

- 在宅復帰にむけて訪問看護ステーションや障害福祉サービス事業所と協力したり、医療機関同士での地域連携パス等の活用すること等も望まれる。
- ・なお、現行制度では、退院前訪問看護は病院看護師等が実施することとされているほか、退院に向けたケアマネジメントについても入院中からの実施が制度化されていないが、入院中から、訪問看護ステーションからの訪問看護や、指定相談支援が実施できるようにするなどの体制整備を行うべきである。

B 救急医療等

B-1 救急医療

目標

- ・地域に応じた精神科救急医療圏(※)で、一次救急以上の精神科救急医療を実施する。

※ 2次医療圏よりも広域であり、全国に154カ所設定されている。

医療機関に求められる事項

- ・24時間365日、精神科救急患者の受け入れが可能であること。(一つの医療機関で対応が困難な場合には、複数の医療機関で、必ず病床を確保し受け入れが可能な体制を構築すること。)
- ・救急患者に必要な診断・検査及び適切な薬物療法、精神療法等を実施できること。
- ・非自発的入院(措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院)に対応できる体制を有していること。
- ・保護室・治療用個室を有し、最小限の行動制限を適切に実施できる体制を有すること。
- ・身体疾患との鑑別診断や、身体合併症の診断・治療を提供する体制を有するか、他の医療機関との連携により構築していること。
- ・患者の自殺のリスクを評価することができ、必要に応じ、生活を含む相談支援を実施できること。
- ・在宅復帰後の生活支援に向けたケアマネジメントを実施するか、実施する機関と連携していること。
- ・地域医療(A)、専門医療(C)の機能を行う機関と連携していること。特に、地域医療(A)の機能については、自らその機能を担うなど、確実な連携が図られる必要がある。
- ・患者の受け入れについて、精神科救急情報センター、24時間精神医療相談等と連携していること。

医療機関等の例

- ・精神科病院、精神病床を有する病院

(常時の精神科救急医療を実施するため、精神保健指定医が5名以上勤務するなど、精神科救急入院料又は救急・合併症入院料の算定要件を満たす程度の体制を有する医療機関であることが望ましい。なお、こうした医療機関の整備に当たっては、地域における医療機能の適切な分担と連携を計画的に進める観点から、地域における措置入院の状況等も踏まえ、各圏域において必要な機能が充足されるよう配慮すべきである。)

解説

- ・ 患者がスムーズに受け入れられるためには、医療機関が上記の医療機能を有するとともに、精神科救急医療体制整備事業による空床確保の実施等によって、精神科救急情報センターからの患者の受け入れ体制を常時有することが必要。
- ・ このため、各精神科救急医療圏に少なくとも1カ所、診療報酬上の、精神科救急入院料病棟もしくは精神科急性期治療病棟を確保すべきである。
 - ・ 精神科救急医療体制整備事業は、平成7年から、国と都道府県の財政負担により運用されている。
 - ・ この事業では、精神科救急医療圏における空床確保のほか、電話情報センターの設置、移送制度の活用、初期救急システムの整備を謳っているが、現状は地域格差が大きい。
 - ・ 精神科救急医療の均てん化を図るためには、精神科救急情報センターを機能させるとともに、本事業が規定する連絡調整委員会の機能を強化すべきである。
 - ・ なお、関連して、病状悪化のため自ら受診できない場合の移送システムについても、整備する必要がある。

B-2 身体合併症対応

目標

- ・ 精神科救急医療圏において、重篤な身体合併症を持つ精神科患者に対して、適切な医療を実施する。

医療機関に求められる機能

- ・ 精神疾患と身体合併症の重篤度・優先度を適切に判断し、身体合併症と精神疾患の両方についての適切な診療を実施できること。
- ・ 救命救急センターを有するか、一般の救急医療を行う体制を有する。
- ・ 常時精神科診療を実施できること。
- ・ 精神病床において行う場合は、身体合併症診療を実施できる設備・体制を有すること。

- ・地域医療（A）の機能と連携していること

医療機関等の例

- ・救命救急センターを有し、精神科を標榜する病院
- ・内科・外科を標榜し、精神病床を有する病院

解説

- ・従来から精神疾患にかかっている患者が、がんなどの身体合併症を発症した際に、精神科と一般科を有する高度医療機関が、身体疾患・精神疾患両面に対して適切な医療を提供できる体制を整備する必要がある。
- ・このため、各都道府県に少なくとも1カ所、精神科救急入院料合併症型を認可された病棟を有する医療機関もしくはこれと同等の機能を有する医療機関を設置すべきである。
- ・また、身体疾患の患者が精神科医療を要する状態になった場合（がん、循環器疾患等の身体疾患に伴う抑うつ、手術後の対応困難なせん妄等）、適切なりエゾン精神科診療を行える機能を整備する必要がある。
- ・諸外国の例を見ても、一般病院の精神病床はむしろ増加させる必要があり、本機能については十分な確保を要する。

C 専門的医療

C-1 長期重度療養

目標

- ・長期重症患者（※）が適切な精神科入院医療を受けられる。
※ 治療によってもなお重篤な精神症状があり、在宅医療や障害福祉サービス等によっても、地域での生活が困難な状態が継続している患者

医療機関に求められる事項

- ・長期重症患者が療養できるための、精神医療、手厚い看護・介護、適切な行動制限等の体制を整えていること。
- ・保護室・治療用個室等の設備を有すること。
- ・地域医療（A）の機能や、介護・福祉サービス、行政機関との連携を行い、可能な限り患者が地域に移行できる体制を有していること。

医療機関の例

- ・精神科病院、精神病床を有する病院

解説

- ・統合失調症で幻覚妄想に思考や行動を支配され現実的な認識や判断ができない者、頻回な興奮や暴力行為を起こす者、水中毒者など、治療によってもなお重篤な精神症状があり、在宅医療や障害福祉サービス等を行っても、地域での生活が困難な状態が継続している患者は約5～10%存在するといわ

れる。【P：出典確認中】地域医療機能を中心とした体制ではこれらの患者の処遇の場がやむをえず必要になるため、長期重度療養機能が必要となる。さらに、さらに、現状で地域への移行が困難な比較的重症の入院患者が多数いるため、長期療養の病棟が一定期間必要である。

- ・このような機能については、地域においてその供給が過剰になることのないよう、留意する必要がある。
- ・重症患者の療養の場となるため、手厚い人員配置や安全で快適な療養環境が必要となる。
- ・司法精神医療についても機能の確保が重要である。

C-2 高齢者診療

目標

- ・精神科における治療を要する高齢の精神疾患（認知症、統合失調症等）の患者が、高齢患者の心身の特性に応じ、精神科入院医療、ADLの低下に対する支援、リハビリテーション、身体合併症への治療を総合的に受けられる。

医療機関に求められる事項

- ・高齢精神疾患患者に必要な診断・検査及び適切な薬物療法、精神療法等を実施できること。
- ・精神症状やADLの低下への対応のための、手厚い看護・介護体制を有すること。
- ・ADLの低下を防止するリハビリテーション機能を有すること。
- ・身体合併症への対応、身体疾患との鑑別診断等のため、内科、外科等の診療体制を有すること。
- ・認知症患者の、精神症状・身体合併症の入院治療を短期間に行い、在宅復帰や介護保険施設への移行が可能であること。
- ・身体合併症対応(B-2)の機能を有する医療機関や、一般病院と連携し、重篤な身体合併症に対する対応体制を有すること。
- ・地域医療(A)の機能を持つ医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関と連携し、在宅や介護保険施設など生活の場への移行を図る体制を有すること。さらに、BPSDが長期間持続するために、長期間の療養が行える病棟の整備も必要である。

医療機関等の例

- ・精神病床を有する病院（認知症疾患医療センター等）

解説

- ・精神医療における認知症医療は、鑑別診断、BPSD(心理行動症状)の診療および急性期における身体合併症医療である。

- ・現状では、精神病床には、他の高齢者医療施設等へ長期入院・入所する患者と明確な違いのない認知症患者も入院しているが、本来は精神科においては上記の機能を発揮すべきである。
- ・精神医療の必要な認知症患者に対する適切な精神医療の提供は、在宅移行を進め、介護負担の軽減にもつながる。
- ・統合失調症においても高齢化が進み、ADLの保持に問題のある患者が増えており、地域移行の妨げにもなっている。
- ・高齢化が原因で地域医療機能に委ねられない統合失調症患者に対しては、ADL訓練機能等にも配慮した入院精神医療の提供体制を整備する必要がある。

C-3 専門医療（児童精神医療・依存症治療等）

目標

- ・児童精神医療、依存症治療等の専門的な精神科医療を行う医療機関を確保すること。

※都道府県単位での確保を想定。

医療機関に求められる事項

- ・各々の専門領域における、適切な診断・検査・治療を行える体制を有すること。
- ・各々の領域の診療を専門的に行う医師が常勤するなど、専門治療を行う人材が集積していること。
- ・身体合併症への対応のため、身体合併症対応機能（B-2）を有する医療機関や、一般医療機関等と連携していること。
- ・他の医療機関、行政機関等と連携し、広く紹介患者を受け入れるとともに、診断・治療方針の策定等を行い、可能な場合には地域の医療機関への逆紹介を行うこと。
- ・かかりつけ医や地域への移行を進めるため、地域医療(A)の機能を有する医療機関と連携していること。
- ・他の都道府県の専門医療機関との間で、ネットワークを有し、診療の質の向上と全国への均てん化を図る体制を有すること。

医療機関等の例

- ・専門的な機能を有する精神科医療機関（大学病院、精神科病院、精神病床を有する病院、精神科診療所）

解説

- ・精神医療の中で、より高い専門性を持った医療従事者や施設の体制を要す

る分野が存在する。

- ・高い専門性のため、独自の連携体制を要したり、医療従事者も少ないことから、一般的な精神医療と区別してより広い圏域で集約して整備する必要がある。
- ・患者が専門的な医療を受けられるよう、一般的な地域精神医療からのアクセスをわかりやすくする必要がある。

なお、上記の医療機能が適切に発揮されるためには、上記の医療機能に加えて、以下の機能を地域において確保し、十分な連携を図ることが重要である。また、入院病床数については、地域内での在宅医療と障害福祉の充実の度合いによって変化する。特に、病床数は地域内の居住施設数に大きく影響をうけることが予想される。

D ケアマネジメント

A～C の機能を有する医療機関が精神疾患の患者に対して自ら実施する機能を有するほか、以下の機関が精神疾患患者へのケアマネジメントを実施し、障害福祉サービス、介護保険サービスや、その他の社会資源の利用を援助し、精神疾患患者の地域生活の支援を行う。

(例) 指定相談支援事業所、指定居宅介護支援事業所、地域活動支援センター

E 障害福祉サービス

E-1 居住サービス

精神疾患患者が地域生活を行うためには、その心身の状況等に応じて利用できる、適切な居住サービスが確保される必要がある。都道府県は、市町村等と連携して、必要な量の確保を図るべきである。

(例) グループホーム、ケアホーム、介護保険施設、認知症高齢者グループホーム

等

E-2 在宅サービス、日中活動、就労支援サービス

精神疾患患者が地域生活を行うためには、その心身の状況等に応じて利用できる、適切な障害福祉サービス・介護保険サービスが確保される必要がある。都道府県は、市町村等と連携して、必要な量の確保を図るべきである。また、援助付き雇用や一般就労を支援するサービスについても確保が必要である。

(例) 障害福祉サービス（就労移行支援、就労継続支援、ホームヘルプ等）、地域活動支援センター、介護保険サービス（訪問介護、通所介護等）公共職業安定所（ハローワーク）、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター

F 精神保健サービス

精神保健活動に関わる関係機関には、医療機関のほか、行政機関、教育機関、企業等があり、これらの関係機関が連携して実施する必要がある。

医療機関等の医師、保健師、看護師、精神保健福祉士等が、行政や関係機関の行う地域精神保健活動の実施にも、積極的に関与することが望ましい。

F-1 メンタルヘルスの増進や疾患予防のサービス

国民の精神的健康の増進のため、普及啓発や、うつ病等の精神疾患の一次予防等を行う。地域保健、産業保健領域の施策と、関係機関の取り組みが重要である。さらに、介護予防、母子保健、学校保健、児童福祉、地域福祉等の各領域の施策を通じて、高齢者、産後の者などを含め、うつ病等の精神疾患のリスクを有する者が、精神的な健康の保持を図る取り組みを進めるべきである。

F-2 地域に密着した精神保健サービス

精神疾患が適切に受診できるためには、患者・家族の相談に応じるとともに、医療機能等について分かりやすく情報提供する体制が必要である。また、精神疾患の患者は、支援を求める能力を損なったり、自らが疾患であることの認識を失う場合もあり、自傷他害の恐れを有することもあることから、このような場合にも適切に支援が行われるよう、精神保健サービスが機能する必要がある。

(例) 保健所の行うもの

- ・ 相談支援、訪問指導（危機介入を含む） 等
- 都道府県の行うもの
- ・ 措置診察、移送、
- ・ 精神科救急情報センターを通じた情報提供
- ・ 24 時間精神医療相談 等

F-3 専門的な精神保健サービス

児童思春期、依存症など、専門的な支援を行うとともに、地域における精神保健医療の連携体制の構築や研修等の指導的役割を担うなど、専門的な精神保健サービスの提供が必要である。

(例) 精神保健福祉センターを通じた、専門的な相談支援、研修、地域連携

等

G その他、4 疾病 5 事業の他の分野と連携して確保すべき機能

- ・ 身体疾患や周産期における、うつ病等の精神疾患への対応については、がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の疾病や、周産期医療等に関する医療計画

と連携して機能の確保を図るべきである。

- ・ また、災害時においては、①被災した住民に対するこころのケアとともに、②精神障害者が災害に被災したときの適切な医療・支援の提供が必要となることから、災害時における医療計画等と連携して、その機能の確保を図るべきである。

3) 医療計画の策定に必要な情報

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 疾患分類ごとの受診件数
- ・ 疾患分類、年齢階層ごとの入院患者数
- ・ 疾患分類ごとの平均在院期間
- ・ 救急受診件数と病名分布
- ・ 入院形態ごとの入院件数、救急入院件数
- ・ デイ・ケア等を利用する患者数
- ・ 医療機関を異動した患者の動態
- ・ 退院患者数、退院先
- ・ 福祉サービスの確保状況
- ・ 自殺の動向

(2) 医療資源・連携に関する情報

- ・ 精神科医療機関の所在地と、対応可能な治療（救急医療、在宅医療、身体合併症対応、専門医療 等）
- ・ 精神病床数（精神科病院、総合病院別）
- ・ 職種毎の精神科医療従事者数・訪問看護ステーションの所在地と、精神疾患患者への対応状況
- ・ 精神科在宅医療（訪問診療、訪問看護）を受けることができる地域
- ・ 専門医、精神保健指定医数

4) 圏域のあり方

地域の実情に合わせ、2次医療圏にこだわらない圏域の設定を行う。その際、医療機能によっては、精神科救急医療では2~3の2次医療圏を合併した圏域が想定され、専門的精神科医療等では全県単位などさらに広域な圏域の設定を行うことも考慮される。

特に、初期救急医療（A-2）、救急医療（B-1）、身体合併症対応（B-2）については、患者が移動できる合理的な地理的範囲内に、当該医療機能を常時確保できるよう、圏域の設定を行う。

在宅医療については、圏域毎に確保する考え方をとることは差し支えないものの、更に、住民が居住する地域が、医療機関・訪問看護ステーションのキャッチメントエリア（サービス提供地域）に含まれるよう、きめ細かく考慮した上で、サービスの確保を図るものとする。

専門医療の機能については、都道府県内で確保することを基本とする。

5) 地域における連携の検討等

(1) 計画の策定に当たって

都道府県は、精神医療の医療体制を構築するに当たって、保健、医療、福祉にわたる連携体制のもと、患者に継続して支援が行われるよう、また、関係機関・事業者の信頼関係が醸成されるよう配慮する。また、検討を行う際には、精神保健福祉センターが積極的な役割を果たすとともに、地域精神医療審議会を活用する等により、医療関係団体、現に精神医療に従事する者、福祉関係団体、精神疾患患者・家族、市町村等の各代表が参画するものとする。また、計画の策定に当たっては、「障害福祉計画」「介護保険事業計画」等の関連する計画の策定と連携し、整合性と実効性のある計画を策定するべきである。

(2) 医療連携の円滑な実施

医療連携の円滑な実施のため、都道府県は、特に重度の精神疾患について、地域連携クリティカルパスの策定を図るよう関係機関の調整を行うべきである。また、精神保健福祉センター・保健所は、医療連携の円滑な実施のため、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べきである。

医療計画には、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。医療機能間の連携が重要であり、例えば入院医療は外来・在宅医療と密に連携して提供されるべきであることから、一つの医療機関が複数の機能を担うことは差し支えない。

(3) 情報提供

計画に掲げる医療機能が適切に発揮されるためには、各医療機関の医療機能が住民にわかりやすく周知されることが必要である。医療機能情報提供制度の活用に加え、医療機能や、それぞれの医療機能を有する医療機関に関して、住民の視点で有益な情報の提供を行うことが望ましい。

6) 数値目標と評価

A ストラクチャー指標

(総合的な指標)

- ・精神病床数及び人口万対病床数
- ・精神科医療機関数

(A 地域医療に関する指標)

- ・救急・急性期対応病床（救急・急性期・10:1・13:1）数及び、救急・急性期対応病床数の精神病床全体に占める割合
- ・訪問診療を提供する精神科医療機関数
- ・精神科訪問看護を提供する医療機関・訪問看護ステーション数
- ・在宅医療カバー率（在宅医療を受けることのできる人口割合：地域（中学校区？）毎に在宅医療のサービスを受けられるかどうか等から算出）

(B 救急医療等に関する指標)

- ・精神科救急を担う精神科医療機関数（初期救急・24時間365日対応等の類型毎に）
- ・急性期の身体合併症に対応する病床数（主に総合病院精神科）

(C 専門的医療に関する指標)

- ・(将来的には) 重度療養患者に対応する病床数

B プロセス指標

(総合的な指標)

- ・人口あたりの行動制限の実施数
- ・行動制限期間
- ・人口あたりの年間措置患者数
- ・人口あたりの年間医療保護患者数
- ・人口あたりの精神障害者手帳交付数
- ・推奨される抗精神病薬処方割合もしくは単剤率
- ・抗精神病薬クロールプロマジン換算平均値
※国際的には、300mg～1,000mgが推奨されている
- ・個別処遇計画・退院計画策定数
- ・地域連携クリティカルパスの策定数

(A 地域医療に関する指標)

- ・在宅医療（訪問診療、訪問看護）における訪問件数

C アウトカム指標

(総合的な指標)

- ・疾患分類毎の平均在院期間
- ・再入院率（退院後短期の再入院率）
- ・長期在院患者の退院数（退院率）
- ・統合失調症入院患者数変化率
- ・認知症入院患者数変化率

Ⅲ. 資 料

現行の医療計画の分析

都道府県医療計画における精神疾患対策関連記述の精査

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)
研究協力者	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)
研究協力者	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)
研究協力者	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)
研究協力者	中村 究	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	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)
研究協力者	玄 運官	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	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)
研究協力者	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)
研究協力者	中村 真弓	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 専攻生)
研究協力者	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)

【背景（現行医療計画における精神保健医療福祉の位置づけ）】

現行の医療計画は、第5次医療法改正に伴ったもので、大多数の都道府県で平成20年3月に改定されたものである。この指針となっているのが、厚労相より告示された「医療提供体制の確保に関する基本指針」（平成19年3月30日）である。同告示では医療を受ける主体である患者の視点の重要性を指摘した上で、「国民の医療に対する安心、信頼の確保を目指し、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る」として、新たな医療計画を策定するにあたっての基本方針を定めている。こうした基本方針に基づき、新しい医療計画においては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）の5事業に係る医療提供施設の各医療機能及び相互の連携体制について、患者や住民に分かりやすいかたちで記載されることとなった。さらに、この4疾病5事業については、地域の実情に応じて評価可能で具体的な数値目標を設定し、少なくとも5年ごとに数値目標の達成状況の調査、分析及び評価を行うと定められた。こうした数値目標の設定と評価の仕組みが取り入れられたことが、従前までの医療計画医療計画の大きな特徴である。一方、精神保健医療対策について

は、医療計画における必須の対策項目ではない。

精神保健医療福祉対策については、必須の対策項目ではないものの、「医療提供体制の確保に関する基本的な方針」（平成19年3月30日、厚生労働大臣告示）において「精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる」と記載があり、また「医療計画作成指針」（平成19年7月20日、厚生労働省医政局長通知「医療計画について」の別紙）の「10. その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項（4疾病及び5事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する）」の中で、精神保健医療対策（①精神科医療に係る各医療提供施設の役割、②精神科救急医療、③うつ病対策に関する取組、④精神障害者の退院の促進に関する取組、⑤心神喪失者医療観察法に関する取組）、障害保健対策、認知症対策などが挙げられている。

また、4疾病5事業の一つである救急医療においては、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」（平成19年7月20日、厚生労働省医政局指導課長通知）における「救急医療の体制構築に係る指針」において精神科救急医療対策についての記載がなされている。同指針においては、「現状」における「精神科救急医療の動向」として「各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり精神疾患、身体疾患ともに入院医療を要する程度のものは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。」と記載されており、精神科救急医療体制およびその中の身体合併症頻度についての言及がなされている。また、救命救急医療機関（第三次救急医療機関）の「いわゆる出口の問題」の項に新たな患者受け入れ困難な要因の一つとして「具体的には、急性期を乗り越えたものの、いわゆる植物状態等の重度の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされている。」とあり、精神疾患合併症例についての後方転送の困難性が述べられている。さらに「精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携」として、医療施設の整備や、精神科救急医療センターなどの創設がなされてきたが、緊急な医療を必要とする精神疾患患者を常時受け入れる体制が未だ十分でない地域もあること（地域差の問題）、精神疾患患者が身体疾患になった際に確実に対応するための、精神科救急体制と一般救急医療機関との連携を図る必要があること、さらに自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要があることが述べられている。次に、「医療機関とその連携」における「消防機関の救急救命士等に求められる事項」として「緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること」、また「救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後医療】」に求められる事項として「救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること」と定められている。

その他の4疾病5事業における精神科医療の関与について、もしくは関与が示唆される記載部分は以下の通りである。

「小児医療の体制構築に係る指針」では、現状において「また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種、児童虐待への対応等の保健活動が占める割合が大きい」、医療機関とその連携の「目指すべき方向」の「子どもの健康と守るために、家族を支援する体制」において「慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する精神的サポート等を実施する体制」、健康相談等の支援の機能として行政機関に求められる事項として「慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源福祉サービス等について情報を提供すること」、医療機関に求められる事項として「家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること」、といった記載がある。

「がんの医療体制構築に係る指針」では、現状の「がんの医療」のうち「緩和ケア」において「併せて、がん患者には、しばしば不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、精神医学的な対応が行われる。さらに、患者と同様に様々な苦痛を抱えている家族にも心のケアを行うことが重要である。」とあり、また「専門的ながん診療機能」の目標として「治療の初期段階から緩和ケアを実施するとともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施すること。身体症状の緩和だけではなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを提供すること」とあり、「標準的ながん診療機能」の目標にも「がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題への対応が可能であること」とある。一方、がん対策基本法に基づく「がん対策推進基本計画」（平成19年6月：閣議決定）においても、「より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成していくための研修を行うとともに、地域における緩和ケアの教育や普及啓発を行っていくことができる体制を整備していく。」とあり、がんの分野で専門性をもった精神科医にも、がん対策を担う専門家の一員としての役割が期待されているが、医療計画の指針と時期を同一にしていたためか、本指針には精神腫瘍医という言葉は反映されていないようである。また、精神科医との連携や精神症状に関する目標値についての設定は現在はない。

「脳卒中の医療体制構築に係る指針」においては、「身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】」に求められる事項として、「再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応が可能であること」とあり、また「日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】」に求められる事項として、「再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること」とある。一方、抑うつ状態に対する具体的対応（精神科医療機関との連携など）や、それに関する目標値の設定についての記載は認められない。

「急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針」においては、「救急医療の機能【急性期】」として求められる事項に「抑うつ状態等の対応が可能であること」とあり、また「身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能【回復期】」および「再発予防の機能【再発予防】」として求められる事項に「再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること」とあるが、具体的な抑うつ状態への対応指針や目標設定の記載は見当たらない。

「災害時における医療体制の構築に係る指針」においては、「救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【健康管理】」に求められる事項として「感染症のまん延防止、衛生面のケ

ア、メンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者を確保していることとあるが、具体的なメンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者についての記載は見当たらない。また、近年我が国でも研究が進んでいる PTSD に関する記載も見当たらない。

「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、現状のなかで「産後うつ病の発生率は、平成13年の13.4%が、平成15年には12.8%となっている」とある。また、「正常分娩等を扱う機能（日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む）【正常分娩】」に求められる事項として「妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること」、「周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】」に求められる事項として「家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること」とある。しかしながら、現状に記載された産後うつ病についての具体的な対策に関する指針の記載は見当たらない。

なお、糖尿病、へき地医療に関しては精神保健医療福祉の関与もしくはそれを示唆する指針への記載は見当たらなかった。

【目的】

最近の精神科医療の動向として、統合失調症を主とした入院中心の医療から、地域生活への移行の進展、外来診療所数やうつ病をはじめとした外来患者数の増加、高齢化等による身体合併症対応を要する患者の増加や、認知症の周辺症状としての精神症状への対応、医療観察法の施行による触法精神障害者医療の制度化など、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提供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とが指摘されている。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があると考えられ、平成21年9月24日に発表された「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。

今回、我々は、多くの自治体で平成20年3月に改訂された現行の各都道府県地域医療計画を精査し、記載状況と現状の位置づけの傾向を把握することとした。また、上記報告書でまとめられた地域精神医療体制の構築において必要と思われる精神科医療の役割についても、現行の医療計画にどれだけ盛り込まれているのかについて考察した。これにより、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際の参考資料の一つとして活用されることが期待される。

【方法】

各都道府県のホームページなどより、第5次医療法改正に伴う各都道府県の改正医療計画を収集し、計画内の精神保健医療対策部分の記載、および4疾病5事業対策部分のうち精神保健医療に関する記載を抽出した。また、可能な限り、精神保健医療関係の記載がなされている可能性のある他の対策部分（認知症対策、発達障害・高次脳機能障害対策、高齢者保健医療対策、

母子保健対策、学校保健対策、職域保健対策、薬物乱用防止対策など）からの記載内容抽出に努めた。抽出項目は、対策名、現状、課題、施策体系・実施方法・評価方法等、目標（数値目標含む）である。

A. 単独事業としての精神保健医療対策の記載

単独事業としての精神保健医療対策として扱ったのは、「精神医療対策」「精神保健対策」「精神保健福祉対策」「精神科救急医療対策」である。Aにおいては、これらの記載内容を小項目ごとに、現状、課題、施策体系・実施方法・評価方法等、目標（数値目標を含む）についての記載を抽出した。

B. 4 疾病 5 事業における精神保健医療の関与についての記載

4 疾病 5 事業の各対策の記載項目中に精神保健医療に関連した記載箇所を探して抽出した。また、精神保健医療の関わりについてどの程度記載されているのかについて、三段階で評価した。＜評価基準＞

a. 具体的な精神保健医療の必要性と、その連携方法が記載されている（例：「抑うつ状態に対しては、精神科医療機関との連携を図る」）

b. 精神保健医療の必要性について、もしくはそれが示唆される記載があるが、具体的な連携についての記載がないか不明確（例：「抑うつ状態への対応」「心のケア」のみ記載され、それを担う主体もしくは連携先としての精神科医療機関や精神科医の関与について記載がない）

c. 精神保健医療の関与を示唆する記載がない

ー. 分析対象外（当該対策が策定されていない）

C. 精神科救急医療対策についての記載

特に「精神科救急医療対策」については、単独事業としての精神保健医療対策に含めて記載されている場合、独自に精神科救急医療対策として項目立てて対策されている場合、4 疾病 5 事業の「救急医療」対策内に記載されている場合があり、また記載レベルについても都道府県ごとに様々であった。よって、AおよびBのうち、精神科救急医療対策についての記載を統合した形で分析した。記載方式としては、単独事業として「精神科救急医療対策」が記載されているもの、「精神保健医療対策」の中に記載されているもの、4 疾病 5 事業の「救急医療対策」の中に記載されているものなのかを明記し、記載内容としては、精神科救急医療システムの整備に関する事項、一般救急医療との連携に関する事項（精神身体合併症の対応や自殺未遂後の精神科対応、救命救急医療における急性期が過ぎた後の救命後期医療における精神障害合併ケースの対応など）の記載有無を、それぞれの記載レベルとともに抽出した。また、数値目標の設定がどの程度なされているのかにつき、調査した。

なお、その他、重要事項として個別に分析を実施すべきと考えられる、「自殺対策」「認知症対策」「医療観察法対策（司法精神医療）」「発達障害対策」「薬物乱用防止対策」「各種保健対策（母子、学校、職場、高齢者、障がい者）」などについては、作業進行上かなわなかった。今後

の分析すべき課題である。

【抽出対象自治体】

47 都道府県の医療計画を各都道府県のホームページなどより入手し、分析対象とした。奈良県は平成 15 年の改定以降、平成 17 年に市町村合併による医療圏変更といった部分の改定をした以外は、本研究の分析時点で医療計画の改定がされていないため平成 15 年策定のものである。また、群馬県、山口県、長崎県などは第 5 次医療法改正に伴う全文改訂をしておらず、4 疾病 5 事業（群馬県は小児医療をのぞく 4 疾病 4 事業）についてのみ追加改定しているため、改訂部分以外の対策については改訂前の本文を分析した。静岡県については第 5 次医療法改正に伴う全文改定はしていないものの、追補版（追加改訂）として 4 疾病 5 事業とともに、精神保健医療対策も全面改定しており、改訂された部分はそれも含め分析した。なお、奈良県は平成 22 年 2 月現在、全面改定予定の案がパブコメ募集のためホームページ上で公開されており、平成 22 年 4 月に改定版が公開予定である。群馬県も、平成 22 年に全面改定予定である（同県庁への問い合わせによる）。

【倫理面での配慮】

疫学研究の倫理指針に則り研究を行ったが、今回収集したデータは、各都道府県が医療法に基づき策定した地域医療計画からの記載内容の抽出であり、ホームページなどにより広く国民（各都道府県の住民）に公表されているものである。すなわち本研究においては、個人データは一切用いていないこと、すでに国民に公表されている情報を二次的に分析したものであること、により倫理上の問題は生じない。

【結果】

表 1 は、医療計画中の精神保健医療に関する記載（4 疾病 5 事業をのぞく）の抽出結果である。各都道府県の医療計画で、必ず抽出したのが、単独事業としての精神保健医療対策（「精神医療対策」「精神保健対策」「精神保健福祉対策」「精神科救急医療対策」）である。その他の重要項目である自殺対策（自治体によってはうつ病対策として記載されている）、認知症対策、発達障害対策、高次脳機能障害対策、高齢者保健医療対策、母子保健対策、学校保健対策、職場保健対策、薬物乱用防止対策についての記載は、作業進行上、全自治体で抽出することはできなかったが、抽出できていない各対策については、「未抽出の対策」として対策名を分かるようにした。

なお、表 1 のうち、精神保健医療単独としての対策（「精神医療対策」「精神保健対策」「精神保健福祉対策」「精神科救急医療対策」）のみ灰色で強調している。

さらに、単独事業としての精神保健医療対策（灰色で強調した部分）の中で、どのような目標が記載されているのかについてまとめたのが表 2 である。医療計画全体における他の対策部分の目標値は含めていない（全自治体で他の対策部分の抽出ができていないため、抽出された自治体のみから目標値の有無について数値化するのには問題があると判断した）。また、ある事項の対策を、精神保健医療対策で扱っている自治体、それ以外の対策部分で扱っている自治体も

あるため、表2の解釈はそのことを考慮の上、限定的に行う必要がある。しかしながら、住民への分かりやすさという点を考慮すると、精神保健医療について知りたいと思った住民はまず目次から精神という言葉が含まれている対策を読むであろうと思われ、この部分についての検討を行うことは意味があると考えた。

表3は、4疾病5事業部分における精神保健医療の関与についての記載の抽出結果である。4疾病5事業の分野においても精神保健医療が積極的に関与、もしくは当該分野の要請により補完的に関与する部分があり、これらにおいては当該分野との連携が必要と考えられる。それが現行の医療計画ではどのように反映されているのか示した表である。

表4は、表1および表3を統合した形での、「精神科救急医療」に関する記載についてまとめたものである。

以下にそれぞれの表について結果を概観する。

A. 医療計画全体の精神保健医療に関する記載、特に単独事業としての対策に関する記載、および目標設定について（表1および表2）

精神保健医療対策に関する記載は、47都道府県の全てにおいてなされていた。また、単独事業としての精神保健医療対策についても、全47自治体で記載されていた。全ての自治体で単独の精神保健医療対策以外の部分について抽出ができていないため、数字で示すことができないが、医療計画全体中、精神保健医療に関する対策として取り上げられていた項目としては、精神科救急医療体制、退院促進事業、地域支援体制（地域資源の整備、相談事業の拡充など）、自殺対策、医療観察制度支援、専門医療提供体制（アルコール・薬物依存症、児童思春期精神医療など）、認知症対策、普及啓発活動などであった。特に、精神科救急医療体制、自殺対策、退院促進事業、地域支援体制、普及啓発活動については、ほとんどの自治体で取り上げられていた。

しかし、これらは「現状」「課題」「施策の方向性」まで計画が記載されているものの、実際の具体的施策や目標値まで設定できていない部分が多い。単独事業としての精神保健医療対策の記載部分における、何らかの「現状」「課題」「施策」の記載事項のうち最低1つに対して「数値目標」を記載していたのは約半数（49%）の23/47都道府県のみであった。数値目標の有無とその内容についてまとめたのが表2である。なお、目標の部分に施策の方向性を記述しているものや、評価指標のみの記載で具体的な数値目標が立てられていないものが散見されたが、これらは「数値目標」に含めていない。また、前述の通り、医療計画全体における他の対策部分の目標値は含めていないことから、表2の解釈はそのことを考慮の上、限定的に行う必要がある。目標値として多く挙げられているものとしては、退院促進事業に関連したアウトカム指標としての「受け入れ条件が整えば退院可能な精神科入院患者数の減少」が12自治体、自殺対策に関連したアウトカム指標としての「自殺者数の減少」が11自治体である。その他はアウトカム、プロセス、ストラクチャー指標とも数値目標が設定されているのはそれぞれの項目について数自治体にしかすぎなかった。現状と課題から施策を導き出しつつも、現実にもどのように進んでいくか予測がつきにくい、もしくは具体的目標が設定しにくいという側面が推察される。また、上記2アウトカム指標についても、またその他の指標のうちのいくつかは、医療計画独

自の目標ではなく、それぞれ別対策計画（地域障がい福祉計画、地域自殺対策行動計画、健康日本21など）から引用もしくは準拠したものであり、医療計画に求められる医療的側面からの独自に導き出した数値はほとんどないようである。国の医療計画策定指針においても（精神保健医療については必須の項目ではない）、精神保健医療分野における数値目標のあり方について明確に示されていないことも影響していると推察される。

次に、個別の記載事項について概観する（精神科救急医療については別途Cで述べる）。

「自殺対策」は精神保健医療もしくは精神保健福祉の項目内に記載されている県もあれば、自殺対策として独立した項目で記載している県がある。また、これまでうつ病対策は自殺の中で大きな役割を果たしてきた経緯から、「うつ病対策」と「自殺対策」を同義として扱っている自治体も散見された。現在は当然、統合失調症やアルコール依存症など他の精神疾患の自殺、また経済的問題など精神保健福祉領域にとどまらない様々な背景の結果として抑うつ状態を呈しての自殺、なども多いことが分かっており、単なるうつ病対策ではなく、精神疾患全般の啓発、早期発見・治療、関係領域との連携についての記載の充実が望まれる。「自殺対策」は、精神保健医療のみで完結するものではなく、政府の自殺対策大綱に基づいた総合的な対策であり、医療計画においては精神保健医療対策の一部としての記載ではなく、単独事業としての「自殺対策」として項目立てし、「自殺対策大綱」および「地域自殺対策行動計画」における特に保健医療福祉の関わりについて重点的に記載し、その果たすべき役割、および他の分野との連携方法と対策について記載することが検討されるべきであろう。その上で、アウトカム指標以外の、自殺対策を担う医療機関の取り組み状況と成果を数値目標として設定することが検討される。

「退院促進事業」については、自立支援制度・保健所・精神保健福祉センターなどによる地域での生活支援・就労支援などの体制整備・相談事業と連動した議論となっていることが多く、精神保健医療対策ではなく、障がい者保健対策に記載されている自治体もあった。一方、退院後の適切な医療面での対応ツールの一つとして、精神科救急や急性期医療とも連動しての記載は乏しかった。また、訪問看護の具体的配置やその果たす役割についての記載も乏しかった。理念を実現に果たすために、「地域障がい福祉計画」と連動した精神保健医療との連携につき、その関係と役割が分かるように記載することが望ましいと考えられた。

「認知症対策」については、対応した精神科病床の必要数や、その役割について現時点では流動的なこともあり、普及啓発、予防、早期発見についての記載が比較的充実している一方、精神科病院がどのような役割を果たすのかについての記載は乏しかった。認知症疾患医療センターについても現在各自治体に設立、運用が開始されている途上であり、合併症や介護の問題も含め総合的なマネジメントの役割が期待されているが、認知症の周辺症状に対応しつつも身体面でのケアも要することが多い認知症性疾患の入院医療の在り方については、精神科病床だけでは解決できない問題でもあり、また、うつ病と同様、精神科医療機関と一般医療機関（特にプライマリーケアを担当する地域の一般医）との連携が重要な部分である。今後の動向と認知症疾患医療センターの運用状況なども踏まえた上での医療計画への反映が必要であろう。

「薬物乱用対策」については、相談機能として精神保健福祉センターを挙げているのみの自治体が大多数であり、精神保健医療対策内の「アルコール・薬物依存症」の専門医療提供体制とのリンクが乏しい印象であった。そもそも依存症専門医療提供体制が不十分な自治体も多く、

ノウハウがあまりない可能性もあるが、診断や専門医療への導入のための一般医療との連携(例えば、アルコール依存症のケースは肝機能障害や糖尿病で内科に通院しているが、背景のアルコール依存症へのアプローチはなされていない場合もある)や、保健所や精神保健福祉センターが家族・本人への相談も含めた普及啓発活動を実施し、その中で自助グループとの連携を重視している現状を記載することも重要ではないかと思われた。専門病棟がなくとも、地域の資源を適切に最大限利用することができる体制の充実と住民への周知が重要であろう。

「児童思春期精神科医療」の専門医療提供体制については、やはり各自治体において不足しているという現状の記載が多かったが、具体的に専門医の養成や専門外来の設立について言及している自治体は少なかった。また、「発達障害対策」や「小児医療対策」、「学校保健対策」などとの関連も深い部分であるが、それらとの関連についての記載をしている自治体は極めて少なかった。子どものこころの問題への対応の必要性は、これら各対策において記載されていても、それに対して精神科医および精神科医療機関がどのように関わるかについての記載は乏しく、小児科医(特に発達障害や心の問題への対応が可能な小児科医)との連携および役割のシェアもしくは分担も含め、今後の検討課題であろう。小児科医で対応する部分、精神科医が対応する部分、学校が果たす役割、保健所や精神保健福祉センター、場合によっては児童相談所や子ども家庭支援センターなどとの連携も含め、幅広い領域が関与する分野である一方、精神科に関する記載が乏しいのは人材不足であることも影響しているのかもしれない。

「医療観察法対策(司法精神科医療)」については、多くの自治体で記載が認められたが、まだ医療機関の整備が不十分な自治体も多く、対象者へのケースワーク主体が国の機関(各地の保護観察所)である部分も多いことなどから、理念以上の、具体的な地域での医療機関の果たす役割について詳細に言及した自治体はほとんどなかった。対象者はその処遇中も、処遇終了後も地域の医療機関、生活支援資源を利用して生活していくこととなるため、その円滑な移行のためにも、医療観察法対象者に必要となる医療・社会資源を明確化し、それに基づく地域での具体的支援のあり方について盛り込むことも今後の検討課題と考えられた。

全体の傾向としては、各テーマの網羅および、現状と課題の記載はほとんどの自治体で充実しているが、施策における計画内容が具体性に乏しいことが多く、数値目標については立てられていないものが多かった。特に数値目標については、自殺対策や退院促進事業以外の数値目標はあまり見当たらなかった。記載の場所についても、自治体によっては精神保健医療対策以外の他の分野に記載が分散しているものも多く(認知症、障害者医療、発達障害、高次脳機能障害、産後うつ病、その他)、記載項目の記載場所の統一はなされていないため、分析しにくい側面があった。今後、精神科医療を必須の事業として医療計画に記載することについて検討するとした場合、住民はもちろん、関係する医療機関にとっても、医療計画の利用に際しての分かりやすさという観点から、精神保健医療対策においては、各分野に記載を分散させるのではなく、可能な限り単独の事業対策項目としての精神保健医療対策内に、関連するテーマを網羅することの是非についても検討されることが望ましいと考える。一方、医療計画内の他分野の対策においても、精神保健医療対策に記載された内容と連携が必要な部分においては、その連携の必要性、連携方法およびそれを担う医療機関の機能や行政の役割について、十分に記載されることが必要であろう。なお、連携においては、精神科医療機関同士の機能別の連携、精神