

200905026A

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業
研究課題番号：H 2 1 - 特別 - 指定 - 0 2 4

新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方 に関する予備的研究

平成 2 1 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 河 原 和 夫
(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

平成 2 2 (2 0 1 0) 年 3 月

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業
研究課題番号：H 2 1 - 特別 - 指定 - 0 2 4

新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方 に関する予備的研究

平成 2 1 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 河 原 和 夫

(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

平成 2 2 (2 0 1 0) 年 3 月

班員名簿

研究代表者

河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授)

研究分担者

松原 三郎 (医療法人財団松原愛育会松原病院 理事長)
平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター 院長)
萱間 真美 (聖路加看護大学 教授)
伊藤 弘人 (国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 部長)
平川 博之 (ひらかわクリニック 院長)
石原 明子 (熊本大学大学院社会文化科学研究科 准教授)

研究協力者

島 陽一 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
上杉 睦美 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
望月 聡一郎 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
國光 文乃 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
河合 隆志 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
中村 究 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
横山 絢香 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
青島 耕平 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
岡本 左和子 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
清水 基弘 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
竹中 英仁 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
玄 運官 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
川内 敦文 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
吉田 恵子 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
TAREQUE MD. ISMAIL (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
菅河 真紀子 (東京医科歯科大学大学院 医療管理政策学(MMA)コース 大学院生)
久代 和加子 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 専攻生)
中村 真弓 (東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 専攻生)

目次

ページ

I. 総括研究報告

新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方	2
に関する予備的研究	

河原 和夫	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)
松原 三郎	(医療法人財団松原愛育会松原病院 理事長)
平田 豊明	(静岡県立こころの医療センター 院長)
萱間 真美	(聖路加看護大学 教授)
伊藤 弘人	(国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長)
平川 博之	(ひらかわクリニック 院長)
石原 明子	(熊本大学大学院社会文化科学研究科 准教授)
島 陽一	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
菅河 真紀子	(東京医科歯科大学大学院 医療管理政策学(MMA)コース 大学院生)

II. 報告書

今後の地域精神医療の提供体制の在り方に関する報告書	6
---------------------------	---

河原 和夫	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)
松原 三郎	(医療法人財団松原愛育会松原病院 理事長)
平田 豊明	(静岡県立こころの医療センター 院長)
萱間 真美	(聖路加看護大学 教授)
伊藤 弘人	(国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長)
平川 博之	(ひらかわクリニック 院長)
石原 明子	(熊本大学大学院社会文化科学研究科 准教授)
島 陽一	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
菅河 真紀子	(東京医科歯科大学大学院 医療管理政策学(MMA)コース 大学院生)

Ⅲ. 資料

ページ

資料 1	現行の医療計画の分析 …………… 28 島 陽一（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生）、他
資料 2	4 疾病 5 事業と精神科医療の関わりについての文献レビュー …………… 117 島 陽一（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生）、他
資料 3	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予備的研究 …………… 164 — 精神科救急医療からの医療政策 — 平田 豊明（静岡県立こころの医療センター 院長）
資料 4	研究班への期待 …………… 176 伊藤 弘人（国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 部長）
資料 5	精神科医療の目指すべき方向および訪問看護・ケアマネジメント …………… 196 の事業における位置づけ 萱間 真美（聖路加看護大学 教授）
資料 6	これからの地域精神医療 …………… 199 松原 三郎（医療法人財団松原愛育会松原病院 理事長）
資料 7	精神医療サービスの連携図 …………… 209 平川 博之（ひらかわクリニック 院長）
資料 8	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予備的研究 …………… 224 石原 明子（熊本大学大学院社会文化科学研究科 准教授）

I . 総括研究報告書

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

総括・分担研究報告書

新しい精神科地域医療体制とその評価の あり方に関する予的研究

研究代表者

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

研究分担者

松原 三郎（医療法人財団松原愛育会松原病院 理事長）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター 院長）

萱間 真美（聖路加看護大学 教授）

伊藤 弘人（国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 部長）

平川 博之（ひらかわクリニック 院長）

石原 明子（熊本大学大学院社会文化科学研究科 准教授）

研究協力者

島 陽一（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生）

菅河 真紀子（東京医科歯科大学大学院 医療管理政策学(MMA)コース 大学院生）

研究要旨

精神科医療は民間病院での入院医療中心に発展してきたが、近年地域移行の進展、外来診療所数や患者数の増加、高齢化等による身体合併症対応の増加等、従来のような病院単位ではなく地域で外来・在宅医療を含めた医療体制を構築する必要性が生じている。加えて、一般の救急医療体制も精神科救急医療体制との連携が不十分なために少なからず影響を受けている。

これらの課題を抱える地域精神医療体制を充実するためには、地域の医療資源の配分計画でもある医療計画を通じて精神医療政策を推進する必要性があり、平成 21 年 9 月にとりまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書においても、地域精神医療体制の構築の必要性から、医療計画に精神医療を加えることや、加える場合の具体的なあり方について検討するよう報告されている。

現行の医療計画の中には、精神医療についての断片的な記述がある都道府県も見受けら

れるが、精神科医療提供体制を包括した施策体系にはなっていない。

本研究では、国内外の精神科医療の提供体制を論じた文献のレビューを行うとともに、現行の医療計画の精神科医療やその関連領域の記述内容を精査した。これらの作業結果を踏まえつつ、分担研究者等から地域精神医療の問題点と解決方策などを提起していただき、意見交換を通じて「今後の地域精神医療の提供体制の在り方に関する報告書」を取りまとめた。

その中では地域における精神科医療全般について俯瞰するとともに、「地域精神科医療の基本的な考え方」「医療計画における精神科医療の位置づけ」「医療連携」「地域精神科医療の評価項目」等について言及している。

本研究成果は、平成 22 年度に予定されている次期医療法改正に向けた医療計画の見直しに関する検討会での基礎資料として活用されることが期待される。

A. 研究目的

第 5 次医療法改正により平成 20 年 4 月より新たな医療計画制度がはじまった。がん、救急医療など 4 疾病 5 事業を重点項目として、地域連携体制等の明記や数値目標等を設定した計画の進行管理が行われている。その中で、精神科医療は一部都道府県で救急医療の一環として考慮されている以外は含まれていない。

精神科医療は民間病院での入院医療中心に発展してきたが、近年地域移行の進展、外来診療所数や患者数の増加、高齢化等による身体合併症対応の増加等、従来のような病院単位ではなく地域で外来・在宅医療を含めた医療体制を構築する必要が生じている。加えて、一般の救急医療体制も精神科救急医療体制との連携が不十分なために少なからず影響を受けている。

その中で、平成 21 年 9 月にとりまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書において、地域精神医療体制の構築の必要性から、この 5 事業(救急医療等確保事業)に精神医療を加えることや、そして加えた場合に明示しなければならない医療機能・医療連携体制・圏域設定・目標となる評価指標等について検討し、これらを提示することが目的である。

B. 研究方法

本研究では、国内外の精神科医療の提供体制を論じた文献のレビューを行うとともに、現行の医療計画の精神科医療やその関連領域の記述内容を精査した。これらの作業結果を踏まえつつ、分担研究者等から地域精神医療の問題点と解決方策などを提起していただき、意見交換を通じて今後の地域精神医療の提供体制の在り方に関する報告書を取りまとめた。

(倫理面への配慮)

本研究に必要な発表資料や統計資料等は、公表されたものであることから特定の個人に帰結するものではないので、倫理上の問題は生じない。研究自体は、疫学研究の倫理指針に則り、この指針の内容を十分に理解し、遵守して遂行した。

C. 結果

結果については、Ⅱ. 報告書の「今後の地域精神医療の提供体制の在り方に関する報告書」を参照されたい。

D. 考察 と E. 結論

地域の精神医療の問題を様々な角度から検討してきた。精神科救急と生活習慣病等の身体合併症の問題、そして精神医療の受け皿であり、また時として医療と協働で対処すべき存在である“福祉”や“介護”に至る事項まで、解決を要する課題は山積している。優先順位を付けるなどターゲットを絞って施策を展開していく必要もある。場合によっては、予算措置が必要なことも考えられる。

本研究の成果として報告書の中で、地域精神医療の実態を明らかにし、具体的な解決方策を提示することができたものと考えている。今後、医療提供体制を考える際の基礎資料として利用されれば幸いである。

F. 発表

1. 論文発表

今後発表の予定あり

2. 学会発表

今後発表の予定あり

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 報告書

今後の地域精神医療の提供体制の在り方に関する報告書

1. 精神科医療の現状

1) 精神疾患の疫学

精神疾患については、その患者数が近年急増しており、平成 20 年には 320 万人を超える水準となっている。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。また、WHO (世界保健機関) によると、世界で 1000 人に 7 人 (0.7%) が統合失調症に罹患している。精神疾患には、このほか、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や発達障害等も含まれており、精神疾患は、国民に広く関わる疾患である。

精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかることにより稼得能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を生じている。また、平成 10 年以降 12 年連続で 3 万人を超える水準にある自殺の背景には、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められている。

「患者調査」(厚生労働省統計情報部)によると、精神疾患患者は平成 11 年以降急速に増加しており、特に、外来患者数は、平成 11 年に 170 万人であったものが、平成 20 年には 290 万人と、9 年間で約 1.7 倍となっている。疾患別では、うつ病を含む気分(感情)障害が 98.2 万人 (34%) と最も多く、近年の変化をみると、うつ病を含む気分(感情)障害とアルツハイマー病等の認知症で急増しており、平成 20 年には、平成 11 年との比較で、それぞれ倍以上に増加している。

一方、精神病床の入院患者は、平成 8 年以降、32 万人から 33 万人の間で推移している。疾患別では、統合失調症患者が 18.7 万人 (56%) と最も多く、アルツハイマー病等の認知症患者が 7.7 万人 (23%) で続いている。平成 11 年からの変化をみると、統合失調症患者が減少する一方で、認知症患者が統合失調症の減少数とほぼ同じ数増加しており、高齢化の進行を踏まえると、今後、精神病床において、認知症を主傷病として入院する患者が更に増加する可能性がある。

2) 精神医療に関する制度体系

精神医療に関する制度体系としては、精神保健福祉法と医療法がある。

精神保健福祉法においては、その目的において、精神障害者等の医療及び保護を行うこと、精神障害の発生の予防と国民の精神的健康の保持増進に努めることが定められている。また、主に精神障害者等の医療及び保護を行う観点から精神科医療における精神病院の役割、精神保健指定医の配置となすべきことを定めている。このほか、精神保健福祉法には、精神保健福祉センターの設置など、国民の精神的健

康を保持増進するための保健制度の体系が規定されているものの、医療提供体系については規定されていない。

医療法においては、必要な精神病床数を都道府県単位で規定することとしている。しかし、都道府県単位の規定となっておりそれより小さな圏域単位では医療資源配分を誘導できないことや、病床以外にも地域で必要な様々な医療機能を確保するための制度とはなっていない。このような状況下で、精神科医療機能の地域差も大きいものとなっている。このほか、医療法では、精神病床における医療従事者の配置標準を定めているが、一般病床における配置標準よりも少ないことから、医療の質の面からの課題もある。

一方、平成 18 年の医療法改正では、がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病の 4 疾病と、一般救急、小児、へき地、災害、周産期医療の 5 事業においては、地域での需要に応じた必要な医療機関の配置と連携体制が定められることとなり、各都道府県がこれらの医療機能の整備について詳細な医療計画を策定し整備を進めることとなった。精神疾患や精神医療については、この、いわゆる「4 疾病 5 事業」に含まれていない。

3) 精神科医療の提供体制とその課題

精神科医療は、長い間、長期にわたる入院による処遇を中心としてきていた。入院患者数の 6 割が統合失調症患者である中、病院の設備構造その他の入院医療提供体制も多くは統合失調症にあわせたものとなっている。また、国際的に比較して、精神病床数が極めて高い水準にある一方、病床あたりの医療従事者数が少ない状況にある。

入院医療については、近年、急性期病床の整備など、病床の機能分化にかかる取り組みが進められてきており、入院医療の急性期化が進み、新たな入院患者の多くは早期に退院できる傾向が強まってきているが、病床数は依然として減少していないなど、入院医療の提供体制は、多年にわたり大きく変化しておらず、近年では、医療水準の高度化、疾患構造の変化や高齢化に十分に対応しきれていない状況となっている。高齢化等にともなって、身体合併症を有する精神疾患患者も増加が必至であるが、精神科病院に存在する精神病床の割合が依然として大きく、いわゆる総合病院に存在する精神病床の割合はむしろ減少傾向にある。

外来医療については、精神障害や精神的健康に対する国民の認識が高まったこともあり、近年うつ病などの気分障害や認知症の受診が大幅に増えてきているなど、その需要が急速に高まっている。外来医療の提供体制も急速に拡大しており、精神科診療所は都市部を中心に平成 8 年から平成 17 年までの間で、ほぼ 2 倍に増加しているが、依然として外来の予約待ちが発生するなど不足感があるほか、自由に標榜できるため、必要な患者に質の高い診療がなされているかを懸念する指摘もある。一方、精神科病院の外来患者数は、診療所数ほどには伸びていない。依存症、児童・思春期などの専門的な外来医療が十分に整備されておらず、また、機能の所在も広

く周知されておらず、専門的な機能とかかりつけ医機能との病診連携も進んでいないことから、患者の専門的な医療へのアクセスが阻害されているとの懸念がある。デイケアについては、重症化防止や地域生活支援に重要な役割を果たしているが、福祉サービスの不足等から、必ずしも医療機関等で行う必要がない場合にも行われている例がある。

精神科救急については、措置患者への対応など重症者の救急については行政と精神科医療機関の協力により進められているが、一般の外来患者に対する夜間・休日の救急対応機能を担う医療機関は不足しており、地域で協力して救急対応機能を整備する取り組みも現状では乏しい。また、自殺企図等に対処するための、精神・身体合併症への救急医療体制についても、その確保が十分でないとの指摘がある。

精神疾患の治療には、入院治療とともに、外来治療（デイケアを含む）、在宅医療（訪問診療、訪問看護）など地域で適切な医療を受けるシステムが総合的に機能する必要がある。また、精神疾患により社会生活・日常生活の機能が低下するため、疾患の治療と併せて生活全般にわたる相談支援や障害福祉・介護保険サービスとの連携が不可欠である。さらに、援助を求める能力や、病気を有するとの認識に支障をきたしたり、適切な医療機関に関する情報が不足していたりするため、自ら医療機関への受診等を行うことができない者に受診を促す仕組みも必要である。これらの保健・医療・福祉のサービスが一体となって、精神障害者本人のニーズに合致するようケアマネジメントを実施する機能が重要であるが、その機能の不足により、未受診者や、外来受診時以外はひきこもって社会生活が営めない者、治療を中断してしまう者が出やすいとの問題も指摘されている。また、復職・就職支援のためには、介護・福祉のみならず、企業や地域社会の理解と協力も必要である。

精神疾患を有する者は日常生活や社会生活の機能に障害をきたし、場合によっては病気を有するとの認識が十分でないなど受診の継続も困難になることから、一般医療と比較しても、在宅医療の役割は大きい。特に、治療中断者に対する危機介入や、発症直後からの早期支援における役割が期待され、治療中断や、将来の障害の重症化予防に寄与すると考えられる。しかし、精神科医療機関や訪問看護ステーションによる訪問看護の提供体制は十分でなく、精神科の専門的な訪問看護を受けられない地域も多い。また、医師が往診を実施する精神科医療機関は現状では約1割にとどまっている。

精神科訪問看護は、現状でも多くの利用があり、患者の地域定着の促進、症状増悪時の対応等で、入院期間を短縮化させる等の機能を果たしている。その形態は、精神科病院にある訪問看護の他、地域において必要性が高まっている身体合併症や認知症などをもつ対象者への訪問看護を積極的に行う訪問看護ステーションも発展しつつある。しかし、精神疾患患者特有の問題による対応への配慮やチーム医療が必要であることから、専門研修等を実施しているものの、一般的な訪問看護ステーションでの普及は今後の課題である。

また、国民全般への精神保健の増進、メンタルヘルスについては、保健所や精神

保健福祉センター等の行政機関や、産業医、学校等が取り組みを行っている。近年の経済情勢や社会構造の変化も受け、高い自殺率が続くなど、メンタルヘルス対策の充実が喫緊の課題となっている。

このように、現在、様々な課題を有しているが、我が国の精神科医療は、例えば、その入院患者数当たりの、医療費、医療従事者数等の投入資源量が一般医療よりも小さいなど、限られた条件の下、関係者の努力によってその確保が図られてきた。また、歴史的に福祉サービスの提供体制が不足してきたなかで、精神病床が精神障害者の生活支援の役割を果たさざるを得ないなど、医療・福祉にわたる機能を担ってきたことも事実である。

2. 今後の精神医療の方向性

1) 経緯

我が国の精神保健医療福祉施策については、明治33年の「精神病者監護法」の制定にはじまり、昭和25年の精神衛生法の制定により、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。昭和29年に実施された全国実態調査の結果から、入院病床の整備が早急に必要とされたことを踏まえ、精神科病院整備のための国庫補助が行われ、昭和33年にはいわゆる「精神科特例」の事務次官通知が示された。このような施策によって、精神科病床は急速に増加するようになった。昭和39年に「ライシャワー事件」が発生すると、一層の病床の整備が求められた。昭和40年には精神障害者の社会復帰の推進を図った改正が行われたものの、我が国においては、医療、福祉等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であったため、その後も精神病床数は増加してきた。その後昭和62年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る改正が行われ、その後障害者基本法（平成5年）の制定、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律への改正（平成7年）、障害者自立支援法（平成17年）の成立等を経て、入院処遇から地域生活への方向転換が図られてきたが、累次の制度改革を経ても入院医療体制の急性期への重点化や、地域における生活を支えるために必要な在宅医療等の地域精神医療体制の整備、居住・福祉等の支援を提供する体制の整備のための施策は不十分なままであり、その成果が十分実を結んでおらず、いわゆる「社会的入院」患者を含め依然として多くの長期入院患者が存在している。

こうした背景の下で、平成16年9月に、厚生労働省において、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的な方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「改革ビジョン」という。）がとりまとめられた。改革ビジョンにおいて掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、これまで、障害者自立支援法の制定や累次の診療報酬改定など、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開され、その本格的取組が始まったところである。さらに、平成20年4月から、改革ビジョンがその中間点を迎えるにあたり、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示

することを目的として、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が24回にわたって開催され、平成21年9月に報告書が取りまとめられた。

この中で、精神疾患患者の地域生活を支援するための地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要であり、このため、各々の精神科医療機関等が、地域医療体制の中で責任を持って患者の診療に当たることはもとより、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域を単位として、医療提供体制を確保すべきであり、医療機関と地域医療体制との連携体制を構築するための方策を講ずるべきとされ、精神保健医療体系の改革に当たって、地域のニーズに応じて、精神医療の様々な機能の提供体制や、医療機関の連携体制を構築するため、医療計画において目標や医療連携体制を定めるいわゆる「4 疾病 5 事業」として精神医療を位置付けることについて検討すべきとされた。

近年では、過去10年間毎年3万人を超える自殺者の多くにうつ病等の精神科的問題があること、覚せい剤等の規制薬物やアルコールの反復乱用の問題を依存症という疾患ととらえて医療の必要性が注目されていること、大規模災害被害や犯罪被害等の保護において精神医療の関与を要すること等、地域生活のさまざまな側面において精神医療の担うべき役割は増大しており、もはや特別な障害ではなく国民に広く身近にかかわる医療として認識すべき時期に来ている。

2) 目指すべき方向

従来の歴史的な需要等によって形成された現状の精神医療体制について、現状の患者層や医療をとりまく背景の変化に応じてこれを再構築し、それぞれの機能に応じた需要と目標に沿って、地域における精神医療にかかわる医療機能の確保を図るべきと考えられる。

また、精神科医療は、地域住民の精神的健康を支えるために、医療が必要となったときに適切な精神科医療を提供するばかりでなく、精神的問題にて自傷他害の恐れがある者に医療を受けさせることにより保護するという公益的役割も担っている。このことを踏まえ、行政と精神保健医療福祉関係者、当事者等の連携の下、精神障害者の医療・福祉の充実を強力に推進すべきである。

今後、精神科医療において、特に確保・拡充を図るべき医療機能としては、以下のようなものがある。

- ① 身近な地域で、住民が必要なときに質の高い精神科医療を受けることができ、地域移行した精神障害者の定着を支援するための地域医療体制の構築
- ② 精神疾患の特性を踏まえ、患者の保健・医療・福祉のサービスの総合的な利用を援助し、いわゆる「社会的入院」患者の地域生活への移行を促進することができる、強力なケアマネジメント機能の確保
- ③ 多職種による手厚いマンパワーによる、適正な病床数の水準での入院医療の確保

- ④ 薬物療法、精神療法の標準化、行動制限の最小化等を含めた医療の質の向上
- ⑤ かかりつけ患者等への夜間・休日の初期救急医療や、重症・緊急の際の高次の救急医療の確保
- ⑥ 高齢者や自殺企図患者など、身体疾患を有する精神疾患患者への合併症対応の確保 重い精神疾患があっても、治療中断や重症化を防ぎ、できる限り入院せずに在宅で生活できるための在宅医療の確保
- ⑦ 今後患者数が増加する中で、鑑別診断や重篤な精神症状への対応など専門的で質の高い認知症治療の確保
- ⑧ 児童精神医療、司法精神医療、依存症治療特に専門的な医療の確保

これらの医療機能が役割を發揮するためには、学校保健、産業保健分野を含めたメンタルヘルス対策、福祉サービスや、医療・福祉の連携、行政機関や幅広い関係機関を含めた相談支援体制等についても、十分に確保を図る必要があることは言うまでもない。

3. 医療計画の具体像

1) 精神科医療の提供体制

国民が精神疾患を有していたとしても安心して地域で生活できるためには、地域における予防、治療、リハビリテーション等にわたる医療の提供体制と、保健医療福祉や地域の関係者の連携体制を構築することが重要である。このために、精神疾患患者の地域生活を支援するための地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要であり、各々の精神科医療機関等が、地域医療体制の中で責任を持って患者の診療に当たることはもとより、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域を単位として、医療提供体制を確保すべきである。

精神科病院が、重症の者も含めて訪問看護等の在宅医療を提供する機能を充実させることを促すとともに、診療所による在宅医療・救急医療への参画、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の普及の促進を図る。また、上記の体制については、患者がその状態に応じて、迅速に適切な医療を受けることができるよう、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションの密接な連携のもとに構築するべきである。上記のような、精神科病院、診療所等が果たすべき精神障害者の地域生活を支える医療機能のほかに、高度・専門的な機能を担う精神科医療機関が必要と考えられ、その機能が適切に發揮されるよう、これらの医療機関と地域医療体制との連携体制を構築するための方策を講ずるべきである。

2) 医療機能とその連携

各地域で確保すべき精神科医療機能として、以下の各機能を掲げる。各医療機関

の有すべき機能をいずれかに限定する趣旨のものではなく、一つの医療機関が複数の医療機能を有することを妨げるものではない。特に、A-4の入院機能を有する医療機関は、A-1からA-3に掲げる外来・在宅医療を総合的に提供するか、他の医療機関と連携して提供することによって、患者の地域生活を支える機能を発揮することが望ましく、入院医療が他の機能から孤立して存在することのないよう配慮するべきである。

A 地域医療

A-1 外来医療

目標

- ・気分障害・統合失調症・認知症・神経症性障害等の一般的な精神科疾患に対して、地域において適切な外来医療を実施すること。

医療機関に求められる事項

- ・精神疾患の診療に必要な、診断、検査(血液・心理検査等を含む)、治療(適切な薬物療法、認知行動療法等の精神療法、ケアマネジメント等を含む)を実施すること。
- ・同医療機関または他の医療機関から退院するに当たり、生活の場での必要な療養支援を実施すること。
- ・必要に応じてデイ・ケア等を実施すること。
- ・障害福祉サービス・介護保険サービスとの連携を行い、必要なサービスが受けられるよう紹介・調整を実施すること。
- ・初期救急医療(A-2)、在宅医療(A-3)、短期入院医療(A-4)、救急医療(B-1)、身体合併症を有する精神疾患患者への医療(B-2)、B、Cの機能を担う医療機関と連携していること。

医療機関の例

- ・精神科を標榜する診療所
- ・精神科病院、精神病床を有する病院

解説

- ・近年急速に増加するうつ病を含む気分障害や、神経症性障害等の患者を含め、多様な精神疾患の患者が、身近な地域で外来医療を受けるための機能である。全ての地域に居住する住民が、一定の質を有する精神科外来医療に、容易にアクセスできることが望ましい。
- ・また、精神科病院等を退院し地域移行した患者が、安心して地域生活を維持するために、身近な地域での質の担保された外来医療を受けるための機能も求められる。
- ・身近な地域での精神科外来医療は、適切な薬物療法だけでなく、患者に応じて、認知療法等の精神療法、家族への支援、職域・学校等を含む環

境調整、訪問看護などのアウトリーチサービスの活用、地域の障害福祉サービス・介護保険サービス等の利用も含めたケアマネジメントなどが求められる。このため、医療機関は、精神科医師の資質の向上に努めるとともに、地域の諸機関との連携を保つ努力が求められる。

A-2 初期救急医療

目標

- ・ 軽症・中等症患者に対して、適切な精神科救急医療を実施すること
- ・ 精神科救急に関する相談に常時応じられること

医療機関に求められる事項

- ・ 各医療機関のかかりつけ患者等の、軽度・中等度の救急患者について、夜間及び休日における電話相談および外来診療を実施すること。（地域の実情に合った圏域内で、輪番制を設ける、救急センターを設置する場合等を含む。単一の医療機関ですべての時間の初期救急医療を担う必要はない。）
- ・ 短期入院医療(A-4)、救急医療(B-1)、身体合併症対応機能(B-2)、専門医療(C)を行う医療機関と連携していること。

医療機関等の例

- ・ 精神科を標榜する診療所
- ・ 精神科病院、精神病床を有する病院
- ・ 精神医療相談窓口、精神科救急情報センター

解説

- ・ 精神科救急医療には、かかりつけ患者の一時的な症状増悪時の電話相談、外来対応、精神科未受診患者の鑑別診断等の初期対応、重症患者の非自発的入院等の対応、自殺企図などの重篤な身体症状と精神症状を合併した患者への対応、精神疾患患者の身体合併症発症時の対応等幅広い領域がある。このうち、重症患者や重篤な身体合併症患者は、高次の救急医療機能(B)において対応すべきであるが、高次の救急医療機能への負荷を軽減し、その機能を確保するためにも、かかりつけ等の軽症・中等症患者の対応を確保する必要がある。
- ・ このため、かかりつけ軽症患者については、地域医療機能の中で地域の外来医療を担う医療機関が分担して一次救急医療を行うことが望ましい。例えば大都市部では、公立総合病院等が行う二次救急診療や医師会等が実施する夜間休日の一次救急診療に精神科診療所の開設者が輪番制で赴き、精神科一次救急診療に当たる等が考えられる。

- ・救急対応となったケースを分析すると救急受診日に病状が悪化したものは20%にも満たず、1週間から2、3日前から既に悪化しており、中には1月以上前からのケースもあった。よって、悪化の傾向を認めた時点での医療介入の仕組み作りが重要である。
- ・救急医療が機能するためには、併せて、訪問系の医療サービスの充実や、地域の精神科医療機関情報（専門分野、リアルタイムの初診・入院対応情報など）を提供する仕組みづくりも必要である。

A-3 在宅医療

目標

- ・重症者、初発・再発患者等地域での在宅医療が必要な精神障害者に対して、適切な在宅医療を実施する。

医療機関に求められる機能

- ・地域で在宅療養が必要な者に対して、精神科在宅診療（往診・訪問診療）、精神科訪問看護を実施すること。
- ・医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等によるチーム医療の体制を確保すること。
- ・患者の生活支援と治療の継続を図る観点から、障害福祉サービス・介護保険サービスとの連絡・調整を実施できること。
- ・緊急時の対応体制や連絡体制をとること。
- ・外来医療(A-1)、初期救急医療(A-2)、救急医療(B)、短期入院(A-4)の機能を行う医療機関や、内科等の一般医療機関と連携していること。

医療機関等の例

- ・精神科等を標榜する診療所
- ・精神科病院、精神病床を有する病院
- ・訪問看護ステーション

解説

- ・精神科医療において、かかりつけ患者の症状増悪時、受診中断患者への対応、青少年に対する早期支援での対応等、在宅医療の需要は大きいものの、在宅医療を実施している精神科医療機関は現状では非常に少なく、その促進のためにも医療機能として明確に位置付ける必要がある。
- ・在宅医療においては、地域外来医療を担う診療所や精神科病院の精神科医師が、患者宅や福祉施設等を訪問し診療を行う。
- ・訪問看護においては、訪問看護ステーションからの医療保険による訪問看護の実施者における看護師等の要件に精神保健福祉士を加え、多職種チームによるケアスマネジメント可能にし、必要に応じて入院医療への紹介や障害福祉サービス・介護保険サービス事業所との連携等を行う。精神科訪

問看護は、現状でも多くの利用があり、患者の地域定着の促進、症状増悪時の対応等で、入院期間を短縮化させる等の機能を果たしている。未だ訪問看護が普及していない地域もあることから、訪問看護のさらなる普及を図るためには、広く地域の訪問看護ステーションで継続して精神障害者へのケア提供が可能な体制の構築が必要であり、精神科医療機関等や行政の担当部署との連携の確保を図るべきである。

- ・これらを通じ、全ての地域において、精神科在宅医療を受けることのできる体制の確保を図るべきである。

A-4 短期入院医療

目標

- ・患者の状況に応じた質の高い精神科入院医療を実施する。
- ・入院患者が退院し地域生活に移行することができる。

医療機関に求められる事項

- ・急性期・回復期において、様々な患者の状況に応じて、適切な入院医療を実施する。
- ・一般的な診断、検査(血液・画像・心理検査を含む)、治療(標準的な薬物療法・認知行動療法や SST 等の精神療法・作業療法、医療保護入院、最小限の行動制限等の対応を含む)を実施すること。
- ・医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等によるチーム医療の体制を確保すること。
- ・急性期・回復期を通じ患者の退院に向けた支援を図るため、リハビリテーションを実施するとともに、ケアマネジメントの機能を有し、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所、訪問看護ステーション等、および行政機関等と連携すること。
- ・初期救急医療(A-2)、在宅医療(A-3)、短期入院医療(A-4)の機能を有するか、連携していること。

医療機関等の例

- ・精神科病院、精神病床を有する病院等

解説

- ・地域外来医療で入院を要する状態になった患者に対して、その急性期と回復期の入院医療を提供する機能。
- ・従来、精神科病院はその役割を中心に発展してきたものであり、そのため多くの社会資源・人的ノウハウ・連携機能を有しており、既存の機能を有効に活用するものである。
- ・回復後に適切に地域外来医療に戻れるよう、地域外来医療においてもケアマネジメント機能福祉サービス等との連携機能を強化したり、入院中から