

第 7 次長野県保健医療計画の進捗状況評価 (令和 3 年度版：疾病対策 精神疾患対策 抜粋)

項目の解説

① 目安値

- ・ 各指標について、「目標（2023）」の達成に向け、各年度の進捗を評価するための目安となる数値等を記載。
- ・ 上記に拠り難いものは、「－」又は個々に検討した数値を記載。

② 実績値

- ・ 令和 3 年（2021 年）度末の数値を記載。その際、調査年度が古いものは下段に（ ）書きで年度を記載。

③ 進捗区分

- ・ 目安値と実績値から進捗率を積算し、以下により評価を実施。
 - 「A」（順調）：実績値が進捗率の 10 割以上（目安値以上）の場合
 - 「B」（概ね順調）：実績値が進捗率の 8 割以上の場合
 - 「C」（努力を要する）：実績値が進捗率の 8 割未満の場合
 - 「－」：実績値が把握できないもの（隔年調査）等

④ 総合分析及び特記事項

施策区分（編又は章）ごとに総合的な分析を実施するとともに、進捗区分が「順調」以外の指標は、原則として「指標の状況」や「今後の取組」等を記載。

第8編 疾病対策等

第5節 精神疾患対策

〔総合分析〕

治療抵抗性統合失調症治療薬を用いた治療を行う医療機関数、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の登録数、認知症サポート医数、発達障がいわかりつけ医研修の開催回数などの指標は概ね順調に推移している。

その一方で、医療関係者等による協議の場の設置や、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置(障がい保健福祉圏域ごと)については目安値を下回っており、関係機関等と連携する中で、目標に向け体制整備を進めていく必要がある。また、精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携会議の開催地域数など、新型コロナウイルス感染症の流行による影響を受けて大幅に減少したものもあるが、必要な取組を適切に継続していくための方策について検討が必要。

指標名	基準値 (2017)	目標 (2023)	備考 (出典等)	区分	2018	2019	2020	2021	進捗区分	特記事項 (進捗区分が「A」の場合は記載していません)		
					目安値 実績値	目安値 実績値	目安値 実績値	目安値 実績値				
93 医療関係者等による協議の場の設置	精神医療圏ごと	未設置	4圏域	県実施事業	S	1圏域	1圏域	2圏域	3圏域	C	4圏域での設置に向け取り組む。	
						0圏域	0圏域	0圏域	0圏域			
94	県域	未設置	1組織	県実施事業	S	0組織	0組織	1組織	1組織	C	既存会議の活用も含め設置に取り組む。	
						0組織	0組織	0組織	0組織			
95	精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携会議の開催地域数	10地域	10地域以上	地域自殺対策緊急強化事業補助金	P	10地域	10地域	10地域	10地域	C	新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、回数を減。	
						10地域	10地域	1地域	1地域			
96	治療抵抗性統合失調症治療薬を用いた治療を行う医療機関数	9病院	9病院以上	クロザリル適正使用委員会	P	9病院	9病院	9病院	9病院	A		
						11病院	11病院	12病院	13病院			
97	認知症疾患医療センター数	3か所	10か所(2020)	保健・疾病対策課調査	S	5か所	8か所	10か所	10か所	B	令和4年4月に10か所指定	
						5か所	7か所	9か所	9か所			
98	認知症サポート医数	142人(2016)	157人(2020)	保健・疾病対策課調査	P	147人	152人	157人	157人	A		
						192人	208人	212人	221人			
99	若年性認知症相談窓口の設置	1か所	1か所	県実施事業	S	1か所	1か所	1か所	1か所	A		
						1か所	1か所	1か所	1か所			
100	発達障がいわかりつけ医研修の開催回数	1回	1回	県実施事業	P	1回	1回	1回	1回	A		
						1回	0回	1回	1回			
101	発達障がい診療地域連絡会(支援関係者研修会)の開催圏域数	10圏域	10圏域	県実施事業	P	10圏域	10圏域	10圏域	10圏域	B	新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、開催を中止。	
						10圏域	10圏域	4圏域	9圏域			
102	依存症支援関係機関による連携会議の開催回数	未開催	1回以上	県実施事業	P	1回	1回	1回	1回	A		
						1回	1回	1回	1回			
103	精神科救急医療体制整備圏域数	4圏域	4圏域	保健・疾病対策課調査	S	4圏域	4圏域	4圏域	4圏域	A		
						4圏域	4圏域	4圏域	4圏域			
104	精神科身体合併症管理加算を算定する医療機関数 ※精神科病院が算定	16病院	16病院以上	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」	P	16病院	16病院	16病院	16病院	A		
						16病院	16病院	17病院	17病院			
105	精神疾患診療体制加算を算定する医療機関数 ※一般病院が算定	15病院	15病院以上	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」	P	15病院	15病院	15病院	15病院	A		
						15病院	17病院	17病院	17病院			
106	災害派遣精神医療チーム(DPAT)の登録数	未設置(2018.1)	4医療機関	県実施事業	S	1医療機関	2医療機関	2医療機関	3医療機関	A		
						3医療機関	5医療機関	5医療機関	6医療機関			
指標名	基準値 (2017)	目標 (2023)	備考 (出典等)	区分	2018	2019	2020	2021	進捗区分	特記事項 (進捗区分が「A」の場合は記載していません)		
					目安値 実績値	目安値 実績値	目安値 実績値	目安値 実績値				
107 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	障がい保健福祉圏域ごと	未設置	10圏域(2020)	県実施事業	S	3圏域	7圏域	10圏域	10圏域	B	既存の会議の活用を含め圏域の協議の場の設置について支援に努める。	
						9圏域	9圏域	9圏域	9圏域			
108	市町村ごと	未設置	77市町村(2020)	障がい者支援課調査	S	26市町村	51市町村	77市町村	77市町村	C	既存の会議の活用を含め圏域の協議の場の設置について支援に努める。	
						35市町村	20市町村	31市町村	36市町村			
109	障がい福祉圏域における地域移行関係職員による連絡会議の開催回数	3回	3回	県実施事業	P	3回	3回	3回	3回	C	新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、回数を減。	
						3回	2回	2回	1回			
110	精神病床における入院患者数	4,309人(2014年度末)	3,750人(2020年度末) 3,053人(2024年度末)	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」	O	3,807人	3,681人	3,555人	3,429人	C	入院患者の地域移行が進んでいるものの、関係機関とのさらなる連携により取組を進める必要があると考えられる。	
						3,875人	3,824人	3,798人	3,807人			
111	精神病床における1年以上長期入院患者数	65歳以上	1,504人(2014年度末)	1,282人(2020年度末)	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」	O	1,356人	1,319人	1,282人	1,282人	C	関係機関とのさらなる連携により長期入院患者の地域移行を進める必要があると考える。
							1,355人	1,376人	1,440人	1,448人		
							918人	868人	818人	818人		
							913人	917人	913人	892人		
112	精神病床における早期退院率	入院後3か月時点	67%(2014)	69%以上(2020)	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」	O	68.3%	68.7%	69.0%	69.0%	-	2018の評価は2017実績による。2018の実績値把握不可。(公表時期未定)
							69%(2017)	-	-	-		
							83.5%	83.8%	84.0%	84.0%		
							84%(2017)	-	-	-		
113	精神病床における退院後3か月時点の再入院率	1年未満入院患者	長野県27% 全国20%(2014)	20%以下(2020)	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」	O	22.3%	21.2%	20.0%	20.0%	-	2018の評価は2017実績による。2018の実績値把握不可。(公表時期未定)
							18%(2017)	-	-	-		
							40.3%	38.7%	37.0%	37.0%		
							37%(2017)	-	-	-		

第6節 アルコール健康障害対策(長野県アルコール健康障害対策推進計画)

〔総合分析〕

相談拠点及び治療拠点医療機関は設置済みだが、専門医療機関の設置については、引き続き設置に向けた調整を行ない、アルコール健康障害に関する支援や医療提供体制を充実させる必要がある。

指標名	基準値 (2017)	目標 (2023)	備考 (出典等)	区分	2018	2019	2020	2021	進捗区分	特記事項 (進捗区分が「A」の場合は記載していません)	
					目安値 実績値	目安値 実績値	目安値 実績値	目安値 実績値			
114 生活数看病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	長野県10.8% (2016) 全 国15.8% (2014)	10.8%未満 (2020)	県民健康・ 栄養調査	O	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%	B	2020の実績値把握不可。 (次回調査予定:2023)	
					—	11.0%	—	—			
	長野県6.5% (2016) 全 国8.8% (2014)	6.5%未満 (2020)			6.5%	6.5%	6.5%	6.5%			
					—	7.6%	—	—			
115 未成年の飲酒割合	1.7% (2016)	0%	未成年者の喫 煙・飲酒状況等 調査	O	1.2%	1.0%	0.7%	0.5%	B		
					—	—	—	0.8%			
					0.9%	0.7%	0.6%	0.4%			
					—	—	—	0.5%			
					2.9%	2.3%	1.7%	1.1%			
	4.0% (2016)	0%			—	—	—	1.7%			
					2.9%	2.3%	1.7%	1.1%			
116 妊娠中の飲酒割合(再掲)	1.3% (2015)	0%	健やか親子21乳 幼児健診必須問 診項目調査	O	0.8%	0.7%	0.5%	0.3%	C	市町村の実施する妊婦の飲酒リスク 等の普及啓発について支援に努め る。	
					1.2%	1.5%	0.8%	0.7%			
指標名	基準値 (2017)	目標 (2023)	備考 (出典等)	区分	2018 目安値 実績値	2019 目安値 実績値	2020 目安値 実績値	2021 目安値 実績値	進捗区分	特記事項 (進捗区分が「A」の場合は記載していません)	
117 相談拠点の設置	未設置	1か所	保健・疾病 対策課調査	S	0か所 1か所	0か所 1か所	1か所 1か所	1か所 1か所	A		
118 アルコール健康 障害・依存症に 関する相談件数	精神保健福祉 センター	773件 (2015)	773件以上	厚生労働省 「衛生行政報告例」	P	773件	773件	773件	773件	B	依存症は誰でもなる可能性があり、 正しい知識と治療・相談窓口につい ての普及啓発に努める。
	保健福祉事務 所	256件 (2015)	256件以上	厚生労働省 「地域保健・健康 増進事業報告」		843件	804件	623件	462件		
119 かかりつけ医に対する研修の実 施	未開催	1回以上	県実施事業	P	256件	256件	256件	256件	C	新型コロナウイルス感染症の状況を 鑑み、開催を中止。 早期発見と地域での治療継続のた め医師への研修を継続。	
					265件 (2017)	307件 (2018)	308件 (2019)	178件 (2020)			
120 関係機関による連携会議の開催 回数(分科会を含む)	未開催	1回以上	県実施事業	P	0回	0回	1回	1回	A		
					1回	1回	0回	1回			
121 治療拠点医療機関の数	未設置	1か所以上	保健・疾病 対策課調査	S	0か所	0か所	1か所	1か所	A		
					0か所	1か所	1か所	1か所			
122 専門医療機関の数	未設置	4か所以上	保健・疾病 対策課調査	S	1か所	1か所	2か所	3か所	B	意向調査に基づく候補病院の指定 に向けた調整を継続。	
					0か所	1か所	1か所	2か所			

【参考資料2】

現状把握のための指標例（全国・長野県データ）

地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）R50526現在

種類	指標	全国		長野県		順位	出典/西暦年度
		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり		
統合失調症							
S	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,530	1.49	27	1.32	29	NDB/2019
S	統合失調症を外来診療している医療機関数	6,232	4.86	80	3.93	38	NDB/2019
S	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	409	0.39	8	0.39	24	NDB/2019
S	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数	363	0.36	9	0.44	15	NDB/2019
P	統合失調症の精神病床での入院患者数	188,788	172.69	2,781	136.45	37	NDB/2019
P	統合失調症外来患者数	684,988	550.90	12,053	591.38	18	NDB/2019
P	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数（精神病床）	3,194	2.66	30	1.47	40	NDB/2019
P	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数	3,331	2.50	43	2.11	28	NDB/2019
P	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.67	—	0.42	—	39	NDB/2019
うつ・躁うつ病							
S	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,513	1.49	26	1.28	29	NDB/2019
S	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	6,612	5.10	81	3.97	39	NDB/2019
S	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数	324	0.25	7	0.34	13	NDB/2019
S	認知行動療法を外来で実施した医療機関数	230	0.10	4	0.20	17	NDB/2019
P	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数	77,769	64.05	956	46.91	39	NDB/2019
P	うつ・躁うつ病外来患者数	1,669,378	1,204.40	17,962	881.30	45	NDB/2019
P	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数	7,170	3.94	151	7.41	8	NDB/2019
P	認知行動療法を外来で実施した患者数	8,926	0.64	13	0.64	24	NDB/2019
認知症							
S	認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,580	1.62	29	1.42	28	NDB/2019
S	認知症を外来診療している医療機関数	6,402	5.40	104	5.10	27	NDB/2019
S	認知症疾患医療センターの指定数	488	0.48	9	0.43	31	厚労省老健局調べ/2021
S	認知症サポート医養成研修修了者数	11,381	10.23	212	10.23	24	厚労省老健局調べ/2021
S	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	68,497	58.64	772	37.25	37	厚労省老健局調べ/2021
P	認知症の精神病床での入院患者数	148,580	145.25	1,840	90.28	36	NDB/2019
P	認知症外来患者数	428,345	376.14	6,712	329.32	34	NDB/2019
P	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	93,710	82.95	1,555	75.04	30	NDB/2019
児童・思春期精神疾患							
S	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,435	1.37	29	1.42	23	NDB/2019
S	20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	6,415	5.13	99	4.86	30	NDB/2019
S	知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,456	1.49	27	1.32	27	NDB/2019
S	知的障害を外来診療している医療機関数	4,766	4.04	78	3.83	29	NDB/2019
S	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数	46	0.15	2	0.10	6	NDB/2019
P	20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数	10,774	8.26	280	13.74	5	NDB/2019
P	20歳未満の精神疾患外来患者数	517,795	391.76	8,023	393.65	23	NDB/2019
P	知的障害の精神病床での入院患者数	20,183	20.64	397	19.48	26	NDB/2019
P	知的障害外来患者数	137,686	110.54	2,356	115.60	22	NDB/2019
P	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	3,065	非公表	非公表	非公表		NDB/2019
発達障害							
S	発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,487	1.44	28	1.37	27	NDB/2019
S	発達障害を外来診療している医療機関数	6,709	5.33	102	5.00	29	NDB/2019
P	発達障害の精神病床での入院患者数	25,902	27.14	710	34.84	8	NDB/2019
P	発達障害外来患者数	697,888	513.30	14,460	709.48	5	NDB/2019

アルコール依存症		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,499	1.58	29	1.42	26	NDB/2019
S	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	5,481	4.51	92	4.51	24	NDB/2019
S	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数	213	0.20	4	0.20	24	NDB/2019
S	アルコール専門医療機関の数	117	0.15	1	0.05	41	厚労省資料/2021
S	アルコール依存症治療拠点機関の数	45	0.04	1	0.05	22	厚労省資料/2021
P	アルコール依存症の精神病床での入院患者数	28,998	27.74	595	29.19	21	NDB/2019
P	アルコール依存症外来患者数	102,086	83.04	2,236	109.71	7	NDB/2019
P	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数	9,372	6.69	156	7.65	19	NDB/2019
薬物依存症		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	817	0.74	15	0.74	23	NDB/2019
S	薬物依存症を外来診療している医療機関数	2,528	2.14	41	2.01	27	NDB/2019
S	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数	15	—	—	—	—	厚労省資料/2021
S	薬物依存症専門医療機関の数	72	0.06	1	0.05	28	厚労省資料/2021
S	薬物依存症治療拠点機関の数	29	0.01	1	0.05	15	厚労省資料/2021
P	薬物依存症の精神病床での入院患者数	3,081	2.20	44	2.16	26	NDB/2019
P	薬物依存症外来患者数	13,083	9.82	197	9.67	26	NDB/2019
P	依存症集団療法を外来で実施した患者数	174	非公表	非公表	非公表	—	NDB/2019
ギャンブル等依存症		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	113	—	非公表	非公表	—	NDB/2019
S	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	507	0.43	0	0.44	21	NDB/2019
S	ギャンブル等依存症専門医療機関の数	78	0.07	1	0.05	29	厚労省資料/2021
S	ギャンブル等依存症治療拠点機関の数	35	0.02	1	0.05	20	厚労省資料/2021
P	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数	384	非公表	—	—	—	NDB/2019
P	ギャンブル等依存症外来患者数	3,523	2.55	14	0.69	39	NDB/2019
PTSD		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数	375	0.19	非公表	非公表	—	NDB/2019
S	PTSDを外来診療している医療機関数	3,168	2.47	49	2.40	28	NDB/2019
P	PTSDの精神病床での入院患者数	756	0.42	—	—	—	NDB/2019
P	PTSD外来患者数	15,401	12.22	335	16.44	13	NDB/2019
高次機能障害		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	高次脳機能障害支援拠点機関数	116	0.10	4	0.19	6	厚労省資料/2021
摂食障害		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,135	1.18	24	1.18	24	NDB/2019
S	摂食障害を外来診療している医療機関数	4,469	3.70	85	4.17	9	NDB/2019
S	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	75	—	3	0.15	2	NDB/2019
S	摂食障害治療支援センターの数	4	—	0	—	—	厚労省資料/2021
P	摂食障害の精神病床での入院患者数	10,081	7.65	231	11.33	12	NDB/2019
P	摂食障害外来患者数	34,226	26.53	1,151	56.47	1	NDB/2019
P	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	926	非公表	26	1.28	6	NDB/2019
てんかん		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	1,142	1.15	21	1.03	26	NDB/2019
S	てんかんを外来診療している医療機関数	4,010	3.29	52	2.55	42	NDB/2019
S	てんかん治療拠点機関数	23	—	1	0.05	12	厚労省資料/2021
P	てんかんの精神病床での入院患者数	5,495	4.57	86	4.22	28	NDB/2019
P	てんかん外来患者数	78,446	53.12	1,256	61.63	18	NDB/2019

精神科救急		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数	—	—	—	—	—	
P	深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数	—	—	—	—	—	
S	精神科救急医療施設数（病院群輪番型）	—	—	—	—	—	
S	精神科救急医療施設数（常時対応型）	—	—	—	—	—	
S	精神科救急医療_外来対応施設数	—	—	—	—	—	
S	精神科救急医療_身体合併症対応施設数	—	—	—	—	—	
P	精神疾患の救急車平均搬送時間	—	—	—	—	—	
P	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	43,068	36.30	2,559	123.49	2	厚労省資料/2021
P	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	19,483	16.96	697	33.64	5	厚労省資料/2021
P	精神疾患の救急車平均搬送時間	—	—	—	—	—	
身体合併症		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	1,015	1.06	13	0.64	33	NDB/2019
S	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	947	0.88	20	0.98	13	NDB/2019
S	精神科リエゾンチームを持つ病院数	208		7	0.34	2	NDB/2019
P	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	38,725	34.52	319	15.65	42	NDB/2019
P	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	15,737	11.97	244	11.97	23	NDB/2019
P	精神科リエゾンチームを算定された患者数	32,324	非公表	334	16.39	14	NDB/2019
自殺対策		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数	220	0.10	5	0.25	10	NDB/2019
S	救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数	27				3	NDB/2019
P	救命救急入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数	4,276	0.98	40	1.96	18	NDB/2019
P	救急患者精神科継続支援を受けた患者数	189	非公表	非公表	非公表	3	NDB/2019
災害精神医療		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	DPAT先遣隊登録医療機関数	97	0.09	1	0.05	38	厚労省資料/2021
医療観察法		実数	10万人あたり	実数	10万人あたり	順位	
S	指定通院医療機関数	676	0.69	10	0.48	32	NDB/2019

精神病床における入院後3, 6, 12ヶ月時点の退院率		3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月			
		68.60%	83.40%	90.90%			
精神病床における新規入院患者の平均在院日数		94.70日					
アウトカム	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数 (65歳以上・65歳未満別)			急性期 (3ヶ月未満)	回復期 (3ヶ月以上1年未満)	慢性期 (1年以上)	合計
		施設所在地	65歳未満	452人	264人	912人	1,628人
			65歳以上	386人	368人	1,440人	2,194人
		患者所在地	65歳未満	452人	259人	907人	1,618人
			65歳以上	390人	368人	1,437人	2,195人
施設所在地：長野県内の精神科病棟における入院者の数を表示しています。 患者所在地：長野県民（＝長野県に元住所のある方）の入院者の数を表示しています。							
精神病床における入院後3, 6, 12ヶ月時点の退院率、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は2019年度のNDBデータに基づいています 精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数は2020年度の630調査データに基づいています							

改正後	改正前
<p>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針</p> <p>第1 趣旨</p> <p>人口の<u>減少及び高齢化</u>が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。</p> <p>また、<u>地域医療の確保</u>において重要な課題となる救急医療、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の5事業（以下「5事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。</p> <p>さらに、<u>可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制を整備し、地域包括ケアシステムを構築することが求められている。</u></p> <p>疾病構造の変化や地域医療の確保等の課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を構築することが求められる。</p> <p>具体的には、各都道府県において、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。</p> <p>加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。</p>	<p>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針</p> <p>第1 趣旨</p> <p>人口の<u>急速な高齢化</u>が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。</p> <p>また、<u>地域医療の確保</u>において重要な課題となる救急医療、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（<u>小児救急を含む。以下同じ。</u>）の5事業（以下「5事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。</p> <p>さらに、<u>可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制の構築が求められている。</u></p> <p>疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を<u>具体的に</u>構築することが求められる。</p> <p>具体的には、各都道府県において、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。</p> <p>加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。</p>

改正後	改正前
<p>以下、第2「内容」、第3「手順」、第4「連携の推進等」及び第5「評価等」において、医療体制の構築に当たって5疾病・5事業及び在宅医療に共通する事項を示すとともに、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの指針において、<u>それぞれに特有の事項を示すので参考とされたい。</u></p> <p>第2 内容</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、まず「1 医療体制の政策循環」を実現するため、「2 指標」を活用し、「3 必要となる医療機能」を明らかにした上で、「4 各医療機能を担う医療機関等の名称」及び「5 課題、数値目標及び施策の方向性」を記載する。</p> <p>1 医療体制の政策循環</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態<u>といった成果（アウトカム）</u>などを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、<u>施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組み（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。施策の検討に当たっては、成果（アウトカム）と施策の結果（アウトプット）の関連性を明確にし、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討すること。また、当該ロジックモデル等のツールを活用した評価を行い、必要</u></p>	<p>以下、第2「内容」、第3「手順」、第4「連携の推進等」及び第5「評価等」において、医療体制の構築に当たって5疾病・5事業及び在宅医療に共通する事項を示すとともに、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの指針において、<u>各々の特性に関する事項を示すので参考とされたい。</u></p> <p>第2 内容</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、まず「1 医療体制の政策循環」を実現するため、「2 指標」を活用し、「3 必要となる医療機能」を明らかにした上で、「4 各医療機能を担う医療機関等の名称」、「5 数値目標」を記載する。</p> <p>1 医療体制の政策循環</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態<u>（成果（アウトカム））</u>などでもって<u>施策の評価を行うことが必要なため、これら</u>を用いた評価を行うことが重要である。具体的には、<u>施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。</u></p>

改正後	改正前
<p>に応じてその結果を施策に反映することによりPDCAサイクル等の実効性を確保すること。</p> <p><u>(用語の定義)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>成果 (アウトカム)</u> 施策や事業が対象にもたらした変化 ・ <u>結果 (アウトプット)</u> 施策や事業を実施したことにより生じる結果 ・ <u>影響 (インパクト)</u> 施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度 ・ <u>ロジックモデル</u> <u>施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの (別添)</u> <p>2 指標</p> <p>医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、<u>ロジックモデル等のツールも活用し、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。</u>その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること。</p> <p><u>(用語の定義)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>アウトカム指標</u> 住民の健康状態や患者の状態を測る指標 ・ <u>プロセス指標</u> 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標 ・ <u>ストラクチャー指標</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>アウトカム (成果)</u> 施策や事業が対象にもたらした変化 ・ <u>アウトプット (結果)</u> 施策や事業を実施したことにより生じる結果 ・ <u>インパクト (影響)</u> 施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度 <p>(新設)</p> <p>2 指標</p> <p>医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>アウトカム指標</u> 住民の健康状態や患者の状態を測る指標 ・ <u>プロセス指標</u> 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標 ・ <u>ストラクチャー指標</u>

改正後	改正前
<p>医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標</p> <p>3 必要となる医療機能 <u>例えば、脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期・生活期に至るまでの病期ごとの医療機能を明らかにするなど、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにすること。</u></p> <p>4 各医療機能を担う医療機関等の名称 前記3の各医療機能を担う医療機関等については、後記第3の2に示すとおり、<u>地域の医療提供者等が参加する作業部会等において検討し、検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載すること。</u>なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うことも想定される。 また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページのURLを医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。</p> <p>5 課題、数値目標及び施策の方向性 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの課題について、<u>地域の実情に応じた数値目標を設定し、課題解決に向けた施策の方向性を記載すること。</u> 数値目標の設定に当たっては、<u>基本方針第十一</u>に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案すること。</p>	<p>医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標</p> <p>3 必要となる医療機能 <u>例えば脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期にいたるまでの病期ごとの医療機能を明らかにするのと同様、他の疾病・事業及び在宅医療についても明らかにする。</u></p> <p>4 各医療機能を担う医療機関等の名称 前記3の各医療機能を担う医療機関等については、後記第3の2に示すとおり、<u>地域の医療提供者等が作業部会等に参加し、検討する。</u>なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。 <u>その検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載する。</u> また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページのURLを医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。</p> <p>5 課題、数値目標及び施策の方向性 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの課題について、<u>地域の実情に応じた数値目標を設定し、課題解決に向けた施策の方向性を記載する。</u> 数値目標の設定に当たっては、<u>基本方針第九</u>に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案するものとする。</p>

改 正 後	改 正 前
<p>第3 手順</p> <p>1 情報の収集</p> <p>都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。</p> <p>医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、<u>指標間相互の関連性を踏まえ</u>、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握すること。</p> <p>なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」、<u>厚生労働科学研究「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」</u>及び<u>厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」</u>の令和4年度研究報告書を参考とすること。</p> <p>また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。</p> <p><u>(既存の統計・調査等の例)</u></p> <p>(1)～(14) (略)</p> <p>(15) 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）</p> <p>国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組を支援するため、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を</p>	<p>第3 手順</p> <p>1 情報の収集</p> <p>都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。</p> <p>医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、<u>指標間相互の関連性も含めて</u>、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。</p> <p>なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」<u>研究報告書</u>及び<u>厚生労働科学研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」</u>研究報告書を参考とすること。</p> <p>また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。</p> <p>(新設)</p> <p>(1)～(14) (略)</p> <p>(15) 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）</p> <p>国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組を支援するため、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を</p>

改正後	改正前
<p>用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。</p> <p>都道府県においても、<u>地域の实情に応じて、他の指標との関連性を踏まえた独自の指標を開発していくことが望ましい。</u>独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告<u>されたい。</u></p> <p>2 作業部会及び圏域連携会議の設置</p> <p>都道府県は、<u>法第72条に規定する都道府県医療審議会又は法第30条の23第1項に規定する地域医療対策協議会</u>の下に、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置すること。<u>また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置すること。</u></p> <p>協議に際しては、<u>数値目標の設定やそれを達成するための施策の実施により、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ったりすることのないよう配慮すること。</u></p> <p>なお、作業部会と圏域連携会議は、緊密に連携しながら協議を進めることが重要である。</p> <p>(1) 作業部会</p> <p>① 構成</p> <p>作業部会は、地域の实情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成する<u>こと。</u></p> <p>ア～ク (略)</p> <p>② 内容</p>	<p>用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。</p> <p>都道府県においても、地域の实情に応じて独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、<u>厚生労働省に報告することを願います。</u></p> <p>2 作業部会及び圏域連携会議の設置</p> <p>都道府県は、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。<u>必要によっては、さらに、圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。</u></p> <p>協議に際しては、<u>数値目標の設定やそれを達成するための施策の実施の結果、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ることのないよう配慮する。</u></p> <p>なお、作業部会と圏域連携会議は、緊密に連携しながら協議を進めることが重要である。</p> <p>(1) 作業部会</p> <p>① 構成</p> <p>作業部会は、地域の实情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成する。</p> <p>ア～ク (略)</p> <p>② 内容</p>

改正後	改正前
<p>作業部会は、下記の事項について協議すること。</p> <p>ア 地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価 「1 情報の収集」において把握した情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能<u>又は調整・整理が必要な医療機能を明確にすること</u>。特に、5疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握すること。</p> <p><u>あわせて</u>、現行の医療計画において設定された課題<u>及び</u>それに対する施策に加え、施策の中で実施した事業について整理を行うこと。その際、課題解決につながっていない施策や事業については、見直しを含む改善を行うこと。</p> <p>イ 圏域の設定 上記アに基づき、圏域を検討・設定すること。<u>その際</u>、5疾病・5事業及び在宅医療に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。</p> <p>ウ 課題の抽出 上記アにより把握した現状を分析し、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出すること。<u>その際</u>、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<u>関連性を考慮し</u>、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出すること。</p>	<p>作業部会は、下記の事項について協議する。</p> <p>ア 地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価 「1 情報の収集」において把握した情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能<u>あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする</u>。特に5疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。</p> <p><u>同時に</u>、現行の医療計画において設定された課題<u>と</u>それに対する施策に加え、施策の中で実施した事業について整理を行うこと。その際、課題解決につながっていない施策や事業については、見直しを含む改善を行うこと。</p> <p>イ 圏域の設定 上記アに基づき、圏域を検討・設定する。<u>この場合</u>、5疾病・5事業及び在宅医療に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。</p> <p>ウ 課題の抽出 上記アにより把握した現状を分析し、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。<u>その際</u>、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<u>関連性も考慮し</u>、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。</p>

改正後	改正前
<p>以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。</p> <p>(ア) まず、アウトカム指標を確認すること。例えば、アウトカム指標が全国平均と乖離している等の問題があればそれを課題とすること。</p> <p>(イ) 次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討すること。さらに、当該地域を全国平均又は都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討すること。</p> <p>（例：仮に全国平均値であった場合に、治療等の対応が可能であった患者数などを推計し、優先的に課題解決に向けた資源投入をするか否かを判断すること。）</p> <p>エ 数値目標の設定</p> <p>抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定めること。</p> <p>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、基本方針第十一に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案すること。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に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。</p> <p>オ 施策</p>	<p>以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。</p> <p>(ア) まず、<u>課題の抽出に当たっては</u>、アウトカム指標を確認する。例えば、アウトカム指標が全国平均と乖離している等の問題があればそれを課題とすること。</p> <p>(イ) 次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討する。さらに、当該地域を全国平均若しくは都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討する。</p> <p>（例：仮に全国平均値であった場合に、治療等の対応が可能であった患者数などを推計し、優先的に課題解決に向けた資源投入をするか否かを判断する。）</p> <p>エ 数値目標の設定</p> <p>抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。</p> <p>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等に定められた目標等も勘案する<u>ものとする</u>。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定する。</p> <p>オ 施策</p>

改 正 後	改 正 前
<p>課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定すること。</p> <p>施策の検討に当たっては、<u>ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討し、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらさうかという観点を踏まえること。</u></p> <p>(2) 圏域連携会議</p> <p>圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。</p> <p>その際、<u>保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。</u></p> <p>① 構成 各医療機能を担う全ての関係者</p> <p>② 内容 <u>以下のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定すること。また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行うこと。</u></p> <p>ア 医療連携の必要性について認識 イ 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報 ウ 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報</p>	<p>課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。</p> <p>施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらさうかという観点を踏まえること。</p> <p>(2) 圏域連携会議</p> <p>圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。</p> <p>その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互<u>または</u>医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たす<u>ものとする。</u></p> <p>① 構成 各医療機能を担う全ての関係者</p> <p>② 内容 <u>下記のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。</u></p> <p>ア 医療連携の必要性について認識の共有 イ 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有 ウ 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有 <u>なお、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。</u></p>

改正後	改正前
<p>3 患者・住民の意見の反映 都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させた上で、<u>医療計画の内容について分かりやすく公表し、周知すること。</u></p> <p>4 医療計画への記載 都道府県は、前記第3の2に示すとおり、医療機能ごとに医療機関等に求められる事項、数値目標等について検討し、<u>医療計画に記載すること。</u> また、<u>前記第2の4に示すとおり、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載すること。</u> なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る<u>こと。</u> さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努める<u>こと。</u></p> <p>5 変更が生じた場合の措置 医療計画の策定後に、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、<u>可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。</u> この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくても済むよう、<u>変更に伴う手続</u>をあらかじめ定めておく必要がある。</p>	<p>3 患者・住民の意見の反映 都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させる<u>こと。</u></p> <p>4 医療計画への記載 都道府県は、前記第3の2に示すとおり、医療機能ごとに医療機関等に求められる事項、数値目標等について検討し、<u>医療計画に記載する。</u> また、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載する<u>ものとする。</u> なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。 さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努める<u>ものとする。</u></p> <p>5 変更が生じた場合の措置 医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、<u>できるだけ速やかに記載内容を変更する必要がある。</u> この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくても<u>すむように</u>、<u>変更に伴う手続</u>きをあらかじめ定めておく必要がある。</p>
第4 (略)	第4 (略)

改正後	改正前
<p data-bbox="311 158 909 193" style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p data-bbox="114 245 1104 587">精神疾患は症状が多様であるとともに、自覚しにくい<u>場合</u>があり、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な<u>状態や状況</u>になって初めて精神科医療機関を受診するという<u>場合がある</u>。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。</p> <p data-bbox="114 596 1104 1114">精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無やその程度にかかわらず、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、<u>長期間入院している精神障害者の地域移行を進めるに当たっては</u>、精神科病院や地域援助事業者による<u>努力のみ</u>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（<u>地域共生社会</u>）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、</p> <p data-bbox="114 1123 271 1158">① （略）</p> <p data-bbox="114 1168 1104 1420">② <u>長期間入院している精神障害者のうち一定数は</u>、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、精神病床における入院需要（患者数）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<u>地域移行に伴う基盤整備を推し進める必要がある</u>。また、<u>第7期障害福祉計画（令和</u></p>	<p data-bbox="1314 158 1912 193" style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p data-bbox="1111 245 2103 587">精神疾患は、<u>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</u>、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<u>場合が少なくない</u>。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。</p> <p data-bbox="1111 596 2103 1114">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、<u>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</u>、精神科病院や地域援助事業者による<u>努力だけでは</u>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、</p> <p data-bbox="1111 1123 1267 1158">① （略）</p> <p data-bbox="1111 1168 2103 1420">② <u>長期入院精神障害者のうち一定数は</u>、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、<u>令和2年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、令和5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）の目標を明確にした上で</u>、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業</p>

改正後	改正前
<p>6～令和8年度)においても第6期障害福祉計画と同様に、<u>包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)や、精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数(地域平均生活日数)等が成果目標として検討されている。</u></p> <p>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。</p> <p>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、<u>それらを踏まえつつ、「第2 医療体制の構築に必要な事項」</u>でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>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<u>又は調整・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こと。</u></p> <p>第1 精神疾患の現状 1 現状・課題</p>	<p>(支援)計画に基づき基盤整備を推し進める必要がある。また、<u>第6期障害福祉計画(令和3～令和5年度)</u>において、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数(地域平均生活日数)が成果目標として検討されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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<u>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。</u></p> <p>第1 精神疾患の現状 1 現状・課題</p>

改 正 後	改 正 前
<p>精神疾患は、近年その患者数が増加しており、令和2年には推定患者数約615万人となっている。そのうち、入院患者数は約29万人、外来患者数は約586万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17万人である。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。</p> <p>一般の方々を対象とした令和3年の調査では、3割から5割程度の方が様々な不安を感じており、精神保健医療福祉上のニーズや精神疾患は住民に広く関わっている。令和3年3月にとりまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書においては、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することが重要であるとされている。国においては、こうした観点を踏まえつつ、令和3年度より、心のサポーター（精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する傾聴を中心とした支援者）の養成に向けた研修を開始するなど、精神疾患に係る普及啓発を進めている。</p> <p>また、令和4年6月にとりまとめられた「障害者総合支援法改正施行後3年の見直しについて」（社会保障審議会障害者部会報告書）においては、地域共生社会を実現するために、身近な市町村で精神保健に関する相談支援が受けられる体制を整備することが求められているほか、人権擁護の観点から、入院医療を必要最小限にするための取組や、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組についても求められている。</p>	<p>精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成29年には推定患者数で419万人を超える水準となっている。そのうち、入院患者数は約30.2万人、外来患者数は約389.1万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17.1万人である。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。</p> <p>自殺者数は、平成22年以降は9年連続の減少となっている。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。</p> <p>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。</p>

改正後	改正前
<p>(1) 統合失調症 (患者動態)</p> <p>令和2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約88万人（うち入院患者数は約14万人であり、その中で1年以上長期入院患者数は約11万人）である。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした全国調査では、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、治療法の普及や、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ている。</p> <p>(政策動向)</p> <p>厚生労働省は、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閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（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、平成26年度から平成29年度にかけて、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施した。大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県等が参加し、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</p>	<p>(1) 統合失調症 (患者動態)</p> <p>平成29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79.2万人であり、うち入院患者数は15.4万人である。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「<u>重度かつ慢性</u>」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、平成26年の精神病床における1年以上の長期入院患者数12.1万人のうち、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。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、<u>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。</u></p> <p>(政策動向)</p> <p>厚生労働省は、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閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（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、平成26年度から平成29年度にかけて、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施した。大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県等が参加し、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</p>

改正後	改正前
<p>の地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。<u>また、令和3年度からは、治療抵抗性統合失調症治療薬の投与基準を緩和する等、病状を軽快させる治療法の普及を推進している。</u></p> <p><u>さらに、主治医と相談しながら、症状に合わせ、必要な治療を地域で継続できる体制を整備していくため、令和4年度診療報酬改定において、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合についての評価として、療養生活継続支援加算を新設した。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第8次医療計画</u>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、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法が必要な時に必要な場所で受けられるように、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。</p> <p><u>また、都道府県で統合失調症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数」、「統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「統合失調症を外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数」、「治療抵抗性</u></p>	<p>の地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第7次医療計画</u>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、<u>令和5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、令和5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</u></p>

改正後	改正前
<p><u>統合失調症治療薬を使用した入院患者数（精神病床）」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数」、「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」、「統合失調症の精神病床での入院患者数」、「統合失調症外来患者数」及び「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p>(2) うつ病・躁うつ病 (患者動態) 令和2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<u>約 172 万人</u>（うち入院患者数は<u>約 3 万人</u>）である。</p> <p>(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。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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) 第8次医療計画においては、うつ病・躁うつ病の患者に認知行動療法やmECTが実施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</p>	<p>① <u>令和2年度末、令和5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</u></p> <p>② <u>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。</u></p> <p>(2) うつ病・躁うつ病 (患者動態) 平成29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<u>127 万人</u>（うち入院患者数<u>30 万人</u>）であり、平成11年の総患者数の<u>44 万人</u>（うち入院患者数<u>25 万人</u>）から増加している。</p> <p>(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。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。</p> <p>(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・躁うつ病の患者に認知行動療法やmECTが実施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</p>

改正後	改正前
<p>強化を図る必要がある。この際、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。</p> <p><u>なお、都道府県でうつ病・躁うつ病について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」、「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」、「うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数」及び「うつ・躁うつ病外来患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p>(3) 認知症 (患者動態)</p> <p>我が国における認知症高齢者の数は、<u>調査研究による推計</u>では、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。<u>認知機能低下のある人(軽度認知障害(MCI))</u>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令和7(2025)年には、<u>675万人～730万人、すなわち約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている</u>。なお、<u>令和2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</u></p>	<p>強化を図る必要がある。この際、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。</p> <p>(3) 認知症 (患者動態)</p> <p>我が国における認知症高齢者の数は、<u>現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ</u>、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。<u>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</u>。また、高齢化の進展に伴い令和7(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。なお、<u>平成29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70.4万人であり、うち入院患者数は7.7万人</u>である。</p>

改正後	改正前
<p><u>100.5 万人</u>であり、うち入院患者数は <u>7.6 万人</u>である。</p> <p>(政策動向)</p> <p>認知症施策を政府全体で強力に推進するため、令和元年6月18日、認知症施策推進関係閣僚会議において、「<u>認知症施策推進大綱（以下「大綱」という。）</u>」がとりまとめられた。</p> <p>大綱では、<u>認知症の人や家族等の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくという基本的な考え方</u>の下、<u>5つの柱に沿ってKPIを設定し、施策を推進している</u>。大綱においても、<u>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、認知症の容態の変化に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現していくこととしている</u>。</p> <p><u>大綱は、令和7年までを対象期間としており、令和4年は策定後3年の中間年であることから、各種施策の進捗状況について確認し、一部のKPIを新たに設定するなど必要な対応を行った。</u></p> <p><u>認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センター、地域支援体制づくりや認知症の人や家族等の相談対応等も行う認知症地域支援推進員及び認知症の人の日常診療・相談を担うかかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気づいて本人が安心して暮らして</u></p>	<p>(政策動向)</p> <p>認知症施策を政府全体で強力に推進するため、令和元年6月18日、認知症施策推進関係閣僚会議において、「<u>認知症施策推進大綱（以下「大綱」という。）</u>」がとりまとめられた。</p> <p>大綱では、<u>認知症の人や本人の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくという基本的な考え方のもと、5つの柱に沿って施策を推進している</u>。大綱においても、<u>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た適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現していくこととしている</u>。</p>

改 正 後	改 正 前
<p><u>いけるように適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等を支援に繋げるように努めること。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重要である。さらに日常的に連携機能を有する歯科医療機関や薬局等も、認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導、高齢者のポリファーマシー対策を始めとした薬物療法の適正化のための取組を推進すること。</u></p> <p><u>医療従事者の認知症対応力の向上のために、平成 18 年度より、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担うかかりつけ医の認知症対応力向上研修を実施し、令和 3 年度末時点で受講者数は 72,299 人が受講した。さらに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養成される認知症サポート医は、令和 3 年度末時点で 12,370 人が養成されている。認知症対応力向上研修については、徐々に受講対象職種を拡大し、令和 3 年度末時点で歯科医師 21,824 人、薬剤師 42,564 人、看護師等 25,892 人が受講し、看護師については病院勤務以外を対象に拡大したところであり、今後、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修などにおけるその他の医療職も含め、さらに、認知症の人に関わる医療従事者の研修を進めていくこと。</u></p> <p><u>(地域における医療介護体制の構築)</u></p> <p><u>平成 20 年度より、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人への支援体制の構築を図ることを目的に、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、令和 4 年 10 月末時点において全</u></p>	<p>(新設)</p> <p><u>このため、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人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</u></p>

改正後	改正前
<p>国で<u>499か所の認知症疾患医療センター（基幹型21か所、地域型382か所、連携型96か所）が都道府県及び指定都市により設置されている。</u></p> <p>また、<u>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等を、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平成30年4月までに全市町村に設置した。</u></p> <p>（医療提供体制に関する検討課題）</p> <p><u>認知症医療・介護に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史などを持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要である。</u></p> <p><u>第8次医療計画においては、認知症は誰もがなりうるものであるという前提の下、本人主体の医療・介護</u></p>	<p><u>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30年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は9,878人となっている。</u></p> <p><u>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、令和元年度末時点において全国で456カ所の認知症疾患医療センター（基幹型16カ所、地域型367カ所、連携型73カ所）が設置されている。</u></p> <p><u>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、令和元年度末時点で1,741市町村に設置されている。</u></p> <p>（医療提供体制に関する検討課題）</p> <p><u>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。さらに、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、数値目標も含め大綱に基づき、地域の実情に応じた医療</u></p>

改 正 後	改 正 前
<p><u>の原則が、その提供に携わる全ての者にとって、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の類型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく必要がある。</u></p> <p><u>そのためには、認知症施策推進大綱や介護保険事業（支援）計画との整合性を図りつつ、地域の実情に応じた医療提供体制の整備、具体的には、早期の診断・治療や行動・心理症状（BPSD）への対応等を含む更なる認知症対応力の向上、多職種連携・多施設連携の推進のための地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化等</u>を図る必要がある。その際には、以下について留意されたい。</p> <p>① 早期診断・早期対応のための体制整備 （かかりつけ医、<u>歯科医師、薬剤師及び看護師等の認知症値応力向上と認知症サポート医養成</u>）</p> <p><u>認知症の症状や認知症の早期発見・早期対応、軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族等が小さな異変を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにすること。</u></p> <p>（認知症初期集中支援チームの取組の推進）</p> <p>認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと。（認知症疾患医療センターの整備）</p> <p><u>都道府県は、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り、認知症疾患医療センターを計画的に整備すること。また、基幹型、地域型、連携型の類型毎の認知症疾患医療センターの役割を踏まえた上で、相談及び診断後支援等の体制を含めた事業内</u></p>	<p>提供体制の整備を<u>進める</u>必要がある。その際には、以下について留意されたい。</p> <p>① 早期診断・早期対応のための体制整備について （かかりつけ医、認知症サポート医の養成）</p> <p><u>かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医の養成を進め、身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備すること</u></p> <p>（認知症初期集中支援チームの取組の推進）</p> <p>認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと。（認知症疾患医療センターの整備）</p> <p>（認知症疾患医療センター*等の整備）</p> <p><u>都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センター以外の認知症の鑑別診断を行える医療</u></p>

改正後	改正前
<p>容の充実を図るとともに、さらに事業の評価を実施して事業の質の向上・維持を図っていくこと。</p> <p>認知症疾患医療センターは、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりを進めるとともに、認知症の速やかな鑑別診断、診断後の本人・家族等のフォロー、連携病院での対応を含めた症状増悪期への対応、BPSDや身体合併症に対する急性期医療、BPSD・せん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備などを行うこと。</p> <p>② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進</p> <p>認知症の疑いがある人への早期の気づき、BPSDへの対応等、さらに本人の意思を尊重するために、意思決定支援ガイドラインを活用した認知症の適切な対応力の向上を図る必要があり、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、かかりつけ医、歯</p>	<p>機関**について、二次医療圏における65歳以上人口も踏まえ、計画的に整備を図っていくこと。</p> <p>認知症疾患医療センターについては、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度整備すること。</p> <p>※ 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関</p> <p>※※ 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関</p> <p>（歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上）</p> <p>歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるような体制を整備すること</p> <p>② 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応</p> <p>（病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上）</p> <p>病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること</p>

改正後	改正前
<p><u>科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成のための養成研修をさらに行うこと。</u></p> <p><u>BPSD や身体合併症対応などを行う医療機関では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められている。そのため、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修、看護職員認知症対応力向上研修、病院勤務以外（診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等）の看護師等認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、認知症の人に関わる医療従事者の認知症の疑いがある人への早期の気づき、BPSD への対応等、さらに認知症の適切な対応力の向上を図る必要がある。</u></p> <p>③ <u>医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備</u></p> <p><u>認知症の人にBPSDや身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施されるとともに、退院後も認知症の人のそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築すること。さらに早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること。</u></p> <p><u>(認知症地域支援推進員の取組の推進)</u></p> <p><u>認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと。</u></p>	<p><u>(適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備)</u></p> <p><u>認知症の人に行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること</u></p> <p>③ <u>医療・介護等の有機的な連携の推進</u></p> <p><u>(認知症地域支援推進員の取組の推進)</u></p> <p><u>認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと。</u></p>

改正後	改正前
<p>(認知症ケアパスの活用) 地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族等、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること。</p> <p>(若年性認知症の人やその家族等の支援) <u>若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境などの特徴を踏まえ、認知機能が低下してきてもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関と若年性認知症支援コーディネーターとの連携等、若年性認知症の人やその家族等を支援する関係者のネットワークの構築を推進し、若年性認知症の人の就労・社会参加を進めること。</u></p> <p>(4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害 (患者動態) <u>令和2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約60万人である。</u> <u>また、令和2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）の総患者数は約59万人である。</u></p> <p>(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、<u>公認心理師等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。</u>また、平成24</p>	<p>(認知症ケアパスの活用) 地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること</p> <p>(若年性認知症の人やその家族の支援) 若年性認知症支援コーディネーターと<u>医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること</u></p> <p>(4) 児童・思春期精神疾患 (患者動態) <u>平成29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27.6万人であり、平成11年の総患者数の11.7万人から増加傾向にある。</u></p> <p>(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、<u>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。</u></p>

改正後	改正前
<p data-bbox="257 161 1099 325"> <u>年度より、様々な子どもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、子どもの心の診療ネットワーク事業を実施しており、令和3年3月末時点で、21自治体で実施されている。</u> </p> <p data-bbox="174 775 271 807">(削る)</p> <p data-bbox="257 1129 1099 1425"> <u>また、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</u> </p>	<p data-bbox="1256 161 2114 325"> <u>平成24年度に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29年時点では、23都道府県に所在する医療機関において算定されている。</u> </p> <p data-bbox="1240 336 1760 368"> <u>(医療提供体制に関する検討課題)</u> </p> <p data-bbox="1256 379 2114 722"> <u>第7次医療計画においては、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定された精神病床を持つ病院等の児童・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。</u> </p> <p data-bbox="1173 775 1397 807">(5) <u>発達障害</u></p> <p data-bbox="1240 818 1413 850"> <u>(患者動態)</u> </p> <p data-bbox="1256 861 2114 1074"> <u>平成29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23.3万人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。</u> </p> <p data-bbox="1240 1085 1413 1117"> <u>(政策動向)</u> </p> <p data-bbox="1256 1128 2114 1425"> <u>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</u> </p>

改 正 後	改 正 前
<p>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第8次医療計画</u>においては、「<u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u>」を算定した医療機関、<u>20歳未満の精神疾患を有する患者への入院・外来診療を行っている医療機関等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関</u>や、<u>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</u>。また、<u>児童・思春期精神疾患</u>や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、<u>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</u>。この際、「<u>思春期精神保健研修</u>」や「<u>かかりつけ医等発達障害対応力向上研修</u>」を活用すること。</p> <p><u>なお、都道府県で児童・思春期精神疾患及び発達障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数」、「20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数」、「知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「知的障害を外来診療している医療機関数」、「発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「発達障害を外来診療している医療機関数」、「児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数」、「20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数」、</u></p>	<p>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第7次医療計画</u>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、<u>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</u>。この際、<u>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」</u>を活用すること。</p>

改正後	改正前
<p><u>「20歳未満の精神疾患外来患者数」、「知的障害の精神病床での入院患者数」、「知的障害外来患者数」、「発達障害の精神病床での入院患者数」及び「発達障害外来患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p>(5) 依存症</p> <p>① アルコール依存症 (患者動態)</p> <p><u>令和2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の総患者数は約5万人である。</u></p> <p>(政策動向)</p> <p>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、<u>令和3年3月26日にアルコール健康障害対策推進基本計画（第2期（令和3年度から令和7年度まで））が閣議決定された。</u>本計画で<u>取り組む施策として、都道府県等において、アルコール健康障害に対応できる専門医療機関の質的・量的拡充に向けて、取組を進めると明記されている。</u></p> <p>厚生労働省は、平成29年度より国立病院機構久里浜医療センターを全国拠点機関として指定し、地域において依存症の治療に当たる医療従事者や相談対応に当たる職員等を対象とした研修や、依存症に関する情報発信等を行う「依存症対策全国拠点機関設</p>	<p>(6) 依存症</p> <p>① アルコール依存症 (患者動態)</p> <p><u>平成29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4.6万人であり、平成11年の総患者数の3.7万人⁷から増加している。</u>厚生労働科学研究においては、<u>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。</u></p> <p>(政策動向)</p> <p>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、<u>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。</u>本計画の<u>数値目標として、全ての都道府県において、令和2年度までに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。</u></p> <p>厚生労働省は、平成29年度より国立病院機構久里浜医療センターを全国拠点機関として指定し、地域において依存症の治療に当たる医療従事者や相談対応に当たる職員等を対象とした研修や、依存症に関する情報発信等を行う「依存症対策全国拠点機関設</p>

改 正 後	改 正 前
<p>置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策地域支援事業」を実施している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>第8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、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。</p> <p>なお、都道府県でアルコール依存症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症入院医療管理加算（アルコール依存症）を算定した精神病床を持つ病院数」、「依存症集団療法（アルコール依存症）を外来で算定した医療機関数」、「アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「アルコール依存症を外来診療している医療機関数」、「依存症入院医療管理加算（アルコール依存症）を算定した患者数」、「依存症集団療法（アルコール依存症）を外来で実施した患者数」、「アルコール依存症の精神病床での入院患者数」、「アルコール依存症外来患者数」及び「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹</p>	<p>置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>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、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。</p>

改正後	改正前
<p><u>介患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p>② 薬物依存症 (患者動態) 令和2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約5千人である。 (政策動向) 平成28年12月14日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律(平成28年法律第104号)に基づき、<u>令和5年3月17日に第二次再犯防止推進計画が閣議決定された。</u>本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。 厚生労働省は、平成29年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「<u>依存症対策地域支援事業</u>」を実施している。</p>	<p>② 薬物依存症 (患者動態) <u>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0.3万人であり、平成11年の総患者数の0.1万人から増加している。</u> (政策動向) <u>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。</u>薬物依存症者の再犯(再使用)防止は、<u>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名通知)が策定された。</u> また、平成28年12月14日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律(平成28年法律第104号)に基づき、<u>平成29年12月15日に再犯防止推進計画が閣議決定された。</u>本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援</p>

改 正 後	改 正 前
<p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>第8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、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。</p> <p>なお、都道府県で薬物依存症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「<u>依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数</u>」、「<u>依存症入院医療管理加算（薬物依存症）を算定した精神病床を持つ病院数</u>」、「<u>依存症集団療法（薬物依存症）を外来で算定した医療機関数</u>」、「<u>薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数</u>」、「<u>薬物依存症を外来診療している医療機関数</u>」、「<u>依存症入院医療管理加算（薬物依存症）を算定した患者数</u>」、「<u>依存症集団療法（薬物依存症）を外来で実施した患者数</u>」、「<u>薬物依存症の精神病床での入院患者数</u>」、「<u>薬物依存症外来患者数</u>」</p>	<p>等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。</p> <p>厚生労働省は、平成29年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>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、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。</p>

改正後	改正前
<p>及び「<u>依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数</u>」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</p> <p>③ <u>ギャンブル等依存症</u> (患者動態) 令和2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約3千人である。</p> <p>(政策動向) 平成30年10月に施行されたギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）に基づき、令和4年3月25日に閣議決定されたギャンブル等依存症対策推進基本計画（令和4年度から令和6年度まで）では、令和5年度までを目途に、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。</p> <p>厚生労働省は、平成29年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策地域支援事業」を実施している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p>	<p>③ <u>ギャンブル等依存症</u> (患者動態) 平成29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0.1万人であった。<u>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を行ったところ、調査対象者の過去1年以内のギャンブル等の経験の評価結果から、「ギャンブル等が疑われる者」の割合を、成人の0.8%と推計している。</u></p> <p>(政策動向) 平成30年10月に施行されたギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）に基づき、平成31年4月に、ギャンブル等依存症対策推進基本計画が閣議決定された。本計画では、令和2年度までを目途に、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。</p> <p>厚生労働省は、平成29年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p>

改正後	改正前
<p>第8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、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。</p> <p>なお、都道府県でギャンブル等依存症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症集団療法（ギャンブル依存症）を外来で算定した医療機関数」、「ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関」、「依存症集団療法（ギャンブル依存症）を外来で実施した患者数」、「ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数」、「ギャンブル等依存症外来患者数」及び「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</p> <p>(6) 外傷後ストレス障害（PTSD） （患者動態） 令和2年に医療機関を継続的に受療しているPTSDの総患者数は約7千人である。</p>	<p>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、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。</p> <p>(7) 外傷後ストレス障害（PTSD） （患者動態） 平成29年に医療機関を継続的に受療しているPTSDの総患者数は0.7万人であり、平成11年の総患者数の0.1万人から増加傾向にある。</p>

改正後	改正前
<p>(政策動向)</p> <p>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。</p> <p><u>令和3年3月に策定された第4次犯罪被害者等基本計画（令和3年3月30日閣議決定）</u>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第8次医療計画</u>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。</p> <p><u>なお、都道府県で PTSD について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「PTSD を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「PTSD を外来診療している医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「PTSD の精神病床での入院患者数」、「PTSD 外来患者数」及び「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p>	<p>(政策動向)</p> <p>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。<u>また「ストレス・災害時こころの情報支援センター事業」（国立精神・神経医療研究センター）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。</u></p> <p><u>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）</u>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第7次医療計画</u>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。</p>

(7) 高次脳機能障害

(患者動態)

平成 13～平成 17 年度の高次脳機能障害支援モデル事業における調査では、高次脳機能障害者は、全国に約 27 万人いると推計されている。

(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。支援拠点機関は、令和 4 年 4 月時点で、全国に 120 か所整備している。また、令和 5 年度より、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する地域支援ネットワーク構築促進事業」を地域生活支援促進事業として実施する。高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化する。さらに、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築し、切れ目のない充実した支援体制の促進を図る。

(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。

(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。

改正後	改正前
<p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>第8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。この際、「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」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害支援拠点機関」を活用すること。</p> <p>なお、都道府県で高次脳機能障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「高次脳機能障害支援拠点機関数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</p> <p>(8) 摂食障害 (患者動態)</p> <p>令和2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約4万人である。</p> <p>(政策動向)</p> <p>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。この事業では令和4年度末において、宮城県、千葉県、石川県、静岡県、福岡県の5県が、地域の診療の拠点となる医療</p>	<p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>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。この際、「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」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害支援拠点機関」を活用すること。</p> <p>(9) 摂食障害 (患者動態)</p> <p>平成29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1.5万人であり、平成11年の総患者数の1.1万人から増加している。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。</p> <p>(政策動向)</p> <p>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。この事業では令和元年度末において、宮城県、千葉県、静岡県、福岡県の4県が、地域の診療の拠点となる医療機関を</p>

改 正 後	改 正 前
<p>機関を「<u>摂食障害支援拠点病院</u>」として指定し、<u>摂食障害支援拠点病院</u>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・家族等への技術的支援、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。</p> <p>また、国立精神・神経医療研究センターを「<u>摂食障害全国支援センター</u>」として指定し、<u>摂食障害支援拠点病院</u>の指導・助言、<u>摂食障害支援拠点病院</u>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>第8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、「<u>摂食障害治療支援センター設置運営事業</u>」の取組を参考にしつつ、「<u>摂食障害支援拠点病院</u>」を活用すること。</p> <p>なお、都道府県で摂食障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「<u>摂食障害支援拠点病院数</u>」、「<u>摂食障害入院医療管理加算を算定した病院数</u>」、「<u>摂食障害を外来診療している医療機関数</u>」、「<u>摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数</u>」、「<u>認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数</u>」、「<u>摂食障害入院医療管理加算を算定した患者数</u>」、「<u>摂食障害の精神病床での入院患者数</u>」、「<u>摂食障害外来患者数</u>」、「<u>認知療法・認知行動療法を算定した患者数</u>」及び「<u>摂食障害支援拠点病</u></p>	<p>「<u>摂食障害治療支援センター</u>」として指定し、<u>摂食障害治療支援センター</u>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。</p> <p>また、国立精神・神経医療研究センターを「<u>全国基幹センター</u>」として指定し、<u>摂食障害治療支援センター</u>の指導・助言、<u>摂食障害治療支援センター</u>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>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、「<u>摂食障害治療支援センター設置運営事業</u>」の取組を参考にしつつ、「<u>摂食障害治療支援センター</u>」を活用すること。</p>

改正後	改正前
<p>院における紹介患者数及び逆紹介患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</p> <p>(9) てんかん (患者動態) 令和2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約42万人である。</p> <p>(政策動向) 厚生労働省は、てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、平成27年度より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、令和4年度末において、25都道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかん支援拠点病院と都道府県等との協働により、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、地域の医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関等との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催等の取組を行っている。また、それぞれのてんかん支援拠点病院に、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、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん全国支援センター」として指定し、各支援拠点病院の指導・助言、てんかん支援拠点病院で集積されたデ</p>	<p>(10) てんかん (患者動態) 平成29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21.8万人であり、平成11年の総患者数の23.5万人から減少している。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。</p> <p>(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。この事業では令和元年度末において、17道府県が、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</p>

改正後	改正前
<p>一タの分析・評価等を行っている。 (医療提供体制に関する検討課題) <u>第8次医療計画</u>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事業」の取組を参考にしつつ、「<u>てんかん支援拠点病院</u>」を活用すること。 <u>なお、都道府県でてんかんについて検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「てんかん支援拠点病院数」、「てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数」、「てんかんを外来診療している医療機関数」、「てんかんの精神病床での入院患者数」、「てんかん外来患者数」及び「てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p><u>(10) 精神科救急</u> (基本情報) 精神科救急医療体制整備事業報告に基づく<u>令和2年度の夜間・休日の受診件数は約3.5万件(人口100万人あたり1日0.79件)、入院件数は約1.7万件(同0.38件)</u>となっている。また、消防庁の調査では、<u>令和2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)</u>において、全体の平均が<u>40.6分</u>であったのに対して、精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は<u>44.2分</u>と長かった。</p>	<p>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) <u>第7次医療計画</u>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事業」の取組を参考にしつつ、「<u>てんかん診療拠点機関</u>」を活用すること。</p> <p><u>(11) 精神科救急</u> (基本情報) 精神科救急医療体制整備事業報告に基づく<u>平成30年度の夜間・休日の受診件数は約4.1万件、入院件数は約1.9万件</u>となっている。また、消防庁の調査では、<u>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)</u>において、全体の平均が<u>39.4分</u>であったのに対して、<u>事故種別が「急病」</u>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<u>43.1分</u>と長かった。</p>

改正後	改正前
<p>(政策動向)</p> <p>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、<u>身体疾患を合併している者も含め、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。</u><u>あわせて、厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業の実施要綱に基づき、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。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第 8 次医療計画</u>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。<u>さらに、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と精神科救急入院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。</u>この際、「精神科救急医療</p>	<p>(政策動向)</p> <p>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、<u>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。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>第 7 次医療計画</u>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。<u>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（<u>初期救急医療</u>）と精神科救急入院（<u>第二次救急医療、第三次救急医療</u>）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</u></p>

改正後	改正前
<p>体制整備事業」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。</p> <p><u>なお、都道府県で精神科救急について検討するに当たっては、別表5に示す指標に関連して、「精神科救急医療機関数」、「精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数」、「精神科救急医療体制整備事業における入院件数」、「精神科救急医療体制整備事業における受診件数」及び「精神疾患の救急車平均搬送時間」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p>(11) 身体合併症 (基本情報)</p> <p><u>身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。また、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が発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計されており、救命救急センターの入院患者のうち、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される。</u></p> <p>(政策動向)</p>	<p>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」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。</p> <p>(12) 身体合併症 (基本情報)</p> <p><u>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。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報告がある。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。</u></p> <p>(政策動向)</p>

改正後	改正前
<p>厚生労働省は、<u>精神科救急医療体制整備事業において、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都道府県に求めている。また、令和3年1月に取りまとめられた「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書では、身体合併症対応の充実を図る観点から、一般の救急医療機関に搬送等された精神障害を有する方等及び地域住民の対応について、対診や訪問、電話等による助言等を行う取組が可能となるよう必要な体制整備を図る必要があるとともに、精神科救急医療体制整備に関わる関係団体、精神科病院や精神科診療所は、一般の救急医療体制における会議体へ参画し、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要があるとしている。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。</u></p> <p><u>いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められる。</u></p> <p><u>このような中で、第8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</u></p>	<p>厚生労働省は、<u>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。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p><u>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</u></p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>また、新型コロナウイルス感染症をはじめとした新興感染症について、定期的に外来を受診又は在宅医療を受けている精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合や、精神病床に入院した患者が新興感染症に罹患した場合等に対応が可能な医療機関を明確にする必要がある。</p> <p>なお、都道府県で身体合併症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例のうち、(10)精神科救急で挙げた指標例に加え、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数」、「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数」、「精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数」、「精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数」、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数」、「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数」、「精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数」及び「精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</p> <p>(12) 自殺対策 (基本情報)</p> <p>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22年以降は10年連続で減少していたが、新型コロナウイルス感染症の流行下で自殺の</p>	<p>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。</p> <p>(13) 自殺対策 (基本情報)</p> <p>警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の平成30年の自殺者数は2万840人であり、平成22年以降、9年連続の減少となっている。しかし、日本</p>

改正後	改正前
<p><u>要因となる様々な状況等が悪化したことなどにより、令和2年に増加に転じた。令和4年の自殺者数は21,881人となり、対前年比では874人（約4.2%）の増加となった。男女別にみると、男性は13年ぶりの増加、女性は3年連続の増加となり、小中高生は514人と過去最多となった。また、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、10～39歳の各年代の死因の第1位は自殺となっている。</u></p> <p>（政策動向）</p> <p>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。更に、自殺を巡る実態を踏まえ、<u>第4次「自殺総合対策大綱」（令和4年10月14日閣議決定）が策定され、子ども・若者、女性の自殺対策の強化など総合的な自殺対策のさらなる推進等が新たに規定された。</u></p> <p>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</p>	<p>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、10～39歳の各年代の死因の第1位は自殺となっている³。</p> <p>（政策動向）</p> <p>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。更に、<u>改正法の趣旨や自殺を巡る実態を踏まえ、第3次「自殺総合対策大綱」（平成29年7月25日閣議決定）が策定され、適切な精神保健医療福祉サービスのうけられる体制の充実や地域における自殺未遂者等支援の整備等が新たに規定された。</u></p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>対象とした研修を実施しており、さらに、平成30年度からは自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業を開始している。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>第8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。</p> <p>① (略)</p> <p>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。</p> <p>なお、都道府県で自殺対策について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数」、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数」、「救急患者精神科継続支援料を算定した患者数」及び「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</p> <p>(13) 災害精神医療</p> <p>① 災害派遣精神医療チーム (DPAT : Disaster Psychiatric Assistance Team)</p>	<p>を対象とした研修を実施している。平成20年～令和元年度における受講参加者は、1,497人である。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>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。</p> <p>① (略)</p> <p>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。</p> <p>(14) 災害精神医療 (新設)</p>

改正後	改正前
<p>(基本情報) <u>令和5年1月時点で、全国46都道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。</u></p> <p>(政策動向) <u>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体制整備事業を通じて、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。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) <u>第8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。その際、「DPAT体制整備事業」を参考にしつつ、「DPAT先遣隊登録機関」を活用すること。なお、検討に当たっては、DPATの業務として、令和4年12月に成立した「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(令和4年法律第96号。以下「令和4年改正法」という。)におけるDPATの法定化の施行に向け、新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応が明確にされることも踏まえること。</u></p> <p><u>また、都道府県で災害精神医療について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「DPAT先遣隊登録機関数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p>	<p>(基本情報) <u>令和元年11月時点で、全国40府県45自治体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。</u></p> <p>(政策動向) <u>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。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) <u>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。その際、「DPAT事務局事業」を参考にしつつ、「DPAT先遣隊登録医療機関」を活用すること。</u></p>

改正後	改正前
<p>② <u>災害拠点精神科病院</u> (基本情報) 令和5年1月時点で、<u>全国22都府県において災害拠点精神科病院が整備されている。</u></p> <p>(政策動向) <u>「災害拠点精神科病院の整備について」(令和元年6月20日付け医政発0620第8号厚生労働省医政局長・障発0620第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)により、災害拠点精神科病院については人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数の整備を行っている。</u></p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) <u>令和5年1月時点で、25道府県において災害拠点精神科病院が未整備の状況であるため、第8次医療計画においては、人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮しながら、県内において少なくとも1医療機関の指定を行うこと。</u></p> <p>(14) <u>医療観察法における対象者への医療</u> (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<u>令和2年12月末までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は3,695件、通院処遇決定は678件</u>となっている。<u>令和4年4月1日時点における入院者数は818名</u>であり、その疾病別内訳は、統合失調症等</p>	<p>(新設)</p> <p>(15) <u>医療観察法における対象者への医療</u> (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<u>平成30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3,246件、通院処遇決定は622件</u>となっている。<u>令和2年1月1日時点における入院者数は756名</u>であり、その疾病別内訳は、統合失調症等</p>

改正後	改正前
<p>(F2) が約 83.4%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1) 及び気分障害 (F3) が約 10.6% である。</p> <p>(政策動向)</p> <p>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の人口 100 万人当たり 2～3 か所程度、全国で 382 か所を目標として整備を進めてきた。令和 4 年 4 月 1 日時点における指定入院医療機関は全国で 34 か所、予備病床を含めて 850 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、令和 4 年 4 月 1 日時点における指定通院医療機関は全国で 689 か所 (597 病院、92 診療所) あり、必要数を満たしているが、引き続き、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していく必要がある。</p> <p>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>第 8 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^{ととも}に、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</p>	<p>(F2) が約 81.9%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1) 及び気分障害 (F3) が約 6% である。</p> <p>(政策動向)</p> <p>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 か所、人口 100 万人当たり 2～3 か所程度、指定通院医療機関として全国で 382 か所を目標として整備を進めている。令和 2 年 1 月 1 日時点における指定入院医療機関は全国で 33 か所、予備病床を含めて 833 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、令和 2 年 1 月 1 日時点における指定通院医療機関は全国で 654 か所 (574 病院、80 診療所) あるが、一部の地域で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。</p> <p>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。</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題)</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p><u>なお、都道府県で医療観察法における対象者への医療について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「指定通院医療機関数」及び「指定通院医療機関の患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。</u></p> <p>2 精神疾患の医療体制</p> <p><u>令和2年における精神病床を有する病院数は1,622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1,059病院である。令和2年における精神病床数は32万4,481床であり、平成26年の33万8,174床から減少している。</u></p> <p><u>令和2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4,399診療所であり、平成26年の3,890診療所から増加している。</u></p> <p><u>令和2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1万7,375人であり、平成26年の1万6,090人から増加している。平成26年と令和2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1.06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1.13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。</u></p> <p><u>令和3年における精神科訪問看護を実施した施設は6,449施設であり、平成29年の4,060施設から増加している。令和3年における精神科訪問看護を実施した訪問看護ステーションの割合は38.6%であり、平成29年の32.5%から増加している。</u></p>	<p>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。</p> <p>2 精神疾患の医療体制</p> <p><u>平成30年における精神病床を有する病院数は1,637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1,058病院である。平成30年における精神病床数は32万9,692床であり、平成11年の35万8,449床から減少している。</u></p> <p><u>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診療所であり、平成11年の2,001診療所から増加している。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。</u></p> <p><u>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人であり、平成16年の1万3,353人から増加している。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。</u></p> <p><u>平成30年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は921病院であり、平成19年の946病院から減少している。</u></p>

改正後	改正前
<p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 目指すべき方向</p> <p>前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、<u>行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制の構築を進める必要がある。具体的には、以下のとおりである。</u></p> <p>① <u>精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神</u></p>	<p>平成31年における訪問看護ステーションは10,783事業所であり、平成19年の5,275事業所から約2.0倍に増加している。<u>平成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。</u></p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 目指すべき方向</p> <p>前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、<u>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。</u></p> <p>(1) <u>精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築</u></p> <p>① <u>地域住民の精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援*の実践に向けた効果的な普及・啓発の推進</u></p> <p>※ <u>初期支援とは、心の健康問題を抱える人に対して、専門家の支援の前に身近な人によって提供される応急処置のことをいう。</u></p> <p>② <u>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</u></p> <p>③ <u>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</u></p>

改正後	改正前
<p>科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。</p> <p>② また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らす全ての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。</p> <p>なお、精神病床における隔離・身体的拘束は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律上、精神科実務経験を有し法律等に関する研修を修了した精神保健指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われるものであるが、隔離・身体的拘束の最小化に対する取組が求められていることから、医療計画においても、こうした観点を踏まえることは重要であり、別表5に示す指標例のうち、「隔離指示件数」、「身体的拘束指示件数」を参考にすることが望ましい。</p> <p>2 各医療機能と連携 (略)</p> <p>(1) 地域精神科医療提供機能</p> <p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者本位の精神科医療を提供すること ・ ICF（国際生活機能分類 WHO2001年：International Classification of Functioning, 	<p>※ 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。</p> <p>(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>2 各医療機能と連携 (略)</p> <p>(1) 地域精神科医療提供機能</p> <p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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

改正後	改正前
<p>Disability and Health) 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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>② 医療機関に求められる事項（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、<u>公認心理師</u>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 <p>(2) 地域連携拠点機能</p> <p>① （略）</p> <p>② 医療機関に求められる事項（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、<u>公認心理師</u>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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>② 医療機関に求められる事項（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、<u>臨床心理技術者</u>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 <p>(2) 地域連携拠点機能</p> <p>① （略）</p> <p>② 医療機関に求められる事項（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、<u>臨床心理技術者</u>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

改正後	改正前
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>(3) 都道府県連携拠点機能</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関に求められる事項(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、<u>公認心理師</u>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 	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>(3) 都道府県連携拠点機能</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関に求められる事項(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、<u>臨床心理技術者</u>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

改 正 後	改 正 前
<p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 現状の把握</p> <p>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、現状を把握すること。</p> <p>さらに、(3)に示す、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こと。</p> <p>なお、(1)及び(2)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。</p> <p>(1) 患者動向に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ こころの状態（国民生活基礎調査） 	<p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 現状の把握</p> <p>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。</p> <p>さらに、(3)に示す、<u>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。その際、精神疾患の医療体制を構築するに当たっての現状の把握にあたって、地域の精神保健医療福祉資源の活用実態状況を網羅的に把握できる地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD※）を参考にすること。</u></p> <p><u>※ 地域精神保健福祉資源分析データベース（ReMHRAD）の活用（事業報告）</u></p> <p><u>ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database）は、医療計画における別表5の都道府県別の指標の状況、精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）、訪問看護ステーション及び障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡、各社会資源の位置情報等について表示するデータベースであり、各自治体の行政担当者等が政策を作成する際に活用すること。</u></p> <p>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。</p> <p>(1) 患者動向に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ こころの状態（国民生活基礎調査）

改正後	改正前
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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） ・ 精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料） ・ <u>3か月以内再入院率</u>（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、<u>医師・歯科医師・薬剤師統計</u>、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、精神保健福祉資料） ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、<u>精神保健福祉資料</u>） ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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） ・ <u>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）</u> ・ <u>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）</u> ・ <u>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）</u> ・ 精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料） ・ <u>3ヶ月以内再入院率</u>（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

改正後	改正前
<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告） ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告） ・ 認知症疾患医療センターの指定数（事業報告） ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告） <p>(3) 指標による現状把握 別表5に掲げるような、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こと。</p> <p>2 圏域の設定</p> <p>(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、<u>圏域（精神医療圏）を設定すること。</u></p> <p>(2) （略）</p> <p>(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こと。</p> <p>(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こと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告） ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告） ・ 認知症疾患医療センターの指定数（事業報告） ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告） <p>(3) 指標による現状把握 別表5に掲げるような、<u>医療機能ごと及び</u>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。</p> <p>2 圏域の設定</p> <p>(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、<u>圏域（精神医療圏）を設定する。</u></p> <p>(2) （略）</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>

改正後	改正前
<p>3 連携の検討</p> <p>(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、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネー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こと。</p> <p>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の共有に努めること。</p> <p>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に努めること。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。</p> <p>(2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「<u>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</u>」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。</p> <p>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</p>	<p>3 連携の検討</p> <p>(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、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネー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。</p> <p>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の共有に努める。</p> <p>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に努める。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。</p> <p>(2) 保健所は、「<u>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</u>」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「<u>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</u>」（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。</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>(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、訪問看護事業所等）の名称を記載すること。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。<u>可能な限り</u>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。</p> <p>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こと。 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こと。</p> <p>5 数値目標</p>	<p>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。</p> <p>(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。<u>できる限り</u>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。</p> <p>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。</p> <p>5 数値目標</p>

改正後	改正前
<p>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表5を踏まえて設定し、医療計画に記載すること。</p> <p><u>目標時期については、基準病床数の算定において令和8年を設定時期としていることに留意すること。</u></p> <p><u>また、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、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとし、特に、別表5にアウトカムとして示す項目のうち、「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数」、「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」については、障害福祉計画においても成果目標として設定されていることから、当該数値との整合に留意すること。</u></p> <p>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。</p> <p>6 施策</p> <p>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<u>行う施策・事業について、医療計画に記載すること。</u></p> <p>7 評価</p>	<p>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。</p> <p>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、<u>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。</u></p> <p>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。</p> <p>6 施策</p> <p>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<u>行う施策・事業について、医療計画に記載する。</u></p> <p>7 評価</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>8 公表</p> <p>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<u>こと</u>。</p>	<p>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。</p> <p>8 公表</p> <p>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<u>ものとする</u>。</p>