

これまでの議論の整理と 今後の検討の方向性【論点整理】

平成20年9月3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

- I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過
- II 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行及び地域生活の支援に関するもの）の現状と評価
 - 1. 精神障害者の状況
 - 2. 精神障害者の地域生活支援の現状
 - 3. 精神保健医療体制の現状
 - 4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状
- III 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方
 - 1. 基本的考え方
 - 2. 施策の推進体制等について
- IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向
 - 1. 検討の基本的方向性
 - 2. 施策の方向性について
 - 3. 個別の論点
 - (1) 相談支援について
 - (2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について
 - (3) 地域生活を支える医療の充実について
 - (4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について
- V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向
 - 1. 検討の基本的方向性
 - 2. 個別の論点
 - (1) 入院医療について
 - (2) 通院・在宅医療について
 - (3) 医療体制・連携について
 - (4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について
- VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向
 - 1. 検討の基本的方向性
 - 2. 個別の論点
- VII 今後の検討に向けて
 - 1. 本検討会における今後の検討の進め方
 - 2. 精神病床数に関する取扱いについて

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）

平成 20 年 9 月 3 日
今後の精神保健医療福祉の
あり方等に関する検討会

I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過

精神保健医療福祉の改革については、平成 16 年 9 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」（以下「ビジョン」という。）において、「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、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「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」という柱が掲げられた。

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等、ビジョンに基づき、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てきている。ビジョンは、概ね 10 年間の精神保健医療福祉の見直しに関する具体的な方向性を明らかにしたものであるが、平成 21 年 9 月にその中間点を迎えるところであり、後期 5 年間の重点施策群の策定が必要となっている。

本検討会においては、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、「今後も、『入院医療中心から地域生活中心へ』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、精神保健医療福祉施策に関する抜本的見直しに向け、平成 21 年に予定されている障害者自立支援法の改正を念頭に、本年 4 月から検討を開始した。これまで、ビジョン策定後の取組の状況を中心に、議論を行ってきたところである。本検討会における議論は未だその途上であるが、ここに、これまでの議論の整理を行うとともに、その議論を踏まえて、地域生活への移行及び地域生活の支援に関するものを中心に、重点的に対応が必要な事項について、今後の検討の方向性に関する論点のとりまとめを行う。

【これまでの開催状況】

平成 20 年 4 月 11 日（第 1 回）

○精神保健医療福祉の改革の経緯及び現状について

平成 20 年 5 月 1 日（第 2 回）

○地域生活支援体制の充実について

平成 20 年 5 月 29 日（第 3 回）

○精神保健医療体系について

平成 20 年 6 月 19 日（第 4 回）

○精神疾患に関する理解の深化について

○精神障害者の方からのヒアリング

○地域移行の実践に関するヒアリング

平成 20 年 6 月 25 日（第 5 回）

○「精神病床の利用状況に関する調査」報告について

○諸外国の精神保健医療福祉の動向について

平成 20 年 7 月 16 日（第 6 回）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について

平成 20 年 7 月 31 日（第 7 回）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）（案）
について

平成 20 年 8 月 21 日（第 8 回）

○有識者からのヒアリング

Ⅱ 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行及び地域生活の支援に関するもの）の現状と評価

1. 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) 入院患者の状況（静態）

（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 19.7 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。

（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%）にのぼっている。
- 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増える傾向にあり、10年以上入院患者では約85%にのぼっている。
- 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、主に認知症患者が平成11年から平成17年までの間で1.2万人（53%）増加していることによるものであり、認知症患者で入院期間が長期化する傾向が示されている。
- 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。

(3) 入院患者の状況（動態）

（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。
- 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・福祉等必要なサービスの確保のための取組を更に強化することにより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2割以下となっている。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%に止まり、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、退院患者における割合が下がるとともに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。

(4) 受け入れ条件を整えば退院可能な患者の状況

(患者調査による分析)

- 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等、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。

- ・ 疾患別で見ると、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。
- ・ 疾患別の入院患者のうち、受入条件が整えば退院可能な患者の割合を入院期間別にみると、統合失調症では、入院期間1年未満で約24%、1年以上5年未満で約27%、5年以上10年未満で約16%となっているが、入院期間10年以上では約3分の1強と最も高くなっている。一方で、認知症では、入院期間1年未満で約45%、1年以上5年未満で約41%となっており、異なる分布となっている。

- このように、受入条件が整えば退院可能な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々となっており、地域生活への移行のための方策を考えていくに当たっても、この点に十分留意し、患者像に応じたきめ細かい対応を図っていくことが必要である。

(病床調査による分析)

- 「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。)では、「受入条件が整えば退院可能」な患者の割合は約34%に上っており、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%)となっており、医師が「受入条件が整えば退院可能」という場合には、居住先や支援の確保の状況に加え、将来の状態の改善も見込んでいる可能性が示唆されている。
- 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割強となっているが、その中には、現時点で「生命の危険は少ないが入院治療を要する」とされた患者が約45%(全体の約27%)含まれている。このようなことから、地域生活への移

行のための方策の検討に当たっては、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者についても念頭に置いて具体策を講じていくことが必要である。

また、病床調査の結果によると、「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」とされた患者が約 40%いるが、このような患者の特性や状態像について、更に詳細に分析する必要がある。

2. 精神障害者の地域生活支援の現状

(1) 障害福祉サービスの現状

- 精神障害者が円滑に地域生活を送るためには、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等、地域において精神障害者の生活を支える様々な機能が確保されていることが必要である。

- 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きている。

精神障害者社会復帰施設については、障害者自立支援法施行直前の平成 18 年には、施設数が約 1.7 千カ所（平成 5 年時点の約 11 倍、平成 14 年時点の約 1.6 倍）、利用者数が 2.5 万人以上（平成 5 年時点の約 12 倍、平成 14 年時点の約 1.8 倍）と大きな伸びを示しており、特に小規模通所授産施設、通所授産施設、生活訓練施設では、利用者数がそれぞれ 9.1 千人、7.7 千人、4.4 千人であった。なお、「重点施策実施 5 か年計画」（平成 14 年 12 月 24 日障害者施策推進本部決定）においては、平成 18 年度時点における施策の達成目標を定めている。障害者自立支援法の施行前の平成 17 年度末時点の状況をみると、同計画に達成状況が定められた施策（精神障害者地域生活支援センターの整備、精神障害者ホームヘルパーの確保、精神障害者グループホームの整備、精神障害者福祉ホームの整備、精神障害者生活訓練施設（援護寮）の整備及び精神障害者通所授産施設の整備）については、精神障害者グループホームの整備を除き、平成 18 年度の目標値の 90%以上の水準を達成

している。精神障害者グループホームについては、平成18年度の目標として約1.2万人分の整備を掲げていたが、平成17年度末時点で約8.5千人分（約70.8%）の整備にとどまっている。

- 障害者自立支援法においては、事業・施設体系を見直し、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。
- 障害者自立支援法施行後の状況に関して、平成19年12月時点の精神障害者福祉サービスの状況をみると、グループホームや居宅介護では、精神障害者と知的障害者が同程度の割合で利用しているが、その一方で、自立訓練（生活訓練）や就労移行支援、就労継続支援では、利用がまだ十分に進んでいないと考えられる。
- また、精神障害者社会復帰施設については、平成23年度末までに、障害者自立支援法に基づく新体系サービスに移行することが求められているが、平成19年4月時点における移行状況によると、小規模通所授産施設で24.6%、通所授産施設で23.3%、生活訓練施設では6.6%、全体でも19.0%となっている。このように、障害者自立支援法において新たに設けられた就労系の福祉サービスにおいては、新体系サービスへの移行割合が高くなっている状況にある。これは、身体障害及び知的障害と比べると平均して高くなっているが、その移行はまだ十分とはいえない。
なお、小規模作業所については、障害種別のデータではないものの、平成18年4月以降、順次、新体系サービス等（地域活動支援センターや個別給付サービス）へ移行しており、平成20年4月時点では、総数約5.8千か所のうち約3.2千か所（54.3%）が新体系サービス等に移行している。

(2) 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、福祉サービスの機能とあわせて、通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供や、精神科救急医療による症状急変時における医療の提供、さらには、急性期の入院医療の提供を適切に担う機能が不可欠である。

○ こうした地域生活を支える医療については、精神科救急において夜間・休日の電話相談件数や受診件数、入院件数も増加傾向がみられ、また、精神科デイ・ケア等や精神科訪問看護の利用者数が近年増加を続けており、一定の充実がみられているが、課題も残っている。

○ 精神科救急については、平成 20 年度予算において、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。

しかしながら、精神科救急医療体制の機能が都道府県によって大きく異なっており、地域の実状を踏まえつつ、どの地域でも適切な精神科救急医療が受けられる体制の確保を図っていくことが課題となっている。

○ 精神科デイ・ケア等については、利用者のうち 20 歳以上 40 歳未満の者が 35%、40 歳以上 65 歳未満の者が 53%と、比較的若い年齢層の利用が多くなっているが、一般就労の支援を図るなど精神障害者の地域生活を支える医療の提供を充実する観点から、患者の症状やニーズに応じた機能の強化や分化を図っていくことが課題となっている。

○ 精神科訪問看護については、退院後の医療を提供する機能として患者や家族のニーズが高く、精神科訪問看護の実施により総入院日数が減少する等の効果がみられる。

医療機関からの精神科訪問看護については、平成 20 年診療報酬改定において急性増悪時の算定要件の緩和を行うなどその充実を図ってきている。その一方で、訪問看護ステーションの約 6 割で、精神疾患を主傷病とする利用者への訪問が実施されていない。

今後、精神障害者の地域生活を支える継続的な医療を提供する

観点から、精神科訪問看護の機能を更に充実していくことが課題となっている。

(3) 雇用支援の現状

- 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者の一般就労を支援し、又は、精神疾患を理由とした休職者・離職者等の職場復帰・雇用促進を支援する観点から、精神障害者に対する雇用支援を充実することは重要である。
- このような観点から、これまで、障害者雇用率制度における精神障害者の算定（平成 18 年 4 月施行）や、休職者に対する職場復帰、雇用継続に係る支援、平成 20 年度予算における「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」の創設等、取組みの強化を図ってきたところである。
- 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 13 年度以降大幅な増加を続けており、平成 19 年度でみると、平成 13 年度の 4.2 倍以上であり、平成 16 年度と比較しても 2.2 倍以上となっている。
就職件数でも、平成 19 年度においては、平成 13 年度の 5.2 倍以上、平成 16 年度の約 2.4 倍となっている。
また、精神障害者に対する職業訓練については、平成 18 年度における障害者委託訓練の受講者数は、平成 16 年度の約 2.9 倍、平成 17 年度の 1.4 倍以上となる等、大幅な増加をみせている。
- 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、精神障害者の雇用数は 56 人以上規模企業で 0.4 万人（平成 19 年 6 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とが課題となっている。

(4) 障害者自立支援法に基づく相談支援の現状

(障害者自立支援法に基づく相談支援について)

- 精神障害者が安心して地域生活を営むためには、上記のような

様々な支援を結び付け円滑に利用できるように支援することが必要であり、そのため、個々の精神障害者の相談に継続的に応じその状況を把握するとともに、個々の精神障害者に応じた適切な支援へとつなぎ生活全体を支える機能が地域において確保されることが不可欠である。

○ 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ンターが位置付けられていた。

○ 障害者自立支援法においては、こう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し、都道府県を相談支援事業のうち広域的な対応が必要なものを担う主体としている。

(市町村における相談支援事業について)

○ 相談支援事業を効果的に実施するためには、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、教育、医療等の関連する分野の関係者からなり、相談支援事業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。

また、市町村は、一般的な相談支援事業のほか、民間賃貸住宅への入居時の支援や夜間を含む緊急時の対応が必要な場合における支援を行う「居住サポート事業」や、判断能力が不十分な障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する「成年後見制度利用支援事業」等の相談支援事業を行うこととされている。

○ 一方で、こうした市町村における相談支援事業については、平成19年12月時点で地域自立支援協議会の未設置市町村が半数に上り、平成19年4月時点で居住サポート事業の未実施市町村が約9割となっているなど、課題が残っている。

(個々の精神障害者に対するケアマネジメント機能について)

○ また、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加え、個々の精神障害者に対して個別のサービスの利用の調整を行い、その計画を作成する等の支援を行うケアマネジメント機能が重要である。

- 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、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いる等の理由により、その活用が十分でないという課題がある。

3. 精神保健医療体制の現状

- 精神病床数は、平成10年以降、減少傾向が続いてはいるものの、ほぼ横ばいとなっている。病院類型で見ると、特に、一般病院での減少が著しく、平成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、横ばいとなっている。
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ている一方で、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、我が国における精神病床数は、1960年代に急速に増加し、現在でも依然高い水準となっている。
- 精神科又は神経科を標榜する診療所数の推移をみると、一般診療所数も近年増加の一途をたどっているが、精神科又は神経科を標榜する診療所の増加はそれを大きく上回る勢いで増加しており、平成8年から平成17年までの間で、ほぼ1.5倍に増加している。
- 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増加が顕著である。平成6年と平成18年の比較で見ると、病院に勤務する精神科医の増加が15%にとどまるのに対し、診療所に勤務する精神科医は、2.3倍に増加している。
- 我が国における医師以外の精神科医療従事者数については、精神科病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年以降大きく増加している。
これを諸外国との比較で見ると、人口当たり従事者数は、精神科看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る。

4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状

- ビジョンにおいては、「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」という達成目標を掲げているが、平成 18 年度時点では、「精神疾患は誰もがかかりうる病気である」との質問に対し、「そう思う」と答えた者の割合が 50%弱、「ややそう思う」と答えた者を合わせると約 82%に上っており、ビジョンに掲げた目標の達成に向け一定の進捗がみられている。

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見ると、うつ病等他の疾患に比べて、統合失調症に対する理解が大きく遅れている。

- 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。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。

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

1. 基本的考え方

(1) 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「精神病患者監護法」の制定まで法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。
- 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等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り、この時期に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き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等、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）、精神保健及び精神障害者福祉に関する

る法律（平成 7 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）の成立等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきたが、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制が十分でないことや、我が国における精神疾患や精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、その成果は未だ十分でなく、依然として多くの長期入院患者が存在している。

(2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- このように、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て、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。
- 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者福祉に関する法律及び障害者自立支援法に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を更に推し進め、精神障害があっても地域にお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ともに、精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。
 - 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備
 - 2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
 - 3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供
- 具体的施策については、上記の基本的な考え方や施策の柱を踏まえて、以下の方向性でその推進を図るべきである。
 - ①地域生活を支える支援の充実
 - 精神障害者が、地域において質が高く適切な福祉サービスや医療サービス等の必要な支援を十分に受けることができる体制

作りを行う。

②精神医療の質の向上

救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等、疾患や病期に応じて人権に配慮した適切な医療が提供されるとともに、精神医療の質が向上することにより、精神障害があっても、地域において安心して生活を営み、かつ、入院した場合でもできる限り早期に地域生活に戻ることができる体制作りを行う。

③精神疾患に関する理解の深化

精神疾患に関する正しい理解が進み、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な対応が行われ、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会を構築する。

④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

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院している精神障害者を中心として、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着をはじめとして、入院から本人にふさわしい生活への移行・定着までが、円滑に行われる流れを作る。

2. 施策の推進体制等について

○ 上記の考え方に基づき、精神保健医療福祉施策を推進していくに当たっては、将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、可能な限り、客観的な指標に基づく明確な数値目標を定め、それを実現するためのロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、更に定期的にその進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべきである。

○ また、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策が着実に推進されるよう、市町村を中心とした地域（都道府県・政令指定都市、保健所設置市区、その他の市町村等）における検討・推進体制（当事者の施策立案過程への参画を含む。）のあり方や制度上の位置付けについても検討すべきではないか。

その際、市町村等における人的・財政的な基盤の確保や、地域における施策の推進体制の強化等のための障害福祉計画の充実、医療計画と障害者計画や障害福祉計画との関係をはじめとする各種計画の相互関係の強化のための方策等についても検討すべきではないか。

- なお、上記のビジョンの提示や数値目標の設定、ロードマップの明確化については、本年末に予定されている本検討会の中間まとめや来年夏頃に予定されている本検討会の最終まとめにおいて具体的に示すことを目指して今後検討を行うこととし、具体的施策の検討については、IVからVIまでで示す方向性に沿って進めることとしてはどうか。