

平成29年2月16日（木）

平成28年度第2回精神障害者の地域移行担当者等会議

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 構築に向けて

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

本日の内容

1. 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
2. 障害福祉計画に係る基本指針の見直しについて
3. 医療計画に係る基本指針の見直しについて
4. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての自治体支援について

1. 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について

<趣旨>

- 改正精神保健福祉法(平成26年)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た。
- ①当該規定を踏まえた検討を行うとともに、②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さらなる検討を行う場として、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を本年1月から開催。
- 座長は、樋口輝彦 前国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長

<主な検討事項>

- 医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方
 - 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
 - 精神疾患にかかる医療体制の在り方
- 医療保護入院等のあり方分科会
- 新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(案)(概要)

(平成29年2月〇日)

第8回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会提出資料
(平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定における検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等、精神保健医療福祉に係る様々な課題を検討し、今後の取組について取りまとめた。(通常国会に係る法律の改正案を提出予定)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

(3) 精神病床のさらなる機能分化

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

3. 措置入院制度に係る医療等の充実について

(1) 措置入院に係る手続及び関係機関等の協力の推進

- 都道府県知事等の適切な判断の参考になるよう、判断に当たっての留意点や必要な手続を明確化することが適当。
- 措置入院時に精神医療審査会における入院の必要性の審査を行うことが考えられる。また、医療保護入院について検討しているように、措置入院についても患者に対して入院の理由を都道府県等が文書により説明することが適当。
- 措置入院の適切な運用を図るため、保健所設置自治体が主体となって、都道府県や市町村、警察、精神科医療関係者が地域で定期的に協議する場を設置することにより、相互理解を図っていくことが必要。

(2) 措置入院中の診療内容の充実

- 患者に対する適切な診断、治療や、措置解除後の患者に対する必要な医療等の支援が行われるよう、措置入院中の診療内容等についてのガイドラインを作成することが必要。

(3) 措置入院者の退院後の医療等の継続支援

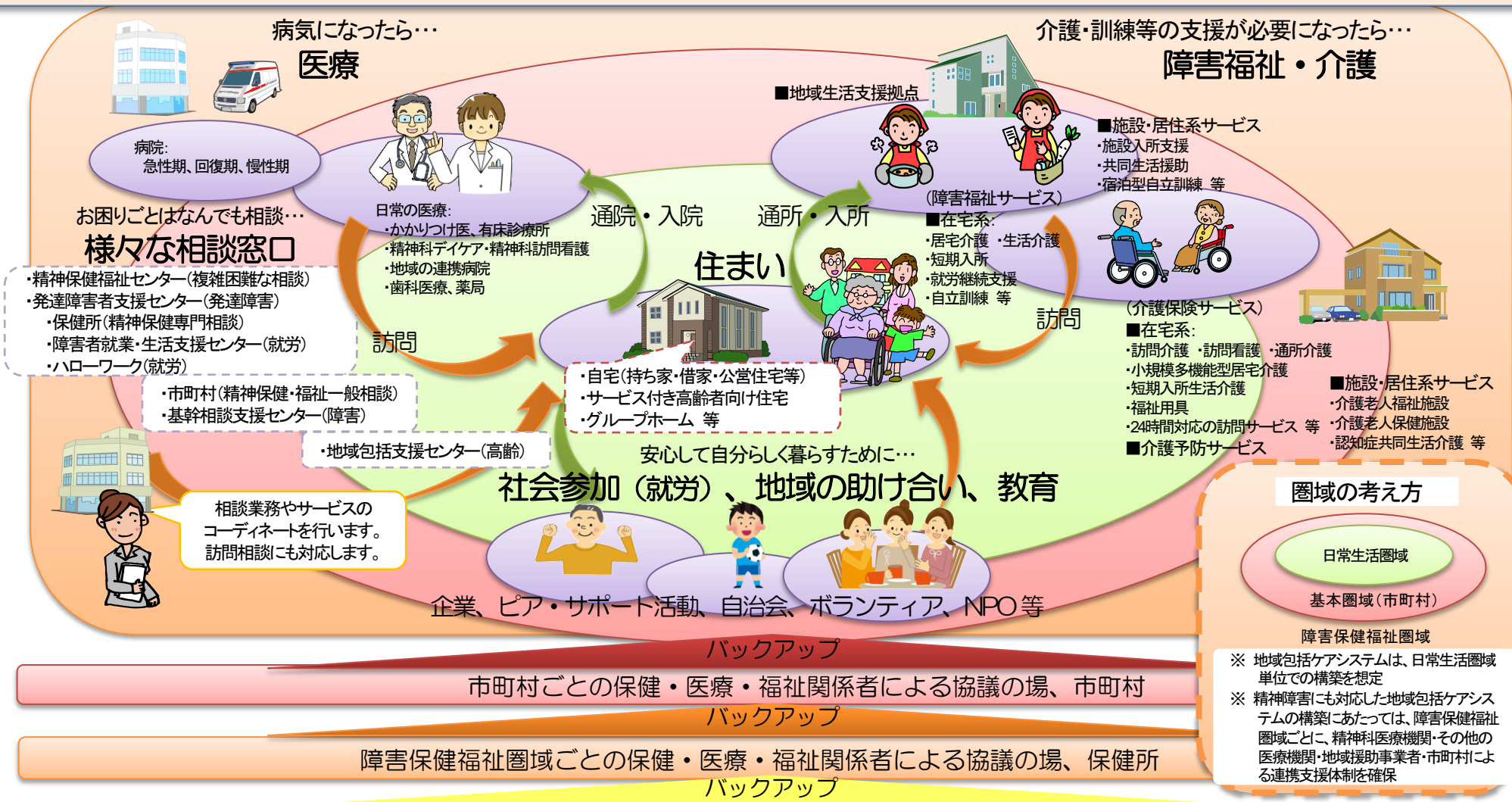
- 医療は治療、健康維持増進を図るものであることを十分に踏まえ、措置入院者の退院後の医療等の充実を図ることが重要。
- 措置を行った都道府県等が、原則として措置入院中から、全ての措置入院者に「退院後支援計画」を作成することが適当。
- 退院後支援計画では、通院医療、精神保健福祉法に基づく相談指導、障害福祉サービス等の退院後の支援の内容や関係機関の役割、通院が中断した時点以降の対応等を定めることが適当。
- 計画の作成に当たっては、都道府県等が、関係者と支援内容等について検討する調整会議を開催することが適当。
- 措置入院先病院の病院管理者が、精神保健福祉士等を退院後生活環境相談員として選任する仕組みを設けることが適当。
- 病院管理者が、全ての措置入院者について「退院後支援ニーズアセスメント」を行い、退院後支援計画に関する意見を都道府県等に確実に伝達する仕組みを設けることが必要。
- 退院後は保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って関係者の調整を行い、必要な支援を継続的に確保することが適当。
- 転出先の保健所設置自治体への必要な情報提供について、国において制度的に対応することが必要。

4. 精神保健指定医の指定のあり方について

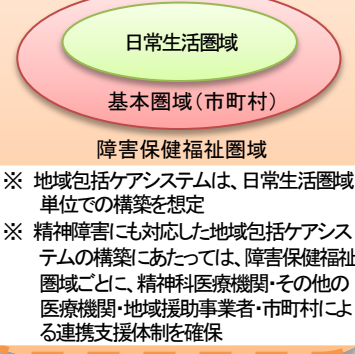
- 研修内容について、現行の座学中心による受動的な研修から、グループワーク等の能動的な研修へと見直しを検討。
- 指定医としての業務を適切に行うことができるように、経験すべき症例要件の見直しを検討。
- 指定医としての実務の経験(指定医業務、精神医療審査会や精神科救急等への参画など)の更新要件への追加を検討。
- 指導医の役割及び一定の要件について、法令上の位置づけを明確化することが適当。
- ケースレポートの記載内容を実践的に確認する観点から、口頭試問を導入することを検討。
- 指定医の取消処分等を受けた医師の再指定を認める場合における再教育研修に関する制度を導入することを検討。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



圏域の考え方

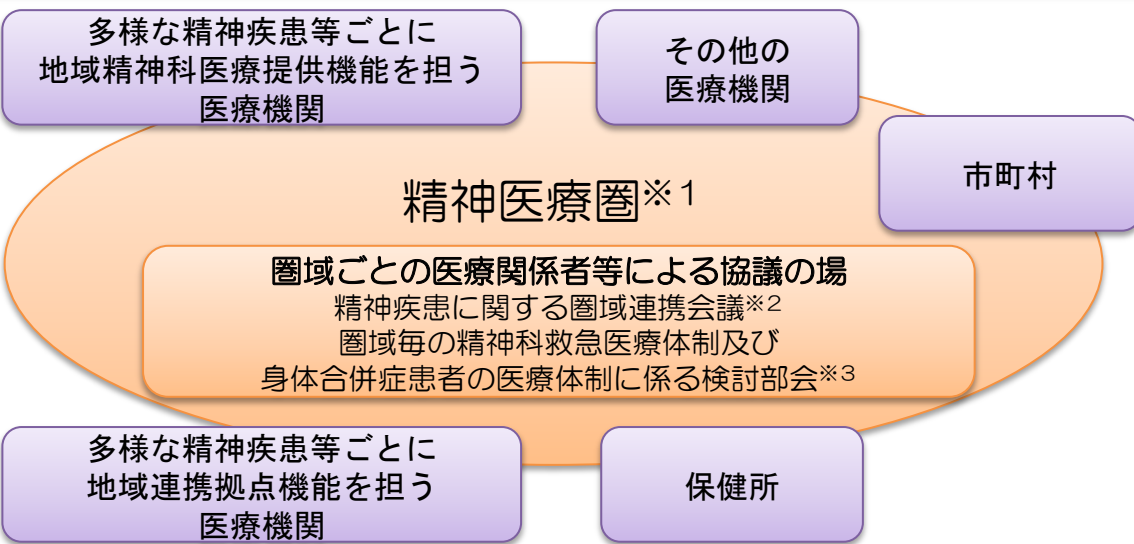


精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体の実践例

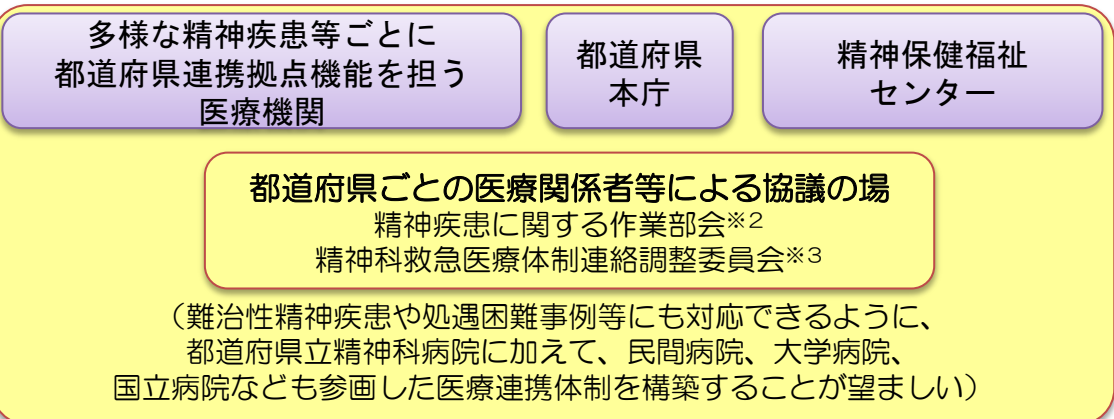
関係機関の役割		千葉県	大阪府	兵庫県
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【旭市の場合】 旭市精神障害者支援部会 (総合支援法第89条の3)	【枚方市の場合 中核市1市1圏域】 枚方市自立支援協議会精神障害者地域生活支援部会 (総合支援法第89条の3)	【新温泉町の場合】 新温泉町障がい者自立支援協議会全体会 ・運営会議 ・実務者会議(街づくり部会・こども支援部会) (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関の情報交換・情報共有 社会資源の開発に向けた検討 ピアサポーター普及啓発 当事者家族の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者を把握し地域移行へのきっかけづくりとして、圏域内の精神科病院の入院患者に対して訪問面接を実施 訪問面接対象者のうち継続支援をしている方への地域移行・地域定着に関する情報共有と課題検討 市民啓発、研修 地域移行、定着に関する施策検討 等 	<ul style="list-style-type: none"> 地域活動支援センターの充実について 通院、買物等の移動支援について 当事者による座談会の開催 G H等住まいの確保
障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【海匝圏域の場合】 海匝圏域精神障害者地域移行支援協議会 (総合支援法第78条第1項)	/	【但馬圏域の場合】 1 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会 (但馬圏域精神障害者地域移行・地域定着推進協議会開催要綱) 2 精神障害者地域移行・地域定着戦略会議 (精神障害者地域移行・地域定着戦略会議実施要領)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 圏域内医療機関の状況(長期入院者の状況、地域移行希望者の状況等)の情報共有 圏域内社会資源の状況(グループホーム空室状況・新設事業所等)の情報共有 市町村単位で解決できない課題について対応策を検討 		<ol style="list-style-type: none"> 圏域内の事業推進方針の決定 各機関の役割分担と連携の確認、共有 具体的な目標の設定 個別患者の情報を関係者で共有 個別支援方策の検討 各機関の進捗状況を共有 ピアサポーターの活動把握
都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	精神障害者地域移行推進専門部会 (総合支援法第89条の3)	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推進ワーキンググループ (総合支援法第89条の3)	兵庫県障害者自立支援連絡協議会相談支援部会 (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害のある人の地域移行等に係る施策を推進するための検討 市町村、病院及び障害福祉サービス事業者等との連携を図るための方策を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の協議の場の設置・開催状況の把握 市町村自立支援協議会専門部会で協議された地域課題を集約し、市町村単位での解決が難しい広域的な課題について検討 医療、住宅等関連部署との連携 精神科在院患者調査を実施し、データを加工・分析し、関係機関へ提供 等 	<p>障害分野の各相談支援分野において中心を担っている事業所等から構成</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援・権利擁護関連事業の状況 相談支援体制の構築・充実に向けた課題 障害者差別解消法施行後の状況 等

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「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」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



バックアップ



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る)
 <地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割>
 地域精神科医療の提供
 <地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割>
 ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
 ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援
 <市町村の主な役割>
 精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
 <保健所の主な役割>
 圏域内の医療計画の企画立案実行管理
 圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る)
 <都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割>
 ①医療連携の都道府県拠点、
 ②情報収集発信の都道府県拠点、
 ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援
 <精神保健福祉センターの主な役割>
 保健所、市町村への専門的支援(個別相談、人材育成等)
 <都道府県本庁の主な役割>
 都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理
 都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。
 ※2 医療計画作成指針に基づく協議の場
 ※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化について①

○平成30年度からの第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「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」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化する。

現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
都道府県拠点機能	役割	①医療連携の都道府県拠点,②情報収集発信の都道府県拠点,③人材育成の都道府県拠点,④地域連携拠点機能支援													
	要件(例)	①地域連携会議の運営,②都道府県民・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③専門職に対する研修プログラムの提供(卒後専門領域研修など) ④地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域連携拠点機能	役割	①医療連携の地域拠点,②情報収集発信の地域拠点,③人材育成の地域拠点,④地域精神科医療提供機能支援													
	要件(例)	①地域連携会議の運営支援,②地域・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③研修の企画運営(個別事例の検討、多職種研修など) ④地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域精神科医療提供機能	役割	①医療連携への参画,②情報発信への参画,③人材育成への参画,④地域精神科専門医療の提供													
	要件(例)	①地域連携会議への参画,②患者への情報提供、拠点機能を情報収集への協力 ③研修への参加,④多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供													

多様な精神疾患等ごとの都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等ごとに都道府県拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

※疾患等ごとに地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。 9

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化について②

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
〇〇圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○
	K病院	○	○		○			○		○				○	
	L診療所	○	○								○				
	M診療所	○						○					○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎		○	○		◎		○	○	○		○	
	O診療所	○	○									○	○		

☆：都道府県拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関

精神疾患に関連する各都道府県の圏域設定の状況について

(平成28年10月31日現在)

都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	3	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	152	354	343	1,741

各圏域設定の考え方について

	圏域設定の考え方	根拠
➤ 二次医療圏	<ul style="list-style-type: none"> • 一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する <ul style="list-style-type: none"> • 地理的条件等の自然的条件 • 日常生活の需要の充足状況 • 交通事情 等 	<ul style="list-style-type: none"> • 医療法第30条の4第2項第12号 • 医療法施行規則第30条の29第1項 • 「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）
➤ 精神医療圏	<ul style="list-style-type: none"> • 第6次医療計画（平成25年4月～）において、新たに精神疾患が追加され、医療連携体制を構築 • 二次医療圏を基本としつつ、地域の実情に応じて弾力的に設定することとされている 	<ul style="list-style-type: none"> • 「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）
➤ 精神科救急医療圏	<ul style="list-style-type: none"> • 都道府県が精神科救急医療の整備を図るべき地域的単位として設定した区域 • 精神科救急医療体制整備事業を通じて、圏域毎の実態に応じた身体合併症患者を含む精神科救急医療体制機能を整備 	<ul style="list-style-type: none"> • 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱の一部改正について」（平成28年9月20日障発0920第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
➤ 障害保健福祉圏域	<ul style="list-style-type: none"> • 広域的な視点から障害福祉サービス等の提供体制の確保を図るため、都道府県の行政機関の管轄区域等を勘案しつつ、市町村より広域的な行政単位として複数市町村を含む広域圏域として、障害福祉計画において設定 	<ul style="list-style-type: none"> • 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第89条
➤ 老人福祉圏域	<ul style="list-style-type: none"> • 福祉サービス及び保健医療サービスの一体化・総合化を図る観点から、介護保険施設等の適正配置の目安として、介護保険事業支援計画において設定 	<ul style="list-style-type: none"> • 老人福祉法第20条の9 • 介護保険法第118条

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

現状・課題

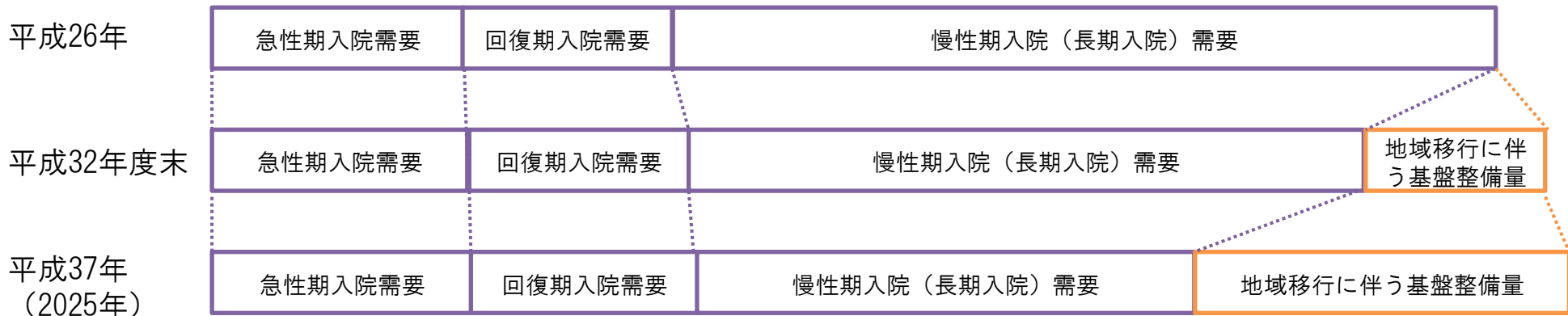
- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床（入院患者3.6万人）減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針（推計式の開発）

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す（※）とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

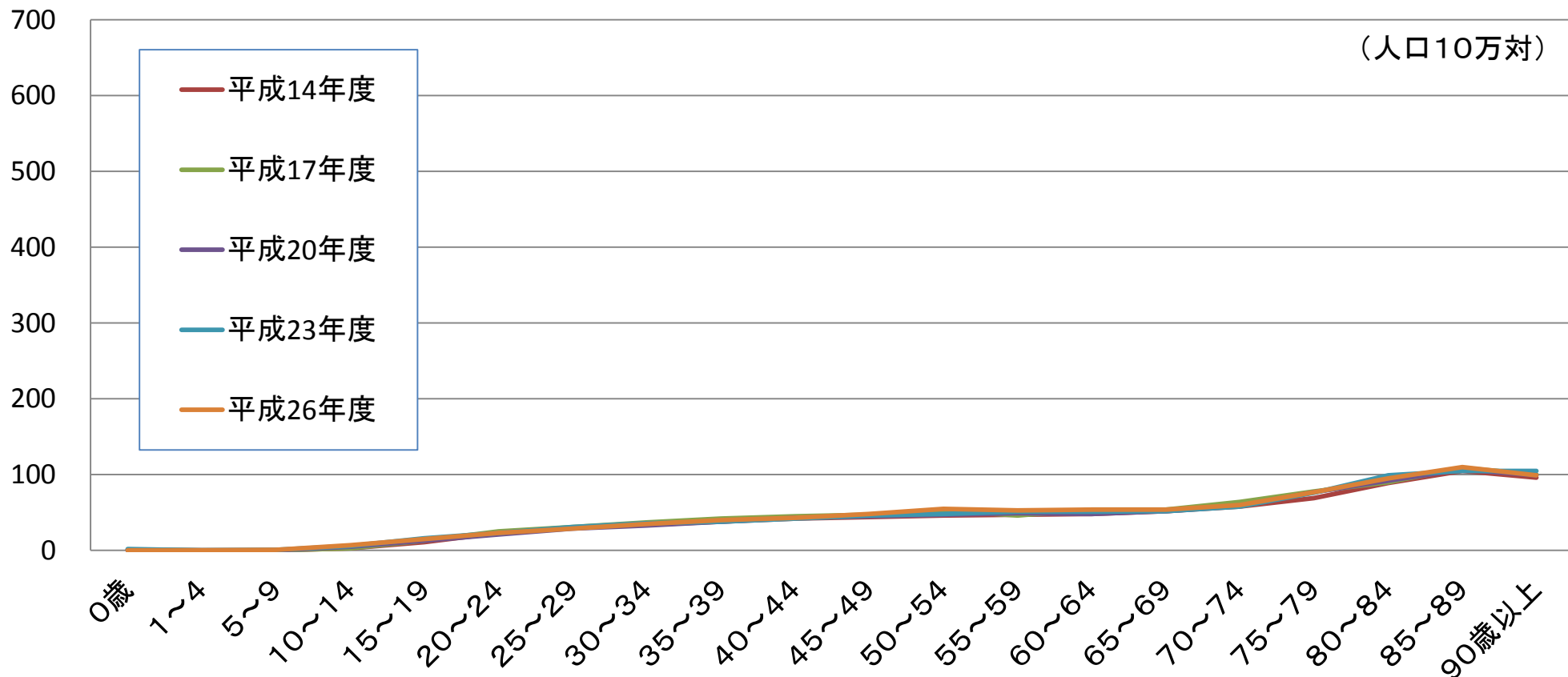
※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



精神病床における急性期入院患者(3ヶ月未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における急性期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、ほとんど変わらない。

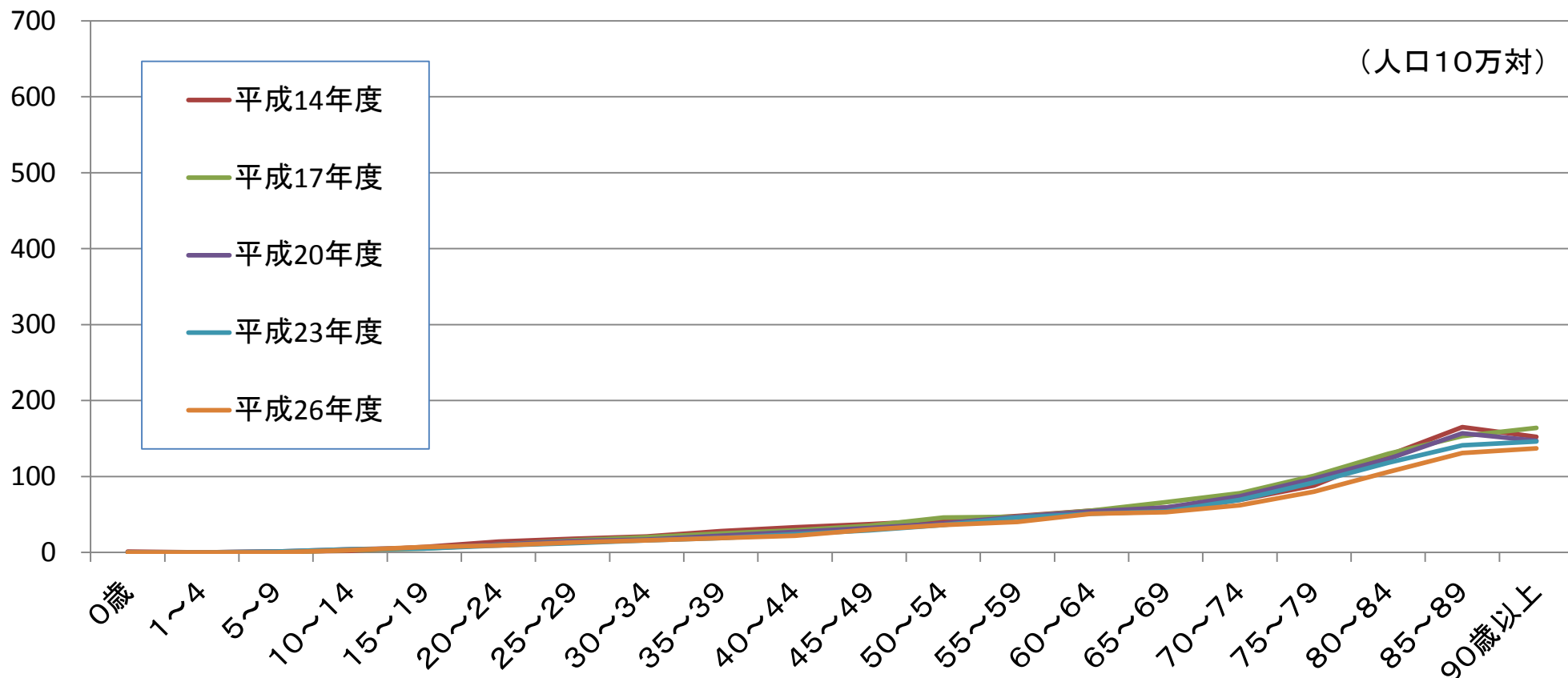


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 14

精神病床における回復期入院患者(3ヶ月以上1年未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における回復期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、緩やかな減少傾向にある。

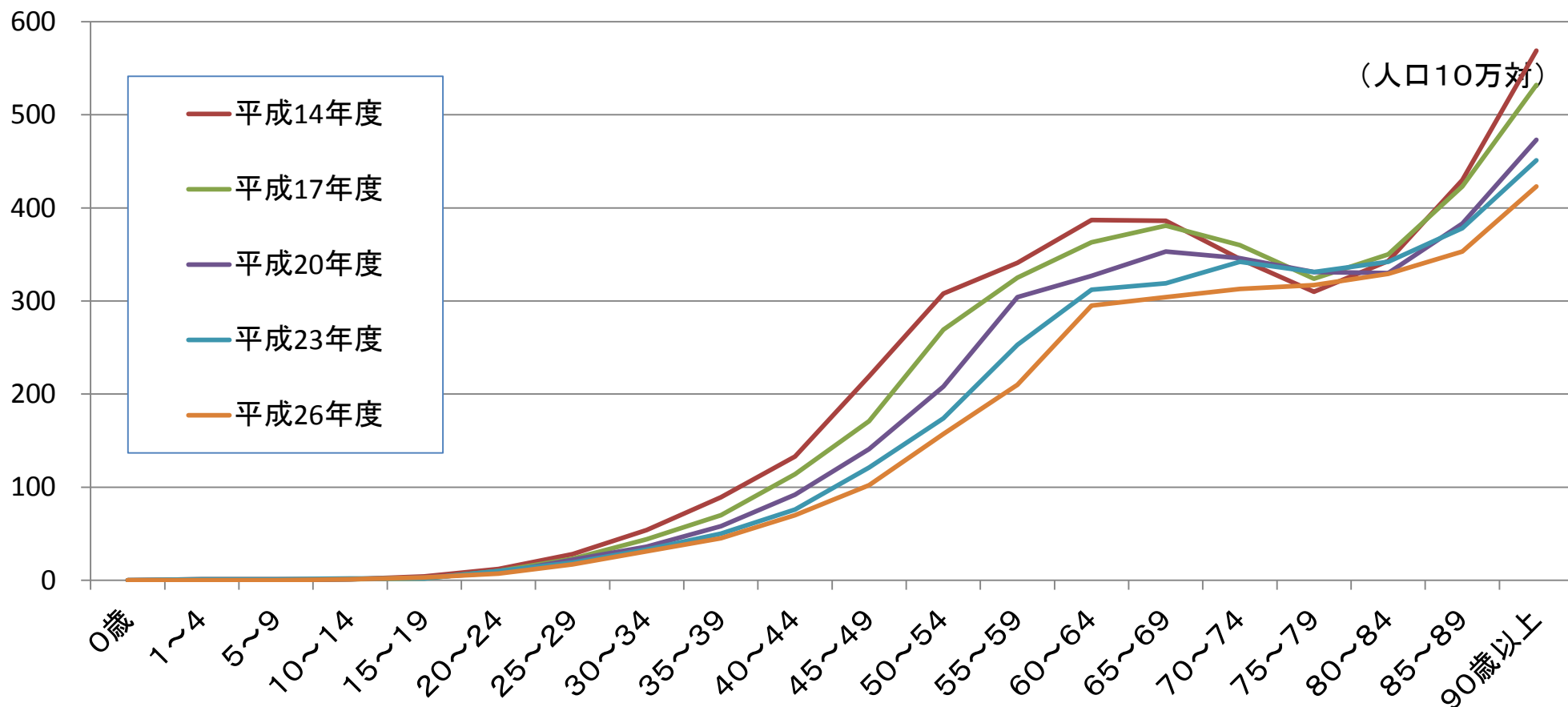


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 15

精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。

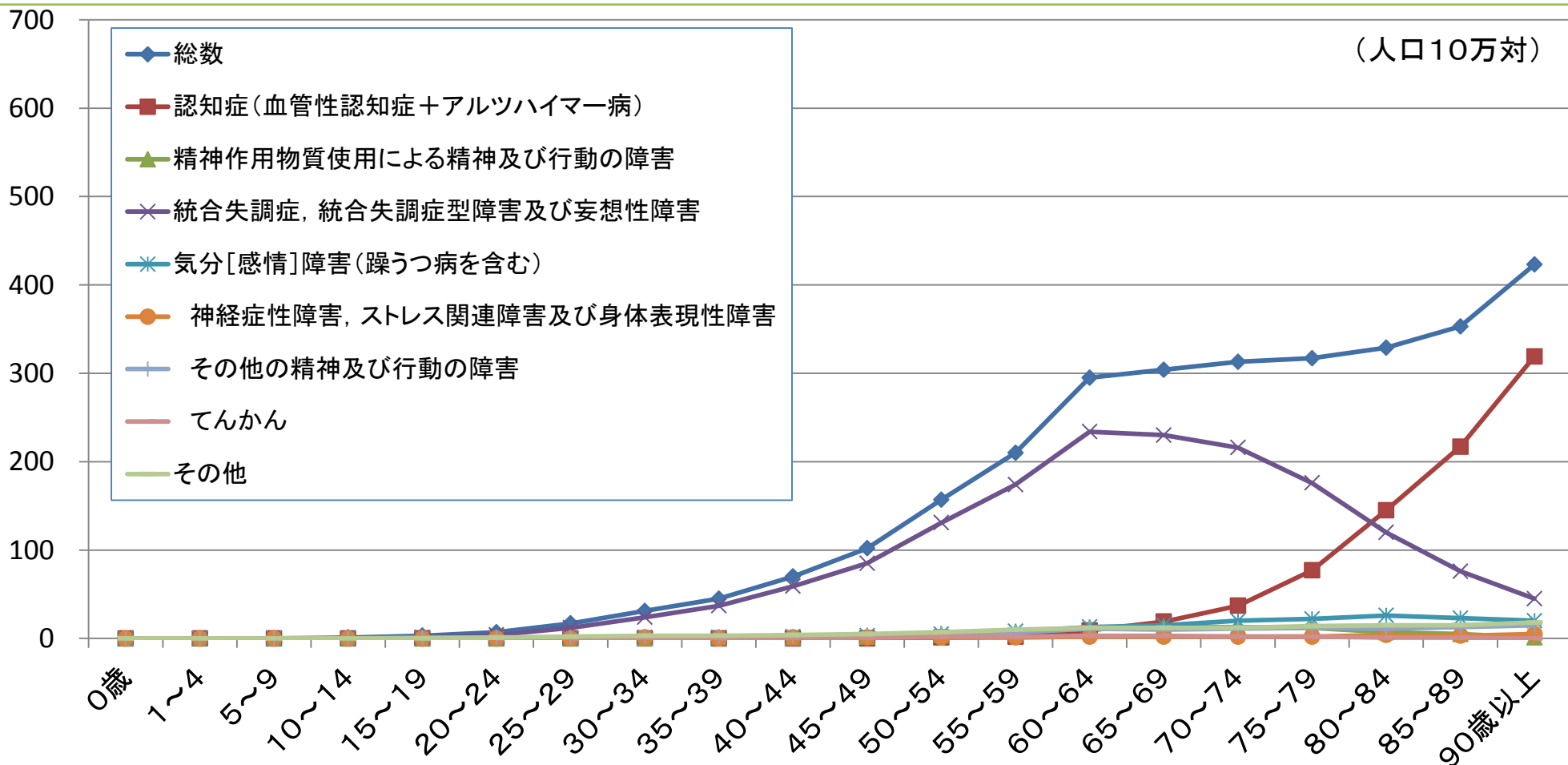


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 16

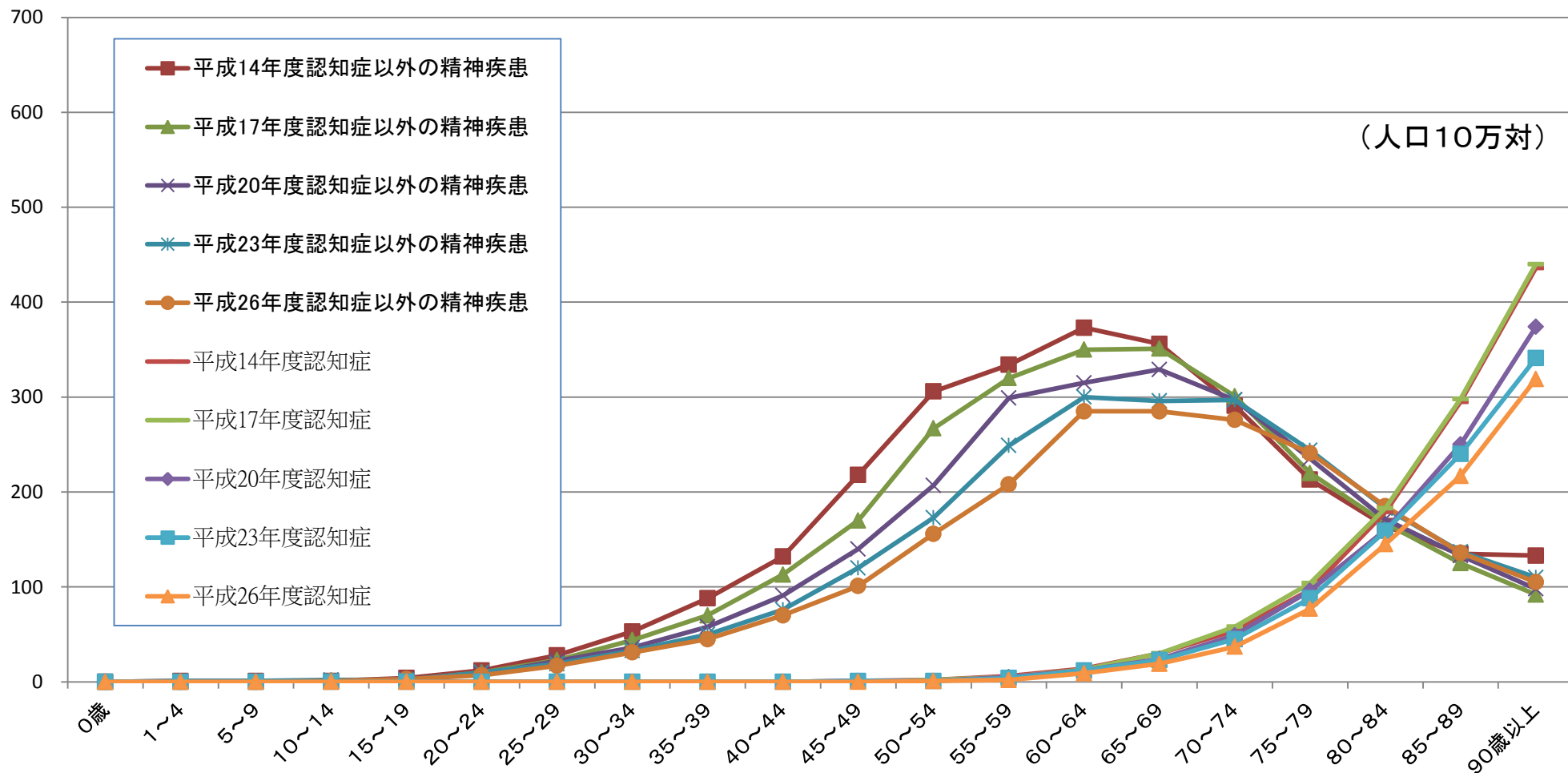
精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、認知症以外の精神疾患(主に統合失調症、気分障害)であっても、認知症であっても、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。



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

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

目標値を算出する推計式 急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times (1 + \text{重度かつ慢性の割合}) / 2 \times \alpha^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \beta^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times \{1 - (1 + \text{重度かつ慢性の割合}) / 2 \times \alpha^3\} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \beta^3) \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成37年（2025年）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times \text{重度かつ慢性の割合} \times \alpha^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \beta^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成37年（2025年）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times (1 - \text{重度かつ慢性の割合} \times \alpha^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & \quad + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \beta^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

※治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案して「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 α 】」を算出。

※これまでの認知症施策の実績を勘案して「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 β 】」を算出。

※H30年度からの計画実施期間による影響を算出するため、H32年度末の推計では α β それぞれ3乗、H37年の推計では α β それぞれ7乗で計算。

※都道府県ごとの目標値の推計にあたっては、それぞれの都道府県の入院受療率、推計人口を用いて計算。

※基盤整備量（利用者数）には、自立して一人暮らし生活を送る退院患者等も含まれる。

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

⇒ 「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、6～7割で設定（推奨）

- 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

在院日数	1年 ～1年6ヶ月	1年6ヶ月 ～3年	3年 ～5年	5年 ～10年	10年 ～20年	20年～	合計
調査対象者数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
該当者数	209	414	439	664	659	710	3095
該当割合	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏 ヒアリング資料から一部改変

- 統合失調症の入院患者のうち、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、10.5%である。

統合失調症の入院患者における身体合併症の有無



■ 特別な管理を要する ■ 日常的な管理を要する ■ 身体合併症なし

※有効回答数 9,781名

特別な管理：入院治療が適当な程度、日常的な管理：外来通院が適当な程度

○治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案した「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 α 】」の算出について

⇒ 2025年までに治療抵抗性統合失調症治療薬を国内全体に普及することを目指し、各都道府県の実情を踏まえて、 α を95～96%※で設定（推奨） ※25～30%程度普及した場合に相当

➤ 先行している国では、統合失調症患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬の使用割合は、25～30%程度である。

クロザピン処方率	
ドイツ2004(外来患者)	14%
中国2004(入院患者)	24.6%
オーストラリア2007(外来患者)	26%
ニュージーランド2004(外来患者)	32.8%
日本	0.6%

出典：厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

➤ 国内で先行している医療機関における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用実績を踏まえると、統合失調症で入院している患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬を継続している割合は、20～40%程度である。

継続投与人数(割合)	
A病院	30人 (31%)
B病院	46人 (41%)
C病院	37人 (22%)

出典：それぞれの病院からの報告

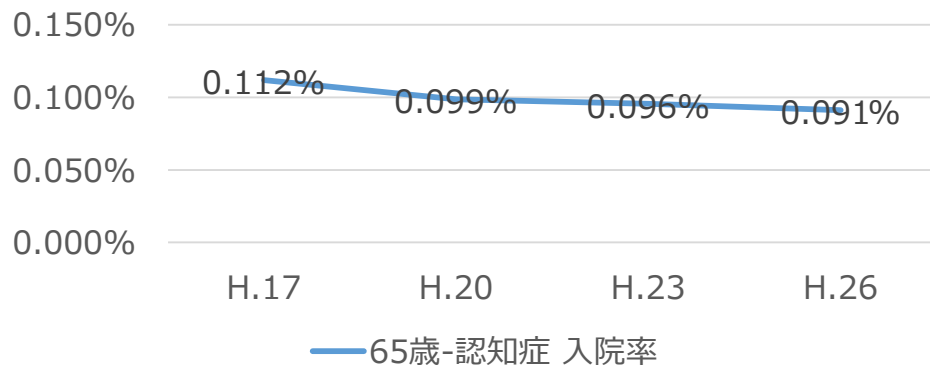
○これまでの認知症施策の実績を勘案した

「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【β】」の算出について

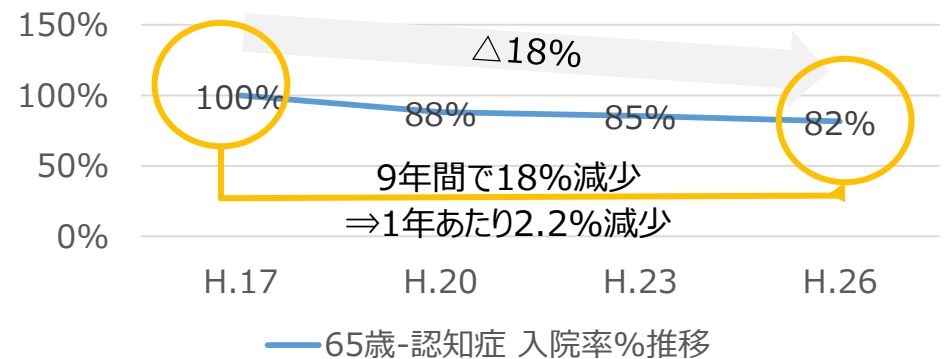
⇒ これまでの実績を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、βを97～98%で設定（推奨）

➤ 65歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17～H.26で18%減少。1年あたり2.2%減少。

65歳-認知症 入院率

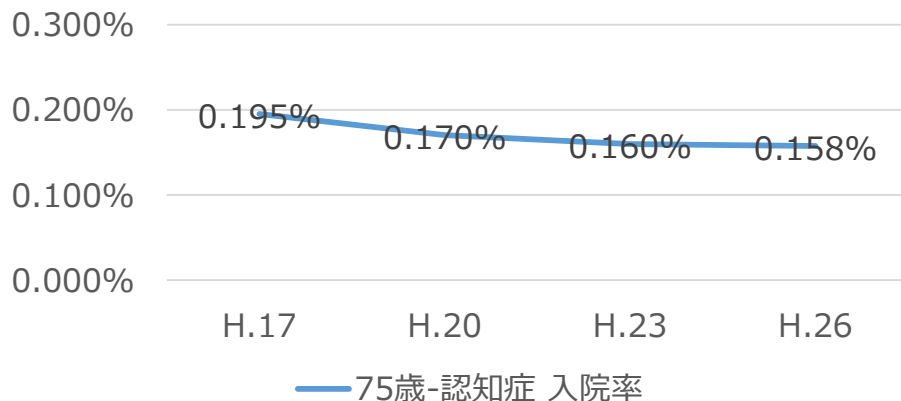


65歳-認知症 入院率%推移

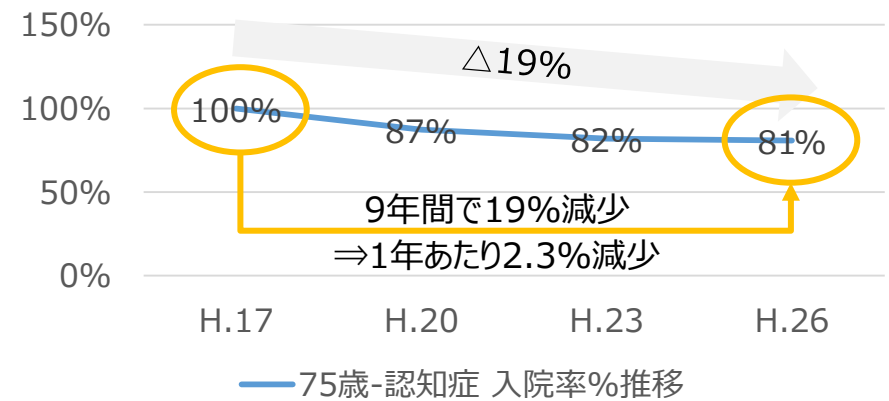


➤ 75歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17～H.26で19%減少。1年あたり2.3%減少。

75歳-認知症 入院率

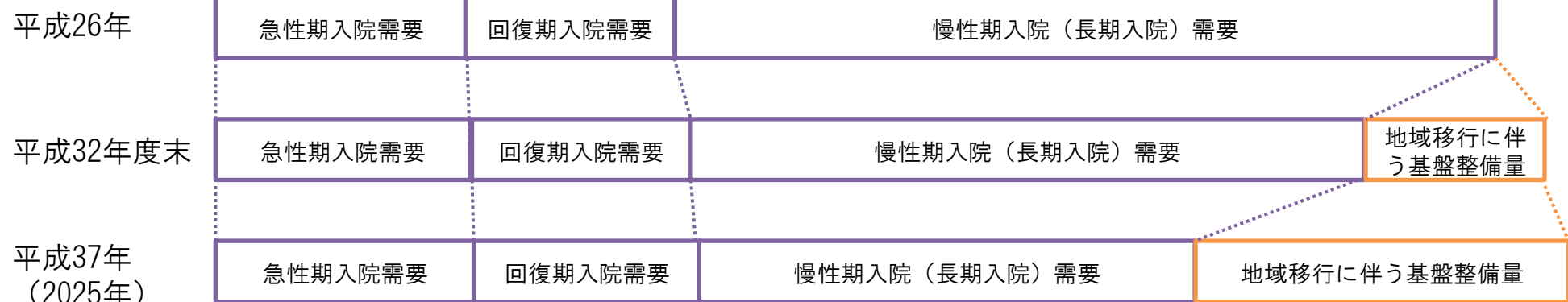


75歳-認知症 入院率%推移



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値⑥

○精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標



急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

➤ 平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)における全国の目標値(見込み)

平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	4.9万人	14.6万人	9.2万人	5.4万人	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人
〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳
最小	5.8万人	4.9万人	15.7万人	9.8万人	5.8万人	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人

➤ 平成37年(2025年)における全国の目標値(見込み)

平成37年(2025年)	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	5.0万人	9.7万人	6.5万人	3.2万人	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人
〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳
最小	5.8万人	5.0万人	11.6万人	7.6万人	4.0万人	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人

※四捨五入で端数処理しているため、合計値は一致しない場合がある。 23

精神病床における基準病床数の算定式の見直しについて

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

現状・課題

- 現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率（1年未満群）24%以下、②退院率（1年以上群）29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。
- この際、平成30年度から開始する医療計画と障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要（患者数）との整合性を図る必要がある。

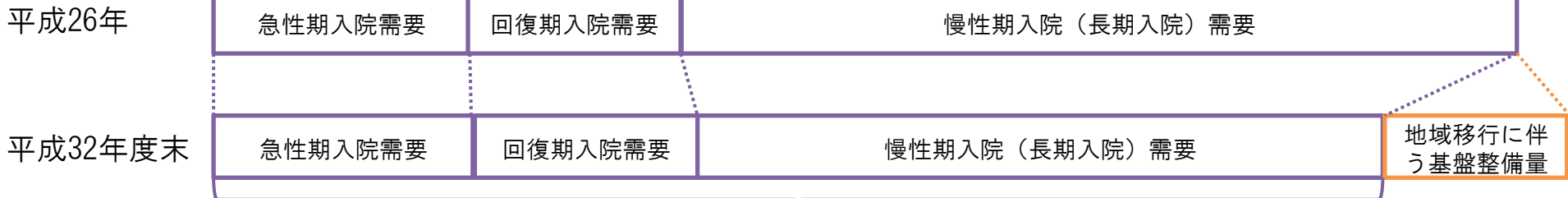
対応方針（新たな算定式への見直し）

- 平成30年度から開始する医療計画では、精神病床における基準病床数の算定式を以下の通り見直す。

新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要 (患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



平成32年度末の入院需要（患者数）

※第7次医療計画の中間年において、第6期障害福祉計画と整合性が図られるように基準病床数を見直す。

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する。

現状・課題

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画が連動するように、都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する必要がある。
- 精神保健福祉資料(630調査)を用いた指標は、現時点で入手可能な最新のデータは3年前(平成25年度)となっており、計画の進捗管理に課題がある。このため、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともにNDBを用いて、新たなアウトカム指標を設定する必要がある。

対応方針(新たな指標への見直し)

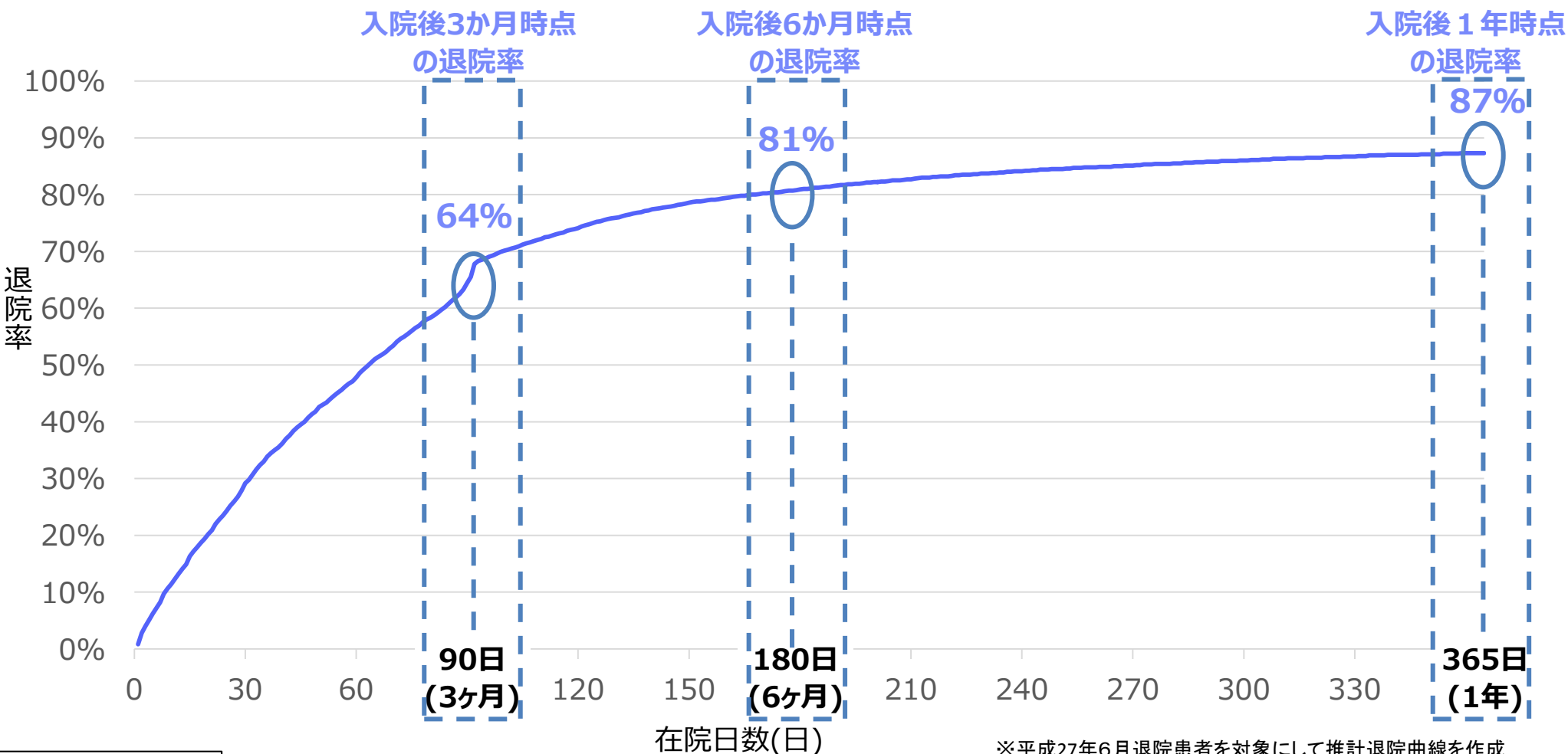
現状	指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	地域移行の 進捗状況を評価する観点
	医療計画	1年未満入院患者の平均退院率【630調査】 退院患者平均在院日数【患者調査】	3か月以内再入院率【630調査】 在院期間5年以上65歳以上の退院患者数【630調査】 認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率【630調査】
	障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【630調査】 入院後1年時点の退院率【630調査】	長期在院者数の減少割合【630調査】
H30から	指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 進捗状況を評価する観点
	医療計画 障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【※】 入院後6か月時点の退院率【※】 入院後1年時点の退院率【※】 ※630調査/NDB	精神病床における1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳以上1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳未満1年以上長期入院患者数【※】 ※630調査/NDB

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて②

○早期退院支援の取組状況を評価する観点

⇒平成27年における上位10%の都道府県が達成している「精神病床における早期退院率（推計値）」の水準以上を目指して、各都道府県において平成32年度末の目標を設定

全国の退院率（推計値）



※平成27年6月退院患者を対象にして推計退院曲線を作成

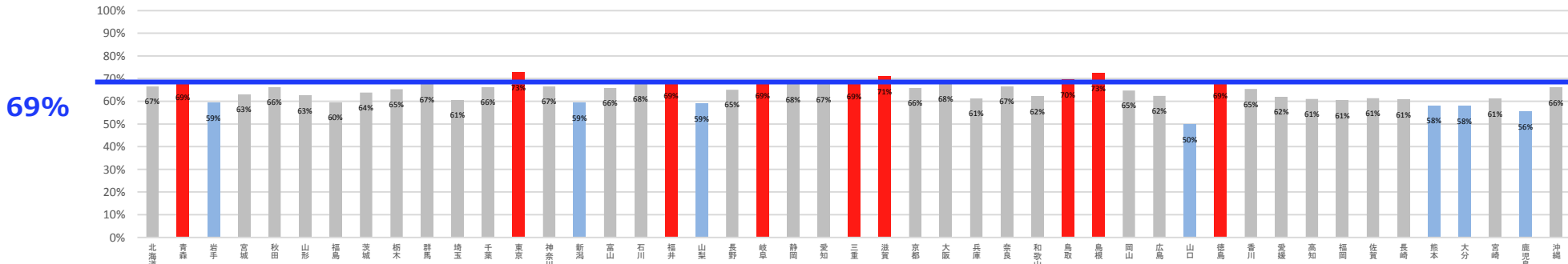
出典：平成28年度厚生労働行政推進調査「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：山之内芳雄）からの報告

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて③

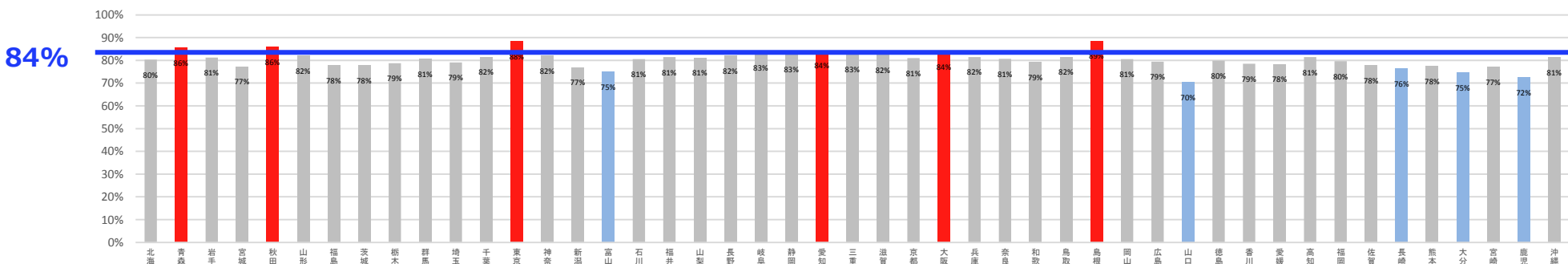
(目標値)

都道府県別の入院後3か月時点の退院率 (推計値)

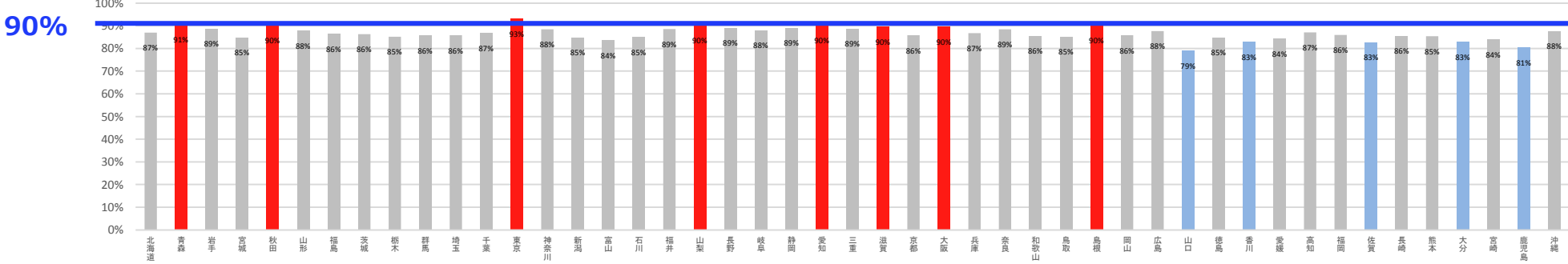
上位10%



都道府県別の入院後6か月時点の退院率 (推計値)



都道府県別の入院後12か月時点の退院率 (推計値)



※平成27年6月退院患者を対象に作成した推計退院曲線から算出

※NDBを活用して計算

出典:平成28年度厚生労働行政推進調査「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:山之内芳雄)からの報告

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて④

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点

⇒国が提示する推計式を用いて、各都道府県において、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）の目標を設定

➤ 平成26年

平成26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要
	5.7万人	4.6万人	18.5万人	10.6万人	7.8万人	28.9万人

▲ 3.9～2.8万人

➤ 平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)における全国の目標値(見込み)

平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	4.9万人	14.6万人	9.2万人	5.4万人	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人
〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳
最小	5.8万人	4.9万人	15.7万人	9.8万人	5.8万人	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人

➤ 平成37年(2025年)における全国の目標値(見込み)

※障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備を実施。

平成37年(2025年)	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	5.0万人	9.7万人	6.5万人	3.2万人	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人
〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳
最小	5.8万人	5.0万人	11.6万人	7.6万人	4.0万人	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人

2. 障害福祉計画に係る基本指針の見直しについて

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。次期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・就労定着に向けた支援
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数:H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に
(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
- ・退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

4. その他の見直し

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・難病患者への一層の周知
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

基本的な考え方

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を含めた地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的(インクルーシブ)な社会を構築していく必要がある。
- このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを、新たな基本指針に政策理念として掲げてはどうか。

主なポイント

- ① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する。
- ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、2020年の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める。



成果目標について

○「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議論を踏まえて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指して、成果目標の設定を次のとおり行うこととしてはどうか。

成果目標(案)

①障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況

- 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場(例:精神障害者地域移行・地域定着推進協議会など)を設置することを原則として設定する。
※この際、都道府県単位で解決すべき課題にも対応できるように、都道府県ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場(例:都道府県(自立支援)協議会専門部会など)を設置することが望ましい。

②市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況

- 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、当事者及び保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場(例:市町村(自立支援)協議会、専門部会など)を設置することを原則として設定する。

③精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)

- 地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、1年以上長期入院患者のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)を設定する。なお、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数の全国の目標値は、平成26年と比べて3.9万人から2.8万人減少になる見込みである。
※計画の実行管理にあたっては、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レセプト情報等データベースを活用する。

④精神病床における早期退院率(入院後3か月時点の退院率、入院後6か月時点の退院率、入院後1年時点の退院率)

- それぞれの地域における保健・医療・福祉の連携支援体制が強化されることによって、早期退院が可能になることを踏まえて、平成32年度末までに、入院後3か月時点の退院率は69%以上、入院後6か月時点の退院率は84%以上、入院後1年時点の退院率は90%以上とすることを成果目標(※)として設定する。
※レセプト情報等データベースより算出した平成27年度の推計値に基づき、上位10%の都道府県が達成している早期退院率以上を成果目標とする。
計画の実行管理にあたっては、レセプト情報等データベースを活用する。

活動指標について

○ 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を障害福祉計画上明確に記載する。

※ 計画の実行管理にあたっては、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レセプト情報等データベースを活用する。

医療計画との連携について

○ 医療計画における基準病床数の見直しについて

基本指針における目標の達成状況を踏まえつつ、医療計画の次期見直し(平成30年度からの実施分)において、基準病床数(の算定式)の見直しを行うことができるよう、現在の指針にある医療計画における基準病床数の見直しに係る記載を残すこととする。

※現行指針の抜粋

「…またこれと併せ、医療計画(医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。)における基準病床数の見直しを進める。」

○ 医療計画との関係について

入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の達成に当たっては、地域の医療サービスに係る体制の整備が重要であり、特に医療計画との関係に留意する旨を記載する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点

⇒国が提示する推計式を用いて、各都道府県において、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）の目標を設定

➤ 平成26年

平成26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要
	5.7万人	4.6万人	18.5万人	10.6万人	7.8万人	28.9万人

▲ 3.9～2.8万人

➤ 平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における全国の目標値（見込み）

平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	4.9万人	14.6万人	9.2万人	5.4万人	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
最小	5.8万人	4.9万人	15.7万人	9.8万人	5.8万人	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人

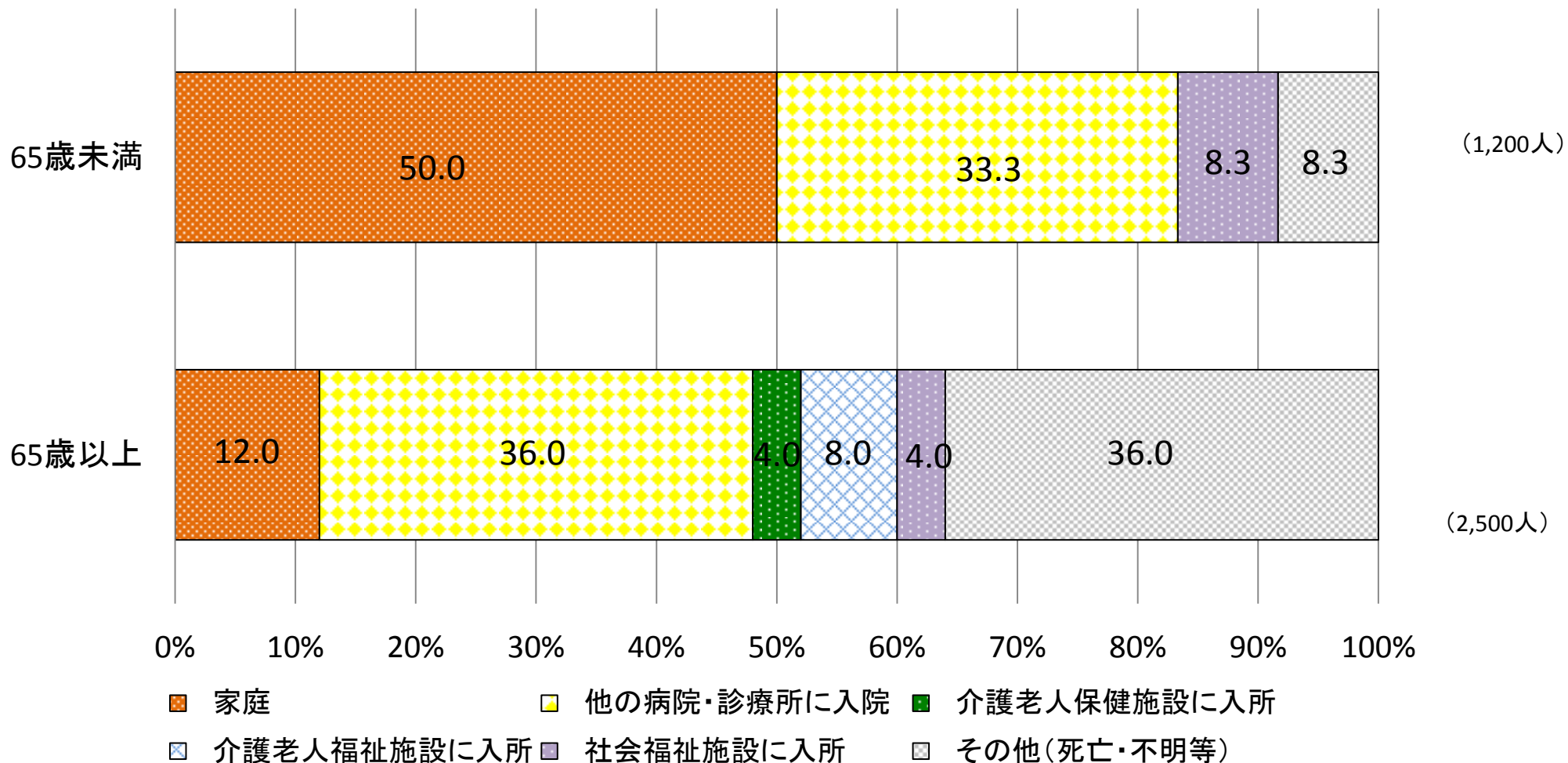
➤ 平成37年（2025年）における全国の目標値（見込み）

※障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備を実施。

平成37年(2025年)	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	5.0万人	9.7万人	6.5万人	3.2万人	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
最小	5.8万人	5.0万人	11.6万人	7.6万人	4.0万人	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人

入院期間1年以上の精神病床退院患者の退院後の行き先

(単位: %)

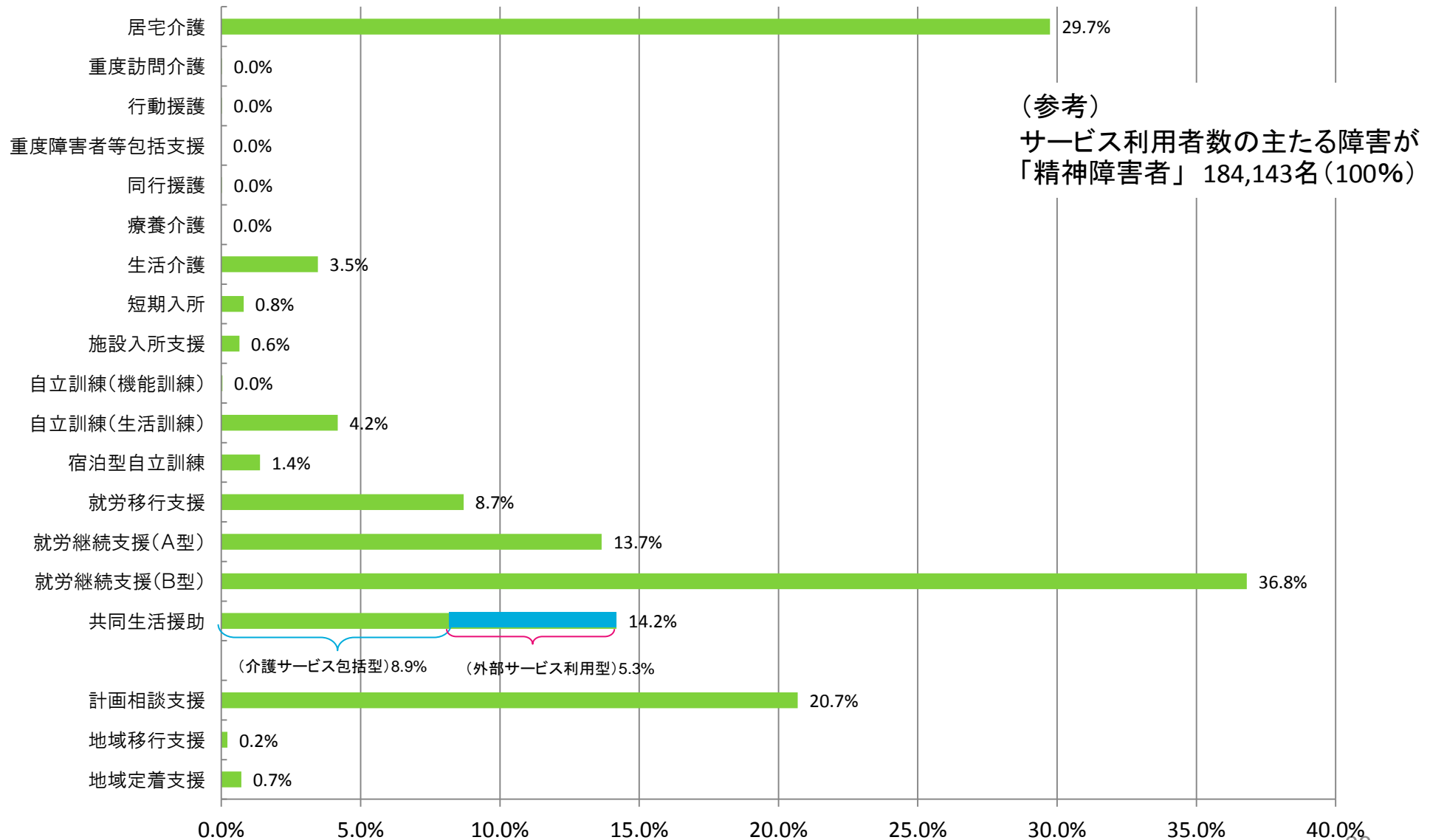


資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

(平成27年度サービス提供分 平成28年3月末の利用者)



地域生活を支援する新たなサービス（自立生活援助）の創設

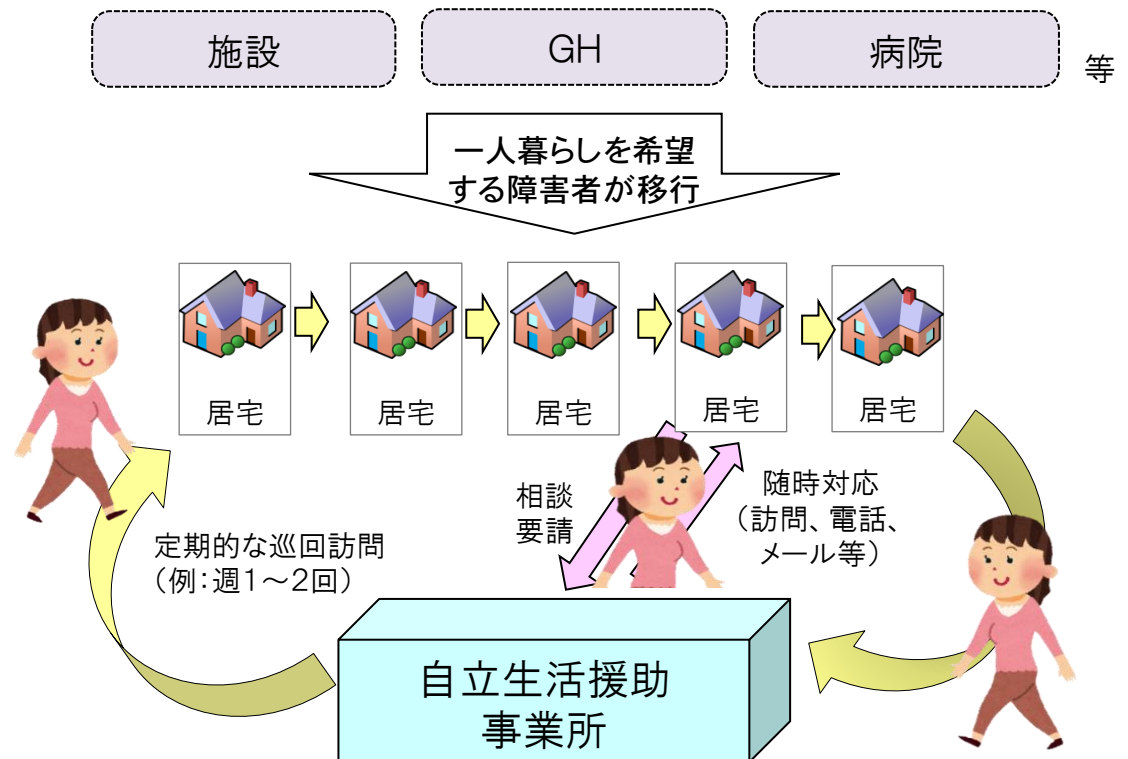
- 障害者が安心して地域で生活することができるよう、グループホーム等地域生活を支援する仕組みの見直しが求められているが、集団生活ではなく賃貸住宅等における一人暮らしを希望する障害者の中には、知的障害や精神障害により理解力や生活力等が十分ではないために一人暮らしを選択できない者がいる。
- このため、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに創設する（「自立生活援助」）。

対象者

- 障害者支援施設やグループホーム等を利用していた障害者で一人暮らしを希望する者等

支援内容

- 定期的に利用者の居宅を訪問し、
 - ・ 食事、洗濯、掃除などに課題はないか
 - ・ 公共料金や家賃に滞納はないか
 - ・ 体調に変化はないか、通院しているか
 - ・ 地域住民との関係は良好かなどについて確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う。
- 定期的な訪問だけでなく、利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行う。



3. 医療計画に係る基本指針の見直しについて

医療計画の見直し等に関する検討会

1. 目的

医療計画は、医療機能の分化・連携の推進を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることを目的としている。

本検討会は、現行の医療計画の課題等について整理を行うことにより、平成30年度からの次期医療計画をより実効性の高いものとするため、医療計画の作成指針等の見直しについて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医療計画の作成指針等について
- ・ 医療計画における地域医療構想の位置付けについて
- ・ 地域包括ケアシステムの構築を含む医療介護の連携について
- ・ その他医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項について

3. 構成員(○は座長)

相澤 孝夫(日本病院会会長)

安部 好弘(日本薬剤師会常任理事)

今村 知明(奈良県立医科大学医学教授)

○遠藤 久夫(学習院大学経済学部教授)

尾形 裕也(東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)

加納 繁照(日本医療法人協会会長)

齋藤 訓子(日本看護協会常任理事)

櫻木 章司(日本精神科病院協会理事)

佐藤 保(日本歯科医師会副会長)

鈴木 邦彦(日本医師会常任理事)

田中 滋(慶應義塾大学名誉教授)

西澤 寛俊(全日本病院協会会長)

野原 勝(岩手県保健福祉部副部長)

藤井 康弘(全国健康保険協会理事)

本多 伸行(健康保険組合連合会理事)

山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長)

4. スケジュール

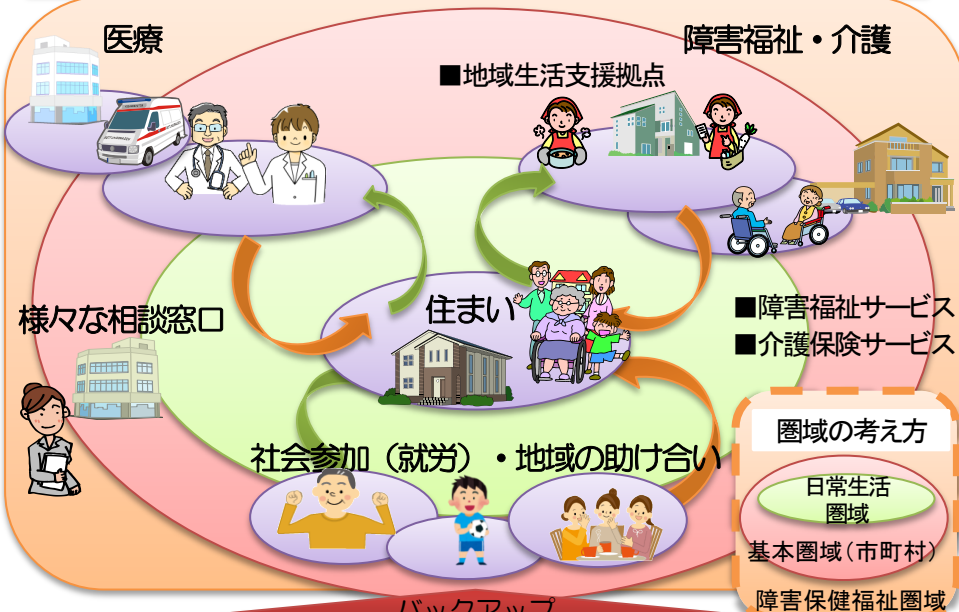
- ・ 平成28年5月より計8回開催、12月にとりまとめ
- ・ 療養病床の取扱い等、一部課題については、平成29年も引き続き検討を予定

精神疾患の医療体制

【概要】

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築



市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに
地域精神科医療提供機能を担う
医療機関

その他の
医療機関

市町村

精神医療圏

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに
地域連携拠点機能を担う
医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

都道府県
本庁

精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

(難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるように、
都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、
国立病院なども参画した医療連携体制を構築することが望ましい)

救急医療の提供体制

【概要】

- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組みを進める。
- 救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点を取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。
- 初期救急医療機関の整備とともに休日夜間対応できる薬局、**精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。**

救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の構築

円滑な救急搬送や受入体制を確保するため、医療機関と介護施設等の連携を推進する。

八王子市の例

- 高齢者及び高齢者施設等の利用者への安全な救急搬送体制を確保するため、八王子消防署と八王子市救急業務連絡協議会で調整、“八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会”を設置。

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

- ・八王子市救急業務連絡協議会
 - ・救命救急センター・救急センター
 - ・介護療養型病院
 - ・医療療養型病院
 - ・八王子施設長会
 - ・八王子社会福祉法人代表者会
 - ・八王子特定施設連絡会
 - ・精神科病院
 - ・八王子介護支援専門員連絡協議会
 - ・八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
 - ・高齢者あんしん相談センター
 - ・八王子医師会
 - ・八王子市
 - ・町会自治会連合会
 - ・八王子消防署
 - ・八王子薬剤師会
 - ・八王子老人保健施設協議会
 - ・八王子市赤十字奉仕団
 - ・八王子市民生委員児童委員協議会
 - ・八王子市社会福祉協議会
- 全20団体



自宅、高齢者施設、救急隊、急性期医療機関、慢性期医療機関、市のそれぞれについて推奨事項や努力事項が示された。

このうち、「**自宅/高齢者施設**」の推奨事項として、「**救急医療情報の作成**」を行うこととなった。

※行政だけでなく、様々な機関が参加していることが特徴。

八王子消防署資料より一部改変

救命救急センターの充実段階評価の見直し

平成27年度は、ほとんどの救命救急センターの充実段階評価がA評価となっている。さらなる機能の充実を図るため、地域連携の評価を含め、救急救命センター充実段階評価を見直す。

平成27年度

救命救急センターの充実段階評価

A評価：269カ所

B評価：1カ所

C評価：1カ所

(平成26年度実績)

評価基準

C評価：

是正を要する項目が3年以上継続して22点以上の場合

B評価：

是正を要する項目が2年間継続して22点以上の場合

A評価：

B、C評価以外

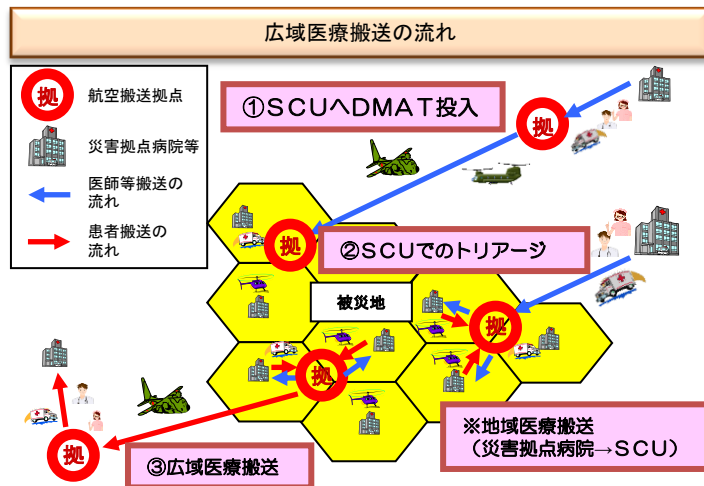
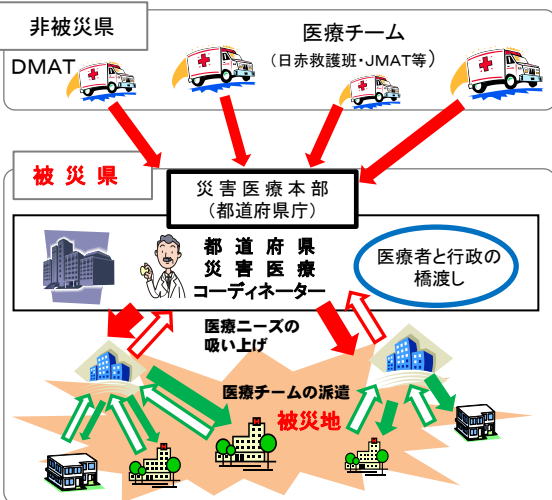
災害時における医療体制

【概要】

- 被災地域の医療ニーズ等の情報収集や医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進める。
さらに、大規模災害時に備え、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。
- 災害時の診療機能の低下軽減や早期回復を図るため、事業継続計画（BCP）の策定について、推進する。

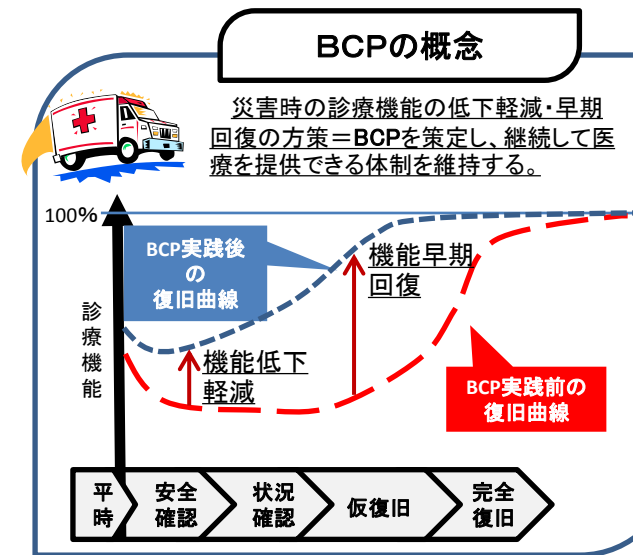
被災地域における災害医療提供体制の整備と連携強化

- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進める。
さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。



BCP策定の推進

- 災害時に診療機能の低下軽減や病院機能の早期回復を図り、継続して医療を提供するため、BCPの策定は今後災害拠点病院だけではなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進する。



周産期医療の体制

【概要】

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。
- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進める。
- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊婦への対応ができるような体制整備を進める。

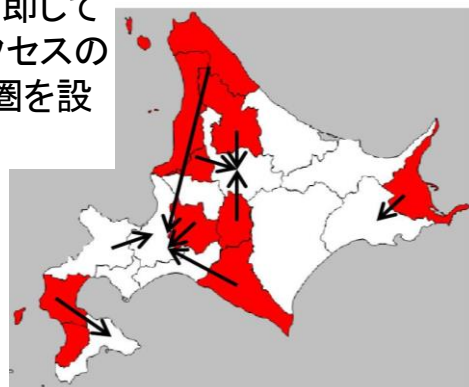
実情を考慮した周産期医療圏の設定

周産期医療の体制整備に当たっては、妊婦の居住地から分娩取扱医療機関への適正なアクセスの確保が肝要。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

出生者の住所から		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上
分娩医療機関	出生数	946,316	62,974	15,493	3,082
	割合	92.1%	6.1%	1.5%	0.3%
周産期母子医療センター	出生数	616,881	282,769	106,548	21,667
	割合	60.0%	27.5%	10.4%	2.1%

現行の二次医療圏を基本としつつ、出生数規模や流出入のみならず、地域の実情に即して基幹病院とその連携病院群の適正アクセスのカバーエリア等を考慮した周産期医療圏を設定する。

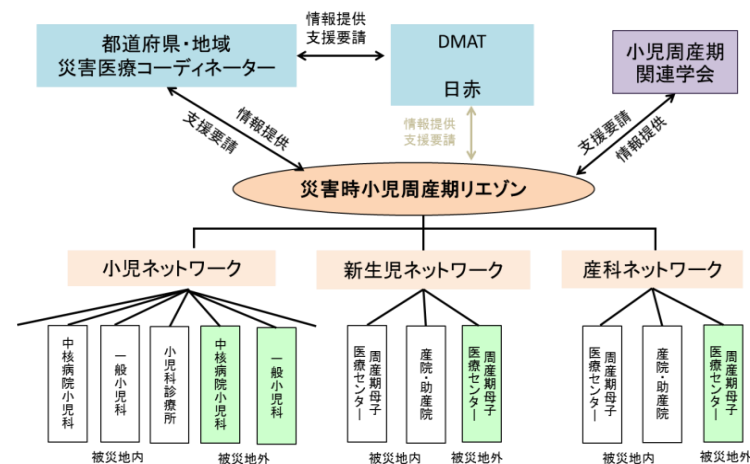


災害時小児周産期リエゾンの養成

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。

平成28年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始。すべての都道府県に「災害時小児周産期リエゾン」を設置する。

情報窓口としての災害時小児周産期リエゾン



4. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての自治体支援について

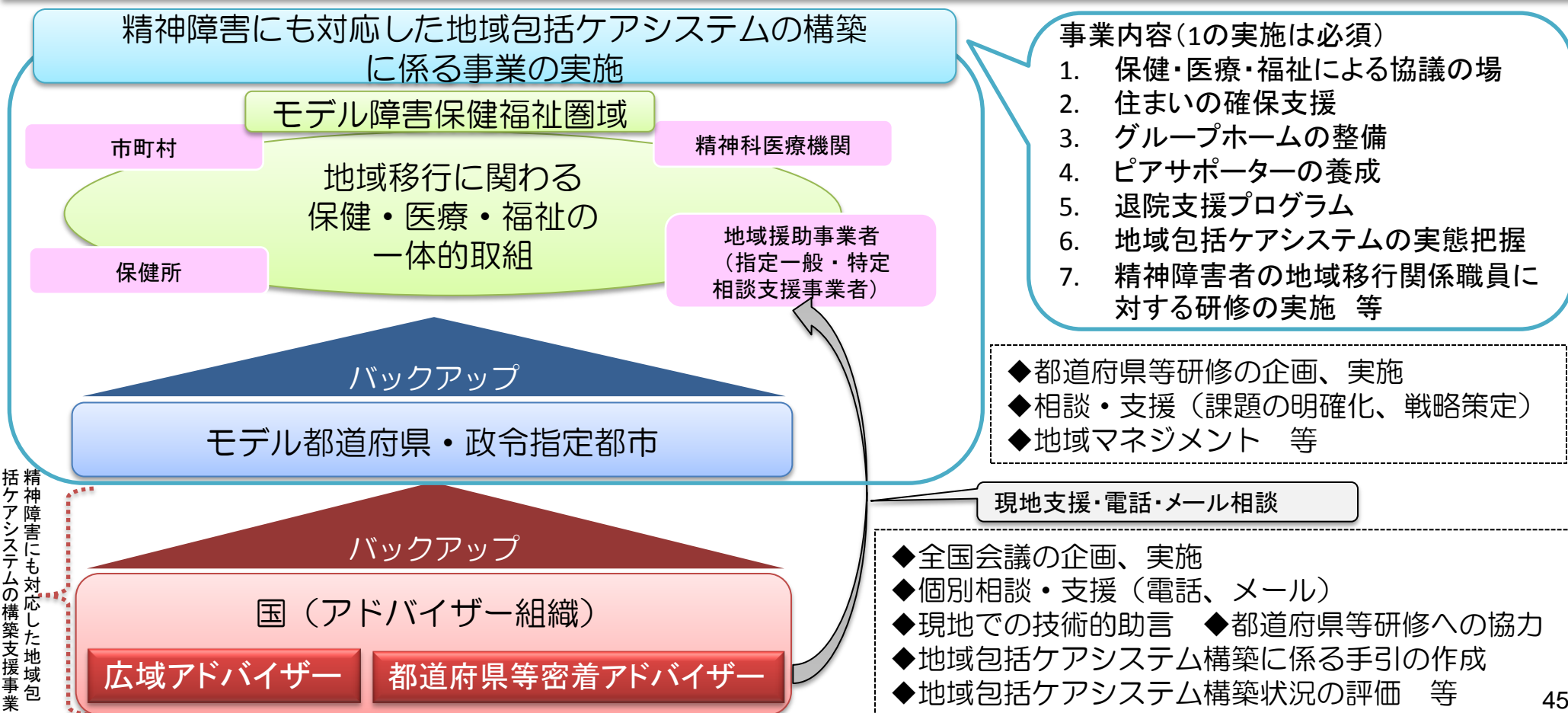
精神障害者地域移行・地域定着支援事業費

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（仮称）【新規 平成29年度予算案192,893千円】

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 【新規 平成29年度予算案：37,500千円】

※地域生活支援事業、社会福祉施設等施設整備費計上分除く

- 国は、都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等）と連携しながらモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）を支援する取組を段階的に拡大し、好事例のノウハウの蓄積と横展開により精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を支援する。
- 都道府県等は計画的に地域の基盤を整備するとともに、推薦した都道府県等密着アドバイザーと連携しながらモデル圏域における保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、地域移行の推進の仕組みづくりに携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築する。また、都道府県等全域への普及を図る。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 アドバイザーの役割

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業の実施に取り組むモデル障害保健福祉圏域(以下、モデル圏域)に対し、都道府県及び政令指定都市(以下、都道府県等とする)の担当者と連携して、モデル圏域の関係機関等に研修及び個別相談等の技術的支援を行う

①広域アドバイザー

- ・1～3都道府県等を広域的に担当、国(委託先)が選任
- ・地域移行推進の実践経験のある保健・医療・福祉関係者を想定
- ・地域移行の実践経験をいかし、保健・医療・福祉による協議の場の体制整備、住まいの確保支援、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握等について、都道府県等の担当者及び都道府県等密着アドバイザーに具体的にアドバイスする。

②都道府県等密着アドバイザー

- ・所在(モデル圏域)の1都道府県等を担当、都道府県等の推薦を受け、国(委託先)が選任
- ・行政、医療、福祉分野から各1名程度(計3名程度の複数名のチーム)
- ・担当都道府県等のモデル圏域(3圏域程度を想定)の担当者が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向け精神障害者の地域移行を実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援を行う。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援とは

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築強化プログラム



<コンセプト>

- ◆ 保健・医療・福祉関係者が情報共有や連携を行う協議の場の構築
- ◆ 障害保健福祉圏域及び市町村ごとの協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制の構築の推進
- ◆ 障害福祉計画、医療計画で示された目標の達成に向けた取組の強化
 - 保健・医療・福祉による協議の場は定期的な開催を原則とする（1ヶ月に1回程度）
 - 協議の場においては個別事例の検討、各計画の進捗状況の確認（PDCAサイクルの実施）等を行う
 - ピアサポーターの活躍の場の拡大のためのピアサポーターの養成等に取り組む



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 都道府県・政令指定都市（都道府県等）の役割

国（アドバイザー組織）

モデル都道府県等

モデル障害保健福祉圏域

<スケジュール>

4月

都道府県等担当者

- ・モデル障害保健福祉圏域選定
- ・都道府県等密着アドバイザーの推薦

アドバイザー＋都道府県等担当者

- ・障害福祉計画の成果目標や活動指標に基づき現状の確認
- ・課題の明確化について具体的に助言

支援

課題の明確化

- ・圏域内の長期入院精神障害者の現状、障害福祉サービスの整備状況等をふまえ、障害福祉計画の目標との進捗状況等の情報を整理する

6月

- ・アドバイザー・都道府県担当者等合同会議①
- ・（アドバイザー会議①）（同日開催）

都道府県毎の研修

アドバイザー＋都道府県担当者

- ・地域の課題の分析に関する助言
- ・戦略策定の支援

支援

戦略策定

- ・保健・医療・福祉による協議の場との連携を図りつつ、圏域内でどのように地域移行を推進するのか等の具体的な戦略を立案し、目標値（指標）との関係を明確化する

7月

現地支援

アドバイザー＋都道府県等担当者

- ・事業実施にあたり問題、課題が発生した場合の支援
- ・人材育成について具体的に支援

相談

支援

地域移行に資する事業の実施

- ・保健・医療・福祉による協議の場の開催に加え、地域の実情に応じ、住まいの確保支援、グループホームの整備、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握、精神障害者の地域移行関係職員に対する研修の実施等の事業を行う

9月

- ・（アドバイザー会議②）

OJT（on-the-job training）による行政、保健、医療、福祉の中核的な人材の育成

2月

- ・アドバイザー・都道府県担当者等合同会議②
- ・（アドバイザー会議③）（同日開催）

都道府県等担当者

- ・アドバイザーと協力し、モデル圏域の経過を把握する
- ・都道府県毎の研修

圏域内の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための関係者ネットワークの形成・強化

地域移行に資する事業の推進

（※障害福祉計画、介護保険事業計画、医療計画の目標達成に向けて）

3月

難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

28年度予算 4,800千円 → 29年度予算案 4,136千円

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。

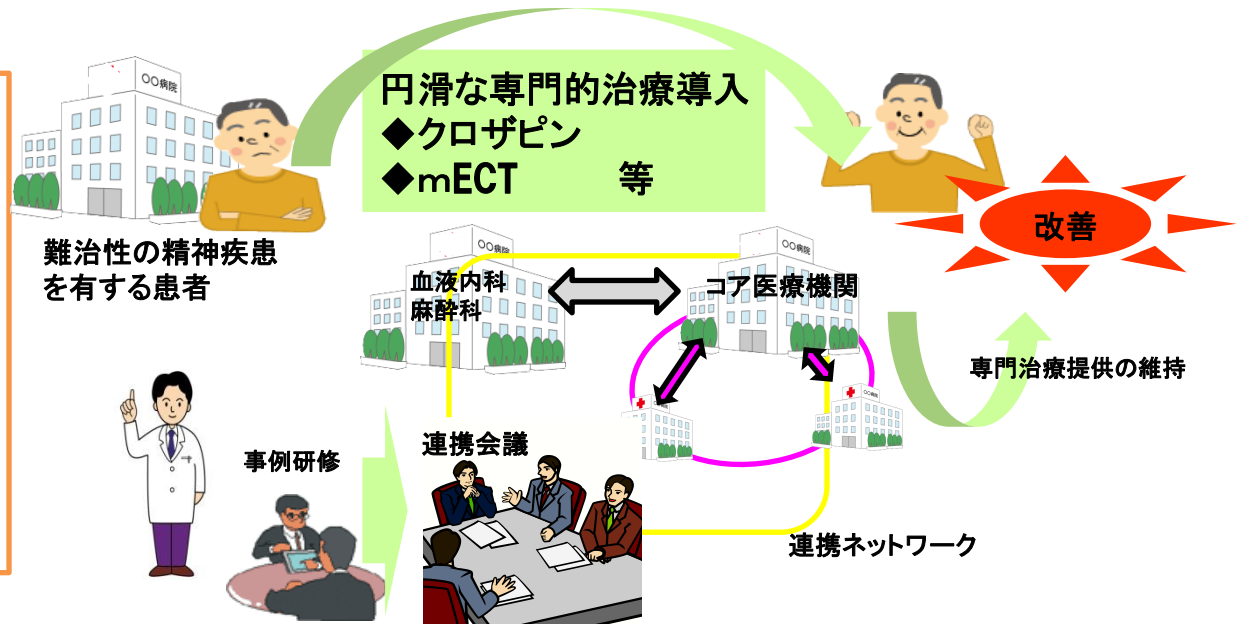
現状と課題

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。**

(参考:クロザピン処方率)

ドイツ	14%
中国	24.6%
オーストラリア	26%
ニュージーランド	32.8%
日本	0.6%

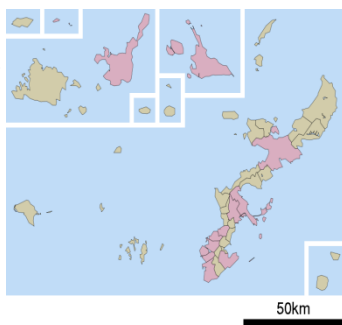
出典:厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

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

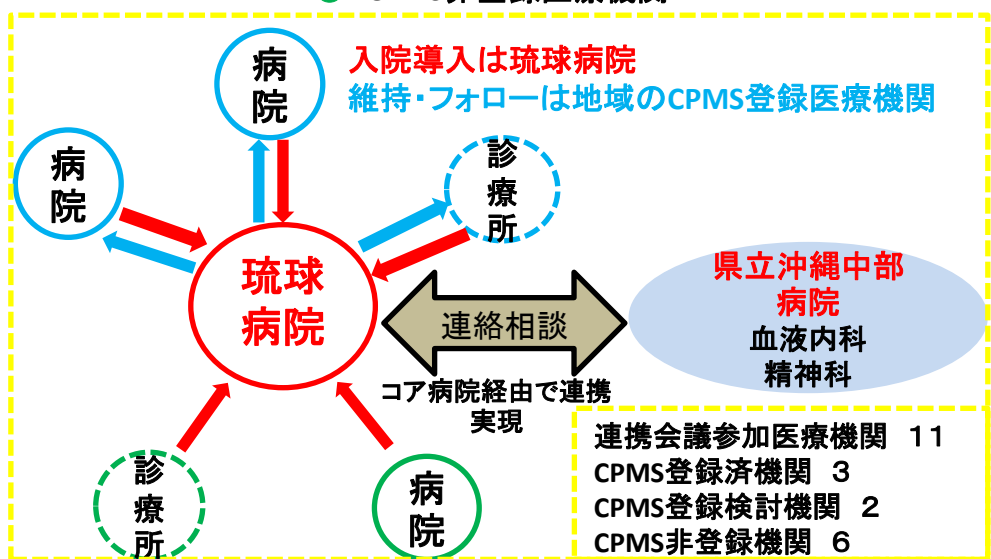
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【具体的体制】

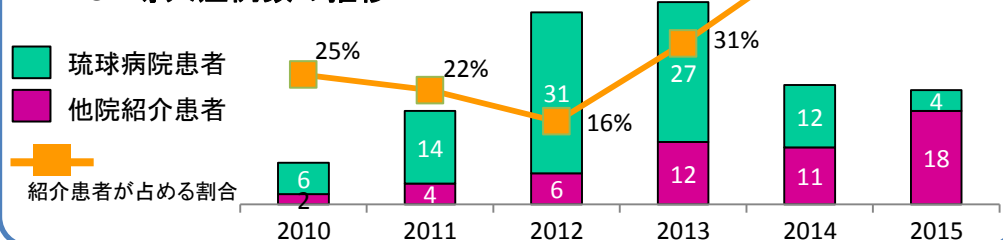
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



【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



- 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

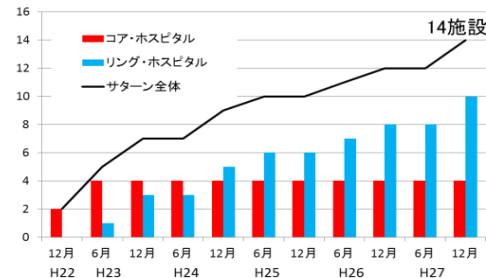
プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】(平成27年12月現在)

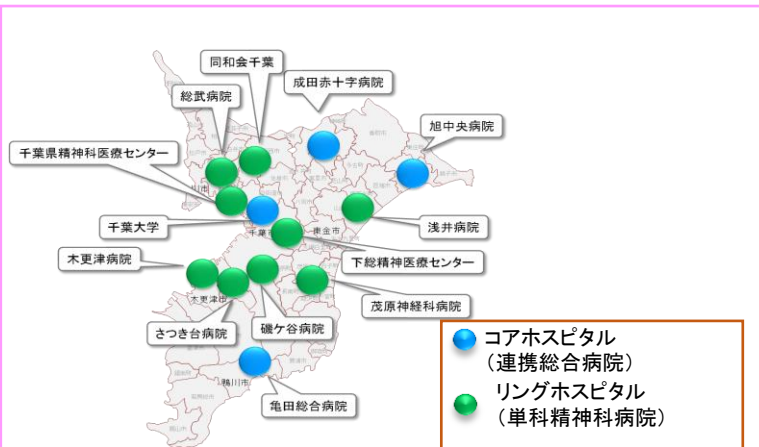
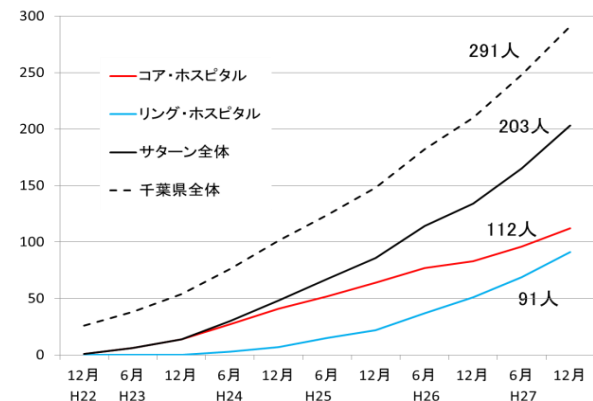
CPMS登録施設: 14施設

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



今後の予定

- **現在** **精神保健福祉法改正案の今通常国会への提出を目指し、検討**
 - ・措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備
 - ・医療保護入院の入院手続等の見直し 等

- **平成29年3月末** **障害福祉計画に係る基本指針の見直し**
 - ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
 - ・圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置促進
 - ・長期入院患者数の目標値、地域移行に伴う基盤整備量を明記**医療計画に係る基本指針の見直し**
 - ・多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- **平成29年6月迄** **計画策定に資するデータ提供**

- **平成29年6月** **精神障害にも対応した地域包括ケアシステム担当者等会議**

- **平成29年6月末** **630調査(調査票の見直し)**