

第 1 6 回 医 療 計 画 の 見 直 し 会 等 に 関 する 検 討 会	資 料 4 - 1
令 和 元 年 1 1 月 2 8 日	

精神疾患の医療体制の構築に関する現状と見直しについて（案）

令和元年 1 1 月 2 8 日

障害保健福祉部精神・障害保健課

※ 医療計画における精神疾患の医療体制の構築については、厚生労働行政推進調査事業補助金「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 山之内芳雄）の分担研究「第 7 次医療計画の統合的指標に関する検討」（研究分担者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 臼杵理人）（以下「研究班」という。）において、現状や第 7 次医療計画の中間見直しの方向性等に関する議論を行っているところであり、以下はその内容に基づくもの。

1. はじめに

- 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年 3 月31日医政地発0331第 3 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（以下「精神指針」という。）においては、
  - ・「誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくり」を進める必要があるとともに、
  - ・「長期入院者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会」を構築していく必要がある

としている。

また、こうした観点から、目指すべき方向性として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進めることとしている。

- 精神医療の方向性にかかるこれまでの議論として、平成 16 年 9 月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」が基本的な方策として示された。「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」及び「精神保健医療福祉施策の基盤強化」を今後 10 年間で進め、その結果として約 7 万床相当の精神病床数の減少が促されるとされており、精神病床数（入院患者数）は、平成 14 年の 35.6

万床（33.2万人）から平成26年に33.8万床（29.6万人）へと、1.8万床（3.6万人）へと減少した。

- 平成26年4月には、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が目指すべき方向性を示した、「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年厚生労働省告示第65号）が定められた。これにおいて、「入院医療のみに頼らず精神障害者が地域で生活しながら医療を受けられるよう、精神障害者の急性増悪等への対応や外来医療の充実等を推進する」とし、「入院医療中心から地域生活中心」という考え方が改めて示された。また、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を進める」ことも明示されており、精神指針においては、これを踏まえ「統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、作業部会等を通じて、各医療機関の医療機能を明確化する必要性」が記されている。
  
- 平成29年2月には、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書がとりまとめられた。この中で、精神指針の目指すべき方向性でもある「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が明記された。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、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育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という新たな政策理念が示されている。

## 2. 現状と課題

### （1）精神保健医療福祉資源の見える化

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるためには、医療計画と障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備等を推し進める必要がある。次期障害福祉計画（第6期；2021年度～2023年度）と整合性を図りながら地域における精神保健医療福祉資源の実態が把握できるよう、その状況の見える化が求められる。

### （2）指標による現状把握

- 精神指針において、都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たっ

て、患者動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報を参考に、現状を把握するとしている。さらに「指標による現状把握」として、15の精神医療機能毎の指標例により、数値で客観的に現状を把握するとしている（資料4-2）。また、数値目標の設定にあたっては、「医療計画において定める数値目標」として2020年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、2024年度末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）等を示している。都道府県では、前述の現状把握を基に数値目標達成に向けた各施策が実施されている。

- しかしながら、現状把握のための指標において、重点指標となっている指標例が主に各疾患の入院及び外来診療をしている医療機関数となっており、ストラクチャー・プロセス（注1）とアウトカム（注2）との関係性が必ずしも明確ではないのではないかと。第13回「医療計画の見直し等に関する検討会」においても、構成員よりその評価に対する意見（注3）が出ている。  
（注1）ストラクチャー（及びプロセス）の指標例；領域ごとの、主にその疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数（プロセスに関してはその入院患者数）とその疾患を外来診療している医療機関数（プロセスに関してはその外来患者数）、及び各疾患固有の診療行為を実施する医療機関数（プロセスに関してはその患者数）等  
（注2）アウトカムの指標例；精神病床における入院後3・6・12ヶ月時点の退院率、精神病床における新規入院患者の平均在院日数、精神病床における退院後3・6・12ヶ月時点の再入院率（1年未満入院患者・1年以上入院患者別）及び精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）  
（注3）「精神科の医療機関が認知症の方に適切なケアを施すことはとても大切な点だが、入院させればさせるほどプロセスやアウトカムが良いとの評価には違和感がある。」（第14回検討会資料4（参考）より抜粋）

○ また、精神指針においては、それぞれの領域において対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要があるとしており、その際に厚生労働省による事業の取り組みを参考にすることとしている。具体的には、「難治性精神疾患地域連携体制整備事業」、「認知症疾患医療センター事業」、「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」、「依存症対策総合支援事業」、「精神科救急医療体制整備事業」、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」、「てんかん地域診療連携拠点体制整備事業」及び「自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業」の事業（以下「各種事業」という。）を記している。しかしながら、指標例の中で、

これらの事業に関連づけられているものは「認知症疾患医療センターの指定数」と「高次脳機能障害支援拠点機能数」のみであり、連携拠点機能強化の指標への反映が不十分ではないか。また、連携拠点機能のみではなく、病診連携を含む多職種・多施設間連携として地域で関わる関係者による更なるネットワークの構築が大切ではないか。

- さらに、アウトカムの指標例の一つとして精神病床における退院後3・6・12ヶ月時点の再入院率を示しているが、精神病床からの退院後、患者が一時的な不調を示した際などにレスパイト等の短期入院を行うことがあるなど、再入院率に対する解釈について課題があるのではないか。

### 3. 精神疾患の医療体制の構築に向けた各種取組

#### (1) 精神保健医療福祉資源の見える化について

- 都道府県が地域の精神保健医療福祉資源を視覚的に把握し、地域医療計画に適切に利用できるようにするため、基盤資料として地域精神保健医療福祉資源分析データベース(ReMHRAD)等の活用を研究班を通じて進めている。  
(資料4-3)

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに必要な資源分布状況などを網羅的に把握することができるため、自治体による現状把握及び地域における保健・医療・福祉関係者による協議の場等の関係者間での認識共有に有用であると考えられる。

#### (2) 地域精神保健医療体制の高度化について

- 現行の医療計画においては、「医療計画において定める数値目標」として定める基盤整備量等の計算式において、「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値」を変数の一つとして設定しているところ。
- また、現行のストラクチャー及びプロセスに係る指標例において、以下のような地域精神保健医療体制の高度化に資するものが挙げられている。(資料4-4)

- ・ 治療抵抗性統合失調症治療薬
- ・ 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法

- ・ 認知行動療法
- ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料
- ・ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- ・ 依存症集団療法
- ・ 摂食障害入院医療管理加算
- ・ 精神科救急入院料
- ・ 精神科救急・合併症入院料及び精神科身体合併症管理加算
- ・ 精神疾患診療体制加算及び精神科疾患患者等受入加算
- ・ 精神科リエゾンチーム加算
- ・ 精神疾患診断治療初回加算
- ・ 救急患者精神科継続支援料

(3) 各精神疾患領域における連携拠点機能について

- 厚生労働省において実施している各種事業においては、各精神疾患の領域について、対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進を図るに当たり、拠点医療機関等を定めることとしており、各精神疾患領域の医療提供体制等の現状に応じて、それぞれ定義や役割が定められているところ。(資料4-5) また、精神科における病診連携として、地域で関わる関係者(精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等)によるネットワークを通じた、入院前から入院中及び退院後の地域生活にまで至る支援の構築が行われているところ。

(4) 地域平均生活日数について

- 現在、退院した患者の地域生活を反映できる指標として、新経済・財政再生計画改定工程表2018(平成30年12月20日経済財政諮問会議決定)におけるKPIとして、「精神障害者が精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数の上昇」(地域平均生活日数)が挙げられているところ。(資料4-6)

(5) 数値の把握が難しい指標例について

- 精神科救急領域において指標例としている「深夜・休日に精神科入院した病院数(指標区分:ストラクチャー)」及び「深夜・休日に精神科入院した患者数(指標区分:プロセス)」については、平成28年度精神保健福祉資料で、大部分が計上されていないことが、研究班の調査により明らかになったところ(全国平均値:病院数2、患者数5)。

#### 4. 精神指針の指標例等の見直し案（資料4-7）

- 精神疾患の医療体制を構築するに当たっての現状の把握として、地域の精神保健医療福祉資源の活用実態状況を網羅的に把握できる ReMHRAD を、その情報源に追加してはどうか。
- 上記課題のとおり、現行の重点指標は、各疾患の入院及び外来診療をしている医療機関数となっているが、より患者に対する質の高い精神医療の提供に資するものとして、精神保健医療体制の高度化に関する項目に重点指標を変更してはどうか。
- 医療計画における各精神疾患の領域における医療連携体制の構築と、各種事業との連携を強化するため、各種事業において定められているおける拠点医療機関等の実態について新たに指標例として追加してはどうか。また、これらについて重点指標としてはどうか。
- アウトカムに係る指標例について、精神病床における退院後3・6・12ヶ月時点の再入院率は上記のような課題があることから、より、退院した患者の地域生活を反映できる指標を検討してはどうか。具体的には、再入院率ではなく、地域平均生活日数を指標例に位置付けてはどうか。
- 数値の把握が難しい指標例については、削除してはどうか。