

(平成29年3月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知より抜粋)

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期の入院が必要となっている精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、

- ① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。
 - ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成36年度末（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき基盤整備を推し進める必要がある。
- さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成26年厚生労働省告示第65号）を踏まえて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、作業部会等を通じて、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

本指針では、「第1 精神疾患の現状」で多様な精神疾患等ごとの現状・課題を概観し、「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析した上で、地域の実情に応じて圏域（精神医療圏）を設定し、その圏域ごとに不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にして、医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにする必要がある。

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成 26 年には 390 万人を超える水準となっている¹。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²。

自殺者数は、平成 10 年以降 14 年連続で 3 万人を超える水準であったが、24 年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、以降 4 年連続で 3 万人を下回っている。しかし、日本の自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が 4 割程度を占めている³。

精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、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等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

(1) 統合失調症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は 77.3 万人であり、うち入院患者数は 16.6 万人である¹。このうち、精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は 12.1 万人である¹。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、その 6 割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっている⁴。これにより 1 年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待される。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 26 年度より難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や mECT 等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施している。平成 28 年度は、大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連携・多施設連携を推進するために、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、平成 36 年度末までに、治療抵抗性統合失調症治療薬や mECT 等の専門的治療方法を各都道府県の圏域全体に普及することを

¹ 厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

² 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成 18 年度）

³ 厚生労働省「自殺対策白書」（平成 28 年）

⁴ 厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者 安西信雄）（平成 25～27 年度）、第 2 回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会（これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会）における安西信雄氏提出資料

目指して、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築する必要がある。計画の策定にあたっては、先行している諸外国の実績や、国内で先行している医療機関の実績を踏まえて、平成 36 年度末までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を 25%～30%に普及することを目指して検討する必要がある。なお、それぞれの都道府県において

- ① 平成 32 年度末、平成 36 年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を設定
 - ② 精神病床における基準病床数を設定
- する際に、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案していることに留意すること。

(2) うつ病・躁うつ病 (患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は 112 万人（うち入院患者数 29 万人）⁵であり、平成 11 年の総患者数の 44 万人（うち入院患者数 25 万人）⁵から増加している。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 23 年度より、「認知行動療法研修事業」として、認知行動療法の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 23 年～27 年度における受講参加者は、4,156 名である。また、平成 20 年度より「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、一般内科医等かかりつけ医を対象に研修を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

(3) 認知症 (患者動態)

我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成 24（2012）年で 462 万人と 65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い平成 37（2025）年には、約 700 万人と約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれている⁶。なお、平成 26 年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 67.8 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人である¹。このうち、精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は 3.0 万人である¹。

⁵ 厚生労働省「患者調査」（平成 11 年）

⁶ 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（平成 27 年）

(政策動向)

厚生労働省は、平成 37 (2025) 年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成 27 年 1 月 27 日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。）を関係省庁と共同で策定した。

総合戦略は 7 つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。

循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の方への支援体制の構築を図ることを目的に、平成 17 年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成 27 年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は 5,068 人となっている。

また、平成 20 年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成 29 年 3 月時点において全国で 375 カ所の認知症疾患医療センター（基幹型 15、地域型 335、診療所型 25）が設置されている。

そのほか、平成 27 年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、平成 27 年度末時点で 287 市町村に設置されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、総合戦略に掲げる数値目標に留意し、地域の実情に応じて医療提供体制の整備を進める必要がある。具体的な内容については、今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること。

(4) 児童・思春期精神疾患

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している 20 歳未満の精神疾患を有する総患者数は 27.0 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 11.7 万人⁵から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 13 年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。

平成 24 年度より、診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成 28 年時点では、19 都道府県に所在する医療機関において算定されている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「思春期精神保健研修」を活用すること。

(5) 発達障害

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89, F90-F98）の総患者数は 19.5 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人⁵から増加している。

(政策動向)

平成 17 年 4 月の発達障害者支援法施行により、国立精神・神経医療研究センターにおいて、都道府県・政令指定都市の発達障害診療の指導的役割を担う者に対する研修を実施している。平成 28 年 8 月の改正発達障害者支援法施行により、都道府県・政令指定都市が発達障害者の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制の整備等について検討する発達障害者支援地域協議会の設置が位置付けられた。平成 29 年 1 月の総務省による「発達障害者支援に関する行政評価・監視」では、厚生労働省に対して、発達障害者の専門的医療機関の確保と公表を積極的に進めることを勧告している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、発達障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、発達障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、平成 28 年度から実施している「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を活用すること。

(6) 依存症

① アルコール依存症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.9 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 3.7 万人⁷から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されている⁷。

(政策動向)

平成 26 年 6 月 1 日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に基づき、平成 28 年 5 月 31 日に、「アルコール健康障害対策推進基本計画」が閣議決定された。本計画の数値目標として、全ての都道府県

⁷ 厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合研究」（研究代表者 樋口進）（平成 25 年度）

において、アルコール依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を1カ所以上定めることが明記されている。

厚生労働省は、平成26年度より依存症に対応することのできる医療機関の確保を図るとともに、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築するために、「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」を実施している。全国拠点機関として、久里浜医療センター（薬物依存症は国立精神・神経医療研究センターに委託）、依存症治療拠点機関として神奈川県・神奈川県立精神医療センター、岐阜県・各務原病院、大阪府・大阪府立精神科医療センター、岡山県・岡山県精神科医療センター、佐賀県・肥前精神医療センターの5カ所を指定し、① 依存症者やその家族に対し適切な支援を届けるためのモデル構築、② 依存症者に対する効果的な地域連携支援体制の「見える化」とその横展開を進めている。また、平成29年度からは、全国67カ所の都道府県・政令指定都市に専門医療機関を指定すること等を目標にした、「依存症対策総合支援事業」を実施する。

（医療提供体制に関する検討課題）

第7次医療計画においては、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「アルコール健康障害対策推進基本計画」を踏まえ、アルコール依存症に対応できる医療機関を都道府県・政令指定都市ごとに1カ所以上定めることとし、「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」の取組を参考にしつつ、平成29年度より実施する「依存症対策総合支援事業」を活用すること。

② 薬物依存症

（患者動態）

平成26年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は0.3万人¹であり、平成11年の総患者数の0.1万人⁵から増加している。

（政策動向）

平成25年6月に、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする、刑法等の一部を改正する法律（平成25年法律第49号）及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成25年法律第50号）が成立（平成28年6月1日施行）した。薬物依存症者の再犯（再使用）防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠とされ、平成27年11月19日に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」（平成27年11月19日付け法務省保観第119号法務省・障発1119第1号保護局長・矯正局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長連盟通知）が策定された。

また、平成28年12月14日に「再犯の防止等の推進に関する法律（平成28年法律第104号。以下「再犯防止推進法」という。）」が公布、同日施行された。再犯防止推進法には、犯罪をした薬物依存症者等について、適切な保健医療サービス等が提供されるよう、関係機関の体制整備を図ることが明記されている。

厚生労働省は、平成 26 年度より「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」を実施している。また、平成 29 年度からは、全国 67 カ所の都道府県・政令指定都市に専門医療機関を指定すること等を目標にした、「依存症対策総合支援事業」を実施する。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」の取組を参考にしつつ、平成 29 年度より実施する「依存症対策総合支援事業」を活用すること。

③ ギャンブル等依存症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は 500 人未満¹であった。現在、国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握が進められている⁸。

(政策動向)

平成 28 年 12 月 15 日に、特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律（IR 推進法）（平成 28 年法律第 115 号。以下、「IR 推進法」という。）が成立し、同年 12 月 26 日に公布・施行された。IR 推進法案に対する参議院内閣委員会（平成 28 年 12 月 13 日）の附帯決議において、ギャンブル等依存症対策を抜本的に強化することが求められている。

厚生労働省は、平成 26 年度より「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」を実施している。また、平成 29 年度からは、全国 67 カ所の都道府県・政令指定都市に専門医療機関を指定すること等を目標にした、「依存症対策総合支援事業」を実施する。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」の取組を参考にしつつ、平成 29 年度より実施する「依存症対策総合支援事業」を活用すること。

(7) 外傷後ストレス障害（PTSD）

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.3 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人⁵から増加傾向にある。

(政策動向)

⁸ 国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」（研究代表者 松下 幸生）（平成 28～30 年度）

厚生労働省は、平成8年より災害・事件・事故等によるPTSDへの心のケアの重要性を鑑みて、PTSDの専門家を養成するために「PTSD対策専門研修」を行っている（平成8～27年度における受講者合計：6,466人）。また「災害等によるストレス関連疾患対策情報支援センター事業」（国立精神・神経医療研究センター委託）を通じて、災害及び事件、事故等が発生した際に、精神保健福祉センターや保健所等の自治体を対象に、被災者・被害者の心のケアに関する助言・技術的支援を行っている。

平成28年4月に策定された第3次犯罪被害者等基本計画（平成28年4月1日閣議決定）では、被害者への心のケアを提供することの重要性が明記されている。（医療提供体制に関する検討課題）

第7次医療計画においては、PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、PTSDに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

(8) 高次脳機能障害 (患者動態)

平成13～平成17年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に27万人いると推計されている⁹。

(政策動向)

厚生労働省は、平成18年度より高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

(9) 摂食障害 (患者動態)

平成26年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は1.0万人¹であり、平成11年の総患者数の1.1万人⁵から横ばいである。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いると推計されている¹⁰。

(政策動向)

⁹ 「高次脳機能障害ハンドブックー診断・評価から自立支援まで」（編集 中嶋八十一、寺島彰）医学書院

¹⁰ 厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者 小牧元）（平成21年度）

厚生労働省は、平成 26 年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では宮城県、静岡県、福岡県の 3 県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害治療支援センター」として指定し、摂食障害治療支援センターと県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「全国基幹センター」として指定し、摂食障害治療支援センターの指導・助言、摂食障害治療支援センターで集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「摂食障害治療支援センター設置運営事業（モデル事業）」の取組を参考にすること。

(10) てんかん

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は 25.2 万人¹¹であり、平成 11 年の総患者数の 23.5 万人⁵から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は 1,000 人あたり 7.71 人いると推計されている¹¹。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 27 年度よりてんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、てんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では、宮城県、栃木県、神奈川県、新潟県、静岡県、鳥取県、岡山県、広島県の 8 つの県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかん診療拠点機関と県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催などの取組を行っている。また、それぞれのてんかん診療拠点機関に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、平成 28 年度より、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん診療全国拠点機関」として指定し、各拠点機関の指導・助言、てんかん診療拠点機関で集積されたデータの分析・評価などを行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、てんかんに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「てんかん地域診療連携体制整備試行事業（モデル事業）」の取組

¹¹ 厚生労働科学研究「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」（研究代表者 大槻泰介）（平成 24 年度）

を参考にすること。

(11) 精神科救急

(基本情報)

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく平成 27 年度の夜間・休日の受診件数は約 4.5 万件、入院件数は約 2 万件となっており、平成 22 年度の約 3.6 万件、約 1.5 万件と比較して増加傾向にある。また、消防庁の調査では、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は 43.1 分と長かった¹²。

(政策動向)

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。厚生労働省は、平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」を活用すること。

(12) 身体合併症

(基本情報)

精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されている¹³。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの

¹² 消防庁「救急救助の現況」（平成 28 年版）

¹³ 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（研究代表者 黒澤尚）（平成 19 年度）

報告がある¹⁴。平成 27 年度の消防庁の調査では、平成 26 年中の救急出動件数において、入電から帰署までに 2 時間以上を要した事案のうち「精神疾患を背景に有する患者」が 12,105 件あり、「在宅独居・施設入所の高齢者」の 13,007 件に次いで搬送時間を延伸する要因となっている¹⁵。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を求めている。また、消防庁主催の「平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会」では、精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例の円滑な救急搬送のためには、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者等が、平時から会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの報告がとりまとめられている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」を活用すること。

(13) 自殺対策

(基本情報)

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は、平成 10 年以降、14 年連続して 3 万人を超える状態が続いていたが、24 年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、27 年は 2 万 4,025 人と 4 年連続で 3 万人を下回っている³。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、15～34 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっている³。

(政策動向)

平成 18 年 6 月に自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成 28 年 3 月に「自殺対策基本法の一部を改正する法律」（平成 28 年法律第 11 号。以下「改正法」という。）が成立し、同年 4 月 1 日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推進等が新たに規定された。

厚生労働省は、平成 20 年度より、「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 20 年～平成 27 年度における受講参加者は、1,082 人である。また、平成 27 年度より、

¹⁴ 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者 保坂隆）（平成 18 年度）

¹⁵ 消防庁「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成 27 年度）

「自殺未遂者再企図防止事業」として、自殺未遂者の再企図防止を図ることを目的に、ケースマネジメントの講習を受けた者が、自殺未遂者に対し定期的なフォローアップを行う事業を実施している。平成 27 年度のケースマネジメントの講習受講者は、611 人である。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、自殺対策に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、自殺対策に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、以下の 2 点について留意されたい。

- ① 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ること。
- ② 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進すること。

(14) 災害精神医療

(基本情報)

平成 29 年 3 月時点で、全国 29 府県において災害派遣精神医療チーム (DPAT) 先遣隊が整備されている。

(政策動向)

平成 27 年 7 月の防災基本計画の一部修正において、厚生労働省及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム (DPAT) の整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT 事務局事業を通じて、DPAT の平時の訓練と、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

(15) 医療観察法における対象者への医療

(基本情報)

平成 17 年 7 月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 (平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。) 施行から平成 27 年 12 月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は 2,501 件、通院処遇決定は 528 件となっている¹⁶。平成 29 年 1 月 1 日時点における入院者数は 729 名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等 (F2) が約 82.9%、次いで気分障害 (F3) が約 7.4%である¹⁷。

(政策動向)

¹⁶ 法務省「犯罪白書」(平成 18~27 年版)

¹⁷ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で 800 床程度、指定通院医療機関は各都道府県に最低 2 カ所、人口 100 万人当たり 2～3 カ所程度、指定通院医療機関として全国で 382 カ所を目標として整備を進めている。平成 29 年 1 月 1 日時点における指定入院医療機関は全国で 32 カ所、予備病床を含めて 825 床と目標を達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。また、平成 28 年 12 月末日時点における指定通院医療機関は全国で 574 カ所（511 病院、63 診療所）あるが、都市部を中心に必要数を満たしておらず、必要数を満たした地域においても対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保する必要がある。

平成 24 年度より、指定入院医療機関の医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関に従事する多職種チームが相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業」を実施している。
(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、医療観察制度に基づく通院医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要がある。

2 精神疾患の医療体制

平成 26 年における精神病床を有する病院数は 1,643 病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は 1,067 病院である¹⁸。平成 26 年における精神病床数は 33 万 8,174 床¹⁸であり、平成 11 年の 35 万 8,449 床¹⁹から減少している。

平成 26 年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は 3,890 診療所¹⁸であり、平成 11 年の 2,001 診療所¹⁹から増加している。平成 26 年における医師・看護職員・精神保健福祉士をそれぞれ 1 人以上有している精神科等診療所数は、383 診療所と全体の 1 割弱である¹⁸。

平成 26 年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は 1 万 6,090 人²⁰であり、平成 16 年の 1 万 3,353 人²¹から増加している。平成 16 年と平成 26 年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約 1.1 倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約 1.6 倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。

平成 26 年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は 1,049 病院²²であり、平成 19 年の 946 病院²³から増加している。平成 28 年における訪問看護ステーションは 8,613 事業所²⁴であり、平成 16 年の 4,806 事業所²⁵から約 1.8 倍に増加している。平

¹⁸ 厚生労働省「医療施設調査」（平成 26 年）

¹⁹ 厚生労働省「医療施設調査」（平成 11 年）

²⁰ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年）

²¹ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 11 年）

²² 厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 26 年）

²³ 厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 19 年）

²⁴ 厚生労働省「医療費の動向調査」（平成 28 年）

²⁵ 厚生労働省「医療費の動向調査」（平成 16 年）

成 27 年における精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は 59.8%であり、平成 18 年の 35.5%から増加している²⁶。

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第 1 精神疾患の現状」を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ① 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築
- ② 本人の意思の尊重と、ICF の基本的考え方^{*}を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※ ICF（国際生活機能分類 WHO2001 年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の 3 つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- ① 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築
- ② 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、多様な精神疾患等ごとに各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 地域精神科医療提供機能

- ① 目標
 - ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
 - ・ ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
 - ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ② 医療機関に求められる事項（例）
 - ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること

²⁶ 厚生労働科学研究「精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究」（研究代表者 河原和夫）（平成 27 年度）

- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

(2) 地域連携拠点機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 地域連携会議の運営支援を行うこと
- ・ 積極的な情報発信を行うこと
- ・ 多職種による研修を企画・実施すること
- ・ 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

(3) 都道府県連携拠点機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・ 医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること

- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 地域連携会議を運営すること
- ・ 積極的な情報発信を行うこと
- ・ 専門職に対する研修プログラムを提供すること
- ・ 地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ こころの状態（国民生活基礎調査）
- ・ 精神疾患を有する総患者数の推移（入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神病床における急性期入院患者（3ヶ月未満）の年齢階級別入院受療率の推移（患者調査）
- ・ 精神病床における回復期入院患者（3ヶ月以上1年未満）の年齢階級別入院受療率の推移（患者調査）
- ・ 精神病床における慢性期入院患者（1年以上）の年齢階級別入院受療率の推移（疾患別内訳）（患者調査）
- ・ 精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料）
- ・ 3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）
- ・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 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）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数

(3) 指標による現状把握

別表5に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。
また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。
さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、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こと。
また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日付け健医発第57号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）の名称を記載する。ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。できる限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出する。

5 数値目標

都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別添を踏まえて設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に精神医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。