

精神障害者と障害者自立支援法

三枝政行

IRYO Vol. 61 No. 3 (181-188) 2007

要旨

少子高齢化社会の到来、経済の低成長などの社会状況の変化を受け、社会保障制度の見直しが行われ、その一環として精神障害者も含めた障害者施策のあり方を規定した障害者自立支援法（以下自立支援法）が制定された。自立支援法の基調には、①自立と社会参加②精神障害、身体障害、知的障害の3障害（以下3障害）の統合③施策実施主体の市町村への一元化がある。

精神科医療のあり方についても、厚生労働省内だけでなく関係者、有識者含む様々な検討を踏まえ、①社会的入院の解消②精神病床の削減③病床機能の分化④地域医療体制の整備⑤入院患者の適切な処遇の確保を中心とする改革の方向性が示された。

障害者保健医療福祉施策の歴史的転換期を迎えた今、精神科医療は良質な医療を追求するだけでなく、診療供給体制のあり方、地域や他の施策・機関との有機的連携が求められている。

キーワード 自立，社会参加，一元化，社会的入院，機能分化，雇用

はじめに

障害者が自ら選択した場所に居住し、自立した生活を営むことができるよう、総合的かつ計画的に支援することを定めた自立支援法が、2006年10月1日に全面施行された。

自立支援法の成立によって、精神障害者の生活はどのように変化するのでしょうか、また精神科医療は新たな状況の下で何が問われどのような課題を提起されているのでしょうか。自立支援法の成立に至る背景を踏まえながら、考察してみたい。

また、今回とくに注目される精神障害者の雇用と就労支援については、章を改めて触れたい。

自立支援法成立の背景

わが国の社会福祉制度は、1946年11月に制定された日本国憲法の下、生活保護法（旧法1946年，新法1950年），児童福祉法（1947年），身体障害者福祉法（1949年），精神薄弱者福祉法（1960年），老人福祉法（1963年），母子福祉法（1964年）と，新たな問題と対象者の出現とともに約20年の歳月をかけ対象者別の福祉制度が整備されていった。

精神障害者の領域では、公衆衛生の向上増進を国の責務とした日本国憲法の成立を受け、精神障害者に医療と保護を提供することを目的とした精神衛生法が1950年に制定された。クロルプロマジン[®]の導入を契機とする薬物療法や作業療法・精神療法など治

国立精神・神経センター武蔵病院心理・指導部

別刷請求先：三枝政行 国立精神・神経センター武蔵病院心理・指導部 〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
（平成18年12月22日受付，平成19年2月16日受理）

Services and Supports for Persons with Disabilities Act for Mentally Disabled Masayuki Saegusa

Key Words: self-reliance, social participation, unification, social hospitalization, function differentiation, employment

療方法の進歩と、精神病院の設置および運営に要する経費への国庫補助制度により、その後精神科病床は増加の一途をたどることとなった。

オイルショック以後の経済の低成長、急速な少子高齢化社会の進行とそれとともなう社会保障予算の増大という社会状況の変化を受けて、社会福祉制度を含む社会保障制度の見直しが始まった。高齢者の領域では、厚生省・大蔵省・自治省協議によるゴールドプラン（1989年）、大蔵・厚生・自治の3大臣合意による新ゴールドプラン（1994年）の策定を経て介護保険法（1997年）が制定された。改革の特徴は、社会保険方式による高齢者介護システム、入院中心から地域生活中心への移行、市町村を中心とした計画的高齢者保健福祉施策、福祉サービス供給主体の多様化、福祉・保健・医療サービスの連携が挙げられる。少子化対策についても、文部・厚生・労働・建設の4大臣合意によるエンゼルプラン（1994年）、大蔵・文部・厚生・労働・建設・自治の6大臣合意による新エンゼルプラン（1999年）が策定され、働き方や保育サービスに加え、相談・支援体制、母子保健、教育、住宅などの総合的な実施計画が立てられ、推進されている。

障害者の領域についても、1990年代後半からの“社会保障構造改革”の一環として「社会福祉基礎構造改革について」（1997年）がまとめられ、改革の基本的方針として、総合的支援、多様なサービス供給主体の参入促進、サービス事業者の情報公開、サービス事業者と利用者の対等な関係、費用の公平かつ公正な負担などが示された。この基本理念にしたがって、2000年6月「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」により福祉関連8法が改正され、続いて法制化されたのが自立支援法である。自立支援法には、精神保健福祉法の一部改正に関する条文（精神分裂病の名称変更、特定医師による緊急時対応、任意入院患者の適切な処遇等）もあるが、精神障害者固有の問題は「精神医療福祉の改革ビジョン」（以下改革ビジョン）（2004年）に基づき改革を進めるとされており、同ビジョンが今後の精神障害者施策を具現化する重要な指針となっている。

わが国の障害者施策そして精神障害者施策の変遷と発展にとって、海外とくに国連の果たしてきた役割はきわめて大きい。障害者施策の基本理念を定め、国に障害者基本計画を策定する義務を明記した「障害者基本法」（1993年）は、国連の国際障害者年（1981

年）における行動計画（1979年国連総会決議）の中で、各国に障害者対策に関する「長期的国家計画」の策定を勧告したことに由来している。また、「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスの改善のための諸原則に関する国連決議」（1991年）は、地域社会で生活し就労する権利の保障、国際的に認められた医学診断基準による精神疾患判定、治療計画に基づく治療およびケア、権利の告知、非自発的入院の回避、審査機関の設置等現在では標準となっている精神科医療のあり方や手続きさらに今日取り組まれている課題を提起した（表1参照）。

自立支援法が精神障害者と精神科医療に及ぼす影響と課題

1. 精神障害者への影響と課題

これまで精神障害者の社会復帰施策や福祉サービスについては、精神科医療に関する法律である精神保健福祉法の中に盛り込まれ、他障害のように必要に応じて受けられる権利としての福祉施策という性格を持ち得てはいなかった。また、社会復帰や地域生活のためのサービス量は、新障害者プラン（2002-2007年）の目標値（表2）の合計ですら、改革ビジョンで約7万人存在するとされた社会的入院患者の半数にも及ばない状況であった。

自立支援法の施行を受け、精神障害者にとってどのような変化があり、同時に問題が生まれるのか考えてみたい。

① 3障害の統合と一元化

3障害の統合と市町村における一元化については、“サービスの平等性”と“地域生活支援”という観点から高く評価できる。ただし、地域間格差を解消しニーズに応じたサービス提供の量と質を確保することと3障害の特性に対応できる柔軟で多様性に富んだ支援を提供することができるかどうか、自立支援法の成否を決定付ける重要なポイントとなっている。財源の確保と、都道府県・国による市町村への実効性のある支援に期待したい。

② 費用負担

サービスに対する定率負担（応益負担）方式の費用負担について、全国各地から負担増とそれによる利用の手控えや中止という事例の報告が相次ぎ、都内ではすでに25の自治体が自己負担増への軽減措置を実施している。経済的基盤が安定しているとはいえない障害者にとって、この費用負担は決して軽い

表1 年表 精神保健医療福祉および関連領域の動向

年／月	事 柄
1946／11	・日本国憲法の成立
1947／12	・児童福祉法の成立
1949／12	・身体障害者福祉法の成立
1950／5	・生活保護法の成立
1951／3	・社会福祉事業法（現 社会福祉法）成立
1960／3	・精神薄弱者福祉法（現 知的障害者福祉法）の成立
1963／7	・老人福祉法の成立
1964／7	・母子福祉法（現 母子および寡婦福祉法）の成立
1982／8	・老人保健法の成立
1987／5 ／9	・身体障害者雇用促進法一部改正（障害者雇用促進法）の成立 ・精神衛生法一部改正（精神保健法）の成立
1989／12	・「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」（ゴールドプラン）策定
1992／4	・「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則に関する国連決議」
1993／3 ／6 ／11	・障害者対策推進本部策定・障害者対策に関する新長期計画 ・精神保健法一部改正の成立 ・障害者基本法の成立
1994／12	・「高齢者保健福祉推進10カ年戦略の見直し」（新ゴールドプラン）策定 ・「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」（エンゼルプラン）策定
1995／5 ／12	・精神保健法一部改正（精神保健福祉法）の成立 ・障害者施策推進本部決定「障害者プラン—ノーマライゼーション7カ年戦略」
1996／	・WHO 精神保健ケアに関する法：基本10原則
1997／12	・介護保険法の成立・身体障害者福祉審議会 ・中央児童福祉審議会障害福祉部会・公衆衛生審議会精神保健福祉部会（3障害審議会） 合同企画分科会「今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）」 ・精神保健福祉士法の成立
1999／1 ／5	・「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」（新エンゼルプラン）策定 ・精神保健福祉法一部改正の成立
2000／4 ／5	・介護保険法施行 ・社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律（社会福祉基礎構造改革法）の成立
2002／4 ／12	・1999年改正精神保健福祉法の施行（完全施行） ・社会保障審議会障害者部会精神障害分会「今後の精神保健医療福祉施策について（報告書）」 ・閣議決定「障害者基本計画」 ・障害者施策推進本部決定「重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）」
2003／4 ／5 ／7 ／11	・支援費制度（社会福祉基礎構造改革法）の試行 ・保健福祉対策本部「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）」 ・心身喪失者等医療観察法の成立 ・精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査検討会（検討結果について）
2004／3 ／5 ／7 ／8 ／9 ／10	・心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会「精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すために（報告書）」 ・精神障害者の雇用の促進等に関する研究会「障害者の雇用を進めるために（報告書）」 ・社会保障審議会障害者部会「今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）」 ・精神病床等に関する検討会（最終まとめ） ・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） ・精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 ・社会保障審議会障害者部会事務局提示資料「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」
2005／6 ／10	・障害者雇用促進法一部改正の成立 ・障害者自立支援法の成立（精神保健福祉法一部改正を含む）
2006／4	・障害者自立支援法の一部施行 ・障害者自立支援法の全面施行

表2 障害者プラン（1996－2002年度）の進捗状況と新障害者プラン（2003－2007年度）の目標値

	2002年度	障害者 プラン目標値	達成率 (%)	新障害者 プラン目標値 (2007年度)
精神障害者生活訓練施設	5,440（人分）	6,000	91	6,740
精神障害者授産施設（通所）	5,080（人分）	6,000	85	7,160
精神障害者福祉ホーム	2,860（人分）	3,000	95	4,010
精神障害者地域生活支援センター	397（カ所）	650	61	467
精神障害者ホームヘルプサービス	－	－	－	3,305
精神障害者ショートステイ	218（人分）	150	145	255
精神障害者グループホーム	5,225（人分）	5,060	103	11,968

資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部調べ

ものではない。介護保険等との公平性を保つ必要があるが、“自立と福祉の増進”を謳うのであれば、定率負担の上限額の引き下げか応能負担方式採用を検討せざるを得ないのではないだろうか。

③ 給付申請手続きと利用契約

自立支援給付を受けるためには、給付申請とその後の利用契約を行わなければならない。精神障害者保健福祉手帳の交付者数が、1995年の2万9,533人から2004年には33万5,064人へとこの10年で10倍以上に増加しているが、その手続きには関係者の支援が隠されている。手帳による福祉サービスも限られていたため、精神障害者の多くはこれまで給付申請手続きや利用契約の類を経験していない。社会的関係を築きにくく社会的場面でのストレス耐性が脆弱といわれる精神障害者にとって、日常の様々な手続きや契約時の同行援助については、生活介助であると同時に自立訓練の性格を併せ持つ複合的給付として位置付けられる必要がある。

④ ケアマネジメント

住居や就労を含むあらゆる生活上の問題、そしてすべてのライフステージを視野に置いた総合的な支援が効果を上げるかどうかは、ケアマネジャーが鍵を握っている。サービス利用者の満足度を高め、また社会資源を有効活用するため、人材の養成とともにマネジメントのチェック体制とケアマネジャーへの支援システムの整備を障害者計画の中に盛り込むことを提案したい。

⑤ 入院期間の短縮

「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」（2004年）は、『入院期間1年未満で退院した者の約8割が家庭に復帰したのに対し、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割強になるなど、現状では入院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』と指摘している。入院期間の短縮は、ホスピタリズムの防止・社会復帰へのモチベーションの維持に欠かせないだけでなく、帰来先（住居）と家族関係の維持に欠かせない要件である。医療・住居・生活・活動・就労・教育など多面的・総合的な支援体制が、生活圏・市町村・精神障害福祉圏・都道府県という重層構造で構築できるか、精神障害者問題に携わるすべての機関・関係者の取り組みに係っている。

2. 精神科医療の直面する課題

諸外国に比して長い平均在院日数、人口当たりの精神病床の多さ、社会的入院問題、地域精神医療の立ち遅れ、医療法精神科特例にみられる一般診療科との格差、入院時の処遇問題と情報開示の遅れ等々わが国の精神科医療は多くの課題を抱えている。自立支援法と成立過程で示された種々のビジョン・報告に基づき、今精神科医療に提起された課題に沿って考えたい。

① 社会的入院の解消

旧厚生省は、1999年に行った患者調査を基に社会的入院患者を7万2,000人と推計した。その後、改革ビジョンで7万人と下方修正したが、かならずしも医療関係者の中で一致した数値ではない。しかし、国が具体的数値を上げ、10年という期限を設けて解消を図ると明言したことの意義は大きい。自立支援法により社会復帰支援サービスの整備が進めば、社会的入院解消の環境は整うことになる。さらに、改革ビジョンは人口当たりの病床数と社会的入院との相関関係に注目し、精神病床の削減を社会的入院解消の主要な課題ととらえ、医療機関に対し退院促進

だけでなく病床の削減に取り組むよう義務付けている。

② 精神病床の削減

10年間で約7万床の病床を削減するため、新規入院患者の1年以内の退院を促進し残存する患者比率（＝平均残存率）を下げ、あわせて1年以上入院している患者の退院患者比率（＝退院率）を上げることが求められている（図1）。各都道府県が目指すべき達成目標として設定されたのが、“平均残存率24%以下”と“退院率29%以上”の水準である（図2）。改革ビジョンは、平均残存率の引き下げにより約2万1,000床、退院率の引き上げにより約5万2,000床の病床削減が可能と試算している。

現在わが国の精神病床は、人口1,000人当たり2.79床である。7万床の病床削減を達成したとしても2.2床台に止まり、1.0床を下回る諸外国（OECD Health DATA 2002）からみれば、依然高い水準にあるといわざるを得ない。今後さらに大きな削減目標が提起されるのは、想像に難くない。

③ 病床の機能分化

急性期治療等の医療の充実を図ることで、早期退院を実現し、新規の長期入院患者を防止するための手法として提起されたのが、病床の機能分化である。まず、急性期医療を行う病床で早期退院を促進し、次に集中的な社会復帰リハビリテーションにより長

期入院予備軍を退院に導き、1年以上の入院治療を要する患者に対し重度療養病床で引き続き社会復帰リハビリテーションを継続しつつ地域生活支援体制の充実で退院率を高めるとしている。医療機関は、病院・病棟・病床の性格を明確にし、治療およびリハビリテーションの質を向上させつつ病床数を削減していくことが求められている（図3）。

④ 地域医療体制

早期に退院した精神障害者や重度障害者の地域生活維持のためには、地域における精神科医療体制の整備も必要である。24時間対応可能な精神科救急医療体制の整備、デイ（ナイト）ケア、訪問看護などについても一層の充実が求められている。メニューを充実させるだけでなく、地域医療連携クリティカルパスの活用やオープンベッド・システムの導入など医療の連続性を保持し治療効果を上げつつ地域生活の安定的維持に貢献できる地域医療体制の開発・形成が、地域の状況に合わせ進むであろう。

⑤ 入院治療のあり方と行動制限

自立支援法の成立に連動して精神保健福祉法が改正され、措置・医療保護入院患者の定期病状報告の見直し、長期閉鎖処遇の任意入院患者に対する病状報告の導入、措置入院受け入れ病棟の看護職員配置の引き上げ、行動制限の最小限化と台帳整備などが義務付けられた。精神科医療の妥当性と透明性を向

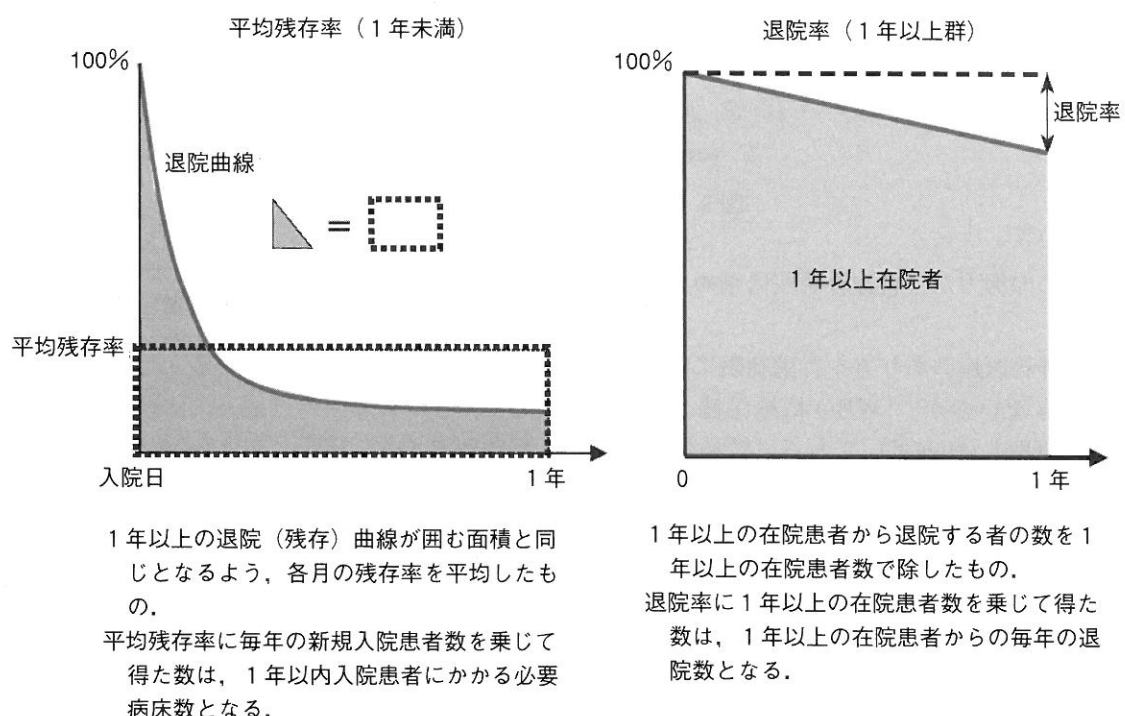


図1

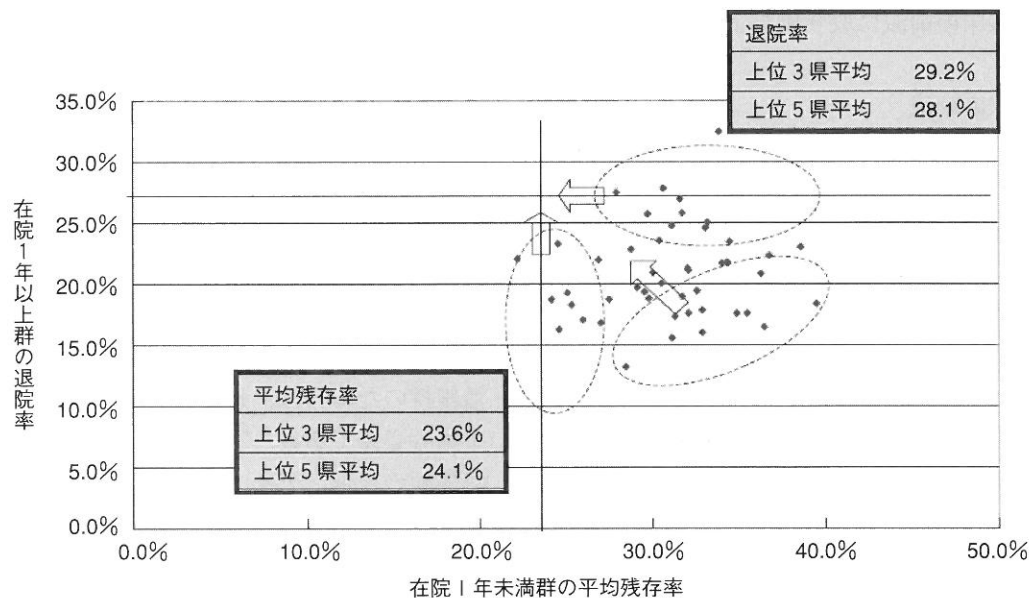


図2 目標設定の考え方

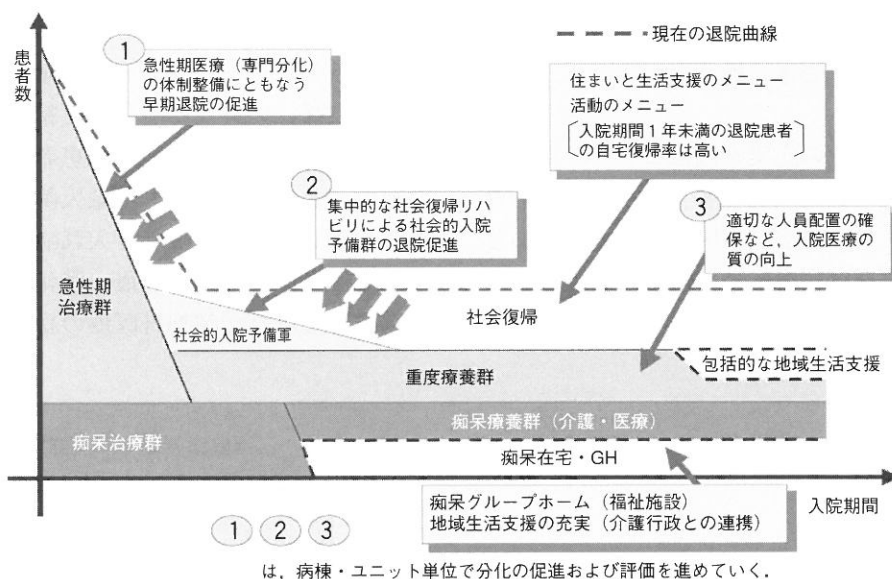


図3 病床の機能分化のイメージ

上させるための努力が、精神科病院に求められている。

今後の精神科医療のあり方や行動制限に関して心にとめておきたいのが、「WHO 精神保健ケアに関する法：10原則」（1996年）である。精神保健ケア（精神科医療）を受ける際本人の自発的意思によることを基本とした上で、自己決定の尊重や自己決定の過程を援助される権利、行動制限最小規制の原則、隔離室の段階的廃止と新規設置の禁止などが定められている。精神科医療の変革の中で、従事者が常に立ち返る原点としてこの10原則が意識されることを望みたい。

精神障害者の雇用と就労支援

障害者の職業的・経済的自立と自己実現の手段として、とくに今回重点施策に位置付けられたのが雇用問題である。雇用に向けた新たな訓練給付の内容と雇用対策を概観し、併せてこの領域における医療の役割について触れてみたい。

1. 自立支援法による就労支援

精神障害者に対する就労支援は、主に授産施設・保護工場・小規模作業所によって担われてきたが、その後の雇用へ結びつける施策に乏しく、一般就労

へ移行できないまま施設内に滞留してきたのが実情である。このような状況への反省から、自立支援法による就労支援策は、訓練後の雇用を強く意識したものとなっている。訓練給付を就労移行支援事業・就労継続支援事業（A型：雇成型）・就労継続支援事業（B型：非雇成型）の3類型に分類し、それぞれに利用者層とサービス内容を定めている。詳細は、表3を参照いただきたい。各類型の設置認可として、就労移行支援事業には2年の利用期限、就労継続支援事業（A型）には月5万～6万円の平均工賃確保、就労継続支援事業（B型）には1万5,000円以上の平均工賃確保が検討されており、現在の授産施設・福祉工場・小規模作業所がどのように移行していくのか注目していきたい。

以前の施策が裁量的経費であったのに対し、自立支援法下の支援事業は義務的経費に変わった。国の責任が明確になるとともに、地域間格差が解消されることになるが、補助金の額によっては所期の目的

を達成する良質なサービスを提供するのが困難となることも予想される。

2. 雇用促進に向けたその他の施策と環境整備

今回の障害者雇用対策の最も大きな特徴は、精神障害者を対象に加えたことと障害者福祉施策と労働施策との有機的連携を打ち出したことである。「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部改正（2005年）により、精神障害者は雇用率に算定され、障害者納付金等の額の算定対象にも加えられた。一定数以上の障害者を雇用する事業主には、障害者雇用調整金・報奨金をはじめ各種の助成金が支給され、税制上の優遇措置を含め経済的支援を行うほか、ハローワーク、障害者職業センター、区市町村障害者就労支援事業団、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センター、障害者雇用促進協会などから障害者の雇用管理に関する助言や指導、情報の提供を受けることができる。就労移行事業を行う施設

表3 就労支援型施設の概要

	就労移行支援事業	就労継続支援事業 (雇成型)	就労継続支援事業 (非雇成型)
利用者層	一般企業への雇用または在宅就労が見込まれる障害者（65歳未満） ①企業への就労希望者 ②技術を習得し、在宅就労を希望する者	雇用契約に基づく就労が可能な者（利用開始時65歳未満） ①就労移行支援事業で一般企業雇用に結びつかなかった者 ②盲・聾養護学校卒業後企業雇用に結びつかなかった者 ③就労経験者	就労の機会を通じて、生産活動に係る知識および能力の向上が期待される障害者 ①就労経験があるが、年齢や体力の面で雇用されることが困難になった者 ②就労移行支援事業で雇用に結びつかなかった者 ③①②に該当しない者で50歳に達している者、または試行の結果、企業等の雇用、就労移行支援事業や就労継続支援事業（雇成型）の利用が困難と判断された者
サービス内容	○一般就労移行支援 ・事業所内や企業での作業や職場実習 ・適性に合った職場探し ・就労後の職場定着支援	○雇用契約に基づく就労機会の提供 ○必要に応じ、一般就労移行支援 ※障害者以外の雇用も可能（一定範囲内）	○就労、生産活動の機会を提供 ○必要に応じ、一般就労移行支援 ※平均工賃の目標水準を設定し公表する ※平均工賃が一定水準以上であることが事業所指定の要件
利用期限	24カ月以内	利用期間の制限なし	
職員配置	【サービス管理責任者】 1名 【職業指導員・生活支援員】 6：1で配置 【就労支援員】 15：1で配置	【サービス管理責任者】 1名 【職業指導員・生活支援員】 10：1で配置	

職員の職場訪問を自立支援法に規定するなど、連携の具体策が示されている。働き方もメニューを多様化させており、特例子会社制度のほか、今回短時間労働（週20-30時間）の雇用率算入、在宅就業障害者支援策も設けられ、精神障害者の雇用促進に向け徐々に環境が整えられてきている。

3. 精神障害者の雇用に関する医療の役割

精神障害には、障害と疾病を併せ持つという障害特性がある。とくに、ストレスに対する脆弱性、対人関係調整能力の低下、易疲労性、服薬による集中力の低下・思考力の低下などに対する医療サイドの支援が必要となる。医療の支援・関与は、疾病や薬物療法についての情報提供に止まらず、個々の精神障害者に適した作業内容、作業手順、作業時間、作業環境（音や光の刺激など）、関係のとり方など多面的な内容が含まれる。継続的な医療の支援・関与を必要とすることから、事業主、就労支援機関職員、福祉関係者、行政機関職員を対象とした地域連携パスが近い将来考案されるものと思う。

近年、厳しい経済環境などによる心身の過重な負荷・ストレスから、労働者にうつ病の発症や自殺が多発し社会問題化している。厚生労働省は、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」

（2000年）を見直して「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2006年）を策定し、事業主に事業所内でのメンタルヘルスケア推進を義務付けた。事業所内に、産業医や心の健康づくり専門スタッフを置く企業も現れているが、産業医学振興財団が産業医に対して行った調査によれば中核となる産業医の多くは嘱託医であり、事業所内のメンタルヘルスケア対策は緒についたばかりである。このような状況の中、雇用された精神障害者への援助を行う精神科医療スタッフが従業員のメンタルヘルスのために助言・指導・啓蒙活動を行うことは、障害者の職場定着だけでなく全従業員に対するメンタルヘルスケアにつながると思われる。

おわりに

自立支援法は、障害とそれにとまなう生活問題ではなく、人と生活に焦点が当てられている。自立支援法の成立を、年齢や障害の有無にかかわらず等しく人間として尊重され生活できる社会を実現する足がかりとしたい。精神科医療も、入院医療中心から

の脱皮を図るだけでなく、精神的健康づくりと精神病の一次予防を主要な柱の1つに加え、地域社会に貢献する時代を迎えているといえよう。

今回の自立支援法で特に危惧されるのは、自治体財政状況の違いからおきる“市町村格差”の発生であることを最後につけ加えておきたい。

〔参考文献〕

- 1) 厚生統計協会：社会福祉の概念と歴史。厚生指標 53巻12号 国民の福祉の動向。p.30-41, 東京, 厚生統計協会, 2006
- 2) 谷野亮爾, 井上新平, 猪俣好正ほか：精神保健法から障害者自立支援法まで。東京, 精神看護出版, 2005
- 3) 厚生統計協会：障害者プランの進捗状況と新障害者プランの目標値。厚生指標 53(12), 国民の福祉の動向 p.98, 2006
- 4) 厚生統計協会：精神障害者保健福祉手帳交付者数の推移。厚生指標 53(12), 国民の福祉の動向 98, 東京, 厚生統計協会, 2006
- 5) 精神保健福祉対策本部：精神病床に係る基準病床の計算式の見直し。精神保健医療福祉の改革ビジョン, 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 2004
- 6) 東京都福祉局障害者施策推進室：施設・施設利用者状況の実態調査結果。障害者自立支援法の施行に伴う状況調査の結果について, p.21-22. 2006
- 7) 精神病床等に関する検討会：精神病床等に関する検討会 最終まとめ, 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 2004
- 8) 精神保健福祉白書編集委員会ほか：精神病床の推移。精神保健福祉白書 2006年版, p.150, 東京, 中央法規出版, 2006
- 9) Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization: GENEVA, 1996
- 10) 障害者自立支援法：「就労支援」の概要と視点。障害者自立支援法。東京, へるす出版, p.77-78, 2006
- 11) 厚生労働省：障害者の雇用・就労支援と職業能力開発の充実。厚生労働白書（平成18年度版）, 東京, ぎょうせい, 2006
- 12) 財団法人 産業医学振興財団：産業医活動に関する調査報告書。東京, 財団法人 産業医学振興財団, 2002