

2010.11.24

## 民主党・精神保健医療改革 PT 次第

○挨拶 石毛鏡子座長

○ヒアリング 「精神医療の現状と課題・検討状況」  
厚生労働省ヒアリング

### 【説明者】

木倉 社会・援護局障害保健福祉部長

福田 社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課長

針田 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害

保健課医療観察法医療体制整備推進室長

○質疑応答

○その他

【民主党精神医療保健改革プロジェクトチーム資料】

## 精神保健医療福祉の現状・課題

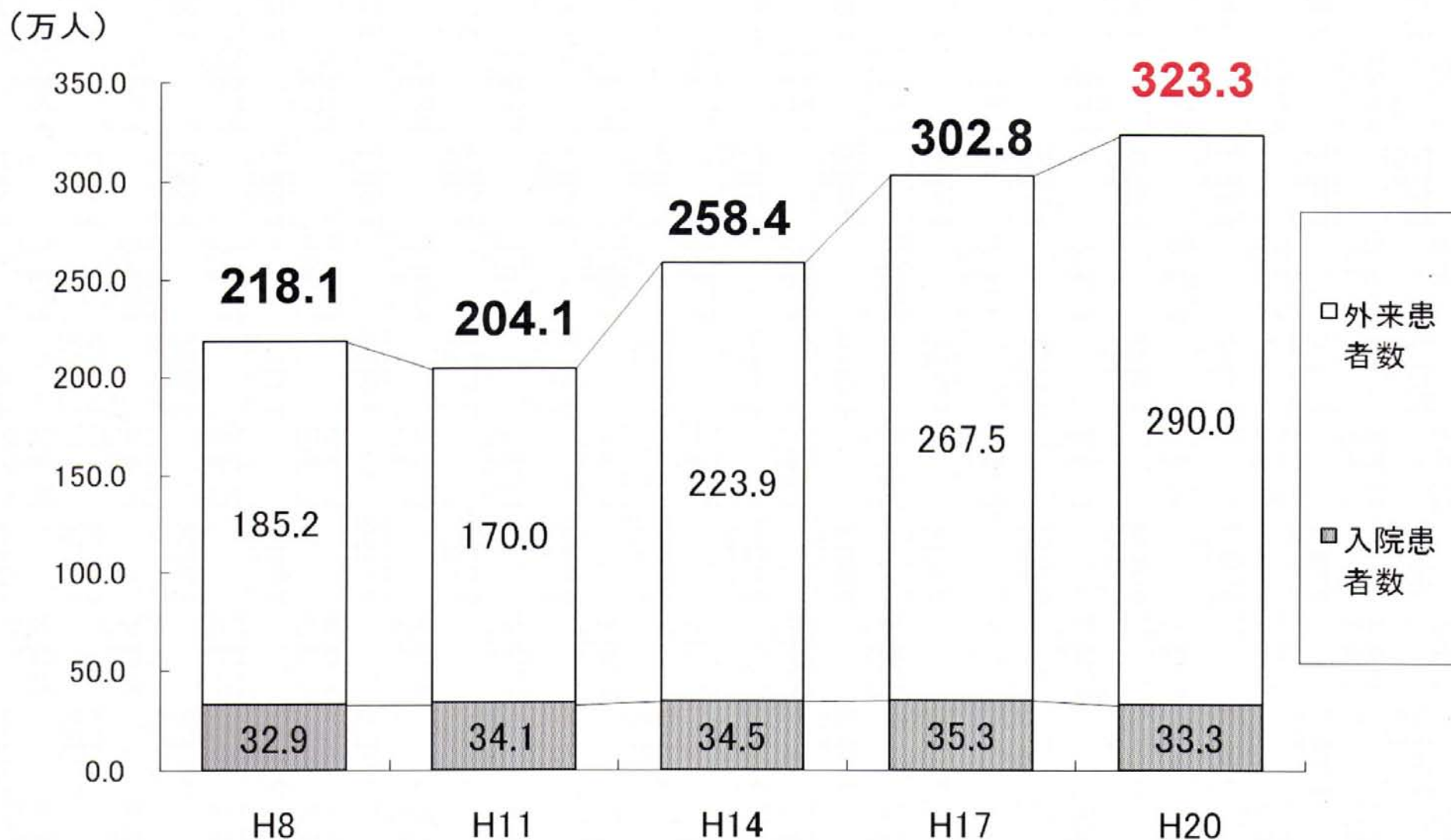
平成22年11月24日

厚生労働省障害保健福祉部

# I 精神保健医療の現状と課題

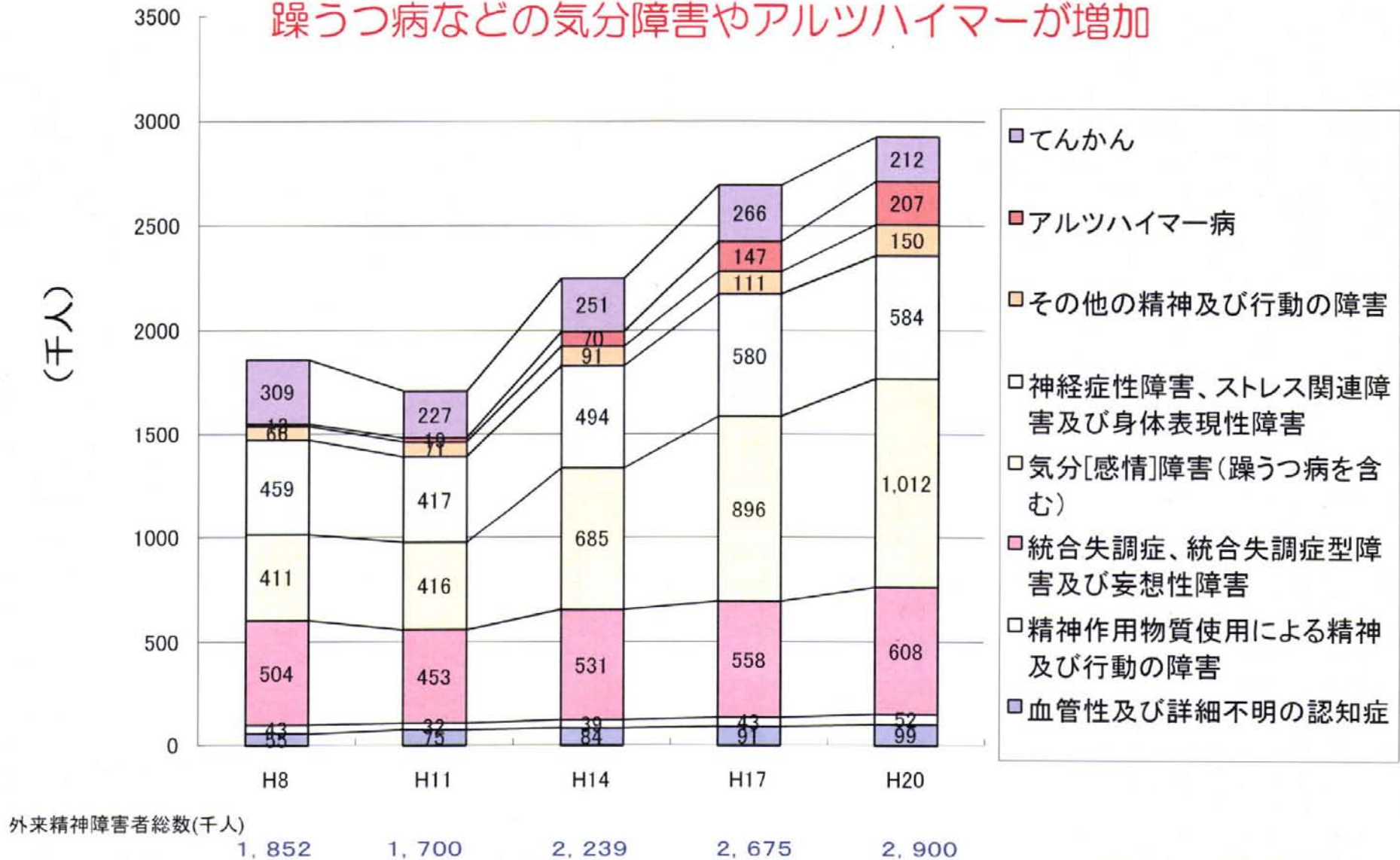
# 精神疾患の患者数

(医療機関にかかっている患者)



# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

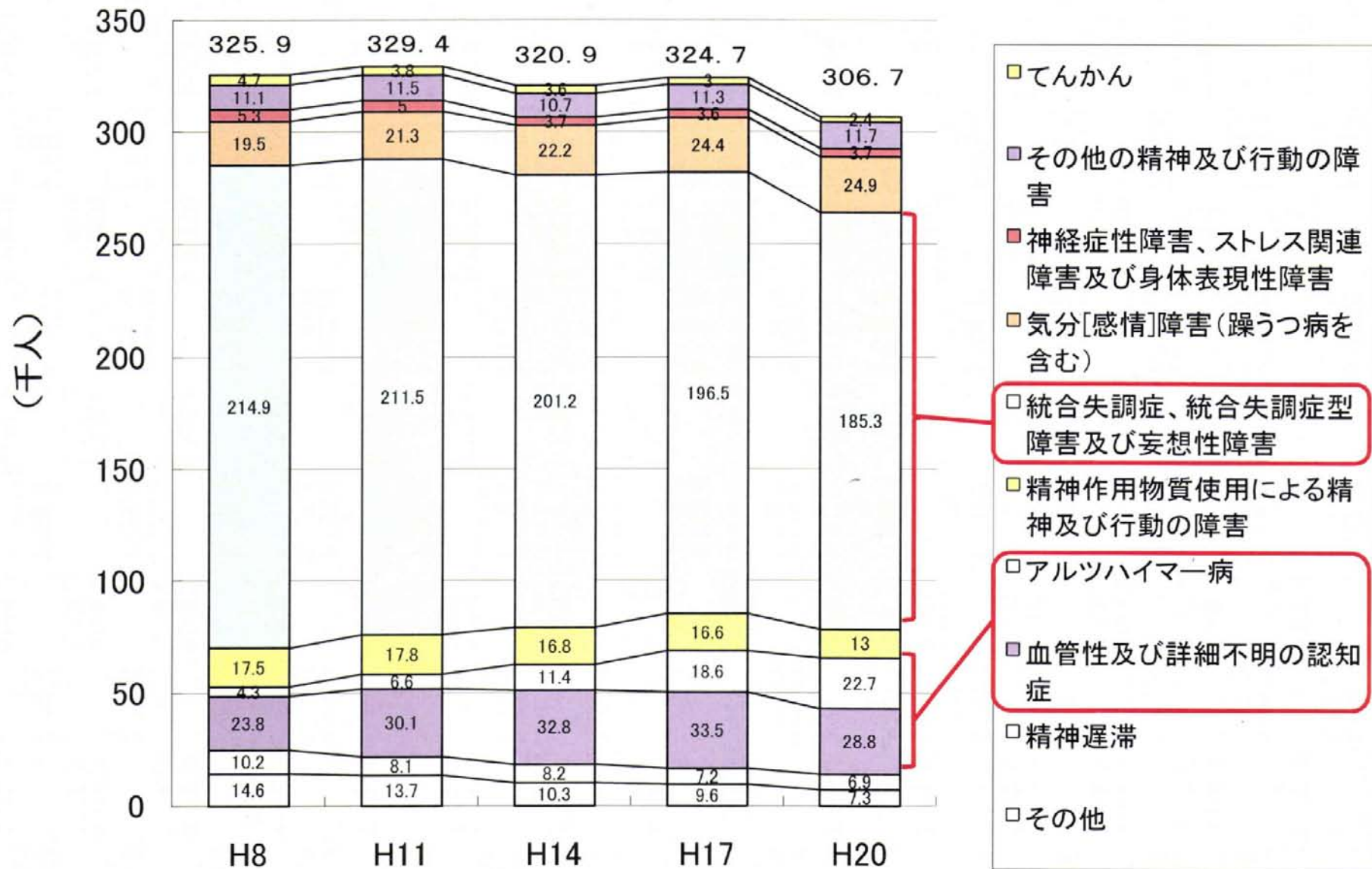
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



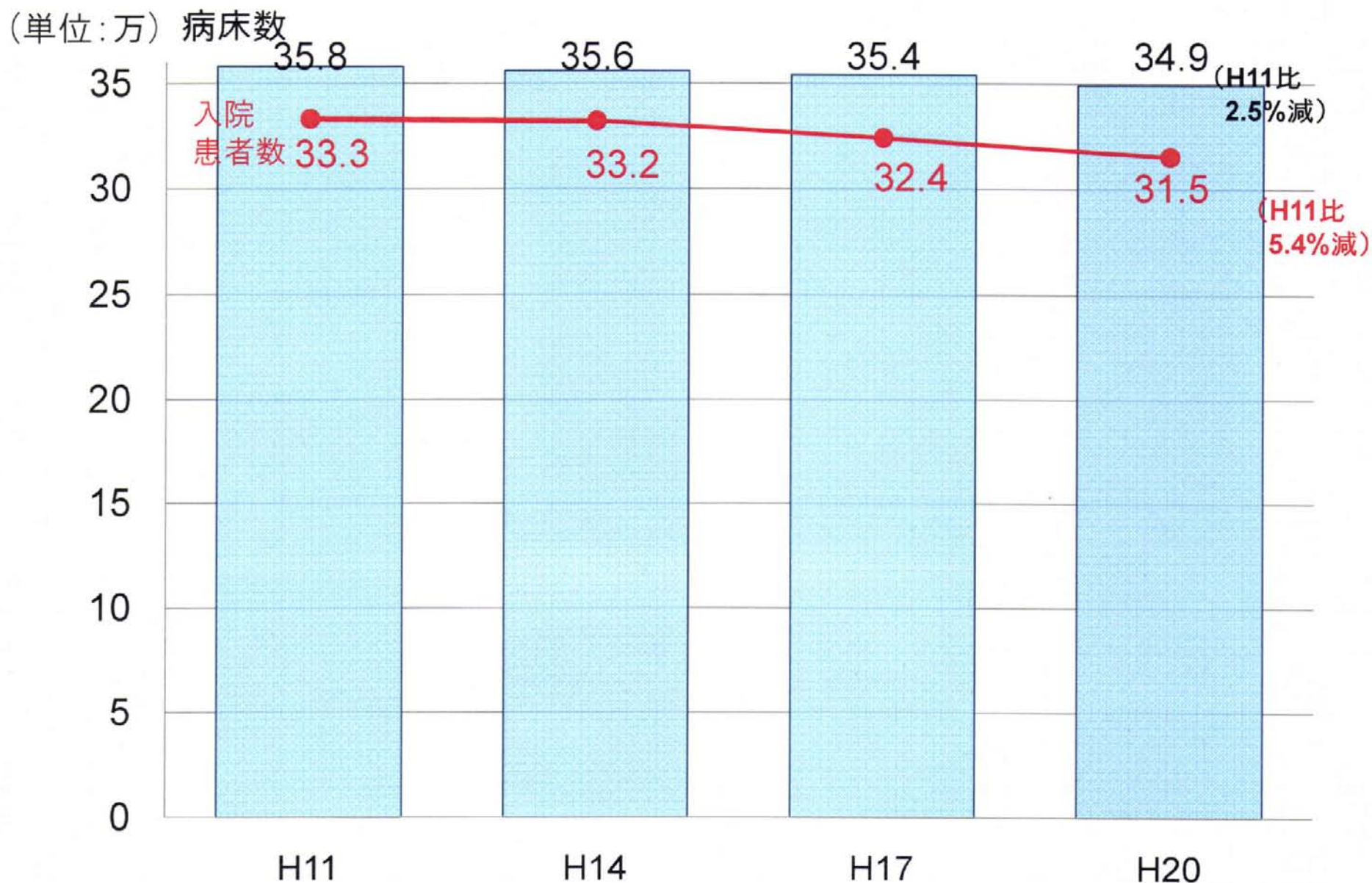
資料：患者調査



# 精神病床入院患者の疾病別内訳

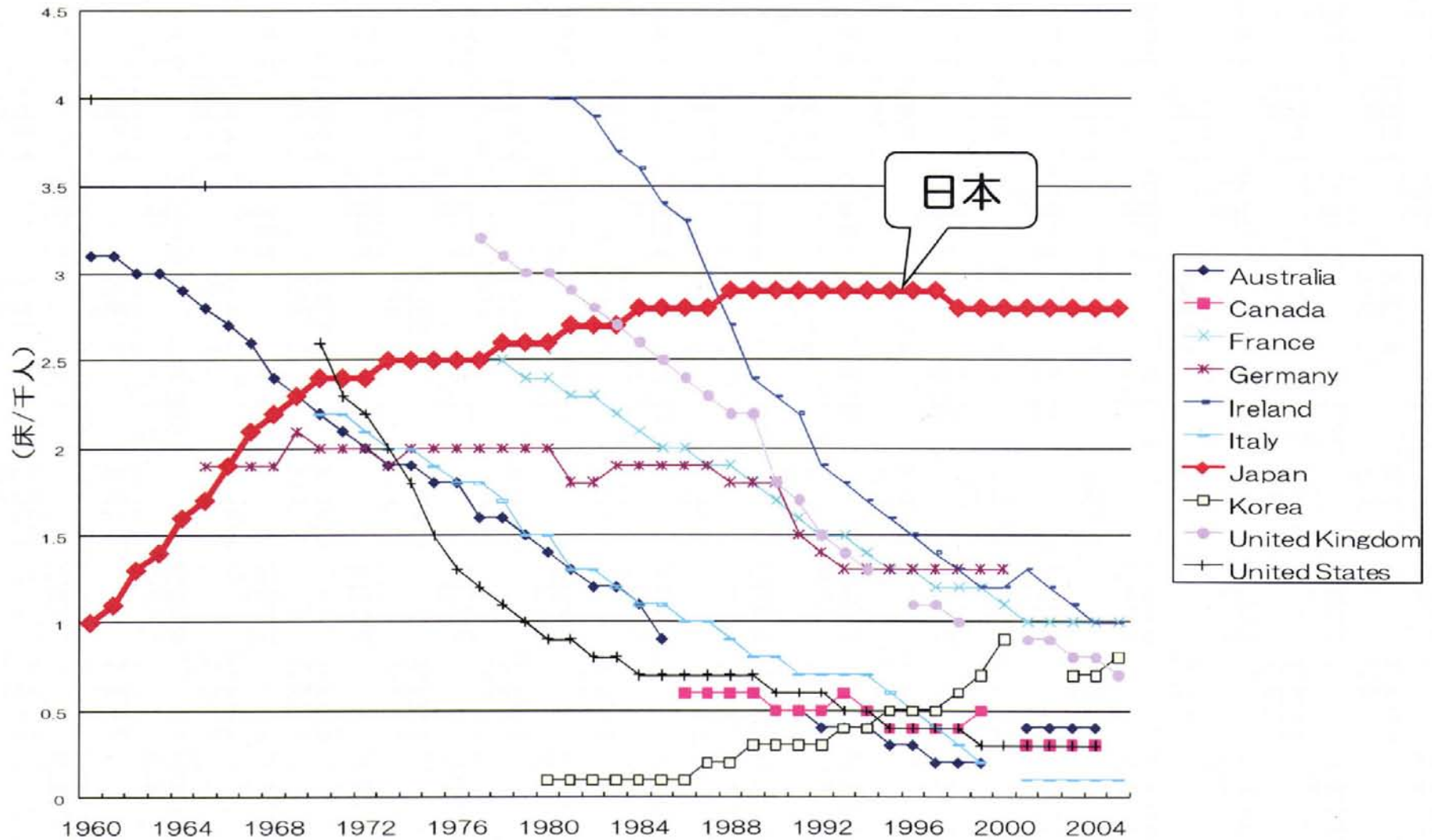


# 精神病床数および入院患者数の変化



資料：病床数－医療施設調査（10月1日）、入院患者数－病院報告（10月の平均）5

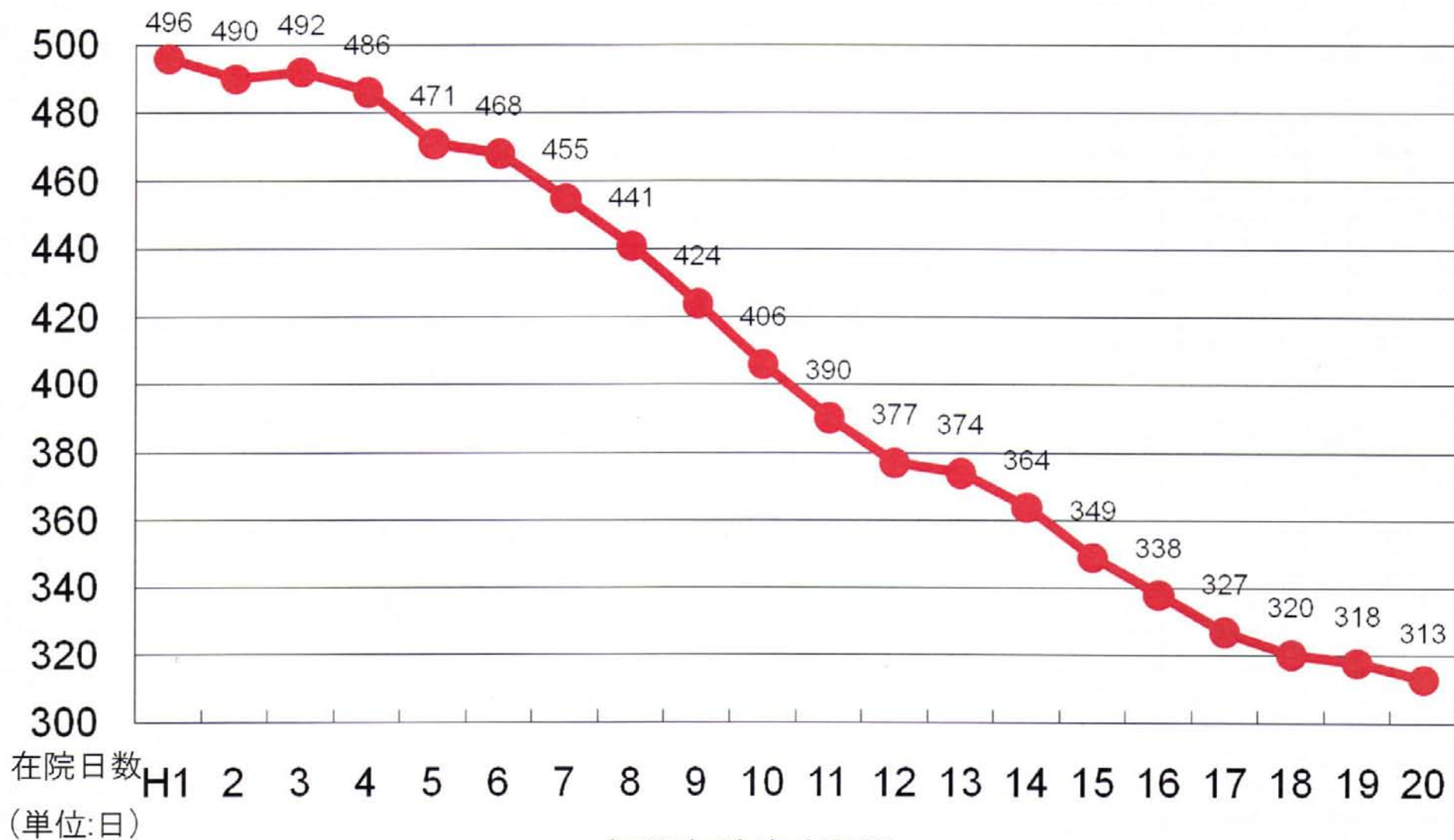
# 病床数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）  
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）



# 精神病床の平均在院日数の推移

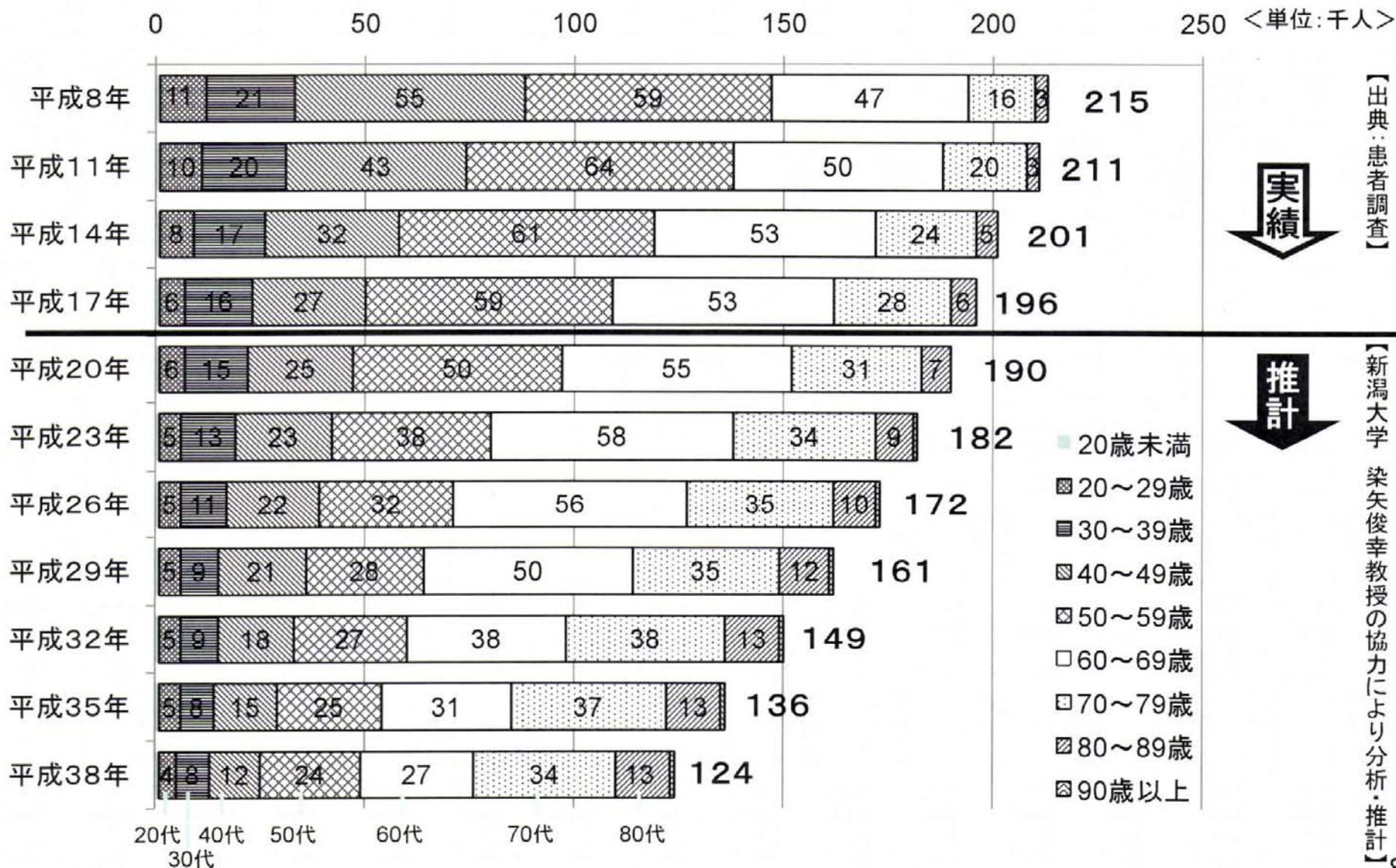


※平均在院日数 = 
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：病院報告

# 精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計)



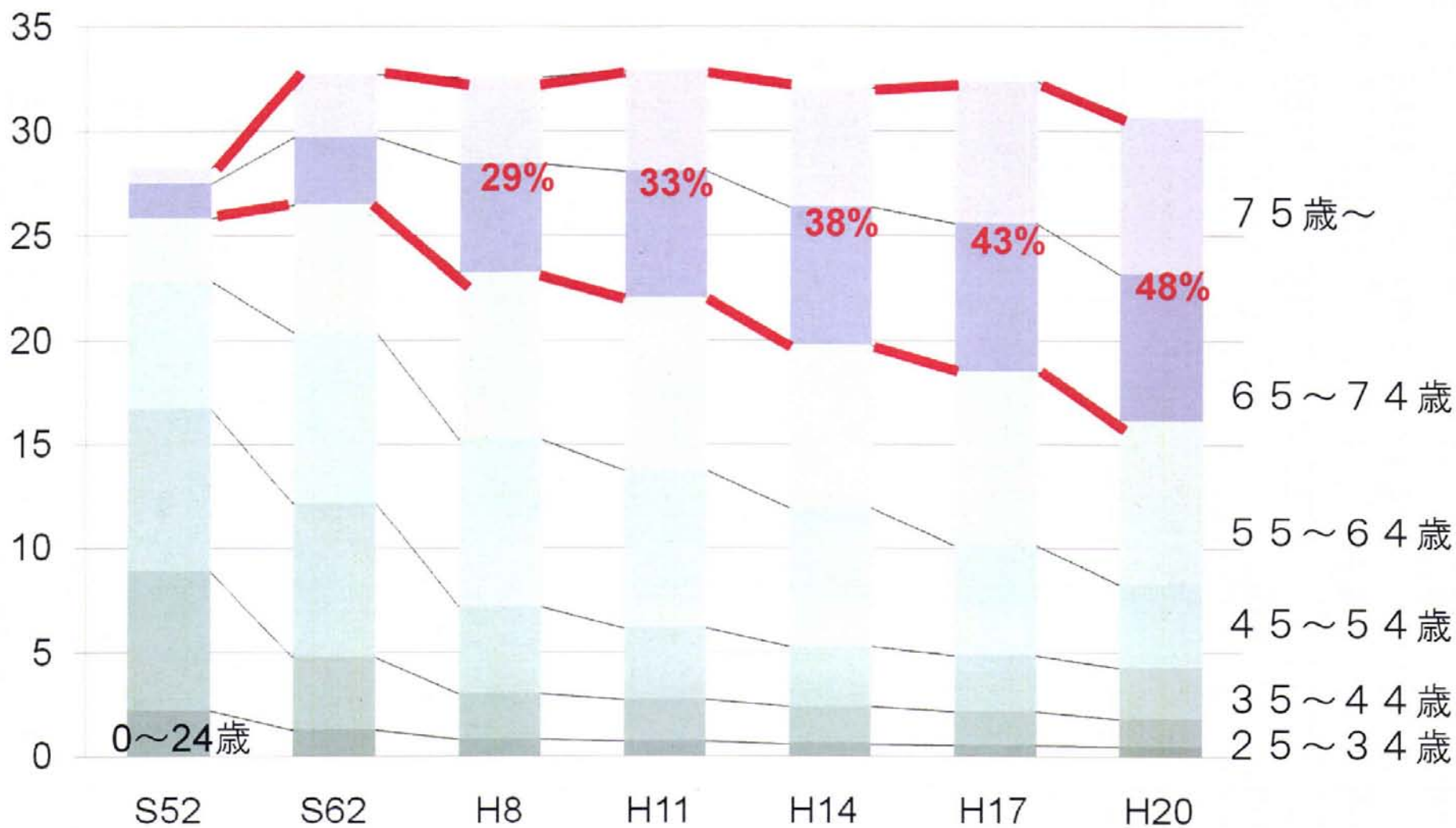
【出典：患者調査】



【新潟大学 染矢俊幸教授の協力により分析・推計】

# 精神病床入院患者の年齢分布

(単位:万人)



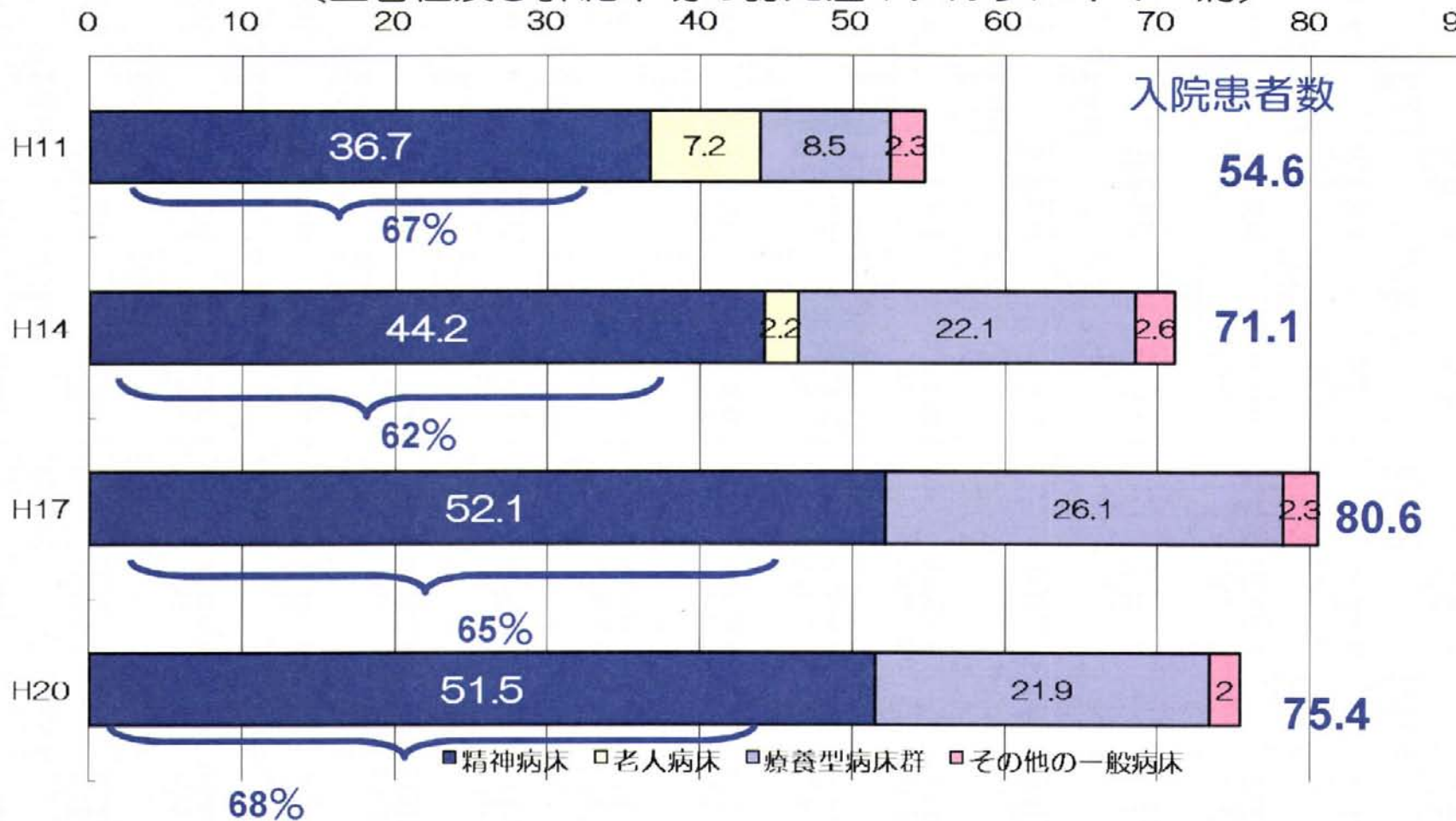
資料：患者調査<sup>9</sup>



# 認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合 の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)

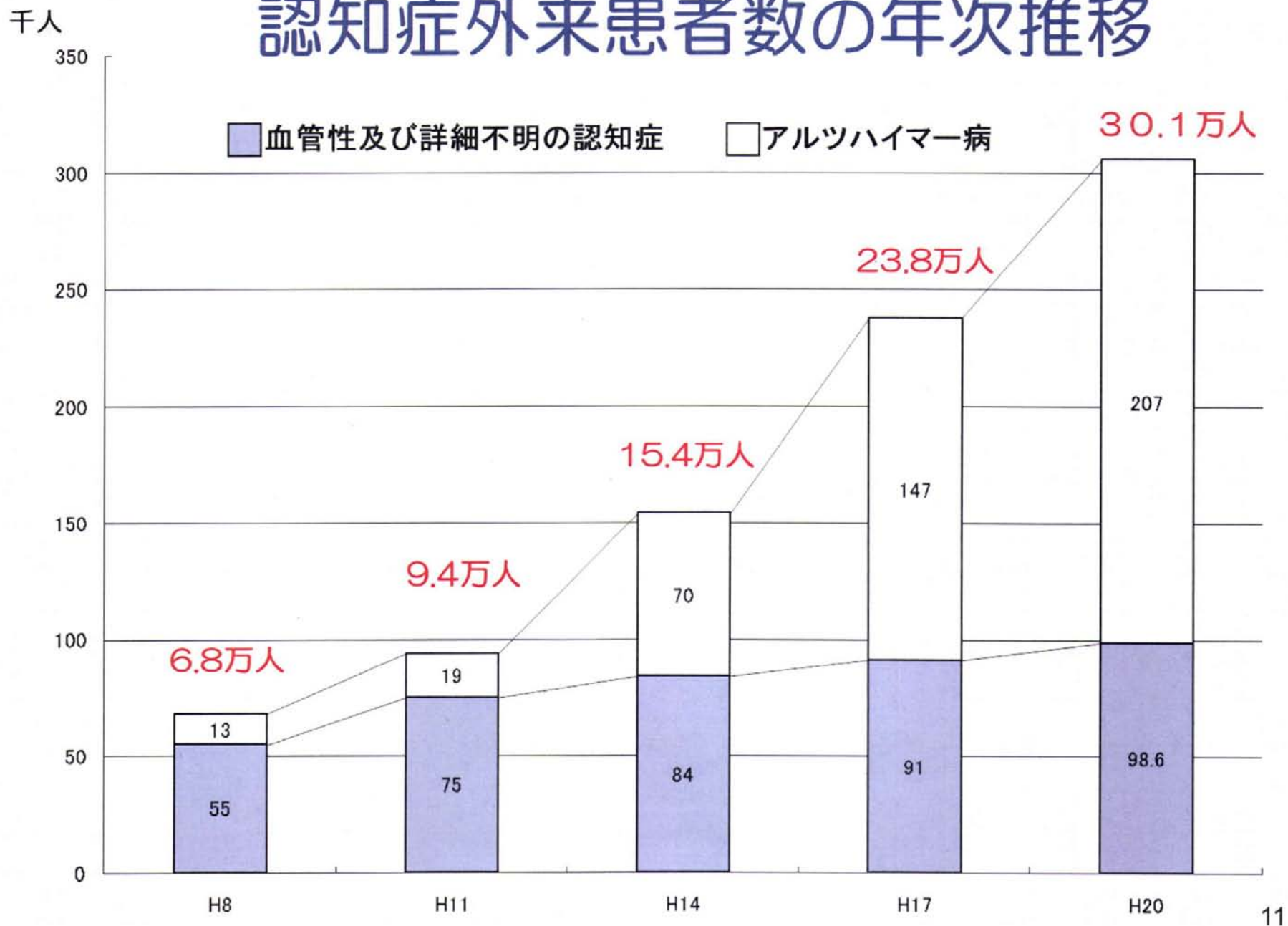
(千人)



出典：患者調査  
※一般診療所を除く



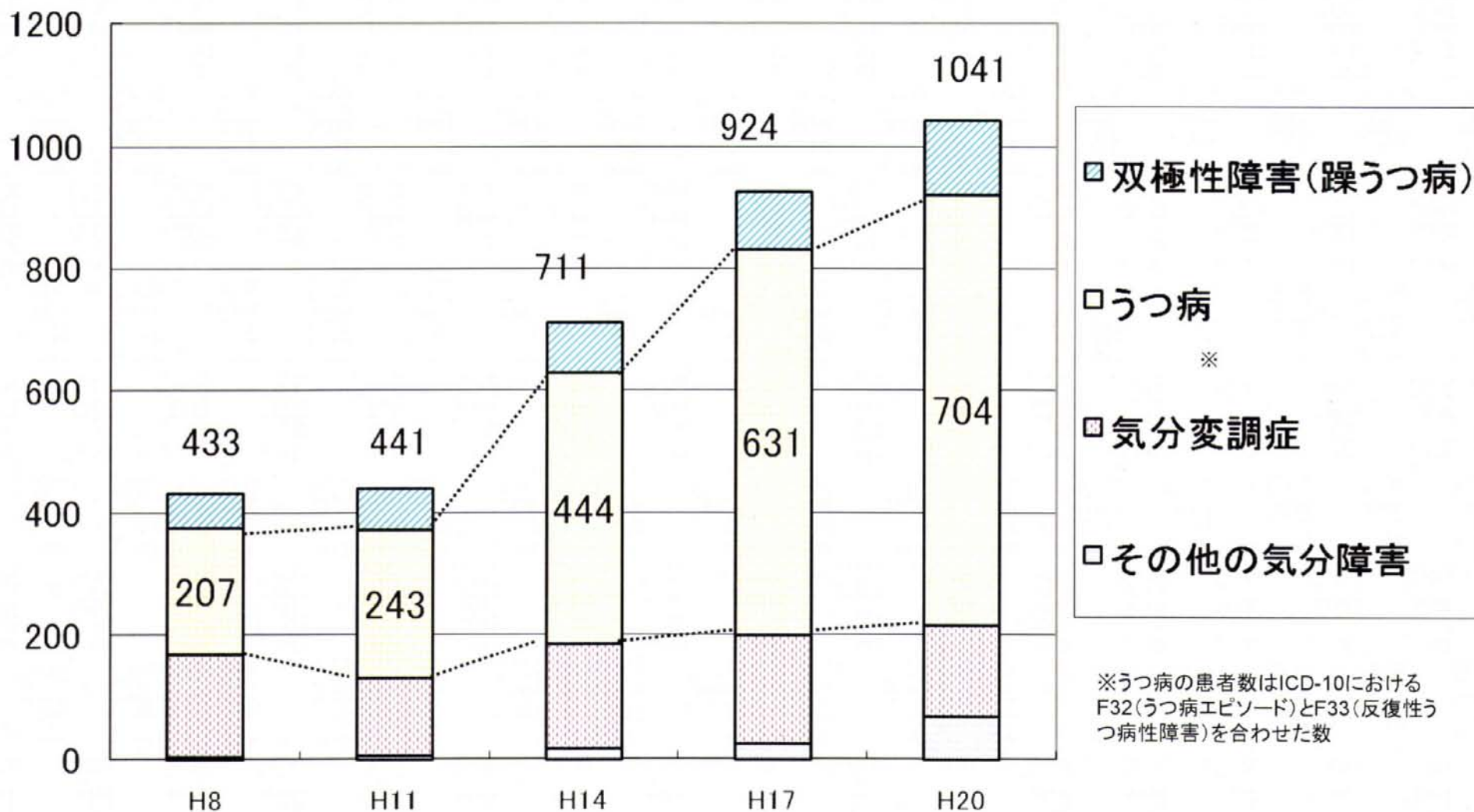
# 認知症外来患者数の年次推移



【出典】 患者調査

# 気分障害患者数の推移

(千人)

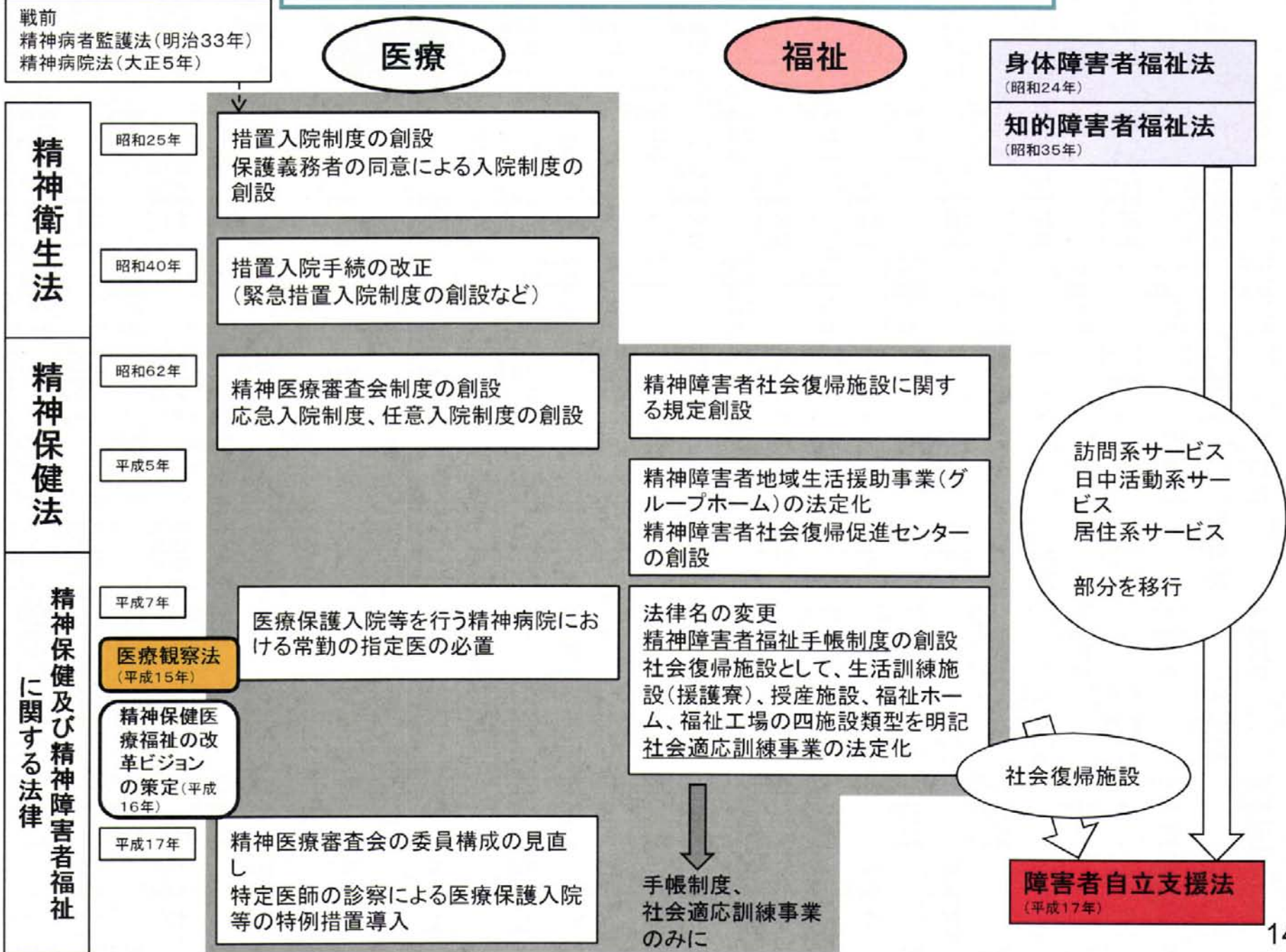


※うつ病の患者数はICD-10におけるF32(うつ病エピソード)とF33(反復性うつ病性障害)を合わせた数

うつ病患者数は平成8年からの12年間で約3.5倍となっている

## Ⅱ 精神保健医療改革への取組状況

# 精神保健分野における制度改正の経緯





# 精神保健医療福祉改革に関する これまでの経緯

平成16年 精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)において「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定(9月)

今後10年間で、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を推進

平成21年 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において報告書を取りまとめ(9月)

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を推進するため、以下を柱とする改革を推進。  
①精神保健医療体系の再構築、②精神医療の質の向上、③地域生活支援体制の強化、④普及啓発

平成22年 検討会報告書を踏まえ、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」設置(5月)

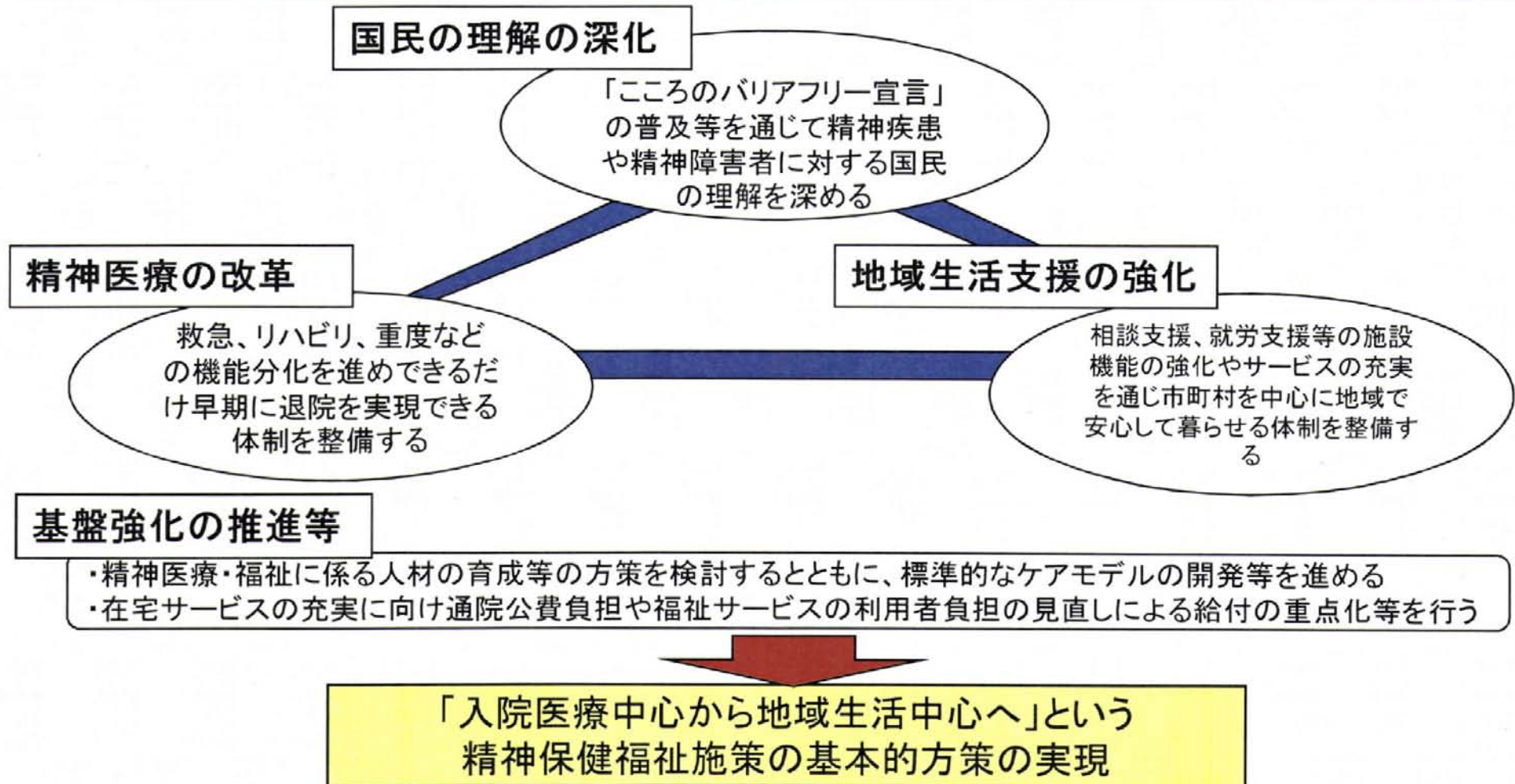
アウトリーチ(訪問支援)の充実等、精神保健医療福祉施策の改革の具体化に向けて検討を進め、アウトリーチ支援実現に向けた考え方を整理(6月)

認知症患者と精神科医療に関して議論を開始(9月)  
保護者制度・入院制度について議論を開始(10月)

# 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、  
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。



# 「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

## 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

## 地域生活支援体制の強化

- 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

## 普及啓発の重点的实施

### 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



# 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(6月29日閣議決定)【概要】

## 目的・基本的考え方

- 障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日) 障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現を最大限に尊重し、我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図る。

## 障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

### 工程表

#### 基礎的な課題における改革の方向性

**(1) 地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築**  
 ・障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充  
 実、及び平等な社会参加、参画を柱に据えた施策の展開  
 ・虐待のない社会づくり

**(2) 障害のとらえ方と諸定義の明確化**  
 障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非音声言語の定義の明確化

#### 横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

**(1) 障害者基本法の改正と改革の推進体制**  
 ・障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し・追加  
 ・改革の集中期間内における改革の推進等を担う審議会組織の設置  
 ・改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視等を担ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け等  
 → 第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

**(2) 障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等**  
 ・障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築  
 → 第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す  
 これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるように検討

**(3) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定**  
 ・制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度の構築  
 → 第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

	平成21年12月～平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
横断的課題のスケジュール等	障がい者制度改革推進本部の設置(平成21年12月)	● 障害者基本法抜本改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	● 次期障害者基本計画決定(12月目途)  ● 障害者総合福祉法(仮称)の提出	● 障害者差別禁止法案(仮称)の提出(改革の推進に必要な他の関係法律の一括整備法案も8月までの施行)	
<b>個別分野における基本的方向と今後の進め方</b> ※主な事項について記載					
(1) 労働及び雇用		・ 福祉的就労への労働法規の適用の在り方 (～23年内)		・ 雇率制度についての検証・検討 (～24年度内目途)	・ 職場での合理的配慮確保のための方策 (～24年度内目途)
(2) 教育		・ 障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けるインクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえた制度改革の基本的方向 (～22年度内)		・ 手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策 (～24年内目途)	
(3) 所得保障		・ 障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討 (～24年内目途)		・ 住居の確保のための支援の在り方 (～24年内)	
(4) 医療		・ 医療費用負担の在り方(応能負担) (～23年内)	・ 社会的入院を解消するための体制 (～23年内)	・ 精神障害者の強制入院等の在り方 (～24年内目途)	
(5) 障害児支援		・ 相談・療育支援体制の改善に向けた方策 (～23年内)			
(6) 虐待防止		・ 虐待防止制度の構築に向けた必要な検討			※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を設定
(7) 建物利用・交通アクセス		・ 地方のバリアフリー整備の促進等の方策 (～22年度内目途)			
(8) 情報アクセス・コミュニケーション保障		・ 情報バリアフリー化のための環境整備の在り方 ・ 障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策 (～24年内)			
(9) 政治参加		・ 選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組 (～22年度内) ・ 投票所のバリア除去等			
(10) 司法手続		・ 刑事訴訟手続における障害の特性に応じた配慮方策 (～24年内目途)			
(11) 国際協力		・ アジア太平洋での障害分野の国際協力への貢献			



# 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」

(平成22年6月29日閣議決定)【抜粋】

## 3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

以下の各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、横断的課題の検討過程や次期障害者基本計画の策定期間等も念頭に置きつつ、改革の工程表としてそれぞれ検討期間を定め、事項ごとに関係府省において検討し、所要の期間内に結論を得た上で、必要な措置を講ずるものとする。

### (4) 医療

- 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。



## 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

昨年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、本年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。(主担当:厚生労働大臣政務官)

### ○第1R:平成22年5月31日～6月17日

→来年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健医療体制の整備に関する検討を実施

### ○第2R:平成22年9月2日～

→精神科と精神科医療に関して検討を実施

### ○第3R:平成22年10月21日～

→保護者制度と入院制度について検討を開始

(検討チーム HP) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai>



## アウトリーチ支援実現に向けた考え方

### 【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にす関わり方を基本とする。

### 【具体的な方向性】

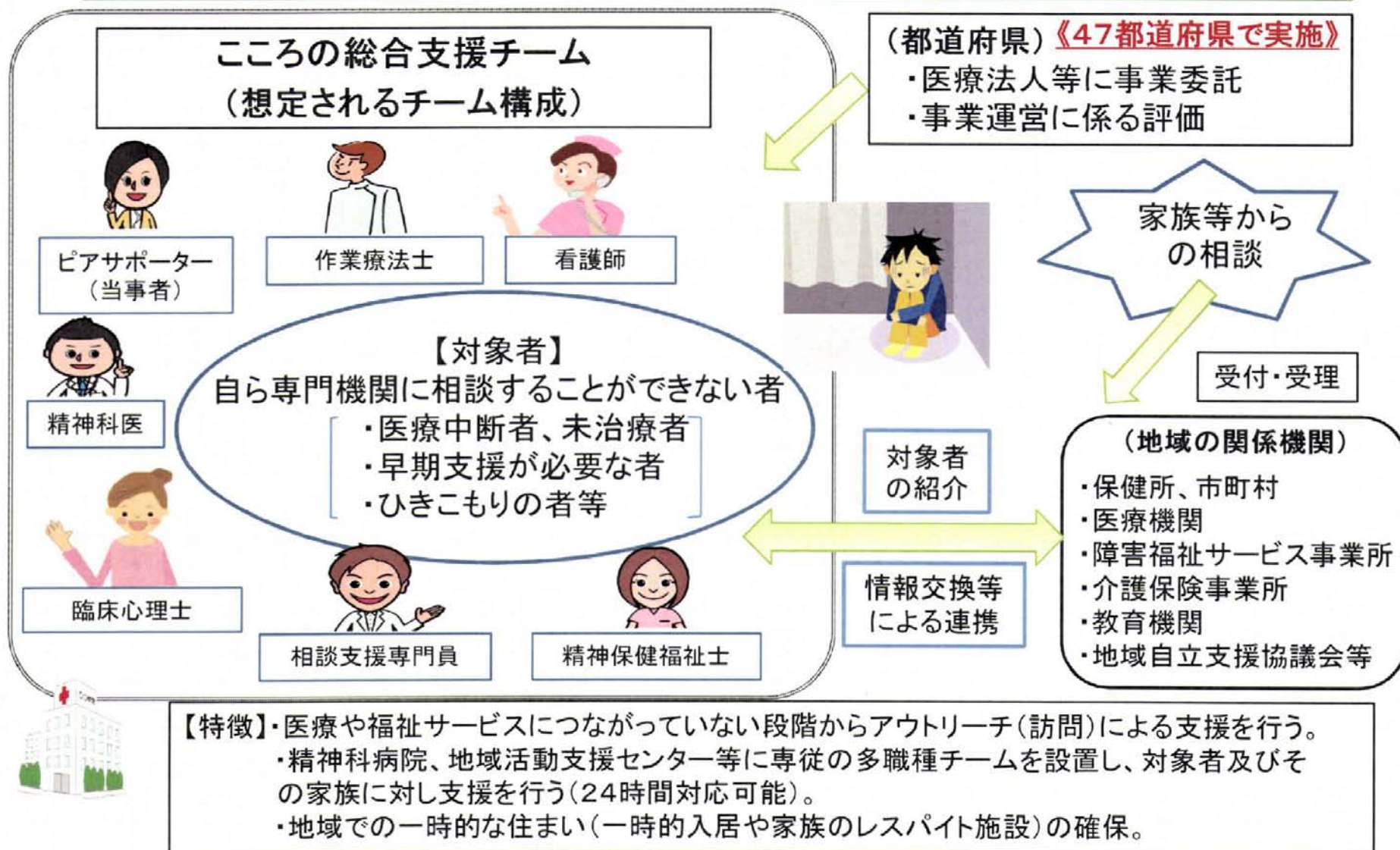
- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。  
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。



# 精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

23年度要求額: 16億円  
(特別枠)

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。





## 認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子(案)

## 基本的な考え方

認知症患者に対する精神科医療の役割については、以下の点を基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状(BPSD)や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しないと判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑥ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

(参考資料)

## 医療法による、医療施設別、病床区分別の人員配置標準

	病床区分	職 種			
		医師	薬剤師	看護師及び准看護師	栄養士
一般病院	一般	16:1	70:1	3:1	病床数100以上の病院に1人
	精神	48:1	150:1	4:1(注1)	
	外来	40:1(注2)	75:1 取り扱い処方箋の数	30:1	
	いわゆる総合病院(注3)	精神	16:1	70:1	
特定機能病院	一般・精神	8:1	20:1	2:1	管理栄養士1人
	外来	20:1	80:1 調剤数	30:1	

(注1) 当面の間、「5:1」が認められている。(この場合、看護補助者と合わせて4:1の配置とする)

(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は80:1である。

(注3) 内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院並びに大学附属病院。



(参考資料)

## 平成22年診療報酬改定の概要<精神科関係>

### 急性期入院医療・身体合併症対応の充実

- 入院基本料13:1 の創設
- 入院基本料10:1 の在院日数要件の緩和等
- 入院基本料加算、精神科救急入院料、救急・合併症入院料、急性期治療病棟入院料の入院早期の引上げ
- 精神科急性期治療病棟の対象病院の拡大
- 身体合併症管理加算の引上げ

### 専門医療

- 児童・思春期精神科 ……加算の引上げ
  - 強度行動障害
  - 重度アルコール依存症
  - 摂食障害
- 加算の創設

### 認知症

- 認知症治療病棟の急性期への重点化
- 認知症治療病棟退院調整加算 の新設

### 慢性期入院医療

- 精神療養病棟入院料の重症度別評価の導入
- 精神科地域移行実施加算の引上げ
- 抗精神病薬の投与が2種類以下の場合の、非定型抗精神病薬加算の引上げ

### 外来医療

#### 精神療法

- 通院・在宅精神療法  
病院・診療所の点数を統一  
30分以上のものを引上げ
- 認知療法・認知行動療法  
診療報酬上の評価を新設
- 入院心身医学療法 の点数引上げ

#### 精神科デイ・ケア等

- 早期(1年以内)の加算の導入
- 食事提供加算の包括化

#### 認知症

- 認知症専門診断管理料 の新設
- 認知症患者地域連携加算 の新設

### 在宅医療

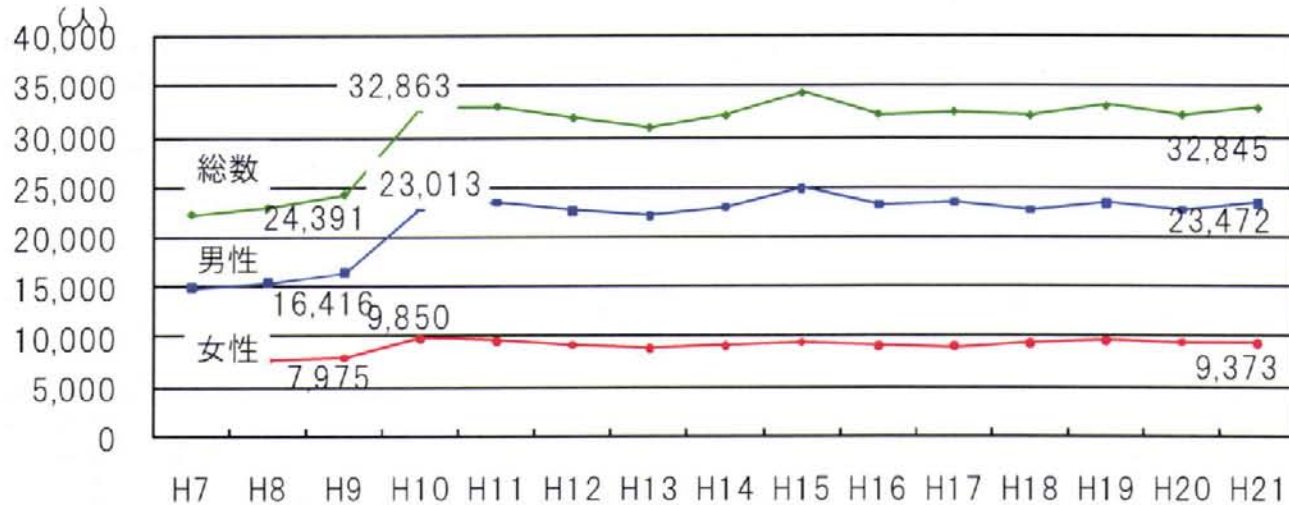
- 訪問看護ステーションにおける、重症患者への「複数名訪問看護加算」の新設
- 往診料の引上げ



## Ⅲ 自殺対策への取組

## 現状

- 自殺死亡者は、平成10年から12年連続で3万人を超えており、ロシアや東欧諸国に次ぐ高い水準となっている。
- 15歳から34歳までの若い世代では、①亡くなられた方のうちの10人に4人が自殺であり、②死因のうち自殺がトップなのは先進7カ国で日本のみ、という状況。



自殺対策の数値目標  
【自殺総合対策大綱(H19.6.8策定)】  
H28年までに自殺死亡率を  
20%以上減少(H17年※比)  
※H17年自殺死亡率25.5(人口10万対 警察庁統計)

警察庁統計における自殺の原因・動機(平成21年)(原因・動機は3つまで計上)

	自殺者	原因・動機特定者											
			健康問題					経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
				うつ病	統合失調症	アルコール依存症	薬物乱用						
平成21年	32,845	24,434	15,867 (64.9%)	6,949 (43.8%)	1,394	336	63	8,377 (34.3%)	4,117	2,528	1,121	364	1,613

自殺者の実数(警察庁統計による)						
	H20	H21		H22(暫定値)		
		<実数>	<前年比>	<実数>	<前年比>	
1月	2,542	2,667	4.9%	2,534	-5.0%	
2月	2,408	2,490	3.4%	2,444	-1.8%	
3月	2,939	3,103	5.6%	2,945	-5.1%	
4月	2,854	3,066	7.4%	2,570	-16.2%	
5月	2,796	3,003	7.4%	2,771	-7.7%	
6月	2,769	2,857	3.2%	2,767	-3.2%	
7月	2,652	2,783	4.9%	2,857	2.7%	
8月	2,431	2,525	3.9%	2,535	0.4%	
9月	2,714	2,530	-6.8%	2,462	-2.7%	
10月	3,092	2,811	-9.1%	2,419	-13.9%	
11月	2,539	2,522	-0.7%			
12月	2,513	2,488	-1.0%			
合計	32,249	32,845	1.8%			

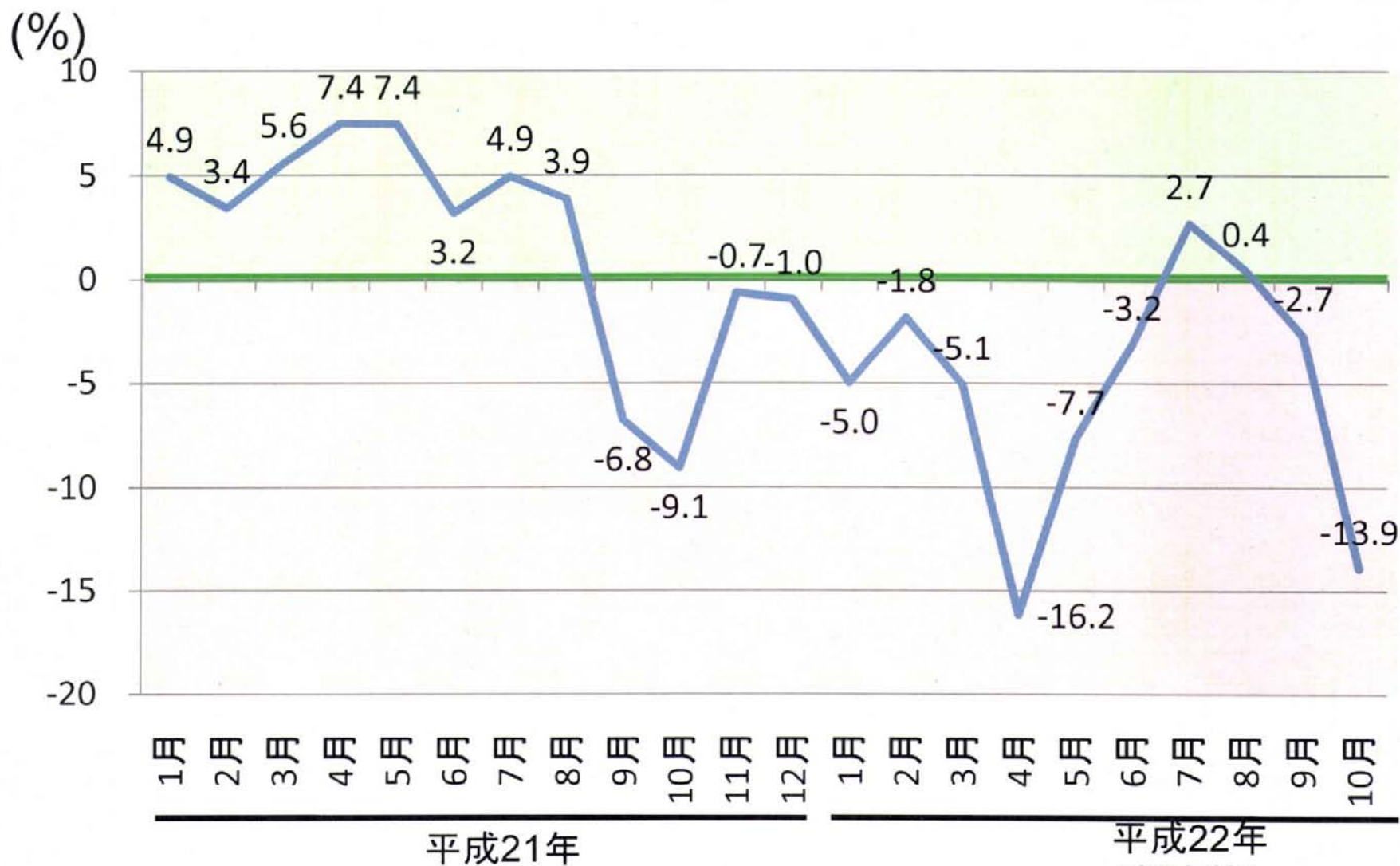
平成22年1月～10月の自殺者数 26,304人 (前年比平均5.5%減)



# 月ごとの自殺者数の増加率（前年同月比）

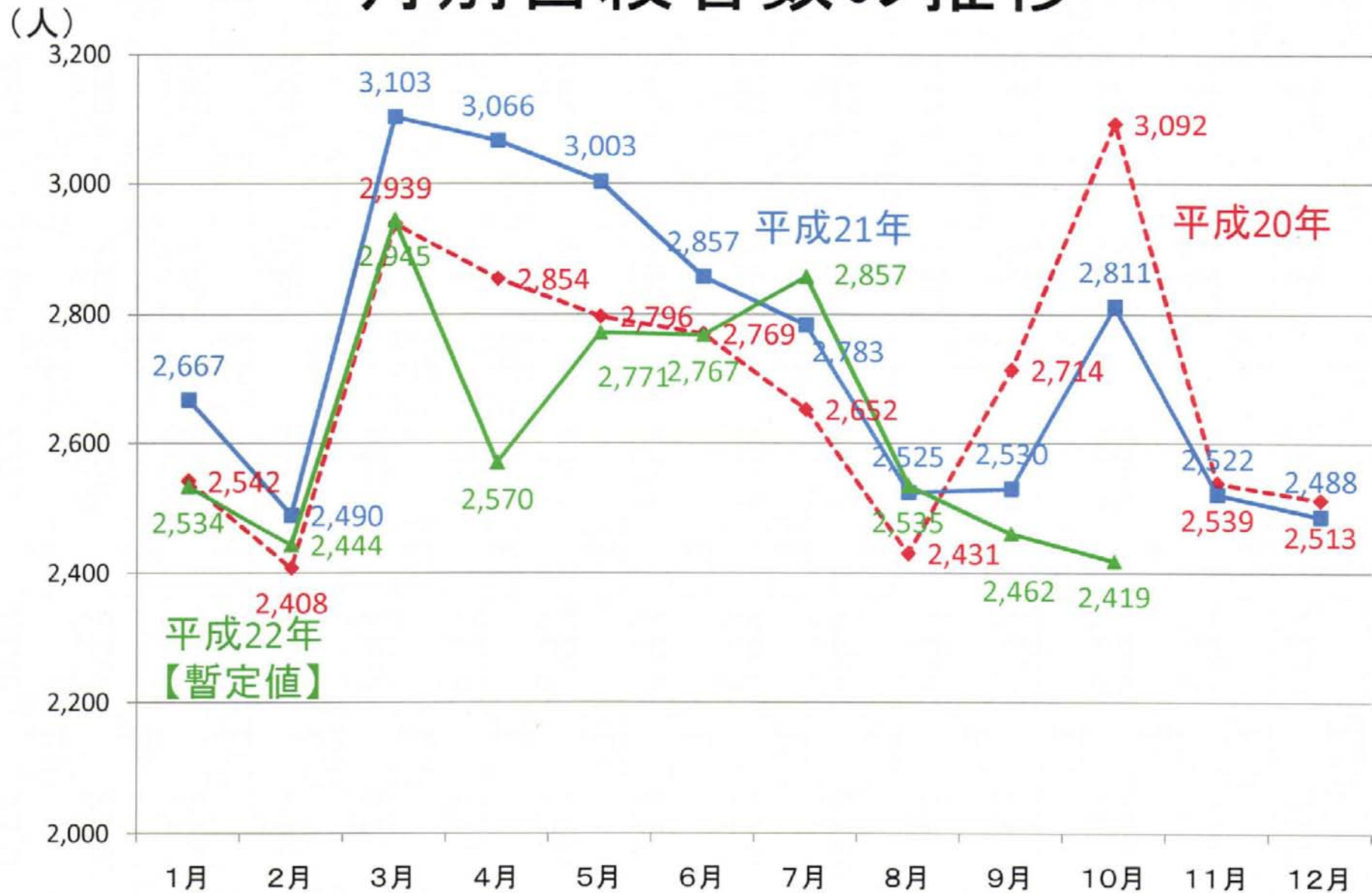
【警察庁統計による】

H22.11作成



※平成22年は暫定値のため、今後変更される可能性がある。(翌年5月頃確定予定) 29

# 月別自殺者数の推移



※平成22年の各月の自殺者数は、翌月に発表された暫定値であり、その後の捜査の結果等により、翌年5月頃に発表される確定数は異なる可能性がある。



# 誰もが安心して生きられる温かい社会づくりを目指して ～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～

厚生労働省  
自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告  
(平成22年5月28日)

## 柱1 普及啓発の重点的实施 ～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

- 睡眠キャンペーンの継続的实施
- 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信
- うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発
- 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充
- 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知
- ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

## 柱2 ゲートキーパー機能の充実と 地域連携体制の構築 ～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

- ＜うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に＞
- 都道府県・市町村における精神保健体制の充実
  - かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化
- ＜主として、求職中の方を対象に＞
- ハローワーク職員の相談支援力の向上
  - 都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力
  - 求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施
  - 生活福祉・就労支援協議会の活用
- ＜主として、一人暮らしの方を対象に＞
- 地域における孤立防止等のための支援
- ＜生活保護を受給している方を対象に＞
- 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

## 柱3 職場におけるメンタルヘルス対策・ 職場復帰支援の充実 ～一人一人を大切にする職場づくりを進める～

- 管理職に対する教育の促進
- 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実
- 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応
- メンタルヘルス不調者に適切に対応出来る産業保健スタッフの養成
- 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化
- 職場環境に関するモニタリングの実施
- 労災申請に対する支給決定手続きの迅速化
- うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施
- 地域・職域の連携の推進

## 柱4 アウトリーチ（訪問支援）の充実 ～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

- 精神疾患の未治療・治療中断者等へのアウトリーチの充実

## 柱5 精神保健医療改革の推進 ～質の高い医療提供体制づくりを進める～

- 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実
- 自殺未遂者に対する医療体制の強化
- 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立
- 精神保健医療改革の方向性の具体化



# 過量服薬への取組

～ 薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて ～

## 過量服薬の実態と背景

○自殺既遂者(76名)の遺族に対する調査  
・受診歴のある者が約50%、受診群のうち39歳以下が約7割弱  
・受診群の約6割が処方された向精神薬を過量服薬

○向精神薬の処方に関する調査  
・2005年～2007年の約30万件のレセプト調査で、向精神薬を処方されている患者の割合は増加傾向

○患者側の要因  
・症状が改善せずやむを得ず服薬量を増量したり長期間継続してしまう  
・薬物への依存という認識が不足しており、医師に処方を求めてしまう

○診療側の要因  
・患者との治療関係を築きにくい診療環境  
・薬物の処方を強く望む患者に対して説明が困難な状況にある  
・説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまう恐れ

様々な要素が複雑に絡み合った根深い問題

当面の対策

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム (平成22年9月9日)

### 取組1

#### 薬剤師の活用

- ・薬剤師によるリスクの高い患者への声かけ等の取組を推進
- ・薬剤師に対する薬物依存等に関する研修機会の提供

### 取組2

#### ガイドラインの作成・普及啓発の推進

- ・最新の診療ガイドラインの普及啓発を推進
- ・境界性パーソナリティ障害に関する診療ガイドラインの普及啓発
- ・多剤処方の是正に関するガイドライン等の作成

### 取組3

#### 研修事業に過量服薬への留意事項を追加

- ・厚生労働省や関係団体が行う研修事業を活用

### 取組4

#### 一般医療と精神科医療の連携強化

- ・救命救急センターにおける精神科ケアの対応能力の向上を推進
- ・一般医療と精神科医療との連携を強化する取組を周知

### 取組5

#### チーム医療で患者と良好な関係を築くための取組

- ・チーム医療を担える人材育成を推進

今後検討していく対策  
(ワーキングチームを設置)

### 検討1 向精神薬に関する処方の実態把握・分析

- ・処方した診療科名、処方量・種類、疾患名等についての実態把握と分析の方法について検討

### 検討2 患者に役立つ医療機関の情報提供の推進

- ・医師の診療経験に関する情報など、どのような情報が患者にとって、適切な医療機関の選択に役立つのか慎重に検討し、その情報公開の仕組みを検討

### 検討3 不適切な事例の把握とそれへの対応

- ・明らかに不適切と思われる事例を把握・確認する方策を検討
- ・加えて、そのような場合の医療機関や患者への助言・指導の方法を検討

### 検討4 過量服薬のリスクの高い患者への細やかな支援体制の構築

- ・患者や家族に対する訪問支援等のチームによる細やかな支援体制の構築のため、モデル事業や人材育成の方策を検討
- ・医療機関や薬局による、患者への薬剤に関する効果的な情報提供について検討

### 検討5 患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保

- ・診療時間を十分に確保するために必要な支援を検討



# うつ病に対する医療等の支援体制の強化

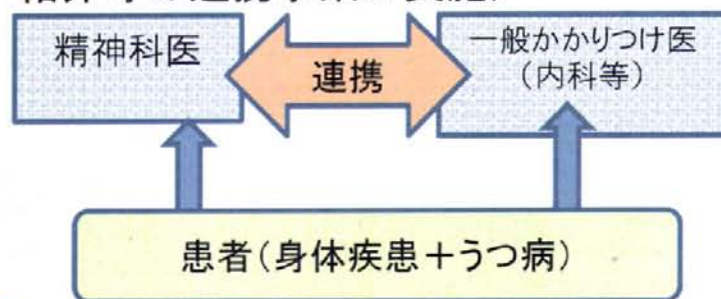
【平成22年度補正予算案 7.6億円】

- 平成8年に約43万人だったうつ病患者が平成20年には約104万人と、12年間に2.4倍と増加の一途をたどっており、より効果的な治療対策が急務となっている。

精神科医療の質の向上を図るために研修と医療機関の連携体制構築を実施(22年度～23年度、内閣府の自殺基金の積み増し)

## 精神科医と一般かかりつけ医の連携強化

- 地域レベルでの定期的な連絡会議の開催
- ・一般医でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築
- ・ケーススタディ
- (具体的な事業内容:連携内容の検討、確認紹介等の連携事業の実施)



## 精神医療関係者への研修

- 精神医療関係者への研修により診療・支援についての質の向上を図る。特に向精神薬の過量服薬の防止についての徹底を図る。

(対象)  
精神科に係る医師、看護師、薬剤師等  
(研修内容)

- ・うつ病の診断・治療
- ・うつ病患者の支援方法
- ・薬剤の処方 等

- 服薬状況の情報収集