

第8次医療計画の策定に向けて

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

目次

1. 医療計画について
2. 第7次医療計画について
3. 第8次医療計画の策定に向けて
(ご議論いただきたい主な論点)

1. 医療計画について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第8次医療計画の策定に向けて今後想定されるスケジュール

■ 本日2月3日（木）

- 本検討会：第8次医療計画の策定に向けて議論

■ 3月中目途

- 本検討会：本日のご意見を踏まえた議論等

■ 4月～目途

- 本検討会：とりまとめに向けた整理

■ 5月～目途

- 本検討会：とりまとめの議論
 - ・ 基準病床数、指標等についての基本的な考え方を整理

■ 夏～秋目途以降

- 第8次医療計画等に関する検討会（医政局）
 - ・ 5疾病・5事業についての基本的な考え方を報告・議論・まとめ

■ 来年3月目途

- 医療計画作成指針等の改正（通知）（医政局）

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、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するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和2年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の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。

- ・ 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

三次医療圏

52医療圏（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、**精神疾患**）。

5事業(*)…5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。））。

(*)令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

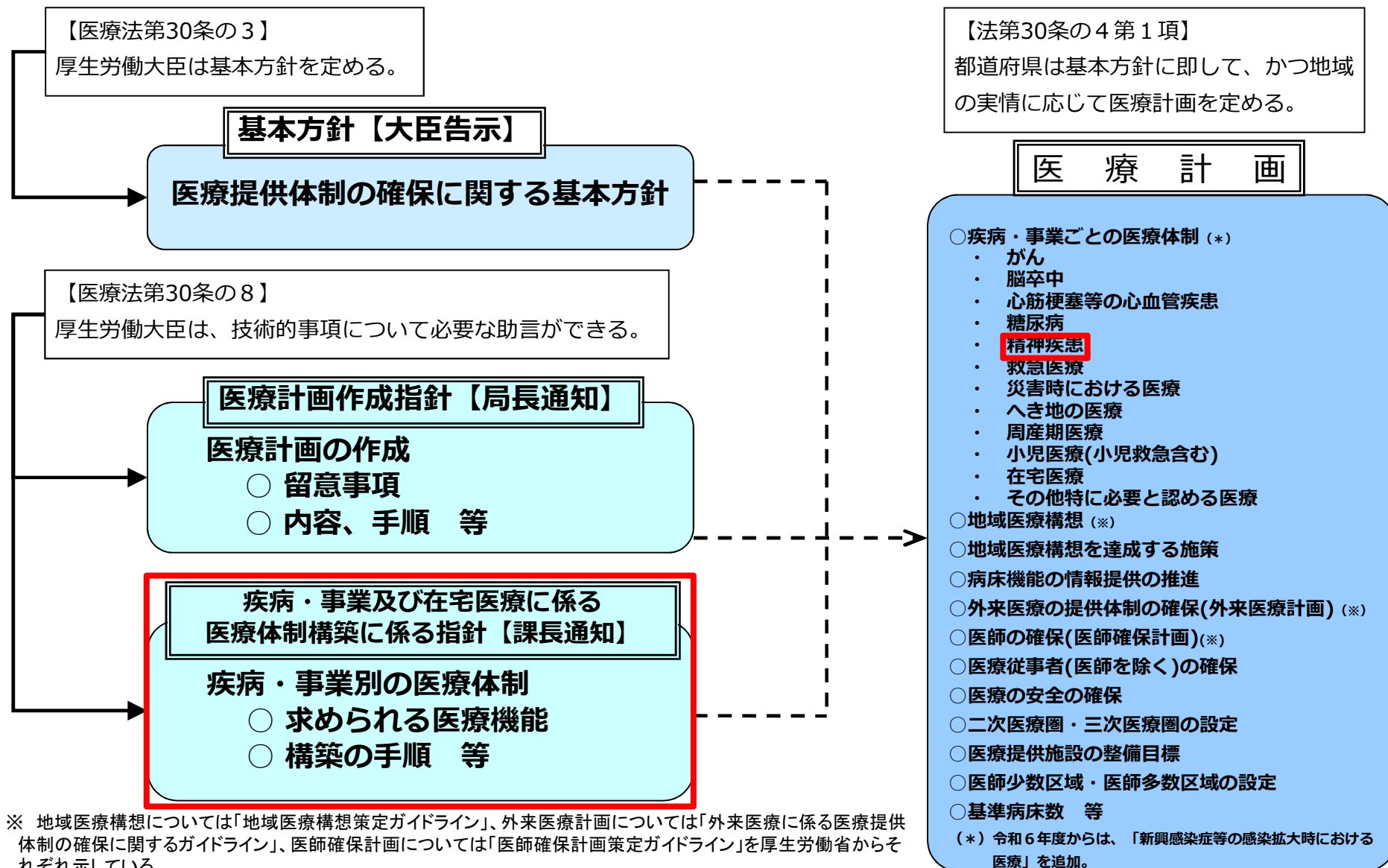
○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

医療計画の策定に係る指針等の全体像



※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0331第57号 平成29年3月31日)別紙)

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。

(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

3 5疾病・5事業(※)及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

5疾病・5事業(※)及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 住民の健康状態や患者の状態(成果(アウトカム))、患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 成果を達成するために必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関等及び独立行政法人並びに社会医療法人の役割、病病連携及び病診連携にも留意する。

※令和6年度からは、「新興感染症等の感染等拡大時における医療」を追加し、6事業。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

6 医療の安全の確保

7 基準病床数

8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標
- その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標

9 地域医療構想の取組

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

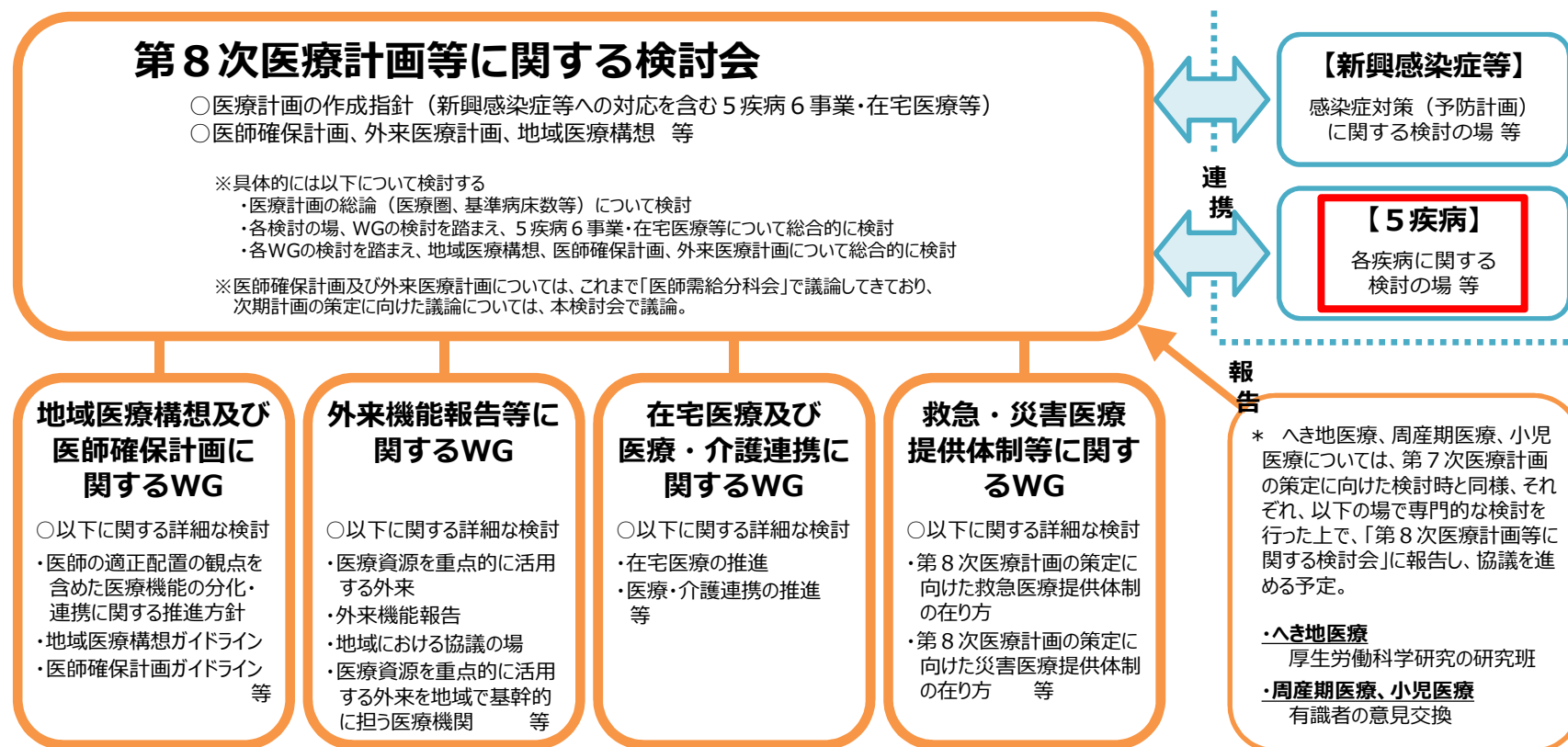
障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、アレルギー疾患対策、今後高齢化に伴い増加する疾患等対策、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組などに考慮して、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等について、記載する。

11 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



2. 第7次医療計画について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第7次医療計画について①(基本的な考え方)

(精神障害にも対応した地域包括ケアシステム)

○ 平成30年度からの第7次医療計画では、同年度から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の3計画が同時に開始することから、それぞれの計画が連動するよう同一の理念を共有すべく、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」(※1)(以下「精神指針」という。)において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることが明確にされ、目指すべき方向として、以下の3点が記載されている。【資料1～3】

- ① 地域住民の精神障害者に対する理解促進及び適切な初期支援の実践に向けた効果的な普及・啓発の促進
- ② 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制の構築
- ③ 本人の意思の尊重と、ICFの基本的な考え方(※2)を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※1 「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日医政局地域医療計画課長通知)

※2 ICF(国際生活機能分類:International Classification of Functioning, Disability and Health)では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉える。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

(多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築)

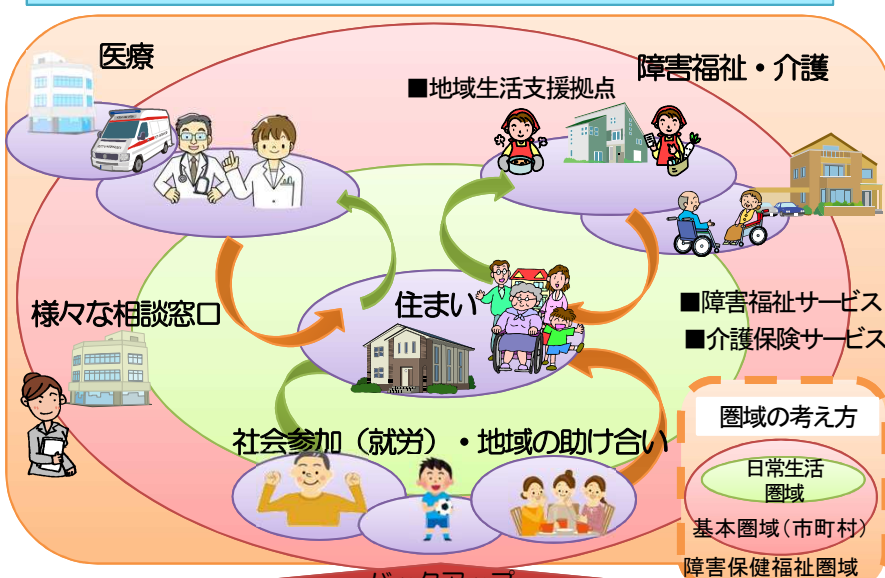
○ また、精神指針では、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成26年厚生労働省告示第65号)を踏まえて、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進する必要がある(※)と記載されている。【資料1・4】

※ 具体的には、精神指針において、「都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、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ように努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。」と記載されている。

【資料1】精神疾患の医療体制について（第7次医療計画）

- 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、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必要がある。そのために、地域住民の精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援の実践に向けた効果的な普及・啓発を促進する。
- 令和2年度末、令和5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）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 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能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、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

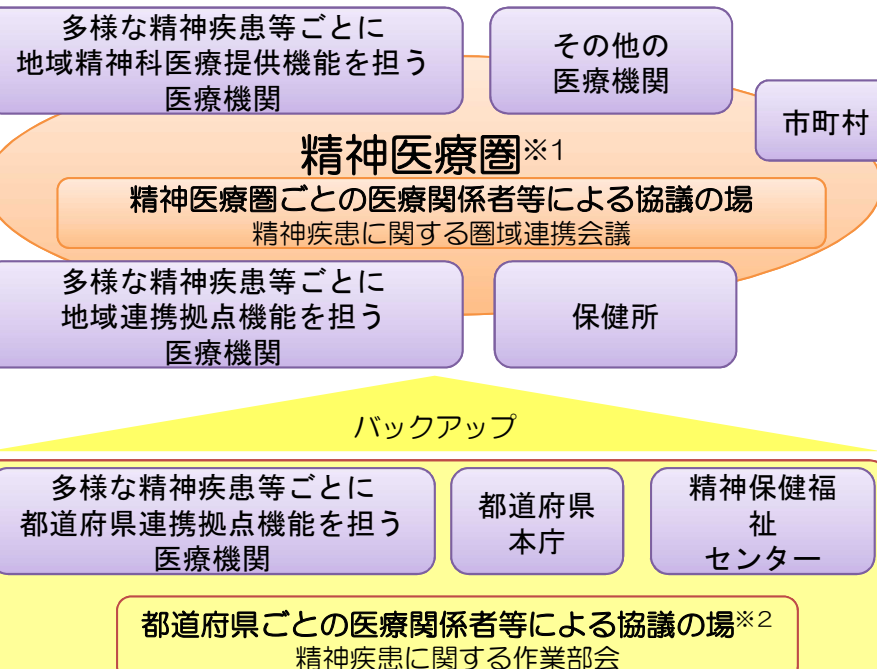
バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

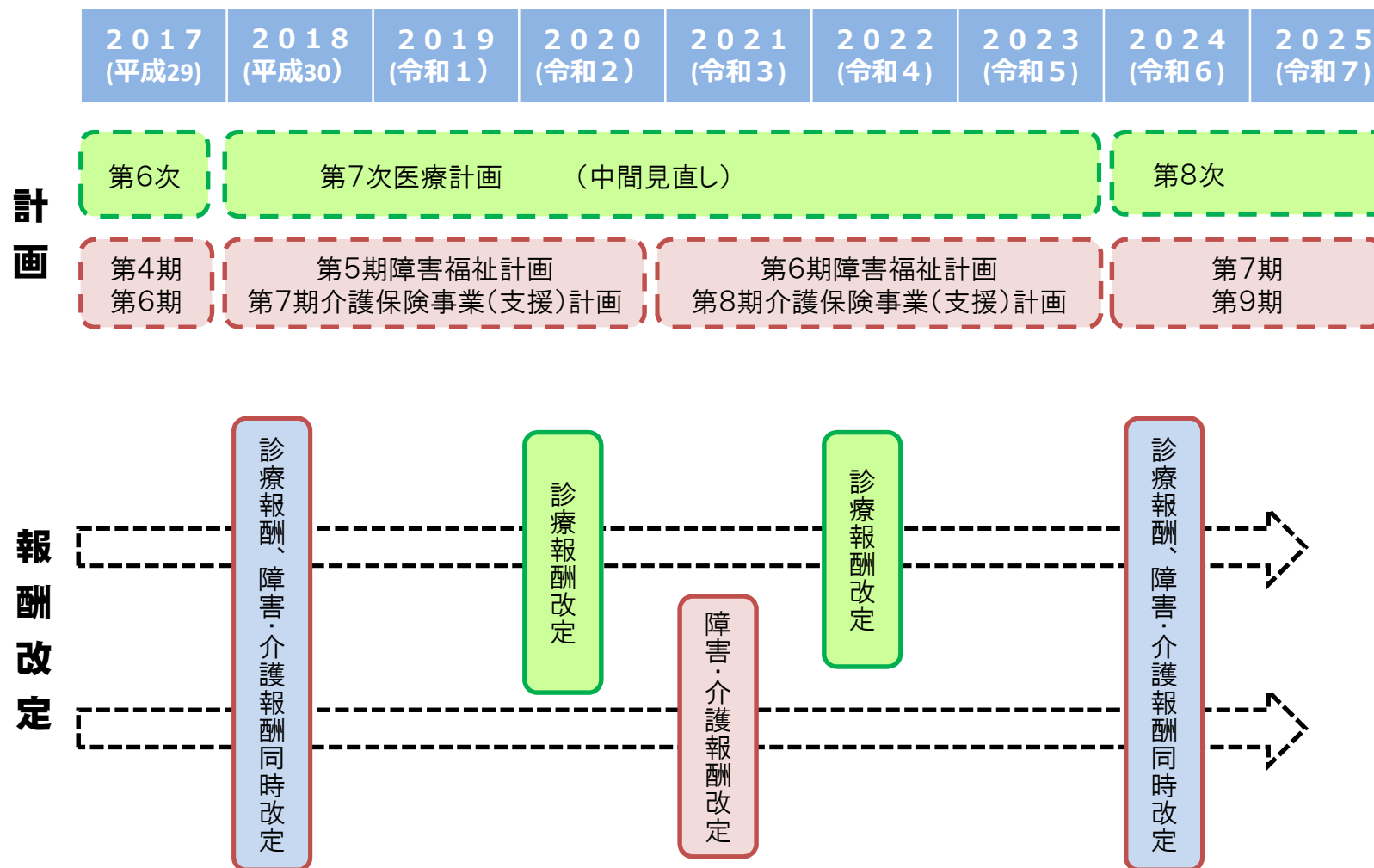
多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※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

【資料 2】医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定と報酬改定のスケジュールについて



【資料3】第6期障害福祉計画等に係る基本指針について

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。R2年5月に告示。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。計画期間はR3～5年度

2. 基本指針の主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行等
- ・ 発達障害者等支援の一層の充実
- ・ 障害者の社会参加を支える取組
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

3. 成果目標(計画期間が終了するR5年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数 316日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に
(H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%以上、6ヵ月後 86%以上、1年後 92%以上
(H28年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

④ 福祉施設から一般就労への移行等

- ・ 一般就労への移行者数: R元年度の1.27倍
うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・ 難聴児支援のための中核的機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・ 医療的ケア児支援の協議の場(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化等【新たな項目】

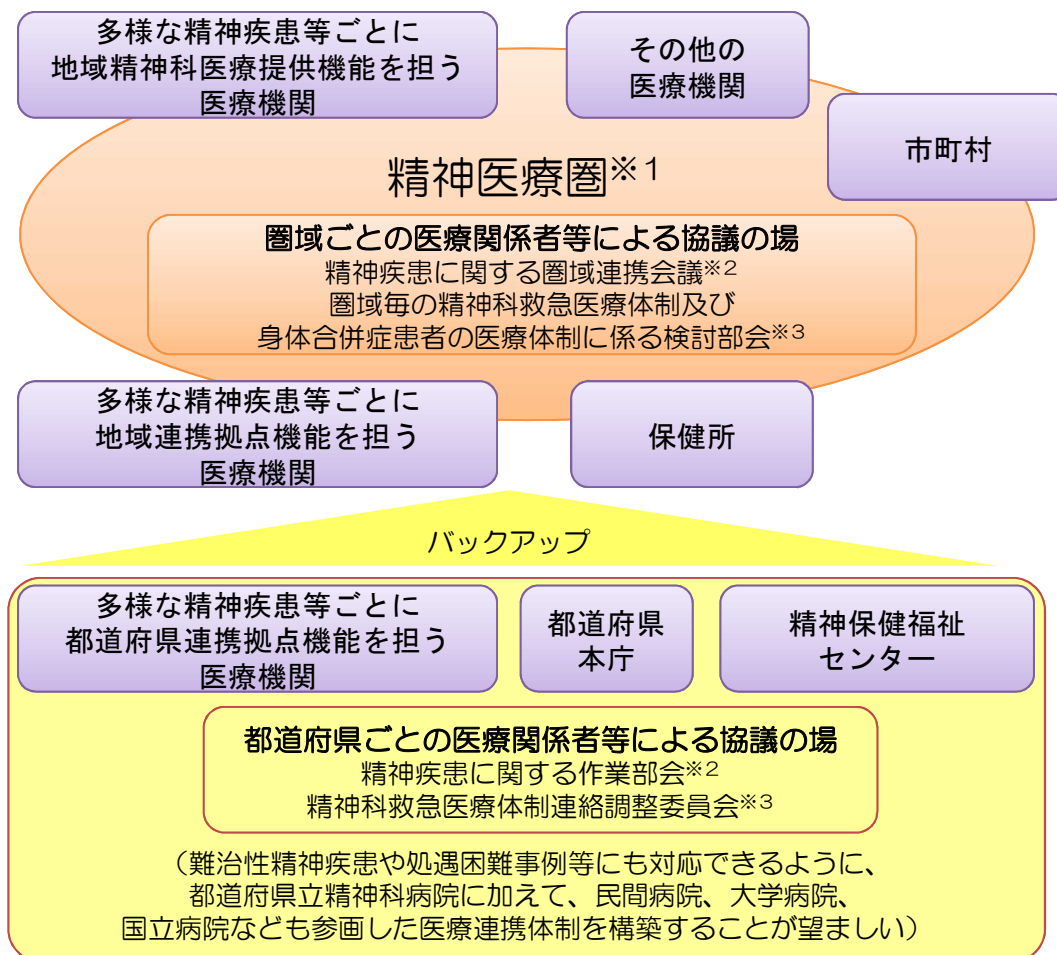
- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

【資料 4】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。



※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

第7次医療計画について②(指標例)

(地域の医療提供体制の現状把握のための指標について)

○ 精神指針において、都道府県は、精神疾患の医療提供体制を構築するに当たって、【資料5】に掲げる指標例により、その現状を数値で客観的に把握し、医療計画に記載するとされている。

なお、現在精神指針で定められている指標例は、第7次医療計画の中間見直しの際に、以下の見直しが行われている。

- ・ 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関するものとして、精神保健医療体制の高度化に資する項目に変更する。
- ・ 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拠点医療機関等を新たに指標例として追加し、重点指標とする。
- ・ アウトカムに係る指標例の一つである精神病床における退院後3・6・12ヶ月時点の再入院率は、精神病床からの退院後、患者が一時的な不調を示した場合等にレスパイト等の短期入院を行うことがあるなど解釈に課題があることから、退院した患者の地域生活を反映できるよう、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る。
- ・ 精神科救急領域において指標例としている「深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数」及び「深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数」については、数値の把握が難しいため指標例から削除し、精神科救急医療施設数等に変更する。

＜具体の見直し内容＞

- ・ 依存症専門医療等機関(依存症専門医療等機関、依存症治療拠点機関)数の追加
- ・ 摂食障害治療支援センター数の追加
- ・ てんかん診療拠点機関数の追加
- ・ 精神科救急入院料を算定した病院数の追加
- ・ 精神科救急医療施設(病院群輪番型、常時対応型)数、外来対応施設数及び身体合併症対応施設数の追加
- ・ 精神科救急医療体制整備事業における受診件数の追加
- ・ 精神科救急医療体制整備事業における入院件数の追加
- ・ 地域平均生活日数へ変更
(現行)精神病床における退院後3・6・12ヶ月時点の再入院率
- ・ 深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数の削除
- ・ 深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数の削除
- ・ 重点指標を各疾患の精神保健医療体制の高度化に資する指標及び拠点医療機関等の指標に変更
(現行)各疾患の入院及び外来診療している医療機関数

【資料5】現状把握のための指標例（第7次医療計画中間見直し後）

●重点指標

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
ストロクチャー	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神科病床の入院で使った病院数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療養療法を実施する病院数	認知症疾患医療センターの指定数	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した精神科病床を持つ病院数	発達障害を入院診療している精神科病床を持つ病院数	依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数	依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数	PTSDを入院診療している精神科病床を持つ病院数	高次脳機能障害支援拠点機関数	摂食障害治療支援センター数	てんかん診療拠点機関数	精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）数、外来対応施設数及び身体合併症対応施設数	身体合併症を診療している精神科病床を持つ病院数（精神科救急・合併症入院科・精神科身体合併症管理加算）	救命救急入院科精神疾患診療初回加算をとる一般病院数	DPAT先遣隊登録医療機関数	指定通院医療機関数
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使った医療機関数	認知行動療法を外来で実施した医療機関数	認知症を入院診療している精神科病床を持つ病院数	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神科病床を持つ病院数	発達障害を外来診療している医療機関数	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神科病床を持つ病院数	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数	ギャンブル等依存症を入院診療している精神科病床を持つ病院数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	てんかんを入院診療している精神科病床を持つ病院数	精神科救急入院料を算定した病院数	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数（精神疾患診療体制加算・精神疾患患者等受入加算）	救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数		
	統合失調症を入院診療している精神科病床を持つ病院数	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病床を持つ病院数	認知症を外来診療している医療機関数	20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	アルコール依存症を入院診療している精神科病床を持つ病院数	薬物依存症を入院診療している精神科病床を持つ病院数	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数			摂食障害を外来診療している医療機関数	てんかんを外来診療している医療機関数		精神科リエゾンチームを持つ病院数			
	統合失調症を外来診療している医療機関数	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	認知症サポート医養成研修修了者数	知的障害を入院診療している精神科病床を持つ病院数	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	薬物依存症を外来診療している医療機関数				摂食障害を入院診療している精神科病床を持つ病院数						
			かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	知的障害を外来診療している医療機関数												
プロセス	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数（精神科病床）	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療養療法を受けた患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	発達障害の精神科病床での入院患者数	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数	依存症集団療法を外来で実施した患者数	ギャンブル等依存症の精神科病床での入院患者数	PTSDの精神科病床での入院患者数	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	てんかんの精神科病床での入院患者数	精神科救急医療体制整備・備事業における受診件数	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数（精神科救急・合併症入院科・精神科身体合併症管理加算）	救命救急入院で精神疾患診療初回加算を算定された患者数		
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数	認知行動療法を外来で実施した患者数	認知症の精神科病床での入院患者数	20歳未満の精神疾患の精神科病床での入院患者数	発達障害外来患者数	アルコール依存症の精神科病床での入院患者数	薬物依存症の精神科病床での入院患者数	ギャンブル等依存症外来患者数	PTSD外来患者数	摂食障害の精神科病床での入院患者数	てんかん外来患者数	精神科救急医療体制整備・備事業における入院件数	体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数（精神疾患診療体制加算・精神疾患患者受入加算）	救急患者精神科継続支援料を受けた患者数		
	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	うつ・躁うつ病の精神科病床での入院患者数	認知症外来患者数	20歳未満の精神疾患外来患者数		アルコール依存症外来患者数	薬物依存症外来患者数			摂食障害外来患者数		精神疾患の救急車平均搬送時間	精神科リエゾンチームを算定された患者数			
	統合失調症の精神科病床での入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数		知的障害の精神科病床での入院患者数												
	統合失調症外来患者数			知的障害外来患者数												
アウトカム	精神科における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率															
	地域平均生活日数															
	精神科における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）															
	精神科における新規入院患者の平均在院日数															

第7次医療計画について③(精神病床における基準病床数)

(精神病床における基準病床数について)

- 精神病床における基準病床数については、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(令和2)年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性が確保されるよう、「医療計画作成指針」(※)において、以下の内容の算定式が定められている。

精神病床における基準病床数

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

※ 「医療計画について」(平成29年3月31日医政局長通知)

- 都道府県が、「平成32年度末の入院需要(患者数)」を算定するに当たっては、
- ・ α : 精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち、継続的な入院治療を必要とする者の割合
 - ・ β : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値(治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果)
 - ・ γ : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値(これまでの認知症施策の実績)
- について、一定の範囲内で、各都道府県の実情を勘案することとされている。【資料6】

【資料 6】精神病床における基準病床数の算定式①

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。

(医療計画作成指針より)

精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

$$\begin{aligned}
 & [\{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{急性期}} \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad + \\
 & \{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{回復期}} \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad + \\
 & \{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{認知症でない者}} \text{に係る} \underline{\text{慢性期}} \\
 & \quad \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad \times (\text{精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合} \underline{\alpha}) \\
 & \quad \times (\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値} \underline{\beta}) \\
 & \quad + \\
 & \{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{認知症である者}} \text{に係る} \underline{\text{慢性期}} \\
 & \quad \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad \times (\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値} \underline{\gamma}) \\
 & \quad + \\
 & \quad (\text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) \\
 & \quad - \\
 & \quad (\text{精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数})] \\
 & \quad \times \\
 & \quad (1 / \text{精神病床利用率})
 \end{aligned}$$

精神病床における基準病床数の算定式②

（医療計画作成指針より）

- ・「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α 」とは、慢性期入院患者の実態を勘案し、原則として0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める値とする。

※ 「原則として0.8から0.85までの間」とした考え方は、以下のとおりである。

厚生労働科学研究によると、

- ① 認知症以外の慢性期入院患者の6割以上が、当該研究において策定した重症度を医学的に評価する基準に該当する（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25～27年度））
- ② 統合失調症の慢性期入院患者の1割が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している（精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究（平成19～21年度））

との報告がある。この研究結果を踏まえると、①②に該当しないような患者については、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、入院から地域生活への移行が可能となると考えられ、この結果、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の6～7割に低下することが見込まれる。

平成36年度末（2025年）までに7年間かけてその基盤整備を行うこととした場合には、医療計画の中間年である平成32年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備することによって、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の8～8.5割に低下することが見込まれる。

- ・「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β 」とは、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として、原則として0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。
- ・「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ 」とは、これまでの認知症施策の実績を勘案し、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として、原則として0.97から0.98までの間で都道府県知事が定める値を3乗した数とする。

第7次医療計画について④(その他)

(地域の関係機関との連携、保健所及び精神保健福祉センターの役割について)

- 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、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、地域包括支援センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮するとされている。
- また、
 - ・ 保健所は、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと
 - ・ 精神保健福祉センターにおいては、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこととされている。

3. 第8次医療計画の策定 に向けて

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第8次医療計画の策定に向けて①

(ご議論いただきたい主な論点)

(基本的な考え方について)

- 現在、精神指針においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の具体的内容として、以下の点が挙げられている。
 - ・ 障害保健福祉圏域ごとの保健・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、その他の医療機関、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する必要がある。
 - ・ 令和2年度末、令和5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)の目標を明確にした上で、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を推し進める必要がある。
- 上記に加えて、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」(令和3年3月)、障害者部会「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理(同年12月)の議論を踏まえ、以下の内容を新たに明確にすることについて、どのように考えるか。
 - ・ 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の方が病状が障害の程度に大きく影響する。そのため、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する必要がある、
 - (1) 精神医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による緊急時の対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉、介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、緊急時においては、入院治療(急性期)へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療(夜間・休日診療、電話対応、往診、訪問看護等)について、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
 - (2) また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。

第8次医療計画の策定に向けて②

(ご議論いただきたい主な論点)

(指標例等について)

- 第8次医療計画における指標例については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、上記の基本的な考え方を踏まえ、以下の方向で検討することについて、どのように考えるか。
 - ・ 患者の病状に応じ、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画の指標例を含め定める。
 - ・ その上で、例えば、市町村等における相談窓口数や精神保健福祉相談の相談件数、協議の場等の開催回数、かかりつけ医うつ病対応力向上研修の受講者数等の指標を新たに設ける。
- 精神指針では、多様な精神疾患等ごとの指標例とともに、各疾患等の現状・課題が掲げられている。

昨年12月の障害者部会報告書において、「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」とされたことを踏まえ、各疾患等ごとに、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を、精神指針で示すことについて、どのように考えるか。【資料7】
- さらに、精神科医療機関における権利擁護の取組について、本検討会での今後の議論も踏まえつつ、新たな指標とすることについて、どのように考えるか。

(精神病床における基準病床数について)

- 第8次医療計画における基準病床数の算定式については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にある。
- 精神科医療の進展や地域における基盤整備が進んだことにより、地域で生活を送る方が増えつつあると同時に、すでに全人口が減少局面にあり、精神科病院入院患者の年齢構成にも変化が見られている。
- 新たな算定式においては、こうした点を踏まえて検討を進めることが必要ではないか。

第8次医療計画の策定に向けて③

(ご議論いただきたい主な論点)

(保健所及び精神保健福祉センターの役割について)

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」(令和3年3月)の議論も踏まえ、保健所及び精神保健福祉センターの役割として、以下の内容を新たに明確にすることについて、どのように考えるか。
 - ・ 保健所については、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、精神科病院・精神科診療所と精神科以外の診療科の医療機関との連携を含む医療に関する事項の調整・対応や、市町村との連携を前提とした障害保健福祉圏域等の圏域単位の協議の場を設置し、地域課題の検討・解決のための企画、個別支援での協働等に努めること
 - ・ 精神保健福祉センターについては、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、人材育成のための研修の実施、高い専門性を要する精神障害を有する方等の支援への対応のほか、依存症対策、ひきこもり対策、自殺対策等、新たな課題への支援方法の普及等に努めること

【資料 7】 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築①

1. 統合失調症

- 統合失調症は、治療によって急性期の症状が治まると、回復期を経て、徐々に長期安定に至るという経過をたどるのが一般的であり、主治医と相談しながら、症状に合わせ、必要な治療を地域で継続できる体制を整備していくことが重要。
- こうした観点から、令和2年度診療報酬改定で、精神科退院時共同指導料・療養生活環境整備指導加算を新設。また、令和3年度からは、治療抵抗性統合失調症治療薬の投与基準を緩和する等、病状を軽快させる治療法の普及を推進。

2. 気分障害（うつ病・躁うつ病）

- うつ病・躁うつ病は、精神的・身体的ストレス等を背景に、重症化すると「死んでしまいたいほどの辛い気持ち」が現れることもあり、早めに専門家に相談できる体制を構築していくことが重要。
- こうした観点から、早期相談を呼びかけるための普及啓発、保健所等での相談の充実、他の関係機関から専門相談や精神科医療へつなぐための連携体制の構築、専門医療の技術の向上、社会復帰の促進に取り組んでいる。
 - ・ 特に、ストレスが身体症状として表れ、最初に内科にかかることが多いことから、平成20年度からは「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、一般内科医等のかかりつけ医を対象に、患者の早期発見・早期治療を目的とした研修を実施。
 - ・ 地域ごとに内科と精神科の恒常的な連携体制を構築する取組（GP連携）を平成22年度から推進。
 - ・ 正しい知識と理解に基づき、家族等の身近な人に対して、傾聴を中心とした支援を行う心のサポーターの普及。
- 専門医療の技術向上としては、多剤処方や過量服薬を防ぐことをも目的として、認知行動療法（※）の普及を図り、平成22年度からは「認知行動療法研修事業」により、医師等を対象とした研修を実施（令和2年度までの受講者数：約7,000名）。

※ 認知行動療法は、うつ病治療において、認知行動療法を薬物療法と併せて実施することで、自殺のリスクを下げることで知られており、診療報酬上、認知療法・認知行動療法で評価されている。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築②

3. 認知症

- 認知症は、アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患による後天的な脳の機能障害により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態とされ、高齢になれば誰でもなりうる可能性がある。完全な予防法は存在しないが、運動不足、喫煙、孤立、生活習慣病等の潜在的に予防可能な認知症危険因子などが明らかとなっている。

そのため、認知症については、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ための「予防」の取組や、早期発見・早期対応、適切な鑑別診断や治療、継続的な相談支援が切れ目なく受けられる体制を構築していくとともに、認知症医療および認知症ケアの地域連携、認知症に対応できる人材育成、認知症に対する正しい理解の普及啓発等を総合的に推進していくことが重要。

- こうした観点から、
 - ・ 「認知症施策推進大綱」（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）では、「共生」と「予防」を車の両輪として、2025年までを対象期間とした施策を総合的に推進
 - ・ 早期発見・早期対応に向けた取組としては、医師を含む複数の専門職が認知症の人のアウトリーチを行い、適切な医療・介護サービスにつなぐ認知症初期集中支援チームの設置を推進【設置自治体数：1,741（全市町村）（令和元年9月）】
 - ・ 鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点となる「認知症疾患医療センター」については、二次医療圏域ごとに1箇所ずつ計画的に整備【設置数 基幹型：17 地域型：384 連携型：87 計：488（令和3年10月）】
 - ・ 認知症ケアに携わる医療従事者の人材養成として、各種の認知症対応力向上研修等を実施【認知症サポート医数：1.1万人、かかりつけ医認知症対応力向上研修：6.8万人、病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修：17.6万人、看護職員の認知症対応力向上研修：2.2万人（令和3年3月）】
 - ・ 若年性認知症の対応については、相談窓口となる「若年性認知症コールセンター」の運営のほか、就労・社会参加の支援ネットワーク作りを担う「若年性認知症支援コーディネーター」の配置を推進【設置都道府県：47（全都道府県）（令和元年9月）】

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築③

4. 児童・思春期精神疾患

- 児童・思春期精神疾患は、主に20歳未満の心の問題が対象となり、発達障害、統合失調症等の精神疾患の場合のほか、「不登校」「3歳になっても話さない」等の理由で受診する場合もあること、また、5割を超える患者が2年以上の外来診療を継続していることから、子どもと家族の心の問題に対し、地域の関係機関と適切に連携しながら必要な治療を継続できる体制を整備していくことが重要。
- こうした観点から、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に、「思春期精神保健研修」を実施し、児童・思春期のこころの問題に関する専門家を養成。また、「子どもの心の診療ネットワーク事業」として、都道府県及び指定都市における拠点病院を中核とし、地域の関係機関と連携した支援体制の構築を推進（令和2年度：21自治体が実施）。

5. 発達障害

- 発達障害については、本人、家族、周囲の人が発達障害の特性に応じ、日常生活や学校・職場での過ごし方を工夫できるよう、発達障害の早期発見・早期支援と多様な支援に向けたネットワークの構築が重要。
- こうした観点から、発達障害の早期発見のために「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を実施。また、発達障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、多職種連携・多施設連携を推進。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築④

6. 依存症（アルコール、薬物、ギャンブル等）

- 依存症は、本人のこころの弱さに起因する現象ではなく、脳の変化により症状が引き起こされる病気の一つであり、依存症についてのこうした正しい知識と理解に基づき、患者が適切に相談、治療、支援を切れ目なく受けられる体制を構築していくことが重要であり、地域における支援ネットワークの構築、全国拠点機関による人材育成・情報発信や、依存症の正しい理解の普及啓発を総合的に推進していくことが必要。
- こうした観点から、
 - ・ 「第2期アルコール健康障害対策推進基本計画」（令和3年3月26日閣議決定）では、令和3年度からの5年間の重点課題として、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくり」「アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の構築」を記載
 - ・ 「再犯の防止等の推進に関する法律」（平成28年法律第104号）では、犯罪をした薬物依存症者等について、適切な保健医療サービス等が提供されるよう、関係機関の体制整備を図ることを明記
 - ・ 「ギャンブル等依存症対策推進基本計画」（平成31年4月19日閣議決定）では、ギャンブル等依存症である者等が適切な医療を受けられるよう、全都道府県・政令指定都市が専門医療機関を整備することを目標として記載
- これらの各種計画等を踏まえ、
 - ・ 国では、全国拠点機関を指定し、地域における依存症の相談対応・治療の指導者の養成等や依存症回復施設職員への研修、依存症に関する情報ポータルサイトの運営等を実施
 - ・ 都道府県及び指定都市では、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関の選定や相談拠点の設置、依存症を正しく理解するための普及啓発活動、依存症問題に取り組んでいる自助グループ等民間団体への活動支援等を実施。
【設置自治体数（47都道府県＋20指定都市）（令和3年3月時点）】
（アルコール） 相談拠点：67 専門医療機関：60 （薬物） 相談拠点：62 専門医療機関：49
（ギャンブル等） 相談拠点：65 専門医療機関：51
 - ・ 都道府県等において、精神保健福祉センター等を核として、依存症対策に係る連携会議を開催し、相談、医療から社会復帰に関わる関係機関の連携のネットワークを構築し、支援体制の整備を進めている。
【連携会議設置状況】（アルコール）55（薬物）41（ギャンブル等）35

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築⑤

7. 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 外傷後ストレス（PTSD）は、命の危険を感じるなど、強い恐怖感を伴う体験をした人に起きやすい症状で、被害の後の社会的サポートが足りなかったりした場合等に発症しやすいことが知られていることから、一人で抱え込むことなく、身近な地域で信頼できる精神科医、をはじめ、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師等に相談できる体制を構築していくことが重要。
- こうした観点から、精神保健医療福祉業務に従事する有資格者等を対象に、トラウマ反応の考え方、診断評価方法、初期対応、治療対応の基本的な考え方を習得できるよう、「PTSD対策専門研修」を実施（平成8年度からの受講者数：約9,200名）。

8. 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害は、事故、病気等により脳に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動等の認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの、身体的、精神的な特徴が外見上では判断しづらく、患者自身や家族等による障害の理解は容易ではない。そのため、早期に発見し、治療、リハビリの支援につなげる体制を構築していくことが重要。
- こうした観点から、「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」により、各都道府県において、医療機関や福祉施設などの「支援拠点機関」（115カ所：令和3年6月1日時点）に相談支援コーディネーター（社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、作業療法士等）を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携・調整を実施。また、全国の「支援拠点機関」の中核機能を担う「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置し、支援拠点機関等の職員向け研修会等を通じ、各「支援拠点機関」等との情報共有を推進。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築⑥

9. 摂食障害

- 摂食障害は、10代～40代の女性に多い疾患と言われ、心身の成長・発達、日常生活・社会生活に深刻な影響を与える。また、栄養障害、嘔吐等の症状により、生命に危険が及ぶ場合もあるため、摂食障害の影響が大きく長くないうちに、地域で早期に専門的な支援を受けることができる体制を構築していくことが重要。
- こうした観点から、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」により、現在4カ所の「支援拠点病院」(※)について、全都道府県での設置に向けた補助を実施。また、「支援拠点病院」への指導・助言、「支援拠点病院」で集積されたデータの分析・評価等を「全国支援センター」で実施。

10. てんかん

- てんかんの発作は、通常数秒から数分間にすぎないため、病気の特徴を周囲の人が良く理解し、過剰に活動を制限せず能力を発揮する機会を摘み取ることをしないよう配慮するとともに、他方で一旦診断されると長期間服用を必要とすることが多いため、初期診断での診断と長期的な治療の見通しが重要となるため、地域で早期に専門的な支援を受けることができる体制を構築していくことが重要。
- こうした観点から、「てんかん地域診療連携体制整備事業」により、現在23カ所の「支援拠点病院」(※)について、全都道府県での設置に向けた補助を実施。また、「支援拠点病院」への指導・助言、「支援拠点病院」で集積されたデータの分析・評価等を「全国支援センター」で実施。さらに、令和2年度から、「全国支援センター」において、てんかん診療コーディネーターを対象とする認定制度を開始し、コーディネーターの資質の向上を推進。

※ 「支援拠点病院」は、都道府県と協働し、摂食障害やてんかんに関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整等を実施。