

# 医療計画及び介護保険事業計画との関係

介護保険計画

障害福祉計画

医療計画

両計画が相互に関係し、精神科医療に関する体制を構築

【着眼点】

- ①1年未満入院者の平均退院率
  - ②5年以上かつ65歳以上の入院患者の退院者数
- ※認知症に関しては、検討中

【地域精神保健医療体制の整備】

精神疾患がいわゆる「4疾病」に追加されることを受け、障害福祉計画の目標も踏まえつつ、地域精神保健医療体制の構築に向けた体制作りについて記載  
→23年以内に作成指針等を示し、24年度に策定、25年度施行

【精神病床の基準病床数】

1年未満群の平均残存率の低下、1年以上群の退院率の向上を目指す算定式で算定(18年4月～)

退院者数と地域移行支援等の見込量を推計

市町村計画のサービス見込量の積み上げ

介護保険計画

※精神科病院から退院する認知症患者数が把握できる場合、  
・必要なサービス見込み量の中に盛り込む。

- ・地域移行支援事業のサービス見込量に反映
- ・さらに、障害福祉サービスや地域定着支援事業のサービス見込量に反映

★精神科病院に入院している認知症患者については、「退院支援・地域連携クリティカルパス」の開発・試行・普及を通じて、介護保険事業計画への反映方法(例えば、都道府県とも連携しながら、精神科病院から退院する認知症患者の数を把握する方法や必要なサービス量を見込む方法等)を検討し、各自治体における第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量の算定につなげていく。

都道府県

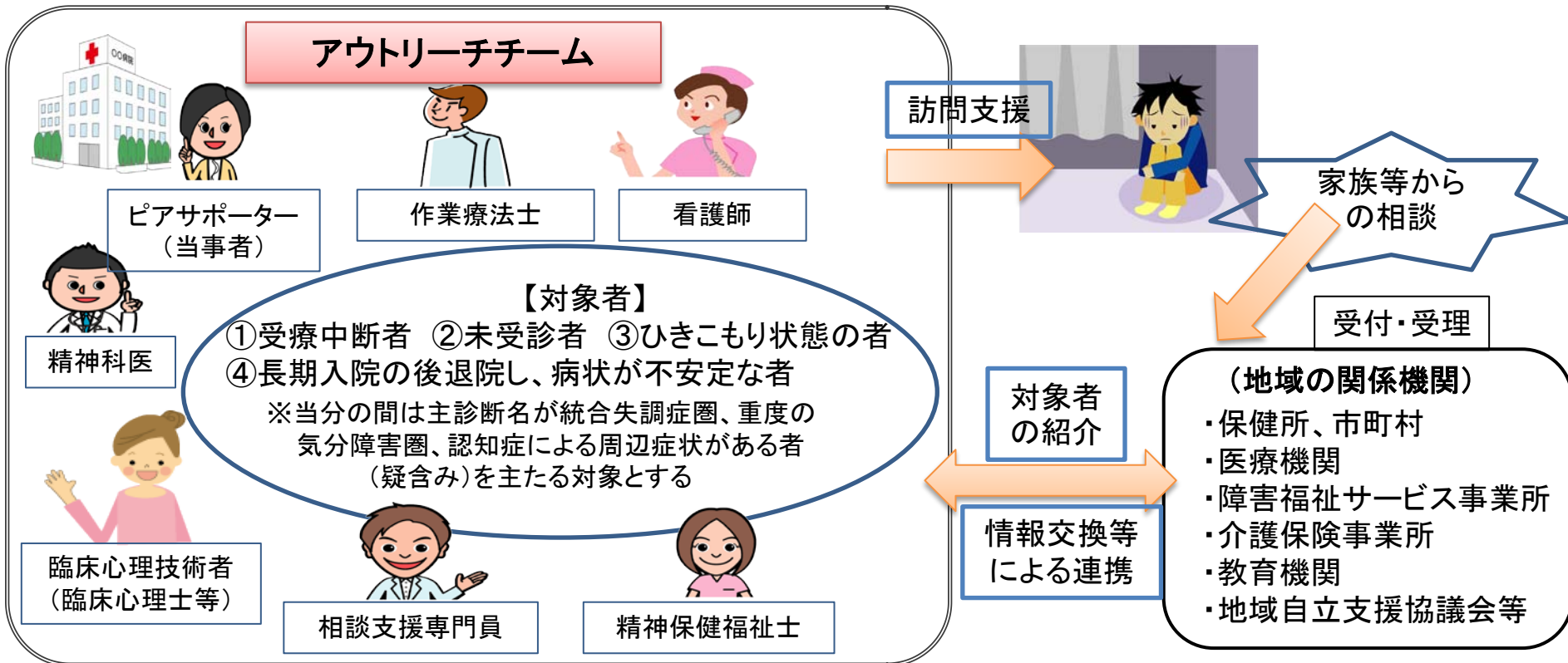
市町村

できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う、  
**アウトリーチ(訪問支援)の充実**

- 医療などの支援につながりにくい人に対しては、**住まいに支援を届け、本人とともに家族も含めて支えることが重要。**
- このため、**アウトリーチ(訪問支援)の充実**を目指す。
- その際、**「課題の解決を入院に頼らない」ことを前提**とする。
- 平成23年度予算で創設した「精神障害者アウトリーチ推進事業」を通じ、**アウトリーチ(訪問支援)の一般制度化を目指す。**

# 精神障害者アウトリーチ推進事業(概要)

- 厚生労働省では、平成23年度から新たに、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を開始。  
 ※予算額7億円。実施主体:都道府県で、病院等に委託可。全国25か所で実施予定。  
 ※国10/10のモデル事業であり、将来の一般制度化を目指している。
- 未治療の人や治療中断している人などに対し、病院等の専門職がチームを組んで、訪問支援(アウトリーチ)を行うことにより、本人及びその家族に対して支援を行う。
- 診療報酬による支援や障害福祉サービスへつなげ、在宅生活の継続や病状の安定を図る。



# アウトリーチ支援実現に向けた考え方

## 【基本的な考え方】

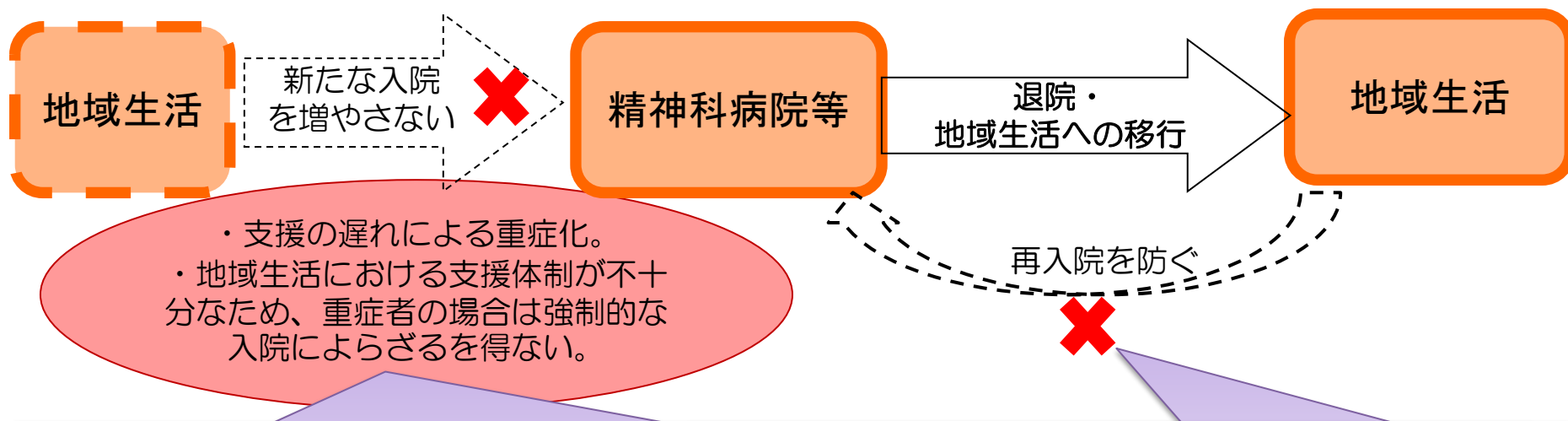
- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にする関わり方を基本とする。

## 【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。  
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

### 課題の解決を入院という形に頼らない

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



### 精神障害者アウトリーチ推進事業

未治療の者や治療中断している者等（治療契約等が交わされていない者）に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行う「アウトリーチ」により、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の継続を可能にする。

※いわゆるACT(Assertive Community Treatment)とは、本来なら入院が必要となるような重症者を対象に、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態であり、わが国においては診療報酬等の対象サービスを活用して実践されている。