

# 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 (第9回)

## 議 事 次 第

1. 日時 平成20年9月3日(水) 15:00~17:30
2. 場所 厚生労働省 省議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 9階
3. 議事
  - ① 論点整理の報告について
  - ② 平成21年度概算要求の報告について
  - ③ 障害者部会の状況報告について
  - ④ 今後の進め方について
  - ⑤ 「精神病床の利用状況に関する調査」報告(詳細)について

---

### 【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

- 資料1-1 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理) 【概要】
- 資料1-2 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)
- 資料2 平成21年度障害保健福祉関係概算要求の概要
- 資料3 障害者自立支援法の見直しに係る審議会の開催状況
- 資料4 検討会の今後の予定(案)
- 資料5 精神病床の利用状況調査結果報告(詳細)

参考資料 発達障害者支援の推進に係る検討会報告書

## これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）

## 【 概 要 】

平成20年9月3日  
今後の精神保健医療福祉の  
あり方等に関する検討会

## I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月策定。以下「ビジョン」という。）は、概ね10年間の精神保健医療福祉の見直しに関する具体的な方向性を明示。ビジョンは、平成21年9月に中間点を迎えるところであり、後期5年間の重点施策群の策定が必要。

本検討会では、「今後も、『入院医療中心から地域生活中心へ』という基本的な方策を更に推し進め、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていく」との共通認識の下、精神保健医療福祉施策に関する抜本の見直しに向け、検討を開始。ここに、これまでの議論の整理を行うとともに、地域生活への移行・支援を中心に、今後の検討の方向性に関する論点のとりまとめを行う。

## II 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行・地域生活の支援に関するもの）の現状と評価

## 1. 精神障害者の状況

## (1) 全般的状況

- 精神疾患患者は、平成11年以降急速に増加。特に外来患者で増加が顕著。精神病床の入院患者は、ほぼ同水準で推移。一般病床も含めて精神疾患を主傷病とする入院患者数は、認知症患者の増加を背景に年々増加。

## (2) 入院患者の状況（静態）

- 精神病床の入院患者については、疾患別では、統合失調症患者が減少する一方、認知症患者が増加している。年齢別では、65歳以上の高齢者の割合が増加しており、特に統合失調症患者で高齢化が顕著となっている。  
入院期間別では、1年未満入院患者数、1年以上5年未満入院患者数が増加する一方、10年以上入院患者数は減少。10年以上入院患者数の減少は統合失調症で顕著であり、1年未満入院患者数、1年以上5年未満入院患者数の増加は、認知症患者の増加が最も大きな要因であり、入院期間も長期化傾向。
- 今後、統合失調症患者を中心に地域生活への移行・支援を一層推進するとともに、認知症患者への入院医療のあり方の検討が課題。

### (3) 入院患者の状況（動態）

- 精神病床では、1年未満の入院期間について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し、入院の短期化が進行している一方で、入院期間1年以上の長期入院患者では、その動態に大きな変化がみられていない。
- 今後、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉等の充実により新たな長期入院患者を生み出さないようにすることが課題。  
また、入院期間1年以上の長期入院患者について、どのように地域移行を進めその減少を図っていくかが課題。

### (4) 受け入れ条件が整えば退院可能な患者の状況

- 患者調査の「受入条件が整えば退院可能」な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々であり、患者像に応じたきめ細かい対応が必要。その際、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて、地域生活への移行のための方策を検討することが必要。

## 2. 精神障害者の地域生活支援の現状

### (1) 障害福祉サービスの現状

- 障害福祉サービスについては、障害者自立支援法により精神障害者福祉の基盤整備を進めるための制度的枠組みが整備されたが、施行後の状況を見ると、グループホームや居宅介護の利用状況に比べて、自立訓練（生活訓練）や就労移行支援、就労継続支援の利用がまだ不十分。

### (2) 医療サービスの現状

- 精神科救急について、都道府県毎に機能が異なっており、どの地域でも適切な医療が受けられる体制の確保が課題。精神科デイ・ケア等の患者の症状・ニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる機能の充実等が課題。

### (3) 雇用支援の現状

- 企業における精神障害者の雇用の更なる促進が課題。

### (4) 障害者自立支援法に基づく相談支援の現状

- 地域自立支援協議会の設置、居住サポート事業の実施が不十分であり、市町村における相談支援事業の充実が課題。また、サービス利用計画作成費の活用が不十分であり、個々の精神障害者へのケアマネジメント機能の充実が課題。

### 3. 精神保健医療体制の現状

- 精神病床数は、平成10年以降、ほぼ横ばいとなっており、現在でも依然高水準。精神科又は神経科を標榜する診療所は、一般診療所を大きく上回る勢いで増加。

精神科医は、全体として増加傾向であり、特に診療所勤務で顕著。精神科病院の看護師、作業療法士、精神保健福祉士は、大きく増加しているが、諸外国と比較して医療従事者1人当たりの病床数が多くなっている。

### 4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状

- 「精神疾患は誰もがかかりうる病気である」ことについての認知度は、ビジョンに掲げた目標の達成に向け一定の進捗。一方、うつ病等に比べ、統合失調症への理解に大きな遅れ。

諸外国と比較すると、精神障害や精神障害者に対する理解が不十分であり、精神障害者に対する根強い偏見が存在。

### Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

#### 1. 基本的考え方

##### (1) 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

- 昭和 25 年の精神衛生法の制定以降、精神科病院への入院を中心とした処遇が進行。昭和 39 年のいわゆる「ライシャワー事件」を契機に、精神障害者の社会復帰の推進を図ったが、地域資源の不十分さを背景に、精神病床数が急速に増加し、措置入院患者数も急速な増加。

精神科病院における人権侵害事件を契機とした精神障害者の人権擁護を求める声の高まりを受け、昭和 62 年に精神衛生法を改正し、名称も精神保健法へ変更。

障害者基本法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者自立支援法等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換を図ってきたが、依然として多くの長期入院患者が存在。

##### (2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- 長期入院患者の問題は、我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立ち、「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本理念に基づき、今後の施策立案・実施に当たるべき。
- 精神障害があっても地域で安心して自立した生活を送ることができ、精神疾患に罹患しても早期に適切な医療にかかれる社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべき。
  - 1) 精神疾患の早期発見・対応による重症化防止のための体制整備
  - 2) 入院医療の質の向上や、地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
  - 3) 入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供
- 具体的施策については、以下の方向性でその推進を図るべき。
  - ①地域生活を支える支援の充実
  - ②精神医療の質の向上
  - ③精神疾患に関する理解の深化
  - ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

#### 2. 施策の推進体制等について

- 将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、数値目標を定め、ロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、定期的に進捗状況の評価するという一連の政策の流れを徹底すべき。
- 市町村を中心とした地域における検討・推進体制のあり方や制度上の位置付けも検討すべき。人的・財政的な基盤確保、障害福祉計画の充実、各種計画の相互関係の強化等も検討すべき。

## IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向

### 1. 検討の基本的方向性

- 以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
  - ・ 相談支援の充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
  - ・ ケアマネジメントや地域自立支援協議会の機能の充実を図る。
  - ・ 障害福祉サービスと保健医療サービスの連携体制の充実を図る。

### 2. 施策の方向性について

- 受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置くべき。
- 入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべき。
- 新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、地域生活への移行を促していくべき。
- 長期入院患者の特性毎にきめ細かい施策を講ずるべき。その際、長期入院の高齢障害者にふさわしい支援のあり方について検討するとともに、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているか、更に詳細な分析を行い、本検討会に提示すべき。

### 3. 個別の論点

#### (1) 相談支援について

- 障害者自立支援法に基づく相談支援の充実、サービス利用計画作成費の対象者の拡大等ケアマネジメント機能の拡充について検討すべき。法制度的な位置付けの明確化等、地域自立支援協議会の機能の充実について検討すべき。  
地域生活を営む精神障害者への継続的な支援、家族に対する支援、ピアサポートの活用等、障害者自立支援法に基づくもの以外の相談機能の充実も検討すべき。
- 精神疾患の早期発見・早期対応の観点から、市町村を精神保健に関する第一線の相談機関として位置付けることも含め、行政機関の役割に関する制度上の明確化について検討すべき。  
行政機関と医療機関の役割分担のあり方や保健福祉分野と学校教育分野等の分野との連携の強化について検討すべき。
- 精神保健福祉士の役割、養成のあり方等、制度的対応を含めた見直しを検討すべき。

## (2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

- 公営住宅の活用などグループホーム等の設置推進のための具体的方策、民間住宅の活用や公的保証人制度の普及策も検討すべき。

優先枠設定やグループホーム活用等、公営住宅への入居促進のための取組について、国土交通省・住宅部局との連携により強化を図るべき。

- 生活訓練の訪問型も含め訪問による生活支援の充実を検討すべき。また、精神症状が持続的に不安定な患者等への複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべき。

本人による短期入所の利用を含め、入院予防的に、又は一時的休息のために利用するサービスのあり方について検討すべき。

就労系の障害福祉サービスについて、その機能や雇用施策との連携のあり方を検討すべき。障害者就業・生活支援センターについて、質の向上を図りつつすべての圏域での設置に努め、就労移行支援事業所等との連携を強化すべき。また、社会適応訓練事業について、これまで果たしてきた役割を踏まえつつ検討すべき。

障害福祉サービスについてその他見直すべき点がないか検討すべき。

- 雇用支援の一層の推進、充実について引き続き検討すべき。
- 家族を支援する体制整備、家族同士のピアサポートや、精神障害者を取り巻く者に対する支援等を検討すべき。
- 障害程度区分や障害者の所得確保施策のあり方を引き続き検討すべき。

## (3) 地域生活を支える医療の充実について

- 精神科救急医療について、都道府県による体制確保や一般救急医療との連携について制度上位置付けることを検討すべき。

- 措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保のための具体的方策、例えば、5年毎の資格更新時に、措置診察の実施状況等を要件とすること等について検討すべき。

## (4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について

- 退院・退所時の個別支援を行う機能や、地域資源の開発等、地域移行・地域定着に必要な体制整備を行う機能の充実について検討すべき。

- 入院・入所中から、試行的にグループホーム等での生活を体験できる仕組みを検討すべき。

- 退院支援を含めた病院の取組について、その推進のための方策について更に検討すべき。

## V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

### 1. 検討の基本的方向性

- 以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
  - ・ 医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置いて、精神保健医療の水準の向上を目指す。
  - ・ 病期や疾患に応じて医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示。
  - ・ その際、入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化、認知症の体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえ、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、地域生活支援体制の整備を進めるとともに、機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにし適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行促進等により、病床数の適正化を図る。
  - ・ 医療機能について、医療計画への記載等、制度的な対応を充実する。

### 2. 個別の論点

#### (1) 入院医療について

- 病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにし、病床機能分化の推進のための具体的方策を検討すべき。
- 人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、機能強化の方策等、今後の精神病床のあり方を検討すべき。また、精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制の見直しを検討すべき。

#### (2) 通院・在宅医療について

- 精神科デイ・ケア等の患者の症状等に応じた機能強化・分化や精神科訪問看護等の在宅医療の充実のための方策を検討すべき。その際、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。

#### (3) 医療体制・連携について

- 相談体制、入院医療、通院・在宅医療のあり方の検討等を踏まえ、今後の精神医療体制のあり方を検討すべき。
  - ・ 精神科救急医療体制の充実
  - ・ 精神医療における病院・診療所の機能分担、連携のあり方
  - ・ 精神医療体制の制度的な位置付け
  - ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者への医療提供のあり方
  - ・ 救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付け
  - ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方
- 他のサービス等との連携が必要な分野について、体制のあり方を検討すべき。特に、高齢の認知症患者について、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像を総合的に検討すべき。

#### (4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

- 医療関係職種の確保や資質向上の方策や、薬物療法のあり方等精神医療の質の向上の観点から必要な取組について検討すべき。



## VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向

### 1. 検討の基本的方向性

- 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。

### 2. 個別の論点

- 国民一般を対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことを検討すべき。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や実施主体等も検討すべき。
- 早期対応の観点からの普及啓発は、学齢期等の若者とそれを取り巻く者をターゲットとし、学校教育分野との連携等により、重点的に実施することを検討。また、統合失調症に関する理解の進展を目標の1つとして重点的に実施することについて検討すべき。  
さらに、地域移行の観点からの普及啓発についても、行政自らが関係者の調整に当たることを含め効果的な方策について引き続き検討してはどうか。
- 普及啓発の効果を適切に評価するための指標について検討すべき。
- その他、精神障害者本人の身近にいる者や社会的な影響力の強い者に対する普及啓発等についても、普及啓発方策全体の中で検討すべき。

## VII 今後の検討に向けて

### 1. 本検討会における今後の検討の進め方

- 本年中に、精神障害者の地域生活への移行・支援に関する事項について見直しの具体的内容を取りまとめ、障害者自立支援法の改正にあわせて具体化を目指す。  
その後、精神保健医療に関する議論を集中的に行った上で、平成21年夏を目途に、精神保健医療も含め、今後の精神保健医療福祉施策の全体像のとりまとめを目指す。

### 2. 精神病床数に関する取扱いについて

- 精神病床数に係る目標値の設定や今後の取組の方向性について、多くの意見があり、現段階では意見の集約に至っていないが、今後の検討の過程において、引き続き、議論を深めていく。

第9回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	
平成20年9月3日	資料1-2

## これまでの議論の整理と 今後の検討の方向性【論点整理】

平成20年9月3日

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

## これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）

平成 20 年 9 月 3 日  
今後の精神保健医療福祉の  
あり方等に関する検討会

### I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過

精神保健医療福祉の改革については、平成 16 年 9 月に厚生労働省においてとりまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられた。

これまで、障害者自立支援法の制定や累次の診療報酬改定等、ビジョンに基づき、精神保健医療福祉の各側面にわたる具体的な施策が展開されてきている。ビジョンは、概ね 10 年間の精神保健医療福祉の見直しに関する具体的方向性を明らかにしたものであるが、平成 21 年 9 月にその中間点を迎えるところであり、後期 5 年間の重点施策群の策定が必要となっている。

本検討会においては、ビジョンに基づく取組の状況や、精神保健医療福祉を取り巻く状況等を踏まえながら、「今後も、『入院医療中心から地域生活中心へ』という基本的な方策を更に推し進め、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていく」との共通認識の下、精神保健医療福祉施策に関する抜本的見直しに向け、平成 21 年に予定されている障害者自立支援法の改正を念頭に、本年 4 月から検討を開始した。これまで、ビジョン策定後の取組の状況を中心に、議論を行ってきたところである。本検討会における議論は未だその途上であるが、ここに、これまでの議論の整理を行うとともに、その議論を踏まえて、地域生活への移行及び地域生活の支援に関するものを中心に、重点的に対応が必要な事項について、今後の検討の方向性に関する論点のとりまとめを行う。

【これまでの開催状況】

平成 20 年 4 月 11 日（第 1 回）

○精神保健医療福祉の改革の経緯及び現状について

平成 20 年 5 月 1 日（第 2 回）

○地域生活支援体制の充実について

平成 20 年 5 月 29 日（第 3 回）

○精神保健医療体系について

平成 20 年 6 月 19 日（第 4 回）

○精神疾患に関する理解の深化について

○精神障害者の方からのヒアリング

○地域移行の実践に関するヒアリング

平成 20 年 6 月 25 日（第 5 回）

○「精神病床の利用状況に関する調査」報告について

○諸外国の精神保健医療福祉の動向について

平成 20 年 7 月 16 日（第 6 回）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について

平成 20 年 7 月 31 日（第 7 回）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)(案)  
について

平成 20 年 8 月 21 日（第 8 回）

○有識者からのヒアリング

## Ⅱ 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行及び地域生活の支援に関するもの）の現状と評価

### 1. 精神障害者の状況

#### (1) 全般的状況

- 「患者調査」（厚生労働省統計情報部）によると、精神疾患患者は平成 11 年以降急速に増加しており、特に、外来患者数は、平成 11 年に 170 万人であったものが、平成 17 年には 267.5 万人と、6 年間で約 1.6 倍となっている。
- 入院患者については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を掲げてきたが、精神病床の入院患者は、平成 8 年以降、32 万人から 33 万人の間で推移している。また、精神病床以外に入院している患者も含め、精神疾患を主傷病として入院している者の数は、認知症患者の増加を背景として、平成 11 年で 34.1 万人、平成 17 年で 35.3 万人となっており、年々増加する傾向にある。

#### (2) 入院患者の状況（静態）

##### （疾患による分析）

- 患者調査（平成 17 年）によると、精神病床に入院する患者 32.4 万人のうち、統合失調症患者が 19.7 万人（61%）と最も多く、アルツハイマー病等の認知症患者が 5.2 万人（16%）で続いている。
- 平成 11 年からの変化をみると、統合失調症患者が 1.5 万人（7%）減少する一方で、認知症患者が 1.5 万人（42%）増加しており、高齢化の進行を踏まえると、今後、精神病床において、認知症を主傷病として入院する患者が更に増加する可能性がある。

##### （年齢階級による分析）

- 患者調査によると、精神病床の入院患者の年齢分布は、65 歳以上の高齢者の割合が増加を続けており、平成 17 年調査では 13.9 万人（43%）にのぼっている。
- 特に統合失調症患者についてみると、精神病床に入院する患者

の推計平均年齢は、平成 5 年に 50 歳であったが、平成 17 年には 56 歳となっている。

(入院期間による分析)

- 患者調査（平成 17 年）によると、精神疾患入院患者の入院期間別の分布は、1 年未満入院患者が約 12.2 万人（35%）、1 年以上 5 年未満入院患者が約 10.2 万人（29%）、5 年以上 10 年未満入院患者が 4.7 万人（13%）、10 年以上入院患者が約 8.1 万人（23%）となっている。
- これを平成 11 年と平成 17 年で比較すると、1 年未満入院患者数が 1.4 万人（13%）、1 年以上 5 年未満入院患者数が 1.1 万人（12%）増加する一方で、10 年以上入院患者数は 1.3 万人（13%）減少している。
- また、疾患毎にみると、統合失調症では、1 年未満入院患者と 1 年以上 5 年未満入院患者がそれぞれ 22.9% 及び 25.3% である一方、10 年以上入院患者の割合は 35.9% となっている。うつ病を含む気分（感情）障害ではその 6 割強が 1 年未満入院患者であり、認知症では 1 年未満入院患者と 1 年以上 5 年未満入院患者がそれぞれ約 42% となっている。このように、疾患によって入院期間による分布は大きく異なっている。  
また、入院期間が長期化するほど、総数に占める統合失調症患者の割合が増える傾向にあり、10 年以上入院患者では約 85% にのぼっている。
- さらに、これを平成 11 年と平成 17 年の比較で見ると、10 年以上入院患者数の減少は統合失調症で顕著であり、平成 11 年調査との比較では、1.2 万人（14%）の減少となっている。1 年未満入院患者数の増加は、統合失調症やうつ病を含む気分（感情）障害でも増加しているものの、認知症で特に増加が著しく、その増加は、平成 11 年から平成 17 年までの間で 1.1 万人（43%）となっている。また、1 年以上 5 年未満入院患者数の増加は、主に認知症患者が平成 11 年から平成 17 年までの間で 1.2 万人（53%）増加していることによるものであり、認知症患者で入院期間が長期化する傾向が示されている。
- 以上の現状を踏まえると、今後は、入院患者の高齢化も念頭に

置きながら統合失調症患者を中心に地域生活への移行及び地域生活の支援を一層推進するとともに、増加する認知症患者への入院医療のあり方の検討を行うことが課題となっている。

### (3) 入院患者の状況（動態）

#### (入院期間 1 年未満患者の動態)

- 精神保健福祉資料（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課）によると、精神病床における年間新規入院患者数は、平成 14 年に 33.2 万人であったものが、平成 15 年では 35.6 万人（前年比 2.4 万人（7%）増）、平成 16 年では 37.8 万人（前年比 2.2 万人（6%）増）と、年々増加している。
- 他方、退院患者数についても、年間新規入院患者数と同程度の水準で推移しており、在院期間 1 年未満での退院が新規入院患者数の増加とほぼ同程度増加している。新規入院患者のうち入院期間 1 年以上に移行、つまり、新たに長期入院となる患者の数は、毎年 5 万人程度で横ばいとなっている。その結果として、病院報告（厚生労働省統計情報部）における精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成 18 年には 320 日と、平成元年に比べ約 180 日短くなっている。
- また、精神保健福祉資料によると、精神病床における新規入院患者の 87% が入院から 1 年以内に退院しており、平成 11 年と比較しても、その割合は高まっている。また、退院患者のうち、在院期間が 1 年未満で退院した患者の割合も約 87% と高くなっている。
- このように、精神病床においては、1 年未満の入院期間について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し患者の入れ替わりが頻繁に起こっており、入院の短期化が進んでいるといえる。
- 今後は、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉等必要なサービスの確保のための取組を更に強化することにより新たな長期入院患者を生み出さないようにすることが課題となっている。

#### (入院期間 1 年以上患者の動態)

- その一方で、在院期間 1 年以上での退院は毎年 5 万人弱で推移しているが、新たに入院期間 1 年以上となる患者数が毎年 5 万人程度であるため、その結果として、1 年以上入院患者数は 23 万人弱で大きく変化していない。
- また、入院期間 1 年以上患者は全体の 65% を占めているが、退院患者のうち、在院期間が 1 年以上で退院した患者の割合は約 13% であり、そのうち転院や死亡による退院は 2 割以下となっている。これに対し、退院患者のうち、在院期間が 5 年以上で退院した患者の割合はわずか 4% に止まり、そのうち転院や死亡による退院は 7 割以上となっており、入院期間が長期化するほど、退院患者における割合が下がるとともに転院や死亡による退院の割合が高くなっている。
- このように、入院の短期化が進んでいる一方で、入院期間 1 年以上の長期入院患者では、その動態に近年大きな変化がみられておらず、今後、どのように地域移行を進め、長期入院患者の減少を図っていくかが課題となっている。

#### (4) 受け入れ条件を整えば退院可能な患者の状況

(患者調査による分析)

- ビジョンでは、患者調査の「受入条件を整えば退院可能」な患者（平成 14 年調査で 6.9 万人）について、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10 年後の解消を図ることとしている。
- 平成 17 年患者調査では、精神病床の入院患者のうち、受入条件を整えば退院可能な患者は約 7.6 万人で約 23% となっており、その詳細は以下のとおりとなっている。
  - ・ 入院期間別にみると、1 年未満入院患者が約 2.5 万人（受入条件を整えば退院可能な患者の約 33%）、1 年以上 5 年未満入院患者が約 2.2 万人（同約 30%）、5 年以上 10 年未満入院患者が約 1 万人（同約 14%）、10 年以上入院患者が 1.7 万人（同約 24%）となっている。
  - ・ 年齢別にみると、受入条件を整えば退院可能な患者のうち 55



歳未満の患者は約30%、55歳以上の患者は約70%となっている。  
65歳以上の患者は45%を占めている。

- ・ 疾患別で見ると、統合失調症の患者が約4.4万人で約6割を占め、認知症患者が約1.3万人で約18%となっている。
  - ・ 疾患別の入院患者のうち、受入条件が整えば退院可能な患者の割合を入院期間別にみると、統合失調症では、入院期間1年未満で約24%、1年以上5年未満で約27%、5年以上10年未満で約16%となっているが、入院期間10年以上では約3分の1強と最も高くなっている。一方で、認知症では、入院期間1年未満で約45%、1年以上5年未満で約41%となっており、異なる分布となっている。
- このように、受入条件が整えば退院可能な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々となっており、地域生活への移行のための方策を考えていくに当たっても、この点に十分留意し、患者像に応じたきめ細かい対応を図っていくことが必要である。

#### (病床調査による分析)

- 「精神病床の利用状況に関する調査」(平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業により実施。以下「病床調査」という。)では、「受入条件が整えば退院可能」な患者の割合は約34%に上っており、平成17年患者調査の結果よりも高い割合となっている。
- 病床調査では、「居住先・支援が整った場合の退院の可能性」についても調査を行っており、これもあわせて分析を行うと、受入条件が整えば退院可能な患者のうち「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者は約16%(全体の約5%)、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約73%(全体の約25%)となっており、医師が「受入条件が整えば退院可能」という場合には、居住先や支援の確保の状況に加え、将来の状態の改善も見込んでいる可能性が示唆されている。
- 一方で、病床調査の結果によると、将来の状態の改善と居住先・支援の確保のいずれかが整えば退院が可能となる患者の割合が入院患者の6割強となっているが、その中には、現時点で「生命の危険は少ないが入院治療を要する」とされた患者が約45%(全体の約27%)含まれている。このようなことから、地域生活への移

行のための方策の検討に当たっては、受入条件を整えば退院可能な患者以外の患者についても念頭に置いて具体策を講じていくことが必要である。

また、病床調査の結果によると、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」とされた患者が約 40%いるが、このような患者の特性や状態像について、更に詳細に分析する必要がある。

## 2. 精神障害者の地域生活支援の現状

### (1) 障害福祉サービスの現状

○ 精神障害者が円滑に地域生活を送るためには、住まいの場所を提供する機能や、精神障害者の自宅における日常生活に必要な支援を提供する機能、さらには、身近な日中活動の場を提供し、又は、地域生活の訓練や就労に向けた訓練を提供する機能等、地域において精神障害者の生活を支える様々な機能が確保されていることが必要である。

○ このような機能を担う障害福祉サービスについては、障害者自立支援法施行前から精神障害者社会復帰施設等として整備が進められてきている。

精神障害者社会復帰施設については、障害者自立支援法施行直前の平成 18 年には、施設数が約 1.7 千カ所（平成 5 年時点の約 11 倍、平成 14 年時点の約 1.6 倍）、利用者数が 2.5 万人以上（平成 5 年時点の約 12 倍、平成 14 年時点の約 1.8 倍）と大きな伸びを示しており、特に小規模通所授産施設、通所授産施設、生活訓練施設では、利用者数がそれぞれ 9.1 千人、7.7 千人、4.4 千人であった。なお、「重点施策実施 5 か年計画」（平成 14 年 12 月 24 日障害者施策推進本部決定）においては、平成 18 年度時点における施策の達成目標を定めている。障害者自立支援法の施行前の平成 17 年度末時点の状況をみると、同計画に達成状況が定められた施策（精神障害者地域生活支援センターの整備、精神障害者ホームヘルパーの確保、精神障害者グループホームの整備、精神障害者福祉ホームの整備、精神障害者生活訓練施設（援護寮）の整備及び精神障害者通所授産施設の整備）については、精神障害者グループホームの整備を除き、平成 18 年度の目標値の 90%以上の水準を達成

している。精神障害者グループホームについては、平成18年度の目標として約1.2万人分の整備を掲げていたが、平成17年度末時点で約8.5千人分（約70.8%）の整備にとどまっている。

- 障害者自立支援法においては、事業・施設体系を見直し、障害種別にかかわらずサービスを利用する仕組みを一元化するとともに、サービス提供の責任主体を市町村に統一し、これにより、精神障害者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整備された。
- 障害者自立支援法施行後の状況に関して、平成19年12月時点の精神障害者福祉サービスの状況をみると、グループホームや居宅介護では、精神障害者と知的障害者が同程度の割合で利用しているが、その一方で、自立訓練（生活訓練）や就労移行支援、就労継続支援では、利用がまだ十分に進んでいないと考えられる。
- また、精神障害者社会復帰施設については、平成23年度末までに、障害者自立支援法に基づく新体系サービスに移行することが求められているが、平成19年4月時点における移行状況によると、小規模通所授産施設で24.6%、通所授産施設で23.3%、生活訓練施設では6.6%、全体でも19.0%となっている。このように、障害者自立支援法において新たに設けられた就労系の福祉サービスにおいては、新体系サービスへの移行割合が高くなっている状況にある。これは、身体障害及び知的障害と比べると平均して高くなっているが、その移行はまだ十分とはいえない。

なお、小規模作業所については、障害種別のデータではないものの、平成18年4月以降、順次、新体系サービス等（地域活動支援センターや個別給付サービス）へ移行しており、平成20年4月時点では、総数約5.8千か所のうち約3.2千か所（54.3%）が新体系サービス等に移行している。

## (2) 医療サービスの現状

- 精神障害者については、入院治療が終了し退院した者も含め、その多くが、安定した地域生活を送るために、外来医療、デイ・ケア等、訪問診療、精神科訪問看護等の通院・在宅医療の提供を通じた継続的な医療面での支援を必要とするほか、地域生活における様々な変化に直面し症状が急変することがあり、救急医療や

入院医療による緊急の対応を必要とする場合がある。

- このため、精神障害者の地域生活を支援していく上では、福祉サービスの機能とあわせて、通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供や、精神科救急医療による症状急変時における医療の提供、さらには、急性期の入院医療の提供を適切に担う機能が不可欠である。
- こうした地域生活を支える医療については、精神科救急において夜間・休日の電話相談件数や受診件数、入院件数も増加傾向がみられ、また、精神科デイ・ケア等や精神科訪問看護の利用者数が近年増加を続けており、一定の充実がみられているが、課題も残っている。
- 精神科救急については、平成 20 年度予算において、すべての精神科救急医療圏域における体制整備に資するよう事業の充実を図るとともに、診療報酬上もその充実のための対応を行ってきている。  
しかしながら、精神科救急医療体制の機能が都道府県によって大きく異なっており、地域の実状を踏まえつつ、どの地域でも適切な精神科救急医療が受けられる体制の確保を図っていくことが課題となっている。
- 精神科デイ・ケア等については、利用者のうち 20 歳以上 40 歳未満の者が 35%、40 歳以上 65 歳未満の者が 53%と、比較的若い年齢層の利用が多くなっているが、一般就労の支援を図るなど精神障害者の地域生活を支える医療の提供を充実する観点から、患者の症状やニーズに応じた機能の強化や分化を図っていくことが課題となっている。
- 精神科訪問看護については、退院後の医療を提供する機能として患者や家族のニーズが高く、精神科訪問看護の実施により総入院日数が減少する等の効果がみられる。  
医療機関からの精神科訪問看護については、平成 20 年診療報酬改定において急性増悪時の算定要件の緩和を行うなどその充実を図ってきている。その一方で、訪問看護ステーションの約 6 割で、精神疾患を主傷病とする利用者への訪問が実施されていない。  
今後、精神障害者の地域生活を支える継続的な医療を提供する

観点から、精神科訪問看護の機能を更に充実していくことが課題となっている。

### (3) 雇用支援の現状

- 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者の一般就労を支援し、又は、精神疾患を理由とした休職者・離職者等の職場復帰・雇用促進を支援する観点から、精神障害者に対する雇用支援を充実することは重要である。
- このような観点から、これまで、障害者雇用率制度における精神障害者の算定（平成18年4月施行）や、休職者に対する職場復帰、雇用継続に係る支援、平成20年度予算における「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」の創設等、取組みの強化を図ってきたところである。
- 精神障害者の職業紹介状況をみると、新規求職申込件数は、平成13年度以降大幅な増加を続けており、平成19年度でみると、平成13年度の4.2倍以上であり、平成16年度と比較しても2.2倍以上となっている。  
就職件数でも、平成19年度においては、平成13年度の5.2倍以上、平成16年度の約2.4倍となっている。  
また、精神障害者に対する職業訓練については、平成18年度における障害者委託訓練の受講者数は、平成16年度の約2.9倍、平成17年度の1.4倍以上となる等、大幅な増加をみせている。
- このように、精神障害者の就業は着実に進展しているが、一方で、精神障害者の雇用数は56人以上規模企業で0.4万人（平成19年6月）にとどまるなど、身体障害者や知的障害者と比較すると、大きく遅れており、今後、企業における精神障害者の雇用を更に促進することが課題となっている。

### (4) 障害者自立支援法に基づく相談支援の現状

(障害者自立支援法に基づく相談支援について)

- 精神障害者が安心して地域生活を営むためには、上記のような

様々な支援を結び付け円滑に利用できるように支援することが必要であり、そのため、個々の精神障害者の相談に継続的に応じその状況を把握するとともに、個々の精神障害者に応じた適切な支援へとつなぎ生活全体を支える機能が地域において確保されることが不可欠である。

- 障害者自立支援法以前には、精神障害者からの相談への対応や必要な指導及び助言等を実施するものとして、精神障害者地域生活支援センターが位置付けられていた。
- 障害者自立支援法においては、こうした機能を相談支援事業として位置付け、市町村を事業の責任主体とし、都道府県を相談支援事業のうち広域的な対応が必要なものを担う主体としている。

(市町村における相談支援事業について)

- 相談支援事業を効果的に実施するためには、地域において障害者等を支えるネットワークを構築することが不可欠であるとの観点から、市町村においては、事業者、雇用、教育、医療等の関連する分野の関係者からなり、相談支援事業の中核的役割を果たす地域自立支援協議会の設置を図っている。

また、市町村は、一般的な相談支援事業のほか、民間賃貸住宅への入居時の支援や夜間を含む緊急時の対応が必要な場合における支援を行う「居住サポート事業」や、判断能力が不十分な障害者に対し障害福祉サービスの利用時に成年後見制度の利用を支援する「成年後見制度利用支援事業」等の相談支援事業を行うこととされている。

- 一方で、こうした市町村における相談支援事業については、平成19年12月時点で地域自立支援協議会の未設置市町村が半数に上り、平成19年4月時点で居住サポート事業の未実施市町村が約9割となっているなど、課題が残っている。

(個々の精神障害者に対するケアマネジメント機能について)

- また、個々の精神障害者の地域生活を支える様々なサービスを適切に結び付けて提供するためには、市町村における相談支援体制に加え、個々の精神障害者に対して個別のサービスの利用の調整を行い、その計画を作成する等の支援を行うケアマネジメント機能が重要である。

- 障害者自立支援法においては、このような観点から、精神科病院からの退院時等に、障害者に対して、利用する障害福祉サービスの種類、内容等を定めた計画の作成を行った場合にその費用を支給する「サービス利用計画作成費」の仕組みを設けているが、対象者が限定されている等の理由により、その活用が十分でないという課題がある。

### 3. 精神保健医療体制の現状

- 精神病床数は、平成10年以降、減少傾向が続いてはいるものの、ほぼ横ばいとなっている。病院類型で見ると、特に、一般病院での減少が著しく、平成10年と比べると6千床近く減少しているのに対し、精神科病院では、横ばいとなっている。  
一方で、諸外国では、1960年代以降、一様に病床削減や地域生活支援体制の強化等の施策を通じて人口当たり病床数を減少させてきている一方で、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、我が国における精神病床数は、1960年代に急速に増加し、現在でも依然高い水準となっている。
- 精神科又は神経科を標榜する診療所数の推移をみると、一般診療所数も近年増加の一途をたどっているが、精神科又は神経科を標榜する診療所の増加はそれを大きく上回る勢いで増加しており、平成8年から平成17年までの間で、ほぼ1.5倍に増加している。
- 精神科医は、全体として増加傾向にあるが、精神科又は神経科を標榜する診療所数の増加の影響もあって、診療所に勤務する精神科医の増加が顕著である。平成6年と平成18年の比較で見ると、病院に勤務する精神科医の増加が15%にとどまるのに対し、診療所に勤務する精神科医は、2.3倍に増加している。
- 我が国における医師以外の精神科医療従事者数については、精神科病院に勤務する看護師、作業療法士、精神保健福祉士の数は、平成11年以降大きく増加している。  
これを諸外国との比較で見ると、人口当たり従事者数は、精神科看護師数は比較的高い水準にあるが、精神科ソーシャルワーカーの数は低い水準にとどまっている。さらに、人口当たり病床数

が多いことを背景として、医療従事者 1 人当たりの病床数は、精神科看護師、精神科ソーシャルワーカーのいずれでも諸外国と比較して多くなっている。

#### 4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状

- ビジョンにおいては、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を 90%以上とする」という達成目標を掲げているが、平成 18 年度時点では、「精神疾患は誰もがかかりうる病気である」との質問に対し、「そう思う」と答えた者の割合が 50%弱、「ややそう思う」と答えた者を合わせると約 82%に上っており、ビジョンに掲げた目標の達成に向け一定の進捗がみられている。

一方で、精神疾患に関する国民の理解について、疾患毎にその理解の状況をみると、うつ病等他の疾患に比べて、統合失調症に対する理解が大きく遅れている。

- また、平成 19 年の内閣府調査によると、「精神障害者の近隣への転居」について、ドイツやアメリカでは、7 割以上が「意識せず接する」と回答し、4 割は「全く意識せず気軽に接する」と回答しているのに対し、我が国では、7 割以上が「意識する」と回答しており、精神障害や精神障害者に対する理解が十分に進んでいないことを示している。その他の調査研究においても、同様に、我が国における精神障害者に対する偏見の根強さが明らかとされている。



### Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

#### 1. 基本的考え方

##### (1) 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

- 我が国の精神保健医療福祉施策については、明治 33 年の「精神病患者監護法」の制定まで法的な規制は存在していなかった。同法により、私宅、病院等での監置制度が設けられたが、私宅監置を容認していたため医療保健の面では極めて不十分であった。
- 戦後、昭和 25 年の精神衛生法の制定により、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度の創設を行い、それ以降、自宅や地域における処遇の問題を改善する観点から、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。
- その後、昭和 39 年にはいわゆる「ライシャワー事件」が起こり、昭和 40 年には通院公費負担制度を創設し、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化する等の精神衛生法の改正が行われた。この改正以降、精神障害者の社会復帰の推進を図ったものの、我が国においては、医療、福祉等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であり、この時期に精神病床数を急速に増加させた。また、昭和 36 年 10 月の精神衛生法の改正による措置入院費の国庫補助率の引き上げ等を背景として、措置入院患者数についても、昭和 35 年の約 1.2 万人が昭和 45 年には約 7.7 万人でピークに達するなど急速な増加をみせた。
- さらに、その後、昭和 59 年に起こった、精神科病院における無資格者による診察等の実施や看護助手らによる暴行が行われた事件等、精神科病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、それを背景に、昭和 62 年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。
- 障害者基本法（平成 5 年）、精神保健及び精神障害者福祉に関する

る法律（平成 7 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）の成立等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきたが、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制が十分でないことや、我が国における精神疾患や精神障害者への理解が十分でなかったこと等の理由により、その成果は未だ十分でなく、依然として多くの長期入院患者が存在している。

## (2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- このように、現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立った上で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。
- 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び障害者自立支援法に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を更に推し進め、精神障害があっても地域において安心して自立した生活を送ることができるようにするとともに、精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。
  - 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備
  - 2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
  - 3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供
- 具体的施策については、上記の基本的な考え方や施策の柱を踏まえて、以下の方向性でその推進を図るべきである。
  - ① 地域生活を支える支援の充実  
精神障害者が、地域において質が高く適切な福祉サービスや医療サービス等の必要な支援を十分に受けることができる体制

作りを行う。

## ②精神医療の質の向上

救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等、疾患や病期に応じて人権に配慮した適切な医療が提供されるとともに、精神医療の質が向上することにより、精神障害があっても、地域において安心して生活を営み、かつ、入院した場合でもできる限り早期に地域生活に戻ることができる体制作りを行う。

## ③精神疾患に関する理解の深化

精神疾患に関する正しい理解が進み、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な対応が行われ、かつ、精神障害者が地域の住民として暮らしていくことができる社会を構築する。

## ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入院している精神障害者を中心として、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着をはじめとして、入院から本人にふさわしい生活への移行・定着までが、円滑に行われる流れを作る。

## 2. 施策の推進体制等について

○ 上記の考え方に基づき、精神保健医療福祉施策を推進していくに当たっては、将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、可能な限り、客観的な指標に基づく明確な数値目標を定め、それを実現するためのロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、更に定期的にその進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべきである。

○ また、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策が着実に推進されるよう、市町村を中心とした地域（都道府県・政令指定都市、保健所設置市区、その他の市町村等）における検討・推進体制（当事者の施策立案過程への参画を含む。）のあり方や制度上の位置付けについても検討すべきではないか。

その際、市町村等における人的・財政的な基盤の確保や、地域における施策の推進体制の強化等のための障害福祉計画の充実、医療計画と障害者計画や障害福祉計画との関係をはじめとする各種計画の相互関係の強化のための方策等についても検討すべきではないか。

- なお、上記のビジョンの提示や数値目標の設定、ロードマップの明確化については、本年末に予定されている本検討会の中間まとめや来年夏頃に予定されている本検討会の最終まとめにおいて具体的に示すことを目指して今後検討を行うこととし、具体的施策の検討については、IVからVIまでで示す方向性に沿って進めることとしてはどうか。

## IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向

### 1. 検討の基本的方向性

- 精神障害者を取り巻く現状や、検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、地域生活への移行及び地域生活の支援については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
  - ・ 障害者自立支援法に基づくものをはじめとする相談支援については、日常の継続的な支援や緊急時の支援を通じて、精神障害者が安心して地域生活を営むことを支えるとともに、地域生活を営む精神障害者に対する様々な支援を結び付け円滑に利用できるようにする重要な機能であり、その充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
  - ・ 地域における相談支援が十分に機能するためにも、多様な支援を必要とする精神障害者に対してケアマネジメントを行う機能の充実を図るとともに、相談支援の中核を担う地域自立支援協議会についてもその機能の充実を図る。
  - ・ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援については、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスと保健医療サービスの密接な連携の下で行われることが不可欠であり、その体制の一層の充実を図る。

### 2. 施策の方向性について

- 病床調査の結果を踏まえ、地域生活への移行に係る施策については、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて行うべきではないか。
- また、患者調査では、受入条件が整えば退院可能な患者の約3分の1は入院期間1年未満の患者であるが、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院していることや1年以上の長期入院患者の動態が大きく変化していないことを踏まえ、今後、数値目標の設定をはじめ、住まいの場の確保等の施策に関する検討を行うに当たっては、入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべきではないか。
- 一方で、新たに入院期間1年以上になる患者が毎年約5万人生

じており、今後は、新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、入院医療の充実、通院・在宅医療等地域生活を支える医療や生活支援を含めた福祉サービスの確保、精神障害者が入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するサービスの確保等の施策を通じて、地域生活への移行を促していくべきではないか。

- 長期入院患者は、疾病や入院期間、年齢等、その特性が多様であることから、住まいの場や医療・福祉サービスの確保等については、その特性毎にきめ細かい議論を行い、具体的施策を講ずるべきである。

その際、特に長期にわたり入院し、日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要となっている高齢障害者にふさわしい支援のあり方について、検討してはどうか。

- なお、具体的方策の検討に当たっては、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているかを把握することが必要であることから、病床調査について、更に詳細な分析を行い、本検討会に提示すべきである。

### 3. 個別の論点

#### (1) 相談支援について

(地域生活の拡充のための相談支援について)

- 精神障害者の地域生活の支援を一層充実する観点から、現在、都道府県の行う「精神障害者地域移行特別対策事業」が主に担っている病院や施設からの退院・退所時の支援に加え、民間住宅等への入居時や地域生活における緊急時の支援、成年後見制度等の精神障害者の権利擁護に関わる支援等、個々の精神障害者が適切な支援を受けられるよう、その評価や地域における体制のあり方も含め、障害者自立支援法に基づく相談支援の充実について検討すべきではないか。
- 精神障害者の地域生活支援において適切なケアマネジメントが行われるよう、サービス利用計画作成費について、対象者の拡大や現在支給決定後に作成することとなっている取扱いの見直し等、

相談支援におけるケアマネジメント機能の拡充について検討すべきでないか。

- 市町村における相談支援体制において中核的役割を担う地域自立支援協議会については、その機能の現状について検証を行うとともに、今後その設置を促し機能の強化を図っていく観点から、地域自立支援協議会の法制度的な位置付けの明確化を含めその機能を充実することについて検討すべきではないか。
- また、民間賃貸住宅等において地域生活を営む精神障害者に対する継続的な相談支援の充実や、医療機関等における相談機能の充実、精神障害者の家族に対する支援、ピアサポートの活用、コミュニティワークの充実等、障害者自立支援法に基づくもの以外の相談機能の充実についても検討すべきではないか。

(精神疾患の早期発見・早期対応の観点からの相談体制について)

- 上記のような障害者自立支援法に基づく相談支援に加え、精神疾患の早期発見・早期対応の観点から、相談支援における行政機関の役割の充実を図ることが重要である。障害者自立支援法の制定に伴い、精神障害者福祉に関する相談指導は市町村に一元化されているが、精神保健に関する相談指導については市町村には努力義務が課されているにとどまり、保健所が第一線の機関として位置付けられている。一方で、市町村における相談指導の実施件数が増加していることに加え、保健所と市町村が実施した精神保健福祉相談の内容については、その傾向に大きな差異がみられない。

こうしたことを踏まえ、精神障害者福祉だけでなく、精神保健の分野についても、相談指導の実施について市町村を第一線の相談機関として位置付けることも含め、市町村、保健所、精神保健福祉センターといった行政機関の役割について、制度上明確化することについて検討すべきではないか。

- また、行政機関と医療機関の相談体制における役割分担のあり方、保健福祉分野と学校教育分野等その他の分野との連携の強化についても検討してはどうか。

(精神保健福祉士の養成のあり方等の見直しについて)

- 精神保健福祉士については、精神科病院等において、精神障害

者に対し社会復帰に関する相談援助を行う専門職種として位置付けられているが、制度の施行から現在までの間の役割の変化を踏まえ、「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討結果に基づき、本検討会等における意見も踏まえながら、その役割や養成のあり方等について、制度的な対応を含めて見直しを検討すべきではないか。

## (2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

(住まいの場の確保について)

- 住まいの場については、精神障害者が地域生活を営むに当たり最も重要な基盤の 1 つであるが、病床調査の結果をみると、実際に退院した患者の約 8 割は退院後自宅（家族と同居又は単身で入院前と同じ住居）に居住している。一方で、病床調査では、退院後に自宅以外に居住するニーズがあることが明らかとなっており、自宅への退院が困難な患者の退院が遅れている可能性が示唆されている。このことを踏まえると、自宅以外の居住の場の確保のための方策を講ずることが必要となっている。
- このような観点から、グループホーム、ケアホームについて、公営住宅の活用促進や、その評価の見直しを含め、その設置を推進するための具体的方策について、検討を行うべきではないか。  
また、民間住宅の活用を推進するための具体的方策や、公的保証人制度の更なる普及のための方策についても検討を行ってはどうか。
- 住まいの場の選択肢の 1 つである公営住宅については、現在、精神障害者の単身入居が認められているとともに、公営住宅をグループホームとして活用することも可能となっているが、今後、精神障害者の優先枠設定による入居促進、グループホーム活用促進等、精神障害者の入居を促進するための取組について、国土交通省や、自治体においても住宅部局との連携を強化し、更なる強化を図るべきではないか。

(生活支援等障害福祉サービス等の充実について)

- 精神障害者の地域生活においては、継続的に生活支援を行うことが重要であることから、来所による相談支援に加え、訪問を通



じた生活支援を行う機能について、現行の生活訓練の訪問型を含め、その充実を検討すべきではないか。

さらに、緊急時の相談支援やケアマネジメント機能の充実、訪問看護等在宅医療の充実を踏まえて、精神症状が持続的に不安定な患者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべきではないか。

- 精神障害者本人による短期入所の利用の拡大を含め、精神障害者が入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するサービスのあり方について検討すべきではないか。

- 就労や日中活動は、生活のための収入を得ることだけでなく、社会の中で役割を持ち、生きがいを見つけ、自己実現を図ることに資するものであり、地域生活への移行を進めるに当たっての重要な要素である。

このため、就労系の障害福祉サービスについて、現在果たしている機能や雇用施策との関係を踏まえ、その機能や雇用施策との連携のあり方について検討すべきではないか。

また、障害者就業・生活支援センターについて、障害福祉サービスにおいても、就労面の支援とあわせて生活面の支援を提供する機能の重要性に鑑み、その質の向上を図りつつすべての圏域に設置されるよう努めるとともに、就労移行支援事業所等との連携について強化すべきではないか。

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において規定されている社会適応訓練事業の位置付けについて、これまで果たしてきた役割を十分に踏まえつつ、検討すべきではないか。
- 地域活動支援センターの役割を含め、障害福祉サービスについて上記のほか見直すべき点がないか、引き続き検討すべきではないか。

(雇用支援の充実について)

- 雇用支援については、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、精神障害者の特性に応じ、予算措置等による雇用支援の一層の推進、充実について、引き続き検討をすべきではないか。

(家族等に対する支援について)

- 病床調査では退院患者の65%以上が退院後自宅で家族と同居していることや、入院期間が長期になるほど家庭に退院する患者の割合が低くなることを踏まえ、福祉サービスや医療サービスの充実により家族にできるだけ負担を課さずに地域で生活を支援する体制の整備とあわせて、家族同士のピアサポート等効果的な家族支援のあり方について検討すべきではないか。
- また、医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者をはじめ、精神障害者を取り巻く者に対する支援等のあり方について検討すべきではないか。

(その他)

- 障害程度区分について、精神障害者の障害特性をより反映するものとなるよう、その見直しに向けた検討を引き続き進めることとしてはどうか。
- また、精神障害者を含む障害者の所得の確保に係る施策のあり方について、就労の支援を含め、幅広い観点から引き続き検討を進めることとしてはどうか。

### (3) 地域生活を支える医療の充実について

(精神科救急医療の充実について)

- 精神科救急医療については、都道府県によって、精神科救急医療体制の機能が異なっているが、地域の実状を踏まえつつどの地域でも適切な精神科救急医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による体制確保を制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。
- 自殺企図患者等、精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、一般救急医療と精神科救急医療との連携についても制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。  
また、いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとして、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて、Vの精神保健医療の再構築に関する

検討の中で、あわせて行ってはどうか。

- 精神科救急の機能評価や精神科救急にふさわしい人員・構造基準のあり方等、精神科救急の質の向上に関する議論については、Vの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。
- 措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保に困難を伴っているとの意見があることも踏まえ、精神保健指定医の確保のための具体的方策、例えば、5年毎の資格更新時に、措置診察の実施状況等を要件とすることや、都道府県の精神科救急医療事業への参画に関する義務を設けること等について、検討すべきではないか。

(精神科デイ・ケア等及び精神科訪問看護等通院・在宅医療に関する検討)

- 利用者の地域生活を支える適切な通院・在宅医療の提供を確保する観点から、患者の症状やニーズに応じて精神科デイ・ケア等の機能の強化・分化を行うことや、訪問看護ステーションにおける実施の普及等、地域における訪問診療、精神科訪問看護等の機能の更なる充実について、Vの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、具体的に検討を行うべきではないか。

#### (4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について

(退院・退所する精神障害者への支援)

- 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」等による取組を踏まえ、入院・入所している精神障害者の退院・退所時の個別の支援や地域生活支援を行う機能や、地域資源の開発等、地域移行・地域定着に必要な体制整備を行う機能の充実について検討すべきではないか。

(長期入院・入所者に対する支援)

- 長期にわたり入院や入所している精神障害者については、退院後の生活について不安を抱く場合が少なくないと考えられることから、病院や施設から地域生活への移行に先立って、試行的にグループホームや民間賃貸住宅等での生活を体験できる仕組みにつ

いて検討を行うべきではないか。

(病院における地域移行に向けた取組の推進)

- 退院に向けた支援を含めた病院における地域移行の取組について、これまでの診療報酬等における対応を踏まえつつ、その推進のための方策について更に検討すべきではないか。

## V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

### 1. 検討の基本的方向性

- 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的考え方や検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、精神保健医療体系については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
  - ・ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直し等、医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置きつつ、精神保健医療の水準の向上を目指す。
  - ・ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患（統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等）に応じて、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。
  - ・ その際、統合失調症をはじめとする精神疾患に関する入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化や精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた認知症に係る体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえた上で、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の整備を進めるとともに、それぞれの機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を図る。
  - ・ 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

### 2. 個別の論点

#### (1) 入院医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにするとともに、病棟・病室（ユニット）単位での機能分化を含め病床機能分化の推進のための具体的方策について検討すべきではないか。

- 病期・疾患に応じた入院機能のあり方や、通院・在宅医療、介護・福祉等他のサービスの機能等を踏まえ、現在精神病床が果たしている機能を評価した上で、人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、病床の機能強化のための方策等、今後の精神病床のあり方についても検討を行うべきではないか。
- 精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制についても、地域移行を推進する観点や、精神医療のマンパワーの充実や水準の向上、身体合併症を有する患者等に対する適切な医療の実施の観点から、その見直しについて検討を行うべきではないか。

## (2) 通院・在宅医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性を踏まえ、精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討を行うべきではないか。
- その際、病状や必要な支援の内容等利用者の実態を踏まえ、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。

## (3) 医療体制・連携について

- 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。
  - ・ 精神科救急医療体制の充実について
  - ・ 精神医療における病院と診療所の機能とその分担、連携のあり方について
  - ・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて
  - ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について
  - ・ いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとした、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて

- ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について

- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野（認知症、依存症、児童・思春期等）については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症疾患医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行うてはどうか。

#### (4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

- 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の医療関係職種は、精神保健医療を支える重要な基盤であることから、精神病床に係る人員基準の見直しや、病床数の適正化の取組も念頭に置きつつ、その確保や資質の向上のための方策について検討を行うべきではないか。
- 薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、更に検討を行うべきではないか。

## VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向

### 1. 検討の基本的方向性

- 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）については、効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につながられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有することや、地域生活への移行の推進により精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるといった側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。

### 2. 個別の論点

- 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことについて検討すべきではないか。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や普及啓発の実施主体等についても、検討を行うべきではないか。
- ニュージーランドのデータによると、成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち、約 50%は 10 代前半までに、約 75%は 10 代後半までに、既に何らかの精神科的診断に該当していることや、近年の諸外国における普及啓発の取組を踏まえ、早期対応の観点からの普及啓発については、学齢期等の若者とそれを取り巻く者を重要なターゲットとして位置付け、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、重点的に行うことについて検討すべきではないか。
- 疾患によるターゲットについては、精神疾患に関する理解度が疾患によって大きく異なり、統合失調症に関する理解が遅れていることを踏まえ、統合失調症に関する理解の進展を目標の 1 つとして、重点的に普及啓発を行うことについて検討すべきではないか。



- また、地域移行を円滑にする観点からの普及啓発についても、行政自らが関係者間の調整に当たることを含めその効果的な方策について引き続き検討してはどうか。
- 上記の検討にあわせて、普及啓発の効果を適切に評価するための指標についても検討すべきではないか。
- また、普及啓発の推進に関する以下の意見についても、普及啓発方策全体の中で検討を行ってはどうか。
  - ・ 家族や、医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等（精神科以外の医療関係者を含む。）や教員等、本人の身近にいる者への普及啓発について
  - ・ 医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等における専門的な概念の共有化について
  - ・ 議員、行政関係者、マスメディア、医師、司法関係者、教師、警察関係等、社会的な影響力の強い者に対する普及啓発について
  - ・ 精神障害者自身による啓発について
  - ・ 地域自立支援協議会等地域単位での施策の検討の場へのピア・サポーター等の当事者の参画について
  - ・ 普及啓発における行政の役割について

## VII 今後の検討に向けて

### 1. 本検討会における今後の検討の進め方

- 本検討会においては、今後、この論点整理に基づき、関係する審議会や検討会における議論等も踏まえながら、引き続き検討を進める。
- 当面は、平成20年中に、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援に関連する事項について、見直しの具体的内容のとりまとめを行い、平成21年に予定されている障害者自立支援法の改正にあわせてその具体化を目指すこととする。
- さらに、その後、精神保健医療に関する議論を集中的に行った上で、平成21年夏を目途に、精神保健医療も含め、今後の精神保健医療福祉施策の全体像のとりまとめを行うことを目指す。

### 2. 精神病床数に関する取扱いについて

- この論点整理の取りまとめに向けた議論においては、精神病床数に係る目標値の設定や今後の取組の方向性について、多くの意見があった。具体的には、
  - ・ 「病床数の適正化」ではなく「病床数の削減」と明記すべきとする意見
  - ・ 精神病床の削減ありきではなく、まずは、地域における精神障害者に対する医療・福祉の基盤整備を行うべきとする意見
  - ・ まず、地域資源の整備を行い、それに応じて移行を進めるといったように、バランスを取りながら進めるべきではないかとする意見
  - ・ 患者特性に応じてどのような機能の病床がどの程度必要となるのかを議論する必要がある、その議論が十分に行われていない段階で、まず削減目標を定めるのは困難ではないかとする意見
  - ・ 認知症の増加を踏まえ、どのような施設がふさわしいか、認知症対応のためにどの程度の精神病床が必要なのか、ということも十分に検討した上で、適正な数としていくべきとする意見
  - ・ 障害者自立支援法により、病院から地域に退院すれば、新た

な受け皿の整備や既存の資源の活用が進む体制となっており、これを踏まえ、今後の基本方針として病床削減を掲げるべきとする意見

- ・ 病床の削減が先か、地域における医療・福祉の基盤整備が先か、という議論ではなく、これらを同時に進めることとすべきとする意見
- ・ 適正な病床数や退院の目標値を明らかにし、それに向けて地域資源を計画的に整備していくべきとする意見
- ・ 地域資源の整備と病床削減、精神科入院医療の質的な向上を並行して進めることとすべきとする意見

等があった。

- この点については、現段階では、検討会としての意見の集約には至っていないが、今後の検討の過程において、引き続き、議論を深めていくこととする。

第9回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	
平成20年9月3日	資料2

<p style="text-align: center;"><b>平成21年度 障害保健福祉関係概算要求の概要</b></p>
--

厚生労働省 障害保健福祉部

## ～平成21年度概算要求額～

平成20年度予算額	9,700億円
平成21年度概算要求額	10,238億円
対前年度増加額	538億円
対前年度伸率	5.5%増

(参考)

### 障害福祉サービス関係費

(20年度予算)	(21年度要求)	(増減)	(伸率)
5,345億円	→ 5,681億円	+336億円	(6.3%増)

## — 主要事項 —

### ◆ 障害者の自立生活の支援

	(20年度予算)	(21年度要求)	(増減)	(伸率)
○ 自立支援給付(福祉サービス)	4,945億円	→ 5,231億円	+286億円	(5.8%増)
○ 地域生活支援事業	400億円	→ 450億円	+50億円	(12.5%増)
○ 自立支援医療(公費負担医療)				

1,414億円 → 1,509億円 +95億円 (6.7%増)

◆ 精神障害者の地域移行を支援するための施策の推進

- 精神障害者地域移行支援特別対策事業

17億円 → 17億円 ±0億円

- 精神科救急医療体制整備事業

17億円 → 26億円 +9億円 (53%増)

◆ 障害者の就労支援

- 工賃倍増5か年計画支援事業

16億円 → 17億円 +1億円 (6.3%増)

- 障害者就業・生活支援センター事業 (地域生活支援事業より移管)

8億円

◆ 発達障害者支援施策の推進

- 障害保健福祉関係

8.4億円 → 9.2億円 +0.8億円 (9.5%増)

- ※ 厚生労働省全体

10.7億円 → 13.3億円 +2.6億円 (24.3%増)

◆ 自殺対策の推進

- 障害保健福祉関係

3.8億円 → 6.3億円 +2.5億円 (65.8%増)

- ※ 厚生労働省全体

13億円 → 24億円 +11億円 (84.6%増)

◆ その他

○ 認知症対策の推進

・ 障害保健福祉関係

1.9億円 → 5.2億円 +3.3億円 (174%増)

※ 厚生労働省全体

2.1億円 → 4.8億円 +2.7億円 (129%増)

○ 依存症対策の推進 (新規)

50百万円

(増減、伸び率は億円で整理)

# ～平成21年度概算要求の概要～

## 1 障害者の自立生活を支援するための施策の推進

### (1) 良質な障害福祉サービスの確保 5,231億円

ホームヘルプ、グループホーム、就労移行支援事業等の障害福祉サービスについて、障害福祉計画に基づき、各市町村において推進を図る。

### (2) 障害児施設に係る給付費等の確保 616億円

知的障害児施設等の障害児施設において、障害のある児童に対する保護・訓練を行うために必要な経費を確保するとともに、虐待等をうけた児童等に対する適切な援助体制を整備するため、新たに心理療法担当職員や看護師の配置加算を行い、社会的養護機能の充実を図る。

### (3) 障害者に対する良質かつ適切な医療の提供 1,509億円

心身の障害の状態の軽減を図るための自立支援医療（精神通院医療、身体障害者向けの更生医療、身体障害児向けの育成医療）を提供する。

### (4) 地域生活支援事業の着実な実施 450億円

障害者のニーズを踏まえ、移動支援や地域活動支援センター機能強化など障害者の地域生活を支援する事業について、市町村等における事業の着実な実施及び定着を図るとともに、事業の実施が遅れている地域の支援や実施水準に格差が見られる事業の充実を図る。

### (5) 障害福祉サービス提供体制の整備 139億円

○ 社会福祉施設整備費（保護施設分を含む。） 108億円



障害者の就労支援や地域移行を促進するため、生活介護、自立訓練、就労移行支援等の障害者の日中活動に係る事業所やグループホーム等の整備を推進する。

また、グループホーム及びケアホームの創設の補助基準単価を引き上げ、事業者負担を軽減する。

- ・ 障害者のグループホーム及びケアホームの創設の基準単価の改善（事項要求）  
（平成20年度） （平成21年度要求）  
20,000千円以内 → 25,000千円以内

- 障害者就労訓練設備等整備事業 30億円  
既存の障害者施設や小規模作業所等が就労移行支援等の新体系事業への移行に際して必要となる就労訓練設備の購入やグループホーム等を行うための賃貸物件の改修に対し補助を行う。

- ※ 福祉政策と住宅政策の連携  
国土交通省と連携を図り、公的賃貸住宅団地等の再整備（安心住空間創出プロジェクト）等により、障害者が安心して地域で生活が続けられるよう、基盤の整備を推進する。

## （6）障害者の社会参加の促進 28億円

視覚障害者に対する点字情報等の提供、手話通訳技術の向上、ITを活用した情報バリアフリーの促進、障害者スポーツや芸術文化活動の振興等を支援し、障害者の社会参加の促進を図る。

- 総合国際競技大会派遣等事業の実施 83百万円  
デフリンピック等の国際大会へ日本選手団を派遣するとともに、強化合宿等を実施する。

## 2 精神障害者の地域移行を支援するための施策の推進

### (1) 精神障害者地域移行支援特別対策事業の推進 17億円

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。

### (2) 精神科救急医療体制の強化 26億円

精神科救急情報センター及び精神科救急医療施設における精神保健福祉士等の増員等により、一般救急医療と精神科救急医療の連携のための連絡調整体制を都道府県ごとに整備するとともに、空きベッドの確保等により、精神・身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科救急体制の強化を図る。

### (3) 精神障害に対する国民の正しい理解の促進 86百万円

精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解を促進するための普及啓発を推進する。

### 3 障害者の就労を支援するための施策の推進

#### (1) 福祉施設で働く障害者の一般就労への移行の促進と工賃倍増5か年計画の取り組みの推進 17億円

福祉施設で働く障害者の一般就労への移行を促進するとともに、障害者の工賃水準を引き上げるため、都道府県が策定した「工賃倍増5か年計画」に基づき、関係行政機関や地域の商工団体等の関係者を挙げた協力の下、福祉施設等の支援を行うほか、工賃水準の向上に資するための設備投資等の借入に係る債務保証への助成を行う。

#### (2) 障害者就業・生活支援センター事業の推進 8億円 (地域生活支援事業費補助金より移替)

障害者の就業面と生活面における一体的な支援を行う障害者就業・生活支援センターについて、設置か所数を拡充し、地域における障害者に対する就労支援力の強化を図る。

(設置か所数)	平成20年度 205か所	→	平成21年度要求 285か所
---------	-----------------	---	-------------------

## 4 発達障害者支援施策の更なる拡充

### (1) 発達障害者の支援体制の確立

2. 5億円

発達障害者の支援を実施する地域支援体制の確立を推進する。

- 発達障害者支援センター運営事業の推進 (地域生活支援事業の内数)  
各都道府県・指定都市に設置する発達障害者支援センターにおいて、発達障害者やその家族等に対して、相談支援、発達支援、就労支援及び情報提供等を行う。
- 発達障害者支援体制整備事業の推進 2. 5億円  
ライフステージに対応した一貫した支援を行うため、都道府県・指定都市に発達障害の支援体制整備検討委員委員会を設置し、各圏域において支援関係機関のネットワークを構築するとともに、個別支援計画の実施状況調査及び評価を実施し、適切な助言等を行うことで、支援体制の充実を図る。

### (2) 発達障害者の支援手法の開発や普及啓発の着実な実施

6. 8億円

発達障害者の支援手法を開発するとともに、専門家の育成や普及啓発について着実に実施する。

- 発達障害者就労支援モデル事業の推進 4 3百万円  
国立障害者リハビリテーションセンターにおいて、青年期発達障害者の職業的自立を図るため、関係機関等と連携して就労支援モデル事業を実施する。
- 発達障害者支援開発事業の推進 5. 2億円  
発達障害のある子どもの成長に沿った一貫した支援ができるよう先駆的な取り組みを通じて発達障害者への有効な支援手法を開発・確立する。
- 発達障害情報センター機能の充実 6 7百万円  
発達障害情報センターにおいて、発達障害に関する国内外の文献、研究成果等を集積し、全国の発達障害者支援機関等への発達障害に関する幅広い情報提供等を行うとともに、各自治体の発達障害に関する支援体制の好事例を集めた

モデル事例集や、支援手法等を集めた支援マニュアルを策定する。

- 発達障害研修事業の充実 22百万円  
各支援現場における支援内容の充実を図るため、発達障害者支援に携わる職員等に対する研修を実施する。
  
- 「世界自閉症啓発デー」普及啓発事業の創設 19百万円  
国連が制定した「世界自閉症啓発デー」（4月2日）の周知と、自閉症を始めとする発達障害に関する正しい知識の浸透を図るための普及啓発活動を実施する。

## 5 自殺対策の推進

### (1) うつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解の促進 86百万円

自殺との関係が強いとされるうつ病等の精神疾患に関する国民の正しい理解のための普及啓発を実施する。

### (2) 自殺予防に向けた人材養成の推進 1億円

うつ病の早期発見・早期治療につなげるため、かかりつけ医に対するうつ病の診断・治療技術の向上や医療連携等に関する研修を実施する。

### (3) 自殺未遂者、自殺者遺族対策の推進 33百万円

自殺未遂者や自殺者遺族へのケア対策のガイドラインの普及を推進するため、医療従事者に対する研修や自殺者遺族等を対象としたシンポジウムを開催する。

### (4) 自殺予防総合対策センターによる情報提供等の推進 61百万円

総合的な自殺対策を実施据えるため、自殺予防総合対策センターにおいて、国内外の情報収集、インターネットによる情報提供、関係団体等との連絡調整を行うとともに、関係機関の相談員や医療現場に従事する心理職等を対象とした専門的な研修、自殺の実態を解明するための調査を実施する。

### (5) 地域での効果的な自殺対策の推進 2.2億円

地域における支援体制の整備を行うための「地域自殺予防情報センター（仮称）」の設置や先進的な自殺対策の取組みを検証・推進するとともに、地域精神保健従事者に対して実践的な研修を実施する。

- 地域自殺予防情報センター運営事業の実施（新規） 86百万円  
「地域自殺予防情報センター（仮称）」を設置し、市町村、医療機関等の関係

機関の連携強化や自殺対策に関する人材育成を行うことにより、地域における支援体制の整備を図る。

**(6) 自殺問題に関する総合的な調査研究等の推進**

**3. 2億円**

※他局計上分。

自殺予防に向け、複数地域を対象に、こころの健康の啓発活動をはじめとする複合的なプログラムを導入した比較介入研究を行うとともに、救急部門に搬送された自殺未遂者に対してケースマネジメントによる支援を行い、再び自殺を試みることを予防する研究等を行う。

**(7) 自殺対策に取り組む民間団体への支援（新規）**

**1. 3億円**

先進的かつ効果的な自殺の防止等に関する活動を行っている民間団体に対し、支援を行う。

## 6 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に関する医療提供体制の整備の促進

### (1) 医療観察法の医療提供体制の充実・強化 221.1億円

緊急的課題である指定入院医療機関の整備に向けて、都道府県等による整備を促進するための取組みを推進するとともに、対象者の地域における継続的な医療の提供と社会復帰の促進を図る。

- 指定入院医療機関の地域交流の促進（新規） 12.0億円  
指定入院医療機関の整備を加速するため、地域との相互理解を含めた総合的取組みを実施し、医療観察法対象者が安心して社会復帰できる体制整備を推進する。

### (2) 医療観察法対象者の地域生活定着支援事業の創設（新規） 3.1億円

医療観察法に基づく対象者の地域移行を推進するため、受入条件が整えば退院可能な対象者の退院促進や対象者を受け入れる障害福祉施設の管理業務（生活状況の見守り、相談指導など）を支援する「地域生活定着支援コーディネーター（仮称）」を新たに配置することにより、対象者の地域生活への移行を着実に推進する。

### (3) 円滑な社会復帰に重点を置いた医療観察法制度の適正な運用 1.9億円

※他局計上分を含む。

医療観察法に基づく対象者に対する質の高い医療的ケアを行い、円滑な社会復帰を促進するため、医療観察法医療の質を評価・検証するとともに、公平な審判に資するよう、精神鑑定の判定事例にかかる考察を行う。

### (4) 司法精神医療に携わる医療及び福祉職種の人材養成 78百万円

増加する精神鑑定業務への対応と医療観察法に基づく対象者に対する質の高い医療的ケアを行うため、精神保健判定医や指定医療機関従事者、地域保健福祉職員等



に対し、司法精神医学の教育、医療観察法に基づく鑑定ならびに医療処遇に関する各種の演習等を適切に実施することで、関係職種の育成と資質能力の向上を図る。

## 7 その他

### (1) 認知症対策の推進 5. 3億円

#### ○ 認知症疾患医療センター運営事業の充実強化 5. 2億円

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、担当者の配置による介護との連携や認知症を専門としない一般開業医等への研修を行う認知症疾患医療センターの整備を推進する。

#### ○ 認知症専門医療従事者研修事業の実施（新規） 12百万円

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、地域における認知症の専門的医療機関である認知症疾患医療センターに従事する医療関係者に対し、最新の診断技術等に関する研修を実施する。

### (2) 依存症対策の推進（新規） 50百万円

地域における薬物・アルコール依存症対策を推進するため、モデル事業の実施による実効性のある取組みについて検証を行う。

### (3) 障害者保健福祉推進事業 25億円

障害者自立支援法の着実な施行のための先駆的・革新的なモデル事業に対する助成を行い、障害者に対する保健福祉サービスの一層の充実を図る。

### (4) 障害者に係る手当の給付 1, 334億円

特別児童扶養手当、特別障害者手当等に必要な経費を確保する。

## 障害者自立支援法の見直しに係る審議会の開催状況

障害者自立支援法については、法施行3年後を目途に検討を加え、必要な見直しを行うこととされているほか、「与党障害者自立支援に関するプロジェクトチーム」より、昨年12月に法の抜本の見直しに向けた課題と方向性が提示されていることを踏まえ、法の抜本の見直しに向けた検討を開始し、社会保障審議会障害者部会（部会長：潮谷義子 前熊本県知事）において、本年中を目途にその方向性を取りまとめていただく予定。

（社会保障審議会障害者部会の開催状況及び今後の予定）

○第31回 4月23日（水）

議題：障害者自立支援法の施行状況等について

○第32回 5月28日（水）

議題：①障害者の範囲、②サービスの利用状況（利用者負担を含む）、③相談支援、④権利擁護

○第33回 6月9日（月）

議題：①地域移行、②就労支援、③住まい、④所得保障

○第34回 6月30日（月）

議題：①障害児支援、②サービス体系、③地域生活支援事業、④その他

○関係団体ヒアリング（7月15日、8月6日、8月20日）

○見直しに向けた具体的な議論（9月頃～）

## 社会保障審議会障害者部会 委員名簿

氏名	役職
嵐谷 安雄	(福) 日本身体障害者団体連合会副会長
安藤 豊喜	(財) 全日本聾唖連盟理事長
井伊 久美子	(社) 日本看護協会常任理事
伊藤 勇一	全国身体障害者施設協議会会長
岩谷 力	国立身体障害者リハビリテーションセンター総長
大濱 眞	(社) 全国脊髄損傷者連合会副理事長
川崎 洋子	(NPO) 全国精神保健福祉会連合会理事長
北岡 賢剛	(福) 滋賀県社会福祉事業団理事長
君塚 葵	全国肢体不自由児施設運営協議会会長
小坂 孫次	(財) 日本知的障害者福祉協会会長
坂本 祐之輔	東松山市長
櫻井 敬子	学習院大学法学部教授
佐藤 進	埼玉県立大学学長
◎ 潮谷 義子	(財) 人権教育啓発推進センター理事
新保 祐元	(福) 全国精神障害者社会復帰施設協会顧問
副島 宏克	(福) 全日本手をつなぐ育成会理事長
○ 高橋 清久	藍野大学学長
竹下 義樹	(福) 日本盲人会連合副会長
鶴田 理恵子	日本IBM(株) 人事 グローバル・タレント ダイバーシティ 課長
堂本 暁子	千葉県知事
長尾 卓夫	(社) 日本精神科病院協会副会長

氏名	役職
仲野 栄	(社) 日本精神科看護技術協会専務理事
野沢 和弘	毎日新聞夕刊編集部長
広田 和子	精神医療サバイバー
福島 智	東京大学先端科学技術研究センター准教授
星野 泰啓	(福) 全国社会福祉協議会全国社会就労センター協議会会長
三上 裕司	(社) 日本医師会常任理事
箕輪 優子	横河電機(株) CSR推進本部社会貢献室
宮崎 英憲	東洋大学文学部教授
山岡 修	日本発達障害ネットワーク副代表

### <専門委員>

氏名	役職
小澤 温	東洋大学ライフデザイン学部教授
生川 善雄	千葉大学教育学部教授
浜井 浩一	龍谷大学大学院法務研究科教授

(◎:座長、○:座長代理)

## 検討会の今後の予定（案）

第9回（9月3日（水）15時～17時30分）

（議題）①平成21年度概算要求の報告について

②論点整理の報告について

③障害者部会の状況報告について

④今後の進め方について

⑤「精神病床の利用状況に関する調査」報告（詳細）について

第10回（9月25日（木）10時～12時30分）

（議題）①住まいの場の確保について

②入院中から退院・退所までの支援の充実について

③精神科救急・精神保健指定医について

第11回（10月17日（金）15時～17時30分）

（議題）①相談支援について

②福祉サービス等の充実について

③その他

第12回（10月29日（水）15時～17時30分）

第13回（11月7日（金）13時～15時30分）

第14回（11月13日（木）10時～12時30分）

第15回（11月21日（金）13時～15時30分）

第16回（11月27日（木）15時～17時30分）

※ 今後の本検討会や障害者部会の検討状況を踏まえ、開催回数や議題等を調整する。

# 精神病床の利用状況調査結果報告 (詳細)

(論点整理を踏まえたデータ)

# 調査の概要

平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業

「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」

主任研究者 伊豫雅臣(千葉大学大学院)

分担研究者 松原三郎(松原病院)

- 調査対象施設 精神科病院 1,542 施設  
(国立病院機構、自治体病院、大学付属病院、公的病院、民間病院 等)
- 調査対象患者 平成20年2月15日現在の入院患者のうち1割を抽出
- 調査時点 平成20年2月15日時点の状況と  
1カ月後(3月15日)の状況を調査
- 調査方法 問8～9は看護職員、問10～は主治医により回答

## 企画委員会

伊藤 弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 部長
伊豫 雅臣	千葉大学大学院医学研究院 精神医学 教授
江原 良貴	積善病院 理事長
萱間 真美	聖路加看護大学 精神看護学 教授
川田 和人	松原病院 看護師長
富永 格	国立病院機構下総精神医療センター 院長
長尾 卓夫	高岡病院 理事長
花井 忠雄	ときわ病院 理事長
平田 豊明	静岡県こころの医療センター 院長
松原 三郎	松原病院 理事長
山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部大学院 健康マネジメント研究科 教授
山角 駿	花園病院 理事長
吉本 博昭	富山市民病院 精神科 部長

# 問題意識

## ◆「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)」より抜粋

### 1 長期入院患者(高齢障害者を含む。)について

○ 長期入院患者は、疾病や入院期間、年齢等、その特性が多様であることから、住まいの場や医療・福祉サービスの確保等については、その特性毎にきめ細かい議論を行い、具体的施策を講ずるべきである。

その際、特に長期にわたり入院し、日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要となっている高齢障害者にふさわしい支援のあり方について、検討してはどうか。

○ なお、具体的方策の検討に当たっては、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているかを把握することが必要であることから、病床調査について、更に詳細な分析を行い、本検討会に提示すべきである。

### 2 「近い将来退院の可能性なし」とされた患者像について

○ 病床調査の結果によると、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」とされた患者が約40%いるが、このような患者の特性や状態像について、更に詳細に分析する必要がある。



# 視 点

## 1 長期入院患者(高齢障害者を含む。)について

- 入院患者の機能の状態は、入院期間によって異なるか。
- 退院後必要な支援は、入院期間や年齢によって異なるか。
- 入院期間や年齢による機能の状態や退院後に必要となる支援を踏まえ、長期入院患者や高齢の入院患者にふさわしい支援の内容やその提供のあり方についてどのように考えるか。

## 2 「近い将来退院の可能性なし」とされた患者像について

- 精神病床の利用状況調査において、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」とされた患者の精神症状や機能の状況はどのようなになっているか。また、それは、他の患者と異なっているか。

# 1 結果の概要

## 回答の状況

	自治体病院	大学附属病院	国立病院機構	公的病院	民間病院 (日精協)	計
対象施設数	164	77	35	48	1,218	1,542
提出施設数	77	32	16	13	858	996
うち、対象者なし	3	2	0	1	0	6
提出率	47.0%	41.6%	45.7%	27.1%	70.4%	64.6%

回答数	施設数	74	30	16	12	859	991
	患者数	823	115	237	52	16,598	17,825

# 患者の特性

問8-1 過去3日間の日常動作(ADL)支援レベル

(%)	全疾病			〈有効回答数〉
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	76.1	6.7	17.2	<17,791>
移乗	74.3	7.2	18.5	<17,788>
食事	67.8	17.4	14.9	<17,776>
トイレの使用	68.4	8.7	22.8	<17,772>
上記のいずれか	62.1	13.1	24.8	<17,795>

(%)	F0のみ			〈有効回答数〉
	自立	準備、観察	援助、依存	
	42.4	10.5	47.1	<3,480>
	39.2	10.6	50.1	<3,479>
	32.4	27.6	40.1	<3,476>
	28.1	11.8	60.1	<3,475>
	23.4	14.9	61.7	<3,482>

(%)	F20のみ			〈有効回答数〉
	自立	準備、観察	援助、依存	
	86.1	5.3	8.6	<10,214>
	84.8	5.7	9.4	<10,211>
	78.0	14.1	7.9	<10,207>
	80.0	7.8	12.2	<10,201>
	73.3	12.5	14.2	<10,215>

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

(%)	全疾病			〈有効回答数〉
	問題ない	いくらか困難	非常に困難	
食事の用意	15.0	25.8	59.3	<17,771>
家事一般	16.0	31.8	52.1	<17,758>
金銭管理	17.4	28.5	54.1	<17,773>
薬の管理	16.1	30.2	53.7	<17,773>
電話の利用	40.8	23.6	35.6	<17,776>
買い物	28.8	28.8	42.5	<17,780>
交通手段の利用	21.3	25.6	53.1	<17,766>
上記のいずれか	6.6	24.2	69.2	<17,793>

(%)	F0のみ			〈有効回答数〉
	問題ない	いくらか困難	非常に困難	
	3.9	10.6	85.5	<3,480>
	3.4	12.6	84.0	<3,483>
	4.2	10.5	85.4	<3,483>
	4.1	10.3	85.6	<3,483>
	10.9	16.5	72.6	<3,482>
	6.3	13.7	80.0	<3,483>
	4.8	9.1	86.1	<3,480>
	1.5	6.7	91.8	<3,483>

(%)	F20のみ			〈有効回答数〉
	問題ない	いくらか困難	非常に困難	
	15.5	29.7	54.8	<10,200>
	17.2	37.6	45.2	<10,193>
	17.5	34.3	48.2	<10,198>
	15.9	36.3	47.7	<10,199>
	46.0	27.6	26.4	<10,204>
	32.2	34.4	33.3	<10,205>
	21.8	31.6	46.6	<10,198>
	5.6	27.8	66.6	<10,214>

問15 身体合併症

(%)	全疾病			〈有効回答数〉
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	52.8	32.7	14.4	<17,007>

(%)	全疾病			〈有効回答数〉
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	34.2	40.9	24.9	<3,376>

(%)	全疾病			〈有効回答数〉
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	59.9	29.6	10.5	<9,781>

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

(%)	全疾病	F0のみ	F20のみ
0	1.1	2.8	0.5
~10	5.1	14.6	2.3
11~20	8.6	15.3	7.3
21~30	27.0	28.5	31.3
31~40	21.1	18.1	23.2
41~50	10.2	5.7	10.6
51~60	15.9	9.2	16.3
61~70	7.6	4.2	5.9
71~80	2.4	1.1	1.7
81~90	0.9	0.4	0.7
91~100	0.1	0.2	0.1
計	100.0	100.0	100.0
〈有効回答数〉	<17,657>	<3,468>	<10,188>

# 退院後必要な支援

問22 退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」

(%)	全疾病	F0のみ	F20のみ
1. 家族と同居	34.6	18.1	35.8
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	5.2	1.9	4.5
3. アパート等を借りてひとり暮らし	2.4	0.5	2.5
4. ケアホーム	4.2	1.8	5.2
5. グループホーム	14.1	7.9	18.6
6. 地域移行型ホーム	0.3	0.1	0.5
7. 退院支援施設	3.5	0.8	5.0
8. 従来型の社会復帰施設	6.1	1.1	8.3
9. 介護老人保健施設	11.4	30.9	6.9
10. 介護老人福祉施設	9.9	26.7	5.9
11. 社会福祉施設	6.3	8.0	5.4
12. その他	1.9	2.1	1.5
13. 将来の退院を想定できない	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0

<有効回答数> <11,986> <2,292> <6,560>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23 問22のような「居住の場」に退院した場合に必要な支援

(%)	全疾病	F0のみ	F20のみ
1. 看護師・ケースワーカー・ヘルパーなどによる援助・指導	87.6	89.8	92.0
2. 不要	12.4	10.2	8.0
3. 将来の退院を想定できない	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0

<有効回答数> <12,309> <2,408> <6,719>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23付問 看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による支援の必要頻

(%)	全疾病	F0のみ	F20のみ
1. 24時間常駐	25.5	53.0	18.6
2. 日中のみ常駐	12.5	12.4	13.5
3. 毎日の訪問	16.9	14.5	18.2
4. 1週間で数回の訪問	24.4	13.2	27.4
5. 1週間で1回程度の訪問	20.7	6.9	22.3
計	100.0	100.0	100.0

<有効回答数> <10,437> <2,095> <5,985>

問24 退院後の日中の「活動」のうち必要なもの(複数回答可)

(%)	全疾病	F0のみ	F20のみ
1. デイケア・ナイトケア等	54.2	32.2	66.5
2. 生活訓練	37.5	22.7	47.1
3. 生活介護	33.8	51.2	31.0
4. 就労移行支援	6.0	1.1	7.1
5. 就労継続支援(A型)	1.2	0.2	1.4
6. 就労継続支援(B型)	1.4	0.3	1.7
7. 地域活動支援センター	15.1	4.0	19.5
8. 当事者の会、家族会等	8.8	2.8	6.2
9. その他	2.4	4.1	1.7
10. 特に適当なものはない	16.3	27.7	10.3
11. 将来の退院を想定できない	-	-	-
<有効回答数>	<12,221>	<2,356>	<6,717>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問25 退院できると仮定した場合、家族や友人などから得られる支援の程度

(%)	全疾病	F0のみ	F20のみ
1. 得られない	40.9	36.6	44.9
2. 助言や精神的な支援	35.7	36.0	35.8
3. 週数回のADL、IADLの支援	7.3	10.4	5.6
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援	10.4	9.1	9.3
5. 終日のADLやIADLの支援・見守り	5.8	8.0	4.3
計	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<17,211>	<3,401>	<9,926>

問26 地域で生活していく上での必要度

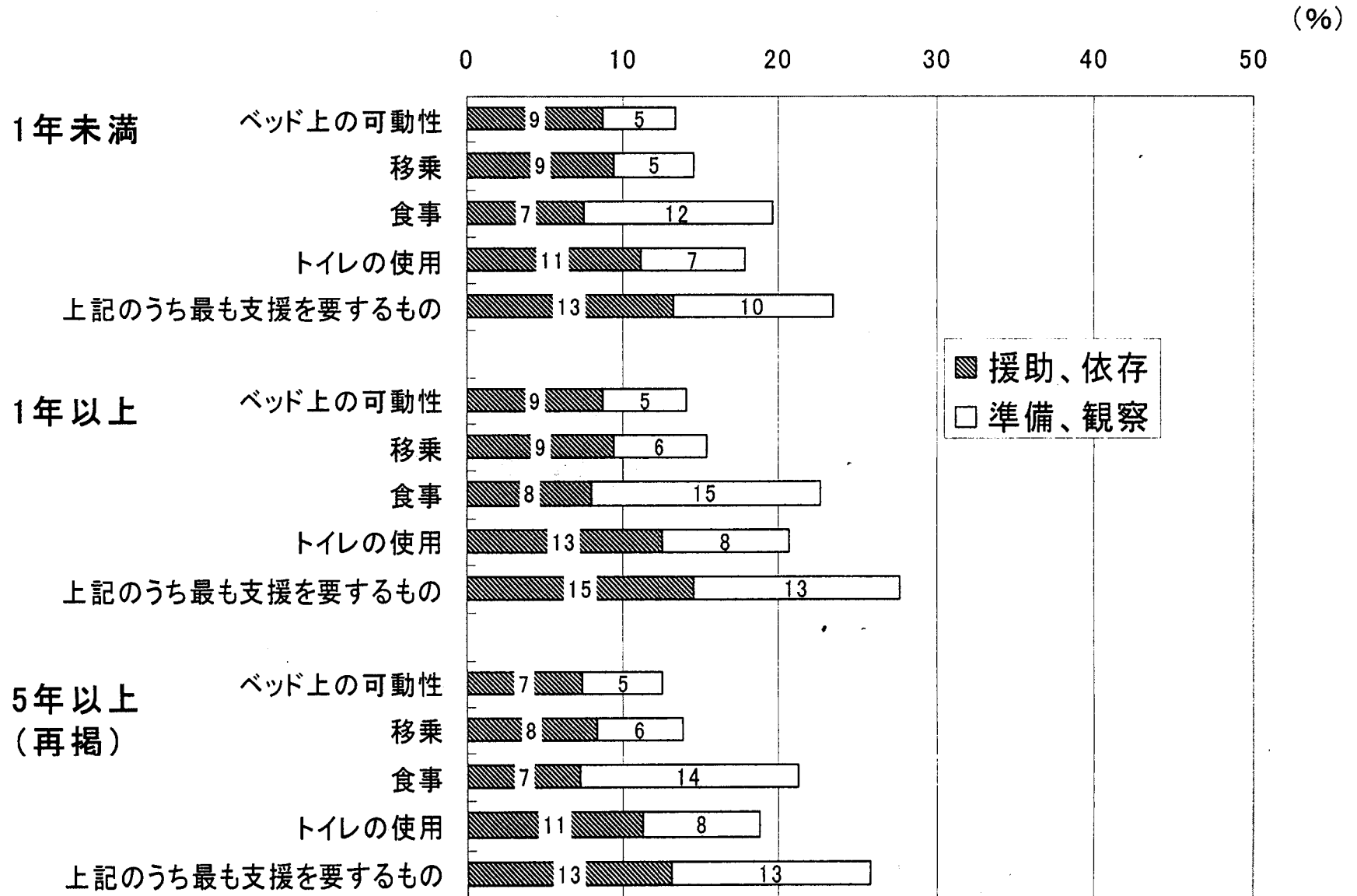
	全疾病			有効回答数	F0のみ			有効回答数	F20のみ			有効回答数
	不可欠	望ましい	不要		不可欠	望ましい	不要		不可欠	望ましい	不要	
市町村の専門職員	43.6	51.0	5.5	<12,344>	46.2	47.3	6.5	<2,203>	46.5	50.4	3.1	<6,972>
病院・診療所の相談員	58.7	39.2	2.1	<12,508>	58.1	38.8	3.1	<2,271>	63.3	35.6	1.1	<7,035>
かかりつけの病院・診療所	76.3	22.8	1.0	<12,681>	77.7	21.7	0.6	<2,349>	79.2	20.2	0.6	<7,081>
いつでも相談できる電話相談機関	37.4	54.4	8.2	<12,108>	38.6	47.9	13.5	<2,100>	39.7	54.4	5.9	<6,862>
自宅での生活に疲れたときのショートステイ	37.5	49.9	12.7	<11,221>	50.9	35.2	14.0	<1,962>	37.2	53.5	9.3	<6,343>
家族が病気になった場合等のショートステイ	36.8	44.3	19.0	<10,609>	53.7	31.9	14.4	<1,941>	35.5	48.4	16.1	<5,913>
生活介護・生活訓練施設	34.2	47.8	18.0	<11,437>	42.6	38.3	19.0	<1,917>	35.5	52.4	12.1	<6,571>
地域活動支援センター	23.9	59.5	16.6	<11,267>	23.9	47.7	28.5	<1,775>	26.1	64.3	9.6	<6,532>
訪問看護サービス	41.7	46.8	11.5	<11,763>	43.5	43.8	12.6	<2,040>	45.7	47.3	7.0	<6,694>
ホームヘルプサービス	33.7	42.4	23.9	<11,127>	48.0	36.9	15.1	<1,992>	32.7	46.0	21.3	<6,279>
権利の擁護	24.0	56.5	19.5	<11,961>	30.9	54.5	14.5	<2,138>	24.9	59.6	15.5	<6,751>
金銭管理や資産活用の代行	31.5	42.6	25.9	<12,010>	41.6	36.3	22.1	<2,161>	32.5	47.6	19.9	<6,787>
アパート等を借りる際の保証人の代理	25.1	36.5	38.4	<10,141>	25.0	25.5	49.6	<1,523>	28.3	41.5	30.2	<5,906>
就職相談のできる場所	12.0	38.3	49.8	<8,321>	8.2	16.8	75.1	<1,115>	13.3	42.8	43.9	<4,858>

※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

## 2 統合失調症による長期入院患者（高齢障害者を含む。）について

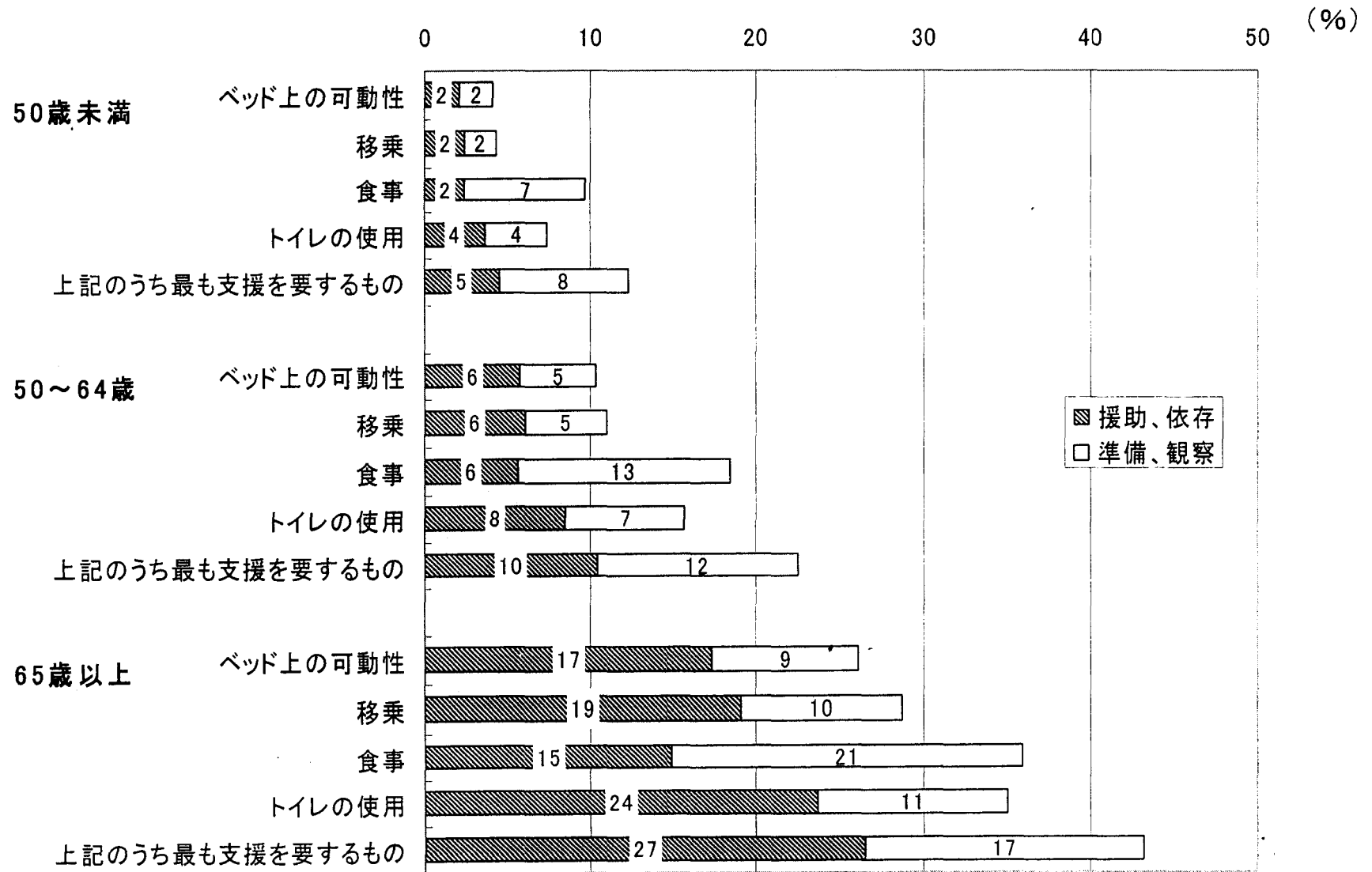
# ①統合失調症患者の入院期間別・年齢別の分析【主な結果】

## ADLの支援のレベル(入院期間別)

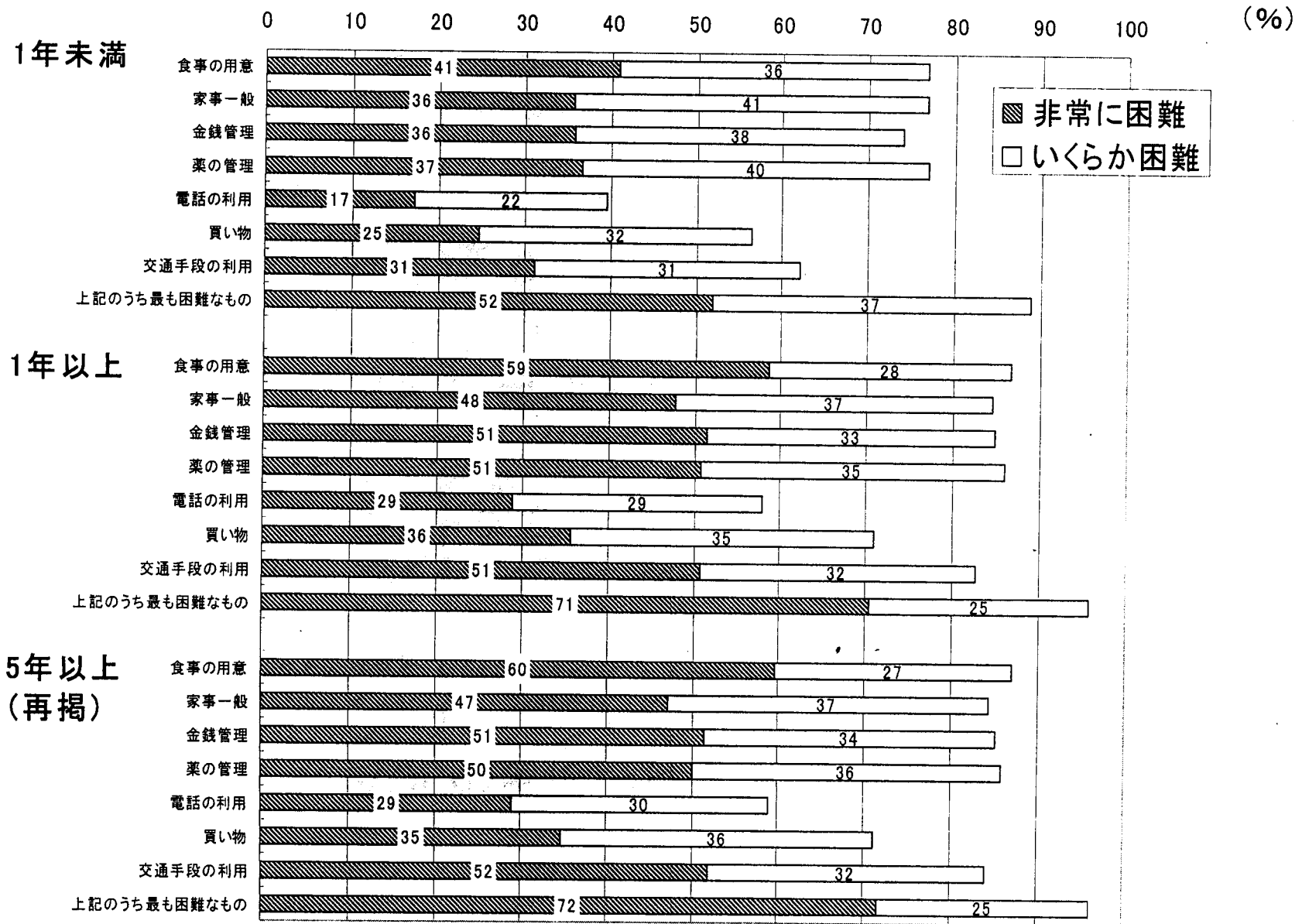




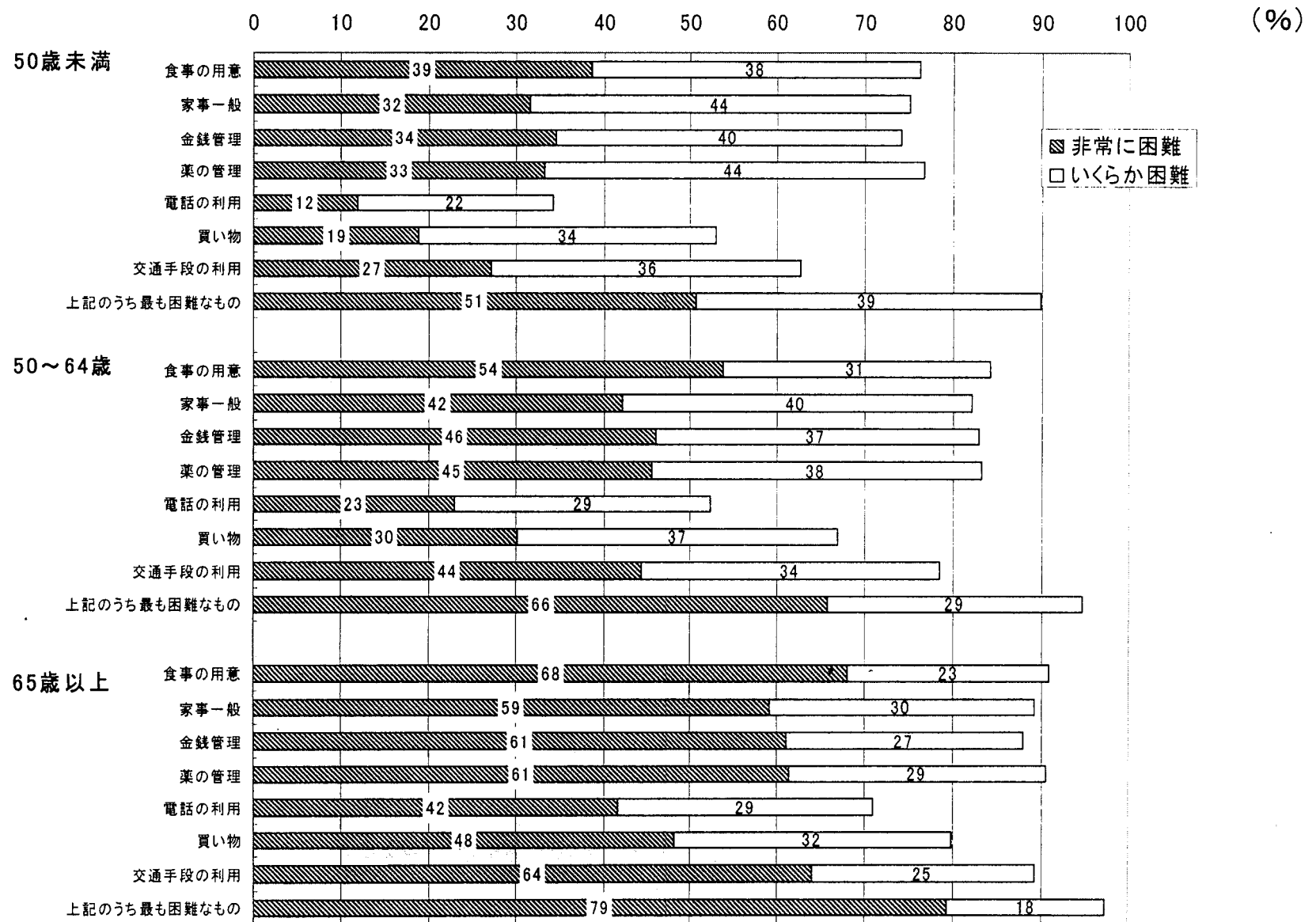
# ADLの支援のレベル(年齢別)



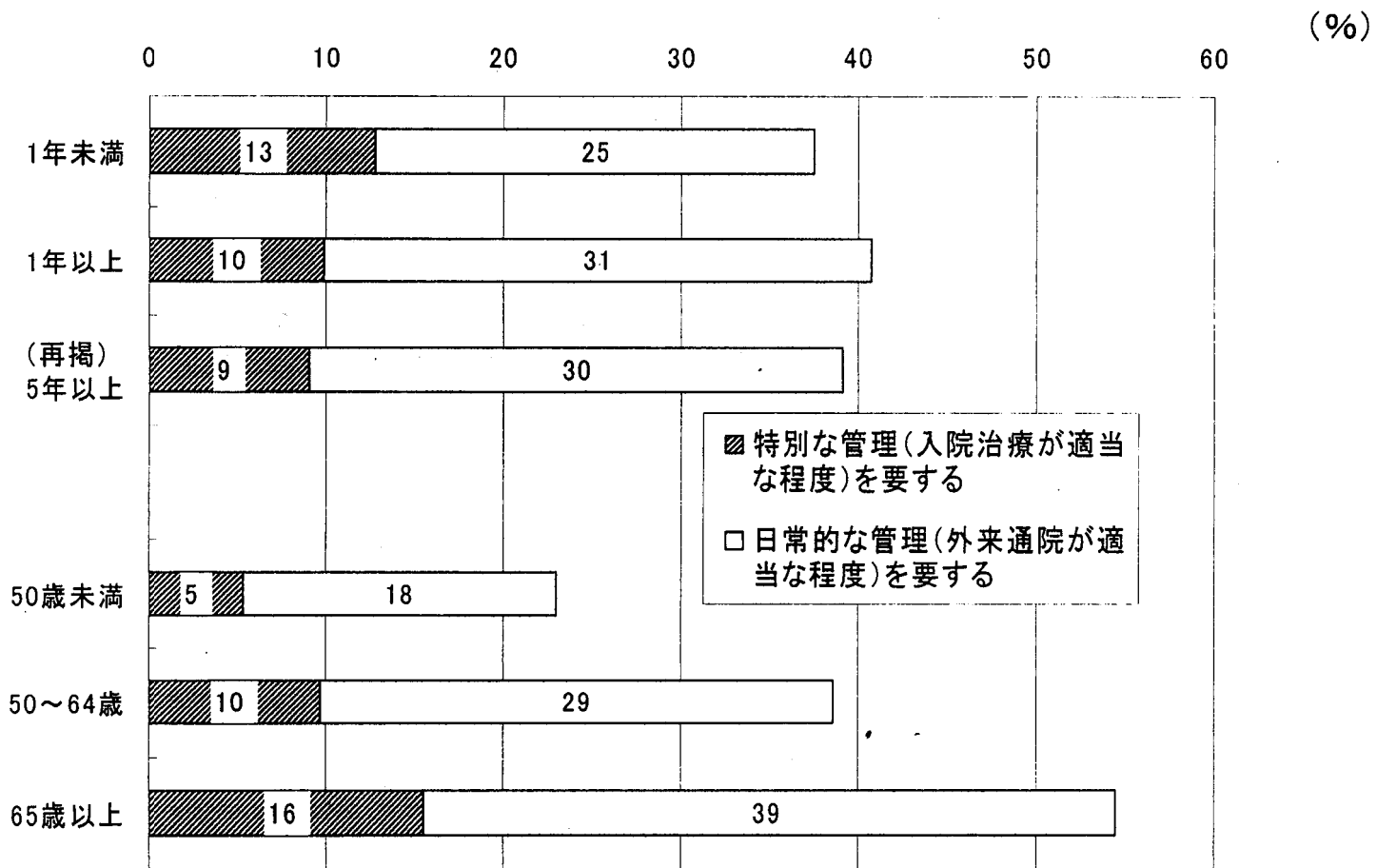
# IADLの困難度(入院期間別)



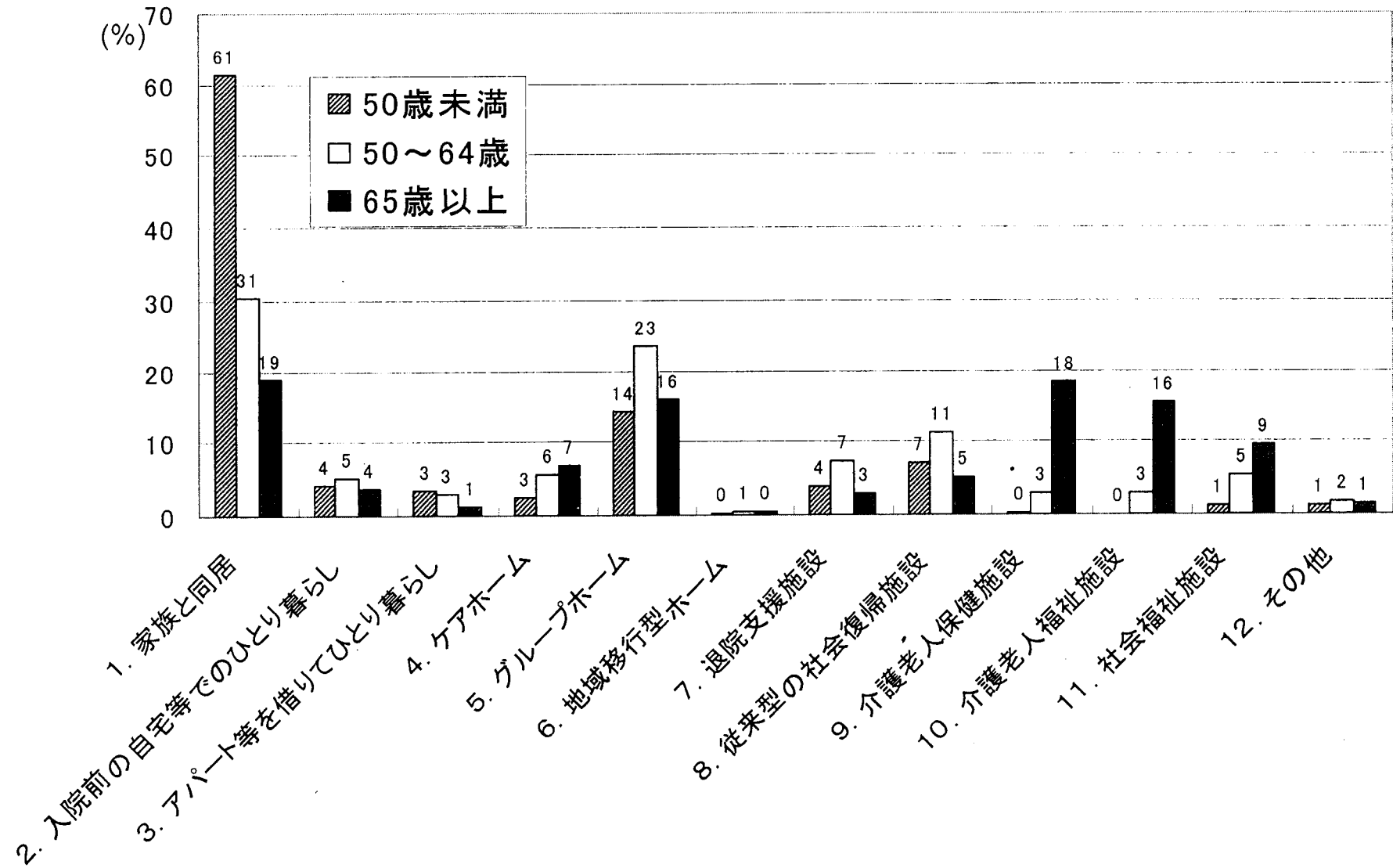
# IADLの困難度(年齢別)



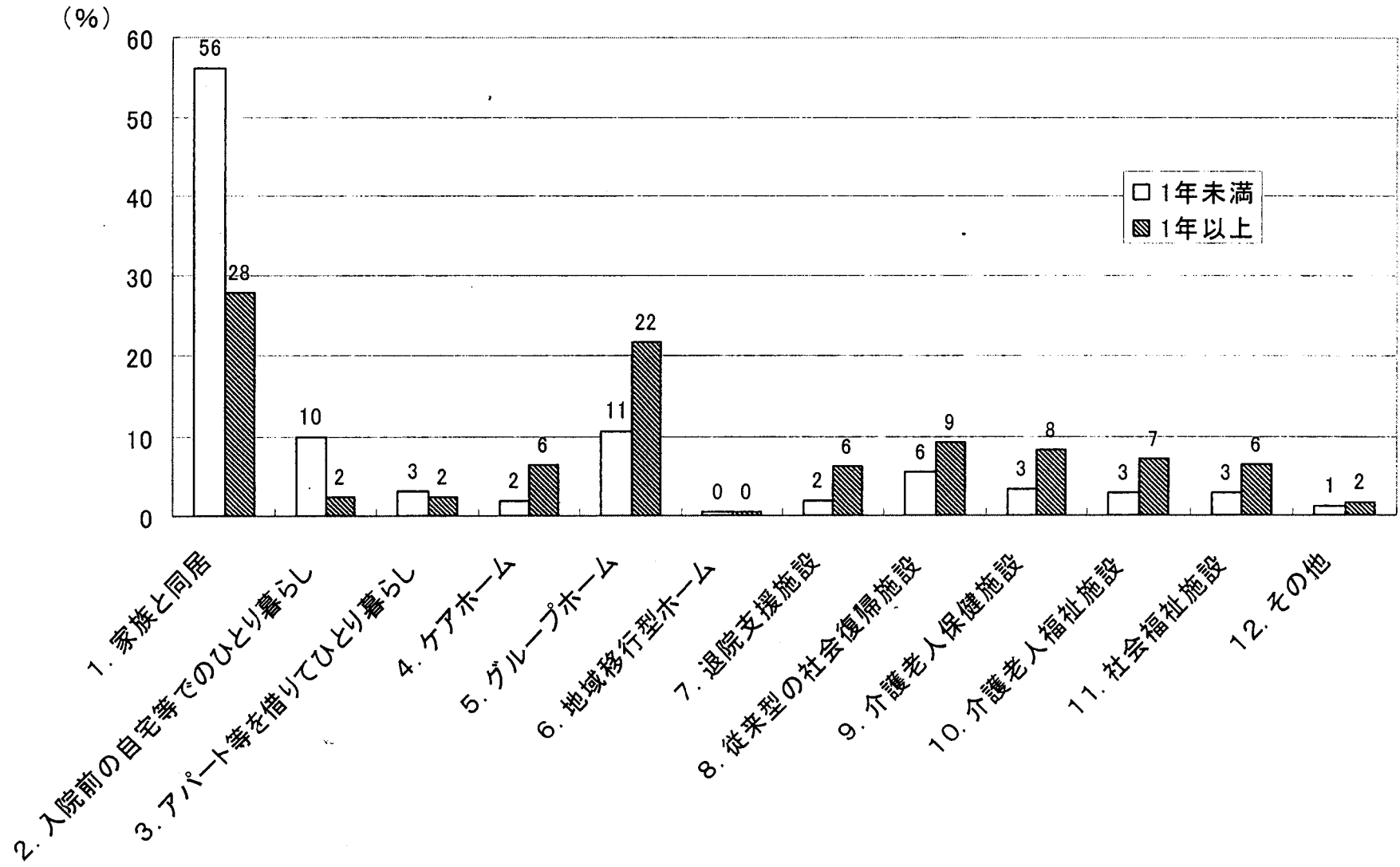
# 身体合併症(入院期間・年齢別)



## 退院後の適切と考えられる「居住の場」(年齢別)

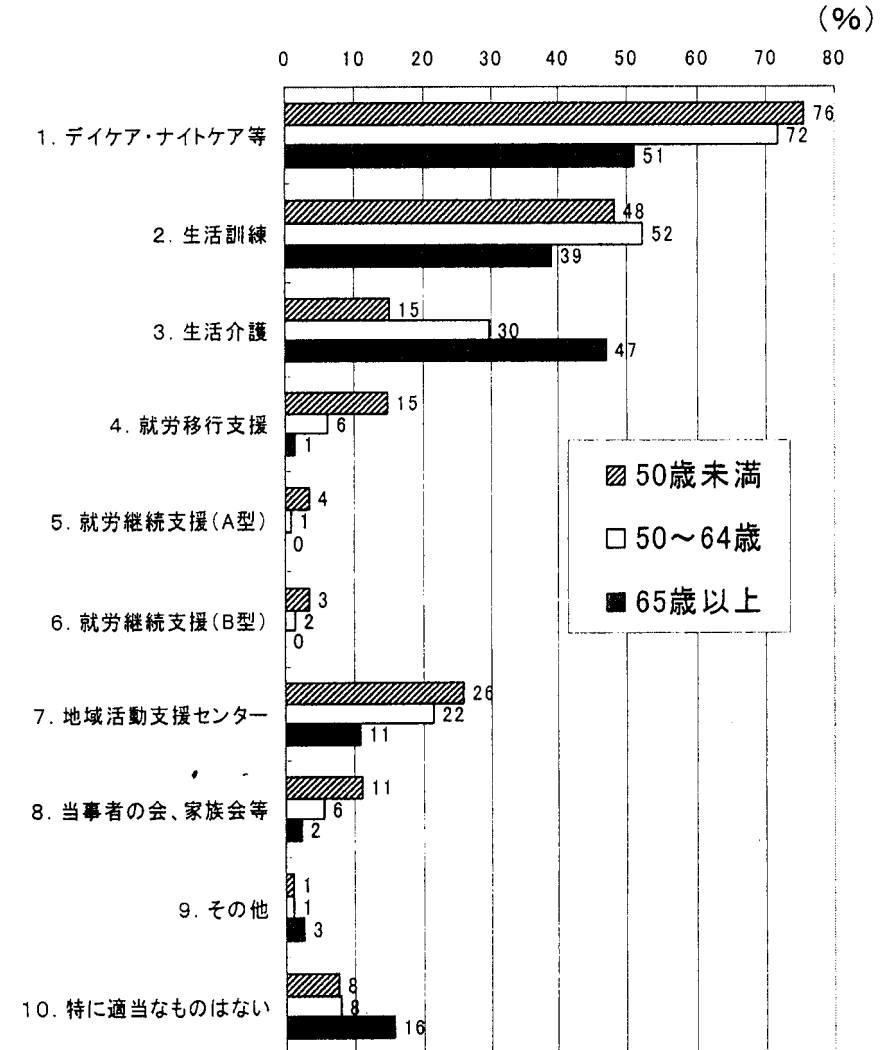
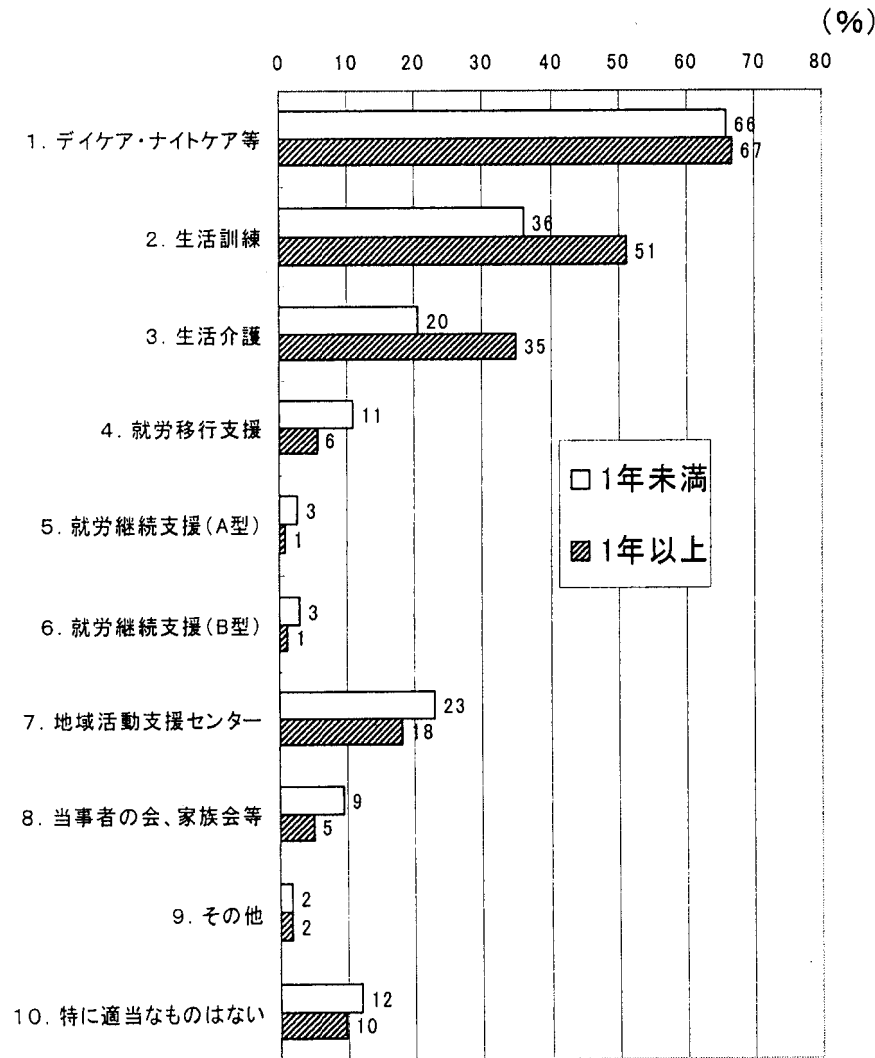


## 退院後の適切と考えられる「居住の場」(入院期間別)



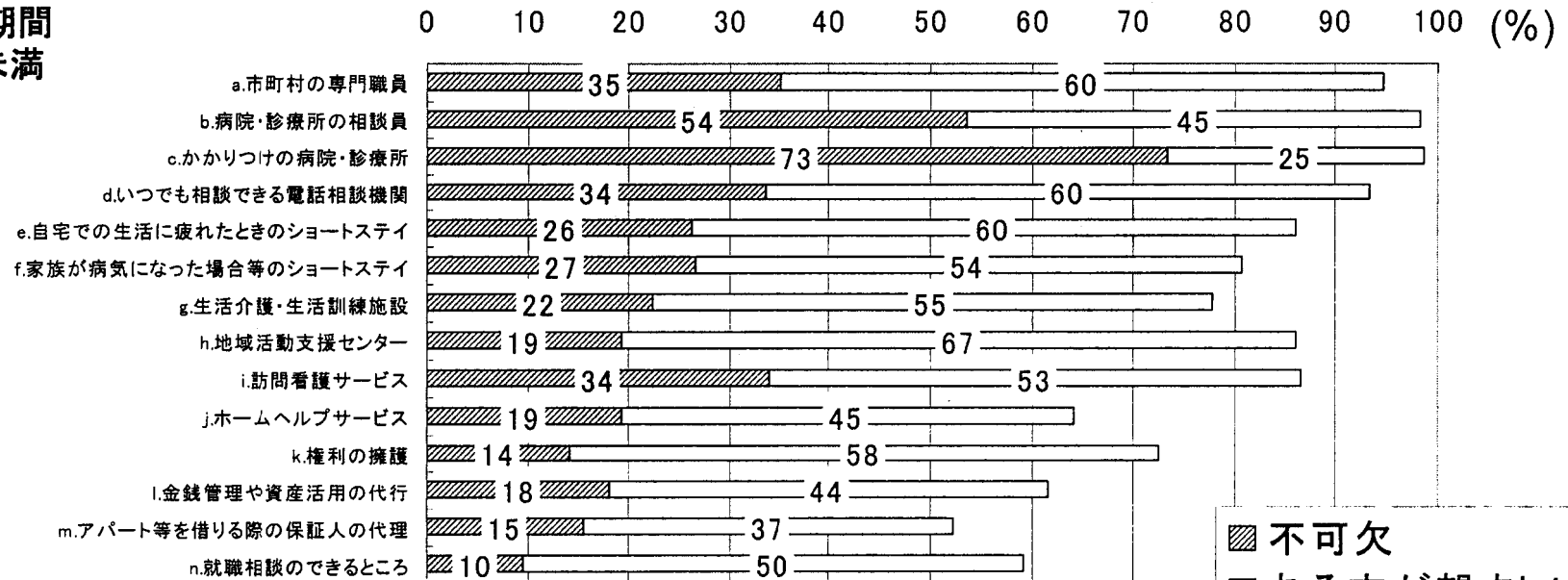
# 退院後の日中活動のうち必要なもの(入院期間、年齢別)

<複数回答>



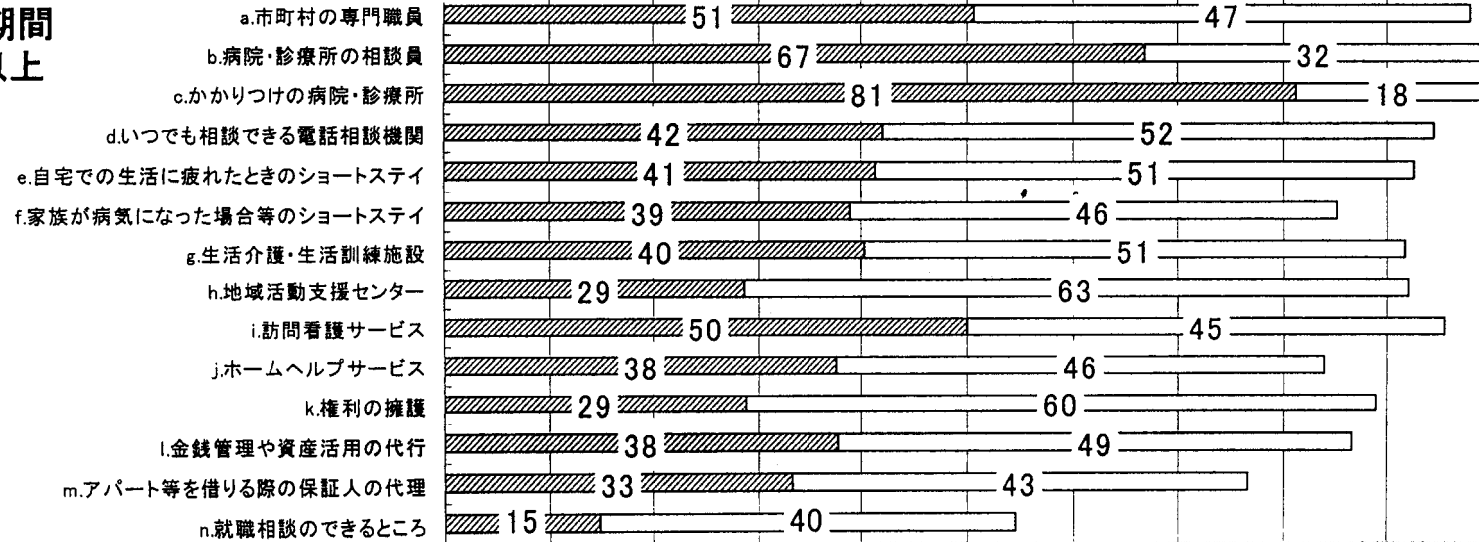
# 地域で生活していく上での必要度(入院期間別)

## 入院期間 1年未満



 不可欠  
 ある方が望ましい

## 入院期間 1年以上





# ① 統合失調症患者の入院期間別・年齢別の分析

問8-1 過去3日間の日常動作(ADL)支援レベル

入院期間別 (%)	1年未満			有効回答数	1年以上			有効回答数	(再掲) 5年以上			有効回答数	(再掲) 10年以上			有効回答数
	自立	準備、観察	援助、依存		自立	準備、観察	援助、依存		自立	準備、観察	援助、依存		自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	86.6	4.7	8.7	<2,181>	85.9	5.4	8.6	<8,008>	87.4	5.2	7.4	<5,342>	88.4	4.8	6.8	<3,680>
移乗	85.4	5.2	9.4	<2,181>	84.7	5.9	9.4	<8,005>	86.2	5.5	8.3	<5,339>	87.2	5.2	7.6	<3,678>
食事	80.4	12.1	7.5	<2,181>	77.3	14.6	8.0	<8,001>	78.8	13.9	7.3	<5,335>	79.6	13.4	7.0	<3,673>
トイレの使用	82.2	6.7	11.1	<2,175>	79.4	8.1	12.6	<8,001>	81.2	7.6	11.2	<5,335>	81.6	7.9	10.5	<3,674>
上記のうち最も支援を要するもの	76.5	10.3	13.2	<2,181>	72.3	13.1	14.5	<8,009>	74.2	12.6	13.1	<5,342>	74.8	12.7	12.5	<3,680>

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

入院期間別 (%)	1年未満			有効回答数	1年以上			有効回答数	(再掲) 5年以上			有効回答数	(再掲) 10年以上			有効回答数
	問題ない	いくらか困難	非常に困難		問題ない	いくらか困難	非常に困難		問題ない	いくらか困難	非常に困難		問題ない	いくらか困難	非常に困難	
食事の用意	23.2	35.9	40.9	<2,177>	13.4	28.0	58.6	<7,998>	13.0	27.4	59.6	<5,335>	13.0	26.4	60.6	<3,677>
家事一般	23.2	41.1	35.7	<2,168>	15.6	36.7	47.7	<8,000>	15.6	37.2	47.2	<5,336>	15.6	37.6	46.8	<3,677>
金銭管理	26.1	38.0	35.9	<2,171>	15.1	33.4	51.5	<8,003>	14.8	33.8	51.4	<5,340>	14.4	33.6	52.0	<3,679>
薬の管理	23.0	40.2	36.7	<2,172>	14.0	35.3	50.7	<8,003>	14.2	35.6	50.2	<5,341>	14.1	35.9	50.1	<3,679>
電話の利用	60.4	22.4	17.2	<2,177>	42.1	29.0	28.9	<8,002>	41.0	29.9	29.1	<5,340>	39.3	30.9	29.8	<3,679>
買い物	43.6	31.6	24.8	<2,175>	29.1	35.2	35.7	<8,005>	28.9	36.3	34.8	<5,341>	28.4	37.1	34.5	<3,680>
交通手段の利用	37.9	30.9	31.2	<2,174>	17.4	31.8	50.8	<7,999>	15.9	32.2	51.8	<5,337>	14.5	32.6	52.9	<3,678>
上記のうち最も困難なもの	11.2	36.9	52.0	<2,179>	4.1	25.4	70.5	<8,010>	3.8	24.6	71.6	<5,344>	3.5	23.8	72.7	<3,682>

問15 身体合併症

入院期間別 (%)	1年未満			有効回答数	1年以上			有効回答数	(再掲) 5年以上			有効回答数	(再掲) 10年以上			有効回答数
	ない	日常的な管理	特別な管理		ない	日常的な管理	特別な管理		ない	日常的な管理	特別な管理		ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	62.4	25.0	12.7	<2,072>	59.2	30.8	9.9	<7,687>	60.8	30.2	9.0	<5,132>	61.5	30.2	8.3	<3,540>

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

(%)	1年未満	1年以上	(再掲) 5年以上	(再掲) 10年以上
0	0.6	0.4	0.4	0.4
~10	1.8	2.4	2.0	2.2
11~20	5.0	8.0	7.8	8.0
21~30	24.0	33.3	34.3	35.0
31~40	21.7	23.7	23.8	23.2
41~50	13.9	9.7	9.4	9.0
51~60	20.0	15.3	15.2	15.1
61~70	9.2	5.0	5.1	5.0
71~80	3.3	1.3	1.2	1.3
81~90	0.5	0.8	0.8	0.8
91~100	0.1	0.1	0.0	0.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<2,181>	<7,983>	<5,322>	<3,668>

問8-1 過去3日間の日常動作(ADL)支援レベル

年齢別 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	自立	準備、支援、依	存	
ベッド上の可動性	95.9	2.0	2.1	<2,437>
移乗	95.7	1.9	2.4	<2,438>
食事	90.4	7.2	2.5	<2,437>
トイレの使用	92.6	3.8	3.6	<2,435>
上記のうち最も支援を要するもの	87.7	7.8	4.5	<2,438>

年齢別 (%)	50~64歳			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	89.7	4.5	5.7	<4,428>
移乗	89.0	4.9	6.1	<4,426>
食事	81.6	12.8	5.6	<4,426>
トイレの使用	84.3	7.2	8.5	<4,422>
上記のうち最も支援を要するもの	77.6	12.1	10.4	<4,428>

年齢別 (%)	65歳以上			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	73.9	8.8	17.3	<3,326>
移乗	71.3	9.7	19.1	<3,324>
食事	64.0	21.1	14.9	<3,321>
トイレの使用	64.9	11.4	23.7	<3,321>
上記のうち最も支援を要するもの	56.8	16.6	26.5	<3,326>

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

年齢別 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
食事の用意	23.8	37.6	38.6	<2,437>
家事一般	24.9	43.5	31.6	<2,430>
金銭管理	25.8	39.7	34.5	<2,431>
薬の管理	23.2	43.5	33.3	<2,432>
電話の利用	65.8	22.3	11.9	<2,435>
買い物	47.1	34.0	18.9	<2,433>
交通手段の利用	37.3	35.6	27.2	<2,432>
上記のうち最も困難なもの	10.2	39.3	50.8	<2,438>

年齢別 (%)	50~64歳			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
食事の用意	15.8	30.5	53.7	<4,421>
家事一般	17.9	39.9	42.3	<4,421>
金銭管理	17.1	37.0	46.0	<4,422>
薬の管理	16.8	37.8	45.4	<4,423>
電話の利用	47.8	29.2	23.0	<4,423>
買い物	33.1	36.8	30.1	<4,427>
交通手段の利用	21.5	34.2	44.3	<4,423>
上記のうち最も困難なもの	5.4	28.9	65.7	<4,428>

年齢別 (%)	65歳以上			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
食事の用意	9.1	22.8	68.1	<3,319>
家事一般	10.8	30.1	59.2	<3,319>
金銭管理	12.0	26.9	61.1	<3,322>
薬の管理	9.5	29.1	61.4	<3,321>
電話の利用	28.9	29.3	41.7	<3,323>
買い物	20.2	31.6	48.2	<3,322>
交通手段の利用	10.8	25.3	63.9	<3,320>
上記のうち最も困難なもの	2.6	18.1	79.3	<3,325>

問15 身体合併症

年齢別 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	77.1	17.6	5.3	<2,317>

年齢別 (%)	50~64歳			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	61.3	29.0	9.6	<4,250>

年齢別 (%)	65歳以上			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	45.5	39.0	15.5	<3,193>

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

(%)	50歳未満	50~64歳	65歳以上
0	0.4	0.5	0.6
~10	1.6	1.9	3.3
11~20	7.0	7.4	7.5
21~30	27.6	31.6	33.7
31~40	23.0	23.6	22.9
41~50	13.2	10.6	8.7
51~60	17.5	16.5	15.1
61~70	6.9	5.3	6.0
71~80	2.1	1.9	1.2
81~90	0.7	0.7	0.8
91~100	0.1	0.0	0.1
計	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<2,435>	<4,415>	<3,315>

問22 退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」

(% )	入院期間別			
	1年未満	1年以上	(再掲) 5年以上	(再掲) 10年以上
1. 家族と同居	56.1	27.9	25.1	22.9
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	10.0	2.3	1.7	1.4
3. アパート等を借りてひとり暮らし	3.0	2.3	1.7	1.5
4. ケアホーム	2.0	6.4	6.9	7.2
5. グループホーム	10.7	21.6	23.2	24.1
6. 地域移行型ホーム	0.4	0.5	0.5	0.7
7. 退院支援施設	2.0	6.2	7.1	7.5
8. 従来型の社会復帰施設	5.6	9.3	9.4	9.0
9. 介護老人保健施設	3.4	8.2	8.0	8.3
10. 介護老人福祉施設	2.8	7.1	7.7	7.9
11. 社会福祉施設	2.9	6.4	6.9	7.7
12. その他	1.1	1.6	1.7	1.7
13. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<1,813>	<4,731>	<3,016>	<2,004>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23 問22のような「居住の場」に退院した場合に必要な支援

(% )	入院期間別			
	1年未満	1年以上	(再掲) 5年以上	(再掲) 10年以上
1. 看護師・ケースワーカー・ヘルパーなどによる 援助・指導	83.4	95.3	95.4	95.3
2. 不要	16.6	4.7	4.6	4.7
3. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<1,826>	<4,877>	<3,113>	<2,080>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23付問 看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による支援の必要頻度

(% )	入院期間別			
	1年未満	1年以上	(再掲) 5年以上	(再掲) 10年以上
1. 24時間常駐	11.0	21.0	21.4	21.7
2. 日中のみ常駐	8.7	15.1	16.4	17.1
3. 毎日の訪問	11.9	20.3	20.4	20.7
4. 1週間で数回の訪問	32.6	25.8	24.5	23.8
5. 1週間で1回程度の訪問	35.7	17.9	17.3	16.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<1,469>	<4,504>	<2,877>	<1,926>

年齢別		
50歳未満	50～64歳	65歳以上
61.3	30.5	18.8
4.2	5.2	3.7
3.3	2.8	1.2
2.6	5.7	6.9
14.3	23.5	15.9
0.3	0.6	0.4
3.9	7.5	2.9
7.1	11.3	5.2
0.3	3.0	18.5
0.1	2.9	15.5
1.3	5.3	9.5
1.1	1.7	1.5
-	-	-
100.0	100.0	100.0
<1,864>	<2,706>	<1,975>

年齢別		
50歳未満	50～64歳	65歳以上
85.8	95.1	93.6
14.2	4.9	6.4
-	-	-
100.0	100.0	100.0
<1,874>	<2,772>	<2,059>

年齢別		
50歳未満	50～64歳	65歳以上
9.9	16.4	28.8
9.3	13.4	17.3
14.8	18.6	20.4
32.3	29.3	20.9
33.8	22.3	12.6
100.0	100.0	100.0
<1,553>	<2,560>	<1,860>

問24 退院後の日中の「活動」のうち必要なもの(複数回答可)

(%)	入院期間別			
	1年未満	1年以上	(再掲) 5年以上	(再掲) 10年以上
1. デイケア・ナイトケア等	65.8	66.9	66.4	65.0
2. 生活訓練	35.9	51.3	52.8	54.9
3. 生活介護	20.4	35.0	35.5	36.4
4. 就労移行支援	10.9	5.7	4.7	4.0
5. 就労継続支援(A型)	2.6	0.9	0.8	0.8
6. 就労継続支援(B型)	2.8	1.3	1.1	1.2
7. 地域活動支援センター	22.9	18.2	17.9	17.1
8. 当事者の会、家族会等	9.2	5.0	4.4	3.9
9. その他	1.8	1.7	1.4	1.6
10. 特に適当なものはない	12.1	9.5	10.1	10.6
11. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-
<有効回答数>	<1,828>	<4,873>	<3,123>	<2,084>

※退院を想定できない患者を除いて集計

年齢別

50歳未満	50~64歳	65歳以上
75.7	71.9	51.0
48.3	52.1	39.1
15.2	29.8	47.0
15.0	6.1	1.3
3.6	0.9	0.2
3.5	1.6	0.3
25.8	21.5	10.9
11.2	5.5	2.4
1.3	1.3	2.7
7.5	7.9	15.9
-	-	-
<1,873>	<2,793>	<2,037>

問25 退院できると仮定した場合、家族や友人などから得られる支援の程度

(%)	入院期間別			
	1年未満	1年以上	(再掲) 5年以上	(再掲) 10年以上
1. 得られない	24.4	50.5	54.4	57.1
2. 助言や精神的な支援	36.3	35.6	34.0	32.7
3. 週数回のADL、IADLの支援	10.3	4.3	3.7	3.1
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援	20.7	6.3	4.9	4.2
5. 終日のADLやIADLの支援・見守り	8.3	3.3	3.0	3.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<2,128>	<7,773>	<5,182>	<3,577>

年齢別

50歳未満	50~64歳	65歳以上
23.9	47.0	57.5
38.1	37.4	32.1
9.9	5.1	3.2
20.1	7.5	3.9
8.0	3.1	3.3
100.0	100.0	100.0
<2,362>	<4,306>	<3,235>

問26 地域で生活していく上での必要度(複数回答)

入院期間別	1年未満			〈有効回答数〉
	不可欠	ある方が望ましい	不要	
(%)				
a.市町村の専門職員	35.1	59.5	5.3	<1,858>
b.病院・診療所の相談員	53.6	44.7	1.8	<1,872>
c.かかりつけの病院・診療所	73.4	25.3	1.3	<1,877>
d.いつでも相談できる電話相談機関	33.6	59.8	6.6	<1,847>
e.自宅での生活に疲れたときのショートステイ	26.2	59.9	13.9	<1,728>
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	26.6	54.1	19.3	<1,632>
g.生活介護・生活訓練施設	22.3	55.5	22.2	<1,741>
h.地域活動支援センター	19.3	66.9	13.8	<1,772>
i.訪問看護サービス	34.0	52.7	13.3	<1,810>
j.ホームヘルプサービス	19.2	44.9	35.9	<1,680>
k.権利の擁護	14.1	58.4	27.5	<1,791>
l.金銭管理や資産活用の代行	18.1	43.6	38.3	<1,788>
m.アパート等を借りる際の保証人の代理	15.5	36.8	47.7	<1,642>
n.就職相談のできる場所	9.6	49.7	40.7	<1,469>

※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

1年以上			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
50.6	47.1	2.3	<5,098>
66.8	32.3	0.9	<5,148>
81.3	18.4	0.4	<5,190>
41.9	52.4	5.7	<5,002>
41.3	51.1	7.6	<4,601>
38.9	46.2	14.8	<4,268>
40.3	51.3	8.4	<4,815>
28.6	63.4	8.0	<4,746>
50.0	45.3	4.7	<4,870>
37.6	46.4	16.0	<4,585>
28.8	60.0	11.1	<4,947>
37.7	49.1	13.3	<4,986>
33.3	43.3	23.4	<4,252>
14.9	39.8	45.4	<3,377>

(再掲) 5年以上			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
52.3	45.7	2.0	<3,286>
68.0	31.3	0.7	<3,329>
81.7	18.1	0.3	<3,357>
42.6	51.9	5.4	<3,232>
42.6	50.4	7.0	<2,948>
40.3	45.3	14.4	<2,704>
41.5	51.4	7.1	<3,100>
29.3	63.3	7.4	<3,052>
51.2	44.5	4.3	<3,134>
39.5	46.1	14.5	<2,948>
31.1	59.1	9.9	<3,201>
40.4	48.4	11.2	<3,231>
35.6	43.9	20.5	<2,718>
15.4	38.3	46.4	<2,140>

(再掲) 10年以上			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
53.0	44.8	2.2	<2,186>
68.5	30.9	0.6	<2,219>
81.5	18.1	0.4	<2,237>
42.8	51.4	5.8	<2,148>
43.1	49.2	7.7	<1,950>
40.7	43.9	15.4	<1,783>
41.7	50.9	7.4	<2,067>
30.0	62.4	7.6	<2,032>
51.3	44.3	4.5	<2,083>
40.6	45.3	14.0	<1,952>
32.8	58.3	8.9	<2,125>
42.3	48.1	9.6	<2,161>
38.1	44.1	17.8	<1,801>
16.4	36.6	47.0	<1,381>

年齢別	50歳未満			〈有効回答数〉
	不可欠	ある方が望ましい	不要	
(%)				
a.市町村の専門職員	39.1	56.9	4.0	<1,946>
b.病院・診療所の相談員	57.7	41.1	1.2	<1,958>
c.かかりつけの病院・診療所	77.0	22.3	0.7	<1,963>
d.いつでも相談できる電話相談機関	36.5	58.7	4.8	<1,940>
e.自宅での生活に疲れたときのショートステイ	31.0	58.2	10.8	<1,846>
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	30.1	54.0	15.9	<1,775>
g.生活介護・生活訓練施設	26.6	56.7	16.7	<1,860>
h.地域活動支援センター	23.8	67.5	8.7	<1,901>
i.訪問看護サービス	36.2	52.8	11.0	<1,921>
j.ホームヘルプサービス	17.9	45.0	37.1	<1,761>
k.権利の擁護	15.0	60.9	24.1	<1,889>
l.金銭管理や資産活用の代行	19.3	45.7	34.9	<1,876>
m.アパート等を借りる際の保証人の代理	17.6	40.4	42.0	<1,754>
n.就職相談のできる場所	13.2	58.4	28.4	<1,640>

※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

50～64歳			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
49.7	48.1	2.2	<2,943>
67.3	32.0	0.7	<2,971>
80.5	18.9	0.6	<2,983>
41.9	52.9	5.2	<2,909>
39.6	52.9	7.5	<2,679>
36.9	47.8	15.2	<2,461>
37.4	52.8	9.8	<2,805>
28.6	64.4	7.0	<2,797>
50.2	45.2	4.6	<2,835>
35.3	47.4	17.3	<2,678>
27.4	59.0	13.5	<2,859>
33.9	49.9	16.2	<2,896>
31.4	43.8	24.9	<2,523>
13.8	42.0	44.1	<2,008>

65歳以上			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
48.8	47.6	3.6	<2,067>
62.7	35.7	1.5	<2,090>
79.2	20.1	0.7	<2,119>
39.6	52.5	8.0	<1,997>
40.0	49.6	10.4	<1,803>
39.3	43.2	17.4	<1,663>
41.5	47.6	10.9	<1,890>
24.5	60.9	14.5	<1,818>
48.6	44.8	6.6	<1,922>
43.2	45.0	11.8	<1,824>
30.8	59.1	10.1	<1,987>
42.8	46.1	11.1	<1,999>
35.2	39.3	25.5	<1,815>
12.5	22.7	64.8	<1,196>

<入院期間別×年齢別での集計>

問8-1 過去3日間の日常動作(ADL)支援レベル

入院期間1年未満 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	96.1	1.7	2.3	<967>
移乗	96.0	1.6	2.5	<967>
食事	92.9	5.0	2.2	<967>
トイレの使用	94.8	2.5	2.7	<964>
上記のうち最も支援を要するもの	91.3	5.2	3.5	<967>

50~64歳	50~64歳			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
自立	86.0	5.8	8.1	<724>
準備、観察	85.5	5.4	9.1	<724>
援助、依存	79.7	12.7	7.6	<724>
自立	81.7	7.6	10.7	<722>
準備、観察	75.3	11.2	13.5	<724>

65歳以上	65歳以上			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
自立	68.2	9.3	22.5	<484>
準備、観察	64.0	12.4	23.6	<484>
援助、依存	56.4	25.6	18.0	<484>
自立	57.8	13.5	28.8	<483>
準備、観察	48.8	19.0	32.2	<484>

入院期間1年以上 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	95.8	2.2	2.0	<1,465>
移乗	95.5	2.2	2.3	<1,466>
食事	88.7	8.7	2.7	<1,465>
トイレの使用	91.1	4.7	4.2	<1,466>
上記のうち最も支援を要するもの	85.3	9.5	5.2	<1,466>

50~64歳	50~64歳			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
自立	90.5	4.3	5.3	<3,691>
準備、観察	89.7	4.9	5.5	<3,689>
援助、依存	82.0	12.8	5.2	<3,689>
自立	84.8	7.1	8.0	<3,687>
準備、観察	78.0	12.2	9.8	<3,691>

65歳以上	65歳以上			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
自立	74.8	8.7	16.5	<2,836>
準備、観察	72.4	9.2	18.3	<2,834>
援助、依存	65.3	20.3	14.4	<2,831>
自立	66.0	11.1	22.9	<2,832>
準備、観察	58.2	16.2	25.6	<2,836>

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

入院期間1年未満 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
食事の用意	31.6	41.6	26.8	<966>
家事一般	31.7	46.0	22.2	<958>
金銭管理	34.7	42.6	22.7	<960>
薬の管理	30.4	46.0	23.6	<961>
電話の利用	76.2	17.1	6.7	<965>
買い物	58.2	29.9	11.9	<964>
交通手段の利用	52.6	31.4	16.0	<962>
上記のうち最も困難なもの	15.5	46.1	38.4	<966>

50~64歳	50~64歳			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
問題ない	21.4	35.6	43.0	<724>
いづらか困難	20.2	42.8	37.0	<722>
非常に困難	22.3	39.1	38.6	<722>
問題ない	20.7	39.6	39.7	<723>
いづらか困難	57.3	25.0	17.7	<723>
非常に困難	38.6	34.4	27.0	<723>
問題ない	33.5	33.2	33.3	<723>
いづらか困難	9.9	35.2	54.8	<724>

65歳以上	65歳以上			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
問題ない	8.9	24.9	66.1	<481>
いづらか困難	11.2	28.2	60.6	<482>
非常に困難	14.7	27.3	58.0	<483>
問題ない	11.8	30.1	58.1	<482>
いづらか困難	33.3	29.4	37.3	<483>
非常に困難	22.0	30.9	47.1	<482>
問題ない	15.3	26.5	58.2	<483>
いづらか困難	4.3	20.9	74.7	<483>

入院期間1年以上 (%)	50歳未満			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
食事の用意	18.8	34.9	46.4	<1,466>
家事一般	20.3	41.9	37.8	<1,467>
金銭管理	19.9	37.9	42.2	<1,466>
薬の管理	18.4	41.9	39.7	<1,466>
電話の利用	59.0	25.7	15.3	<1,465>
買い物	39.7	36.7	23.6	<1,464>
交通手段の利用	27.1	38.4	34.5	<1,465>
上記のうち最も困難なもの	6.6	34.7	58.7	<1,467>

50~64歳	50~64歳			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
問題ない	14.6	29.5	55.9	<3,684>
いづらか困難	17.4	39.3	43.2	<3,686>
非常に困難	16.0	36.6	47.4	<3,688>
問題ない	15.9	37.6	46.5	<3,688>
いづらか困難	45.9	30.1	24.0	<3,687>
非常に困難	31.9	37.3	30.8	<3,691>
問題ない	19.1	34.4	46.5	<3,687>
いづらか困難	4.5	27.6	67.9	<3,691>

65歳以上	65歳以上			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
問題ない	9.1	22.5	68.4	<2,832>
いづらか困難	10.7	30.4	58.9	<2,831>
非常に困難	11.6	26.9	61.6	<2,833>
問題ない	9.1	29.1	61.9	<2,833>
いづらか困難	28.2	29.3	42.5	<2,834>
非常に困難	19.9	31.7	48.4	<2,834>
問題ない	10.0	25.1	64.9	<2,831>
いづらか困難	2.3	17.6	80.1	<2,836>

問15 身体合併症

入院期間1年未満  
(%)

	50歳未満			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	80.9	13.8	5.3	<913>

	50~64歳			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	56.1	28.6	15.3	<685>

	65歳以上			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	35.5	41.0	23.5	<468>

入院期間1年以上

(%)

	50歳未満			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	74.6	20.1	5.4	<1,400>

	50~64歳			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	62.3	29.1	8.5	<3,553>

	65歳以上			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	47.2	38.7	14.1	<2,720>

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

(%)

0
~10
11~20
21~30
31~40
41~50
51~60
61~70
71~80
81~90
91~100
計

<有効回答数>

入院期間 1年未満	50歳未満	50~64歳	65歳以上
0	0.7	0.6	0.6
~10	0.9	1.5	3.9
11~20	4.5	5.4	5.2
21~30	21.4	24.9	28.0
31~40	19.3	24.4	22.6
41~50	15.9	13.0	11.0
51~60	21.9	19.3	17.0
61~70	10.4	7.0	10.1
71~80	4.0	3.7	1.0
81~90	0.7	0.1	0.4
91~100	0.1	0.0	0.2
計	100.0	100.0	100.0

<968> <724> <483>

入院期間 1年以上	50歳未満	50~64歳	65歳以上
0	0.2	0.4	0.6
~10	2.0	2.0	3.2
11~20	8.6	7.8	7.9
21~30	31.7	32.9	34.7
31~40	25.6	23.5	23.0
41~50	11.4	10.1	8.4
51~60	14.6	15.9	14.9
61~70	4.5	5.0	5.2
71~80	0.9	1.5	1.3
81~90	0.5	0.8	0.9
91~100	0.1	0.1	0.0
計	100.0	100.0	100.0

<1,462> <3,679> <2,826>

問22 退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」

(%)	入院期間 1年未満			入院期間 1年以上		
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	50歳未満	50～64歳	65歳以上
1. 家族と同居	72.2	45.4	31.4	51.1	26.4	16.1
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	7.1	13.9	11.4	1.6	2.9	2.1
3. アパート等を借りてひとり暮らし	3.3	3.5	1.2	3.3	2.7	1.2
4. ケアホーム	1.0	1.8	5.0	4.0	6.8	7.3
5. グループホーム	8.9	14.0	9.7	19.3	26.1	17.2
6. 地域移行型ホーム	0.3	0.7	0.0	0.3	0.6	0.5
7. 退院支援施設	1.6	3.2	1.2	6.0	8.6	3.3
8. 従来型の社会復帰施設	4.2	9.3	2.6	9.9	11.8	5.8
9. 介護老人保健施設	0.1	1.9	14.7	0.5	3.3	19.3
10. 介護老人福祉施設	0.1	1.8	11.7	0.1	3.2	16.3
11. 社会福祉施設	0.6	3.3	8.5	2.1	5.9	9.7
12. その他	0.4	1.2	2.6	1.8	1.8	1.2
13. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<896>	<570>	<341>	<964>	<2,129>	<1,630>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23 問22のような「居住の場」に退院した場合に必要な支援

(%)	入院期間 1年未満			入院期間 1年以上		
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	50歳未満	50～64歳	65歳以上
1. 看護師・ケースワーカー・ヘルパーなどによる 援助・指導	76.3	90.8	89.6	94.8	96.2	94.5
2. 不要	23.7	9.2	10.4	5.2	3.8	5.5
3. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<897>	<578>	<345>	<973>	<2,187>	<1,709>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23付問 看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による支援の必要頻度

(%)	入院期間 1年未満			入院期間 1年以上		
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	50歳未満	50～64歳	65歳以上
1. 24時間常駐	5.0	9.6	26.2	13.4	18.1	29.2
2. 日中のみ常駐	6.4	9.2	13.0	11.4	14.4	18.2
3. 毎日の訪問	9.2	13.9	14.3	18.9	19.8	21.7
4. 1週間で数回の訪問	32.8	35.4	27.6	31.9	27.8	19.6
5. 1週間で1回程度の訪問	46.6	31.8	18.9	24.4	20.0	11.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<655>	<509>	<301>	<896>	<2,044>	<1,556>



問24 退院後の日中の「活動」のうち必要なもの(複数回答可)

(%)	入院期間 1年未満			入院期間 1年以上		
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	50歳未満	50～64歳	65歳以上
1. デイケア・ナイトケア等	71.4	68.0	48.0	79.7	73.0	51.7
2. 生活訓練	35.8	41.5	26.7	60.1	54.9	41.7
3. 生活介護	9.1	25.3	42.2	20.9	31.1	48.0
4. 就労移行支援	17.6	6.2	1.2	12.5	6.1	1.4
5. 就労継続支援(A型)	4.7	1.0	0.0	2.6	0.8	0.2
6. 就労継続支援(B型)	4.2	2.4	0.0	2.8	1.4	0.4
7. 地域活動支援センター	26.0	24.6	12.2	25.7	20.7	10.7
8. 当事者の会、家族会等	12.8	7.1	3.5	9.7	5.1	2.2
9. その他	1.3	1.0	4.1	1.2	1.3	2.5
10. 特に適当なものはない	9.9	10.0	21.2	5.3	7.4	14.7
11. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-	-	-
<有効回答数>	<900>	<578>	<344>	<969>	<2,207>	<1,689>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問25 退院できると仮定した場合、家族や友人などから得られる支援の程度

(%)	入院期間 1年未満			入院期間 1年以上		
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	50歳未満	50～64歳	65歳以上
1. 得られない	12.7	29.9	39.9	31.4	50.3	60.5
2. 助言や精神的な支援	33.8	39.7	36.7	40.9	36.9	31.2
3. 週数回のADL、IADLの支援	12.0	10.3	6.8	8.4	4.0	2.6
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援	29.4	15.1	11.3	14.0	6.1	2.7
5. 終日のADLやIADLの支援・見守り	12.2	4.9	5.3	5.2	2.7	2.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<945>	<708>	<469>	<1,412>	<3,585>	<2,760>

問26 地域で生活していく上での必要度(複数回答)

(%)	入院期間1年未満			〈有効回答数〉
	50歳未満			
	不可欠	ある方が望ましい	不要	
a.市町村の専門職員	28.9	65.2	5.9	<910>
b.病院・診療所の相談員	47.9	50.4	1.7	<915>
c.かかりつけの病院・診療所	72.5	26.2	1.3	<919>
d.いつでも相談できる電話相談機関	31.6	62.7	5.6	<910>
e.自宅での生活に疲れたときのショートステイ	20.8	63.2	16.0	<861>
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	21.2	57.8	21.0	<829>
g.生活介護・生活訓練施設	17.5	56.7	25.8	<864>
h.地域活動支援センター	17.5	70.2	12.3	<892>
i.訪問看護サービス	24.9	57.6	17.5	<897>
j.ホームヘルプサービス	9.3	40.7	49.9	<813>
k.権利の擁護	8.9	56.9	34.2	<880>
l.金銭管理や資産活用の代行	11.0	40.3	48.7	<874>
m.アパート等を借りる際の保証人の代理	10.4	35.6	54.0	<845>
n.就職相談のできる場所	11.2	62.4	26.5	<824>

※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

50～64歳			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
40.3	56.2	3.5	<596>
60.6	38.3	1.2	<601>
75.1	23.8	1.2	<602>
36.3	57.3	6.4	<597>
31.3	58.6	10.1	<553>
30.8	52.7	16.5	<510>
26.1	55.6	18.3	<563>
23.0	65.4	11.5	<573>
44.6	47.5	7.8	<587>
25.9	49.1	25.0	<552>
17.9	60.3	21.7	<580>
23.4	47.1	29.5	<586>
20.1	41.1	38.8	<518>
8.2	41.5	50.3	<441>

65歳以上			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
42.5	50.6	6.9	<346>
56.6	40.6	2.9	<350>
72.6	25.7	1.7	<350>
33.8	56.3	9.9	<334>
32.0	53.4	14.6	<309>
34.0	46.5	19.4	<288>
29.2	51.9	18.8	<308>
17.6	59.8	22.6	<301>
40.0	48.4	11.6	<320>
33.7	48.2	18.1	<309>
21.5	59.1	19.4	<325>
28.0	46.3	25.8	<322>
22.7	32.6	44.7	<273>
6.6	16.2	77.3	<198>

(%)	入院期間1年以上			〈有効回答数〉
	50歳未満			
	不可欠	ある方が望ましい	不要	
a.市町村の専門職員	48.3	49.5	2.2	<1,032>
b.病院・診療所の相談員	66.6	32.6	0.8	<1,039>
c.かかりつけの病院・診療所	81.1	18.8	0.2	<1,040>
d.いつでも相談できる電話相談機関	40.7	55.1	4.2	<1,026>
e.自宅での生活に疲れたときのショートステイ	40.2	53.6	6.2	<981>
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	37.9	50.8	11.3	<943>
g.生活介護・生活訓練施設	34.7	56.7	8.7	<992>
h.地域活動支援センター	29.5	65.2	5.4	<1,005>
i.訪問看護サービス	46.2	48.5	5.3	<1,020>
j.ホームヘルプサービス	25.3	48.5	26.2	<944>
k.権利の擁護	20.5	64.3	15.2	<1,005>
l.金銭管理や資産活用の代行	26.8	50.4	22.8	<998>
m.アパート等を借りる際の保証人の代理	24.4	44.8	30.8	<906>
n.就職相談のできる場所	15.4	54.3	30.3	<812>

※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

50～64歳			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
52.1	46.1	1.8	<2,339>
69.1	30.3	0.6	<2,363>
81.9	17.7	0.4	<2,375>
43.3	51.8	4.9	<2,307>
41.8	51.3	6.9	<2,120>
38.6	46.5	15.0	<1,945>
40.3	52.0	7.7	<2,235>
30.2	64.0	5.8	<2,218>
51.6	44.6	3.8	<2,242>
37.8	46.9	15.3	<2,120>
29.8	58.7	11.5	<2,273>
36.7	50.5	12.8	<2,304>
34.3	44.4	21.3	<1,999>
15.4	42.2	42.4	<1,562>

65歳以上			〈有効回答数〉
不可欠	ある方が望ましい	不要	
50.0	47.0	3.0	<1,717>
63.9	34.8	1.3	<1,736>
80.5	19.0	0.5	<1,765>
40.7	51.7	7.6	<1,659>
41.6	48.9	9.5	<1,490>
40.4	42.6	17.0	<1,371>
43.8	46.9	9.3	<1,578>
25.8	61.3	12.9	<1,513>
50.3	44.1	5.6	<1,598>
45.1	44.3	10.6	<1,511>
32.6	59.2	8.2	<1,659>
45.7	46.1	8.2	<1,674>
37.8	40.7	21.5	<1,339>
13.7	24.0	62.3	<995>

## ②統合失調症患者の状況別の分析

問8-1 過去3日間の日常動作(ADL)支援レベル

(%)	現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	93.8	2.7	3.5	<659>
移乗	91.8	4.0	4.3	<658>
食事	88.1	8.1	3.8	<658>
トイレの使用	90.6	3.8	5.6	<658>
上記のうち最も支援を要するもの	86.0	7.1	6.8	<659>

(%)	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
	93.2	2.6	4.2	<425>
	93.2	2.6	4.2	<425>
	88.9	7.1	4.0	<425>
	92.5	3.1	4.5	<425>
	87.5	6.6	5.9	<425>

(%)	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
	89.1	4.4	6.5	<4,487>
	88.0	5.1	6.8	<4,485>
	83.6	10.9	5.5	<4,486>
	84.6	6.5	8.9	<4,483>
	79.0	10.5	10.6	<4,488>

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
	81.2	6.8	11.9	<4,557>
	79.8	7.0	13.2	<4,557>
	69.9	18.9	11.2	<4,552>
	72.7	10.1	17.3	<4,550>
	64.3	15.9	19.7	<4,557>

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

(%)	現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
食事の用意	29.0	38.0	33.0	<658>
家事一般	32.8	41.8	25.5	<656>
金銭管理	35.9	36.1	28.0	<657>
薬の管理	33.7	40.5	25.8	<656>
電話の利用	69.9	17.2	12.9	<657>
買い物	53.5	29.8	16.7	<658>
交通手段の利用	45.7	30.1	24.2	<658>
上記のうち最も困難なもの	17.2	40.0	42.9	<658>

(%)	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
	27.1	42.6	30.4	<425>
	28.8	47.8	23.4	<423>
	34.0	42.8	23.2	<423>
	31.6	44.8	23.6	<424>
	74.8	15.8	9.4	<425>
	57.5	29.2	13.2	<424>
	50.7	32.3	17.0	<424>
	14.8	46.1	39.1	<425>

(%)	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
	18.7	34.4	46.9	<4,475>
	20.6	42.7	36.7	<4,475>
	21.9	39.8	38.3	<4,481>
	20.5	41.7	37.8	<4,482>
	54.5	26.4	19.0	<4,483>
	39.6	35.6	24.8	<4,485>
	27.2	35.0	37.8	<4,480>
	6.7	34.2	59.1	<4,488>

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない			<有効回答数>
	問題ない	いづらか困難	非常に困難	
	9.4	22.7	68.0	<4,556>
	10.6	30.9	58.5	<4,553>
	8.9	27.8	63.2	<4,551>
	7.5	29.5	63.1	<4,551>
	31.3	31.3	37.4	<4,553>
	19.5	34.5	46.0	<4,552>
	10.2	28.4	61.4	<4,550>
	2.1	18.0	79.9	<4,557>

問15 身体合併症

(%)	現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	70.8	24.1	5.1	<631>

(%)	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	71.9	19.5	8.6	<406>

(%)	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	60.5	31.0	8.5	<4,283>

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
	56.5	30.1	13.4	<4,384>

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

(%)	現在の状態でも 居住先・支援が 整えば退院可能	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援な どを新たに用意 しなくても近い将 来退院見込み	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援が 整えば近い将来 退院可能	状態の改善が見 込まれず、近い 将来退院の可能 性はない
0	0.8	0.5	0.2	0.7
~10	0.6	0.5	0.9	4.0
11~20	2.1	0.5	2.4	13.6
21~30	12.9	17.8	21.8	44.7
31~40	21.4	19.2	26.8	20.4
41~50	10.8	15.7	13.7	7.1
51~60	25.2	27.7	23.1	7.2
61~70	16.1	12.7	8.2	1.6
71~80	7.1	4.7	2.0	0.4
81~90	2.9	0.5	0.9	0.3
91~100	0.2	0.2	0.0	0.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0

<有効回答数>

<659>

<426>

<4,472>

<4,546>

問22 退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」

(%)	現在の状態でも 居住先・支援が 整えば退院可能	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援な どを新たに用意 しなくても近い将 来退院見込み	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援が 整えば近い将来 退院可能
1. 家族と同居	50.5	71.8	31.0
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	6.5	14.1	3.7
3. アパート等を借りてひとり暮らし	4.5	2.2	2.6
4. ケアホーム	3.9	0.7	5.8
5. グループホーム	16.0	6.0	21.3
6. 地域移行型ホーム	0.6	0.2	0.5
7. 退院支援施設	1.6	0.2	5.5
8. 従来型の社会復帰施設	5.1	2.4	8.7
9. 介護老人保健施設	4.5	0.7	7.7
10. 介護老人福祉施設	3.0	0.7	6.5
11. 社会福祉施設	2.6	0.5	5.3
12. その他	1.2	0.5	1.2
13. 将来の退院を想定できない	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0

<有効回答数>

<644>

<418>

<4,134>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23 問22のような「居住の場」に退院した場合に必要な支援

(%)	現在の状態でも 居住先・支援が 整えば退院可能	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援な どを新たに用意 しなくても近い将 来退院見込み	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援が 整えば近い将来 退院可能
1. 看護師・ケースワーカー・ヘルパーなどによる 援助・指導	80.2	70.0	94.6
2. 不要	19.8	30.0	5.4
3. 将来の退院を想定できない	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<655>	<423>	<4,315>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23付問 看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による支援の必要頻度

(%)	現在の状態でも 居住先・支援が 整えば退院可能	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援な どを新たに用意 しなくても近い将 来退院見込み	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援が 整えば近い将来 退院可能
1. 24時間常駐	10.8	3.2	16.0
2. 日中のみ常駐	11.6	5.6	14.2
3. 毎日の訪問	9.4	6.3	19.6
4. 1週間で数回の訪問	25.7	33.8	29.3
5. 1週間で1回程度の訪問	42.5	51.1	21.0
計	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<501>	<284>	<3,952>

問24 退院後の日中の「活動」のうち必要なもの(複数回答可)

(%)	現在の状態でも 居住先・支援が 整えば退院可能	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援な どを新たに用意 しなくても近い将 来退院見込み	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援が 整えば近い将来 退院可能
1. デイケア・ナイトケア等	66.8	67.9	66.2
2. 生活訓練	33.3	28.8	48.8
3. 生活介護	18.6	9.8	32.2
4. 就労移行支援	11.5	12.6	6.9
5. 就労継続支援(A型)	2.2	3.1	1.4
6. 就労継続支援(B型)	2.2	3.8	1.8
7. 地域活動支援センター	20.3	22.6	19.4
8. 当事者の会、家族会等	7.1	11.2	5.8
9. その他	2.2	2.4	1.6
10. 特に適当なものはない	11.8	11.7	8.8
11. 将来の退院を想定できない	-	-	-
<有効回答数>	<651>	<420>	<4,319>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問25 退院できると仮定した場合、家族や友人などから得られる支援の程度

(%)	現在の状態でも 居住先・支援が 整えば退院可能	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援な どを新たに用意 しなくても近い将 来退院見込み	状態の改善が見 込まれるので、 居住先・支援が 整えば近い将来 退院可能
1. 得られない	25.0	9.8	40.0
2. 助言や精神的な支援	40.3	31.1	41.6
3. 週数回のADL、IADLの支援	6.6	12.0	6.6
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援	18.8	35.9	9.1
5. 終日のADLやIADLの支援・見守り	9.3	11.2	2.7
計	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<648>	<418>	<4,406>

問26 地域で生活していく上での必要度(複数回答)

(%)	現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能			<有効回答数>
	不可欠	ある方が望ましい	不要	
a.市町村の専門職員	34.9	58.6	6.6	<637>
b.病院・診療所の相談員	52.0	44.8	3.3	<641>
c.かかりつけの病院・診療所	71.0	27.2	1.8	<651>
d.いつでも相談できる電話相談機関	29.4	61.9	8.7	<632>
e.自宅での生活に変わったときのショートステイ	21.9	62.3	15.7	<597>
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	20.4	57.8	21.8	<574>
g.生活介護・生活訓練施設	22.9	52.6	24.5	<597>
h.地域活動支援センター	17.7	67.2	15.1	<609>
i.訪問看護サービス	33.5	51.1	15.3	<620>
j.ホームヘルプサービス	19.4	42.0	38.5	<576>
k.権利の擁護	12.8	57.9	29.3	<615>
l.金銭管理や資産活用の代行	19.1	43.5	37.5	<614>
m.アパート等を借りる際の保証人の	16.7	37.3	46.0	<568>
n.就職相談のできるどころ	9.2	50.5	40.2	<487>

※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

不可欠	ある方が望ましい	不要	<有効回答数>
21.8	69.0	9.2	<422>
42.9	55.7	1.4	<424>
69.6	29.2	1.2	<424>
24.0	67.2	8.8	<421>
15.9	62.0	22.0	<395>
17.4	58.3	24.3	<379>
11.3	53.4	35.3	<399>
13.1	70.3	16.5	<411>
21.0	57.6	21.4	<415>
8.2	37.6	54.2	<391>
5.9	56.3	37.8	<407>
6.1	38.1	55.8	<407>
7.5	28.6	63.9	<388>
5.4	53.0	41.7	<372>

不可欠	ある方が望ましい	不要	<有効回答数>
46.7	51.0	2.3	<4,324>
63.2	36.0	0.9	<4,352>
79.1	20.4	0.5	<4,367>
39.2	55.2	5.6	<4,261>
37.2	54.7	8.1	<3,931>
35.2	48.4	16.4	<3,631>
36.0	54.3	9.7	<4,123>
25.8	65.4	8.8	<4,072>
45.5	48.9	5.6	<4,161>
31.4	49.7	19.0	<3,894>
24.3	62.7	13.0	<4,226>
31.8	51.5	16.7	<4,236>
27.9	44.8	27.3	<3,678>
12.2	42.2	45.6	<3,040>

### ③統合失調症患者のうち「居住先・支援が整えば」 退院可能な患者の入院期間別・年齢別分析

問27「1. 現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」

「3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能」  
のみを抽出。

(「2. 居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み」、「4. 状態の改善が見込めず、居住先・支援を整えても近い将来の退院の可能性はない」の者は集計対象としていない。)

問22 退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」

(%)	年齢別			入院期間 1年以上:	年齢別		
	50歳未満	50～64歳	65歳以上		50歳未満	50～64歳	65歳以上
1. 家族と同居	68.8	42.6	30.2	48.2	25.5	15.4	
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	6.7	12.6	11.0	1.9	2.8	1.6	
3. アパート等を借りてひとり暮らし	4.1	4.2	0.8	4.1	3.1	1.2	
4. ケアホーム	1.4	1.5	5.9	4.3	6.9	7.9	
5. グループホーム	10.2	15.1	10.2	21.7	29.4	18.6	
6. 地域移行型ホーム	0.5	1.0	0.0	0.4	0.6	0.6	
7. 退院支援施設	2.2	4.0	1.6	5.8	8.2	3.1	
8. 従来型の社会復帰施設	4.6	10.9	3.5	9.9	11.2	5.5	
9. 介護老人保健施設	0.2	2.0	14.5	0.3	3.5	19.6	
10. 介護老人福祉施設	0.2	1.7	11.8	0.0	2.9	16.4	
11. 社会福祉施設	0.8	3.5	8.2	1.5	4.7	9.2	
12. その他	0.3	1.0	2.4	1.9	1.4	1.0	
13. 将来の退院を想定できない	-	-	-	-	-	-	
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
	<629>	<404>	<255>	<678>	<1,532>	<1,257>	

<有効回答数>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23 問22のような「居住の場」に退院した場合に必要な支援

(%)	入院期間 1年未満	年齢別			入院期間 1年以上	年齢別		
		50歳未満	50～64歳	65歳以上			50歳未満	50～64歳
1. 看護師・ケースワーカー・ヘルパーなどによる 援助・指導		80.4	92.4	89.8		94.6	96.1	94.4
2. 不要		19.6	7.6	10.2		5.4	3.9	5.6
3. 将来の退院を想定できない		-	-	-		-	-	-
計		100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
<有効回答数>		<633>	<421>	<264>		<689>	<1,604>	<1,336>

※退院を想定できない患者を除いて集計

問23付問 看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による支援の必要頻度

(%)	入院期間 1年未満	年齢別			入院期間 1年以上	年齢別		
		50歳未満	50～64歳	65歳以上			50歳未満	50～64歳
1. 24時間常駐		4.9	8.0	23.0		9.1	13.8	25.6
2. 日中のみ常駐		6.9	10.1	13.0		11.7	14.1	18.9
3. 毎日の訪問		9.6	15.1	15.2		19.2	19.5	21.8
4. 1週間で数回の訪問		33.5	36.6	29.6		33.4	30.1	21.0
5. 1週間で1回程度の訪問		45.1	30.2	19.1		26.6	22.4	12.7
計		100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
<有効回答数>		<490>	<377>	<230>		<635>	<1,490>	<1,213>

問24 退院後の日中の「活動」のうち必要なもの(複数回答可)

(%)	入院期間 1年未満	年齢別			入院期間 1年以上	年齢別		
		50歳未満	50～64歳	65歳以上			50歳未満	50～64歳
1. デイケア・ナイトケア等		71.9	69.3	46.2		79.9	72.8	52.1
2. 生活訓練		39.2	42.2	27.5		58.9	54.1	40.4
3. 生活介護		11.2	25.9	43.1		17.5	28.6	47.5
4. 就労移行支援		17.4	6.7	1.5		14.6	6.7	1.4
5. 就労継続支援(A型)		4.4	1.4	0.0		2.9	0.8	0.3
6. 就労継続支援(B型)		3.9	2.2	0.0		3.5	1.6	0.5
7. 地域活動支援センター		26.7	24.9	13.4		26.1	21.1	10.5
8. 当事者の会、家族会等		12.5	7.4	3.4		9.2	5.4	2.0
9. その他		1.1	1.0	3.8		1.2	1.3	2.6
10. 特に適当なものはない		9.0	8.2	20.6		4.8	5.9	13.6
11. 将来の退院を想定できない		-	-	-		-	-	-
<有効回答数>		<633>	<417>	<262>		<693>	<1,613>	<1,329>

※退院を想定できない患者を除いて集計



問25 退院できると仮定した場合、家族や友人などから得られる支援の程度

年齢別	入院期間1年未満			年齢別	入院期間1年以上		
	50歳未満	50~64歳	65歳以上		50歳未満	50~64歳	65歳以上
(%)							
1. 得られない	13.5	28.5	33.1	26.8	41.9	54.5	
2. 助言や精神的な支援	35.5	41.1	43.5	46.1	44.8	37.4	
3. 週数回のADL、IADLの支援	12.4	10.7	5.6	8.9	5.0	3.6	
4. ほぼ毎日のADL、IADLの支援	26.6	15.2	14.5	14.3	6.8	3.1	
5. 終日のADLやIADLの支援・見守り	12.1	4.5	3.3	3.9	1.5	1.5	
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
<有効回答数>	<629>	<421>	<269>	<694>	<1,639>	<1,377>	

問26 地域で生活していく上での必要度(複数回答)

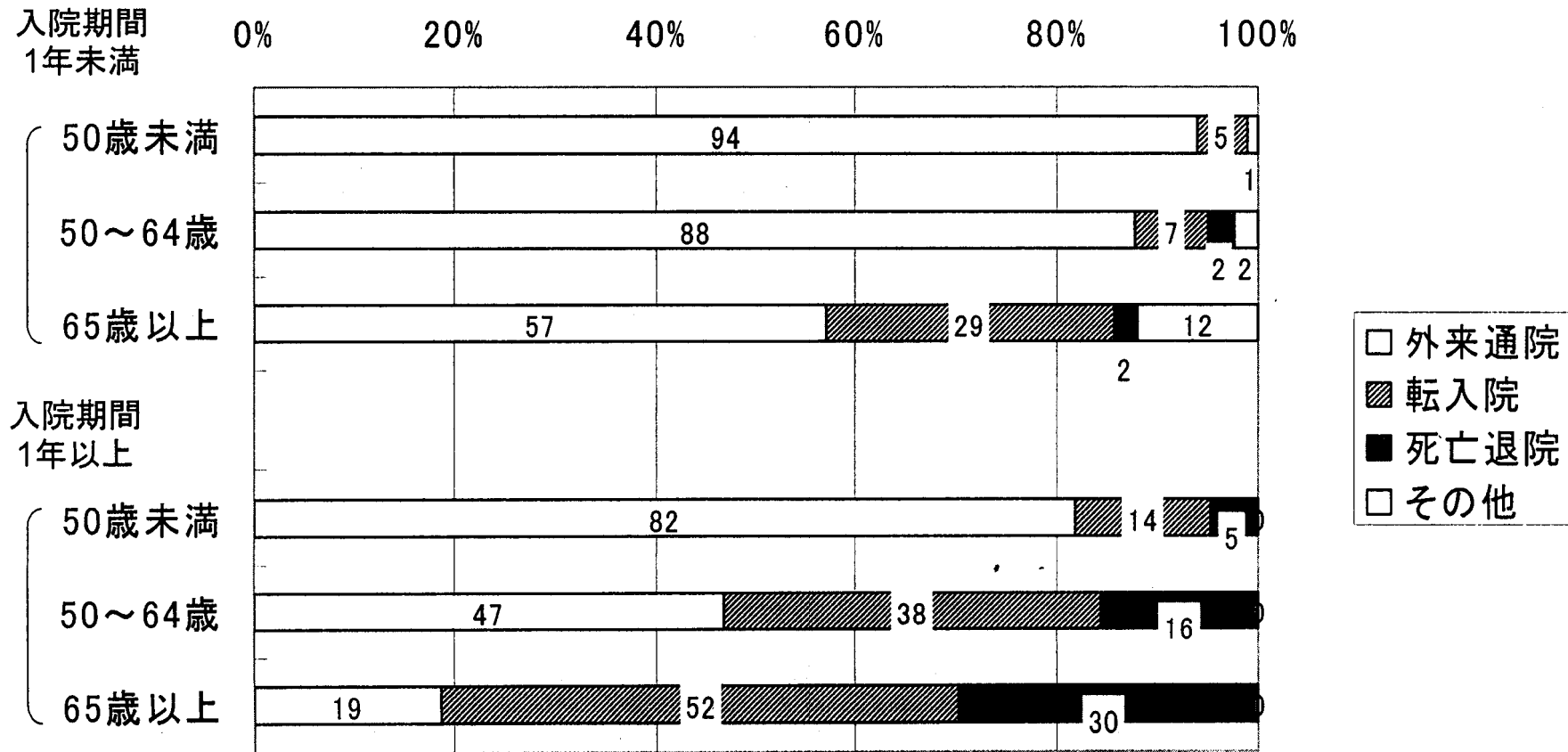
年齢別	入院期間1年未満			年齢別	50~64歳			年齢別	65歳以上		
	不可欠	ある方が望ましい	不要		不可欠	ある方が望ましい	不要		不可欠	ある方が望ましい	不要
(%)											
a.市町村の専門職員	31.6	64.1	4.3	41.4	55.5	3.1	40.7	52.3	7.0		
b.病院・診療所の相談員	48.8	49.3	1.9	63.8	34.6	1.6	56.7	40.2	3.1		
c.かかりつけの病院・診療所	71.2	27.4	1.4	76.0	22.6	1.4	74.7	23.8	1.5		
d.いつでも相談できる電話相談機関	33.4	61.7	4.9	38.6	54.9	6.5	33.3	56.3	10.3		
e.自宅での生活に疲れたときのショートステイ	22.2	64.2	13.7	31.5	59.4	9.1	32.2	53.2	14.6		
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	21.8	58.5	19.7	31.7	50.8	17.5	32.4	47.2	20.4		
g.生活介護・生活訓練施設	20.3	57.3	22.4	27.5	55.5	17.0	30.4	51.1	18.6		
h.地域活動支援センター	19.1	70.4	10.5	23.7	63.9	12.3	17.7	60.2	22.1		
i.訪問看護サービス	26.2	58.7	15.1	46.9	45.7	7.4	41.5	48.1	10.4		
j.ホームヘルプサービス	10.8	44.8	44.4	24.9	51.0	24.1	32.8	50.9	16.4		
k.権利の擁護	9.7	59.7	30.7	18.0	61.4	20.6	21.2	59.6	19.2		
l.金銭管理や資産活用の代行	12.2	43.8	44.1	23.6	49.2	27.2	26.0	48.0	26.0		
m.アパート等を借りる際の保証人の代理	11.4	40.4	48.2	18.7	44.7	36.6	22.2	34.0	43.9		
n.就職相談のできる場所	11.8	64.3	23.9	8.3	40.6	51.1	5.8	16.2	77.9		
<有効回答数>											

年齢別	入院期間1年以上			年齢別	50~64歳			年齢別	65歳以上		
	不可欠	ある方が望ましい	不要		不可欠	ある方が望ましい	不要		不可欠	ある方が望ましい	不要
(%)											
a.市町村の専門職員	45.6	52.6	1.9	49.4	48.8	1.8	48.1	48.7	3.1		
b.病院・診療所の相談員	64.9	34.6	0.6	66.2	33.2	0.6	61.1	37.5	1.4		
c.かかりつけの病院・診療所	79.6	20.2	0.1	80.2	19.4	0.4	79.1	20.5	0.4		
d.いつでも相談できる電話相談機関	39.0	56.7	4.3	40.3	54.8	4.9	37.2	54.8	8.0		
e.自宅での生活に疲れたときのショートステイ	38.2	56.0	5.8	38.4	54.7	6.9	38.3	51.3	10.4		
f.家族が病気になった場合等のショートステイ	34.0	53.8	12.2	34.8	48.8	16.4	37.5	43.7	18.8		
g.生活介護・生活訓練施設	31.9	59.7	8.3	38.0	54.1	7.9	41.1	49.2	9.6		
h.地域活動支援センター	28.4	66.8	4.8	27.4	66.8	5.7	23.8	62.7	13.5		
i.訪問看護サービス	42.3	52.0	5.6	48.4	47.5	4.1	47.5	46.3	6.1		
j.ホームヘルプサービス	21.4	50.5	28.0	33.3	49.2	17.5	40.6	47.4	12.0		
k.権利の擁護	17.7	67.9	14.4	25.9	61.8	12.2	29.8	61.3	9.0		
l.金銭管理や資産活用の代行	23.5	53.1	23.5	32.3	54.1	13.6	42.6	48.6	8.8		
m.アパート等を借りる際の保証人の代理	21.8	47.0	31.1	31.4	46.7	22.0	34.8	41.7	23.5		
n.就職相談のできる場所	13.2	56.1	30.8	13.7	43.6	42.7	10.8	25.2	64.0		
<有効回答数>											

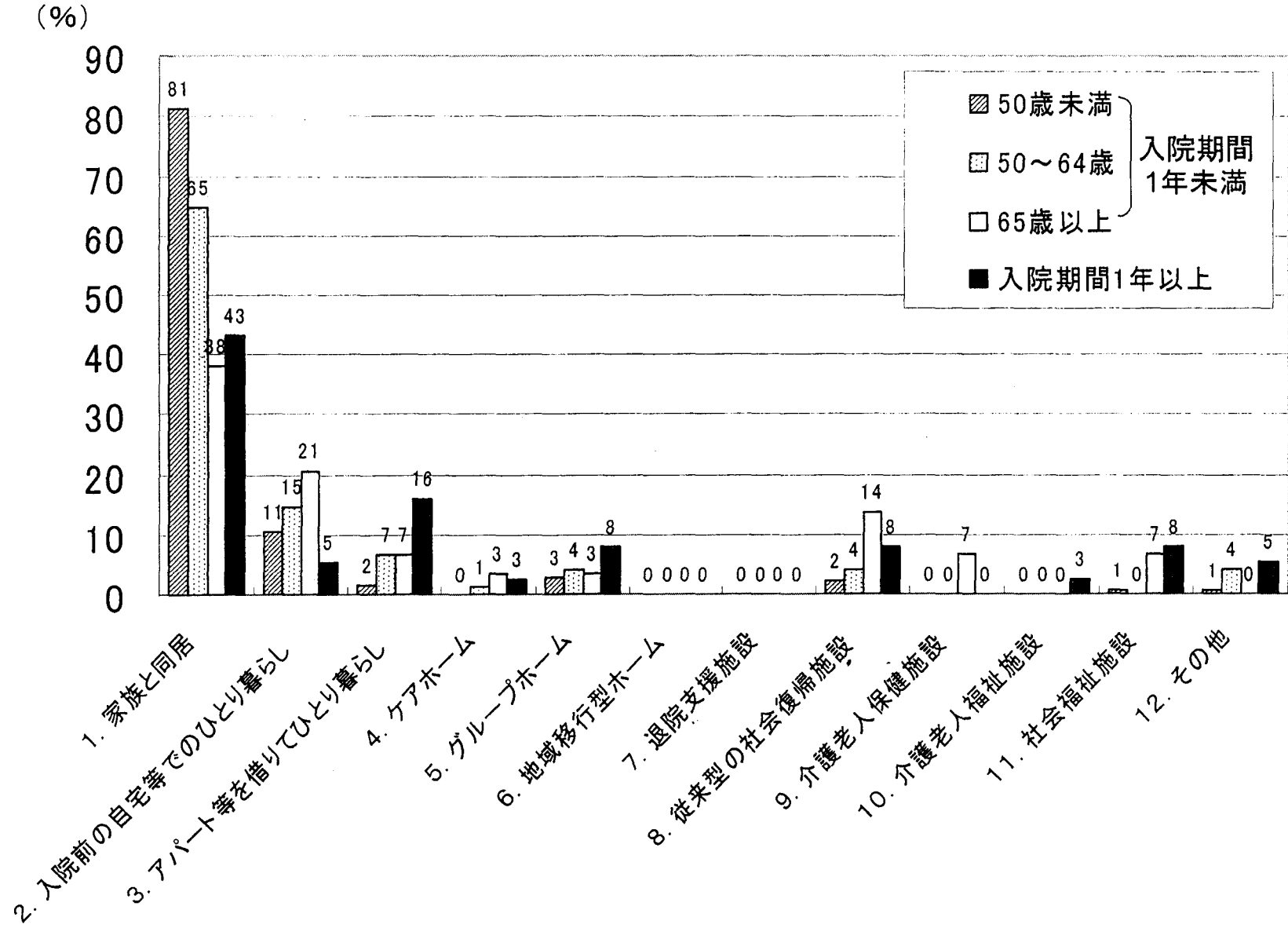
※退院を想定できないため「対象外」とされた患者を除いて集計

# ④退院した統合失調症患者の状況

## 退院後の医療状況



# 退院後の居住先



問28 2月15日から3月15日までの退院患者数

	入院期間1年未満				入院期間1年以上				合計
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計	合計
2月15日現在の入院患者数 (人)	968	725	484	2,183	1,469	3,694	2,839	8,018	10,226
3月15日までに退院した患者数 (人)	192	82	43	317	23	32	29	84	421
退院した患者の割合 (%)	19.8	11.3	8.9	14.5	1.6	0.9	1.0	1.0	4.1

問29 2月15日と比較した退院時点の症状

(%)	入院期間1年未満				入院期間1年以上				合計
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計	合計
改善	88.5	80.0	51.3	81.3	76.2	34.5	17.9	39.7	71.1
不変	10.3	14.7	30.8	14.2	19.0	17.2	32.1	23.1	17.7
悪化	0.6	2.7	5.1	1.7	0.0	10.3	7.1	6.4	2.9
死亡	0.0	2.7	5.1	1.4	4.8	17.2	35.7	20.5	5.2
不明	0.6	0.0	7.7	1.4	0.0	6.9	3.6	3.8	1.8
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13.8	3.6	6.4	1.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<174>	<75>	<39>	<288>	<21>	<29>	<28>	<78>	<384>

問31 退院後の医療状況

(%)	入院期間1年未満				入院期間1年以上				合計
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計	合計
当院に外来通院	77.8	78.0	47.6	73.8	72.7	40.6	18.5	42.0	67.2
他院に外来通院	16.4	9.8	9.5	13.7	9.1	6.3	0.0	4.9	12.1
他院(精神科)への転入院	4.8	2.4	11.9	5.1	9.1	6.3	11.1	8.6	5.7
他院(精神科以外)への転入院	0.0	4.9	16.7	3.5	4.5	31.3	40.7	27.2	8.4
死亡退院	0.0	2.4	2.4	1.0	4.5	15.6	29.6	17.3	4.2
その他	1.1	2.4	11.9	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<189>	<82>	<42>	<313>	<22>	<32>	<27>	<81>	<406>

問31 退院後の医療状況が、「当院に外来通院」「他院に外来通院」「その他」の患者について  
(他院への転院や死亡退院を含まない)

問32 退院後の居住先

(%)	入院期間1年未満				1年以上 合計	合計 合計
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計		
1. 家族と同居	81.4	64.9	37.9	72.5	43.2	69.2
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	10.7	14.9	20.7	12.9	5.4	12.2
3. 賃貸アパート等を新たに借りてひとり暮らし	1.7	6.8	6.9	3.6	16.2	4.9
4. ケアホーム	0.0	1.4	3.4	0.7	2.7	0.9
5. グループホーム	2.8	4.1	3.4	3.2	8.1	3.7
6. 地域移行型ホーム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7. 退院支援施設	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
8. 従来型の社会復帰施設	2.3	4.1	13.8	3.9	8.1	4.3
9. 介護老人保健施設	0.0	0.0	6.9	0.7	0.0	0.6
10. 介護老人福祉施設	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	0.3
11. 社会福祉施設	0.6	0.0	6.9	1.1	8.1	1.8
12. その他	0.6	4.1	0.0	1.4	5.4	2.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<有効回答数>	<177>	<74>	<29>	<280>	<37>	<328>

問33 退院後に受けているサービス(複数回答可)

(%)	入院期間1年未満				1年以上 合計	合計 合計
	50歳未満	50～64歳	65歳以上	合計		
1. デイケア・ナイトケア等	25.4	19.2	27.6	24.0	45.5	25.7
2. 訪問看護	18.3	28.8	24.1	21.8	36.4	22.9
3. ホームヘルプ	1.8	9.6	17.2	5.5	3.0	5.1
4. ショートステイ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5. 地域活動支援センター	5.9	8.2	0.0	5.9	9.1	7.0
6. 生活訓練	2.4	2.7	0.0	2.2	12.1	3.2
7. 生活介護	1.2	0.0	10.3	1.8	3.0	1.9
8. 就労移行支援	0.0	1.4	0.0	0.4	3.0	0.6
9. 就労継続支援(A型)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10. 就労継続支援(B型)	0.6	1.4	3.4	1.1	0.0	1.0
11. 当事者の会、家族会等	0.6	0.0	0.0	0.4	0.0	0.3
12. その他	4.1	4.1	6.9	4.4	3.0	4.4
13. 特にサービスを受けていない	53.8	50.7	37.9	51.3	18.2	48.3
<有効回答数>	<169>	<73>	<29>	<271>	<33>	<315>

## 結果のまとめ①

統合失調症による入院患者について、

- 入院期間によって、ADLの障害や身体合併症を持つ者の割合に大きな差はみられなかったが、長期の入院患者ほど、IADLの障害を持つ者が多い傾向がみられ、入院期間1年以上では7割の患者がIADLの何らかの行為が「非常に困難」であった。
- ADLの援助を要する患者は、50歳未満では5%以下だが、65歳以上では4分の1以上と、年齢により大きな差がみられた。また、IADLについても高齢患者ほど困難度が高かった。
- 退院できる場合に適切と考えられる居住の場は、入院期間1年未満の患者では、「家族と同居」又は「入院前の自宅等」が約3分の2であったが、1年以上では約3割と少ない一方で、グループホーム・ケアホーム、社会復帰施設等との回答が多かった。
- 65歳以上の高齢患者では、退院できる場合に適切と考えられる居住の場は「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」、又は「社会福祉施設」との回答が4割以上を占めた。
- 日中活動で必要なものとして、最も多い回答は「デイケア・ナイトケア等」、次いで「生活訓練」「生活介護」「地域活動支援センター」の順であったが、65歳以上の高齢患者では「生活介護」の割合が2番目に高かった。

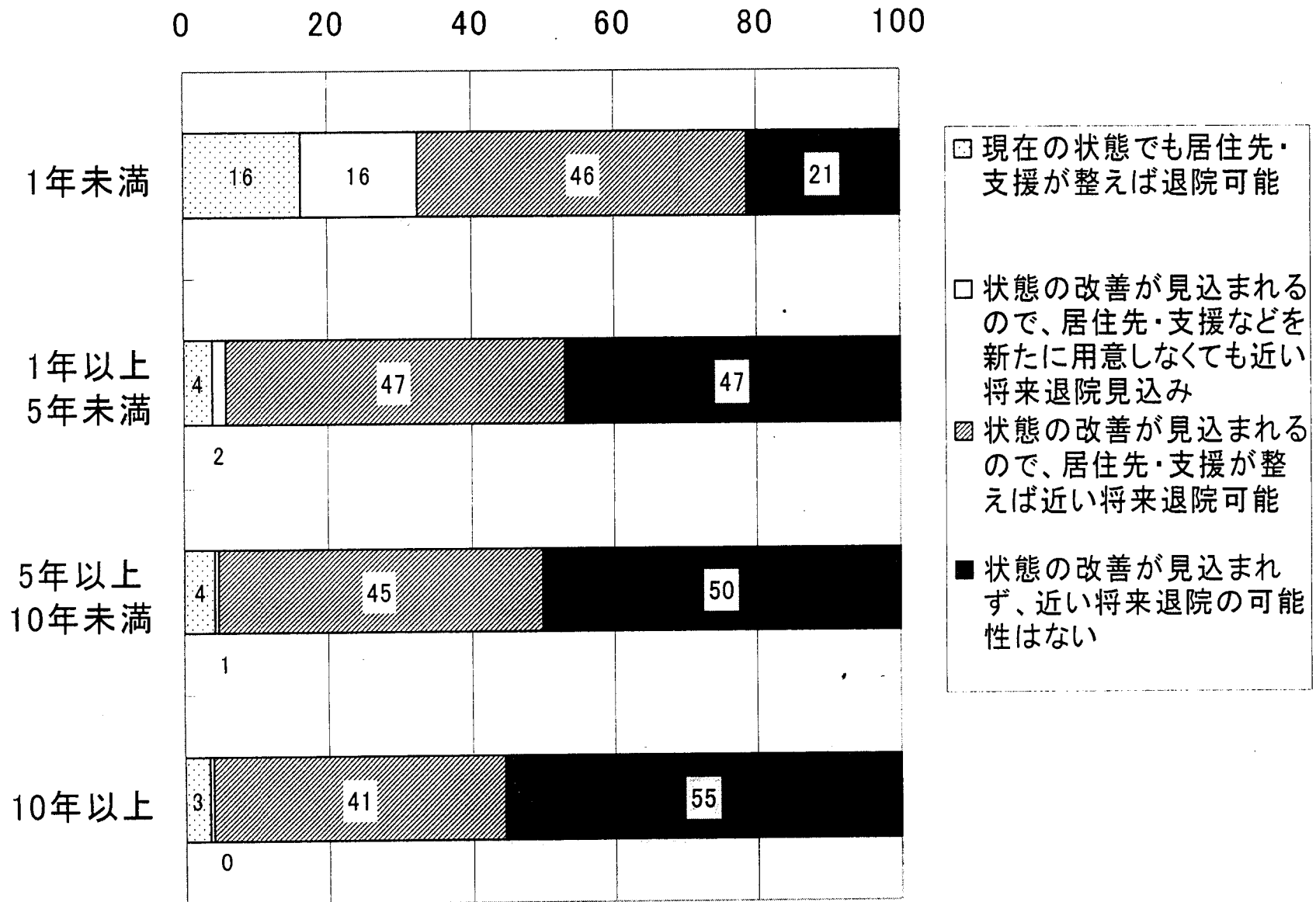
## 結果のまとめ②

- 地域で生活していく上で不可欠な支援としては、回答が多かった順に、医療機関や医療機関の相談員、市町村の専門職員、訪問看護、いつでも相談できる電話相談機関であった。ショートステイ、生活介護・生活訓練施設、地域活動支援センター、ホームヘルプ、金銭管理等の代行、権利擁護、保証人の代理、就職相談などの支援についても、「不可欠」や「ある方が望ましい」との回答が多かった。
- 「居住先・支援が整えば退院可能」と評価された患者のうち、高齢や長期入院の患者では、地域での生活のためには様々な支援の必要性がとりわけ高い傾向がみられた。
- 実際に退院した患者では、入院期間1年未満では「家族と同居」や「自宅での一人暮らし」の割合が合わせて85%を占めたが、このうち65歳以上に限ると6割以下であった。また、本調査の範囲では、入院期間1年以上の患者については、実際に退院した者は極めて少なかった。
- グループホーム・ケアホームに実際に居住した退院患者は約5%であり、今後退院できる患者の「適切な居住の場」としての回答よりも割合が小さかった。

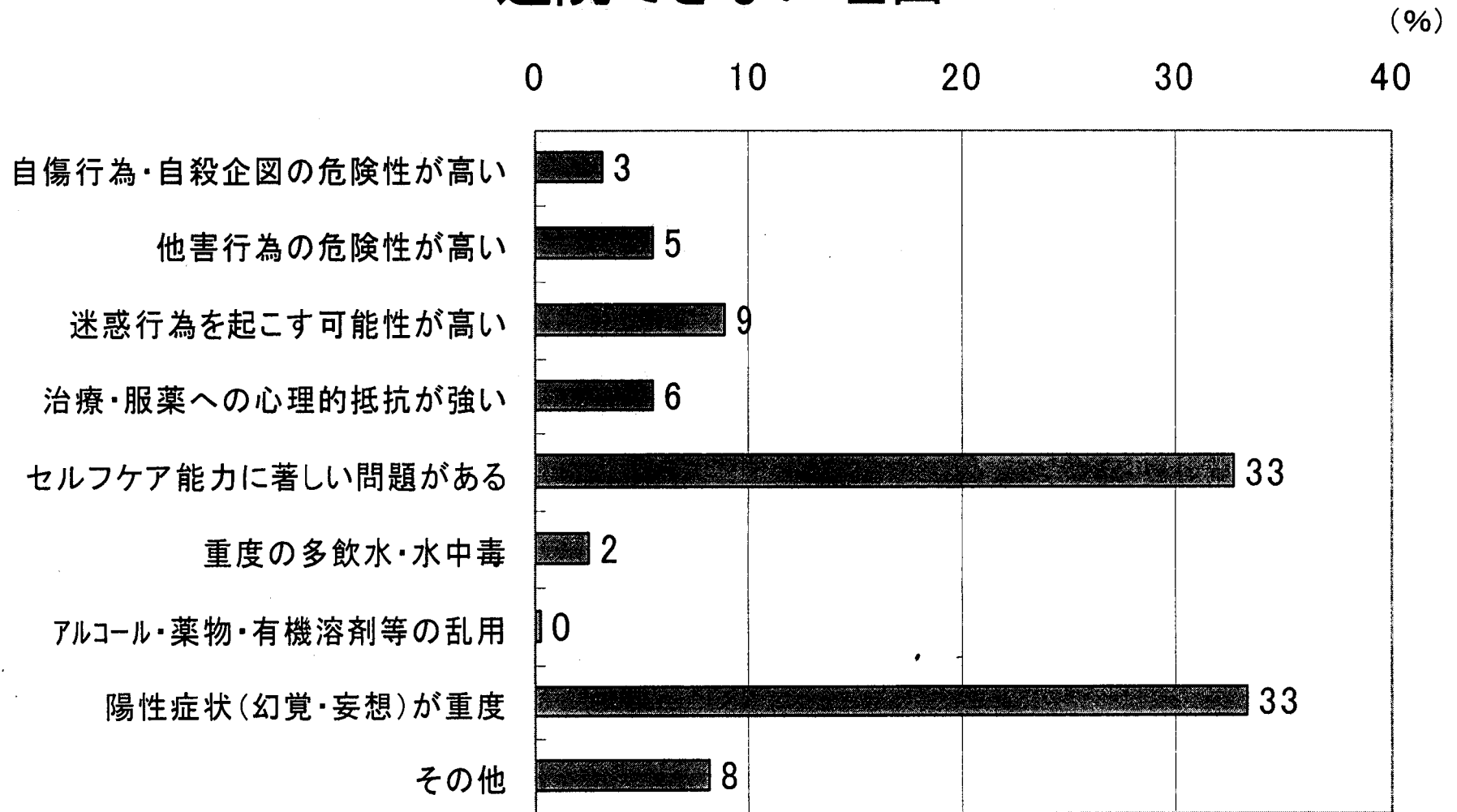
### 3 統合失調症で、「近い将来退院の可能性なし」とされた患者像について



# 入院患者の状況・退院の可能性(入院期間別)



# 「近い将来退院の可能性はない」患者の 退院できない理由

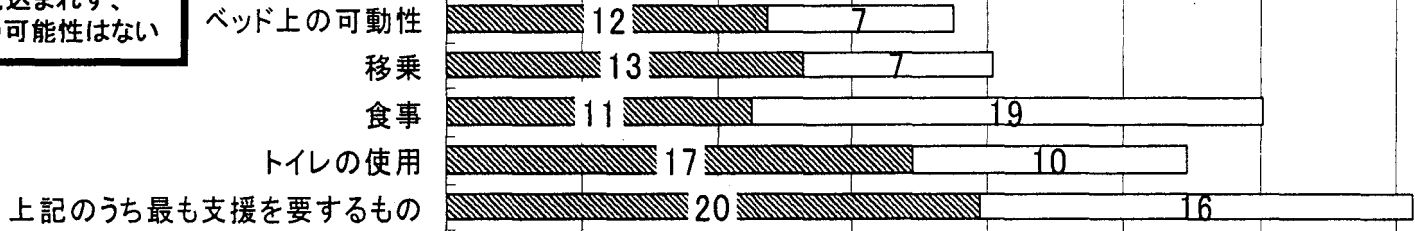


# ADLの支援のレベル

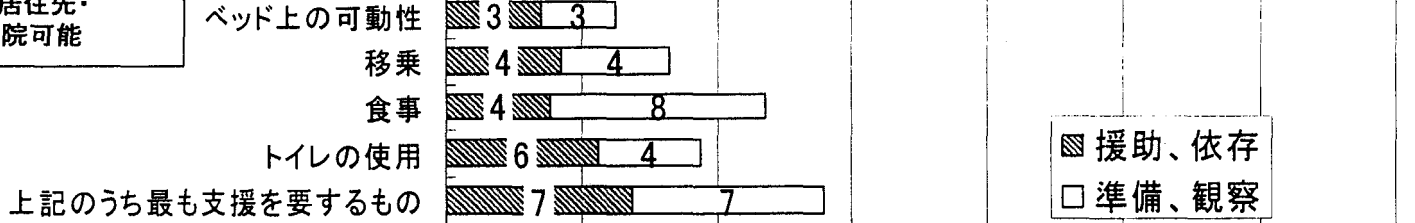
(%)

0 5 10 15 20 25 30 35 40

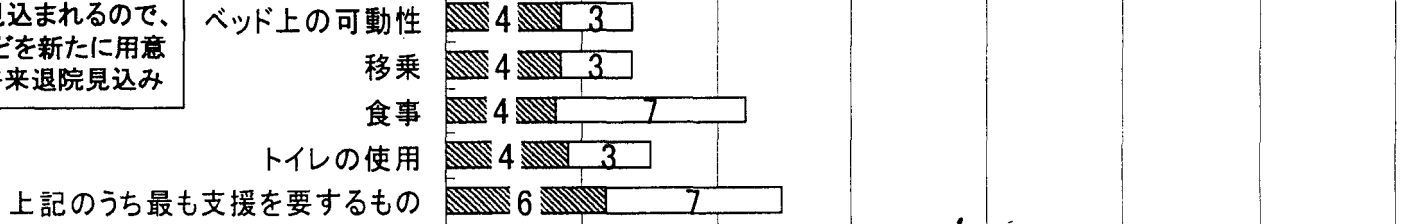
状態の改善が見込まれず、  
近い将来退院の可能性はない



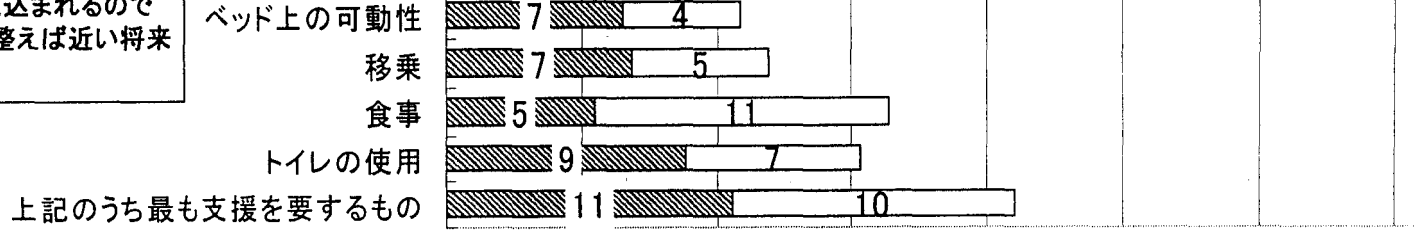
現在の状態でも居住先・  
支援が整えば退院可能



状態の改善が見込まれるので、  
居住先・支援などを新たに用意  
しなくても近い将来退院見込み



状態の改善が見込まれるので  
居住先・支援が整えば近い将来  
退院可能

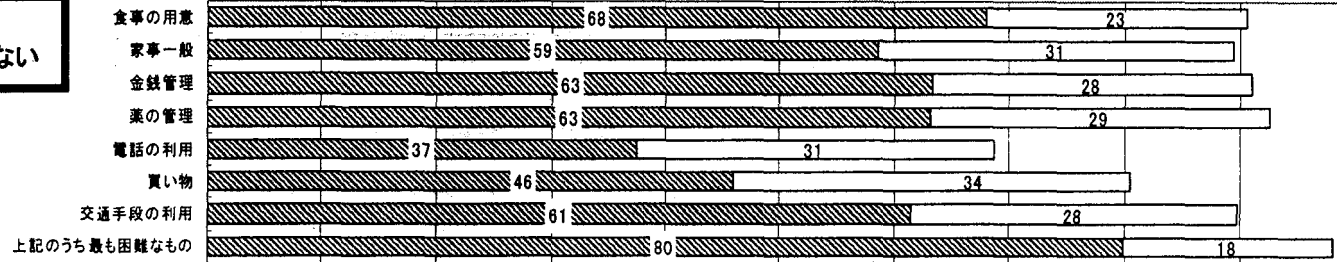


▨ 援助、依存  
□ 準備、観察

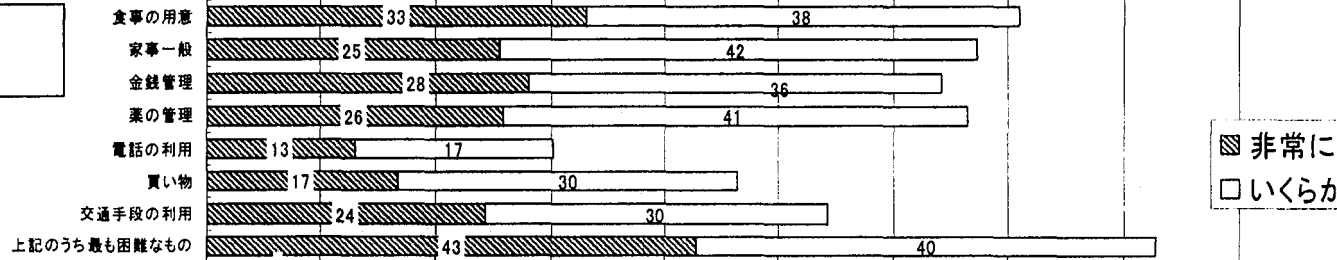
# IADLの困難度

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

状態の改善が見込まれず、  
近い将来退院の可能性はない

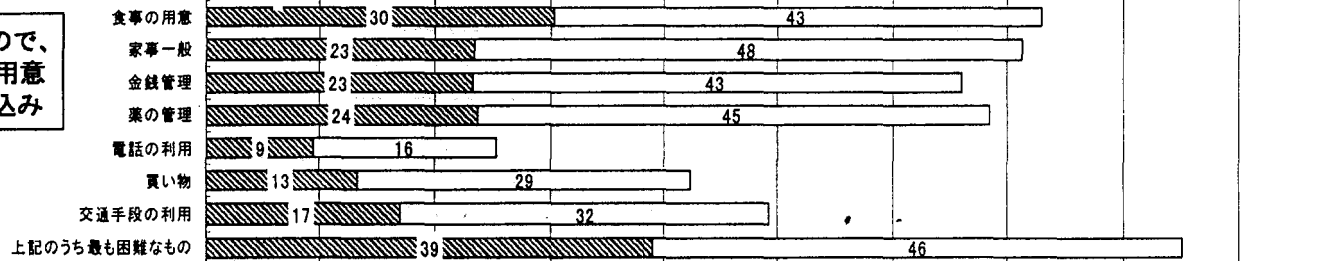


現在の状態でも居住先・  
支援が整えば退院可能

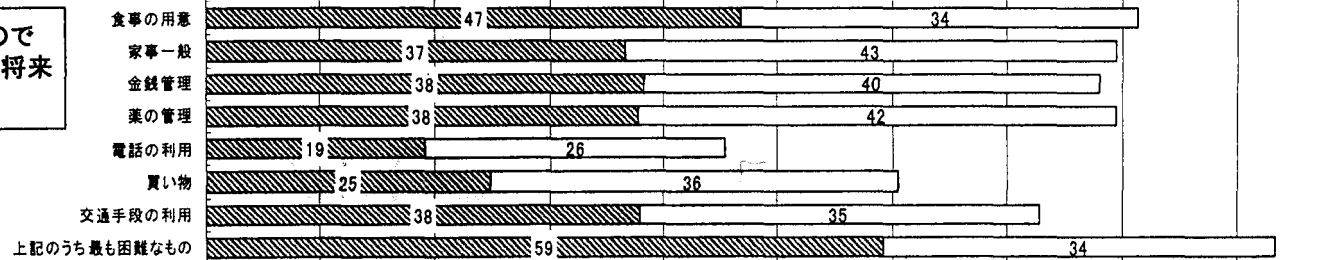


▨ 非常に困難  
□ いくらか困難

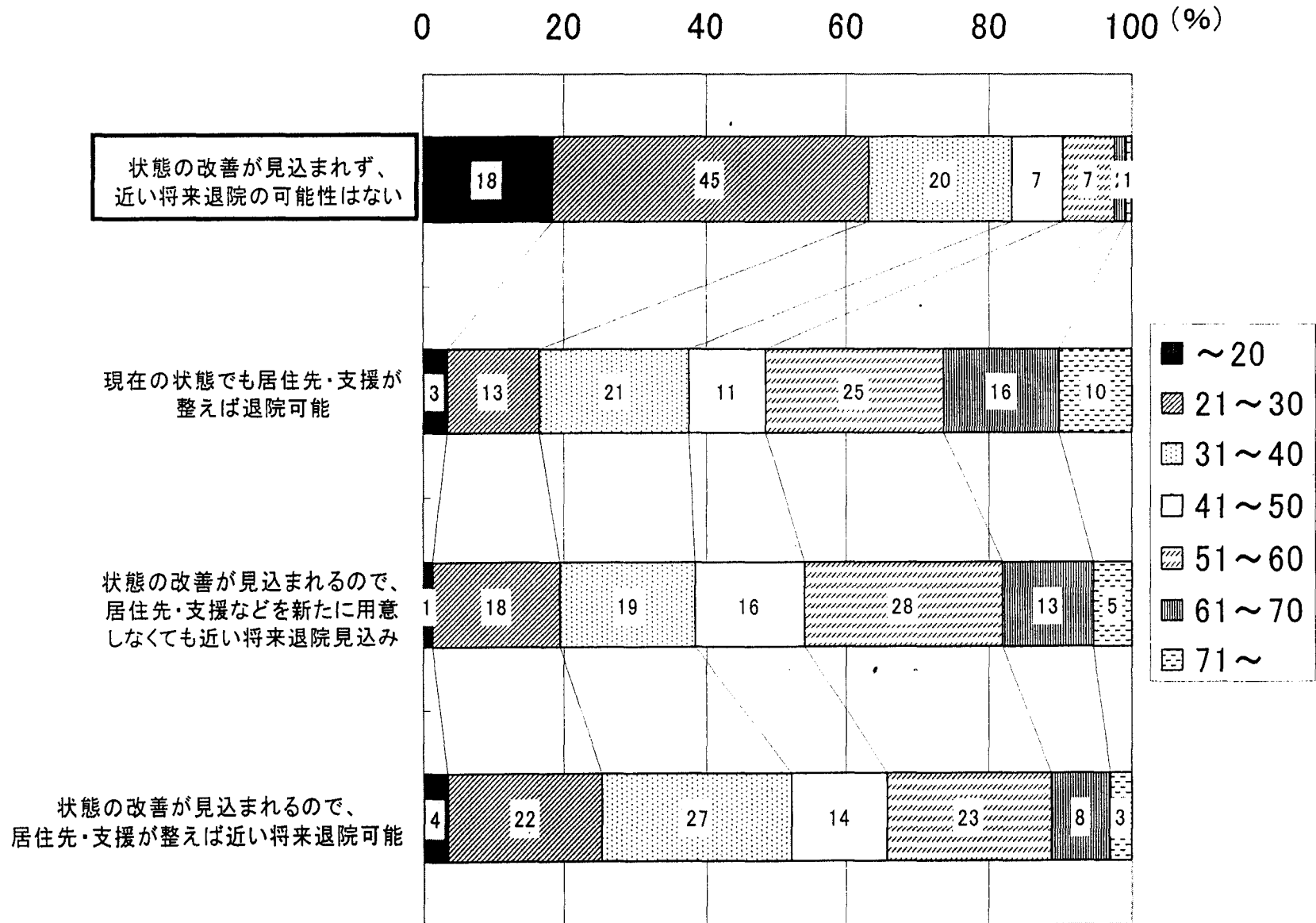
状態の改善が見込まれるので、  
居住先・支援などを新たに用意  
しなくても近い将来退院見込み



状態の改善が見込まれるので  
居住先・支援が整えば近い将来  
退院可能



# GAF(機能の全体的評定尺度) 評点



問27 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

	全体		F0抜き		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能	1,585	9.0	1,328	9.4	257	7.4	659	6.5
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み	1,015	5.8	919	6.5	96	2.8	426	4.2
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	8,019	45.6	6,272	44.4	1,747	50.5	4,491	44.3
状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない	6,959	39.6	5,601	39.7	1,358	39.3	4,564	45.0
計	17,578	100.0	14,120	100.0	3,458	100.0	10,140	100.0

以下は、F20(統合失調症)の患者のみに関する集計

問27付問 「可能性はない」患者の退院できない理由

(%)	F20のうち 「退院の可能性なし」
自傷行為・自殺企図の危険性が高い	3.2
他害行為の危険性が高い	5.5
迷惑行為を起こす可能性が高い	8.9
治療・服薬への心理的抵抗が強い	5.5
セルフケア能力に著しい問題がある	32.7
重度の多飲水・水中毒	2.5
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.3
陽性症状(幻覚・妄想)が重度	33.4
その他	8.1
計	100.0

<有効回答数>

<3,286>

問27 入院患者の状況(入院期間別)

	割合(%)				合計
	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	
現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能	16.4	4.0	4.2	3.5	6.5
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み	16.4	1.7	0.7	0.4	4.2
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	45.9	47.3	45.0	40.8	44.3
状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない	21.3	47.0	50.2	55.3	45.0
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

人数(人)

1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	合計
356	106	69	127	658
356	44	11	15	426
995	1,250	741	1,494	4,480
463	1,240	826	2,024	4,553
2,170	2,640	1,647	3,660	10,117

問8-1 過去3日間の日常動作(ADL)支援レベル

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない			<有効回答数>
	自立	準備、観察	援助、依存	
ベッド上の可動性	81.2	6.8	11.9	<4,557>
移乗	79.8	7.0	13.2	<4,557>
食事	69.9	18.9	11.2	<4,552>
トイレの使用	72.7	10.1	17.3	<4,550>
上記のうち最も支援を要するもの	64.3	15.9	19.7	<4,557>

(参考)

現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能				<有効回答数>
自立	準備、観察	援助、依存		
93.8	2.7	3.5	<659>	
91.8	4.0	4.3	<658>	
88.1	8.1	3.8	<658>	
90.6	3.8	5.6	<658>	
86.0	7.1	6.8	<659>	

状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み				<有効回答数>
自立	準備、観察	援助、依存		
93.2	2.6	4.2	<425>	
93.2	2.6	4.2	<425>	
88.9	7.1	4.0	<425>	
92.5	3.1	4.5	<425>	
87.5	6.6	5.9	<425>	

状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能				<有効回答数>
自立	準備、観察	援助、依存		
89.1	4.4	6.5	<4,487>	
88.0	5.1	6.8	<4,485>	
83.6	10.9	5.5	<4,486>	
84.6	6.5	8.9	<4,483>	
79.0	10.5	10.6	<4,488>	

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない			<有効回答数>
	問題ない	いくらか困難	非常に困難	
食事の用意	9.4	22.7	68.0	<4,556>
家事一般	10.6	30.9	58.5	<4,553>
金銭管理	8.9	27.8	63.2	<4,551>
薬の管理	7.5	29.5	63.1	<4,551>
電話の利用	31.3	31.3	37.4	<4,553>
買い物	19.5	34.5	46.0	<4,552>
交通手段の利用	10.2	28.4	61.4	<4,550>
上記のうち最も困難なもの	2.1	18.0	79.9	<4,557>

(参考)

現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能				<有効回答数>
問題ない	いくらか困難	非常に困難		
29.0	38.0	33.0	<658>	
32.8	41.8	25.5	<656>	
35.9	36.1	28.0	<657>	
33.7	40.5	25.8	<656>	
69.9	17.2	12.9	<657>	
53.5	29.8	16.7	<658>	
45.7	30.1	24.2	<658>	
17.2	40.0	42.9	<658>	

居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み				<有効回答数>
問題ない	いくらか困難	非常に困難		
27.1	42.6	30.4	<425>	
28.8	47.8	23.4	<423>	
34.0	42.8	23.2	<423>	
31.6	44.8	23.6	<424>	
74.8	15.8	9.4	<425>	
57.5	29.2	13.2	<424>	
50.7	32.3	17.0	<424>	
14.8	46.1	39.1	<425>	

状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能				<有効回答数>
問題ない	いくらか困難	非常に困難		
18.7	34.4	46.9	<4,475>	
20.6	42.7	36.7	<4,475>	
21.9	39.8	38.3	<4,481>	
20.5	41.7	37.8	<4,482>	
54.5	26.4	19.0	<4,483>	
39.6	35.6	24.8	<4,485>	
27.2	35.0	37.8	<4,480>	
6.7	34.2	59.1	<4,488>	

問15 身体合併症

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない			<有効回答数>
	ない	日常的な管理	特別な管理	
身体合併症	56.5	30.1	13.4	<4,384>

(参考)

現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能				<有効回答数>
ない	日常的な管理	特別な管理		
70.8	24.1	5.1	<631>	

居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み				<有効回答数>
ない	日常的な管理	特別な管理		
71.9	19.5	8.6	<406>	

状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能				<有効回答数>
ない	日常的な管理	特別な管理		
60.5	31.0	8.5	<4,283>	

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない
0	0.7
~10	4.0
11~20	13.6
21~30	44.7
31~40	20.4
41~50	7.1
51~60	7.2
61~70	1.6
71~80	0.4
81~90	0.3
91~100	0.0
計	100.0
<有効回答数>	<4,546>

(参考)

現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能
0.8	0.5	0.2
0.6	0.5	0.9
2.1	0.5	2.4
12.9	17.8	21.8
21.4	19.2	26.8
10.8	15.7	13.7
25.2	27.7	23.1
16.1	12.7	8.2
7.1	4.7	2.0
2.9	0.5	0.9
0.2	0.2	0.0
100.0	100.0	100.0
<659>	<426>	<4,472>

問18 精神症状

(%)	状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない
精神症状1	0.5
精神症状2	2.5
精神症状3	10.7
精神症状4	35.4
精神症状5	38.5
精神症状6	12.4
計	100.0
<有効回答数>	<4,559>

現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み	状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能
6.5	2.1	2.1
21.5	17.6	9.9
37.4	35.0	32.3
25.1	31.5	37.9
7.6	12.4	15.6
1.8	1.4	2.2
100.0	100.0	100.0
<657>	<426>	<4,489>



## 結果のまとめ

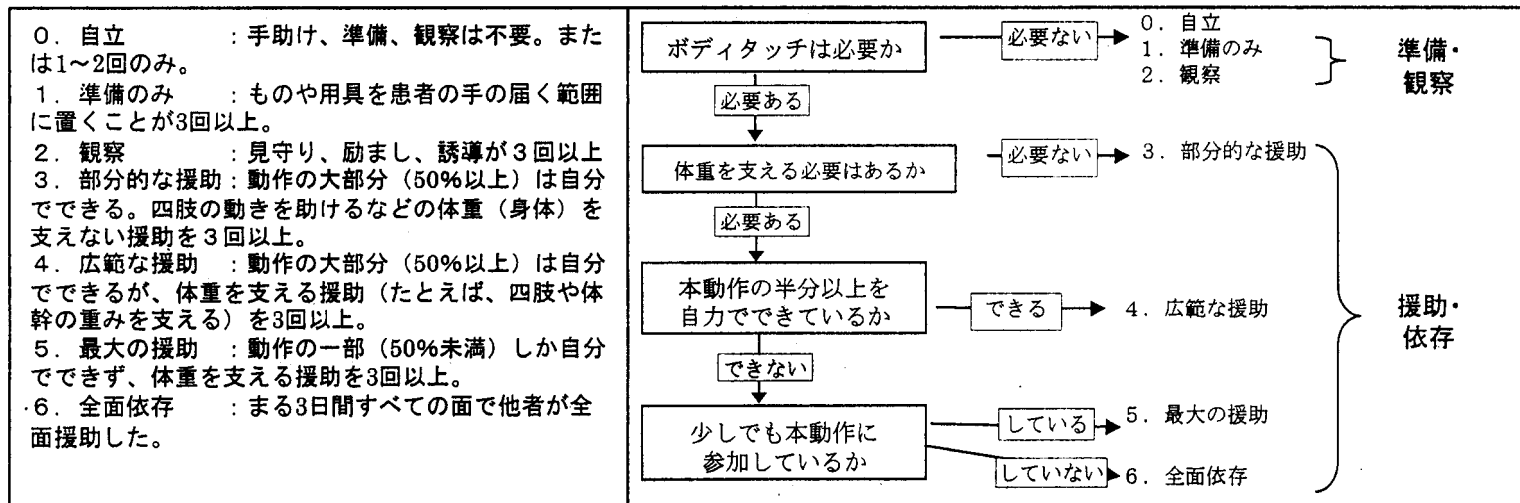
### 統合失調症による入院患者について、

- 「近い将来退院の可能性がない」と評価された患者は約45%で、特に入院期間が長いほど、その割合が高くなる傾向があった。
- 退院できない理由としては、「重度の陽性症状」、「セルフケア能力の著しい問題」が多く、それぞれ約3分の1であった。また、迷惑行為の可能性、自傷・他害の可能性が高いこと、治療・服薬への心理的抵抗、水中毒などとする回答があった。
- また、「近い将来退院の可能性がない」と評価された患者では、ADL、IADLの障害を有する者や、身体合併症を有する者の割合が高く、GAFや精神症状も重症度が高い傾向にあった。

## <参考：調査要領（抄）>

### ※問8 ADLへの支援のレベル

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む
d. トイレの使用	どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える（移乗は除く）



### ※問9 IADLの困難度

a. 食事の用意（献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する）
b. 家事一般（食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など）
c. 金銭管理（請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定）
d. 薬の管理（服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用）
e. 電話の利用（自分で電話をかけたり、受けたり）
f. 買い物（食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う）
g. 交通手段の利用（バス・電車などの乗り物による移動）

0. 問題ない
1. いくらか困難（援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる）
2. 非常に困難（ほとんど、あるいは全く本人は実施できない）

## ※問16 機能の全体的評定(GAF)尺度

- ・精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮。
- ・身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。
- ・点数（注：例えば、45、68、72のように、適切な点数で評価）

点	機能の状態
100～91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90～81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80～71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70～61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60～51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50～41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
40～31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30～21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床にしている、仕事も家庭も友達もない)。
20～11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗たくる)、または、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10～1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

## ※問18 精神症状

1. 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2. 精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3. 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくつかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4. 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状(欠陥状態、無関心、無為、自閉など)、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5. 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥(ひどい滅裂や無言症)がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6. 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動(自殺企図、暴力行為など)が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

第9回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	
平成20年9月3日	参考資料

# 発達障害者支援の推進に係る検討会

## 報告書

平成20年8月29日

## 目次

1	はじめに	2
2	発達障害者支援の基本的な考え方と取組	2
3	発達障害者支援における課題	3
(1)	当事者や家族に対する支援提供の流れに沿った課題	3
(ア)	気づきに関する課題	
(イ)	診断前支援に関する課題	
(ウ)	診断に関する課題	
(エ)	アセスメントやモニタリングに関する課題	
(オ)	支援に関する課題	
(カ)	連携に関する課題	
(2)	発達障害に関わる者の役割と課題	5
(ア)	直接処遇職員の役割と課題	
(イ)	発達障害についての専門的な支援を行う者の役割と課題	
(ウ)	発達障害者支援センターの役割と課題	
(エ)	市町村の役割と課題	
(オ)	都道府県等の役割と課題	
(カ)	国の役割と課題	
4	今後の対応の方向性について	7
(1)	地域支援体制の整備	7
(2)	支援手法の開発	7
(3)	調査・研究	8
(4)	人材の育成	8
(5)	情報提供・普及啓発	9
5	おわりに	9

## 1. はじめに

- 発達障害については、平成17年から施行されている発達障害者支援法によって、発達障害者の自立と社会参加を目的として、都道府県・指定都市（「以下、都道府県等」という）への発達障害者支援センターの設置や発達障害情報センターの設置等様々な取組が行われてきたところであるが、同法の附則において、施行後3年を目途として見直しを行うことが求められている。
- また、本年7月には、発達障害者の支援と関係の深い障害児全般の支援について、障害保健福祉部長の私的検討会である「障害児支援の見直しに関する検討会」において、今後の障害児支援のあるべき姿と具体的な施策に対する検討報告書がまとめられたところである。
- このような状況を踏まえ、本検討会では、発達障害者支援に係る発達障害者支援法施行後の課題を整理した上で、「障害児支援の見直しに関する検討会」では議論されていない発達障害者支援固有の課題について、今後の対応の方向性の検討を行い、ここにその結果を報告書としてまとめるものである。
- なお、本検討会においては、発達障害者支援法の制定の趣旨を踏まえ、発達障害者支援法で定義された「発達障害」の定義の範囲の中で検討を行った。

## 2. 発達障害者支援の基本的な考え方と取組み

- 発達障害者については、一人一人が持つ学習面、行動面、社会性、コミュニケーション等に係る課題に対して様々な分野が連携して対応能力の向上を図ることにより、適切な人間関係を構築し、二次的な障害の発生を防ぎ、自立・社会参加を可能にする効果が期待できることから、早期に発見し、適宜適切な支援を行っていくことが必要である。発達障害者支援法第1条においては、これを踏まえ「発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする」としている。
- このことを踏まえて、国及び地方自治体は、発達障害児の早期発見、早期の発達支援、保育、教育、放課後児童健全育成事業の利用、就労の支援、地域での生活支援や権利擁護、家族への支援等を行える体制と人材を整備し、発達障害のある人に対してライフステージを通して一貫した支援を提供することをその責務とされており、政府として以下の領域において施策を実施してきたところである。

### ア. 地域支援体制の整備

発達障害に早期に気づいて支援をすること。発達障害に気づいてから診断を受けるまでの期間が長期にわたる場合であっても支援の提供ができる体制を整備すること。発達障害者への支援が一貫性をもって提供されること。

### イ. 支援手法の開発

一人一人の能力のアンバランスさや、環境による適応性の変化等の評価(アセスメント)と、能力・環境の変化に応じた再評価の継続(モニタリング)に基づいた支援が、全国のどこに住んでいても受けられるようにすること。そのために、支援手法を収集し、その効果等について国として客観的な検証を行った上で普及を図ること。

#### ウ. 人材の育成

適切な支援を提供するためには、現場で直接発達障害者を担当する者から専門的な支援を行う者まで、重層的に人材を育成することが必要であり、それぞれの役割に応じた研修等の機会を提供すること。

#### エ. 情報提供・普及啓発

発達障害の特性が周囲に理解されるように、発達障害についての情報をわかりやすく周知すること。

### 3. 発達障害者支援における課題

発達障害者支援の基本的な考え方に基づいて、以下の2つの観点から発達障害者支援に係る現在の課題を整理した。

#### ○当事者とその家族に対する支援提供の流れに沿った課題

一人一人の発達障害者とその家族に対して、発達障害に気づく段階から適切な支援を受ける段階まで切れ目のない支援体制を整備することが大切であるとの観点

#### ○発達障害者支援に関わる者の役割と課題

様々な立場から関わる者の役割を整理し、一人一人に必要な支援が生活全般にわたる領域から受けられるようにすることが大切であるとの観点

#### (1) 当事者とその家族に対する支援提供の流れに沿った課題

##### ア. 基本的考え方

全てのライフステージにおいて、必要な支援を様々な分野の関係者が共通の視点に立って連携をとりながら、継続的に提供できるような体制の一層の整備が必要である。

##### イ. 個別の論点

###### (ア) 気づきに関する課題

○ 当事者とその家族、保育士、幼稚園及び小中学校等の教諭、ハローワーク相談担当者等の直接処遇職員が発達障害の可能性に気づくためには、普段から発達障害の特性に関する信頼のおける情報がわかりやすく様々な形で提供されていることが必要である。【情報提供・普及啓発】

○ 発達障害については、タイプによっては1歳6か月児健診や3歳児健診などを契機にわかる場合がある。健診時点では疑いにとどまる場合も含め、確実にフォローを行い、必要に応じて医療・保健・福祉等の専門機関につないでいく体制を地域で作ることが必要である。また、直接処遇職員が発達障害の可能性に気づいた場合にも、当事者とその家族に対して適切な情報提供が行えるよう、専門的な人材によるバックアップ体制の充実が必要である。【地域支援体制の整備】【人材の育成】【情報提供・普及啓発】



- 当事者（青年期・成人期の場合）とその家族が、直接処遇職員よりも先に発達障害の可能性に気づいて心配している時にも、確実にフォローを行い、必要に応じて専門機関につなげる体制を作ることが必要である。【支援手法の開発】【人材の育成】【情報提供・普及啓発】

#### (イ) 診断前支援に関する課題

- 家族が心配して発達障害の専門的な相談機関や診療機関に相談しようとしても、当該機関の相談開始日まで、長期の待機を余儀なくされることがある。発達障害の確定診断前から支援が受けられるようにすることや、例えば家族の心が揺れているような段階に、支援を体験利用できるようにすることも必要である。【地域支援体制の整備】【支援手法の開発】【人材の育成】
- 当事者とその家族が発達障害に気づき取り組む準備ができていない場合には、無理に診断につなげようとするよりも、日常生活の中で生じている問題の整理とその時点で取り組むことができる具体的な対処方法の提示が必要である。【支援手法の開発】【人材の育成】【情報提供・普及啓発】

#### (ウ) 診断に関する課題

- 当事者とその家族が発達障害に気づき適切な対応を希望するときに、的確かつ速やかに診断し、必要に応じて適切な治療ができる専門性を有する医師の確保を進めるための対策として、発達障害の診断及び治療に係る人材養成の強化が必要である。【調査・研究】【人材の育成】
- 診断後の家族に対する支援としては、まずは専門性を有する相談機関・支援機関の専門性を向上させ、その家族が地域から社会的及び心理的に孤立しないよう、様々な情報を提供し、地域において当事者及びその家族を支える仕組みを構築することが必要である。また、既に発達障害児を育て様々な経験のある親の話の聞いたり、現に発達障害児を育てている親同士で相談や情報交換を行ったりするピア・カウンセリングやペアレントメンターも孤立化を防ぐ選択肢の一つとして活用することが必要である。【地域支援体制の整備】【人材の育成】

#### (エ) アセスメントやモニタリングに関する課題

- これまでは一人一人のニーズに合わせた支援提供のために必要なアセスメントやモニタリングが、医療・保健・福祉・教育・労働等の各分野において、個々様々に行われていたことから、今後は、基盤となる共通のアセスメントやモニタリング方法の開発が必要である。【地域支援体制の整備】【支援手法の開発】【調査・研究】
- また、発達障害者に適したアセスメントやモニタリングを行う専門家の養成が必要である。【人材の育成】

#### (オ) 支援に関する課題

- 発達障害者に提供されている様々な支援手法が、十分な検証を受けていない現状にあること、及び検証された支援手法を適用する際は、発達障害者に適したアセスメントを踏まえた上でなされることが必要であることから、国として効果等を客観的に検証した支援手法のメニューを整備し、普及することが必要である。また、検証された支援手法を適用する際は、発達障害者に適したアセスメントを踏まえた上でなされることが必要である。【支援手法の開発】【情報提供・

## 普及啓発】

- これまでは、直接処遇職員や専門的な支援を行う者がいかに支援を行うかといった視点からの支援手法の研究や普及啓発が主であったが、今後は、当事者とその家族自身はその能力を高め問題を解決できるように支援すること、地域と当事者及びその家族が連携できるように支援することなどの視点からの研究や普及啓発も必要である。【支援手法の開発】【調査・研究】【人材の育成】【情報提供・普及啓発】
- 発達障害の青年期・成人期における支援のうち、就労支援分野に関する支援手法の開発は進みつつあるが、その開発・活用については更に推進することが必要である。また、老年期までを視野に入れた職業生活を含めた社会生活の支援については未だ支援モデルが十分に開発されていないため、重点的に開発することが必要である。【地域支援体制の整備】【支援手法の開発】

### (カ) 連携に関する課題

- 発達障害者支援を適切に行うためには、その時々に応じて、医療・保健・福祉・教育・労働等様々な関係機関が内部及び相互の連携を図りつつ支援や研修を行うことが必要であり、地域自立支援協議会の活用等により、関係機関や関係者の連携システムを構築することが必要である。  
また、個人情報取扱いに留意した上で、要保護児童対策地域協議会や特別支援教育のための協議会等と連携を図っていくことも必要である。【地域支援体制の整備】
- 文部科学省と厚生労働省等関係府省が、発達障害の施策について連携して行う機会は増えているが、具体的な事業や研究等について、更に連携を強化することが必要である。【地域支援体制の整備】【調査・研究】

### (2) 発達障害者支援に関わる者の役割と課題

#### ア. 基本的考え方

発達障害者支援を推進する際には、支援に関わる者が求められる役割を把握し、その支援を行うという意識を持つことが重要であるため、直接処遇職員、発達障害についての専門的な支援を行う者、発達障害者支援センター、市町村、都道府県等、国それぞれの基本的な役割を明確にする必要がある。

#### イ. 個別の論点

##### (ア) 直接処遇職員の役割と課題

- 保育所、学校、福祉サービス事業所、ハローワーク、児童養護施設等の直接処遇職員は、日常業務において、当事者とその家族に関わる機会が最も多いため、発達障害の特性や支援方法に関する理解を深め、当事者とその家族に対する基本的な支援が行えること、専門的な支援を行う機関への相談や紹介ができることが重要である。
- そのためには、適切な研修への参加を積極的に行うとともに、日頃から専門的な支援を行う機関との連携を図り、必要に応じて連絡の取れる体制を確保することが必要である。

##### (イ) 発達障害について専門的な支援を行う者の役割と課題

- 医療機関、保健所・保健センター、精神保健福祉センター、教育センター、障害者

職業センター、障害児通園施設、児童デイサービス等の機関で専門的な支援を行う者は、当事者やその家族からの相談や直接処遇職員からの相談に対し、発達障害についての専門知識に基づいて相談等への適切な対応が求められるため、発達障害について信頼のおける情報を常に把握し、的確な助言をするよう努めることが重要である。

- そのためには、日頃から適切な情報の収集や研修への参加を積極的に行うとともに、ケースカンファレンスの実施等によりの確な助言をするための技術を高めることが必要である。

#### (ウ) 発達障害者支援センターの役割と課題

- 発達障害に関する相談については、特定の障害や年代だけに偏らず、必要とする当事者とその家族、関係者に対して適切なアセスメントや相談等の対応が提供できること、また、直接処遇職員や発達障害について専門的な支援を行う者では対応が難しい場合には、より専門的な支援を行う立場から責任ある対応ができること、都道府県等の全体の状況を把握し、対応することが重要である。
- そのためには、日頃から都道府県等における発達障害者支援の中核機関であることを十分に意識して業務を行い、効果的な支援体制が構築できるように積極的に関係機関との連携を深めることが必要である。
- 専門性の高い職員の育成とともに、ボランティアの育成は非常に重要な課題であり、家族同士で相談や情報交換を行うピア・カウンセリングやペアレントメンターの養成についても検討することが必要である。

#### (エ) 市町村の役割と課題

- 市町村は、国や都道府県の提供する発達障害者支援のモデルを参考にしながら発達障害者支援に関する事業を実施し、また、個別の支援計画の提供や人材の育成、住民に対する普及啓発等を行うことが必要である。
- また、地域自立支援協議会の活用（子ども部会の設置等）等により関係機関や関係者の連携システムを構築していくことや、個人情報取り扱いに留意した上で、要保護児童対策地域協議会や特別支援教育のための協議会等と連携を図っていくことも必要である。

#### (オ) 都道府県等の役割と課題

- 都道府県等は、当該自治体の発達障害者の置かれている状況を把握し、発達障害者支援に関する事業を実施するとともに、人材の育成、住民に対する普及啓発等を行うことが必要である。
- また、発達障害者支援センターを中心とした連携体制の構築を進めるとともに、専門医療機関や精神保健福祉センター、保健所、児童相談所や特別支援学校等との協力体制を構築することも必要である。

#### (カ) 国の役割

- 発達障害者支援にとって必要となる支援手法等の開発や研究、専門的な人材の養成、社会全体に対する発達障害の正しい理解の普及啓発を更に進めることが必要である。
- また、全国への情報発信の拠点となる発達障害情報センターや（独）国立特別支援教

育総合研究所の発達障害教育情報センター等の基盤整備を行うことも必要である。

○更に、地方自治体の取り組む発達障害者施策について、基本的な方針を示すとともに、効果的な取組を行っている自治体の事例の紹介を行う等の対応も必要である。

#### 4 今後の対応の方向性

「3 発達障害者支援における課題」で整理した事項を踏まえ、今後の発達障害者支援施策については、以下の方向性で取り組んでいくべきである。

##### (1) 地域支援体制の整備

###### ア. 基本的考え方

○ 発達障害者について、医療・保健・福祉・教育・労働など様々な関係者が支援を行うことが必要であるが、様々な分野の関係者が共通の視点に立って連携をとりながら、継続的に当事者とその家族を支援していくためには、どのような役割分担の上でそれぞれが支援していくかを明らかにした「個別の支援計画」の作成・活用や、関係者による支援会議の開催が必要である。

○ 直接処遇職員に対して専門機関が行うバックアップ体制の整備、発達障害のアセスメントを行う機能の強化が必要である。

○ 更に、発達障害者への就労支援については、開発された支援モデルに基づくプログラムの普及について、更なる強化が必要である。

###### イ. 対応の方向性

○ 都道府県は、文部科学省の施策である発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業と連携して行っている発達障害支援体制整備事業において取り組まれている市町村等の「個別の支援計画」作成状況を調査し、必要に応じて発達障害者支援センター職員が市町村の担当部署に対して発達障害者の個別の支援計画作成と活用に対するサポートなどを行う。また、国においては、「個別の支援計画」に基づく支援を効果的に実践している地方自治体の事例集を作成する。

○ また、発達障害者支援センターについては、各都道府県等の整備状況をふまえながら、専門的なアセスメントやモニタリングを行う機関としての位置付けを明確にするとともに、発達障害について専門的な支援を行う者と協力しつつ直接処遇職員に対してバックアップを行う体制整備を行う。

○ さらに、国の就労支援については、ハローワークの体制を強化させるとともに、障害者職業総合センターで開発された技法により、地域障害者職業センターで試行実施されている「発達障害者に対する専門的支援のカリキュラム」の全国実施に向けた障害者職業カウンセラーの増配、さらなる技法の開発等の体制整備を行う。

##### (2) 支援手法の開発

#### ア. 基本的考え方

- 発達障害者については、当事者とその家族の状況やニーズが個々様々であることから、一般施策を含めて様々な種類の支援をきめ細かく提供できるように支援手法の充実を図ることが必要である。
- また、支援手法の中で十分に検討されていない分野についても、随時開発を行うことも必要である。

#### イ. 対応の方向性

- 支援手法の開発の状況を踏まえ、支援手法を収集し、その効果等について客観的な検証を行ったうえで普及を図る。
- また、発達障害の青年期・成人期（就労後から老年期を含む）における老年期までを視野に入れた職業生活を含めた社会生活の支援（本人の能力を高めるための働きかけやカウンセリングを含む。）、発達障害に適したアセスメントやモニタリング、当事者や家族自身が問題の解決を図るための方法の開発を行う。

### (3) 調査・研究

#### ア. 基本的考え方

- 発達障害者の実態把握や、発達障害の原因の究明、発達障害の診断及び治療、発達障害支援の方法等に関する必要な調査・研究を行うことが必要である。

#### イ. 対応の方向性

- 発達障害の調査研究についての検討を行う場を設けたうえで、発達障害の調査・研究にとって重要な共通の評価尺度の開発、発達障害に関するデータベースの構築等に取り組むとともに、不足している分野における調査・研究についても重点的に取り組む。

### (4) 人材の育成

#### ア. 基本的考え方

- 発達障害の支援に関する人材の養成・研修は各分野で取り組まれているが、その内容の統一性、研修成果の活用はまだ十分ではないことから、各分野の取組状況をふまえて、一貫した支援を提供するための標準的なテキストやマニュアル作成、直接処遇職員の中に発達障害者に対する支援に詳しい職員を養成するための研修、研修後の人材活用を推進することが必要である。
- また、発達障害に関する診断やアセスメント、モニタリングを行える人材を充実させること、家族同士が相互に支援を行うことができるようにすることも必要である。

#### イ. 対応の方向性

- 発達障害者支援のための各分野共通のテキストやマニュアルを作成し、それぞれの分野が行う研修に利用する。

- 支援手法の開発の状況を踏まえ、発達障害の診断や治療を行う医師をはじめとして専門的な支援を行う人材を養成する観点から、実際に発達障害の支援等に取り組んでいる施設等における実地研修のシステムづくりに取り組む。また、発達障害の診断を受けた者の家族同士という立場でピア・カウンセリングを行い、当事者とその家族による問題解決を支援する、いわゆるペアレントメンター（ボランティア）の養成を行う。

#### (5) 情報提供・普及啓発

##### ア. 基本的考え方

- 発達障害についての誤解や偏見から支援に結びつかない場合があること、発達障害の相談窓口の情報周知が不十分なため相談につながっていない場合があること、発達障害についての信頼のおける支援手法の判断が専門家以外では難しいこと、発達障害についての良いモデルを開発し実践しても情報が集約されていないために、それらが広がっていない等の課題があることから、適切な情報の収集・分析を行った上で受け手に合わせた様々な方法を用いた信頼のおける情報を提供することが必要である。

##### イ. 対応の方向性

- 国において、現在の発達障害情報センターの機能を強化するとともに、(独)国立特別支援教育総合研究所の発達障害教育情報センターと緊密に連携を図りながら、必要な情報の収集、分析、発信が適切に行えるような体制の強化を図る。
- 地方自治体においても、発達障害者支援センターと連携し、相談資源の情報等が提供できるように整備する。

#### 5 おわりに

今回の報告書においては、発達障害については、一人一人が持つ学習面、行動面、社会性、コミュニケーション等に係る課題に対して様々な分野が連携して対応能力の向上を図ることにより、適切な人間関係を構築し、二次的な障害の発生を防ぎ、自立・社会参加を可能にする効果が期待できることから、早期に発見し、適宜適切な支援を行っていくことが必要であるという視点の下に、いつでもどこでも発達障害者に適切な対応が提供できるような社会の実現に向けて、個別支援計画に基づく地域の支援体制の強化を図ること、そのために必要となる支援手法の開発や調査・研究、人材育成を行うこと、加えて社会全体に対する普及啓発を行い正しい理解を広げること等の施策を更に推進するための取組み案を整理した。

厚生労働省において、この検討結果を踏まえ、関係部局及び関係府省等との連携をより一層強化するとともに、引き続き発達障害のある当事者とその家族を支援していく具体的な仕組みについて検討し、効果的な施策を実施していくことが不可欠である。

この報告書が、発達障害があっても誇りを持って生きられるような社会づくりに資する契機となることを願うものである。