

## 資料2

# 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】	【回復～社会復帰】
機能	精神疾患の発症予防	症状が出て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	●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 ●精神科と地域の保健医療サービス等との連携	●患者に応じた質の高い精神科医療の提供 ●症状安定、住居確保のための退院支援を提供	●できるだけ長く、地域生活を継続できる ●社会復帰(就労等)のための支援を提供 ●急変時にいつでも対応できる
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、 <u>薬局</u> 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、 <u>職場の産業医</u> 、 <u>ハローワーク</u> 、 <u>地域障害者職業センター</u> 等
医療機関に求められる事項	●国民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する ●地域保健、産業保健領域等との連携等	●精神科医との連携推進(GP連携事業への参画等) ●かかりつけの医師等の対応力向上研修に参加 ●保健所等と連携し、必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)の提供等	●患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供 ●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 ●緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ●各種のサービス事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供等	●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 ●緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ●各種のサービス事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供等
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	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)、身体科と精神科の地域連携クリティカルパス導入率(P)等	地域連携クリティカルパス導入率(P) (身体科～精神科(GP)連携、退院支援等)	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適切な救急医療を提供できる	専門的な身体疾患(腎不全、歯科疾患等)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、精神病床を有する病院 等	精神病床を有する病院、専門医療機関(精神科病院、精神科診療所、一般病院一般診療所、歯科診療所 等)
医療機関に求められる事項	●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) ●地域の精神科救急医療システムに参画 ●地域の医療機関との連携等	●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 ●各領域ごとに必要な保健、福祉等の行政機関等と連携 ●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	●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連携) ●精神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 ●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 ●地域の医療機関と連携 等	●精神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 ●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 ●地域の医療機関と連携 等
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

# 精神疾患に関する医療計画 イメージ案 【うつ病の場合】

精神疾患に関する医療計画 イメージ案 【うつ病の場合】				
	【予防】	【アクセス】	【治療～回復】	【回復～社会復帰】
機能	うつ病の発症予防	症状が出てから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	再発を予防して地域生活を維持 社会復帰(復職等)に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供
目標	うつ病の発症を防ぐ	・症状が出てから精神科医に受診できるまでの期間を短縮する ・うつ病の可能性について判断ができる	・うつ病の診断ができる ・患者に応じた質の高い治療の提供 ・症状安定、復職等のための退院支援を提供	・できるだけ長く、地域生活を継続できる ・社会復帰(復職等)のための支援を提供 ・急変時にいつでも対応できる
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・学校保健等)	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、救急医療機関、薬局、保健所、精神保健福祉センター、 <b>職場の産業医</b> 等	精神科病院、精神病床を有する病院、精神科診療所、薬局、訪問看護ステーション等	・精神科医療機関、薬局、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、 <b>職場の産業医、ハローワーク、地域障害者職業センター</b> 等
医療機関に求められる事項	・うつ病に関する知識の普及啓発、一次予防に協力する ・地域保健、産業保健領域等との連携等	・身体科医( <b>救命医、産業医を含む。</b> )と精神科医との連携会議等(GP連携事業等)への参画 ・ <b>自殺未遂者やうつ病等に対する対応力向上のための研修</b> 等への参加 ・保健所等の地域、 <b>職域等の保健医療サービス等との連携</b> 等	・うつ病とうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できる ・うつ病の重症度の評価ができる ・患者の重症度に応じた、適切な精神科医療を提供できる ・重症度に応じて、他の医療機関との連携がとれる ・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 ・産業医等を通じた連携により、復職に必要な支援を提供等	・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 ・緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ・ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携により、就職、復職等に必要な支援を提供 ・産業医等を通じた連携により、就労継続に必要な支援を提供等
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	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)、 <b>自殺未遂者ケア研修参加者数(P)</b> 、身体科と精神科の地域連携クリティカルパス導入率(P)等	退院支援計画作成率(P)、退院支援・地域連携クリティカルパス導入率(P)等	訪問診療・訪問看護実施医療機関数(S)、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

※うつ病に関する施策:うつ病に対する医療などの支援体制の強化(G-P連携事業)、かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業、  
自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業、認知行動療法研修事業 等

# 精神疾患に関する医療計画【認知症のポイント】

- 認知症の医療計画については、精神疾患の医療計画イメージ案を参考に、  
【病期】として ①認知症の進行予防、②専門医療機関へのアクセス、③地域生活維持  
【状態像】として ④BPSDや身体疾患等が悪化した場合  
に分け、それぞれの目標、医療機関に求められる事項等を作成する。
- 医療計画の内容については、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R)の検討を踏まえ、医療体制に関する以下のような方向性を盛り込んで作成する。
  - ① 認知症の方の地域での生活を支えられるような医療サービス(診断機能、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能、入院機能等)を、家族や介護者も含めて提供できるような医療体制とすることを目標とする。
  - ② 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関の整備について記載する。
  - ③ 認知症疾患医療センターには、早期の詳細な診断や、急性期の入院医療を提供するほか、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える役割を担うことが求められることについて記載する。
  - ④ 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの導入等を通じて、認知症の方の退院支援に当たって、精神科医療機関と介護サービス事業者等との連携を進める。
- 認知症の医療計画については、新たに省内関係部局によるプロジェクトチーム(「認知症施策検討プロジェクトチーム(主査:藤田政務官)」)を設置(11月29日)し、厚生労働省全体の認知症施策を検討する予定としており、その内容を踏まえて作成する。

# 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(案)

	予防・アクセス	治療～回復	回復～社会復帰	急性増悪の場合	身体合併症の場合	専門医療の場合
ストラクチャー指標		◎ 精神科医療機関数 【医療施設調査】	◎ 精神科救急医療施設数 【事業報告】	◎ 精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	◎ 児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関【診療報酬施設基準】	◎ 小児入院医療管理料5届出医療機関数【診療報酬施設基準】
		◎ 精神科病院の従事者数 【病院報告】	◎ 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】	◎ 精神科を有する入院医療体制確保の一般病院数 【医療施設調査】	◎ 小児入院医療管理料5届出医療機関数【診療報酬施設基準】	◎ 重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関【診療報酬施設基準】
プロセス指標	◎ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・ 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 精神科地域移行実施加算 【診療報酬施設基準】	◎ 指定障害者支援施設等の利用実人員数 【精神保健福祉資料(630調査)】	◎ 精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数 【事業報告】	◎ 副傷病に精神疾患有する患者の割合 【患者調査(個票)】	◎ 在宅通院精神療法の20歳未満加算 【データ解析】
	◎ 精神保健福祉センターにおける相談等の活動 【衛生行政報告例】	◎ 非定型抗精神病薬加算1 (2種類以下) 【データ解析】	◎ 精神障害者手帳交付数 【衛生行政報告例】	◎ 精神科救急情報センターの夜間・休日の電話相談件数 【事業報告】	◎ 精神科身体合併症管理加算 【データ解析】	
	◎ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・ 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 抗精神病薬の単剤率	◎ 精神科デイ・ケア等の利用者数 【精神保健福祉資料(630調査)】	◎ 人口当たり年間措置患者・医療保護入院患者数 【衛生行政報告】		
	◎ 精神保健福祉センター訪問指導 【衛生行政報告】	◎ 向精神薬の薬剤種類数 (3剤以上処方率)	◎ 保護室の隔離、身体拘束の実施患者数 【精神保健福祉資料(630調査)】			
アウトカム指標	◎ かかりつけ医等対応力向上研修参 【事業報告】			◎ 地域連携クリティカルパス導入率		
	◎ 精神科医連携加算 【データ解析】		◎ 1年未満入院者の平均退院率 【精神保健福祉資料(630調査)】	◎ 1年(5年*)以上かつ65歳以上の入院患者の退院患者数 【精神保健福祉資料(630調査)】	◎ 3ヶ月以内再入院率 【精神保健福祉資料(630調査)】	◎ 退院患者平均在院日数 【患者調査】
	◎ 自殺率 【人口動態調査】					

\* 今後、調査項目の追加を検討。

# 參考資料

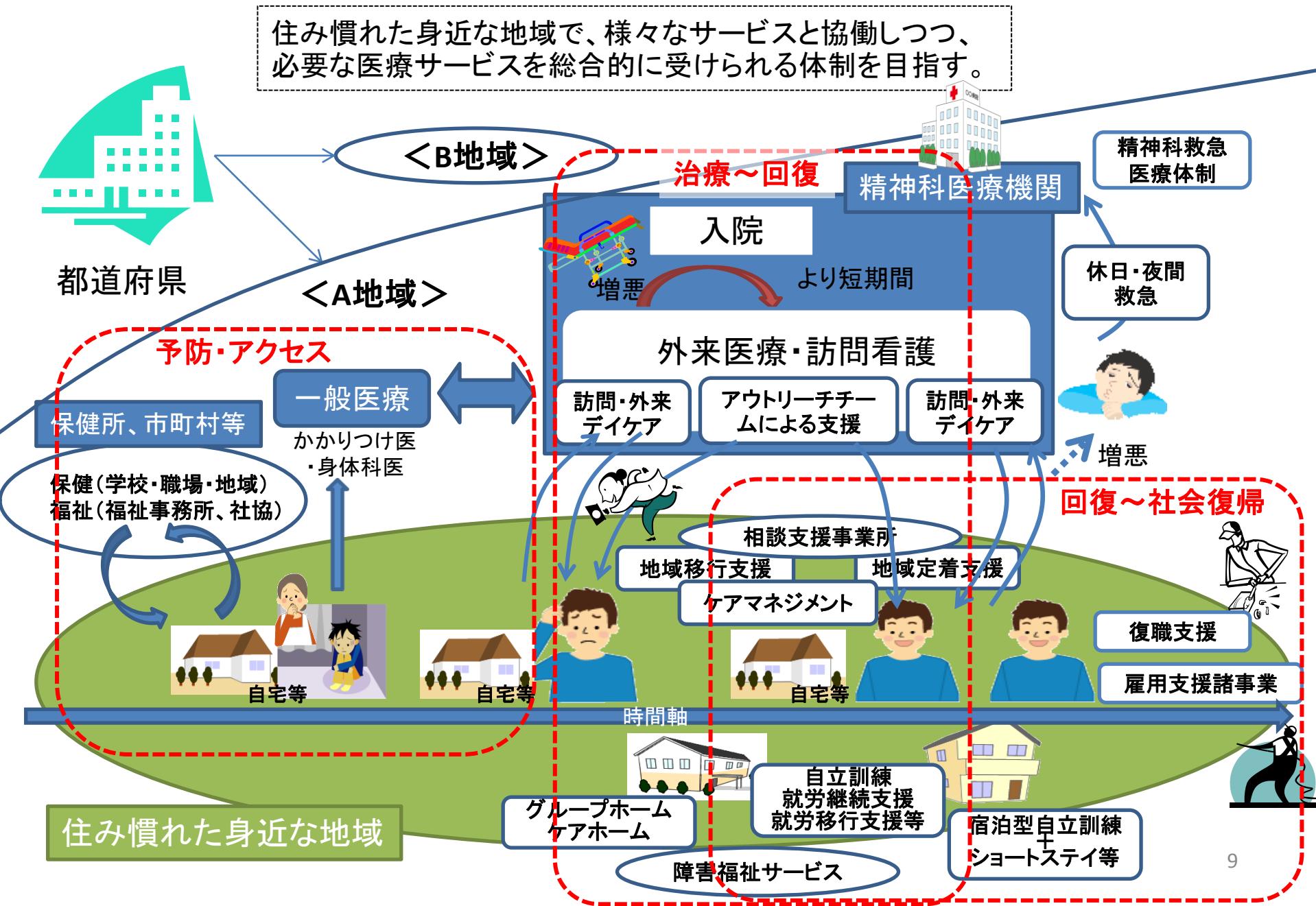
# 精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

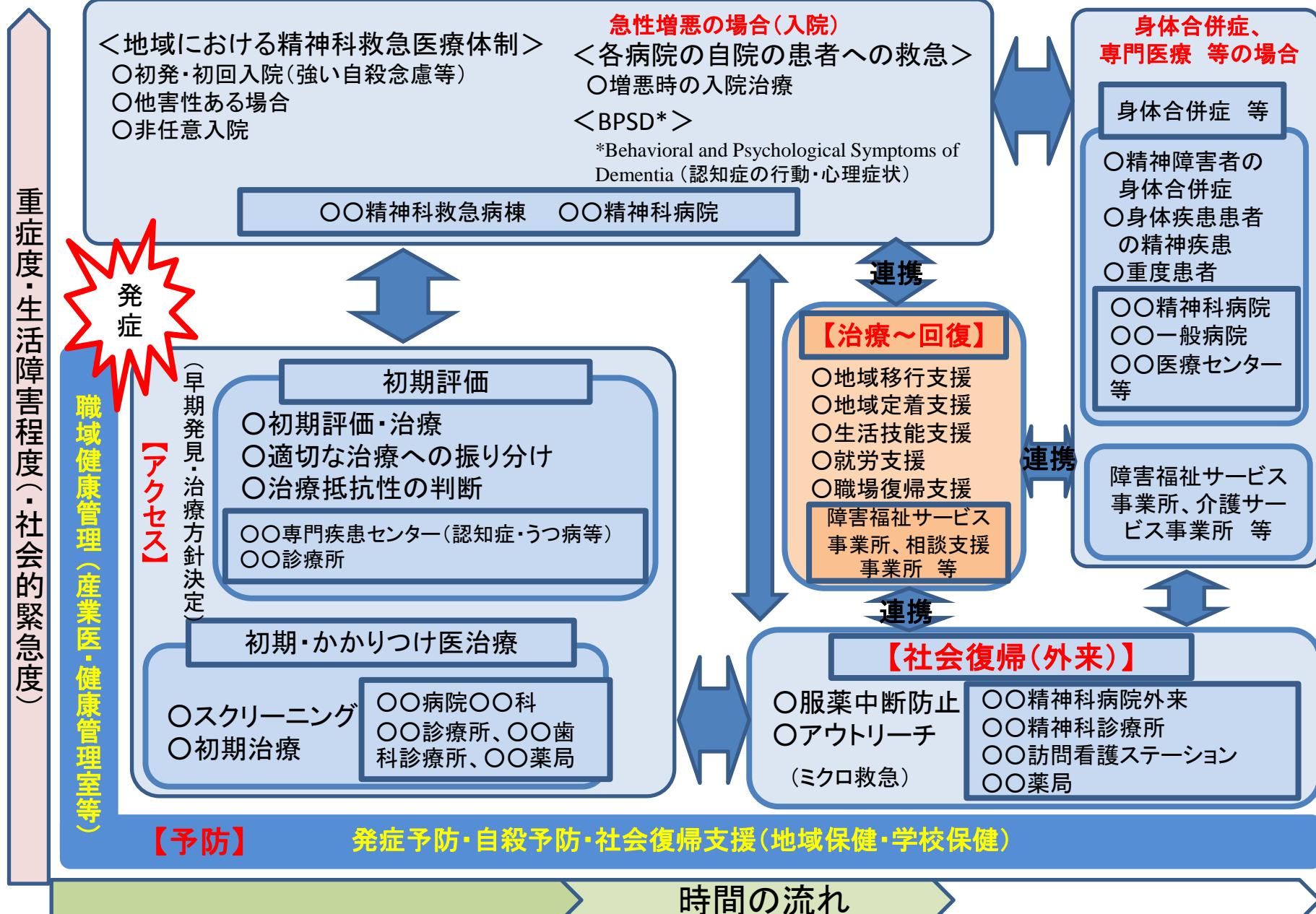
1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

# 精神疾患の患者を支えるサービス(イメージ) 福祉との連携



# 精神疾患の医療体制(イメージ)

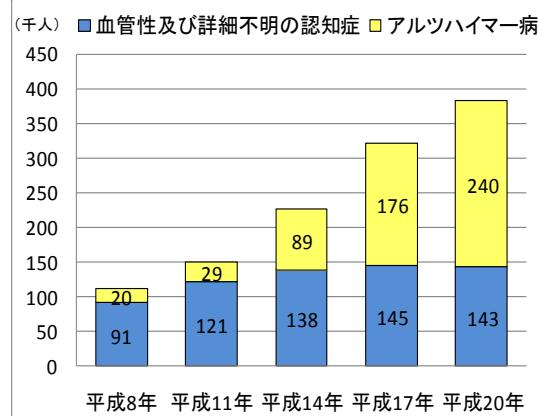


## 現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向\*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める\*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理(入院治療)または日常的な管理(外来治療)を要する身体合併症を有している\*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割\*2
- ⑤ 精神科病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である\*3
- ⑥ 精神科病院に入院している認知症患者では、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加\*3

\*1 患者調査 \*2 精神病床の利用状況に関する調査(平成19年度厚生労働科学研究) \*3 精神病床における認知症入院患者に関する調査(平成22年9月精神・障害保健課)

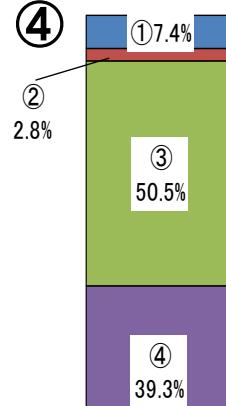
①



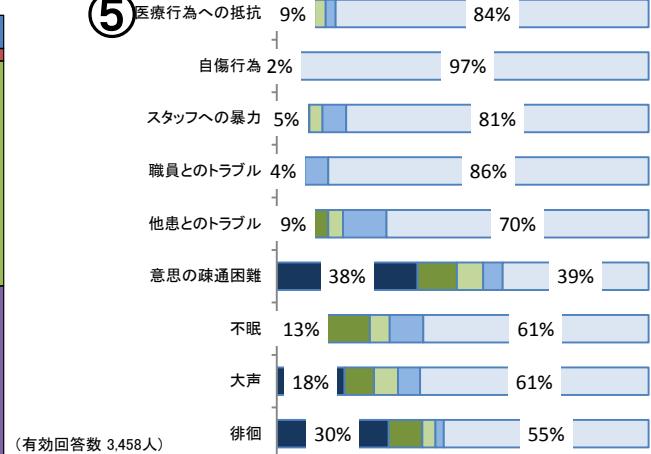
③



④

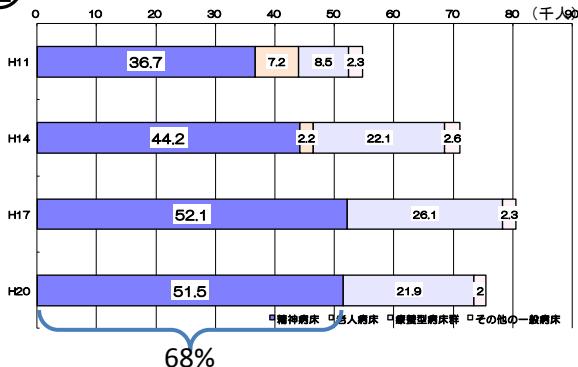


⑤

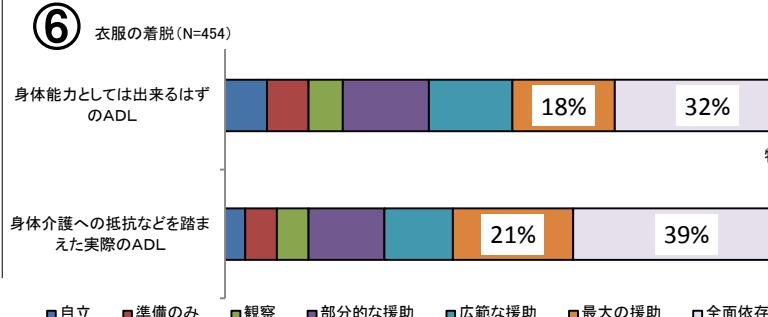


①:現在の状態でも居住先・支援が整えば、退院可能  
②:居住先・支援などを新たに用意しなくても、近い将来退院可能  
③:状態の改善が見込まれるので居住先・支援が整えば、近い将来退院可能  
④:状態の改善が見込まれず居住先・支援を整えても、退院可能性はない

②



⑥



## 基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。

その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするために、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

## 具体的な方向性

### 1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療     | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能         |

### 2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

## 地域での生活を支えるための精神科医療

- 専門医療機関による早期の診断
- 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ(訪問支援)
- 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制の整備
- 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

## BPSDを有する患者への精神科医療

- BPSDへの適切な治療
- BPSDを伴う認知症患者への円滑な医療の提供
- 認知症患者に必要な入院医療
- 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

## 地域全体の支援機能

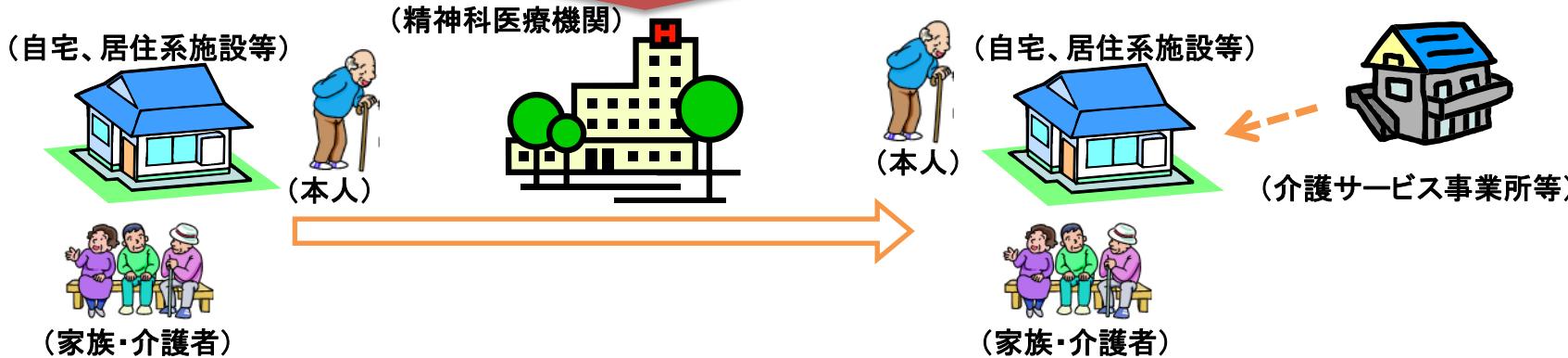
- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

## 認知症疾患医療センター

- 身近なところに新たな類型の認知症疾患医療センターを整備
- 若年性認知症への対応

## 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先
- 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方



## 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- 医療・介護双方の理解の向上
- 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ(訪問支援)【再掲】
- 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化【再掲】

## 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- 居住系施設等やサービス支援の整備
- 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入
- ⇒当面の取組として、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を通じて、地域における取組を試行しながら、検討していくことが必要

## 退院に着目した目標値

- ①入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とすること、  
②BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院促進すること、  
との精神科医療の提供に係る基本的考え方を前提として、

平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月とする  
(現在の6ヶ月から大幅に短縮)

### 退院に着目した目標値の実現に向け、

- 「退院支援・地域連携クリティカルパス」の開発・試行・普及を通じて、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めるとともに、介護保険事業計画への反映方法を検討し、各自治体における第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量の算定につなげていく
- 取組の進み具合を定期的に把握する
- 障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていく

## 入院に着目した目標値

### 目標値に関する議論の過程において、

- 退院に着目した目標値だけでは不十分であり、入院に着目した目標値(例えば、精神病床での認知症による入院者数に関する目標値、入院が必要な人の状態像の明確化、できるだけ入院に至らないための地域支援の拡充に関する目標値)も併せて設定すべきとの強い意見があった。
- これに対して、「入院を前提とせず、地域生活を支えるための精神科医療とする」との前提の下、入院が必要な人を入院させるのであって、入院に着目した目標値は不要との強い意見が出され、賛否両論の議論が交わされた。

### 入院を前提とせず、地域生活を支えるための地域支援の拡充に関する目標値については、

今後、老健局をはじめとして障害保健福祉部など関係部局が連携し、適切に検討が深められることを求める

# 認知症患者への退院支援

## ★病状が安定しているにも関わらず、長期入院を続ける患者への退院支援★

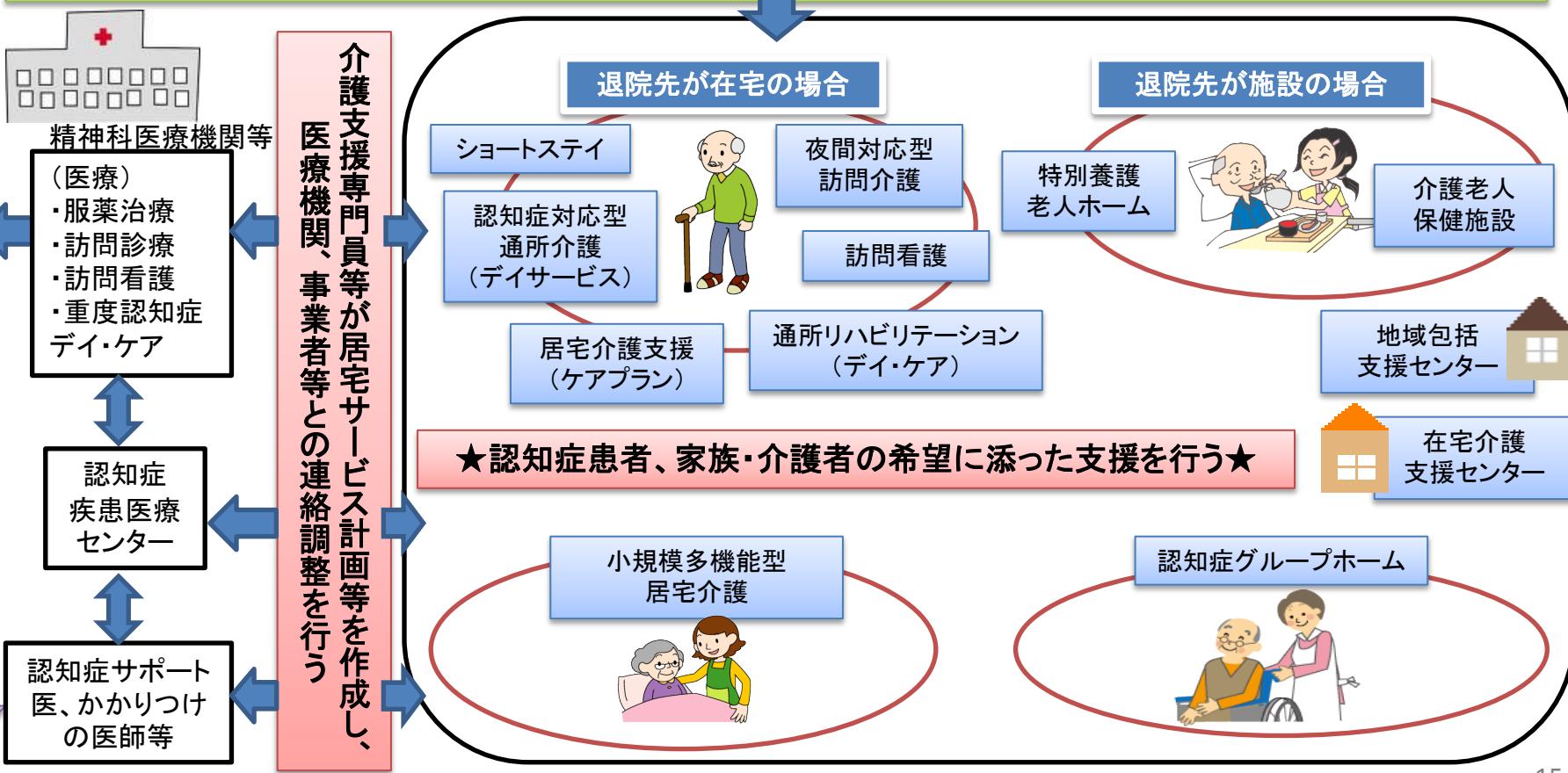
・家族としては在宅で支援したいが、負担が大きく退院させることを躊躇している等

### 入院

- ・病状安定のための治療と支援(服薬治療、精神科作業療法等)
- ・退院後の生活支援に向けた介護支援専門員(ケアマネージャー)との連絡調整
- ・家族や介護者への支援

### 退院

退院支援・地域連携クリティカルパスの活用



## 認知症疾患医療センター整備状況(H23.12.1現在)

■ : 整備済み(40道府県、10指定都市)

145か所

■ : 平成23年度中に整備予定あり(2都県)

■ : 平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討  
(5県、9指定都市)

福岡市

北九州市

神戸市

広島市

岡山市

堺市

静岡市

浜松市

新潟市

名古屋市

京都市

大阪市

札幌市

仙台市

さいたま市

千葉市

川崎市

横浜市

相模原市

○未整備であり平成23年度中に整備予定がない又は引き続き検討を行う自治体  
秋田県、福島県、徳島県、愛媛県、沖縄県、札幌市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市

# 認知症施策検討プロジェクトチーム

(平成23年11月29日設置)

## 【趣旨】

認知症の方々が医療、介護等の支援を受けながら地域での生活を継続していくための支援の在り方を明確にし、厚生労働省としてより実効のある施策を講ずることを目指し、今般、関係部局から構成されるプロジェクトチームを設置する。

## 【検討事項】

- ・認知症の早期診断、早期対応体制の確立
- ・認知症に対応した医療・介護サービス事業の普及  
(できる限り地域での生活を継続するための地域支援体制の整備)
- ・認知症の入院患者(特に精神科病院)の退院促進
- ・認知症のケアの標準化とそれに基づく人材育成のあり方
- ・市民後見人の育成など地域全体で、認知症の方々を支える体制の充実

## 【構成】

- ・主査: 藤田厚生労働大臣政務官
- ・副主査: 医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長、保険局長
- ・メンバー: 医政局指導課長、障害保健福祉部精神・障害保健課長、老健局高齢者支援課長、老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長、老健局振興課長、老健局老人保健課長、保険局医療課長