

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、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。また、長期の入院が必要となっている精神障害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。このため、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。具体的には、

- ① 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。
- ② 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ことから、令和2年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、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。また、第6期障害福祉計画（令和3～令和5年度）において、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数（地域平均生活日数）が成果目標として検討されている。

さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）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（平成26年厚生労働省告示第65号）を踏まえて、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がある。

本指針では、「第1 精神疾患の現状」で多様な精神疾患等ごとの現状・課題を概観し、「第2 医療体制の構築に必要な事項」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・分析した上で、地域の実情に応じて圏域（精神医療圏）を設定し、その圏域ごとに不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にして、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を行えるようにする必要がある。

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成29年には推定患者数で419万人を超える水準となっている¹。そのうち、入院患者数は約30.2万人¹、外来患者数は約389.1万人¹であり、1年以上の長期入院患者数は約17.1万人である¹。我が国での調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている²。

自殺者数は、平成22年以降は9年連続の減少となっている。しかし、日本の自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が4割程度を占めている³。

精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

(1) 統合失調症

(患者動態)

平成29年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は79.2万人であり、うち入院患者数は15.4万人である¹。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、平成26年の精神病床における1年以上の長期入院患者数12.1万人のうち、その6割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっている⁴。これにより1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、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であると示唆されている。また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待される。

(政策動向)

厚生労働省は、難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mECT）等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、平成26年度から平成29年度にかけて、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施した。大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県等が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連

¹ 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

² 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18年度）

³ 厚生労働省「自殺対策白書」（令和元年）

⁴ 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」（研究代表者 安西信雄）（平成25～27年度）、第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会（これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会）における安西信雄氏提出資料

携・多施設連携を推進するために、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。加えて、令和5年度末までに、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法を各都道府県の圏域全体に普及することを目指して、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築する必要がある。計画の策定にあたっては、先行している諸外国の実績や、国内で先行している医療機関の実績を踏まえて、令和5年度末までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を25%～30%に普及することを目指して検討する必要がある。なお、それぞれの都道府県において

① 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）の目標を設定

② 精神病床における基準病床数を設定

する際に、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ていることに留意すること。

(2) うつ病・躁うつ病

(患者動態)

平成29年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は127万人（うち入院患者数30万人）¹であり、平成11年の総患者数の44万人（うち入院患者数25万人）⁵から増加している。

(政策動向)

厚生労働省は、平成23年度より、「認知行動療法研修事業」として、認知行動療法の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。また、平成20年度より「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、一般内科医等かかりつけ医を対象に研修を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、うつ病・躁うつ病の患者に認知行動療法やmECTが実施できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病に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。この際、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。

(3) 認知症

(患者動態)

我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24（2012）年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い令和7（2025）年には、約

⁵ 厚生労働省「患者調査」（平成11年）

700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている⁶。なお、平成29年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は70.4万人であり、うち入院患者数は7.7万人である¹。

(政策動向)

認知症施策を政府全体で強力に推進するため、令和元年6月18日、認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱（以下「大綱」という。）」がとりまとめられた。

大綱では、認知症の人や本人の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくという基本的な考え方のもと、5つの柱に沿って施策を推進している。大綱においても、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現していくこととしている。

循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成30年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は9,878人となっている。

また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、令和元年度末時点において全国で456カ所の認知症疾患医療センター（基幹型16カ所、地域型367カ所、連携型73カ所）が設置されている。

そのほか、平成27年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、令和元年度末時点で1,741市町村に設置されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に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。さらに、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、数値目標も含め大綱に基づき、地域の実情に応じた医療提供体制の整備を進める必要がある。その際には、以下について留意されたい。

① 早期診断・早期対応のための体制整備について

(かかりつけ医、認知症サポート医の養成)

かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医の養成を進め、身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備すること

(認知症初期集中支援チームの取組の推進)

⁶ 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（平成27年）

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと
(認知症疾患医療センター*等の整備)

都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センター以外の認知症の鑑別診断を行える医療機関**について、二次医療圏における65歳以上人口も踏まえ、計画的に整備を図っていくこと。

認知症疾患医療センターについては、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度整備すること。

※ 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※※ 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関

(歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上)

歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備すること

② 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応

(病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上)

病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること

(適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備)

認知症の人に行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること

③ 医療・介護等の有機的な連携の推進

(認知症地域支援推進員の取組の推進)

認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと
(認知症ケアパスの活用)

地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること

(若年性認知症の人やその家族の支援)

若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること

(4) 児童・思春期精神疾患

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している 20 歳未満の精神疾患を有する総患者数は 27.6 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 11.7 万人⁵から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 13 年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、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」を行っている。

平成 24 年度に診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成 29 年時点では、23 都道府県に所在する医療機関において算定されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定された精神病床を持つ病院等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患に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。この際、「思春期精神保健研修」を活用すること。

(5) 発達障害

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89, F90-F98）の総患者数は 23.3 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人⁵から増加している。

(政策動向)

平成 17 年 4 月の発達障害者支援法施行により、国立精神・神経医療研究センターにおいて、都道府県・政令指定都市の発達障害診療の指導的役割を担う者に対する研修を実施している。平成 28 年 8 月の改正発達障害者支援法施行により、都道府県・政令指定都市が発達障害者の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制の整備等について検討する発達障害者支援地域協議会の設置が位置付けられた。平成 29 年 1 月の総務省による「発達障害者支援に関する行政評価・監視」では、厚生労働省に対して、発達障害者の専門的医療機関の確保と公表を積極的に進めることを勧告している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、発達障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、発達障害に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。この際、平成 28 年度から実施している「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を活用すること。

(6) 依存症

① アルコール依存症

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.6 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 3.7 万人⁷から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されている⁷。

(政策動向)

平成 26 年 6 月 1 日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に基づき、平成 28 年 5 月 31 日に、アルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定された。本計画の数値目標として、全ての都道府県において、令和 2 年度までにアルコール依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を 1 カ所以上定めることが明記されている。

厚生労働省は、平成 29 年度より国立病院機構久里浜医療センターを全国拠点機関として指定し、地域において依存症の治療に当たる医療従事者や相談対応に当たる職員等を対象とした研修や、依存症に関する情報発信等を行う「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存症に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。この際、「アルコール健康障害対策推進基本計画」を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

② 薬物依存症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は 0.3 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人⁵から増加している。

(政策動向)

平成 25 年 6 月に、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする、刑法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 49 号）及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成 25 年法律第 50 号）が成立（平成 28 年 6 月 1 日施行）した。薬物依存症者の再犯（再使用）防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠とされ、平成 27 年 11 月 19 日に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」（平成 27 年 11 月 19 日付け法務省保観第 119 号法務省・障発 1119 第 1 号保護局長・矯正局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）が策定された。

また、平成 28 年 12 月 14 日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律（平成 28 年法律第 104 号）に基づき、平成 29 年 12 月 15 日に再犯防止推進計

⁷ 厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合研究」（研究代表者 樋口進）（平成 25 年度）

画が閣議決定された。本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。

厚生労働省は、平成 29 年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存症に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。この際、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

③ ギャンブル等依存症

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は 0.1 万人¹であった。国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握を行ったところ、調査対象者の過去 1 年以内のギャンブル等の経験の評価結果から、「ギャンブル等が疑われる者」の割合を、成人の 0.8%と推計している⁸。

(政策動向)

平成 30 年 10 月に施行されたギャンブル等依存症対策策基本法（平成 30 年法律第 74 号）に基づき、平成 31 年 4 月に、ギャンブル等依存症対策推進基本計画が閣議決定された。本計画では、令和 2 年度までを目途に、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。

厚生労働省は、平成 29 年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存症に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。この際、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

(7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

(患者動態)

⁸ 国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」（研究代表者 松下 幸生）（平成 28～30 年度）

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.7 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人⁵から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 8 年より災害・事件・事故等による PTSD への心のケアの重要性を鑑みて、PTSD の専門家を養成するために「PTSD 対策専門研修」を行っている。また「ストレス・災害時こころの情報支援センター事業」（国立精神・神経医療研究センター）を通じて、災害及び事件、事故等が発生した際に、精神保健福祉センターや保健所等の自治体を対象に、被災者・被害者の心のケアに関する助言・技術的支援を行っている。

平成 28 年 4 月に策定された第 3 次犯罪被害者等基本計画（平成 28 年 4 月 1 日閣議決定）では、被害者への心のケアを提供することの重要性が明記されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、PTSD に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、PTSD に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。

(8) 高次脳機能障害

(患者動態)

平成 13～平成 17 年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に 27 万人いると推計されている⁹。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 18 年度より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を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に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。この際、「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」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害支援拠点機関」を活用すること。

(9) 摂食障害

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は 1.5 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 1.1 万人⁵から増加している。厚生労働科学研究

⁹ 「高次脳機能障害ハンドブックー診断・評価から自立支援まで」（編集 中嶋八十一、寺島彰）医学書院

において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いると推計されている¹⁰。

(政策動向)

厚生労働省は、平成26年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では令和元年度末において、宮城県、千葉県、静岡県、福岡県の4県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害治療支援センター」として指定し、摂食障害治療支援センターと県の協働によって、摂食障害に関する知識・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を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「全国基幹センター」として指定し、摂食障害治療支援センターの指導・助言、摂食障害治療支援センターで集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、摂食障害に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。この際、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」の取組を参考にしつつ、「摂食障害治療支援センター」を活用すること。

(10) てんかん

(患者動態)

平成29年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は21.8万人¹であり、平成11年の総患者数の23.5万人⁵から減少している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は1,000人あたり7.71人いると推計されている¹¹。

(政策動向)

厚生労働省は、平成27年度よりてんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、てんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では令和元年度末において、17道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかん診療拠点機関と県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催などの取組を行っている。また、それぞれのてんかん診療拠点機関に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、平成28年度より、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん診療全国拠点機関」として指定し、各拠点機関の指導・助言、てんかん診療拠点機関で集積されたデータの分析・評価などを行っている。

¹⁰ 厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者 小牧元）（平成21年度）

¹¹ 厚生労働科学研究「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」（研究代表者 大槻泰介）（平成24年度）

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、てんかんに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。この際、「てんかん地域診療連携体制整備事業」の取組を参考にしつつ、「てんかん診療拠点機関」を活用すること。

(11) 精神科救急

(基本情報)

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく平成30年度の夜間・休日の受診件数は約4.1万件、入院件数は約1.9万件となっている。また、消防庁の調査では、平成27年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が39.4分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は43.1分と長かった¹²。

(政策動向)

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。厚生労働省は、平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に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。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。

(12) 身体合併症

(基本情報)

¹² 消防庁「救急救助の現況」（平成28年版）

精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されている¹³。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告がある¹⁴。平成 27 年度の消防庁の調査では、平成 26 年中の救急出動件数において、入電から帰署までに 2 時間以上を要した事案のうち「精神疾患を背景に有する患者」が 12,105 件あり、「在宅独居・施設入所の高齢者」の 13,007 件に次いで搬送時間を延伸する要因となっている¹⁵。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を求めている。また、消防庁主催の「平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会」では、精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例の円滑な救急搬送のためには、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者等が、平時から会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの報告がとりまとめられている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に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。

(13) 自殺対策

(基本情報)

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の平成30年の自殺者数は 2 万 840 人であり、平成 22 年以降、9 年連続の減少となっている³。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、10～39 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっている³。

(政策動向)

平成 18 年 6 月に自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成 28 年 3 月に「自殺対策基本法の一部を改正する法律」（平成 28 年法律第 11 号。以下「改正法」という。）が成立し、同年 4 月 1 日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推

¹³ 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（研究代表者 黒澤尚）（平成 19 年度）

¹⁴ 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者 保坂隆）（平成 18 年度）

¹⁵ 消防庁「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成 27 年度）

進等が新たに規定された。更に、改正法の趣旨や自殺を巡る実態を踏まえ、第3次「自殺総合対策大綱」（平成29年7月25日閣議決定）が策定され、適切な精神保健医療福祉サービスのうけられる体制の充実や地域における自殺未遂者等支援の整備等が新たに規定された。

厚生労働省は、平成20年度より、「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成20年～令和元年度における受講参加者は、1,497人である。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、自殺対策に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、自殺対策に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。加えて、以下の2点について留意されたい。

- ① 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ること。
- ② 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進すること。

(14) 災害精神医療

(基本情報)

令和元年11月時点で、全国40府県45自治体において災害派遣精神医療チーム(DPAT)先遣隊が整備されている。

(政策動向)

平成27年7月の防災基本計画の一部修正において、厚生労働省及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT事務局事業を通じて、DPATの平時の訓練と、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に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。その際、「DPAT事務局事業」を参考にしつつ、「DPAT先遣隊登録医療機関」を活用すること。

(15) 医療観察法における対象者への医療

(基本情報)

平成17年7月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。)施行から平成30年12月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は3,246件、通院処遇決定は622件となっている¹⁶。令和2年1月1日時点における入院

¹⁶ 法務省「犯罪白書」(令和元年度版)

者数は756名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約81.9%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約6%である¹⁷。

（政策動向）

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で800床程度、指定通院医療機関は各都道府県に最低2カ所、人口100万人当たり2～3カ所程度、指定通院医療機関として全国で382カ所を目標として整備を進めている。令和2年1月1日時点における指定入院医療機関は全国で33カ所、予備病床を含めて833床と目標を達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。また、令和2年1月1日時点における指定通院医療機関は全国で654カ所（574病院、80診療所）あるが、一部の地域で必要数を満たしておらず、必要数を満たした地域においても対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保する必要がある。

平成24年度より、指定入院医療機関の医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関に従事する多職種チームが相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業」を実施している。

（医療提供体制に関する検討課題）

第7次医療計画においては、医療観察制度に基づく通院医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要がある。

2 精神疾患の医療体制

平成30年における精神病床を有する病院数は1,637病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は1,058病院である¹⁸。平成30年における精神病床数は32万9,692床¹⁸であり、平成11年の35万8,449床¹⁹から減少している。

平成26年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は3,890診療所²⁰であり、平成11年の2,001診療所¹⁹から増加している。平成26年における医師・看護職員・精神保健福祉士をそれぞれ1人以上有している精神科等診療所数は、383診療所と全体の1割弱である²⁰。

平成26年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は1万6,090人²⁰であり、平成16年の1万3,353人²¹から増加している。平成16年と平成26年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.1倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.6倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。

¹⁷ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

¹⁸ 厚生労働省「医療施設調査」（平成30年）

¹⁹ 厚生労働省「医療施設調査」（平成11年）

²⁰ 厚生労働省「医療施設調査」（平成26年）

²¹ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成16年）

平成 30 年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は 921 病院²²であり、平成 19 年の 946 病院²³から減少している。平成 31 年における訪問看護ステーションは 10,783 事業所²⁴であり、平成 19 年の 5,275 事業所²⁵から約 2.0 倍に増加している。平成 27 年における精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は 59.8%であり、平成 18 年の 35.5%から増加している²⁶。

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第 1 精神疾患の現状」を踏まえ、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。

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ① 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・啓発の推進

※ 初期支援とは、心の健康問題を抱える人に対して、専門家の支援の前に身近な人によって提供される応急処置のことをいう。

- ② 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村など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 の基本的考え方^{*}を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※ ICF（国際生活機能分類 WHO2001 年：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」としてとらえる。「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。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- ① 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築

- ② 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、多様な精神疾患等ごとに各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

²² 厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 30 年）

²³ 厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 19 年）

²⁴ 厚生労働省「医療費の動向調査」（平成 31 年 4 月）

²⁵ 厚生労働省「医療費の動向調査」（平成 19 年 4 月）

²⁶ 厚生労働科学研究「精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究」（研究代表者 河原和夫）（平成 27 年度）

(1) 地域精神科医療提供機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

(2) 地域連携拠点機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 地域連携会議の運営支援を行うこと
- ・ 積極的な情報発信を行うこと
- ・ 多職種による研修を企画・実施すること
- ・ 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や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

(3) 都道府県連携拠点機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・ 医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと

- ・ 人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
 - ・ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと
- ② 医療機関に求められる事項（例）
- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
 - ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
 - ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
 - ・ 地域連携会議を運営すること
 - ・ 積極的な情報発信を行うこと
 - ・ 専門職に対する研修プログラムを提供すること
 - ・ 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や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。その際、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にあたって、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地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD※）を参考にすること。

※ 地域精神保健福祉資源分析データベース（ReMHRAD）の活用（事業報告）

ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database）は、医療計画における別表5の都道府県別の指標の状況、精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）、訪問看護ステーション及び障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡、各社会資源の位置情報等について表示するデータベースであり、各自治体の行政担当者等が政策を作成する際に活用すること。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ こころの状態（国民生活基礎調査）
- ・ 精神疾患を有する総患者数の推移（入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 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（患者調査）

- ・ 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（患者調査）
 - ・ 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（疾患別内訳）（患者調査）
 - ・ 精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料）
 - ・ 3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）
 - ・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））
- (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、精神保健福祉資料）
 - ・ 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、精神保健福祉資料）
 - ・ 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
 - ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）
 - ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
 - ・ 認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）
 - ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）

(3) 指標による現状把握

別表5に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討

- (1) 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、ハローワーク、地

域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネー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。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。

さらに、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。

- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、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。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日付け健医発第57号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、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。

- (3) 医療計画には、原則として、多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）の名称を記載する。ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。できる限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出する。

5 数値目標

都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別添を踏まえて設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に精神医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

別表5 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	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
ストラクチャー	● 治療抵抗性統合失調症治療薬を精神科入院で使った入院患者数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療法の実施した病院数	● 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入院患者数	● 発達障害を入院診療している精神科入院患者数	● 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	● 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入院患者数	● 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(病院附設型、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入院患者数(精神科救急・合併症入院料・精神科身体合併症管理加算)	● 救命救急入院料精神疾患診療初回加算を一般病院患者数	● 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入院患者数	● 20歳未満の精神疾患を外来診療している精神科入院患者数	● 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入院患者数	● 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入院患者数	● 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入院患者数	● 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(精神科救急診療体制加算・精神疾患患者等受入加算)	● 救命救急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入院患者数	● うつ・躁うつ病を入院診療している精神科入院患者数	● 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入院患者数	● 薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	● 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入院患者数		● 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入院患者数						
			● 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)	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気療法の受けた患者数	● 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入院患者数	● PTSDの精神科入院患者数		● 摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	● てんかんの精神科入院患者数	● 精神科救急医療体制整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・合併症入院料・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	● 認知症の精神科入院患者数	● 20歳未満の精神疾患の精神科入院患者数	● 発達障害外来患者数	● アルコール依存症の精神科入院患者数	● 薬物依存症の精神科入院患者数	● 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(精神科救急診療体制加算・精神疾患患者受入加算)	● 救命救急精神科継続支援を受けた患者数		
	● 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入院患者数	● うつ・躁うつ病外来患者数		● 知的障害の精神科入院患者数													
	● 統合失調症外来患者数			● 知的障害外来患者数													
アウトカム	● 精神科入院における入院後3.6.12ヶ月時点の退院率																
	● 地域平均生活日数																
	● 精神科入院における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)																
	● 精神科入院における新規入院患者の平均在院日数																

(●は重点指標)

(別添) 医療計画において定める数値目標

目標項目	数値目標	目標時期	(参考) 関連する計画
精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	
精神病床における回復期（3ヶ月以上1年未満）入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	算定式 ^{1,2} に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	算定式 ^{1,3} に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
精神病床における入院後3か月時点の退院率	69%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後6か月時点の退院率	84%以上を基本とする	令和5年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後1年時点の退院率	90%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画

1 精神病床に係る基準病床数の算定式（医療法施行規則第30条の30第2項）

2 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の1）

3 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の2）

4 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の3）