

地域精神保健医療体制の現状について

(1)これまでの精神保健医療福祉施策の動向

精神保健医療福祉施策の近年の動向

精神保健福祉法

- 平成16年9月
厚生労働省精神保健福祉対策本部報告
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(①参照)
- 平成17年11月
精神保健福祉法改正(精神科病院等に対する指導監査体制の見直し等)
- 平成21年9月
今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(②参照)
- 平成22年12月
精神保健福祉法改正(精神障害者の地域生活を支える精神科救急医療の整備等)
- 平成24年6月
精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会
〈今後の方向性に関する意見の整理〉(③参照)
- 平成25年6月
精神保健福祉法改正(④参照)
・精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定
・保護者制度の廃止 ・医療保護入院の見直し
・精神医療審査会に関する見直し
- 平成25年12月
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 とりまとめ(⑤参照)
- 平成26年7月
長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会 とりまとめ(⑥参照)

医療法

- 平成18年6月
第5次改正
・都道府県の医療対策協議会制度化
・医療計画制度の見直し
・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け
- 平成23年7月
医療計画への精神疾患の追加(省令改正)(資料⑦)
- 平成26年6月
第6次改正(資料⑧)
・病床機能報告制度の創設
・地域医療構想の策定
・地域医療介護総合確保基金の創設
・地域医療構想調整会議の設置

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

①

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部 平成16年9月（抜粋）

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を押し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(目標)

- 各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする。
- 各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする。

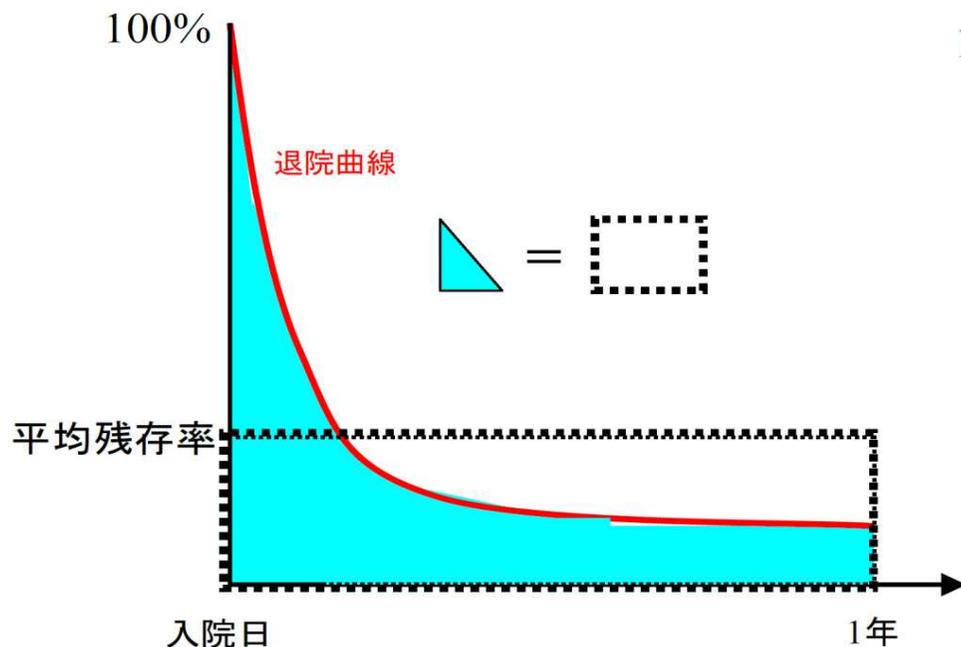
※ この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療(社会復帰リハビリテーション等)と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

精神保健医療福祉の改革ビジョン
精神保健福祉対策本部 平成16年9月（抜粋）

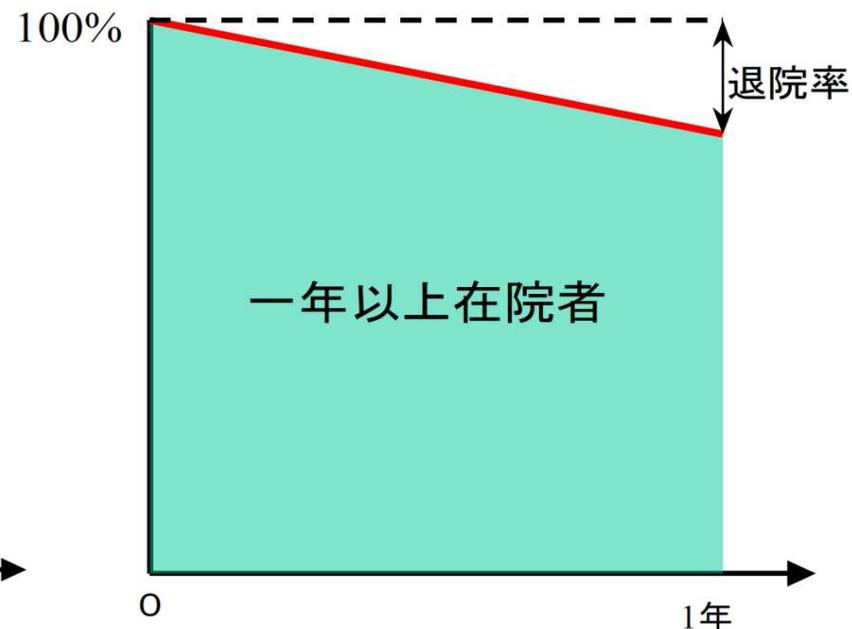
平均残存率（一年未満群）



1年以内の退院（残存）曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。

平均残存率に毎年新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

退院率（一年以上群）



1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの。

退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部 平成16年9月（抜粋）

①-4

達成目標の実現による必要病床数の減少

新規入院患者及び1年以上入院患者の退院促進について、現時点において上位3～5県で達成されている目標数値（平均残存率、退院率）を、各都道府県が目指すべき達成目標として設定。

（1年未満：平均残存率24%、1年以上：退院率29%）

→ 達成目標をベースに今後10年間の必要病床数を試算すると、2015年には必要病床数は約7万床減少。

| | 現在 (2003年) | 2010年 | 2015年 | 現在との差 |
|--------|---------------|---------|---------|------------------|
| 全体の病床数 | 約35.4万床 | 約31.7万床 | 約28.2万床 | 約7.2万床 → 約7万床 |
| うち1年未満 | (約10.7万床) | 約9.7万床 | 約8.6万床 | (約2.1万床) |
| うち1年以上 | (約24.8万床) | 約21.9万床 | 約19.6万床 | (約5.2万床) |

※ 現在の病床数の内訳については、全体の病床数を平成14年6月時点の1年未満・1年以上入院患者数の比率で按分した。

（試算の前提）

- 1 全国を一つの地域として計算（流入等はない、加算はない等）
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分（20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上）で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、 後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

地域生活支援体制の強化

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

普及啓発の重点的实施

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする
共生社会の実現

今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方

「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速。

改革の基本的方向性

精神保健医療体系の再構築

- 人員の充実等による精神保健医療水準の向上
- 精神医療の提供体制を、入院医療を中心とする体制から、精神障害者の地域生活を支える機能（訪問診療、訪問看護等）を中心とする体制へと再編
- 病気や疾患等に応じた、病床の機能分化や地域における精神医療提供体制の姿の提示
- 統合失調症、認知症、身体合併症を軸とした入院医療の再編・重点化
- 統合失調症患者の地域移行の更なる推進、認知症等の高齢精神障害者への介護保険サービスの活用等を通じた精神病床数の適正化

精神医療の質の向上

- 薬物療法をはじめとする標準的な治療の実施を促すための取組の更なる推進
- 精神疾患の原因や実態の解明等の研究開発の推進

地域生活支援体制の強化

- 精神科救急、在宅医療等、精神障害者の地域生活を支える医療体制の一層の充実
- 相談支援・ケアマネジメント機能の充実強化、障害福祉サービス（住まいの場の確保、就労支援等）の拡充
- 精神障害者同士、家族同士のピアサポートの普及等、精神障害者・家族の視点に立った支援体制の構築

普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

- 精神障害者本人に対する啓発に加え、地域移行を円滑にするための普及啓発の方策の具体化
- 国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発への重点化

今後の課題

- 家族の同意による入院制度・保護者制度のあり方、未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方等の精神保健福祉法の課題に関する検討に着手すべき。
- 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定とともに、新たな重点施策群の策定や目標値の設定等の対応を図るべき。

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

③-1

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

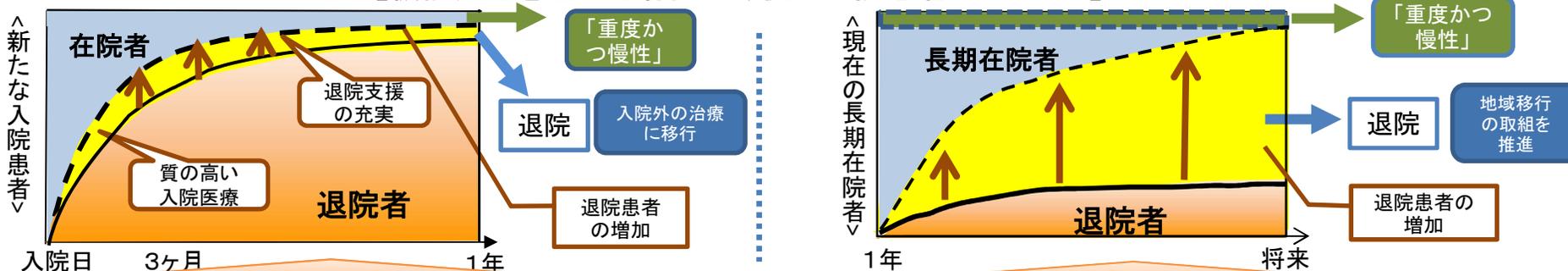
<精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

<精神病床の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神病床の機能分化**を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



○ **3か月未満**について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **3か月～1年未満**について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ**患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱い**とする。

○ **精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行**させる仕組みを作る。

○ **現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**多職種で3対1の人員配置基準**とする。

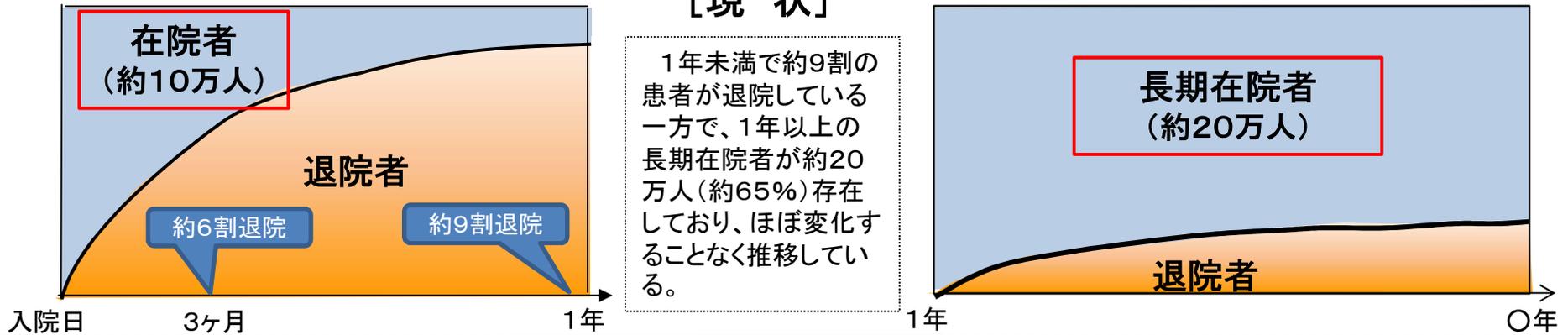
さらに、**開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

[現状]



1年未満で約9割の患者が退院している一方で、1年以上の長期入院者が約20万人（約65%）存在しており、ほぼ変化することなく推移している。

今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

現在の長期入院者への対応

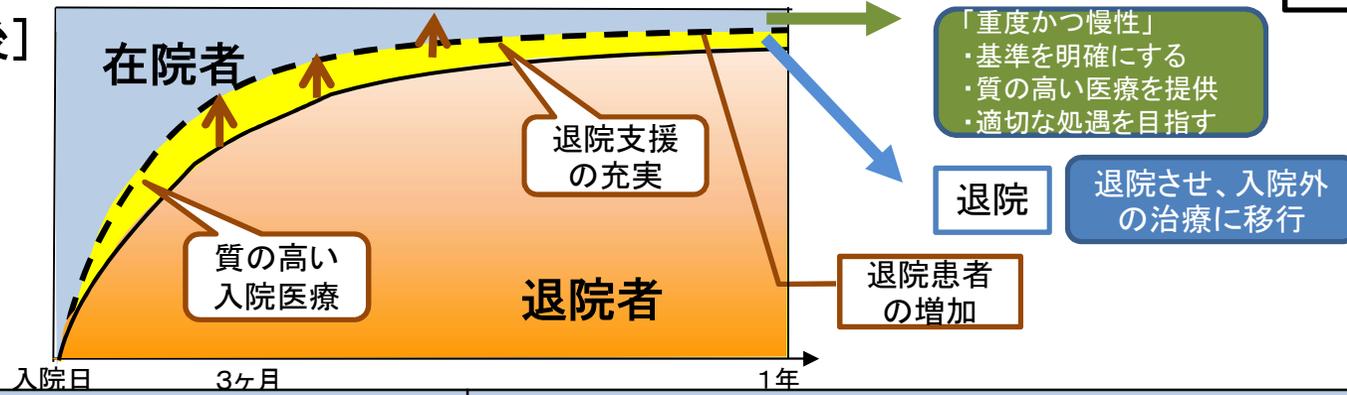
- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

③-2-2

[今後]



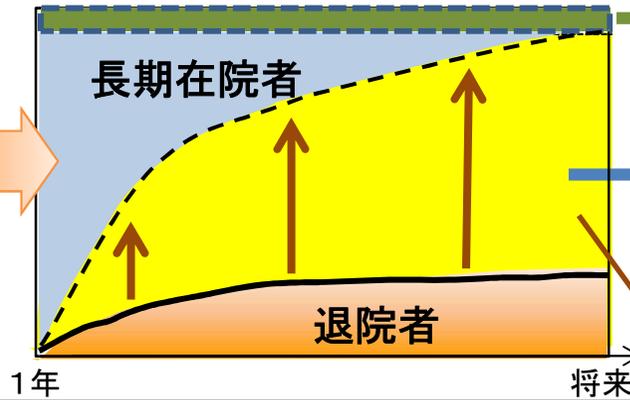
| | | |
|----------------|---|--|
| | 3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者) | 3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者) |
| 人員体制、地域移行の取組など | <ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 <ul style="list-style-type: none"> ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する | <ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する |
| | 重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく | |

現在の長期在院者への対応

③-2-3

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

地域移行の取組をより一層促進する

退院

退院患者の増加

| | | | |
|--|---|------|---|
| <p>現在の長期在院者(「重度かつ慢性」を除く) (精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者)</p> | | | |
| 地域移行の取組 | <ul style="list-style-type: none"> ○長期在院者の地域移行を推進するため、 <ul style="list-style-type: none"> ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する | 人員体制 | <ul style="list-style-type: none"> ○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする |
| その他の意見 | <ul style="list-style-type: none"> ○地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がいい ○地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき ○長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等に対応すべきとの意見があった。 ○地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である ○長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき | 療養環境 | <ul style="list-style-type: none"> ○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする |

※精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 今後の方向性に関する意見の整理(平成24年6月28日)より抜粋

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

④

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種チームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア-1〕退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

〔ア-2〕本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援（退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援） 等

〔イ〕地域生活の支援

- ・居住の場の確保（公営住宅の活用促進等）
- ・地域生活を支えるサービスの確保（地域生活を支える医療・福祉サービスの充実） 等

〔ウ〕関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。（財政的な方策も併せて必要）
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

〔イ〕地域生活の支援

(2) 地域生活を支えるサービスの確保

①医療サービス

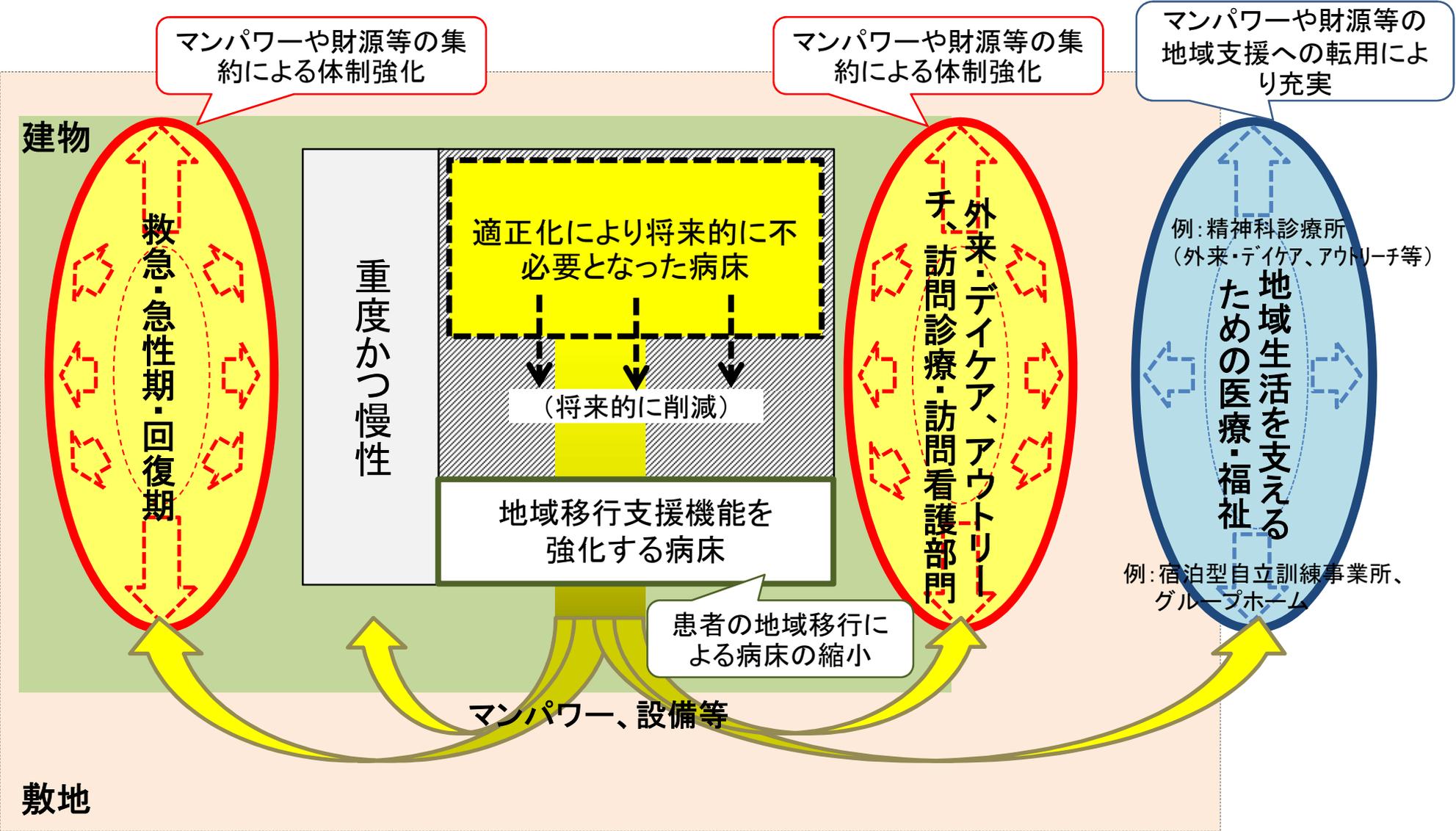
- ・地域生活を送る上で効果的な外来医療やデイケア等の在り方について、検討する。
- ・アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)の充実を推進するため、保健所等が行うアウトリーチにより退院後の医療へのアクセスの確保を図るとともに、病院が行うアウトリーチについては、退院後の継続的な支援を行うことができるよう、外部の支援者との連携を図る。
- ・往診や訪問診療の充実を推進する。
- ・訪問看護ステーション等で行われる精神科訪問看護の充実を図る。
- ・退院後の居住先や障害福祉サービスを行う事業所等においても、継続的に病院のスタッフが訪問することで、支援を受けることができるようにする。
- ・病院と診療所及び障害福祉サービス事業所との連携を強化する。

3. 病院の構造改革

(1)病院の構造改革に向けて

- 精神病床については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床と、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床とを分けて考えることが必要。
 - ※重度かつ慢性の定義は現在検討中
 - ※身体合併症のある精神障害者については、病状等が様々であることからその入院医療の在り方については別途検討が必要
 - ※新たに入院する精神障害者が原則1年未満で退院するための体制整備により、現在の入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床にはできる限り新たな精神障害者が流入しないことが前提。そのため、回復期の病床の在り方について早急に検討が必要
 - 病院は医療を提供する場であることから、入院医療については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者に対するもの等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。
- (2)急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策

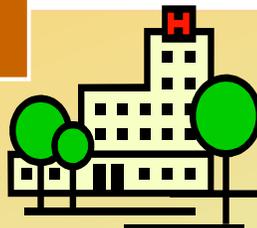
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



※「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性〈概要編〉」(平成26年7月14日)より抜粋

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

精神科病院



身体合併症を有する精神疾患患者への医療

- 精神病棟での特に重篤な急性疾患等への対応(身体合併症加算の対象疾患拡大)

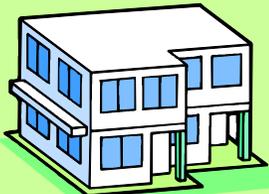
- 精神科病院からの患者の受入の評価

- いわゆる「総合病院」精神病棟の手厚い医師配置の評価
- リエゾンチーム医療の推進
- 精神症状を伴う救急搬送患者に対する精神科医の診断治療
- 総合入院体制加算における精神疾患患者受入の要件の強化
- 自殺企図者に対する継続的な指導

総合的な機能を有する病院

専門的な精神医療の充実

- 専門的な児童思春期精神科外来医療の充実
- 薬物依存症に対する集団療法の新設
- 医師・看護師による認知療法・認知行動療法の充実
- 向精神薬の適切な処方への推進



長期入院患者の地域移行

- 「地域移行機能強化病棟」の新設による重点的な地域移行の取り組み

- 地域移行に関する評価の充実

地域生活支援

- 自宅等で暮らす重症精神疾患患者への集中的な支援

- より自立した生活への移行を促す精神科デイ・ケア等の提供

診療所

障害者総合支援法施行3年後の見直しについて

(社会保障審議会障害者部会 報告書概要／平成27年12月14日)

障害者総合支援法（H25.4施行）の附則で、施行後3年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずることとされている。これを受けて、社会保障審議会障害者部会で平成27年4月から計19回にわたり検討を行い、今後の取組についてとりまとめた。

1. 新たな地域生活の展開

(1) 本人が望む地域生活の実現

- 障害者が安心して地域生活を営むことができるよう、地域生活支援拠点の整備を推進（医療との連携、緊急時対応等）。
- 知的障害者や精神障害者が安心して一人暮らしへの移行ができるよう、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力・生活力等を補う支援を提供するサービスを新たに位置付け。
あわせて、グループホームについて、重度障害者に対応可能な体制を備えたサービスを位置付け。また、障害者の状態とニーズを踏まえて必要な者にサービスが行き渡るよう、利用対象者を見直すべきであり、その際には、現に入居している者に配慮するとともに、障害者の地域移行を進める上でグループホームが果たしてきた役割や障害者の状態・ニーズ・障害特性等を踏まえつつ詳細について検討する必要。
- 「意思決定支援ガイドライン(仮称)」の作成や普及させるための研修、「親亡き後」への備えも含め、成年後見制度の理解促進や適切な後見類型の選択につなげるための研修を実施。

(2) 常時介護を必要とする者等への対応

- 入院中も医療機関で重度訪問介護により一定の支援を受けられるよう見直しを行うとともに、国庫負担基準について重度障害者が多い小規模な市町村に配慮した方策を講ずる。

(3) 障害者の社会参加の促進

- 通勤・通学に関する訓練を就労移行支援や障害児通所支援により実施・評価するとともに、入院中の外出に伴う移動支援について、障害福祉サービスが利用可能である旨を明確化。
- 就労移行支援や就労継続支援について、一般就労に向けた支援や工賃等を踏まえた評価を行うとともに、就労定着に向けた支援が必要な障害者に対し、一定の期間、企業・家族との連絡調整等を集中的に提供するサービスを新たに位置付け。

2. 障害者のニーズに対するよりきめ細かな対応

(1) 障害児に対する専門的で多様な支援

- 乳児院や児童養護施設に入所している障害児や外出が困難な重度の障害児に発達支援を提供できるよう必要な対応を行うとともに、医療的ケアが必要な障害児への支援を推進するため、障害児に関する制度の中で明確に位置付け。
- 放課後等デイサービス等について、質の向上と支援内容の適正化を図るとともに、障害児支援サービスを計画的に確保する取組として、自治体においてサービスの必要量の見込み等を計画に記載。

(2) 高齢の障害者の円滑なサービス利用

- 障害者が介護保険サービスを利用する場合も、それまで支援してきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援できるよう、その事業所が介護保険事業所になりやすくする等の見直しを実施するなど、障害福祉制度と介護保険制度との連携を推進。
- 介護保険サービスを利用する高齢の障害者の利用者負担について、一般高齢者との公平性や介護保険制度の利用者負担の在り方にも関わることに留意しつつ、その在り方についてさらに検討。

(3) 精神障害者の地域生活の支援

- 精神障害者の地域移行や地域定着の支援に向けて、市町村に関係者の協議の場を設置することを促進するとともに、ピアサポートを担う人材の育成等や、短期入所における医療との連携強化を実施。

(4) 地域特性や利用者ニーズに応じた意思疎通支援

- 障害種別ごとの特性やニーズに配慮したきめ細かな対応や、地域の状況を踏まえた計画的な人材養成等を推進。

3. 質の高いサービスを持続的に利用できる環境整備

(1) 利用者の意向を反映した支給決定の促進

- 主任相談支援専門員(仮称)の育成など、相談支援専門員や市町村職員の資質の向上等に向けた取組を実施。

(2) 持続可能で質の高いサービスの実現

- サービス事業所の情報公表、自治体の事業所等への指導事務の効率化や審査機能の強化等の取組を推進。
- 補装具について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合など、個々の状態に応じて、貸与の活用も可能とする。
- サービス提供を可能な限り効率的なものとする等により、財源を確保しつつ、制度を持続可能なものとしていく必要。 21

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律案（概要）

趣旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日(2.(3)については公布の日)

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
 - ※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
 - ※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

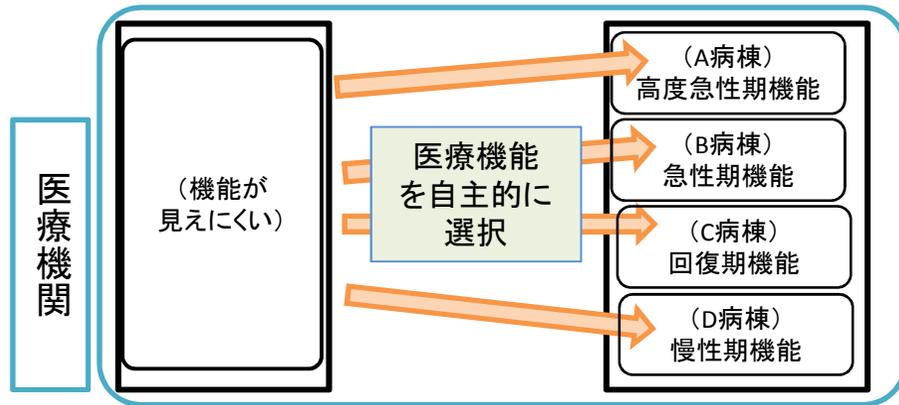
4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

地域医療構想策定ガイドラインにおける 精神科医療の位置づけについて

I 地域医療構想の策定

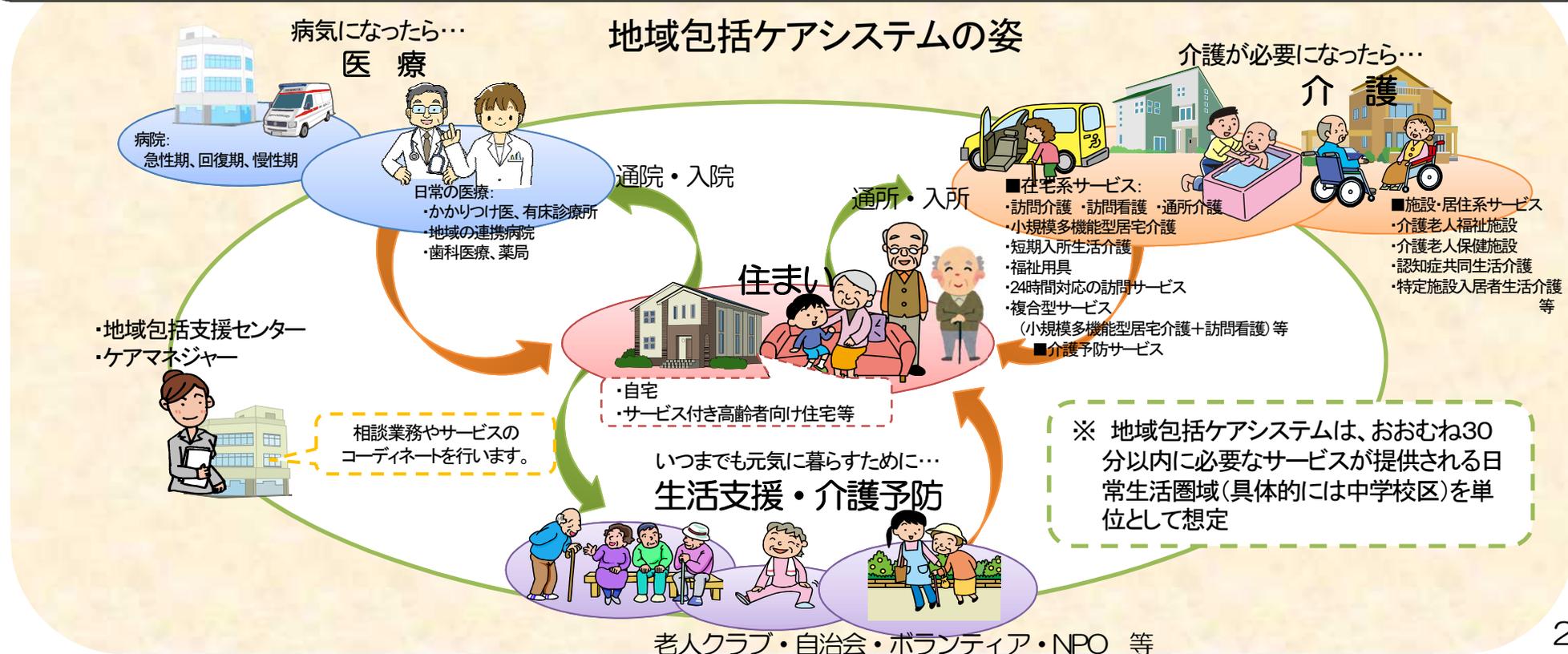
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

(1) 施策の基本的考え方

- 特に精神疾患については、医療計画に位置付けられており、一般医療と精神科医療の連携は重要であることから、地域医療構想を策定するに当たっては、地域における精神科医療も含め検討することが必要である。その際、精神科医療については、「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231号)等に基づき、精神科医療の質を良質かつ適切なものとするために、機能分化を進め、長期入院精神障害者を始めとする精神障害者の地域移行をより一層進めることとしており、こうした方向性を踏まえることが重要である。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



(2) 精神病床のさらなる機能分化について

これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について

【新たに入院する精神障害者】

- 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供する体制を確保する。(※1)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床

| | 3ヶ月未満 (精神科救急・急性期) | 3ヶ月以上1年未満 (回復期) | 1年以上 (重度かつ慢性) |
|----|--|--|---|
| ※1 | <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約 ・精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、精神病床と同等の配置 ・看護職員は、3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定 | <ul style="list-style-type: none"> ・重度かつ慢性の定義は現在検討中 |
| ※2 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指す | <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進 | <ul style="list-style-type: none"> ・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する |
| ※3 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師・看護職員は、一般病床と同等の配置 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、現在の精神病床と同等の配置看護職員は、3対1の配置を基本 | <ul style="list-style-type: none"> ①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき |

- ※1 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(平成26年7月)
- ※2 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25年12月)
- ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について

【現在の長期在院者】

- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する(※2)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

| | 1年以上(重度かつ慢性) 精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床 | 1年以上(重度かつ慢性以外) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床 |
|----|---|---|
| ※1 | ・重度かつ慢性の定義は現在検討中 | ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置 |
| ※2 | ・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する | ・医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する |
| ※3 | ①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき | ・退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるように、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする |

- ※1 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(平成26年7月)
- ※2 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25年12月)
- ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

「重度かつ慢性」の定義について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「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」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を継続中。

「重度かつ慢性」暫定基準案

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて① 行動障害 ② 生活障害のいずれか(もしくは両方)が下記に該当する場合に、治療上の配慮が必要と判定する。
身体合併症については、下記に該当する場合に治療上の特別の配慮が必要と判定する。

1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上
注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル」に準拠する。

2. 行動障害

2月調査で用いた問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。(項目28の「その他」は削除。項目の配列を改め、自傷他害に関連する事項をA項、その他をB項とする。)

3. 生活障害

障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度)の生活障害ありと判定する。ただし、「7. 社会的適応を妨げる行動」は上記の行動障害と重複するので削除する。

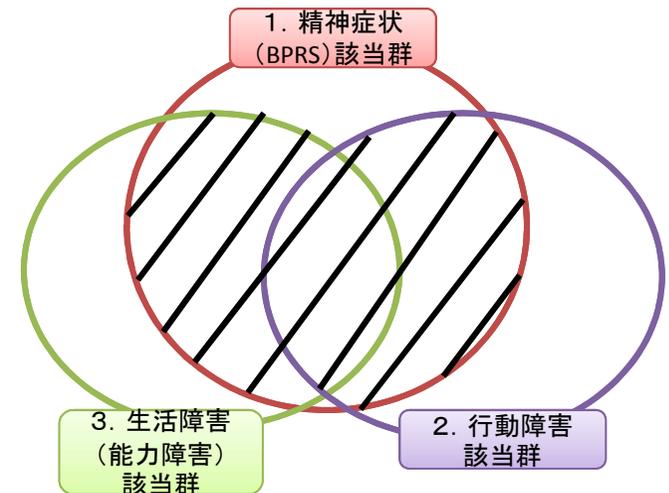
4. 身体合併症

精神症状に続発する下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎

【補足】

上記の行動障害のA項、B項の区別の重み付け、過去の入院歴や社会適応度・必要とされた地域生活支援等の履歴事項については、今後の調査研究の結果を踏まえて検討を行う。さらに、暫定基準案のそれぞれの構成要素についても今後の調査研究により妥当性の検証と修正を実施する予定である。



精神保健医療福祉に関連する計画における入院医療に関する目標値について

H16 H17 H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 H31

精神保健医療福祉の改革ビジョン

目標値：各都道府県の平均残存率（1年未満群）24%以下
各都道府県の退院率（1年以上群）29%以上

第1期

目標値：なし※

第2期

目標値：なし※

※都道府県毎に目標値を設定

第3期

目標値：

①平成26年度の1年未満入院者の平均退院率を平成20年6月30日の調査時点から7%相当分増加させる。

②平成26年度の高齢長期退院者数（5年以上入院していた65歳以上の退院患者数）を直近の数から2割増加させる。

第4期

目標値：

①入院後3か月時点の退院率64%以上

②入院後1年時点の退院率91%以上

③平成29年6月末時点での1年以上の在院者数を平成24年6月末時点の1年以上の在院者数から18%以上削減

障害福祉計画

医療計画

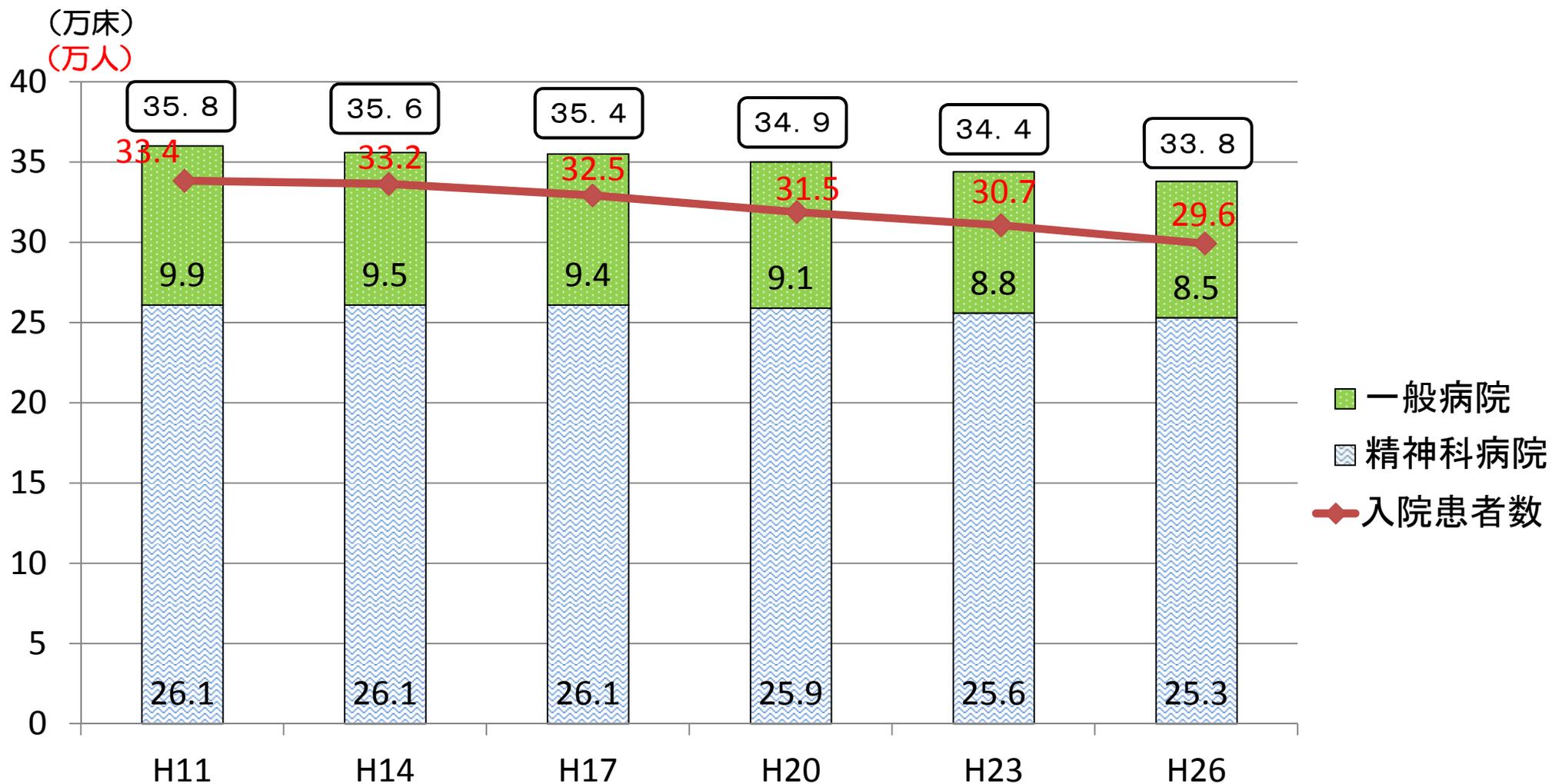
5年間

5年間

精神病床に係る基準病床数の算定方法の見直し

H25年度 精神疾患を追加

精神病床数及び精神病床における入院患者数の推移



※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神病床における患者の動態の年次推移

3ヶ月未満

3ヶ月以上
1年未満

1年以上

H24の新規入院者
：39.0万人
(+3.4万人)
H15：35.6万人

H24の新規入院者
のうち、3か月以上
入院する者
：15.9万人
(+0.7万人)

H15：15.2万人

H24の新規入院者
のうち、1年以上
入院する者
：4.5万人
(-0.4万人)

H15：4.9万人

H25の1年以上入院者数
：19.2万人
(-3.4万人)
H16：22.6万人

H24の
新規入院者
のうち
3か月未満で
退院した者
23.0万人
(+2.6万人)

H15：20.4万人

H24の
新規入院者
のうち
3か月以上1年未満
で退院した者
11.4万人
(+1.1万人)

H15：10.3万人

新規入院者の88%

H25に
退院した
1年以上入院者
4.6万人
(-0.1万人)

H16：4.7万人

(3) 精神障害者を地域で支える医療の在り方

- 精神科デイ・ケア等
- 精神科訪問看護
- 精神障害者に対するアウトリーチ
- 総合的取組

精神科デイ・ケア等の概要

精神科デイ・ケア(S49～)

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき6時間を標準とする。

精神科ナイト・ケア(S61～)

精神障害者の社会機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき4時間を標準とする。

精神科デイ・ナイト・ケア(H8～)

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき10時間を標準とする。

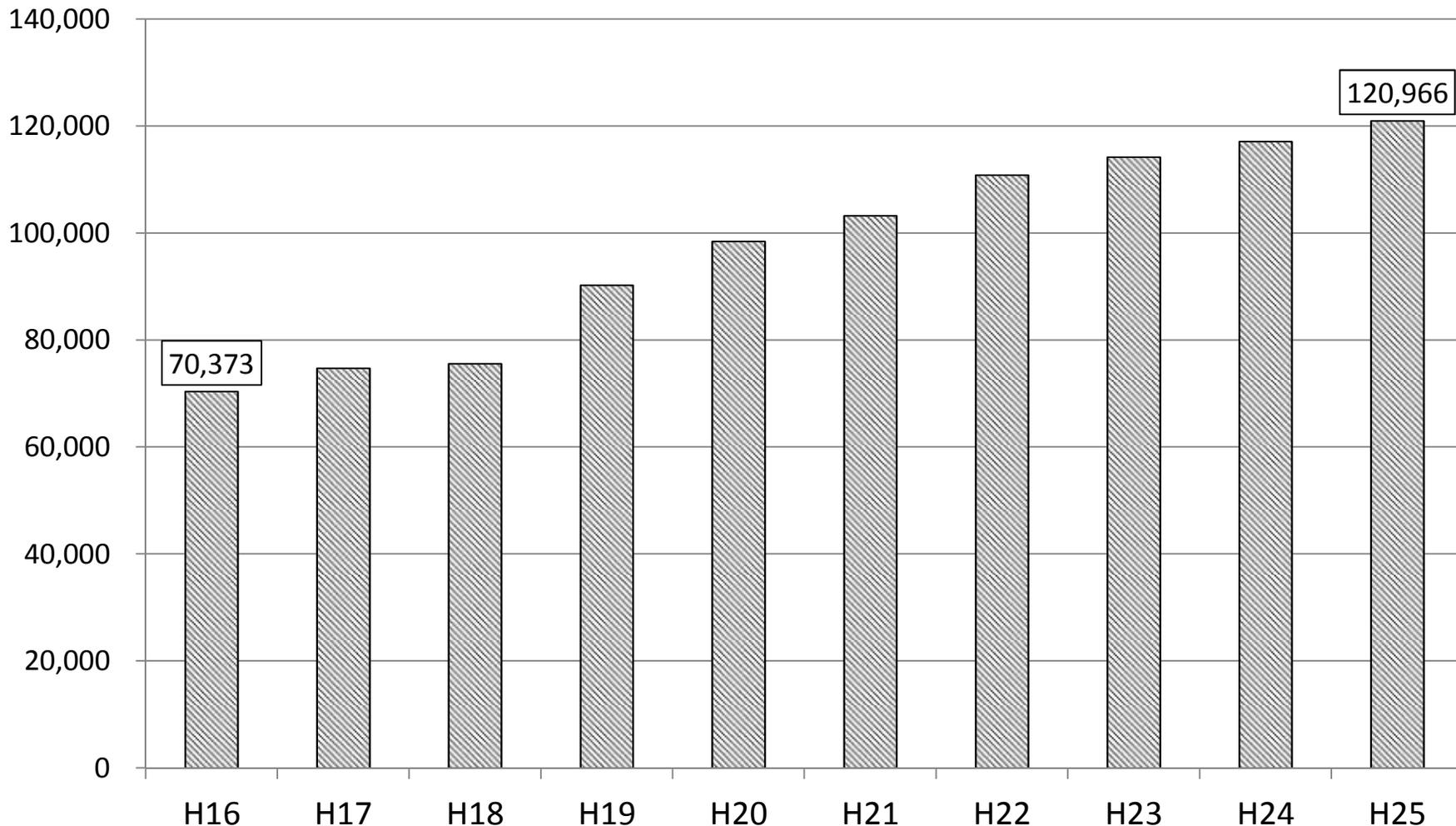
精神科ショート・ケア(H18～)

精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき3時間を標準とする。

精神科デイ・ケア等の利用実人員の年次推移 (各年6月の1ヶ月間)

利用実人員は10年間で約1.7倍に増加

(単位:人)



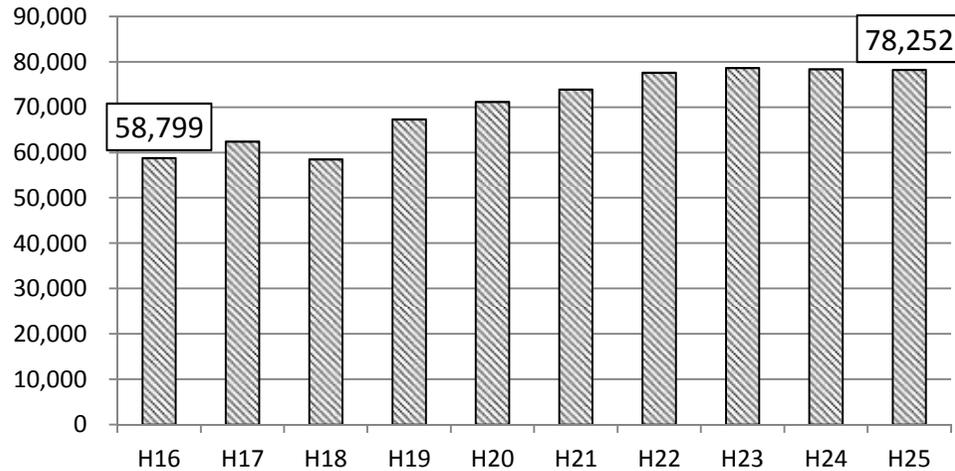
※デイ・ケア等の利用実人員とは、精神科病院及び精神科診療所等における①デイ・ケア、②デイ・ナイト・ケア、③ショート・ケア、④ナイト・ケアそれぞれの利用実人員の合計を示す。

資料:精神・障害保健課調

精神科デイ・ケア等の利用実人員の年次推移 (各年6月の1ヶ月間)

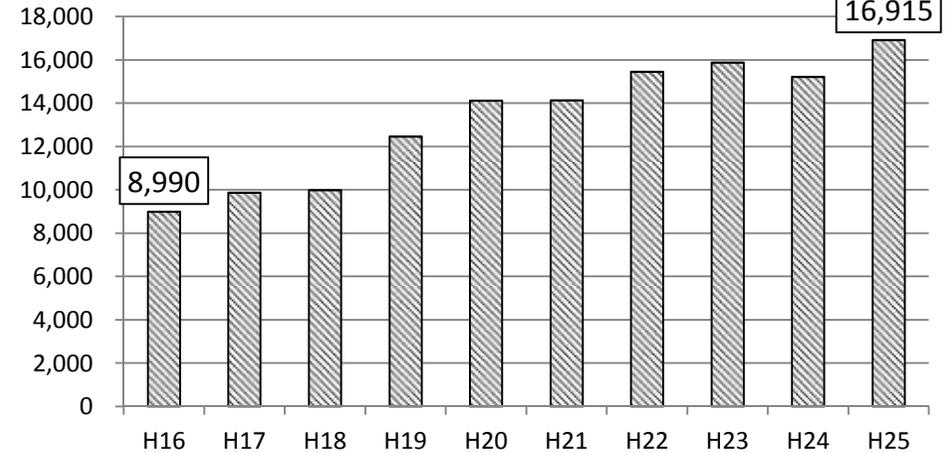
(単位:人)

精神科デイ・ケア



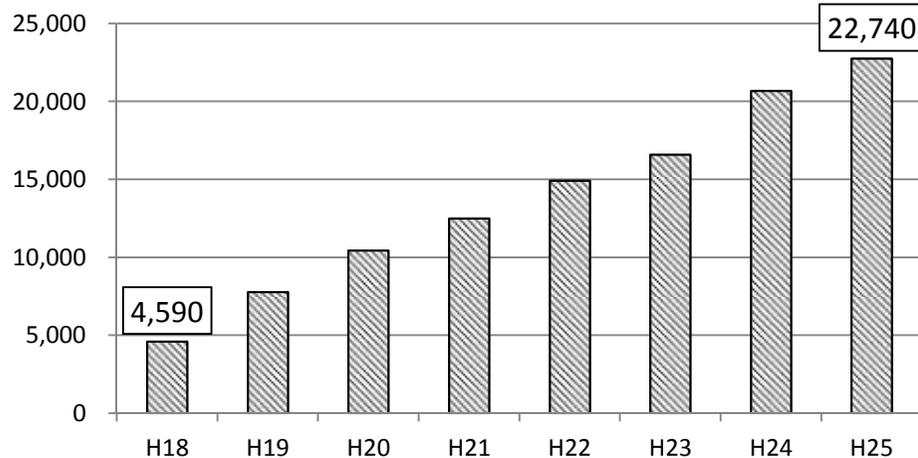
(単位:人)

精神科デイ・ナイト・ケア



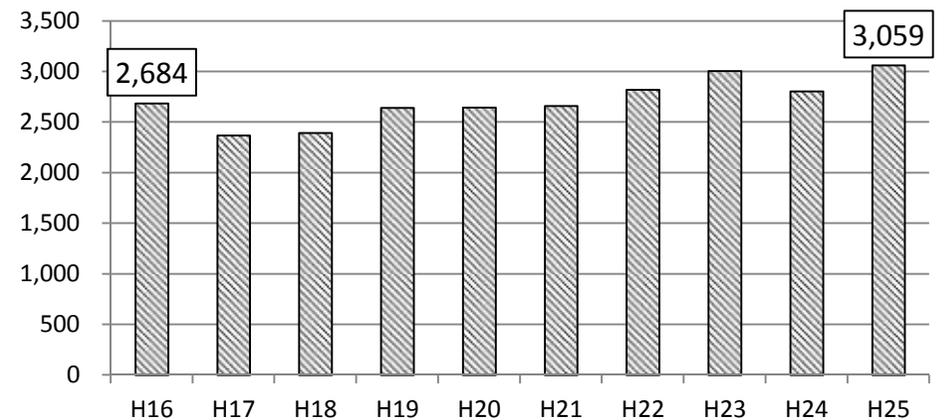
(単位:人)

精神科ショート・ケア



(単位:人)

精神科ナイト・ケア



精神科訪問看護等の概要

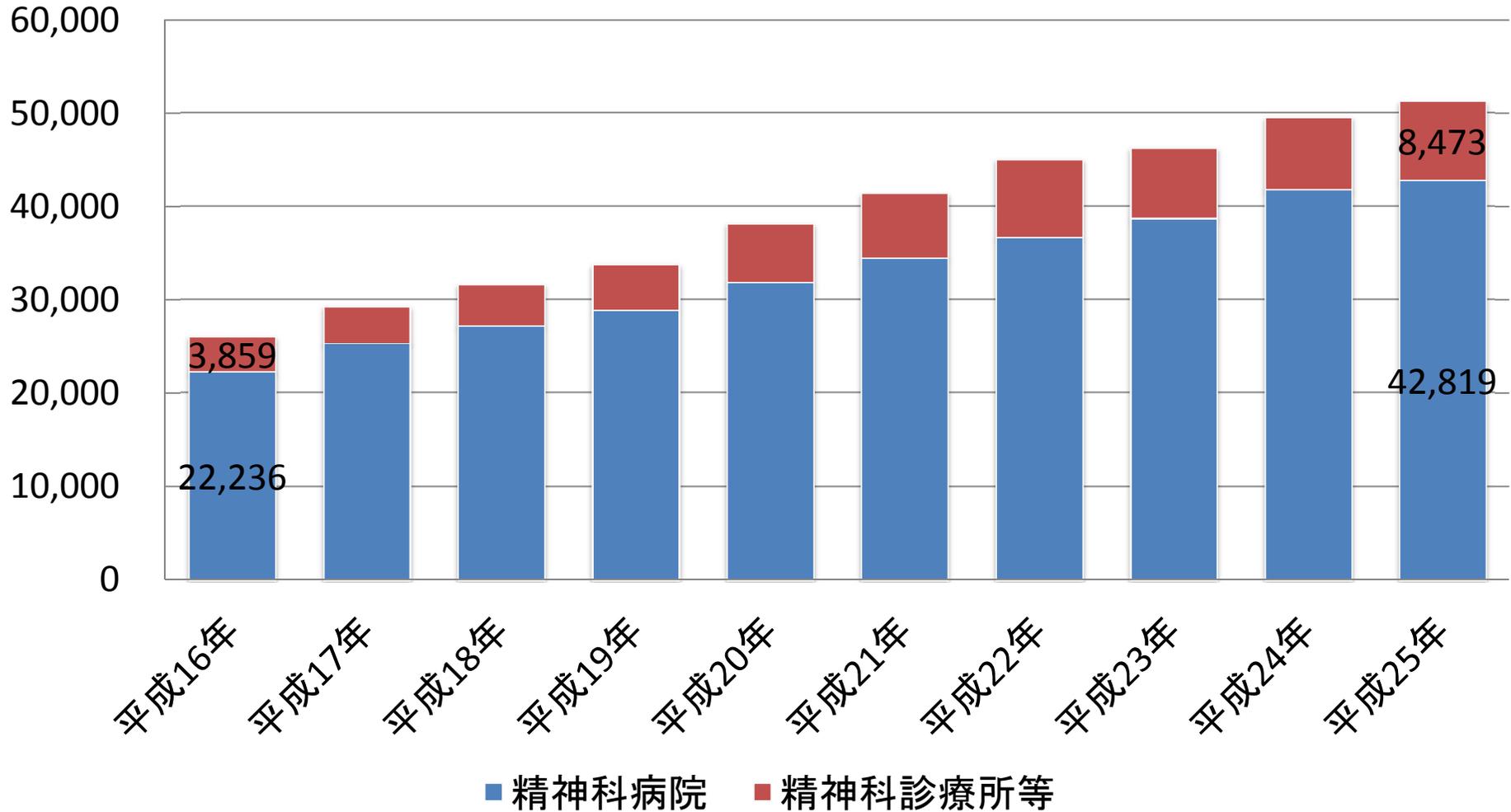
| | 主に精神科以外の訪問看護 | 精神科訪問看護 |
|---------------------------|---|--|
| 病院・診療所 (診療報酬)※1 | 【在宅患者訪問看護・指導料等】(昭和63年) (対象) 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの (職種) 保健師、助産師、看護師、准看護師 | 【精神科訪問看護・指導料】(昭和61年) (対象) 入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等 (職種) 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士 |
| 訪問看護ステーション (訪問看護療養費)※2 | <訪問看護療養費>(平成6年) 【訪問看護基本療養費】(平成6年) (対象) 疾病又は負傷により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者 (職種) 保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 【精神科訪問看護基本療養費】(平成24年) (対象) 精神障害を有する者又はその家族等 (職種) 保健師、看護師、准看護師、作業療法士 ※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る |

※1老人診療報酬として「退院患者継続看護・指導料」(昭和58年)も別にあり

※2老人訪問看護療養費(平成4年)も別にあり

精神科訪問看護の利用実人員数の年次推移 (各年6月の1ヶ月間)

(単位:人)



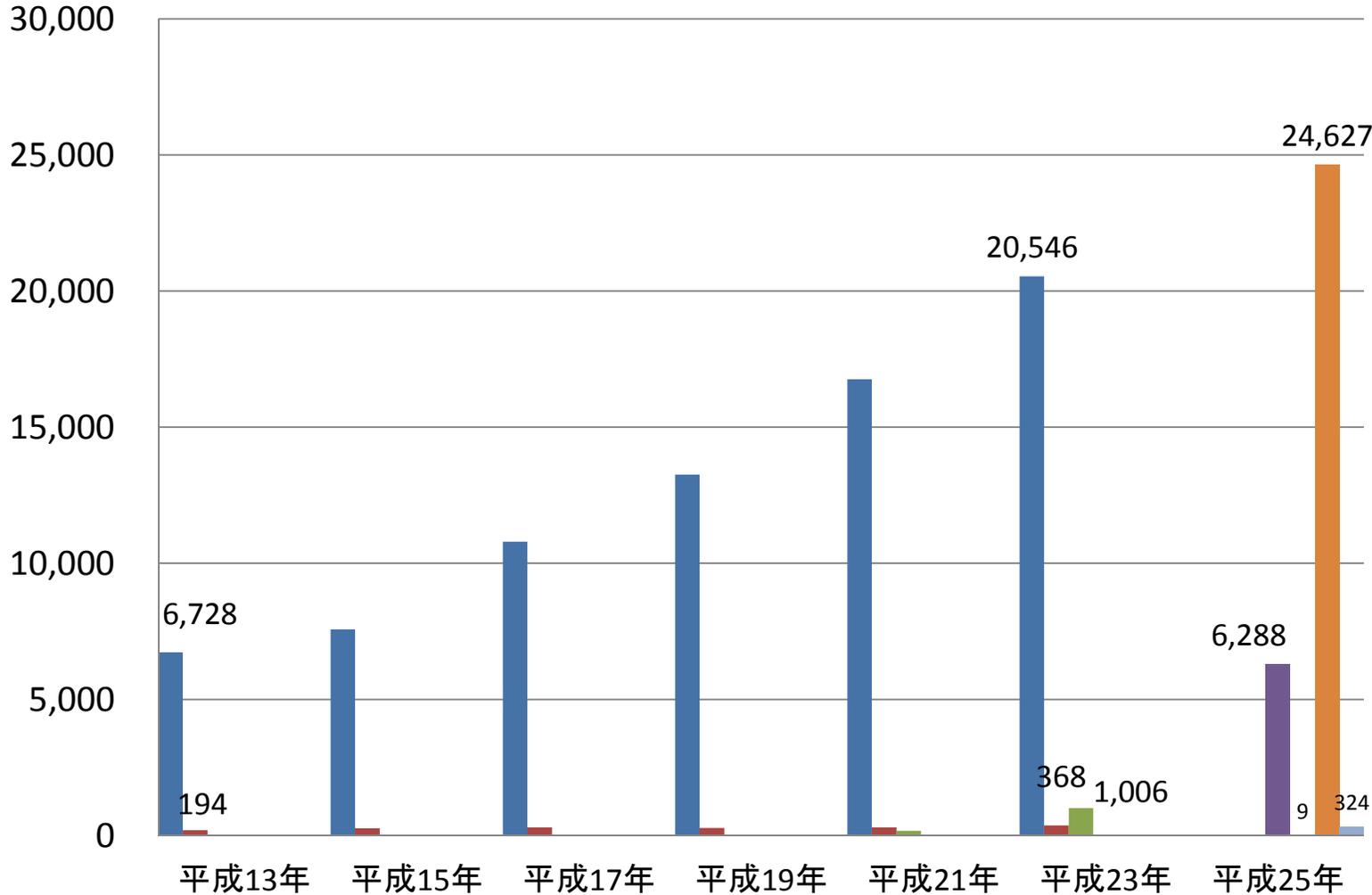
※精神科訪問看護の利用実人員数とは、精神科訪問看護・指導料を請求した患者をいう

※精神科診療所等には、「医療法に基づく標ぼう科目を「精神科」「神経科」としている診療所」「精神病床を有しない病院の「精神科」「神経科」外来」「精神保健福祉センター」を含む

資料:精神・障害保健課調

傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移(訪問看護ステーション)

(単位:人)



平成23年度まで

- 基本療養費(Ⅰ)
居宅(居住系施設以外)で訪問看護を受けている者
- 基本療養費(Ⅱ)
精神障害者施設等に入所し訪問看護を受けている者(複数名で受けている者)
- 基本療養費(Ⅲ)
居住系施設で訪問看護を受けている者

平成24年度から

- 基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)
平成23年までの基本療養費(Ⅰ)(Ⅲ)と同様
- 基本療養費(Ⅲ)
外泊中の入院患者に対する訪問看護
- 精神科基本療養費(Ⅰ)(Ⅲ)
平成23年までの基本料世費(Ⅰ)(Ⅲ)と同様
- 精神科基本療養費(Ⅱ)(Ⅳ)
(Ⅱ)平成23年までの基本療養費(Ⅱ)と同様
(Ⅳ)外泊中の入院患者に対する訪問看護

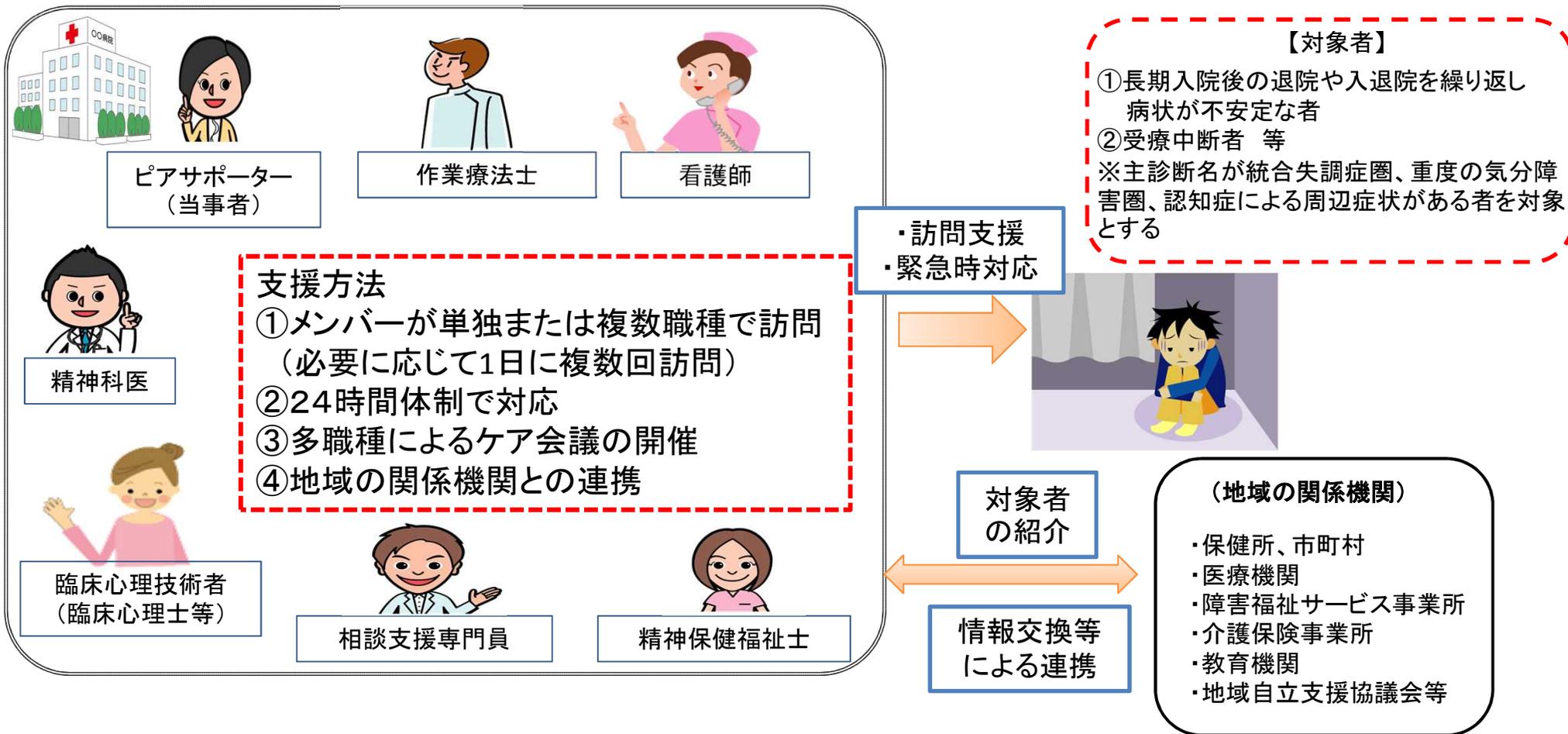
※基本療養費(Ⅲ)は平成20年に創設し、平成21年より調査
 ※精神科基本療養費は平成24年に創設し、平成25年より調査
 ※「居住系施設」は平成23年の調査以降は「同一建物居住者」を示す

資料:平成13~21年まで「中医協 総-1(H23.11.2)(保険局医療課調べ)」、平成23、25年 訪問看護療養費実態調査

精神障害者に対するアウトリーチのイメージ

・平成26年度より地域生活支援事業(地活)に一括計上
・医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

在宅精神障害者の生活を、医療・福祉からなる多職種チームで支える



長期入院後の退院で病状が不安定な者等を対象として、多職種によるケア会議の開催等を行っている。

精神障害者に対するアウトリーチに関する制度について(H26～)

①「精神科重症患者早期集中支援管理料」

平成26年度診療報酬改定において、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者に対し、保険医療機関や訪問看護ステーション等の多職種チームによる支援の評価を新設

<実績>【届出医療機関数(平成26年7月1日現在)】 7医療機関(6病院、1診療所)
【算定状況(NDBデータ(平成27年5月診療分)より)】 10回未満

②「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」等

平成26年度より、地域生活支援事業の都道府県必須事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」において、都道府県等においても保健所等によるひきこもり等の精神障害者を医療につなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を円滑に実施するための支援態勢を確保

<実績>

| | 実施都道府県数 | 交付額 |
|--------------------|---------|--------------|
| (a)アウトリーチ事業 | 4 | 0.5億円 の内数 |
| (b)アウトリーチ関係者研修 | 1 | |
| (c)アウトリーチ事業評価検討委員会 | 2 | |

※a,cについては、精神障害者地域生活支援広域調整等事業において、bについては精神障害関係従事者養成研修事業において実施

※交付額(国庫負担分のみ)については、精神障害者地域生活支援広域調整等事業及び精神障害関係従事者養成研修事業の全体の額であり、a~cのメニュー以外の事業に係る額も含む

平成23～25年度 精神障害者アウトリーチ推進事業の概要

24道府県37ヶ所で実施

【目的】 受療中断者、自らの意志では受診が困難な精神障害者、長期入院等の後退院した者、入退院を繰り返す精神障害者等の精神障害者に対し、一定期間、保健、医療及び福祉・生活の包括的な支援を行うことにより、新たな入院及び再入院を防ぎ、地域生活が維持できるような体制を地域において構築する。

なお、この支援体制はアウトリーチ(訪問)による支援を中心としたものとし、地域における人的資源を有効に活用する観点から、医療機関等の人員体制等をアウトリーチ支援に転換し、アウトリーチ支援を実施した結果として、一定数の精神病床を削減することを目指す。

【実施道府県数(確定額)】 平成23年度 15道府県(24カ所)(1.8億円)
平成24年度 24道府県(37カ所)(5.2億円)
平成25年度 24道府県(36カ所)(5.5億円)

【実施内容(主な概要)】

1. アウトリーチ事業評価検討委員会の設置(医療・福祉・保健に携わる関係者、当事者、家族等から構成した委員会とし、保健所及び精神保健福祉センター等の行政機関との連携を図りながらアウトリーチチームの活動状況の把握、支援内容に係る定期的なモニタリング等を行う)
2. アウトリーチチーム体制の整備(チームは民間医療機関等に設置し、原則24時間365日の相談支援体制をとれること、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士のいずれかの職員が少なくとも1名以上配置されること、1日1回のミーティングと原則、週1回定期的に関係者によるケース・カンファレンスを実施すること、支援対象者について、その家族や地域の関係機関からの情報提供により把握し、保健、医療及び福祉・生活の包括的な支援を行う等)
3. 精神病床の削減※(取り組み対象の医療機関等における、精神病床(医療法の許可病床)の30床以上の削減等)
4. 関係者に対する講習等の実施(支援に従事する者の人材養成を図るため、地域の関係者を対象とする講習等の実施)

※地域の実情に合わせて、チームの設置医療機関と異なる医療機関の病床削減でも可。また、全精神病床の10%が30床に満たない場合には、その10%以上を削減するものとする。なお、病床削減については、「今後3年ないし5年以内に精神病床を削減する目標」「年度毎の削減計画等」等の計画を策定すること。

医療法人社団草思会による地域精神医療福祉サービス ～錦糸町モデルの展開～

- 徒歩圏内に複数の小規模医療・福祉サービスを点在させ、多職種チームミーティング、担当ケースマネジャー制等により緊密な連携体制を確保し都市型の「精神科型地域包括ケア」を実現、医療観察法対象者の通院処遇にも対応している。
- 医療が中断しがちな患者にも訪問看護により医療を継続し、法人内外の機関との連携で地域生活を支えるシステムを構築。
- 地域密着サービスの展開とスタッフ配置の工夫により、医療と福祉の両方がわかるスタッフの育成が可能となった。

【医療法人社団草思会の基本情報】

| 職種 | 常勤 | 非常勤(常勤換算) |
|---------|----|-----------|
| 医師 | 2 | 17(3) |
| 看護師 | 6 | 9(5) |
| 作業療法士 | 1 | 1(0.5) |
| 精神保健福祉士 | 6 | 3(0.5) |
| 臨床心理技術者 | 5 | 14(5) |

法人の施設

診療所×2
(デイ・ナイトケア併設)
訪問看護ステーション
相談支援センター
就労支援センター×2

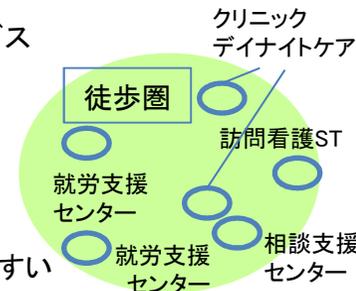
- 在宅療養支援診療所
- 医療観察法指定通院医療機関

【地域における展開】

- ・徒歩圏内に複数の小規模医療・障害福祉サービスが自然な形で存在
- ・障害福祉サービスのスタッフは外来業務を兼務
- ・適宜の配置転換による人材交流を実施

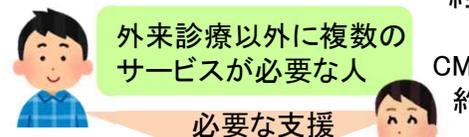
【期待される効果】

- ・生活の場でサービスを受けることが可能
- ・利用者本人が自分に合ったサービスを選択しやすい
- ・医療と福祉の両方がわかる人材が育成される
- ・地域住民の精神障害者への理解促進→「心のバリアフリー」の実現に寄与



【地域生活を支えるサービス】

ケースマネジメント(CM)



- ケースマネジャー(外来) 院内サービスの調整 地域との連携窓口
- 相談支援専門員 障害福祉サービスの調整

個別ケアの検討

法人内連携・地域連携

院内ミーティング: 毎日(月～土)実施
内容: 外来、デイナイトケア、訪問看護、事務、就労支援センター、相談支援センター等の各スタッフの情報共有、方針決定 月1回程度、アウトリーチ活動に関わる情報共有を行う
地域ケア会議: 法人主催で月4～8回実施
内容: 保健センター、精神保健センター、子育て支援センター、自立支援事業所、福祉事務所等の職員と個別事例について協議

ケースマネジャー(外来)
相談支援専門員(相談支援センター)
<PSW、臨床心理技術者が担当>

個別性重視のデイナイトケア

- 定期的なアセスメントによるニーズ把握
- 重症者にも医療的対応が可能な活動の場
- 就労支援サービスへの移行促進により、漫然としたデイナイトケアの利用を抑制

切れ目のないサービス提供

訪問看護によるケア 利用者200人 訪問延べ回数360回/月
医療中断者への訪問によるフォロー 電話による定期フォロー
24時間電話対応 月平均10回の時間外対応

【期待される効果】

- ・本人の特性とニーズに則した複数のサービスを効果的に提供できる
- ・医療と福祉の連携が促進され、障害福祉サービス利用中も身体疾患を含む医療的アセスメントに基づく対応を円滑に実施できる
- ・医療中断を予防し、病状悪化への速やかな対応により再入院を防止する
- ・就労等の社会復帰の促進と不必要なサービス利用の抑制につながる
- ・スタッフ間の交流・連携、法人外の医療福祉サービスとの連携の促進

旭中央病院神経精神科の取組～多職種チームによる緊密な連携で地域生活を支える～

- 多職種アウトリーチの実施と院内外の連携強化により連続性のある精神医療を提供、**精神科救急受診者と再入院率が低下**。
- 退院支援プログラムと社会資源の充実を同時並行で実施し、**大幅な病床ダウンサイジングと平均在院日数の短縮**を実現。
- 重症者を支える病院付属のコミュニティメンタルヘルsteamと軽～中等症者に効率よく関わる精神科訪問看護ステーションが役割分担し、ケースマネジメントと関係者間の情報共有により、**利用者の状態像とニーズに応じたサービスを提供**。

【旭中央病院の基本情報】

| | | | |
|------|------|------|--------|
| 診療科数 | 38科 | 診療圏 | 約30Km |
| 病床数 | 989床 | 診療人口 | 約100万人 |

神経精神科概要

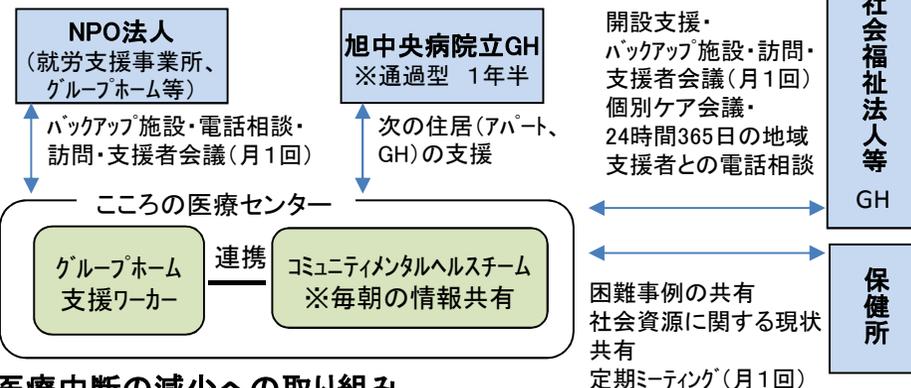
こころの医療センター(一般・児童精神科)

- ・外来: 180名/日 1～3次救急572件/年
- ・病棟: スーパー救急病棟42床(児童13床を含む)
- 平均在院日数: 47.9日、m-ECT: 241件/年 クロザピン使用(継続中): 49例
- ・デイケアセンター、作業療法センター、地域生活支援室

旭こころとくらしのケアセンター: 精神科特化型訪問看護ステーション
 ぴあハウス: 旭病院立グループホーム(GH)

スタッフ構成:
 医師10名(指定医5名)
 看護師40名、
 精神保健福祉士9名
 心理士6名、
 作業療法士5名

【情報共有・連携の概要】



医療中断の減少への取り組み

- ・受診予定日に未受診だった場合、精神科外来からGH世話人、相談支援専門員、他地域の担当機関などに連絡、担当職員が状況に合わせ対応。
- ・各利用者の担当職員リストを外来に準備しておく。担当がいけない場合は、医師の判断により、外来職員が電話で本人にコンタクトをとる。

【利用者の状態とニーズに応じたアウトリーチ】

こころの医療センター

コミュニティメンタルヘルsteam (24時間支援体制)

医師1名、看護師2名、(心理士1名)
 作業療法士1名、精神保健福祉士2名

対象: 包括的ケースマネジメントが必要な人
 日々の業務:

- ・アウトリーチ+地域移行(退院)支援
- ・多職種による包括的ケースマネジメント
- ・ケースカンファレンス(毎朝)、ケア会議主催
- ・旭市の社会福祉施設スタッフの支援+行政との連携
- (地域支援者用24時間電話相談、保健所、事業所との連絡会議等)

旭こころとくらしのケアセンター

自宅
 共同住居
 GH

訪問看護師(7名)

対象: 軽～中等症の人
 日々の業務:
 ・訪問による支援
 ・ケア会議への参加
 ・ケースマネジメント 等

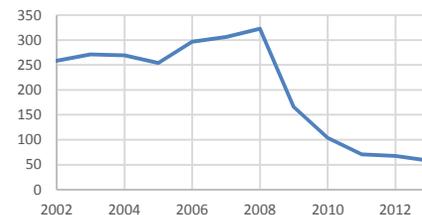
その他の重要な業務:

- ・社会資源の創設
 地域ニーズを行政にフィードバックし、資源開発に貢献(配食サービス創設支援、クライスハウスの検討など)
- ・講演、広報活動、ピアサポーター養成、研修プログラム

【効果】

- ・平均在院日数が254日(2005年)から47.9日(2014年)に減少。
- ・精神科救急が1440件(2004年)から572件(2013年)に減少。
- ・統合失調症圏の1年以内の再入院率が18.5%(2009年)から13.8%(2012年)に低下。
- ・病床は最大時240床(1985年)から42床(2015年)に減少。
- ・病床のダウンサイジングにより多職種による情報共有の機会が増え、精神科リハビリテーション、アウトリーチ等の地域精神科医療の研修が可能に。

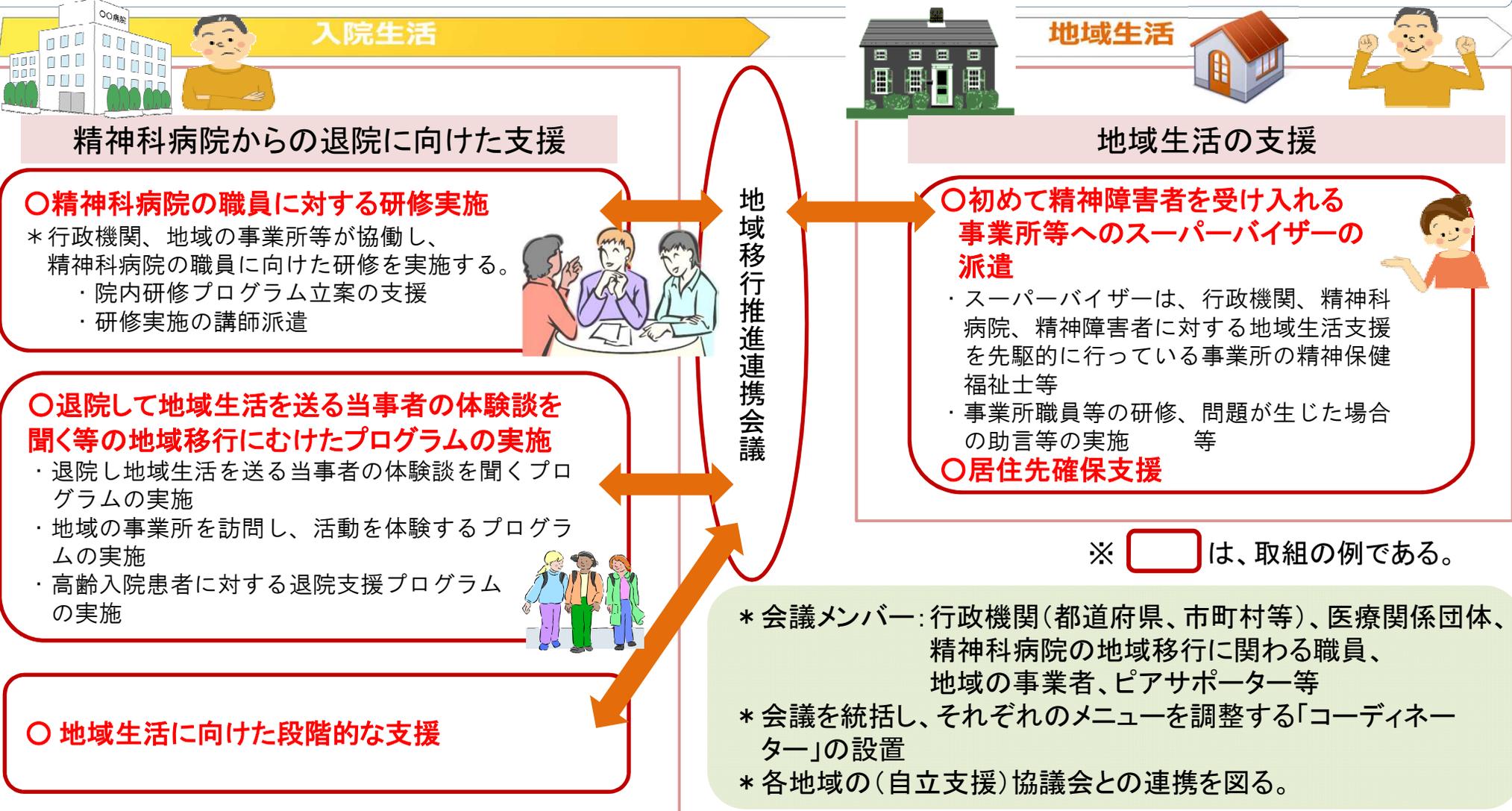
平均在院日数の推移



長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

平成28年度予算案 75,128千円(※社会福祉施設等施設整備費 31,387千円を含む。)

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



期待される効果：長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

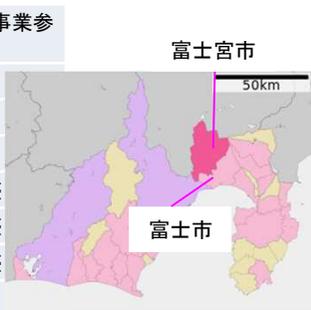
静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 病院、相談支援事業所、市町、保健所等関係機関からなる圏域自立支援協議会地域移行部会と事業実施医療機関、県が連携し、地域移行の現状と課題を共有し、課題の解決のため事業の効果的な実施に取り組む。
- 病院内に地域移行について検討する多職種によるプロジェクトチームを発足し、定期的に地域移行について検討。圏域内の動きや法制度等の情報共有を図り、医療と福祉、行政が連携した地域移行支援に取り組む。

【静岡県の実施圏域の基礎情報】

※平成27年7月時点

| 富士圏域（富士市、富士宮市） | （うち検証事業参加） | |
|---------------------|------------|-----------|
| 圏域人口（平成27年4月） | 380,963人 | |
| 精神科病院の数 | 5病院 | （1病院） |
| 精神科病床数 | 994床 | （184床） |
| 3か月未満 | 189人（22%） | 46人（34%）※ |
| 入院精神障害者数※ 3か月以上1年未満 | 162人（19%） | 23人（17%）※ |
| 1年以上 | 509人（59%） | 65人（49%）※ |
| 相談支援事業所数（平成27年3月） | 一般相談4 | （3） |
| | 特定相談16 | （3） |
| 保健所 | 1か所 | |



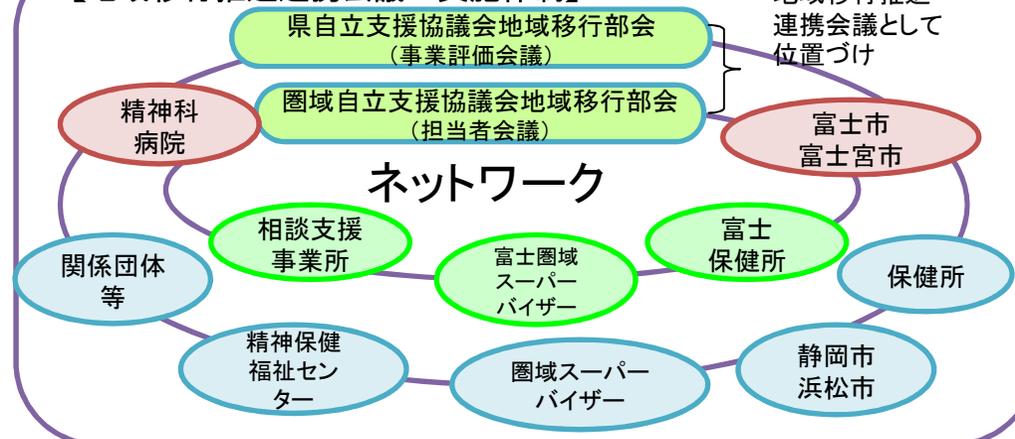
【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成24～26年
精神障害者地域移行・地域定着支援事業（高齢入院患者地域移行支援事業）
- 平成26年
圏域内の現状把握と課題解決に向け、圏域内の精神科病院（5病院）に対するアンケート調査実施。官民協働で地域移行定着推進の人材育成のための地域移行定着研修を実施し、職種・圏域ごとの課題抽出。地域移行を推進するために圏域ごとに必要な事項を検討し、各圏域で平成27年度までの目標（例：ピアサポート体制の構築、社会資源の周知強化）や実施事項を示したロードマップを作成。

【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 退院に向けた意欲喚起（検証事業）
職員から個別の働きかけを増やしていくことにより、患者の退院意欲を高め、職員も退院を意識した支援を行う。退院した患者との座談会により職員、患者ともに退院への意欲が高まる。
- 精神科病院職員に対する研修の実施（検証事業）
院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携による地域移行についての事例紹介とグループワークにより地域移行の理解促進を図る。また、圏域の他病院も企画会議に参加し意見交換することで、圏域全体の地域移行の意識を高め、地域移行促進を図る。
- 高齢長期入院患者の地域移行支援（検証事業）
病院内と地域の相談支援専門員等多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援業務を行う専門スタッフとして退院支援員を設置し、退院支援を行う。
- 退院者の体験談を聞くプログラムの実施（検証事業）
実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く座談会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。
- 地域自立支援協議会で家族支援部会の実施
富士市の自立支援協議会に出席した当事者や家族の声を直接聞き、不安や問題解決を図る。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【地域生活の支援】

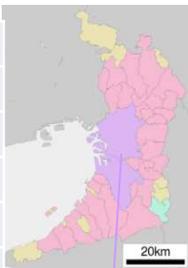
- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験（検証事業）
地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。
 - ・賃貸住宅の見学
 - ・食事をする、テレビを見る、家事体験（掃除洗濯等）をする等の日中体験
 - ・作業療法としての調理活動
 - ・外泊体験

大阪府の取組 ～「病院が押し出す力」と「地域から引っ張る力」双方向からの取り組みで地域移行を推進～

- 大阪府では、これまで実施してきた精神障がい者の地域移行にかかる取り組みを総合的に実施し、その効果について検証します。
- 大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行ワーキンググループにおいて各市町村の状況を集約し、大阪府と市町村の役割を明確にし、府域全体でさらなるレベルアップを図るとともに、精神障がい者地域移行推進のネットワーク構築を目指します。

【大阪府の実施圏域の基礎情報】

| | | | |
|--|------------|--------------|------|
| 府内16圏域(大阪市・堺市を除く) | | (うち検証事業参加) | |
| 圏域人口(平成27年7月1日推計) | 5,313,128人 | (5,313,128人) | |
| 精神科病院の数(平成27年7月) | 50病院 | (50病院) | |
| 精神科病床数(平成27年6月30日) | 15,791床 | (15,791床) | |
| 入院精神障害者数 (平成27年6月30日・府内62病院18,894床) | 3か月未満 | 3,884人(23%) | — |
| | 3か月以上1年未満 | 2,821人(17%) | — |
| | 1年以上 | 9,906人(60%) | — |
| 相談支援事業所数(平成27年6月) | 一般相談167 | | 17 |
| | 特定相談310 | | 17 |
| 保健所 | 16か所 | | 16か所 |

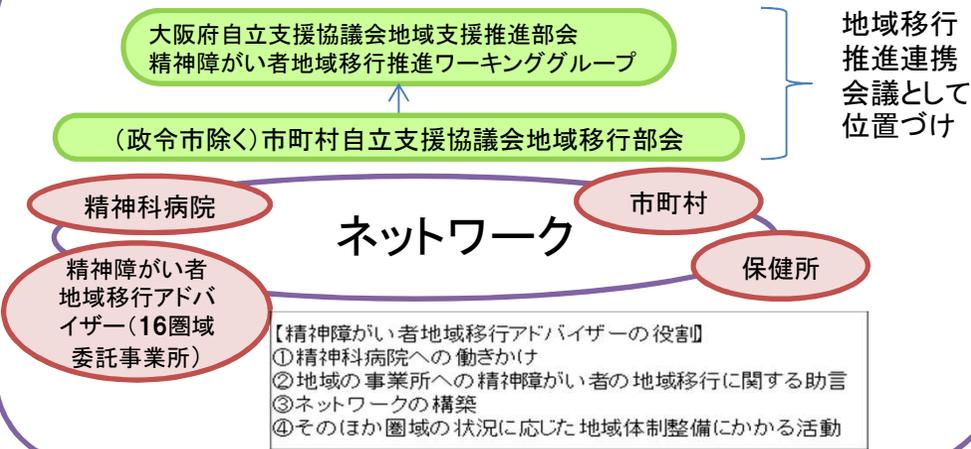


大阪市・堺市を除く全圏域

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成12年度より様々な長期入院精神障がい者対策事業を実施
 - 平成24年度:精神障害者地域移行・地域定着支援事業により16圏域に地域体制整備コーディネーター、退院促進ピアサポーターを配置。
 - 平成25年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業)により地域相談支援マネージャーを、精神障害者地域移行・地域定着支援事業により退院促進ピアサポーターをそれぞれ16圏域に配置。
 - 平成26年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業等)により16圏域に地域相談支援マネージャー、退院促進ピアサポーターを配置。
- ※地域体制整備コーディネーター、地域相談支援マネージャーはいずれも相談支援事業所に委託

【平成27年度地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 精神科病院職員に対する研修(検証事業により大阪精神科病院協会に委託)
- ①長期入院者地域移行の取り組みの視点についての講義と積極的な取り組みを行っている5病院の実践報告を行う(全体研修)。
- ②精神障がい者地域移行アドバイザー等と連携を図り、地域移行支援の流れや精神科病院から退院した患者の体験を聞くなど、病院ごとの研修(院内研修)を実施(各病院年2回)
- 入院者退院支援委員会推進事業(大阪府地域医療介護総合確保基金により実施)
- ・精神科病院が地域関係機関職員(地域援助事業者)を招聘して医療保護入院者の退院支援委員会を開催した場合に、報償費、旅費に対して一定の補助を行う。

【退院促進ピアサポーターの活動】(地域生活支援事業により16圏域事業所に委託)

- 体験談プログラム
- ・精神科病院から退院し地域で暮らしているピアサポーターが、病院に出向き、自らの体験を入院患者に話し当事者同士で意見交換できる場を提供。
- 病棟訪問プログラム
- ・ピアサポーターが定期的(1～2月に1回)に、ピアサポーターコーディネーター等と病棟を訪問し自由に入院患者と会話する時間を持ちたり、レク活動を行ったりする。
- 事業所体験プログラム
- ・入院患者がピアサポーター等と外出して地域の社会資源を見学、活動内容を体験し、利用者との交流を図る。院内交流会の1コマとして実施または、施設見学会として別枠で実施するなど、病院により実施方法は異なる。

【地域生活の支援】

- スーパーバイザーの派遣(検証事業により16圏域事業所に委託)
- ・「精神障がい者地域移行アドバイザー」を各圏域に配置し、地域からの精神科病院への働きかけに加え、精神科病院が企画する退院支援プログラムへの支援やアドバイスを行う。
- ・新たに地域移行の働きかけを行う事業所(基幹相談支援センターなど)や市町村自立支援協議会などに対して、これまでのノウハウをもとにアドバイスを行い、地域移行を推進する体制の強化を図る。

熊本市の取組 ～協議会の部会を活用したネットワーク強化と人材育成の取組～

○精神科病院・相談支援事業所等の実務者による連携会議(精神障がい者地域移行支援部会)を月1回開催し、アドバイザーの協力を得て研修会の企画・実施、事例検討、入院患者意向調査等を実施。さらに、連携会議(地域移行支援協議会)を年度末に1回開始し、事業の評価等を実施。これらの連携会議における検討結果を障がい者自立支援協議会へ報告し、施策への反映を図る。

【熊本市の実施圏域の基礎情報】 ※1平成26年6月時点 ※2平成27年7月時点

| 熊本市圏域(二次医療圏) | (うち検証事業参加) | |
|-------------------|------------|----------------------------|
| 圏域人口(平成27年4月) | 739,015人 | |
| 精神科病院の数※1 | 20病院 | (18病院) |
| 精神科病床数※1 | 3,251床 | (3,151床) |
| 入院精神障害者数※1 | 3か月未満 | 634人(23%) 641人(23%) ※2 |
| | 3か月以上1年未満 | 457人(16%) 449人(16%) ※2 |
| | 1年以上 | 1,709人(61%) 1,649人(60%) ※2 |
| 相談支援事業所数(平成27年3月) | 一般相談19 | (9) |
| | 特定相談37 | (12) |
| 保健所 | 1か所 | |



【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成17年度～
精神科病院と地域生活支援センター等による検討会を開始。退院可能者ニーズ調査、社会資源ホームページの作成、ケアマネジメント実施報告、普及啓発研修会等を実施。平成25年度より検討会を自立支援協議会の部会に位置付ける。
- 平成20～23年度
精神障害者地域移行支援特別対策事業として、地域移行推進員による個別支援を実施(対象者数:延39名、退院者数:18名、地域移行推進員数:14名)
- 平成24～26年度
補助事業として、地域体制整備アドバイザーの配置(平成25年度より単費)、ピアサポートの活用、高齢入院患者地域支援事業、地域移行支援協議会の設置を実施。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 精神科病院職員等に対する研修(検証事業)
連携会議参加者(精神科病院・相談支援事業所の福祉職、行政関係者等)を対象に、福祉制度や社会資源、地域移行の理念、医療と福祉の連携、多職種連携等に関する研修及び情報交換を年4回程度実施する。
- 熊本県が主催する地域移行支援研修会への協力
平成27年度は熊本県が医療と福祉の連携に関する研修会を開催し、研修企画チームに熊本市も参加。精神科病院や相談支援事業所において地域移行を推進するための中核人材を育成する。
- 体験談プログラムの実施(検証事業)
精神科病院からの依頼に対してピアサポーターを派遣。入院患者との個別面接・体験談発表・レクレーション等を通して交流し、地域生活への関心や退院への意欲を高めるよう支援する。また、精神科病院職員向けの研修への派遣依頼に対してピアサポーターを派遣し、体験談発表や事業の啓発を行う。
- 高齢長期入院患者の地域移行支援(検証事業)
事業実施病院の長期入院高齢患者に対し多職種チームによる退院支援を実施し、連携会議において経過報告・事例検討を行う。

【地域生活の支援】

- スーパーバイザーやピアサポーターの派遣(検証事業)
関係機関からの相談や講師派遣依頼時に、スーパーバイザーを派遣する(地域体制整備アドバイザー3名で対応)。また、デイケア・地域活動支援センターへピアサポーターを派遣し、利用者との日常生活に関する意見交換を行い再発予防を図る。
- 【その他】
- 長期入院者への意向調査(検証事業)
平成27年度は、精神科病院の長期入院者に対する意向調査(抽出調査)を実施。結果を分析し、施策への提言や事業計画へ反映させる。
※前回は平成17年度に意向調査を実施。

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

| | |
|---------------------|---------------------|
| 人口(平成27年9月) | 169,014人 |
| 面積 | 2134km ² |
| 市町村の数 | 5自治体 |
| 精神科病院の数(26年6月) | 3病院 |
| 精神病床数(27年4月) | 588床 |
| 入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月) | 42.9% |
| 入院後1年時点の退院率(26年6月) | 90.5% |



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
 - ・住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

(地域移行の利用者数)

- 25年度 0名
- 26年度 8名うち2名退院
- 27年度 13名うち4名退院(9月時点)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)

25年 71.7% 26年 71.3%

(ピアサポーターの活動者数)

25年度 0名 26年度 12名

(関係者の意識変容)

- ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
- ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域(二次医療圏)では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定例的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

| | |
|---------------------|--------------------|
| 人口(平成27年9月) | 135,171人 |
| 面積 | 596km ² |
| 市町村の数 | 3自治体 |
| 精神科病院の数(26年6月) | 3病院 |
| 精神病床数(26年6月) | 370床 |
| 入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月) | 43.9% |
| 入院後1年時点の退院率(26年6月) | 92.6% |



【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
 - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
 - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
 - ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決方策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
 - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
 - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
 - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
 - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
 - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
 - ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
 - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
 - ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
 - ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
 - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【地域移行の取組の経緯】

- 平成21年
 - ・地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。
- 平成22年
 - ・県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。
- 平成24年
 - ・地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援
- 平成25年
 - ・県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【効果】

- (地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末)
 - ・地域移行：28名うち24名は退院(1名は再入院するも退院)
 - ・地域定着：26名(地域移行を利用し、退院した者以外も含む)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
 - ・21年:249名(67.7%) → 24年:215名(59.6%) → 26年:189名(55.6%)
- (ピアサポーターの活動者数)
 - ・22年:9名 → 25年:11名
- (関係者の意識変容)
 - ・ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

(4) 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方

精神保健福祉法に基づく指針と医療計画について

| | 精神保健福祉法に基づく指針 (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) | 医療計画 (精神疾患の医療体制の構築に係る指針) |
|------------------------|--|--|
| 概要 | <p>本指針においては、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者(国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう。)が目指すべき方向性を定める。</p> | <p>本指針では、「第1 精神疾患の現状」で精神疾患の疫学や、どのような医療が行われているのかを概観し、「第2 医療機関とその連携」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、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの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まで行えるようにする。</p> |
| 多様な精神疾患等に係る記載内容 | <p>「多様な精神疾患・患者像への医療の提供」として、下記の疾患等について記載。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 児童・思春期精神疾患 2 老年期精神障害等 3 自殺対策 4 依存症 5 てんかん 6 高次脳機能障害 7 摂食障害 8 その他必要な医療 <ul style="list-style-type: none"> ア 災害医療 イ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療 | <p>児童精神医療(思春期を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保すること等を求めている。 また、精神科救急医療、身体合併症、うつ病及び認知症についての記載を求めている。</p> |

難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院していても、クロザピンや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、地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにする。

平成27年度予算：8,686千円 → 平成28年度予算(案)：4,800千円

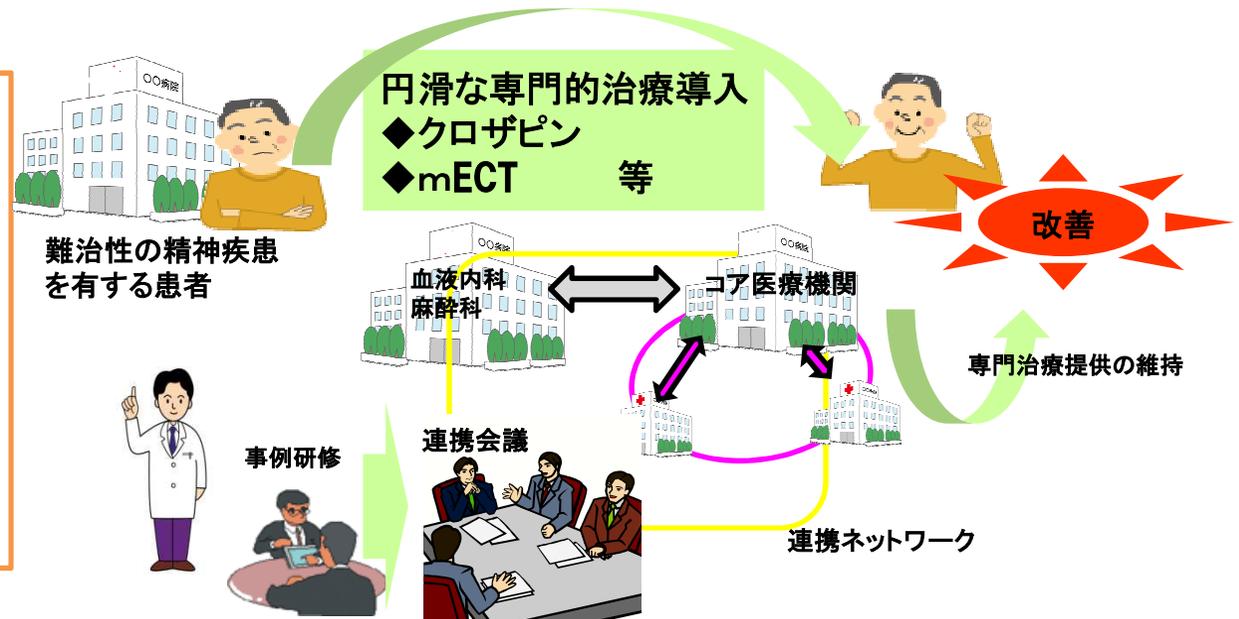
現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている。これらの治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
- ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
- ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

クロザピン(CLZ)について(参考)

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。
治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、**無顆粒球症(※)**で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

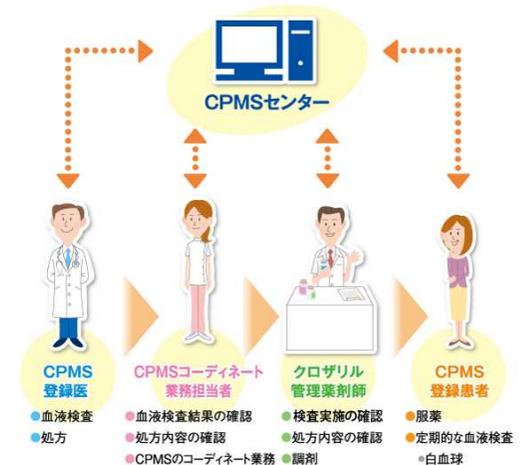
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。



出典: CPMS運営主体のホームページより

思春期精神保健研修

児童の生活環境や対人関係等思春期の問題行動、児童虐待が多く発生しており、思春期児童への対応が急がれているところである。特に、幼年期における児童虐待、不登校、ひきこもり、家庭内暴力などの情緒不安定になりやすい社会環境の中で、犯罪行動などに発展するケースが多く見られる。そのような状態から解放し、児童の健全育成を推進していくことが重要なことである。

これらの問題に適切な対応が出来るよう精神科医療及び精神保健福祉業務に従事している者に対し、専門的な養成研修を実施することが必要となっている。

平成27年度予算 7百万円 → 平成28年度予算(案) 7百万円 (公募による選定により定額補助)

思春期精神保健研修(平成13年度～)

○対象: 医師(小児科医等)、看護師、保健師、児童相談員、スクールカウンセラー等

○研修内容

- ・児童思春期精神医療に従事するに当たっての基礎的な児童思春期精神医学
- ・精神保健についての網羅的な系統講義やグループディスカッション等の実践的研修
- ・ひきこもり支援の従事者が必要とするひきこもり対策
- ・「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」についての全般的研修

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は 介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究
開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

自殺未遂者再企図防止事業(モデル事業)

救急部門に搬送された自殺未遂者が、再企図防止の効果的支援を受けられる体制の構築を目指し、医療機関の実情に応じたモデルを明らかにする。また、地域医療従事者に研修を行うことで、再企図防止に努める。

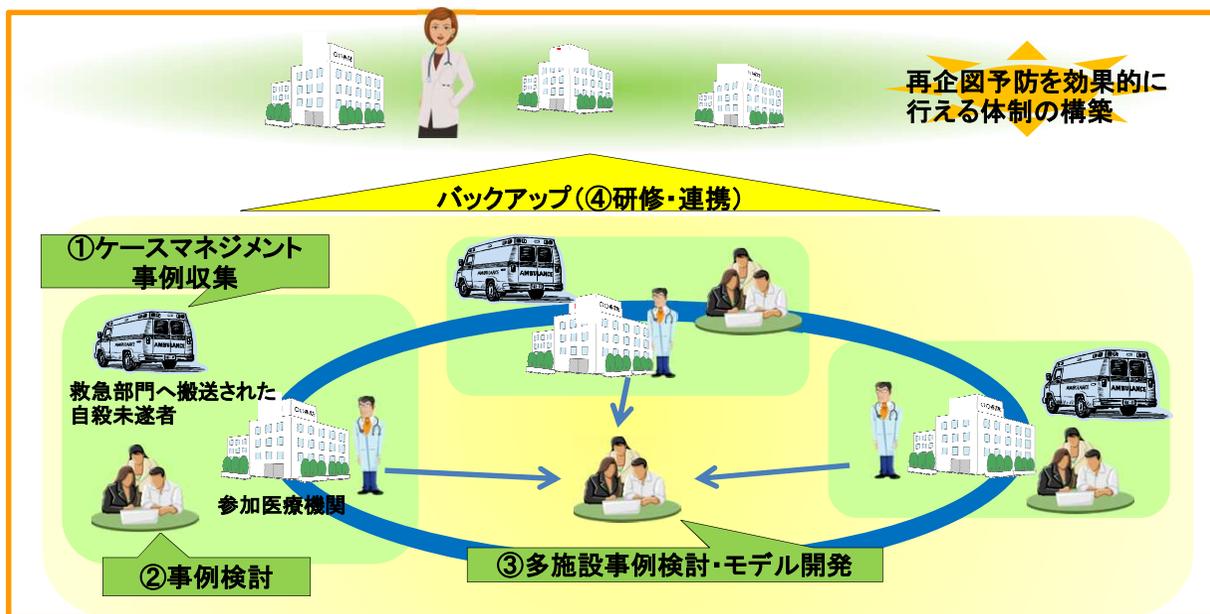
平成27年度予算:19百万円 → 平成28年度予算(案): 19百万円

現状と課題

自殺未遂者は自殺のハイリスク者であり、特に未遂後6ヶ月以内の再企図が多いため、積極的な介入が求められる。医療機関の救急医療部門に搬送された自殺未遂者に対しては、継続的なケースマネジメントの手法により自殺の再企図が減少することが分かっていることから、医療機関においてこれらの手法を適切に実施できる体制を構築する必要がある。

事業概要

- ①モデル事業参加医療機関において、自殺未遂者に対するケースマネジメントの事例を収集する。
- ②モデル事業参加医療機関内において、ケースマネジメントの質の確保を目的とした定期的なミーティングを行い、事例を検討する。
- ③医療機関の実情に応じた課題解決モデルを明らかにするため、モデル事業参加医療機関は、対応が困難であった症例を含む事例検討を、多施設で実施する。
- ④自殺未遂者ケアに関する正しい知識・技術の普及のため、モデル事業参加医療機関は、地域の医療従事者に研修を実施し、必要に応じて連携などのバックアップを行うことによって、自殺再企図防止に努める。



期待される成果

- ①自殺未遂者への適切なケースマネジメントが行える、地域人材を育成する。
- ②地域の実情に応じて、それぞれの医療機関における課題解決モデルを可視化する。
- ③自殺未遂者への適切な対応能力を有する、地域医療機関数を増やす。
- ④自殺未遂者の再企図を防止することにより、地域の自殺者数の減少が期待される。

依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)

依存症患者(アルコール、薬物、ギャンブル)が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と依存症治療拠点機関の協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

平成27年度予算: 12百万円 → 平成28年度予算(案): 11百万円

現状と課題

依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が十分に浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、住民への普及啓発に加えて医療機関等を含めた関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、依存症に対応することのできる医療機関の充実を図るとともに、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が必要である。

事業概要

【地域】

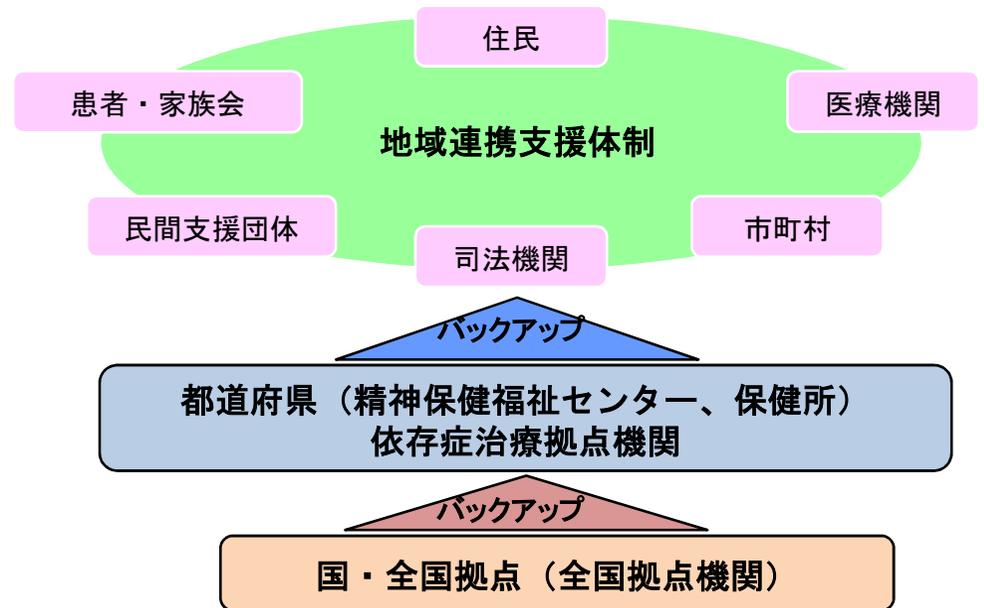
依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、民間支援団体や関係機関、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県(精神保健福祉センター、保健所)・依存症治療拠点機関】

依存症治療拠点機関を設置し、都道府県との協働によって、依存症に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族会への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点(全国拠点機関)】

各依存症治療拠点機関で得られた知見を集積し、共通した有効な依存症支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各治療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

- ①効果的な依存症に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②依存症者の早期発見・早期支援の実現

てんかん地域診療連携体制整備試行事業（モデル事業）

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるように、都道府県とてんかん診療拠点機関の協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

平成27年度予算：7百万円 → 平成28年度予算（案）：9百万円

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、地域住民に対する普及啓発、てんかん患者・家族への相談支援の充実、医療従事者への情報提供や研修の充実を推し進める必要がある。また、てんかん医療には、精神科、神経内科、脳神経外科、小児科など複数の診療科が関わるため、診療科の垣根を越えた集学的治療連携体制の構築を目指す必要がある。

事業概要

【地域】

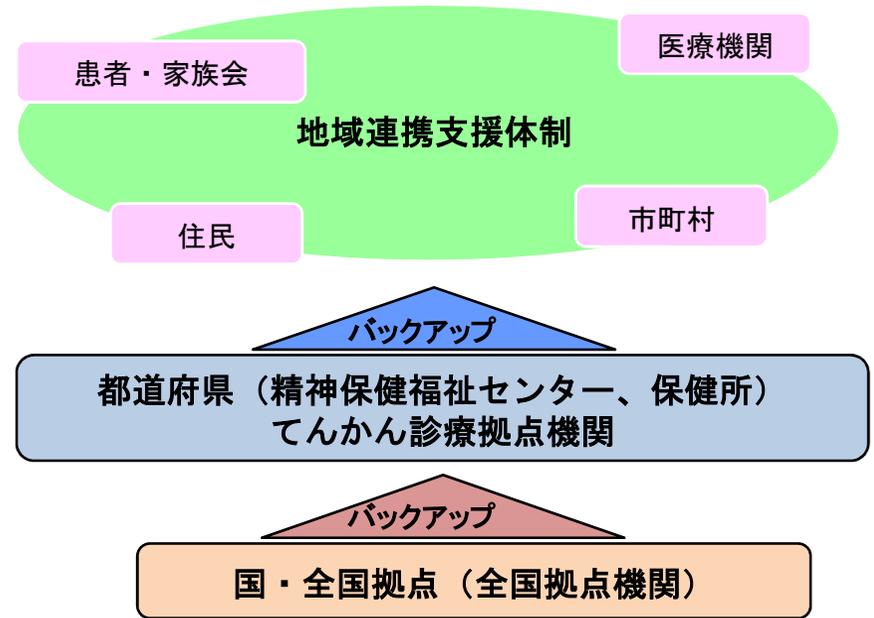
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

【都道府県（精神保健福祉センター、保健所）・てんかん診療拠点機関】

てんかんの治療を専門に行っている医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、都道府県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者及びその家族への相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等に対する研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会を開催する。また、てんかん診療支援コーディネーターを配置し、てんかん患者及びその家族に対し、相談援助を適切に実施する。

【国・全国拠点（全国拠点機関）】

各てんかん診療拠点機関で得られた知見を集積し、てんかん診療における地域連携体制モデルを確立すると共に、都道府県・各診療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

- ①地域住民や医療従事者に対して、てんかんに関する正しい知識の普及
- ②てんかん診療における地域連携体制モデルの確立

【H27】てんかん診療拠点機関：宮城県/東北大学病院、栃木県/自治医科大学病附属病院、神奈川県/日本医科大学武蔵小杉病院、新潟県/国立病院機構西新潟中央病院、静岡県/国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、鳥取県/鳥取大学医学部附属病院、岡山県/岡山大学病院、広島県/広島大学病院

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

○国立障害者リハビリテーションセンター実施分

平成27年度予算 13百万円 → 平成28年度予算(案) 13百万円

都道府県職員や地方支援拠点機関の支援コーディネーターを対象とした全国会議の開催、研修事業を含む普及啓発活動等を引き続き実施するとともに、平成23年10月より、同センター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置し、高次脳機能障害者に関する様々な情報や最新の高次脳機能障害者支援情報を集約し、高次脳機能障害者やその家族及び支援関係者等に役立つ情報をホームページで発信する体制を整備する等、情報提供機能の強化を図る。

○都道府県実施分

(地域生活支援事業費の内数)

平成27年度予算 464億円 → 平成28年度予算(案) 464億円

- ア. 支援拠点機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等)に相談支援コーディネーター(社会福祉士、保健師、作業療法士等、高次脳機能障害者に対する専門的相談支援を行うのに適切な者)を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行う。
- イ. 自治体職員、福祉事業者等を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、また、地域における高次脳機能障害支援の普及を図る。

摂食障害治療支援センター設置運営事業(モデル事業)

平成27年度予算：18,901千円 → 平成28年度予算(案)：13,486千円

摂食障害患者が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と摂食障害治療支援センターの協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、若年女性に多く発症することを踏まえると、住民への普及啓発に加えて地域・行政等含めた関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、摂食障害の治療ができる医療機関の充実を図るとともに、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が必要である。

事業概要

【地域】

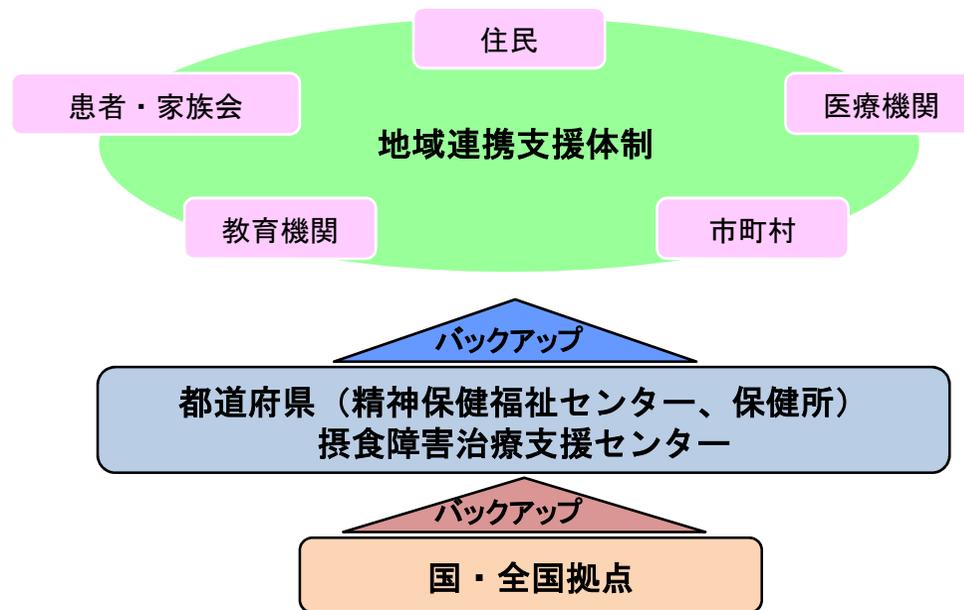
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会の多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県・摂食障害治療支援センター】

摂食障害治療支援センターを設置し、都道府県との協働によって、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の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点(摂食障害基幹センター)】

各摂食障害治療支援センターで得られた知見を集積し、共通した有効な摂食障害支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各センターへの技術的支援を行う。



期待される成果

- ①効果的な摂食障害に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②摂食障害への早期発見・早期支援の実現

災害派遣精神医療チーム(DPAT)の整備

平成27年度予算：27百万円及び地域生活支援事業(464億円)の内数
→ 平成28年度予算(案)：31百万円及び地域生活支援事業(464億円)の内数

厚生労働省は、被災地域の精神保健医療活動を支援することのできる「災害派遣精神医療チーム(DPAT)」を全国に整備するとともに、継続的にDPAT活動の改善に努める

都道府県・指定都市

DPAT DPAT DPAT DPAT DPAT DPAT

支援・調整・研修

厚生労働省

精神・障害保健課(DPAT事務局)

DPAT
事務局

事務委託先
日本精神科病院協会

被災者の精神保健にかか
る評価検証部門

事務委託先
国立精神・神経医療研究センター

都道府県・指定都市の主な役割

〈本庁の主な役割〉

平時：DPATの体制整備、DPAT構成員への地域研修 など

発災時：DPAT都道府県調整本部の設置、DPATの指揮・調整等 など

〈DPATの主な役割〉

被災地域における精神保健医療ニーズのアセスメント

被災地域における精神保健医療活動の支援 など

厚生労働省の主な役割

〈精神・障害保健課の主な役割〉

DPAT事業運営の実施責任主体

DPATに関する企画立案、関係省庁・関係部局との連携・調整 など

〈DPAT事務局の主な役割〉

大規模災害発生に備えたDPAT体制整備(研修・訓練)の支援

大規模災害時のDPAT活動に関する支援 など

〈被災者の精神保健にかかる評価検証部門の主な役割〉

大規模災害発生に備えた精神保健医療に関する体制整備の支援

災害発生時の地域精神保健医療活動の調査・分析・支援 など

精神科救急医療体制整備事業

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2

【事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会、医療連携研修会等
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業

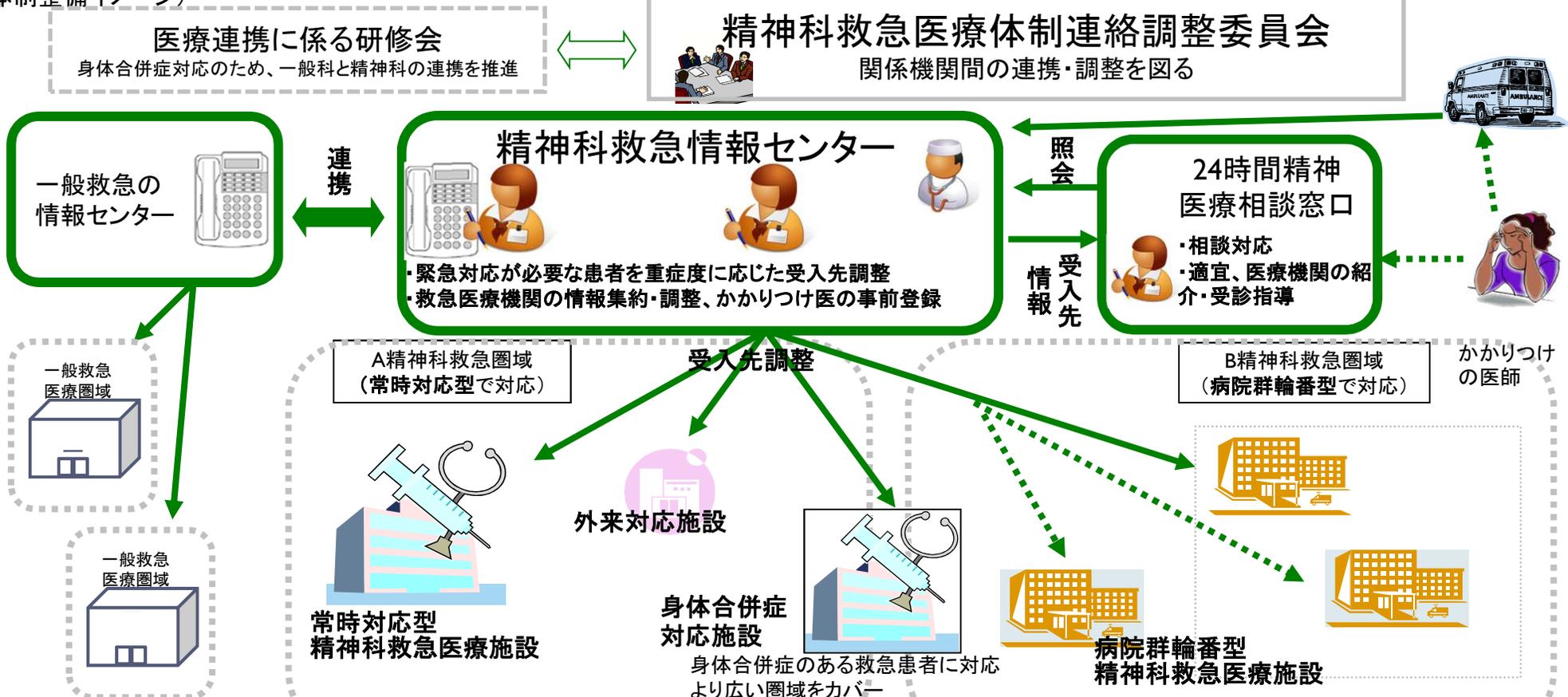
平成27年度予算: 1,320百万円 → 平成28年度予算(案): 1,400百万円

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。
2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

(体制整備イメージ)



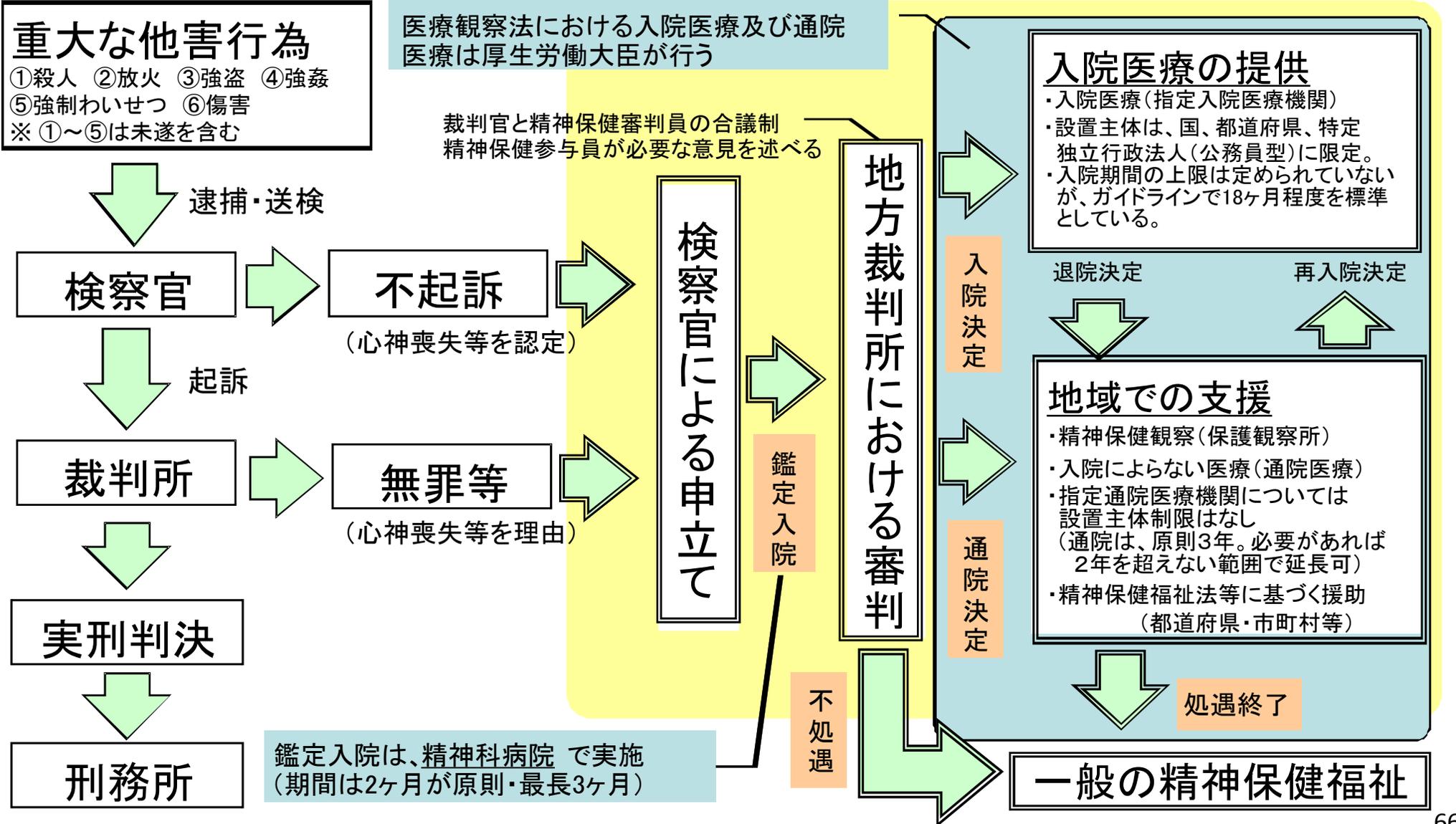
各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

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の仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管)

平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。

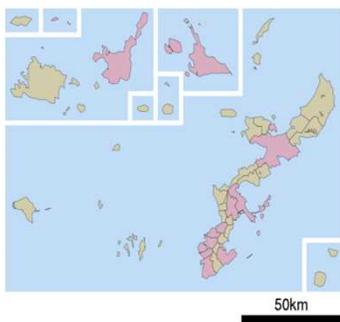


沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
- 入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

| | | |
|--------------|-----------|-----------------|
| 人口 | 1,414,120 | 人 |
| 面積 | 2,281 | km ² |
| 市町村の数 | 41 | 自治体 |
| 単科精神科病院の数 | 18 | 病院 |
| 精神病床数 | 5,412 | 床 |
| 入院後3ヶ月時点の退院率 | 69.2 | % |
| 入院後1年時点の退院率 | 86.8 | % |
| 平均在院日数 | 274.1 | 日 |



【沖縄県の役割】

- 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整

【琉球病院（コア医療機関）の役割】

- CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

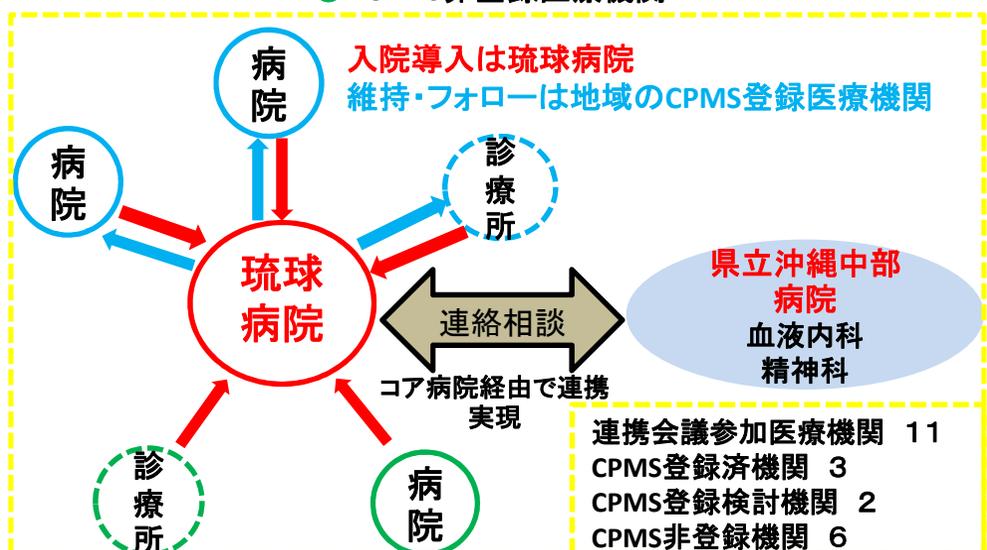
| | | |
|----------------------|------|---|
| 病床数 | 406 | 床 |
| うち一般精神病床数 | 289 | 床 |
| うち医療観察法病床 | 37 | 床 |
| うち重症心身障害児病床 | 80 | 床 |
| 入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床） | 63.2 | % |
| 入院後1年時点の退院率（一般精神病床） | 90.4 | % |
| 平均在院日数（一般精神病床） | 201 | 日 |



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【具体的体制】

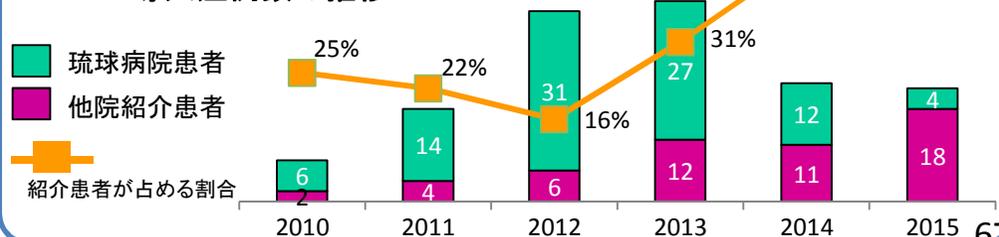
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



【地域連携の効果】

- 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。

CLZ導入症例数の推移



千葉県の取り組み ～クロザピン・サターンプロジェクト～

- 単科精神科病院(リングホスピタル)で不安なくクロザピンを使用できるよう、①連携総合病院(コアホスピタル)のいずれかが無顆粒球症患者を必ず受け入れる体制、②単科精神科病院と、連携総合病院で担当者同士の顔の見える関係を維持し、重篤な副作用を発症する前から各総合病院との情報共有・相談、という2つの安心を実現することによって、難治性精神疾患地域連携体制を構築。(クロザピン・サターンプロジェクト)
- 千葉県は医療計画に治療抵抗性統合失調症治療薬の適切な使用の普及を明記し、連携体制を推進。

【千葉県の基本情報(平成27年10月現在)】

| | | |
|-----------|-----------|-----|
| 人口 | 6,207,990 | 人 |
| 面積 | 5,158 | km2 |
| 市町村の数 | 54 | 自治体 |
| 単科精神科病院の数 | 40 | 病院 |
| 精神病床数 | 12,936 | 床 |

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】

院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入

【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】

コアホスピタルへの早期の情報提供や相談

【千葉大学】

各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かして、連携体制構築における課題を解決

【県】

医療計画等の医療政策へ反映

【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

【連携総合病院(コアホスピタル)の取組】

精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

【単科精神科病院(リングホスピタル)の取組】

大学病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

【既存の取組のサターンプロジェクトによる統合】

- ・ 千葉大研修参加者有志にプロジェクト協力の呼びかけを行い、連携体制を構築
- ・ 千葉大病院の病棟主任実務者が、コアホスピタル他科担当者から現場連携の相談をメールで受け付け、課題をリスト化して各リングホスピタル担当者に配布共有することで、総合病院リエゾン連携のような顔の見える連携を、プロジェクト内他科・精神科間連携にも拡大
- ・ 定期的派遣訪問で連携に係る問題の解決を図り、良好な関係を維持

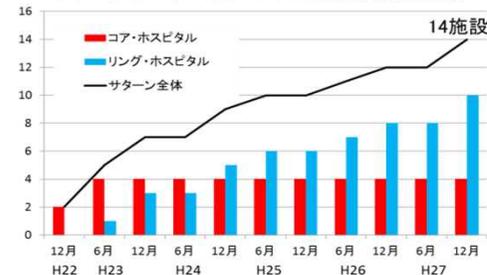
プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】(平成27年12月現在)

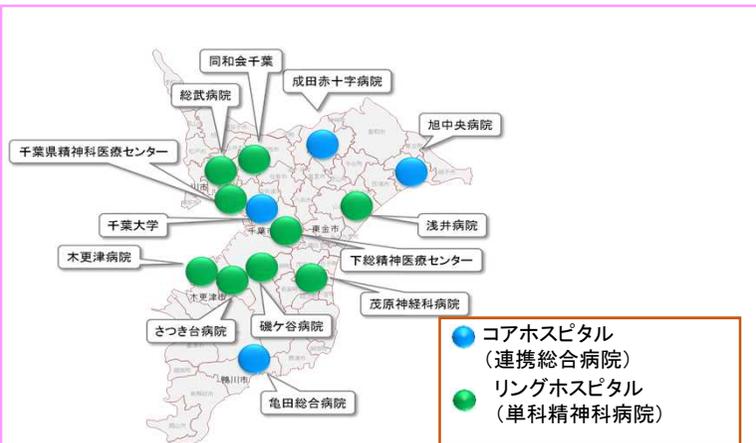
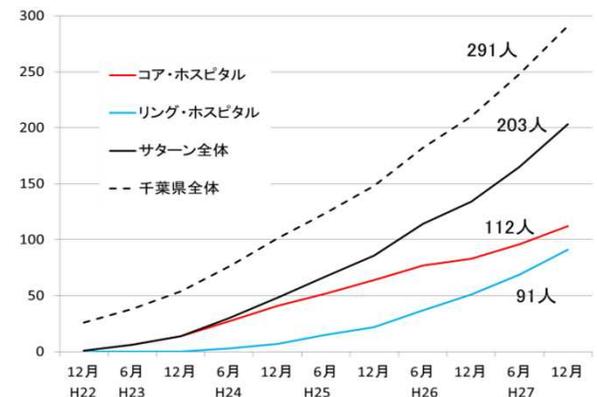
CPMS登録施設: 14施設

CPMS登録患者数203名

サターンプロジェクト: CPMS登録施設数推移



サターンプロジェクト: CPMS登録患者数推移

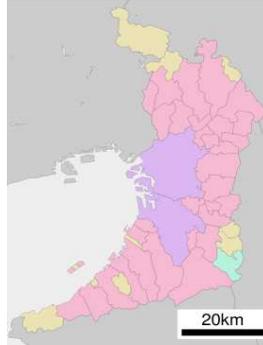


依存症者支援のための大阪アディクションセンター ～切れ目のない相談・治療・回復を支援する体制の整備～

依存症支援に関しては、治療や相談を担う資源や、医療・関係団体等の相互連携体制の不足などの課題がある。この課題解決のために、特に治療機関が少ない薬物依存症について、治療プログラムテキストを作成し、アルコールの治療のノウハウを生かした試みを行うこととなった。さらに府内全体を網羅する、切れ目無く支援するための関係機関によるネットワークとして、大阪アディクションセンターを組織し、医療機関、司法機関、当事者団体、行政機関等が依存症対策に主体的に取り組む、連携を強めることを通じて、相乗効果を発揮し、より有効なシステムとして機能するよう目指す。

【大阪府の基本情報（平成27年5月現在）】

| | | |
|--------------|---------|-----------------|
| 人口 | 8847838 | 人 |
| 面積 | 1904.99 | km ² |
| 市町村の数 | 43 | 自治体 |
| 単科精神科病院の数 | 62 | 病院 |
| 精神病床数 | 19489 | 床 |
| 入院後3ヶ月時点の退院率 | 37.9 | % |
| 入院後1年時点の退院率 | 89.9 | % |
| 平均在院日数 | 435 | 日 |



依存症対策の課題

- 依存症の治療、相談を担う社会資源の不足
- 医療機関や関係団体等の相互連携体制の不足

治療機関を増やす試み

依存症拠点機関設置運営事業（大阪府立精神医療センターに委託）

- 大阪版認知行動療法のテキスト作成・普及
SMARPPを実施することで、治療者側の態度が薬物依存症者に対してポジティブに変化 → SMARPPを普及することで、薬物依存症者への治療者の抵抗を減らし、治療機関を増やす試みを実施。
 - ① SMARPPJrの大阪版「ぼちぼち」のテキストを作成
 - ② 通院患者を対象に「ぼちぼち」の実施・ノウハウの蓄積
 - ③ 他医療機関でモデル実施・検証

課題・・・精神科診療所で薬物依存症者を対象に「ぼちぼち」を実施することが難しい。(スタッフ等の体制整備・対象者の確保等)

解決策・・・アルコール専門診療所で、そのノウハウを生かしてアルコール依存症者を対象に「ぼちぼち」をモデル実施。そのグループの対象者に薬物依存症者も含める。

関係機関の連携の現状

- 各機関が作るネットワークが府内に点在
→ 例) ・アルコール専門病院と保健所と断酒会
↓
 - ① 核となる機関がなければネットワークが形成されない。
 - ② ネットワークが形成されず、十分な支援が届かない依存症者が多く存在する。
- 従来のネットワークで構築した関係機関同士の顔の見える関係や、情報共有の方法を生かしつつ、個々のネットワークに頼るのではなく、大阪全体を網羅する、切れ目のない相談・治療・回復を支援する体制の整備を行う。

新たな体制の構築

大阪アディクションセンターの設立

- 今まで地域で培ってきたネットワークのノウハウを生かしつつ、大阪府全体を網羅できる体制を整備
- 自助グループ、リハビリ施設、司法、医療、行政など、依存症に携わっている機関等が各々が主体的に役割を果たすネットワーク
- どの機関につながっても適切なサービスを受けることができる連携体制
- それぞれの機関の強みなどを共有、アイデアを提供、不足なところは具体的な提案をしていける組織体

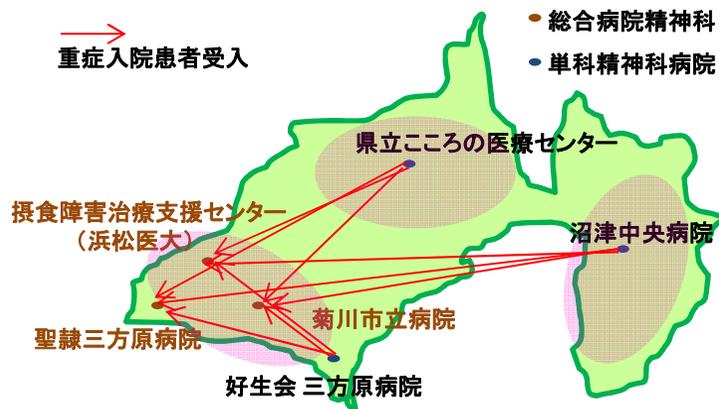
【今後の方向性】

薬物依存症についての支援方を蓄積し、それをギャンブル依存症やその他依存症に応用することで、支援を拡大する

静岡県の取り組み ～身体管理マニュアル普及・研修による医療提供体制の充実～

- 摂食障害治療支援センター（浜松医科大学医学部附属病院：以下浜松医大）が、①**身体・栄養管理に関する実践的なマニュアルの作成と配布**、②**他病院への実践的な研修**、③**重症患者の受入**を行うことにより、新たに2つの総合病院精神科において重症患者の受入を開始し、3つの単科精神科病院においても摂食障害患者の受入を開始し、県内における摂食障害患者への医療提供体制の充実を実現。
- それぞれの病院と静岡県の協働によって、医療機関・保健所・市町・教育機関・患者・家族等との地域連携支援体制の構築を進め、早期発見・早期支援体制の実現を目指す。

【静岡県医療圏域の基本情報】



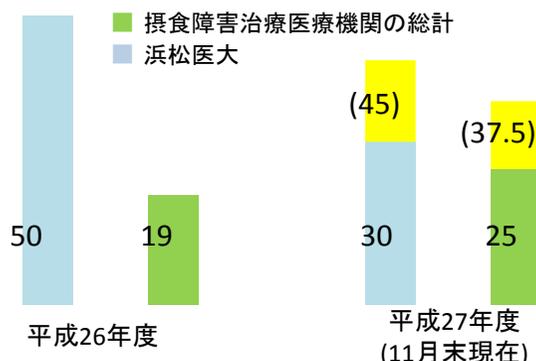
- 静岡県では、専門的治療を実施するために必要な設備をもつ総合病院精神科は西部に3つのみであった。
- この3つの総合病院精神科全てに実践的な研修を行い、重症患者の入院治療を可能とした。
- 県西部、中部、東部に入院治療に対応可能な単科精神科病院を実践的な研修により整備し、早期に治療できる体制を整備した。

| | | | | |
|-----------------------------|------|------|------|-----|
| 人口 | 1309 | 1165 | 1208 | 千人 |
| 市町村の数 | 8 | 7 | 20 | 自治体 |
| 単科精神科病院数 | 13 | 7 | 12 | 病院 |
| 総合病院数 (精神科閉鎖病棟あり、児童病棟除く) | 4(3) | 1(0) | 1(0) | 病院 |

【各事業主体の役割】

- 静岡県
 - ◆圏域毎の相談・支援体制の構築、摂食障害対策推進協議会の企画運営、市町、教育委員会、関係機関等との連絡調整、県民に向けた広報
- 浜松医大（摂食障害治療支援センター）
 - ◆身体合併症での重症患者入院に対応、身体管理マニュアルの普及・実践的研修の実施、摂食障害治療医療機関への技術支援・相談、県民への普及啓発、摂食障害患者及び家族への相談・支援等
- 摂食障害治療医療機関（総合病院精神科 2箇所・単科精神科病院 3箇所）
 - ◆身体管理マニュアルに準拠した入院治療の実施、摂食障害患者及び家族への相談・支援等、摂食障害治療支援センターへの患者紹介及び逆紹介

【浜松医大及び摂食障害治療医療機関の受入患者推移】



※()内数字は、年度開始8ヶ月の傾向が継続した場合の見込み入院件数

- 実践的な身体管理マニュアルを配布し、実際に治療にあたるチームへの研修を行うことにより、単科精神科病院における入院患者数は増加傾向。
- 重度の身体合併症は、2つの総合病院精神科で緊急入院を引き受けることにより、単科精神科病院における負担の軽減、安心感の醸成に寄与。

參考資料

病院に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

| | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | | 感染症病床 | 結核病床 |
|--------|---|--|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| 定義 | 精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床 | 主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床 | 精神疾患を有する者を入院させるための病床 | | 感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床 | 結核の患者を入院させるための病床 |
| | | | 1)大学病院等※1 | 1)以外の病院 | | |
| 人員配置標準 | 医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1 | 医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数 | 医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1 | 医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1 | 医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1 | 医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1 |
| | (各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1 | | | | | |

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

平成22年12月2日 社会保障審議会医療部会資料より

(一部時点修正あり)

| | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | | 感染症病床 | 結核病床 |
|-------------|---|--|---|---------|--|--|
| | | | 1)大学病院等※1 | 1)以外の病院 | | |
| 必置施設 | <ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・診療に関する諸記録 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具 | 一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 | 一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 | | 一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 | 一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 |
| 病床面積 | 6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他) | 6.4㎡/床 以上※4 | 一般病床と同じ | | 一般病床と同じ | 一般病床と同じ |
| 廊下幅 | 片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 | 片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 | 一般病床と同じ | 療養病床と同じ | 一般病床と同じ | 一般病床と同じ |

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

(平成26年)

| | 医師の配置 | 看護職員等の配置 | 構造設備等 | その他の主な要件 | 算定の対象となる患者 | 診療報酬点数 |
|----------------|--|---|---|---|---|--------------------------------------|
| 精神科救急入院料1 | 指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1 | 看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名 | ・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下 | ・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行 | ・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 | 3,557点 (~30日) 3,125点 (31日~) |
| 精神科救急入院料2 | | | | ・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行 | | 3,351点 (~30日) 2,920点 (31日~) |
| 精神科救急・合併症入院料 | 指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1 | 看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名 | ・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下 | ・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行 | ・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者 | 3,560点 (~30日) 3,128点 (31日~) |
| 精神科急性期治療病棟入院料1 | 指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1 | 看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名 | ・隔離室を有する ・1看護単位60床以下 | ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行 | ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例 | 1,984点 (~30日) 1,655点 (31日~) |
| 精神科急性期治療病棟入院料2 | | 看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名 | | 急性期医師配置加算(16:1)の要件 ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。 ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。 ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。 | | ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行 |

| | | | |
|--------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| 精神科身体合併症管理加算 | ・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置 | 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟) を算定する患者 | 450点 (~7日) 225点 (8~10日) |
|--------------|------------------------------------|--|----------------------------------|

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

(平成26年)

| | 医師の配置 | 看護職員等の配置 | 構造設備等 | その他の主な要件 | 算定の対象となる患者 | 診療報酬点数 | |
|-----------|---------|----------------------|---------|--|-------------|--|--|
| 精神病棟入院基本料 | 医師 48:1 | 看護 7:1 (特定機能病院のみ) | ・特記事項なし | ・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下 | ・精神疾患を有する患者 | (1,350点) | ※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) |
| | | 看護 10:1 (特定機能病院) | | ・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下 | | 1,271点 (1,278点) | 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年) |
| | | 看護 13:1 (特定機能病院) | | ・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保 | | 946点 (951点) | ※重度認知症加算 300点 (～1月) |
| | | 看護 15:1 (特定機能病院) | | ・特記事項なし | | 824点 (868点) | ※救急支援精神病棟初期加算 100点 (～14日) |
| | | 看護 18:1 | | | | 735点 | |
| | | 看護 20:1 | | | | 680点 | |
| | | 特別入院基本料 (看護 25:1) | | | | 559点 | |
| | | 精神療養病棟入院料 | | 指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名(専任) 医師 48:1※ | | 看護+看護補助者 15:1 (うち、看護5割) OT又は経験看護師 1名 | ・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下 |

※: 当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上で有る場合(平成30年3月31日までは、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上である場合)は除く

※2: PSWもしくは、保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

精神科入院に係る診療報酬と主な要件③

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|---|-------------------------------|--|--------------------------|
| 認知症治療病棟入院料1 | 病院常勤1名 医師 48:1 | 看護 20:1 看護補助者 25:1 OT1名 | ・病棟18㎡／ 床以 上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓 練室 | ・病院にPSWまたは臨床 心理技術者常勤 | ・集中的な治療を 要する認知症患者 | 1,809点(～30日) 1,501点(31～60日) 1,203点(61日～) | ※夜間対応加算 84点 (～30日) |
| 認知症治療病棟入院料2 | | 看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1 名 | ・病棟18㎡／ 床以 上を標準 ・生活機能回復訓 練室 | | | 1,316点(～30日) 1,111点(31～60日) 987点(61日～) | |
| 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 小児医療及び児童 思春期の精神医療 の経験を有する常 勤医師2名(1名は 指定医) 医師 48:1 | 看護師 10:1 PSW及び臨床心理技 術者 病棟常勤それぞれ 1名以上 | ・浴室、デイ ルーム、食堂 等を当該病棟 の他の治療室 と別に設置 | ・20歳未満の精神疾患を 有する患者を概ね8割以 上入院させる病棟又は病 室 | ・20歳未 満の精神 疾患を有 する患者 | 2,957点 | |

質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価①

- 集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病棟を評価
(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- (3) 専従の精神保健福祉士が2名以上配置されていること。(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上。ただし、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合に、専従常勤精神保健福祉士2名と専従常勤社会福祉士1名を配置することも可)
- (4) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- (5) 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (6) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (7) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (8) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

[その他算定に関する要件]

- (1) 多職種が協働して、退院意欲の喚起や退院後の居住先の確保等の退院支援を実施すること。
- (2) 患者ごとに精神保健福祉士等の資格を有する退院支援相談員を指定し、個別の相談支援や退院支援計画の作成等を行うこと。

○地域移行機能強化病棟の入院患者に実施する退院支援の内容

相談支援事業者等との交流機会を通じた退院意欲の喚起、家事能力等を習得する訓練等の実施、退院後の通院医療機関の確保、退院後の居住先の確保、障害福祉サービス等の利用の必要性の検討、退院後に日常の相談に応じる者の確保 等

○具体的な退院支援の内容を退院支援委員会で議論し、退院支援計画に担当者やスケジュールとともに記載する(一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、活用のスケジュールを記載)。

- (3) 指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に係る精神科デイ・ケア等の利用については、基本点数の控除を行わないものとする。

(参考) 地域移行機能強化病棟に入院する患者に対する精神科デイ・ケアの実施について

他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟に入院する患者に、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合に、入院中4回まで算定可能とする。

- (4) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進①

- 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】
直近の退院から起算して6月以内に限り、
月1回を限度として算定する。

管理料1

- イ 同一建物居住者以外 1,800点
- 同一建物居住者
 - (1) 特定施設等の入居者 900点
 - (2) (1)以外 450点

管理料2

- イ 同一建物居住者以外 1,480点
- 同一建物居住者
 - (1) 特定施設等の入居者 740点
 - (2) (1)以外 370点



改定後

【精神科重症患者早期集中支援管理料】
初回の算定日から起算して6月以内に限り、
月1回を限度として算定する。

管理料1

- イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,800点
- 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,350点

管理料2

- イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,480点
- 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,110点

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

[算定要件]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
- ウ 精神科への通院が困難な者
- エ 障害福祉サービスを利用していない者

[施設基準]

- (1) 常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士(うち、いずれか1名を専従とする)が配置されていること。
- (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。



改定後

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

[算定要件]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
- ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)
- エ (削除)

[施設基準]

- (1) 常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士※(うち、いずれか1名を専従とする(当該管理料関連業務を実施する時間以外に、他の業務を実施可))が配置されていること。
※作業療法士は非常勤でも可。
- (2) 24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 324,705床^{※1}
(平成26年7月1日現在)

特定入院料
(159,323床^{※1})

看護師配置3:1以上

172,368床^{※4}

精神病棟入院基本料
(162,332床^{※1})

特定機能病院
入院基本料
(3,050床^{※1})

| | |
|--|----------------------------|
| 精神科救急入院料 入院料1(116施設 7,526床 ^{※1}) 入院料2(4施設 333床 ^{※1}) | 10:1 (2:1) |
| 精神科救急・合併症入院料 (10施設 382床 ^{※1}) | 10:1 (2:1) |
| 精神科急性期治療病棟 入院料1(305施設 15,195床 ^{※1}) 入院料2(18施設 882床 ^{※1}) | 10:1 (2.5:1) 15:1 (3:1) |
| 認知症治療病棟 入院料1(477施設 33,293床 ^{※1}) 入院料2(19施設 1,398床 ^{※1}) | 20:1 (4:1) 30:1 (6:1) |
| 精神療養病棟 (836施設 100,314床 ^{※1}) | 30:1 (6:1) |

| |
|---|
| 10:1 (2:1) (30病棟、1,172床 ^{※2}) |
| 13:1 (2.5:1) (155病棟 7,225床 ^{※2}) |
| 15:1 (3:1) (2,520病棟、136,603床 ^{※2}) |
| 18:1 (170病棟 10,222床 ^{※2}) |
| 20:1 (47病棟 2,875床 ^{※2}) |
| 特別入院基本料 (63病棟 3,590床 ^{※2}) |

| |
|--|
| 7:1 (1.5:1) (7病棟 198床 ^{※2}) |
| 10:1 (2:1) (17病棟 664床 ^{※2}) |
| 13:1 (2.5:1) (42病棟 1,420床 ^{※2}) |
| 15:1 (3:1) (30病棟 916床 ^{※2}) |

| |
|---|
| 医療観察法に定める指定入院医療機関数 31か所 791床 ^{※3} |
| 急性期入院対象者入院医学管理料 |
| 回復期入院対象者入院医学管理料 |
| 社会復帰期入院対象者入院医学管理料 |

小児入院医療管理料5
(0床^{※2})
特殊疾患病棟入院料
70病棟 3,708床^{※2}

精神科身体合併症管理加算
(1,097施設^{※1})

精神病棟入院時医学管理加算
(161施設^{※1})

※1 平成26年7月1日現在(平成27年10月14日中央社会保険医療協議会資料より作成)
 ※2 平成25年6月30日現在(精神・障害保健課調べ)(合計とは一致しない)
 ※3 平成28年3月1日現在(医療観察室調べ)
 ※4 看護師配置が3:1以上の病床について、特定入院料及び特定機能病院入院基本料は、平成27年10月14日中央社会保険医療協議会資料、精神病棟入院基本料については、平成25年6月30日現在(精神障害保健課調べ)

平成23～25年度精神障害者アウトリーチ推進事業の結果

平成23～25年度 障害者対策総合研究事業（精神障害分野） アウトリーチ（訪問支援）に関する研究
（研究代表者：萱間真美）より

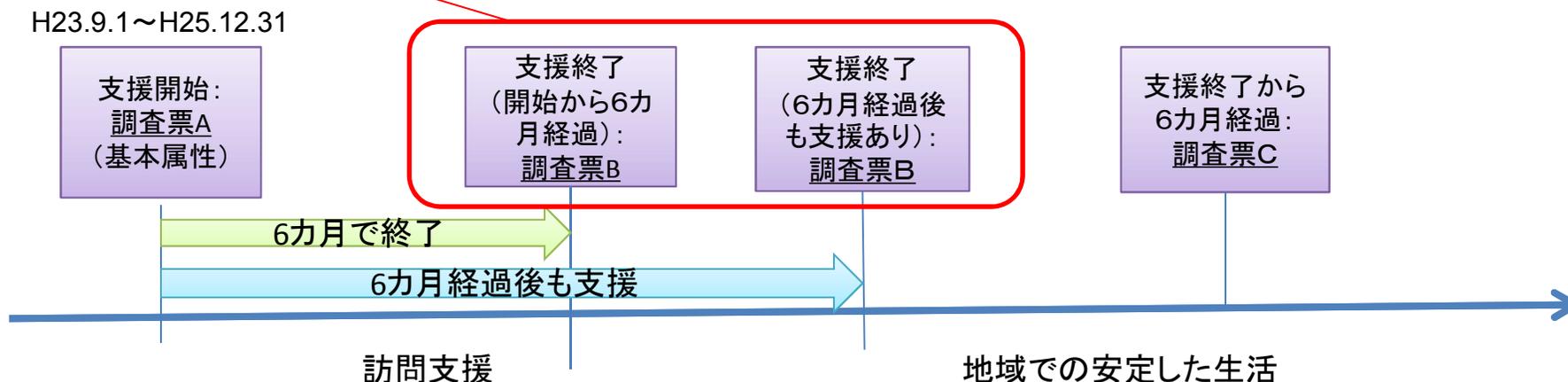
【研究対象チーム】

平成23年度から25年度で事業を受託した24道府県37チームのうち、調査協力の得られた22道府県35チーム

【研究対象者】

平成23年9月1日から平成25年12月31日の間に、当事業の支援対象者となった456名のうち、調査票A（支援開始時点での支援対象者の状況）及び調査票B（支援終了時の状況）など業務やケア内容などについて全ての調査票に記載がある事業開始後6カ月以上が経過した346名について分析を行った。

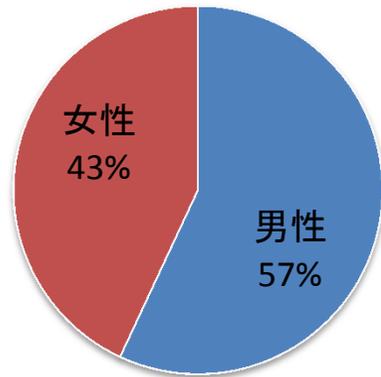
【研究スキーム】



アウトリーチ支援の対象者について①

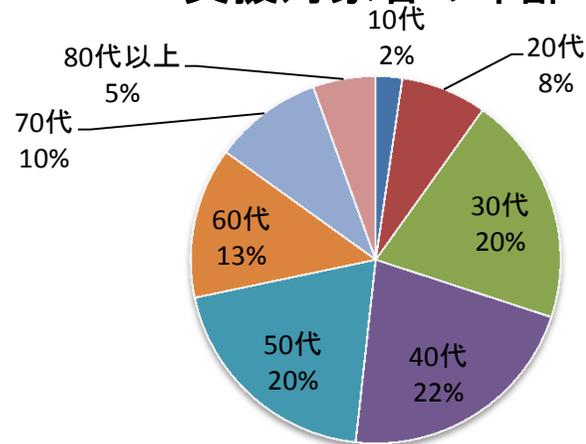
・支援対象者については、男性が57%、60代未満が約70%、同居者ありが61%である。

支援対象者の性別



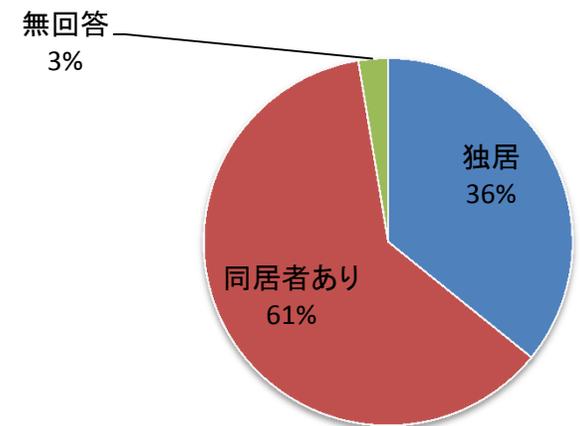
| | n |
|----|-----|
| 男性 | 197 |
| 女性 | 149 |

支援対象者の年齢



| | n |
|-------|----|
| 10代 | 8 |
| 20代 | 26 |
| 30代 | 70 |
| 40代 | 75 |
| 50代 | 69 |
| 60代 | 46 |
| 70代 | 33 |
| 80代以上 | 19 |

支援対象者の世帯状況



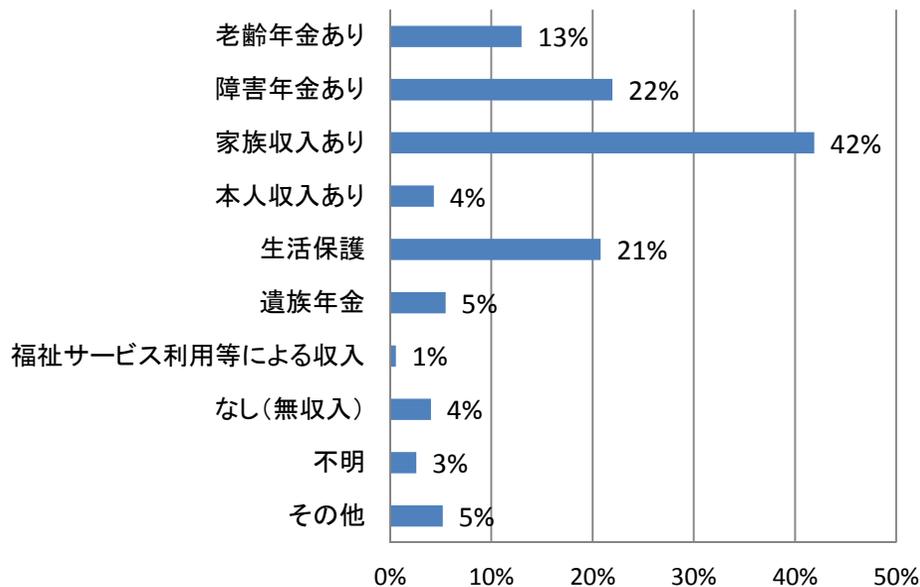
| | n |
|-------|-----|
| 独居 | 124 |
| 同居者あり | 213 |
| 無回答 | 9 |

出典:平成23~25年度 障害者対策総合研究事業(精神障害分野) アウトリーチ(訪問支援)に関する研究(研究代表者:萱間真美)

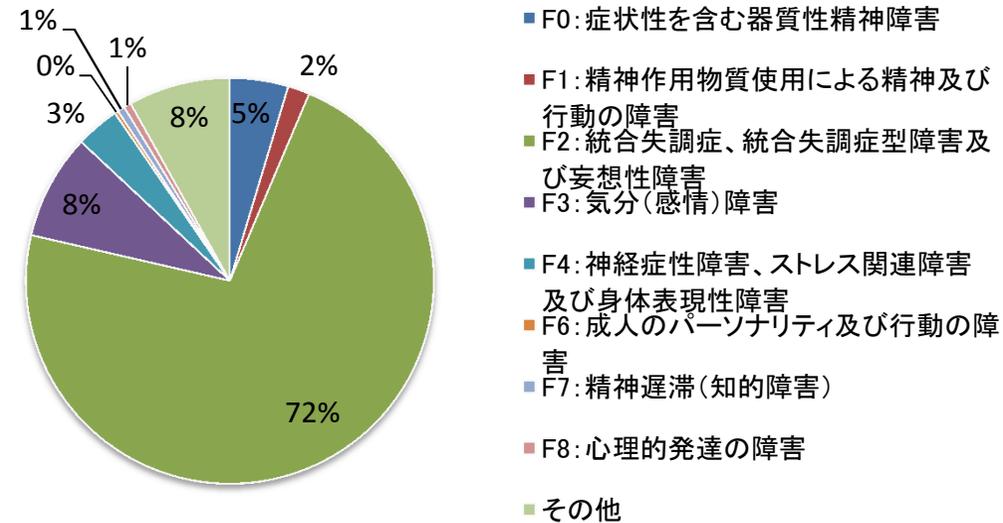
アウトリーチ支援の対象者について②

- ・経済状況については、複数回答で「家族収入あり」42%、「障害年金あり」22%、「生活保護」21%の順に多い。
- ・診断名については、統合失調症が72%で最も多い。

支援対象者の経済状況(複数回答)



支援対象者の診断名別人数



| | n |
|------------------------------|-----|
| F0: 症状性を含む器質性精神障害 | 16 |
| F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 | 6 |
| F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 250 |
| F3: 気分(感情)障害 | 29 |
| F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 | 12 |
| F6: 成人のパーソナリティ及び行動の障害 | 1 |
| F7: 精神遅滞(知的障害) | 2 |
| F8: 心理的発達の障害 | 2 |
| その他 | 28 |

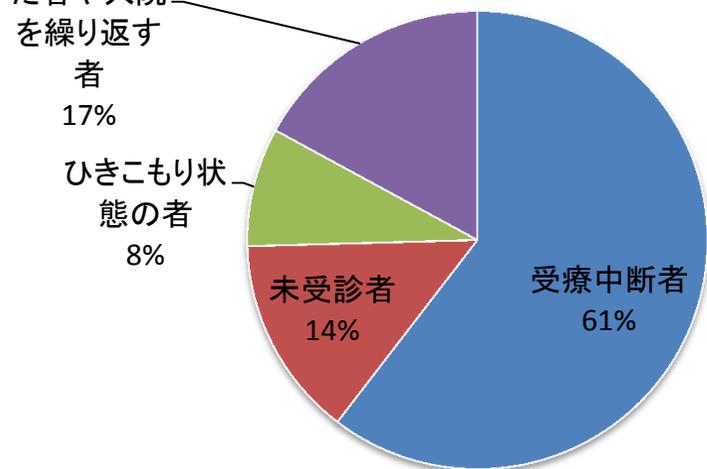
出典:平成23~25年度 障害者対策総合研究事業(精神障害分野) アウトリーチ(訪問支援)に関する研究(研究代表者:萱間真美)

アウトリーチ支援の対象者及び平均支援期間について

- ・対象者の類型別では「受療中断者」61%で最も多い。
- ・類型別の平均支援期間については、平均324.9日であり、「ひきこもり状態の者」については367.9日と最も長い。

長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 17%
ひきこもり状態の者 8%
未受診者 14%
受療中断者 61%

支援対象者の類型別人数



| | n |
|-----------------------|-----|
| 受療中断者 | 209 |
| 未受診者 | 49 |
| ひきこもり状態の者 | 29 |
| 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 | 59 |

平均支援期間

| n=346 | 人数 | 平均(日) | 標準偏差 |
|-----------------------|-----|-------|-------|
| 受療中断者 | 209 | 320.0 | 172.7 |
| 未受診者 | 49 | 289.4 | 191.7 |
| ひきこもり状態の者 | 29 | 367.9 | 215.6 |
| 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 | 59 | 350.6 | 197.8 |
| 全体 | 346 | 324.9 | 185.1 |

出典：平成23～25年度 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)
アウトリーチ(訪問支援)に関する研究(研究代表者：萱間真美)

精神障害者アウトリーチ推進事業の評価

・ サービス利用者の転帰 (n=346)

| | n | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| 治療につながり、地域生活を継続 | 73 | 21.1 |
| 主診断F0,F2,F3以外への変更 | 2 | 0.6 |
| チームにて支援を継続 | 137 | 39.6 |
| 入院・施設入所 | 83 | 24.0 |
| 死去 | 10 | 2.9 |
| その他 | 41 | 11.9 |

治療につながり支援を終了した者の終了までの期間

| | n | % |
|-------|----|------|
| 6ヶ月未満 | 19 | 26.0 |
| 6ヶ月以上 | 52 | 71.2 |
| 不明 | 2 | 2.7 |

入院形態

| | n | % |
|--------|----|------|
| 措置入院 | 4 | 4.8 |
| 医療保護入院 | 51 | 61.4 |
| 応急入院 | 1 | 1.2 |
| 任意入院 | 18 | 21.7 |
| 身体疾患 | 2 | 2.4 |
| 不明 | 7 | 8.4 |

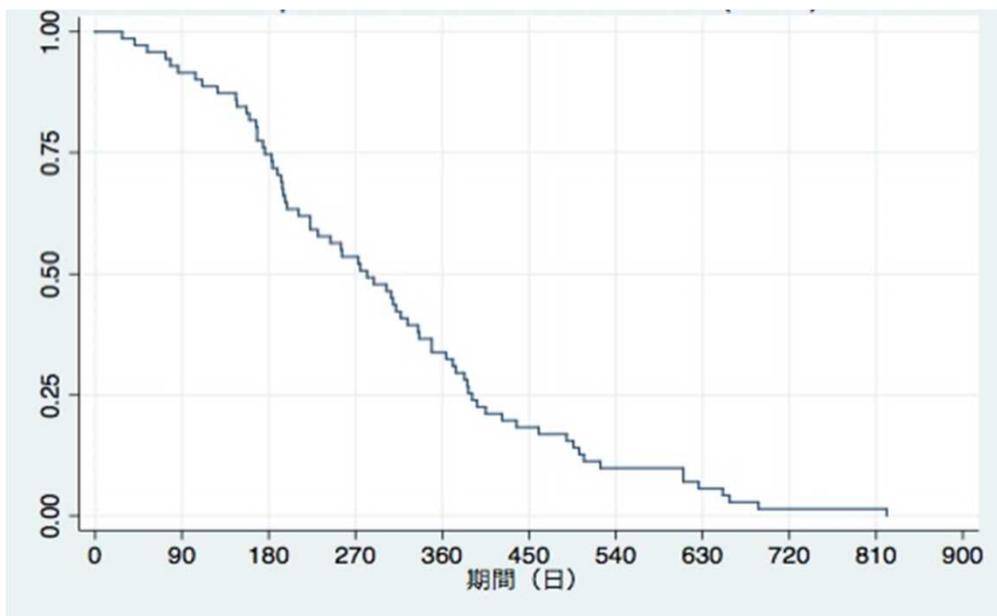
入院・入所までの期間

| | n | % |
|-------------|----|------|
| 1ヶ月未満 | 17 | 20.5 |
| 1ヶ月以上～3ヶ月未満 | 23 | 27.7 |
| 3ヶ月以上～6ヶ月未満 | 18 | 21.7 |
| 6ヶ月以上～1年以内 | 15 | 18.1 |
| 1年以上 | 6 | 4.8 |
| 不明 | 4 | 7.2 |

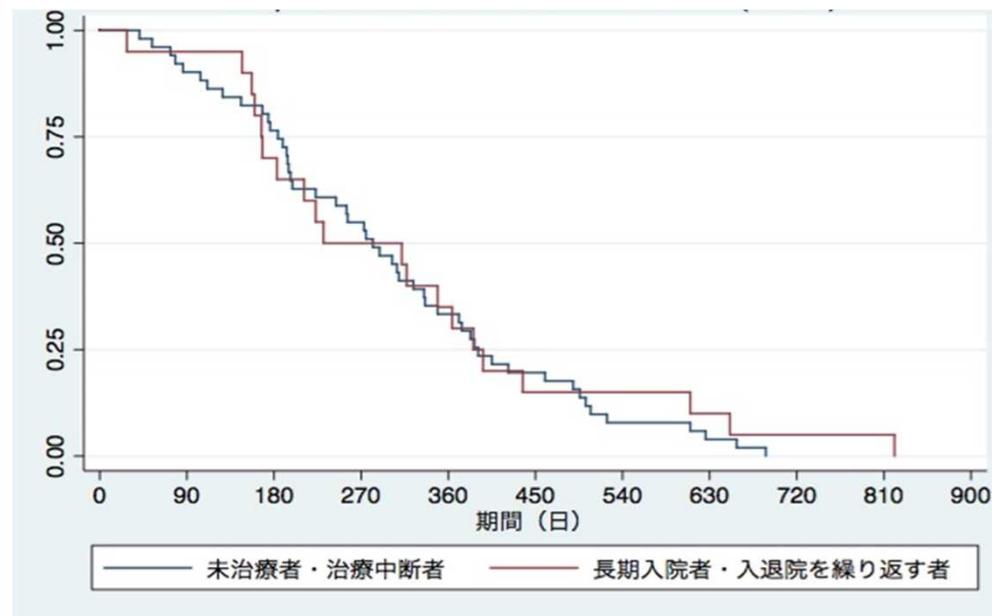
- ・ サービス利用者の21.1%は治療につながりアウトリーチ支援を終了し、そのうち6カ月未満終了者は19名（終了者中の26.0%、全利用者の5.5%）であった。
- ・ 入院・施設入所に至った対象は利用者の24%であり、その5割が支援開始後3か月未満、7割が6か月未満に入院・入所していた。入院形態は医療保護入院が最も多く(61.4%)、次いで任意入院(21.7%)であった。

「治療につながり地域生活を継続した者」の支援終了に至る Kaplan・マイヤー曲線 (n=73)

治療につながり地域生活を継続した群 (全体)



治療につながり地域生活を継続した群 (類型別)



- 治療につながりサービスを終了した群 (全体) では、支援開始から6カ月間で1/4, 9か月強で約半数がサービス終了となった。
- 支援類型別にみると、「長期入院・入退院を繰り返す者」では、6カ月経過時より終了者が増える一方、一部のケースで長期間サービスが継続していた。

治療につながり6か月以内に支援が終了した者（n=19）の概要

①基本属性とケア内容・量

平均支援期間 119日（SD=49.2）

性別

| | 人数 | % |
|----|----|------|
| 男性 | 14 | 73.7 |
| 女性 | 5 | 26.3 |

年齢

| | 人数 | % |
|-------|----|------|
| 10代 | 1 | 5.3 |
| 20代 | 1 | 5.3 |
| 30代 | 4 | 21.1 |
| 40代 | 7 | 36.8 |
| 50代 | 3 | 15.8 |
| 60代 | 2 | 10.5 |
| 80代以上 | 1 | 5.3 |

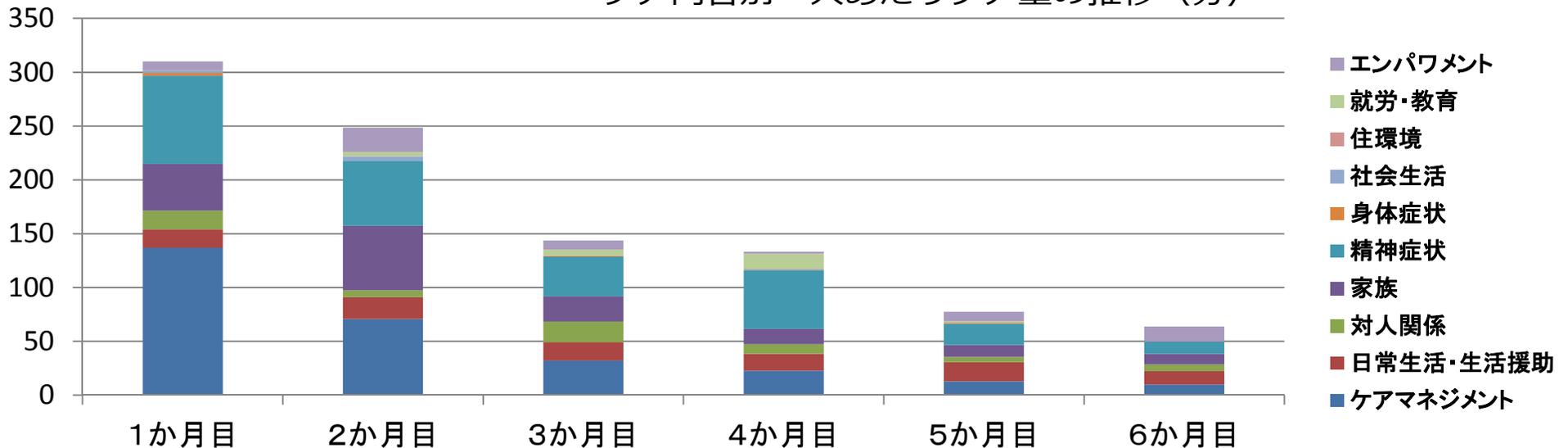
支援類型

| | 人数 | % |
|-----------------------|----|------|
| 受療中断者 | 10 | 52.6 |
| 未受診者 | 2 | 10.5 |
| ひきこもり状態の者 | 1 | 5.3 |
| 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者 | 6 | 31.6 |

診断

| | 人数 | % |
|-----------------------|----|------|
| 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 12 | 63.2 |
| 気分(感情)障害 | 4 | 21.1 |
| その他 | 4 | 21.1 |

ケア内容別一人あたりケア量の推移（分）



- 対象は全対象者と比較し気分障害の割合が高い（全対象者では8.4%）。
- ケア量は2か月ごとに大幅に減少。支援開始時はケアマネジメントの割合が多い。

治療につながり6か月以内に支援が終了した者 (n=19) の概要

② 転帰および利用したサービス

支援開始時・終了時のGAF・SBSスコアの変化 (平均 (SD))

| | 支援開始時 | 支援終了時 | P値 | 平均値の変化 |
|-----|------------|-----------|------|--------|
| GAF | 38.2(16.7) | 58.9(9.5) | .000 | +20.7 |
| SBS | 20.0(10.4) | 11.3(9.4) | .000 | -8.7 |

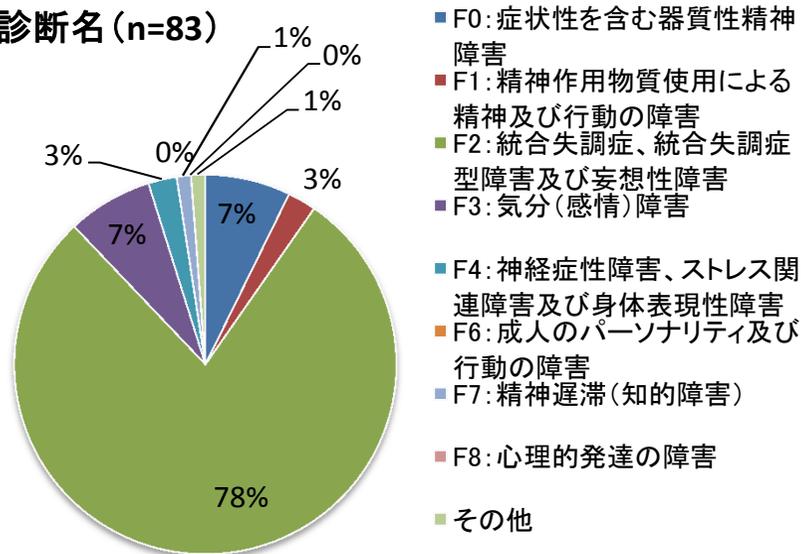
利用したサービス(終了時記入・複数回答)

| | 人数 |
|-------------|----|
| 外来通院 | 11 |
| 精神科訪問看護 | 9 |
| 精神科デイケア | 4 |
| 就労継続支援A型 | 1 |
| 地域活動支援センター | 2 |
| 保健所保健師による訪問 | 6 |
| 市町村保健師による訪問 | 6 |
| 福祉事務所による訪問 | 3 |

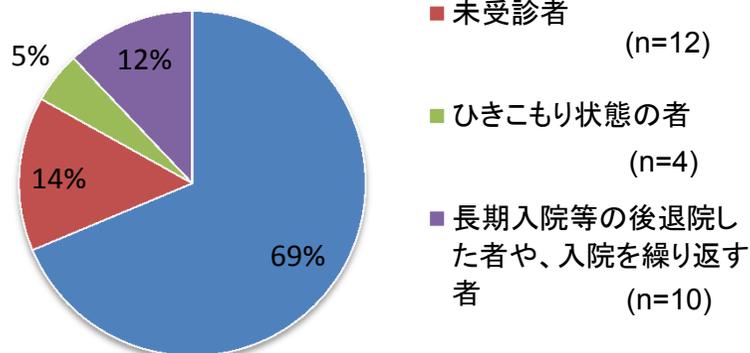
- 6ヶ月以内に支援が終了した者のGAFとSBSは、支援開始前後で統計学的に有意に改善していた。
- 精神科訪問看護やデイケアの利用、保健所、市町村、福祉事務所による訪問サービスを受けるなど、アウトリーチチーム以外のスタッフと関係構築し、支援終了に至っていた。

入院・施設入所した者 (n=83) 概要と入院の理由

診断名 (n=83)



対象者の類型 (n=83)



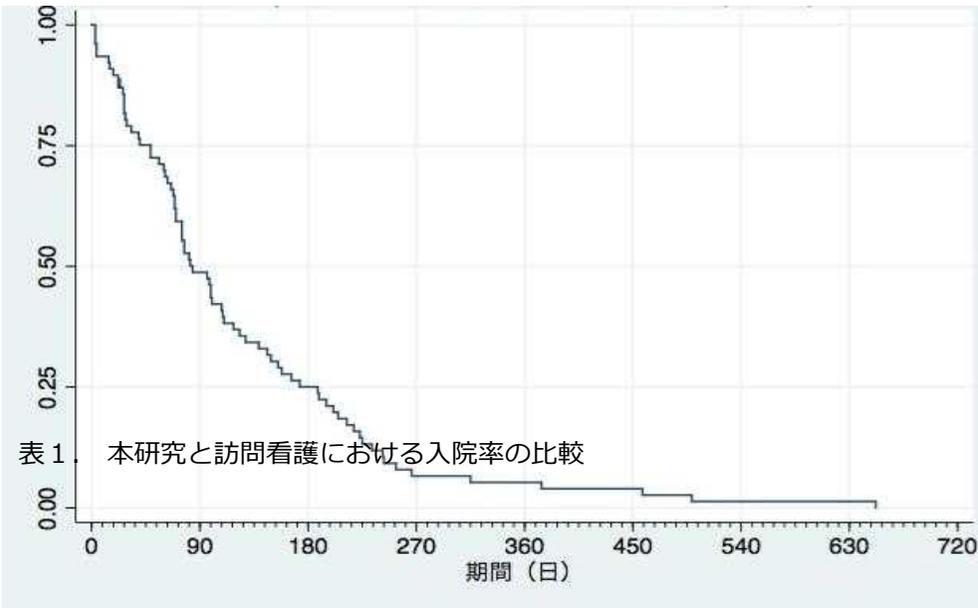
| | n |
|-----|----|
| F0 | 6 |
| F1 | 2 |
| F2 | 65 |
| F3 | 6 |
| F4 | 2 |
| F6 | 0 |
| F7 | 1 |
| F8 | 0 |
| その他 | 1 |

| 入院の理由 (n=83) | n | % |
|---------------------|----|-----|
| 精神症状による入院 | 58 | 70% |
| 精神症状の増悪 | 13 | 16% |
| 他害行為 | 11 | 13% |
| 迷惑行為 | 9 | 11% |
| 本人からの入院希望 | 7 | 8% |
| 他者からの受診の勧め | 6 | 7% |
| 生活状況に問題があり自宅生活が困難 | 6 | 7% |
| 同居家族の自宅生活困難 | 2 | 2% |
| 自傷行為 | 1 | 1% |
| その他 | 3 | 4% |
| 身体疾患による入院 | 12 | 14% |
| 本人の身体的な変調を他者が懸念して受診 | 6 | 7% |
| 身体的な急変が起こり救急搬送 | 4 | 5% |
| その他 | 2 | 2% |
| その他(詳細不明) | 13 | 16% |

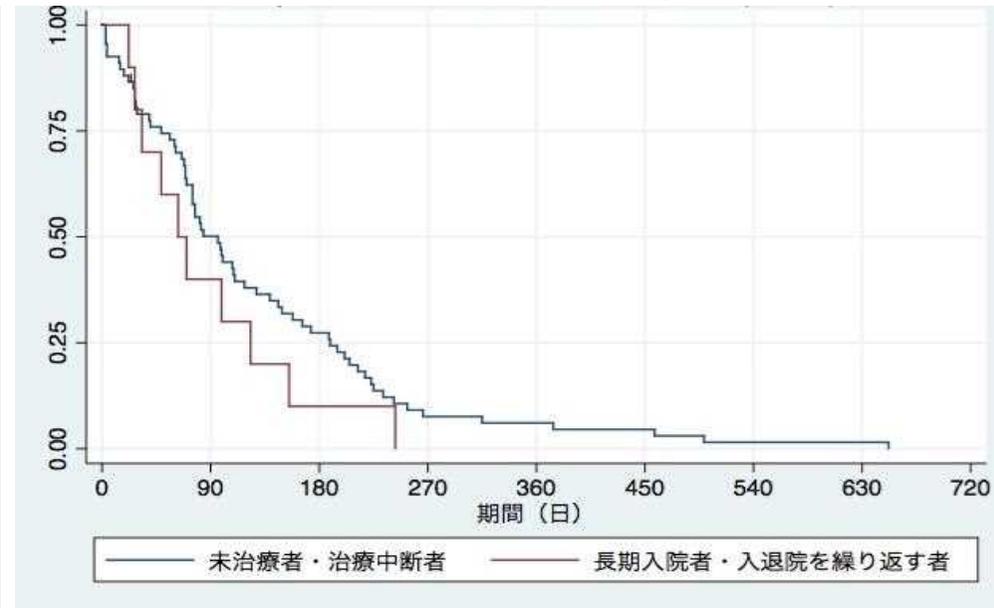
・入院・施設入所した者 (83名) の状況については、統合失調症が79%、受療中断者が69%であり、入院の理由としては精神症状による入院が70%で、精神症状の増悪 (16%)、他害行為 (13%)、迷惑行為 (11%)、の順に多くなっていた。

入院・施設入所に至った者の 入院・入所に至る Kaplan・マイヤー曲線(n=83)

入院・入所者（全体）



入院・入所者（類型別）



- 入院・入所した者（全体）は、支援開始から3か月で半数、6か月で3/4の者が入院・入所となった。
- 支援類型別にみると、「長期入院者・入院を繰り返す者」は急激な下降を示し、「未治療・治療中断者」の方が緩やかな曲線減少を示した。

(研究結果報告)

統合失調症圏の治療中断患者に対する入院を抑制・入院長期化を抑制

研究目的： 2011～2013年に精神障害者アウトリーチ推進事業を利用した3か月以上治療中断がみられた患者について、①対象者の属性、②6か月と12か月後の入院率と在院日数、③6か月と12か月後の社会機能と問題行動、④提供されたケア量を縦断的に調査し、記述する。

研究デザイン： 縦断的後ろ向き研究 **対象者：** 3か月以上の治療中断者 162名 **分析方法：** 反復測定分散分析

結果・考察：

- 対象者の入院率（6か月：24.1%、12か月：27.2%）は、通常の訪問看護の入院率と比較して対象のケア困難度は高いにも関わらず、入院を同程度あるいは低く抑えられていた。【表1】
- 平均在院日数は、38.7日/年（SD=84.7）であり、入院した場合でも長期化を防ぐことができていた。【表2】
- 1人当たり1年間に提供されたケア量は、ケースマネジメント919.1分、精神症状の悪化を防ぐケア690.6分、家族へのケア604.5分、日常生活のケア493.9分、対人関係の維持に関するケア393.9分であり、「家族へのケア」は主要なケアの一つであった。

表1. 本研究と訪問看護における入院率の比較

| | 本研究 | 内山,2012 | 馬屋原,2002 | 小山,2004 |
|-------|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| プログラム | 推進事業 | 訪問看護 | 訪問看護 | 訪問看護 |
| 対象者 | 未治療または3か月以上治療を中断している精神障害者 | 通常の外来ケアを受けている精神障害者 | 通常の外来ケアを受けている精神障害者 | 通常の外来ケアを受けている精神障害者 |
| 6か月 | 24.1% | — | — | 24.1% |
| 12か月 | 27.2% | 33.4% | 30.7% | — |

表2. 入院患者の平均在院日数

| | 本研究 | Sono, 2012 | Nishio, 2012 |
|--------|----------------|----------------|----------------|
| プログラム | 推進事業 | ACT | ACT |
| 日数(SD) | 38.7 (84.7) | 21.5 (52.8) | 56.7 (98.4) |

Kayama M et al. (2014). Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. BMC psychiatry, 14 : 311.

アルコール健康障害対策推進基本計画の概要（案）

基本理念

- 発生・進行・再発の各段階での防止対策／当事者やその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むための支援
- アルコール健康障害に関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携への配慮

基本的な方向性

- 正しい知識の普及 及び 不適切な飲酒を防止する社会づくり
- 誰もが相談できる相談場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり
- 医療における質の向上と連携の促進
- アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり

第1期基本計画で取り組むべき重点課題

（計画対象期間：平成28年度から平成32年度まで）

- 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

- (1)特に配慮を要する者に対する教育・啓発
※未成年者、妊産婦、若い世代の女性
- (2)アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発

- アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

- (1)アルコール健康障害への早期介入
- (2)地域における相談拠点の明確化
- (3)アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
- (4)アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

基本的施策

- ①教育の振興等
- ②不適切な飲酒の誘引の防止
- ③健康診断及び保健指導
- ④アルコール健康障害に係る医療の充実等
- ⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

- ⑥相談支援等
- ⑦社会復帰の支援
- ⑧民間団体の活動に対する支援
- ⑨人材の確保等
- ⑩調査研究の推進等

その他推進体制等

関連施策との有機的な連携

都道府県における都道府県推進計画の策定

基本計画策定後3年以内に、厚生労働省に移管

実態把握とともに第2期に向け数値目標の設定について検討

刑の一部の執行猶予制度の創設について

法務省保護局観察課

刑法の改正等

平成25年6月、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」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」が成立。平成28年6月までに施行されることとなった。

刑の一部の執行猶予制度の概要

現行制度

◎ 刑期の全部を実刑とするか、刑期の全部を執行猶予とするかの2つしか選択肢がない

◎ 刑務所出所者の再犯防止・社会復帰のための仕組みとして仮釈放制度があるが、期間が短く十分な地域移行ができずに再犯に至るケースが多数

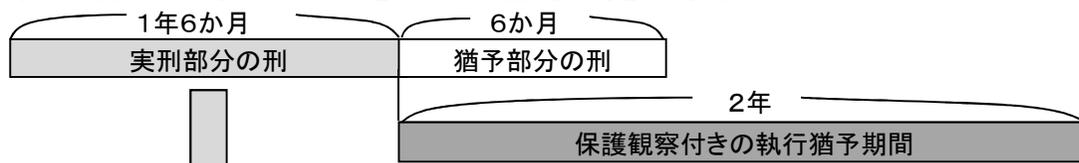
例) 刑務所出所者のうち、5年以内に約5割の者が刑務所へ再入所
(覚せい剤取締法違反の者の場合。平成25年犯罪白書による。)

刑の一部の執行猶予制度

◎ 3年以下の懲役・禁錮を言い渡すとき、判決で1～5年の間その一部の執行を猶予することができる

・前に禁錮以上の実刑に処せられたことがない初犯者等...猶予中、保護観察に付することができる(裁判所の裁量)
・薬物使用等の罪を犯した者で初犯者でないもの(累犯者)...猶予中は必ず保護観察に付す

例) 懲役2年、うち6か月につき2年間保護観察付き執行猶予



刑務所内における処遇 + 地域社会における処遇(保護観察)

保護観察とは、刑務所出所者等の再犯を防ぎ、社会復帰を図るため、保護観察所の保護観察官が、地域の保護司等と協力して、保護観察中の人に対して指導や支援を行うもの。

制度導入に当たってのポイント

- ◎ 薬物依存のある保護観察対象者の増加、保護観察期間の長期化が見込まれる
- ◎ 保護観察終了後も、必要な支援等(薬物依存に対する治療・相談支援、家族支援など)を受けられる体制を整えておくことが特に重要

保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関等との連携が不可欠

刑の一部の執行猶予制度の導入を見据え、薬物依存のある保護観察対象者等への指導・支援について、より一層の御理解・御協力をお願いいたします。(御不明な点がございましたら、最寄りの保護観察所までお問い合わせください。)

「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」の概要

策定の背景

- ・危険ドラッグを含め、薬物依存は大きな社会問題となっており、その対策は政府の重要な政策課題の一つ。そうした中、薬物依存者等を対象とした刑の一部の執行猶予制度が平成28年6月までに施行。
- ・薬物依存者の再犯（再使用）の防止は、刑事司法機関のみでは不十分。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。

ガイドラインの概要

総論

基本方針

- ・精神疾患としての認識共有
- ・シームレスな支援
- ・民間支援団体との連携

関係機関

保護観察所、都道府県等、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、市町村（特別区を含む）障害保健福祉主管課、刑事施設、地方更生保護委員会、依存症治療拠点機関及び薬物依存者に対する医療的支援を行うその他の医療機関

地域支援体制の構築

- ・定期的に連絡会議を開催する。
- ・薬物依存者の支援に関する人材の育成に努める。
- ・知見の共有等により、地域における薬物乱用に関する問題解決能力の向上を図る。
- ・相互の取組に関する理解及び支援の促進に努める。

情報の取扱い

- ・必要な情報は、他の機関又は団体における情報の取扱方針等に配慮しつつ、共有する。
- ・支援対象者に関する情報共有は、原則として本人の同意を得る。等

各論

薬物依存者本人に対する支援

（刑事施設入所中の支援）

- ・刑事施設、地方更生保護委員会及び保護観察所は、出所後に必要な支援等に関するアセスメントを行う。
- ・保護観察所は、アセスメントの結果を踏まえ、出所後の社会復帰上の課題と対応方針を検討する。等

（保護観察中の支援）

- ・保護観察所は、支援対象者に対する指導監督を行うとともに、必要な支援を受けることができるよう調整する。
- ・医療機関は、支援対象者の治療や、必要に応じて関係機関に対する情報提供等を行う。
- ・都道府県、精神保健福祉センター又は保健所は、支援対象者の希望に応じ、回復プログラム等を実施する。
- ・福祉事務所又は市町村障害保健福祉主管課は、支援対象者の希望に応じ、必要な福祉的支援を実施する。
- ・関係機関は、保護観察所等の求めに応じ、支援対象者に対する支援に関するケア会議等に出席する。等

（保護観察終了後の支援）

- ・保護観察所は、支援対象者の希望に応じ、精神保健福祉センターその他の関係機関に支援を引き継ぐ。等

家族に対する支援

- ・関係機関は、支援対象者に対する支援に当たっては、本人の意向とともに家族の意向を汲む。
- ・関係機関は、相互に協力して効果的に家族支援を行うとともに、希望に応じ、保護観察終了後も支援を行う。等