

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（案）

今後の精神保健医療福祉施策について

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>1. 基本的考え方</p> <p>○ 現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その認識に立って、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。</p>	<p>○ 隔離収容施策を謝罪して、国が責任を持ってお金を出して、社会的入院の方々を退院させていただきたい。（第4回 広田構成員）</p> <p>○ 必要なサービスを提供し、退院していただくのは、国や我々の責任だと考えることが必要。（第5回 中島構成員）</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を更に推し進め、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止 2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化の抑止 3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の確保を通じた入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供 	<p>● 「今後の議論の進め方」(第2回 参考資料3)</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>○ 具体的施策については、以下の方向性でその推進を図るべきである。</p> <p>①地域生活を支える支援の充実 精神障害者が、地域において質が高く適切な福祉サービスや医療サービスなどの必要な支援を十分に受けることができる体制作りを行う。</p> <p>②精神医療の質の向上 救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化など、疾患や病状期に応じて必要な医療が提供されるとともに、精神医療の質が向上することにより、精神障害者が、地域において安心して生活を営み、かつ、入院した場合でもできる限り早期に地域生活に戻ることができる体制作りを行う。</p> <p>③精神疾患に関する理解の深化 精神疾患に関する正しい理解が進み、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な対応が行われ、かつ、精神障害者が地域の住民と共に暮らしていくことができる社会を構築する。</p> <p>④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定</p>	<p>● 「今後の議論の進め方」（第2回 参考資料3）</p>

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>着支援</p> <p>①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入院している精神障害者を中心として、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着をはじめとして、入院から本人にふさわしい生活への移行・定着までが、円滑に行われる流れを作る。</p> <p>2. 施策の推進体制について</p> <p>○ 精神保健医療福祉施策を推進していくに当たっては、将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、可能な限り、客観的な指標に基づく明確な数値目標を定め、それを実現するためのロードマップを明確にして個別の対策を講じ、さらに定期的にその進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべきである。</p>	<p>○ 政策や制度が有効に機能しているか、再評価が必要。数値目標を提示し、それに対する進捗状況を明らかにすることが必要。（第2回 佐藤構成員）</p> <p>○ ビジョンの下で進められてきた施策がどう進んでいるのかについて、進んでいるならその成功要因、進んでいないならその理由を含めて、評価・検証をして今後の対策に生かしていくことが検討会の役割である。（第5回 小川構成員）</p>

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

地域生活への移行及び地域生活の支援について

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

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

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
	<p>を加えて判断すると、病院で判断しているよりも、多くの方々が地域で生活できる可能性があり、その可能性について現実に取り組むことができた結果として、ベッドが本当に減ってしまう、そういう現実がある。 (第5回 門屋構成員)</p> <p>○ 絶対的な入院の必要性をもつ場合は多くない。精神症状、いろいろな問題行動等も含めながら、非常に症状の悪い人でも、家族や社会の許容範囲が広ければ、それなりに家でも看られる場合がある。家族や社会の許容度と相対的なものだと思うので、これだけやればここまでの入院、というような絶対的な決め方はできない。(第5回 長尾構成員)</p> <p>○ 専門家の多くが入院患者が退院できる可能性を過小評価している。(第4回 田尾構成員)</p> <p>○ 精神科の入院自体は、医学的な基準だけでは決められずに、医学的な判断と社会的な受け皿が掛け合わさったところで決まる。日本では他国と比べてみると、明らかに受入体制が乏しく、そのことによって長期化している側面が大きいのではないか。(第5回 佐藤</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

精神保健医療体系の再構築について

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

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

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

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

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

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

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

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>(4) 人材の確保をはじめとした精神医療の質の向上について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の医療関係職種は、精神保健医療を支える重要な基盤であることから、精神病床に係る人員基準の見直しや、病床数の適正化の取組も念頭に置きつつ、その確保や資質の向上のための方策について検討を行うべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域移行の推進に伴って、病床スタッフも地域に出て支える役割になっていく中で、人材の再教育・再配置が必要。(第3回 長野構成員) ○ 精神科医療の質の向上には、まだまだ人の配置が必要。(第4回 長野構成員) ○ 精神科医療のマンパワーが少なく、具合の悪い患者を治すことが精一杯で、少しよくなった患者を社会に戻すところまで手が回らない。(第4回 岩成参考人) ○ 資格者の安定した確保が大切であるが、特に小規模病院や僻地にとっては病院・地域医療の存続そのものの問題になっている。(第4回 長野構成員) ○ PSWなど、co-workerの活動に対する評価が必要。(第3回 上ノ山構成員) ○ 箱ものよりも人材に焦点を当てた対策を考えていく必要がある。(第3回 小川構成員) ○ 福祉や相談支援人材の配置のことも、医療の中にきちんと組み込んでほしい。(第3回 大塚構成員)

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

精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）について

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>1. 総論</p> <p>○ 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）については、効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につながられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭において、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 「精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）の現状と論点（案）」（第4回 資料1） ○ バリアフリー宣言というのは、国民が共通して持てる精神保健福祉、医療も含めて、そういう共通する目標概念や、地域生活支援システムの構築への理念だと思う。（第4回 寺谷構成員） ○ 普及啓発の施策としての位置付け、財源の位置付けが難しい。（第4回 長野構成員） ○ 啓発のターゲットを、一般医療関係者、精神科医療関係者、市町の公務員など、かなりきめ細かく絞っていないと、それぞれ置かれている立場のターゲットで啓発の戦略は全く違ってくるのではないか。また、きめ細やかに10～20年かけた戦略の中で、普及啓発をきちんと施策化しながら進めていく必要がある。（第4

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

主な論点	関連する主なこれまでの意見等
<p>2. 個別の論点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことについて検討すべきではないか。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や普及啓発の実施主体等についても、検討を行うべきではないか。 ○ 疾患については、精神疾患に関する理解度が疾患によって大きく異なり、統合失調症に関する理解が遅れていることを踏まえ、統合失調症に関する理解の進展を目標の1つとして、重点的に普及啓発を行うことについて検討すべきではないか。 ○ ニュージーランドのデータによると、成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち、約50%は10代前半までに、約75%は10代後半までに、既に何らかの精神的診断に該当していることや、 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 普及啓発や教育を行う時に、精神疾患だけを取り上げるのではなく、色々な病気の中の一つのものとして知らせることが重要である。(第4回 広田構成員)

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

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

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

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

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