

### 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

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。しかしながら、統合  
15 失調症に関する理解が遅れているなど、精神障害に関する国民の理解  
16 は未だ十分ではない。

17 ○ 「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  
18 いては、

19 ・ 「各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下にする」と  
20 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  
21 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  
22 傾向にあり、平成18年時点で29.7%となっている。

23 ・ また、「各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上にする」  
24 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  
25 あり、平成18年時点で23.0%となっている。

26 ※ 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  
27 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  
28 る。

29 ○ 「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  
30 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  
31 近の平成17年の同調査では、約7.6万人となっている。

32 ○ 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  
33 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  
34 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  
35 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  
36 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  
37 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

1 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、  
2 ほとんど減少していない。

3 その背景には、地域資源がまだ十分に整備されていないことに加え、  
4 医療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  
5 組や、患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じた個々の医  
6 療機関による医療の質の向上のための取組を直接に支援する施策が  
7 不十分であったことがあると考えられる。

### 9 (3) 改革ビジョンの目標設定に関する評価

#### 10 ①国民意識変革の達成目標について

11 ○ 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  
12 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  
13 る、といった効果が期待される。

14 ○ 一方で、「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対  
15 象とする普及啓発について目標値を定め推進していくことについて  
16 は、それによって、上記のような普及啓発の効果を十分に把握する  
17 ことは困難と考えられる。

#### 18 ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標について

19 ○ 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、  
20 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  
21 計上されていることから、平均残存率、退院率による目標は、必ずし  
22 も在院患者数の減少の指標とならないという問題がある。

23 ○ また、疾患によって患者の動態は大きく異なっている一方で、平均  
24 残存率、退院率など、精神病床全体を包括した目標設定のみでは、統  
25 合失調症、認知症など、様々な分野の施策の効果が反映されにくく、  
26 進捗の管理が難しいという課題もある。

#### 27 ③「受入条件が整えば退院可能な者」について

28 ○ 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  
29 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  
30 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、  
31 ・ 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  
32 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  
33 なることが予想されること  
34 ・ 「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  
35 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  
36 こと  
37 こと  
38

1 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  
2 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。

#### 4 ④精神病床数について

- 5 ○ 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  
6 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  
7 て掲げることが適当である。

## 9 2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

- 10 ○ 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  
11 障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立った  
12 上で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づい  
13 て、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。

- 14 ○ 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及び精神障害  
15 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的な動  
16 向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理  
17 念に基づく方策を更に推し進めるべきである。

- 18 ○ その際、以下のような視点を踏まえて、施策を推進すべきである。

19 ・ 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  
20 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  
21 生活に戻ることができるようにするという視点

22 ・ 精神障害者が、地域において、本人の症状に応じて、日常的な外  
23 来・在宅医療や緊急時の救急医療等の医療サービスや、地域生活の  
24 支援や就労に向けた支援などの福祉サービス等を受けることがで  
25 き、長期に入院していた者も含めて、精神障害があっても地域にお  
26 いて安心して自立した生活を送ることができるようにするという  
27 視点

28 ・ 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  
29 に応じて、他の従事者とも連携しながら、精神障害者の希望や症状  
30 に応じたふさわしい支援を提供できるようにするという視点

- 31  
32 ○ 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  
33 きである。

#### 34 ①精神医療の質の向上

35 救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等の取組を通じ  
36 て地域における精神医療提供体制の構築を図り、また、個々の患者  
37 に提供される医療の質を向上させることにより、疾患や病期に応じ  
38 て人権に配慮した質の高い医療が提供される体制を作る。

1 ②地域生活を支える支援の充実

2 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  
3 スの充実等により、高齢の者も含め、精神障害者が、その希望や症  
4 状に応じて、地域において質が高い支援を十分に受けることができ  
5 る体制を作る。

6 ③精神疾患に関する理解の深化

7 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  
8 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、  
9 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  
10 会を構築する。

11 ④地域生活への移行・定着支援

12 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  
13 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  
14 つ、地域生活への移行・定着が円滑に行われる流れを作る。

15 ○ 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  
16 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、  
17 以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

18 1) 精神保健医療体系の再構築

19 2) 精神医療の質の向上

20 3) 地域生活支援体制の強化

21 4) 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

22

## 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、精神科医療施設における機能や  
8 連携の強化はもとより、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業  
9 者、学校等の関係機関とも十分な連携を図りつつ、地域において、幅  
10 広いニーズ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  
11 を構築していく必要がある。

12 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  
13 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  
14 精神医療提供体制の確保・改善を図る仕組みとしていくことも重要で  
15 ある。

16 ○ 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  
17 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  
18 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  
19 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  
20 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  
21 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  
22 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  
23 ことが急務となっている。

24 ○ 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、  
25 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  
26 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  
27 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、  
28 横ばいとなっている。

29 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  
30 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  
31 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、  
32 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  
33 定義の違いについては考慮する必要がある。

34 ○ 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  
35 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  
36 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  
37 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

1 年から平成 17 年までの間で、ほぼ 2 倍に増加している。

2 ○ 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  
3 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  
4 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  
5 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  
6 る精神科医は、2.3 倍に増加している。

7 ○ 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  
8 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  
9 年以降大きく増加している。

10 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  
11 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  
12 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  
13 背景として、医療従事者 1 人当たりの病床数は、精神科看護師、精神  
14 科ソーシャルワーカーのいずれでも諸外国と比較して多くなってい  
15 る。

#### 16 ①入院医療の現状

17 ○ 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  
18 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  
19 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  
20 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  
21 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  
22 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。

23 ○ 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  
24 い人員配置を評価する体系となっている。

25 ○ 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  
26 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  
27 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  
28 る。

29 ○ 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  
30 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  
31 等による評価体系とはなっていないという指摘がある。

32 ○ 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  
33 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  
34 齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

1       ア 統合失調症

2       ○ 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  
3       であった場合、今後減少することが予想される。

4       ○ 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、  
5       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、  
6       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  
7       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  
8       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  
9       能と考えられる。

10  
11       イ 認知症

12       ○ 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  
13       加が予測される。

14       ○ 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  
15       診断、療養方針の決定、症状の変化に対応した療養方針の見直しを行  
16       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  
17       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  
18       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  
19       対する医療の提供に大別される。

20       ○ これらのうち、①の機能や、④のうち BPSD の急性期に対する医療  
21       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。

22       ○ 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  
23       て、BPSD に対する医療の提供とあわせて、  
24       (ア) 総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が  
25       急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、  
26       (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  
27       を担う  
28       ことが求められている。

29       ○ 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  
30       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  
31       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  
32       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  
33       する機能等が十分でないとの指摘がある。

34       ○ 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  
35       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  
36       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



1 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  
2 を継続している者が存在している。

3 ○ 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  
4 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  
5 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  
6 ていないという課題がある。

7 ○ 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  
8 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、  
9 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  
10 る。

11 ○ 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、  
12 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。）  
13 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  
14 でないとの指摘がある。

#### 15 16 ウ 身体合併症

17 ○ 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  
18 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  
19 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  
20 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  
21 合併症患者への対応が十分でない。

22 ○ 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  
23 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  
24 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  
25 いる。

26 ○ 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  
27 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  
28 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  
29 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  
30 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  
31 師の配置を行うこととなっている。

32 ○ 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  
33 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  
34 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  
35 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  
36 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

1 床の縮小が相次いでいる。

2  
3 **エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）**

- 4 ○ 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、  
5 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  
6 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  
7 まれている。

8  
9 **②疾患等に応じた精神医療の現状**

10 **ア 気分障害**

- 11 ○ 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  
12 障害は自覚症状が多様なため、精神科を受診していない患者が多く、  
13 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る。
- 14 ○ また、気分障害については、薬物療法、精神療法等の精神科治療の  
15 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とに加  
16 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る。

17  
18 **イ 依存症**

- 19 ○ これまでの薬物・アルコール対策は、薬物・アルコールの不適正使  
20 用・有害使用の防止に重点がおかれ、依存症に対する治療的な視点が  
21 乏しく、対策が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けに  
22 くい状況が生み出されていると指摘されている。
- 23 ○ 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  
24 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  
25 がある。
- 26 ○ 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  
27 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、  
28 運営が不安定であるとの指摘がある。

29  
30 **ウ 児童・思春期精神医療**

- 31 ○ 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  
32 発見・早期支援の観点からも重要である。
- 33 ○ 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  
34 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  
35 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、  
36 医療提供体制が需要に対応しきれていない。

### ③発症早期における支援の現状

- 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ヶ月かかっているとの報告がある。
- 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2～5年（臨界期）の包括的支援の取組の例があるが、我が国においては標準的な支援方法が確立されていない。
- 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、という課題もある。
- 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。

### ④地域精神医療提供体制と精神科医療機関の機能の現状

- 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支えるための医療機能が求められている。
  - 特に、
    - ・ 在宅医療（訪問看護、危機介入等）
    - ・ 早期支援
    - ・ デイ・ケア等の機能強化・分化
    - ・ 精神科救急
    - ・ 身体合併症への対応
    - ・ 認知症等の高齢化への対応
    - ・ 専門的な機能（児童思春期・依存症等）
- 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体制の構築が課題となっている。
- 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

1 　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  
2 　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  
3 　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  
4 　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  
5 　（「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  
6 　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  
7 　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  
8 　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  
9 　置付けられていない。

- 10 ○ 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、  
11 「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

### 13 ⑤精神科医療機関における従事者の確保の現状

- 14 ○ 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  
15 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  
16 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、  
17 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  
18 勤務に移行する医師が多くなっている。
- 19 ○ 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  
20 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  
21 する看護職員の増加のペースは鈍い傾向にある。

### 23 (2) 改革の基本的方向性

24 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  
25 体的改革を実施すべきである。

- 26 ○ 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  
27 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  
28 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  
29 の水準の向上を目指す。

- 30 ○ 「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  
31 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  
32 域で精神障害者を支える体制への再編を図る。

33 　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  
34 た医療機関等が、円滑に、訪問診療、訪問看護等の地域生活を支える  
35 機能を充実させていくことを促すための方策を検討する。

- 36 ○ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患等（統合失調症、認知症、  
37 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

1 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  
2 地域における精神医療提供体制の姿を提示する。

- 3 ○ 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  
4 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  
5 として位置付け、入院医療の再編・重点化を進める。
  - 6 ・ 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  
7 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  
8 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  
9 必要数を明確化する。
  - 10 ・ 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  
11 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  
12 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  
13 う。
  - 14 ・ 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  
15 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  
16 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  
17 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  
18 図る。
  - 19 ・ また、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL  
20 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  
21 の具体的方策を検討する。
- 22 ○ 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、  
23 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。
- 24 ○ 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  
25 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。

### 27 (3) 改革の具体像

#### 28 ①入院医療の再編・重点化

##### 29 【総論】

- 30 ○ 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  
31 を目指すべきである。
- 32 ○ このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とそ  
33 の評価の充実を図りつつ、これに並行して、医療法に基づく人員配置  
34 標準の見直しにより、精神科全体の人員配置を向上させるべきである。
- 35 ○ 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  
36 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