

# 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

## (第1回)

### 議 事 次 第

1. 日時 平成20年4月11日(金) 15:00~17:00
  
2. 場所 厚生労働省 省議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 9階
  
3. 議事
  - ① 精神保健医療福祉の改革の経緯及び現状について
  - ② 今後の議論の進め方について
  - ③ その他

## 第1回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 開催要綱

資料2 精神保健医療福祉の改革の経緯

資料3 精神保健医療福祉の現状

資料4 今後の議論の進め方（案）

### 参考資料

- 1：今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 構成員名簿
- 2：精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況
- 3：「今後の精神保健医療福祉施策について」（社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書）
- 4：「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」
- 5－1：「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」
- 5－2：「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」
- 5－3：「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」
- 6：「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
- 7：「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」
- 8：平成20年度障害保健福祉関係予算の概要

## 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 開催要綱

## 1 趣旨

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）においては、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」の柱を掲げ、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化の推進により、10年後の解消を図ることとしている。このビジョンに基づき、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、精神保健医療福祉に関する施策が実施されてきたところである。

ビジョンは、概ね10年間の精神保健医療福祉の見直しに係る具体的な方向性を明らかにした上で、「今後10年を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」としており、平成21年9月の中間点において、後期5年間の重点施策群の策定が必要となっている。

本検討会においては、精神保健医療福祉を取り巻く環境の変化等を踏まえ、ビジョンに基づくこれまでの改革の成果を検証するとともに、入院患者の地域生活への移行の支援のための方策や、病床機能をはじめとする精神医療の機能分化の一層の推進のための方策など、今後の精神保健医療福祉のあり方等について、客観的なデータに基づいた検討を行う。

## 2 検討事項

- (1) 地域生活支援体制の充実
- (2) 精神保健医療体系の再構築
- (3) 精神疾患に関する理解の深化
- (4) その他

## 3 構成等

- (1) 検討会は上記検討事項に関連する学識経験者等のうちから、社会・援護局障害保健福祉部長が参集を求める者をもって構成する。
- (2) 検討会に座長をおき、検討メンバーの互選によってこれを定める。座長は検討会の会務を総理する。

## 4 検討会

- (1) 検討会は座長が必要に応じて招集するものとする。
- (2) 座長は必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。
- (3) 必要に応じて分科会又は作業チームを開催することができる。

## 5 その他

検討会の庶務は、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が行う。

# 精神保健医療福祉の 改革の経緯

# 精神保健医療福祉施策の改革に向けたこれまでの経緯について

平成14年12月：精神保健福祉対策本部設置（本部長：大臣）

平成14年12月：  
障害者部会精神障害分会（平成14年1月～）報告書「今後の精神医療福祉施策について」取りまとめ

平成15年5月：第2回精神保健福祉対策本部  
（中間報告：精神保健福祉の改革に向けた今後の方向（案）について）

- ①普及啓発 → 正しい理解・当事者参加活動の促進
- ②精神医療改革 → 精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床数の減少を促す
- ③地域生活の支援 → 住居・雇用・相談支援の充実

平成16年3月：  
心の健康問題の正しい理解のための  
普及啓発検討会（平成15年3月～）  
報告書取りまとめ【こころのバリアフ  
リー宣言】

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（平成15年10  
月～）最終まとめ

平成16年8月：  
精神病床等に関する検討会（平成15  
年9月～）最終まとめ

平成16年9月：第3回精神保健福祉対策本部（精神保健医療福祉の改革ビジョン）

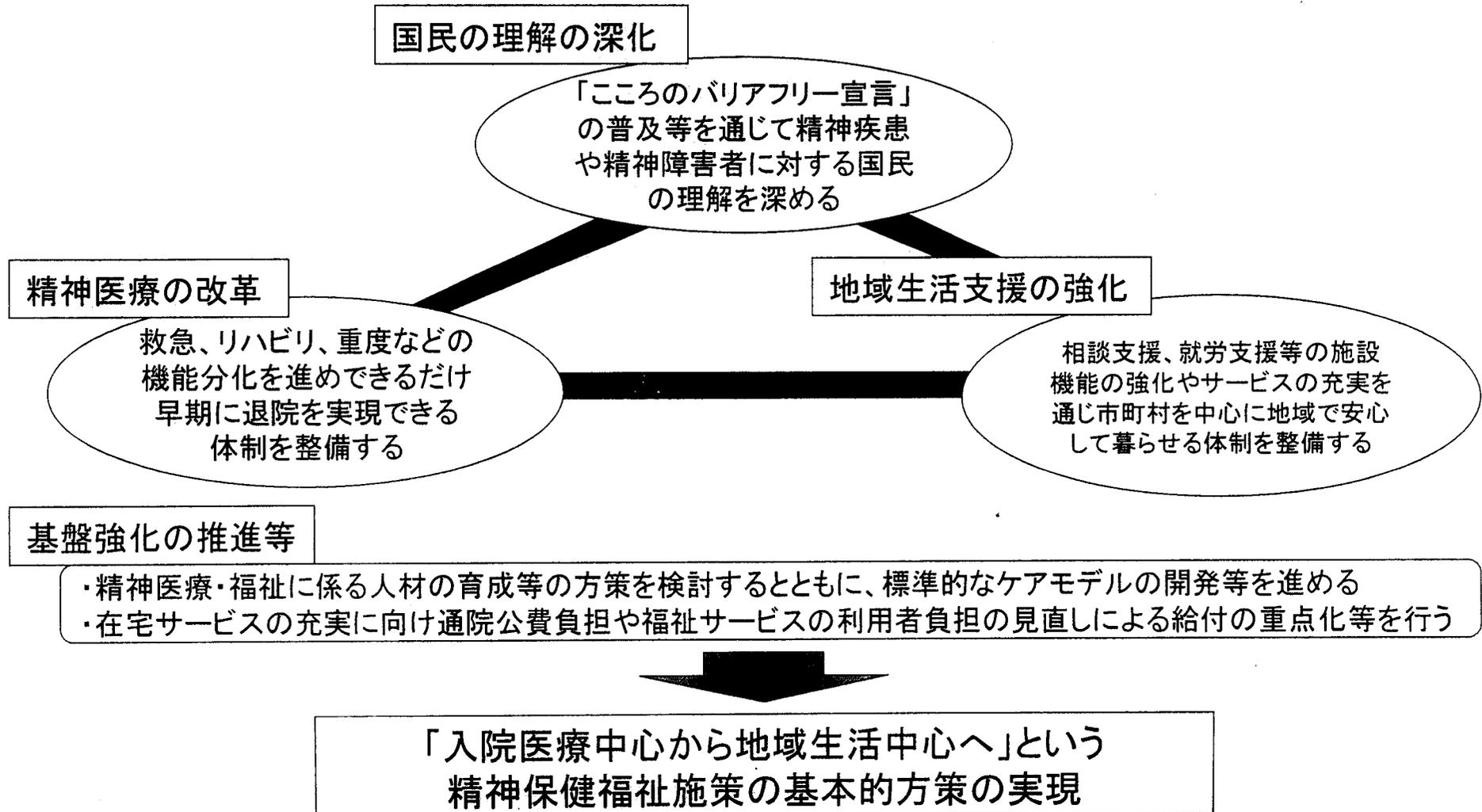
- ①国民の理解の深化・②精神医療の改革・③地域生活支援の強化
- 「入院医療中心から地域生活支援中心へ」という基本的方策の実現

平成16年10月：今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）

- ・障害者自立支援法の制定
- ・医療計画における基準病床数算定式の見直し
- ・診療報酬改定

# 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、  
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

# 精神保健医療福祉の改革ビジョンと障害者自立支援法・精神保健医療の関係

## 精神保健医療福祉の改革ビジョン

地域生活支援の強化

精神医療の改革

国民理解の深化

### 【主な重点施策】

- サービス提供体制・重層的な相談支援体制の整備
- 市町村等がケアマネジメントを活用し給付決定等がなされる仕組み
- 住居提供者等のニーズに対応する体制の確保
- 精神障害者の就労支援・活動支援体制の強化

- 基準病床数の見直し
- 病床機能分化
- 適切な処遇の確保等
- 普及啓発「こころのバリアフリー宣言」

## 障害者自立支援法

- 障害者施策を三障害一元化
- サービス体系に再編・障害福祉計画によるサービス整備
- 相談支援を含むサービスの実施主体を市町村に一元化（専門的な相談支援については都道府県においても実施）
- 精神障害者退院促進支援事業→精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施
- 支給決定プロセスの透明化
- ケアマネジメントによる「サービス利用計画」、「個別支援計画」の導入
- 居住サポート事業の創設
- 就労支援の抜本的強化

## 精神保健・医療

- 医療計画における基準病床算定式の変更
- 診療報酬上の評価
- 精神保健福祉法の改正

# 「障害者自立支援法」のポイント

法律による改革

## 障害者施策を3障害一元化

現状

- ・3障害(身体、知的、精神)ばらばらの制度体系(精神障害者は支援費制度の対象外)
- ・実施主体は都道府県、市町村に二分化

- 3障害の制度格差を解消し、精神障害者を対象に
- 市町村に実施主体を一元化し、都道府県はこれをバックアップ

## 利用者本位のサービス体系に再編

現状

- ・障害種別ごとに複雑な施設・事業体系
- ・入所期間の長期化などにより、本来の施設目的と利用者の実態とが乖離

- 33種類に分かれた施設体系を6つの事業に再編。あわせて、「地域生活支援」「就労支援」のための事業や重度の障害者を対象としたサービスを創設
- 規制緩和を進め既存の社会資源を活用

## 就労支援の抜本的強化

現状

- ・養護学校卒業者の55%は福祉施設に入所
- ・就労を理由とする施設退所者はわずか1%

- 新たな就労支援事業を創設
- 雇用施策との連携を強化

## 支給決定の透明化、明確化

現状

- ・全国共通の利用ルール(支援の必要度を判定する客観的基準)がない
- ・支給決定のプロセスが不透明

- 支援の必要度に関する客観的な尺度(障害程度区分)を導入
- 審査会の意見聴取など支給決定プロセスを透明化

## 安定的な財源の確保

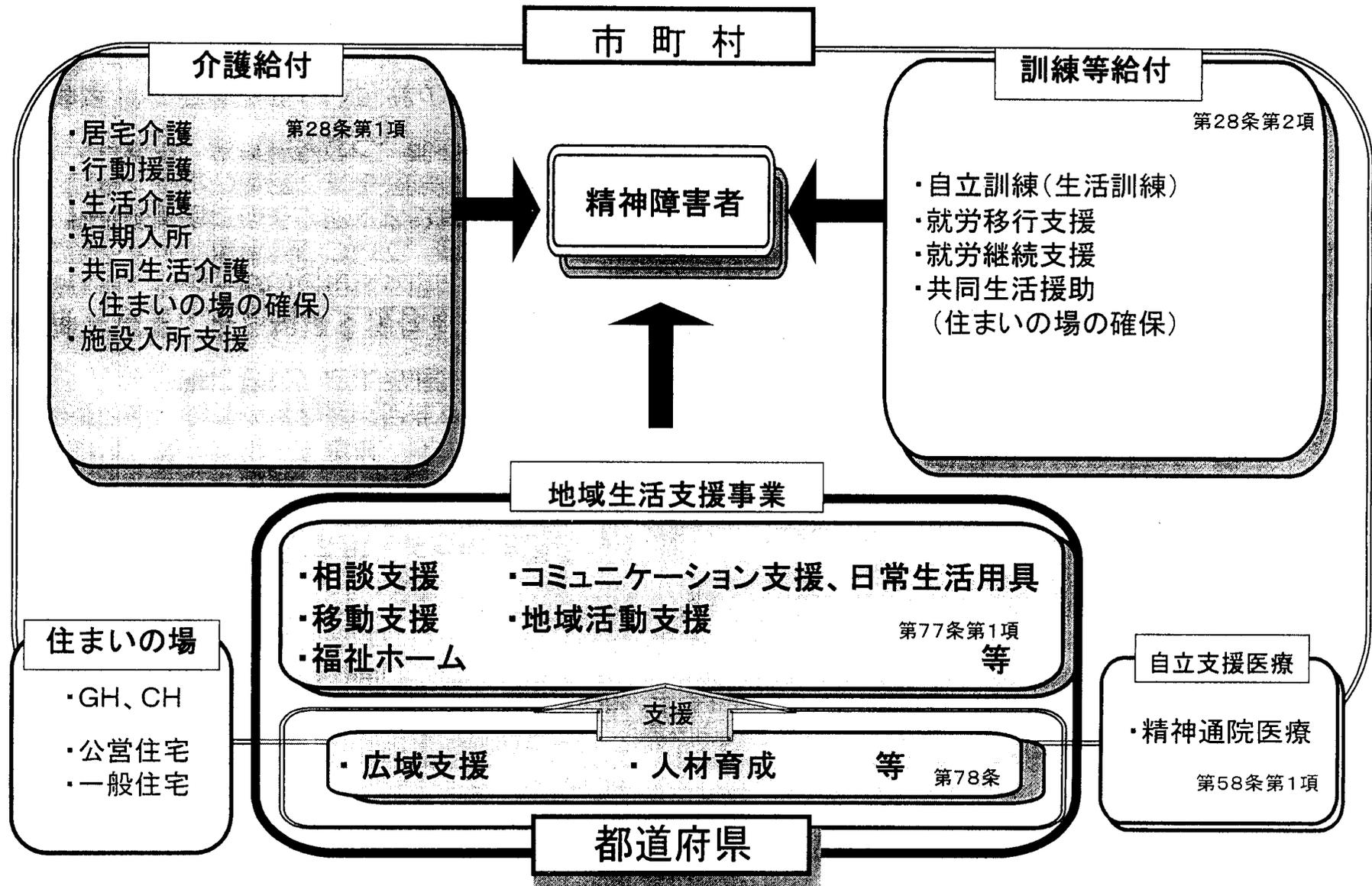
現状

- ・新規利用者は急増する見込み
- ・不確実な国の費用負担の仕組み

- 国の費用負担の責任を強化(費用の1/2を負担)
- 利用者も応分の費用を負担し、皆で支える仕組みに

自立と共生の社会を実現  
障害者が地域で暮らせる社会に

# 精神障害者に対する支援サービス（障害者自立支援法）



# 障害福祉計画策定と精神障害者支援に係る主な視点

## ○個別給付サービスの見込みへの精神障害関連サービスの反映

介護給付、訓練等給付に係るサービスの見込みに当たっては、以下のような観点を踏まえつつ、精神障害者に係る必要量を反映したものとすることが必要。

- ・ 従来の制度下における精神障害者のサービス利用の伸び
- ・ 受入条件が整えば退院可能な精神障害者の解消に向けて、通常の伸びに加え特に必要と見込まれるサービス利用の伸び
- ・ 精神障害者社会復帰施設から新サービス体系への移行促進 など

※ 介護給付、訓練等給付の実施主体は、原則として入院・入所前に居住していた市町村。

## ○地域生活支援事業の活用による精神障害者支援

介護給付、訓練等給付に係るサービス以外にも、地域生活支援事業による支援を検討し、取組方針を計画に記載することが必要。

〈市町村〉居住サポート事業、成年後見制度利用支援事業、地域活動支援センター事業による支援 など  
〈都道府県〉精神障害者退院促進支援事業（→平成20年度予算より、精神障害者地域移行支援特別対策事業に移行）による退院支援、障害者就業・生活支援センター事業による支援など

## ○精神障害者に係る相談支援体制の構築

障害者に係る一般的な相談支援は、障害種別を超えて横断的に市町村に一元化されることから、精神障害者に係る相談支援体制について、必要に応じて広域での共同実施等を視野に入れつつ整備することが必要。

- ・ 精神障害者に係るケアマネジメント体制
- ・ 医療と福祉の連携による退院時・後の支援など、関係機関・関係者の連携強化
- ・ 人材育成、広域調整など、都道府県による専門的、技術的支援 など

## ○精神障害に関する正しい理解の促進

障害種別を超えて福祉サービスの提供制度が一元化されることを踏まえ、他の障害と併せ、知識の普及啓発や交流等を通じて、精神障害に関する正しい理解の促進に資するための取組が重要。

障害福祉計画において、精神障害者に係るサービスの必要量とその確保方策、相談支援や居住支援など、精神障害者の退院後の地域生活・社会復帰を支える地域体制づくりを推進

# 各都道府県における障害福祉計画の全国集計結果について(抜粋)

## 入院中の退院可能精神障害者の減少目標値

(現在)

退院可能精神障害者数  
4.9万人

(平成23年度末)

減少数  
3.7万人

## 障害福祉サービス見込量の推移

(平成18年度)

訪問系  
サービス  
340万(時間分)

(平成23年度)

522万(時間分)

※対18年度  
1.5倍

(平成17年度)

日中活動系  
サービス  
599万(人日分)

(平成23年度)

825万(人日分)

※対17年度  
1.4倍

(平成17年度)

グループホーム  
ケアホーム  
3.4万(人分)

(平成23年度)

8.0万(人分)

※対17年度  
2.4倍

(平成17年度)

施設入所系  
サービス  
15.0万(人分)

(平成23年度)

13.8万(人分)

## 福祉施設から一般就労への移行

(現在:平成17年度)

年間 0.2万人

(平成23年度)

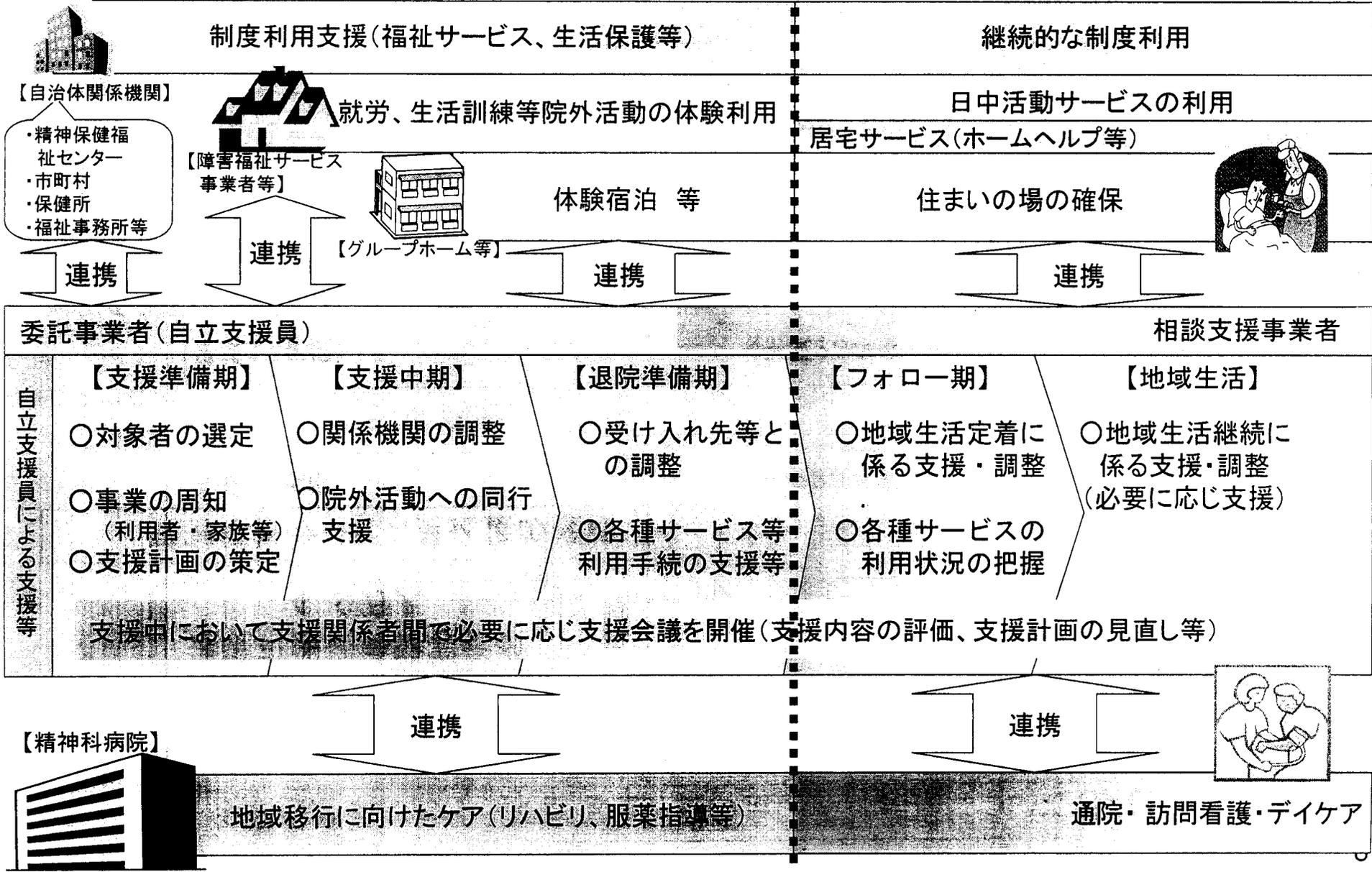
年間 0.9万人

※対17年度  
3.9倍 7

# 精神障害者退院促進支援事業の流れ(イメージ)

事業の基本的なイメージであり、地域の状況に応じて関係機関の役割等は異なる。

退院



【自治体関係機関】

- ・精神保健福祉センター
- ・市町村
- ・保健所
- ・福祉事務所等

連携

【障害福祉サービス事業者等】

連携

【グループホーム等】

連携

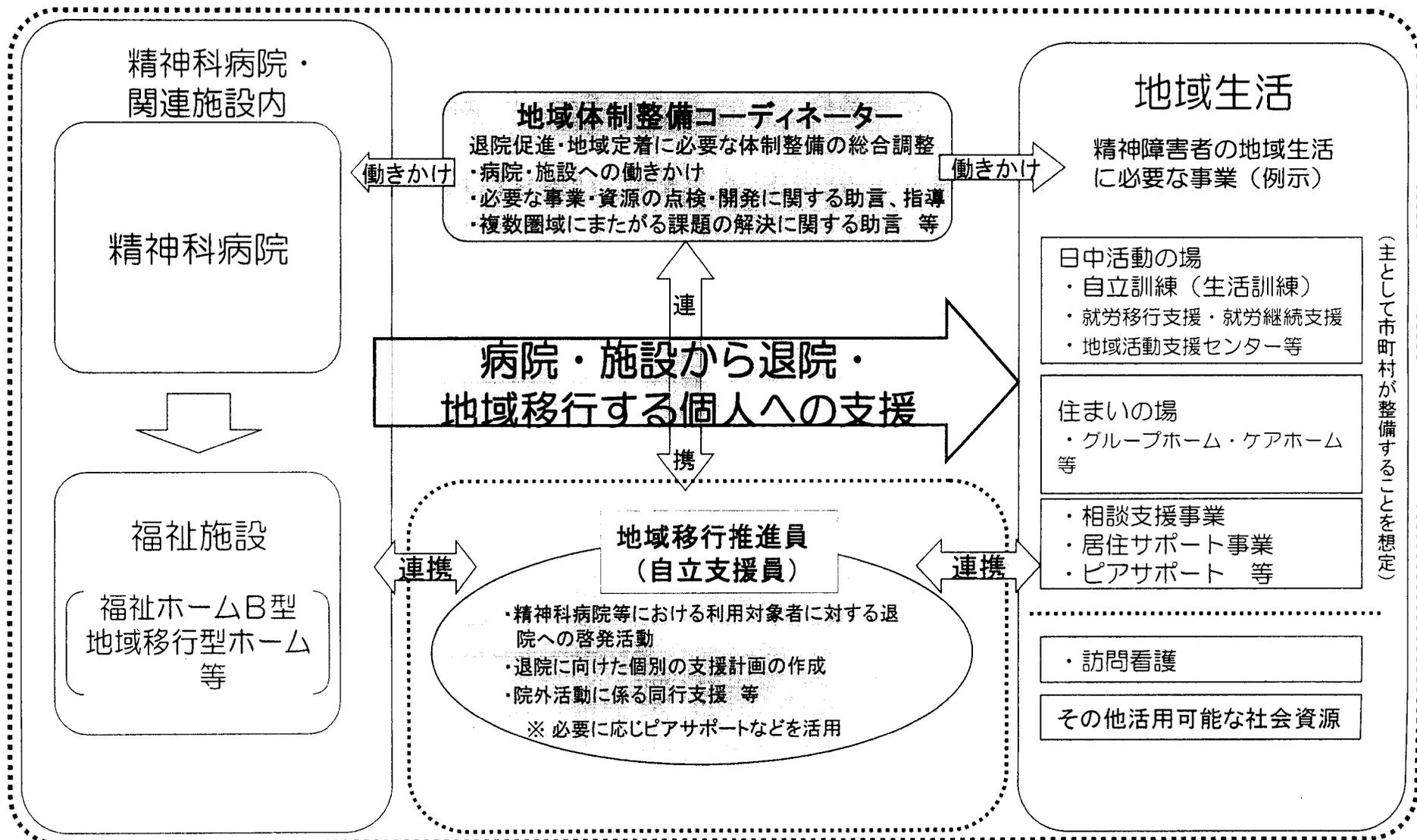
連携



# 精神障害者地域移行支援特別対策事業(新規)(17億円)

## 事業の概要

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員(自立支援員)を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。



# 医療計画における基準病床算定式の変更

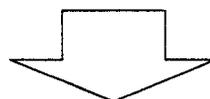
(平成18年4月)

## ◎ 従来の基準病床算定式

基本部分

基準病床数 = 区域内年齢階層別男女別住民数 × ブロック内年齢階層別男女別入院率

± 区域をまたぐ流出・流入 + 加算部分



## ◎ 新しい基準病床算定式

残存率と退院率の現在値及び目標値を算定式に組み込むことにより、現在値が目標値に近づけば基準病床数は更に下がる仕組みとなっている。この結果、算定式上ではあるが10年後(2015年)には約7万床減少する見込み。

基準病床数 = (一年未満群※) + (一年以上群※※) + 加算部分

※一年未満群 =  $(\sum AB + C - D) \times F / E1$

A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値) = 24%

※※一年以上群 =  $[\sum G(1-H) + I - J] / E2$

G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分) = 29%

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)  
(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

# 平成18年診療報酬改定における精神医療に係る改定 (急性期医療の評価と退院の促進)

精神科病院

退院の促進

地域

## ●急性期医療の評価

- ・入院早期(30日以内)の精神科救急入院料及び急性期治療病棟入院料について引き上げ

## ●入院基本料の逡減制強化

- ・入院基本料における入院早期(14日以内)の加算を引き上げ  
※逆に90日超の加算は引き下げ

## ●退院前訪問指導の評価

- ・入院後3月を超える患者について3回まで算定可  
→入院後6月を超える患者については6回まで算定可

## 再入院の抑止

### ●重度者への精神科訪問診療・看護の算定

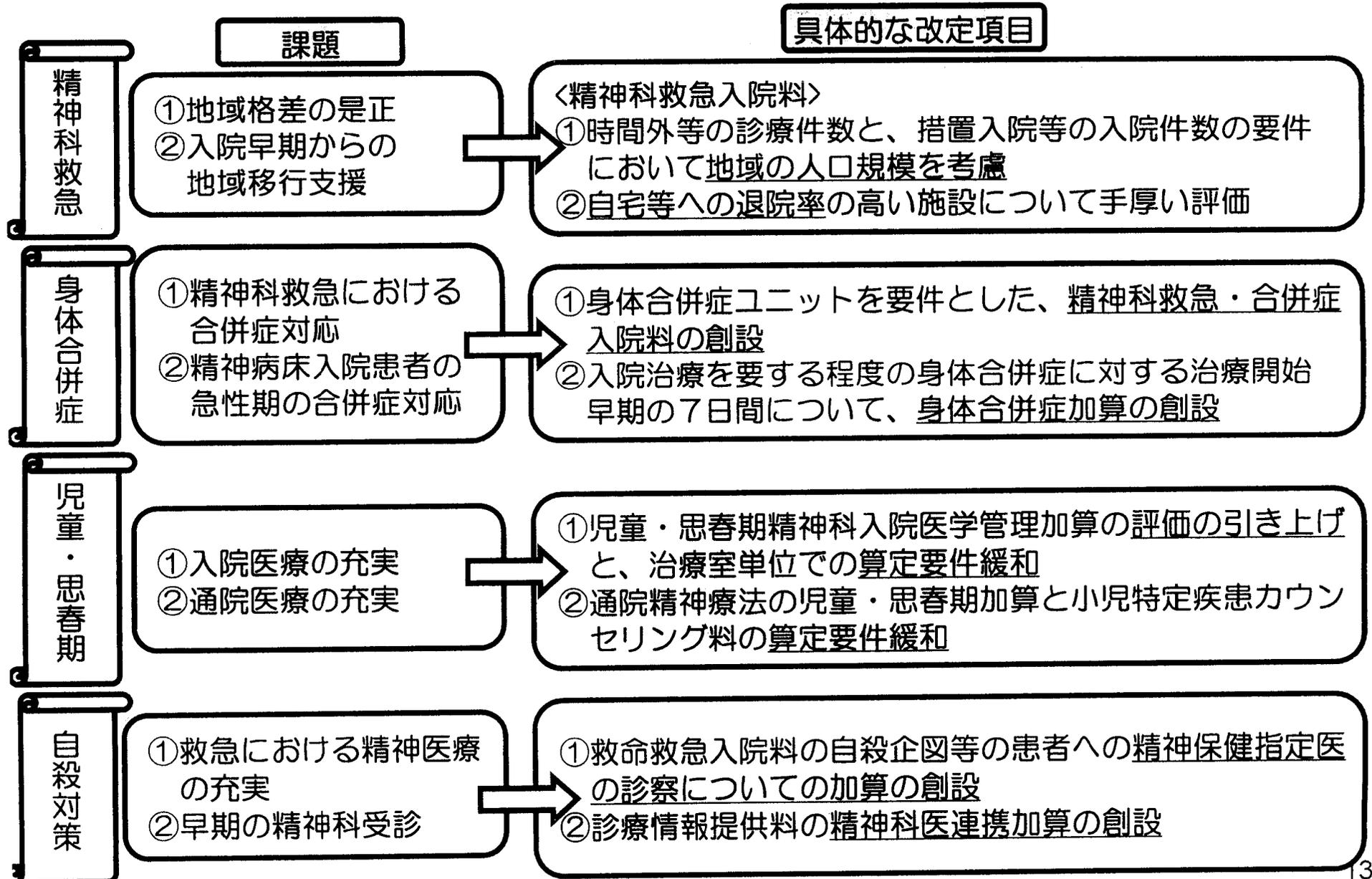
- ・週3回まで算定可  
→退院後3ヶ月以内の患者については週5回まで算定可

### ●短時間の精神科デイケアへの柔軟な評価

- ・精神科ショート・ケア(3時間)の新設



# 平成20年診療報酬改定のまとめ② (地域移行を支援する取組に係る評価以外)



## 近年における精神保健福祉法の改正の経緯について

	医療分野	保健福祉分野	その他
平成7年 改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療保護入院等を行う精神病院における常勤指定医必置化</li> <li>○ 指定医の5年毎の研修の実行性確保のための措置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「保健及び福祉」の章を新設</li> <li>○ 精神障害者保健福祉手帳制度創設</li> <li>○ 社会復帰施設として生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場を規定</li> <li>○ 社会適応訓練事業の法定化</li> <li>○ 正しい知識の普及啓発や相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実、市町村の役割の明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法の名称を「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に変更</li> <li>○ 法の目的に「自立と社会参加の促進のための援助」を追加</li> </ul>
平成11年 改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神医療審査会の委員数制限廃止</li> <li>○ 精神保健指定医の病院管理者への報告義務を規定</li> <li>○ 医療保護入院の要件明確化</li> <li>○ 都道府県知事による入院医療の制限命令等の処分追加</li> <li>○ 医療保護入院に係る移送制度の創設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉センターの業務に、通院公費・手帳の判定、精神医療審査会の事務を追加</li> <li>○ 精神障害者地域生活支援センター、ホームヘルプサービス、ショートステイの法定化</li> <li>○ 福祉サービス利用に関する相談等を市町村が中心に行い、都道府県、保健所が専門的に支援する仕組みに見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除</li> </ul>
平成17年 改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神医療審査会の委員構成見直し</li> <li>○ 改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度等の導入</li> <li>○ 緊急時における入院等に係る診察の特例措置導入</li> <li>○ 任意入院患者に関する病状報告制度導入</li> <li>○ 通院公費負担医療を障害者自立支援法における「自立支援医療(精神通院医療)」に位置付け</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村における相談体制強化</li> <li>○ 精神障害者居宅生活支援事業、精神障害社会復帰施設を障害者自立支援法の福祉サービスとして整理・統合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地方精神保健福祉審議会の必置規制見直し</li> <li>○ 「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称変更</li> </ul>

「こころのバリアフリー宣言」（平成16年3月）  
～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・ 精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・ 2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・ 自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう。
- ・ サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・ 早い段階での気づきが重要です。
- ・ 早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・ 不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・ 病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・ 休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・ 家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

【社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・ 先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・ 誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・ 誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・ 誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・ 理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・ 人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずです。
- ・ 身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・ 人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・ 精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。

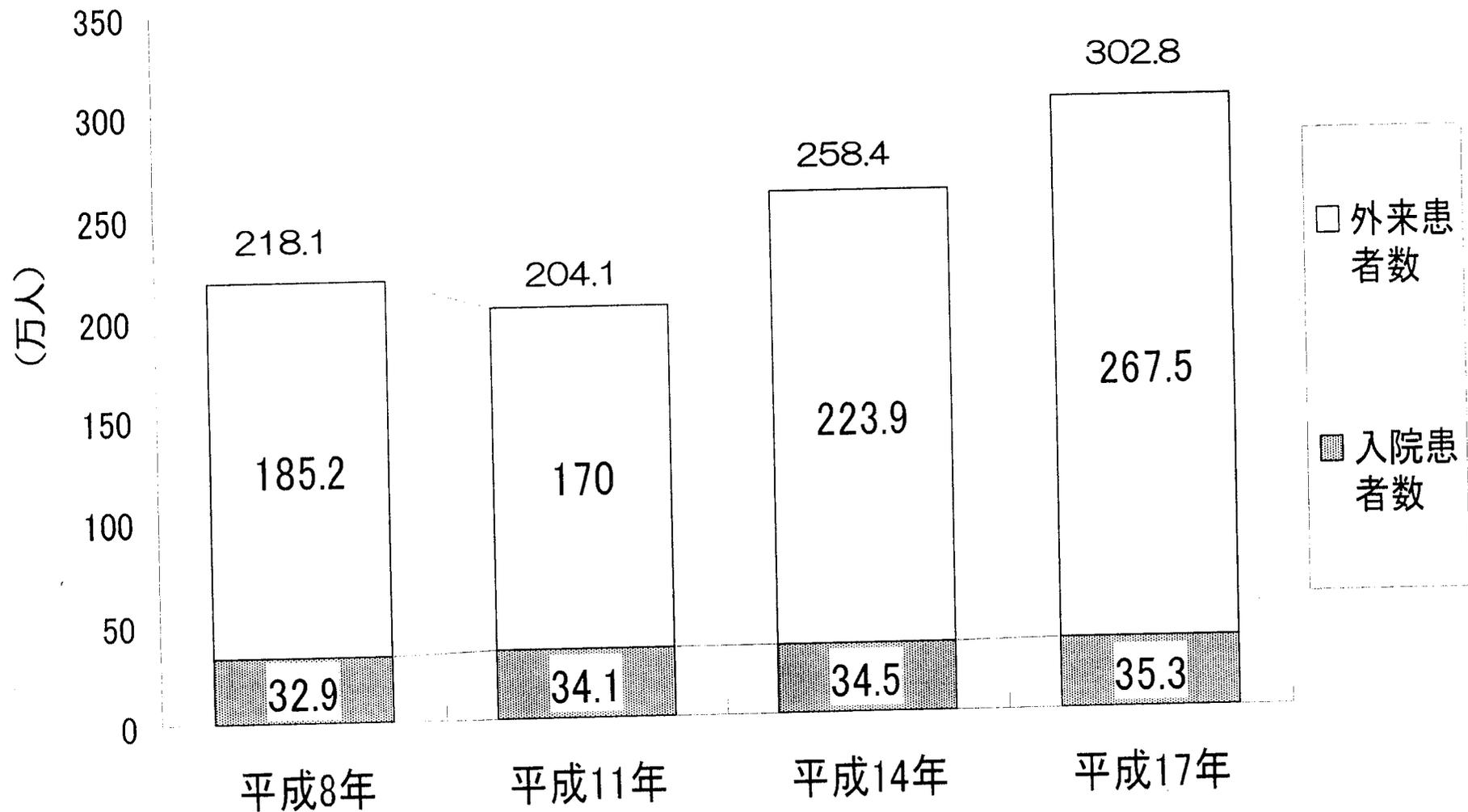
第1回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成20年4月11日

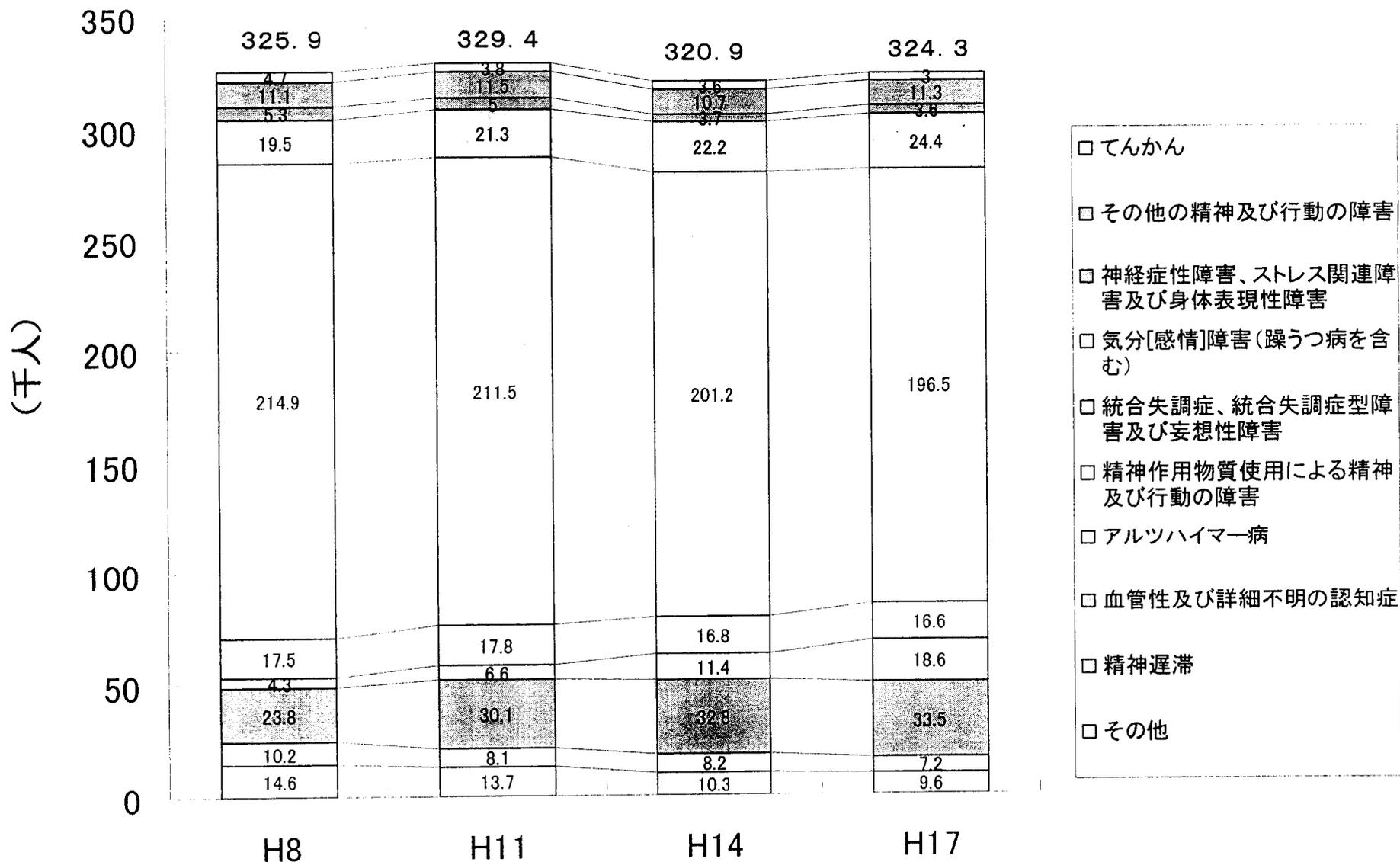
資料3

# 精神保健医療福祉の現状

# 患者数内訳（外来患者数・入院患者数）



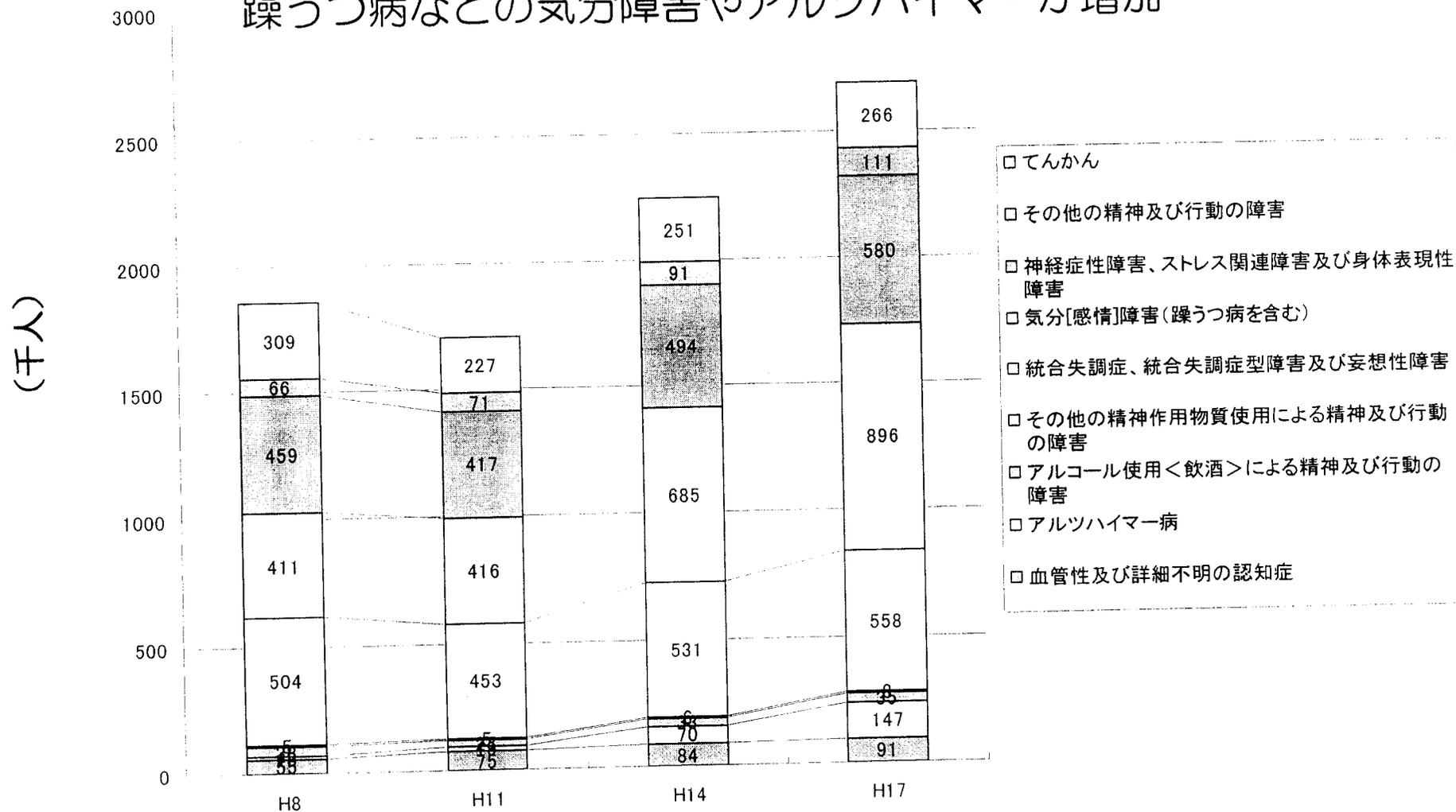
# 精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



外来精神障害者総数(千人)

1, 852

1, 700

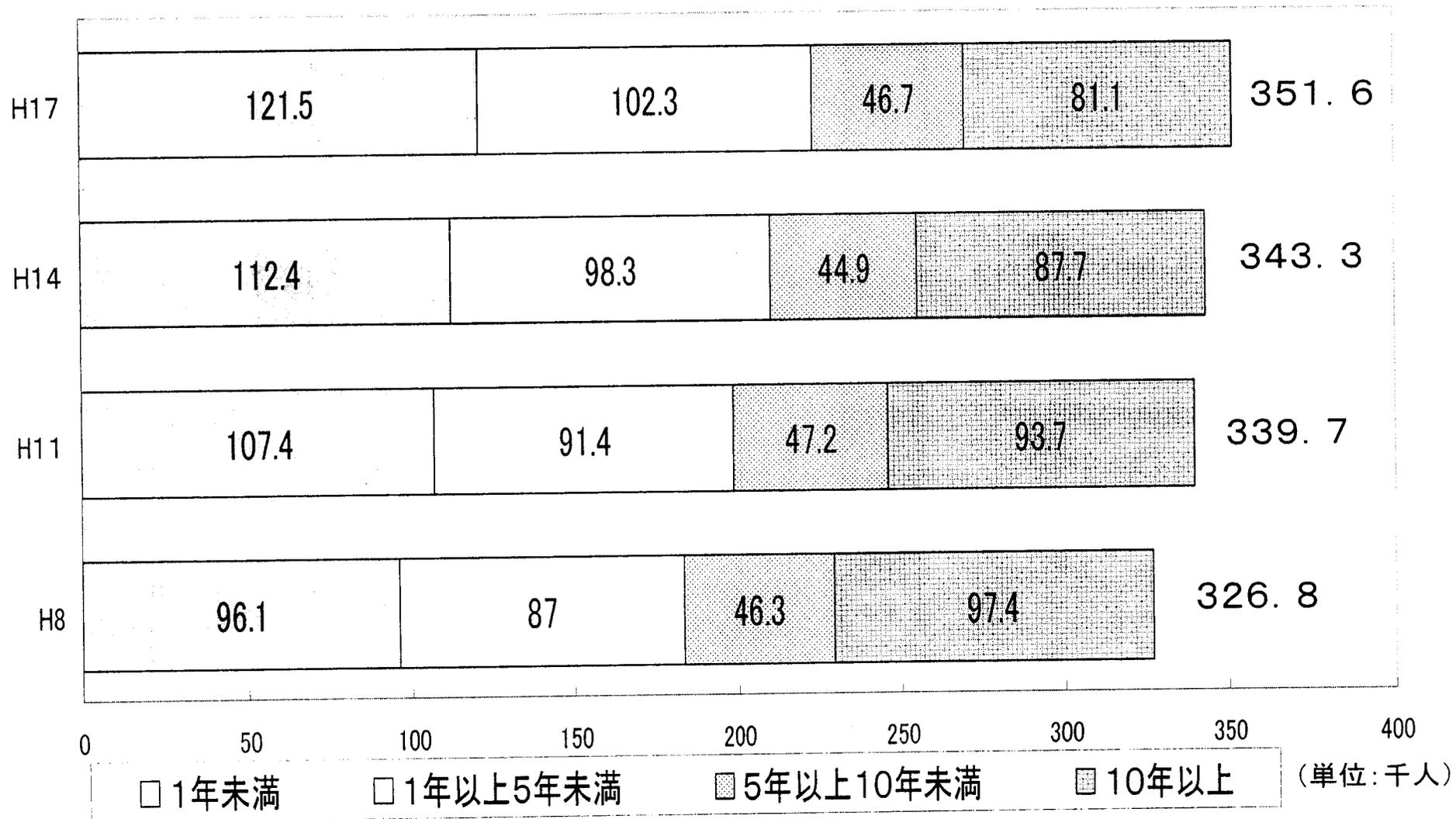
2, 239

2, 675

資料：患者調査

# 入院期間別疾患別推計入院患者数の年次推移

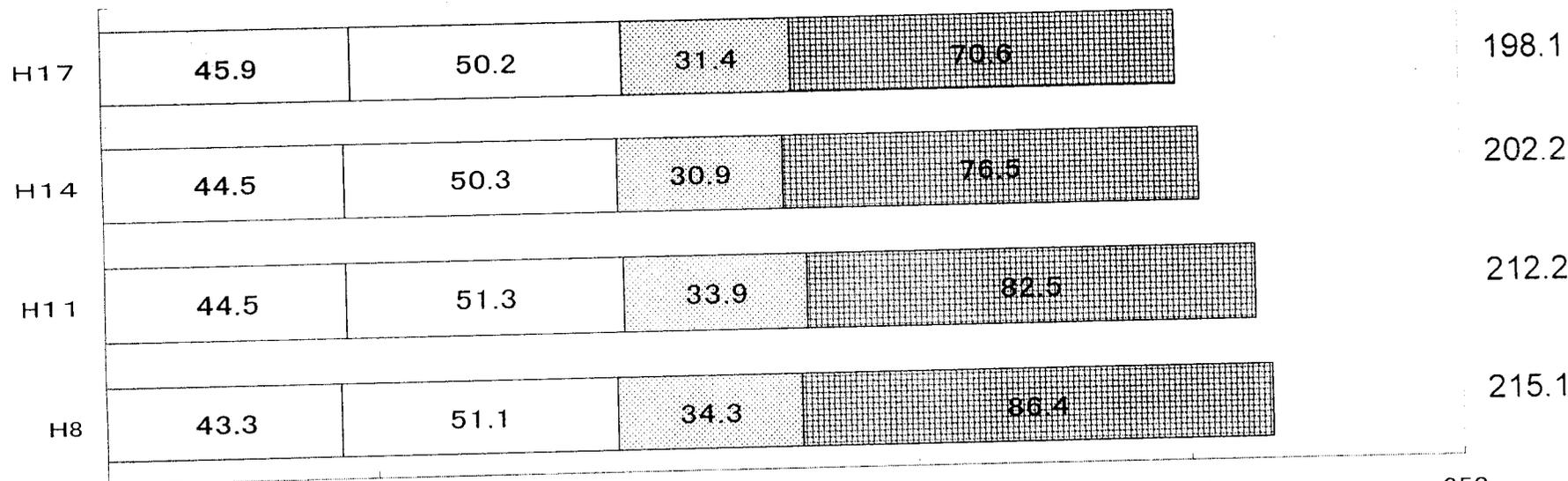
【精神疾患総数】



資料:患者調査

### 推計入院患者の年次推移【統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害】

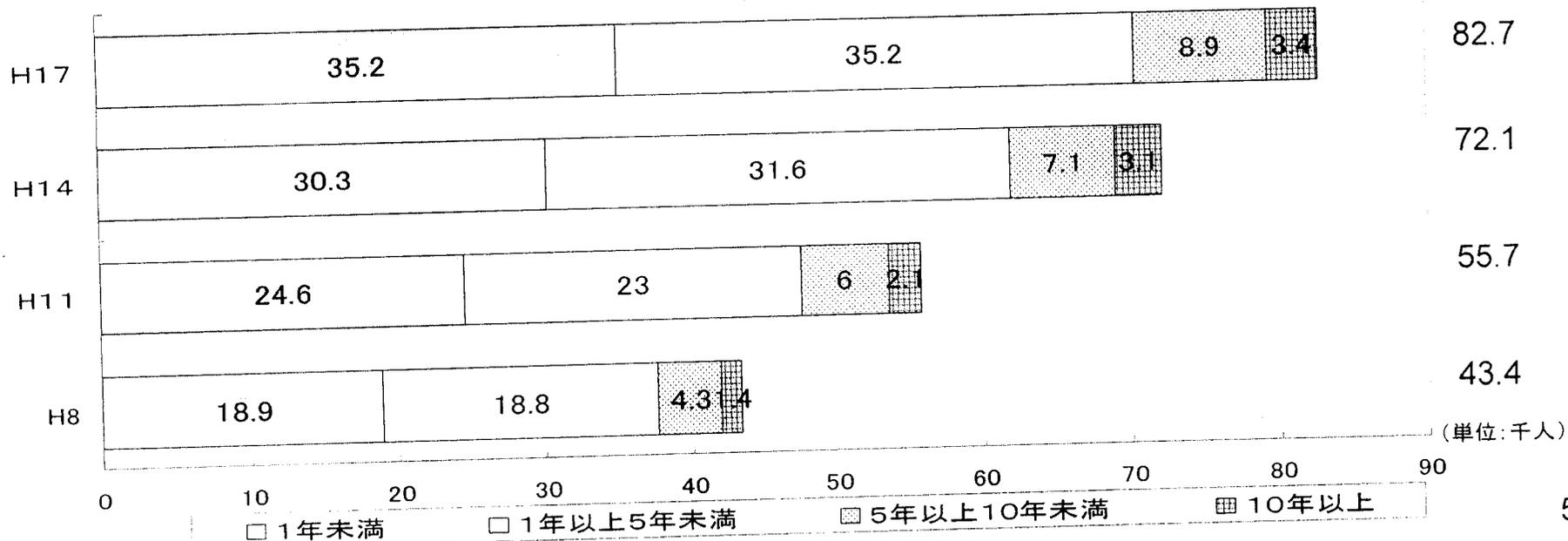
(計)



250  
(単位:千人)

### 推計入院患者の年次推移【認知症】(※血管性及び原因不明の認知症、アルツハイマー病の合計)

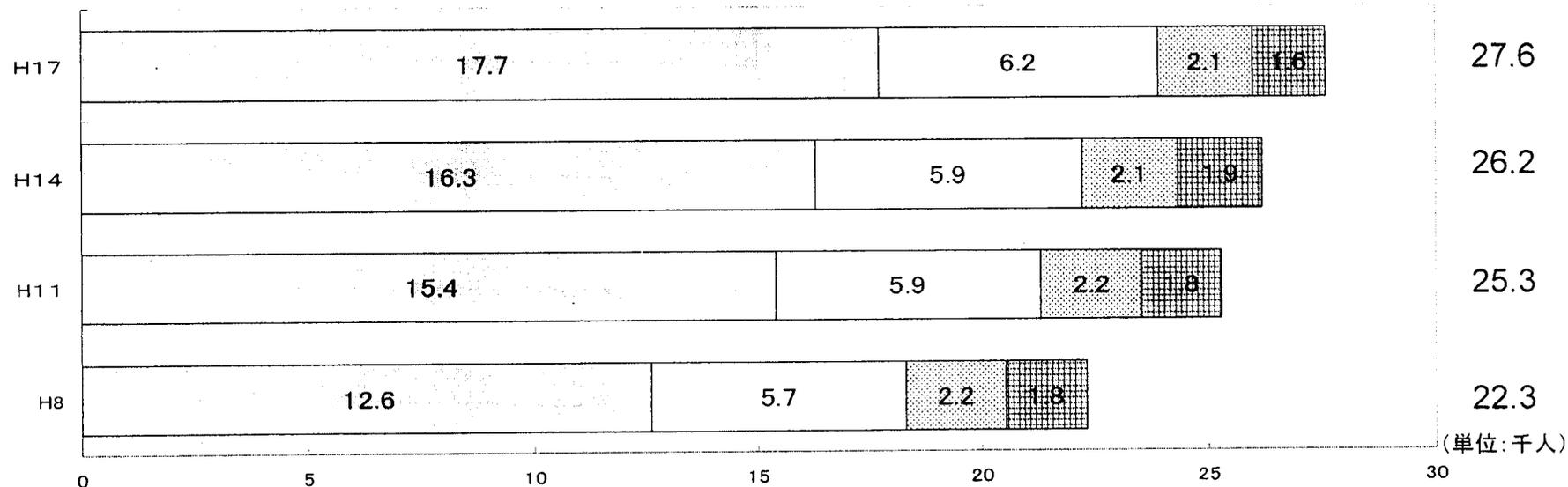
(計)



(単位:千人)

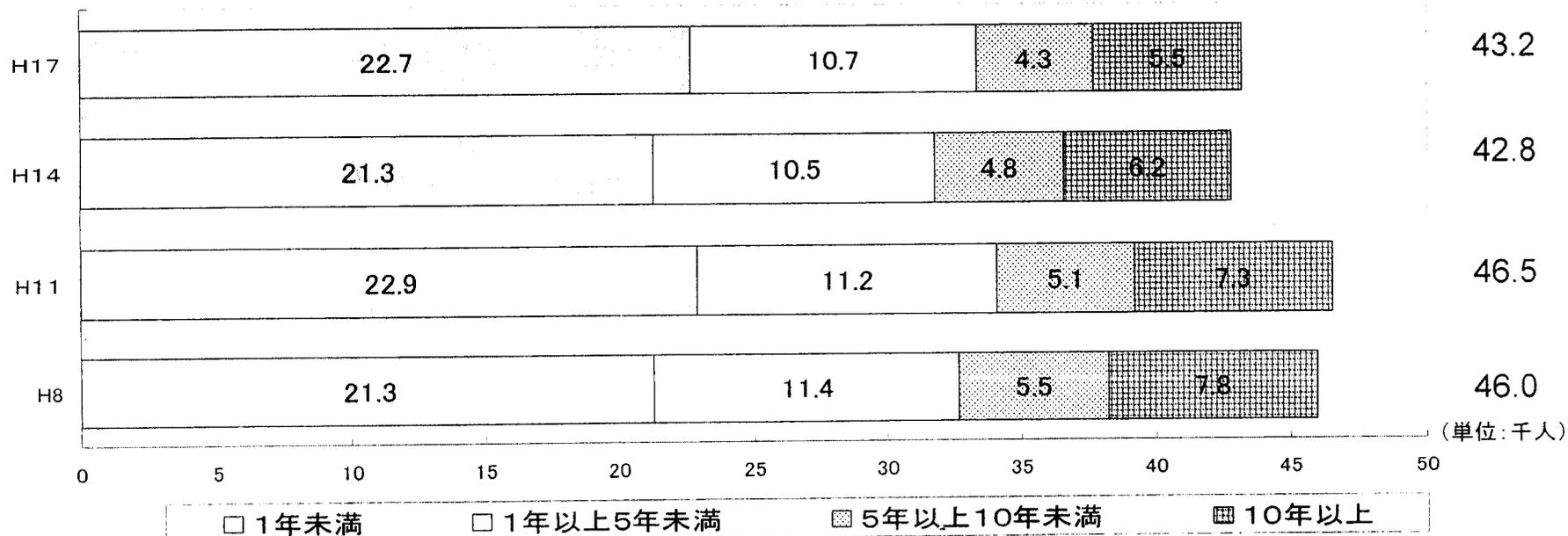
### 推計入院患者の年次推移【気分[感情]障害(躁うつ病を含む。)]

(計)



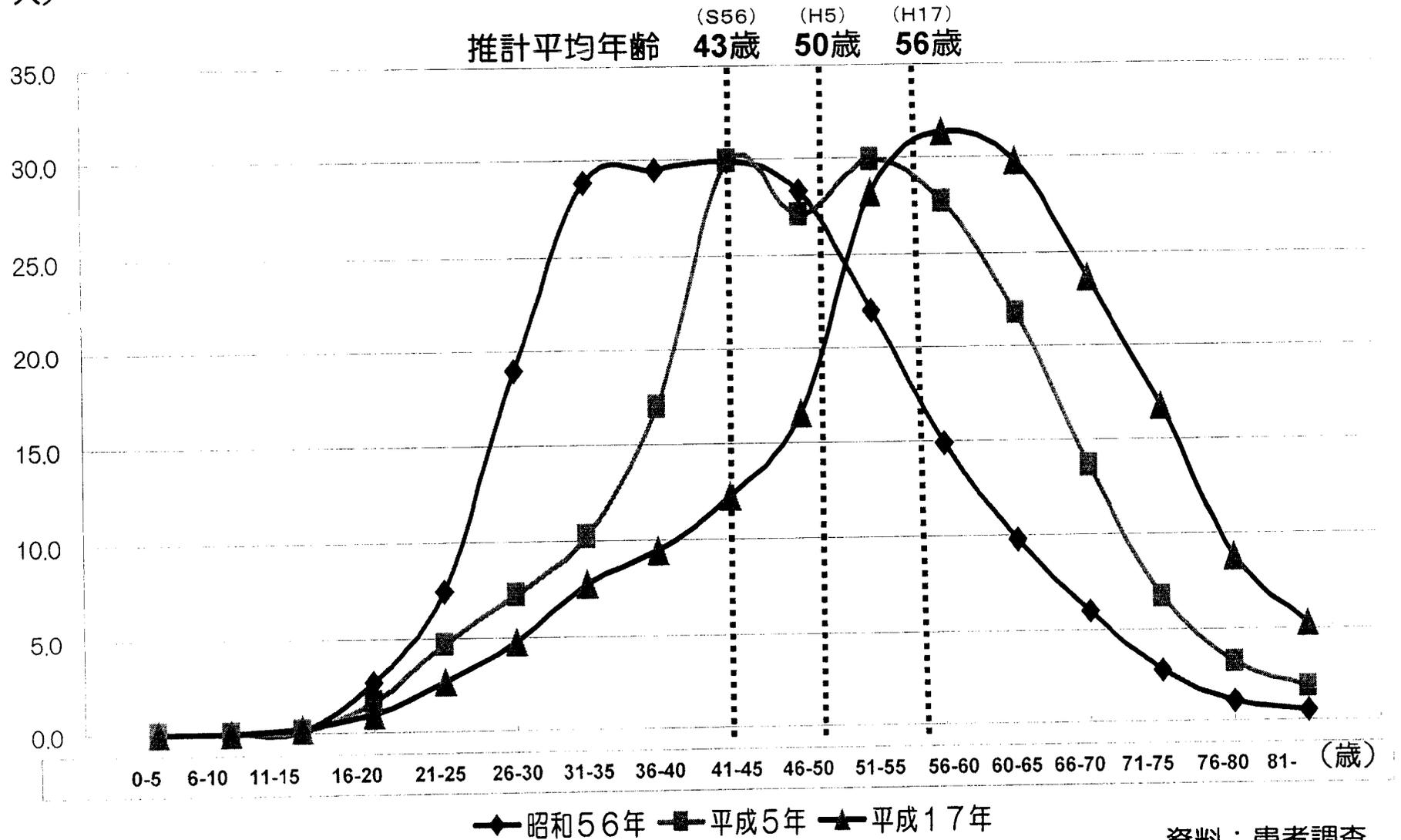
### 推計入院患者の年次推移【認知症、統合失調症、気分障害以外】

(計)



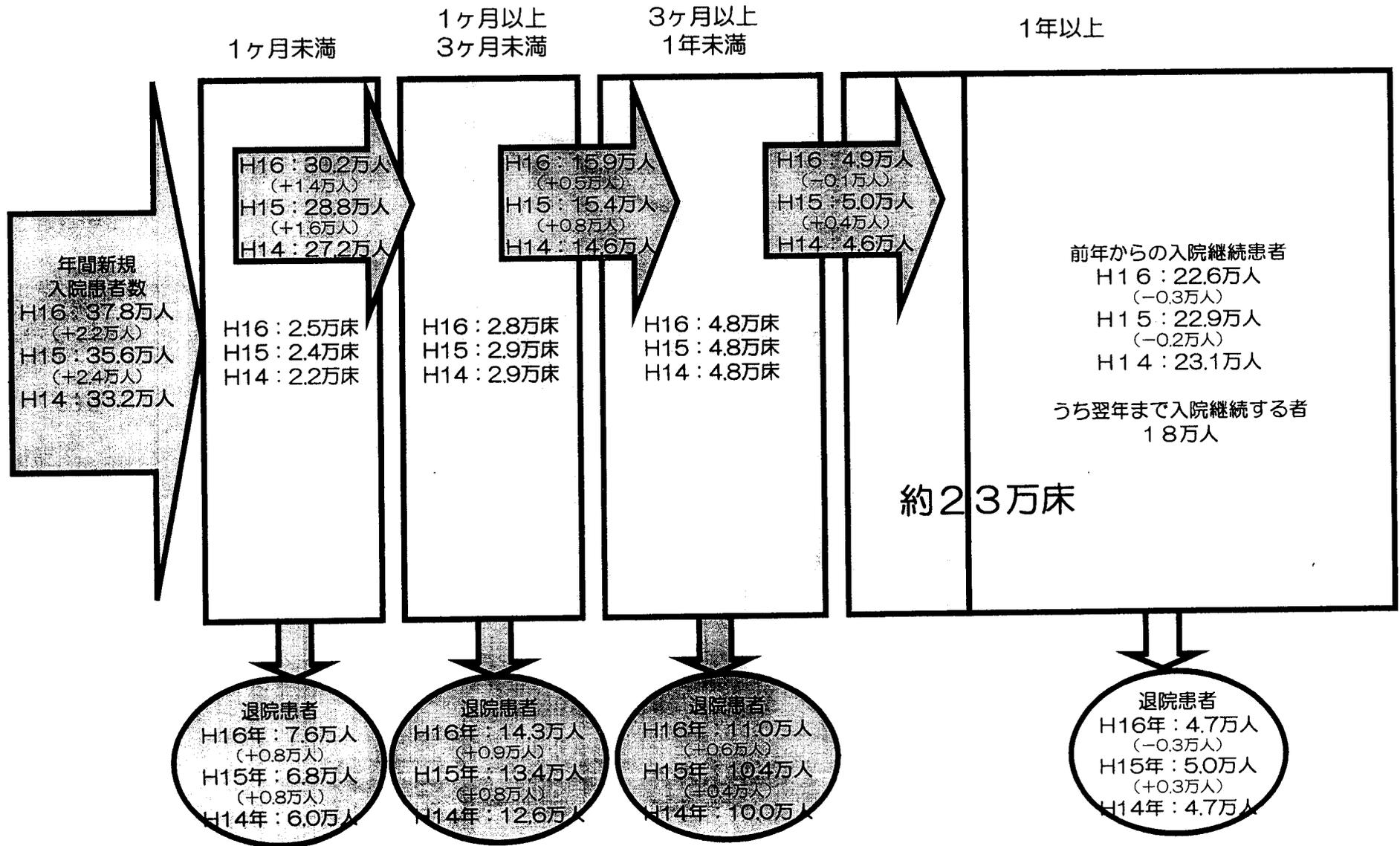
# 精神病床における年齢階級別の 統合失調症の推計入院患者

(千人)



資料：患者調査

# 精神病床における患者の動態の年次推移

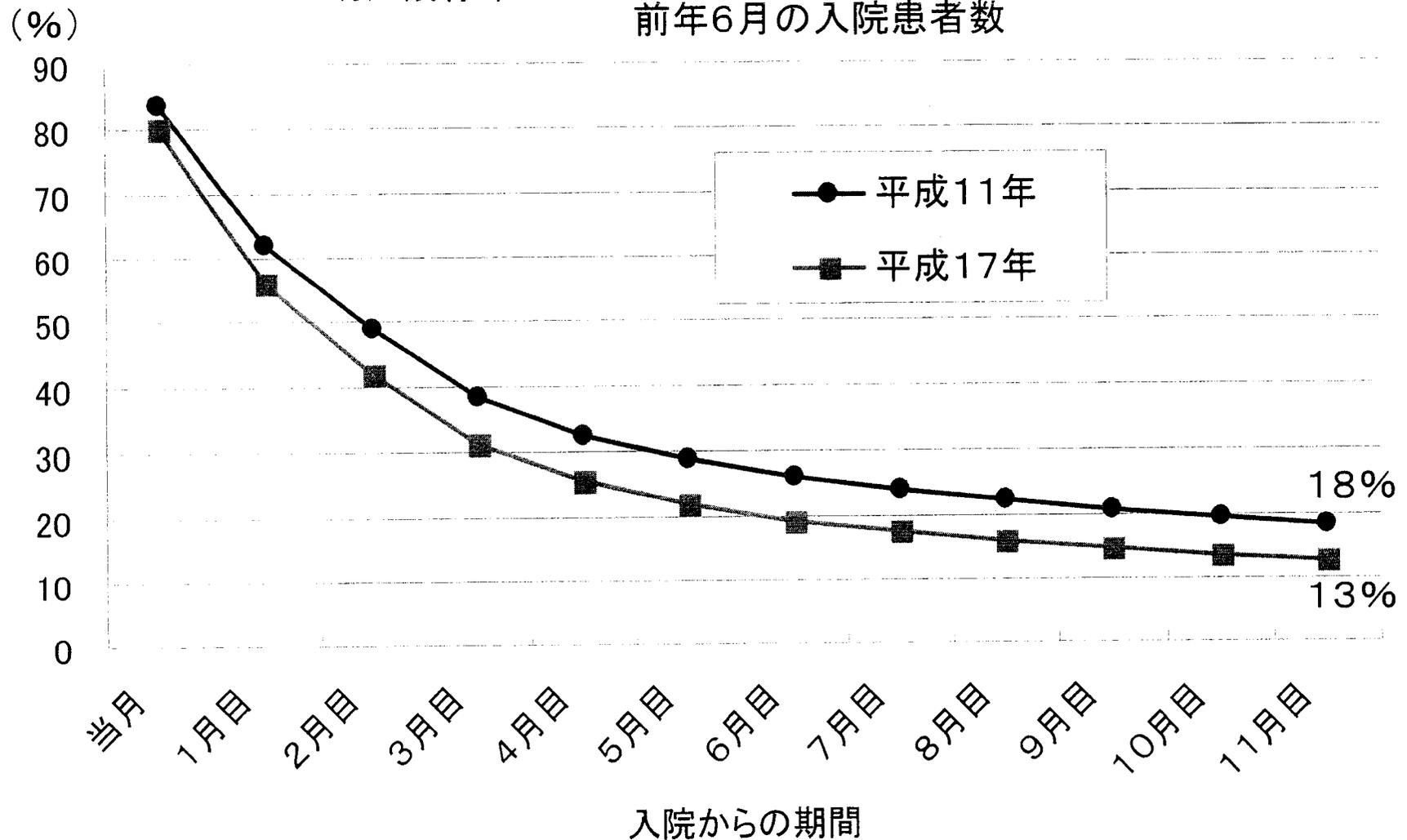


資料：精神・障害保健課調

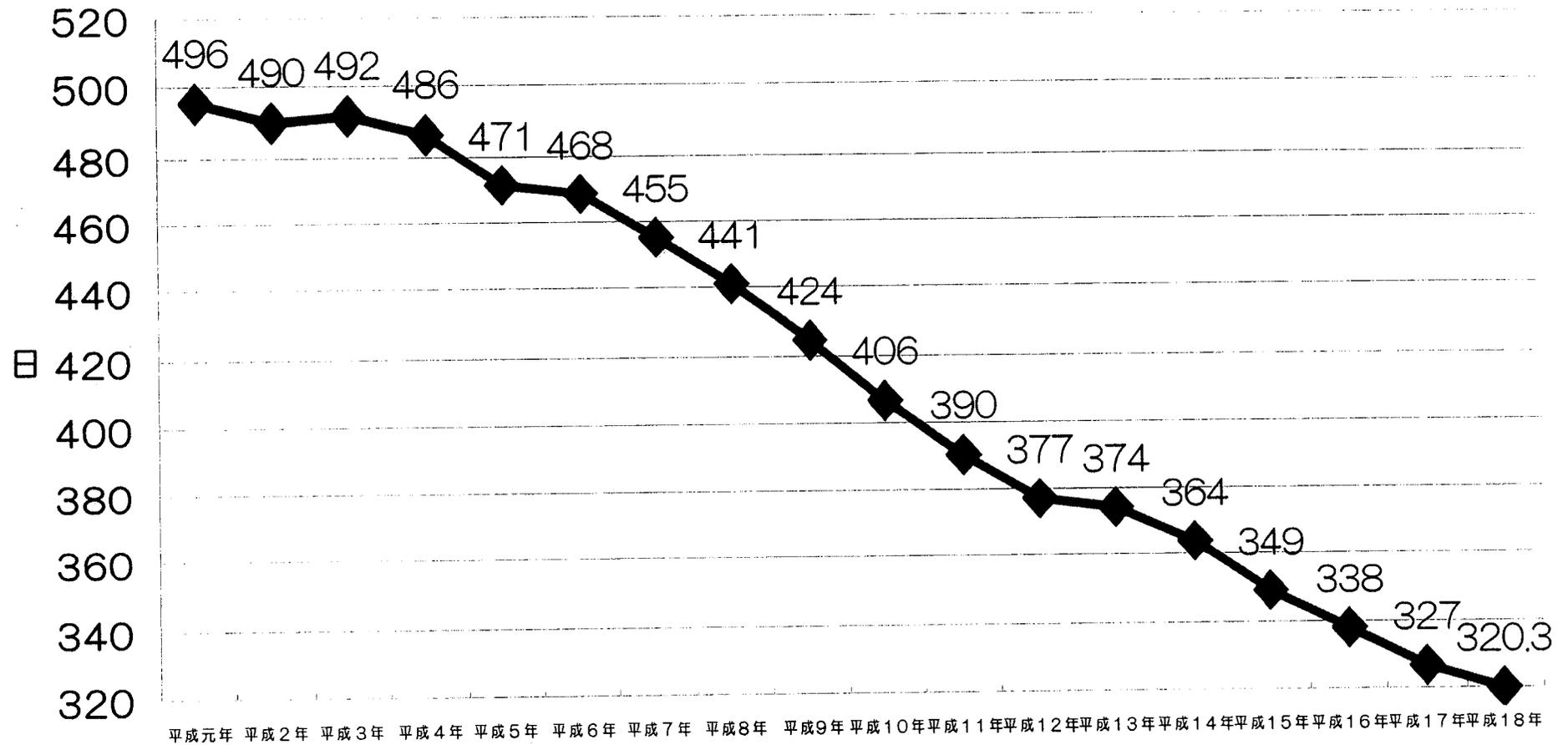
# 新入院患者の残存曲線

H11→H17で残存率は少し下がった。

※ 残存率 =  $\frac{\text{毎月の残留患者数合計}}{\text{前年6月の入院患者数}}$



# 精神病床の平均在院日数の推移

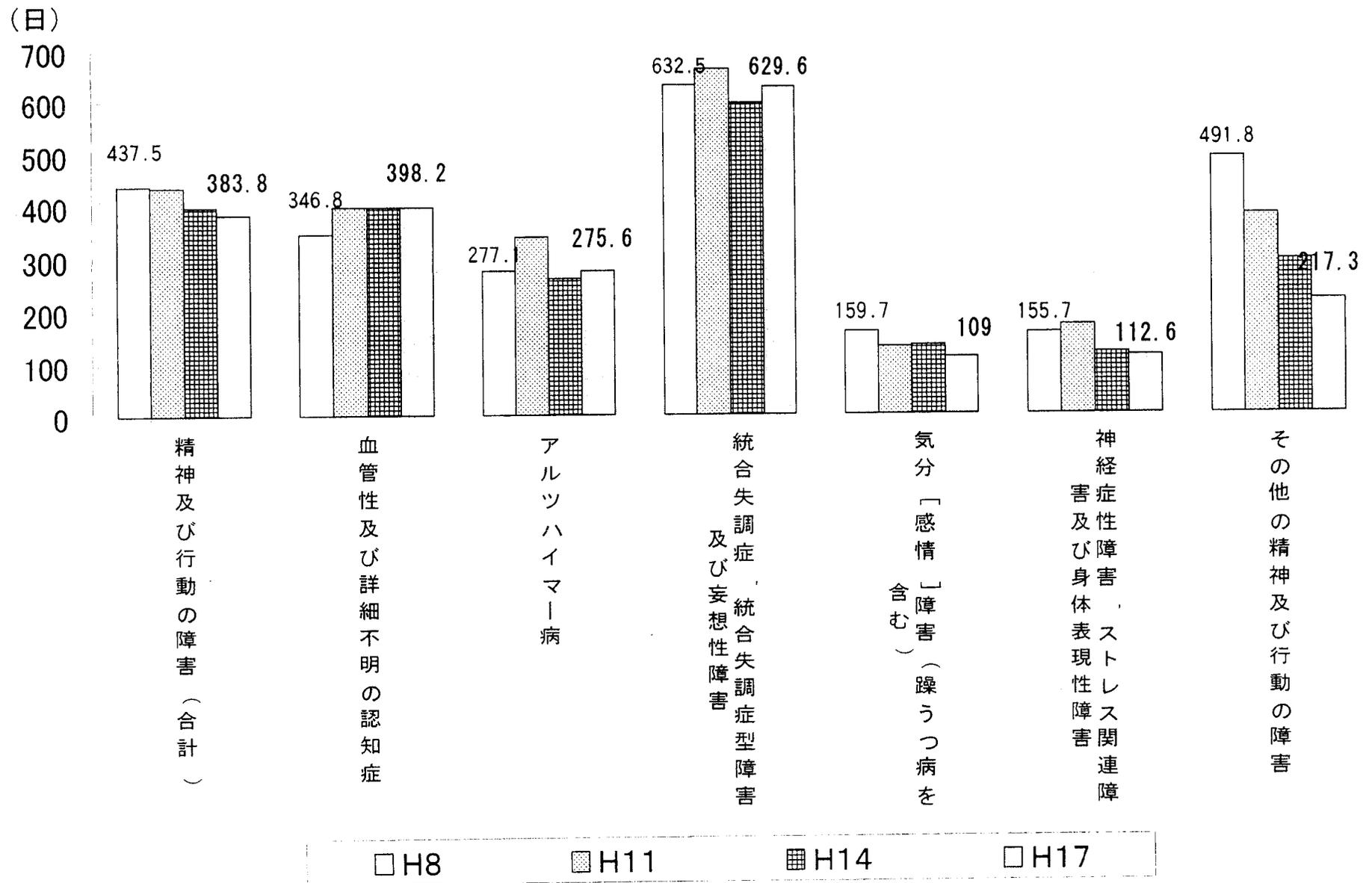


資料：病院報告

年間在院患者延数

※平均在院日数=  $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

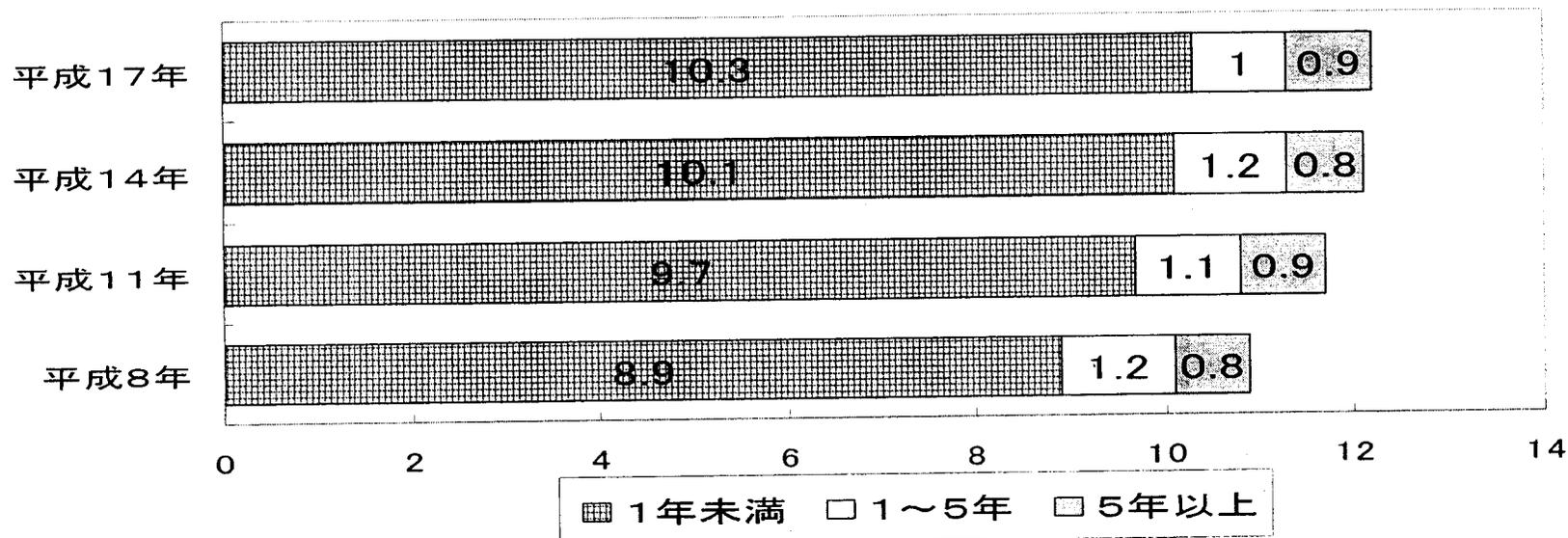
# 疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



【統合失調症】 推計退院患者数(在院期間別)

資料:患者調査

※ 各年9月の退院者数(単位:千人)



在院期間別退院患者(実数)

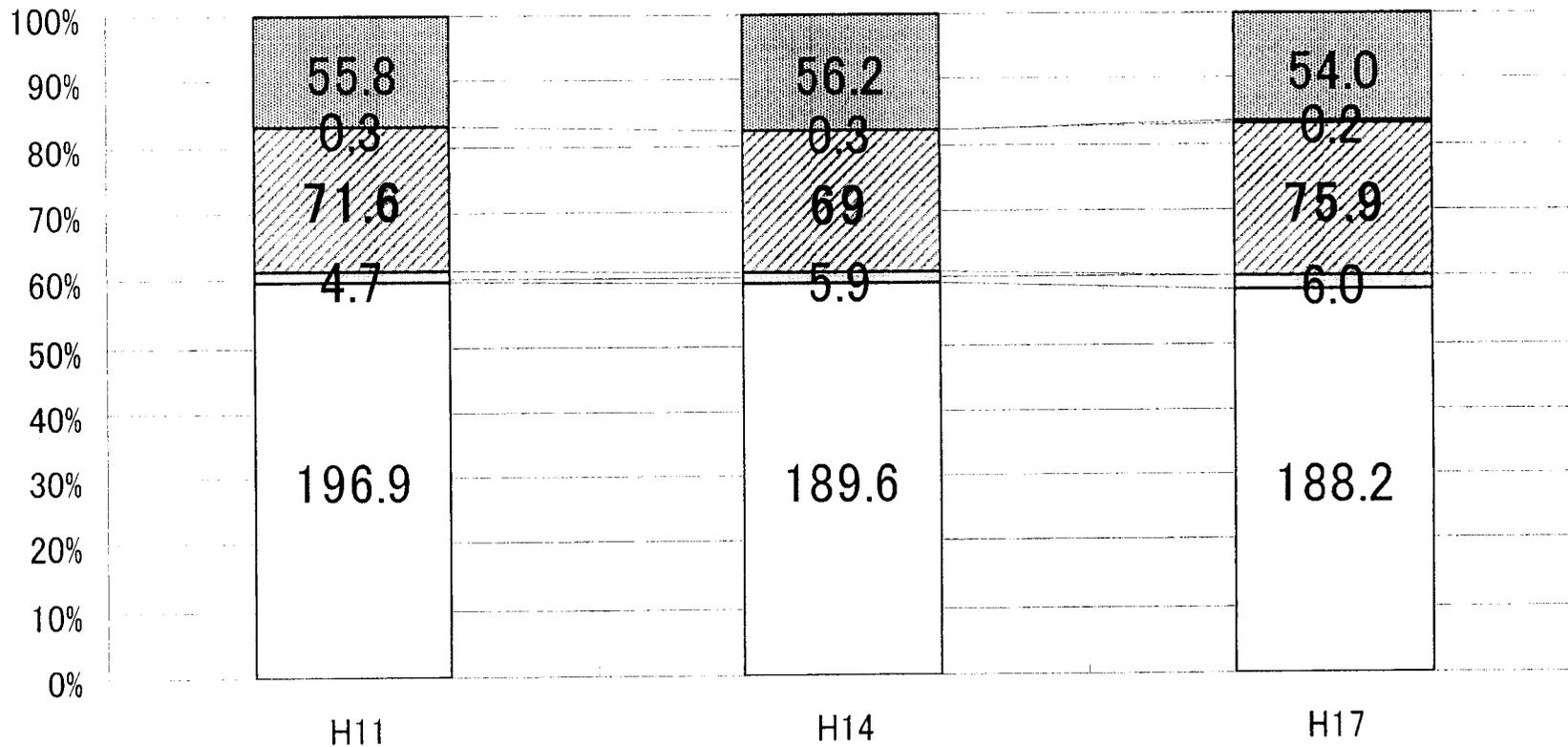
資料:精神・障害保健課調

※ 各年6月の退院者数(単位:人)

	総数	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上
平成17年	30,498	26,530	2,565	650	384	369
平成16年	29,972	26,037	2,615	593	383	344
平成15年	28,780	24,651	2,708	605	415	401
平成14年	27,280	23,322	2,609	580	382	387

# 精神病床入院患者の状況

入院患者の状況は、ほぼ変化はない。



- 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する
- 生命の危険がある
- ▨ 受け入れ条件が整えば退院可能
- 検査入院
- その他

資料：患者調査

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)  
(単位:千人)

入院期間 \ 年齢／疾患	疾患名	55歳未満 22.3(30.3%)	55歳以上 51.3(69.7%)	65歳以上【再掲】 32.7(44.4%)
1年未満 24.5 (33.3%)	総数	9.3(12.6%)	15.2(20.7%)	10.8(14.7%)
	統合失調症	5.8(7.8%)	4.6(6.3%)	2.3(3.1%)
	認知症	3.5(4.8%)	5.9(8.1%)	5.7(7.7%)
	その他		4.6(6.3%)	2.8(3.9%)
1年以上5年未満 21.8 (29.7%)	総数	5.9(8.1%)	15.9(21.6%)	10.9(14.8%)
	統合失調症	4.9(6.6%)	6.9(9.4%)	3.6(4.9%)
	認知症	1.1(1.4%)	5.3(7.3%)	5.0(6.9%)
	その他		3.6(4.9%)	2.3(3.1%)
5年以上10年未満 10.0 (13.6%)	総数	3.0(4.0%)	7.0(9.6%)	4.1(5.6%)
	統合失調症	2.5(3.4%)	4.4(5.9%)	2.0(2.8%)
	認知症	0.4(0.6%)	1.3(1.8%)	1.2(1.7%)
	その他		1.4(1.9%)	0.8(1.1%)
10年以上 17.3 (23.5%)	総数	4.1(5.6%)	13.2(17.9%)	6.9(9.3%)
	統合失調症	3.7(5.0%)	11.0(14.9%)	5.5(7.4%)
	認知症	0.5(0.6%)	0.6(0.8%)	0.5(0.7%)
	その他		1.7(2.3%)	0.9(1.3%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

総計 73.6(千人)

患者調査中「Ⅴ精神及び行動の障害」(「精神遅滞」を含む。)&「Ⅵ神経系の疾患」のうち、「アルツハイマー病」・「てんかん」の積み上げ  
・統合失調症・・・患者調査中「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」の数  
・認知症・・・患者調査中「血管性及び詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー病」の合計

資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成14

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)  
 【統合失調症】 (単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
統合失調症総数	195.4	44.8 (22.9%)	49.4 (25.3%)	31.1 (15.9%)	70.1 (35.9%)
55歳未満	75.0 (38.4%)	25.1 (33.5%)	20.0 (26.7%)	11.8 (15.7%)	18.2 (24.3%)
55歳以上	120.4 (61.6%)	19.8 (16.4%)	29.4 (24.4%)	19.3 (16.0%)	51.9 (43.1%)
65歳以上 (再掲)	58.6 (30.0%)	9.7 (16.6%)	14.8 (25.3%)	9.2 (15.7%)	24.9 (42.5%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(統合失調症)	43.7	10.4 (23.7%)	11.8 (27.1%)	6.9 (15.8%)	14.6 (33.4%)
55歳未満	16.8 (38.5%)	5.8 (34.5%)	4.9 (29.2%)	2.5 (14.9%)	3.7 (22.0%)
55歳以上	26.9 (61.5%)	4.6 (17.1%)	6.9 (25.7%)	4.4 (16.4%)	11.0 (40.9%)
65歳以上 (再掲)	13.4 (30.7%)	2.3 (17.2%)	3.6 (26.9%)	2.0 (14.9%)	5.5 (41.0%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成15

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)  
 【認知症】 (単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
認知症総数	51.8	21.7 (42.0%)	21.5 (41.5%)	5.7 (11.1%)	2.8 (5.4%)
55歳未満	0.4 (0.7%)	0.1	0.1	0.05	0.03
55歳以上	51.4 (99.3%)	21.6 (42.0%)	21.3 (41.4%)	5.7 (11.1%)	2.8 (5.4%)
65歳以上 (再掲)	48.8 (94.2%)	20.6 (42.2%)	20.3 (41.6%)	5.4 (11.1%)	2.6 (5.3%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(認知症)	13.2	6.0 (45.3%)	5.4 (40.6%)	1.3 (9.9%)	0.6 (4.2%)
55歳未満	0.09 (0.7%)	0.05	0.03	0.02	0.0
55歳以上	13.1 (99.3%)	5.9 (45.0%)	5.3 (40.5%)	1.3 (9.9%)	0.6 (4.6%)
65歳以上 (再掲)	12.4 (94.0%)	5.7 (46.0%)	5.0 (40.3%)	1.2 (9.7%)	0.5 (4.0%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

・認知症・・・患者調査中「血管性及び詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー病」の合計

資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成 16

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)  
【気分障害】 (単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
気分障害総数	24.3	15.1 (62.3%)	5.7 (23.3%)	1.9 (8.0%)	1.5 (6.3%)
55歳未満	7.3 (30.2%)	6.0 (82.2%)	0.8 (11.0%)	0.2 (2.7%)	0.2 (2.7%)
55歳以上	16.9 (69.8%)	9.1 (53.8%)	4.8 (28.4%)	1.7 (10.1%)	1.3 (7.7%)
65歳以上 (再掲)	11.5 (47.4%)	6.0 (52.2%)	3.4 (29.6%)	1.2 (10.4%)	0.9 (7.8%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(気分障害)	6.2	3.7 (58.8%)	1.6 (26.3%)	0.5 (8.3%)	0.4 (6.5%)
55歳未満	1.7 (27.4%)	1.4 (82.4%)	0.2 (11.8%)	0.06 (3.5%)	0.04 (2.4%)
55歳以上	4.5 (72.6%)	2.3 (51.1%)	1.4 (31.1%)	0.5 (11.1%)	0.4 (8.9%)
65歳以上 (再掲)	3.1 (50.5%)	1.5 (48.4%)	1.0 (32.3%)	0.4 (12.9%)	0.2 (6.5%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成<sub>17</sub>

# 精神病床数の変化

(床)

400,000

350,000

300,000

250,000

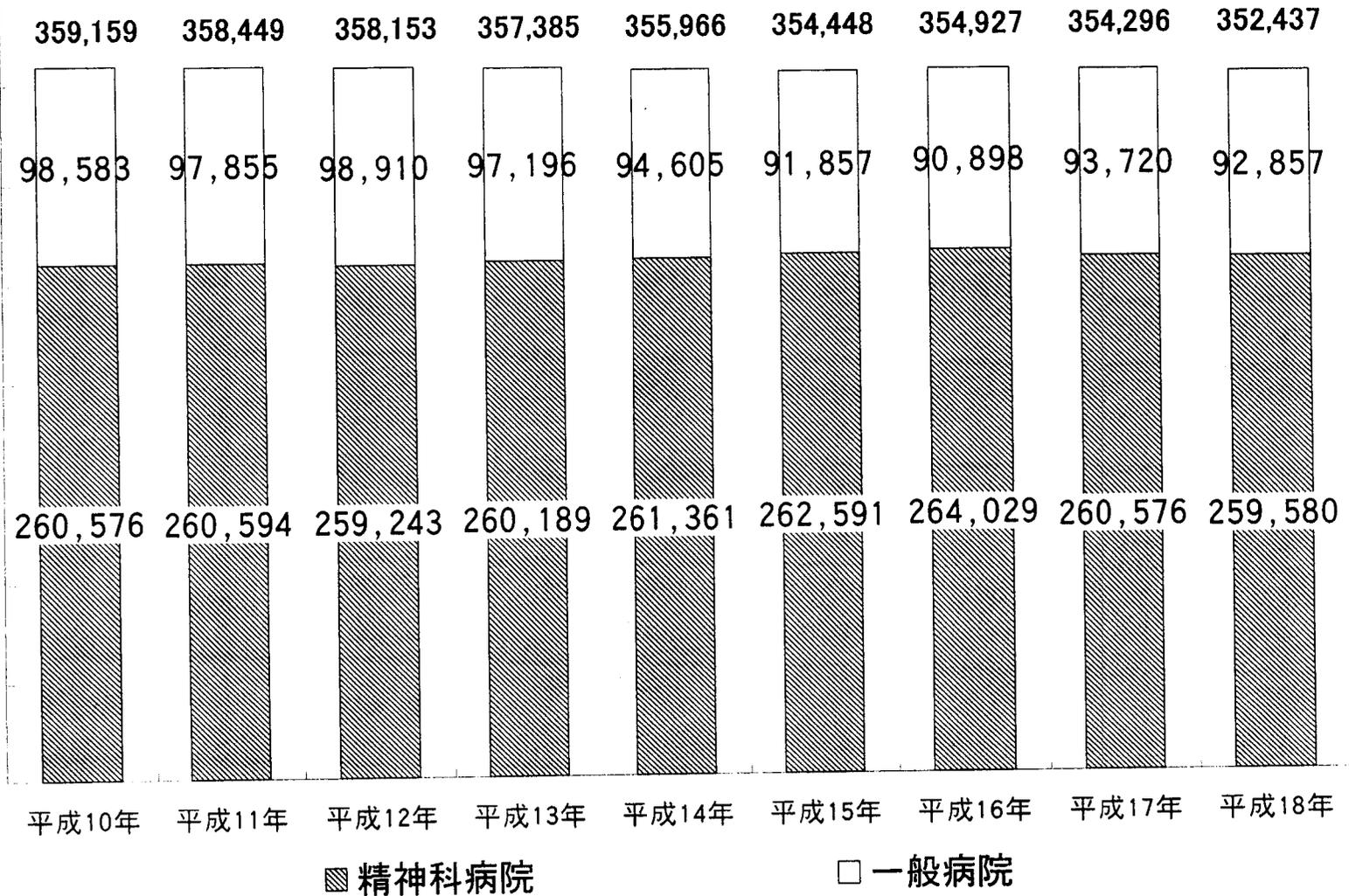
200,000

150,000

100,000

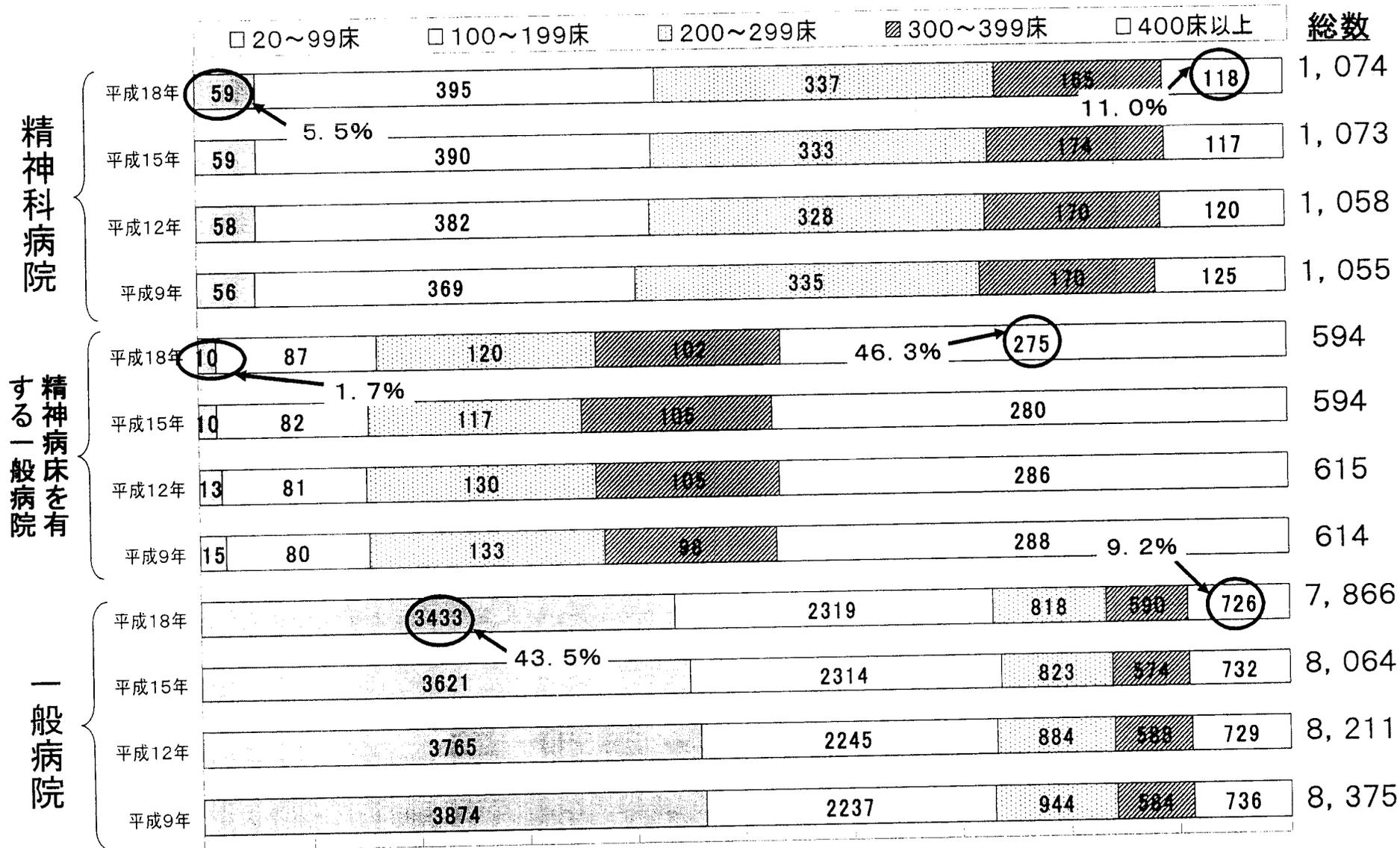
50,000

0



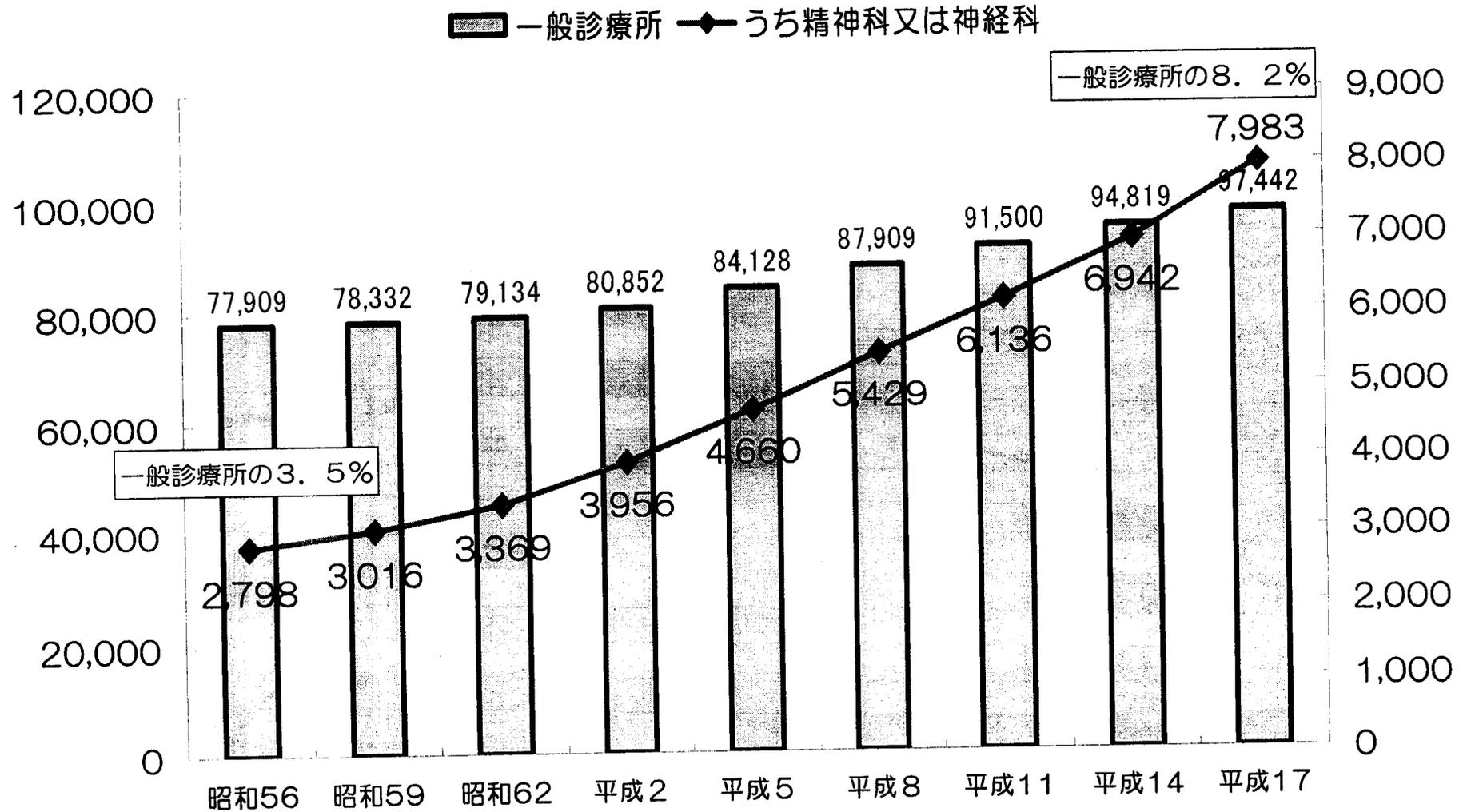
資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

# 病床規模別病院数の年次推移(各年6月現在の推移)



※ 精神病床を有する一般病院は、一般病院の再掲。

# 一般診療所数及び精神科又は神経科標榜診療所数の推移

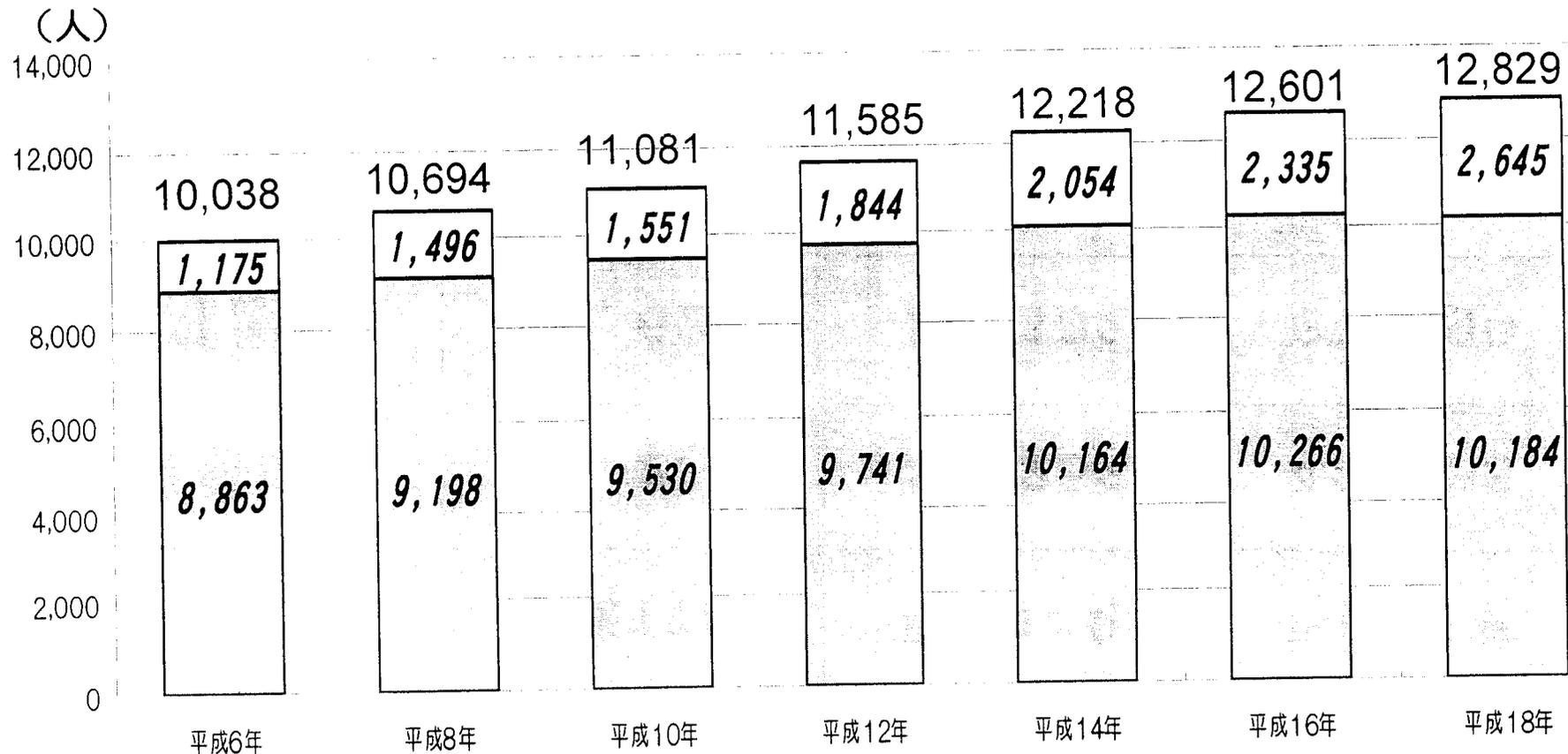


資料：医療施設調査

# 精神科医の所在（病院と診療所）

診療所に勤務する精神科医が増加している。  
 （平成6年→平成18年では、診療所では125%増加、病院では15%増加）

□ 病院 □ 診療所



平成 6年	病院医師	88%	診療所医師	12%
平成18年	病院医師	79%	診療所医師	21%

# 精神科病院における医療関係従事者数

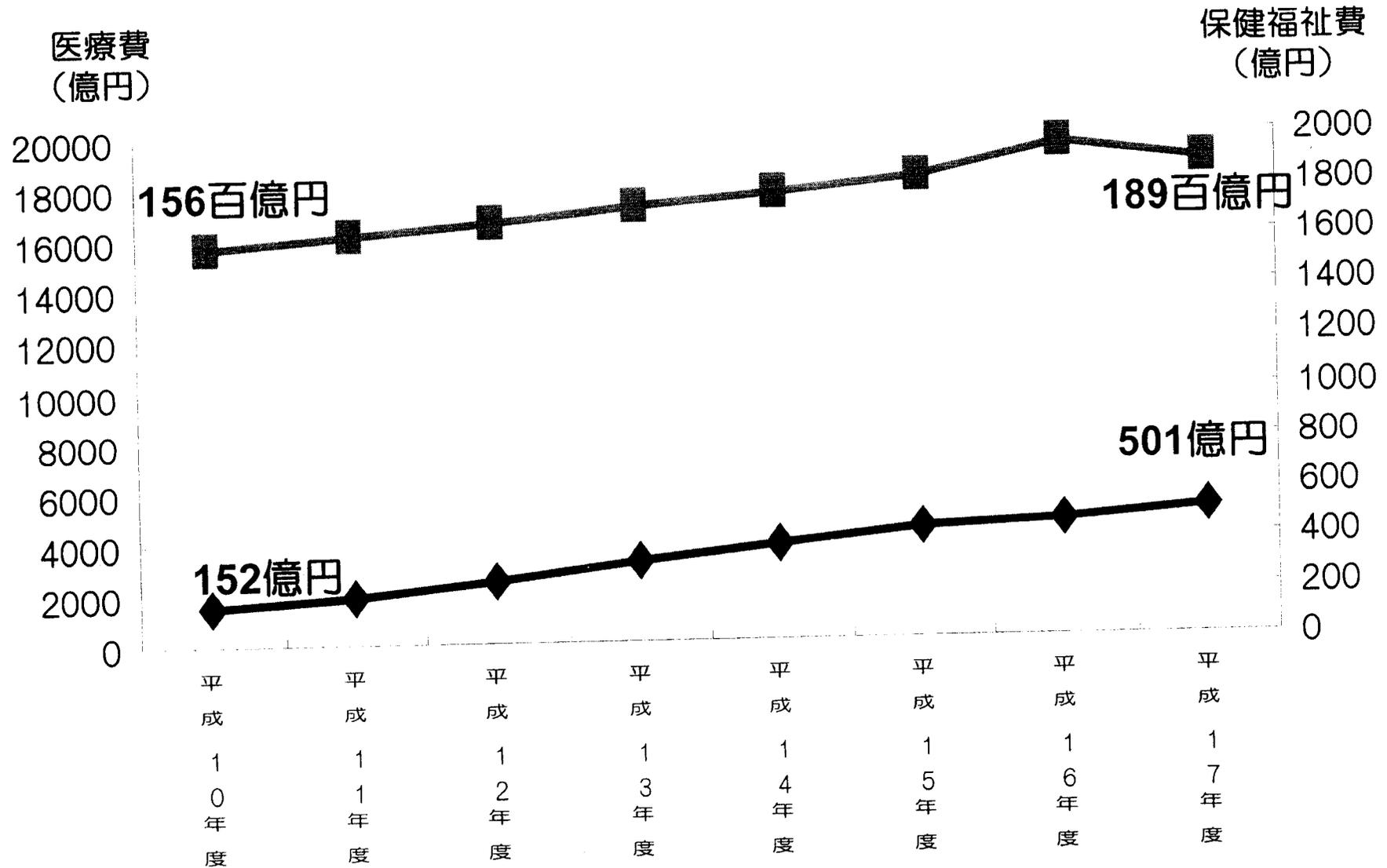
(単位:人)

	平成11年	平成14年	平成17年
看護師	36,224	38,252	42,265
准看護師	39,622	39,132	37,090
看護業務補助者	24,901	26,194	28,336
作業療法士	1,898	2,771	3,519
精神保健福祉士	962	2,260	3,912

※平成14年、17年の数値は常勤換算したもの

資料:病院報告

# 精神医療費と精神保健福祉費の推移



■ 精神医療費 ◆ 精神保健福祉事業費

医療費；「国民医療費」

保健福祉費；国庫補助額から推計

## 精神保健医療福祉の関係費用

医療※1 1兆8863億円	:	保健福祉※2 501億円	=	97% : 3%
------------------	---	-----------------	---	----------

入院※1 1兆4039億円
------------------

外来※1 4824億円
----------------

<資料>

※1 平成17年度「国民医療費」

※2 平成17年度国庫補助額に基づき推計

# 精神障害者社会復帰施設の種別施設数・在所者数の推移

(各年10月1日現在)

年次		1993 (平成5)	1996 (平成8)	1999 (平成11)	2002 (平成14)	2005 (平成17)	2006 (平成18)
種別施設数	総数	159	285	473	1,082	1,687	1,697
	精神障害者生活訓練施設	50	98	182	246	286	289
	精神障害者福祉ホーム	59	81	111	159	233	241
	精神障害者入所授産施設	2	11	21	28	30	30
	精神障害者通所授産施設	48	91	150	208	285	296
	精神障害者小規模通所授産施設				109	375	395
	精神障害者福祉工場		4	9	14	18	18
	精神障害者地域生活支援センター				318	460	428
種別 在所者数	総数	2,151	4,065	7,374	13,668	23,899	25,270
	精神障害者生活訓練施設	748	1,385	2,612	3,822	4,343	4,400
	精神障害者福祉ホーム	412	560	832	1,547	2,746	2,964
	精神障害者入所授産施設	35	178	417	595	690	685
	精神障害者通所授産施設	956	1,882	3,355	5,056	7,191	7,698
	精神障害者小規模通所授産施設				2,359	8,538	9,112
	精神障害者福祉工場		60	158	289	391	411

※ 平成18年度の数字は、障害者自立支援法による改正前の  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による精神障害者社会復帰施設の数

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」

# 精神疾患に対する国民の理解①

## 調査方法

対象；人口1,000万人間隔の自治体5ヶ所の20～70歳の地域住民計2,000人

方法；統合失調症、大うつ病性障害、広汎性発達障害、アルコール依存症、糖尿病の事例のうちの1種類について、その病名を回答するよう依頼

## 結果

対象の属性；男女：各1,000人、年齢：10歳毎の各年齢においてそれぞれ400人

事例 \ 回答	統合失調症	うつ病	自閉症	アルコール依存症	糖尿病	こころの病気	からだの病気	ストレス
統合失調症	4.8%	38.6%	1.8%	0.0%	0.0%	21.4%	0.0%	14.0%
大うつ病性障害	1.4%	58.6%	0.2%	0.0%	0.2%	15.4%	0.8%	17.4%
広汎性発達障害	0.4%	0.4%	45.8%	0.2%	0.0%	11.4%	0.2%	3.6%
アルコール依存症	0.0%	1.2%	0.0%	85.0%	0.2%	4.2%	0.0%	7.6%
糖尿病	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	87.5%	0.1%	1.2%	1.2%

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
主任研究者；竹島正

## 精神疾患に対する国民の理解②

### 「こころのバリアフリー宣言」の内容に関わる調査結果

- 「考えている」「やや考えている」と回答した割合
- 「こころの健康」への関心；82.1%
  - 精神疾患を自分の問題として考えている；42.2%
  - ストレスを減らす生活を心がけることが必要である；94.5%
  - こころの不調に早く気づくことが大事である；96.2%
  - 精神疾患は早期の治療や支援で多くは改善する；91.2%
  - 精神疾患は誰もがかかりうる病気である；82.4%

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
主任研究者；竹島正

#### (参考)

- 激しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある；  
「そう思う」と回答した割合 51.8%  
(平成9年 全国精神障害者家族会連合会)

## 今後の議論の進め方（案）

## 1 検討の背景

- 精神医療福祉施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めるため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）に基づき、具体的な施策を展開してきている。
- 精神障害者福祉については、障害者自立支援法の制定により、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化するとともに、サービス提供の責任主体を市町村に統一し、これにより、遅れていた精神障害者福祉の基盤整備を進める上で、制度的枠組みが整っている。
- また、精神医療については、ビジョンに基づき、累次の診療報酬改定により、患者の病態に応じた病床の機能分化の推進や、入院患者の退院の促進、地域生活を支える医療の充実の各側面から、評価の充実に努めてきている。  
なお、平成18年の医療制度改革における医療計画制度の見直しにおいては、一定の疾病や事業について医療連携体制を構築し、それを都道府県の医療計画に明示することとされたところであるが、精神医療についてはその対象となっていない。

## 2 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的な考え方及び方向性

- 今後も、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な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、本検討会における議論は、この考え方に基づき、以下の方向性で進めてはどうか。

## ①地域生活を支える支援の充実

## 【考え方】

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通院・在宅医療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。

## ②精神医療の質の向上

## 【考え方】

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。

## ③精神疾患に関する理解の深化

## 【考え方】

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。

#### ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

##### 【考え方】

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。

- 本検討会においては、上記の基本的考え方や方向性を念頭に置いて、ビジョンの後期重点施策群として取り組むべき具体的方策の検討を行うこととしてはどうか。

### 3 議論の進め方

- 入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る方策については、平成21年に予定される障害者自立支援法の見直しや障害福祉サービスに係る報酬の改定との関連が深いものもあると考えられる。このため、本検討会においては、平成20年末を見据え、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援の観点からの議論を優先して行うこととしてはどうか。
- その際、精神障害者が安心して地域生活を送るためには、通院医療や在宅医療といった日常的な医療や、症状の急変時における精神科救急医療へのアクセスが十分に確保されていることが必要であることから、精神障害者の地域生活を支える医療のあり方についても念頭に置きつつ議論を進めることとしてはどうか。
- なお、長期入院患者への対応については、その患者像が年齢や入院期間などにより多様であり高齢者の割合が高くなっていることや、長期にわたる入院医療を必要とする者もいること、また、近年、新規入院患者の大半が1年以内に退院していること等を踏まえ、住まいの場などの受け皿や福祉サービスの確保など、患者の特性毎にきめ細かい議論を行うこととしてはどうか。
- その上で、累次の診療報酬改定や医療制度改革の動向を踏まえつつ、病状期や疾患ごとの精神医療のあり方を念頭に置いて、病床等の機能分化をはじめとする精神保健医療の各論に関する議論を行うこととしてはどうか。
- 効果的な普及啓発の実施は、本人やその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と考えられることから、精神疾患に関する理解の深化については、こうした観点やこころのバリアフリー宣言の普及状況を踏まえて議論を行うこととしてはどうか。

#### 4 その他

- 検討会における事務局からの提出資料は、基本的に以下の構成とし、検討会では、これらの資料を踏まえて議論を行うこととしてはどうか。
  - ・精神保健医療福祉の現状についての客観的データ
  - ・客観的データを踏まえて事務局として考える主な論点
  - ・前回の議論の要旨
- 各委員に資料の提出の希望がある場合には、提出を行う回に先立って、検討会の場で発言の上、資料の内容に関連する議題を扱う回において提出することを原則としてはどうか。
- なお、ビジョンの後期 5 年間の重点施策群については、検討会における検討結果を十分に踏まえ、施策の方向性及び具体的な目標を提示することとする。

#### 5 当面のスケジュール

4月11日 検討会設置・第1回検討会

第2回検討会

議題「地域生活支援体制について」(予定)

第3回検討会

議題「精神保健医療体系について」(予定)

「精神疾患に関する理解の深化について」(予定)

(以降随時開催)

7月 論点整理(予定)

(以降随時開催)

12月 中間まとめ(予定)