

201027129A

平成22年度厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業（精神障害分野）  
課題番号：H22－精神－一般－018

# 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研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 安西 信雄  
(国立精神・神経医療研究センター)

平成23年3月

# 目 次

## 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に関する研究 ..... 1  
安西 信雄 (国立精神・神経医療研究センター病院 副院長)

## II. 分担研究報告

- 1-1. 精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理 ..... 9
- 1-2. 医療計画の策定の際に必要な合併症医療需要の将来予測 ..... 24
- 1-3. 人口動態の変化からみた精神疾患推計患者数の将来予測 ..... 73  
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授)
2. 精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発 ..... 93  
伊藤 弘人 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所  
社会精神保健研究部 部長)
3. 精神科救急医療からの医療政策に関する研究 ..... 115  
平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター 院長)
4. 精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策 ..... 149  
萱間 真美 (聖路加看護大学 精神看護学研究室 教授)
5. 地域精神医療を担う診療所からの医療政策提言のための調査研究 ..... 189  
平川 博之 (ひらかわクリニック 院長)
6. 精神科病院行動制限最小化に向け対処法の検証と評価 ..... 222
- 6-1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化 ..... 236
- 6-2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性 ..... 252
- 6-3. 急性期患者の援助関係形成に向けた対処技法とその効果 ..... 266
- 6-4. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点 ..... 271
- 6-5. 司法病棟における常時観察の現状と問題点 ..... 275  
宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授)
7. 総合病院 (一般病院) 精神科医療からの医療政策 ..... 291  
吉邨 善孝 (済生会横浜市東部病院 精神科 部長)

# 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に関する研究  
総括研究報告書

研究代表者

安西 信雄 国立精神・神経医療研究センター病院 副院長

研究協力者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授

伊藤 弘人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

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 精神看護学研究室 教授

平川 博之 ひらかわクリニック 院長

宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授

吉邨 善孝 済生会横浜市東部病院 こころのケアセンター・精神科 部長

研究要旨

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提供体制の再編・強化の必要性が指摘され、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づけることについて検討すべきことが指摘された。

本研究はこの目標に沿って実施するもので、各方面から調査検討を行い、実際に運用可能な地域精神医療体制の具体像を作っていくこと、それらがうまく機能するための条件と適切なモニタ方法等を明らかにすること、それらの根拠を明らかにすることを目的とする。

精神疾患推計患者数および精神身体合併症医療需要の将来予測を行ったところ、精神疾患患者は 2030 年まで増加し、その後減少するが、認知症を持つ高齢者、身体合併症を持つ精神疾患患者数が増加することが明らかとなり、これらの患者への対応を強化した施策が必要であることが示唆された。

地域連携を推進していくための精神科地域連携クリティカルパスを検討したところ、退院促進や、うつ病、認知症に対応したパスも作成されていた。また診療の質の評価に関しても、国際的に用いられている指標でわが国の実践に追加可能なものが検討された。

医療提供の仕組みを入院中心から地域生活支援中心へ転換していくことが求められるが、各領域を検討した結果、精神科救急、訪問看護、精神科診療所等の関係機関はそれぞれ地域に普及しつつあるが、相互の連携が乏しく、患者ニーズや地域のニーズに対応しきれていない現状が改めて明らかにされた。精神科入院治療における隔離・拘束の実態を調査したところ認知症患者や身体合併症患者への拘束数が増加しており、有効な対策の必要性が示された。

報告書に沿って精神科医療改革をスピード感をもって実現していくためには「医療計画における工程管理」が必要である。本研究で、大目標、中目標、小目標に分けて医療計画を階層的に設定するための素案を提案した。本年度の研究により、方向性と検討の枠組みが示されたと考えられるが、これらの検証とさらなる具体化・精密化のために研究の継続が必要である。

## A. 研究目的

わが国の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、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が提示される中で、地域移行が徐々に進展しつつあり、外来診療所数や患者数も増加している。しかし、地域における精神科医療の連携は不十分で、患者や地域のニーズに的確に対応できていない。

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（以下「報告書」と略す）において地域精神医療提供体制の再編・強化の方向性が打ち出され、医療計画に精神医療を加えることについて、また、加える場合の具体的なあり方についての検討の必要性が指摘された。

そこで平成 21 年度の特別研究「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」（主任研究者：河原和夫教授）が実施され、地域精神医療体制について、医療機能・連携のあり方・評価指標が検討され例示がなされた。

本研究は上記の特別研究の成果を踏まえて、これらの例示の具体的な運用に向けて各方面から調査を行い、実際に運用可能な地域精神医療体制の具体像を作っていくこと、さらに、医療法改正と引き続く医療計画関連通知に使用可能な具体的な方策やデータセット等の提言を行っていくことが目的である。本年度においては、医療計画の現状の重点分野である 4 疾病 5 事業との整合性を検討しつつ精神科医療独自の医療計画の全体像を提示すること、そのため、目標となる指標、医療圏域の設定、医療連携パスの例示等に重点を置いて検討を行った。

## B. 研究方法

精神科医療において医療圏域で外来・在宅医療を含めた医療体制を構築するために、①それぞれの精神科医療機関が患者の地域生活を支える機能をさらに充実させる（「明示される医療機能」）、②救急病院や総合病院等と地域医療機関との連携を促進する仕組み（「医療連携体制」）、③地域圏域ごとの医療体制の適切な連携・運用を評価する仕組み（「圏域設定」「目標となる評価指標等」）の 3 つの次元で研究を実施した。下記の分担研究班ごとに、これらの①～③の検討を行った。

河原班：平成 21 年度特別研究の結果を受け、医療計画における地域精神科医療体制の具体的な記載内容や評価指標等を開発する。そのため、①精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理の検討、②医療計画の策定の際に必要な合併症医療需要の将来予測の検討、③人口動態の変化からみた精神疾患推計患者数の将来予測の検討を実施した。

伊藤班：精神科医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発について検討を行った。そのため、①ワークショップを開催して地域連携クリティカルパスのモデルの開発、②精神科医療において国際的に用いられている指標の検討を行った。

平田班：精神科救急医療からの医療政策に関する検討を実施した。そのため、①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 21 年度の精神科救急事業運用実績を分析し、②平成 22 年 10 月末現在で認可されている全国 80 カ所の精神科救急病棟を対象として、その運用実態をアンケートで調査し、③以上の情報に基づき、研究協力者間の討論を経て、今後の精神科救急医療体制のあり方を検討した。

萱間班：精神科訪問看護の実施状況を全国的に調査し、実施率の変化、精神科訪問看護で実施されているケアの実態、特に複数名訪問、家族ケアについて、その実態を調査した。

調査は全国の訪問看護ステーションを対象とした一次調査と、精神科訪問看護の実施事業所を対象とした二次調査を行った。この実態調査に加えて、精神科在宅医療の一つの指標としての精神科訪問看護の複数年にわたる現状を示すデータを整理し検討した。

平川班：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。そこで地域圏域で精神科診療所が現状で担っている役割を地域のニーズとの対比で実態調査し、現状で担えていること、担うべきだが担えていないことを検討した。さらに、精神科外来・在宅医療の先進的な実践例を調査分析し、精神科診療所が目指すべき方向、そのために必要な施策を検討した。

宮本班：精神科病院行動制限最小化に向けての対処法の検証と評価のため、①行動制限最小化を阻害する要因の検討、②病棟構造と隔離・拘束との関連性の検討、③急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果の検討、④CVPPPの実施状況と普及・啓発をめぐる問題点の検討、⑤司法病棟における常時観察の現状と問題点の検討を行った。

吉邨班：総合病院（一般病院）で行われる精神科医療において、精神疾患患者における「身体合併症医療」の実態と必要な機能を明らかにし、求められる役割、医療効果等を明らかにするため、平成22年度は神奈川県内の精神科患者における「身体合併症医療」の現状と問題点を踏まえ、身体合併症対応の基本ルール、地域連携パスを検討した。

#### （倫理面への配慮）

個人データを取り扱う調査研究については、それぞれの研究代表者が所属する研究施設における倫理委員会に研究計画を申請し、承認を経て実施した。その際に、研究参加者の人権を十分に擁護し、研究に参加することによる利益・不利益を文書で説明し同意を取得した上で実施した。

### C. 結果

平成22年度は精神科医療に求められる医療機能と評価方法の検討を行い、下記の成果を得た。

河原班：①精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理の検討：医療計画に組み入れるためには従来の9分野と同様に、計画の策定と進行管理、そして評価の体系の構築が急務となっている。そこで、関連する情報を収集整理し、目標を、大目標、中目標、小目標に分けて具体的に試案を設定した。この試案は、医療計画を階層的に策定し、行政計画の実施を推進していくうえで役立てうるものと思われる。

②医療計画の策定の際に必要な合併症医療需要の将来予測の検討：高齢化等の要因により、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病とともに4疾病を合併する精神患者の身体合併症の医療需要についての将来予測を行った。その結果、4疾病を合併した精神患者に対する医療需要は、今後ますます増大していくことが予想された。

③人口動態の変化からみた精神疾患推計患者数の将来予測の検討：精神疾患は全体としては2030年を境に減少していくが、認知症を中心とした高齢者、精神身体合併症はむしろ増加することから、今後は高齢者、身体合併症者への対応を強化した施策が必要であることが示唆された。これらの結果から、精神科急性期医療も含め、入院医療の主要資源を短期集中的な手厚い医療にシフトし、一方それを補完するために、療

養病棟、ニューロングステイ対応病床、地域の診療所、訪問看護、福祉介護との連携を重視した医療提供体制整備を進めていく必要があることが再認識できた。

伊藤班：①精神科地域連携クリティカルパスは、すでに導入している医療施設があることが明らかになった。ワークショップによって退院促進・うつ・認知症のハスモデルを開発した。

②国際的に用いられている質評価指標と比較すると、すでに提案されている指標例に人口あたりの精神保健医療の従事者数、外来診療サービスの利用度や疾患ごとの受療者数、費用に関する指標と地域生活の継続に関する指標の追加を検討することは意義があると考えられた。

平田班：①各都道府県から厚生労働省に報告された平成21年度の精神科救急事業運用実績：精神科救急事業による電話相談件数は40都道府県から報告あり平成21年度は129,171件（1日平均353.8件）、救急事業利用件数は47都道府県から42,624件（同116.8件）、入院件数は15,535件（同42.6件、入院率36.5%）との報告があった。緊急措置・措置・応急入院を併せた精神科三次救急件数は23.6%で、大都市圏に集中する傾向があった。

②精神科救急病棟80施設のうち51施設から回答あり、平均病床数45.3床で、年間379.8人の入院患者を平均37.4日で退院（自宅71.1%）であった。これらを踏まえて、今後の精神科救急医療体制のあり方を検討した。

萱間班：①平成22年9月1カ月間に精神科訪問看護を実施した事業所の割合は53.9%であり、半数以上の事業所で精神科訪問看護を実施していることがわかった。比較的規模の大きな事業所を中心として年々着実に普及していることがうかがわれた。

②精神科訪問看護の利用者の中には身体合併症を有する者も比較的多くみられ、精神科訪問看護の実施により精神科疾患のみならず身体合併症の管理が行われている実態も明らかになった。平成22年度診療報酬改定により訪問看護ステーションの複数名訪問に対する加算が新設されたが、加算の算定要件等によって実際には算定できていない事業所もまだ多くみられることがわかった。家族ケアは約4割の利用者で実施されており、「家族から話を聞き、苦労や困難をねぎらった」「本人との日常的な接し方についてアドバイスした」といったケアが行われていた。

平川班：日精診会員診療所にアンケート調査を行い、47カ所のうち35カ所（74.5%）から回答を得た。精神科診療所の新規開設は2008年以降減少していた。所在地は商業・ビジネス街地域、住宅地域、混合地域が95%をしめ、診療圏は近隣と広域の両圏域を担う混合型が57.9%と多かった。1日の受診患者の平均は55人、新患は平均2人であった。21.6%がデイケアを、9.7%がナイトケアを実施していた。回答した診療所の約40%が往診、約18%は訪問診療を行っており、ほぼ半数が訪問看護を利用していた。地域医療加算を請求している診療所は10.6%、在宅療養支援診療所は5.5%であった。ケースワークの必要性は認識されているが、診療報酬上の評価がないためケースワークを断念している診療所が33%あった。

宮本班：①行動制限最小化を阻害する要因の検討：認知症患者や合併症患者の拘束数が増加していた。行動制限最小化のためには病棟機能の改善と、管理者の熱意と職員の意識改革が必要と考えられた。

②病棟構造と隔離・拘束との関連性の検討：全般的に安全重視に傾きがちな医療文化が温存され、保護室における援助に関する知識と技術が共有されていないと考えられた。

③急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果の検討：病棟スタッフは患者の急性精神病状態からの回復や悪化により強い影響を受けていた。

④CVPPPの実施状況と普及・啓発をめぐる問題点の検討：介入した際に身体的外傷を受けることがあるが、全般的に軽傷で、患者に外傷を与えることはなく、介入時のことについて患者と話し合っていた。

⑤司法病棟における常時観察の現状と問題点：常時観察時の綿密な観察によって気づきが増え、対象者に安心感を提供でき、速やかで密度の濃い援助につながっていた。特に自殺リスクの高い対象者への常時観察が有効であった。

吉邨班：身体合併症を伴う精神疾患患者へは複数の窓口があるが、行われている対応は様々で、十分に機能しているとは言えなかった。トリアージ機能の中心を精神保健センターなどに設置し、各地域で身体合併症対応施設と指定された医療機関で必要に応じて、コンサルトや入院の受け入れを行っていく体制の拡充が求められる。「診療の標準化」のためには、身体合併症に対応した地域連携パスを用いた情報の共有化、医療の可視化を実践する必要がある。

#### D. 考察と結論

精神科医療について各方面からの検討を行った。

第一に、精神疾患患者の現状及び将来予測の検討を行った結果、精神疾患患者数は増加の傾向を維持するが2030年を境に減少に移るが、認知症を中心とした高齢者や精神身体合併症患者は増加することから、今後は高齢者・身体合併症患者への対応の強化が必要であることが示された。

第二に、医療提供の仕組みを入院中心から地域生活支援中心へ転換していくことが求められるが、精神科救急、訪問看護、精神科診療所等の関係機関はそれぞれ地域に普及しつつあるが、相互の連携が乏しく、ニーズに対応しきれていない現状が改めて明らかにされた。

第三に、地域連携を推進していくための精神科地域連携クリティカルパスのモデルはすでにいくつか導入され、退院促進や、うつ病、認知症に対応したパスも作成されている。また診療の質の評価に関しても、国際的に用いられている指標でわが国の実践に追加可能なものが検討されている。

報告書で整理された課題を克服して、わが国の精神科医療を地域における患者ニーズによりよく対応できるよう改善していくためには、医療法にもとづく仕組みを具体化していくことが求められる。本年度の研究で、各分野における課題と改善の方向性ととも、河原班で「精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理」の検討が行われた。実効性のある計画策定のために、こうした具体性のある計画を各分野ごとに明確化し、関係者の間で共有していくことが必要になる。

本年度の研究により、方向性と検討の枠組みは示されたと考えられるが、これらの検証とさらなる具体化・精密化のために、引き続き研究を継続する予定である。

#### E. 発表

分担研究報告書参照

#### F. 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



# 分担研究報告

## 精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理

### 研究分担者

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授）

### 研究協力者

菅河 真紀子（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 講師）

島 陽一（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 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がある、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。

こうした中、本研究は精神科医療を医療計画に盛り込んだ際の目標達成のための工程管理を明示し、来るべき医療計画の改定に寄与する基礎資料を提示することを目的として実施された。

### 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。

「精神医療」が10本目の柱として医療計画に取り込まれようとしているが、従来の9分野と同様に、計画の策定と進行管理、そして評価の体系の構築が急務となっている。

本研究は、精神科医療を医療計画に盛り込んだ際の目標達成のための工程管理を明示し、来るべき医療計画の改定に寄与する基礎資料を提示することが目的である。

## B. 研究方法

平成 21 年度に行われた「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（厚生労働科学特別研究事業：研究代表者 河原 和夫）」の中の「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」の記載内容を行政計画の執行体系に則って再整理した。

（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。

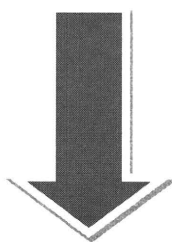
## C. 結果

結果については、以下の模式図に示している。

矢印に沿って医療計画の体系の構築を進めていく必要がある。

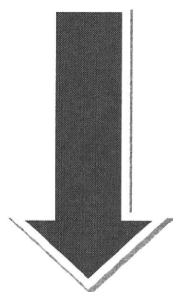
## 理念 (Mission)

# 精神疾患を有する者の QOL の向上



## 到達点 (Goal)

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. 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



## 必要な情報の収集と分析

### 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
- ・ 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
- ・ 在宅医療（訪問診療、訪問看護）における訪問件数
- ・ 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

### 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

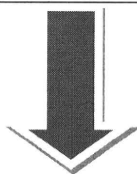
への対応状況

- ・精神科在宅医療（訪問診療、訪問看護）を受けられる地域
- ・専門医、精神保健指定医数

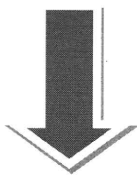
### 3. 圏域設定など医療提供体制・医療供給量等の構造決定のために必要な情報

- ・精神病床数及び人口万対病床数
- ・精神科医療機関数
- ・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
- ・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）
- ・重度療養患者に対応する病床数
- ・地域の保健、医療、福祉、介護資源の把握と連携体制の分析
- ・医療機能情報提供制度の利活用状況

\*これらの指標は、精神科医療体制の評価指標になるとともに、医療計画の「ストラクチャー指標」「プロセス指標」「アウトカム指標」としても用いることができる。



大目標を達成するためには、中目標の達成が必要であり、さらに中目標の達成には小目標の達成が必要である。小目標の達成のためには、事業計画や実施計画の実行が必要である。そして目標が達成されれば、到達点に至り、理念の達成が可能となる。つまりこれらは、連鎖的に行政計画体系に組み込まれている。



## 目標 (Objectives)

大目標	中目標	小目標
<b>I. 外来医療</b> 1. 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の実施体制を整備する。	1. 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)を実施できる医療機関を整備する。 2. 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できること。 3. 必要に応じたデイ・ケア等が実施できること。 4. 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・調整できる体制を整備する。 5. 初期救急医療、在宅医療、短期入院医療、救急医療、身体合併症を有する精神疾患患者への医療、児童精神医療などの専門的な精神医療が提供できる医療機関を整備し、関係者・関係機関との連携体制を確立する。	1. 適切な外来医療を実施できる医療機関数、専門医数 2. 必要な療養支援の実施件数 3. デイ・ケアの実施件数・患者利用状況 4. 紹介・調整等の件数、医療機関等の患者移動件数 5. 専門的医療ができる医療機関の整備率 6. 連携体制の構築件数と活動状況、福祉・介護サービスの確保状況 7. 疾患分類ごとの受診件数
<b>II. 初期救急医療</b> 1. 軽症・中等症患者に対して、適切な精神科救急医療を提供すること。 2. 精神科救急に関する相談に常時応じられる体制を整備する。	1. 各かかりつけ医療機関の患者等の、軽度・中等度の救急患者について、夜間及び休日でも電話相談ができ、外来診療を受けられることができる体制を整備する。(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。) 2. 短期入院医療、救急医療、身体合併症対応機能、専門医療を行う医療機関との連携体制を確立する。	1. 適切な初期救急医療ができる医療機関の整備率 2. 連携体制の構築件数と活動状況、福祉・介護サービスの確保状況
<b>III. 在宅医療</b> 1. 重症者、初発・再発患者等地域での在宅	1. 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)、精神科訪問看護が実施される体制を整備する。	1. 精神科在宅診療実施率 2. 精神科訪問看護実施率

<p>医療が必要な精神障害者に対して、適切な在宅医療が提供できる体制を整備する。</p>	<p>2. 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。</p> <p>3. 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・調整を実施できる体制を整備する。</p> <p>4. 緊急時の対応体制や連絡体制を整備する。</p> <p>5. 外来医療、初期救急医療、救急医療、短期入院の機能を行う医療機関や、内科等の一般医療機関との連携体制を確立する。</p>	<p>3. 訪問看護ステーション整備率</p> <p>4. 必要な医療従事者の充足率</p> <p>5. 連絡・調整実施件数</p> <p>6. 医療連携実績</p>
<p><b>IV. 短期入院医療</b></p> <p>1. 患者の状況に応じた質の高い精神科入院医療が実施できる体制を整備する。</p> <p>2. 入院患者が退院し地域生活に移行することができるようになる。</p>	<p>1. 急性期・回復期において、様々な患者の状況に応じて、適切な入院医療が実施できるようになる。</p> <p>2. 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)が実施できるようになる。</p> <p>3. 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ができる体制を整備する。</p> <p>4. 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の連携体制を確立する。</p> <p>5. 初期救急医療、在宅医療、短期入院医療の機能を有する医療機関を整備し、施設間の連携体制を確立する。</p>	<p>1. 適切な短期入院医療を実施できる医療機関数、専門医数</p> <p>2. 行動制限の実施数</p> <p>3. 行動制限期間</p> <p>4. 疾患分類ごとの受診件数</p> <p>5. 疾患分類、年齢階層ごとの入院患者数</p> <p>6. 疾患分類ごとの平均在院期間</p> <p>7. 退院患者数、退院先</p> <p>8. 連携体制の構築件数と活動状況、福祉・介護サービスの確保状況</p>
<p><b>V. 救急医療</b></p> <p>1. 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が実施で</p>	<p>1. 24時間365日、精神科救急患者の受け入れが可能な体制を整備する。(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。)</p>	<p>1. 適切な短期入院医療を実施できる医療機関数、専門医数</p> <p>2. 疾患分類ごとの受診件数</p>



<p>きる体制を確立する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 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体制を整備する。</li> <li>3. 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整備する。</li> <li>4. 保護室・治療個室を有し、最小限の行動制限を適切に実施できる体制を整備する。</li> <li>5. 身体疾患との鑑別診断や、身体合併症の診断・治療が提供できる医療体制整備し、他の医療機関との連携体制を確立する。</li> <li>6. 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が実施できる体制を整備する。</li> <li>7. 在宅復帰後の生活支援に向けたケアマネジメントが実施でき、それを実施する医療機関との連携体制を確立する。</li> <li>8. 地域医療、専門医療の機能を行う医療機関との連携体制を確立する。</li> <li>9. 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の連携体制を確立する。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. 疾患分類、年齢階層ごとの入院患者数</li> <li>4. 疾患分類ごとの平均在院期間</li> <li>5. 救急受診件数と病名分布</li> <li>6. 入院形態ごとの入院件数、救急入院件数</li> <li>7. 医療機関を移動した患者の動態</li> <li>8. 退院患者数、退院先</li> <li>9. 連携体制の構築件数と活動状況、福祉・介護サービスの確保状況</li> <li>10. 相談体制</li> </ol>
<p><b>VI. 身体合併症対応</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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、適切な医療が提供できる体制を整備する。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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が実施できるようにする。</li> <li>2. 身体合併症を有する患者を受け入れる救命救急センターを整備し、かつ一般の救急医療を行うことができる体制を整備する。</li> <li>3. 常時精神科診療が実施できるようにする。</li> <li>4. 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・体制を確立する。</li> <li>5. 地域医療の機能との連携体制を確立する。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 精神疾患と身体合併症の両者に対応できる医療機関数、専門医数</li> <li>2. 連携体制の構築件数と活動状況、福祉・介護サービスの確保状況</li> <li>3. 疾患分類ごとの受診件数</li> <li>4. 疾患分類、年齢階層ごとの入院患者数</li> <li>5. 疾患分類ごとの平均在院期間</li> <li>6. 救急受診件数と病名分布</li> </ol>

	<p>7. デイ・ケア等を利用する患者数</p> <p>8. 退院患者数、退院先</p>	
<p><b>VII. 長期重度療養</b></p> <p>1. 長期重症患者(※)が適切な精神科入院医療が受けられるようにする。</p> <p>※ 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</p>	<p>1. 長期重症患者が療養できするための、精神医療、手厚い看護・介護、適切な行動制限等の体制を整備する。</p> <p>2. 保護室・治療用個室等の設備を有する医療機関を整備する。</p> <p>3. 地域医療の機能や、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確立する。</p>	<p>1. 適切な長期重度療養が実施できる医療機関数、専門医数</p> <p>2. 連携体制の構築件数と活動状況、福祉・介護サービスの確保状況</p> <p>3. 疾患分類ごとの受診件数</p> <p>4. 疾患分類、年齢階層ごとの入院患者数</p> <p>5. 疾患分類ごとの平均在院期間</p> <p>6. デイ・ケア等を利用する患者数</p> <p>7. 退院患者数、退院先</p>
<p><b>VIII. 高齢者診療</b></p> <p>1. 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ようにする。</p>	<p>1. 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、精神療法等が実施できるようにする。</p> <p>2. 精神症状やADLの低下への対応のための手厚い看護・介護体制を確立する。</p> <p>3. ADLの低下を防止するリハビリテーション機能を確立する。</p> <p>4. 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確立する。</p> <p>5. 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ようにする。</p> <p>6. 身体合併症対応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整備する。</p> <p>7. 地域医療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、</p>	<p>1. 適切な長期重度療養が実施できる医療機関数、専門医数</p> <p>2. 連携体制の構築件数と活動状況</p> <p>3. 福祉・介護サービスの確保状況</p> <p>4. デイ・ケア等を利用する患者数</p> <p>5. 退院患者数、退院先</p>

	<p>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整備する。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行う。</p>	
<p><b>IX. 専門医療</b> (児童精神医療・依存症治療等)</p> <p>1. 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。 ※都道府県単位での確保を想定。</p>	<p>1. 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整備する。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行う。</p> <p>1. 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整備する。 2. 各々の領域の診療を専門的に行う医師が常勤するなど、専門治療が行える人材を確保する。 3. 身体合併症への対応のため、身体合併症対応機能を有する医療機関や、一般医療機関等との連携体制を確保する。 4. 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が行えるようにする。 5. かかりつけ医や地域への移行を進めるため、地域医療の機能を有する医療機関との連携体制を確保する。 6. 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、診療の質の向上と均てん化を図れる体制を整備する。</p>	<p>1. 適切な長期重度療養が実施できる医療機関数、専門医数 2. 連携体制の構築件数と活動状況 3. 福祉・介護サービスの確保状況 4. デイ・ケア等を利用する患者数 5. 退院患者数、退院先</p>
<p><b>X. 精神医療と関わる保健・福祉・介護</b></p> <p>1. 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</p>	<p>1. 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</p> <p>1. 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</p>	<p>1. 需給動向を分析して障害福祉サービス、介護保険サービスの適切な居住サービスの確保についての目標を設定 2. 社会復帰施設等の整備目標 3. 援助付き雇用や一般就労を支援するサービスの目標量を設定。 4. 連携体制の構築件数と活動状況 5. 相談支援、訪問指導（危機介入を</p>

<p>についても確保が必要である。</p>	<p>含む) の実施率</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. 措置診察、移送件数</li> <li>7. 精神科救急情報センターを通じた情報提供の件数</li> <li>8. 24時間精神医療相談の実施件数</li> <li>9. 自殺死亡率の減少</li> </ol>	<p>1. 精神疾患を有する者の危急時の連絡体制等の確保</p>
<p>XI. 災害医療</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 災害時においては、①被災した住民に対すると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、災害時におけるして、その機能の確保を図る。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療機関、福祉避難所等を確保する。</li> <li>2. 防災計画や医療計画等に災害時の精神患者対策を記載する。</li> <li>3. 医療機関、福祉施設等の耐震化を推進する。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 精神疾患を有する者の危急時の連絡体制等の確保</li> </ol>

