

精神保健福祉事業団体連絡会

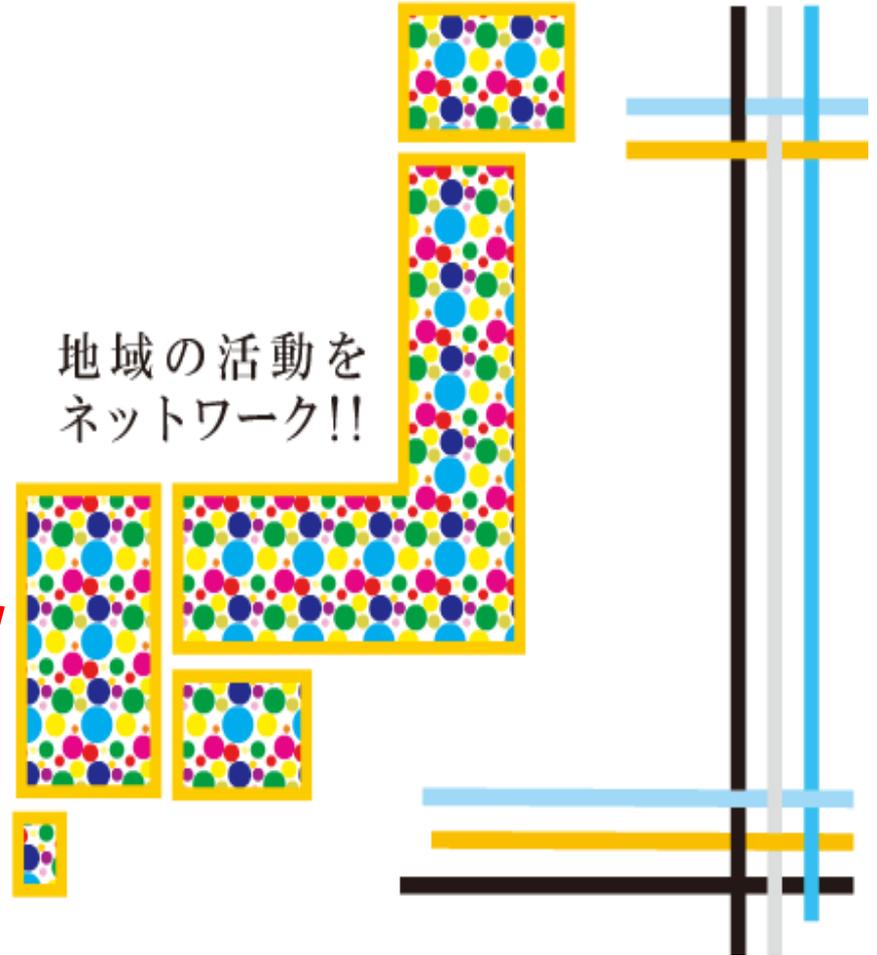
合同研修会 資料～インクルージョン社会の創造～

特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ) 代表 伊澤 雄一



地域の活動を
ネットワーク!!

縁(えにし)を絆に!



病院から社会復帰施設へそして地域へ



地域を拠点とした共生社会の実現



aging in Place

(馴染み、親しみの、住み慣れた場所、選んだ居場所
所で安心して自分らしく歳を重ねる。)

👉 「**精神障害者福祉**」の追求
= **誰もが安心な社会**

ami視点による課題整理

～ここ数年の主要な要望課題～

喫緊の課題

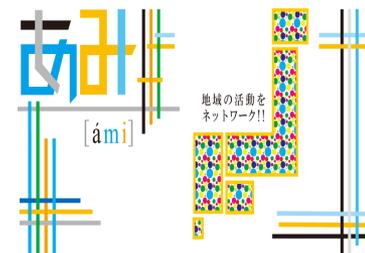
1. 東日本大震災被災地及び被災者、被災地支援者の支援
2. 「応益負担制度」の即時廃止：無料化を原則とする
3. 福祉サービス費のアップと「日額制」廃止
4. 精神科入院医療の適正化(精神科入院医療の規模)

具体的強化・抜本的変革を求める課題

5. 居場所機能の強化と日中活動の再編
6. 所得保障政策の推進

国として迅速に対応すべきと考える課題

7. 医療と福祉の財政配分の是正→福祉財源のさらなる確保
8. 権利条約の批准に向けた国内環境の整備
9. あらゆる検討機会への当事者参加のさらなる促進
10. 非自発的入院に対する行政責任の明確化

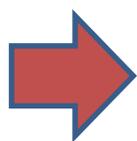


「改革」(制度拡充)への投げかけ

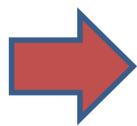
～医療と生活支援の量と質～

◆ 精神科入院医療の問題

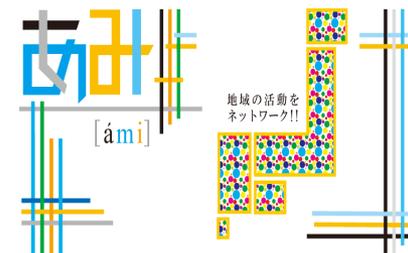
- 隔離収容に終止符を!
→社会的入院の解消→入院医療の適正規模化(病床削減)
- 精神医療の質向上(精神科医療と他科医療の格差やパージの是正)
→「精神科特例」の完全撤廃
→他科からの排除の禁止(医療法施行規則10条3項廃止)



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する
検討会報告」(2012.6.28)は基本ライン



障害者権利条約
14条・19条・25条との関連大



わが国の精神科の入院

◆諸外国に比して圧倒的な病床数 33万床 (万対28)

- ・世界中の精神科病床が162万で2割超がわが国に。(また日本の入院病床の約2割が精神科病床)
- ・世界の精神科に入院している方の5人にひとり日本人となる。
- ・諸外国はおおむね万対5~7に圧縮して来ている。万対5を超えると隔離収容の傾向が強まると言う実証的な研究もある。(ちなみに万対5はわが国では64,000床)

◆また精神科入院の4割強が強制入院である。OECD平均は1割

◆…、そして約20万人の長期入院者と年間2万人の死亡退院(ガンバコ退院)の実態

精神医療～日本と諸外国～

日本の精神医療

諸外国(先進国を軸)の精神医療

精神科病院への入院中心
(隔離収容)

地域精神医療体制を整備しながら推移

精神病床は急性期少なく、慢性期多数(「重度かつ慢性」の概念規定と長期化是認)

急性期のみ1週間程度の入院

病床数は約35万(世界の22%で1/5)
対人口比1万対28床
急性期64,000床(18%)/慢性期286,000床(82%)

世界の病床は162万
対人口比1万対5床

平均在院日数298日

先進国の平均在院日数は18日

精神医療～国内比較(差別の実態)～

精神医療

精神科病院の医師配置は
48人に1人以上(医療法精
神科特例)

看護職員 4:1

薬剤師 150:1

精神科病院の入院1日あた
りの日当点**13,364円**

他の診療科目

医師配置の最低基準は16
人に1人以上

看護職員3:1

薬剤師70:1

一般病院の入院1日あたり
の日当点**33,488円**

障害者権利条約抜粋

◆第14条: 身体的自由及び安全

◆第19条: 自立した生活(生活の自律)及び地域社会への インクルージョン(社会的包摂)

- ・地域社会で生活する平等の権利
- ・特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと。

◆第25条: 健康(医療の提供)

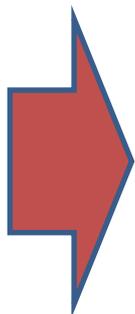
- ・他の者に提供されるものと同一の範囲、質及び水準の無償の又は負担可能な費用の保健サービスを提供すること。
- ・障害のある人自身が属する地域社会に可能な限り近くで提供すること。

「改革」(制度拡充)への投げかけ ②

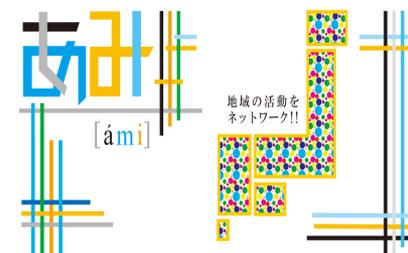
～医療と生活支援の量と質～

◆ 生活支援における課題

- 地域移行(脱病院)・定着支援(病院への回帰防止と退院し続けていることを支える)の強化
- それと近年地域支援の大きな課題としての、社会的孤立・無支援状態という潜在ニーズへの対応
- 支援事業所の拡充 (安定的な地域拠点機能の確保)



総合福祉部会「骨格提言」
(2011.8.30)から多くを汲み
取るべきではないか!



内閣府 障害者制度改革の基本的考え方

(「障害者制度改革の推進ための基本的方向第一次意見」制度改革推進会議)

1) 「権利の主体」である社会の一員

すべての障害者を、福祉・医療等を中心とした「施策の客体」に留まることなく「権利の主体」である社会の一員としてその責任を分担し、必要な支援を受けながら、自らの決定・選択に基づき社会のあらゆる分野の活動に参加・参画する主体としてとらえる。

2) 「差別」のない社会づくり

何人も障害を理由とする差別を受けない権利を有することを確認するとともに、差別を禁止し、権利の侵害から救済を受ける法制度を構築し、差別のない社会作りを目指すものとする。なお、差別には合理的配慮が提供されない場合も含むものとする。また、女性であることによって複合的差別を受ける恐れのある障害のある女性の基本的人権に配慮する。

3) 「社会モデル（障害は私にあるのではなく、社会にある（Disability is society, not in me）」的観点から新たな施策推進

障害者が日常生活又は社会生活において受ける制限は、さまざまな社会環境との相互作用や社会との関係性によって生ずるものであるという「社会モデル」的認識を踏まえ障害のとらえ方や障害者の範囲、障害者への支援制度を見直す。

内閣府 障害者制度改革の基本的考え方

(「障害者制度改革の推進ための基本的方向第一次意見」制度改革推進会議)

4) 「地域生活を可能とするための支援

すべての障害者が家族からの依存から脱却し、自ら選択した地域において自立した生活を営む権利を有することを確認するとともに、その実現のために24時間介助等を含む支援制度の構築を目指す、制度の構築に当たっては、地域間格差が生じないように十分に留意する。

5) 「共生社会」の実現

障害者の自立及び社会参加の支援等のために施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者への支援と人権の確保を図ることにより、障害の有無にかかわらず、それぞれの個性の際と多様性が尊重され、それぞれの人格を認め合う共生社会の実現を図る。



障害者基本法の改正、 自立支援法廃止、 虐待防止法制定
差別禁止法制定、 総合福祉法制定、 障害者権利条約の批准

総合福祉部会骨格提言の「2・6・10」

◆2つの基本的視点

- ・障害者権利条約：2006年国連が採択し**日本政府は2014.1.20に批准した。**
(2006年国連採択以来139番目の批准、発行は2月19日)
- ・基本合意：自立支援法訴訟団と国が和解に際して交わした合意(自立支援法は廃止し新たな障害者福祉法制を策定する。)

◆6つの方向性

- ・障害のない市民との平等と公平
- ・谷間や空白の解消
- ・格差是正：地域間格差とともに障害者間の格差
- ・社会問題の解決：社会的入院/長期の施設入所
- ・本人ニーズに即した支援サービス：障害程度区分と支給決定の有り方見直し
- ・安定した予算確保：OECD諸国の平均的社会保障予算を目指す。

◆10の構成要素(具体的内容)

- ①法の理念・目的・範囲
- ②障害(者)の範囲
- ③選択と決定
- ④支援(サービス)体系
- ⑤地域移行
- ⑥地域生活基盤整備
- ⑦利用者負担
- ⑧相談支援
- ⑨権利擁護
- ⑩報酬と人材確保

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言(概要)

障害者総合福祉法の 6つのポイント

1. 障害のない市民との平等と公平
2. 谷間や空白の解消
3. 格差の是正
4. 放置できない社会問題の解決
5. 本人のニーズにあった支援サービス
6. 安定した予算の確保

I. 障害者総合福祉法の骨格提言

II. 障害者総合福祉法の 制定と実施への道程

1. 法の理念・目的・範囲

- ・障害の有無によって分け隔てられない共生社会を実現する。
- ・保護の対象から権利の主体への転換と、医学モデルから社会モデルへの障害概念の転換。
- ・地域で自立した生活を営む権利。

2. 障害(者)の範囲

- ・障害者総合福祉法が対象とする障害者(障害児を含む)は、障害者基本法に規定する障害者をいう。
- ・心身の機能の障害には、慢性疾患に伴う機能障害を含む。

3. 選択と決定(支給決定)

- ・障害程度区分に代わる新たな支給決定の仕組み。
- ・サービス利用計画に基づく本人の意向等が尊重される。
- ・協議調整により必要十分な支給量が保障される。
- ・合議機関の設置と不服申立。

1. 障害者自立支援法の事業体系への移行問題

- ・自立支援法の事業移行期限終了後も一定の要件の下で移行支援策を継続する。

2. 障害者総合福祉法の制定及び実施までに行うべき課題

- ・総合福祉法の制定及び実施に当たり地方自治体の意見を踏まえる。
- ・総合福祉法の策定及び実施のための実態調査や試行事業を行う。

3. 障害者総合福祉法の円滑な実施

- ・総合福祉法を補完する、あるいはこれへの移行を支援する基金事業を設けること。

4. 財政のあり方

- ・国は予算措置に必要な基礎データを把握する。
- ・障害関連予算をOECD諸国の平均水準を目標漸進的に拡充する。
- ・財政の地域間格差の是正を図る。
- ・財政設計にあたり一般施策での予算化を追求。
- ・障害者施策の推進は経済効果に波及する。
- ・支援ガイドラインに基づく協議調整による支給決定は財政的にも実現可能である。
- ・長時間介助等の地域生活支援のための財源措置を講じること。

4. 支援(サービス)体系

- ・障害者権利条約を踏まえ、障害者本人が主体となって、地域生活が可能となる支援体系の構築。
- ・「全国共通の仕組みで提供される支援」と「地域の実情に応じて提供される支援」で構成。

5. 地域移行

- ・国が社会的入院、入所を解消するために地域移行を促進することを法に明記する。
- ・地域移行プログラムと地域定着支援を法定施策として策定、実施。
- ・ピアサポーターの活用。

6. 地域生活の基盤整備

- ・計画的な推進のため地域基盤整備10年戦略策定の法定化。
- ・市町村と都道府県は障害福祉計画を、国はその基本方針と整備計画を示す。
- ・地域生活支援協議会の設置。

7. 利用者負担

- ・食材費や光熱水費等は自己負担とする。
- ・障害に伴う必要な支援は原則無償とするが、高額な収入のある者には応能負担を求める。

8. 相談支援

- ・対象は障害者と、支援の可能性のある者及びその家族。
- ・障害者の抱える問題全体に対応する包括的支援を継続的にコーディネートする。
- ・複合的な相談支援体制の整備。

9. 権利擁護

- ・権利擁護は支援を希望又は利用する障害者の申請から相談、利用、不服申立てのすべてに対応する。
- ・オプスパーソン制度の創設。
- ・虐待の防止と早期発見。

10. 報酬と人材確保

- ・利用者への支援に係る報酬は原則日払い、事業運営に係る報酬は原則月払い、在宅系支援に係る報酬は時間割とする。
- ・福祉従事者が誇りと展望を持てるよう適切な賃金を支払える水準の報酬とする。

III. 関連する他の法律や分野との関係

1. 医療

- ・医療は福祉サービス及び保健サービスとの有機的連携の下で提供される必要がある。
- ・福祉、保健、医療にわたる総合的な相談支援が必要。

2. 障害児

- ・障害児を含むすべての子供の基本的権利を保障する仕組みの創設が必要。
- ・障害を理由に一般児童施策の利用が制限されるべきではない。

3. 労働と雇用

- ・障害者雇用促進法を見直し、雇用の質の確保、必要な支援を認定する仕組みの創設、雇用率や納付金制度見直し等を行う。
- ・労働と福祉の一体的展開。

支援事業所の実情

- ◆ 制度の変更のなかで通所の利用者を大勢集めて、運営にゆとりを見せている都市部の大規模な実践も一部ある。しかし多くの事業所では、あるいは地方においてはとくに、通所者の確保において苦境にある事業所も多く厳しい運営となっている。
- ◆ 精神障害の人たちの通所率は全国平均で60%台で、他の障害の人たちの90%台後半とは大きな隔たりがある。そういう実情からも「一日何人が利用したかによる事業費の給付」という構造がとても辛い。
- ◆ こうした実態を鑑み、総合福祉部会「骨格提言」では、事業費の設定を「基礎報酬」と「実績報酬」の二段構えを提唱した。

「骨格提言」プラス

～生活支援の社会資源(支援インフラ)整備～

① **居住系**施策の拡充で脱病院を大きく推進とにかく退院先の確保策として、**強力な居住政策を展開すべき**だと言うことである。

○「Home First」(まず住居)であり、GH/CH増設は真っ先の課題。しかし全てではない…。

○多様な住まい方の提供 ⇒ あらたな居住支援メニューの開発

(たとえば)



公営住宅単身者優先入居・モバイル型GH・公的保証制度・シルバー・ハウジング・プロジェクト(SHP)の導入・物件の法人契約から個人契約に切り替えるトライアル入居・看護対応付きホーム・ミニ緊急救護施設・物件オーナーのインセンティブ確保」、さらに開発WGの設置

つまり、**アンチ「病棟転換居住型施設」**

「骨格提言」プラス

～生活支援の社会資源(支援インフラ)整備～

- ② **日中活動系**事業に欠けている要素の確保
 - 「居場所」機能の回復～「**Being space**」の大事～
- ③ **訪問系**支援の拡充
 - 規格のアレンジも視野に...



施設・事業コンフリクトの克服は全体を覆う大きなテーマである。

施策の大本の理不尽な構造

- ◆わが国の国家財政の枠組みの中で、精神医療福祉の総枠は1兆9,300億円
- ◆そのうち1兆8,800億円は精神科医療に配分され、うち1兆4,000億円は入院医療に注がれているという「入院医療超肥大化」の事実
- ◆地域活動や福祉的支援にはわずか500億円という驚愕の事実あり。



97(入院74、通院23):3という配分構造の見直しは急務



要「脱ダム宣言」



何かにつけて出てくる**財源問題**

- ◆骨格提言では財政問題について、支援サービスの予算規模が、OECD諸国34カ国の障害者福祉関係予算の**対GDP比率の平均である0.392%を目指す**との提言内容だった。
- ◆現在日本は0.198%で1兆1138億円、**OECD中31位**で、**平均値に引き上げるには0.193%の増額が必要**となり、**総額で現在の約2倍**にあたる。
- ◆これを目標に、提言の中の随所に出てくる「**地域基盤整備10カ年戦略**」という集中財政措置策も視野に入れ、**地域の支援力を増強すべき**である。

吳秀三さん

～初代松沢病院長、日本の精神医療の草分け～



1865.3.14～1932.3.26(享年67歳)

精神事業所3団体 連絡組織立ち上げ



年内に合同研修会開催へ

精神障害者の生活や就労を支援する事業所を会員とする三つの全国団体が連絡組織「精神保健福祉事業団体連絡会」（略称「精神連」）を19日に立ち上げた。精神保健福祉の充実・促進を目指し調査研究や情報提供、制度政策提言活動などを行う方針だ。

精神連を発足させたのは、①全国精神障害者地域生活支援協議会（あみⅡ伊澤雄一代表理事）②全国精神障害者社会福祉事業者ネットワークⅡ倉知延章代表）③日本精神保健福祉事業連合（日精連Ⅱ武田廣一代表理事）の3団体。

さらなるSW・NWを!



地域の活動を
ネットワーク!!

