

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
(第6回)  
議 事 次 第

1. 日時 平成20年7月16日(水) 15:00~17:30
  2. 場所 厚生労働省 省議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 9階
  3. 議事
    - これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について
- 

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

資料1 精神保健医療福祉の現状と評価

資料2 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(案)

参考資料1 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書

参考資料2 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会開催要綱

## 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。
- 一方で、入院患者についてみると、平成11年で34.1万人、平成17年で35.3万人であり、概ね横ばいとなっている。

#### (2) 入院患者の状況（静態）

##### （疾患による分析）

- 平成17年患者調査によると、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疾患患者が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、認知症疾患患者が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、認知症疾患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、認知症疾患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、認知症疾患が平成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、認知症疾患入院患者で入院期間が長期化する傾向が示されている。

### (3) 入院患者の分析（動態）

#### (入院期間1年未満患者の動態)

- 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、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、精神病床の平均在院日数は短縮する一方であり、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、患者の入れ替わりが頻繁に起こっており、入院医療の急性期化が進んでいる。

#### (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年以上で退院した者の割合は約13%、特に在院期間が5年以上で退院した者の割合はわずか4%にとどまっている。  
さらに、入院期間が長期化するほど、転院や死亡により退院する者の割合が高くなる傾向にあり、在院期間1年未満で退院する患者では転院や死亡による退院をあわせても16%程度であるのに対し、在院期間5年以上で退院する患者では、その割合が7割以上となっている。
- このように、入院期間1年未満において入院医療の急性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ていくかが課題となっている。

#### (4) 受け入れ条件が整えば退院可能な者の分析

(患者調査による分析)

- ビジョンでは、患者調査の「受入条件が整えば退院可能な者」（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、受入条件が整えば退院可能な者は約 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（受入条件が整えば退院可能な者の約 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、受入条件が整えば退院可能な者のうち 55 歳未満の者は約 30%、55 歳以上の者は約 70% となっている。65 歳以上の者は 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、認知症疾患の患者が約 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、認知症疾患では、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、十分な留意が必要である。

(病床調査による分析)

- 「精神病床の利用状況に関する調査」（以下「病床調査」という。）では、「受入条件が整えば退院可能な者」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」な者は 15%（全体の約 5.2%）、「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」な者が 73%（全体の約 24.6%）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、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者の割合が入院患者の 6 割強に上っている。そのうち「生命の危険は少ないが入院治療を要する」とされた者が約 45% 含まれており、地域生活への移行のための方策を考えていく上で、受入条件が整えば退院可能な者以外の患者についても念頭に置くことが必要である。

## 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

- 精神障害者に対する福祉サービスは、障害者自立支援法施行前から整備が進められており、精神障害者社会復帰施設は、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 千か所（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 万人強（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いる。  
精神障害者社会復帰施設のうち、入所系サービス（精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム及び精神障害者入所授産施設）についても、平成 18 年において、施設数が約 560 か所（平成 5 年時点の約 5.1 倍、平成 14 年時点の約 1.3 倍）、利用者数が 8 千人強（平成 5 年時点の約 6.7 倍、平成 14 年時点の約 1.4 倍）と伸びを示している。
- 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たが、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、精神障害者の利用がまだ十分に進んでいないと考えられる。
- また、障害者自立支援法により、市町村が相談支援の責任主体となったが、地域自立支援協議会の設置や居住サポート事業の実施が十分でないなど、相談支援体制の整備には課題が残っている。

### (2) 医療サービスの現状

- 精神障害者の地域生活を支援していく上では、通院・在宅医療による日常的な医療の提供や、精神科救急医療による緊急時（症状急変時）の医療の提供を行う機能が、障害福祉サービスと同様に重要である。
- 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、また、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、一定の充実がみられているが、課題も残っている。
- 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、一般就労を通じた自立を促すことも含め、利用者の地域生活を支える観点から、患者の症状やニーズに応じた機能の強化や重点化が必要である。
- 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等その充実を図っているが、訪問看護ステーションの約 6 割で実施されていないなどの課題があり、その提供体制をさらに充実していく必要がある。
- 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っているが、圏域の設定の考え方や、人口当たり年間受診件数や入院率など精神科救急医療システムの機能が都道府県に

よって大きく異なっているといった課題がある。

### (3) 雇用支援の現状

- 地域生活を送る精神障害者の一般就労を通じた自立を促す観点から、雇用支援は重要な要素であり、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」の創設など、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18年度でみると、平成13年度の3.5倍以上であり、平成16年度と比較しても1.8倍以上となっている。  
また、就職件数でも、平成18年度においては、平成13年度の4.1倍以上、平成16年度の約1.9倍となっている。  
なお、精神障害者に対する職業訓練についても、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、大幅な増加をみせている。
- 以上のように、精神障害者の雇用支援は着実に進展しているが、一方で、精神障害者の雇用数は、平成19年6月時点で、56人以上規模企業において0.4万人にとどまっており、今後、企業における精神障害者の雇用を更に推進する必要がある。

### 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。病院類型でみると、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。精神科病院では、横ばいとなっている。  
一方で、諸外国では、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、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。
- 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も増加が顕著である。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。

### 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みると、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。

## これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（案）

## 今後の精神保健医療福祉施策について

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>1. 基本的考え方</p> <p>○ 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、その認識に立って、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。</p>	<p>○ 隔離収容施策を謝罪して、国が責任を持ってお金を出して、社会的入院の方々を退院させていただきたい。（第4回 広田構成員）</p> <p>○ 必要なサービスを提供し、退院していただくのは、国や我々の責任だと考えることが必要。（第5回 中島構成員）</p>



主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、「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。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止</li> <li>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の抑止</li> <li>3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の確保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と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供</li> </ol>	<p>● 「今後の議論の進め方」(第2回 参考資料3)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 具体的施策については、以下の方向性でその推進を図るべきである。</p> <p>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など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。</p> <p>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など、疾患や病状期に応じて必要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、精神障害者が、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。</p> <p>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共に暮らしていくことができる社会を構築する。</p> <p>④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定</p>	<p>● 「今後の議論の進め方」(第2回 参考資料3)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>着支援</p> <p>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。</p> <p>2. 施策の推進体制について</p> <p>○ 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て個別の対策を講じ、さら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。</p>	<p>○ 政策や制度が有効に機能しているか、再評価が必要。数値目標を提示し、それに対する進捗状況を明らかにすることが必要。（第2回 佐藤構成員）</p> <p>○ ビジョンの下で進められてきた施策がどう進んでいるのかについて、進んでいるならその成功要因、進んでいないならその理由を含めて、評価・検証をして今後の対策に生かしていくことが検討会の役割である。（第5回 小川構成員）</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 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については、施策が着実に推進されるよう、地域（市町村、都道府県等）における推進体制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。</p>	<p>○ 地域移行を進めるに当たっては、市町村、障害福祉圏域、都道府県という三層構造の自治体の連携を綿密に機能させることが必要。（第2回 坂元構成員）</p> <p>○ 市町村レベルでの財源・人材の確保についても議論において配慮をすべき。（第1回 谷畑構成員）</p> <p>○ それぞれの関係機関が持続的に支援ができるような体制を作る必要。（第2回 谷畑構成員）</p> <p>● 「精神障害者の地域生活支援体制の充実に関する論点（案）」（第2回 資料3）</p>

地域生活への移行及び地域生活の支援について

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>1. 総論</p> <p>○ 精神障害者を取り巻く現状や、検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、地域生活への移行及び地域生活の支援については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援については、障害者自立支援法に基づく障害福祉サ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ことが不可欠であり、その体制の一層の充実を図る。</li><li>・ ケアマネジメントを含む相談支援については、日常の相談や緊急時の対応を通じて、精神障害者が安心して地域生活を営むことを支援するとともに、地域生活を営む精神障害者に対する適切なサービス提供を確保する上で重要な機能であり、その充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。</li></ul>	

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における相談支援が十分に機能するためにも、相談支援の中核を担う地域自立支援協議会について、その機能の充実を図る。</li>   <li>○ 病床調査の結果を踏まえ、地域生活への移行に係る施策については、受入条件が整えば退院可能な者以外の者も念頭に置いて行うべきではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院治療の必要性について調査すべき。(第1回 広田構成員)</li> <li>○ 退院できる、できないということについて、病院の判断に偏ることなく、第三者が直接入院患者とアクセスし、客観的な基準で判断できるような仕組みが必要。(第2回 田尾構成員)</li> <li>○ 精神障害者の方は、「重症」になると本当に退院できないのか、あるいは、どうしても繰り返しの入院になってしまうことは避けられないのか、そういう評価を検討会ですべきではないか。(第3回 末安構成員)</li> <li>○ 入院治療の必要性について議論をすべきではないか。(第5回 小川構成員)</li> <li>○ 現実には、精神科医の判断に加えて、地域がどんな生活を用意することによって退院が可能かという観点</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	<p>を加えて判断すると、病院で判断しているよりも、多くの方々が地域で生活できる可能性があり、その可能性について現実に取り組むことができた結果として、ベッドが本当に減ってしまう、そういう現実がある。</p> <p>(第5回 門屋構成員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 絶対的な入院の必要性をもつ場合は多くない。精神症状、いろいろな問題行動等も含めながら、非常に症状の悪い人でも、家族や社会の許容範囲が広ければ、それなりに家でも看られる場合がある。家族や社会の許容度と相対的なものだと思うので、これだけやればここまでの入院、というような絶対的な決め方はできない。(第5回 長尾構成員)</li> <li>○ 専門家の多くが入院患者が退院できる可能性を過小評価している。(第4回 田尾構成員)</li> <li>○ 精神科の入院自体は、医学的な基準だけでは決められずに、医学的な判断と社会的な受け皿が掛け合わさったところで決まる。日本では他国と比べてみると、明らかに受入体制が乏しく、そのことによって長期化している側面が大きいのではないか。(第5回 佐藤</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	<p>構成員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院の必要性については、医療支援をいかに速やかに現場に届けられるかという要請もある。(第5回 中島構成員)</li> <li>○ 医者によって非常に入院観がばらついているという現場の現実、本当に根強い。標準化した第三者評価ができればもっと希望的な数字が出てくるのではないか。(第5回 長野構成員)</li> <li>○ 「受入条件を整えば退院可能」というのは、今の日本の精神科医の平均的意識を反映したものであり、医療観察法等における多職種によるチーム医療の効果を念頭に置けば、もっと高い希望のある数字となるのではないか。(第5回 中島構成員)</li> <li>○ 入退院は、精神科医が医療側の最終的な判断の権限を持つので、教育現場、大学から始まって、医局、臨床研修の中での研修体制の中でどんなものが培われているかということをきちんと分析をするのも必要である。また、地域移行について医学部教育や臨床研修の標準的な内容として組み込めないか。(第5回 長</li> </ul>



主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 患者調査では、受入条件が整えば退院可能な者の約3分の1は入院期間1年未満の者であるが、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院していることを踏まえ、数値目標の設定等、今後、住まいの場の確保をはじめとする施策を講ずるに当たっては、入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべきではないか。</p>	<p>野構成員)</p> <p>○ 入院が長期になってしまうのには、医療的な理由以外に社会的な理由もあり、そのような様々な要因を考えてやらないと地域移行も成功しない。(第5回 上ノ山構成員)</p> <p>○ 1年未満の入院期間については退院が増えているが、1年以上の入院期間については、退院者が減っており、改革ビジョン以降成果が出ていない。 この部分について、これからの5年間で政策的にどのように進めていくか、この検討会でしっかり提示したい。(第3回 末安構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 入院期間1年未満の者についても、新たに毎年約5万人が1年以上の入院に移行しており、新たな長期入院の発生を抑止する観点から、入院医療の充実、通院・在宅医療等地域生活を支える医療や生活支援を含めた福祉サービスの確保、精神障害者が入院予防的に又は一時的な休息を取るために利用するサービスの確保等の施策を通じて、地域生活への移行を促していくべきではないか。</p> <p>○ 長期入院患者は、疾病や入院期間、年齢等、その特性が多様であることから、住まいの場や医療・福祉サービスの確保等については、その特性毎にきめ細かい議論を行い、具体的施策を講ずるべきである。</p> <p>その際、特に長期にわたり入院し、日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要となっている高齢障害者にふさわしい支援のあり方について、検討してはどうか。</p>	<p>○ 1年未満で退院するような者は、退院した後もかなり手厚い医療的なサービスが必要であろうと思う。短期で退院する者に対して、どのような再入院を防ぐシステムを作っていくのかという議論が必要。(第5回 上ノ山構成員)</p> <p>● 「今後の議論の進め方」(第2回 参考資料3)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ なお、具体的方策の検討に当たっては、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているかを把握することが必要であることから、病床調査について、さらに詳細な分析を早急に行い、本検討会に提示すべきである。</p> <p>2. 個別の論点</p> <p>(1) 相談支援について</p> <p>(障害者自立支援法に基づく相談支援等について)</p> <p>○ 精神障害者の地域生活の支援のためには、日常的な相談や緊急時の対応など、地域において相談支援を担う機能の充実が不可欠であるが、地域自立支援協議会の設置や居住サポート事業の実施が十分でないなど、現在の相談支援体制には課題が多い。</p> <p>○ 病院や施設からの退院・退所時に加え、民間住宅等への入居時や緊急時等において、個々の精神障害者が適切な支援を受けられるよう、その評価のあり</p>	<p>○ いわゆる「社会的入院」をきちんと定義することと、例えば居住先などの支援が整えば、これだけの退院が可能であるという支援策の定義の組み合わせをきちんとしていかないと議論がかみ合わない。(第5回 上ノ山構成員)</p> <p>○ 本当に必要な人にサービスが行き届いていない現状にあり、さらなる相談支援体制の整備の強化が大変重要。(第1回 尾上構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>方も含め、相談支援の充実について検討すべきではないか。</p> <p>また、民間アパートなどにおいて地域生活を営む精神障害者に対する継続的な相談支援の充実や、ピアサポートの活用、コミュニティワークの充実についても検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談支援機能をしっかり位置付け、増強していく視点が不可欠。(第2回 伊澤構成員)</li> <li>○ 精神障害者の地域生活支援を行う上で相談支援事業、ケアマネジメントが非常に重要。(第2回 田尾構成員)</li> <li>○ 相談支援事業は国の義務的経費で行ってもらえないか。(第2回 田尾構成員)</li> <li>○ 相談支援事業は生活の全体を支える基本であり、生活の中で起こる出来事に対応して、相談を継続的に行う体制にもう少し手厚く力を入れていただきたい。(第2回 門屋構成員)</li> <li>○ ピアサポートを都道府県、市町村が使いやすいようにし、当事者が生き生きと暮らせるような制度にしてほしい。(第3回 広田構成員)</li> <li>○ 相談支援だけでは拾いきれないサービスニーズを拾い上げる地域支援システム(コミュニティワークができるようなもの)を構築していくことが必要ではないか。(第2回 尾上構成員)</li> <li>○ コミュニティーワークが何らかの形で生活、制度の</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 精神障害者の地域生活支援においては、適切なケアマネジメントが行われることが重要であるが、現在の実施体制は十分ではない。サービス利用計画作成費について、対象者の拡大や現在支給決定後に作成することとなっている取扱いの見直しなど、ケアマネジメント機能の拡充について検討すべきでないか。</p>	<p>中に取り込めないか。(第2回 長野構成員)</p> <p>○ 皆でおしゃべりする場など制度に乗らない取組にも少し目配りできるような、議論、検討ができないか。(第2回 安田構成員)</p> <p>○ マネジメント機能をどこが果たすかということは地域の大問題。(第2回 伊澤構成員)</p> <p>○ ケアマネージャーが地域移行をコーディネートし、サービス事業計画を立てていくことが必要。(第2回 田尾構成員)</p> <p>○ 相談支援計画、相談支援体制の必要性は高く、ケアマネジメントを強化することが必要。(第2回 品川構成員)</p> <p>○ 医療と福祉を分断するような形ではなく、トータルとして行えるようなケアマネジメントを行うべき。(第2回 長尾構成員)</p> <p>○ ケアマネジメントは生活を再構築するための手段やシステムである。(第2回 寺谷構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 制度、施策が有効に活用されるためにも、ケアマネジメントがしっかりと確立されるべき。(第5回 尾上構成員)</li> <li>○ 精神科診療所を地域生活支援の重要な拠点として活用することや、そこで行われるケアマネジメントに対する評価について検討していただきたい。(第3回 上ノ山構成員)</li> <li>○ サービス利用計画作成費の対象者をもっと拡大し、希望者全てにケアマネージャーを付けられるようにすべき。(第2回 田尾構成員)</li> <li>○ 相談→サービス利用計画→サービスの利用という順番が逆転しており、元に戻すべき。(第2回 田尾構成員)</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 地域自立支援協議会については、市町村における相談支援体制が機能するためにも重要な機関であるが、未だ全市町村での設置が達成されていない。今後その設置を促し機能の強化を図っていく観点から、地域自立支援協議会の法制度的な位置付けを含めその機能を明確化することについて検討すべきではないか。</p> <p>(精神疾患の早期発見・早期対応の観点からの相談体制について)</p> <p>○ 障害者自立支援法に基づく相談支援に加え、精神疾患の早期発見・早期対応の観点から、相談支援における行政機関の役割の充実を図ることが重要である。障害者自立支援法の制定に伴い、精神障害者福祉に関する相談指導は市町村に一元化されているが、精神保健に関する相談指導については市町村には努力義務が課されているにとどまり、保健所が第一線の機関として位置付けられている。一方で、市</p>	<p>○ 相談支援体制が障害福祉計画に反映されるようなシステムとすべき。(第2回 大塚構成員)</p> <p>○ 自立支援協議会が相談支援体制を支える仕組みとして十分に機能していない。(第2回 門屋構成員)</p> <p>○ 相談について、対応した人によって違うことがないよう、都道府県と市町村、市町村の中での連携が必要。(第3回 谷畑構成員)</p> <p>○ 相談支援において、市町村と保健所の連携がうまくいっていない。(第3回 大塚構成員)</p> <p>○ 精神保健福祉センターに、アーリーインターベション、早期介入のシステムづくりを任せてはどうか。(第3回 佐藤構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>町村における相談指導の実施件数が増加していることに加え、保健所と市町村が実施した精神保健福祉相談の内容については、その傾向に大きな差異がみられない。</p> <p>こうしたことを踏まえ、精神障害者福祉だけでなく、精神保健の分野についても、相談指導の実施について市町村を第一線の相談機関として位置付けることも含め、市町村、保健所、精神保健福祉センターといった行政機関の役割について、制度上明確化することについて検討すべきではないか。</p> <p>また、行政機関と医療機関の相談体制における役割分担についても検討してはどうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ アーリーインターベーションは入院率を下げ、医療費コストを削減し、自殺率を下げることに貢献する可能性が大きいので是非取り上げてほしい。(第3回 田尾構成員)</li> <li>○ 民間医療機関の相談支援には限界があり、行政機関においてさらに対応ができないか。 また、民間医療機関における家族相談も含む相談機能に診療報酬の対応ができないか。(第3回 大塚構成員)</li> </ul>



主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(精神保健福祉士の養成のあり方等の見直しについて)</p> <p>○ 精神保健福祉士については、精神科病院等において、精神障害者に対し社会復帰に関する相談援助を行う専門職種として位置付けられているが、制度の施行から現在までの間の役割の変化を踏まえ、「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討結果に基づき、その役割や養成のあり方等について、制度的な対応を含めて見直しを検討すべきではないか。</p>	<p>○ PSWの実習として、精神科病院において、急性期病床、慢性期病床、開放病床、保護室での入院を体験してほしい。(第2回 広田構成員)</p> <p>○ 医療機関の中での精神保健福祉士の役割は必ずあると思うが、個々の医療機関の中で、本来期待されている役割が果たせるような業務になっているのかといったあたりも点検をしていきたい。(第5回 木太参考人)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について (住まいの場の確保について)</p> <p>○ 住まいの場については、精神障害者が地域生活を営むに当たり最も重要な基盤の1つであるが、病床調査の結果をみると、実際に退院した者の約8割は退院後自宅(家族と同居又は単身で入院前と同じ住居)に居住している。一方で、病床調査では、退院後に自宅以外に居住するニーズがあることが明らかとなっており、自宅への退院が困難な者の退院が遅れている可能性が示唆されている。このことを踏まえると、自宅以外の居住の場の確保のための方策を講ずることが必要となっている。</p> <p>住まいの場の選択肢の1つである公営住宅については、現在、精神障害者の単身入居が認められているとともに、公営住宅をグループホームとして活用することも可能となっているが、今後、精神障害者の優先枠設定による入居推進、グループホーム活用促進など精神障害者の入居を促進するための取組について、国土交通省と連携を強化し、さらなる強化</p>	<p>○ 公営住宅の入居促進というものを引き続き強力に進めていくことが必要。(第2回 伊澤構成員)</p> <p>○ 住む場所があるということは、生活のイメージが付きやすいので、地域生活の見通しがかなり具体的に建てられることになるため、住居支援が重要。(第4回 田尾構成員)</p> <p>○ 入居後の支援として居住サポート事業等でカバーしていくような体制整備が必要。(第2回 伊澤構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>を図るべきではないか。</p> <p>○ 長期にわたり入院や入所している精神障害者については、退院後の生活について不安を抱く場合が少なくないと考えられることから、病院や施設から地域生活への移行に先立って、試行的にグループホームや民間アパートなどでの生活を体験できる仕組みについて検討を行うべきではないか。</p> <p>(生活相談・支援等の充実について)</p> <p>○ 精神障害者の地域生活においては、継続的に生活相談・支援を行うことが重要であり、来所による相談支援に加え、訪問を通じた生活相談・支援を行う機能について、現行の生活訓練の訪問型を含め、その充実を検討すべきではないか。</p>	<p>○ 地域定着後に移動する一種のモバイル型のグループホームの制度や、お試しでアパート生活ができるようなプログラムを取り込められないか。(第2回 伊澤構成員)</p> <p>○ トライアル入居、トライアル生活のような制度が実現できないか。(第2回 大塚構成員)</p> <p>○ 精神障害者に対する継続的な生活相談のためには、こちらから生活現場に赴きながら相談対応をしていくということが大事で、それを保障していく形が必要。自立支援法の生活訓練の訪問型は非常に単価が低くて事業化は難しい。</p> <p>また、地域生活支援事業の中の生活サポート事業を強くしていく発想も大事。(第2回 伊澤構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>さらに、緊急時の相談支援やケアマネジメント機能の充実、訪問看護等在宅医療の充実を踏まえて、精神症状が持続的に不安定な者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供の具体像について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべきではないか。</p> <p>○ 精神障害者本人による短期入所の利用の拡大を含め、精神障害者が入院予防的に、又は一時的な休息を取るために利用するサービスのあり方について検討すべきではないか。</p> <p>○ 地域活動支援センターの役割を含め、障害福祉サービスについて上記のほか見直すべき点がないか、引き続き検討すべきではないか。</p>	<p>● 「精神保健医療体系の再構築に関する論点(案)」(第3回 資料2)</p> <p>○ 入院までの必要がない場合における活用を進めるため、ショートステイについて事前の障害程度区分認定の取扱いや実施場所の拡大について検討が必要。(第2回 長尾構成員)</p> <p>○ 個別給付化により、事業所は経営面で厳しくなっており、精神障害者の方が休ませてもらえないなどの問題もある。(第2回 長尾構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(就労支援の充実について)</p> <p>○ 就労系の障害福祉サービスについて、現在果たしている機能や雇用施策との関係を踏まえ、その機能のあり方について検討すべきではないか。</p> <p>また、障害者就業・生活支援センターと同様に、障害福祉サービスにおいても、就労面の支援とあわせて生活面の支援を提供する機能の充実について検討すべきではないか。</p> <p>○ 精神保健福祉法において規定されている社会適応訓練事業の位置付けについて、これまで果たしてきた役割を十分に踏まえつつ、検討すべきではないか。</p>	<p>○ 就労の観点から、企業の経営者や労働組合側の意見を聴くことも必要。(第1回 谷畑構成員)</p> <p>● 「精神障害者の地域生活支援体制の充実に関する論点(案)」(第2回 資料3)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 雇用支援については、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、精神障害者の特性に応じ、予算措置などによる雇用支援の一層の推進、充実について、引き続き検討をすべきではないか。</p> <p>(家族・支援者に対する支援について)</p> <p>○ 病床調査では退院患者の65%以上が退院後自宅で家族と同居していることや、入院期間が長期になるほど家庭に退院する者の割合が低くなることを踏まえ、福祉サービスや医療サービスの充実により家族に大きな負担を課さずに地域で生活を支援する体制の整備とあわせて、効果的な家族支援のあり方についてどう考えるか。</p>	<p>○ 雇用率の算定について、短時間労働者の基準を週20時間以上から週10時間以上にするなど、精神障害者の特性に合ったようなカウントの方法にできないか。(第2回 広田構成員)</p> <p>○ ステップアップ型の就労支援だけでなく、リワーク支援など、ステップアップした方であっても途中からペースダウンできるような医療と連携した雇用支援の制度設計も盛り込めないか。(第2回 大塚構成員)</p> <p>○ 訪問型の看護、医療、相談、そういった24時間本常に家族や当事者が安心できるサービスの提供が重要。(第2回 良田構成員)</p> <p>○ 家族に大きな負担をかけずに、地域で支援していくことができれば、多くの家族はご本人とのよい関係を必ず復活させる。(第4回 田尾構成員)</p> <p>○ 家族の方もなかなか受け入れられない中での精神</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 支援者に対する支援や人材の育成のあり方についてどう考えるか。</p>	<p>科病院での入院が長期化してきているという事実は否めない。(第5回 長尾構成員)</p> <p>○ 家族との同居が多いというデータや家族が高齢になり限界を迎えるまで抱え込み頑張る状況が多いことから、入院者の地域移行支援だけでなく在宅の障害者の自立支援も視野に入れて居住支援等の制度設計をすべき。(第2回 大塚構成員)</p> <p>○ 支援者に対する支援、人材の育成等についても議論すべきではないか。(第4回 寺谷構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(3) 地域生活を支える医療の充実について (精神科救急医療の充実について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科救急医療については、都道府県によって、圏域の設定の考え方や、人口当たり年間受診件数や入院率など精神科救急医療システムの機能が都道府県によって大きく異なっているが、その均てん化を図る観点から、都道府県による体制確保を制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。</li> <li>○ 自殺企図患者など、精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、一般救急医療と精神科救急医療との連携についても制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。</li> <li>○ 精神科救急の機能評価や精神科救急にふさわしい人員・構造基準のあり方など、精神科救急の質の向上に関する議論については、精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受け皿整備、医療に関しては救急医療等の整備をまずやってから、退院、地域移行をやっていただきたい。 (第2回 三上構成員)</li> </ul>



主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 診療所に勤務する精神科医の増加に伴い、措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保に困難を伴っているとの意見があることも踏まえ、精神保健指定医について、5年毎の資格更新時に、措置診察の実施状況等を要件とすることや、都道府県の精神科救急医療事業への参画に関する義務を設けることについて、検討すべきではないか。</p> <p>(精神科デイ・ケア等及び精神科訪問看護について)</p> <p>○ 利用者の地域生活を支える観点から、患者の症状やニーズに応じて精神科デイ・ケア等の機能の強化・分化を行うことや、訪問看護ステーションにおける実施の普及など精神科訪問看護等の提供体制の充実について、精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、具体的に検討を行うべきではないか。</p>	<p>○ 精神保健指定医の不足が問題であり、精神保健指定医が年間何十時間以上は病院の精神科救急に参画するというシステムとすべき。(第3回 広田構成員)</p> <p>○ 診療所も含めた中での救急体制を組んでいくことが解決になる。(第3回 谷畑構成員)</p> <p>○ 空床の確保プラスマンパワーの確保が非常に大変だ。(第3回 谷畑構成員)</p> <p>○ 再発防止の観点から、診療所と外来の医療は重要であるが、デイケアは本当に生活支援との絡みで機能しているのか。(第1回 山根構成員)</p> <p>○ 訪問看護においてもチームで取り組むという観点が必要であり、訪問看護がホームヘルパー、あるいはPSWと一緒にいけるように対応することが必要。(第2回 小川構成員)</p> <p>○ 往診ができないと地域移行は進まない。病院がきちんと往診をバックアップできるように手を入れていかないといけない。(第5回 長野構成員)</p>

## 精神保健医療体系の再構築について

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>1. 総論</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的考え方や検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、精神保健医療体系については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健医療体系については、病期（急性期、回復期、療養期）や疾患（統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等）に応じて、入院医療をはじめ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医療体制の姿を提示する。</li> <li>・ 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医療の急性期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化を踏まえた上で、機能毎の病床の必要量を明らかにし、人員・構造等の基準の見直しやそれに応じた適切な評価を行いつつ、病</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 民間の経営者の方も含めて、病床利用率が下がっても、病床削減をしても安心して地域移行支援ができるような制度を考えてもらいたい。（第2回 岩成参考人）</li> <li>○ 病院は、社会的入院の地域移行で病院がつぶれるのではないかという不安が根底にある。入院患者が減っても、病床が削減されても、マンパワーを充実させて、密度の濃い医療を行うことで医療費が下がらないという前提があれば、病院の考えも変わるのではないか。（第3回 田尾構成員）</li> <li>○ 財源のことを考えると病床削減を行うことによつてのみ地域医療の充実が図れるのではないか。（第3回 佐藤構成員）</li> <li>○ （退院促進を行って病院がつぶれてしまつては意味がないので）必要なことをきちんととやれば病院経営</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>床数の適正化を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<p>が成り立つし、患者側にとっても、いい入院治療ができるようにということを、ここでは考えていかなければいけない。人員について実状に合わないところの手当を行うことが必要。(第5回 山根構成員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 将来進めていかなければいけないことは(どの分野においても)一致しているが、そのために無理やり、精神病床を削減するとか、早く出した方が有利だとかいう方法をとるのではなくて、まず出しても大丈夫だという地域精神医療の体制を確立することが先だと思う。(第5回 町野構成員)</li> <li>○ 厚生労働省においては、適正病床を幾らと設定するのか、そのために病院がどのような努力をしたら、それに向かって病棟転換、配置転換等をしていけるのかという案を出すべき。(第5回 上ノ山構成員)</li> <li>○ ほかの要因で入院する人の部分も結構あるので、退院すれば、その部分はベッドが減るということは余り短絡になり過ぎる部分もある。(第5回 長尾構成員)</li> <li>○ 病床削減の話があるが、入院をする人を少なくする入院しなくても何とか地域でやり過ごせるというふ</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>2. 個別の論点</p> <p>(1) 入院医療について</p> <p>○ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにするとともに、病棟・病室（ユニット）単位の機能分化を含め病床機能分化の推進のための具体的方策について検討すべきではないか。</p>	<p>うに作っていかねばいけない。(第5回 真壁参考人)</p> <p>○ 病床・病室単位の機能分化が必要。(第3回 長野構成員)</p> <p>● 「精神保健医療体系の再構築に関する論点(案)」(第3回 資料2)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 病期・疾患に応じた入院機能のあり方や、通院・在宅医療、介護・福祉等他のサービスの機能等を踏まえ、現在精神病床が果たしている機能を評価した上で、人員・構造等の基準、機能毎の病床の必要量、病床の機能強化のための方策など、今後の精神病床のあり方についても検討を行うべきではないか。</p> <p>○ 精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制についても、地域移行を推進する観点や、精神医療のマンパワーの充実や水準の向上、身体合併症を有する患者等に対する適切な医療の実施の観点から、その見直しについて検討を行うべきではないか。</p>	<p>● 「精神保健医療体系の再構築に関する論点（案）」（第3回 資料2）</p> <p>○ 精神科特例といわれる人員配置について、一般科と同じような基準をベースにしながら、その上で精神障害の特性を考えるべきだ。（第3回 小川構成員）</p> <p>○ 精神医療における医師、看護師の人員配置標準について見直しを行うべき。（第4回 岩成参考人）</p> <p>○ 医療法施行規則で、精神病患者を精神病室でない病室に入院させないこと、という規定が残っており、差別や偏見に繋がっていくこともあるのではないか。（第3回 小川構成員）</p> <p>○ 医療保護入院について、因果関係のない市町村長が保護者になってほしい。（第3回 広田構成員）</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(2) 通院・在宅医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性を踏まえ、精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討を行うべきではないか。</li> <li>○ その際、病状や必要な支援の内容等利用者の実態を踏まえ、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域移行・地域生活支援を行うに当たっては、通院・在宅医療の充実が非常に重要。(第1回 上ノ山構成員)</li> <li>○ 訪問看護ステーションの利用の拡大をはじめとした訪問看護の充実が必要。(第2回 末安構成員)</li> <li>○ 郡部のサービスが乏しい。訪問看護、ホームヘルプを提供できる体制をとっていただきたい。(第2回 長尾構成員)</li> <li>● 「精神保健医療体系の再構築に関する論点(案)」(第3回 資料2)</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(3) 医療体制・連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科救急医療体制の充実について</li> <li>・ 精神医療における病院と診療所の機能とその分担、連携のあり方について</li> <li>・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて</li> <li>・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について</li> </ul> </li>   <li>○ 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野（認知症、依存症、児童・思春期等）については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科も産科、小児科等と同じように集約化が可能ではないか。(第2回 三上構成員)</li> <li>○ 生活圏域と入院先が大分離れたところになる地域偏在の問題は大変大きな課題。(第3回 大塚構成員)</li> <li>○ 精神科の病院ごとに専門が何か、地域において各病院にどのようなことを担ってもらうか、ということ、都道府県が主導して考えていく枠組みについても検討すべき。(第3回 末安構成員)</li> <li>○ 身体合併症への対応等のために、他科と精神科の連携を図ることが重要。(第3回 広田構成員、谷畑構成員)</li>   <li>○ 制度と制度のつなぎの部分を通して関われる人というのが精神の領域では必要ではないか。(第2回 山根構成員)</li> <li>● 「精神保健医療体系の再構築に関する論点(案)」(第3回 資料2)</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>特に、認知症に対する医療については、介護サービスにおける入所機能と密接に関係するものであるが、認知症疾患医療センターを中核として医療体制の整備を図りつつ、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行ってはどうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症の方を精神病床で処遇することについて議論すべきだ。（第1回 小川構成員）</li> <li>○ 認知症の中で、本当に精神科の病床を必要とする人たちをきちんと選択して、空きベッドを安易に認知症病棟に転嫁していくという流れは食い止めたい。（第3回 田尾構成員）</li> <li>○ 行動障害が重くなると、認知症の患者の多くが精神科病院に行くことになっており、高齢者の福祉の施設、居宅系のサービスなどの実力、ケアの技術の向上も考えなければならない。（第3回 安田構成員）</li> <li>○ 認知症サポート医ということで、地域の中できちんと医療として位置付けをしていくのであれば、診療報酬も含めて、医療の中にきちんとした位置付けをしながら広めていくということが必要。（第3回 長野構成員）</li> <li>● 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」（第6回 参考資料）</li> </ul>



主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(4) 人材の確保をはじめとした精神医療の質の向上について</p> <p>○ 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の医療関係職種は、精神保健医療を支える重要な基盤であることから、精神病床に係る人員基準の見直しや、病床数の適正化の取組も念頭に置きつつ、その確保や資質の向上のための方策について検討を行うべきではないか。</p>	<p>○ 地域移行の推進に伴って、病床スタッフも地域に出て支える役割になっていく中で、人材の再教育・再配置が必要。(第3回 長野構成員)</p> <p>○ 精神科医療の質の向上には、まだまだ人の配置が必要。(第4回 長野構成員)</p> <p>○ 精神科医療のマンパワーが少なく、具合の悪い患者を治すことが精一杯で、少しよくなった患者を社会に戻すところまで手が回らない。(第4回 岩成参考人)</p> <p>○ 資格者の安定した確保が大切であるが、特に小規模病院や僻地にとっては病院・地域医療の存続そのものの問題になっている。(第4回 長野構成員)</p> <p>○ PSWなど、co-workerの活動に対する評価が必要。(第3回 上ノ山構成員)</p> <p>○ 箱ものよりも人材に焦点を当てた対策を考えていく必要がある。(第3回 小川構成員)</p> <p>○ 福祉や相談支援人材の配置のことも、医療の中にきちんと組み込んでほしい。(第3回 大塚構成員)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 薬物療法のあり方を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、さらに検討を行うべきではないか。</p>	<p>○ 既存の施設の機能を見直し、そのマンパワーを再配分するということを具体的に検討すべき時期であると考えている。(第3回 山根構成員)</p> <p>○ 精神科の医療の中で、どういう治療が行われているかということに対する評価は、どこで、いつ行っているのか、非常に疑問である。(第3回 末安構成員)</p>

精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）について

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>1. 総論</p> <p>○ 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）については、効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につなが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することを踏まえつつ、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ことを念頭において、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。</p>	<p>● 「精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）の現状と論点（案）」（第4回 資料1）</p> <p>○ バリアフリー宣言というのは、国民が共通して持てる精神保健福祉、医療も含めて、そういう共通する目標概念や、地域生活支援システムの構築への理念だと思う。（第4回 寺谷構成員）</p> <p>○ 普及啓発の施策としての位置付け、財源の位置付けが難しい。（第4回 長野構成員）</p> <p>○ 啓発のターゲットを、一般医療関係者、精神科医療関係者、市町の公務員など、かなりきめ細かく絞っていないと、それぞれ置かれている立場のターゲットで啓発の戦略は全く違ってくるのではないか。また、きめ細やかに10～20年かけた戦略の中で、普及啓発をきちんと施策化しながら進めていく必要がある。（第4</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	<p>回 長野構成員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 前駆症状を呈した人や、初回の精神病様のエピソードを持った人たちの早期相談支援・治療を重点的に行っていくシステムを日本の精神保健医療の中に構築してほしい。(第3回 田尾構成員)</li> <li>○ 精神科医療については、一次予防も含めて考えるべき。(第3回 上ノ山構成員)</li> <li>○ 現在の精神医療に予防まで委ねてよいのか。(第3回 広田構成員)</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>2. 個別の論点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「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していくことについて検討すべきではないか。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や普及啓発の実施主体等についても、検討を行うべきではないか。</li> <li>○ 疾患については、精神疾患に関する理解度が疾患によって大きく異なり、統合失調症に関する理解が遅れていることを踏まえ、統合失調症に関する理解の進展を目標の1つとして、重点的に普及啓発を行うことについて検討すべきではないか。</li> <li>○ ニュージーランドのデータによると、成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち、約50%は10代前半までに、約75%は10代後半までに、既に何らかの精神科的診断に該当していることや、</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 普及啓発や教育を行う時に、精神疾患だけを取り上げるのではなく、色々な病気の中の一つのものとして知らせることが重要である。(第4回 広田構成員)</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>近年の諸外国における普及啓発の取組を踏まえ、早期対応の観点からの普及啓発については、学齢期等の若者とその周辺の支援者を重要なターゲットとして位置付け、重点的に行うことについて検討すべきではないか。</p> <p>○ また、地域移行を円滑にする観点からの普及啓発についても、その効果的な方策について引き続き検討してはどうか。</p>	<p>○ 地域生活への移行について、医療福祉関係者以外の主体の意見を聴取することも必要ではないか。(第2回 谷畑構成員)</p> <p>○ 住民と障害者の関係が十分理解されないままにすすめられてきたということがあるのではないか。(第2回 谷畑構成員)</p> <p>○ 地域移行とは、地域生活への支援、在宅支援をすることなので、地域への啓発、地域交流を並行して進めていかなければならない。(第4回 田尾構成員)</p> <p>○ 社会復帰施設も、地域住民の反対運動が多いので、普及啓発を進めることが大事。(第3回 長尾構成員)</p> <p>○ 地道に地域と連携し、広範囲に理解を求め、何かあったときに地域住民に安心できる対応を行っていくこ</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	<p>とで、地域はより深い理解者になっていってくれている。(第4回 田尾構成員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 住民の支援者としての力を引き出していくということこそ、自分たち(田尾構成員ら支援者)にとって重要な仕事ではないかと思っている。(第4回 田尾構成員)</li> <li>○ 普及啓発を日常の地域生活支援のプログラムの一つとして規定していくなどというような制度上の整備も必要なのではないか。(第4回 寺谷構成員)</li> <li>○ 地域の中の在宅支援サービスの拠点的事業所である地域生活支援センターが、プログラムとして、広報、啓発をしっかり織り込んでいけるような流れを作っていくと、市民生活への情報の伝達力は非常に強い。その場合、財政措置を含めて考えてほしい。(第4回 伊澤構成員)</li> <li>○ 地域生活支援センターは、社会福祉協議会の持っている幅広のネットワークを活用し、タイアップ、共同、連携を深め、相互の力を出し合いながら、地域の土壌を作っていくことにつながるのではないか。(第4回</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 上記の検討にあわせて、普及啓発の効果を適切に評価するための指標についても検討すべきではないか。</p> <p>○ また、普及啓発の推進に関する以下の意見についても、普及啓発方策全体の中で検討を行ってはどうか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族や、医師、看護師、精神保健福祉士等の専門家等、本人の身近にいる者への普及啓発について</li> </ul>	<p>伊澤構成員)</p> <p>● 「精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）の現状と論点（案）」（第4回 資料1）</p> <p>○ 家族、専門家、医師、PSW、看護師など、本人に身近な人が本当に精神障害者に対して理解をしているのか、応援をしているのか、という問題がある。（第4回 広田構成員）</p> <p>○ 家族が退院を受け入れないことが多い。家族が対応できにくい人を社会がどう対応するか、社会啓発が必要。（第3回 長尾構成員）</p>



主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 政治家、医師、弁護士、教師、警察関係など、社会的な影響力の強い者に対する普及啓発について</li>              <li>・ 地域単位での施策の決定の場へのピア・サポーター等の当事者の参画について</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ アメリカの家族会のキャンペーンのターゲットは、政治家、医師、弁護士、教師、警察関係など、社会において要にある人々の認識を変えていく試みは非常に合理的であり、国の施策として進めていただきたい。(第4回 良田構成員)</li><li>○ マスコミの報道が偏見をまき散らしており、結果として社会資源ができる時に反対運動が起こる。(第4回 広田構成員)</li><li>○ 報道機関は、精神障害者、または疑いのある人が関わった事件についての報道の一定のガイドラインのようなものを設けているはずなので、徐々に報道は改善されているのではないか。(第4回 安田構成員)</li>              <li>○ 地域単位での施策の決定の場(地域自立支援協議会など)へ障害当事者が必ず参画することを位置付けていくことが1つの普及啓発である。(第4回 尾上構成員)</li></ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身近に精神障害者と触れ合う機会を設けるなど、精神障害者に対する偏見の軽減に資する取組について</li>   <li>・ 普及啓発における行政の役割について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身近に精神障害者と触れ合う機会を多く作ることで、精神障害者が怖くないという意識を持ち、普及啓発が進むことになる。(第4回 佐藤構成員)</li> <li>○ 啓発、理解のうち、交流活動が一番効果的であると実感している。(第4回 長野構成員)</li> <li>○ 看護の教育では、実際に精神障害に講義に来てもらうとか、それに類似した体験をするというようなことを行ったが、小学校や中学校でも同様の教育を行う可能性については、この場で是非考えていきたい。(第4回 末安構成員)</li>   <li>○ 一旦事件や事故があった時に、住民との間に行政機関が入って、調整することが重要。(第4回 尾上構成員)</li> <li>○ 精神障害者の社会資源についての反対運動がかなりの頻度で起こっており、行政は積極的に間に入って進めることが重要。厚生労働省には、その旨の局長通知を出してほしい。(第4回 安田構成員)</li> </ul>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	○ 各事業所や病院が地域のコミュニティーと交流しようとしても、十分に浸透していない面があるため、行政がきちんと関われる状況を作って欲しい。（第4回 長尾構成員）

第6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20年7月16日	参考資料 1

## 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

### ～報告書～

平成20年7月

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

# 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書

## 目 次

はじめに .....	1
I これからの認知症対策の基本方針 .....	2
II 今後の認知症対策の具体的内容 .....	3
1 実態の把握 .....	3
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)具体的対策	
2 研究・開発の促進 .....	6
(1)発症予防対策	
(2)診断技術の向上	
(3)治療方法の開発	
(4)発症後の対応(適切なケアの対応)	
3 早期診断の推進と適切な医療の提供 .....	10
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
4 適切なケアの普及及び本人・家族支援 .....	14
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
5 若年性認知症対策 .....	19
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
おわりに .....	22

# 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書

## はじめに

- 認知症がぼけや痴呆といわれた時代の歴史は古く、偏見から身を隠し、医療や介護の利用さえ行われず、厳しい在宅生活を余儀なくされた人がいたことが事実である。「痴呆」という用語については、病状を正しく表していない、世間からの偏見を招くなどの理由から、有識者の議論を経て、平成16年（2004）年に「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の展開などにより、ここ数年、認知症についての識見は一定程度進んできた経緯がある。
- また、認知症グループホーム等の地域密着型サービスの創設をはじめとする介護サービスの基盤整備や地域ケア体制の構築による認知症の人やその家族に対する支援は徐々に進んでいる。
- このような中で、本プロジェクトは、今後の認知症対策を更に効果的に推進し、適切な医療や介護、地域ケア等の総合的な支援により、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要との認識の下、研究開発、医療、介護、本人・家族に対する支援等の対策について、厚生労働省管内横断的な検討を進めるため、厚生労働大臣の指示の下に設置された。
- 本プロジェクトでは、専門的見地からの意見を反映するため、医療、介護等の有識者にも参画いただくとともに、検討の過程では、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリングを行った。  
以下、本プロジェクトにおける検討結果を報告する。

## I これからの認知症対策の基本方針

- これまで我が国の認知症対策は、認知症に対する医療体制の不足（専門医療を提供する医師の不足、診断手法や治療法の未確立）もあり、認知機能の障害に伴って日常生活に支障を来した人に対する介護サービスの提供を中心とした対応が行われてきた。なじみの人間関係や居住環境の継続を重視した介護サービスを提供する地域密着型サービスの創設などにより、認知症ケアの普及は進められている。
- しかしながら、認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったために、適切な治療や介護の提供が行われなかったという事例もある。
- このため、今後の認知症対策は、診断や治療に係る研究開発の加速と併せ、本人やその家族、周囲の人々の気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立することが必要である。

また、若年性認知症対策についても、就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進することが必要である。
- したがって、認知症対策として重要なことは、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進が必要であるとの認識のもと、積極的に総合的な施策を推進する。その実現のために、短期的に取るべき施策、中・長期的に検討及び実施していく施策について、必要な財源を確保し、必要な措置を講じていく必要がある。

## Ⅱ 今後の認知症対策の具体的内容

### 1 実態の把握

#### (1)現状・課題

我が国全体の認知症の有病率に関しては、昭和55年から昭和61年に行われ、精神科医が関与している12県市の調査結果に基づき、昭和62年に厚生省の痴呆性老人対策本部が在宅の認知症高齢者の全国推計を行った。また、昭和55年から昭和62年に行われた9県市の11調査の結果と昭和62年から平成2年に行われた病院、施設の調査結果等に基づき、平成3年に厚生科学研究（長寿科学総合研究事業）「痴呆性疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究」が全国の認知症高齢者数の推計を行っている。それ以降は我が国全体の認知症の有病率は把握されていない。

平成15年に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会において、「専門医による医学的判定」とは異なるが「介護に必要な手間」という観点からの情報とされる「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を公表し、平成14（2002）年9月末の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は149万人と推計した。この推計データと「日本の将来推計人口」から将来推計を行ったところ、平成17（2005）年には当該高齢者が169万人、平成27（2015）年には250万人になると推計された。しかし、本推計は、医学的に認知症と診断された者ではなく、認定調査員による「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータを基に推計したものであり、また、要介護認定申請をしていない人は含まれていないことなどから、当該推計数が我が国における認知症の患者数を正確に反映しているとはいえない。

一方、入院又は通院している患者について行った患者調査によると、認知症疾患の患者数は、平成17（2005）年に32万人と推計されている。この患者数は医学的に認知症と診断された者を対象としているが、主たる傷



病名のみを集計したものであることから、認知症が主傷病でない場合は集計されていない。そのため患者調査による認知症患者数も我が国における認知症の患者数を正確に反映したものとはいえない。

また、地域において認知症が疑われても、医師の診察や要介護認定を受けない人が少なくないといわれている。更に、どのような状態の認知症患者がどこに所在するかといった実態や、認知症に対応する医療・介護サービス資源の実態は十分には把握されていない。

認知症は認知機能の障害を来す脳の器質疾患であることから、本プロジェクトとしては、認知症の医学的な診断を出来るだけ早期に行い、その診断に基づいて医療及び介護サービスの総合的な対策を早期から講じることを基本とする。

こうした考え方に立って、今後、認知症患者の実態を正確に把握するため、医学的な診断基準に基づく有病率調査をできるだけ速やかに行うとともに、認知症に対応する医療・介護サービスや、認知症を有する高齢者の生活実態についても調査を早急に行う必要があると考える。

また、現在、要介護認定に使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、本来、医師により認知症と診断された高齢者を対象とした基準であり、また、平成5年の作成から約15年が経過しており最新の知見が反映されていない、判定基準がわかりにくいなどの指摘がある。このため、今後、要介護認定に用いるのによりふさわしく、かつ現在の医学及び介護の水準を反映した、より科学的な判断基準を設定することが必要であると考え。

## (2) 今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、①医学的に診断された認知症の有病率や医療・介護サービスの実態等の調査、②要介護認定において使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直しを行う必要がある。

## (3) 具体的対策

○ 認知症の有病率調査については、平成20年度中に調査に使用する認知

症の診断基準、重症度スケールの決定及び予備調査を行った上で、平成21年度から大規模調査を行い、平成22年度を目途として全国推計を算出するものとする。

なお、若年性認知症の有病率については、現在調査が行われているところであり、引き続き推進する。

- 認知症に関わる医療・介護サービスの現状に関する調査については、認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態、認知症を有する高齢者の生活実態について、平成20年度中に予備的検討を行うとともに、平成21年度以降詳細な調査を行い、平成22年度を目途として、その全体像を取りまとめるものとする。
  
- 介護保険制度の要介護認定の際に用いられている「認知症高齢者の日常生活自立度」については、専門家の意見を十分に踏まえ、より客観的で科学的根拠に基づくものに見直す必要があり、その検討を速やかに行うものとする。

## 2 研究・開発の促進

早期の確定診断を基盤とした認知症の総合的対策をより有効なものにするためには、認知症のステージに応じた研究・開発の促進が急眉の課題である。具体的には、①発症予防対策（予防因子の解明、予防方法の確立）、②診断技術の向上、③治療方法の開発（ $\beta$ アミロイド蓄積阻止等）、④発症後の対応（適切なケアの提供）という4つの視点で促進することとし、以下、各事項ごとの方向性等を整理する。とくに、診断技術の向上と治療方法の開発を最重要課題として位置付け、資源を集約し、他省庁とも連携して、進展の加速を図る必要がある。

### (1)発症予防対策

#### ア 現状・課題

これまでの研究においては、運動、栄養、睡眠等の介入が認知症の発症を抑制したり、軽度認知障害の認知機能を改善させる可能性があることが示されている。

他方、認知症の予防方法は未だ十分に確立していない。

#### イ 今後の方向性・具体的対策

現在、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして、予防介入の効果を検討する地域住民を対象とした研究を開始したところであり、今後もこの研究を推進する。

具体的な目標は、今後5年以内にアルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして有効な予防方法を見いだすことである。

### (2)診断技術の向上

#### ア 現状・課題

現状では神経心理検査、MRI、CTといった形態画像検査、FDG-PETや脳血流シンチグラフィといった機能画像検査、髄液バイオマー

カー等を用いて診断が行われている。

ただし、実施できる施設が限られており、必ずしも疾患に特異的ではない上、髄液バイオマーカーの検査については、血液採取に比べると侵襲性が高いなどの問題がある。

認知症の有無や原因疾患を更に的確に診断する技術及びアルツハイマー病を更に早期に診断する技術が必要である。

## イ 今後の方向性・具体的対策

アルツハイマー病を更に早期に、確実に、侵襲が少なく診断できるように、アミロイドイメージングや血液・尿等のバイオマーカーに関する研究が現在進められているが、これらの研究の更なる発展を加速する。

具体的には、今後5年以内にこれらの早期診断の技術の実用化を目標とした研究を推進することとする。

また、アルツハイマー病の発症を予知し、症状の進行を評価するための客観的指標の確立を目的とする大規模臨床研究、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative)が米国において始められ、日本においてもJ-ADNI (Japanese Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative)として厚生労働省、NEDO、製薬産業コンソーシアム等の支援により行われている。これは、根本的治療薬の効果判定のために有効な研究であり、今後も引き続き関係省庁、関係機関とも連携しつつ支援を強化していくものとする。

他方、これまで認知症の研究の対象疾患はアルツハイマー病が主体であったが、認知症を来す他の疾患である血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等の診断・治療に関する研究及びアルツハイマー病とうつ病等の精神疾患との鑑別診断に関する研究も推進するものとする。

## (3)治療方法の開発

### ア 現状・課題

現在、アルツハイマー病に対し、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤が

用いられているが、この薬は認知症の進行を遅らせる効果はあるものの、進行を止めることはできない。

アルツハイマー病の進行を止められる可能性のある根本的治療薬としては、アルツハイマー病の原因として考えられるアミロイドβの蓄積を減らす治療薬に対する期待がある。

具体的には、アミロイドβの産生を減らす、アミロイドβの分解を促進する、アミロイドβに対する抗体などを投与することによりアミロイドβを脳内から排出するなどの方法があり、既に米国を中心として治験が行われているものもある。しかし、我が国におけるこれらの根本的治療薬の治験の実施は遅れており、研究開発に関しても、十分な資源、研究体制が確保されているとは言い難い。

## イ 今後の方向性・具体的対策

- 我が国においてもアルツハイマー病の根本的治療薬の早期開発に向け、現在研究を行っているところであり、基礎研究を推進している文部科学省とも連携しつつ、資源を集中し、効率的な研究体制の下、更なる取組みを加速する予定である。

具体的には、根本的治療薬の今後10年以内の実用化を目標とした研究を推進することとする。

- 認知症対策に対する新たな医薬品等の早期開発は重要であることから、薬事法に基づく早期の承認に資するよう、医薬品等に係る治験等が国内で円滑に実施されるため、国立長寿医療センターを中心として、国立精神・神経センター、国立病院、大学等と連携体制を構築するとともに、欧米諸国では承認されているが国内では未承認である医薬品に関して、医療上必要性が高いと認められる場合には、関係企業に対し早期の治験開始等を要請するなどの取組みをより一層推進することとする。

## (4)発症後の対応(適切なケアの対応)

## ア 現状・課題

これまでの研究により、適切なケアや環境によって介護者や本人の負担の大きい認知症のB P S D（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動・心理症状）を予防又は改善できること、中核症状に対する適切な支援により日常生活を維持することができることが知られている。

この点に関しては、平成18年4月より、介護老人保健施設において導入された軽度認知症に対する短期集中認知機能リハビリテーションが、中核症状及びB P S Dの改善に有効であることが示された。

また、これまでのケアは、個人の経験に依拠していたり、重症度別やサービス種類別に個別に行われていた傾向にあった。

## イ 今後の方向性・具体的対策

現在、「どんな認知症の患者に対して、どんな状況でどんなケアが有効であったか」を解析する認知症ケア高度化推進事業が開始されたところであり、今後も継続して推進するものとする。

また、これまでの個人的な体験に依拠した断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的かつ認知症の早期から生涯を通じた継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。具体的には、中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究等を推進するものとする。

### 3 早期診断の推進と適切な医療の提供

#### (1)現状・課題

○ 認知症の対応を適切に行うためには、早期発見がまず重要である。認知症の疑いがある場合には、専門医療に早期にアクセスすることにより、迅速な鑑別診断を行い、確定診断に基づき適切に医療や介護の方針を決定することが不可欠である。

○ 一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の数や、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が十分でないという問題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ症状が進行してしまう事例や、認知症とうつ病や他の精神疾患や薬剤性せん妄等との誤診に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。

また、介護負担の大きな妄想、徘徊等のBPSDの治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑に提供されない事例等も生じている。

#### (2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

- ① 早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- ② BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- ③ がん、循環器疾患、大腿骨頸部骨折等の重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること

といった対策を推進するものとする。

そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携機能を強化する。

また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症患者に対して適切に医療が提供される体制を確保する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の推進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密接な連携による生活習慣病等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。

### (3)短期的対策

認知症早期の診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師等のプライマリメディカル等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの開発・普及のための支援を行うことが必要である。

#### ア 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援

認知症診療技術の標準化・普及を図り、早期診断と適切な医療・介護サービスの提供に資するため、認知症関連学会が作成する認知症診療ガイドラインについて、国として、その開発・普及のための支援を行う。

#### イ 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化

○ 認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの整備を進める。当面、全国に150か所程度設けようとする。

○ 認知症疾患医療センターについては、地域包括支援センターを中核とする介護サービス等との連携を強化するため、新たに連携担当者等を配置する。

また、認知症疾患医療センターの従事者への研修の実施等を通じて専門医療機関としての機能を強化する。



- 自治体の積極的な関与の下、認知症疾患医療センターを中核とした地域の認知症医療における連携体制を構築する。
- 認知症疾患医療センターを中核として、地域の鑑別診断やBPSDの急性期への対応機能を更に強化するため、認知症疾患医療センターの人員配置や施設基準の高度化について検討を進める。

## ウ 認知症診療に係る研修の充実

認知症診療技術の向上、普及を図るため、認知症診断や治療について高い専門性を有する医師の育成、地域において認知症診療の中心的な役割を担う医師の育成、かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図るため、次のような研修体系を構築する。

### (ア) 認知症専門医療機能の充実に資する研修

国において、認知症疾患医療センターや専門外来等の地域の中核的な医療機関に従事する者を対象として、認知症の診断や治療に係る専門的な研修を実施する。

### (イ) 地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修

- 地域における基本的な認知症対応力の向上を図るため、認知症疾患医療センターにおいて、認知症サポート医との連携を図りつつ、地域のかかりつけ医や看護師等のコメディカル等を対象とする研修を実施する。
- 地域医療における認知症診療の水準の向上と基盤の整備のため、精神科外来を行う医師等に対する認知症疾患医療センターにおける研修の実施に向けた検討を進める。

## (4)中・長期的対策

診療の適切な評価を通じて、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を検討し、適切な対策を講じ、BPSDの急性期や身体合併症をもつ認知症患者の受入体制を充実することが必要である。

具体的には以下の取組みを行う。

- 前述の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの全体像を明らかにする。
  
- その際、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方について、総合的に検討する。  
さらに、この検討を踏まえ、入院機能を含めた認知症に係る専門医療をはじめとする認知症診療の評価のあり方について、引き続き検討する。
  
- かかりつけ医や介護保険サービス（地域包括支援センター、施設・在宅サービス）との密接な連携のもと、急性症状に対する入院治療後の患者の速やかな退院や円滑な在宅への移行に資する対策を、総合的に検討する。

## 4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

### (1)現状・課題

#### ア 適切なケアの普及

これまで、高齢者の「尊厳の保持」を基本として、身体ケアに並ぶ認知症ケアを推進してきたところであり、個々人の症状の変化に合わせた介護の提供による認知症のBPSDの予防又は改善等その技術は進歩しているが、一方では、ケアの質の施設・事業所間格差や介護と医療の連携が不十分であるために、例えば早期に確定診断されても適切な介護サービスの利用に結びつかなかったことなどにより認知症のBPSDが悪化するなどの問題も生じている。

#### イ 本人・家族支援

認知症の人やその家族が住み慣れた家庭や地域での生活を継続できるようにするため、認知症は誰でも発症する可能性のある病気であり、誰もが自らの問題として認識し、地域社会全体で認知症の人の生活を支える取組みへと発展させることが重要であるが、地域における認知症の人やその家族等が抱える不安や悩みを気軽に相談できる体制は十分ではない。

### (2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、下記の実施の推進により、地域ケア体制の強化を図ることが必要である。

#### ア 適切なケアの普及

①認知症ケアの標準化・高度化、②認知症の早期発見など医療との連携

#### イ 本人・家族支援

①認知症やその医療、介護、地域における支援施策等についての普及啓発、②誰もが気軽に相談できる体制の整備

### (3)短期的対策

## ア 適切なケアの普及

### (7) 認知症ケアの標準化・高度化

- 認知症ケアの標準化を推進するため、認知症介護研究・研修センターにおいて、認知症ケア事例を集積し、その効果の分析評価に基づいた認知症ケア手法の標準化を推進する。
  
- 認知症ケアの現場へ標準化された認知症ケア手法を普及するため、
  - ①認知症対応型サービス事業の管理者、認知症介護指導者等に対する研修への支援、②認知症介護に係る社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理の専門家等有資格者の活用、③訪問指導、パンフレット、インターネット等を通じた情報発信、標準化されたケア手法の介護現場への普及を行う。
  
- 国際的にも、我が国の認知症ケアの水準や内容の妥当性を把握し、認知症ケアや医療の先進技術の導入・普及を図るとともに、我が国の技術を発信するため、認知症ケア先進国との交換留学を通じた比較研究等を推進する。

こうした海外における認知症ケアの先進技術の導入や、我が国の先駆的な認知症ケア事例の集積により認知症ケアの高度化を推進する。

### (イ) 認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括ケア体制の強化

- 地域における認知症ケアと医療との連携、認知症ケアや権利擁護業務に係る専門的対応の支援を促進するため、新たに、認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者を配置するとともに、認知症サポート医との連携体制を構築する地域包括支援センターを整備する。

- 認知症連携担当者は、認知症サポート医と相談し、①認知症との確定診断を受けた高齢者等の情報を把握し、②それを基に利用者の住所地の地域包括支援センターに対する利用者情報や専門医療情報の提供を行い、③要介護者に対する専門医療や権利擁護の専門家の紹介、④認知症ケアに関する専門的相談・助言等を行う。
  
- 認知症に対応できる地域ケアを強化するため、①地域包括支援センターの従業者、ケアマネジャー、介護サービス事業所の従業者、医師、訪問看護師等の専門職同士による認知症やその医療・介護に関する事例検討を含む研修や、②行政機関、自治会、ボランティア団体等地域住民による協働対応のための研修を実施する。

## イ 本人・家族支援

### (7) 自治体等における相談支援体制の充実

- 認知症の人やその家族に対して支援するため、身近な地域の認知症介護の専門家、経験者等によるカウンセリングや、地域の専門機関の紹介等を行うコールセンターを都道府県・指定都市ごとに1か所設置するとともに、認知症の当事者や介護経験のある家族との交流会などの支援を行う。また、若年性認知症については、誰もが気軽に相談できて、医療や介護、生活支援、就労支援等の広範囲の各種施策に結びつけるためのコールセンターを全国に1か所設置する。
  
- 認知症の人の徘徊による事故や消費者被害の防止などのほか、自分からは相談やサービス利用に繋がらないといった問題等に対応するため、定期的な訪問活動による相談支援等の実施、福祉サービスの利用を援助する事業を住民に身近な市町村レベルで提供するための体制整備等市町村等によるきめ細やかな支援の取組みを推進する。

### (イ) 「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進

認知症に関する理解の普及を促進し、認知症の人やその家族等を支

える地域づくりを一層推進するため、現在、自治体や関係団体を中心として展開されている以下の取組みについて、引き続き推進する。

- ・ 認知症地域支援体制構築等推進事業
- ・ 認知症になっても安心して暮らせる町づくり 100人会議
- ・ 認知症サポーター100万人キャラバン
- ・ 「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーン
- ・ 認知症の人「本人ネットワーク」支援
- ・ 認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進

#### **(4)中・長期的対策**

##### **ア 適切なケアの普及**

##### **(7) 認知症ケアの評価等の検討**

- 介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等認知症介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。
- 在宅におけるBPSD対応の支援、BPSDに対する適切なケアの提供を図るため、適切なBPSD対応等を行う介護老人福祉施設等における緊急ショートステイの評価のあり方について検討する。

##### **(イ) 認知症介護研究・研修センター事業の推進**

認知症介護研究・研修センターについては、認知症ケアの標準化、高度化、こうした認知症ケア手法の普及、高齢者虐待防止に係る研究・研修、認知症に係る医療と介護との効果的な連携方策に係る研究・研修等に専門的に取り組む中核的機関として、その役割・機能の重点化や効率化を検討する。

##### **イ 本人・家族支援**

## **(7) 認知症サポーターの増員**

「認知症サポーター100万人キャラバン」については、自治体、企業等による自主的な取組みを促すなどにより、平成26（2014）年までには、15歳から64歳まで人口の5%（約400万人）を養成することを目標とする。

## **(イ) 小・中学校における認知症教育の推進**

今後、我が国における認知症の人やその家族等に対する地域における支援を普及・定着させるため、関係省庁の連携の下、小・中学校からの認知症教育を推進する。

## 5 若年性認知症対策

### (1)現状・課題

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する認識が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となるケースや、本人やその家族、企業及び医療機関等が若年性認知症を知っていても、活用が可能な福祉や雇用の施策があまり知られていないことなどから、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難な状況になりやすいことが指摘されている。

このため、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実はもとより、雇用継続や就労の支援、障害者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を行い、これらの施策の中から若年性認知症の一人ひとりの状態に応じた支援を図る体制を構築することが喫緊の課題となっている。

### (2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は若年性認知症の特性や実態を速やかに明らかにするとともに、①若年性認知症に係る相談コールセンターの設置、②診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成、③若年性認知症就労支援ネットワークの構築、④若年性認知症ケアの研究・普及、⑤若年性認知症に関する国民への広報啓発等を総合的に実施することにより、若年性認知症対策を推進するものとする。

### (3)短期的対策

#### ア 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置

誰もが気軽に相談できて、早期に認知症疾患医療センター、認知症連携担当者を配置した地域包括支援センター、障害者就労の支援機関等へ適切に結びつけられるよう、若年性認知症に係る相談コールセンターを全国に1か所設置する。



## イ 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成

若年性認知症の人の支援に必要な施策を迅速かつ適切に結びつけ、活用するため、地域包括支援センターに配置する認知症連携担当者が中心となり、認知症疾患医療センター等の医療機関において若年性認知症との確定診断を受けた人を対象に、

(ア) 就労中で雇用継続が可能な人については、ハローワーク及び地域障害者職業センター等と連携し、本人及び企業に対する職場適応援助者(ジョブコーチ)支援や障害者手帳の取得による障害者法定雇用率への算定等の雇用継続に向けた施策について周知し、活用を図ることができるようにする。

(イ) 雇用継続が困難な人については、若年性認知症対応型のデイサービス、障害者福祉施策の就労継続支援B型事業所や地域活動支援センターの利用など、日中活動の場の確保に向けて支援する。

(ウ) 自宅での生活が困難な人については、認知症グループホームなどの介護保険サービスや障害者グループホーム・ケアホームの利用など、住まいの確保に向けて支援する。

(エ) 若年性認知症の本人や家族の会を紹介するなど、身近に相談できる先が確保できるよう支援する

等若年性認知症の人一人ひとりの状態やその変化に応じ、適切な支援施策が活用できるよう支援する。

## ウ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築

各都道府県に設けられている障害者就労支援ネットワーク(就労継続支援事業所等の障害者福祉施策、ハローワークや地域障害者職業センター等の労働施策、商工会議所等の経済団体、医療機関、自治体等で構成)を活用し、認知症連携担当者が調整役として参画することにより、医療・福祉と雇用・就労の関係者が連携した「若年性認知症就労支援ネットワーク」を新たに構築する。

当該ネットワークの構成員は、個別事例への対応を通じて若年性認知症

の人に対する雇用継続・就労支援に係るノウハウを集積するとともに、当該ネットワークの構成員や加盟企業等に対し、若年性認知症に関する理解を深めるための研修を行う。

## **エ 若年性認知症ケアの研究・普及**

若年性認知症ケアの開発・普及を促進するため、モデル事業の実施により、若年性認知症の人の身体機能やニーズにあったケアの研究・普及を行う。

## **オ 若年性認知症に関する国民への広報啓発**

○ 若年性認知症の早期発見や企業等を含めた早期対応を促進するため、若年性認知症に関する理解の普及、早期診断の重要性、雇用継続や就労の支援、障害者サービスの活用等発症後の支援策及び相談窓口の周知等について国民に広く広報啓発する。

○ 認知症の確定診断直後からの支援を機能させるため、特に、医師に対する若年性認知症早期診断の重要性及び支援施策の周知を推進する。

## **(4)中・長期的対策**

### **ア 若年性認知症対応の介護サービスの評価**

若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入れのあり方等について検討する。

### **イ 若年性認知症発症者の就労継続に関する研究の実施**

障害者職業総合センターにおいて、「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究（平成20年～平成21年）」を実施し、就労継続や就労支援ニーズ、事業主におけるニーズを明らかにするとともに、障害特性に対応した課題を取りまとめ、雇用継続の支援への活用を推進する。

## おわりに

- 本プロジェクトにおいては、今後の認知症対策について、その実現の可能性の濃淡にかかわらず、他省庁の施策を含めた論点に総合的に言及したところであり、その実施状況については、必要に応じフォローアップ・検証を行うものとする。

併せて、自治体の取組み状況やその格差、インフォーマルな取組みの状況等についても必要に応じて把握し、必要な支援を行うものとする。

- また、認知症対策は、本プロジェクトにおいて完結するものではないことはいうまでもなく、本プロジェクト終了後においても、関係部局（大臣官房、医政局、健康局、医薬食品局、職業安定局、社会・援護局、障害保健福祉部、老健局、保険局等）や国立長寿医療センター、国立精神・神経センター、認知症介護研究・研修センター、関係省庁等との密接な連携のもとで、認知症対策を総合的に推進することが必要である。

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

プロジェクトチーム

- 西川京子 厚生労働副大臣
- 朝田隆 筑波大学臨床医学系精神医学教授
- 阿曾沼慎司 厚生労働省老健局長（事務局長）
- 岩坪威 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻  
神経病理学分野教授
- 上田博三 厚生労働省大臣官房技術総括審議官
- 遠藤英俊 国立長寿医療センター包括診療部長
- 外口崇 厚生労働省医政局長
- 中島健一 日本社会事業大学社会福祉学部大学院  
社会福祉学研究科教授
- 中村秀一 厚生労働省社会・援護局長
- 中村吉夫 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
- 永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹

（五十音順・敬称略）

## 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」開催要綱

### 1. 目的

認知症について、的確な実態把握、診断技術等の研究開発、保健・医療・福祉サービスや地域支援体制による総合的・継続的な支援のあり方等認知症対策の基本方針及び具体的な対策を策定するため、厚生労働大臣の指示の下に、厚生労働省内関係部局による内部打合会議を開催する。

### 2. 名称

本会合は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」と称する。

### 3. 主な検討事項

- (1) 認知症患者の実態把握・将来推計
- (2) 予防・治療技術等の研究開発
- (3) 医療対策の充実
- (4) 介護対策の充実
- (5) 本人・家族への支援
- (6) その他

### 4. 構成員

厚生労働大臣の指示の下に、大臣官房技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長及び老健局長並びに専門的な助言を得るための有識者により構成する。

また、プロジェクトチームの進め方については、適宜副大臣の指示を仰ぎ、調整する。

(有識者)

- ・ 朝田 隆 (筑波大学教授)
- ・ 岩坪 威 (東京大学教授)
- ・ 遠藤 英俊 (国立長寿医療センター包括診療部長)
- ・ 中島 健一 (日本社会事業大学教授)
- ・ 永田 久美子 (認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹)

### 5. 運営

- ・ 本プロジェクトの庶務は、関係課の協力を得て老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室が行う。

### 6. 開催期間

平成20年5月に第1回打合会議を開催し、7月を目途に基本方針、短期的対策及び中・長期的対策のとりまとめを行う。

### 7. 施行日

本要綱は、平成20年5月1日から施行する。

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト  
検討経過

第1回 (平成20年 5月 1日)

- プロジェクトの目的、内容、スケジュール等について
- その他

第2回 (平成20年 5月 19日)

- 関係団体からのヒアリング
  - ・ 社団法人 認知症の人と家族の会  
代表理事 高見 国生 氏
  - ・ 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会  
代表理事 木川田 典 彌 氏  
副代表理事 岩 尾 貢 氏
- 介護対策
- 若年性認知症者の自立支援
- 本人・家族の支援
- その他

第3回 (平成20年 6月 5日)

- 医療対策
- 研究開発
- その他

第4回 (平成20年 6月 30日)

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」  
論点の取りまとめ
- その他

## 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会開催要綱

### 1 趣旨

近年、障害者自立支援法、医療観察法及び自殺対策基本法の施行をはじめ精神保健医療福祉施策を取り巻く環境は大きく変化しており、精神保健福祉士に求められる社会的役割は変化している状況にある。このような状況を踏まえ、精神保健福祉士の高い専門性を担保できるような養成及び人材育成の在り方について検討を行う。

### 2 検討事項

- (1) 教育カリキュラム
- (2) 実習の在り方
- (3) その他

### 3 構成等

- (1) 検討会は上記検討事項に関連する学識経験者等のうちから、社会・援護局障害保健福祉部長が参集を求める者をもって構成する。
- (2) 検討会に座長をおき、検討メンバーの互選によってこれを定める。座長は検討会の会務を総理する。

### 4 検討会

- (1) 検討会は座長が必要に応じて招集するものとする。
- (2) 座長は必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。
- (3) 必要に応じてワーキンググループを設置することができる。

### 5 その他

検討会の庶務は社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が行う。

## ○ 構成員

石川 到覚 (大正大学人間学部人間福祉学科 教授)

大塚 淳子 (社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事)

鹿島 晴雄 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 教授)

座長 京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所 所長)

新保 祐元 (東京成徳大学人文学部 教授)

谷野 亮爾 (社団法人日本精神科病院協会 副会長)

寺谷 隆子 (山梨県立大学人間福祉学部 教授)

古川 孝順 (東洋大学ライフデザイン学部 学部長)

## ○ これまでの開催経過

第1回 平成19年12月19日

- ・ 検討会の設置 等

第2回 平成20年3月13日

- ・ 社会福祉士との共通科目の確定 等

第3回 平成20年7月11日

- ・ 今後の検討会スケジュールについて
- ・ 求められる精神保健福祉士の役割について 等