

# 医療計画見直しと精神疾患



国際医療福祉大学大学院教授  
武藤正樹

# 目次

- パート 1
  - 医療計画見直し
- パート 2
  - 第7次医療計画と課題
- パート 3
  - 第7次医療計画と精神疾患
- パート 4
  - 英国の認知症国家戦略





# パート1 医療計画の見直し



医療計画とは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。	○ <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

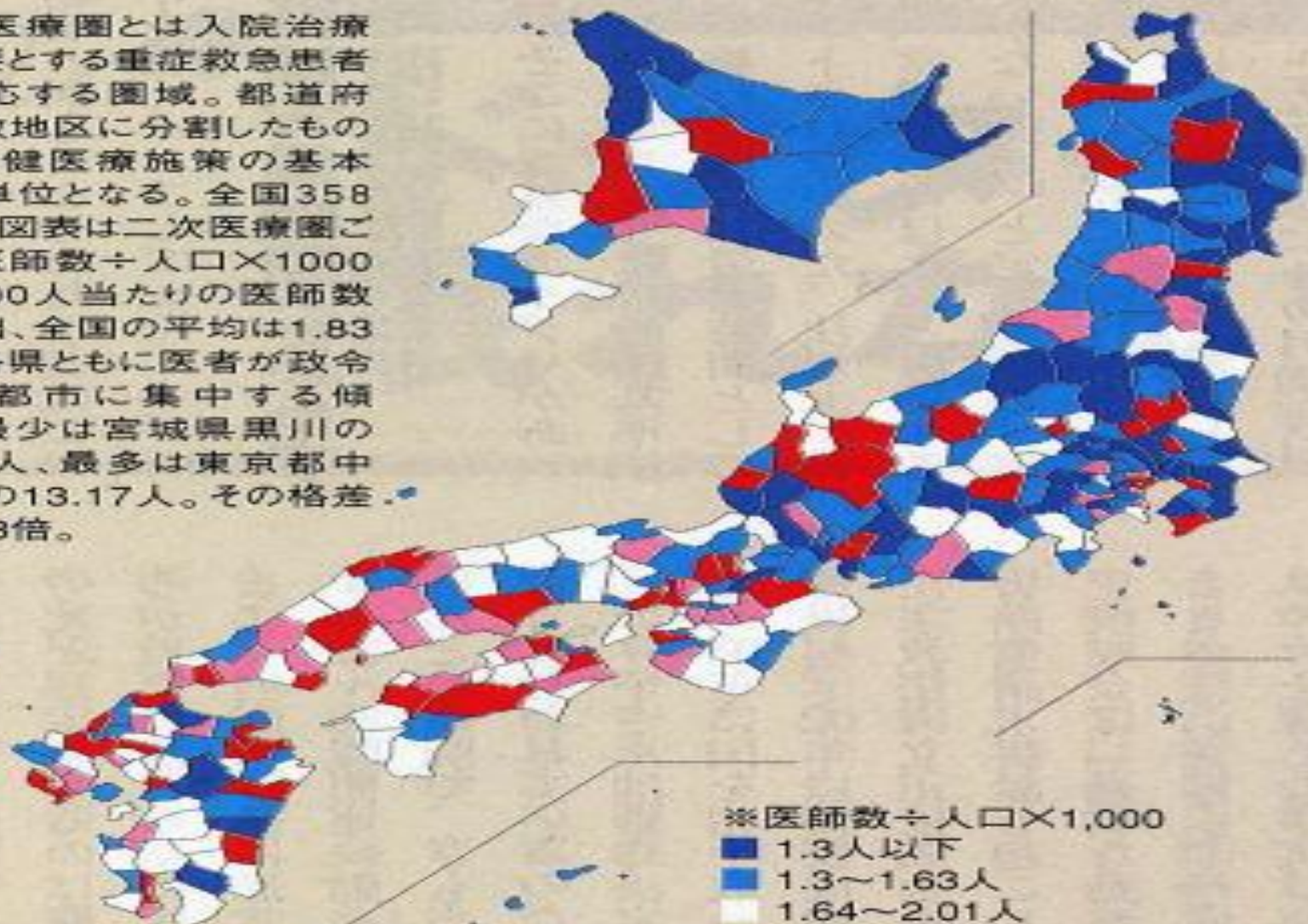
普段からの健康相談が受けられる、かかりつけ医を中心とした地域医療体制の確立を目指した医療圏

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

# 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

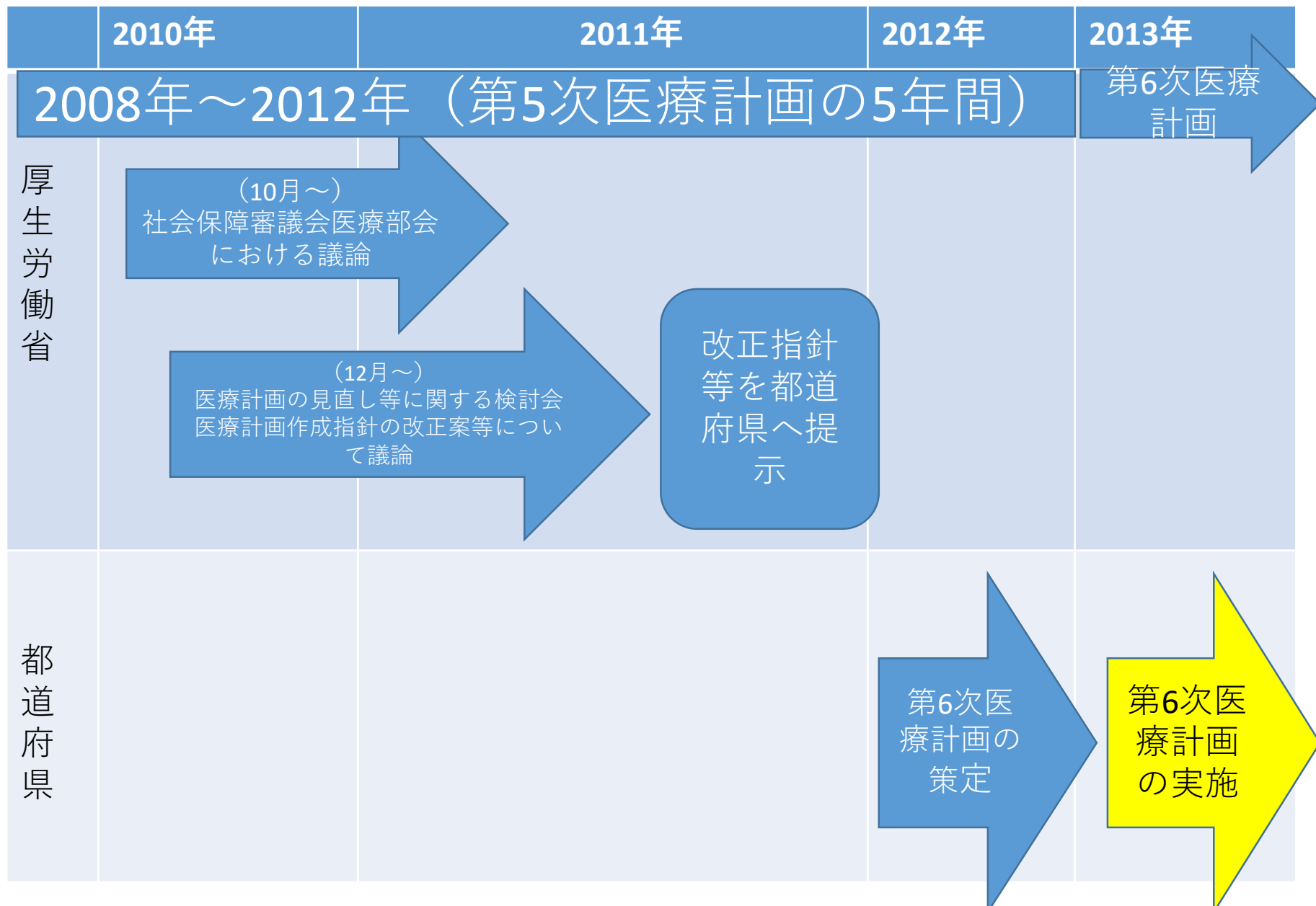
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

## • 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



# 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

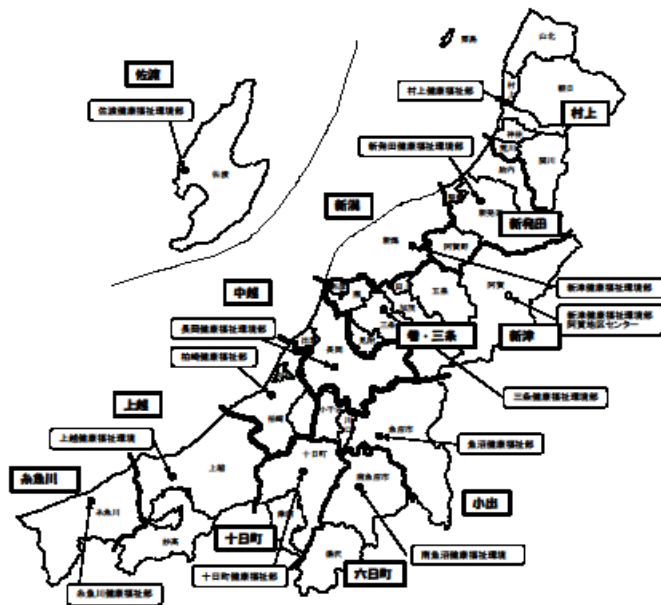
- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする
- 1985年第1次医療法改正で導入
- 3次医療圏
  - 都道府県単位 52医療圏（北海道6医療圏）
  - 特殊な医療を提供（高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等）
- 2次医療圏
  - 349医療圏（2010年4月現在）
  - 一般の入院医療に係わる医療を提供
  - 地理的条件、患者需要、交通事情等

# 2次医療圏見直し

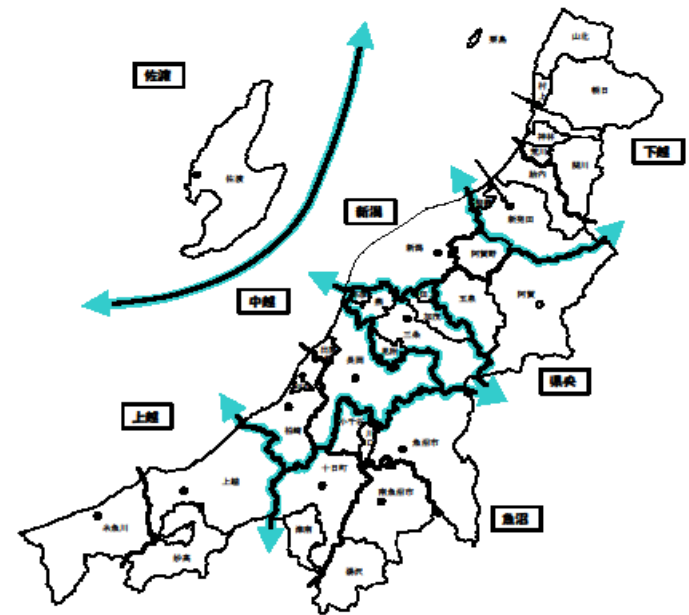
- 見直しの背景
  - 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備
  - 市町村合併の進展で13圏域の過半数が1～2市町村で構成、二次医療圏（広域市町村圏）の趣旨に合わなくなってきた
- 二次医療圏の見直し（新潟県の例）
  - 13圏域（1987年）→ 7圏域（2006年）

# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域（1987年）→ 7圏域（2006年）

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



平成の市町村大合併を機に見直した

二次医療圏名

新しい二次医療圏

二次医療圏名

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)

87医療圏  
見直し該当

# 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

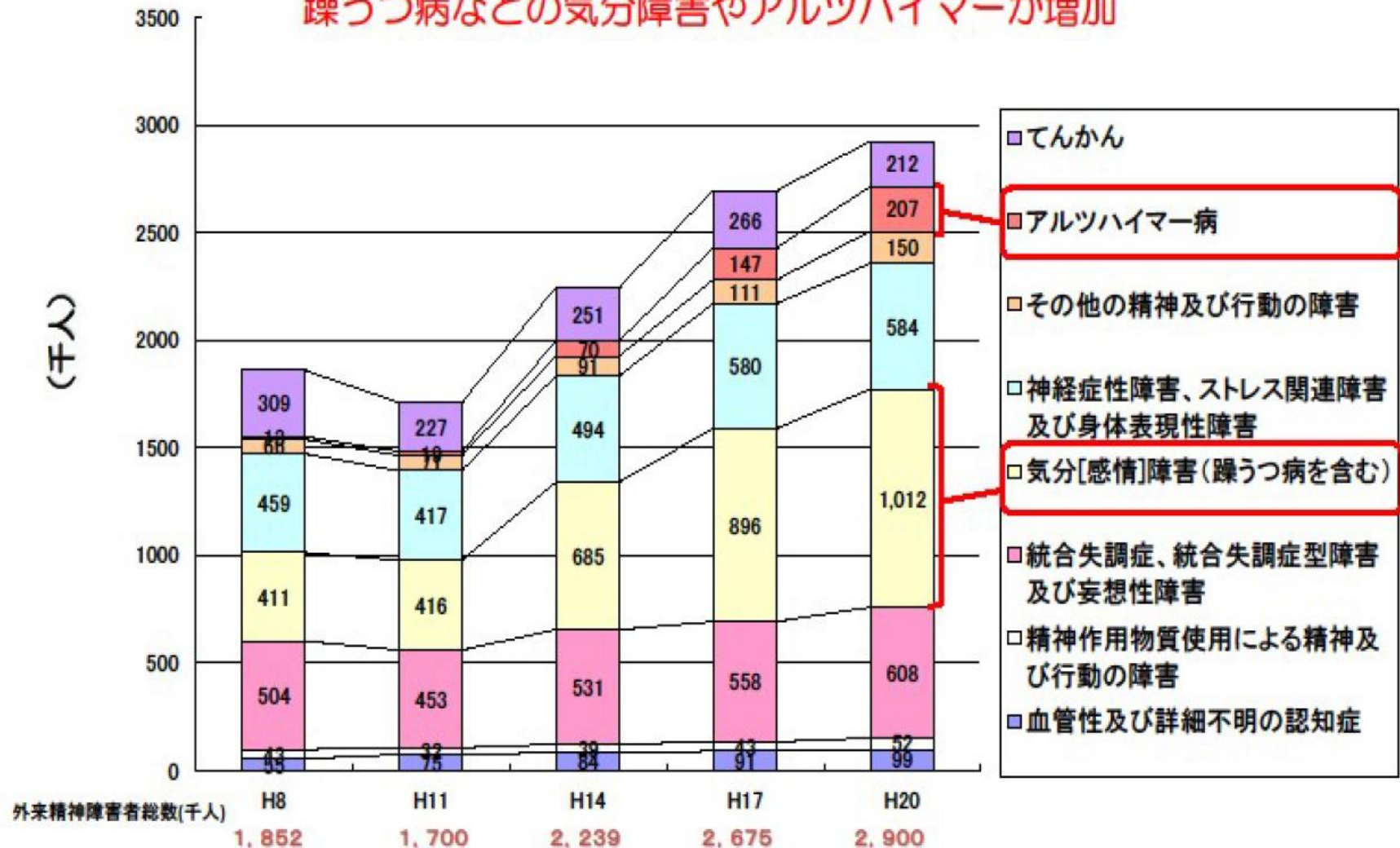
2次医療圏見直し

- 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

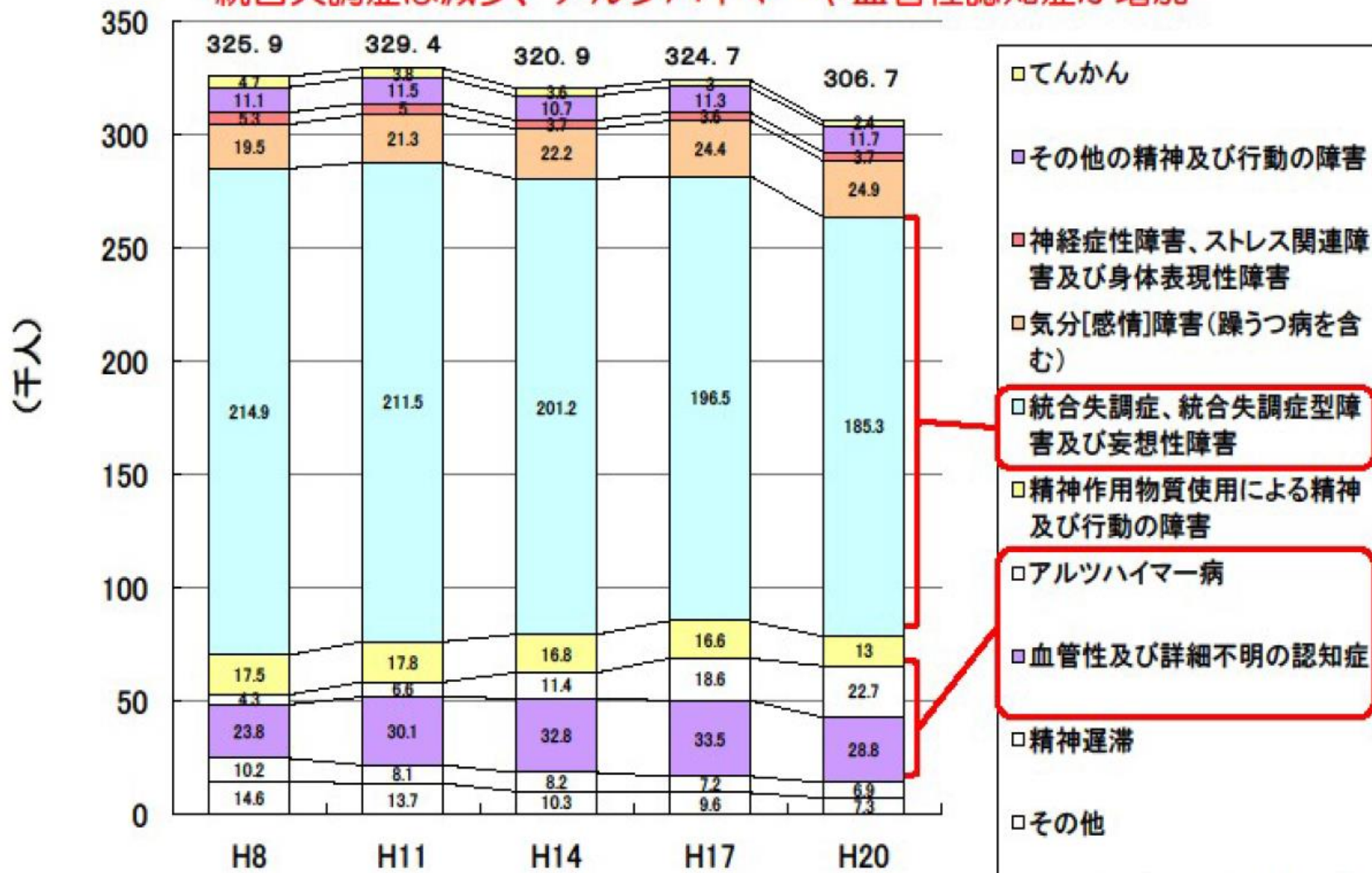


資料：患者調査



# 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構築に係る指針について



# 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	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px; text-align: center;">地域連携クリティカルパス導入率(P) (GP連携、退院支援 等)</div> 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	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  
第7次医療計画と課題

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)

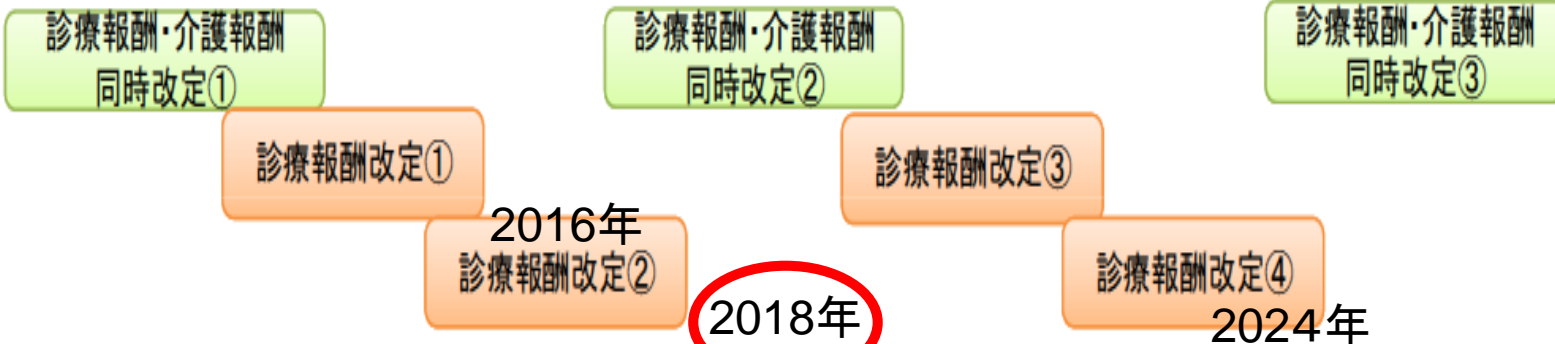
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

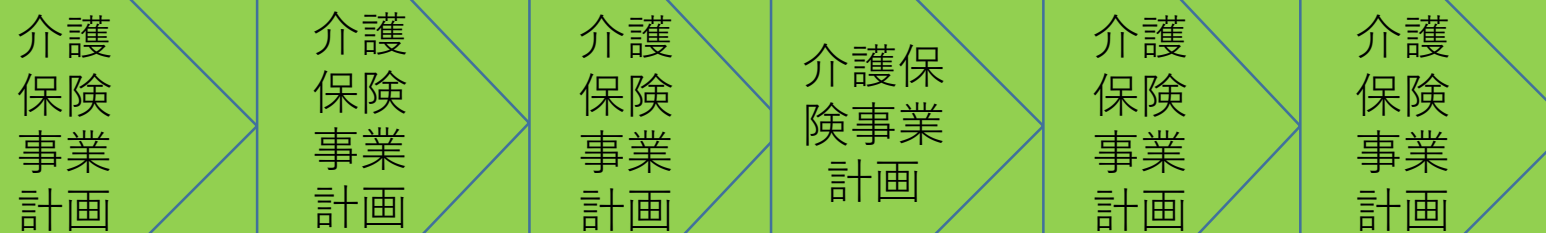
報酬改定



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)



A high-angle photograph of a large, formal assembly hall. The room features a high, dark wood-paneled ceiling and walls. The floor is covered with rows of green upholstered seats, many of which are occupied by people. The attendees are dressed in formal attire, including suits and dresses. The overall atmosphere is that of a significant event or ceremony. The text is overlaid in the center of the image.

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(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)

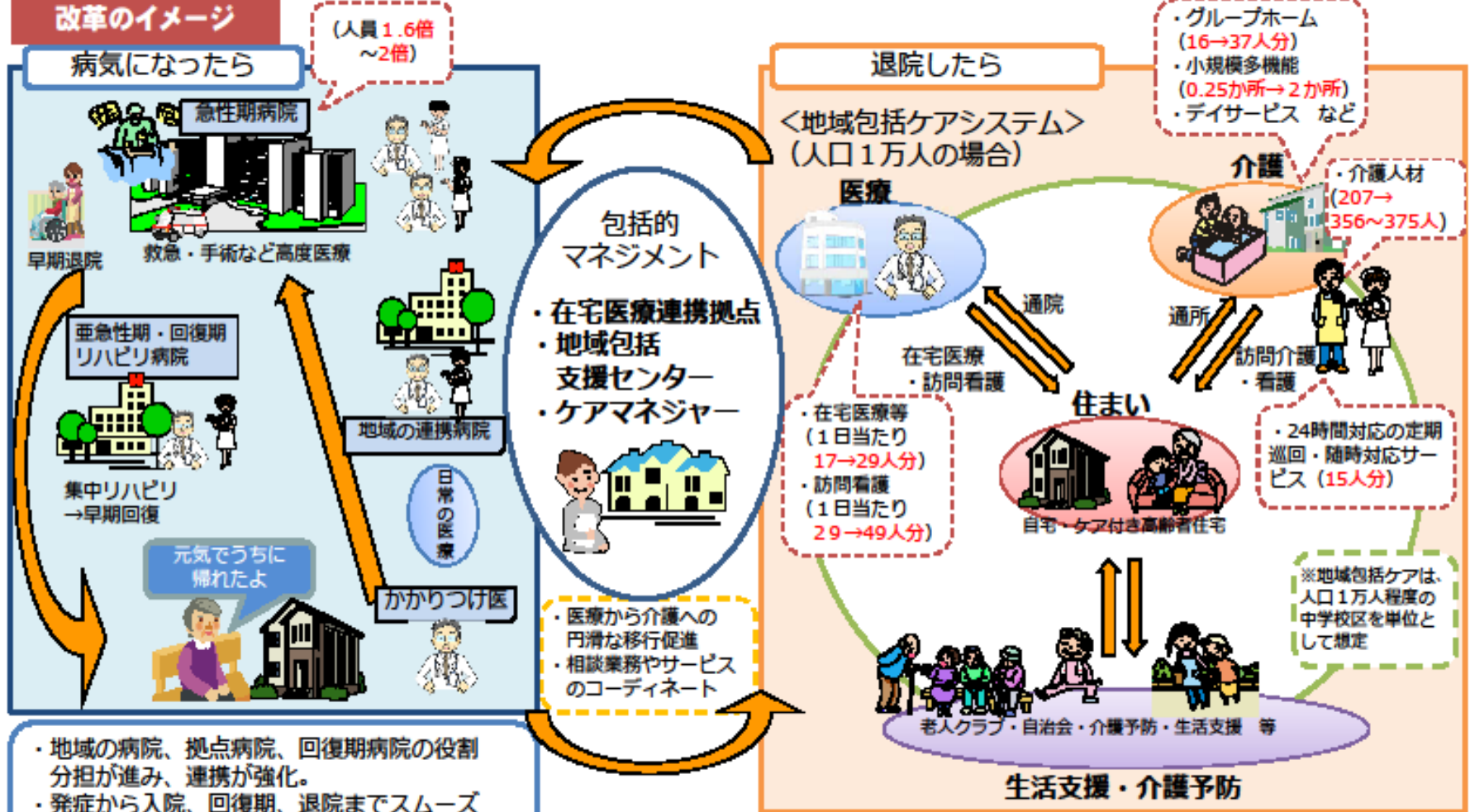
## 改革の方向性 ②

## 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

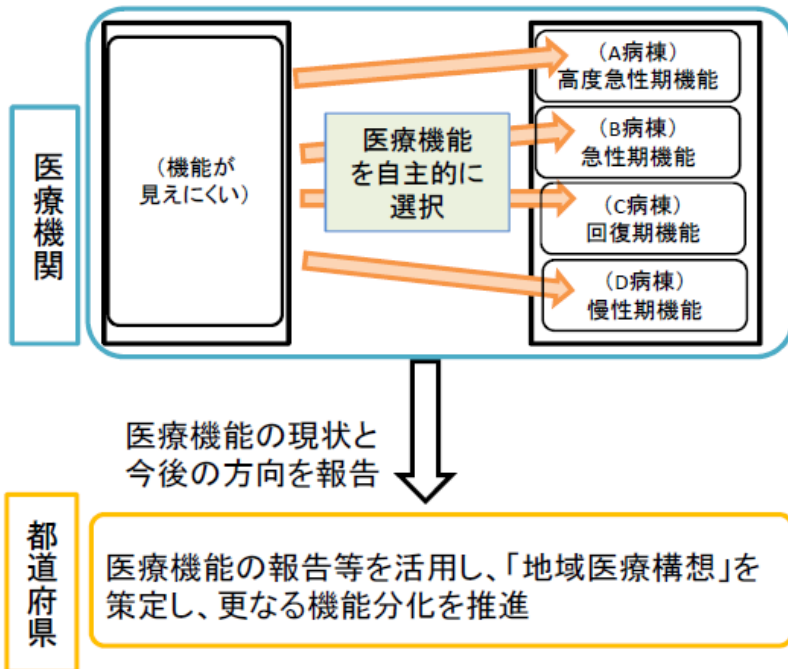
※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

# 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

# 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。

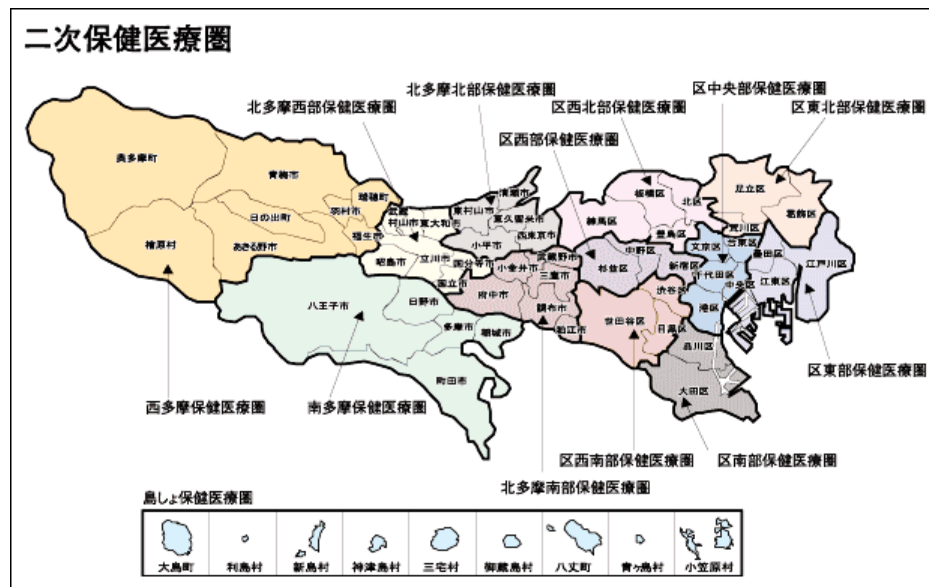
# 第7次医療計画の課題

- 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



# 課題①

## 医療圏見直し



## 地域医療構想区域について

### 考え方

- 地域における病床機能の分化及び連携を推進するため、二次医療圏を基本とするとされている。
- その上で、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して一体の区域として認められる単位。

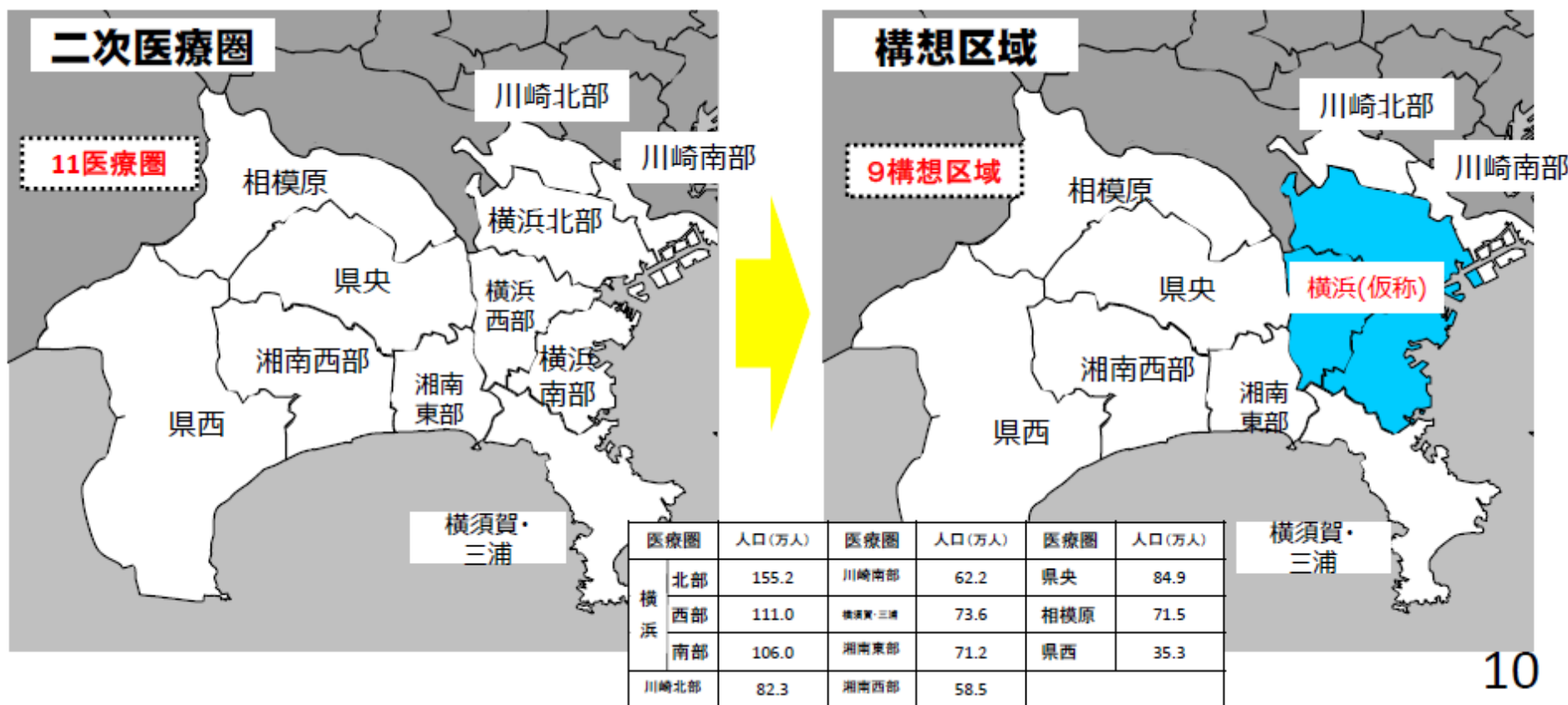
### 地域医療構想区域が有する役割等

- 将来の病床数の必要量(必要病床数)を設定する地域的な単位。
- 構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を設置し、関係者との連携のうえ、地域医療構想の実現のための方策を協議。

# 地域医療構想区域の設定状況

## 神奈川県内の構想区域設定の考え方

- 横浜市内に存在していた3つの二次医療圏を1つに広域化。
- 横浜市内の他の二次医療圏の医療機関へのアクセスや、医療資源のバランスのとれた整備が今後も行われることが想定され、在宅医療等の推進を念頭に老人福祉圏域と整合を図る必要があることから、見直しを実施。



# 兵庫県は疾患ごと、事業ごとに構想区域を分けた

兵庫県には2次保健医療圏域は10圏域あるが、疾患・事業ごとに地域の実情に応じて圏域を柔軟に設定している。

- ・心筋梗塞、脳卒中医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち阪神北と丹波を1つとした9圏域
- ・救急医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち但馬を北但馬、西南但馬の2つに、東播磨を東播磨と明石の2つに分けた12圏域
- ・2次小児救急医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち阪神北を2つに分けた11圏域
- ・周産期医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち神戸と阪神北の一部を、阪神北の一部と阪神南を、北播磨と東播磨を中播磨と西播磨をそれぞれ統合した7圏域

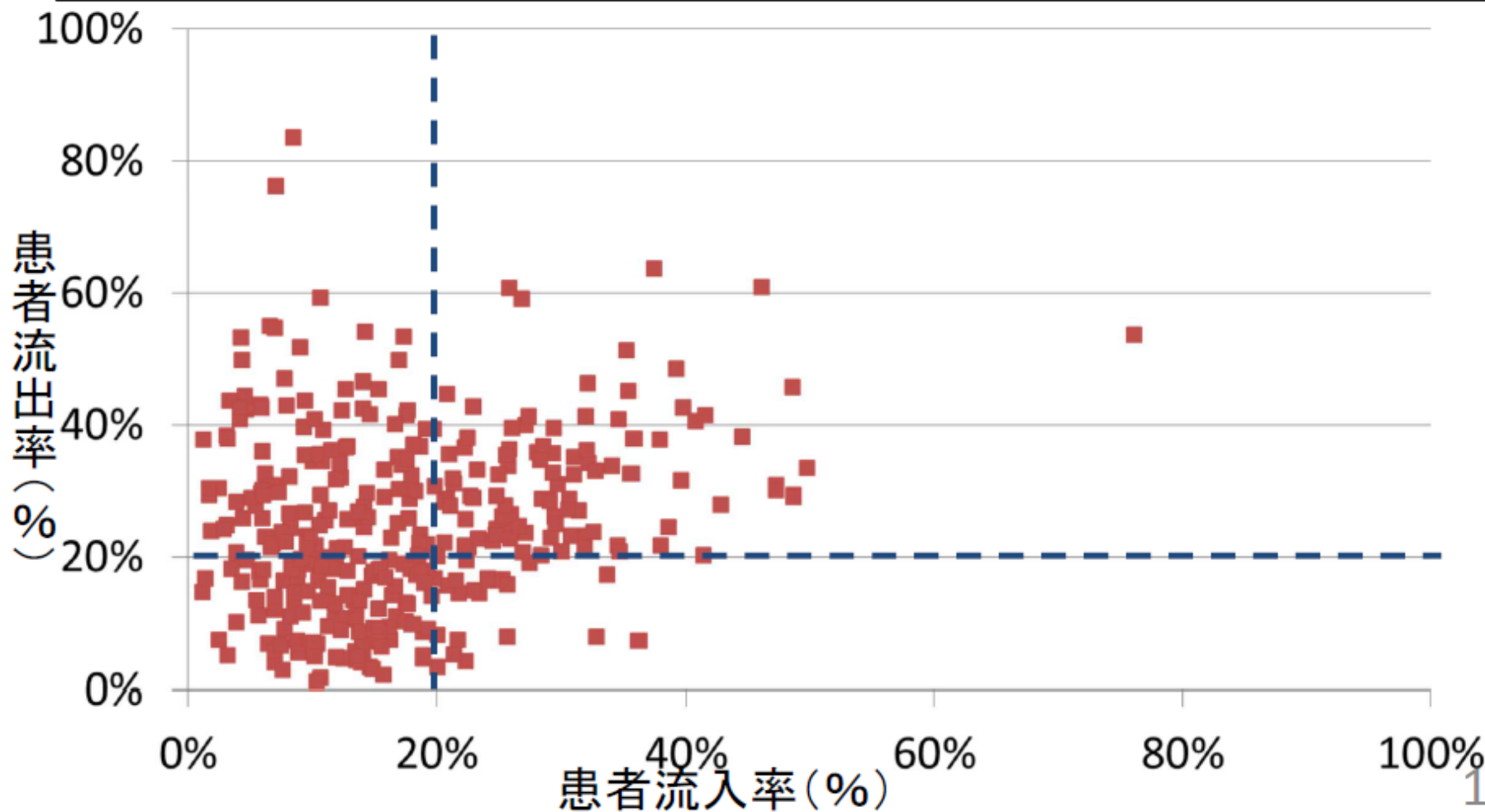


※は同一医療圏



## 地域医療構想の推計値に基づく医療圏間の流出入の状況

- 医療圏見直しの基準を地域医療構想の推計結果(2025年)に当てはめると、**90医療圏**が該当。人口減少により、基準に該当する医療圏が増加。
- このうち、前回の医療計画見直し時においても、医療圏見直しの基準に該当した医療圏は、**69医療圏**。



# 脳卒中・急性心筋梗塞の患者に対する人口カバー率

## 分析に用いたデータ

アクセスマップと人口カバー率 (国立がん研究センター: 石川ベンジャミン光一氏作成)

○平成25年の公開 DPCデータ及び各DPC病院までの移動時間を基に、疾患分類ごとに病院までの搬送時間による人口カバー率を解析したもの。

○本データは、各都道府県に配布している医療計画策定支援データブックに掲載。

(注)このデータはDPC病院を対象としたものであり、地域全ての状況を示すものではない

## 分析方法

- ① DPC6桁:010060(脳梗塞)、050030(急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞)について、最寄りのDPC病院までの搬送時間が30分以内の人口カバー率を医療圏ごとに算出。
- ②算出した医療圏ごとの30分以内人口カバー率と医療圏人口を軸として、人口規模ごとにカバー率の分布図を作成。

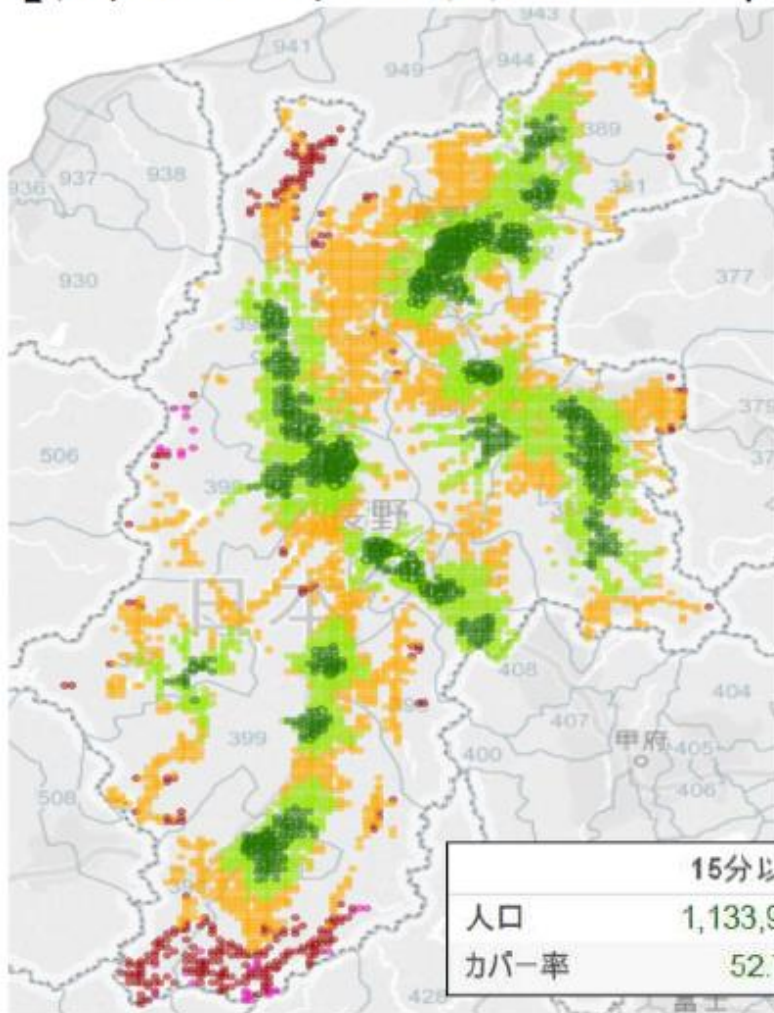
## 分析結果

○人口規模が小さくなるにつれて、短い時間でアクセスを確保できる医療資源の配置が乏しい。

○脳梗塞に対するアクセスは確保できているが、心筋梗塞ではアクセスが悪い医療圏がみられた。

# ツールから取得できるデータの例

## 【アクセスマップと人口カバー率】



### 概要

- 指定した地域単位において、疾患ごとの人口カバー率を地図情報にプロットしたもの。  
(図は長野県における脳梗塞の例)
- 今回の分析においては、30分以内の人口カバー率について、344医療圏の状況の分析を行った。

	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	1,133,998	712,874	293,042	12,490	165
カバー率	52.7%	85.8%	99.4%	100.0%	100.0%

## 課題②

基準病床見直し



# 基準病床数制度について

## 目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

## 仕組み

### ○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている

### ○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

#### 病床数の算定に関する特例措置

- ① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定
- ② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

# 基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷

第一次医療法改正以前 (※病床規制の対象は公的医療機関等のみ)

「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (各市町村の区分に応じて厚生大臣が定める数値)

第一次医療法改正(S60)(医療計画制度の創設)

「その他の病床」の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

第四次医療法改正(H12)(「その他の病床」を一般病床と療養病床に区分)

「一般病床+療養病床」の基準病床数(\*) =  
((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

\* 病床種別の届出期間中(~H15.8.31)は、経過措置として、  
「一般病床+療養病床」+「その他の病床(診療所の療養型病床群を含む)」の基準病床数

新算定式の導入(H18. 4. 1)

○ 一般病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

○ 療養病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等に対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

# 現行の基準病床数(一般・療養)の算定式

※現行の算定式は、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成17年厚生労働省令第119号)により変更され、第5次医療計画から適用。

二次医療圏ごとに①、②、③の合算値を基準病床数として算定

## ①一般病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

## ②療養病床

直近の病院報告における年間の病床利用率

平均在院日数は直近の病院報告の平均在院日数から5年間で10%減とする

$$\left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別長期} \\ \text{療養入院・入所需要率} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

※①、②の算定については、二次医療圏ごとに流出入を加味し病床数を算出するが、その都道府県単位の合計数は、流出入がないとして積み上げた都道府県単位の合計数を超えることができない。

## ③流出超過加算

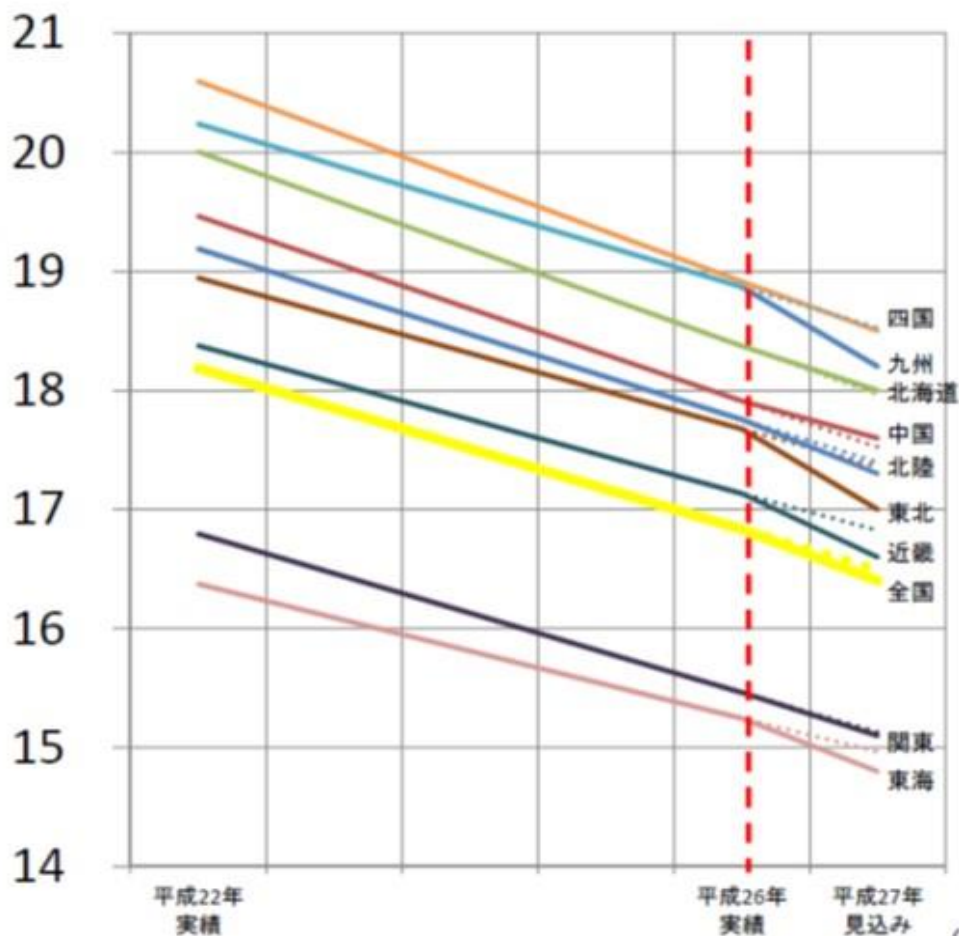
都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算



# 基準病床の算定における平均在院日数について

(単位:日)

— (実線):平成22年実績から、1割短縮を見込んだ推移  
 ..... (点線):平成22年実績と平成26年の実績を延長した場合の推移



	平成22年 実績	平成26年 実績	平成27年		①-②
			①短縮見込み	②実績推移反映	
全国	18.2	16.8	16.4	16.5	-0.10
北海道	20.0	18.4	18.0	18.0	0.03
東北	18.9	17.7	17.0	17.4	-0.36
関東	16.8	15.5	15.1	15.1	-0.03
北陸	19.2	17.8	17.3	17.4	-0.10
東海	16.4	15.2	14.8	15.0	-0.17
近畿	18.4	17.1	16.6	16.8	-0.22
中国	19.5	17.9	17.6	17.5	0.08
四国	20.6	18.9	18.5	18.5	0.01
九州	20.2	18.9	18.2	18.5	-0.33

- 一般病床の基準病床数の算定に用いる平均在院日数については、医療計画作成時の直近の統計調査(現行では平成22年病院報告)を基に、平均在院日数の1割短縮を見込んだ上で、地方ブロックごとに算定している。
- 左記グラフは、過去4年間の平均在院日数の推移と現行の医療計画期間の平均在院日数の短縮見込みをプロットしたもの。
- 例えば、東海ブロックにおいては、平均在院日数の見込みほどには、実際の平均在院日数の短縮(実線)は見込めないことが推測される。
- ただし、ブロックごとにその傾向は異なる。

(病院報告から)



# 平均在院日数のブロック差

- 平均在院日数の地域ブロック差
  - 東北や近畿、九州では平均在院日数は想定どおり短縮していない
  - 逆に想定より早いスピードで短縮している地域もある
- このため平均在院日数は、地方ブロックごとの経年変化を踏まえた日数を設定することになった
  - その際、平均在院日数が全国平均を下回る場合は当該ブロックの直近6年の短縮率を用い、上回る場合は「全国値+ $\alpha$ 」と当該ブロックの直近の短縮率を比較し、より高い短縮率を用いることになった。
  - 「 $\alpha$ 」は地域差を是正するために適した値で、今回は1%とした。
- 病床利用率
  - 一般病床の分では76%を下限に、療養病床の分母では90%を下限とすることになった。
  - (これまで一般病床は80%、療養病床は93%)

基準病床数と  
地域医療構想の  
必要病床数との関係

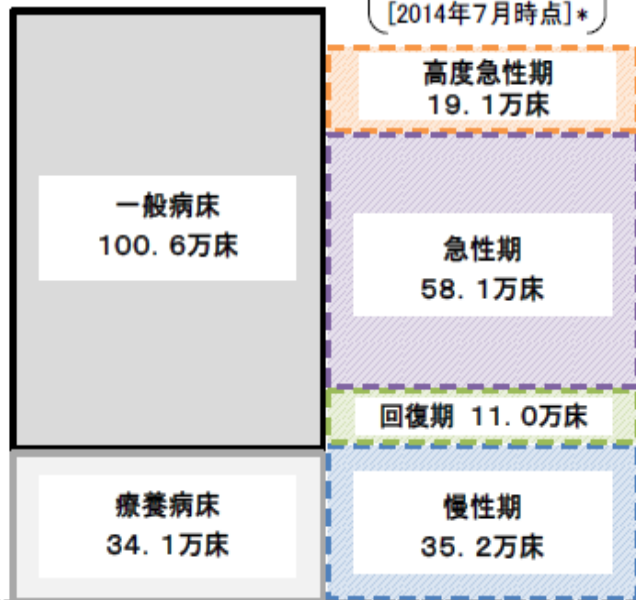
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

### 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

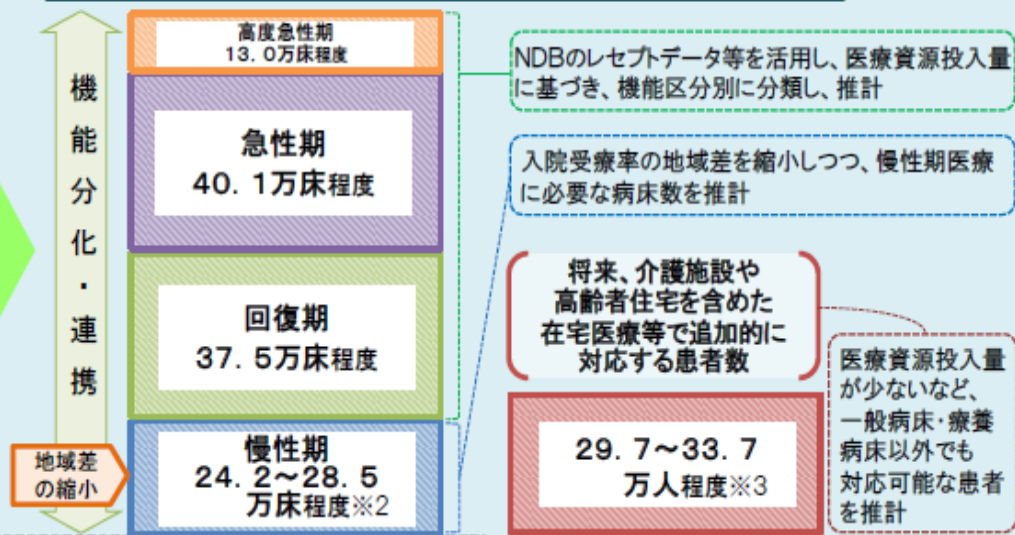
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



### 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等を行わないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1

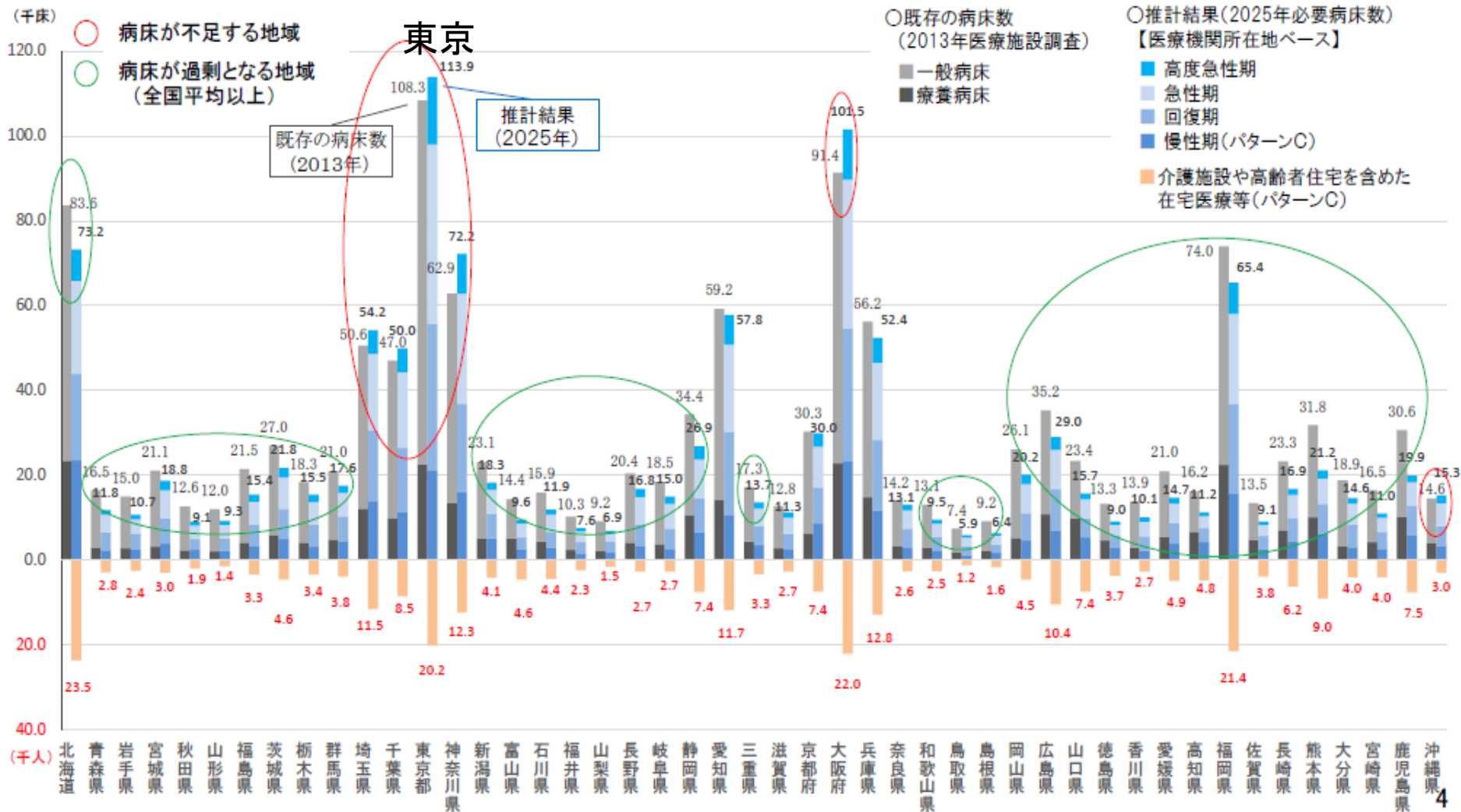


\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。  
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。





# 2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

## 大阪府の地域医療構想より抜粋

### 6 必要病床数と病床機能報告の比較

○病床機能報告は、医療法に基づき毎年度(平成 26 年～)医療機関が病棟単位で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの医療機能の中から 1 つずつ選び都道府県に報告を義務付け。

○必要病床数と病床機能報告数とを毎年度比較検討し、不足する医療機能の充実を検討、協議する。

- ・現状では、高度急性期と慢性期は、ほぼ均衡。急性期は過剰、回復期は大きく不足。
- ・今後、不足する回復期機能の充実が必要。

・府内では約 9 割が民間医療機関であり、公民における構想区域単位での医療機関の自主的な取組みの協議により充足を図っていく。

(医療施設調査平成 26 年 10 月 1 日現在)

民間病院の割合	医療機関数	病床数
大阪府	90.6%	80.2%
全国	81.6%	71.1%

○また、必要病床数と現状の病床機能報告数とを比較すると平成 37 年(2025 年)には約 1 万床が不足する推計結果。

- ・現状では、既存病床数が、保健医療計画に定める基準病床数(医療法に基づく算定数)を超えるため増床はできない。

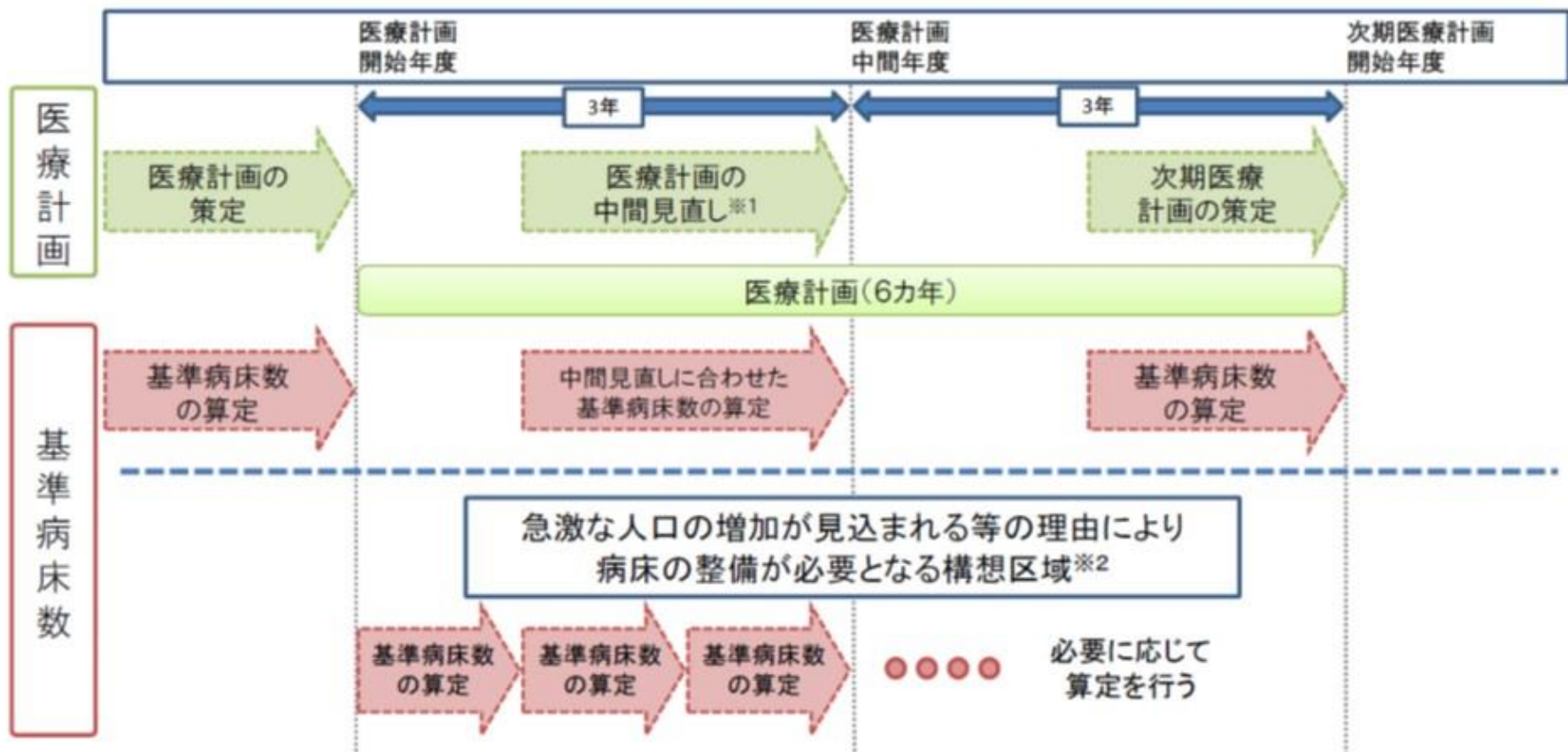
医療機能	平成 37 年(2025 年) 必要病床数(床)	平成 26 年 7 月 病床機能報告(床)	差引 (床)
高度急性期	11,789	11,587	△202
急性期	35,047	43,635	+8,588
回復期	31,364	7,262	△24,102
慢性期	23,274	22,987	△287
計	101,474	85,471	※△16,003
(未報告含む)		(91,378)	(△10,096)

※病床機能報告では約 6,000 床が未報告又は無回答

# 地域医療構想に関する ワーキンググループ







※1 医療法第30条の6 都道府県は、3年ごとに第30条の4第2項第6号に掲げる事項及び次の各号に掲げる事項のうち同号に掲げる事項その他厚生労働省令で定める事項に関するもの(次項において「居宅等医療等事項」という。)について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。

一 第30条の4第2項各号(第6号を除く。)に掲げる事項

二 医療計画に第30条の4第3項各号に掲げる事項を定める場合にあつては、当該各号に掲げる事項

※2 既存病床数が基準病床数を上回り(病床過剰地域)、かつ病床の必要量が基準病床数を上回る、という状況が想定される構想区域。



# 課題③5疾患・5事業

- 第6次医療計画では5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）＋在宅医療
- 第7次医療計画でも5疾患、5事業を引き継ぐ
- 第7次医療計画では、「5疾病・5事業」に追加して、口コモティブ・シンドロームとフレイルが検討対象として上がった。いずれの対策も重要という点では委員の意見は一致したが、「5疾病・5事業」への追加は見送られた。
- ただ、都道府県が必要と認める場合には対策を盛り込むことができ、フレイル等の対策は「保健・医療・介護（福祉）の総合的な取り組み」として記載することになる。

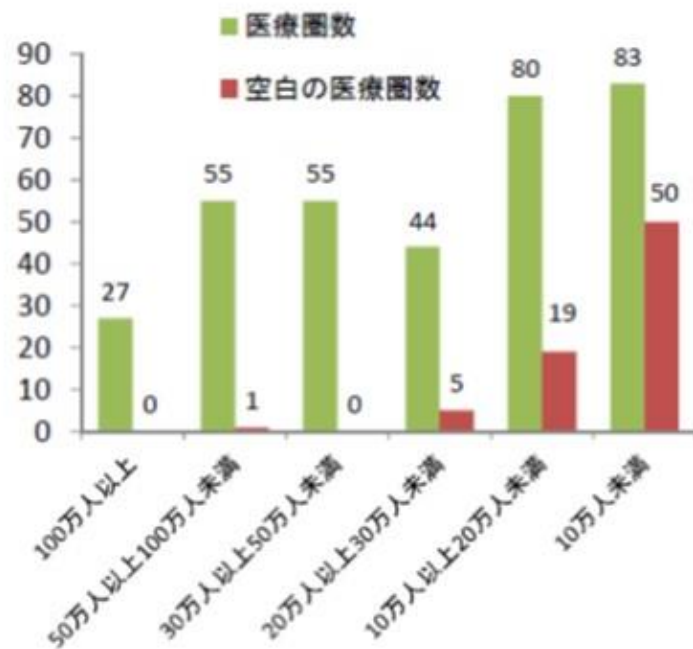
# がん

- がん診療の均てん化

- がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院の整備により、これまでの拠点病院空白2次医療圏は2014年4月108か所あったものが、2016年4月にはその数は75か所に減少した。
- 一方、最新のゲノム医療や高度な放射線治療機器（粒子線治療機器）などをすべての拠点病院で実施する体制の整備は非現実的であることから、これらの拠点施設の連携や集約化も必要とされた。
- このため医療計画の進捗を評価するための指標としては「拠点病院のない2次医療圏における地域がん診療病院の整備状況」を追加する。
- さらに現在例示している「診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスを整備している医療機関数」を「地域連携クリティカルパスに参加している登録医療機関数および適応患者数」に改める必要性も指摘された。
- がん対策の具体的内容については「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行う。

# 全国における空白の二次医療圏の分布状況

○ 地域がん診療病院の設置によって、全国的に、空白の二次医療圏であった地域が一定程度解消された（108地域→75地域）。



現時点における空白の二次医療圏数  
→ 75地域

全国がん拠点病院 427箇所  
(2018年4月現在)

# 現状と今後の方向性のまとめ

## 拠点病院体制による均てん化の維持



(今後)

ゲノム医療等の  
高度・専門的医療



一定の集約化  
を検討

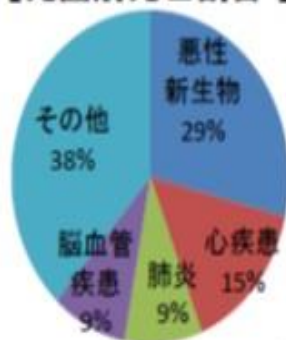


# 脳卒中

- 「急性期治療（搬送後1時間以内のt-PA治療や脳血管内治療）」などを踏まえた医療提供体制を構築する
- 脳卒中後の要介護状態の患者を減らすために、発症早期のリハビリテーション、回復期、維持期のリハビリにも切れ目なく移行できるよう、医療機関相互の連携を図る。評価のための指標としては「脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数」などを加える。

○死亡割合で心疾患は第2位、脳血管疾患は第4位<sup>1</sup>。

○疾患別病死検索数の68%が循環器病<sup>2</sup>。

【死因別死亡割合<sup>1</sup>】【疾患別病死検索数<sup>2</sup>】

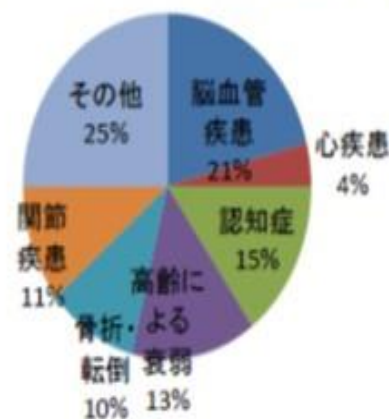
- ・虚血性心疾患 65.5%
- ・脳血管疾患 13.3%
- ・大動脈～毛細血管疾患 8.3%

⇒循環器病は突然死に占める割合が大きい。

○脳血管疾患は要介護の原因の第1位。

介護度が上がるほど脳血管疾患の占める割合が大きい<sup>3</sup>。

○慢性心不全の約40%が1年以内に再入院<sup>4</sup>。

【介護が必要となった主な原因構成<sup>3</sup>】

○循環器病は、発症後早急に適切な治療を開始する必要があるのではないか。

○循環器病の適切な診療により、要介護状態に至る患者が減少する可能性がある。

出典 1. 厚生労働省 平成27年人口動態統計

2. 東京都監察医務院 平成27年版統計表

3. 厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査

4. Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623

# 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞は疾病名を「心筋梗塞等の心血管疾患」に見直し、回復期、慢性期を含めた医療体制を整備する。そして医療機関だけでなく、かかりつけ薬剤師・薬局の活用を含め連携を図る。新たな指標には「来院**90**分以内に冠動脈再開通達成率」、「心臓リハビリテーション実施件数」を追加するほか、「慢性心不全患者の再入院率」など、回復期・慢性期についての指標も今後追加する予定である

# 糖尿病

- 糖尿病

- 発症予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進する。医療機関や薬局、保険者などが連携し、健診者・治療中断者へ受診勧奨する体制を構築する
- 医療従事者が地域での健康づくりや疾病予防に参加できる機会も確保する。
- 新規指標には「糖尿病透析予防指導管理料の算定件数」などを追加する。



# 糖尿病重症化予防と保険者機能強化

## 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについて

- 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについては、平成27年国保法等改正において、国保の保険者努力支援制度を創設するとともに、保険者種別の特性に応じて新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

### 〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				



### 〈見直し後(平成30年度～)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は、保険者種別毎に設定				

糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みに関する事業を行っている保険者にインセンティブを与える

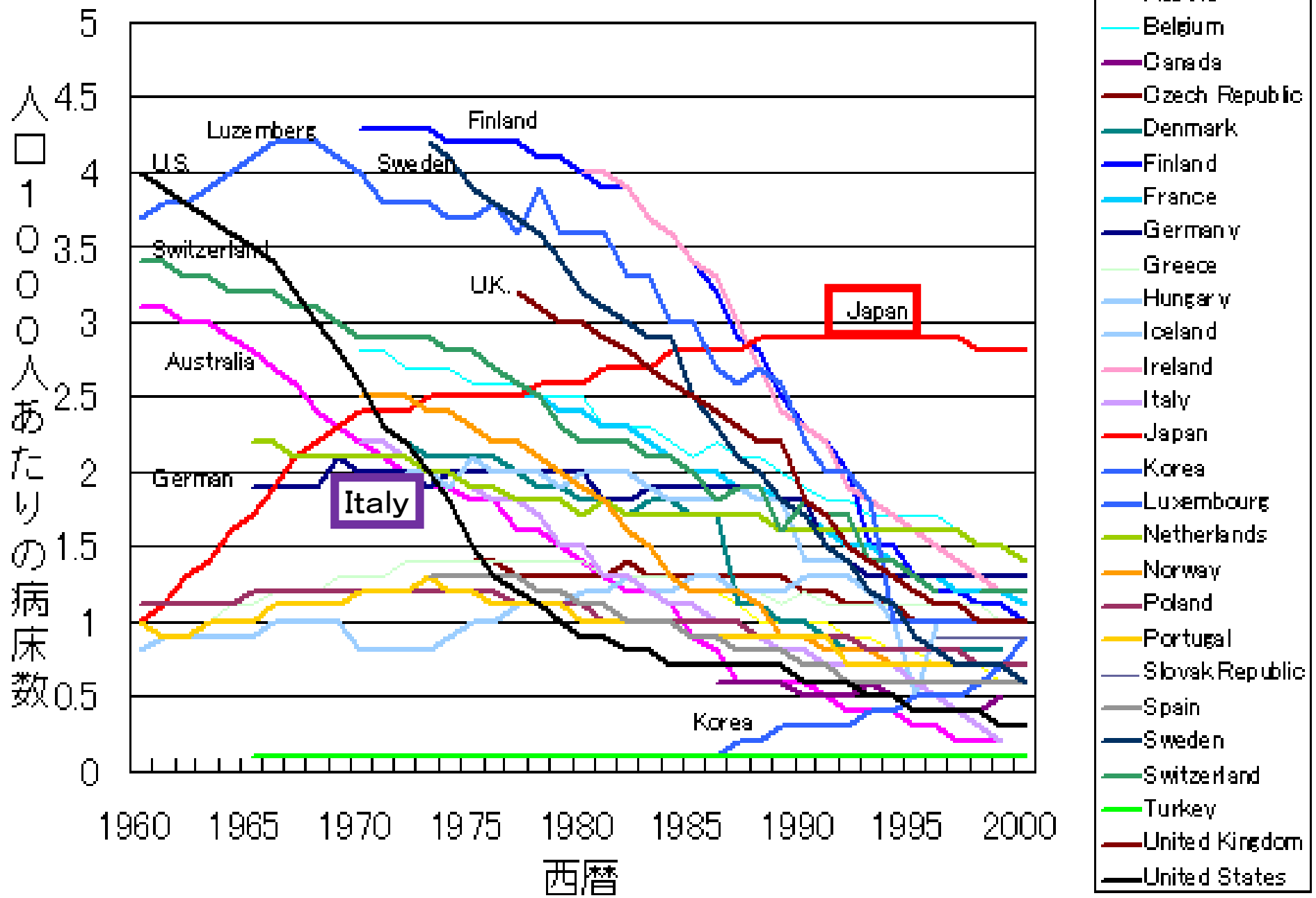
# パート 3

## 7次医療計画と精神疾患

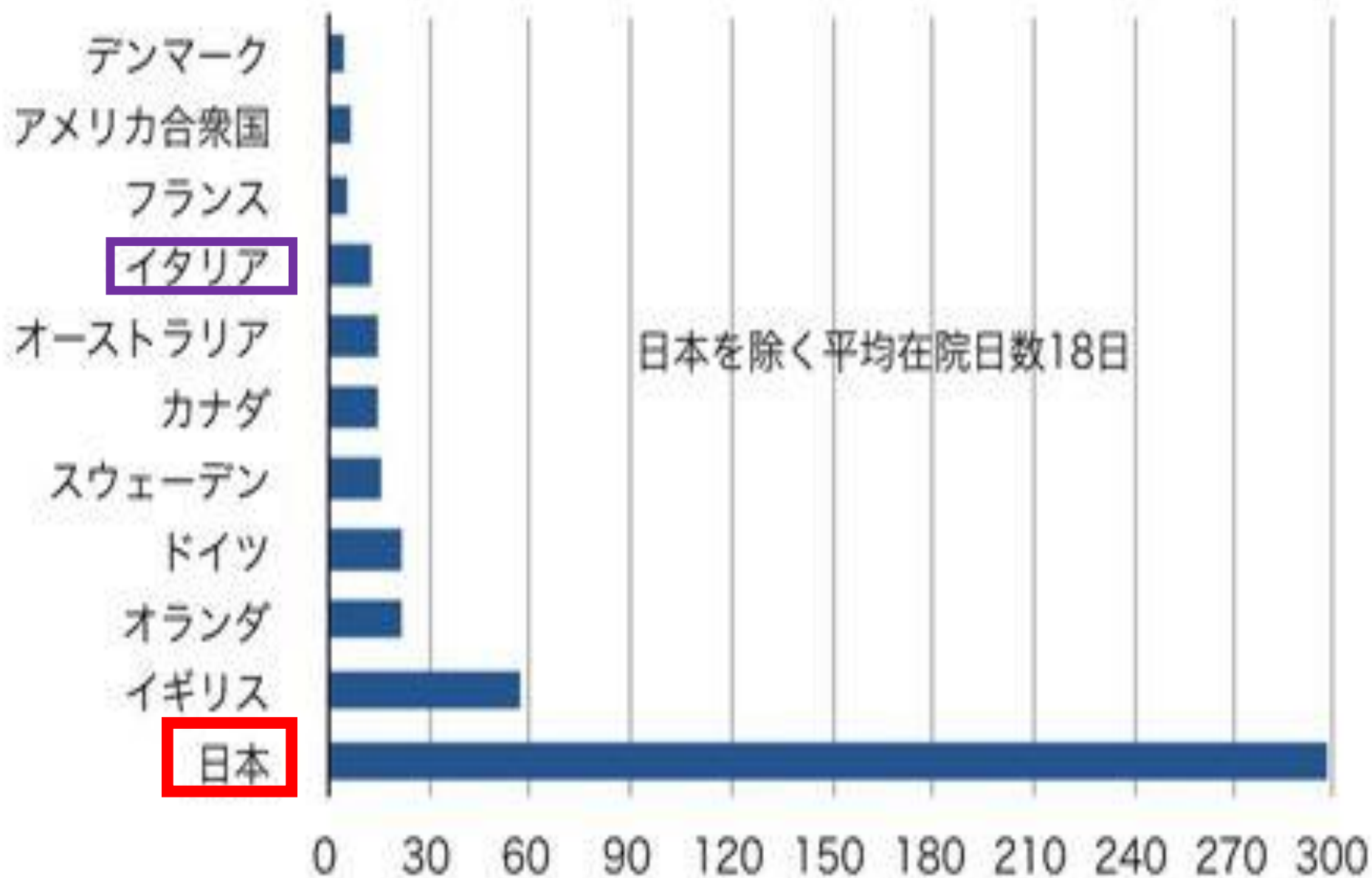


2016年11月9日 医療計画見直し等に関する検討会  
(座長遠藤久夫 学習院大学経済学部長)

# 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

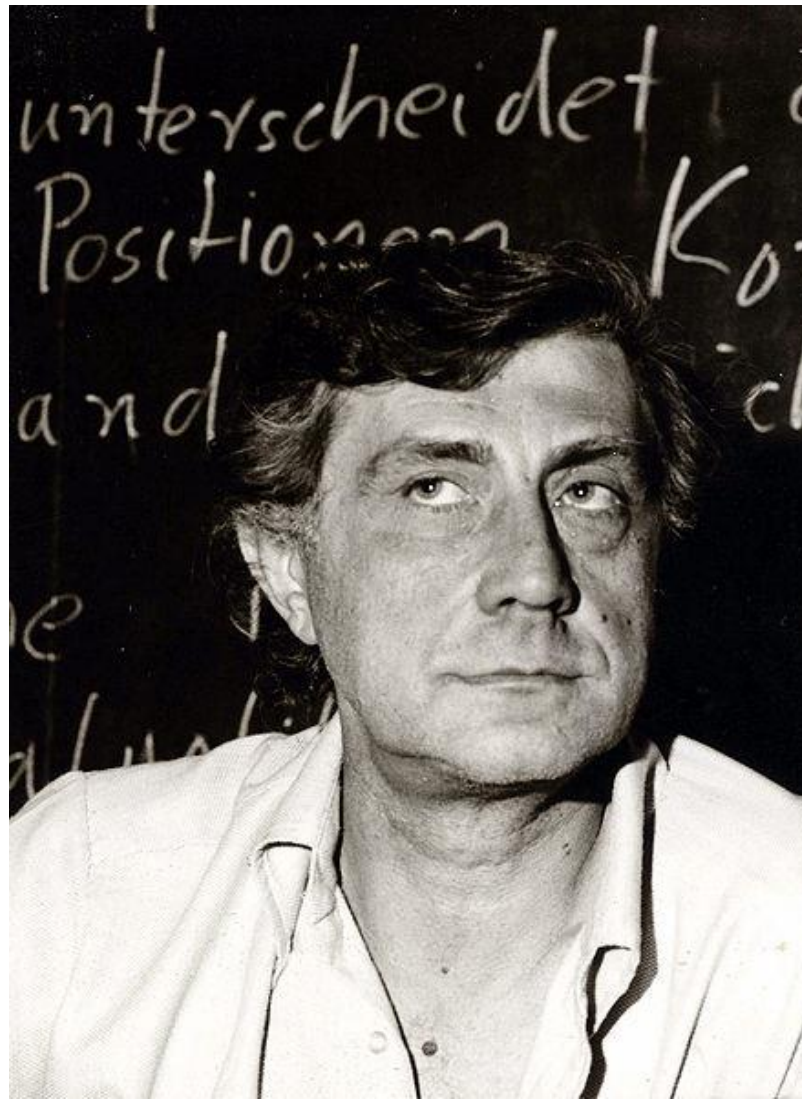






フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年



# 北イタリアのゴリツィア県





ゴリツィア県立精神病院



# バザーリア改革

## • バザーリア法（180号法）

- **1978年5月に公布された**世界初の精神科病院廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、**1980年末以降の再入院を禁止**
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センターで行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に**15床を限度**に設置するが、そのベッドも精神保健センターの管理下に置く。

# ライシャワー事件 (1964年 昭和39年)

- ライシャワー事件
  - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
  - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年（昭和40年）に「精神衛生法」が一部改正された。
  - 精神疾患患者の施設隔離が始まった

- ライシャワー駐日大使



# 日本の精神病床 34万床の現状

# 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**

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\*)

**20万床**

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

# 7次医療計画と精神疾患

- 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、慢性期の病期に対応した精神科医療
- 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



# 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)

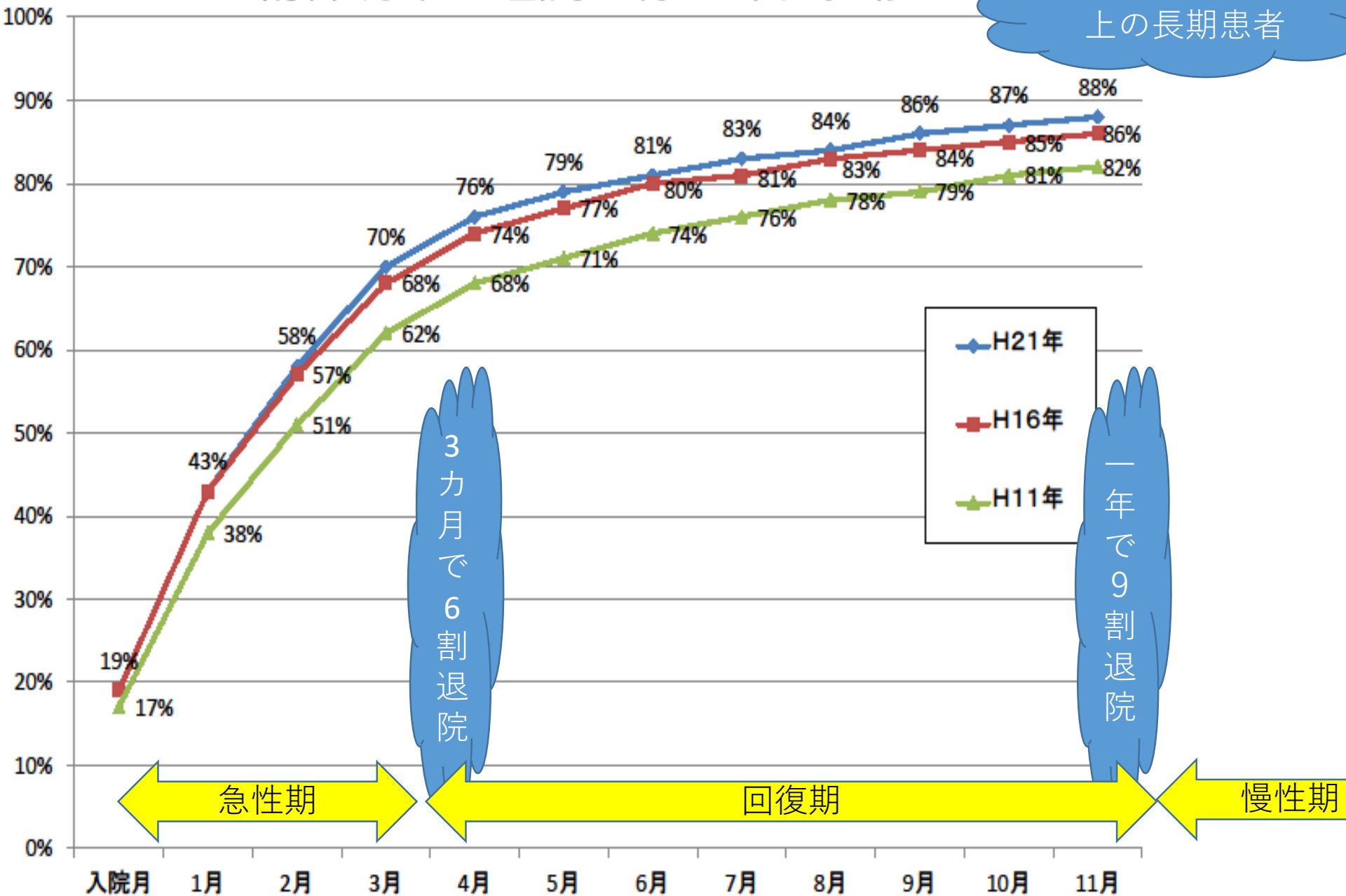
◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

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）

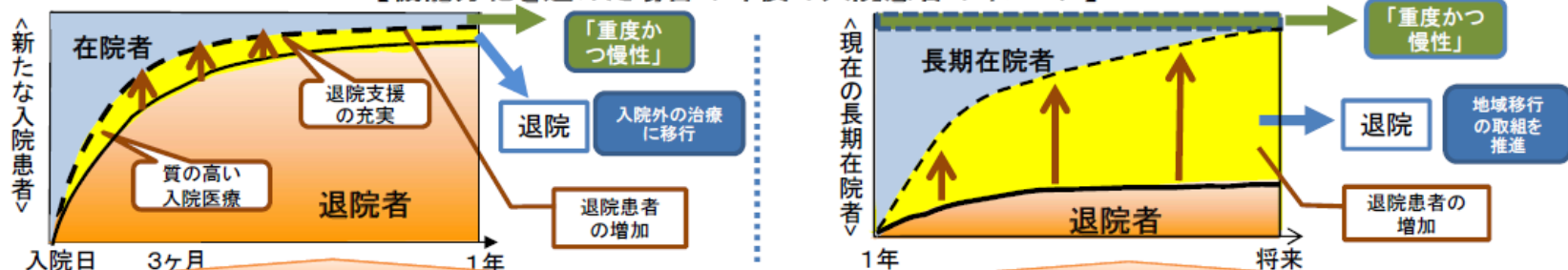
## <精神科医療の現状>

- 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）

## <精神科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科病床の機能分化**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、精神科病床は減少する。

## 【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、医師は現在の精神科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。

医師は現在の精神科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)



# 「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。

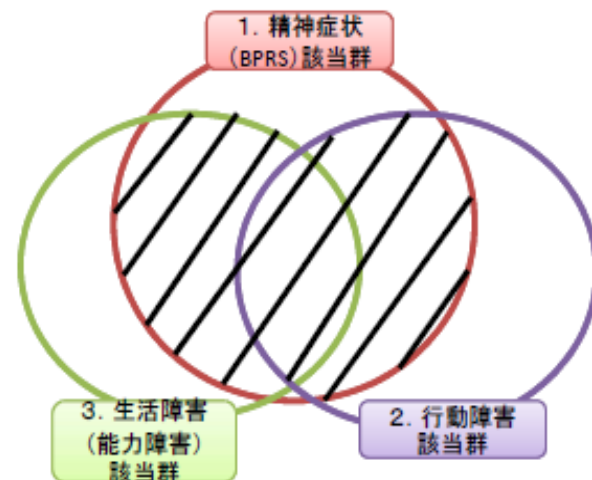
### 3. 生活障害

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%

# 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。

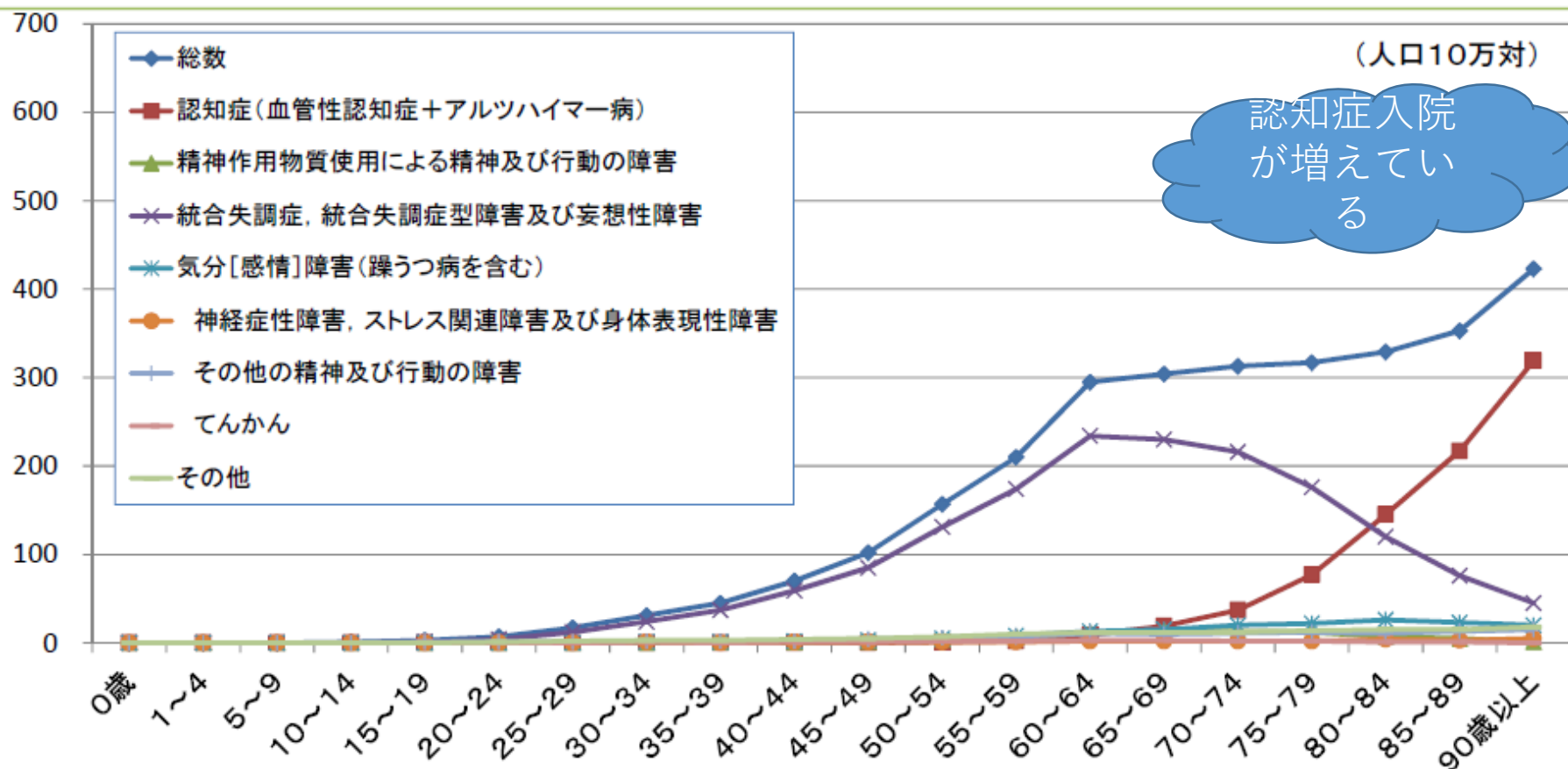
※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

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。



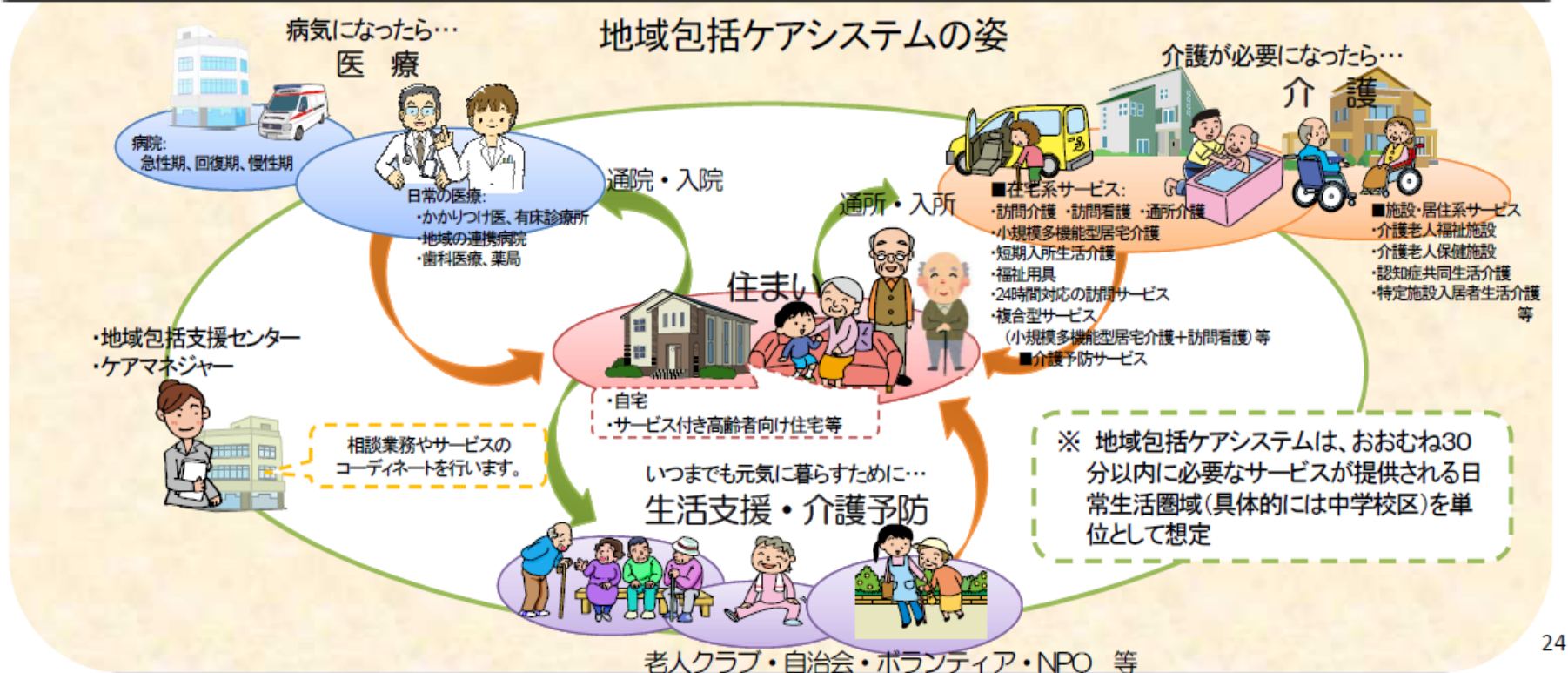
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

②精神障害にも対応した  
地域包括ケアシステムの構築



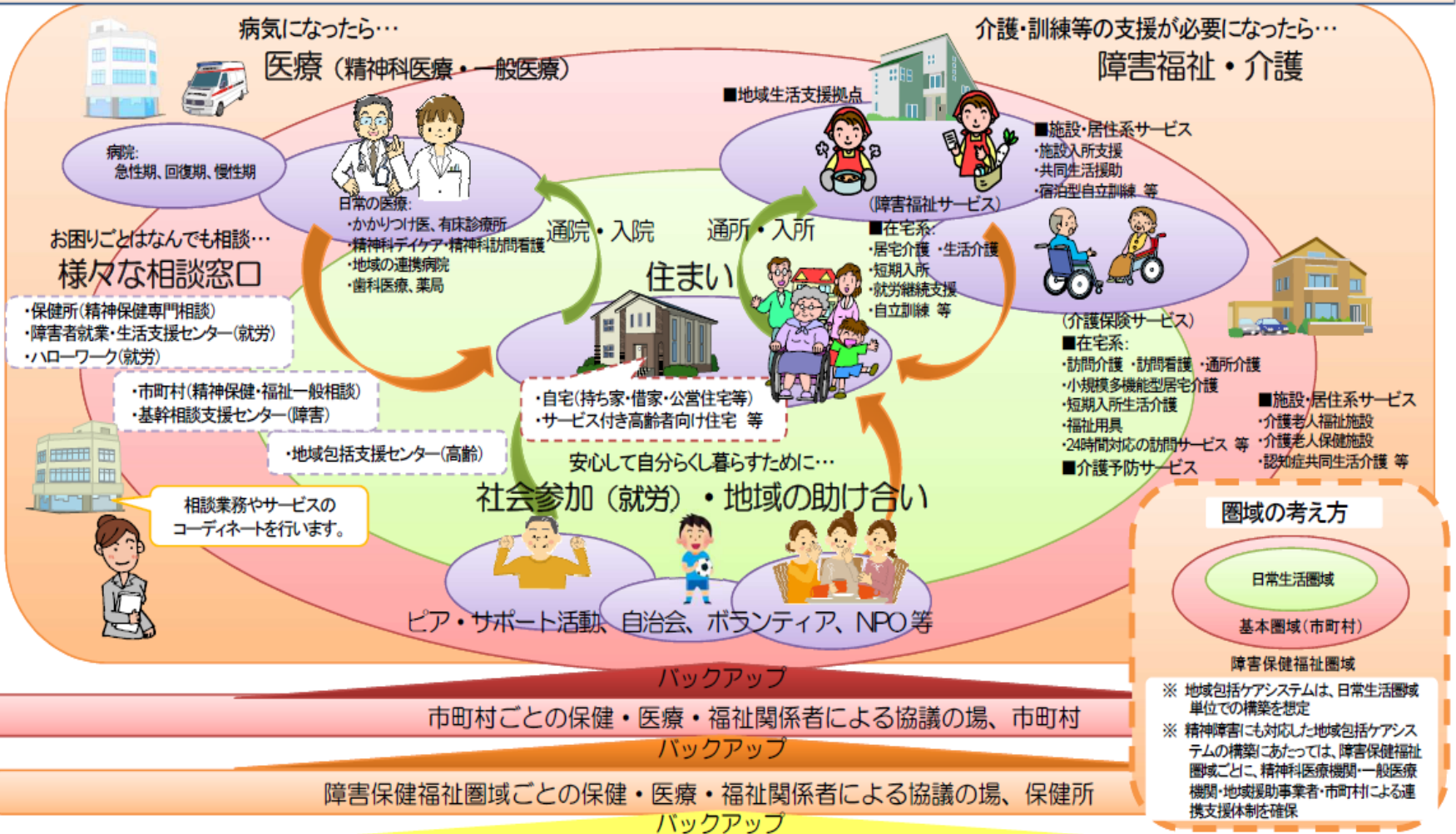
# 地域包括ケアシステムの構築について

- 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。

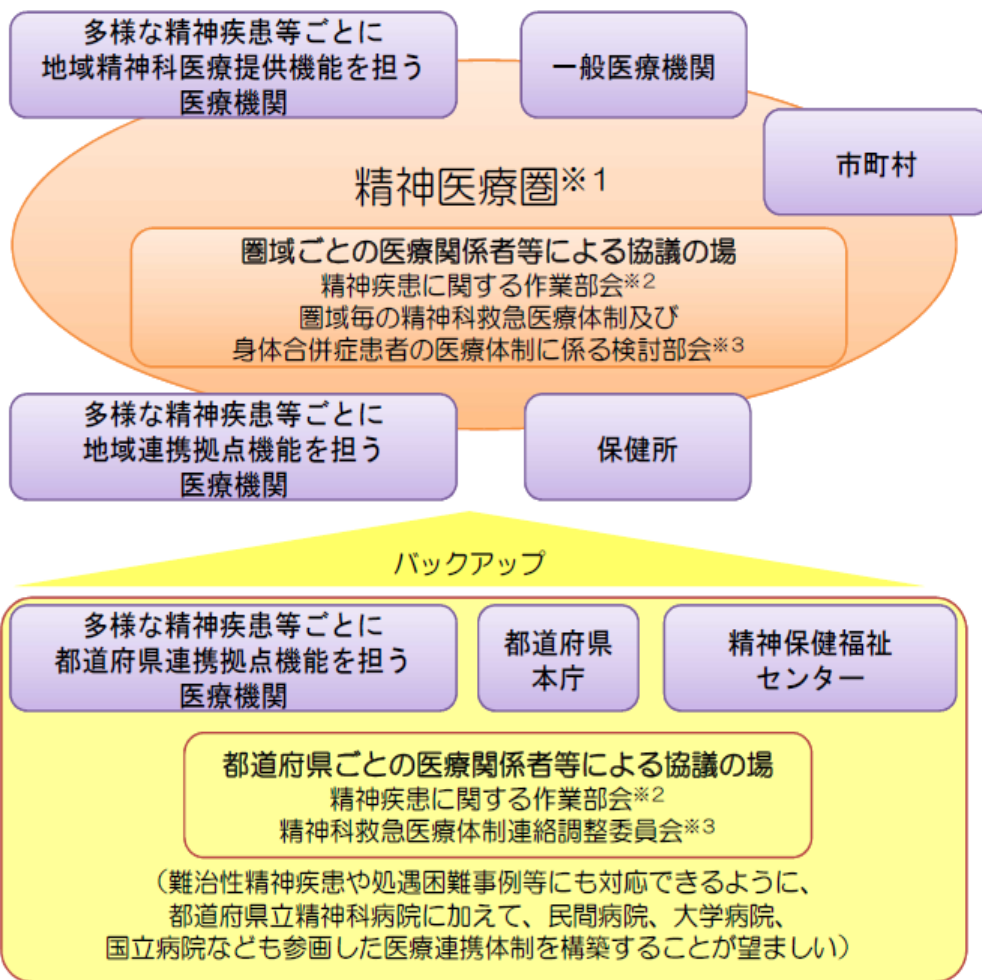


# ③多様な精神疾患患者等 への対応



# 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

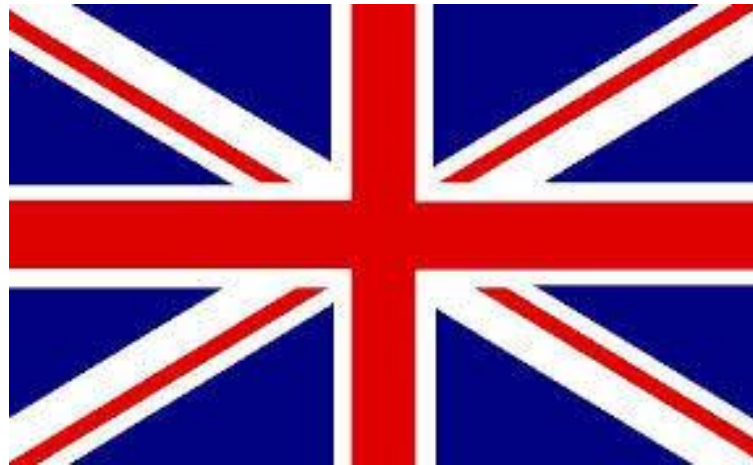
※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※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



パート4  
イギリスの認知症戦略



# イギリスの高齢者ケア・認知症の取り組み

2015年8月29日～9月6日  
イギリス、デンマーク視察



# 英国の認知症国家戦略

- 2009年2月「認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略」
- Living with Dementia:A National Dementia Strategy 2009~2014
- 5つの目標（2009年）
  - 1 早期の診断・支援のための体制整備
  - 2 総合病院における認知症対応の改善
  - 3 介護施設における認知症対応の改善
  - 4 ケアラー支援の強化
  - 5 抗精神病薬使用の低減

# 1 早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- 認知症診断率
  - 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
  - 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進



# Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition  
for diagnosis rates across the  
country ..robust and affordable local  
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)  
に基づく地域施策が必要！」



# South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Dr Daniel Harwood  
(**CAG**の Clinical Director)  
イギリスにおける認知症分野の  
著名なリーダーの1人

- ・ **認知症国家戦略**
  - ・ 認知症の診断率向上
  - ・ 抗精神薬の低減
  - ・ 早期介入とQOL
  - ・ ケアラー支援

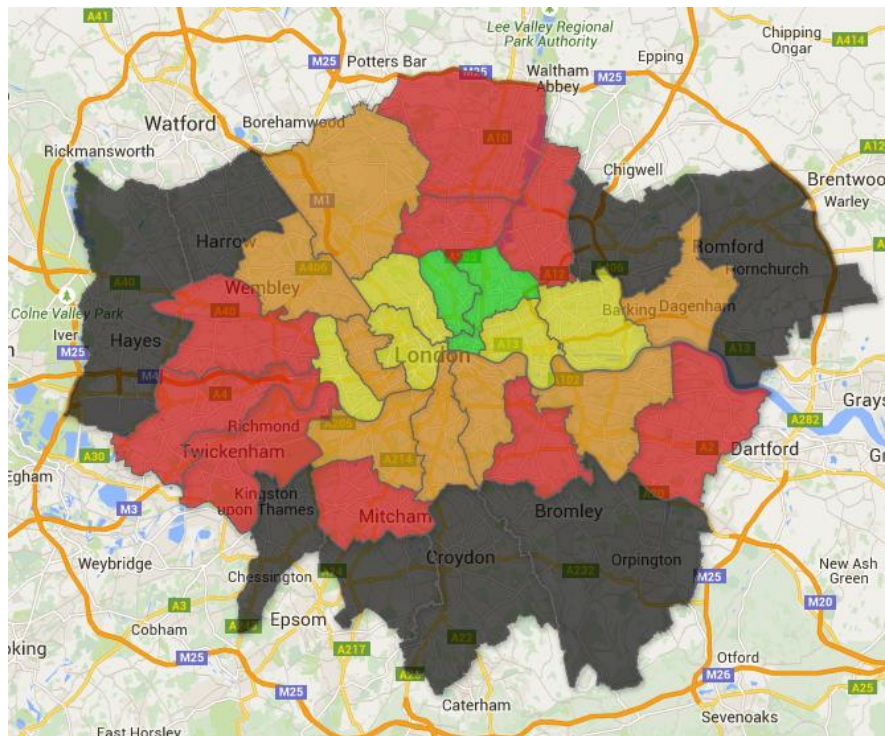
認知症診断率＝  
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者



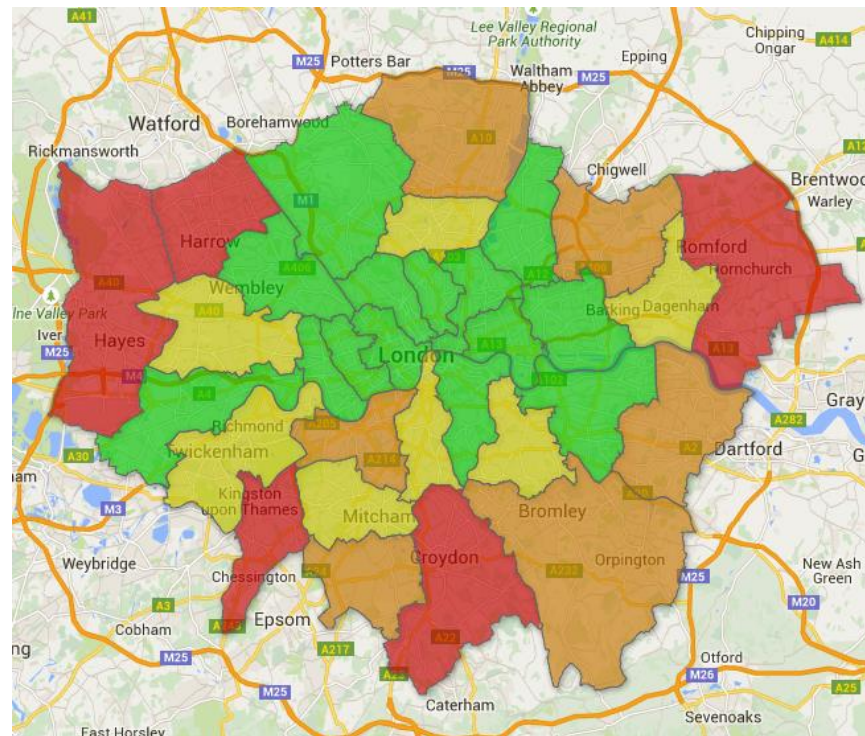
# Result

## ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

• September 2014



• March 2015



Diagnosis Rate

■ <50%

■ 50-55%

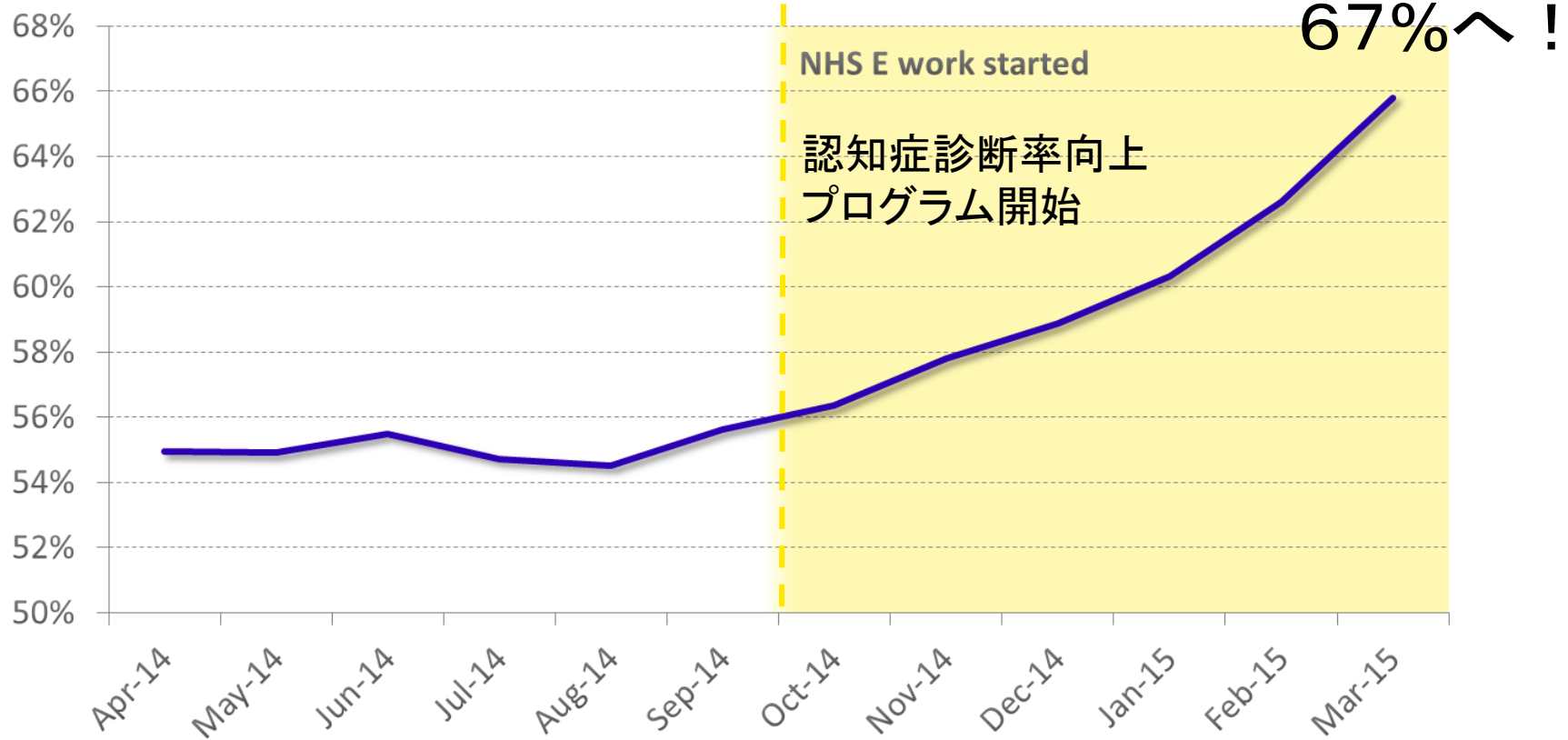
■ 55-60%

■ 60-66.6%

■ >66.6%

# 認知症診断率の推移（ロンドン） 2015年

London Dementia Diagnosis Rates 14/15





認知症診断に55ポンド！  
～開業医の診断率向上のためのインセンティブ  
～



**Anger over 'cash for diagnoses' dementia plan**

# 早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
  - 市民啓発活動の強化
  - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
  - メモリーサービスの普及とその質向上

# Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

## メモリーサービスのパイオニア



看護師

作業療法士



臨床心理士

# メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所の割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
  - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
  - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的



# NHS クロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム（看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名）
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
  - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
  - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
  - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

# 早期支援

- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援（たとえば認知症カフェへの参加）
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターが係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ

# ケアラー支援の強化

- 1995年ケアラー法が制定
  - 認知症の人を家族に持つ介護者（ケアラー）も支援を受ける権利を有する
  - 地方自治体はケアラーの困難をアセスメントする義務を有する

# Sutton Carers Center





# Sutton Carers Center 家族介護者支援

- Vice Director
- Admiral Nurse  
Clinical Leader
- Service Manager  
(Social Worker)
- Carer (家族介護者)



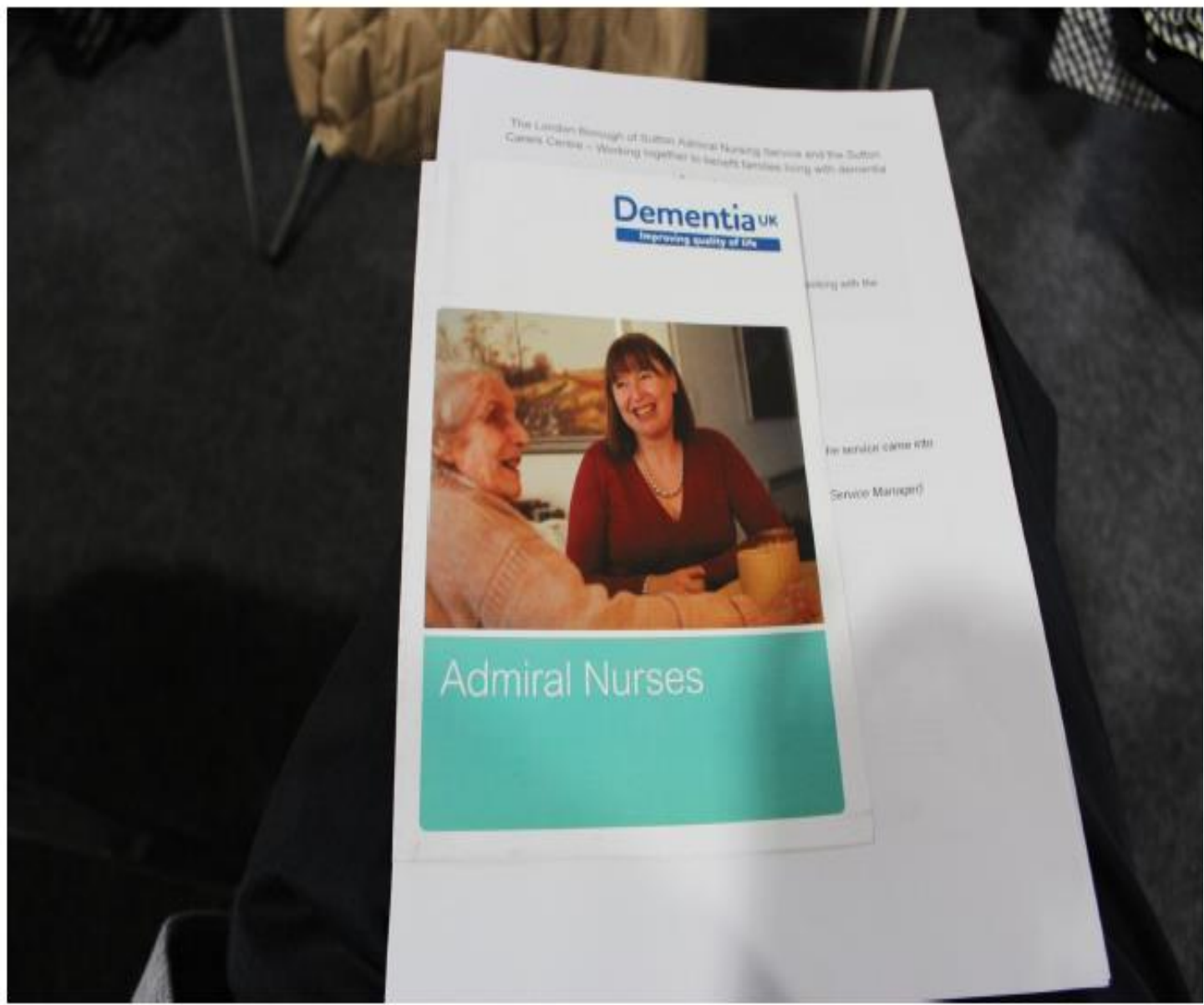
サットンケア  
ラーセンターで  
はアドミラル  
ナースが活躍

# Dementia UK の「Admiral Nurse」



アドミラルナースの  
イアン・ウェザーヘッドさん

当事者団体が養成する  
認知症家族支援の  
専門看護師



# アドミラルナースとは？

- 「アドミラルナース（Admiral nurses）」とは、在宅で認知症の本人と家族が暮らすことを支援し、諸サービスをつなぐコーディネーションをする専門トレーニングを受けた「認知症ケア専門看護師」のことである。
- アドミラルとは「提督」という意味で、この名称の由来は、ヨットを趣味にしていた「アドミラル・ジョー」とニックネームで呼ばれていた一人の認知症の男性を記念して命名された
- アドミラルナースが、1990年ウエストミンスターで活動を始めて以来、現在、126名が、メモリーサービス、在宅チーム、ケアホーム、病院、終末期ケア、NPO団体、電話相談などで活躍中であるという。



- # アドミラルナースの活躍
- デイメンシアUK財団によると、アドミラルナースが入ることで、施設や病院への入院、入所が著しく減少し、国の経費削減に相当貢献している
  - 3人のアドミラルナースが16の家族に対し支援活動を10ヵ月続けて、50万ポンド（約7000万円）の削減につながったという
  - 入院患者の45%は認知症を患い、その中で15~20%しか本当に入院が必要な人はいない
  - 自宅や施設で家族や周りの人が対応できなくなるから入院に追い込まれる。それを防ぐのもアドミラルナースの大きな使命だという

# 抗精神病薬の処方制限

- 認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが研究によって明らかになった
- リスクの低い薬を限定的に処方する方針が出され、抗精神病薬の処方率が2006年の17.5%から2011年の6.8%まで低下

# 日本への示唆

- 地域別認知症診断率
  - 認知症診断率公表とその目標値の設定が認知症の早期診断の普及を促す
  - 日本においても認知症診断率を導入しては？
- ケアラー対策の充実
  - 日本においてもケアラー法が必要なのでは？
- 認知症国家戦略委員会
  - 日本においても首相直属、大臣直属の認知症国家戦略委員会等のアドバイザーとリーボードが必要では？



ロンドンのパブで！  
日本でも認知症家族のために  
ケアラー法が必要では？





# 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年9月発刊**



# 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  
[gt2m-mtu@asahi-net.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)