

## 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）の重点的実施
5. 改革の目標値について

### V 今後の課題

おわりに

# 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

平成21年9月24日

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

## はじめに

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ずれかを体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)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、国民に広く関わる疾患である。

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、精神疾患にかかることにより稼働能力が低下することがあるなど、本人の生活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、統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められている。

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。

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整備は不十分なままであった。

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「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、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、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。

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、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

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。

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。

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、本検討会における議論は、計24回に及んだ。

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、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。精神障害者も、当然に、国民・地域住民の一人として、結婚や子育て、就労など、本人が望む生活を安心して送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、精神障害者同士の支え合いを重視しながら、精神障害者と向き合う中で、本人の意向に即して、本人が充実した地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である。

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。

その結果として、精神医療の質を向上させるために、精神障害により失われた様々な機能や生活を回復するというリハビリテーションの理念の上に立って、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通じて、一般医療の水準を目指した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、精神障害者の人権への配慮が十分に行われ、かつ、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。

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、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討会としての意見のとりまとめを行う。

## I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

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

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

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

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

障害者基本法（平成5年）の制定、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律への改正（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、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。

## II 精神障害者の状況

### 1. 全般的状況

- 「患者調査」（厚生労働省統計情報部）によると、精神疾患患者は平成11年以降急速に増加しており、特に、外来患者数は、平成11年に170万人であったものが、平成17年には267.5万人と、6年間で約1.6倍となっている。
- 入院患者については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を掲げてきたが、精神科病床の入院患者は、平成8年以降、32万人から33万人の間で推移している。また、精神科病床以外に入院している患者も含め、精神疾患を主傷病として入院している者の数は、認知症患者の増加を背景として、平成11年で34.1万人、平成17年で35.3万人となっており、年々増加する傾向にある。

### 2. 外来患者の状況

- 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（33%）と最も多く、神経症性障害等（58万人（22%））と統合失調症（55.8万人（21%））がそれに続いている。
- 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年との比較で、それぞれ、48.0万人（115%）、14.4万人（153%）と倍以上に増加している。

### 3. 入院患者の状況

#### (1) 入院患者の静態の分析

##### （疾患による分析）

- 患者調査（平成17年）によると、精神科病床に入院する患者32.4万人のうち、統合失調症患者が19.6万人（61%）と最も多く、アルツハイマー病等の認知症患者が5.2万人（16%）で続いている。
- 平成11年からの変化をみると、統合失調症患者が1.5万人（7%）減少する一方で、認知症患者が1.5万人（42%）増加しており、高齢化の進行を踏まえると、今後、精神科病床において、認知症を主傷病として入院する患者が更に増加する可能性がある。
- 平成14年及び平成17年の患者調査の結果に基づき、精神科病床における統合失調症の入院患者数の将来推計を試みると、平成26年には17.2万人（対平成17年 2.5万人減少）、更に平成32年には14.9万人（対平成17年 4.7万人減少）となると推計される。

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

(入院期間による分析)

- 患者調査(平成17年)によると、精神疾患入院患者の入院期間別の分布は、1年未満入院患者が約12.2万人(35%)、1年以上5年未満入院患者が約10.2万人(29%)、5年以上10年未満入院患者が4.7万人(13%)、10年以上入院患者が約8.1万人(23%)となっている。
- これを平成11年と平成17年で比較すると、1年未満入院患者数が1.4万人(13%)、1年以上5年未満入院患者数が1.1万人(12%)増加する一方で、10年以上入院患者数は1.3万人(13%)減少している。
- また、疾患毎にみると、統合失調症では、1年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ22.9%及び25.3%である一方、10年以上入院患者の割合は35.9%となっている。うつ病を含む気分(感情)障害ではその6割強が1年未満入院患者であり、認知症では1年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ約42%となっている。このように、疾患によって入院期間による分布は大きく異なっている。  
また、入院期間が長期化するほど、総数に占める統合失調症患者の割合が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、認知症患者が平成11年から平成17年までの間で1.2万人(53%)増加していることが主な要因となっている。

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

(2) 入院患者の動態の分析

(入院期間1年未満患者の動態)

- 精神保健福祉資料(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)によると、精神病床における年間新規入院患者数は、平成14年に33.2万人であったものが、平成15年では35.6万人(前年比2.4万人(7%)増)、平成16年では37.8万人(前年比2.2万人(6%)増)と、年々増加している。
- 他方、退院患者数についても、年間新規入院患者数と同程度の水準で推移しており、在院期間1年未満での退院が新規入院患者数の増加とほぼ同程度増加している。新規入院患者のうち入院期間1年以上に移行、つまり、新たに長期入院となる患者の数は、毎年5万人程度で横ばいとなっている。その結果として、病院報告(厚生労働省統計情報部)における精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成18年には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている。
- また、精神保健福祉資料によると、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院しており、平成11年と比較しても、その割合は高まっている。また、退院患者のうち、在院期間が1年未満で退院した患者の割合も約87%と高くなっている。
- このように、精神病床においては、1年未満の入院期間について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し患者の入れ替わりが頻繁に起こっており、入院の短期化が進んでいるといえる。
- 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患治療病棟(現在の認知症病棟)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、認知症患者の入院が長期化する傾向が明らかとなっている。
- 今後は、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉・介護等必要なサービスの確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を生み出さないようにすることが課題となっている。

(入院期間1年以上患者の動態)

- その一方で、在院期間1年以上での退院は毎年5万人弱で推移しているが、新たに入院期間1年以上となる患者数が毎年5万人程度であるため、その結果として、1年以上入院患者数は23万人弱で大きく変化していない。
- また、入院期間1年以上患者は全体の65%を占めているが、退院患者のうち、在院期間が1年以上で退院した患者の割合は約13%であり、そのうち転院や死亡による退院は約6割となっている。これに対し、退院患者のうち、在院期間が5年以上で退院した患者の割合はわずかに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合が高くなっている。
- このように、入院の短期化が進んでいる一方で、入院期間1年以上の長期入院患者では、その動態に近年大きな変化がみられておらず、今後、どのように地域移行を進め、長期入院患者の減少を図っていくかが課題となっている。

### (3) 入院患者の状態像の分析

(身体合併症の状況)

- 「精神病床の利用状況に関する調査」(平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業により実施。以下「病床調査」という。)によると、精神病床入院患者の約14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している。
- 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歳以上では約16%となっている。
- 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、この割合は高まり、約25%となっている。
- 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る機能を更に確保していくことが課題となっている。

(ADLの支援及びIADLの困難度の状況)

- 病床調査の結果から、統合失調症患者におけるADL(日常生活動作:食事、入浴、移動等)やIADL(手段的日常生活動作:買い物、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

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」とされる割合が高くなる傾向が明らかとなっている。

- 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て、ADLやIADLへの支援、特にADLへの支援の必要性が高まっている。
- また、認知症による入院患者の6割強について、ADLへの濃厚な支援が必要とされている。
- 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する割合が、合計で3割以上となっている。
- 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として、「転院・入所順番待ち」が約54%と最も多くなっている。
- 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が課題となっている。

### 4. 受入条件を整えば退院可能な患者の状況

- 改革ビジョンでは、患者調査の「受入条件を整えば退院可能」な患者(平成14年調査で6.9万人)について、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化など、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図ることとしている。
- 平成17年患者調査では、精神病床の入院患者のうち、受入条件を整えば退院可能な患者は約7.6万人で約23%となっており、その詳細は以下のとおりとなっている。
  - ・ 入院期間別にみると、1年未満入院患者が約2.5万人(受入条件を整えば退院可能な患者の約33%)、1年以上5年未満入院患者が約2.2万人(同約30%)、5年以上10年未満入院患者が約1万人(同約14%)、10年以上入院患者が1.7万人(同約24%)となっている。
  - ・ 年齢別にみると、受入条件を整えば退院可能な患者のうち55歳未満の患者は約30%、55歳以上の患者は約70%となっている。65

歳以上の患者は45%を占めている。

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

- 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、平成17年患者調査の結果よりも高い割合となっている。
- 病床調査では、「居住先・支援が整った場合の退院の可能性」についても調査を行っており、これもあわせて分析を行うと、受入条件が整えば退院可能な患者のうち「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者は約16%（全体の約5%）、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約73%（全体の約25%）となっている。
- 一方で、病床調査の結果によると、将来の状態の改善と居住先・支援の確保のいずれかが整えば退院が可能となる患者の割合が入院患者の6割強となっており、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（概ね6ヶ月以内）退院の可能性なし」とされた患者が約4割に上っている。
- 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る。  
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、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、そのうち「近い将来退院の可能性なし」とされたのは約4割程度となっている。  
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2割弱と更に低くなっている。
- 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てみると、「セルフケア能力の問題」が5割強に上っている。
- 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

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。

### 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

##### (1) 改革ビジョンにおける目標について

○ 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いる。

###### ①国民意識変革の達成目標

- ・ 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

(考え方)

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。

###### ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

- ・ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする
- ・ 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする

(考え方)

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。

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の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

○ 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付けで設けられたものであった。

###### ①「受入条件が整えば退院可能な者」について

- ・ 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ある。」とされている。

###### ②精神病床数について

- ・ 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%以下）及び退院率（1年以上群）の目標（29%以上）を達成する

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」が減少することをもって、病床数の減少（2015年には約7万床相当）が促されるとされている。

##### (2) 改革ビジョンにおける目標の達成状況について

○ 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については、以下のとおり評価される。

○ 「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。」との目標については、広く国民を対象に「こころ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、統合失調症に関する理解が十分でないなどの課題がある。

○ 「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いては、

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

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

※ 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る。

○ 「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、直近の平成17年の同調査では、約7.6万人となっている。

○ 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、

ほとんど減少していない。

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、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分であったことがあると考えられる。

### (3) 改革ビジョンの目標設定に関する評価

#### ①国民意識変革の達成目標について

- 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る、といった効果が期待される。
- 「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な目標値の設定とその推進が必要と考えられる。

#### ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標について

- 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、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指標が必要である。
- 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捗の管理に資する指標の設定が求められる。

#### ③「受入条件が整えば退院可能な者」について

- 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、
  - ・ 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なることが予想されること
  - ・ 「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こと等の理由から、経年的な施策の根拠としては、その効果や達成状況

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精神病床数について

- 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て掲げることが適当である。

### 2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

- 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、精神保健医療福祉の専門職等の関係者は、その反省に立つべきである。
- 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策の立案・実施を更に加速すべきである。
- 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。
  - ・ 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生活に戻ることができるようにするという視点
  - ・ 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、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、精神障害があっても地域において安心して自立した生活を送ることができるようにするという視点
  - ・ 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しい支援を提供できるようにするという視点
- 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きである。
  - ①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に加えて、訪問診療、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



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慮した質の高い医療が提供される体制を作る。

#### ②地域生活を支える支援の充実

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る体制を作る。

#### ③精神疾患に関する理解の深化

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、かつ、精神障害者が地域の住民として暮らしていくことができる社会を構築する。

#### ④地域生活への移行・定着支援

①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入院している精神障害者をはじめとして、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着が円滑に行われる流れを作る。

#### ⑤精神障害者・家族の視点に立った支援体制の構築

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る。

○ 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、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

- 1) 精神保健医療体系の再構築
- 2) 精神医療の質の向上
- 3) 地域生活支援体制の強化
- 4) 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施

## 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) 現状

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

○ 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いく必要がある。

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要である。

○ 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、その再編を行うことが急務となっている。

○ 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、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のに対し、精神科病院では、横ばいとなっている。

一方で、諸外国では、1960年代以降、一様に病床削減や地域生活支援体制の強化等の施策を通じて人口当たり病床数を減少させてきているが、我が国における精神病床数は、1960年代に急速に増加し、現在でも依然高い水準となっている。なお、各国における精神病床の定義の違いについては考慮する必要がある。

○ 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

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年から平成17年までの間で、ほぼ2倍に増加している。

- 精神科医は、全体として増加傾向にあるが、精神科又は神経科を標榜する診療所数の増加の影響もあって、診療所に勤務する精神科医の増加が顕著である。平成6年と平成18年の比較でみると、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。
- 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、精神科病院に勤務する看護師、作業療法士、精神保健福祉士の数は、平成11年以降大きく増加している。  
これを諸外国との比較でみると、人口当たり従事者数は、精神科看護師数は比較的高い水準にあるが、精神科ソーシャルワーカーの数は低い水準にとどまっている。さらに、人口当たり病床数が多いことを背景として、精神科看護師、精神科ソーシャルワーカーのいずれでも、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。

#### ①入院医療の現状

- 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。
- 診療報酬においては、在院日数の短い病棟など、急性期を中心に高い人員配置を評価する体系となっている。
- 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る。
- 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等による評価体系とはなっていないという指摘がある。
- 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

齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

#### ア 統合失調症

- 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であった場合、今後減少することが予想される。
- 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、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、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能と考えられる。

#### イ 認知症

- 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加が予測される。
- 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身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- 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。
- 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て、BPSDに対する医療の提供とあわせて、  
(7) 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療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、  
(4) 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を担うことが求められている。
- 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、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。
- 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

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を継続している者が存在している。

- 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ていないという課題がある。
- 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、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る。
- 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、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。）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でないとの指摘がある。

#### ウ 身体合併症

- 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・身体合併症患者への対応が十分でない。
- 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いる。
- 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師の配置を行うこととなっている。
- 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

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、廃止や病床の縮小が相次いでいる。

#### エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

- 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、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まれている。

#### ②疾患等に応じた精神医療の現状

##### ア 気分障害

- 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、気分障害は疾患として自覚されにくいと、精神科を受診していない患者が多く、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る。
- 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とに加え、慢性・遷延例の治療への対応が十分でないとの指摘されている。

##### イ 依存症

- 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み出されていると指摘されている。
- 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がある。
- 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ビス形態の活用のあるものの運営のモデルは確立されておらず、運営が不安定であるとの指摘がある。

##### ウ 児童・思春期精神医療

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