

第6章 障害者支援の総合的な推進

第1節 新たな障害保健福祉施策の実施に向けた検討

障害者の権利に関する条約（仮称）の締結に必要な制度改革を行うため、2009（平成21）年12月の閣議決定により「障がい者制度改革推進本部」（以下「推進本部」）^{*1}が内閣に設置された。また、推進本部の下で2010（平成22）年1月から、障害者などを中心に構成された「障がい者制度改革推進会議」（以下「推進会議」）では、障害者に係る制度の改革についての議論が行われてきた。また、推進会議の下には、多くの障害当事者が参加する「総合福祉部会」^{*2}が同年4月に、同年11月には「差別禁止部会」が設置された。

同年6月には、推進会議での議論を踏まえて閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（以下「平成22年6月閣議決定」）において、障害保健福祉分野については、現行の障害者自立支援法を廃止し、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）を制定することとされた。

新法の内容については、「総合福祉部会」で、約2年間にわたって議論され、2011（平成23）年8月には、「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」が取りまとめられた。その後、同年7月に成立した改正障害者基本法や同提言などを踏まえて検討がなされ、2012（平成24）年3月には、推進本部において、「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」とする内容を含む「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」が本部決定され、国会提出された。その後、国会での審議により一部修正が加えられ、同年6月に成立したところである。（法律の概要については、[図表6-1-1](#)）

なお、その間においても障害者の地域生活の支援の充実を図るために、2010年12月の障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正^{*3}により、利用者負担について応能負担を原則とするとともに、障害児支援の強化や相談支援の充実などが図られ、2012年4月に本格施行がなされたところである。（改正の概要については、[図表6-1-2](#)）

また、虐待を受けた障害者に対する保護、養護者に対する支援のための措置などを定めることにより、障害者虐待の防止などに関する施策を促進するため、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」も2011年6月に成立し、2012年10月から施行される。（法律の概要については、[図表6-1-3](#)）

*1 「障がい者制度改革推進本部」及び「障がい者制度改革推進会議」のホームページ
内閣府 <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>

*2 「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」のホームページ
厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/index.html>

*3 現行の障害者自立支援法の制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/index.html>

図表 6-1-1

地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要

(平成 24 年 6 月 20 日成立、同 6 月 27 日公布)

1. 趣旨

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。

2. 概要

1. 題名

「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」とする。

2. 基本理念

法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。

3. 障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。）

「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。

4. 障害支援区分の創設

「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。

※障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。

5. 障害者に対する支援

①重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする）

②共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化

③地域移行支援の対象拡大（地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える）

④地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）

6. サービス基盤の計画的整備

①障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定

②基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化

③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化

④自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

3. 施行期日

平成 25 年 4 月 1 日（ただし、4. 及び 5. ①～③については、平成 26 年 4 月 1 日）

4. 検討規定（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後 3 年を目途として、以下について検討）

①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方

②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方

③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方

④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方

⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

図表 6-1-2

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

(平成22年12月3日成立、同12月10日公布)

①趣旨	公布日施行	<ul style="list-style-type: none"> 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の地域生活支援のための法改正であることを明記
②利用者負担の見直し	平成24年4月1日までの政令で定める日(平成24年4月1日)から施行	<ul style="list-style-type: none"> 利用者負担について、応能負担を原則に 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減
③障害者の範囲の見直し	公布日施行	<ul style="list-style-type: none"> 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化
④相談支援の充実	平成24年4月1日施行	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援体制の強化<small>(市町村に基幹相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化)</small> 支給決定プロセスの見直し(サービス等利用計画案を勧案)、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大
⑤障害児支援の強化	平成24年4月1日施行	<ul style="list-style-type: none"> 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実(障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ移行) 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設 在園期間の延長措置の見直し<small>(18歳以上の入所者については、障害者自立支援法で対応するよう見直し。その際、現に入所している者が退所させられることのないようにする。)</small>
⑥地域における自立した生活のための支援の充実	平成24年4月1日までの政令で定める日(平成23年10月1日)から施行	<ul style="list-style-type: none"> グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設(同行援護。個別給付化)

(その他) (1)「その有する能力及び適性に応じ」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業化、(3)児童デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討

(1)(3)(6)：公布日施行
(2)(4)(5)：平成24年4月1日までの政令で定める日(平成24年4月1日)から施行

障害者支援の総合的な推進

第6章

図表 6-1-3 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の概要

(平成23年6月17日成立、同6月24日公布)

目的

障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定義

- 1 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう（改正後障害者基本法2条1号）。
- 2 「障害者虐待」とは、①養護者による障害者虐待、②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③使用者による障害者虐待をいう。
- 3 障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②ネグレクト、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

虐待防止施策

- 1 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
- 2 障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。

養護者による障害者虐待	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	使用者による障害者虐待
[市町村の責務] 相談等、居室確保、連携確保	[設置者等の責務] 当該施設等における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施	[事業主の責務] 当該事業所における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施
[スキーム]	[スキーム]	[スキーム]

- 3 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

その他

- 1 市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
- 2 政府は障害者虐待の防止等に関する制度についてこの法律の施行後3年を目途に検討を加え必要な措置を講ずるものとする。
- 3 平成24年10月1日から施行する。

※虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

第2節 障害者等の地域生活を支援する施策の充実

1 相談支援の充実、障害児支援の強化等

障害福祉サービスについては、2006（平成18）年に施行された、身体・知的・精神の三障害共通の仕組みの下で障害者の地域生活を支援することを目的とした障害者自立支援法などにに基づき行われている。

2010（平成22）年12月の障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正では、グループホーム・ケアホーム^{*4}を利用している障害者に対する居住に要した費用の助成、重度視覚障害者の移動を支援する「同行援護」の創設など、障害者の地域生活を支援する施策のより一層の充実を図ることとされた。

また、相談支援については、2012（平成24）年4月から、支給決定の前にサービス等

*4 「グループホーム・ケアホーム」とは、障害者が、家庭的な雰囲気の下、世話人や生活支援員の支援を受けながら、身近な地域において共同生活を営む住まいの場のことをいう。

利用計画案を作成し、支給決定の参考とするよう見直すとともに、サービス等利用計画作成の対象者を大幅に拡大することとされた。さらに、これまで国庫補助事業により行われていた地域移行支援・地域定着支援を個別給付化し、障害者の地域移行・地域定着の取組の充実を図ることとされた。

この他、地域における相談支援の中核的な役割を担う基幹相談支援センターの設置や、関係機関、関係団体及び障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者などにより構成される自立支援協議会の法定化、市町村における成年後見制度利用支援事業の必須事業化により、地域における障害者等の支援体制の充実を図ることとされた。

障害児支援については、身近な地域で支援を受けられるようにするため、2012年4月から従来の知的障害児施設などの障害種別に分かれた施設体系を再編し、通所による支援を「障害児通所支援」に、入所による支援を「障害児入所支援」にそれぞれ一元化されるとともに、併せて、障害児通所支援に係る事務の実施主体については、都道府県から市町村に移行された。また、学齢期における支援の充実のため「放課後等デイサービス」と保育所などを訪問し専門的な支援を行うため「保育所等訪問支援」が創設された。

2 障害福祉サービスなどの報酬改定

2012（平成24）年度障害福祉サービス等報酬改定においては、厚生労働省内に障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（主査：津田厚生労働大臣政務官）を設置し、有識者の参画を得て、公開の場で検討を行ってきた。また、一方で、2011（平成23）年12月の厚生労働大臣と財務大臣との合意の中で、介護報酬改定の考え方と整合を取り、福祉・介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向などを踏まえ、改定率プラス2.0%とするとともに、改定に当たっては、経営実態なども踏まえた効率化・重点化を進めつつ、障害者の地域移行や地域生活の支援を推進する方向で対応することとした。

以上の経緯を踏まえ、2012年4月より新たな障害福祉サービス等報酬を施行したところである。

改定の具体的な内容については、障害福祉分野の福祉・介護職員の処遇改善を図るため、2009（平成21）年度第1次補正予算において「福祉・介護人材の処遇改善事業」を創設し、2012年3月まで助成を行ってきたが、2012年度以降についても引き続き福祉・介護職員の改善に取り組むため、これを障害福祉サービス等報酬の中で対応することとし、新たに処遇改善加算を創設している。今回の改定が企図した効果をあげているかについては、客観的なデータに基づく検証を行うこととしており、これを次回改定の検討に活かしていくこととしている。

図表 6-2-1 平成 24 年度障害福祉サービス等の報酬改定の基本的考え方

<p>厚生労働大臣財務大臣合意（平成 23 年 12 月 21 日）（抄）</p> <p>介護報酬改定の考え方と整合を取り、平成 24 年度障害福祉サービス等報酬改定は、福祉・介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向等を踏まえ、改定率+2.0%とする。 改定に当たっては、経営実態等も踏まえた効率化・重点化を進めつつ、障害者の地域移行や地域生活の支援を推進する方向で対応する。</p>	
<p style="text-align: center;">福祉・介護職員の処遇改善の確保と物価の動向等の反映</p> <ul style="list-style-type: none"> ○基金事業として行われてきた福祉・介護職員の処遇改善に向けた取組について、福祉・介護職員の賃金月額1.5万円相当分の引上げ経費として、新たに処遇改善加算を創設し、引き続き処遇改善が図られる水準を担保。 * 交付金の申請率が低いことを踏まえ、加算要件を緩和した一定額の加算（福祉介護職員の賃金月額0.5万円相当分）を併せて創設。（処遇改善加算が算定できない場合に算定） ○改定率の決定に当たっての考え方を踏まえ、前回改定以降の物価の下落傾向を反映させ、原則として一律に（▲0.8%）基本報酬を見直し。 	<p style="text-align: center;">障害児・者の地域移行・地域生活の支援と経営実態等を踏まえた効率化・重点化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域で暮らす障害児・者やその家族が地域社会で安心して暮らすことができるよう、夜間支援の強化や家族のレスパイトのためのサービスの拡充等 ○障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正法の平成 24 年 4 月からの円滑な施行のため、相談支援や障害児支援について適切な報酬設定 ○前回改定の効果の検証、定員規模に応じた経営実態等を踏まえた効率化・重点化

3 発達障害者の支援

発達障害については、2004（平成 16）年 12 月に「発達障害者支援法」が成立し、発達障害の法的位置づけが確立され（図表 6-2-2）、発達障害の早期発見や発達障害者の生活全般にわたる支援をすることとされた。

また、障害者自立支援法等改正法により、発達障害者が障害者自立支援法・児童福祉法のサービスの対象であることが明確化されたところである。

図表 6-2-2 「発達障害」の法的位置づけ

<ul style="list-style-type: none"> ・広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー等） ・学習障害 ・注意欠陥・多動性障害 <p>その他これらに類する脳機能の障害で、その症状が通常低年齢で発現するもの（発達障害者支援法第 2 条）</p>
<p>（注） ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における F80-98 に含まれる障害（2005（平成 17）年 4 月 1 日付け文部科学事務次官、厚生労働事務次官連名通知）</p>

(1) 発達障害者に対する地域支援体制の確立

地域において、医療・保健・福祉・教育・雇用などの関係者と連携して、発達障害者やその家族に対する相談支援などを行う「発達障害者支援センター」の整備を推進し、2011（平成 23）年度末において 47 都道府県・18 指定都市で実施されているところである。

これに加え、「発達障害者支援体制整備事業」により、

- ・乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を行うための保健所、保育所などの支援関係機関のネットワークの構築
- ・発達障害に係る理解を深めるとともに地域における支援につなげていくためのアセスメントツール（発達障害を早期に発見し、その後の経過を評価するための確認票）の

導入を促進する研修会の実施

- ・発達障害者の子育て経験のある親であって、その経験を活かし、子どもが発達障害の診断を受けて間もない親などに対して相談や助言を行うペアレントメンターの活動とその活動をコーディネートする者の配置

を推進している。

(2) 発達障害者への支援手法の開発・早期支援や普及啓発の着実な実施

発達障害者一人一人のニーズに対応する一貫した支援を行うことができるよう、先駆的な取組みを通じて有効な支援手法を開発・確立するとともに、発達障害者支援に携わる専門的な人材を育成している。

また、発達障害などに関して知識を有する専門員が保育所等を巡回し、施設の職員や親に対し、障害の早期発見・早期対応のための助言などの支援を行う「巡回支援専門員整備事業」について、実施市町村の拡大を図ることとしている。

2007（平成19）年12月に、毎年4月2日を「世界自閉症啓発デー」とする決議が国連で採択されたことを受け、厚生労働省・日本自閉症協会の主催により都内でシンポジウムを開催するなど、自閉症をはじめとする発達障害に関する正しい知識の浸透を図っている。全国各地においても、「世界自閉症啓発デー」や4月2日から8日までの「発達障害啓発週間」（関係団体等が提唱）において、様々な啓発活動が実施されている。



【世界自閉症啓発デーのシンボルマーク】

平成19年12月18日の国連総会において、毎年4月2日を「世界自閉症啓発デー」（World Autism Awareness Day）とすることが決議され、世界各地において自閉症に関する啓発の取り組みが行われている。
これに対応し、世界自閉症啓発デー・日本実行委員会が組織され、自閉症を始めとする発達障害について、広く啓発する活動を行っていくこととしている。

(3) 高次脳機能障害者の支援

高次脳機能障害とは、交通事故や病気などにより脳に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動といった認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの、外見からは障害が分かりにくいといわれている。

高次脳機能障害者の支援については、厚生労働省の「高次脳機能障害支援普及事業」により、病院などの支援拠点機関に相談支援コーディネーター（社会福祉士、保健師、作業療法士等）を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携や調整を行うなど、地域での高次脳機能障害者支援の普及を図っている。

また、国立障害者リハビリテーションセンターでは、高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会の開催や、支援拠点機関などの職員の研修会などを実施するとともに、高次脳機能障害情報・支援センターを設置して、高次脳機能障害に関する情報を集約しホームページで発信している。

第3節 障害者の社会参加支援について

障害者の社会参加を支援するため、障害者自立支援法の「地域生活支援事業」や身体機能を補完する補装具の事業などを行っている。地域生活支援事業は、各地方自治体が、地域の実情や利用者の状況に応じ、柔軟な形態により実施する事業であり、例えば、意思疎通を図ることに支障がある障害者等へ手話通訳を行う者の派遣などを行いコミュニケーションを支援する事業、日常生活上の便宜を図るための用具を給付する事業、屋外での移動が困難な障害者等への移動を支援する事業、身体障害者補助犬の育成事業、障害者のスポーツや芸術文化活動への参加を促進する事業など様々な事業を行っている。

また、2011（平成23）年には、障害者スポーツの全国的な祭典である「全国障害者スポーツ大会」が山口県で開催（2012（平成24）年は岐阜県で開催予定）され、大会での選手の競技などを通じて、国民の障害への理解と障害者スポーツの振興を深める取組みを行っている。

さらに、障害者の芸術及び文化活動の全国的な発表の場である「全国障害者芸術・文化祭」が埼玉県で開催（2012年は佐賀県で開催予定）され、国民の障害への理解と障害者の芸術・文化活動の振興を深める取組みを行っている。

昨年8月には「障害者基本法の一部を改正する法律」が公布されるなど、障害者の社会参加への支援についての重要性は一層増していることから、今後も地域生活支援事業などの取組みを充実させていくこととしている。



第11回全国障害者スポーツ大会
「おいでませ！ 山口大会」



第11回全国障害者芸術・文化祭埼玉大会

©HARU

第4節 今後の精神保健医療福祉の在り方

1 精神保健医療福祉の現状と課題について

精神疾患については、その患者数が近年急増しており、2008（平成20）年には320万人を超える水準となり、国民に広く関わる疾患となっている。

治療薬の発展などにより新規患者の入院期間は短期傾向にあり、1年以内に退院する新規入院患者が約9割となった一方で、精神障害による入院患者（約33万人）のうち、1

年以上の長期入院者が3分の2（約22万人）を占める状況となっており、精神病床は、昭和30年代以来、長期療養を前提とした少ない人員体制（一般病床に比べ、医師は3分の1、看護職員は4分の3）となっていることから、入院期間をより短くしていくことが重要であるが、そのためには、精神病床の機能分化を進めるとともに、入院中心から外来・訪問など地域生活を支えるための医療の充実が必要である。

また、精神障害者の入院には、任意入院、措置入院、医療保護入院が主な形態となっている。このうち、自らが病気であるという認識を持たない患者などを対象にする現行の医療保護入院は、保護者の同意がなければ退院できないため入院が長期化しやすく、また、患者本人の意思に反する場合もあるため、本人と保護者との間にあつれきが生まれやすいといった問題があり、特に精神障害当事者やその家族から長く見直しが求められている。

2 精神保健医療福祉の取組み状況について

精神保健医療福祉に関しては、2004（平成16）年9月に、厚生労働大臣を本部長とし、省内の関係部局長を本部員として発足した精神保健福祉対策本部において、精神保健福祉施策の改革ビジョン^{*5}を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を示した。その後、2009（平成21）年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書^{*6}では、精神保健医療福祉体系の再構築や精神医療の質の向上などに関する様々な提言がなされたところである。

さらに、1の現状と課題を踏まえ、平成22年6月閣議決定において、①「社会的入院」の解消に向けて2011（平成23）年内に結論を得ること、②精神障害者に対する強制入院等について、保護者制度の見直し等も含め、2012（平成24）年内を目途に結論を得ること、③精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、2012年度内を目途にその結論を得ることとされた。

①については、病院からの退院に関する明確な目標値の指針について都道府県の定める第3期障害福祉計画で示すとともに、(i) できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行うアウトリーチ（訪問支援）の充実、(ii) 夜間・休日の精神科救急医療体制の構築、(iii) 医療機関の機能分化・連携を進めるため医療計画に記載すべき疾病への追加、(iv) 退院や地域での定着をサポートする地域移行支援、地域定着支援の創設、(v) 地域生活に向けた宿泊型自立訓練の充実など、地域移行・地域定着を可能とする地域の受け皿整備の取組を取りまとめ、随時実施している。

②については、2010（平成22）年10月から2012年6月まで「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（厚生労働大臣政務官を主担当とし、当事者、家族、医療関係者、有識者などから構成される検討チーム）^{*7}で検討が行われ、保護者制度については、保護者のみに課せられた責務を廃止し、また、医療保護入院については、保護者の同意によらずに早期退院を目指した入院手続きとする、などのとりまとめが行われた。

*5 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>

*6 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>

*7 「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第3ラウンドとりまとめ」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9rk.html>

(図表6-4-1)

また、③については、2012年3月から同年6月まで、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長：武藤正樹国際医療福祉総合研究所所長)^{*8}にて、精神科医療現場における人員体制の充実のための方策について検討を行い、精神病床の機能分化を進め、急性期(3か月未満)では一般病床と同等の人員配置とする、などのとりまとめが行われた。(図表6-4-2)

これらを踏まえ、平成25年通常国会への関係法律の改正案の提出を目指すこととしている。

図表6-4-1

**【新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R)】
入院制度に関する議論の整理(平成24年6月28日)(概要)**

<精神保健福祉法で定める入院制度>

- 自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。
- (※)「保護者」は、精神保健福祉法に基づき精神疾患のある人につき一人決められることになっている。
- 1年間に精神科病院に入院する38万人の4割(14万人)が医療保護入院による入院
- このほか、本人の同意を得られない場合に、医療保護入院のために移送させる仕組みもある(「34条移送」)

<医療保護入院の課題>

- 本人の同意なく入院させている患者に対する**権利擁護が十分か。**
- 入院の必要性があっても**保護者の同意がなければ入院できない。**
- 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、**入院が長期化しやすい。**
- 本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間に**あつれき**が生まれやすく、**保護者には大きな負担**



医療保護入院の見直し

- ① **保護者による同意を必要としない入院手続き**とする。
- ② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、**入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入**する。
 - ◆入院当初からの院外の地域支援関係者の関与
 - ◆入院期限の設定と更新の審査の実施 等
- ③ 権利擁護のため、入院した人は、**自分の気持ちを代弁する人を選べる**こととする。
- ④ 早期の退院を促進するよう、**入院に関する審査を見直す。**
 - ◆精神医療審査会(都道府県の精神保健福祉センターに設置)に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与
 - ◆必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査 等

退院後の地域生活の支援

- ・本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入
- ・急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定で医療的支援を行う短期宿泊支援の導入

入院の契機(34条移送関係)

- ・34条移送の保護者の同意要件は外す。
- ・対象者の緊急性の要件の撤廃
- ・事前調査の明確化と地域支援関係者の参画

措置入院

- ・保健所の関わりの強化(入院中・退院時への関与を明確化)と相談支援との連携 等

(今後、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めて行くことが必要。また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行っていくことが必要。)

*8 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会とりまとめ」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j.html>

図表6-4-2 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会
今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

<精神科医療の現状>

○新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。**一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**

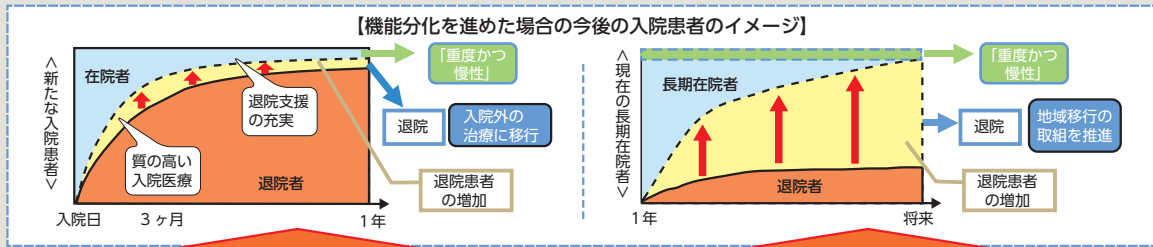
○精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

<精神病床の今後の方向性>

○精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神病床の機能分化**を進める。

○機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。

○機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



○**3か月未満**について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○**3か月～1年未満**について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○**重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ**患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱い**とする。

○**精神科の入院患者は**、「重度かつ慢性」を除き、**1年で退院させ、入院外治療に移行**させる仕組みを作る。

○**現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**多職種で3対1の人員配置基準**とする。

さらに、**開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする