

第24回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	
平成21年9月17日	資料1-2

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

(案)

目次

はじめに

I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

II 精神障害者の状況

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

III 改革ビジョンの後期重点施策群の策定に向けて

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

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築
 - ①入院医療の再編・重点化
 - ②疾患等に応じた精神医療等の充実
 - ③早期支援体制の検討
 - ④地域精神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）の重点的实施
5. 改革の目標値について

V 今後の課題

おわりに

1 はじめに

2

3 精神疾患については、その患者数が近年急増しており、平成17年には300
4 万人を超える水準となっている。我が国での調査結果では、国民の4人に1
5 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
6 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)
7 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
8 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
9 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
10 疾患である。

11

12 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
13 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
14 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
15 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、
16 統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められている。

17

18 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
19 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
20 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
21 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。

22

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

28

29 精神保健医療福祉の改革については、こうした背景の下で、平成16年9
30 月に、厚生労働省において、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的
31 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
32 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
33 「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、
34 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
35 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、
36 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。

37

38 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、
39 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

1 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。

2

3 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
4 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
5 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
6 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。

7

8 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
9 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
10 会における議論は、計 回に及んだ。

11

12 もとより、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、
13 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
14 者も、当然に、国民・地域住民の一人として、本人が望む生活を安心して送
15 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
16 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
17 者同士の支え合いを重視しながら、本人の意向に即して、本人が充実した地
18 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
19 である。

20

21 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
22 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
23 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
24 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。

25

26 その結果、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
27 通じて、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医療
28 の質を向上させ、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
29 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。

30

31 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、
32 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
33 討会としての意見のとりまとめを行う。

34

1 I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

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

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

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

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

33
34 障害者基本法（平成5年）の制定、精神保健及び精神障害者福祉に関す
35 る法律への改正（平成7年）、障害者自立支援法（平成17年）の成立等を
36 経て、入院処遇から地域生活への方向転換が図られてきたが、現状では、
37 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
38 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
39 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。
40

1 II 精神障害者の状況

2 1. 全般的状況

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

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

13 14 2. 外来患者の状況

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

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

23 24 3. 入院患者の状況

25 (1) 入院患者の静態の分析

26 (疾患による分析)

27 ○ 患者調査(平成17年)によると、精神病床に入院する患者32.4
28 万人のうち、統合失調症患者が19.6万人(61%)と最も多く、アル
29 ツハイマー病等の認知症患者が5.2万人(16%)で続いている。

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

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

1 (年齢階級による分析)

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

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

8
9 (入院期間による分析)

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

14 ○ これを平成11年と平成17年で比較すると、1年未満入院患者数が
15 1.4万人(13%)、1年以上5年未満入院患者数が1.1万人(12%) 増
16 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
17 る。

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

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

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

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

6 (2) 入院患者の動態の分析

7 (入院期間1年未満患者の動態)

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

1 (入院期間1年以上患者の動態)

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

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

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

17 18 (3) 入院患者の状態像の分析

19 (身体合併症の状況)

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

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

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

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

31
32 (ADLの支援及びIADLの困難度の状況)

33 ○ 病床調査の結果から、統合失調症患者におけるADL(日常生活動
34 作:食事、入浴、移動等)やIADL(手段的日常生活動作:買い物、
35 薬の管理、金銭管理等)への支援の必要性と退院可能性の関係をみる
36 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

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

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

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

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

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

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

21 4. 受入条件が整えば退院可能な患者の状況

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

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

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

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

1 歳以上の患者は45%を占めている。

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

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

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

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

18 ○ 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
19 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
20 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
21 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
22 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
23 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
24 る。

25 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、
26 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
27 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、
28 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
29 っている。

30 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
31 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
32 2割弱と更に低くなっている。

33 ○ 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
34 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
35 てみると、「セルフケア能力の問題」が5割強に上っている。

36 ○ 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

1 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
2 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
3 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
4 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
5 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。
6

1 Ⅲ 改革ビジョンの後期重点施策群の策定に向けて

2 1. 改革ビジョンとその評価

3 (1) 改革ビジョンにおける目標について

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

6 ①国民意識変革の達成目標

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

9 (考え方)

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

12 ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

13 ・ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする

14 ・ 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする

15 (考え方)

16 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生
17 活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できる
18 よう良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制整備を促す。

19 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に
20 応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働
21 の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

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

28 ①「受入条件が整えば退院可能な者」について

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

35 ②精神病床数について

36 ・ 改革ビジョンにおいては、精神保健医療福祉体系の再編の達成
37 目標である、各都道府県の平均残存率（1年未満群）の目標（24%
38 以下）及び退院率（1年以上群）の目標（29%以上）を達成する
39
40

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

4 5 (2) 改革ビジョンにおける目標の達成状況について

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

10 ○ 「国民意識変革の達成目標」として掲げた、「精神疾患は生活習慣
11 病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を
12 90%以上とする。」との目標については、広く国民を対象に「こころ
13 のバリアフリー宣言」等の普及啓発を行ってきた結果、平成18年時
14 点で82.4%と、一定の成果が認められている。一方で、統合失調症
15 に関する理解が十分でないなどの課題がある。

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

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

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

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

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

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

1 ほとんど減少していない。

2 その背景には、地域資源の整備がまだ途上にあることに加え、医療
3 計画に定められた基準病床数の達成に向けた都道府県による取組や、
4 患者の治療環境の改善、人員配置等の充実を通じた個々の医療機関
5 による医療の質の向上のための取組を直接に支援し促す施策が不十
6 分であったことがあると考えられる。

8 (3) 改革ビジョンの目標設定に関する評価

9 ①国民意識変革の達成目標について

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

13 ○ 「こころのバリアフリー宣言」による国民一般を広く対象とする普
14 及啓発については一定の効果がみられるが、上記のような普及啓発
15 の効果を適切に把握しつつ、普及啓発における課題に対応する新た
16 な目標値の設定とその推進が必要と考えられる。

17 ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標について

18 ○ 在院患者数は新規入院患者数にも影響を受けることや、平均残存率、
19 退院率の計算において転院や死亡を含めた全ての退院が、退院として
20 計上されていることから、在院患者数の減少を把握するための新たな
21 指標が必要である。

22 ○ また、疾患によって患者の動態は大きく異なっている状況において
23 は、平均残存率、退院率など、精神病床全体を包括した目標設定に加
24 えて、統合失調症、認知症など、様々な分野の施策の効果を反映し進
25 捗の管理に資する指標の設定が求められる。

26 ③「受入条件が整えば退院可能な者」について

27 ○ 改革ビジョンにおいて、10年後の解消を図るべきとした「受入条
28 件が整えば退院可能な者7.6万人」の指標については、3年に1回の
29 頻度で行われる患者調査における主観的な調査項目に基づいており、

30 ・ 入院医療の急性期への重点化や精神医療の質の向上により、退
31 院のハードルが下がれば下がるほど、かえってこの数値は大きく
32 なることが予想されること

33 ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」は、いずれの調査時点でも
34 存在しており、その数値が統計上ゼロとなることは期待できない
35 こと

36 等の理由から、経年的な施策の根拠としては、その効果や達成状況
37
38

1 を適時に把握することができる別の客観的な指標が必要である。

2
3 **④精神病床数について**

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

7
8 **2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方**

- 9 ○ 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
10 障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の専門職等の関係
11 者は、その反省に立つべきである。

- 12 ○ その上で、精神保健医療福祉に関しては、今後も、精神保健及び精
13 神障害者福祉に関する各法律に則り、また、障害者権利条約等の国際
14 的な動向も踏まえつつ、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向け
15 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く施
16 策の立案・実施を更に加速すべきである。

- 17 ○ その際、長期入院患者等の地域移行の取組を更に強力に推し進め
18 るとともに、今後新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に
19 立って、以下のような視点も踏まえて、施策を推進すべきである。

- 20 ・ 国民が、精神疾患にかかった場合にも、安心して早期に質の高い
21 医療を受けることができ、入院した場合でもできる限り早期に地域
22 生活に戻ることができるようにするという視点
23 ・ 精神障害者が、住み慣れた地域において、本人の状態に応じて日
24 常的な外来・在宅医療や緊急時の救急医療等の医療サービスを受け、
25 本人の意向に応じて地域生活の支援や就労に向けた支援などの福
26 祉サービス等を受けることができ、長期に入院していた者も含めて、
27 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
28 とができるようにするという視点
29 ・ 医療サービスや福祉サービスに携わる従事者が、それぞれの役割
30 に応じて、他の従事者とも連携しながら、精神障害者の住み慣れた
31 地域を拠点として、個々の精神障害者の意向や状態に応じたふさわ
32 しい支援を提供できるようにするという視点

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

35 **①精神医療の質の向上**

36 救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化に加えて、訪問
37 診療、訪問看護等の在宅医療の充実等の取組を通じて地域を拠点と

1 した精神医療提供体制の構築を図り、また、個々の患者に提供され
2 る医療の質を向上させることにより、疾患や病期に応じて人権に配
3 慮した質の高い医療が提供される体制を作る。

4 ②地域生活を支える支援の充実

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

9 ③精神疾患に関する理解の深化

10 精神医療の質の向上とあいまって、精神疾患に関する正しい理
11 解を進め、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な支援が行われ、
12 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
13 会を構築する。

14 ④地域生活への移行・定着支援

15 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
16 院している精神障害者をはじめとして、それぞれの特性を踏まえつ
17 つ、地域生活への移行・定着が円滑に行われる流れを作る。

18 ⑤精神障害者・家族の視点に立った支援体制の構築

19 精神障害者の視点を重視して政策の決定や施策の推進が行われ
20 るよう、国及び地方自治体の行政プロセスへの精神障害者の参画を
21 進めるとともに、地域における精神障害者や家族同士のピアサポー
22 トの普及、地域移行支援の取組における精神障害者の参画等を進め
23 ることにより、精神障害者・家族の視点に立った支援体制を構築す
24 る。

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

28 1) 精神保健医療体系の再構築

29 2) 精神医療の質の向上

30 3) 地域生活支援体制の強化

31 4) 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施
32

1 IV 精神保健医療福祉の改革について

2 1. 精神保健医療体系の再構築

3 (1) 現状

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

6 ○ このため、国民が精神疾患にかかった場合に、質の高い支援を受け
7 ることができるようにするためには、精神科医療施設が地域の一員と
8 して地域社会を支える機能や他の医療施設との連携を強化すること
9 はもとより、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者、学校等
10 の関係機関とも十分な連携を図りつつ、地域において、幅広いニーズ
11 に早期かつ適確に応えることのできる精神医療提供体制を構築して
12 いく必要がある。

13 また、その際、個々の医療機関による努力に加え、都道府県等が中
14 心となって地域全体の状況を把握・分析し、それに基づいて、地域精
15 神医療提供体制の確保・改善を図るとともに、国が、質の高い地域精
16 神医療提供体制の構築に資するよう、制度の設計・見直しや指標の開
17 発等を通じて都道府県等への支援を行う仕組みとしていくことも重
18 要である。

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

27 ○ ここで、我が国の精神保健医療体系の現状をみると、精神病床数は、
28 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
29 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
30 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、
31 横ばいとなっている。

32 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
33 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
34 ているが、我が国における精神病床数は、1960年代に急速に増加し、
35 現在でも依然高い水準となっている。なお、各国における精神病床の
36 定義の違いについては考慮する必要がある。

37 ○ 一般診療所数は近年増加の一途をたどっているが、精神医療に対す

1 るニーズの高まり等を背景として、精神科、神経科若しくは心療内科
2 のいずれかを主たる診療科とし、又はいずれかの診療科のみを標榜す
3 る診療所の合計は、それを大きく上回る勢いで増加しており、平成 8
4 年から平成 17 年までの間で、ほぼ 2 倍に増加している。

5 ○ 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
6 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
7 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
8 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
9 る精神科医は、2.3 倍に増加している。

10 ○ 我が国における医師以外の精神医療従事者数については、精神科病
11 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
12 年以降大きく増加している。

13 これを諸外国との比較でみると、人口当たり従事者数は、精神科看
14 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
15 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
16 背景として、精神科看護師、精神科ソーシャルワーカーのいずれでも、
17 病床当たりの医療従事者数は、諸外国と比較して少なくなっている。

18 ①入院医療の現状

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

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

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

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

34 ○ 精神病床には、精神症状は落ち着いているが、ADL の低下した患者
35 や、身体合併症を有する患者も多く入院しており、長期入院患者の高
36

1 齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

3 ア 統合失調症

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

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

13 イ 認知症

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

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

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

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

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

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

30 ことが求められている。

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

36 ○ 一方、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増

1 加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD
2 等の症状の消退後等にも、退院先の確保待ちやセルフケア能力の支援
3 等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要さない状態でも入院
4 を継続している者が存在している。

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

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

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

17 18 ウ 身体合併症

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

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

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

34 ○ 総合病院精神科における、特に急性期の身体合併症対応機能の充実
35 を図るための入院料の創設等が行われているが、その普及はまだ十分
36 に進んでおらず、医療の内容も異なるため単純な比較はできないもの

1 の一般病床との間で収入に差があることや、勤務の負荷を背景とした
2 精神科医の不足等を要因として、総合病院精神科において、廃止や病
3 床の縮小が相次いでいる。

5 エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

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

11 ②疾患等に応じた精神医療の現状

12 ア 気分障害

- 13 ○ 精神科を受診する気分障害患者は近年著しく増加しているが、気分
14 障害は疾患として自覚されにくいいため、精神科を受診していない患者
15 が多く、特にかかりつけ医等で見逃されている場合が多いと考えられ
16 る。

- 17 ○ また、気分障害については、薬物療法、精神療法を含めた総合的な
18 治療の標準化が進んでいないほか、社会復帰への取組が十分でないこ
19 とに加え、慢性・遷延例の治療への対応が十分でない指摘されてい
20 る。

22 イ 依存症

- 23 ○ これまでの薬物・アルコール対策は、薬物の不適正使用・有害使用
24 の防止に重点がおかれ、依存症に対する治療的な視点が乏しく、対策
25 が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けにくい状況が生
26 み出されていると指摘されている。

- 27 ○ 依存症治療においては、医療、リハビリ施設、自助グループ等の様々
28 な試みが行われているが、それらの役割等が不明確であるという指摘
29 がある。

- 30 ○ また、依存症のリハビリ施設については、障害者自立支援法のサー
31 ビス形態の活用の例があるものの運営のモデルは確立されておらず、
32 運営が不安定であるとの指摘がある。

34 ウ 児童・思春期精神医療

- 35 ○ 児童・思春期精神医療は、発達障害児への支援や、精神疾患の早期
36 発見・早期支援の観点からも重要である。

- 37 ○ 一方で、児童・思春期精神科を専門とする医師の養成不足や、精神

1 科医の対応力の不足、児童・思春期患者の診療にマンパワーや時間が
2 かかること等を背景に、専門的に対応できる医療機関や医師が少なく、
3 医療提供体制が需要に対応しきれていない。

5 ③発症早期における支援の現状

6 ○ 統合失調症については、その発症年齢は10代から20代に集中して
7 いる。海外の研究では、統合失調症の発症から治療に至るまでの未治
8 療期間（DUP）が短い方が、予後が良好であることが示唆されている
9 ほか、発症早期の適切な治療により予後が改善することが明らかにな
10 っているが、我が国では、発症から治療開始までに平均約14ヶ月か
11 かっているとの報告がある。

12 ○ 早期支援については、海外において、統合失調症の初回発症から2
13 ～5年（臨界期）の包括的支援の取組の例があるが、我が国において
14 は標準的な支援方法が確立されていない。

15 ○ また、精神科医療体制の中で、専門的・包括的な診療・支援を提供
16 する場に10代から20代の若年者やその家族がアクセスしにくい、と
17 いう課題もある。

18 ○ 一方で、精神科以外の医療機関、行政等の相談機関、学校等におい
19 ても、早期発見・早期支援の意義が十分認識されていないとの指摘が
20 あることに加え、これらの機関において、統合失調症等の精神疾患を
21 早期に発見し適切な専門医療機関に紹介する体制が未確立である。

23 ④地域精神保健医療提供体制の現状

24 （地域精神医療提供体制について）

25 ○ 地域で生活する精神障害者の増加や、高齢化、疾病構造の変化等に
26 より、精神医療へのニーズは変化しつつあり、「入院医療中心から地
27 域生活中心へ」という基本理念に基づいて、精神障害者の地域生活を
28 支えるための医療機能が求められている。

29 特に、

- 30 ・ 在宅医療（訪問看護、危機介入等）
- 31 ・ 早期支援
- 32 ・ デイ・ケア等の機能強化・分化
- 33 ・ 精神科救急
- 34 ・ 身体合併症への対応
- 35 ・ 認知症等の高齢化への対応
- 36 ・ 専門的な機能（児童思春期・依存症等）

37 等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。

1 ○ また、精神科診療所が急速に増加する中で、地域医療において、精
2 神科診療所が他の医療機関と連携して積極的な役割を果たすような
3 体制の構築が課題となっている。

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

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

16
17 (地域における精神保健体制について)

18 ○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」
19 という。）等に基づき、地域における精神保健体制においては、これ
20 まで保健所がその中心的な機関として位置付けられてきている。保健
21 所は、訪問指導等を通じた精神障害者の早期治療の促進、心の健康づ
22 くりに関する知識の普及啓発や家族・精神障害者本人に対する教室の
23 実施等を通じた地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活
24 動を行うこととされている。

25 ○ また、市町村は、障害者自立支援法の制定を経て、精神障害者に対
26 する相談指導のうち、福祉に関するものを実施することとされている
27 ほか、精神保健に関する相談指導についても、実施に努めることとさ
28 れている。

29 市町村における精神障害者に関する相談指導の実施件数は増加し
30 ており、市町村は、精神障害者福祉に関する相談指導のほか、精神保
31 健に関する相談においても、医療に関する事例や複雑困難な事例等に
32 おいて保健所と連携を保ちながら、その役割を担っている。

33 ○ さらに、都道府県等に設置される精神保健福祉センターにおいては、
34 精神保健福祉に関する知識の普及や調査研究、複雑困難な精神保健福
35 祉相談を行うとともに、保健所及び市町村による精神保健福祉業務に
36 対する技術指導・援助を実施することとされている。

1 ○ 地域において、これらの機関の役割分担と連携の下で、精神障害者
2 への早期治療、地域移行・地域定着のための支援等が行われることが
3 求められるが、その一方で、訪問指導や危機介入等のこれまで保健所
4 が主に担ってきた地域保健活動の機能が低下しているとの指摘もあ
5 る。

6 ○ また、近年では、高い水準で推移する自殺の防止対策の推進や、大
7 規模災害や犯罪被害者における PTSD への対応等、心の健康づくりに
8 関するニーズは多様化しており、保健所、精神保健福祉センター等が、
9 地域における関係機関のネットワークの中で十分に機能することが
10 重要である。

11 特に自殺防止対策においては、保健所、精神保健福祉センター等が
12 自ら精神保健活動を担うことに加え、産業保健や雇用、児童福祉、地
13 域福祉、学校教育等の領域の多様な主体との連携を確保することが求
14 められる。

15 ⑤精神科医療機関における従事者の確保の現状

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

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

24 (2) 改革の基本的方向性

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

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

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

34 このため、これまで入院医療を中心に精神障害者の支援を担ってきた
35 医療機関等が、地域社会を支える主体の一つとして、円滑に、訪問
36
37

1 診療、訪問看護等の精神障害者の地域生活を支える機能を充実させて
2 いくことを促すための方策を講ずる。

3 ○ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患等（統合失調症、認知症、
4 うつ病、児童・思春期、身体合併症等）に応じて、入院医療をはじめ
5 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
6 地域における精神医療提供体制の姿を提示する。

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

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

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

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

23 ・ また、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL
24 への支援を要する状況であることを踏まえ、生活の場の確保のため
25 の方策を具体化する。

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

28 ○ 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
29 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。

30 31 (3) 改革の具体像

32 ①入院医療の再編・重点化

33 【総論】

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

36 ○ このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた医師、看護師

1 等の人員基準とその評価の充実を図りつつ、これに並行して、医療法
2 に基づく人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置を向上
3 させるべきである。

4 ○ 特に、医療法に基づく人員配置標準において、現在精神病床のみで
5 認められている看護配置の経過措置については、看護職員の確保の状
6 況、地域医療への影響等も見極めながら、その見直しを検討すべきで
7 ある。

8 ○ さらに、一般病床の水準も念頭に置いて、精神病床数の適正化等の
9 取組も進めながら、病棟における治療環境の改善や、将来的な人員配
10 置の一層の向上を目指すべきである。

11 ○ また、患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場
12 の適切かつ優先的な確保を図るという観点から、医学的観点による入
13 院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案しつつ、
14 重症度に応じて評価を行う体系の導入について検討すべきである。そ
15 のために必要な調査及び分類・評価方法の開発を進めるべきである。
16

17 【各論】

18 ア 統合失調症

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

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

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

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

35 ○ その際、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL
36 への支援を要する状況であり、適切な生活の場を確保することが必要

1 であることから、障害福祉サービスの拡充を進めるとともに、介護保
2 険サービスを活用した生活の場の確保と適切な医療の提供について
3 も検討すべきである。

4 5 イ 認知症

6 ○ 今後認知症高齢者の増加が予想されることや世帯構造の変化を踏
7 まえ、平成22年度までのものとして現在行われている、認知症の有
8 病率や認知症に関わる医療・介護サービスの実態等に関する調査を早
9 急に進め、その結果等に基づき、認知症の専門医療機関の機能を更に
10 明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介
11 護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。

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

16 ①認知症病棟等の体制の充実

17 ②身体合併症に対応する機能の確保

18 等を行うことが必要である。

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

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

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

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

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

4 5 ウ 身体合併症

- 6 ○ 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、
7 精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科リエゾ
8 ン診療（身体疾患への治療と並行して、精神科医が精神病床以外に入
9 院する患者の精神疾患の治療を行うもの）の充実について検討すべき
10 である。また、あわせて、医療法施行規則第10条第3号の規定（精
11 神疾患患者を精神病床以外に入院させないとする規定）について、身
12 体合併症への対応を円滑化する観点から、その見直しを検討すべきで
13 ある。

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

- 17 ○ いわゆる総合病院精神科をはじめ、精神・身体合併症への診療機能
18 等の総合的な機能を有する医療機関の確保を図るためには、求められ
19 る機能に応じて、報酬上の評価だけでなく、事務補助者の拡充等の従
20 事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等との連携の拡充についても
21 検討すべきである。

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

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

26 27 エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

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

32 33 ②疾患等に応じた精神医療等の充実

34 ア 気分障害

- 35 ○ 気分障害の患者を早期に発見し適切に診断できるよう、内科医や小
36 児科医等のかかりつけ医から精神科につなぐための対策を、引き続き
37 進めるべきである。

- 1 ○ 気分障害患者に対して適切な精神医療を提供するため、診療ガイド
2 ライン等の作成を進めること等により、医療の質の向上を図るべきで
3 ある。
- 4 ○ 特に、海外でうつ病等への有効性が確認されている認知行動療法に
5 ついては、国内での適応及び有効性の検証を進めた上で、普及を図る
6 べきである。
- 7 ○ 気分障害の治療について、復職等の社会復帰の取組を積極的に進め
8 るとともに、慢性化・遷延化への対応を含め、治療・支援の方法に関
9 する研究を進め、成果の普及を図るべきである。

10 11 イ 依存症

- 12 ○ 依存症患者の回復に向けた支援について、以下のような観点を踏ま
13 えた総合的な取組を強化すべきである。
- 14 ・ 依存症が疾病であるという視点を持って、依存症の普及・啓発や、
15 患者の治療・支援に当たるべきである。
 - 16 ・ 依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、
17 自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化
18 して普及を図るべきである。
 - 19 ・ 依存症に対する医療の機能強化を図るとともに、依存症のリハビ
20 リ施設や自助グループがより効果的に活動できるよう、その支援の
21 あり方について検討すべきである。

22 23 ウ 児童・思春期精神医療

- 24 ○ 児童・思春期精神医療の普及を図るためには、まず、児童・思春期
25 患者に専門的に対応できる医師数の拡大に取り組むとともに、一般の
26 精神科医や精神科の後期研修医に対しても、児童・思春期精神医学の
27 研修等を進めるべきである。
- 28 ○ また、医療機関が児童・思春期精神医療により積極的に取り組むた
29 めの施策を講じ、専門病床及び専門医療機関の確保や身体合併症への
30 対応など、医療提供体制の拡充を図るべきである。
- 31 ○ なお、児童では発達障害への対応が中心となるなど、上記の対策を
32 講ずるに当たっては、児童と思春期での患者の特性を踏まえることが
33 必要である。特に発達障害については、健診等を通じた早期発見から
34 早期対応につなげる体制作りや、都道府県・指定都市単位で設置され
35 る発達障害者支援センターを中核としたライフステージに応じた一
36 貫した支援体制との連携の強化が必要である。

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のため、また、その他の様々な精神症状に的確に対応するため、段階的に早期支援体制の構築に向けた検討を進めるべきである。

その際、我が国において、早期支援の標準的な支援手法が確立されていないことを踏まえ、まずは、モデル的な実施に着手し、その検証を踏まえた上で、その後の普及について検討すべきである。

- 早期発見をした場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることを踏まえ、精神医療の質の向上の取組とあわせて、早期支援を適切に行うことのできる体制の整備を早期かつ重点的に進めるべきである。具体的には、

- ・ まず、我が国において、統合失調症を発症して2～5年の臨界期の患者やその家族等への標準的診療・支援方法の確立と、予後の改善に関する効果の検証を行う。
- ・ 若年者やその家族がアクセスしやすく、専門的・包括的な診療・支援を提供できる医療機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図る。
- ・ 若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援について、医療従事者への研修の実施等により質の向上を図る。

- 上記のような早期支援の体制整備に重点を置きながら、あわせて、以下のような取組についても、検討を進めるべきである。

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

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

(地域精神医療提供体制の再編・精神科医療機関の機能強化)

- 精神疾患患者の地域生活を支援するための地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要であり、このため、各々の精神科医療機関等が、地域医療体制の中で責任を持って患者の診療に当たることはもとより、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域を単位として、医療提供体制を確保すべきである。

- 1 ○ このため、精神科病院が、重症の者も含めて訪問看護等の在宅医療
2 を提供する機能を充実させることを促すとともに、診療所による在宅
3 医療・救急医療への参画、訪問看護ステーションにおける精神科訪問
4 看護の普及の促進を図る。
- 5 ○ また、上記の体制については、患者がその状態に応じて、迅速に適
6 切な医療を受けることができるよう、精神科病院、診療所、訪問看護
7 ステーションの密接な連携の下で構築すべきである。
- 8 ○ 上記のような、精神科病院、診療所等が果たすべき精神障害者の地
9 域生活を支える医療機能のほかに、大まかに次のように類型化された
10 機能を担う精神科医療機関が必要と考えられ、その機能が適切に発揮
11 されるよう、これらの医療機関と地域医療体制との連携体制を構築す
12 るための方策を講ずるべきである。
- 13 ・高次の精神科救急を行う精神科病院
 - 14 ・重症の精神・身体合併症への対応を行ういわゆる総合病院精神科
 - 15 ・高齢者の診療を行う精神科病院
 - 16 ・極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院
 - 17 ※ 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
 - 18 はごく限られると考えられる。
 - 19 ・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
 - 20 科医療機関
- 21 ○ 上記の観点も踏まえ、精神保健医療体系の改革に当たって、地域の
22 ニーズに応じて、精神医療の様々な機能の提供体制や、医療機関の連
23 携体制を構築するため、医療計画において目標や医療連携体制を定め
24 るいわゆる「4疾病5事業」として精神医療を位置付けることについ
25 て検討すべきである。
- 26 その際、精神医療については、「入院医療中心から地域生活中心へ」
27 という基本理念に基づき、患者の身近な地域で医療を確保することが
28 重要であることや、現に精神科救急の位置付けが「5事業（救急医療
29 等確保事業）」の中で行われていること等から、「5事業」としての位
30 置付けについて検討すべきと考えられる。
- 31 ○ その際、医療計画で定めるべき医療機能、医療連携体制及び地域的
32 単位の設定の具体的なあり方について、更に検討すべきである。
- 33 ○ なお、精神科救急、訪問看護及びデイ・ケア等に係る改革の具体像
34 については、「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。
- 35
- 36 (地域における精神保健体制の強化)
- 37 ○ 精神障害者やその家族等からの様々な相談に対し、身近な地域にお

1 いて、より適切に対応できる体制を確保するため、精神保健に関する
2 相談への対応や、医療に関する相談や複雑困難なケースへの対応等も
3 含めて、市町村、保健所、精神保健福祉センターが、適切な役割分担
4 と密接な連携の下で、精神保健福祉に関する相談に応じ、適切な支援
5 を行えるよう、地域の連携体制の明確化とその充実を図るべきである。

6 ○ さらに、精神保健福祉相談、地域移行・地域定着のための支援、未
7 治療・治療中断者等への訪問指導等の地域精神保健の機能の底上げを
8 図る観点から、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、
9 精神保健福祉センターのそれぞれの機能のあり方とその強化等につ
10 いて検討すべきである。

11 ○ 自殺防止対策の観点も踏まえて、地域精神保健の機能の充実を図る
12 ため、保健所、精神保健福祉センター等と、メンタルヘルス対策支援
13 センターやハローワーク、児童相談所等との地域レベルでの連携の強
14 化を図るべきである。

15 ⑤精神科医療機関における従事者の確保

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

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

24 ○ 具体的には、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者と比べて、
25 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
26 域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野に勤務する医療従事者
27 が相対的に増加するよう、施策を講ずるべきである。

28 ○ その際、病棟から訪問看護等の地域医療への再配置が円滑にできる
29 よう支援するという視点や、新たな分野に従事する者への再教育を通
30 じた資質向上を図るといった視点を踏まえて、関係団体との連携による
31 必要な研修の実施等についても検討すべきである。また、あわせて、
32 いわゆる総合病院精神科をはじめ、特に救急・急性期医療を担う医療
33 機関における従事者の負担軽減の方策等についても検討すべきであ
34 る。

2. 精神医療の質の向上

(1) 現状

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

①精神科における診療の現状

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

②医師等医療従事者の養成の現状

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

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

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

7 ③研究開発の現状

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

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

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

18 (2) 改革の基本的方向性

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

- 22 ○ 薬物療法をはじめとして標準的な治療の実施を促すための取組を
23 更に進めるとともに、精神医療の担い手である医療従事者の資質の向
24 上を図る。
25 ○ 治療方法の開発・改善に資するよう、精神疾患の原因や実態の解明
26 等の研究開発を推進する。

27 (3) 改革の具体像

28 ①精神科における診療の質の向上

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

- 34 ○ 特に、統合失調症に対する抗精神病薬の多剤・大量投与について、
35 その実態の把握に努めるとともに、例えば単剤投与や切替え・減量と
36

1 いった改善を促すため、情報公開や評価の方法等について検討すべき
2 である。

- 3 ○ 薬物療法の適正化や行動制限の最小化をはじめとした、精神医療の
4 質の向上に資するよう、実用的なクリニカルインディケータ（臨床指
5 標）の開発を進めるとともに、その情報公開を進めるべきである。
6

7 ②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上

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

- 13 ○ 医師以外の医療従事者についても、精神医療の質の向上や、入院医
14 療中心から地域生活中心の医療提供体制への転換を図り、精神障害者
15 の地域生活を支える観点から、関係者と連携して、資質の向上のため
16 の研修等を一層推進すべきである。また、あわせて、精神保健医療
17 の現場でニーズの高まっている心理職について、その一層の活用のため
18 の方策等についても検討すべきである。
19

20 ③研究開発の更なる推進・重点化

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

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

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

- 29 ○ また、精神保健医療福祉施策の改革を強力に推進するため、施策の
30 企画、立案、検証等に資する調査研究について引き続き確実な実施を
31 図るべきである。
32
33

3. 地域生活支援体制の強化

(1) 精神障害者の地域生活支援の現状

①医療サービスの現状

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

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

(精神科救急について)

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

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

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

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

(重症精神障害者への支援の仕組みについて)

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

1 支援等が行われている。

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

6
7 (訪問看護等の在宅医療について)

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

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

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

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

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

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

30
31 (精神科デイ・ケア等について)

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

- 1 ○ デイ・ケア等は、日中活動系の障害福祉サービスよりも相当多くの
2 利用者に利用されており、精神障害者の退院後の生活支援を含め、
3 地域移行における受け皿の機能を果たしている。
- 4 ○ 発症早期、急性期等の患者を対象に、目的、利用期間等をより明確
5 にしたデイ・ケア等の取組が行われるようになってきているほか、
6 うつ病患者への復職支援を行うプログラムなど、多様なデイ・ケア
7 等が試みられている。
- 8 ○ デイ・ケア等の利用期間の制限はなく数年にわたっているが、症状
9 の改善が終了の理由となることは少なく、再入院まで利用が続く場合
10 も多い。デイ・ケア等の効果については、入院の防止等に一定の効果
11 があるとの研究もある一方で、特に慢性期のデイ・ケア等については、
12 治療効果のエビデンスが確立されているとは言えない。

13 14 ②障害福祉サービス等の現状

- 15 ○ 精神障害者の地域生活の支援を推進するためには、身近な地域にお
16 いて、住まいの場や、自宅等における日常生活に必要な介護等の支援、
17 さらには、精神障害者同士が共に過ごし日常生活における様々な悩み
18 等を分かち合うための集いの場や日中活動の場を提供し、又は、地域
19 生活の訓練や就労に向けた訓練を提供する機能、教育支援、就労の場
20 の確保など、精神障害者の生活を支える様々な支援が、精神障害者本
21 人の意向に応じて提供される体制が確保されることが必要である。
- 22 ○ 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
23 害者社会復帰施設等として整備が進められてきているが、障害者自立
24 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
25 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
26 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
27 める上での制度的枠組みが整備された。
- 28 ○ 障害者自立支援法の下で、精神障害者に対する障害福祉サービス量
29 は平成 19 年 11 月と比べると約 4 割増加（旧体系サービス等からの移
30 行分を含む。）し、全サービス利用者延べ数に占める精神障害者の割
31 合も平成 19 年 11 月の 8.3%から平成 21 年 3 月には 10.2%に上昇し
32 ている。
- 33 ○ 特に、居住系サービスについてみると、障害者自立支援法施行から
34 平成 21 年 3 月までの 2 年半の間で、精神障害者の利用者数が、約 1.3
35 万人分（障害者自立支援法施行前の国庫補助対象施設の利用者数）か
36 ら約 1.9 万人へと約 1.5 倍に増加（旧体系サービス等からの移行分を

1 差し引いて約 6000 人分の純増) している。

2 グループホーム及びケアホーム者に占める精神障害者の割合は上
3 昇傾向にあるが、仮にこれを 26% で一定とすると、障害福祉計画に
4 おける平成 23 年度末までの居住系サービスの整備目標 (合計: 8.0
5 万人分 平成 20 年度末比: 3.2 万人分増) が達成された場合、精神
6 障害者の居住系サービス利用者数は、平成 20 年度末よりも約 8000~
7 8500 人程度増加すると見込まれる。

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

13 ③相談支援・ケアマネジメントの現状

14 (相談支援について)

- 15 ○ 精神障害者が安心して地域生活を営む上で、精神障害者が上記のよ
16 うな様々な支援を利用する際に、これらを円滑に利用できるよう、
17 個々の精神障害者の相談に継続的に応じるとともに、個々の精神障害
18 者の状況に応じた適切な支援に結び付けること等により生活全体を
19 支える機能が地域において確保されることが重要である。
- 20 ○ 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
21 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
22 ンターが位置付けられていたが、障害者自立支援法においては、こう
23 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
24 し、都道府県を相談支援事業のうち、専門性の高いものや広域的な対
25 応が必要なもの等を担うとともに、地域の関係機関の連携強化を図る
26 責任主体としている。

27
28 (市町村における相談支援について)

- 29 ○ 市町村は、一般的な相談支援のほか、その機能強化を図る事業とし
30 て、一般住宅への入居支援や夜間を含む緊急時の対応が必要な場合
31 における支援等を行う「居住サポート事業」や、判断能力が不十分な障
32 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
33 する「成年後見制度利用支援事業」等の事業を実施しているところ
34 である。
- 35 ○ また、地域において障害者等を支えるネットワークを構築すること
36 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
37 育、医療等の関連する分野の関係者から成り、地域における支援体制

1 作りの中核的役割を果たす地域自立支援協議会の設置を図っている。

- 2 ○ 一方で、平成 20 年 4 月 1 日時点で、居住サポート事業の未実施市
3 町村が 86%に上り、成年後見制度利用支援事業の実施状況が低調と
4 なっているほか、地域自立支援協議会の未設置市町村が依然としてあ
5 るなど、課題が残っている。

6
7 (ケアマネジメント機能について)

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

- 12 ○ こうした個々の精神障害者の地域生活を支える様々なサービスを
13 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
14 加え、個々の精神障害者の様々な状況に応じて個別のサービスの利用
15 の調整を行うなどの支援を行うケアマネジメント機能が重要である。

- 16 ○ 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
17 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、
18 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
19 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
20 いるなどの理由により、その活用が十分でないという課題がある。

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

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

30 ④就労支援の現状

- 31 ○ 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者について、そ
32 の適性や能力に応じて一般就労を支援し、又は、精神疾患を理由とし
33 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
34 障害者に対する就労支援の充実は重要である。

- 35 ○ 障害者自立支援法施行後の就労系のサービスの利用状況について
36 みると、精神障害者の利用者数の変化は、平成 19 年 11 月から平成

1 21年3月までの間で、約86%の大幅な増加と（旧体系サービス等から
2 の移行分を含む。）なっている。

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

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

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

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

18 ○ 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、
19 精神障害者の雇用数は56人以上規模企業で0.6万人（平成20年6
20 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
21 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
22 とが課題となっている。

24 (2) 改革の基本的方向性

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

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

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

35 ○ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援が、障害福祉サ
36 ービスと保健医療サービスの密接な連携の下で行われるよう、障害福

1 祉サービスの充実とあわせて、地域における支援体制作りの中核を担
2 う地域自立支援協議会の機能の充実や、多様な支援を必要とする精神
3 障害者に対してケアマネジメントを行う機能の充実を図ること等に
4 より、その体制の一層の充実を図る。

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

9 10 (3) 改革の具体像

11 ①地域生活を支える医療機能の充実・強化

12 ア 精神科救急医療体制の確保

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

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

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

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

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

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

35 36 イ 精神科医療施設の精神科救急医療体制における機能

1 ○ 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療につ
2 いて、診療所を含めた地域の精神科医療施設が自ら役割を担うととも
3 に、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療への
4 アクセスの確保を図るべきである。

5 ○ 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機
6 能評価を行い、機能の向上を図るべきである。そのための指標の作成
7 を進めるべきである。

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

10 11 **ウ 精神保健指定医の確保について**

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

15 ○ 精神保健指定医について、措置診察等の公務員としての業務に協力
16 すべきことや、都道府県等が精神科救急医療体制の確保に当たり精神
17 保健指定医に対し協力を求めることができることを制度上規定すべ
18 きである。

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

23 24 **エ 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化について**

25 ○ 未受診者や治療中断者等が強制入院を要する状態に至らないよう、
26 在宅の患者への訪問診療、家族への支援等を行う支援体制を強化すべ
27 きである。

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

33 34 **オ 訪問看護等の在宅医療の充実について**

35 ○ 「地域を拠点とする共生社会」の実現に向けて、精神障害者の地域
36 生活を支える必要な医療を確保する観点から、医療機関が行うものも

1 含め、精神科訪問看護等の在宅医療の充実を図るべきである。

2 ○ 具体的には、地域を拠点として普及している訪問看護ステーション
3 の活用を図りながら、精神科訪問看護の一層の普及を図るべきである。
4 そのため、従事者の研修等を進めるとともに、医療機関において訪問
5 看護が一層活用されるよう周知を図るとともに、訪問看護ステーショ
6 ンとの連携等を促すべきである。

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

14 **カ 精神科デイ・ケア等の重点化等について**

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

19 ○ 現在のデイ・ケア等は、これまでの地域におけるサービスの供給状
20 況の中で、生活支援としても地域移行における一定の機能を果たして
21 きていると考えられるが、医療資源をより重症な患者に重点的に活用
22 する観点や、利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供す
23 る観点からは、対象者・利用目的・実施内容が福祉サービスと重複し
24 ているデイ・ケア等については、その利用者の選択の下で障害福祉サ
25 ービスの利用を促していけるよう、障害福祉サービスの充実等を図っ
26 ていくべきである。

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

30 **②障害福祉サービス等の拡充**

31 **ア 相談支援・ケアマネジメントについて**

32 (相談支援体制の充実強化)

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

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

7
8 (自立支援協議会の活性化)

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

12 このため、地域における支援体制作りにおいて中核的役割を担う自
13 立支援協議会について、その設置を促進し運営の活性化を図っていく
14 観点から、その機能の充実を図るとともに、市町村の実情に応じた設
15 置・運営方法が可能になるように配慮しつつ、その機能も含めて制度
16 上の位置付けを明確化すべきである。その際、自立支援協議会への精
17 神障害者の参画を促進すべきである。

18
19 (ケアマネジメント機能の拡充)

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

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

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

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

1 の充実を図るべきである。

2 ○ その中でも、極めて濃厚な支援が必要な重症の者については、重点
3 的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築を図るべきである。このよう
4 な支援の対象者は、受診中断者や未受診者など、危機介入を行うべき
5 対象者とも重複することから、危機介入の体制と連続性のある、もし
6 くは一体的な仕組みとすべきである。

7 ○ これらの仕組みの導入に当たっては、モデル的な事業の実施・検証
8 を経て、行政機関の関与のあり方も含め、具体的な体制のあり方につ
9 いて検討するとともに、医療・福祉資源の適切な利用の観点を踏まえ
10 て、対象者の明確化を図るべきである。

11 (精神保健福祉士等の資質の向上)

12 ○ 精神保健福祉士について、「精神保健福祉士の養成の在り方等に関
13 する検討会」における検討結果を踏まえ、精神障害者の地域生活の支
14 援を担うという役割の明確化、保健福祉系大学等における養成課程の
15 水準の確保、資格取得後の資質向上の責務の明確化をはじめ、制度上
16 の対応を図るべきである。

17 また、精神科病院等の精神科医療機関での実習の必須化を含め、質
18 の高い精神保健福祉士の養成のためのカリキュラムの見直しについ
19 て引き続き検討すべきである。

20 ○ また、研修事業の充実等を通じて、相談支援専門員をはじめ相談支
21 援を担う人材の養成とその資質の向上を図るべきである。

22 **イ 住まいの場の確保について**

23 (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)

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

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

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

33 ○ さらに、今後、新たな目標値に基づいて統合失調症患者の地域生活
34 への移行を更に進めていくために、障害福祉計画に基づく居住系サー
35 ビス等の見込量についても、新たな目標値と整合性を図りつつその見
36 37

1 直しを行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきである。

2
3 (公営住宅への入居促進)

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

7
8 (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)

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

13
14 (民間賃貸住宅への入居促進)

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

17
18 ウ 生活支援等障害福祉サービス等の充実について

19 (訪問による生活支援の充実等)

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

24
25 (ショートステイ(短期入所)の充実)

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

29 このため、平成21年度の障害福祉サービス報酬改定において、単
30 独型のショートステイの評価の充実等を行ったところであるが、引き
31 続き、地域における精神障害者の特性に配慮した利用しやすいショ
32 ートステイの機能の整備を図るべきである。

33
34 (就労支援等)

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

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

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

11 ○ 雇用施策についても、引き続き精神障害者の就労先の確保に努める
12 こととあわせて、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、
13 精神障害者の特性に応じ、ハローワークや地域障害者職業センターに
14 おける支援体制を強化するとともに、カウンセリング体制の整備等精
15 神障害者が働きやすい職場づくりを行う企業に助成を行うなど、支援
16 の一層の推進、充実について、引き続き検討すべきである。

17 エ 入院中から退院までの支援等の充実について

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

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

26 ○ 長期にわたり入院している精神障害者をはじめとして地域生活へ
27 の移行が円滑に行われるよう、入院中の段階から地域生活への移行に
28 先立って、グループホーム等での生活の体験など、地域移行に向けた
29 体験利用の活用を進めるとともに、地域移行の際に必要な経済的
30 な支援をより円滑に利用できるよう、その一層の周知等を図るべきで
31 ある。
32

33 オ 精神障害者・家族の視点に立った支援体制の充実について

34 ○ 地域生活を営む精神障害者の視点を重視して政策の決定や施策の
35 推進が行われるよう、国及び地方自治体における精神保健医療福祉に
36 関する各種の審議会、委員会、協議会等への精神障害者の参画を一層
37

1 促すべきである。

2 ○ 精神障害者本人の経験・体験から学ぶという姿勢に立って、精神障
3 害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾
4 患や病状に対して正しく理解することを促す観点から、精神障害者同
5 士のピアサポートの普及や、地域移行支援の取組への精神障害者の参
6 画の促進をはじめとして、精神障害者同士の支え合いを基盤とする仕
7 組みの普及を進めるべきである。

8 その際、地域の実情に応じつつ、地域活動支援センターやピアサポ
9 ートセンター等設置推進事業等の柔軟な活用も含めて、精神障害者主
10 体のピアサポートセンターの設置等による精神障害者同士の交流の
11 場の確保等の取組を更に普及するための方策について検討すべきで
12 ある。

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

18

19

4. 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

(1) 現状

○ 精神障害者に対する正しい理解は、地域移行を円滑にし、同じ地域住民として精神障害者と共に暮らす社会としていく上で重要であり、また、精神疾患に対する正しい理解は、国民が精神疾患にかかった場合に必要な医療的な支援を受けることを円滑にするという側面を有している。このため、「地域を拠点とする共生社会の実現」を目指していく上で、精神障害者及び精神疾患に対する国民の正しい理解を促していく普及啓発活動を推進していくことが重要である。

○ 平成19年の内閣府調査によると、「精神障害者の近隣への転居」について、ドイツやアメリカでは、7割以上が「意識せず接する」と回答し、4割は「全く意識せず気軽に接する」と回答しているのに対し、我が国では、7割以上が「意識する」と回答しており、精神障害や精神障害者に対する理解が十分に進んでいないことを示している。また、その他の調査研究においても、同様に、我が国における精神障害者に対する理解の遅れが明らかとされている。

○ また、改革ビジョンにおいては、国民意識の変革について「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。」との目標の下、広く国民を対象に「このころのバリアフリー宣言」等の普及啓発を行ってきたが、当該目標については82.4%（平成18年）と一定の成果が認められている。

○ 一方で、精神疾患に関する国民の理解について、疾患毎にその理解の状況をみると、特に統合失調症に関する理解が乏しいことが、成人一般、若年層、保護者等を対象とした調査から示唆されている。

○ 新聞記事を対象とした調査結果においては、統合失調症について、統合失調症そのものや地域支援に関する報道が増加しているものの、精神科や統合失調症が犯罪や事件と関連付けて報道される傾向や他の疾患に比べ予防や研究に関する報道が少ない傾向がみられている。

○ こうした現状において、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、それぞれの目的に応じて効果的な普及啓発を実施していくことが求められている。

(2) 改革の基本的方向性

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

○ 精神障害者本人に対する啓発とあわせて、地域移行を円滑にする観

1 点から、地域移行の着実な実施を進めるとともに、普及啓発方策の具
2 体化を図る。

- 3 ○ 「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
4 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
5 普及啓発に重点を移す。

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

9 10 (3) 改革の具体像

- 11 ○ まず、精神障害者自身が、自らの疾患や病状を正しく理解し本人の
12 望む地域生活を送ることができるよう、精神障害者同士のピアサポー
13 トの推進等を通じた精神障害者本人への啓発を推進すべきである。

- 14 ○ また、精神障害者に接し交流する機会を増やすことが、効果的な普
15 及啓発となり地域移行を更に円滑にする側面を有していることを踏
16 まえ、地域移行を着実に実施するとともに、地域レベルでの精神障害
17 者と住民との交流活動の推進など、精神障害者の視点を重視した啓発
18 や精神障害者本人から学ぶ機会の充実を図るべきである。

- 19 ○ 上記の取組に加えて、精神疾患の発症早期における適切な支援の提
20 供による重症化の防止を図る観点から、学校の生徒等の若年層とそれ
21 を取り巻く者を対象として、精神疾患の発症早期に適切に相談支援や
22 診療を受けられるよう、学校教育分野との連携や必要なサービスの確
23 保を図りつつ、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行うべきで
24 ある。

- 25 ○ 精神疾患とりわけ統合失調症の正しい理解を医療関係者や社会的
26 影響力の強い者も含め各層に促すため、対象に応じた普及啓発におけ
27 る基礎情報とするために、他の疾患・領域を参考にしつつ、インター
28 ネット等で正確で分かりやすい疾患の情報等を提供できる情報源の
29 整備を具体化すべきである。

- 30 ○ また、新聞記事を対象とした調査の結果を踏まえ、上記情報源を活
31 用しつつ、新聞、テレビ、雑誌等の報道関係者に向けたものを含め、
32 治療法、支援策や研究成果等についての情報発信を充実させるべきで
33 ある。

5. 改革の目標値について

(1) 今後の目標設定に関する考え方

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

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

5
6 (2) 今後の目標値について

- 7 ○ 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群においては、「入院医療中
8 心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく改革を更に加速する
9 とともに、以下の目標値を掲げ、実効性ある取組を行うべきである。

I 新たな目標値（後期5か年の重点施策群において追加するもの）

- ◎ 統合失調症による入院患者数：

約15万人（平成17年との比較：4.6万人減）

- ◎ 認知症に関する目標値（例：入院患者数 等）：

平成23年度までに具体化する。

II 改革ビジョンにおける目標値（今後も引き続き掲げるもの）

- ◆ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）に関する目標：24%以下

- ◆ 各都道府県の退院率（1年以上群）に関する目標：29%以上

- ・ 上記目標の達成により、約7万床相当の減少が促される。〔誘導目標〕

- ・ 基準病床数の試算

平成21年現在：31.3万床 平成27年（試算）：28.2万床

※現在の病床数（平成19年10月）との差：6.9万床

- ※ 精神病床数については、都道府県が医療計画の達成を図り、又は、
個々の医療機関が患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通
じて医療の質を向上させる取組を直接に支援し促す方策の具体化
を目指す。

- ※ 疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基
準病床数算定式について、更なる見直しを検討する。

- 10
11 ○ また、上記の目標値の達成に資する施策の実施状況に関する目標に
12 ついて、例えば以下のものを参考として、個々の事業を単位として別
13 途設定すべきである。

14 (例) 精神科救急医療体制における身体合併症対応施設の整備

15 精神科訪問看護（訪問看護ステーションを含む）の整備

16 認知症疾患医療センターの整備

17 児童思春期の専門医療機関・専門病床の確保

18 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の支援対象者数

19 ※ 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定する。

1 V 今後の課題

2 1. 精神保健福祉法に関する課題

- 3 ○ 精神医療の質の向上を図っていく上では、上記の個々の取組に加えて、入院医療をはじめとして、人権に配慮した適切な医療が透明性をもって提供される制度としていくことが重要であり、精神保健福祉法について、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方向性を具体化していく観点から、諸外国の状況や我が国における精神保健医療福祉改革の状況を踏まえつつ、必要な見直しを行っていく必要がある。
- 10 ○ 精神保健福祉法に基づく各種制度のうち、特に、入院医療における医療保護入院制度のあり方や、保護者制度のあり方、精神医療審査会の機能の充実については、過去の法律改正時に附帯決議が行われており、継続的な課題となっている。
- 14 ○ また、現状においては、措置入院制度や申請・通報制度、移送制度等の運用状況について、都道府県等によって大きな違いがみられているが、精神医療を必要とする者について、人権や本人の安全性に配慮しつつ適切に医療につなげていく観点からは、各地域において適正に運用されるべきものである。
- 19 ○ これらの課題については、本検討会においても議論を行い、
- 20 ・ 家族が医療保護入院という強制入院の同意者となる制度について見直すべき
 - 22 ・ 保護者制度は、家族と精神障害者本人双方の負担となっており、見直しを行うべき
 - 24 ・ 未治療・治療中断等の重度精神障害者に対し地域生活を継続しながら医療的支援を提供する体制、通院を促す仕組みを検討すべき等の意見があったところである。
- 27 ○ 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定時期との関係で、本検討会において精神保健福祉法の見直しに関する意見の集約を行うことは困難であったが、以下の点をはじめとする精神保健福祉法の課題に関する検討の場を設け、検討に着手すべきである。
- 31 ・ 家族の同意による入院制度のあり方について
 - 32 ・ 医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方について
 - 33 ・ 未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方や、通院医療の位置付けについて
 - 35 ・ 精神医療審査会の機能を発揮できるための方策について
 - 36 ・ 情報公開の推進も含めた隔離・身体拘束の最小化を図るための取組について
- 37

- 1 ・ 地域精神保健における市町村、保健所、精神保健福祉センター等
2 の行政機関の役割のあり方について

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

9 **2. 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定と改革ビジョンの検証**

- 10 ○ 本検討会においては、我が国における精神保健医療福祉について、
11 改革ビジョンの実施状況と現状の評価を中心に検証を行ってきたが、
12 改革ビジョンの後期5か年において取り組むべき課題を明らかにし、
13 それぞれの課題について改革の具体像を提示するに至った。

- 14 ○ 我が国の精神保健医療福祉は、大きな転換点を迎えている。今後、
15 本検討会の意見を十分に踏まえて、「改革の歩みを止めない」との断
16 固たる姿勢をもって、改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定
17 を行うべきである。

- 18 ○ その上で、改革ビジョンの終期に当たる平成26年を目途として、
19 改革ビジョン10年間の取組について評価を行うとともに、その進捗
20 状況を踏まえて、新たな重点施策群の策定や目標値の設定等の対応を
21 図るべきである。

- 22 ○ 本検討会はここでその使命を終えるが、新たな重点施策群の策定等
23 を行う際には、改めて、精神障害者や家族、メディア、法律関係等の
24 幅広い有識者や、精神保健医療福祉の関係者等の参画を求め、精神保
25 健医療福祉のあり方に関する検討を行う場を設けることを強く求め
26 たい。

1 おわりに

2

3 以上のとおり、今後の精神保健医療福祉施策の改革のための課題は多岐に
4 わたっている。社会経済状況は日々変動しており、精神保健医療福祉の改革
5 についても、その変化に応じたスピードで進める必要がある。

6

7 今後、平成 22 年の診療報酬改定、平成 24 年の診療報酬改定、介護報酬改
8 定及び障害福祉サービス報酬の改定など、今後の医療制度及び介護保険制度
9 等の見直しの時機をとらえて、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向け
10 て、ナショナルミニマムを確保する責任と強力なイニシアチブの下で、着実
11 かつ大胆に、精神保健医療福祉の不断の改革を進められたい。

これまでの開催経緯

＜平成20年＞

第1回（4月11日）

①精神保健医療福祉の改革の経緯及び現状について

②今後の議論の進め方について

第2回（5月1日）

○地域生活支援体制の充実について

第3回（5月29日）

①精神保健医療体系について

②精神疾患に関する理解の深化について

第4回（6月19日）

①精神疾患に関する理解の深化について

②精神障害者の方からのヒアリング

③地域移行の実践に関するヒアリング

第5回（6月25日）

①「精神病床の利用状況に関する調査」報告について

②諸外国の精神保健医療福祉の動向について

第6回（7月16日）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について

第7回（7月31日）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）について

第8回（8月21日）

○有識者からのヒアリング

※9月3日 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）公表

第9回（9月3日）

①論点整理の報告について ②平成21年度概算要求の報告について

③障害者部会の状況報告について ④今後の進め方について

⑤「精神病床の利用状況に関する調査」報告（詳細）について

第10回（9月25日）

①地域生活への移行・地域生活の支援について

②精神科救急・精神保健指定医について

第11回（10月17日）

○相談支援について

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

第23回検討会における主な意見・追加で寄せられた意見

構成員名	ページ数等	主な意見
伊澤構成員	その他（総論等） 14 ページ、23 行目 24 ページ、31 行目 35 ページ、18 行目 43 ページ、32 行目 48 ページ、21 行目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「入院医療から地域生活へ」に替わるスローガンは必要。 ○ 「医療サービスや、<u>本人の希望やニーズに応じて地域生活の</u>」と修正すべき。 ○ 「障害福祉サービスの<u>拡充を進めるとともにに加えて</u>」と修正すべき。 ○ 「提供し、<u>安心できる居場所や仲間づくり、交流の場を確保し、そして又は</u>」と修正すべき。 ○ 「促進すべきである。」の後に、「<u>関係諸法の整合性を図り、その存在を明瞭化させるべきである。</u>」と修正すべき。 ○ 「<u>当事者から学ぶ機会、地域の福祉サービス事業所における住民との交流や情報発信機能の充実を図るべきである。</u>」と修正すべき。
伊藤構成員	その他（総論等） 1 ページ、15 行目 30 ページ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大規模災害時のメンタルケアについてどう考えるかも大事。 ○ 「<u>うつ病、アルコールをはじめとした</u>」に修正すべき。 ○ 薬剤処方の問題は本来医療提供者が取り組むべき。まずは、実施可能な立場からの早急の情報把握が重要。
上ノ山構成員	その他（総論等） その他（総論等） 42 ページ、31 行目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 報告書を検証する検討会を設置するべき。 ○ 入院病床にマンパワーが非常に偏り過ぎており、そのマンパワーを地域に対してどう配分していくのかということについて、もっと積極的な提言があってもいい。 ○ 「<u>極めて重症な者など、市町村が認める者については</u>」と修正すべき。
大塚構成員	その他（総論等） その他（総論等） 24 ページ、17 行目 51 ページ、30 行目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域精神保健医療の推進にふさわしい元気がでるようなスローガンが必要。 ○ ビジョンになるだろうが、いつまでにどれだけ進めるかという獲得目標が必要。 ○ 統合失調症の入院患者数の新たな目標値（15万人）の積算根拠を記載すべき。 ○ 以下の点に、「措置入院制度については、医療観察法との関係についても、合わせて検証すべき。」 「医療観察制度対象者等の地域移行、ケアマネジメント、重症患者への地域保健体制などについて」を加えるべき。それらの精神保健福祉法と関連する項目が多々あることが指摘されたため、その関連性も含め精保健福祉法は検討してほしい。

		○ 「検討に着手すべき」を「ビジョンの終了年の26年までの後期5年の間に検討を済ませる」と修正すべき。
小川構成員	その他（総論等）	○ 全体に検討という文言が多いことが気になる。「充実」や「進めるべき」といった文言に置き換えられないか。
	15 ページ、14 行目	○ ⑤として、政策プロセスへの当事者の参画等の追加をするべき。「行政や専門家等の議論の限界と反省を踏まえ、当事者の視点から政策が決定され、施策が推進することができるように、国、都道府県等の審議会や検討会の構成に複数の当事者が委員として参画できるようにするとともに、精神保健福祉の現状を踏まえた施策等について国民の理解を得るために医療機関情報、行政情報の積極的な公開・提供を進める必要がある。」
	22 ページ、36 行目	○ 「療養期」は削除すべき。
	23 ページ、30 行目	○ 精神病床の医療の質の向上を図るためには、一般医療と同水準に人員配置の充実を行うべきである。【追加】
	24 ページ、3 行目	○ 精神病床数の適正化等の取組として、病棟（1看護単位）単位の病床数の適正化についても対応を図る必要がある。【追加】
	31 ページ、33 行目	○ 診療の質の向上のためには、入院から地域までの一貫したクリニカル・パス（3か月）の開発などの取組みも進める必要がある。
	34 ページ、23 行目	○ 複数名での訪問の必要性については、意見があるに止めるのではなく、必要であると記載するべき。
	43 ページ、8 行目	○ ピアサポートの推進については、地域の精神障害者のみではなく入院患者も対象とするべき。また、アドボカシーの視点も盛り込むべき。
	43 ページ、10 行目	○ 「観点から、 <u>入院中から地域における精神障害者又は</u> 」と修正すべき。
	43 ページ、13 行目	○ 相談体制については、自殺防止対策、引きこもり等の対応、精神医療審査会の実効性の向上、市町村支援などの課題に対応するために、保健所、精神保健福祉センターの充実を行っていくべきである。【追加】
	43 ページ、18 行目	○ 「その体制の具体化及び <u>充実</u> を図る。」と修正すべき。
	51 ページ、15 行目	○ 移送について、法改正だけでなく警察等との連携を図る等の運用をすすめるべき。

門屋構成員	52 ページ、14 行目	<p>○ 「3.」として、以下の趣旨を追加すべき。</p> <p>「本検討会は改革ビジョンと併せて、わが国の精神障害者の処遇の歴史と実態について検証した。いまだ続いている入院処遇が社会的入院者を多数抱え続け、人権侵害となっていることについて共通の認識を得た。本検討会は、精神保健福祉施策の歴史的評価と改革ビジョンの進捗を中心として検討され、標題とした「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」果敢に取り組み不断の改革を続けることを確認した。</p> <p>しかし、改革の先にあるわが国の精神保健医療福祉の、あるべき、向かうべきビジョンと工程については残念ながらほとんど検討されず、課題に触れた程度である。重要なことは何のための、将来どのようにするための改革なのかということである。そこで、改めて我が国の国民がたとい精神病となっても安心して治療が受けられ、病を持ちながらもその人なりの人生が送れることが、すべから保障される精神保健医療福祉のあり方の検討会を早急に設けることとする。」と追加すべき。【追加】</p>
坂元構成員	36 ページ、23 行目 40 ページ、13 行目 51 ページ 51 ページ、16 行目	<p>○ 都道府県の責任を曖昧なものにせず、都道府県は管内の精神保健医療福祉に関する行政サービスの連携に責任を負っているという踏み込んだ記載にすべき。</p> <p>○ 都道府県は精神保健指定医に措置診察等の協力を求めることができるという記載をすべき。</p> <p>○ 措置入院等の移送については、自治体の職員が訓練を受けておらず、患者の人権という観点から安全性を確保できる体制づくりを真剣に検討すべき。</p> <p>○ 「地域間で大きな格差なく<u>適正に適切に運用</u>」と修正すべき。</p>
佐藤構成員	28 ページ、19 行目 28 ページ、32 行目 28 ページ、34 行目 35 ページ 52 ページ、2 行目	<p>○ 「患者の身近な地域で、医療提供体制を確保すべきである。」を「<u>精神医療福祉圏域を定めた上で、圏域内で医療提供体制の整備を図る。</u>」に修正すべき。</p> <p>○ 「<u>・一般救急と連動したいわゆる総合精神科病院</u>」と修正すべき。</p> <p>○ 「<u>極めて重症な患者に対して手厚い治療を提供するような療養を行う</u>」と修正すべき。</p> <p>○ デイ・ケアはメリハリをつけた機能を持たせるべき。</p> <p>○ 「<u>行政機関の役割の見直しについて</u>」と修正すべき。</p>
品川構成員	34 ページ 35 ページ、8 行目 35 ページ、32 行目	<p>○ 精神科訪問看護について、PSWの複数名訪問を記載すべき。</p> <p>○ 精神科デイ・ケアについては、もともと利用期限が設定されていないということを明記すべき。</p> <p>○ 高齢精神障害者の介護施設の受け皿についても記載すべき。</p>

	44 ページ、35 行目	○ 「地域における精神障害者に配慮した利用しやすいショートステイの機能の整備や精神障害者本人による利用の促進を図るべき」と修正すべき。
末安構成員	9 ページ、19 行目 17 ページ、10 行目 28 ページ、34 行目 51 ページ、24 行目	○ 「とされている」を「という調査結果がある」に修正すべき。 ○ 統計の使い方、厳密な表現ぶりを検討していただきたい。 ○ 「極めて重症な患者に手厚い医療を提供するの療養を行う精神科病院」と修正すべき。 ○ 「重度精神障害者に対し地域生活を確保しつつ医療的支援を」と修正すべき。
田尾構成員	14 ページ、11 行目 32 ページ、12 行目 49 ページ、31 行目 50 ページ	○ 「行政をはじめ関係者」を「行政をはじめ精神保健医療福祉の専門家等関係者」に修正すべき。 ○ 「医師以外の医療従事者についても、心理士などの資格の整備も含め」と修正して欲しい。 ○ 基準病床数をオーバーしている所をどうするかという指標が大切。「基準病床数を超えている都道府県に対しては強かに指導していく」という文言を記載できないか。 ○ Ⅲの目標値に早期支援の目標値を記載すべき。
高橋構成員	44 ページ、35 行目	○ 「引き続き、タイムリーに利用できるよう地域におけるショートステイ」と修正すべき。
谷畑構成員	その他（総論等） 53 ページ、6 行目	○ 民主党のマニフェストで自立支援法の廃止が謳われているが、自治体の財政負担がどうなるかが心配。国は、ナショナルミニマムの確保をするべき。権利条約の批准にあたっては、国内法の整備が必要。今回の報告書は最大公約数的にまとめたものであり、新政権にどのように受け止められるか。 ○ 「本検討会の意見を十分に踏まえて、改革ビジョンの後期 5 か年の重点施策群の策定に当たることはもとより、平成 22 年の診療報酬改定、平成 24 年の診療報酬改定、介護報酬改定及び障害福祉サービス報酬の改定など、今後の医療制度及び介護保険制度等の見直しの時機をとらえて、16 日に発足した新政権において精神障害者の人権・自由が平等に享有されるよう、地域主権と国のナショナルミニマム確保の責任のもと、着実に精神保健医療福祉改革の具体化を進められたい着実に精神保健医療福祉改革の具体化を進められたい。」とすべき。
寺谷構成員	27 ページ 32 ページ	○ 当事者及び家族という課題への挑戦者の視点を重視する観点から、ピアサポートについて施策の具体化や推進をお願いしたい。 ○ 新しい人材の側面として、臨床心理士の導入などに関しても少し触れていただきたい。
長尾構成員	8 ページ、16 行目 22 ページ、36 行目	○ 介護保険施設には必要な医療の確保が必要。 ○ 急性期、回復期だけで済むものではないので、「療養期」は残すべき。

	24 ページ、32 行目 26 ページ、10 行目 30 ページ、17 行目 34 ページ、4 行目 35 ページ、11 行目 41 ページ、19 行目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「生活の場と医療の場の確保についても」と修正すべき。 ○ 事務従事者の負担軽減は総合病院精神科だけでなく、精神科病院でも必要。従事者、特に医師の負担軽減を図るべき。 ○ 「長期少量投与」「抗精神病薬」の記載は誤解を招く。削除すべき。 ○ 「現在低下してきている行われている地域保健活動を高めるとともによりも」と修正すべき。 ○ 慢性期のデイ・ケアの記載ぶりは再検討するか削除すべき。 ○ 障害福祉サービスに移行ではなく、障害福祉サービスもデイ・ケアも選択できると記載すべき。
中島構成員	18 ページ、17 行目 20 行目 19 ページ、18 行目 40 ページ、4 行目 49 ページ、15 行目 50 ページ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「<u>顕著なBPSD</u>」と記載すべき。 ○ 認知症疾患医療センターの指定においては、十分な質の担保が必要。もしできないのなら、「<u>認知症への適切な対応ができる施設疾患医療センターの整備</u>」と修正すべき。 ○ 「<u>指標の作成を行う、学会等と連携してすすめるべきである。</u>」と修正すべき。 ○ 精神科病床への認知症患者の入院は適切に行われるように留意すべき。 ○ III「<u>児童・思春期の</u>」の次の行に「<u>成人した発達障害者の方への医療の強化</u>」を入れるべき。
長野構成員	その他（総論等） その他（総論等） その他（総論等）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全体として、過去の反省というスタンスが目立っており、これでは全国で「地域に向けて」取り組み始めている多くの現場の元気が出ない。もっとポジティブに書くべき。現場からすれば、ビジョン策定自体が大きなインパクトを持ったし、その後5年間で自立支援法も含めて「地域生活支援」という方向性で激変している。事務局として書きにくいということは理解するが、検討会の意見が皆「できてない」「不足している」と言われていることにひきずられすぎているのではないか。 ○ 後期5年は「入院医療中心から地域生活中心へ」というメッセージだけでは不十分。何か旗印となるキーセンテンスが書き込めないか。例えば、「地域社会の一員としての精神科医療」というような趣旨や、「今後の精神医療の拠点は地域だ」というようなメッセージがふさわしい。そのことで更に「地域での」取り組みが更に加速すると思われる。加えて、当事者や家族、地域住民も含めて、全員参画でその社会を作るといような視点も必要。 ○ 「精神保健医療福祉の改革」と言いながら、「保健」の部分が、メンタルヘルスの側面、保健活動の側面のいずれも極端に薄い。保健所の統廃合などにより現場では「保健活動」が極端に、急速に弱く、少なくなってきた。これまで積み上げられた膨大なノウハウが失われようとしており注意が

	<p>その他（総論等）</p> <p>13 ページ、3 行目</p> <p>14、15 ページ</p> <p>14 ページ、11 行目</p> <p>14 ページ、34 行目</p> <p>16 ページ、12 行目</p> <p>20 ページ、19 行目</p> <p>23 ページ、33 行目</p> <p>28 ページ、20 行目</p> <p>28 ページ、17 行目</p>	<p>必要。【追加】</p> <p>○ 田尾構成員の「引き続きモニタリングできる機会の創出（あり方検討会を今後五年1年に一回ずつ開催するとか）」という意見を強く支持。（データとしては十分でなくても）生の現場の声が正式に施策の中に取り上げられる機会はとても重要。データ、エビデンスはかなり過去の実践を反映しており、そのみを根拠としてしまうことは改革・変革時期においては、必ずしも適切ではない。【追加】</p> <p>○ 病床のところは、少し弱いという印象。また、施策の反省だけを書いているが、現場の責任もある程度書くべきではないか。現に地域資源はこの5年で整備が急速にすすんでいる。【追加】</p> <p>○ 基本的考え方のところ、新たな長期入院を生み出さない（あらたな不幸を生み出さない）という基本姿勢と強い意志を明確にすべき。【追加】</p> <p>○ 田尾構成員の「専門職の責任・反省」を明確化すべきという意見を支持。改革ビジョンが示され、不十分とはいえ枠組みは整ってきている。専門職は「地域に」シフトする義務があると思う。現に全国に今までとは比べものにならないくらい多くの「地域での」取り組みがスタートしている。（今後の方向性の中でも記載できるとベター。）【追加】</p> <p>○ ①精神医療の質の向上において、救急医療、入院医療の急性期という文言しかない。精神医療の中心を「地域に」すべき。「<u>重点化、訪問診療、往診、訪問看護などの取組を通じて</u>」と明確に加えるべき。地域生活を支える支援の中の記載だけでは弱すぎると感じる。【追加】</p> <p>○ 地域医療体制のところ、都道府県の役割はよいが、国の役割も一文加えるべき。【追加】</p> <p>○ 依存症のところは、薬物は不適正使用等に重点が置かれていたと思うが、アルコールについては、それすらなかった。事実認識として違うのではないか。【追加】</p> <p>○ 人員配置については、例示として「<u>医師、看護師等の人員基準</u>」と明記すべき。医師も聖域ではないというメッセージを出すべき。【追加】</p> <p>○ 精神科病院による訪問看護について、圧倒的に訪問医療が足りていない中で「重症者を中心として」と書くのはいかがか。病院を地域に向けるというメッセージが弱まる可能性があり懸念している。【追加】</p> <p>○ 地域医療体制の部分で、「責任を持って自院の患者の診療に当たる」と書いているが、医療機関が患者さんを抱え込んでいるという意見が多い中でメッセージとしていかがか。【追加】</p>
--	---	---

	28 ページ、27 行目	○ 専門機能の部分でも、再度、地域医療を支えるという視点と、それに診療所も参画するという趣旨を書くべき。【追加】
	32 ページ、6 行目	○ 従事者のところは、ビジョンでは「再教育・再配置」と明記されていた。意識改革も含めた「再教育」は絶対に必要。明記すべき。地域における必要病床数を考えるべきなので、あくまで、「地域医療体制の中で責任をもって診療に当たる」という趣旨の下で書くべき。【追加】
	35 ページ、15 行目	○ 地域支援体制のどこかに、「教育支援」ということも書き込んでほしい。【追加】
	37 ページ、29 行目	○ 就労支援については、自立支援法で最も伸びた分野の一つ。「飛躍的に増加」等と書いてほしい。政権が変わっても絶対に後退させてはいけない。【追加】
	42 ページ、19 行目	○ ケアマネジメントの記載の中に、「本人による自己選択、自己決定を尊重しつつ」と書きながら、結局は事業者の視点になっている。当事者中心の観点からは、「自己選択、自己決定に基づき」等の表現の方が適切。【追加】
	43 ページ、20 行目	○ PSWの資質向上は急務。カリキュラムの見直しだけでは不十分。予算事業等で既に配置されている者への研修等についても明記すべき。【追加】
	50 ページ	○ 目標値の部分も、インパクトは非常に弱く映る。工夫が必要ではないか。【追加】
	52 ページ	○ 改革ビジョンの検証のところも、「改革ビジョンは画に描いた餅とはしない」というメッセージが必要。今の記載では、淡泊すぎる。実際に画に描いた餅にしないための取り組みはくどいようだが全国ではじまっている。後退は言語道断、飛躍的に前進させなければならない。【追加】
野沢構成員	その他（総論等）	○ 相談支援、ケアマネ、グループホーム、就労支援の制度が地域生活の整備に寄与してきた、だがまだまだ足りない」と強調していいのではないか。
	31 ページ、37 行目	○ 多剤・大量投与について、副作用も含めた薬物使用の実態調査と情報公開の徹底が必要。
	41 ページ、10 行目	○ デイ・ケアは効果を検証し、効果がないところは改廃も視野も含めて検討すべきと書くべき。
広田構成員	その他（総論等）	○ 認知症の社会的入院を作らない。
	その他（総論等）	○ 薬の量を、時間をかけて減らしていくことが重要。初診から必要最小量の薬を。
	その他（総論等）	○ 家族のレスパイトケアをお願いしたい。使いやすいショートステイを整備すべき。ジョブコーチに精神障害者で就職経験者を登用する。国とマスコミが謝罪をすべき。ボランティア活動の推進。テレビスポットで予防を呼びかけるべき。
	その他（総論等）	○ 病床が削減した暁には、ピアサポートができるようフリースペースを精神科病院から国及び自治体

		が借り上げるべき。
その他（総論等）	○	福祉サービス事業所の情報発信機能は反対。もっとメンバーと向き合って欲しい。
その他（総論等）	○	退院の際にお金（4ヶ月分）がかかる。国は謝罪してこの費用をみるべき。
その他（総論等）	○	自立支援協議会は、必要なのか。自治体には協議会や委員会等ばかり設置されて統廃合が必要な状況だ。
その他（総論等）	○	早期発見・早期治療ではなく、適切な医療が使えるような国民の精神医療、誰もが安心して暮らせる環境が必要だ。
その他（総論等）	○	国民の精神医療にするため、友人など家族以外の面会を受け入れること。【追加】
その他（総論等）	○	憲法や障害者権利条約で保障されている様に、精神障害者も結婚したり子供を産んだり、親として育てる権利がある。【追加】
その他（総論等）	○	入院、通院、就労などピアサポート効果に対するDr.、関係者の理解を深める。【追加】
その他（総論等）	○	精神科病院は、自前の患者は24時間診る努力に勤める。【追加】
その他（総論等）	○	自殺など、今日的課題にも対応できる救急車によるソフト救急の確立。【追加】
その他（総論等）	○	病床を持たない医療機関精神保健指定医に精神科救急病床を含めた当直を義務づける。【追加】
その他（総論等）	○	病床を持たない医療機関精神科医に精神科病床の当直を義務づける。【追加】
その他（総論等）	○	親亡きあとではなく、親ある今、不幸な事件を防ぐため、又、本人の自立のため、そして、最大の啓発につながる世帯分離。そのため住宅の確保にかかる敷金等4ヶ月分の家賃を生活保護又は国及び自治体が出せるようにすること。
その他（総論等）	○	医療従事者及び福祉従事者の精神的自立。【追加】
その他（総論等）	○	就職希望者が多いので、精神障害者の働く場の確保を。【追加】
その他（総論等）	○	行政、医療従事者、福祉従事者は、問題を抱えている人ときちんと向きあい、自力でやってゆける時は、見守りにとどめる。【追加】
その他（総論等）	○	精神障害者をいやがったり、怖がって、警察官にたよりすぎたり、おしつけず行政はやるべき事をやる。そのために行政関係者のスキルアップをはかる。24条からの奪回、24条を減らす努力。【追加】
その他（総論等）	○	（相談支援事業を残すのであれば）食事やフリースペースの提供などもりこむ。【追加】

	<p>その他（総論等）</p> <p>その他（総論等）</p> <p>その他（総論等） 2 ページ、17 行目</p> <p>48 ページ、14 行目</p> <p>51 ページ、16 行目</p>	<p>○（自立支援法が廃案になるのであれば、自立支援協議会を盛り込まない方がいいと思うが、入れるなら）すでに障害者のための委員会が設置されている地方自治体においては、設置しないでもいいと盛り込むべき。【追加】</p> <p>○自殺の対応、精神障害者の対応のため、将来、消防、警察以外、保健所等行政の24時間化。【追加】</p> <p>○全ての関係者は、精神障害当事者から学ぶ視点を持つこと。【追加】</p> <p>○「精神医療の質を向上する<u>ために、社会的入院を解消し、病床を削減し、精神科特例を廃止し、診療報酬をあげる、</u>という基本的スタンス」と修正すべき。</p> <p>○「新聞報道」を「<u>マスコミ報道</u>」に修正し、事件発生時の精神科入通院歴報道をやめること。</p> <p>○地域間で大きな格差とあるが、地方間の違いは当然。格差という言葉は不適切。</p>
町野構成員	<p>その他（総論等）</p> <p>47 ページ</p>	<p>○報告書は行政文書の種類であることは間違いありませんが、その名宛人は、国民一般でもあることをより意識すべきだと思います。このすばらしい報告書の内容が実現するためには、何よりも国民一般の理解が必要です。国民の理解と支持が得られない施策は実現が難しいことは、臓器移植法、医療観察法の経験が教えているところです。</p> <p>報告書は行政と国会への申し送りですが、その背後には国民がいるのであり、直接話しかけることが必要だと思います。精神保健福祉法の改正が議論されるようなことになれば、医療関係者ばかりでなく、国民の理解が大きな問題となります。特に、マスコミは差別の問題だけ避けていれば安全だという意識が強すぎますので、より積極的にこの問題に関わってもらいたいと思います。【追加】</p> <p>○以上のことは報告書全般の書き方、書くべき事項に及ぶことですが、具体的に、「4. 普及啓発」(p. 47)について述べさせていただきます。なぜなら、精神医療への国民の理解は普及啓発活動によって行われることになるからです。</p> <p>(1) まず第一に精神障害についての国民の理解がどうしても必要かを書くべきだと思います。</p> <p>「偏見は良くない」「生活習慣病と同じで、皆がかかる病気である」というだけでは不十分だと思います。私が皆様のご議論を聞いていて理解したのは、おおむね次のようなことでした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・我々の理想は障害者を含めたすべての人々の共生であり、それを実現するためには精神障害と精神医療についての国民の正しい認識が必要である。 ・人々の精神障害への正しい理解によって、早期の医療的支援が可能になる。

		<p>(2) 具体的に理解してもらうことが必要なのは、まず、精神障害と精神障害者の現在、その実相だと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在は精神障害者は病院の中にいるだけの存在ではないこと。 ・精神障害の多様性。昔と今との相違。現在の老人問題。身体合併症。 ・医療ばかりでなく、生活支援も必要としていること。 <p>(3) さらに、現在の精神医療の状態も一般的に理解が十分でないものだと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神医療の可能性は以前に比べてかなり広がってきているのであり、「精神病は治らない」というものではないこと。 ・精神医療はかつては入院医療中心であったが、地域精神医療へと移行し、現在は地域をベースとして、精神病院を含めたネットワークによって精神医療が実践されていること。 ・精神障害者のケアは医療と精福祉の両面から行われなければならないこと。 【追加】
三上構成員	<p>25 ページ、2 行目</p> <p>26 ページ、11 行目</p> <p>31 ページ、37 行目</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「重点化する観点や人口構造・世帯構造の変化も踏まえて」と修正すべき。 ○ 総合病院のあり方について「検討する」という文言を入れられないか。 ○ 「改善を図るため、投与状況の情報公開や、単剤投与や切替えへの評価等の方策について検討すべき」と修正すべき。
山根構成員	<p>その他（総論等）</p> <p>26 ページ、25 行目</p> <p>40 ページ、29 行目</p> <p>41 ページ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後認知症の増加が予想され、早期の診断・治療と、生活のケアをしっかりと検討しなければビジョンの前提が大きく崩れてしまう。 ○ 「かかりつけ医や小児科医」とあるが小児科医等は内科等ではないのか。 ○ 「オ 精神科訪問看護等の充実について」を「オ 在宅医療・リハビリテーションの充実について」に修正すべき。 ○ デイ・ケアは、再燃・再発に対する役割を認めたいうえで、障害福祉サービスの充実に伴い、地域医療を支える医療施設として対象、利用、期間、実施内容を明確にすべき。
良田構成員	<p>38 ページ、29 行目</p> <p>38 ページ、30 行目</p> <p>40 ページ、22 行目</p> <p>40 ページ、29 行目</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「精神障害者と<u>その家族が安心して</u>」と修正すべき。 ○ 「精神障害者と<u>その家族に対する</u>」と修正すべき。 ○ 「在宅の患者と<u>その家族への訪問診療</u>」と修正すべき。 ○ 訪問看護だけでなく、訪問福祉相談、訪問リハビリテーションというサービスが欲しい。外来ニートと呼ばれる人もいる。SW、OTや薬剤師による訪問も入れて欲しい。

45 ページ、23 行目

○ 家族の交流事業は基金で対応していただいているが、早期や新規の患者の家族が勉強できる環境が欲しい。学習の場の確保や市町村・保健所のバックアップといったことが書けないか。