

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 ん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
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。

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
36 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、
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。

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年の比較で見ると、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。

5 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。

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。

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。

20 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応じて、
20 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

23 ○ 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
24 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
25 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
26 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
27 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
28 付けで設けられたものであった。

29 ①「受入条件が整えば退院可能な者」について

- 30 ・ 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
31 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
32 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
33 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
34 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
35 ある。」とされている。

36 ②精神病床数について

- 37 ・ 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
38 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%
39 以下）及び退院率（1年以上群）の目標（29%以上）を達成する
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。

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

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。

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。

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

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