

## 障害者政策委員会ワーキング・セッションⅡ

「精神障害者・医療ケアを必要とする重度障害者等の地域移行の支援」

第3次障害者基本計画、実施状況（案・平成27年4月15日版）、第1回の主な議論、のまとめ（メモ）

平成27年6月1日

障害者政策委WSⅡコーディネーター 大濱 眞

枝番	Ⅱ-2-(1)-②
基本計画	全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと。

枝番	1-(1)-2 @p3
基本計画	障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況等を踏まえたサービス等利用計画案の作成の促進等、当事者の支援の必要性に応じた適切な支給決定の実施に向けた取組を進める。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○障害福祉サービス等の利用に係る支給決定プロセスを見直し、サービス等利用計画作成の対象者を大幅に拡大するとともに、サービス等利用計画を作成するため指定特定・指定障害児相談支援事業所の設置を推進。 平成24年4月：2,851か所→平成25年4月：4,561か所

枝番	1-(1)-3 @p3
基本計画	障害者等の相談等を総合的に行い、地域における相談支援の中核的な役割を担う基幹相談支援センターの設置を促進するとともに、関係機関の連携の緊密化とともに地域の実情に応じた体制整備について協議を行うことで障害者等への支援体制の整備を図ることを目的とする協議会の設置の促進及び運営の活性化を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○地域の関係者によるネットワークを構築し障害のある人が普通に暮らせる地域づくりを図る市町村（地域自立支援）協議会の設置を推進。 平成24年4月 1,629市町村→平成25年4月 1,650市町村 ○地域における相談支援体制の強化を図るための中心となる総合的な相談支援センター（基幹相談支援センター）の設置を推進。 平成24年4月 110か所→平成25年4月 214か所

枝番	1-(1)-10 @p5
基本計画	家族と暮らす障害者について情報提供や相談支援等によりその家庭や家族を支援するとともに、ピアカウンセリング等の障害者同士が行う援助として有効かつ重要な手段である当事者による相談活動の更なる拡充を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○障害当事者等による権利擁護のために必要な援助を行うことを含めたピアカウンセリングを位置づけた相談支援事業に位置付け、市町村地域生活支援事業の必須事業とし

	て実施。
主な議論 (1)	▼医療保護入院について家族の同意権限を外すべきだという議論もあるが、それだけですべての問題が解決するわけではない。障害者権利条約前文x項では、家族が支援を受ける権利が規定されている。その充実も今後の課題。
主な議論 (2)	▼日本の家族制度は家族依存性の強さが特徴。現在の「親亡き後」の問題は、家族への過剰な負担を背景とした、障害種別を超えた共通の課題。 ▼精神障害者の家族の負担も大きい。最も象徴的なのは、医療保護入院における「家族等の同意」。これが長期入院の一因になっている。家族が消極的な場合は、退院はとて困難。この背景には、24時間365日対応の訪問支援型の医療や保健サービスがないこと、家族に対する社会的サポートが乏しいこと。 ▼210床の民間病院の事例では、平成12年～18年に、他の病院への転院なしで、1年以上の長期入院患者百数十人を全員退院させた。多くの場合がアパートへ。この病院の関係者の実感としては、退院できない理由の多くは家族関係と経済関係。特に20年～30年のこじれた家族関係を丁寧に整理し、患者と家族の双方の生活が成り立つように両者を切り離すと、退院できるケースが多かったとのこと。 ▼したがって、長期入院患者の地域移行の推進には、家族関係の整理、家族負担の軽減、家族やケアラーに対する強力な支援が必要。入院ニーズは依然として高い。入院ニーズを減らして「入院させない政策」に転換するには、患者本人に対する支援と家族に対する支援が重要。
主な議論 (3)	▼患者本人と家族が社会からの偏見に晒されている生きづらさを理解してほしい。隠れるように生活し孤立している家族が非常に多い。情報も届かないので制度に繋がっていない。こうした背景から、報道されるような事件が発生している。 ▼家族のなかに精神障害者がいることによって、家庭全体が偏見に巻き込まれる。兄が統合失調症だったために、妹の結婚話がすべて破談になった。そのせいで妹が兄を恨む事態に。また、両親の意見の食い違いで離婚に至るケースも多い。このようにして家族関係が崩壊してしまう。 ▼家族の高齢化の進展により、身体的にも経済的にも患者本人を支えるのは困難。
主な議論 (4)	▼イギリス、フィンランド、ベルギーなどでは、家庭訪問によって精神障害者が地域生活を継続できるようになり、病床数も減少している。それによって医師とコ・メディカルを振り替えて地域医療を充実させ、保健サービスとの連携により、精神障害者に限らず24時間365日の支援体制を構築している。 ▼イギリスでは、家族が患者本人に行っている支援をお金に換算して、家族会が政府を裁判に訴えた。そうした経緯から、イギリスでは家族支援を国策として実施している。その結果、入院患者が減少し、地域生活を続けられる精神障害者が増加した。 ▼日本の精神保健福祉は家族依存。24時間365日の訪問型支援は不可欠。国が責任を持って、財源を確保し、政策として実現していただきたい。

枝番	1-(2)-1 @p5
基本計画	障害者が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、個々の障害者のニーズ及び実態に応じて、在宅の障害者に対する日常生活又は社会生活を営む上での、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護等の支援を行うとともに、短期入所及び日中活動の場の確保等により、在宅サービ

	又の量的・質的充実を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○在宅サービス利用の状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護等 平成24年度 4,944,634時間→平成25年度 5,240,326時間</li> <li>・生活介護 平成24年度 4,761,827人日→平成25年度 4,896,153人日</li> <li>・短期入所 平成24年度 257,124人日→平成25年度 277,527人日</li> </ul> ※各サービスの数値は各年度の3月の月間の数値である。
主な議論 (1)	▼就労して収入を得て、特に市町村民税が課税になると、利用者負担が発生する。また、障害福祉サービスだけではなくて補装具も利用する重度障害者の場合は、それぞれのサービスに対して利用者負担が発生する。したがって、利用者負担の在り方についても検討課題としていただきたい。

枝番	1-(2)-2 @p5
基本計画	常時介護を必要とする障害者が、自らが選択する地域で生活できるよう、日中及び夜間における医療的ケアを含む支援の質と量の充実を図るとともに、体調の変化等、必要に応じて一時的に利用することができる社会資源の整備を促進する。また、常時介護を必要とする障害者等に対し必要な支援を適切に実施できるよう、常時介護を必要とする障害者等の支援の在り方に関する検討を行う。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○在宅サービス利用の状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度訪問介護 平成24年度 1,685,197時間→平成25年度 1,785,426時間</li> <li>・短期入所 平成24年度 257,124人日→平成25年度 277,527人日</li> </ul> ※各サービスの数値は各年度の3月の月間の数値である。 ○「常時介護」という概念に共通理解等を得る事を目的に、平成25年度障害者総合福祉推進事業において、「常時介護を要する障害者等の支援体制に関する調査研究」を実施。
主な議論 (1)	▼特に神経筋疾患の場合は、病状が重いのか軽いのかにかかわらず、自身の体調だけでなく気候や日常生活によっても状態が日々変化する。したがって、寒暖などの地域特性も踏まえて検討してほしい。
主な議論 (2)	▼喀痰吸引等体制加算の算定を受けている居宅介護の利用者が全国で785人しかいないという数字に違和感がある。厚生労働省としては、これで充足していると考えているのか。私の実感としては、医療的ケアを提供してくれる人材が足りないために、医療的ケアが必要なのにサービスが受けられない利用者が多く潜在しているのではないかと考えるが。 ▼たとえば居宅介護に比べれば重度訪問介護の方が医療的ケアを必要とする利用者の割合が多いと推測されるが、サービス種類ごとに利用者数で潜在的なニーズを把握しているわけでない。ただし、医療的ケアの法制化と喀痰吸引等体制加算の創設から間もないので、まだニーズが顕在化していないのは確かだと思う。(厚生労働省)

枝番	1-(2)-6 @p6
基本計画	障害者支援施設について、地域で生活する障害者に対する在宅支援の拠点としてその活用を図るとともに、施設の一層の小規模化・個室化により入所者の生活の質の向上を

	図る。また、グループホーム等の充実を図り、入所者の地域生活（グループホームや一般住宅（居宅での単身生活を含む。）等）への移行を推進する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○入所施設にて地域生活への移行や定着を図った場合において地域移行加算の実施。 ○社会福祉施設等施設整備費において、個室化の整備を行った入所施設に対して補助を実施。 ○障害福祉計画に基づきグループホームの計画的な整備を推進するとともに、障害者支援施設に入所している障害者等の地域生活への移行に向けた支援を行う地域移行支援（平成24年度に創設）を推進。

枝番	1-(2)-7 @p6
基本計画	障害の重度化・重複化，高齢化に対応する地域における居住の支援やサービス提供体制の在り方，専門的ケア方法の確立及び強度行動障害のある者等への適切な支援の在り方について引き続き検討する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○強度行動障害のある者への適切な支援のため、平成25年度より「強度行動障害支援者養成研修」を都道府県地域生活支援事業として実施。

枝番	1-(3)-4 @p8
基本計画	児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づき，障害児に対して指導訓練等の支援を行う児童発達支援等を提供するとともに，障害者総合支援法に基づき，居宅介護，短期入所，障害児を一時的に預かって見守る日中一時支援等を提供し，障害児が身近な地域で必要な支援を受けられる体制の充実を図る。また，障害児の発達段階に応じて，保育所等訪問支援及び放課後等デイサービス等の適切な支援を提供する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○児童福祉法等に基づく児童発達支援事業等を実施。 【各事業所数等の推移】 ・児童発達支援 平成24年度 2,365事業所→平成25年度 2,662事業所 ・医療型児童発達支援 平成24年度 112事業所→平成25年度 102事業所 ・放課後等デイサービス 平成24年度 3,115事業所→平成25年度 4,254事業所 ・保育所等訪問支援 平成24年度 116事業所→平成25年度 245事業所 ・日中一時支援 平成24年度 1,514市町村→平成25年度 1,522市町村（速報値） ※事業所数は各年度の3月の月間の報酬請求事業所数である。 ○日中、障害福祉サービス事業所、障害者支援施設、学校の空き教室等において、障害者等に活動の場を提供し、見守り、社会に適應するための日常的な訓練等を行う市町村地域生活支援事業として日中一時支援事業を実施。

枝番	1-(3)-5 @p9
基本計画	障害児について情報提供や相談支援等によりその家庭や家族を支援するとともに，在宅で生活する重症心身障害児（者）について，短期入所や居宅介護，児童発達支援等，在宅支援の充実を図る。
関係省庁	厚生労働省

実施状況	<p>○児童福祉法の一部改正（平成24年4月）により、障害児相談支援事業を法定化し、相談支援を推進。</p> <p>【障害児相談支援事業所数の推移】</p> <p>平成24年度 702事業所→平成25年度 1,467事業所</p> <p>○児童福祉法の一部改正（平成24年4月）により、従来、国庫補助事業で実施してきた「重症心身障害児（者）通園事業」を「児童発達支援」として法定化・義務的経費化し、在宅の重症心身障害児の支援を推進。</p> <p>【重症心身障害児に対する支援の提供を行う事業所数】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・児童発達支援 平成24年度 132事業所 →平成25年度 169事業所</li> <li>・医療型児童発達支援 52事業所 → 51事業所</li> <li>・放課後等デイサービス 237事業所 → 322事業所</li> </ul> <p>○「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」において、重症心身障害児者及びその家族が地域で安心・安全に生活できるようにするため、総合的な地域支援体制の整備を推進。</p> <p>【平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業の実施箇所数】：5カ所</p> <p>※事業所数は各年度の3月の月間の報酬請求事業所数である。</p>
------	---

枝番	1-(3)-6 @p9
基本計画	児童発達支援センター及び障害児入所施設について、障害の重度化・重複化や多様化を踏まえ、その専門的機能の強化を図るとともに、これらの機能を地域における中核的支援施設と位置付け、地域や障害児の多様なニーズに対応する療育機関としての役割を担うため、必要な施設整備も含めて体制整備を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○平成24年度より都道府県地域生活支援事業の児童発達支援センター等の機能強化等において、児童発達支援センター等の事業内容の改善を行うことによる機能強化等を図り、地域の障害児支援の拠点整備を推進。

枝番	1-(4)-4 @p10
基本計画	地方公共団体における障害福祉計画の策定に当たり、国において、障害者の地域生活を支援するためのサービス基盤整備等に係る数値目標等を定めた基本指針を策定し、障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業を提供するための体制の確保が計画的に図られるように取り組む。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○第4期障害福祉計画（平成27年度から平成29年度）の策定に向けて、国の基本指針を見直すため、平成25年11月から社会保障審議会障害者部会において議論を行った。

枝番	1-(4)-5 @p10
基本計画	長時間サービスを必要とする重度訪問介護利用者等に対して、適切な支給決定がなされるよう実施主体である市町村への周知に取り組むとともに、都道府県との連携の下、市町村に対する支援を行う。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○毎年の障害保健福祉関係主管課長会議において、訪問系サービスについて、適切な支

	給決定がなされるよう周知を図っている。
--	---------------------

枝番	1-(4)-6 @p10
基本計画	障害福祉サービスの提供に当たっては、都道府県による管内市町村への適切な支援等を通じ、地域間におけるサービスの格差について均てんを図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○第4期障害福祉計画（平成27年度から平成29年度）の策定に向けて、国の基本指針を見直すため、平成25年11月から社会保障審議会障害者部会において議論を行った。
主な議論 (1)	▼重度訪問介護などの在宅サービスの利用量は伸びているが、たとえば札幌市でも、重度訪問介護の利用者350人のうち、1日24時間の支給決定を受けているのは8人だけで、7割以上が1日12時間以下。また、札幌市に住む857人の重症心身障害児・者のうち、施設入所332人に対して、在宅で生活しているのが525人。しかし、18歳未満の重症心身障害児のうち在宅で生活している人は89%に達するが、18歳以上の重症心身障害者では5割に過ぎない。1日24時間の介護が必要なのに、きちんとしたサービス量が提供されないために、18歳を超えると施設に入所してしまう。したがって、地域間格差を解消しながら、利用者のニーズに沿った内容のサービスを提供する方策について、検討が必要。

枝番	別表1-1 @p14
基本計画	○福祉施設入所者の地域生活への移行者数
実施状況	現状：2.9万人（平成17～23年度） 目標：3.6万人（平成17～26年度） 平成25年度：集計中

枝番	別表1-2 @p14
基本計画	○福祉施設入所者数
実施状況	現状：14.6万人（平成17年度） 目標：12.2万人（平成26年度） 平成25年度：集計中

枝番	別表1-3 @p14
基本計画	○障害者総合支援法第89条の3第1項に規定する協議会を設置している市町村数
実施状況	現状：1,629市町村（平成24年度） 目標：全市町村（平成29年度） 平成25年度：（自立支援）協議会の設置（1,650市町村）

枝番	別表1-4 @p14
基本計画	○訪問系サービスの利用時間数
実施状況	現状：494万時間（平成24年度） 目標：652万時間（平成26年度） 平成25年度：523万時間
主な議論	▼各サービスのニーズ把握はどのように調査しているのか。数値目標はどのように設定

(1)	<p>しているのか。訪問系サービス全体の数値目標だけではなくて、居宅介護や重度訪問介護などのサービス種別ごとの数値目標は設定していないのか。</p> <p>▼数値目標は、市町村が策定した障害福祉計画の積算である。市町村が障害福祉計画を策定するときには、直近数年間の実績や地域の利用ニーズを踏まえて計算している。以上の説明は不正確かもしれないので、その場合は後日訂正する。(厚生労働省)</p>
-----	--

枝番	別表1-5 @p14
基本計画 実施状況	<p>○日中活動系サービスのサービス提供量</p> <p>現状：893万人日分（平成24年度）</p> <p>目標：978万人日分（平成26年度）</p> <p>平成25年度：948万人日分</p>

枝番	別表1-6 @p14
基本計画 実施状況	<p>○療養介護事業の利用者数</p> <p>現状：1.9万人分（平成24年度）</p> <p>目標：1.6万人分（平成26年度）</p> <p>平成25年度：1.9万人分</p>

枝番	別表1-7 @p14
基本計画 実施状況	<p>○短期入所事業のサービス提供量現状：26万人日分（平成24年度）</p> <p>目標：33万人日分（平成26年度）</p> <p>平成25年度：28万人日分</p>

枝番	別表1-8 @p14
基本計画 実施状況	<p>○相談支援事業の利用者数</p> <p>計画相談支援</p> <p>現状：2.6万人（平成24年度）</p> <p>目標：18.9万人（平成26年度）</p> <p>平成25年度：6.4万人</p> <p>地域移行支援</p> <p>現状：0.05万人（平成24年度）</p> <p>目標：0.9万人（平成26年度）</p> <p>平成25年度：0.05万人</p> <p>地域定着支援</p> <p>現状：0.1万人（平成24年度）</p> <p>目標：1.3万人（平成26年度）</p> <p>平成25年度：0.2万人</p>

枝番	2-(1)-1 @p15
基本計画	<p>障害者が身近な地域で必要な医療やリハビリテーションを受けられるよう、地域医療体制等の充実を図る。その際、特に、高齢化等による障害の重度化・重複化の予防及びその対応に留意する。</p>

関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性として「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を策定。当該指針において、地域で必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保することとしている。</p> <p>○在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える精神障害者アウトリーチ推進事業を実施</p> <p>平成25年度：24道府県</p> <p>○概ね60歳以上の高齢入院患者を対象に、病院内の医師や看護師等の多職種チームと地域の障害福祉サービス事業者が連携して退院支援を行う精神障害者地域移行・地域定着支援事業（高齢入院患者支援事業）を実施。</p> <p>平成25年度：15県・指定都市</p>
主な議論 (1)	<p>▼精神障害者だけではなく、重度重複障害者をはじめとして、他の種別の障害者も医療やりハビリテーションを必要としているが、その取り組みについて。</p> <p>▼他の障害種別や疾病に関する取り組みで「実施状況」に盛り込むことできるものがないか検討して、第2回WSⅡで返答したい。（厚生労働省）</p>

枝番	2-(2)-1 @p17
基本計画	精神障害者への医療の提供・支援を可能な限り地域において行うとともに、入院中の精神障害者の早期退院（入院期間の短縮）及び地域移行を推進し、いわゆる社会的入院を解消するため、以下の取組を通じて、精神障害者が地域で生活できる社会資源を整備する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性として「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を策定。当該指針において、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進するとともに、地域で必要な医療保健サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保することとしている。
主な議論 (1)	<p>▼条約の第3条b項や第19条柱書きでは、地域社会を「多様な人々が包容された社会」と位置づけている。このことから、「精神障害者がいない社会」や「精神障害者しかいない社会」は、多様性のあるインクルーシブな社会とは言えない。</p> <p>▼条約第19条a項は、「特定の生活施設で生活する義務」を、法的な強制だけではなく、事実上そこで生活するしか選択肢がない状態も想定している。</p> <p>▼したがって、単に物理的な空間や設備が病室ではなく居住施設だということだけを以って、地域移行の権利が実現されているとは言えない。病棟転換型居住系施設での生活を余儀なくされるとすれば、「特定の生活施設で生活する義務」として条約第19条違反という批判を受けかねない。</p> <p>▼条約第19条が要請しているのは「地域移行の権利」ではなく「地域生活の権利」。地域移行や退院促進は、これまでの日本の誤った政策の清算のための政策に過ぎず、第一義的には、今後、精神障害者が「入院しないで済む政策」として、地域資源の開発が求められている。</p>
主な議論	▼政策ミスという認識はまったく同感。日本の精神科医療は、ライシャワー事件以降、



<p>(2)</p>	<p>精神科病床を増やしてきた。そのことをきちんと認めてやり直すという立場で、精神科医療を推進するという方針が打ち出されていると考えている。</p> <p>▼資料3-6「精神病床の利用状況調査結果報告」では平成20年のデータが紹介されている。これ以降に本格的な調査を実施していないからだと思うが、上記の認識に立てば、定期的な調査実施は不可欠。</p> <p>▼病棟転換型居住系施設に対する問題意識も大いに賛成。精神障害者が集住する施設は、病院協会としても首肯できない。病院協会が病棟転換型居住系施設を推進しているという誤解が多いが、病院協会としては反対。</p>
<p>主な議論 (3)</p>	<p>▼地域との連携が重要という認識で病院も取り組んでいるとのこと。先ごろ病棟転換型居住系施設を認めるために厚生労働省令が改正されたかと思うが、どのようにお考えか。</p> <p>▼厚生労働省の「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」で、病院協会の関係者ではない委員から提起があり、マスメディアが殺到した。病棟の一部を居住系施設に転換すると、病院経営からすると首を絞めるような話。病院協会として病棟転換型居住系施設を望んでいないし、実質的に不可能だと思う。たしかに病床利用率は低下し70%を下回っている地域もあるので、空いた病床を居住系施設に転換するケースはあるかもしれないが、それは特殊な事情であり、実際にこの制度改正を活用する病院は少ないのではないか。</p> <p>▼平成24年に病院協会が取りまとめた「我々の描く精神医療の将来ビジョン」では、介護精神型老人保健施設が提唱されている。病床をこれに移行させたいと希望する病院は多いのではないか。</p> <p>▼精神科医療の財源が限られていることから、精神障害者が介護保険を有効活用できるような枠組みとして提案した。高齢化している長期入院患者には時間がないので、少しでも選択肢を広げることで退院促進を進めたい、という問題意識は、病棟転換型居住系施設と共通している。</p>
<p>主な議論 (4)</p>	<p>▼強制入院ではなく、むしろ任意入院に日本の精神科医療の問題点が顕れている。</p> <p>▼平成21年の630調査のデータでは、医療保護入院の127,757人のうち5年以上入院中は33.9%、これに対して任意入院の179,290人のうち5年以上入院中は41.2%であった。医療保護入院よりも任意入院の方が長期入院者の割合も人数も多いというパラドックス。</p> <p>▼理由の1つに、任意入院でも退院の自由が認められていないこと。病院に許可を得ずに自宅に戻っても、病院に連れ戻されて、72時間の退院制限の間に医療保護入院に切り替えられてしまう。</p> <p>▼もっと言えば、任意入院の人は、「退院したい」「地域で生活したい」と言わなくなった人、希望を失った人、希望を奪われた人、という側面がある。精神疾患の進行と同時に、いわゆる「施設化」によって生活能力が低下し、地域社会での生活が怖くて退院できなくなった結果。</p> <p>▼こうした背景の1つに、精神科病棟の閉鎖性の問題。私も若いころは当直の仕事が好きだったし、多くの民間病院では「寝当直」であった。しかし、それでも2泊3日が限界。病院内を自由に動ける当直医ですら、病院にいなくてはならないことにイライラ。多くの入院患者が狭くて閉鎖的な精神科病棟で生活しているので、拘禁反応として不安や抑うつをはじめとした様々な精神症状が発現する。このため、鎮静を目的と</p>

	<p>した投薬から、治療抵抗性精神病を惹起し、多剤併用大量療法の蔓延の原因に。</p> <p>▼もう1つの背景が、精神科病院のピラミッド型権力構造の問題。精神保健福祉法では、強制的な入院加療や入院後の行動制限が認められているが、行動制限について精神保健指定医に絶大な権限が与えられているため、指定医を頂点としたピラミッド型権力構造が形成されている。聖マリアンナ医科大学の指定医不正取得問題に見られるように、指定医制度は医師に対する過剰な信頼に基づいている。また、第三者によるチェックも事実上機能していない。何かあれば保護室隔離や身体拘束といった行動制限がかけられるという無言の圧力が、自分の思いを表現する意思を入院患者から奪っている。適正とは言いがたい行動制限規定によって行動制限が合法化されていることが、入院患者の「施設化」を促し、過剰に多くの長期入院患者、とりわけ任意入院の長期入院患者を生み出してしまった。</p> <p>▼したがって、第三者によるチェックや、病院とは無関係な患者の権利の代弁者を置くこと、などが有効ではないか。</p>
<p>主な議論 (5)</p>	<p>▼現在の精神科病院では、入院患者の高齢化により、腹痛、転倒、出血などで当直医は眠れない。2泊3日の当直は不可能。「寝当直」は20年～30年前の話ではないか。</p> <p>▼同様に、入院患者の高齢化から、一部の病棟を除けば、強い鎮静剤の使用頻度も減少した。また、現在では、抗精神病薬も幻覚や妄想を抑える目的で使用され、鎮静作用が少ないものが主流。病棟の看護師も、鎮静作用が少ない薬を前提とした新しい精神科看護に取り組んでいる。現在では、医師も看護師も精神保健福祉士も、大量の鎮静剤で入院患者の気力を奪って縛りつけるという過去の日本の精神科医療の在り方は間違いだ、という方針で養成されている。</p> <p>▼ピラミッド型権力構造も過去の話。現在では、多職種のカンファレンスを通じたチーム医療に取り組んでいる。</p>
<p>主な議論 (6)</p>	<p>▼精神科医療は財源が乏しい。</p> <p>▼介護保険優先原則により高齢の精神障害者は精神保健福祉の制度が利用できず、地域移行も進展しない。精神障害者に対する偏見のために、高齢者施設からも入居を断られる。</p> <p>▼民間住宅も、病状が悪化したら誰が責任を取るのか、と貸主側から言われる。急薬によって病状が悪化して警察沙汰になる。自宅に引きこもってしまったら外から手が出せない。そういった元入院患者の地域生活を病院が支えなければならないのが現状。</p> <p>▼精神保健福祉法は条約に抵触するという指摘もあったが、精神障害者の地域生活を支えることができる精神保健福祉の在り方の検討が急務。退院した患者の再入院も多い。早く病気を治して、早く地域生活に帰す。病院、地域、患者の信頼関係に基づいた地域移行の推進が重要。</p>
<p>主な議論 (7)</p>	<p>▼精神科病院の変化を客観的に示すデータがあれば紹介してほしい。</p> <p>▼近年の入院患者は年間40万人。全国の精神科病床が30万床なら、1年に1回転以上の入退院がある計算。何年も入院が継続し流動性が低いというイメージは過去のもの。私の病院でも、20年前の入院者数は年間60人だったが、平成26年度は577人。短期の入院でできるだけ早く地域に帰すように取り組んでいる。</p>
<p>主な議論 (8)</p>	<p>▼日本政府は国連自由権規約委員会から、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を回避する代替手段がない</li> <li>・その結果として入院が長期化</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域資源の充実が必要</li> <li>・長期入院は最終手段であり必要最小限の期間で行われるべき</li> <li>・入院の必要性と入院期間の比例原則を遵守すべき</li> <li>・精神医療福祉施設での虐待の摘発、制裁、賠償のための独立した監視報告機関が必要</li> </ul> <p>との指摘を受けている。</p> <p>▼日本政府は国連拷問禁止委員会から、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期入院の解消に向けた政策が採られていない</li> <li>・隔離拘束や強制投薬の非人道性</li> <li>・入院に代替する措置の欠如</li> <li>・拘束の過剰使用に対する公平な調査の欠如</li> </ul> <p>との指摘を受けている。</p>
主な議論 (9)	<p>▼日本の政策ミスという捉え方や、「地域移行の権利」ではなく「地域生活の権利」という問題意識は理解できたが、それでは、諸外国には精神障害者の本人や家族を地域社会のなかで支えるどのような仕組みがあるのか、そういう資料は提供していただけるか。</p> <p>▼日本でも重度の精神障害者を支える医療として、アウトリーチを診療報酬に組み込んだ。これは諸外国の制度を取り入れたもの。諸外国の取り組みについて、厚生労働省で把握している範囲内で資料を提供したい。(厚生労働省)</p>

枝番	2-(2)-1-ア @p17
基本計画	専門診療科以外の診療科、保健所等、健診の実施機関等と専門診療科との連携を促進するとともに、様々な救急ニーズに対応できる精神科救急システムを確立するなど地域における適切な精神医療提供体制の確立や相談機能の向上を推進する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○保健所及び精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談を実施。相談件数(延件数)平成25年度：保健所1,268,055件、精神保健福祉センター512,323件 ○精神科救急医療施設において空床を確保する等、緊急な医療を必要とする精神障害者のための精神科救急医療体制を整備。平成25年度：67都府県・指定都市

枝番	2-(2)-1-イ @p17
基本計画	精神科デイケアの充実や、外来医療、多職種によるアウトリーチ(訪問支援)の充実を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える精神障害者アウトリーチ推進事業を実施。平成25年度：24道府県

枝番	2-(2)-1-ウ @p17
基本計画	居宅介護など訪問系サービスの充実や地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の提供体制の整備を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○精神科病院の入院患者に対する退院促進や地域定着のため、精神障害者地域移行・地

	<p>域定着支援事業を実施。</p> <p>平成25年度：51都道府県・指定都市</p> <p>○居宅介護など訪問系サービスの充実や、平成24年度に創設した、精神科病院に入院している障害者等に対し住居の確保や障害福祉サービスの体験利用等を行う地域移行支援、居宅において単身で生活している障害者等に対し常時連絡体制や緊急時支援を行う地域定着支援を推進。</p>
--	---

枝番	2-(2)-1-工 @p18
基本計画	精神障害者の地域移行の取組を担う精神科医，看護職員，精神保健福祉士，心理職等について，人材育成や連携体制の構築等を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○精神障害者の退院後の医療を提供するため、精神科訪問看護従事者養成研修事業により精神科訪問看護を担う人材の育成を実施。</p> <p>受講者数 平成25年度：356人</p> <p>○精神障害者への支援を実施したことがない事業者向けに研修を行うため、精神障害者地域移行・地域定着支援事業（協議会の設置）を実施。</p> <p>平成25年度：41都道府県・指定都市</p> <p>○在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える人材を養成するため、精神障害者アウトリーチ推進事業（関係者に対する講習等の実施）を実施。</p> <p>平成25年度：22道府県</p> <p>○精神科と身体科の関係者が参加し、事例研究等の研修を行うため、精神科救急医療体制整備事業（医療連携に係る研修会等運営事業）を実施。</p> <p>平成25年度：9都府県・指定都市</p>

枝番	2-(2)-3 @p19
基本計画	精神障害者及び家族のニーズに対応した多様な相談体制の構築を図る。精神障害者に対する当事者による相談活動に取り組む地方公共団体に対し支援を行う。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○保健所及び精神保健福祉センターにおいて精神保健福祉相談支援を実施。</p> <p>相談件数（延件数）平成25年度：保健所1,268,055件、精神保健福祉センター512,323件</p> <p>○精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性として「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を策定。当該指針において、精神障害者や家族の状況に応じて、必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保することとしている。</p>

枝番	2-(2)-4 @p19
基本計画	精神医療における人権の確保を図るため、精神医療審査会の審査の在り方の見直し等により、都道府県及び指定都市に対し、その機能の充実・適正化を促す。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正（平成26年4月1日施行）にともない、精神医療審査会運営マニュアルを改正。

主な議論 (1)	<p>▼日本政府は国連自由権規約委員会から、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・異議申立てや救済手段に実効性がないとの指摘を受けている。</li> </ul> <p>▼日本政府は国連拷問禁止委員会から、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院に対する不服、病院の管理運営に対する不服、病院内での虐待に対する不服について、司法的審査が十分に機能していないとの指摘を受けている。</li> </ul>
-------------	--

枝番	2-(2)-5 @p20
基本計画	精神疾患について、患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進めるとともに、適切な医療の提供を確保し、患者・家族による医療機関の選択に資するよう、精神医療に関する情報提供、EBM（根拠に基づく医療）及び安全対策の推進を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性として「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を策定。当該指針において、精神病床の機能分化を進めるとともに、多職種チームによる訪問支援その他の保健医療サービス及び福祉サービスの充実を推進するとしている。</p> <p>○精神科救急医療施設において空床を確保する等、緊急な医療を必要とする精神障害者のための精神科救急医療体制を整備。平成25年度：67都府県・指定都市</p>

枝番	2-(2)-6 @p20
基本計画	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第47号）附則第8条に基づき、医療保護入院や精神科病院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方等に関する検討を行う。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第47号）による改正後精神保健福祉法の施行状況並びに精神保健及び精神障害者福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、検討を加えることとしている。
主な議論 (1)	<p>▼条約第12条は、法的能力の平等性と、法的能力行使に支援を受ける権利を保障している。一方、精神保健福祉法第33条は、判断能力のない人に対する強制入院として医療保護入院を規定している。</p> <p>▼また、条約第14条は「いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されない」ことを規定している。一方、同法第29条は、「精神障害者であり」「精神障害のために」自傷他害の恐れがあるときについて措置入院を規定している。</p> <p>▼このため、判断能力がないことを以って強制的に入院させる医療保護入院や、基本要件として精神障害を挙げている措置入院は、条約の各規定に抵触していると考えられる。</p>
主な議論 (2)	<p>▼日本政府は国連自由権規約委員会から、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・強制入院の要件が緩すぎるとの指摘を受けている。</li> </ul> <p>▼日本政府は国連拷問禁止委員会から、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民間の精神保健指定医の強制権限に対する疑問</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保護入院に対する司法的コントロールが欠けているとの指摘を受けている。</li> </ul>
<p>主な議論 (3)</p>	<p>▼日本政府は国連自由権規約委員会から厳しい勧告を受けているとのこと。これを、自由権規約という立場からの原則主義的な勧告だといった楽観的な捉え方をすれば良いのか、それとも日本はとりわけ問題をたくさん抱えていて特に問題視されていると理解すべきなのか、あるいは諸外国も多かれ少なかれ同様の勧告を受けているので日本もその1つに過ぎないと考えて良いのか。他国との比較でお聞きしたい。</p> <p>▼日本の強制入院率はOECD諸国の平均の4倍超。国連人権理事会は、国連の「精神病者の保護及び精神保健ケアの改善のための諸原則」（1991年）にもかかわらず、日本の精神保健福祉法の措置入院や医療保護入院の要件は緩すぎる、その結果として入院患者数が多いのではないかと指摘している。それと同時に、日本ほどの経済力や文化的水準にもかかわらず、欧米諸国との比較で、入院を避けるための代替措置や退院促進のための地域資源に対する財政投入の割合が低く、財政的にも入院中心主義だと捉えられている。これについて、数回にわたって日本政府に対して懸念や勧告が示されている。</p> <p>▼ただし、人権条約の間でも少し理解に違いがある。上述の国連原則は自由権規約の系譜にあるが、自傷他害の危険性が高い場合や、判断能力が低下しているが症状が重篤で入院以外に治療方法がない場合について、強制入院を規定している。このため、自由権規約の立場に立つ人権理事会は、強制入院の全廃までは主張していなくて、最終手段として残すことはやむを得ないとしている。一方、障害者権利委員会は、障害者権利条約の第12条や第14条の観点から、従来型の強制入院は、精神障害者に特化した自由剥奪として容認できないという考え方が強い。どこの国でも20世紀型の強制入院制度を持っているが、これまでの政府報告に対する審査では、多くの国に対して、強制入院制度の再考を懸念事項や勧告として示している。このため、日本の現状がこのまま変わらなければ、第1回の政府報告に対して障害者権利委員会からかなり厳しい指摘を受けることは不可避。したがって、法改正による強制入院の要件の厳格化や、地域資源に財政の比重を移して資源開発を行わなければ、申し開きができない。</p> <p>▼日本の強制入院制度では医師の権限が強すぎる、あるいは第三者のチェックが不十分、という理解で良いのか。</p> <p>▼措置入院は都道府県知事の権限で入院させているので、国際的にも理解を得やすい。しかし、医療保護入院については、民間病院の勤務医に過ぎない精神保健指定医が強制入院を決定できる。私人が私人に対して強制力を行使するという不可解なシステムなので、国際的に理解を得るのは非常に難しい。</p>

枝番	2-(2)-7 @p20
基本計画	心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する適切な医療の確保を推進するとともに、心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）附則第3条に基づき、精神医療及び精神保健福祉全般の水準の向上を図る。
関係省庁	法務省
実施状況	○平成17年7月に施行された「心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」に基づき、適切な医療の確保を推進。

関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○心神喪失者等医療観察法に基づき適切な医療を提供するとともに、指定入院医療機関を確保し、通院医療を含む継続的な医療提供体制の整備を進めている。</p> <p>あわせて、医療従事者等を対象とした研修や指定入院医療機関相互の技術交流等を行い、医療の質の向上を図っている。</p> <p>○精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性として「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を策定。</p>

枝番	2-(4)-1 @p22
基本計画	<p>医師・歯科医師について、養成課程及び生涯学習において、リハビリテーションに関する教育の充実を図り資質の向上に努めるとともに、様々な場面や対象者に対応できる資質の高い看護職員等の養成に努める。</p>
関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○(略)</p> <p>○医師については、医学部卒業後の医師臨床研修の到達目標において、保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、QOLを考慮にいたした総合的な管理計画（リハビリテーション等を含む。）へ参画することを掲げるなど、資質の向上のための方策を講じている。</p> <p>○(略)</p> <p>○看護職員については、看護職員資質向上推進事業の予算を確保し、基礎教育の質の向上及び看護職員の資質の向上を図るための補助を実施している。</p> <p>○(略)</p>

枝番	2-(5)-4 @p24
基本計画	<p>難病患者の療養上、日常生活上での悩みや不安等の解消を図るとともに、難病患者の様々なニーズに対応したきめ細やかな相談や支援を通じて地域における難病患者支援対策を推進するため、難病相談・支援センター等により、地域で生活する難病患者の日常生活における相談・支援や地域交流活動の促進などを行う。</p>
関係省庁	厚生労働省
実施状況	<p>○難病対策を総合的に推進するため、「難病の患者に対する医療等に関する法律案」を提出した。</p> <p>具体的には、消費税を財源とすることで、公平で安定的な医療費助成の仕組みの構築を図るとともに、医療費助成の対象となる疾病を拡大した。また、国が、医療費助成に係る費用の1/2を負担し、義務的経費化することにより都道府県の超過負担をなくすこととした。</p> <p>さらに、これまで予算事業で行ってきた難病患者への相談支援等の事業について、国から1/2以内を補助することを法律上位置づけ、国が財政的支援を行うことができる旨を明記することとした。</p> <p>また、調査研究においてもより一層の病因・病態の解明を図ることとした。</p>
主な議論 (1)	<p>▼医療的ケアを必要としている重度障害者でも、まだまだ多くの人が患者会などに繋がっていないまま、適切な支援や情報提供を受けていないまま、地域で暮らしている。特に進行性疾患や筋疾患などでは、現在の生活だけではなく、将来の病態の変化に</p>

	じて生活形態も変わるので、それに対応した医療や福祉などに関する総合的な相談窓口が身近な場所に必要。支援者には、患者に寄り添うだけでなく、患者の代理人としての役割も求められる。
--	---

枝番	2-(6)-1 @p25
基本計画	妊産婦健診、乳幼児及び児童に対する健康診査、保健指導の適切な実施、周産期医療・小児医療体制の充実等を図るとともに、これらの機会の活用により、疾病等の早期発見及び治療、早期療養を図る。また、障害の早期発見と早期療育を図るため、療育に知見と経験を有する医療・福祉の専門職の確保を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○リスクの高い妊産婦や新生児などに高度な医療が提供されるよう、各都道府県において周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの整備や、地域の医療施設と高次の医療施設との連携体制の確保などを実施。 設置数 平成25年度 96施設（総合） 292施設（地域） 平成24年度 92施設（総合） 284施設（地域）

枝番	2-(6)-3 @p26
基本計画	疾患、外傷等に対して適切な治療を行うため、専門医療機関、身近な地域における医療機関及び在宅における医療の提供体制の充実、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、市町村等による保健サービス等の提供体制の充実及びこれらの連携を促進する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○障害児を含む小児の在宅医療患者を受け入れる医療機関等の拡大や、小児等在宅医療と福祉の連携体制の構築のためのモデル事業（小児等在宅医療連携拠点事業）を実施。 平成25年度：8都県 ○在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える精神障害者アウトリーチ推進事業を実施。 平成25年度：24道府県 ○自治体や医師等で協議会を設置し、精神障害者の支援に係る体制整備のための調整を行うため、精神障害者地域移行・地域定着支援事業（協議会の設置）を実施。 平成25年度：41都道府県・指定都市 ○精神科救急医療施設において空床を確保する等、緊急な医療を必要とする精神障害者のための精神科救急医療体制の整備を行う。 平成25年度：67都道府県・指定都市

枝番	2-(6)-4 @p26
基本計画	外傷等に対する適切な治療を行うため、救急医療、急性期医療等の提供体制の充実及び関係機関の連携を促進する。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○（略） ○精神科救急医療施設において空床を確保する等、緊急な医療を必要とする精神障害者



	<p>のための精神科救急医療体制の整備を行う。</p> <p>平成25年度：67都府県・指定都市</p>
--	--

枝番	別表2-1 @p27
基本計画 実施状況	<p>○統合失調症の入院患者数</p> <p>現状：18.5万人（平成20年度）</p> <p>目標：15万人（平成26年度）</p> <p>平成25年度：17.2万人（平成23年度患者調査）</p>
主な議論 (1)	<p>▼厚生労働省から提供された資料は大括りに「精神障害者」「精神科病床」としている。「精神障害者」という場合、「精神科にかかっている人」もしくは「精神保健福祉手帳を持っている人」を意味すると思う。しかし、一部の認知症、変性性疾患など進行が進んだ神経疾患、てんかんなどでは、統合失調症とまったく病態が異なる。今日提示されたデータでは、「精神障害者」のなかにこのような疾患も含めているのか。</p> <p>▼たとえば資料3-2「各年6月入院者に対するその後の退院患者数の割合」や資料3-4「精神科病床における患者の動態の年次推移」などは、精神科病床の入院患者の総数に関するデータであるから、疾患で分けていない。ただし、入院患者数では統合失調症が最も多いので、統合失調症に限定した調査研究も多い。たとえば資料3-6「精神科病床の利用状況調査結果報告」のp11以降は、統合失調症による長期入院患者について取りまとめたもの。（厚生労働省）</p> <p>▼議論の前提として「精神障害者」として大括りで捉えるのは乱暴ではないかと思う。</p>

枝番	別表2-3 @p27
基本計画 実施状況	<p>○入院中の精神障害者のうち、1年未満入院者の平均退院率</p> <p>現状：71.2%（平成20年度）</p> <p>目標：76%（平成26年度）</p> <p>平成25年度：71.3%（平成24年精神・障害保健課調べ）</p>
主な議論 (1)	<p>▼資料3-6「精神科病床の利用状況調査結果報告」のp45で、「近い将来退院の可能性なし」とされた統合失調症の患者のうち、入院後1年以内の患者の21%が「状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性はない」とされている。日本の統計では、およそ21%～23%程度。一方、フランスなどの統計では8%程度の水準。しかし、統合失調症という病態が国によって異なることは考えにくい。それでは、なぜ日本ではこのような統計で諸外国の3倍程度の数字になってしまうのか、これまでの議論や資料があれば教えてほしい。</p> <p>▼フランスの統計データや、それとの比較に関する議論は承知していない。なお、障害者総合支援法に基づく障害福祉計画では、精神障害者の入院後1年時点での退院率を平成29年度に91%以上に引き上げる数値目標を設定している。これが達成できれば、入院後1年時点でまだ入院中の精神障害者は9%ということになる。（厚生労働省）</p> <p>▼資料3-2「各年6月入院者に対するその後の退院患者数の割合」のp2で、翌年5月までに、すなわち1年以内に退院した患者が掲載されている。全国平均では、平成16年6月入院が87.1%、平成23年6月入院が87.3%なので、ほとんど横這いではあるが、現状では87%前後の患者が退院し、13%前後の患者がまだ入院している。</p>

枝番	別表2-4 @p27
基本計画 実施状況	○入院中の精神障害者のうち、高齢長期退院者数 現状：各都道府県において算出 目標：各都道府県において算出した値を元に設定 平成25年度：各都道府県において算出

枝番	5-(1)-1 @p47
基本計画	公営住宅を新たに整備する際にはバリアフリー対応を原則とするとともに、既存の公営住宅のバリアフリー化改修を促進し、障害者向けの公共賃貸住宅の供給を推進する。また、障害者に対する優先入居の実施や単身入居を可能とするための取組が地方において行われるよう、福祉部局と住宅部局が連携して障害者に対する取組を進めていくよう地方公共団体に対して周知・情報提供を行っていく。
関係省庁	国土交通省
実施状況	○公営住宅については、バリアフリー住宅を標準仕様として順次供給。 【公営住宅の供給実績】 平成24年度 約1.5万戸 平成25年度 約1.6万戸 ○公営住宅において、障害者の地域における自立生活の支援等の観点から公営住宅法第45条第1項においてグループホームとして使用することが可能。 【公営住宅のグループホーム等への活用実績】 平成24年度 932戸 平成25年度 集計中 ※平成27年4月頃

枝番	5-(1)-2 @p47
基本計画	住宅セーフティネット法（住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律。平成19年法律第112号）に基づき、賃貸人、障害者双方に対する情報提供等の支援、必要な相談体制の整備等を行うとともに、家賃債務保証制度の活用を促進し、民間賃貸住宅への円滑な入居を促進する。
関係省庁	国土交通省
実施状況	○障害者世帯を含む住宅の確保に配慮を要する方々の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進を図るため、地方公共団体・不動産関係団体・居住支援団体が連携し、住宅セーフティネット法に基づく「居住支援協議会※」を設置し、ホームページや住宅相談会等で必要な情報の提供や一般財団法人高齢者住宅財団による家賃債務保証制度の紹介など、地域の実情に応じた活動を行っているところであり、これらの取組みに対する支援を実施。 ※H25年度末時点 42協議会（道県単位：31、区市：11）が設立
主な議論 (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▼民間賃貸住宅への入居に際して、精神障害者であることを理由に断られるのが実情。</li> <li>▼居住支援協議会で支援を推進している。（国土交通省）</li> <li>▼貸主側から賃貸契約を解除されて困るという話であれば理解できる。また、契約締結のプロセスで精神障害者であることを名乗り出る必要はないと思う。そうではなくて、なぜ契約締結を断られるのか。</li> <li>▼賃貸契約を申し込むにあたって収入や所得について説明するときに、仕事をしていない理由を貸主側に尋ねられて、病気や入院のことを話さざるを得なくなり、断られるケース。それとなく感づかれるケース。など。</li> </ul>

	<p>▼賃貸契約の段階で所得の状況を質問され、障害年金と工賃だけと返答すると、入居を断られる。また、精神障害者であることがわかると、何かあったときに誰が責任を取るのかと貸主側から威圧的に言われることも多い。家族も高齢のために保証人をなれない、という問題も。</p>
<p>主な議論 (2)</p>	<p>▼契約締結の拒否であれば、障害者差別解消法の不当な差別的取扱いに該当するので、「民間事業者に対する支援を推進」というレベルの話ではない。</p> <p>▼たしかに障害者差別解消法が施行すれば一定の効果が期待できる。たとえば、精神障害を理由とした契約の解除であれば、それが同法違反として無効だとなれば原状を回復できる。しかし、同法の1つの限界として、まだ契約が成立していない段階で、契約に応じないのは違法だと主張しても、せいぜい損害賠償が請求できるだけで、賃貸契約の成立を擬制するのは難しい。したがって、この点を解決するには別の法的または政策的な手当てが必要になる。</p>

枝番	5-(1)-3 @p47
基本計画	障害者や民間賃貸住宅の賃貸人が行うバリアフリー改修等を促進するとともに、障害者の日常生活上の便宜を図るため、日常生活用具の給付又は貸与、及び用具の設置に必要な住宅改修に対する支援を行う。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○障害者等の日常生活がより円滑に行われるための用具を給付又は貸与すること等(居宅生活動作補助用具(住宅改修費)を含む)により、福祉の増進に資することを目的とした日常生活用具給付等事業を市町村地域生活支援事業の必須事業として実施。
関係省庁	国土交通省
実施状況	○障害者等の入居を拒まない民間賃貸住宅を整備することを目的として、民間賃貸住宅の賃貸人が行うバリアフリー改修等について支援を実施。 ○ケアの専門家と設計者・施工者の連携体制により行われる住宅のバリアフリー改修等について支援を実施。

枝番	5-(1)-4 @p48
基本計画	障害者が日常生活上の相談援助等を受けながら共同生活を行うグループホーム、ケアホームの整備を促進するとともに、その利用の促進を図る。
関係省庁	厚生労働省
実施状況	○障害福祉計画に基づき、グループホーム・ケアホームの計画的な整備を推進。 ○社会福祉施設等施設整備費補助金により整備にかかる経費の一部を補助。
主な議論 (1)	▼「地域移行」を「施設や病院からの移行」だけではなく「家庭からの移行」も含めて捉え、障害者の地域生活をいかにして支えるかを議論すべき。地域生活の受け皿としてグループホームが引き合いに出されるが、精神障害者に対する偏見から施設コンフリクトが生じるので、なかなか整備が進んでいない。

枝番	5-(1) @p48
関係省庁	国土交通省
実施状況	○高齢者(65歳以上の者)の居住する住宅のバリアフリー化の割合は、5年に1度の調査により把握。

	<p>【一定のバリアフリー化がなされた住宅の割合】 平成20年度 37% 平成25年度 集計中 ※平成27年度</p> <p>【高度のバリアフリー化がなされた住宅の割合】 平成20年度 9.5% 平成25年度 集計中 ※平成27年度</p> <p>※一定のバリアフリー化：2箇所以上の手すりの設置又は屋内の段差解消に該当 ※高度のバリアフリー化：2箇所以上の手すりの設置、屋内の段差解消及び車椅子で通行可能な廊下幅のいずれにも該当</p> <p>(総務省「住宅・土地統計調査」より国土交通省推計)</p>
--	--

枝番	別表5-1 @p56
基本計画 実施状況	<p>○グループホーム・ケアホームの月間の利用者数</p> <p>現状：8.2万人（平成24年度） 目標：9.8万人（平成26年度） 平成25年度：88,897人（平成26年3月）</p>

枝番	別表5-9 @p57
基本計画 実施状況	<p>○共同住宅のうち、道路から各戸の玄関までの車椅子・ベビーカーで通行可能な住宅ストックの比率</p> <p>現状：16%（平成20年度） 目標：28%（平成32年度） 平成25年度：集計中 ※平成27年度</p>

枝番	別表5-10 @p57
基本計画 実施状況	<p>○高齢者（65歳以上の者）が居住する住宅のバリアフリー化率（一定のバリアフリー化率）</p> <p>現状：37%（平成20年度） 目標：75%（平成32年度） 平成25年度：集計中 ※平成27年度</p>

枝番	別表5-11 @p57
基本計画 実施状況	<p>○高齢者（65歳以上の者）が居住する住宅のバリアフリー化率（高度のバリアフリー化率）</p> <p>現状：9.5%（平成20年度） 目標：25%（平成32年度） 平成25年度：集計中 ※平成27年度</p>

枝番	IV-2-(1) @p95
基本計画	<p>○広報・啓発活動の推進</p> <p>障害者施策は幅広い国民の理解を得ながら進めていくことが重要であり、障害者基本法及び本基本計画の目的等に関する理解の促進を図るため、行政はもとより、企業、民間団体、マスメディア等の多様な主体との連携による幅広い広報・啓発活動を計画的かつ効果的に推進する。</p>

	<p>また、障害者基本法に定められた障害者週間（毎年12月3日から9日まで）における各種行事を中心に、一般市民、ボランティア団体、障害者団体など幅広い層の参加による啓発活動を推進する。</p> <p>障害者が自立した日常生活及び社会生活を確保することの重要性について国民の理解を深め、誰もが障害者等に自然に手助けすることのできる「心のバリアフリー」を推進する。</p>
関係省庁	内閣府
実施状況	<p>○政府広報として、国民理解促進のための広報活動を実施。</p> <p>○バリアフリー・ユニバーサルデザインの推進について顕著な功績又は功労のあった個人・団体に対し内閣総理大臣表彰等を行う「バリアフリー・ユニバーサルデザイン推進功労者表彰」を実施。</p> <p>○障害者に関する様々なテーマについて、障害者団体等が交代で連続してセミナー等を開催する「障害者週間連続セミナー」を平成25年12月5日（木）、6日（金）の2日間、東京において実施。</p> <p>○鉄軌道事業者との連携による「障害者週間のポスター」2,900枚を全国の駅へ掲示。</p> <p>○行政、各種団体の全国の障害者週間行事をホームページに掲載。</p>
関係省庁	法務省
実施状況	<p>○法務省の人権擁護機関では、「障害のある人の自立と社会参加を進めよう」を啓発活動の年間強調事項の一つとして掲げ、講演会や座談会の開催、啓発冊子等の配布、各種イベントにおける啓発活動を実施している。</p>

枝番	IV-2-(2) @p96
基本計画	<p>○障害及び障害者理解の促進</p> <p>引き続き、国民の障害及び障害者に対する理解を促進するための取組を推進する。とりわけ、より一層の国民の理解が必要な知的障害、精神障害、発達障害、難病、盲ろう、高次脳機能障害等について、その障害特性や必要な配慮等に関する理解の促進を図る。（以下略）</p>
関係省庁	内閣府（内閣府障害者施策担当）
実施状況	<p>○平成25年度「障害者週間連続セミナー」において、知的障害、発達障害等の理解促進を目的とする講演、パネルディスカッション等を実施。</p> <p>○小中学生を中心に募集する「心の輪を広げる体験作文」及び「障害者週間のポスター」表彰事業や同優秀賞作品を掲載した「作品集」を全国の小中高校生等への配布を実施。</p> <p>○12月3日（火）「障害者フォーラム2013」において、障害者団体等が作成する啓発・周知のためのマーク等を配布。</p>

注1：

このメモは、第2回WSⅡの議論に資するため、大濱がまとめたものである。

注2：

「基本計画」および「実施状況（案）」の内容については、内閣府HP掲載の「平成25年度推進状況・平成27年4月（TXT形式）」に依拠した。

注3：

「基本計画」および「実施状況（案）」の項目については、WSⅡの議題に関連があると思われる項目を大濱が選定したものである。このため、この選定には過不足があると考えられる。これについては、後日公開される第2回WSⅡの議事録を参照されたい。

注4：

「第1回の主な議論」は、第1回WSⅡの委員、参考人、省庁、事務局の発言のうち、上記の「基本計画」および「実施状況（案）」の項目に合致しやすいものを、大濱が分類したものである。このため、発言者の趣旨を正確に反映していない可能性が考えられる。これについては、後日公開される第2回WSⅡの議事録を参照されたい。

注5：

「第1回の主な議論」の内容については、大濱がまとめたものである。このため、不正確である可能性が考えられる。これについては、後日公開される第1回WSⅡの議事録を参照されたい。また、第2回WSⅡの席上で委員、参考人、省庁、事務局から修正の指摘を受ける可能性がある。これについては、後日公開される第2回WSⅡの議事録を参照されたい。