

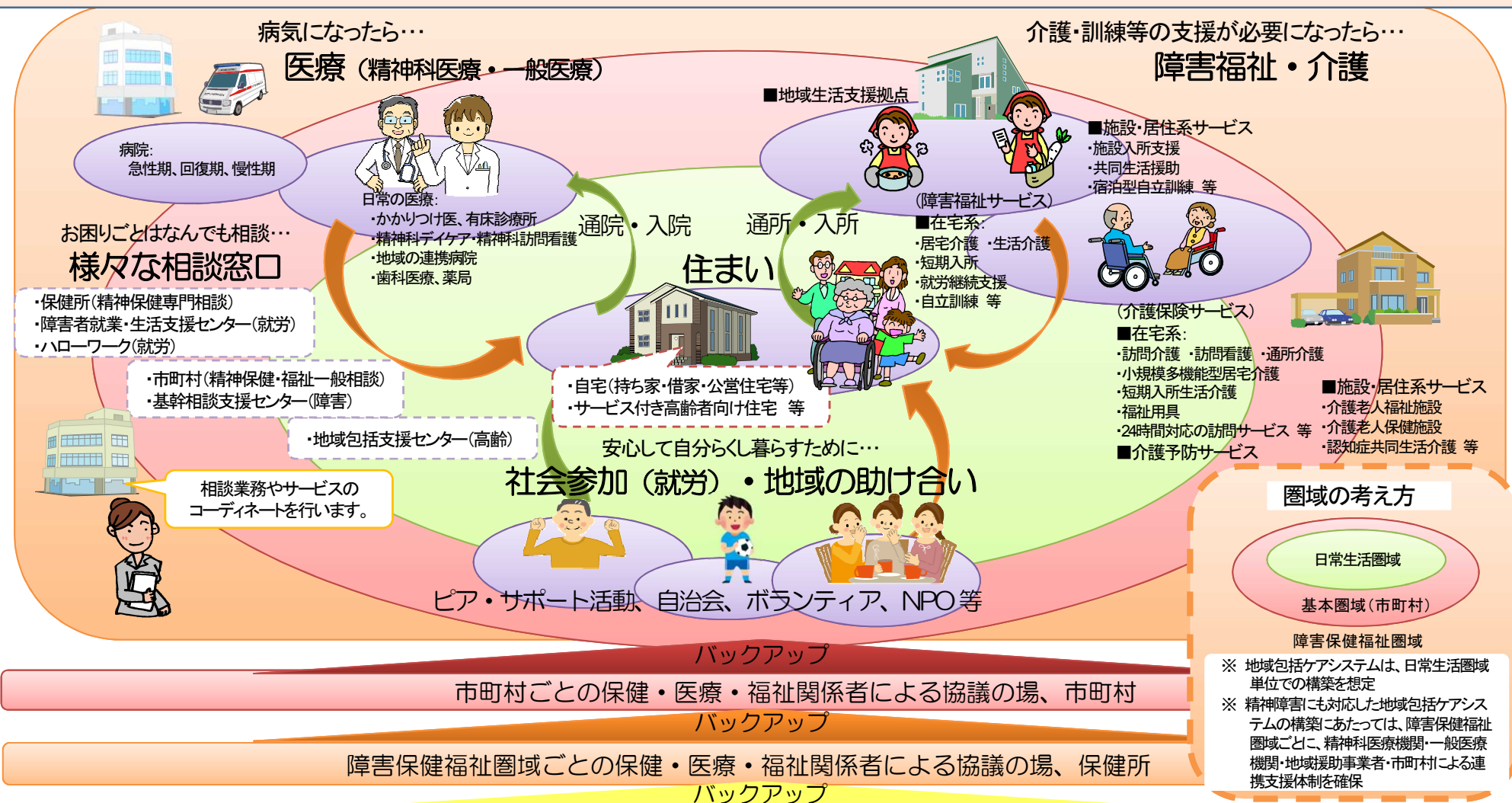
論点整理に関連する資料

1. 精神障害者を地域で支える医療の在り方について
(P2～4)
2. 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
(P5～P7)
3. 精神病床のさらなる機能分化について
(P8～P20)

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)

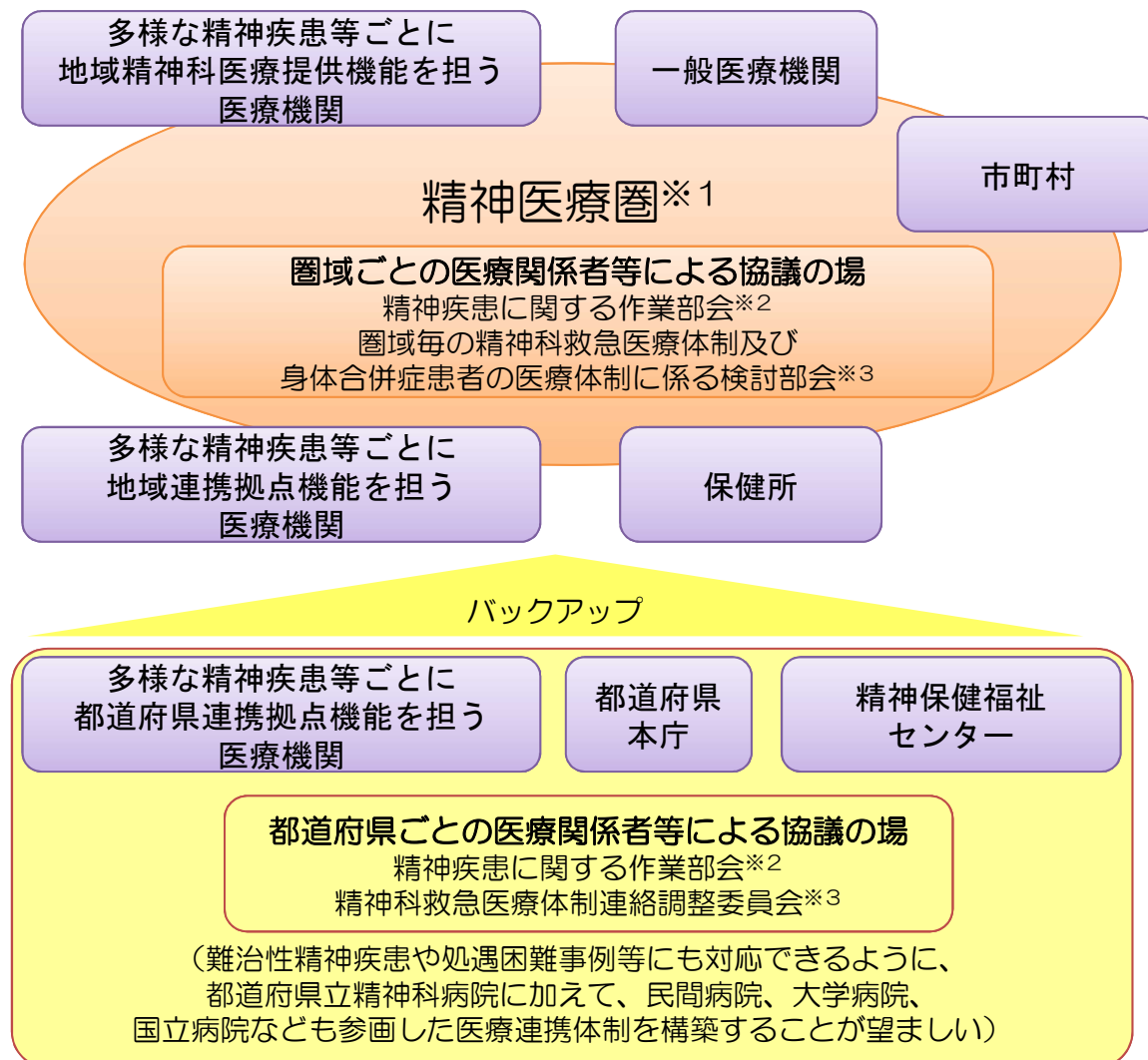
都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	3	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	－	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	－	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	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

各圏域設定の考え方について

	圏域設定の考え方	根拠
➤ 二次医療圏	- 一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する ・ 地理的条件等の自然的条件 ・ 日常生活の需要の充足状況 ・ 交通事情 等	・ 医療法第30条の4第2項第12号 ・ 医療法施行規則第30条の29第1項 ・ 「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）
➤ 精神医療圏	・ 第6次医療計画（平成25年4月～）において、新たに精神疾患が追加され、医療連携体制を構築 ・ 二次医療圏を基本としつつ、地域の実情に応じて弾力的に設定することとされている	・ 「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）
➤ 精神科救急医療圏	・ 都道府県が精神科救急医療の整備を図るべき地域的単位として設定した区域 ・ 精神科救急医療体制整備事業を通じて、圏域毎の実態に応じた身体合併症患者を含む精神科救急医療体制機能を整備	・ 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱の一部改正について」（平成28年9月20日障発0920第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
➤ 障害保健福祉圏域	・ 広域的な視点から障害福祉サービス等の提供体制の確保を図るため、都道府県の行政機関の管轄区域等を勘案しつつ、市町村より広域的な行政単位として複数市町村を含む広域圏域として、障害福祉計画において設定	・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条
➤ 老人福祉圏域	・ 福祉サービス及び保健医療サービスの一体化・総合化を図る観点から、介護保険施設等の適正配置の目安として、介護保険事業支援計画において設定	・ 老人福祉法第20条の9 ・ 介護保険法第118条

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

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た医療機能の明確化について①

○平成30年度からの第7次医療計画では、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医療機能を明確化する。

現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「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」に位置づけられている、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・連携を推進できるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
都道府県拠点機能	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													
	要件(例)	①地域連携会議の運営,②都道府県民・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③専門職に対する研修プログラムの提供(卒後専門領域研修など) ④地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域連携拠点機能	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													
	要件(例)	①地域連携会議の運営支援,②地域・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③研修の企画運営(個別事例の検討、多職種研修など) ④地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域精神科医療提供機能	役割	①医療連携への参画,②情報発信への参画,③人材育成への参画,④地域精神科専門医療の提供													
	要件(例)	①地域連携会議への参画,②患者への情報提供、拠点機能を情報収集への協力 ③研修への参加,④多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供													

多様な精神疾患等ごとの都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等ごとに都道府県拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。
※疾患等ごとに地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。 6

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た医療機能の明確化について②

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
〇〇圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	
	K病院	○	○		○			○		○				○	
	L診療所	○	○								○				
	M診療所	○						○					○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎		○	○		◎		○	○	○		○	
	O診療所	○	○									○	○		

☆：都道府県拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関 7

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

平成26年	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32年度末	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	地域移行に伴う基盤整備量
平成37年 （2025年）	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	地域移行に伴う基盤整備量

目標値を算出する推計式 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（第5期障害福祉計画の最終年度）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times (1 + \text{重度かつ慢性の割合}) / 2 \times \alpha^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \beta^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times \{1 - (1 + \text{重度かつ慢性の割合}) / 2 \times \alpha^3\} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \beta^3) \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成37年（2025年）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times \text{重度かつ慢性の割合} \times \alpha^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \beta^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成37年（2025年）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times (1 - \text{重度かつ慢性の割合} \times \alpha^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \beta^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

※治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案して「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 α 】」を算出。

※これまでの認知症施策の実績を勘案して「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 β 】」を算出。

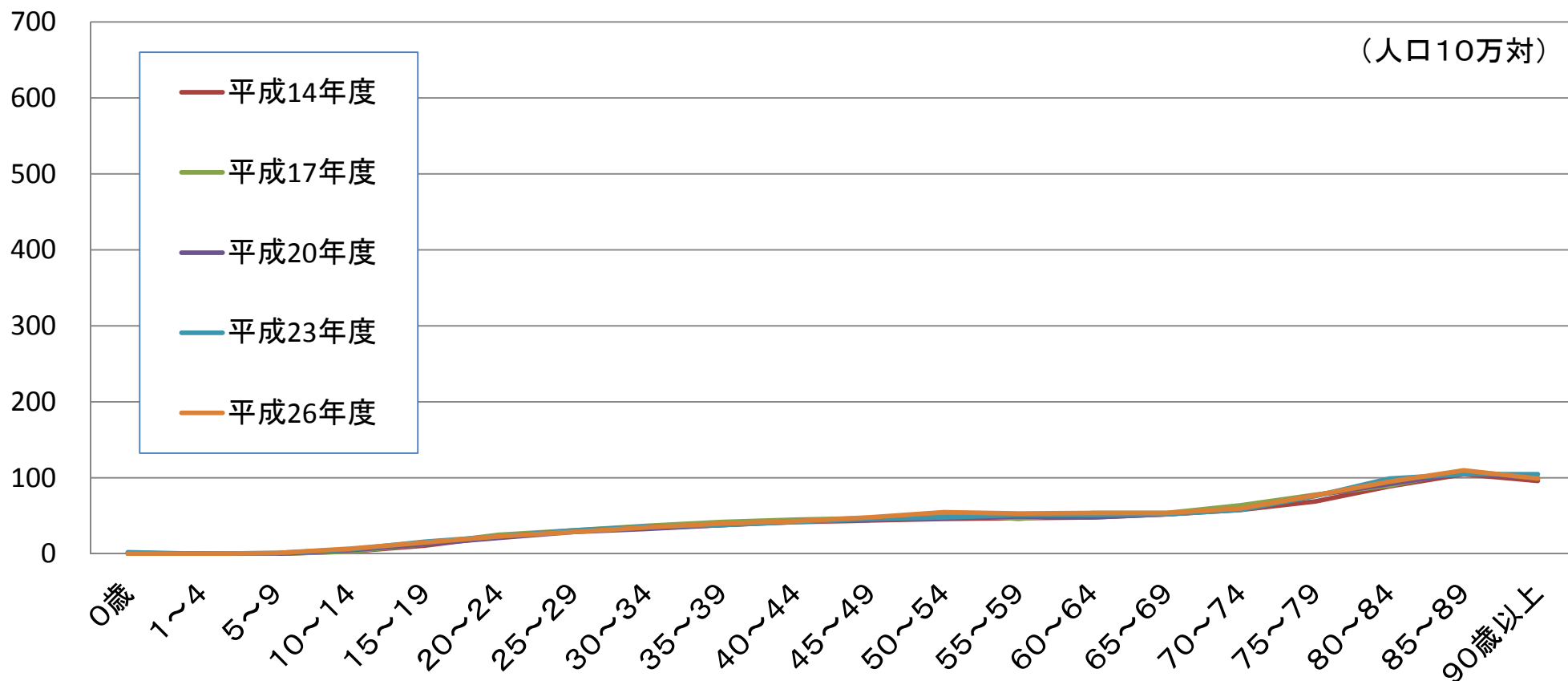
※H30年度からの計画実施期間による影響を算出するため、H32年度末の推計では α β それぞれ3乗、H37年の推計では α β それぞれ7乗で計算。

※都道府県ごとの目標値の推計にあたっては、それぞれの都道府県の入院受療率、推計人口を用いて計算。

※基盤整備量（利用者数）には、自立して一人暮らし生活を送る退院患者等も含まれる。

精神病床における急性期入院患者(3ヶ月未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

- 精神病床における急性期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、ほとんど変わらない。

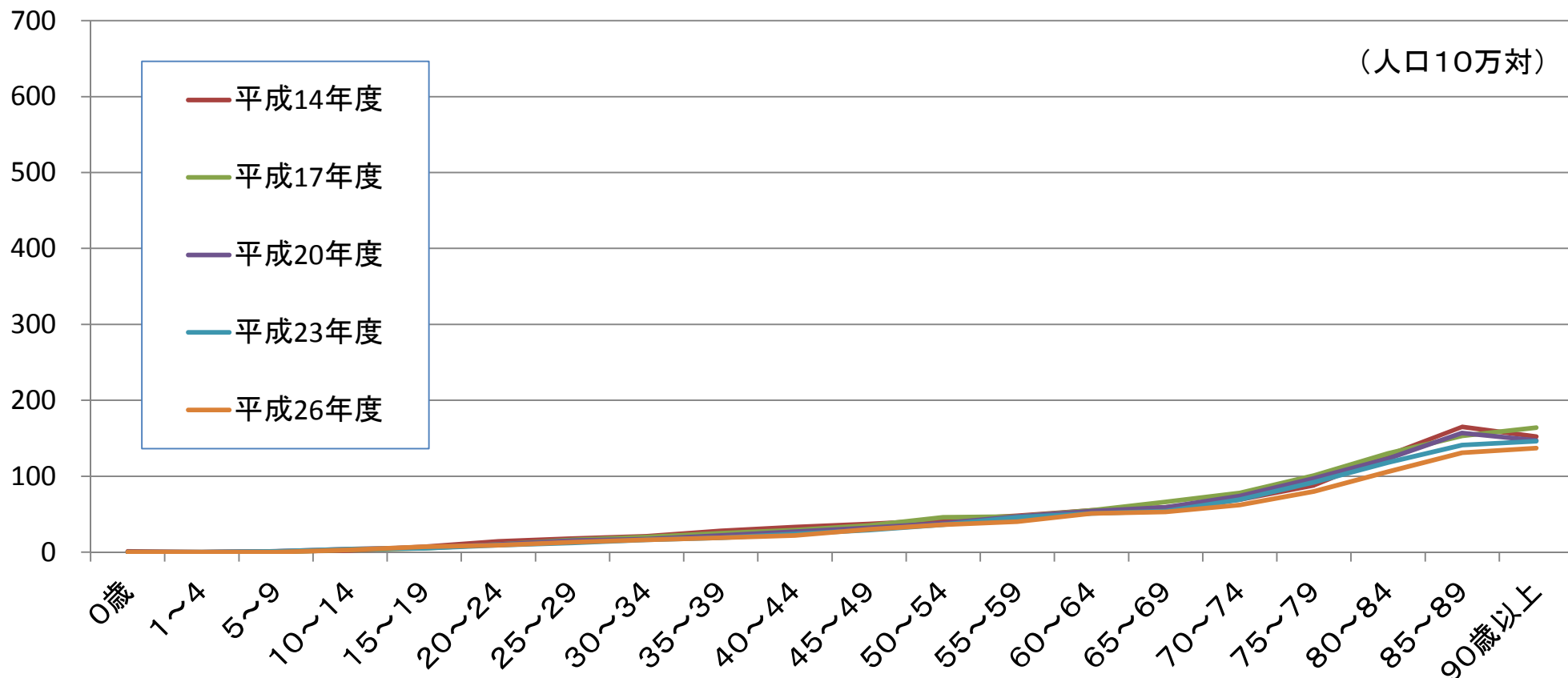


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 10

精神病床における回復期入院患者(3ヶ月以上1年未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

- 精神病床における回復期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、緩やかな減少傾向にある。

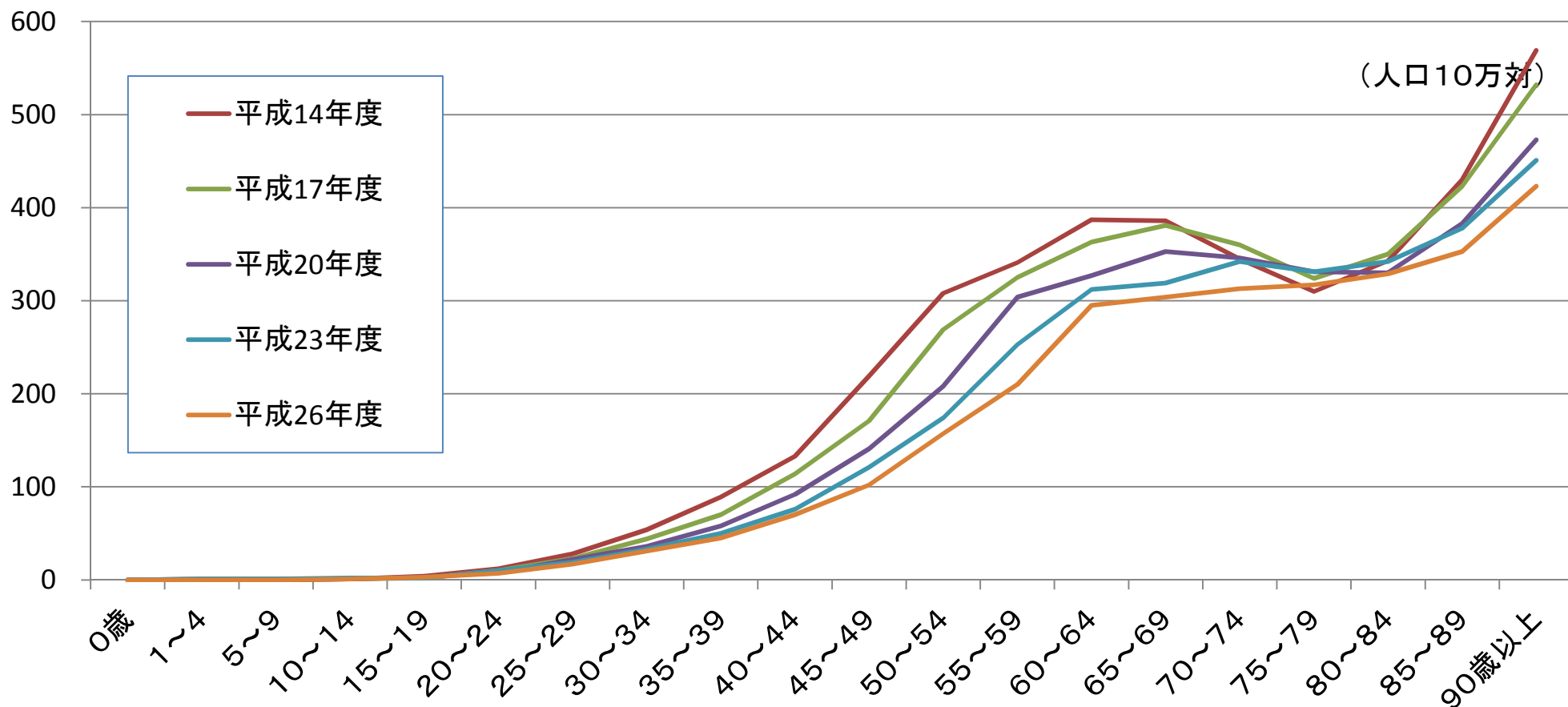


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 11

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の推移

○ 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、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。

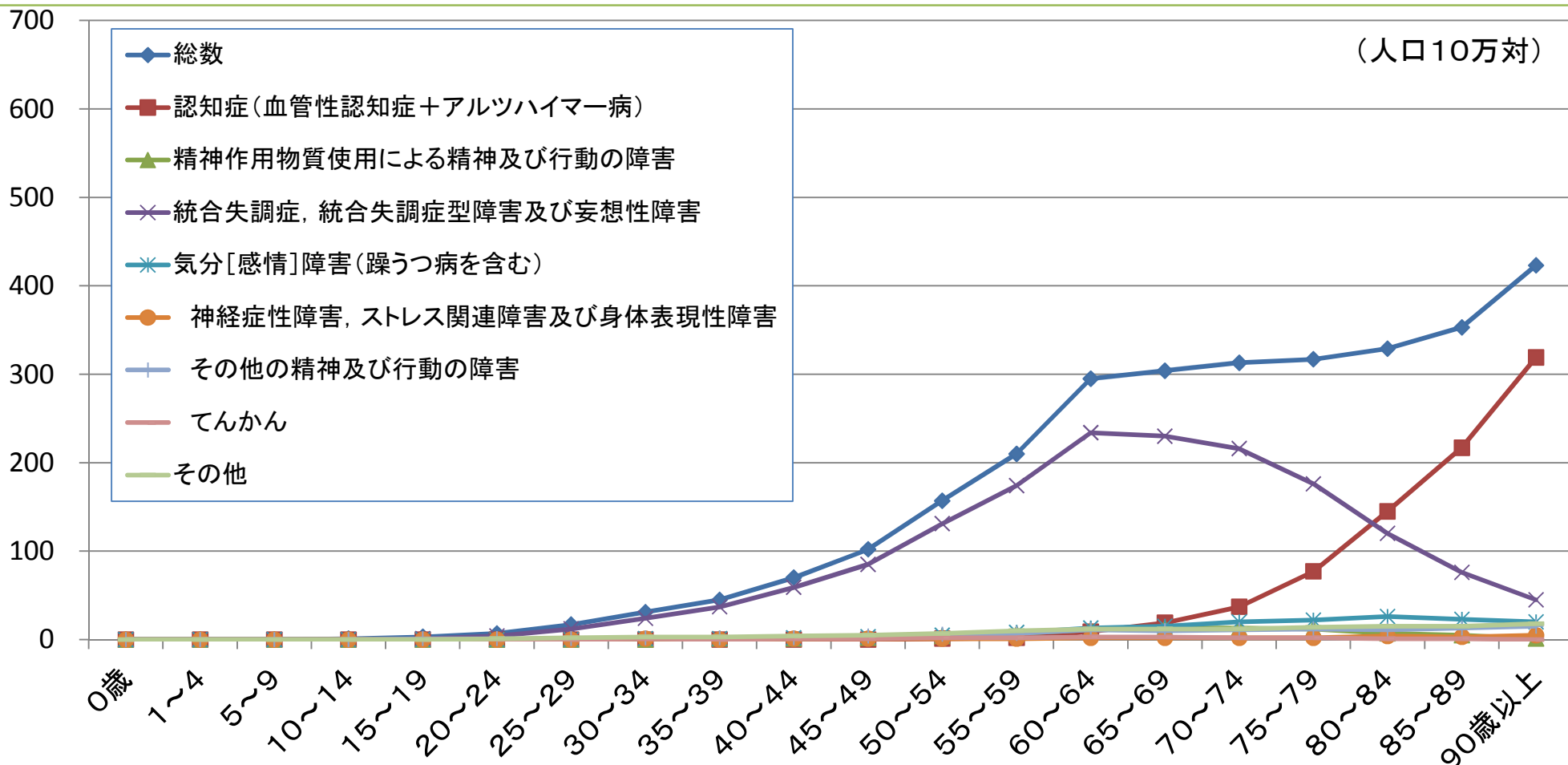


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 12

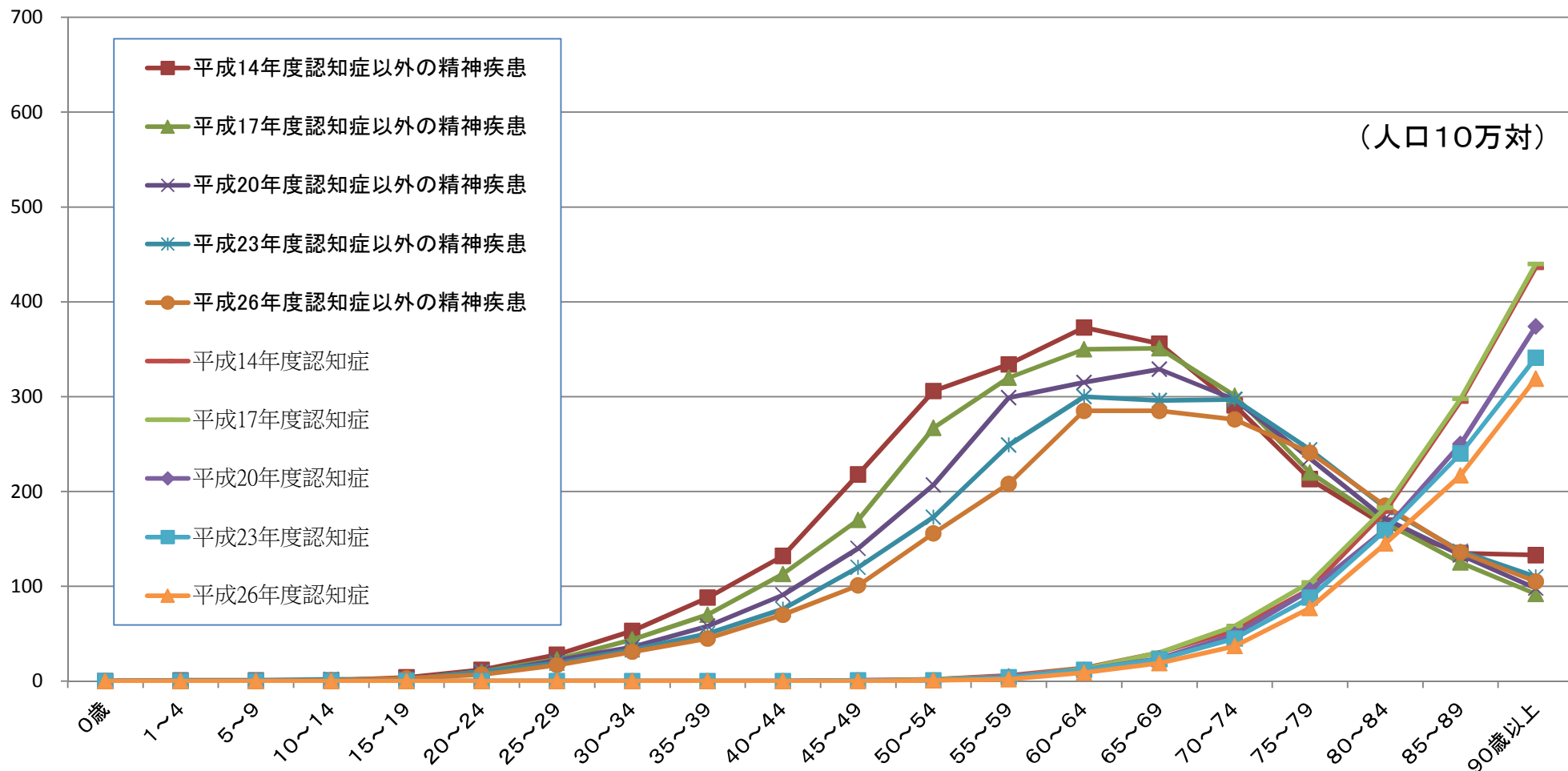
精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 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。



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の推移

○ 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、認知症以外の精神疾患(主に統合失調症、気分障害)であっても、認知症であっても、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。



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

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 14

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。

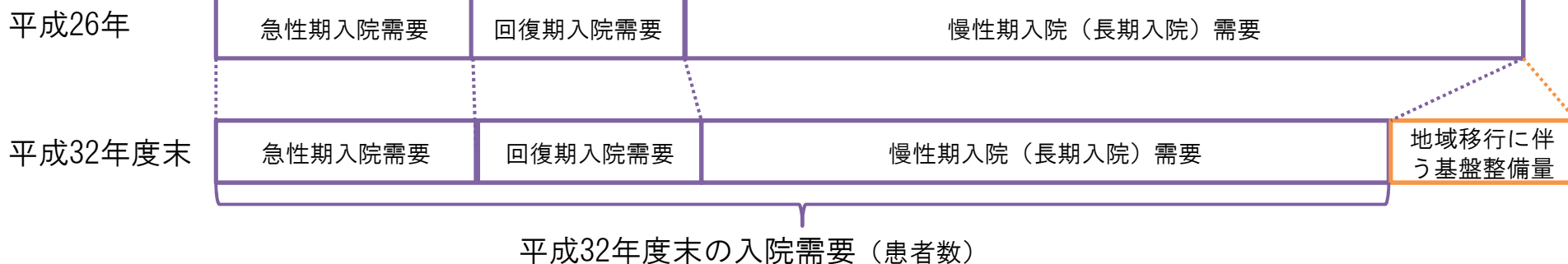
対応方針（新たな算定式への見直し）

- 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



※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。

精神病床における基準病床数の算定式の変遷

1 第一次医療法改正以前(昭和60年以前) 公的医療機関等の開設等の規制

精神病床の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (病床の種別に応じて厚生大臣が定める数値)

2 第一次医療法改正(昭和60年～) 医療計画制度の創設

精神病床の必要病床数 = ((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 + 加算部分(*)

* 加算部分 = (流入入院患者) ÷ (流出入院患者) × 1/3
を限度として、都道府県知事が適当と認める数を加えることができる

3 第四次医療法改正(平成12年～)

精神病床の基準病床数 = ((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 + 加算部分
(※) 算定式は変更なし。入院受療率及び病床利用率について更新。

4 第五次医療法改正(平成18年～現行の算定式)

- 在院1年未満群の基準病床数 = ((年齢階級別人口) × (年齢階級別新規入院率) + (流入入院患者) - (流出入院患者))
× (平均残存率) ÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率)
- 在院1年以上群の基準病床数 = ((入院期間が一年以上である年齢階級別入院患者数) × (1 - (年齢階級別退院率))
+ (入院期間が1年に達した患者数) - (退院する長期入院患者の目標値))
÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率)
- 在院1年未満群と在院1年以上群の合計数に流出超過加算を加える ※次ページ参照

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

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

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

2. 在院1年以上群

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

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

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。

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】
H30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

「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。

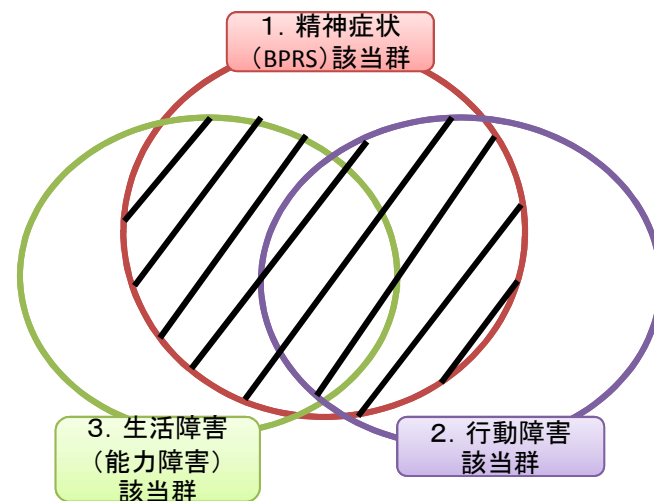
3. 生活障害

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

			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%