

各論の項目についての、これまでの主な意見

資料6

項 目	現 状	分会における主な意見
1. 精神障害者の地域生活の支援		
<p>① 在宅福祉サービスの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）の普及。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅生活支援事業実施市町村（H14）は、ホームヘルプ 70.5%、ショートステイ 45.0%、グループホーム 42.4%。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害保健福祉圏域ごとの計画的推進や、市町村の責任と役割強化が必要。 ・ 退院促進・社会復帰は、住民の福祉向上に加え、市町村国保財政にもメリットがある。 ・ 地域生活支援は、障害者の自己決定に基づくものであることを強調すべき。 ・ ショートステイ利用条件等の緩和を。 ・ グループホームは、社会復帰施設退所後、在宅者の高齢化、在宅者の保護者死亡等、利用ニーズが多様化かつ増加。 ・ 2～3人のミニグループホーム等多様な取組みを。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメント体制の検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会精神障害者部会において検討（H9～）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメントの早急な普及が必要。 ・ ケアマネジメント従事者の質的向上が必要。
<p>② 住居の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神障害者社会復帰施設等を経て地域生活をする精神障害者が、円滑に、公的住宅、民間賃貸住宅に入居できるような支援策の検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公営住宅の収入要件緩和による優遇措置（H8～）。 ・ 公営住宅を活用したグループホームは全国 33 戸（H13 年度）。 ・ 民間賃貸住宅については、一部自治体で対策事例あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公営住宅の単身優先入居を実現してほしい。 ・ 市町村によるアパート借り上げ、家賃減免、公的保証人制度等、多様な支援策の検討が必要。

<p>③地域医療の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神病院と一般病院、精神病院と精神科診療所、精神科診療所と他科（内科等）診療所等の連携。 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病床は、三次医療圏単位で整備される制度となっている。精神病床は地域偏在がみられる。 ・精神科における病診連携、精神科と一般科の連携は、不十分である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医療においても、二次医療圏単位での医療供給体制を整備すべき。 ・身体合併症対応のため、地域によっては、一般病院での精神病床の整備が必要。 ・精神科救急では、身体合併症対応医療機関との連携が重要。
<ul style="list-style-type: none"> ・精神科訪問看護の普及。 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害（痴呆除く）者の訪問看護利用は徐々に増加。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での看護職の活用が重要。
<p>④精神科救急システムの確立</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県・指定都市における、24時間対応可能な救急窓口の設置。 	<ul style="list-style-type: none"> ・H7年度から、精神科救急医療システム整備事業を実施。H14年度未整備2県。 ・幅広い相談等に対応するため、H14年度から、24時間医療相談体制整備事業を開始。 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応可能なソフト救急整備が必要。 ・救急隊員の精神障害への理解を深めることが必要。
<p>⑤相談体制の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者及び家族のニーズに対応した、多様な相談体制の構築。特にピアサポートへの支援検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者の明るい暮らし促進事業の中で家族相談員紹介事業を実施。 ・地域生活支援センターにおける当事者活動。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族のレスパイトケア、一時休息所が必要。 ・市町村長が保護者の場合の、市町村による保護・援助充実。
<p>2. 社会復帰施設の充実</p>		

<p>・社会復帰・退院目標数に沿った社会復帰施設の整備。</p> <p>＜総論＞</p>	<p>・障害者プランの達成状況は、平成12年度実績で、生活訓練施設が75%、授産施設が53%、福祉ホームが47%、福祉工場が19%、地域生活支援センターが33%となっている。</p> <p>・入院患者のうち、7万2千人が「条件が整えば退院可能」。</p>	<p>・高齢精神障害者は、介護保険サービスの対象者として明記し、対策を充実すべき。</p> <p>・痴呆で退院可能な者については、老人福祉施策（介護保険）で対応すべき。</p> <p>・自治体で積極的な施設整備を行うべき。</p> <p>・NPOや住民参加が望ましい。</p> <p>・施設設置の地域差解消を。</p> <p>・対象者のニーズに応じて施策を考えるべき。</p> <p>・短期医療が進むと再入院も増える。再発予防のための指導を施設で担えるか。</p> <p>・長期居住の施設体系が必要。</p>
<p>＜生活訓練施設＞</p>		<p>・退院可能者の社会復帰のためには、大幅な整備が必要。</p> <p>・社会的入院が解消したら、施設はどうするのか。</p>
<p>＜福祉ホーム＞</p>		<p>・永続的な住まいと位置付けるとの要望（特にB）。</p> <p>・Bはもう少し定着してから評価検討してはどうか。</p>
<p>＜通所授産施設＞</p>		
<p>＜入所授産施設＞</p>		
<p>＜福祉工場＞</p>		<p>・規制緩和してはどうか。</p>
<p>＜地域生活支援センター＞</p>		<p>・三障害統合のセンターの検討を。</p>
<p>＜小規模作業所＞</p>		<p>・補助の拡大を。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会復帰施設整備促進のため、既存の精神病棟の転換等の手法を検討。 ・ 軽度の医学的管理と、生活機能障害に対する支援・指導を要する者に適合する新たな施設類型の必要性も検討。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療と福祉を分ける観点から慎重に。 ・ 施設が病院の中か外かにこだわらなくてよい。 ・ 入所者の社会参加、自由度、満足度の観点から検討すべき。 ・ 病床削減との関連はどうか。
3. 適切な精神医療の確保		
① 精神病床の機能分化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の精神病床を、急性期、重症、児童思春期、薬物依存、身体合併症等に対応する病床と、リハビリテーションや長期療養を要する患者に対応する病床とに機能分化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合病院等の精神病床と、その他の精神病床の2種類の人員基準を設定。 ・ 精神病床の約3割は、何らかの特徴（機能分化）を有している。 ・ 診療報酬においては、人員配置や、対象となる患者、医療内容等に着目した点数が設けられている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床と同等の基準ができたが、さらに進める必要がある。 ・ 急性期、重症、児童思春期、薬物、身体合併症対応病床は、一般病床と同等の人員基準に。 ・ 気分障害に対応する病床も検討課題。 ・ 医療法で機能別の病床を細かく規定することは病床の硬直化を招く。診療報酬体系における機能分化を求める。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能別の病床ごとに、目標整備数を定める。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神医療においても、二次医療圏単位での医療供給体制を整備すべき（再掲）。 ・ 身体合併症対応のため、地域によっては、一般病院での精神病床の整備が必要（再掲）。
② 精神医療に関する情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者・家族の医療機関選択に資するような、精神病院についての自主的な情報公開。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法改正により、多くの項目が広告可能となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病院の情報を、いつでも見られるように。 ・ 情報提供として、インフォームドコンセントについても取り上げることが必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の第三者評価の推進。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本医療機能評価機構が、第三者評価を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県の実施する医療監視結果を公表すべき。

<p>③ 根拠に基づく医療の推進 根拠に基づき普遍性のある、精神疾患診療ガイドラインの策定と普及</p>	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働科学研究事業（精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究）において、精神分裂病、気分障害、電気痙攣療法のガイドラインの策定に向けた調査研究を実施。 	
<p>4. 精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 精神保健・医療・福祉に携わる医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等について、確保と資質の向上を図る。 		<ul style="list-style-type: none"> 作業所職員の資質も重要。
<p>5. こころの健康対策の充実</p>		
<p>① 精神障害及びこころの健康問題に関する健康教育</p> <ul style="list-style-type: none"> 文部科学省との連携による、こころの健康問題、精神保健等に関する健康教育の推進。 文部科学省との連携による、精神障害に関する正しい知識の普及啓発の推進。 		<ul style="list-style-type: none"> 地域、就労関係でも偏見解消の啓発が必要。 偏見解消というより、精神障害は誰でもなる病気ということを伝える、わかりやすい、専門家主導でない教材・教育が必要。
<p>② 自殺予防と「うつ」対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 「うつ」への気づきと対応を援助する教材を作成し、市町村の実施する健康教育等の場で活用。 保健所・精神保健福祉センターにおける相談対応の向上。 内科等と精神科との連携の促進。 職域におけるメンタルヘルス対策の促進。 		

<p>③心的外傷体験へのケア体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護職員、精神保健福祉士等に対して、心的外傷への適切な対応を研修。 ・広域、大規模、又は特異な災害や事件発生時に、機動的で適切な体制を確保するための組織等のあり方を検討。 		
<p>④ 睡眠障害への対応</p>		
<p>6. 精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害やこころの健康問題についての有病率等の把握。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・地域及び国全体でみた精神保健医療福祉の水準を評価する手法（指標等）の開発。 		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者による評価の導入が必要。 ・利用者のメリットと費用対効果を検討すべき。
<ul style="list-style-type: none"> ・評価のために必要な情報収集体制を整備し、本計画の進捗状況を定期的に評価。 		<ul style="list-style-type: none"> ・市町村ごとの計画進捗状況の公開を。

<構成についての意見>

- ・総論（基本理念）を別途記載する。
- ・「就労支援」については、各論に1項目立てる。
- ・「3. 適切な精神医療」の中に、「精神医療における人権の確保」の項目を立てる。