

# 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 最終まとめのポイント

## 1. はじめに

## 2. 現状分析

## 3. 今後の方向性

### (1) 基本的考え方(総論)

ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

障害者の状態等と社会資源とをどう結びつけるか、自立に向けて必要な能力を向上するための機能は何かといった視点から、システムの再編を図ることが必要。

自立に必要な支援・機能をライフステージ等に応じて整理の上、既存の施設やサービスを機能面から再整理することが必要。

それぞれの障害の特性を踏まえつつも、3 障害に共通した問題については障害の枠を超えた支援を行っていくことが必要。

重層的な相談支援体制の確立

就労、教育面も含め障害者の地域生活を包括的に支援する重層的な相談支援体制の確立が必要。

ケアマネジメント等により障害者の状態や必要性に応じて、各社会資源を効果的に活用した総合的に提供されることが必要。

障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備が必要。

市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

身体・知的と同様、精神保健福祉(在宅・施設)については、市町村を実施主体とすることを基本として、その提供体制の整備を進めることが必要。

市町村に対する都道府県や国のバックアップにより、知識の蓄積やアウトソーシングの推進等の段階的に環境整備を進めることが必要。

介護保険と同様、精神保健福祉分野でも、市町村、都道府県、国が事業計画を定め、地域差を解消しつつ計画的に取り組む仕組みが必要。

### (2) 今後の施策体系のあり方(各論)

支援体系の全体像

相談支援体制

住居支援

就労支援・活動支援

居宅生活支援

社会復帰施設の機能の見直し

長期入院患者の社会復帰意欲を促す仕組み

市町村を中心とした地域生活支援体制

計画的な行政の推進

利用者への情報提供と質の評価

財源の在り方

## 4. おわりに(実現に向けた道筋等)

# 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会

## 最終まとめ

平成 16 年 8 月

### 1. はじめに

精神保健福祉施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が、精神疾患や精神障害者について正しい理解を深める取り組みを進めるとともに、精神医療の質の向上や地域生活支援の充実等の対策を総合的に行うことが大切である。

本検討会においては、これらの問題のうち、退院後等における地域生活を継続できる体制をどのように構築するか等の視点から、社会保障審議会障害者部会精神障害分会及び精神保健福祉対策本部での議論を踏まえ、12 回にわたり、現状分析等を行いつつ地域生活支援の在り方について検討を行ってきた。

この報告書は、これまでの検討の成果として、今後進めるべき施策体系の枠組みや、個々の事業の提案等に係る議論を整理したものであり、引き続き、関係審議会の意見を聴きながら国として検討され、精神保健福祉法の改正等につなげられるべきものである。

### 2. 現状分析

本検討会では、データ等に基づき、地域生活支援体制の現状について評価・検討を進めたが、その概要は次のようなものである。

#### (住まいの場関係)

精神障害者が一般住宅等で生活したいというニーズは強いが、貸し主等において、緊急時の対応等に不安が強く、十分な提供がなされていない。

社会復帰施設等（入所系、グループホームも含む）の利用者については、約 6 割は病院退院後の入所であるが、約 2 割は在宅からの入所であり、多様な利用形態が広がっている。

社会復帰施設等（入所系、グループホームも含む）から退所する者のうち約 3 割は病院への入院であり、地域生活支援の機能を高めることが課題である。

社会復帰施設（入所系）の利用者については、重度（GAF30 点以下）の者が約 1 割、中度（GAF60 点~31 点）の者が約 7 割、軽度（GAF61 点以上）の者が約 2 割を占めており（精神障害者ニーズ調査）、症状に応じた対応体制の整備が、今後の課題と考えられる。

GAF（米国精神医学会：機能の全般的評価尺度）点数の症状

70~61 点：いくつかの軽い症状。機能にいくらかの困難があるが、全般的に良好に相当

60~51 点：中等度の症状、機能における中等度の障害程度

50~41 点：重大な症状、機能における重大な障害

40~31 点：現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥、多くの面での粗大な欠陥

30~21 点：妄想・幻覚に相当影響された行動、意思伝達か判断に粗大な欠陥、ほとんどの面での機能不能

グループホームの利用者については、重度（GAF30 点以下）の者が約 1%、中度（GAF60 点~31 点）の者が約 3 割、軽度（GAF61 点以上）の者が約 7 割を占めており（全国精神障害者社会復帰施設協会調べ）、症状に応じた対応体制の整備が今後の課題と考えられる。

都道府県ごとの、社会復帰施設等（入所系、グループホームも含む）の普及度（定員 / 人口）と病院からの退院動向（退院率等）には、現状では相関関係がみられないが、その評価については、さらなる検証が必要である。

#### （活動支援・生活支援関係）

社会生活機能の回復等を目的とした施設としては、社会復帰施設や精神科デイケアがあるが、いずれも急速に増加（平成 12 年 平成 14 年で約 2 割増）している。

授産施設からの退所者は利用者の約 2 割であり、そのうち就労に移行した者は約 2 割（常用雇用は約 6%）に過ぎず、就労支援、自立支援等の機能を高めることが今後の課題である。

社会復帰施設（通所系）の新規利用者は、在宅からの者が多く、退院の受け皿としての役割を十分果たしているとは言えない。

社会復帰施設（通所系）の利用者については、その症状等に関するデータがなく、まず実態把握が課題である。

精神科デイケアの利用者については、重度（GAF30 点以下）の者が約 4%、中度（GAF60 点~31 点）の者が約 6 割、軽度（GAF61 点以上）の者が約 4 割を占めており（精神障害者ニーズ調査）、症状に応じた対応体制の整備が今後の課題と考えられる。

都道府県ごとの、社会復帰施設等（通所系）の普及度（利用者／人口）と病院からの退院動向（退院率等）には、現状ではあまり相関関係がみられませんが、その評価については、さらなる検証が必要である。

#### （相談支援体制の状況）

相談支援体制については、その拠点となる精神障害者地域生活支援センターが整備されていない障害保健福祉圏域が約 120 カ所あり、また市町村ごとには対応できる職員等も限られており、量的な確保の面で課題が大きい。

精神障害者地域生活支援センターについては、ケアマネジメントの機能を十分果たしているものから、憩いの場としてしか機能していないものまであり、その機能の向上の面でも課題が大きい。

#### （地域差の状況）

数値目標の有無を含め精神障害者に係る市町村計画（市町村障害者プラン等）の策定状況は、都道府県ごとの差異が大きい。

精神障害者社会復帰施設等（入所系・通所系）の整備状況は、他障害に比較してその水準が低いとともに、都道府県ごとの差異が大きい。また、入所系の施設は、その利用率について、都道府県ごとの差異が大きい。

デイケアの利用者数は、全体としては急増しており、地域差についても社会復帰施設ほど大きくはない。

ホームヘルプサービスの利用者数は、全体としては急増しているが、普及度等については都道府県ごとの差異が大きい。

#### （受入条件が整えば退院可能な者の動態）

受入条件が整えば退院可能な者約 7 万人については、1 年以内の入院期間の者が約 2 万人（約 3 割）、1 年以上入院期間の者が約 5 万人（約 7 割）であり、全てが長期入院の者ではない。全体的に見れば、入院患者全体の構成とほぼ同様となっている。

平成 11 年と 14 年の患者調査を比較すると、受入条件が整えば退院可能な者約 7 万人のうち 3.7 万人は退院しており、3.4 万人が継続して入院している。また、その期間中に、6.3 万人が新たに入院（毎年 2.1 万人）したが、このうち約 3 万人は既に退院しており、3.4 万人が継続して入院していることから、結果として、平成 14 年時点では、ほぼ横ばいの約 7 万人となっている。全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしている。

患者調査によると、受入条件が整えば退院可能な者のうち、65 歳以上が約 3 割、50 歳以上では約 7 割を占めており、ADL 低下等の高齢化への対応も、今後の課題である。

精神障害者ニーズ調査によると、現在の状態でも退院可能な者のうち、重度（GAF30 点以下）の者が約 1 割、中度（GAF60～31 点）の者が約 5 割、

軽度（GAF61点以上）の者が約4割を占めており、症状程度からみれば、多様な者が含まれている。

都道府県別の受入条件が整えば退院可能な者の数（対人口）と精神病床数（対人口）との間には一定の相関関係があるが、これは諸外国と異なり我が国では病床削減・地域生活支援体制強化等の施策が必ずしも十分でなかったことにも起因している。

#### （財源配分の状況）

医療・福祉サービス総額で見ると、精神は、身体・知的（支援費等）の約3倍の資源投入量であるが、その大部分を占める精神科医療費約2兆円（入院時食事療養費を含む）のうち入院が約8割を占めており、高齢者医療、介護保険等と比較してもその比重が高い。

精神科医療費以外の精神保健福祉分野の財政構造（国庫）についても、通院公費負担等の医療が約7割、福祉等が約3割であり医療の比重が高い。なお、多くの各都道府県も、ほぼ同様の状況である。

精神保健福祉分野では、訪問看護等の医療サービスも利用可能であり、他の障害と単純には比較できないが、ホームヘルプ等の福祉予算の水準は低い。

精神保健福祉分野の国庫負担について、福祉等の費用のうち、施設運営費が約8割を占めており、居宅生活支援事業（ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム）の比重が低い。

### 3. 今後の方向性

#### （1）基本的考え方（総論）

これまでの現状分析に基づき、退院後等における地域生活を継続する体制づくりに向けて、次の3点を軸に、立ち後れた精神保健福祉体系の再編と基盤整備を進め、新たな地域生活支援体制を構築することが必要である。

#### ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

現行の支援体系について、障害者の状態等と社会資源とをどのように結びつけるのか、自立に向けて必要な能力を向上するためにはどのような機能が必要なのかといった視点から再検討し、システムの再編を図ることが必要である。

障害者の入院期間の違いやライフステージの違いなどに応じ、自立に向けて必要となる支援・機能を整理し、既存の施設やサービスを、住居支援や就労支援を含め、その機能面から再整理することが必要である。

身体障害、知的障害、精神障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に

共通した問題については障害の枠を超えた支援を行っていくことが必要である。

#### 重層的な相談支援体制の確立

地域性や専門性の高い事例、危機介入的な事例等についても効率的に調整機能が発揮され、自立に必要な就労、教育面も含めた障害者の地域生活を包括的に支援する重層的な相談支援体制を制度上確立することが必要である。

個々の具体的な相談支援については、障害者の主体的な自立に向けた取り組みを支援し、障害者をエンパワーしていくという観点から、ケアマネジメント等により障害者の状態や支援の必要性に応じて、各社会資源を効果的に活用したサービスが総合的に提供されることが必要である。

相談支援体制の一環として、入院・入所中の者も含め障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備が必要である。

#### 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

身体障害者、知的障害者と同様に、精神保健福祉（在宅・施設）については、市町村を実施主体とすることを基本として、その提供体制の整備を進めることが必要である。

精神保健福祉に関し、現在、ノウハウや社会資源が乏しい小規模な市町村については、都道府県や国のバックアップによる、知識の蓄積や人材育成、業務のアウトソーシングの枠組みの確保等、段階的な環境整備を進めることが必要である。

介護保険と同様に、精神保健福祉分野においても、市町村、都道府県、国が事業計画を定め、地域差を解消しつつ計画的に取り組む仕組みが必要である。

## （２）今後の施策体系の在り方（各論）

#### 支援体系の全体像

現在の支援体系は、各施設等のサービス機能が弱く、かつ全体として統一的な体系となっていない。地域生活支援を軸に、機能面から既存の体系の再編を進めていくべきである。

今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系としては、市町村、障害保健福祉圏域、都道府県の３層構造を基本とする重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備するという視点が重要である。（別紙１）

個々の障害者の支援には、障害者本人をエンパワーし、自立への意欲を高

め、住・生活・活動に係る公的サービスの他、就労や教育、その他インフォーマルなサービス等、広い範囲の社会資源を活用していくことが必要となる。(別紙2)

個々の障害者の支援には、障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理や標準的なケアモデルの開発等が必要である。(別紙3、別紙4)

ライフステージに応じた具体的なサービスモデルの在り方に関しては、今後、厚生労働科学研究等において、基礎的なデータの分析や各種調査等に基づく検討を進め、その成果を関係自治体、関係機関等に提供していくことが必要である。

障害者の支援について、その質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となり、市町村等でも利用可能な尺度が必要である。障害を生活機能というプラス面から捉えるICF(世界保健機関：国際生活機能分類)の効果的活用の在り方について早急に研究を進めることが必要であるが、当面は、生活機能を積極的に評価するという考え方を加味しつつGAFを使用することが現実的である。

以上のような全体的な視点と整合性を図りつつ、個々の施設、サービス等の基準や人員等の具体化を図ることが必要である。

#### 相談支援体制

重層的な相談支援体制については、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造(基礎的な生活圏域を考慮すると4層構造)の体制を標準とすることが適切である。(別紙5)

市町村においては、自ら相談支援体制を講ずることが困難な場合が想定されることから、その業務を受託する相談支援事業者を居宅生活支援事業等の一類型として制度的に位置づけることを検討することが必要である。

障害保健福祉圏域においては、市町村単位の相談支援体制のスーパーバイズ的な役割を担いつつ、専門性が高い危機介入的な事案や広域的調整が必要な住居支援的な事例等について中心的な役割を担うものとして、既存の地域生活支援センター等の機能強化を図ることが必要である。

都道府県においては、精神保健福祉センター等の機能強化や、判定に係る標準化の取り組みを進めることが必要である。

重層的な相談支援体制の下、個々の障害者の処遇については、総合的な「自立生活支援計画」を策定する仕組みを導入することが適切である。(別紙6)

この相談支援の質の向上を図るため、各層ごとの機能に応じたガイドラインの作成・普及等が必要である。

相談支援を担う専門職においては、障害者本人が必要となる支援の内容を正しく認識するとともに、協調しつつ相談支援を行える関係を築く資質が求められる。

将来的には、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なくケアマネジメントができる人材を育成する必要性があることを念頭に置いて、養成課程や研修の在り方について検討することが必要である。

相談支援を行う各機関の中立性・公平性を確保する仕組みの在り方について、検討することが必要である。また、他の障害と同様、地域で暮らす障害者の権利擁護を必要とするケースや、その解決方策等の知識の普及を図るとともに、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の事業について利用の促進を図る方策を検討することが必要である。

### 住居支援

住居支援体制を確立することにより、精神障害者が施設やグループホーム等を経て自宅又はアパートで生活できるような取り組みを進めることが必要である。

障害者の単身入居を推進していくため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応するなど、公的な障害者の住居支援・保証体制を、少なくとも障害保健福祉圏域ごとに確保していくことが必要である。(別紙7)

地域生活により近い住まいの場であるグループホームについて、重度の精神障害者にも対応できるよう、24時間の連絡体制を確保するなど、利用者の状態等に応じて機能の強化・分化を進めることが必要である。

住まいの場の機能を持つ入所系の社会復帰施設については、利用者の状態等に応じ、できるだけ速やかな地域移行を支援する機能の強化策が必要である。

現在、地方公共団体に対して実施している障害者に係る公営住宅の利用実態等の調査結果を踏まえ、公営住宅への精神障害者の単身入居や、グループホームとしての活用を進める方策が必要である。

### 就労支援・活動支援

現役層においては、社会の中で役割を持ってもらうための就労支援の方策が重要であり、本人の状態、職業能力に応じて、授産や福祉的就労から一般就労へと結びつけるため、ワークシェアリング(仕事の分かち合い)的な就労形態の活用など、就労(雇用、就業)の機会拡大を含めた、障害者の就労支援を行う事業者、社会適応訓練事業所、企業等との協働による多様な施策の展開が必要である。

精神障害者の就労を促進するに当たっては、既存の福祉工場の規制緩和や機能強化を進めるとともに、授産施設等で行われる「福祉的就労」について、より一般雇用に結びつけていくという観点から、継続的就労、就労移行支援、自立訓練の機能を明確に区分し、機能強化を図ることが必要である。(別紙8)

精神障害者の雇用を促進するための法的整備を図るとともに、授産施設等



から企業等での就労への円滑な移行が可能となるよう、施設外授産等の効果的な活用、障害者就業・生活支援センターの機能強化等による地域における就労支援機能の一層の充実、企業等に就労した場合のジョブコーチによる職場定着支援、離職後の再訓練等、一連の就労支援システムの構築が必要である。(別紙9)

継続的就労、就労移行支援の他、自立訓練や憩いの場のサービス内容や人員配置等の在り方について検討することが必要である。これと併せて、多様な利用形態にある精神科デイケアの機能を、患者の症状やニーズに応じて機能の強化・分化を図ることが必要である。

### 居宅生活支援

訪問サービスやショートステイなどの居宅生活支援を充実させ、使い勝手を良くすることや、インフォーマルなサービスを活用することを通じて、在宅中心の地域生活を支援することが必要である。

障害の状態等に応じて介護サービス等を自宅等で受けられる訪問サービスについては、他の障害における同様の仕組みとの均衡を図りつつ、サービス内容に応じた単価設定、短時間の単価設定等について検討することが必要である。

また、専門性を必要としない社会参加的なニーズについては、多様な形態・主体によるサービス提供を検討することが必要である。

現行のショートステイは、あくまでも介護者の都合によってしか利用できないが、入院予防的に利用するなど、本人の心身の状況等に応じて利用できる選択肢の拡大が必要である。

また、現在の精神科救急システムに加え、必要に応じ、短期間家庭から離れてケアを受けられるシステムの検討が必要である。

精神症状が持続的に不安定な障害者(例えばGAF30点以下程度を目安)においても、地域における生活という選択肢を確保することができるよう、24時間連絡体制の下、訪問サービス、短期入所(院)、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の在り方を検討することが必要である。(別紙10)

この場合、予算と人員を多大に必要とする事業モデルは普及が難しいということに留意し、できる限り普及という面を重視することが必要である。

精神障害者の活動の場を広げるために、精神障害者保健福祉手帳に係るサービスの充実を図っていくべきであり、そのためには、手帳の信頼性向上の観点から、現行の様式を見直し、写真を貼付することが必要である。

当事者同士の共通の経験を基盤とする対等な関係に基づく、障害者自身による情報提供、傾聴、自立支援などの各種の取り組み(ピアサポート等)は、公的サービスと相まって、障害者の社会的自立を促す面や障害者のエンパワメントの面で非常に有効であり、自主性・自立性を尊重しつつ、その振興、

活用を図ることが必要である。

これまで各地域で当事者と専門職、ボランティア等が一体となって取り組んで成果をあげている生活支援活動を全国的に普及することが必要である。

### 社会復帰施設の機能の見直し

現在の社会復帰施設については機能が不明確（別紙 11）であり、その機能を障害者の自立に向けた支援ニーズに応じて再編することが必要である。この場合、複数の機能を小規模な単位で組み合わせる持つことや入所者だけではなく地域の障害者への開放を可能とすること、ショートステイの利用に関する人数制限の撤廃、他の手段で代替可能な規制の緩和、できるだけ参入は自由とする一方で実績評価の体制を強化すること等を検討することが必要である。

機能の再編後において、各施設が期待される基本的な機能を前提として、入所期間、退所者の再入院の状況や就労の実績など、その機能が十分に果たされているかを評価する指標の在り方について検討することが必要である。また、基本的な機能以外に評価すべき機能の有無についても検討することが必要である。

こうした施設機能の再編に併せ、サービスの質と効率性の向上、制度の公平の観点から、報酬体系について、施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直すことが必要である。これに伴い、報酬請求実務の簡素化・効率化も検討することが必要である。

社会復帰施設の整備については、次のような意見があったが、活用できる社会資源の水準、大きな地域差等を踏まえ、当面、機能再編後の施設について、どの水準まで整備が必要かについて引き続き検討が必要である。

- ・ 3 障害と高齢者福祉を組み合わせ、これらを地域資源として総合的に整備していくための市町村等への交付金制度を創設していくなどの発想の転換をした政策手法を考えないと思いついたレベルアップは絶対できないのではないかと。
- ・ 既存の施設に対して、再編後の新たな機能を果たせるよう、一定の投資をすることが必要である。また、社会資源が不十分な中では、一定水準までは拠点施設の確保は必要ではないかと。
- ・ 制度疲労を起こしている現状の社会復帰施設を新設することは、意味がない。現状のものを廃止する必要はないが、既存の社会資源をできるだけ活用した仕組みづくりを目指すことが必要ではないかと。

高齢障害者の生活を支える施設という視点も重要である。長期入院している障害者も徐々に高齢化しており、地域生活の障害者もいずれ高齢化することとなる。これらの者にふさわしい生活の場の選択肢となる施設の在り方を医療・福祉を通じて総合的に検討することが必要である。

### 長期入院患者の社会復帰意欲を促す仕組み

長期入院患者がグループホーム等で短期間生活するような仕組みが認められれば、その社会復帰に向けた自信を高めることができるのではないか。

長期入院患者等の円滑な地域生活への移行を図るため、病院との連携の下、病状が安定している者について、都道府県等が状況の確認を行い、相談支援（ケアマネジメント）を通じて退院促進の取り組みを行う退院促進事業の充実強化を図ることが必要である。

病院の社会復帰の活動に関して、次のような意見があったが、精神病床等に関する検討会の検討結果（社会復帰リハビリテーションの専門病棟・ユニットの制度化等）とも整合性を図りつつ、国として成案を得ることが必要である。

- ・ 退院後の地域生活について相談支援し、患者の退院を促進するため、精神保健福祉士等による相談支援体制を病院にも設置することを検討することが必要ではないか。
- ・ 社会復帰を進めるため、病院内において、退院後のケアマネジメントを行う精神保健福祉士の役割を明確化し、診療報酬の中で評価したり、人件費の補助を行ったりと、国として何らかの対策を立てる必要があるのではないか。
- ・ 社会復帰施設を、病院併設の退院促進機能型と、それ以外の生活支援型（生活補完型）に区分し、それぞれの社会復帰施設に看護師等を配置し、積極的な地域展開を図り、チームで症状の再燃予防や健康の維持向上にも努めるべきではないか。
- ・ 退院前訪問指導や訪問看護を活用するなどして、地域生活を継続的に支える体制の構築を図るべきではないか。

### 市町村を中心とした地域生活支援体制

精神障害者に対する総合的かつ効率的なサービス提供の実現のため、現在、市町村が利用決定している居宅生活支援事業や他の障害サービスと同様に、社会復帰施設の利用についても、基本的に市町村が決定する仕組みとすることが必要である。（別紙12）

これに併せて、相談支援（自立生活支援計画の作成を含む）や報酬に係る審査支払の外部委託、保健師等の専門職や関係職員の研修実施など、現在の市町村の人的・物的な状況を踏まえた市町村を支援する枠組みが必要である。

都道府県は、市町村間の広域調整、専門性の高い事例等への参与、判定等の実施、必要な人材育成など、市町村を支援する機能を高めることが必要である。

この円滑な移行を進めるため、規模が小さい市町村等については、過重な負担とならないよう、関係事務の共同実施の枠組みや都道府県が関与した形

での一定の経過的な枠組みを講ずる必要がある。

#### 計画的な行政の推進

障害者基本法の改正で市町村障害者計画の策定が義務づけられたが、さらに精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県、国が、それぞれ都道府県単位、全国の事業計画を定めるなど、計画的に供給体制の整備に取り組む仕組みが必要である。(別紙13)

都道府県、国においては、精神病床に係る医療計画等と整合性を図りつつ一定の目標設定を行い、医療・福祉の両面で退院から地域生活に至る一連の流れに沿って一定期間ごとに評価を行うとともに、総合的なビジョンを策定し、その実施のため必要な措置を講ずることが必要である。

地域生活支援体制に係る人材については、質・量ともに不十分であり、今後、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等を越え、また新たな支援ニーズに対応できるよう、福祉分野の人材の再教育や各種専門職の確保、就労支援分野への産業分野からの参画等を促すことが必要である。

地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図ることが必要である。

#### 利用者への情報提供と質の評価

一部地域で行われている、一定の圏域単位(二次医療圏域、障害保健福祉圏域等)で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み(パンフレット、ホームページ等)を全国的に進めることが必要である。

利用者とサービス提供者の対等な契約関係を確保する観点から、社会復帰施設等に係る一定の情報を、施設内に掲示し、利用者に説明し、又は対外的に公開を義務づける仕組みについて検討する必要がある。

サービスの質の評価には、事業者、利用者それぞれによる自主的な評価の他、第三者が評価することで公的な信用を高める評価方法があるが、この第三者による評価については、福祉分野でも、その仕組みを計画的に整備し、将来的には、報酬評価等に活かすなどの取り組みを検討することが必要である。

#### 財源の在り方

新たな地域生活支援体系の実現を地方自治体に任せても、地方交付税も含めた現在の財政状況では十分な施策が展開できず、地域間格差も固定すると考えられる。

現下の経済状況において新規財源を確保することは厳しい状況ではあるが、既存の精神保健福祉施策において医療・福祉双方で重点化・効率化を行

いつつ、またどのような支援が障害者には必要で、そのためにはどれくらいの費用が必要なのかなど、国民が納得し得るものを示し、財源確保について社会的な合意を得る取り組みを進めることが必要である。

精神医療における配分は入院に約 8 割が振り向けられ、また精神保健福祉分野における国庫配分についても、医療に係る患者の自己負担軽減に約 7 割が振り向けられ、かつ毎年、急速に増加し、福祉分野に財源を配分する足枷となっている。特にこうした医療全体での重点化・効率化の可能性について検討を進めることが必要である。

通院公費負担については、次のような点を踏まえつつ、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、その在り方について引き続き検討することが必要である。

- ・ 生活習慣病と同様に誰でも罹りうる疾患という認識ではなく、精神疾患を人格の障害等と捉える昭和 30 年代の認識に基づき制度化されたこと
- ・ 現在は精神科を受診するという精神的な障壁を下げる役割を担っていること
- ・ 社会的な自立のためには一定の負担感を持つことも必要な面があること
- ・ 低所得者にとっては生活の負担の軽減という役割を担っていること
- ・ 現在の負担水準は平成 7 年当時における医療保険の自己負担割合との均衡等で定められたが、医療保険の見直しにより、他の疾病と比較して負担が相対的に軽くなっていること

措置入院については、入院者数(対人口)に大きな地域間格差が生じており、その原因分析を進め、その解消について引き続き検討することが必要である。

社会復帰施設や居宅支援事業についても、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランス、受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応を検討することが必要である。

## 4 . 終わりに

### 実現に向けた道筋

精神保健福祉法等の改正が必要な事項については、引き続き関係審議会の意見を聴きながら国として検討した上で、平成 17 年の通常国会への改正法案の提出を目指すべきである。

新たな地域生活支援体系については、病床機能の再編等と並行しつつ実現していくものであるが、まず、サービス体系については、対象者像を明確にしつつ、地域生活の軸となる既存の居宅生活支援事業(グループホーム、シ

ョートステイ等)の見直しに速やかに着手し、実態調査を進め施設機能の見直し等につなげることが必要である。これらと並行して、相談支援体制については、市町村、障害保健福祉圏域それぞれで速やかな体制づくりを進めることが必要である。

また、施設機能の再編、相談支援体制の確立等により、既存の人材の再教育・再配置、新規の人材確保が必要となるが、その仕組みについて、検討することが必要である。

受入条件が整えば退院可能な入院患者は、約半数が長期入院傾向、約半数が比較的短期で退院していく傾向にあり、退院を促進していくためには、地域生活支援体制のみならず、急性期治療や社会復帰リハ等の精神病床機能の分化・強化をはじめとする医療体制の充実を図る必要がある。医療体制の充実については、「精神病床等に関する検討会」における検討事項であるが、平均残存率、退院率等の具体的な数値目標等を定めることで、病床の機能分化等を進め、病床の減少を促すことが必要である。

#### 国の取り組み

国は、この検討会の成果を踏まえ、国民に対し、早急に精神保健医療福祉に関する明確なビジョンを示し、当事者・家族に勇気を与えるとともに、国民が納得し得る取り組みを進め、社会的な合意の下、早急に財源確保の実現を図ることが必要である。

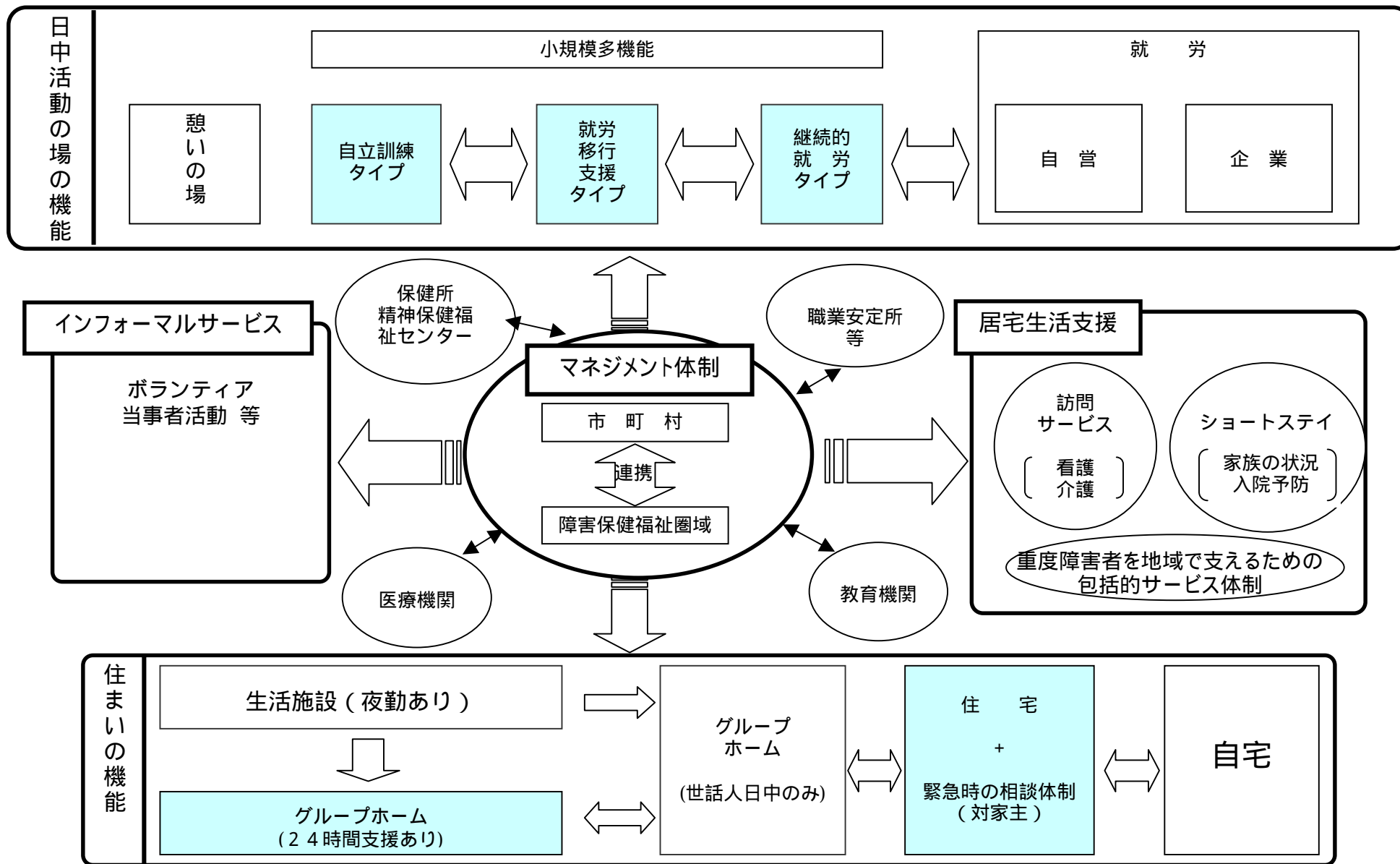
本検討会の主題ではないが、介護保険との関係についても、今後の福祉のあるべき姿として、現実の実施体制の問題として、さらに負担の問題として、それぞれの面から、推進すべきとの立場の意見や、時期尚早・慎重に検討すべきという立場の意見が出されたところである。

国は、こうしたビジョン等について、これを実施することとなる都道府県や市町村とも十分な意見交換を行い、円滑に実施できる体制づくりを進めることが必要である。また、こうした意見交換を通じて、地域の状況も踏まえつつ各地で行われているモデル的な取り組みを「点」から「線」に、さらに全国的な「面」とするような仕組みを構築することが必要である。

以上のほか、本検討会での主たる議題ではないが政策決定に参考となる指摘等があった。こうした指摘についても、その趣旨を尊重しつつ、国は、できる限り多くの者が納得できるようなビジョン策定や制度改正に努力すべきである。

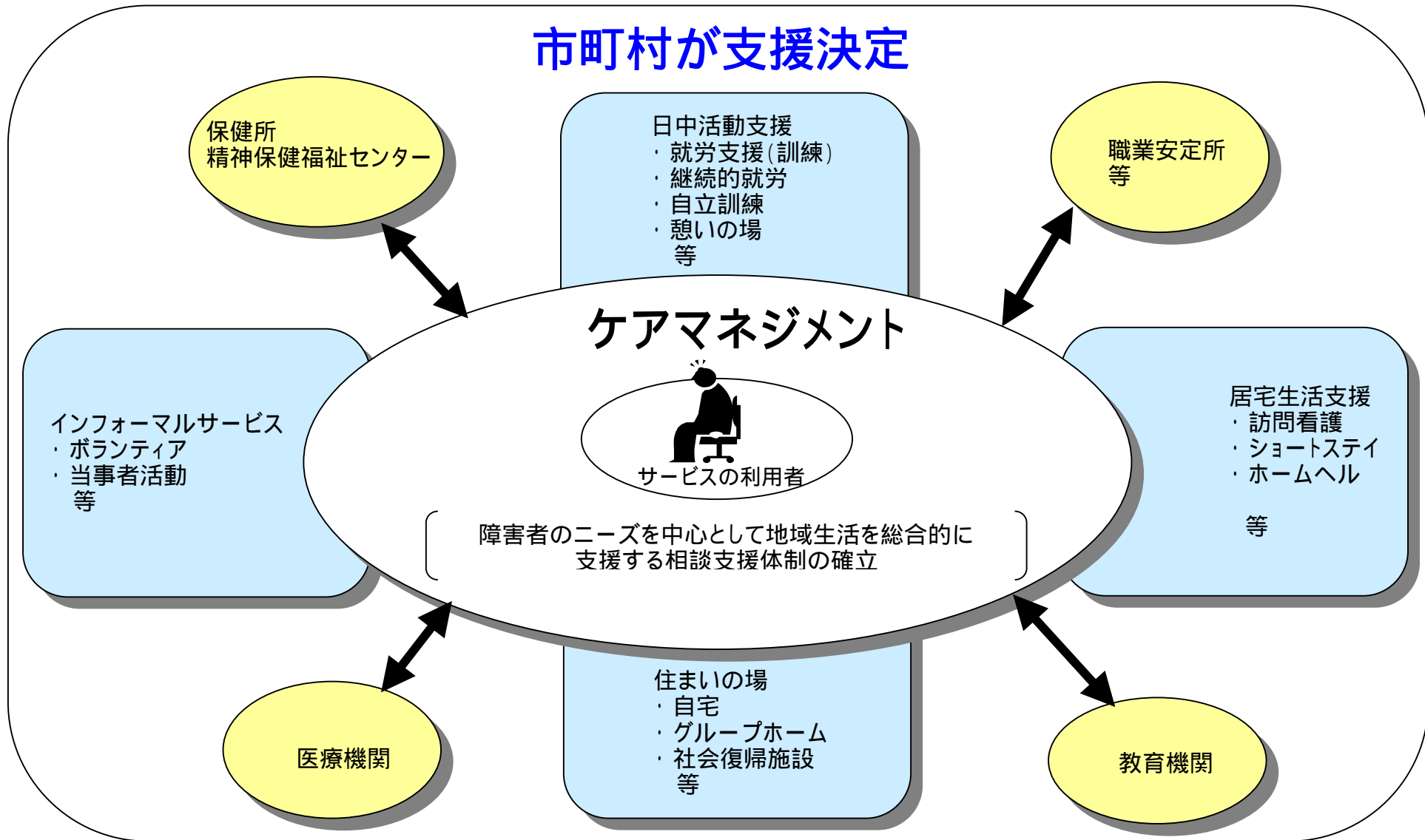
# 再編後の住・生活・活動支援体系（精神保健福祉）

（別紙）



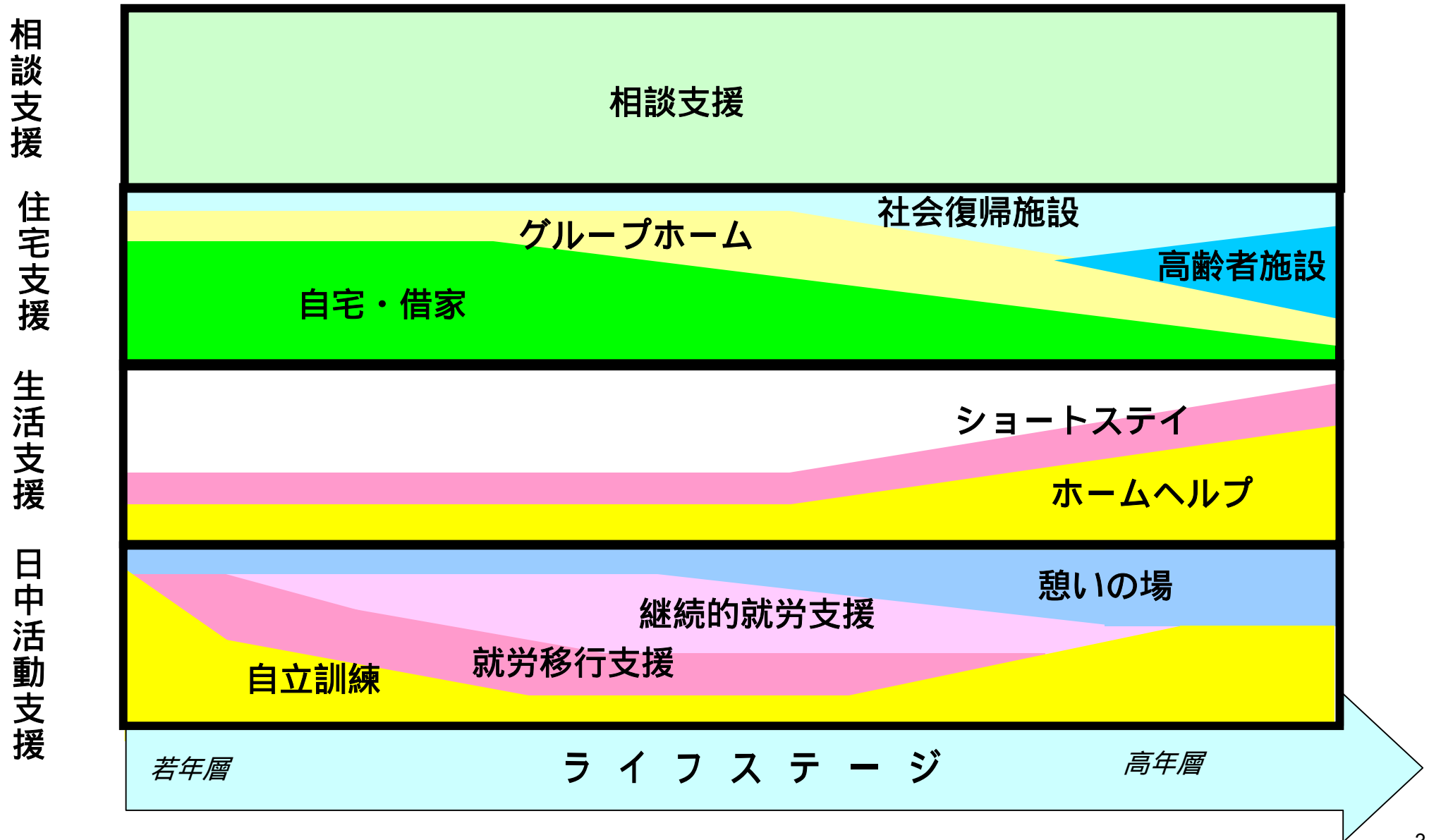
# 個別の地域ケアのイメージ

## 市町村が支援決定

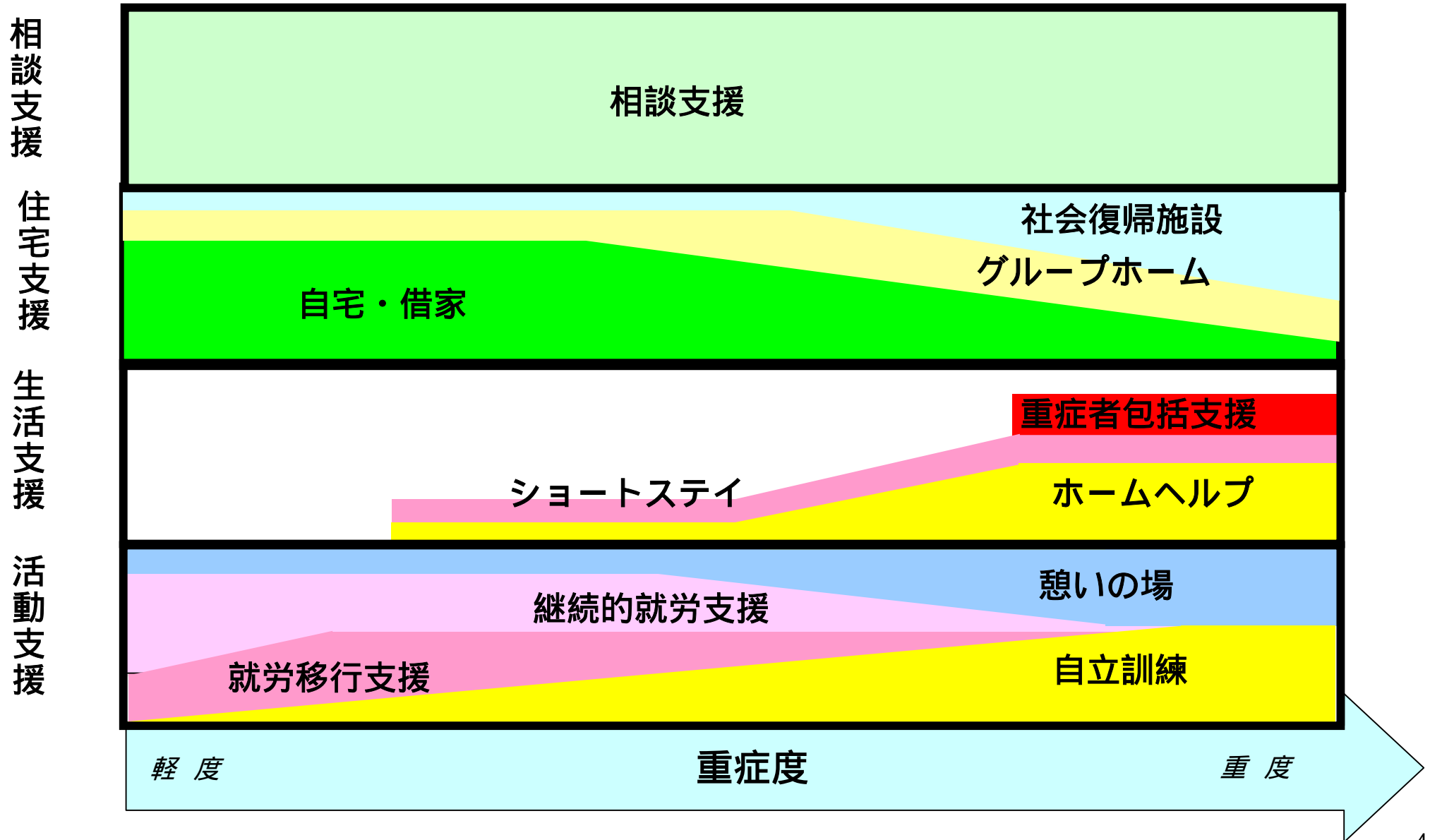




# ライフステージと精神障害者福祉サービス



# 重症度と精神障害者福祉サービス



# 障害者の相談支援(ケアマネジメント)体制(案)

都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の三層(生活圏域も含める場合には四層)構造の相談支援体制となるよう、各機関の育成等を行う。

相談支援事業については、施設整備等を伴わないものも念頭に、法律上、居宅生活支援事業の一類型と位置づける。(法律上、その中立性に配慮)

相談支援の内容等は次のようなイメージとする。

- ・ 生活全般の総合的なもの
- ・ 福祉サービス等の利用決定に係るもの(自立生活支援計画)

## 《 都道府県 》

専門判定機関により、障害者の状態の判断等、各種相談支援事業者のスーパーバイズを行う。

## 《 障害保健福祉圏域 》

市町村単位の相談支援事業者のスーパーバイズ、危機介入的な専門性の高い案件への対応等を行う中核的な事業者を確保(住宅入居支援等のサービスを行うことも想定)。

市町村単位の相談支援事業者の中から、圏域の中核となる事業者を都道府県が指定。

## 《 市町村 》

市町村単位の相談支援機能(市町村又は民間の相談支援事業者)を確保。

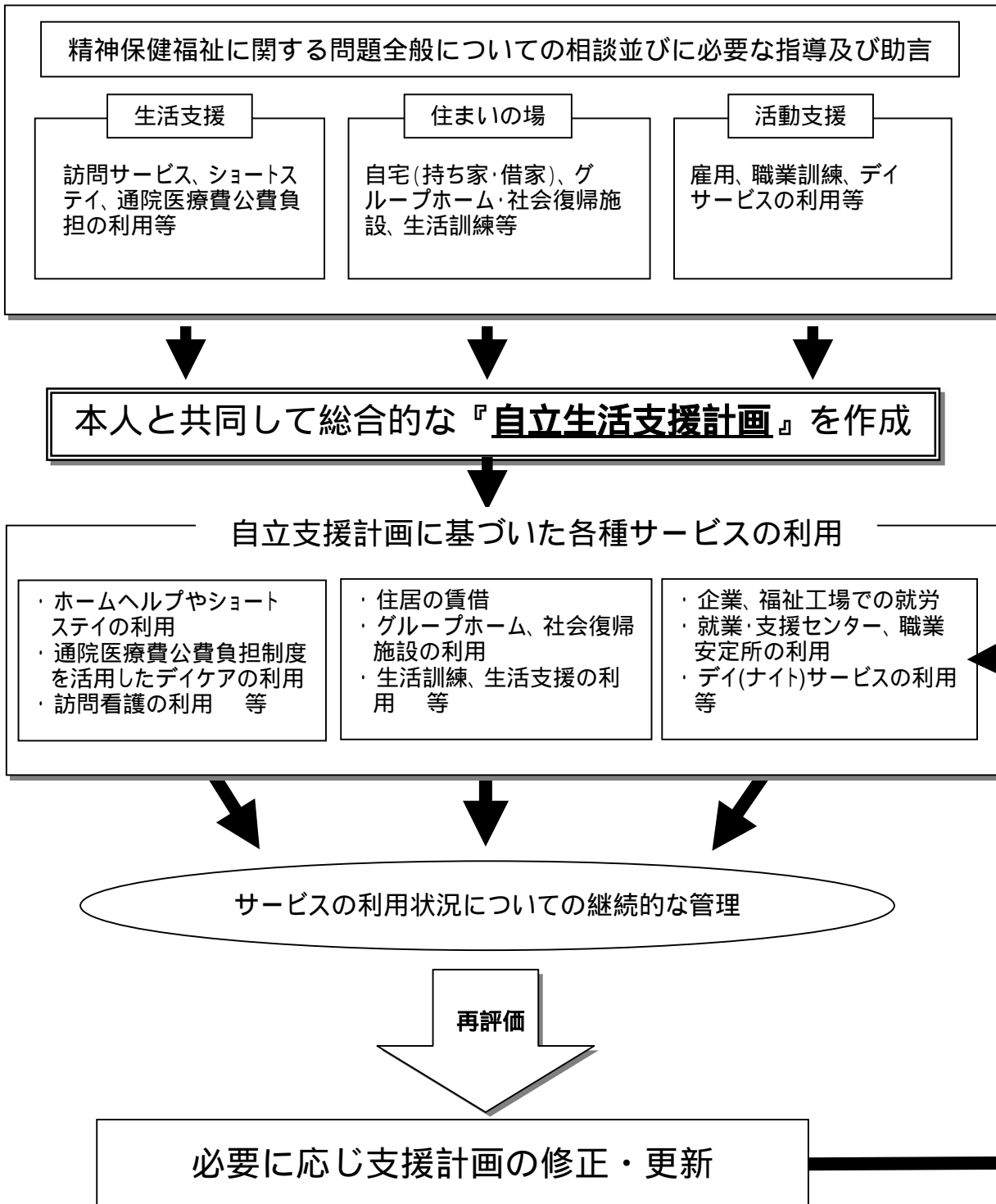
実施主体である市町村の指定に基づき、事業者は、ソーシャルワーク的業務等を実施。

## 《 生活圏域 》

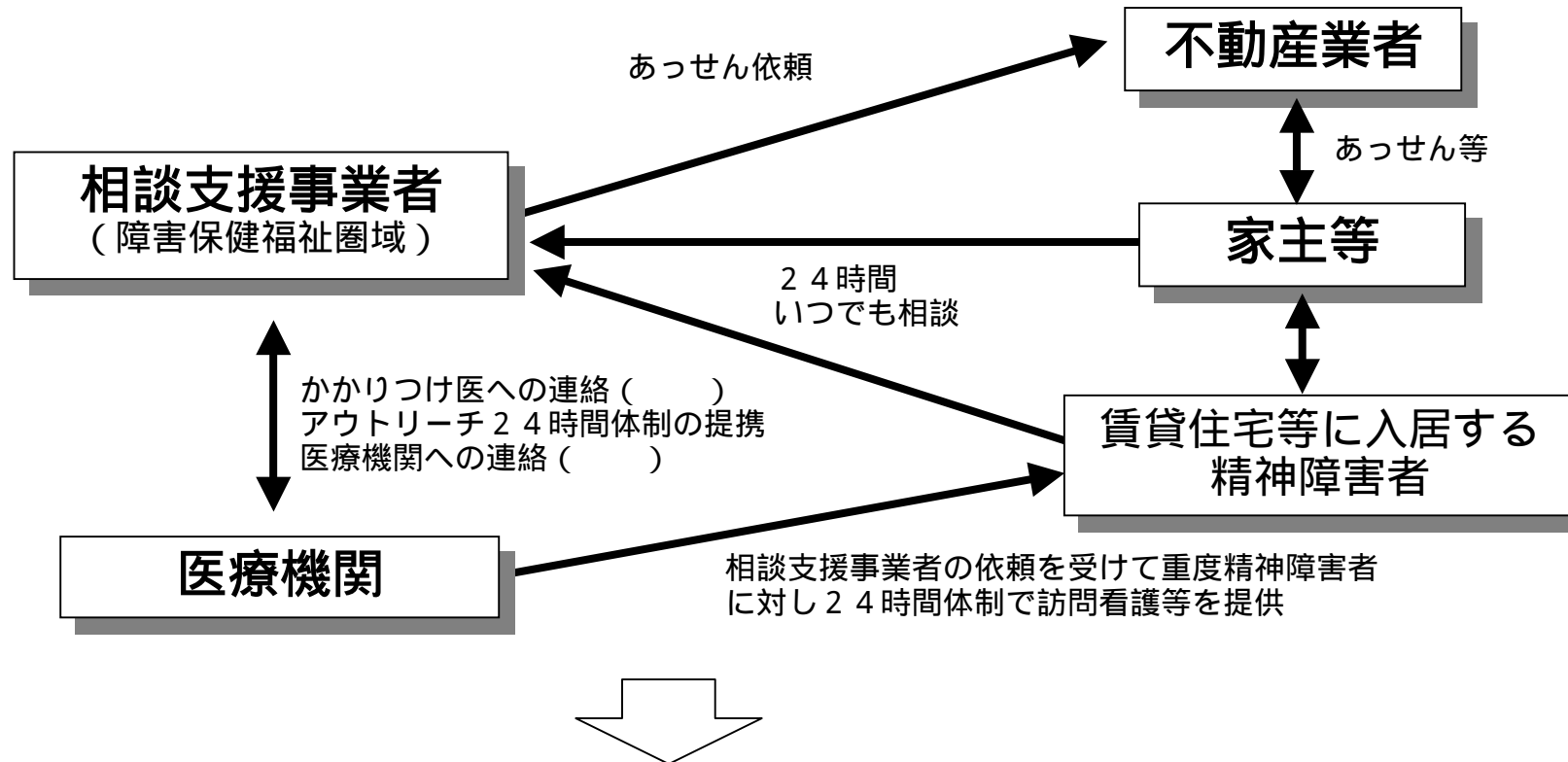
支援を必要とする障害者の発見、プライマリー的な相談、事後的なモニタリング等を中心とするコミュニティーワーク機能として位置づける。

# 自立生活支援計画に基づくサービスの利用

- ・ 精神障害者相談支援事業(仮称)によるサービスは自立生活支援計画に基づくものであることを明確化。
- ・ この自立生活支援計画策定に係る相談支援機能は、地域生活支援センターや精神障害者相談支援事業(仮称)者に委託できることとする。
- ・ 精神障害者相談支援事業(仮称)は精神障害者居宅生活支援事業として位置づけ、ケアマネジメント研修を受講した「相談支援専門員」を配置する。



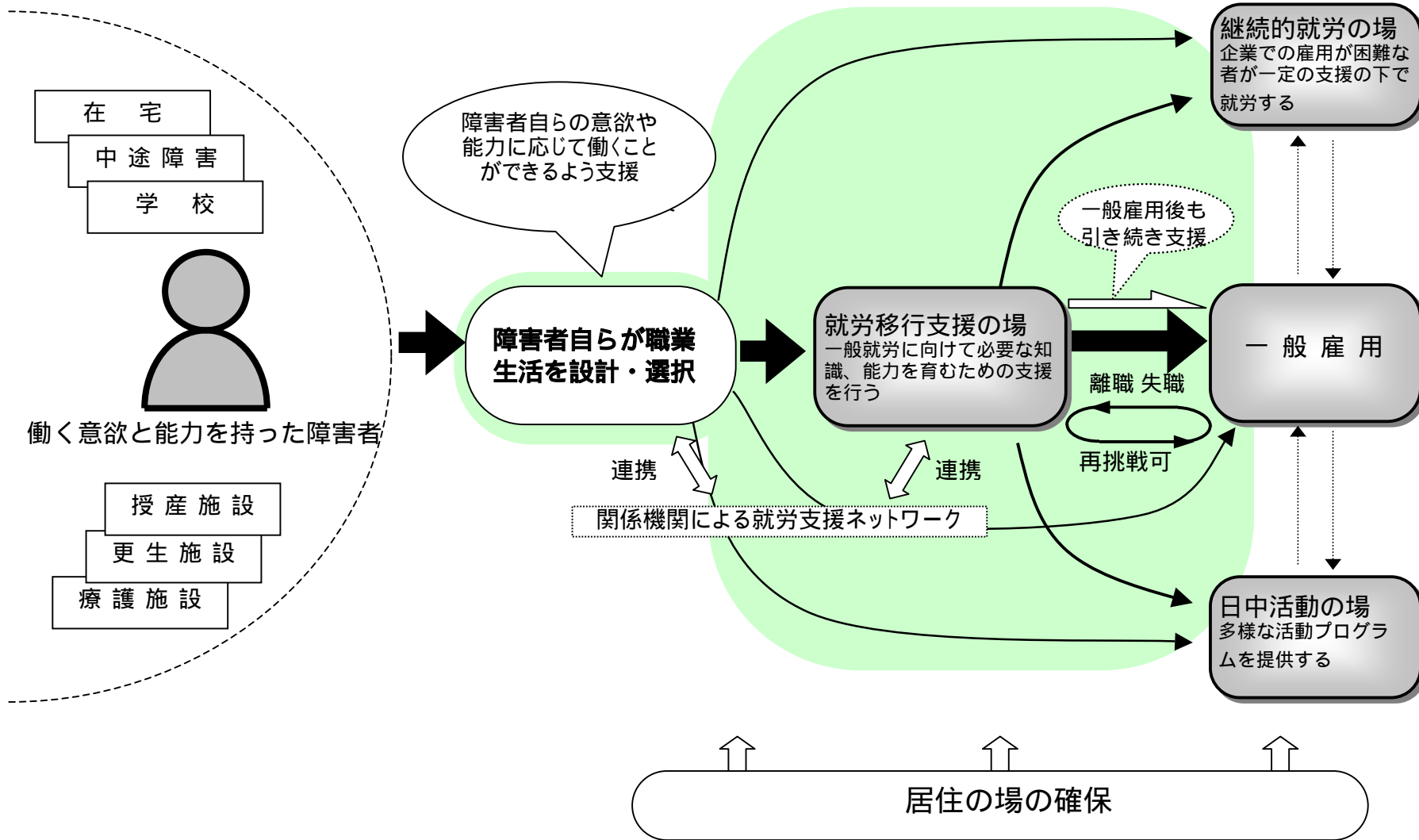
# 精神障害者の住居サポート体制の整備



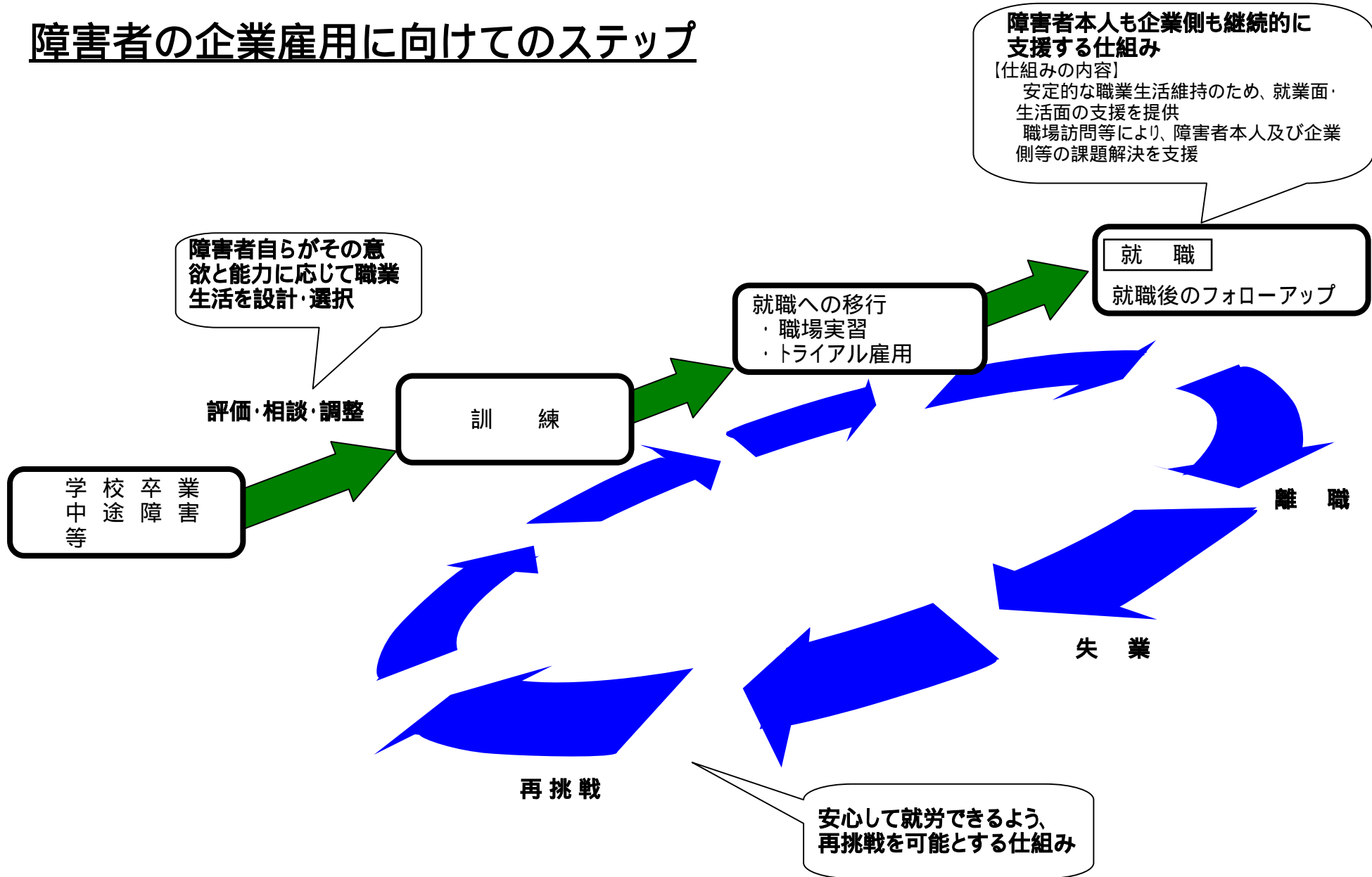
- ・ 家主・精神障害者とも安心して入居できる環境 地域生活の場（住まい）の確保
- ・ 重度精神障害者の地域生活の支援 入院から在宅への流れの促進

精神障害者相談支援事業のオプション事業（のみ又は + ）と位置づけ、体制を整えた事業者に加算を適用する。

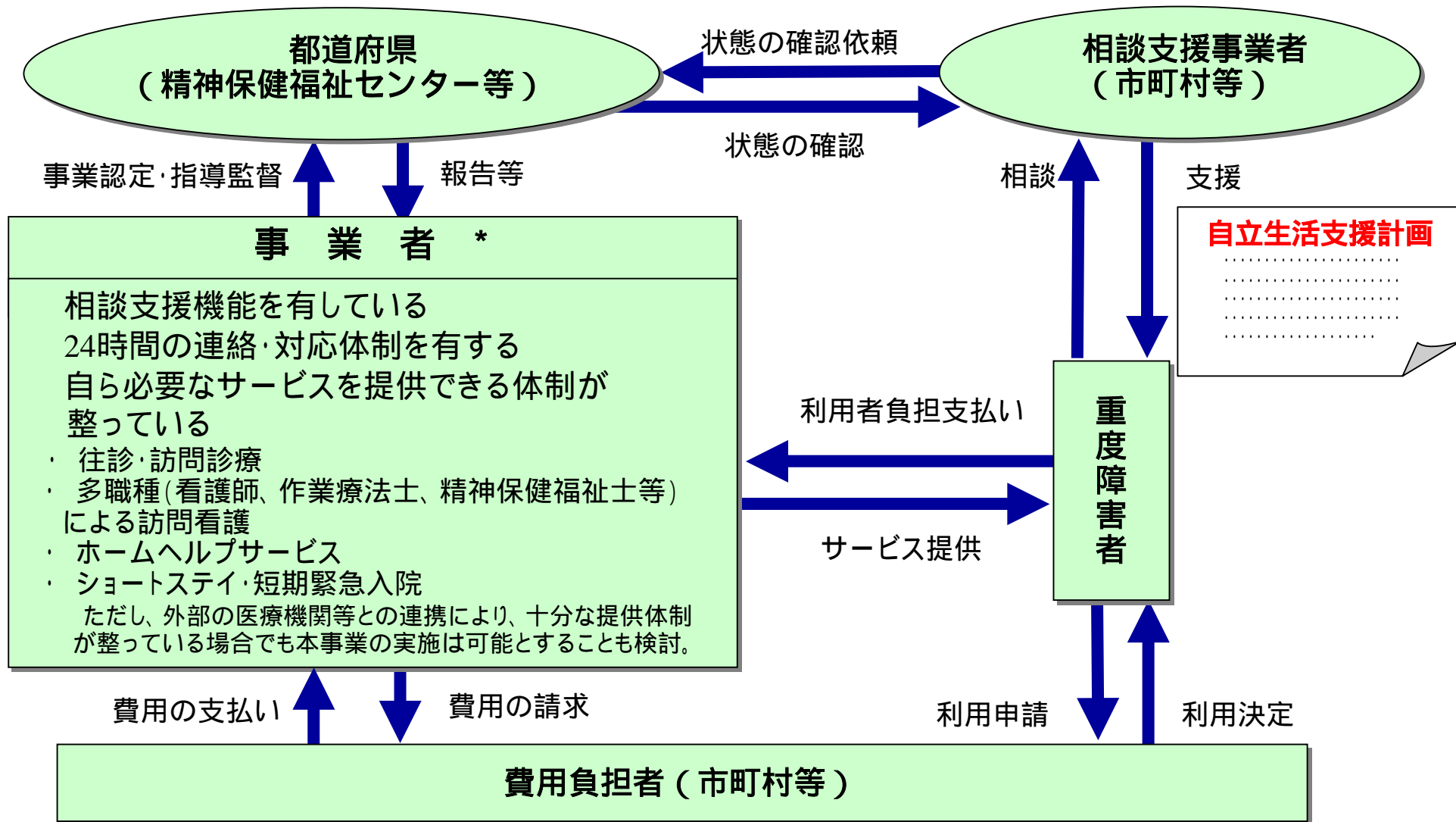
# 新たな障害者の就労支援策の流れ



# 障害者の企業雇用に向けてのステップ



# 包括的に地域生活を支える仕組み(案)



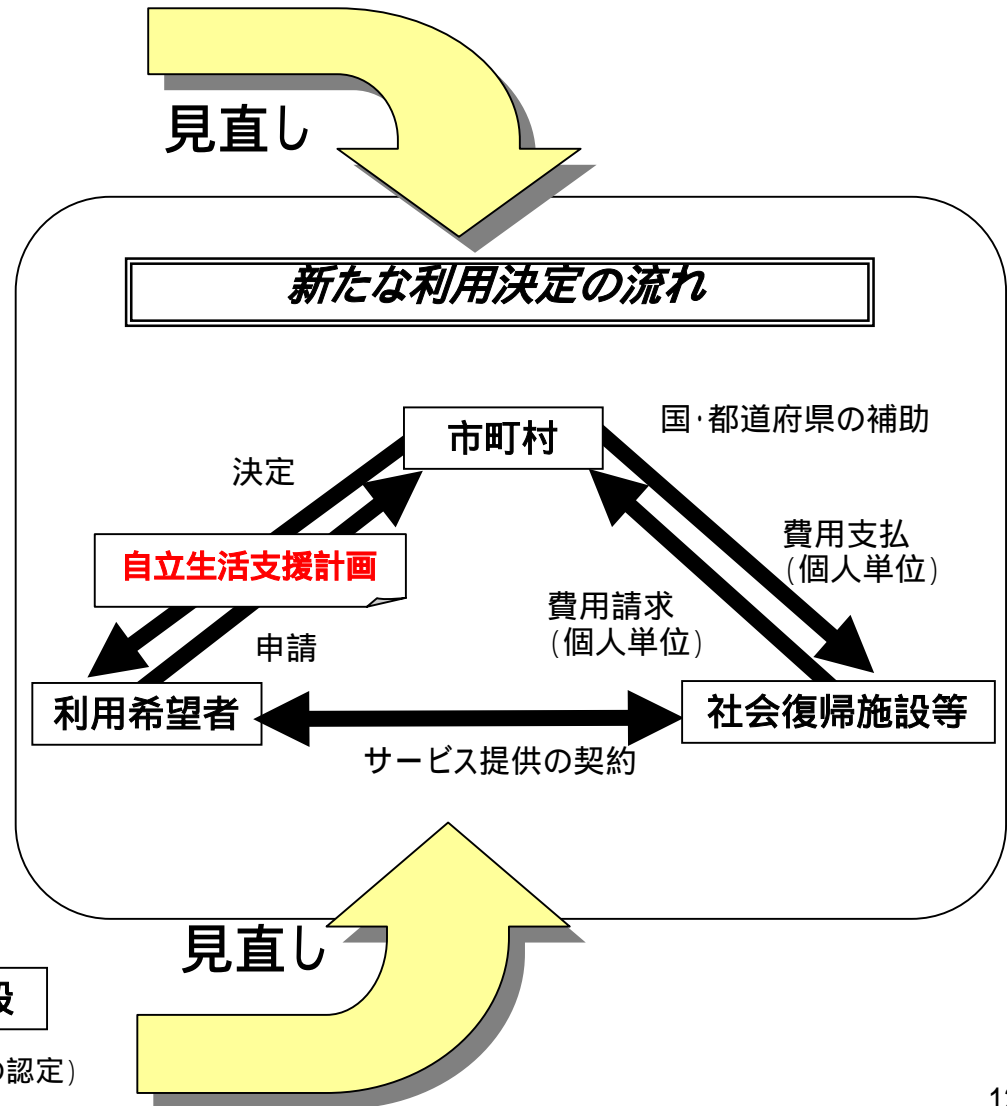
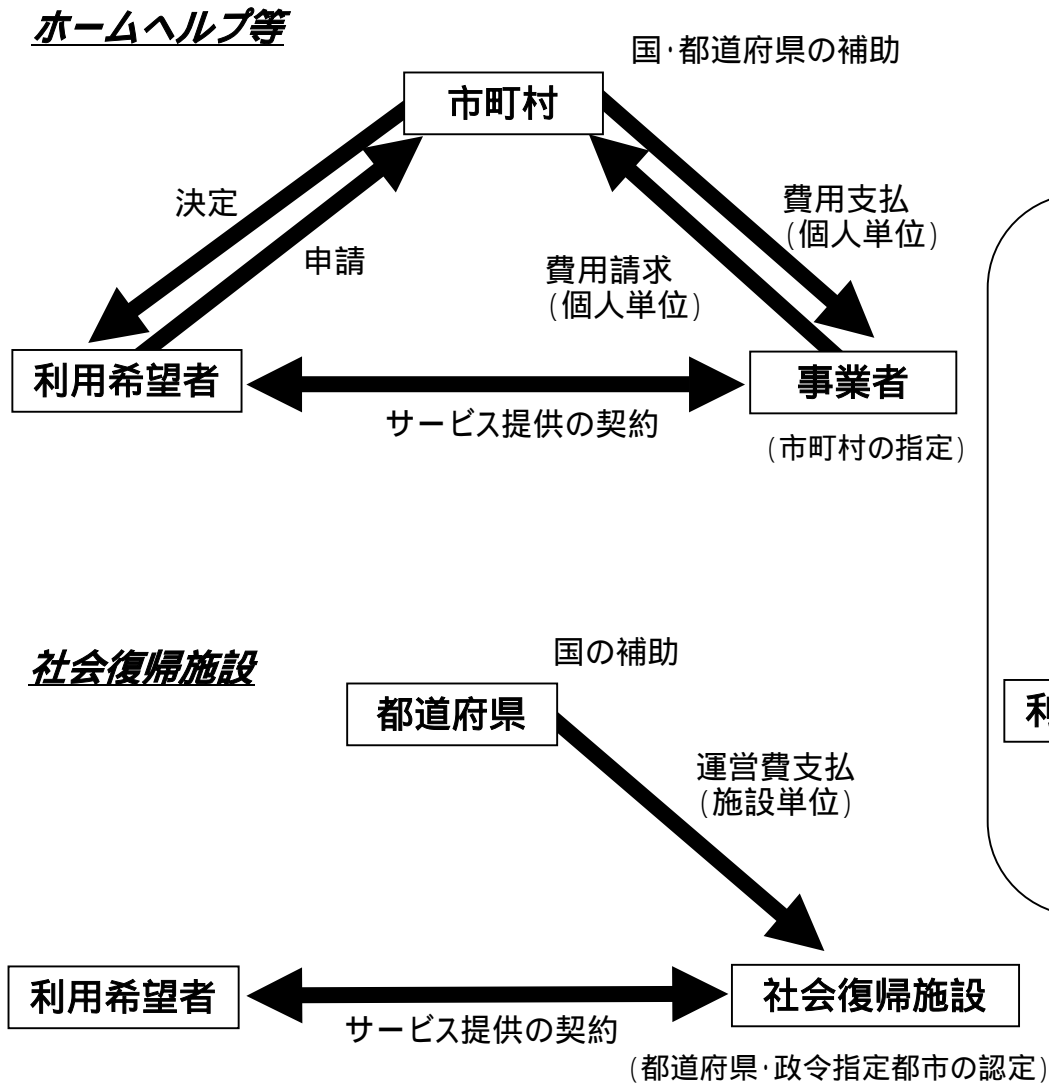
\*相談支援事業者が本事業を実施することも想定。



< 法律等に定める目的の整理表 >

施設種別	施設の概要							
	精神障害者生活訓練施設	精神障害者福祉ホーム		精神障害者授産施設			精神障害者福祉工場	精神障害者地域生活支援センター
		A型	B型	通所授産施設	入所授産施設	小規模通所授産施設		
施設概要	精神障害者のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適應することができるように、低額な料金で、居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図る施設	現に住居を求めている精神障害者に対し、低額な料金で、居室その他の設備を利用させるとともに、日常生活に必要な便宜を供与することにより、その物の社会復帰の促進及び自立の促進を図る施設	現に住居を求めている精神障害者に対し、低額な料金で、居室その他の設備を利用させるとともに、日常生活に必要な便宜を供与することにより、その物の社会復帰の促進及び自立の促進を図る施設	雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、低額な料金で、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図る施設	雇用されることが及び住居の確保が困難なものを一定期間入所させて、精神障害者が自活することができるように、低額な料金で、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図る施設	雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、低額な料金で、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図る施設	通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を雇用し、及び社会生活への適應のために必要な指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進を図る施設	地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行うとともに、併せて保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等との連絡調整、その他の援助を総合的に行う施設
対象者	入院の必要はないが、精神障害のため独立して日常生活を営むことが困難と見込まれる者であって、かつ、社会復帰を希望する者のうち次の各号に該当する者 (1) 共同生活を営める程度の者 (2) 精神科デイ・ケア施設、精神障害者小規模作業所等に通える程度の者	家庭環境、住宅事情等の理由により、住宅確保が困難であるため、現に住居を求めている精神障害者であって、次の各号に該当する者 (1) 日常生活において介護を必要としない程度に生活習慣が確立している者 (2) 継続して就労ができる見込みがある者	病状は安定しているが必ずしも入院治療を必要としないが、意欲面の障害若しくは逸脱行動の症状を有する、又は、高齢化による一定程度の介護を必要とする状態にある精神障害者で、一定程度の介助があれば、日常生活を営むことができる者	雇用されることが困難な精神障害者であって、かつ、将来就労を希望する者	家庭環境、住宅事情等の理由により、住宅確保が困難であるため、現に住居を求めている精神障害者であって、次の各号に該当する者 (1) 共同生活を営める程度の者 (2) 雇用されることが困難な精神障害者であって、かつ将来就労を希望する者	雇用されることが困難な精神障害者であって、かつ、将来就労を希望する者	精神障害者授産施設等において指導訓練を受け、一般企業に就労できる程度の作業能力を有しているが、対人関係、健康管理等の事由により、一般企業に就労できないでいる精神障害者	地域で生活している精神障害者
定員	20名以上	10名以上	おおむね20名	20名以上	20名以上30人以下	10名以上20名未満	20名以上	-
利用期間	原則2年以内、ただし、真にやむを得ない場合は1年を超えない範囲内で、1回に限り延長することができる。	原則2年以内、ただし必要な場合は、延長することができる。	原則5年以内、ただし必要な場合は、延長することができる。	利用者各人の作業能力等により当該施設において適宜決定する。	利用者各人の作業能力等により当該施設において適宜決定する。	利用者各人の作業能力等により当該施設において適宜決定する。	-	-
住まい								
マネジメント								
生活訓練								
機能訓練								
職業訓練								
雇用								
憩いの場								

# 精神障害者利用決定の流れ



# 介護保険事業計画において定める事項の概要

## 都道府県介護保険事業計画

サービス従事者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項

サービス提供の施設の整備等に関する事項

サービス量の見込み

サービスの円滑な提供を図るための事業に関する事項

- ・ 市町村介護保険事業計画との整合性の確保
- ・ 圏域を単位とする広域的調整

## 市町村介護保険事業計画

サービス量の見込み

サービスの円滑な提供を図るための事業に関する事項

サービス見込み量の確保のための方策

市町村特別給付及び保健福祉事業に関する事項

## 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会開催要綱

### 1. 趣旨

社会保障審議会障害者部会精神障害分会が平成14年12月19日に公表した報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」においては、「入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という基本的な考え方にに基づき、具体的な施策の進め方を提言している。

同報告書では、地域精神保健福祉のあり方について、入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと等を踏まえ、在宅福祉サービスの充実、地域保健及び多様な相談体制の確保、社会復帰施設の充実等の課題について、検討を進める必要があるとしているところである。

このため、有識者等からなる検討会において、これらの課題について検討を行う。

### 2. 検討課題

- 1) 精神障害者に対する地域生活支援の現状について
- 2) 必要なサービスの種類・量について
- 3) 今後必要となる取組について 等

### 3. 座長

検討会に座長を置くものとする。座長は、構成員の中から互選により選出するものとする。

### 4. 会議

- 1) 検討会は座長が必要に応じて招集する。
- 2) 検討会は必要に応じて小委員会を開催して検討を行うことができる。

### 5. 参考人

座長は、必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

### 6. その他

- 1) 当検討会は原則として公開とする。
- 2) 当検討会の事務局は障害保健福祉部精神保健福祉課が行う。

# 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会

## 委員名簿

板山 賢治	社会福祉法人浴風会理事長	
伊藤 雅治	社団法人全国社会保険協会連合会理事長	
上森 得男	厚木市家族会「フレッシュ厚木」理事	
大谷 強	関西学院大学経済学部教授	
小川 忍	日本看護協会政策企画室長	(平成16年6月1日～)
尾崎 眞弓	第2すみれ共同作業所指導員	
加藤 真規子	NPOこらーる・たいとう代表	
金子 鮎子	全国精神保健職親会連合会副会長	
北窓 隆子	青森県健康福祉部長	(平成16年4月1日～)
木村 真理子	日本女子大学人間社会学部社会福祉学科教授	
倉知 延章	東京福祉大学助教授	
香野 英勇	社団法人やどかりの里理事	
佐藤 進	埼玉県立大学保健福祉学部社会福祉学科教授	
末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部助教授 社団法人日本精神科看護技術協会常任理事	
高橋 清久	藍野大学長 国立精神・神経センター名誉総長	
高橋 紘士	立教大学コミュニティー福祉学部教授	
谷野 亮爾	社団法人日本精神科病院協会副会長	
鶴見 隆彦	社団法人日本作業療法士協会常務理事	
寺田 一郎	社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会副会長	
寺谷 隆子	日本社会事業大学社会福祉学部教授	
西島 英利	社団法人日本医師会常任理事	
光武 顕	佐世保市長	
山中 朋子	青森県健康福祉部長	(～平成16年3月31日)
村田 明子	社団法人日本看護協会東北地区理事	(～平成16年5月31日)

(敬称略、50音順、 は座長、 は副座長)