

# 「精神障害者の地域生活 支援の在り方に関する検 討会」について

# 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）

#### ① 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。

#### ② 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。

#### ③ 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）

- ① 支援体系の全体像
- ② 相談支援体制
- ③ 住居支援
- ④ 就労支援・活動支援
- ⑤ 居宅生活支援
- ⑥ 社会復帰施設の機能の見直し
- ⑦ 長期入院患者の社会復帰意欲を促す仕組み
- ⑧ 市町村を中心とした地域生活支援体制
- ⑨ 計画的な行政の推進
- ⑩ 利用者への情報提供と質の評価
- ⑪ 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ないが、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。

#### ① 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。

## ② 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。

## ③ 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）

### ① 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。

## ② 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。