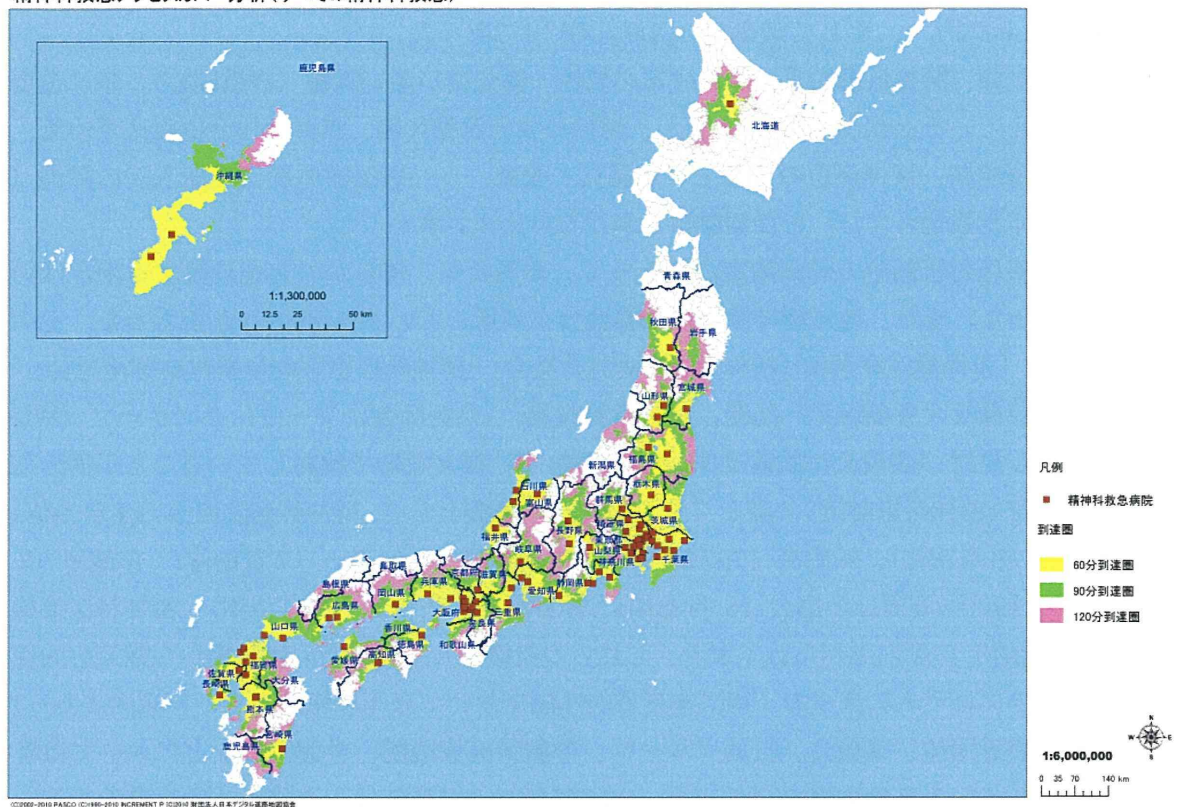


図 2

精神科救急アクセスカバレッジ分析(すべての精神科救急)



平成 24 年度研究では、現在策定中の都道府県医療計画の中の精神疾患対策を医療計画に盛り込む際の問題点や現状認識等について、都道府県担当者（担当部局）に対する調査を実施した。

その結果、平成 25 年 1 月 30 日時点で調査票が返送された 20 自治体を分析の対象とした。回収率は 42.6%であった。なお、回答を頂戴した自治体は、青森県、岩手県、秋田県、山形県、栃木県、埼玉県、東京都、神奈川県、新潟県、静岡県、奈良県、岡山県、山口県、徳島県、高知県、福岡県、長崎県、熊本県、大分県、沖縄県であった。なお、設問によっては回答がない自治体もあるため、各設問の合計は 20 とはなっていない。

策定開始時期で最も多かったのは「平成 24 年」の 16 県で 8 割を占めた。24 年のうち、3 月は 2 県、4 月に入っては 14 県。大多数の都道府県で 24 年 4 月から策定を開始していた。24 年度より前の 23 年 12 月に開始していた県も少数あった。計画の公表時期については、19 都県で平成 25 年であった（残り 1 件県は未記入）。平成 25 年のうち、3 月は 12 件、4 月 6 件、5 月 1 件と、半数以上は 3 月に公表する予定であることがわかった。策定担当部課については、医療計画を単独部署で策定している都道府県が半数以上を占めた。逆に、複数部署で医療計画を策定している都道府県は半数以下という状況に留まった。策定担当者数であるが、専任の担当者を置いている自治体は少ない。ほとんどの自治体は兼任体制で

あった。

医療計画を策定するにあたっての予算総額については、平均 7,885,688 円、最高は 30,056,000 円、そして最低は 1,188,000 円であった。

医療計画（精神疾患対策）における必要性・優先度が高い課題（複数回答）。特に重要課題と考えている上位 3 項目であるが、精神科救急医療体制、精神身体合併症医療体制、認知症医療体制、精神疾患の予防・早期発見・啓発、うつ病医療体制、長期入院の解消（地域支援体制強化も含む）を重要課題と挙げる自治体が多かった。

精神疾患対策部分の計画策定にあたって、委員会等、何らかの会を設置する割合は約 5 割であった。また、地方精神保健福祉審議会を利用している自治体は 2 割あった。その他として、「県保健医療計画（精神疾患）検討委員会」「精神科疾患医療連携体制等検討会」「委員会は設置せず各関係者へ訪問、説明意見収集」「県医師会にワーキンググループ（WG）を設置し検討」「委員会は設置せず、個別協議」等、様々な形で検討していることが伺えた。計画策定（精神疾患対策）に際して意見聴取した組織として、精神科病院協会（14 自治体）、学識者（8 自治体）、医師会（7 自治体）、精神保健福祉センター（7 自治体）、保健所（7 自治体）、精神保健福祉士協会（6 自治体）、精神科診療所協会（6 自治体）、精神科医療機関（5 自治体）の順に上がられており、これらの組織・人にはほぼ情報収集から施策方向性決定までのプロセスに渡って、特に施策方向性決定において意見を聴取している傾向にあった。一方、患者団体、家族会、自助グループ、身体科医療機関、看護協会などにおいては意見を聴取している自治体は少なかった。内部部局では福祉部局、消防より意見聴取を行っている自治体が散見されるが、特に重点的に聴取した先としての数は決して多くはない。重要課題として挙げられていたうちの、精神身体合併症医療体制、認知症医療体制、精神疾患の予防・早期発見・啓発、うつ病医療体制などにおいては、課題の達成において連携が重要な組織として、医師会以外に身体科医療機関や病院協会などから意見を聴取している自治体は少なかった。内部部局でも精神科救急や精神・身体合併症において連携が必要な消防（救急隊）、警察から意見を聴取している自治体は約 4 分の 1 にとどまっていた。

医療計画の精神疾患対策策定の際、都道府県独自の調査の実施については、「新たに独自調査を実施した」自治体と「これまで独自で実施した調査を利用した」自治体を合わせると半数に及んだ。逆に、半数は独自調査を実施していないことがわかった。

新たに独自調査した調査名としては、「事業ごとの医療連携体制を構築する病院に関わる調査」「医療機能実態調査」「県医療機能調査（精神疾患の医療を追加した）」「県保健医療計画に掲載する精神疾患に関する医療サービスの調査」などを挙げた。

これまで独自で実施した調査を利用したでは「保健所実績」「県健康増進事業」「入院患者動向調査」「医療連携体制に関する調査」「患者動態調査」等の既存調査を挙げた。

また、医療計画の精神疾患分野で用いることが予定されている全ての指標で既存の医療機能と指針で求められている医療機能とは乖離があると考えられる自治体担当者が多かった。さらに医療圏ごとの医療機能の偏在があるとの回答も同様であった。このことから政策の

優先性が高い精神科救急医療、精神身体合併症医療の基盤整備が必要である。また、医療機関・関係機関の連携体制の構築やそれを動かすマネジメント体制の確立にも課題が見られる結果となった。

D. 考察

平成 22 年度研究の考察を以下に述べる。

医療計画に代表される行政計画は、まず「理念」が形成され、次いで「到達点」「目標（大中小目標等）」が設定される。これらを達成するための「事業計画や実施計画」が策定され実施される。そして計画の達成度を判定するために行われるのが「評価」である。

これらの一連の流れを模式的に表したものが、**図 3** である。結果に示しているものは、これに従って作成したものである。

精神科医療に関する医療計画をこのように階層的に策定することにより、政策や施策に漏れがない行政計画の策定が可能となる。

従来の医療計画は、**図 4** のように基本計画（上位計画）のみが策定され、以下の事業計画（下位計画）が欠落していたことから、計画の実効性（実行性）が担保されて来なかった。医療計画を単なる医療整備の“社会目標の表明の場”に過ぎないものに貶めることになった遠因はここにある。有効な計画となすためには、基本計画（上位計画）と事業計画（下位計画）の一体的な運用が不可欠である。特に、事業計画（下位計画）については、**図 5** に示すように計画が有効に機能するために必要な様々な作業が存する。これらの手間をかけないなら医療計画は、従来と変わらず機能しないものとなる。

図 3 行政計画の政策体系

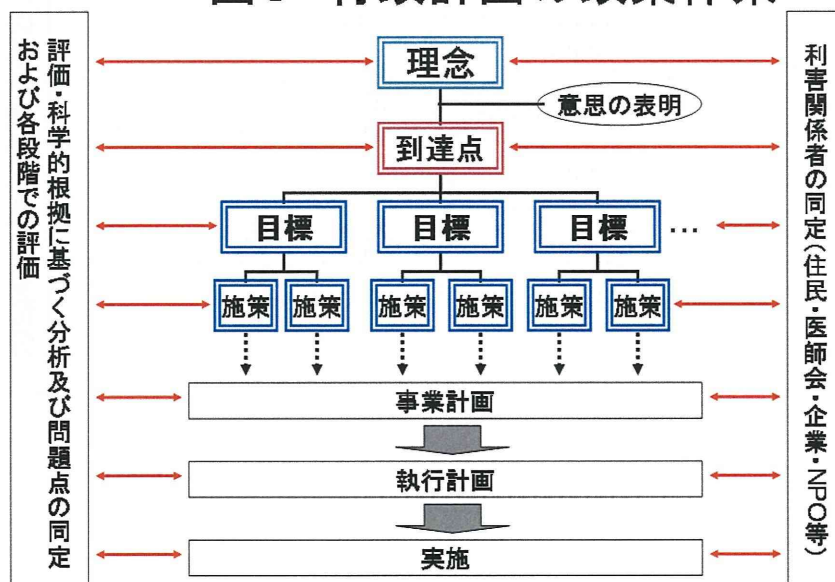


図4 計画と評価の構造

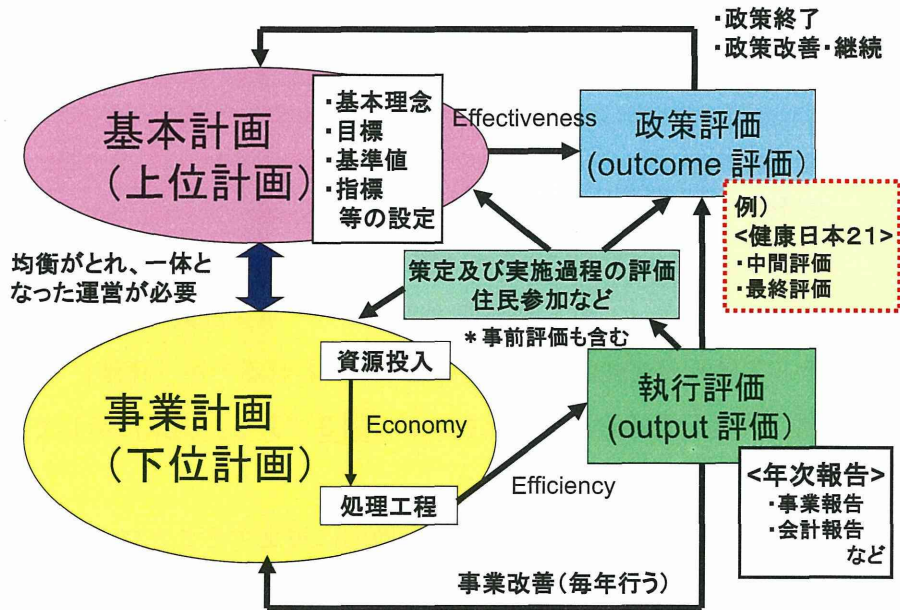
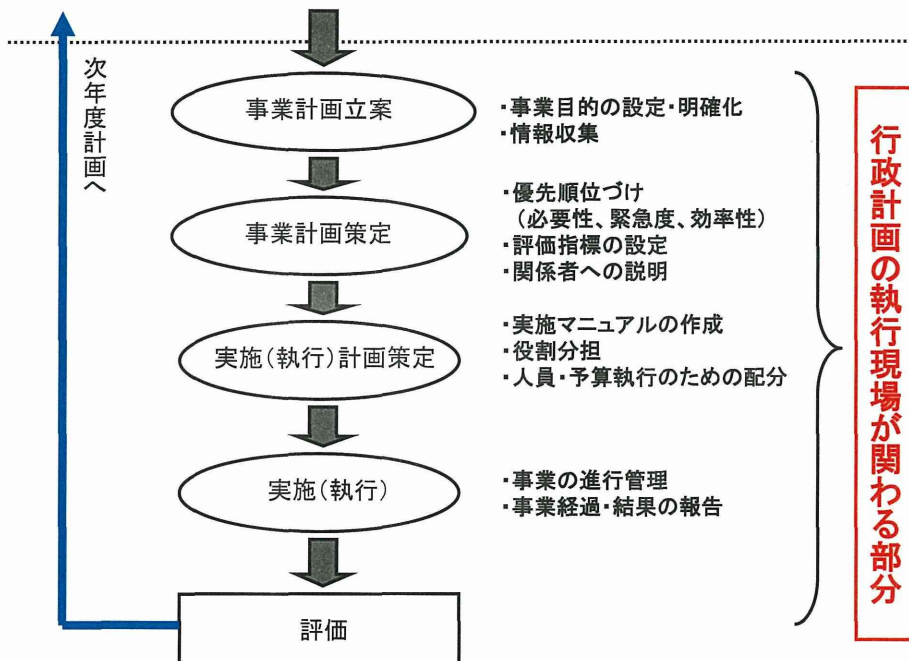


図5 事業計画策定に必要な作業



4 疾病については、今後とも医療需要の予測が見込まれる。「悪性新生物」については、前期高齢者の漸減傾向や中年層の人口の減少等により、いわゆる“がん”の好発年齢層の減少による医療需要の減少が、特に高齢化が現時点においても十分に進行している地方の医療圏で生じているものと思われる。

糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患の医療需要の減少が少ないことは、人口構成の変化がこれら疾患の好発年齢層と合致しているためと考えられる。

大都市部やその周辺地域が含まれている医療圏で4疾病の医療需要が大きいことが、これらの地域は居住人口の絶対数が大きいことから、かなりの医療需要が将来生じることが示唆される。

精神疾患は全体の推計患者数が2025年より横ばいとなり2030年からは減少していく一方、疾病分類別では認知症性疾患の増加が著しく、また年齢階級ごとの内訳からは、高齢者が増加している。また、精神疾患を副病名に有する疾患の推計患者数（精神身体合併症患者を反映）も増加する。つまり少子・高齢化を反映した認知症、身体合併症を有する患者数が増加し、人口が減少していくのでその比率も著しく上昇することが示唆された。これらの事項が推計人口上の予測として算出された点が、今回の分析において得られた最も有用な知見である。

また、精神疾患については入院患者数が漸増し、外来患者数は漸減していくことが推計予測され、高齢患者の増加を反映していると考えられたが、これについては、入院患者数は病床数とも関係するため、精神病床数が今後も減少していくとする可能性の考慮は反映されていないことに留意すべきである。

厚生労働省の検討チームにおいて認知症における精神医療の役割についても議論がされてきたが、認知症については精神科のみならず総合的な医療提供体制と福祉分野の整備とセットで論じられるべきものであり、今回の結果から判明した認知症性疾患の将来推計患者数の著明な増加からは、限りある医療資源を効率的に運用するため、一般医療、療養病床、福祉施設、在宅介護、高齢者保健相談などの有機的な連携ネットワークの構築とセットで精神医療の果たすべき役割について施策を進めていくべきであることが改めて再確認できたものとする。

統合失調症についても高齢化の影響が著しく、全体としてはゆるやかに減少していくが、高年齢階級の増加が認められ、2008年時点で55～59歳階級が最多であったのが、2035年時点では60～64歳階級の推計患者数が最多となる。現在も入院患者の高齢化が大きな問題となっているが、仮に将来も現在のままの入院医療提供体制および社会復帰制度の提供体制が続くとすれば、将来は統合失調症患者の高齢化が身体合併症の問題とあわせてさらにその重みを増す課題となるであろう。

また、近年の精神疾患外来患者数増加については気分障害の増加によるところが大きいことが、今回は将来も受療率が一定と仮定した算出であり、その場合は、むしろ将来は気分障害の推計患者数は減少していくことが分かった。年齢階級別にみると、これは、近年増加

している若年者の気分障害が、若年者の人口減少により減ることを反映したものと考えられる。しかしながら、今回の推計では従来のうつ病の中核群であった中高年はやや低下にとどまり、高齢者は増えていくことから、身体合併症の増加も考慮すると感情障害については、今後は身体疾患への対応も含めた総合的な急性期入院および外来機能の強化にシフトした医療提供体制の強化が必要な可能性が示唆されると考える。

平成 23 年度研究であるが、貧富等の格差を測る指標に、ジニ係数がある。ジニ係数は、0 から 1 までの値をとり、分布が平等であれば 0 に近づき、不平等であれば 1 に近づく係数であり、値の大きさが不平等度を測る指標として用いられている。

今般、人的・物的医療資源の二次医療圏格差を図るためにジニ係数を測ったが、精神科医師数については、他の主要診療科に比べるとやや格差が見られるもののそれほど大きなものではない。一方、病床数については一般病床数に比して精神病床数のジニ係数が大きいことは、精神病床の整備に関して二次医療圏間の格差が存することを意味している。同様に療養病床や認知症病床の地域間格差も大きい。

精神科医は全国あまり格差なく分布しているものの精神病床に地域格差が認められることは、精神科医が必ずしも精神科病院に勤務しているのではなく、他の診療科名の医療機関や精神科クリニックなどの医療施設や介護保険施設などに勤務していることを示しているものと考えられる。

平成 23 年度研究では、二次医療圏を見ても市町村を見ても精神病床といった地域精神医療資源の偏在が明らかとなった。

平成 24 年度研究の考察を述べる。医療計画（精神疾患対策）における必要性・優先度が高い課題については、精神科救急医療体制、精神身体合併症医療体制、認知症医療体制、精神疾患の予防・早期発見・啓発、うつ病医療体制、長期入院の解消（地域支援体制強化も含む）を重要課題と挙げる自治体が多かった。その中でも特に重要度の上位 3 課題を順位付けして回答した 16 自治体のうち 8 自治体が精神科救急医療体制の整備を最重要課題と捉えており、重要度が 2 位、3 位の課題と併せて、精神科救急医療体制、精神身体合併症医療体制、認知症医療体制といった、これまで身体科医療に比べて整備が遅れていた課題や、身体科医療との連携が重要な課題、高齢化社会に対応する課題を特に重要課題としてい

と考えられる。

計画策定（精神疾患対策）に際して意見聴取した組織・人については、精神科病院協会、学識者、医師会、精神保健福祉センター、保健所、精神保健福祉士協会等の順に多かった。一方、患者団体、家族会、自助グループ、身体科医療機関、看護協会などにおいては意見を聴取している自治体は少なかったことは、今回は医療計画における精神疾患対策が初回計画であることから、これまで精神保健医療を担ってきた機関に重点的に意見聴取をした結果であると考えられる。

E. 結論

平成 21 (2009) 年 9 月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が、精神疾患患者の地域における医療体制の整備の必要性を打ち出した。それを受けて厚生労働省は、精神医療を医療計画にどのように位置づけていくかに関する検討を開始した。現実的に精神疾患は患者数が多い疾患で、統合失調症や認知症の他、うつやそれに伴う自殺など社会問題化している健康異常の増加が指摘されてきた。このように総合的な精神医療対策が必要となった。それを受けて平成 23 年の 7 月 6 日の社会保障審議会医療部会で、「精神医療」が医療計画に記載すべき疾病として加えられた。

医療計画は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病といった「疾病系」と救急医療、災害医療、へき地の医療、周産期医療、そして小児医療の「事業系」の併せて 9 重点分野（いわゆる 4 疾病 5 事業）から構成されている。そして同計画で扱う 5 番目の疾病として精神疾患が加えられた。

精神科医療はご承知のように、“疾病”という枠組みだけで語られるものではない。精神科患者の身体合併症としては「疾病系」のがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病は重要なものである。同時に、精神科医療の社会性を考えれば、「事業系」である救急医療、災害医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療と精神科医療は、日常生活においても密接な関係にある。今般の医療計画の見直しにおいて、精神科医療はなぜ事業系にではなく疾病系に加えられた理由は以下のとおりである。

医療計画は、「医療法」の第 34 条の 4 に定められた法定計画である。そしてその策定義務は、都道府県に課せられている。さらに計画に盛り込むべき内容は、第 34 条の 4 の 2 項に記述がみられるが、4 疾病 5 事業に関する記述は以下のとおりである。

第 34 条の 4 第 2 項第 4 号 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

第 34 条の 4 第 2 項第 5 号 次に掲げる医療の確保に必要な事業

イ 救急医療

ロ 災害時における医療

ハ へき地の医療

ニ 周産期医療

ホ 小児医療（小児救急医療を含む。）

このように、事業系は具体的に列記されているものの疾病系は抽象的な表現に留まり、具体的内容は、「厚生労働省令」に委ねられている。では、疾病系に関する「厚生労働省令」の記述は医療法施行規則（昭和 23 年 11 月 5 日厚生省令第 50 号）では、医療法第 34 条の

4 第 2 項第 4 号の厚生労働省令で定める疾病として、医療法施行規則第 30 条の 28 で、「医療法第 30 条の 4 第 2 項第 4 号に規定する厚生労働省令で定める疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病とする。」と示されている。

事業系は医療法という法律でその具体的な内容を定めているが、疾病系は厚生労働省令に定めている。法律の改正は、国会での審議および承認が必要であるため、相当な時間を要する作業になってしまう。一方、省令の改正は行政権を行使することによる変更が可能であることから、短時間の作業で変更することができる。こうした理由から、精神科医療は旧来の 4 疾病 5 事業すべての分野に関わるものの、国会決議が必要となる法改正という手段ではなく、厚生労働省のみで改正可能な省令改正を通じて 5 つ目の疾病に加えられたものと考えられる。ただ、精神医療は、予防的な観点から介護・福祉に至るまでの問題として、その時系列の間にある精神科救急の問題、あるいは、かかりつけ医的な機能としての精神科のこととか、身体的な合併症、いわゆる高齢化に伴う問題、周産期の母親の精神的問題とか小児の精神・心理の問題、また災害に伴う問題などなど、現行の医療計画の 4 疾病 5 事業のすべてに密接に絡んでいる。

疾病系に位置づけされたことで、精神疾患の病気としての部分しか検討しないなど、精神科医療を非常に狭く捉えてしまうことが危惧される。現実には、精神科医療は、5 つの事業系とも、福祉・介護の領域とも、さらにはその他の 4 疾病とも関係している。医療計画において、身体合併症とか救急に関する事、またそれらを超えて予防から介護・福祉に至るまでの体系を考慮することが不可欠である。医療計画の枠組みからはみ出す他計画との境界領域は、たとえば老人福祉計画とか介護事業計画、健康増進計画ともうまくリンクさせて、包括的な内容の施策を展開していく必要がある。

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。

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、本研究は、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進と精神科医療提供体制の質的向上の方策を考える際の基礎資料として利用されれば幸いである。

さらに平成 24 年度研究の都道府県調査により全ての指標で既存の医療機能と指針で求められている医療機能とは乖離があると考えられる自治体担当者が多いことがわかった。また、医療圏ごとの医療機能の偏在があるとの回答も同様であった。このことから政策の優先性が高い精神科救急医療、精神身体合併症医療の基盤整備が必要である。また、医療機関・関係機関の連携体制の構築やそれを動かすマネジメント体制の確立にも課題が見られる結果となった。加えて、これらの医療課題を解決するための予算も不足しているとの回答が得られたが、これらの事項が医療計画の精神疾患対策の論点となると都道府県の計画策定者も考えている。

次期医療計画は、平成 25 年 4 月から始まるが、こうし課題を念頭に置いて事業計画等の実務面で目標を達成するための努力が関係者には求められている。

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、本研究は、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進と精神科医療提供体制の質的向上の方策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

島陽一、河原和夫. 将来推計人口からみた精神疾患患者数の将来予測.

第 24 回日本総合病院精神医学会総会. 2011 年 11 月 25、26 日. 福岡市.

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

研究分担報告

研究分担者：伊藤弘人

国立精神・神経医療研究センター

平成 22～24 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）

「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」

分担研究 総合報告書

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

研究分担者 伊藤弘人（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者 伊澤敏（佐久総合病院院長）、稲庭千弥子（今村病院院長）、大石智（北里大学東病院精神科助教）、萱間真美（聖路加看護大学教授）、黒木俊秀（肥前精神医療センター部長）、下村裕見子（東京女子医科大学病院係長）、杉山直也（沼津中央病院副院長）、平田豊明（静岡県立こころの医療センター院長）、藤原修一郎（金沢文庫エールクリニック院長）、松下幸生（久里浜アルコール症センター部長）、宮岡等（北里大学教授）、武藤正樹（国際医療福祉大学大学院教授）、山田明美（佐久総合病院 副看護部長兼室長）、吉邨善孝（横浜市東部病院精神科医師）、依田尚美（佐久総合病院看護師長）、渡邊博幸（国保旭中央病院神経精神科地域精神医療推進部長）

研究要旨：【目的】医療法に基づき各都道府県が策定する平成 25 年度からの医療計画において、精神疾患を 5 疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とすることになった。本研究の目的は、医療計画策定指針に資するために、（1）医療体制イメージの素案を作成し、（2）精神科医療において国際的に用いられている指標を整理するとともに、（3）モデル地域を設定してワークショップを開催するなどを通して地域連携クリティカルパスのモデルを開発することである。【研究方法】：（1）専門家との意見交換に基づいて精神疾患の医療計画案を作成し、（2）精神科医療における質測定方法のフレームワークづくりをしている国際グループへの調査に基づいて、国際機関等での精神保健医療の評価指標を整理するとともに、（3）長野県東信地域を地域連携モデル地域として、精神科地域連携会議の設立・運営を支援するとともに、認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案を共同開発・運用を支援した。【結果】：（1）予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージを作成した。精神疾患の診断および治療方針を初期に行う「初期評価」が重要であることが認識された。（2）国際的に用いられている質評価指標（WHO および OECD の公表資料を含む）と比較して、わが国の医療計画の評価に資する指標を提案した。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、予期せぬ再入院率は、特に考慮する優先順位の高い指標であることが明らかになった。（3）長野県東信地域を地域連携モデル地域として精神疾患地域連携会議を発足させ、認知症を取り上げて、精神科患者・家族に情報を集約する患者手帳の形式による地域連携クリティカルパスの初案の運用を開始した。また都道府県の医療計画に資する全国の先進事例を収集し、関係者を広く募集して公開の場で共有した。【まとめ】：本研究成果の一部は都道府県の策定・実施する医療計画に参考となる先進事例となると考えられる。

A. 研究目的

医療法に基づき各都道府県が策定する平成 25 年度からの医療計画において、精神疾患を 5 疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とすることになった。本研究の目的は、医療計画策定指針に資するために、（1）医療体制イメージの素案を作成し、（2）精神科医療において国際的に用いられている指標を整理するとともに、（3）モデル地域を設定してワークショップを開催するなどを通して地域連携クリティカルパスのモデルを開発することである。

B. 研究方法

（1）専門家との意見交換に基づいて精神疾患の医療計画案を作成し、（2）精神科医療体制の評価に資する評価指標を整理し、（3）長野県東信地域を地域連携モデル地域として、精神科地域連携会議の設立・運営を支援するとともに、認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案を共同開発・運用を支援した。

（1）精神疾患の医療体制イメージの作成は、先行する 4 疾病（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん）の医療体制を参考に、専門家との意見交換を行いながら精神疾患の医療体制イメージを作成した。

（2）評価指標の整理は、精神科医療における質測定方法のフレームワークづくりをしている国際グループへの調査に基づいて、国際機関等での精神保健医療の評価指標をベースに行った。

（3）長野県東信地域をモデル地域として、精神科地域連携会議の発足を支援し、精神疾患地域連携クリティカルパスの開発を地域連携会議と共同で開発した。さらに医療計画策定に資する先進事例を紹介・共有するために、精神科医療政策フォーラムを開催した。

（倫理面への配慮）

本研究は、ワークショップの開催による成果が中心であり、患者・利用者へ調査を実施するものではない。しかし研究に実施に際しては倫理面へ配慮しながら進めた。

本研究は、専門家との意見交換による成果が中心であり、患者・利用者へ調査を実施するものではない。しかし研究に実施に際しては倫理面へ配慮しながら進めた。

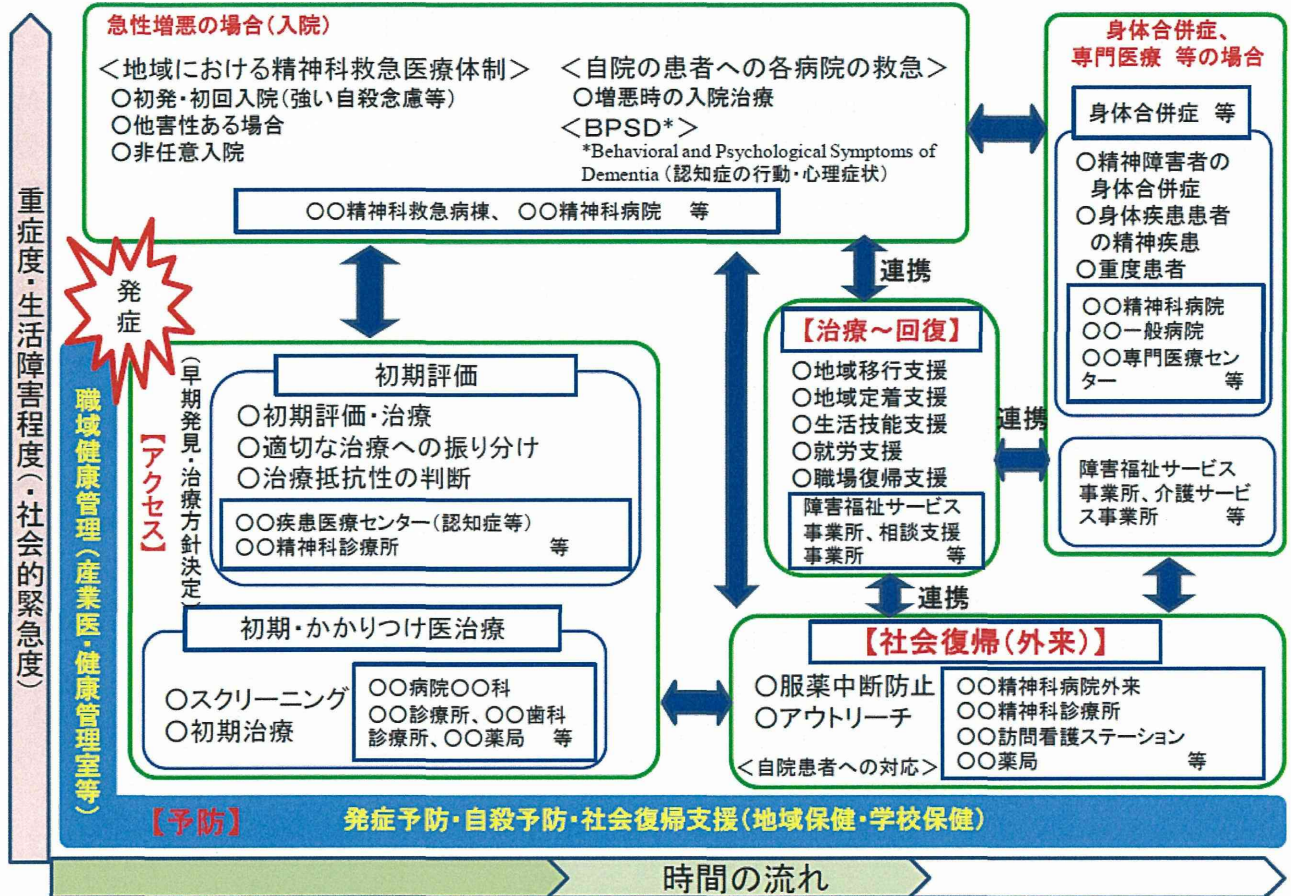
C. 研究結果

（1）医療体制イメージの作成

予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージを作成した（図 1）。精神疾患の診断および治療方針を初期に行う「初期評価」が重要であることが認識された。

参考

図1. 精神疾患の医療体制(イメージ)



(2) 評価指標の必要項目の検討

国際的に用いられている質評価指標 (WHO および OECD の公表資料を含む) と比較して、わが国の医療計画の評価に資する指標を提案した。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、予期せぬ再入院率は、特に考慮する優先順位の高い指標であることが明らかになった。

なお、地域における医療体制を整備していくには、地域における評価が必要となると考えられる。表1に例示するような評価がなされていくことが必要であると考えられる。

表1. 医療機能からの評価(総括表イメージ案)

領域	機能	医療圏			
		A	B	C	C
理念	地域生活中心のサービスの提供を目指している(総合的判断)	○	○	△	×
予防・アクセス	職域・学校・地域保健と精神科医等が連携している	○	○	○	未
	かかりつけ医や身体疾患専門医が精神科医等と連携している	○	○	○	未
治療・回復 社会復帰	切れ目のないサービス(入院⇔外来⇔デイケア⇔アウトリーチ)	○○○未	○○△○	○△○未	○○○未
	質の高い医療が提供されている ニーズに応じて精神障害者手帳が交付されている	○ △	○ ○	△ 未	未 △
精神科救急	ソフト救急: 医療機関が地域住民への医療に責任を持っている	○	○	○	未
	ハード救急: 関係者が住民の医療に責任を持っている	○	○	○	未
	質の高い医療が提供されている	○	○	○	○
身体合併症	身体合併症医療が提供されている	○	○	○	○
専門医療	専門医療(児童思春期・アルコール依存症等)が提供されている	○	○	○	○
利用者の視点	医療の提供等に利用者の視点が反映されている	○	○	○	未
連携会議	多法人間での日常的な連携と場が組織されている(含:保健所)	○	○	未	未
アウトカム	アウトカムを盛り込んだ目標と施策が設定されている	○	○	○	○
ゆるやかな 「医療圏」	医療圏(人口10万人程度が理想)ごとで、精神科病院と総合病院をひとつの単位とした整備を進めている	○	△	未	未
広域整備	身体合併症医療が提供されている(再掲)	○ (広域)		△ (広域)	
	ハード救急(再掲):関係者が住民の医療に責任を持っている (例:措置・医療観察法関連サービス)	○ (広域)		△ (広域)	

(3) 長野県東信地域を地域連携モデル地域として精神疾患地域連携会議を発足させ、認知症を取り上げて、精神科患者・家族に情報を集約する患者手帳の形式による地域連携クリティカルパスの初案の運用を開始した。また都道府県の医療計画に資する全国の先進事例を収集し、関係者を広く募集して公開の場で共有した。

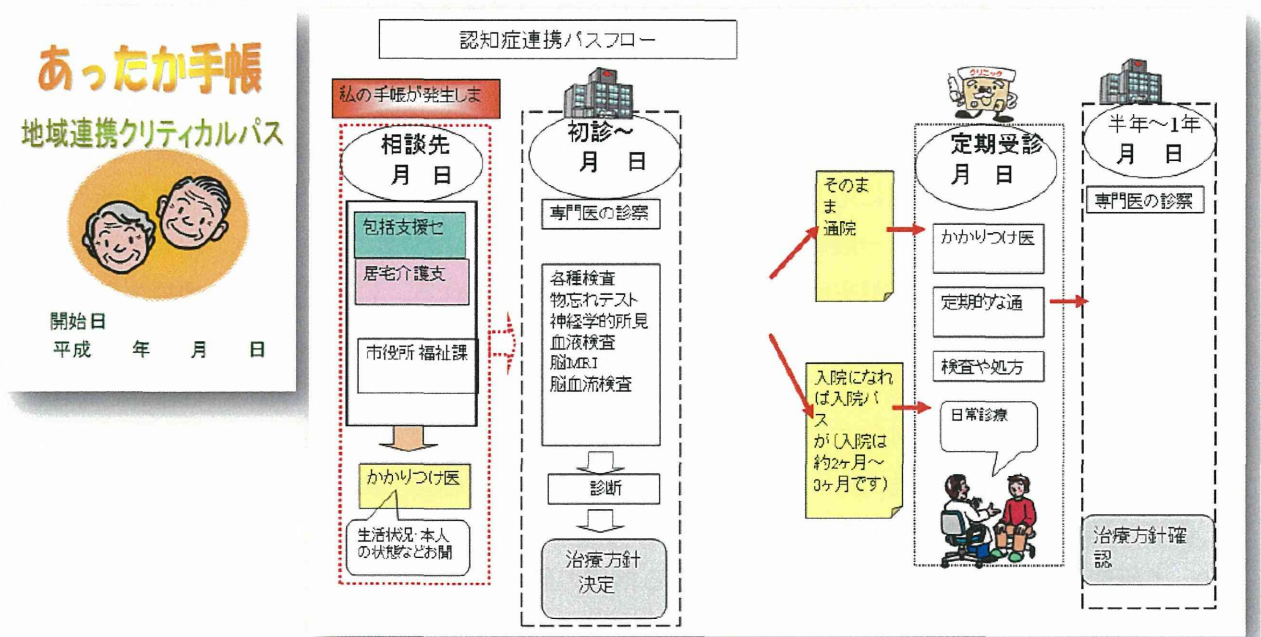
また平成24年度から精神疾患地域連携会議をベースに開発したこの認知症地域連携クリティカルパスを、当該地域で運用を開始した。運用を始める前に、地域医師会などの関連団体に説明を行い、疑問を説明するとともに、要望のうちで対応可能な内容については、運用で盛り込んだ。

なお、認知症以外の精神疾患に関しては、次のような取り組みが明らかになった。「うつ病」「反復性うつ病」のパスは、モデル的に北里東病院での活動に基づいて、ワークショップ以前から意見交換を続けて開発された(図3)。またこのパスを運用する際に必要となる連携シート、パス導入基準、およびフェーズの考え方と手順がまとめられた。

精神科地域連携クリティカルパスの先行事例としては、秋田県での稲庭らの事例が確認できた。この地域では、統合失調症および認知症を中心に、在宅・居住施設、医療機関、および就労支援(統合失調症)や介護老人保健・福祉施設との連携を示し、精神科地域連携クリティカルパスを独自に開発して、日常診療に取り入れてきたことが明らかになった。さらに萱間らは

精神科訪問看護における精神科地域連携クリティカルパス（ケアマップ）を2010年に開発していた。平成21年度の厚生労働科学研究において、文献検索と関係者へのヒアリングによって、訪問看護におけるクリティカルパスのモデルを、①アウトカム志向型パスと②業務チェック型パスとを開発した。①アウトカム志向型パスは、縦軸に時間軸、横軸にアウトカム項目を設け、各アウトカム項目に向けて、実施するケア内容を各セルに整理する方式である。②業務チェック型パスは、縦軸に職種、横軸に時間軸を設け、各時期にそれぞれの職種が実施するケア内容をセルに整理する方式である。上記2案を再検討し、アウトカムを明示するためのケアマップと業務チェック型パスを組み合わせ、クリニカルパスの枠組みとして整理していた。

図2. 地域連携クリティカルパス例*



資料提供: 山田明美氏 (佐久総合病院地域医療連携室)

*東信地域精神疾患地域連携クリティカルパス

D. 考察

本分担研究では、医療計画上に精神疾患が加わる場合の精神疾患医療体制のイメージ案を作成するとともに、精神科地域連携クリティカルパスを認知症モデルで開発した。

これまで、地域で入院から地域ケアまでのさまざまなサービスを有している法人では、保健医療福祉複合体として、精神科地域連携モデルを形成してきた。これからの医療体制を検討する上で多くの示唆を得ることができるモデルといえる。

ただし、スタッフ間の連携や情報の共有は同一法人内においては比較的容易であったと考えら

れる。地域での精神疾患の医療体制を構築するためには、精神障害を有する地域住民が対象となる。異なる法人間や官民のサービス間、また医療施設のみならず保健施設、福祉施設や介護施設にわたる連携と情報共有が必要になる。

この課題を解決するためには、本分担研究を通じて3つのポイントがあることが指摘された、第1で最大のポイントは、地域連携会議の重要性である。広範囲な地域医療施設間での連携をするためには、だれがどのようなサービスを提供しているのか知り、必要なときに紹介・逆紹介を行える「顔の見える」連携体制が不可欠である。

第2は連携ツールとなる精神科地域連携クリティカルパスの開発である。本分担研究の検討では、診断・治療・ケア連携に関する情報を多施設で共有するために、「患者手帳」の形式の地域連携クリティカルパスを開発した。情報を患者・家族に一元化する「地域カルテ」ともいうべき形式となった。家族・介護者などの人間関係など、記載が難しい情報については工夫が必要であるが、情報を共有するツールが基盤となった上で検討すべき課題と考えられる。なお、クリティカルパスが導入される場面はさまざまな施設が想定できるため、どこからでも開始することができるという観点でクリティカルパスを開発している。

第3は関係者の意識改革である。具体的には複数主治医制、目標および対象を意識する必要がある。(1)主治医は複数存在することになる。精神疾患を有する住民は精神科病院や診療所など複数の医療機関を病期に応じて利用する。また、高齢化に伴い精神疾患に加えて生活習慣病を併発・合併することは一般的であり、精神科と内科を併診することも多い。紹介・逆紹介後も並診が続くという意識が主治医には必要となると考えられる。(2)目標は、地域生活できる割合を多くすることになる。入院医療はそのための重要な役割を担う。退院後短期の「予期しなかった」再入院率を減らすことは、病院のみならず地域ケア職員にとっての目標となる。(3)精神疾患は幅広く対象数も多いため、地域医療体制における「対象者」を意識する必要がある。ニーズの高い住民に焦点をあてた医療体制の構築が必要である。

次に、精神科医療の質評価指標に関する国際的なフレームワークづくりの現状が明らかになり、本研究により、比較的良好に用いられている指標の候補を提案することができた。「ストラクチャー指標」では、人口あたりの精神保健医療の従事者数を例示的に示すことが望ましいと考えられる。「プロセス指標」と国際的な質評価指標と比較すると、外来診療サービスの利用度に関する指標が盛り込まれることが望ましい。また、疾患ごとの受療者数も、既存の調査を参考に指標化する必要がある。「アウトカム指標」には、国際的に用いられている「費用」に関する指標がなかった。費用の絶対値および医療費に占める精神医療費の割合などは、精神疾患にどの程度都道府県が投資をしているかを把握する指標となると考えられる。また、退院後短期の再入院率とともに、地域生活の継続に関する指標を盛り込むことが望ましいと考える。エビデンスに基づいた薬物療法には「抗うつ薬の継続」の指標がある。「OECD Mental Health Care Quality Indicator」を参考にした「退院後の適正時期における外来フォローアップ」や「退院後の治療継続率」などは参考になる指標ということができる。

E. 結論

本研究では、医療法改正の議論に資するために、精神疾患の医療体制のイメージを作成するとともに、実際に精神科地域連携クリティカルパスをモデル開発した。本研究成果の一部は「医療計画の見直し等に関する検討会」における参考資料となり、また都道府県のために厚生労働省が開催した説明会においても紹介された。平成 25 年 4 月から、いよいよ都道府県で精神疾患の医療計画の実施が始まる。本研究成果で収集された事例をはじめ、先進事例を収集・共有し、医療体制が構築されることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 11: 186-190, 2012.

Thornicroft G, Alem A, Drake RE, Ito H, Mari J, Peter McGeorge P, Tara R, Semrau M. *Community mental health: putting policy into practice Globally* (World Psychiatric Association), Wiley-Blackwell, 2012 (British Medical Association, BMA Medical Book Awards 2012 受賞).

2. 学会発表

山田明美、依田尚美、下村裕見子、大石智、伊藤弘人、武藤正樹. 精神科地域連携クリティカルパスモデル開発. 日本医療マネジメント学会総会、2011

伊藤弘人. 精神科地域連携クリティカルパス：総論. *日精協誌* 30: 1145-1150, 2011.

山田明美、依田尚美、下村裕見子、大石智、伊藤弘人、武藤正樹. 精神科地域連携クリティカルパスモデル開発. 日本医療マネジメント学会総会、2012 (ポスター賞受賞)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

研究分担報告

研究分担者：平田豊明

千葉県精神科医療センター

平成 22～24 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）
「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」分担研究報告書

精神科救急医療からの医療政策に関する研究

分担研究者 平田豊明 (*1)

研究協力者

杉山直也 (*2)、石井美緒 (*3)、伊藤弘人 (*3)、川畑俊貴 (*4)、計見一雄 (*5)、鴻巣泰治 (*6)、
佐藤雅美 (*7)、白石弘巳 (*8)、澤温 (*9)、塚本哲司 (*6)、中島豊爾 (*10)、八田耕太郎 (*11)、
原田誠 (*1)、藤田潔 (*12)、渡路子 (*3)

*1 千葉県精神科医療センター、*2 沼津中央病院、*3 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、
*4 京都府立洛南病院、*5 佐藤病院、*6 埼玉県立精神保健福祉センター、*7 東京武蔵野病院、
*8 東洋大学ライフデザイン学部、*9 さわ病院、*10 岡山県精神科医療センター、
*11 順天堂大学医学部精神科、*12 桶狭間病院

【研究要旨】目的) 精神科救急医療体制整備事業（以下、「精神科救急事業」）、および精神科救急入院料認可病棟（以下、「精神科救急病棟」）の運用実態に関する最新情報等を収集し、精神科救急医療の観点から今後の精神科地域医療体制の構築プランを提示すること。方法) ①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 21～23 年度の精神科救急事業年報を分析した。②精神科救急病棟の運用実態を WEB 画面にてアンケート調査した。③精神科救急病棟入院患者に関する臨床指標 (QI) を記録するデータベース eCODO を 1 施設で試用し、その効用を分析した。④精神科救急病棟への入院基準を試作した。結果) ①精神科救急事業での電話相談は年々増加し、平成 23 年度は約 14.6 万件であった。受診件数は夜間・休日にミクロ救急が機能しない大都市圏と人口過疎圏を中心に年間約 4 万件（自院通院例が 36%）で横ばい、入院は約 1.6 万人で微増、三次救急比率は 24% で大都市圏に集中していた。②精神科救急病棟は年々増加し、平成 24 年 10 月現在 104 カ所であった。うち 66 施設 (63.5%) の 77 病棟について回答があった。平成 23 年度は、平均 46.4 床の病棟に専従医師 4.1 人、看護師 25.8 人、PSW 等 4.8 人が配置され、年間 308.8 人の患者 (F2 群 45%、F3 群 24% など) の 68.3% を平均 48.6 日で自宅退院させていた。③1 協力施設の精神科救急病棟に 9 ヶ月の間に入院した 275 人の患者について、入棟時と退棟時に約 60 項目の QI が多職種により入力された。WEB 調査では把握できない臨床情報が月単位で詳細にモニターできた。④精神科救急病棟の入院対象を「精神疾患による現実検討の損傷と社会的不利益が急速に生じ、改善のために迅速な医学的介入が必要かつ有効な患者」と定義し、病態を例示した。考察) ①精神科救急情報センターと精神医療相談の窓口の統合と拡充、空床確保の内容の再検討を提案した。②精神科救急病棟の分布と機能のばらつきを指摘した。③精神科救急病棟の均霑化のために eCODO の普及が有用であり、診療報酬改定の根拠としても活用すべきである。④本研究で定義した急性重症患者は精神科救急病棟が必ず受け入れるべきである。また、今後は新規の非自発入院を高規格病棟に限定すべきである。結論) 精神疾患による重大事象の防止、重症患者への良質な医療の提供による慢性化防止、迅速な危機介入による在宅ケア支援という精神科救急医療の任務を達成し、精神科救急医療を地域医療計画の要とするために、重症急性患者の迅速な受け入れを最優先課題として精神科救急事業の再構築と精神科救急病棟の均霑化が図られるべきである。

A. 研究目的

精神科救急医療の任務は、迅速な危機介入によって精神科利用者の在宅ケアを支援し、精神疾患による重大事象を未然に防止すること、重症の精神疾患に手厚い医療を提供して慢性化と長期在院を防止することである。この任務を遂行するためのシステムをどう構築するかが、精神科領域における地域医療計画立案の出発点となる。

本研究は、精神科救急医療体制整備事業（以下、「精神科救急事業」と略記）、およびこれを中心的に担う精神科救急入院料認可病棟（以下、「精神科救急病棟」と略記）の運用実態に関する最新情報を収集し、これに基づいて、精神科救急医療の観点から今後の精神科地域医療体制の構築プランを提示することを目的として、平成22年度から3年度にわたって実施された。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

本研究班が推奨した様式に沿って、平成20年度から、精神科救急事業の実績が年報の形で全都道府県から厚生労働省に提出されるようになった。本研究では、平成22～24年度の精神科救急事業年報を集計し分析した。

2. 精神科救急病棟の運用実績調査

平成22～24年の各年10月1日現在、精神科救急入院料を認可されている施設に対して、精神科救急病棟の運用体制や診療実績を問うアンケート調査を依頼した。平成23年度はWEB画面からのデータ入力、平成24年度はWEB画面と紙ベースのどちらでも回答できる形にした。

3. eCODOの試用と効用の分析

eCODO (electric Coersive measures Database for Optimizatin: 行動制限等最適化データベース) とは、本来、隔離・拘束を最小化する目的で国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が開発したデータベースであるが、急性期病棟への入院患者の病状や治療内容、転帰などに関する項目、すなわち医療の質に関する指標 (Quality Indicators ; QI) を追加して、入院医療の質をモニターするように機能が拡張されている。

今回の研究では、このeCODOを研究協力病院（沼津中央病院）で9ヶ月間試用し、その効用を評価した。

4. 精神科救急病棟への入院基準の試作

「重症患者に手厚い医療を提供して慢性化と長期在院を防止する」という救急医療の任務を遂行し、精神科救急病棟における急性期治療の質を均霑化するため、精神科救急病棟への典型的な入院対象の定義を試みた。

以上の調査によって得られたデータに基づき、精神科救急医療のエキスパートである研究協力者相互の討論を経て、研究目的の達成を目指した。

なお、今回の調査のうち、eCODOの解析には個人情報が含まれるが、これを試用した病院内の倫理審査会で承認を得た上、データは完全に匿名化され、本研究にかかる解析と考察には集計値や平均値のみが用いられた。