

平成21年11月19日(木)
9時30分～12時00分
厚生労働省議室

第10回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 地域医療再生基金等について(報告)
- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書)について(報告)
- 平成22年度の診療報酬改定に向けた検討について
- その他

(配布資料)

- 資料1 地域医療再生基金について
- 資料2-1 行政刷新会議「事業仕分け」について
(医師確保、救急・周産期対策の補助金等)
- 資料2-2 行政刷新会議「事業仕分け」について
(8020運動特別推進事業)
- 資料3-1 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書)概要
- 資料3-2 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書)
- 資料4 平成22年度診療報酬改定の視点等について
- 資料5 平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について
- 資料6 後期高齢者医療制度に係る診療報酬について
- 資料7 「高齢者医療制度改革会議」の開催について

(委員提出資料)

- 海辺委員提出資料
- 竹嶋委員提出資料
- 中川委員提出資料

(参考資料)

- 参考資料1 関連資料(資料5関係)
- 参考資料2 関連資料(資料6関係)
- 参考資料3 第8回及び第9回社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨
- 参考資料4 第32回及び第33回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨
- 参考資料5 第17回医療経済実態調査(「医療機関等調査」)報告
(平成21年10月30日公表)の概要

1. 目的

- 地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 従来の病院毎（点）への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体（面）への支援。

2. 事業概要

- 対象地域 二次医療圏を基本とする地域（全都道府県各2地域を想定）
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
ただし、医師確保事業は必須要件
- 計画期間 平成25年度までの5年間
- 予算総額 3,100億円（100億円×10地域、25億円×84地域）
※ 一部執行停止後：2,350億円（25億円×94地域）

地域医療再生基金を活用して行う事業の例

1. 医師等確保関係事業

- 大学医学部に地域医療、救急医療、周産期医療等を研究テーマとした寄附講座を設置し、当該講座から医師不足の病院等に医師を派遣する。
- 大学医学部の入学定員に地域枠を設け、将来その地域で診療を行うことを条件として、地域枠の医学生に奨学金を貸与し、医師になった後、貸与期間の1.5倍の間、その地域での診療を義務付ける。

2. 医療連携関係事業

- 医療連携の拠点として、地域医療支援センターを設置し、地域医療再生計画の進行管理、クリティカルパスの作成・運用、患者の転院・在宅移行のコーディネート等を行う。
- 地域の医療機関で電子カルテを導入・ネットワーク化し、患者情報を共有し、医療連携を推進する。

3. 救急医療関係事業

- 救命救急センターの空白地域の病院に、医師を派遣した上で、医療機器を充実させ、救命救急センターを整備する。
- 開業医が交代で診療する初期救急センターを二次救急医療機関に併設し、二次・三次救急医療機関に患者が集中しないような体制を確立する。
- 二つの二次救急医療機関の機能を再編し、救急患者を 24時間365日体制で受け入れる二次救急医療機関を整備する。
- ドクターヘリの配備により、広域搬送体制を確立する。

4. 周産期医療関係事業

- 総合周産期母子医療センターのNICU、GCU、MFICUを増床し、受入体制を強化する。
- 助産師外来を整備し、医療資源を効果的に活用しながら、安心なお産と産婦人科医の負担軽減を図る。

- NICU長期入院児の退院や、在宅療養児のショートステイに対応するため、重症心身障害者施設を整備する。

5. 小児医療関係事業

- 小児集中治療室(PICU)を増床し、小児の救急医療体制を強化する。
- 小児救急拠点病院の負担を軽減するため、小児初期救急センターを整備する。

6. へき地医療関係事業

- へき地医療拠点病院からへき地診療所へ医師を派遣し、へき地の医療体制を確保する。
- へき地医療拠点病院とへき地診療所をITで結び、画像情報等を共有し、診療援助を行う。

7. 在宅医療関係事業

- 在宅医療の拠点として、在宅医療支援センターを設置し、在宅患者からの相談への対応、医療機関と福祉施設の連携体制の構築等を行う。
- 高齢者に多くみられる肺炎等の疾患予防のため、歯科診療所に訪問歯科診療セットを配置し、口腔ケア体制を強化する。

WGの評価結果

医師確保、救急・周産期対策の補助金等

(一部モデル事業)

予算要求の縮減(半額)

(廃止1名 自治体/民間0名 予算計上見送り 1名 予算要求縮減 10名
うち 予算半額 3名
1/3 1名
その他 6名

とりまとめコメント

「要求どおり」は、0名である。その背景としては、昨日議論した診療報酬の見直しと組み合わせた形で本補助金を有効なものにするというのが、本WGの思いだと考える。

したがって、このWGの判断としては、「予算半額」を結論としたい。今後の診療報酬見直しの経緯を見ながら、真に必要なならば平成22年度補正予算での対応もありえると考え。平成22年度当初予算についても、真に必要な事項に絞ることとし、支給する方法、内容、支給先についても厚生労働省の政務三役としっかりと相談してもらいたい。

施策・事業シート (概要説明書)				
担当府省名	厚生労働省	予算事業名	医師確保、救急・周産期対策の補助金等 (一部モデル事業)	
担当局庁名	医政局	上位施策事業名		作成責任者
担当課・室名	総務課、指導課、医事課、看護課	事業開始年度	医師確保：平成18年度 救急医療：昭和52年度 周産期医療：平成8年度	総務課長 岩淵 豊
根拠法令(具体的な条文(〇条〇項など)も記載)		関係する通知、計画等	・新医師確保総合対策 ・緊急医師確保対策について ・「安心と希望の医療確保ビジョン」 ・「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会(中間とりまとめ) ・救急医療用ヘリコプターの導入促進に係る論議に係る検討会報告書 ・救急医療の今後のあり方に関する検討会中間とりまとめ ・重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間とりまとめ ・周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書	
実施方法	■直接実施 ■業務委託等(委託先等：(社)地域医療振興協会、(社)日本医師会、(財)日本救急医療財団、(財)日本中毒情報センター) ■補助金〔直接・間接〕×補助先：都道府県、市町村等 実施主体：都道府県等 <input type="checkbox"/> 貸付(貸付先：) <input type="checkbox"/> その他()			
支出先が独立、公益法人等の場合	役員総数(官庁08/役員数)	職員総数	別紙1内訳のとおり(四捨)	
	積立金等の額		内訳	今後の
事業/制度概要	目的(何のために)	【医師確保対策】 産科や小児科などの診療科やへき地等で医師不足が深刻となっており、必要な医師の確保に効果的な施策を講じ、国民の医療に対する安心・安全の確保。 【救急・周産期医療対策】 地域における救急医療体制の確保と安心して出産に臨める医療環境の実現に向けた体制の整備。		
	対象(誰/何を対象に)	都道府県、市町村、公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、(社)地域医療振興協会、(社)日本医師会、(財)日本救急医療財団、(財)日本中毒情報センター等		
	事業/制度内容(手段、手法など)	別紙2内訳のとおり(四捨)		
コスト	平成22年度概算要求額		人件費	
	事業費	57,397 百万円	職員構成	概算人件費(平均給与×従事職員数)
	人件費	百万円	担当正職員	千円
	総計	57,397 百万円	臨時職員他	千円
これまでの同様の予算項目の予算額等(財源内訳/単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の負担がある場合、概算の総額	
	H19(決算額)	11,813		
	H19(決算上の不用額)	4,276		
	H20(決算見込額)	17,557		
	H21(当初予算)	42,845		
	H21(補正予算)	357,210		
	H22概算要求	57,397		
平成22年度予算内訳(補助金の場合には負担割合等も)	別紙2内訳のとおり(四捨)			
事業/制度の必要性	【医師確保対策】 近年の医療の現場においては、高齢化の進展、医療の高度化、医療を巡る紛争の増加、女性医師の増加などを背景に医療需要が増大するとともに、産科・小児科などの診療科やへき地等で医師不足問題が深刻となっており、地域に必要な医師の確保に効果的な施策を講じ、国民の医療に対する安心・安全を確保することが喫緊の課題であるため実効性のある医師確保対策の更なる推進を図る必要がある。 【救急・周産期医療対策】 従前からの救急・周産期医療体制の施策に加え、先の国会で成立した「消防法」の一部改正に伴う消防と受入医療機関との連携強化やドクターヘリの導入等による救急搬送強化、昨年10月に東京都で発生した妊婦の死亡事案等に対応すべく、ハイリスク妊産婦を中心に受け入れる周産期母子医療センターでの脳卒中等を有する母体の受入体制強化、NICUに対する支援やNICUに長期入院している児童への対策など安心して産み育てることのできる医療提供の確保に資するものである。			
他省庁、自治体等における類似事業				
他省庁、自治体、民間等との連携・役割分担	【医師確保対策】 良質な医師を養成し、医師不足を解決していくための教育と医療の連携強化(文部科学省、厚生労働省) 【救急・周産期医療対策】 救急患者搬送における消防庁との連携を強化するためには、「消防法」の一部改正による搬送・受入ルールの作成が必要であったため、消防庁と連携して検討会を開催。傷病者の搬送及び受入の実施基準についてとりまとめた。			

施策・事業シート (概要説明書)						
担当府省名	厚生労働省	予算事業名	医師確保、救急・周産期対策の補助金等 (一部モデル事業)			
担当局庁名	医政局	上位施策事業名				作成責任者
担当課・室名	総務課、指導課、医事課、看護課	事業開始年度	医師確保：平成18年度 救急医療：昭和52年度 周産期医療：平成8年度			総務課長 岩淵 豊
活動実績	【活動指標名】 / 年度実績・評価		単位	H18年度	H19年度	H20年度
	都道府県医療対策協議会等を活用し、都道府県が中心となって行った医師派遣人数		箇所	385	546	集計中
	医師交代勤務導入促進事業、短時間正規雇用支援事業の実施件数		件	—	—	22
	女性医師等就労支援事業 復職研修受入人数 復職相談件数 復職研修・相談窓口設置箇所数		人	—	—	63
			件	—	—	111
			箇所	—	—	7
	(社)日本産婦人科学会への新入会医師数		人	329	335	402
	産科医療補償制度加入分娩機関数 (加入率)		箇所 (%)	—	—	3,269 (99.2)
	救命救急センターの箇所数		箇所	201	208	214
	小児救急医療支援事業及び小児救急医療拠点病院運営事業の実施箇所数		箇所	204	207	205
	ドクターヘリの実施箇所数		箇所	10	13	16
総合周産期母子医療センターの箇所数		箇所	60	64	75	
予算執行率		%	77.2%	69.5%	69.2%	
成果目標 (現状の成果及び今後 どのようにしたいか、 定量的な成果)	<p>【医師確保対策】 医師派遣事業については、地方の需要に応じて引き続き派遣を行っていく。 医師交代勤務導入促進事業、短時間正規雇用支援事業及び女性医師等就労支援事業については、平成20年度から開始している事業であり、各都道府県に対し制度の趣旨を周知し実績の向上を図っていく。初年度の活動実績は上記のとおりである。次年度以降も着実に実績を上げ、女性医師等の離職防止や再就業の促進を図っていく。</p> <p>【救急・周産期医療対策】 救急医療については、基準単価の増額や新規事業の追加等各種国庫補助の充実等の取組みにより、救命救急センターの設置箇所数等が増加し心肺停止者の1ヶ月後の生存率・社会復帰率の上昇に寄与している。しかしながら、近年、国民意識の変化等により救急利用が増加する等により、二次救急医療機関の疲弊に繋がりがり、数も減少している。これによりますます救命救急センター等に患者が集中するという悪循環が生じている。このため、今後も救急医療体制について着実に整備を進め心肺停止者の1ヶ月後の生存率・社会復帰率の向上を目指すとともに、二次救急医療機関の疲弊を解消し、施設数の減少の改善を目指す。 周産期医療については、周産期母子医療センターの機能を整備・拡充し、その他の地域周産期医療関連施設との連携を推進するとともにNICU病床数が出生1万人対25～30床を目標に増床し、後方支援病床を拡充する。</p>					
成果実績 (成果指標の目標達成 状況等)	【成果指標名】 / 年度実績・評価		単位	H18年度	H19年度	H20年度
就業医師数		人	263,540	—	集計中	
平成16年度 256,668人		%	102.7	—	集計中	
病院勤務医数		人	168,327	—	集計中	
平成16年度 163,683人		%	102.8	—	集計中	
心肺停止者の1ヶ月後の生存率・社会復帰率		%	8.4	10.2	集計中	
事業/制度の 自己評価 (今後の事業/制度の方向性、課題等)	<p>【医師確保対策】 平成20年度の医師数については集計中であるが、平成16年度から平成18年度状況を見ても就業医師数は増加しており、また、日本産婦人科学会への新入会医師数が平成20年度に明らかに増加を示すなど、医師確保対策の一定の効果がでてきていると評価できる。 依然として産科や小児科などの診療科を中心に多くの地域で医師不足問題が深刻であり、地域で必要な医療が適正に提供できるよう医師確保のための事業を着実に実施する必要がある。</p> <p>【救急・周産期医療対策】 救急医療体制については、昭和52年度から、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備を開始し、救急医療の体系的な整備を進めてきたところである。しかしながら、近年、国民意識の変化等により救急利用が増加する等により、二次救急医療機関の疲弊に繋がりがり、数も減少し、救命救急センター等に患者が集中するなど救急医療体制が危機に瀕している。このため、救急医療機関の実績に応じた支援や空床確保に対する支援を充実することにより救急医療体制の整備を推進していく。また、1～4歳の幼児死亡率は世界で21位であることから、重篤な小児救急患者の受け皿として小児集中治療室の整備を図ることにより必要な救命救急医療を受けられる体制を構築していく。 周産期医療については、昨年10月に東京都で発生した妊婦死亡事案等を契機に厚生労働大臣の下に懇談会が設置され、妊婦の脳卒中等の合併症に対応するための連携及び体制整備、NICUの整備及び後方病床の拡充、NICUに長期入院している児童に対する支援等の課題が提言されており、今後は、来年度概算要求している事業や周産期医療体制整備指針の改正により各都道府県が作成する周産期医療体制整備計画に応じた体制整備の支援を図っていきたい。</p>					
比較参考値 (諸外国での類似事業 の例など)						
特記事項 (事業/制度の沿革、予算の削減に向けた取組み等)	平成18年度～医師確保対策開始 昭和52年～救急医療対策開始 平成8年～周産期医療対策開始					

WGの評価結果

8020運動特別推進事業

見直し

(廃止 1名 自治体/民間 2名 予算計上見送り 0名
予算要求縮減 6名 うち 予算半額 0名 1/3 2名
その他 4名 要求どおり 1名)

とりまとめコメント

ワーキンググループとしての結論は、「見直し」。

新政権の政策に沿って、予算規模、事業の内容、使われ方等々含めてもう一度検討していく。

施策・事業シート (概要説明書)										
担当府省名		厚生労働省		予算事業名		8020運動特別推進事業				
担当局庁名		医政局		上位施策事業名		医療提供体制推進事業費補助金		作成責任者		
担当課・室名		歯科保健課		事業開始年度		平成12年度		歯科保健課長 日高勝美		
根拠法令 (具体的な条文 (〇条〇項など) も記載)				関係する通知、計画等		健康増進法「健康日本21」 食育基本法「食育推進基本計画」 今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会中間報告書 歯科保健と食育の在り方に関する検討会報告書				
実施方法				<input type="checkbox"/> 直接実施						
				<input type="checkbox"/> 業務委託等 (委託先等:)						
				<input checked="" type="checkbox"/> 補助金 (<input checked="" type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接) (補助先: 都道府県 実施主体: 都道府県)						
				<input type="checkbox"/> 貸付 (貸付先:) <input type="checkbox"/> その他 ()						
支出先が 独法、公益法人等 の場合	役員総数 (官庁OB/役員数)		/	常勤役員数	/	非常勤役員数	/	監事等	/	
	職員総数			内、官庁OB		役員報酬総額		官庁OB役員 報酬総額		
	積立金等の額			内訳		今後の 活用計画				
事業/ 制度概要	目的 (何のために)		・生涯を通じた国民の歯の健康の保持の推進を行うことで、80歳になっても自分の歯を20本以上を保つ社会を実現するために実施。 ・歯科保健医療対策として、国が都道府県に対して行う唯一の事業である。							
	対象 (誰/何を対象に)		・各都道府県がそれぞれの実情に応じて生涯を通じた国民の歯の健康の保持の推進に関する事業を実施することを支援し、国民の歯の健康づくりを推進。							
	事業/制度内容 (手段、手法など)		・小児期から高齢期までの各ライフステージにおいて歯科保健事業を実施することにより、生涯を通じた国民の歯の健康づくりを推進。 (主な事業例) 幼児期・学童期: う蝕予防対策、食育に関する事業 等 成人期: 歯周病予防対策、生活習慣病予防と食育に関する事業 等 高齢期: 口腔ケア、摂食・嚥下に関する事業 等 ・各都道府県が地域における課題や事業の必要性等を検討して事業計画を策定。 ・提出された事業計画を厚生労働省において精査し、必要性が認められる事業に対してかかる経費の補助の実施。 ・事業年度終了後に各都道府県が実施事業について事業評価を含めた実績報告を実施。実績報告書に基づき、厚生労働省が補助経費の確定。							
コスト	平成22年度概算要求額			人件費						
	事業費		470 百万円	}	職員構成		概算人件費 (平均給与×従事職員数)		従事職員数	
	人件費		0 百万円		担当正職員		千円		人	
	総計		470 百万円		臨時職員他		千円		人	
これまでの同様の予算 項目の予算額等 (財源内訳/ 単位百万円)			年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額					
			H19(決算額)		420					
			H19(決算上の不用額)		50					
			H20(決算見込額)		441					
			H21(当初予算)		470					
			H21(補正予算)		0					
H22概算要求		470								
平成22年度 予算内訳 (補助金の場合 は負担割合等も)			・8020運動推進特別事業に必要な経費を、事業内容に応じて1/2または10/10補助。 ・内訳: 報償費、旅費、需用費 (消耗品費・印刷製本費)、役員費 (通信運搬費・広告料)、使用料及び賃借料、備品購入費、委託料など。							

施策・事業シート（概要説明書）

担当府省名	厚生労働省	予算事業名	8020運動特別推進事業		
担当局庁名	医政局	上位施策事業名	医療提供体制推進事業費補助金	作成責任者	
担当課・室名	歯科保健課	事業開始年度	平成12年度	歯科保健課長 日高勝美	
事業/制度の必要性	<p>・8020運動が提唱され、当該事業が実施されてから、子供のむし歯の減少(12歳児むし歯の本数:平成11年2.92本→平成20年1.54本)など小児期における歯の健康状態は改善してきている。しかしながら、高齢者の歯の状況は、8020(ハチマル・ニイマル)達成者は増加している(8020達成者率:平成11年約15%→平成17年約25%)ものの、4人に3人は20本未満であり満足に咀嚼できないことが危惧され、学童期以降(特に成人期や高齢期)の取り組み強化が必要とされている。</p> <p>・健康増進法、食育基本法に則した歯の健康づくり対策のため、各都道府県はこの補助金を活用し、様々な取り組みを行っており、支援を行わなければ都道府県の事業が困難となり、国としての歯科保健医療対策も皆無となるため、今後も国として一層の推進を行っていく必要がある。</p> <p>・さらに、民主党医療政策(詳細版)においても歯科医療改革が謳われており、歯科疾患の予防法や治療の調査研究の推進等生涯にわたる歯の健康の保持が提言されているところ。</p>				
他省庁、自治体等における類似事業	<p>・一部の自治体において、独自予算により歯科疾患予防に関する事業や歯の健康づくりに関する事業を実施しているところがある。他省庁において類似の事業はなし。</p>				
他省庁、自治体、民間等との連携・役割分担	<p>・歯の健康づくりについては、学校歯科保健を所管している文部科学省とも連携を図り、情報交換を行っているところ。</p> <p>・なお、当該事業が有効かつ効果的に活用されるように、各自治体職員を対象とするブロック会議・歯科保健推進研修会において、8020運動特別推進事業のあり方等について研修や意見交換を行っているところ。</p> <p>・都道府県における歯の健康づくりに関する中核的な取り組みとなっている本事業を国として支援することで、一体となった歯の健康の保持の推進が可能。</p>				
活動実績	【活動指標名】 / 年度実績・評価	単位	H18年度	H19年度	H20年度
	実施箇所数(都道府県)	箇所	45	46	47
予算執行率		%	74.3%	89.3%	93.8%
成果目標 (現状の成果及び今後どのようにしたいか、定量的な成果)	<p>(現状の成果)</p> <p>・8020(80歳で20本以上の歯を保持する)をすべての国民が達成することを目標とし、様々な歯科保健対策が必要となることから、小児のう蝕予防等をはじめ歯科保健事業の実施を推進してきたところである。各種調査において、う蝕(むし歯)本数・有病者率の減少、8020達成者割合の増加が確認されており、本事業の成果が出てきているものと考えているが、依然、成人期における歯周病の有病率は約8割で8020達成者割合は25%程度とまだまだ低く、すべての国民が歯の健康を保持しているとは言い難い。</p> <p>(今後の方向性)</p> <p>・国民の歯の健康の保持を推進するために、個別のライフステージに特化する対策ではなく、小児期から高齢期までの生涯を通じた歯の健康の保持の推進が期待される取組に重点を置く。WHOの口腔保健目標では、65歳以上の50%が20歯の機能歯を保有することが掲げられており、わが国も同様の観点から当面は8020達成者が約半数近くになるよう、本事業を展開していく必要がある。</p>				
成果実績 (成果指標の目標達成状況等)	【成果指標名】 / 年度実績・評価	単位	H18年度	H19年度	H20年度
	小児のう蝕(むし歯)本数・有病者率 ※H11年度 3歳 1.67本 37.8% 12歳 2.92本 76.6%	数 %	3歳 1.06本 26.7% 12歳 1.71本 56.5%	3歳 1.01本 25.9% 12歳 1.63本 55.0%	3歳 集計中 12歳 1.51本 53.2%
	歯肉に所見を有する(歯石の沈着、病的な歯周ポケットの形成等)者の割合	%	20~24歳 H11年度 70.8% → H17年度 76.2% ※6年毎調査 25~29歳 H11年度 77.6% → H17年度 74.7% 30~34歳 H11年度 80.5% → H17年度 80.3%		
	20本以上の歯を有する者の割合	%	75~79歳 H11年度 17.5% → H17年度 27.1% ※6年毎調査 80~85歳 H11年度 13.0% → H17年度 21.1% 85歳~ H11年度 3.0% → H17年度 8.3%		
事業/制度の自己評価 (今後の事業/制度の方向性、課題等)	<p>・8020達成者割合の増加は本事業の成果が出てきているものと考えているが、依然、成人期における歯周病の有病率は約8割で8020達成者割合は25%程度とまだまだ低いことから、本事業を引き続き継続する必要がある。</p> <p>・国民の歯の健康の保持を推進するために、個別のライフステージに特化する対策ではなく、小児期から高齢期までの生涯を通じた歯の健康の保持の推進が期待される取組に重点を置く。WHOの口腔保健目標では、65歳以上の50%が20歯の機能歯を保有することが掲げられており、わが国も同様の観点から8020達成者が約半数近くになるよう、本事業を展開していく必要がある。</p>				
比較参考値 (諸外国での類似事業の例など)	WHOにおける口腔保健目標 「65歳以上の50%が20歯の機能歯を保有するようにする」				
特記事項 (事業/制度の沿革、予算の削減に向けた取組み等)	<p>(制度の沿革)</p> <p>平成元年 8020運動の提唱。</p> <p>平成12年 都道府県を実施主体とした8020運動特別推進事業の開始。</p> <p>平成14年 健康増進法の成立 健康日本21における歯の健康に関し具体的な目標として8020達成者率を設定。</p> <p>平成17年 食育基本法の成立 食育基本法において口腔機能の維持を提言。</p> <p>平成18年 「平成17年歯科疾患実態調査結果」を公表。8020達成者が調査開始以来、初めて20%を超えた。</p> <p>平成18年 今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会中間報告書において、「8020運動は都道府県における歯科保健の中核的役割を担うべき」と提言。</p> <p>平成22年 歯科保健と食育の在り方検討会報告書において食育推進に係る歯科保健医療関係者の教育研修を提言。</p> <p>(予算の削減状況について)</p> <p>平成12年 500,080千円</p> <p>平成14年 540,080千円</p> <p>平成18年 500,080千円</p> <p>平成19年 470,000千円</p>				

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」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」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～
 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、
 後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

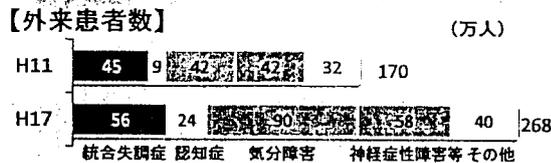
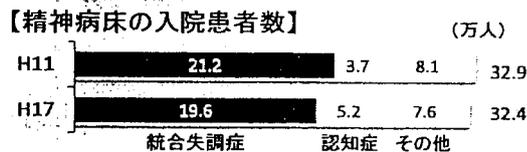
地域生活支援体制の強化

普及啓発の重点的実施

現状

精神疾患患者の概況

◎ 精神疾患患者数 303万人 (H17)



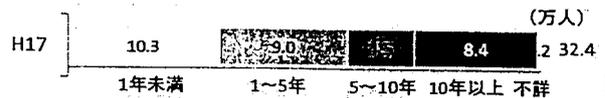
近年の主な課題

- ◎ 統合失調症
 - 歴史的な長期入院患者が存在
 - 地域移行と地域生活の支援が課題
- ◎ 認知症
 - 高齢化に伴い急速に増加
 - 精神科病院への入院が長期化する傾向
- ◎ 気分障害(うつ病等)
 - 患者数が大きく増加 自殺対策とも関連
- ◎ 精神・身体合併症
 - 精神疾患患者の高齢化に伴って増加

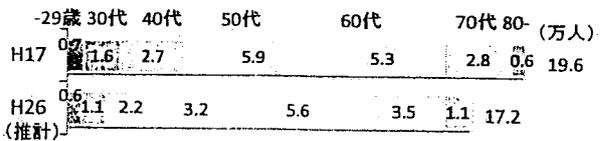
等

精神病床への長期入院の現状

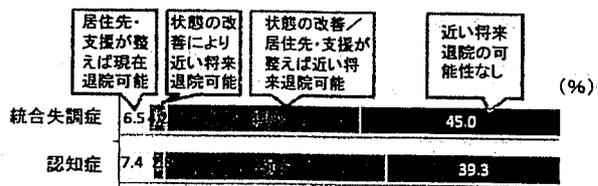
◎ 精神病床入院患者の在院期間



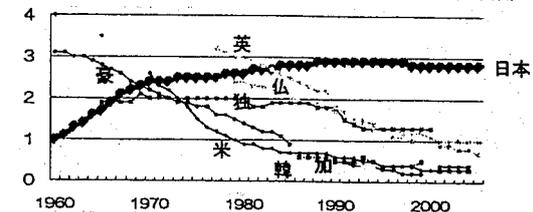
◎ 統合失調症による年齢別入院患者数 (現状と将来推計)



◎ 精神病床入院患者の退院の可能性 (医療機関による評価)



◎ 各国の精神病床数の推移 (人口千人当たり病床数)



1 精神保健医療体系の再構築

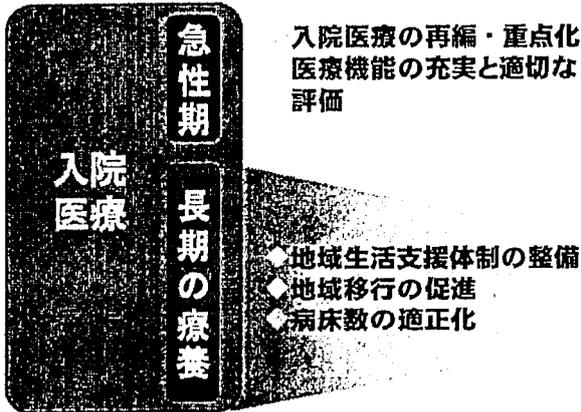
改革の具体像

精神保健医療の水準の向上
医療機関の地域医療の機能充実を促進
ニーズの高まっている領域への重点化

外来・
在宅医療

地域生活を支える医療
の充実

医療機関の機能の改革
の円滑化



入院医療の再編・重点化
医療機能の充実と適切な
評価

- ◆ 地域生活支援体制の整備
- ◆ 地域移行の促進
- ◆ 病床数の適正化

- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療(訪問診療・訪問看護等)の充実・普及
- 精神科デイ・ケアの重点化
- ケアマネジメント機能の充実
- 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化(危機介入)
- 重症者の在宅での包括的支援の確保

- 疾患等に応じた医療の充実
- 気分障害
- 依存症
- 児童思春期

- 早期支援体制の充実

- 地域医療体制・高次の医療体制の確保

- 「4疾病5事業」への位置づけの検討

- 医療従事者の確保

- 保健所・精神保健福祉センターの機能強化

- 人員基準の充実
- 救急・急性期医療の確保
- 重症度に応じた評価体系
- 認知症への専門医療の確保
- 身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

- 統合失調症入院患者数の目標値 19.6万人<H17>→15万人<H26>の目標により精神病床(認知症はH23年度までに設定) 約7万床の減少を促進

- 障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
- 高齢精神障害者の生活の場の確保

3

精神保健医療体系の再構築

①入院医療の再編・重点化

- 患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準・評価の充実、医療法に基づく人員配置標準の見直し等による精神病床の医療の質の向上。

<統合失調症>

- 今後減少が見込まれる統合失調症の入院患者の減少を一層加速。
 - ※ 入院医療の充実による一層の地域移行、精神科救急医療や在宅医療等の地域医療の充実、障害福祉サービスの一層の計画的な整備等の施策を推進。
 - ※ 平成26年の改革ビジョンの終期において、平成27年以降における更なる減少目標値を設定し、各般の施策を展開。
- 高齢精神障害者の適切な生活の場を確保するため、介護保険サービスの活用等について検討。

<認知症>

- 認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化。
- BPSD(認知症の行動・心理症状)や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応する専門医療機関の確保。
- 介護保険施設等の生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、介護保険サービスの機能の充実等について検討。
 - ※ 生活の場の更なる確保に当たっては、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要。

<身体合併症>

- いわゆる総合病院精神科における、精神病床の確保、機能の充実等、一般病床における精神・身体合併症患者の診療体制を確保。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

- 気分障害の早期発見、診断のための、内科医や小児科医等との連携の推進、診療ガイドライン等の作成等による医療の質の向上。
- 依存症に対する医療の機能強化、依存症のリハビリ施設や自助グループの支援のあり方の検討等、依存症患者の回復に向けた支援に係る総合的な取組の強化。
- 児童・思春期精神医療に専門的に対応できる医師数の拡大、専門病床・専門医療機関の確保や身体合併症への対応等の医療提供体制の拡充。

③早期支援体制の検討

- 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防等のため早期支援体制の構築に向けた段階的な検討の実施。
※ まず、モデル的な実施に着手。その検証を踏まえ、普及について検討。
- 精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めつつ、慎重に早期支援体制の検討・具体化を進める。

④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 救急医療、在宅医療等の充実を通じた、患者の身近な地域を単位とする地域医療体制の整備・確保。
- 加えて、大まかに次のような機能を担う精神科医療機関が必要(あわせて地域医療体制との連携体制の構築)。
 - ・ 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
 - ・ 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院(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定的)
 - ・ その他の専門的な医療機能(児童思春期、依存症等)を有する精神科医療機関
- 医療計画のいわゆる「4疾病5事業」(特に5事業)として精神医療を位置付けることについて検討。
- 地域精神保健の機能の底上げを図るため、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と連携体制の明確化、機能強化等について検討。
- 自殺防止対策の観点も踏まえた、地域精神保健の機能の充実を図るための地域レベルでの連携の強化。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

精神病床における人員の充実・確保に加え、長期入院患者の病棟等の医療従事者と比べ、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野の医療従事者が相対的に増加するよう施策を推進。

5

2 精神医療の質の向上

- 薬物療法等について、標準的な治療を促進
- 医療従事者の資質向上
- 実態解明、治療法開発等の研究の推進

改革の具体像

1 精神保健医療体系の再構築 に 掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療(訪問診療・訪問看護等)の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保(認知症、身体合併症、気分障害等)

等

精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用の検討

研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

3

6

3 地域生活支援体制の強化

- 相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- 地域における支援体制づくり
- 居住系の福祉サービスの確保
- 精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

改革の具体像

障害福祉サービス等

相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
 - ー 退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
 - ー 対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

住まいの場の確保

- グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
- 公営住宅への入居促進
- 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
- 民間賃貸住宅への入居促進

地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
 - ー 精神科救急医療システムの機能強化
 - ー 精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
 - ー 精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
 - ー 訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
 - ー 訪問看護の普及促進
 - ー 重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイ・ケア等の重点化

7

これまでの取り組みと成果

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかけがえのない人として理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

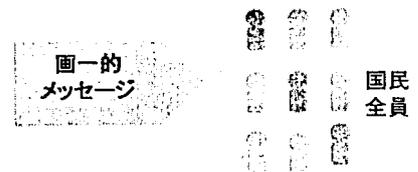
改革の具体像

- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

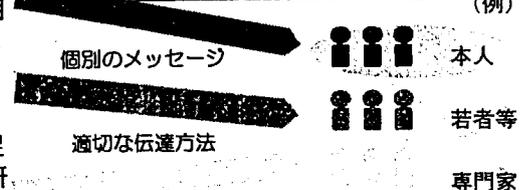
◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証

※目標値については別途設定

国民一般を対象とした啓発



ターゲットを明確化した啓発 (例)

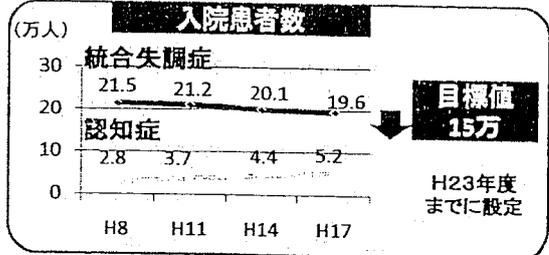


8

5 目標値の設定

I 新たな目標値

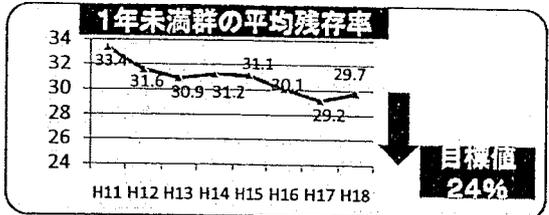
- 統合失調症による入院患者数：約15万人
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

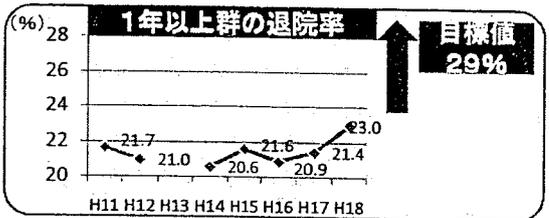
精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)
24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床



※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例：認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備 等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

目次

はじめに

I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

II 精神障害者の状況

1. 全般的状況
2. 外来患者の状況
3. 入院患者の状況
4. 受入条件が整えば退院可能な患者の状況

III 改革ビジョンの後期重点施策群の策定に向けて

1. 改革ビジョンとその評価
2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築
 - ①入院医療の再編・重点化
 - ②疾患等に応じた精神医療等の充実
 - ③早期支援体制の検討
 - ④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化
 - ⑤精神科医療機関における従事者の確保
2. 精神医療の質の向上
 - ①精神科における診療の質の向上
 - ②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上
 - ③研究開発の更なる推進・重点化
3. 地域生活支援体制の強化
 - ①地域生活を支える医療機能の充実・強化
 - ②障害福祉サービス等の拡充
4. 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施
5. 改革の目標値について

V 今後の課題

おわりに

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

平成21年9月24日

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

はじめに

精神疾患については、その患者数が近年急増しており、平成17年には300万人を超える水準となっている。我が国での調査結果では、国民の4人に1人(25%)が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを体験していることが明らかとなっている。また、WHO(世界保健機関)によると、世界で1000人に7人(0.7%)が統合失調症に罹患している。精神疾患には、このほか、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や発達障害等も含まれており、精神疾患は、国民に広く関わる疾患である。

精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかることにより稼働能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を生じている。また、平成10年以降11年連続で3万人を超える水準にある自殺の背景には、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められている。

こうしたことを踏まえると、精神疾患に対し適切な医療を提供し早期の症状の消退・改善を図るとともに、地域において、本人が望む生活を送れるように支援する体制を構築することは、精神障害者の生活の質の向上、健全な国民生活の発展のいずれの観点からも重点的に対応すべき課題である。

しかしながら、我が国における精神保健医療福祉については、長い間、長期にわたる入院処遇を中心に進められてきており、累次の制度改革を経てもなお、早期の症状改善を図るための入院医療体制の急性期への重点化や、地域における生活を支えるために必要な医療、福祉等の支援を提供する体制の整備は不十分なままであった。

精神保健医療福祉の改革については、こうした背景の下で、平成16年9月に、厚生労働省において、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下「改革ビジョン」という。)がとりまとめられた。改革ビジョンにおいて掲げられた「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、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開され、その本格的取組が始まったところであり、我が国の精神保健医療福祉施策は、今まさに大きな転換期にある。

本検討会は、改革ビジョンが本年9月にその中間点を迎えることを踏まえ、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改

革の具体像を提示することを目的として、昨年4月から検討を開始した。

これまで、改革ビジョンに基づく取組の状況や、精神保健医療福祉を取り巻く状況等を踏まえながら、議論を進めてきた。昨年9月には、「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)」を、昨年11月には、地域生活支援体制の強化に関する事項に関する「中間まとめ」をとりまとめた。

さらに、本年3月からは、精神保健医療体系の再構築及び精神疾患に関する理解の深化に関する事項について議論を行ってきたところであり、本検討会における議論は、計24回に及んだ。

もとより、国民の生活の本拠は住み慣れた地域であり、国民一人ひとりには、必要なサービスを選択し利用しながら、日々の生活を送っている。精神障害者も、当然に、国民・地域住民の一人として、結婚や子育て、就労など、本人が望む生活を安心して送ることができるような地域社会の構築が求められる。その意味で、医療、福祉等の支援についても、精神障害者の住み慣れた地域を拠点とし、精神障害者同士の支え合いを重視しながら、精神障害者と向き合う中で、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることを見守り、応援するという理念の下で行われることが必要である。

本検討会においては、このような「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、改革ビジョンにおいて掲げられた「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き、我が国の精神保健医療福祉の改革を更に加速する、との基本姿勢の下で議論を行ってきたところである。

その結果として、精神医療の質を向上させるために、精神障害により失われた様々な機能や生活を回復するというリハビリテーションの理念の上に立って、入院患者の地域移行の一層の推進や病床数の適正化の取組等を通じて、一般医療の水準を目指した人員の充実とそれに応じた評価の充実を図ること等により、精神障害者の人権への配慮が十分に行われ、かつ、国民がより安心して利用できる医療とする、という基本的スタンスについては、本検討会として一致するところであった。

これまでの議論を踏まえ、ここに、中間まとめに盛り込まれた事項を含め、以下のとおり、改革ビジョンの後期5年間の重点施策群の策定に向けた本検討会としての意見のとりまとめを行う。

I 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

我が国の精神保健医療福祉施策については、明治33年の「精神病患者監護法」の制定まで全国的な規制は存在していなかった。同法により、私宅、病院等での監置制度が設けられたが、私宅監置を容認していたため医療保健の面では極めて不十分であった。

大正8年の精神病院法の制定を経て、戦後、昭和25年の精神衛生法の制定により、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度の創設を行い、それ以降、自宅や地域における処遇の問題を改善する観点から、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。

その後、昭和39年にはいわゆる「ライシャワー事件」が起こり、昭和40年には通院公費負担制度を創設し、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化するなどの精神衛生法の改正が行われた。この改正以降、精神障害者の社会復帰の推進を図ったものの、我が国においては、医療、福祉等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であった。このため、諸外国では一様に病床削減や地域生活支援体制の強化等により人口当たり病床数を減少させていたこの時期に、我が国では精神科病床数を急速に増加させた。また、昭和36年10月の精神衛生法の改正による措置入院費の国庫補助率の引上げ等を背景として、措置入院患者数についても、昭和35年の約1.2万人が昭和45年には約7.7万人でピークに達するなど急速な増加をみせた。

さらに、その後、昭和59年に起こった、精神科病院における無資格者による診察等の実施や看護助手らによる暴行が行われた事件など、精神科病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、それを背景に、昭和62年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。

障害者基本法（平成5年）の制定、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律への改正（平成7年）、障害者自立支援法（平成17年）の成立等を経て、入院処遇から地域生活への方向転換が図られてきたが、現状では、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制の整備、精神疾患や精神障害者への理解の普及等が道半ばであり、その成果が十分実を結んでおらず、社会的入院患者を含め依然として多くの長期入院患者が存在している。

II 精神障害者の状況

1. 全般的状況

- 「患者調査」（厚生労働省統計情報部）によると、精神疾患患者は平成11年以降急速に増加しており、特に、外来患者数は、平成11年に170万人であったものが、平成17年には267.5万人と、6年間で約1.6倍となっている。
- 入院患者については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を掲げてきたが、精神科病床の入院患者は、平成8年以降、32万人から33万人の間で推移している。また、精神科病床以外に入院している患者も含め、精神疾患を主傷病として入院している者の数は、認知症患者の増加を背景として、平成11年で34.1万人、平成17年で35.3万人となっており、年々増加する傾向にある。

2. 外来患者の状況

- 患者調査（平成17年）によると、精神疾患による外来患者は267.5万人であり、そのうち、うつ病を含む気分（感情）障害が89.6万人（33%）と最も多く、神経症性障害等（58万人（22%））と統合失調症（55.8万人（21%））がそれに続いている。
- 外来患者数の変化をみると、うつ病を含む気分（感情）障害とアルツハイマー病等の認知症で急増しており、平成17年には、平成11年との比較で、それぞれ、48.0万人（115%）、14.4万人（153%）と倍以上に増加している。

3. 入院患者の状況

(1) 入院患者の静態の分析

（疾患による分析）

- 患者調査（平成17年）によると、精神科病床に入院する患者32.4万人のうち、統合失調症患者が19.6万人（61%）と最も多く、アルツハイマー病等の認知症患者が5.2万人（16%）で続いている。
- 平成11年からの変化をみると、統合失調症患者が1.5万人（7%）減少する一方で、認知症患者が1.5万人（42%）増加しており、高齢化の進行を踏まえると、今後、精神科病床において、認知症を主傷病として入院する患者が更に増加する可能性がある。
- 平成14年及び平成17年の患者調査の結果に基づき、精神科病床における統合失調症の入院患者数の将来推計を試みると、平成26年には17.2万人（対平成17年 2.5万人減少）、更に平成32年には14.9万人（対平成17年 4.7万人減少）となると推計される。

(年齢階級による分析)

- 患者調査によると、精神病床の入院患者の年齢分布は、65歳以上の高齢者の割合が増加を続けており、平成17年調査では13.9万人(43%)に上っている。
- 特に統合失調症患者についてみると、精神病床に入院する患者の推計平均年齢は、平成5年に50歳であったが、平成17年には56歳となっている。

(入院期間による分析)

- 患者調査(平成17年)によると、精神疾患入院患者の入院期間別の分布は、1年未満入院患者が約12.2万人(35%)、1年以上5年未満入院患者が約10.2万人(29%)、5年以上10年未満入院患者が4.7万人(13%)、10年以上入院患者が約8.1万人(23%)となっている。
- これを平成11年と平成17年で比較すると、1年未満入院患者数が1.4万人(13%)、1年以上5年未満入院患者数が1.1万人(12%)増加する一方で、10年以上入院患者数は1.3万人(13%)減少している。
- また、疾患毎にみると、統合失調症では、1年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ22.9%及び25.3%である一方、10年以上入院患者の割合は35.9%となっている。うつ病を含む気分(感情)障害ではその6割強が1年未満入院患者であり、認知症では1年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ約42%となっている。このように、疾患によって入院期間による分布は大きく異なっている。
また、入院期間が長期化するほど、総数に占める統合失調症患者の割合が高くなる傾向にあり、10年以上入院患者では約85%に上っている。

- さらに、これを平成11年と平成17年の比較でみると、10年以上入院患者数の減少は統合失調症で顕著であり、平成11年調査との比較では、1.2万人(14%)の減少となっている。1年未満入院患者数の増加は、統合失調症やうつ病を含む気分(感情)障害でも増加しているものの、認知症で特に増加が著しく、その増加は、平成11年から平成17年までの間で1.1万人(43%)となっている。また、1年以上5年未満入院患者数の増加は、認知症患者が平成11年から平成17年までの間で1.2万人(53%)増加していることが主な要因となっている。

- 以上の現状を踏まえると、今後は、入院患者の高齢化も念頭に置きながら、統合失調症患者を中心に地域生活への移行及び地域生活の支援を一層推進するとともに、増加する認知症患者への入院医療のあり方の検討を行うことが課題となっている。

(2) 入院患者の動態の分析

(入院期間1年未満患者の動態)

- 精神保健福祉資料(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)によると、精神病床における年間新規入院患者数は、平成14年に33.2万人であったものが、平成15年では35.6万人(前年比2.4万人(7%)増)、平成16年では37.8万人(前年比2.2万人(6%)増)と、年々増加している。
- 他方、退院患者数についても、年間新規入院患者数と同程度の水準で推移しており、在院期間1年未満での退院が新規入院患者数の増加とほぼ同程度増加している。新規入院患者のうち入院期間1年以上に移行、つまり、新たに長期入院となる患者の数は、毎年5万人程度で横ばいとなっている。その結果として、病院報告(厚生労働省統計情報部)における精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成18年には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている。
- また、精神保健福祉資料によると、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院しており、平成11年と比較しても、その割合は高まっている。また、退院患者のうち、在院期間が1年未満で退院した患者の割合も約87%と高くなっている。
- このように、精神病床においては、1年未満の入院期間について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し患者の入れ替わりが頻繁に起こっており、入院の短期化が進んでいるといえる。
- 一方で、認知症に対する急性期医療を行う専門病棟である認知症疾患治療病棟(現在の認知症病棟)についてみると、新規入院患者のうち1年以内に退院する患者は約60%にとどまっており、精神病床全体と比較して、認知症患者の入院が長期化する傾向が明らかとなっている。
- 今後は、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉・介護等必要なサービスの確保のための取組を更に強化し、認知症患者を含め新たな長期入院患者を生み出さないようにすることが課題となっている。

(入院期間1年以上患者の動態)

- その一方で、在院期間1年以上での退院は毎年5万人弱で推移しているが、新たに入院期間1年以上となる患者数が毎年5万人程度であるため、その結果として、1年以上入院患者数は23万人弱で大きく変化していない。
- また、入院期間1年以上患者は全体の65%を占めているが、退院患者のうち、在院期間が1年以上で退院した患者の割合は約13%であり、そのうち転院や死亡による退院は約6割となっている。これに対し、退院患者のうち、在院期間が5年以上で退院した患者の割合はわずかに4%にとどまり、そのうち転院や死亡による退院は7割以上となっており、入院期間が長期化するほど、転院や死亡による退院の割合が高くなっている。
- このように、入院の短期化が進んでいる一方で、入院期間1年以上の長期入院患者では、その動態に近年大きな変化がみられておらず、今後、どのように地域移行を進め、長期入院患者の減少を図っていくかが課題となっている。

(3) 入院患者の状態像の分析

(身体合併症の状況)

- 「精神病床の利用状況に関する調査」(平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業により実施。以下「病床調査」という。)によると、精神病床入院患者の約14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している。
- これを統合失調症患者についてみると、その割合は約10.5%となっており、高齢になるにしたがってその割合は高まり、65歳以上では約16%となっている。
- 認知症患者については、その大半が高齢であることを背景として、この割合は高まり、約25%となっている。
- 精神科患者の高齢化が進む中で、今後、精神・身体合併症に対応する機能を更に確保していくことが課題となっている。

(ADLの支援及びIADLの困難度の状況)

- 病床調査の結果から、統合失調症患者におけるADL(日常生活動作:食事、入浴、移動等)やIADL(手段的日常生活動作:買い物、薬の管理、金銭管理等)への支援の必要性と退院可能性の関係をみると、ADLやIADLへの支援の必要性が高まるほど、「状態の改善は見込

まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」とされる割合が高くなる傾向が明らかとなっている。

- 統合失調症患者の年齢との関係については、高齢になるにしたがって、ADLやIADLへの支援、特にADLへの支援の必要性が高まっている。
- また、認知症による入院患者の6割強について、ADLへの濃厚な支援が必要とされている。
- 統合失調症患者の退院後の適切と考えられる「居住の場」については、65歳以上の患者で、介護老人保健施設又は介護老人福祉施設とする割合が、合計で3割以上となっている。
- また、別の調査研究(「認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究」(厚生労働科学特別研究事業により実施。))によると、90日を超えて認知症の精神科専門病棟に入院する患者のうち約5割弱が退院可能とされているが、これらの患者が退院に結び付かない理由として、「転院・入所順番待ち」が約54%と最も多くなっている。
- 上記を踏まえると、認知症患者を含む高齢精神障害者の退院を進めるためには、介護保険施設を含めて、ADLやIADLへの支援を必要とする高齢精神障害者にふさわしい生活の場をどのように確保するかが課題となっている。

4. 受入条件を整えば退院可能な患者の状況

- 改革ビジョンでは、患者調査の「受入条件を整えば退院可能」な患者(平成14年調査で6.9万人)について、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化など、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年後の解消を図ることとしている。
- 平成17年患者調査では、精神病床の入院患者のうち、受入条件を整えば退院可能な患者は約7.6万人で約23%となっており、その詳細は以下のとおりとなっている。
 - ・ 入院期間別にみると、1年未満入院患者が約2.5万人(受入条件を整えば退院可能な患者の約33%)、1年以上5年未満入院患者が約2.2万人(同約30%)、5年以上10年未満入院患者が約1万人(同約14%)、10年以上入院患者が1.7万人(同約24%)となっている。
 - ・ 年齢別にみると、受入条件を整えば退院可能な患者のうち55歳未満の患者は約30%、55歳以上の患者は約70%となっている。65

歳以上の患者は45%を占めている。

・ 疾患別でみると、統合失調症の患者が約4.4万人で約6割を占め、認知症患者が約1.3万人で約18%となっている。

- 病床調査においても同様の項目について調査を行っており、ここでは「受入条件が整えば退院可能」な患者の割合は約34%に上り、平成17年患者調査の結果よりも高い割合となっている。
- 病床調査では、「居住先・支援が整った場合の退院の可能性」についても調査を行っており、これもあわせて分析を行うと、受入条件が整えば退院可能な患者のうち「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者は約16%（全体の約5%）、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約73%（全体の約25%）となっている。
- 一方で、病床調査の結果によると、将来の状態の改善と居住先・支援の確保のいずれかが整えば退院が可能となる患者の割合が入院患者の6割強となっており、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（概ね6ヶ月以内）退院の可能性なし」とされた患者が約4割に上っている。
- 病床調査の結果を疾患別にみると、統合失調症患者では、全体の約45%が「近い将来退院の可能性なし」と評価されている。統合失調症の入院患者のうち、身体疾患が入院治療を要する程度にある患者及び身体疾患は入院治療を要する程度にはないが精神症状が重度な患者は全体の5割弱にとどまっているが、そのうち「近い将来退院の可能性なし」とされる患者の割合は、いずれも約6割程度と高くなっている。
その他の患者、すなわち、身体疾患が入院治療を要する程度になく、かつ、精神症状が重度でない患者のうち、ADL又はIADLの低下に対する濃厚な支援が必要な患者は入院患者全体の約3割となっており、そのうち「近い将来退院の可能性なし」とされたのは約4割程度となっている。
さらに、上記のいずれにも該当しない患者は、全体の約2割強であるが、このうち、「近い将来退院の可能性なし」とされた患者はその2割弱と更に低くなっている。
- また、同様に、認知症患者では「近い将来退院の可能性なし」とされた患者は約4割程度であるが、退院の可能性がない主な理由についてみると、「セルフケア能力の問題」が5割強に上っている。
- これらのデータからは、「受入条件が整えば退院可能」という判断

については、評価者によっては、居住先や支援の確保の状況に加え将来の状態の改善の見込みを反映している可能性があることが示唆されている一方で、ADLやIADLの障害を主たる原因として入院する患者の存在が明らかとされており、また、精神症状以外の側面が退院を阻害する大きな要因となっていることも示唆されている。

Ⅲ 改革ビジョンの後期重点施策群の策定に向けて

1. 改革ビジョンとその評価

(1) 改革ビジョンにおける目標について

- 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いる。

①国民意識変革の達成目標

- ・ 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

- ・ 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

(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。

- 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付けで設けられたものであった。

①「受入条件が整えば退院可能な者」について

- ・ 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、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。」とされている。

②精神病床数について

- ・ 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%以下）及び退院率（1年以上群）の目標（29%以上）を達成する

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」が減少することをもって、病床数の減少（2015年には約7万床相当）が促されるとされている。

(2) 改革ビジョンにおける目標の達成状況について

- 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については、以下のとおり評価される。

- 「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。」との目標については、広く国民を対象に「こころ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年時点で82.4%と、一定の成果が認められている。一方で、統合失調症に関する理解が十分でないなどの課題がある。

- 「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いては、

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

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

※ 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る。

- 「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、直近の平成17年の同調査では、約7.6万人となっている。

- 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、

ほとんど減少していない。

その背景には、地域資源の整備がまだ途上にあることに加え、医療計画に定められた基準病床数の達成に向けた都道府県による取組や、患者の治療環境の改善、人員配置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組を直接に支援し促す施策が不十分であったことがあると考えられる。

(3) 改革ビジョンの目標設定に関する評価

①国民意識変革の達成目標について

- 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る、といった効果が期待される。
- 「こころのバリアフリー宣言」による国民一般を広く対象とする普及啓発については一定の効果がみられるが、上記のような普及啓発の効果を適切に把握しつつ、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その推進が必要と考えられる。

②精神保健医療福祉体系の再編の達成目標について

- 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、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、退院として計上されていることから、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。
- 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は、平均残存率、退院率など、精神病床全体を包括した目標設定に加えて、統合失調症、認知症など、様々な分野の施策の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。

③「受入条件が整えば退院可能な者」について

- 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、
 - ・ 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なることが予想されること
 - ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」は、いずれの調査時点でも存在しており、その数値が統計上ゼロとなることは期待できないこと等の理由から、経年的な施策の根拠としては、その効果や達成状況

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。

④精神病床数について

- 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て掲げることが適当である。

2. 今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

- 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者は、その反省に立つべきである。
- 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策の立案・実施を更に加速すべきである。
- 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。
 - ・ 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生活に戻ることができるようにするという視点
 - ・ 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、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、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とができるようにするという視点
 - ・ 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しい支援を提供できるようにするという視点
- 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きである。
 - ①精神医療の質の向上
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

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慮した質の高い医療が提供される体制を作る。

②地域生活を支える支援の充実

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る体制を作る。

③精神疾患に関する理解の深化

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、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会を構築する。

④地域生活への移行・定着支援

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はじめとして、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着が円滑に行われる流れを作る。

⑤精神障害者・家族の視点に立った支援体制の構築

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る。

○ 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、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。

- 1) 精神保健医療体系の再構築
- 2) 精神医療の質の向上
- 3) 地域生活支援体制の強化
- 4) 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築

(1) 現状

○ 精神疾患には、統合失調症、うつ病等の気分障害のほか、認知症や依存症、発達障害等も含まれている。

○ 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いく必要がある。

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要である。

○ 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、その再編を行うことが急務となっている。

○ 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、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、横ばいとなっている。

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、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定義の違いについては考慮する必要がある。

○ 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

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年から平成17年までの間で、ほぼ2倍に増加している。

- 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、診療所に勤務する精神科医は、2.3倍に増加している。
- 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年以降大きく増加している。
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、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。

①入院医療の現状

- 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。
- 診療報酬においては、在院日数の短い病棟など、急性期を中心に高い人員配置を評価する体系となっている。
- 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る。
- 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等による評価体系とはなっていないという指摘がある。
- 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

齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

ア 統合失調症

- 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であった場合、今後減少することが予想される。
- 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、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、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能と考えられる。

イ 認知症

- 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加が予測される。
- 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身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- 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。
- 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て、BPSDに対する医療の提供とあわせて、
(7) 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療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、
(4) 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を担うことが求められている。
- 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、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。
- 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

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を継続している者が存在している。

- 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ていないという課題がある。
- 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、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る。
- 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、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。）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でないとの指摘がある。

ウ 身体合併症

- 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・身体合併症患者への対応が十分でない。
- 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いる。
- 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師の配置を行うこととなっている。
- 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

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、廃止や病床の縮小が相次いでいる。

エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

- 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、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れている。

②疾患等に応じた精神医療の現状

ア 気分障害

- 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、気分障害は疾患として自覚されにくいと、精神科を受診し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いと考えられる。
- 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とに加え、慢性・遷延例の治療への対応が十分でないとの指摘されている。

イ 依存症

- 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み出されていると指摘されている。
- 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がある。
- 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、運営が不安定であるとの指摘がある。

ウ 児童・思春期精神医療

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

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、医療提供体制が必要に対応しきれていない。

③発症早期における支援の現状

- 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ヶ月かかっているとの報告がある。
- 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2～5年（臨界期）の包括的支援の取組の例があるが、我が国においては標準的な支援方法が確立されていない。
- 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、という課題もある。
- 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。

④地域精神保健医療提供体制の現状

（地域精神医療提供体制について）

- 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支えるための医療機能が求められている。
特に、
 - ・ 在宅医療（訪問看護、危機介入等）
 - ・ 早期支援
 - ・ デイ・ケア等の機能強化・分化
 - ・ 精神科救急
 - ・ 身体合併症への対応
 - ・ 認知症等の高齢化への対応
 - ・ 専門的な機能（児童思春期・依存症等）等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。

○ 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体制の構築が課題となっている。

○ 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（「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」に位置付けられていない。

○ 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、「3. 地域生活支援体制の強化」において記載する。

（地域における精神保健体制について）

○ 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」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。保健所は、訪問による支援等を通じた精神障害者の早期治療の促進、心の健康づ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動を行うこととされている。

○ また、市町村は、障害者自立支援法の制定を経て、精神障害者に対する相談のうち、福祉に関するものを実施することとされているほか、精神保健に関する相談についても、実施に努めることとされている。
市町村における精神障害者に関する相談の実施件数は増加しており、市町村は、精神障害者福祉に関する相談のほか、精神保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。

○ 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、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対する技術指導・援助を実施することとされている。

○ 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

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求められるが、その一方で、訪問による支援や危機介入等のこれまで保健所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る。

- 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、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重要である。

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められる。

⑤精神科医療機関における従事者の確保の現状

- 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、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勤務に移行する医師が多くなっている。
- 精神科に従事する看護職員等のコメディカルは、徐々に増加している。しかし、全科の看護職員の総数と比較すると、精神科に従事する看護職員の増加のペースは鈍い傾向にある。

(2) 改革の基本的方向性

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体的な改革を実施すべきである。

- 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、精神保健医療の水準の向上を目指す。
- 「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「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き、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、本人の意向に応じて精神障害者の地域生活を支える機能を中心とする体制への再編を図る。
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

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

- 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患等（統合失調症、認知症、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地域における精神医療提供体制の姿を提示する。
- 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として位置付け、入院医療の再編・重点化を進める。
 - ・ 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、更には病床の必要数を明確化する。
 - ・ 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う。
 - ・ 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、病床数の適正化を図る。
 - ・ また、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL 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の方策を具体化する。
- 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、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。
- 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。

(3) 改革の具体像

①入院医療の再編・重点化

【総論】

- 精神病床の医療の質の向上を図るために、人員基準の充実を目指すべきである。
- 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

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させるべきである。

- 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ある。
- 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、将来的な人員配置の一層の向上を目指すべきである。
- 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、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。

【各論】

ア 統合失調症

- 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 年までに 2.5 万人程度の減少、平成 32 年までには 4.7 万人程度の減少が見込まれている。
- 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、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（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きである。
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。
- 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。
- 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 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

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も検討すべきである。

イ 認知症

- 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急に進めるべきである。
その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・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。
- 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とともに、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - ②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要である。
- 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、介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の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。
- 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。
- 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、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。
- 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、

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すべきである。

- 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。

ウ 身体合併症

- 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、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ある。
- 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、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。
- 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検討すべきである。
- 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管理を行うなどの役割を發揮できるための方策を検討すべきである。
- 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積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要である。

エ その他の疾患等（気分障害、依存症、児童・思春期等）

- 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当である。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

ア 気分障害

- 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、引き続き進めるべきである。
- 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ある。
- 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、普及を図るべきである。
- 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・支援の方法に関する研究を進め、成果の普及を図るべきである。

イ 依存症

- 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えた総合的な取組を強化すべきである。
 - ・ 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、患者の治療・支援に当たるべきである。
 - ・ 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、自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきである。
 - ・ 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、その支援のあり方について検討すべきである。

ウ 児童・思春期精神医療

- 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・思春期精神医学の研修等を進めるべきである。
- 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対応など、医療提供体制の拡充を図るべきである。
- 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

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貫した支援体制との連携の強化が必要である。

③早期支援体制の検討

- 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、その他の様々な精神症状に的確に対応するため、段階的に早期支援体制の構築に向けた検討を進めるべきである。
その際、我が国において、早期支援の標準的な支援手法が確立されていないことを踏まえ、まずは、モデル的な実施に着手し、その検証を踏まえた上で、その後の普及について検討すべきである。
- 早期支援の体制構築においては、適切な診療・支援が提供されることが最も重要であることを踏まえ、精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めるべきである。
具体的には、
 - ・ まず、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、予後の改善に関する効果の検証を行う。
 - ・ 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・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、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。
- 上記のような早期支援に係る効果の検証を行った上で、支援の体制整備を進めながら、あわせて、以下のような取組についても、検討を進めるべきである。
 - ・ 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、本検討会における議論において、精神障害者本人の立場から、早期支援体制について、現在の精神医療体制の下では反対である、との意見が示された。早期支援体制の検討・具体化は、こうした意見が

あったことを十分に踏まえ、今後慎重に進めていくべきである。

④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化 (地域精神医療提供体制の再編・精神科医療機関の機能強化)

- 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、地域医療体制の中で責任を持って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、患者の身近な地域を単位として、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、重症の者も含め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、患者がその状態に応じて、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。
- 上記のような、精神科病院、診療所等が果たすべき精神障害者の地域生活を支える医療機能のほかに、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
 - ・ 一般救急と連動し、精神・身体合併症への対応を行う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
 - ・ 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院
※ 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）を有する精神科医療機関
- 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て検討すべきである。
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」

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」としての位置付けについて検討すべきと考えられる。

- その際、医療計画で定めるべき医療機能、医療連携体制及び地域的単位の設定の具体的なあり方について、更に検討すべきである。
- 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。

（地域における精神保健体制の強化）

- 精神障害者やその家族等からの様々な相談に対し、身近な地域において、より適切に対応できる体制を確保するため、精神保健に関する相談への対応や、医療に関する相談や複雑困難なケースへの対応等も含めて、市町村、保健所、精神保健福祉センターが、適切な役割分担と密接な連携の下で、精神保健福祉に関する相談に応じ、適切な支援を行えるよう、地域の連携体制の明確化とその充実を図るべきである。
- さらに、精神保健福祉相談、地域移行・地域定着のための支援、未治療・治療中断者等への訪問による支援等の質を向上し、地域精神保健の機能の底上げを図る観点から、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターのそれぞれの機能のあり方とその強化等について検討すべきである。
- 自殺防止対策の観点も踏まえて、地域精神保健の機能の充実を図るため、保健所、精神保健福祉センター等と、メンタルヘルス対策支援センターやハローワーク、児童相談所等との地域レベルでの連携の強化を図るべきである。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

- 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とが求められる。
- 精神病床における医療の質の向上を図るために、看護職員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者を確保する必要があると考えられる。
- 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、

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が相対的に増加するよう、施策を講ずるべきである。

- 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よう支援するという視点や、新たな分野や専門分野に従事する者への再教育を通じた資質向上を図るといった視点を踏まえて、関係団体との連携による必要な研修の実施等についても検討すべきである。また、あわせて、いわゆる総合病院精神科をはじめ、特に救急・急性期医療を担う医療機関における従事者の負担軽減の方策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、社会生活技能訓練（SST）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、過少量の投与、依存性薬物の不適切な長期処方等が見られているが、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、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。

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、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。

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

③研究開発の現状

- 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への期待は大きい。
- このため、現在、統合失調症、気分障害、発達障害、自殺等の様々な疾患等について、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われている。
- 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、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う、効果的に研究を行う必要がある。

(2) 改革の基本的方向性

- 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。
- 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上を図る。
- 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等の研究開発を推進する。

(3) 改革の具体像

①精神科における診療の質の向上

- 精神科の治療には個人差が大きいものの、難治例等を除いて、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。
- 特に、統合失調症に対する抗精神病薬の多剤・大量投与について、

その実態の把握に努めるとともに、例えば単剤投与や切替え・減量といった改善を促すため、情報公開や評価の方法等について検討すべきである。

- 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。

②精神科医をはじめとした医療従事者の資質の向上

- 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の定着を図るとともに、精神療法、心理社会的療法、児童思春期精神医療等を含め、研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、学会や医療関係者と連携して取り組むべきである。
- 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、資質の向上のための研修等を一層推進すべきである。また、あわせて、精神保健医療の現場でニーズの高まっている心理職について、その一層の活用のための方策等についても検討すべきである。

③研究開発の更なる推進・重点化

- 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しつつ、その推進を図るべきである。
- 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、活発に行うべきである。
特に、治療法の確立や医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床研究を推進すべきである。
- 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状態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状態の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の確保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科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

支援等が行われている。

- 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例や、受診中断により入院を繰り返す事例等への対応を図るためには、地域保健活動の機能の向上に加え、現在行われている地域保健活動よりも積極的な支援・介入方策を要すると考えられる。

(訪問看護等の在宅医療について)

- 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・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するなどの効果がみられており、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、地域精神医療において、今後一層の強化が必要な機能である。
- 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の支援を図るための診療報酬の改定等が行われている。
- 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、医療機関への訪問看護の活用についての周知も課題である。
- 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、多様なニーズに応じることが求められる。また、これらに加え、病状によりスタッフの安全確保や、十分なケア、アセスメントを実施するため、本人の意向に応じて、多職種又は複数名での訪問ができることが必要であるとの強い要望がある。
- 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。

(精神科デイ・ケア等について)

- 精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、ショート・ケア(以下、「デイ・ケア等」という。)の実施目的としては、再入院・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、利用者の利用目的としては、生活する力を高める、周囲の人とうまく付き合うこと等がある。

- 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、地域移行における受け皿の機能を果たしている。
- 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、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・ケア等が試みられている。
- デイ・ケア等の利用期間の制限はなく利用が数年にわたっているが、症状の改善が終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研究もある一方で、特に慢性期のデイ・ケア等については、治療効果のエビデンスが確立されているとは言えない。

②障害福祉サービス等の現状

- 精神障害者の地域生活の支援を推進するためには、身近な地域において、住まいの場や、自宅等における日常生活に必要な介護等の支援、さらには、精神障害者同士が共に過ごし日常生活における様々な悩み等を分かち合うための集いの場や日中活動の場を提供し、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、教育支援、就労の場の確保など、精神障害者の生活を支える様々な支援が、精神障害者本人の意向に応じて提供される体制が確保されることが必要である。
- 障害福祉サービスについては、障害者自立支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、精神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。
- 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%に上昇している。
- 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前から平成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

差し引いて約 6000 人分の純増) している。

グループホーム及びケアホームの利用者に占める精神障害者の割合は上昇傾向にあるが、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 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 8000~8500 人程度増加すると見込まれる。

- 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て約 2.5 万人分の純増) している。

③相談支援・ケアマネジメントの現状

(相談支援について)

- 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、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。
- 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し、また、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応が必要なものを担うとともに、地域の関係機関の連携強化を図る責任主体としている。

(市町村における相談支援について)

- 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である。
- 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

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。

- 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るなど、課題が残っている。

(ケアマネジメント機能について)

- 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もある。
- 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。
- 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、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。
- 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 (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、国内でもモデルとなる取組が行われている。
- 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、サービス提供事業者からの中立性にも配慮が必要である。

④就労支援の現状

- 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、精神障害者に対する就労支援の充実は重要である。
- 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みると、精神障害者の利用者数の変化は、平成 19 年 11 月から平成

21年3月までの間で、約86%の大幅な増加と（旧体系サービス等からの移行分を含む。）なっている。

- また、雇用施策においても、これまで、障害者雇用率制度における精神障害者の算定（平成18年度から）や、段階的に就業時間を延長しながら常用雇用を目指すことを支援する「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」の創設（平成20年度から）、地域障害者職業センターにおけるうつ病等休職者に対する職場復帰、雇用継続に係る支援など、取組の強化を図ってきたところである。
- 精神障害者の職業紹介状況をみると、新規求職申込件数は、平成13年度以降大幅な増加を続けており、平成20年度でみると、平成13年度の5.2倍であり、平成17年度と比較しても約2倍以上となっている。就職件数でも、平成20年度においては、平成13年度の約5.8倍、平成17年度の約2倍となっている。
また、精神障害者に対する職業訓練については、平成20年度における障害者委託訓練の受講者数は、平成16年度の約4.3倍、平成17年度の2.1倍以上となるなど、大幅な増加をみせている。
- このように、精神障害者の就業は着実に進展しているが、一方で、精神障害者の雇用数は56人以上規模企業で0.6万人（平成20年6月）にとどまるなど、身体障害者や知的障害者と比較すると、大きく遅れており、今後、企業における精神障害者の雇用を更に促進することが課題となっている。

(2) 改革の基本的方向性

地域生活への移行及び地域生活の支援については、今後、以下の基本的考え方に沿って更なる改革を進めるべきである。

- 精神科救急医療の充実や提供体制の強化、患者の状態像を踏まえた通院・在宅医療やリハビリテーションの強化・重点化など、精神障害者の地域生活を支える医療体制の一層の充実を図る。
- 相談支援については、日常の継続的な支援や緊急時の支援を通じて、精神障害者やその家族が安心して地域生活を営むことを支えるとともに、地域生活を営む精神障害者に対する様々な支援を結び付け円滑に利用できるようにする重要な機能であり、その充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
- 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援が、障害福祉サービスと保健医療サービスの密接な連携の下で行われるよう、障害福祉サービスの充実とあわせて、地域における支援体制作りの中核を担

う地域自立支援協議会の機能の充実や、多様な支援を必要とする精神障害者に対してケアマネジメントを行う機能の充実を図ること等により、その体制の一層の充実を図る。

- 入院医療の再編・重点化等の精神保健医療体系の再構築の取組と地域生活支援の強化の取組が一体的に行われるよう、障害福祉計画における居住系サービスの見込量等についても、入院医療の再編・重点化の目標等に即した目標値を設定する。

(3) 改革の具体像

① 地域生活を支える医療機能の充実・強化

ア 精神科救急医療体制の確保

- 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保等について、制度上位置付けるべきである。
 - 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモニタリングを行い、適切にシステムを運用できるよう、国が指標を設定し評価を行うとともに、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れたシステムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図るべきである。
 - 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び医療関係者への周知を図るべきである。
 - 都道府県において救急患者の搬送・受入ルールを策定することとする消防法の改正（平成21年）が行われたことを踏まえ、当該ルールにおいて、精神・身体合併症患者も対象とするよう促すことについて検討すべきである。
 - さらに、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、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ン診療の充実について検討すべきである。（再掲）
また、一般救急医療機関に搬送された重篤な身体合併症を有する精神疾患患者への診療体制を確保する観点から、救命救急センター等における精神医療の確保や、救命救急センター等から他の総合病院等の精神科医療機関への転院の円滑化のための方策についても検討すべきである。
- イ 精神科医療施設の精神科救急医療体制における機能
- 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療につ

いて、診療所を含めた地域の精神科医療施設が自ら役割を担うとともに、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保を図るべきである。

- 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機能評価を行い、機能の向上を図るべきである。そのための指標の作成を進めるべきである。
- 総合病院精神科における精神病床の確保とともに、その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。(再掲)

ウ 精神保健指定医の確保について

- 都道府県等が、措置診察等を行う精神保健指定医の確保について積極的に実施している先例を参考に、医療機関及び指定医への協力依頼や、輪番制等の体制整備に努めるよう促すべきである。
- 精神保健指定医について、措置診察等の公務員としての業務に協力すべきことや、都道府県等が精神科救急医療体制の確保に当たり精神保健指定医に対し協力を求めることができることを制度上規定すべきである。
- なお、措置診察に全国一律に輪番制を導入することや、措置診察等の業務への参画を精神保健指定医の資格更新の要件とすることについては、上記の確保策の効果を検証した上で、その適否を含め将来的に検討することが適当である。

エ 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化について

- 未受診者や治療中断者等が強制入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療、家族への支援等を行う支援体制を強化すべきである。
- このため、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関が機能を一層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入等の支援体制について、モデル的な事業の実施・検証を経て、整備を進めるべきである。

オ 訪問看護等の在宅医療の充実について

- 「地域を拠点とする共生社会」の実現に向けて、精神障害者の地域生活を支える必要な医療を確保する観点から、医療機関が行うものも含め、精神科訪問看護等の在宅医療の充実を図るべきである。

- 具体的には、地域を拠点として普及している訪問看護ステーションの活用を図りながら、精神科訪問看護の一層の普及を進めるべきである。そのため、従事者の研修等を進めるとともに、医療機関において訪問看護が一層活用されるよう周知を図るとともに、訪問看護ステーションとの連携等を促すべきである。

- また、長期入院患者も含めた精神障害者の地域移行を今後一層推進していくことを見据えて、状態が不安定であり、多様な生活支援を要する精神障害者の特性に対応できるよう、訪問診療、訪問看護等の在宅医療の機能の充実を図るべきである。特に、訪問看護については、福祉サービス等との連絡調整や、家族への支援、病状不安定な対象者への訪問が効果的に行われるよう、体制の強化を図るべきである。

カ 精神科デイ・ケア等の重点化等について

- 急性期や回復期に、適切なアセスメントに基づき、認知行動療法、心理教育等を一定期間重点的に行うなど、対象・利用期間・実施内容を明確にして医療としての機能を強化したデイ・ケア等の整備を図るべきである。
- 現在のデイ・ケア等は、これまでの地域におけるサービスの供給状況の中で、生活支援としても地域移行における一定の機能を果たしてきていると考えられるが、医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観点や、利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供する観点からは、対象者・利用目的・実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等については、その利用者の選択の下で障害福祉サービスの利用を促していけるよう、障害福祉サービスの充実等を図っていくべきである。
- 利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイ・ケア等の、長期にわたる頻回な利用や長時間の利用については、それが漫然としたものとならないように促す方策を検討すべきである。

②障害福祉サービス等の拡充

ア 相談支援・ケアマネジメントについて

(相談支援体制の充実強化)

- 精神障害者が病院等から地域生活に移行し、安心して地域生活を営んでいけるよう、総合的な相談を行う拠点的な機関の設置など、地域における総合的な相談支援体制を充実すべきである。
- 精神障害者地域移行支援特別対策事業において行われている、病院

からの退院等に向けた地域生活の準備のための同行等の支援に加え、居住サポート事業が担っている民間住宅等への入居時の支援や緊急時に対応できる地域生活における24時間の支援等について、全国のどの地域においても実施されるよう、個々の支援を評価する仕組みに改めるなど、充実を図るべきである。

(自立支援協議会の活性化)

- 精神障害者に対する相談支援を効果的に実施するためには、地域において精神障害者を支える医療や福祉をはじめとする関係者の有機的な連携を構築することが不可欠である。

このため、地域における支援体制作りにおいて中核的役割を担う自立支援協議会について、その設置を促進し運営の活性化を図っていく観点から、その機能の充実を図るとともに、市町村の実情に応じた設置・運営方法が可能になるように配慮しつつ、その機能も含めて制度上の位置付けを明確化すべきである。その際、自立支援協議会への精神障害者の参画を促進すべきである。

(ケアマネジメント機能の拡充)

- 精神障害者の地域生活支援のための基本的な体制として、地域において相談支援を担う事業所が、医療機関と連携を図りつつ、ケアマネジメントを実施する体制の確立が求められる。
- このため、精神障害者に対するケアマネジメント機能を充実する観点から、サービス利用計画について、病院等から地域生活への移行や地域での自立した生活を営むことを目指す者を含め、その対象者を更に拡大するなど、充実を図るべきである。
- また、精神障害者本人による自己選択、自己決定に基づいて、個々の精神障害者の状況に応じたケアマネジメントが促進されるよう、サービス利用計画の作成手続について、現在支給決定後に作成することとなっている取扱いを見直すとともに、作成後においても、継続的にモニタリングを実施する仕組みとすべきである。
- さらに、入院を繰り返す者など、重症の精神障害者の地域生活支援に当たって、訪問看護ステーション等においても、ケアマネジメントの理念に基づいて、多職種の連携の下で、精神障害者の状態の変化に応じて、迅速かつ適切な支援を提供するとともに、適切なケアマネジメントを通じて障害福祉サービス等による支援が円滑に提供されるよう、地域において相談支援を担う事業所との密接な連携を図る体制の充実を図るべきである。

- その中でも、極めて濃厚な支援が必要な重症の者については、重点的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築を図るべきである。このような支援の対象者は、受診中断者や未受診者など、危機介入を行うべき対象者とも重複することから、危機介入の体制と連続性のある、もしくは一体的な仕組みとすべきである。
- これらの仕組みの導入に当たっては、モデル的な事業の実施・検証を経て、行政機関の関与のあり方も含め、具体的な体制のあり方について検討するとともに、医療・福祉資源の適切な利用の観点を踏まえて、対象者の明確化を図るべきである。

(精神保健福祉士等の資質の向上)

- 精神保健福祉士について、「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討結果を踏まえ、精神障害者の地域生活の支援を担うという役割の明確化、保健福祉系大学等における養成課程の水準の確保、資格取得後の資質向上の責務の明確化をはじめ、制度上の対応を図るべきである。
また、精神科病院等の精神科医療機関での実習の必須化を含め、質の高い精神保健福祉士の養成のためのカリキュラムの見直しについて引き続き検討すべきである。
- また、研修事業の充実等を通じて、相談支援専門員をはじめ相談支援を担う人材の養成とその資質の向上を図るべきである。

イ 住まいの場の確保について

- (グループホーム・ケアホームの整備促進・サービスの質の向上等)
- グループホーム・ケアホームについて、整備費の助成制度や公営住宅の活用等を通じて、更に整備を促進すべきである。
その際、地方公共団体は、障害福祉計画等に基づく計画的な整備を行うとともに、整備実現に向けた地域住民との調整を含め、自ら積極的に整備を促進すべきである。
また、平成21年度の障害福祉サービス報酬改定において、夜間の安全・安心を確保するための必要な人身体制の充実等の措置を講じたところであるが、今後とも支援内容の向上をはじめ質の面での充実を引き続き図るべきである。
- さらに、今後、新たな目標値に基づいて統合失調症患者の地域生活への移行を更に進めていくために、障害福祉計画に基づく居住系サービス等の見込量についても、新たな目標値と整合性を図りつつその見直しを行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきである。

- より重度な精神障害者の地域移行の取組を支え、また、医療観察法の対象者や刑務所から出所する者、依存症患者等の多様なニーズに応える観点から、現行のグループホーム・ケアホームの機能の強化による対応を含め、居住支援のあり方について検討すべきである。

(公営住宅への入居促進)

- 優先枠設定等による優先入居の一層の普及、民間住宅の借上げによる公営住宅の供給の促進、先進事例の調査研究やその成果の普及等を通じて精神障害者の公営住宅への入居促進を図るべきである。

(公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進)

- 地方公共団体の住宅部局及び福祉部局並びにグループホーム事業者の具体的な連携方策を示したマニュアルの作成・普及等により、公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用を更に促進すべきである。

(民間賃貸住宅への入居促進)

- 精神科病院からの地域移行だけでなく、グループホーム・ケアホームでの生活から、より自立した生活への移行を円滑にするという観点も踏まえ、「あんしん賃貸支援事業」や公的家賃債務保証制度の普及等を引き続き図ることにより、民間賃貸住宅への入居を更に促進すべきである。

ウ 生活支援等障害福祉サービス等の充実について

(訪問による生活支援の充実等)

- 地域における精神障害者への継続的な生活支援を確保する観点から、平成 21 年度の障害福祉サービス報酬改定において、訪問による生活訓練の評価の充実を行ったところであるが、引き続き訪問による生活支援の活用による支援の充実を図るべきである。

(ショートステイ（短期入所）の充実)

- 精神障害者が地域生活を継続して営む上で、入院予防的に、又は、一時的な休息（レスパイト）を取るために利用するショートステイ（短期入所）が、地域において確保されることが重要である。
このため、平成 21 年度の障害福祉サービス報酬改定において、単独型のショートステイの評価の充実等を行ったところであるが、引き続き、地域における精神障害者の特性に配慮した利用しやすいショートステイの機能の整備を図るべきである。

(就労支援等)

- 就労系の障害福祉サービスについて、精神障害者の特性も踏まえつつ、その機能の充実を図るとともに、雇用施策との連携を強化すべきである。また、就労系の障害福祉サービスが現在果たしている機能を踏まえ、そのあり方について引き続き検討すべきである。
- 障害者就業・生活支援センターについて、雇用面の支援とあわせて生活面の支援を提供する機能の重要性に鑑み、精神障害者による利用が促進されるよう、その質の向上を図りつつすべての圏域での設置に向けて整備を進めるとともに、就労移行支援事業所や医療機関をはじめとする精神障害者の地域生活を支える関係機関との連携を強化すべきである。
- 今後も、精神障害者の特性に応じたきめ細やかな支援が実施されるよう、社会適応訓練事業の果たしている機能について、障害者施策全体の中でその位置付けを明確にし、都道府県等への支援を図るべきである。
- 雇用施策についても、引き続き精神障害者の就労先の確保に努めることとあわせて、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、精神障害者の特性に応じ、ハローワークや地域障害者職業センターにおける支援体制を強化するとともに、カウンセリング体制の整備等精神障害者が働きやすい職場づくりを行う企業に助成を行うなど、支援の一層の推進、充実について、引き続き検討すべきである。

エ 入院中から退院までの支援等の充実について

- 精神保健医療福祉に従事する者について、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等において、相互に連携・協力を図り、精神障害者の地域生活への移行や地域生活の支援に取り組む責務を明確化すべきである。
- 病院等から地域生活への移行を目指す精神障害者に対する個別支援の充実強化とともに、自立支援協議会等の機能の活性化等を通じて、地域資源の開発や地域における連携の構築など、地域生活に必要な体制整備を行う機能についても、引き続き充実を図るべきである。
- 長期にわたり入院している精神障害者をはじめとして地域生活への移行が円滑に行われるよう、入院中の段階から地域生活への移行に先立って、グループホーム等での生活の体験など、地域移行に向けた体験利用の活用を進めるとともに、地域移行の際に必要な経済的な支援をより円滑に利用できるよう、その一層の周知等を図るべきである。

ある。

- また、上記のような支援においては、本人と家族との自立した関係を築く視点を踏まえ、病院からの地域移行だけでなく、家族と同居しての生活から、グループホーム・ケアホームや民間賃貸住宅等でのより自立した生活への移行が円滑に行われるようにするという視点も持つべきである。

オ 精神障害者の視点に立った支援体制の充実について

- 地域生活を営む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るよう、国及び地方自治体における精神保健医療福祉に関する各種の審議会、委員会、協議会等への精神障害者の参画を一層促すべきである。
- 精神障害者本人の経験・体験から学ぶという姿勢に立って、精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状に対して正しく理解することを促す観点から、精神障害者同士のピアサポートへの関係者の理解を深めつつ普及を図るとともに、地域移行支援の取組への精神障害者の参画を促進するなど、精神障害者同士の支え合いを基盤とする仕組みの普及を進めるべきである。
その際、地域の実情に応じつつ、地域活動支援センターやピアサポートセンター等設置推進事業等の柔軟な活用も含めて、精神障害者主体のピアサポートセンターの設置等による精神障害者同士の交流の場の確保等の取組を更に普及するための方策について検討すべきである。

カ 家族の視点に立った支援体制の充実について

- 精神障害者本人だけではなくその家族を支えるとともに、本人と家族との自立した関係を構築することを促すという観点も踏まえ、上記の施策を進めることに加えて、家族同士のピアサポートの普及を進めるとともに、家族同士の交流の促進を図る場の確保や一時的な休息（レスパイト）を提供する機能の普及等を通じて、効果的な家族支援を一層推進すべきである。

4. 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施

(1) 現状

- 精神障害者に対する正しい理解は、地域移行を円滑にし、同じ地域住民として精神障害者と共に暮らす社会としていく上で重要であり、また、精神疾患に対する正しい理解は、国民が精神疾患にかかった場合に必要な医療的な支援を受けることを円滑にするという側面を有している。このため、「地域を拠点とする共生社会の実現」を目指していく上で、精神障害者及び精神疾患に対する国民の正しい理解を促していく普及啓発活動を推進していくことが重要である。
- 平成19年の内閣府調査によると、「精神障害者の近隣への転居」について、ドイツやアメリカでは、7割以上が「意識せず接する」と回答し、4割は「全く意識せず気軽に接する」と回答しているのに対し、我が国では、7割以上が「意識する」と回答しており、精神障害や精神障害者に対する理解が十分に進んでいないことを示している。また、その他の調査研究においても、同様に、我が国における精神障害者に対する理解の遅れが明らかとされている。
- また、改革ビジョンにおいては、国民意識の変革について「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。」との目標の下、広く国民を対象に「こころのバリアフリー宣言」等の普及啓発を行ってきたが、当該目標については82.4%（平成18年）と一定の成果が認められている。
- 一方で、精神疾患に関する国民の理解について、疾患毎にその理解の状況をみると、特に統合失調症に関する理解が乏しいことが、成人一般、若年層、保護者等を対象とした調査から示唆されている。
- 新聞記事を対象とした調査結果においては、統合失調症について、統合失調症そのものや地域支援に関する報道が増加しているものの、精神科や統合失調症が犯罪や事件と関連付けて報道される傾向や他の疾患に比べ予防や研究に関する報道が少ない傾向がみられている。
- こうした現状において、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、それぞれの目的に応じて効果的な普及啓発を実施していくことが求められている。

(2) 改革の基本的方向性

普及啓発（国民の理解の深化）については、今後、以下の基本的考え方に沿って改革を進めるべきである。

- 精神障害者本人に対する啓発とあわせて、地域移行を円滑にする観

点から、地域移行の着実な実施を進めるとともに、普及啓発方策の具体化を図る。

- 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移す。

その際、情報環境の変化等を背景に、行動変容に影響する要因を踏まえつつ、「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確にした効果的な普及啓発を行う。

(3) 改革の具体像

- まず、精神障害者自身が、自らの疾患や病状を正しく理解し本人の望む地域生活を送ることができるよう、精神障害者同士のピアサポートの推進等を通じた精神障害者本人への啓発を推進すべきである。
- また、精神障害者に接し交流する機会を増やすことが、効果的な普及啓発となり地域移行を更に円滑にする側面を有していることを踏まえ、地域移行を着実に実施するとともに、地域レベルでの精神障害者と住民との交流活動の推進など、精神障害者の視点を重視した啓発や精神障害者本人から学ぶ機会の充実を図るべきである。
- 上記の取組に加えて、精神疾患の発症早期における適切な支援の提供による重症化の防止を図る観点から、学校の生徒等の若年層とそれを取り巻く者を対象として、精神疾患の発症早期に適切に相談支援や診療を受けられるよう、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行うべきである。
- 精神疾患とりわけ統合失調症の正しい理解を医療関係者や社会的影響力の強い者も含め各層に促すため、対象に応じた普及啓発における基礎情報とするために、他の疾患・領域を参考にしつつ、インターネット等で正確で分かりやすい疾患の情報等を提供できる情報源の整備を具体化すべきである。
- また、新聞記事を対象とした調査の結果を踏まえ、上記情報源を活用しつつ、新聞、テレビ、雑誌等の報道関係者に向けたものを含め、治療法、支援策や研究成果等についての情報発信を充実させるべきである。

5. 改革の目標値について

(1) 今後の目標設定に関する考え方

- 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間において改革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、精神保健医療体系の再構築を施策の中核として取組を強化すべきである。
- その認識の下で、以下のとおり、具体的目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像（疾病、年齢等）の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきである。
 - ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入する。
 - ・ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとする。
- 障害福祉計画における目標値（退院可能精神障害者数）についても、上記の「統合失調症による入院患者数」に係る新たな目標値や、障害福祉サービスの整備量に関する目標との整合性を図りつつ、見直しを行うべきである。
- また、医療計画の医療連携体制における目標設定を踏まえつつ、地域ごとに、精神医療提供体制を構築する際に活用できる目標設定についても、更に検討を行うべきである。
- 上記の目標の達成に資するような個々の施策の実施状況等についても別に目標値を設定し、それらを適切に組み合わせ、より効果的に施策の進捗管理を行うべきである。
- 精神病床数については、改革ビジョンに基づき設定された、医療計画における基準病床数を誘導目標として引き続き掲げ、その達成に向けて、地域における障害福祉サービス等の一層の整備を進めることはもとより、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援し促す方策の具体化を目指すべきである。
- その上で、疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討すべきである。

- なお、平均残存率と退院率については、在院患者数の減少を必ずしも適確に表すものではないが、基準病床数の減少を促す上では一定の機能を有していることから、今後も、基準病床数算定式の基礎となる指標として用いることが適当である。

(2) 今後の目標値について

- 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群においては、「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改革を更に加速するとともに、以下の目標値を掲げ、実効性ある取組を行うべきである。

I 新たな目標値（後期5か年の重点施策群において追加するもの）

- ◎ 統合失調症による入院患者数：
約15万人（平成17年との比較：4.6万人減）
- ◎ 認知症に関する目標値（例：入院患者数等）：
平成23年度までに具体化する。

II 改革ビジョンにおける目標値（今後も引き続き掲げるもの）

- ◆ 各都道府県の平均残存率（1年未満群）に関する目標：24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率（1年以上群）に関する目標：29%以上
 - ・ 上記目標の達成により、約7万床相当の減少が促される。〔誘導目標〕
 - ・ 基準病床数の試算
平成21年現在：31.3万床 平成27年（試算）：28.2万床
※現在の病床数（平成19年10月）との差：6.9万床
- ※ 精神病床数については、都道府県が医療計画の達成を図り、又は、個々の医療機関が患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じて医療の質を向上させる取組を直接に支援し促す方策の具体化を目指す。
- ※ 疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討する。

- また、上記の目標値の達成に資する施策の実施状況に関する目標について、例えば以下のものを参考として、個々の事業を単位として別途設定すべきである。

(例) 精神科救急医療体制における身体合併症対応施設の整備
精神科訪問看護（訪問看護ステーションを含む）の整備
認知症疾患医療センターの整備
児童思春期の専門医療機関・専門病床の確保
「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の支援対象者数
※ 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定する。

V 今後の課題

1. 精神保健福祉法に関する課題

- 精神医療の質の向上を図っていく上では、上記の個々の取組に加えて、入院医療をはじめとして、人権に配慮した適切な医療が透明性をもって提供される制度としていくことが重要であり、精神保健福祉法についても、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方向性を具体化していく観点から、諸外国の状況や我が国における精神保健医療福祉改革の状況を踏まえつつ、必要な見直しを行っていく必要がある。
- 精神保健福祉法に基づく各種制度のうち、特に、入院医療における医療保護入院制度のあり方や、保護者制度のあり方、精神医療審査会の機能の充実については、過去の法律改正時に附帯決議が行われており、継続的な課題となっている。
- また、現状においては、措置入院制度や申請・通報制度、移送制度等の運用状況について、都道府県等によって大きな違いがみられているが、精神医療を必要とする者について、人権や本人の安全性に配慮しつつ適切に医療につなげていく観点からは、各地域において適正に運用されるべきものである。
- これらの課題については、本検討会においても議論を行い、
 - ・ 家族が医療保護入院という強制入院の同意者となる制度について見直すべき
 - ・ 保護者制度は、家族と精神障害者本人双方の負担となっており、見直しを行うべき
 - ・ 未治療・治療中断等の重度精神障害者に対し地域生活を継続しながら医療的支援を提供する体制、通院を促す仕組みを検討すべき等の意見があったところである。
- 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定期間との関係で、本検討会において精神保健福祉法の見直しに関する意見の集約を行うことは困難であったが、以下の点をはじめとする精神保健福祉法の課題に関する検討の場を設け、検討に着手すべきである。
 - ・ 家族の同意による入院制度のあり方について
 - ・ 医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方について
 - ・ 未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方や、通院医療の位置付けについて
 - ・ 精神医療審査会の機能を発揮できるための方策について
 - ・ 情報公開の推進も含めた隔離・身体拘束の最小化を図るための取組について

- ・ 地域精神保健における市町村、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関の役割のあり方について

○ なお、保護者適格が疑われる場合や認知症高齢者等に対する入院形態のあり方や、申請・通報制度、移送制度等における関係機関との連携のあり方、個々の患者の病状の変化に対応した適切な処遇の実施のための方策など、現行制度の改善のための方策については、随時検討を行い必要な対応を図るべきである。

2. 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定と改革ビジョンの検証

○ 本検討会においては、我が国における精神保健医療福祉について、改革ビジョンの実施状況と現状の評価を中心に検証を行ってきたが、改革ビジョンの後期5か年において取り組むべき課題を明らかにし、それぞれの課題について改革の具体像を提示するに至った。

○ 我が国の精神保健医療福祉は、大きな転換期を迎えている。今後、本検討会の意見を十分に踏まえて、「改革の歩みを止めない」との断固たる姿勢をもって、改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定し、実行すべきである。

○ その上で、改革ビジョンの終期に当たる平成26年を目途として、改革ビジョン10年間の取組について評価を行うとともに、その進捗状況を踏まえて、新たな重点施策群の策定や目標値の設定等の対応を図るべきである。

○ 本検討会はここでその使命を終えるが、新たな重点施策群の策定等を行う際には、改めて、精神障害者や家族、メディア、法律関係等の幅広い有識者や、精神保健医療福祉の関係者等の参画を求め、また、厚生労働省内の他の関係部局や関係する他省庁の参加も得ながら、精神保健医療福祉のあり方に関する検討を行う場を設けることを強く求めたい。

○ なお、本検討会のとりまとめの議論において、将来の「地域を拠点とする共生社会」の具体像が十分に明確でなく、今後その検討が必要との意見もあった。

おわりに

以上のおおりに、今後の精神保健医療福祉施策の改革のための課題は多岐にわたっている。社会経済状況は日々変動しており、精神保健医療福祉の改革についても、その変化に応じたスピードで進める必要がある。

今後、平成22年の診療報酬改定、平成24年の診療報酬改定、介護報酬改定及び障害福祉サービス報酬の改定など、今後の医療制度及び介護保険制度等の見直しの時機をとらえて、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、国のナショナルミニマムを確保する責任と強力なイニシアチブの下で、着実かつ大胆に、精神保健医療福祉の不断の改革を進められたい。

これまでの開催経緯

<平成20年>

第1回(4月11日)

- 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

第2回(5月1日)

- 地域生活支援体制の充実について

第3回(5月29日)

- ①精神保健医療体系について
- ②精神疾患に関する理解の深化について

第4回(6月19日)

- ①精神疾患に関する理解の深化について
- ②精神障害者の方からのヒアリング
- ③地域移行の実践に関するヒアリング

第5回(6月25日)

- ①「精神病床の利用状況に関する調査」報告について
- ②諸外国の精神保健医療福祉の動向について

第6回(7月16日)

- これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について

第7回(7月31日)

- これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)について

第8回(8月21日)

- 有識者からのヒアリング

※9月3日 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)公表

第9回(9月3日)

- ①論点整理の報告について ②平成21年度概算要求の報告について
- ③障害者部会の状況報告について ④今後の進め方について
- ⑤「精神病床の利用状況に関する調査」報告(詳細)について

第10回(9月25日)

- ①地域生活への移行・地域生活の支援について
- ②精神科救急・精神保健指定医について

第11回(10月17日)

- 相談支援について

第12回(10月29日)

- ①就労・社会適応訓練事業について ②精神保健指定医の確保について
- ③「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」中間報告について

第13回(11月7日)

- 障害者自立支援法の見直し等について

第14回(11月13日)

- ①相談体制における行政機関の役割について
- ②障害者自立支援法の見直し等について

※11月20日 中間まとめ公表

<平成21年>

第15回(平成21年3月26日)

- ①今後の進め方について ②精神科救急医療について
- ③ケアマネジメント・ACTについて ④危機介入について

第16回(4月23日)

- ①中間まとめについて ②訪問看護について ③早期支援について
- ④普及啓発について

第17回(5月21日)

- ①身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について ②認知症について

第18回(6月4日)

- ①精神科デイ・ケア等について ②気分障害について ③依存症について
- ④児童・思春期の精神医療について

第19回(6月18日)

- 地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について(総論)

第20回(7月9日)

- 地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について(各論)

第21回(7月30日)

- 精神保健福祉法に関する課題等について

第22回(8月6日)

- ①精神医療の質の向上について
- ②早期発見・早期支援のための普及啓発について(調査の報告)
- ③これまでの検討会における議論の整理

第23回(9月10日)

- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(報告書案)について

第24回(9月17日)

- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(報告書案)について

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

氏名	所属・役職
伊澤 雄一	特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 代表
伊藤 弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部長
上ノ山 一寛	社団法人 日本精神神経科診療所協会 理事
大塚 淳子	社団法人 日本精神保健福祉士協会 常務理事
小川 忍	社団法人 日本看護協会 常任理事
門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター 理事長
坂元 昇	全国衛生部長会 副会長
佐藤 茂樹	有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 副理事長
品川 眞佐子	特定非営利活動法人 ほっとハート 理事長
末安 民生	社団法人 日本精神科看護技術協会 会長
田尾 有樹子	社会福祉法人 巢立ち会 理事
高橋 忍	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 理事
谷畑 英吾	滋賀県湖南市長
寺谷 隆子	山梨県立大学人間福祉学部 教授
長尾 卓夫	社団法人 日本精神科病院協会 副会長
中島 豊爾	社団法人 全国自治体病院協議会 副会長
長野 敏宏	特定非営利活動法人 ハートinハートなんぐん市場 理事
野沢 和弘	毎日新聞社 論説委員
樋口 輝彦	国立精神・神経センター 総長
広田 和子	精神医療サイバー
町野 朔	上智大学法学研究科 教授
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事
山根 寛	社団法人 日本作業療法士協会 副会長
良田 かおり	特定非営利活動法人 全国精神保健福祉会連合会 事務局長

◎:座長
(五十音順、敬称略)

31

◎

平成22年度診療報酬改定の視点等について

前回までの議論等を踏まえ、平成22年度診療報酬改定について、どのような認識・視点で行うことが適切と考えるのか。例えば、以下のような認識、視点で改定を行うことについてどう考えるのか。

【基本認識・重点課題等】

- ① 前回の診療報酬改定においても、医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、危機的な状況に置かれている。
- ② このような基本認識に立ち、平成22年度診療報酬改定においては、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」及び「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」を改定の重点課題として位置付けることとしてはどうか。
- ③ また、診療報酬改定に当たっては、地域特性への配慮や用途の特定といった補助金の役割との分担を十分に踏まえるべきである。
- ④ このような基本認識や重点課題を踏まえた上で、次期診療報酬改定の基本的な方向については、
 - イ 地域医療が危機的な状況にある中、医療費の配分の見直しではなく、医療費の底上げを行うことにより対応すべきとの意見がある一方、
 - ロ 保険財政が極めて厳しい状況の中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があったところ。
- ⑤ このような状況を踏まえ、次期診療報酬改定の基本的な方向について、どのようにあるべきか、ご議論をいただきたい。

【改定の視点】

- ① 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

- ② 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、「患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」を次期改定の視点の一つとしてはどうか。

- ③ また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるところであるが、これを実現するためには、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

- ④ 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は公費や保険料を主な財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

前回までの議論等を踏まえ、平成22年度診療報酬改定について、具体的にどのような「方向」で改定を行うことが考えられるのか。例えば、以下のような「方向」が考えられるのではないか。

1. 重点課題関係**(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

- ① 有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進
- ② 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価
- ③ 新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価
- ④ 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化
- ⑤ 手術の適正評価 等

(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- ① 看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価
- ② 看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価
- ③ 医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価 等

2. 4つの視点関係**(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点**

- ① 質の高い精神科入院医療の推進
- ② 歯科医療の充実
- ③ イノベーションの評価 等

※ その他以下の項目を位置づけることについてどのように考えるのか、ご議論いただきたい。

- がん医療の推進
- 認知症医療の推進

- 新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進
- 肝炎対策の推進

(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- ① 医療の透明化・分かりやすさの推進
- ② 医療安全対策の推進
- ③ 心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現
- ④ 重症化の予防 等

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- ① 質が高く効率的な急性期入院医療の推進
- ② 回復期リハビリテーション等の機能強化
- ③ 在宅医療・在宅歯科医療の推進
- ④ 医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進 等

(4) 効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点

- ① 後発医薬品の使用促進
- ② 医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映 等

後期高齢者医療制度に係る診療報酬について

- ① 昭和 58 年 2 月から施行された老人保健法に基づき、一定以上の年齢の方のみに適用される診療報酬として「老人診療報酬点数表」が創設され、包括払いの採用や介護の重視、在宅医療の推進など、高齢者の心身の特性に着目した評価が設けられてきたところ。
- ② しかしながら、平成 18 年 4 月の診療報酬改定において、簡素化の観点から、老人診療報酬点数表にのみ存在する診療報酬項目や、同一の診療行為に対する評価が老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表等とで異なる診療報酬項目については、高齢者の心身の特性を踏まえたものを除き、一本化されたところ。
これに伴い、「老人診療報酬点数表」については、「医科診療報酬点数表等」と別建てとされている取扱を改め、これら 2 つの点数表が一本化されたところ。
- ③ その後、平成 20 年 4 月の後期高齢者医療制度の創設に伴い、改めて高齢者の診療報酬の在り方について検討を行い、ご本人が選んだ高齢者担当医が心と体の全体を診て、外来、入退院、在宅医療まで継続して関わる仕組み（後期高齢者診療料）を創設するなどの取組を進めたところ。
- ④ しかしながら、このような診療報酬点数については、年齢による差別ではないか、必要な医療が受けられなくなるのではないかな等の指摘を受けたところ。
- ⑤ 一方、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、後期高齢者診療料の活用が進んでいない実態等も明らかになったところ。
- ⑥ このような状況を踏まえ、75 歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して、廃止することとした上で、具体的な報酬設定については、それぞれの診療報酬項目の趣旨・目的等を考慮しつつ、検討することとすべきと考えるが、この点についてご議論いただきたい。

「高齢者医療制度改革会議」の開催について

1. 趣旨

三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を開催する。

2. 参集者

- | | |
|--|------------|
| ・日本高齢・退職者団体連合 事務局長 | 阿部 保吉 |
| ・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 | 池上 直己 |
| ・政治評論家・毎日新聞客員編集委員 | 岩見 隆夫 |
| ・東京大学大学院法学政治学研究科教授 | 岩村 正彦 (座長) |
| ・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長 (高知市長) | 岡崎 誠也 |
| ・日本労働組合総連合会 総合政策局長 | 小島 茂 |
| ・諏訪中央病院名誉院長 | 鎌田 實 |
| ・全国知事会 社会文教常任委員会委員長 (愛知県知事) | 神田 真秋 |
| ・全国老人クラブ連合会 相談役・理事 | 見坊 和雄 |
| ・全国健康保険協会 理事長 | 小林 剛 |
| ・日本福祉大学社会福祉学部教授 | 近藤 克則 |
| ・日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長 | 齊藤 正憲 |
| ・健康保険組合連合会 専務理事 | 対馬 忠明 |
| ・前千葉県知事 | 堂本 暁子 |
| ・高齢社会をよくする女性の会 理事長 | 樋口 恵子 |
| ・日本医師会 常任理事 | 三上 裕司 |
| ・目白大学大学院生涯福祉研究科教授 | 宮武 剛 |
| ・全国町村会 会長 (添田町長) | 山本 文男 |
| ・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長
(佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長) | 横尾 俊彦 |

3. 検討に当たっての基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

※ 11月中に第1回を開催予定。

関連資料（資料5 関係）

- 精神保健医療福祉対策関連資料
P 1
- がん対策関連資料
P 5
- 認知症対策関連資料
P 7
- 肝炎対策関連資料
P 9
- 未承認薬・適応外薬解消関連資料
P 10

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」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」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・ 質の高い医療
 - ・ 症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

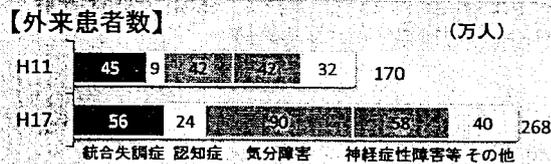
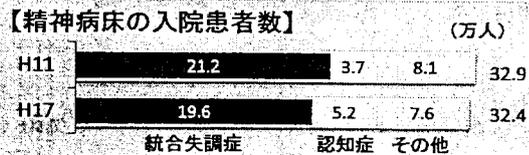
地域生活支援体制の強化

普及啓発の重点的実施

現状

精神疾患患者の概況

- ◎ 精神疾患患者数 303万人 (H17)



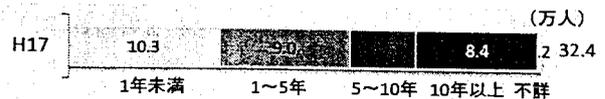
近年の主な課題

- ◎ 統合失調症
 - 歴史的な長期入院患者が存在
 - 地域移行と地域生活の支援が課題
- ◎ 認知症
 - 高齢化に伴い急速に増加
 - 精神科病院への入院が長期化する傾向
- ◎ 気分障害(うつ病等)
 - 患者数が大きく増加 自殺対策とも関連
- ◎ 精神・身体合併症
 - 精神疾患患者の高齢化に伴って増加

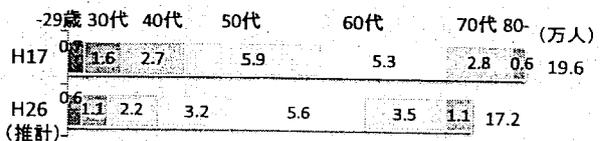
等

精神病床への長期入院の現状

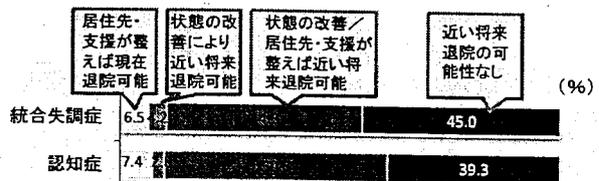
- ◎ 精神病床入院患者の在院期間



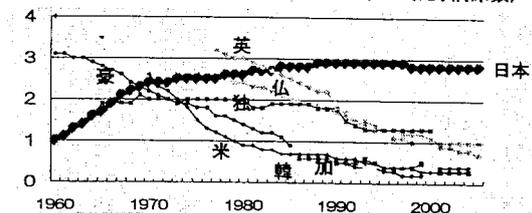
- ◎ 統合失調症による年齢別入院患者数 (現状と将来推計)



- ◎ 精神病床入院患者の退院の可能性 (医療機関による評価)



- ◎ 各国の精神病床数の推移 (人口千人当たり病床数)



1 精神保健医療体系の再構築

基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

改革の具体像

外来・在宅医療

◆地域生活を支える医療の充実

◆医療機関の機能の改革の円滑化

- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療(訪問診療・訪問看護等)の充実・普及
- 精神科デイ・ケアの重点化
- ケアマネジメント機能の充実
- 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化(危機介入)
- 重症者の在宅での包括的支援の確保

- 疾患等に応じた医療の充実
- ・気分障害
- ・依存症
- ・児童思春期

●早期支援体制の充実

●地域医療体制・高次の医療体制の確保

●「4疾病5事業」への位置づけの検討

●医療従事者の確保

●保健所・精神保健福祉センターの機能強化

入院医療

急性期

長期の療養

◆入院医療の再編・重点化
◆医療機能の充実と適切な評価

◆地域生活支援体制の整備
◆地域移行の促進
◆病床数の適正化

- 人員基準の充実
- 救急・急性期医療の確保
- 重症度に応じた評価体系
- 認知症への専門医療の確保
- 身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

●統合失調症入院患者数の目標値 19.6万人<H17>→15万人<H26>の目標により精神病床(認知症はH23年度までに設定) 約7万床の減少を促進

- 障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
- 高齢精神障害者の生活の場の確保

3

精神保健医療体系の再構築

①入院医療の再編・重点化

- 患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準・評価の充実、医療法に基づく人員配置標準の見直し等による精神病床の医療の質の向上。

<統合失調症>

- 今後減少が見込まれる統合失調症の入院患者の減少を一層加速。
 - ※入院医療の充実による一層の地域移行、精神科救急医療や在宅医療等の地域医療の充実、障害福祉サービスの一層の計画的な整備等の施策を推進。
 - ※平成26年の改革ビジョンの終期において、平成27年以降における更なる減少目標値を設定し、各般の施策を展開。
- 高齢精神障害者の適切な生活の場を確保するため、介護保険サービスの活用等について検討。

<認知症>

- 認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化。
- BPSD(認知症の行動・心理症状)や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応する専門医療機関の確保。
- 介護保険施設等の生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、介護保険サービスの機能の充実等について検討。
 - ※生活の場の更なる確保に当たっては、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要。

<身体合併症>

- いわゆる総合病院精神科における、精神病床の確保、機能の充実等、一般病床における精神・身体合併症患者の診療体制を確保。

②疾患等に応じた精神医療等の充実

- 気分障害の早期発見、診断のための、内科医や小児科医等との連携の推進、診療ガイドライン等の作成等による医療の質の向上。
- 依存症に対する医療の機能強化、依存症のリハビリ施設や自助グループの支援のあり方の検討等、依存症患者の回復に向けた支援に係る総合的な取組の強化。
- 児童・思春期精神医療に専門的に対応できる医師数の拡大、専門病床・専門医療機関の確保や身体合併症への対応等の医療提供体制の拡充。

③早期支援体制の検討

- 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防等のため早期支援体制の構築に向けた段階的な検討の実施。
※ まず、モデル的な実施に着手。その検証を踏まえ、普及について検討。
- 精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めつつ、慎重に早期支援体制の検討・具体化を進める。

④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 救急医療、在宅医療等の充実を通じた、患者の身近な地域を単位とする地域医療体制の整備・確保。
- 加えて、大まかに次のような機能を担う精神科医療機関が必要(あわせて地域医療体制との連携体制の構築)。
 - ・ 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
 - ・ 極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院(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定的)
 - ・ その他の専門的な医療機能(児童思春期、依存症等)を有する精神科医療機関
- 医療計画のいわゆる「4疾病5事業」(特に5事業)として精神医療を位置付けることについて検討。
- 地域精神保健の機能の底上げを図るため、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と連携体制の明確化、機能強化等について検討。
- 自殺防止対策の観点も踏まえた、地域精神保健の機能の充実を図るための地域レベルでの連携の強化。

⑤精神科医療機関における従事者の確保

精神病床における人員の充実・確保に加え、長期入院患者の病棟等の医療従事者と比べ、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野の医療従事者が相対的に増加するよう施策を推進。

5

2 精神医療の質の向上

基本方針

- ◆ 薬物療法等について、標準的な治療を促進
- ◆ 医療従事者の資質向上
- ◆ 実態解明、治療法開発等の研究の推進

改革の具体像

1 精神保健医療体系の再構築 に 掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療(訪問診療・訪問看護等)の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保
(認知症、身体合併症、気分障害等)

等

精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用の検討

研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

3 地域生活支援体制の強化

基本的考え方

- ◆相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆地域における支援体制づくり
- ◆居住系の福祉サービスの確保
- ◆精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

改革の具体像

障害福祉サービス等

相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
 - 退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
 - 対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

住まいの場の確保

- グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
- 公営住宅への入居促進
- 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
- 民間賃貸住宅への入居促進

地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
 - 精神科救急医療システムの機能強化
 - 精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
 - 精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
 - 訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
 - 訪問看護の普及促進
 - 重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイ・ケア等の重点化

4 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施

これまでの取り組みと成果

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかけがえのないことへの理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

基本的考え方

- ◆ 国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
- ◆ 「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

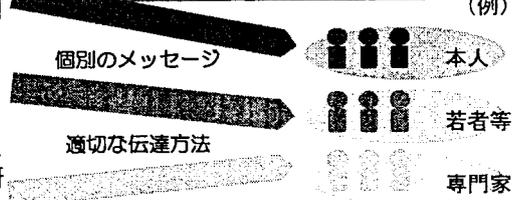
改革の具体像

- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

国民一般を対象とした啓発



ターゲットを明確化した啓発

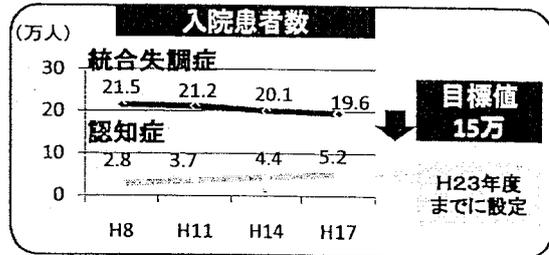


- ◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証
- ※目標値については別途設定

5 目標値の設定

I 新たな目標値

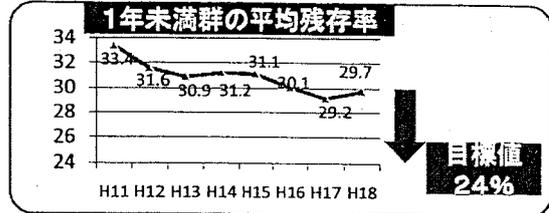
- 統合失調症による入院患者数：約15万人
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

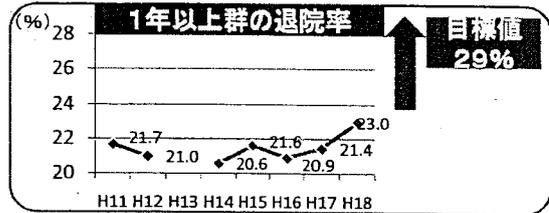
精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)
24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床

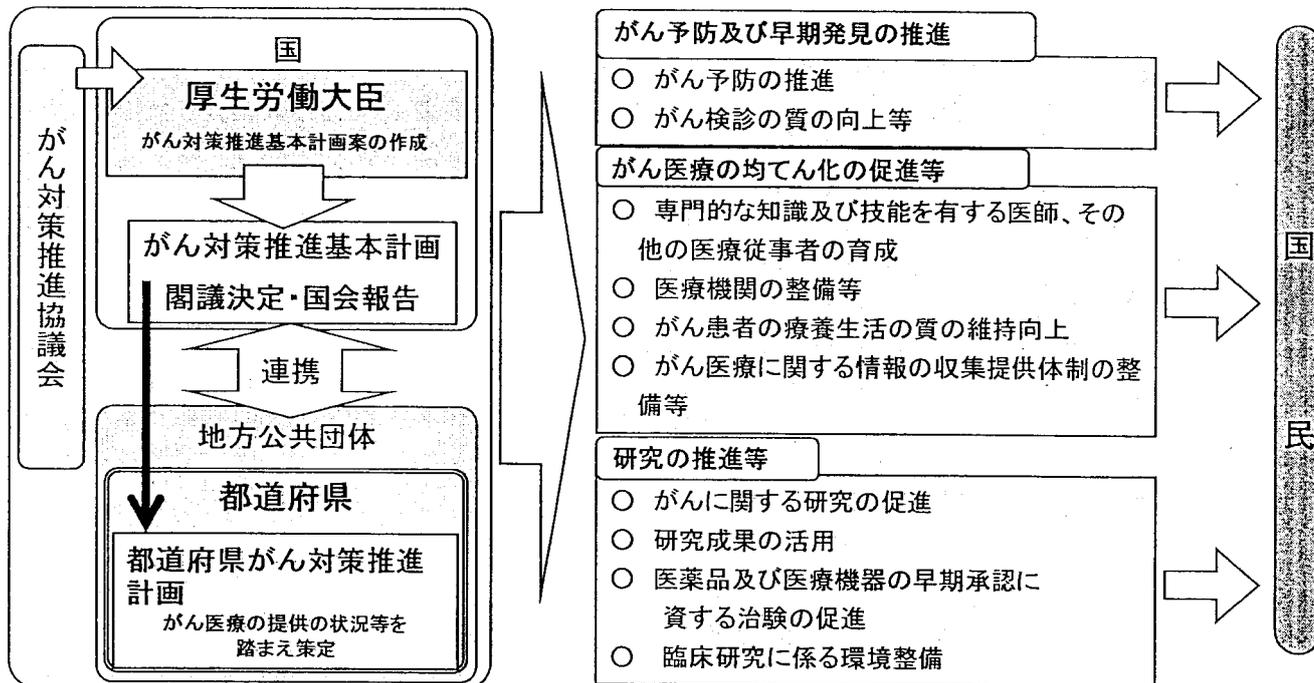


※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例：認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備 等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

がん対策基本法

がん対策を総合的かつ計画的に推進



がん対策推進基本計画の概要(平成19年6月閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法・化学療法の推進、これらを専門的に行う医師等の育成

(2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

(3) がん登録の推進

全体目標【10年以内】

がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

全てのがん患者及びその家族の
苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成
②緩和ケア ③在宅医療 ④診療ガイドラインの作成 ⑤その他
- ☆ すべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】
 - ☆ すべてののがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得【10年以内(運用上5年以内)】

2. 医療機関の整備等

- ☆ すべての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を設置【3年以内】
- ☆ 5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備【5年以内】

3. がん医療に関する相談支援及び情報提供

- ☆ すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所以上整備【3年以内】

4. がん登録

- ☆ 院内がん登録を実施している医療機関を増加

5. がんの予防

- ☆ 未成年者の喫煙率を0%とする【3年以内】

6. がんの早期発見

- ☆ がん検診の受診率について、50%以上とする【5年以内】

7. がん研究

- ☆ がん対策に資する研究をより一層推進

平成20年度診療報酬改定におけるがん対策関係の評価①

放射線治療の充実

- ▶ 副作用が少ない新しい放射線治療法を保険導入
① 強度変調放射線治療(IMRT) 3,000点(1回目)
- ▶ 放射線治療における充実した安全管理体制の評価
① 医療機器安全管理料2 1,000点
- ▶ 日常生活を送りながら、通院で受けられる体制を評価
① 外来放射線治療加算 100点

化学療法 of 充実

- ▶ 日常生活を送りながら、通院で受けられる充実した体制を評価
① 外来化学療法加算1(区分新設) 500点



がん診療連携拠点病院の評価

- ▶ 地域のがん診療の確保のため「がん診療連携拠点病院」の評価を充実
がん診療連携拠点病院加算 200点 → 400点



平成20年度診療報酬改定におけるがん対策関係の評価②

緩和ケアの普及と充実 ~痛みのないがん治療を目指す~

- ▶ WHO方式によるがん性疼痛治療法に従って、麻薬を処方し痛みを緩和することに対する評価を創設
① がん性疼痛緩和 management 指導料 100点
- ▶ 緩和ケアチームを充実し評価を引き上げ
緩和ケア診療加算 250点 → 300点
- ▶ 緩和ケア病棟の役割の見直し(終末期だけでなく緩和ケアの導入や在宅がん患者を診る医師の後方支援を行う)
- ▶ 在宅で使用する麻薬等の注射薬、医療材料の対象範囲の拡大

リンパ浮腫に関する評価

- ▶ がんの手術に際し、リンパ浮腫を防止するための指導を評価
① リンパ浮腫指導管理料 100点
- ▶ リンパ浮腫の重篤化予防のための弾性着衣(ストッキング等)を保険導入(療養費払い)
① (年間2回計4セット給付)



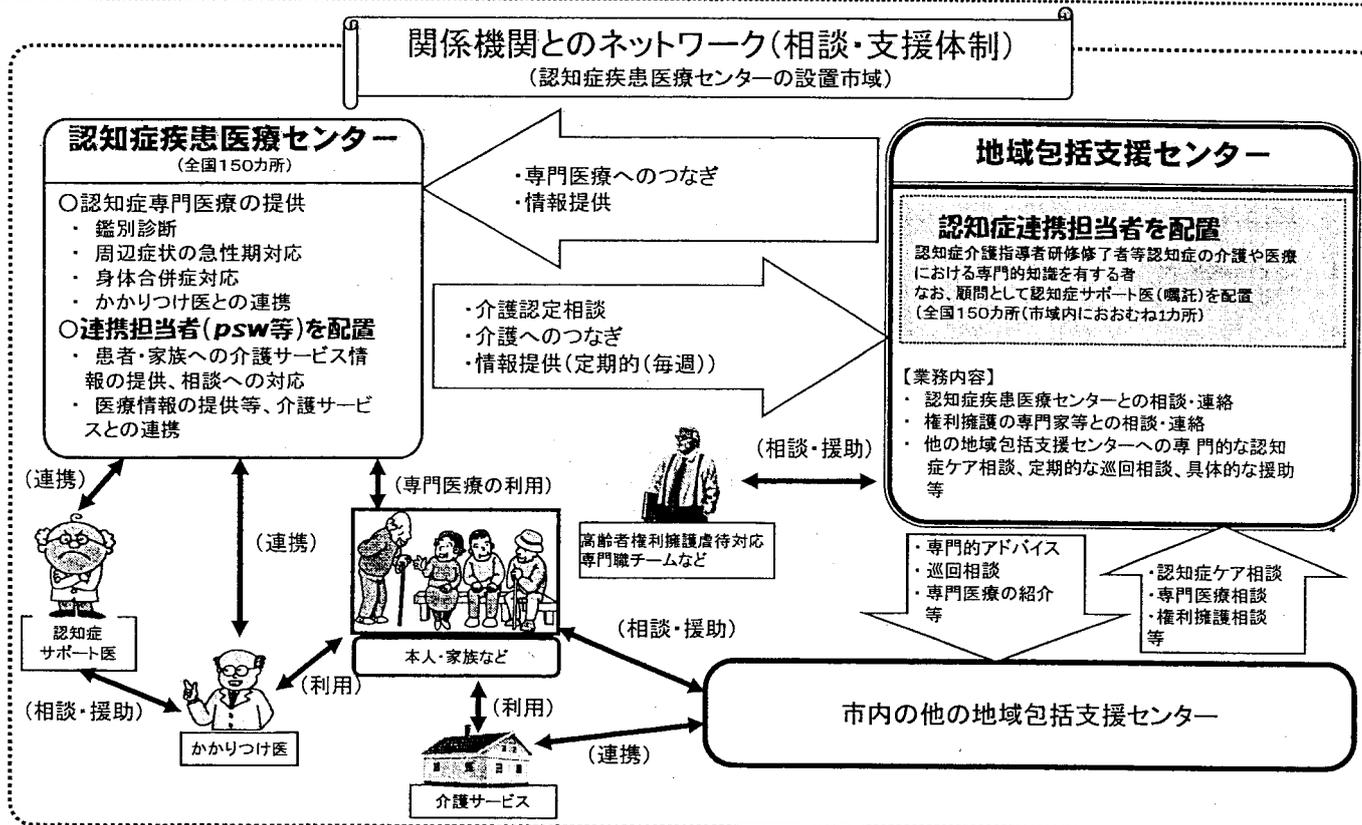
認知症対策について

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応) 毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症診断ガイドラインの開発、普及と支援 認知症疾患医療センターの整備、介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市・コールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10ヵ年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症リポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオンライン型支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国民に対する広報啓発 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労推進に関する研究

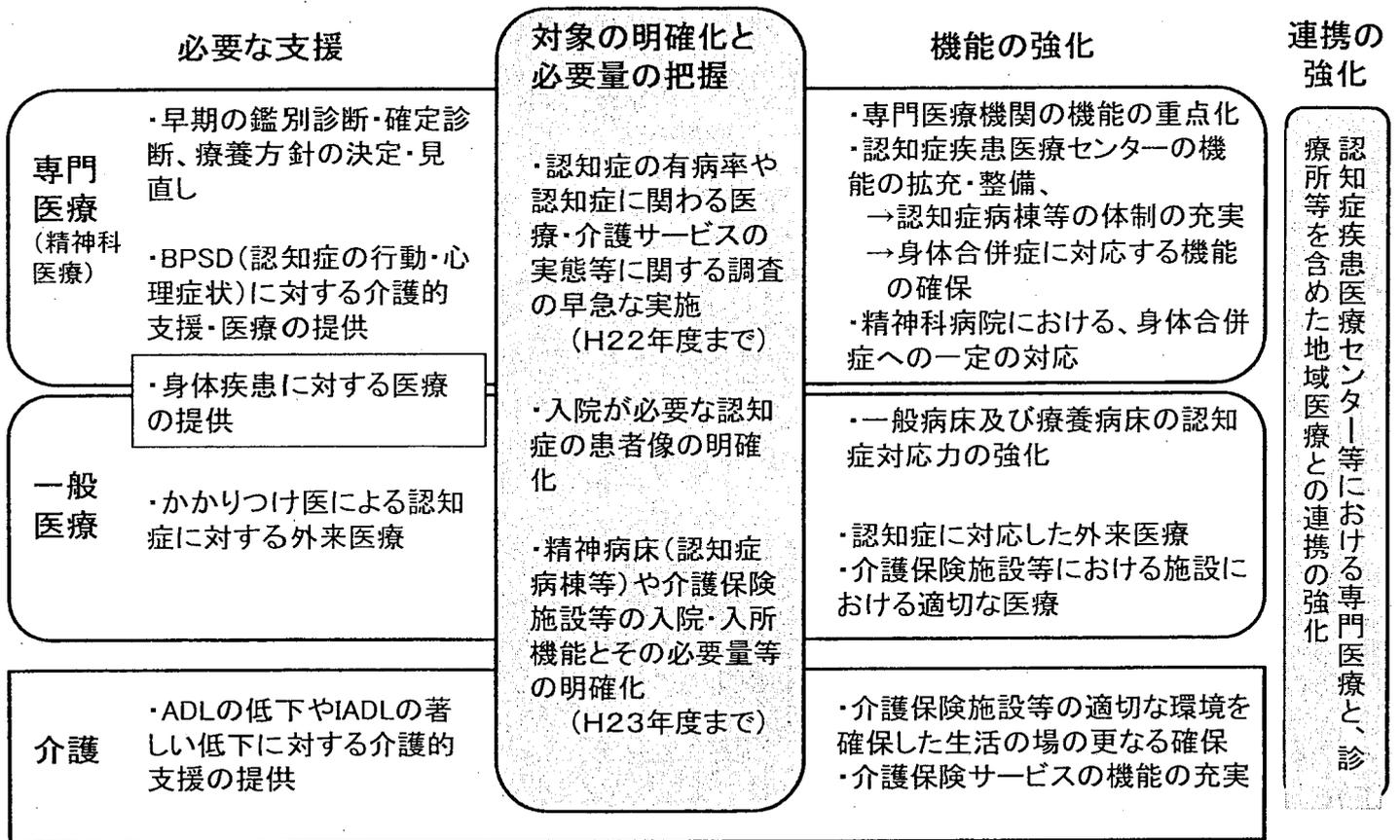
医療から介護への切れ目のないサービスを提供

認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施

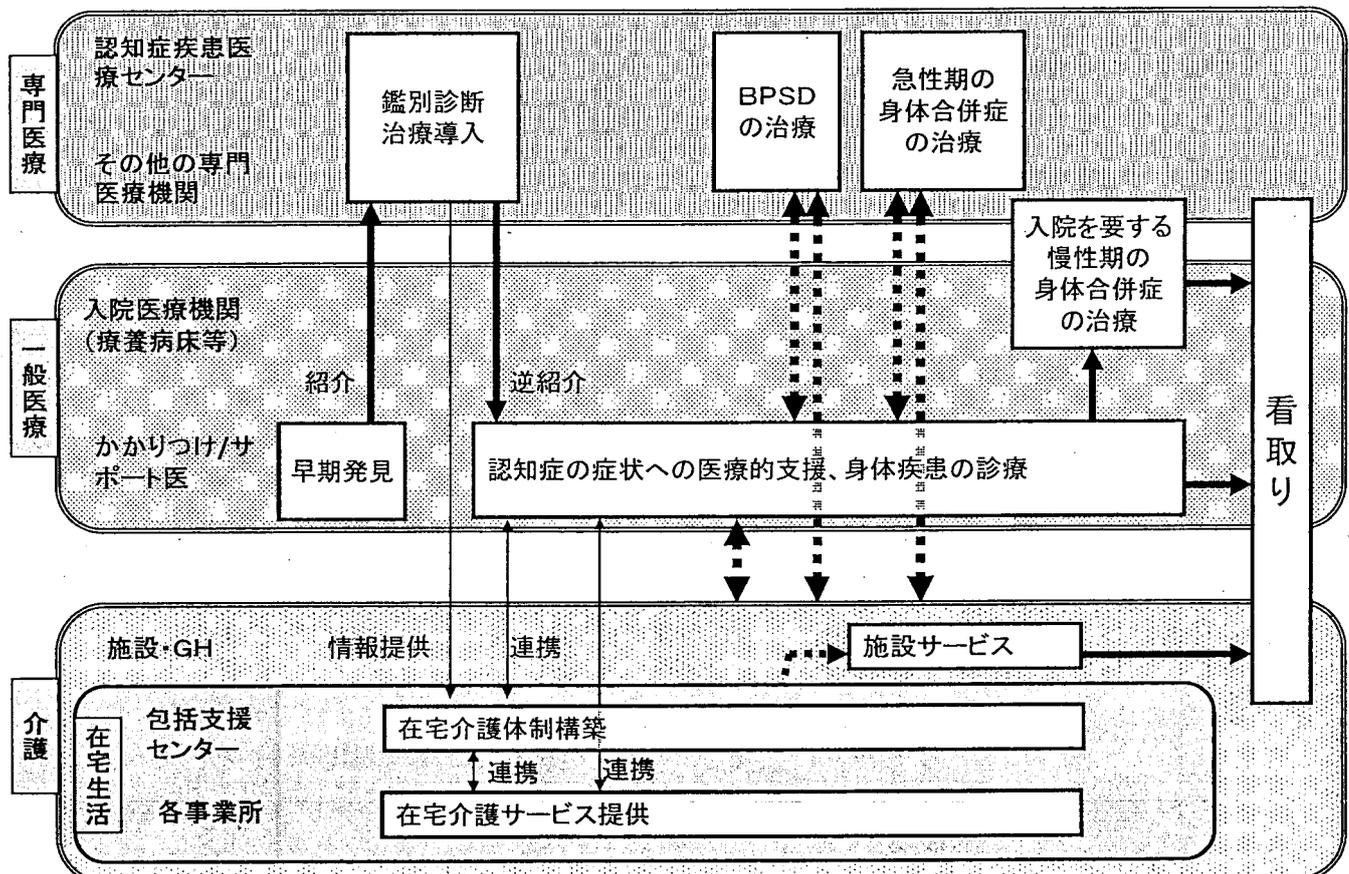


認知症の医療・介護体制

【今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 H21. 9. 24】



認知症の医療体制(イメージ)

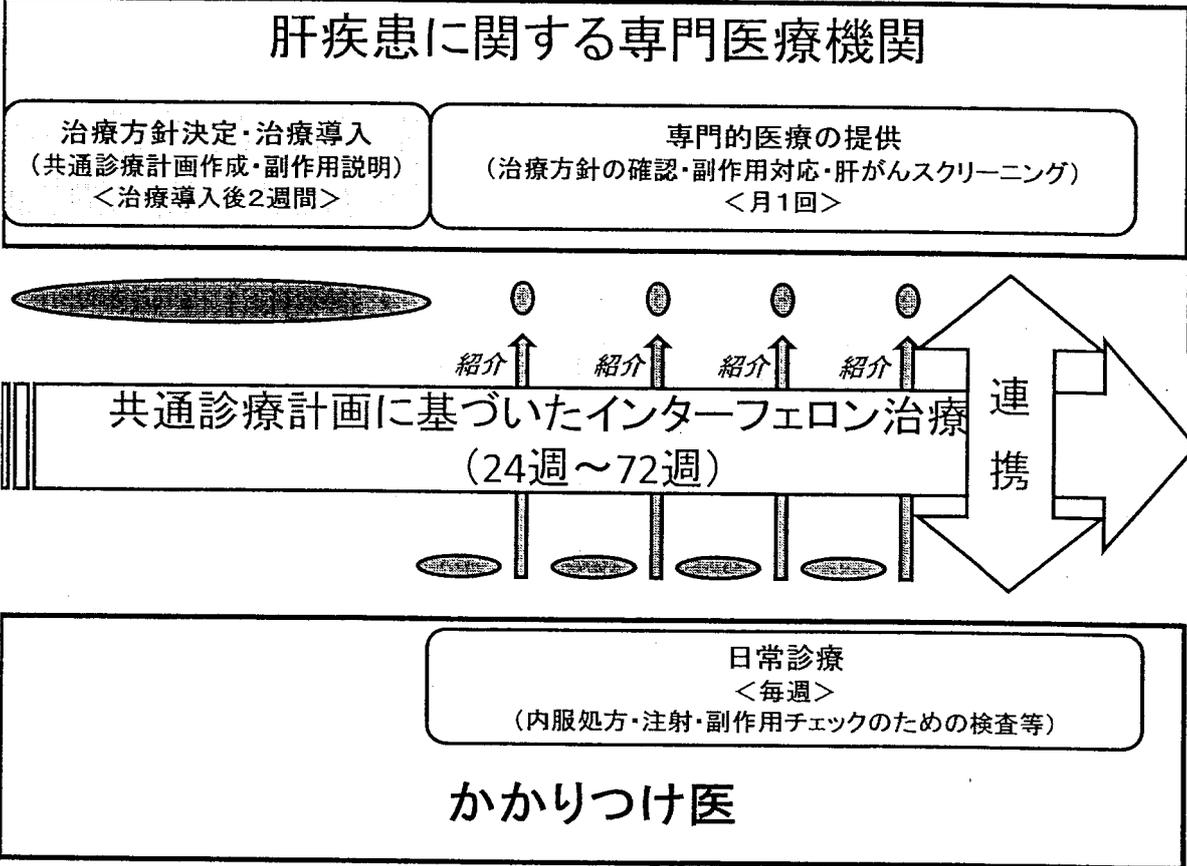


肝炎対策の推進

- 【施策の方向性】**
- 肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進のため、経済的負担軽減を図る。
 - 検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進する。
 - 検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等を着実に実施していく。

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備
 - インターフェロン治療に関する医療費の助成の実施
2. 肝炎ウイルス検査の促進
 - 保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備
 - 市町村等における肝炎ウイルス検査等の実施
3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応
 - 診療体制の整備の拡充
 - 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施
4. 国民に対する正しい知識の普及と理解
 - 職場や地域などあらゆる方面への正しい知識の普及
5. 研究の推進
 - 肝炎研究7カ年戦略の推進
 - 肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進

インターフェロン治療における 専門医療機関とかかりつけ医の治療連携



著効率 (SVR)

1b	その
で	他
約	で
50	約
%	80
	90
	%

未承認薬・適応外薬解消に向けての検討について

欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医療上必要な医薬品や適応(未承認薬等)を解消するため、未承認薬等の優先度の検討、承認のために必要な試験の有無・種類の検討などを行う。未承認薬・適応外薬に係る要望の公募を実施。募集期間は本年6月18日から、8月17日まで。

＜公募する要望の条件＞

○未承認薬

欧米4か国(米、英、独、仏)のいずれかの国で承認されていること

○適応外薬

欧米4か国のいずれかの国で承認(公的医療保険制度の適用を含む)されていること

「医療上その必要性が高い」とは次の(1)及び(2)の両方に該当するもの

(1)適応疾病の重篤性が次のいずれかの場合

ア 生命の重大な影響がある疾患(致死的な疾患)

イ 病気の進行が不可逆的で、日常生活に著しい影響を及ぼす疾患

ウ その他日常生活に著しい影響を及ぼす疾患

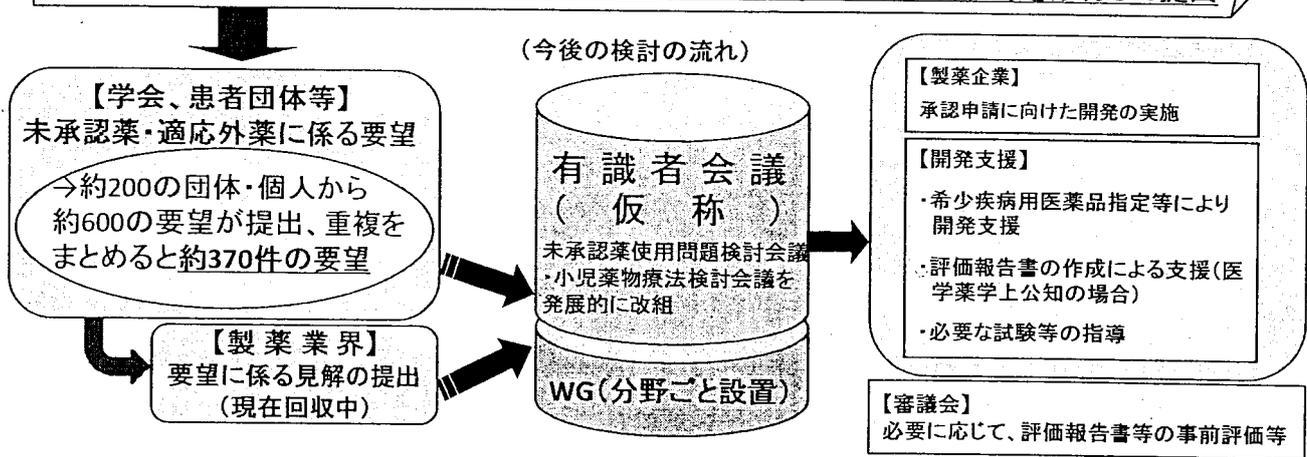
(2)医療上の有用性が次のいずれかの場合

ア 既存の療法が国内にない

イ 欧米の臨床試験において有効性・安全性等が既存の療法と比べて明らかに優れている

ウ 欧米において標準的療法に位置づけられている

※ 学会等にあつては、科学的エビデンスに基づく有効性及び安全性の評価等を添付して提出



関連資料（資料 6 関係）

- 後期高齢者医療に係る診療報酬項目 P 1
- 後期高齢者診療料 P 3
- 後期高齢者終末期相談支援料 P 5
- 後期高齢者特定入院基本料 P 8

後期高齢者医療に係る診療報酬項目

【医科診療報酬点数表】

項目番号	項目名	点数	点数の概要
A100	注4 後期高齢者特定入院基本料(※)	(1日につき) 928点	後期高齢者である患者であって、一般病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)に該当するもの(特定入院料を算定する患者を除く。)について算定する。
A239	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(※)	(入院初日) 500点	別の保険医療機関(診療所に限る。)において後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に算定する。
A240	後期高齢者総合評価加算(※)	(入院中1回) 50点	入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に算定する。
A241	後期高齢者退院調整加算(※)	(退院時1回) 100点	退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するものに対して、退院調整を行った場合に算定する。
A316	診療所後期高齢者医療管理料 1 14日以内の期間 2 15日以上期間	(1日につき) 1,080点 645点	入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。)について算定する。
B011-3	注2 薬剤情報提供料の加算(※) (後期高齢者手帳記載加算)	(月1回) 5点	後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に算定する。
B014	後期高齢者退院時薬剤情報提供料(※)	(退院時1回) 100点	保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した場合に算定する。
B015	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	(退院時1回) 180点	栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する。
B016	後期高齢者診療料	(月1回) 600点	後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定する。
B017	後期高齢者外来継続指導料	(退院後最初の診療日) 200点	後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに算定する。
B018	後期高齢者終末期相談支援料(※)	(1回限り) 200点	保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。
C005	注7 後期高齢者終末期相談支援加算	(1回限り) 200点	保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。

J001-5	後期高齢者処置	(1日につき)	12点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず算定する。
J001-6	後期高齢者精神病棟等処置料	(1日につき)	15点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず算定する。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

注:(※)の付く点数については、歯科診療報酬点数表に同様の点数が存在。

【歯科診療報酬点数表】

項目番号	項目名		点数	点数の概要
C001-2	後期高齢者在宅療養口腔機能管理料	(月1回)	180点	在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等(社会福祉施設等を含む。)において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する。

【調剤報酬点数表】

項目番号	項目名		点数	点数の概要
18	後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	(処方せん受付1回につき)	35点	後期高齢者の患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。 ・患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬にかかる薬剤についての名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。 ・処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。 ・調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
19	後期高齢者終末期相談支援料	(1回限り)	200点	保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者(在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。)に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。

後期高齢者診療料の概要

■後期高齢者診療料 600点(月1回)

【基本的な考え方】

後期高齢者の外来診療について、治療の長期化、複数疾患の罹患といった心身の特性を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価。

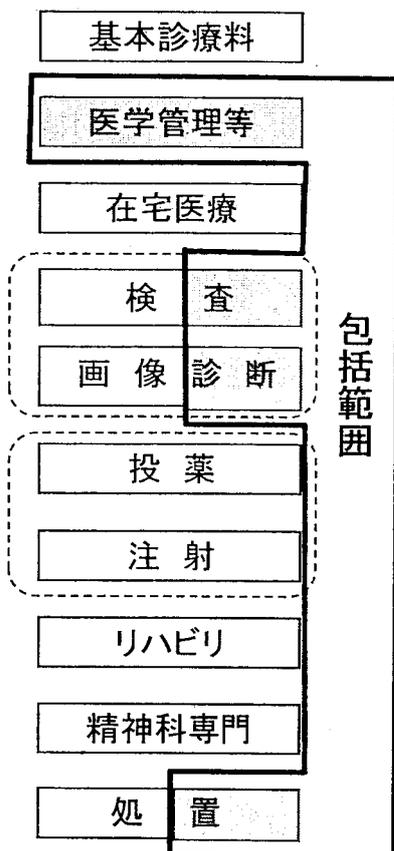
【具体的な内容】

- 定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、栄養、運動又は日常生活等につき療養上必要な指導及び診療を行う。
- 診療計画には、他医療機関での診療スケジュール、他の保健・福祉サービスとの連携等について記載。

【施設要件】

- 診療所 又は半径4km以内に診療所が存在しない病院
- 後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師を配置

後期高齢者診療料の包括範囲



○病状の急性増悪時に実施した550点以上の検査、画像診断、処置は出来高で算定可。その際、その理由等を診療報酬明細書の適用欄に記載。

○医療機関は、患者ごとに後期高齢者診療料も従来の出来高による算定も選択できる。

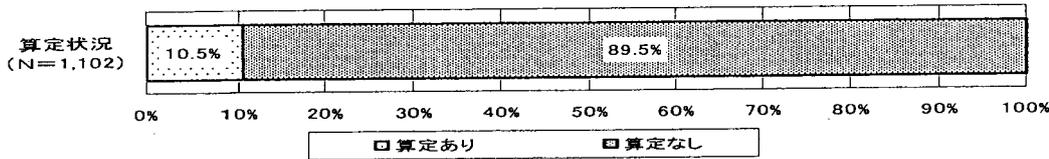
対象疾患

結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、
 高血圧性疾患、不整脈、心不全、
 脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、
 胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎、認知症

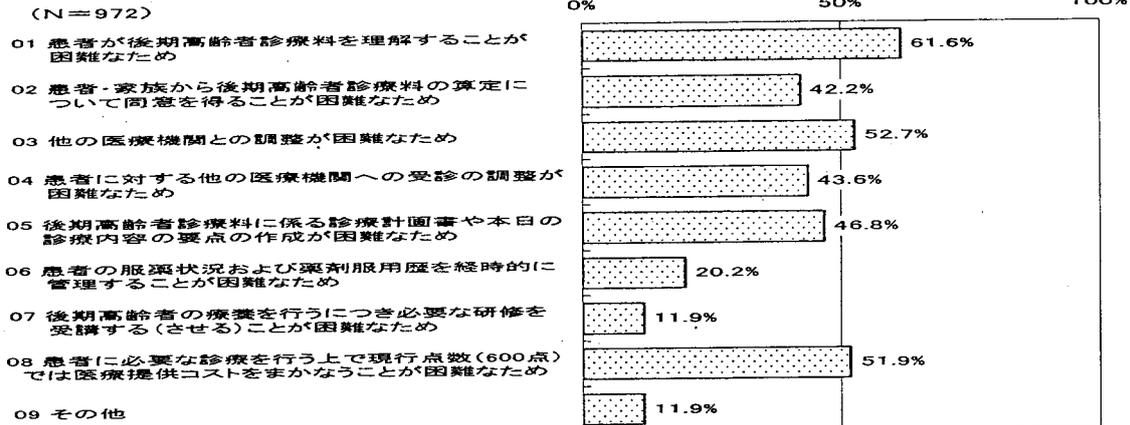
後期高齢者診療料の検証結果① 算定状況

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(1) 後期高齢者診療料の算定状況



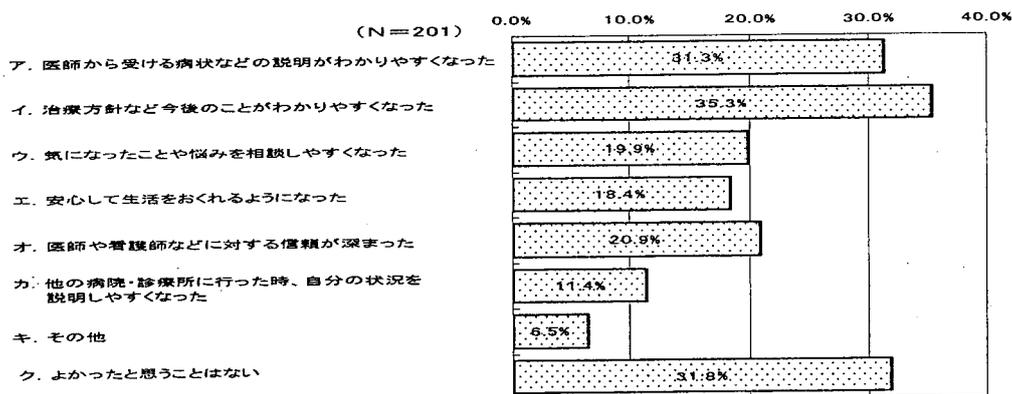
(2) 医療機関が後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



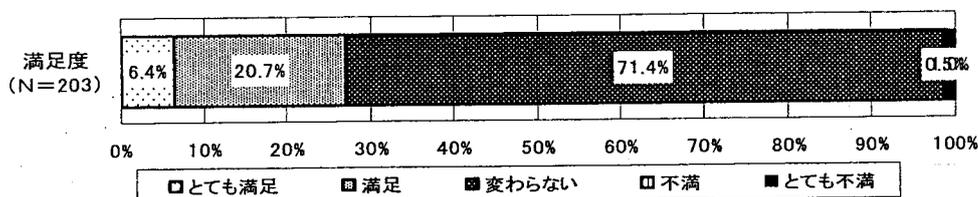
後期高齢者診療料の検証結果② 算定後の評価

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(3) 後期高齢者診療料の算定後のよかった点



(4) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する患者の満足度の変化



後期高齢者診療料の検証結果③ 検証部会の評価

(1) 届出と算定状況の乖離

- 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関のうち約9割が算定せず。
- 理由として指摘されている事項
 - ・患者が後期高齢者診療料を理解することが困難
 - ・患者、家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難
 - ・他の医療機関との調整が難しい
 - ・コスト面での理由

(2) 患者による評価の多様性

- 患者調査においてよくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在。
- 満足度について、患者の71.4%が「変わらない」と回答。

(3) 診療報酬としての意義

- 一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。
- 当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のものであるため、制度発足から間もない時点の調査では限界があったのではないか。

後期高齢者終末期相談支援料の概要

■後期高齢者終末期相談支援料 200点(1回に限る)

【基本的な考え方】

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

【具体的な内容】

○医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族とともに、終末期における診療方針等について十分話し合い、その内容を文書等にまとめた場合を評価。

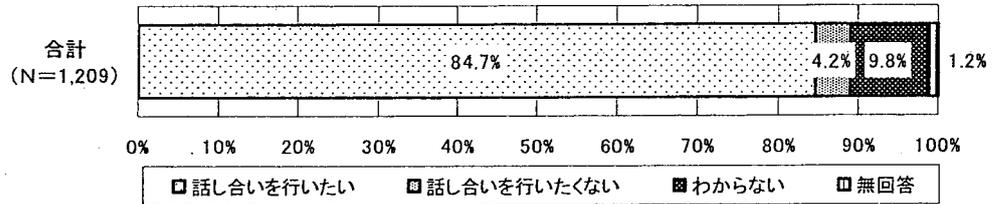
○患者の意思決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「終末期医療に関するガイドライン」を参考にする。

後期高齢者終末期相談支援料の検証結果① 国民の意識

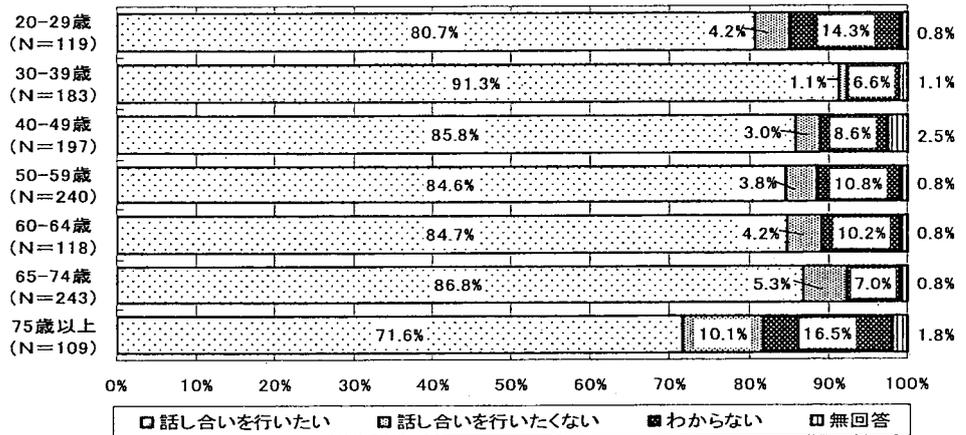
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(1) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する国民の意識

①全体



②年齢階層別

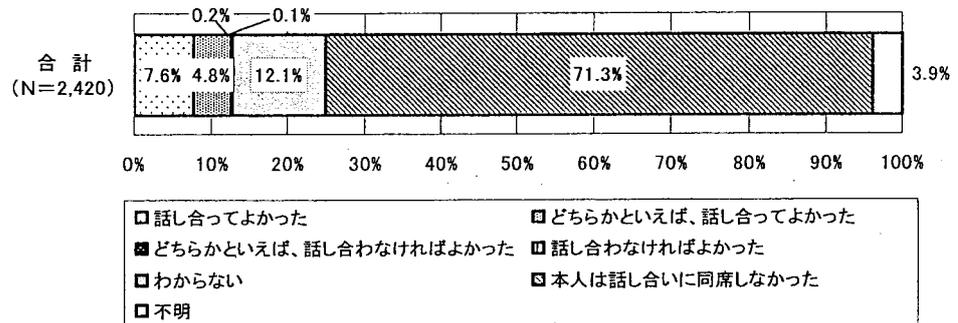


後期高齢者終末期相談支援料の検証結果② 満足度

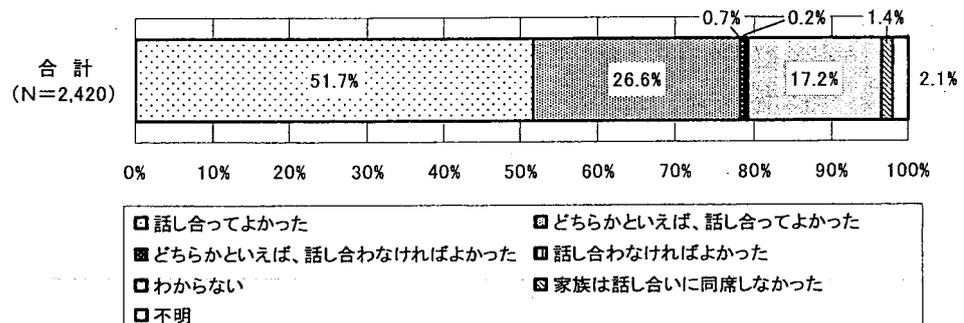
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(2) 話し合い後の患者・家族の状況(事例調査における医療スタッフの回答)

①本人の様子



②家族の様子

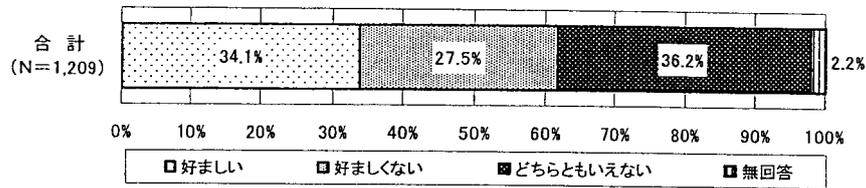


後期高齢者終末期相談支援料の検証結果③ 費用への意識

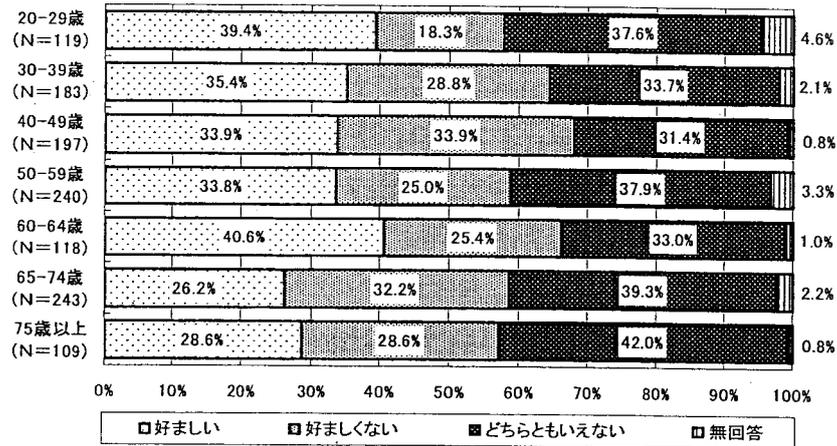
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(3) 公的医療保険から医療機関に費用が支払われることに対する国民の意識

① 全体



② 年齢階層別



後期高齢者終末期相談支援料の検証結果④ 検証部会の評価

(1) 国民の意識

○終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合は84.7%と高かった。
○一方で、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて「好ましい」が34.1%、「好ましくない」が27.5%、「どちらともいえない」が36.2%となり、意見が分かれた。

(2) 患者本人の話し合いへの参加

○事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。

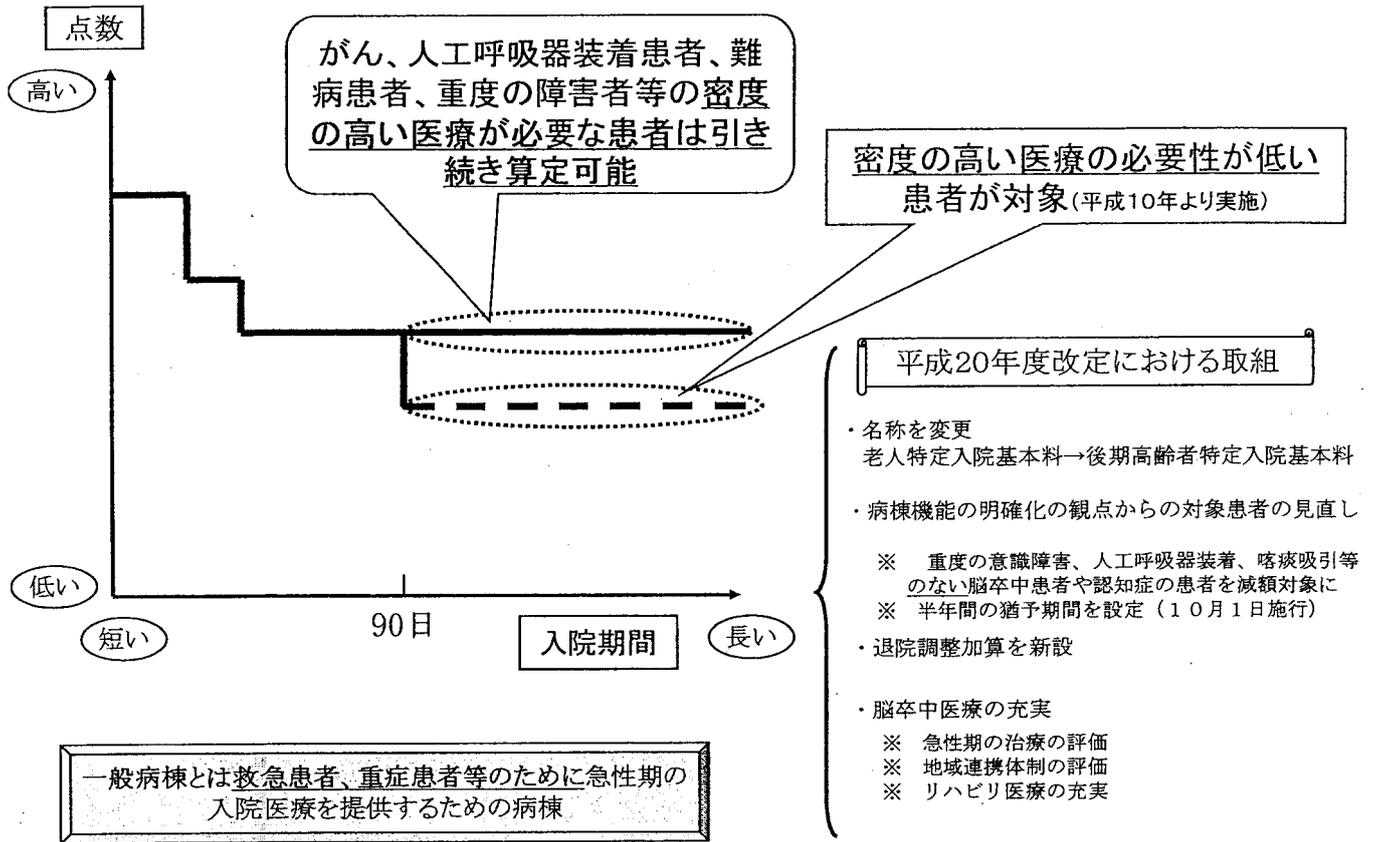
(3) 話し合いの影響

○実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られた。

(4) 診療報酬としての意義

○平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。

一般病棟に長期入院している高齢者の入院基本料について



第8回及び9回社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 4つの視点、「選択と集中」（全般）

- ① 資料に「平成22年度改定の基本方針においても同様の構成とすることが考えられる」とあるが、これが4つの視点のことを指しているのであれば反対。この視点は、医療費削減の考え方に基づいた平成18年改定の際の視点だ。「医療を効率的に提供」というのは医療費を削減するという意味であり、「医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討」というのは財政中立という意味だ。(21.8.26 中川委員)
- ② まさかマイナス改定はないだろうが、今までの方針を見直した方がよいのではないか。(21.8.26 水田委員)
- ③ 4つの視点だけを見ると当然のように思われるが、18年の視点は2,200億円シーリングや▲3.16%など医療費を抑制するという考え方のもとで作られたものなので、もう一度議論し直すべき。その後に各論の議論をすべき。(21.8.26 西澤委員)
- ④ この当然ともいえる基本方針は、安易に変えるべきものではなく、医療サービスの提供側がぶれずに常に意識しておくべきものであろう。その上で問題は、具体的な中身と評価だと思う。(21.8.26 堤委員)
- ⑤ 健保組合数は、最大で1800組合ほどがあったが、現在は解散する組合が多く、1500組合を切ってしまった。22年度改定ではバランスのとれた選択と集中といった観点から改定が必要。全体の底上げアップを受け入れられる状況ではない。(21.8.26 高智委員)
- ⑥ 基本方針の検証についての資料を出していただき、この検証の評価を踏まえた基本方針にすべきだが、前回に引き続きこの「視点」は必要。2回の改定だけでは改善できない。これに新たな視点を加えるかどうか。(21.8.26 小島委員)
- ⑦ 4つの視点以外に、緊急課題も当然入れるべき。(21.8.26 村上委員)
- ⑧ 「終末期医療」を含め、後期高齢者医療の診療報酬についても、医療部会で議論する必要がある。(21.8.26 小島委員)
- ⑨ 「誰もが安心・納得して、質の高い医療を効率的に受けられる」という文言の中に、「どこでも」を入れたい。大都市でも中小都市でも地方でも、そのときどきに必要な医療を受けられるようにすることが重要だ。(21.8.26 竹嶋委員)
- ⑩ 18年度に定められた基本方針について、確かにその当時とは情勢は変わっているし、国民の意識も変わってきている。これを踏まえて、基本方針をどう変えていくか。基本方針の中に目標を設定するという方法もあるだろうし、地域医療の崩壊を防ぎ、国民に安心、安全な医療を提供するといった視点もあるだろう。

また、医療と介護との連携といった視点が足りない。(21.8.26 部会長代理)

- ⑪ 救急医療の体制の確保のためにも後方支援は必要だし、急性増悪した在宅患者を救急医療に送らないで済むようにするためにも、訪問看護と併せて在宅医療の充実が重要。(21.8.26 部会長代理)
- ⑫ 提出資料にあるように、医療の質や医療安全の推進、医療の「見える化」のための診療報酬の配分や、医療の均てん化のために、医師不足の地域には係数をかけるなどの制度も必要であると考え。(21.8.26 海辺委員)
- ⑬ 10年20年後の医療のあるべき将来像を考えるべき。その際には、平成20年6月26日に日本学術会議から要望された「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」を考慮すべき。(21.8.26 海辺委員)
- ⑭ 診療報酬改定の目標を提示しなければならない。改定によって、不採算部門は採算が取れるようになったのかをまず検証し、採算が取れていても勤務医の過重労働が解消されない場合は、診療報酬だけではなく、別の対策も講じる必要がある。検証の結果をみても、勤務医の労働環境は改善するよりむしろ悪化しており、個別目標を立て必要な対策を講じないといつまで経っても同じである。(21.8.26 海辺委員)
- ⑮ 基本方針の実施状況で、様々な点数を新設や充実したというが、どれだけ効果があったのか疑問。医者は増えたのか、奪い合いが起こっているのではないか。アウトカムが見えない中で、議論を行うことはできるのか。(21.8.26 水田委員)
- ⑯ 平成20年度の基本方針への対応状況の資料には、平成20年度改定によって取り入れられた各評価の実施状況が記載されているが、むしろ、診療報酬改定がサービス水準にどう結び付いたのか、治療の結果はどうだったのか、といったアウトカム評価が重要である。できれば地域ごとにそれぞれの状況に応じた評価軸を作れば良いが、なかなかそれは難しいだろう。(21.8.26 堤委員)

2 救急・産科・小児科医療

- ① 救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、1箇所に集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。(21.7.9 竹嶋委員)
- ② DPCにおいて、小児に特有な医療を機能評価係数により評価してほしい。(21.7.9 加藤委員)
- ③ 病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに3時間も4時間もかかってしまう。地域の小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。(21.7.9 加藤委員)
- ④ 在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。急性期治療を終えた小児で長期に入院している患者について、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に入院する必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。(21.7.9 加藤委員)

- ⑤ 小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないか。(21.7.9 斉藤委員)
- ⑥ 救急・産科・小児科への対策が指摘されているが、平成17年度、平成19年度の議論の時にも、同じような資料が出ている。3年経ったらそれなりの成果が出てよいのではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑦ 「救急・産科・小児科」だけで十分なのか、不採算となっている部門はどこなのか。どこの診療科も大変なのではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑧ 「救急・産科・小児科だけでよいのか」という意見に賛成。(21.8.26 中川委員)
- ⑨ 救急の評価、特に小児の救急の更なる評価が必要。年齢が低いほど、技術に習熟度が必要で時間もかかる。大人以上にマンパワーが必要。小児救急の受け皿も必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑩ ハイリスク分娩の評価があるが、それに付随して新生児にも同様のリスクがある。新生児医療の体制も十分な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑪ 小児救急で、医療機関の医師が患者を受け取るために他の医療機関に出向いていって、搬送中から医療を行う事例があるが、この際の出向いて受け取りに行く側の適正な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑫ 小児の在宅医療には看護師の研修が必要であり、そのための評価をすべき。また、在宅医療で用いる医療材料についても、訪問看護療養費などで評価してほしい。急変した在宅医療の患者を受け入れる医療機関の体制の評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑬ がん、DPC、在宅医療、看取り、疼痛緩和などについても、小児をきちんと評価してほしい。(21.8.26 加藤委員)
- ⑭ 子どもの心のケアについては、入院は評価が低い。外来も長時間、夜中まで対応している病院、診療所が多いので、評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑮ 日本では1歳から4歳児の死亡率が高いという資料にショックを受けた。問題点の所在を研究・調査して、何らかの手を打たないといけない。(21.8.26 高智委員)

3 内科

- ・ 外科医不足の話があるが、内科医も不足している。地方では、内科医不足のために病院を閉鎖している。入院料の引き上げが必要。(21.8.26 村上委員)

4 外科

- ① 医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローリターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。(21.7.9 邊見委員)
- ② 外科医不足は深刻だが、40代の医師が沢山いるため、30代の医師が減って

きているのがわかりにくい。一人前になるのに10年かかると言われており10年後が心配である。また、修業が長いので希望者が少ない。(21.8.26 邊見委員)

- ③ 診療報酬点数表を外国人に見せると、安いと驚かれる。特に手術などの技術料が安すぎる。この状況を解決するには、どういう体制やチームで医療を行うか、を考えなければいけない。「物より技術、技術よりシステム」という視点が今後の診療報酬の考え方ではないか。(21.8.26 邊見委員)

5 精神科

- ・ 精神の入院基本料は低い。(15対1の場合)結核より860円も安い。検証して欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

6 在宅医療

- ① 在宅医療も効率的に提供することが重要。暮らしを支える医療には、訪問看護のあり方がカギとなる。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ② 在宅歯科医療が重要だが、地域の医療関係者との連携が充分ではなく、認知度が低いといった課題がある。総合的な取組が必要。また、在宅患者に対する入院歯科医療の提供体制を十分確保することも重要。地域の受け皿となる医療機関の評価も必要。(21.8.26 近藤委員)

7 チーム医療

- ① 30種くらいの職種によって病院医療がなされているが、それぞれの評価がなされていない。前回改定において、事務クレーンや臨床工学技士、MSWの退院支援などは評価されたが、まだたくさんある。(21.7.9 邊見委員)
- ② 患者の状態の悪化を防止することが重要。視点でいえば、効率的な医療の提供に該当するのではないか。医療機関間の連携も必要だが、感染症対策や合併症の予防など、医療機関内で行えることもある。そのためには、看護師が患者の状態を評価し、その後の状態変化の予測に基づき、看護を実践することが必要だが、高度な判断が必要。専門看護師や認定看護師は増えており、そのような看護師がいる病院では回復が早まっているという事例もある。専門看護師、認定看護師の配置についても、方向性として明確にしてほしい。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ③ 勤務医対策として、看護師ができることは前向きに行っていききたい。そのためにも、看護補助者も含めた役割分担の視点が必要。事務クレーンのように、看護補助者も評価できないか。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ④ 勤務医の負担軽減を含めてチーム医療にどう取り組むか。また、どのような形でそこに薬剤師が関わっていくかが重要。まずは仕組みを考えないと、薬剤師が入っていけない。すぐに診療報酬で評価するのは難しいかもしれないが、医薬品の供給体制についてどうあるべきかを考えることが必要。(21.8.26 山本(信)委員)

8 勤務医負担軽減

- ① 医療セクレタリィーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。(21.7.9 海辺委員)
- ② 医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。(21.7.9 齊藤委員)
- ③ 奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。(21.7.9 村上委員)

9 医療安全

- ・ 医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築すべき。(21.7.9 山本委員)

10 有床診療所

- ① 6月中旬に有床診議連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。(21.7.9 渡辺委員)
 - ※診療報酬に関する要望内容
 - ・入院基本料の全体的な引き上げ
 - ・入院基本料の逓減制の変更
 - ・2段階の看護配置基準を、4人未満、4～7人未満、7人以上の3段階に変更し、実態に近い評価に変える
 - ・複数医師配置加算の引き上げ
 - ・入院時医学管理加算の新設
- ② 2年前の改定で、救急・産科・小児科を評価したが、その後方の受け皿となるべき一般の病院や、有床診、クリニックなどの評価は、財源の問題もできなかつた。特に有床診療所を活かしていきたい。(21.8.26 竹嶋委員)
- ③ 国民の病床に対する意識調査では、国民が考える最重点課題は、2006年では救急医療体制の整備であったが、2008年では高齢者が長期入院する施設となっている。(21.8.26 竹嶋委員)
- ④ 有床診療所は現在、約11,000施設にまで減ってきており、このままでは崩壊してしまう。有床診の入院基本料は2,800円というものもあり、安すぎる。有床診は、24時間の緊急時の対応の中で、入院施設としても、在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。貴重な医療資源を活用すべきである。(21.8.26 竹嶋委員)

- ⑤ 今後、医療提供体制を議論するこの医療部会で、もっと有床診療所の位置づけを議論していきたい。人員配置基準も病院とは別にして、診療報酬体系も別につくるべきである。(21.8.26 竹嶋委員)
- ⑥ 有床診療所の入院料を病院並みにしても、本当にそれだけでできるのか。どういう役割を担うかを考えないとできないし、国民の意識も変える必要がある。(21.8.26 部会長)
- ⑦ 有床診療所について意見があったが、様々な役割がありひとくくりにはできない。機能を明確にする必要がある。病院の機能についても明確化を求めていきたい。(21.8.26 渡辺委員)

11 歯科医療

- ① 地域歯科医療は平成 18 年度診療報酬改定で疲弊し、現在、崩壊の危機に瀕している。歯科医療が全身的な健康状態の改善に寄与することは、多くのエビデンスによって明確になってきている。また、地域医療における医科・歯科・調剤の連携は重要であり、特に高齢者の在宅医療においては、医科等からのオファーがあれば、連携できる体制を歯科は整えつつあるので、その推進を検討されたい。(21.7.9 近藤委員)
- ② 少子高齢化により、児童の虫歯は減ったが高齢者の疾患は増加。骨太 2009 に記載されている 8020 運動の推進が重要。また歯を積極的に残すための治療技術の評価と同時に歯の欠損等に対する治療技術に対する評価が重要。歯科医療は命に直接関係はないかもしれないが、生活を支える医療、生きる力を支える医療であり、安全、安心の医療のためには欠かすことはできない。20 年度の基本方針と同じ観点から、22 年度の基本方針においても盛り込んでほしい。(21.8.26 近藤委員)
- ③ 口腔ケアは、小児にとっても重要である。歯のない乳幼児のケアや在宅口腔ケアなど、歯科医師に是非ご協力をいただきたい。(21.8.26 加藤委員)
- ④ 歯科医療は、小児であれ高齢者であれ、研修は整いつつある。歯科医療機関との連携を図っていきたい。(21.8.26 近藤委員)
- ⑤ 歯科の診療報酬が低いのに驚いている。見直しが必要。障害児の歯もしっかり診察してもらっている。(水田委員)

12 薬事制度・後発医薬品

- ① 日本で未承認の医薬品を緊急に承認できるようにすべき。こういった薬価制度のあり方についても検討するべきではないか。(21.8.26 小島委員)
- ② 未承認、効能追加の医薬品の迅速かつ安全な形での保険適用について、きちんと政策として位置づけなければならない。(21.8.26 山本(信)委員)
- ③ ジェネリック医薬品について、差額通知システムの導入を進めているが、実際に行動に移す患者さんのジェネリックへの不安を解消しないといけないため、国

がイニシアティブをとってほしい。(21.8.26 高智委員)

13 財源

- ① 財源の確保は重要であるが、国民に負担を求めることになる。透明性・質の確保が必要。(21.7.9 海辺委員)
- ② 地域医療が崩壊しているのは共通の認識で、これには診療報酬の大幅引き上げが必要。前回の診療報酬改定では、医療部会で出された問題について、中医協で議論しようとしたら、やることは沢山あるのに財源が少なかった。財源の議論が必要だ。(21.7.9 中川委員)

14 効果的・効率的な医療

- ・ 医療の現場も疲弊していると言うが、日本経済全体が疲弊している。そういう中で補正予算で社会保障については大きく措置されているが、これは借金で賄われており、有効な使い方をすべき。地域医療のネットワークを構築する際、医療機関ごとに役割を明確にし、「選択と集中」により、効果的・効率的な医療の仕組み作りを議論していくべきである。将来世代にツケを回してはならない。(21.7.9 堤委員)

14 その他

- ① 診療報酬の算定根拠が国民から見ると不明確。例えば社会保険病院などは経営努力で黒字になったが、また赤字になってしまった。これでは改定がおかしいと判断せざるをえない。中医協にしてもタウンミーティングをするなど、国民に開かれた会議にするべき。(21.7.9 海辺委員)
- ② 今回、緊急的な措置として、補助金によって対応している部分があるかと思うが、補助金による措置はいつまでも続くものではない。診療報酬によって重点的に評価すべき分野をしっかりと議論する必要がある。(21.8.26 堤委員)
- ③ 慢性期疾患の重症化の予防は、十分な成果があがっていない。さらなる支援システムが必要。(21.8.26 辻本委員)
- ④ 医療の見える化、透明化・公平性の観点から言うと、病院と診療所の再診料が同一の医療サービスで異なる価格となっているのは説明できない。真っ当な考え方で整理をしてほしい。(21.8.26 高智委員)

II 診療報酬以外

1 医療部会における議論のあり方等について

- ① 平成 20 年度診療報酬改定の際に、患者からみてわかりやすいなどの 4 つの視点に緊急課題を加えて基本方針を決めたが、中医協での検証結果等を踏まえて、医療部会でもこの 4 つの視点がどうなったかの検証が必要。(21.7.9 小島委員)
- ② 医療部会の位置づけは、診療報酬の議論だけをするという位置づけではなく、医療の提供体制についても議論する場であり、開催を多くして欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- ③ 診療報酬と医療提供体制の話はかぶるところもあれば別の面もある。両者をキチンと分けて議論すべき。(21.7.9 田中委員)
- ④ 落としどころを考えながらの議論が必要であり、すべての要望には応えられないのではないかと。状況が改善するにはかなり時間がかかり、すぐに解決できるという幻想は持たないでほしい。(21.7.9 日野委員)
- ⑤ 我々は努力していく姿勢が大事で、この議事録を読む人から「またこんな意味のない議論をして」と思われぬようにしなければならない。(21.7.9 海辺委員)
- ⑥ 今回の発言を踏まえ、次回はさらに進化した議論をすべき。(21.7.9 田中委員)
- ⑦ 平成 20 年度改定の時の資料を見てみると、中医協には、基本方針がまとめられる前の 8 月に基本的な考え方が伝えられ、医療部会と中医協が平行して議論を行っている。こういった方法だとどこに責任があるかがわからない。大臣への諮問の前に、基本方針との整合性を検証するべきではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑧ 議事進行について、あらかじめ次回の論点を提示し、各委員が責任を持って意見を提出することが必要。出された意見は、部会長の権限で優先順位をつけて議論する。また、有志での WG の設置も検討すべき。(21.8.26 海辺委員)
- ⑨ 前回あった「医療の提供体制に関する審議も行われるべきである」という意見に賛成。その際には、医療現場が大変であるということをも裏付ける客観的なデータが必要であり、タウンミーティングを行うなど、国民の意見を反映させる仕組みも作るべき。(21.8.26 海辺委員)
- ⑩ 基本方針を議論するには、他の検討会で指摘されている事項が医療部会に上がってきて、その整合性を見なければならぬ。(21.8.26 海辺委員)
- ⑪ 出身団体の利害にとらわれないのは当然。(21.8.26 海辺委員)

2 医療の国民へのわかりやすさ・住民参加について

- ① 医療の「見える化」をするべき。そのためにはデータを集めることが必要。(21.7.9 海辺委員)
- ② 質や安心の確保が重要だが、安心と医療のビジョン具体化懇談会の中間とりまとめを見ても具体的ではない。国民にわかりやすく説明することが必要。(21.7.9 海辺委員)

- ③ 適切な情報を患者に迅速に提供することが求められている。(21.7.9 高智委員)
- ④ 医療への地域住民の参加についての支援策を考えてほしい。ボランティアの養成講座などを行っているが、ボランティアを受け入れる医療機関側の意識が欠如している。インセンティブを考えてもらえないか。(21.8.26 辻本委員)
- ⑤ 医療への地域住民の参加は大賛成。コンビニ診療を減らすべき。各地域の医師会などと協力して行っていくべき。(21.8.26 邊見委員)
- ⑥ サッカーや野球のようなファンクラブが、なぜ医療界には存在しないのか。医療の見える化や、健康教育を行うなど、医療を生活の真ん中に持ってくるべき。(21.8.26 邊見委員)

3 診療報酬関係以外

① 医療のあり方全般

- ・ 医療は提供者だけではなく国民のためであるし、医療は消費ではない。医療を社会の再生産・投資と考えていくべきである。(21.7.9 竹嶋委員)
- ・ これまで、機能分担や透明性の確保を進めてきたが、それらによる問題も顕在化してきている。(21.7.9 日野委員)
- ・ 中期プログラムの安心強化の3原則の中に、安心と責任のバランスとあるが、現時点ではバランスが欠けていると認識。権利と義務のバランスがとれておらず、医者への権利が守られていない。医者に期待されるのはありがたいが、医者も人間。例えば、総合医的な機能を求めると、知識が浅くなってしまう。DPCなどは、ごくわずかの者しか分からないテーマを議論している。昔は、中小病院などが総合医的な役割を多少は担いかなりの部分の対応ができていたと思うが、信頼関係の上に成り立っていた。それが地域医療崩壊で崩れてしまった。(21.7.9 日野委員)
- ・ 機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クレークを進めると、責任の問題でトラブルが発生する。訪問看護で解決できる問題は多いが、実際にやってみると、役割分担の問題で訪問看護ステーションは崩壊。透明性といわれても、とても対応できない。(21.7.9 日野委員)
- ・ 現状の医療崩壊は、国民含め各々が反省すべき。本気で取り組んで10年経ってやっとどうにかなるかというものだと思う。(21.7.9 海辺委員)

② 産科・小児科、救急医療関係

〔全般〕

- ・ 骨太2009では特に小児科・救急など「ほころび」の修復が唱われている。そのなかで勤務医の負担を軽減する上での役割分担、また、地域におけるそれぞれの施設・機関の役割について、どのようにこれらを組み直していくかが課題。(21.7.9 山本委員)
- ・ 女性医師の結婚産休問題で、小児科・産科などは減っている。報酬を上げれ

ばよいというものではなく、就労支援の取組が必要ではないか。(21.7.9 渡辺委員)

〔産科〕

- ・ 周産期母子医療センターの指定基準の見直しが遅れている。具体的内容を明示してほしい。(21.7.9 加藤委員)
- ・ ハイリスクの出産を産科医が時間をかけて対応できるようにするために、助産師がノーマルな出産やローリスクな出産を取り扱うことの推進が必要。(21.7.9 齊藤委員)

〔救急医療〕

- ・ 救急の入口において軽症患者が多い。小児は「#8000」があるが、大人についても相談できる場が必要。診療報酬で対応すべきとは思わないが、予算上で措置すべき。(21.7.9 齊藤委員)
- ・ 救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

③ 歯科医療について

- ・ 今回「骨太の方針 2009」のなかに「8020 運動」の推進が明記されたことは画期的である。「8020 運動」が健康寿命の延伸に貢献できることから、財政的支援が必要である。(21.7.9 近藤委員)

④ 精神医療について

- ・ 医療観察法では、指定入院医療機関の整備が遅れて、300床くらい足りない。現実には、鑑定入院で引き受けた病院が継続して受け入れている。(21.7.9 山崎参考人)

⑤ 総合医関係

- ・ 総合的な視点に立った医師、病院を確立し、地域医療の入口としての役割を担ってもらいたい。保健指導とのつながりにより、保険者にとって重要なパートナーとなる。(21.7.9 高智委員)
- ・ 全人的、診療科横断的な「総合診療医」の育成が必要であり、医学部のカリキュラムの充実、診療科の標榜、研修の財政支援を行うとともに、登録医制度については、モデル事例から始めて、普及度合いも見ながら、多面的に考えていくべき。ドイツでは、専門医としての「一般医」も存在し、国民から期待と信頼を得ている。(21.7.9 高智委員)

⑥ 勤務医負担軽減

〔職種ごとの役割分担〕

- ・ 職種ごとの役割分担について医政局長通知を出されているが、現場ではなかなか進まないの、立法化により推進してほしい。(21.7.9 加藤委員)

〔医師の加重労働〕

- ・ 医師の超過勤務は恒常的だ。経営上の都合ではなく、実態として医師が足りていない。そのため超過勤務となり、労働基準法に抵触した場合、労働基準監督署から指導されてしまう。(21.7.9 山崎参考人)

⑦ 医師不足・医師偏在

- ・ へき地の医療は敬遠する人も多く、医師確保が大変。(21.7.9 渡辺委員)
- ・ 医療崩壊は、地域医療の崩壊が大きい。主として地方の公立病院、次が、大学病院。教育、臨床、研究と3つの役割を担っているが、独法化により臨床に偏ってしまっている。研修医も大学離れの傾向にあり、医療のトップランナーが危機に至っている。(21.7.9 邊見委員)
- ・ 予算・診療報酬だけで医師不足は解消できない。地域医療計画の中に必要な診療科ごとの医師数を盛り込む等も検討すべき。(21.7.9 小島委員)
- ・ 医師偏在の問題で、以前、医療部会において管理者要件の議論をしたが、今後、議論を再開してはどうか。(21.7.9 村上委員)

⑧ 補助金

- ・ 地域再生基金に関して、産科・小児科は大切であるが、いろいろな疾患があることから4疾病5事業にも使えることをわかりやすく明示してほしい。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 様々な補助金があるが、補助が全額ではなく病院も持ち出しが必要になっており、病院経営は厳しいなかでは活用できない。(21.7.9 村上委員)
- ・ 地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、地域の病院団体や医師会等、関係団体とよく相談して決めて欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- ・ 医師へ手当を直接支給する補助金があるが、就業規則の改正が必要であり、使いづらい。病院のフリーハンドで使えるようにして欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- ・ 地域医療再生基金については現場からの積み上げでやるしかない。(21.7.9 竹嶋委員)
- ・ 地域医療再生基金により、施設や運営費については手当ができるが、問題は人材確保と診療報酬の見直し。この問題が解決されない限り、地域医療再生基金では中核的な医療機関にしか事業化をお願いできない。(21.7.9 石田参考人)

⑨ 患者負担について

- ・ 患者負担3割は、限界まできている。(21.7.9 高智委員)
- ・ 一律3割の制度に疑問を感じる。高額療養費制度もあるが、これは前年度の所得に応じてのもの。病気になり働けなくなって子供もいるような場合、その時点で3割の支払いは困難になる。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 日本はOECD諸国に比べ、患者負担は10%ほど高い。したがって患者負担を増やす方向ではだめで、国民から広く薄く求めることが必要である。(21.7.9 田中委員)

⑩ その他

- ・ 死亡者が増加しているので、看取りについても多様な視点に立って迅速に対応してほしい。(21.7.9 高智委員)
- ・ 医師は患者を診たくて医師という職業に就いており、医師がマネジメント感覚を持っているかというのは疑問。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 本日の東京新聞の朝刊に「地域の急患連携に加算」という記事が出た。こういった現場を一喜一憂させるような記事が減るようにしてほしい。(21.8.26 中川委員)
- ・ 「「社会保障国民会議最終報告(平成20年11月4日)」は尊重されるべきものではあるが、このとおりの改定が行われることが決定されているものではない」ということを聞いて安心した。(21.8.26 中川委員)
- ・ 今回の介護報酬改定や、補正予算の補助金で、介護職員の給与を上げるという話があるが、同じ病院において、介護の方の職員だけ給与を上げ、病棟に勤務している同じ介護職員(看護助手)の給与を上げないという理屈はなく、経営がしにくくなる。24年に同時改定があるので、そこでは整合性をとって改定をしてほしい。(21.8.26 日野委員)
- ・ 健保連では、医学部の学生に対して保険経済についての課外授業を行うことがあるが、学生からは、保険経済について勉強する機会が欲しいという声がある。医学部のカリキュラムを見直して(厚労省・文科省間の連携)、こういった講義を、できれば必修のかたちで加えてほしい。(21.8.26 高智委員)

第32回及び第33回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議（6月3日）でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。（21.7.15 藤原委員）
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方にに基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。（21.7.15 逢見委員）
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。（21.7.15 対馬委員）
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。（21.7.15 斉藤委員）

地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。（21.7.15 逢見委員）

国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということなのだろうか。産科や小児科へという点は結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口20～30万人に1つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。（21.7.15 樋口委員）
- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。（21.7.15 斉藤委員）

「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考えていく必要がある。（21.7.15 小林委員）

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではない
か。(21.7.15 岩本委員)

- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。(21.7.15 岩月委員)
- ⑦ 「選択と集中」は格差社会の継続につながるものだ。選択と集中によって中核病院のあった二次医療圏に小児科医がいなくなるなど、医療機関の連携が分断されている。地方は過疎化していくため、身近なところで適切な医療を提供できるよう、地域にあった医療提供体制が必要だ。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑧ 「選択と集中」は社会保障国民会議最終報告にあるもので、改定内容として決定しているものではないため、これを進めていくというのであれば、きちっとステップを踏んで欲しい。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑨ 4つの視点は賛成。(21.8.27 岩田参考人)
- ⑩ 20年度改定の4つの視点と緊急課題について、この2年間でどの程度改善したのか検証が必要。解消には至っていないだろうから、次回もこの視点等を継承していく必要がある。(21.8.27 逢見委員)
- ⑪ 4つの視点は継続すべきである。「選択と集中」という考え方を継続するとともに、地域医療の連携強化についても併せて検討する必要がある。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ⑫ これまでの医療費の伸びの抑制の考え方が見直されてきていることを改定にも盛り込んでいく必要がある。しかしながら、効率化は必要であり、効率化して本当に必要なところに財源を充てていくことが必要。(21.8.27 逢見委員)
- ⑬ 改定の4つの視点にあるように、メリハリをつけることはいかなる時代においても重要なことだ。保険者財政も国民の経済状況も厳しい。(21.8.27 対馬委員)
- ⑭ 協会けんぽの財政状況も深刻な状況にあり、基本方針の検討に当たっては、保険財政を十分踏まえて改定を行うことについて、きちんと位置づけるべき。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体の引き上げを行う状況にはなく「選択と集中」の観点から補助金も活用しながらメリハリをつけることが必要である。(21.8.27 小林委員)
- ⑮ 4つの視点に書かれていない点を2つ付け加えたい。1つは「医療の見える化」「IT化の推進」であり、もう1つは病院と診療所の再診料の格差解消の問題である。(21.8.27 対馬委員)
- ⑯ 疾病の予防にインセンティブをつけるべきだ。例えば口腔ケアをきちんと行った場合、誤嚥性肺炎の発症が半分になるというデータがある。こうしたエビデンスがあるものについては、診療報酬をつけるべきだ。(21.8.27 大内委員)
- ⑰ これまでは、「医療費の抑制」が審議会に臨む大前提だった。医療費に無駄があることは承知しているが、諸外国に比べれば決して高くない。負担も低ければ

給付も低い。高齢者は治療に費用がかかるが、世界でも高齢化率が 20%を超えるのは日本ぐらいで、これから増えていくことが明白なのも日本のみ。増える給付費を高齢者も含めて負担すべきだと思うし、考え方を見直すべきだと思う。今後はその変化を踏まえて、議論していく必要がある。(21.8.27 樋口委員)

- ⑱ 今回の資料についても、財源については触れられていない。マクロの総額は政治レベルで決められるが、それによって、この方針の実現度が決まる。プラス改定にならなかった場合に向けて、財源についてもこの場で踏み込んで議論すべき。メリハリ、切り込む分野についてしっかり書くべき。マイナスシーリングの場合、どこかを削って他の場所に付けるが、そのような形で切り出すことが必要ではないか。(21.8.27 岩本委員)
- ⑲ 「選択と集中」は、10年先を見て手を打つべきだ。日本の産業構造が変わってきており、雇用イコール利益という関係ではなくなっている。将来的に県ごとに医師の必要数がどうなるのか、雇用数がどうなるのかといった数字をつめていかないといけない。(21.8.27 西村委員)
- ⑳ 基本方針について、改定の「視点」と「方向」という観点はあるが、「量」という観点が抜けている。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ㉑ 基本方針にある「患者から見てわかりやすく、患者のQOLを高める医療の実現」はもっともなことだが、こういった審議会を通り一遍の議論をするというやり方で良いのか。1桁違うお金をかけて検証を重点的に行うといったことが必要なのではないか。(21.8.27 西村委員)

2 厳しい保険者財政について

- ① 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。(21.7.15 斉藤委員)
- ② 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。(21.7.15 逢見委員)
- ③ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。(21.7.15 小林委員)
- ④ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年度末に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。(21.7.15 岡崎委員)
- ⑤ 健保組合全体で 21 年度予算 6 兆円に対して、赤字が 6,150 億円で 1 割にも達する。20 年度から 2 年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。(21.7.15 対馬委員)

3 救急・産科・小児科医療

- ① 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。(21.7.15 坂本委員)
- ② 救急、産科、小児科は、過去の改定でそれなりに評価をしているが、これでも解決しないのなら、もっと根本的な見直しが必要なのではないか。これは医療システムの構造的な問題であり、後方病床を整備して流れを良くしなければならない。中小病院、慢性期医療、有床診療所、無床診療所、在宅医療などが資料でも触れられていないが、遺憾だ。夜間対応している有床診療所が減少しているのは憂慮すべきことだ。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ③ 救急、産科、小児科などは体制整備が必要。診療報酬の加算などで誘導するのではなく、体制を整備したことを評価するという順序で対応すべき。公費・補助金などの充実によって医療機関が質の高い必要な体制を確保できる仕組みを別にしっかり構築した上で、その体制を整えた医療機関を診療報酬で評価する仕組みとすべきである。診療報酬を取らせるために算定要件を緩和するなど、本末転倒になってはならない。(21.8.27 逢見委員)
- ④ 救急の流れをスムーズにするようなサポートシステムを評価してはどうか。患者はかなり悩んでから救急にかかっているため、患者からの悩みや相談を受けて適切に救急医療を行う病院、地方にあり患者の家から遠いとしても、次の病院に適切にコーディネートしている病院、在宅医療へのつながりの仕組みをもっている病院は、評価していくべきだ。こういった救急の入口から出口の流れを支えるシステムを看護師を活用してやっていきたい。(21.8.27 坂本委員)

4 かかりつけ医

- ① 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が刹那的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。(21.7.15 多田委員)
- ② 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち1割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。そういった意味では後期高齢者診療料も、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。(21.7.15 藤原委員)
- ③ ヨーロッパではプライマリケア医がしっかりとそれなりの機能を果たしている。日本でもプライマリケア医が対応できる患者が相当いるに違いない。そのよ

うな人が大病院の外来に救急車で運ばれるケースが増えている。そこを変えないといけない。開業医にもがんばってもらいたい。それを踏まえて、診療報酬も作り直してほしい。これから増える高齢者を大病院の外来で受けるようにしてはいけない。診療報酬だけの問題ではないが、前向きに積極的に取り組んでほしい。(21.8.27 多田委員)

- ④ 開業医はプライマリケアを行うべきという意見があったが、メディアスのデータを見ると、診療所への受診は減っていないし、はしご受診も行われているとは言えない。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑤ 患者が、大病院なら信用できるという気持ちを強く持っているということを医者が認識していないというのには驚いている。高齢者は心身に多種類の不都合をもって生活するのだが、勝手に大学病院や専門病院にどんどん流れていくのは問題だ。その際にアドバイスをできる身近な医者との関係をしっかり作っていくことが必要。ここがしっかりしないと、これからの半世紀、1世紀の日本の医療はもたない。(21.8.27 多田委員)
- ⑥ 医療のデータを見るときには注意が必要で、いくら医療費が使われたかというデータからは、医療サービスに対する満足度は読み取れない。(21.8.27 岩本委員)

5 心身の特性を踏まえた医療

- ① 「高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供」とあるが、高齢者は医療機関にかかりにくくなっている。院内処方減り、薬局まで薬を取りに行かなければならなくなっている。患者の負担を考えるなら、院内処方を増やすべき。処方せんも4日で期限が切れてしまう。(21.8.27 樋口委員)
- ② 介護との連携も見通しながら、「高齢者の心身の特性及び家族や地域生活の環境変化を踏まえた医療の提供」が必要。(21.8.27 樋口委員)

6 チーム医療

- ① 医療が複雑化しており、それぞれの職種がそれぞれの役割を発揮して連携しないといけない。医療関係者が増えると非効率になっていくというものではないのではないか。(21.8.27 岩月委員)
- ② 医師を増やすと言っても、人の数には限界があり、またすぐに対応できるものでもない。看護師や薬剤師や栄養士など、様々な職種の役割分担を明確にしていくことが重要。また、医療職種以外の職種もこれに入れていくことが重要。こうした視点を載せるようにしてほしい。(21.8.27 坂本委員)

7 後発医薬品の使用促進等

- ① 基本方針にある効率化の関連で、後発医薬品の促進については、処方せん様式を変えたりしたが、まだ十分には進んでいないという認識だ。追加的な対策を行

っていくべき。(21.8.27 小林委員)

- ② 後発医薬品の使用促進も必要。安全性に問題がないというメッセージ、周知が不十分。(21.8.27 逢見委員)
- ③ 後発医薬品の使用促進の議論と一緒に、革新的新薬の議論も併せて行って欲しい。(21.8.27 藤原代理人・経団連)

8 歯科医療

- ① 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。平成20年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。(21.7.15 渡辺委員)
- ② 平成8年から平成19年まで、歯科医療費は2兆5千億円程度で推移している。1診療所単位で見ると、この間に保険収入は約15%の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。(21.7.15 渡辺委員)
- ③ 安全・安心の生活を支えるために歯科医療が重要。骨太2009において8020運動の推進が記載されている。これは平成元年から提案して行ってきたもの。現在、8020達成者は25%を超えた。さらに、50%を目標にして、QOLの高い社会を目指す所存。(21.8.27 渡辺委員)
- ④ 歯科は、長年にわたり一般医療費の中で伸びが低い。8020運動の促進には、ヘルス事業だけでなく、歯の保存と口腔の機能を維持する歯科医療の充実が必要。重症化予防も必要だが、まだまだ不十分。(21.8.27 渡辺委員)
- ⑤ 歯科医療の特性、臨床実態を踏まえた技術の評価が必要。小児期から高齢期までライフステージに沿った健診、治療、管理が必要。小児期においては、正常な発育を支援する観点からも重要だし、在宅歯科医療も求められている。(21.8.27 渡辺委員)
- ⑥ 在宅歯科医療は、医師や家族との連携と周知が不足している。そのため、ニーズが把握できていない。また、診療の困難さと実情を踏まえた評価が必要。(21.8.27 渡辺委員)
- ⑦ 口腔ケア後の手術が効果的といったデータもあり、口腔ケアの評価の必要性を感じている。(21.8.27 渡辺委員)

9 その他の診療報酬

- ① 「同一のサービスは同一の点数」という公平性の観点からも、病院と診療所の再診料は同じ点数が基本であり、それなら患者も納得できる。(21.8.27 対馬委員)
- ② 再診料の病診格差の話が出たが、これはキャピタルコストを病院の方がより薄

く広く乗せることができるためである。(21.8.27 藤原委員・日医)

- ③ 病診格差については、患者の行動原理に影響が出るものであり、機能分化の推進のためにも、是正が必要。(21.8.27 逢見委員)
- ④ 愛知県でも勤務医数が少なく過重労働が問題になっている。医療クラークの点数を新設していただき評価をしているが、もっと使いやすい制度にしてもらえるとありがたい。(21.8.27 岩田参考人)
- ⑤ 医療の標準化が進んでいるものは、包括化が必要。(21.8.27 逢見委員)

10 診療報酬と補助金

- ① 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。(21.7.15 齊藤委員)
- ② 予算で対応しているところ、診療報酬でみるところの役割分担も考えるべき。(21.7.15 小林委員)
- ③ 医療提供体制の整備を、診療報酬による手当のみで行うには限界があるため、補助金・公費による手当について、地方自治体のお金も含めて検討すべきである。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ④ 診療報酬と医療提供体制が関係しているのは確か。診療報酬の加算で、提供体制や医療機関の行動に影響を与える部分はある。大きく変わったのは、地方分権が進み、補助金が一般財源化されたこと。地域が一般財源を使って医療提供体制を整える方針に変わっている。その中で、診療報酬がどこまでやるべきか。医療提供体制の責任主体のあり方の変化を踏まえて、診療報酬での対応のあり方を改めて考えてみないといけない。診療報酬、一般財源、補助金の配合で、各地域に合った対応が必要。(21.8.27 岩村委員)

11 その他

- ・ 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるだろうか。(21.7.15 岩本委員)

II 診療報酬以外

- ① これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。(21.7.15 齊藤委員)
- ② 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。(21.7.15 樋口委員)
- ③ 昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急

- 対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。(21.7.15 樋口委員)
- ④ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。(21.7.15 見坊委員)
 - ⑤ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。(21.7.15 見坊委員)
 - ⑥ 高知県には療養病床が一番多い。療養病床の新型老健などへの移行の方針は、当初の極端な方針からゆるやかになってきてはいるが、いわゆる医療難民をださないように慎重な取扱いを要望したい。(21.8.27 岡崎委員)
 - ⑦ 4つの視点はそのとおりだが、現実的なところが欠けている。救急医療を担う医師が不足しているのが地域の実態。医師が偏在しているのではないか。小さな医療圏の患者を他の医療圏では受け入れてくれない。医療圏間の協定が必要だが、簡単にはいかない。診療報酬だけでどうにかなるかは疑問。医師の適正配置が重要。(21.8.27 山本委員)
 - ⑧ 公立病院はなぜ赤字になるか。地方は高齢者が多いが、高齢者は様々な診療が必要であるため都市部の病院に行ってしまう、患者がいない。大学による医師派遣が必要。医師偏在が生まれないようにしないといけない。(21.8.27 山本委員)
 - ⑨ 過疎化、高齢化は地方都市で起きている。医師を1.5倍にしてもそういった地方に配置されなければ問題は解決しない。(21.8.27 西村委員)
 - ⑩ 生活保護が急激に増えているのは大都市部。これは単身高齢者の増加が原因。高齢化により都市部で急激に高齢者が増えることを考えれば、地方も大変だが、大都市部の急速な高齢化が一举に医療費を押し上げることに留意しなければならない。(21.8.27 岡崎委員)
 - ⑪ 高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(21.8.27 逢見委員)

第17回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告 （平成21年10月30日公表）の概要

1. 調査の概要

(1) この調査は、病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、中央社会保険医療協議会が平成21年6月に実施したものである。

(2) 調査の対象及び客体

社会保険による診療を行っている全国の病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険調剤を行っている全国の保険薬局のうち1ヶ月の調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の薬局を対象とし、これらの医療機関等を、地域別等に層化し、次の抽出率で無作為に抽出した施設を調査客体とした。

なお、特定機能病院、歯科大学病院及びこども病院（以下「特定機能病院等」という。）については、別途、全ての施設を調査客体とした。

病 院	1 / 5
一般診療所	1 / 25
歯科診療所	1 / 50
保 険 薬 局	1 / 25

(3) 有効回答率

	19年6月	21年6月
病 院	57.0%	56.6%
一般診療所	45.5%	44.0%
歯科診療所	62.3%	60.1%
保 険 薬 局	63.2%	62.8%

(注) 特定機能病院等は含まない。

(4) 調査の時期

平成21年6月の1月間と平成21年3月末までに終了する直近の事業年（度）の1年間について調査した。

2. 平成21年6月分の集計結果（1施設当たりの損益状況）

（1）一般病院

（医療法人）

（単位：千円、％）

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	136,877	99.8%	154,428	99.9%	12.8%
II 介護収益	248	0.2%	158	0.1%	▲36.3%
III 医業・介護費用	135,242	98.6%	151,345	97.9%	11.9%
IV 損益差額（I + II - III）	1,883	1.4%	3,241	2.1%	—
施設数	304	—	274	—	—
平均病床数	132	—	138	—	—

（国公立）

（単位：千円、％）

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	371,249	100.0%	381,838	100.0%	2.9%
II 介護収益	185	0.0%	177	0.0%	▲4.3%
III 医業・介護費用	426,656	114.9%	426,866	111.7%	0.0%
IV 損益差額（I + II - III）	▲55,221	▲14.9%	▲44,851	▲11.7%	—
施設数	120	—	137	—	—
平均病床数	291	—	292	—	—

（注1）医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）

（注2）「国公立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国の機関）が開設する病院の「国立」と、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院の「公立」の総称である。

（注3）損益状況における数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。（以下同様）

（注4）「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する各収益科目、又は費用科目の割合である。（以下同様）

（注5）平成19年6月と平成21年6月を比較すると、平成21年6月の方が平日が1日多く、土曜日が1日少ないことに留意する必要がある。（以下同様）

(全体)

(単位：千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	243,257	99.9%	278,535	99.9%	14.5%
II 介護収益	268	0.1%	242	0.1%	▲9.7%
III 医業・介護費用	255,640	105.0%	291,271	104.5%	13.9%
IV 損益差額(I+II-III)	▲12,115	▲5.0%	▲12,494	▲4.5%	—
施設数	563	—	549	—	—
平均病床数	194	—	208	—	—

[参考](国公立を除く)

(単位：千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	208,587	99.9%	244,185	99.9%	17.1%
II 介護収益	291	0.1%	263	0.1%	▲9.6%
III 医業・介護費用	209,315	100.2%	246,183	100.7%	17.6%
IV 損益差額(I+II-III)	▲438	▲0.2%	▲1,735	▲0.7%	—
施設数	443	—	412	—	—
平均病床数	167	—	181	—	—

(注1) 医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関の集計である。(特定機能病院等は含まない。)

(注2) 「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

(2) 一般診療所

[入院診療収益あり]

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	13,990	98.4%	13,718	99.2%	▲1.9%
II 介護収益	233	1.6%	114	0.8%	▲51.1%
III 医業・介護費用	12,176	85.6%	11,769	85.1%	▲3.3%
IV 損益差額(I+II-III)	2,046	14.4%	2,063	14.9%	—
施設数	43	—	18	—	—

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	21,467	96.5%	28,132	97.4%	31.0%
II 介護収益	779	3.5%	742	2.6%	▲4.7%
III 医業・介護費用	20,716	93.1%	26,869	93.1%	29.7%
IV 損益差額(I+II-III)	1,530	6.9%	2,005	6.9%	—
施設数	75	—	69	—	—

[入院診療収益なし]

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,351	99.5%	6,655	99.7%	4.8%
II 介護収益	34	0.5%	18	0.3%	▲47.1%
III 医業・介護費用	4,144	64.9%	4,625	69.3%	11.6%
IV 損益差額(I+II-III)	2,241	35.1%	2,048	30.7%	—
施設数	584	—	492	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	10,871	98.3%	10,768	97.8%	▲0.9%
II 介護収益	190	1.7%	239	2.2%	25.8%
III 医業・介護費用	10,011	90.5%	10,636	96.6%	6.2%
IV 損益差額(I+II-III)	1,050	9.5%	371	3.4%	—
施設数	427	—	443	—	—

〔全体〕

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,874	99.3%	6,904	99.7%	0.4%
II 介護収益	48	0.7%	21	0.3%	▲56.3%
III 医業・介護費用	4,695	67.8%	4,877	70.4%	3.9%
IV 損益差額(I+II-III)	2,228	32.2%	2,048	29.6%	—
施設数	627	—	510	—	—

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	12,454	97.8%	13,108	97.7%	5.3%
II 介護収益	278	2.2%	307	2.3%	10.4%
III 医業・介護費用	11,610	91.2%	12,824	95.6%	10.5%
IV 損益差額(I+II-III)	1,122	8.8%	592	4.4%	—
施設数	502	—	512	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

(3) 歯科診療所

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	3,455	99.9%	3,616	100.0%	4.7%
II 介護収益	2	0.1%	1	0.0%	▲50.0%
III 医業・介護費用	2,228	64.4%	2,415	66.8%	8.4%
IV 損益差額(I+II-III)	1,229	35.6%	1,202	33.2%	—
施設数	593	—	551	—	—

(医療法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,775	99.7%	8,033	99.8%	18.6%
II 介護収益	18	0.3%	16	0.2%	▲11.1%
III 医業・介護費用	6,017	88.6%	7,299	90.7%	21.3%
IV 損益差額(I+II-III)	776	11.4%	750	9.3%	—
施設数	116	—	108	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

(4) 保険薬局

(個人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 収益	6,775	99.9%	7,683	99.9%	13.4%
II 介護収益	5	0.1%	7	0.1%	40.0%
III 費用	5,944	87.7%	6,958	90.5%	17.1%
IV 損益差額(I+II-III)	835	12.3%	733	9.5%	—
施設数	81	—	78	—	—
処方せん枚数	1,035	—	1,018	—	—

(法人)

(単位:千円、%)

	19年6月		21年6月		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 収益	12,446	99.7%	13,416	99.8%	7.8%
II 介護収益	33	0.3%	24	0.2%	▲27.3%
III 費用	11,634	93.2%	12,907	96.0%	10.9%
IV 損益差額(I+II-III)	844	6.8%	533	4.0%	—
施設数	818	—	888	—	—
処方せん枚数	1,681	—	1,636	—	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関等の集計である。

(留意事項)

個人立の一般診療所・歯科診療所・保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

3. 直近の事業年（度）の集計結果（1施設当たりの損益状況）

（1）一般病院

（単位：千円、％）

	医療法人		国公立	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	1,814,393	99.9%	4,480,167	100.0%
II 介護収益	1,529	0.1%	1,450	0.0%
III 医業・介護費用	1,791,359	98.6%	4,968,837	110.9%
IV 損益差額（I＋II－III）	24,562	1.4%	▲487,221	▲10.9%
施設数	274	—	137	—
平均病床数	138	—	292	—

（単位：千円、％）

	全体		〔参考〕国公立を除く	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	3,256,389	99.9%	2,849,452	99.9%
II 介護収益	2,457	0.1%	2,793	0.1%
III 医業・介護費用	3,401,388	104.4%	2,880,173	101.0%
IV 損益差額（I＋II－III）	▲142,542	▲4.4%	▲27,928	▲1.0%
施設数	549	—	412	—
平均病床数	208	—	181	—

（注1）医業・介護収益に占める介護収益の割合が2％未満の医療機関の集計である。（特定機能病院等は含まない。）

（注2）「国公立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国の機関）が開設する病院の「国立」と、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院の「公立」の総称である。

（注3）「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

(2) 一般診療所

〔入院診療収益あり〕

(単位：千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	144,154	99.1%	330,141	96.9%
II 介護収益	1,366	0.9%	10,712	3.1%
III 医業・介護費用	129,382	88.9%	317,736	93.2%
IV 損益差額(I+II-III)	16,139	11.1%	23,118	6.8%
施設数	19	—	72	—

〔入院診療収益なし〕

(単位：千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	77,782	99.7%	129,103	98.3%
II 介護収益	202	0.3%	2,290	1.7%
III 医業・介護費用	53,667	68.8%	126,330	96.1%
IV 損益差額(I+II-III)	24,317	31.2%	5,063	3.9%
施設数	491	—	440	—

〔全体〕

(単位：千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	80,255	99.7%	157,374	97.8%
II 介護収益	246	0.3%	3,475	2.2%
III 医業・介護費用	56,488	70.2%	153,247	95.3%
IV 損益差額(I+II-III)	24,012	29.8%	7,602	4.7%
施設数	510	—	512	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

(3) 歯科診療所

(単位：千円、%)

	個人		医療法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	42,004	100.0%	92,710	100.0%
II 介護収益	11	0.0%	137	0.1%
III 医業・介護費用	28,661	68.2%	86,295	93.1%
IV 損益差額(I+II-III)	13,355	31.8%	6,552	7.1%
施設数	551	—	108	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関の集計である。

(4) 保険薬局

(単位：千円、%)

	個人		法人	
	金額	構成比率	金額	構成比率
I 収益	85,814	99.9%	153,896	99.8%
II 介護収益	53	0.1%	258	0.2%
III 費用	79,295	92.3%	144,973	94.0%
IV 損益差額(I+II-III)	6,571	7.7%	9,180	6.0%
施設数	78	—	888	—
処方せん枚数	1,018	—	1,636	—

(注) 調査に回答した全ての医療機関等の集計である。

(留意事項)

個人立の一般診療所・歯科診療所・保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

[参考1] 職種別常勤職員1人平均給料月額等

(1) 一般病院

(医療法人)

(単位：円、%)

	19年6月			21年6月			金額の伸び率
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	
病院長	2,547,396	44,301	2,591,697	2,583,621	43,354	2,626,975	1.4%
医師	1,236,244	99,927	1,336,171	1,200,714	87,101	1,287,815	▲3.6%
歯科医師	788,018	116,753	904,771	897,445	82,080	979,524	8.3%
薬剤師	331,645	68,519	400,164	335,268	68,916	404,185	1.0%
看護職員	301,429	64,716	366,146	314,458	66,923	381,381	4.2%
医療技術員	283,381	61,036	344,417	289,052	65,532	354,584	3.0%

(公立)

(単位：円、%)

	19年6月			21年6月			金額の伸び率
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②	
病院長	1,332,833	300,482	1,633,316	1,341,652	309,463	1,651,115	1.1%
医師	1,000,285	189,260	1,189,545	1,105,151	207,253	1,312,404	10.3%
歯科医師	859,723	198,120	1,057,843	965,711	194,021	1,159,732	9.6%
薬剤師	421,173	129,516	550,689	425,508	131,407	556,915	1.1%
看護職員	378,769	109,406	488,175	384,345	113,144	497,489	1.9%
医療技術員	403,880	122,126	526,006	394,720	122,788	517,508	▲1.6%

(2) 一般診療所 (医療法人)

(単位：円)

	21年6月		
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②
院長	2,106,147	2,383	2,108,530
医師	1,147,775	12,541	1,160,315
薬剤師	585,519	20,919	606,438
看護職員	267,290	55,141	322,431
医療技術員	282,884	58,359	341,244

(3) 歯科診療所 (医療法人)

(単位：円)

	21年6月		
	平均給料月額(①)	賞与(②)	①+②
院長	1,139,977	21,751	1,161,728
歯科医師	546,311	25,421	571,732
歯科衛生士	211,495	28,190	239,685
歯科技工士	327,391	39,665	367,056
薬剤師	—	—	—

(注1) 賞与(②)は、直近事業年(度)の1/12の額である。

(注2) 「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。(以下同様)

(注3) 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士など医療に関わる専門技術員である。(以下同様)

〔参考2〕 職種別常勤職員1人平均給料年(度)額等

(1) 一般病院

(単位：円、%)

	医療法人			公立		
	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②
病院長	31,183,044	520,245	31,703,290	16,033,616	3,713,552	19,747,168
医師	14,458,341	1,045,214	15,503,555	12,477,462	2,487,042	14,964,504
歯科医師	10,133,302	984,958	11,118,260	10,793,681	2,328,248	13,121,929
薬剤師	3,934,841	826,994	4,761,835	5,152,584	1,576,886	6,729,470
看護職員	3,778,590	803,078	4,581,668	4,601,824	1,357,729	5,959,553
医療技術員	3,529,663	786,385	4,316,048	4,822,595	1,473,455	6,296,050

(2) 一般診療所(医療法人)

(単位：円)

	医療法人		
	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②
院長	25,563,716	28,592	25,592,308
医師	12,886,934	150,488	13,037,422
薬剤師	7,395,400	251,027	7,646,427
看護職員	3,140,536	661,697	3,802,233
医療技術員	3,423,009	700,311	4,123,320

(3) 歯科診療所(医療法人)

(単位：円)

	医療法人		
	平均給料年 (度)額(①)	賞与(②)	①+②
院長	13,434,816	261,014	13,695,830
歯科医師	6,493,276	305,057	6,798,333
歯科衛生士	2,555,446	338,281	2,893,727
歯科技工士	3,803,136	475,986	4,279,122
薬剤師	—	—	—