

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。

2  
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。

7  
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  
32

## 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

32 ○ 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  
33 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  
34 等による評価体系とはなっていないという指摘がある。

35 ○ 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  
36 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

1 齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

### 3 ア 統合失調症

4 ○ 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  
5 であった場合、今後減少することが予想される。

6 ○ 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、  
7 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、  
8 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  
9 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  
10 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  
11 能と考えられる。

### 13 イ 認知症

14 ○ 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  
15 加が予測される。

16 ○ 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  
17 診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行  
18 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 の低  
19 下や IADL の著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD（認知症  
20 の行動・心理症状）に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に  
21 対する医療の提供に大別される。

22 ○ 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  
23 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。

24 ○ 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  
25 て、BPSD に対する医療の提供とあわせて、

26 (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  
27 療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、

28 (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  
29 を担う

30 ことが求められている。

31 ○ 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  
32 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  
33 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  
34 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  
35 する機能等が十分でないとの指摘がある。

36 ○ 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

1 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  
2 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  
3 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  
4 を継続している者が存在している。

5 ○ 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  
6 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  
7 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  
8 ていないという課題がある。

9 ○ 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  
10 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、  
11 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  
12 る。

13 ○ 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、  
14 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。）  
15 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  
16 でないとの指摘がある。

## 17 ウ 身体合併症

18 ○ 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  
19 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  
20 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  
21 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  
22 合併症患者への対応が十分でない。

23 ○ 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  
24 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  
25 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  
26 いる。

27 ○ 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  
28 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  
29 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  
30 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  
31 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  
32 師の配置を行うこととなっている。

33 ○ 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  
34 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  
35 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  
36

1 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  
2 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  
3 床の縮小が相次いでいる。

#### 5 エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

- 6 ○ 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、  
7 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  
8 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  
9 れている。

### 11 ②疾患等に応じた精神医療の現状

#### 12 ア 気分障害

- 13 ○ 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  
14 障害は疾患として自覚されにくいいため、精神科を受診していない患者  
15 が多く、特にかかりつけ医等で見逃されている場合が多いと考えられ  
16 る。

- 17 ○ また、気分障害については、薬物療法、精神療法を含めた総合的な  
18 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分でないこ  
19 とに加え、慢性・遷延例の治療への対応が十分でない指摘されてい  
20 る。

#### 22 イ 依存症

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

- 27 ○ 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  
28 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  
29 がある。

- 30 ○ 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  
31 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、  
32 運営が不安定であるとの指摘がある。

#### 34 ウ 児童・思春期精神医療

- 35 ○ 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  
36 発見・早期支援の観点からも重要である。

- 37 ○ 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

1 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  
2 か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、  
3 医療提供体制が需要に対応しきれていない。

### 5 ③発症早期における支援の現状

6 ○ 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  
7 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  
8 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  
9 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  
10 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  
11 かけているとの報告がある。

12 ○ 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  
13 ～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  
14 は標準的な支援方法が確立されていない。

15 ○ 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  
16 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  
17 いう課題もある。

18 ○ 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  
19 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  
20 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  
21 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。

### 23 ④地域精神保健医療提供体制の現状

24 （地域精神医療提供体制について）

25 ○ 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  
26 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  
27 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  
28 支えるための医療機能が求められている。

29 特に、

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

37 等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。

1 ○ 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  
2 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  
3 体制の構築が課題となっている。

4 ○ 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  
5 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  
6 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  
7 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  
8 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  
9 （「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  
10 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  
11 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  
12 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  
13 置付けられていない。

14 ○ 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、  
15 「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

16  
17 (地域における精神保健体制について)

18 ○ 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」  
19 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  
20 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  
21 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  
22 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  
23 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  
24 動を行うこととされている。

25 ○ 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  
26 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  
27 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  
28 れている。

29 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  
30 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  
31 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  
32 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。

33 ○ 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、  
34 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  
35 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  
36 対する技術指導・援助を実施することとされている。

1 ○ 地域において、これらの機関の役割分担と連携の下で、精神障害者  
2 への早期治療、地域移行・地域定着のための支援等が行われることが  
3 求められるが、その一方で、訪問指導や危機介入等のこれまで保健所  
4 が主に担ってきた地域保健活動の機能が低下しているとの指摘もあ  
5 る。

6 ○ また、近年では、高い水準で推移する自殺の防止対策の推進や、大  
7 規模災害や犯罪被害者における PTSD への対応等、心の健康づくりに  
8 関するニーズは多様化しており、保健所、精神保健福祉センター等が、  
9 地域における関係機関のネットワークの中で十分に機能することが  
10 重要である。

11 特に自殺防止対策においては、保健所、精神保健福祉センター等が  
12 自ら精神保健活動を担うことに加え、産業保健や雇用、児童福祉、地  
13 域福祉、学校教育等の領域の多様な主体との連携を確保することが求  
14 められる。

## 15 ⑤精神科医療機関における従事者の確保の現状

16 ○ 精神科（神経科を含む）に従事する医師数は、他科の医師と比較し  
17 て高い割合で増加してきているが、病院に勤務する医師の増加のペー  
18 スが鈍い一方、精神科診療所に勤務する医師は急速に増加しており、  
19 他科と同様、免許取得から 10～20 年程度で、病院等から診療所への  
20 勤務に移行する医師が多くなっている。

21 ○ 精神科に従事する看護職員等のコメディカルの数は、徐々に増加し  
22 ている。しかし、全科の看護職員の総数と比較すると、精神科に従事  
23 する看護職員の増加のペースは鈍い傾向にある。

## 24 (2) 改革の基本的方向性

25 精神保健医療体系については、今後、以下の基本的考え方に沿って具  
26 体的改革を実施すべきである。

27 ○ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直しなど、医療制度全体に係  
28 る近年の取組の状況や、医療・介護一体となった今後の改革の方向性  
29 も念頭に置きつつ、人員の充実を促すこと等を通じて、精神保健医療  
30 の水準の向上を目指す。

31 ○ 「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の実現に向け  
32 て、精神医療の提供体制についても入院医療を中心とする体制から地  
33 域で精神障害者を支える体制への再編を図る。

34 このため、これまで入院医療を中心に精神障害者の支援を担ってき  
35 た医療機関等が、地域社会を支える主体の一つとして、円滑に、訪問  
36 37

1 診療、訪問看護等の精神障害者の地域生活を支える機能を充実させて  
2 いくことを促すための方策を講ずる。

3 ○ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患等（統合失調症、認知症、  
4 うつ病、児童・思春期、身体合併症等）に応じて、入院医療をはじめ  
5 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  
6 地域における精神医療提供体制の姿を提示する。

7 ○ 入院医療については、統合失調症、認知症及び高齢化の進行等に伴  
8 いニーズが高まっている身体合併症を、特に重点的に対応すべき領域  
9 として位置付け、入院医療の再編・重点化を進める。

10 ・ 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の短期  
11 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、疾患  
12 に応じた将来的な入院患者数の目標の設定等を行い、更には病床の  
13 必要数を明確化する。

14 ・ それに併せて、精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあ  
15 り方や、介護保険施設等の生活の場の確保、介護保険サービスの機  
16 能の充実等を含めた認知症に係る体制の全体像に関する検討を行  
17 う。

18 ・ これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の  
19 整備を進めるとともに、それぞれの医療機能にふさわしい人員・構  
20 造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合  
21 失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を  
22 図る。

23 ・ また、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL  
24 への支援を要する状況であることを踏まえ、生活の場の確保のため  
25 の方策を具体化する。

26 ○ 精神医療の質の向上の取組を進めつつ、精神疾患の発症後早期に、  
27 安心して適切な支援を受けられるような体制を構築する。

28 ○ 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  
29 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。

### 30 31 (3) 改革の具体像

#### 32 ①入院医療の再編・重点化

##### 33 【総論】

34 ○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実  
35 を目指すべきである。

36 ○ このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた医師、看護師

1 等の人員基準とその評価の充実を図りつつ、これに並行して、医療法  
2 に基づく人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置を向上  
3 させるべきである。

4 ○ 特に、医療法に基づく人員配置標準において、現在精神病床のみで  
5 認められている看護配置の経過措置については、看護職員の確保の状  
6 況、地域医療への影響等も見極めながら、その見直しを検討すべきで  
7 ある。

8 ○ さらに、一般病床の水準も念頭に置いて、精神病床数の適正化等の  
9 取組も進めながら、病棟における治療環境の改善や、将来的な人員配  
10 置の一層の向上を目指すべきである。

11 ○ また、患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場  
12 の適切かつ優先的な確保を図るという観点から、医学的観点による入  
13 院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案しつつ、  
14 重症度に応じて評価を行う体系の導入について検討すべきである。そ  
15 のために必要な調査及び分類・評価方法の開発を進めるべきである。  
16

## 17 【各論】

### 18 ア 統合失調症

19 ○ 統合失調症の入院患者数は、平成 17 年に 19.6 万人であったが、地  
20 域移行等について現状の取組がそのまま推移した場合でも、平成 26  
21 年までに 2.5 万人程度の減少、平成 32 年までには 4.7 万人程度の減  
22 少が見込まれている。

23 ○ これを一層加速する観点から、統合失調症の入院患者数について、  
24 改革ビジョンの終期に当たる平成 26 年までに 15 万人程度にまで減少  
25 (平成 17 年と比べ 4.6 万人の減少) させることができるようにすべ  
26 きである。

27 具体的には、人員配置の向上等の入院医療の充実により一層の地域  
28 移行を促すとともに、精神科救急医療や、患者の多様な状態を踏まえ  
29 た訪問診療、訪問看護等の地域生活を支える医療サービスの充実、障  
30 害福祉計画の目標値の見直しやそれに基づく障害福祉サービスの一  
31 層の計画的な整備を行うなど、各般の施策を講じるべきである。

32 ○ また、平成 26 年の改革ビジョンの終期において、その達成状況も  
33 踏まえつつ、平成 27 年以降における更なる減少目標値を設定し、各  
34 般の施策を展開することにより、その実現を目指すべきである。

35 ○ その際、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL  
36 への支援を要する状況であり、適切な生活の場を確保することが必要

1 であることから、障害福祉サービスの拡充を進めるとともに、介護保  
2 険サービスを活用した生活の場の確保と適切な医療の提供について  
3 も検討すべきである。

## 4 5 イ 認知症

6 ○ 今後認知症高齢者の増加が予想されることや世帯構造の変化を踏  
7 まえ、平成22年度までのものとして現在行われている、認知症の有  
8 病率や認知症に関わる医療・介護サービスの実態等に関する調査を早  
9 急に進め、その結果等に基づき、認知症の専門医療機関の機能を更に  
10 明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介  
11 護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。

12 ○ 入院が必要な認知症の患者像を明確化した上で、BPSDや、急性期  
13 の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター  
14 の機能の拡充・整備の促進を図り、これらの専門医療機関を確保する  
15 とともに、

16 ①認知症病棟等の体制の充実

17 ②身体合併症に対応する機能の確保

18 等を行うことが必要である。

19 ○ その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確  
20 保し、また、精神科の専門医療を機能させるためにも、入院治療を要  
21 さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の生活の  
22 場の更なる確保と適切な医療の提供、認知症に対応した外来医療及び  
23 介護保険サービスの機能の充実について検討すべきである。

24 ○ なお、生活の場の更なる確保に当たっては、今後の認知症患者の一  
25 層の増加に対応できる体制を確保する観点から、既存の施設に必要な  
26 機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要と考えられる。

27 ○ また、あわせて、精神症状の面では入院を要する程度にはないが、  
28 急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適  
29 切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病床及び療養病床の認  
30 知症対応力の強化のための方策についても検討すべきである。

31 ○ 慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設（介  
32 護療養型を含む）等において対応が図られているが、認知症患者の身  
33 体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、  
34 精神症状の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科病院にお  
35 いても、身体合併症への一定の対応を行なうために必要な方策を検討  
36 すべきである。

- 1 ○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を  
2 図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療  
3 所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきである。

#### 4 5 ウ 身体合併症

- 6 ○ 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、  
7 精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科リエゾ  
8 ン診療（身体疾患への治療と並行して、精神科医が精神病床以外に入  
9 院する患者の精神疾患の治療を行うもの）の充実について検討すべき  
10 である。また、あわせて、医療法施行規則第10条第3号の規定（精  
11 神疾患患者を精神病床以外に入院させないとする規定）について、身  
12 体合併症への対応を円滑化する観点から、その見直しを検討すべきで  
13 ある。

- 14 ○ いわゆる総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機  
15 能等の総合的な機能を有することを踏まえ、精神病床の確保とともに、  
16 求められる機能の充実を図るための方策について検討すべきである。

- 17 ○ いわゆる総合病院精神科をはじめ、精神・身体合併症への診療機能  
18 等の総合的な機能を有する医療機関の確保を図るためには、求められ  
19 る機能に応じて、報酬上の評価だけでなく、事務補助者の拡充等の従  
20 事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等との連携の拡充についても  
21 検討すべきである。

- 22 ○ 精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療  
23 管理を行うなどの役割を発揮できるための方策を検討すべきである。

- 24 ○ 精神科医師のキャリアにおいても、精神・身体合併症診療の経験が  
25 積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要である。

#### 26 27 エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

- 28 ○ 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につ  
29 いては近年やや減少傾向にあるが、多様な疾患等に対応する入院医療  
30 体制を確保する観点から、当面、これまでと同程度と見込むことが適  
31 当である。

### 32 33 ②疾患等に応じた精神医療等の充実

#### 34 ア 気分障害

- 35 ○ 気分障害の患者を早期に発見し適切に診断できるよう、内科医や小  
36 児科医等のかかりつけ医から精神科につなぐための対策を、引き続き  
37 進めるべきである。

- 1 ○ 気分障害患者に対して適切な精神医療を提供するため、診療ガイド  
2 ライン等の作成を進めること等により、医療の質の向上を図るべきで  
3 ある。
- 4 ○ 特に、海外でうつ病等への有効性が確認されている認知行動療法に  
5 ついては、国内での適応及び有効性の検証を進めた上で、普及を図る  
6 べきである。
- 7 ○ 気分障害の治療について、復職等の社会復帰の取組を積極的に進め  
8 るとともに、慢性化・遷延化への対応を含め、治療・支援の方法に関  
9 する研究を進め、成果の普及を図るべきである。

## 10 11 **イ 依存症**

- 12 ○ 依存症患者の回復に向けた支援について、以下のような観点を踏ま  
13 えた総合的な取組を強化すべきである。
- 14 ・ 依存症が疾病であるという視点を持って、依存症の普及・啓発や、  
15 患者の治療・支援に当たるべきである。
  - 16 ・ 依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、  
17 自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化  
18 して普及を図るべきである。
  - 19 ・ 依存症に対する医療の機能強化を図るとともに、依存症のリハビ  
20 リ施設や自助グループがより効果的に活動できるよう、その支援の  
21 あり方について検討すべきである。

## 22 23 **ウ 児童・思春期精神医療**

- 24 ○ 児童・思春期精神医療の普及を図るためには、まず、児童・思春期  
25 患者に専門的に対応できる医師数の拡大に取り組むとともに、一般の  
26 精神科医や精神科の後期研修医に対しても、児童・思春期精神医学の  
27 研修等を進めるべきである。
- 28 ○ また、医療機関が児童・思春期精神医療により積極的に取り組むた  
29 めの施策を講じ、専門病床及び専門医療機関の確保や身体合併症への  
30 対応など、医療提供体制の拡充を図るべきである。
- 31 ○ なお、児童では発達障害への対応が中心となるなど、上記の対策を  
32 講ずるに当たっては、児童と思春期での患者の特性を踏まえることが  
33 必要である。特に発達障害については、健診等を通じた早期発見から  
34 早期対応につなげる体制作りや、都道府県・指定都市単位で設置され  
35 る発達障害者支援センターを中核としたライフステージに応じた一  
36 貫した支援体制との連携の強化が必要である。