

1 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
2 ある。

3 ○ さらに、精神病床数の適正化等の取組も進めながら、治療環境の改
4 善や、将来的な人員配置の一層の向上を目指すべきである。

5 ○ 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
6 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
7 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、
8 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
9 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。

10 11 【各論】

12 ア 統合失調症

13 ○ 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
14 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
15 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
16 少が見込まれている。

17 ○ 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、
18 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
19 (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
20 きである。

21 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
22 移行を促すとともに、精神科救急医療や、患者の多様な症状を踏まえ
23 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
24 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
25 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。

26 ○ 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
27 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
28 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。

29 ○ 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
30 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
31 であることから、障害福祉サービスに加えて介護保険サービスを活用
32 した生活の場の確保についても検討すべきである。

33 34 イ 認知症

35 ○ 平成 22 年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率
36 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急に

1 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明確
2 化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介護保
3 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。

4 ○ 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
5 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
6 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
7 とともに、

8 ①認知症病棟等の体制の充実

9 ②身体合併症に対応する機能の確保

10 等を行うことが必要である。

11 ○ 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
12 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
13 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
14 場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービ
15 スの機能の充実について検討すべきである。

16 ○ 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
17 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
18 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。

19 ○ 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、
20 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
21 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
22 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。

23 ○ 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
24 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
25 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、
26 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
27 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
28 討すべきである。

29 ○ 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
30 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
31 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。

32 33 ウ 身体合併症

34 ○ 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、
35 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
36 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

1 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
2 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
3 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
4 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
5 ある。

6 ○ 総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機能等の総
7 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、その機
8 能の充実を図るための方策について検討すべきである。

9 ○ 総合病院精神科の確保を図るためには、報酬上の評価だけでなく、
10 事務補助者の拡充等の従事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等と
11 の連携の拡充についても検討すべきである。

12 ○ 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
13 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。

14 ○ 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
15 積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要である。

16 エ その他の疾患等(気分障害、依存症、児童・思春期等)

17 ○ 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
18 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
19 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
20 当である。
21

22 ②疾患等に応じた精神医療等の充実

23 ア 気分障害

24 ○ うつ病患者を早期に発見し適切に診断できるよう、かかりつけ医や
25 小児科医等から精神科につなぐための対策を、引き続き進めるべきで
26 ある。
27

28 ○ 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
29 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
30 ある。

31 ○ 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
32 ついては、国内での有効性の検証を進めた上で、普及を図るべきであ
33 る。

34 ○ 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
35 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

1 する研究を進め、成果の普及を図るべきである。

3 イ 依存症

4 ○ 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
5 えた総合的な取組を強化すべきである。

- 6 ・ 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、
7 患者の治療・支援に当たるべきである。
- 8 ・ 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、
9 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
10 して普及を図るべきである。
- 11 ・ 依存症のリハビリ施設や自助グループがより効果的に活動できる
12 よう、その支援のあり方について検討すべきである。

13 ウ 児童・思春期精神医療

14 ○ 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
15 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
16 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
17 研修等を進めるべきである。

19 ○ 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
20 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
21 対応など、医療提供体制の拡充を図るべきである。

22 ○ 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
23 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
24 必要である。特に発達障害については、都道府県・指定都市単位で設
25 置が進められている発達障害者支援センターを中核として、ライフス
26 テージに応じた一貫した支援体制の構築が進められており、これらの
27 支援体制との連携を強化していくことが必要である。

28 ③早期支援体制の検討

29 ○ 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防のため、また、
30 その他の様々な精神症状に的確に対応するため、モデル的な実施・検
31 証を経て、段階的に早期支援体制の構築に向けた以下の取組を進める
32 べきである。

- 33 ・ 我が国において、統合失調症を発症して2～5年の臨界期の患者
34 やその家族等への標準的診療・支援方法の確立と、予後の改善に関
35 する効果の検証を行う。
- 36 ・ 若年者やその家族がアクセスしやすく、専門的・包括的な診療・
37 支援を提供できる医療機関について、モデル的な実施・検証を経て、
38

普及を図る。

- ・ 若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援について、医療従事者への研修の実施等により質の向上を図る。
- ・ 地域において、普及啓発、相談支援、医療機関への紹介等を行うための、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図る。
- ・ 家族、精神科以外の医療従事者、行政機関、学校など、若年者を取り巻く支援者を対象に、研修の実施等を通じ、早期発見・紹介の方法、早期支援の効果等に関して、知識と理解の向上を図る。

- なお、早期発見をした場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることを踏まえ、精神医療の質の向上の取組を進めるとともに、早期支援の体制整備を早期かつ重点的に進めるべきである。

④地域精神医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 精神疾患患者の地域生活を支援するための地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要であり、このため、各々の精神科医療機関等が、責任を持って自院の患者の診療に当たることはもとより、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域で、医療提供体制を確保すべきである。
- このため、精神科病院が、重症者を中心として訪問看護等の在宅医療を提供する機能を充実させることを促すとともに、診療所による在宅医療・救急医療への参画、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の普及の促進を図る。
- また、上記の体制については、患者がその症状に応じて、迅速に適切な医療を受けることができるよう、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションの密接な連携の下で構築すべきである。
- このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関が必要と考えられ、その機能が適切に発揮されるよう、これらの医療機関と地域医療体制との連携体制を構築するための方策を講ずるべきである。
 - ・ 高次の精神科救急を行う精神科病院
 - ・ いわゆる総合病院精神科
 - ・ 高齢者の診療を行う精神科病院
 - ・ 極めて重症な患者の療養を行う精神科病院

※ ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限られると考えられる。

 - ・ その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神

1 科医療機関

- 2 ○ 上記の観点も踏まえ、精神保健医療体系の改革に当たって、地域の
3 ニーズに応じて、精神医療の様々な機能の提供体制や、医療機関の連
4 携体制を構築するため、医療計画において目標や医療連携体制を定め
5 るいわゆる「4 疾病 5 事業」として精神医療を位置付けることについ
6 て検討すべきである。

7 その際、精神医療については、「入院医療中心から地域生活中心へ」
8 という基本理念に基づき、患者の身近な地域で医療を確保することが
9 重要であることや、現に精神科救急の位置付けが「5 事業（救急医療
10 等確保事業）」の中で行われていること等から、「5 事業」としての位
11 置付けについて検討すべきと考えられる。

- 12 ○ その際、医療計画で定めるべき医療機能、医療連携体制及び圏域設
13 定の具体的なあり方について、更に検討すべきである。

- 14 ○ なお、精神科救急、訪問看護及びデイ・ケア等に係る改革の具体像
15 については、「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

17 ⑤精神科医療機関における従事者の確保

- 18 ○ 国民のニーズ及び若手医師のキャリア形成の双方に資するよう、学
19 会・医療機関等が連携して、若手の医療従事者の養成の充実を図るこ
20 とにより、精神医療への魅力を高め、精神科の従事者の確保を図るこ
21 とが求められる。

- 22 ○ 精神病床における医療の質の向上を図るために、段階的に看護職員
23 等の人員基準の充実を目指すとともに、医療従事者数が有限であるこ
24 とを踏まえ、精神医療の中でも、最も必要な分野に重点的に医療従事
25 者を確保する必要があると考えられる。

- 26 ○ 具体的には、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者と比べて、
27 在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領
28 域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野に勤務する医療従事者
29 が相対的に増加するよう、施策を講ずるべきである。

- 30 ○ その際、病棟から訪問看護等の地域医療への再配置が円滑にできる
31 よう支援するという視点や、新たな分野に従事する者の資質向上を図
32 るという視点を踏まえて、関係団体との連携による必要な研修の実施
33 等についても検討すべきである。

2. 精神医療の質の向上

(1) 現状

- 精神疾患にかかった場合にも、安心して早期に精神医療を受けられるようにするためには、その前提として、何よりも、患者・国民が医療を受けることによるメリットを十分に感じられることが求められる。
- そのためには、国民における精神疾患や精神医療に対する理解の深化を促すとともに、診療の質や診療に当たる従事者の資質の向上を通じて医療の質を確保し、さらには、疾患の原因や実態に関する最新の知見に基づいて、診療の内容や質を更に高めていくことが重要である。

①精神科における診療の現状

- 精神科における治療は、①抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬等の向精神薬による薬物療法等の身体療法と、②支持的療法、認知行動療法等の精神療法等の心理社会的療法とに分かれる。
- 我が国においては、向精神薬を用いた治療において、多剤・大量投与、長期少量投与、多剤・少量投与、依存性薬物の長期処方等が多く見られているが、その有効性等を懸念する指摘がある。
特に抗精神病薬の多剤・大量投与は、単剤投与と比較した有効性が明らかでない一方で、副作用のリスクが高まるとされているが、我が国では依然として諸外国よりも頻繁に実施されている。
- 一方で、認知行動療法等の精神療法は、薬物療法とともに精神科における治療法として重要なものであり、薬物療法と比較した効果が明らかになりつつあるものもある。しかしながら、精神科医師がその実践のために技術を習得する方法が必ずしも明確でないなど、普及が進んでいない。
- また、諸外国においては、診療のプロセス（過程）・アウトカム（成果）を評価し、診療の質の改善を図るために、クリニカルインディケータ（臨床指標）を収集・公開する取組が行われつつあるが、我が国では研究段階にとどまっている。

②医師等医療従事者の養成の現状

- 精神医療の質の向上のためには、その担い手である医師等の医療従事者の資質の向上のための取組を継続していくことが不可欠である。
- 医師については、精神科専門医の制度が今年度より正式に開始されるなど、精神科医の養成の充実が図られている。

1 しかしながら、具体的な研修体制や研修方法の多くが各研修機関に
2 委ねられているほか、精神療法、児童思春期精神医学など、現状では、
3 研修機関や指導者等の研修体制を十分に確保しにくい領域もある。

- 4 ○ また、その他の医療従事者についても、関係団体において、生涯教
5 育・研修等が実施されている。

7 ③研究開発の現状

- 8 ○ 精神疾患の多くは、疾患の原因や病態が十分に明らかにされていな
9 いが、国民における疾病負荷は大きく、治療法の開発等に向けた研究
10 への期待は大きい。

- 11 ○ このため、現在、統合失調症、うつ病、発達障害、自殺等の様々な
12 疾患等について、病態の解明、診断・治療法の開発・確立、精神保健
13 医療福祉施策の立案に関する研究など、幅広い領域にわたる研究が行
14 われている。

- 15 ○ 一方で、政府の研究費が近年全体として横ばいの傾向にある中で、
16 競争的に研究資源の獲得を図るためには、より大きな成果が上がるよ
17 う、効果的に研究を行う必要がある。

19 (2) 改革の基本的方向性

20 入院医療の再編・重点化等の「1. 精神保健医療体系の再構築」に掲
21 げた取組に加えて、今後、以下の基本的考え方に沿って、精神医療の質
22 の向上のための具体的改革を重点的に実施すべきである。

- 23 ○ 薬物療法をはじめとして標準的な治療の実施を促すための取組を
24 更に進めるとともに、精神医療の担い手である医療従事者の資質の向
25 上を図る。

- 26 ○ 治療方法の開発・改善に資するよう、精神疾患の原因や実態の解明
27 等の研究開発を推進する。

29 (3) 改革の具体像

30 ①精神科における診療の質の向上

- 31 ○ 精神科の治療には個人差が大きいものの、難治例や特殊例以外では、
32 まずは標準的な治療が実施されるよう促すべきである。このため、ま
33 ず、広く普及できる精神医療における診療ガイドラインの作成・普及
34 を進めるとともに、患者等への公開等により、精神科で行われる医療
35 の概要について、患者等に分かりやすい情報提供を進めるべきである。

- 36 ○ 特に、統合失調症に対する抗精神病薬の不適切な多剤・大量投与に
37 ついては、改善を図るため、投与状況の情報公開や、単剤投与や切替

1 えへの評価等の方策について検討すべきである。

- 2 ○ 薬物療法の適正化や行動制限の最小化をはじめとした、精神医療の
3 質の向上に資するよう、実用的なクリニカルインディケータ（臨床指
4 標）の開発を進めるとともに、その情報公開を進めるべきである。

5
6 **②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上**

- 7 ○ 精神科医の資質の確保のためには、精神科領域における専門医制度
8 の定着を図るとともに、精神療法、児童思春期精神医療等を含め、研
9 修内容や手法の明確化や、研修体制の確保、研修内容の充実を図るよ
10 う、国立精神・神経センターの活用を図るとともに、学会や医療関係
11 者と連携して取り組むべきである。

- 12 ○ 医師以外の医療従事者についても、精神医療の質の向上や、入院医
13 療中心から地域生活中心の医療提供体制への転換を図り、精神障害者
14 の地域生活を支える観点から、関係者と連携して、資質の向上のため
15 の研修等を一層推進すべきである。

16
17 **③研究開発の更なる推進・重点化**

- 18 ○ 研究については、精神疾患に関する研究費の確保に一層努めるとと
19 もに、国立精神・神経センター等の基幹的な研究機関を最大限に活用
20 しつつ、その推進を図るべきである。

- 21 ○ 具体的には、国民の疾病負荷の軽減に資するよう、精神疾患の病態
22 の解明や診断・治療法に関する研究を、競争的資金を活用して、活発
23 に行うべきである。

24 特に、治療法の確立や医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床
25 研究を推進すべきである。

- 26 ○ また、精神保健医療福祉施策の改革を強力に推進するため、施策の
27 企画、立案、検証等に資する調査研究について引き続き確実な実施を
28 図るべきである。

3. 地域生活支援体制の強化

(1) 精神障害者の地域生活支援の現状

①医療サービスの現状

○ 精神障害者については、入院治療が終了し退院した者も含め、その多くが、安定した地域生活を送るために、外来医療、デイ・ケア等、訪問診療、精神科訪問看護等の通院・在宅医療の提供を通じた継続的な医療面での支援を必要とするほか、地域生活における様々な変化に直面し症状が急変することがあり、救急医療や入院医療による緊急の対応を必要とする場合がある。

○ このため、精神障害者の地域生活を支援していく上では、精神科救急医療による症状急変時における医療の提供や、急性期の入院医療の提供を適切に担う機能のほか、通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供が不可欠である。

(精神科救急について)

○ 精神科救急については、一般救急医療の整備とは別に、平成20年度予算から、すべての精神科救急医療圏域における体制整備に資するよう事業の充実を図るとともに、診療報酬上もその充実のための対応を行ってきている。

○ 一方で、現在の精神科救急医療体制整備事業においては、地域の実情に合わせたシステム整備を規定しているが、精神科救急情報センターの整備や、医療機関の受入態勢の確保、システムの周知・活用等が不十分な地域がある。

○ また、精神・身体合併症を有する救急患者への適切な医療体制を確保することが重要であるが、精神科救急と一般救急との連携が十分ではなく、特に身体合併症を有する精神疾患患者の診療体制の確保が困難となっており、救急搬送においても、精神疾患を有する患者の医療機関への受入態勢が課題となっている。

さらに、一般救急医療機関に搬送された身体合併症を有する精神疾患患者について、入院中及び身体合併症が安定した後の精神的なフォローも課題となっている。

(重症精神障害者への支援の仕組みについて)

○ 自発的に受療していない重症精神障害者を受療につなげる仕組みとしては、その症状に応じ、措置入院や、精神保健福祉法第34条に基づく医療保護入院等のための移送等が規定されており、また、これらに該当しない患者に対しては、地域保健活動の中で受療を促す

1 支援等が行われている。

- 2 ○ しかし、措置入院には該当しないものの受療支援に難渋する困難事
3 例や、受診中断により入退院を繰り返す事例等の対応を図るために
4 は、現在行われている地域保健活動よりも積極的な支援・介入方策
5 を要すると考えられる。

6
7 (精神科訪問看護等について)

- 8 ○ 精神科訪問看護については、症状安定・改善のためのケア、服薬・
9 通院継続のための関わり等により、その実施により総入院日数が減少
10 するなどの効果がみられており、地域精神医療において、今後一層の
11 強化が必要な機能である。
- 12 ○ 精神科訪問看護については、近年、実施事業所数や件数が伸びてお
13 り、更に医療機関が行うものについては、急性増悪時の対応や退院時
14 の支援を図るための診療報酬の改定等が行われている。
- 15 ○ 一方で、訪問看護ステーションの約半数で、精神疾患を主傷病とす
16 る利用者への訪問が実施されておらず、従事者の経験の不足や地域資
17 源とのネットワークの不足等が課題となっている。また、医療機関か
18 ら訪問看護ステーションへの依頼がないという意見もあり、医療機関
19 への訪問看護の活用についての周知も課題である。
- 20 ○ 精神障害者を対象とした訪問看護においては、家族支援を行う必要
21 性や、医療サービスに併せて社会資源の活用を調整する必要性など、
22 多様なニーズに応じることが求められる。
- 23 ○ また、これらに加え、病状によりスタッフの安全確保や、十分なケ
24 ア、アセスメントを実施するため、複数名での訪問が必要であると
25 の意見がある。
- 26 ○ なお、医療機関が行う在宅医療のうち、往診については、精神科病
27 院、精神科診療所のいずれにおいても、往診を実施していない医療
28 機関が大半に上っているなど、その実施状況は低調となっている。

29
30 (精神科デイ・ケア等について)

- 31 ○ 精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、ショート・
32 ケア（以下、「デイ・ケア等」という。）の実施目的としては、再入
33 院・再発予防、慢性期患者の居場所、生活リズムの維持等があり、
34 利用者の利用目的としては、生活する力を高める、周囲の人とうま
35 く付き合うこと等がある。

- 1 ○ デイ・ケア等は、日中活動系の障害福祉サービスよりも相当多くの
2 利用者に利用されており、精神障害者の退院後の生活支援を含め、
3 地域移行における受け皿の機能を果たしている。
- 4 ○ 発症早期、急性期等の患者を対象に、目的、利用期間等をより明確
5 にしたデイ・ケア等の取組が行われるようになってきているほか、
6 うつ病患者への復職支援を行うプログラムなど、多様なデイ・ケア
7 等が試みられている。
- 8 ○ デイ・ケア等の利用期間は数年にわたっているが、症状の改善が終
9 了の理由となることは少なく、再入院まで利用が続く場合も多い。デ
10 イ・ケア等の効果については、入院の防止等に一定の効果があるとの
11 研究もあるが、特に慢性期のデイ・ケア等による治療効果のエビデン
12 スは、確立されていない。

13 ②障害福祉サービスの現状

- 14 ○ 精神障害者の地域生活の支援を推進するためには、地域において、
15 住まいの場所を提供する機能や、精神障害者の自宅における日常生活
16 に必要な支援を提供する機能、さらには、身近な日中活動の場を提供
17 し、又は、地域生活の訓練や就労に向けた訓練を提供する機能など、
18 精神障害者の生活を支える様々な機能が提供される体制が確保され
19 ることが必要である。
- 20 ○ このような機能を担う障害福祉サービスについては、障害者自立支
21 援法施行前から精神障害者社会復帰施設等として整備が進められて
22 きているが、障害者自立支援法においては、事業・施設体系を見直し
23 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
24 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、精神
25 障害者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整備された。
- 26 ○ 障害者自立支援法の下で、精神障害者に対する障害福祉サービス量
27 は平成19年11月と比べると約4割増加(旧体系サービス等からの移
28 行分を含む。)し、全サービス利用者延べ数に占める精神障害者の割
29 合も平成19年11月の8.3%から平成21年3月には10.2%に上昇し
30 ている。
- 31 ○ 特に、居住系サービスについてみると、障害者自立支援法施行から
32 平成21年3月までの2年半の間で、精神障害者の利用者数が、約1.3
33 万人分(障害者自立支援法施行前の国庫補助対象施設の利用者数)か
34 ら約1.9万人へと約1.5倍に増加(旧体系サービス等からの移行分を
35 差し引いて約6000人分の純増)している。
- 36

1 グループホーム及びケアホーム者に占める精神障害者の割合は上
2 昇傾向にあるが、仮にこれを26%で一定とすると、障害福祉計画に
3 おける平成23年度末までの居住系サービスの整備目標（合計：8.0
4 万人分 平成20年度末比：3.2万人分増）が達成された場合、精神
5 障害者の居住系サービス利用者数は、平成20年度末よりも約8000～
6 8500人程度増加すると見込まれる。

- 7 ○ また、日中活動系サービス及び在宅サービスについても、精神障害
8 者の利用者延べ数が、法施行前の約3万人から約5.5万人へと、2年
9 半の間に約1.8倍に増加（旧体系サービス等からの移行分を差し引い
10 て約2.5万人分の純増）している。

11 ③相談支援・ケアマネジメントの現状

12 （相談支援について）

- 13 ○ 精神障害者が安心して地域生活を営む上で、精神障害者が上記のよ
14 うな様々な支援を利用する際に、これらを円滑に利用できるよう、
15 個々の精神障害者の相談に継続的に応じるとともに、個々の精神障害
16 者の状況に応じた適切な支援に結び付けること等により生活全体を
17 支える機能が地域において確保されることが重要である。
- 18 ○ 障害者自立支援法以前には、精神障害者からの相談への対応や必要
19 な指導及び助言等を実施するものとして、精神障害者地域生活支援セ
20 ンターが位置付けられていたが、障害者自立支援法においては、こう
21 した機能を相談支援事業として位置付け、市町村を事業の責任主体と
22 し、都道府県を相談支援事業のうち、専門性の高いものや広域的な対
23 応が必要なもの等を担う主体としている。

24
25
26 （市町村における相談支援について）

- 27 ○ 市町村は、一般的な相談支援のほか、その機能強化を図る事業とし
28 て、一般住宅への入居支援や夜間を含む緊急時の対応が必要な場合
29 における支援等を行う「居住サポート事業」や、判断能力が不十分な障
30 害者に対し障害福祉サービスの利用時に成年後見制度の利用を支援
31 する「成年後見制度利用支援事業」等の事業を実施しているところ
32 ある。
- 33 ○ また、地域において障害者等を支えるネットワークを構築すること
34 が不可欠であるとの観点から、市町村においては、事業者、雇用、教
35 育、医療等の関連する分野の関係者から成り、地域における支援体制
36 作りの中核的役割を果たす地域自立支援協議会の設置を図っている。
- 37 ○ 一方で、平成20年4月1日時点で、居住サポート事業の未実施市

1 町村が86%に上り、成年後見制度利用支援事業の実施状況が低調と
2 なっているほか、地域自立支援協議会の未設置市町村が依然としてあ
3 るなど、課題が残っている。

4
5 (ケアマネジメント機能について)

6 ○ 精神障害者の利用するサービスは、障害福祉、保健医療、就労支援
7 等の多岐にわたっている。利用者の状況によっては、障害福祉サー
8 ビスを中心に利用する場合や、医療サービスを中心に利用する場合
9 もある。

10 ○ こうした個々の精神障害者の地域生活を支える様々なサービスを
11 適切に結び付けて提供するためには、市町村における相談支援体制に
12 加え、個々の精神障害者の様々な状況に応じて個別のサービスの利用
13 の調整を行うなどの支援を行うケアマネジメント機能が重要である。

14 ○ 障害者自立支援法においては、このような観点から、精神科病院か
15 らの退院時等に、障害者に対して、利用する障害福祉サービスの種類、
16 内容等を定めた計画の作成を行った場合にその費用を支給する「サー
17 ビス利用計画作成費」の仕組みを設けているが、対象者が限定されて
18 いるなどの理由により、その活用が十分でないという課題がある。

19 ○ また、病状が特に不安定な精神障害者については、状態の変化を把
20 握して、極めて迅速に医療サービス等の実施に反映することが求めら
21 れ、重症精神障害者の地域生活を支える仕組みとして、いわゆる ACT
22 (重点的かつ包括的に支援を行う仕組み) が提唱されており、国内で
23 もモデルとなる取組が行われている。

24 ○ これらを踏まえ、精神障害者の様々な状況に応じて、適切にケアマ
25 ネジメントを行うことができる体制の確立が求められる。その際、サ
26 ービス提供事業者からの中立性にも配慮が必要である。

27 28 ④就労支援の現状

29 ○ 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者について、そ
30 の適性や能力に応じて一般就労を支援し、又は、精神疾患を理由とし
31 た休職者・離職者等の職場復帰・雇用促進を支援する観点から、精神
32 障害者に対する就労支援の充実は重要である。

33 ○ 障害者自立支援法施行後の就労系のサービスの利用状況について
34 みると、精神障害者の利用者数は、平成19年11月から平成21年3
35 月までに、約86%増加(旧体系サービス等からの移行分を含む。)し
36 ている。