

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
(第23回)

議 事 次 第

1. 日時 平成21年9月10日(木) 10:00~12:30(目途)
2. 場所 全国都市会館 第1会議室(3F)  
東京都千代田区平河町2-4-2
3. 議事
  - 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(報告書案)について

---

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

資 料 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(案)

# 第23回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 座席表

日時：平成21年9月10日（木）10:00～

場所：全国都市会館3階 第1会議室

品川構成員 ○  
 末安構成員 ○  
 田尾構成員 ○  
 高橋構成員 ○  
 座長 ○  
 谷畑構成員 ○  
 寺谷構成員 ○  
 長尾構成員 ○  
 中島構成員 ○

佐藤構成員 ○  
 坂元構成員 ○  
 門屋構成員 ○  
 小川構成員 ○  
 大塚構成員 ○  
 上ノ山構成員 ○  
 伊藤構成員 ○  
 伊澤構成員 ○

○ 長野構成員  
 ○ 野沢構成員  
 ○ 広田構成員  
 ○ 町野構成員  
 ○ 三上構成員  
 ○ 山根構成員  
 ○ 良田構成員

○ 伊藤課長補佐  
 ○ 塚本 障害保健対策指導官  
 ○ 藤井企画課長  
 ○ 木倉 障害保健福祉部長  
 ○ 福田 精神・障害保健課長  
 ○ 林課長補佐  
 ○ 野崎課長補佐

事務局

速記

事務局席・関係者席

傍聴席・記者席

— 入口 —

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 構成員名簿

| 氏名      | 所属・役職                         |
|---------|-------------------------------|
| 伊澤 雄一   | 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 代表 |
| 伊藤 弘人   | 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部長   |
| 上ノ山 一寛  | 社団法人 日本精神神経科診療所協会 理事          |
| 大塚 淳子   | 社団法人 日本精神保健福祉士協会 常務理事         |
| 小川 忍    | 社団法人 日本看護協会 常任理事              |
| 門屋 充郎   | 特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター 理事長    |
| 坂元 昇    | 全国衛生部長会 副会長                   |
| 佐藤 茂樹   | 有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 副理事長     |
| 品川 眞佐子  | 特定非営利活動法人 ほっとハート 理事長          |
| 末安 民生   | 社団法人 日本精神科看護技術協会 会長           |
| 田尾 有樹子  | 社会福祉法人 巣立ち会 理事                |
| 高橋 忍    | 社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 理事     |
| 谷畑 英吾   | 滋賀県湖南市長                       |
| 寺谷 隆子   | 山梨県立大学人間福祉学部 教授               |
| 長尾 卓夫   | 社団法人 日本精神科病院協会 副会長            |
| 中島 豊爾   | 社団法人 全国自治体病院協議会 副会長           |
| 長野 敏宏   | 特定非営利活動法人 ハートinハートなんぐん市場 理事   |
| 野沢 和弘   | 毎日新聞社 論説委員                    |
| ◎ 樋口 輝彦 | 国立精神・神経センター 総長                |
| 広田 和子   | 精神医療サバイバー                     |
| 町野 朔    | 上智大学法学研究科 教授                  |
| 三上 裕司   | 社団法人 日本医師会 常任理事               |
| 山根 寛    | 社団法人 日本作業療法士協会 副会長            |
| 良田 かおり  | 特定非営利活動法人 全国精神保健福祉会連合会 事務局長   |

◎:座長  
(五十音順、敬称略)

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 第23回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 |  |
|------------------------------|--|

|            |    |
|------------|----|
| 平成21年9月10日 | 資料 |
|------------|----|

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

(案)

# 目次

## はじめに

### I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

### II 精神障害者の状況

1. 全般的状況
2. 外来患者の状況
3. 入院患者の状況
4. 受入条件が整えば退院可能な患者の状況

### III 改革ビジョンの後期重点施策群の策定に向けて

1. 改革ビジョンとその評価
2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

### IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築
  - ①入院医療の再編・重点化
  - ②疾患等に応じた精神医療等の充実
  - ③早期支援体制の検討
  - ④地域精神医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化
  - ⑤精神科医療機関における従事者の確保
2. 精神医療の質の向上
  - ①精神科における診療の質の向上
  - ②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上
  - ③研究開発の更なる推進・重点化
3. 地域生活支援体制の強化
  - ①地域生活を支える医療機能の充実・強化
  - ②障害福祉サービス等の拡充
4. 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施
5. 改革の目標値について

### V 今後の課題

## おわりに

## 1 はじめに

2

3 精神疾患については、その患者数が近年急増しており、平成 17 年には 300  
4 万人を超える水準となっている。我が国での調査結果では、4 人に 1 人(25%)  
5 が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験  
6 していることが明らかとなっている。また、WHO (世界保健機関) によると、  
7 1000 人に 7 人 (0.7%) が統合失調症に罹患している。精神疾患には、この  
8 ほか、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や発  
9 達障害等も含まれており、精神疾患は、国民に広く関わる疾患である。

10

11 一方で、精神疾患は、あらゆる年齢層、特に若年層で疾病により生じる負  
12 担が大きく、また、精神疾患にかかることにより稼得能力が低下することが  
13 あるなど、本人の生活の質の低下とともに、社会経済的な損失を生じている。  
14 また、平成 10 年以降 11 年連続で 3 万人を超える水準にある自殺の背景には、  
15 うつ病をはじめとした精神疾患が多く認められている。

16

17 こうしたことを踏まえると、精神疾患に対し適切な医療を提供し早期の症  
18 状の消退・改善を図るとともに、地域において、症状に応じて本人が望む生  
19 活を送れるように支援する体制を構築することは、精神障害者の生活の質の  
20 向上の観点だけでなく、健全な国民生活の発展を図る観点からも重点的に対  
21 応すべき課題である。

22

23 しかしながら、我が国における精神保健医療福祉については、長い間、長  
24 期にわたる入院処遇を中心に進められてきており、累次の制度改革を経ても  
25 なお、早期の症状改善を図るための入院医療体制の急性期への重点化や、地  
26 域における生活を支えるために必要な医療、福祉等の支援を提供する体制の  
27 整備は不十分なままであった。

28

29 精神保健医療福祉の改革については、こうした背景の下で、平成 16 年 9  
30 月に厚生労働省においてとりまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」  
31 (以下「改革ビジョン」という。)において、「入院医療中心から地域生活中  
32 心へ」という基本理念に基づき、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、  
33 「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱  
34 が掲げられている。

35

36 これまで、改革ビジョンに基づき、障害者自立支援法の制定や累次の診療  
37 報酬改定など、精神保健医療福祉の各側面にわたる具体的な施策が展開され  
38 てきている。改革ビジョンは、概ね 10 年間の精神保健医療福祉の見直しに  
39 関する具体的方向性を明らかにしたものであるが、本年 9 月がその中間点を

1 迎え、後期5か年の重点施策群の策定が予定されている。

2

3 本検討会においては、改革ビジョンに基づく取組の状況や、精神保健医療  
4 福祉を取り巻く状況等を踏まえながら、「今後も、『入院医療中心から地域生  
5 活中心へ』という基本的な方策を更に推し進め、精神障害者が地域において  
6 安心して自立した生活を送れるような社会としていく」との共通認識の下、  
7 精神保健医療福祉施策に関する抜本的見直しに向け、昨年4月から検討を開  
8 始したところである。昨年9月には、「これまでの議論の整理と今後の検討  
9 の方向性(論点整理)」をとりまとめ、以後、論点整理に沿って議論を行い、  
10 昨年末には、地域生活支援体制の強化に関する事項について、障害者自立支  
11 援法の施行後3年の見直しに向けた中間的なとりまとめを行ったところ  
12 ある。

13

14 さらに、本年3月からは、精神保健医療体系の再構築及び精神疾患に関す  
15 る理解の深化に関する事項について、精力的な議論を行ってきたところであ  
16 る。本検討会における議論は、計 回に及んだが、人員の充実等により精  
17 神医療の質を向上する、という基本的スタンスについては、本検討会の一致  
18 するところであった。

19

20 これまでの議論を踏まえ、ここに、中間まとめに盛り込まれた事項を含め、  
21 以下のとおり、改革ビジョンの後期5年間の重点施策群の策定に向けた本検  
22 討会としての意見のとりまとめを行う。

23

24

25

## 1 I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

2  
3 我が国の精神保健医療福祉施策については、明治 33 年の「精神病者監  
4 護法」の制定まで全国的な規制は存在していなかった。同法により、私宅、  
5 病院等での監置制度が設けられたが、私宅監置を容認していたため医療保  
6 健の面では極めて不十分であった。

7  
8 大正 8 年の精神病院法の制定を経て、戦後、昭和 25 年の精神衛生法の  
9 制定により、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度  
10 の創設を行い、それ以降、自宅や地域における処遇の問題を改善する観点  
11 から、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。

12  
13 その後、昭和 39 年にはいわゆる「ライシャワー事件」が起こり、昭和  
14 40 年には通院公費負担制度を創設し、在宅精神障害者の訪問指導・相談  
15 事業を強化するなどの精神衛生法の改正が行われた。この改正以降、精神  
16 障害者の社会復帰の推進を図ったものの、我が国においては、医療、福祉  
17 等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であった。このため、諸  
18 外国では一様に病床削減や地域生活支援体制の強化等により人口当たり  
19 病床数を減少させていたこの時期に、我が国では精神病床数を急速に増加  
20 させた。また、昭和 36 年 10 月の精神衛生法の改正による措置入院費の国  
21 庫補助率の引上げ等を背景として、措置入院患者数についても、昭和 35  
22 年の約 1.2 万人が昭和 45 年には約 7.7 万人でピークに達するなど急速な  
23 増加をみせた。

24  
25 さらに、その後、昭和 59 年に起こった、精神科病院における無資格者  
26 による診察等の実施や看護助手らによる暴行が行われた事件など、精神科  
27 病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をはじめとする精神障害者  
28 の人権擁護を求める声が高まり、それを背景に、昭和 62 年には、精神障  
29 害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復  
30 帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等  
31 を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から精  
32 神保健法へと改められた。

33  
34 障害者基本法（平成 5 年）の制定、精神保健及び精神障害者福祉に関す  
35 る法律への改正（平成 7 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）の成立等を  
36 経て、入院処遇から地域生活への方向転換が図られてきたが、地域生活を  
37 支える医療・福祉サービスの提供体制が十分でないことや、精神疾患や精  
38 神障害者への理解が十分でなかったこと等の理由により、その成果は未だ  
39 十分実を結んでおらず、依然として多くの長期入院患者が存在している。



## 1 II 精神障害者の状況

### 2 1. 全般的状況

3 ○ 「患者調査」(厚生労働省統計情報部)によると、精神疾患患者は  
4 平成11年以降急速に増加しており、特に、外来患者数は、平成11  
5 年に170万人であったものが、平成17年には267.5万人と、6年間  
6 で約1.6倍となっている。

7 ○ 入院患者については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という  
8 方向を掲げてきたが、精神病床の入院患者は、平成8年以降、32万  
9 人から33万人の間で推移している。また、精神病床以外に入院して  
10 いる患者も含め、精神疾患を主傷病として入院している者の数は、認  
11 知症患者の増加を背景として、平成11年で34.1万人、平成17年で  
12 35.3万人となっており、年々増加する傾向にある。

### 13 14 2. 外来患者の状況

15 ○ 患者調査(平成17年)によると、精神疾患による外来患者は267.5  
16 万人であり、そのうち、うつ病を含む気分(感情)障害が89.6万人  
17 (33%)と最も多く、神経症性障害等(58万人(22%))と統合失調  
18 症(55.8万人(21%))がそれに続いている。

19 ○ 外来患者数の変化をみると、うつ病を含む気分(感情)障害とアル  
20 ツハイマー病等の認知症で急増しており、平成17年には、平成11  
21 年との比較で、それぞれ、48.0万人(115%)、14.4万人(153%)と  
22 倍以上に増加している。

### 23 24 3. 入院患者の状況

#### 25 (1) 入院患者の静態の分析

26 (疾患による分析)

27 ○ 患者調査(平成17年)によると、精神病床に入院する患者32.4  
28 万人のうち、統合失調症患者が19.7万人(61%)と最も多く、アル  
29 ツハイマー病等の認知症患者が5.2万人(16%)で続いている。

30 ○ 平成11年からの変化をみると、統合失調症患者が1.5万人(7%)  
31 減少する一方で、認知症患者が1.5万人(42%)増加しており、高齢  
32 化の進行を踏まえると、今後、精神病床において、認知症を主傷病と  
33 して入院する患者が更に増加する可能性がある。

34 ○ 平成14年及び平成17年の患者調査の結果に基づき、精神病床にお  
35 ける統合失調症患者数の将来推計を試みると、平成26年には17.2  
36 万人(対平成17年 2.5万人減少)、更に平成32年には14.9万人(対  
37 平成17年 4.7万人減少)となると推計される。

1 (年齢階級による分析)

2 ○ 患者調査によると、精神病床の入院患者の年齢分布は、65歳以上  
3 の高齢者の割合が増加を続けており、平成17年調査では13.9万人  
4 (43%) に上っている。

5 ○ 特に統合失調症患者についてみると、精神病床に入院する患者の推  
6 計平均年齢は、平成5年に50歳であったが、平成17年には56歳と  
7 なっている。

8  
9 (入院期間による分析)

10 ○ 患者調査(平成17年)によると、精神疾患入院患者の入院期間別  
11 の分布は、1年未満入院患者が約12.2万人(35%)、1年以上5年未  
12 満入院患者が約10.2万人(29%)、5年以上10年未満入院患者が4.7  
13 万人(13%)、10年以上入院患者が約8.1万人(23%)となっている。

14 ○ これを平成11年と平成17年で比較すると、1年未満入院患者数が  
15 1.4万人(13%)、1年以上5年未満入院患者数が1.1万人(12%)  
16 増加する一方で、10年以上入院患者数は1.3万人(13%)減少して  
17 いる。

18 ○ また、疾患毎にみると、統合失調症では、1年未満入院患者と1年  
19 以上5年未満入院患者がそれぞれ22.9%及び25.3%である一方、10  
20 年以上入院患者の割合は35.9%となっている。うつ病を含む気分(感  
21 情)障害ではその6割強が1年未満入院患者であり、認知症では1  
22 年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ約42%とな  
23 っている。このように、疾患によって入院期間による分布は大きく異  
24 なっている。

25 また、入院期間が長期化するほど、総数に占める統合失調症患者の  
26 割合が高くなる傾向にあり、10年以上入院患者では約85%に上って  
27 いる。

28 ○ さらに、これを平成11年と平成17年の比較で見ると、10年以上  
29 入院患者数の減少は統合失調症で顕著であり、平成11年調査との比  
30 較では、1.2万人(14%)の減少となっている。1年未満入院患者数  
31 の増加は、統合失調症やうつ病を含む気分(感情)障害でも増加して  
32 いるものの、認知症で特に増加が著しく、その増加は、平成11年か  
33 ら平成17年までの間で1.1万人(43%)となっている。また、1年  
34 以上5年未満入院患者数の増加は、認知症患者が平成11年から平成  
35 17年までの間で1.2万人(53%)増加していることが主な要因とな  
36 っている。

- 1 ○ 以上の現状を踏まえると、今後は、入院患者の高齢化も念頭に置き  
2 ながら、統合失調症患者を中心に地域生活への移行及び地域生活の支  
3 援を一層推進するとともに、増加する認知症患者への入院医療のあり  
4 方の検討を行うことが課題となっている。

## 6 (2) 入院患者の動態の分析

7 (入院期間1年未満患者の動態)

- 8 ○ 精神保健福祉資料（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・  
9 障害保健課）によると、精神病床における年間新規入院患者数は、平  
10 成14年に33.2万人であったものが、平成15年では35.6万人（前年  
11 比2.4万人(7%)増）、平成16年では37.8万人（前年比2.2万人(6%)  
12 増）と、年々増加している。
- 13 ○ 他方、退院患者数についても、年間新規入院患者数と同程度の水準  
14 で推移しており、在院期間1年未満での退院が新規入院患者数の増加  
15 とほぼ同程度増加している。新規入院患者のうち入院期間1年以上に  
16 移行、つまり、新たに長期入院となる患者の数は、毎年5万人程度で  
17 横ばいとなっている。その結果として、病院報告（厚生労働省統計情  
18 報部）における精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成18年  
19 には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている。
- 20 ○ また、精神保健福祉資料によると、精神病床における新規入院患者  
21 の87%が入院から1年以内に退院しており、平成11年と比較しても、  
22 その割合は高まっている。また、退院患者のうち、在院期間が1年未  
23 満で退院した患者の割合も約87%と高くなっている。
- 24 ○ このように、精神病床においては、1年未満の入院期間について、  
25 新規入院患者と退院患者が同程度増加し患者の入れ替わりが頻繁に  
26 起こっており、入院の短期化が進んでいるといえる。
- 27 ○ 一方で、認知症に対する急性期医療を行う専門病棟である認知症疾  
28 患治療病棟についてみると、新規入院患者のうち1年以内に退院する  
29 患者は約60%にとどまっており、精神病床全体と比較して、認知症  
30 患者の入院が長期化する傾向が明らかとなっている。
- 31 ○ 今後は、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を  
32 促すとともに、地域における医療・福祉・介護等必要なサービスの確  
33 保のための取組を更に強化し、認知症患者を含め新たな長期入院患者  
34 を生み出さないようにすることが課題となっている。

1 (入院期間1年以上患者の動態)

2 ○ その一方で、在院期間1年以上での退院は毎年5万人弱で推移して  
3 いるが、新たに入院期間1年以上となる患者数が毎年5万人程度であ  
4 るため、その結果として、1年以上入院患者数は23万人弱で大きく  
5 変化していない。

6 ○ また、入院期間1年以上患者は全体の65%を占めているが、退院  
7 患者のうち、在院期間が1年以上で退院した患者の割合は約13%で  
8 あり、そのうち転院や死亡による退院は約6割となっている。これに  
9 対し、退院患者のうち、在院期間が5年以上で退院した患者の割合は  
10 わずか4%にとどまり、そのうち転院や死亡による退院は7割以上と  
11 なっており、入院期間が長期化するほど、転院や死亡による退院の割  
12 合が高くなっている。

13 ○ このように、入院の短期化が進んでいる一方で、入院期間1年以上  
14 の長期入院患者では、その動態に近年大きな変化がみられておらず、  
15 今後、どのように地域移行を進め、長期入院患者の減少を図っていく  
16 かが課題となっている。

### 18 (3) 入院患者の状態像の分析

19 (身体合併症の状況)

20 ○ 「精神病床の利用状況に関する調査」(平成19年度厚生労働科学研  
21 究こころの健康科学事業により実施。以下「病床調査」という。)に  
22 よると、精神病床入院患者の約14%が、入院治療が適度な程度の身  
23 体合併症を有している。

24 ○ これを統合失調症患者についてみると、その割合は約10.5%とな  
25 っており、高齢になるにしたがってその割合は高まり、65歳以上で  
26 は約16%となっている。

27 ○ 認知症患者については、その大半が高齢であることを背景として、  
28 この割合は高まり、約25%となっている。

29 ○ 精神科患者の高齢化が進む中で、今後、精神・身体合併症に対応す  
30 る機能を更に確保していくことが課題となっている。

31  
32 (ADLの支援及びIADLの困難度の状況)

33 ○ 病床調査の結果から、統合失調症患者におけるADL(日常生活動  
34 作:食事、入浴、移動等)やIADL(手段的日常生活動作:買い物、  
35 薬の管理、金銭管理等)への支援の必要性和退院可能性の関係をみる  
36 と、ADLやIADLへの支援の必要性和高まるほど、「状態の改善は見込

1 まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」とされ  
2 る割合が高くなる傾向が明らかとなっている。

3 ○ 統合失調症患者の年齢との関係については、高齢になるにしたがっ  
4 て、ADL や IADL への支援、特に ADL への支援の必要性が高くなって  
5 いる。

6 ○ また、認知症による入院患者の 6 割強について、ADL への濃厚な支  
7 援が必要とされている。

8 ○ 統合失調症患者の退院後の適切と考えられる「居住の場」について  
9 は、65 歳以上の患者で、介護老人保健施設又は介護老人福祉施設と  
10 する割合が、合計で 3 割以上となっている。

11 ○ また、別の調査研究（「認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予  
12 備的研究」（厚生労働科学特別研究事業により実施。）によると、90  
13 日を超えて認知症の精神科専門病棟に入院する患者のうち約 5 割弱  
14 が退院可能とされているが、これらの患者が退院に結び付かない理由  
15 として、「転院・入所順番待ち」が約 54% と最も多くなっている。

16 ○ 上記を踏まえると、認知症患者を含む高齢精神障害者の退院を進め  
17 るためには、介護保険施設を含めて、ADL や IADL への支援を必要と  
18 する高齢精神障害者にふさわしい生活の場をどのように確保するか  
19 が課題となっている。

#### 21 4. 受入条件が整えば退院可能な患者の状況

22 ○ 改革ビジョンでは、患者調査の「受入条件が整えば退院可能」な患  
23 者（平成 14 年調査で 6.9 万人）について、精神病床の機能分化・地  
24 域生活支援体制の強化など、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編  
25 と基盤強化を全体的に進めることにより、10 年後の解消を図ること  
26 としている。

27 ○ 平成 17 年患者調査では、精神病床の入院患者のうち、受入条件が  
28 整えば退院可能な患者は約 7.6 万人で約 23% となっており、その詳  
29 細は以下のとおりとなっている。

30 ・ 入院期間別にみると、1 年未満入院患者が約 2.5 万人（受入条件  
31 が整えば退院可能な患者の約 33%）、1 年以上 5 年未満入院患者が  
32 約 2.2 万人（同約 30%）、5 年以上 10 年未満入院患者が約 1 万人（同  
33 約 14%）、10 年以上入院患者が 1.7 万人（同約 24%）となってい  
34 る。

35 ・ 年齢別にみると、受入条件が整えば退院可能な患者のうち 55 歳  
36 未満の患者は約 30%、55 歳以上の患者は約 70% となっている。65

1 歳以上の患者は 45%を占めている。

- 2 ・ 疾患別でみると、統合失調症の患者が約 4.4 万人で約 6 割を占め、  
3 認知症患者が約 1.3 万人で約 18%となっている。

4 ○ 病床調査においても同様の項目について調査を行っており、ここで  
5 は「受入条件が整えば退院可能」な患者の割合は約 34%に上り、平  
6 成 17 年患者調査の結果よりも高い割合となっている。

7 ○ 病床調査では、「居住先・支援が整った場合の退院の可能性」につ  
8 いても調査を行っており、これもあわせて分析を行うと、受入条件が  
9 整えば退院可能な患者のうち「現在の状態でも、居住先・支援が整え  
10 ば退院可能」な患者は約 16%（全体の約 5%）、「状態の改善が見込ま  
11 れるので、居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約 73%（全体  
12 の約 25%）となっている。

13 ○ 一方で、病床調査の結果によると、将来の状態の改善と居住先・支  
14 援の確保のいずれかが整えば退院が可能となる患者の割合が入院患  
15 者の 6 割強となっており、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援  
16 を整えても近い将来退院の可能性なし」とされた患者が約 4 割に上っ  
17 ている。

18 ○ 統合失調症患者では、全体の約 45%が「近い将来退院の可能性な  
19 し」とされている。統合失調症の入院患者のうち、身体疾患が入院治  
20 療を要する程度にある患者及び身体疾患は入院治療を要する程度に  
21 はないが精神症状が重度な患者は全体の 5 割弱にとどまっているが、  
22 そのうち「近い将来退院の可能性なし」とされる患者の割合は、いず  
23 れも約 6 割程度と高くなっている。

24 その他の患者、すなわち、身体疾患が入院治療を要する程度になく、  
25 かつ、精神症状が重度でない患者のうち、ADL 又は IADL の低下に対  
26 する濃厚な支援が必要な患者は入院患者全体の約 3 割となっており、  
27 そのうち「近い将来退院の可能性なし」とされたのは約 4 割程度とな  
28 っている。

29 さらに、上記のいずれにも該当しない患者は、全体の約 2 割強であ  
30 るが、このうち、「近い将来退院の可能性なし」とされた患者はその  
31 2 割弱と更に低くなっている。

32 ○ また、認知症患者では「近い将来退院の可能性なし」とされた患者  
33 は約 4 割程度であるが、退院の可能性がない主な理由についてみると、  
34 「セルフケア能力の問題」が 5 割強に上っている。

35 ○ これらのデータからは、「受入条件が整えば退院可能」という判断  
36 については、評価者によっては、居住先や支援の確保の状況に加え将

1 来の状態の改善の見込みを反映している可能性があることが示唆さ  
2 れている一方で、ADL や IADL の障害を主たる原因として入院する患  
3 者の存在が明らかとされており、また、精神症状以外の側面が退院を  
4 阻害する大きな要因となっていることも示唆されている。  
5

### 1 Ⅲ 改革ビジョンの後期重点施策群の策定に向けて

#### 2 1. 改革ビジョンとその評価

##### 3 (1) 改革ビジョンにおける目標について

4 ○ 改革ビジョンにおける達成目標としては、以下の事項が掲げられて  
5 いる。

##### 6 ①国民意識変革の達成目標

- 7 ・ 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であるこ  
8 とについての認知度を90%以上とする

9 (考え方)

10 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよ  
11 う精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

##### 12 ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

- 13 ・ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする
- 14 ・ 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする

15 (考え方)

16 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  
17 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  
18 よう良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制整備を促す。

19 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、  
20 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  
21 の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

22 ○ 一方で、改革ビジョンにおいては、上記の達成目標のほかに、受入  
23 条件が整えば退院可能な者約7万人の解消や精神病床数約7万床の減  
24 少について記載されているが、これらは、以下のとおり、改革ビジョ  
25 ンに盛り込まれた施策の実施や上記の精神保健医療福祉体系の再編  
26 に関する目標に向けた取組により達成が期待されるものという位置  
27 付けで設けられたものであった。

##### 28 ①「受入条件が整えば退院可能な者」について

- 29 ・ 改革ビジョンの基本方針において、「受け入れ条件が整えば退  
30 院可能な者約7万人については、全体的に見れば、入院患者全体  
31 の動態と同様の動きをしており、精神病床の機能分化・地域生活  
32 支援体制の強化、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤  
33 強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図るもので  
34 ある。」とされている。

##### 35 ②精神病床数について

- 36 ・ 改革ビジョンにおいては、精神保健医療福祉体系の再編の達成  
37 目標である、各都道府県の平均残存率（1年未満群）の目標（24%  
38 以下）及び退院率（1年以上群）の目標（29%以上）を達成する  
39



1 ことにより、都道府県が医療計画において定める「基準病床数」  
2 が減少することをもって、病床数の減少（2015年には約7万床  
3 相当）が促されるとされている。

## 5 (2) 改革ビジョンにおける目標の達成状況について

6 ○ データの制約により、障害者自立支援法の制定や診療報酬改定にお  
7 ける対応など、直近の状況を踏まえた評価は不十分とならざるを得な  
8 い点には留意が必要であるが、改革ビジョンにおける目標の達成状況  
9 については、以下のとおり評価される。

10 ○ 「国民意識変革の達成目標」として掲げた、「精神疾患は生活習慣  
11 病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を  
12 90%以上とする。」との目標については、広く国民を対象に「こころ  
13 のバリアフリー宣言」等の普及啓発を行ってきた結果、平成18年時  
14 点で82.4%と、一定の成果が認められている。しかしながら、統合  
15 失調症に関する理解が遅れているなど、精神障害に関する国民の理解  
16 は未だ十分ではない。

17 ○ 「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標」として掲げた目標につ  
18 いては、

19 ・ 「各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下にする」と  
20 という目標については、直近の状況は明らかではないものの、入院医  
21 療の急性期への重点化等を背景に、平均残存率の趨勢としては減少  
22 傾向にあり、平成18年時点で29.7%となっている。

23 ・ また、「各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上にする」  
24 との目標については、改革ビジョン策定以降、一貫して上昇傾向に  
25 あり、平成18年時点で23.0%となっている。

26 ※ ただし、これらの指標、特に退院率については、転院等の頻度と関連が  
27 あり、転院等を退院に計上しない場合には、その上昇の度合いは小さくな  
28 る。

29 ○ 「受入条件が整えば退院可能な者」については、改革ビジョン策定  
30 時には、平成14年の患者調査に基づき約7万人とされていたが、直  
31 近の平成17年の同調査では、約7.6万人となっている。

32 ○ 精神病床数については、改革ビジョンを踏まえて平成18年4月に  
33 見直しを行った後の新しい算定式に基づいて、各都道府県において基  
34 準病床数を算定した結果、平成20年4月時点での基準病床数の全国  
35 総数は、改革ビジョンで示した2010年時点での基準病床数の試算を  
36 下回る水準となっている。しかしながら、改革ビジョン策定以降、入  
37 院医療の急性期への重点化や長期入院患者の地域移行など、精神病床

1 数の減少に資する施策を講じてきたものの、精神病床数そのものは、  
2 ほとんど減少していない。

3 その背景には、地域資源がまだ十分に整備されていないことに加え、  
4 医療計画に定められた基準病床数の達成に向けた都道府県による取  
5 組や、患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じた個々の医  
6 療機関による医療の質の向上のための取組を直接に支援する施策が  
7 不十分であったことがあると考えられる。

### 9 (3) 改革ビジョンの目標設定に関する評価

#### 10 ①国民意識変革の達成目標について

11 ○ 精神疾患に関する普及啓発には、①精神疾患の発症早期における適  
12 切な支援に結びつけるとともに、②精神障害者の地域移行を円滑にす  
13 る、といった効果が期待される。

14 ○ 一方で、「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対  
15 象とする普及啓発について目標値を定め推進していくことについて  
16 は、それによって、上記のような普及啓発の効果を十分に把握する  
17 ことは困難と考えられる。

#### 19 ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標について

20 ○ 在院患者数は新規入院患者数にも影響を受けることや、平均残存率、  
21 退院率の計算において転院や死亡を含めた全ての退院が、退院として  
22 計上されていることから、平均残存率、退院率による目標は、必ずし  
23 も在院患者数の減少の指標とならないという問題がある。

24 ○ また、疾患によって患者の動態は大きく異なっている一方で、平均  
25 残存率、退院率など、精神病床全体を包括した目標設定のみでは、統  
26 合失調症、認知症など、様々な分野の施策の効果が反映されにくく、  
27 進捗の管理が難しいという課題もある。

#### 29 ③「受入条件が整えば退院可能な者」について

30 ○ 改革ビジョンにおいて、10年後の解消を図るべきとした「受入条  
31 件が整えば退院可能な者7.6万人」の指標については、3年に1回の  
32 頻度で行われる患者調査における主観的な調査項目に基づいており、  
33 ・ 入院医療の急性期への重点化や精神医療の質の向上により、退  
34 院のハードルが下がれば下がるほど、かえってこの数値は大きく  
35 なることが予想されること  
36 ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」は、いずれの調査時点でも  
37 存在しており、その数値が統計上ゼロとなることは期待できない  
38 こと

1 等の理由から、経年的な施策の根拠としては、その効果や達成状況  
2 を適時に把握することができる別の客観的な指標が必要である。

#### 3 4 ④精神病床数について

- 5 ○ 精神病床数については、病床数の適正化により人員配置を充実し医  
6 療の質を向上させるという観点から、今後も引き続き誘導目標とし  
7 て掲げることが適当である。

### 8 9 2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

- 10 ○ 現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神  
11 障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立った  
12 上で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づい  
13 て、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。

- 14 ○ 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及び精神障害  
15 者福祉に関する各法律に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動  
16 向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理  
17 念に基づく方策を更に推し進めるべきである。

- 18 ○ その際、以下のような視点を踏まえて、施策を推進すべきである。  
19 ・ 国民が、精神疾患にかかった場合にも、安心して早期に質の高い  
20 医療を受けることができ、入院した場合でもできる限り早期に地域  
21 生活に戻ることができるようにするという視点  
22 ・ 精神障害者が、地域において、本人の症状に応じて、日常的な外  
23 来・在宅医療や緊急時の救急医療等の医療サービスや、地域生活の  
24 支援や就労に向けた支援などの福祉サービス等を受けることがで  
25 き、長期に入院していた者も含めて、精神障害があっても地域にお  
26 いて安心して自立した生活を送ることができるようにするという  
27 視点  
28 ・ 医療サービスや福祉サービスに携わる従事者が、それぞれの役割  
29 に応じて、他の従事者とも連携しながら、精神障害者の希望や症状  
30 に応じたふさわしい支援を提供できるようにするという視点

- 31  
32 ○ 具体的には、以下の方向性で精神保健医療福祉改革の推進を図るべ  
33 きである。

#### 34 ①精神医療の質の向上

35 救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等の取組を通じ  
36 て地域における精神医療提供体制の構築を図り、また、個々の患者  
37 に提供される医療の質を向上させることにより、疾患や病期に応じ  
38 て人権に配慮した質の高い医療が提供される体制を作る。

1 ②地域生活を支える支援の充実

2 地域生活を支える救急医療や通院・在宅医療、障害福祉サービ  
3 スの充実等により、高齢の者も含め、精神障害者が、その希望や症  
4 状に応じて、地域において質が高い支援を十分に受けることができ  
5 る体制を作る。

6 ③精神疾患に関する理解の深化

7 精神医療の質の向上とあいまって、精神疾患に関する正しい理  
8 解を進め、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な支援が行われ、  
9 かつ、精神障害者が地域の住民として暮らしていくことができる社  
10 会を構築する。

11 ④地域生活への移行・定着支援

12 ①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入  
13 院している精神障害者をはじめとして、それぞれの特性を踏まえつ  
14 つ、地域生活への移行・定着が円滑に行われる流れを作る。

15 ○ これらを踏まえ、改革ビジョンの後期5か年の重点施策群において  
16 は、精神保健医療の改革のための施策を中核として位置付けた上で、  
17 以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

18 1) 精神保健医療体系の再構築

19 2) 精神医療の質の向上

20 3) 地域生活支援体制の強化

21 4) 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施  
22

## 1 IV 精神保健医療福祉の改革について

### 2 1. 精神保健医療体系の再構築

#### 3 (1) 現状

4 ○ 精神疾患には、統合失調症、うつ病等の気分障害のほか、認知症や  
5 依存症、発達障害等も含まれている。

6 ○ このため、国民が精神疾患にかかった場合に、質の高い支援を受け  
7 ることができるようにするためには、精神科医療施設における機能や  
8 連携の強化はもとより、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業  
9 者、学校等の関係機関とも十分な連携を図りつつ、地域において、幅  
10 広いニーズに早期かつ適確に応えることのできる精神医療提供体制  
11 を構築していく必要がある。

12 また、その際、個々の医療機関による努力に加え、都道府県等が中  
13 心となって、地域全体の状況を把握・分析し、それに基づいて、地域  
14 精神医療提供体制の確保・改善を図る仕組みとしていくことも重要で  
15 ある。

16 ○ 特に、我が国の精神医療は、長い間、長期にわたる入院による処遇  
17 を中心としてきている。近年では、入院医療の急性期化が進み、新た  
18 な入院患者の多くは早期に退院できる傾向が強まってきているが、入  
19 院医療から地域医療へと重点を移していくことに加え、入院医療その  
20 ものについても、人員の充実等による急性期への更なる重点化を進め  
21 るとともに、高齢化に伴ってニーズが高まっている認知症や精神疾患  
22 と身体疾患の双方を併せ持つ患者に対応できるよう、その再編を行う  
23 ことが急務となっている。

24 ○ ここで、我が国の精神保健医療体系の現状をみると、精神病床数は、  
25 平成10年以降、減少傾向が続いてはいるものの、ほぼ横ばいとなっ  
26 ている。病院類型でみると、特に、一般病院での減少が著しく、平成  
27 10年と比べると6千床近く減少しているのに対し、精神科病院では、  
28 横ばいとなっている。

29 一方で、諸外国では、1960年代以降、一様に病床削減や地域生活  
30 支援体制の強化等の施策を通じて人口当たり病床数を減少させてき  
31 ているが、我が国における精神病床数は、1960年代に急速に増加し、  
32 現在でも依然高い水準となっている。なお、各国における精神病床の  
33 定義の違いについては考慮する必要がある。

34 ○ 一般診療所数は近年増加の一途をたどっているが、精神医療に対す  
35 るニーズの高まり等を背景として、精神科、神経科若しくは心療内科  
36 のいずれかを主たる診療科とし、又はいずれかの診療科のみを標榜す  
37 る診療所の合計は、それを大きく上回る勢いで増加しており、平成8

1 年から平成 17 年までの間で、ほぼ 2 倍に増加している。

2 ○ 精神科医は、全体として増加傾向にあるが、精神科又は神経科を標  
3 榜する診療所数の増加の影響もあって、診療所に勤務する精神科医の  
4 増加が顕著である。平成 6 年と平成 18 年の比較でみると、病院に勤  
5 務する精神科医の増加が 15%にとどまるのに対し、診療所に勤務す  
6 る精神科医は、2.3 倍に増加している。

7 ○ 我が国における医師以外の精神医療従事者数については、精神科病  
8 院に勤務する看護師、作業療法士、精神保健福祉士の数は、平成 11  
9 年以降大きく増加している。

10 これを諸外国との比較でみると、人口当たり従事者数は、精神科看  
11 護師数は比較的高い水準にあるが、精神科ソーシャルワーカーの数は  
12 低い水準にとどまっている。さらに、人口当たり病床数が多いことを  
13 背景として、医療従事者 1 人当たりの病床数は、精神科看護師、精神  
14 科ソーシャルワーカーのいずれでも諸外国と比較して多くなってい  
15 る。

#### 16 17 ①入院医療の現状

18 ○ 医療法上の精神病床の医師・看護師等の人員配置標準は、医師が入  
19 院患者 48 人に 1 人（一般病床では 16 人に 1 人）、看護職員が入院患  
20 者 4 人に 1 人（一般病床では 3 人に 1 人）と、一般病床より低くなっ  
21 ている。さらに、平成 13 年の人員配置標準の改正時の経過措置とし  
22 て、当分の間、看護職員配置について、入院患者 5 人に 1 人（看護補  
23 助者と合わせて入院患者 4 人に 1 人）とすることが認められている。

24 ○ 診療報酬においては、在院日数の短い病棟など、急性期を中心に高  
25 い人員配置を評価する体系となっている。

26 ○ 重症の者を含め、入院患者に良質の医療を提供し早期の退院を促す  
27 ためには、手厚い人員配置を確保することが望ましく、医療の質を高  
28 めるためには、現在の人員配置基準では不十分であるという指摘があ  
29 る。

30 ○ 精神病床においては、同一病棟であっても様々な状態像の患者が入  
31 院しているが、個々の患者の精神症状等の状態像やケアに要する手間  
32 等による評価体系とはなっていないという指摘がある。

33 ○ 精神病床には、精神症状は落ち着いているが、ADL の低下した患者  
34 や、身体合併症を有する患者も多く入院しており、長期入院患者の高  
35 齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

1           ア 統合失調症

2           ○ 統合失調症の入院患者数については、地域移行等の努力が現状通り  
3           であった場合、今後減少することが予想される。

4           ○ 一方、ADL や IADL の障害を主たる原因として入院しているなど、  
5           居住先や支援が整えば退院できる患者が存在することを踏まえると、  
6           福祉サービスの供給量を増加させ、また、精神科救急医療、訪問看護  
7           等の地域生活を支える医療の充実を図ることにより、入院患者数を現  
8           状がそのまま推移した場合の予測値よりも更に減少させることが可  
9           能と考えられる。

10  
11           イ 認知症

12           ○ 我が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増  
13           加が予測される。

14           ○ 認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定  
15           診断、療養方針の決定、症状の変化に対応した療養方針の見直しを行  
16           う機能、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADL の低  
17           下や IADL の著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD（認知症  
18           の行動・心理症状）に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に  
19           対する医療の提供に大別される。

20           ○ これらのうち、①の機能や、④のうち BPSD の急性期に対する医療  
21           の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と考えられる。

22           ○ また、⑤については、BPSD が入院を要する程度にある場合におい  
23           て、BPSD に対する医療の提供とあわせて、

24           (ア) 総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が  
25           急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、

26           (イ) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割  
27           を担う

28           ことが求められている。

29           ○ 鑑別診断、BPSD や急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患  
30           者に対する専門医療を提供できる体制の確保・普及を図ることが必要  
31           であるが、その一方で、認知症病棟をはじめとする精神病床において  
32           は、専門的な医療機能を発揮する上で、人員配置、身体合併症に対応  
33           する機能等が十分でないとの指摘がある。

34           ○ 一方、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増  
35           加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD  
36           等の症状の消退後等にも、退院先の確保待ちやセルフケア能力の支援

1 等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要さない状態でも入院  
2 を継続している者が存在している。

3 ○ このように、医学的に精神病床への入院が必要な者は、現在の入院  
4 患者の中では一定割合であるものと考えられ、また、BPSD や身体合  
5 併症等の患者の症状に対応する専門医療の資源が十分有効に機能し  
6 ていないという課題がある。

7 ○ 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との  
8 連携を図るため、認知症疾患医療センターの整備が進められているが、  
9 現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足してい  
10 る。

11 ○ 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、  
12 療養病床を有する医療機関や介護老人保健施設（介護療養型を含む。）  
13 等において対応するための機能や、実際に受け入れられる施設が十分  
14 でないとの指摘がある。

#### 15 16 ウ 身体合併症

17 ○ 精神科患者の高齢化や、自殺企図等の患者に適切な診療が求められ  
18 る中で、精神・身体合併症に対応する診療機能のニーズが増大してい  
19 るが、従事者が未習熟、他科の医師のサポートが得られにくいこと等  
20 を背景として、一般病床、精神病床のいずれにおいても、精神・身体  
21 合併症患者への対応が十分でない。

22 ○ 急性期の身体疾患の治療後等を含め、身体疾患を有する精神疾患患  
23 者の入院を受け入れる医療機関が乏しいとの指摘がある一方、精神科  
24 病院の入院患者の高齢化に伴い、このような医療のニーズが増大して  
25 いる。

26 ○ いわゆる総合病院精神科（以下、「総合病院精神科」という。）につ  
27 いては、精神・身体合併症の入院診療を提供することが期待されてお  
28 り、また、このような入院診療の提供や各科連携した総合的な医療機  
29 能、全身麻酔下での十分な身体管理が必要な m-ECT（修正電気けいれ  
30 ん療法）の実施等の様々な機能を発揮するため、一般病床と同等の医  
31 師の配置を行うこととなっている。

32 ○ 総合病院精神科における、特に急性期の身体合併症対応機能の充実  
33 を図るための入院料の創設等が行われているが、その普及はまだ十分  
34 に進んでおらず、医療の内容も異なるため単純な比較はできないもの  
35 の一般病床との間で収入に差があることや、勤務の負荷を背景とした  
36 精神科医の不足等を要因として、総合病院精神科において、廃止や病



1 床の縮小が相次いでいる。

2  
3 **エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）**

- 4 ○ 統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数は、  
5 近年やや減少傾向にあるが、この中には、気分障害等の患者が増加し  
6 ている疾患や依存症等の今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含ま  
7 れている。

8  
9 **②疾患等に応じた精神医療の現状**

10 **ア 気分障害**

- 11 ○ 精神科を受診する気分障害患者は近年著しく増加しているが、気分  
12 障害は自覚症状が多様なため、精神科を受診していない患者が多く、  
13 特にかかりつけ医等で見逃されている場合が多いと考えられる。
- 14 ○ また、気分障害については、薬物療法、精神療法等の精神科治療の  
15 標準化が進んでいないほか、社会復帰への取組が十分でないことに加  
16 え、慢性・遷延例の治療への対応が十分でない指摘されている。

17  
18 **イ 依存症**

- 19 ○ これまでの薬物・アルコール対策は、薬物・アルコールの不適正使  
20 用・有害使用の防止に重点がおかれ、依存症に対する治療的な視点が  
21 乏しく、対策が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けに  
22 くい状況が生み出されていると指摘されている。
- 23 ○ 依存症治療においては、医療、リハビリ施設、自助グループ等の様々  
24 な試みが行われているが、それらの役割等が不明確であるという指摘  
25 がある。
- 26 ○ また、依存症のリハビリ施設については、障害者自立支援法のサー  
27 ビス形態の活用の例があるものの運営のモデルは確立されておらず、  
28 運営が不安定であるとの指摘がある。

29  
30 **ウ 児童・思春期精神医療**

- 31 ○ 児童・思春期精神医療は、発達障害児への支援や、精神疾患の早期  
32 発見・早期支援の観点からも重要である。
- 33 ○ 一方で、児童・思春期精神科を専門とする医師の養成不足や、精神  
34 科医の対応力の不足、児童・思春期患者の診療にマンパワーや時間が  
35 かかること等を背景に、専門的に対応できる医療機関や医師が少なく、  
36 医療提供体制が需要に対応しきれていない。

### ③発症早期における支援の現状

- 統合失調症については、その発症年齢は10代から20代に集中している。海外の研究では、統合失調症の発症から治療に至るまでの未治療期間（DUP）が短い方が、予後が良好であることが示唆されているほか、発症早期の適切な治療により予後が改善することが明らかになっているが、我が国では、発症から治療開始までに平均約14ヶ月かかっているとの報告がある。
- 早期支援については、海外において、統合失調症の初回発症から2～5年（臨界期）の包括的支援の取組の例があるが、我が国においては標準的な支援方法が確立されていない。
- また、精神科医療体制の中で、専門的・包括的な診療・支援を提供する場に10代から20代の若年者やその家族がアクセスしにくい、という課題もある。
- 一方で、精神科以外の医療機関、行政等の相談機関、学校等においても、早期発見・早期支援の意義が十分認識されていないとの指摘があることに加え、これらの機関において、統合失調症等の精神疾患を早期に発見し適切な専門医療機関に紹介する体制が未確立である。

### ④地域精神医療提供体制と精神科医療機関の機能の現状

- 地域で生活する精神障害者の増加や、高齢化、疾病構造の変化等により、精神医療へのニーズは変化しつつあり、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて、精神障害者の地域生活を支えるための医療機能が求められている。
  - 特に、
    - ・ 在宅医療（訪問看護、危機介入等）
    - ・ 早期支援
    - ・ デイ・ケア等の機能強化・分化
    - ・ 精神科救急
    - ・ 身体合併症への対応
    - ・ 認知症等の高齢化への対応
    - ・ 専門的な機能（児童思春期・依存症等）
- 等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。
- また、精神科診療所が急速に増加する中で、地域医療において、精神科診療所が他の医療機関と連携して積極的な役割を果たすような体制の構築が課題となっている。
- 医療法に基づく医療計画は、都道府県が中心となって、地域におけ

1 　　る医療提供体制を構築する制度的な枠組みであり、各都道府県は、精  
2 　　神病床、一般病床等の病床の種別ごとに基準病床数を設定することと  
3 　　されているほか、国民全体の健康の保持増進において重要な課題であ  
4 　　る疾病（4疾病）及び地域で確保することが特に必要な事業（5事業  
5 　　（「救急医療等確保事業」））ごとに目標や医療連携体制（医療機関の  
6 　　機能分担・連携体制）について定めることとされている。しかしなが  
7 　　ら、精神医療については、精神科救急が救急医療の中に位置付けられ  
8 　　ているものの、精神医療全体として、いわゆる「4疾病5事業」に位  
9 　　置付けられていない。

- 10 ○ なお、精神科救急、訪問看護及びデイ・ケア等の現状については、  
11 「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

### 12

### 13 ⑤精神科医療機関における従事者の確保の現状

- 14 ○ 精神科（神経科を含む）に従事する医師数は、他科の医師と比較し  
15 て高い割合で増加してきているが、病院に勤務する医師の増加のペー  
16 スが鈍い一方、精神科診療所に勤務する医師は急速に増加しており、  
17 他科と同様、免許取得から10～20年程度で、病院等から診療所への  
18 勤務に移行する医師が多くなっている。

- 19 ○ 精神科に従事する看護職員等のコメディカルの数は、徐々に増加し  
20 ている。しかし、全科の看護職員の総数と比較すると、精神科に従事  
21 する看護職員の増加のペースは鈍い傾向にある。

### 22

### 23 (2) 改革の基本的方向性

24 精神保健医療体系については、今後、以下の基本的考え方に沿って具  
25 体的改革を実施すべきである。

- 26 ○ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直しなど、医療制度全体に係  
27 る近年の取組の状況や、医療・介護一体となった今後の改革の方向性  
28 も念頭に置きつつ、人員の充実を促すこと等を通じて、精神保健医療  
29 の水準の向上を目指す。

- 30 ○ 「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の実現に向け  
31 て、精神医療の提供体制についても入院医療を中心とする体制から地  
32 域で精神障害者を支える体制への再編を図る。

33 　　このため、これまで入院医療を中心に精神障害者の支援を担ってき  
34 た医療機関等が、円滑に、訪問診療、訪問看護等の地域生活を支える  
35 機能を充実させていくことを促すための方策を検討する。

- 36 ○ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患等（統合失調症、認知症、  
37 うつ病、児童・思春期、身体合併症等）に応じて、入院医療をはじめ

1 とする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や  
2 地域における精神医療提供体制の姿を提示する。

3 ○ 入院医療については、統合失調症、認知症及び高齢化の進行等に伴  
4 いニーズが高まっている身体合併症を、特に重点的に対応すべき領域  
5 として位置付け、入院医療の再編・重点化を進める。

6 ・ その際、統合失調症をはじめとする精神疾患に関する入院の短期  
7 化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化を踏まえた上で、疾患  
8 に応じた将来的な入院患者数の目標の設定等を行い、更には病床の  
9 必要数を明確化する。

10 ・ それに併せて、精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあ  
11 り方や、介護保険施設等の生活の場の確保、介護保険サービスの機  
12 能の充実等を含めた認知症に係る体制の全体像に関する検討を行  
13 う。

14 ・ これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の  
15 整備を進めるとともに、それぞれの医療機能にふさわしい人員・構  
16 造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合  
17 失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を  
18 図る。

19 ・ また、高齢精神障害者については、現にその多くがADLやIADL  
20 への支援を要する状況であることを踏まえ、生活の場の確保のため  
21 の具体的方策を検討する。

22 ○ 精神医療の質の向上の取組を進めつつ、精神疾患の発症後早期に、  
23 安心して適切な支援を受けられるような体制を構築する。

24 ○ 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの  
25 連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

### 26 27 (3) 改革の具体像

#### 28 ①入院医療の再編・重点化

##### 29 【総論】

30 ○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実  
31 を目指すべきである。

32 ○ このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とそ  
33 の評価の充実を図りつつ、これに並行して、医療法に基づく人員配置  
34 標準の見直しにより、精神科全体の人員配置を向上させるべきである。

35 ○ 特に、医療法に基づく人員配置標準において、現在精神病床のみで  
36 認められている看護配置の経過措置については、看護職員の確保の状

1 況、地域医療への影響等も見極めながら、その見直しを検討すべきで  
2 ある。

3 ○ さらに、精神病床数の適正化等の取組も進めながら、治療環境の改  
4 善や、将来的な人員配置の一層の向上を目指すべきである。

5 ○ また、患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場  
6 の適切かつ優先的な確保を図るという観点から、医学的観点による入  
7 院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案しつつ、  
8 重症度に応じて評価を行う体系の導入について検討すべきである。そ  
9 のために必要な調査及び分類・評価方法の開発を進めるべきである。

## 10 11 【各論】

### 12 ア 統合失調症

13 ○ 統合失調症の入院患者数は、平成 17 年に 19.6 万人であったが、地  
14 域移行等について現状の取組がそのまま推移した場合でも、平成 26  
15 年までに 2.5 万人程度の減少、平成 32 年までには 4.7 万人程度の減  
16 少が見込まれている。

17 ○ これを一層加速する観点から、統合失調症の入院患者数について、  
18 改革ビジョンの終期に当たる平成 26 年までに 15 万人程度にまで減少  
19 (平成 17 年と比べ 4.6 万人の減少) させることができるようにすべ  
20 きである。

21 具体的には、人員配置の向上等の入院医療の充実により一層の地域  
22 移行を促すとともに、精神科救急医療や、患者の多様な症状を踏まえ  
23 た訪問診療、訪問看護等の地域生活を支える医療サービスの充実、障  
24 害福祉計画の目標値の見直しやそれに基づく障害福祉サービスの一  
25 層の計画的な整備を行うなど、各般の施策を講じるべきである。

26 ○ また、平成 26 年の改革ビジョンの終期において、その達成状況も  
27 踏まえつつ、平成 27 年以降における更なる減少目標値を設定し、各  
28 般の施策を展開することにより、その実現を目指すべきである。

29 ○ その際、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL  
30 への支援を要する状況であり、適切な生活の場を確保することが必要  
31 であることから、障害福祉サービスに加えて介護保険サービスを活用  
32 した生活の場の確保についても検討すべきである。

### 33 34 イ 認知症

35 ○ 平成 22 年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率  
36 や認知症に関わる医療・介護サービスの実態等に関する調査を早急に

1 進め、その結果等に基づき、認知症の専門医療機関の機能を更に明確  
2 化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介護保  
3 険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。

- 4 ○ 入院が必要な認知症の患者像を明確化した上で、BPSD や、急性期  
5 の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター  
6 の機能の拡充・整備の促進を図り、これらの専門医療機関を確保する  
7 とともに、

- 8 ①認知症病棟等の体制の充実  
9 ②身体合併症に対応する機能の確保  
10 等を行うことが必要である。

- 11 ○ その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確  
12 保し、また、精神科の専門医療を機能させるためにも、入院治療を要  
13 さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の生活の  
14 場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービ  
15 スの機能の充実について検討すべきである。

- 16 ○ なお、生活の場の更なる確保に当たっては、今後の認知症患者の一  
17 層の増加に対応できる体制を確保する観点から、既存の施設に必要な  
18 機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要と考えられる。

- 19 ○ また、あわせて、精神症状の面では入院を要する程度にはないが、  
20 急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適  
21 切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病床及び療養病床の認  
22 知症対応力の強化のための方策についても検討すべきである。

- 23 ○ 慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設（介  
24 護療養型を含む）等において対応が図られているが、認知症患者の身  
25 体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、  
26 精神症状の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科病院にお  
27 いても、身体合併症への一定の対応を行なうために必要な方策を検討  
28 すべきである。

- 29 ○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を  
30 図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療  
31 所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきである。

### 32 33 ウ 身体合併症

- 34 ○ 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、  
35 精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科リエゾ  
36 ン診療（身体疾患への治療と並行して、精神科医が精神病床以外に入

1 院する患者の精神疾患の治療を行うもの)の充実について検討すべき  
2 である。また、あわせて、医療法施行規則第10条第3号の規定(精  
3 神疾患患者を精神病床以外に入院させないとする規定)について、身  
4 体合併症への対応を円滑化する観点から、その見直しを検討すべきで  
5 ある。

6 ○ 総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機能等の総  
7 合的な機能を有することを踏まえ、精神病床の確保とともに、その機  
8 能の充実を図るための方策について検討すべきである。

9 ○ 総合病院精神科の確保を図るためには、報酬上の評価だけでなく、  
10 事務補助者の拡充等の従事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等と  
11 の連携の拡充についても検討すべきである。

12 ○ 精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療  
13 管理を行うなどの役割を発揮できるための方策を検討すべきである。

14 ○ 精神科医師のキャリアにおいても、精神・身体合併症診療の経験が  
15 積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要である。

#### 16 エ その他の疾患等(気分障害、依存症、児童・思春期等)

17 ○ 統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数につ  
18 いては近年やや減少傾向にあるが、多様な疾患等に対応する入院医療  
19 体制を確保する観点から、当面、これまでと同程度と見込むことが適  
20 当である。  
21

### 22 ②疾患等に応じた精神医療等の充実

#### 23 ア 気分障害

24 ○ うつ病患者を早期に発見し適切に診断できるよう、かかりつけ医や  
25 小児科医等から精神科につなぐための対策を、引き続き進めるべきで  
26 ある。  
27

28 ○ 気分障害患者に対して適切な精神医療を提供するため、診療ガイド  
29 ライン等の作成を進めること等により、医療の質の向上を図るべきで  
30 ある。

31 ○ 特に、海外でうつ病等への有効性が確認されている認知行動療法に  
32 ついては、国内での有効性の検証を進めた上で、普及を図るべきであ  
33 る。

34 ○ 気分障害の治療について、復職等の社会復帰の取組を積極的に進め  
35 るとともに、慢性化・遷延化への対応を含め、治療・支援の方法に関

1 する研究を進め、成果の普及を図るべきである。

## 3 イ 依存症

4 ○ 依存症患者の回復に向けた支援について、以下のような観点を踏ま  
5 えた総合的な取組を強化すべきである。

- 6 ・ 依存症が疾病であるという視点を持って、依存症の普及・啓発や、  
7 患者の治療・支援に当たるべきである。
- 8 ・ 依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、  
9 自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化  
10 して普及を図るべきである。
- 11 ・ 依存症のリハビリ施設や自助グループがより効果的に活動できる  
12 よう、その支援のあり方について検討すべきである。

## 14 ウ 児童・思春期精神医療

15 ○ 児童・思春期精神医療の普及を図るためには、まず、児童・思春期  
16 患者に専門的に対応できる医師数の拡大に取り組むとともに、一般の  
17 精神科医や精神科の後期研修医に対しても、児童・思春期精神医学の  
18 研修等を進めるべきである。

19 ○ また、医療機関が児童・思春期精神医療により積極的に取り組むた  
20 めの施策を講じ、専門病床及び専門医療機関の確保や身体合併症への  
21 対応など、医療提供体制の拡充を図るべきである。

22 ○ なお、児童では発達障害への対応が中心となるなど、上記の対策を  
23 講ずるに当たっては、児童と思春期での患者の特性を踏まえることが  
24 必要である。特に発達障害については、都道府県・指定都市単位で設  
25 置が進められている発達障害者支援センターを中核として、ライフス  
26 テージに応じた一貫した支援体制の構築が進められており、これらの  
27 支援体制との連携を強化していくことが必要である。

## 29 ③早期支援体制の検討

30 ○ 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防のため、また、  
31 その他の様々な精神症状に的確に対応するため、モデル的な実施・検  
32 証を経て、段階的に早期支援体制の構築に向けた以下の取組を進める  
33 べきである。

- 34 ・ 我が国において、統合失調症を発症して2～5年の臨界期の患者  
35 やその家族等への標準的診療・支援方法の確立と、予後の改善に関  
36 する効果の検証を行う。
- 37 ・ 若年者やその家族がアクセスしやすく、専門的・包括的な診療・  
38 支援を提供できる医療機関について、モデル的な実施・検証を経て、



普及を図る。

- ・ 若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援について、医療従事者への研修の実施等により質の向上を図る。
- ・ 地域において、普及啓発、相談支援、医療機関への紹介等を行うための、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図る。
- ・ 家族、精神科以外の医療従事者、行政機関、学校など、若年者を取り巻く支援者を対象に、研修の実施等を通じ、早期発見・紹介の方法、早期支援の効果等に関して、知識と理解の向上を図る。

- なお、早期発見をした場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることを踏まえ、精神医療の質の向上の取組を進めるとともに、早期支援の体制整備を早期かつ重点的に進めるべきである。

#### ④地域精神医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 精神疾患患者の地域生活を支援するための地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要であり、このため、各々の精神科医療機関等が、責任を持って自院の患者の診療に当たることはもとより、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域で、医療提供体制を確保すべきである。
- このため、精神科病院が、重症者を中心として訪問看護等の在宅医療を提供する機能を充実させることを促すとともに、診療所による在宅医療・救急医療への参画、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の普及の促進を図る。
- また、上記の体制については、患者がその症状に応じて、迅速に適切な医療を受けることができるよう、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションの密接な連携の下で構築すべきである。
- このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関が必要と考えられ、その機能が適切に発揮されるよう、これらの医療機関と地域医療体制との連携体制を構築するための方策を講ずるべきである。
  - ・ 高次の精神科救急を行う精神科病院
  - ・ いわゆる総合病院精神科
  - ・ 高齢者の診療を行う精神科病院
  - ・ 極めて重症な患者の療養を行う精神科病院

※ ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限られると考えられる。

  - ・ その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神

## 1 科医療機関

- 2 ○ 上記の観点も踏まえ、精神保健医療体系の改革に当たって、地域の  
3 ニーズに応じて、精神医療の様々な機能の提供体制や、医療機関の連  
4 携体制を構築するため、医療計画において目標や医療連携体制を定め  
5 るいわゆる「4 疾病 5 事業」として精神医療を位置付けることについ  
6 て検討すべきである。

7 その際、精神医療については、「入院医療中心から地域生活中心へ」  
8 という基本理念に基づき、患者の身近な地域で医療を確保することが  
9 重要であることや、現に精神科救急の位置付けが「5 事業（救急医療  
10 等確保事業）」の中で行われていること等から、「5 事業」としての位  
11 置付けについて検討すべきと考えられる。

- 12 ○ その際、医療計画で定めるべき医療機能、医療連携体制及び圏域設  
13 定の具体的なあり方について、更に検討すべきである。

- 14 ○ なお、精神科救急、訪問看護及びデイ・ケア等に係る改革の具体像  
15 については、「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

### 16 ⑤精神科医療機関における従事者の確保

- 17 ○ 国民のニーズ及び若手医師のキャリア形成の双方に資するよう、学  
18 会・医療機関等が連携して、若手の医療従事者の養成の充実を図るこ  
19 とにより、精神医療への魅力を高め、精神科の従事者の確保を図るこ  
20 とが求められる。

- 21 ○ 精神病床における医療の質の向上を図るために、段階的に看護職員  
22 等の人員基準の充実を目指すとともに、医療従事者数が有限であるこ  
23 とを踏まえ、精神医療の中でも、最も必要な分野に重点的に医療従事  
24 者を確保する必要があると考えられる。

- 25 ○ 具体的には、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者と比べて、  
26 在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領  
27 域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野に勤務する医療従事者  
28 が相対的に増加するよう、施策を講ずるべきである。

- 29 ○ その際、病棟から訪問看護等の地域医療への再配置が円滑にできる  
30 よう支援するという視点や、新たな分野に従事する者の資質向上を図  
31 るという視点を踏まえて、関係団体との連携による必要な研修の実施  
32 等についても検討すべきである。

## 2. 精神医療の質の向上

### (1) 現状

- 精神疾患にかかった場合にも、安心して早期に精神医療を受けられるようにするためには、その前提として、何よりも、患者・国民が医療を受けることによるメリットを十分に感じられることが求められる。
- そのためには、国民における精神疾患や精神医療に対する理解の深化を促すとともに、診療の質や診療に当たる従事者の資質の向上を通じて医療の質を確保し、さらには、疾患の原因や実態に関する最新の知見に基づいて、診療の内容や質を更に高めていくことが重要である。

### ①精神科における診療の現状

- 精神科における治療は、①抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬等の向精神薬による薬物療法等の身体療法と、②支持的療法、認知行動療法等の精神療法等の心理社会的療法とに分かれる。
- 我が国においては、向精神薬を用いた治療において、多剤・大量投与、長期少量投与、多剤・少量投与、依存性薬物の長期処方等が多く見られているが、その有効性等を懸念する指摘がある。  
特に抗精神病薬の多剤・大量投与は、単剤投与と比較した有効性が明らかでない一方で、副作用のリスクが高まるとされているが、我が国では依然として諸外国よりも頻繁に実施されている。
- 一方で、認知行動療法等の精神療法は、薬物療法とともに精神科における治療法として重要なものであり、薬物療法と比較した効果が明らかになりつつあるものもある。しかしながら、精神科医師がその実践のために技術を習得する方法が必ずしも明確でないなど、普及が進んでいない。
- また、諸外国においては、診療のプロセス（過程）・アウトカム（成果）を評価し、診療の質の改善を図るために、クリニカルインディケータ（臨床指標）を収集・公開する取組が行われつつあるが、我が国では研究段階にとどまっている。

### ②医師等医療従事者の養成の現状

- 精神医療の質の向上のためには、その担い手である医師等の医療従事者の資質の向上のための取組を継続していくことが不可欠である。
- 医師については、精神科専門医の制度が今年度より正式に開始されるなど、精神科医の養成の充実が図られている。

1           しかしながら、具体的な研修体制や研修方法の多くが各研修機関に  
2           委ねられているほか、精神療法、児童思春期精神医学など、現状では、  
3           研修機関や指導者等の研修体制を十分に確保しにくい領域もある。

- 4           ○ また、その他の医療従事者についても、関係団体において、生涯教  
5           育・研修等が実施されている。

### 7           ③研究開発の現状

- 8           ○ 精神疾患の多くは、疾患の原因や病態が十分に明らかにされていな  
9           いが、国民における疾病負荷は大きく、治療法の開発等に向けた研究  
10           への期待は大きい。

- 11           ○ このため、現在、統合失調症、うつ病、発達障害、自殺等の様々な  
12           疾患等について、病態の解明、診断・治療法の開発・確立、精神保健  
13           医療福祉施策の立案に関する研究など、幅広い領域にわたる研究が行  
14           われている。

- 15           ○ 一方で、政府の研究費が近年全体として横ばいの傾向にある中で、  
16           競争的に研究資源の獲得を図るためには、より大きな成果が上がるよ  
17           う、効果的に研究を行う必要がある。

## 19           (2) 改革の基本的方向性

20           入院医療の再編・重点化等の「1. 精神保健医療体系の再構築」に掲  
21           げた取組に加えて、今後、以下の基本的考え方に沿って、精神医療の質  
22           の向上のための具体的改革を重点的に実施すべきである。

- 23           ○ 薬物療法をはじめとして標準的な治療の実施を促すための取組を  
24           更に進めるとともに、精神医療の担い手である医療従事者の資質の向  
25           上を図る。

- 26           ○ 治療方法の開発・改善に資するよう、精神疾患の原因や実態の解明  
27           等の研究開発を推進する。

## 29           (3) 改革の具体像

### 30           ①精神科における診療の質の向上

- 31           ○ 精神科の治療には個人差が大きいものの、難治例や特殊例以外では、  
32           まずは標準的な治療が実施されるよう促すべきである。このため、ま  
33           ず、広く普及できる精神医療における診療ガイドラインの作成・普及  
34           を進めるとともに、患者等への公開等により、精神科で行われる医療  
35           の概要について、患者等に分かりやすい情報提供を進めるべきである。

- 36           ○ 特に、統合失調症に対する抗精神病薬の不適切な多剤・大量投与に  
37           ついては、改善を図るため、投与状況の情報公開や、単剤投与や切替

1 えへの評価等の方策について検討すべきである。

- 2 ○ 薬物療法の適正化や行動制限の最小化をはじめとした、精神医療の  
3 質の向上に資するよう、実用的なクリニカルインディケータ（臨床指  
4 標）の開発を進めるとともに、その情報公開を進めるべきである。

5  
6 **②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上**

- 7 ○ 精神科医の資質の確保のためには、精神科領域における専門医制度  
8 の定着を図るとともに、精神療法、児童思春期精神医療等を含め、研  
9 修内容や手法の明確化や、研修体制の確保、研修内容の充実を図るよ  
10 う、国立精神・神経センターの活用を図るとともに、学会や医療関係  
11 者と連携して取り組むべきである。

- 12 ○ 医師以外の医療従事者についても、精神医療の質の向上や、入院医  
13 療中心から地域生活中心の医療提供体制への転換を図り、精神障害者  
14 の地域生活を支える観点から、関係者と連携して、資質の向上のため  
15 の研修等を一層推進すべきである。

16  
17 **③研究開発の更なる推進・重点化**

- 18 ○ 研究については、精神疾患に関する研究費の確保に一層努めるとと  
19 もに、国立精神・神経センター等の基幹的な研究機関を最大限に活用  
20 しつつ、その推進を図るべきである。

- 21 ○ 具体的には、国民の疾病負荷の軽減に資するよう、精神疾患の病態  
22 の解明や診断・治療法に関する研究を、競争的資金を活用して、活発  
23 に行うべきである。

24 特に、治療法の確立や医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床  
25 研究を推進すべきである。

- 26 ○ また、精神保健医療福祉施策の改革を強力に推進するため、施策の  
27 企画、立案、検証等に資する調査研究について引き続き確実な実施を  
28 図るべきである。

### 3. 地域生活支援体制の強化

#### (1) 精神障害者の地域生活支援の現状

##### ①医療サービスの現状

○ 精神障害者については、入院治療が終了し退院した者も含め、その多くが、安定した地域生活を送るために、外来医療、デイ・ケア等、訪問診療、精神科訪問看護等の通院・在宅医療の提供を通じた継続的な医療面での支援を必要とするほか、地域生活における様々な変化に直面し症状が急変することがあり、救急医療や入院医療による緊急の対応を必要とする場合がある。

○ このため、精神障害者の地域生活を支援していく上では、精神科救急医療による症状急変時における医療の提供や、急性期の入院医療の提供を適切に担う機能のほか、通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供が不可欠である。

(精神科救急について)

○ 精神科救急については、一般救急医療の整備とは別に、平成20年度予算から、すべての精神科救急医療圏域における体制整備に資するよう事業の充実を図るとともに、診療報酬上もその充実のための対応を行ってきている。

○ 一方で、現在の精神科救急医療体制整備事業においては、地域の実情に合わせたシステム整備を規定しているが、精神科救急情報センターの整備や、医療機関の受入態勢の確保、システムの周知・活用等が不十分な地域がある。

○ また、精神・身体合併症を有する救急患者への適切な医療体制を確保することが重要であるが、精神科救急と一般救急との連携が十分ではなく、特に身体合併症を有する精神疾患患者の診療体制の確保が困難となっており、救急搬送においても、精神疾患を有する患者の医療機関への受入態勢が課題となっている。

さらに、一般救急医療機関に搬送された身体合併症を有する精神疾患患者について、入院中及び身体合併症が安定した後の精神的なフォローも課題となっている。

(重症精神障害者への支援の仕組みについて)

○ 自発的に受療していない重症精神障害者を受療につなげる仕組みとしては、その症状に応じ、措置入院や、精神保健福祉法第34条に基づく医療保護入院等のための移送等が規定されており、また、これらに該当しない患者に対しては、地域保健活動の中で受療を促す

1 支援等が行われている。

2 ○ しかし、措置入院には該当しないものの受療支援に難渋する困難事  
3 例や、受診中断により入退院を繰り返す事例等の対応を図るために  
4 は、現在行われている地域保健活動よりも積極的な支援・介入方策  
5 を要すると考えられる。

6

7 (精神科訪問看護等について)

8 ○ 精神科訪問看護については、症状安定・改善のためのケア、服薬・  
9 通院継続のための関わり等により、その実施により総入院日数が減少  
10 するなどの効果がみられており、地域精神医療において、今後一層の  
11 強化が必要な機能である。

12 ○ 精神科訪問看護については、近年、実施事業所数や件数が伸びてお  
13 り、更に医療機関が行うものについては、急性増悪時の対応や退院時  
14 の支援を図るための診療報酬の改定等が行われている。

15 ○ 一方で、訪問看護ステーションの約半数で、精神疾患を主傷病とす  
16 る利用者への訪問が実施されておらず、従事者の経験の不足や地域資  
17 源とのネットワークの不足等が課題となっている。また、医療機関か  
18 ら訪問看護ステーションへの依頼がないという意見もあり、医療機関  
19 への訪問看護の活用についての周知も課題である。

20 ○ 精神障害者を対象とした訪問看護においては、家族支援を行う必要  
21 性や、医療サービスに併せて社会資源の活用を調整する必要性など、  
22 多様なニーズに応じることが求められる。

23 ○ また、これらに加え、病状によりスタッフの安全確保や、十分なケ  
24 ア、アセスメントを実施するため、複数名での訪問が必要であると  
25 の意見がある。

26 ○ なお、医療機関が行う在宅医療のうち、往診については、精神科病  
27 院、精神科診療所のいずれにおいても、往診を実施していない医療  
28 機関が大半に上っているなど、その実施状況は低調となっている。

29

30 (精神科デイ・ケア等について)

31 ○ 精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、ショート・  
32 ケア（以下、「デイ・ケア等」という。）の実施目的としては、再入  
33 院・再発予防、慢性期患者の居場所、生活リズムの維持等があり、  
34 利用者の利用目的としては、生活する力を高める、周囲の人とうま  
35 く付き合うこと等がある。

- 1 ○ デイ・ケア等は、日中活動系の障害福祉サービスよりも相当多くの  
2 利用者に利用されており、精神障害者の退院後の生活支援を含め、  
3 地域移行における受け皿の機能を果たしている。
- 4 ○ 発症早期、急性期等の患者を対象に、目的、利用期間等をより明確  
5 にしたデイ・ケア等の取組が行われるようになってきているほか、  
6 うつ病患者への復職支援を行うプログラムなど、多様なデイ・ケア  
7 等が試みられている。
- 8 ○ デイ・ケア等の利用期間は数年にわたっているが、症状の改善が終  
9 了の理由となることは少なく、再入院まで利用が続く場合も多い。デ  
10 イ・ケア等の効果については、入院の防止等に一定の効果があるとの  
11 研究もあるが、特に慢性期のデイ・ケア等による治療効果のエビデン  
12 スは、確立されていない。

## 13

### 14 ②障害福祉サービスの現状

- 15 ○ 精神障害者の地域生活の支援を推進するためには、地域において、  
16 住まいの場所を提供する機能や、精神障害者の自宅における日常生活  
17 に必要な支援を提供する機能、さらには、身近な日中活動の場を提供  
18 し、又は、地域生活の訓練や就労に向けた訓練を提供する機能など、  
19 精神障害者の生活を支える様々な機能が提供される体制が確保され  
20 ることが必要である。
- 21 ○ このような機能を担う障害福祉サービスについては、障害者自立支  
22 援法施行前から精神障害者社会復帰施設等として整備が進められて  
23 きているが、障害者自立支援法においては、事業・施設体系を見直し  
24 障害種別にかかわらずサービスを利用する仕組みを一元化するとと  
25 もに、サービス提供の責任主体を市町村に統一し、これにより、精神  
26 障害者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整備された。
- 27 ○ 障害者自立支援法の下で、精神障害者に対する障害福祉サービス量  
28 は平成19年11月と比べると約4割増加(旧体系サービス等からの移  
29 行分を含む。)し、全サービス利用者延べ数に占める精神障害者の割  
30 合も平成19年11月の8.3%から平成21年3月には10.2%に上昇し  
31 ている。
- 32 ○ 特に、居住系サービスについてみると、障害者自立支援法施行から  
33 平成21年3月までの2年半の間で、精神障害者の利用者数が、約1.3  
34 万人分(障害者自立支援法施行前の国庫補助対象施設の利用者数)か  
35 ら約1.9万人へと約1.5倍に増加(旧体系サービス等からの移行分を  
36 差し引いて約6000人分の純増)している。



1 グループホーム及びケアホーム者に占める精神障害者の割合は上  
2 昇傾向にあるが、仮にこれを26%で一定とすると、障害福祉計画に  
3 おける平成23年度末までの居住系サービスの整備目標（合計：8.0  
4 万人分 平成20年度末比：3.2万人分増）が達成された場合、精神  
5 障害者の居住系サービス利用者数は、平成20年度末よりも約8000～  
6 8500人程度増加すると見込まれる。

- 7 ○ また、日中活動系サービス及び在宅サービスについても、精神障害  
8 者の利用者延べ数が、法施行前の約3万人から約5.5万人へと、2年  
9 半の間に約1.8倍に増加（旧体系サービス等からの移行分を差し引い  
10 て約2.5万人分の純増）している。

### 11 ③相談支援・ケアマネジメントの現状

12 （相談支援について）

- 13 ○ 精神障害者が安心して地域生活を営む上で、精神障害者が上記のよ  
14 うな様々な支援を利用する際に、これらを円滑に利用できるよう、  
15 個々の精神障害者の相談に継続的に応じるとともに、個々の精神障害  
16 者の状況に応じた適切な支援に結び付けること等により生活全体を  
17 支える機能が地域において確保されることが重要である。

- 18 ○ 障害者自立支援法以前には、精神障害者からの相談への対応や必要  
19 な指導及び助言等を実施するものとして、精神障害者地域生活支援セ  
20 ンターが位置付けられていたが、障害者自立支援法においては、こう  
21 した機能を相談支援事業として位置付け、市町村を事業の責任主体と  
22 し、都道府県を相談支援事業のうち、専門性の高いものや広域的な対  
23 応が必要なもの等を担う主体としている。

24 （市町村における相談支援について）

- 25 ○ 市町村は、一般的な相談支援のほか、その機能強化を図る事業とし  
26 て、一般住宅への入居支援や夜間を含む緊急時の対応が必要な場合に  
27 おける支援等を行う「居住サポート事業」や、判断能力が不十分な障  
28 害者に対し障害福祉サービスの利用時に成年後見制度の利用を支援  
29 する「成年後見制度利用支援事業」等の事業を実施しているところ  
30 である。

- 31 ○ また、地域において障害者等を支えるネットワークを構築すること  
32 が不可欠であるとの観点から、市町村においては、事業者、雇用、教  
33 育、医療等の関連する分野の関係者から成り、地域における支援体制  
34 作りの中核的役割を果たす地域自立支援協議会の設置を図っている。

- 35 ○ 一方で、平成20年4月1日時点で、居住サポート事業の未実施市  
36

1 町村が86%に上り、成年後見制度利用支援事業の実施状況が低調と  
2 なっているほか、地域自立支援協議会の未設置市町村が依然としてあ  
3 るなど、課題が残っている。

4  
5 (ケアマネジメント機能について)

6 ○ 精神障害者の利用するサービスは、障害福祉、保健医療、就労支援  
7 等の多岐にわたっている。利用者の状況によっては、障害福祉サー  
8 ビスを中心に利用する場合や、医療サービスを中心に利用する場合  
9 もある。

10 ○ こうした個々の精神障害者の地域生活を支える様々なサービスを  
11 適切に結び付けて提供するためには、市町村における相談支援体制に  
12 加え、個々の精神障害者の様々な状況に応じて個別のサービスの利用  
13 の調整を行うなどの支援を行うケアマネジメント機能が重要である。

14 ○ 障害者自立支援法においては、このような観点から、精神科病院か  
15 らの退院時等に、障害者に対して、利用する障害福祉サービスの種類、  
16 内容等を定めた計画の作成を行った場合にその費用を支給する「サー  
17 ビス利用計画作成費」の仕組みを設けているが、対象者が限定されて  
18 いるなどの理由により、その活用が十分でないという課題がある。

19 ○ また、病状が特に不安定な精神障害者については、状態の変化を把  
20 握して、極めて迅速に医療サービス等の実施に反映することが求めら  
21 れ、重症精神障害者の地域生活を支える仕組みとして、いわゆる ACT  
22 (重点的かつ包括的に支援を行う仕組み) が提唱されており、国内で  
23 もモデルとなる取組が行われている。

24 ○ これらを踏まえ、精神障害者の様々な状況に応じて、適切にケアマ  
25 ネジメントを行うことができる体制の確立が求められる。その際、サ  
26 ービス提供事業者からの中立性にも配慮が必要である。

#### 27 28 ④就労支援の現状

29 ○ 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者について、そ  
30 の適性や能力に応じて一般就労を支援し、又は、精神疾患を理由とし  
31 た休職者・離職者等の職場復帰・雇用促進を支援する観点から、精神  
32 障害者に対する就労支援の充実は重要である。

33 ○ 障害者自立支援法施行後の就労系のサービスの利用状況について  
34 みると、精神障害者の利用者数は、平成19年11月から平成21年3  
35 月までに、約86%増加(旧体系サービス等からの移行分を含む。)し  
36 ている。

1 ○ また、雇用施策においても、これまで、障害者雇用率制度における  
2 精神障害者の算定（平成 18 年度から）や、段階的に就業時間を延長  
3 しながら常用雇用を目指すことを支援する「精神障害者ステップアッ  
4 プ雇用奨励金」の創設（平成 20 年度から）、地域障害者職業センター  
5 におけるうつ病等休職者に対する職場復帰、雇用継続に係る支援など、  
6 取組の強化を図ってきたところである。

7 ○ 精神障害者の職業紹介状況をみると、新規求職申込件数は、平成  
8 13 年度以降大幅な増加を続けており、平成 20 年度でみると、平成 13  
9 年度の 5.2 倍であり、平成 17 年度と比較しても約 2 倍以上となっ  
10 ている。

11 就職件数でも、平成 20 年度においては、平成 13 年度の約 5.8  
12 倍、平成 17 年度の約 2 倍となっている。

13 また、精神障害者に対する職業訓練については、平成 20 年度にお  
14 ける障害者委託訓練の受講者数は、平成 16 年度の約 4.3 倍、平成 17  
15 年度の 2.1 倍以上となるなど、大幅な増加をみせている。

16 ○ このように、精神障害者の就業は着実に進展しているが、一方で、  
17 精神障害者の雇用数は 56 人以上規模企業で 0.6 万人（平成 20 年 6  
18 月）にとどまるなど、身体障害者や知的障害者と比較すると、大きく  
19 遅れており、今後、企業における精神障害者の雇用を更に促進するこ  
20 とが課題となっている。

## 21 22 (2) 改革の基本的方向性

23 地域生活への移行及び地域生活の支援については、今後、以下の基本  
24 的考え方に沿って更なる改革を進めるべきである。

25 ○ 精神科救急医療の充実や提供体制の強化、患者の状態像を踏まえた  
26 通院・在宅医療の強化・重点化など、精神障害者の地域生活を支える  
27 医療体制の一層の充実を図る。

28 ○ 相談支援については、日常の継続的な支援や緊急時の支援を通じて、  
29 精神障害者が安心して地域生活を営むことを支えるとともに、地域生  
30 活を営む精神障害者に対する様々な支援を結び付け円滑に利用でき  
31 るようにする重要な機能であり、その充実強化を今後の施策の中核と  
32 して位置付ける。

33 ○ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援が、障害福祉サ  
34 ービスと保健医療サービスの密接な連携の下で行われるよう、障害福  
35 祉サービスの充実とあわせて、地域における支援体制作りの中核を担  
36 う地域自立支援協議会の機能の充実や、多様な支援を必要とする精神  
37 障害者に対してケアマネジメントを行う機能の充実を図ること等に

1 より、その体制の一層の充実を図る。

- 2 ○ 入院医療の再編・重点化等の精神保健医療体系の再構築の取組と地  
3 域生活支援の強化の取組が一体的に行われるよう、障害福祉計画にお  
4 ける居住系サービスの見込量等についても、入院医療の再編・重点化  
5 の目標等に即した目標値を設定する。

### 7 (3) 改革の具体像

#### 8 ①地域生活を支える医療機能の充実・強化

##### 9 ア 精神科救急医療体制の確保

- 10 ○ 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神医療を受けられ  
11 る体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の  
12 確保等について、制度上位置付けるべきである。

- 13 ○ 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモ  
14 ニタリングを行い、適切にシステムを運用できるよう、国が指標を設  
15 定し評価を行うとともに、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れた  
16 システムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図るべきである。

- 17 ○ 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整  
18 や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び  
19 医療関係者への周知を図るべきである。

- 20 ○ 都道府県において救急患者の搬送・受入ルールを策定することとす  
21 る消防法の改正（平成 21 年）が行われたことを踏まえ、当該ルール  
22 において、精神・身体合併症患者も対象とするよう促すことについて  
23 検討すべきである。

- 24 ○ さらに、一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観  
25 点から、精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科  
26 リエゾン診療の充実について検討すべきである。（再掲）

27 また、一般救急医療機関に搬送された重篤な身体合併症を有する精  
28 神疾患患者への診療体制を確保する観点から、救命救急センター等  
29 における精神医療の確保や、救命救急センター等から他の総合病院等の  
30 精神科医療機関への転院の円滑化のための方策についても検討すべ  
31 きである。

##### 32 イ 精神科医療施設の精神科救急医療体制における機能

- 33 ○ 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療につ  
34 いて、診療所を含めた地域の精神科医療施設が自ら役割を担うととも  
35 に、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療への  
36

1           アクセスの確保を図るべきである。

2           ○ 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機  
3           能評価を行い、機能の向上を図るべきである。そのための指標の作成  
4           を、学会等と連携して進めるべきである。

5           ○ 総合病院精神科における精神病床の確保とともに、その機能の充実  
6           を図るための方策について検討すべきである。(再掲)

7  
8           **ウ 精神保健指定医の確保について**

9           ○ 都道府県等が、措置診察等を行う精神保健指定医の確保について積  
10           極的に実施している先例を参考に、医療機関及び指定医への協力依頼  
11           や、輪番制等の体制整備に努めるよう促すべきである。

12           ○ 精神保健指定医について、措置診察等の公務員としての業務や都道  
13           府県等による精神科救急医療体制の確保に協力すべきことを制度上  
14           規定すべきである。

15           ○ なお、措置診察に全国一律に輪番制を導入することや、措置診察等  
16           の業務への参画を精神保健指定医の資格更新の要件とすることにつ  
17           いては、上記の確保策の効果を検証した上で、その適否を含め将来的  
18           に検討することが適当である。

19  
20           **エ 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化について**

21           ○ 未受診者や受診中断者が強制入院を要する状態に至らないよう、在  
22           宅の患者への訪問診療を含む支援体制を強化すべきである。

23           ○ このため、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関が機能を一  
24           層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・  
25           訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入  
26           等の支援体制について、モデル的な事業の実施・検証を経て、整備を  
27           進めるべきである。

28  
29           **オ 精神科訪問看護等の充実について**

30           ○ 「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の実現に向け  
31           て、精神障害者の地域生活を支える適切な医療を確保する観点から、  
32           医療機関が行うものも含め、精神科訪問看護等の在宅医療の充実を図  
33           るべきである。

34           ○ 具体的には、地域を拠点として普及している訪問看護ステーション  
35           の活用を図りながら、精神科訪問看護の一層の普及を図るべきである。  
36           そのため、従事者の研修等を進めるとともに、医療機関において訪問

1 看護が一層活用されるよう周知を図るとともに、訪問看護ステーショ  
2 ンとの連携等を促すべきである。

- 3 ○ また、長期入院患者も含めた精神障害者の地域移行を今後一層推進  
4 していくことを見据えて、症状が不安定であり、多様な生活支援を要  
5 する精神障害者の特性に対応できるよう、訪問診療、訪問看護等の在  
6 宅医療の機能の充実を図るべきである。特に、福祉サービス等の利用  
7 との連絡調整や、病状不安定な対象者への訪問が効果的に行われるよ  
8 う体制の強化を図るべきである。

9  
10 **カ 精神科デイ・ケア等の重点化等について**

- 11 ○ 急性期や回復期に、適切なアセスメントに基づき、認知行動療法、  
12 心理教育等を一定期間重点的に行うなど、対象・利用期間・実施内容  
13 を明確にして機能を強化したデイ・ケア等の整備を図るべきである。

- 14 ○ 現在のデイ・ケア等は、現在の障害福祉サービスの供給状況におい  
15 ては、生活支援として地域移行における一定の機能を果たしてきてい  
16 ると考えられるが、医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観  
17 点や、利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供する観点  
18 からは、対象者、利用目的、実施内容が福祉サービスと重複している  
19 デイ・ケア等については、利用者が徐々に障害福祉サービスに移行で  
20 きるよう、障害福祉サービスの充実等を図っていくべきである。

- 21 ○ 利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイ・ケア等  
22 の、長期にわたる頻回な利用や長時間の利用については、それが漫然  
23 としたものとならないように促す方策を検討すべきである。

24  
25 **②障害福祉サービス等の拡充**

26 **ア 相談支援・ケアマネジメントについて**

27 (相談支援体制の充実強化)

- 28 ○ 精神障害者が病院等から地域生活に移行し、安心して地域生活を営  
29 んでいけるよう、総合的な相談を行う拠点的な機関の設置など、地域  
30 における総合的な相談支援体制を充実すべきである。

- 31 ○ 精神障害者地域移行支援特別対策事業において行われている、病院  
32 からの退院等に向けた地域生活の準備のための同行等の支援に加え、  
33 居住サポート事業が担っている民間住宅等への入居時の支援や緊急  
34 時に対応できる地域生活における24時間の支援等について、全国の  
35 どの地域においても実施されるよう、個々の支援を評価する仕組みに  
36 改めるなど、充実を図るべきである。

1 (自立支援協議会の活性化)

- 2 ○ 精神障害者に対する相談支援を効果的に実施するためには、地域に  
3 おいて精神障害者を支える医療や福祉をはじめとする関係者の有機  
4 的な連携を構築することが不可欠である。

5 このため、地域における支援体制作りにおいて中核的役割を担う自  
6 立支援協議会について、その設置を促進し運営の活性化を図っていく  
7 観点から、その機能の充実を図るとともに、その機能も含めて制度上  
8 の位置付けを明確化すべきである。その際、自立支援協議会への当事  
9 者の参画を促進すべきである。

10  
11 (ケアマネジメント機能の拡充)

- 12 ○ 精神障害者の地域生活支援のための基本的な体制として、地域にお  
13 いて相談支援を担う事業所が、医療機関と連携を図りつつ、ケアマネ  
14 ジメントを実施する体制の確立が求められる。

- 15 ○ このため、精神障害者に対するケアマネジメント機能を充実する観  
16 点から、サービス利用計画について、病院等から地域生活への移行や  
17 地域での自立した生活を営むことを目指す者を含め、その対象者を更  
18 に拡大するなど、充実を図るべきである。

- 19 ○ また、精神障害者本人による自己選択、自己決定を尊重しつつ、個々  
20 の精神障害者の状況に応じたケアマネジメントが促進されるよう、サ  
21 ービス利用計画の作成手続について、現在支給決定後に作成すること  
22 となっている取扱いを見直すとともに、作成後においても、継続的に  
23 モニタリングを実施する仕組みとすべきである。

- 24 ○ さらに、入院を繰り返す者など、重症の精神障害者の地域生活支援  
25 に当たって、訪問看護ステーション等においても、ケアマネジメント  
26 の理念に基づいて、多職種連携の下で、精神障害者の状態の変化に  
27 応じて、迅速かつ適切な支援を提供するとともに、適切なケアマネジ  
28 メントを通じて障害福祉サービス等による支援が円滑に提供される  
29 よう、地域において相談支援を担う事業所との密接な連携を図る体制  
30 の充実を図るべきである。

- 31 ○ その中でも、極めて重症な者については、重点的かつ包括的に支援  
32 を行う仕組みの構築を図るべきである。このような支援の対象者は、  
33 受診中断者や未受診者など、危機介入を行うべき対象者とも重複する  
34 ことから、危機介入の体制と連続性のある、もしくは一体的な仕組み  
35 とすべきである。

- 36 ○ これらの仕組みの導入に当たっては、モデル的な事業の実施・検証

1 を経て、行政機関の関与のあり方も含め、具体的な体制のあり方につ  
2 いて検討するとともに、医療・福祉資源の適切な利用の観点を踏まえ  
3 て、対象者の明確化を図るべきである。

4  
5 (相談支援の質の向上)

- 6 ○ 研修事業の充実等を通じて、相談支援専門員をはじめ相談支援を担  
7 う人材の養成とその資質の向上を図るべきである。
- 8 ○ 精神障害者やその家族の視点や経験・体験を重視した支援を充実す  
9 る観点から、地域における精神障害者又は家族同士のピアサポートに  
10 ついて、その推進を継続的に図っていくべきである。

11  
12 (相談体制における行政機関の役割)

- 13 ○ 精神障害者やその家族等からの様々な相談に対し、身近な地域にお  
14 いて、より適切に対応できる体制を確保するため、精神保健に関する  
15 相談への対応や、医療に関する相談や複雑困難なケースへの対応等も  
16 含めて、市町村、保健所、精神保健福祉センターが、適切な役割分担  
17 と密接な連携の下で、精神保健福祉に関する相談に応じ、適切な支援  
18 を行えるよう、その体制の具体化を図るべきである。

19  
20 (精神保健福祉士の養成のあり方等の見直し)

- 21 ○ 「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討  
22 結果を踏まえ、精神障害者の地域生活の支援を担うという役割の明確  
23 化、保健福祉系大学等における養成課程の水準の確保、資格取得後の  
24 資質向上の責務の明確化をはじめ、制度上の対応を図るべきである。  
25 また、精神科病院等の精神科医療機関での実習の必須化を含め、質  
26 の高い精神保健福祉士の養成のためのカリキュラムの見直しについ  
27 て引き続き検討すべきである。

28  
29 **イ 住まいの場の確保について**

30 (グループホーム・ケアホームの整備促進・サービスの質の向上)

- 31 ○ グループホーム・ケアホームについて、整備費の助成制度や公営住  
32 宅の活用等を通じて、更に整備を促進すべきである。

33 その際、地方公共団体は、障害福祉計画等に基づく計画的な整備を  
34 行うとともに、整備実現に向けた地域住民との調整を含め、自ら積極  
35 的に整備を促進すべきである。

36 また、平成21年度の障害福祉サービス報酬改定において、夜間の  
37 安全・安心を確保するための必要な人員体制の充実等の措置を講じた  
38 ところであるが、今後とも支援内容の向上をはじめ質の面での充実を



1 引き続き図るべきである。

- 2 ○ さらに、今後、新たな目標値に基づいて統合失調症患者の地域生活  
3 への移行を更に進めていくために、障害福祉計画に基づく居住系サー  
4 ビス等の見込量についても、新たな目標値と整合性を図りつつその見  
5 直しを行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきである。

6  
7 (公営住宅への入居促進)

- 8 ○ 優先枠設定等による優先入居の一層の普及、民間住宅の借上げによ  
9 る公営住宅の供給の促進、先進事例の調査研究やその成果の普及等  
10 を通じて精神障害者の公営住宅への入居促進を図るべきである。

11  
12 (公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進)

- 13 ○ 地方公共団体の住宅部局及び福祉部局並びにグループホーム事業  
14 者の具体的な連携方策を示したマニュアルの作成・普及等により、公  
15 営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用を更に促進すべ  
16 きである。

17  
18 (民間賃貸住宅への入居促進)

- 19 ○ 「あんしん賃貸支援事業」や公的家賃債務保証制度の普及等を引き  
20 続き図ることにより、民間賃貸住宅への入居を更に促進すべきである。

## 21 22 ウ 生活支援等障害福祉サービス等の充実について

23 (訪問による生活支援の充実等)

- 24 ○ 地域における精神障害者への継続的な生活支援を確保する観点か  
25 ら、平成 21 年度の障害福祉サービス報酬改定において、訪問による  
26 生活訓練の評価の充実を行ったところであるが、引き続き訪問による  
27 生活支援の活用による支援の充実を図るべきである。

28  
29 (ショートステイ（短期入所）の充実)

- 30 ○ 精神障害者が地域生活を継続して営む上で、入院予防的に、又は、  
31 一時的な休息を取るために利用するショートステイ（短期入所）が、  
32 地域において確保されることが重要である。

33 このため、平成 21 年度の障害福祉サービス報酬改定において、単  
34 独型のショートステイの評価の充実等を行ったところであるが、引き  
35 続き、地域におけるショートステイの機能の整備や精神障害者本人に  
36 による利用の促進を図るべきである。

1 (就労支援等)

2 ○ 就労系の障害福祉サービスについて、精神障害者の特性も踏まえつ  
3 つ、その機能の充実を図るとともに、雇用施策との連携を強化すべき  
4 である。また、就労系の障害福祉サービスが現在果たしている機能を  
5 踏まえ、そのあり方について引き続き検討すべきである。

6 ○ 障害者就業・生活支援センターについて、雇用面の支援とあわせて  
7 生活面の支援を提供する機能の重要性に鑑み、精神障害者による利用  
8 が促進されるよう、その質の向上を図りつつすべての圏域での設置に  
9 向けて整備を進めるとともに、就労移行支援事業所や医療機関をはじめ  
10 とする精神障害者の地域生活を支える関係機関との連携を強化す  
11 べきである。

12 ○ 今後も、精神障害者の特性に応じたきめ細やかな支援が実施される  
13 よう、社会適応訓練事業の果たしている機能について、障害者施策全  
14 体の中でその位置付けを明確にし、都道府県等への支援を図るべきで  
15 ある。

16 ○ 雇用施策についても、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整う  
17 よう、精神障害者の特性に応じ、ハローワークや地域障害者職業セン  
18 ターにおける支援体制を強化するとともに、カウンセリング体制の整  
19 備等精神障害者が働きやすい職場づくりを行う企業に助成を行うな  
20 ど、支援の一層の推進、充実について、引き続き検討すべきである。

21  
22 (家族に対する支援)

23 ○ 精神障害者本人だけではなくその家族を支えるとともに、本人と家  
24 族との自立した関係を構築することを促すという観点も踏まえ、上記  
25 の施策を進めることに加えて、家族同士の交流の促進を図る場の確保  
26 等を通じて、効果的な家族支援を一層推進すべきである。

27  
28 エ 入院中から退院までの支援等の充実について

29 ○ 精神保健医療福祉に従事する者について、精神障害者の地域生活へ  
30 の移行及び地域生活の支援等において、相互に連携・協力を図り、精  
31 神障害者の地域生活への移行や地域生活の支援に取り組む責務を明  
32 確化すべきである。

33 ○ 病院等から地域生活への移行を目指す精神障害者に対する個別支  
34 援の充実強化とともに、自立支援協議会等の機能の活性化等を通じて、  
35 地域資源の開発や地域における連携の構築など、地域生活に必要な体  
36 制整備を行う機能についても、引き続き充実を図るべきである。

- 1 ○ 長期にわたり入院している精神障害者をはじめとして地域生活へ  
2 の移行が円滑に行われるよう、入院中の段階から地域生活への移行に  
3 先立って、グループホーム等での生活の体験など、地域移行に向けた  
4 体験利用の活用を進めるべきである。  
5

#### 4. 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

##### (1) 現状

- 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）については、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につなげられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有しており、それぞれの目的に応じて効果的な普及啓発の実施が求められている。
- 改革ビジョンにおいては、国民意識の変革について「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。」との目標の下、広く国民を対象に「こころのバリアフリー宣言」等の普及啓発を行ってきたが、当該目標については82.4%（平成18年）と一定の成果が認められている。
- 一方で、精神疾患に関する国民の理解について、疾患毎にその理解の状況をみると、特に統合失調症に関する理解が乏しいことが、成人一般、若年層、保護者等を対象とした調査から示唆されている。
- 新聞報道においては、統合失調症について、統合失調症そのものや地域支援に関する報道が増加しているが、精神科や統合失調症が犯罪や事件と関連付けて報道される傾向や他の疾患に比べ予防や研究に関する報道が少ない傾向がみられた。
- また、平成19年の内閣府調査によると、「精神障害者の近隣への転居」について、ドイツやアメリカでは、7割以上が「意識せず接する」と回答し、4割は「全く意識せず気軽に接する」と回答しているのに対し、我が国では、7割以上が「意識する」と回答しており、精神障害や精神障害者に対する理解が十分に進んでいないことを示している。また、その他の調査研究においても、同様に、我が国における精神障害者に対する偏見の根強さが明らかとされている。

##### (2) 改革の基本的方向性

普及啓発（国民の理解の深化）については、今後、以下の基本的考え方に沿って改革を進めるべきである。

- 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移す。

その際、情報環境の変化等を背景に、行動変容に影響する要因を踏まえつつ、「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確にした効果的な普及啓発を行う。

- あわせて、地域移行を円滑にする観点から、地域移行の着実な実施

を進めるとともに、普及啓発方策の具体化を図る。

### (3) 改革の具体像

- 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図る観点から、学校の生徒等の若年層とそれを取り巻く者を対象として、精神疾患の発症早期に適切に相談支援や診療を受けられるよう、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行うべきである。
- 精神疾患とりわけ統合失調症の正しい理解を医療関係者や社会的影響力の強い者も含め各層に促すため、対象に応じた普及啓発における基礎情報とするために、他の疾患・領域を参考にしつつ、インターネット等で正確で分かりやすい疾患の情報等を提供できる情報源の整備を具体化すべきである。
- 特に、新聞報道において、犯罪や事件と関連付けて報道される傾向、予防や調査・研究に関する報道が少ない傾向があることを踏まえ、上記情報源を活用しつつ、報道関係者に向けたものを含め、治療法、支援策や研究成果等についての情報発信を充実させるべきである。
- 地域移行を円滑にする観点からの普及啓発については、精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるという側面を有していることを踏まえ、上記の取組を進めることに加え、地域移行を着実に実施するとともに、地域レベルでの当事者と住民との交流活動の推進など、当事者の視点を重視した啓発や当事者から学ぶ機会の充実を図るべきである。

## 1 5. 改革の目標値について

### 2 (1) 今後の目標設定に関する考え方

- 3 ○ 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間において改  
4 革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、精神保健医療体系の再構築  
5 を施策の中核として取組を強化すべきである。
- 6 ○ その認識の下で、以下のとおり、具体的目標についても、施策の実  
7 現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数  
8 をはじめとして、施策の体系や、患者像（疾病、年齢等）の多様性も  
9 踏まえた適切な目標を掲げるべきである。
- 10 ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合  
11 失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目  
12 標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入  
13 する。
  - 14 ・ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われて  
15 いる有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床  
16 （認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とそ  
17 の必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険  
18 サービスの機能の充実について検討を行い、適切な目標値を定める  
19 こととする。
- 20 ○ 障害福祉計画における目標値（退院可能精神障害者数）についても、  
21 上記の「統合失調症による入院患者数」に係る新たな目標値や、障害  
22 福祉サービスの整備量に関する目標との整合性を図りつつ、見直しを  
23 行うべきである。
- 24 ○ また、医療計画の医療連携体制における目標設定を踏まえつつ、地  
25 域ごとに、精神医療提供体制を構築する際に活用できる目標設定につ  
26 いても、更に検討を行うべきである。
- 27 ○ 上記の目標の達成に資するような個々の施策の実施状況等につい  
28 ても別に目標値を設定し、それらを適切に組み合わせて、より効果的  
29 に施策の進捗管理を行うべきである。
- 30 ○ 精神病床数については、改革ビジョンに基づき設定された、医療計  
31 画における基準病床数を誘導目標として引き続き掲げ、その達成に向  
32 けて、地域における障害福祉サービス等の一層の整備を進めることは  
33 もとより、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援する方  
34 策の具体化を目指すべきである。
- 35 ○ その上で、疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療  
36 計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討すべきである。

- 1 ○ なお、平均残存率と退院率については、在院患者数の減少を必ずし  
2 も適確に表すものではないが、基準病床数の減少を促す上では一定の  
3 機能を有していることから、今後も、基準病床数算定式の基礎となる  
4 指標として用いることが適当である。

5  
6 (2) 今後の目標値について

I 改革ビジョンにおける目標値（今後も引き続き掲げるもの）

- ◆ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）に関する目標：24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率（1年以上群）に関する目標：29%以上
  - ・ 上記目標の達成により、約7万床相当の減少が促される。〔誘導目標〕
  - ・ 基準病床数の試算  
平成21年現在：31.3万床 平成27年（試算）：28.2万床  
※現在の病床数（平成19年10月）との差：6.9万床
- ※ 精神病床数については、都道府県が医療計画の達成を図り、又は、個々の医療機関が患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じて医療の質を向上させる取組を直接に支援する方策の具体化を目指す。
- ※ 疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討する。

II 新たな目標値（後期5か年の重点施策群において追加するもの）

- ◎ 統合失調症による入院患者数：  
約15万人（平成17年患者調査時点：19.6万人）
- ◎ 認知症に関する目標値（例：入院患者数 等）：  
平成23年度までに具体化する。

III 施策の実施状況に関する目標

- 個々の事業（予算事業等）単位で別途設定する。
- (例) 精神科救急医療体制における身体合併症対応施設の整備  
治療中断者等への危機介入を行う多職種チームの整備  
精神科訪問看護（訪問看護ステーションを含む）の整備  
認知症疾患医療センターの整備  
児童思春期の専門医療機関・専門病床の確保  
「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の支援対象者数
- ※ 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定。

## 1 V 今後の課題

### 2 1. 精神保健福祉法に関する課題

- 3 ○ 精神医療の質の向上を図っていく上では、上記の個々の取組に加えて、入院医療をはじめとして、人権に配慮した適切な医療が透明性をもって提供される制度としていくことが重要であり、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）についても、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方向性を具体化していく観点から、諸外国の状況や我が国における精神保健医療福祉改革の状況を踏まえつつ、必要な見直しを行っていく必要がある。
- 10 ○ 精神保健福祉法に基づく各種制度のうち、特に、入院医療における医療保護入院制度のあり方や、保護者制度のあり方、精神医療審査会の機能の充実については、過去の法律改正時に附帯決議が行われており、継続的な課題となっている。
- 14 ○ また、精神医療を必要とする者について、人権に配慮しつつ適切に医療につなげていく観点から、措置入院制度や申請・通報制度、移送制度等が、地域間で大きな格差なく適切に運用されていくことが必要であるが、都道府県等によって、その運用状況に大きな違いがみられている。
- 19 ○ これらの課題については、本検討会においても議論を行い、
- 20 ・ 家族が医療保護入院という強制入院の同意者となる制度について見直すべき
  - 22 ・ 保護者制度は、家族と精神障害者本人双方の負担となっており、見直しを行うべき
  - 24 ・ 未治療・治療中断等の重度精神障害者に対し医療的支援を提供する体制、通院を促す仕組みを検討すべき
  - 26 等の意見があったところである。
- 27 ○ 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定期間との関係で、本検討会において精神保健福祉法の見直しに関する意見の集約を行うことは困難であったが、以下の点をはじめとする精神保健福祉法の課題に関する検討の場を設け、検討に着手すべきである。
- 31 ・ 家族の同意による入院制度のあり方について
  - 32 ・ 医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方について
  - 33 ・ 未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方や、通院医療の位置付けについて
  - 34 ・ 精神医療審査会の機能を発揮できるための方策について
  - 35 ・ 情報公開の推進も含めた隔離・身体拘束の最小化を図るための取組について



- 1           ・ 地域精神保健における保健所・精神保健福祉センター等の行政機  
2           関の役割について

- 3           ○ なお、保護者適格が疑われる場合や認知症高齢者等に対する入院形  
4           態のあり方や、申請・通報制度、移送制度等における関係機関との連  
5           携のあり方、個々の患者の病状の変化に対応した適切な処遇の実施の  
6           ための方策など、現行制度の改善のための方策については、随時検討  
7           を行い必要な対応を図るべきである。

8  
9           **2. 改革ビジョンの検証**

- 10          ○ 改革ビジョンの終期に当たる平成 26 年を目途として、改革ビジョ  
11          ン 10 年間の取組について評価を行うとともに、その進捗状況を踏ま  
12          えて、新たな重点施策群の策定や目標値の設定等の対応を図るなど、  
13          精神保健医療福祉について不断の改革を重ねていくべきである。  
14

1 おわりに

2

3 以上のおり、今後の精神保健医療福祉施策の改革のための課題は多岐に  
4 わたっている。

5

6 本検討会の意見を十分に踏まえて、改革ビジョンの後期5か年の重点施策  
7 群の策定に当たることはもとより、平成22年の診療報酬改定、平成24年の  
8 診療報酬改定、介護報酬改定及び障害福祉サービス報酬の改定など、今後の  
9 医療制度及び介護保険制度等の見直しの時機をとらえて、着実に精神保健医  
10 療福祉改革の具体化を進められたい。

## これまでの開催経緯

＜平成20年＞

第1回（4月11日）

- ①精神保健医療福祉の改革の経緯及び現状について
- ②今後の議論の進め方について

第2回（5月1日）

- 地域生活支援体制の充実について

第3回（5月29日）

- ①精神保健医療体系について
- ②精神疾患に関する理解の深化について

第4回（6月19日）

- ①精神疾患に関する理解の深化について
- ②精神障害者の方からのヒアリング
- ③地域移行の実践に関するヒアリング

第5回（6月25日）

- ①「精神病床の利用状況に関する調査」報告について
- ②諸外国の精神保健医療福祉の動向について

第6回（7月16日）

- これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について

第7回（7月31日）

- これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）について

第8回（8月21日）

- 有識者からのヒアリング

※9月3日 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）公表

第9回（9月3日）

- ①論点整理の報告について
- ②平成21年度概算要求の報告について
- ③障害者部会の状況報告について
- ④今後の進め方について
- ⑤「精神病床の利用状況に関する調査」報告（詳細）について

第10回（9月25日）

- ①地域生活への移行・地域生活の支援について
- ②精神科救急・精神保健指定医について

第11回（10月17日）

- 相談支援について

- 1 第12回（10月29日）  
2 ①就労・社会適応訓練事業について ②精神保健指定医の確保について  
3 ③「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」中間報告について  
4 第13回（11月7日）  
5 ○障害者自立支援法の見直し等について  
6 第14回（11月13日）  
7 ①相談体制における行政機関の役割について  
8 ②障害者自立支援法の見直し等について  
9  
10 ※11月20日 中間まとめ公表  
11  
12 <平成21年>  
13 第15回（平成21年3月26日）  
14 ①今後の進め方について ②精神科救急医療について  
15 ③ケアマネジメント・ACTについて ④危機介入について  
16 第16回（4月23日）  
17 ①中間まとめについて ②訪問看護について ③早期支援について  
18 ④普及啓発について  
19 第17回（5月21日）  
20 ①身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について ②認知症について  
21 第18回（6月4日）  
22 ①精神科デイ・ケア等について ②気分障害について ③依存症について  
23 ④児童・思春期の精神医療について  
24 第19回（6月18日）  
25 ○地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について（総論）  
26 第20回（7月9日）  
27 ○地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について（各論）  
28 第21回（7月30日）  
29 ○精神保健福祉法に関する課題等について  
30 第22回（8月6日）  
31 ①精神医療の質の向上について  
32 ②早期発見・早期支援のための普及啓発について（調査の報告）  
33 ③これまでの検討会における議論の整理  
34 第23回（9月10日）  
35 ○「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（報告書案）について  
36  
37