

# 精神病床と医療計画

～地域精神医療構想～



国際医療福祉大学大学院教授  
武藤正樹

東京都認定がん診療連携病院



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院  
2012年2月新装オープン！

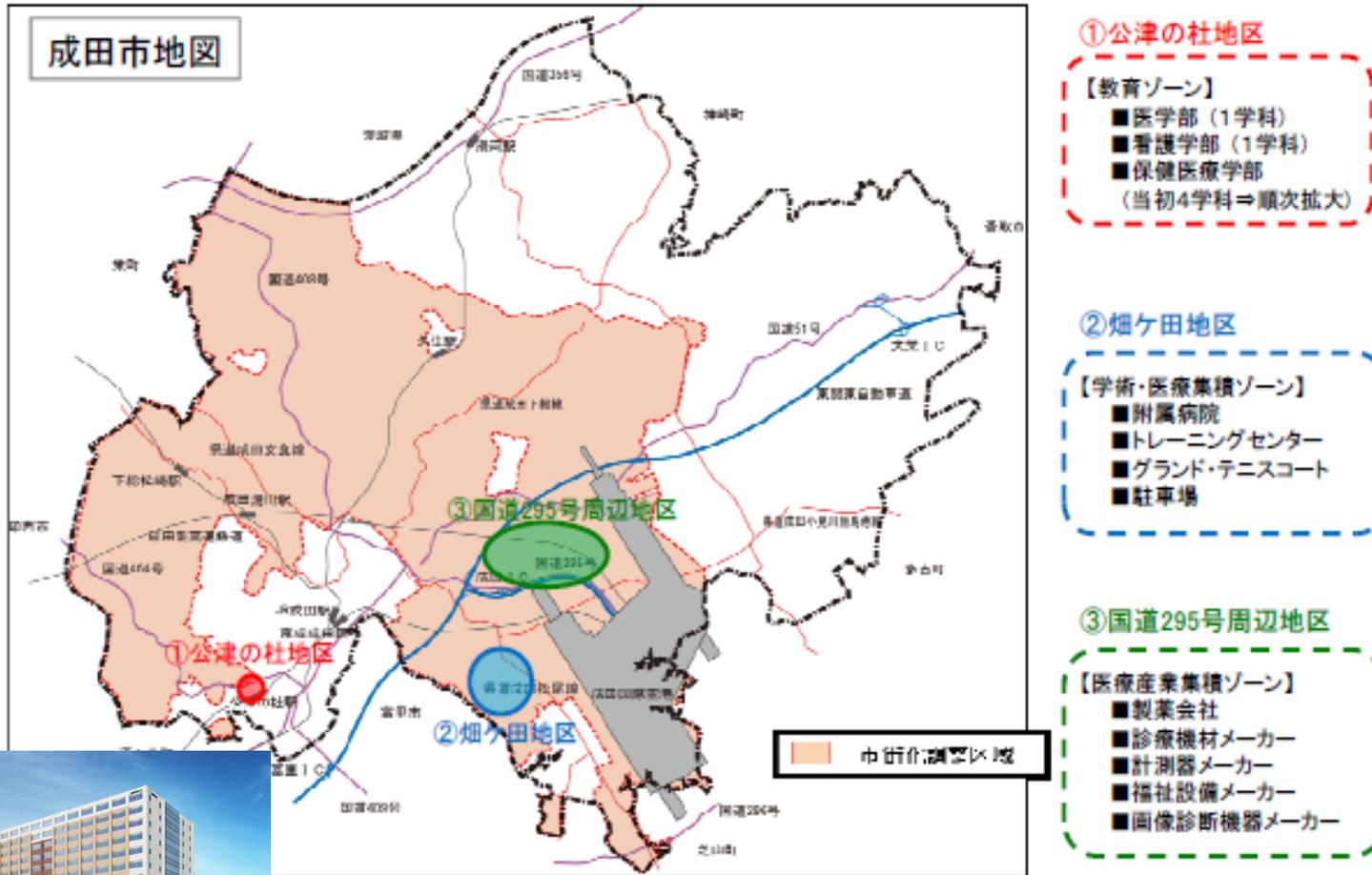


# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に  
医学部を！

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



2017年4月医学部開講



**INTERNATIONAL  
UNIVERSITY OF  
HEALTH AND WELFARE**

# **New School of Medicine will be established in Narita in April 2017** (Government approval of the establishment in process)



# 目次

- パート 1
  - 第6次医療計画見直し
- パート 2
  - 精神科クリティカルパスと連携パス
- パート 3
  - 7次医療計画と精神疾患



# パート1

## 第6次医療計画の見直し



医療計画とは都道府県が作成する「医療提供体制の基本計画」

# 医療計画制度について

## 趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

## 記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保      ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保      ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定      ○ 基準病床数の算定      等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

### 【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

### 【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

# 医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正 1985年	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、 <u>医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進</u> を目指したものの。	○ <u>医療計画制度の導入</u> ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、 <u>医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進</u> 等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○ <u>医療計画制度の充実</u> ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、 <u>医療計画制度の見直し</u> 等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

# 医療計画

## 具体的な記載事項

1. 二次医療圏の設定に関する事項
2. 三次医療圏の設定に関する事項
3. 基準病床数に関する事項
4. 地域医療支援病院の整備目標、その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
5. 医療提供施設の整備等の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療関係施設相互の機能の分担及び業務の連携に関する事項
6. 救急医療の確保に関する事項（小児救急体制、病院前救護体制）
7. へき地医療の確保が必要な場合にあっては、頭蓋位量の確保に関する事項
8. 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
9. その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

# 医療圏とは？

## 三次医療圏

先進的な技術や特殊な医療、発生頻度が低い疾病に関するものなどの医療需要に対応した医療圏

原則として各都道府県が三次医療圏（例外として、北海道のみ6つの三次医療圏が制定されている）

## 二次医療圏

入院治療を主体とした医療活動が、おおむね完了する医療圏

各都道府県毎に3～21の医療圏が制定されている

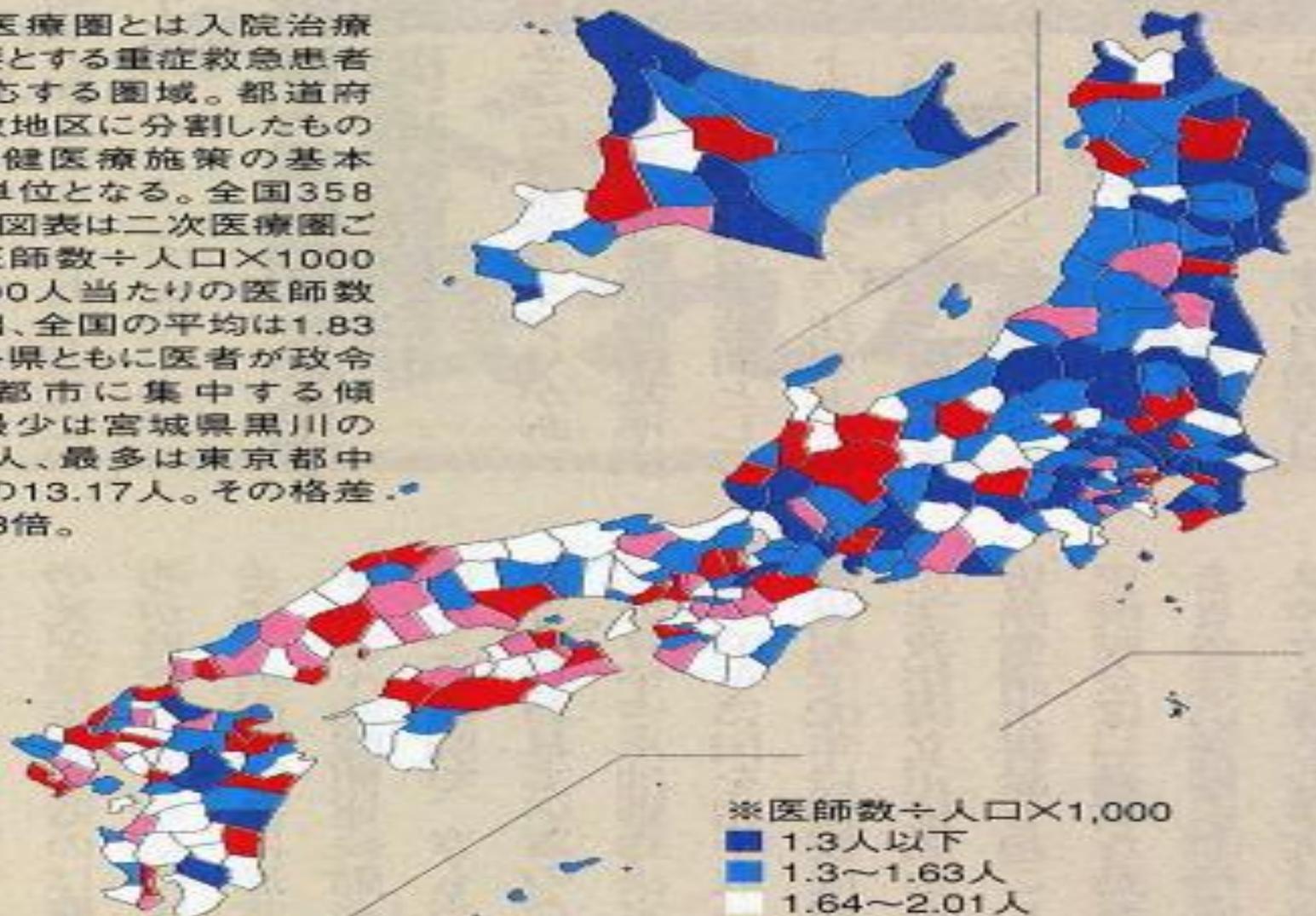
## 一次医療圏

普段からの健康相談が受けられる、かかりつけ医を中心とした地域医療体制の確立を目指した医療圏

市町村が一時医療圏とみなされている

## ■ 二次医療圏ごとの人口1000人当たり医師数

二次医療圏とは入院治療を必要とする重症救急患者に対応する圏域。都道府県を数地区に分割したもので、保健医療施策の基本的な単位となる。全国358カ所。図表は二次医療圏ごとの医師数÷人口×1000で1000人当たりの医師数を算出、全国の平均は1.83人。各県ともに医者が政令指定都市に集中する傾向。最少は宮城県黒川の0.59人、最多は東京都中央部の13.17人。その格差は22.3倍。



※医師数÷人口×1,000

- 1.3人以下
- 1.3～1.63人
- 1.64～2.01人
- 2.02～2.42人
- 2.43人以上

(東洋経済調べ) 各県にヒアリング。  
調査年度が異なる場合がある

全国349医療圏 (2010年)

二次医療圏ごとの詳細データは、本誌Webにて公開予定

# 和歌山県二次医療圏



# 基準病床数

- 二次医療圏内の一般病床数を人口や受療率から定めた数値
  - 当該地域にどの程度の病床を整備すべきか、という整備目標
  - この数値以上の病床数の増加を抑制する、働きを有する
- 
- 都道府県知事がこの数値を超えた病院の開設をしないよう勧告した場合
    - 地方社会保険医療協議会の議を経て保険医療機関の指定をしないことで開設することは可能
  - 第四次医療法改正（平成12年）で、療養病床と一般病床の基準病床数算定式について、地域間格差の是正、平均在院日数の短縮傾向の加味、都道府県知事の裁量による流入・流出加算の設定の3点が大きく変更された。

# 第5次医療計画～4疾患5事業ごとの 医療提供や連携体制の構築～ (2008年～2012年)

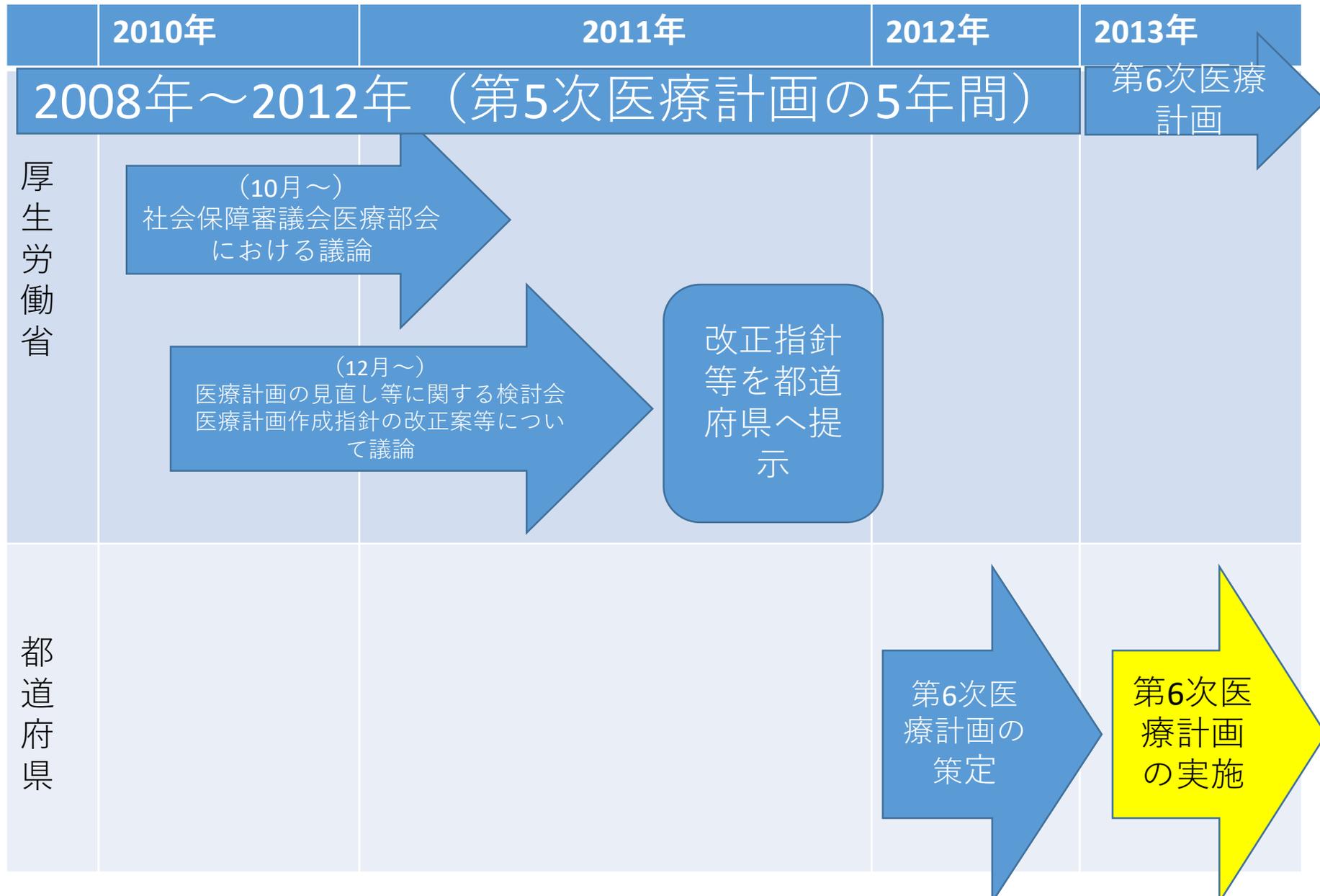
## • 4 疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

## • 5 事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

# 第6次医療計画見直しスケジュール（案）



# 第6次医療計画見直し等検討会 (2013年～2017年)

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \* 在宅医療構築  
に係わる指針を  
別途通知する

# 2次医療圏見直し

## • 医療圏

- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする
- 1985年第1次医療法改正で導入
- 3次医療圏
  - 都道府県単位 52医療圏（北海道6医療圏）
  - 特殊な医療を提供（高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等）
- 2次医療圏
  - 349医療圏（2010年4月現在）
  - 一般の入院医療に係わる医療を提供
  - 地理的条件、患者需要、交通事情等

# 2次医療圏見直し

- 見直しの背景
  - 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備
  - 市町村合併の進展で13圏域の過半数が1～2市町村で構成、二次医療圏（広域市町村圏）の趣旨に合わなくなってきた
- 二次医療圏の見直し（新潟県の例）
  - 13圏域（1987年）→7圏域（2006年）



人口20万人未満で、  
流出率20%以上、流入率  
20%未満の医療圏を見直す  
ことになった

# (参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

# 宮城県二次医療圏の再編

第5次医療計画  
(2008年度～2012年度末まで)



第6次医療計画  
(2013年度～2017年度末まで)



7医療圏から  
4医療圏に統合

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

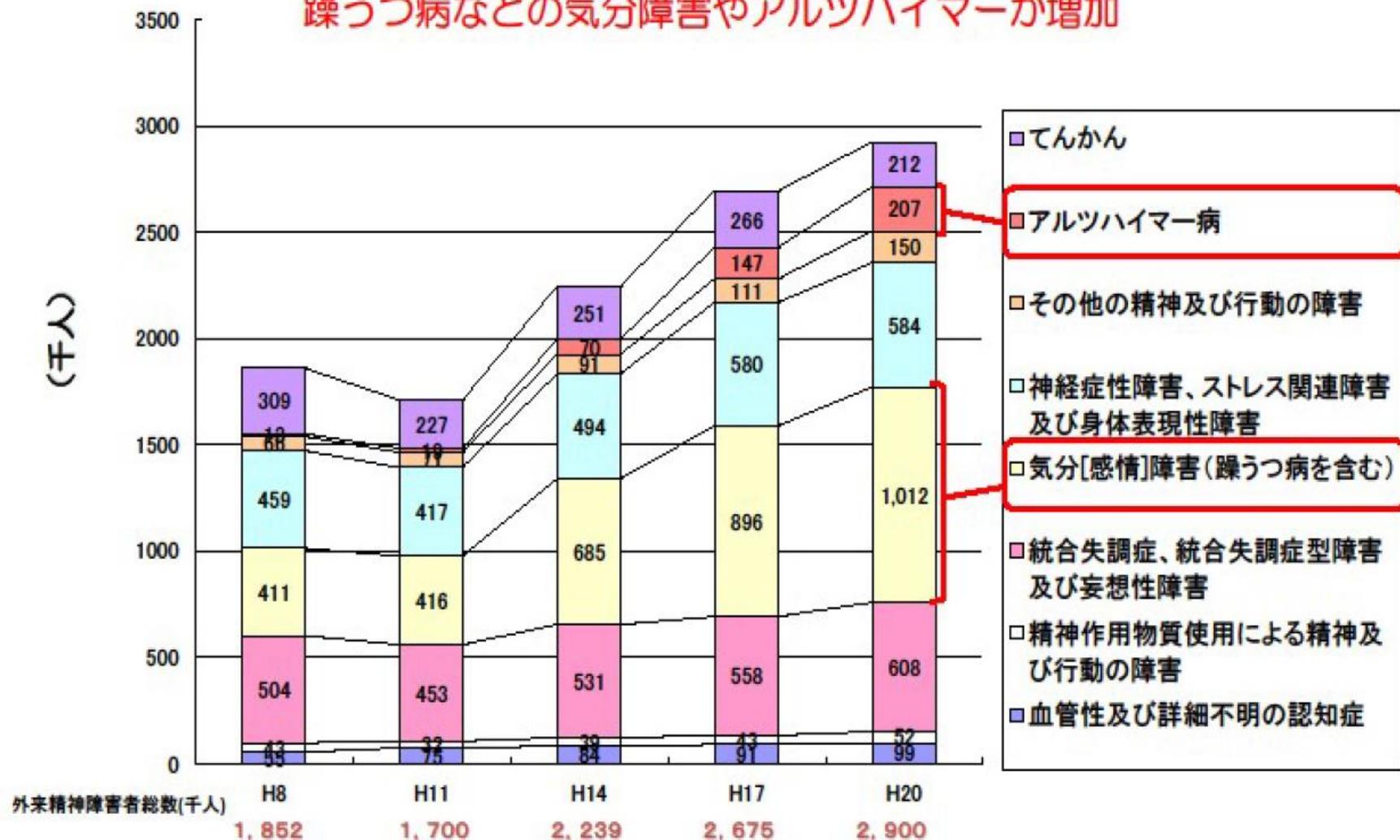
2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \*在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

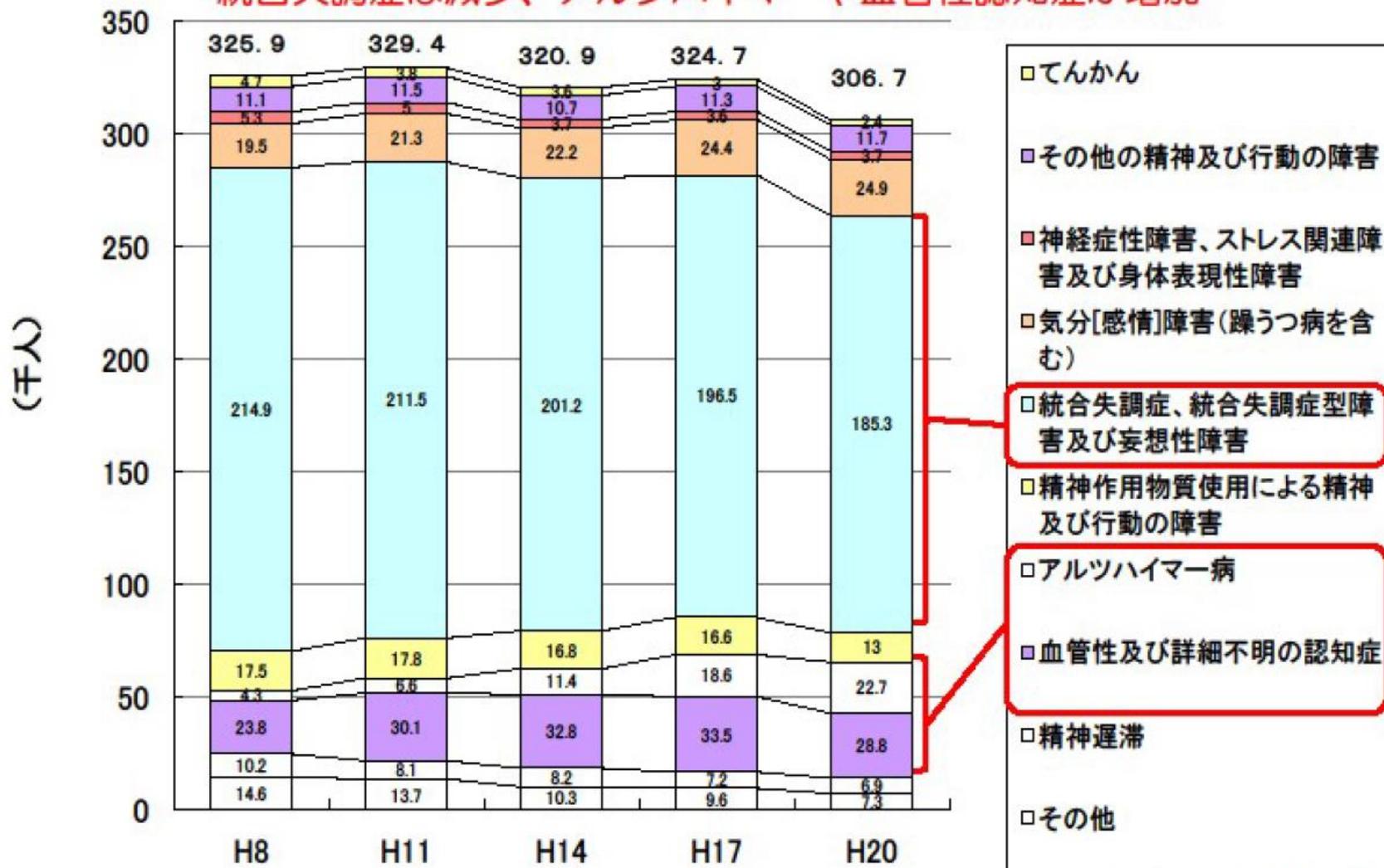
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

# 精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

# 精神疾患の医療体制構築に係る指針について

## 精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

# 精神疾患の医療体制の構築に係る指針

## (2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ **地域連携クリティカルパス導入率**
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

**地域連携クリティカルパス導入率（推奨）**

# 精神疾患に関する医療計画 イメージ案 ①【病期】

	【予防】	【アクセス】	【治療～回復】	【社会復帰】
機能	精神疾患の発症予防	症状が出て適切に精神科医に受診できる機能	適切な医療サービスの提供 退院に向けた支援を提供	再発を防止して地域生活を維持 社会復帰に向けた支援、外来医療や 訪問診療等を提供
目標	精神疾患の発症を防ぐ	<ul style="list-style-type: none"> <li>●症状が出て精神科医に受診できるまでの期間を短縮する</li> <li>●精神科と地域の保健医療サービス等との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者に応じた質の高い精神科医療の提供</li> <li>●症状安定、住居確保のための退院支援を提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●できるだけ長く、地域生活を継続できる</li> <li>●社会復帰(就労等)のための支援を提供</li> <li>●急変時にいつでも対応できる</li> </ul>
関係機関	保健所、精神保健福祉センター等の保健・福祉等の関係機関(地域保健・産業保健・介護予防・母子保健・学校保健・児童福祉・地域福祉)	一般の医療機関(かかりつけの医師)、4疾病(がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病)の専門医療機関、薬局、保健所、精神保健福祉センター等	精神科病院、精神病床を有する病院、精神科診療所、訪問看護ステーション等	精神科病院、精神科診療所、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、介護サービス事業所等
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●国民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防を行う</li> <li>●地域保健、産業保健領域等との連携等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科医療機関との連携(GP連携事業への参画等)</li> <li>●かかりつけの医師等の対応力向上研修に参加</li> <li>●保健所等と連携し、必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)を提供等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供</li> <li>●医師、薬剤師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種チームによる支援体制</li> <li>●緊急時の対応体制や連絡体制の確保等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の状況に応じて、適切な外来医療や訪問診療等を提供</li> <li>●緊急時の対応体制や連絡体制の確保</li> <li>●各種のサービス事業所等との連携し、生活の場で必要な支援を提供等</li> </ul>
評価指標	精神保健に関する相談件数(P)、啓発活動の実施状況(P)等	かかりつけ医対応力向上研修参加者数(P)、身体科と精神科の連携会議実施数(P)等	地域連携クリティカルパス導入率(P) (GP連携、退院支援 等) 退院支援計画作成率(P)等	訪問実施医療機関数(S)、精神疾患対応訪問看護ステーション数(S)、障害福祉サービス利用者数(P)等

# 精神疾患に関する医療計画 イメージ案 ②【状態像】

	急性増悪の場合	専門医療の場合	身体合併症 (急性疾患)の場合	身体合併症 (専門的な疾患)の場合
機能	急性増悪した患者に、速やかに精神科救急医療を提供	専門的な精神科医療を提供	身体合併症を有する精神疾患患者に、速やかに必要な医療を提供	専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供(緩和ケアを含む。)
目標	24時間365日、精神科救急医療を提供できる	児童精神医療、依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する	24時間365日、身体合併症を有する精神科の救急患者に救急医療を提供できる	専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供できる
関係機関	保健所、精神保健福祉センター、精神医療相談窓口、精神科救急情報センター、精神科病院、精神科病床を有する病院、精神科診療所等	各領域の専門医療機関等	救命救急センター、一般の救急医療機関、精神科病院、精神科病床を有する病院等	精神科病床を有する病院、精神科病院、専門医療機関等
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科救急患者の受け入れできる設備を有する(検査、保護室等)</li> <li>●地域の精神科救急医療システムに参画</li> <li>●地域の医療機関と連携等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●各領域における、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有する</li> <li>●各領域ごとに必要な保健、福祉等の行政機関等と連携</li> <li>●他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●身体合併症と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般救急医療機関と精神科医療機関とが診療連携)</li> <li>●精神科病床において行う場合は、身体疾患に対応できる医療機関の診療協力を有する</li> <li>●一般病床については、精神科リエゾンチーム(多職種チーム)や精神科医療機関の診療協力を有する</li> <li>●地域の医療機関と連携等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科病床において行う場合は、身体疾患に対応できる医療機関の診療協力を有する</li> <li>●一般病床については、精神科リエゾンチーム(多職種チーム)や精神科医療機関の診療協力を有する</li> <li>●地域の医療機関と連携等</li> </ul>
評価指標	精神科救急医療圏ごとの精神科救急医療機関数(S)、精神医療相談窓口の開設状況(S)、夜間・休日受診・入院件数(P)等	各領域の専門医療機関数(S)等	身体合併症対応施設数(S)等	年齢調整死亡率(O)等

# パート 2

## 精神科クリティカルパスと 精神科連携パス



# 私とクリティカルパスと の出会い



それは1995年3月のシカゴ

# クリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
  - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
  - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部

# シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学（1995年3月）
  - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
  - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
  - 看護師さんにインタビュー
    - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
    - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
    - 業務改善委員会（P I 委員会）で作成していた

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体の状態、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

# はじめてのクリティカルパスの エッセーを書く

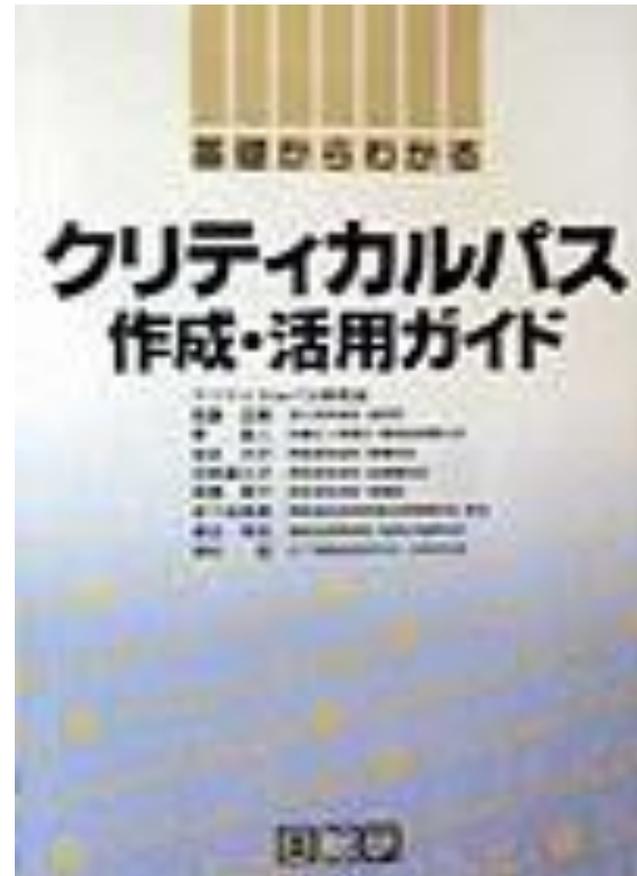
(1996年)

- 「PI委員会とクリティカルパス－米国病院看護部の新しい取り組み－」（「看護部門」Vol.9, No.1 日総研出版1996年）
- このときに用語を「クリティカルパス」にしようか、「クリニカルパス」にしようかと迷う・・・
- たまたま築地のがんセンターの看護師さんと、江戸銀でビールを飲みながら話していたら、  
「それはクリティカルパスよ！」の一言で決まる  
クリティカルパス研究会発足（1998年）→日本医療マネジメント学会となる

# 「基礎からわかるクリティカルパス作成・活用ガイド」 (1997年)

## • 目次

- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集



1997年日総研出版

# 全国の病院に広がるクリティカルパス



2000年ごろから全国で  
クリティカルパスブームが巻き起こる



# 胃切除のクリティカルパス

《 入院診療計画書 》

11

テスト

様

テスト病棟 1206号室

病名	幽門側胃切除術(患者様用クリカルパス)						
経過日付	入院日(手術前日)	手術当日(術前)	手術当日(術後)	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目
食事	昼より、お食事は食べられません。夜10時まで、お水やお茶は飲むことができます。	食べたり飲んだりしないでください。				お水やお茶は飲むことができます。	治療食・流動食を食べていただきます。
安静度		ベッド上でなるべく安静にしてください。	ベッド上でなるべく安静にしてください。	90度まで起こしましょう。可能ならたって歩けます。	ベッドに腰かけていただきます。		自由に動いていただけます。どんどん動きましょう。
清潔	入浴していただきます。			状況に応じて体を拭きます。			シャワー浴をしていただけます。
内服	午前10時より下剤を、夜10時に胃薬を飲んで頂きます。希望の方に眼刺を処方します。	朝7時に胃薬を飲んでいただきます。					
注射	絶食のため点滴を行います。 *抗生剤のテストを行います*	手術前の点滴を行います。	手術後の点滴を24時間行います。	点滴を24時間行います。			
検査				レントゲン撮影と採血を行います。		レントゲン撮影と採血を行います。	
処置	おへその処置を行います。			創傷被覆剤へ変更します。			
排泄			手術中にお小水の管が入ります。		お小水の管を抜きます。	お小水をためていただきます。	
説明	手術前の説明を看護婦より行います。		手術後の説明を医師より行います。			食事の説明を看護婦より行います。	

特定・特別医療法人慈泉会 相澤病院 外科

※病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることがあります。  
※入院期間については、現時点で予想されるものであり、変わることがあります。

備考							
説明医		担当看護師		主治医	スーパーユーザー (印)	本人・家族	

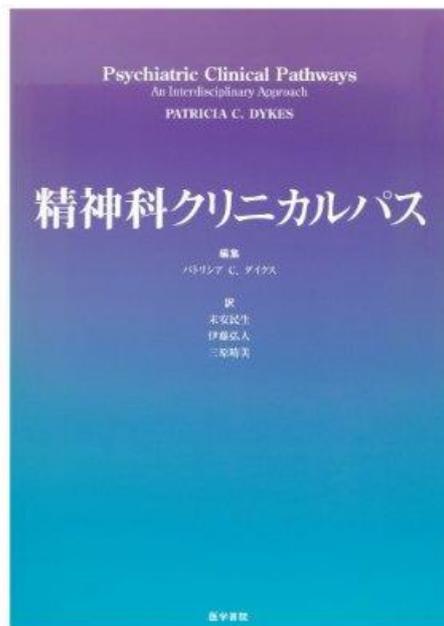
# 医療におけるクリティカルパスとは？

- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



カレン・ザンダーさん

# 精神科クリティカルパス



伊藤弘人先生  
国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

# 精神科クリティカルパスが必要なわけ

- 急性期精神疾患のクリティカルパスがまず必要
- もちろん、精神疾患は、一人一人の症状がとても多彩なので、クリティカルパスの導入にあたり、患者の個別性を尊重することが重要
- しかし、精神疾患についても、他の疾患と同様、診断基準や診療ガイドラインに基づいて作成する
- その治療についてもEBMに基づいて行うことが求められている
- また、患者の疾患理解が治療成績の「かぎ」を握るので、患者用パスも必要
- そして、精神疾患領域には治療薬の理解、心理社会教育を通じた患者の疾患理解を促す工夫など、チームアプローチが求められている
- そして、今、精神科治療にはなによりも安全性と人権配慮が求められている

# 精神科クリティカルパス作成の10のポイント

- ポイント 1 疾病分類別・プログラム別で作る
- ポイント 2 エビデンス、ガイドライン、アルゴリズムをもとに作成する
- ポイント 3 多職種チームで作成する
- ポイント 4 横軸に時間軸、縦軸にケアカテゴリーをとり展開する
- ポイント 5 アウトカム（期待される成果）を設定する
- ポイント 6 バリエーションを収集する
- ポイント 7 患者用パスを作る
- ポイント 8 患者安全を図る
- ポイント 9 パスを電子化する
- ポイント 10 地域連携パスを作る

10のポイント



# ポイント1. 疾病分類別、プログラム別に作る

- 定型的な臨床コースをたどる疾病別、診断群別プログラム別につくる
  - 疾病分類（ICD10）を用いる？
  - プログラム別に作る？
- 短期プログラムからはじめては？
  - 統合失調症やうつ病の急性期
  - 薬物やアルコールに関連した障害に関する2～3週間の短期入院などのプログラムからはじめては？
- 患者数が多い、コストがかかる、リスクが多いところもパスの適応となる

# プログラム別に作成

- 精神療法プログラム
- 行動療法プログラム
- 精神科リハビリプログラム
- 精神科デイケアプログラム
- 精神科退院支援プログラム
- 精神科再入院防止プログラム
- その他



## 精神科デイケアクリニカルパス（例）\*

	試験通所	開始時	～1週間	～1か月	～半年	～1年
書類	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 週間プログラム <input type="checkbox"/> 試験通所指示（主治医）	<input type="checkbox"/> 通所申込書 <input type="checkbox"/> 本人・家族の記録 <input type="checkbox"/> 開始指示（主治医）		<input type="checkbox"/> 個別評価表	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示
支援内容	<input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 施設案内 <input type="checkbox"/> ルール確認 <input type="checkbox"/> 食事説明 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認 <input type="checkbox"/> 本人の意向の確認	<input type="checkbox"/> 居場所の確保 <input type="checkbox"/> 場への慣れ <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認	<input type="checkbox"/> 面接及び評価 <input type="checkbox"/> 問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 個別アプローチの検討 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認		
確認事項	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療制度 <input type="checkbox"/> 通所方法 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 通所意思 <input type="checkbox"/> 家族の意向	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の提示 <input type="checkbox"/> 自立支援医療カードの確認	<input type="checkbox"/> 通所意思の確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整			

# 精神科退院支援クリティカルパス

	退院導入期	退院準備期	退院時
医師	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 退院支援に関して本人の意志確認 <input type="checkbox"/> 退院への不安の確認	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> デイ・ケア見学	<input type="checkbox"/> 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	(身の回りのこと) <input type="checkbox"/> 生活リズムを整える <input type="checkbox"/> 1か月のやりくりができる <input type="checkbox"/> 入浴準備ができる  (時間の活用) <input type="checkbox"/> 趣味をみつける <input type="checkbox"/> 自転車の練習	(対人関係) <input type="checkbox"/> 挨拶ができる (社会資源の利用) <input type="checkbox"/> 銀行・図書館の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 (安全管理) <input type="checkbox"/> 服薬遵守の方法 <input type="checkbox"/> 火の後始末の方法	<input type="checkbox"/> 私物確認 <input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 受診日確認 <input type="checkbox"/> 看護計画評価
精神面の対応	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる <input type="checkbox"/> 安定した生活が送れる	
緊急時対応	<input type="checkbox"/> 不安なときの対応 <input type="checkbox"/> 災害時の対応	<input type="checkbox"/> 対人トラブル時対応 <input type="checkbox"/> 病院への対応	

\*西紋病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

## 再入院防止クリニカルパス（例）\*

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	<input type="checkbox"/> 通院・服薬ができる <input type="checkbox"/> 作った生活リズムを崩さない	<input type="checkbox"/> 生活ペースに慣れる <input type="checkbox"/> 外来スタッフと話せる	<input type="checkbox"/> 生活ペースの確立 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談	<input type="checkbox"/> 生活の幅の拡大 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談
基本的生 活の援助	<input type="checkbox"/> ADLの変化の確認 <input type="checkbox"/> 生活状況を把握			
通院・服 薬の援助	<input type="checkbox"/> 通院・服薬の重要性の説明 <input type="checkbox"/> 服薬時間の適切性を把握	<input type="checkbox"/> 服薬に支障をきたす要因に対応 <input type="checkbox"/> 受診状況の把握		<input type="checkbox"/> 処方変更に伴う不安への対応 <input type="checkbox"/> 単独での通院可能性の検討
社会生活 の援助	<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度の申請の検討 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の申請の検討 <input type="checkbox"/> 障害年金申請の検討	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況を把握 <input type="checkbox"/> 社会参加に向けた社会資源の検討	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況の再評価
家族への 援助	<input type="checkbox"/> 不安の傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の本人への接し方を評価		<input type="checkbox"/> 本人への対応についてのアドバイス	<input type="checkbox"/> 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

\*揖保川病院(2009)

出典：伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

## ポイント2 エビデンス、ガイドライン、アルゴリズムをもとに作成する

- エビデンス
- 診療ガイドライン
- アルゴリズム
  - 疾病や病態の診断、治療指針
  - 合理的な薬物選択のアルゴリズム

# 精神科疾患ガイドライン

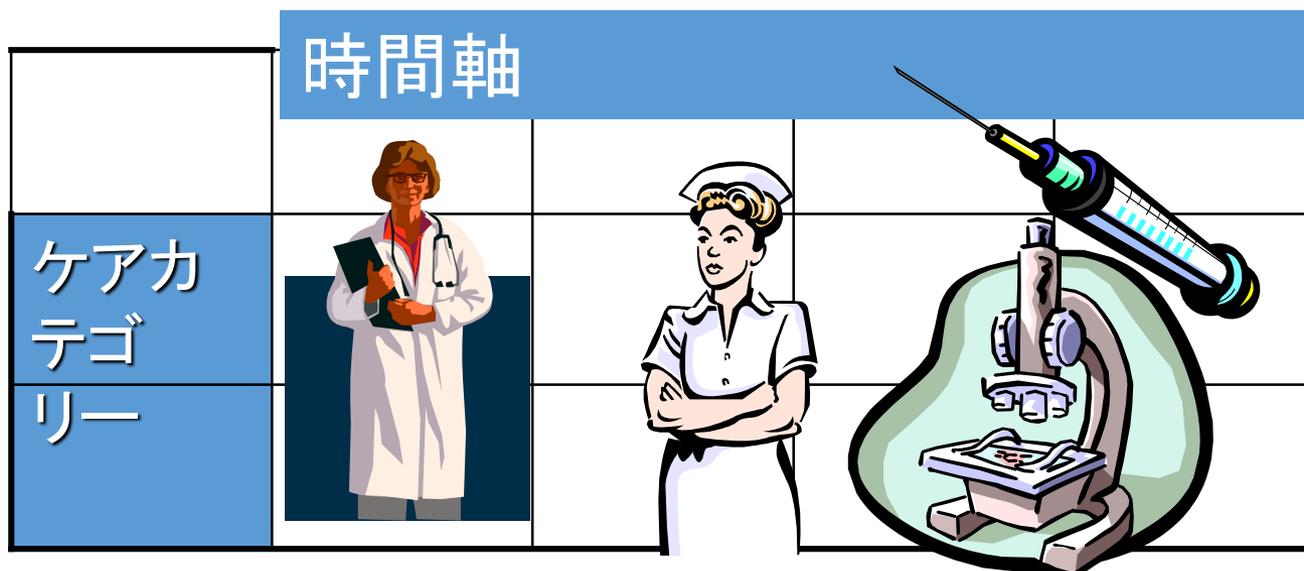
ガイドライン名	作成機関	出版社（所蔵情報）、雑誌
精神科救急医療ガイドライン 2003年9月9日版	日本精神科救急学会	日本精神科救急学会 2003 (M3.72/N) <i>HOLD</i>
災害時地域精神保健医療活動ガイドライン <a href="#">[PDF]</a> (2003)	平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」班 主任研究者：金吉晴	
アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン (2002)	アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究会 白倉克之（厚生労働省精神・神経疾患研究班 主任研究者）ほか編	じほう 2003 (M3.78/Sh) <i>HOLD</i>
気分障害治療ガイドライン (2004)	編集：上島国利編、監修：精神医学講座担当者会議	医学書院 2004 (M3.76/Ka) <i>HOLD</i>
統合失調症治療ガイドライン 第2版 (2007)	佐藤光源 丹羽真一編集、精神医学講座担当者会議 監修	医学書院 2008 (3.76/Sa) <i>HOLD</i>

# ポイント3 多職種チームで作成する

- 多職種チームでつくる（医師、看護師、薬剤師、OT, PSW, 臨床心理士、栄養士など）
- 精神疾患領域におけるチームアプローチ
  - 精神疾患領域にはチーム医療が必要
  - 医師、看護師、精神科ソーシャルワーカーによる家族を含めた社会的援助
  - 臨床心理士による心理的相談
  - 作業療法士による病状回復の為の作業療法
  - 薬剤師による服薬指導
  - 栄養士による糖尿病などの合併症に対する指導
  - 社会復帰、社会参加に関しては以上のチーム医療に加えて、地域の保健所、福祉事務所、職親家族会などが必要

## ポイント4 横軸に時間軸、 縦軸にケアカテゴリーをとり展開する

- 横軸に時間軸を設定（ステージを設定）
- 縦軸にケアカテゴリーを設定



# 時間軸とケアカテゴリーの設定

- 時間軸の設定

- 臨床ステージ別に設定
  - 導入期、安定期、退院準備期などステージ別に設定する

- ケアカテゴリーの設定

- 疾病ごと、プログラムごとに異なる

- 統合失調症パスの例

- 横軸（時間軸）

- 入院期、安定期、退院期

- 縦軸（ケアカテゴリー）

- 臨床アセスメント
- 検査
- 患者・家族の教育と患者権利
- 退院計画
- 精神的援助
- 薬物治療
- 栄養、水分補給、排泄
- 活動

## 統合失調症急性期の入院医療パス(例)\*

	入院時	1週目	2~3週	4~6週	7~10週	アウトカム
検査 診断	血液検査			血液検査		
治療ケ ア方針	治療計画策定 家族への説明	治療チームへの 指針の策定	作業療法導入の 検討、家族面談	治療計画・治療チ ームへの指針、家族面 談、服薬指導導入や デイケア導入検討		自立的な生活
薬物 療法	非定型抗精神病 薬初回量投与	効果を見て投 与量を上げる	効果を見て抗精 神病薬変更	不必要な薬の整理 薬物の効果を見て ECT検討	薬物継続	維持量
看護 ケア	自殺・興奮リス ク、睡眠食事把 握	同左	睡眠食事把握 不安への傾聴 他患との関係援 助	入院経緯の振り返り 外出・外泊の振り返り	服薬指導	服薬 自己管理
行動 範囲	病棟内静養	同左（興奮等 があれば一時 隔離室使用）	同伴外出	単独外出 外泊	退院日決定	自由
アウトカ ム	安全性確保	睡眠・休息 確保	睡眠/休息の量 的・質的確保、 食事・洗面入 浴・洗濯自立	外出・外泊の安定		退院

\*土佐病院パス(2003)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

## 興奮状態による隔離室使用パス

	ステージ1-2 (隔離)	ステージ3-4	ステージ5-6	ステージ7-8 (解除)
行動範囲	隔離室 (拘束・施錠)	隔離室 (施錠のみ) 隔離室 (施錠・解放検討)	隔離室 (食事・入浴時解放) 隔離室 (短時間解放)	
薬物療法	<input type="checkbox"/> 投薬 (初回量) <input type="checkbox"/> 薬物の種類・投与経路の決定	<input type="checkbox"/> 非経口の場合は経口に切り替え <input type="checkbox"/> 薬物継続 (量・種類を随時検討)		
身体療法		<input type="checkbox"/> ECTの検討 (問題行動時・衰弱時)		
精神療法		<input type="checkbox"/> 受容的対応 <input type="checkbox"/> 安心感と保証の提供	行動制限の理解獲得	
看護ケア		<input type="checkbox"/> 共感的傾聴 <input type="checkbox"/> セルフケアレベルのチェック		
生活療法		<input type="checkbox"/> 隔離室にて洗面 <input type="checkbox"/> テレビ・新聞	<input type="checkbox"/> (可能であれば) 服薬指導	
アウトカム		<input type="checkbox"/> 摂食・睡眠の確保 <input type="checkbox"/> ナース援助で服薬可能	<input type="checkbox"/> 簡単な言葉のやりとり <input type="checkbox"/> 観察下の更衣・入浴 <input type="checkbox"/> 排泄の自立	

(出典: 宮本病院)

# ポイント5 アウトカム設定

- アウトカムとは？
  - 到達目標、ゴールなど
- 退院基準もアウトカム
  - 統合失調症の退院基準
    - アセスメント（表情、気分、理論的な会話、幻覚・妄想の訴え、MMSEスコア）
    - 検査値（正常範囲）
    - 患者家族の教育（外来治療へのコンプライアンスの計画を言語表現できる、報告可能な再発時の症状や兆候を明らかにできる、退院指導の理解の言語表現、薬物療法の理解と言語表現、食事指導の理解の言語表現）

# 精神科クリティカルパスにみられるアウトカムの例

到達度 アウトカム	入院初期	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己の安全確保</li> <li>● 睡眠・休息の確保</li> <li>● 摂取状況の改善</li> <li>● 入院目的・退院時目標の共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 抑うつ気分の改善</li> <li>● 希死念慮の軽減</li> <li>● 興奮状態の改善</li> </ul>
	中期以降	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病的体験の改善</li> <li>● 生活のリズムを整える                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入浴・洗濯の自立、整容</li> </ul> </li> <li>● 病棟内生活・大部屋レベルの自立</li> <li>● 入院目的・退院時目標の共有                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入院に至る経緯の振り返り</li> <li>➢ 入院している意味がわかる</li> </ul> </li> <li>● 服薬の必要性が理解できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 対人交流の増加                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ スタッフとの会話ができる</li> <li>➢ スタッフと意味ある会話ができる</li> </ul> </li> <li>● 退院後の生活を具体的に考える</li> </ul>
到達度の過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療・ケア方針の共有</li> <li>● 副作用の早期発見</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 転院先・アパートの確保</li> </ul>	
退院時 アウトカム (≡退院基準)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 服薬管理ができる</li> <li>● 病状増悪の前兆を知り対処法を身につける</li> <li>● 症状の安定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 外泊時の自宅での安定した状態</li> <li>● 家族の受け入れ準備の完了</li> </ul>	

# ポイント 10 地域連携パスを作る

- 医療連携
  - 地域における精神疾患のケアマネジメントが重要
  - 地域パスが必要
  - 医療計画にも必要
- 精神科領域における連携
  - 施設ケアから地域ケアへの移行
  - 在院日数の短縮
- 連携パスとは？

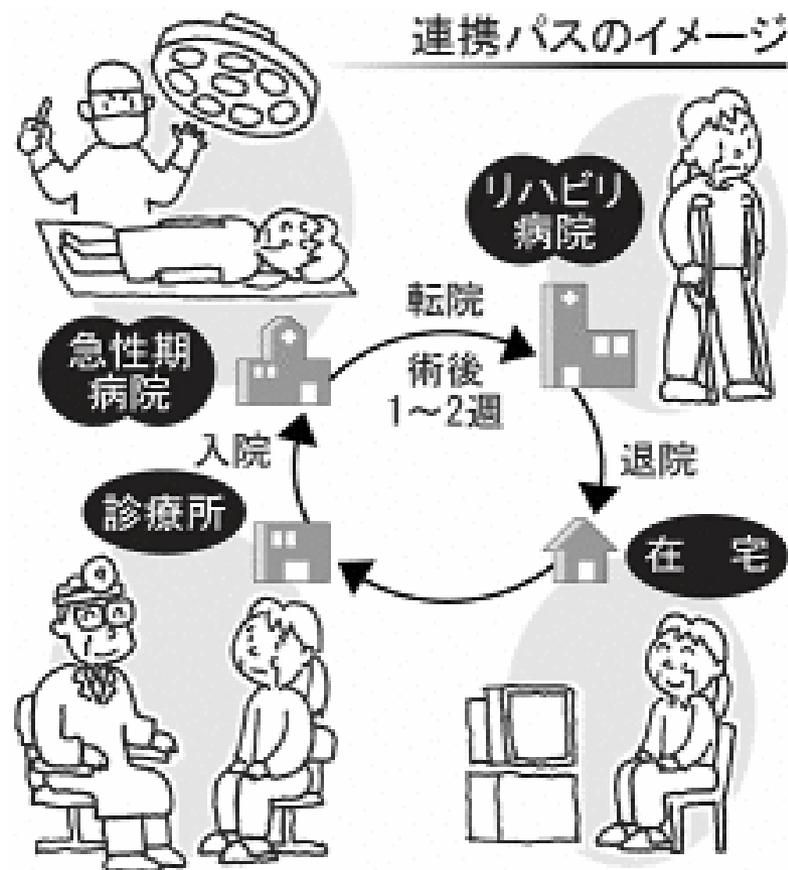
# 地域連携クリティカルパスとは？

## • 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画

### – 連携パスの目的

- ガイドラインに基づく医療の普及
- 地域の医療機関の機能分化と役割分担



# 精神科地域連携クリティカルパス（北里東病院）

適応基準： うつ病      反復性うつ病

除外基準： 認知症を含む器質性・薬剤性精神障害、統合失調症、神経症性障害

再紹介基準： うつ病再発の特徴がみられ、かつ薬物調整で改善傾向を示さない

1. 強いうつ気分, 2. 興味や喜びの喪失, 3. 食欲の障害, 4. 睡眠の障害

5. 精神運動の障害(制止または焦燥), 6. 疲れやすさ、気力の減退, 7. 強い罪責感

8. 思考力や集中力の低下, 9. 死への思い

	家庭内安定期 退院から3ヶ月後 ( 月 日)	地域安定期 退院から6ヶ月後 ( 月 日)	社会参加検討期 退院から9ヶ月後 ( 月 日)	社会参加安定期 退院から12ヶ月後 ( 月 日)	治療最終検討期 退院から24ヶ月後 ( 月 日)
アウトカム	病状悪化をもたらす困難やストレスがない 睡眠や生活リズムが保たれている 服薬自己管理が出来る 精神症状が安定している 家族等と良好な関係が保っている 支援が必要な際の自覚がもてる 支援が必要な際の救助方法(電話、相談)が理解出来ている 自宅での活動を自発的に行える 通院が可能である 近所を中心に外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 単独で地域住民や親戚とつきあえる 単独で遠方へ外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 仕事への復帰を検討できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 制限を設けず就労できる 睡眠薬を服用せずとも熟睡感が得られる 抗不安薬を漸減中止できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 抗うつ薬を漸減中止できる 治療最終を楽観的に捉えられる
生活能力評価	1. 精神状態(安定、ほぼ安定、要援助) 2. 症状管理(自立、ほぼ自立、要援助) 3. 服薬管理(自立、ほぼ自立、要援助) 4. 睡眠コントロール(自立、ほぼ自立、要援助) 5. 排泄(自立、ほぼ自立、要援助) 6. 食事、健康管理(自立、時々偏向あり、要援助) 7. 個人衛生、清潔(自立、ほぼ自立、要援助) 8. 金銭管理(自立、ほぼ自立、要援助) 9. 対人関係(良好、時々偏向あり、不良)	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左
タスク	<input type="checkbox"/> 通院( 月 日)( 月 日)・・・ <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理の教育 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への情報提供書作成	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 職場担当者と面接 <input type="checkbox"/> 産業医への情報提供	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 再発サインと対処法に関する教育

# 認知症パス：認知症を早期に診断し、専門医に紹介・治療を開始しかかりつけ医に再度紹介するパス

(一般開業医→診断→専門医に紹介(診断治療)→再紹介)

＜目的＞早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができる

＜対象者＞家人と同居されていて、かかりつけ医に通院している患者

＜適応基準＞検討中

＜除外基準＞検討中

1. かかりつけ医(通院)

2. 専門医療機関受診時

3. かかりつけ医(通院)

アウトカム

・専門医療機関へ受診を納得できる

・診断を受け、治療を開始できる  
 ・介護支援体制・医療保険サービスの情報が得られる  
 ・家族が患者への接し方を理解できる

・治療を継続できる  
 ・必要時介護支援が受けられる  
 ・予防支援が受けられる

評価項目

・家人と本人と一緒に受診できる  
 ・専門医療機関が決められる

・検査を受けられる  
 ・診断・治療の説明を受け同意する  
 ・介護支援体制・医療保険サービスの情報の説明が受けられる  
 ・説明に対して患者家族から具体的な質問をする  
 ・かかりつけ医での継続受診に同意する

・定期的な受診ができる  
 ・地域包括・居宅介護支援事業所に連絡できる  
 ・介護保険の申請に行く

タスク

・家人と本人と一緒に受診するするように説明する  
 ・専門医へ受診のメリットを説明する  
 ・専門医への診療情報提供書を書く  
 ・専門医療機関に関する情報を伝える  
 ・専門医療機関の外来予約をする  
 ・可能であれば簡易検査を行う

・検査を行う(医師・臨床心理士・放射線科)  
 ・診断をする  
 ・病状・治療計画・接し方の説明を行う  
 ・介護支援・医療保険サービスの説明(PSW・MSW・ケアマネ・保健師)  
 ・必要な指導を行う(栄養士・薬剤師・看護師・作業療法士)  
 ・かかりつけ医への診療情報提供書を書く

・治療を継続する  
 ・予防支援のICを行う  
 ・介護保険の意見書を提出する  
 ・ケアマネの紹介する(地域包括・居宅介護支援事業所)

# パート 3

## 7次医療計画と精神疾患

2018年～2023年（6年間）

# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

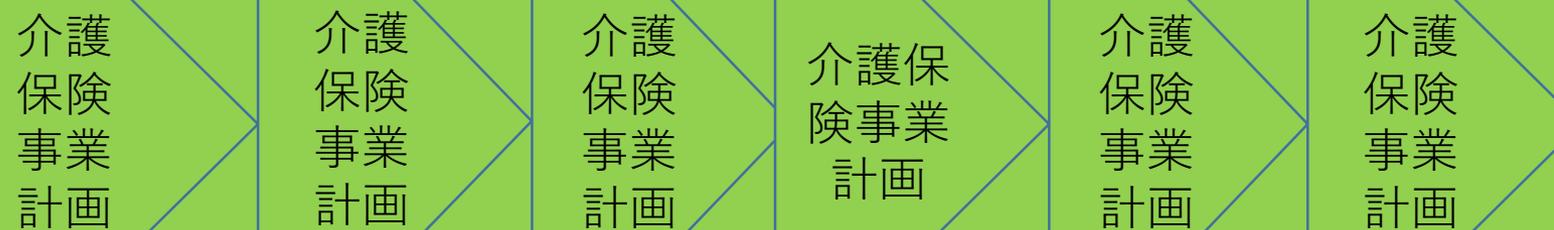
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

# 第7次医療計画見直し検討会



2016年11月9日 医療計画見直し等に関する検討会  
(座長遠藤久夫 学習院大学経済学部長)



医療介護一括法成立  
(2014年6月18日)

# 地域医療・介護一括法成立可決（2014年6月18日）

## 医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げる(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋

地域医療構想と地域包括ケアが主要項目

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

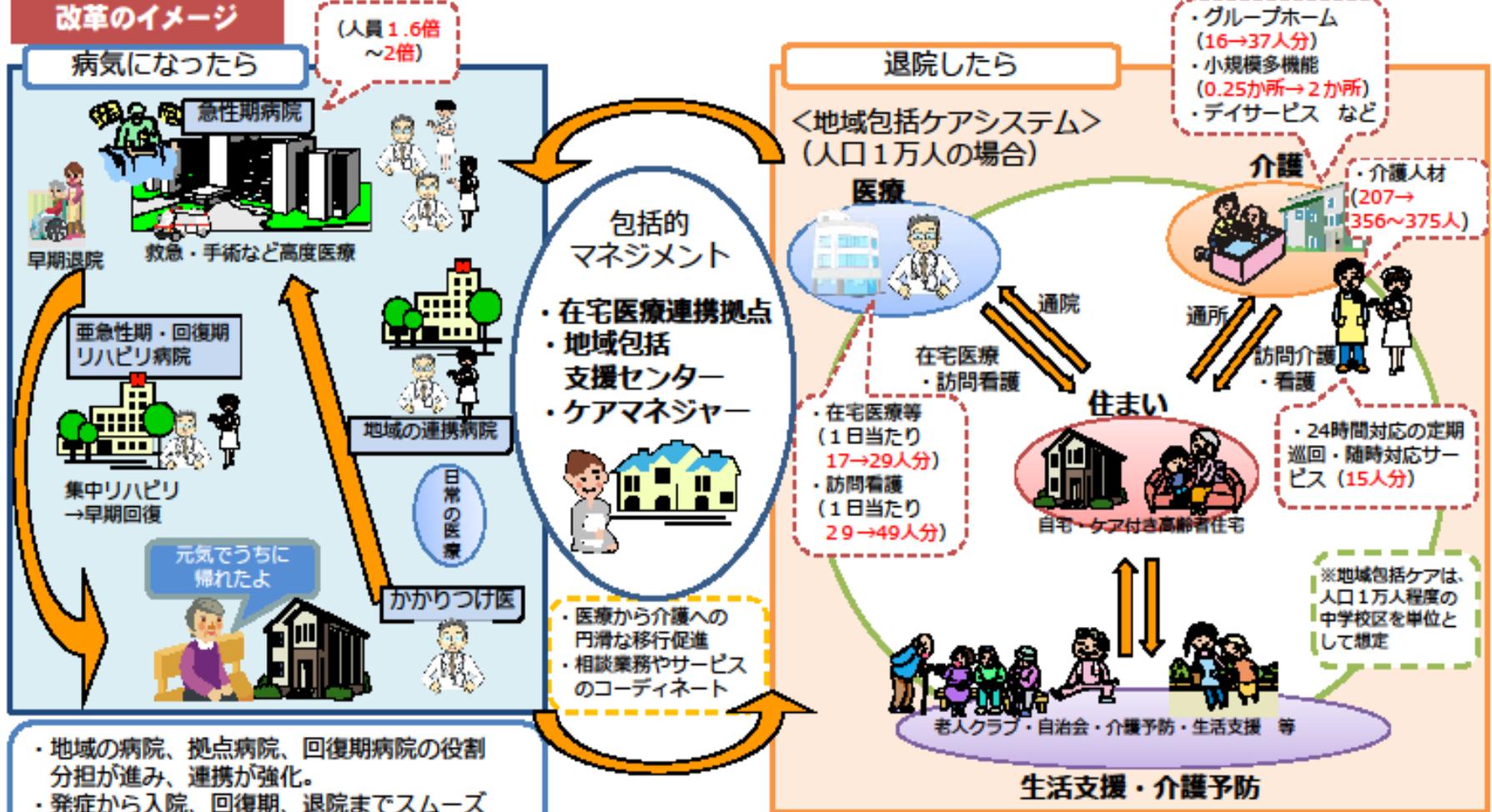
## 改革の方向性 ②

## 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

### 改革のイメージ



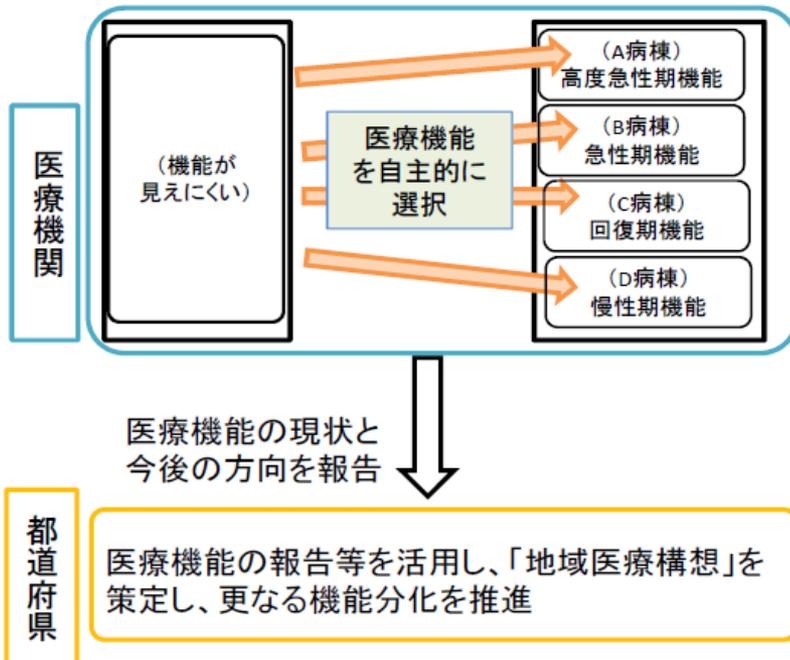
病床機能分化と連携

←同時進行→

地域包括ケアシステム

## 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。  
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



### 「地域医療構想」の内容

#### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

#### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

## 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

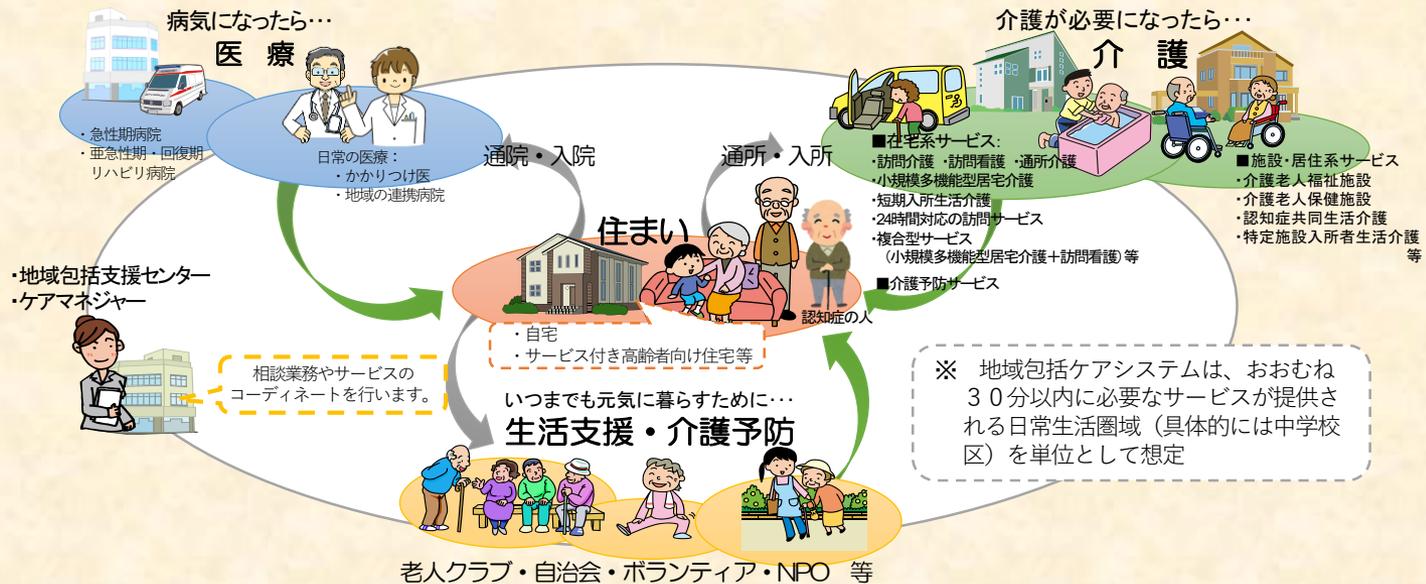
◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

# 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。

## 2025年の地域包括ケアシステムの姿



人口1万人、中学校区、かけつけ30分圏内

2014年5月14日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致  
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

# 第7次医療計画と医療介護一括法

- 医療介護一括法（2014年6月）
  - 地域医療構想（地域医療計画の一環）の導入
    - 二次医療圏と地域医療構想区域
    - 基準病床数と地域医療構想の必要病床数の整合性
  - 地域包括ケアシステムの導入
    - 地域医療計画と介護保険事業計画と関係性
    - 介護保険事業計画3年間サイクルに合わせるために地域医療計画に見直しを6年間に

# 第7次医療計画の課題

- 課題①医療圏見直し
- 課題②基準病床数見直し
- 課題③5疾患・5事業＋在宅医療と指標
  - 5疾患：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 課題④総合確保方針
  - 医療計画と介護保険事業計画

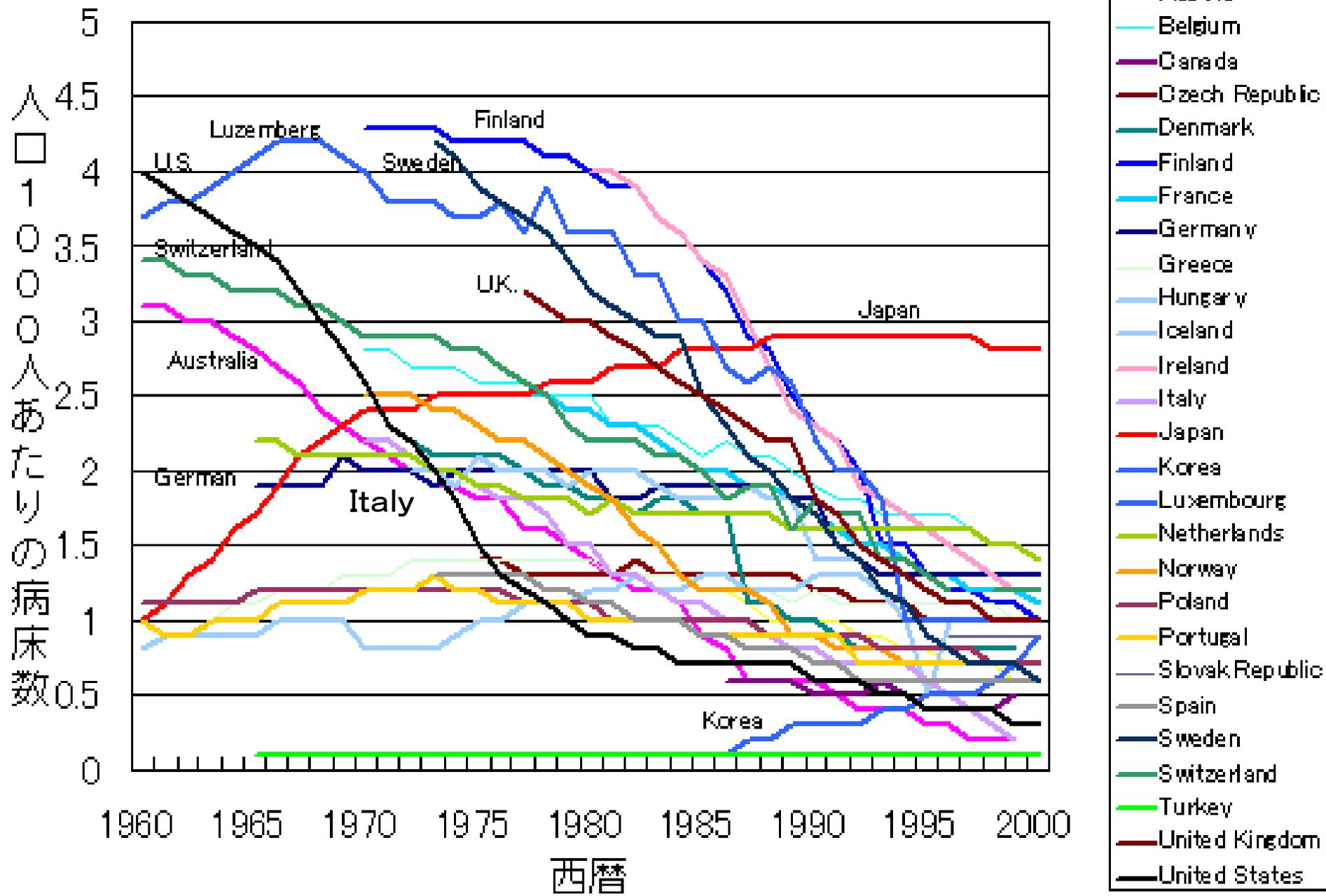
# 7次医療計画と精神疾患 3つのポイント

- ①長期入院精神障害者の地域移行
  - 3ヶ月未満の「急性期医療」
  - 3か月～1年未満の「回復期医療」
  - 「重度かつ慢性」
  - 1年以上の長期高齢者入院の「慢性期医療」
  - 急性期、回復期、慢性期に対応した精神科地域医療構想
- ②精神障害にも対応した「地域包括ケアシステム」の構築
  - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向け、重層的な連携による支援体制を整える
- ③多様な精神疾患患者等への対応
  - 多様な精神疾患ごとによる対応を可能にするため、各医療機関の機能を明確化し、「都道府県・2次医療圏を集計単位とした指標」を追加する。

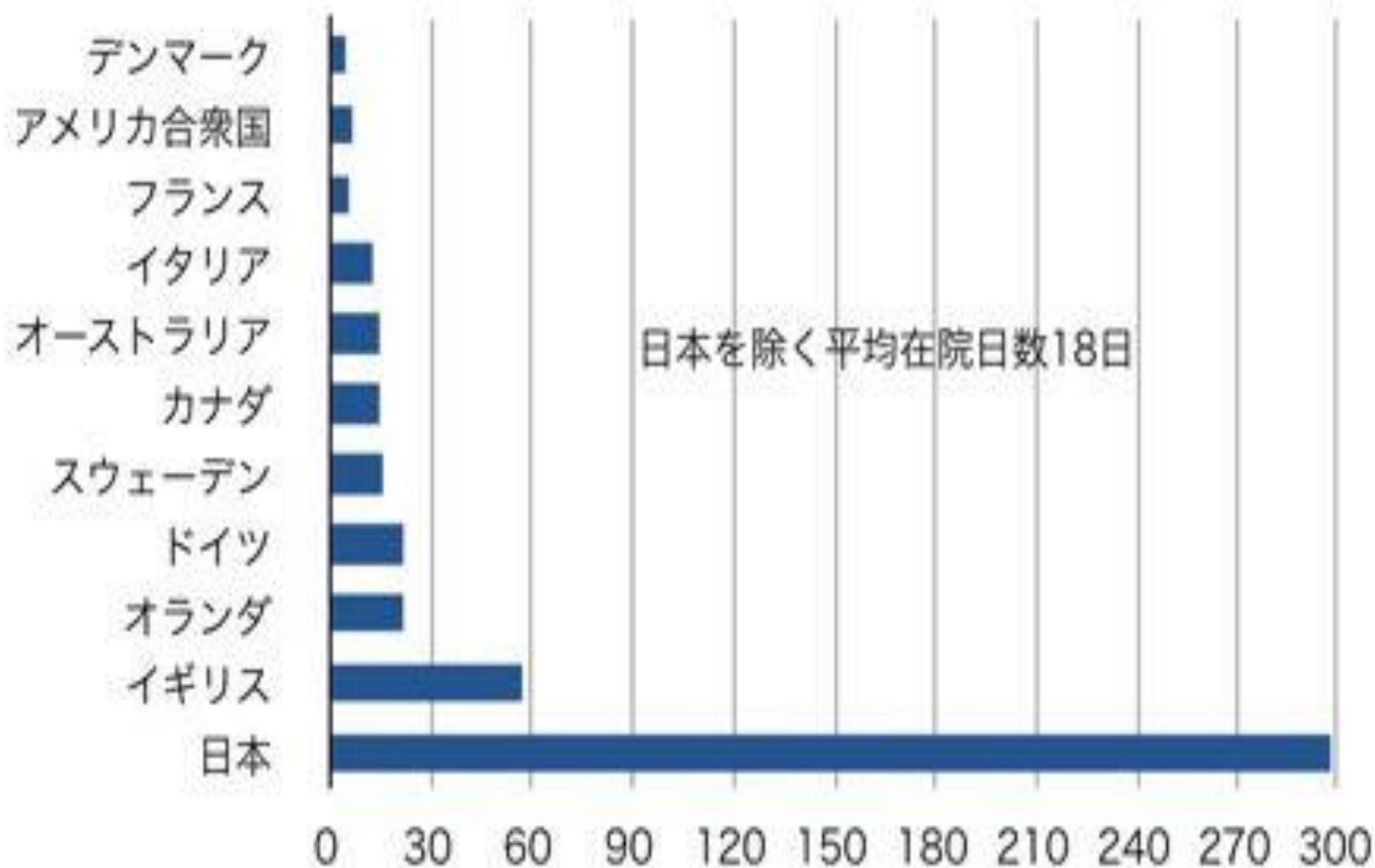
# ①長期入院精神障害者の 地域移行



# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



## 2005年退院者平均在院日数



# 医療計画における精神疾患の医療体制に関する検討経緯

## 第6次医療計画(平成25年～)

・精神疾患を追加(4疾病⇒5疾病)

### 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 (平成25年7月～12月)

- ・良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針について

### 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会 (平成26年3月～7月)

- ・長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性

### これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 (平成28年1月～)

- ・精神病床のさらなる機能分化について
- ・精神障害者を地域で支える医療の在り方について
- ・多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について

# 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会（2012年）」



# 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
  - 3ヶ月未満の急性期医療
  - 3か月～1年未満
  - 重度かつ慢性
  - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)  
2012年3月23日～6月28日まで  
厚労省において7回の検討会を行った

# 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 構成員

天賀谷 隆 (日本精神科看護技術協会 副会長)

伊澤 雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会 代表)

小川 忍 (日本看護協会 常任理事)

門屋 充郎 (日本相談支援専門員協会 代表理事)

川崎 洋子 (全国精神保健福祉会連合会 理事長)

菅間 博 (日本医療法人協会 副会長)

佐々木 一 (医療法人爽風会佐々木病院 院長)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 院長)

中沢 明紀 (全国衛生部長会 会長(神奈川県保健福祉局保健医療部長))

中島 豊爾 (全国自治体病院協議会 副会長(岡山県精神科医療センター理事長))

長野 敏宏 (NPO法人ハートinハートなんぐん市場 理事)

野澤 和弘 (毎日新聞社 論説委員)

○ 樋口 輝彦 (国立精神・神経医療研究センター 総長)

平安 良雄 (横浜市立大学付属市民総合医療センター 院長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

福田 敬 (国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

堀江 紀一 (一般社団法人日本ケアラー連盟 共同代表)

三上 祐司 (日本医師会 常任理事)

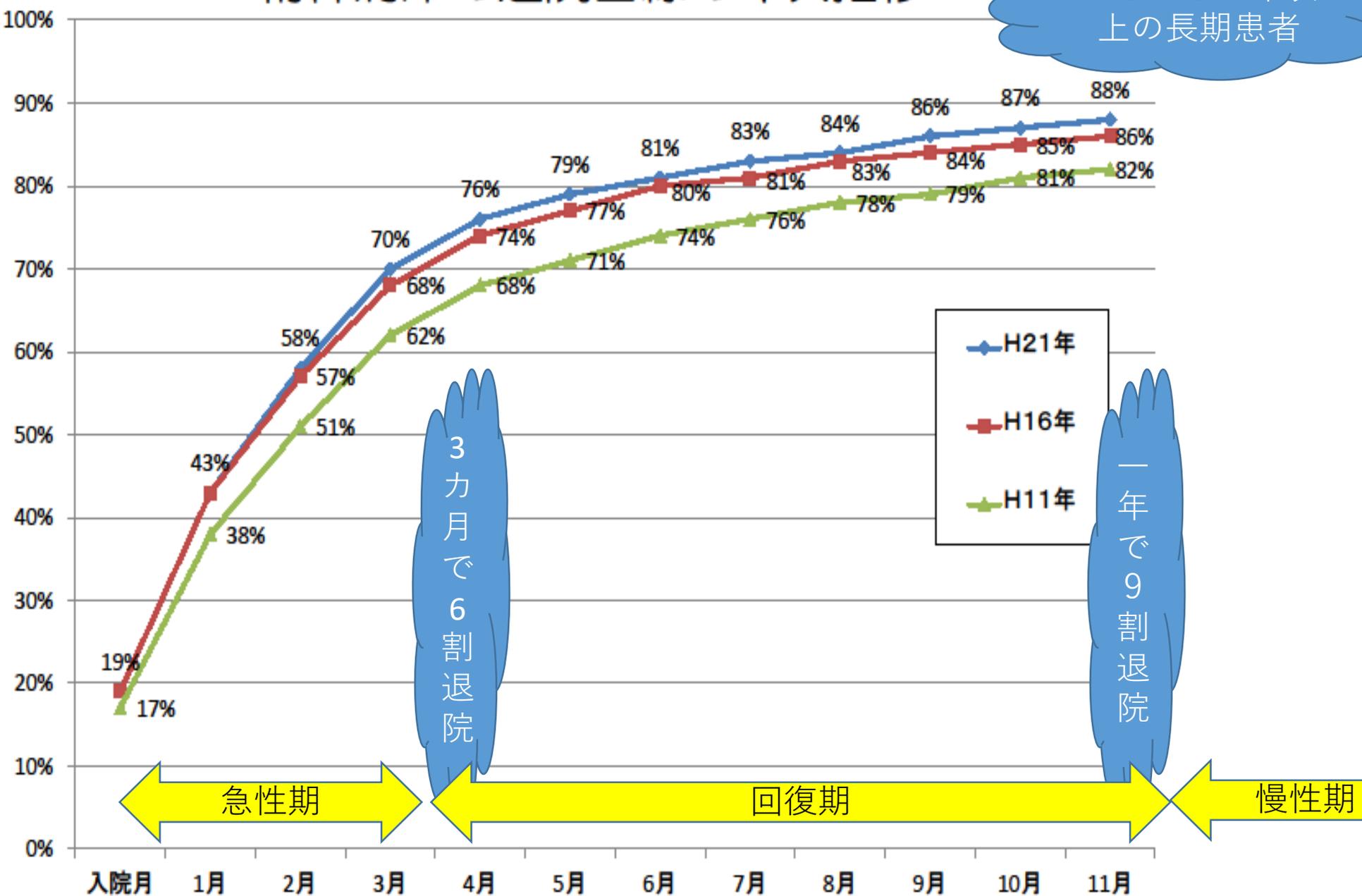
◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

山崎 學 (日本精神科病院協会 会長)

山本 輝之 (成城大学法学部 教授)

# 精神病床の退院曲線の年次推移

10%が1年以上の長期患者



3カ月で6割退院

一年で9割退院

急性期

回復期

慢性期

(精神・障害保健課調べ)<sup>4</sup>

# 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

## <精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

## <精神病床の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神病床の機能分化**を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

## 【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



○ **3か月未満**について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **3か月～1年未満**について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ**患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱い**とする。

○ **精神科の入院患者は**、「重度かつ慢性」を除き、**1年で退院させ、入院外治療に移行**させる仕組みを作る。

○ **現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**多職種で3対1の人員配置基準**とする。

さらに、**開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

## これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について 【新たに入院する精神障害者】

- 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供する体制を確保する。(※1)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

**精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床**

	3ヶ月未満 (精神科救急・急性期)	3ヶ月以上1年未満 (回復期)	1年以上 (重度かつ慢性)
※1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約</li> <li>・精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は、精神病床と同等の配置</li> <li>・看護職員は、3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度かつ慢性の定義は現在検討中</li> </ul>
※2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する</li> </ul>
※3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・看護職員は、一般病床と同等の配置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は、現在の精神病床と同等の配置看護職員は、3対1の配置を基本</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき</li> <li>②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき</li> </ul>

- ※1 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(平成26年7月)
- ※2 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成25年12月)
- ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

## これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について 【現在の長期在院者】

- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する(※2)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合には、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

	1年以上(重度かつ慢性) 精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床	1年以上(重度かつ慢性以外) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床
※1	・重度かつ慢性の定義は現在検討中	・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
※2	・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する	・医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する
※3	①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき	・退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるように、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

- ※1 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(平成26年7月)
- ※2 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成25年12月)
- ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

# 診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床  
(平成22年7月1日現在)

特定入院料  
(155,392床)

看護配置3:1以上  
169,771床

精神病棟入院基本料  
(178,102床)

特定機能病院  
入院基本料  
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟  
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)  
2.5:1  
3:1

認知症治療病棟  
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1  
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟  
(836施設 103,437床) 6:1

2:1 10:1 (34病棟、1,361床\*)

2.5:1 13:1  
(平成22年から導入)

3:1  
15:1  
(2,710病棟、145,959床\*)

18:1 (303病棟 17,655床\*)

20:1 (153病棟 9,265床\*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床\*)

1.5:1 7:1  
(7病棟 220床\*)

2:1 10:1  
(8病棟 261床\*)

2.5:1 13:1  
(平成22年から導入)

3:1 15:1  
(84病棟 2,971床\*)

医療観察法に定める  
指定入院医療機関数  
28か所 666床※3

急性期入院対象者  
入院医学管理料

回復期入院対象者  
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者  
入院医学管理料

小児入院医療管理料5  
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料  
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算  
(1,001施設)

精神病棟入院時医学  
管理加算  
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)  
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数  
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在  
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

# 診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床  
(平成22年7月1日現在)

特定入院料  
(155,392床)

**34万床**

精神病棟入院基本料  
(178,102床)

特定機能病院  
入院基本料  
(3,282床)

精神科救急  
精神科救急  
入院料1(2床)

**統合失調症+気分障害**  
**50±17歳**  
**3カ月未満**

認知症治療病床  
入院  
入院

**認知症、77±14歳**

精神療養病棟  
(836施設 103,437床)

**統合失調症**  
**62±14歳**  
**1年以上8割**

**20万床**

10:1 (34病棟、1,361床\*)  
13:1 (平成22年から導入)  
15:1 (2,710病棟、145,959床\*)  
**統合失調症**  
**58±16歳**  
**1年以上6割**  
18:1 (303病棟 17,655床\*)  
20:1 (153病棟 9,265床\*)  
特別入院基本料 (99病棟 5,521床\*)

7:1 (7病棟 220床\*)  
13:1 (平成22年から導入)  
15:1 (84病棟 2,971床\*)

医療観察法に定める  
指定入院医療機関数  
28か所 666床※3

急性期入院対象者  
入院医学管理料  
回復期入院対象者  
入院医学管理料  
社会復帰期入院対象者  
入院医学管理料

小児入院医療管理料5  
(360床※2)  
特殊疾患病棟入院料  
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算  
(1,001施設)

精神病棟入院時医学  
管理加算  
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)  
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数  
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在  
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

# 「重度かつ慢性」の基準案について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

## 「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

### 1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

### 2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

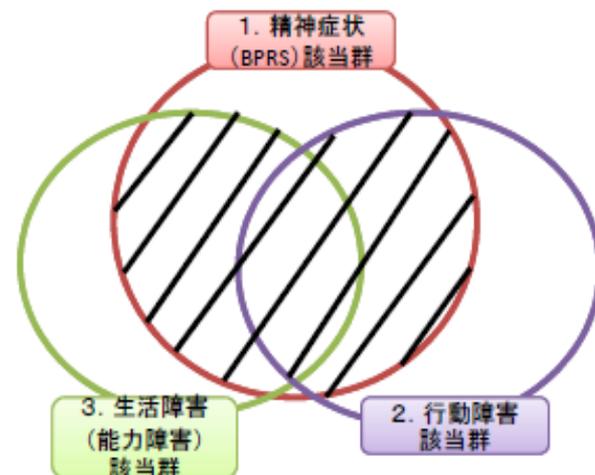
### 3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

### 4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎
- ④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:\_\_\_\_\_)



※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

# 「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 × 在院期間のクロス表

40%は地域移行  
できる！

			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上~1年6ヶ月未満	1年6ヶ月以上~3年未満	3年以上~5年未満	5年以上~10年未満	10年以上~20年未満	20年以上	合計
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

## 第4期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて

- 都道府県・市町村の障害福祉計画は、障害者総合支援法に基づき、障害福祉サービス等の提供体制の確保のために、国の定める基本指針(厚生労働大臣告示)に即して定めるもの。
- 第4期障害福祉計画(平成27年度から平成29年度)の策定に向けて、国の基本指針を見直すため、昨年11月から社会保障審議会障害者部会において議論し、見直しの方向性等について了承を得たところ。
- パブリックコメント実施を経て、5月15日に基本指針を告示。今後(平成26年度中)、自治体において障害福祉計画を策定。

### 基本指針の見直しの主なポイント

#### (1) 計画の作成プロセス等に関する事項

##### OPDCAサイクルの導入(新規)

- ・少なくとも1年に1回は、成果目標等に関する実績を把握し、分析・評価(中間評価)を行い、必要があると認めるときは、計画の変更等の措置を講じる。
- ・中間評価の際には、協議会や合議制の機関等の意見を聴くとともに、その結果について、公表することが望ましい。

#### (2) 成果目標に関する事項(平成29年度までの目標)

##### ①福祉施設から地域生活への移行促進

- ・平成25年度末時点の施設入所者数の12%以上を地域生活へ移行。
- ・施設入所者数を平成25年度末時点から4%以上削減。

##### ②精神科病院から地域生活への移行促進

- ・入院後3ヶ月時点の退院率を64%以上とする。(平成21年から23年の平均58.4%)
- ・入院後1年時点の退院率を91%以上とする。(平成21年から23年の平均87.7%)
- ・1年以上の在院者数を平成24年6月末時点から18%以上減少。

##### ③地域生活支援拠点等の整備(新規)

- ・障害者の地域生活を支援する機能の集約を行う拠点等を、各市町村又は各圏域に少なくとも1つを整備。

##### ④福祉から一般就労への移行促進

- ・福祉施設から一般就労への移行者数を平成24年度実績の2倍以上とする。
- ・就労移行支援事業の利用者数を平成25年度末の利用者から6割以上増加。
- ・就労移行支援事業所のうち就労移行率が3割以上の事業所を全体の5割以上とする。(平成23年度実績27.1%)

#### (3) その他の事項

##### ○障害児支援体制の整備(新規)

- ・児童福祉法に基づく障害児支援等の体制整備についても定めるよう努めるものとする。

##### ○計画相談の充実、研修の充実等

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

## 現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

## 対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

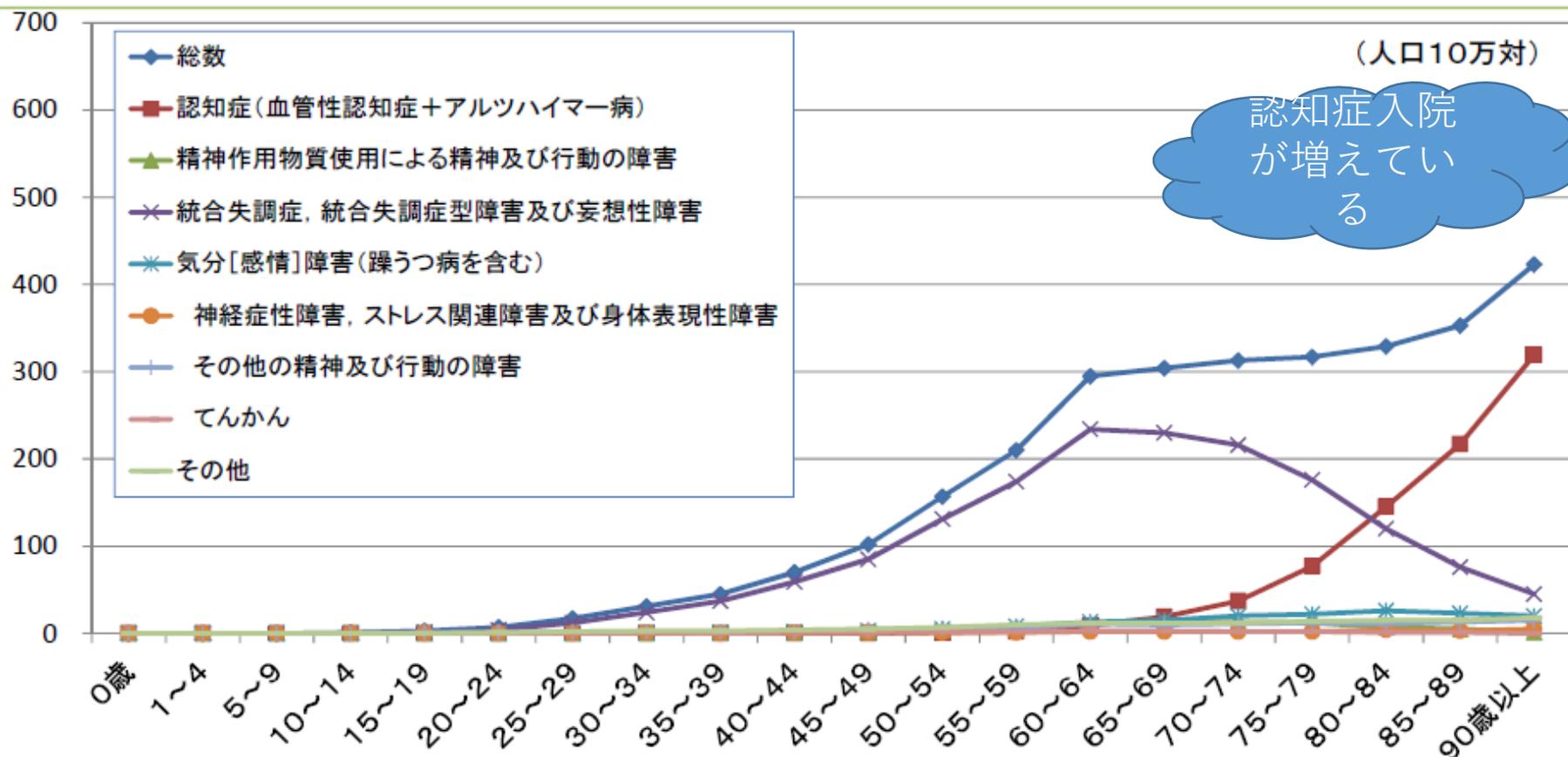
※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院(長期入院)需要	
平成26年				
平成32年度末				地域移行に伴う基盤整備量
平成37年(2025年)				地域移行に伴う基盤整備量

## 精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神保健医療福祉に関連する計画における入院医療に関する目標値について

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会  
平成28年9月30日(第3回)

H16 H17 H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 H31

## 精神保健医療福祉の改革ビジョン

目標値：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

第1期  
目標値：なし※

第2期  
目標値：なし※

※都道府県毎に目標値を設定

第3期  
目標値：  
①平成26年度の1年未満入院者の平均退院率を平成20年6月30日の調査時点から7%相当分増加させる。

②平成26年度の高齢長期退院者数（5年以上入院していた65歳以上の退院患者数）を直近の数から2割増加させる。

第4期  
目標値：  
①入院後3か月時点の退院率64%以上

②入院後1年時点の退院率91%以上

③平成29年6月末時点での1年以上の在院者数を平成24年6月末時点の1年以上の在院者数から18%以上削減

障害福祉計画

医療計画

5年間

精神病床に係る基準病床数の算定方法の見直し

5年間

H25年度 精神疾患を追加

# 医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する。

## 現状・課題

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する必要がある。
- 精神保健福祉資料（630調査）を用いた指標は、現時点で入手可能な最新のデータは3年前（平成25年度）となっており、計画の進捗管理に課題がある。このため、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともにNDBを用いて、新たなアウトカム指標を設定する必要がある。

## 対応方針（新たな指標への見直し）

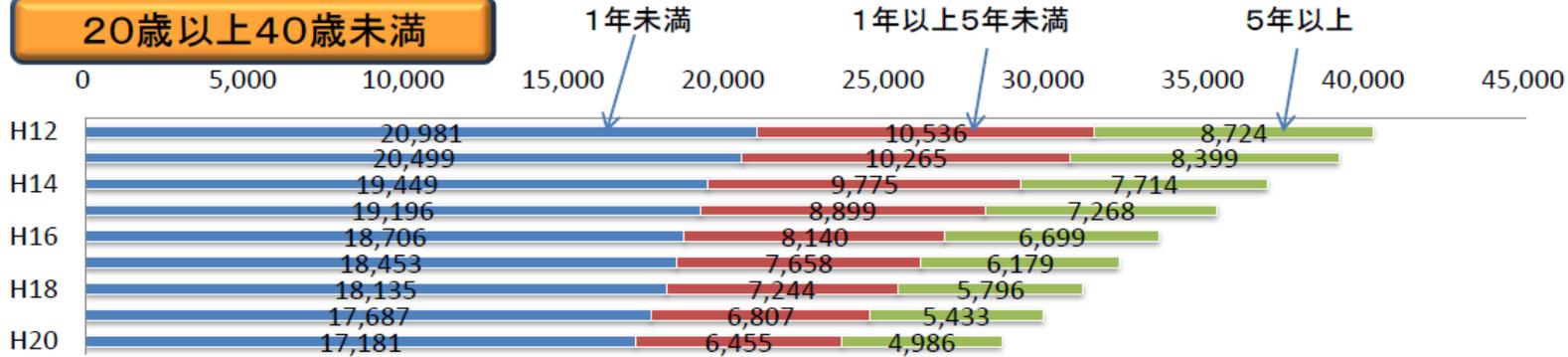
現状	指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	地域移行の 進捗状況を評価する観点
	医療計画	1年未満入院患者の平均退院率【630調査】 退院患者平均在院日数【患者調査】	3か月以内再入院率【630調査】 在院期間5年以上65歳以上の退院患者数【630調査】 認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率【630調査】
	障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【630調査】 入院後1年時点の退院率【630調査】	長期在院者数の減少割合【630調査】

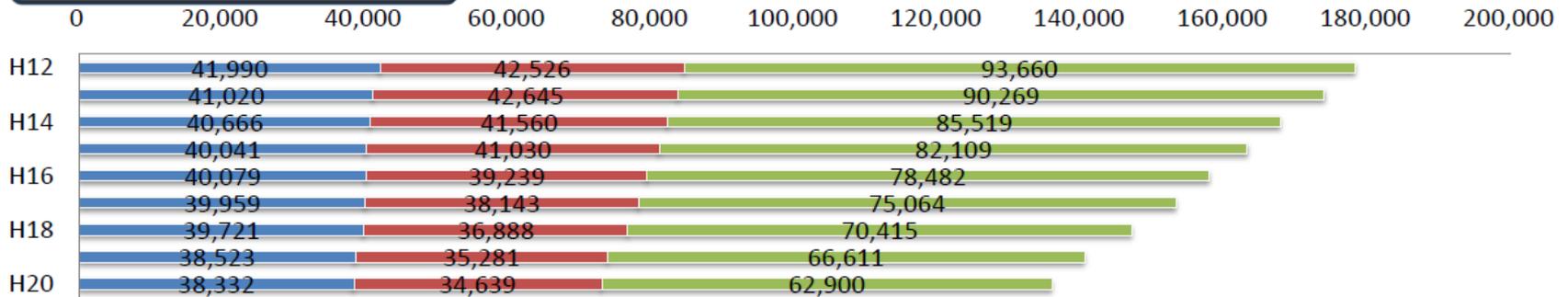
H 30 から	指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 進捗状況を評価する観点
	医療計画 障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【※】 入院後6か月時点の退院率【※】 入院後1年時点の退院率【※】 ※630調査/NDB	精神病床における1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳以上1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳未満1年以上長期入院患者数【※】 ※630調査/NDB

# 新たな取組1

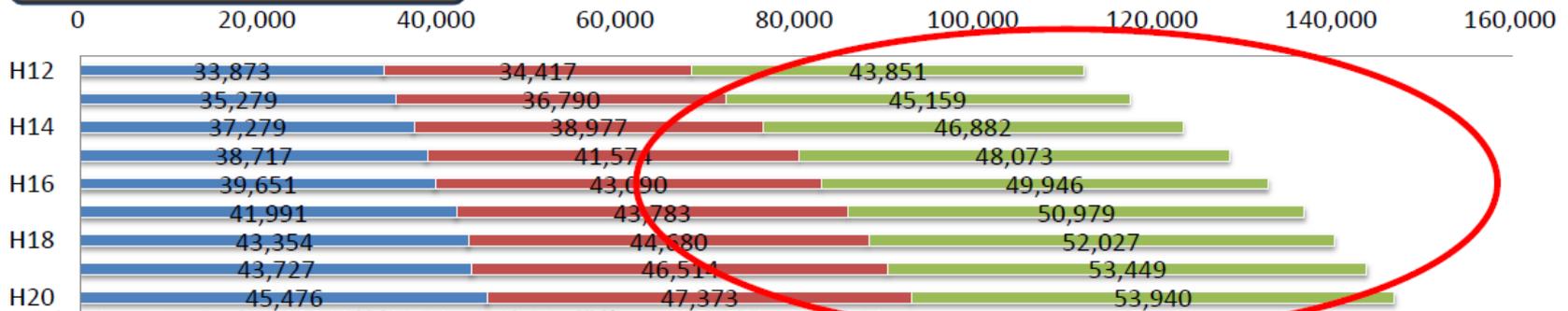
## 20歳以上40歳未満



## 40歳以上65歳未満



## 65歳以上



# 現行の精神病床における基準病床数の算定式

以下の合算値を基準病床数として算定

## 1. 在院1年未満群

$$\left\{ \left( \begin{array}{l} \text{年齢階級} \\ \text{別人口} \end{array} \right) \times \left( \begin{array}{l} \text{年齢階級別精神} \\ \text{病床新規入院率} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{l} \text{入院患者のうち当該都道} \\ \text{府県以外の都道府県に} \\ \text{住所を有する者の数} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{l} \text{当該都道府県以外に所在する} \\ \text{病院の精神病床における入院患} \\ \text{者のうち当該都道府県に住所を} \\ \text{有する者の数} \end{array} \right) \right\} \times \left( \begin{array}{l} \text{厚生労働大臣が定め} \\ \text{る当該都道府県の平} \\ \text{均残存率又は全国の} \\ \text{平均残存率の目標値} \end{array} \right)$$

---

$$\left( \begin{array}{l} \text{入院期間が一年未満である者についての病床利用率} \end{array} \right)$$

## 2. 在院1年以上群

$$\left( \begin{array}{l} \text{当該都道府県の入院期} \\ \text{間が一年以上である年} \\ \text{齢階級別入院患者の数} \end{array} \right) \times \left\{ 1 - \left( \begin{array}{l} \text{厚生労働大臣の定める} \\ \text{当該都道府県の年齢階} \\ \text{級別年間退院率又は全} \\ \text{国の退院率の目標値} \end{array} \right) \right\} + \left( \begin{array}{l} \text{当該年において入院期間が} \\ \text{一年に達した入院患者の数} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{l} \text{退院する長期入院} \\ \text{患者数の目標値} \end{array} \right)$$

---

$$\left( \begin{array}{l} \text{入院期間が一年以上である者についての病床利用率} \end{array} \right)$$

## 3. 流出超過加算

都道府県外入院患者数を病床利用率で除して得た数の3分の1を限度に加算

※当該区域に住所を有するものの数が、(年齢階級別人口) × (年齢階級別精神病床入院率)の総和を下回る場合に加算可能。

# 精神病床における基準病床数の算定式の見直しについて

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

## 現状・課題

- 現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率（1年未満群）24%以下、②退院率（1年以上群）29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。
- この際、平成30年度から開始する医療計画と障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要（患者数）との整合性を図る必要がある。

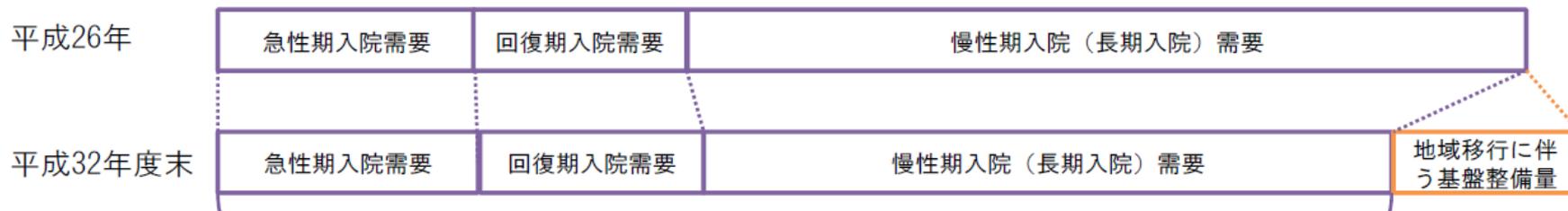
## 対応方針（新たな算定式への見直し）

- 平成30年度から開始する医療計画では、精神病床における基準病床数の算定式を以下の通り見直す。

### 新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要 (患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



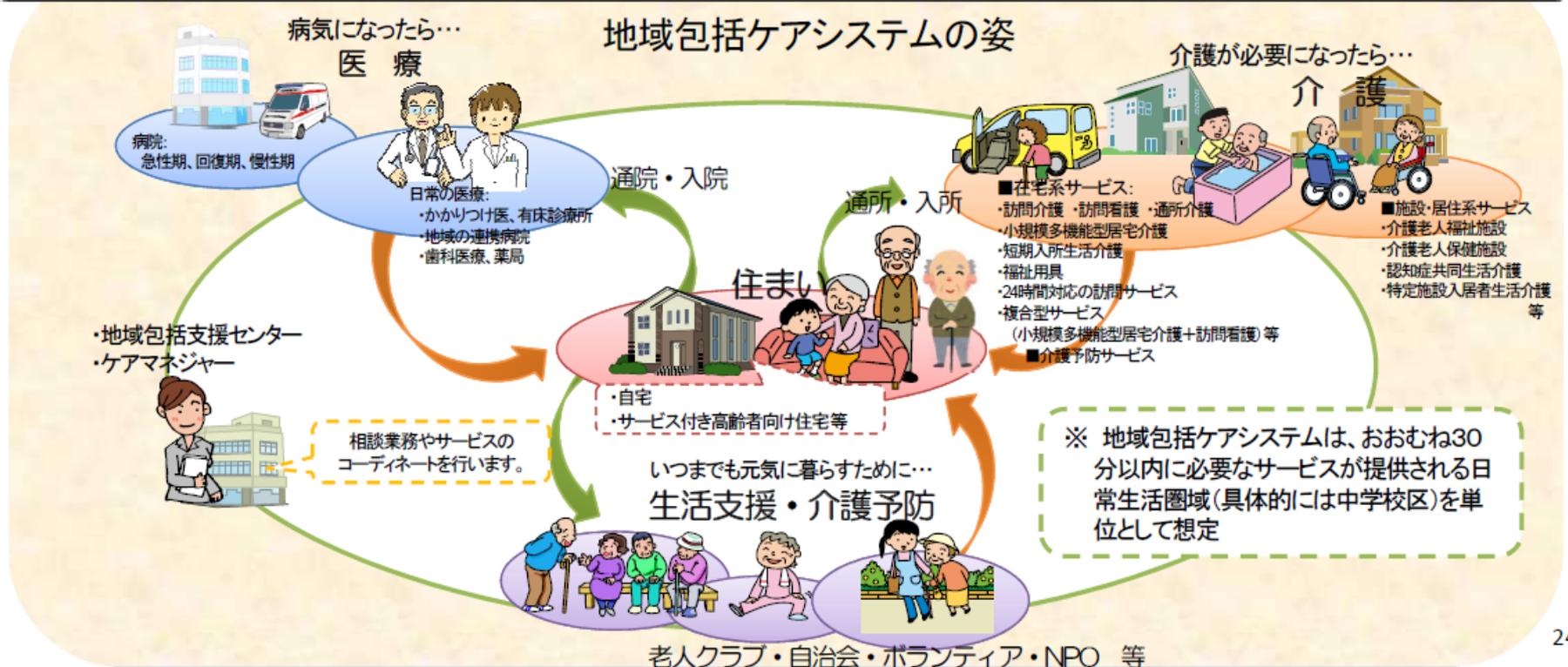
平成32年度末の入院需要（患者数）

※第7次医療計画の中間年において、第6期障害福祉計画と整合性が図られるように基準病床数を見直す。

②精神障害にも対応した  
地域包括ケアシステムの構築

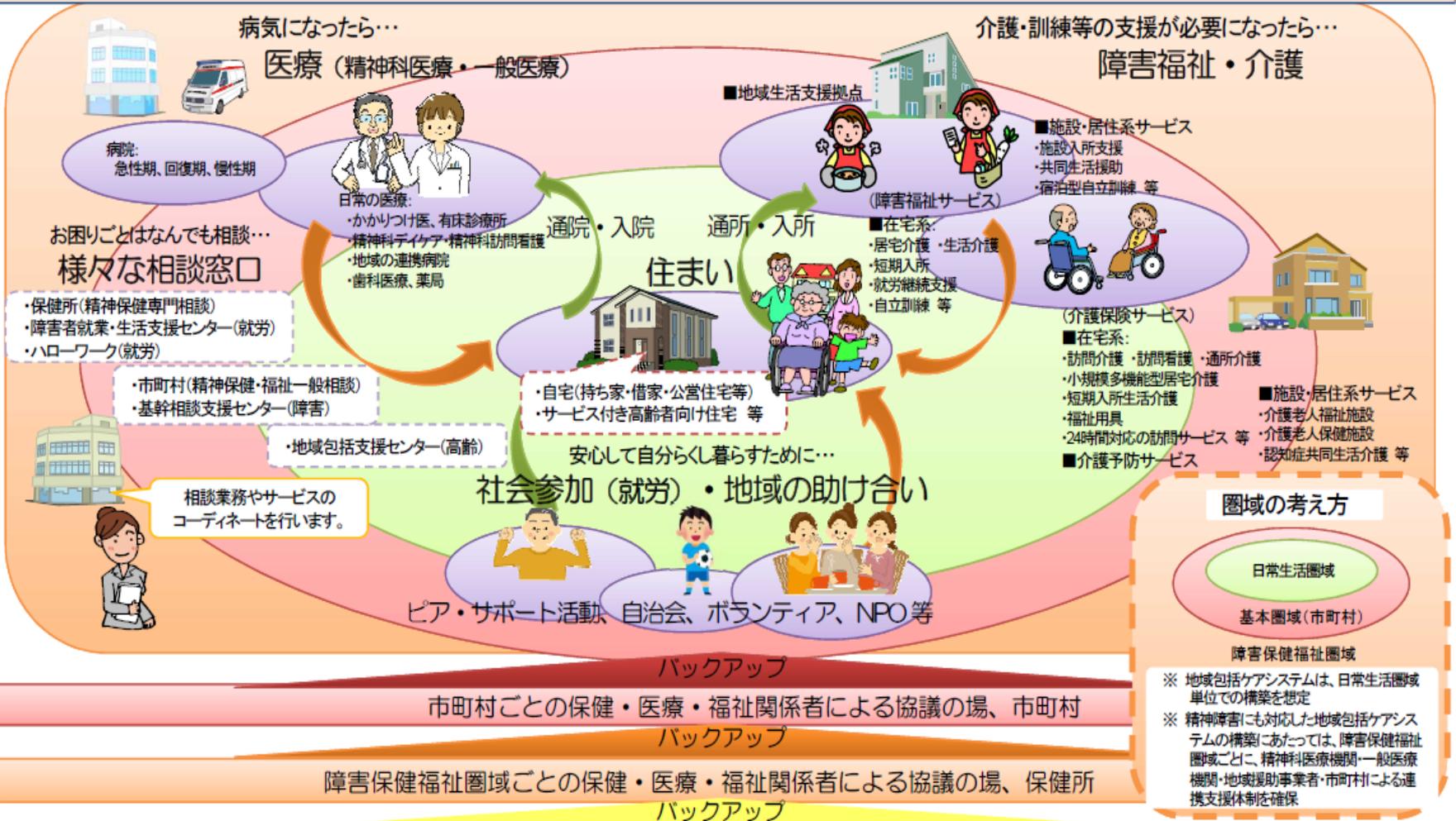
# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

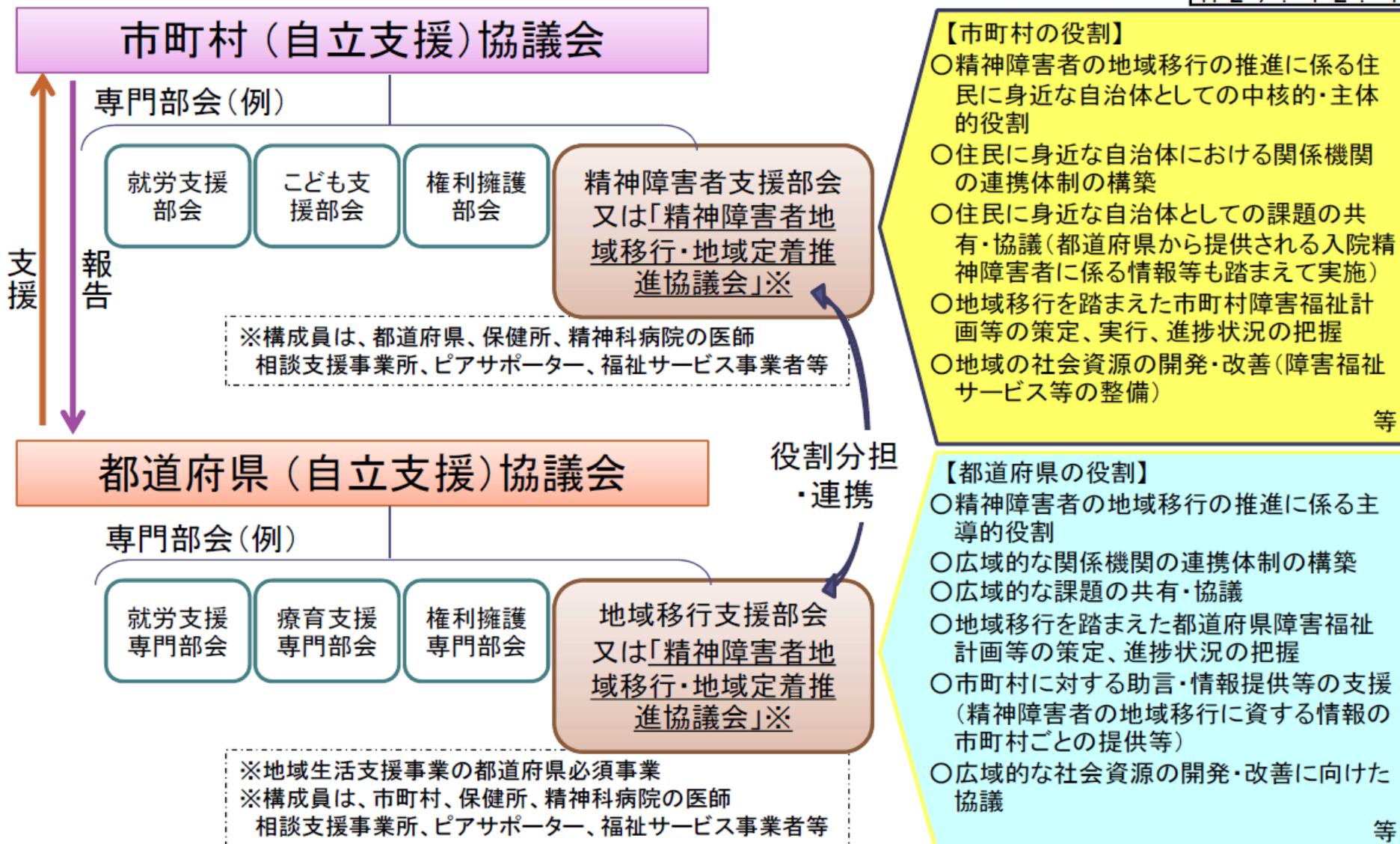
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



# 精神疾患に関連する各都道府県の圏域設定の状況について

(平成28年10月31日現在)

都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	3	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	152	354	343	1,741



※精神障害者地域移行・地域定着推進協議会について、既存の(自立支援)協議会を活用することは差し支えない

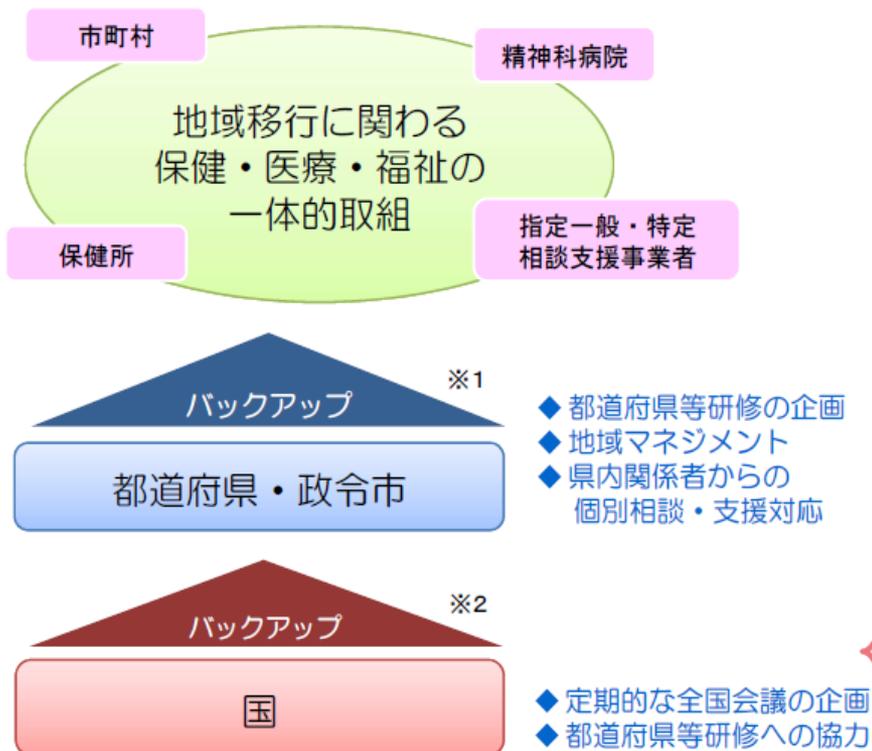
## 精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割(イメージ)

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 (1718市町村)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割</li> <li>○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築</li> <li>○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施)</li> <li>○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備)</li> <li>○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整</li> </ul>
・二次医療圏域 ・保健所圏域 (490箇所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神科病院からの地域移行の推進</li> <li>○圏域における医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理</li> <li>・圏域における入院患者の実態把握、課題分析</li> <li>・地域移行の考え方・課題の共有(精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して)</li> <li>・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○市町村支援(助言、情報提供等)</li> <li>○個別事例の広域調整</li> </ul>
都道府県 (47都道府県)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割</li> <li>○広域的な医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○広域的な関係機関の連携体制の構築</li> <li>○庁内関係部局(医療、福祉、介護、教育、雇用、居住支援等)との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働</li> <li>○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議</li> <li>○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等)</li> <li>○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議</li> </ul>

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター(69箇所)が行う。

## 精神障害者の地域移行の推進

- 長期入院精神障害者の地域移行推進のため、都道府県等(都道府県・政令市)の実践的な取組を共有するとともに、他の都道府県等とのネットワーク形成を支援することにより好事例の横展開を図る
- 都道府県等において、関係者による協議の場の設置、ピアサポーターの活躍の場の拡大、地域移行に取り組む人材の育成、市町村支援の強化等に関する取組を推進する



※1 障害者総合支援法第2条第2項第1号

第2条第2項 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

第1号 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。

※2 障害者総合支援法第2条第3項

第2条第3項 国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他この法律に基づく業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

○平成28年3月2日「中核的人材育成研修フォローアップ会議」(44自治体、161名の参加)

<プログラム>

【報告】テーマ「自治体における人材育成・地域移行の取組」  
(熊本県、沖縄県、相模原市)

【講義】「地域移行を進めるために保健所を中心とした取組」  
(兵庫県豊岡保健所 所長 柳 尚夫 氏)

【講義】「岡山県における多職種アウトリーチチームを活用した地域マネジメントの試み」  
(岡山県精神保健福祉センター 所長 野口 正行 氏)

【演習】「実効性のある地域移行支援と人材育成の進め方」  
(特定非営利活動法人 じりつ 代表理事 岩上 洋一 氏)

【演習】「次年度の人材育成・地域移行の取組」

資料掲載ホームページ:

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044473.html>

○平成28年6月30日「精神障害者の地域移行担当者等会議」(60自治体、218名の参加)

<プログラム>

【報告】「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」

【発表】「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会(協議会の専門部会含む)の設置の進め方と課題」

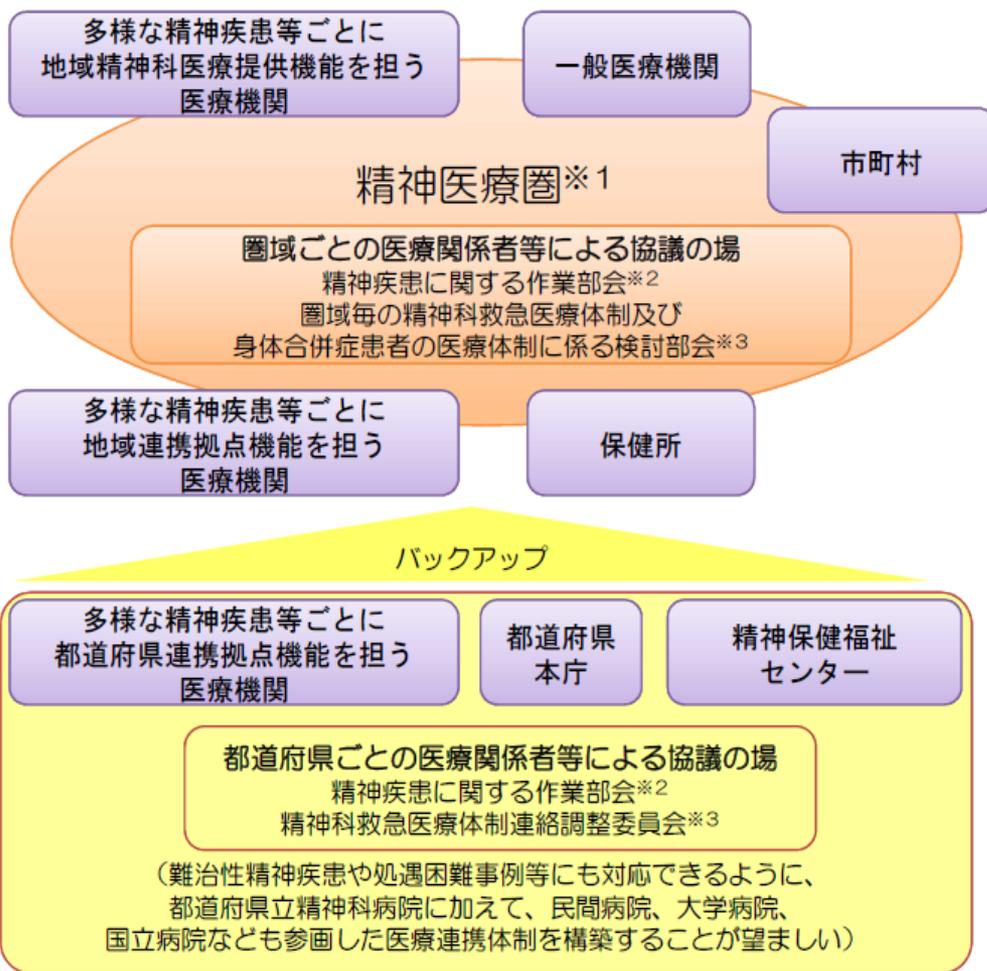
【講義】「地域移行を進めるための仕組み作り～保健所と事業者とピアの協働～」

【演習】「実効性のある地域移行支援を推進するために」

# ③多様な精神疾患患者等 への対応

# 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



## 精神医療圏における関係機関の役割

### 【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る)

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

地域精神科医療の提供

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
- ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整

〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

## 三次医療圏における関係機関の役割

### 【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る)

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の都道府県拠点、
- ②情報収集発信の都道府県拠点、
- ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援(個別相談、人材育成等)

〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

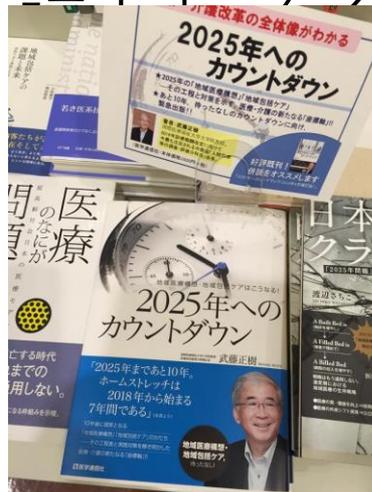
## 精神保健福祉法に基づく指針と医療計画について

	<b>精神保健福祉法に基づく指針</b> (良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成26年3月7日))	<b>医療計画</b> (精神疾患の医療体制の構築に係る指針(平成24年3月30日))
概要	本指針においては、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者(国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう。)が目指すべき方向性を定める。	本指針では、「第1 精神疾患の現状」で精神疾患の疫学や、どのような医療が行われているのかを概観し、「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。 都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。
多様な精神疾患等に係る記載内容	「多様な精神疾患・患者像への医療の提供」として、下記の疾患等について記載。 1 児童・思春期精神疾患 2 老年期精神障害等 3 自殺対策 4 依存症 5 てんかん 6 高次脳機能障害 7 摂食障害 8 その他必要な医療 ア 災害医療 イ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療	児童精神医療(思春期を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保すること等を求めている。 また、精神科救急医療、身体合併症、うつ病及び認知症についての記載を求めている。

# 2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• 2015  1 発刊  
アマゾン売れ筋  
ランキング瞬間風速第一位！



# まとめと提言

- 第6次医療計画で精神疾患が加わった  
身体疾患と同様にクリティカルパスが導入
- 第7次医療計画が2018年から始まる
- 第7次医療計画の課題は以下
  - ・地域医療構想、地域包括ケアシステム
- 精神科の医療計画においても地域構想、地域包括ケア  
の考え方が導入された
- 地域医療計画は2018年の同時改定にも影響を与える  
だろう

# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[mutoma@iuhw.ac.jp](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)