

平成21年11月19日(木)
9時30分～12時00分
厚生労働省議室

第10回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 地域医療再生基金等について(報告)
- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書)について(報告)
- 平成22年度の診療報酬改定に向けた検討について
- その他

(配布資料)

- 資料1 地域医療再生基金について
- 資料2-1 行政刷新会議「事業仕分け」について
(医師確保、救急・周産期対策の補助金等)
- 資料2-2 行政刷新会議「事業仕分け」について
(8020運動特別推進事業)
- 資料3-1 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書)概要
- 資料3-2 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書)
- 資料4 平成22年度診療報酬改定の視点等について
- 資料5 平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について
- 資料6 後期高齢者医療制度に係る診療報酬について
- 資料7 「高齢者医療制度改革会議」の開催について

(委員提出資料)

- 海辺委員提出資料
- 竹嶋委員提出資料
- 中川委員提出資料

(参考資料)

- 参考資料1 関連資料(資料5関係)
- 参考資料2 関連資料(資料6関係)
- 参考資料3 第8回及び第9回社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨
- 参考資料4 第32回及び第33回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨
- 参考資料5 第17回医療経済実態調査(「医療機関等調査」)報告
(平成21年10月30日公表)の概要

(平成21年11月19日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
上田 清司	全国知事会（埼玉県知事）
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
大西 秀人	全国市長会（香川県高松市長）
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
※加藤 達夫	国立成育医療センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会医療部長
近藤 勝洪	（社）日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	（社）日本看護協会常任理事
◎※齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
鮫島 健	（社）日本精神科病院協会会長
水田 祥代	九州大学理事・副学長
※竹嶋 康弘	（社）日本医師会副会長
○ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表
堤 健吾	（社）日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会部会長補佐
中川 俊男	（社）日本医師会常任理事
西澤 寛俊	（社）全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	（社）日本医療法人協会会長
邊見 公雄	（社）全国自治体病院協議会会長
村上 信乃	（社）日本病院会副会長
山本 信夫	（社）日本薬剤師会副会長
※山本 文男	全国町村会会長（福岡県添田町長）
※渡辺 俊介	国際医療福祉大学大学院教授

※：社会保障審議会委員

◎：部会長 ○：部会長代理

1. 目的

- 地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 従来の病院毎（点）への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体（面）への支援。

2. 事業概要

- 対象地域 二次医療圏を基本とする地域（全都道府県各2地域を想定）
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
ただし、医師確保事業は必須要件
- 計画期間 平成25年度までの5年間
- 予算総額 3,100億円（100億円×10地域、25億円×84地域）
※ 一部執行停止後：2,350億円（25億円×94地域）

地域医療再生基金を活用して行う事業の例

1. 医師等確保関係事業

- 大学医学部に地域医療、救急医療、周産期医療等を研究テーマとした寄附講座を設置し、当該講座から医師不足の病院等に医師を派遣する。
- 大学医学部の入学定員に地域枠を設け、将来その地域で診療を行うことを条件として、地域枠の医学生に奨学金を貸与し、医師になった後、貸与期間の1.5倍の間、その地域での診療を義務付ける。

2. 医療連携関係事業

- 医療連携の拠点として、地域医療支援センターを設置し、地域医療再生計画の進行管理、クリティカルパスの作成・運用、患者の転院・在宅移行のコーディネート等を行う。
- 地域の医療機関で電子カルテを導入・ネットワーク化し、患者情報を共有し、医療連携を推進する。

3. 救急医療関係事業

- 救命救急センターの空白地域の病院に、医師を派遣した上で、医療機器を充実させ、救命救急センターを整備する。
- 開業医が交代で診療する初期救急センターを二次救急医療機関に併設し、二次・三次救急医療機関に患者が集中しないような体制を確立する。
- 二つの二次救急医療機関の機能を再編し、救急患者を 24時間365日体制で受け入れる二次救急医療機関を整備する。
- ドクターヘリの配備により、広域搬送体制を確立する。

4. 周産期医療関係事業

- 総合周産期母子医療センターのNICU、GCU、MFICUを増床し、受入体制を強化する。
- 助産師外来を整備し、医療資源を効果的に活用しながら、安心なお産と産婦人科医の負担軽減を図る。

- NICU長期入院児の退院や、在宅療養児のショートステイに対応するため、重症心身障害者施設を整備する。

5. 小児医療関係事業

- 小児集中治療室(PICU)を増床し、小児の救急医療体制を強化する。
- 小児救急拠点病院の負担を軽減するため、小児初期救急センターを整備する。

6. へき地医療関係事業

- へき地医療拠点病院からへき地診療所へ医師を派遣し、へき地の医療体制を確保する。
- へき地医療拠点病院とへき地診療所をITで結び、画像情報等を共有し、診療援助を行う。

7. 在宅医療関係事業

- 在宅医療の拠点として、在宅医療支援センターを設置し、在宅患者からの相談への対応、医療機関と福祉施設の連携体制の構築等を行う。
- 高齢者に多くみられる肺炎等の疾患予防のため、歯科診療所に訪問歯科診療セットを配置し、口腔ケア体制を強化する。

WGの評価結果

医師確保、救急・周産期対策の補助金等

(一部モデル事業)

予算要求の縮減(半額)

(廃止1名 自治体/民間0名 予算計上見送り 1名 予算要求縮減 10名
うち 予算半額 3名
1/3 1名
その他 6名

とりまとめコメント

「要求どおり」は、0名である。その背景としては、昨日議論した診療報酬の見直しと組み合わせた形で本補助金を有効なものにするというのが、本WGの思いだと考える。

したがって、このWGの判断としては、「予算半額」を結論としたい。今後の診療報酬見直しの経緯を見ながら、真に必要なならば平成22年度補正予算での対応もありえると考え。平成22年度当初予算についても、真に必要な事項に絞ることとし、支給する方法、内容、支給先についても厚生労働省の政務三役としっかりと相談してもらいたい。

施策・事業シート (概要説明書)				
担当府省名	厚生労働省	予算事業名	医師確保、救急・周産期対策の補助金等 (一部モデル事業)	
担当局庁名	医政局	上位施策事業名		作成責任者
担当課・室名	総務課、指導課、医事課、看護課	事業開始年度	医師確保：平成18年度 救急医療：昭和52年度 周産期医療：平成8年度	総務課長 岩淵 豊
根拠法令 (具体的な条文 (〇条〇項など) も記載)		関係する通知、計画等	<ul style="list-style-type: none"> ・新医師確保総合対策 ・緊急医師確保対策について ・「安心と希望の医療確保ビジョン」 ・「「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」(中間とりまとめ) ・救急医療用ヘリコプターの導入促進に係る諸課題に係る検討会報告書 ・救急医療の今後のあり方に関する検討会中間とりまとめ ・重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間とりまとめ ・周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書 	
実施方法	■直接実施 ■業務委託等 (委託先等：(社)地域医療振興協会、(社)日本医師会、(財)日本救急医療財団、(財)日本中毒情報センター) ■補助金 (直接・間接) (補助先：都道府県、市町村等 実施主体：都道府県等) <input type="checkbox"/> 貸付 (貸付先：) <input type="checkbox"/> その他 ()			
支出先が 独法、公益法人等 の場合	役員総数 (官庁OB/役員数)	別紙1内訳のとおり (略)		
	職員総数	別紙1内訳のとおり (略)		
	積立金等の額	内訳	今後の	
事業/ 制度概要	目的 (何のために)	【医師確保対策】 産科や小児科などの診療科やへき地等で医師不足が深刻となっており、必要な医師の確保に効果的な施策を講じ、国民の医療に対する安心・安全の確保。 【救急・周産期医療対策】 地域における救急医療体制の確保と安心して出産に臨める医療環境の実現に向けた体制の整備。		
	対象 (誰/何を対象に)	都道府県、市町村、公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、(社)地域医療振興協会、(社)日本医師会、(財)日本救急医療財団、(財)日本中毒情報センター等		
	事業/制度内容 (手段、手法など)	別紙2内訳のとおり (略)		
コスト	平成22年度概算要求額		人件費	
	事業費	57,397 百万円	職員構成	概算人件費 (平均給与×従事職員数)
	人件費	百万円	担当正職員	千円 人
	総計	57,397 百万円	臨時職員他	千円 人
これまでの同様の予算 項目の予算額等 (財源内訳/ 単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額	
	H19(決算額)	11,813		
	H19(決算上の不用額)	4,276		
	H20(決算見込額)	17,557		
	H21(当初予算)	42,845		
	H21(補正予算)	357,210		
	H22概算要求	57,397		
平成22年度 予算内訳 (補助金の場 合は負担割合等も)	別紙2内訳のとおり (略)			
事業/制度の 必要性	【医師確保対策】 近年の医療の現場においては、高齢化の進展、医療の高度化、医療を巡る紛争の増加、女性医師の増加などを背景に医療需要が増大するとともに、産科・小児科などの診療科やへき地等で医師不足問題が深刻となっており、地域で必要な医師の確保に効果的な施策を講じ、国民の医療に対する安心・安全を確保することが喫緊の課題であるため実効性のある医師確保対策の更なる推進を図る必要がある。 【救急・周産期医療対策】 従前からの救急・周産期医療体制の施策に加え、先の国会で成立した「消防法」の一部改正に伴う消防と受入医療機関との連携強化やドクターヘリの導入等による救急搬送強化、昨年10月に東京都で発生した妊婦の死亡事案等に対応すべく、ハイリスク妊産婦を中心に受け入れる周産期母子医療センターでの脳卒中等を有する母体の受入体制強化、NICUに対する支援やNICUに長期入院している児童への対策など安心して産み育てることのできる医療提供の確保に資するものである。			
他省庁、自治体等に おける類似事業				
他省庁、自治体、民間 等との連携・役割分担	【医師確保対策】 良質な医師を養成し、医師不足を解決していくための教育と医療の連携強化(文部科学省、厚生労働省) 【救急・周産期医療対策】 救急患者搬送における消防庁との連携を強化するためには、「消防法」の一部改正による搬送・受入ルールの作成が必要であったため、消防庁と連携して検討会を開催。傷病者の搬送及び受入の実施基準についてとりまとめた。			

施策・事業シート(概要説明書)						
担当府省名	厚生労働省	予算事業名	医師確保、救急・周産期対策の補助金等 (一部モデル事業)			
担当局庁名	医政局	上位施策事業名		作成責任者		
担当課・室名	総務課、指導課、医事課、看護課	事業開始年度	医師確保：平成18年度 救急医療：昭和52年度 周産期医療：平成8年度			総務課長 岩淵 豊
活動実績	【活動指標名】 / 年度実績・評価	単位	H18年度	H19年度	H20年度	
	都道府県医療対策協議会等を活用し、都道府県が中心となって行った医師派遣人数	箇所	385	546	集計中	
	医師交代勤務導入促進事業、短時間正規雇用支援事業の実施件数	件	—	—	22	
	女性医師等就労支援事業 復職研修受入人数 復職相談件数 復職研修・相談窓口設置箇所数	人	—	—	63	
		件	—	—	111	
		箇所	—	—	7	
	(社)日本産婦人科学会への新入会医師数	人	329	335	402	
	産科医療補償制度加入分娩機関数(加入率)	箇所(%)	—	—	3,269 (99.2)	
	救命救急センターの箇所数	箇所	201	208	214	
	小児救急医療支援事業及び小児救急医療拠点病院運営事業の実施箇所数	箇所	204	207	205	
ドクターヘリの実施箇所数	箇所	10	13	16		
総合周産期母子医療センターの箇所数	箇所	60	64	75		
予算執行率		%	77.2%	69.5%	69.2%	
成果目標 (現状の成果及び今後 どのようにしたいか、 定量的な成果)	<p>【医師確保対策】 医師派遣事業については、地方の需要に応じて引き続き派遣を行っていく。 医師交代勤務導入促進事業、短時間正規雇用支援事業及び女性医師等就労支援事業については、平成20年度から開始している事業であり、各都道府県に対し制度の趣旨を周知し実績の向上を図っていく。初年度の活動実績は上記のとおりである。次年度以降も着実に実績を上げ、女性医師等の離職防止や再就業の促進を図っていく。</p> <p>【救急・周産期医療対策】 救急医療については、基準単価の増額や新規事業の追加等各種国庫補助の充実等の取組みにより、救命救急センターの設置箇所数等が増加し心肺停止者の1ヶ月後の生存率・社会復帰率の上昇に寄与している。しかしながら、近年、国民意識の変化等により救急利用が増加する等により、二次救急医療機関の疲弊に繋がりが、数も減少している。これによりますます救命救急センター等に患者が集中するという悪循環が生じている。このため、今後も救急医療体制について着実に整備を進め心肺停止者の1ヶ月後の生存率・社会復帰率の向上を目指すとともに、二次救急医療機関の疲弊を解消し、施設数の減少の改善を目指す。 周産期医療については、周産期母子医療センターの機能を整備・拡充し、その他の地域周産期医療関連施設との連携を推進するとともにNICU病床数が出生1万人対25~30床を目標に増床し、後方支援病床を拡充する。</p>					
成果実績 (成果指標の目標達成 状況等)	【成果指標名】 / 年度実績・評価	単位	H18年度	H19年度	H20年度	
	就業医師数	人	263,540	—	集計中	
	平成16年度 256,668人	%	102.7	—	集計中	
	病院勤務医数	人	168,327	—	集計中	
	平成16年度 163,683人	%	102.8	—	集計中	
	心肺停止者の1ヶ月後の生存率・社会復帰率	%	8.4	10.2	集計中	
事業/制度の 自己評価 (今後の事業/制度の方向性、課題等)	<p>【医師確保対策】 平成20年度の医師数については集計中であるが、平成16年度から平成18年度の状況を見ても就業医師数は増加しており、また、日本産婦人科学会への新入会医師数が平成20年度に明らかに増加を示すなど、医師確保対策の一定の効果がでてきていると評価できる。 依然として産科や小児科などの診療科を中心に多くの地域で医師不足問題が深刻であり、地域で必要な医療が適正に提供できるよう医師確保のための事業を着実に実施する必要がある。</p> <p>【救急・周産期医療対策】 救急医療体制については、昭和52年度から、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備を開始し、救急医療の体系的な整備を進めてきたところである。しかしながら、近年、国民意識の変化等により救急利用が増加する等により、二次救急医療機関の疲弊に繋がりが、数も減少し、救命救急センター等に患者が集中するなど救急医療体制が危機に瀕している。このため、救急医療機関の実績に応じた支援や空床確保に対する支援を充実することにより救急医療体制の整備を推進していく。また、1~4歳の幼児死亡率は世界で21位であることから、重篤な小児救急患者の受け皿として小児集中治療室の整備を図ることにより必要な救命救急医療を受けられる体制を構築していく。 周産期医療については、昨年10月に東京都で発生した妊婦死亡事案等を契機に厚生労働大臣の下に懇談会が設置され、妊婦の脳卒中等の合併症に対応するための連携及び体制整備、NICUの整備及び後方病床の拡充、NICUに長期入院している児童に対する支援等の課題が提言されており、今後は、来年度概算要求している事業や周産期医療体制整備指針の改正により各都道府県が作成する周産期医療体制整備計画に応じた体制整備の支援を図っていきたい。</p>					
比較参考値 (諸外国での類似事業 の例など)						
特記事項 (事業/制度の沿革、予算の削減に向けた取組み等)	平成18年度~医師確保対策開始 昭和52年~救急医療対策開始 平成8年~周産期医療対策開始					

WGの評価結果

8020運動特別推進事業

見直し

(廃止 1名 自治体/民間 2名 予算計上見送り 0名
予算要求縮減 6名 うち 予算半額 0名 1/3 2名
その他 4名 要求どおり 1名)

とりまとめコメント

ワーキンググループとしての結論は、「見直し」。

新政権の政策に沿って、予算規模、事業の内容、使われ方等々含めてもう一度検討していく。

施策・事業シート（概要説明書）

担当府省名		厚生労働省		予算事業名		8020運動特別推進事業					
担当局庁名		医政局		上位施策事業名		医療提供体制推進事業費補助金		作成責任者			
担当課・室名		歯科保健課		事業開始年度		平成12年度		歯科保健課長 日高勝美			
根拠法令（具体的な条文（〇条〇項など）も記載）				関係する通知、計画等		健康増進法「健康日本21」 食育基本法「食育推進基本計画」 今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会中間報告書 歯科保健と食育の在り方に関する検討会報告書					
実施方法				<input type="checkbox"/> 直接実施							
				<input type="checkbox"/> 業務委託等（委託先等：）							
				<input checked="" type="checkbox"/> 補助金（直接・間接）（補助先：都道府県 実施主体：都道府県）							
				<input type="checkbox"/> 貸付（貸付先：） <input type="checkbox"/> その他（）							
支出先が 独法、公益法人等 の場合	役員総数 （官庁OB/役員数）		/	常勤役員数	/	非常勤役員数	/	監事等	/		
	職員総数		内、官庁OB		役員報酬総額		官庁OB役員 報酬総額				
	積立金等の額		内訳		今後の 活用計画						
事業/ 制度概要	目的 （何のために）		・生涯を通じた国民の歯の健康の保持の推進を行うことで、80歳になっても自分の歯を20本以上を保つ社会を実現するために実施。 ・歯科保健医療対策として、国が都道府県に対して行う唯一の事業である。								
	対象 （誰/何を対象に）		・各都道府県がそれぞれの実情に応じて生涯を通じた国民の歯の健康の保持の推進に関する事業を実施することを支援し、国民の歯の健康づくりを推進。								
	事業/制度内容 （手段、手法など）		・小児期から高齢期までの各ライフステージにおいて歯科保健事業を実施することにより、生涯を通じた国民の歯の健康づくりを推進。 （主な事業例） 幼児期・学童期：う蝕予防対策、食育に関する事業 等 成人期：歯周病予防対策、生活習慣病予防と食育に関する事業 等 高齢期：口腔ケア、摂食・嚥下に関する事業 等 ・各都道府県が地域における課題や事業の必要性等を検討して事業計画を策定。 ・提出された事業計画を厚生労働省において精査し、必要性が認められる事業に対してかかる経費の補助の実施。 ・事業年度終了後に各都道府県が実施事業について事業評価を含めた実績報告を実施。実績報告書に基づき、厚生労働省が補助経費の確定。								
コスト	平成22年度概算要求額			人件費							
	事業費		470 百万円		}	職員構成		概算人件費 （平均給与×従事 職員数）		従事職員数	
	人件費		0 百万円			担当正職員		千円		人	
総計		470 百万円		臨時職員他		千円		人			
これまでの同様の予算 項目の予算額等 （財源内訳/ 単位百万円）			年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額						
			H19(決算額)	420							
			H19(決算上の不用額)	50							
			H20(決算見込額)	441							
			H21(当初予算)	470							
			H21(補正予算)	0							
			H22概算要求	470							
平成22年度 予算内訳（補助金の場 合は負担割合等も）			・8020運動推進特別事業に必要な経費を、事業内容に応じて1/2または10/10補助。 ・内訳：報償費、旅費、需用費（消耗品費・印刷製本費）、役務費（通信運搬費・ 広告料）、使用料及び賃借料、備品購入費、委託料など。								

施策・事業シート（概要説明書）

担当府省名	厚生労働省	予算事業名	8020運動特別推進事業			
担当局庁名	医政局	上位施策事業名	医療提供体制推進事業費補助金	作成責任者		
担当課・室名	歯科保健課	事業開始年度	平成12年度	歯科保健課長 日高勝美		
事業/制度の必要性	<p>・8020運動が提唱され、当該事業が実施されてから、子供のむし歯の減少(12歳児むし歯の本数:平成11年2.92本→平成20年1.54本)など小児期における歯の健康状態は改善してきている。しかしながら、高齢者の歯の状況は、8020(ハチマル・ニイマル)達成者は増加している(8020達成者率:平成11年約15%→平成17年約25%)ものの、4人に3人は20本未満であり満足に咀嚼できないことが危惧され、学童期以降(特に成人期や高齢期)の取り組み強化が必要とされている。</p> <p>・健康増進法、食育基本法に則した歯の健康づくり対策のため、各都道府県はこの補助金を活用し、様々な取り組みを行っており、支援を行わなければ都道府県の事業が困難となり、国としての歯科保健医療対策も皆無となるため、今後も国として一層の推進を行っていく必要がある。</p> <p>・さらに、民主党医療政策(詳細版)においても歯科医療改革が謳われており、歯科疾患の予防法や治療の調査研究の推進等生涯にわたる歯の健康の保持が提言されているところ。</p>					
他省庁、自治体等における類似事業	<p>一部の自治体において、独自予算により歯科疾患予防に関する事業や歯の健康づくりに関する事業を実施しているところがある。他省庁において類似の事業はなし。</p>					
他省庁、自治体、民間等との連携・役割分担	<p>・歯の健康づくりについては、学校歯科保健を所管している文部科学省とも連携を図り、情報交換を行っているところ。</p> <p>・なお、当該事業が有効かつ効果的に活用されるように、各自治体職員を対象とするブロック会議・歯科保健推進研修会において、8020運動特別推進事業のあり方等について研修や意見交換を行っているところ。</p> <p>・都道府県における歯の健康づくりに関する中核的な取り組みとなっている本事業を国として支援することで、一体となった歯の健康の保持の推進が可能。</p>					
活動実績	【活動指標名】 / 年度実績・評価	単位	H18年度	H19年度	H20年度	
	実施箇所数(都道府県)	箇所	45	46	47	
予算執行率		%	74.3%	89.3%	93.8%	
成果目標 (現状の成果及び今後どのようにしたいか 定量的な成果)	<p>(現状の成果)</p> <p>・8020(80歳で20本以上の歯を保持する)をすべての国民が達成することを目標とし、様々な歯科保健対策が必要となることから、小児のう蝕予防等をはじめ歯科保健事業の実施を推進してきたところである。各種調査において、う蝕(むし歯)本数・有病者率の減少、8020達成者割合の増加が確認されており、本事業の成果が出てきているものと考えられるが、依然、成人期における歯周病の有病率は約8割で8020達成者割合は25%程度とまだまだ低く、すべての国民が歯の健康を保持しているとは言えない。</p> <p>(今後の方向性)</p> <p>・国民の歯の健康の保持を推進するために、個別のライフステージに特化する対策ではなく、小児期から高齢期までの生涯を通じた歯の健康の保持の推進が期待される取組に重点を置く。WHOの口腔保健目標では、65歳以上の50%が20歯の機能歯を保有することが掲げられており、わが国も同様の観点から当面は8020達成者が約半数近くになるよう、本事業を展開していく必要がある。</p>					
成果実績 (成果指標の目標達成状況等)	【成果指標名】 / 年度実績・評価	単位	H18年度	H19年度	H20年度	
	小児のう蝕(むし歯)本数・有病者率 ※H11年度 3歳 1.67本 37.8% 12歳 2.92本 76.6%	数 %	3歳 1.06本 26.7% 12歳 1.71本 56.5%	3歳 1.01本 25.9% 12歳 1.63本 55.0%	3歳 集計中 12歳 1.51本 53.2%	
	歯肉に所見を有する(歯石の沈着、病的な歯周ポケットの形成等)者の割合	%	20~24歳 H11年度 70.8% → H17年度 76.2% 25~29歳 H11年度 77.6% → H17年度 74.7% 30~34歳 H11年度 80.5% → H17年度 80.3%	※6年毎調査		
	20本以上の歯を有する者の割合	%	75~79歳 H11年度 17.5% → H17年度 27.1% 80~85歳 H11年度 13.0% → H17年度 21.1% 85歳~ H11年度 3.0% → H17年度 8.3%	※6年毎調査		
事業/制度の自己評価 (今後の事業/制度の方向性、課題等)	<p>・8020達成者割合の増加は本事業の成果が出てきているものと考えられるが、依然、成人期における歯周病の有病率は約8割で8020達成者割合は25%程度とまだまだ低いことから、本事業を引き続き継続する必要がある。</p> <p>・国民の歯の健康の保持を推進するために、個別のライフステージに特化する対策ではなく、小児期から高齢期までの生涯を通じた歯の健康の保持の推進が期待される取組に重点を置く。WHOの口腔保健目標では、65歳以上の50%が20歯の機能歯を保有することが掲げられており、わが国も同様の観点から8020達成者が約半数近くになるよう、本事業を展開していく必要がある。</p>					
比較参考値 (諸外国での類似事業の例など)	<p>WHOにおける口腔保健目標 「65歳以上の50%が20歯の機能歯を保有するようにする」</p>					
特記事項 (事業/制度の沿革、予算の削減に向けた取組み等)	<p>(制度の沿革)</p> <p>平成元年 8020運動の提唱。</p> <p>平成12年 都道府県を実施主体とした8020運動特別推進事業の開始。</p> <p>平成14年 健康増進法の成立 健康日本21における歯の健康に関し具体的な目標として8020達成者率を設定。</p> <p>平成17年 食育基本法の成立 食育基本法において口腔機能の維持を提言。</p> <p>平成18年 「平成17年歯科疾患実態調査結果」を公表。8020達成者が調査開始以来、初めて20%を超えた。</p> <p>平成18年 今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会中間報告書において、「8020運動は都道府県における歯科保健の中核的役割を担うべき」と提言。</p> <p>平成22年 歯科保健と食育の在り方検討会報告書において食育推進に係る歯科保健医療関係者の教育研修を提言。</p> <p>(予算の削減状況について)</p> <p>平成12年 500,080千円</p> <p>平成14年 540,080千円</p> <p>平成18年 500,080千円</p> <p>平成19年 470,000千円</p>					

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

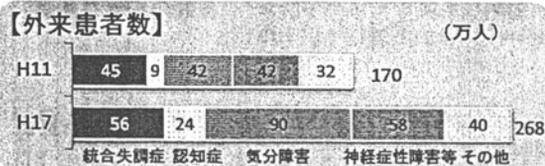
地域生活支援体制の強化

普及啓発の重点的実施

現状

精神疾患患者の概況

- 精神疾患患者数 303万人 (H17)



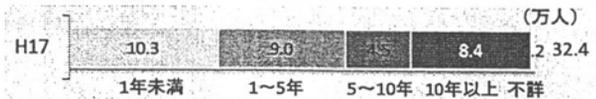
近年の主な課題

- 統合失調症
 - 歴史的な長期入院患者が存在
 - 地域移行と地域生活の支援が課題
- 認知症
 - 高齢化に伴い急速に増加
 - 精神科病院への入院が長期化する傾向
- 気分障害(うつ病等)
 - 患者数が大きく増加 自殺対策とも関連
- 精神・身体合併症
 - 精神疾患患者の高齢化に伴って増加

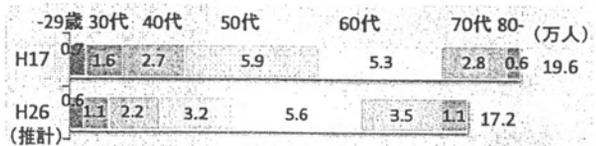
等

精神病床への長期入院の現状

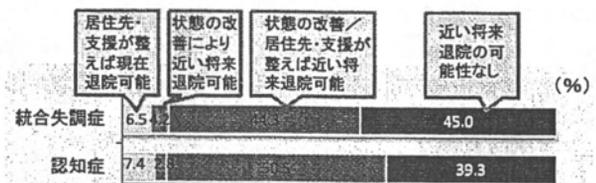
- 精神病床入院患者の在院期間



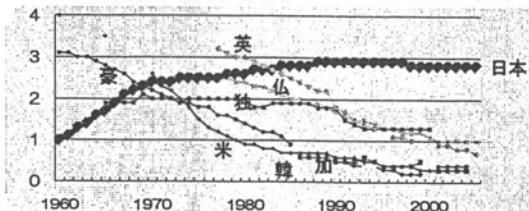
- 統合失調症による年齢別入院患者数 (現状と将来推計)



- 精神病床入院患者の退院の可能性 (医療機関による評価)



- 各国の精神病床数の推移 (人口千人当たり病床数)

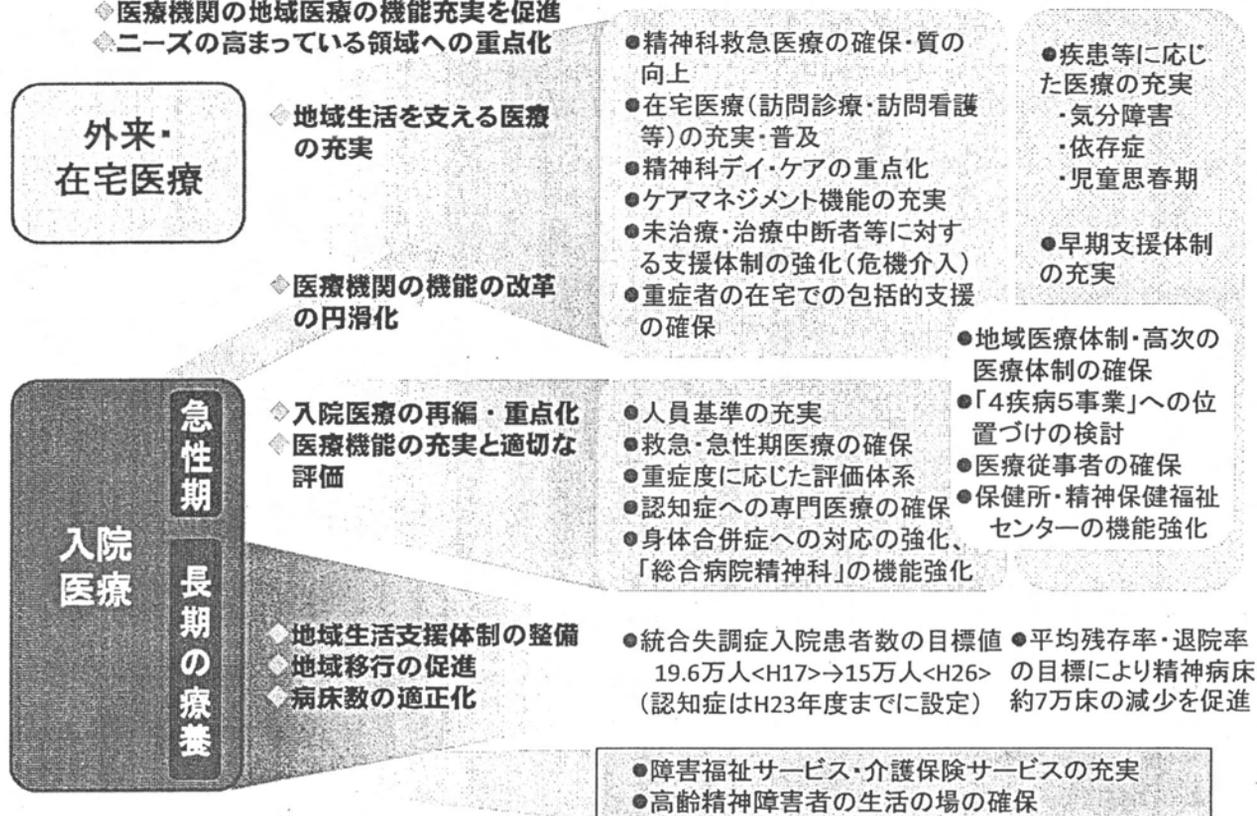


1 精神保健医療体系の再構築

基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

改革の具体像



3

精神保健医療体系の再構築

①入院医療の再編・重点化

○ 患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準・評価の充実、医療法に基づく人員配置標準の見直し等による精神病床の医療の質の向上。

<統合失調症>

○ 今後減少が見込まれる統合失調症の入院患者の減少を一層加速。

※ 入院医療の充実による一層の地域移行、精神科救急医療や在宅医療等の地域医療の充実、障害福祉サービスの一層の計画的な整備等の施策を推進。

※ 平成26年の改革ビジョンの終期において、平成27年以降における更なる減少目標値を設定し、各般の施策を展開。

○ 高齢精神障害者の適切な生活の場を確保するため、介護保険サービスの活用等について検討。

<認知症>

○ 認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化。

○ BPSD(認知症の行動・心理症状)や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応する専門医療機関の確保。

○ 介護保険施設等の生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、介護保険サービスの機能の充実等について検討。

※ 生活の場の更なる確保に当たっては、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要。

<身体合併症>

○ いわゆる総合病院精神科における、精神病床の確保、機能の充実等、一般病床における精神・身体合併症患者の診療体制を確保。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

○ 気分障害の早期発見、診断のための、内科医や小児科医等との連携の推進、診療ガイドライン等の作成等による医療の質の向上。

○ 依存症に対する医療の機能強化、依存症のリハビリ施設や自助グループの支援のあり方の検討等、依存症患者の回復に向けた支援に係る総合的な取組の強化。

○ 児童・思春期精神医療に専門的に対応できる医師数の拡大、専門病床・専門医療機関の確保や身体合併症への対応等の医療提供体制の拡充。

③早期支援体制の検討

- 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防等のため早期支援体制の構築に向けた段階的な検討の実施。
※ まず、モデル的な実施に着手。その検証を踏まえ、普及について検討。
- 精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めつつ、慎重に早期支援体制の検討・具体化を進める。

④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 救急医療、在宅医療等の充実を通じた、患者の身近な地域を単位とする地域医療体制の整備・確保。
- 加えて、大まかに次のような機能を担う精神科医療機関が必要(あわせて地域医療体制との連携体制の構築)。
 - ・ 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
 - ・ 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院(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定的)
 - ・ その他の専門的な医療機能(児童思春期、依存症等)を有する精神科医療機関
- 医療計画のいわゆる「4疾病5事業」(特に5事業)として精神医療を位置付けることについて検討。
- 地域精神保健の機能の底上げを図るため、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と連携体制の明確化、機能強化等について検討。
- 自殺防止対策の観点も踏まえた、地域精神保健の機能の充実を図るための地域レベルでの連携の強化。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

精神病床における人員の充実・確保に加え、長期入院患者の病棟等の医療従事者と比べ、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野の医療従事者が相対的に増加するよう施策を推進。

5

2 精神医療の質の向上

基本的考え方

- ◆薬物療法等について、標準的な治療を促進
- ◆医療従事者の資質向上
- ◆実態解明、治療法開発等の研究の推進

改革の具体像

1 精神保健医療体系の再構築に 掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療(訪問診療・訪問看護等)の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保(認知症、身体合併症、気分障害等)

等

精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用の検討

研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

3 地域生活支援体制の強化

基本的考え方

- ◆相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆地域における支援体制づくり
- ◆居住系の福祉サービスの確保
- ◆精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

改革の具体像

障害福祉サービス等

相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
 - ー退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
 - ー対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

住まいの場の確保

- 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
- 公営住宅への入居促進
- 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
- 民間賃貸住宅への入居促進

地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
 - ー精神科救急医療システムの機能強化
 - ー精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
 - ー精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
 - ー訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
 - ー訪問看護の普及促進
 - ー重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイ・ケア等の重点化

4 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

これまでの取り組みと成果

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかけがえのないことへの理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

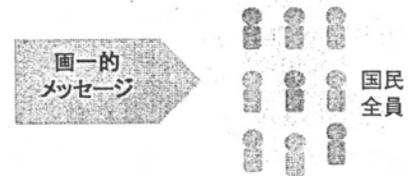
基本的考え方

- ◆ 国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
- ◆ 「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

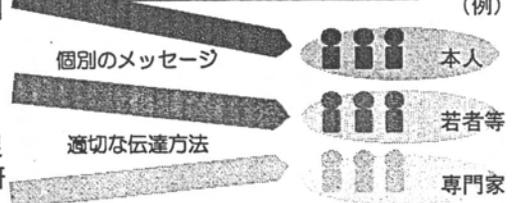
改革の具体像

- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

国民一般を対象とした啓発



ターゲットを明確化した啓発 (例)

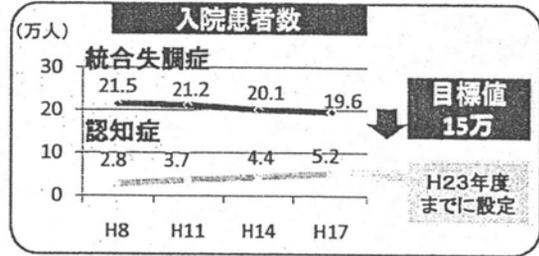


- ◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証
- ※目標値については別途設定

5 目標値の設定

I 新たな目標値

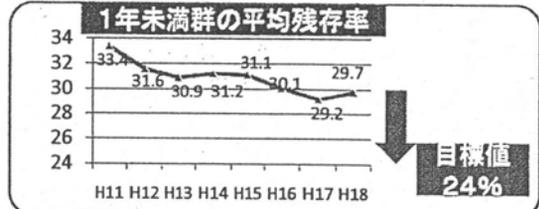
- 統合失調症による入院患者数：約15万人
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

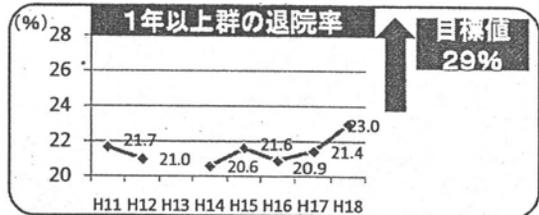
精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)
24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床



※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例：認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

平成21年9月24日

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

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地域精神保健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）の重点的実施

5. 改革の目標値について

V 今後の課題

おわりに

はじめに

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、国民の4人に1人(25%)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、世界で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。

精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、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あるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を生じている。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、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められている。

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状の消退・改善を図るとともに、地域において、本人が望む生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向上、健全な国民生活の発展のいずれの観点からも重点的に対応すべき課題である。

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整備は不十分なままであった。

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月に、厚生労働省において、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下「改革ビジョン」という。)がとりまとめられた。改革ビジョンにおいて掲げられた「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き、これまで、障害者自立支援法の制定や累次の診療報酬改定など、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開され、その本格的取組が始まったところであり、我が国の精神保健医療福祉施策は、今まさに大きな転換期にある。

本検討会は、改革ビジョンが本年9月にその中間点を迎えることを踏まえ、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改

革の具体像を提示することを目的として、昨年4月から検討を開始した。

これまで、改革ビジョンに基づく取組の状況や、精神保健医療福祉を取り巻く状況等を踏まえながら、議論を進めてきた。昨年9月には、「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)」を、昨年11月には、地域生活支援体制の強化に関する事項に関する「中間まとめ」をとりまとめた。

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る理解の深化に関する事項について議論を行ってきたところであり、本検討会における議論は、計24回に及んだ。

もどより、国民の生活の本拠は住み慣れた地域であり、国民一人ひとりには、必要なサービスを選択し利用しながら、日々の生活を送っている。精神障害者も、当然に、国民・地域住民の一人として、結婚や子育て、就労など、本人が望む生活を安心して送ることができるような地域社会の構築が求められる。その意味で、医療、福祉等の支援についても、精神障害者の住み慣れた地域を拠点とし、精神障害者同士の支え合いを重視しながら、精神障害者と向き合う中で、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることを見守り、応援するという理念の下で行われることが必要である。

本検討会においては、このような「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、改革ビジョンにおいて掲げられた「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き、我が国の精神保健医療福祉の改革を更に加速する、との基本姿勢の下で議論を行ってきたところである。

その結果として、精神医療の質を向上させるために、精神障害により失われた様々な機能や生活を回復するというリハビリテーションの理念の上に立って、入院患者の地域移行の一層の推進や病床数の適正化の取組等を通じて、一般医療の水準を目指した人員の充実とそれに応じた評価の充実を図ること等により、精神障害者の人権への配慮が十分に行われ、かつ、国民がより安心して利用できる医療とする、という基本的スタンスについては、本検討会として一致するところであった。

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、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討会としての意見のとりまとめを行う。

I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

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、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健の面では極めて不十分であった。

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。

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増加をみせた。

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神保健法へと改められた。

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、現状では、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制の整備、精神疾患や精神障害者への理解の普及等が道半ばであり、その成果が十分実を結んでおらず、社会的入院患者を含め依然として多くの長期入院患者が存在している。

II 精神障害者の状況

1. 全般的状況

- 「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年間で約1.6倍となっている。
- 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35.3万人となっており、年々増加する傾向にある。

2. 外来患者の状況

- 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（33%）と最も多く、神経症性障害等（58万人（22%））と統合失調症（55.8万人（21%））がそれに続いている。
- 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年との比較で、それぞれ、48.0万人（115%）、14.4万人（153%）と倍以上に増加している。

3. 入院患者の状況

(1) 入院患者の静態の分析

（疾患による分析）

- 患者調査（平成17年）によると、精神病床に入院する患者32.4万人のうち、統合失調症患者が19.6万人（61%）と最も多く、アル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。
- 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%）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、認知症を主傷病として入院する患者が更に増加する可能性がある。
- 平成14年及び平成17年の患者調査の結果に基づき、精神病床における統合失調症の入院患者数の将来推計を試みると、平成26年には17.2万人（対平成17年 2.5万人減少）、更に平成32年には14.9万人（対平成17年 4.7万人減少）となると推計される。

(年齢階級による分析)

- 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(43%)に上っている。
- 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歳となっている。

(入院期間による分析)

- 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4.7万人(13%)、10年以上入院患者が約8.1万人(23%)となっている。
- 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1.4万人(13%)、1年以上5年未満入院患者数が1.1万人(12%)増加する一方で、10年以上入院患者数は1.3万人(13%)減少している。
- 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なっている。
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%に上っている。
- さらに、これを平成11年と平成17年の比較でみると、10年以上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っている。

- 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方の検討を行うことが課題となっている。

(2) 入院患者の動態の分析

(入院期間1年未満患者の動態)

- 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・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%)増)と、年々増加している。
- 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年には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている。
- 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、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年未満で退院した患者の割合も約87%と高くなっている。
- 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、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起こっており、入院の短期化が進んでいるといえる。
- 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患治療病棟(現在の認知症病棟)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、認知症患者の入院が長期化する傾向が明らかとなっている。
- 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を生み出さないようにすることが課題となっている。

(入院期間1年以上患者の動態)

- 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23万人弱で大きく変化していない。
- 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合が高くなっている。
- 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、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かが課題となっている。

(3) 入院患者の状態像の分析

(身体合併症の状況)

- 「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。)によると、精神病床入院患者の約14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している。
- 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歳以上では約16%となっている。
- 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、この割合は高まり、約25%となっている。
- 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る機能を更に確保していくことが課題となっている。

(ADLの支援及びIADLの困難度の状況)

- 病床調査の結果から、統合失調症患者におけるADL(日常生活動作:食事、入浴、移動等)やIADL(手段的日常生活動作:買い物、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と、ADLやIADLへの支援の必要性が高まるほど、「状態の改善は見込

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」とされる割合が高くなる傾向が明らかとなっている。

- 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いる。
- また、認知症による入院患者の6割強について、ADLへの濃厚な支援が必要とされている。
- 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する割合が、合計で3割以上となっている。
- 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として、「転院・入所順番待ち」が約54%と最も多くなっている。
- 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が課題となっている。

4. 受入条件を整えば退院可能な患者の状況

- 改革ビジョンでは、患者調査の「受入条件を整えば退院可能」な患者(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としている。
- 平成17年患者調査では、精神病床の入院患者のうち、受入条件を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、その詳細は以下のとおりとなっている。
 - ・ 入院期間別にみると、1年未満入院患者が約2.5万人(受入条件を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(同約14%)、10年以上入院患者が1.7万人(同約24%)となっている。
 - ・ 年齢別にみると、受入条件を整えば退院可能な患者のうち55歳未満の患者は約30%、55歳以上の患者は約70%となっている。65

歳以上の患者は45%を占めている。

- ・ 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、認知症患者が約1.3万人で約18%となっている。
- 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、平成17年患者調査の結果よりも高い割合となっている。
- 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%（全体の約25%）となっている。
- 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・支援を整えても近い将来（概ね6ヶ月以内）退院の可能性なし」とされた患者が約4割に上っている。
- 病床調査の結果を疾患別にみると、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し」と評価されている。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、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、いずれも約6割程度と高くなっている。
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、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、そのうち「近い将来退院の可能性なし」とされたのは約4割程度となっている。
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2割弱と更に低くなっている。
- また、同様に、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、「セルフケア能力の問題」が5割強に上っている。
- 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

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。