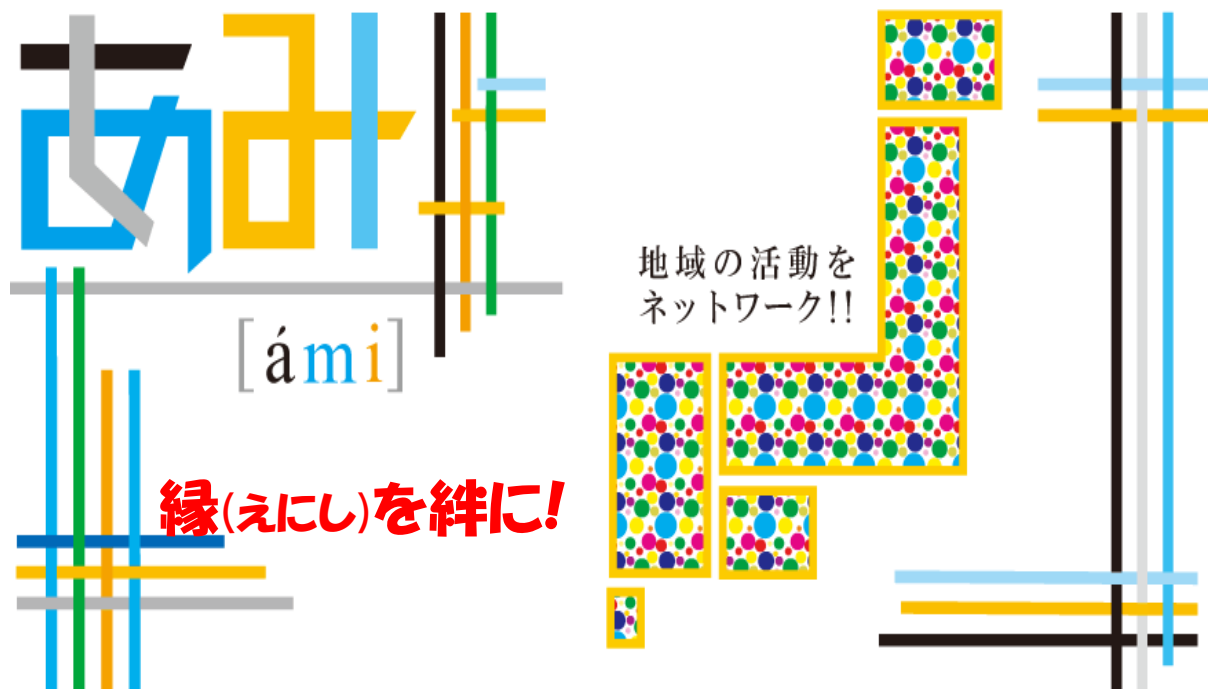


伊 澤 構 成 員

提 出 資 料

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 等に関する検討会 資料

特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ) 代表 伊澤 雄一



精神障害者の地域生活支援の経緯

- ◆ 1970年代に精神作業所(小規模作業所・地域作業所)という実践がようやく他の障害者と同様に在宅・居宅生活の場面保障として登場した。
- ◆ **(萌芽)** 街で暮らしたい(暮らさせたい)、過ごしたい(過ごさせたい)という想いを実現するための「自発的な場面作り」
→ 手弁当/持ち出し/ボランタリーな親御さんたちの止むにやまれぬ実践が出発点
- ◆ **(社会的認知)** 徐々に広がり、事業化、制度化(1980年代)が進み、街で暮らしたい人を支える人を雇うための「事業運営」となった。(国庫補助の開始/自治体による事業費補助)
- ◆ **(機能の拡大)** 様々な地域課題に対応し、「相談支援事業所」「居宅介護(ヘルパー)」「シェルター(ショートステイ)」「地域生活支援センター」、または集う人たちで共同生活をする「GH」の原型でもあった。
- ◆ **(展開)** これらが後に行政の施策として新たに制度化・事業化されていった経緯がある。つまり作業所が産み落とした支援の形…。(行政の後追い)
- ◆ **(現状)** しかし地域生活支援において自発的に派生・展開されてきた**福祉サービス事業**への事業評価は総じて低く、低廉な事業費による運営が続き、貧しい状態にある。事業として維持しているのが精いっぱいという現状もみられ、支援体制づくりに不安が尽きない。

ami視点による課題整理

～ここ数年の主要な要望課題～

喫緊の課題

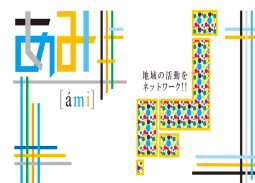
1. 東日本大震災被災地及び被災者、被災地支援者の支援
2. 「応益負担制度」の即時廃止:無料化を原則とする
3. 福祉サービス費のアップと「日額制」廃止
4. 精神科入院医療の適正化(精神科入院医療の規模)

具体的強化・抜本的変革を求める課題

5. 居場所機能の強化と日中活動の再編
6. 所得保障政策の推進

国として迅速に対応すべきと考える課題

7. 医療と福祉の財政配分の是正→福祉財源のさらなる確保
8. 権利条約の批准に向けた国内環境の整備
9. あらゆる検討機会への当事者参加のさらなる促進
10. 非自発的入院に対する行政責任の明確化



そして「改革」への投げかけ ①

～医療と生活支援の量と質～

◆ 精神科入院医療の課題

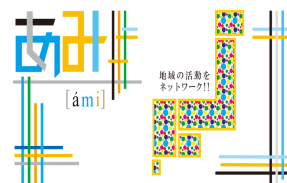
- 隔離収容に終止符を!
→社会的入院の解消→入院医療の適正規模化(病床削減)
- 精神医療の質向上(精神科医療と他科医療の格差やパージの是正)
→「精神科特例」の完全撤廃
→他科からの排除の禁止(医療法施行規則10条3項廃止)



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する
検討会報告」(2012.6.28)は基本ライン



障害者権利条約
14条・19条・25条との関連大



これは一体!?

～全国厚生労働関係部局長会議(H25.2.19) 資料より～

現在の性・年齢階級別の医療サービス利用状況をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込み

○現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人(2025年)に増加。このニーズに対応する必要病床数は、一般病床で107万床→129万床に、病床総数で166万床→202万床に急増。
○しかし、我が国は、諸外国に比べ人口当たり病床数は多いが医師数は少ない中で、このように病床を増やしていくことは非現実的。
○したがって、医療資源を効果的かつ効率的に活用していくため、病床の機能分化を進め、機能に応じた資源投入を図ることにより、入院医療全体の機能強化と在宅医療等の充実を図ることが必要。

1. 1日当たり入院者数の見込み

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期	80万人/日	86万人/日	97万人/日
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	31万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	34万人/日
入院計	133万人/日	143万人/日	162万人/日

2. 必要病床数の見込み

	【一般病床】 107万床	【一般病床】 114万床	【一般病床】 129万床
高度急性期	75%程度 19～20日程度	75%程度 19～20日程度	75%程度 19～20日程度
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	23万床 91%程度 150日程度	27万床 91%程度 150日程度	34万床 91%程度 150日程度
精神病床	35万床 90%程度 300日程度	36万床 90%程度 300日程度	37万床 90%程度 300日程度
入院計	166万床 80%程度 30～31日程度	178万床 80%程度 30～31日程度	202万床 80%程度 30～31日程度
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人	1億2157万人

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。必要病床数の見込みにおいて、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数。

そして「改革」への投げかけ ②

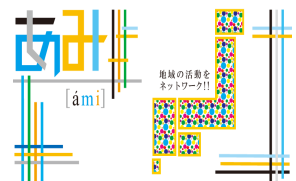
～医療と生活支援の量と質～

◆ 生活支援における課題

- 地域移行(脱病院)・定着支援(病院への回帰防止)の強化
- 社会的孤立・無支援状態という潜在ニーズへの対応
- 支援事業所の拡充(安定的な地域拠点機能の確保)



総合福祉部会「骨格提言」から多くを汲み取るべきではないか!



総合福祉部会骨格提言 (H230831)の「2・6・10」

◆2つの基本的視点

- ・障害者権利条約：2006年国連が採択。日本は署名に留まっている。
(批准133/193 7.28現在)
- ・基本合意：自立支援法訴訟団と国が和解に際して交わした合意(自立支援法は廃止し、新たな障害者福祉法制を策定する。)

◆6つの方向性

- ・障害のない市民との平等と公平
- ・谷間や空白の解消
- ・格差是正：地域間格差とともに障害者間の格差
- ・社会問題の解決：社会的入院/長期の施設入所
- ・本人ニーズに即した支援サービス：障害程度区分と支給決定の有り方見直し
- ・安定した予算確保：OECD諸国の平均的社会保障予算を目指す。

◆10の構成要素(具体的内容)

- ①法の理念・目的・範囲
- ②障害(者)の範囲
- ③選択と決定
- ④支援(サービス)体系
- ⑤地域移行
- ⑥地域生活基盤整備
- ⑦利用者負担
- ⑧相談支援
- ⑨権利擁護
- ⑩報酬と人材確保

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言(概要)

障がい者制度改革推進会議
第35回(H23.9.26) 資料2

障害者総合福祉法の6つのポイント			1. 障害のない市民との平等と公平 2. 谷間や空白の解消 3. 格差の是正 4. 放置できない社会問題の解決 5. 本人のニーズにあった支援サービス 6. 安定した予算の確保		
I. 障害者総合福祉法の骨格提言			II. 障害者総合福祉法の制定と実施への道程		
1. 法の理念・目的・範囲 ・障害の有無によって分け隔てられない共生社会を実現する。 ・保護の対象から権利の主体への転換と、医学モデルから社会モデルへの障害概念の転換。 ・地域で自立した生活を営む権利。	2. 障害(者)の範囲 ・障害者総合福祉法が対象とする障害者(障害児を含む)は、障害者基本法に規定する障害者をいう。 ・心身の機能の障害には、慢性疾患に伴う機能障害を含む。	3. 選択と決定(支給決定) ・障害程度区分に代わる新たな支給決定の仕組み。 ・サービス利用計画に基づく本人の意向等が尊重される。 ・協議調整により必要十分な支給量が保障される。 ・合議機関の設置と不服申立。	1. 障害者自立支援法の事業体系への移行問題 ・自立支援法の事業移行期限終了後も一定の要件の下で移行支援策を継続する。 2. 障害者総合福祉法の制定及び実施までに行うべき課題 ・総合福祉法の制定及び実施に当たり地方自治体の意見を踏まえる。 ・総合福祉法の策定及び実施のための実態調査や試行事業を行う。 3. 障害者総合福祉法の円滑な実施 ・総合福祉法を補完する、あるいはこれへの移行を支援する基金事業を設けること。 4. 財政のあり方 ・国は予算措置に必要な基礎データを把握する。 ・障害関連予算をOECD諸国の平均水準を目標漸進的に拡充する。 ・財政の地域間格差の是正を図る。 ・財政設計にあたり一般施策での予算化を追求。 ・障害者施策の推進は経済効果に波及する。 ・支援ガイドラインに基づく協議調整による支給決定は財政的にも実現可能である。 ・長時間介護等の地域生活支援のための財源措置を講じること。		
4. 支援(サービス)体系 ・障害者権利条約を踏まえ、障害者本人が主体となって、地域生活が可能となる支援体系の構築。 ・「全国共通の仕組みで提供される支援」と「地域の実情に応じて提供される支援」で構成。	5. 地域移行 ・国が社会的入院、入所を解消するために地域移行を促進することを法に明記する。 ・地域移行プログラムと地域定着支援を法定施策として策定、実施。 ・ピアサポーターの活用。	6. 地域生活の基盤整備 ・計画的な推進のため地域基盤整備10か年戦略策定の法定化。 ・市町村と都道府県は障害福祉計画を、国はその基本方針と整備計画を示す。 ・地域生活支援協議会の設置。			
7. 利用者負担 ・食料費や光熱水費等は自己負担とする。 ・障害に伴う必要な支援は原則無償とするが、高額な収入のある者には応能負担を求める。	8. 相談支援 ・対象は障害者と、支援の可能性のある者及びその家族。 ・障害者の抱える問題全体に対応する包括的支援を継続的にコーディネートする。 ・複合的な相談支援体制の整備。	9. 権利擁護 ・権利擁護は支援を希望又は利用する障害者の申請から相談、利用、不服申立てのすべてに対応する。 ・オプショナル制度の創設。 ・虐待の防止と早期発見。			
10. 報酬と人材確保 ・利用者への支援に係る報酬は原則日払い、事業運営に係る報酬は原則月払い、在宅系支援に係る報酬は時間割とする。 ・福祉従事者が誇りと展望を持てるよう適切な賃金を支払える水準の報酬とする。	III. 関連する他の法律や分野との関係				
1. 医療 ・医療は福祉サービス及び保健サービスとの有機的連携の下で提供される必要がある。 ・福祉、保健、医療にわたる総合的な相談支援が必要。			2. 障害児 ・障害児を含むすべての子供の基本的権利を保障する仕組みの創設が必要。 ・障害を理由に一般児童施策の利用が制限されるべきではない。		
			3. 労働と雇用 ・障害者雇用促進法を見直し、雇用の質の確保、必要な支援を認定する仕組みの創設、雇用率や納付金制の見直し等を行う。 ・労働と福祉の一体的展開。		

街での暮らしの社会資源(支援インフラ)整備

① 居住系施策の拡充で脱病院を大きく推進

○「Home First」(まず住居)なので、GH/CH増設は真っ先の課題。しかし全てではない…。

○多様な住まい方の提供 ⇒あらたな居住支援ニューの開発

(たとえば)

「公営住宅単身者優先入居」「モバイル型GH」「公的保証制度」「シルバー・ハウジング・プロジェクト(SHP)の障害者版」「法人契約から個人契約に切り替えるトライアル入居」「看護付きホーム」「ミニ緊急救護施設」「物件オーナーのインセンティブ確保」



つまり、アンチ病棟転換福祉施設

街での暮らしの社会資源(支援インフラ)整備

② 日中活動系事業に欠けている要素の確保

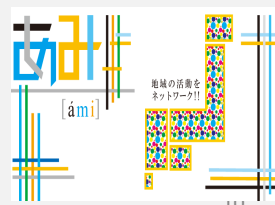
○「居場所」機能の回復～「Being space」の大事～

③ 訪問系支援の拡充

○規格のアレンジも視野に…



施設・事業コンフリクトの克服は全体を覆う大きなテーマである。



理不尽な財政配分構造

医療 ※1 1兆8863億円	:	保健福祉 ※2 501億円	= 97% : 3%
--------------------------	---	-------------------------	------------

入院※1
1兆4039億円

外来※1
4824億円

施設ケア: 416億円 83.0%

在宅ケア: 85億円 17.0%

<資料>

※1 平成17年度「国民医療費」

※2 平成17年度国庫補助額に基づき推計

諸外国の財源比率
医療:地域 = 15~40%:85~60%

病院から社会復帰施設へそして地域へ



地域を拠点とした共生社会の実現



Aging in Place

馴染み、親しみの、住み慣れた場所、選んだ居場所
で安心して自分らしく歳を重ねる。

局面に臨む姿勢

- これまで様々な検討の機会があいりましたが正直改革や変化の兆しに実感が持てませんでした。今回がそれを克服することになるよう強く念じています。
- 精神障害の方々の人権に配慮した質の高い支援をすることを目指し、医療と生活支援がしっかりと組んで、また組めるような体制整備を施し、状況を切り開いていけますことを切望します。
- 社会的ミッションに対する取り組み姿勢に「覚悟」が今強く求められていると思います。

