

心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書
～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すために～
(平成16年3月) (概要)

1. 普及啓発の基本的方向

《現状認識》

- 精神疾患は、誰でもかかる可能性のある病気であり、適切な治療の継続により、その症状は相当程度安定化し、軽快又は治癒する病気であるが、国民の間で、精神疾患に関する基本的な認識は不十分。
- 精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の促進を図るため、あらゆる機会を通じて普及・啓発に正面から取り組むことが必要。

《今後の取組の基本的考え方》

- 精神疾患を誰もが自分自身の問題として捉えることが重要であり、そうすることにより、精神疾患についての理解がより深まる。
- 精神疾患を正しく理解するだけでは不十分であり、理解に基づき、これまでの態度を変え適切に行動することができるようになることが重要。

2. 「こころのバリアフリー宣言」

～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

- 全国民を対象として、精神疾患や精神障害者に対しての正しい理解を促すための基本的な情報を8つの柱として整理。
※ 内容は別紙1を参照

3. 指針の趣旨の普及方法

- 当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動のそれぞれの特性を活かした活動を対象者に応じて進めていくことが重要。
- 住民と第一線で接する保健医療福祉関係者、地域活動関係者、雇用や教育の関係者、行政職員、メディア関係者等が、それぞれまず理解を深めたいと考える対象者を念頭において、対象者に応じた適切な情報を発信することにより、さらに対象者から情報発信の広がりが期待。
※ 各主体別の取組は別紙2を参照
- 国は、毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として集中的に知識を広く情報発信するなどにより、普及・啓発の取組が国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を実施。

「こころのバリアフリー宣言」

～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・ 精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・ 2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・ 自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう
- ・ サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・ 早い段階での気づきが重要です。
- ・ 早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・ 不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・ 病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・ 休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・ 家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

【社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・ 先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・ 誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・ 誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・ 誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・ 理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・ 人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずです。
- ・ 身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・ 人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・ 精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。

指針の趣旨を踏まえた各主体別の取組の方向性

1 当事者・当事者家族

実施主体	対象者	ポイント
当事者・当事者家族	当事者・当事者家族	・精神疾患等について正しい情報を入手し、理解を深めた上で、自ら精神疾患に対して適切に対応できるようにすること
	地域住民	・当事者等が主体となって、様々な地域活動と連携し、障害別を超えた情報発信の中心となる取組を推進すること

2 保健医療福祉関係者、地域活動関係者

実施主体	対象者	ポイント
保健医療福祉関係者	保健医療福祉関係者	・精神障害者に関わる専門職の再教育や、専門職どうしが自らの資質を高め合い、連携しあうこと
	地域住民	・特に、精神障害者に関わる施設や事業者が周辺住民に対して積極的に情報発信を進めること
地域活動関係者(民生委員、ボランティア等)	地域住民	・住民の身近な相談相手として、地域社会の先導役となる地域活動関係者自身が、当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等について正しく理解し、それを地域住民に広げていくこと。

3 雇用や教育の関係者

実施主体	対象者	ポイント
雇用の関係者	管理監督者	・管理監督者自身が精神疾患等を正しく理解し、雇用の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応できること ・精神障害者が雇用され、働く意欲が高まるような環境づくりを行うこと
	雇用者	・精神疾患等について自らの問題として正しく理解し、ストレスコントロールを行うなど、適切に対応すること
教育の関係者	教職員	・教職員自身が精神疾患等を正しく理解し、児童・生徒の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応すること
	児童・生徒	・心の健康に関する適切な情報提供の際には児童・生徒の発達段階を考慮すること

4 行政、メディア関係者

実施主体	対象者	ポイント
行政	行政職員	・一般職員及び専門職員ともに精神疾患等について正しく理解し、その知識・技術を日常業務で積極的に活用すること
	地域住民	・当事者とのふれあい等を通じて、精神疾患等について理解を深める機会を積極的に増やすこと
メディア	メディア	・マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及活動効果を高めること
	国民	・メディア自体が主体的に普及啓発をすること(様々な実施主体が行うメディアを介した普及啓発も重要)

心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書
～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すために～

平成16年3月

目次

はじめに	1
1. 普及啓発の基本的方向	
<<現状認識>>	1
解説 精神疾患は誰でもかかりうる病気：精神疾患の発生要因の理解	3
<<今後の取組の基本的考え方>>	
(1) 正しく理解する。	4
(2) 態度を変える、行動する。	4
2. 「こころのバリアフリー宣言」	5
～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～	
3. 「こころのバリアフリー宣言」の趣旨の普及方法	
(1) 基本的な方針	
① 普及の対象者層に応じた情報発信	10
② 住民に接する機会の多い者や当事者の役割の重視	11
③ 普及・啓発のプロセス	12
(2) 主体別の取組	
① 当事者・当事者家族	13
② 保健医療福祉関係者、地域活動関係者	17
③ 雇用や教育の関係者	22
④ 行政、メディア関係者	26
4. まとめ	31
心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会構成員名簿	32
心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会運営要綱	33
参考資料：精神疾患で比較的多い病気の特徴	34

はじめに

精神保健医療福祉施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、精神医療の質の向上や地域生活支援施策の充実などの対策を総合的に行うことが必要である。しかしながら、精神障害者に対する無理解や誤解を持たず、誰もが人格と個性を尊重して互いに支えあい共に暮らしていくためには、当事者・当事者家族も含めた国民各層が、精神疾患や精神障害者について正しい理解を持ち、よりよい社会を築き上げることが何よりも大切である。

本検討会においては、このような問題意識から、あらゆる機会を通じた普及・啓発活動を促進するという観点に立ち、医療・保健・福祉関係者、当事者のみならず、教育界、経済界、広告業界、マスコミ界等の幅広い層からの参加を得て、それぞれの体験や専門知識を活かしつつ、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の普及・啓発の方策について検討を進めてきた。

この報告書は、これまでの検討の成果として、国民各層が精神疾患を正しく理解し、新しい一步を踏み出すために、8つの柱からなる指針「こころのバリアフリー宣言」をまとめるとともに、指針の趣旨を社会の各主体がどのように普及・啓発していくかという取組方策について、具体的な事例も交えつつ取りまとめたものである。

1. 普及・啓発の基本的方向性

《現状認識》

精神疾患は、誰でもかかる可能性のある病気であり、適切な治療の継続により、その症状は相当程度安定化し、軽快又は治癒する病気である。また、代表的な精神疾患の一つである統合失調症も糖尿病や高血圧等の生活習慣病と同じように、継続的な治療や支援を行うことにより長期的に症状の安定を図ることができる。

しかしながら、国民の間で、これらの精神疾患に関する基本的な認識はいまだ十分ではない。例えば、同じ精神疾患でも痴呆症に関しては、自分もいつなるかわからないという認識を多くの方が持っている一方、統合失調症や気分障害などの精神疾患に関しては、多くの方が自分は無縁だと考えているのが実情である。

また、残念なことに、一部の国民の間には精神障害者は危険であるという漠然とした認識がある。精神障害者の全人口に占める割合は少なくとも約2%であるが、平成14年度犯罪白書によると、実際には、刑法犯の全検挙者に対して精神障害者が占める割合はわずか0.6%にすぎない。これは別の見方をすると、犯罪行為に及ぶような、いわゆる“危険な精神障害者”は、精神障害者全体のわずか0.1%、つまり、精神障害者の1000人に1人であり、精神障害者を除く刑法犯で検挙された者が精神障害者を除く人口の100人に1人であることと比べると、精神障害者はみ

な危険という認識が誤解であることを示している。

このような無理解や誤解のために、精神疾患や精神障害者というだけで偏見を持たれ、そのため社会に参加するには非常に大きな労苦を強いられることが多い。例えば、周囲の人の理解を何とか得て、作業所などでの訓練の後によりやく就労したとしても、周囲の理解を得ることが難しく、さらに大変な努力を重ねなければならなかったりしている。また、無理解や誤解があるため、本来退院のできる患者の退院が進まず、必要以上の長期の入院が行われ、患者が社会で生活していく能力が失われているという悪循環が生じているのである。

精神疾患や精神障害者の正しい理解のための普及・啓発は、以前から国・都道府県・市町村、関係者挙げて行われてきた。しかし、未だにそれらに対する無理解や誤解は残っており、十分な普及・啓発がなされているとはいえない状況にある。精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の促進を図るため、あらゆる機会を通じて普及・啓発に正面から取り組む必要がある。精神疾患は誰にでもかかり得る病気であり、誰もが人格と個性を尊重し合いながら、これに取り組んでいくという基本認識の下で、日常の身近なところで正しい理解の普及が進まない限り、誰もが支え合い、幸せになれる社会は実現しないであろう。

解説 精神疾患は誰でもかかりうる病気：精神疾患の発生要因の理解

図1 ストレス脆弱性モデル (Zubin J, et al.)

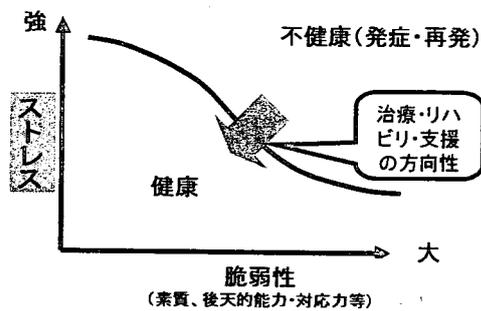
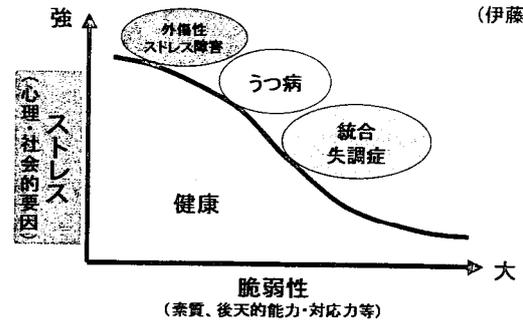


図2 ストレス脆弱性モデルによる疾患の理解 (伊藤)



精神疾患の発生については、病気になりやすいかどうかの「脆弱性（もろさ）」と病気の発症を促す「ストレス」の組合せによって示されるストレス脆弱性モデル（図1）を使用して説明すると理解しやすい。

モデルの横軸の「脆弱性」はその人の病気へのなりやすさを示す。これには、その人の生まれ持った素質（先天的な要素）と学習・訓練などによる生まれてからの能力やストレスへの対応力（後天的な要素）が関連するといわれている。一般的には脆弱である人は気まじめでやさしい人が多いという。縦軸はストレスの強さを示す。何をストレスと感じるかは人によって異なるが、家庭内のことであつたり、人間関係であつたり、仕事上の関係であつたりする。また、戦争、大災害、親族の死など非常に強い外的な要因が発症を促すこともある。この2つの軸のバランスで精神疾患は発症すると考えられる。

図1にあるように、同じストレスが加わっても人によって対応力が異なる。同じストレスの強さでも、脆弱性が大きくなる（脆弱性軸で右方に行く）ほど発症しやすくなる。このモデルの縦軸のストレスを下げるためには、できる限り早期の治療・リハビリ・支援などによりストレスを避ける工夫、ストレスに強くなる工夫、脆弱性を小さくする工夫（薬を飲むなど）が役に立つ。

図2にあるように、大規模な災害被災や犯罪被害のように非常に強いストレスが加わった際には、脆弱性が小さい、ストレスに強いといわれているような人々でも、多くの人がか心的外傷後ストレス障害（PTSD）にかかりやすくなる。うつ病も、急激なストレスや日常生活の中にある慢性的なストレス状況の中で生じる病気である。統合失調症は、図2のように上記二つの病気に比べれば一般的には脆弱性の寄与がやや大きいと考えられ、比較的弱いストレスであっても発症するが、他の疾患と同様にストレスと脆弱性の相互関係の中で発症や再発がある病気である。客観的に見れば「たいしたことではない」と思われがちなことでも、本人にとっては大変な負担となりうることも、モデルからも理解できる。

いずれにせよ、精神疾患は、早期に発見し、正しく治療・支援を行い、ストレスを和らげる環境を作ることにより症状を和らげることができるのである。正しく対応すれば、たとえ、精神疾患に起因する幻覚や妄想による自傷や他害行為があつたとしても、症状が改善し、回復への一歩を踏み出すことができるのである。

このような精神疾患の発生要因や対処方法について、国民各層の理解を深めることが、今後の取組の出発点である。

《今後の取組の基本的考え方》

(1) 正しく理解する。

精神疾患は、生活習慣病などの他の病気と同じように誰もがかかりうる病気であるため、まず、誰もが自分自身の問題として捉えることが重要である。そうすることにより、精神疾患についての理解がより深まると考えられる。精神疾患についてまず理解すべき基本的なことは、①ライフスタイルを変えたり、ストレスをうまく処理したりすることによって防ぎ得る病気であること、②放置すれば症状が悪くなるが、早期に発見し、適切な治療を継続することにより、症状が安定し回復する病気であることである。普及・啓発にあたっては、これらの基本的な情報を当事者・当事者家族、住民、職場の管理監督者・同僚等に対して広く提供することが重要である。

正しい知識を普及するにあたっては、これまで精神疾患について知らないことを責めるような態度ではなく、共感的理解ができるよう地域住民の生活感情に近づき、まず理解する意欲を高めていくことが重要で、主体的な理解を促していくことが望ましい。

また、当事者・当事者家族も精神疾患に対する無理解や誤解のために「内なる偏見」にとらわれたり、症状、薬の副作用等について不安を持ったりすることがある。早期の回復を図り、安定した生活を得るには、精神疾患の正しい理解、適切な対応が重要である。

(2) 態度を変える、行動する。

精神障害者は、精神疾患の症状等のために他の人と「違う」というイメージを持たれることがあるが、それらは正しい知識によらない単なる先入観である場合が多い。「違う」ことはその人の特徴であるという認識に立つことが重要である。人を人として認め合い、障害者の自己決定を尊重しつつ、誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿である。人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を目指すことで、精神疾患や精神障害者についての正しい理解が真に社会に普及する。精神疾患を正しく理解するだけでは不十分であり、理解に基づき、これまでの態度を変え（あるいはこれまで通りに）適切に行動することができるようになることが重要である。

一般的に、精神疾患や精神障害者に対して無理解や誤解のある人については、当事者とのふれあいによって、理解が深まり行動変容を期待できると考えられている。具体的には、①障害者への基本的な信頼感が高まる、②障害者に接する際、適切に対応できるという自信が高まる、③否定的な感情が少なくなる、④病気や障害者の生活に関する知識が増える、などのために行動変容につながると考えられている。

さらに、生活の中の身近な交流において、支援を求める人は何が必要かという情報を発信するとともに、それを受ける人もどう支援するかを学ぶことが必要である。このためには、必要な知識を得たり、交流したりする場が数多く設けられ、当事者を含めた幅広い人達が多く参画することが重要である。

2. 「こころのバリアフリー宣言」

～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

「こころのバリアフリー宣言」は、老若男女を問わず全国民を対象として、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を促すとともに、無理解や誤解なしに行動し、誰もが人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を目指すことができるように、基本的な情報を8つの柱（取組の基本的考え方に対応し、①正しく理解する→第1から第4、②態度を変える、行動する→第5から第8）として整理したものである。精神障害者を含めすべての人が地域で安心して、幸せに暮らすことができるように、本指針に示された柱の各フレーズから、自分の生活にあわせて実践していただきたい。

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・ 精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・ 2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

精神疾患は、国際的に認められた疾患分類（ICD-10）では、痴呆などの器質精神障害、アルコールや薬物など精神作用物質使用による精神や行動の障害、統合失調症、うつ病などの気分障害、神経症性障害、行動症候群など10項目に分類されています。

わが国において精神疾患で医療機関を受診している人は、平成14年では国民の約45人に1人にあたる260万人にもものぼります^{※1}。実際には精神疾患があっても受診されていない方もいますので、地域調査^{※2}をすると、国民（成人）の2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じており、生涯を通じて5人に1人が精神疾患と診断されうるという結果が出ています。

精神疾患は、その人の生まれ持った素質、生まれてからの能力・ストレスへの対応力、ストレスを引き起こすような環境要件などが絡み合って発症します。つまり、精神疾患は誰でもかかりうる病気で、ストレスコントロールなどで防ぎ得る場合もあり、また、発症しても適切な治療で多くは短期間で改善するものです。これらの特徴は糖尿病や高血圧のような生活習慣病と共通したものであり、精神疾患も生活習慣病といっても良いと思います。

自分だけは絶対大丈夫と過信していませんか？まずは、自分自身の問題として捉えた上で、精神疾患を正しく理解しましょう。精神疾患で比較的多い病気の特徴について、わかりやすく資料にまとめました（参考資料）。

※1 平成14年厚生労働省患者調査をもとに推計した総患者数

※2 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「こころの健康に関する疫学調査の実施に関する研究. 主任研究者：吉川武彦」、厚生労働科学特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 主任：川上憲人」

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・ 自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう。
- ・ サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

精神疾患の発症を予防するためには、ライフスタイルを変えたり、ストレスに対処する方法を見つけたり、また具体的にストレスを減らす対策を実践に移すことが大切です。それがうまくできれば、発症せずにすむことも少なくありません。ストレスの要因を取り去ることと、ストレスの対処方法を身につけることが必要なことですが、そのためには、まず自分のストレスの要因を冷静に見つめてみるのが重要です。また、家庭や職場でも本人へのストレスを少なくする工夫や適切なサポートも大切です。もちろん、何をストレスと感じるかは人によって様々ですので、それぞれの感じるストレスに応じた対処が必要となってくるわけです。

たとえ、精神疾患を発症しても、早期の回復や再発の予防のためには、ストレスに耐える力の弱さを補うために薬が必要である場合もあります。また、その力を強めるためにはSST（Social Skills Training：社会生活技能訓練）、精神療法やカウンセリング等が有効な場合もあります。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・ 早い段階での気づきが重要です。
- ・ 早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・ 不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

精神疾患は、多くの場合、最初は誰でも経験するような軽い症状から始まります。心配事があるときに生じるような、例えば眠れない、食欲がない（反対に、過眠、過食の場合も）などといった症状です。それが進行すると、うつ病や統合失調症にまで発展することがあります。

そこで、軽いうちに、ストレスを解消する工夫をしたり、生活を点検したりすることが大切です。それでも解決できないときは、早めの相談が重要です。他人に話を聞いてもらうだけでも不安が解消してしまうことがあります。不眠が続くような場合は専門家への相談や受診がよいかもしれません。誰でもかかりうる病気です。とまどったり、恥ずかしがる必要はありません。早期発見、早期治療は精神疾患についても鉄則なのです。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・ 病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・ 休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・ 家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

精神疾患にかかったとしても、多くの場合、薬物治療やカウンセリングで回復します。最近では治療法の進歩、とりわけ効果的で副作用も比較的少ない薬物が開発されたおかげで、治療が容易になっています。かつての精神疾患は入院医療が主体でしたが、今では多くが外来治療で対処できます。入院治療を必要とする場合でも、半数は3ヶ月以内に、8割強は1年で退院可能です。

ただし、病気の発見や治療開始が遅れると、それだけ回復に時間がかかります。本人や周囲が社会復帰を焦ったり、無理をしたりすると、回復が遅れたり、症状が悪化したり、再発しやすくなります。かかったら、焦らずじっくりと治そうという気持ちを持つことが大切です。それまで溜めこまれた大きな氷山のようなストレスを時間をかけてゆっくり溶かすのだと思い定めることが賢明です。

【社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・ 先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・ 誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

「精神障害者」という表現を、「たまたま精神疾患にかかり、その症状のために生活のしづらさ等の障害を持った『人』」と言い換えると、もう少し私たちの理解が広がるかもしれません。「精神障害者」とは、言うまでもなく、その人の人格を表すものではありません。仮に、「精神障害者は何をするか分からない」という誤った認識が浸透しているとすると、精神障害者に対する私たちの態度は当然かたくなになり、地域社会から排除しようとする力が働きます。

しかし、少し冷静に考えればわかることですが、精神障害者も一人ひとりが豊かな個性を持っているのです。隣人を排除することの愚かさは、過去の何千何万という事例からも明らかです。

身体障害を持つ人にとって、道路の段差などの物理的な障壁（バリア）がそうであるように、精神障害者にとっては、周囲の人々の誤解や偏見に基づく先入観（心のバリ

ア) が生活のしづらさにつながっているのです。

わが国では、現在精神障害者がどこの地域でも安心して暮らすための基盤づくりが急がれています。まずは、「誰にも精神障害者にならないという保証はないのだ」という視点を持った上で、精神障害者が安心して自分たちの思いや願いを地域、職場や学校で語っても不利益を受けない社会が求められています。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・ 誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・ 誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

精神障害者のうち、精神疾患のために入院している人は約 34 万人（このうち、精神科病院に入院している人は約 32 万人）いますが、このうち5年以上長期にわたり入院している人が5割近く、10年以上の人は3割ほどで実に約10万人に達しています。入院している人の中で、地域社会での受入れ基盤がないために入院している人は約7万人といわれています。

国や地方自治体、関係機関は、これらの人々を含めた精神障害者が地域で安心して暮らせるための基盤整備を進めています。そのため、就労の場や生活訓練・職業訓練の場の拡充、グループホームや住居の確保、ホームヘルプサービス等の充実が急がれています。また、各方面からの様々な支援が受けやすくなるよう、精神障害者保健福祉手帳制度が設けられており、手帳所持者については税制上の優遇措置のほか、自治体によっては公共交通機関の運賃割引等が受けられるようになっています。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）では、国民一人ひとりが「精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者がその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない」と定めています。法律に決められていなくても、こうしたことを自然に行うことは、人間として当然のことです。

多くの精神障害者が、いろいろな形で社会に貢献しています。障害のあるなしにかかわらず、他者から受け入れられることにより、だれもが自らの力をより発揮し、自分らしく生きていくことができる、それを認め合うことが自然な姿ではないでしょうか。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・ 理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・ 人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずです。
- ・ 身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

精神障害者が地域で暮らしている中で、よく出会うのが回覧板を持って来てくれるお隣の人だったり、町内会費を集めに来てくれる近所の人だったり、買い物をする商店やスーパーマーケットの人だったりします。また、近くに食事に行く店や行きつけの店等があれば、出会いは広がります。出会いの中から心のバリアは消えていきます。

そうして出会った人々との身近な交流の中で他の病気と同じように「精神科に行っている」とか「精神科に行っていた」と気兼ねなく言える環境がとても大切です。これを聞いた人も「私も〇〇の持病があるのよ」などと話が弾めば、状況は大きく変わります。日常の暮らしで人々との交流が豊かになれば、安心して暮らしていけます。

誤解や偏見は正しい知識によらない単なる先入観であり、日常的に交流する機会を活かしきれていないことから生じる場合もあります。生活の中の身近な交流こそは、先入観を打破し真の理解を深める第一歩となります。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・ 人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・ 精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。

国連は、1981年の国際障害者年の行動計画の中で、「ある社会からその構成員のいくらかの人々を締め出す場合、それは弱くてもろい社会である」と表明しています。わが国には、残念ながら現在もなお、精神障害者のための地域の施設等社会資源を作る際に反対運動が起こる地域もあります。こうした地域社会は、この行動計画が示す「弱くてもろい社会である」と言わざるを得ません。

このことを踏まえ、たとえどんな障害があっても、誰もが社会の一員として共に暮らせる社会の実現、つまり、精神障害者も権利と責任を持つ住民の一人として尊重され、当たり前で暮らすことのできる、成熟したよりよい社会の創生を目指していくことが大切です。

3. 「こころのバリアフリー宣言」の趣旨の普及方法

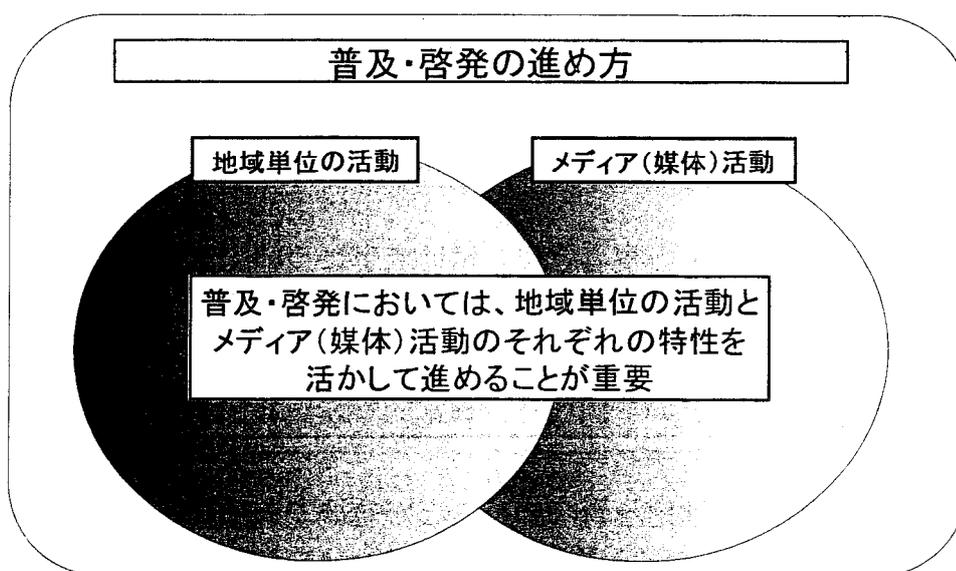
(1) 基本的な方針

① 普及の対象者層に応じた情報発信

普及・啓発にあたっては、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動のそれぞれの特性を活かした活動を対象者に応じて進めていくことが重要である。普及を行う実施主体すなわち情報の発信者ごとに、その受け手である対象者が異なっている（例：実施主体が保健医療福祉関係者であれば対象者は周辺住民である）ことから、普及の効果を最大限期待するためには、その対象者の特性に応じた情報を発信するように留意する必要がある。

精神疾患や精神障害者に対して強い偏見・差別を持っている人がいることは事実であるが、大多数の人はいわば白紙の状態である。そのような人たちへの適切な普及・啓発により、理解者・支援者になってもらえるという認識が重要である。一方、関心が低い人や理解しようとしなない人、精神疾患に対して拒否的な感じを持っている人には、実際に良い体験を積み重ねることで理解しようとする変化が起きることから、このような人々に対してもあきらめずに普及を続けることが重要である。

現在、精神疾患の中でうつ病については、誰もがなりうる病気であるということが社会的に認知されつつある。このような関心の高まりを契機に統合失調症をはじめ精神疾患に関する国民の意識変化を強く期待したい。



(第4回検討会佐藤構成員資料)

② 住民に接する機会の多い者や当事者の役割の重視

地域の中で理解を深めていくときに、住民と第一線で接する保健医療福祉関係者、地域活動関係者、雇用や教育の関係者、行政職員、メディア関係者等の役割は大きい。これらの者は、それぞれがまず理解を深めたいと考える対象者を念頭において、対象者に応じた適切な情報を発信することが重要である。それらを通じて、さらに対象者から情報発信の広がりを期待できる。

マスメディアは圧倒的不特定多数へ同時に到達できることから、住民に接する機会が多い媒体として、普及・啓発における重要な役割を果たすものであり、メディア関係者の積極的な取組を特に望みたい。メディア活動には大きく分けて2つあり、マスコミ関係者の理解や共感を醸成させることにより啓発効果をねらったパブリックリレーションズ（PR）と、より戦略的な活動展開をめざした広告活動があるが、それぞれの狙いや効果等を考慮した活用が重要である。

メディア(媒体)活動

対象者にメッセージを伝えるメディア(媒体)活動には、大きく分けて2つある。

PR(パブリック・リレーションズ)と広告の違い

	PR	広告
主体	マスコミ (新聞社・テレビ局・出版社・ラジオ局)	メッセージの発信者
狙い	マスコミの「誤解」、生活者の「混乱や不安」「風評」「流言蜚語」を払拭し、スムーズな制度導入を目指す	対象者の価値観やニーズを把握し、意識・態度変容を想定して戦略的な活動展開を目指す
効果	情報の量と質を高め、好意的な世論形成や口コミによる波及効果を図る	伝達すべき情報の提供機会を確実に確保する

*メディア(媒体)リレーションズ
マスコミ関係者の理解や共感を醸成・広報活動効果を高めることを目的とし、一過性のキャンペーンではなく、マスコミ関係者内でのシンパづくり活動を継続的に展開していくものである。

*メディアミックス
対象者に高い認知を得るため、新聞・テレビ・雑誌・ラジオの媒体を効果的に組み合わせて活用すること。

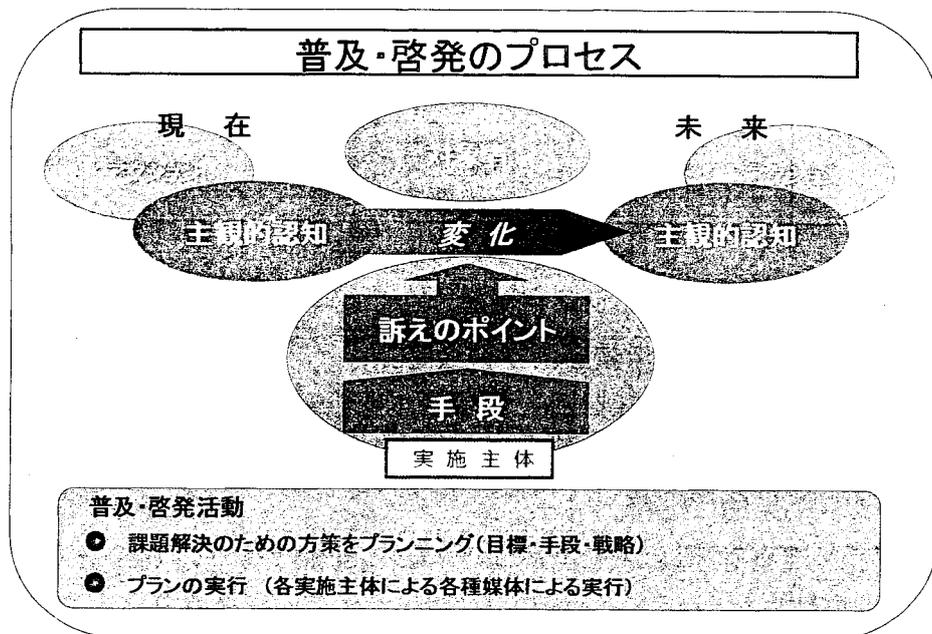
(第4回検討会佐藤構成員資料)

また、当事者・当事者家族も精神疾患について実体験に根ざした、わかりやすい情報を提供できることから、普及・啓発活動において重要な役割を果たす。例えば、当事者は、病気の苦しみやつらさを持ちつつ人として自然に生きていきたいという願いを、日常的なふれあいを通じて、周囲の人に発信し、「本人たちも頑張っているね」、「支える人たちも一生懸命やっているな」という形で共感を得ていくことが重要である。そのためには、まず当事者・当事者家族が精神疾患について正しく理解し、適切に対応することが必要である。

③普及・啓発のプロセス

普及・啓発を行うに当たっては「どうすれば人の心が動くのか?」「人の心をどのように動かせばよいのか?」を念頭に置くことが必要である。その際、重要なことは、普及・啓発に当たる人自身が精神疾患や精神障害者を正しく理解して取り組むことである。以下に、考慮すべき4つの重要事項を挙げた。対象者の年齢、性別、職業、生活環境等の特性に応じ、より良い普及・啓発の方策を計画、実行していくことが重要である。

- 1) 普及・啓発を実施する相手は誰か? (対象者)
- 2) 対象者の現在の認識内容は何か? (現在の主観的認知)
- 3) メッセージは何か?何を伝えるべきか? (内容)
- 4) どのように伝えたらよいか? (手段)



(第4回検討会佐藤構成員資料)

(2) 主体別の取組

精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を普及・啓発するためには、国民に向けた指針の趣旨に沿って、社会の多様な主体があらゆる場面を活用して情報発信を行ったり、具体的に行動することが必要である。

ここでは、前ページの「普及・啓発のプロセス」を踏まえ、普及・啓発の実施主体ごとに取組の方向性（対象者、訴えのポイント）及び普及・啓発手段の事例、アイデア等を紹介する。

① 当事者・当事者家族

○ 取組の方向性

実施主体	対象者	ポイント
当事者・当事者家族	当事者・当事者家族	・精神疾患等について正しい情報を入手し、理解を深めた上で、自ら精神疾患に対して適切に対応できるようにすること
	地域住民	・当事者等が主体となって、様々な地域活動と連携し、障害別を超えた情報発信の中心となる取組を推進すること

○ 普及・啓発手段の事例、アイデア等

<当事者・当事者家族～講演会、学習会等>

- 1) 当事者・当事者家族自身が、サポートし合いながら精神疾患に対する無理解、誤解を改め、精神疾患に気づき、適切に対応することで普及・啓発全体がより効果的に進む。
- 2) 当事者・当事者家族が、以下のようなことを行っている。
 - ・ 地域住民に対して、わかりやすいメッセージを盛り込んだパンフレットの配布、シンポジウム・講演会・学習会の開催
 - ・ ボランティア団体で、ホームヘルパーの養成講座で、精神保健福祉士養成施設等で、それぞれに望むこと、民生委員の集まりで地域社会に望むこと、自治体で行政に対する要望などを講演
 - ・ 学校に対して、当事者・当事者家族が作成した資料などを活用し、当事者・当事者家族による「心の健康教育」等の授業の実施
 - ・ 欧米においては、当事者が主体となって、精神疾患や精神障害者の正しい理解のための普及・啓発を行うことを目的としたグループ（スピーカーズ・ビューロー）を組織し、地域住民や関係機関等への積極的な働きかけを実施

<当事者・当事者家族～地域参加・交流>

- 1) 精神障害者が、ヘルパーとして他障害者や老人等に対する生活支援を行っている。積極的な地域参加・貢献により普及・啓発が具体的に進んでいる。
- 2) クラブハウスやボランティア団体の活動として当事者が中心となって、ニュースレターの発行、不定期のコンサート、マスコミ活動、書籍販売、シルバリーボン・キャンペーン（精神障害者や知的障害者など脳に障害がある人への偏見を払拭するためのキャンペーン）、無料パンフレット配布、バザーなどを実施し、また、日ごろからの地域交流を進めている。

また、作業所や小規模授産施設でのレストランや喫茶店、お弁当屋、リサイクルショップなども、結果的に非常に大きな普及・啓発効果がある。

<障害種別を越えた取組>

- 1) 知的・身体・精神障害の団体が共同して設立したNPO法人において、空き施設を活用した地域交流サロンという形で地域住民を対象に障害者の店を運営し、第3次産業の分野で売り上げを確保している。地域交流サロンにおける住民と障害者とのふれあいが普及・啓発に効果を発揮している。

コラム：当事者自身がインフォームド・コンセントにより精神疾患を正しく理解することで、当事者自身の誤解・無理解が解消し、安心して暮らせるようになった事例

A君は10年前、高校生の時にがんばりすぎて疲れ果てたのを機に家にひきこもり、部屋でCDに合わせて大声で歌を歌っていた。困り果てた家族が保健所に相談に行ったところ、保健所はA君を精神病院へ連れて行くよう家族にアドバイスした。

当初は父親とドライブに行くという約束だったようで、A君は父親に誘われたのがうれしくて車に乗ったが、中にはやさしそうな中年男性が乗っており、行った先は県内のB精神病院であった。A君は親にまともではないと思われることがショックで泣きたかったが、涙を見せるのがいやで、また、怒ることも周囲から見れば興奮と見られるため、いやだった。

医師に「入院が必要です。」と言われて絶望的な気持ちになって、わけもわからずサインしてしまったら、いきなり何の説明もなく注射を打たれ、気がついたらA君は保護室の中だった。「精神科医が診ても僕はまともじゃないのか。」と思うと絶望感は増し、また、病院の環境は汚く不快で死にたくなった。

保護室を出てから早く退院したいので真面目にやっていたが、何でこうなったのかと思うと毎晩涙が出てきた。精神病院の保護室に入院したことや薬を飲んでいることが、退院後に近隣の人たちに知れたら社会で通用しないと思っていた。退院後、副作用でよだれが流れて、近所の人から“こわい人”と思われていた。

それがいやでひきこもり、大声を出していた。近隣から大声を出して“おかしい人”と思われることは分かっていたが、絶望感からのストレスでやめられなかった。「薬を飲みたくない。」と親に言ったら、「クリニックだったら薬を飲む？」と言われて行ってみると、良い先生だったが、薬の話となった時に「どうして飲むのですか？」と聞いたら、医師の返事はなく通院をやめた。

そして、時間がたって親を含めた大人に力づくでC精神病院に入院させられたので、神奈川県人権センターに「Aですが、C病院に入院させられ薬を飲まされて困っています」という電話を入れたら、「こちらから主治医にお話ししましょうか？」と聞かれ、センターの人を信頼していたのでお願いした。

やがて主治医より時間をかけてA君に病気と薬に対する説明があり、3ヵ月で退院したが、家の近くのクリニックに戻らず、人権センターの人のアドバイスもありA君はC病院へ通院している。今、A君は自分の病気を受け入れ、きちんと服薬しすこやかな生活を送っている。B病院でのつらい経験もいやすことができた。

本人に対するきちんとしたインフォームド・コンセントにより、本人と家族の関係はよくなり本人自身の内なる偏見や近隣の人たちの偏見がなくなった。

コラム：当事者・当事者家族の関わりを通じて住民における施設コンフリクトが解決した事例

地域住民と話し合いを続ける中で、行政主体で始まった施設建設計画が、しだいに利用者の立場に立った内容になっていった「ふれあいの里」からの報告(抜粋要約)。(全家連発行「Review」No. 40, 2002より)

<行政主体のスタートから利用者中心に>

「ふれあいの里」は大阪市西成区にある精神障害者の授産施設・援護寮・地域生活支援センターからなる、大阪市初の総合的社会復帰施設である。平成6年にこの建設計画が市から公表されると、地元(約6,000世帯)では、即座に反対署名5,170人分、建設反対ビラの電柱300本にも及ぶ激しい反対運動が起こった。反対の趣旨は「地域住民に重大な影響を与えること必至」というもの。その後2年間にわたり行政による度々の説明会開催、精神保健相談員や作業所職員、家族の方々による訪問説明も試みたが、効果がなく、建設着工延期、計画の事実上の中断に至った。しかし、その一方で、作業所や家族等の参加により、行政主体で始まった計画が、少しずつ利用者の立場に立ったものへと変化し、後の開設への足がかりとなったのである。

<施設としてのあり方を探る>

反対運動の背景には精神障害者に対する偏見があることは勿論だが、計画から公表まで行政任せにし、「ふれあいの里」の運営母体(財・精神障害者社会復帰促進協会)が主体

となつて行くべき地元への明確な対応が遅れたことも大きな要因ではないかと思つた。

その後は小手先の手法でなく、行政や当事者団体と「求められる施設としてのあり方」を中心に検討を重ねていった。2年後、改めて地元に対し建設計画を打ち出したが、前回と異なる点は、運営母体が確固たる信念と運営方針を持って行政とともに臨んだこと。また、行政からは建設と並行して地域環境整備計画を打ち出したことであつた。依然、住民からは「地域の福祉と住民の安全をどう考えているのか」という意見が続出したが、それらにきちんと答える努力を重ねた結果、「絶対反対」から「条件提示」へと変化が見え始めた。

<地域連絡協議会の設置による変化>

それから暫くして、地元への説明会形式を変えて地域代表者との話し合いの場を設ける提案をした。その結果設けられたのが「ふれあいの里地域連絡協議会」で、地域代表者側と行政・運営母体関係者側からの十数名の構成である。この連絡会が開催されるようになって、地元の意見が「開設反対」から「開設の条件提示」へ、そして「要望」へと変わっていった。住民側からは、条件として当初、フェンスの設置、通所者の車による送迎の徹底、外出時の職員の同伴等々、運営開始に向け絶対条件が提示された。このような具体的提示は逆に、誤解偏見解消の手がかりであり、ひとつひとつ丁寧に対応、解決していった。

<地域とともに>

連絡協議会発足の1年後ようやく建設が始まり、平成13年2月フェンスではなく陽光あふれる公園に囲まれた「ふれあいの里」が完成した。さらに約半年後の10月、多くの関係施設と行政が一体となった実行委員会により「ふれあいの里」を拠点とした「みんな集まれ！あつたかハートフェスティバル」が開催された。すべての障害の方たちが集う一大イベントで数百人が参加、そんな中で何より嬉しかったのは、地域のみなさんが訪れ、これからの施設と地域との交流について話し合えたことであつた。今後も焦らず充分時間をかけて地域とともに歩んでいきたいと思っている。（ふれあいの里 館長 水本誠一）

②保健医療福祉関係者、地域活動関係者

○取組の方向性

実施主体	対象者	ポイント
保健医療福祉関係者	保健医療福祉関係者	・精神障害者に関わる専門職の再教育や、専門職どうしが自らの資質を高め合い、連携しあうこと
	地域住民	・特に、精神障害者に関わる施設や事業者が周辺住民に対して積極的に情報発信を進めること
地域活動関係者(民生委員、ボランティア等)	地域住民	・住民の身近な相談相手として、地域社会の先導役となる地域活動関係者自身が、当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等について正しく理解し、それを地域住民に広げていくこと。

○普及・啓発手段の事例、アイデア等

<保健医療福祉関係者～再教育・情報交換>

- 1) 社会福祉協議会では、関係者に正しい認識を持ってもらうことを目的に、職員、住民を対象に精神保健に関する基礎研修を、地域生活を支援する職員を対象に実務研修を実施している。精神保健福祉センター、家族会の方々と共同で研修を企画することで普及・啓発効果がある。
- 2) 相談や援助にあたる関係者自身が燃え尽きないように、相談・援助技術の向上を図るため、地域の関係者が集まり、定期的に講義やグループワークを実施している。

<保健医療福祉関係者～周辺住民への普及・啓発>

- 1) 精神科病院の入院患者とふれあうことで精神疾患の理解を普及できると考え、痴呆の治療病棟、療養病棟に、慰問ではなく授業の一環として、地域の保育園、幼稚園から定期的な訪問を積極的に受け入れている。
また、地域での開かれた精神科病院を目指して、以下のように周辺住民との交流の輪を広げている。
 - ・近隣小学校の父兄グループが、病院のクリスマス会に合わせて、院内に喫茶店を出し、ボランティアで患者へのお茶出しサービスを実施
 - ・病院の周辺に住む児童が、年間に数回程度病院を訪問し、入院患者と竹細工や芋掘り、人形作り、ソフトボールの練習試合等を実施
- 2) 近所から十分な理解を得ている福祉作業所では、「地域で一緒に暮らせてありがとう」という気持ちを近所に対して常に持ち、近所に工房を開放して、誰にでも姿を見てもらえるようにし、隣近所の道路掃除を行うといった取組を進めている。また、問題が起きると、すぐに問題が起きた理由を説明し謝りに行っている。これらが、近隣住民に受け入れられ、結果的に

普及・啓発となっている。

- 3) 精神障害者社会復帰施設が、精神障害者が住みよい地域づくりや精神障害者への理解を深めることを目的に、セミナー、奉仕活動、障害者による店舗経営、精神障害者社会復帰施設への市民ボランティアの導入等により、住民と精神障害者との複数の交流の場を提供している。
- 4) 保健関係者が身近で気軽に健康相談ができ幅広い機能を持つ「まちの保健室」を地域に設置し、看護職が中心となってところと体の健康づくりや精神障害者が安心して暮らせる地域づくりなどをテーマに、相談や交流活動を行うことにより、住民の精神疾患に関する正しい理解につなげていくきっかけを作っている。

<地域活動関係者～体験の機会を作る>

- 1) 地域社会の先導役として共生社会の地域づくりに貢献でき、精神障害者との関わりの機会を多く持ち、地域住民の身近な相談相手となっている民生委員の役割を重視し、民生委員に対して当事者との良好なふれあい体験の機会をもってもらい、その後の地域活動に役立ててもらうことを目的に、保健医療福祉関係者が中心となって、統合失調症に対する偏見を解消するための普及・啓発事業を行っている。
- 2) 社会福祉協議会が実施した精神保健福祉ボランティア講座を受講した有志（当事者も含む）がボランティア団体を組織し、地域住民に対して、精神疾患に関する講座の企画、病院や作業所等の施設を訪問し障害者と交流する企画、ホームページの開設やニュースの発行などを通じて、積極的に情報提供を行っている。

コラム：無理解、誤解のあった地域活動者が理解者となることで、施設コンフリクトが解決した事例

平成 12 年北海道苫小牧市の新興住宅街の中心部に精神障害者のための援護寮「遊友荘」がオープンした。市街地にこのような施設が設けられるのは北海道では初めて。この建設の話は建設主の病院から町内会の役員会にまず打診があった。町内会長は、「これはたいへんな問題、諾否の判断は住民の意見を聞いてから」ということになった。以下はそのとき結成された「建設に反対する会」の事務局長であり、現在は「遊友荘」の運営委員である泉 清一氏の取材記事の抜粋要約である。（全家連発行「Review」No. 40, 2002 より）

<住民への説明会では>

主に年配者からの反対意見が強くそれまで苫小牧で起きた精神障害者がからんでいると思われる事件の例を挙げ、「市街地に施設をもつてくるとはとんでもない！まして公園の

そばだなんて何を考えているんだ！」という意見がポンポン出たんですね。説明会には反対意見の人ばかり集まるんですよ。関心が無いとか、どっちでもいいという人は出てこない。また、精神病を患ったという人と今までほとんど接触が無かったので、マスコミの事件報道や映画などから、やはり、かなり暴力的で何をするかわからない人達なのだろうと思っていた人がほとんどでしたね。僕もどうしたものかと迷いがあったのですが、何回か説明会に出て圧倒的な反対意見に次第にまきこまれていったわけです。

<本当のところを見なくちゃ>

でも反対するにしても、本当のところを見なくちゃ、という意見もあったんですよ。病院や保健所が、「千葉県に同じような施設があるので、ぜひ見に行っていたきたい」というので、会長が町内会の代表として、僕は建設反対の会の代表として行って来ました。その施設には7,8人居たようで、部屋も全部見せてもらい、みんなと話もできました。自分が思っていたような人は一人もいなかったですね。実際に会って触れ合ってみるといのは、ほんとうに大事だと思いますよね。

<施設を受け入れないのは町内会の恥という声も>

見学から帰って、反対の会（住民説明会）を召集し報告をしました。報告会には、それまでの3倍くらいの住民が集まったんですよ。実際会ってみてどうだったんだ、ということでやっぱり、みんな関心をもっていたんだね。その報告をしたら、雰囲気のがらりと変わりましたよね。「これからは障害者を郊外に追いやるのではなく、地元で一緒に生活するのが本当ではないのか」と。「それを受け入れられないのは町内の恥だ」という意見も出て大きく変わりましたよね。結局そこに落ち着くまで1年ぐらいかかりましたけど、こういう問題は地域の中でじっくりと時間をかけて考えていかなければならない問題だと思いますね。病院や保健所、行政からの呼びかけに、すぐに良い反応ができるわけではないんですよ。保健所の十分な説明も必要だということで、保健所も立ち上がりましたもんね。

<すっかり地域に溶け込んで>

開所から2年が経ち、遊友荘はすっかり地域に溶け込んでいますね。かつて反対の会の代表であった僕も遊友荘の運営委員の一人です。町内会には遊友荘をしっかりと立てていこうという雰囲気があるんですね。私たちにも受け入れた責任というのがあるじゃないですか。社会復帰のときには僕の店（弁当屋経営）でどうやったら何人かでも受け入れられるのか、ちょっと真剣に考えているところなんです。

コラム：村の保健師を中心とした取組が5年ほどの期間で住民を巻き込んだ活動になった事例 ～住民活動グループ「わのわ会」誕生まで（高知県高岡郡日高村）

当事者からの積極的なメッセージを発信したこと、精神疾患を当たり前の問題としたこと、住民活動を活用したこと、有効な方法で精神障害者が「がんばっている」ことを住民に知らせたこと、担当者を支えながら継続した活動を行ったことが主な要因となって、はじめは保健師を中心とした小さな活動が5年で住民全体の精神疾患への理解、行動の変化につながっていった。

平成10年度、知的・身体・精神障害者のデイケア「ヤングハートフル^{もへい}茂平」（以下、茂平）を始める。当初の通所者は8名（知的2名・身体1名・精神6名）。絵画・レザークラフト・バスレク等の活動をする一方、定期的に集まる中でメンバーが中心となって「自分がしたいこと」を見つけるための話し合いを続けていった。

平成11年度、「村民のための心の健康講座」を企画。3カ年計画で、ほとんど精神疾患に関する知識を持たない村民に対して理解を深めることと、職員が専門性を習得することを目的とした。1年目は精神科医と看護師による講演会「心の健康講座」、2年目は精神科医による「心の相談日」、3年目は精神科医と看護師によるケースカンファレンスを企画実施した。心の健康講座には予想以上の参加者が集まり、関心の高さがうかがえた。精神疾患は誰でもかかりうることで、受講者に理解された。また、普段の生活ではほとんど会うことのない精神科医や精神科看護師の「わかりやすい話」を聞くという経験も、村民にとっては精神疾患を身近なものにした。

平成12年度、精神疾患や薬についての学習会を企画。前年度の心の健康講座を受講した当事者が「自分の病気のことを知りたい」と企画されたものであった。服薬学習会「薬（やく）にたつ会」の講師を地元調剤薬局の薬剤師に依頼することで、薬剤師が精神疾患への理解を深めることができたと同時に、当事者と薬剤師との交流が深まり、薬局で当事者と薬剤師が普段から気軽に会話を交わすようになった。「薬（やく）にたつ会」で学んだ知識を村民に発表したいというメンバーの強い希望で「第1回茂平ピック」を開催した。そこで、社会復帰施設職員等医療福祉関係者、心の健康講座の受講者、地元新聞記者等に対して、メンバーは病気のことやこれまでの体験を発表した。「茂平ピック」の状況が地元新聞に掲載され、住民の関心が高まった。

平成13年度、新聞記事の影響か、担当者とメンバーがヘルパー養成講座や近隣の村で講演を行う機会が増えていった。また、茂平の活動で保健センターの調理室を使用する際に「精神病の人がいるのだから、包丁の数は必ず確認するように」と言っていた村民が、障害者スポーツ大会で遠征するメンバーの寄付を募ってくれたり、精神障害者に十分な理

解がなかった担当課長が「精神障害が理由で働く場がないことは理不尽だ」として小規模作業所の開設を提案したりと当事者周囲の変化が見られるようになった。これらの人たちが態度を変えた理由は、「障害者のがんばっている姿を見て、応援したくなった」ということであった。住民の間でも、心の健康講座のチラシや茂平ピックの新聞記事を見て、精神疾患や精神障害者に対する「特別な意識」は徐々に薄れていった。「第2回茂平ピック」では、住民活動のリーダー的な村民が司会を務め、後にその者は職親としてメンバーを雇用し、就労支援を行っている。彼は「自分の村にこんな人たちが（精神障害者）がいることを知らなかった。知っていたら、もっと前にできることがあったかもしれない。」と言っている。

平成14年度、同じ保健センターで活動していた老人と母親のグループと茂平が合流。母親グループとは、ペアを組んでテニスの試合に出るほどに交流が深まった。その頃、心の相談日で保健センターと連携をとるようになった地元小学校教員の要請で、総合学習で「精神障害者の理解」をテーマとした授業と生徒のデイケア見学の企画に協力した。「第3回茂平ピック」では、前年度司会を務めた村民がメンバーをモデルに演劇を作成し上演した。また、同時に行われた100人シンポジウムでも就労をテーマに、多くの村民が活発な意見を出し合った。地元新聞に毎年「茂平ピック」についての記事が掲載されていることもあり、村民の参加も年々増えている。

平成15年度、小規模作業所「ライフファクトリー茂平」が開所した。それを支える住民グループとして「わのわ会」が発足し、経費削減のため村民が備品を持ち寄り、作れるものは手作りした。作業所に小学生が遊びに行ったり、小学校に招かれ保健センターの担当者とメンバーが授業参観に行ったりするなど、地元小学校と茂平との交流は深まっている。このように、当事者や担当者以外のある村民が精神疾患に関心をもち精神障害者への理解を深めると、その人が別の村民に影響を及ぼし、理解者が徐々に増えるというよい連鎖が起こってきている。平成16年度の「第4回茂平ピック」ではそのことを村民に発信するため、活動の「キーマン」に登場してもらおう企画を立てている。

③雇用や教育の関係者

○ 取組の方向性

実施主体	訴求対象者	ポイント
雇用の関係者	管理監督者	<ul style="list-style-type: none"> ・管理監督者自身が精神疾患等を正しく理解し、雇用者の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応できること ・精神障害者が雇用され、働く意欲が高まるような環境づくりを行うこと
	雇用者	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患等について自らの問題として正しく理解し、ストレスコントロールを行うなど、適切に対応すること
教育の関係者	教職員	<ul style="list-style-type: none"> ・教職員自身が精神疾患等を正しく理解し、児童・生徒の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応すること
	児童・生徒	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康に関する適切な情報提供の際には児童・生徒の発達段階を考慮すること

○ 普及・啓発手段の事例、アイデア等

<雇用の関係者～メンタルヘルス体制の確立>

- 1) 管理監督者を始め、新入社員、中堅社員、転勤者、海外派遣者、中高年社員等の各階層の社員を対象としてメンタルヘルス教育を系統的・計画的に実施することで、心の健康問題に対する理解が高まっている。
- 2) 早期発見、早期対応のためには、病気を抱えた時に、昇進や処遇等に不安を持たずにだれもが相談できるような体制や、職場のストレスを家族を含め、周囲が気づき、対応することも考慮に入れた体制の確立が効果的である。

<雇用の関係者～わかりやすい情報発信>

- 1) ゲーム形式で精神疾患への対応方法を考えてもらう教材を開発・活用したり、社内報、健康保険組合機関誌、イントラネット等を通じて、年数回から10数回程度、メンタルヘルスに関する情報やストレスチェックの機会を社員に提供するなど、普及・啓発方法を工夫することで、メンタルヘルスによりいっそう関心を持ってもらうことが可能となっている。
- 2) 精神疾患は誰もがかかりうる病気であり、軽症であっても気軽に専門的治療を受けるべきであることを理解してもらうため、より身近な言葉として「精神障害」を「精神健康不調」としている。
- 3) ある事業場では、クラブハウス（精神障害者の仲間どうしが助け合いなが

ら自立するための場)のスタッフやメンバーの協力のもと、一般雇用への前段階として、精神障害者の働く意志・意欲を尊重した過渡的な雇用を行った結果、従業員の精神障害者に対する理解が深まっている。

＜教育の関係者～研修会の活用＞

- 1) 既存の各種研修会で教職員に対して、効果的な実践事例を紹介し普及するなどにより、学校における健康教育の充実を図ることが有効ではないか。例えば、ある教育委員会では、教職員が精神障害や精神疾患を正しく理解し、精神障害者への理解を深めるとともに偏見を克服することを目的として教職員に対する教育を行っている。

＜教育の関係者～現場での効果的な取組＞

- 1) 体育(小学校)、保健体育(中学校・高校)における「心の健康」に関する指導等を充実させることが効果的である。さらに、精神疾患は思春期に発病することが多いため、中学・高校で心の健康に関する正しい知識を教えることで、発病した場合にもいたずらに不安になったり、いじめられたりということを防ぎ防止できるのではないか。
- 2) 児童・生徒や教師が障害者と交流することで精神疾患や精神障害者に対する理解が広がるのではないか。すでに、障害者が小学校に出かけて「総合的な学習の時間」に児童や教師とゲームや話し合いをしたり、児童、生徒や教師が精神障害者社会復帰施設に出かけて児童の趣味や特技を披露したり、福祉ボランティア体験をしたりするなどの実践例がある。

コラム：学校と地域が連携を図りながら、自分自身をじっくりと振り返る機会や人間同士のかかわりという観点で「心の健康教育」を推進した事例

現在学校教育では、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の普及・啓発に関する課題について、人間として生きる上で「身体の健康」や「心の健康」を保持することの大切さや、「豊かな心をもつことの大切さ」など人間関係をどのように築いていったらよいかなど、「心の健康教育」の内容を基本として取り組んでいる。平成13年度から「健康教育総合推進モデル事業」の指定を受け、「心の健康教育」を推進した実践を紹介する。

1. 実践校 京都府船井郡八木町立八木中学校(生徒数251人、10学級、職員数24人)
2. 研究主題 「健康で心豊かな生徒の育成」

～自分らしさを発見し、豊かな仲間づくりをめざす～

3. 研究課題設定の理由

共感しあえる人間関係を築き、それを基盤として、精神的自立の準備をはじめ思春期は、健全な社会生活を送るための基本的な生活習慣や善悪の判断力、豊かな人間関係を育み社会的自我を育成する重要な時期である。

大半の生徒は日常的には円滑に人間関係を保っているが、自己中心的になったり自分をうまく表現できない生徒もいる。

そこで生徒一人ひとりが自分らしさを発見し、自分を大切にするのと同様に相手を大切にし、豊かな仲間づくりをめざせるような集団をつくることで、集団のなかで互いに気づけなかった「他者」と「自分」を発見し、互いに認め合うことにより、生きる意欲を高揚させることが健康で心豊かな人間形成につながると考え課題を設定した。

4. 研究仮説

子ども達だけでなく、保護者・教職員の健康意識を高揚させ、地域保健担当者をはじめ地域との連携を図り、心の健康教育を推進していけば、子ども達一人ひとりが健康で心豊かに日常生活が送れるようになるであろう。

5. 研究実践計画

	学 校		
一 年 次	◎八木町健康教育総合推進協議会設置 ◎「心の健康」に関するアンケート ◎教職員研修 ◎町教委及び幼・小の連携 ◎先進校視察		
	1 年	2 年	3 年
二 年 次	6月 朝読書 7月 エンカウンター 9月 学校 11月 ①看護師による講演 ②講演を受けて	6月 職場見学 10月 社会人講話 町内事業所調査 職場体験学習 11月 学校茶道体験	10月 福祉学習 高齢者福祉 障害者福祉 幼児福祉 11月 自分の生活を振り返る (ストレスについて)

6. 研究実践結果

(1) 一学年の取組

- ・ エンカウンター（グループで参加者どうしが意見交換・交流すること）を実践するなかで、一人で考えるよりも他人の意見も取り入れる方が良い方法が得られるという感想が得られた。
- ・ 学校祭で「昔のお金」「昔のお菓子」等のテーマで展示に取り組み、家庭や地域の協力を得る中で、身近な人や自分の生い立ち、またそれにまつわるエピソードなどを聞き、自分を育ててくれた人の思いを感じ、自己肯定感を高めることがで

きた。

- ・ 「小さな我慢」のテーマで看護学院副院長の講演を聞くなかで、うっぷんを晴らすことと同時に我慢することも、人間の成長上大切であることを学んだ。

(2) 二学年の取組

- ・ 茶道の取組で、日本の伝統文化を体験し、作法や礼儀を学ぶだけでなく、視野や見聞を広めることができた。
- ・ 地域の職場体験実習を通じて、豊かな自己実現や自己肯定感を育てることができた。

(3) 三学年の取組

- ・ 「総合的な学習の時間」で、地域の高齢者福祉、障害者福祉、幼児福祉を体験し学ぶ中で相手の状況や立場を考え、円滑な人間関係をつくっていくことの大切さを学んだ。
- ・ 受験期を迎える生徒のストレスに対して、ストレスの解消の方法を学習し、実習した。

④行政、メディア関係者

○ 取組の方向性

実施主体	訴求対象者	ポイント
行政	行政職員	・一般職員及び専門職員ともに精神疾患等について正しく理解し、その知識・技術を日常業務で積極的に活用すること
	地域住民	・当事者とのふれあい等を通じて、精神疾患等について理解を深める機会を積極的に増やすこと
メディア	メディア	・マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及活動効果を高めること
	国民	・メディア自体が主体的に普及啓発をすること (様々な実施主体が行うメディアを介した普及啓発も重要)

○ 普及・啓発手段の事例、アイデア等

<行政～知識の向上・人材育成>

- 1) 保健師は、日頃から研修等を通して精神保健福祉に関する知識・技術の習得に努めるなどして資質の向上を図っており、それらの知識・技術が保健師活動にも役に立つとともに、住民に対する啓発活動につながっているという結果が出ている。
- 2) 住民のモデルとなって地域活動を行う精神保健福祉ボランティアを養成し、その中から特に熱意のある人に精神障害者地域生活アドバイザーとして委嘱し、啓発活動の一翼を担ってもらっている。

<行政～当事者の社会参加の促進>

- 1) 当事者、住民参加型の地域活動を長期的・計画的に自治体が支援することで心の問題が住民の中で当たり前のこととなっている。
- 2) 地域住民を対象とし、地域住民の身近な場所である公民館でその地域に住む当事者、当事者家族等を講師とした学習会を実施している。
- 3) 地域住民を対象とし、商店街の空き店舗を活用した地域交流サロンを開設し、閉鎖的な障害者の居場所ではなく、地域の人々が集い交流できる場として提供している。

<行政～対象者層を考慮した活動>

- 1) 民生委員が地域において精神障害に関する普及・啓発活動を行うことができるよう、民生委員を対象に精神保健福祉ボランティア講座を開催している。
- 2) 児童生徒・保護者等を対象とし、小学校、中学校の場を活用した当事者、

当事者家族、精神保健福祉士等による普及・啓発事業（学習会、講演会、その他地域の実情に応じた事業）を実施している。

- 3) P T Aを対象とし、普及・啓発講座を実施。講座計画の段階からP T A役員を入れることにより普及対象者のニーズに応じた講座が実現している。
- 4) 一般住民を対象として、精神保健福祉業務に携わっている関係者や当事者の体験談等を主軸とした講演会・シンポジウム・てい談等を開催し、精神疾患・精神障害者への理解を深めている。

コラム：行政職員に対する教育が地域活動のさらなる強化につながっている事例

千葉県流山市では、県から精神保健福祉行政の事務の一部が移管されることに合わせて、平成 14 年に 5 人、平成 15 年に 4 人の保健師を連続して研修に参加させ試験を受けさせ「精神保健福祉士」の資格を取得させている。また、専門医師による「心の健康相談」を毎月 1～2 回実施することにより、相談窓口が身近になり、地域医療機関との連携がとりやすく、精神障害者ホームヘルプサービスの導入も拡大する等、大きな評価を得ている。

心の健康相談のうち、専門医によるものだけでも平成 14 年度 24 人、平成 15 年度 35 人（3 月末見込み）となっている。

県から精神保健福祉行政の事務が一部移管されたことによって、主治医、ケースワーカーや保健所、福祉作業所、グループホームの担当者との連携が図られ、訪問活動等による対応が早くなったと住民からも喜ばれ、徐々にではあるけれども心の健康づくりに対する住民の理解も深まっている。

さらに、保健師 9 人に対し、計画的に精神保健福祉士の養成研修を受けさせ、精神保健福祉士の試験を受験してもらったことに対して、はじめのうちは様々な意見もあったが、実務に当たっている保健師からは「精神保健福祉士の資格を持つことによって、心の健康づくり、予防事業に対して専門医と協力して本気で取組ができるようになった。」と語られている。

結果的には、市町村保健師のひとりでも多くの者が精神保健福祉士の資格を持つことが、心の健康づくりについて広く住民に理解を深める近道のひとつであると考えられた。

<メディア関係者～主体的な普及・啓発への取組>

- 1) 国民に対して精神障害者への偏見と差別をなくしていくような取組を、メディアが率先して行うよう働きかけていくことが重要である。例えば、当事者や当事者家族の協力のもと、当事者の生活や思いなどをメディアを通じて正確に伝えることが普及・啓発にとって重要である。
- 2) メディア自身も過去の報道で、精神障害者への偏見を助長してきたという経験を自覚し、この経験を繰り返さないよう、日常の報道活動に当たる必

要がある。

- 3) メディアが当事者・当事者家族、関係者、専門医らと、意見交換や議論を十分に行い、正確な知識を伝えることなどにより、国民が持っている精神障害者に対する「恐れ」「偏見」「誤解」を解いていく必要がある。例えば、当事者・当事者家族、関係者などとマスコミ各社との間で、事件報道に関する病歴記載等を含め、メディアを通じた普及・啓発の積極的なあり方についてシンポジウムを開催し、意見交換することにより、双方の理解を深めることができる。
- 4) 痴呆や他障害者のドラマやドキュメンタリーにより、それらの病気や障害者の理解度・認知度が向上したことから、精神障害者のドラマやドキュメンタリーが作成された場合も同様な効果が予想できる。その際、人間性や生き方をアピールするなど、視聴者の共感を得られるようにすることが重要である。

―病歴報道等に対する様々な意見―

- ・ 事件が起きた直後の国民の関心が一番高いときに、事件と精神障害との関係が不明な段階で病歴等の報道がなされることが、精神障害者に対する恐怖心につながる恐れがあるのではないか。
- ・ 犯罪報道をはじめ社会の情勢を的確に知らせるのがメディアの持つ役割でもあり、精神障害に起因するという理由のみで、犯罪報道を全くなくしてしまうということには問題があるのではないか。
- ・ 病歴報道等について検討する際、正確な情報を伝えるというのが報道機関の本来の役割と考えるが、その情報を受け取る側は立場によっても、百人百様であることを認識すべきではないか。
- ・ 犯罪が精神障害に起因することが明らかになった時点で、メディアが精神障害に起因する犯罪と報道することが原則であるべきで、それ以前に病歴や精神科病院通院歴等の報道を行うことは偏見を生む恐れも大きく、慎重に報道することが望まれている。
- ・ 犯罪が精神障害に起因することが明らかになった場合、国民が漠然とした不安を抱いたり、誤って理解したりすることを防ぐため、必要に応じて病気と事件との関連について正確に説明することが必要だ。その際、メディアが医師への取材をどう行うか、医師側は取材にどう対応するかについても、幅広く論議が必要になってくるのではないか。

コラム：広告キャンペーンが社会支援の価値感を形成していった事例

社会的コミュニケーション機能として広告キャンペーンが果たしている役割は非常に大きい。近時、公共広告が社会に向けてメッセージを發し新たな社会価値を創造してきている。コミュニケーション技法の先驅たる米国ではW. ヤングが「広告は、人間によって發明された最も近代的な速攻力ある伝達と説得のための手段である。それは現状よりはるかに大きな可能性を有している。その意味するところは、行政機関や政党、労働組合、農業団体、経営者団体、慈善団体、教会、大学などに、その専門技術とチャンネルが広範囲に利用されるべきだということである。それは国際間の理解を深め、摩擦を防ぐためのオープンなプロパガンダにも、無知が原因である病気の根絶にも、国家が必要としている有益な仕事のためにも使われるべきである。」と述べている。テレビ黎明期の1941年のことである。この提言はIT革命、地上デジタル波、ブロードバンド社会というメディア環境の変化の中でも未だに輝きを失ってはいない。

社団法人公共広告機構は、人間尊重の精神から具体的で身近な問題を取り上げ、誰にでも分かりやすく表現し解決への指針を示すことを目的としてテーマ設定し社会的価値の創造に取り組んでいる。1971年に設立されて以来、環境保護啓発、エネルギー問題、水・食料問題、骨髄バンク登録啓発等の医療問題、を社会性に立脚した公共広告として展開してきている（別表）。

公共広告の典型例としては、社会支援キャンペーンがある。いくつかは大きな成果を収め人々の心に確とした社会支援の価値感を形成している。（財）骨髄移植推進財団との「ドナー登録」キャンペーン、「世界の子どもにワクチンを日本委員会」との「世界の子どもにワクチンを」キャンペーン、（社）日本臓器移植ネットワークとの「いのちのリレー臓器移植」キャンペーン、アイバンクとの「アイバンクに登録を」キャンペーン等、多くの事例がある。

こうしたコミュニケーション活動が社会を変える大きな原動力になることは、社会経験則的にも明らかであり、今後もその力は大きくなっていくように思える。的確なテーマ設定、テレビ、新聞、ラジオ、雑誌等との連携、全国的組織との連携、地域活動との一体化があるコミュニケーション活動に大きな期待を寄せたい。

別表：公共広告の年度別テーマ（1991年～2004年度）

	テーマ
1991年	自然保護、資源問題、公共マナー、交通問題、ボランティア
1992年	自然保護、公共マナー、国際理解、環境問題、麻薬
1993年	環境保護、自然問題、公共マナー、ゴミ問題、福祉、国際交流、ボランティア、麻薬汚染撲滅、エイズ、水質保全(日米共同キャンペーン)、骨髄バンク
1994年	自然保護、公共マナー、福祉、ボランティア、骨髄バンク、世界の子供にワクチンを、水質保全
1995年	阪神大震災被災者激励、いじめ解消、公共マナー、自然保護、ボランティア、点字メニュー、水質保全、アイバンク、骨髄バンク、ワクチン
1996年	自然保護、いじめ解消、公共心、ボランティア、水質保全、骨髄バンク、ワクチン
1997年	自然保護、福祉、親子問題、公共マナー、麻薬汚染撲滅、いじめ解消、水質保全、骨髄バンク、ワクチン
1998年	地球環境、思いやり、公共マナー、いじめ解消、麻薬・覚せい剤汚染撲滅、家庭環境、水質保全、骨髄バンク、ワクチン
1999年	環境・自然保護、公共マナー、麻薬・覚せい剤汚染撲滅、いじめ解消、水質保全、臓器移植、ワクチン、骨髄バンク
2000年	ボランティア、環境・自然保護、覚せい剤汚染撲滅、公共マナー、親子問題、水質保全、臓器移植、ワクチン、骨髄バンク、子ども読書年
2001年	環境問題、公共マナー、親子・教育、ボランティア、育児放棄、骨髄バンク、子どもワクチン、臓器移植、読書推進、教育
2002年	環境問題、国際化、骨髄バンク、子どもワクチン、読書推進、教育、親子・教育
2003年	子どもワクチン、骨髄バンク、親子、読書推進、環境問題、日本・日本人
2004年	コミュニケーション、環境問題、公共マナー、親子

4. まとめ

普及・啓発の取組は、行政はもとより、各界各層の人々が精神疾患や精神障害者の問題を自分自身の問題と認識し、自立的な取組が進められることによって、はじめて国民全体に広がる。

こうした取組を進めるに当たり、国は、精神障害者が社会参加を進める上で障害となる制度的な障壁を取り除く取組を継続して進めるとともに、普及・啓発の取組が国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行うことが求められる。この場合、毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として集中的に知識を広く情報発信するような取組も望まれる。また、普及・啓発を地域単位で進めるには、主体別の取組を総合的に進める都道府県や市町村をモデルとし、全国的な取組の指導的な役割を担ってもらうことも必要である。

今後、当事者・当事者家族、保健医療福祉関係者、地域活動関係者、雇用・教育関係者、行政、メディア関係者の各主体が「こころのバリアフリー宣言～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～」や本報告書を活用し、精神疾患及び精神障害者の正しい理解に関する普及・啓発の取組をさらに進めることにより、国民の一人でも多くが精神障害者に正しい理解を持ち、誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに暮らすことができ、そして、人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会が実現することを強く望む次第である。

心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会 構成員

平成15年10月現在（敬称略）

荒井 洋	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 常務理事
石原 重雄	千葉県流山市 助役
稲葉 康生	毎日新聞社 論説委員
大野 善三	日本医学ジャーナリスト協会 会長
岡本 裕之	聖徳大学附属聖徳中学校・聖徳高等学校 校長
小野 光子	社団法人 日本看護協会 常任理事
北村 尚人	三菱重工業株式会社 人事部主席
きたやま おさむ	エッセイスト
木太 直人	日本精神保健福祉士協会 副会長
齊藤 貞夫	社会福祉法人 全国社会福祉協議会 地域福祉部長
佐藤 和信	株式会社 電通 広報室長
鮫島 健	社団法人 日本精神科病院協会 副会長
◎高橋 清久	国立精神・神経センター 名誉総長 財団法人 精神・神経科学振興財団 理事長
中井 和代	横浜市青葉区精神障害者家族会あおば会
仲野 栄	社団法人 日本精神科看護技術協会 常務理事
西島 英利	社団法人 日本医師会 理事
林 誠子	日本労働組合総連合会 副事務局長
○広田 和子	精神医療サバイバー
藤臣 柊子	漫画家 エッセイスト
藤田 健三	岡山県精神保健福祉センター センター長

◎ 座長

○ 副座長

心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会運営要綱

1. 趣旨

平成14年12月に公表された社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告にあるように、今後の精神保健福祉施策を進めるにあたっては、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図ることは、各施策に共通する重要かつ必要不可欠な視点である。さらに、厚生労働大臣を本部長とした精神保健福祉対策本部の「中間とりまとめ」が平成15年5月に発表され、その中でも精神保健福祉施策に関して「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を押し進めていくためには、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の普及・啓発などが重要であるとされている。しかし、残念ながら、精神疾患等に対する正しい理解は十分とはいえない現状であり、精神疾患等に対する正しい理解の普及・啓発は急務であるといえる。

検討会は、精神疾患等に対する正しい理解の普及・啓発のための指針の策定及び普及・啓発方策について検討することを目的とし、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長が開催するものである。

2. 検討課題

- ① 精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の普及・啓発のための指針策定
- ② 具体的な普及・啓発方策

3. 座長・副座長

検討会に座長、その補佐を行う者として副座長を置くものとする。座長は構成員の中から互選により、副座長は座長の指名により選出するものとする。

4. 運営

- ① 検討会は、座長が必要に応じて招集する。
- ② 検討会は、その決定に基づき、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

5. その他

- ① 検討会は、原則として公開する。
- ② 検討会の事務局は、障害保健福祉部精神保健福祉課において行う。

精神疾患で比較的多い病気の特徴

1. 統合失調症

統合失調症は、10代から40代くらいまでの比較的若い世代に起きやすく、約100人に1人の割合でかかる病気です。

症状には個人差がありますが、主な症状として、実際には存在しない声や音が聞こえる幻聴やあり得ないことを信じ込んでしまう妄想、頭の中が混乱して考えがまとまらなくなる思考障害、興奮症状等があり、これらはまとめて陽性症状と呼ばれます。また意欲の低下や自閉傾向（閉じこもりがちなこと）など、エネルギーが無くなったような状態になることも多く、これらは陰性症状と呼ばれます。このような症状をともなつて、多くは20歳前後に発病します。しかし幻覚や妄想は、本人にとって全くの現実と感じられるため、発病を自覚できないことがあります。本人より先に家族や友人が異変に気づくことも多いようです。

原因ははっきりしていませんが、その人の生まれ持った素質、生まれてからの能力・ストレスに対する対応力、ストレスを引き起こすような環境要件などが絡み合つて発症します。脳内には神経伝達物質と呼ばれる物質が存在し、その量の異常も関係していると考えられています。

治療は、薬物療法、精神科リハビリテーション、精神療法等があります。薬物療法では、抗精神病薬という、神経伝達物質の量を調整する薬を用います。薬の進歩は目覚しく、最近の抗精神病薬は幻覚や妄想を取り去るだけでなく、従来薬では難しかった陰性症状の改善にも効果があります。精神科リハビリテーションとは、その名の通り精神の不調をリハビリすることです。症状によって仕事や学校等の社会生活ができなくなっていることも多いので、集団でスポーツやゲーム、対人交流の練習等を行つて社会復帰の訓練をします。精神療法とは、医師によるカウンセリングのことです。実際の治療はこれらをバランスよく組み合わせて行います。治療法の進歩によって、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、軽快又は治癒することができます。

2. 気分（感情）障害

気分障害は、気分や感情の変化を基本とする障害で、気分が沈んだり、高ぶったりするのが特徴です。気分の変化に伴つて生活全般の活動性も変化します。また、ストレスが気分の変化のきっかけとなることが多く、しばしば再発を繰り返します。

気分障害は、大きく双極性感情障害（躁うつ病）とうつ病の二つのタイプに分けられます。うつ病は、以前は躁うつ病のひとつのタイプに含めていましたが、現在は、独立した診断名としてあつかわれる傾向にあり、従来躁うつ病と同じ意味では双極性障害が用いられています。

双極性感情障害は、気分が高揚し、生気がみなぎつて活動的となる時期（躁病エピソード）

ード) と、気分が落ち込み、元気がなく活動性が下がる時期 (うつ病エピソード) を交互に繰り返す病気です。エピソードはふつう完全に回復します。躁病エピソードだけを示す患者は比較的少ないですが、そのような場合も双極性障害と診断されます。

一方、うつ病は、うつ病エピソードだけがみられる病気です。この病気にかかると、患者は通常、気分が沈み、興味や喜びが失われ、生気がなく活動的でなくなります。ちょっとしたことでも、ひどく疲れやすく感じます。そのほかにも、集中力・注意力の低下、自信の低下、自責感が目立ち、将来を悲観して、自殺を考えるようになりたりします。時々、イライラ感や不安感が目立ち、かえって落ち着きがなくなる場合もあります。しばしば不眠、食欲低下、体重減少、性欲減退などの身体症状を伴うために、最初は体の異常を疑って一般の内科を受診する患者も少なくありません。うつ病にかかった患者は、気分転換や慰めにもほとんど反応しませんが、朝方悪くて、夕方には少し症状が軽くなるという日内変動がみられることがあります。

国民の約 15 人に 1 人がこれまでにうつ病にかかったことがあるにもかかわらず、その 4 分の 3 は医療を受けていないといわれており、うつ病が国民にとって非常に身近な問題であるにもかかわらず、その対応が適切になされていないのが現状です。うつ病への気づきと適切な診断・治療が重要です。

3. 神経症性障害

神経症の症状は多彩で、様々なタイプがありますが、その大部分が心理的原因と関連していると考えられています。身体的な原因やはっきりとした理由が見つからないにもかかわらず、機能的な障害をもたらすので、周囲が感じるよりも患者の苦しみが強いという特徴があります。

もともと神経症の分類は心理学的な理論に基づいてできたものですが、現在は、その症状のタイプによって、パニック障害、全般性不安障害、恐怖症性障害、強迫性障害、重度ストレス反応・適応障害、解離性障害、身体表現性障害、離人現実感喪失症候群などに分類されています。これらの病気は、それぞれ特徴のある症状や経過をたどりますが、いずれも心理的な要因が関与しているだろうと推測されています。社会や文化的背景によっても症状には違いがあるといわれています。しかし、一部の神経症では、従来、考えられていたよりも、脳の機能的な障害が関与している可能性が指摘されています。事実、心理的な治療とともに薬物療法によって良くなるタイプもあり、また、うつ病と合併することも多い病気です。ここでは、神経症のなかでも頻度の多い病気について説明します。

パニック障害

急激に非常に強い不安 (パニック) 発作を繰り返す病気です。症状は、ほとんど突然に始まり、動悸、胸痛、窒息感、めまいなどとともに、「現実ではない」「気が遠くなりそうな」感じや「死ぬかも知れない」という恐怖、あるいは「気が狂ってしまいそう

になる」恐怖を伴います。発作は通常数分間しか続かず、生命に危険はないのですが、これがバスや雑踏などの特定の状況で起こると、その後患者は、そのような状況を避けるようになりがちです。次第にパニック発作がまた起こるかもしれないという予期不安のために、外出を控えるようになることがあります。薬物療法や精神療法が効果的です。

全般性不安障害

パニック障害とは異なり、慢性的な不安を特徴とするもので、不安や心配の材料が次々と移り、何もかもが気がかりになってしまう病気です。たえずいらいらしている、ふるえ、緊張、発汗、頭のふらつき、動悸、めまいと胸苦しきなどの訴えがよく認められます。患者は、家族がすぐにでも病気になるのではないかと、事故にあうのではないかと常に気にしており、心配事が絶えません。しばしば周囲から慢性的なストレスを受けていることがあります。また、大抵はうつ病を合併しています。

強迫性障害 [強迫神経症]

患者は、不合理と感じながらも意思に反して不快な考えが繰り返し浮かんだり（強迫思考）、確認や儀式的な動作を繰り返す病気です。具体的には、4、13などの不吉な文字が頭に浮かぶ、戸締まりや火の始末が気になって何度でも確認する、不潔が気になって手洗いを繰り返すなどの症状がみられます。患者は、こうした考えや行為をばかばかしいと感じ、かつ不愉快で、なんとか止めたいと努力するのですが、うまくいきません。そのために、動作に時間がかかり、日常生活が著しく制限される場合もあります。また、強迫思考はうつ病と関連することも多いです。この病気の患者には、もともと几帳面で堅苦しいといった性格的特徴がよくみられます。患者にとってはなかなか厄介な病気ですが、最近では薬物療法が進歩しています。

4. 摂食障害

摂食障害の患者の最も大きな特徴は、体型と体重に関する態度と価値観です。つまり、やせていることを素晴らしい事、太ることを嫌悪すべきこととした上で、自己評価が体型及び体重の影響を過剰に受けています。「やせ」と体重減少が理想化され、追求され、体重増加と「肥満」を回避することに大変な努力が企てられます。この病的な考えの中心は、自らの価値を体型や体重で判断、評価する傾向です。通常は自己価値を多種多様な領域における能力（例えば、対人関係の質や、仕事での業績や、スポーツや他の趣味での能力など）で評価しますが、摂食障害の患者は体型や体重によって自分を評価するわけです。

心理的な要因や生物学的な要因は摂食障害の原因として無視できませんが、社会文化的な影響も非常に大きいといわれています。摂食障害はこれらの原因が複雑に重なった上で発症すると考えられています。

摂食障害には、大きく分けて神経性無食欲症（拒食症）と神経性大食症（過食症）が

あります。神経性無食欲症という名前から想像すると、食欲の低下が中心的な問題であるかのように思われますが、その病気の最も重要な特徴は太ってしまうことへの恐れに関連した、「やせ」の追及です。精神医学的には「やせ」についての定義として、年齢と身長からみた正常体重の85%以下というものや、BMI（体重 Kg/[身長m]²）が17.5以下という基準が用いられます。例えば身長160cmの人なら44kg以下になればこの基準を満たします。また、女性の場合は無月経もやせに引き続いて起こります。神経性無食欲症患者の9割以上が女性といわれています。

神経性大食症の特徴として、むちゃ食いがあげられますが、これはふつうの人が食べる量よりも明らかに多い食物を食べ、そのとき本人にはその食行動を制御できないという感覚をとまなうものです。過酷なダイエットの代償といえるかもしれません。また、むちゃ食いによる体重増加を恐れ、下剤を用いたり、自分で嘔吐をする患者も多く認められます。

5. 睡眠障害

調査によると、日本人の5人に1人が睡眠の問題を抱えています。一口に睡眠の問題といっても、その種類は多様です。おおまかには、①睡眠自体に問題のある「睡眠の異常」、②睡眠自体には問題はないが、睡眠と覚醒のリズムに問題のある「概日リズム症候群」、③眠っている間に問題の起こる「睡眠時随伴症状」に分かれます。

睡眠の異常に関しては、まず、寝つけない・途中で起きてしまうなどのいわゆる「不眠症」があります。身体疾患や、うつ病などの精神疾患が原因になっている場合があります。また、加齢や環境からの影響も大きく受けます。反対に過度の眠気が起こり、日中や眠ってはいけない場面などでも眠り込んでしまう「過眠症」もあります。この中の「ナルコレプシー」という病気は、急に発作のように短時間眠り込んでしまう症状が長期に続きます。また、睡眠中の呼吸の障害からきちんとした睡眠が得られず、全身倦怠感や注意力低下などが続く「睡眠時無呼吸症候群」もあります。肥満や骨格上の問題が原因となる場合が多いようです。

睡眠と覚醒のリズムがさまざまな理由で乱れてしまう「概日リズム症候群」では、しるべき時間に寝たり起きたりする事ができなくなり、日常生活に長期に支障をきたします。生活リズムの乱れや、交代制勤務による不規則な睡眠時間が原因となりやすいようです。

睡眠時随伴症状にも、いくつかの種類があります。寝入りや寝ている時に我慢しがたい足のむずむずを呈し不眠となるのが、「むずむず足症候群」です。また、寝ている間に急に暴れたり、起き上がって動き回り怪我をしてしまう状態もあり、「レム睡眠行動障害」と言われます。

以上のように、一口に睡眠の問題といっても、様々な種類があります。睡眠の問題は、陰に大きな病気が隠れていたり、過度の眠気から大きな事故を引き起こす事もあり、生活に与える影響は思った以上に大きなものです。適切な治療を行えば睡眠の改善とともに

に生活の質の向上も見込めますので、少しでも睡眠に対して悩みを抱えている方は早めに受診する事が大切になります。

6. アルコール・薬物依存症

依存を生じる物質は数多く、アルコールやタバコのような嗜癖物、鎮痛剤や睡眠薬などの医薬品、シンナーのような有機溶剤、覚醒剤やコカイン、大麻などの非合法薬物など色々な種類があります。依存症とは、これらの物質を欲しくてたまらない、摂取しないでは我慢できなくなる状態で、そのための行動をコントロールすることが困難となります。その物質の摂取を止めると、重い自律神経症状が出現したり（身体依存）、抑うつや不安などの精神症状が出現する（精神依存）ために、なかなか止めることができません。またアルコールでは、使用量を増やさないと最初ほどの快楽が得られないために、次第に使用量が増えてゆくこと（耐性）が認められます。体にとって有害な作用を及ぼすことが明らかになっているにもかかわらず、依存のためにアルコールや薬物を使わざるをえなくなります。

長期間の飲酒歴のある重いアルコール依存症患者では、飲酒を中止した後に数日間、振戦せん妄という錯乱状態を生じることもあります。振戦せん妄では、意識混濁に幻覚や妄想、興奮などがみられます。覚醒剤やシンナーの依存症では、長期間の使用による神経毒性により精神病状態や痴呆を来すこともあります。

依存症からの回復には、専門的な治療プログラムに取り組む必要があります。また、依存症から立ち直った元患者からの助言や支援も有益で、自助グループ活動への参加が勧められます。

(鮫島構成員提供資料をもとに作成)

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 最終まとめのポイント

1. はじめに

2. 現状分析

3. 今後の方向性

(1) 基本的考え方（総論）

① ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

- 障害者の状態等と社会資源とをどう結びつけるか、自立に向けて必要な能力を向上するための機能は何かといった視点から、システムの再編を図ることが必要。
- 自立に必要な支援・機能をライフステージ等に応じて整理の上、既存の施設やサービスを機能面から再整理することが必要。
- それぞれの障害の特性を踏まえつつも、3 障害に共通した問題については障害の枠を超えた支援を行っていくことが必要。

② 重層的な相談支援体制の確立

- 就労、教育面も含め障害者の地域生活を包括的に支援する重層的な相談支援体制の確立が必要。
- ケアマネジメント等により障害者の状態や必要性に応じて、各社会資源を効果的に活用した総合的に提供されることが必要。
- 障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備が必要。

③ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

- 身体・知的と同様、精神保健福祉（在宅・施設）については、市町村を実施主体とすることを基本として、その提供体制の整備を進めることが必要。
- 市町村に対する都道府県や国のバックアップにより、知識の蓄積やアウトソーシングの推進等の段階的に環境整備を進めることが必要。
- 介護保険と同様、精神保健福祉分野でも、市町村、都道府県、国が事業計画を定め、地域差を解消しつつ計画的に取り組む仕組みが必要。

(2) 今後の施策体系のあり方（各論）

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

4. おわりに（実現に向けた道筋等）

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会

最終まとめ

平成 16 年 8 月

1. はじめに

- 精神保健福祉施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が、精神疾患や精神障害者について正しい理解を深める取り組みを進めるとともに、精神医療の質の向上や地域生活支援の充実等の対策を総合的に行うことが大切である。
- 本検討会においては、これらの問題のうち、退院後等における地域生活を継続できる体制をどのように構築するか等の視点から、社会保障審議会障害者部会精神障害分会及び精神保健福祉対策本部での議論を踏まえ、12回にわたり、現状分析等を行いつつ地域生活支援の在り方について検討を行ってきた。
- この報告書は、これまでの検討の成果として、今後進めるべき施策体系の枠組みや、個々の事業の提案等に係る議論を整理したものであり、引き続き、関係審議会の意見を聴きながら国として検討され、精神保健福祉法の改正等につなげられるべきものである。

2. 現状分析

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

(住まいの場関係)

- 精神障害者が一般住宅等で生活したいというニーズは強いが、貸し主等において、緊急時の対応等に不安が強く、十分な提供がなされていない。
- 社会復帰施設等（入所系、グループホームも含む）の利用者については、約 6 割は病院退院後の入所であるが、約 2 割は在宅からの入所であり、多様な利用形態が広がっている。

- 社会復帰施設等（入所系、グループホームも含む）から退所する者のうち約 3 割は病院への入院であり、地域生活支援の機能を高めることが課題である。
- 社会復帰施設（入所系）の利用者については、重度（GAF30 点以下）の者が約 1 割、中度（GAF60 点～31 点）の者が約 7 割、軽度（GAF61 点以上）の者が約 2 割を占めており（精神障害者ニーズ調査）、症状に応じた対応体制の整備が、今後の課題と考えられる。
 - ※ GAF（米国精神医学会：機能の全般的評価尺度）点数の症状
 - 70～61 点：いくつかの軽い症状。機能にいくらかの困難があるが、全般的に良好に相当
 - 60～51 点：中等度の症状、機能における中等度の障害程度
 - 50～41 点：重大な症状、機能における重大な障害
 - 40～31 点：現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥、多くの面での粗大な欠陥
 - 30～21 点：妄想・幻覚に相当影響された行動、意思伝達か判断に粗大な欠陥、ほとんどの面での機能不能
- グループホームの利用者については、重度（GAF30 点以下）の者が約 1%、中度（GAF60 点～31 点）の者が約 3 割、軽度（GAF61 点以上）の者が約 7 割を占めており（全国精神障害者社会復帰施設協会調べ）、症状に応じた対応体制の整備が今後の課題と考えられる。
- 都道府県ごとの、社会復帰施設等（入所系、グループホームも含む）の普及度（定員／人口）と病院からの退院動向（退院率等）には、現状では相関関係がみられないが、その評価については、さらなる検証が必要である。

（活動支援・生活支援関係）

- 社会生活機能の回復等を目的とした施設としては、社会復帰施設や精神科デイケアがあるが、いずれも急速に増加（平成 12 年→平成 14 年で約 2 割増）している。
- 授産施設からの退所者は利用者の約 2 割であり、そのうち就労に移行した者は約 2 割（常用雇用は約 6%）に過ぎず、就労支援、自立支援等の機能を高めることが今後の課題である。
- 社会復帰施設（通所系）の新規利用者は、在宅からの者が多く、退院の受け皿としての役割を十分果たしているとは言えない。
- 社会復帰施設（通所系）の利用者については、その症状等に関するデータがなく、まず実態把握が課題である。
- 精神科デイケアの利用者については、重度（GAF30 点以下）の者が約 4%、中度（GAF60 点～31 点）の者が約 6 割、軽度（GAF61 点以上）の者が約 4 割を占めており（精神障害者ニーズ調査）、症状に応じた対応体制の整備が今後の課題と考えられる。

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

（相談支援体制の状況）

- 相談支援体制については、その拠点となる精神障害者地域生活支援センターが整備されていない障害保健福祉圏域が約 120 カ所あり、また市町村ごとには対応できる職員等も限られており、量的な確保の面で課題が大きい。
- 精神障害者地域生活支援センターについては、ケアマネジメントの機能を十分果たしているものから、憩いの場としてしか機能していないものまであり、その機能の向上の面でも課題が大きい。

（地域差の状況）

- 数値目標の有無を含め精神障害者に係る市町村計画（市町村障害者プラン等）の策定状況は、都道府県ごとの差異が大きい。
- 精神障害者社会復帰施設等（入所系・通所系）の整備状況は、他障害に比較してその水準が低いとともに、都道府県ごとの差異が大きい。また、入所系の施設は、その利用率について、都道府県ごとの差異が大きい。
- デイケアの利用者数は、全体としては急増しており、地域差についても社会復帰施設ほど大きくはない。
- ホームヘルプサービスの利用者数は、全体としては急増しているが、普及度等については都道府県ごとの差異が大きい。

（受入条件が整えば退院可能な者の動態）

- 受入条件が整えば退院可能な者約 7 万人については、1 年以内の入院期間の者が約 2 万人（約 3 割）、1 年以上入院期間の者が約 5 万人（約 7 割）であり、全てが長期入院の者ではない。全体的に見れば、入院患者全体の構成とほぼ同様となっている。
- 平成 11 年と 14 年の患者調査を比較すると、受入条件が整えば退院可能な者約 7 万人のうち 3.7 万人は退院しており、3.4 万人が継続して入院している。また、その期間中に、6.3 万人が新たに入院（毎年 2.1 万人）したが、このうち約 3 万人は既に退院しており、3.4 万人が継続して入院していることから、結果として、平成 14 年時点では、ほぼ横ばいの約 7 万人となっている。全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしている。
- 患者調査によると、受入条件が整えば退院可能な者のうち、65 歳以上が約 3 割、50 歳以上では約 7 割を占めており、ADL 低下等の高齢化への対応も、今後の課題である。
- 精神障害者ニーズ調査によると、現在の状態でも退院可能な者のうち、重度（GAF30 点以下）の者が約 1 割、中度（GAF60～31 点）の者が約 5 割、

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

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

（財源配分の状況）

- 医療・福祉サービス総額で見ると、精神は、身体・知的（支援費等）の約3倍の資源投入量であるが、その大部分を占める精神科医療費約2兆円（入院時食事療養費を含む）のうち入院が約8割を占めており、高齢者医療、介護保険等と比較してもその比重が高い。
- 精神科医療費以外の精神保健福祉分野の財政構造（国庫）についても、通院公費負担等の医療が約7割、福祉等が約3割であり医療の比重が高い。なお、多くの各都道府県も、ほぼ同様の状況である。
- 精神保健福祉分野では、訪問看護等の医療サービスも利用可能であり、他の障害と単純には比較できないが、ホームヘルプ等の福祉予算の水準は低い。
- 精神保健福祉分野の国庫負担について、福祉等の費用のうち、施設運営費が約8割を占めており、居宅生活支援事業（ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム）の比重が低い。

3. 今後の方向性

（1）基本的考え方（総論）

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

① ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

- 現行の支援体系について、障害者の状態等と社会資源とをどのように結びつけるのか、自立に向けて必要な能力を向上するためにはどのような機能が必要なのかといった視点から再検討し、システムの再編を図ることが必要である。
- 障害者の入院期間の違いやライフステージの違いなどに応じ、自立に向けて必要となる支援・機能を整理し、既存の施設やサービスを、住居支援や就労支援を含め、その機能面から再整理することが必要である。
- 身体障害、知的障害、精神障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に

共通した問題については障害の枠を超えた支援を行っていくことが必要である。

② 重層的な相談支援体制の確立

- 地域性や専門性の高い事例、危機介入的な事例等についても効率的に調整機能が発揮され、自立に必要な就労、教育面も含めた障害者の地域生活を包括的に支援する重層的な相談支援体制を制度上確立することが必要である。
- 個々の具体的な相談支援については、障害者の主体的な自立に向けた取り組みを支援し、障害者をエンパワーしていくという観点から、ケアマネジメント等により障害者の状態や支援の必要性に応じて、各社会資源を効果的に活用したサービスが総合的に提供されることが必要である。
- 相談支援体制の一環として、入院・入所中の者も含め障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備が必要である。

③ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

- 身体障害者、知的障害者と同様に、精神保健福祉（在宅・施設）については、市町村を実施主体とすることを基本として、その提供体制の整備を進めることが必要である。
- 精神保健福祉に関し、現在、ノウハウや社会資源が乏しい小規模な市町村については、都道府県や国のバックアップによる、知識の蓄積や人材育成、業務のアウトソーシングの枠組みの確保等、段階的な環境整備を進めることが必要である。
- 介護保険と同様に、精神保健福祉分野においても、市町村、都道府県、国が事業計画を定め、地域差を解消しつつ計画的に取り組む仕組みが必要である。

(2) 今後の施策体系の在り方（各論）

① 支援体系の全体像

- 現在の支援体系は、各施設等のサービス機能が弱く、かつ全体として統一的な体系となっていない。地域生活支援を軸に、機能面から既存の体系の再編を進めていくべきである。
- 今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系としては、市町村、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造を基本とする重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備するという視点が重要である。（別紙1）
- 個々の障害者の支援には、障害者本人をエンパワーし、自立への意欲を高

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

(別紙 2)

- 個々の障害者の支援には、障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理や標準的なケアモデルの開発等が必要である。(別紙 3、別紙 4)
- ライフステージに応じた具体的なサービスモデルの在り方に関しては、今後、厚生労働科学研究等において、基礎的なデータの分析や各種調査等に基づく検討を進め、その成果を関係自治体、関係機関等に提供していくことが必要である。
- 障害者の支援について、その質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となり、市町村等でも利用可能な尺度が必要である。障害を生活機能というプラス面から捉える ICF (世界保健機関：国際生活機能分類) の効果的活用の在り方について早急に研究を進めることが必要であるが、当面は、生活機能を積極的に評価するという考え方を加味しつつ GAF を使用することが現実的である。
- 以上のような全体的な視点と整合性を図りつつ、個々の施設、サービス等の基準や人員等の具体化を図ることが必要である。

② 相談支援体制

- 重層的な相談支援体制については、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の 3 層構造 (基礎的な生活圏域を考慮すると 4 層構造) の体制を標準とすることが適切である。(別紙 5)
- 市町村においては、自ら相談支援体制を講ずることが困難な場合が想定されることから、その業務を受託する相談支援事業者を居宅生活支援事業等の一類型として制度的に位置づけることを検討することが必要である。
- 障害保健福祉圏域においては、市町村単位の相談支援体制のスーパーバイズ的な役割を担いつつ、専門性が高い危機介入的な事案や広域的調整が必要な住居支援的な事例等について中心的な役割を担うものとして、既存の地域生活支援センター等の機能強化を図ることが必要である。
- 都道府県においては、精神保健福祉センター等の機能強化や、判定に係る標準化の取り組みを進めることが必要である。
- 重層的な相談支援体制の下、個々の障害者の処遇については、総合的な「自立生活支援計画」を策定する仕組みを導入することが適切である。(別紙 6)
この相談支援の質の向上を図るため、各層ごとの機能に応じたガイドラインの作成・普及等が必要である。
- 相談支援を担う専門職においては、障害者本人が必要となる支援の内容を正しく認識するとともに、協調しつつ相談支援を行える関係を築く資質が求められる。

- 将来的には、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なくケアマネジメントができる人材を育成する必要性があることを念頭に置いて、養成課程や研修の在り方について検討することが必要である。
- 相談支援を行う各機関の中立性・公平性を確保する仕組みの在り方について、検討することが必要である。また、他の障害と同様、地域で暮らす障害者の権利擁護を必要とするケースや、その解決方策等の知識の普及を図るとともに、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の事業について利用の促進を図る方策を検討することが必要である。

③ 住居支援

- 住居支援体制を確立することにより、精神障害者が施設やグループホーム等を経て自宅又はアパートで生活できるような取り組みを進めることが必要である。
- 障害者の単身入居を推進していくため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応するなど、公的な障害者の住居支援・保証体制を、少なくとも障害保健福祉圏域ごとに確保していくことが必要である。
(別紙 7)
- 地域生活により近い住まいの場であるグループホームについて、重度の精神障害者にも対応できるよう、24 時間の連絡体制を確保するなど、利用者の状態等に応じて機能の強化・分化を進めることが必要である。
- 住まいの場の機能を持つ入所系の社会復帰施設については、利用者の状態等に応じ、できるだけ速やかな地域移行を支援する機能の強化策が必要である。
- 現在、地方公共団体に対して実施している障害者に係る公営住宅の利用実態等の調査結果を踏まえ、公営住宅への精神障害者の単身入居や、グループホームとしての活用を進める方策が必要である。

④ 就労支援・活動支援

- 現役層においては、社会の中で役割を持ってもらうための就労支援の方策が重要であり、本人の状態、職業能力に応じて、授産や福祉的就労から一般就労へと結びつけるため、ワークシェアリング（仕事の分かち合い）的な就労形態の活用など、就労（雇用、就業）の機会拡大を含めた、障害者の就労支援を行う事業者、社会適応訓練事業所、企業等との協働による多様な施策の展開が必要である。
- 精神障害者の就労を促進するに当たっては、既存の福祉工場の規制緩和や機能強化を進めるとともに、授産施設等で行われる「福祉的就労」について、より一般雇用に関わりつけていくという観点から、継続的就労、就労移行支援、自立訓練の機能を明確に区分し、機能強化を図ることが必要である。(別紙 8)
- 精神障害者の雇用を促進するための法的整備を図るとともに、授産施設等

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

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

⑤ 居宅生活支援

- 訪問サービスやショートステイなどの居宅生活支援を充実させ、使い勝手を良くすることや、インフォーマルなサービスを活用することを通じて、在宅中心の地域生活を支援することが必要である。
- 障害の状態等に応じて介護サービス等を自宅等で受けられる訪問サービスについては、他の障害における同様の仕組みとの均衡を図りつつ、サービス内容に応じた単価設定、短時間の単価設定等について検討することが必要である。

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

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

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

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

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

- 精神障害者の活動の場を広げるために、精神障害者保健福祉手帳に係るサービスの充実を図っていくべきであり、そのためには、手帳の信頼性向上の観点から、現行の様式を見直し、写真を貼付することが必要である。
- 当事者同士の共通の経験を基盤とする対等な関係に基づく、障害者自身による情報提供、傾聴、自立支援などの各種の取り組み（ピアサポート等）は、公的サービスと相まって、障害者の社会的自立を促す面や障害者のエンパワメントの面で非常に有効であり、自主性・自立性を尊重しつつ、その振興、

活用を図ることが必要である。

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

⑥ 社会復帰施設の機能の見直し

- 現在の社会復帰施設については機能が不明確（別紙 11）であり、その機能を障害者の自立に向けた支援ニーズに応じて再編することが必要である。この場合、複数の機能を小規模な単位で組み合わせ持つことや入所者だけではなく地域の障害者への開放を可能とすること、ショートステイの利用に関する人数制限の撤廃、他の手段で代替可能な規制の緩和、できるだけ参入は自由とする一方で実績評価の体制を強化すること等を検討することが必要である。
- 機能の再編後において、各施設が期待される基本的な機能を前提として、入所期間、退所者の再入院の状況や就労の実績など、その機能が十分に果たされているかを評価する指標の在り方について検討することが必要である。また、基本的な機能以外に評価すべき機能の有無についても検討することが必要である。
- こうした施設機能の再編に併せ、サービスの質と効率性の向上、制度の公平の観点から、報酬体系について、施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直すことが必要である。これに伴い、報酬請求実務の簡素化・効率化も検討することが必要である。
- 社会復帰施設の整備については、次のような意見があったが、活用できる社会資源の水準、大きな地域差等を踏まえ、当面、機能再編後の施設について、どの水準まで整備が必要かについて引き続き検討が必要である。
 - ・ 3 障害と高齢者福祉を組み合わせ、これらを地域資源として総合的に整備していくための市町村等への交付金制度を創設していくなどの発想の転換をした政策手法を考えないと思いついたレベルアップは絶対できないのではないか。
 - ・ 既存の施設に対して、再編後の新たな機能を果たせるよう、一定の投資をすることが必要である。また、社会資源が不十分な中では、一定水準までは拠点施設の確保は必要ではないか。
 - ・ 制度疲労を起している現状の社会復帰施設を新設することは、意味がない。現状のものを廃止する必要はないが、既存の社会資源をできるだけ活用した仕組みづくりを目指すことが必要ではないか。
- 高齢障害者の生活を支える施設という視点も重要である。長期入院している障害者も徐々に高齢化しており、地域生活の障害者もいずれ高齢化することとなる。これらの者にふさわしい生活の場の選択肢となる施設の在り方を医療・福祉を通じて総合的に検討することが必要である。

⑦ 長期入院患者の社会復帰意欲を促す仕組み

- 長期入院患者がグループホーム等で短期間生活するような仕組みが認められれば、その社会復帰に向けた自信を高めることができるのではないかと。
- 長期入院患者等の円滑な地域生活への移行を図るため、病院との連携の下、病状が安定している者について、都道府県等が状況の確認を行い、相談支援（ケアマネジメント）を通じて退院促進の取り組みを行う退院促進事業の充実強化を図ることが必要である。
- 病院の社会復帰の活動に関して、次のような意見があったが、精神病床等に関する検討会の検討結果（社会復帰リハビリテーションの専門病棟・ユニットの制度化等）とも整合性を図りつつ、国として成案を得ることが必要である。
 - ・ 退院後の地域生活について相談支援し、患者の退院を促進するため、精神保健福祉士等による相談支援体制を病院にも設置することを検討することが必要ではないかと。
 - ・ 社会復帰を進めるため、病院内において、退院後のケアマネジメントを行う精神保健福祉士の役割を明確化し、診療報酬の中で評価したり、人件費の補助を行ったりと、国として何らかの対策を立てる必要があるのではないかと。
 - ・ 社会復帰施設を、病院併設の退院促進機能型と、それ以外の生活支援型（生活補完型）に区分し、それぞれの社会復帰施設に看護師等を配置し、積極的な地域展開を図り、チームで症状の再燃予防や健康の維持向上にも努めるべきではないかと。
 - ・ 退院前訪問指導や訪問看護を活用するなどして、地域生活を継続的に支える体制の構築を図るべきではないかと。

⑧ 市町村を中心とした地域生活支援体制

- 精神障害者に対する総合的かつ効率的なサービス提供の実現のため、現在、市町村が利用決定している居宅生活支援事業や他の障害サービスと同様に、社会復帰施設の利用についても、基本的に市町村が決定する仕組みとすることが必要である。（別紙12）
- これに併せて、相談支援（自立生活支援計画の作成を含む）や報酬に係る審査支払の外部委託、保健師等の専門職や関係職員の研修実施など、現在の市町村の人的・物的な状況を踏まえた市町村を支援する枠組みが必要である。
- 都道府県は、市町村間の広域調整、専門性の高い事例等への参与、判定等の実施、必要な人材育成など、市町村を支援する機能を高めることが必要である。
- この円滑な移行を進めるため、規模が小さい市町村等については、過重な負担とならないよう、関係事務の共同実施の枠組みや都道府県が関与した形

での一定の経過的な枠組みを講ずる必要がある。

⑨ 計画的な行政の推進

- 障害者基本法の改正で市町村障害者計画の策定が義務づけられたが、さらに精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県、国が、それぞれ都道府県単位、全国の事業計画を定めるなど、計画的に供給体制の整備に取り組む仕組みが必要である。(別紙13)
- 都道府県、国においては、精神病床に係る医療計画等と整合性を図りつつ一定の目標設定を行い、医療・福祉の両面で退院から地域生活に至る一連の流れに沿って一定期間ごとに評価を行うとともに、総合的なビジョンを策定し、その実施のため必要な措置を講ずることが必要である。
- 地域生活支援体制に係る人材については、質・量ともに不十分であり、今後、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等を越え、また新たな支援ニーズに対応できるよう、福祉分野の人材の再教育や各種専門職の確保、就労支援分野への産業分野からの参画等を促すことが必要である。
- 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図ることが必要である。

⑩ 利用者への情報提供と質の評価

- 一部地域で行われている、一定の圏域単位(二次医療圏域、障害保健福祉圏域等)で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み(パンフレット、ホームページ等)を全国的に進めることが必要である。
- 利用者とサービス提供者の対等な契約関係を確保する観点から、社会復帰施設等に係る一定の情報を、施設内に掲示し、利用者に説明し、又は対外的に公開を義務づける仕組みについて検討する必要がある。
- サービスの質の評価には、事業者、利用者それぞれによる自主的な評価の他、第三者が評価することで公的な信用を高める評価方法があるが、この第三者による評価については、福祉分野でも、その仕組みを計画的に整備し、将来的には、報酬評価等に活かすなどの取り組みを検討することが必要である。

⑪ 財源の在り方

- 新たな地域生活支援体系の実現を地方自治体に任せても、地方交付税も含めた現在の財政状況では十分な施策が展開できず、地域間格差も固定すると考えられる。
- 現下の経済状況において新規財源を確保することは厳しい状況ではあるが、既存の精神保健福祉施策において医療・福祉双方で重点化・効率化を行

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

- 精神医療における配分は入院に約 8 割が振り向けられ、また精神保健福祉分野における国庫配分についても、医療に係る患者の自己負担軽減に約 7 割が振り向けられ、かつ毎年、急速に増加し、福祉分野に財源を配分する足枷となっている。特にこうした医療全体での重点化・効率化の可能性について検討を進めることが必要である。
- 通院公費負担については、次のような点を踏まえつつ、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、その在り方について引き続き検討することが必要である。
 - ・ 生活習慣病と同様に誰でも罹りうる疾患という認識ではなく、精神疾患を人格の障害等と捉える昭和 30 年代の認識に基づき制度化されたこと
 - ・ 現在は精神科を受診するという精神的な障壁を下げる役割を担っていること
 - ・ 社会的な自立のためには一定の負担感を持つことも必要な面があること
 - ・ 低所得者にとっては生活の負担の軽減という役割を担っていること
 - ・ 現在の負担水準は平成 7 年当時における医療保険の自己負担割合との均衡等で定められたが、医療保険の見直しにより、他の疾病と比較して負担が相対的に軽くなっていること
- 措置入院については、入院者数（対人口）に大きな地域間格差が生じており、その原因分析を進め、その解消について引き続き検討することが必要である。
- 社会復帰施設や居宅支援事業についても、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランス、受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応を検討することが必要である。

4. 終わりに

① 実現に向けた道筋

- 精神保健福祉法等の改正が必要な事項については、引き続き関係審議会の意見を聴きながら国として検討した上で、平成 17 年の通常国会への改正法案の提出を目指すべきである。
- 新たな地域生活支援体系については、病床機能の再編等と並行しつつ実現していくものであるが、まず、サービス体系については、対象者像を明確にしつつ、地域生活の軸となる既存の居宅生活支援事業（グループホーム、シ

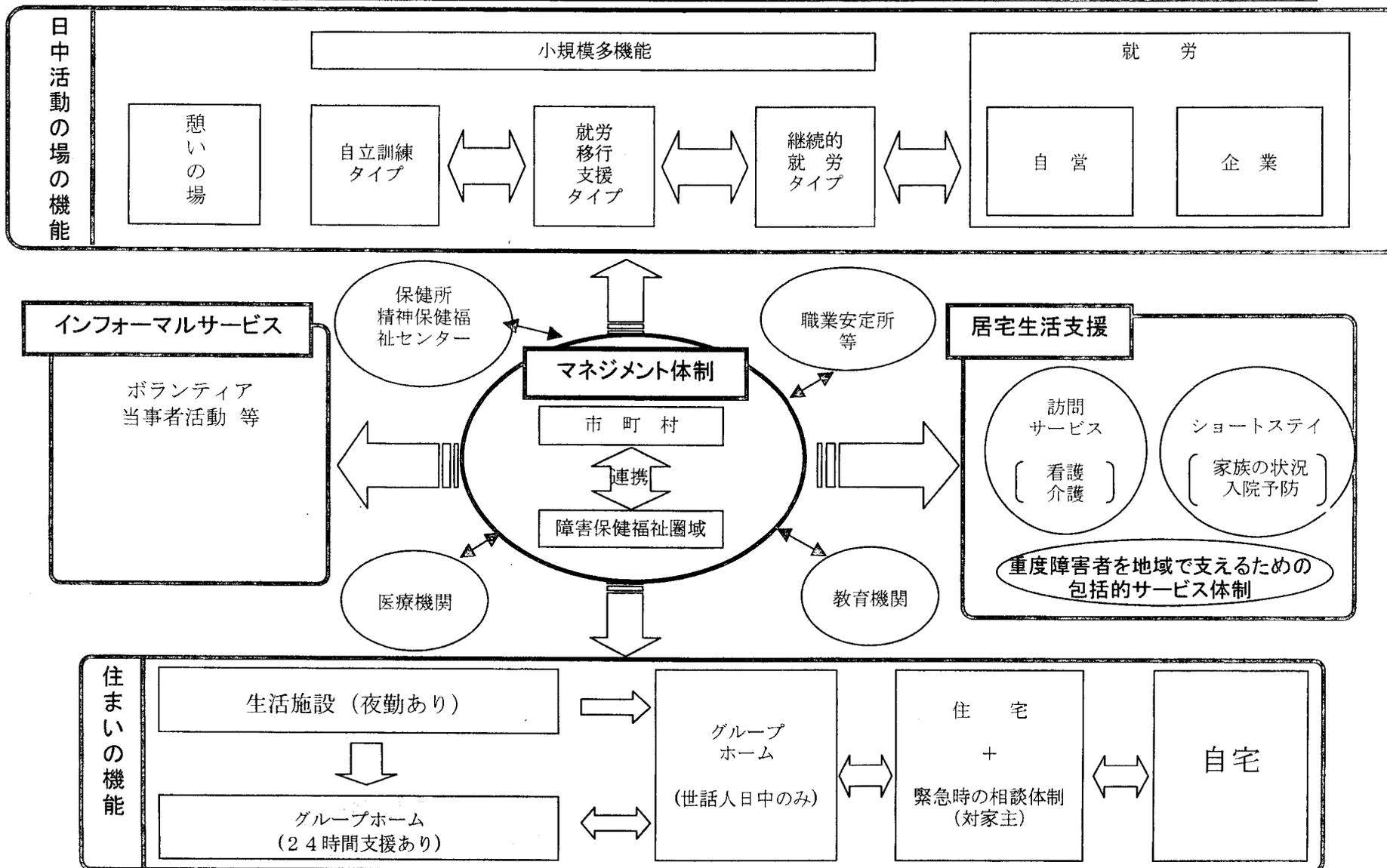
ョートステイ等)の見直しに速やかに着手し、実態調査を進め施設機能の見直し等につなげることが必要である。これらと並行して、相談支援体制については、市町村、障害保健福祉圏域それぞれで速やかな体制づくりを進めることが必要である。

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

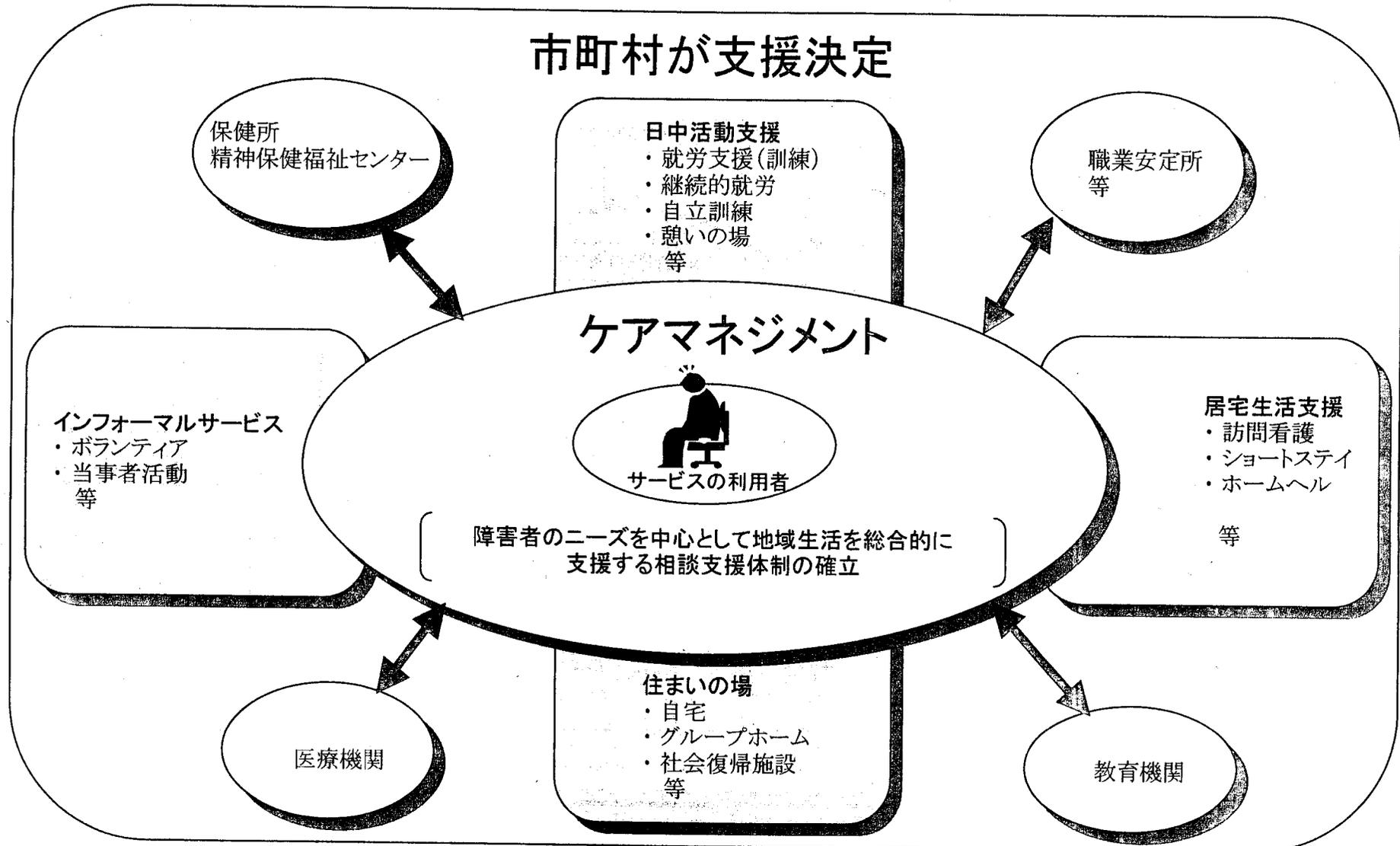
② 国の取り組み

- 国は、この検討会の成果を踏まえ、国民に対し、早急に精神保健医療福祉に関する明確なビジョンを示し、当事者・家族に勇気を与えるとともに、国民が納得し得る取り組みを進め、社会的な合意の下、早急に財源確保の実現を図ることが必要である。
- 本検討会の主題ではないが、介護保険との関係についても、今後の福祉のあるべき姿として、現実の実施体制の問題として、さらに負担の問題として、それぞれの面から、推進すべきとの立場の意見や、時期尚早・慎重に検討すべきという立場の意見が出されたところである。
- 国は、こうしたビジョン等について、これを実施することとなる都道府県や市町村とも十分な意見交換を行い、円滑に実施できる体制づくりを進めることが必要である。また、こうした意見交換を通じて、地域の状況も踏まえつつ各地で行われているモデル的な取り組みを「点」から「線」に、さらに全国的な「面」とするような仕組みを構築することが必要である。
- 以上のほか、本検討会での主たる議題ではないが政策決定に参考となる指摘等があった。こうした指摘についても、その趣旨を尊重しつつ、国は、できる限り多くの者が納得できるようなビジョン策定や制度改正に努力すべきである。

再編後の住・生活・活動支援体系（精神保健福祉）



個別の地域ケアのイメージ



ライフステージと精神障害者福祉サービス

相談支援

相談支援

住宅支援

自宅・借家

グループホーム

社会復帰施設

高齢者施設

生活支援

ショートステイ

ホームヘルプ

日中活動支援

自立訓練

就労移行支援

継続的就労支援

憩いの場

若年層

ライフステージ

高年層

重症度と精神障害者福祉サービス

相談支援

相談支援

住宅支援

自宅・借家

社会復帰施設
グループホーム

生活支援

ショートステイ

重症者包括支援

ホームヘルプ

活動支援

就労移行支援

継続的就労支援

憩いの場

自立訓練

軽度

重症度

重度

障害者の相談支援(ケアマネジメント)体制(案)

- 都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の三層(生活圏域も含める場合には四層)構造の相談支援体制となるよう、各機関の育成等を行う。
- 相談支援事業については、施設整備等を伴わないものも念頭に、法律上、居宅生活支援事業の一類型と位置づける。(法律上、その中立性に配慮)
- 相談支援の内容等は次のようなイメージとする。
 - ・ 生活全般の総合的なもの
 - ・ 福祉サービス等の利用決定に係るもの(自立生活支援計画)

《 都道府県 》

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

《 障害保健福祉圏域 》

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

《 市町村 》

- 市町村単位の相談支援機能(市町村又は民間の相談支援事業者)を確保。
- 実施主体である市町村の指定に基づき、事業者は、ソーシャルワーク的業務等を実施。

《 生活圏域 》

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

自立生活支援計画に基づくサービスの利用

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

精神保健福祉に関する問題全般についての相談並びに必要な指導及び助言

生活支援

訪問サービス、ショートステイ、通院医療費公費負担の利用等

住まいの場

自宅(持ち家・借家)、グループホーム・社会復帰施設、生活訓練等

活動支援

雇用、職業訓練、デイサービスの利用等

本人と共同して総合的な『自立生活支援計画』を作成

自立支援計画に基づいた各種サービスの利用

・ ホームヘルプやショートステイの利用
・ 通院医療費公費負担制度を活用したデイケアの利用
・ 訪問看護の利用 等

・ 住居の賃借
・ グループホーム、社会復帰施設の利用
・ 生活訓練、生活支援の利用 等

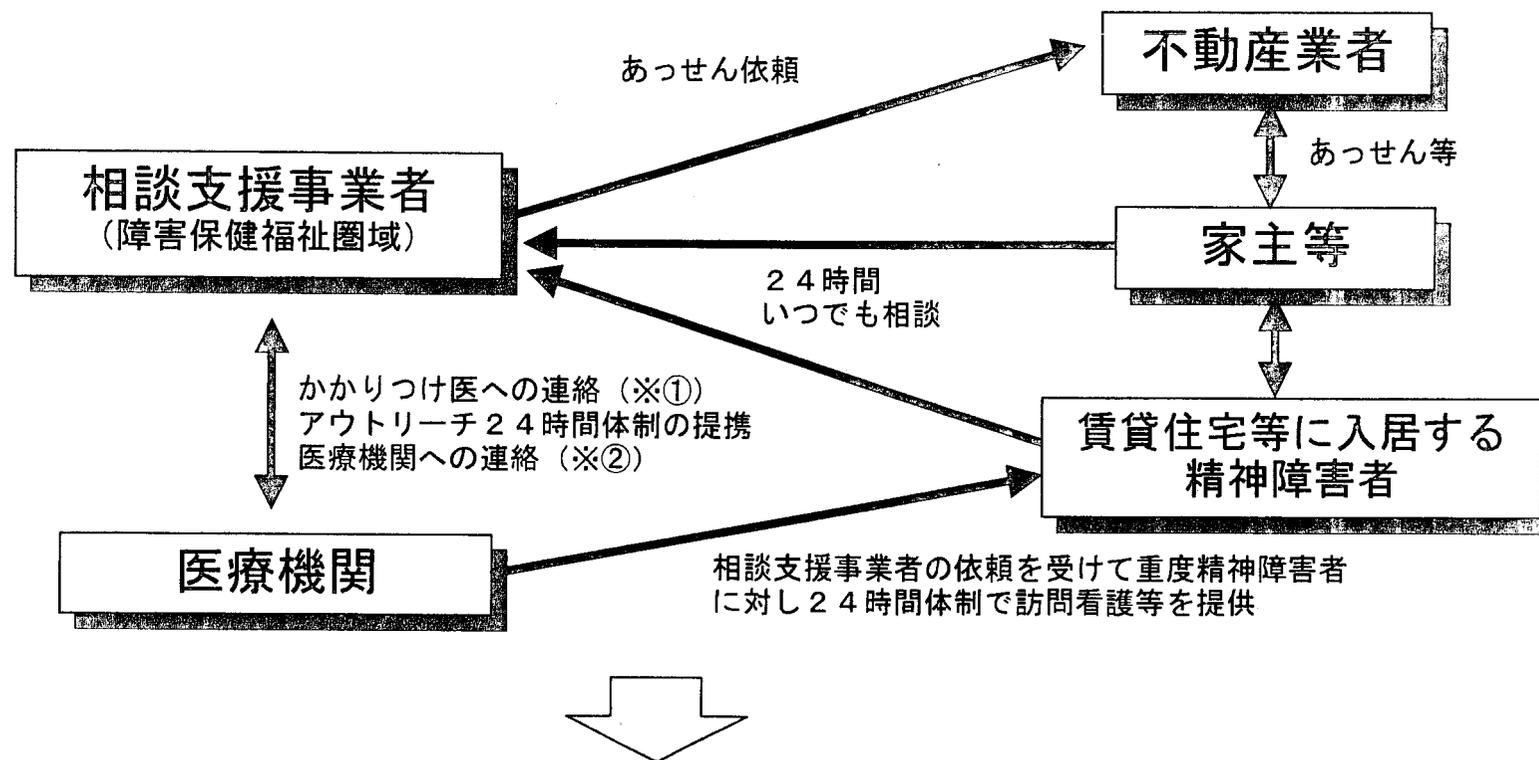
・ 企業、福祉工場での就労
・ 就業・支援センター、職業安定所の利用
・ デイ(ナイト)サービスの利用 等

サービスの利用状況についての継続的な管理

再評価

必要に応じ支援計画の修正・更新

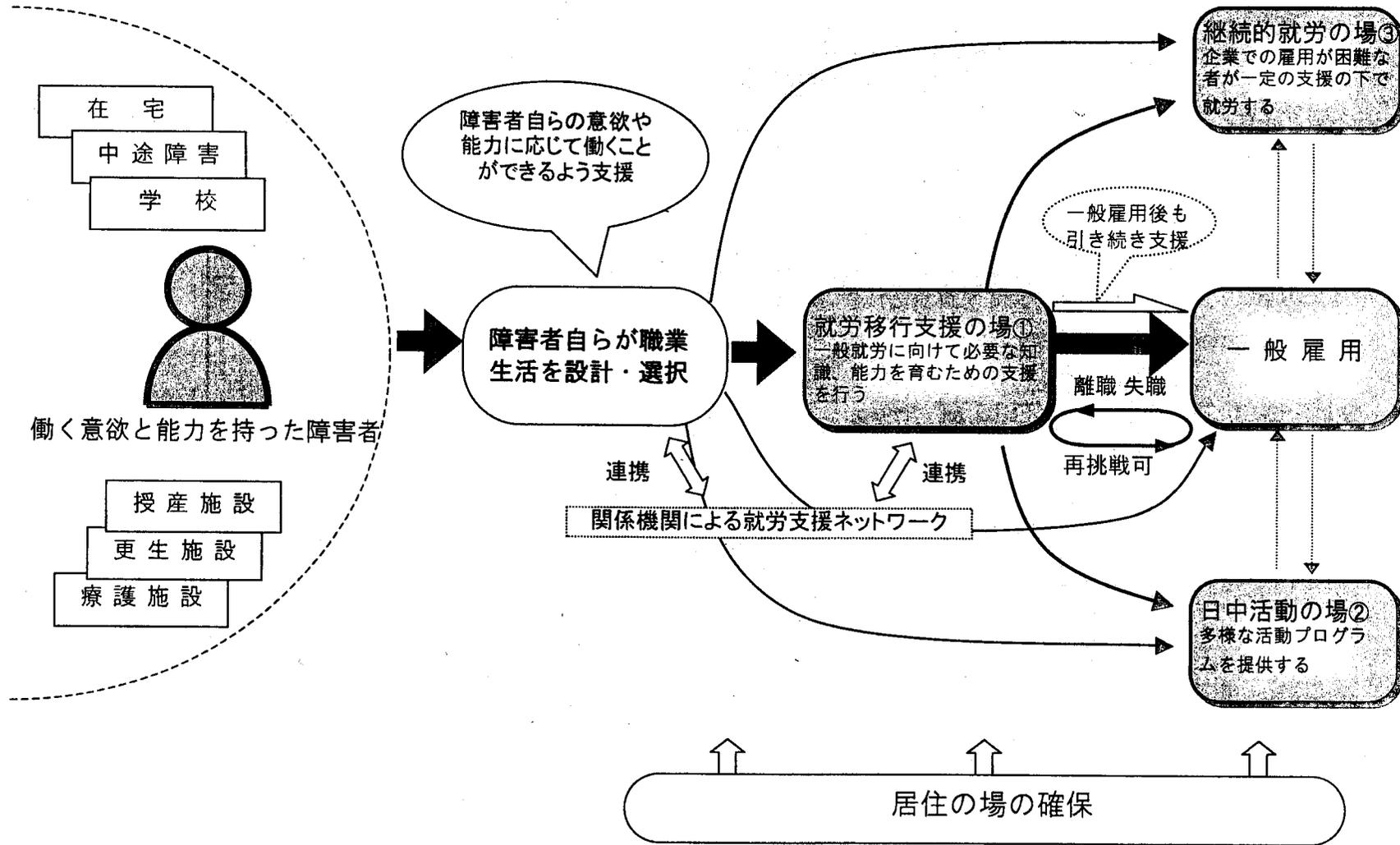
精神障害者の住居サポート体制の整備



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

※精神障害者相談支援事業のオプション事業(①のみ又は①+②)と位置づけ、体制を整えた事業者に加算を適用する。

新たな障害者の就労支援策の流れ



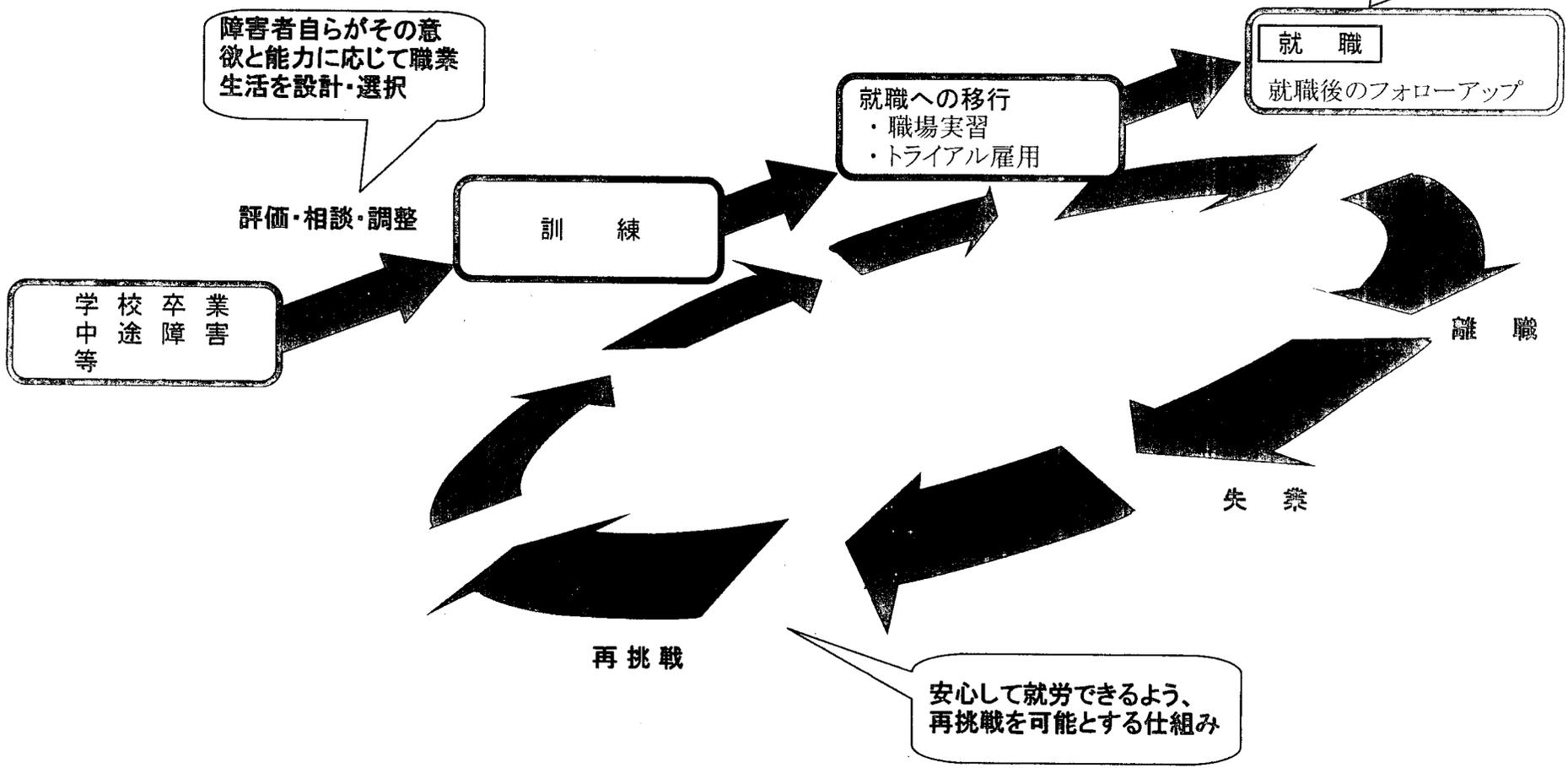
障害者の企業雇用に向けてのステップ

障害者本人も企業側も継続的に支援する仕組み

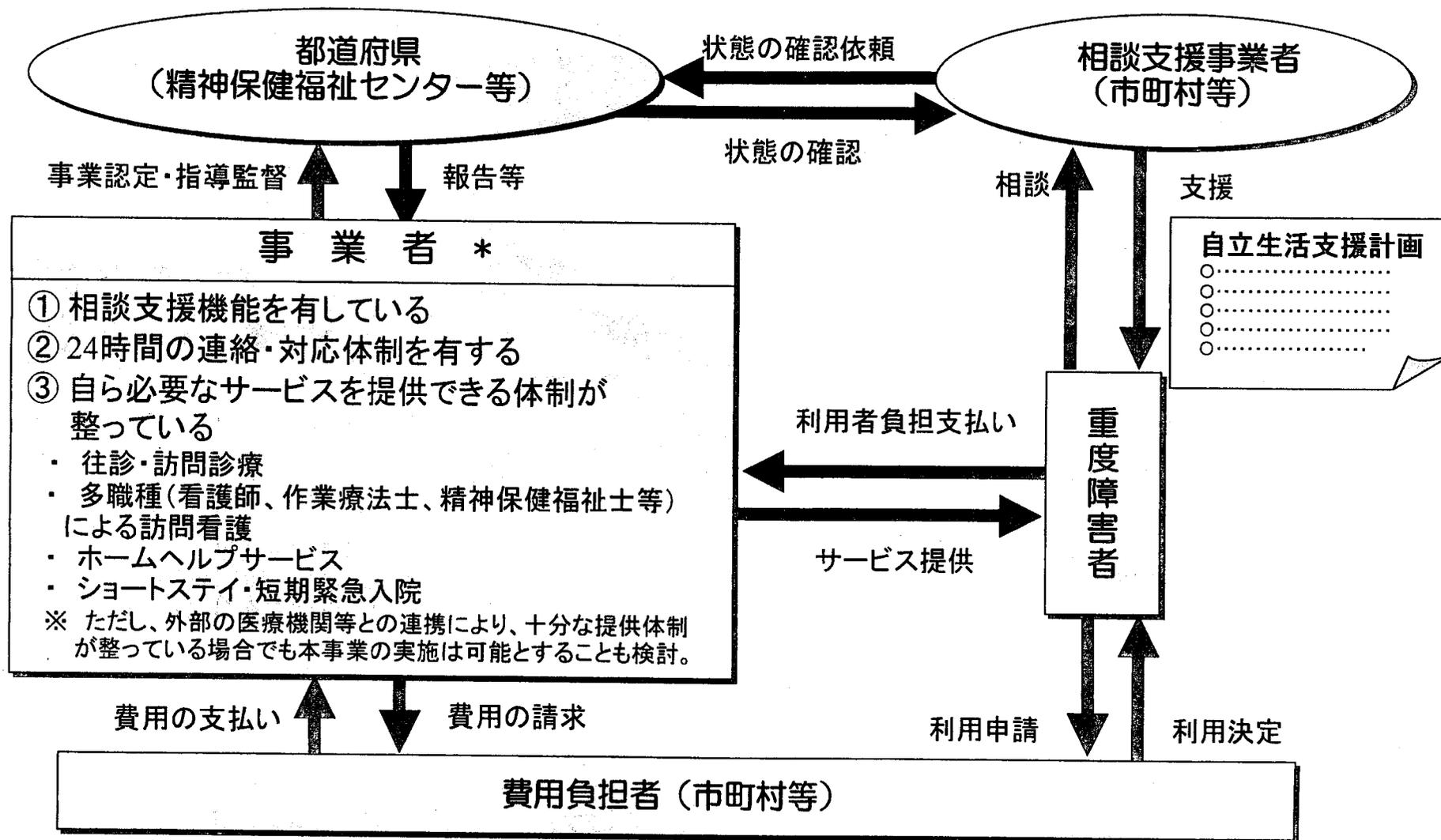
【仕組みの内容】

- 安定的な職業生活維持のため、就業面・生活面の支援を提供
- 職場訪問等により、障害者本人及び企業側等の課題解決を支援

障害者自らがその意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択



包括的に地域生活を支える仕組み(案)

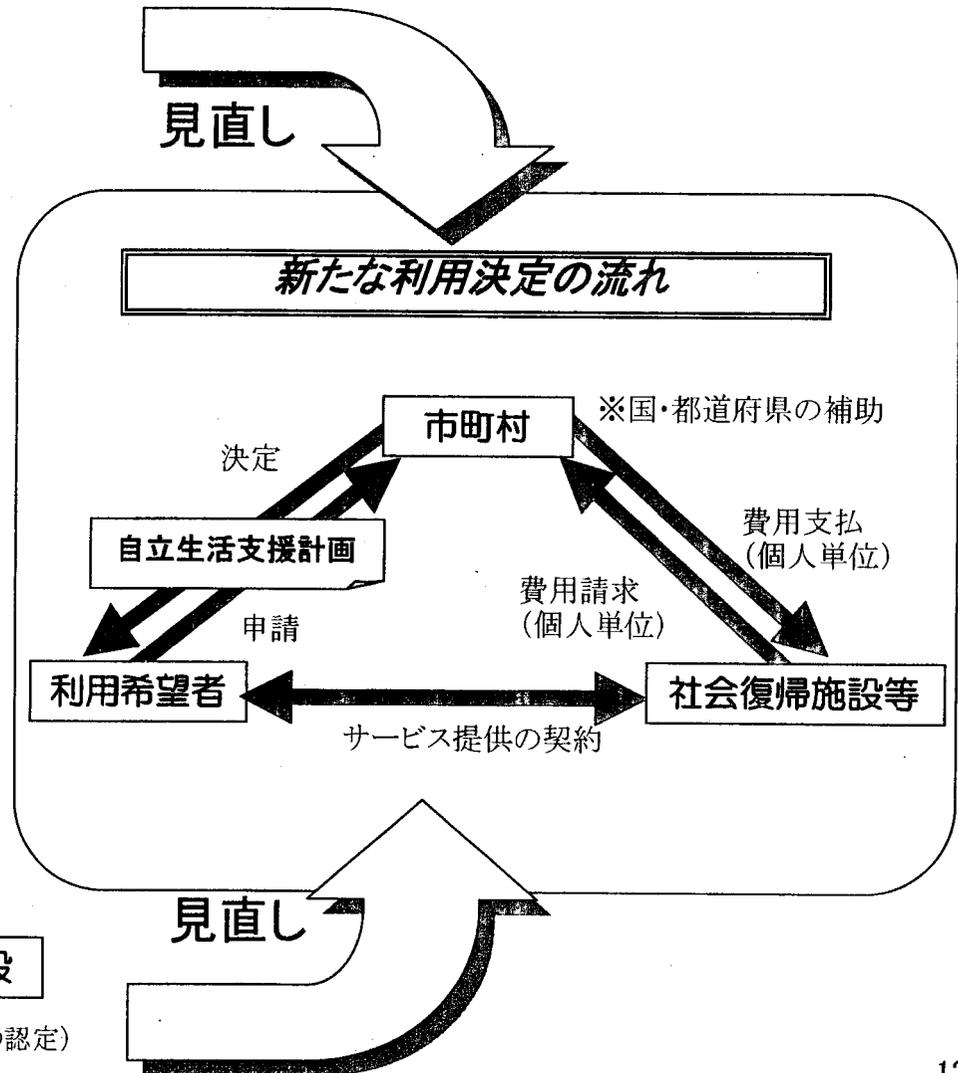
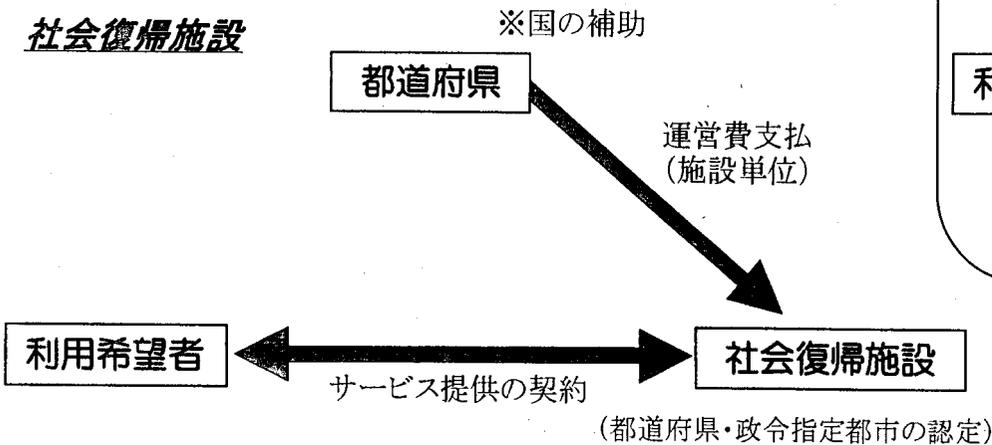
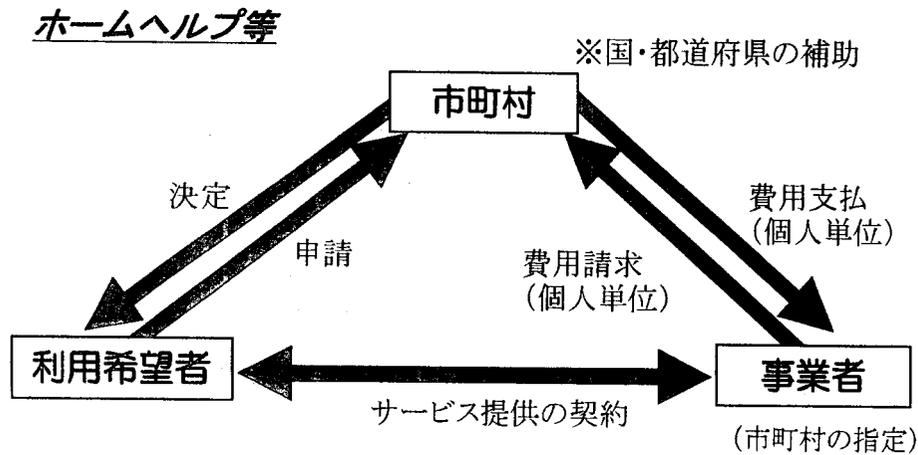


*相談支援事業者が本事業を実施することも想定。

<法律等に定める目的の整理表>

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

精神障害者利用決定の流れ



介護保険事業計画において定める事項の概要

都道府県介護保険事業計画

サービス従事者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項

サービス提供の施設の整備等に関する事項

サービス量の見込み

サービスの円滑な提供を図るための事業に関する事項

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

市町村介護保険事業計画

サービス量の見込み

サービスの円滑な提供を図るための事業に関する事項

サービス見込み量の確保のための方策

市町村特別給付及び保健福祉事業に関する事項

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

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

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

このため、有識者等からなる検討会において、これらの課題について検討を行う。

2. 検討課題

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

3. 座長

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

4. 会議

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

5. 参考人

座長は、必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

6. その他

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

精神病床等に関する検討会 最終まとめのポイント

1 はじめに

2 現状分析

3 今後の方向性

(1) 基本的考え方（総論）

① 目標値を設定した計画的な医療提供体制の再編

- 都道府県単位で、地域実態を正確に把握し、医療と福祉が連動した計画的な取り組みを進めるため、障害者の動態等を踏まえた基本的な目標値を設定し、都道府県単位で計画的な取り組みを進めることが必要。

② 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化

- 精神病床の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を提供できる体制を整備することが必要。このため、救急・急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能に応じた人員配置、標準的な治療計画等について検討を進めるべき。

③ 入院形態ごとの入院期間短縮と入院患者の処遇内容の改善

- 措置入院等の患者について、適切に病状を確認し、早期に退院等を促すような仕組みや、行動制限が必要最小限の範囲で適正に行われていることを確認できるような仕組み、任意入院患者の開放処遇の原則を徹底させるような仕組みが必要。
- 患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図ることが必要。

(2) 今後の施策体系のあり方（各論）

- ① 都道府県単位の目標値設定
- ② 目標値を反映する算定式の在り方
- ③ 都道府県単位での計画的な取り組み
- ④ 救急・急性期の患者に対する適切な医療体制の確保
- ⑤ 社会復帰リハの強化と重度精神障害者の病状に応じた医療環境の確保
- ⑥ 痴呆患者や長期入院高齢者の処遇
- ⑦ 入院形態ごとの入院期間短縮
- ⑧ 行動制限の適正化と任意入院患者の適切な処遇
- ⑨ インフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進
- ⑩ 精神医療審査会
- ⑪ 指導監督等と第三者評価

4 終わりに（実現に向けた道筋等）

精神病床等に関する検討会 最終まとめ

平成16年8月

1 はじめに

- 精神保健福祉施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深める取り組みを進めるとともに、精神医療の質の向上や地域生活支援の充実等の対策を総合的に行うことが大切である。
- 本検討会においては、これらの問題のうち、良質かつ適切な医療を効率的に提供し退院を促進する体制づくりをどのように実現していくのかという点を中心に、社会保障審議会障害者部会精神障害分会及び精神保健福祉対策本部での議論を踏まえ、11回にわたり、現状分析等を行いつつ精神病床等の在り方について検討を行ってきた。
- この報告書は、これまでの検討の成果として、今後進めるべき施策体系の枠組みや、個々の事業の提案等に係る議論を整理したものであり、引き続き、関係審議会の意見を聴きながら国として検討され、精神保健福祉法等の改正にかなげられるべきものである。

2 現状分析

本検討会では、データ等に基づき、精神医療の現状について評価・検討を進めてきたが、その概要は次のようなものである。

(精神病床数等の年次推移)

- 我が国においては、全国実態調査により精神病床が不足しているとされた1950年代より精神病床の増加が始まり、1990年代に入ると病床数はほぼ横ばいとなった。平成5年の36.3万床をピークに、平成13年には35.7万床となっている。
- 精神病床数を国際間で比較すると、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、諸外国が一樣にここ数十年間で病床削減・地域生活支援体制強化等の施策を通じて人口当たりの病床数が減少していることに対し、我が国では関係施策が必ずしも十分でなかったことから、病床数は概ね横ばいで推移している。
- 他方、我が国における精神病床の推計入院患者数の推移については、平成8年、11年及び14年の過去3回での患者調査の結果において、32～34万人前後

とほぼ横ばいになっている。

(入院患者の動態)

- 平成 14 年における患者 32.1 万人のうち、入院期間が 1 年未満である者は 9.5 万人（総数の 29.5%）、入院期間が 1 年以上である者は 22.6 万人（総数の 70.5%）であり、平成 11 年と比較して大きな変動はない。
- 精神病床への新規入院患者数は年々漸増し、平成 13 年には 30 万人を超えている。他方、毎年の退院患者数についても 30 万人を超えており、その結果、精神病床の平均在院日数は計算上この十年来短縮しており、平成 13 年には 374 日と、平成元年に比べて約 120 日短くなっている。
- 新規入院患者数の概ね 85%が入院後 1 年以内に退院しており、また、毎年の退院患者のうち入院期間が 1 年未満である者は 85.6%、1 年以上である者は 14.4%となっている。
- 退院患者の退所先については、入院期間 1 年未満で退院した者の約 8 割が家庭に復帰しているのに対し、1 年以上で退院した者は、家庭復帰と他の病院への転院が平均してそれぞれ 3 割強となるなど、現状では入院後 1 年までという期間が、社会復帰を促進する一つの重要なポイントとなる。

(患者の病態等)

- 現在の入院患者層は、50 歳代から 60 歳代が中心の歴史的長期在院者、比較的短期で退院している患者層、ADL（日常生活自立）が低下している等の長期在院化予備群、痴呆患者等の高齢者の概ね 4 つのグループに分けて考えられる。
- 年齢分布については、入院期間が 1 年未満である者の 61.6%が 50 歳以上（65 歳以上は 42.9%）、1 年以上である者については 74.5%が 50 歳以上（65 歳以上は 46.2%）となっており、今後の急速な高齢化が予測される。
- ADL の状況については、65 歳未満の群では移乗、食事摂取、嚥下、排便・排尿の後始末の各項目で概ね 8～9 割が自立に該当するが、65 歳以上の群で見ると、自立該当は各項目で 5～7 割であり、高齢化に伴い精神面以外の問題が生じてくる。
- 精神症状については、若年層から中高年層までどの階層でも精神症状 1（目立たない）から精神症状 6（自傷他害）まで幅広く分布している。GAF（機能の全体的評価尺度）の分布で見ると 30 点台と 50 点台に 2 つのピーク（概ねそれぞれ約 2 割）があり、GAF60 点以上も約 2 割となっている。

※ GAF 点数の症状

40 点～31 点：妄想・幻覚に相当影響された行動、意思伝達か判断に粗大な欠陥、ほとんどの面での機能不全

60 点～51 点：中程度の症状、機能における中等度の障害程度

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

(受入条件が整えば退院可能な者の動態)

- 受入条件が整えば退院可能な者約7万人については、1年以内の入院期間の者が約2万人(約3割)、1年以上入院期間の者が約5万人(約7割)であり、全てが長期入院の者ではない。全体的に見れば、入院患者全体の構成とほぼ同様となっている。
- 平成11年と14年の患者調査を比較すると、受入条件が整えば退院可能な者約7万人のうち3.7万人は退院しており、3.4万人が継続して入院している。また、その期間中に、6.3万人が新たに入院(毎年2.1万人)したが、このうち約3万人は既に退院しており、3.4万人が継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしている。
- 患者調査によると、受入条件が整えば退院可能な者のうち、65歳以上が約3割、50歳以上では約7割を占めており、ADL低下等の高齢化への対応も、今後の課題である。
- 精神障害者ニーズ調査によると、現在の状態でも退院可能な者のうち、重度(GAF30点以下)の者が約1割、中度(GAF60~31点)の者が約5割、軽度(GAF61点以上)の者が約4割を占めており、症状程度からみれば、多様な者が含まれている。
- 都道府県別の受入条件が整えば退院可能な者の数(対人口)と精神病床数(対人口)の間には一定の相関関係があるが、これは諸外国と異なり我が国では病床削減・地域生活支援体制強化等の施策が必ずしも十分でなかったことにも起因している。

(病床の機能分化の現状)

- 精神病床35.4万床(平成15年)のうち、診療報酬における特定入院料の対象となっている病床は11.2万床であり、そのうち主なものは精神療養病棟(7.6万床)と老人性痴呆専門病床(2.9万床)である。
- 専門病床数の動向については、平成8年から13年にかけて約3倍に増加している。その中では、急性期治療病棟の伸びも著しいが、数的に一番増加しているのは精神療養病棟である。
- 精神科病院の医師配置については、常勤医師が9,496人(うち指定医5,997人)、非常勤医師が9,119人(同2,597人)であり、精神病床数と常勤医師数との比率は、地域間や病院間の格差はあるが、概ね37.5:1となっている。
- 精神科病院の看護配置については、看護師(常勤)が5.2万人、准看護師(同)が5.0万人などとなっており、精神病床数と常勤看護職員との比率は概ね3.5:1となっている(常勤看護師では6.8:1)。
- 精神病床における看護配置を診療報酬の入院基本料から見ると、入院基本料1・2(それぞれ2:1、2.5:1)はほとんど存在せず、基本料3(3:1以上)が

約 10 万床、基本料 4・5 (3.5:1、4:1 以上) が約 8 万床となっている。基本料 6・7 (5:1、6:1) も約 6 万床存在する。

(精神病床等における地域差)

- 人口当たりの精神障害者数と精神病床数の関係については、障害者数に比べて病床数が少ない地域や、病床数が多い地域があるなど、都道府県間の格差が見られる。
- 医療法に基づく現行の精神病床の基準病床数については、各都道府県の既存病床数とほぼ重なる傾向がある。また、現行算定式がブロック別の基礎数値を用いていることから、各ブロック別に基準病床数がほぼ重なる傾向がある。
- 人口当たりの各都道府県の既存病床数の地域間格差については、入院期間 1 年未満の在院患者数の地域間格差があまりないことから、もっぱら長期入院患者数の地域間格差によるものと考えられる。
- 都道府県別新規入院患者の残存曲線においてもバラツキが見られ、入院後 3 か月時点での残存率の最大値は 55.3%、最小値は 35.9%、12 か月時点での残存率の最大値は 23.7%、最小値は 8.3%となっている。
- 都道府県ごとの、社会復帰施設等 (通所系) の普及度 (利用者/人口) と病院からの退院動向 (退院率等) には、現状ではあまり相関関係がみられないが、その評価については、さらなる検証が必要である。

(入院形態別の状況)

- 平成 14 年現在、入院患者のうち、措置入院患者は 3,000 人、医療保護入院は 11.3 万人、任意入院が 21.2 万人などとなっている。
- 在院措置入院患者のうち、約半数 (47.1%) は入院期間 1 年未満であるが、新規措置患者 (平成 14 年で 7,000 人) の約 8 割は半年以内に措置解除になっている。
- 都道府県ごとの長期在院の措置患者数の違いにより、大きな地域格差 (対人口比で 16 倍の格差) が生じている。一部の都道府県では特に長期在院措置患者が多く、人員配置との関係も考えられる。
- 医療保護入院や任意入院の患者についても、入院期間にはバラツキが大きいほか、入院患者に占めるそれぞれの入院形態の割合にも地域差がある。
- 各都道府県等における人口当たりの医療保護入院・任意入院患者数と人口当たりの精神病床数との間には、相関関係が認められる。

(入院患者の処遇等)

- 任意入院患者の約 7 割が開放処遇 (本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇) にある (そのうち 13%が閉鎖した病棟で処遇)。他方、任意入院患者の 16%が開放処遇を制限されており、14%が患者の意思による開放以外の処遇にある。また、現在、終日閉鎖の病棟の 12%に電話が設置

されていない。

- 診療情報の提供及びインフォームド・コンセント（説明を受けた上の同意）に基づいた医療提供の推進に関しては、平成 14 年より医療に関する広告規制が緩和されるとともに、医療団体によるガイドライン作成など自主的な取り組みも行われている。

（精神病床の算定式の課題）

- 現行の精神病床に係る基準病床数算定式には、以下のような問題点がある。
 - ア 現状追認的な算定式であり、現時点で在院率が高い高齢者の急増に伴い、計算上、基準病床数が急増する。
 - イ 精神疾患患者群の固有の問題として、短期で退院する群と歴史的に長期に入院している群の存在や、その地域差を反映した計算式となっていない。
 - ウ 各地域における病床利用の実態変化や将来の目標を反映できる計算式となっていない。
 - エ あくまで各地域の病床総量を計算するものであり、各医療機関の病床利用の目標設定等、普遍的に活用できるものとなっていない。

3 今後の方向性

（1）基本的考え方（総論）

これまでの現状分析に基づき、良質かつ適切な医療を効率的に提供し退院を促進する体制づくりに向けて、次の3点を軸に新たな精神保健福祉体制を構築することが必要である。

① 目標値を設定した計画的な医療提供体制の再編

- 都道府県単位で、地域実態を正確に把握し、医療と福祉が連動した計画的な取り組みを進めるため、障害者の動態等を踏まえた基本的な目標値を設定し、都道府県単位で計画的な取り組みを進めることが必要である。
- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者の QOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すことが必要である。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促すことが必要である。

② 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化

- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するためには、精神病床の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を提供できる体制を

整備することが必要である。このため、救急・急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能に応じた人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を進めるべきである。

- 急性期においては、医師、看護師等の人員体制を充実させ、より手厚い医療を提供できる仕組みを作ることにより、質の高い医療を確保し、入院の長期化を防ぐことを目的とすべきである。
- 在院長期化予備群など退院に向けたサポートが必要な患者に対しては、地域ケアへの円滑な移行を図るための集中的な社会復帰リハの提供や、退院前訪問等の訪問看護を活用するなどして、地域生活を継続的に支える体制の構築を図るべきである。
- 重度精神障害者や痴呆患者、日常生活能力の低い長期入院の高齢者群に対しては、それぞれ専門的な入院医療を行える体制や必要に応じた新たな施設類型等が必要である。

③ 入院形態ごとの入院期間短縮と入院患者の処遇内容の改善

- 措置入院や医療保護入院で入院した患者については、適切に病状を確認し、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みが重要である。また、任意入院で入院している患者についても、適切に病状を確認し、早期の退院を促すような仕組みが重要である。
- 身体的拘束や隔離などの患者に対する行動制限については、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認できるような仕組みを作っていくべきである。また、任意入院患者については、原則として開放処遇を受けるものであることを徹底させる方策が必要である。
- 病状の早期回復や処遇内容の改善という観点から、患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図ることが必要である。

(2) 今後の施策体系の在り方（各論）

① 都道府県単位の目標値設定

- 都道府県単位で基本的指標を設定するに際しては、精神病床に係る入院患者の現在の動態を踏まえると、当面、入院期間を1年で区分し、それぞれの目標となる指標として次のような数値を用いることが適切である。

なお、この目標値は、将来的には、疾病別の入院動態を踏まえた方式に移行することが適切であり、そのための研究を深めることが必要である。

ア 在院1年未満患者群

指 標：平均残存率（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 別紙1）

考え方：現在、新規入院患者の8割強が入院後1年以内に退院しているが、地域的なバラツキも多いことから、速やかな退院を促し、

新たな滞留患者の発生防止が必要であること

イ 在院1年以上患者群

指 標：退院率（1年以上の在院患者の中からその後1年間に退院した者の数を当該1年以上の在院患者数で除したもの 別紙1）

考え方：既に1年以上入院している患者についても地域的なバラツキが大きく、本人の病状や意向に応じて社会復帰リハ等を行いつつ段階的に退院を促すことが必要であること

- この目標値については、当面、目標達成の現実性、各都道府県間の公平等の観点から、次のように設定することが適切と考えられる。（別紙2，3）
なお、次のアの具体的な数値設定については、上位数カ所の都道府県のバラツキ等を踏まえつつ、できる限り高い目標設定となるよう検討することが必要である。

ア 現在、上位3～5の都道府県で既に達成されている数値を概ね10年後の全国一律の目標値とし、都道府県ごとに、各都道府県の現状値と目標値の中間値を5年後の目標とすること。

イ 特に、病床数が多い（対人口）、退院率（1年以上群）が低い等の地域は、アに加えて、さらに都道府県ごとに一定の目標の上乗せを行うこと。

ウ 既に現時点で概ね10年後の全国一律の目標を達成している都道府県は、現在の水準を維持すること。

- 目標設定については、各都道府県の医療審議会等で検討して設定するものとし、それを実現するための方策を、都道府県ごとに定める医療計画又は福祉関係の事業計画等で明記することが適切である。
○ これを都道府県等が実現するための手法については、以下に記載するものの他、その効果等を踏まえつつ、引き続き検討することが必要である。

<在院1年未満患者群に係る平均残存率の改善>

急性期等の医療の充実等を図ることにより、直接的には早期退院の実現に結びつくとともに、新規の長期入院患者の発生をできる限り防止するという効果も得られる。

ア 病床の機能分化（強化）等

- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養の枠組みの整備（報酬体系等）
- ・ 救急医療体制の強化等、都道府県単位での分化を進める枠組み
- ・ 各病院における急性期等への人員の再配置

イ 入院形態別の退院促進

- ・ 措置入院等を受け入れる病院の基準見直し
- ・ 都道府県における実地検査等の体制強化

<在院1年以上患者群に係る退院率の改善>

社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実により、長期入院患者の退院の促進に資する。

ア 病床の機能分化（強化）等

- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養の枠組みの整備（報酬体系等）
- ・ 高齢者の増加等を念頭に置いた介護力を強化した病床の枠組み
- イ 地域における体制づくり
 - ・ 住、活動、生活等の支援体系の再編と充実
 - ・ 都道府県、市町村における地域サービスの具体的な数値目標等を定める計画的な行政の推進
 - ・ 各病院における精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への人員の再配置

② 目標値を反映する算定式の在り方

- 都道府県ごとに設定される各目標値を反映するものとして、以下の観点を踏まえた新たな算定式を導入することが必要である。（別紙4）
 - ア 比較的短期で退院する群や、歴史的に長期に入院している群等が存在することを前提とした算定式へと見直す。
 - イ 現状追認的なものから、退院率等の将来的な目標値を設定し、段階的に地域差の解消を促す算定式へと見直す。
 - ウ 都道府県の実態に応じ、各都道府県が目標設定等について一定の自由度を確保する算定式へと見直す。
 - エ 各医療機関の病床利用の目標設定等、他の目的に活用できる普遍的な算定式へと見直す。
- 具体的な算定式については、別紙5の式を基本として、次のような点に留意し、国として細部の要件を定めることが必要である。
 - ア 長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県の具体的な範囲
 - イ 児童思春期等の特定ニーズに対する病床数確保の必要性
 - ウ 将来的な課題として、急性期等の充実を踏まえた病床利用率の設定
- 目標達成の現実性、各都道府県間の公平等の観点を踏まえ、一定の仮定（別紙6）の下に試算した結果、少なくとも10年間で7万床相当の病床数の減少を促すこととなる。国においては今後、平均残存率・退院率の目標値、算定式の細部の検討を早急に進め、その結論を明示することが必要である。

最終目標 ・平均残存率 ・退院率	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	現在病床数との差 (対平成27年)
上位3県平均	約316,000床 (約97,000床) (約219,000床)	約280,000床 (約85,000床) (約195,000床)	約75,000床

上位5県平均	約320,000床 (約98,000床) (約222,000床)	約288,000床 (約86,000床) (約202,000床)	約67,000床
--------	--	--	----------

※1 現在病床数は、平成14年6月で354,721床である。(精神保健福祉課調)

※2 各欄の中段、下段は、それぞれ1年未満群、1年以上群に係る内数である。

③ 都道府県単位での計画的な取り組み

- 都道府県単位で、地域の実態を十分に分析した上で、良質かつ適切な医療の効率的な提供、退院促進方策、救急、通院（訪問を含む）等の地域医療などについて、計画的に推し進める体制を整備する必要がある。
- 都道府県ごとに地域単位での病床機能分化を円滑に行うため、介護保険事業支援計画のような、施設整備や地域のサポート体制も含めたサービスの具体的な目標設定を示す計画を策定する仕組みについては、限られた財源の中でどのように効率的なサービスが提供できる仕組みを作っていくかという観点から、非常に重要である。
- 地域精神医療や福祉サービス等の社会資源に関する二次医療圏や保健所単位の情報について、都道府県がまとめて利用者にわかりやすく公開する仕組みについては、次のような意見があったが、当面、情報公開の在り方について、利用者の立場から利用しやすい情報が得られる仕組みをどのように構築していくかという観点から、引き続き検討することが必要である。
 - ・ 積極的な情報提供について、まずは医療機関や病院団体がこれまでの情報公開の取り組みを基礎としつつ、責任を持って体制を整備するなどの取り組みを進めるべきではないか。
 - ・ 今までの自主的な情報公開では正確な情報は伝わらない。情報については、都道府県等において、医師・看護師の人員配置や平均在院日数等、当事者が医療機関の選択に必要な基本的な情報については必ず公開するという仕組みとすべき。
 - ・ 地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みから始めてはどうか。

④ 救急・急性期の患者に対する適切な医療体制の確保

- 入院期間が短いほど、社会的機能を保ったまま退院でき、社会適応しやすくなるとともに、医療や主治医等に対する信頼感の醸成等にもつながることから、急性期の患者に対しては、より手厚い医療を提供できる体制を確保することが重要である。
- 現在の救急医療体制において、二次救急までは対応可能であるが、三次救急の対応が困難であるというような精神科病院もあり、地域における精神科救急体制の確立が重要である。そのため、精神科救急医療システムにおいて

も、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位で救急システムを構築するほか、センター機能を持つ中核的な救急医療施設を地域ごとの社会資源を活かして整備する必要がある。（別紙7）

この場合、単に整備するだけでなく、その機能等を評価し、運営費等について傾斜配分するなどの措置を講ずることが必要である。

- 救急以外の急性期の患者に対しても、現状で入院患者の6割以上が3か月以内に退院していることを踏まえ、より良質かつ適切な医療を効率的に行える体制を確保することが重要であり、各病院の病棟・病室（ユニット）単位で実施を選択できる柔軟な仕組みの導入や質・量の双方の面で充足した医師・看護師の体制整備を行うことが必要である。（別紙8）

⑤ 社会復帰リハの強化と重度精神障害者の病状に応じた医療環境の確保

- 入院患者のうち、医療ニーズが減るにもかかわらずそのままでは在院長期化の可能性の高い者に対しては、医療サポートに限らず地域生活を送るための総合的なサポートを提供することで、在院長期化を防ぎ、退院を促進させることが可能となる。
- 退院に向けたサポートが必要な患者については、その患者像を明確にしつつ、1年を目途に地域ケアに円滑に移行できることを目指し、病院外の地域資源（医療的支援、福祉的支援、当事者同士の支え合い等）を活用した社会復帰リハが専門的、集中的に行えるような体制の構築を図るべきである。（別紙8）
- 精神状態が持続的に不安定であり、医療の必要が高い重度精神障害者群については、その患者像を明確にしつつ、専門的な入院医療を行える体制を確保するため、適切な人員配置の確保など、入院医療の質の向上が必要である。（別紙8）
- 重度精神障害者の地域での生活が選択肢となるよう、相談支援機能や、医療・福祉サービス等の生活支援を24時間体制で包括的に提供する枠組みが必要であり、そのためには、患者の入院中から病院と地域の各種サービスとの連携を図れるような仕組みが重要である。
- 医療的デイケアの利用者と福祉サービス等の利用者との間における病状や必要な支援等の違いの有無について十分な分析を行いつつ、限られた資源を活用した良質かつ適切で効率的な通院医療体制の姿について検討する必要がある。

その際、通所型社会復帰施設と、医療保険で行われているデイ（ナイト）ケアでは、どのような点で機能（重症度等）が異なるかについては、次のような意見があったが、今後、現状分析をさらに進めた上で、障害の程度等に応じてどのようなサービスが必要かについて引き続き検討することが必要である。

- ・ デイケアに来ているのは疾病性のより高い人たちであり、デイケアが持

つ疾病に対する治療、リハビリテーション、サポートなどの機能は重要である。

- ・ 利用者の実態を追っていけば医療型と福祉型を明確に分ける基準はない。デイケアか福祉か、現実の姿を見極めつつ考えていく必要がある。
- 訪問看護の利用者とホームヘルパー等の利用者との間における病状や必要な支援等の違いの有無について十分な分析を行いつつ、限られた資源を活用した良質かつ適切で効率的な訪問医療体制の姿について検討する必要がある。

⑥ 痴呆患者や長期入院高齢者の処遇

- 痴呆患者については、精神科病院入院患者の17%が痴呆等（症状性を含む器質性精神障害）の患者であり、ここ数年来、老人性痴呆疾患専門病床数が急増しているなどの現状がある。痴呆患者については、痴呆疾患センターの活性化を含め、患者の病態に応じて適切に治療（医療機関）や介護（介護施設・グループホーム等）を受けられるような処遇体制の在り方を検討することが必要である。（別紙8）
- 精神症状に対する医療ニーズよりもむしろ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である長期入院の高齢者群に対しては、退院に向けた生活面でのリハビリテーションの実施の他、本人の療養生活の質が担保できるように、既存の精神療養病床などの社会資源を活用しつつ、必要に応じ、介護力等を強化した病床などの施設類型も考えていく必要がある。また、その際、対象者の年齢を踏まえると介護保険制度の活用も十分考慮する必要がある。（別紙9）
- 長期入院患者も含め入院患者の退院促進、円滑な地域生活への移行を図るためには、病院との連携の下、例えば、入院期間が一定期間を超え病状が安定している者について、都道府県が状況の確認を行い相談支援（ケアマネジメント）等を通じて退院促進の取り組みを行う仕組みなどを導入していくことを検討すべきである。

⑦ 入院形態ごとの入院期間短縮

- 早期退院を目指していくためには、適切な医療を提供し、措置入院や医療保護入院で入院した者を早期に任意入院の形態に移行していく地域的な取り組みも重要である。
- 措置入院患者の入院期間を短縮し、地域差を解消していくためには、措置入院を受け入れる病院について病棟の看護職員配置を3:1以上にするなど医療体制を改善したり（別紙10）、措置入院患者や医療保護入院患者の病状を適切に確認したりするなどして、適切な医療提供が促進される必要がある。この場合、地域ごとの事情に応じて段階的な取り組みが必要である。
- また、措置入院患者の在院期間の短縮化にかんがみ、事務量やその費用も

勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度を見直すことについて検討するほか、都道府県による実地審査の強化も考えていく必要がある。

- 医療保護入院においても、病識の獲得等の取り組みを促すとともに、任意入院患者にも重度の痴呆で判断能力が欠けているような患者もいることから、適切に病状を確認することにより、早期の退院を促すような仕組みが必要である。

⑧ 行動制限の適正化と任意入院患者の適切な処遇

- 患者の保護室の利用や身体的拘束の実施については、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われることが必要である。
- 患者の行動制限について、担当する指定医だけでなく他のスタッフを含め病院・病棟が継続的に把握する工夫を行うなど、行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、記録保存の仕組みについて、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳を整備することが必要である。
- 閉鎖病棟への公衆電話等の設置は、入院患者の処遇上必ず行われなければならないものであり、改善方策として、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）の設置や、携帯電話の活用なども考えていくべきである。
- 任意入院患者は、原則として、開放的な環境での処遇を受けるべきであることから、開放処遇が徹底され、開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認できるようにすることが必要であり、厚生省告示に基づく通知に沿って監査の見直しも考えるべきである。
- 任意入院患者のうち長期入院で閉鎖病棟等において処遇されている者については、都道府県等の判断で病状報告を求めることができる仕組みなどを導入していくことを考えるべきである。
- 処遇内容の改善については、例えば病院が、患者の病状に応じて社会復帰の意欲の向上を促すなど、患者や患者の親、元患者などによる市民組織等と協調して、インフォーマルに取り組むことも効果がある。

⑨ インフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進

- 入院患者は、病気や治療方針等について十分に理解し、病識を持つことができるように医師から十分に説明を受けた上で、同意の下、病状の回復のために積極的に治療に参加することが、病状の早期回復や処遇内容の改善という観点からも重要である。
- 診療情報の提供及びインフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進については、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みを踏まえ、精神科の特性を勘案しつつ、さらなる取り組みを進める必要がある。
- インフォームド・コンセントに基づく医療提供の推進については、例えば病院が、患者の病状に応じて患者の治療意欲を促すなど、患者や患者の親、

元患者などによる市民組織等と協調して、インフォーマルに取り組むことも効果がある。

⑩ 精神医療審査会

- 精神医療審査会の仕組みが入院患者に十分周知されるように、病院等から患者への十分な説明が担保される必要がある。
- 患者の人権に十分に配慮した精神医療審査会の運営のため、透明性を高めたり、当事者等の意見がより反映できるような仕組みを検討すべきである。なお、具体的な方策として、合議体の委員構成について次のような意見があったが、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、引き続きその妥当性について検討する必要がある。
 - ・ 精神医療審査会のチェック機能をより高め、患者の人権を確保していくためには、医療委員の定員を減らし、当事者・家族の意見を代表すると認められる代表者を加えるべきである。
 - ・ 現行制度においても、それぞれの委員の専門性を活かし、書類審査に加え実地審査においても医療的見地と法的見地、学識経験から審査が行われており、適正な運用がなされているとともに、当事者の中には、他の当事者に判断を委ねたくないという意見もあり、慎重に検討すべきである。

⑪ 指導監督等と第三者評価

- 人権に配慮した適正な精神医療の確保等の観点から、都道府県が主体となって精神科病院に入院中の者の症状又は処遇に関する報告徴収、立入検査等を行っている。また、改善が認められない等の問題を有する精神科病院に対して、国の立入検査が行われた場合は、原則公表することとしている。
- 都道府県等の立入検査の結果等についても、精神医療に関する情報として有益であり、これらの情報提供の推進により、人権に配慮した適正な精神医療の確保に効果があると考えられる。そのため、例えば、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開することも考えられるべきである。（別紙11）
- 精神医療の透明性の確保、医療の質の向上のためには、第三者評価の仕組みが必要であり、日本医療機能評価機構やISO、日本精神科病院協会のピアレビュー（同僚による審査）、精神医療オンブズマン制度（大阪府）などのオンブズマン制度等、第三者による評価を積極的に推進する必要がある。また、既存の評価システムにおいて当事者・家族の意見も反映できるような新たな仕組みを考えることも必要である。

4 終わりに

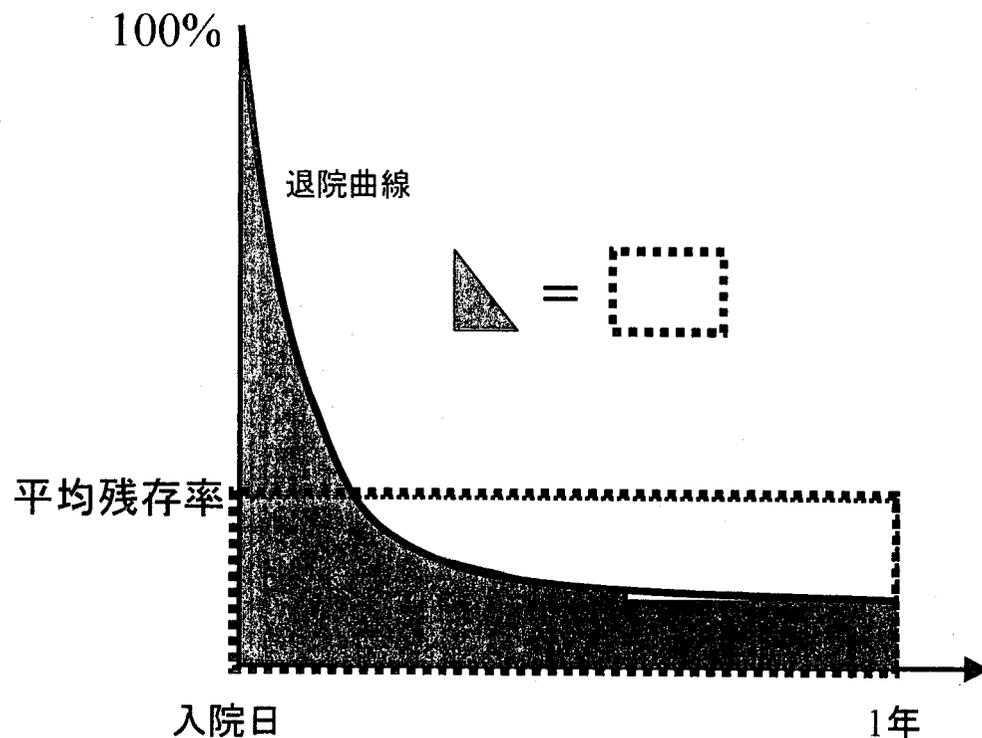
(1) 実現に向けた道筋

- 精神保健福祉法等の改正が必要な事項については、引き続き関係審議会の意見を聴きながら国として検討した上で、平成 17 年の通常国会への改正法案の提出を目指すべきである。また、都道府県単位で設定される目標値や算定式の細部については、国としての検討を早急に進め、その結論を明らかにした上で、平成 17 年度に予定されている基準病床数算定式の見直し作業時において制度への反映を図るべきである。
- 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化の在り方については、厚生労働科学研究等も活用しつつ、次期診療報酬改定等に向けて精神科病棟における患者像と医療内容に関して専門的な検討を進め、検討結果を踏まえて、病床等の機能、患者の病状に応じた報酬体系の実現を図るべきである。
- 上記のような精神医療提供体制の再編に伴い、医師、看護師、精神保健福祉士等の再配置や再教育等が必要となるが、その具体的な方策については、医療提供体制に係る再編の進捗状況、医師の臨床研修の動向や看護師の需給動向も踏まえつつ、引き続き検討することが必要である。
- 特に、受入条件が整えば退院可能な者のうち、約半数は長期入院傾向の者であり、この退院を進めるためには、医療面での社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実が必要である。地域生活支援体制については「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」における検討事項であるが、その体制づくりのため、市町村、都道府県、国ごとに、地域サービスの具体的な数値目標等を定め計画的に取り組むことが不可欠である。

(2) 国の取り組み

- 国は、この検討会の成果を踏まえ、国民に対し、都道府県単位の目標値設定を軸とした精神保健福祉体制に関する明確なビジョンを早急に示すとともに、さらに細部の具体的な基準を明確化する作業を行うなど、社会的な合意を得る取り組みを進めることが必要である。特に、新たなビジョンについては、入院から退院後の地域生活までを一連のものとして考え、入院早期の段階から、退院後の地域生活を念頭に置いた多職種による支援体制が継続するようなものとするのが求められる。
- 国は、こうしたビジョン等について、これを実施することとなる都道府県や市町村とも十分な意見交換を行い、円滑に実施できる体制づくりを進めることが必要である。
- 以上のほか、本検討会での主たる議題ではないが政策決定に参考となる指摘等もあった。こうした指摘についても、その趣旨を尊重しつつ、国は、できる限り多くの者が納得できるようなビジョン策定や制度改正に努力すべきである。

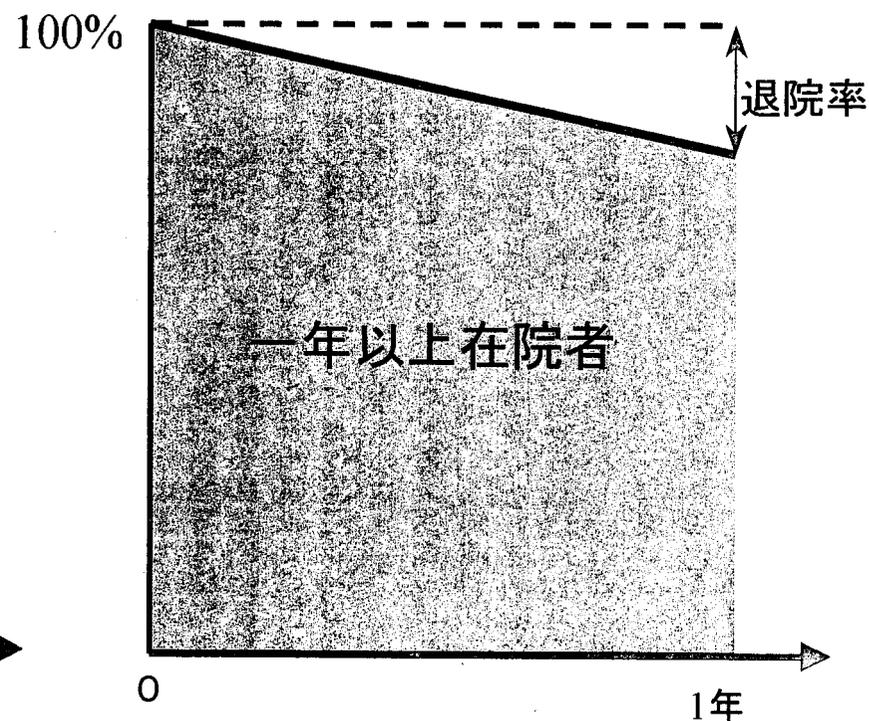
平均残存率(一年未満群)



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は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

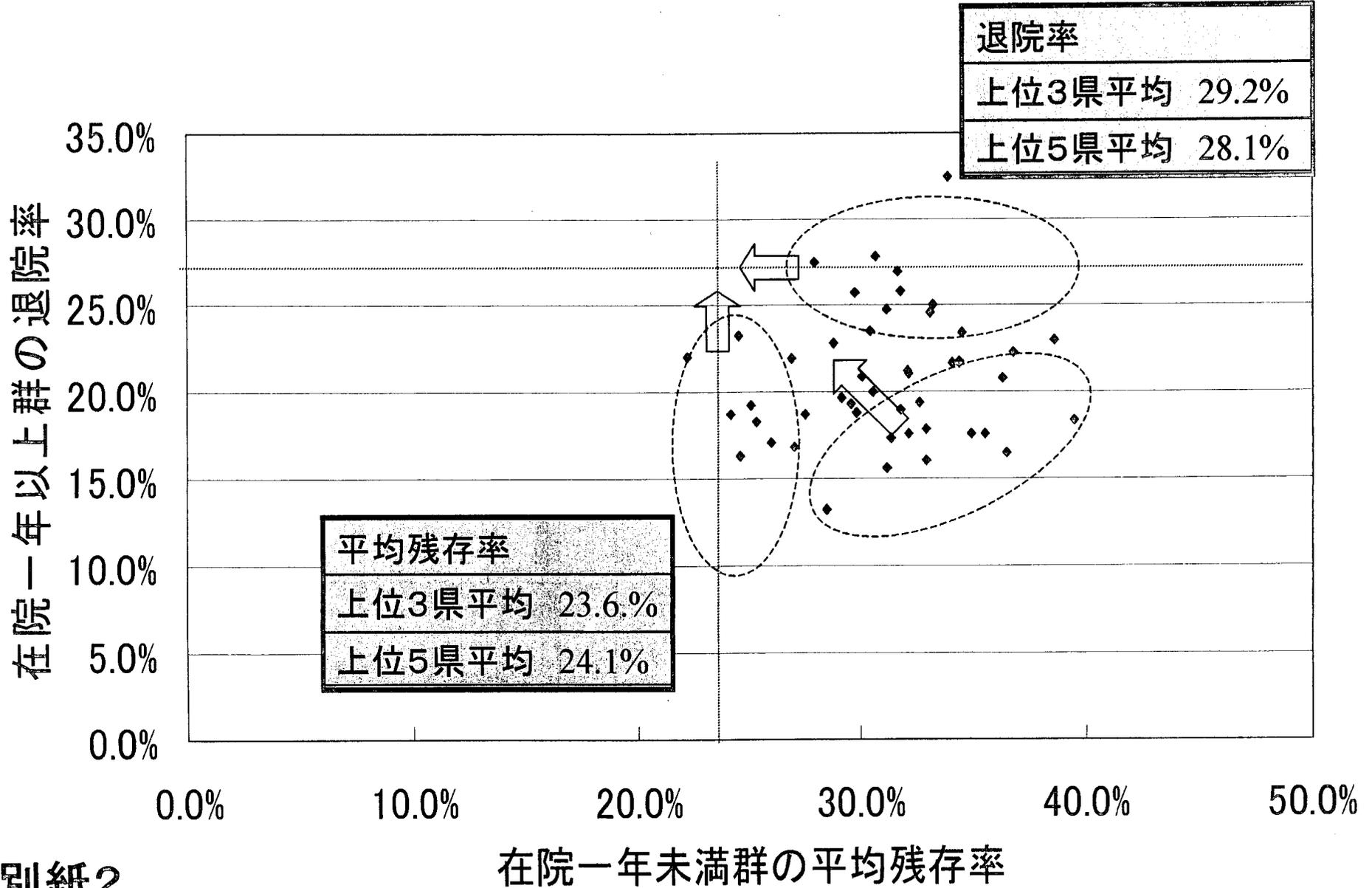
退院率(一年以上群)



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。

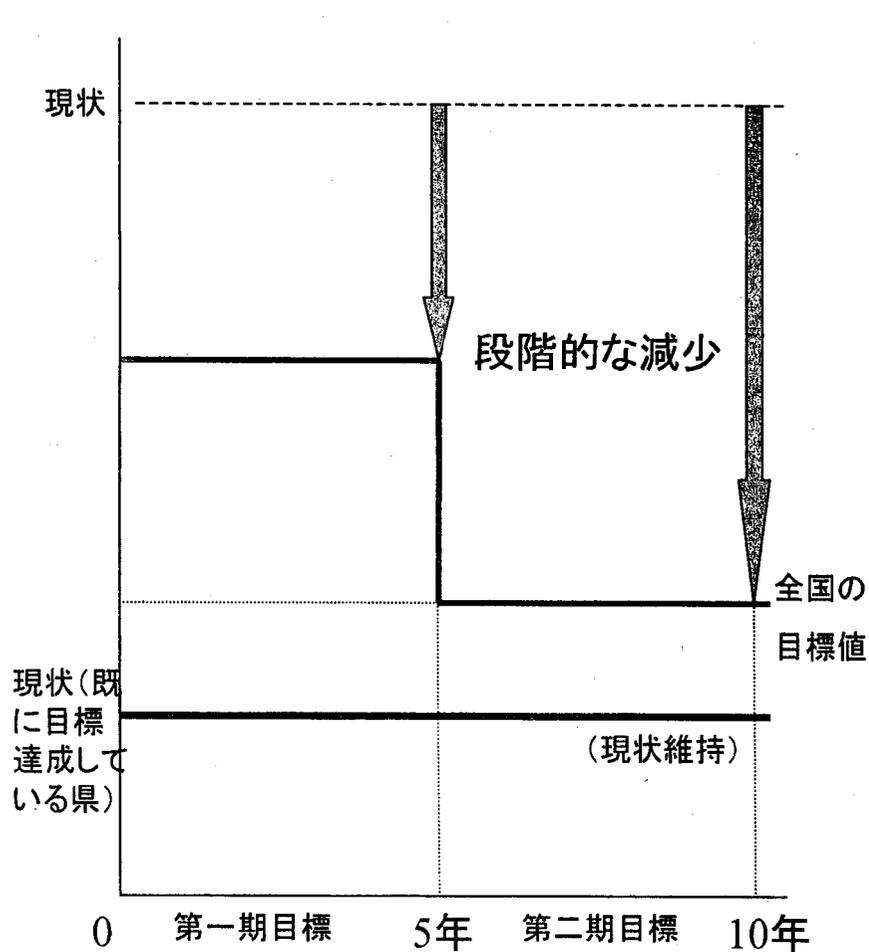
退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

目標設定の考え方

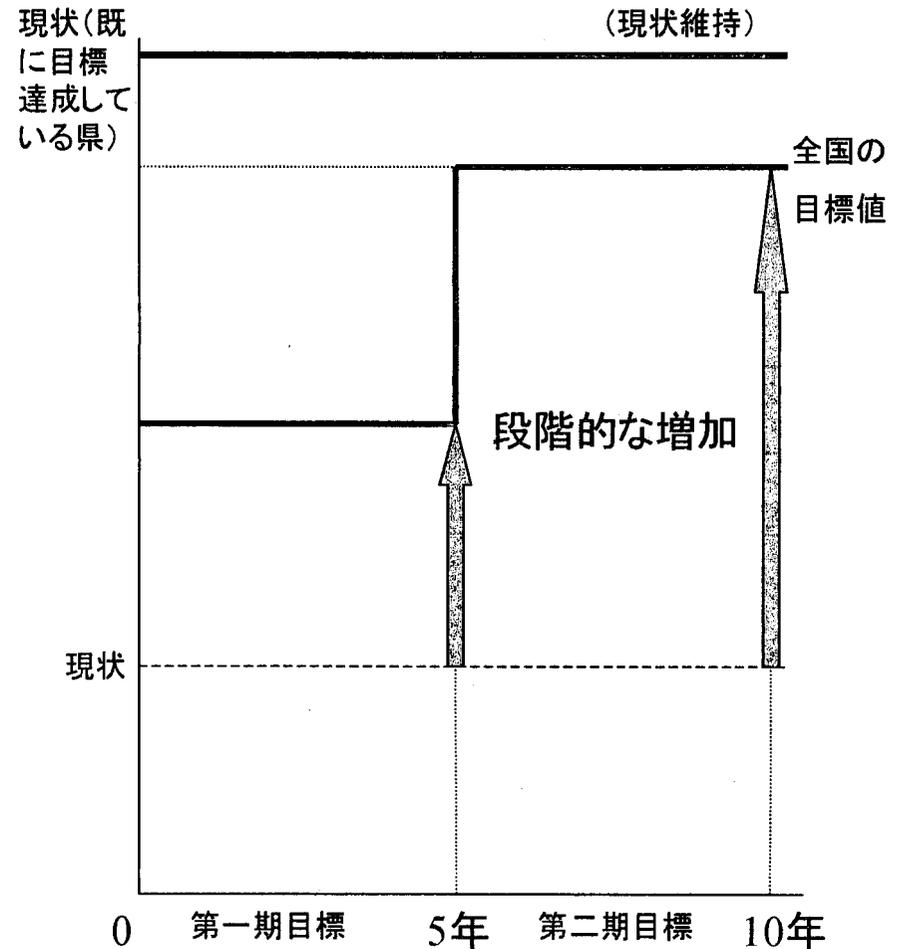


段階的な目標設定の考え方(案)

平均残存率(在院1年未満群)

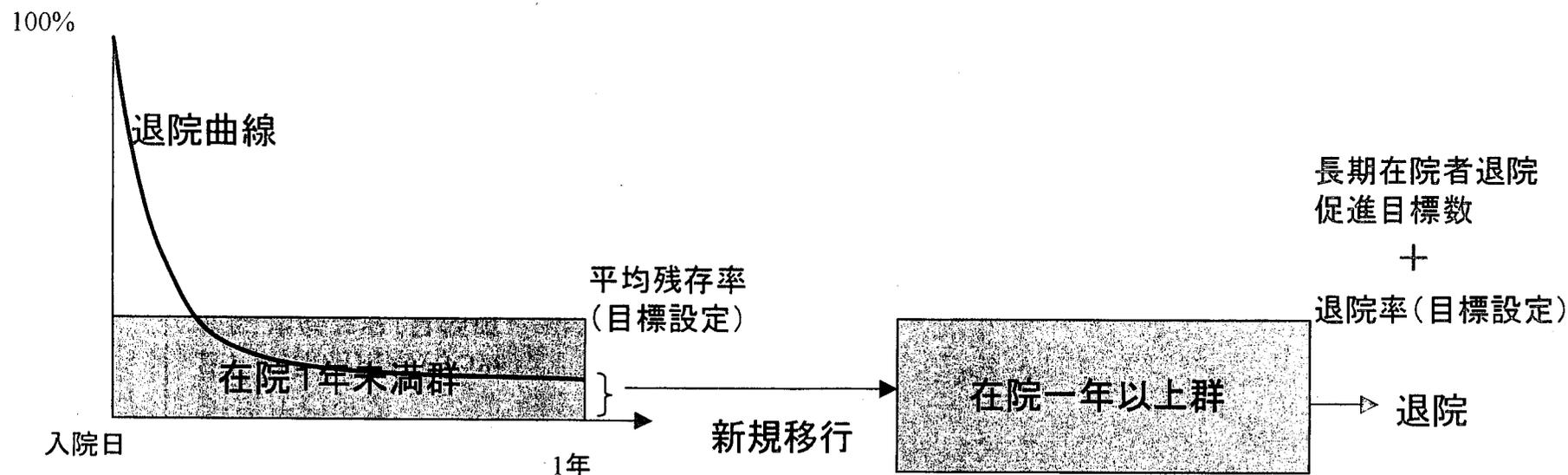


退院率(在院1年以上群)



※病床数が多い、退院率が低い等の、都道府県は、これ以上の目標設定

新しい算定式の枠組み(案)



平均残存率: 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は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

退院率 : 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は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

長期入院者退院促進目標数 : 病床数が多い、退院率が低い等の、都道府県が、退院率の目標設定に加え、それぞれ設定する目標数。

新しい算定式(案)

(計算式)

$$\text{基準病床数} = (\text{一年未満群}) + (\text{一年以上群}) + (\text{加算部分})$$

$$\cdot \text{一年未満群} = (\sum AB + C - D) \times F / E1$$

※A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値)

$$\cdot \text{一年以上群} = [\sum G(1-H) + I - J] / E2$$

※G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分)

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

$$\cdot \text{加算部分} \leq (D / E) / 3$$

※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住
所を有する者の数)が $\sum AB$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数
を上限として適当と認める数を加えることができる。

・数値 : 都道府県ごとの数値を用いる。

一定の条件の下での試算

(条件)

- 1 全国を一つの地域として計算(流入等はない、加算はない等)
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分(20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上)で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

(試算式)

$$\text{基準病床数} = (\text{一年未満群}) + (\text{一年以上群})$$

$$\cdot \text{一年未満群} = (\sum AB) \times F / E1$$

※A:各歳別人口(4区分)

B:各歳別新規入院率(4区分)

E1:病床利用率

F:平均残存率

$$\cdot \text{一年以上群} = [\sum G(1-H) + I - J] / E2$$

※G:各歳別一年以上在院者数(4区分)

H:一年以上在院者各歳別年間退院率(4区分)

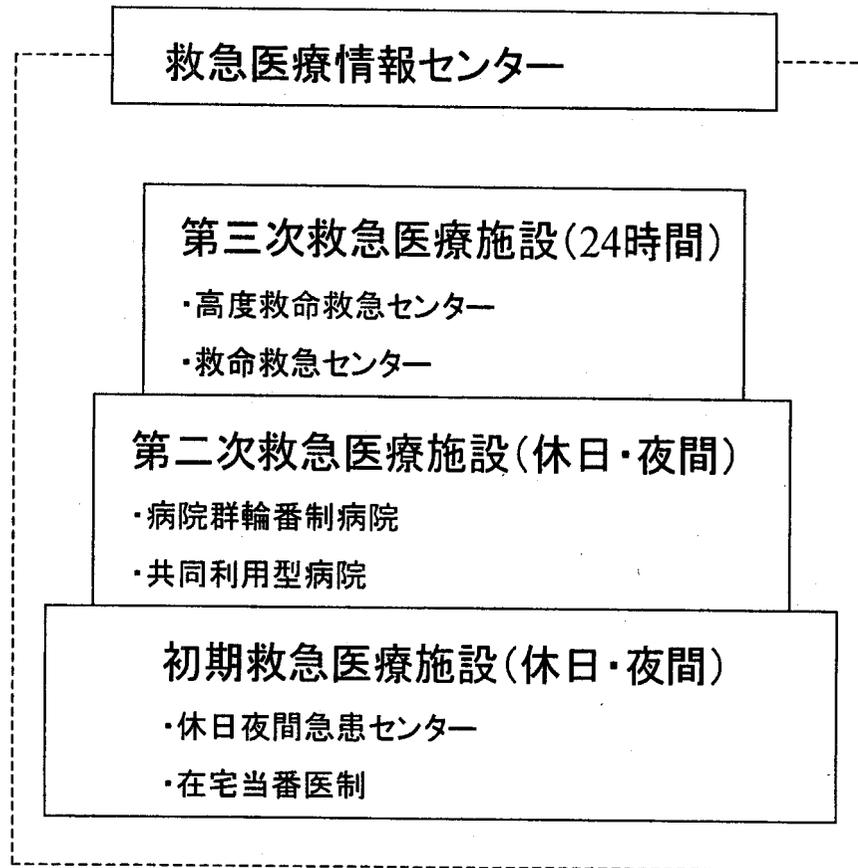
I:新規一年以上在院者数

J:長期入院者退院促進目標数

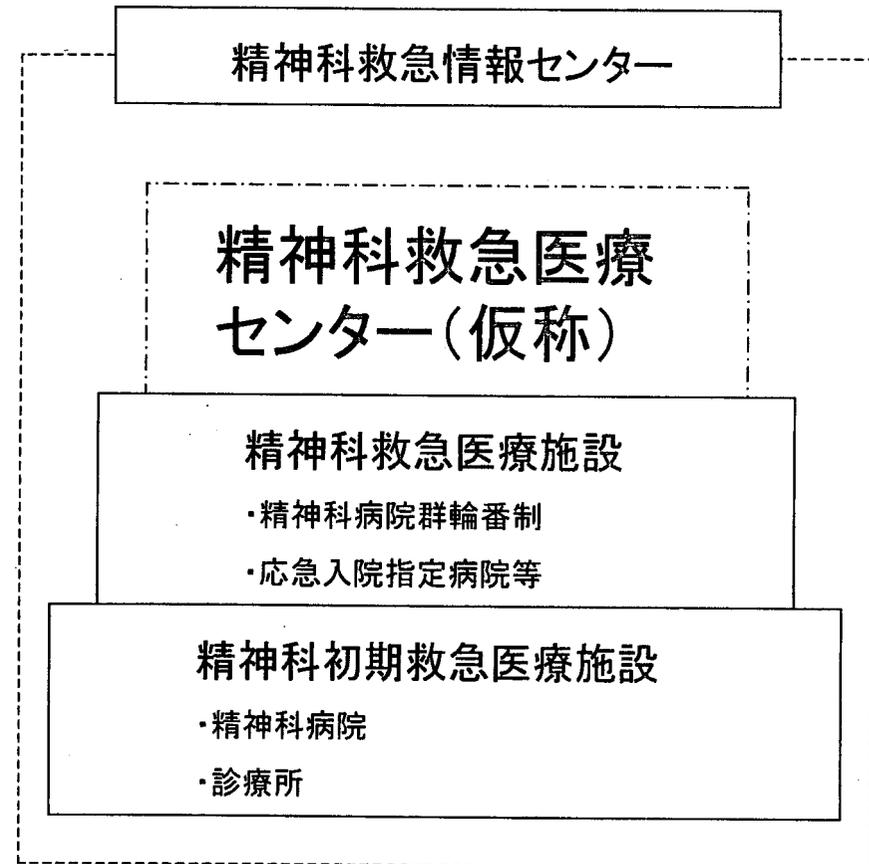
E2:病床利用率

救急医療システムの考え方(案)

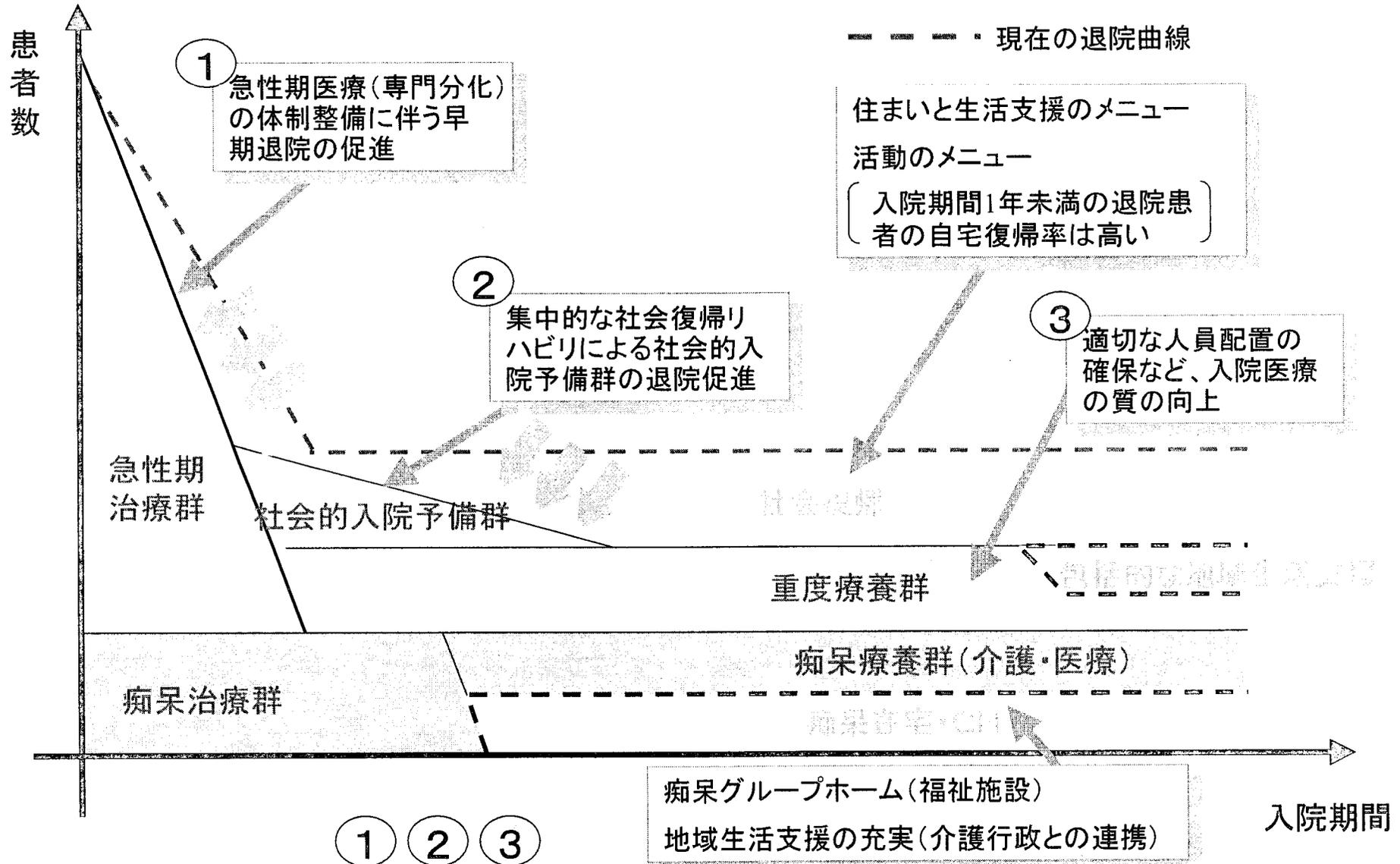
一般救急(既存)



精神科救急(案)



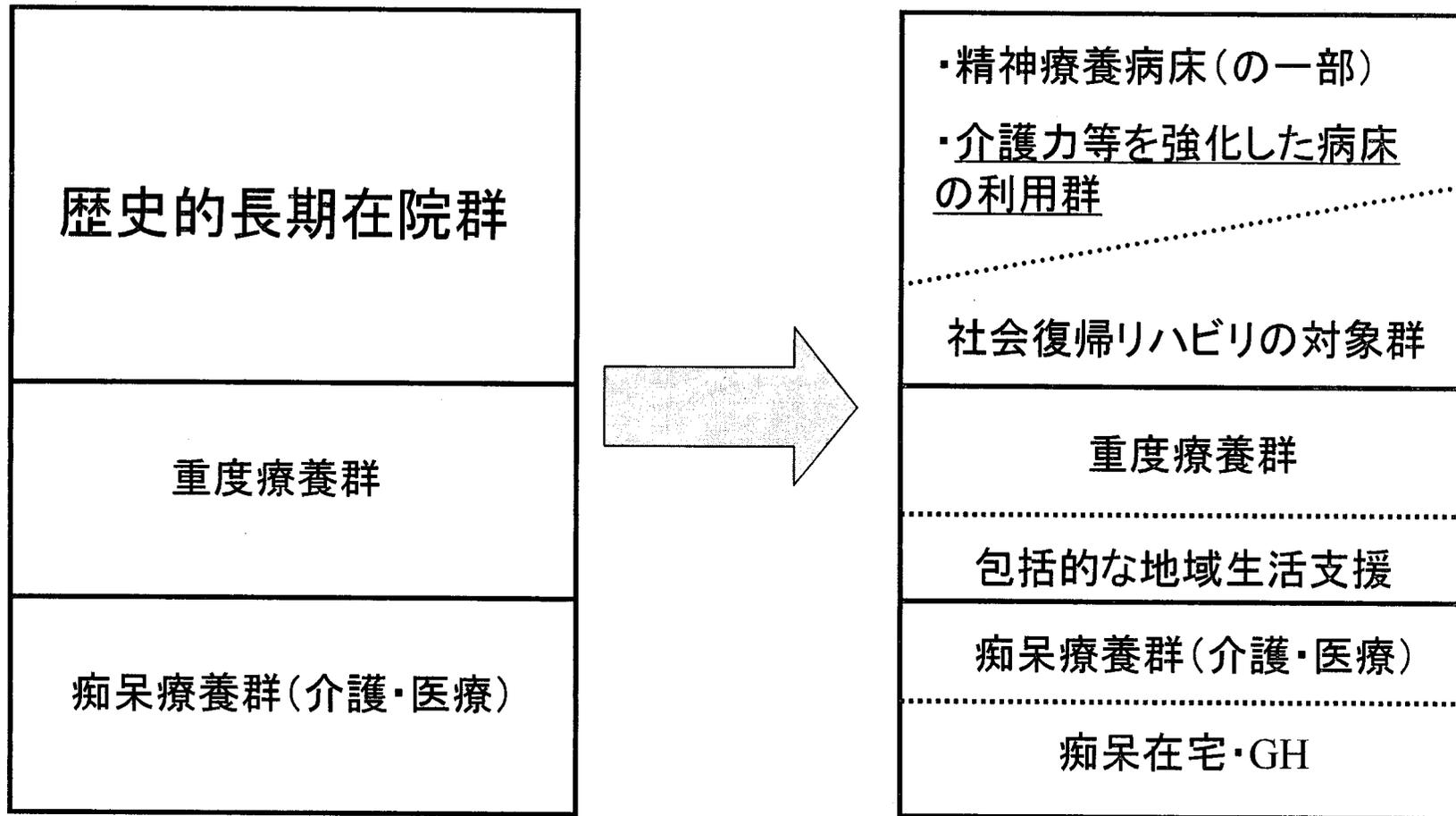
病床の機能分化のイメージ



別紙8

は、病棟・ユニット単位で分化の促進及び評価を進めていく。

現在の長期入院群の将来イメージ



措置入院患者を受け入れる病院の基準として考えられるもの(案)

- 措置入院を受け入れる病院としての基準
(例)常勤の精神保健指定医が二名以上
病院規模・病床数は不問
- 措置入院患者を適切に治療できる病棟の基準
(例)3:1以上の看護職員配置
- 治療や処遇の質を担保するための基準
(例)行動制限最小化委員会の設置
- その他

実地指導に基づく改善計画の公表の仕組み(案)

(現行:精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十八条の七)

現行

都道府県による実地指導

入院患者の処遇
が基準に合致しな
い、または不適當

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処
遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る
医療の提供の全部又は一部を制限するよう命
令

案

都道府県による実地指導

入院患者の処遇
が基準に合致しな
い、または不適當

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処
遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

改善計画等の内容を公表

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る
医療の提供の全部又は一部を制限するよう命
令

精神病床等に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

社会保障審議会障害者部会精神障害分会が平成14年12月19日に公表した報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」においては、「入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という基本的な考え方にに基づき、具体的な施策の進め方を提言している。同報告書では、精神医療のあり方について、諸外国に比べ精神病床数が多いこと、精神病床数に地域偏在がみられること、最近の精神科診療所の増加傾向等の実情や、精神病床の機能分化が成熟していないこと等を踏まえ、精神医療における地域医療のあり方、精神病床の機能分化等の課題について、検討会を設置して検討を進める必要があるとしているところである。

このため、有識者等からなる検討会において、これらの課題について検討を行う。

2. 検討課題

- 1) 地域医療における精神医療のあり方
- 2) 精神病床の役割と機能分化等のあり方
- 3) 地域の精神保健医療の体制について、医療計画に記載することが望ましい事項
- 4) 精神病床の基準病床数算定式のあり方
- 5) 精神病床の人員配置基準のあり方、等

3. 座長・副座長

検討会に座長、その補佐を行う者として副座長を置くものとする。座長は委員の中から互選により、副座長は座長の指名により選出するものとする。

4. 会議

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

5. 参考人

座長は、必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

6. その他

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

精神病床等に関する検討会構成員

○ 伊藤 雅治	社団法人 全国社会保険協会連合会	理事長	
猪俣 好正	社団法人 全国自治体病院協議会精神科特別部会	会長	
岡谷 恵子	社団法人 日本看護協会	専務理事	
門屋 充郎	日本精神保健福祉士協会	監事	
◎ 吉川 武彦	中部学院大学	教授	
窪田 彰	社団法人 日本精神神経科診療所協会	理事	
坂田 三允	社団法人 日本精神科看護技術協会	第一副会長	H16. 7~
佐藤 茂樹	日本総合病院精神医学会	理事	
新保 祐元	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会	理事長	
高橋 清久	国立精神・神経センター 財団法人 精神・神経科学振興財団 学校法人藍野学院 藍野大学	名誉総長 理事長 学長	
対馬 忠明	健康保険組合連合会	常務理事	
長尾 卓夫	社団法人 日本精神科病院協会	副会長	
納谷 敦夫	全国衛生部長会		
西島 英利	日本医師会	常任理事	
南 砂	読売新聞東京本社編集局解説部	次長	
山崎 學	社団法人 日本精神科病院協会	副会長	H16. 4~
山梨 宗治	福岡県精神障害者連絡会	事務局長	
山本 深雪	NPO大阪精神医療人権センター	事務局長	
津久江 一郎	社団法人 日本精神科病院協会	副会長	~H16. 3
仲地 瑠明	社団法人 日本精神科看護技術協会	常務理事	~H16. 6

(五十音順、敬称略)

オブザーバー

竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所	精神保健計画部長
長谷川 敏彦	国立保健医療科学院	政策科学部長