

精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

精神保健福祉対策本部中間報告に基づき設置された3検討会の結論を踏まえ、精神保健医療福祉の改革ビジョンを提示する。今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる。

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 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いる「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、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、併せて10年後の解消を図る。

<受入条件が整えば退院可能な者の動態>

- ・ 1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上の入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。
- ・ 平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、うち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

① 国民意識の変革の達成目標

(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

(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。

※ この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(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に、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 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。

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。
この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。
また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。
- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。
- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

① 精神疾患に関する国民意識の現状

② 施策の基本的方向

- 精神疾患に関する基本的な情報の提供を通じた主体的な理解を促進
- 精神疾患の正しい理解に基づく態度の変容や適切な行動を促進
- 訴求対象者に応じて地域単位の活動とメディアを通じた活動を推進

③ 当面（改革第一期）の重点施策群

- 「こころのバリアフリー宣言」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行う。
- 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。
- 検討会でとりまとめた主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。
- 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る。

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

② 施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を平成17年度から導入する。
- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室（ユニット）単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。
- 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。
- 精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。
- 精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF30点以下程度を目安）に対して、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所（院）、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を明確化する。
- 措置入院を受け入れる病院について、病棟の看護職員配置を3:1以上にする等の医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みを導入する。

(3) 地域生活支援体系の再編

① 地域生活支援体制の現状

② 施策の基本的方向

- ア ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編
- イ 重層的な相談支援体制の確立
- ウ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系として、重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備する。
- 相談支援体制については、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造の体制を標準として、各主体の機能の強化や事業者の制度的位置付けを図る。
- 障害者の単身入居を推進するため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応する体制を障害保健福祉圏域ごとに確保する。
- 精神障害者の雇用を促進するとともに、既存の授産施設等を継続的就労、就労移行支援、自立訓練、憩いの場と機能面から再編する。
- 社会復帰施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す。
- 市町村等が、ケアマネジメントを活用し総合的な「自立生活支援計画」を策定した上で、給付決定等がなされる仕組みとする。
(市町村等への必要な支援措置が必要不可欠)
- 相談支援の質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となる尺度を明確にする。また、精神障害者保健福祉手帳の信頼性向上のため写真を貼付する。

(4) 精神保健医療福祉施策の基盤強化

① 人材・財源配分の現状

② 今後の基本的方向

- 病床や施設機能の再編状況等に応じた人材の確保、再教育・再配置
- 既存の精神保健福祉施策における医療・福祉双方の重点化・効率化
- 必要となる支援の内容やその費用を明示し、新規財源確保につき社会的合意を獲得

③ 当面の検討事項

- 都道府県単位の計画策定や病床機能分化の進捗状況を踏まえつつ、必要な人員の将来見通し等を行い、その育成・再教育等の方策を検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化や障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を通じて、国民が納得し得るような障害程度別の必要な費用額について検討する。
- 費用が急増している通院公費負担について、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、必要な対応について検討し早急に結論を得る。
- 入院者数(対人口)に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れる病院の医療体制の見直し等による影響を見極め、格差の解消策について検討し早急に結論を得る。
- 社会復帰施設や居宅支援事業について、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランスや受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応について検討し早急に結論を得る。

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

1	精神保健医療福祉改革の基本的考え方	1
(1)	基本方針	1
(2)	達成目標	1
①	国民意識変革の達成目標	2
②	精神保健医療福祉体系の再編の達成目標	2
(3)	国、都道府県、市町村における計画的な取り組み	2
2	改革の基本的方向と国の重点施策群	4
(1)	国民意識の変革	4
①	精神疾患に関する国民意識の現状	4
②	施策の基本的方向	4
③	当面の重点施策群	4
(2)	精神医療体系の再編	5
①	精神医療の現状	5
②	施策の基本的方向	5
ア	精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し	5
イ	精神病床の機能分化と地域医療体制の整備	5
ウ	入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上	5
③	当面の重点施策群	6
ア	精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し	6
イ	患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進	6
ウ	地域医療体制の整備	6
エ	入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保	7
オ	患者への情報提供と精神医療の透明性の向上	7
(3)	地域生活支援体系の再編	8
①	地域生活支援体制の現状	8
②	施策の基本的方向	8
ア	ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編	8
イ	重層的な相談支援体制の確立	8
ウ	市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備	9
③	当面の重点施策群	9
ア	障害程度等の尺度の明確化	9
イ	住居支援体制の強化	9
ウ	雇用の促進	9
エ	就労支援・活動支援体制の強化	10
オ	居宅生活支援体制の充実	10
カ	社会復帰施設の機能評価と報酬体系の見直し	11
キ	社会復帰意欲を促す相談支援体制の整備	11
ク	市町村を中心とした地域生活支援体制への円滑な移行	12
(4)	精神保健医療福祉施策の基盤強化	12
①	人材・財源配分の現状	12
②	今後の基本的方向	13
③	当面の検討事項	13

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

精神保健医療福祉の見直しについては、昨年5月に本対策本部において取りまとめた「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告）に沿って、今後優先的に取り組むべき課題として掲げられた「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関し、それぞれ検討会を設置してその具体的な在り方について議論を深めてきた。

今般、これらの検討会における報告書が取りまとめられたことを踏まえ、また、その他の障害者施策に関する研究会等における議論も勘案しつつ、本対策本部として、精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性を明らかにするため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定する。

今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげるものである。

※ 対策本部中間報告に基づく3検討会の取りまとめ

「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」報告書（平成16年3月）

「精神病床等に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方針を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の変革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。

なお、受入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等、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。

※ 受入条件が整えば退院可能な者は、1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。また、平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、このうち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。（別紙1, 2）

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

① 国民意識変革の達成目標

(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。

※ 「誰でも精神障害者になる可能性がある」という質問に対し、「そう思う」と回答した者の割合は、平成9年時点で51.8%（全家連調べ）。（別紙3）

(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

(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。

※1 平均残存率、退院率の意味、現状については、別紙4、5の通り。

※2 既に現時点で目標を達成している都道府県は、少なくとも現在の水準を維持。

※3 この目標の達成により、別紙6の通り約7万床相当の病床数の減少が促される。

(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の整備を促す。
- 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。

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。
また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。
- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。

- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

<都道府県単位での平均残存率の改善の手法>

急性期等の医療の充実等を図ることにより、直接的に早期退院を実現するとともに、新規の長期入院患者の発生をできる限り防止する。

- ア 病床の機能分化（強化）等
 - ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の病床の確保
 - ・ 救急医療体制の強化等、都道府県単位での分化の促進
 - ・ 各病院における急性期等への人員の再配置
- イ 入院形態別の退院促進
 - ・ 措置入院等を受け入れる病院の人員配置の向上
 - ・ 都道府県における実地検査等の充実

<都道府県単位での退院率の改善の手法>

社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実により、長期入院患者の退院を促す。

- ア 病床の機能分化（強化）等
 - ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の病床の確保
- イ 地域における体制づくり
 - ・ 再編後の住・生活・活動等の支援体制の充実
 - ・ 各病院における精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への人員の再配置

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

① 精神疾患に関する国民意識の現状

国民の間で、精神疾患に関する基本的な認識はいまだ十分ではない。同じ精神疾患でも痴呆症に関しては、自分もいつなるかわからないという認識を多くの人を持っている一方、統合失調症や気分障害などの精神疾患に関しては、多くの人の方が自分は無縁だと考えているのが実情である。また、一部の国民の間には精神障害者は危険であるという漠然とした誤った認識がある。

② 施策の基本的方向

○ 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書を踏まえ、「精神疾患を正しく理解する」「態度を変え行動する」という二つの側面を重視しつつ、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動の二つの活動を訴求すべき対象者に応じて進めていく。

○ 精神疾患に関する基本的な情報を、地域住民、職場の管理監督者・同僚等に対して、共感的理解ができるよう生活感情に近づく形で提供し、その主体的な理解を促していく。また、当事者・当事者家族も精神疾患に対する誤解等のために「内なる偏見」にとらわれたり、症状、薬の副作用等について過剰な不安を持つことがないように、主体的な理解を深めるよう促していく。

○ 精神疾患の正しい理解に基づき、これまでの態度を変え（あるいはこれまで通りに）適切に行動するように促していく。精神疾患や精神障害者に対して誤解等のある人についても、交流等を通じて理解が深まることにより、障害者への基本的な信頼感が高まる、障害者に接する際に適切に対応できるという自信が高まる等の心理的な変化を促し、行動変容につなげる。

③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

○ 「こころのバリアフリー宣言（別紙7）」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行う。

○ 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。

○ 別紙8のような主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。

○ 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る枠組みを整備する。

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

- 精神病床数を国際間で比較すると、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、諸外国が一様にここ数十年間で病床削減・地域生活支援体制強化等の施策を通じて人口当たりの病床数が減少していることに対し、我が国では関係施策が必ずしも十分でなかったことから、病床数は概ね横ばいで推移している。
- 人口当たりの精神障害者数と精神病床数の関係については、障害者数に比べて病床数が少ない地域や多い地域があるなど、都道府県間の格差が見られる。この病床数の地域間格差は、もっぱら長期入院患者数の格差により生じているが、新規入院患者の残存率についても、地域間で2～3倍程度の格差がある。また、措置入院等についても、大きな地域間格差が生じている。
- 退院患者の退所先については、入院期間1年未満で退院した者の約8割が家庭に復帰しているのに対し、1年以上で退院した者は、家庭復帰と他の病院への転院が平均してそれぞれ3割強となるなど、現状では入院後1年までという期間が、社会復帰を促進する一つの重要なポイントとなっている。

② 施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

- 精神病床に係る医療計画上の基準病床数の算定について、当面、入院期間を1年で区分し都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を導入する。将来的には、疾病別の入院動態に応じた方式に移行することを目指し基礎的な研究を深める。
- 高いニーズがあるにも関わらず地域の精神病床数の状況等により整備が進まない児童思春期に係る病床等について、医療計画上における取扱いについて検討し結論を得る。

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室（ユニット）単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。
- 緊急時に24時間対応できる精神科救急医療体制を整備するとともに、重度障害者も地域生活の選択肢を確保できる包括的サービスの事業の在り方の検討を行い、またデイ（ナイト）ケア・訪問看護についても、福祉サービス利用者等との違いを検証しつつ、良質な通院・訪問医療体制の姿について明確にする。

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

- 措置入院や医療保護入院で入院した患者については、行動制限が病状等に
応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認しつつ、早期に
退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討する。
また、任意入院患者については、原則として開放処遇を受けることを徹底
させる。
- 病状の早期回復等の観点から、患者に対して適切に診療情報を提供すると
ともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図る。

③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し

- 新たに導入する算定式は別紙9とし、平成17年度から実施する。
- 算定式内の病床利用率については、5年後における実態を踏まえ、必要に
応じて、見直しをする。

イ 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進

- 別紙10を基本に、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配
置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を
進め、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。
- 痴呆患者について、痴呆疾患センターの機能を活用し、患者の病態に応じ
て適切に治療や介護を受けられるような処遇体制の具体像を明確にする。
- 別紙11のように、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
必要な長期入院の高齢者群について、既存の精神療養病床などの社会資源を活
用する他、介護力等を強化した病床などの施設類型の具体像を明確にする。
- 上記の他、アルコール、薬物、うつ、ストレス関連障害等の専門病床の在
り方について検討を進め、その具体像を明確にする。

ウ 地域医療体制の整備

- 別紙12のように、精神科救急について、現行の一般救急システムと同様
に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、地域ごとの社会資源
を活かして、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。ま
た、その評価結果を支援内容に反映する仕組みを設ける。
- 別紙13のように、精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF
30点以下程度を目安）も地域生活の選択肢を確保できるよう、24時間連
絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所（院）、症状悪化時におけ
る受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を、普及面を重視
しつつ明確化する。
- 医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護については、通所型社会復帰施設やホ
ームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援等の違いの有無について分析