

# 精神保健対策に関する調査結果に基づく勧告

## - 社会復帰対策を中心として -

平成7年12月  
総務庁

### 前書き

社会経済の著しい発展及び複雑化の中で、国民の精神的健康の保持・増進を図ることを目的とした精神保健対策は、精神障害者を取り巻く環境の変化への対応を迫られている。特に、約157万人と推計されている我が国の精神障害者について、医療及び保護を的確に行うとともに、その社会復帰の促進、福祉の増進等を図っていくことが重要な課題となっている。

国は、昭和25年の精神衛生法（昭和25年法律第123号）の制定以来、精神障害者の医療及び保護のための対策を講じてきたが、その後の精神医学の進歩並びに精神障害者の保健医療対策及び社会復帰対策の適正化及び充実についての国内外からの要請を踏まえ、62年に、精神衛生法等の一部を改正する法律（昭和62年法律第98号）により、精神衛生法を精神保健法と改正し、精神障害者に対する適正な医療及び保護を確保するとともに、精神障害者社会復帰施設の設置を制度化するなどにより、精神障害者の社会復帰の促進を図ることとした。また、平成5年には、地域における精神障害者の共同の日常生活を援助する精神障害者地域生活援助事業等を創設するなど、一層の社会復帰対策の充実を図ることとした。さらに、平成5年の心身障害者対策基本法の一部を改正する法律（平成5年法律第94号）による障害者基本法（昭和45年法律第84号）の成立及び6年の地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律（平成6年法律第84号）による地域保健法（昭和22年法律101号）の成立を受け、7年には、精神保健法を精

神保健及び精神障害者福祉に関する法律と改正するとともに、従来の保健医療・社会復帰対策に加え、福祉施策の充実、地域における精神保健対策の充実等を図ることとしている。

このように国は、精神障害者等を取り巻く環境の変化に応じ、累次にわたる関係法律の改正等により精神保健対策の充実を図り、従来の入院医療中心の体制から地域におけるケア（保健・福祉サービスの提供）を中心とする体制へと重点を移しつつ、精神障害者の社会復帰を推進してきている。

しかしながら、その推進に当たっては、精神障害者の精神保健対策に関するニーズが明らかになっていない、精神病院の入院者の人権に配慮した措置が十分徹底されていない、社会復帰施設等の整備については、他の障害者施設と比較して立ち後れが指摘されているほか、精神障害者が社会の構成員として障害を持ちながらも普通に生活を送れるというノーマライゼーションの理念の下に地域における精神障害者の自立への支援の在り方が課題となっている。このため、精神保健対策は、ニーズの的確な把握と施策の計画的な推進、医療・保護対策の充実、施設の充実や訓練の効果的な実施など社会復帰対策の推進及び地域中心の支援サービス体制の確立が必要とされている。

この調査は、以上の状況を踏まえ、精神障害者の社会復帰の促進を中心とした精神保健対策の的確な推進を図る観点から、精神保健関係法の施行状況を調査し、関係行政の改善に資するため実施したもの

である。

## 1 精神保健対策に関するニーズ等の的確な把握と施策の計画的推進

我が国の精神障害者数は、平成6年6月30日現在における精神病院の入院患者数及び6年度における公費負担による通院患者数でみると、それぞれ3万3,126人、32万7,657人となっており、そのほか公費負担によらない通院患者等を含めると、全国で約157万人（精神薄弱者を除く。）と推計されている。

我が国における精神保健対策について、国は、昭和25年に精神衛生法（昭和25年法律第123号）を制定し、都道府県に対する精神病院の設置の義務付け、精神衛生相談所の設置、訪問指導の実施の制度化等により、精神障害者に対する医療及び保護の機会の提供を中心とした施策を講じてきた。その後、精神医学の進歩等に伴い、入院医療中心の体制から地域におけるケア（保健・福祉サービスの提供）を中心とする体制へと重点を移しつつ、精神障害者の社会復帰を推進してきている。また、このような中で、精神病院における入院患者の処遇をめぐる不祥事件の発生を契機として、国内外から精神病院における入院患者の人権の確保に関する要請が高まった。このような状況を踏まえ、国は、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の機会の提供と社会復帰の促進を図ることを目的として、昭和62年に、精神衛生法の一部を改正する法律（昭和62年法律第98号）により、精神衛生法を精神保健法と改正するとともに、精神障害者本人の同意に基づく任意入院等の入院形態、入院時における書面による権利等の告知、入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を図るための精神障害者社会復帰施設（以下「社会復帰施設」という。）の設置等に関する規定を設けている。また、平成5年には、地域社会における精神障害者の社会復帰の一層の促進等を図ることを目的として、精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号）により、後述する精神障害者地域生活援助事業（以下「グループホーム事業」という。）等を創設している。さらに、国は、平成7年に精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健法を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）と改正し、精神障害者の社会復帰の促進及

びその自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、精神障害者の福祉対策及び市町村の役割の法律上の明確化による地域精神保健施策の充実を図ることとしており、精神障害者に対する社会復帰対策、地域社会における生活・福祉面からの支援対策等を総合的かつ計画的に推進していくことが重要となっている。

これまで、厚生省は、精神保健対策に関するニーズ等を的確に把握し、各種施策の推進に活用する観点から、昭和29年以降おおむね10年ごとに、精神障害者に係る受療方法に関する事項、治療、社会復帰に関する事項等を内容とした精神衛生実態調査を全国的に実施し、精神保健対策を推進するための基礎的資料を得てきたが、58年においてその調査方法をめぐる反対運動があり、47都道府県中37都道府県が同調査を実施したのにとどまったのを最後に、それ以降は実施していない。このため、厚生省は、厚生省報告例（昭和47年厚生省訓令第14号）等に基づく都道府県からの報告により、一定期間における入院患者数、通院患者数等の状況を把握しているにとどまっている。

また、精神保健対策を推進するための計画については、精神保健福祉法においてその策定に関する規定はなかったが、平成5年の心身障害者対策基本法の一部を改正する法律（平成5年法律第94号）により障害者基本法（昭和45年法律第84号）に追加された第7条の2において、政府は、障害者のための総合的な施策に関する基本的な計画（以下「障害者基本計画」という。）を策定しなければならないこととされ、精神障害者についても同計画の対象とされた。このため、政府は、平成5年3月に策定した「障害者対策に関する新長期計画 - 全員参加の社会づくりをめざして -」（計画期間：平成5年から14年まで）を障害者基本計画として位置付け、これにより障害者のための施策を計画的に推進してきている。さらに、都道府県及び市町村も、障害者基本法第7条の2第2項及び第3項により、管内の障害者の状況等を踏まえ、障害者のための施策に関する基本的な計画（以下「障害者計画」という。）を策定するよう努

めなければならないこととされており、平成6年5月末現在、都道府県及び政令指定都市においては58団体内47団体、市町村においては3,236団体内385団体が障害者計画を策定している。

なお、総理府に置かれている障害者対策推進本部では、平成7年5月に「市町村の障害者計画に関する指針について」（平成7年5月11日付け総内第77号内閣総理大臣官房内政審議室長通知）により、市町村における障害者計画の策定について積極的に取り組むよう指導している。

今回、20都道府県及び26市町（以下、調査した都道府県を「県」、市町を「市」という。）について、精神障害者の精神保健対策に関するニーズ等の把握状況及び精神保健対策を含む障害者計画等の策定状況を調査した結果、次のような状況がみられた。

調査した県のうち8県では、管内における精神保健対策全般の充実、あるいは精神障害者の社会復帰対策の充実等を図るための基礎資料を得ることを目的として、管内における精神病院の入院患者、社会復帰施設の利用者等を対象に、病院職員、施設職員等を通じた調査、あるいは精神障害者本人に対するアンケート調査などの方法により精神障害者の精神保健対策に関するニーズ等の把握のための調査を独自に実施しているが、他の12県では、把握の必要性を認識しつつも精神障害者等のプライバシーの保護の問題から県単独による調査の実施は困難であるとしており、中には、国による調査の実施を要望しているものがある。一方、市については、障害者計画を策定するための基礎資料を得ることを目的として独自の調査を実施しているのは調査した市のうち3市にとどまっている。

調査した県及び市における障害者計画の策定状況をみると、県については14県が策定済みであるほか6県が策定中であり、その取組が進んでいるが、市については策定済みの5市に策定中の4市を加えても約3割の9市にとどまっている。また、障害者計画が策定済みである5市におけるその内容をみると、対象とする障害者に精神障害者が含まれていないものが2市ある。

調査した市において障害者計画の策定が低調となっている理由として、障害者計画のうち特に精神保健対策に係る部分については、現行制度上、

精神保健対策は一部の精神保健業務を除き都道府県を中心に実施されており、精神保健業務に係る市町村の行政実績の蓄積がないこともあって、県の指導を受けながら策定したいとしていることなどが挙げられている。一方、調査した県においては、障害者計画の策定は努力義務規定としての位置付けにあることから、管内市町村に対して障害者計画の策定について指導を行っているものは5県にとどまっており、その内容も障害者計画の策定に当たって、技術的援助を行うことなく、単に策定の要請を行っているにすぎないものとなっている。このため、調査した市の中には、障害者計画の策定を予定していないものや、県からの計画策定のための指針等による指導を待って策定することとして着手していないものがあるが、県ではこれらの市に対する指導の予定はないとしているものがある。

なお、市町村では、地方自治法（昭和22年法律第67号）第2条第5項に基づき、総合的かつ計画的な行政の運営を図るための基本構想（以下「市行政計画」という。）を定めているが、調査した市のうち精神保健対策に関する事項を市行政計画に掲げているものは9市と少ない。

したがって、厚生省は、精神保健対策を計画的かつ効果的に推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

精神障害者の精神保健対策に関するニーズ等の把握については、都道府県及び市町村に対し、精神障害者のニーズ等の把握を行っている都道府県等の調査内容等を収集し紹介するなど、積極的に取り組むよう指導すること。また、精神障害者のニーズ等を的確に把握するための調査の具体的な実施方法等について検討すること。

精神保健福祉法において市町村の役割が明確化されたことを踏まえ、市町村における障害者計画等の精神保健対策に関する計画の策定を推進するため、市町村に対し、精神保健対策に関する計画の策定のための指針を作成し周知するなどの支援措置を講ずるとともに、都道府県に対し、市町村における精神保健対策に関する計画の策定に当たって、技術的援助を通じて市町村との連携を図るよう指導すること。

## 2 医療・保護対策の充実

### (1) 保健所による訪問指導の充実等

精神障害者の早期発見，早期治療及び社会復帰の促進並びに福祉の向上を援助するため，精神保健福祉法第47条により，都道府県，保健所を設置する市（以下「保健所設置市」という）又は特別区は，必要に応じて精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所設置市若しくは特別区の長が指定した医師をして，相談及び訪問指導（精神障害者本人，その家族等を訪問して必要な指導を行うこと。）に当たらせなければならないとしており，同法第48条により，都道府県等は精神保健福祉センター及び保健所に精神保健福祉相談員を置くことができることとされている。

地域における精神衛生に関する事項の指導及びこれに必要な事業は，地域保健法（昭和22年法律第101号）第6条第9号の2により保健所が行うこととされており，相談及び訪問指導の実施について，厚生省は「保健所における精神保健業務について」（昭和41年2月11日付け衛発第76号厚生省公衆衛生局長通知）の別紙1「保健所における精神保健業務運営要領」（以下「保健所運営要領」という。）により，精神障害者等に対し適切な医療対策等が講ぜられるよう都道府県を指導している。その内容は，相談については，面接相談の結果に基づき病院，社会復帰施設への紹介委託等の処置を行うこととされており，また，訪問指導については，相談等を通じて家族等から依頼があった者，入院措置が解除され退院した者で，なお精神障害が続いている者，通院医療費の公費負担を受けている者等を対象とし，対象者の数，事例の難易，緊急性等を検討した上，合理的な訪問計画を樹立し，実施することとされている。一方，市町村にあっては，平成7年の精神保健法の改正により，精神保健福祉法第47条第4項において，精神保健及び精神障害者の福祉に関し，相談及び指導を行うように努めなければならないとされている。

保健所は，平成6年度末現在，全国で847か所設置されているが，これらが実施している相談及び訪問指導の件数をみると，6年度においては，それぞれ

98万678件，29万6,197件であり，保健所がこれら業務を通じ管内における精神障害者等のケアを効果的に実施することが重要となっている。

保健所に配置されている精神保健福祉相談員は，精神保健福祉法第47条に基づき，精神障害者本人，その家族等からの精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じるとともに，必要な場合に訪問指導を行うことを業務とする者であり，精神保健福祉法第48条並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）第12条により，学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において社会福祉に関する科目を修めて卒業した者であって，精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識及び経験を有するもの，医師，厚生大臣が指定した講習会（国又は地方公共団体が社会福祉，臨床心理学等を講習科目として実施する講習会。以下「指定講習会」という。）の課程を修了した保健婦であって，精神保健に関する経験を有するもの等のうちから，都道府県知事等が任命することとされており，地域における精神保健業務の中核的な担い手となっている。精神保健福祉相談員は，平成6年6月30日現在，全国で1,904人が配置されており，このうち保健婦が1,492人（78.4パーセント）を占めている。

今回，31保健所における訪問指導の実施状況及び国・県による指定講習会の開催状況を調査した結果，次のような状況がみられた。

#### (ア) 訪問指導の実施状況

調査した保健所における精神保健業務の実施体制をみると，同業務を担当する職員数は2人ないし26人となっており，また，担当職員全員を同業務の専任として配置しているものは3保健所にすぎず，一方，担当職員全員を他の業務との兼任として配置しているものが8保健所あり，他の20保健所では，専任職員と兼任職員とが混在した配置となっている。このため，精神障害者に対する訪問指導の実施状況をみると，専任の職員を配置している保健所の中には，訪問指導対象者をあらかじめ把握し，訪問計画を作成し，かつ，訪問指導の結果を主治医等に報告しているなど訪問指導を

効果的に実施しているものがある一方、精神保健福祉相談員や保健婦が他の業務の状況を踏まえながら実施していることから、訪問計画を作成していないものが21保健所、訪問計画を作成していても当該計画どおり訪問指導が実施されていないものが3保健所、訪問指導対象者に対する訪問指導の継続又は中止の決定に当たって、保健所内、担当課内又は必要に応じて主治医の参加を得て検討した結果によるのではなく保健婦の判断にゆだねているものが12保健所、対象者の意向に基づき行っているものが5保健所となっている。

また、保健所と市の保健婦との連携状況をみると、市の保健婦が、他の業務の関係で実施した家庭訪問又は相談により把握した精神障害者について、保健所に連絡した上で訪問指導を実施しているもの、保健所及び市の保健婦が、市内を地区分割して担当区域を設定した上、混成でグループを編成し、訪問指導を実施しているものなど市の保健婦との連携により訪問指導を実施しているものが3保健所あるが、他の保健所においては、このような市の保健婦との連携は特に図られておらず、7市では、市の保健婦による訪問指導等の実施について、市の保健婦は、精神保健業務に関する知識がなく現行の体制では困難としている。

#### (1) 指定講習会の開催状況

調査した20県及び6保健所設置市における精神保健福祉相談員の配置状況をみると、これを任命していないものが8県及び1保健所設置市ある。これらの県及び保健所設置市では、精神保健業務を保健婦の業務の一環として位置付けており、指定講習会の課程を修了した保健婦を保健所に配置しているものの、保健婦を精神保健福祉相談員に任命した場合、他の業務に支障が生じるおそれがあることを任命していない理由としている。また、保健婦全員を指定講習会によって精神保健福祉相談員として養成する方針等を有しているものが9県及び2保健所設置市あるなど指定講習会が重要な役割を担っている。

厚生省は、指定講習会の実施主体を国又は地方公共団体としているが、国が実施する場合には東京都での開催となり、遠隔地にある地方公共団体からの参加を考慮すると非効率となるとして、これまで開催していない。また、地方公共団体によ

る実施については、開催を希望する地方公共団体において、費用について国の補助を受け開催されており、定期的に一定の機関が開催するなどの方法は採られていない。平成3年度から5年度までにおける指定講習会の開催状況をみると、3年度及び4年度はそれぞれ6地方公共団体（5県及び1保健所設置市）、5年度は8地方公共団体（8県）において、平均38人の受講者を対象として実施されているが、これらの地方公共団体は、すべて関東地域以西の地方公共団体であり、開催地域に偏りがみられる。このようなことから、管内保健所等の保健婦を指定講習会の開催県に派遣しようとした際に、開催県から、他県分の受講者枠がないこと、あるいは少ないことを理由に受講申込みを断られたものや近隣県と遠隔地の県とに分けて派遣せざるを得なかったもの、開催県が遠隔地であるため、派遣を断念したものが3県ある。一方、指定講習会の開催県の中にも、他県の受講者を多数受け入れざるを得なく、負担が大きいとしているものがある。

また、指定講習会における講習科目及びその時間数は、社会福祉、臨床心理学、精神衛生行政、実習等について204時間以上と長期の講習期間となっている。なお、調査した県の中には、その見直しを要望しているものが5県ある。

したがって、厚生省は、精神障害者等に対する相談及び訪問指導の充実を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

保健所による訪問指導について、訪問計画の作成及び訪問指導対象者に対する訪問指導の継続又は中止の決定に当たって、保健所内等における検討結果に基づき実施するよう都道府県及び保健所設置市に対し指導すること。

また、市町村の保健婦との連携による訪問指導の実施について、そのための方法及び支援措置について検討すること。

現行の精神保健福祉相談員の指定講習会について、保健婦を精神保健福祉相談員の有資格者として養成するとの都道府県における方針等を踏まえ、ブロック単位で定期的に行うこと、講習期間、講習方法等を見直すことなど、その実施方法を見直すこと。

## (2) 人権に配慮した措置の徹底等

精神保健対策が、昭和62年の精神衛生法の改正及び平成5年の精神保健法の改正により、従来の入院医療中心の体制から地域におけるケアを中心とする体制へと重点を移しつつ、精神障害者の社会復帰を推進してきたが、これを円滑に促進するためには適切な医療が確保されねばならない。また、入院の場合においては、疾病の性格上入院者の意思に反して行動に制限が加えられることが少なくないため、入院者の人権に十分に配慮した適切な医療・保護対策の実施は依然として極めて重要である。

我が国の精神病院数及び病床数は逐次増加しており、平成6年6月30日現在、全国で1,672施設、36万2,692床であり、また、入院患者数は34万3,126人であり、病床利用率は94.6パーセントとなっている。

精神保健福祉法においては、精神疾患に応じた入院形態がすべて法定化されており、精神障害者の人権に配慮しつつ適正な医療・保護対策が確保されることになっている。主な入院形態は、措置入院(いわゆる自傷他害(自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすこと。))のおそれのある精神障害者について都道府県知事の権限で行われる強制的な入院)、医療保護入院(保護者等の同意により行われる入院)、任意入院(精神障害者本人が自ら行う入院)であり、平成6年6月30日現在、措置入院者6,408人、医療保護入院者10万7,362人、任意入院者22万569人となっている。なお、入院者の人権に最も配慮を要する強制を伴う措置入院者は、昭和46年の7万6,715人を最高に10分の1以下の水準となっている。

昭和62年の精神衛生法の改正及び平成5年の精神保健法の改正に伴う医療・保護対策の主な改正点は、人権擁護の推進を図る等の観点から、昭和62年においては、精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度の創設、入院時等における書面による権利等の告知制度の創設、入院の必要性や処遇の妥当性を審査する精神医療審査会制度の創設、精神科救急に対応するための応急入院指定病院制度の創設等であり、平成5年においては、仮入院の期間の3週間から1週間への短縮である。

今回、14県及び当該県内の合計28精神病院について精神障害者に対する人権配慮の状況を調査した結

果、次のような状況がみられた。

ア 入院に際しての告知、定期病状報告及び入院届の的確な実施

### (ア) 告知

精神障害者の入院に際しては必要な事項の告知が義務付けられており、任意入院の場合は、精神保健福祉法第22条の4第1項に基づき、本人の同意に基づく入院であること、退院等の請求に関する事等が、医療保護入院の場合は、精神保健福祉法第33条の3に基づき、医療保護入院の措置を採る旨、退院等の請求に関する事等について病院の管理者が入院者に対し告知を行うこととされている。また、措置入院者の場合、精神保健福祉法第29条第3項に基づき、措置入院を採ること、都道府県知事に対する退院の請求に関する事等について都道府県知事が入院者に対し告知を行うこととされている。

しかし、調査した精神病院の中には、告知をしていないもの、退院等の請求に関する事等の告知事項の一部が欠如しているもの、手紙、はがきなどの発受が制限されない旨の記載が欠落しているなど昭和62年の精神衛生法の改正以前の古い様式を利用して告知を行っているものがみられる。

### (イ) 定期症状報告及び入院届

精神病院の管理者は、入院患者の人権を保護し社会復帰を促進する観点から、精神保健福祉法第38条の2に基づき、措置入院者及び医療保護入院者の症状等を、定期的に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならないとされており(以下、この報告を「定期病状報告」という。)措置入院にあつては精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和25年厚生省令第31号)第19条に基づき入院後6月ごとに、医療保護入院にあつては同令第20条に基づき入院後1年ごとに行うこととされている。また、医療保護入院の措置を採った場合には、精神保健福祉法第33条第4項に基づき、10日以内に、その者の症状等を保護者等の同意書を添えて、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならないこととされている(以下、この届を「入院届」という。)

しかし、平成5年4月から9月までに入院した事例を、調査した1精神病院当たりおおむね5件抽出し、入院後の定期病状報告及び入院届の励行状況についてみると、定期病状報告にあっては、措置入院の場合は28病院の68件中5病院の8件について、医療保護入院の場合は28病院の123件中1病院の1件について上記の期限内に報告されておらず、中には5か月遅れのものもあり、また、入院届にあっては、28病院の142件中6病院の21件について届出されておらず、届出されているものの中には37日を要しているものもある。このようなこととなっている主な原因は、病院の事務局が院長の決裁をとるまでに時間を要していることや、保護者等の印鑑がないため医療保護入院に際して同意書の作成に時間を要していることにある。

#### イ 入院患者の通信・面会機会の確保等

##### (ア) 電話

厚生省は、電話の設置及び関係行政機関の電話番号の掲示については、入院者の人権を確保する観点から、「精神保健法第37条第1項の規定に基づく厚生大臣が定める処遇の基準」(昭和63年厚生省告示第130号)において、「電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。」としている。

調査した精神病院における電話の整備状況等をみると、老人が多く需要がない、閉鎖病棟である等を理由に設置していないものが4病院、設置場所が看護婦詰所内で利用しにくいものが7病院、電話の設置場所に地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を掲示していないものが8病院ある。

##### (イ) 面会

厚生省は、面会について、電話の設置の場合と同様に入院者の人権を保護する観点から、上記の厚生省告示において、「制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。」としてい

る。

しかし、面会について制限を行った最近の事例を、調査した1精神病院当たり2件抽出し、その理由の診療録への記載についてみると、医師からの指示等を的確に申し送るための記録として使用している用紙に記載されているからとして診療録に記載されていないものが4件(2病院)ある。

##### (ウ) 開放病棟化

精神病院の開放病棟化については、「今後における精神保健対策について」(平成5年3月17日公衆衛生審議会答申)において、当面講ずるべき改善措置等として、「精神病院において、開放処遇を適当とする者については、開放処遇とすること。この場合、開放処遇の概念を明確化すること。」とされており、また、財団法人全国精神障害者家族会連合会が主な関係団体からの要望を平成4年9月にまとめた資料によると、開放病棟化を求める声が強い。

しかし、調査した精神病院のうち7病院が開放病棟化を実施していない。

#### ウ 精神医療審査会の業務運営

精神医療審査会は、精神保健福祉法第12条に基づき、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護を確保する観点から、精神病院の入院者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行わせるため、都道府県に設けられたものであり、その運営に当たっては、公正かつ迅速な対応が必要とされるものである。

精神医療審査会は、精神保健福祉法第38条の3第2項に基づき、定期病状報告、入院届、入院患者又はその保護者からの退院等の請求について審査することとされており、その運営については、「精神保健法第17条の2に規定する精神医療審査会について」(昭和63年5月13日付け健医発第574号厚生省保健医療局長通知)において、その別添として「精神医療審査会運営マニュアル」(以下「運営マニュアル」という。)が示されており、同審査会はこの運営マニュアルの考え方に添って審査会運営規則を定めることとされている。

しかし、調査した14県の精神医療審査会の審査体制及び審査の実施状況についてみると、各精神

医療審査会では、医療関係者、法律家、その他有識者の5人で構成する合議体を2ないし3設置しており、多くの精神医療審査会においては、すべての合議体で審査を毎月1回以上行っているが、中には、2合議体を設置しているものの合議体ごとに隔月で審査を行っているため、審査案件の受理から審査開始までに2か月を要しているものがある。

まあ、退院等の請求に係る審査結果については、運営マニュアルにおいて、都道府県知事への審査結果の通知に理由の要旨を付すること及び都道府県知事に対して参考意見を述べるができることとされているが、現状以外の措置を適当とする場合に限って理由を付している精神医療審査会が大半であり、中には本人からの請求のあった場合のみとしているものがある。

## エ 退院後の措置方針の明確化

入院患者の社会復帰を促進するため、措置入院及び医療保護入院の患者が退院等する場合、精神病院の管理者は、精神保健福祉法第29条の5及び第33条の2に基づき、その旨等を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならないこととされている（以下、この届出を「退院届」という。）。

すなわち、措置入院は自傷他害のおそれのある精神障害者に対して都道府県知事の権限で行われる強制的な入院であるが、この場合の退院には、措置の解除（いわゆる退院）と仮退院（措置入院者の症状に照らしその者を一時退院させて経過を見ることが適当であると認めるときは、都道府県知事の許可を得て、6か月を超えない期間を限り仮に退院させることができる。）とがある。これらの退院の手続は、前者の場合は、精神保健福祉法第29条の4第2項及び第29条の5に基づき、精神病院の管理者が精神保健指定医（精神保健福祉法第18条に基づき、5年以上診断又は治療に従事した経験を有する等の要件に該当する医師のうち、措置入院者の入院の継続の必要性の判定等を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められるものとして、厚生大臣が指定した者）による診察の結果を記載し、かつ、署名押印した「症状消退届」を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に提出し、都道府県知事がこの届けにより自傷他害のおそれ

がないと判断した場合に、精神保健福祉法第29条の4第1項に基づき措置の解除が行われることとなる。また、後者の場合は、精神病院の管理者が、精神保健福祉法第40条に基づき、精神保健指定医による診察の結果を記載し、かつ、署名押印した「措置入院者仮退院許可申請書」を都道府県知事に提出し、都道府県知事が仮退院を適当と認める場合に許可されることとなる。

これらの届出及び許可申請書には、「退院後の措置」及び「訪問指導等に関する意見」を記入することとされており、このことは精神障害者の退院後のケアを適切に実施するために重要なものとなっている。

しかし、平成5年鹿又は6年度に措置入院の措置の解除（症状消退届の届出）、仮退院（措置入院者仮退院許可申請書の提出）及び医療保護入院の退院届の届出があった事例を、調査した1精神病院当たり2件抽出し、退院後の処置及び訪問指導等に関する意見の記入状況についてみると、退院後の措置が記入されていないもの、退院後の措置の記入はあるものの、訪問指導等に関する意見の内容について保健所との連携が不十分なものがある。

したがって、厚生省は、精神障害者の医療・保護対策における人権に配慮した措置の徹底を図るとともに、退院後の社会復帰の円滑化に資する観点から、都道府県に対して、次の措置を講ずるよう指導する必要がある。

入院に際しての告知、定期病状報告及び入院届についての的確な実施を図るよう精神病院を指導すること。

電話の整備及び面会の制限理由の診療録への記載を的確に実施するよう精神病院を指導すること。

また、開放処遇が適当な入院患者について、開放病棟での処遇を促進し、又は閉鎖病棟での処遇であっても入院患者の意思による自由な出入の確保等の措置を促進するよう精神病院を指導すること。

精神医療審査会の審査の迅速化を促進するとともに、運営の適切化を図ること。

症状消退届及び措置入院者仮退院許可申請書において退院後の措置の記入等の励行を図るよう精神病院を指導すること。

### (3) 応急入院指定病院制度の合理化

厚生省は、昭和62年に精神衛生法を精神保健法に改正するとともに、精神保健法（精神保健福祉法）第33条の4において、新規に応急入院制度（入院の必要のある精神障害者であって、急速を要し、保護者の同意を得ることができない者を72時間に限って入院させる制度）を創設し、その受入れ先は都道府県知事が指定する精神病院に限る（以下「応急入院指定病院」という。）こととした。応急入院指定病院として必要な配置人員、施設等基準については「精神保健法第33条の4第1項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」（昭和63年厚生省告示第127号）において定められており、平成6年4月1日現在、全国で32都道府県内の合計45精神病院が指定されている。

上記の法改正前においては、応急入院制度が適用されるような場合、すなわち、自傷他害のおそれはないがその症状からみて早期に入院治療が必要であると認められる精神障害者が意識障害、昏迷状態等に陥っている場合については、原則として法改正前の同意入院により入院させる措置が採られていた。

しかし、このような場合、当該症状のため、本人の身元が判明しなかったり、家族等との連絡が取れなかったりするものも多く、入院を見合わせたり、あるいは入院した後に家族や市町村長の同意を得たりするような事態にならざるを得ないものもみられた。応急入院制度は、このようないわば精神科の救急医療を行う上での制度の空白となっていた部分を埋めるものであり、その意義は大きいものと認められる。

今回、14県内における応急入院指定病院の整備状況について調査した結果、7県が合計14応急入院指定病院を整備しているが、残りの7県は整備してお

らず、また、次のような状況がみられた。

応急入院指定病院を整備している県における平成4年及び5年の応急入院の取扱件数をみると、平成4年は13応急入院指定病院で合計79件、5年は14応急入院指定病院で合計114件となっている。

また、応急入院指定病院として指定を受ける際には、上記の告示において、応急入院者のための病床として、常時1床以上確保することとされているが、指定後に、一般の精神障害者のための病床として使用し、応急入院者のための病床として確保していない応急入院指定病院もみられる。

応急入院指定病院を整備していない県では、その理由として、i) 医療機関にとって、指定を受けた場合に交付される精神科救急医療施設運営費補助金について、財政的なメリットが十分には期待できないこと、 ) 応急入院の取扱件数がほとんどないと考えられること、 ) 上記の告示において定められた応急入院指定病院の指定に係る基準等が精神保健指定医及び看護婦（士）の24時間待機体制や頭部コンピュータ断層撮影装置（CT）の配備を義務付ける等厳しい内容であることを挙げている。

このように、取扱件数が少ないと見込まれる中で、指定基準の内容が厳しいものとなっており、制度の定着化は進みにくい状況が認められる。

したがって、厚生省は、応急入院制度の定着化を図る観点から、応急入院指定病院について、例えば精神保健指定医等の24時間待機体制や頭部コンピュータ断層撮影装置の配置の義務付けなどの応急入院指定病院の指定に係る基準の弾力化を図り、各精神病院の能力に応じて応急入院者に対応していけるような幅広い整備が促進されるよう検討する必要がある。

## 3 社会復帰対策の推進

### (1) 社会的入院の解消

昭和62年の精神衛生法の改正及び平成5年の精神保健法の改正により、精神保健対策は、入院医療中心の体制から地域におけるケアを中心とする体制へと重点を移しつつ、精神障害者の社会復帰を推進し

てきている。しかしながら、退院の可能性があるにもかかわらず、社会復帰施設の整備等退院後のケアのための条件整備が遅れていることから、精神障害者の入院が長期化している（いわゆる「社会的入院」）実態がみられる。

厚生省が昭和58年に実施した「精神衛生実態調査」では、治療・社会復帰に関する事項として、「精神病

院に入院している患者の近い将来の退院の見込み」について主治医から意見を聴取している。その結果によると、退院して社会復帰ができると主治医から考えられている者が、意見を聴取した主治医が担当する患者の合計の8.4パーセント、条件が整えば退院の可能性があると考えられている者が同22.0パーセント、退院は難しいと考えられている者が同40.7パーセント、不詳2.4パーセントと主治医の考え方が明らかになっており、退院の可能性があると考えられている者は約30パーセントに達している。また、「どのような条件が整えば退院できるか」については、複数回答で、家族の受入れが75.5パーセント、保健婦等による訪問指導が25.6パーセント、社会復帰施設の整備が19.9パーセントとなっており、家族の受入れとともに、訪問指導等のソフト面及び社会復帰施設の整備等のハード面が重要であると指摘されている。

今回、14県内における28精神病院において10年以上入院している任意入院者(20歳代から40歳代の者)を1病院当たりおおむね5人抽出し、社会復帰施設の整備等が図られることによってこれらの者が退院できるか否かを各病院側の医師の意見により調査した結果、21.5パーセントの任意入院者が条件が整えば退院の可能性があるとされており、その条件として、家族の受入れ、保健婦等による訪問指導、社会復帰施設の整備等が挙げられている。

また、精神障害者の家族の団体である財団法人全国精神障害者家族会連合会が平成5年に公表した会員に対する抽出調査の結果によれば、家族の約60パーセントが退院後の引取りを家族の果たすべき責務であると考えている。しかし、家族の主な収入が年金であるものが約40パーセントあり、家族の生活は総じて苦しい状況となっており、一方で、精神障害者の約20パーセントが生活費の援助を家族に期待している。さらに、退院を精神障害者が望んでも家族は歓迎しないという状況が家族及び本人の両者の回答から浮かび上がっている。

このような中で、平成7年10月から精神保健福祉法第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳(一定の精神障害の状態にあることを証する手段となることにより、手帳の交付を受けた者に対して各方面の協力を得て各種の支援策を講じやすくすることを目的とするもの)の交付制度が実施に移されたが、その

十分な活用を始めとして、精神障害者への福祉措置の一層の充実が課題となっている。

次に、家族が相談できる相手を、財団法人全国精神障害者家族会連合会による抽出調査の結果からみると、主治医などの医療関係者や保健所関係者を挙げる者が多いことは当然としても、別居している兄弟や親戚とほぼ同じ水準(約20パーセント)で家族によって構成された任意団体(以下「家族団体」という。)を挙げる者がいることが注目される。家族団体は、社会復帰施設の設置・運営や相談・研修事業なども行っており、精神障害者の家族の自助努力を支援する役割を担っているが、その事業への国の支援には必ずしも十分でない状況がみられた。

したがって、厚生省は、いわゆる社会的入院の解消を促進し精神障害者の社会復帰対策の一層の充実を図るとともに、家族及び家族団体における自助努力や自主的取組を支援する観点から、精神障害者保健福祉手帳の趣旨の一層の普及・浸透、家族の組織化の促進及び家族団体が行う事業への必要な支援の充実を図るなど、社会復帰が可能な精神障害者が円滑に退院・社会復帰できるための行政側からの必要な支援方策について検討する必要がある。

## (2) 社会復帰施設等の充実等

### ア 社会復帰施設等の整備の促進

精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図ることを目的とした社会復帰施設は、精神保健福祉法第50条に基づき、都道府県、市町村、社会福祉法人その他の者が設置することができることとされており、国は、精神保健福祉法第51条に基づき、社会復帰施設の設置者に対し(ただし、都道府県以外の者が設置者の場合は都道府県を通じて)、その設置及び運営に係る費用の一部を補助することができることとされている。社会復帰施設の種別は、精神保健福祉法第50条の2において、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應することができるように、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精神障害者生活訓練施設(以下「生活訓練施設」という。)、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、必要な訓練を行い、及

び職業を与える精神障害者授産施設（以下「授産施設」という。）、現に住居を求めている精神障害者に対し、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精神障害者福祉ホーム（以下「福祉ホーム」という。）、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精神障害者福祉工場（以下「福祉工場」という。）の4種類に区分されている。

また、グループホーム事業は、精神保健福祉法第50条の3に基づき、精神障害者の社会復帰の促進及び自立の促進を図るため、地域において共同生活を営むのに支障のない精神障害者につき、これらの者が共同生活を営むべき住居において食事の提供、相談その他日常生活上の援助を行う事業であり、都道府県、市町村、社会福祉法人その他の者が当該事業を行うことができるとされており、国は、精神保健福祉法第51条に基づき、当該事業を行う者に対し（ただし、都道府県以外の者が事業主体の場合は都道府県を通じて）、当該事業に要する費用の一部を補助することができる（以下、グループホーム事業の対象となる共同生活を営むべき住居を「グループホーム」という。）。

社会復帰施設及びグループホーム（以下「社会復帰施設等」という。）の設置状況をみると、平成6年10月1日現在、社会復帰施設については、42都道府県に合計181施設（生活訓練施設が34都道府県に合計62施設、授産施設が31都道府県に合計59施設（通所型のものが29都道府県に合計55施設、入所型のものが4都道府県に合計4施設）、福祉ホームが28都道府県に合計60施設、福祉工場は未設置）、グループホームについては、42都道府県に合計152施設が設置されているが、社会復帰施設、グループホームともそれぞれ5都道府県で未設置となっている。また、前述の公衆衛生審議会答申「今後における精神保健対策について」において、社会復帰施設の整備は、他の障害者の施設と比べて十分に促進されていない旨が指摘されており、平成5年度における社会復帰施設の設置数を他の障害者の施設の設置数と比較すると、例えば、身体障害者更生援護施設に対しては13.2パーセント、精神薄弱者援護施設に対しては7.7パーセントの整備率にとどまっている。

なお、社会復帰施設等の設置者別の内訳をみると、

医療法人、社会福祉法人等の民間団体が設置者であるものが、社会復帰施設については163施設（90.1パーセント）、グループホームについては150施設（98.7パーセント）を占めている。

今回、20県における社会復帰施設等の整備計画の策定状況及び設置状況を調査した結果、以下のような状況がみられた。

社会復帰施設等の整備計画の策定状況をみると、9県では中長期における施設整備計画を有しているが、このうち8県におけるその内容は精神障害者等に対するニーズ把握の結果によるなどの具体的根拠に基づくものとなっていない。一方、他の11県においては、利用者の把握が困難であることから施設整備の目標を設定する手法がないこと、社会福祉法人等の民間団体等に整備を依存していることなどの理由からの整備計画を有していない。このように、調査した県においては、管内における必要な施設の種類の把握していない上に施設の整備を民間団体等に依存していることから、生活訓練施設、授産施設等各種の社会復帰施設が精神障害者の利用目的に添って合理的に整備されることが重要であるが、生活訓練施設あるいは授産施設のみの設置となっているもの（9県）、設置地域の偏り、立地条件等から利用の低調な施設があるものがある（1県1施設）。

地元住民の反対から、設置が計画されたものの設置を中止したもの（2県2施設）、工事が未着工となっているもの（1県1施設）、開所予定時期を延期したもの（1県1施設）及び設置地域を数回変更したもの（1県3施設）がある。

したがって、厚生省は、社会復帰施設等の整備の促進を図る観点から、社会復帰施設等の適切な整備について、都道府県に対し、整備すべき施設の数値目標等を含んだ整備計画を策定するための指針を示すなどの支援措置を講ずるとともに、都道府県及び市町村に対し、地元住民の理解を得るための啓発及び広報を積極的に実施するなどの環境整備に努めるよう指導する必要がある。

#### イ 社会復帰施設等の運営の効率化及び適正化

厚生省は、社会復帰施設の運営について、「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」（昭和63年2月17日付け健医発第143号厚生省保健医療局長

通知)の別添「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」(以下「設置運営要綱」という。)及び「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営の留意事項について」(昭和63年5月13日付け健医精発第17号厚生省保健医療局精神保健課長通知。以下「留意事項」という。))により、施設の種類ごとの設置の目的、利用対象者、定員、利用期間、職員、運営等を、また、グループホーム事業の実施については「精神障害者地域生活援助事業(精神障害者グループホーム)実施要綱」(平成4年7月27日付け健医発第902号厚生省保健医療局長通知。以下「グループホーム実施要綱」という。))により、事業目的、入居対象者、要件、運営等を規定している(以下、設置運営要綱等に規定している利用対象者、定員等を総称して「施設運営基準」という。))。

国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者、グループホーム事業を行う者等は、精神保健福祉法第4条第2項において、精神障害者等の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならないこととされている。また、社会復帰施設の設置者は、留意事項において、保健所等の関係機関と連携を密にして利用希望者の把握に努めるとともに、当該施設が年間を通じて効率的に利用されるようその運営に当たらなければならないとされている。これらを受け、社会復帰施設等の利用に当たっては、設置運営要綱、留意事項及びグループホーム実施要綱に基づき、利用希望者の症状に応じた適切な施設利用などを確保するため、利用希望者は、主治医の意見書及び居住地を管轄する保健所長の推薦書の交付を受けた上、施設との利用契約を締結することとされている。

社会復帰施設等に対する監督指導については、社会復帰施設を営む事業及びグループホーム事業が社会福祉事業法(昭和26年法律第45号)第2条第3項において第二種社会福祉事業とされていることから、同法第65条に基づき、都道府県知事は、社会復帰施設等に対し必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員をして、施設、帳簿、書類等を検査し、その他事業経営の状況を調査させることができるとされている。このため、厚生省は、留意事項により、社会復帰施設に対する都道府県知事の監督指導を積極的に行うよう指導している。

また、都道府県知事は、精神保健福祉法第51条に基づき国及び都道府県から社会復帰施設等に対して補助金が交付されていることから、「精神保健費等国庫負担(補助)金交付要綱」(昭和63年8月31日付け厚生省発健医第210号厚生事務次官通知。以下「交付要綱」という。))により、社会復帰施設等の設置者から毎年、対象経費の支出予定額、利用予定者数、指導種目の計画等を内容とした補助金交付申請及び補助対象経費の内訳、職員数、利用者数、指導種目、退所者の帰結状況等を内容とした補助金実績報告を受けており、同報告の内容によっては必要な指導を行うこととなるが、利用希望者の症状に応じた適切な施設利用の確保など設置運営要綱等に添った運営がなされているか否かについては同報告のみでは把握できないものとなっている。

一方、保健所は、地域における精神保健福祉活動の第一線の実施機関として、設置運営要綱及びグループホーム実施要綱に基づき、利用希望者への保健所長の推薦書の交付を行うとともに、社会復帰施設等の運営状況について把握するため、社会復帰施設の長からは設置運営要綱及び留意事項に基づき毎年6月30日現在の利用状況の報告(以下「利用報告」という。))及び利用者の入所又は退所の報告(以下「入所・退所報告」という。))、グループホームの運営主体の長からはグループホーム実施要綱に基づき入居者に異動があった場合にグループホーム入居者異動報告書(以下「異動報告」という。))を受けることとなっている。さらに、平成7年の精神保健法の改正により、保健所長は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた精神障害者から社会復帰施設等の利用に関し求めがあったときは、精神保健福祉法第49条に基づき、相談、あっせん等を行うこととされたことから、保健所の役割はより重要となっている。

今回、14県の51社会復帰施設等(13通所施設(通所授産施設)及び38入所施設(15生活訓練施設、1入所授産施設、12福祉ホーム及び10グループホーム))について、利用希望者の把握状況、利用状況、施設運営基準の遵守状況、14県による監督指導の実施状況及びグループホームの指定に係る厚生省と都道府県との事前協議の状況を調査した結果、以下のような状況がみられた。

#### (ア)利用希望者の把握状況及び利用状況

調査した社会復帰施設等における利用希望者の

把握状況をみると、26施設（51.0パーセント）では、i) 保健所、福祉事務所、市町村、医療機関等の関係機関との会議の場を活用する(21施設)、

) 利用案内書等を保健所等の関係機関に配布し利用希望者の紹介を要請する（5施設）などにより利用希望者の把握に努めている。このため、これらの施設における定員に対する利用者数の割合は平均で88.0パーセントとなっている。

しかし、他の25施設（49.0パーセント）では、i) 利用対象者を同一設置主体が経営する医療機関の患者等に限定している、又はそれを原則としている(21施設)、 ) 施設の存在は精神障害者に十分知られていると判断している（4施設）などの理由から利用希望者の把握を行っていないため、これらの施設における定員に対する利用者数の割合は平均で69.3パーセントとなっており、利用希望者の把握に努めている施設と比較すると利用は低調である。

調査した社会復帰施設等における利用状況をみると、13通所施設では、定員に対する利用者として登録している者の数の割合がほぼ100パーセントとなっているが、38入所施設では、定員に対する利用者数の割合が平均で65.8パーセントとなっており、50パーセント以下のものが10施設（26.3パーセント）ある。

これら10施設においては、その理由を、利用希望者の把握について、保健所等の関係機関との連携を図っていない、あるいは施設の広報をしていないなど積極的に行っていないためとしており、また、これらの中には、次のとおり、利用対象者を特定の者に限定しているもの又は利用者数を著しく制限しているものが6施設（15.8パーセント）ある。

i) 利用希望者が他の医療機関の患者である場合には、当該患者の病状を十分把握していないため入所させるには不安があるとして、利用対象者を同一設置主体が経営する医療機関の入院患者としているものが1施設ある。

また、利用対象者を、併設の授産施設等のみに通所できる者としている生活訓練施設、入所前に既に就労している者としている福祉ホーム、併設の生活訓練施設の退所者としているグループホームがそれぞれ1施設ある。

) 設置運営要綱に定める職員を配置しているにもかかわらず、利用者数を定員の50パーセント以下にとどめているものが3施設あり、それらのうち2施設では待機者が生じている。

#### (イ) 施設運営基準の遵守状況

施設運営基準の遵守状況についてみると、次のとおり、配置職員が、同一設置主体が経営する医療機関の管理職等との兼務となっているため、当該社会復帰施設の業務に常時従事していないものがあるなど施設運営基準を遵守していないものがある。

施設長、指導員等当該施設の業務に常時従事することとされている職員が、同一設置主体が経営する医療機関の管理職等との兼務となっているものが4施設ある。

福祉ホーム及びグループホームの利用者の中には、介助を必要としない程度には生活習慣が確立していない者や医療機関に通院する以外は当該施設内で過ごしている者など生活訓練施設を利用することが適当な者が4施設で合計24人みられる。

留意事項においては、利用料の額、利用者の守るべき規律等を明示した管理規定を作成することとされているが、i) 利用案内書等で代用できることなどを理由として、管理規定を作成しておらず、当該利用案内書等においても、職員の定数、区分及び職務内容、利用料、利用者の守るべき規律等留意事項において必要とされている項目が記載されていないもの(10施設)、 ) 管理規定を作成しているが、留意事項において必要とされている項目の一部が欠落しており、利用案内書等においても欠落している項目を補填できないもの(3施設)など管理規定の内容が不十分となっているものが13施設ある。

利用報告又は入所・退所報告を保健所に提出していないものが15施設、施設利用に際して利用希望者からの保健所長の推薦書の徴収が励行されていないものが9施設ある。

#### (ウ) 社会復帰施設等に対する監督指導の実施状況

社会復帰施設等に対する都道府県による監督指導のうち実地指導についてみると、調査した14県のうち7県では、指導のためのマニュアルを作成していないこと、補助金実績報告により運営状況が把握できること、施設整備に力点を置いていること等を理由として実施していない。また、他の7県で

は、実施指導を行い必要な指導を行っているとしているが、社会復帰施設等の設置主体である社会福祉法人等に対する監査に重点を置いているため、前述したとおり、利用対象者を特定の者に限定している、又は利用者数を著しく制限しているため定員に対する利用者数の割合が50パーセント以下となっているもの等がみられる。

一方、保健所による実地指導についてみると、調査した14県内の25保健所のうち、12保健所では、社会復帰施設等との定期的な会議等に参加し、その機会を利用して施設の運営状況を把握し、必要な場合は指導を行っているが、他の13保健所では、社会復帰施設等に対する実地指導については保健所の業務ではないとして、施設から各種報告を受けるなどにより運営状況が把握できるにもかかわらず、特に実地指導を行っていない。

#### (E) グループホームの指定に係る厚生省と都道府県との事前協議の状況

グループホームを運営しようとする者は、厚生省保健医療局長が定めたグループホーム実施要綱に基づき、グループホーム運営申請書、建物の平面図及び外観写真、緊急時の対応施設等までの地図等を都道府県知事に提出し、その運営しようとする施設（住居）についてグループホームの指定を受けることとされている。

また、都道府県知事は、指定したグループホームに対し、その運営に係る必要な費用を支弁することとされており、国は、都道府県知事が支弁した費用について交付要綱の定めるところにより補助することとされている。

しかし、厚生省は、都道府県知事が新たにグループホームの指定を行おうとする場合、毎年、事務連絡（厚生省保健医療局精神保健課社会復帰指導係長名）により、グループホーム運営承認申請書とほぼ同内容であるグループホーム実施計画調査表、建物の平面図及び外観写真並びに緊急時の対応施設等までの地図を提出させ、事前に協議するよう都道府県に対し指導している。この理由について、厚生省では、グループホームの運営については国庫補助を行っていることから、補助対象事業の採択を行う必要があるためとしている。

厚生省は、この事前協議により補助箇所数を調整の上、保健医療局精神保健課長名の内示を、都道府

県（精神保健担当課長）に対し行っている。都道府県は、その内示を受け、グループホームを運営しようとする者に対して、知事名でグループホームの指定を行っており、また、既にグループホームの指定を受けている施設及び当該年度に新たに指定を受けた施設のみについて、グループホーム事業の申請を行わせている。

このため、都道府県知事の権限とされているグループホームの指定は、実質上、都道府県知事の判断のみでは行えないものとなっている。

したがって、厚生省は、社会復帰施設等の運営の効率化及び適正化を促進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

社会復帰施設等による利用希望者の把握に当たっては、

i) 平成7年の精神保健法の改正により社会復帰施設等に対する保健所長の役割が明確にされたこともあり、社会復帰施設等と保健所等の関係機関との間において定期的な会議等連携の場を整備するなどにより情報交換に努めるよう都道府県に対し指導すること、

ii) 利用希望者を積極的に把握すること、利用対象者を同一設置主体の医療機関の入院患者等特定の者に限定しないこと及び利用者数を著しく制限しないことについて、社会復帰施設等の設置者に対し都道府県を通じ指導すること。

社会復帰施設等の運営に当たっては、適正な職員配置、利用者の障害の程度に応じた適切な施設利用、管理規定の作成、利用希望者からの保健所長の推薦書の徴収の励行等施設運営基準の遵守について、社会復帰施設等の設置者に対し都道府県を通じ指導すること。

社会復帰施設等に対する監督指導に当たっては、例えば施設の運営状況が把握できる保健所を活用するなどにより効果的に実地指導を行うよう都道府県に対し指導すること。

グループホームの指定に係る厚生省と都道府県との事前協議の廃止について検討すること。

### (3) 社会復帰訓練の効果的な実施

#### ア 授産施設における訓練計画の作成及び訓練成果の評価に係る実施方法の確立

授産施設は、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ことを目的とする施設であり、利用者の障害の程度に応じた適切な訓練計画の作成及び利用者に対する訓練成果の評価の定期的な実施が重要である。

厚生省は、設置運営要綱により、利用者ごとに作業訓練の計画（以下「訓練計画」という。）を作成し、訓練成果の評価を行うための作業療法士を配置することとしている。また、授産施設における訓練項目は、地域の実情、製品の需給状況等を考慮して選定することとされ、各施設では、部品の組立て等一般企業の下請け、民芸品等自主製品の製造・販売、農耕作業等を行っている。

今回、14授産施設における訓練計画の作成状況及び訓練成果の評価の実施状況を調査した結果、次のような状況がみられた。

調査した授産施設のうち、利用者ごとに訓練計画を作成し、かつ、訓練成果の評価を定期的に行っているものは6施設（42.9パーセント。うち作業療法士が配置されているもの4施設）にとどまっている。これら6授産施設における訓練計画の内容及び訓練成果の評価の実施方法についてみると、訓練目標、職員の対応方針等を内容とした訓練計画を定め、3か月ごとに保健所等の関係機関を含めて生活技能、対人関係、病状等についての評価を行い、その結果に基づき、訓練計画を見直している施設がある一方、

集中力、持続力、正確性、迅速性、出勤回数及び適応能力を評価内容として独自に作成した評価表を訓練計画与し、毎月、施設職員が3段階評価しているにすぎないものがあるなど訓練計画の内容及び訓練成果の評価方法が区々となっており、中には、独自に作成した評価表は随時の見直しが必要であるなど完全なものでないため、訓練成果の評価については試行錯誤で実施しているとしているものがある。

一方、訓練計画の作成及び訓練成果の評価を行っていない8授産施設（57.1パーセント。うち作業療

法士が配置されているもの5施設）では、その理由として、利用者によってその病状及び回復状況が区々であるため、訓練計画が立てにくく、かつ、訓練成果の評価も難しいこと、訓練計画の作成及び訓練成果の評価を行うための知識がないこと、訓練計画の作成及び訓練成果の評価については今後の課題として検討中であること、利用者の状態に応じて、随時、作業項目を決めていることなどを挙げられており、中には、訓練計画の作成及び訓練成果の評価に係る効果的な実施方法が確立されていないため、国においてマニュアルを作成することを要望しているものがある。

したがって、厚生省は、授産施設の利用者に対する適切かつ効果的な訓練の実施を確保する観点から、訓練計画の作成及び訓練成果の評価に係る実施方法について、訓練計画の作成方法、評価の時期、評価事項、評価への参加機関などを内容とするマニュアルを作成するなどにより、授産施設に対し必要な支援を行う必要がある。

#### イ 精神障害者社会適応訓練事業の推進

厚生省は、通常の雇用契約による就職が困難な精神障害者を対象として、一定期間事業所に通わせ社会適応訓練を行い再発防止と社会的自立を促進し、もって精神障害者の社会復帰を図ることを目的とした通院患者リハビリテーション事業を昭和57年に予算補助により発足させた。同事業は、「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」（昭和57年4月16日付け衛発第360号厚生省公衆衛生局長通知）により実施されており、それに要する費用として都道府県が支弁した協力奨励金及び事務費の2分の1を国庫補助とすることとされ、平成6年度には6億936万6,000円が予算措置された。

また、昭和62年の精神衛生法の改正及び平成5年の精神保健法の改正により、精神保健対策は、入院医療中心の体制から地域におけるケアを中心とする体制へと重点を移しつつ、精神障害者の社会復帰を推進してきている。さらに、通院患者リハビリテーション事業は平成7年5月の精神保健法の精神保健福祉法への改正により、精神障害者社会適応訓練事業（以下「社会適応訓練事業」という。）として精神保健福祉法第50条の4において法的に位置付けられ、精神保健福祉法第51条において社会適応訓練事業は

都道府県が実施できること、実施に当たって国が費用の一部を補助できるとされた。

なお、社会適応訓練事業とは、精神保健福祉法第50条の4において、通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を精神障害者の社会経済活動への参加の促進に熱意のある者に委託して、職業を与えるとともに、社会生活への適応のために必要な訓練を行う事業をいうとされている。

今回、社会適応訓練事業について、13県及び同県内の17保健所における事業所（社会適応訓練事業による訓練を受託する者が経営する事業所。以下、この項において同じ。）及び訓練対象者の登録状況、訓練の事業所への委託状況並びに訓練後の訓練生の社会復帰の状況を調査した結果、以下のような状況がみられた。

調査した保健所において平成3年から5年までに登録された事業所は、3年が1,130事業所、4年が1,422事業所、5年が1,488事業所、また、訓練を受託した事業所は、3年が395事業所、4年が479事業所、5年が467事業所となっており、登録された事業所のうち訓練を受託した事業所の割合は、3年が35.0パーセント、4年が33.7パーセント、5年が31.4パーセントとなっている。

一方、平成3年から5年までに登録された訓練対象者は、3年が900人、4年が1,060人、5年が1,069人、事業所で訓練を受けた訓練生の割合は、3年が661人、4年が808人、5年が782人となっており、登録された訓練対象者のうち事業所で訓練を受けた訓練生の割合は、3年が73.4パーセント、4年が76.2パーセント、5年が73.2パーセントとなっている。

しかし、調査した保健所の中には、事業所の新規開拓が平成3年以降ないところや、訓練生の受入れを登録された事業所に要請したが、当該事業所は精神病院の院外作業所とされているため受入れの余地がないとして断られているものがある。

このように事業所の開拓が進展しないのは、不景気のため受入れの余力がないとする事業所側の事情のほか、県及び保健所における次のような事情に起因している。

i) 事業所開拓の業務について、県本課で実施しているものはなく、保健所に委任して実施している。保健所における事業所開拓の業務の実施

体制をみると、精神保健福祉相談員が配置され一応専門的な体制となっている場合であっても、訓練対象者の登録、訓練中の訪問指導等の一切の業務を精神保健福祉相談員である1人の職員のみで担当していることが多く、その他の場合には専任の担当者の配置がなく保健婦が母子保健業務等と兼務して実施しているのが一般的である。このように、保健所においては、事業所開拓の業務についての専門性の確保が十分でなく実施体制が弱体であること。

) 社会適応訓練事業において事業運営に関する意見を聴くために、保健所長、福祉事務所長等を構成員として、通院患者リハビリテーション事業実施要綱により都道府県に設置することとされている通院患者リハビリテーション事業運営協議会が十分整備されていないこと。

) 事業所と密接な立場にある地元市町村の役割が法的に明確にされていないこともあって、事業所開拓の業務に参画している市町村がないこと。

事業所で訓練を受ける訓練生の選考方法をみると、まず、保健所が、訓練対象者を登録された事業所に紹介し、その内諾を得た上で県に進達し、県が通院患者リハビリテーション事業運営協議会において訓練対象者の病状、事業所の作業内容及び訓練対象者の適性について検討を行った上で選考する方式が一般的となっている。しかし、次のように、保健所が中心的な役割を担うことなく、一部の特定の者が訓練を受ける結果となっている例がみられる。

i) 保健所が、登録事業所に訓練生の受入れを要請したが、精神病院の院外作業所とされているからとして、当該病院の患者以外の者の訓練を断られている例

) 登録された事業所の関係団体の関連施設である社会復帰施設に入所している者及び精神障害者家族会からの紹介による者で、当該事業所が適格と認めたものについてのみ受け入れることとしている例

調査した県の平成5年度における社会適応訓練事業による訓練後の訓練生の社会復帰の状況をみると、訓練が終了した425人のうち、再入院等により社会復帰に至っていない者が238人（56.0パーセ

ント)いるが、就職等により社会復帰した者が187人(44.0パーセント)おり、一応の成果は上がっているとみられるものの、調査した保健所の中には、次のとおり、訓練を中止した例が多く、社会適応訓練事業が社会復帰に結び付いていないものがある。

M保健所の平成5年度における社会適応訓練事業による訓練は、登録された7事業所のうちの3事業所で9人の訓練生について実施されており、同年度末現在、訓練が終了した7人のうち、社会復帰した者は1人(この訓練生については、受け入れていた事業所の製造部門の廃止により訓練が中止されているが、その後就職したため統計上終了扱いとされている。)であり、残りの6人については訓練が中止されており、社会復帰に結び付いていない状況にある。また、これら6人の中には、次のとおり、保健所の支援が必要であった者もみられる。

i) 体力不足のため訓練の中止に至ったとされているが、委託する時点において当該訓練生の能力に合った作業が行える事業所の選定ができていれば、訓練を継続できた可能性が強いとみられる者(1人)

) 一般作業員と協調できないため訓練の中止に至ったとされているが、保健所が事業所と当該訓練生との間に立って相互理解に努めておらず、また、当該訓練生は訓練意欲が強かったことから、保健所による事業所の開拓が進んでおれば、他の事業所に変更して訓練を継続することも可能であったとみられる者(1人)

また、平成5年度に訓練を実施していない4事業所のうち、1事業所では登録以降に訓練生の受入れが全くなく、3事業所では平成5年度までに計6人の受入実績があるが、この6人全員が途中で訓練を中止している。

なお、M保健所では、事業所側に訓練生を継続的に受け入れてもらうためには事業所における訓練に当たっての訓練計画及び訓練中の評価についての指導等は最小限度の範囲にとどめざるを得ないとして、特に指導等は実施しておらず、事業所あるいは訓練生から問題提起があった時点で、当該保健所の担当者が、例えば訓練生の配属先の変更を事業所に要請する等の措置を講ずるにとどま

っている。

したがって、厚生省は、平成7年7月から施行された精神保健福祉法改正の趣旨を踏まえ、社会適応訓練事業のより効果的な推進を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

事業所の開拓に関し、保健所の精神保健福祉相談員等の配置を充実させるとともに、通院患者リハビリテーション事業運営協議会を整備・活用し、また、市町村の積極的協力を求めるよう都道府県に対し指導すること。

訓練生の選考に当たって、制度本来の趣旨に添って保健所が中核となり機能するように、例えば、事業所、社会復帰施設、関係団体等との連携が確保されるような仕組みの構築について都道府県に対し指導すること。

訓練生の社会復帰対策等については、訓練が中止された事例の原因を分析するよう都道府県に対し指導するとともに、社会適応訓練事業が社会復帰に結び付くよう、都道府県に対し、及び都道府県を通じ事業所に対し指導すること。また、そのために、通院患者リハビリテーション事業運営協議会を活用して保健所、事業所、医療機関等が十分連携し得るようにすることについて都道府県に対し指導すること。

#### (4) 社会復帰相談指導の充実等

精神障害者の社会復帰を促進するためには、社会復帰施設等の充実を図ることはもとより、精神障害者の社会復帰に関する相談指導(以下「社会復帰相談指導」という。)を積極的に行うことが重要である。

厚生省は、「保健所における精神保健業務中の社会復帰相談指導について」(昭和50年7月8日付け衛発第374号厚生省公衆衛生局長通知。以下「社会復帰相談指導通知」という。)により、保健所における精神保健業務の一環として、本人、家族又は主治医から社会復帰相談指導について依頼があった回復途上にある精神障害者を対象者として、当該対象者の社会復帰の促進を図るため社会復帰相談指導を行うこととしている。社会復帰相談指導の方法については、社会復帰相談指導通知において、医師、精神保健福祉相談員等のほか、必要に応じて主治医の参加を得

て、検討会を計画的に開催し、当該検討会における検討結果に基づき、対象者ごとに社会復帰に必要な具体的な相談指導計画を策定し、対象者に最も適した方法により社会復帰の促進を図ることとされている。平成5年度における社会復帰相談指導の実施状況をみると、その対象者は、全国で2万4,204人であり、これらのうち社会復帰した者が5,475人(22.6パーセント)となっており、保健所の行う社会復帰相談指導は、精神障害者の社会復帰に関し一定の成果を上げているものと認められる。

また、保健所におけるこのような精神保健業務が効果的に展開される上で、その指導機関である精神保健福祉センターが重要な役割を担っている。精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条において、都道府県が設置することができるものであり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及、調査研究並びに相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行う施設と定められており、平成6年度末現在、全国で49か所設置されている。厚生省は「精神保健センター運営要領」について(昭和44年3月24日付け衛発第194号厚生省公衆衛生局長通達)により、精神保健福祉センターを都道府県における精神保健に関する総合的技術センターとして位置付け、医師(精神科の診療に経験の深い者)、精神科ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、保健婦等の職員を配置し、技術指導及び技術援助、教育研修、広報普及、調査研究、精神保健相談、協力組織の育成などを実施することとしている。

今回、31保健所における社会復帰相談指導の実施状況並びに19精神保健福祉センターにおける実施体制及び業務の実施状況を調査した結果、次のような状況がみられた。

調査した保健所では、当該保健所において週1回ないし2回又は月2回ないし3回の頻度で開催する体力づくり、創作・生活指導等を内容としたグループ活動を社会復帰相談指導として位置付けて実施している。しかしながら、当該グループ活動の実施状況をみると、参加者の活動状況について定期的に評価し、参加者ごとの今後の目標及び援助方法を検討しているものが18保健所ある一方、参加者ごとの相談指導計画、評価等もなく活動の中止又は継続を参加者の判断にゆだねているものが12保健所、精神障害者関係団体の自主活動を当

該グループ活動としているものが1保健所となっている。

調査した精神保健福祉センターにおける職員の配置状況をみると、最少6人から最多85人までの配置となっており、10人未満のものが8センターとなっている。職員が10人未満の精神保健福祉センターの中には、i) 6人(医師2人、精神科ソーシャル・ワーカー1人、臨床心理技術者1人、事務職等2人)の職員が配置されているが、このうち4人(医師1人、精神科ソーシャル・ワーカー1人、事務職等2人)は、当該センターが県立精神病院の一角に設置されていることもあって、同病院の職員が兼任しており、これら兼任の職員は専任の職員が出張等の不在時に一時的に補助等を行っている程度で、実質上2人体制(医師1人、臨床心理技術者1人)であることから、技術指導及び技術援助並びに広報普及を行っていないもの、)精神科ソーシャル・ワーカーが配置されておらず、精神保健相談の処理に際して、その対応が困難となっているものが5センターある。

また、精神保健福祉センターと保健所との連携状況をみると、調査した精神保健福祉センターの中には、i) 管内保健所に対する技術指導及び技術援助を計画的に実施しているものがある一方、依頼があった場合のみ実施しているもの、)複雑又は困難である精神保健相談であっても、精神保健福祉センターに処理を依頼しなくとも保健所の医師等の判断により対応できるとしている保健所が管内にあるもの、)精神保健福祉センターが実施しているデイ・ケア事業(回復途上の精神障害者を対象として実施する生活訓練等)を体調不調等により中止した精神障害者に対する訪問指導の実施等について、保健所との連携が図られていないものがある。

したがって、厚生省は、保健所における社会復帰相談指導の充実及び地域における精神保健活動の効果的な実施を確保する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

社会復帰相談指導の実施に当たり、相談指導計画の策定及び同計画に基づく指導成果に対する評価を行うよう都道府県及び保健所設置市に対し指導すること。

精神保健福祉センターについて、その設置趣旨

である都道府県における総合的な技術センターとして一層の高度な支援の実施が図られるよう運営

の適正化を図ること。

## 4 地域中心の支援サービス体制の確立

精神障害者が、社会の構成員として障害を持ちながらも普通に生活を送れるという「ノーマライゼーション」の理念の下に、地域において自立していくことは極めて重要である。このため、国は精神保健対策について、昭和62年の精神衛生法の改正並びに平成5年及び7年の精神保健法の改正により、入院医療中心の体制から地域におけるケアを中心とする体制へと重点を移しつつ、精神障害者の社会復帰を推進してきているとともに、政令指定都市への権限の委譲や市町村の役割の明確化を図るなど、住民に身近な行政主体によるサービスの充実を図ってきている。

しかしながら、精神障害者の地域での自立をめぐって、以下のような困難な状況や環境の変化がみられた。

社会復帰施設は、平成6年10月1日現在、全国で、施設数が181施設、定員が3,170人と、復帰過程に応じた施設の質及び量はもとより、絶対量そのものが次のとおり不足している。

i) 厚生省が昭和58年に実施した「精神衛生実態調査」の結果によると、社会復帰施設の整備等の条件が整えば社会復帰ができると主治医から考えられている者が、これらの主治医が担当する患者の合計のうちの30.4パーセントいるとされている。また、精神病院入院患者の主治医に対する当庁の調査でも、社会復帰施設の整備は、家族の理解や障害者への訪問指導等の生活支援の充実とともに重要とされ、任意入院者の21.5パーセントは、これらの条件が整えば退院できる状況がみられる。しかしながら、平成6年10月1日現在、社会復帰施設の施設数及び定員は、上記の状況にとどまっており、平成6年度の精神病院への入院患者が約34万3,000人いる実態からみても大幅に不足している。

社会復帰施設を種類別にみると、全国では生活訓練施設が62施設、授産施設が59施設、福祉ホームが60施設であり、各都道府県平均でそれぞれの種類とも1施設強程度の整備水準にとど

まっており、絶対量が不足していることから、地域ごとに精神障害者の社会復帰をきめ細かく支援することができる体制とは程遠い状況にある。

社会復帰のための施設や事業所は多岐にわたっているが、職員の他機関との兼務、専門資格を有する職員の未配置、関係機関との連携の不足など運営の専門性の確保が十分には図られておらず、さらに、施設の種類の偏りや施設の定員割れの状況もみられるなど、きめ細かな支援サービスの展開のための仕組みが必ずしも十分に機能していない。

地域住民に対する福祉及び保健のサービス業務は、平成2年の老人福祉法（昭和33年法律第133号）及び身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の改正、平成6年の地域保健法の成立などにより市町村を中心として実施する体系へと移行している。

これらのサービスに関する施設や支援の充実が市町村において進む中で、地域におけるケアに関する市町村の役割の重要性について認識が深まりつつある精神保健対策を始めとして、障害者の地域における自立を支援するサービスを効率的かつ効果的に展開し得る基盤は次第に整備されつつある。

地域における自立支援が重要であるが、社会復帰施設の建設に当たって、精神障害者に対する地域住民の理解不足から、工事が停頓したものや中止となったものが全国各地で発生している。

したがって、「ノーマライゼーション」の理念の下に精神障害者が地域において自立するために、厚生省は、次の措置を講ずる必要がある。

精神障害者が地域社会の中で自立できるようにしていく観点から、社会復帰施設の絶対量の不足の解消を図るため、社会復帰施設の計画的整備の推進や設置運営要綱の見直しを行うことを始め各種の支援措置の充実を図ること。

精神障害者を含む障害者について、その種別を超えた総合的な施策の展開を図ること。このため、

地域に根ざしたサービスや身近な相談体制等については、専門性の確保に配慮しつつも、障害の種類、年齢や施策分野で縦割りのなものとならないよう総合化について検討すること。

「ノーマライゼーション」の理念の下、地域における精神障害者の自立支援サービスを充実して

いくため、国及び都道府県の役割をも明確にしながら、市町村中心のサービス体制への再編について検討すること。その際、地域住民の理解と協力の下に的確な施策を推進するための条件の整備の観点から、市町村の自主的な意思決定が図られるよう必要な措置を講ずること。