

査を実施し、各センターでの「ひきこもり」の定義は、「ひきこもり」の期間、状態像については概ね一致していることを確認した。

c. 精神障害者の住居確保

「改革ビジョン」に伴う、精神障害者の地域生活への移行において、住居確保対策は必須である。このため、平成15年度の研究において一般賃貸住居の確保や、居住生活における生活の安定・安心に必要な環境基盤の整備等について、精神科病院、社会復帰施設、住宅会社、不動産業、行政機関等に聞き取り調査を行った。その結果、賃貸物件の空室数は増加傾向にあると思われ、家賃がきちんと支払われ、問題が発生したときに誰かが駆けつける体制を整えることができれば、市場の原理にしたがって、地域生活に移行する精神障害者による一般賃貸住居の確保は十分可能と考えられた^{19),20)}。平成15年度の聞き取り調査を踏まえ、平成16年度は住居確保についての質問紙調査（日本精神科病院協会、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する組織・法人のうち、グループホーム・共同住居を運営する組織・法人等の協力を得て実施。調査票の回収数は210（有効回収率48.6%）²⁰⁾を行った。平成15年度の聞き取り調査から、有効かつ重要な住居確保の方法であると考えて例示した「一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を確保し、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」については、約3分の1の組織・法人から「すでに実施している」、また4割以上の組織・法人から「何らかの援助が得られれば実行できる」との回答があった。また、「この1年間に賃貸物件などを新たに借りて地域生活を始めた」との報告のあった組織・法人は91、計540人であって、そのうち215人（39.9%）については「住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあった」との報告があった。

本研究の成果は、平成18年度から厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」に引き継がれ、住宅の紹介システム、契約関係、損害賠償等の保険活用、生活の支援と住宅の管理、退去時の管理、当事者の財産の保全・活用など、一般住宅を活用するために必要な取り組みの全体像を明らかにして、精神障害者の住居確保のソフト面の全体像を明らかにして「住居確保の実践的ガイドブック・事例集」にまとめるべく研究を進めている。

3. 今後の研究の展望

わが国は、少子高齢化の進展、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に、社会構造の改革が必要とされ、医療、年金、社会福祉などの社会保障制度も急速に改革が進みつつある。このような変革期に対応して、改革ビジョン、障害者自立支援法等、様々な施策や法制度の整備が取り組まれているが、実際の場面においては、制度設計上予想しなかった問題に直面したり、期待した効果が発揮されないことも考えられる。モニタリング研究は、精神保健福祉の現況や施策効果をモニタリングすることで、問題点の早期発見と改善に働きかけていく研究であり、精神保健福祉制度の機能測定のための研究と云ってよいものである。「改革ビジョン」は精神保健福祉制度改革のスタートに当たるものであり、モニタリングの方法を改善しつつ、また、モニタリングにおける都道府県や関係機関等との協力体制を築きつつ、公平な視点から長く続けられる必要がある。また、地域精神保健の充実が国際的な方向であり、モニタリング研究に関して関係する研究機関の交流、若手研究者の育成を図っていく必要がある。

臨床疫学研究は、精神科医療の現場における治療やリハビリテーション技術に関する科学的根拠 (evidence) を充実させるために必須のものであるが、わが国には、臨床疫学研究を行う環境の整備が遅れており、厚生労働科学研究における研究成果を充実する必要がある。その場合、現場からの研究ニーズをいかに研究者につなげるかが最も重要な課題となる。また現場の仕事の中でスムーズな資料収集を行なうための人材の確保、および現場と研究所の協力体制のモデル作りも必要とされる。

こころの健康についての疫学研究の結果、わが国に、実に40年以上ぶりに、こころの健康の問題に関する政策を進めていくための基盤となるべき、一般人口をベースとした疫学調査データを得ることができた。この結果、精神障害による社会的な影響 (impact) が高いことが示され、こころの健康対策が、英国のNSFのように、社会的に重要な課題として実施される必要のあることが示されたが、こころの健康の実態は変わっていくと考えられるため、今後は10年に一度を目安に、WMHの成果を引き継ぐ調査の準備、実施を検討すべきと考えられる。そのためにも、疫学調査の対象疾患拡大のための方法論研究は継続して実施すべきと考えられる。

政策情報研究は、社会の多様なニーズに応えていく必要があるが、少子高齢

化の精神保健サービスニーズへの影響を検討するなど、前向きに対応を促していく研究も行われてよいと考える。

文献

- 1) 竹島正, 中村健二, 重藤和弘他:精神科医療機能に関するマクロ指標の検討—入院患者残留率を中心に—. 精神神経学雑誌 104(5): 394-416, 2002
- 2) <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/mental-nmhr05>
- 3) Rosen A. The Australian experience of deinstitutionalization: interaction of Australian culture with the development and reform of its mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 429:81-9, 2006
- 4) http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4009598&chk=jmAMLk
- 5) <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=9075>
- 6) Kitamura, T., Fujihara, S., Iwata, N., Tomoda, A. & Kawakami, N. (1999). Epidemiology of psychiatric disorders in Japan. In *Images in Psychiatry: Japan* (ed. Y. Nakane, Radford, M), pp. 37-46. World Psychiatric Association: Paris.
- 7) Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A. & Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 59, 441-52.
- 8) Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. A. & Kikkawa, T. (2006). Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 60, 240-8.
- 9) 竹島正. (2006). こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成17年度総括・分担研究報告書.
- 10) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書 (主任研究者:川上憲人), pp.141-151, 2003.
- 11) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成15年度総括・分担研究報告書 (主任研究者:吉川武彦), pp.75-78, 2004.
- 12) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成16年度総括・分担研究報告書 (主任研究者:竹島正) pp.89-93, 2005
- 13) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人:地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について. こころの健康についての疫学調査に関する

- 研究 平成17年度総括・分担研究報告書（主任研究者：竹島正），pp. 109-112, 2006
- 14) 吉川武彦：こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書，2003
 - 15) 斎藤環：社会的ひきこもりの現状と展望. 思春期青年期精神医学，12：13-20, 2002.
 - 16) 金吉晴，堀口逸子，森真琴：若年者におけるひきこもり事例の有病率に関する予備調査. 「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」平成13年度総括・分担研究報告書（主任研究者伊藤順一郎），13-17, 2002.
 - 17) 高畑隆：埼玉県における「ひきこもり」の実態. 精神医学，45：299-302, 2003.
 - 18) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：「ひきこもり」についての相談状況調査報告書. 平成13年3月.
 - 19) 竹島正，蓑輪裕子，橋本康男他：社会復帰施設機能の測定に関する研究—精神障害者の退院・社会復帰における住居確保のあり方について—，平成15年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」分担研究報告書. 2004
 - 20) 竹島正，橋本康男：退院・社会復帰に向けて多様な住居群の確保を. 公衆衛生情報 34 (9) 30-33. 2004
 - 21) 竹島正，宮田裕章，立森久照他：社会復帰施設機能の測定に関する研究—精神障害者の退院・社会復帰における住居確保についての調査—，平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」分担研究報告書. 2005

WHO-5

● WHO-5 Well-being Index

World Health Organization-Five Well-being Index (WHO-5) は、5項目から構成される自記式質問紙である。これは糖尿病患者の生活の質 (quality of life: QOL) に関する WHO のプロジェクトのために開発された評価尺度から派生した精神的健康の指標である。

WHO-5 はさまざまな言語版が作成されており、それらは <http://www.who-5.org/> から入手することができる。

内容と使用方法

表①に粟田によって作成された WHO-5 の日本語版である WHO-5 精神的健康状態表 (WHO-5-J) の質問項目と教示文を示した。それぞれの項目は 0 (まったくない) ~ 5 (いつも) の 6 段階のリッカート・スケールを用いて、過去 2 週間の (精神的) 健康状態を尋ねる形式になっている。

以下に WHO-5-J に添付の「採点方法」の文書にもとづいて、使用方法を示す。

WHO-5 では粗点と百分率スコアをそれぞれ求めることができる。粗点は 5 つの回答の数字を合計することによって得られ、得点が高いほど QOL が良好であることを示している。百分率スコアは粗点に 4 を掛けることにより得られる。

粗点が 13 点未満であるか、5 項目の回答に少なくとも 1 つ以上の 0 (まったくない) または 1 (ほんのたまに) の回答があった場合には大うつ病 (ICD-10) 調査表 (Major Depression Inventory) の実施が推奨されている。

精神的健康状態の変化を観察する際には百分率スコアを使用する。スコアに 10% の差があった場

合には、有意な変化があったことを示している。

WHO-5-J の信頼性と妥当性

Awata ら¹⁾は、129 名の糖尿病を有する外来患者を対象に WHO-5-J の信頼性と妥当性を検証した。その結果、WHO-5-J は十分な信頼性と妥当性を有しており、粗点が 13 点未満をカットオフ値とすることで糖尿病患者における現在のうつ病エピソードの有無を検出するのに有用であると述べていた。

上記とは別の 70 歳以上の地域住民 696 名を対象とした研究でも、WHO-5-J は十分な内的一貫性と基準関連妥当性を有していたことが報告されていた²⁾。WHO-5-J の粗点が 13 点未満であるか、5 項目の回答に少なくとも 1 つ以上の 0 または 1 の回答があった場合、もしくは「あなたが病気で寝込んだときにあなたの世話をしてくれるだれかがいますか」という質問に否定的に回答した場合をカットオフとすることにより、地域に暮らす高齢者で希死念慮を有する者の弁別に利用できると述べていた。

(立森久照/竹島 正)

参考文献

- 1) Awata S, Bech P, Koizumi Y *et al*: Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr* 19: 77-88, 2007
- 2) Awata S, Bech P, Yoshida S *et al*: Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 61: 112-119, 2007

【関連語】

quality of life (QOL)

SF-36 (MOS Short-Form 36-Item Health Survey)

大うつ病 (ICD-10) 調査表 (Major Depression Inventory)

表① WHO-5 精神的健康状態表 (1998 年版)

以下の5つの各項目について、最近2週間のあなたの状態に最も近いものに印をつけてください。数値が高いほど精神的健康状態が高いことを示していますのでご注意ください。
例：最近2週間のうち、その半分以上の期間を、明るく、楽しい気分で過ごした場合には、右上の角に3と記されている箱をチェックする。

	最近2週間、私は…	いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
1	明るく、楽しい気分で過ごした。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
2	落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3	意欲的で、活動的に過ごした。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4	ぐっすりと休め、気持ちよくめざました。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5	日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

(<http://www.who-5.org/>より入手した日本語版調査票より引用)

第1節 精神科医療の現況

9-1-1 精神障害者の数的動向

受療率

平成17年患者調査に基づく精神及び行動の障害の人口10万対の受療率は入院受療率255、外来受療率176であった。入院では、他の傷病と比べて精神及び行動の障害の受療率が最も高い。

下の表に精神及び行動の障害の人口10万対の受療率を傷病小分類別に示した。数値は、平成17年患者調査に基づくものである。入院では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が156と最も高く、以下「血管性及び詳細不明の認知症」の42、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」の22の順であった。外来では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」が60と最も高く、以下「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の49、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の39の順であった。

精神及び行動の障害の受療率（人口10万対）、傷病小分類別

	入院			外来		
	総数	男	女	総数	男	女
精神及び行動の障害	255	261	249	176	156	195
血管性及び詳細不明の認知症	42	28	56	9	6	13
アルコール使用〈飲酒〉による精神及び行動の障害	13	24	2	4	7	1
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1	2	0	1	1	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	156	170	142	49	53	45
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	22	17	27	60	46	74
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	4	3	6	39	28	50
精神遅滞	7	9	6	4	6	3
その他の精神及び行動の障害	10	11	10	9	9	8

資料：平成17年患者調査

推計総患者数

次頁の表に精神及び行動の障害の推計総患者数を、傷病小分類、年齢層別に示した。数値は、平成17年患者調査に基づくものである。

総患者数とは、「調査日現在において、継続的に医療を受けているもの（調査日には医療施設を受療していない者も含む。）の数を次の算式より推計したものである。」と患者調査では定義されている。

入院患者数 + 初診外来患者数 + 再来外来患者数 × 平均診療間隔 × 調整係数 $\left(\frac{6}{7}\right)$

精神及び行動の障害の推計総患者数は、約265万人であった¹⁾。傷病小分類別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」が92万4000人、続いて「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が75万7000人、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が58万5000人、

総患者数、年齢階級×傷病小分類

(単位：千人)

	総数	0歳	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44
精神及び行動の障害	2647	1	22	27	22	—	—	—	—	—	—
血管性及び詳細不明の認知症	145	—	—	—	—	49	98	156	230	238	219
アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害	51	—	—	—	—	0	0	0	2	2	4
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	9	0	—	—	0	0	1	2	1	1	1
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	757	0	0	1	3	10	24	47	70	79	75
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	924	0	0	1	2	12	32	57	83	79	87
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	585	0	1	3	6	18	29	39	58	68	42
精神遅滞	68	1	8	5	2	2	4	6	9	5	5
その他の精神及び行動の障害	124	0	14	18	10	7	9	7	7	7	6

	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	90歳以上	不詳
精神及び行動の障害	192	210	241	207	186	190	154	101	55	43	5
血管性及び詳細不明の認知症	0	0	1	2	6	11	27	32	32	33	0
アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害	4	6	8	9	5	6	2	0	0	0	0
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1	0	0	0	1	0	0	—	—	0	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	70	86	83	71	60	37	25	11	4	2	1
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	71	67	85	77	71	80	66	37	12	4	2
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	39	43	58	42	36	48	28	19	5	2	2
精神遅滞	4	4	5	3	2	1	1	0	0	0	0
その他の精神及び行動の障害	3	5	3	4	6	6	5	3	3	3	0

資料：平成17年患者調査

血管性及び詳細不明の認知症が14万5000人であった。年齢別では、「55~59歳」が24万100人と最も多く、続いて「35~39歳」が23万8000人、「30~34歳」が23万人、以下「40~44歳」、「50~54歳」、「60~64歳」の順であった。

主

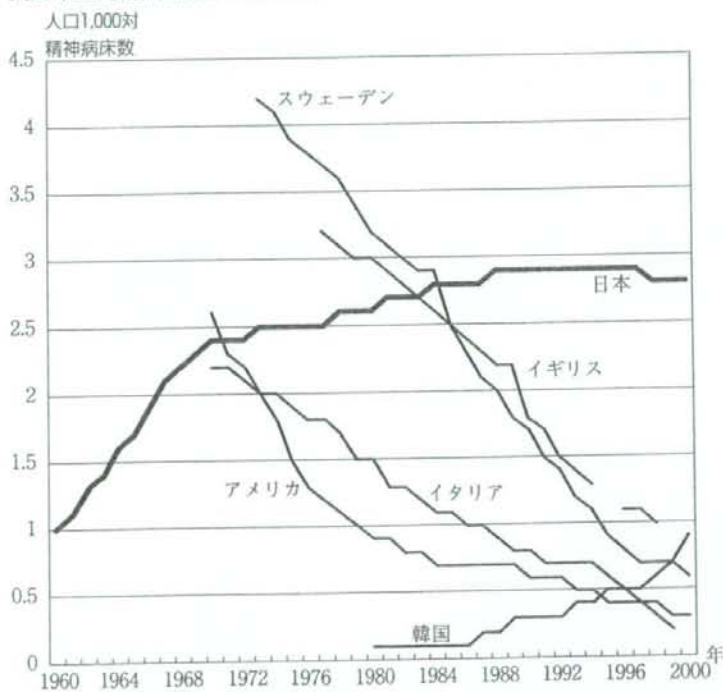
厚生労働省の発表した平成17年度患者調査による入院および外来を合わせた精神疾患の患者数は約303万人であるが、これはここに示した精神及び行動の障害の推計総患者数から精神遅滞の6万8000人を引き、神経系疾患に分類されているアルツハイマー病の17万6000人とてんかんの27万3000人を加えたものである。

(立森久照・竹島正)

9-1-2 精神病床の推移

図に、日本および諸外国の人口1000対精神病床数の年次推移を示した。OECD Health Data 2002をもとに作成したものである。OECD Health Dataで扱う精神病床の定義は、「精神疾患を有する患者（薬物依存症含む）の入院のための病床、ただし精神疾患に罹患していても入院の目的が医療行為でない者のための病床は省く。」とされている。ただし、例えば日本では精神病床で処遇されている高齢の精神障害者が、アメリカでは主にナーシングホームで処遇されているためその病床はここに示されたアメリカの精神病床に計上されていないなどの違いがある。このように、精神科医療の制度やその運用が異なる国々の間での比較であることを念頭において解釈する必要がある。

人口1,000対精神病床数の国際比較



図中、太線で示した日本の人口1000対精神病床数は、1960年代に急激に増加し、その後も増加を続けていた。1990年代に入り横ばいとなり、1990年代の終わりにはやや減少しているが、その値は2.8と図中の諸外国と比較して高い。

図中に示したほとんどの諸外国の人口1000対精神病床数は1.5以下であった。また、韓国を除いては、人口1000対精神病床数は早い段階から減少傾向にあったことも日本と対照的である。

(立森久照・竹島正)

9-1-3 精神科医療施設の状況

精神科病院

表1に平成13年度から平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べによる精神科病院数、およびその内訳を示す。

平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べによると、精神科病院数は1661であり、ここ4年間その数はほとんど変化していない。また、その内訳もここ4年間ほとんど変化がなく、平成16年度は精神科単科病院1086、一般病院（精神科単科以外の精神科病院）575であり、精神科単科病院が約65%を占めている。

開設主体別では、平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べで、法人病院が1250とその70%以上を占め、国公立病院が231(13.9%)、個人病院が95(5.7%)、大学病院85(5.1%)となっている。

表1 精神科医療施設の状況

精神科病院数	平成13年		平成14年		平成15年		平成16年	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
単科/一般	1,665	100.0%	1,664	100.0%	1,662	100.0%	1,661	100.0%
精神科単科病院	1,077	64.7%	1,085	65.2%	1,080	65.0%	1,086	65.4%
一般病院(精神病床80%以上)	196	11.8%	184	11.1%	582	35.0%	575	34.6%
一般病院(精神病床80%未満)	392	23.5%	395	23.7%				
開設主体								
大学病院	84	5.0%	84	5.0%	85	5.1%	85	5.1%
国立/独立行政法人	47	2.8%	43	2.6%	41	2.5%	42	2.5%
都道府県立	78	4.7%	79	4.7%	77	4.6%	75	4.5%
その他公立	118	7.1%	123	7.4%	122	7.3%	114	6.9%
法人	1,210	72.7%	1,221	73.4%	1,231	74.0%	1,250	75.3%
個人	128	7.7%	114	6.9%	106	6.4%	95	5.7%

- 注：1 厚生労働省精神・障害保健課調べ
 2 平成15年度より単科病院または一般病院として調査されている。
 3 開設主体は上位のものを優先して計上している。

次に、表2に平成13年度から平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べによる精神科病棟・病床の状況について示す。

平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べでは夜間外開放病棟（夜間の時間帯を除き、出入り口に施錠していない病棟）は2321病棟（病床数12万3163床：全精神病床に対する割合34.9%）、終日閉鎖病棟（出入り口に施錠している病棟）は3516病棟（病床数18万8825床：53.4%）、その他病棟（出入り口に施錠しているが、その病棟の入院患者の概ね半数以上は、主治医などの判断により、自由に外出できる病棟など）が756病棟（病床数4万1331床：11.7%）となっている。また、全精神病床数は、約35万床であり、ここ数年はほぼ横ばい状態となっている。

表2 精神科病棟・病床の状況

	平成13年			平成14年			平成15年			平成16年		
	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%
精神科病院数	1,665			1,664			1,662			1,661		
夜間外開放	2,383	123,735	34.7%	2,389	124,136	35.0%	2,361	124,338	35.1%	2,321	123,163	34.9%
個別開放	1,511	79,957	22.4%	1,394	79,232	22.3%	1,459	77,429	21.9%	756	41,331	11.7%
終日閉鎖	2,835	152,492	42.8%	2,856	151,353	42.7%	2,814	152,038	43.0%	3,516	188,825	53.4%
混合	—	—	—	57	—	—	—	—	—	—	—	—
計		356,184	100.0%		354,721	100.0%		353,805	100.0%		353,319	100.0%

注：1 厚生労働省精神・障害保健課調べ

2 「混合病棟」は平成14年度調査のみ調査されている。

3 平成16年度調査では、「夜間外開放」、「終日閉鎖」以外として調査されている。

表3 病院区分別精神科デイケア等実施施設数

	施設数	精神科デイケア		精神科ナイトケア		精神科デイナイトケア		重度認知症デイケア		左記いずれかを実施	
大学病院	85	20	23.5%	2	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	20	23.5%
国立病院	10	2	20.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	20.0%
独立行政法人病院	32	17	53.1%	1	3.1%	3	9.4%	1	3.1%	18	56.3%
都道府県立病院	75	46	61.3%	1	1.3%	1	1.3%	2	2.7%	48	64.0%
指定病院	985	700	71.1%	74	7.5%	171	17.4%	108	11.0%	722	73.3%
非指定病院	474	127	26.8%	11	2.3%	18	3.8%	29	6.1%	151	31.9%
合計	1,661	912	54.9%	90	5.4%	193	11.6%	140	8.4%	961	57.9%

注：平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べ

表3に病院区分別の精神科デイケア等（精神科デイケア、精神科ナイトケア、精神科デイナイトケア、重度認知症デイケア）の実施施設数を示す。近年、精神科デイケア等実施施設数は増加を続け、平成16年度精神・障害保健課調べでは、精神科デイケアの実施率は50%を超えている。

一方、医療施設の近代化が進むとともに、精神病床の機能分化、精神科デイケアや訪問看護の普及など、精神科病院の提供する医療の内容は大きく変化している。「精神病床の機能分化」については別項（9-1-5・156頁）で示す。

精神科診療所

厚生労働省医療施設調査において、診療所は、医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く）であって、患者の入院施設を有しないもの、または患者19人以下の入院施設を有するものとして、調査されている。このうち精神科を標榜する診療所は、平成2年調査では、2159か所であったが、平成14年調査では4352か所、平成17年調査では5144か所となっており、年々増加している。しかしながら、診療科目の標榜に自由度が大きいことなども影響して、精神科診療所の全国的な実態は必ずしも明らかではない。地域の社会資源に占める精神科診療所の割合が急速に増加していることから、その全国的実態を可及的速やかに把握する必要がある。

(長沼洋一・竹島正)

9-1-4 在院患者の状況

平成16年度6月30日調査に基づき、全国における精神科病院の在院患者32万6125人について、疾病別、年齢別、入院形態別、在院期間別の構成割合を算出した。

疾病別の構成割合(図1)では、統合失調症(精神分裂病)圏(F2:ICD-10に基づく国際疾病分類コード)が最も多く、在院患者全体の61.2%を占めていた。続いて多かったのが認知症(痴呆)などを含む器質性精神障害(F0)の18.1%であり、その他では、気分障害(感情障害)(F3)が7.4%、物質関連障害(F1)が5.2%、神経症圏(F4)が1.9%などとなっていた。

年齢別の構成割合では、40歳以上65歳未満である者が在院患者全体の約半数(48.4%)を占めていた。在院患者のうちおよそ5人に2人(40.7%)は65歳以上であり、精神科病院における在院患者の高齢化の実態がうかがえる。20歳以上40歳未満である者は10.3%とそれほど多くなく、20歳未満である者はわずかに0.6%であった。

入院形態別の構成割合では、任意入院である者が最も多く、63.2%であった。任意入院でない者では、そのほとんどが医療保護入院であり、在院患者全体の35.4%を占めていた。措置入院である者はわずかに0.7%であった。

在院期間別の構成割合(図2)では、在院期間が1か月未満である者が7.5%、1か月以上3か月未満である者が8.7%、3か月以上6か月未満である者が6.6%、6か月以上1年未満である者が7.9%(在院期間が1年未満である者は合計で30.7%)、1年以上5年未満である者が27.8%、5年以上10年未満である者が14.3%、10年以上20年未満である者が12.9%、20年以上である者が14.2%であった。

図1 在院患者の疾病別構成割合

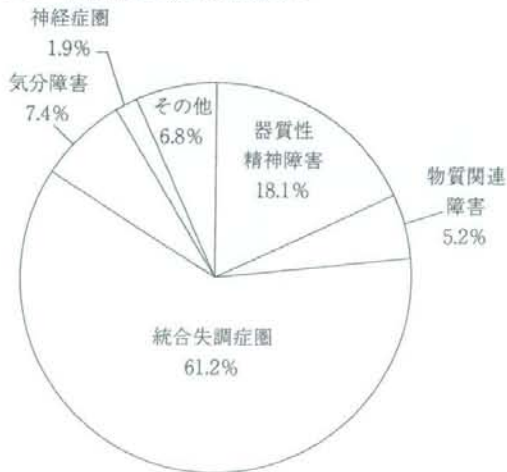


図2 在院患者の在院期間別構成割合



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料—平成16年度6月30日調査の概要—をもとに作成。

(小山明日香・竹島正)

9-1-5 精神病床の機能分化

表に平成10年度から平成16年度厚生労働省精神・障害保健課調べによる、精神科専門病床数の変化を示す。

専門病床数については、ここ数年大幅な増加がみられる。1998(平成10)年から2004(平成16)年にかけて急性期病床数(1(A)と2(B)の合計)は、5511床から7442床へと増加しており、また老人性認知症病床(治療と療養の合計)は、1万3384床から3万912床、精神療養病床(1(A)と2(B)の合計)は、4万5412床から8万628床へと大幅に増加している。しかし、一方でその他の専門病床(アルコール、薬物、児童思春期および合併症の専門病床数)は、横ばいもしくは減少傾向となっている。一部は老人性認知症病棟や老人精神病棟に転換されたのかもしい。今後も、入院患者の早期退院を促進し、患者の病状に応じた適切な医療を提供できる体制を整備するため、急性期、社会復帰リハビリテーション、重度療養などさらなる機能分化を進めていくことが課題となっている。

なお、平成16年度精神・障害保健課調べによる入院料等の届出状況によれば、精神科救急入院科は20か所、急性期治療1は127か所、急性期治療2は13か所、精神療養1は672か所、精神療養2は12か所、老人性認知症治療病棟が249か所、老人性認知症療養病棟が187か所の病院で届け出がされている。

精神科専門病床数

	急性期		老人性認知症		精神療養		アルコール	薬物	児童思春期	合併症
	1(A)	2(B)	治療	療養	1(A)	2(B)				
平成10年	3,540	1,971	7,362	6,022	30,395	15,017	4,812	72	741	2,640
平成11年	3,674	1,686	8,293	9,119	36,855	15,842	4,054	308	817	2,521
平成12年	4,958	1,583	8,607	11,766	46,963	15,672	4,332	317	711	2,013
平成13年	5,957	1,353	9,592	13,950	55,144	14,708	4,299	238	697	1,732
平成14年	6,871	2,341	10,215	16,260	66,911	4,433	4,238	278	712	1,532
平成15年	7,356	1,528	11,776	17,690	73,406	2,764	3,815	238	789	1,625
平成16年	6,518	924	14,298	16,614	79,783	845	3,526	142	733	1,224

注：1 厚生労働省精神・障害保健課調べ

2 「急性期1(A)、2(B)」、「老人性認知症(治療、療養)」、「精神療養1(A)、2(B)」は、診療報酬上の区分

3 「アルコール」：在院患者の概ね50%以上が「アルコール使用による精神及び行動の障害」であるもの

「薬物」：在院患者の概ね50%以上が「アルコール以外の精神作用物質使用による精神及び行動の障害」であるもの

「児童思春期」：在院患者の概ね50%以上が20歳未満であるもの

「合併症」：結核・感染症などを合併している患者を、他の在院患者と区分して収容できる構造となっているもの

(長沼洋一・竹島正)

9-1-6 地域間格差

表に、平成16年度6月30日調査に基づく都道府県別の精神病床数、措置率、1年後残留率を示す。

全国の精神病床数は35万3319床で、これを人口1万人あたりに換算すると27.7床であった。人口1万人あたりの精神病床数は、神奈川県(16.2床)、滋賀県(17.2床)、埼玉県(18.4床)などで少なく、鹿児島県(56.5床)、長崎県(55.0床)、宮崎県(53.5床)などで多い。

在院患者に占める措置入院患者の割合を措置率といい、全国の措置率は0.74%であった。措置率は、香川県(0.11%)、宮崎県(0.12%)、京都府(0.28%)などで低く、栃木県(1.51%)、広島県(1.48%)、滋賀県(1.38%)などで高い。

新規入院患者の1年後残留率(2003(平成15)年6月の1か月間に入院した患者のうち、2004(平成16)年6月1日に入院が継続している者の割合)は、都道府県間で2~3倍程度の差があった。

都道府県別の精神病床数、措置率、1年後残留率

	人口 (千人)	精神 病床数	人口 1万対	措置率	1年後 残留率
全国	127,687	353,319	27.7	0.74%	13.7%
北海道	5,644	21,090	37.4	0.43%	14.3%
青森	1,452	4,715	32.5	0.56%	16.6%
岩手	1,395	4,840	34.7	1.04%	13.0%
宮城	2,371	6,120	25.8	0.29%	14.3%
秋田	1,159	4,437	38.3	0.31%	11.1%
山形	1,223	3,431	28.1	0.68%	12.9%
福島	2,106	8,066	38.3	0.55%	18.3%
茨城	2,989	7,697	25.8	0.79%	15.5%
栃木	2,013	5,274	26.2	1.51%	11.1%
群馬	2,033	5,368	26.4	0.38%	13.0%
埼玉	7,047	12,983	18.4	1.25%	16.0%
千葉	6,039	13,364	22.1	0.59%	12.7%
東京	12,378	25,604	20.7	1.02%	9.5%
神奈川	8,732	14,173	16.2	0.94%	12.3%
新潟	2,452	7,227	29.5	0.40%	9.1%
富山	1,117	3,600	32.2	0.92%	32.1%
石川	1,179	3,889	33.0	0.30%	16.2%
福井	825	2,405	29.2	0.68%	13.9%
山梨	886	2,599	29.3	0.51%	16.2%
長野	2,211	5,323	24.1	1.18%	8.6%
岐阜	2,110	4,320	20.5	0.69%	10.0%
静岡	3,795	7,306	19.3	0.57%	9.5%
愛知	7,192	13,731	19.1	0.90%	13.3%
三重	1,864	5,103	27.4	0.42%	12.3%
滋賀	1,372	2,357	17.2	1.38%	12.2%
京都	2,638	6,479	24.6	0.28%	15.7%
大阪	8,814	19,785	22.4	0.43%	12.1%
兵庫	5,587	11,890	21.3	0.49%	17.1%
奈良	1,431	2,985	20.9	0.55%	14.2%
和歌山	1,050	2,587	24.6	0.43%	12.2%
鳥取	609	2,063	33.9	1.01%	9.2%
島根	749	2,659	35.5	0.90%	9.6%
岡山	1,952	5,724	29.3	0.41%	9.0%
広島	2,878	9,523	33.1	1.48%	14.1%
山口	1,504	6,297	41.9	0.36%	18.3%
徳島	813	4,180	51.4	0.82%	16.4%
香川	1,018	4,078	40.1	0.11%	12.1%
愛媛	1,477	5,156	34.9	1.14%	11.4%
高知	803	3,931	49.0	0.29%	12.1%
福岡	5,058	21,933	43.4	0.92%	16.4%
佐賀	870	4,477	51.5	1.29%	19.3%
長崎	1,495	8,228	55.0	0.55%	17.2%
熊本	1,852	9,021	48.7	1.04%	14.7%
大分	1,215	5,460	44.9	0.68%	16.9%
宮崎	1,162	6,214	53.5	0.12%	18.2%
鹿児島	1,769	9,997	56.5	1.07%	22.8%
沖縄	1,359	5,630	41.4	0.88%	11.8%

資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料—平成16年度6月30日調査の概要—をもとに作成。人口は総務省統計局・人口推計(平成16年10月1日現在)による。

(小山明日香・竹島正)

8-1-3 精神科医療施設の状況

精神科病院

表1に2002(平成14)年度から2005(平成17)年度までの精神保健福祉資料による精神科病院数およびその内訳を示す。

2005(平成17)年度精神保健福祉資料によると、精神科病院数は1661であり、ここ4年間その数はほとんど変化していない。また、その内訳もここ4年間ほとんど変化がなく、2005(平成17)年度は精神科単科病院1086、一般病院(精神科単科以外の精神科病院)575であり、精神科単科病院が約65%を占めている。

開設主体別では、2005(平成17)年度精神保健福祉資料で、法人病院が1264とその75%以上を占め、国公立/独立行政法人病院が231(13.9%)、大学病院が85(5.1%)、個人病院が81(4.9%)となっている。

表1 精神科医療施設の状況

精神科病院数	平成14年		平成15年		平成16年		平成17年	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
単科/一般	1,664	100.0%	1,662	100.0%	1,661	100.0%	1,661	100.0%
精神科単科病院	1,085	65.2%	1,080	65.0%	1,086	65.4%	1,086	65.4%
一般病院(精神病床80%以上)	184	11.1%	582	35.0%	575	34.6%	575	34.6%
一般病院(精神病床80%未満)	395	23.7%						
開設主体								
大学病院	84	5.0%	85	5.1%	85	5.1%	85	5.1%
国立/独立行政法人	43	2.6%	41	2.5%	42	2.5%	45	2.7%
都道府県立	79	4.7%	77	4.6%	75	4.5%	73	4.4%
その他公立	123	7.4%	122	7.3%	114	6.9%	113	6.8%
法人	1,221	73.4%	1,231	74.0%	1,250	75.3%	1,264	76.1%
個人	114	6.9%	106	6.4%	95	5.7%	81	4.9%

注：1 精神保健福祉資料

2 平成15年度より単科病院または一般病院として調査されている。

3 開設主体は上位のものを優先して計上している。

次に、表2に2002(平成14)年度から2005(平成17)年度までの精神保健福祉資料による精神科病棟・病床の状況について示す。

2005(平成17)年度精神保健福祉資料では夜間外開放病棟(夜間の時間帯を除き、出入り口に施錠していない病棟)は2285病棟(病床数12万939床:全精神病床に対する割合34.3%)、終日閉鎖病棟(出入り口に施錠している病棟)は3679病棟(病床数19万6554床:55.7%)、その他病棟(出入り口に施錠しているが、その病棟の入院患者のおおむね半数以上は、主治医などの判断により、自由に外出できる病棟など)が660病棟(病床数3万5535床:10.1%)となっている。また、全精神科病床数は、約35万床であり、ここ数年はほぼ横ばい状態となっている。

表3に病院区分別の精神科デイ・ケア等(精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デ

表2 精神科病棟・病床の状況

精神科病院数	平成14年			平成15年			平成16年			平成17年		
	1,664			1,662			1,661			1,661		
	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%
夜間外開放	2,389	124,136	35.0%	2,361	124,338	35.1%	2,321	123,163	34.9%	2,285	120,939	34.3%
個別開放	1,394	79,232	22.3%	1,459	77,429	21.9%	756	41,331	11.7%	660	35,535	10.1%
終日閉鎖	2,856	151,353	42.7%	2,814	152,038	43.0%	3,516	188,825	53.4%	3,679	196,554	55.7%
混合	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
計		354,721	100.0%		353,805	100.0%		353,319	100.0%		353,028	100.0%

注：1 精神保健福祉資料

2 「混合病棟」は平成14年度調査のみ調査されている。

3 平成16・17年度調査では、「夜間外開放」「終日閉鎖」以外として調査されている。

表3 病院区分別精神科デイ・ケア等実施施設数

	施設数	精神科デイ・ケア		精神科ナイト・ケア		精神科デイ・ナイト・ケア		重度認知症患者デイ・ケア		左記いずれかを実施	
		施設数	病床%	施設数	病床%	施設数	病床%	施設数	病床%	施設数	病床%
大学病院	85	21	24.7%	1	1.2%	1	1.2%	0	0.0%	21	24.7%
国立病院	11	3	27.3%	2	18.2%	2	18.2%	0	0.0%	3	27.3%
独立行政法人病院	34	18	52.9%	1	2.9%	3	8.8%	1	2.9%	18	52.9%
都道府県立病院	73	47	64.4%	1	1.4%	1	1.4%	1	1.4%	48	65.8%
指定病院	980	718	73.3%	76	7.8%	195	19.9%	115	11.7%	744	75.9%
非指定病院	478	146	30.5%	11	2.3%	20	4.2%	36	7.5%	175	36.6%
合計	1,661	953	57.4%	92	5.5%	222	13.4%	153	9.2%	1009	60.7%

注：平成17年度精神保健福祉資料

イ・ナイト・ケア、重度認知症患者デイ・ケア)の実実施施設数を示す。近年、精神科デイ・ケア等実施施設数は増加を続け、2005(平成17)年度精神保健福祉資料では、精神科デイ・ケアの実施率は50%を超え、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重度認知症患者デイ・ケアのうちいずれかを実施している病院は60%を超えた。

一方、医療施設の近代化が進むとともに、精神病床の機能分化、精神科デイ・ケアや訪問看護の普及など、精神科病院の提供する医療の内容は大きく変化している。「精神病床の機能分化」については別項(140頁)で示す。

精神科診療所

厚生労働省医療施設調査において、診療所は、医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所(歯科医業のみは除く)であって、患者の入院施設を有しないもの、または患者19人以下の入院施設を有するものとして、調査されている。このうち精神科を標榜する診療所は、1990(平成2)年調査では、2159か所であったが、2002(平成14)年調査では4352か所、2005(平成17)年調査では5144か所となっており、年々増加している。しかしながら、診療科目の標榜に自由度が大きいことなども影響して、精神科診療所の全国的な実態は必ずしも明らかではない。地域の社会資源に占める精神科診療所の割合が急速に増加していることから、その全国的実態をその質といった点も含めて可及的速やかに把握する必要がある。

(長沼洋一・竹島正)

8-1-5 精神病床の機能分化

表に1998（平成10）年から2005（平成17）年度までの精神保健福祉資料による、精神科専門病床数の変化を示す。

専門病床数については、ここ数年大幅な増加がみられる。1998（平成10）年から2005（平成17）年にかけて急性期病床数（1（A）と2（B）の合計）は、5511床から8686床へと増加しており、また老人性認知症病床（治療と療養の合計）は、1万3384床から3万2358床、精神療養病床（1（A）と2（B）の合計）は、4万5412床から8万7172床へと大幅に増加している。しかし、一方でその他の専門病床（アルコール、薬物、児童思春期および合併症の専門病床数）は、年度ごとに多少の変動はあるもののここ数年間の動きとしては、ほぼ横ばいとなっている。今後も、入院患者の早期退院を促進し、患者の病状に応じた適切な医療を提供できる体制を整備するため、急性期、社会復帰リハビリテーション、重度療養など機能分化を進めていくこととともに、これら専門病棟が当初の目的に合致した運用がなされているのかを把握すること、立ち後れているアルコールや薬物、児童思春期および合併症治療に特化した病床などの整備も課題となっている。

なお、平成17年度精神保健福祉資料による入院料等の届出状況によれば、精神科救急入院科は22か所、急性期治療1は150か所、急性期治療2は13か所、精神療養1は720か所、精神療養2は13か所、老人性認知症治療病棟が292か所、老人性認知症療養病棟が162か所となっている。

精神科専門病床数

	急性期		老人性認知症		精神療養		アルコール	薬物	児童思春期	合併症
	1(A)	2(B)	治療	療養	1(A)	2(B)				
平成10年	3,540	1,971	7,362	6,022	30,395	15,017	4,812	72	741	2,640
平成11年	3,674	1,686	8,293	9,119	36,855	15,842	4,054	308	817	2,521
平成12年	4,958	1,583	8,607	11,766	46,963	15,672	4,332	317	711	2,013
平成13年	5,957	1,353	9,592	13,950	55,144	14,708	4,299	238	697	1,732
平成14年	6,871	2,341	10,215	16,260	66,911	4,433	4,238	278	712	1,532
平成15年	7,356	1,528	11,776	17,690	73,406	2,764	3,815	238	789	1,625
平成16年	6,518	924	14,298	16,614	79,783	845	3,526	142	733	1,224
平成17年	7,881	805	17,554	14,804	86,097	1,075	4,086	142	755	1,466

注：1 精神保健福祉資料

2 「急性期1(A)、2(B)」「老人性認知症(治療、療養)」「精神療養1(A)、2(B)」は、診療報酬上の区分

3 「アルコール」：在院患者の概ね50%以上が「アルコール使用による精神及び行動の障害」であるもの

「薬物」：在院患者の概ね50%以上が「アルコール以外の精神作用物質使用による精神及び行動の障害」であるもの

「児童思春期」：在院患者の概ね50%以上が20歳未満であるもの

「合併症」：結核・感染症などを合併している患者を、他の在院患者と区分して収容できる構造となっているもの

(長沼洋一・竹島正)

第2節 新たなシステムづくりの時代

——精神保健医療福祉の改革ビジョンと障害者自立支援法

1995（平成7）年の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）への改正以後、国は精神障害者の福祉施策、特に地域生活支援を重要課題としてきた（表7-1）。1996（平成8）年には、精神障害者地域生活支援事業運営費補助を開始し、精神障害者地域生活支援センターの開設を推進した。また、1993（平成5）年の精神保健法改正時の、施行5年後の見直し規定により、1999（平成11）年には精神保健福祉法の改正が行われた。この改正の要点は、①緊急に入院が必要な精神障害者の移送制度を創設したこと、②保護者の保護義務を軽減したこと（自傷他害防止監督義務の廃止）、③精神障害者地域生活支援センターを精神障害者社会復帰施設として位置づけたこと、④市町村を実施主体とする在宅福祉サービス等を規定したこと、⑤精神医療審査会の審査機能を強化したこと、である。精神障害者の地域居住を進めるうえで必要な支援体制を強化し、特に、身近な公的機関である市町村の役割の拡充が行われたことが特色であった。

また1997（平成9）年には、精神保健福祉士法が制定された。精神保健福祉士は、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーの国家資格であるが、精神障害者の退院促進や、社会復帰施設を利用する精神障害者の地域生活支援のための必要な支援を行うことはもちろんのこと、広く国民の精神保健保持に資するために、医療、保健、そして福祉にまたがる領域で活躍することが期待されている。

このように、精神保健福祉法への改正以後、精神障害者福祉の領域では、地域生活支援を推進するための政策が展開されてきた。一方、わが国では、少子高齢化の進展、核

Column

精神保健福祉士法

日本では精神障害者に対する社会復帰や社会参加支援の取組みは、先進国のなかで制度的に立ち遅れていた。このため、精神保健福

祉領域のソーシャルワーカーの国家資格である精神保健福祉士の資格を定め、業務の適正を図り、精神保健の向上、精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とし、1997（平成9）年に成立した。

家族化や女性の社会参加による家族機能の変化、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に、社会構造改革が進められてきた。医療、年金、社会福祉などの社会保障制度全般においても、将来にわたって良質のサービスを安定的に供給できる持続的な制度とするための改革が推進され、精神保健福祉制度もその渦中にあった。

2002（平成14）年12月、社会保障審議会障害者部会精神障害分会は「今後の精神保健医療福祉施策について」と題する報告書をまとめた。この報告書には、「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」を基本的な考え方として、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ることや、利用者が主体的に選択できるような多様なサービスの充実を図ること、精神保健医療福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進め、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むことが視点として示されており、この報告書を契機として、厚生労働省内に厚生労働大臣を本部長とする「精神保健福祉対策本部」が設置された。

翌2003（平成15）年5月には、精神保健福祉対策本部は「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を公表し、厚生労働省として取り組むべき重点施策として、普及啓発、精神医療改革、地域生活の支援、「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2000人の退院促進をあげた。また同年には、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、心神喪失者等医療観察法）が成立している。この法律は、わが国に未整備であった司法精神医学サービス体系の整備を目的としたものであるが、附則として「精神医療全般の水準の向上」と「精神保健福祉全般の水準の向上」を図ることが国会において決議された。

2004（平成16）年9月には、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が公表された。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、「『入院医療中心から地域生活中心へ』というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進めること」を基本方針にあげ、これまでは医療を中心にケアが提供されていた精神障害者に対し、保健・医療・福祉の多様な機関の連携を前提として、退院支援、居住先の確保、地域で安心した生活を送るための支援体制の整備、日中を過ごす場の提供、働く場の提供、といった地域支援体制の構築を提案している。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を基本的な方策として、今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示した。

同年10月には、厚生労働省障害保健福祉部が「今後の障害保健福祉施策について

表7-1 精神保健福祉法の改正経緯

