

平成28年6月30日（木）  
精神障害者の地域移行担当者等会議

# 精神保健医療福祉行政における 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>

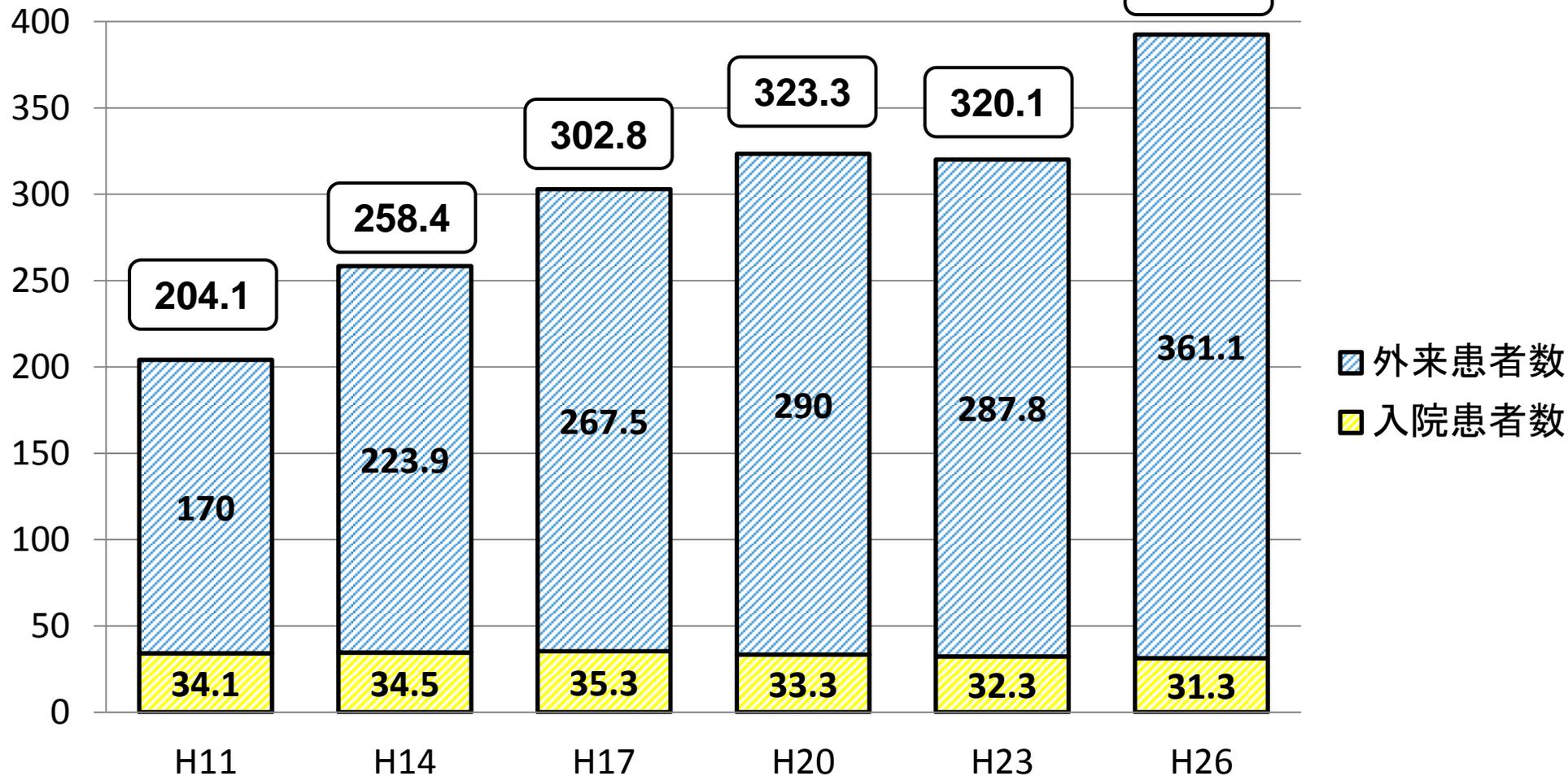
# 本日の内容

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. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制について

# 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)



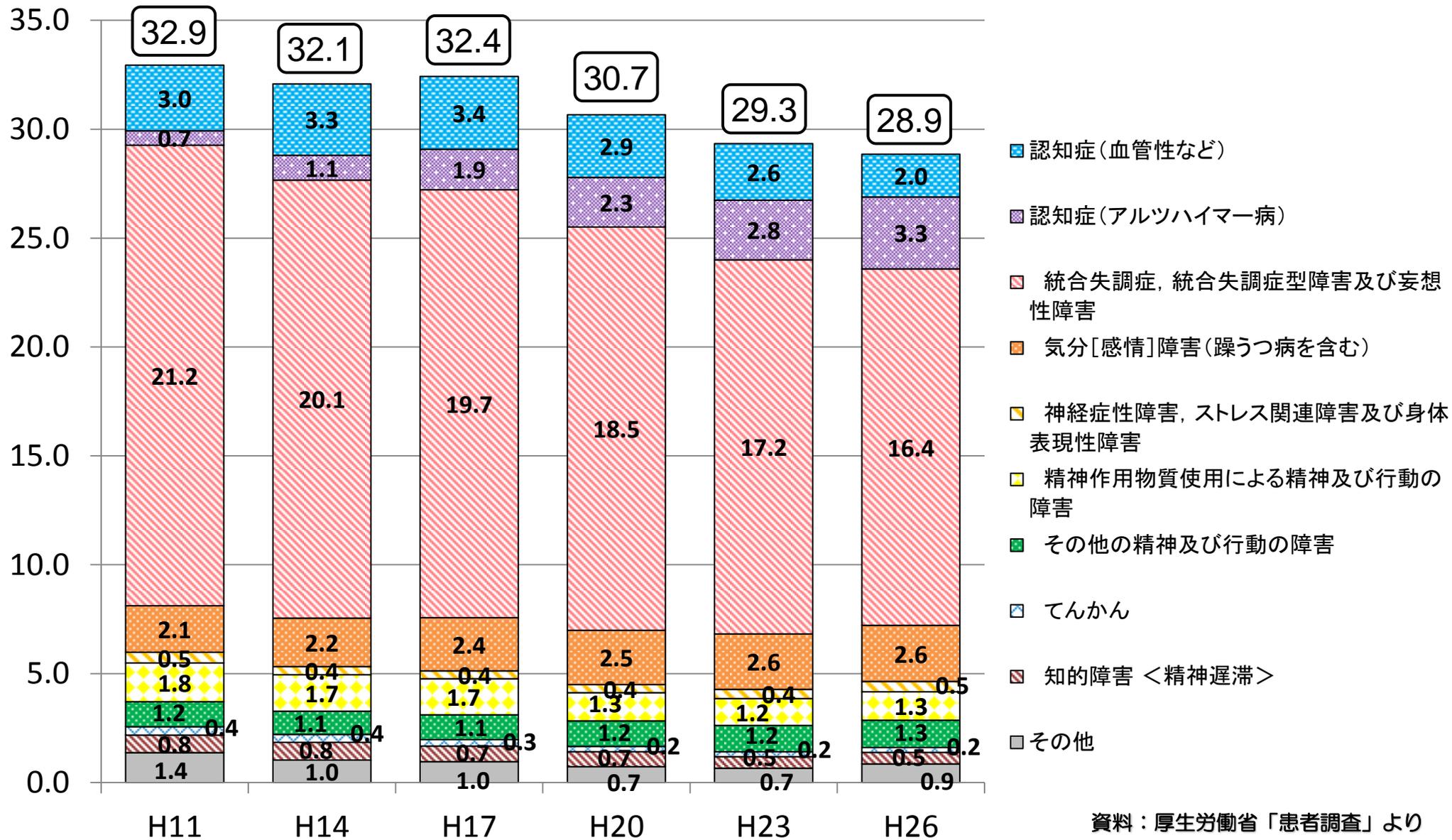
資料：厚生労働省「患者調査」より

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)



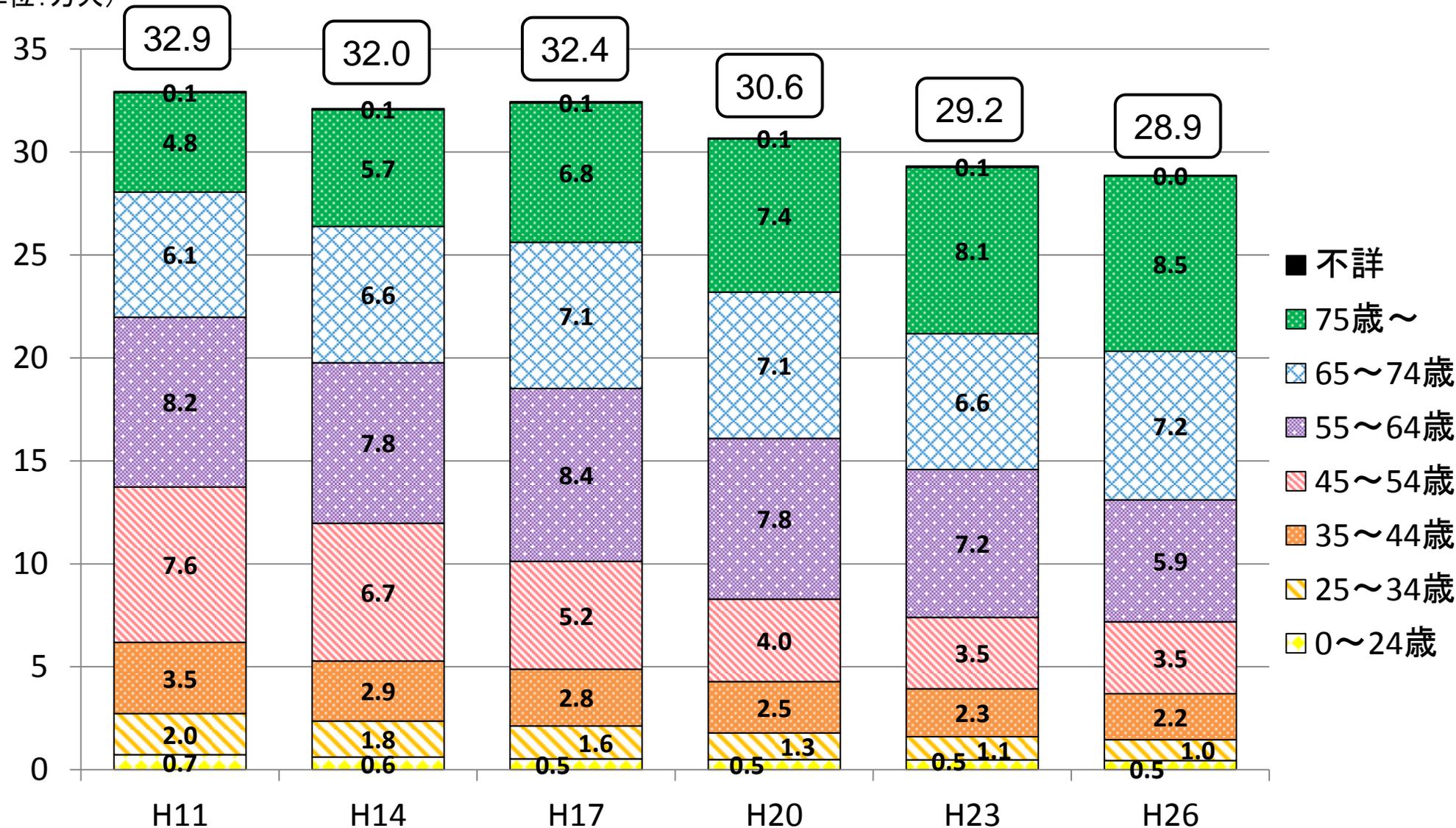
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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)

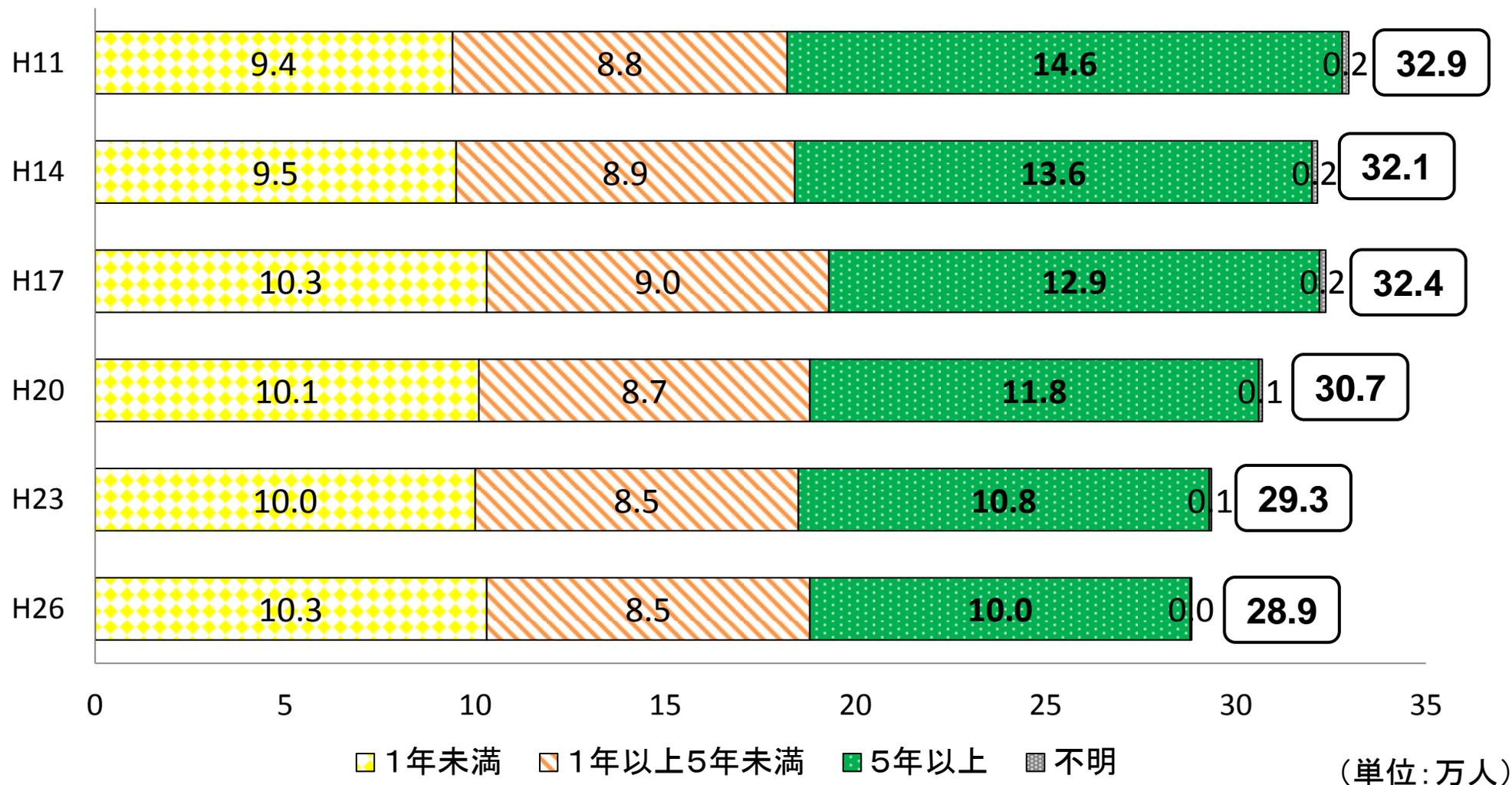


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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)



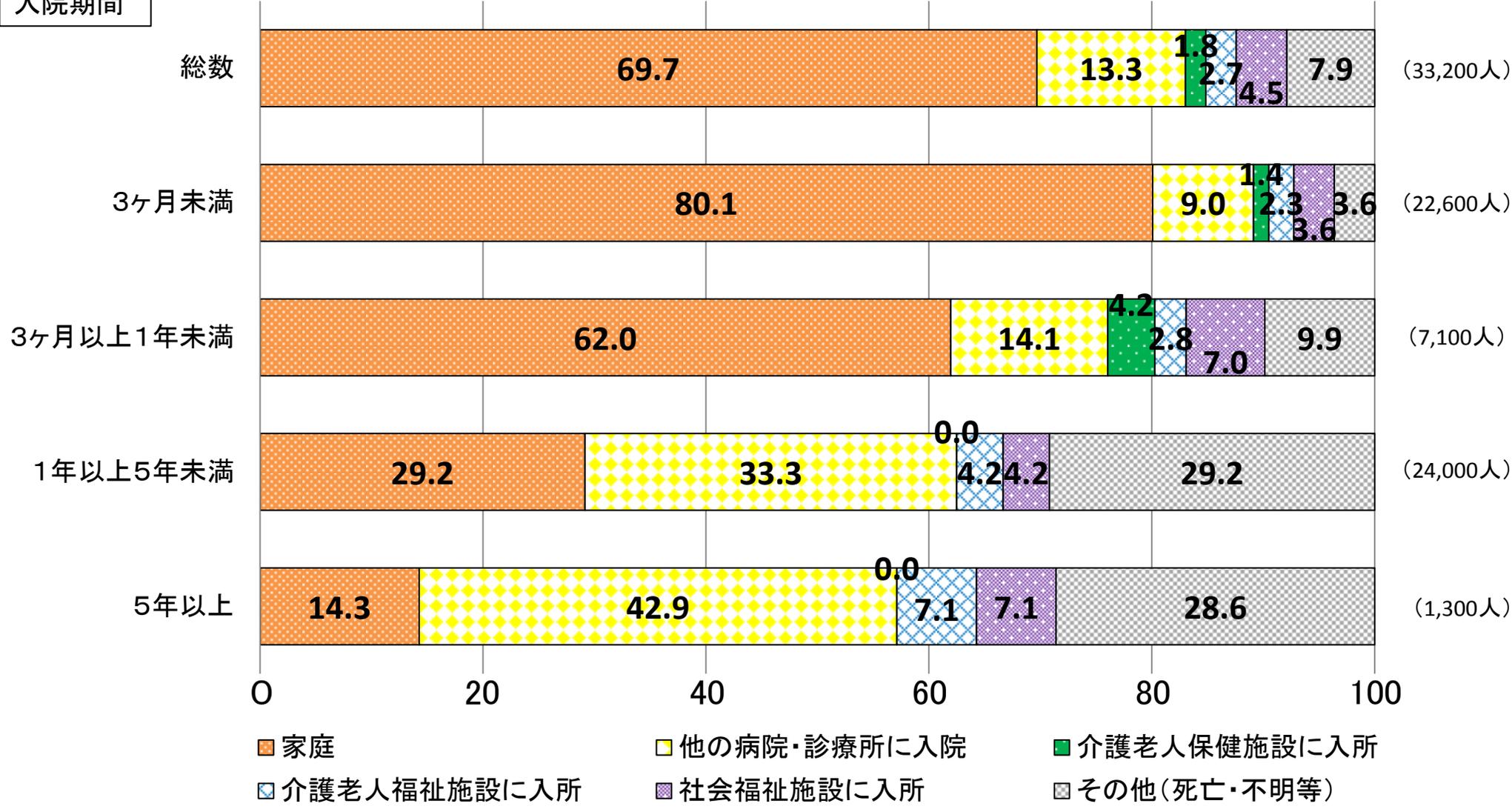
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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

# 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

# 精神病床における患者の動態

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)

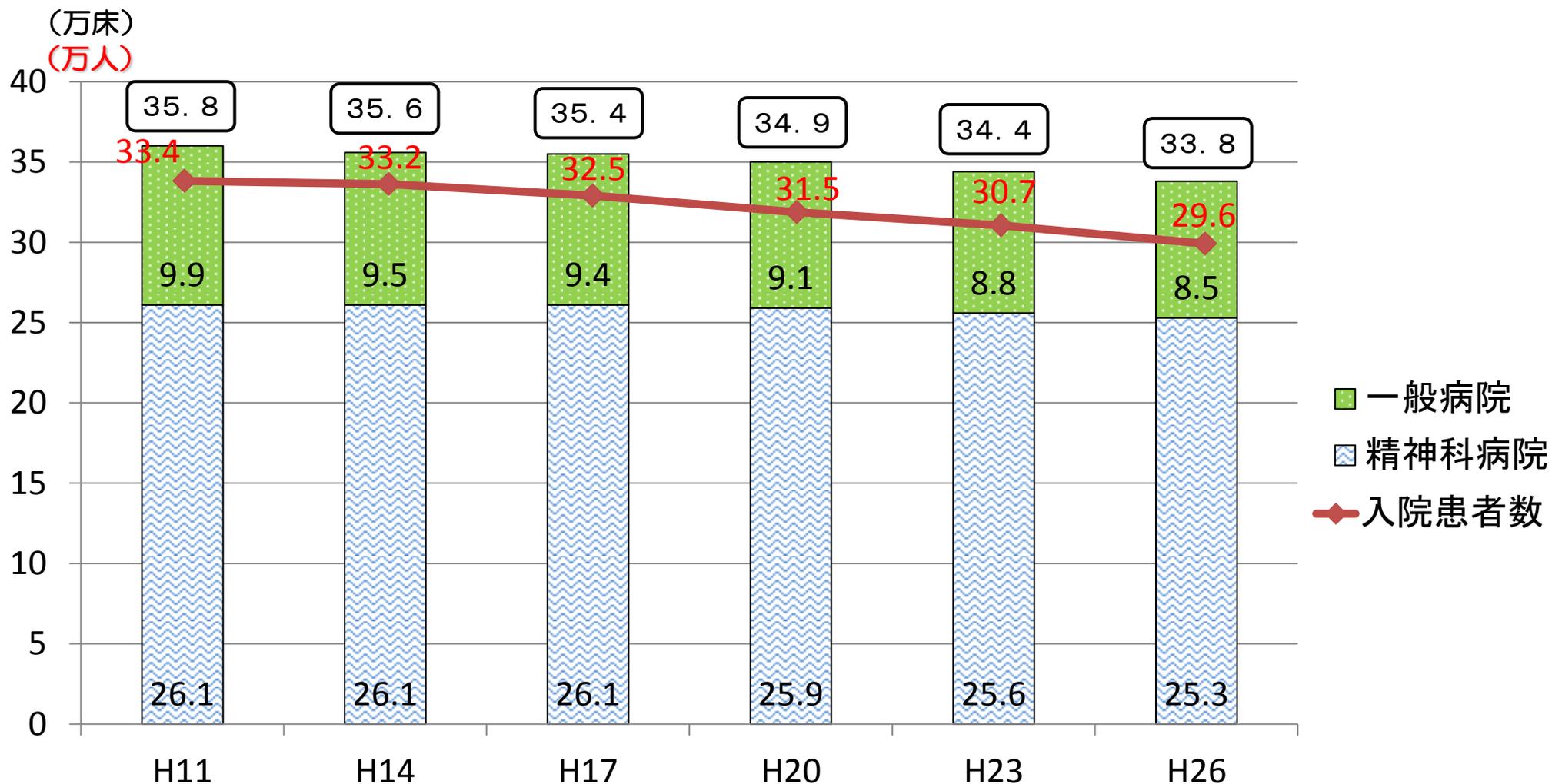
H15：10.3万人

**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

# 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

# 精神保健福祉施策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。

# 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。

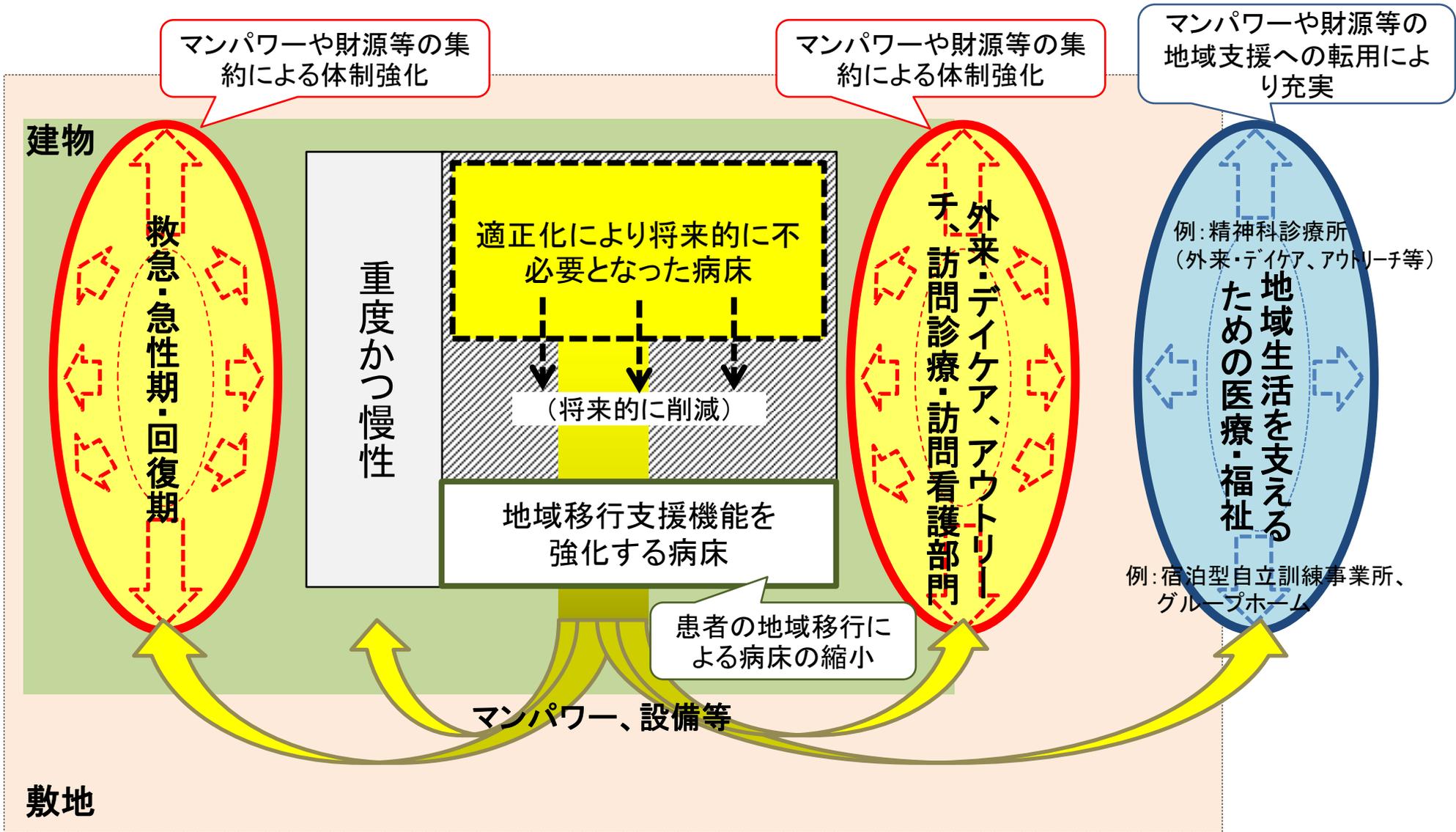
## <病院資源のグループホームとしての活用について>

- 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

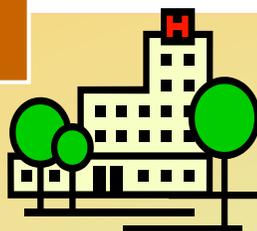
※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

# 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



# 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

### 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

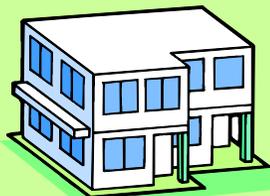
### 地域生活支援

- 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

### 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



診療所

## 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

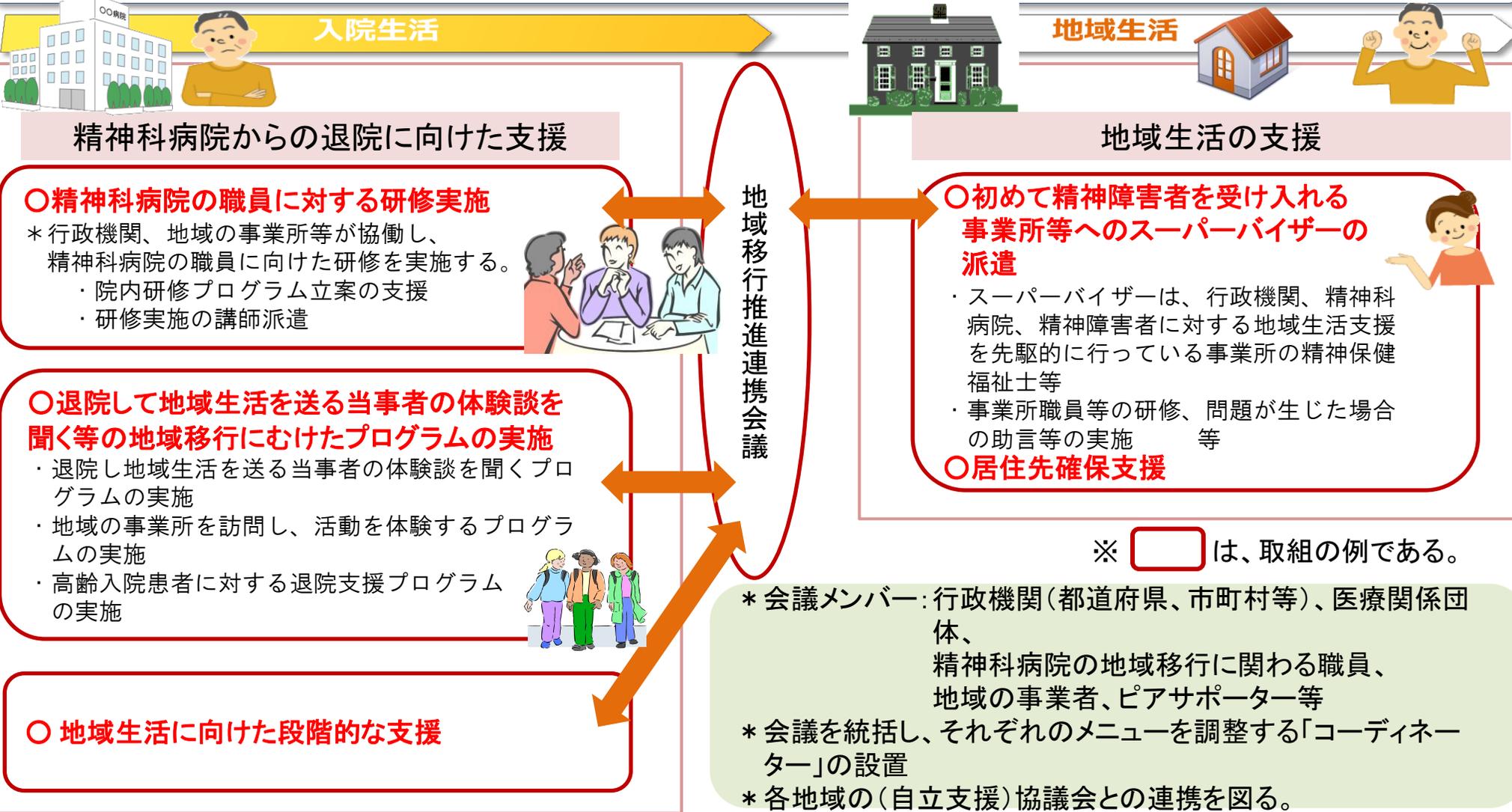
他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟に入院する患者に、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合に、入院中4回まで算定可能とする。

- (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。

# 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。



## 入院生活

## 地域生活

### 精神科病院からの退院に向けた支援

#### ○精神科病院の職員に対する研修実施

- \* 行政機関、地域の事業所等が協働し、精神科病院の職員に向けた研修を実施する。
  - ・ 院内研修プログラム立案の支援
  - ・ 研修実施の講師派遣



### 地域生活の支援

#### ○初めて精神障害者を受け入れる事業所等へのスーパーバイザーの派遣

- ・ スーパーバイザーは、行政機関、精神科病院、精神障害者に対する地域生活支援を先駆的に行っている事業所の精神保健福祉士等
- ・ 事業所職員等の研修、問題が生じた場合の助言等の実施 等



#### ○居住先確保支援

#### ○退院して地域生活を送る当事者の体験談を聞く等の地域移行にむけたプログラムの実施

- ・ 退院し地域生活を送る当事者の体験談を聞くプログラムの実施
- ・ 地域の事業所を訪問し、活動を体験するプログラムの実施
- ・ 高齢入院患者に対する退院支援プログラムの実施



#### ○地域生活に向けた段階的な支援

地域移行推進連携会議

※   は、取組の例である。

- \* 会議メンバー：行政機関(都道府県、市町村等)、医療関係団体、精神科病院の地域移行に関わる職員、地域の事業者、ピアサポーター等
- \* 会議を統括し、それぞれのメニューを調整する「コーディネーター」の設置
- \* 各地域の(自立支援)協議会との連携を図る。

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。

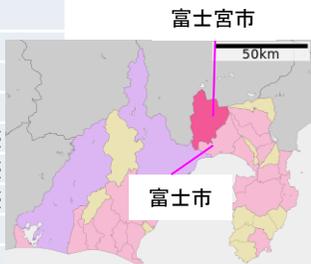
# 静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 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

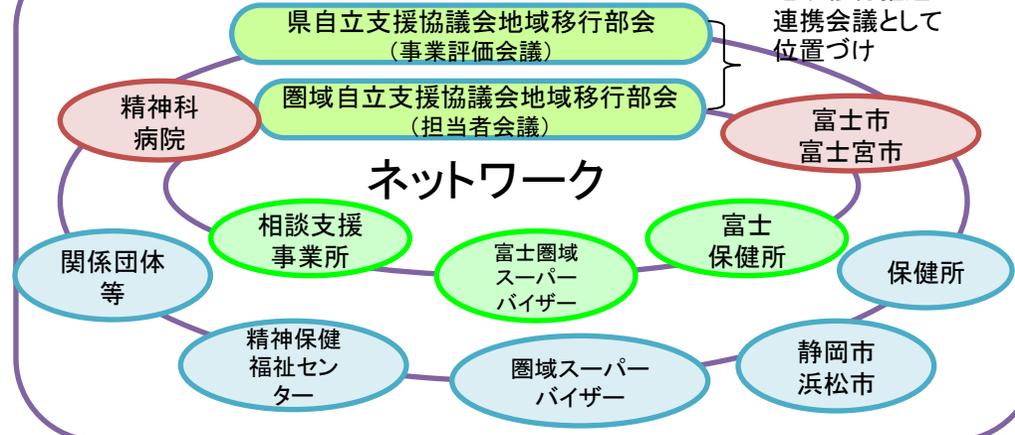
富士圏域（富士市・富士宮市）		（うち検証事業参加）			
圏域人口（平成27年4月）	380,963人	富士宮市			
精神科病院の数	5病院（1病院）	富士市			
精神科病床数	994床（184床）	50km			
入院精神障害者数※1	3か月未満	189人(22%)	46人(34%)※		
	3か月以上1年未満	162人(19%)	23人(17%)※		
	1年以上	509人(59%)	65人(49%)※		
相談支援事業所数（平成27年3月）		一般相談4	(3)		
		特定相談16	(3)		
保健所	1か所				
(参考)静岡県利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4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

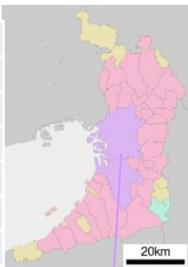
- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験（検証事業）  
地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。
  - ・賃貸住宅の見学
  - ・食事をする、テレビを見る、家事体験（掃除洗濯等）をする等の日中体験
  - ・作業療法としての調理活動
  - ・外泊体験

# 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。

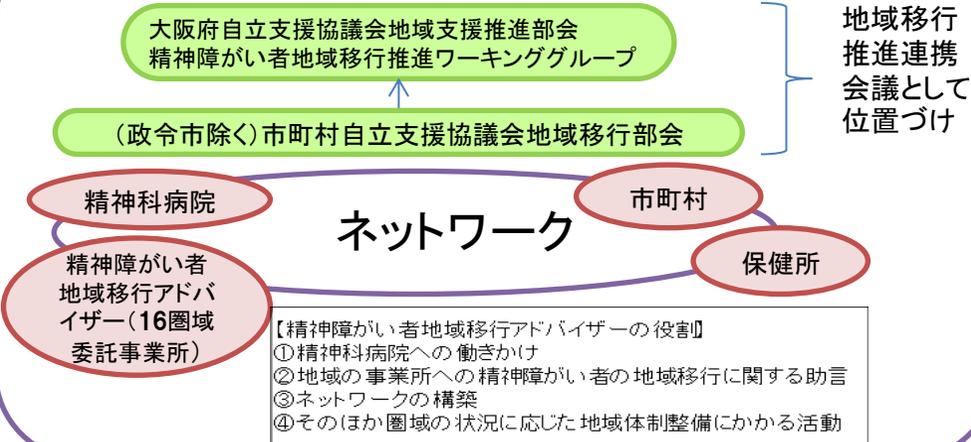
## 【退院促進ピアサポーターの活動】(地域生活支援事業により16圏域事業所に委託)

- 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】

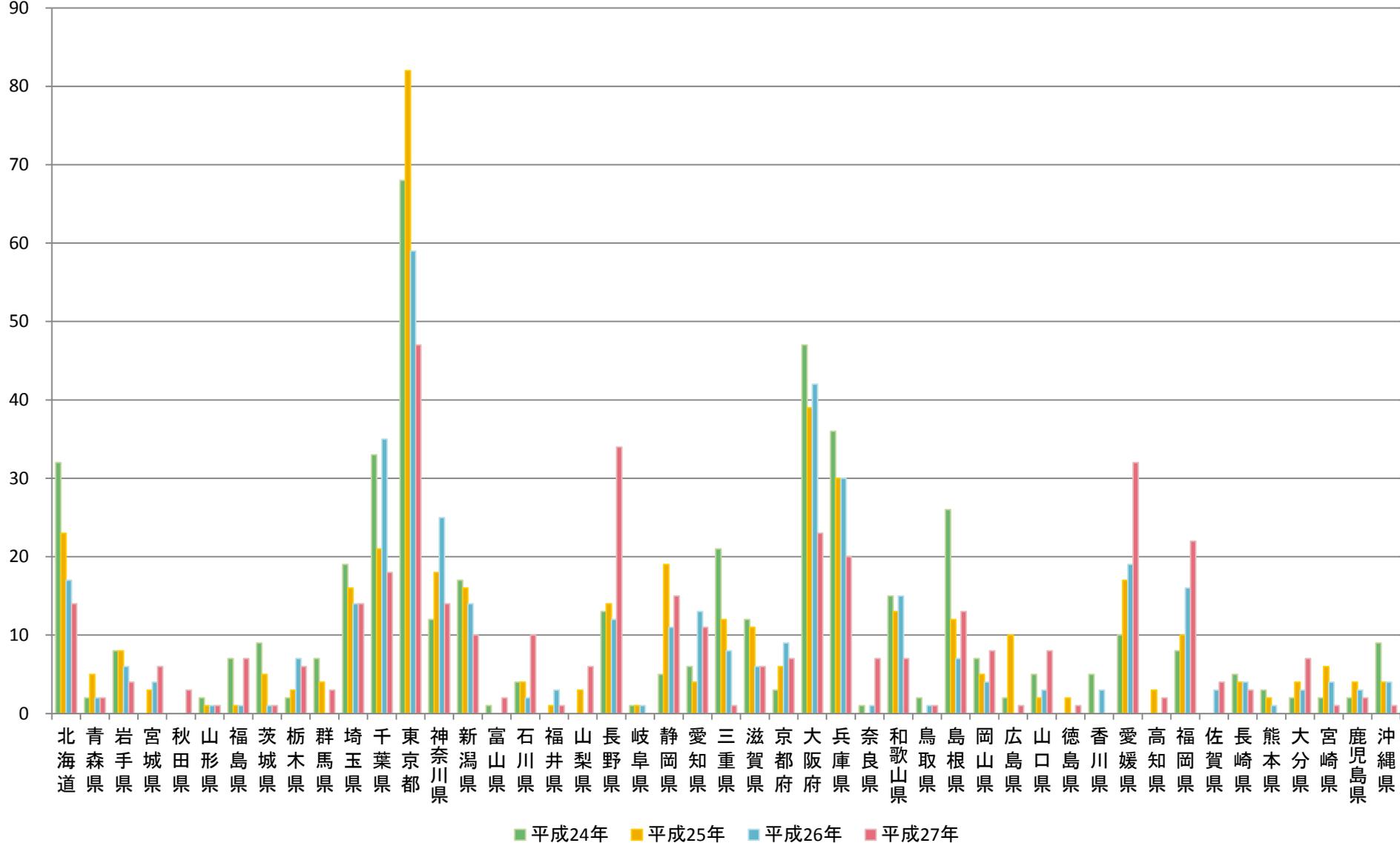
- (地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末)
  - 地域移行：28名うち24名は退院（1名は再入院するも退院）
  - 地域定着：26名（地域移行を利用し、退院した者以外も含む）
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
  - 21年：249名(67.7%) → 24年：215名(59.6%) → 26年：189名(55.6%)
- (ピアサポーターの活動者数)
  - 22年：9名 → 25年：11名
- (関係者の意識変容)
  - ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

# 本日の担当者会議を通じて 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
- 地域移行に関する目標値の設定

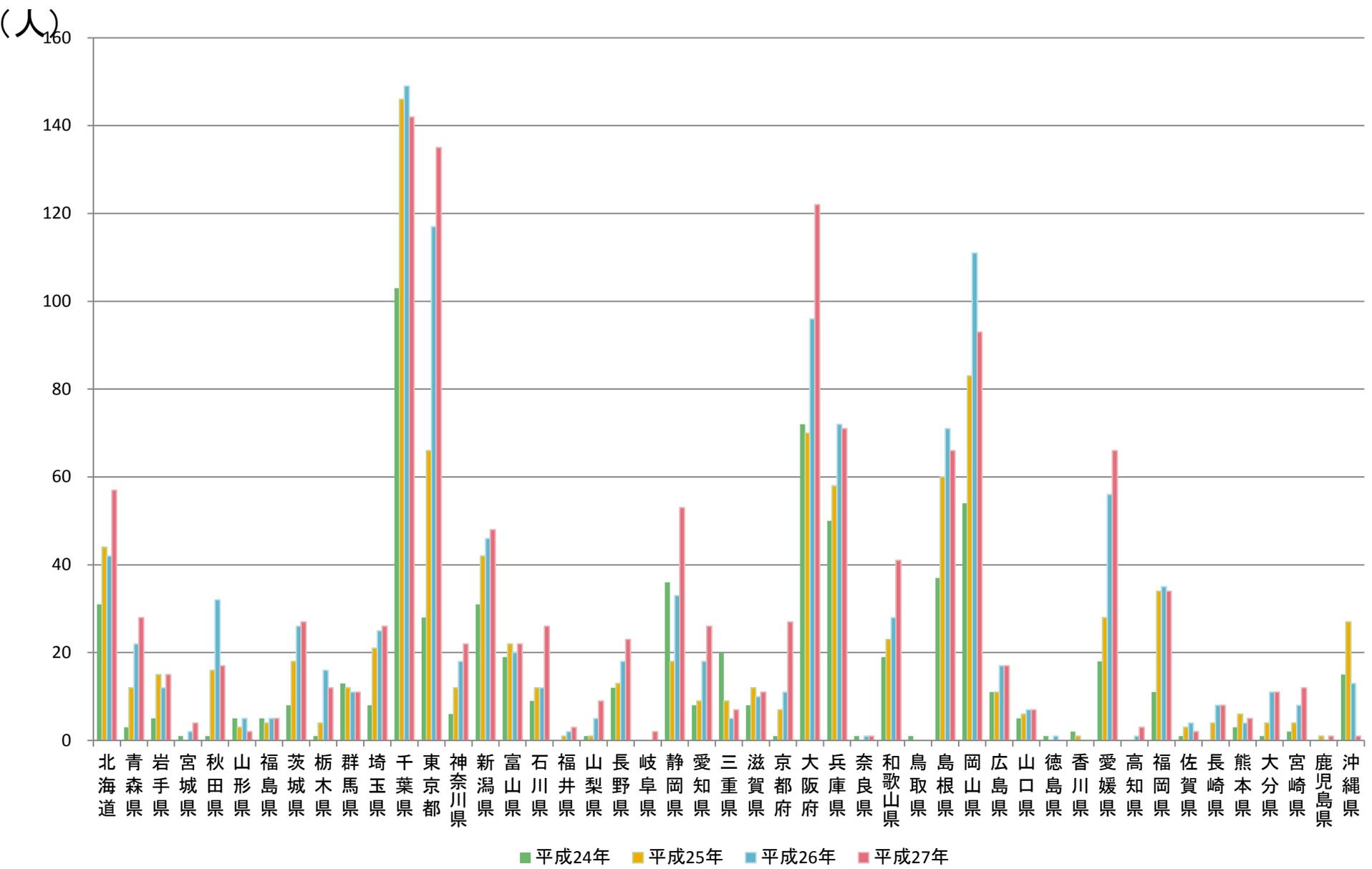
# 地域相談支援(地域移行支援)の精神障害者の利用者数の推移

(人)



資料:国保連データ(各年度3月末日の利用者数、平成28年3月末日集計)(平成27年度データについては、平成28年6月3日集計)

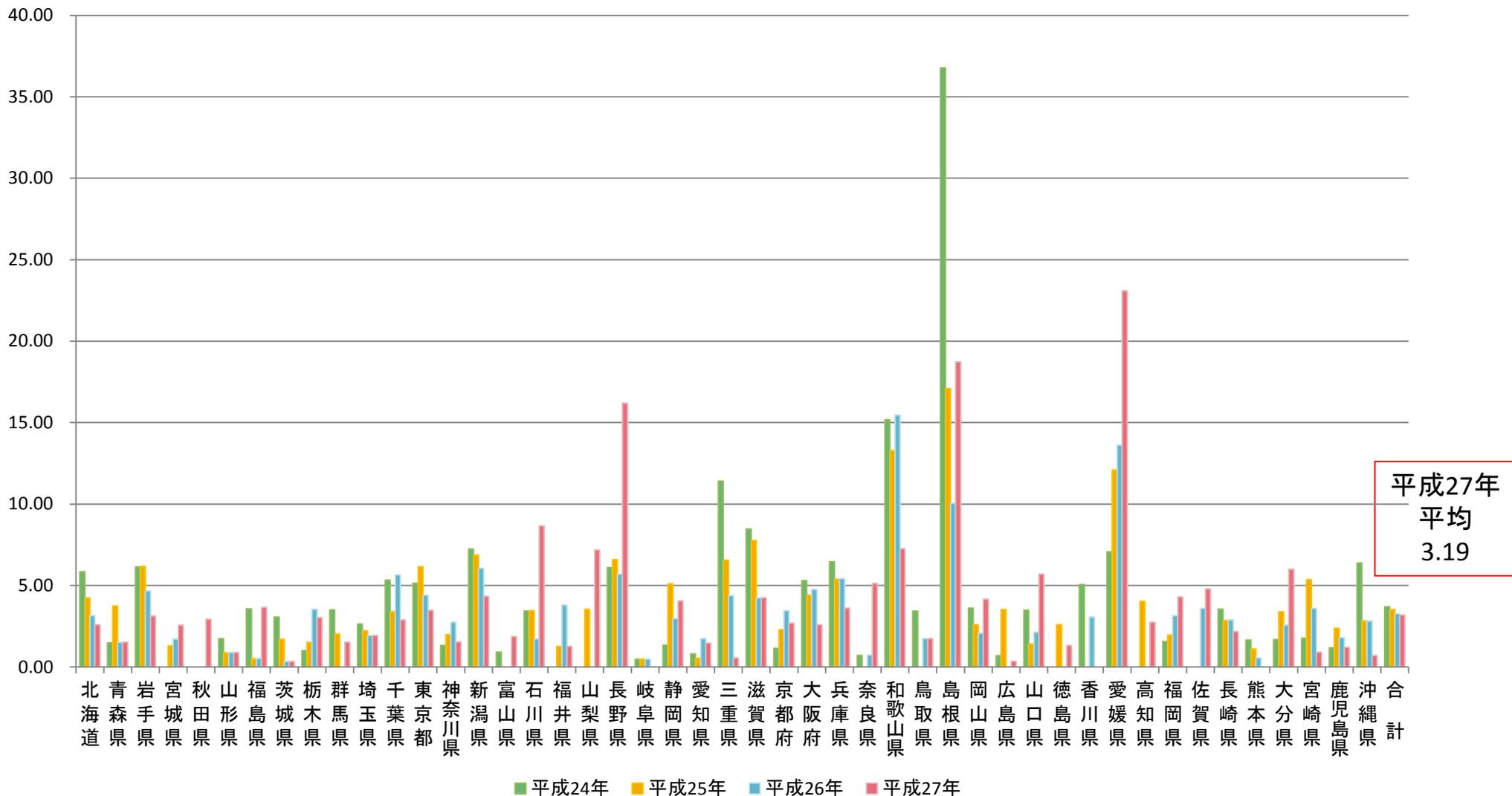
# 地域相談支援(地域定着支援)の精神障害者の利用者数の推移



資料：国保連データ(各年度3月末日の利用者数、平成28年3月末日集計) (平成27年度データについては、平成28年6月3日集計)

# 地域相談支援(地域移行支援)の精神障害者の利用者数

(人) (各都道府県人口100万対)



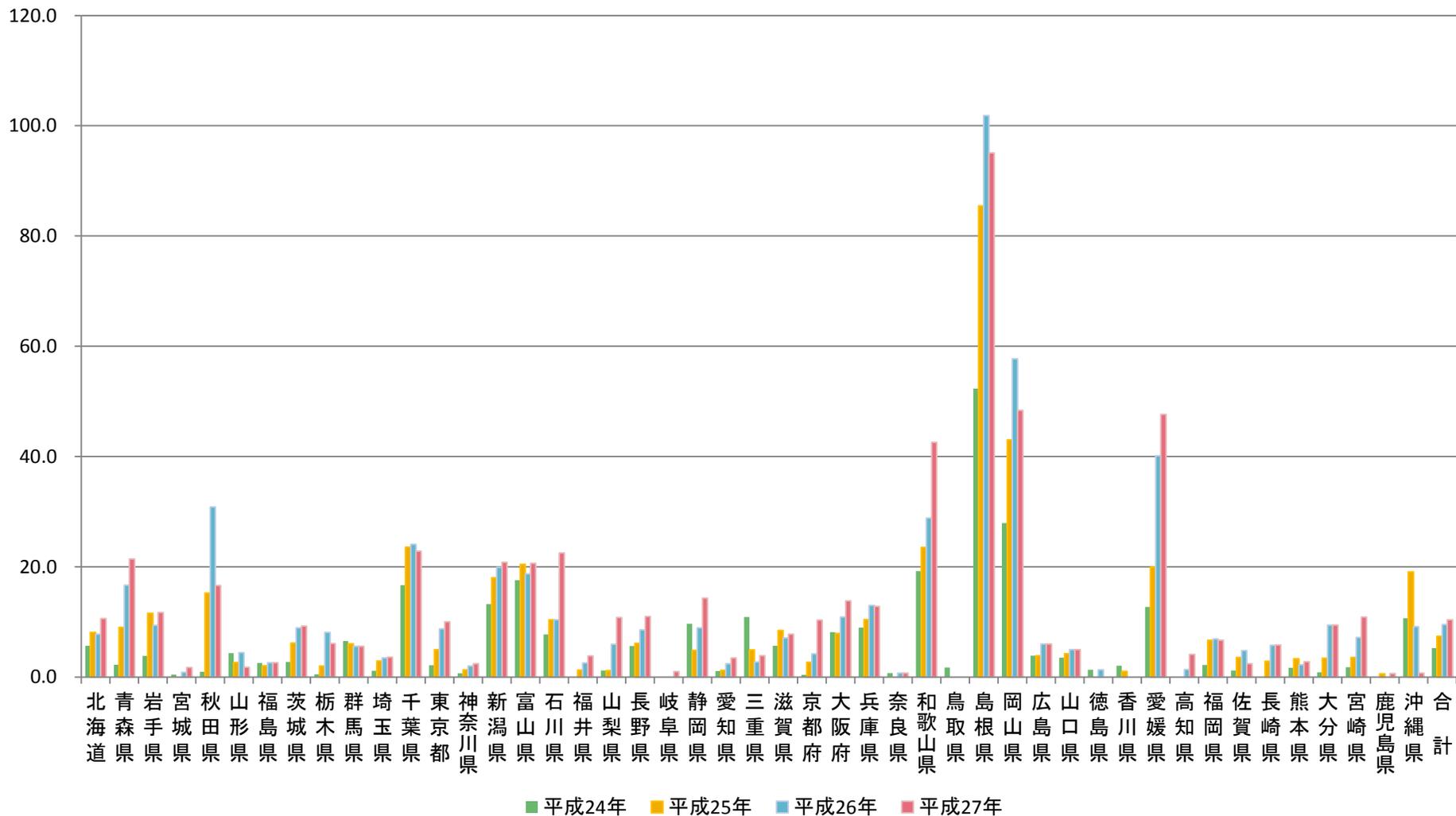
資料:国保連データ(各年度3月末日の利用者数、平成28年3月末日集計)(平成27年度データについては、平成28年6月3日集計)

資料:総務省統計局 人口推計(各年10月1日現在)、平成27年国勢調査人口速報集計

# 地域相談支援(地域定着支援)の精神障害者の利用者数

(各都道府県人口100万対)

(人)



平成27年  
平均  
10.39

資料: 国保連データ(各年度3月末日の利用者数、平成28年3月末日集計)(平成27年度データについては、平成28年6月3日集計)

資料: 総務省統計局 人口推計(各年10月1日現在)、平成27年国勢調査人口速報集計

# 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。

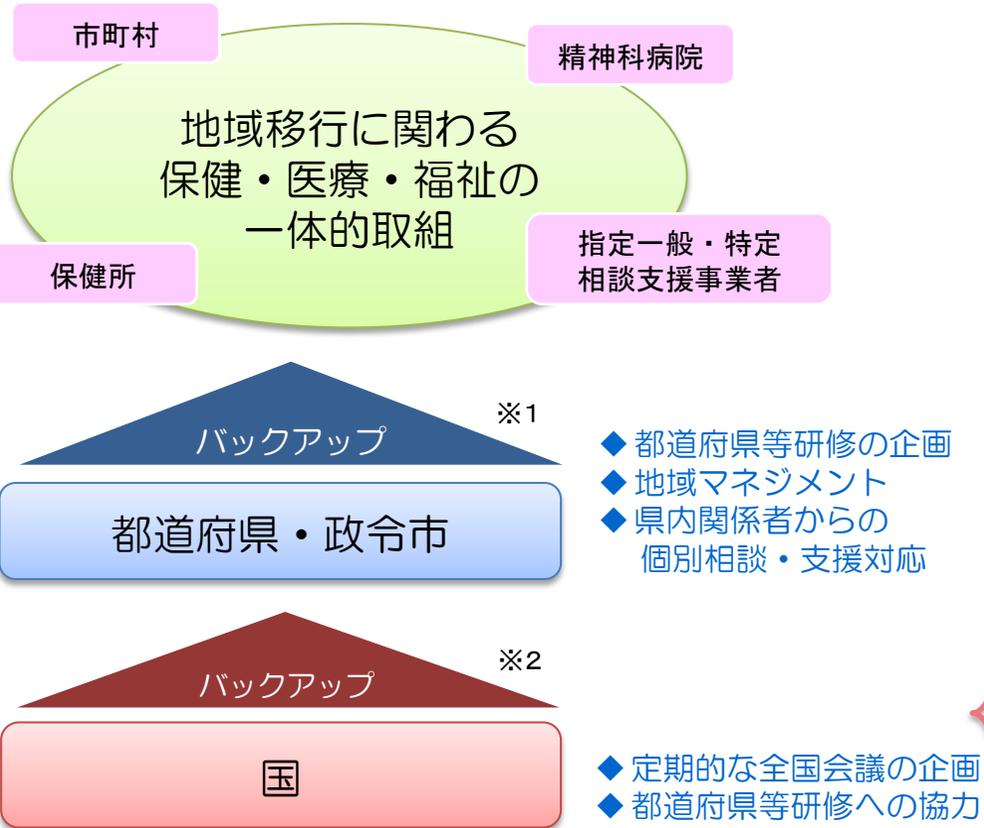
※ 地域相談支援の給付決定に当たっては、障害支援区分認定調査に係る項目を調査（障害支援区分の認定は不要）  
ただし、国庫補助事業支援対象者については調査を実施しないことも可。（更新時は調査が必須）

## （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。

# 精神障害者の地域移行の推進

- 長期入院精神障害者の地域移行推進のため、都道府県等(都道府県・政令市)の実践的な取組を共有するとともに、他の都道府県等とのネットワーク形成を支援することにより好事例の横展開を図る
- 都道府県等において、関係者による協議の場の設置、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、市町村支援の強化等に関する取組を推進する



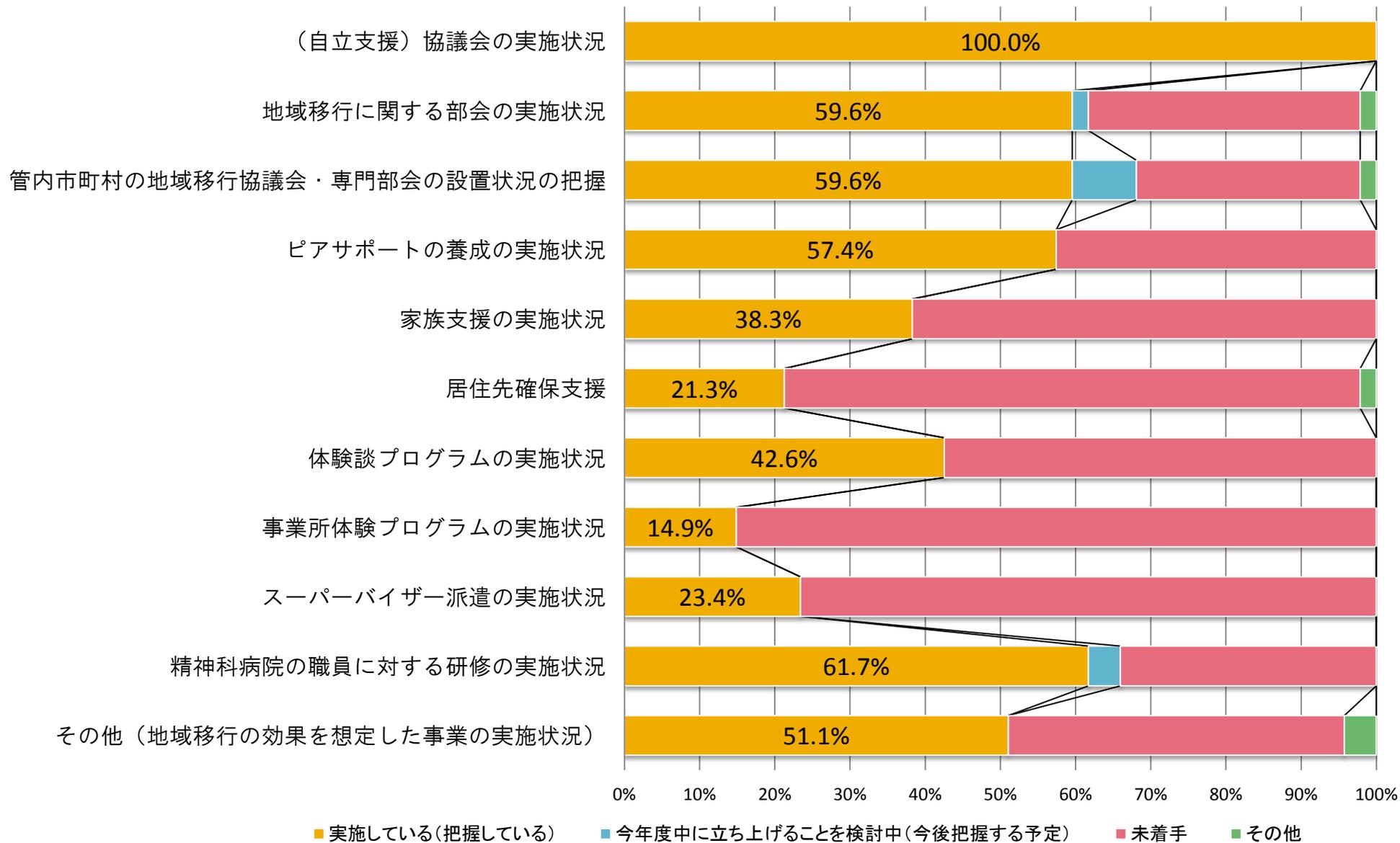
○平成28年3月2日「中核的人材育成研修フォローアップ会議」(44自治体、161名の参加)  
 <プログラム>  
 【報告】テーマ「自治体における人材育成・地域移行の取組」  
 (熊本県、沖縄県、相模原市)  
 【講義】「地域移行を進めるために保健所を中心とした取組」  
 (兵庫県豊岡保健所 所長 柳 尚夫 氏)  
 【講義】「岡山県における多職種アウトリーチチームを活用した地域マネジメントの試み」  
 (岡山県精神保健福祉センター 所長 野口 正行 氏)  
 【演習】「実効性のある地域移行支援と人材育成の進め方」  
 (特定非営利活動法人 じりつ 代表理事 岩上 洋一 氏)  
 【演習】「次年度の人材育成・地域移行の取組」  
 資料掲載ホームページ:  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044473.html>

○平成28年6月30日「精神障害者の地域移行担当者等会議」(予定)  
 <プログラム(予定)>  
 【報告】「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」  
 【発表】「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会(協議会の専門部会含む)の設置の進め方と課題」  
 【講義】「保健所を中心とした地域移行の取組」  
 「ピアサポーターとしての活動の実際」  
 【演習】「実効性のある地域移行支援を推進するために」

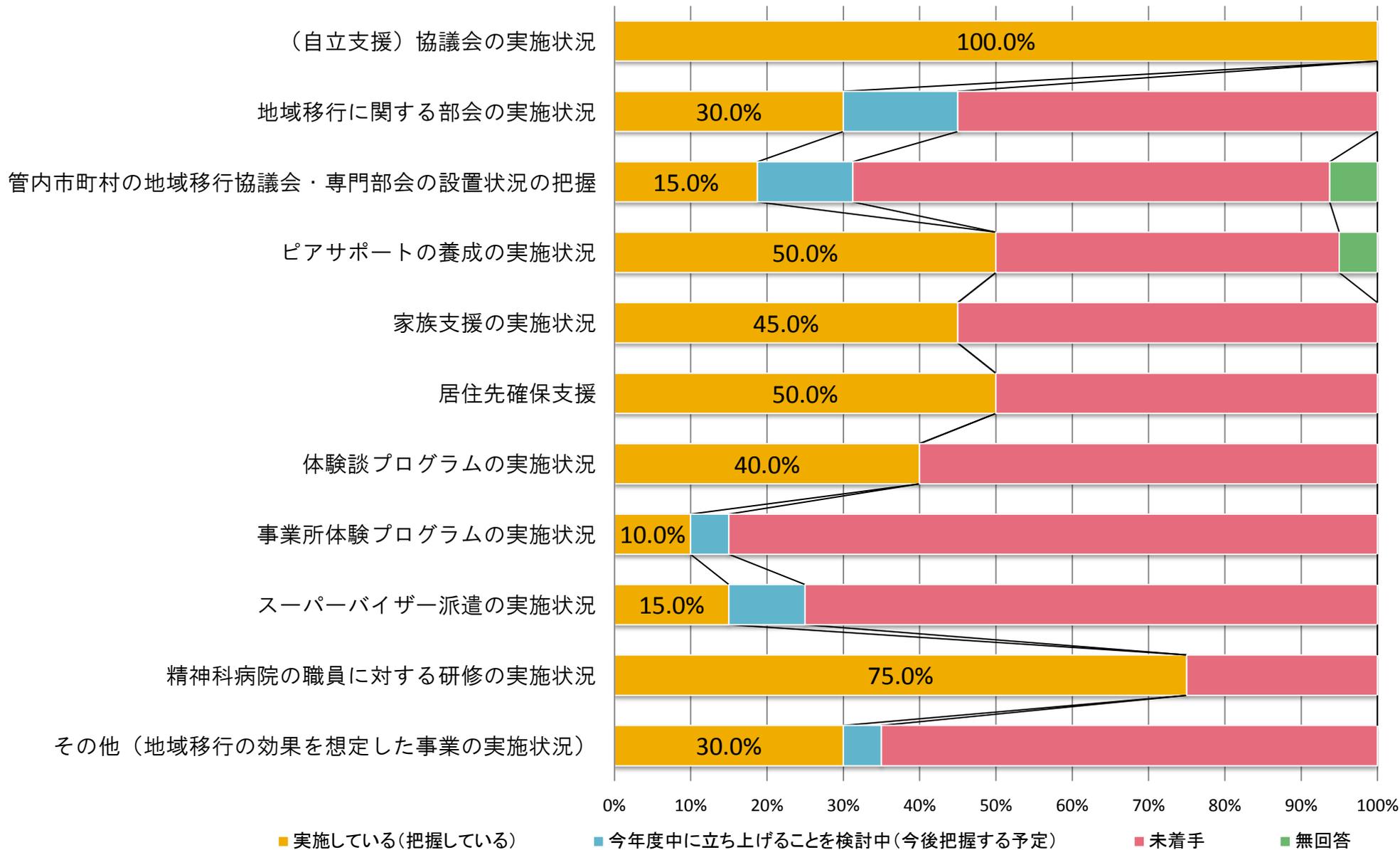
※1 障害者総合支援法第2条第2項第1号  
 第2条第2項 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。  
 第1号 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。

※2 障害者総合支援法第2条第3項  
 第2条第3項 国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他この法律に基づく業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

## 都道府県における地域移行に関連した事業等実施状況(n=47)



# 政令指定都市における地域移行に関連した事業等実施状況(n=20)



## 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	16.6%	33

# 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（概要）

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

## 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(平成28年6月3日))

# 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

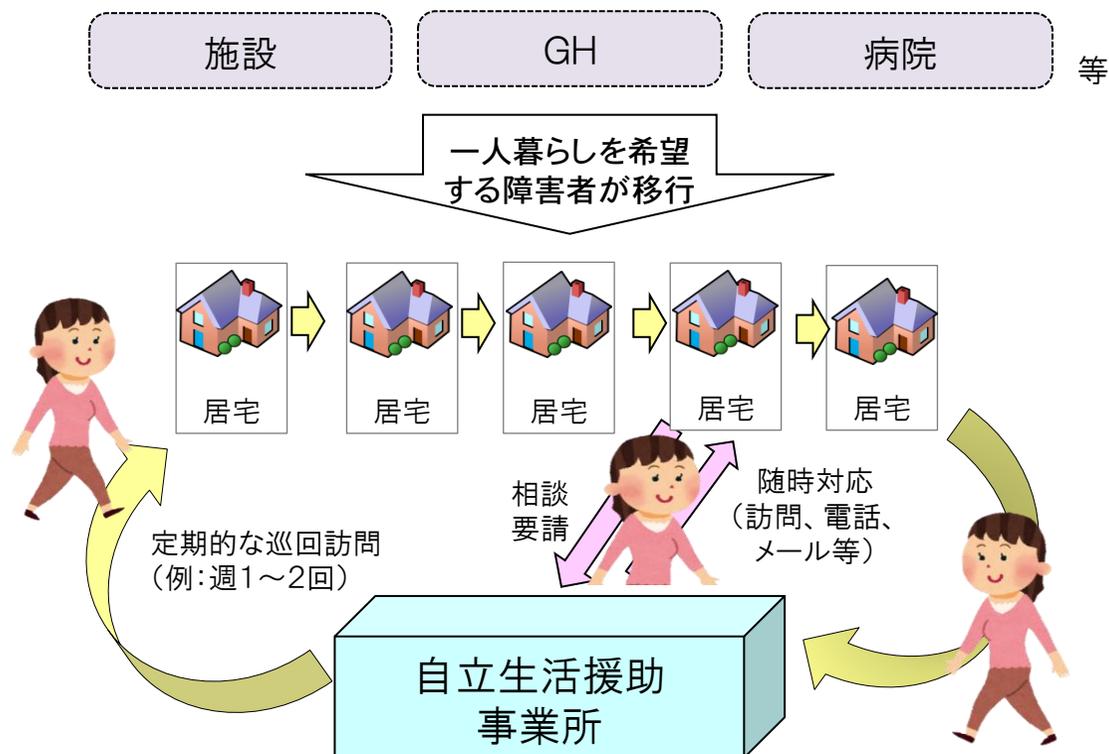
- 障害者が安心して地域で生活することができるよう、グループホーム等地域生活を支援する仕組みの見直しが求められているが、集団生活ではなく賃貸住宅等における一人暮らしを希望する障害者の中には、知的障害や精神障害により理解力や生活力等が十分ではないために一人暮らしを選択できない者がいる。
- このため、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力、生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに創設する（「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

# 精神保健福祉法に基づく指針と医療計画について

	<b>精神保健福祉法に基づく指針</b> <b>(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)</b>	<b>医療計画</b> <b>(精神疾患の医療体制の構築に係る指針)</b>
<b>概要</b>	<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>
<b>多様な精神疾患等に係る記載内容</b>	<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"> <li>1 児童・思春期精神疾患</li> <li>2 老年期精神障害等</li> <li>3 自殺対策</li> <li>4 依存症</li> <li>5 てんかん</li> <li>6 高次脳機能障害</li> <li>7 摂食障害</li> <li>8 その他必要な医療             <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 災害医療</li> <li>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</li> </ul> </li> </ol>	<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

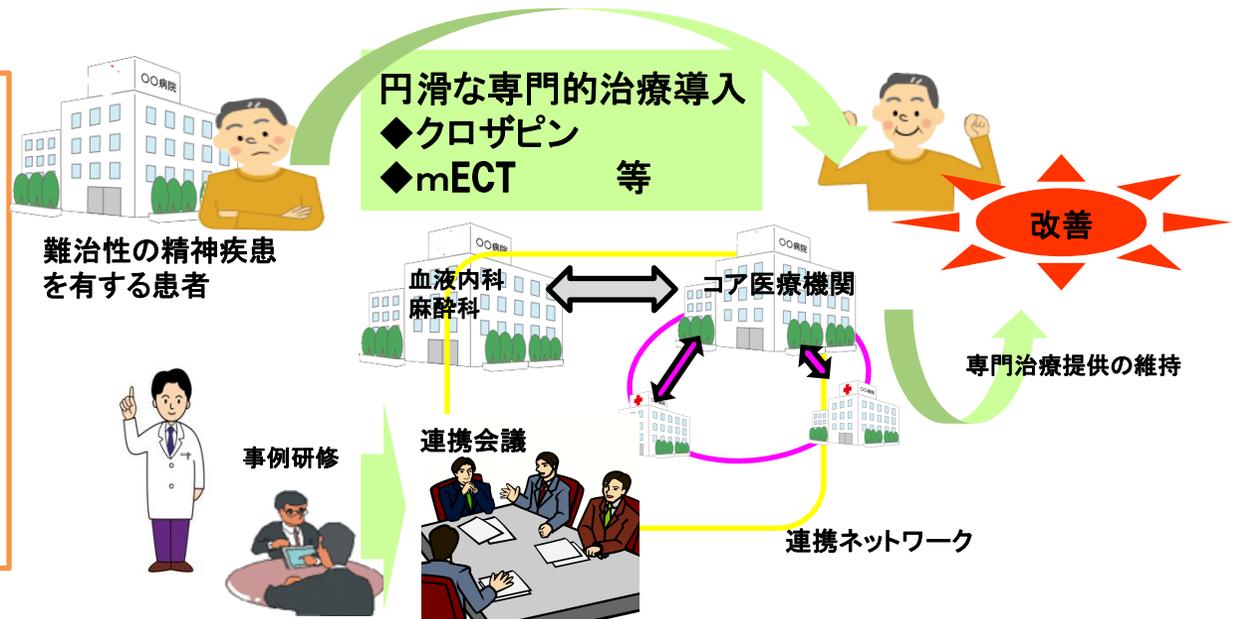
## 現状と課題

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

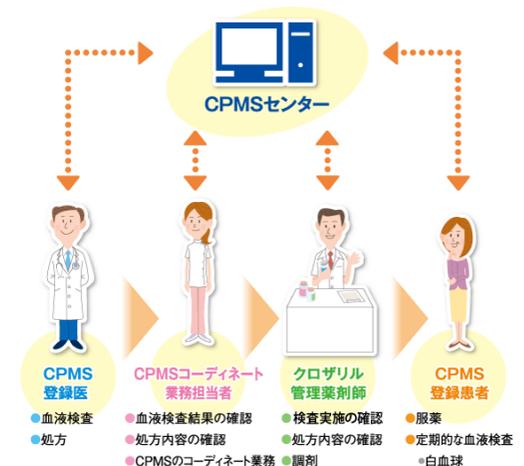
## 3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○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。



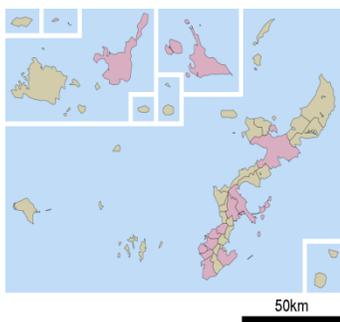
出典: CPMS運営主体のホームページより

# 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

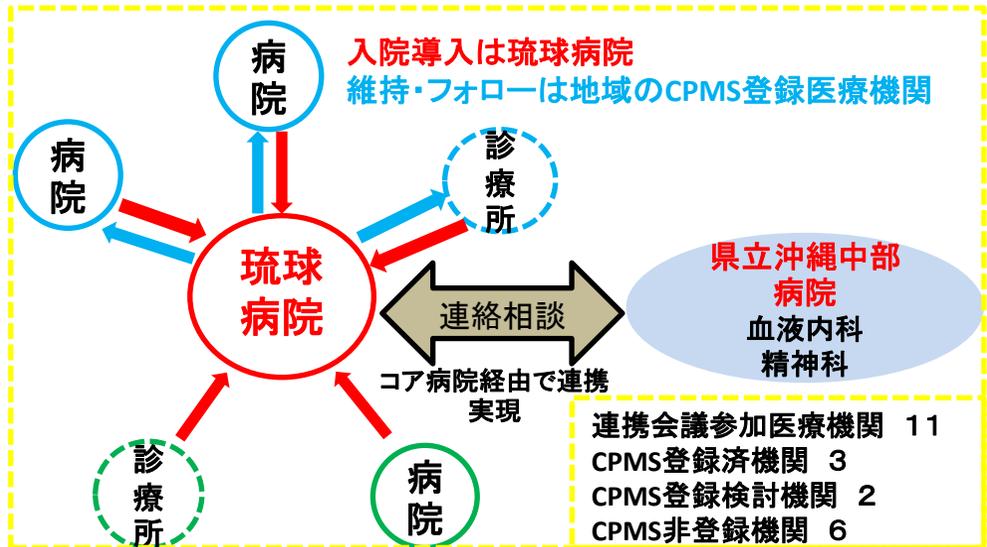
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

## 【具体的体制】

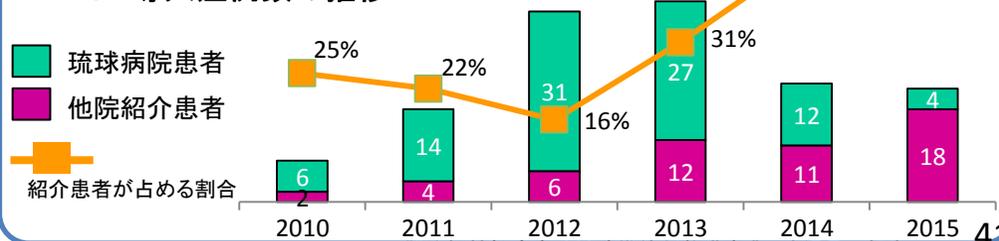
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



## 【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



# 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	km <sup>2</sup>
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

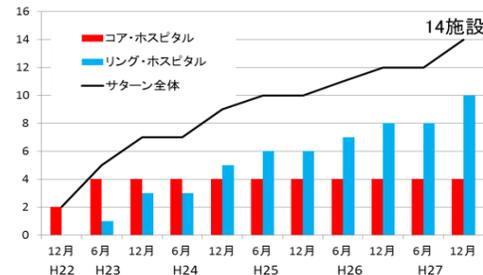
プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

## 【アウトカム】(平成27年12月現在)

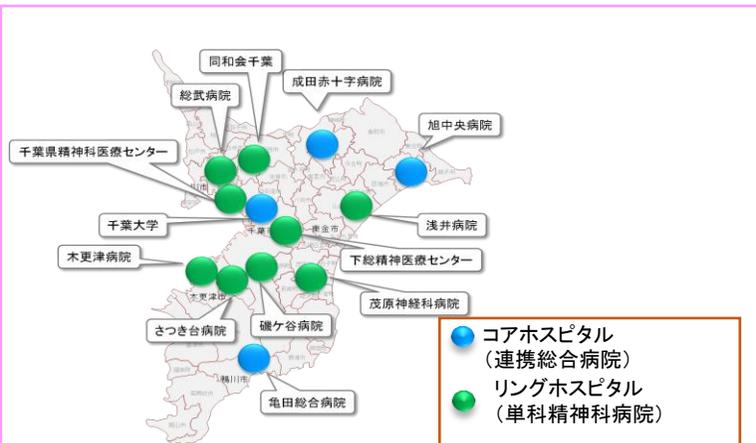
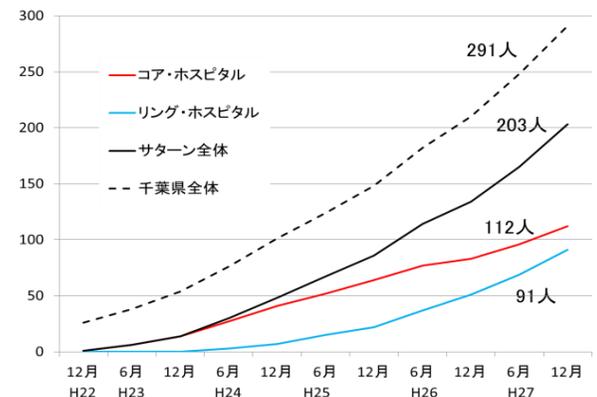
CPMS登録施設: 14施設

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】

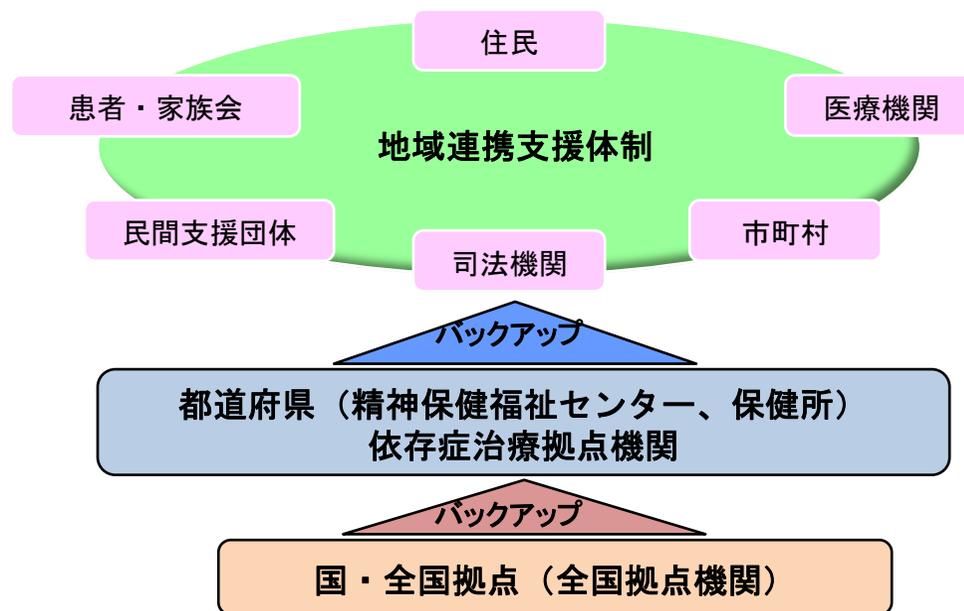
依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、民間支援団体や関係機関、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【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

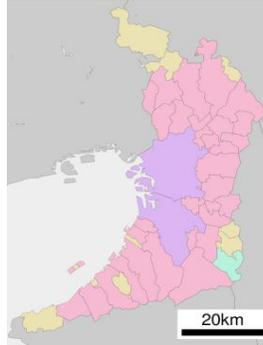
- ①効果的な依存症に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②依存症者の早期発見・早期支援の実現

# 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 <sup>2</sup>
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

# 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】

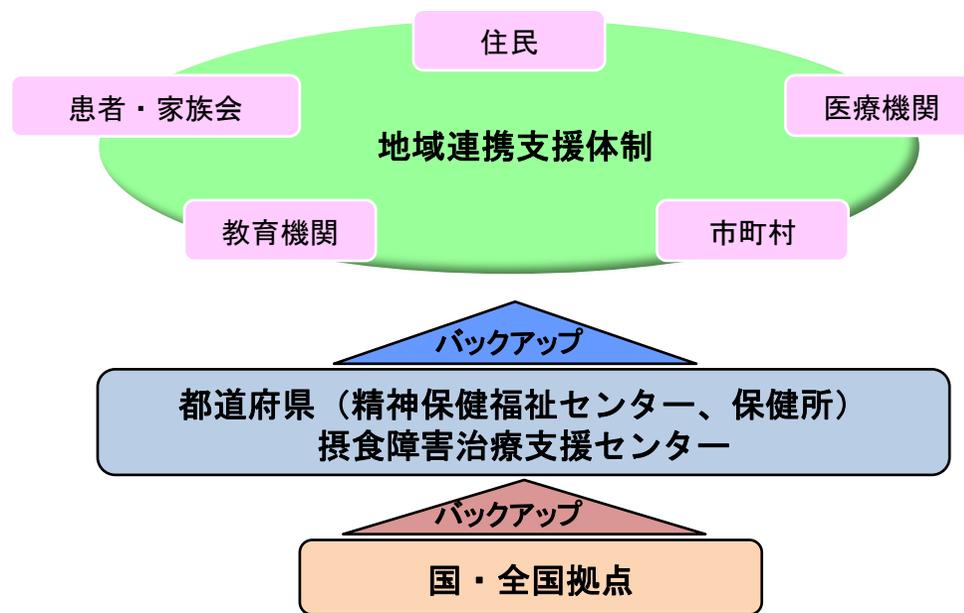
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会の多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

### 【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。



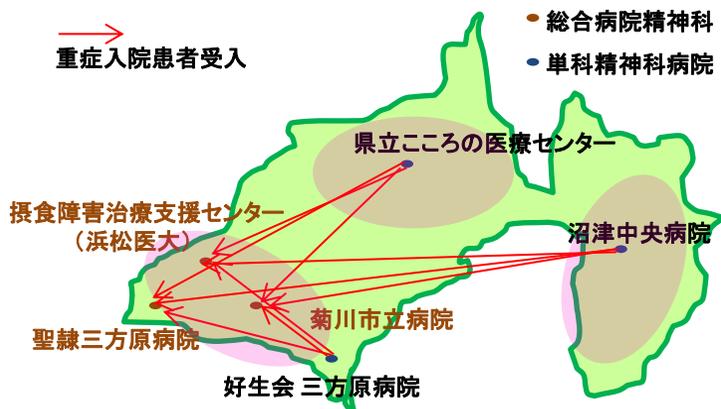
## 期待される成果

- 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

# 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】



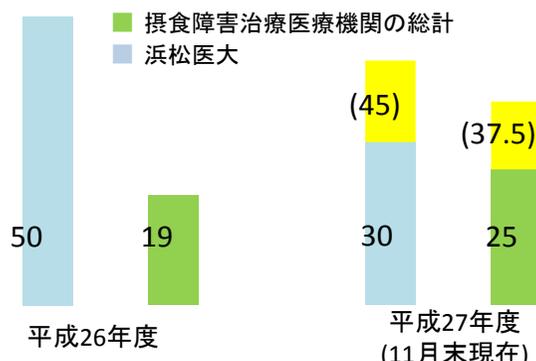
- 静岡県では、専門的治療を実施するために必要な設備をもつ総合病院精神科は西部に3つのみであった。
- この3つの総合病院精神科全てに実践的な研修を行い、重症患者の入院治療を可能とした。
- 県西部、中部、東部に入院治療に対応可能な単科精神科病院を実践的な研修により整備し、早期に治療できる体制を整備した。

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。

# 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】

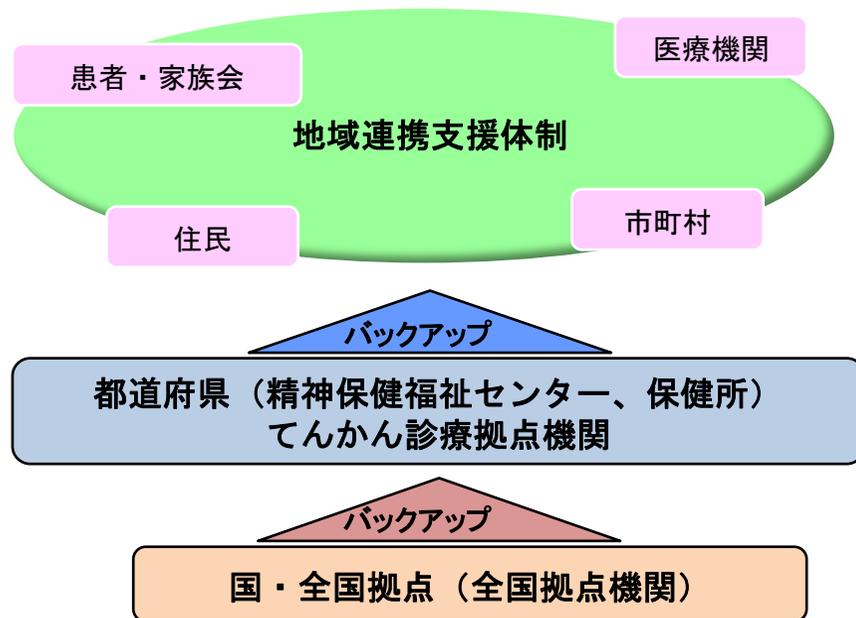
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

### 【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的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

# 「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

# 医療・介護制度および関連施策に係る検討会のスケジュール

医療計画の見直し等に関する検討会  
H28.5.20

平成28年度 平成29年度 平成30年度

医療介護  
総合確保促進法

医療介護総合確保促進会議

総合確保  
方針改定

医療計画

医療計画の見直し等に関する検討会

医療計画  
作成指針

ワーキンググループでの議論  
(地域医療構想・地域包括ケア)

医療計画の  
策定

第6次医療計画

**第7次  
医療計画**  
(※第7次からは、  
地域医療構想も  
含めた一体的な  
計画とする。)

地域医療構想

地域医療構想の策定

進捗管理およ  
び適宜見直し

関連施策に係る検討会

- ・これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
- ・周産期医療体制のあり方に関する検討会
- ・医療従事者の需給に関する検討会
- ・がん診療提供体制のあり方に関する検討会

医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進

介護保険事業  
(支援)計画

第6期介護保険事業計画

介護保険事業  
計画基本指針

介護保険事業(支  
援)計画策定作業

第7期介護保険  
事業計画

# 平成29年度の障害福祉計画・医療計画・介護保険事業 (支援)計画の策定に向けて考えていただきたいこと

- ① 精神科医療と身体科医療との連携  
精神科救急、身体合併症対応  
クロザピン、てんかん など
- ② 精神科医療と福祉の連携  
地域移行、依存症対策、高次脳機能障害 など
- ③ 精神科医療と教育との連携  
児童精神、発達障害、摂食障害 など