

第3回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成22年6月10日

資料

地域精神保健医療体制について

(1) 精神障害者の状況と 状況に応じた支援

地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像

重症

軽症

⑥退院に向けた入院中の者

・精神科病院に入院しているが、病状が安定し、受け入れ条件が整えば退院可能な者

④何らかの医療・支援を受けている重症者

・精神症状や障害が重度であるが、治療等の支援につながっており、医療・福祉サービスを受けて在宅生活を希望する者(入院を繰り返す者を含む)

①医療・支援を受けていない重症者

・未治療や治療を中断した重症者
・家族・近隣との重大なトラブルを起こしている者
・自傷・自殺企図や他害行為が想定される者
・食事など自らの生命の維持に必要な行為に支障をきたす者

⑤地域生活を継続している者 (①～④以外)

・症状が比較的落ち着いていて、医療や障害福祉サービスなどを自ら利用しながら地域生活を継続している者

②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者

・精神疾患を有しており、家族等からの虐待を受けている者や、家族からの支援が得難く、医療や支援を受けていない者

③早期支援を要する者

・統合失調症等の精神疾患を初めて発症した者
・様々な精神的不調を訴え、精神疾患が疑われる者

支援が届いている

支援が届いていない

①医療・支援を受けていない重症者

- ・未治療や治療(服薬)を中断した重症者
- ・自傷・自殺企図や他害行為が想定される者
- ・いわゆる「ひきこもり」で、食事など自らの生命の維持に必要な行為に支障をきたす者
- ・家族・近隣との重大なトラブルを起こしている者

特徴

- 本人が病気を認識できず、支援を求めない(支援を拒否しがち)
- 家族・近隣とのトラブルが発生しがち
- 症状が急激に変化し、ときに緊急に危機介入を要する
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)

現在の主な施策

- 精神保健福祉法に基づく措置入院
- 精神保健福祉法に基づく医療保護入院、移送制度
- 精神科救急医療体制の整備
- 保健所での相談や訪問
- 訪問看護等の在宅医療

本人／家族のニーズ

- (本人)
 - 無理やり病院に連れていかないでほしい、入院しないで家で過ごしたい
 - 困っているが、病気が原因とは認識していない
- (家族)
 - 明らかに異常を感じているが、どうしてよいか分からない。危険を感じることもある。
 - 自宅で本人とともに孤立していて、誰かに助けてほしい
 - 家族が高齢化しており、状況に対応出来ない
 - 本人に医療を受けさせたいが、病院に受診させることができない
 - 夜間や休日にも必ず受診できる医療機関がほしい

課題

- 法に基づく強制的な入院を前提とした対応が行われることが多く、強制入院の対象とならない者には支援がなされにくい(強制入院以外の支援が未整備)
- 医療機関に移送する方法や、在宅での支援が乏しく、結果的に極めて重症化するまで本人・家族が在宅で孤立しがち
- 保健所のマンパワーが限られ、粘り強い支援がなされにくくなっている
- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域のみ存在し、多くの人は利用できない

②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者

・精神疾患を有しており、家族等からの虐待を受けている者や、家族からの支援が得難く、医療や支援を受けていない者

特徴

- 本人が病気を認識しにくく、支援を求めないことがある
- 本人・家族に支援が受け入れられないなど、支援が妨げられる状況がある
- 困難やトラブルが顕在化しにくい
- 病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難になっている(食事など日常生活の維持が全く困難になることもある)
- 家族も精神疾患等の問題を有することがある

現在の主な施策

- 児童福祉法、DV防止法等による被虐待者の保護
- 児童相談所、保健所、市町村等による訪問、相談
- 任意入院、グループホーム、ケアホーム、短期入所等の利用

本人／家族のニーズ

【虐待の場合】

(本人)

- 困っているが、どうしていいかわからない(誰に相談したらよいかかわからない)
- 家族と離れては暮らせないと感じている
- 障害年金を家族が使ってしまう等の場合がある

【独居の場合】

(本人)

- 困っているが、どうしていいかわからない
- 頼れる人が身近にいない

課題

- 本人からのSOSや訴えに気づきにくい(近隣等からの通報も遅れがち)
- 児童相談所、保健所、市町村等、関係機関が多岐にわたり、それぞれ専門性が異なるため、連携した対応がとられにくい
- 特に虐待者の精神疾患が疑われても、介入が難しい
- 在宅医療など在宅での支援は極めて限られた地域にのみ存在し、多くの人は利用できない

③早期支援を要する者

- ・統合失調症等の精神疾患を初めて発症した者
- ・様々な精神的不調を訴え、精神疾患が疑われる者

特徴

- 就学・就労している若年者や成人が多い
- 日常生活や社会生活を営むことが徐々に困難になる
- 当初は昼夜逆転、うつ状態などの不調など様々な症状。ひきこもり・不登校、離職等で顕在化することも多い
- 精神疾患に罹患しているかどうか、最初は当事者には分からない

現在の主な施策

- 精神保健福祉センター・保健所等での相談
- 精神科医療機関における診療
- スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーの配置等(文部科学省)

本人／家族のニーズ

- (本人)
- 異常を感じているがどうしていいか分からない
 - 精神疾患であることは認められない。受診もしたくない
 - 授業についていけない、仕事ができない、外に出られないなど、生活上の様々な困難がある
- (家族)
- 精神的な病気かどうか分からない
 - 信頼できる相談先、医療機関がどこにあるのか分からない
 - 精神疾患・精神科医療には抵抗感がある

課題

- 精神疾患に関する理解、相談先の周知不足、精神科医療への抵抗感など様々なバリアがあり、早期に精神科への受診がなされない
- 受診すると投薬等の治療はなされるが、若年者の社会生活の困難に対する相談支援などのサポートが提供されていない
- 教育機関や企業等の関係機関と、保健所や医療機関等との連携や信頼関係が不十分

④何らかの医療・支援を受けている重症者

・精神症状や障害が重度であるが、治療等の支援につながっており、医療・福祉サービスを受けて在宅生活を希望する者（入院を繰り返す者を含む）

特徴

- 精神症状や精神障害が重度
- 独力では日常生活や社会生活を営むことが困難
- 治療の継続を図るために支援が必要
- 症状が急激に変化することがある
- 入院を繰り返すことがある

現在の主な施策

- 精神科医療機関による診療
- 訪問看護等の在宅医療
- 居宅介護、自立訓練の訪問サービス
- 市町村・保健所等の行政機関による訪問、相談

本人／家族のニーズ

- (本人)
- 在宅で医療・福祉サービスを受けることで日常生活が成り立っている（但し、本人はそのように感じていない場合もある）
 - 緊急時や不安なときに相談できる場所がほしい
- (家族)
- 症状が急に悪化したときなど、夜間／休日を含めた緊急時に頼れる相談先や医療機関がほしい

課題

- 在宅医療など在宅での支援は限られた地域にのみ存在し、多くの人は利用できない。
- 重症の場合入院すべきという支援者、本人、家族の先入観が強く、地域生活の継続への理解が得られにくい
- 治療の中断等により更に重症化することがある

⑤地域生活を継続している者（①～④以外）

・症状が比較的落ち着いていて、医療や障害福祉サービスなどを自ら利用しながら地域生活を継続している者

特徴

- 病気について理解したうえ、医療機関へ通院するなど、治療を自ら継続して在宅で生活
- 障害福祉サービスを利用したり、障害年金・生活保護を受給したり、就労支援等を受け、自立して生活している者もいるが、外来通院以外に生活支援を受けていない者もいる
- 治療により軽減しているものの、症状は継続しており、何らかの契機に増悪することもある

現在の主な施策

- 自立訓練や就労移行支援、就労継続支援等の日中活動サービス
- 地域活動支援センター
- 精神科医療機関における外来診療（精神科デイケア等を含む）
- 市町村・保健所等の行政機関による相談やデイケア、患者会・家族会支援など

本人／家族のニーズ

（本人）

- 働いたり、一人暮らしをするなど、自立した生活や自己実現をしたい
- 地域で信頼できる相談先や医療機関がほしい
- 今後の治療方針、病状の変化や、生活の先行きに不安を感じる

（家族）

- 地域で信頼できる相談先や医療機関がほしい
- 今後の治療方針、病状の変化や、生活の先行きには不安を感じる
- 家族も自らの生活を楽しまたい
- できれば訓練・リハビリ等により、独り立ちしてほしい

課題

- 福祉サービスの整備に地域差があるなど支援が十分に行き届いていない
- 外来通院だけを継続して、その他の支援を受けていない者が多い
- 特に、入院せず、通院しているだけではケアマネジメントが行われず、生活支援につながりにくい
- 福祉サービスを受けていても、就労など更なる自立生活に向けた相談支援・ケアマネジメントの体制が不十分
- 治療の中断等により重症化することがある

⑥退院に向けた入院中の者

- ・精神科病院に入院しているが、病状が安定し、受け入れ条件が整えば退院可能な者

特徴

- 病状以外の様々な要因(福祉サービスの確保、住まいの確保、家族の意向、経済的理由、ケアマネジメントの不足など)で入院が継続
- 長期入院の結果、本人は、退院後の生活を想像できなかつたり、退院後の生活に不安を感じやすい
- 退院支援には多くの労力を要する

現在の主な施策

- 精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施
- 地域移行支度経費支援事業の実施
- サービス利用計画作成費に基づく支援
- 障害福祉計画に基づく福祉サービスの確保
- 精神科医療機関等における外来、訪問看護、精神科デイケア等の実施
- 市町村・保健所等の行政機関による相談

本人／家族のニーズ

(本人)

- 退院後の生活が想像できない。長く入院していたので、退院後の生活が不安
- 退院後どのように生活してよいか分からない
- 家族との関係が難しく、自ら家族を頼らずに生きたい

(家族)

- 家族には家族の生活があり、本人の面倒はみられない。(家族が高齢である、いわゆる「世間体」が気になる、等様々な事情)

課題

- 退院には当事者・関係者の労力が大きく、現状維持の方が関係者にとって「楽」。退院支援に取り組もうとすると様々な課題に直面する一方で、退院支援に消極的な医療機関も存在
- 本人が「退院」という選択肢を、現実のものとしてとらえにくい
- 住まいの場、福祉サービスなど退院者の受け皿の整備が十分でない
- 精神障害者地域移行・地域定着支援事業の対象者が少なく、自治体により地域移行支援に係る取り組みにも差異がある
- 地域生活の開始にかかる経済的な負担ができないことがある

(2) 精神障害者の地域保健医療に 関する現行制度

1. 行政 (1)精神保健福祉センター

概要

- 設置主体:都道府県、指定都市
- 法的根拠:精神保健福祉法
- 財源:一般財源+補助金(特定相談)
- 精神保健に関する業務:
 - ・精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための総合技術センター
 - ・主に企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、組織育成、精神医療審査会の事務、自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の判定業務などを行う。
- 設置数:68か所(都道府県:49、指定都市:19)〈平成22年4月1日現在〉
- 人員配置:医師(精神科診療経験を有する者。)、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉相談員、事務職員等(※入院配置はあくまでも標準的な考え方)

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難ものを行う。
 - ・相談内容:(一般相談)心の健康相談、精神医療に関する相談、社会復帰相談など
(特定相談)アルコール、薬物、思春期、認知症に関する相談
 - ・また、「心の健康づくり推進事業」による相談窓口を設置している。
 - ◆訪問
 - ・一部のセンターにおいては、訪問指導や保健所職員等に対する技術指導・援助としての同行訪問を行っている。
- ※利用者の負担は無料である。

1. 行政 (2) 保健所

概要

- 設置主体：都道府県、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区
- 法的根拠(精神保健福祉業務に関するもの)：地域保健法及び精神保健福祉法
- 財源：一般財源
- 精神保健に関する業務：
 - ・地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務)の中心的な行政機関
 - ・主に企画調整、普及啓発、研修、組織育成、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び通院医療関係事務、市町村への協力及び連携など、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を実施。
- 設置数：510か所<平成21年6月15日現在>
(都道府県：380、指定都市：59、中核市：41、保健所政令市：7、特別区：23)
- 人員配置：医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、精神保健福祉相談員、事務職等の必要な職員

相談や訪問支援の仕組み

◆相談

- ・本人・家族等に、面接・電話等により、保健師・精神保健福祉士等の専門職が相談を行う。
- ・医師による相談の時間も設けられていることが多い。
- ・相談内容：心の健康相談、診療を受けるにあたっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、認知症等

◆訪問

- ・本人や家族に対して、保健師・精神保健福祉士等の専門職が、居宅を訪問して支援する。
- ・説明と同意の下に行うことが原則となっているが、危機介入的な訪問等が必要な場合にも行われる。
- ・相談内容：医療の継続、受診相談・勧奨、生活指導、社会復帰援助、ひきこもりの相談、家族がかかえる問題等

◆危機介入

- ・多くの都道府県において、措置通報の受理、措置診察・措置入院の調整や34条移送の審査・実務を担当している。

※利用者の負担は無料である。

保健所が受ける困難事例の内訳

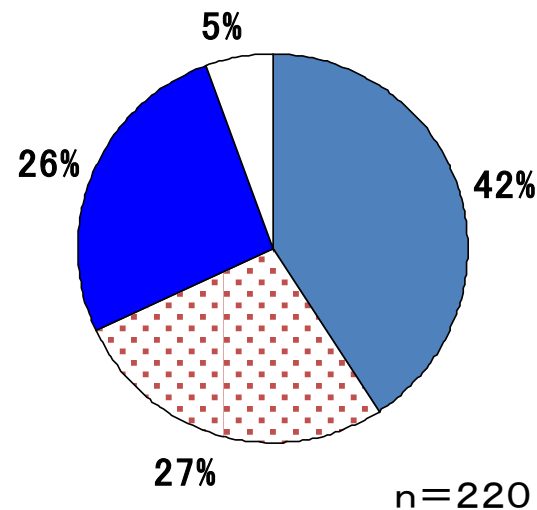
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

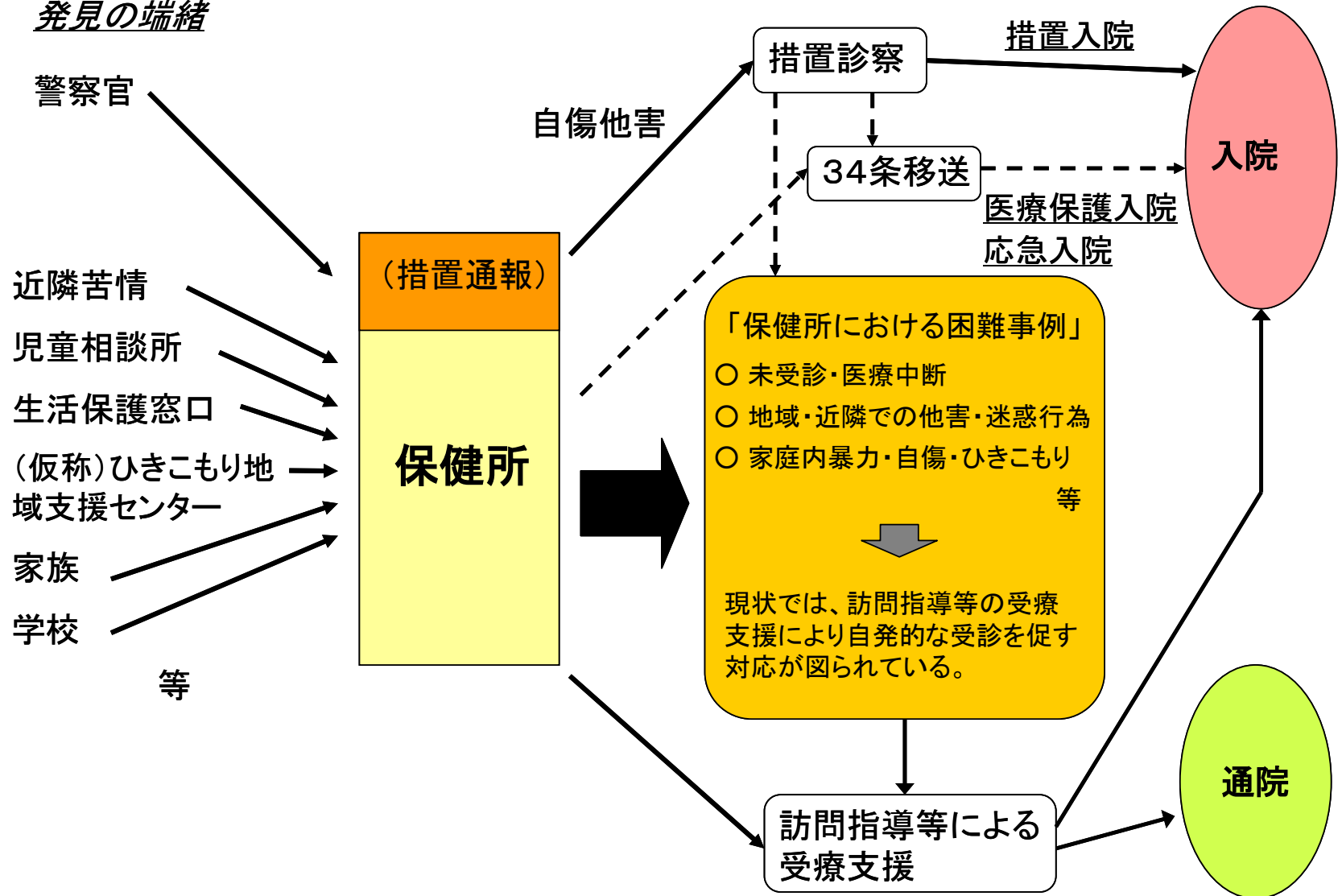
- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

地域精神保健における危機介入・支援体制の現状

「危機介入」とは、ここでは、精神疾患により発生する危機的状態や重大な困難について、強制力を用いる方法だけでなく、様々な援助手法で解決・支援することを意味している。（「危機解決 crisis resolution」等の用語が用いられることもある。）

発見の端緒

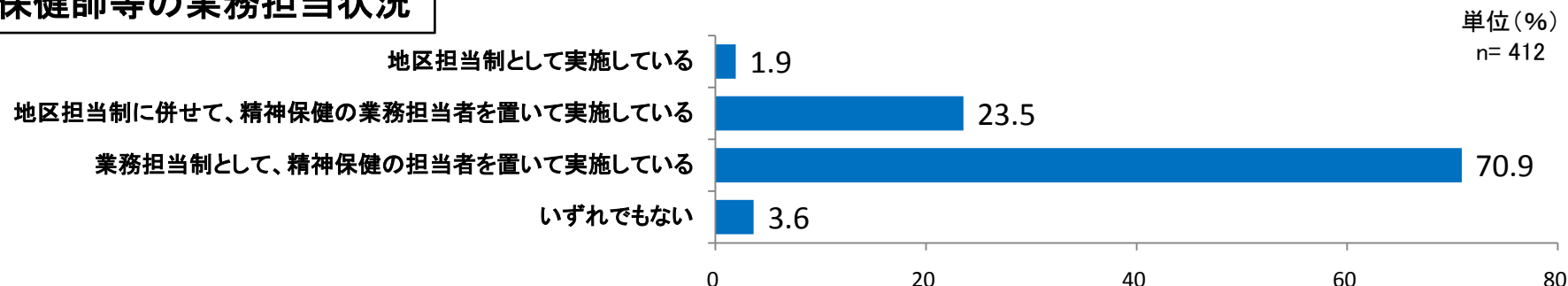


「保健所の精神保健業務の状況」

1) 保健所の精神保健業務体制 ※平成22年1月現在

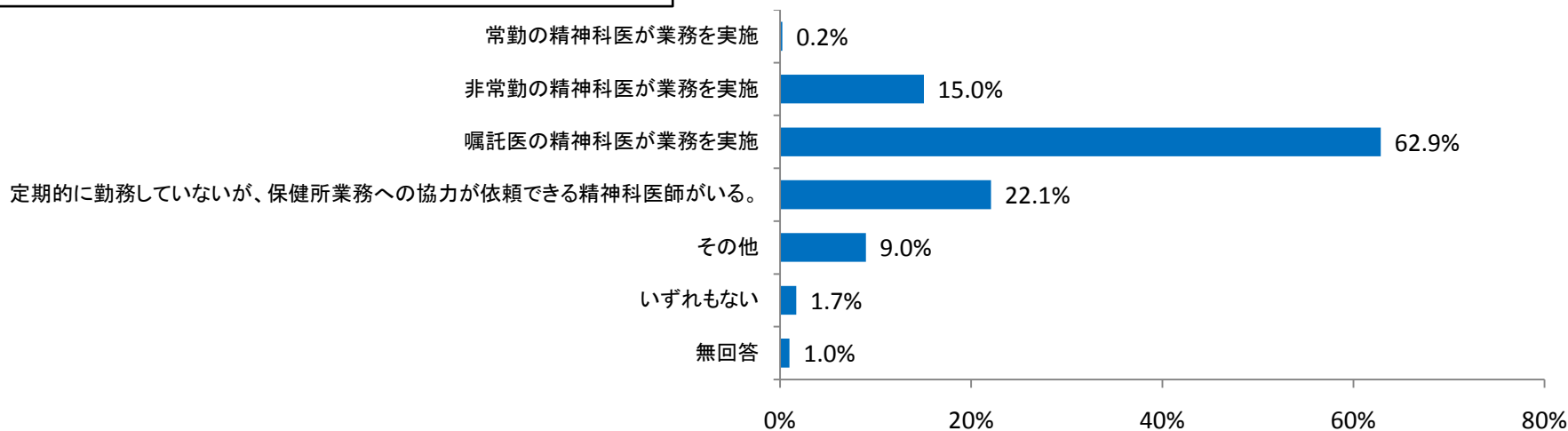
- ・保健所の多くは、「業務担当制」として、精神保健を担当する保健師を配置している。
- ・保健所の多くは、嘱託医の精神科医師を配置して業務を実施している。

保健師等の業務担当状況



※地区担当制: 保健師は担当地域を分担し、地域内の全ての業務を担当
業務担当制: 保健師は精神保健を専門に担当し、保健所管轄の全ての地域を担当

精神科医師の業務実施状況(複数回答)



- ・保健所においては、主に保健師が精神保健業務を担当し、精神保健福祉士や福祉職も配置されている。
- ・専門職一人当たりが担当する人口は、地域担当制で平均4万人、業務担当制で平均8.4万人である。

精神保健を担当する専門職員の配置状況

【地域担当制の場合】

保健所の職員配置(平均)

※常勤換算 単位(人)	合計	都道府県 型	政令指定 都市	保健所政 中核市・	特別区
①保健師	10.7	5.9	10.5	12.6	31.7
①のうち精神保健福祉士	1.4	0.9	0.4	1.5	5.3
②福祉職	0.4	0.1	0.8	0.9	0.0
③その他	0.7	0.3	0.7	0.3	3.3

専門職1人当たりが担当する人口(平均) (単位:万人)

	合計	都道府県型	政令指定都市	中核市・保健 所政令市	特別区
専門職1人当たり が担当する人口	4.0	4.3	4.2	5.0	1.1

【業務担当制の場合】

精神保健担当の職員配置(平均)

単位(人) ※常勤換算	合計	都道府県 型	政令指定 都市	保健所政 中核市・	特別区
①保健師	2.4	2.2	2.2	4.0	3.4
①のうち精神保健福祉士	0.4	0.4	0.2	0.3	1.2
②福祉職	0.6	0.4	1.6	1.2	0.0
③その他	0.9	0.9	1.3	0.9	0.9

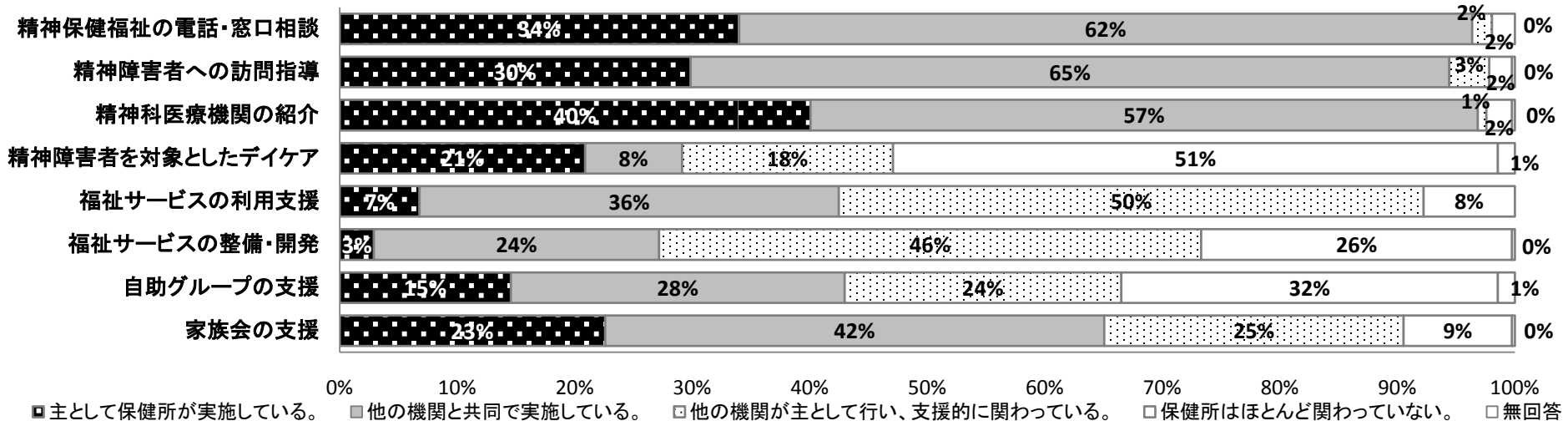
専門職1人当たりが担当する人口(平均) (単位:万人)

	合計	都道府県型	政令指定都市	中核市・保健 所政令市	特別区
専門職1人当たり が担当する人口	8.4	8.2	8.2	8.4	22.0

2) 保健所管内における精神保健医療福祉の状況(平成21年度)

- ・保健所においては、相談・訪問指導や医療機関の紹介が広く行われている。
- ・保健所以外にも、市町村、相談支援事業所、地域活動支援センター等、多様な支援機関が機能してきている。

① 保健所及び管内における精神保健福祉業務の実施状況 n=412

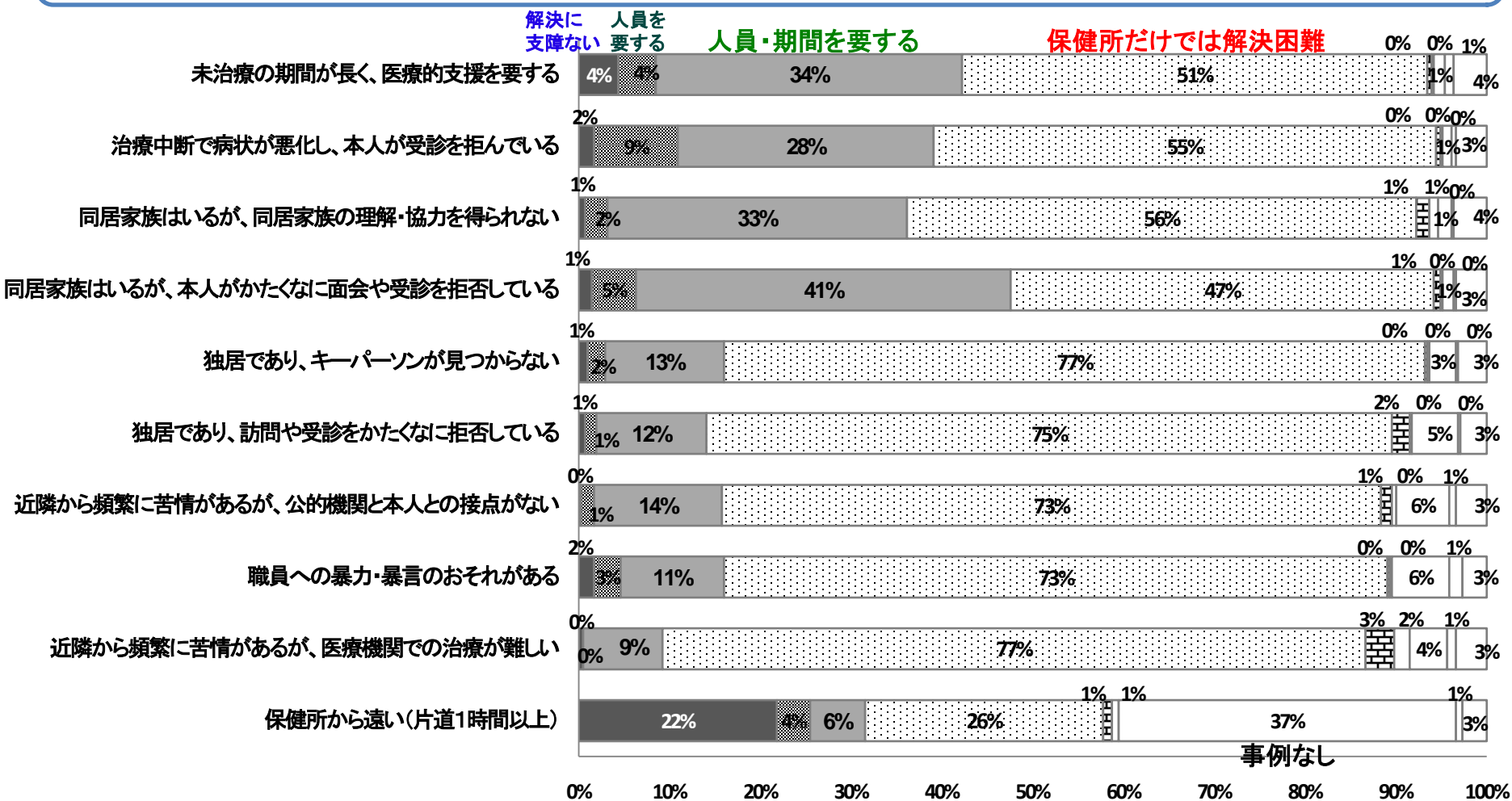


② 管内における保健所以外の実施機関(複数回答) ※①で「主として保健所が実施している」以外の場合の管内実施機関 単位(%)

	本庁	市町村 (保健センターを含む)	精神保健福祉センター	地域活動支援センター	相談支援事業所	A～E以外の機関	実施機関はない
精神保健福祉の電話・窓口相談	9.9	89.0	34.9	57.4	76.8	13.2	0.0
精神障害者への訪問指導	2.1	93.1	5.6	33.7	56.6	6.9	0.0
精神科医療機関の紹介	6.9	91.5	29.7	40.2	62.6	11.8	0.0
精神障害者を対象としたデイケア	0.6	44.7	12.8	19.1	8.1	20.6	22.5
福祉サービスの利用支援	6.3	85.9	7.3	50.0	73.4	14.6	0.0
福祉サービスの整備・開発	21.1	75.4	8.3	27.1	36.8	12.3	3.5
自助グループの支援	3.5	44.2	20.2	37.0	23.7	26.3	11.0
家族会の支援	6.3	68.2	16.0	29.9	22.0	23.3	3.1

3) 複雑困難事例に対する解決の難しさの程度

・独居や関わりが困難なケースなどは、保健所だけで解決することが難しい。



- 解決に特に支障はない
- 通常より人員を要する上、さらに解決まで長期間(1か月以上)を要することが多い
- 支援を行う余裕がない
- そのような事例はない
- 通常より人員を要するが解決できる(概ね1ヶ月以内)
- 保健所だけでは解決が困難である
- そもそも支援していない
- わからない

精神障害者地域移行・地域定着支援事業

- 平成22年度予算：1,670,446千円
- 実施主体：都道府県、指定都市
- 補助率：1/2

<理念>「地域を拠点とする共生社会の実現」

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることができるよう関係機関の連携の下で医療、福祉等の支援を行う。

<支援内容>

従来の「地域移行支援特別対策事業」について、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し。

- 地域移行支援（従来の「地域移行支援特別対策事業」を踏襲）

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。

[新規事項] ピアサポーターの同行活動経費を本事業の予算に計上

- 地域定着支援（新規事項） ※保健所、精神保健福祉センター等の関係機関の連携

・地域生活を維持するための支援体制の構築

- ①受療中断者や自らの意思では受診できない者等に対し、医師・保健師等の多職種チームの訪問による治療開始、治療継続等の支援等を行う体制の強化

例) 精神保健センター又は委託先医療機関に「多職種チーム」を設置し、医師の往診を含む訪問による支援

- ②精神的不調や疾病を抱えた若年者（10～20歳代）に対し、より早い段階で適切な支援を行い、必要に応じ精神科医療機関への紹介、治療導入が行えるような包括的支援体制の検討

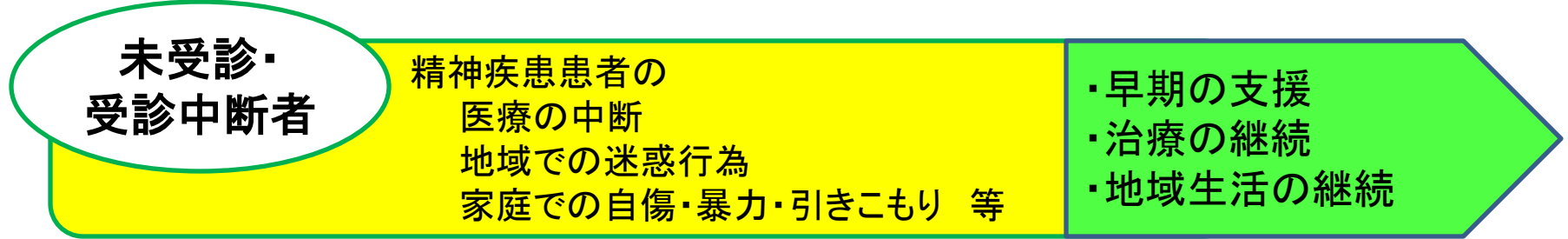
例) 地域において、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談体制の構築

（精神保健福祉士、看護師等からなる相談支援体制チームによる相談・紹介業務等の実施）

・精神障害者の参加による地域住民との交流の促進

地域において精神障害者と住民等が直接交流する機会を増やすことにより、精神障害に対する周囲の正しい理解や行動を促し、更なる普及啓発を図る取組 等

行政機関と医療機関の連携による治療開始・継続の支援



家族・近隣
生活保護窓口
児童相談所
警察 等

紹介

保健所等

- 保健所等直営又は医療機関委託により「危機介入チーム」を設置
- 直ちに入院医療を要さないが、自らの意志では受診しない重症者の紹介を受ける
- 支援対象者の支援を、「多職種チーム」に依頼

委託
又は
直接
実施

支援

多職種チーム

医師

看護師・
保健師

精神保健
福祉士

- 保健所等又は医療機関(±訪問看護ステーション)に設置
- 医師の往診を含む、訪問による多職種での支援を実施
- 受診に同意していなくても、粘り強く訪問して支援
- 医療機関への委託による場合、いわゆる「ACT」と一体的なチームとすることも可能

※ 本人が受療に同意し、健康保険が適用されるまでは、当該事業により公費で支援を実施。
※ 当該支援には強制力はない。(在宅・通院医療の精神保健福祉法上の扱いについては、支援を普及させた上での将来的な検討課題。)

1. 行政 (3)市町村

概要

- 設置主体:市町村
- 法的根拠(精神保健福祉業務に関するもの):精神保健福祉法、障害者自立支援法
- 財源:一般財源
- 精神保健に関する業務:
 - ・平成18年自立支援法施行により、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなる。
 - ・主に企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援(障害福祉サービス提供体制の構築及び利用調整、精神障害者保健福祉手帳関係事務等)、入院及び自立支援医療費(精神通院医療)関係事務などを行う。
- 市町村数:1,727市町村<平成22年5月19日現在>
(市:786 [うち、政令指定都市 19市、中核市:40市、特例市:41]、 町:757 村:184)
- 人員配置:特に規定はないが、障害者ケアマネジメント従事者研修の受講者や、精神保健福祉相談員を配置することが望ましいこととしている。

相談や訪問支援の仕組み

◆相談

- ・精神保健福祉相談の実施については、保健所の協力と連携の下で地域の実情に応じた体制で業務を行う。
- ・相談内容:精神障害者社会復帰施設、精神障害者社会訓練適応訓練事業、自立支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談。
- ・「市町村相談支援機能強化事業」の中で、保健師、精神保健福祉士等を配置して専門的な相談支援等を要する困難ケースへの対応や、相談支援事業者に対する指導、助言を行うなど機能強化を図っている。

◆訪問

- ・特に法律等による規定はないが、行政サービスの一環として保健師等の訪問による精神保健福祉に関する指導・支援が行われている。

※利用者の負担は無料である。

精神保健及び精神障害者福祉に関する相談の位置づけ

精神保健

都道府県

保健所設置市

- 精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神保健福祉相談員・医師等に精神障害者・家族等からの相談に応じさせ、指導させる義務
(精神保健福祉法第47条第1項)
- 医療を必要とする精神障害者に対し、適切な医療機関を紹介する義務
(精神保健福祉法第47条第2項)

都道府県が行う事務に必要な協力を行う義務
(精神保健福祉法第47条第4項)

保健所設置市以外の市町村

- 精神障害者の福祉に関し、精神障害者・家族等からの相談に応じ、指導する義務
(精神保健福祉法第47条第4項)
- 精神保健に関し、精神障害者・家族等からの相談に応じ、指導する努力義務
(精神保健福祉法第47条第5項)

精神障害者福祉

精神保健福祉センター

精神障害者の福祉に関する相談に当たって連携を図る努力義務
(精神保健福祉法第47条第3項)

保健所

福祉事務所

その他 関係行政機関

市町村

障害者等の福祉に関し、必要な情報の提供を行い、並びに相談に応ずる義務
(障害者自立支援法第2条第2項)

行政機関における相談及び訪問指導の状況(平成20年度)

保健所	実人員	延人員 総数								(再掲)			
			老人精神 保健	社会復帰	アルコー ル	薬 物	思春期	心の健康 づくり	その他	ひきこもり	自殺関連	自殺者の 遺族	犯罪被害
来所による相談	156,144	419,128	16,103	133,349	19,059	3,577	10,967	32,347	203,726	16,446	5,721	334	300
電話による相談		637,060	22,205	178,505	23,012	5,281	12,700	49,563	345,794	13,680	8,030	402	387
メールによる相談		3,131	64	665	150	1	347	138	1,766	85	24	-	-
訪問指導	60,680	154,773	8,712	45,695	5,982	1,453	2,324	12,446	78,161	4,912	2,009	236	123

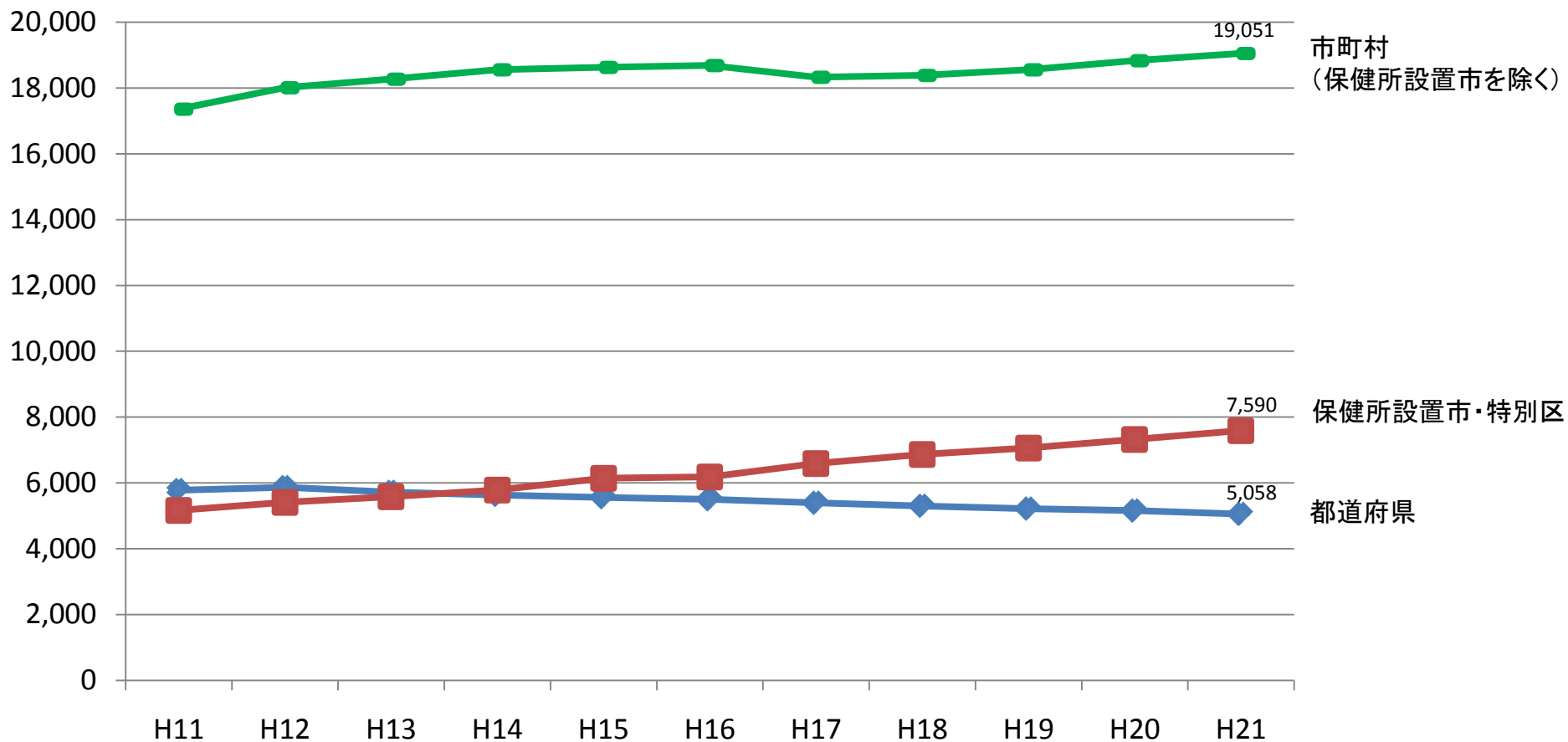
市町村	実人員	延人員 総数								(再掲)			
			老人精神 保健	社会復帰	アルコー ル	薬 物	思春期	心の健康 づくり	その他	ひきこもり	自殺関連	自殺者の 遺族	犯罪被害
来所による相談	228,244	603,812	31,925	213,047	24,379	3,981	10,281	60,802	259,397	15,930	5,573	673	514
電話による相談		818,610	45,306	252,502	24,286	5,570	13,614	97,233	380,099	13,073	8,211	958	547
メールによる相談		4,563	124	1,477	100	6	222	485	2,149	200	132	77	5
訪問指導	98,461	253,068	28,497	78,113	10,883	1,727	3,565	27,253	103,030	8,416	2,817	592	274

精神保健福祉センター	実人員	延人員 総数								(再掲)		
			老人精神 保健	社会復帰	アルコー ル	薬 物	思春期	心の健康 づくり	その他	ひきこもり	自殺関連	犯罪被害
来所による相談	23,712	203,226	1,561	122,658	2,679	2,489	17,548	24,463	31,828	15,729	4,058	1,964
電話による相談		236,797	3,391	36,231	4,246	2,052	9,769	75,318	105,790	5,278	7,329	263
メールによる相談		1,608	4	75	18	2	89	915	505	93	117	2
訪問指導	1,585	9,065								534	36	3

資料:保健所及び市町村は「平成20年度地域保健・健康増進事業報告」、精神保健福祉センターは「平成20年度衛生行政報告例」

単位(人)

保健師数の年次推移



	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
市町村	15,881	16,560	17,358	18,007	18,272	18,555	18,628	18,686	18,325	18,387	18,556	18,831	19,051
保健所設置市 特別区	4,421	4,731	5,166	5,412	5,579	5,786	6,140	6,180	6,592	6,870	7,064	7,321	7,590
都道府県	5,915	5,840	5,783	5,871	5,728	5,636	5,565	5,503	5,397	5,304	5,220	5,160	5,058

出典:平成11~20年度 保健師等活動領域調査 平成21年度 保健師活動領域調査

1. 行政 (4) 関連する制度

危機介入のための主な制度

◆措置入院

○ 医療及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると指定医(2名)が認めた場合に、都道府県知事が患者を入院させることができる制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

◆34条移送

○指定医の診察により、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある者で、本人が入院の必要性を理解できない場合に、保護者の同意のもと、医療保護入院又は応急入院をさせるために精神科病院(応急入院指定病院)に移送する制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

※左記の円滑な運営に資する制度

◆精神科救急医療体制整備事業

○精神科救急情報センターが、精神障害者又は保護者等からの相談窓口となり医療機関の紹介を行うほか、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく移送を適正かつ円滑に実施するために精神保健指定医、応急入院指定病院等と連絡調整を実施。

○各医療機関は常時対応施設・輪番施設等としての役割を担い、精神科救急情報センターからの紹介等を受け、救急患者を受け入れ。

○都道府県等が実施し、国が予算補助を実施。

精神保健福祉法第29条に基づく措置入院について

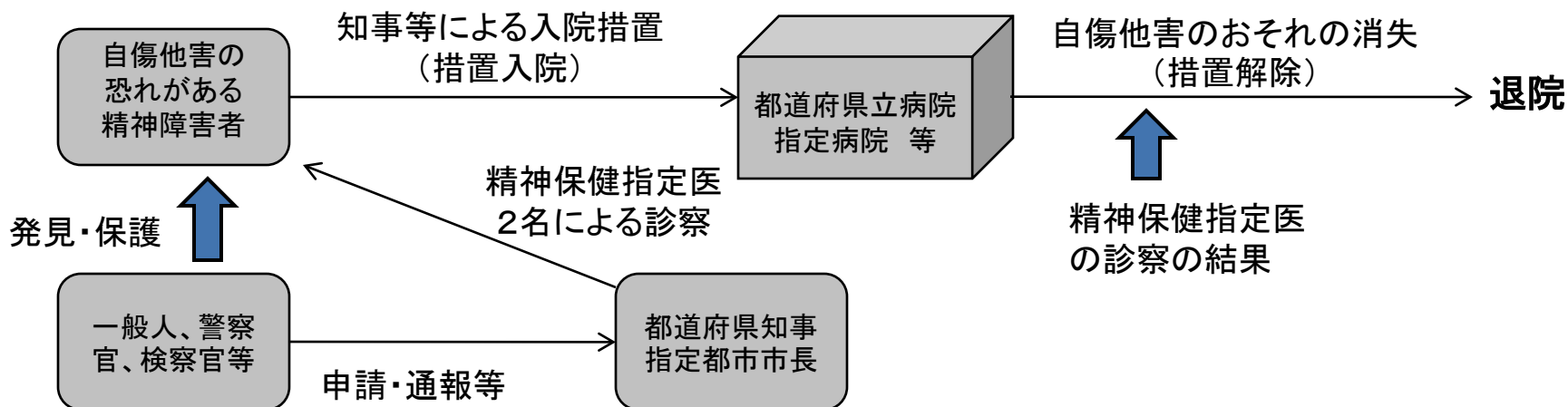
措置入院とは、一般人、警察官等が入院させなければ自傷他害のおそれがある精神障害者を発見した場合に、保健所長を経て都道府県知事又は指定都市の市長（以下「知事等」という。）へ通報し、知事等の行政権限により国又は都道府県立病院及び指定病院へ、その患者を入院させる行政処分である。

（措置入院の判断）

厚生労働大臣の定める基準に従って知事等の指定した2名以上の精神保健指定医（以下「指定医」という。）の診察の結果が一致した場合となる。なお、知事等は自傷他害のおそれのある精神障害者については、急速を要する場合には72時間に限って、指定医1名の診察の結果に基づいて「緊急措置入院」させることができる。

（自傷他害の判定）

措置入院の必要性については、指定医が診察し、当該患者を入院させなければ自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかを判定する。自傷行為とは自殺企図等、自己の生命・身体を害する行為のことであり、他害行為とは殺人、傷害、暴行、器物破損、強盗、放火などである。



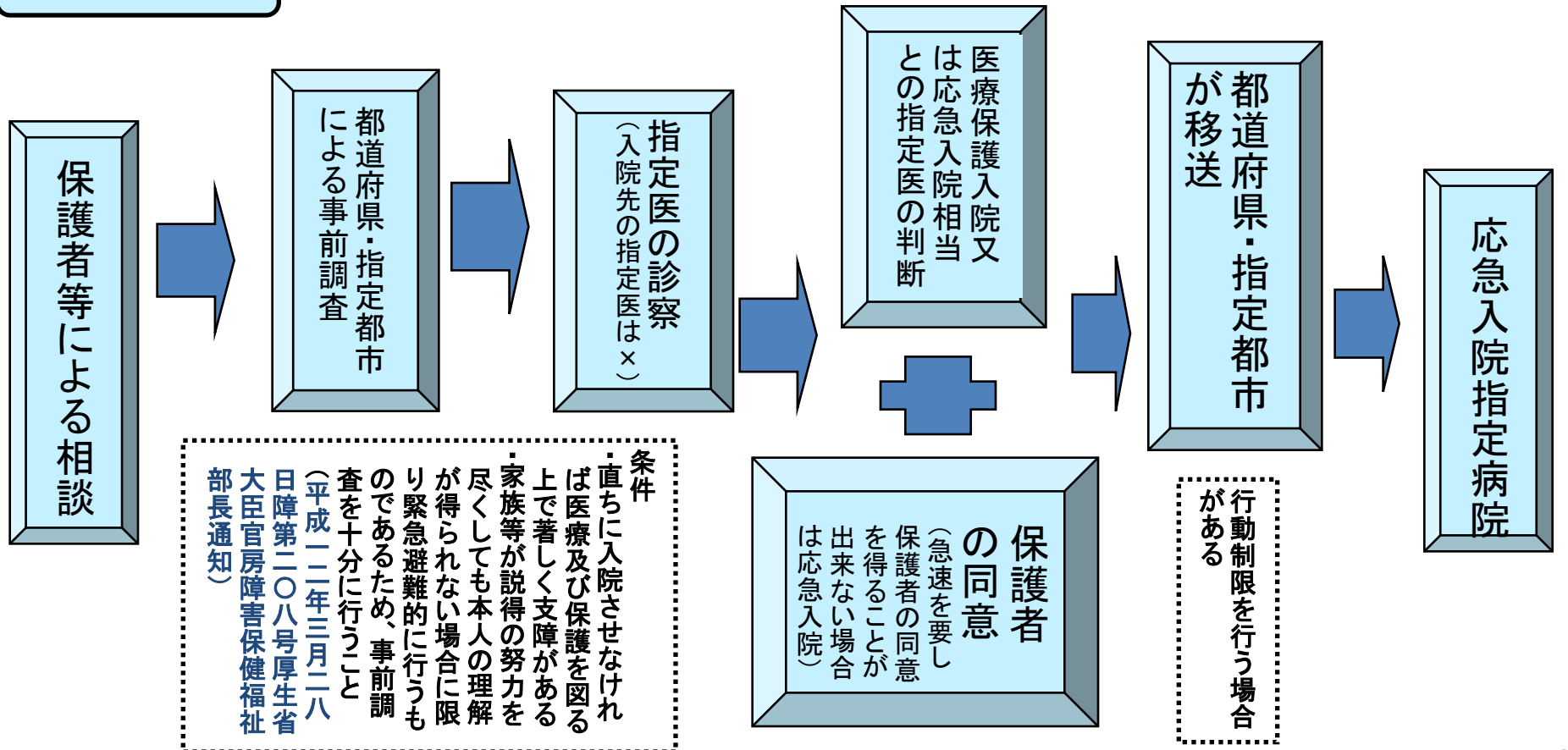
精神保健福祉法第34条に基づく移送について

法34条に基づく移送とは

指定医の診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療および保護を図るうえで著しく支障がある精神障害者であって、任意入院が行われる状態ではないと判断された者について、保護者の同意の有無に応じて医療保護入院または応急入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができる制度。

※平成20年4月～21年3月末までの1年間で34条に基づく移送を実施したのは
65都道府県・指定都市中26自治体(移送件数:130件)

実施までの流れ



精神科救急医療体制整備事業

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

【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2

【事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会
- 精神科救急情報センターの設置、24時間精神医療相談
- 精神科救急医療確保事業、身体合併症救急医療確保事業

平成22年度予算 23億円

○地域の救急搬送・受入れに関するルールに基づき、身体合併症の患者の受け入れを断らない対応施設への加算

→救急搬送、身体合併症患者への対応強化

○空床確保料の引き上げによる空床確保促進

(体制整備イメージ)



精神科救急医療体制連絡調整委員会

関係機関間の連携・調整を図る

一般救急の
情報センター



精神科救急情報センター

緊急対応時の重症度に応じた振り分け

24時間精神
医療相談窓口



一般救急
医療圏域

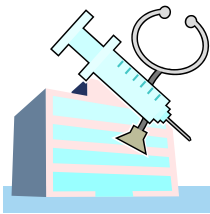


一般救急
医療圏域



A精神科救急圏域

常時対応型



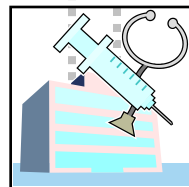
精神科救急医療施設

外来対応施設



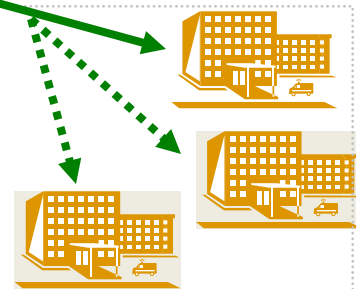
外来対応施設

身体合併症
対応施設



B精神科救急圏域

病院群輪番型



精神科救急医療施設

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

精神科救急医療体制の都道府県別の状況

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数			1精神科救急圏域当たり施設数
					合計	うち 輪番病院	うち 常時対応	
北海道	5,543,556	21	8	692,945	69	69	0	9
青森県	1,417,278	6	6	236,213	17	17	0	3
岩手県	1,355,205	9	4	338,801	11	11	0	3
宮城県	2,330,898	7	1	2,330,898	28	28	0	28
秋田県	1,118,735	8	5	223,747	14	14	0	3
山形県	1,185,100	4	3	395,033	7	7	0	2
福島県	2,063,769	7	4	515,942	34	34	0	9
茨城県	2,979,639	9	3	993,213	28	27	1	9
栃木県	2,003,954	5	1	2,003,954	1	0	1	1
群馬県	2,008,842	10	1	2,008,842	14	13	1	14
埼玉県	7,096,269	10	2	3,548,135	41	39	2	21
千葉県	6,124,453	9	4	1,531,113	33	32	1	8
東京都	12,548,258	13	4	3,137,065	66	65	1(1)	17
神奈川県	8,848,329	11	1	8,848,329	49	47	2(1)	49
新潟県	2,401,803	7	5	480,361	26	26	0	5
富山県	1,101,637	4	2	550,819	28	28	0	14
石川県	1,165,013	4	3	388,338	16	16	0	5
福井県	812,444	4	2	406,222	10	10	0	5
山梨県	867,122	4	1	867,122	10	9	1	10
長野県	2,168,926	10	3	722,975	15	15	0	5
岐阜県	2,089,413	5	2	1,044,707	14	14	0	7
静岡県	3,773,694	8	4	943,424	10	6	4(1)	3
愛知県	7,218,350	11	3	2,406,117	40	40	0	13
三重県	1,854,050	4	2	927,025	13	13	0	7

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数			1精神科救急圏域当たり施設数
					合計	うち 輪番病院	うち 常時対応	
滋賀県	1,382,321	7	3	460,774	10	10	0	3
京都府	2,555,650	6	2	1,277,825	18	16	2	9
大阪府	8,676,622	8	8	1,084,578	29	29	0	4
兵庫県	5,586,254	10	5	1,117,251	30	29	1	6
奈良県	1,414,970	5	1	1,414,970	9	8	1	9
和歌山県	1,038,729	7	3	346,243	6	6	0	2
鳥取県	598,485	3	3	199,495	7	7	0	2
島根県	727,793	7	7	103,970	12	12	0	2
岡山県	1,943,864	5	2	971,932	12	12	0	6
広島県	2,859,300	7	2	1,429,650	7	6	1	4
山口県	1,471,715	8	3	490,572	28	28	0	9
徳島県	800,825	6	3	266,942	14	14	0	5
香川県	1,016,540	5	2	508,270	12	12	0	6
愛媛県	1,464,307	6	1	1,464,307	7	7	0	7
高知県	777,080	4	1	777,080	7	7	0	7
福岡県	5,031,870	13	4	1,257,968	78	78	0	20
佐賀県	862,156	5	3	287,385	17	17	0	6
長崎県	1,458,404	9	6	243,067	36	35	1	6
熊本県	1,839,309	11	2	919,655	40	40	0	20
大分県	1,211,042	6	1	1,211,042	22	22	0	22
宮崎県	1,155,844	7	3	385,281	20	20	0	7
鹿児島県	1,728,554	9	4	432,139	40	40	0	10
沖縄県	1,397,812	5	4	349,453	20	20	0	5

合計	127,076,183	349	147	864,464	1075	1055	20	7
----	-------------	-----	-----	---------	------	------	----	---

※2次医療圏数については、平成22年4月現在。

※人口については、住民基本台帳人口(平成21年3月末現在)による。

※「常時対応」の()は身体合併症対応施設の再掲。

精神科救急医療施設の利用状況

	平成17年度	平成20年度
精神科救急医療圏域数	145	145
精神科救急医療施設数	1,084	1,136
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	125,008
夜間・休日の受診件数	30,243	40,467
夜間・休日の入院件数	12,096	15,544

(精神・障害保健課調)

「ひきこもり」について

「ひきこもり」とは

○ひきこもりとは、様々な要因の結果として、社会的参加(義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態。(他者と関わらない形での外出をしている場合も含む)

・ひきこもりには、確定診断がなされる前の精神障害が含まれている可能性がある。

＜思春期・青年期ひきこもりケースの背景にある精神障害の実態把握＞

・実施方法：H19～H21年度に、全国5か所の精神保健福祉センターにひきこもりの相談に訪れた16歳～35歳の方(本人の来談)184人に精神科的診断を実施(分担研究者：近藤直司の調査による)

・結果：診断の確定は約8割に当たる149人、情報不足等のための診断保留が35人

第一群(統合失調症、気分障害等の薬物療法が中心となるもの)49人 (32.9%)

第二群(広汎性発達障害や精神遅滞等の生活・就労支援が中心となるもの)48人 (32.2%)

第三群(パーソナリティ障害や適応障害等の心理療法的アプローチが中心となるもの)51人 (34.2%)

分類不能1人 (0.7%)

・背景にある精神障害の診断や治療だけではなく、ひきこもりがもたらす「自立過程の挫折」に対する支援も必要である。

出典：H19～H21年度「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」

(厚生労働科学研究 主任研究者 齋藤 万比古)

わが国の「ひきこもり」の推計数

＜把握の方法＞

全国11地域の住民から無作為に選択した4,134名を対象に、訓練を受けた調査員の戸別訪問による直接面接を実施。(平成14年～平成17年度に、世界精神保健日本調査と合同で実施)

＜調査の結果＞

・対象者のうち、20～49歳の者(1,660名)の中で、過去にひきこもりを経験したことのある者：1.14%

・面接を受けた対象者全員(4,134名)の中で、現在ひきこもり状態にある子どものいる世帯：0.56%

(全国推計では約26万世帯)

出典：H18年度「こころの健康についての疫学調査に関する研究」(厚生労働科学研究 主任研究者 川上 憲人 研究協力者 小山 明日香)

ひきこもりに関する施策(平成22年度予算案)

施策の概要・平成22年度予算案など

担当部局・課室

・ひきこもり対策推進事業(セーフティネット支援対策等事業費補助金240億円の内数)

都道府県・指定都市にひきこもり対策を推進するための核となる「ひきこもり地域支援センター」を整備し、第1次相談窓口としての役割等を担う。

社会・援護局
総務課

・精神保健福祉センター・保健所関連(精神保健福祉センター特定相談等事業費 96百万円の内数等)

精神保健に関する相談窓口における「ひきこもり」の相談。

・思春期精神保健対策研修会関連(PTSD・思春期精神保健対策事業費 18百万円の内数)

「ひきこもり」を含む思春期精神保健の専門家の養成。

社会・援護局
障害保健福祉部
精神・障害
保健課

・ふれあい心の友訪問援助・保護者交流事業(児童虐待・DV対策等総合支援事業25億円の内数)

コーディネーターの支援の下、ボランティア(学生等)による家庭等の訪問や保護者を対象に講習会・グループワーク等を実施。

・ひきこもり等児童宿泊等指導事業(児童虐待・DV対策等総合支援事業25億円の内数)

一時保護所等における集団的な生活指導・心理療法等の実施。

雇用均等・
児童家庭局
家庭福祉課

・地域若者サポートステーション事業(18.5億円)

ニート等の若者を対象に、地方自治体との協働により「地域若者サポートステーション」を設置し、専門的な相談等を実施。

・「若者自立塾」事業(1.8億円)

若者自立塾は、平成21年度をもって廃止。予算案は21年度入塾者に係る経過措置関係経費のみを計上。22年度は本事業に代わり、新たに緊急人材育成支援事業による基金訓練スキームを活用した合宿型自立支援プログラムを実施する予定。

職業能力開発局
育成支援課
キャリア形成
支援室

ひきこもり地域支援センターの概要

課題

- ①ひきこもり本人や家族が十分に相談できずにいるのではないか。
- ②関係機関のネットワークが十分に形成されていないのではないか。
- ③本人や家族にひきこもり施策等の情報が届いていないのではないか。



各都道府県・指定都市に、ひきこもり本人や家族等からの相談等の支援を行う「ひきこもり地域支援センター」を整備。

○「ひきこもり支援コーディネーター(社会福祉士、精神保健福祉士等)」を置き、次の事業を行う。

①第1次相談窓口



ひきこもり本人、家族等からの電話・来所・訪問等による相談に応じるとともに、対象者の状態に応じて、医療・教育・労働・福祉などの適切な関係機関へつなげる。

②他の関係機関との連携



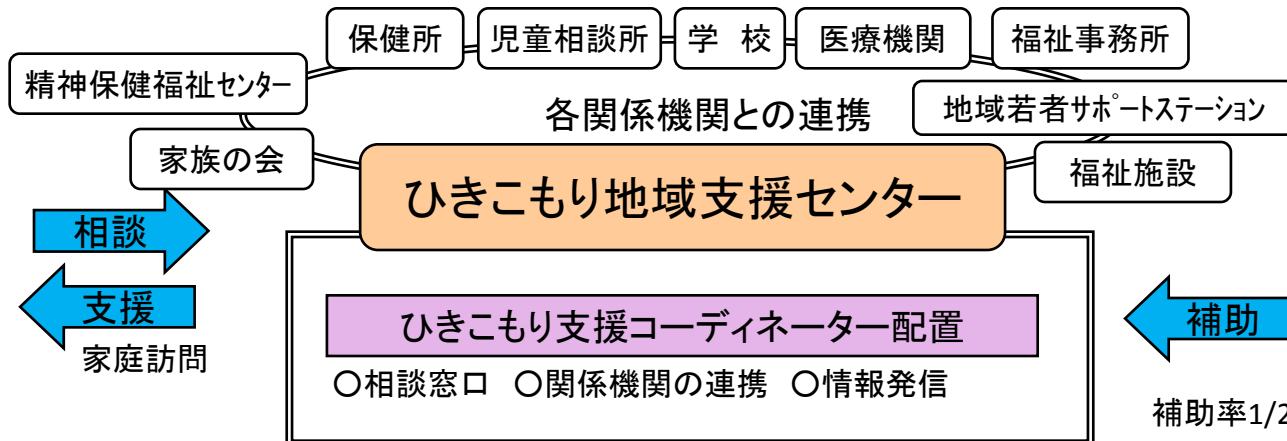
対象者の状態に応じた適切な支援を行うため、関係機関からなる連絡協議会を設置し、情報交換等各機関間で恒常的な連携を図る。

③情報発信



リーフレットの作成等により、ひきこもり問題に対する普及啓発を図るとともに、地域におけるひきこもりに係る関係機関・事業紹介などの情報発信を行う。

ひきこもり地域支援センターの概念図



○普及・啓発等
国

(注1)実施主体:都道府県・指定都市(運営委託可)

(注2)1か所あたり事業費1400万円(児童期・成人期の2機能を持たせた場合)

ひきこもり本人又は家族



地域若者サポートステーション事業

20年度予算額 13.5億円

21年度予算額 17.4億円

22年度予定額 18.5億円

《趣旨・目的》

ニート等の若者の自立を支援するためには、各人の置かれた状況に応じて個別・継続的に包括的な支援を行うことが必要である。このため、地方自治体との協働により、地域の若者支援機関からなるネットワークを構築し、その拠点として「地域若者サポートステーション」を運営している。平成22年度は、この設置拠点を拡充するとともに、高校中退者等を対象とした訪問支援（アウトリーチ）による学校教育からの円滑な誘導、学力を含む基礎力向上に向けた継続的支援に取り組むなど、ニート等の若者の職業的自立支援を強化することとする。

- ニート等の若者の自立を支援するため、地方自治体との協働により「地域若者サポートステーション」（通称：サポステ）を設置（19年度 50か所→20年度 77か所→21年度 92か所→22年度予算案100か所）
 - 若者の置かれた状況に応じた専門的な相談、地域におけるネットワークの中核として各支援機関への適切な誘導の実施
- ※のべ来所者数：35,179名（18年度）、144,171名（19年度）、202,112名（20年度）
※利用開始から6か月経過時点の就職等進路決定者の割合：
26.2%（18年度）、26.8%（19年度）、28.0%（20年度）

《22年度事業計画（概要）》

① 相談支援事業（拡充）

支援対象者に対して当初の相談から自立支援まで一貫した支援を行うとともに、地域の若者支援機関によるネットワークを活用し、必要な支援が継続的に受けられるよう、専門機関への誘導（リファー）、支援状況のフォローを行う。
また、訪問支援担当のキャリア・コンサルタント1名を配置し、進路の決まっていないう高校中退者等を対象とした自宅等への訪問支援（アウトリーチ）を新たに実施する（50か所）。

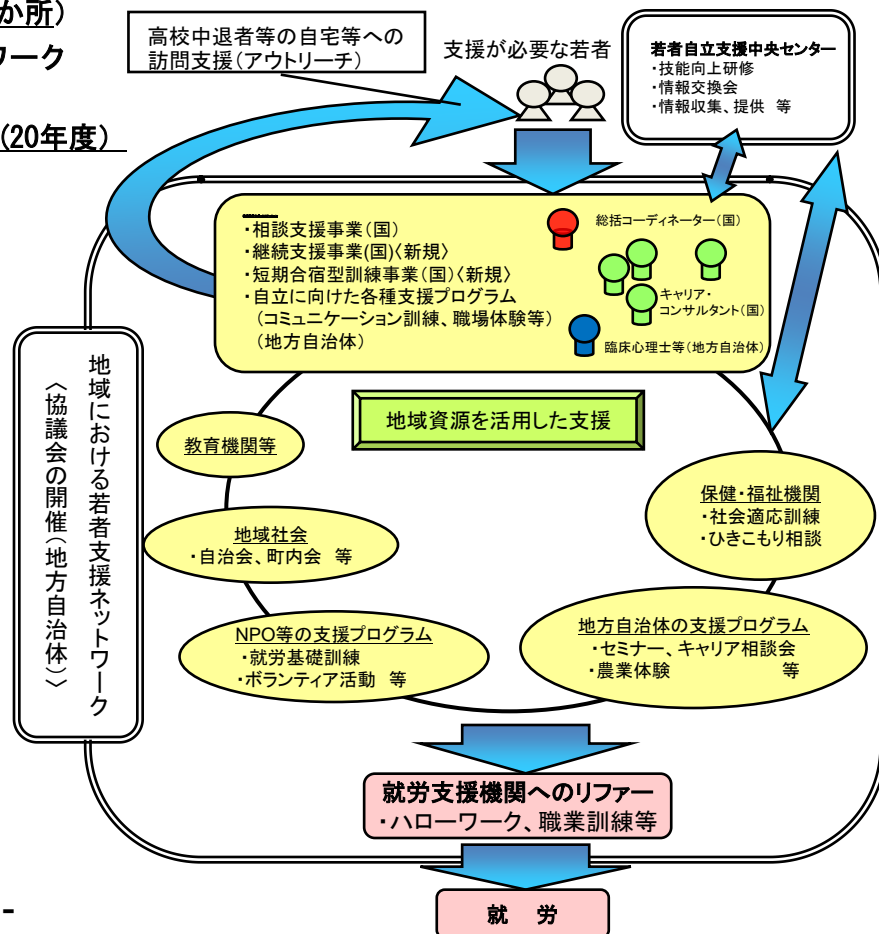
② 継続支援事業（新規）

サポステの自立支援プログラムの一環として、高卒学歴・高卒相当学力取得を当面の目標に設定する者を対象に、学び直し（定時制・通信制高校や高認試験の受験等）に向けた学習支援や進路相談等を含む総合的・継続的支援を行う（5か所）。

③ 短期合宿型訓練事業（新規）

サポステの自立支援プログラムの一環として、特に生活面の基礎形成等が求められる者を対象に、おむね1週間以内の短期合宿型訓練を行い、生活訓練等のプログラムを提供する（5か所）。

ネットワークを活用した若者の職業的自立支援の流れ



2. 医療 (1) 病院・診療所

概要

- 設置主体: 地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、個人等
- 法的根拠(精神保健医療業務に関するもの): 精神保健福祉法、健康保険法等
- 財源: 医療保険
- 設置数: 精神科病床を有する病院1,666か所(平成20年現在)
精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする診療所3,193か所(平成20年現在)
- 訪問に関する業務:
 - ・精神科医師による往診、訪問診療
 - ・看護職員(訪問看護部門又は外来、病棟部門等の職員)による訪問看護
- 人員配置: 医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士 ※精神科訪問看護・指導料が算定できる職種

訪問支援の仕組み

- ◆ 訪問看護等(※医療保険の精神科訪問看護・指導料の場合。)
 - ・精神科医師の指示を受けて、精神障害者である入院中以外の患者又はその家族に対し、患家を訪問して看護及び社会復帰に関する支援等を行う。
具体的には、
 - ・日常生活の維持、生活技能の獲得・拡大
 - ・対人関係の維持、構築
 - ・家族関係の調整
 - ・精神症状の悪化や増悪を防ぐ
 - ・身体症状の発症や進行を防ぐ
 - ・社会資源の活用 等
 - ・入院中の患者の退院に先立ち、患家等を訪問して退院後の療養上必要な支援や調整を行う。
- ◆ 往診・訪問診療
 - ・患者の求めに応じて又は定期的・計画的に患家に訪問して診療を行う。
- ◆ 利用者の負担
 - ・医療保険や介護保険の一部自己負担があるが、自立支援医療の給付により負担軽減がある。
 - ・交通費: 医療保険の場合は実費相当額を、介護保険の場合は通常の事業の実施地域を越えて訪問看護を行った場合に支払いを受けることができる。

精神科訪問看護に係わる報酬(平成22年度時点)

精神科を標榜する保険医療機関

精神科退院前訪問指導料	380点	
	6ヶ月未満退院患者 3回まで	6ヶ月以上入院患者 6回まで
複数職共同加算	320点	
精神科訪問看護・指導料Ⅰ	575点	
	退院後3ヶ月以内 5回/週まで	退院後3ヶ月超え 3回/週まで
	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	
複数名訪問加算	450点	
急性増悪期算定	1) 急性増悪日から連続7日間以内 (1回/日) 2) 上記より1ヶ月以内の連続7日間以内 (1回/日) ※1)は医師の直接診察による指示が必要	
精神科訪問看護・指導料Ⅱ	160点 (3回/週まで)	
	精神障害者施設入所中の複数患者への指導	
時間加算	3時間超えは40点/時を加算 (8時間以内)	
精神科退院指導料	320点 (1回)	
24時間対応体制加算	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
24時間連絡体制加算	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	

訪問看護ステーション (医療保険)

精神科退院前訪問指導料	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
複数職共同加算	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
訪問看護基本療養費 (Ⅰ)	5,550円(週3日目まで)	5,050円(週3日目まで)
<訪問看護管理療養費>	6,550円(週4日目移行)	6,050円(週4日目移行)
初日: 7,300円 2日目以降12日目まで: 2,950円	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	准看護師
複数名訪問加算	4,300円 (1回/週まで) ※看護師と准看護師の場合は3,800円	
特別訪問看護指示算定	急性増悪時には指示のあった日から起算して14日を限度として算定できる (1回/月) ※特別訪問看護指示書の交付が必要	
訪問看護基本療養費 (Ⅱ)	1,600円 (3回/週まで)	
	保健師、看護師又は作業療法士による精神障害者施設入所中の複数患者への指導	
時間加算	3時間超えは400円/時を加算 (8時間以内)	
退院時共同指導加算	6,000円 (1回)	
24時間対応体制加算	5,400円 (1回/月)	
24時間連絡体制加算	2,500円 (1回/月)	

医療機関における精神科訪問看護の実施状況

精神科訪問看護・指導実施件数の年次推移

	施設数		実施件数	
	病院	一般診療所	病院	一般診療所
平成11年度	709	208	28,308	3,382
平成14年度	727	236	39,462	6,072
平成17年度	826	304	56,051	10,330
平成20年度	878	348	76,225	15,379

※医療施設調査(各年9月1ヵ月間)

※実施件数は上記期間内の訪問看護実施回数

在宅診療に関する診療報酬

往診料	患家の求めに応じて 患家に赴き診療	720点	主な加算		
			在宅療養支援 診療所・病院	それ以外	
			緊急	650点	325点
			夜間	1,300点	650点
深夜	2,300点	1,300点			
在宅患者 訪問診療料	在宅での療養患者に 定期的に訪問して診療 (特定の疾患・病状を除き 週3回を限度)	830点 200点	(同一建物居住者以外) (同一建物居住者)		
在宅時 医学総合 管理料	在宅療養を行う通院困難な 者に、計画的な医学管理の 下に月2回以上の定期的な 訪問診療を実施	在宅療養支援 診療所・病院	4,200点 4,500点	(処方せん交付) (なし)	
		それ以外	2,200点 2,500点	(処方せん交付) (なし)	

在宅療養支援診療所・病院

患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する医療機関

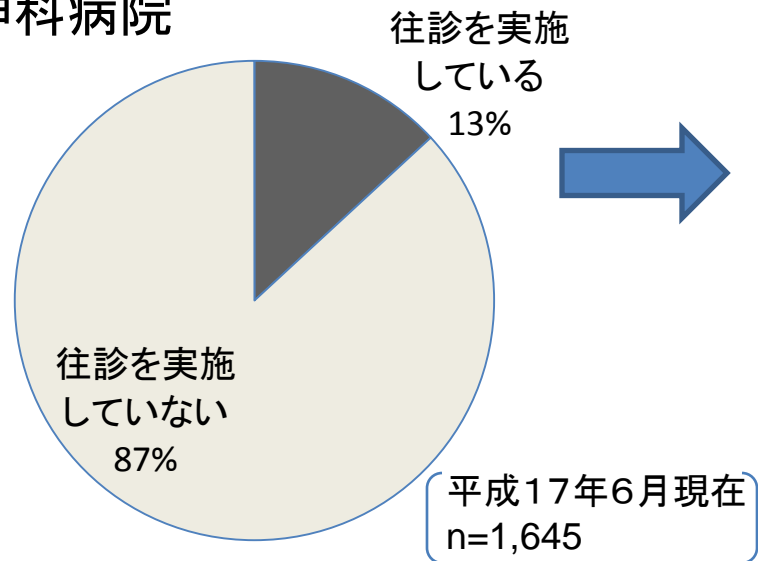
<要件>

- ・24時間連絡を受ける連絡先を患家に提供
- ・24時間往診可能な体制の確保
- ・24時間訪問看護可能な体制の確保
- ・緊急時の入院体制の整備（在宅療養支援診療所では連携機関でも可）
- ・連携機関との情報共有

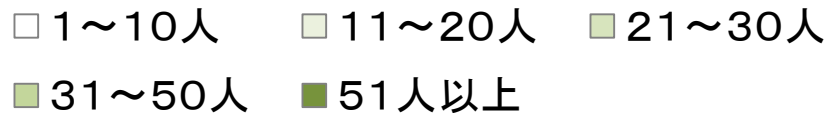
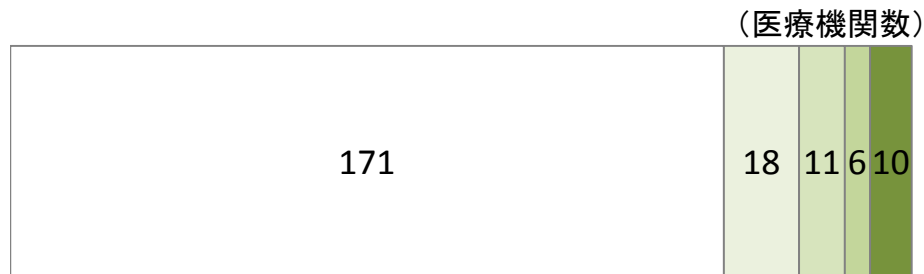
※在宅療養支援病院は、200床未満、又は、半径4km以内に他の診療所がない病院に限る 等

精神科医療機関における往診の実施状況

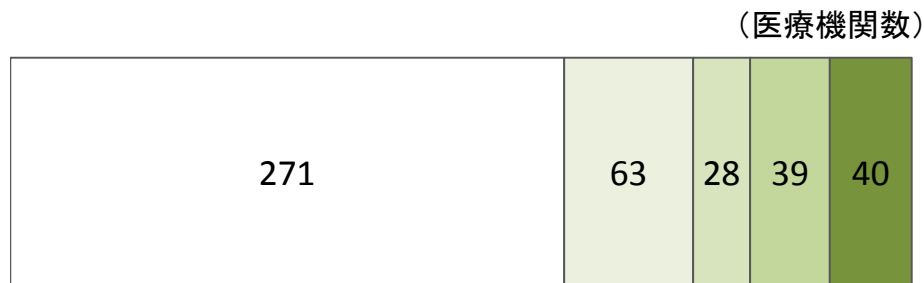
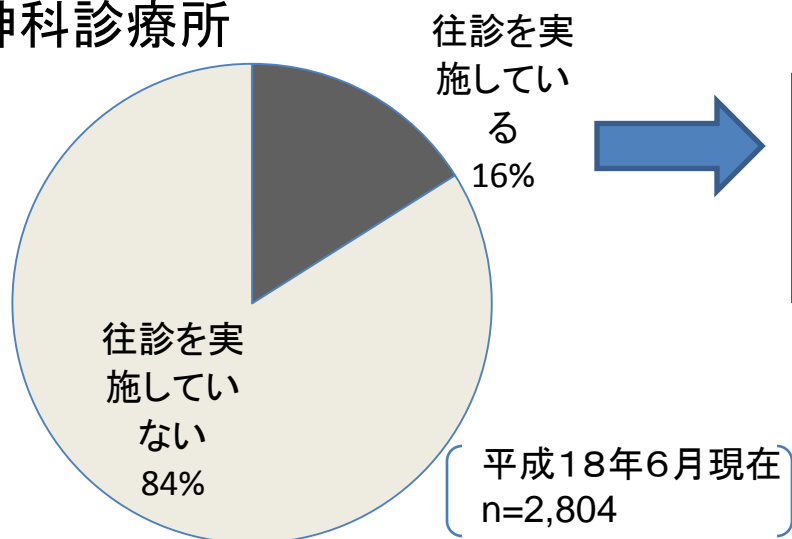
精神科病院



1ヶ月の延べ実施人数

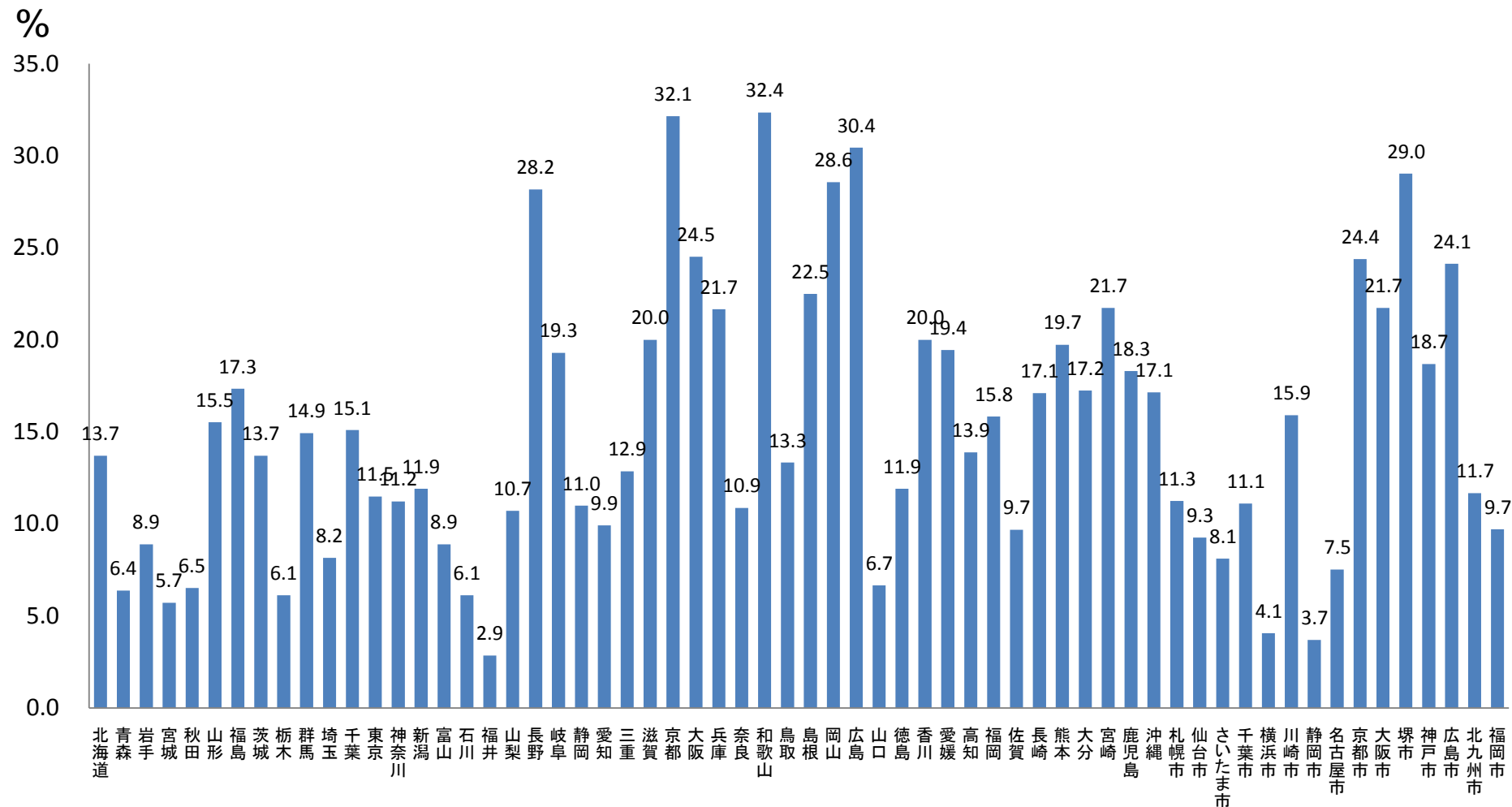


精神科診療所



(精神・障害保健課調べ)

往診を実施する精神科医療機関の割合（都道府県別）



※平成17年6月に1回以上往診を実施した病院数と、平成18年6月に1回以上往診を実施した診療所数を合算したもの

(精神・障害保健課調べ)

精神病床の現状

H21年7月1日現在(中医協調査)

特定入院料 (153,845 + α 床)

精神科救急入院料(64医療機関 3,347床)
精神科救急・合併症入院料 (3医療機関 124床)
精神科急性期治療病棟入院料 (262医療機関 13,042床)
認知症病棟入院料 (450医療機関 31,290床) <H22から認知症治療病棟に名称変更>
老人性認知症疾患療養病棟【介護保険】(3,017床※※)
精神療養病棟入院料 (827医療機関 103,025床)

精神病棟入院基本料 (184,873床)

10:1 (12医療機関 381床※)
15:1 (1078医療機関 141,800床※)
18:1 (126医療機関 22,242床※)
20:1 (69医療機関 9,741床※)
特別入院基本料 (50医療機関 7,763床※)

特定機能病院 入院基本料 (3,398床)

7:1 (4医療機関 98床※)
10:1 (4医療機関 153床※)
15:1 (65医療機関 2,938床※)

小児入院医療管理料4
(病床数不明)

特殊疾患病棟入院料2
5,459床

児童・思春期精神科
入院医療管理加算
(20医療機関 800床)
<入院料に加算>

注 破線は精神病床以外も含む

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは一致しない)

※※ 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)

精神科入院に係る診療報酬と主要要件①

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数					
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,311点	※初期加算 465点 (~14日)				
		看護 10:1				1,240点	250点 (15~30日)				
		看護 13:1				920点	125点 (31~90日)				
		看護 15:1		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		・特記なし	800点	10点 (91~180日)			
									看護 18:1	712点	3点 (181日~1年)
									看護 20:1	658点	
									看護 25:1	550点	※初期加算あり
		精神療養病棟入院料		指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1		看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1人	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,050点 (GAFスコア41以上) 1,090点 (GAFスコア40以下)	
認知症治療病棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,450点 (~60日) 1,180点 (61日~)					
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,070点 (~60日) 970点 (61日~)					

精神科入院に係る診療報酬と主要要件②

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヵ月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,251点 (～30日) 2,831点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヵ月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3ヵ月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,920点 (～30日) 1,600点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人				1,820点 (～30日) 1,500点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている		精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症治療病棟入院料 精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) を算定する患者			350点

2. 医療 (2) 訪問看護ステーション

概要

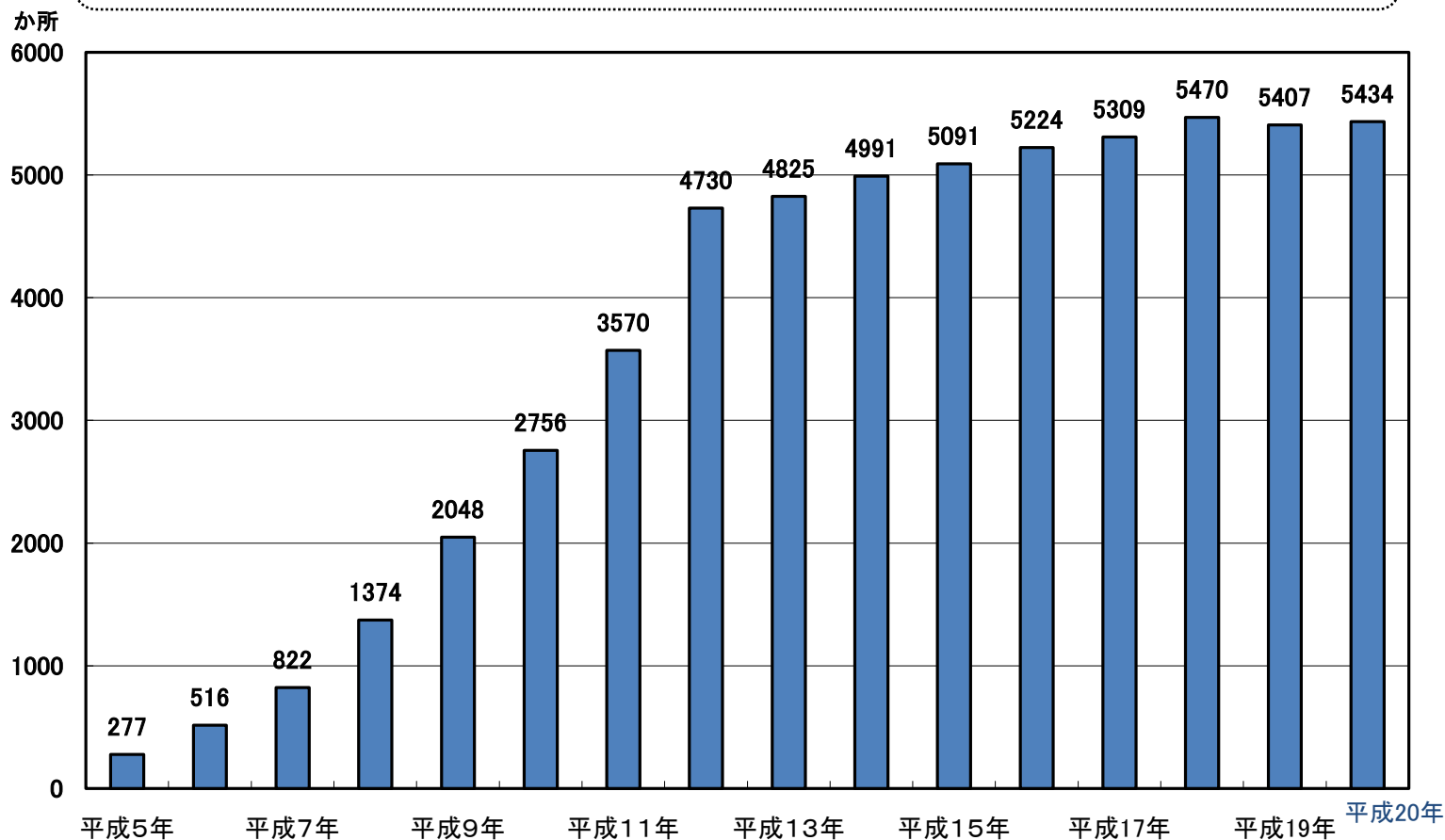
- 設置主体: 地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、その他厚生労働大臣が定める者
(※財団法人やNPO法人の他に、株式会社、有限会社など営利目的の法人も含まれる。)
- 法的根拠: 介護保険法、健康保険法等
- 財源: 介護保険、医療保険
- 設置数: 5,499か所
- 精神科訪問看護に関する業務:
 - ・精神疾患が主病名である利用者が1名以上いるステーションは全体の49.4%。
(平成21年度障害者保健福祉推進事業、全国訪問看護事業協会)
- 人員配置: 管理者(原則として、保健師か看護師※)
看護職員2.5人以上(保健師、助産師、看護師、准看護師/常勤換算)、必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士※健康保険法に基づく指定訪問看護事業のみを行う場合には助産師が管理者となることができる。

訪問支援の仕組み

- ◆主治医が交付した訪問看護指示書に基づき、基本的には患者宅を訪問して看護及び支援を行う。
具体的には、
 - ・日常生活の維持、生活技能の獲得・拡大
 - ・対人関係の維持、構築
 - ・家族関係の調整
 - ・精神症状の悪化や増悪を防ぐ
 - ・身体症状の発症や進行を防ぐ
 - ・社会資源の活用 等
- ◆24時間対応又は24時間連絡体制を評価している。
- ◆利用者の負担
 - ・医療保険や介護保険の一部自己負担があるが、自立支援医療の給付により負担軽減がある。
 - ・交通費: 医療保険の場合は実費相当額を、介護保険の場合は通常の事業の実施地域を越えて訪問看護を行った場合に支払いを受けることができる。

訪問看護ステーション数の年次推移

平成4年の訪問看護ステーションの制度化以来、訪問看護ステーションの件数は増加してきているが、介護保険制度が導入された平成12年以降の伸びは鈍化している。

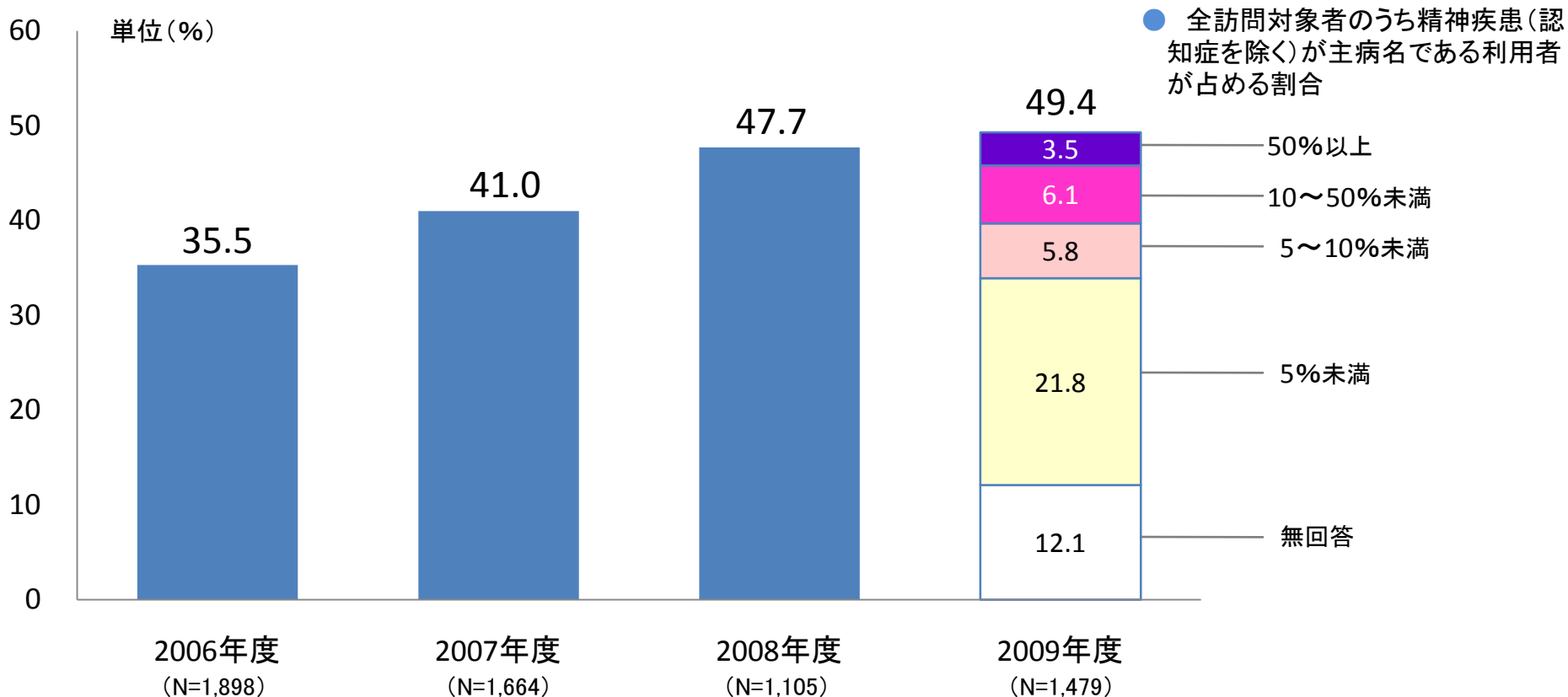


平成5年～11年(10月1日):訪問看護実態調査(統計情報部)

平成12年～20年(10月1日):介護サービス施設・事業所調査(統計情報部)

精神障害者の訪問看護を実施する訪問看護ステーションの割合

医療保険または介護保険による訪問看護で、
精神疾患（認知症を除く）が主病名である利用者が1名以上いる事業所



- ・2006年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討,平成18年度報告書 委員長:上野桂子
- ・2007年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」,主任研究者:萱間真美.
- ・2008年度 萱間真美:「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」,厚生労働科学特別研究事業(速報)
- ・2009年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」,主任研究者:萱間真美.

精神科医療機関等の従事者数

●精神科病院の従事者数

単位(人)

総数		医師		看護師		准看護師		看護補助者		精神科ソーシャルワーカー				作業療法士		臨床心理技術者	
										常勤	非常勤	うち、精神保健福祉士	常勤				
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤										
169,354	22,715	9,635	9,535	60,225	4,010	46,676	4,003	39,523	3,877	6,141	179	5,663	145	5,361	297	1,793	814

※平成18年6月30日現在、精神・障害保健課調べ(精神科病院数:1,645施設)

●精神科診療所等の従事者数

単位(人)

総数		医師		看護師		准看護師		看護補助者		精神科ソーシャルワーカー				作業療法士		臨床心理技術者	
										常勤	非常勤	うち、精神保健福祉士	常勤				
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤										
10,749	6,317	3,165	2,363	4,046	1,253	1,290	617	/	/	1,107	264	949	210	435	70	706	1,750

※平成18年6月30日現在、精神・障害保健課調べ(精神科診療所数:2,804施設)

●訪問看護ステーションの従事者数(※訪問看護ステーションに従事する者の総数であり、精神疾患以外に従事する者を含む。)

単位(人)

総数			保健師			助産師			看護師			准看護師			理学療法士		
			常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤
16,264	8,518	17,537	341	203	155	20	24	19	11,978	4,817	11,446	1,599	403	1,536	987	1,405	2,215
			作業療法士			言語聴覚士			その他職員			サテライト事業所の職員(再掲)			/		
			常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤	常勤	兼務	非常勤			
510	610	924	26	131	171	617	825	879	186	100	192						

※平成20年10月1日現在、介護サービス施設・事業所調査(訪問看護ステーション数:5,434事業所)

注:1 介護予防サービスを一体的に行っている事業所の従事者を含む。

2 介護予防サービスのみ行っている事業所は対象外としている。

3. 福祉 (1) 相談支援事業所

概要

- 設置主体: 自治体及び社会福祉法人等
- 法的根拠: 障害者自立支援法
- 財源: 自立支援給付＋一般財源＋補助金
- 精神障害者に関する業務:
 - ・基本的には3障害の相談に対応することとなっているが、事業所の特性により精神障害者の相談に力を入れている所がある。
- 設置数: 指定相談支援事業所数 2,913ヶ所、相談支援専門員 4,908人〈平成21年4月現在〉
- 人員配置: 管理者、専従の相談支援専門員(いずれも兼務可)

相談や訪問支援の仕組み

- ◆ 市町村からの委託により、来所、訪問等により相談に対応する。
 - ・障害福祉サービスの利用に関する情報提供、助言などの相談支援
- ◆ サービス利用計画の作成(地域生活移行希望者など手厚い支援を要する者のみが対象)
- ◆ 障害福祉サービス利用等に係る関係機関の調整を行う

※利用者負担は無料

3. 福祉 (2) 地域活動支援センター

概要

- 設置主体: 自治体及び社会福祉法人等
- 法的根拠: 障害者自立支援法
- 財源: 一般財源＋補助金
- 精神障害者に関する業務:
 - ・基本的には3障害の相談に対応することとなっているが、事業所の特性により精神障害者の相談に力を入れている所がある。
- 設置数: 2,267ヶ所(平成20年10月現在)
- 人員配置: 施設長1、指導員2以上(施設長は指導員との兼務可)

相談や訪問支援の仕組み

- ◆ 精神障害者地域生活支援センターは地域活動支援センター(I型)に移行している例が多い。
(注) I型は、相談支援事業を併せて実施(又は受託)することが要件
- ◆ I型では精神保健福祉士等が職員として配置され、専門的な相談支援、来所できない者や家族への支援として訪問による相談対応を実施 3ヶ所(平成20年4月2,913ヶ所)
 - ・ 障害福祉サービスの利用に関する情報提供、助言などの相談支援
- ◆ 創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等の便宜を供与
- ◆ 地域の実情に応じ、市町村がその創意工夫により柔軟な運営、事業実施が可能

※相談に関する利用者負担は無料

障害福祉関係事業所等の従事者数

単位(人)

	総数		施設長		サービス管理 責任者		生活指導・ 支援員等		職業・作業 指導員		精神保健福祉士		保健師・助産 師・看護師		その他	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
地域活動支援 センター	7,022	1,865	1,314	79	226	5	2,160	624	1,447	415	747	72	128	74	1,000	596
福祉ホーム	265	62	90	4	11	1	64	13	10	0	9	1	0	0	81	43
精神障害者福祉 ホーム(B型)	491	31	101	0	4	0	208	13	7	0	125	0	15	1	31	17
精神障害者 生活訓練施設	1,542	77	224	0	11	0	663	18	19	0	385	2	46	2	194	55
精神障害者 授産施設(通所)	1,092	120	173	0	10	0	105	7	417	50	213	2	4	4	170	57
精神障害者 授産施設(入所)	153	8	20	0	0	0	19	1	67	1	24	0	0	0	23	6
精神障害者小規模 通所授産施設	579	165	166	6	10	1	96	34	168	88	115	7	2	1	22	28
精神障害者 福祉工場	71	9	10	0	0	0	6	0	23	3	0	2	9	0	23	4

※平成20年10月1日現在、社会福祉施設等調査報告(従事者数は常勤換算数)

相談支援事業所	相談支援専門員
	4,908

※平成21年4月現在、障害福祉課調べ(指定相談支援事業所数:2,913か所)

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において 障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律案の概要

① 趣旨

- － 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策の見直すまでの間における障害者等の地域生活支援のための法改正であることを明記

② 利用者負担の見直し

- － 利用者負担について、応能負担を原則に
- － 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減

③ 障害者の範囲の見直し

- － 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化

④ 相談支援の充実

- － 相談支援体制の強化(市町村に総合的な相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け)
- － 支給決定プロセスの見直し(サービス利用計画案を勸案)、サービス利用計画作成の対象者の大幅な拡大

⑤ 障害児支援の強化

- － 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実
(障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ など)
- － 放課後型のデイサービス等の充実

⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実

- － グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設
- － 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設(個別給付化)

(その他)(1)「その有する能力及び適性に応じ」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業への格上げ
(3)放課後等デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、
(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討

基幹相談支援センター

設置できる者

- 市町村
- 市町村が委託する者
(社会福祉法人、NPO等)

※設置するかどうかは市町村の任意

《基幹相談支援センター》

○ 身体障害者、知的障害者、精神障害者の相談を総合的に行う

地域における相談支援の中核的な役割を担う機関

(基幹相談支援センターが行う業務のイメージ)

- 自ら、障害者等の相談、情報提供、助言を行う。
- 地域の相談支援事業者間の連絡調整や、関係機関の連携の支援を行う。

相談支援の見直しについて

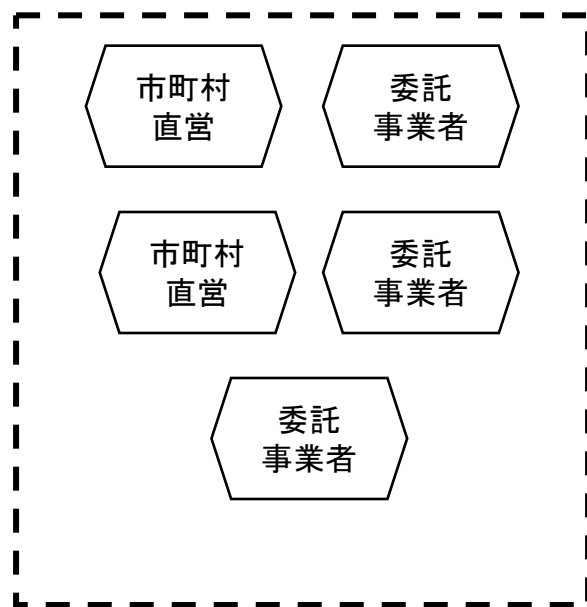
一般的な相談支援

- 障害者等からの相談に応じ、必要な情報提供や助言等を行う。
- 市町村の直営の場合と、事業者に委託して実施する場合がある。
(全部又は一部を委託している市町村が78%)

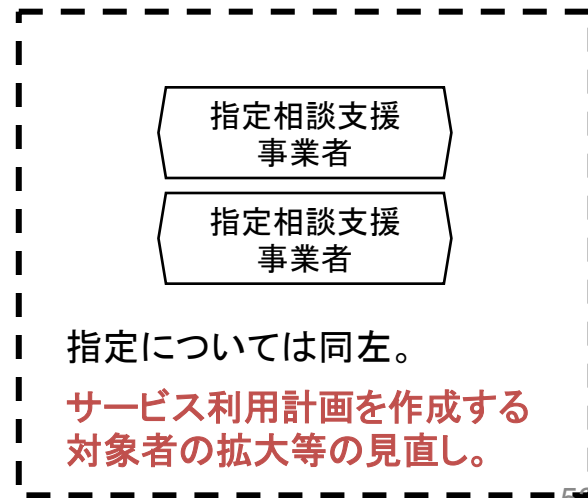
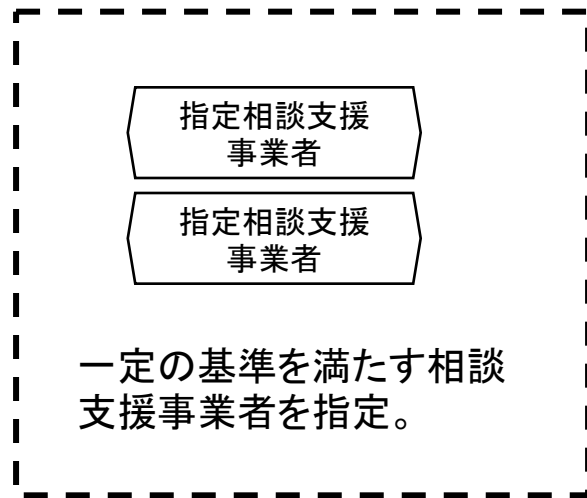
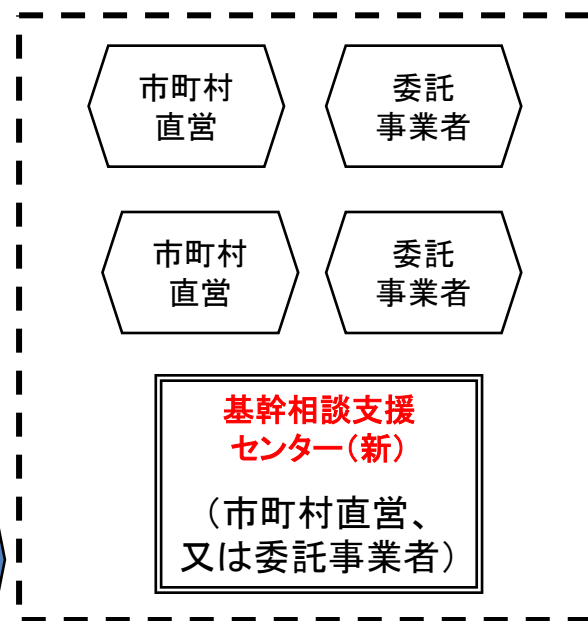
サービス利用計画作成

- 個々の障害者が必要とする障害福祉サービスの利用計画を作成する。

現 行



見直し後



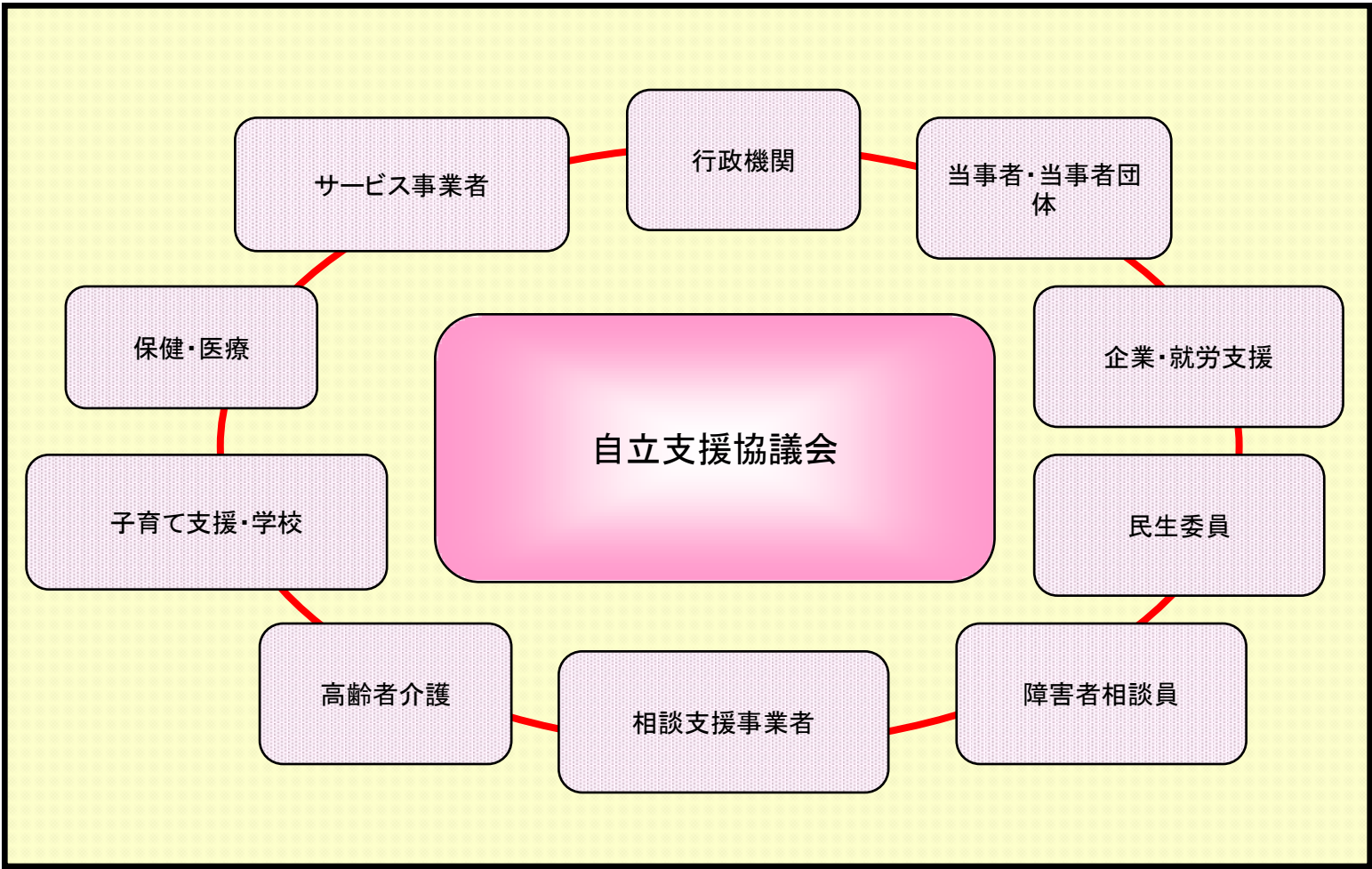
自立支援協議会について

- 障害者の生活を支援してゆくためには、障害福祉サービス事業者や、教育や就労を含め、関係者が地域の支援体制の整備について連絡、協議を行うことが重要。
- 地域の障害者の支援体制で課題となっていることについて情報共有、連携の緊密化を図り、地域の支援体制の整備を図ることが必要。
(地域づくりの核)
 - 各地域の障害福祉計画に反映させる。
- ※ 自立支援協議会に、施設入所の判定をさせる等の権限を持たせることを意図したものではない。
- ※ 地方障害者施策推進協議会等との連携など、市町村の実情に応じた設置・運営方法を可能とする。

(参考)

- ・ 19年12月の与党PT報告「地域自立支援協議会の法令上の位置付けの明確化」を受け、社会保障審議会でも「法律上の位置付けを明確にすべき」とされている。
- ・ 自治体からも法定化すべきとの意見が寄せられている。

自立支援協議会を構成する関係者



地域移行支援・地域定着支援について

1. 地域移行支援

施設や病院に長期入所等していた者が地域での生活に移行するためには、住居の確保や新生活の準備等について支援が必要。

→ 現行の「精神障害者地域移行支援特別対策事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を個別給付に。

2. 地域定着支援

居宅で一人暮らししている者については、夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制が必要。

→ 現行の「居住サポート事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を個別給付に。

(参考)

- ・ 社会保障審議会でも、地域における自立した生活の支援のためにこれらの支援を自立支援給付の対象とすべきとされている。

地域移行・地域生活のための支援

施設・病院内

地域

地域移行・地域生活のためのコーディネート機能

サービス利用計画

(退所・退院に向けたケアマネジメントを行い、地域生活への移行、定着を計画的に支援。)

地域移行・地域生活のための支援

地域移行支援

(地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援・入居支援等)

地域相談支援として
個別給付化

地域定着支援

(24時間の相談支援体制等)

地域移行・地域生活のための訓練

グループホーム等での体験宿泊

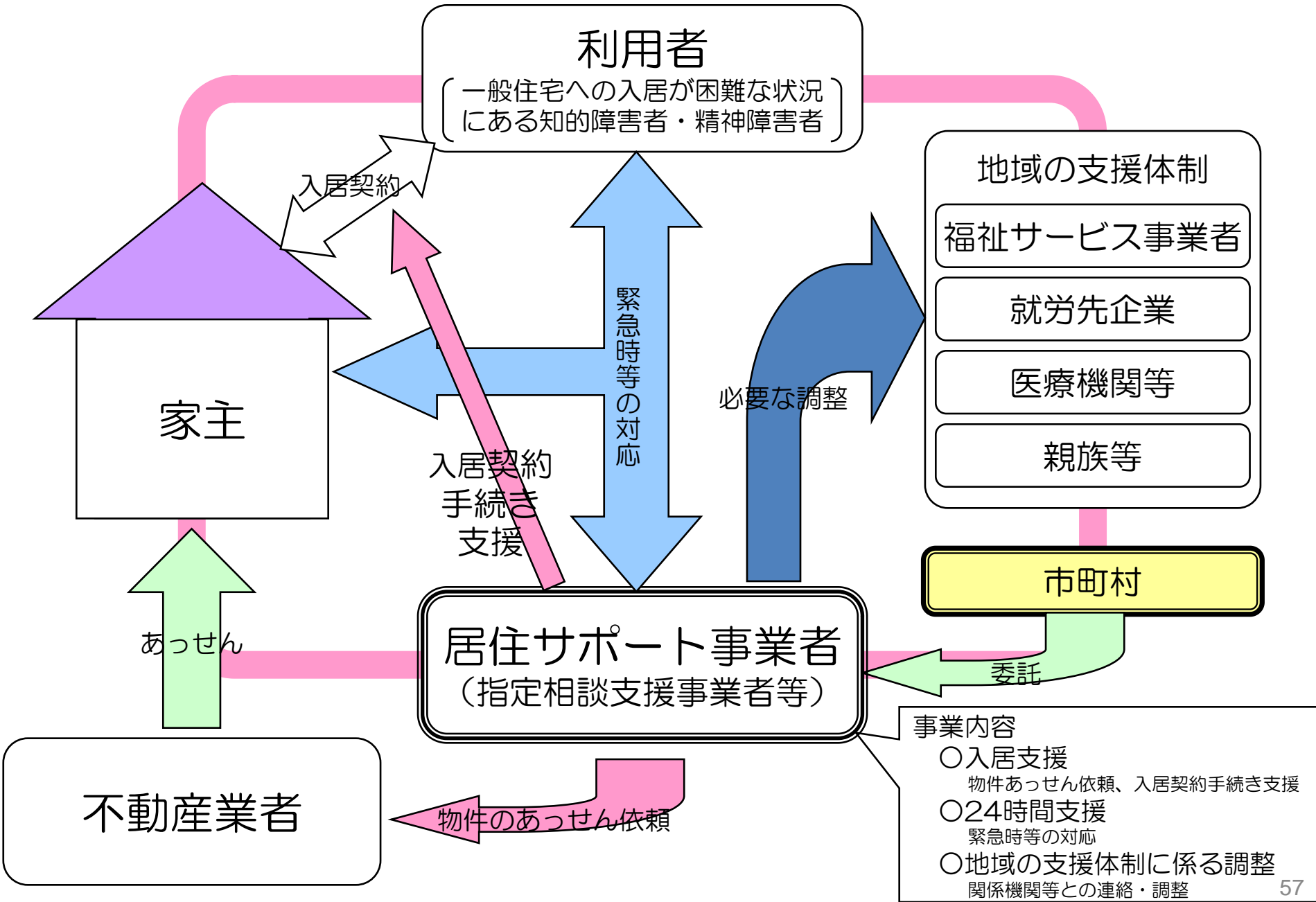
グループホーム・ケアホーム

自立訓練

既存の介護給付・訓練等給付サービスの利用

退所・退院を希望する者

現行の居住サポート事業（イメージ図）



地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

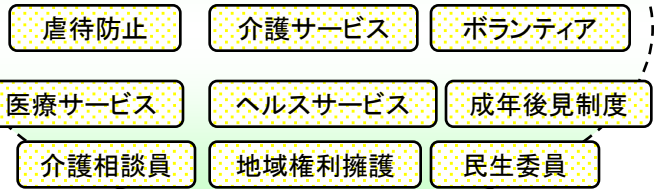
被保険者

総合相談・支援事業

虐待防止・早期発見、権利擁護

多面的(制度横断的)支援の展開

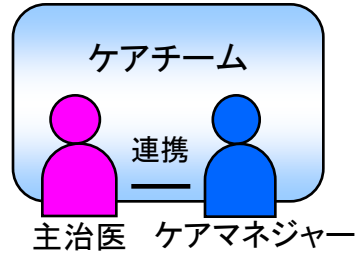
行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など必要なサービスにつなぐ



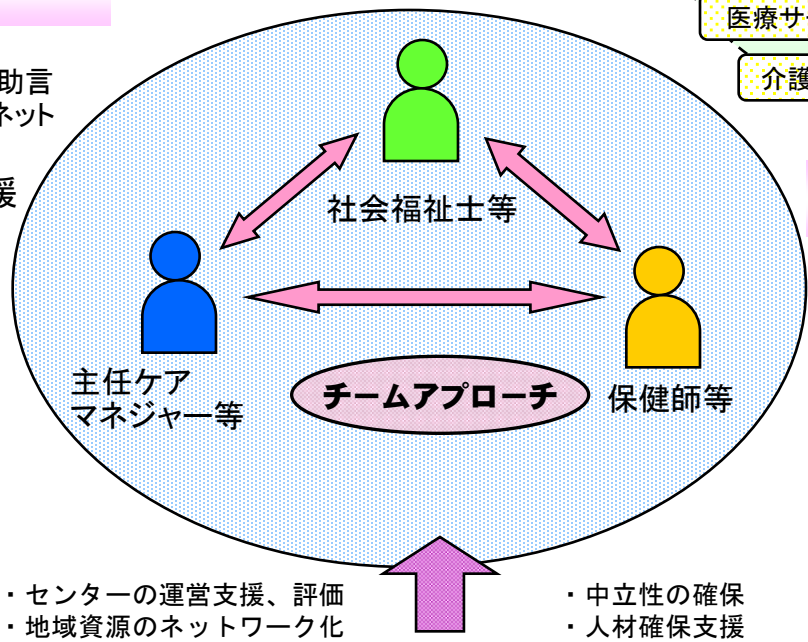
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

- ・日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言
- ・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築

多職種協働・連携の実現支援



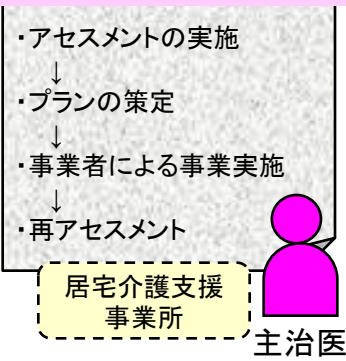
長期継続ケアマネジメント



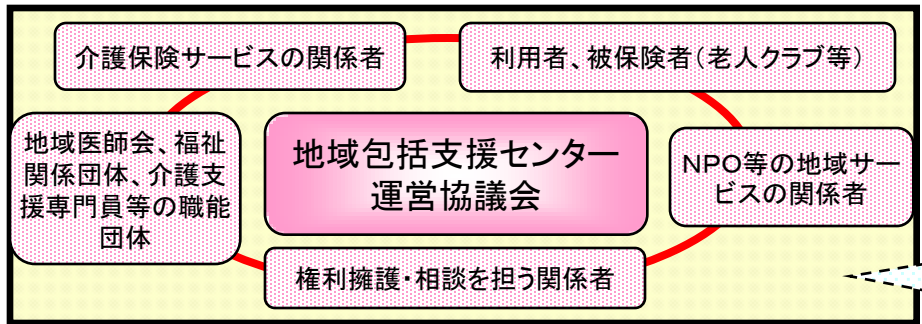
- ・センターの運営支援、評価
- ・地域資源のネットワーク化

- ・中立性の確保
- ・人材確保支援

介護予防ケアマネジメント事業



新予防給付・介護予防事業



⇒市区町村ごとに設置(市区町村が事務局)

包括的支援事業の円滑な実施、センターの中立性・公正性の確保の観点から、地域の実情を踏まえ、選定。

■地域包括支援センターの人員基準

■包括的支援事業に係る人員基準

◎第1号被保険者(65歳以上の高齢者)

3000人～6000人ごとに、保健師、
社会福祉士及び主任介護支援専門員
(準ずる者を含む)を最低限それぞれ
各1人

※小規模市町村の場合の例外措置あり

※この基準は最低基準であり、上記基準
を満たしておれば、上記資格以外の者で
あっても担当する専門知識を有すれば、
包括的支援事業に従事することは可能

+

■介護予防支援の人員基準

◎次に掲げる職種のうちから「必要な数」

[要件]

- ・保健師
- ・介護支援専門員
- ・社会福祉士
- ・経験ある看護師
- ・3年以上経験の社会福祉主事

※介護予防支援業務に従事するためには、
上記のいずれかの資格を有することが必要。

※ 地域包括支援センターは、介護予防支援事業所としての指定を受けており、いわば、包括的支援事業と介護予防支援業務(予防給付のケアマネジメント)の「2枚看板」となっている。人員基準についても、包括的支援事業に係る基準と介護予防支援に係る基準の2本立てとなっており、双方を満たす必要がある。

※ したがって、通常は単に3職種を置くのみだけでは不十分であり、介護予防支援を実施するための職員を置くことが必要となる。

※ 書類整理や報酬請求事務などの事務処理作業については、専門職種でなくとも実施することができる。

(3) サービス提供体制のあり方と 重症者等への地域での訪問支援の実施例

精神疾患における生活支援の意義

- ◆精神疾患では、疾患の症状により生活の機能が障害されることにより、治療の継続が難しくなるなど、病状にも悪影響をきたしがち。
- ◆疾患の治療と併せて、日常生活・社会生活の支援を行うことが、生活の質だけでなく、治療の継続にも良い影響。
- ◆医療モデル・社会モデルの両面から支援を行うため、保健医療職と、福祉職の、両方の価値観・技術を用いて支援を行う「多職種チーム」による支援が有効とされている。

(例)

英国での研究では、初回精神病エピソード患者に、以下のような包括的な支援を行うと、治療継続率、服薬アドヒアランス、社会機能、就労率、サービス満足度、QOLが、通常の治療よりも改善するとされている。(Garety et al.,BJP 2006; Craig et al., BMJ 2004)。

(包括的な支援の内容)

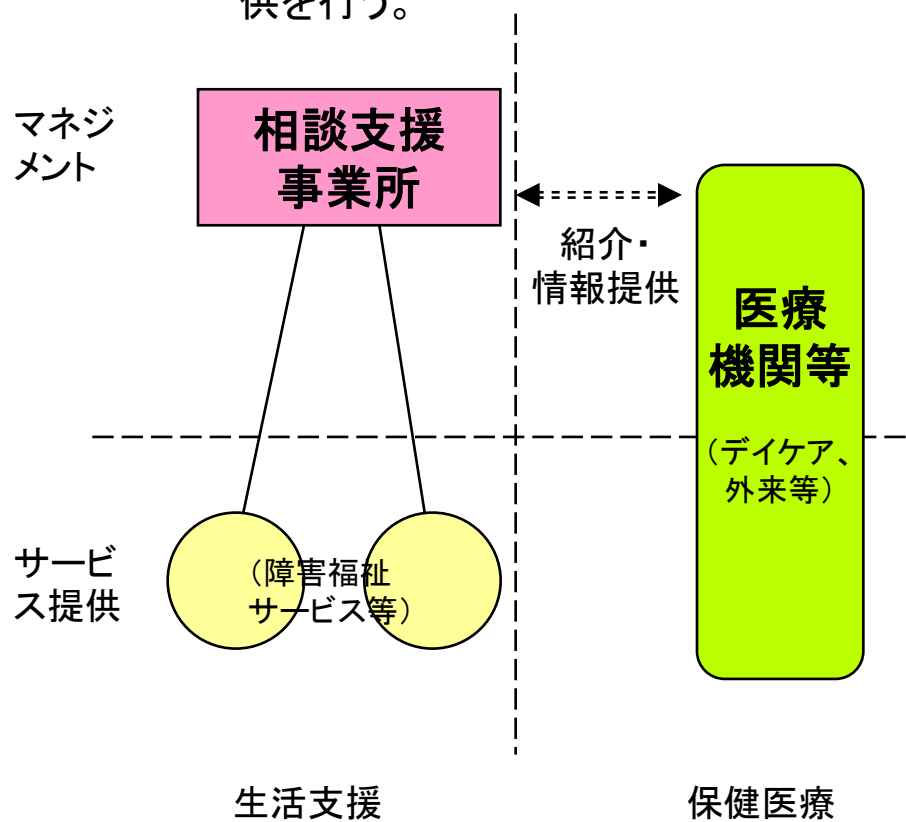
- ・ケアコーディネーターによる担当制の訪問型支援・治療
- ・ケアプランの作成、ケースマネジメント
- ・エンゲイジメントの重視
- ・家族支援の重視
- ・低用量単剤・薬物療法
- ・心理療法(CBT)
- ・就学・就労支援

サービス提供とマネジメント体制の例

精神障害者に対する多様なサービスをマネジメントするために、次のような体制を取ることが考えられる。特に、保健医療サービスと生活支援サービスをどのように連携して(又は一体的に)提供するかについては、様々なマネジメントのあり方が考えられる。

【パターンA: 福祉・医療分離型】

障害福祉サービス等の利用については、相談支援事業所によりマネジメントを行うと共に、定期的な通院等の医療サービスを行う医療機関等との間で、互いに情報提供を行う。



◆メリット

- ・地域生活支援における福祉サービスの提供が行いやすい。
- ・症状が落ち着いている者を対象とする場合、比較的調整のためのコストが小さく、それぞれの事業者にとってサービス提供が容易。

◆デメリット

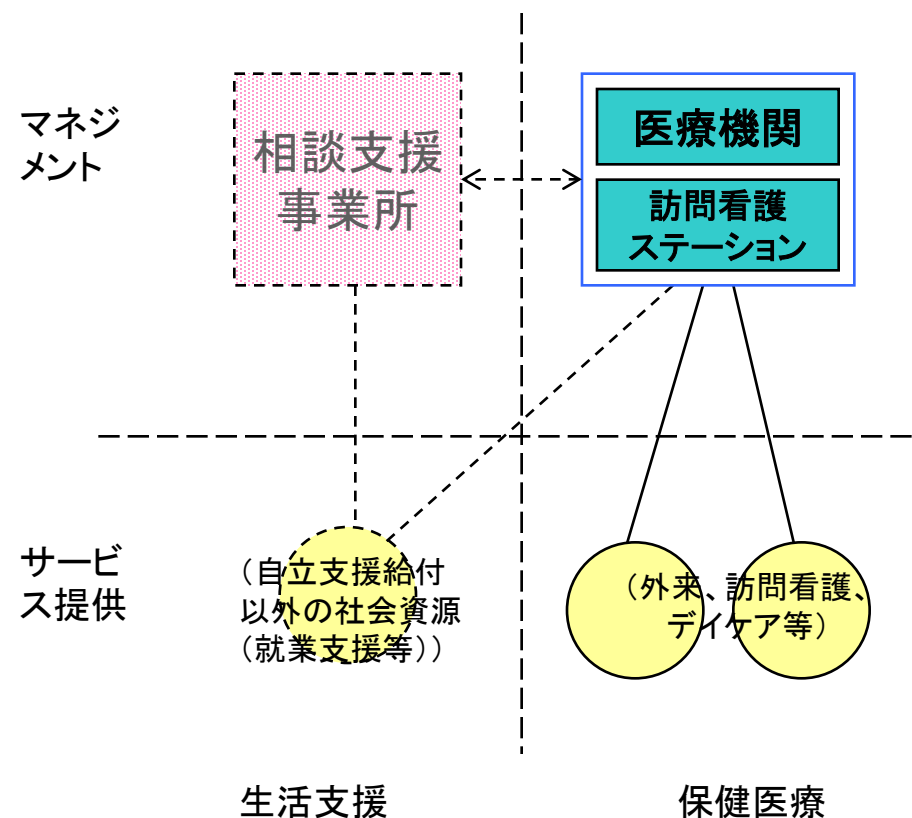
- ・関係機関の情報交換や連携が不足しがち。
- ・医療機関によるアセスメントが福祉サービスの提供に反映されにくい。
- ・急激な症状の変化等(症状悪化・治療中断等)への対応が難しいため、精神疾患を有する対象者の特性に合わない場合がある。

◎現状

現在、福祉サービスの提供が行われている場合にはこの体制で行われることが多い。

【パターンB:医療中心型】

主として医療サービスが提供されており、医療機関・訪問看護ステーションがマネジメントを行う。



◆メリット

- ・医師等医療の専門家によるアセスメントに基づき、病状に応じた医療サービスを提供しやすい。
- ・入院・外来・訪問看護等のサービスが一貫して提供されるため、急激な病状変化等に対応しやすい。

◆デメリット

- ・現状では、医療機関等に生活全般にわたるケアマネジメント機能が乏しく、相談支援や生活支援が提供されにくい。
- ・障害福祉サービス事業者等との連携が不足しがち。(病院・診療所が、患者を「抱え込む」との指摘があるが、どのようにして質が担保できるか。)

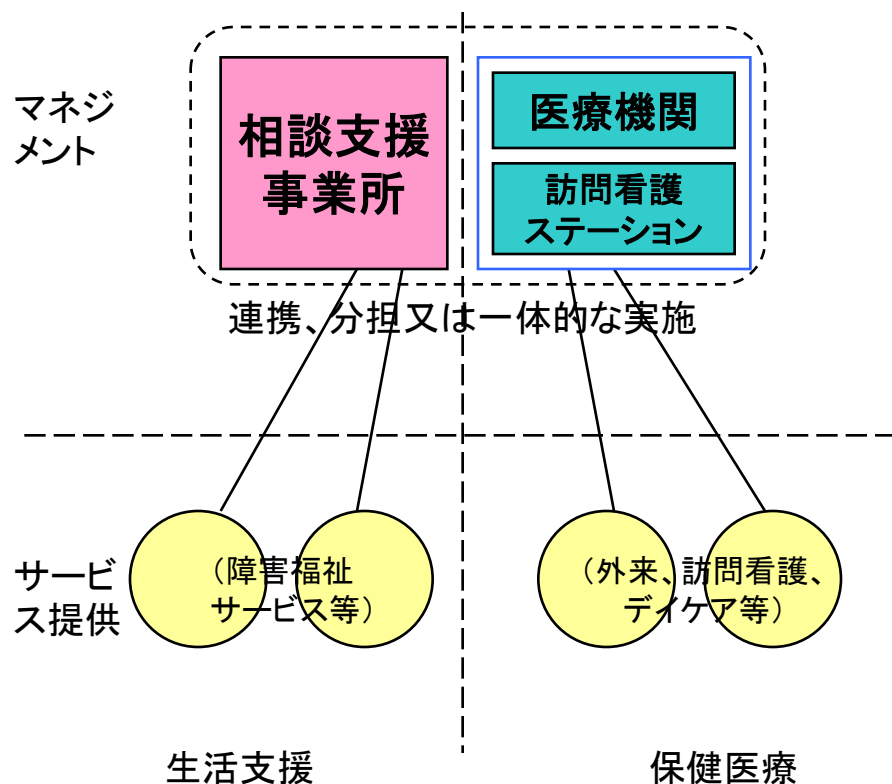
◎現状

外来通院、デイケア、訪問看護等を利用し、福祉サービスを利用しないで生活する精神障害者が最も多く、これらの方々にはこの体制により支援が行われている。

【パターンC:医療・福祉連携型】

相談支援事業所と、医療機関・訪問看護ステーションが連携し、生活支援・保健医療の各サービスのマネジメントを行う。

連携の方法と密度には、様々な場合が考えられる(医療機関が相談支援事業所を兼ねる、医療機関がモニタリングを行い相談支援事業所が計画作成を行う等)。



◆メリット

- ・医療と福祉が連携し、包括的な支援が可能。
- ・構築に当たって、新たに実施主体を創設なくても、地域の関係機関を活用できる。
- ・診療報酬、障害福祉サービス報酬等、様々な財源を活用しやすい。

◆デメリット

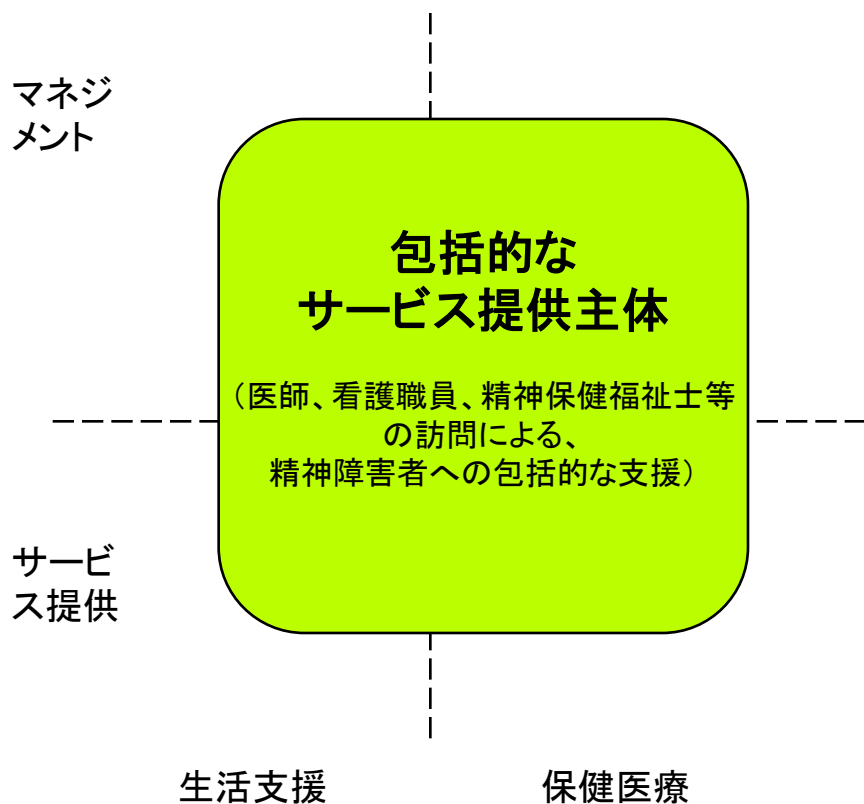
- ・連携を実効的にするためには、相談支援と医療サービスを同一敷地で行うなど工夫が必要。
- ・仮に、医療・福祉のケアマネジメントからサービス提供まで全て同一法人が担うと、患者を「抱え込む」との指摘があるが、どのようにして質が担保できるか。

◎現状

現時点ではこのような体制で密に医療と福祉が連携してケアマネジメントを行う事例は少ない。

【パターンD:包括型】

訪問サービスを包括的に行う事業所において、生活支援・保健医療にわたるマネジメント及びサービス提供を一体的に実施する。



◆メリット

- ・医療と福祉が連携し、包括的な支援が可能。

◆デメリット

- ・医療・福祉にわたるサービスを総合的に提供するためには、新たな実施主体が必要。
- ・サービスが全て完結すると、患者を「抱え込む」との指摘があるが、どのようにして質が担保できるか。
- ・既存の財源の枠組みでは実施が困難。

◎現状

一部の医療機関等において、先駆的取組がある。

(財源の観点から、主に医療機関・訪問看護ステーションを中心とした実施に限られ、精神保健福祉士の配置や福祉サービスの提供方法が課題。)

事例① 地域活動支援センターKUINA（茨城県ひたちなか市）・・・パターンA

特徴

- ◆地域活動支援センターが中心となり、同一法人の他施設と連携して支援体制を構築。
- ◆精神保健福祉士ほか様々な職種(下記)が訪問を実施
- ◆退院時の在宅支援に向けた支援を多く行う一方、未受診・治療中断者にも積極的に支援。
- ◆地域の複数の医療機関から対象者の紹介を受けており、対象者は各医療機関に受診。

事業所の状況

- 運営主体：社会福祉法人
- 支援エリア：ひたちなか市を中心に片道30分以内
- 財源：自立支援給付(障害福祉サービス)+補助金

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- | | |
|-----------------|--------------|
| ■地域活動支援センターI型 | ■自立訓練(訪問型) |
| ・医師 0人(1) | ・医師 0人(1) |
| ・相談支援専門員 1人 | ・看護師 2人(1) |
| ・精神保健福祉士 1人 | ・介護福祉士 1人 |
| ・臨床心理士 1人 | ・生活支援員 5人(3) |
| ■障害者就業・生活支援センター | ・栄養士 0人(1) |
| ・精神保健福祉士 1人 | ・ピアスタッフ 1人 |

- 24時間の支援体制：あり
(休日・夜間については障害者支援施設で対応)

- 医療体制：各利用者の主治医による

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 34人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 53%
 - ・通院中 29%
 - ・未治療・治療中断 18%
- 発病からの期間
 - ・1~10年 29%
 - ・10年以上 71%
- 精神障害者保健福祉手帳
 - ・1級 12%
 - ・2級 38%
 - ・3級 21%
 - ・取得無又は不明 29%
- 訪問回数
 - ・週1回 21%
 - ・週2~3回 17%
 - ・週4~6回 6%
 - ・週7回 56%

事例② 指定相談支援事業所れいんぼー(岩手県宮古市) …パターンA

特徴

- ◆指定相談支援事業所を中心として支援
- ◆主として相談支援専門員が訪問を実施
- ◆地域自立支援協議会を活用し、個別の支援における行政・関係機関との調整を実施
- ◆宮古市内の全ての医療機関から対象者の紹介を受けており、対象者は各医療機関に受診

事業所の状況

- 運営主体 :NPO法人
- 支援エリア: 宮古市他(最大、車で2時間)
- 財源:自立支援給付(障害福祉サービス)+補助金

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- 指定相談支援事業所
(地域活動支援センターI型に併設)
 - ・相談支援専門員 5人
 - ・生活支援員 0人(2)
- 自立訓練(宿泊型)
 - ・サービス管理責任者 1人
 - ・地域移行支援員 1人
 - ・生活支援員 2人(1)
 - ・職業指導員 0人(1)
- 24時間の支援体制: あり
(休日・夜間については自立訓練事業所に対応)
- 医療体制:各利用者の主治医による

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 10人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 20%
 - ・通院中 70%
 - ・未治療・治療中断 10%
- 発病からの期間
 - ・1~10年 40%
 - ・10年以上 60%
- 精神障害者保健福祉手帳
 - ・1級 20%
 - ・2級 40%
 - ・取得無 40%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 70%
 - ・週1回 30%

特徴

- ◆ 精神科病院の地域ケア部門が主体。
- ◆ 医療機関の看護師等が訪問に従事
- ◆ 退院時又は通院中に訪問支援を開始した事例が多い
- ◆ 下記のほか、福祉サービス等については、地域の関係機関と連携して提供

事業所の状況

- 運営主体 : 財団法人
- 支援エリア: 愛南町を中心(片道30分以内)
- 財源: 診療報酬

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- 精神科病院
 - ・医師 1人
 - ・看護師 1人(17)
 - ・保健師 0人(1)
 - ・精神保健福祉士 0人(1)
 - ・作業療法士 0人(2)
- 24時間の支援体制: あり
- 医療体制: 当該医療機関の医師

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 43人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 53%
 - ・通院中 47%
 - ・未治療・治療中断 0%
- 発病からの期間
 - ・1年未満 2% ・1~10年 21%
 - ・10年以上 77%
- 支援開始時のGAF
 - ・1-20 12% ・21-30 35%
 - ・31-40 16% ・41-50 28%
 - ・51-60 9%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 77%
 - ・週1回 16% ・週2~3回 7%

特徴

- ◆訪問看護ステーションにおいて、治療継続、生活支援に加え、就労支援まで広く支援を行う
- ◆訪問看護ステーションに、看護師・OTのほか、精神保健福祉士を配置して訪問を実施
- ◆長期入院や頻回入院等の重症者を対象としている
- ◆治療継続支援と生活支援が、チーム内で完結。外来・入院は、協力医療機関と緊密に連携。

事業所の状況

- 運営主体 : NPO法人
- 支援エリア: 市川市及び松戸市南部(片道30分以内)
- 財源: 診療報酬

支援体制

※常勤の人数

- 訪問看護ステーション
 - ・看護師 6人
 - ・精神保健福祉士 2人
 - ・作業療法士 4人
 (このほか、協力医療機関の医師1名がチームに参画)
- 24時間の支援体制: あり(電話対応)
- 医療体制: 近隣の協力医療機関と緊密に連携し、外来、入院等に対応

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 57人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 93%
※頻回入院患者を含む
 - ・通院中 7%
 - ・未治療・治療中断 0%
- 発病からの期間
 - ・1年未満 0%
 - ・1～10年 19%
 - ・10年以上 81%
- 支援開始時のGAF
 - ・1-20 51%
 - ・21-30 47%
 - ・31-40 2%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 14%
 - ・週1回 33%
 - ・週2～3回 47%
 - ・週4回 6%

特徴

- ◆ 精神科診療所、訪問看護ステーション、NPO法人 (同一敷地内) が共同して支援
- ◆ 看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が訪問支援を実施。チーム医師も訪問診療を実施。
- ◆ 危機介入の事例 (未治療・治療中断等による) が多く、粘り強く訪問して関わりを構築
- ◆ 医師の診察を含めた医療と、生活支援が、チーム内で完結している

事業所の状況

- 運営主体 : 個人診療所 + 有限会社 (訪問看護) + NPO法人
- 支援エリア: 京都市内 (片道30分以内)
- 財源: 診療報酬

支援体制

※常勤 (非常勤) の人数

- | | | | |
|----------|--------|--------------|--------|
| ■ 診療所 | | ■ 訪問看護ステーション | |
| ・医師 | 1人 | ・看護師 | 6人 |
| (3) | | ・作業療法士 | 1人 |
| ・精神保健福祉士 | 6人 | ・事務員 | 1人 |
| ・作業療法士 | 0人 (3) | ■ NPO法人 | |
| ・薬剤師 | 1人 | ・当事者スタッフ | 0人 (1) |
| ・事務員 | 0人 (2) | ・事務員 | 1人 (1) |

- 24時間の支援体制: あり
- 医療体制: 支援チーム内の医師による訪問診療等

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数 (実人数) 92人
- 支援開始時の状況
 - ・退院時 13%
 - ・通院中 51%
 - ・未治療・治療中断 36%
- 発病からの期間
 - ・1～10年 18%
 - ・10年以上 82%
- 支援開始時のGAF
 - ・1～20 8%
 - ・21～30 48%
 - ・31～40 42%
 - ・41～50 2%
- 訪問回数
 - ・週1回以下 1%
 - ・週1回 33%
 - ・週2～3回 59%
 - ・週4～7回 7%

特徴

- ◆ 精神保健福祉センターを拠点としている
- ◆ 主に精神保健福祉士が訪問して支援。センターの医師も訪問に従事
- ◆ 公的機関として、未治療・治療中断者を対象とすることが多い
- ◆ 県内全域(医療過疎地を含む)を管轄するため、遠方の市町村に、訪問支援を行う委託医療機関等のチームがあり、精神保健福祉センターから技術的支援を実施

事業所の状況

- 運営主体 : 岡山県 (精神科診療所として届け出)
- 支援エリア: 岡山県内(岡山市を除く)
- 財源: 一般財源(県) + 補助金(国)

※支援の一部には診療報酬が算定される

支援体制

※常勤(非常勤)の人数

- 精神保健福祉センター
 - ・医師 2人
 - ・精神保健福祉士 1人(3)
 - ・看護師 0人(2)
 - ・作業療法士 0人(1)

■ 遠隔地のチーム

※精神科病院、地域活動支援センター、精神保健福祉センター、市、保健所の職員

- ・医師 0人(1)
- ・精神保健福祉士 0人(3)
- ・保健師 0人(3)

- 24時間の支援体制: あり(電話対応)
- 医療体制: 支援チームの医師(又は各利用者の主治医)

支援対象者の状況

- 1週間に訪問した人数(実人数) 39人

■ 支援開始時の状況

- ・入院中 51%
- ・退院時 3%
- ・通院中 5%
- ・未治療・治療中断 41%

■ 発病からの期間

- ・1~10年 18%
- ・10年以上 72%

■ 支援開始時のGAF

- ・1-20 8%
- ・21-30 23%
- ・31-40 27%
- ・41-50 42%

■ 訪問回数

- ・週1回以下 16%
- ・週1回 46%
- ・週2~3回 18%

(4) 論点

論点① 精神障害者の地域生活支援のために必要な機能

現状

- 精神疾患が疑われる患者や、精神障害者には、個々の状況によって異なるものの、
 - ① 「疾患や障害の特徴がわかりにくく、困っていることを表現しにくい」、「重症なときほど自ら病気と認識できない」、「疾患により社会生活の機能が同時におかされる」といった特徴のため、必要な者に必要な支援が届いていない、
 - ② 「他の障害と比較して症状の変化が急激に起こりやすい」といった特徴のため、様々なサービスが一体的に迅速に届けられることが必要といった指摘がある。
- 精神障害者の地域生活の支援体制としては、大きく分類すると、
 - ① 精神保健福祉センター、保健所、市町村等の行政機関による相談支援
 - ② 医療機関・訪問看護ステーション等による医療の提供
 - ③ 障害福祉サービス事業所、地域活動支援センター等による福祉サービスの提供や相談支援があり、原則として必要なときに当事者がそれぞれのサービスを自ら選択して利用することとなっている。なお、措置入院の要件を満たす場合等には行政機関側から出向いて強制的に移送・入院をおこなっている。

検討

- 精神疾患の特徴を踏まえて、地域で生活する、当事者や家族の支援のために、どのような機能が必要か。
- 支援のために必要な機能を提供するに当たって、現在の提供体制においては、どのような課題があるか。
- 支援のために必要な機能を構築するためには、どのようなサービスが必要か。

論点② サービスの提供体制のあり方

現状

- 精神障害者の地域生活において、医療サービスのマネジメントは、医師の指示のもとに行われ、障害福祉サービスのマネジメントは、指定相談支援事業所等において行われ、保健サービスのマネジメントは行政機関が行っている。
- 危機・困難な状態への支援については、制度上は保健所を中心に担う体系となっているが、マンパワーの不足、保健所の減少等によって、保健所が十分に対応出来ていないとの指摘がある。
- 福祉分野では、障害者自立支援法改正案において、市町村を主体として、各障害に共通した、基幹相談支援センターの整備を進めることが検討されている。
- ケアマネジメントやサービス提供体制については、以下のような指摘がある。
 - ・ 細分化された体制では、精神疾患患者の症状の変化に臨機応変に対応できないのではないか。
 - ・ ケアマネジメントの中立性を担保すべき。特に、入院機能を有する医療機関がケアマネジメント・サービス提供を全てを担うのは望ましくないのではないか。
 - ・ 精神障害者の支援においては、医療と生活の支援が不可分であり、保健医療従事者、福祉従事者がそれぞれの技術・価値観を持ち寄り多職種チームを構成して支援を行うことが効果的ではないか。

検討

- 精神疾患の特性を踏まえ、地域生活における、医療から生活にわたる相談支援・ケアマネジメントやサービスをどのような体制で行うことが効果的か。
- 精神障害者の地域生活支援のためのアウトリーチ(訪問)の提供主体について、どう考えるか。併せて、担当地域(キャッチメントエリア)についてどう考えるか。
- 精神障害者への支援体制と、各障害に共通した支援体制との関係について、どう考えるか。
- 精神障害者への支援体制における、医療機関の位置づけについて、どう考えるか。
- 保健所や市町村の位置づけや今後の役割について、どう考えるか。

論点③ マンパワーの確保・財政負担について

現状

- 医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者など様々な職種が、医療機関、障害福祉サービス事業所、都道府県、市町村等において精神障害者の支援に従事している。
- 従事者の多くは医療機関において入院医療に従事しており、地域での訪問サービスやケアマネジメントに従事している者は現時点では相対的に少ない。
- 地方自治体においては定員管理が厳格に行われており、単純に職員を増加させることは難しい。
- 提供するサービスの財源としては、以下のような種類がある。
 - ・国や自治体の予算
(精神障害者地域移行・地域定着支援事業等)
 - ・障害者自立支援法における法定の給付
(障害福祉サービス、自立支援医療)
 - ・医療保険による給付
(医療機関や訪問看護ステーションの診療報酬)

検討

- 精神障害者の地域生活支援、特にアウトリーチ(訪問)による支援やケアマネジメントにあたる専門人材を、どのように養成するか。
- アウトリーチの体制構築に必要なマンパワーの規模はどの程度か。マンパワーをどのようにして確保するか。
- 財政負担について、どのような仕組みを活用できるか。また、どのような公費負担が必要か。