

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、医療提供体制が必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地域精神保健医療提供体制の現状

（地域精神医療提供体制について）

- 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）等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。

○ 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（「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」に位置付けられていない。

○ 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、「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

（地域における精神保健体制について）

○ 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」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。保健所は、訪問による支援等を通じた精神障害者の早期治療の促進、心の健康づ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動を行うこととされている。

○ また、市町村は、障害者自立支援法の制定を経て、精神障害者に対する相談のうち、福祉に関するものを実施することとされているほか、精神保健に関する相談についても、実施に努めることとされている。
市町村における精神障害者に関する相談の実施件数は増加しており、市町村は、精神障害者福祉に関する相談のほか、精神保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。

○ 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、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対する技術指導・援助を実施することとされている。

○ 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

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求められるが、その一方で、訪問による支援や危機介入等のこれまで保健所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る。

- 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、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重要である。

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められる。

⑤精神科医療機関における従事者の確保の現状

- 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、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勤務に移行する医師が多くなっている。
- 精神科に従事する看護職員等のコメディカルは、徐々に増加している。しかし、全科の看護職員の総数と比較すると、精神科に従事する看護職員の増加のペースは鈍い傾向にある。

(2) 改革の基本的方向性

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体的な改革を実施すべきである。

- 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、精神保健医療の水準の向上を目指す。
- 「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き、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、本人の意向に応じて精神障害者の地域生活を支える機能を中心とする体制への再編を図る。
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

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

- 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患等（統合失調症、認知症、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地域における精神医療提供体制の姿を提示する。
- 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として位置付け、入院医療の再編・重点化を進める。
 - ・ 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、更には病床の必要数を明確化する。
 - ・ 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う。
 - ・ 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、病床数の適正化を図る。
 - ・ また、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL 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の方策を具体化する。
- 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、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。
- 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

(3) 改革の具体像

①入院医療の再編・重点化

【総論】

- 精神病床の医療の質の向上を図るために、人員基準の充実を目指すべきである。
- 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

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させるべきである。

- 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ある。
- 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、将来的な人員配置の一層の向上を目指すべきである。
- 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、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。

【各論】

ア 統合失調症

- 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 年までに 2.5 万人程度の減少、平成 32 年までには 4.7 万人程度の減少が見込まれている。
- 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、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（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きである。
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。
- 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。
- 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 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

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も検討すべきである。

イ 認知症

- 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急に進めるべきである。
その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。
- 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とともに、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - ②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要である。
- 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、介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の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。
- 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。
- 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、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。
- 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、

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すべきである。

- 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。

ウ 身体合併症

- 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、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ある。
- 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、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。
- 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検討すべきである。
- 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管理を行うなどの役割を發揮できるための方策を検討すべきである。
- 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積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要である。

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につ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当である。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

ア 気分障害

- 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、引き続き進めるべきである。
- 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ある。
- 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、普及を図るべきである。
- 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・支援の方法に関する研究を進め、成果の普及を図るべきである。

イ 依存症

- 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えた総合的な取組を強化すべきである。
 - ・ 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、患者の治療・支援に当たるべきである。
 - ・ 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、自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきである。
 - ・ 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、その支援のあり方について検討すべきである。

ウ 児童・思春期精神医療

- 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・思春期精神医学の研修等を進めるべきである。
- 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対応など、医療提供体制の拡充を図るべきである。
- 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

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。
- 早期支援の体制構築においては、適切な診療・支援が提供されることが最も重要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、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めるべきである。
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に係る効果の検証を行った上で、支援の体制整備を進めながら、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。
- なお、本検討会における議論において、精神障害者本人の立場から、早期支援体制について、現在の精神医療体制の下では反対である、との意見が示された。早期支援体制の検討・具体化は、こうした意見が

あったことを十分に踏まえ、今後慎重に進めていくべきである。

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。
- 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看護の普及の促進を図る。
- 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、訪問看護ステーションの密接な連携の下で構築すべきである。
- 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るための方策を講ずるべきである。
 - ・ 高次の精神科救急を行う精神科病院
 - ・ 一般救急と連動し、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
 - ・ 高齢者の診療を行う精神科病院
 - ・ 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院
※ ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限られると考えられる。
 - ・ その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神科医療機関
- 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て検討すべきである。
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」

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」としての位置付けについて検討すべきと考えられる。

- 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。
- 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。

（地域における精神保健体制の強化）

- 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。
- 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、未治療・治療中断者等への訪問による支援等の質を向上し、地域精神保健の機能の底上げを図る観点から、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、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いて検討すべきである。
- 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化を図るべきである。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

- 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が求められる。
- 精神病床における医療の質の向上を図るために、看護職員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者を確保する必要があると考えられる。
- 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、

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が相対的に増加するよう、施策を講ずるべきである。

- 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よう支援するという視点や、新たな分野や専門分野に従事する者への再教育を通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、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。

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、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。

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

③研究開発の現状

- 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への期待は大きい。
- 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行われている。
- 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、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う、効果的に研究を行う必要がある。

(2) 改革の基本的方向性

- 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。
- 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上を図る。
 - 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等の研究開発を推進する。

(3) 改革の具体像

①精神科における診療の質の向上

- 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、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。
- 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、

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である。

- 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。

②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上

- 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の定着を図るとともに、精神療法、心理社会的療法、児童思春期精神医療等を含め、研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、学会や医療関係者と連携して取り組むべきである。
- 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の方策等についても検討すべきである。

③研究開発の更なる推進・重点化

- 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しつつ、その推進を図るべきである。
- 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、活発に行うべきである。
特に、治療法の確立や医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床研究を推進すべきである。
- 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図るべきである。

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の確保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科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

支援等が行われている。

- 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例や、受診中断により入院を繰り返す事例等への対応を図るためには、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。

(訪問看護等の在宅医療について)

- 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・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」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る。
- 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の支援を図るための診療報酬の改定等が行われている。
- 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、医療機関への訪問看護の活用についての周知も課題である。
- 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、多様なニーズに応じることが求められる。また、これらに加え、病状によりスタッフの安全確保や、十分なケア、アセスメントを実施するため、本人の意向に応じて、多職種又は複数名での訪問ができることが必要であるとの強い要望がある。
- 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。

(精神科デイ・ケア等について)

- 精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、ショート・ケア(以下、「デイ・ケア等」という。)の実施目的としては、再入院・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、利用者の利用目的としては、生活する力を高める、周囲の人とうまく付き合うこと等がある。

- 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、地域移行における受け皿の機能を果たしている。
- 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、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・ケア等が試みられている。
- デイ・ケア等の利用期間の制限はなく利用が数年にわたっているが、症状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、治療効果のエビデンスが確立されているとは言えない。

②障害福祉サービス等の現状

- 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、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。
- 障害福祉サービスについては、障害者自立支援法施行前から精神障害者社会復帰施設等として整備が進められてきているが、障害者自立支援法においては、事業・施設体系を見直し障害種別にかかわらずサービスを利用する仕組みを一元するとともに、サービス提供の責任主体を市町村に統一し、これにより、精神障害者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整備された。
- 障害者自立支援法の下で、精神障害者に対する障害福祉サービス量は平成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%に上昇している。
- 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前から平成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

差し引いて約 6000 人分の純増) している。

グループホーム及びケアホームの利用者に占める精神障害者の割合は上昇傾向にあるが、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 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 8000~8500 人程度増加すると見込まれる。

- 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て約 2.5 万人分の純増) している。

③相談支援・ケアマネジメントの現状

(相談支援について)

- 精神障害者が安心して地域生活を営む上で、精神障害者が上記のよ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、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。
- 障害者自立支援法以前には、精神障害者からの相談への対応や必要な指導及び助言等を実施するものとして、精神障害者地域生活支援センターが位置付けられていたが、障害者自立支援法においては、こうした機能を相談支援事業として位置付け、市町村を事業の責任主体とし、また、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応が必要なものを担うとともに、地域の関係機関の連携強化を図る責任主体としている。

(市町村における相談支援について)

- 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害者に対し障害福祉サービスの利用時に成年後見制度の利用を支援する「成年後見制度利用支援事業」等の事業を実施しているところである。
- 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が不可欠であるとの観点から、市町村においては、事業者、雇用、教育、医療等の関連する分野の関係者から成り、地域における支援体制

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。

- 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るなど、課題が残っている。

(ケアマネジメント機能について)

- 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る。
- 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適切に結び付けて提供するためには、市町村における相談支援体制に加え、個々の精神障害者の様々な状況に応じて個別のサービスの利用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。
- 障害者自立支援法においては、このような観点から、精神科病院からの退院時等に、障害者に対して、利用する障害福祉サービスの種類、内容等を定めた計画の作成を行った場合にその費用を支給する「サービス利用計画作成費」の仕組みを設けているが、対象者が限定されているなどの理由により、その活用が十分でないという課題がある。
- 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 (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、国内でもモデルとなる取組が行われている。
- 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、サービス提供事業者からの中立性にも配慮が必要である。

④就労支援の現状

- 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者について、そ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た休職者・離職者等の職場復帰・雇用促進を支援する観点から、精神障害者に対する就労支援の充実は重要である。
- 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