

平成28年3月2日（水）  
中核的人材育成研修フォローアップ会議

# 精神保健福祉行政における 地域移行の取組について

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部  
精神・障害保健課 課長補佐  
鶴田 真也<sub>1</sub>

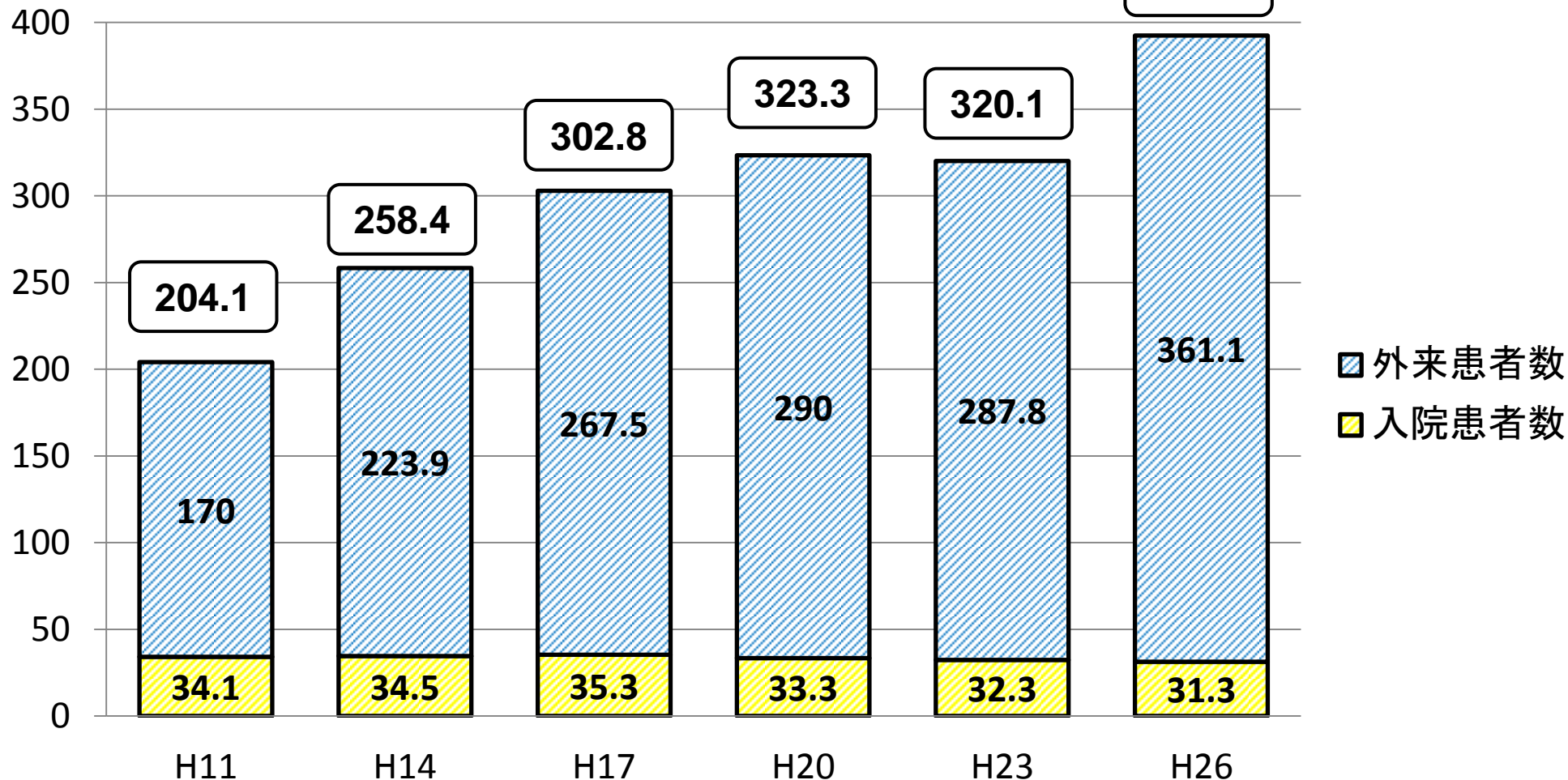
# 本日の内容

1. 精神保健医療の現状について
2. 長期入院精神障害者の地域移行について
3. 障害者部会における議論について
4. 中医協における議論について  
～地域移行関係を中心に～
5. これからの精神保健医療福祉のあり方に関する  
検討会について

# 1. 精神保健医療の現状について

# 精神疾患を有する総患者数の推移

(単位:万人)



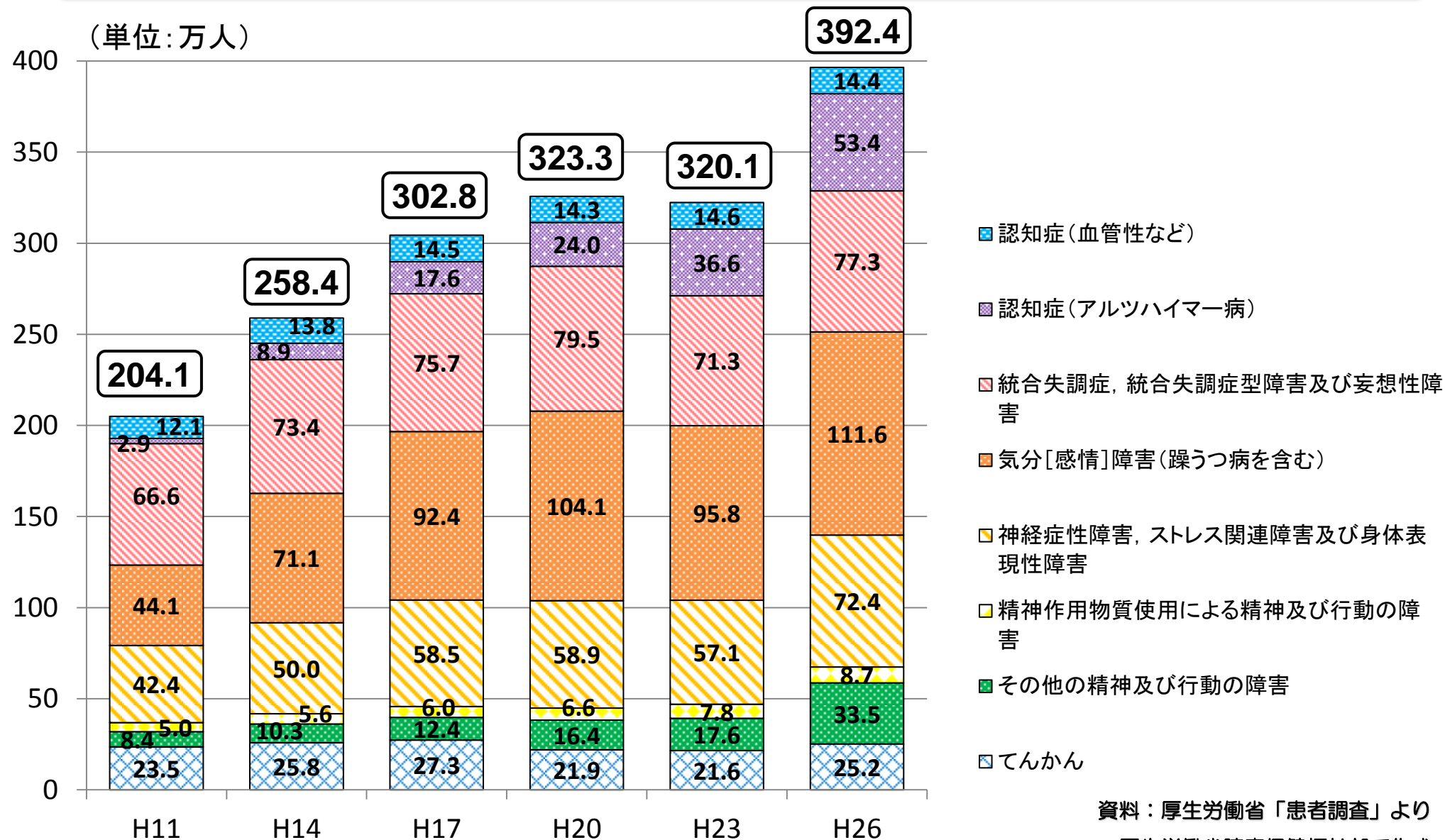
資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

# 精神疾患を有する総患者数の推移 (疾病別内訳)

(単位:万人)

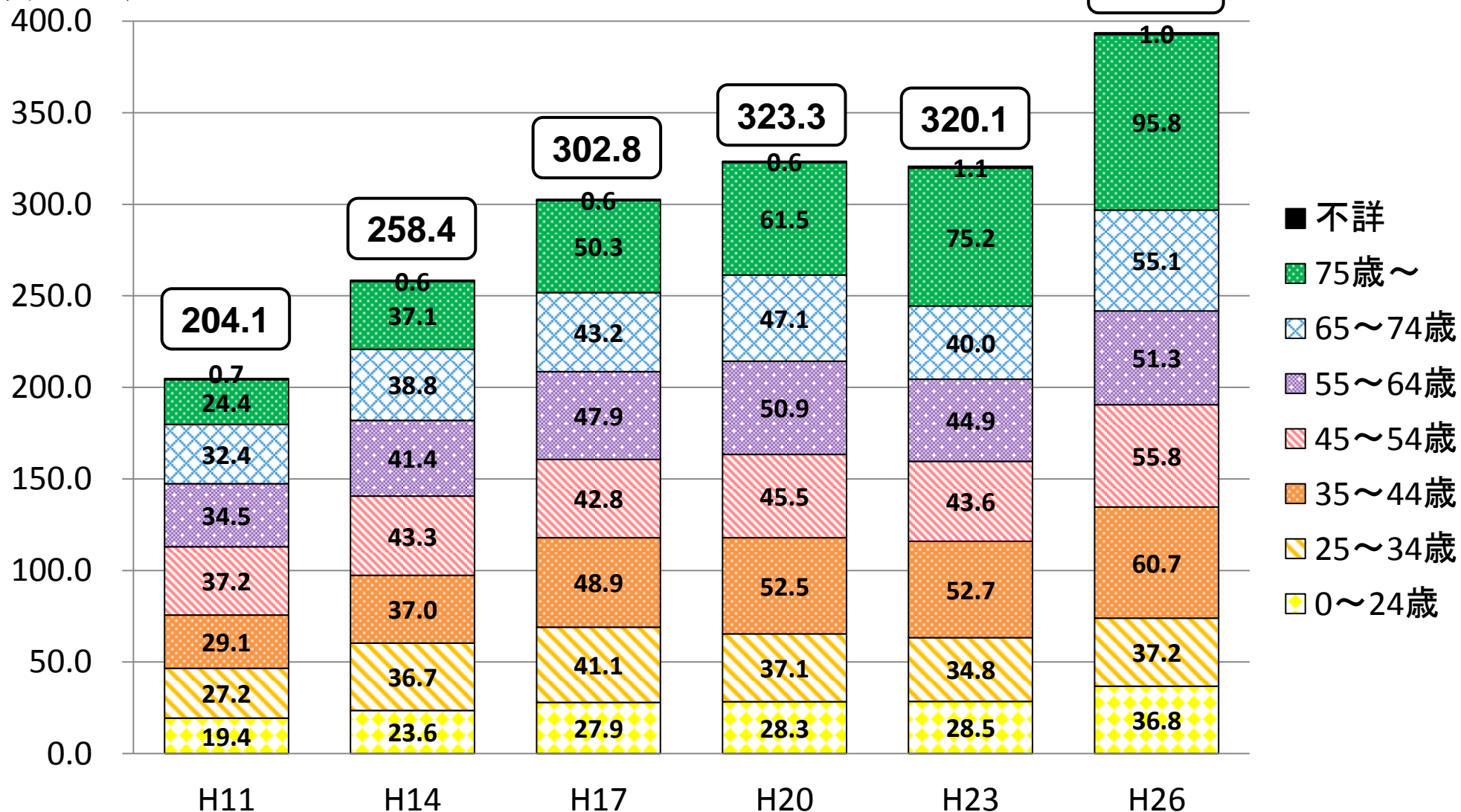


資料：厚生労働省「患者調査」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

# 精神疾患を有する総患者数の推移 (年齢階級別内訳)

(単位:万人)

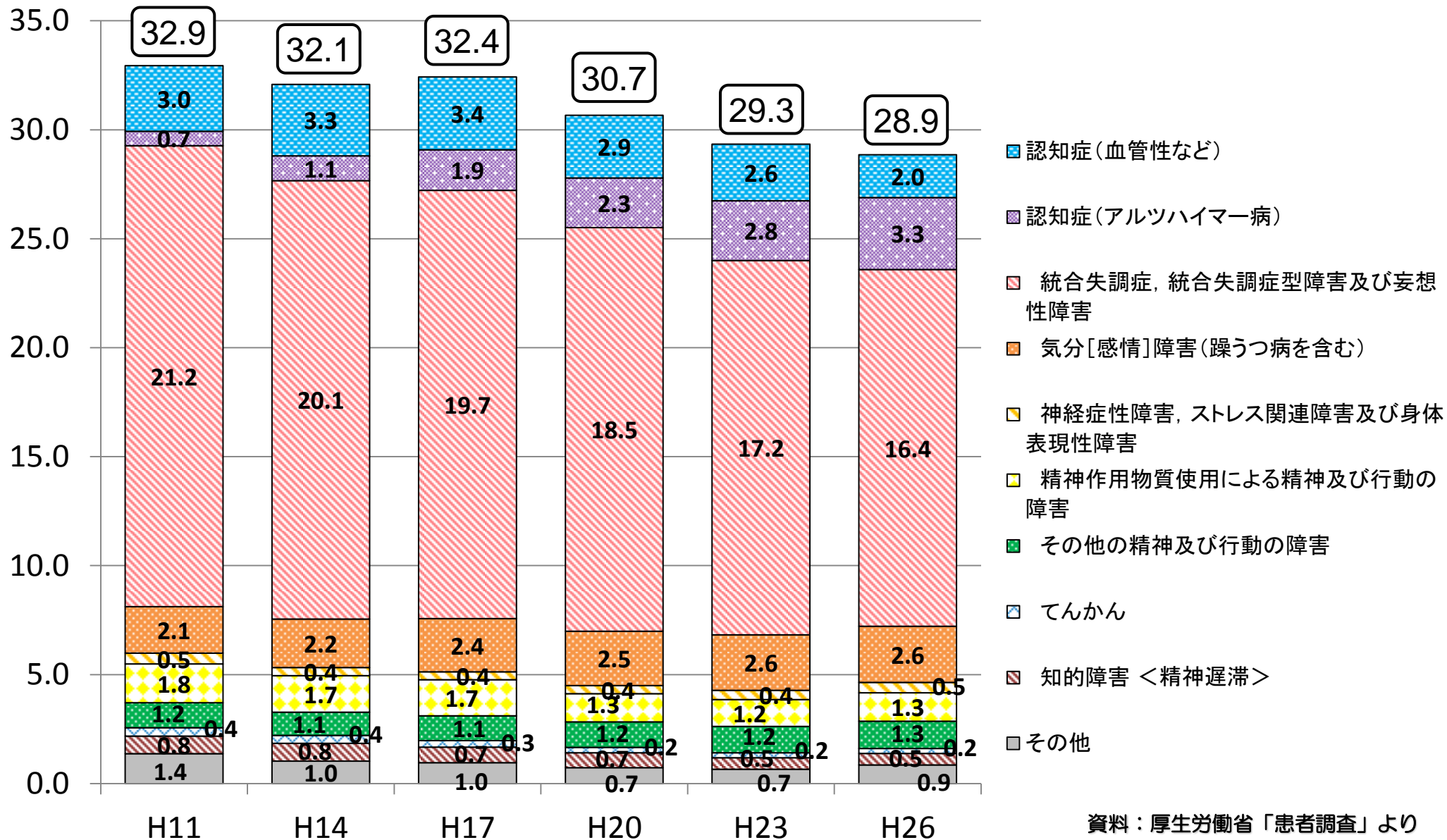


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



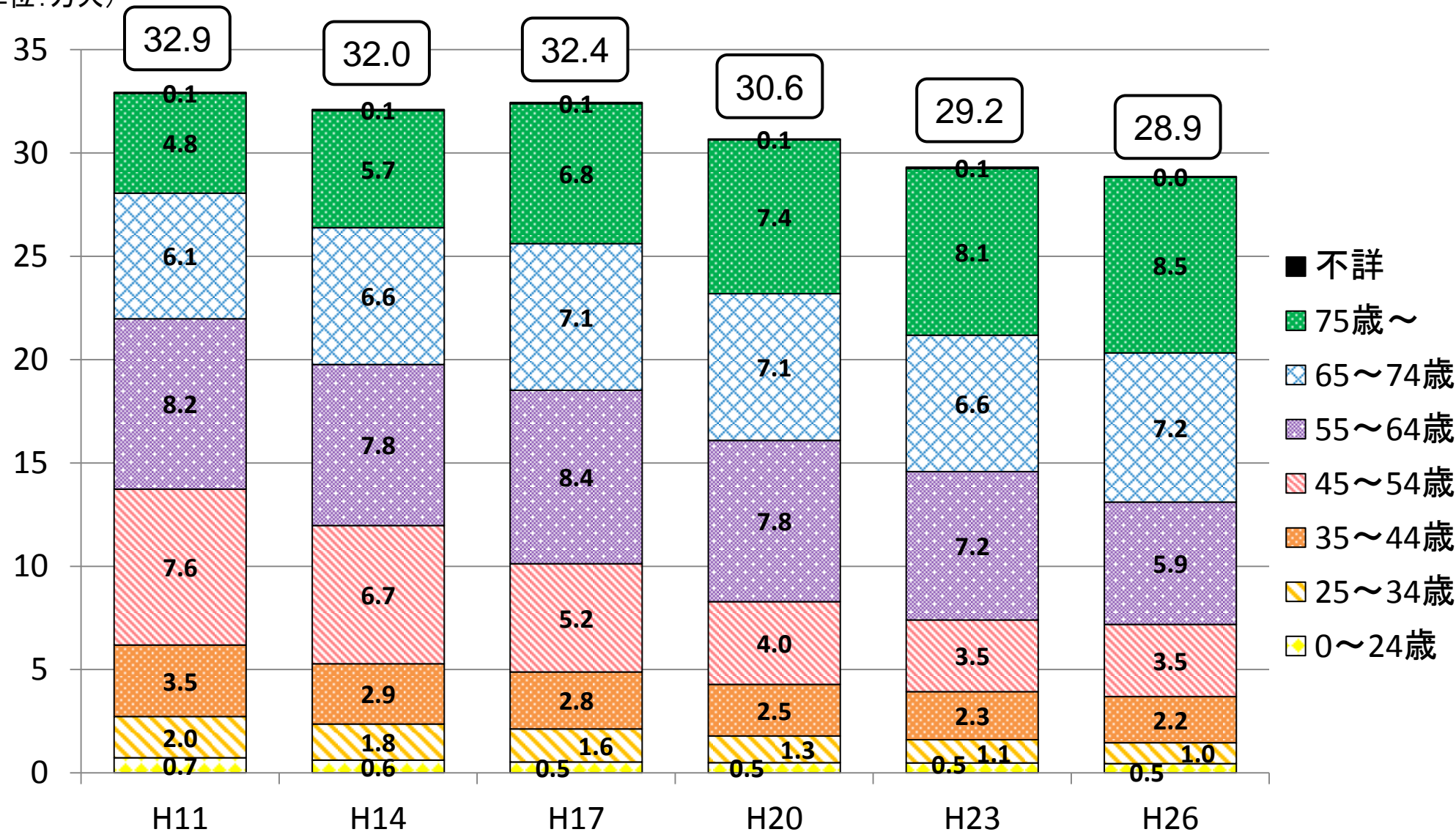
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位:万人)



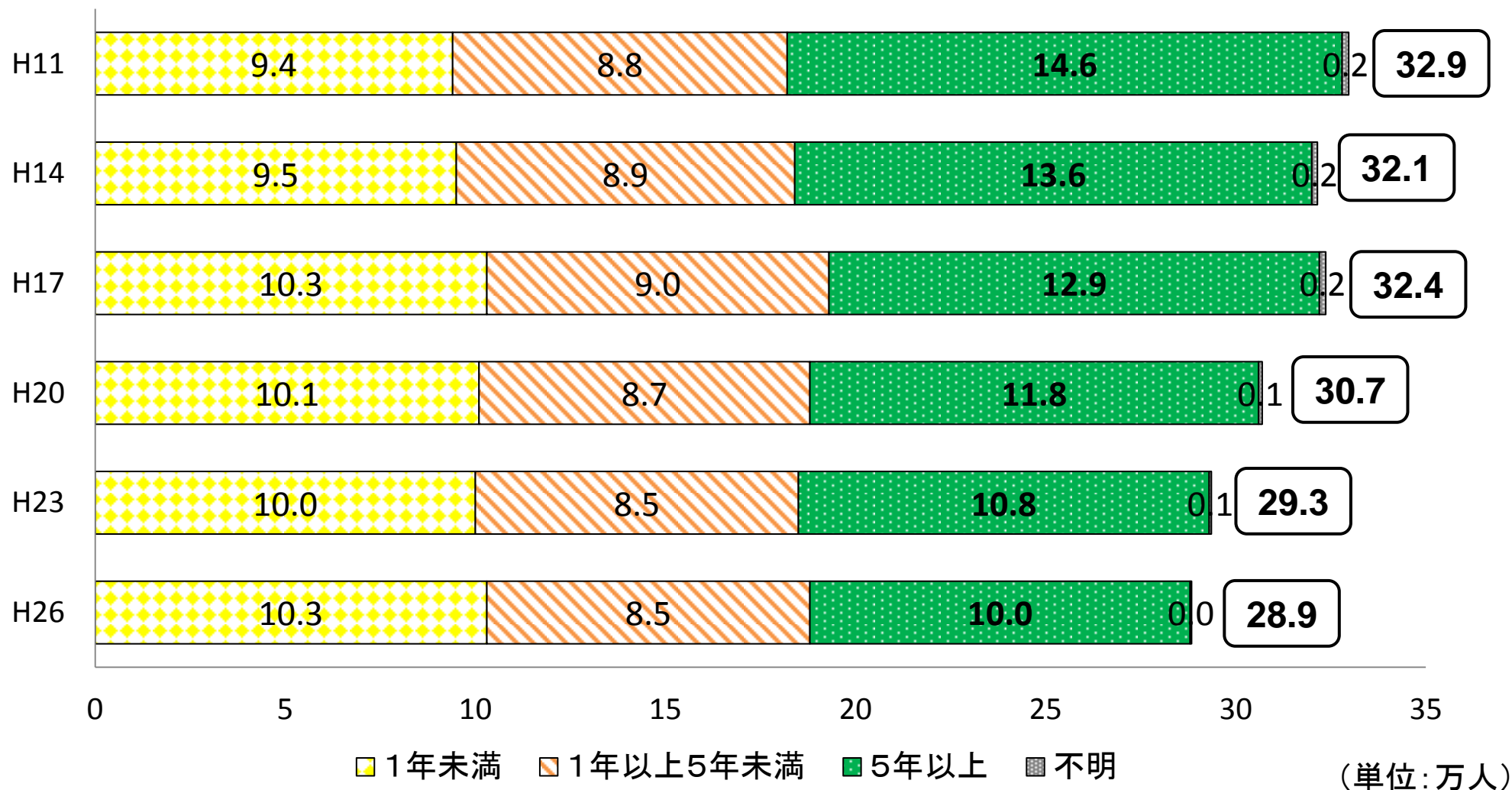
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成



# 精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)

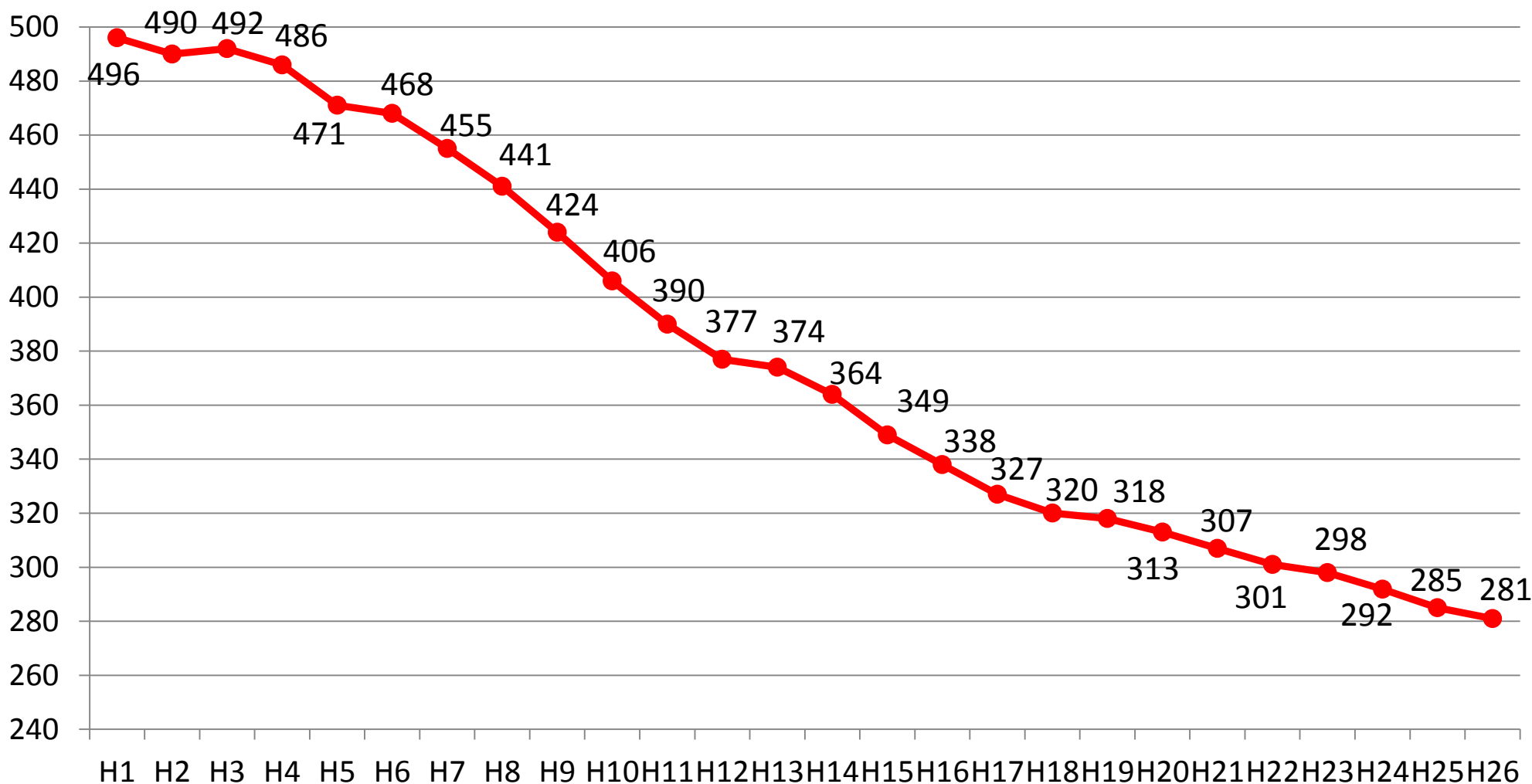


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

在院日数  
(単位：日)



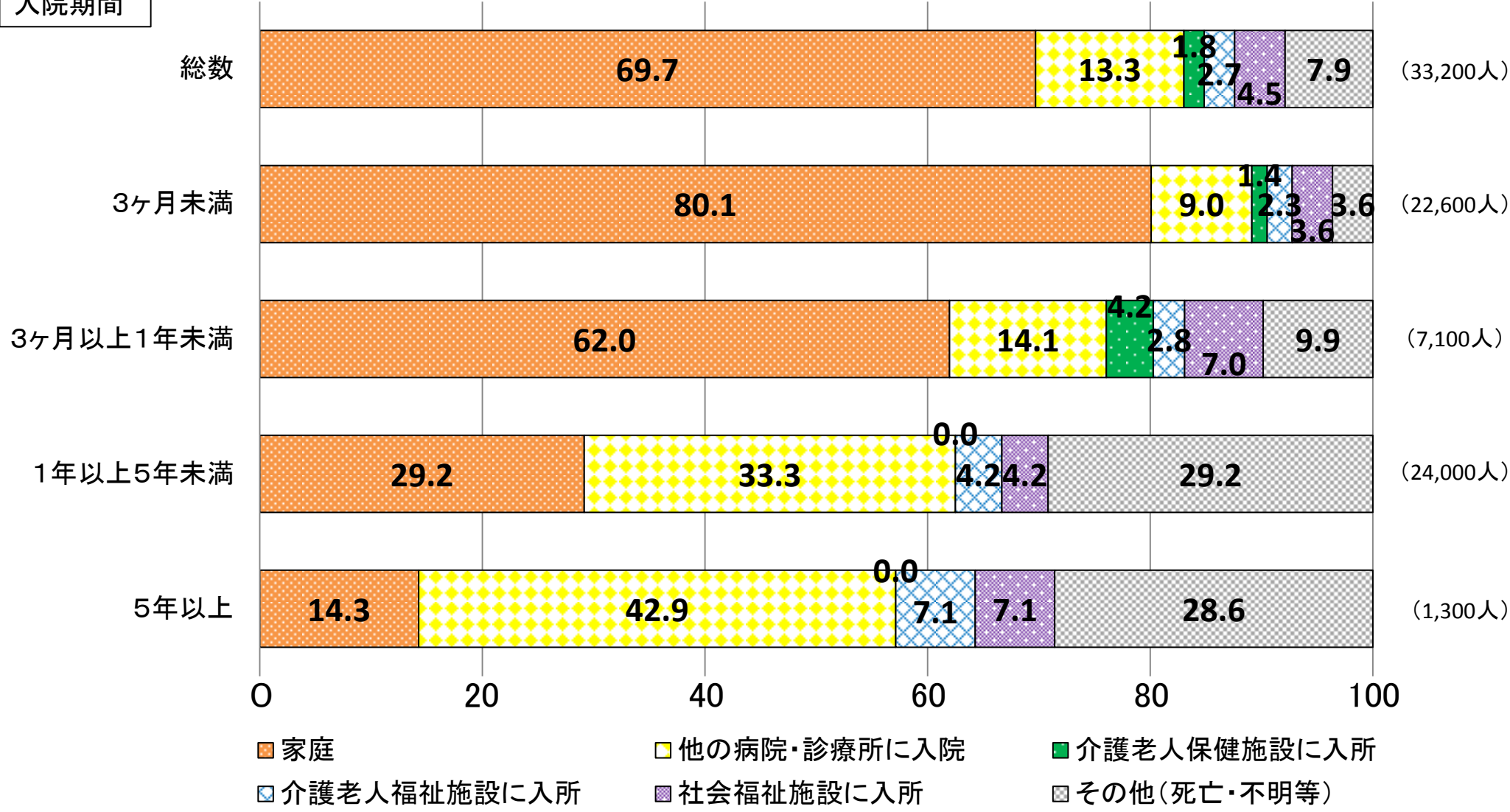
※平均在院日数 = 
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：厚生労働省「病院報告」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先

入院期間

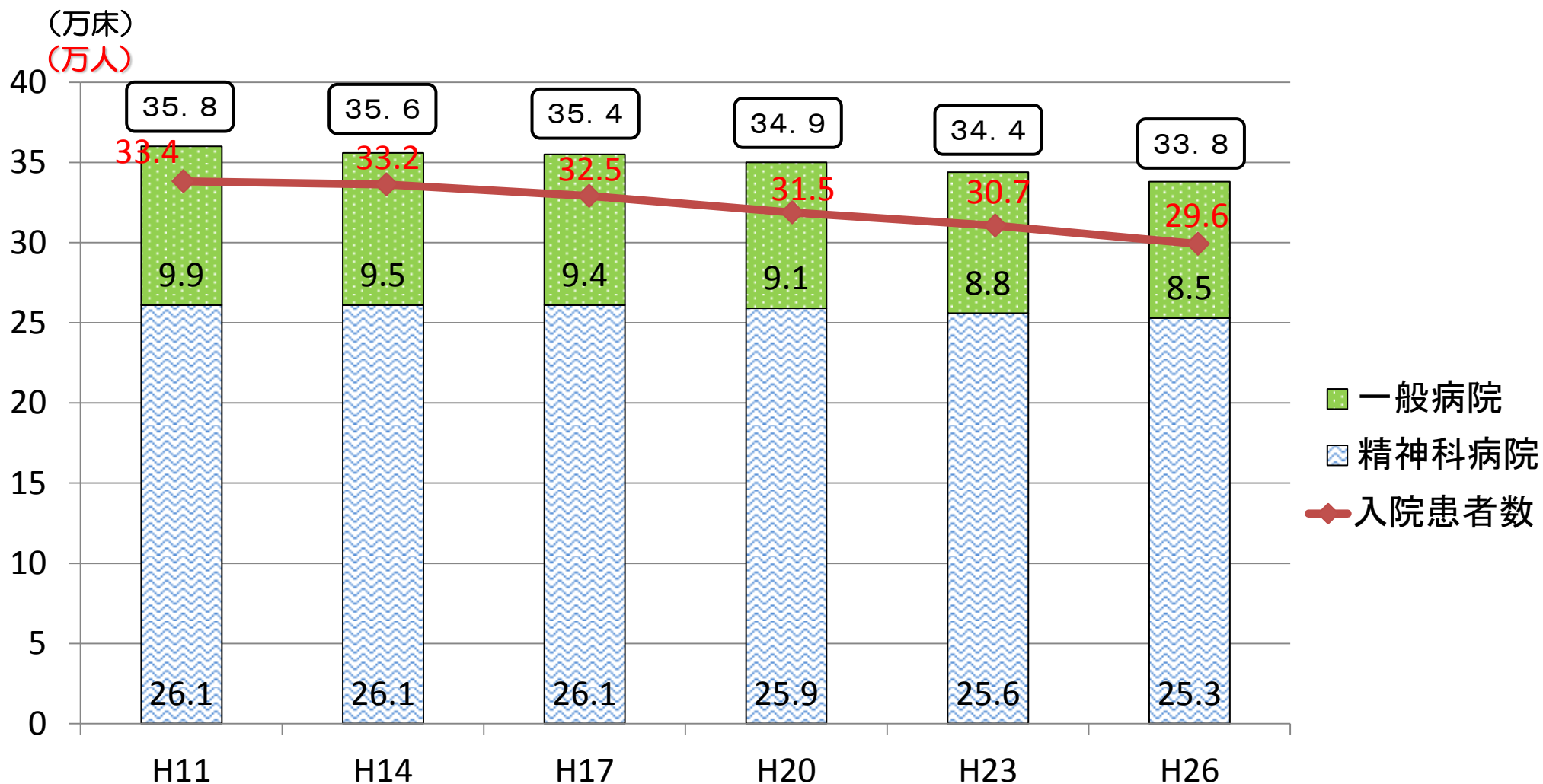
(単位: %)



資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 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

## 2. 長期入院精神障害者の地域移行について

# 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

H23の新規入院者  
：39.7万人  
(+4.1万人)  
H15：35.6万人

H23の新規入院者  
のうち、3か月以上  
入院する者  
：16.7万人  
(+1.5万人)  
H15：15.2万人

H23の新規入院者  
のうち、1年以上  
入院する者  
：5.1万人  
(+0.2万人)  
H15：4.9万人

H24の1年以上入院者数  
：19.7万人  
(-2.9万人)  
H16：22.6万人

H23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

H23の  
新規入院者  
のうち  
3か月以上1年未満  
で退院した者  
11.6万人  
(+1.3万人)  
H15：10.3万人

H24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

**新規入院者の87%**

# 精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み

※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)

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。



# 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(概要)

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

○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に向けた具体的方策に係る検討会  
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 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。

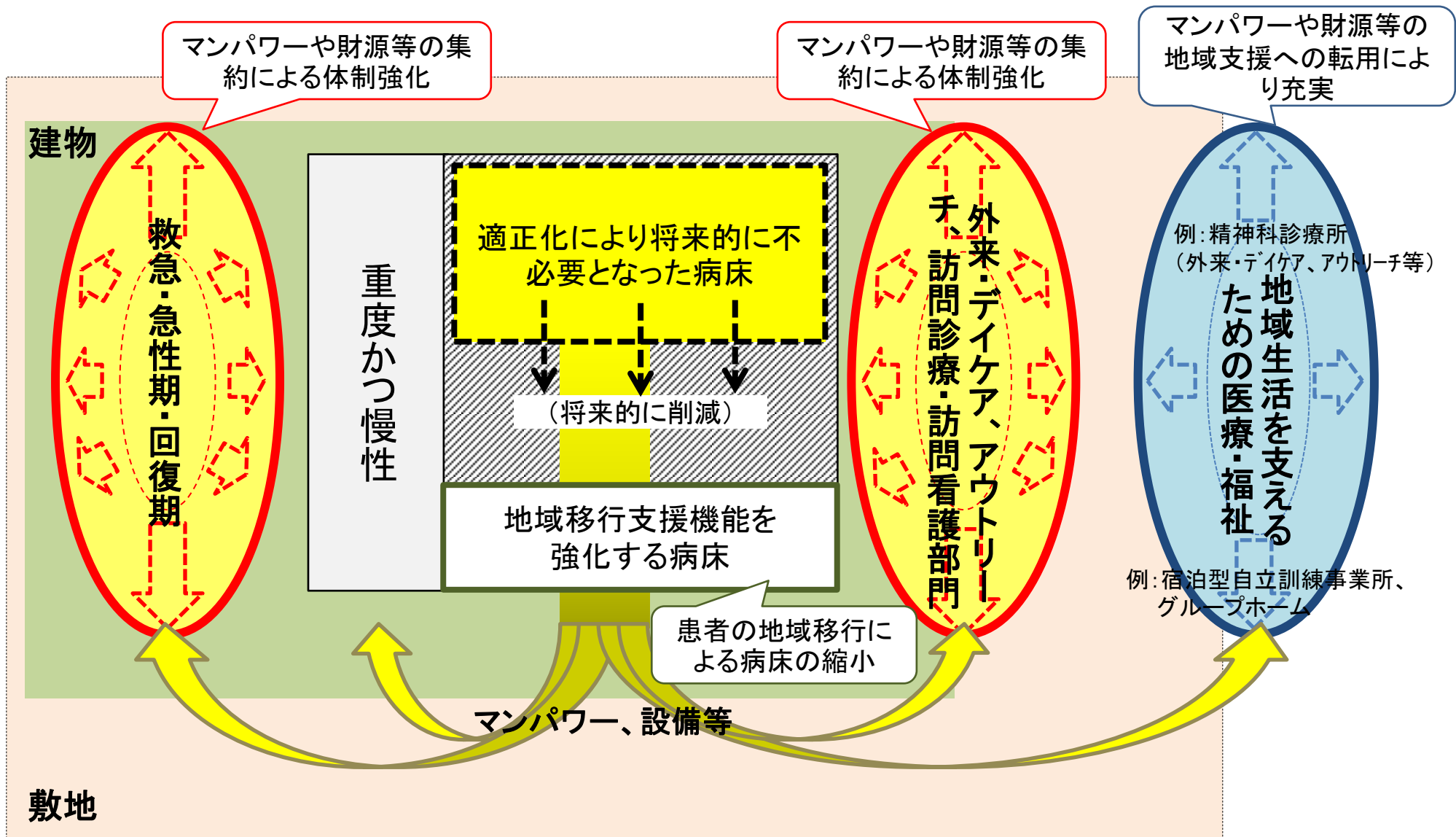
## <病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行するには、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。

※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等

※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

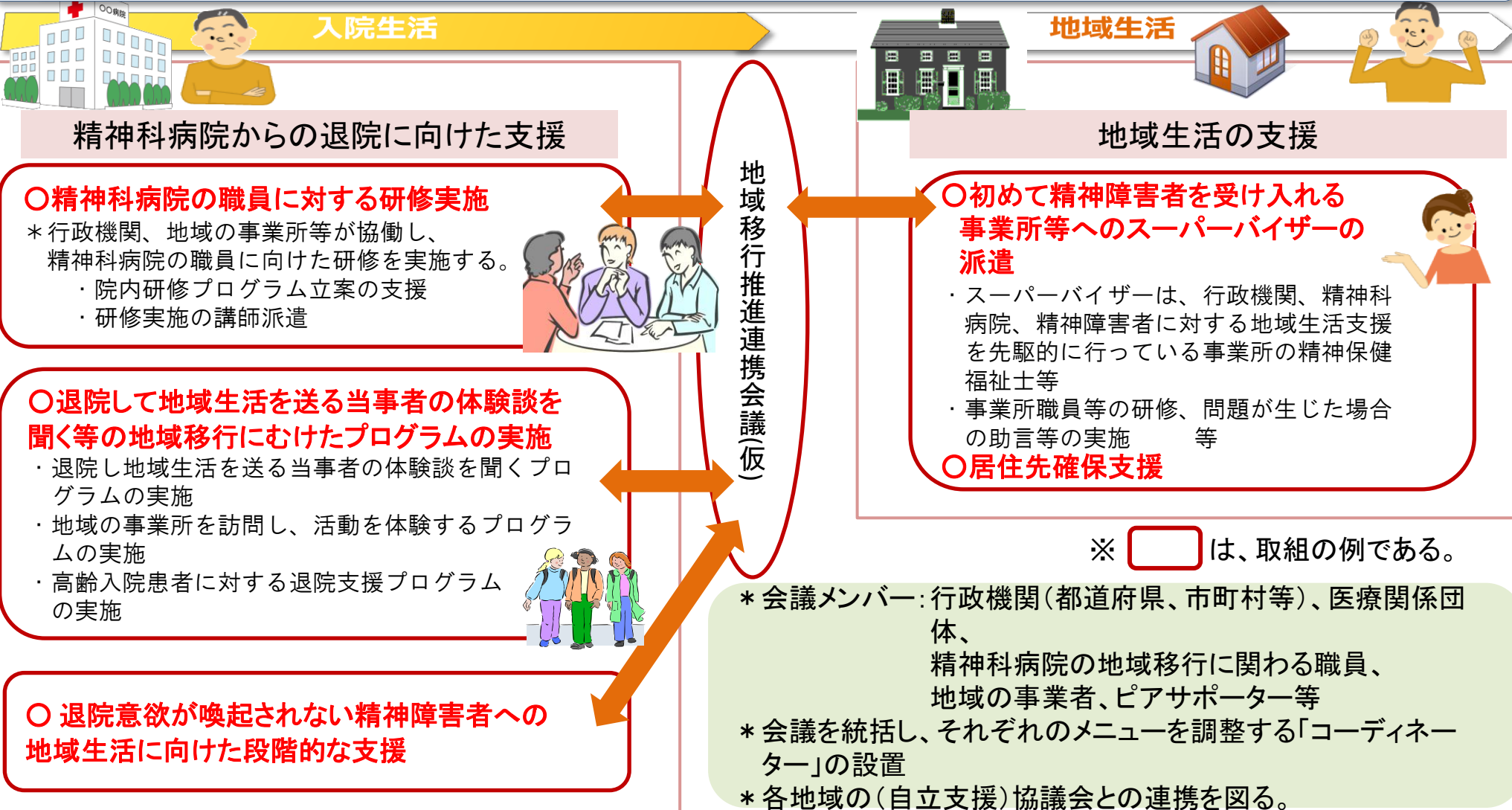
# 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



# 長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

【新規】平成27年度予算 124,836千円(※社会福祉施設等施設整備費 61,387千円を含む。)

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。



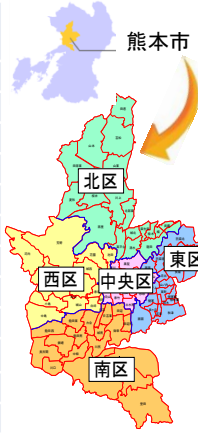
期待される効果：長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

# 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

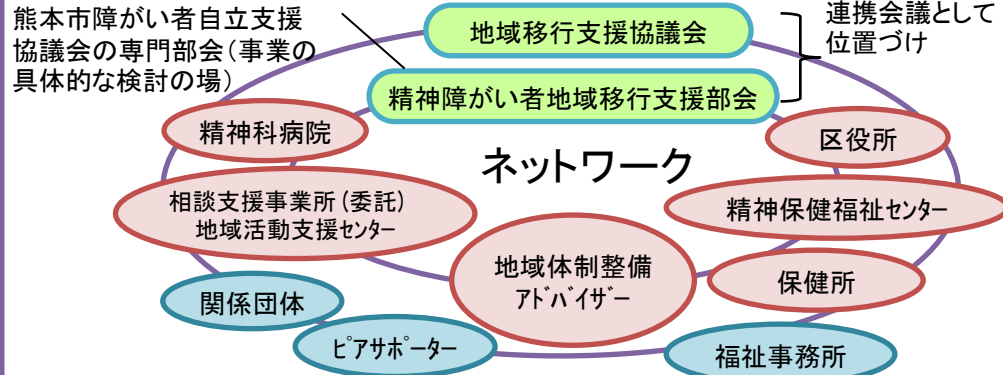
熊本市圏域(二次医療圏)		(うち検証事業参加)	
圏域人口(平成27年4月)	739,015人		
精神科病院の数※1	20病院	(18病院)	
精神科病床数※1	3,251床	(3,151床)	
入院精神障害者数※1	3か月未満	634人(23%)	641人(23%) ※2
	3か月以上1年未満	457人(16%)	449人(16%) ※2
	1年以上	1,709人(61%)	1,649人(60%) ※2
相談支援事業所数(平成27年3月)	一般相談	19	(9)
	特定相談	37	(12)
保健所	1か所		
(参考)熊本市 利用者数の推移	H24.4	H25.4	H26.4 H27.4
(※精神障害者に限る)	地域移行支援	0	1 1 0
	地域定着支援	0	0 0 0



## 【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。

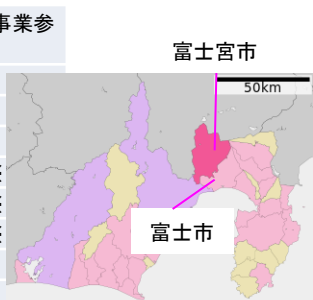
# 静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 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

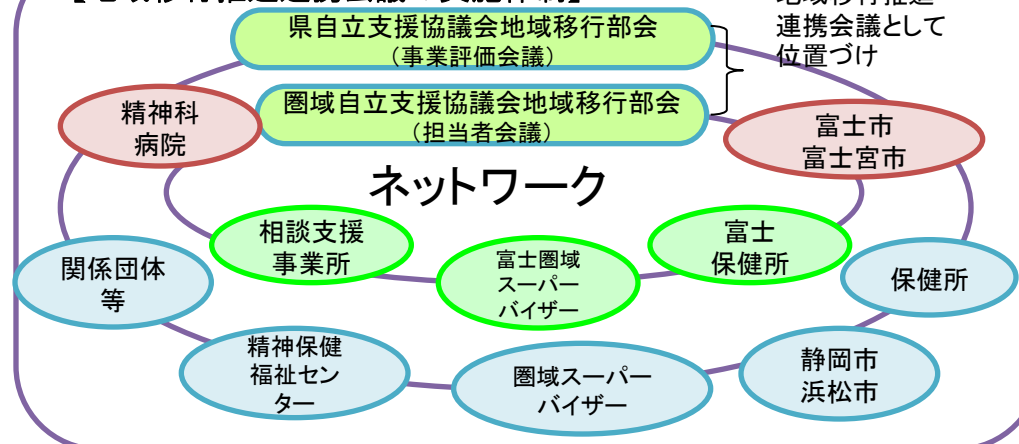
富士圏域（富士市・富士宮市）		（うち検証事業参加）			
圏域人口（平成27年4月）	380,963人	富士宮市			
精神科病院の数	5病院（1病院）	50km			
精神科病床数	994床（184床）	富士市			
入院精神障害者数※1	3か月未満	189人(22%)	46人(34%)※		
	3か月以上1年未満	162人(19%)	23人(17%)※		
	1年以上	509人(59%)	65人(49%)※		
相談支援事業所数（平成27年3月）		一般相談4	(3)		
		特定相談16	(3)		
保健所	1か所				
(参考)静岡県利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
国保連データ	地域移行支援	5	9	19	12
	地域定着支援	8	17	29	42



## 【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。

## 【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】

### ○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。

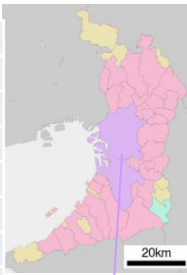
- ・賃貸住宅の見学
- ・食事をする、テレビを見る、家事体験（掃除洗濯等）をする等の日中体験
- ・作業療法としての調理活動
- ・外泊体験

# 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		
3か月未満	3,884人(23%)	—
(平成27年6月30日・府内62病院18,894床)		
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

(参考)大阪府利用者数の推移

	H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
国保連データ				
地域移行支援	34	42	43	43
地域定着支援	103	405	443	494

## 【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。

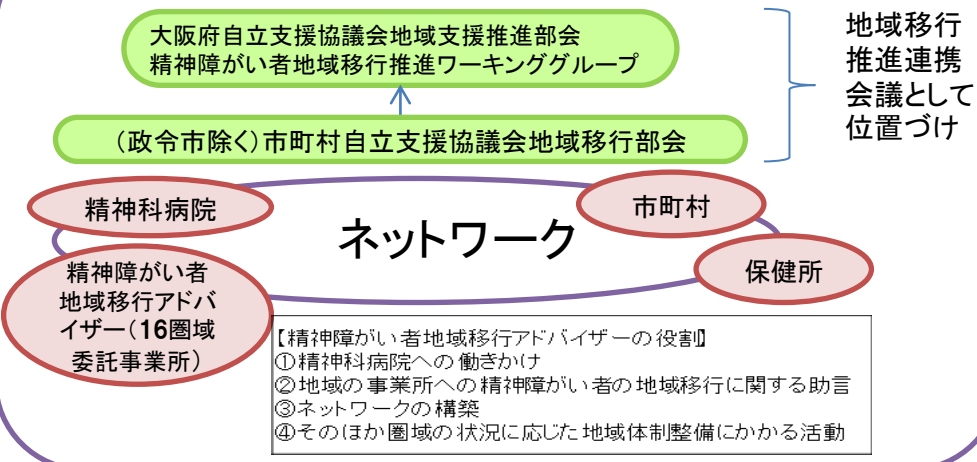
## 【退院促進ピアサポーターの活動】(地域生活支援事業により16圏域事業所に委託)

- 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】



## 【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を行い、地域移行を推進する体制の強化を図る。

# 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 <sup>2</sup>
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 <sup>2</sup>
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、精神障害者はともに働く仲間と認識されてきている

## 【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
- ・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)

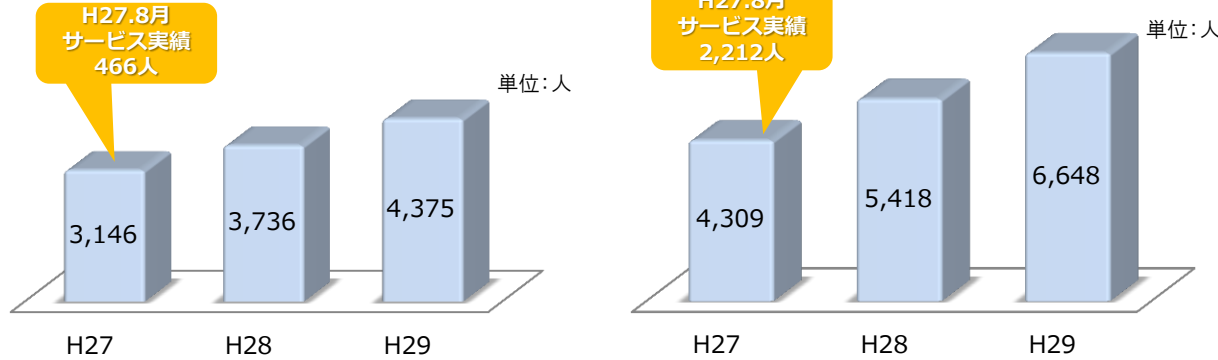
- ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
- ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

# 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の利用者数実績等

## ◆ 第4期障害福祉計画における見込量

### 地域移行支援

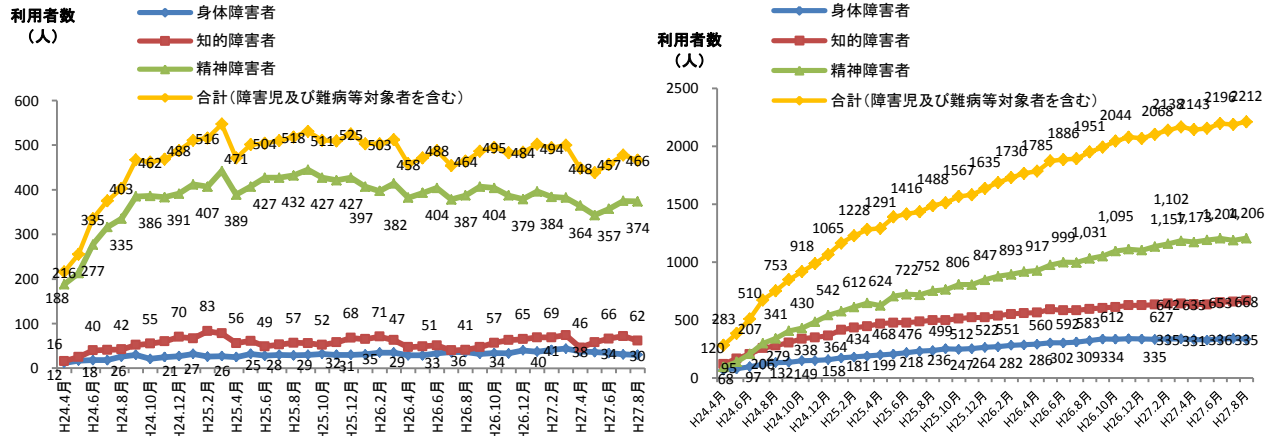
### 地域定着支援



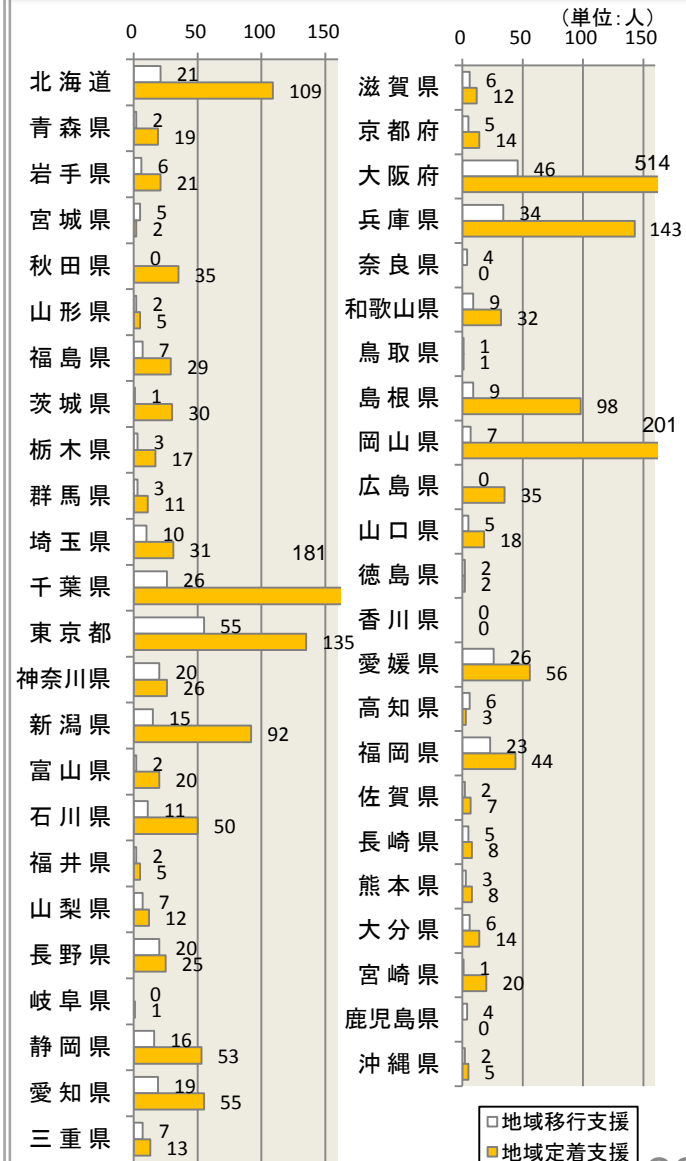
## ◆ 障害別利用者数の推移(H24.4~H27.8)

### 地域移行支援

### 地域定着支援



## ◆ 都道府県別利用者数(H27.8)



# 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の対象者

## (地域移行支援)

法

障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設、療養介護を行う病院、矯正施設等又は保護施設に入所している障害者

※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。

法

精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者

→ 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象。  
1年未満の入院者であっても、例えば、措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とする者や地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者なども対象となる。

※ 地域移行支援の支給決定主体は、障害者支援施設等に入所する者と同様に、精神科病院を含め居住地特例を適用。  
(入院・入所前の居住地の市町村が支給決定)

## (地域定着支援)

○ 以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者。

- ・ 居宅において単身で生活する障害者
- ・ 居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者

→ 具体的な対象者のイメージは、施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者等

→ グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者については、対象外。

※ 地域相談支援の給付決定に当たっては、障害支援区分認定調査に係る項目を調査(障害支援区分の認定は不要)ただし、国庫補助事業支援対象者については調査を実施しないことも可。(更新時は調査が必須)

## (H27.3.7 主管課長会議資料抜粋)

地域定着支援の給付決定に際して、地域移行支援を利用していない障害者や家族と同居している障害者を一律に給付対象外として運用している自治体が見受けられるが、いずれのケースも地域定着支援の給付対象となり得ること、また、地域定着支援は必ず1年間しか利用できないと認識している自治体もあるが、緊急時等の支援体制が必要と見込まれる場合には更新が可能(更なる更新も可能)であることから、各自治体においては、本人の意向や心身の状況、同居家族の状況等を十分に勘案の上、適切な運用に努められたい。

# 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。

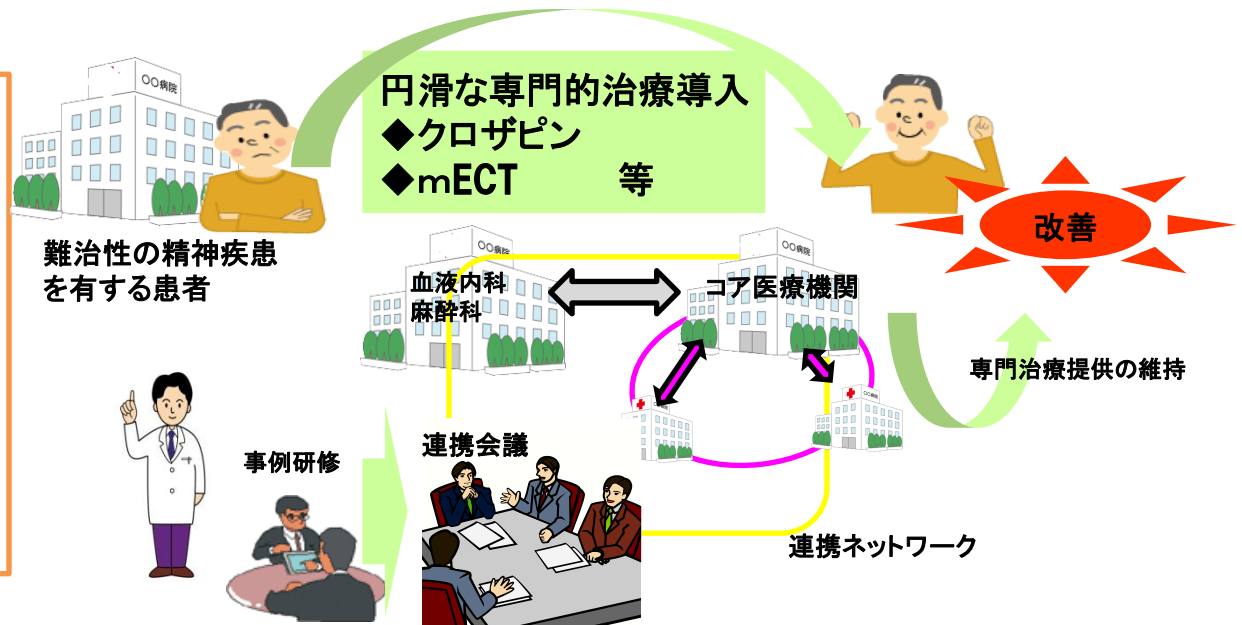
## 現状と課題

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

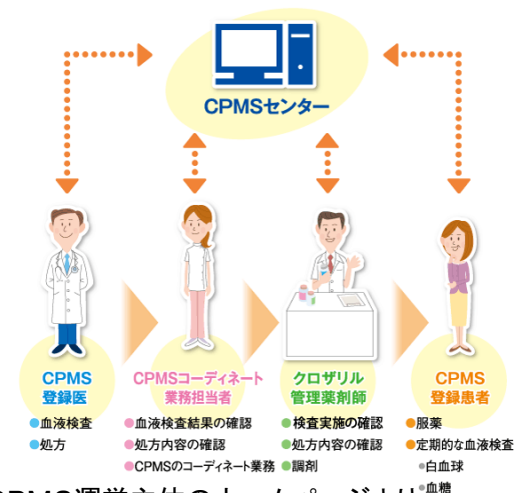
## 3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○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。



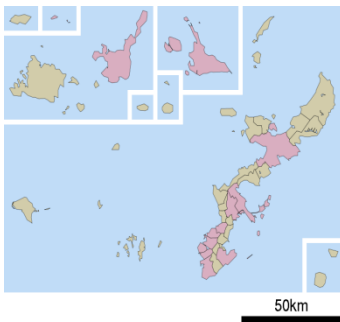
出典: CPMS運営主体のホームページより

# 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 <sup>2</sup>
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

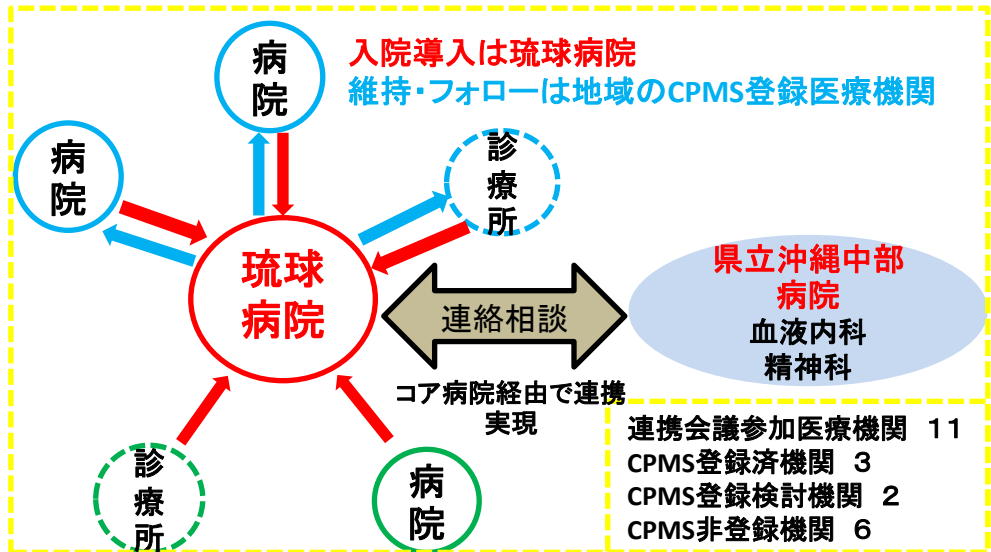
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

## 【具体的体制】

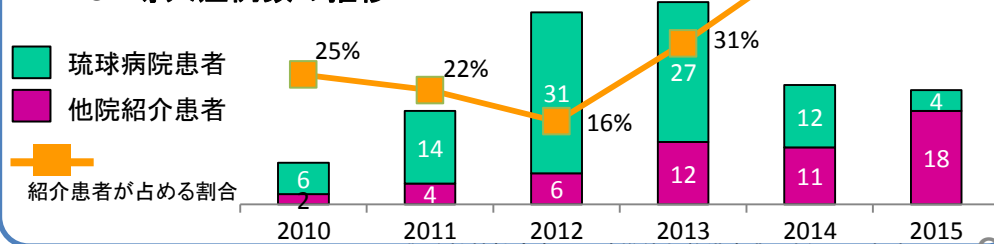
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



## 【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



## 第4期障害福祉計画（目標集計）

- 都道府県・市町村の障害福祉計画は、3年を一期として定めることとしており、平成27年度から平成29年度を計画期間とした第4期障害福祉計画について、各都道府県が設定した目標値の集計を行った。
- 障害福祉計画の策定にあたっては、国の定める基本指針（厚生労働大臣告示）を踏まえることとなっており、同指針では、地域移行や就労に関する成果目標を定めている。

※ 【目標値】国の基本指針で定める成果目標

※ 【集計値】都道府県が設定した目標値を集計したもの

### 入院中の精神障害者の地域生活への移行

#### ■ 平成29年度における入院中の精神障害者の退院に関する目標値

【目標値1】 入院後3か月時点の退院率 64%以上

【目標値2】 入院後1年時点の退院率 91%以上

【目標値3】 平成29年6月末時点の長期在院者数（入院期間が1年以上の者）を平成24年6月末時点の長期在院者数から18%以上削減

入院後3か月時点の退院率			入院後1年時点の退院率			長期在院者数				
						平成24年6月末(人) (A)	平成29年6月末(人) (B)	減少率		
【目標値1】	【集計値1】	基本指針を満たす都道府県	【目標値2】	【集計値2】	基本指針を満たす都道府県	【目標値3】	【集計値3】 (B-A)/(A)	基本指針を満たす都道府県		
64%以上	58.4%	42	91%以上	86.9%	44	184,690	154,100	18%以上	16.6%	33

# 入院中の精神障害者の地域生活への移行(都道府県別)

都道府県	入院後3か月時点の退院率		入院後1年時点の退院率		長期在院者数			都道府県	入院後3か月時点の退院率		入院後1年時点の退院率		長期在院者数		
	直近の実績(%)	【集計値1】平成29年度(%)	直近の実績(%)	【集計値2】平成29年度(%)	平成24年6月末(A)(人)	平成29年6月末(B)(人)	【集計値3】減少率((B-A)/A)(%)		直近の実績(%)	【集計値1】平成29年度(%)	直近の実績(%)	【集計値2】平成29年度(%)	平成24年6月末(A)(人)	平成29年6月末(B)(人)	【集計値3】減少率((B-A)/A)(%)
1 北海道	59.4	64.0	85.3	91.0	11,834	9,704	18.0%	25 滋賀県	67.8	64.0	85.6	91.0	1,350	1,242	8.0%
2 青森県	68.0	64.0	89.0	91.0	2,320	1,902	18.0%	26 京都府	59.0	66.1	88.3	92.3	3,584	2,934	18.1%
3 岩手県	61.3	64.0	89.2	91.0	2,530	2,074	18.0%	27 大阪府	62.0	64.0	90.0	91.0	10,909	8,945	18.0%
4 宮城県	50.3	64.0	82.8	91.0	3,471	2,846	18.0%	28 兵庫県	53.7	58.6	87.9	91.2	7,059	6,377	9.7%
5 秋田県	57.8	64.0	90.5	91.0	2,516	2,063	18.0%	29 奈良県	44.0	65.0	76.0	91.0	1,552	1,270	18.2%
6 山形県	57.8	64.0	90.5	91.0	1,905	1,562	18.0%	30 和歌山県	56.5	64.0	88.8	91.0	1,423	1,167	18.0%
7 福島県	53.2	64.0	79.6	91.0	3,649	2,992	18.0%	31 鳥取県	55.3	64.0	87.7	91.0	1,063	912	14.2%
8 茨城県	59.6	64.0	87.8	91.0	4,464	4,014	10.1%	32 島根県	60.6	64.0	88.2	91.0	1,336	1,100	17.7%
9 栃木県	54.5	64.0	82.8	91.0	3,401	2,874	15.5%	33 岡山県	64.0	64.0	90.0	91.0	2,777	2,277	18.0%
10 群馬県	53.9	64.0	87.5	91.0	3,310	2,714	18.0%	34 広島県	61.5	64.0	85.2	91.0	5,294	4,341	18.0%
11 埼玉県	51.0	—	88.6	91.0	8,298	—	—	35 山口県	50.9	56.0	81.9	85.0	3,783	3,405	10.0%
12 千葉県	56.9	64.0	87.3	91.0	7,857	6,442	18.0%	36 徳島県	56.7	64.0	84.1	91.0	2,622	2,150	18.0%
13 東京都	61.4	64.0	89.8	91.0	11,760	9,643	18.0%	37 香川県	59.0	64.0	84.0	91.0	2,060	1,689	18.0%
14 神奈川県	59.0	64.0	89.0	91.0	6,751	6,076	10.0%	38 愛媛県	56.2	64.0	87.4	91.0	2,823	2,312	18.1%
15 新潟県	56.1	検討中	87.4	検討中	4,215	検討中	検討中	39 高知県	65.8	70.8	91.5	92.6	1,984	1,626	18.0%
16 富山県	60.8	64.0	85.1	91.0	2,209	1,811	18.0%	40 福岡県	53.7	64.0	85.8	91.0	12,880	10,562	18.0%
17 石川県	57.1	64.0	85.0	91.0	2,206	1,942	12.0%	41 佐賀県	58.3	64.0	87.5	91.0	2,591	2,218	14.4%
18 福井県	72.0	72.0	92.1	92.1	1,303	1,068	18.0%	42 長崎県	57.0	64.0	87.0	91.0	4,926	4,039	18.0%
19 山梨県	59.0	64.0	87.8	91.0	1,389	1,139	18.0%	43 熊本県	60.0	64.0	88.0	91.0	5,475	4,489	18.0%
20 長野県	62.6	64.0	90.4	91.0	2,683	2,370	11.7%	44 大分県	52.8	64.0	80.5	91.0	3,418	2,802	18.0%
21 岐阜県	60.4	64.0	87.1	91.0	2,506	2,054	18.0%	45 宮崎県	58.0	64.0	83.1	91.0	3,548	2,909	18.0%
22 静岡県	55.8	64.0	89.7	91.0	3,956	3,244	18.0%	46 鹿児島県	51.9	58.4	85.1	88.3	6,402	5,250	18.0%
23 愛知県	61.1	64.0	89.7	91.0	7,655	6,277	18.0%	47 沖縄県	60.2	64.0	87.0	91.0	3,197	2,847	10.9%
24 三重県	61.0	64.0	88.0	91.0	2,959	2,426	18.0%								
<b>全国平均・合計(未設定の都道府県を除く)</b>	<b>58.4</b>	<b>64.0</b>	<b>86.9</b>	<b>90.9</b>	<b>184,690</b>	<b>154,100</b>	<b>16.6%</b>								

都道府県名	目標値を設定していない理由
埼玉県	埼玉県では、数値目標の設定にあたっては、地域の実情に応じたものとする必要があると考えるが、そのためには入院患者の実態把握が必要であり、今後必要な調査を実施したうえで、検討していくこととしている。
新潟県	地域の実情に合わせて病床機能を分化している現状において、一律の指標を用いることの妥当性等について、これまでの内部協議では結論が出なかったもの。改めて、年2回ほどの各種審議会及び協議会等での協議に向けて準備中であり、年度末には設定予定。



### 3. 障害者部会における議論について ～精神障害者に対する支援について～

# 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。（次期通常国会に関係法律の改正案を提出予定）

## 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。 35

## 検討の方向性①

### (基本的な考え方)

- 医療・福祉や行政機関など精神障害者を取り巻く様々な関係者が、本人の意向を尊重し、精神障害の特性を十分に理解しつつ、連携・協働して精神障害者の地域移行・地域生活の支援の取組を強化するため、以下のような取組を進めるべきである。

### (ピアサポート)

- 地域移行や地域生活の支援に有効なピアサポートについて、その質を確保するため、ピアサポートを担う人材を養成する研修を含め、必要な支援を行うべきである。

### (医療と連携した短期入所)

- 精神障害者の地域生活の支援と家族支援の観点から、短期入所について、医療との連携を強化すべきである。

### (地域生活を支援する拠点とサービス)

- 精神障害者の地域移行や地域定着を支援するためにも、平成27年度に実施している地域生活支援拠点に関するモデル事業の成果も踏まえつつ、地域で生活する障害者に対し、地域生活を支援する拠点の整備を推進すべきである。その際、グループホームにおける重度者への対応の強化、地域生活を支援する新たなサービスとの連携、医療との連携、短期入所による緊急時対応等を総合的に進めることにより、グループホーム、障害者支援施設、基幹相談支援センター等を中心とする拠点の機能の強化を図る必要がある。
- 一人暮らしを希望する精神障害者の地域生活を支援し、ひいては精神障害者の居住の場の確保につながるよう、障害者の日常生活を適切に支援できる者による定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の生活力等を補い、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに位置付けるべきである。なお、その際には、医療との連携や情報技術の活用など、効果的・効率的な実施方法を検討する必要がある。
- 精神科病院の入院者の退院意欲を喚起するため、医療と福祉の連携に向け、相談支援の取組の充実や、意思決定支援の質の向上や普及に取り組むとともに、地域移行に向けたサービスの体験利用の活用を推進すべきである。

## 検討の方向性②

### (市町村等の役割)

- 住民に最も身近な基礎的自治体である市町村が中心となり、当事者を含め、医療と福祉の双方を含む様々な関係者が情報共有や連携体制を構築する場として、市町村に精神障害者の地域移行や地域定着を推進するための協議の場の設置を促進するとともに、都道府県・保健所・市町村が適切かつ重層的な役割分担をしながら協働して取り組むための体制を構築すべきである。その際、地域移行後に想定される精神障害者の居住地についても留意することが望まれる。
- 都道府県障害福祉計画に記載される精神障害者の長期在院者数の削減目標を、市町村障害福祉計画に記載される障害福祉サービスのニーズの見込量に反映させる方法を提示すべきである。

### (人材の資質向上)

- 精神障害者の特性とそれに応じた適切な対応方法について、研修の標準化や実地研修の活用など、必要な知識・技術を持った福祉に携わる人材の育成を推進すべきである。  
例えば、今なお障害福祉サービスで十分な対応ができていない高次脳機能障害のある者(児童を含む。)について、支援拠点機関の実態や支援ニーズに関する調査、有効な支援方法やそれを担う人材養成の研修の在り方についての研究を進める必要がある。

# 精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割(イメージ)

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 (1718市町村)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割</li> <li>○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築</li> <li>○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施)</li> <li>○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備)</li> <li>○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整</li> </ul>
・二次医療圏域 ・保健所圏域 (490箇所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神科病院からの地域移行の推進</li> <li>○圏域における医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理</li> <li>・圏域における入院患者の実態把握、課題分析</li> <li>・地域移行の考え方・課題の共有(精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して)</li> <li>・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○市町村支援(助言、情報提供等)</li> <li>○個別事例の広域調整</li> </ul>
都道府県 (47都道府県)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割</li> <li>○広域的な医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○広域的な関係機関の連携体制の構築</li> <li>○庁内関係部局(医療、福祉、介護、教育、雇用、居住支援等)との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働</li> <li>○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議</li> <li>○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等)</li> <li>○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議</li> </ul>

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター(69箇所)が行う。

# 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会に係る都道府県と市町村の役割(イメージ)

## 市町村(自立支援)協議会

専門部会(例)

就労支援  
部会

こども支  
援部会

権利擁護  
部会

精神障害者支援部会  
又は「精神障害者地  
域移行・地域定着推  
進協議会」※

※構成員は、都道府県、保健所、精神科病院の医師  
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

### 【市町村の役割】

- 精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割
- 住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築
- 住民に身近な自治体としての課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施)
- 地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画等の策定、実行、進捗状況の把握
- 地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備)

等

## 都道府県(自立支援)協議会

専門部会(例)

就労支援  
専門部会

療育支援  
専門部会

権利擁護  
専門部会

地域移行支援部会  
又は「精神障害者地  
域移行・地域定着推  
進協議会」※

※地域生活支援事業の都道府県必須事業  
※構成員は、市町村、保健所、精神科病院の医師  
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

役割分担  
・連携

### 【都道府県の役割】

- 精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割
- 広域的な関係機関の連携体制の構築
- 広域的な課題の共有・協議
- 地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画等の策定、進捗状況の把握
- 市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等)
- 広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

等

支援

報告

※精神障害者地域移行・地域定着推進協議会について、既存の(自立支援)協議会を活用することは差し支えない

## 4. 中医協における議論について ～地域移行関係を中心に～



# 長期入院患者の地域移行を図るために求められる病床の機能

- 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では、地域移行をより一層進めるため、地域移行への支援や訓練に必要な職種の重点的な配置や、より実際の地域生活につながる内容となるよう充実を図った訓練等の実施を検討することとされている。

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  
地域移行機能を強化する方策（「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」より抜粋）

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討。

- スタッフの配置等
  - ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
  - ・病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を実施
- 外部との交流
  - ・保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進
- 訓練等の実施
  - ・計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成等により可能な限り早期に退院できるよう支援
  - ・適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等自己管理のための訓練の実施。
  - ・リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）において、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等地域生活の実地的なプログラム等を積極的に実施
  - ・地域生活を送る精神障害者と同程度にデイケアを受けられる機会の確保
- その他
  - ・退院後に利用可能な障害福祉サービスや介護保険サービスの検討と準備

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については、適正化され将来的に削減されることとなる。

# 地域移行を促進する取組の評価に係る課題と論点

## 【課題】

- 1年以上の長期入院患者は、依然として約20万人(入院中の精神障害者全体の約3分の2)に上っている。なお、長期入院患者の疾患は統合失調症が多いが、75歳以上の長期入院患者においては、認知症の割合も増してきている。
- 1年以上の長期入院患者のうち、14%は「退院可能」とされているほか、退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。
- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるためには、地域移行への支援等に必要な職種を厚く配置するほか、患者に対して、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施することが必要とされ、地域移行が進めば、病床は適正化され、将来的に削減できると考えられる。

## 【論点】

- 精神疾患患者の地域移行を一層推進するため、地域移行に必要な職種を重点的に配置し、患者の地域移行に必要な取組を徹底して実施するとともに、長期入院患者数や病床数を適正化する病棟への評価を設けてはどうか。

## 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

骨子【Ⅲ－３（１）】

### 第１ 基本的な考え方

長期入院の精神疾患患者の地域移行をより一層進めるため、精神保健福祉士等の重点的な配置により集中的な退院支援を行うとともに、精神病床数の適正化に取り組む精神病棟に対する特定入院料の新設や、精神科地域移行実施加算の充実を行う。

### 第２ 具体的な内容

#### 1. 地域移行機能強化病棟入院料の新設

(1) 精神保健福祉士等、退院支援を行う職種を重点的に配置した上で、地域生活を念頭に置いた訓練や居住先の確保等の退院支援を重点的に実施する精神病棟の評価を設ける。なお、精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神病薬加算を設ける。

(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点(1日につき)

(新) 重症者加算1 60点(1日につき)

(新) 重症者加算2 30点(1日につき)

(新) 非定型抗精神病薬加算 15点(1日につき)

# 精神科重症患者早期集中支援管理料に係る課題と論点

## 【現状と課題】

- 長期入院後の退院患者や、入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対しては、多職種が協働し、訪問支援、緊急時対応等を通じて早期に集中的な支援を行うことで、地域移行、地域定着を進めることが重要であり、平成26年度診療報酬改定においては、精神科重症患者早期集中支援管理料を設けてその取組を評価した。
- 実施する医療機関における24時間の往診体制の確保や、患者が共同生活援助(グループホーム)・就労系サービス等の障害福祉サービスを同時に利用していないこと等が要件とされている。
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出は平成26年7月現在で7の保険医療機関にとどまっており、またその算定回数もきわめて少ない。検証調査によれば、当該管理料の届出を行っていない理由としては、チームを構成する人員が不足している、24時間の対応体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等が挙げられた。
- 一般に、精神疾患の患者の夜間の往診、訪問診療、訪問看護は限定的である。また、長期入院患者の退院にあたっては、障害福祉サービスを活用することが想定されている。

## 【論点】

- 精神科重症患者早期集中支援管理料については、往診・訪問診療と訪問看護を組み合わせることで夜間体制を確保するとともに、患者が障害福祉サービスとを同時に利用できることとするなど、長期入院後の退院患者等への集中的な支援の普及を図るよう見直してはどうか。

## 重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

骨子【Ⅲ－3（2）】

### 第1 基本的な考え方

集中的な支援を必要とする精神疾患患者に、多職種協働の訪問支援や緊急時対応等のより一層の普及を図る観点から、精神科重症患者早期集中支援管理料における対象患者の要件（障害福祉サービスの同時利用等）や、施設基準上の医師や看護師の24時間対応に係る要件を緩和する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 算定要件等について

- (1) 長期入院後の患者だけではなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件を削除する。
- (2) 同一建物居住者の場合について、これまで設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、評価を見直す。

## 5. これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会について

# 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の開催について

- 平成25年の精神保健福祉法の改正の附則において、同法の施行後3年(平成29年4月)を目途として、医療保護入院の手続の在り方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされている。

## 【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。

- また、平成26年7月に取りまとめた「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」を踏まえた精神科医療の在り方の更なる検討を行う必要がある。

## <主な検討事項(案)> ●は附則規定事項

- 医療保護入院における移送及び入院等の手続の在り方
- 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
- 精神病床のさらなる機能分化
- 精神障害者を地域で支える医療の在り方
- 精神疾患に係る医療体制の在り方 等

## <検討スケジュール案>

- ・ 平成28年1月7日 第1回検討会を開催
- ・ 平成28年夏頃 意見取りまとめ

# これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 構成員

- 伊澤雄一 精神保健福祉事業団体連絡会代表  
伊藤弘人 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長  
岩上洋一 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事  
江藤 修 杵築市福祉推進課長  
太田匡彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授  
荻原喜茂 一般社団法人日本作業療法士協会副会長  
籠本孝雄 公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事 兼 精神科部会部会長  
柏木一恵 公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長  
河崎建人 公益社団法人日本精神科病院協会副会長  
神庭重信 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野教授  
吉川隆博 一般社団法人日本精神科看護協会業務執行理事  
久保野恵美子 東北大学大学院法学研究科教授  
佐竹直子 一般社団法人日本総合病院精神医学会理事  
澤田優美子 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程  
白川教人 全国精神保健福祉センター長会会長  
田川精二 公益社団法人日本精神神経科診療所協会理事  
近森正幸 社会医療法人近森会近森病院院長  
千葉 潜 医療法人青仁会青南病院理事長  
中板育美 公益社団法人日本看護協会常任理事  
長野敏宏 特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事  
中原由美 全国保健所長会(福岡県糸島保健福祉事務所長)  
野沢和弘 毎日新聞論説委員  
◎樋口輝彦 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長  
平田豊明 千葉県精神科医療センター病院長  
広田和子 精神医療サバイバー  
船津定見 佐賀県健康福祉本部長  
本條義和 公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事長(みんなねっと)  
松田晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授  
松本純一 公益社団法人日本医師会常任理事  
○山本輝之 成城大学法学部教授

(◎：座長○：座長代理)  
(50音順、敬称略)  
(以上、30名)



# 本日のフォローアップ会議を通じて 考えていただきたいこと

- 関係者による協議の場の設置と運営
- ピアサポーターの活躍の場の拡大
- 地域移行に取り組む人材の育成