

◆気分障害について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ うつ病患者を早期に発見し適切に診断できるよう、精神科につなぐための対策を、引き続き進めるべきではないか。</p>	<p>○ 国民に対する啓発活動が非常に大切であり、予算をつけるべき。(三上構成員)</p> <p>○ 地域包括支援センターの中にPSWを配置することにより、うつや自殺予防に対するコールセンターの役目が果たせるのではないか。(三上構成員)</p> <p>○ 予防の観点が重要。(広田構成員)</p> <p>○ 自助が成り立つ基盤整備を行政や専門家の責任で用意すべき。(末安構成員)</p>
<p>○ 気分障害患者に対して適切な精神科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等により、医療の質の向上を図るべきではないか。</p>	
<p>○ 特に、海外でうつ病への有効性が確認されている認知行動療法については、国内での有効性の検証を進めた上で、普及を図るべきではないか。</p>	
<p>○ 気分障害の治療について、復職等の社会復帰の取り組み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はないか。</p>	<p>○ 薬に関する正確な情報の普及・啓発をきちんとしていかなければならない。また、再発率が高いという意味では、生涯を通してケアしていく必要性のある疾患であるという視点が必要。(坂元構成員)</p>

◆依存症について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 依存症患者の回復に向けた支援について、総合的な取り組みを強化すべきではないか。その際には以下のような観点からの取り組みが必要ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、患者の支援に当たるべきではないか。 ・ 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り組みを踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきではないか。 ・ 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はないか。 	<p>○ アルコール依存症について、啓発を伴った予防の視点に立った施策が必要。（長野構成員）</p> <p>○ アルコールのリスクに関する広告を産業界に求めてもよいのではないか。（門屋構成員）</p> <p>○ 物質依存については教育の分野できちんと教育すべき。（門屋構成員）</p> <p>○ 久里浜アルコール症センターの医療モデルを基にアルコール依存症の入院医療における枠組みを確立すべき。（佐藤構成員）</p> <p>○ アルコール依存症については、他の身体合併症と同様にチーム医療で対応すべき。（門屋構成員）</p> <p>○ 自助グループの確保については、施設の運営を政策的にしっかりカバーしていくという視点が重要。（伊澤構成員、中島構成員）</p> <p>○ ニコチン依存症についても対策を立てるべき。（坂元構成員）</p>
<p>○ 物質使用に係る法的側面については、精神保健福祉のみならず、幅広い観点からの検討を要するのではないか。</p>	

◆児童・思春期の精神医療について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 児童・思春期精神科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はないか。</p>	<p>○ 児童の精神科医を増やすべき。児童の精神科医は、小児科の経験やさまざまな研修を受けておかないと成り立たない。若い医師がきちんと働ける場として、病院だけでなく子どもの診療所がきちんと機能できるようにすべき。(中島構成員)</p> <p>○ 児童専門の精神科医の育成について、文部科学省と連携して全国の医科大学に児童の講座をつくるべき。(樋口座長)</p>
<p>○ また、医療機関が児童・思春期精神科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をはじめ、医療提供体制の拡充を図るべきではないか。</p>	<p>○ 診療報酬上の手当を行うべき。自治体は赤字を覚悟してやっている。(中島構成員)</p> <p>○ 診療報酬上の評価を上げると、逆に子どもや親の自己負担が増えることとなり、かえって治療を妨げてしまうのではないか。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 診療報酬だけでなく、医療計画上の位置づけなどの取組が必要。(小川構成員)</p> <p>○ 児童と思春期は分けて論じるべき。(中島構成員、佐藤構成員)</p> <p>○ 子どもが置かれている治療の場を抜本的に検討すべき。外来の作業療法やデイ・ケアは大人用である。また、教育との連携も必要。(山根構成員)</p> <p>○ 子どもの心の診療拠点病院については、受診のしやすさを高めるという意味でも、小児総合病院にきちんとした病棟を整備すべき。併せて、診療報酬上の評価もきちんと行うべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 思春期の精神医療は、早期介入と絡めて検討していくべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 健診でリスクが高い子どもについて、きちんと養育できる体制をつくることが重要。(中島構成員)</p> <p>○ 発達障害については、診断、療育、治療を含めて、スタンダードなものを確立して普及していくべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 発達障害者支援センターを始めとする保健、福祉、教育のボリュームを増やしていくような総合的な取組を実施すべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 医療、福祉がリードして司法、警察をも巻き込んだ全体的な取組に進めていくべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 早期発見や文科省の政策も踏まえて総合的な検討が必要。(長野構成員)</p>

◆地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について【第19回】

・入院医療における病床等の機能

検討の方向性	主な意見
<p>○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実を目指すべきではないか。</p> <p>・このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価について検討すべきではないか。</p> <p>・また、精神病床数の適正化等を図りながら、将来的に、医療法における人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置の向上を目指すことについて、どう考えるか。</p>	<p>○ 診療報酬の基準について、例えば7：1とか、13：1が精神科にはない。精神科だけがないというのは、おかしい。7：1は難しいのかもしれないが、13：1であれば頑張れる病院はあると思う。また、「特別」の20：1未達がまだ残されていて、これも期限つきだということだが、早く制限をして、最低20：1までに上げてもらいたい。(田尾構成員)</p> <p>○ 7：1とか、13：1という入院基本料の区分がない。少なくとも13：1をつくれれば、努力する病院も出るのではないか。(小川構成員)</p> <p>○ 精神については、13：1もなければ、7：1もない。10：1については、日数制限がついており、精神科に合わない。ここは60日にすべき。7：1については、専門病院の13：1が36日であり、36日にすべき。13：1についても、60日から90日とし、人手をつけることが必要。(中島構成員)</p> <p>○ 入院基本料について、10：1の平均在院日数規定を見直すことが必要。一般病棟の15：1と同等の60日程度に延長してもらえれば、かなりの総合病院・大学病院が人員の強化をできる。13：1の精神病棟の入院基本料の復活も必要。また、7：1を新設すべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 統合失調症については、人手が治療の手段であるので、人員配置は一般科並みにする。そこに様々なコメディカルの専門家をプラスしていくべき。今の人員の基準では、これ以上努力することが難しい。(中島構成員 第20回)</p> <p>○ 精神科特例に関してきちんと見直すスケジュールを教えてください。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 医療法における人員配置の基準も、精神科という特別な医療ではなく、一般医療の中に入れるべき。当面の間の5：1についても速やかになくすべき。(小川構成員)</p> <p>○ 48：1、150：1、4：1の人員配置基準は当然見直すべき。(田尾構成員)</p> <p>○ 先に目標だけがあって、ただ単に基準を上げていくという話はおかしい。供給と需要のバランスを考えるべき。(長尾構成員)</p>

<p>○ 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べきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・このため、重症度に応じた評価の体系の導入を検討すべきではないか。その際、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するべきではないか。また、そのために必要な分類・評価方法の開発を進めるべきではないか。 ・特に、統合失調症については、患者数の将来推計や、状態像ごとの患者の人数を踏まえ、将来の病床数のあり方を検討すべきではないか。(次回検討) ・認知症については、有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。 	<p>○ 重症度やコストといった観点を考えて、急性期とのケアの時間差というものも示されたが、時間だけですべてを測れるものではない。精神の質的なもの、時間で測れないものをどのように評価していくのか。重症度別の評価は、十分な方法を用いて慎重に行うべき。人員配置に対するコストをベースに、それにプラスしていくという形にすべき。(長尾構成員)</p> <p>○ IADLについては、生活がない入院生活の中で、生活能力の評価などできるわけではない。(田尾構成員)</p> <p>○ IADLをもって退院の判断の基準にしていくことそのものに疑問がある。(門屋構成員)</p> <p>○ 退院できていない現状と、退院するための後期5年間の計画を明確にすべき。(大塚構成員)</p> <p>○ BPSDで入院する方は多く、統合失調症の減少を補ってあり余るほどの状況になっている。その人たちの行き場が十分でない。社会資源として出口をいかにきちんと用意できるか。そこが第一にあって、次に病床が減っていくのではやむを得ないし、それによって機能が分化されていくべき。出口がほとんど用意されない中で、ただ単に機能をどうするのか、病床をどうするのかという話ではない。(長尾構成員)</p>
<p>○ 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。</p>	<p>○ 高齢精神障害者については、介護保険施設が足りないため、それを整備していくことが重要。一方、全員が介護保険施設に生活の場を持つことが妥当だとも思わない。地域、ケアホームなどで暮らしながら、介護保険や障害福祉サービスをもっと活用できるよう、そのシステムや使い方を整理していくことも重要。(大塚構成員)</p>

・地域医療体制と精神科医療機関の機能①

検討の方向性	主な意見
<p>○ 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はないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各々の精神科医療機関等が、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域で、医療提供体制を確保する必要があるのではないか。 ・ このための体制を、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションが連携して構築するべきではないか。 ・ 診療所による在宅医療・救急医療への参画についても、促進を図るべきではないか。 	<p>○ 地域の医療体制の整備確保は非常に重要であり、在宅のための居住の場、それに対する支援、サポート体制、医療の体制、これらが複合的にきちんと揃うことが、統合失調症患者等にとって必要である。(長尾構成員)</p> <p>○ 訪問看護、ACT、危機介入については、将来的には分けていく方がよいと思うが、初めのうちは個々に分けずに、これらを一体的に運用しながら、地域を支えられる体制をつくっていくことが重要。(中島構成員)</p> <p>○ 病院も診療所も往診をするところが減っているが、救急に参加するだけでなく、往診、危機介入といったアウトリーチも診療所の先生も協力体制が組めるようにすべき。(中島構成員)</p> <p>○ 往診を推進していくような教育や体制を充実するべき。(長野構成員)</p>

○ このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関が必要ではないか。なお、これらの機能は、地域医療体制との連携によって適切に発揮されるのではないか。

・ 高次の精神科救急を行う精神科病院

・ 急性期の身体合併症に対応する機能についても確保が必要。

・ いわゆる総合病院精神科

・ 精神病床で身体合併症治療等を行うほか、一般病床へのリエゾン機能が必要。

・ 高齢者の診療を行う精神科病院

・ 認知症のBPSD・身体合併症対応や、高齢統合失調症患者の身体合併症対応の機能が必須であり、精神科病院の機能強化が必要。

・ 極めて重症な患者の療養を行う精神科病院

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

・ 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

○ 総合病院精神科は、一般病床へのリエゾン機能、身体合併症の対応の機能を担ってほしい。また、精神科から一般科へのリエゾンも十分に評価をすべき。（長尾構成員）

- | | |
|--|---|
| <p>○ 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。</p> | <p>○ 高齢精神障害については、介護の観点もあるが、施設の体系をどのように考えていくのか。現行の老健施設、特養等は完全に数が足りない。財源にもよるだろうが、現状の介護保険制度の中で、これらの施設が今後増える要素はない。（長尾構成員）</p> <p>○ 65歳以上になると、介護サービスが優先となる。生活の動作が可能かどうかという介護保険の認定基準では、精神障害者の介護度は低くなる。介護保険の介護老人保健施設や介護老人福祉施設の利用は本当に難しく、たとえ利用できたとしても、費用の負担が大きい。認知症と診断されれば、介護保険での認知症対応のグループホームが利用できるが、まだまだ量的には不足している。介護保険の第1号の保険者になっても、介護保険での居住の場の選択は、現状では厳しい。（品川構成員）</p> <p>○ できるだけ若いうちに自立をできるよう対策を立てるべき。（良田構成員）</p> |
|--|---|

・地域医療体制と精神科医療機関の機能②

検討の方向性	主な意見
<p>○ 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、精神科医療の様々な機能に関する提供体制や、医療機関の連携体制を構築するため、精神科医療の医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における位置づけについて、検討すべきではないか。</p>	<p>○ 医療計画の4疾患に精神病あるいは精神疾患を加えて、もっと国民的な疾患ということを啓発していただきたい。(田尾構成員 第15回)</p> <p>○ 4疾病6事業にして、何らかの評価をすべき。(三上構成員、佐藤構成員、中島構成員)</p> <p>○ 医療計画だけでなく、その他の福祉関係の計画の中で連携を持って記載されるべき。(坂元構成員)</p>
<p>○ 医療計画に明示されるべき医療機能、医療連携体制及び圏域設定の具体的なあり方について、さらに検討すべきではないか。</p>	<p>○ 医療計画、福祉計画と連動するのはとても重要。特に精神科の中で重要なのは、重度継続の精神障害者の方々に、この方々が退院後に中断せず継続して地域で生活できるよう支援をするためには、この地域の患者に対しては責任を持つという医療圏という考え方が必要。また、そのような意識を高めさせる施策も重要。(伊藤構成員)</p> <p>○ 二次医療圏ごとに高次の救急を担う精神科病院と、救急機能を持った総合病院精神科が2つあるとうまくいく。機能分担をし、患者が遠く離れた地域で入院治療を受けなくて、地域で入院治療を受けることができるため、地域に戻りやすくなるというシステムが構築できる。(佐藤構成員)</p> <p>○ 二次医療圏ということを経験科医療の中でも求めるべき。あるいは計画上、きちんと位置づけるべき。(門屋構成員)</p> <p>○ 医療圏のあり方に関する議論は簡単に聞こえるが、現実的には、自治体を超える一つの指針がないと非常に難しい。(坂元構成員)</p> <p>○ 継続的に適切な医療機能を確保していくためには、連携について検討すべき。一般医療におけるかかりつけ医体制を診療所が担うべきか、病院との連携についてどうすべきか、明示していくことが必要。(大塚構成員)</p> <p>○ 精神科病床を認知症の治療にどう使うか十分検討した上で、病床削減について考えるべき。(三上構成員)</p>

・精神科医療機関における従事者の確保について

検討の方向性	主な意見
<p>○ 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。</p>	
<p>○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に看護職員等の人員基準の充実を目指すべきではないか。（「入院医療における病床等の機能」の論点を参照）</p>	<p>○ 人員配置を引き上げて、質の高い看護を提供していくことが、看護職の確保につながる。（小川構成員）</p> <p>○ 医療観察法における手厚い人員配置、他職種チームによる治療やリハビリが精神医療の中で汎化されていくべき。そのような体制が整うよう、予算措置を考えていくべき。併せて実質ある精神科医療の特例の撤廃を書き込むべき。（大塚構成員 第20回）</p>
<p>○ その上で、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のではないか。</p>	<p>○ 国がベッド数を削減して、スタッフを充実し、診療報酬を上げるという具体案を提案すべき。（上ノ山構成員）</p>
<p>○ 具体的には、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療等、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し、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者が相対的に減少するよう、施策を講じるべきではないか。その際、新たな分野に従事する者への研修等についても考慮するべきではないか。</p>	<p>○ 救急、地域の部分にどれだけの人手とお金をかけるか。東京は特別として、地方では救急の輪番への助成が減っており、救急はもたない。救急には人手が必要ということに十分配慮しつつ、手当と地域差を踏まえた体制づくりが重要。（長尾構成員）</p> <p>○ 「地域が病院である」という考え方を進めていくような施策が必要なのではないか。（伊藤構成員）</p> <p>○ 病院、診療所、福祉及び医療を調整する機関が必要。調整機関を誰が担うのかを検討すべきではないか。（上ノ山構成員）</p>
<p>○ 確保の難しい医師・看護師の業務を軽減する観点も踏まえ、他の職種の従事者の資質の向上や更なる活用について、どう考えるか。</p>	<p>○ 医療業務以外の業務や書類が多い。もっと簡便にやれるような形を検討すべき。（長尾構成員）</p>

◆地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について【第20回】

・統合失調症による今後の入院患者数についての考え方

検討の方向性	主な意見
<p>○ 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。</p> <p>○ 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、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を目標とすべきではないか。</p> <p>○ 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、具体的にはこれを改革ビジョンの終期に当たる平成 26 年までに 15 万人程度まで減少させることができるよう、各般の施策を講じるべきではないか。また、その達成状況も踏まえつつ、平成 27 年以降においても、各般の施策を展開することにより、より一層の減少を目指すべきではないか。</p> <p>○ また、同時に、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL の支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか。</p>	<p>○ 統合失調症の将来推計だが、過去 5 年間、統合失調症の入院患者は減っているが、病床はほとんど減らなかった。(田尾構成員)</p> <p>○ 目標は、居住の場やサポート体制等のサービスの量を勘案して立てるのが本来の姿。ただ単に目標設定だけが突然出てきて、それに向かって努力しましょうというものではない。(長尾構成員)</p> <p>○ 近い将来、4 割ぐらいの方は退院可能だとすると、15 万というは、私はもうちょっといけるだろうと思う。今は、データに基づいて、支援のあり方とかりハビリのあり方を整えていくべき。数値目標そのものよりも、数値目標の中身について議論していくべき。(大塚構成員)</p> <p>○ 一般病床並みに人員配置基準を改めるべき。当分の間という人員配置基準も期限を切って本則に戻していく。本則自体も是正すべき。そういうことを通じて 15 万床へということであれば非常に理解ができる。(小川構成員)</p>

・認知症による今後の入院者数についての考え方

検討の方向性（一部抜粋）	主な意見
<p>○ 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、その中には、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治療を要さない者も存在する状況が明らかになっており、医学的に精神病床への入院が必要な者は、入院患者のうち一定割合であるものと考えられる。</p> <p>○ このため、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 BPSD の発生頻度等に関する調査を早急に進め、その結果に基づき、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検討すべきではないか。</p> <p>○ 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、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討するべきではないか。</p>	<p>○ 統合失調症で減ったベッドを認知症が埋めていくという危険性がある。世界の先進諸国では認知症を精神病床で見ている国はない。認知症のモデルはもっとほかの方法がある。また、退院先を決めておかないと、認知症も統合失調症などと同じ社会的入院者が多く占めるようになり、そのような状況が既に起こっている。介護保険の施設に入所するよりも、精神科病院に入院するほうが安上がりになる場合があり、危険な状況。（田尾構成員）</p> <p>○ 認知症の社会的な入院の方をつくり出さない仕組みが必要。今の介護保険では、認知症の方を支える仕組みとしては量も質も足りない。精神症状に対する介護保険施設の対応力について底上げも必要。また、精神科医療との連携が足りない。精神科医療もアウトリーチでリエゾンをしに行くべき。常にかかわり状態像を判断しながら、リエゾンをしていく役割が精神科医療の役割。（長野構成員）</p> <p>○ 特養では一部精神科医療との連携加算がついているが、グループホームにも精神科医療との連携加算をつけるべき。マンパワーが圧倒的に足りない状況にある。（長野構成員）</p> <p>○ 国の補助金との関係もあり、施設の個室化をすすめざるを得ないが、個室化により利用価格が高くなってしまう。（坂元構成員）</p> <p>○ 認知症の方の対応も含めて、看護補助加算を一般病棟の入院基本料で認めるべき。また、人を確保して身体合併症の医療を行うべき。（小川構成員）</p> <p>○ 居住系サービスの整備とあわせて住宅手当の助成ができないか。（大塚構成員）</p> <p>○ 認知症疾患医療センターは出口のコントロールが現行制度の中では全くされてない。また、かなり地域偏在がはっきりしている。（末安構成員）</p> <p>○ 法を正しく運用して認知症の方の入院を医療保護入院にすることは今すぐやらなければいけない。2～3年後にはこのBPSDを伴わない認知症の方は強制入院の対象にはならないということを決めるべき。（中島構成員）</p> <p>○ 民間の有料老人ホームに入っても、ほとんどの方が医療費が別途かかるということを知らない。また、病院と介護施設との連携は非常に悪く大きな価格差が生じており問題。（坂元構成員）</p>

・その他の疾患による今後の入院患者数についての考え方

検討の方向性	主な意見
<ul style="list-style-type: none">○ 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。○ 一方で、この中には、気分障害など患者が増加している疾患や、依存症等、今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含まれている。○ このため、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、当面、これまでと同程度と見込むことでよいか。	

・居住系サービス等の確保についての考え方

現状と課題及び検討の方向性	主な意見
<p>○ 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。</p> <p>○ 特に、居住系サービスについてみると、法施行後の約2年半の間で、精神障害者の利用者数が、約1.5倍に増加（旧体系サービスからの移行分を差し引いて約6000人分の純増）している。</p> <p>○ 居住系サービス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。</p> <p>○ 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障害福祉サービス見込量についても、その上乘せについて検討を行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきではないか。</p>	<p>○ 自立支援法になり、ニーズに応じて地域資源は増やせるようになっている。（田尾構成員、門屋構成員）</p> <p>○ 現在の自立支援法の改正案では、グループホーム・ケアホームの補助が充実することになっており、今後ますます増えていくのではないか。（野沢構成員）</p> <p>○ 自立支援法になってから、居住系のサービスが増えたという実感はない。（長尾構成員）</p> <p>○ 地域のサービスには、インフォーマルなサービスもあり、いろいろな資源が受け皿につながっている。（品川構成員）</p> <p>○ 住宅については、公的な整備が必要。（末安構成員）</p> <p>○ 福祉サービスだけでなく、地域での外来医療がベースにならないと、入院から地域へという流れを支えられない。現在外来で行っている心理教育や、認知機能に対するリハビリテーション等に対して適正な評価をすべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ 福祉のケアマネジメントと言われているが、医療を含んだケアマネジメントであるべきで、医療機関の側においてもケアマネジメントが進んでいくような制度設計がなされるべき。外来においても、そのようなケアマネジメントがあってしかるべき。外来機能の強化をすべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ ケアマネジメントそのものは地域生活を支える方法論としてある。福祉、医療というふうに分けるのではなくて、医療の必要な人が生活をする上で、医療も包括した形のケアマネジメントがごく当たりと認識しているので、地域の側が医療の方々と連携をとって行う。そこだけは誤解のないようにしていただきたい。（門屋構成員）</p>

現状と課題及び検討の方向性	主な意見
<p>3. 精神保健医療福祉体系の再編に向けた今後の目標設定に関する考え方</p> <p>○ 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、特に精神保健医療福祉体系の再編のための取組を強化すべきとの認識の下で、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、以下のような観点から見直すこととしてはどうか。</p> <p>◆ 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（入院期間、疾病、年齢）の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「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してはどうか。 	<p>○ 突然退院可能者数の調査をすることをやめるのではなく、主観的なところをどうやったら客観的に持っていけるのか、精神医療の中で考えていくことが必要。（大塚構成員）</p> <p>○ どういう精神医療が日本にとって必要なのだという議論をすべき。ここでは語られていない。小さな部会でも開かないと、語られないような気がする。それ抜きでは、単なる数字合せになってしまう。（門屋構成員）</p> <p>○ 以前は数値目標を上げることで、体制を変えることができたが、今回は、具体的にどうするかということを検討しないと、数値目標だけではつじつま合わせになってしまうことが危惧される。（山根構成員）</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・ 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つつ、適切な目標値を定めることとしてはどうか。 ◆ 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はないか。 ◆ また、医療計画の「救急医療等確保事業（5 事業）」における目標値等を踏まえつつ、地域ごとに、精神医療体制を構築する際に活用できる目標設定についても検討を行うべきではないか。 ○ 上記のアウトカムに関する目標に加え、施策の実施状況等のプロセス評価についても適切に組み合わせて、より効果的に施策の進捗管理を行うべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神病床の削減を進めながら、地域支援体制について引き続き増強・拡充の方向で進めていかなければならない。精神保健医療福祉全体の財政フレームが 9 7 対 3 という割合でなかなか地域活動のほうに十分に回っていない。この枠組みを変えていくべき。（伊澤構成員） ○ 医療提供の地域偏在や格差という問題がある。この議論の先には限界が明確にあるが、こういう場所で議論すべき。（末安構成員） ○ 1 病院当たりの医療提供の有効性や限界、医療内容についても議論すべき。（末安構成員）
---	--

○ 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るとともに、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援する具体的方策について検討することとしてはどうか。

○ 適正病床数については、増やしてもいい地域があつて、それ以外は現状維持というところ、今後精神病床は増える可能性があるのではないかと。病床過剰地域に対しては、適正病床に近づける行政指導をする、ペナルティーを課すということを明確に示すべき。また、精神科病院自らが病床削減を目指すような政策誘導も検討すべき。(田尾構成員)

○ ベッドを満床にしないと経営が維持できない体制のままではベッドが削減できるわけがない。具体的に精神医療をどのようにしていくのかということをはっきり語るべき。ベッドを削減するといっても、これは例えば経営者の経営努力によって削減させるものなのか。国は責任をどのように考えて、どのように果たしていくのか明示すべきではないか。(上ノ山構成員)

○ 入院病床をこのまま維持するのはやはりまずい。今ある病床のスタッフを地域に移行させて、どのように有効に活用していくのかということがある程度ははっきりしないと、安心してダウンサイジングできないため、病床転換のシステム明確にした上で、ダウンサイジングの具体的なスケジュールを示していくことが望ましい。また地域における外来治療の充実に対して、どのようなマンパワーを投入し、どの程度の体制とするか明確にすべき。(上ノ山構成員)

○ 精神科病床の今後のあり方に関する検討については、この問題についてのみピンポイントで扱う特別委員会等を設置し、諮問機関として、精神科病床の削減と時代状況を踏まえた病床の有効活用法等を検討する機会を持っていただきたい。その諮問機関からの答申をもって、時限立法のようなものを立ち上げ、予算的にも瞬間最大風速的につぎ込み、病床の削減と必要な施設整備や設備整備も盛り込んだ展開を一挙に進めるべきではないか。(伊澤構成員)

○ 患者とか障害者側から見れば、国の政策誘導で病院をたくさんつくり、そちらに誘導されて地域での生活を奪われてきた。地域での生活を奪われてきたことに対する責任をどのようにとるのだということを強調したい。今こそ国の責任において地域での生活というものを保障してほしい。(野沢構成員)

○ 病床削減の話題には、経営防衛のようなものが大きく影響しているように思う。病院の経営不安がなければ、精神科病床数はいくら必要なのか。病床数削減の7万あまりも、認知症で埋めさえしなければ死亡退院で減っていく数値ではないか。(山根構成員)