

精神保健福祉施策の 構造変革について

最終答申

平成 18 年 6 月

東京都地方精神保健福祉審議会

平成 18 年 6 月 30 日

東京都知事 石 原 慎 太 郎 殿

東京都地方精神保健福祉審議会

会 長 原 田 憲 一

精神保健福祉施策の構造変革について

平成 15 年 12 月 16 日付 15 健サ精第 9 4 6 号で諮問のあったこのことについて、
別紙のとおり最終答申します。



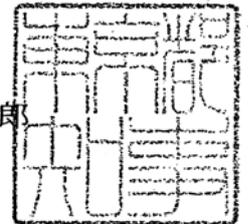
15健サ精第946号

東京都地方精神保健福祉審議会

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第9条第2項の規定に基づき、下記の事項について、貴審議会の御意見を承りたく、諮問いたします。

平成15年12月16日

東京都知事 石原 慎太郎



記

1 諮問事項

精神保健福祉施策の構造変革について

2 諮問理由

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の大きな流れの変化を受けて、「受入条件が整えば退院可能」な精神（科）病院入院患者の退院を促進し、いわゆる社会的入院を作らない仕組みづくりを含めた精神保健福祉施策の抜本的な構造変革を進める上で、これまでの事業の見直しと今後の施策の充実について審議する必要があるため

目 次

はじめに	1
第1章	
精神保健福祉施策の現状と課題	2
第1節 国の動向	2
1 精神保健福祉施策の流れ：精神保健福祉改革ビジョンの策定まで	2
2 障害者施策の流れ：自立支援法の策定	3
3 その他の動き	4
第2節 東京都の取組	5
1 これまでの取組	5
2 今後の課題と施策の方向性	6
第2章	
「地域生活中心」への構造変革に向けて今後展開すべき精神保健福祉施策	8
第1節 東京都における退院促進の方向性	8
第2節 精神障害者の個々の状況に応じた地域支援体制の再構築	9
1 居住の場と相談支援体制の確保	9
2 一般就労を見据えた取組の推進と日中活動の場の確保	11
第3節 地域精神科医療の充実と、適切な医療の提供に向けた仕組の再構築	13
1 人権を尊重した質の高い精神科医療提供と、非自発的入院の繰り返しを防ぐ仕組の構築	13
2 精神障害者を支える医療の様々な課題への対応	15
第4節 精神障害者の生活を支える質の高い人材の育成	18
第5節 新たな普及啓発活動の展開と心の健康づくり	20
第3章	
新たな施策を実現するための体制整備とさらなる課題	23
第1節 関係機関の役割分担と連携強化	23
1 区市町村の役割	23
2 東京都の役割	24
3 民間の社会復帰・相談支援機関等の役割	26
4 教育・労働関係機関等の役割	26

第2節 国への提案	27
おわりに	28
審議経過	30
東京都地方精神保健福祉審議会委員名簿	32
資料	33

はじめに

我が国の精神保健福祉施策については、平成14年の社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書において、国は『「入院医療中心」から「地域生活中心」へ』という施策の転換を打ち出した。この中で、「精神障害者が地域で安心して暮らせる社会の構築」を目標に掲げ、受入条件が整えば退院可能ないわゆる社会的入院患者の解消に向けて、保健・医療・福祉の一体的な取組を展開することとしている。一方で、地域における福祉サービスについては、「三障害のサービスの一元化」、「身近な区市町村主体の事業実施」という基本方針を示した障害者自立支援法（以下「自立支援法」という。）を制定するなど、精神保健福祉施策及び障害者施策は大きな変革期を迎えたといえる。

東京都においても、精神科救急医療対策の充実強化や精神障害者社会復帰施設の計画的な整備など、精神保健医療福祉施策の充実に向け、様々な取組を進めてきた。しかし、近年の国の施策の転換や社会状況及び都民意識の変化等に的確に対応していくため、いわゆる社会的入院患者の解消とこれを生み出さない仕組みの構築に向けて、これまでの施策を抜本的に見直し、構造変革に取り組む必要が生じた。

こうした状況の下、本審議会は平成15年12月に「精神保健福祉施策の構造変革について」東京都知事から諮問を受けた。そこで、「地域精神医療」、「社会復帰及び自立と社会参加」、「発生予防と心の健康づくり」の3つの部会を設置し、2年6か月にわたり、広範囲な課題について詳細に審議を進めてきた。

この間、新たな法制定や事業体系の見直し等を反映させ、平成16年12月の中間答申、平成17年10月の提言の公表を経て、この度、これまでの審議内容を総括し、最終答申を具申するものである。

本答申は、第1章に『精神保健福祉施策の現状と課題』、第2章に『「地域生活中心」への構造変革に向けて今後展開すべき精神保健福祉施策』、第3章に『新たな施策を実現するための体制整備とさらなる課題』を取り上げ、“退院後の地域生活まで視野に入れた広義の退院促進”を実現するために、東京都が早急に取り組むべき諸問題をまとめた。

本審議会としては、東京都が、これまでの審議内容を十分に踏まえた上で、精神疾患及び精神障害を持つ人も地域で安心して共に暮らせる成熟した社会の実現を目指し、精神保健福祉施策の充実強化に積極的に取り組まれることを期待する。

第1章 精神保健福祉施策の現状と課題

第1節 国の動向

1 精神保健福祉施策の流れ：精神保健福祉改革ビジョンの策定まで

平成14年4月、国は、精神保健福祉及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）を改正した。この際、精神障害者地域生活支援センターの制度化、精神障害者居宅生活支援事業の開始、精神保健福祉センターの機能強化等が盛り込まれるとともに、居宅生活支援事業の実施主体、福祉サービスの利用に関する相談・助言、精神障害者保健福祉手帳や精神障害者通院医療費公費負担（現「自立支援医療（精神通院医療）」）の申請等の窓口が、区市町村に位置付けられ、身近なサービスが地域で受けられる体制が強化された。また、平成16年6月には、障害者基本法が一部改正され、国や地方公共団体等の責務や、精神障害者も含む障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本事項が明記されるなど、更なる障害者の福祉増進が図られた。

こうした法改正と並行して、国は、精神障害者の施策の充実強化に向け、様々な検討を重ねてきた。社会保障審議会障害者部会精神障害分会では、平成14年、「受入条件が整えば退院可能」な精神病床入院患者の数を初めて約7万2千人と推計し、「退院・社会復帰を図り、これに伴い、入院患者の減少と精神病床数の減少を見込むこと」、「当事者が主体的に選択できるよう多様なサービスの充実を図ること」、「精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること」などを盛り込んだ報告書をまとめた。また、同年、社会のバリアフリー化 利用者本位の支援 障害の特性を踏まえた施策の展開 総合的かつ効果的な施策の推進 という4つの視点を柱とした「新障害者基本計画（計画期間：平成15年から24年）」を策定した。この中でも特に、前期5年間で重点的に実施すべき施策を、「重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）」にまとめ、入院医療中心から地域生活中心への転換という精神保健福祉施策の大きな変革を後押しする内容が盛り込まれた。

さらに、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部及び3つの検討会を設置し、心の健康問題の正しい理解のための普及啓発、精神病床等の今後の方向性、精神障害者の地域生活支援のあり方等を検討、平成16年9月には、これらをまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定した。このビジョンは、これまでの様々な検討や議論を反映させ、国民意識の変革と、精神科

医療体系及び地域生活支援体系の再編を示すとともに、

- ・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（現51.8%）とする
 - ・各都道府県の精神科病院入院患者の平均残存率（1年未満群）¹を24%以下とする
 - ・各都道府県の精神科病院入院患者の退院率（1年以上群）²を29%以上とする
- という、おおむね10年後における達成目標を明示した内容となっている。

特に、障害程度等の尺度の明確化や、住まいの確保、就労支援・雇用促進、重層的な相談支援体制の確立、社会復帰施設の報酬体系の見直し、市町村中心の地域生活支援体制への移行など、後の自立支援法の策定への布石ともなる方向性が盛り込まれており、本ビジョンが、精神保健福祉施策における変革の方向性を示す一つの重要な分岐点となっていることがうかがえる。

2 障害者施策の流れ：自立支援法の策定

ノーマライゼーションの理念に基づき、身体障害及び知的障害の分野においては、平成15年度に導入された支援費制度により、「措置」から「契約」への大きな変革が行われた。しかし、精神障害者は制度の対象外とされ、障害別の法制度がそのまま残るなど、抜本的な制度改正が喫緊の課題となっていた。

こうした制度上の課題の解決に向け、障害を持つすべての人々が、必要とするサービスを利用できるよう、施設・事業を再編し、身近な区市町村が一元的にサービス提供することとした自立支援法が、平成18年4月に施行された。

この中で、これまで、精神保健福祉法において「精神障害者社会復帰施設」「精神障害者居宅支援事業」等と位置付けられてきた精神障害者の福祉サービスは、原則として新たな三障害共通のサービス体系に組み込まれることとなった。これにより、精神障害者の「障害者」としての認知が拡がり、

- ・実施主体が身近な区市町村に一元化されることで、精神障害を持つ人々も、地域でサービスを受けながら暮らせる地域づくりが進められる
- ・遅れているといわれてきた精神障害者の福祉サービスが充実する
- ・一般就労への移行に向けた支援が強化される

等の改善が期待されている。

一方で、疾病と障害を併せ持つ精神障害の特性に配慮してサービス提供を行うことが必要であり、保健医療分野との強力な連携が不可欠である。また、自立支援法の施行に向けての準備の段階や施行直後の時期において、障害程度区分認定で区分が正しく判定されないことや、施設に対する報酬が十分でないこ

となどの問題点について、関係団体等から様々な意見が出されており、国に対して見直しを求めている。

3 その他の動き

この他にも、精神保健福祉施策に大きな影響があると考えられる法律や制度改正は、以下のとおりである。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という。）の施行

平成17年7月に施行され、いわゆる重大な触法行為を行った精神障害者の円滑な社会復帰を目的に、手厚い専門的医療と確実な地域ケアの提供を行うこととしている。社会復帰調整官を中心としたきめ細かい地域支援により、従来の精神保健福祉法では対応が困難であった対象者の社会復帰の促進と医療中断の防止が期待されている。

障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「雇用促進法」という。）の改正

働く障害者、働くことを希望する障害者の支援のため、その就業機会の拡大を目的とした各種施策の推進に向け、平成18年4月、雇用促進法が改正された（一部は平成17年10月施行）。この法律では、在宅就業障害者への支援や、ジョブコーチ³助成金制度の創設、障害者就業・生活支援センター事業の拡充等の障害者福祉施策との有機的な連携の促進と併せ、精神障害者に対する雇用対策の強化を掲げている。これは、従来、雇用率に算定されなかった精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者）も、各企業の実雇用率に算定することとなったもので、企業側の意識啓発と実際の精神障害者雇用の促進が期待される。

公営住宅法（施行令）の改正

平成17年12月の改正により、これまでは高齢者、身体障害者等のみが対象であった公営住宅への単身入居が、同居親族のいない精神障害者にも適用されることとなった。その中で、精神障害者の入居に当たっては、いつでも相談に対応できる体制や、緊急時の医療機関等への連絡体制など、地域の居住支援体制の確保が条件となっている。居住の場の確保は、精神障害者が地域で安心して生活するための最重要課題のひとつであり、今後、居住サポート事業との一体的な展開など、退院促進や地域定着に向け、区

市町村と連携した支援の展開が期待される。

第2節 東京都の取組

1 これまでの取組

東京都においては、「医療の充実」、「福祉の充実」、「普及啓発の推進」の大きな3つの柱を核とし、これまでの審議会の提言に基づき、保健・医療・福祉の各分野において、精神保健福祉施策の充実を図ってきた。その中には、24時間365日体制の精神科救急医療の提供に向けた精神科夜間休日救急診療事業や、精神障害者グループホーム、見守りや居場所提供も含む共同作業所、精神障害者ホームヘルプサービス、社会適応訓練事業、精神保健福祉センターにおける病棟と生活訓練施設を活用した退院促進支援の取組など、国に先駆けて着手・創設した事業も多い。

精神障害者社会復帰施設や居宅支援事業等は、「東京都保健医療計画」や「ノーマライゼーション推進東京プラン（東京都障害者計画）」等により、計画的に整備してきたところであるが、この中で、社会復帰施設については、都独自の試算により、「活動の場」「生活の場」いずれも絶対的な不足が明確になったため、平成12年度に、「精神障害者社会復帰施設あり方検討会」を設置し、以下のとおり、整備の方向性や目標数を示した。

【社会復帰施設等の整備目標及び達成状況】

	17年度		整備の方向性	最終目標
	計画	実績		
生活訓練施設	計画	17	人口 30 万人におおむね 1所	全都 42所
	実績	10		
福祉ホーム	計画	21	人口 30 万人におおむね 1所	全都 42所
	実績	16		
グループホーム	計画	144	人口 10 万人におおむね 3所	全都 381所
	実績	112		
地域生活支援センター	計画	83	全区市町村 1所以上 (人口 30 万人を超える区市町村は複数設置)	全都 91所
	実績	46		
通所授産施設	計画	30	全区市町村 1所以上 (人口 10 万人におおむね 1所程度)	全都 150所
	実績	27		
小規模通所授産施設	計画	114	共同作業所から順次転換	全都 174所
	実績	69		
共同作業所	計画	154	小規模通所授産施設化推進	
	実績	204		

(精神障害者社会復帰施設の今後の在り方について「中間のまとめ」より)

その後の動きとしては、本年1月に「障害者地域生活支援・就労促進3か年プラン」（以下、「新3か年プラン」という。）を策定し、グループホームや通所施設等の基盤整備についての計画を示している。

また、平成14年度には、精神科救急医療情報センターを開設し、初期・二次救急に適切に結びつけるためのトリアージ⁴機能を持つ新たな体制を整備するなど、適切な精神科救急医療の提供に努めている。さらに、医療観察法の施行に関して、東京保護観察所と協力し、「東京都地域処遇ガイドライン」を作成するとともに、精神保健判定医や、入院・通院医療機関の確保をはじめとする体制の整備など、新たな課題に対する適切な対応を図っているところである。

このように、都が着実に精神保健医療福祉サービスの充実を図り、退院促進や医療観察法対応等、新たなニーズに対応するために積極的に取組を進めてきたことは、一定の評価ができるものとする。

なお、都では、平成16年度に精神科病院入院患者や担当看護師、社会復帰施設等の利用者や施設関係者等を対象に、精神保健福祉ニーズ調査を行った。その結果、例えば、入院患者は「半年以内に退院して精神病院以外で暮らしたい」と希望する者が半数余である一方、退院後の病気の再発が不安材料の第1位（約37%）であることなど、地域においても継続的な医療の提供が求められていることがわかった。都は、調査結果に表れた当事者のニーズを、住まいや日中活動の場の確保、支援体制の整備に向けた今後の施策の展開に十分反映させるべきである。

2 今後の課題と施策の方向性

これまで述べてきたとおり、東京都は、国の動向や都の現状を踏まえ、多様な施策を展開してきたところであるが、「入院医療中心から地域生活中心へ」の大きな施策の転換期を迎え、既存の施策や制度の抜本的な見直しを行う必要が生じている。そのため、本審議会では、東京都の精神保健福祉施策の課題を整理した上で、施策の方向性を次のように整理した。これらは、それぞれ独立した個別の課題ではなく、相互に深く関連する問題点であるとの認識が重要である。特に、「退院促進支援」という最も重要な施策の推進に向けては、ただ単に、精神科病院に入院しているいわゆる社会的入院患者を退院に導くだけでなく、退院後の生活の保障を軸に、自立した生活を確保するための包括的な環境整備が不可欠となる。

課題	方向性
精神科医療に対する取組が十分でない	「医療の充実」 :精神障害者を透明性の高いより良い精神科医療で支える
社会復帰及び自立と社会参加に対する取組が十分でない	「福祉の充実」 :精神障害者の自立を地域で支える
発生予防と心の健康づくりに対する取組が十分でない	「普及啓発の推進」 :心のバリアフリーとメンタルヘルスを促進する

「地域生活中心」への構造変革に向けて、今後展開すべき精神保健福祉施策

(精神保健福祉施策の構造変革について「中間答申」より)

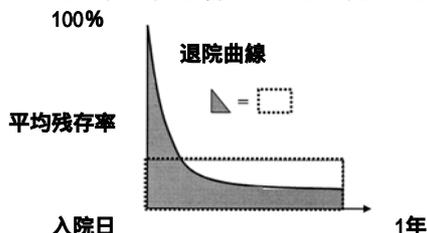
今後、国においては、自立支援法については、施行後の状況を踏まえて3年後に見直すこととしているほか、精神保健福祉法の改正が予定されているなど、大きな動きがあることが予測されている。都としても、大都市特性を踏まえた上で、随時、全都の精神保健福祉施策の進捗状況の把握・評価検証を行いながら、こうした国の動きを施策に反映させることはもとより、国を先導してきた従来の先駆的かつ積極的な姿勢で、精神保健福祉施策の充実強化に向けて取り組むことが期待される。

以上を踏まえ、精神障害者が適切な保健医療福祉サービスを受けながら、地域で安心してともに暮らせる成熟した社会の実現を目標に、『保健・医療・福祉の有機的連携による精神保健福祉施策の充実強化』を図り、中長期的な視点も踏まえながら、具体的な施策を展開していく必要がある。

【用語解説（第1章）】

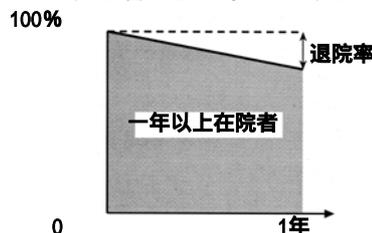
1 平均残存率（1年未満群）

1年以内の退院（残存）曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。平均残存率に毎年の新規入院患者数を乗じて得た数が1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。



2 退院率（1年以上群）

1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの。退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数が、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。



3 ジョブコーチ：主に就労の初期段階において、障害者が職場に適応できるよう、職場に出向き直接支援を行う者のこと。精神障害者の場合、仕事の補助だけでなく、当事者の心理的サポートや、職場の理解の促進という役割としての意味合いも大きい。

4 トリアージ：仏語で選り分けるという意。限られた人的・物的資源の中で、最大の効果を得るために、病気の重症度や緊急度を判定して、治療や後方転送の優先順位を定めること。災害や救急医療において用いられる。

第2章 「地域生活中心」への構造変革に向けて今後展開すべき精神保健福祉施策

第1節 東京都における退院促進の方向性

都は、退院促進支援を、いわゆる社会的入院を解消するための取組にとどめず、「将来にわたってその発生を予防する仕組みづくり」と位置付けている。

そのため、居住の場の確保と質の高い相談支援体制の整備 多様な「日中活動の場」の提供 医療中断防止対策の展開 退院の意欲を喚起する当事者活動等の取組の推進 精神科医療と地域保健福祉の具体的な連携の実践 等を柱とした包括的な精神保健医療福祉システムを機能させることが必要である。

都では、平成16年度から2年間、退院促進支援モデル事業を実施してきた。この中で、医療資源の偏在や社会資源の設置状況等の地域特性に配慮しながら、入院が長期化しつつある入院患者を対象者としたモデルと、入院中からの日中活動の場及び居住サポートとの一体的な住まいの提供により、(超)長期入院患者の退院支援を実現するモデルを設定し、一定の成果を上げている。このモデル事業については、今後、東京都で、費用対効果や医療と福祉の連携の具体的な強化方策等に関する検証を十分に行い、地域特性を踏まえた各地域での実践の普遍化や、人材の育成及び配置(ピアサポーター¹及び専門性の高いコーディネーター等)等について、早急かつ本格的に着手すべきである。特に、事業の普遍化に当たっては、

- ・各機関におけるモデル事業以外の先駆的活動も視野に入れ、入院前の居住地に安心して戻れる仕組みを普及するための関係機関連絡会の設置
- ・退院可能事例に関する評価アセスメント基準の開発や、コーディネートを担う人材の相談支援技術の向上に向けた取組

等を積極的に進めることが重要である。

また、退院促進を進めるための具体策として、現在の制度では実施できないグループホームや通所施設の入院中からの体験利用について、都として先導的な取組を行うべきである。さらに、効果的な社会復帰リハビリテーションプログラムの開発・普及や、精神保健福祉センターのアウトリーチ²手法を用いた再燃・再発予防への取組を、区市町村と密接に連携しながら進めることも重要である。併せて、これらの取組について、制度の改善や、診療報酬への反映等について、国に提案していくことも必要である。

いずれにしても、東京都の目指す「退院促進支援」すなわち「地域生活中心」の社会の実現は、精神保健福祉施策全般の構造を抜本的に変革するものである。そのためには、現在の保健医療福祉サービスの水準の維持と向上、支援力のあるコミュニティづくりが重要であり、この認識に基づき、以下の各節で施策の方向性を示す。

第2節 精神障害者の個々の状況に応じた地域支援体制の再構築

1 居住の場と相談支援体制の確保

精神障害者の地域での生活にまず不可欠なものは、ライフステージや個々の状態に応じた多様な住まいの確保と、地域での生活を支える包括的な相談支援体制の整備である。これは、退院を促進する上でも重要な要素であり、今後、約 5,000 人の退院を見込んでいる東京都としては、障害特性を踏まえ、量の確保と質の向上の両面から、計画的に整備していく必要がある。

【多様な住まいの確保】

都は、従来、東京都保健医療計画等に基づき、生活訓練施設、福祉ホーム等の社会復帰施設に加え、都市部の住宅事情を加味したサテライト型や、単身の自立生活に移行することを前提とした通過型のグループホームなどの居住の場の確保を推進してきた。平成 14 年の精神保健福祉法改正で、精神障害者居宅生活支援事業の実施主体が区市町村に位置付けられるなど、地域での住まいと居宅支援の一体的な事業展開が進められているところである。

国は、障害福祉計画の策定に際し、計画値に退院促進支援分を上乗せする指針と、精神科病床の転換による入居期限付きの退院支援施設の制度化等のインセンティブを示した。都は、こうした国の動向にも着目しつつ、平成 16 年実施の東京都のニーズ調査や退院促進支援モデル事業の結果等を参考に、住まいの場の量的な整備と、適切なサポート体制をベースとした「個」を尊重した住まいの確保を図るべきである。その際、これまでグループホームや社会復帰施設等のスタッフが行ってきた医療中断防止の取組も重視していく必要がある。

具体的には、まず、量の確保として、区市町村と協働しながら、新3か年プランの着実な推進により、未設置地区の解消を含めたグループホームの整備が必要である。また、公営住宅や民間の賃貸住宅等への入居の促進も重要である。

さらに、退院促進支援の一環としての、長期入院患者等を主な対象とした入

院中のグループホーム体験入居などについては前に述べたが、利用者の病状の悪化に伴う入院等による一時的な空室を活用する方策等、自立支援法では対応が困難な独自の施策の展開を図るべきである。

【質の高い相談支援体制の整備】

自立支援法において、最も主要な変革の一つは、相談支援事業を、当事者にとって身近な区市町村の実施に一元化し、併せて、ケアマネジメントの手法を使うことにより、公平性・透明性を保障しようとするものである。ただし、障害特性に十分配慮した支援体制の水準の確保が大前提であるといえる。

健康な状態と疾病・障害を、変動がありながらも併せ持つ精神障害者は、疾患を本人が受容することの困難さやストレスに対する脆弱性などの特性を持つ。これらの障害特性により自らニーズを表出できないケースが多く、社会から孤立した生活に陥る傾向もある。さらに、症状の幅が極めて広く、相談内容も多岐にわたることから、本人の病状・障害の理解に加え、生活体験自体の乏しさや、環境因子を加味した個別性の高い保健・医療・福祉の包括的な相談支援体制が必要不可欠である。そのため、他の障害福祉サービス提供の調整とは異なり、ニーズを表出させ見極めるなどの技法や、継続的な関わりを持つ専門性の高い人材の確保と相互連携等が必要である。今後、退院促進支援と医療中断防止の対策を本格化するためには、精神科医療機関との連携の強化や、夜間休日を含めた相談支援体制の充実、ケアマネジメントのプロセスの中で把握されたニーズを反映させた新たな社会資源の開発などが重要となる。

精神障害者への相談支援については、各区市町村が行う精神保健福祉相談の他に、現行の精神障害者地域生活支援センターが、専門的な相談支援機関として高い成果を上げている。地域生活支援センターでは、精神障害者への相談支援と併せて、オープンスペースを活用した当事者同士の交流や地域との交流、正しい知識の普及啓発の推進等、精神保健福祉活動の地域の拠点として中心的な役割を担っており、これらの活動は、精神障害者が地域で安心して自立した生活を営む上で極めて大きな意義を持っている。自立支援法の新たなサービス体系に移行した後も、こうした地域生活支援センターの機能や活動の維持及び一層の充実が求められる。そのため、都としても、専門性を重視した職員配置や相談支援機能の確保に向けて、具体的な支援方法を検討すべきである。

質の高い相談支援体制の確保は、前述した「安心できる住まい」の確保の前提として、医療的介入と一体的な相談支援（見守りも含む）や、個々の病状や

障害、ライフステージに応じた柔軟なサービス提供など、当事者や家族のみならず、地域住民も相互に安心して快適な生活が確保されるための居住サポートの一環として不可欠なものである。これは、精神障害者の地域移行や、新たな社会的入院の予防に極めて有効であり、相談支援事業が、単にサービス支給の決定に係る業務にとどまらず、真に障害者の自立と地域生活の支援のための基盤として機能するために、関係機関のネットワークや評価検証のシステムの構築を図ることも重要である。

住まいの確保は、生活者である障害者の視点から見れば、地域生活の拠点そのものの確保であることから、相談支援事業と一体的に機能させることで、精神障害者の地域生活移行支援の原動力となる。相談支援と一体的な住まいの確保策は、精神保健福祉分野が他の障害分野に先駆けて実施してきた取組であり、今般、制度化されたことにより機能強化が期待される。

2 一般就労を見据えた取組の推進と日中活動の場の確保

精神障害者が地域で暮らす上で、日中の過ごし方は重要な要素である。障害特性を踏まえ、「安心」と「流動性」をキーワードに、就労への意識の高まりを捉えた新たな施策・仕組の構築及び関係機関の連携強化と相互の資質向上と医療的ケアの視点を持つ日中活動の場の確保を図る必要がある。

【一般就労に向けた取組の推進】

「障害者が働ける社会の実現」は、自立支援法の基本理念であり、精神障害者にとっても強い願いである。国は、福祉施策と雇用施策との連携に基づいた一般就労への強力な移行の方針を示しているが、その前提として、障害特性を踏まえ、医療面のバックアップと、病状の変動に伴う弾力的なシステムの構築が急務である。また、精神障害者の就労支援において、「求職者支援」「定着・就労継続支援」「在職・休職者支援」の3つの視点を持つ必要があることは、昨年の本審議会提言でも述べたところである。

具体的に、当事者に対しては、一般就労に向けた意欲を高めるための働きかけや、それをバックアップする体制の整備と具体的な支援策の保障が重要である。その際、配慮すべき点として、

- ・病状が変動しやすく、それを本人が自覚しづらいことがあるため、医療と相談の支えが不可欠であること

・長時間労働や対人関係のストレスへの脆弱性から、短時間就労やグループ就労など多様な就労形態が必要であること

等が挙げられる。こうした障害特性等を踏まえ、精神障害を持つ人も、集団への適応を段階的に進めながら一般就労を目指し、就労後も、必要な際は、一時的なケアを含め、再度施設等での支援が受けられるような体制の整備すなわち「安心」と「流動性」の確保を積極的に進めることが不可欠である。

企業に対しては、職場における正しい理解の普及や、在職中の発症者への対応・復職支援など、プライバシーに配慮した職場のメンタルヘルスケアの充実を働きかけるべきである。必要時には、地域の社会資源・医療資源など、精神保健福祉分野の支援が受けられる体制の確立を、今後の事業の柱として展開する必要がある。あわせて、企業には精神障害者の雇用機会を拡大する努力が求められる。

国は、『福祉施設からの一般就労移行を現行実績の4倍とすることが望ましい』³との目標を立てたが、実現に向けては、例えば、新3か年プランにおいて全区市への設置がうたわれた区市町村就労支援センターと、現行の精神障害者地域生活支援センターが連携して継続した支援を行うことや、病状悪化時など必要な際には医療的介入を行うことなどが前提となる。そのため、精神保健福祉センターにおいて、疾病・障害の理解や支援方法の技術の習得、通所訓練機能を用いた職域における精神保健プログラム等の就労支援の技術の開発・普及等を本格的に実施する必要がある。また、人材の育成と適切な配置、施設外授産等の事業の推進も効果的であると考えられる。

精神障害者社会適応訓練事業については、精神保健福祉法に基づくリハビリテーションとしての位置付けの中で実施されてきており、社会資源の少ない地域における授産・訓練の機能や啓発的な役割を担ってきた実績がある。今後は、一般就労支援施策との連動も視野に入れながら、発展的に再構築を図るべきである。

【地域における日中活動のあり方】

精神障害者が、各々のニーズやライフステージに合わせて、地域生活と社会参加を行うためには、「生きる場所」としての住まいと共に、「日中過ごせる場所」「いきいきできる場所」の確保が必要不可欠である。

自立支援法においては、大きな柱の一つである「一般就労に向けた支援の本格化」に向け、障害種別ごとに制度化されていた日中活動機能が、「就労移行支援」と「就労継続支援」に再編された。あわせて、日額払いや成果主義に基づ

く報酬体系への転換を図るなど、現行の精神障害者社会復帰施設の利用実態とは大きく異なる枠組みが提示された。精神障害者にとっても、一般就労は自立への重要な形態の一つではあるが、病状が変化しやすく、様々なストレスへの脆弱性を抱えていることなどに考慮する必要がある。今後は、退院促進支援等により、新たに地域に移行するケースも多く見込まれることから、継続的な見守り支援を受けながら、「地域で生活を営み自分の生き方を自己決定する」こと自体を『自立』ととらえることも重要である。このためには、当事者交流をベースとした創作活動やレクリエーション活動等、障害特性を踏まえ、安心して通える緩やかな日中活動の場が保障されなくてはならない。

現行の、法定外の共同作業所については、障害の重症化や再発予防にも効果的な休息・憩いの場としての機能や、日常生活支援を主眼としたデイサービスの機能などの重要な役割を担ってきた。一方で、日中活動の場が、需要に対して未だ十分に応じきれていないこと、一般就労に結びつかない利用者が滞留しがちであることなどから、必ずしも個々のニーズに即した支援ができていない現状がある。今後は、退院促進に伴う入院中からの利用などの新たなニーズも視野に入れ、現行の授産機能を十分検証しつつ、法内化への移行を前提に再編を進める必要がある。その際、これまで共同作業所が担ってきた見守り等の機能が確保できるよう、十分な配慮と支援が必要である。さらに、相談支援と一体的な就労支援や、雇用部門との具体的な協働促進の視点を取り入れ、施設と企業間で、病状の変化や程度に応じた柔軟な連携を図ることが求められる。

第3節 地域精神科医療の充実と、適切な医療の提供に向けた 仕組みの再構築

1 人権を尊重した質の高い精神科医療提供と、非自発的入院 の繰り返しを防ぐ仕組みの構築

「質の高い医療こそ最大の人権保障である」との観点から、医療機関における標準的な医療機能評価に加え、精神科医療機関の取組の質を総合的に評価する尺度の開発や活用を図るべきである。さらに、非自発的入院を防止し、新たな社会的入院を生み出さない仕組みの構築に向けて、精神障害者の退院促進と地域生活をバックアップするための医療体制を確立する必要がある。

【患者の人権を尊重した医療の質の確保】

東京都における精神科入院医療は、退院率・再入院率・平均在院日数⁴等において、他府県と比較して優れた水準にある一方で、複数回の措置入院となった治療中断者・未治療者が少なくないこと等の課題がある。そこで、非自発的入院をはじめとする様々な課題の解消に向け、精神科病院の治療や取組の特性を考慮した医療の質を正しく評価する必要がある。

医療の質の評価については、現行では、医療法や精神保健福祉法に基づく事故予防及び行動制限等に限定された病院指導検査や、退院請求・処遇改善請求に伴う実地指導が主体である。また、日本医療機能評価機構において、精神科病院に関するメニューを使った病院機能評価も行われている。

こうした現状に加え、退院促進や非自発的な入院の防止を進める上で、病状やライフステージに即した連続性のある地域生活移行への取組を評価するなど、精神科医療の特性と、精神科病院に求められている機能を総合的に評価する新たな尺度が求められており、措置入院制度などを抱える精神科入院医療の特性を踏まえて、医療の質と透明性を高める方策の具体化及び評価基準の明確化が必要である。例えば、全国に先駆けて独自のガイドラインを作成・普及することも1つの有効な手段であると考えられる。さらに、将来的には、地域医療を担う精神科診療所や訪問看護ステーション等についても、地域の特性を反映させた評価基準の策定に取り組むことが望まれる。

【非自発的入院の繰り返しを防ぐ仕組の構築】

非自発的入院については、単身生活者の割合の多さ、過重労働等のストレス、コミュニティの連帯意識の希薄化等、都市部に特徴的な生活形態の影響を受けやすい実態に加えて、DUP⁵の長さや医療中断などの背景があると考えられている。今回の審議過程で明らかになったように、措置入院患者数が全国の約2割を占めており他県に比べて顕著に多いこと、措置入院を繰り返す人も多いことなどの傾向があり、これを払拭することは東京都の精神保健福祉施策にとって喫緊の課題である。そこで、必要な保健医療サービスを受けられる体制の整備や、早期受診の重要性等を広く都民に啓発していくことが重要である。例えば、都内の精神科医療資源が偏在していることにより、入院医療機関と居住地が離れる場合などは、医療中断のリスクが高くなる。そのため、入院時から地域生活移行後の継続的な相談支援体制を確保し、医療中断防止対策などの取組を行う必要がある。

なお、退院後の地域医療継続・医療中断防止の取組の一つとして、都は、今

回の法改正で、低所得世帯に対する自立支援医療（精神通院）の単独助成制度を継続した。今後は、再構築された医療費助成制度の影響を見極め、引き続き、医療及び保健福祉の多面的かつ重層的な事業展開を通じた対策の強化が望まれる。

さらに、地域での取組として、一般的な精神相談支援を行う者のスキルアップや、緊急時の対応やコーディネートにも精通した質の高い人材の養成・確保に努める必要がある。今後は、急性期の手厚い医療提供に加え、医療中断防止のリスク評価の開発や、入院中から地域に連続した支援ができる医療と福祉の共通のアセスメント手法の研究開発など、地域生活をバックアップする医療体制の確立に向け、保健医療福祉が連携して、大都市東京に特有な問題も含む様々な課題の解決に向けた取組を進めるべきである。

2 精神障害者を支える医療の様々な課題への対応

精神障害者が地域で安定した生活を送るために、病状悪化時の精神科救急医療をはじめとした様々な課題に対し、民間と行政の役割分担の明確化を図りつつ、相互に連携しながら、適切な対応を図っていく。特に、民間病院では取組が困難な医療については、都立病院が行政的医療を提供する役割を積極的に担っていくべきである。

【精神科救急医療体制の整備】

都では、増大する精神科救急医療のニーズに対応するために、都立4病院を中心に、民間病院の協力を得ながら体制の整備を図ってきた。さらに、前述したように、平成14年度から、全国でも群を抜いた精神科救急医療の需要に対応するために、救急医療情報センターでのトリアージ及び民間精神科医療機関の協力による夜間休日の初期・二次救急を導入したシステムにより、365日24時間の精神科救急医療体制を確保している。

今後は、都民の救急ニーズに適切に対応できているかなど、トリアージの結果を含むシステム全体の評価検証を行うとともに、退院促進支援のバックアップや医療中断防止、病状悪化時の早期介入の観点から、トリアージ・初期・二次救急の効果的・効率的な活用に向け、さらなる充実を図るべきである。

また、入院医療機関の少ない東部地域での医療提供の充実に向け、東部地域における措置入院指定病院の確保やモバイル救急⁶等の新たな医療提供体制の試行、空床情報ネットワークの構築など、地域性や医療の連続性等を考慮し

た医療サービスの提供を進める必要がある。

【精神科身体合併症 への対策】

都は、全国に先駆けて昭和 56 年度に精神科身体合併症事業を開始し、病状に合わせて適切に身体的疾患に対応するための医療が提供できる体制の確保に努めてきた。

しかし、・行政が病院間の調整を行うため、重症度に関する的確な判断が困難である ・夜間休日の急性憎悪等に十分対応しきれない ・特別な対応が必要な感染症患者等の受入医療機関が少ない 等の課題がある。入院の長期化による高齢者の骨折等の整形外科的処置の需要も増加している。

精神科と他の診療科の医療連携の推進のためには、身体科医療機関の精神疾患症状への対応能力の向上や、精神科医療機関における合併症診療能力・看護能力の向上への取組、都立病院を中心とした対応困難事例への行政的医療の提供等の方策を講じる必要がある。例えば、日ごろからの身体科医師へのコンサルテーション等の積み重ねにより、医療連携が自律的かつ円滑に行われている事例も少なくないことから、都として事業の評価を行うとともに、将来的には、これら地域での取組の推進により、事業の再構築を図ることも検討するべきである。

【その他の個別課題への取組】

依存症対策

依存症対策については、都は従来、アルコール依存症対策を中心に進めてきた。しかし、社会環境や家族関係の変化等により、病期が進み通常の専門治療プログラムでは対応できない困難事例が増加傾向にあること、入退院を繰り返すなど地域支援が十分でない背景がうかがえること、依存対象が多様化していることなどから、今後は、入院治療と地域支援の一体的・継続的な取組が重要である。

アルコール依存症対策については、専門病棟補助等を行ってきたが、専門的な診療所の増加や、共同作業所・セルフヘルプグループ への活動等により、病床の利用率は低下傾向にある。今後は、地域との一体的な取組の推進に向け、病床数の見直しも含め、専門病棟のあり方についての検討を行うことが望まれる。

薬物依存症対策は、薬物入手の容易さなどの大都市特性等を考慮する必要がある。専門的治療については、一般に現行の民間精神科病院では困難であり、

今後、都立松沢病院を中心とした行政的医療としての薬物専門医療の積極的な推進が強く望まれる。一方で、地域生活への移行後の生活支援・専門的リハビリテーション・自助活動への参加等による断薬が効果的であることから、包括的な支援を行えるよう体制整備を図るべきである。

小児精神科医療

多様化する小児精神疾患患者に、家族支援を含めた確かな専門的医療サービスを提供することは、次世代育成支援の観点からも重要な課題である。

都は、平成 21 年度末に、小児の「こころとからだの総合的な医療提供」を基本方針とした小児総合医療センター（仮称）の開設を予定しており、発達段階にある小児の患者の治療において、心身両面からの医療提供のメリットが期待されている。発達障害を含む小児精神科医療のニーズに的確に対応するためには、本センターにおいて、現行の都立梅ヶ丘病院で担っている医療機能の水準の維持・向上が必要である。さらに、学校や子ども家庭支援センター等地域の支援機関及び就労先の企業等とのネットワークづくりなど、教育・福祉・労働分野との一体的な施策展開も重要である。

また、小児精神科専門医の不足は、全国的な課題となっている。国が平成 17 年度に示した小児精神科を担う医師の人材育成・確保の方針を踏まえ、都としても、着実な推進を国に働きかけるとともに、研修実施への協力など、適切な対応が図られるよう努めるべきである。

精神症状を伴う高齢者認知症医療対策

都は、精神保健福祉センターの高齢者精神医療相談班によるアウトリーチ活動を通じ、介護者や支援機関への助言や技術的支援を行うとともに、特に精神症状が重篤な患者の治療のための専門病棟の整備を行うなど、相談支援と専門医療の一体的な提供を進めてきた。これは、今後の精神保健医療福祉活動の一つのモデルとして評価される。

しかし、病床利用率が増加していることや、病状が安定しても高齢者介護施設や家庭への移行が困難であること、病状悪化により入退院を繰り返す例もあることなど、課題も多い。そのため、高齢者施策や地域支援施策との連携の強化などにより、住み慣れた場所で必要な医療サービスを受けながら、安心して生活できる仕組みの構築に向け、総合的な対策が必要である。

医療観察法

都は、本法施行に向けて、適切な対応ができる体制を整備するため、様々な調整を行ってきた。

医療観察法は、指定入院医療機関における多職種チームによる手厚い医療的活動と、地域生活への移行とその後の生活を支える社会復帰調整官によるコーディネートを核としている。これは、入院中から地域処遇への継続的なケアの提供を特色としており、都の課題である非自発的入院を繰り返さないための施策の充実強化に向けたモデルとなる。

今後も、地域処遇に移行するケースの増大が見込まれることなどを踏まえ、国の整備状況をみながら、都立病院を本法の指定医療機関として整備するとともに、鑑定や指定通院医療機関等の協力病院等のさらなる確保を進めるなど、観察中及び観察終了後の医療中断を防止する環境を整備する必要がある。

第4節 精神障害者の生活を支える質の高い人材の育成

今後、重点的に都が取り組んでいく退院促進支援や地域生活支援体制の強化に向けて、当事者のエンパワメントの視点を重視しながら、様々な分野における質の高い人材の育成と確保が不可欠である。そのために、精神保健福祉センターを中心とした人材育成の充実強化と人材の活用を積極的に進める必要がある。

【ケアマネジメントを担う人材の育成】

自立支援法の施行に伴い、障害者支援にもケアマネジメントの手法が取り入れられることになった。障害者の地域生活を支援する上でケアマネジメントの手法による支援は大きなポイントになるが、精神障害者のケアマネジメントを行うには、障害特性の正しい理解が前提となる。特に、精神障害者の場合、現行のアセスメント項目では精神障害特有の生活の不自由さや医療の必要性が反映されにくく、適切な支援につながりにくいことが指摘されている。そのため、前述したとおり、ケアマネジメントを担う担当者等が、精神障害の特性を正しく理解した上で、当事者の真のニーズを適切に判断し、マネジメントを行うことが重要であり、例えば、地域における医療継続、社会資源のあっせん調整、就労支援など、専門的かつ幅広い視点を持ったマネジメントの能力と技術が必要とされる。

都は、ケアマネジメントを担う支援者等の養成研修のあり方や実施方法につ

いて検討を進めるなど、ケアマネジメントを的確に行える質の高い人材の育成に向けた取組を積極的に展開すべきである。

【多様な人材の育成と資質向上】

保健所や精神保健福祉センター等で行っている精神保健に関する相談に加え、今年度から、専門職による「夜間こころの電話相談」を本格実施するなど、都ではこれまでも、関係機関と連携しながら、利便的かつ重層的な体制を整備しているところである。精神障害者の地域生活を支えるため、病状や生活上の問題についての相談を受ける際には、内在するニーズを正しく捉え、必要があれば適切に医療に結びつけるなどの確に対応できる体制を整備することが不可欠であり、そのための質の高い人材育成が急務である。

自立支援法の施行により、今後は、これまで精神障害者の支援にあまり関わってこなかった相談支援機関等も、精神障害者の多様な相談支援を担うことになる。また、相談支援事業者のみならず、ホームヘルパーやグループホームの職員などについても、医療的な視点を持った日常的な見守りを行う能力が必要とされる。そのため、福祉サービスを担う幅広い人材に対する精神障害・疾患に関する正しい理解と適切な支援技術の習得に向け、精神保健福祉センター等での研修機能の強化を図るべきである。

さらに、障害特性も踏まえた適切な相談支援を実現するためには、その人のライフステージや生活環境等に応じ、児童や高齢者福祉、職域や、地域の民生委員、ボランティアなど、多様な分野における人材育成と連携が必要であり、精神保健福祉センターを中心に、取組の強化を図る必要がある。

退院促進支援に向けて、医療中断及び非自発的入院の防止や、リハビリテーションの実施など、地域支援も視野に入れた多様な医療ニーズに的確に対応できる医療人材の育成も重要な課題である。都は、引き続き、関係機関の協力を得ながら、自己研鑽を含む研修のあり方について、検討を進める必要がある。

【当事者の参画の促進と人材育成】

退院促進を含めた精神障害者の自立支援や、早期発見・医療中断防止等の取組の場面において、ピアカウンセリング⁹・ピアサポート・ピアエデュケーション¹⁰等の当事者活動は重要な役割を持つ。とりわけ、退院促進においては、長期入院患者等の退院への意欲の喚起や自信回復に大きな成果を挙げている。

今後、さらに多くの場面で当事者の力が必要となることなど、資質の向上を図る必要性が指摘されているが、当事者の主体性を尊重しつつ、当事者の社会

参加への意欲の向上と、自己決定に基づく活動への具体的な支援を通じて、当事者活動のさらなる質の向上に向け、都もバックアップしていくべきである。

また、セルフヘルプ活動への参加も、精神障害者の地域での安定した生活の継続に有効であることから、当事者の参画を促すとともに、活躍の場の拡大を図る必要がある。あわせて、当事者活動を活性化させるため、支援者の育成も重要である。

なお、精神障害を持つ人々を、入院医療中心から地域生活中心に変革した医療保健福祉サービスの下で支えるためには、身近でケアしている家族への支援が欠かせない。家族心理教育をはじめとする家族支援は、再発予防やリハビリテーションの効果を高める上で有効であることも立証されている。今後も、家族教室の開催や相談支援体制の整備、危機時の家族支援の仕組みづくり等を通じて、家族に過大な責任を背負わせないように注意しながら、関係機関が連携して家族会活動を支援するなど、家族の多様なニーズに応える必要がある。

第5節 新たな普及啓発活動の展開と心の健康づくり

精神障害を持つ人も持たない人も、地域で共に安心して生活できる社会の構築と、予防対策を重視した心と体の健康づくりの推進に向け、新たな普及啓発活動と心の健康対策を一体的に展開する必要がある。

【精神疾患・精神障害の正しい理解の促進に向けた新たな普及啓発活動の展開】

地域生活への移行を進める上で、疾患・障害の理解不足や誤解に基づく心のバリアを取り除くことにより、偏見と差別の解消を図ることが、精神障害者が地域で安心して暮らせる土台を作るための大前提であり、そのための効果的な普及啓発活動は重要な意義を持つ。都は従来から、講演会や刊行物、ホームページ等を活用した普及啓発を実施してきた。こうした取組に加え、今後は、精神疾患が誰でもかかりうるものであることを知り、早期受診や相談等のセルフケアに結びつける実効的な普及啓発の手法を導入するべきである。

昨年度の審議会提言を踏まえ、都は今年度から、「学校での新たな普及啓発」の第一歩として、公立学校教職員対象の研修を一部プログラム化する。この中で、早期の適切な治療の重要性や、ノーマライゼーションの理念を伝えることにより、精神疾患の正しい理解と心の健康づくりについての啓発を進める。

また、将来的に、児童・生徒を対象にした理解促進の学習へ結びつけることを見据え、都は、副読本の開発・活用や、学校へのコンサルテーションなど、

教育機関と精神保健福祉センターの連携等により、具体的なアプローチを行う必要がある。こうした学校での取組を進めることにより、地域住民やコミュニティへの理解・支援の輪の広がりも期待される。

さらに、精神障害者の雇用促進や、職場のメンタルヘルス問題等についても、重点的な社会啓発の必要がある。障害者の就労支援に当たっては、事業主や雇用担当者、就労後の上司や同僚等の理解と協力が不可欠であるため、障害特性や対応方法などの正しい理解の促進に向け、企業・労働部門に対する精神保健福祉分野からの積極的な働きかけが重要である。

マスメディアによる啓発は、多数の対象者に多くの情報をすばやく伝えることができるという点で、優れた普及啓発の媒体となりうることから、精神保健福祉に関する新たな取組の紹介など、メディアの効果的な活用により情報提供を進めるべきである。一方で、精神障害者への偏見を助長することがないよう、十分な配慮を求めていくことも必要である。

【心の病気の予防に向けた心の健康づくりの充実強化と、早期の精神科医療の提供体制の確保を念頭においた心の健康対策の充実】

精神疾患については、治療面からも地域生活支援の面からも、必要な際に早期に医療サービスを提供できる体制の確保が極めて重要である。精神疾患が誰でもかかりうる病気であることを広く都民が認識することで、発症の予防と、必要な医療に結び付けるための連携の強化が図られ、発症から最初の受診までにかかる未治療期間の短縮化に向けた仕組みづくりを行うことが可能となる。

心と体の健康づくりを包括的に推進する視点も不可欠であり、そのためには、「疾患についての正しい理解」と「本人や周囲の早期の気付き」が前提となる。都は、「東京都健康推進プラン21 後期5か年戦略」の中でも、新たに「こころの健康づくり」を重点戦略の一つとし、うつ予防を目指すなど対応を強化する方針を示した。今後は、正しい理解の促進のため、新たな普及啓発との一体的な展開が求められている。

さらに、社会問題化している自殺や、子どもの心の問題、児童虐待、DV、PTSD¹¹などのメンタルヘルス対策への取組も強化する必要がある。

なお、普及啓発と予防対策の一体的な推進に当たっては、効果的な情報提供や適切な関係機関の連携のための実質的なネットワークの形成が重要である。個人の人権に十分配慮し、都と区市町村の役割分担に基づきながら、各地で『心の健康を支えるコミュニティ』が形成できるよう、関係機関との連携を強化するべきである。

【用語解説（第2章）】

- 1 ピアサポーター：問題解決に取り組むために、同じ障害を持つ仲間として、他の当事者を支援する当事者のこと。
- 2 アウトリーチ：医療・保健・福祉のサービスとの関わりが困難な人に対して、多職種メンバーがチームで積極的に向き、信頼関係を構築しながらサービス利用の動機付けや必要なサービスの提供等を行うこと。
- 3 「障害福祉サービス及び相談支援並びに都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（平成18年厚生労働省）より。
- 4 平均在院日数：病院ごとや都道府県ごとなど、一定の単位における、患者が入院してから退院するまでの期間の平均値。
- 5 DUP (Duration of Untreated Psychosis)：精神病未治療期間のこと。症状が始まって初めて専門家の診察を受けるまでの期間を示す。
- 6 モバイル救急：医療の必要がありながら自ら受診できないケース等のニーズに応えるために、精神科医師、看護師等で構成する医療チームが、患者の自宅等へ出向いて初期救急程度の医療を提供すること。
- 7 精神科身体合併症：精神障害者が、肺炎、骨折、糖尿病等の身体疾患を併発した状態。
- 8 セルフヘルプグループ：共通の体験を持った当事者の集まり。メンバーの上下関係がないこと、政治宗教的営利活動を目的としないことなどを特徴とする。グループにサポーターが関わることもあるが、運営の主体はあくまで当事者自身である。癌、依存症、HIV等の多様なグループがある。
- 9 ピアカウンセリング：同じ立場・同じ悩みや障害を持つ人などが、仲間として、当事者の訴えの傾聴や当事者への情報提供を行うことにより、正しい知識・スキル・行動を共有しあい、当事者が自分の問題を自分で解決していける自己決定や問題解決の能力を高めることを支援する活動。
- 10 ピアエデュケーション：同じ立場・同じ悩みや障害を持つ仲間から、個人の持つ悩み・不安などに対処できる知識や能力を得るいわゆる仲間教育。ヘルスプロモーションの理念に基づく健康教育手法のひとつで、ピアエデュケーター自らの振り返りによる成長も期待できる。
- 11 PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)：心的外傷後ストレス障害。自然災害、人為災害、犯罪被害等の後に生じる特徴的な精神障害のこと。自分が意図しないのに出来事が繰り返し思い出され、体験のときに感じた苦痛がよみがえったり、物音や刺激に対して敏感に反応したり、不眠やイライラが続いたりする症状がある。

第3章 新たな施策を実現するための体制整備とさらなる課題

第1節 関係機関の役割分担と連携強化

前節までに、精神保健福祉施策の方向性について述べてきたが、今後、抜本的な構造変革を目指して具体的な施策を展開していくためには、関係機関の役割分担の下、強力な連携体制を整備する必要がある。

特に、自立支援法においては、福祉サービスの実施主体が区市町村であることが明記されているが、これは、従来の精神保健福祉分野にとっては大きな変革である。そこで、区市町村中心の新たな体制の整備と、これをバックアップするための仕組みづくりが喫緊の課題である。

さらに、精神障害者の地域生活の支援には、民間の社会復帰支援施設等が大きな役割を果たしてきていることから、自立支援法への移行に際し、今後の支援のあり方を早急に検討する必要がある。

精神障害者の地域での自立した生活を支えていく上で、これら関係機関の役割分担のもと、連携をとりながら施策を進めていくことが重要である。

1 区市町村の役割

これまで法体系上では、当事者に対する支援については区市町村の役割が明確にされてこなかったが、自立支援法では、福祉サービスについては、身近な区市町村が実施主体となることが明確に提示された。しかし現状では、社会資源の整備やホームヘルプサービス等の居宅支援の実施状況等、福祉施策は地域によって整備状況の違いがみられるため、サービスの充実に向けた計画的な体制整備が喫緊の課題である。

また、ケアマネジメントの手法を活用した相談支援体制の整備も区市町村の大きな役割である。精神障害者に関しては、障害程度区分認定には反映されにくい生活のしづらさなどの特性を踏まえ、保健・医療との密接な連携、病状悪化時等の危機管理対応等、現行の精神障害者地域生活支援センターが持つ専門性や機動力を引き続き活用しながら、地域生活支援体制の充実強化を図っていく必要がある。

特別区の精神保健福祉施策については、従来は保健衛生部門や保健所を中心として進められてきたが、現在では障害部門と保健衛生部門の役割分担や連携体制が区ごとに異なっている。今後も引き続き、地域の実情に沿った形で、精

神保健福祉施策を一体的に進める必要がある。その中で、保健医療職の専門性を活かしながら、障害特性を踏まえた対応のあり方や正しい知識の普及など、精神保健福祉施策の推進を図るべきである。

さらに、区市町村は、医療機関や精神保健福祉センターとの連携を強化し、未受診者の受療促進、医療中断防止の視点を持った支援を意識的に進めること、教育・労働部門とも積極的に連携を進めることなど、当事者や家族にとって最も身近な地域での包括的な支援体制の整備を促進する必要がある。

2 東京都の役割

区市町村主体の福祉サービスの充実強化を進めるためには、広域的な支援や危機管理を含む保健・医療のバックアップが不可欠である。そのために、都は、社会資源とサービス提供の現状を把握し、地域特性を踏まえた施策の実施に向けて、的確な区市町村支援を行うことが大原則である。社会資源が不足している地域については重点的に支援を行うなど、都と区市町村が連携して、都内全域の施策の底上げを図るべきである。

また、自立支援法の施行により、区市町村を実施主体として、3障害一体的に福祉サービスの提供を行うこととなったが、その前提として、前章で述べたとおり、いわゆる社会的入院患者の退院促進や、医療中断や非自発的入院を防止するための障害特性を踏まえた相談支援体制の整備など、民間医療機関の協力も得ながら、保健・医療の視点をもった専門性の高い支援を行うことが重要となる。そこで、精神科救急医療対策や退院促進支援事業等の充実強化を図るとともに、精神保健福祉センターや保健所等において、質の高い人材育成、困難事例への対応、就労支援の仕組づくりを進めるなど、精神障害者の地域での安心した生活の確保に向け、全都的な取組を進める必要がある。

さらに、東京都の特性を踏まえた障害福祉計画の策定を含め、自立支援法の新サービス体系への移行に向けて、サービスの実施主体である区市町村等への支援について、具体的な検討を早急に進めるべきである。

精神保健福祉センターの役割

精神保健福祉センターにおいては、これまでも、退院促進や思春期問題等、先駆的な事業展開を行ってきた。さらに、中部、多摩の各センターでは、リハビリ機能を持つ総合センターとしての役割を担っているところであるが、今般の法改正に伴い、制度や事業実施主体が大きく変化する中で、民間団体等での取組の拡がりも考慮し、精神保健福祉センターの役割も見

直す必要がある。

具体的には、

- ・ 企画調査機能を強化し、ニーズや基礎データを調査分析しながら、区市町村での取組が困難な事業等について、先駆的・試行的に実施し、ノウハウを蓄積する。その評価分析を行い、可能なものは、地域特性を考慮しながら、普遍化して地域に普及していく。
- ・ 地域支援機能を強化し、多様な専門職配置のメリットを活かし、アウトリーチ的手法を活用するなど、区市町村支援及び複雑困難事例への支援を重点的に行う。医療観察法の地域処遇における拠点の一つとしての役割も重要である。
- ・ 人材育成機能を強化し、新たな相談支援や就労支援等、未だ精神障害者への取組が十分でない場面において、障害特性・社会資源等の正しい知識や対応方法などの技術的なノウハウの普及を積極的に進める。

等の取組が求められている。

また、精神保健医療の専門機関として、区市町村の取組や社会資源の整備状況等を考慮した上で、スーパーバイザーとしての役割を担うべきである。特に、社会資源が総体的に希薄な東部地区については、社会資源や区市町村での取組の状況を考慮した上で、機動的な取組を積極的に行うなど、精神保健福祉センター全体の機能の見直しも踏まえた事業展開を進める必要がある。

保健所の役割

都の保健所は、現在、二次保健医療圏におおむね1か所配置されており、医師や保健師等の専門職の活用により、保健・医療全般にわたる専門相談や、市町村及び関係機関・団体に対する専門技術的支援、ボランティア等の地区組織育成、普及啓発など、直接的・間接的な支援を行うことが重要である。

同時に、未受診者の受療促進・医療中断防止への取組や、医療観察法対応、その他困難事例に対する技術的支援など、地域における保健・医療・福祉のコーディネーターとしての役割が求められている。市町村、医療機関、福祉関係機関、民間団体・事業者等の調整など、広域的な視点をもって地域のネットワーク形成を進めていくべきである。

都立病院の役割

都立病院は、民間では対応が困難な医療の提供を中心に、都における精神科医療の拠点としての役割を担うべきである。その中で、特に都立松沢病院については、今後病院の再編整備を進める上で、専門的医療の提供はもとより、精神疾患の発生予防や発症後の早期受診への対応、医療中断防止への取組の推進など、都の精神保健福祉施策と一層緊密な連携を図るべきである。

3 民間の社会復帰・相談支援機関等の役割

精神障害者の地域福祉サービス提供や相談支援については、これまでも、社会福祉法人やNPO法人等の民間支援機関が大きく貢献してきた。自立支援法施行後も、引き続き民間支援機関に期待される役割は大きく、これまでの取組や実績を十分に踏まえ、区市町村との連携の強化を図りながら、新たなサービス体系への移行を進めるべきである。その際、急激な変化は、運営基盤が脆弱な施設の存続に影響し、ひいては精神障害者の支援体制の基盤の弱体化にもつながることが懸念される。そこで、民間支援機関に対する新サービス体系への移行や経営基盤の強化、サービスの質の向上等について、都や区市町村が積極的に支援していくべきである。

4 教育・労働関係機関等の役割

教育機関については、教職員や児童・生徒、保護者等に対して、精神障害・疾病の正しい理解を伝えていくことが期待される。多くの都民の、精神障害の特性に関する正しい理解は、誰もが暮らしやすい社会の実現への第一歩となる。

就労支援機関や労働関係機関、企業等については、精神障害・疾病の正しい理解と適切な対応技術を習得し、精神障害者の雇用や企業内のメンタルヘルス対策の向上等に取り組むことが期待される。働きながら地域で生活する精神障害者や、企業等で働く精神疾患を持つ都民が、疾病の再発を予防しながら安定した生活を送るためには、労働関係機関や企業の理解と支援が不可欠である。

今後一層、様々な分野が有機的に連携し、精神障害者への支援に積極的に関与することが重要であり、未だ十分とはいえない精神障害・疾病の特性の正しい理解や適切な支援技術の習得など、精神保健福祉分野からの強い働きかけにより、施策の一層の推進が期待できる。

第2節 国への提案

精神保健福祉施策を一層推進するために、都は、国に対して効果的に提言・提案を行っていく必要がある。

例えば、自立支援法において、事業を始める段階において、様々な課題が表出してくると予測される。これらを評価分析し、見直すべき点や強化すべき部分は適宜適切に国に提案するなど、我が国全体の精神保健福祉施策の向上のための働きかけを、都が積極的に行うことが重要である。

また、精神障害者の地域移行を進めるためには、精神科医療機関が「入院医療中心」から「地域生活中心」への大きな方向転換に積極的に取り組めるよう、新たな仕組みづくりや入院医療機関の機能の見直し等が求められている。医療法における特例配置基準の廃止、新たな課題に対応するための人員配置等の診療報酬の改善、病床機能分化及び病床削減等、質の高い入院医療と退院促進に伴う地域医療への移行を促進するための対応策について、経営基盤の確立も含め、都は国に強く促していくべきである。

さらに、専門職の育成、効果的な普及啓発活動、救急医療体制の充実等、地域の実情に沿った施策の充実が求められている分野も多くあるため、財政的な支援も含め、今後の精神保健福祉施策のあるべき姿を国に示していくことも、都としての責務であると考えられる。

おわりに

本審議会は、諮問以降、医療観察法や自立支援法が施行されるなどの大きな変革期にあつて、精神保健福祉施策の構造変革に向けて、退院促進と地域生活支援をキーワードとして、多岐にわたる課題について審議を重ねてきた。

この答申の中で、いわゆる社会的入院患者の退院を促進し、自立した地域生活を実現するために、「地域の安心した生活の確保」及び「非自発的な入院を繰り返さない体制の整備」と一体的な退院促進支援を積極的に進めることを大きなテーマに掲げた。

具体的には、これまで、都が種々の精神保健福祉施策を国に先んじて行ってきた経緯を十分に踏まえたうえで、

- ・ 質の高い日常的な相談支援体制と個の尊重を前提とした住まいの提供
- ・ 就労への取組の強化と障害特性を踏まえた日中活動の場の確保
- ・ 安心して地域生活を送るための医療体制の充実と質の確保
- ・ 地域生活を支える多様な人材の育成と当事者活動への支援の強化
- ・ 地域でともに暮らすための心のバリアの解消と心の病気の予防を目指した具体的な普及啓発活動の推進

等、「入院医療中心」から「地域生活中心」へという基本理念の早期実現に向けた施策を積極的に展開すべきであることを示した。

さらに、診療報酬等の適切な評価や、自立支援法における制度の改善など、都が国に対して提案すべき事項についても盛り込んだ。

すでに、東京都では、中間答申以降、普及啓発や就労支援など、事業化に向けて第一歩を踏み出している施策もあり、こうした東京都の積極的な姿勢は今後も保持していくべきである。

今後、東京都が、本審議会の答申の趣旨を踏まえ、精神障害を持つ全ての人々が安心して暮らせる社会の早期の実現に向けて積極的に取り組むとともに、残された課題の解決に向けて、さらに検討を進められることを強く希望する。

(このページは白紙です。)

審 議 経 過

開催年月日	会 名 称	検 討 項 目
15年12月16日	審議会(第1回)	「精神保健福祉施策の構造変革について」諮問
16年1月20日	第一部会(第1回)	退院促進支援システムの構築について
16年2月25日	第三部会(第1回)	部会長・副部会長選任、課題整理
16年2月25日	合同部会(第1回)	「東京都精神保健ニーズ調査」について
16年2月27日	第二部会(第1回)	新たな類型の精神障害者社会復帰施設等の整備について
16年3月25日	第三部会(第2回)	当事者による相談支援活動について
16年5月6日	第二部会(第2回)	新たな類型の精神障害者社会復帰施設等の整備について
16年5月11日	第一部会(第2回)	精神科救急医療体制の充実について
16年6月21日	第二部会(第3回)	社会復帰施設等の効果的運営と連携強化について
16年6月30日	第一部会(第3回)	精神科救急医療体制の充実について
16年7月12日	第二部会(第4回)	社会復帰施設等の効果的運営と連携強化について
16年7月14日	第三部会(第3回)	当事者による相談支援活動について
16年8月17日	起草委員会(第1回)	中間答申(案)について
16年12月14日	起草委員会(第2回)	中間答申(案)について
16年12月22日	審議会(第2回)	中間答申(案)について・中間答申
17年3月22日	合同部会(第2回)	『提言』の実施とそれに伴う検討スケジュールの変更について
17年5月10日	第一部会(第4回)	行政医療の充実について
17年5月11日	第三部会(第4回)	普及啓発の新たな取組について
17年5月23日	第二部会(第5回)	就労支援システムの構築について
17年6月20日	第三部会(第5回)	普及啓発の新たな取組について・心の健康対策の充実について
17年6月27日	第一部会(第5回)	行政医療の充実について・地域医療を支える新たな仕組みの構築について

開催年月日	会名称	検討項目
17年7月20日	第二部会(第6回)	就労支援システムの構築について・住まいの確保について
17年7月29日	第三部会(第6回)	地域での人材の養成・確保について
17年8月24日	起草委員会(第3回)	提言(案)について
17年9月2日	起草委員会(第4回)	提言(案)について
17年9月15日	審議会(第3回)	提言(案)について
17年10月31日	-	提言
17年11月17日	第二部会(第7回)	新たな地域生活のあり方について
17年12月2日	第一部会(第6回)	地域医療を支える新たな仕組みの構築について
17年12月5日	第三部会(第7回)	社会的入院を発生させない仕組みの構築について
17年12月21日	第二部会(第8回)	新たな地域生活のあり方について
18年1月13日	第一部会(第7回)	地域医療を支える新たな仕組みの構築について
18年1月26日	第三部会(第8回)	社会的入院を発生させない仕組みの構築について
18年6月5日	起草委員会(第5回)	最終答申(案)について
18年6月21日	起草委員会(第6回)	最終答申(案)について
18年6月30日	審議会(第4回)	最終答申(案)について・最終答申

東京都地方精神保健福祉審議会委員名簿

(五十音順・敬称略)

	氏名	現職	備考
会長	原田 憲一	財団法人日本精神衛生会理事長	
委員	池 末 亨	東京都精神障害者家族会連合会副会長	
委員	江 畑 敬介	江畑クリニック院長	
委員	遠 藤 俊一	社団法人東京都医師会(前代議員会議長)	
委員	串 田 克巳	東京都議会議員	平成17年8月から
委員	小美濃 安弘	東京都議会議員	平成17年7月まで
委員	窪 田 彰	前東京精神神経科診療所協会会長	
委員	小金澤 正治	東京都精神障害者団体連合会	
委員	近 藤 太 郎	社団法人東京都医師会理事	平成18年5月から
委員	今 村 聡	社団法人東京都医師会理事	平成18年5月まで
委員	斉 藤 順 子	市町村代表(調布市子ども生活部長)	
委員	白 石 弘 巳	東洋大学ライフデザイン学部教授	
委員	寺 谷 隆 子	社会福祉法人JHC板橋会理事長	
委員	土 居 葉 子	東京家庭裁判所判事	平成18年4月から
委員	近 藤 文 子	東京家庭裁判所判事	平成18年3月まで
委員	中 西 好 子	特別区代表(江東区保健所長)	
委員	藤 井 克 徳	社会福祉法人きょうされん常務理事	
委員	松 下 正 明	前東京都立松沢病院院長	
委員	松 村 英 幸	社団法人東京精神病院協会会長	
委員	水 野 雅 文	東邦大学医学部教授	
委員	宮 本 真 巳	東京医科歯科大学大学院教授	
臨時委員	伊勢田 堯	東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長	
臨時委員	川 関 和 俊	東京都立中部総合精神保健福祉センター所長	
臨時委員	佐々木 昭子	東京都立精神保健福祉センター所長	
臨時委員	高 口 英 茂	株式会社クリオ代表取締役	
臨時委員	長 瀬 輝 誼	医療法人社団東京愛成会高月病院院長	
臨時委員	羽 藤 邦 利	代々木の森診療所院長	
臨時委員	三 浦 勇 太	新宿東メンタルクリニック院長	
臨時委員	吉 田 泰 好	独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター職業センター開発課長	

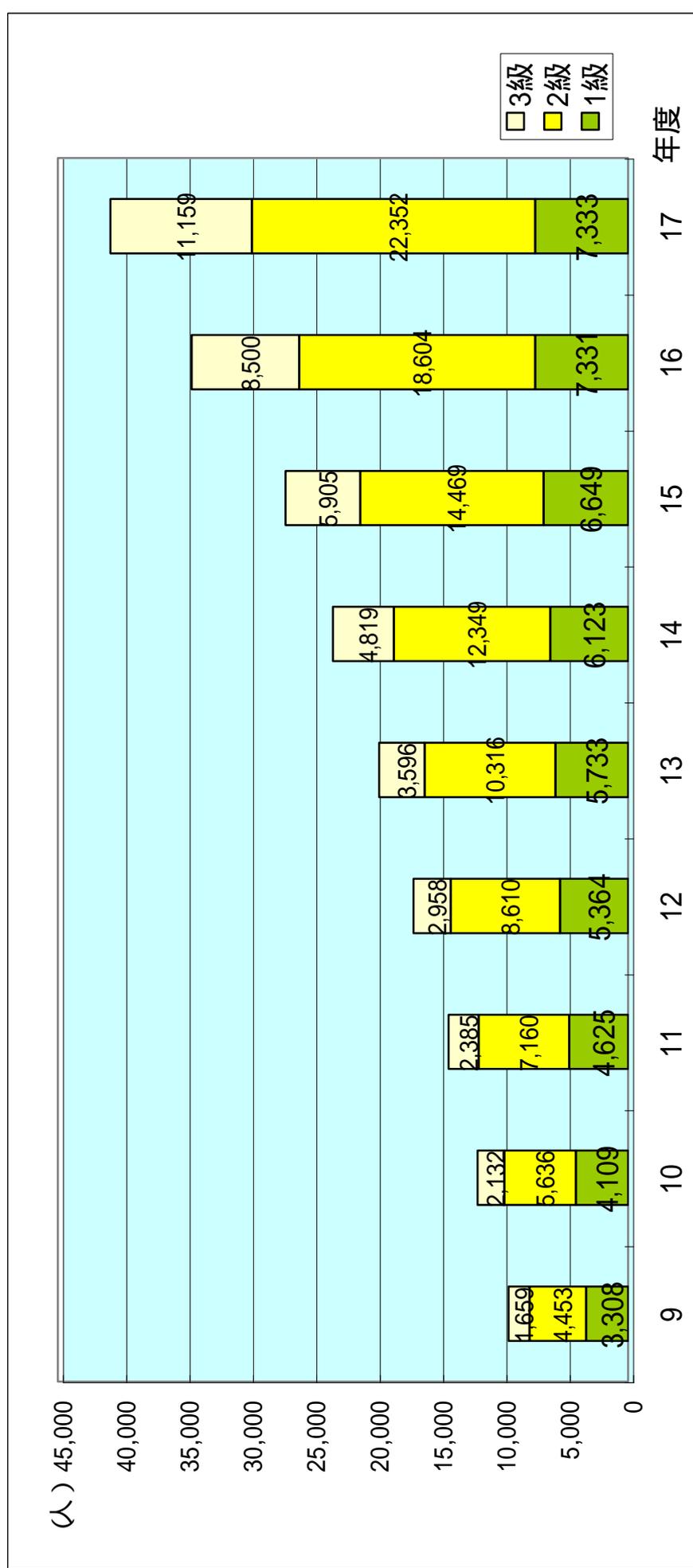
- (注) 1 . . . :第一・第二・第三部会長
 2 . . . :第一・第二・第三部会委員
 3 :起草委員

資 料

(この ページ は 白紙 です 。)

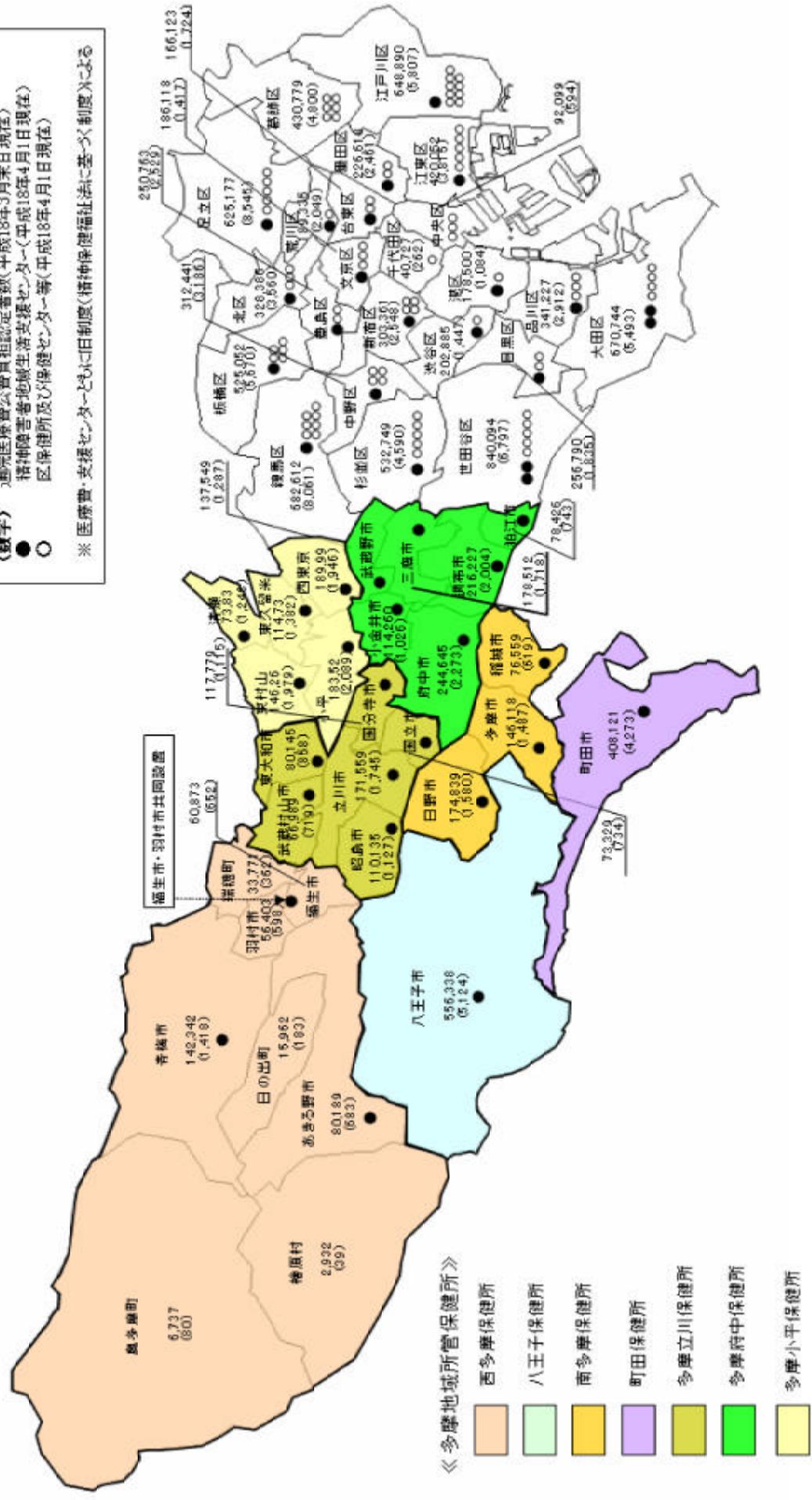
精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移【東京都】

年度	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 級	3,308	4,109	4,625	5,364	5,733	6,123	6,649	7,331	7,333
2 級	4,453	5,636	7,160	8,610	10,316	12,349	14,469	18,604	22,352
3 級	1,659	2,132	2,385	2,958	3,596	4,819	5,905	8,500	11,159
総 数	9,420	11,877	14,170	16,932	19,645	23,291	27,023	34,435	40,844



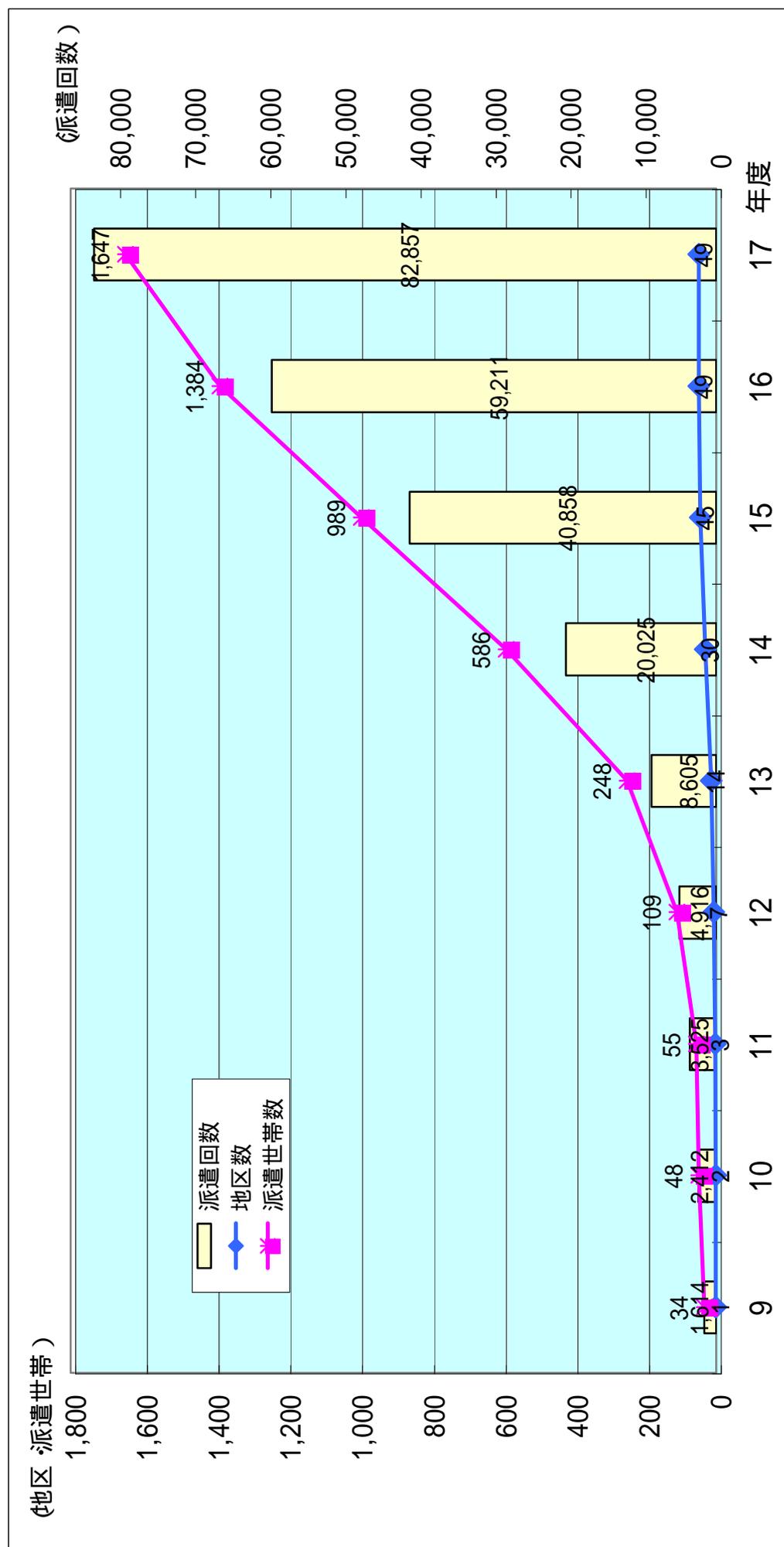
各区市町村における医療費承認者数及び相談支援機関の状況【東京都】

【凡例】
 数字 各区市町村の人口(平成17年8月現在)
 (数字) 通院医療費公費負担認定者数(平成18年3月末日現在)
 ● 精神障害者地域生活支援センター(平成18年4月1日現在)
 ○ 区保健所及び保健センター等(平成18年4月1日現在)
 ※ 医療費・支援センターおよび日制度(精神保健福祉法に基づく)制度による



精神障害者ホームヘルプサービス 年度別実績の推移【東京都】

年度	9	10	11	12	13	14	15	16	17
地区数	1	2	3	7	14	30	45	49	49
派遣世帯数	34	48	55	109	248	586	989	1,384	1,647
派遣回数	1,614	2,412	3,525	4,916	8,605	20,025	40,858	59,211	82,857



東京都夜間休日精神科救急医療の流れ【東京都】

本人 家族 警察 救急隊 医療機関

東京都保健医療情報センター（ひまわり）

< 受付 24 時間：自動音声案内 >

通報連絡員

東京都非常勤職員

< 時間 > 平 日：17時～翌9時
土休日：24時間
< 業務 > 24条通報受理・他
専用電話番号でも受けている

保健医療公社
非常勤職員等
< 業務 >
医療機関案内
医療情報提供等

24条通報

24条通報以外
の精神科相談

相談希望

精神科救急医療情報センター

メンタルケア協議会非常勤職員
(+オコロールの医師)

< 時間 > 平 日：17時～翌9時
土休日：24時間
< 業務 > 救急患者のトリアージ
精神科医療情報提供等
関係者とは専用電話番号で連絡
消防庁救急司令センターからは専用
電話番号でも受けている

警察

24条通報

精神科緊急医療

(緊急措置入院等)

< 時間 > 平 日：17時～翌9時
土休日：9時～翌9時
< 受入先 > 都立4病院 各4床 / 日
(墨東・豊島・松沢・府中)
緊急措置入院の場合は、72時間以内に
措置診察が行われ、民間の指定病院・
後方病院へ転送される

精神科二次救急医療

(入院医療)

< 時間 > 平 日 土：17時～翌9時
休 日：9時～翌9時
< 受入先 > 民間2病院 (輪番制)
多摩1床 / 日、区部2床 / 日
東京都精神病院協会の協力
身体合併症 都立病院、大学病院等
(輪番制)

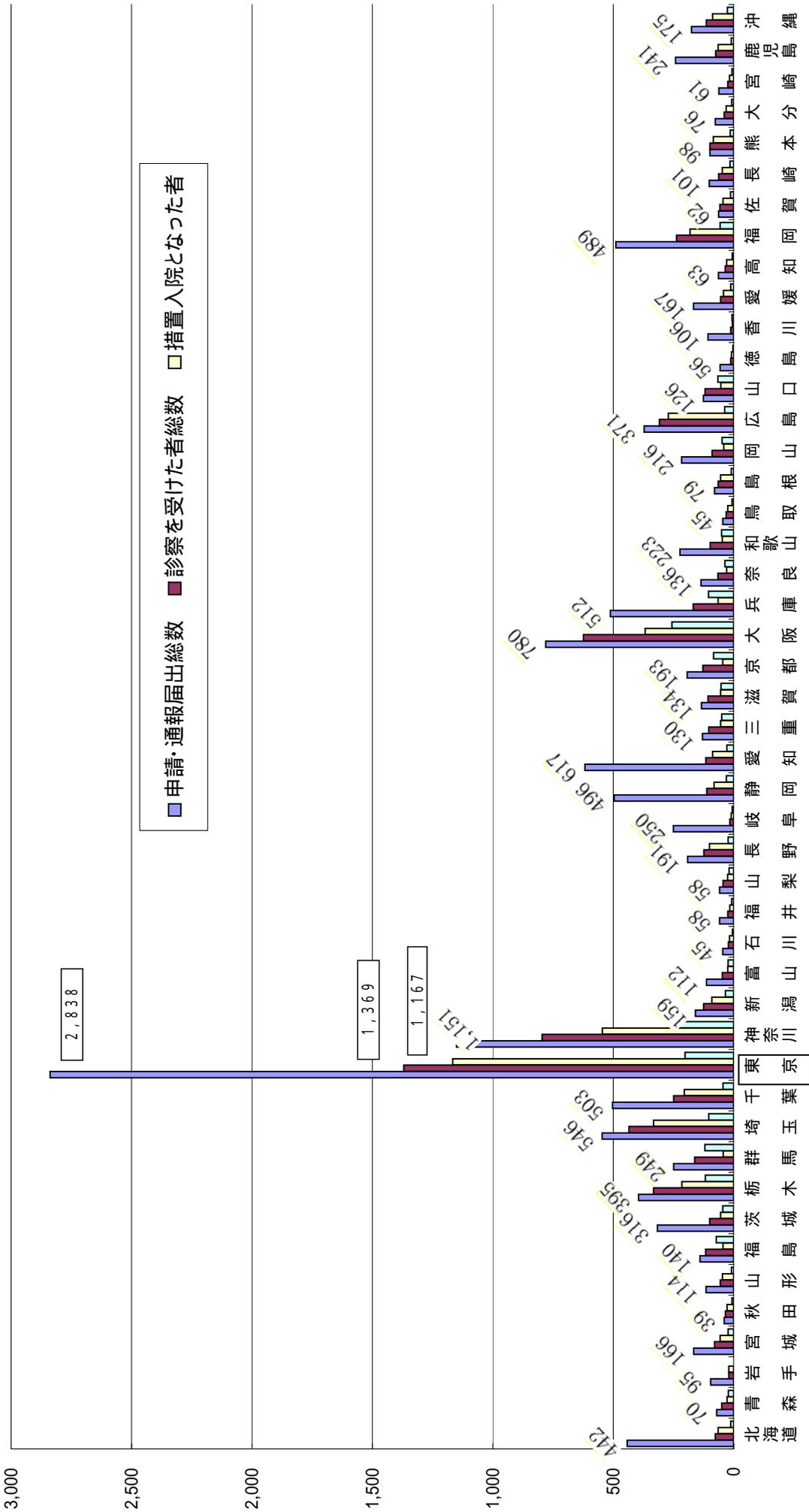
精神科初期救急医療

(外来医療)

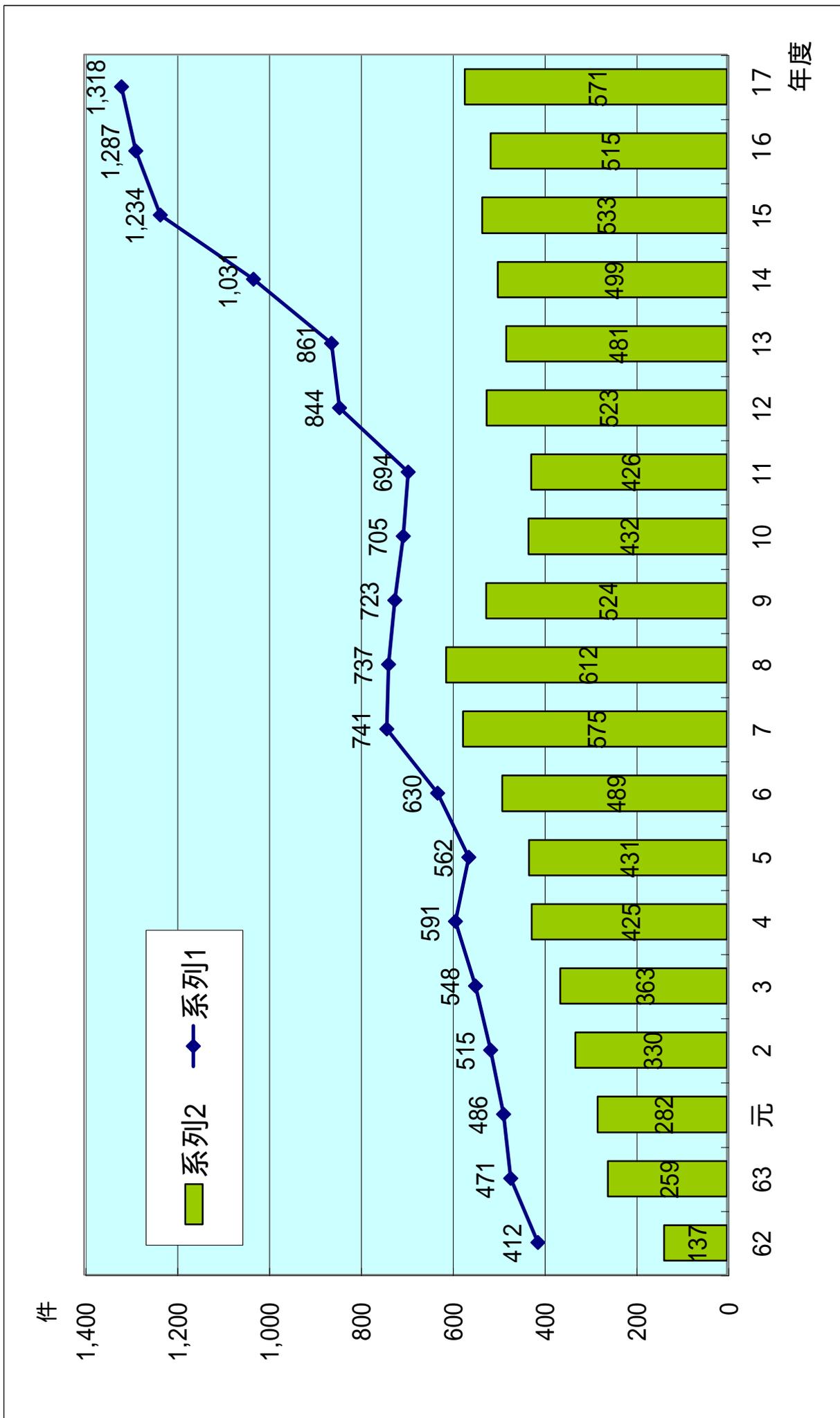
< 時間 > 平 日 土：17時～22時
休 日：9時～17時
< 受入先 > 民間2病院、1診療所
合計3所 (輪番制)
東京都精神病院協会、及び東京精神
神経科診療所協会の協力
病院は二次救急を兼ねる

平成16年度 都道府県別措置取扱件数

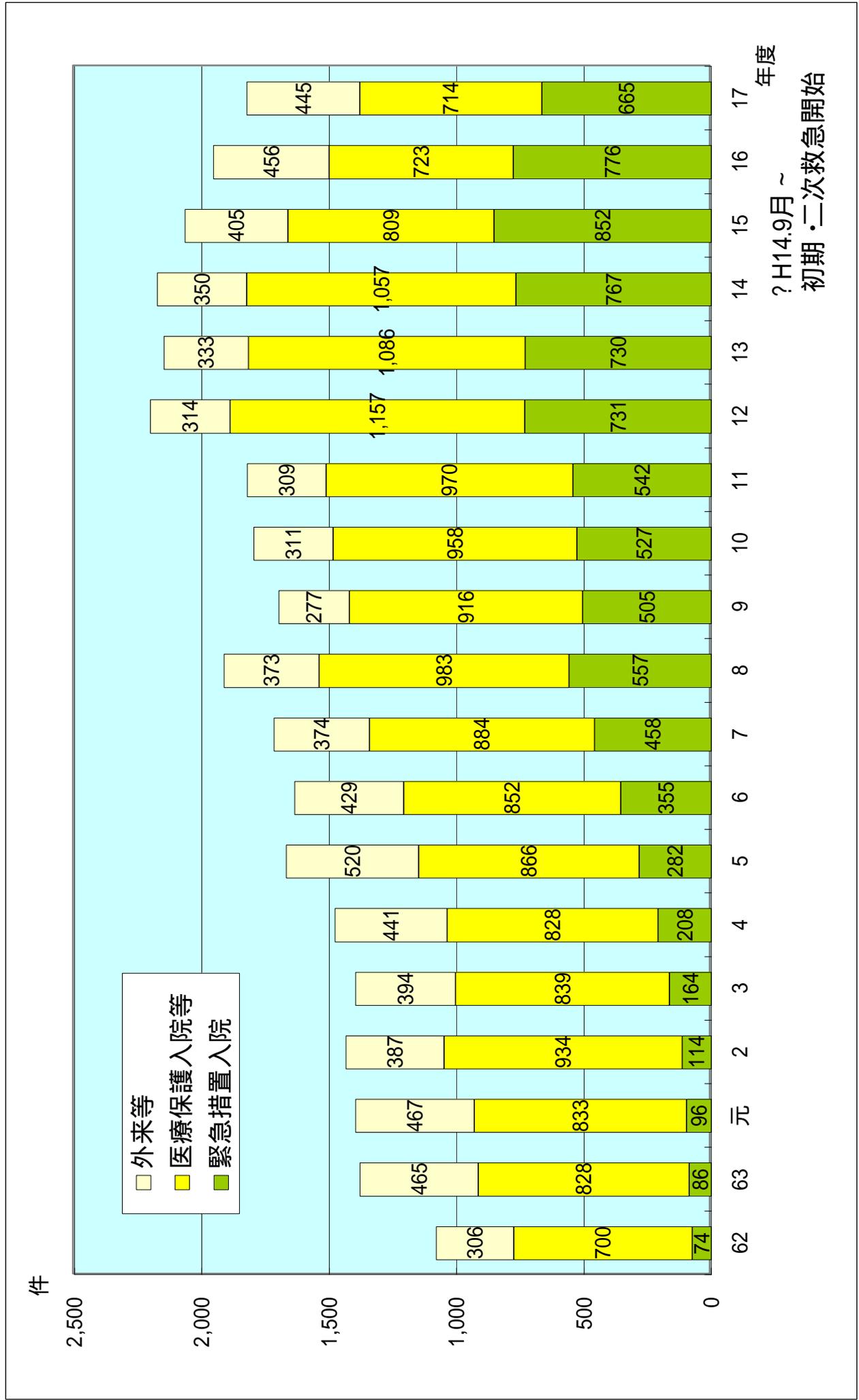
(平成16年度 厚生労働省衛生行政報告例より抜粋)



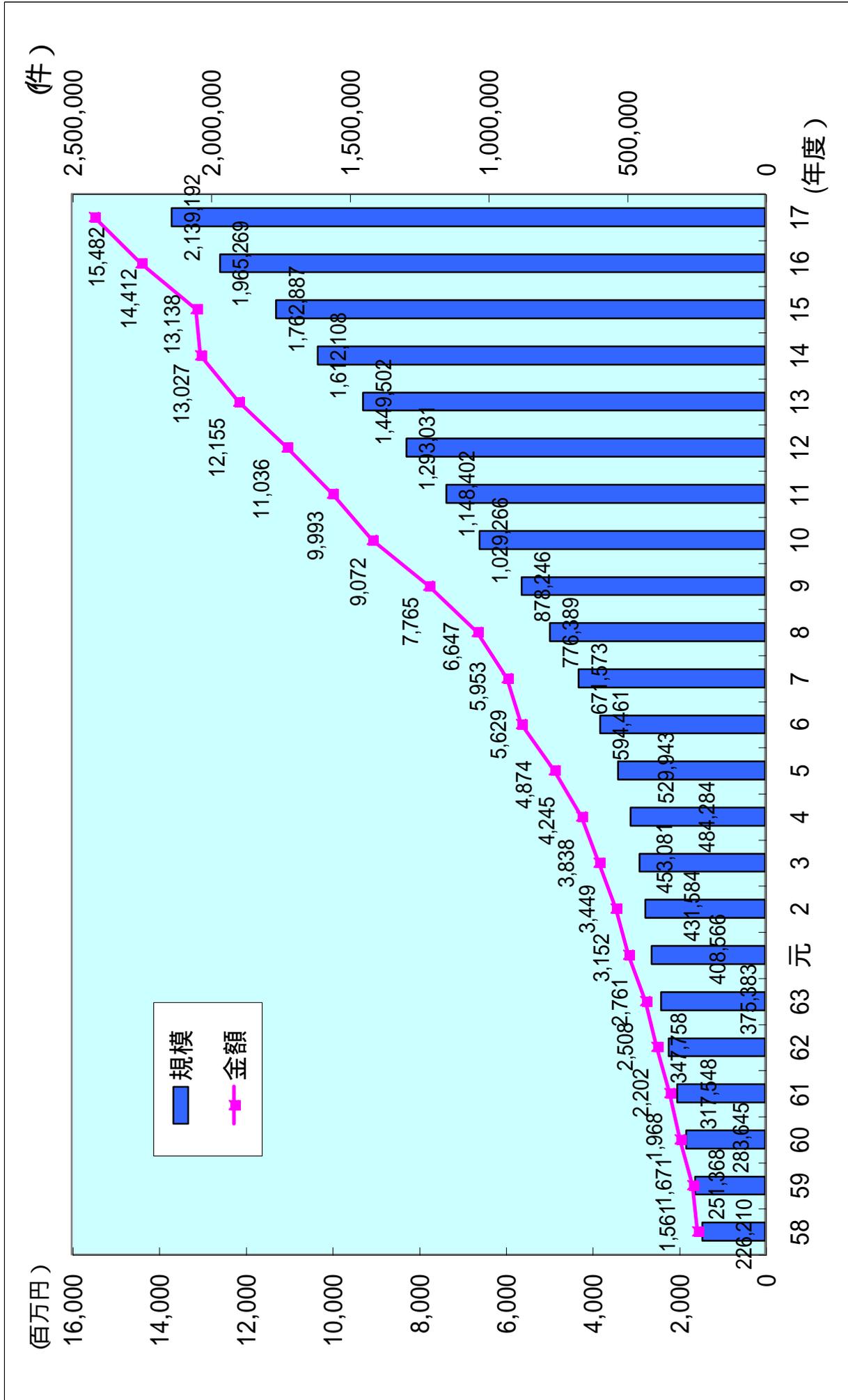
通報及び措置入院取扱件数（日中）の推移【東京都】



精神科緊急医療取扱件数（夜間休日）の推移【東京都】



精神障害者通院医療費助成 年度別実績の推移【東京都】



精神科身体合併症医療事業における流れ【東京都】

