

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
20 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
21 の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

22 ○ 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
23 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
24 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
25 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
26 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
27 付けで設けられたものであった。

28 ①「受入条件が整えば退院可能な者」について

29 ・ 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
30 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
31 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
32 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
33 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
34 ある。」とされている。

35 ②精神病床数について

36 ・ 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
37 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%
38 以下）及び退院率（1年以上群）の目標（29%以上）を達成する
39
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。

4 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。一方でもかしながら、
15 統合失調症に関する理解が十分でない遅れているなどの課題がある。
16 精神障害に関する国民の理解は未だ十分ではない。

17 ○ 「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
18 いては、

19 ・ 「各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下にする」と
20 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
21 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
22 傾向にあり、平成18年時点で29.7%となっている。

23 ・ また、「各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上にする」
24 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
25 あり、平成18年時点で23.0%となっている。

26 ※ 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
27 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
28 る。

29 ○ 「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
30 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
31 近の平成17年の同調査では、約7.6万人となっている。

32 ○ 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
33 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
34 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
35 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
36 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
37 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

1 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、
2 ほとんど減少していない。

3 その背景には、地域資源のがまだ十分に整備がまだ途上にあるされ
4 ていないことに加え、医療計画に定められた基準病床数の達成に向
5 けた都道府県による取組や、患者の治療療養環境の改善、人員配置
6 等の充実を通じた個々の医療機関による医療の質の向上のための取
7 組を直接に支援し促すする施策が不十分であったことがあると考え
8 られる。

10 (3) 改革ビジョンの目標設定に関する評価

11 ①国民意識変革の達成目標について

12 ○ 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
13 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
14 る、といった効果が期待される。

15 ○ 一方で、「こころのバリアフリー宣言」によるのような国民一般を
16 広く対象とする普及啓発については一定の効果が見られるが、上記
17 のような普及啓発の効果を目標値を定め推進していくことについて
18 は、それによって、上記のような普及啓発の効果を十分に適切に把
19 握しつつ、普及啓発における課題に対応する新たな目標値の設定と
20 その推進が必要することは困難と考えられる。

21 ②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標について

22 ○ 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、
23 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
24 計上されていることから、平均残存率、退院率による目標は、必ずし
25 も在院患者数の減少を把握するための新たな指標が必要であるとな
26 らないという問題がある。

27 ○ 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
28 は一方で、平均残存率、退院率など、精神病床全体を包括した目標設
29 定に加えてのみでは、統合失調症、認知症など、様々な分野の施策の
30 効果を反映し進捗の管理に資する指標の設定が求められる。が反映さ
31 れにくく、進捗の管理が難しいという課題もある。

32 ③「受入条件が整えば退院可能な者」について

33 ○ 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
34 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
35 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、
36 ・ 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
37 院可能な者が増えることにより、退院可能な者が増えることにより、退
38 院可能な者が増えることにより、退院可能な者が増えることにより、退

1 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
2 なることが予想されること

- 3 ・ 「受入条件を整えば退院可能な者」は、いずれの調査時点でも
4 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
5 こと

6 等の理由から、経年的な施策の根拠としては、その効果や達成状況
7 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。

8 9 ④精神病床数について

- 10 ○ 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
11 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
12 て掲げることが適当である。

13 14 2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

- 15 ○ 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
16 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をは
17 じめ関係者は、その反省に立つべきである。

18 ~~つた上で、「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~~
19 ~~いて、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。~~

- 20 ○ その上で、精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及
21 び精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
22 国際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
23 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
24 く施策の立案・実施方策を更に加速す推し進めるべきである。

- 25 ○ 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る
26 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
27 立って、以下のような視点もを踏まえて、施策を推進すべきである。

- 28 ・ 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
29 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
30 生活に戻ることができるようにするという視点
- 31 ・ 精神障害者が、住み慣れた地域において、本人の症状状態に応じ
32 て、日常的な外来・在宅医療や緊急時の救急医療等の医療サービス
33 を受け、や、本人の意向に応じて地域生活の支援や就労に向けた支
34 援などの福祉サービス等を受けることができ、長期に入院していた
35 者も含めて、精神障害があっても地域において安心して自立した生
36 活を送ることができるようにするという視点
- 37 ・ 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
38 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

1 | 地域を拠点として、個々の精神障害者の希望や症状意向や状態に応
2 | じたふさわしい支援を提供できるようにするという視点

- 3 ○ 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
4 | きである。

5 ①精神医療の質の向上

6 | 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
7 | 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
8 | したにおける精神医療提供体制の構築を図り、また、個々の患者に
9 | 提供され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
10 | 人権に配慮した質の高い医療が提供される体制を作る。

11 ②地域生活を支える支援の充実

12 | 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
13 | スの充実等により、高齢の者も含め、精神障害者が、その意向希望
14 | や症状状態に応じて、地域において質が高い支援を十分に受けるこ
15 | とができる体制を作る。

16 ③精神疾患に関する理解の深化

17 | 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
18 | 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、
19 | 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
20 | 会を構築する。

21 ④地域生活への移行・定着支援

22 | 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
23 | 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
24 | つ、地域生活への移行・定着が円滑に行われる流れを作る。

25 ⑤精神障害者・家族の視点に立った支援体制の構築

26 | 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
27 | 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
28 | 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
29 | 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
30 | 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
31 | る。

- 32 ○ 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
33 | 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、
34 | 以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

35 1) 精神保健医療体系の再構築

36 2) 精神医療の質の向上

37 3) 地域生活支援体制の強化

38 4) 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

39

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における機能や他の医療施設との連携をの強
9 化することはもとより、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業
10 者、学校等の関係機関とも十分な連携を図りつつ、地域において、幅
11 広いニーズ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
12 を構築していく必要がある。

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
15 精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
16 精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
17 開発等を通じて都道府県等への支援を行うる仕組みとしていくこと
18 も重要である。

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、医療従事者1人当たりの病床数は、精神科看護師、精神
17 科ソーシャルワーカーのいずれでも、病床当たりの医療従事者数は、
18 諸外国と比較して少なく多くなっている。

19 20 ①入院医療の現状

21 ○ 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
22 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
23 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
24 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
25 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
26 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。

27 ○ 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
28 い人員配置を評価する体系となっている。

29 ○ 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
30 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
31 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
32 る。

33 ○ 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
34 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
35 等による評価体系とはなっていないという指摘がある。

36 ○ 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

1 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
2 齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

3 4 ア 統合失調症

5 ○ 統合失調症の入院患者数については、地域移行等の努力が現状通り
6 であった場合、今後減少することが予想される。

7 ○ 一方、ADL や IADL の障害を主たる原因として入院しているなど、
8 居住先や支援が整えば退院できる患者が存在することを踏まえると、
9 福祉サービスの供給量を増加させ、また、精神科救急医療、訪問看護
10 等の地域生活を支える医療の充実を図ることにより、入院患者数を現
11 状がそのまま推移した場合の予測値よりも更に減少させることが可
12 能と考えられる。

13 14 イ 認知症

15 ○ 我が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増
16 加が予測される。

17 ○ 認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定
18 診断、療養方針の決定、症状状態の変化に対応した療養方針の見直し
19 を行う機能、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADL
20 の低下や IADL の著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD (認
21 知症の行動・心理症状) に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾
22 患に対する医療の提供に大別される。

23 ○ これらのうち、①の機能や、④のうち顕著な BPSD の急性期に対す
24 る医療の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と考えられる。

25 ○ また、⑤については、BPSD が入院を要する程度にある場合におい
26 て、BPSD に対する医療の提供とあわせて、

27 (ア) いわゆる総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医
28 療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、

29 (イ) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割
30 を担う

31 ことが求められている。

32 ○ 鑑別診断、BPSD や急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者
33 に対する専門医療を提供できる体制の確保・普及を図ることが必要
34 であるが、その一方で、認知症病棟をはじめとする精神病床において
35 は、専門的な医療機能を発揮する上で、人員配置、身体合併症に対応
36 する機能等が十分でないとの指摘がある。

- 1 ○ 一方、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増
2 加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD
3 等の症状の消退後等にも、退院先の確保待ちやセルフケア能力の支援
4 等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要さない状態でも入院
5 を継続している者が存在している。
- 6 ○ このように、医学的に精神病床への入院が必要な者は、現在の入院
7 患者の中では一定割合であるものと考えられ、また、BPSD や身体合
8 併症等の患者の症状に対応する専門医療の資源が十分有効に機能し
9 ていないという課題がある。
- 10 ○ 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との
11 連携を図るため、認知症疾患医療センターの整備が進められているが、
12 現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足してい
13 る。
- 14 ○ 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、
15 療養病床を有する医療機関や介護老人保健施設（介護療養型を含む。）
16 等において対応するための機能や、実際に受け入れられる施設が十分
17 でないとの指摘がある。
- 18
- 19 **ウ 身体合併症**
- 20 ○ 精神科患者の高齢化や、自殺企図等の患者に適切な診療が求められ
21 る中で、精神・身体合併症に対応する診療機能のニーズが増大してい
22 るが、従事者が未習熟、他科の医師のサポートが得られにくいこと等
23 を背景として、一般病床、精神病床のいずれにおいても、精神・身体
24 合併症患者への対応が十分でない。
- 25 ○ 急性期の身体疾患の治療後等を含め、身体疾患を有する精神疾患患
26 者の入院を受け入れる医療機関が乏しいとの指摘がある一方、精神科
27 病院の入院患者の高齢化に伴い、このような医療のニーズが増大して
28 いる。
- 29 ○ いわゆる総合病院精神科（以下、「総合病院精神科」という。）につ
30 いては、精神・身体合併症の入院診療を提供することが期待されてお
31 り、また、このような入院診療の提供や各科連携した総合的な医療機
32 能、全身麻酔下での十分な身体管理が必要な m-ECT（修正電気けいれ
33 ん療法）の実施等の様々な機能を発揮するため、一般病床と同等の医
34 師の配置を行うこととなっている。
- 35 ○ 総合病院精神科における、特に急性期の身体合併症対応機能の充実
36 を図るための入院料の創設等が行われているが、その普及はまだ十分

1 に進んでおらず、医療の内容も異なるため単純な比較はできないもの
2 の一般病床との間で収入に差があることや、勤務の負荷を背景とした
3 精神科医の不足等を要因として、総合病院精神科において、廃止や病
4 床の縮小が相次いでいる。

6 エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

- 7 ○ 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は、
8 近年やや減少傾向にあるが、この中には、気分障害等の患者が増加し
9 ている疾患や依存症等の今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含ま
10 れている。

12 ②疾患等に応じた精神医療の現状

13 ア 気分障害

- 14 ○ 精神科を受診する気分障害患者は近年著しく増加しているが、気分
15 障害は疾患として自覚されにくい症状が多様なため、精神科を受診し
16 ていない患者が多く、特にかかりつけ医等で見逃されている場合が多
17 いと考えられる。

- 18 ○ また、気分障害については、薬物療法、精神療法等を含めた総合的
19 な精神科治療の標準化が進んでいないほか、社会復帰への取組が十
20 分でないことに加え、慢性・遷延例の治療への対応が十分でないとい
21 指摘されている。

23 イ 依存症

- 24 ○ これまでの薬物・アルコール対策は、薬物・アルコールの不適正使
25 用・有害使用の防止に重点がおかれ、依存症に対する治療的な視点が
26 乏しく、対策が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けに
27 くい状況が生み出されていると指摘されている。

- 28 ○ 依存症治療においては、医療、リハビリ施設、自助グループ等の様々
29 な試みが行われているが、それらの役割等が不明確であるという指摘
30 がある。

- 31 ○ また、依存症のリハビリ施設については、障害者自立支援法のサー
32 ビス形態の活用の例があるものの運営のモデルは確立されておらず、
33 運営が不安定であるとの指摘がある。

35 ウ 児童・思春期精神医療

- 36 ○ 児童・思春期精神医療は、発達障害児への支援や、精神疾患の早期
37 発見・早期支援の観点からも重要である。

- 1 ○ 一方で、児童・思春期精神科を専門とする医師の養成不足や、精神
2 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
3 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、
4 医療提供体制が需要に対応しきれていない。

6 ③発症早期における支援の現状

- 7 ○ 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
8 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
9 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
10 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
11 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
12 かかっているとの報告がある。

- 13 ○ 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
14 ～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
15 は標準的な支援方法が確立されていない。

- 16 ○ 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
17 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
18 いう課題もある。

- 19 ○ 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
20 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
21 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
22 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。

24 ④地域精神保健医療提供体制と精神科医療機関の機能の現状

25 (地域精神医療提供体制について)

- 26 ○ 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
27 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
28 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
29 支えるための医療機能が求められている。

30 特に、

- 31 ・ 在宅医療（訪問看護、危機介入等）
- 32 ・ 早期支援
- 33 ・ デイ・ケア等の機能強化・分化
- 34 ・ 精神科救急
- 35 ・ 身体合併症への対応
- 36 ・ 認知症等の高齢化への対応
- 37 ・ 専門的な機能（児童思春期・依存症等）

1 等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。

2 ○ 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
3 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
4 体制の構築が課題となっている。

5 ○ 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
6 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
7 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
8 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
9 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
10 「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
11 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
12 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
13 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
14 置付けられていない。

15 ○ 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、
16 「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

17
18 （地域における精神保健体制について）

19 ○ 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」
20 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
21 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
22 所は、訪問指導等を通じた精神障害者の早期治療の促進、心の健康づ
23 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
24 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
25 動を行うこととされている。

26 ○ 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
27 する相談指導のうち、福祉に関するものを実施することとされている
28 ほか、精神保健に関する相談指導についても、実施に努めることとさ
29 れている。

30 市町村における精神障害者に関する相談指導の実施件数は増加し
31 ており、市町村は、精神障害者福祉に関する相談指導のほか、精神保
32 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
33 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。

34 ○ 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、
35 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
36 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