

【参考資料】

精神保健医療福祉の動向と精神障害にも
対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて

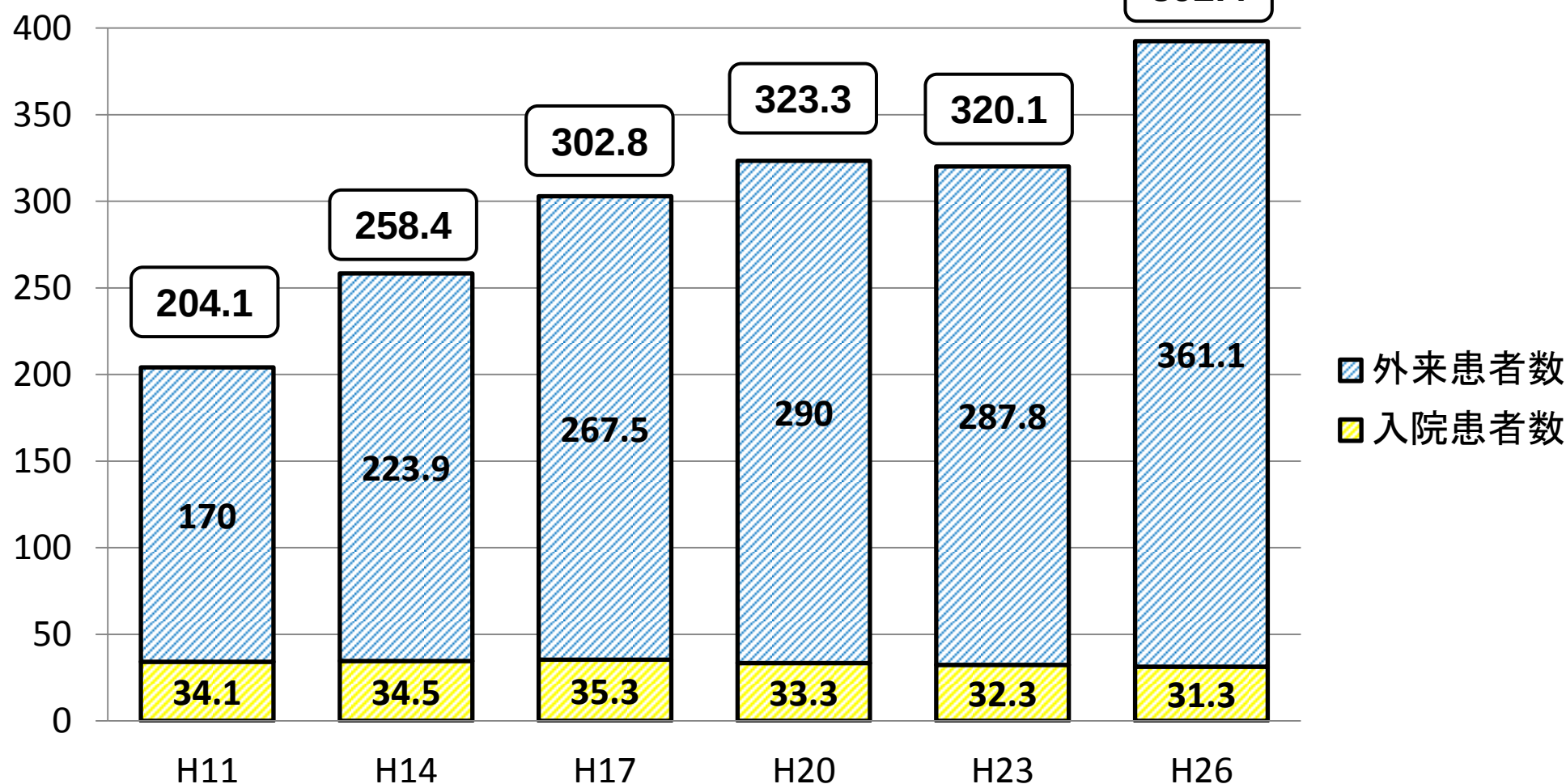
参考資料

1. 精神保健医療の現状について
2. 医療計画の策定について
3. 長期入院精神障害者の地域移行について
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

1. 精神保健医療の現状について

精神疾患を有する総患者数の推移

(単位:万人)



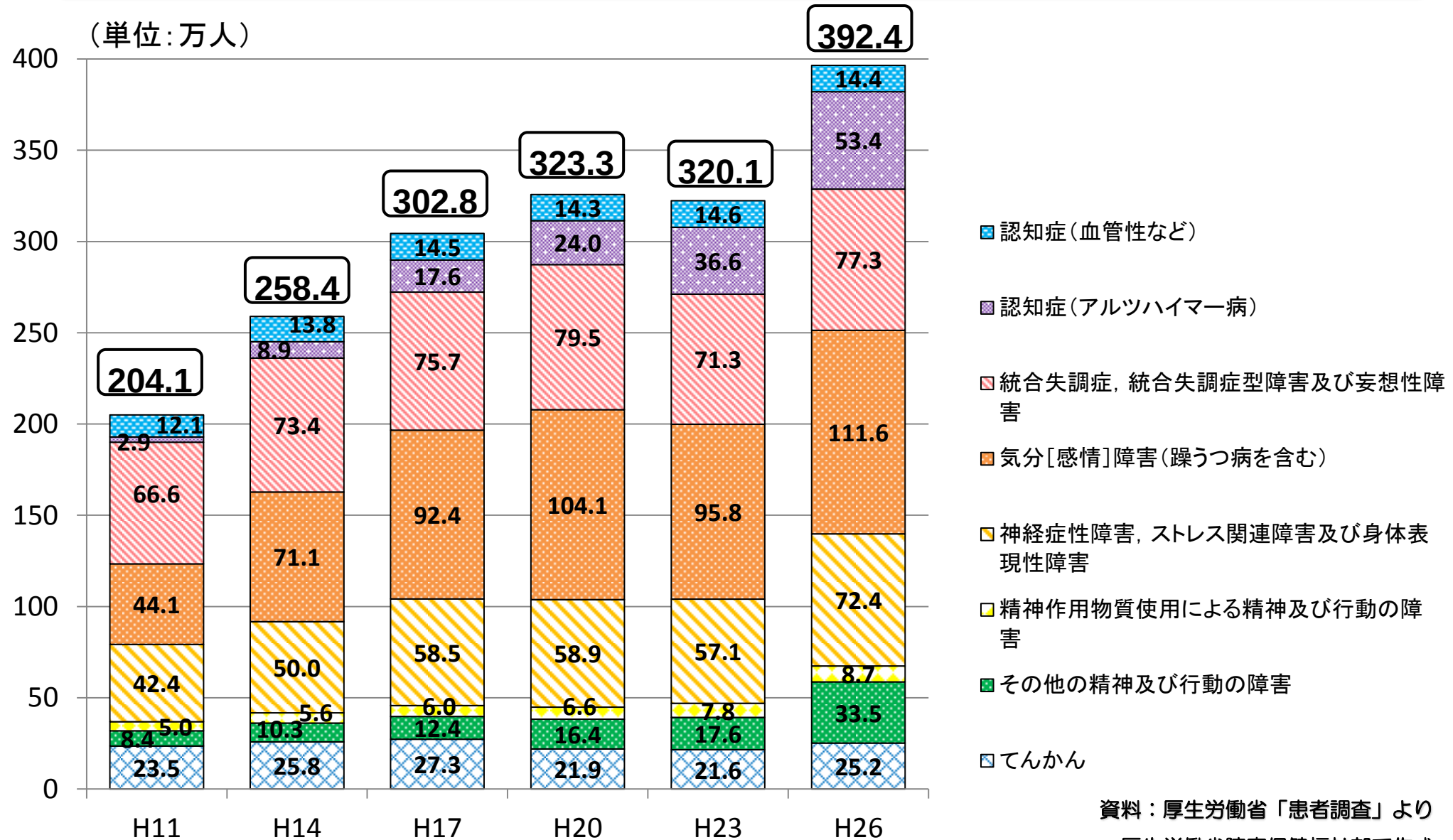
資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

精神疾患を有する総患者数の推移 (疾病別内訳)

(単位: 万人)



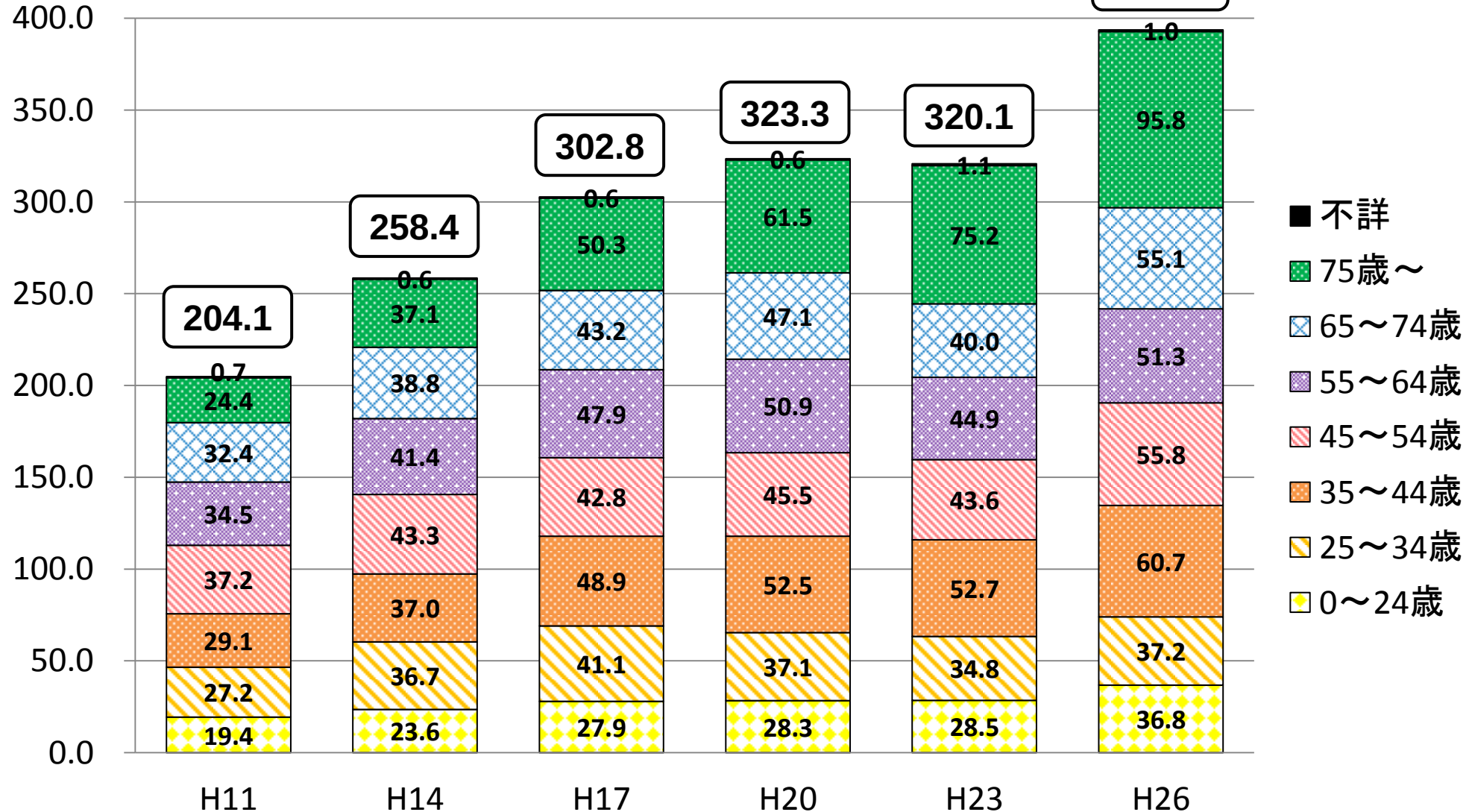
資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成 4

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

精神疾患を有する総患者数の推移 (年齢階級別内訳)

(単位:万人)

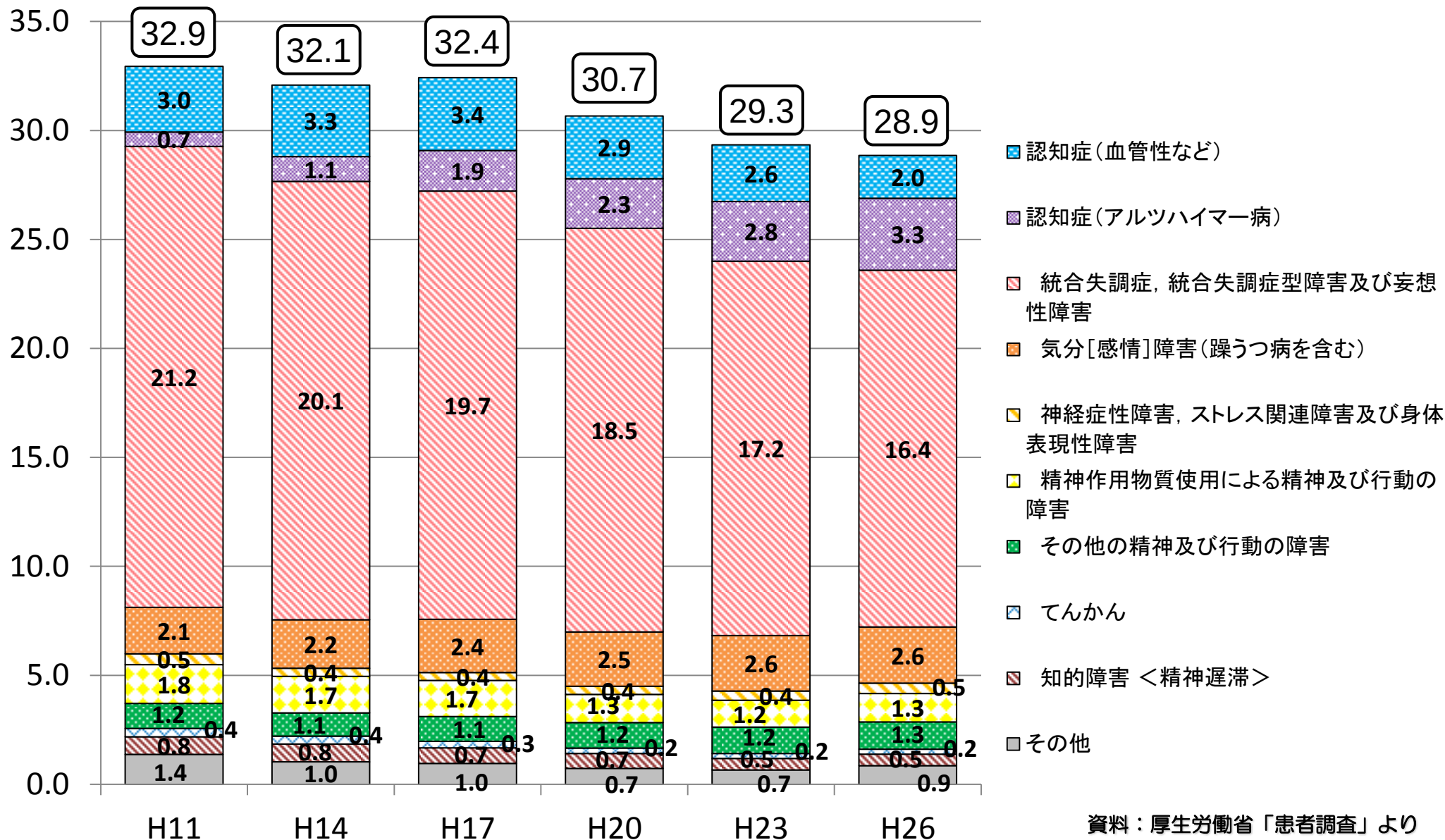


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成 5

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)



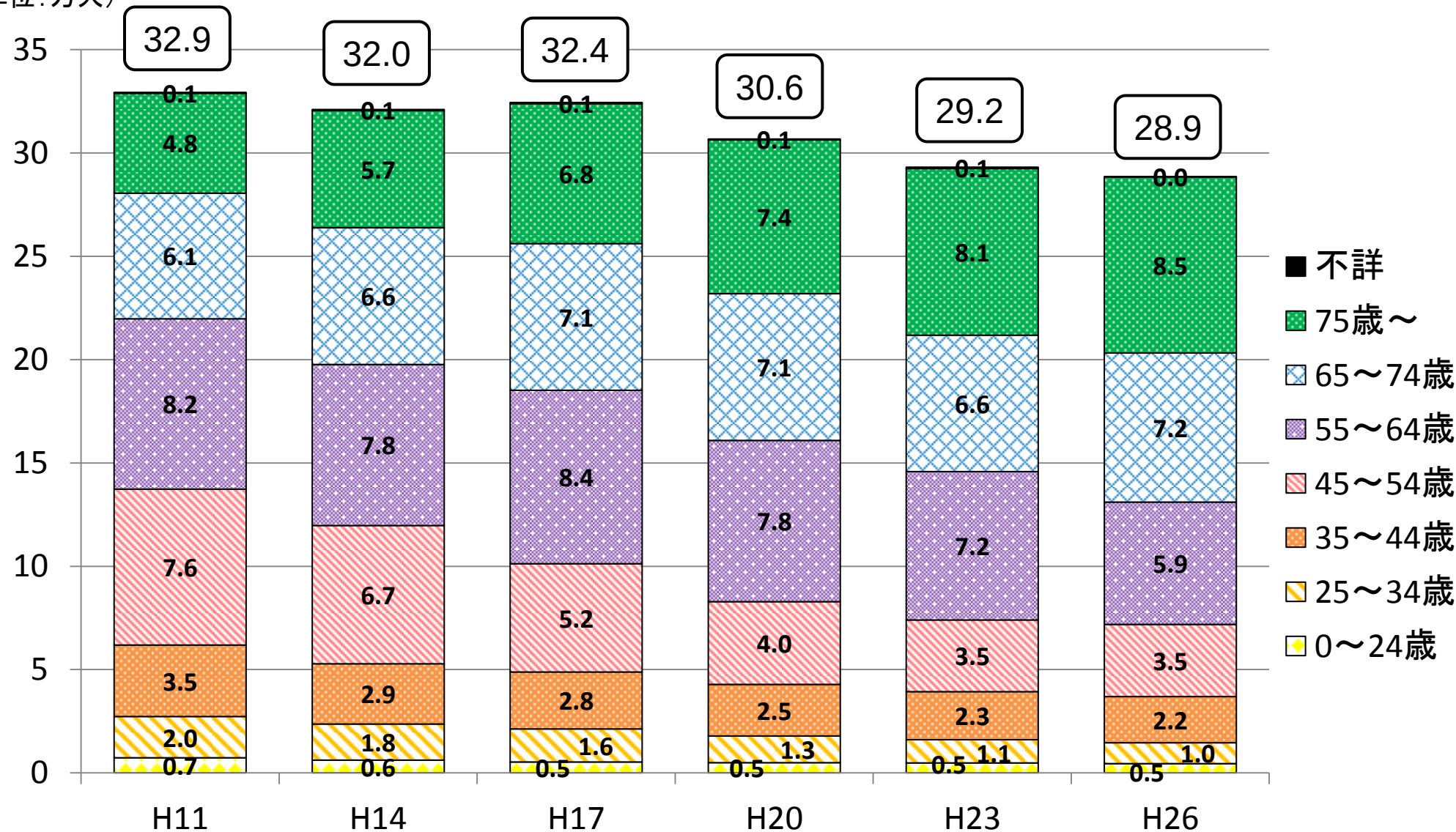
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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 6

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)

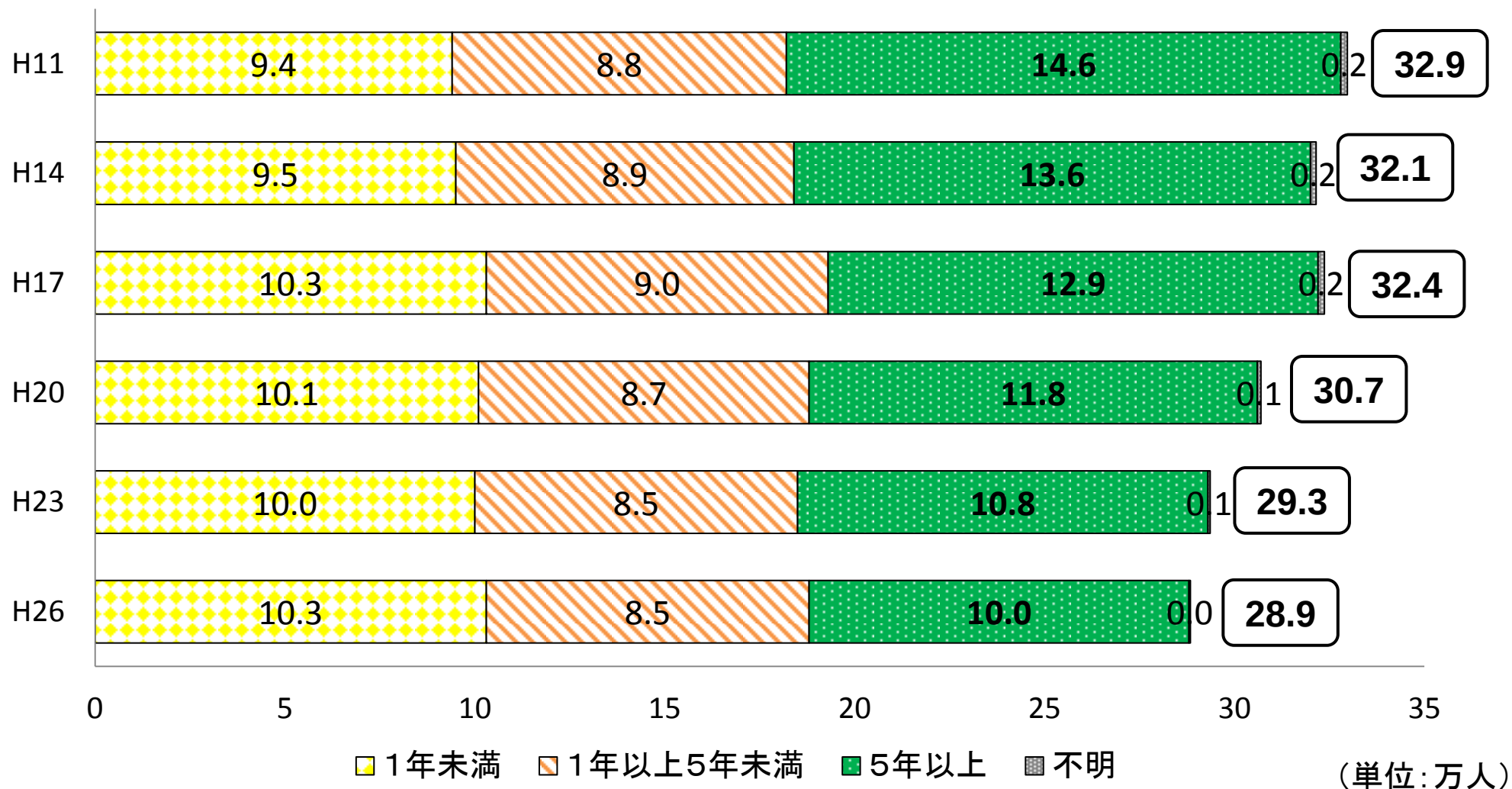


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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

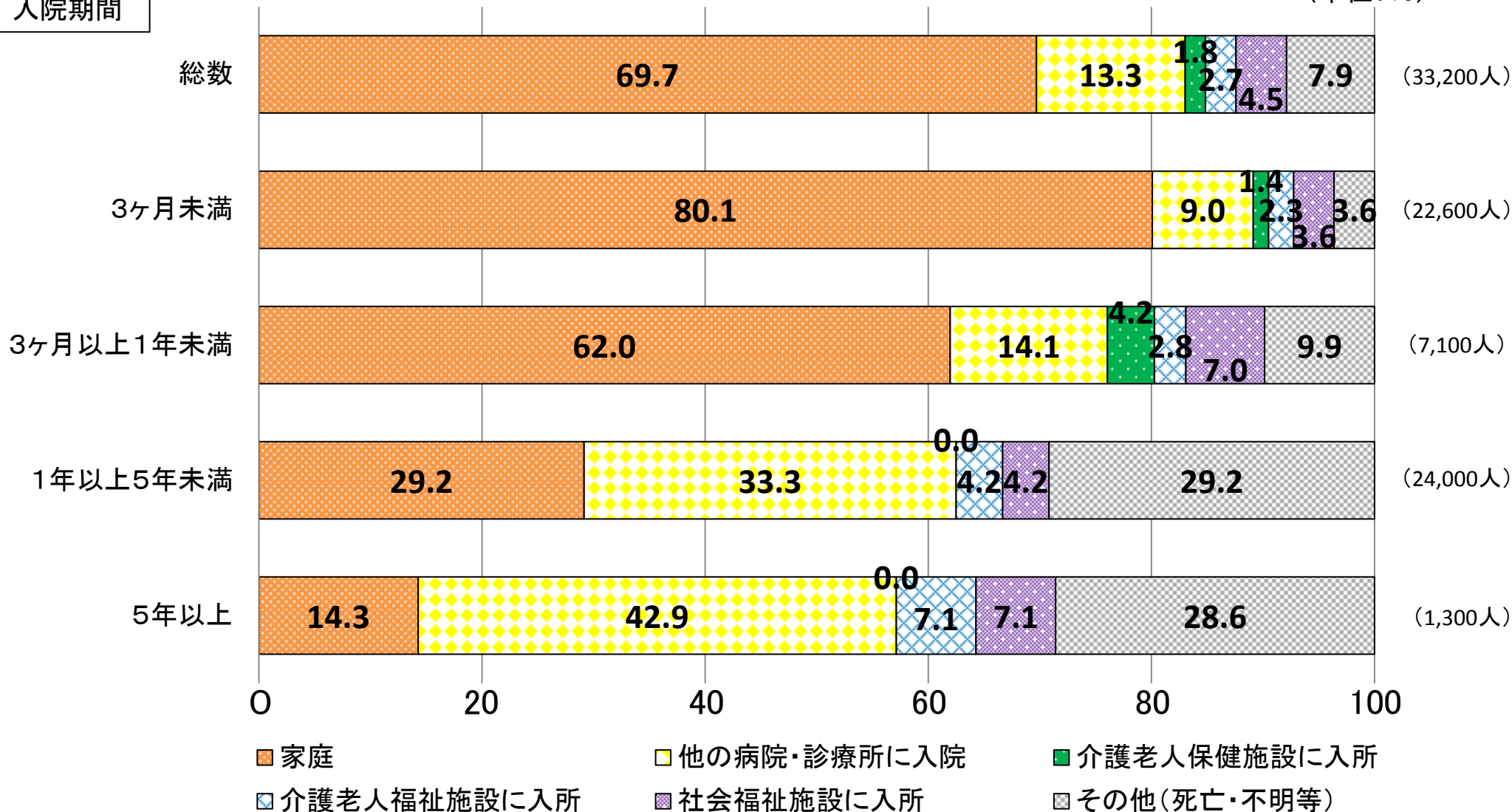
資料：厚生労働省「患者調査」より

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

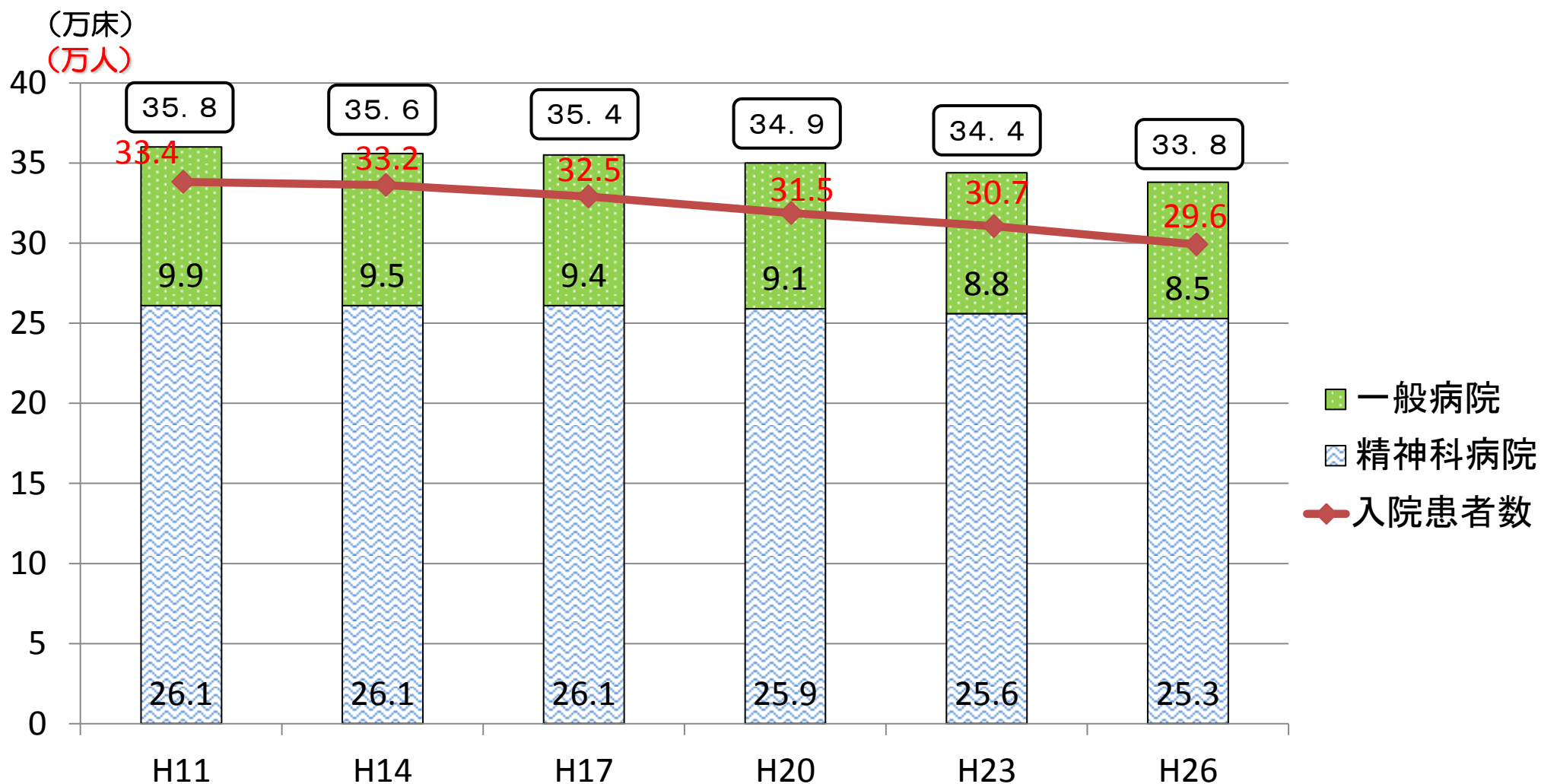
(単位: %)



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



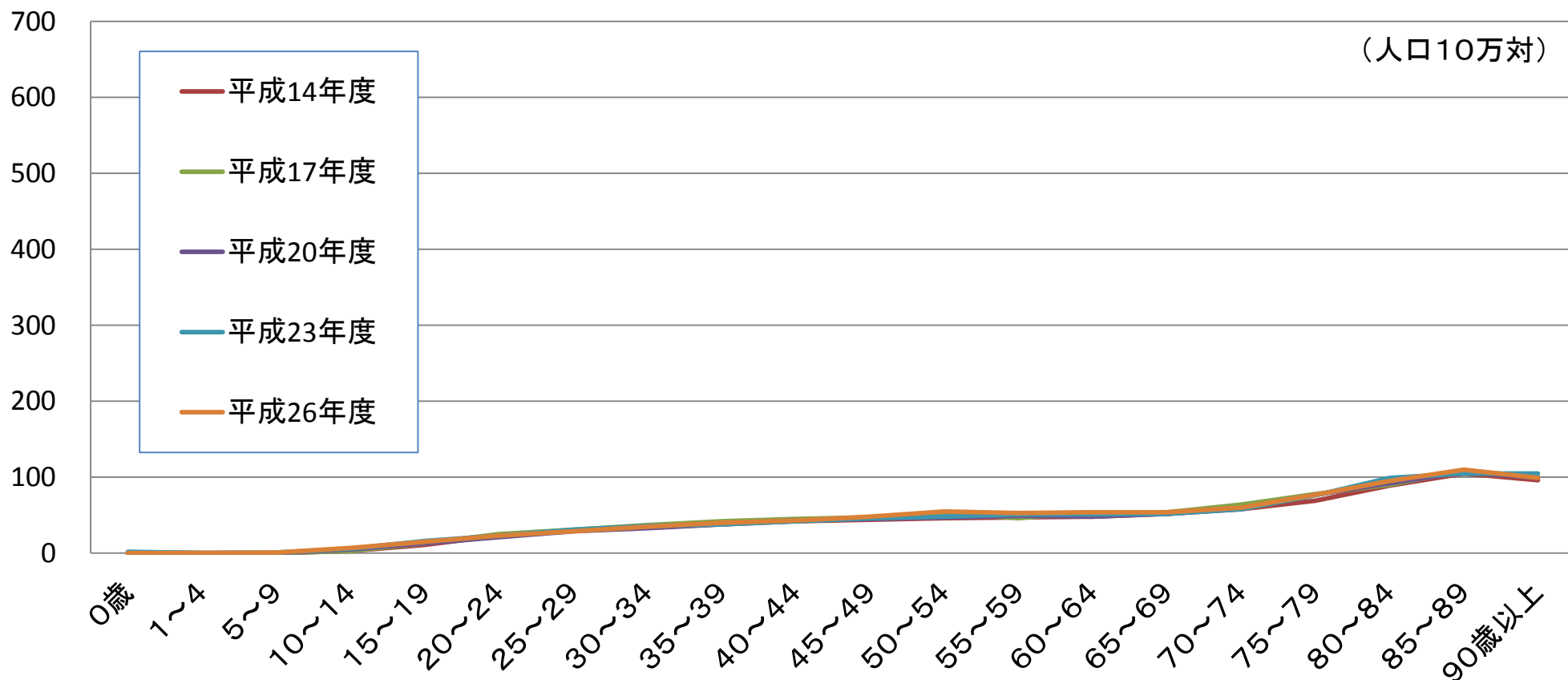
※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

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

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。

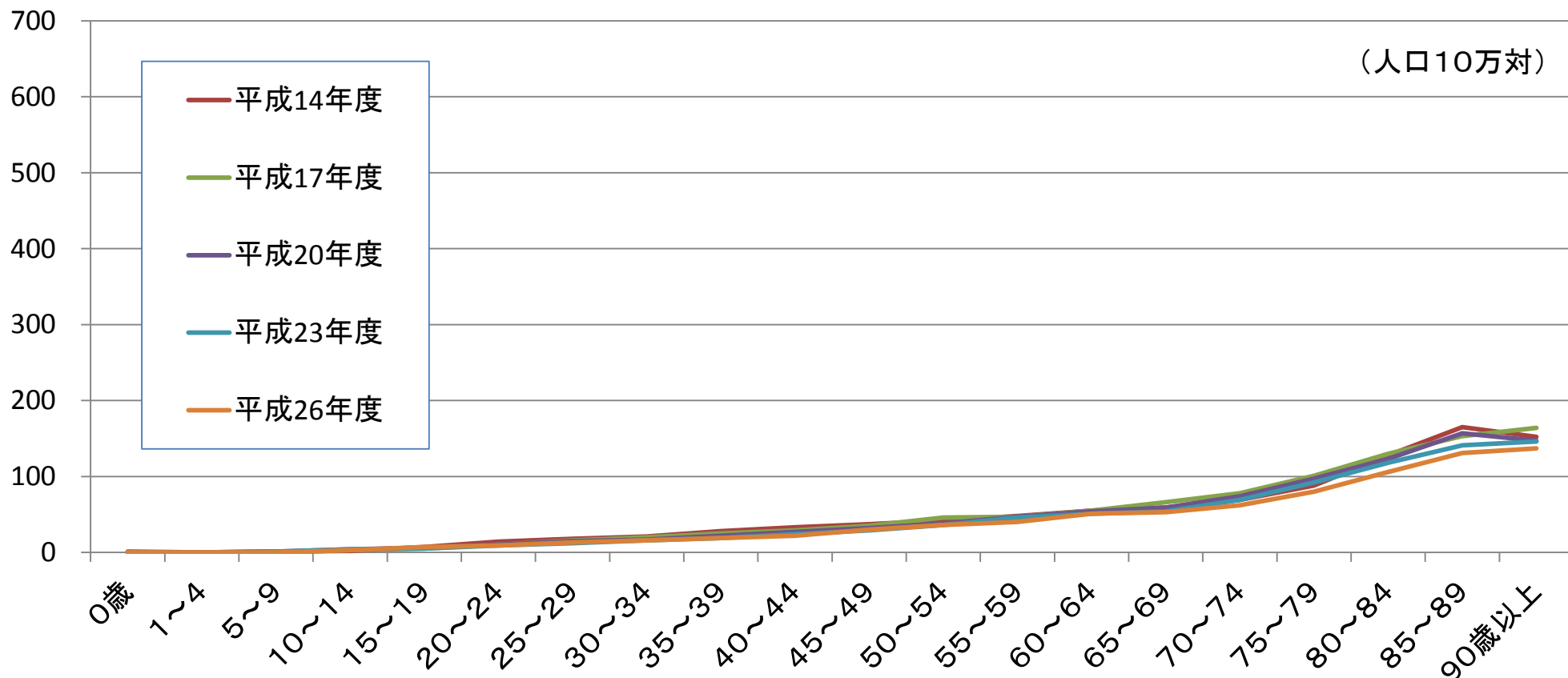


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 11

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。

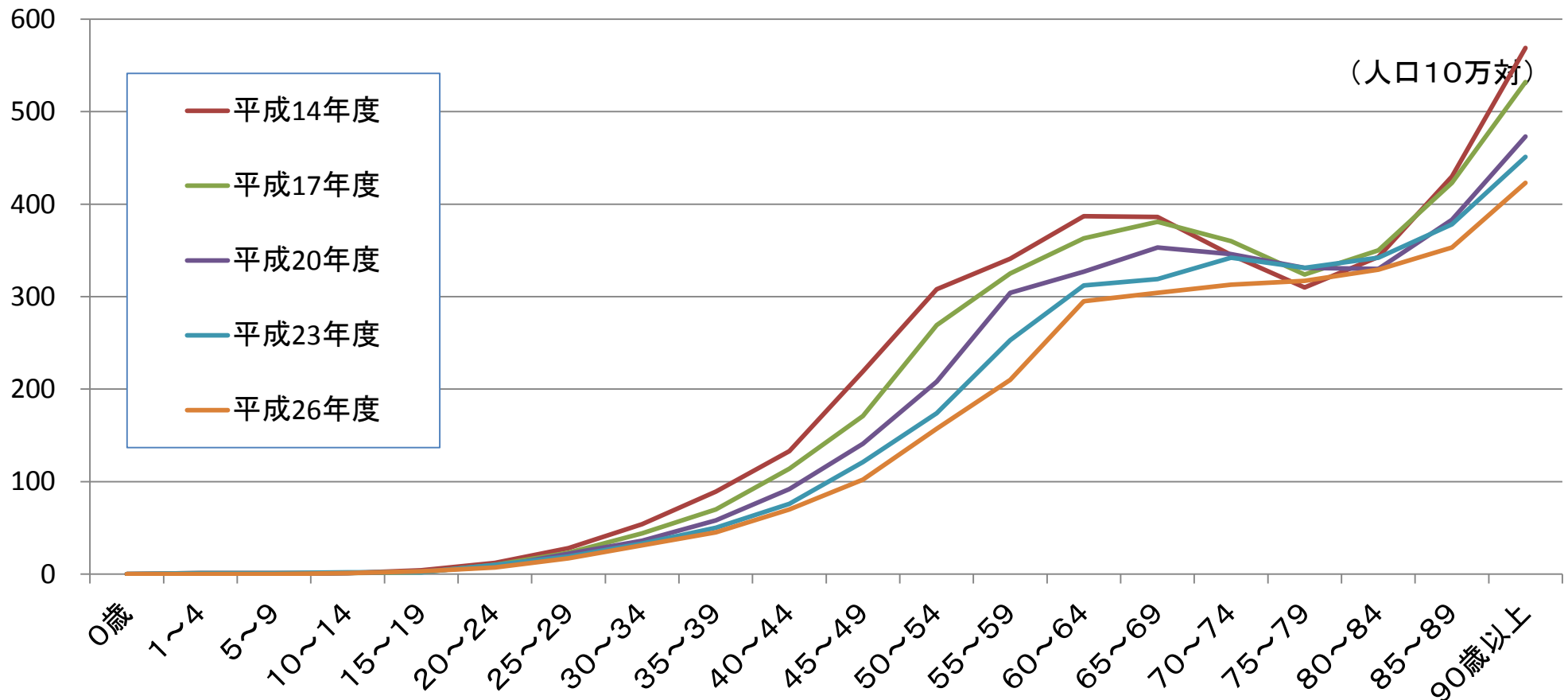


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 12

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。

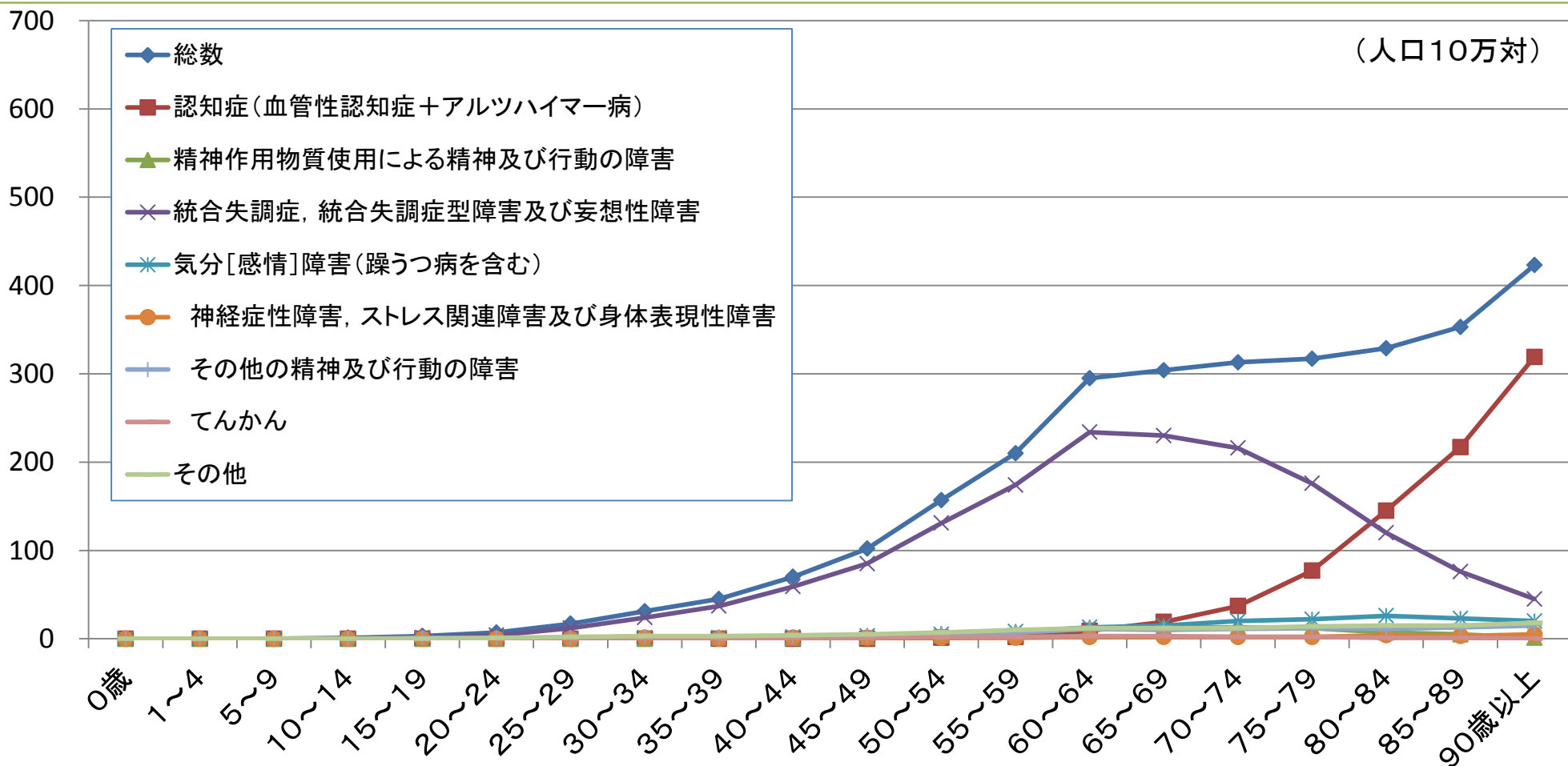


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 13

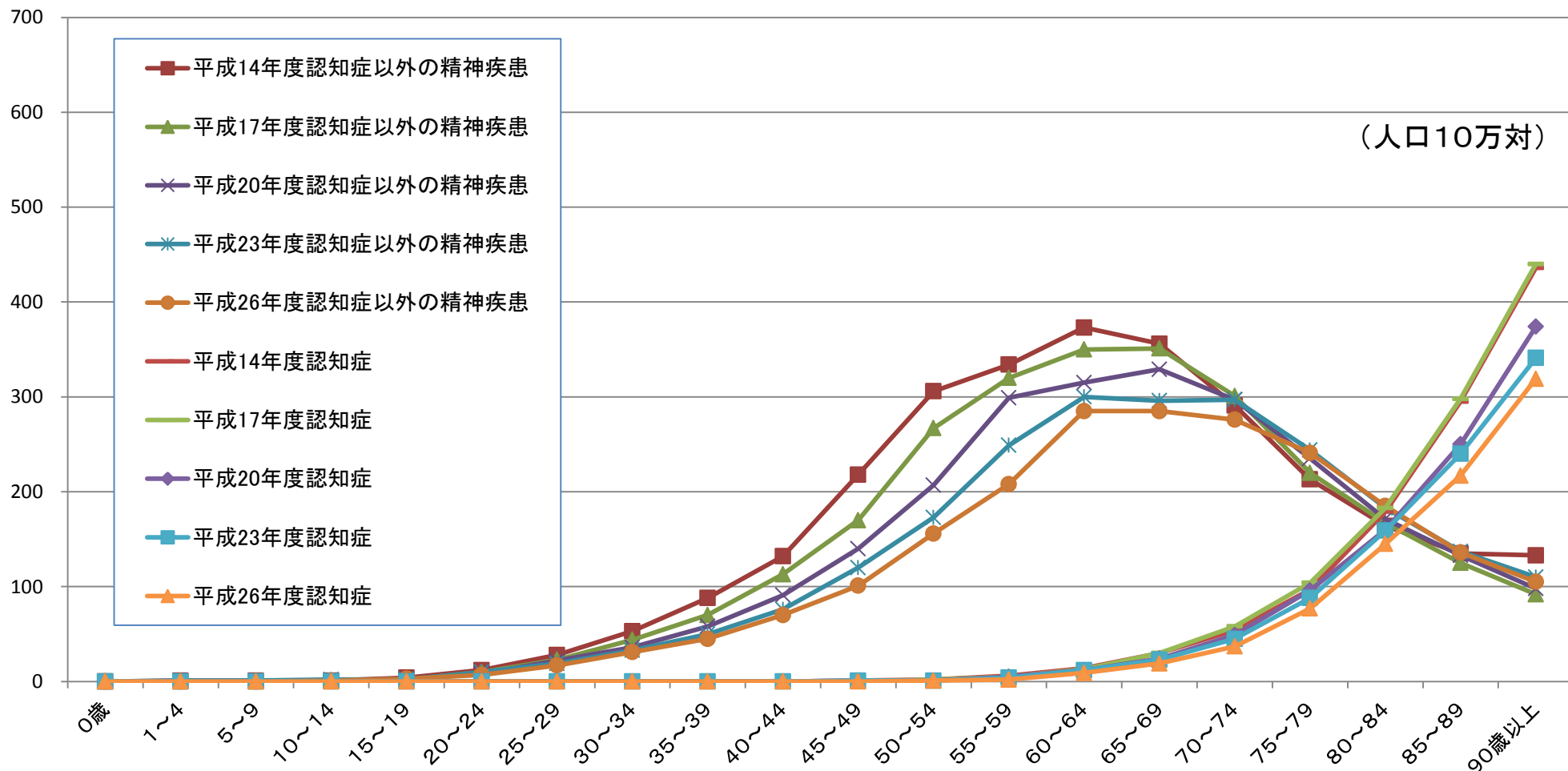
精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 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 15

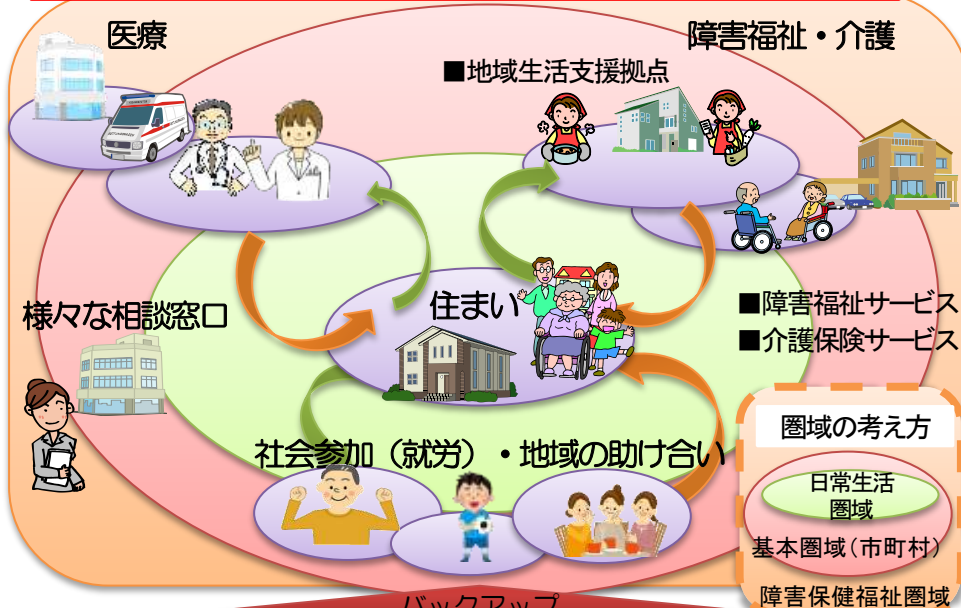
2. 医療計画の策定について

第7次医療計画の見直し(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。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



バックアップ

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

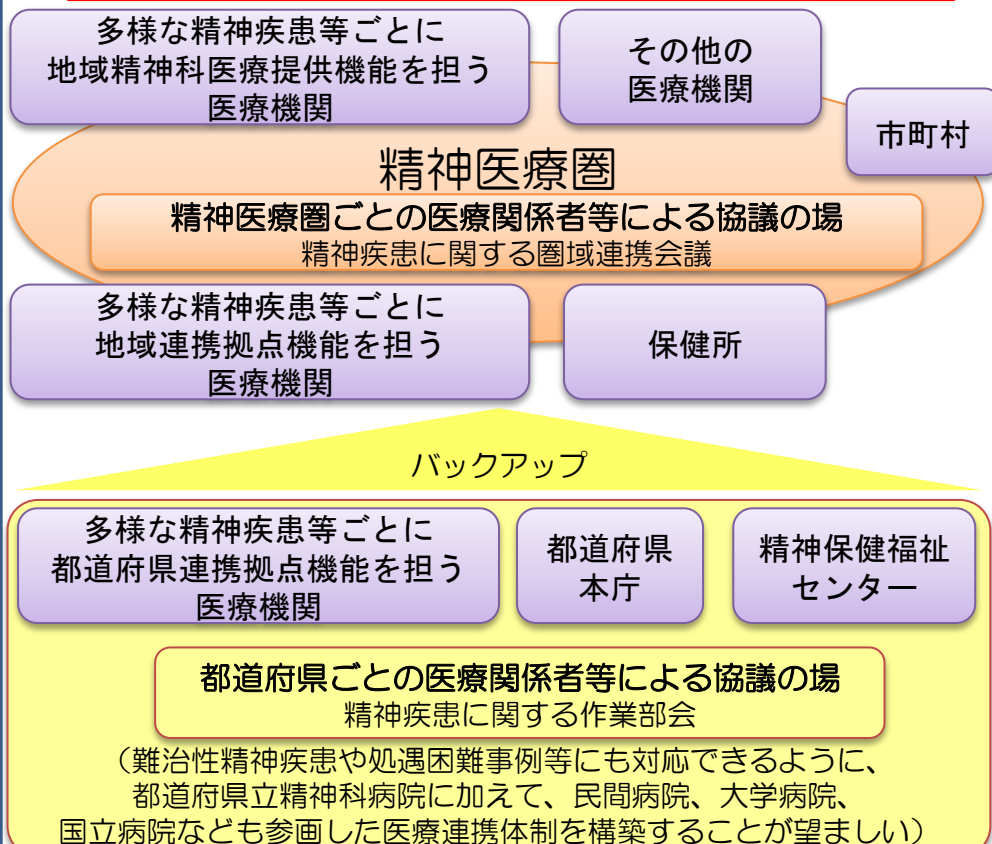
バックアップ

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)

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）

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

医療機能	役割要件	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症（*）	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
都道府県連携拠点機能	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連携拠点機能、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。

※疾患等毎に都道府県連携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。

※疾患等毎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。

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

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	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	○		○					○	○						

☆：都道府県連携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

精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討

(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	2	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	151	354	343	1,741

(出典) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

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

3. 長期入院精神障害者の地域移行について

精神病床における患者の動態

3ヶ月未満

3ヶ月以上
1年未満

1年以上

H25の新規入院者
：38.6万人
(+3.0万人)
H15：35.6万人

H25の新規入院者
のうち、3か月以上
入院する者
：16.0万人
(+0.8万人)
H15：15.2万人

H25の新規入院者
のうち、1年以上
入院する者
：4.6万人
(-0.3万人)
H15：4.9万人

H26の1年以上入院者数
：18.7万人
(-3.9万人)
H16：22.6万人

H25の
新規入院者
のうち
3か月未満で
退院した者
22.6万人
(+2.2万人)
H15：20.4万人

H25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

H26に
退院した
1年以上入院者
4.6万人
(-0.1万人)
H16：4.7万人

新規入院者の88%

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。

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種チームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」
「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減すると
いった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア-1〕退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

〔ア-2〕本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

〔イ〕地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

〔ウ〕関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

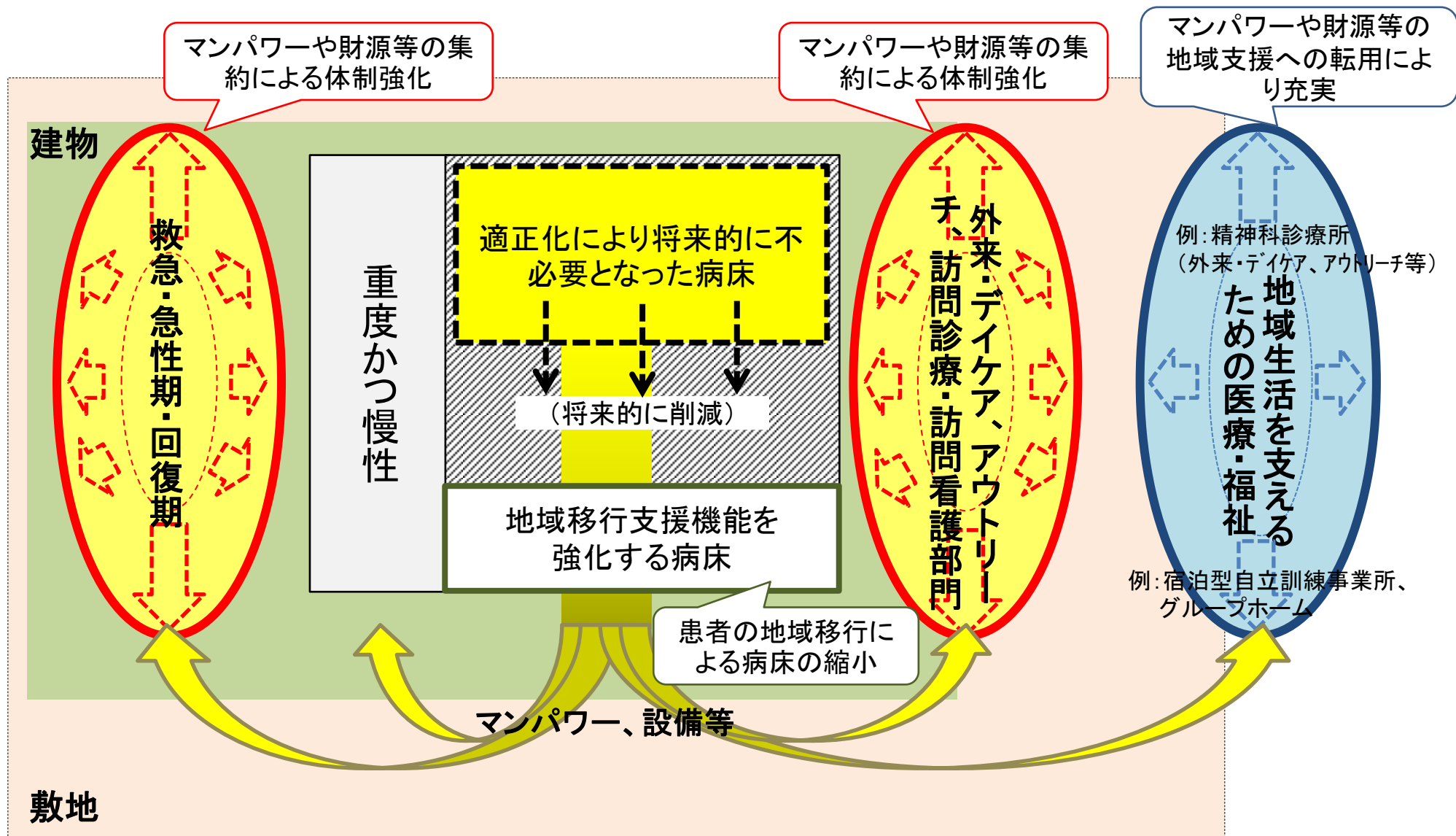
<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行する際には、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

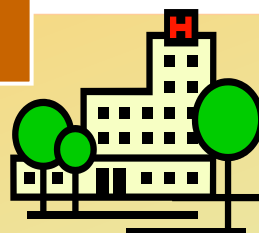
※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

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



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

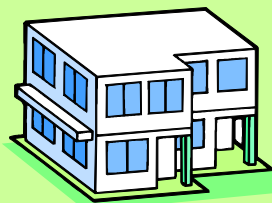
地域生活支援

○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の推進

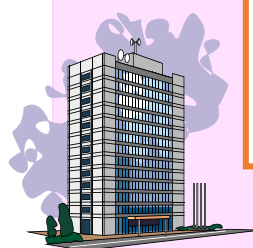


身体合併症を有する精神疾患患者への医療

○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



診療所

総合的な機能を有する病院

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

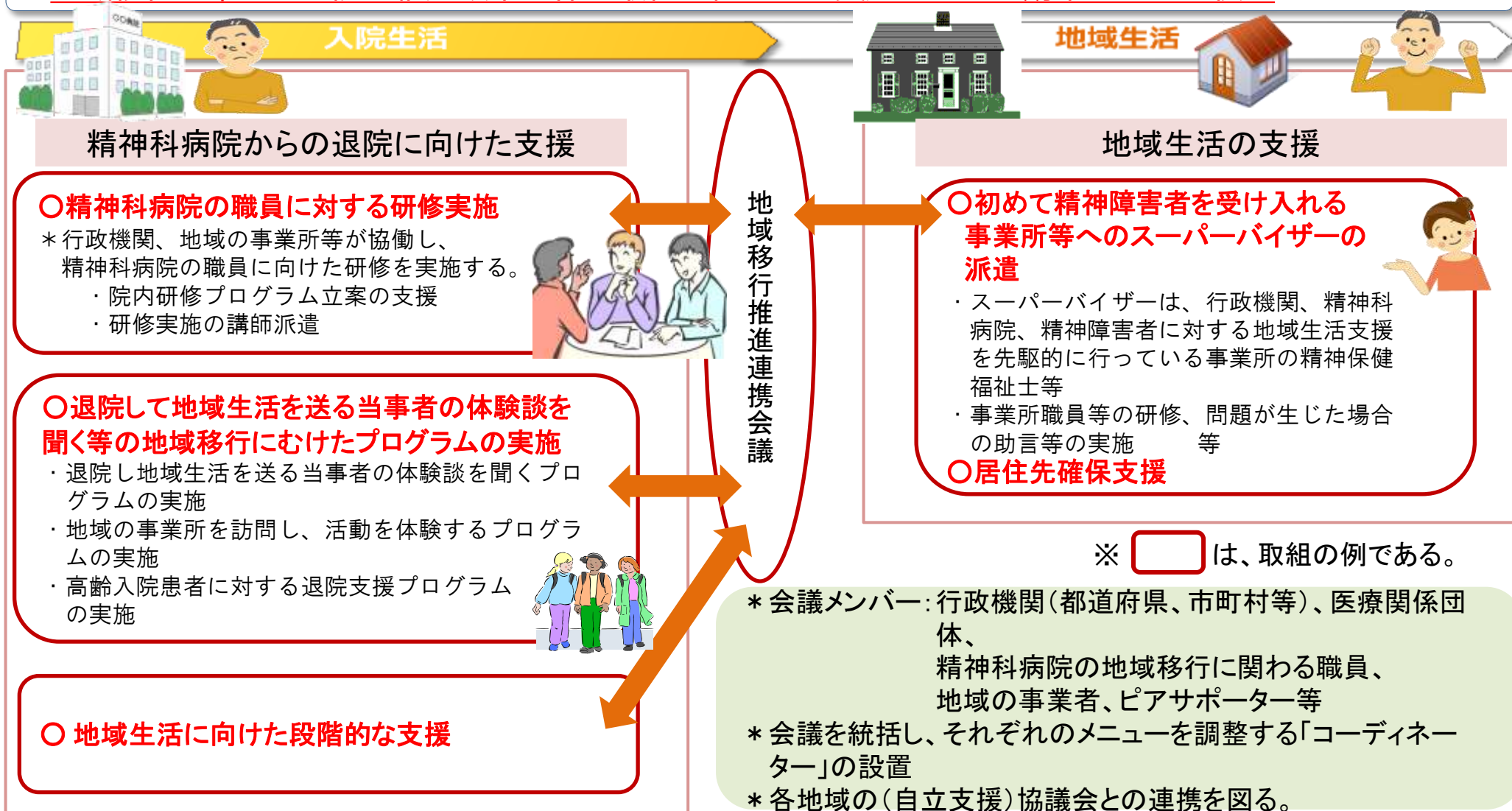
他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟に入院する患者に、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合に、入院中4回まで算定可能とする。

- (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。



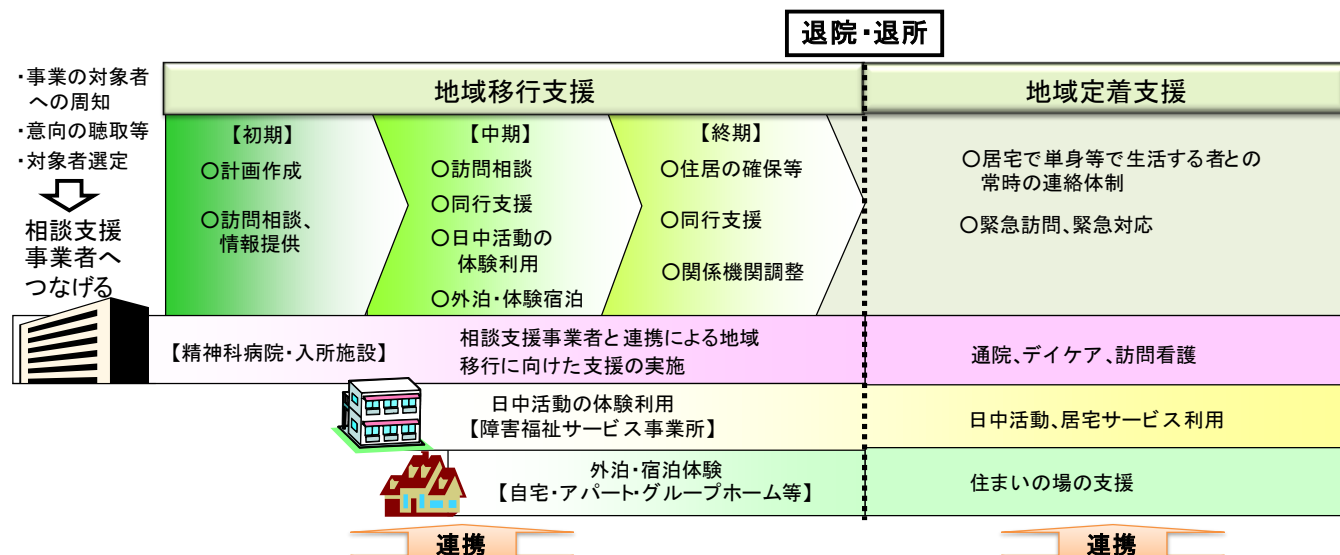
期待される効果：長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の概要

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院、救護施設・更生施設、矯正施設等に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。

地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



協議会によるネットワーク化

市町村・保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所・障害福祉サービス事業所・障害者就業・生活支援センター等

※ 精神障害者の退院促進支援事業の手引き(平成19年3月日本精神保健福祉士協会)を参考に作成

	地域移行支援	地域定着支援
事業所数	307事業所	489事業所
利用者数	553人	2,687人

国保連平成28年12月実績

報酬単価

(地域移行支援)

・地域移行支援サービス費 2,323単位/月

・初回加算 500単位/月
(利用を開始した月に加算)

・退院・退所月加算 2,700単位/月
(退院・退所月に加算)

・集中支援加算 500単位/月
(月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)

・障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日

・体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日

・体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日

・特別地域加算 +15/100

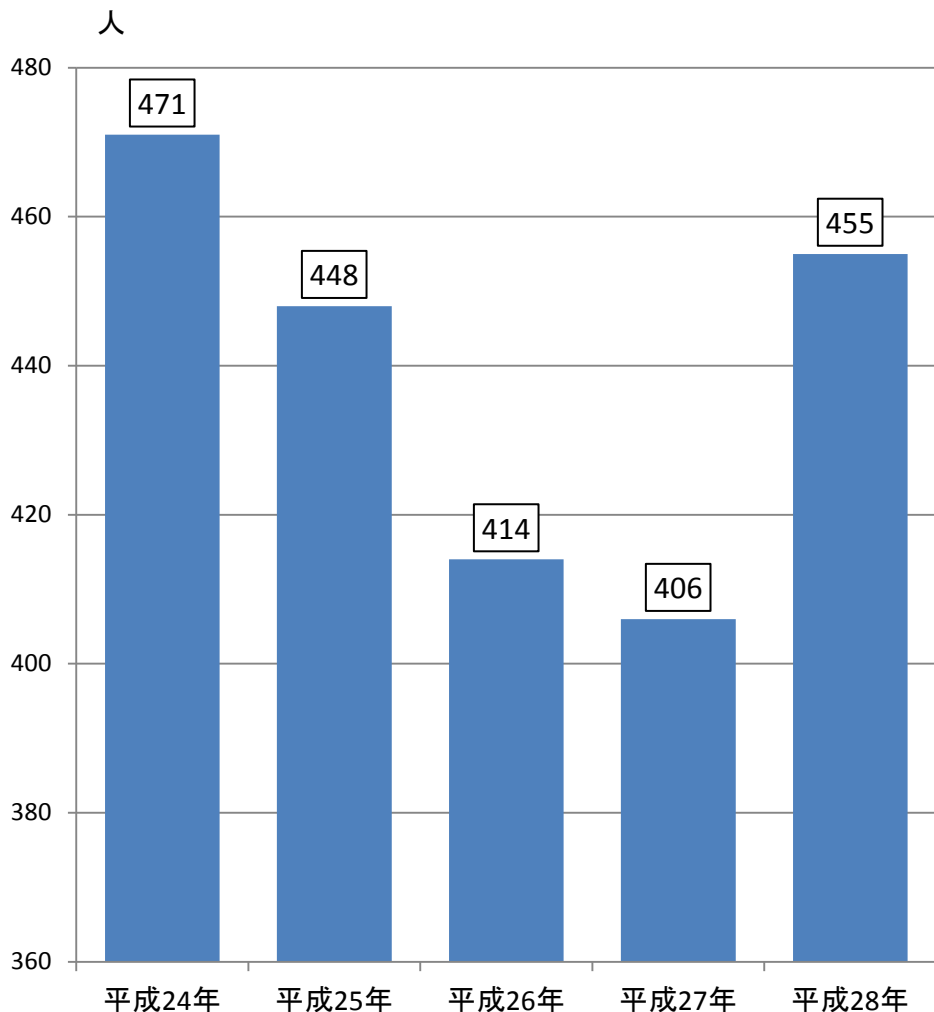
(地域定着支援)

・地域定着支援サービス費
〔体制確保分〕 302単位/月
〔緊急時支援分〕 705単位/日

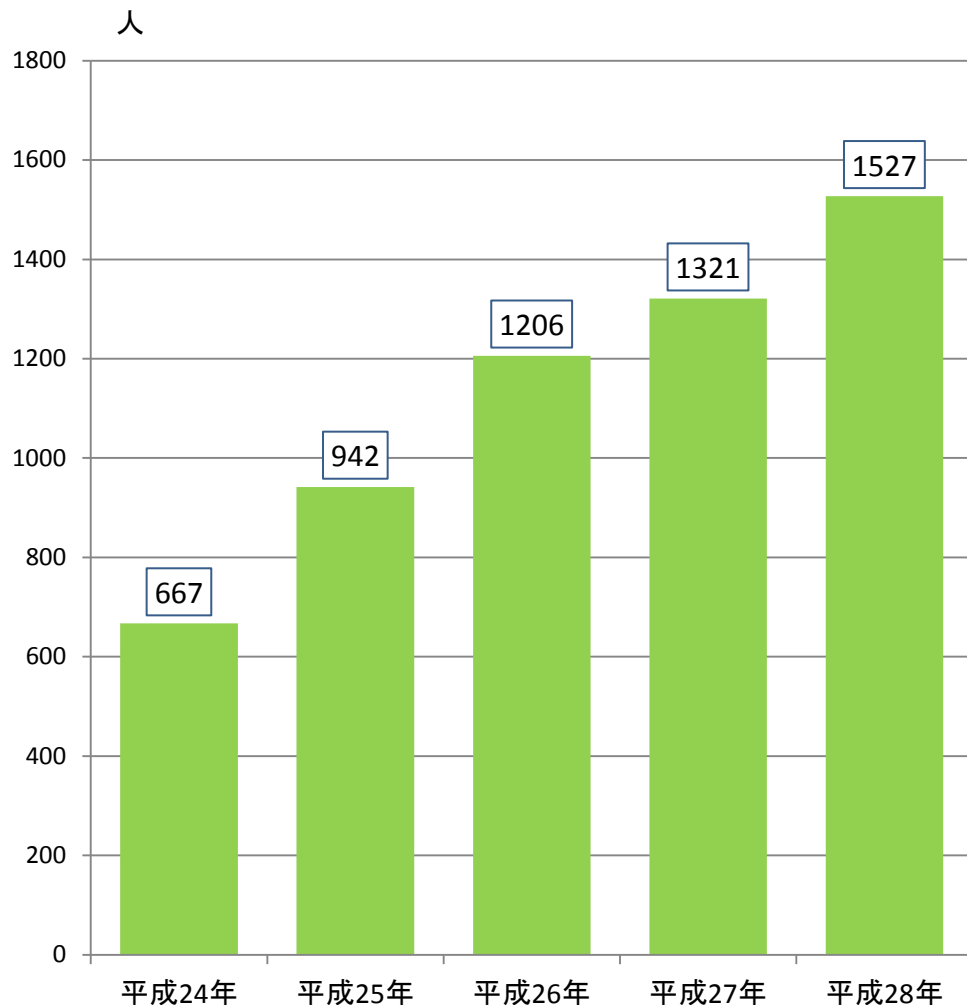
・特別地域加算 +15/100

地域移行支援・地域定着支援の利用者数の推移(精神障害者)

地域移行支援



地域定着支援



資料:国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

各都道府県における「地域移行支援」利用者数の推移(精神障害者)

	平成24年末	平成25年末	平成26年末	平成27年末	平成28年末
北海道	19	14	17	23	18
青森県	6	2	2	5	8
岩手県	6	4	6	8	8
宮城県	3	6	4	3	2
秋田県	1	3	0	0	1
山形県	0	1	1	1	0
福島県	2	7	1	1	2
茨城県	2	1	1	5	2
栃木県	1	6	7	3	2
群馬県	0	3	0	4	0
埼玉県	7	14	14	16	7
千葉県	32	18	35	21	37
東京都	86	47	59	82	88
神奈川県	18	14	25	18	17
新潟県	8	10	14	16	7
富山県	4	2	0	0	3
石川県	5	10	2	4	6
福井県	0	1	3	1	0
山梨県	6	6	0	3	6
長野県	15	34	12	14	16
岐阜県	1	0	1	1	1
静岡県	15	15	11	19	16
愛知県	19	11	13	4	21
三重県	3	1	8	12	2

	平成24年末	平成25年末	平成26年末	平成27年末	平成28年末
滋賀県	7	6	6	11	9
京都府	5	7	9	6	4
大阪府	28	23	42	39	25
兵庫県	31	20	30	30	29
奈良県	8	7	1	0	8
和歌山県	10	7	15	13	10
鳥取県	0	1	1	0	1
島根県	7	13	7	12	6
岡山県	20	8	4	5	18
広島県	1	1	0	10	1
山口県	5	8	3	2	2
徳島県	2	1	0	2	6
香川県	0	0	3	0	0
愛媛県	25	32	19	17	27
高知県	0	2	0	3	0
福岡県	14	22	16	10	12
佐賀県	0	4	3	0	0
長崎県	6	3	4	4	9
熊本県	0	0	1	2	0
大分県	5	7	3	4	9
宮崎県	3	1	4	6	3
鹿児島県	3	2	3	4	3
沖縄県	1	1	4	4	3
合 計	471	448	414	406	455

資料:国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

各都道府県における「地域定着支援」利用者数の推移(精神障害者)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
北海道	31	44	42	57	72
青森県	3	12	22	28	29
岩手県	5	15	12	15	16
宮城県	1	0	2	4	2
秋田県	1	16	32	17	16
山形県	5	3	5	2	5
福島県	5	4	5	5	8
茨城県	8	18	26	27	27
栃木県	1	4	16	12	11
群馬県	13	12	11	11	11
埼玉県	8	21	25	26	45
千葉県	103	146	149	142	141
東京都	28	66	117	135	170
神奈川県	6	12	18	22	15
新潟県	31	42	46	48	44
富山県	19	22	20	22	36
石川県	9	12	12	26	32
福井県	0	1	2	3	6
山梨県	1	1	5	9	12
長野県	12	13	18	23	38
岐阜県	0	0	0	2	1
静岡県	36	18	33	53	79
愛知県	8	9	18	26	39
三重県	20	9	5	7	7

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
滋賀県	8	12	10	11	7
京都府	1	7	11	27	40
大阪府	72	70	96	122	137
兵庫県	50	58	72	71	65
奈良県	1	0	1	1	3
和歌山県	19	23	28	41	44
鳥取県	1	0	0	0	0
島根県	37	60	71	66	82
岡山県	54	83	111	93	107
広島県	11	11	17	17	17
山口県	5	6	7	7	6
徳島県	1	0	1	0	1
香川県	2	1	0	0	1
愛媛県	18	28	56	66	68
高知県	0	0	1	3	4
福岡県	11	34	35	34	43
佐賀県	1	3	4	2	2
長崎県	0	4	8	8	9
熊本県	3	6	4	5	8
大分県	1	4	11	11	15
宮崎県	2	4	8	12	4
鹿児島県	0	1	0	1	1
沖縄県	15	27	13	1	1
合 計	667	942	1,206	1321	1527

資料: 国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

精神障害領域のピアサポート

1970年代 アメリカにおけるピアサポートの発祥

1980年代以降各州における「認定ピアスペシャリスト」としての雇用ガイドラインや研修プログラムが開



日本におけるリカバリー概念への注目

当事者中心の医療保健福祉サービスの構築が目指される



ピアサポートへのニーズの高まり

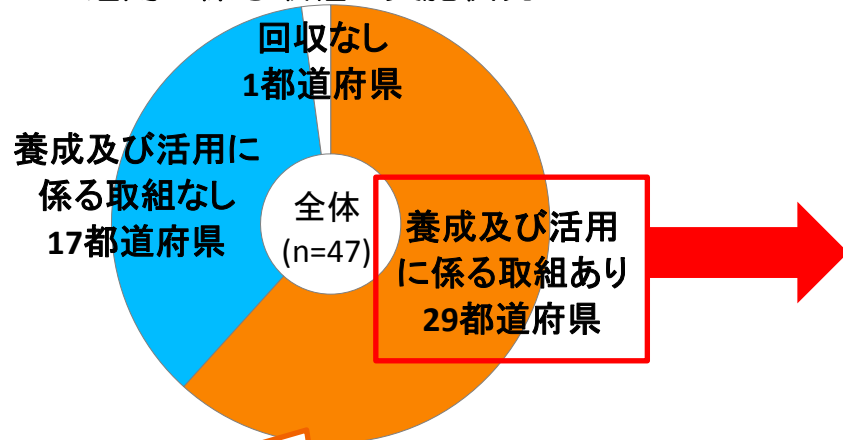


多様な
ピアサポート

- ①精神科病院に長期入院している人たちの退院支援への
ピアサポーターの活用
- ②地域で生活する障害者の相談を受けるピアカウンセリング
- ③ピアヘルパーとしての雇用
- ④通所サービスやグループホームにおけるピアスタッフの雇用

各都道府県が把握している ピアサポーター活動者数等(精神障害者)

1. ピアサポーターの養成及び活用に係る取組の実施状況



【取組内容(抜粋)】

- ・ピアサポーター養成講座、研修会の実施
- ・ピアサポーターが自主的に活動できるような支援及び雇用促進のための取組を実施
- ・入院患者との交流会への参加
- ・病院訪問等における体験プログラム活動の実施
- ・ピアサポーターと協働した精神科病院等におけるグループワーク等の実施
- ・地域で生活している精神障害者をピアサポーターとして養成し、保健所や事業所、精神科病院等の相談会等へ派遣
- ・地域で障害への理解促進を図るための普及啓発

2. ピアサポーターの養成数等 (人)

都道府県	平成28年度の養成者数等		現在の活動者数
	養成者数	活動者数	
北海道	95	95	95
福島県	0	0	15
栃木県	0	0	15
群馬県	25	0	68
埼玉県	-	-	53
千葉県	11	-	-
神奈川県	11	11	49
新潟県	61	30	59
富山県	23	18	23
石川県	18	9	5
山梨県	7	5	23
長野県	0	0	117
岐阜県	-	-	10
静岡県	-	-	-
愛知県	-	-	-
滋賀県	-	-	-
兵庫県	104	94	-
奈良県	0	0	-
和歌山県	28	13	-
島根県	0	0	19
岡山県	60	13	13
徳島県	-	-	13
香川県	12	8	5
愛媛県	54	40	48
高知県	7	5	5
長崎県	25	14	7
宮崎県	0	0	15
鹿児島県	-	-	-
沖縄県	181	-	-
合計	722	355	657

※平成29年6月26日時点で集計したものであり、暫定値である。

※(-):無回答

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

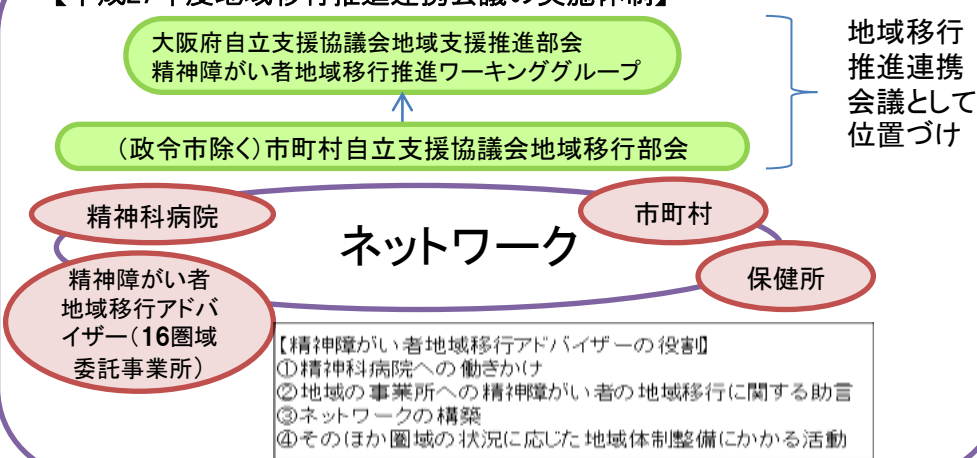
【退院促進ピアサポーターの活動】（地域生活支援事業により16圏域事業所に委託）

- 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ったり、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。

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。
- 体験談プログラムや病院説明会、リーフレット作成等の各取組への参加や、県自立支援協議会地域移行部会への参加など、ピアの強みを生かした取組を推進していく。

【静岡県の実施圏域の基礎情報】 ※平成28年6月30日時点（暫定値）

富士圏域、駿東田方圏域(熱海伊東圏域含む)			(うち検証事業参加)					
圏域人口 (平成28年7月推計)			1,137,747人					
精神科病院の数			10病院 (5病院)					
精神科病床数			2,166床 (1,017床)					
入院精神障害者数※ 1	3か月未満		335人(19%)		162人(18%)※			
	3か月以上1年未満		301人(17%)		104人(12%)※			
	1年以上		1162人(64%)		609人(70%)※			
相談支援事業所数 (平成27年3月)			一般相談		23(7)			
			特定相談		52(8)			
保健所			4か所					
(参考)静岡県利用者数の推移		H24	H25	H26	H27	H28		
国保連データ	地域移行支援	1	1	1	2	8		
	地域定着支援	0	0	0	0	11		

【精神科病院からの退院に向けた支援】

○富士圏域の取組（検証事業より一部抜粋）

- ・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。
- ・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、高齢入院患者への退院支援を行う。
- ・退院者から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プログラムを実施することにより、退院後の生活についての不安を軽減し、退院意欲の向上を図る。

○駿東田方圏域の取組（検証事業より一部抜粋）

- ・ピアサポーターや相談支援事業所などが精神科病院に出向き、入院患者及び病院職員に地域移行に関する説明会を行う。
- ・地域移行、地域定着のリーフレットを作成し、精神科病院、相談支援事業所、行政等に配布することにより、地域移行に関する理解を促す。

○精神障害者地域移行支援者連携事業（地域医療介護総合確保基金により実施）

精神科病院と地域の支援者との連携を促すため、医療保護入院者退院支援委員会に患者本人の要請により出席する地域援助事業者及び地域移行支援導入を検討している入院患者と面会する相談支援事業者に対し、病院へ出向く費用（旅費・人件費相当分）に対し一定の補助を行う。

【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）

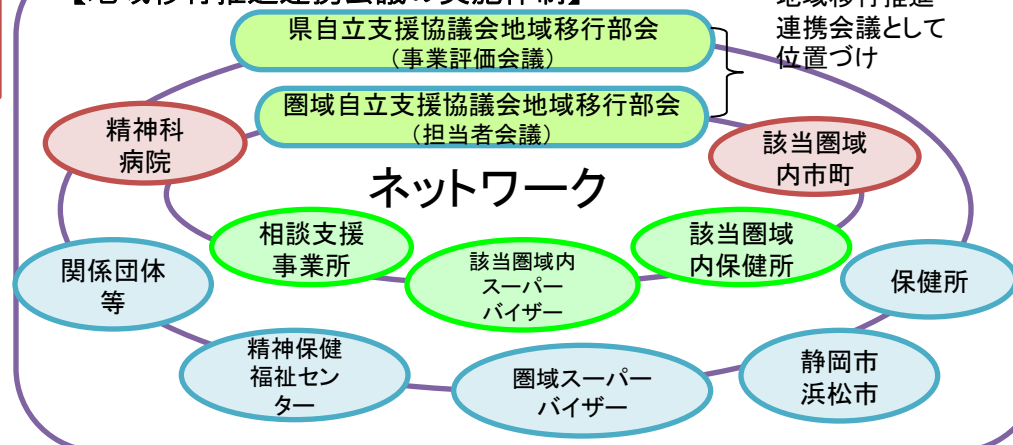
○平成26年～27年

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。各圏域で実施事項を示したロードマップを作成。

○平成28年

県自立支援協議会地域移行部会に研修ワーキンググループを設置し、地域移行推進のための人材育成に、多種職・多機関で取り組む。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【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：富士圏域）

地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。

○退院後の住居問題に関する検討会の開催（検証事業：駿東田方圏域）

「静岡県居住支援協議会」と連携し、精神障害者の民間賃貸住宅への入居についての課題検討を図る。

兵庫県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 地域移行推進連携会議を県内全圏域にて開催することにより、関係各者との有機的連携を深め、地域移行の一層の促進を図る。
- 検証事業を実施する圏域においては、その成果・ノウハウを他圏域に波及させていく県内の先駆的モデルとなることを目指す。

【兵庫県の実施圏域の基礎情報】

		北播磨圏域 (5市1町)	(うち検証 事業参加)	但馬圏域 (3市2町)	(うち検証 事業参加)	淡路圏域 (3市)	(うち検証 事業参加)
圏域人口（平成28年9月）		271,290人		168,150人		133,640人	
精神科病院の数（平成28年6月末時点）		2病院	(1病院)	3病院	(3病院)	3病院	(1病院)
精神科病床数（平成28年6月末時点）		847床	(445床)	605床	(605床)	370	(240床)
入院精神障害者数※ (平成28年6月末時点)	3か月未満	74人(10%)	57人(14%)	54人(12%)	54人(12%)	90人(28%)	53人(25%)
	3か月以上1年未満	104人(13%)	71人(17%)	56人(13%)	56人(13%)	69人(21%)	39人(18%)
	1年以上	604人(77%)	278人(69%)	337人(75%)	337人(75%)	163人(51%)	123人(57%)
相談支援事業所数（平成28年7月）	一般相談3		(1)	7	(7)	7	(1)
	特定相談18		(1)	15	(12)	8	(1)
保健所		1か所		2か所		1か所	
参考：兵庫県利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4	H28.4	
国保連 データ	地域移行支援(人)	8	28	35	30	25	
	地域定着支援(人)	17	85	120	139	124	

【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の実施(検証事業により精神保健福祉センターが実施)

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。

○体験談プログラムの実施(検証事業により3圏域4事業所に委託)

精神科病院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報告会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。

○事業所体験プログラムの実施(検証事業により3圏域4事業所に委託)

○退院に向けた意欲喚起(検証事業により3圏域4事業所に委託)

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。

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

○平成15・16、18～26年

精神障害者地域移行・地域定着支援事業

ピアサポーター活用による地域移行等支援事業

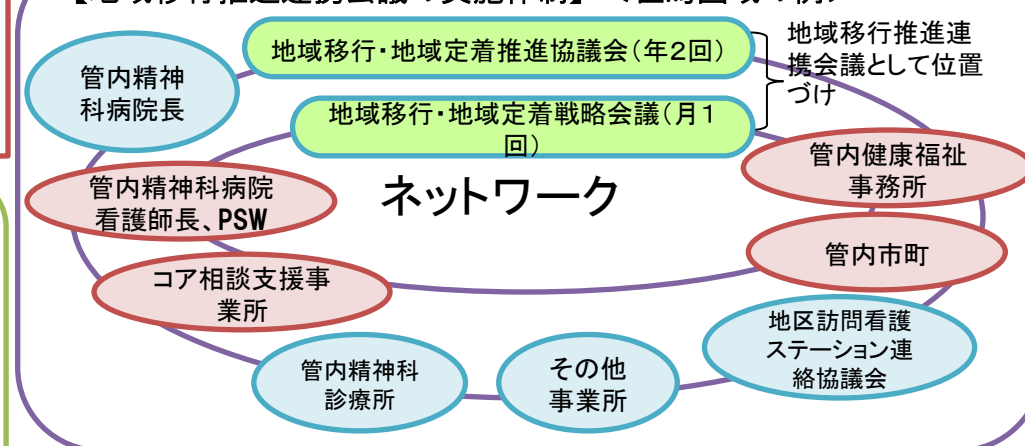
○平成27年(緊急雇用)

精神障害者ピアサポータースキルアップ研修等事業、精神障害者ピアサポーター活動拡充事業、精神障害者ピアサポーター・支援者等研修事業、精神障害者退院支援関係者研修事業

○平成28年(検証事業)

長期入院精神障害者地域移行推進事業

【地域移行推進連携会議の実施体制】＜但馬圏域の例＞



【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3圏域4事業所に委託）

・ピアサポーターを活用した精神障害者の地域生活支援を担える障害福祉サービス事業所等を増やすことが目的。

・初めて精神障害者を受け入れる、又はピアサポーターの養成・活用を目指している障害福祉サービス事業所等へ、先駆的に取り組んでいる相談支援事業所等の職員がスーパーバイザーとなり、事業所職員等の研修や精神障害者への対応方法などの助言指導を実施。

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29年2月)	167,252人
面積	2134km ²
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(28年9月)	556床
入院後3ヶ月時点の退院率(28年6月)	72.0%
入院後1年時点の退院率(28年6月)	92.0%



【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

(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

【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 戦略会議参加と院内説明会(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の了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でピアサポーター養成。4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会、院内体験プログラムの定期開催。
- 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(保健所主催)を、2病院長、1精神科部長の出席を得て開催。年度内地域移行目標を70と定める。
- 28年3月 年度内地域移行申請28名。退院者14名。

【効果】

(地域移行の利用者数)

- 25年度 0名 26年度 5名うち1名退院
- 27年度 18名うち13名退院 28年度 28名うち14名退院

(入院後3ヶ月時点、1年時点の退院率)

- 3ヶ月時 42.9%(26年)→70.0%(28年)
- 1年 90.5%(26年)→92.0%(28年)

(1年以上入院患者割合 630調査より) ※29年は29年1月末現在

- 25年:71.7% 26年:71.3% 27年:70.9% 28年:75.4% 29年:71.3%

(1年以上入院患者数 630調査より) ※29年は29年1月末現在

- 25年:372名 26年:377名 27年:354名 28年:337名 29年:316名

(ピアサポーターの活動者数)

- 25年度:0名 26年度:12名 27年度:18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

精神病床に係る基準病床の算定

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26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要
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（長期入院）需要

地域移行に伴う基盤整備量

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。

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28年度予算：4,800千円 → 平成29年度予算：4,136千円

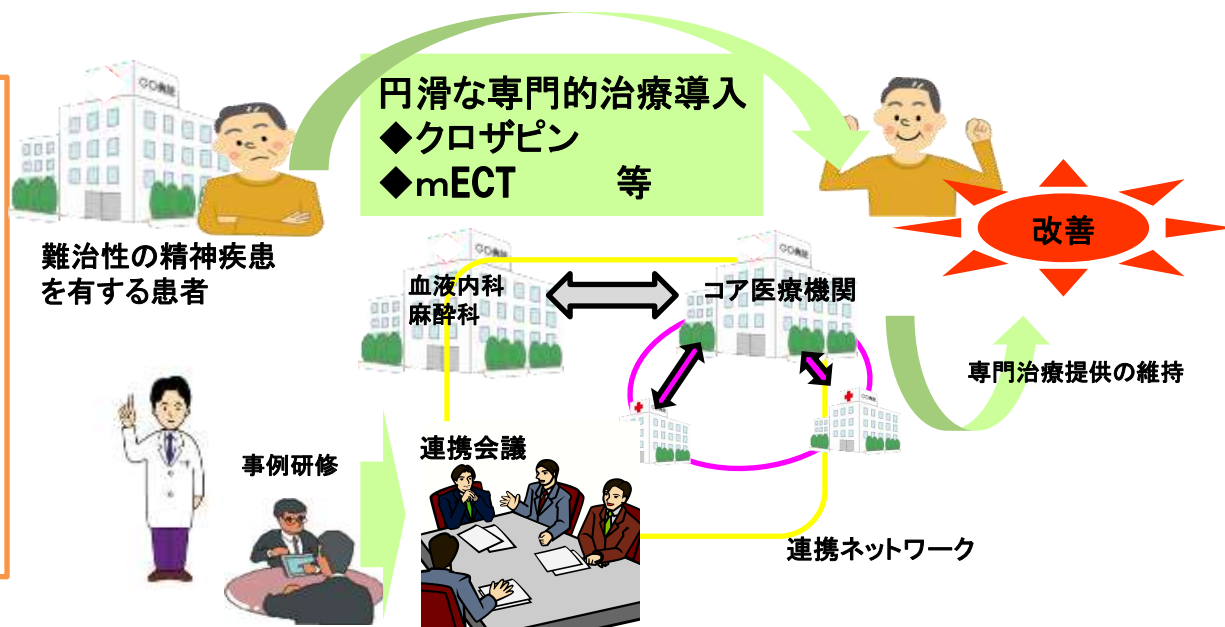
現状と課題

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

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。

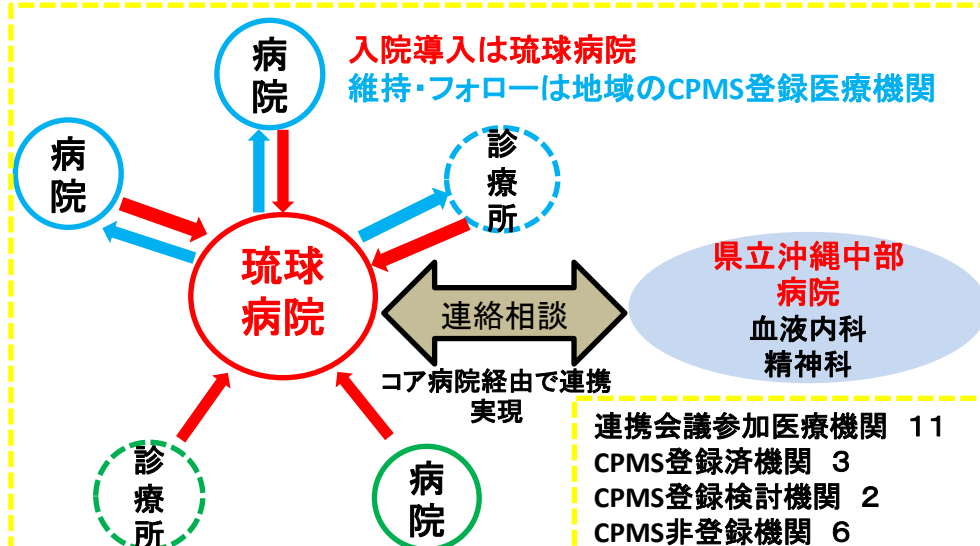
【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

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



【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



【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

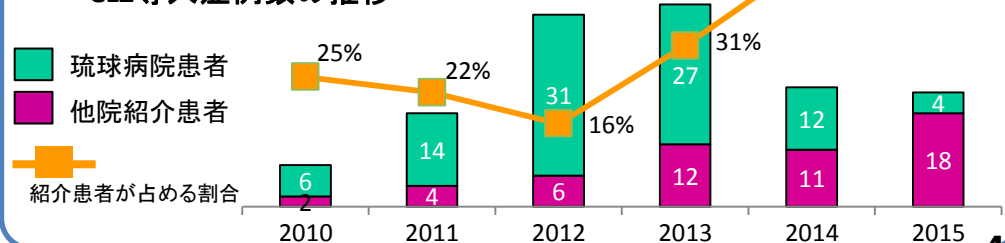


（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【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



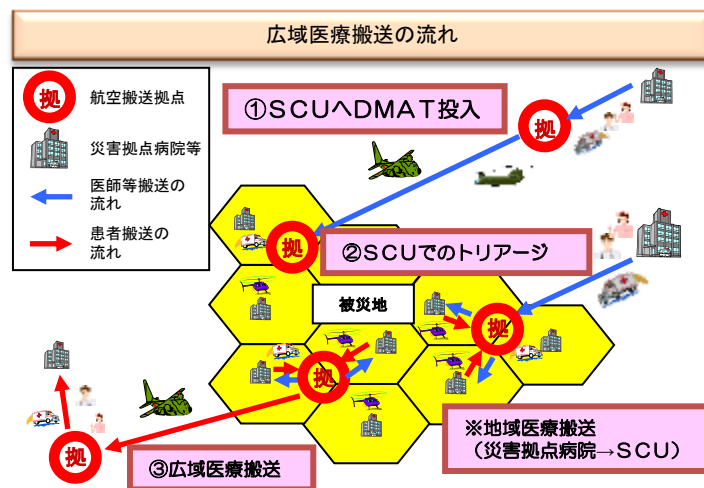
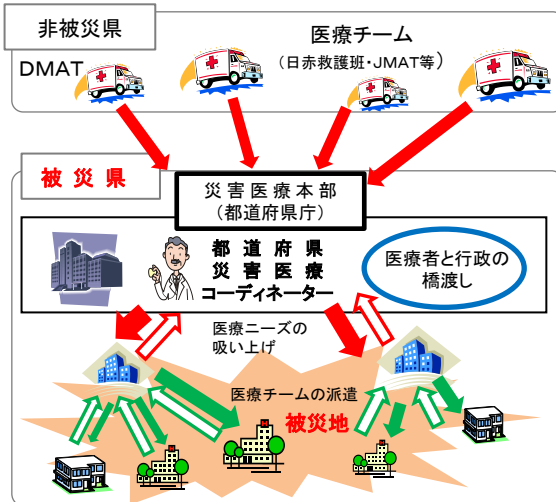
災害時における医療体制

【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

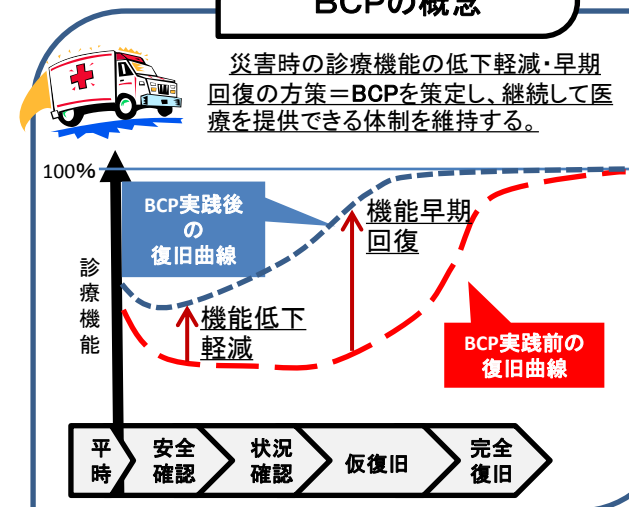
- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT、**DPAT**、JMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進める。
さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。



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。

BCPの概念



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。

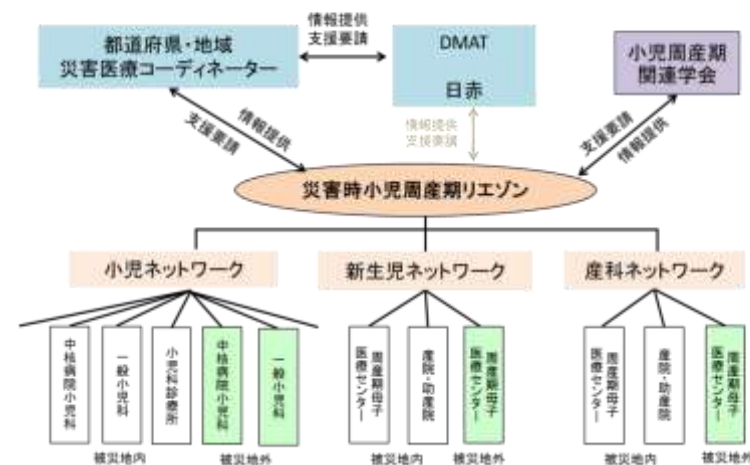


災害時小児周産期リエゾンの養成

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

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるため、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の策定とその後の施策の進捗状況のフォローアップに必要な「データ」の充実化を図るため、集計の迅速化、調査項目の見直しを行います。

【調査対象】

- 医療機関 ー精神病床を持つ病院、精神科・診療内科を標榜する診療所
- 訪問看護ステーション 全ての訪問看護ステーション

【調査項目】

- 医療機関
 - ・医療機関の属性(病床数、指定病床数、診療体制 など)
 - ・入院患者の属性(年齢、性別、診断、入院形態、隔離拘束、居住自治体 など)
 - ・医療保護入院者の退院支援の取組状況と転帰
- 訪問看護ステーション
 - ・訪問看護ステーションの属性(診療体制、患者数 など)
- 都道府県 (政令市は都道府県が取りまとめ)
 - ・医療圏数、医療機関数 等
 - ・措置・緊急措置・医療保護入院の入院届・診断書、退院届・消退届の状況

【スケジュール】

- 6月23日 都道府県・指定都市に対して調査依頼
- 8月31日 医療機関・都道府県調査締め切り
- 9月29日 訪問看護の調査締め切り
- 秋(予定) 都道府県に医療計画策定に資する集計値提示
- 年度末 NDB等とあわせ、精神保健福祉資料公表



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
- 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

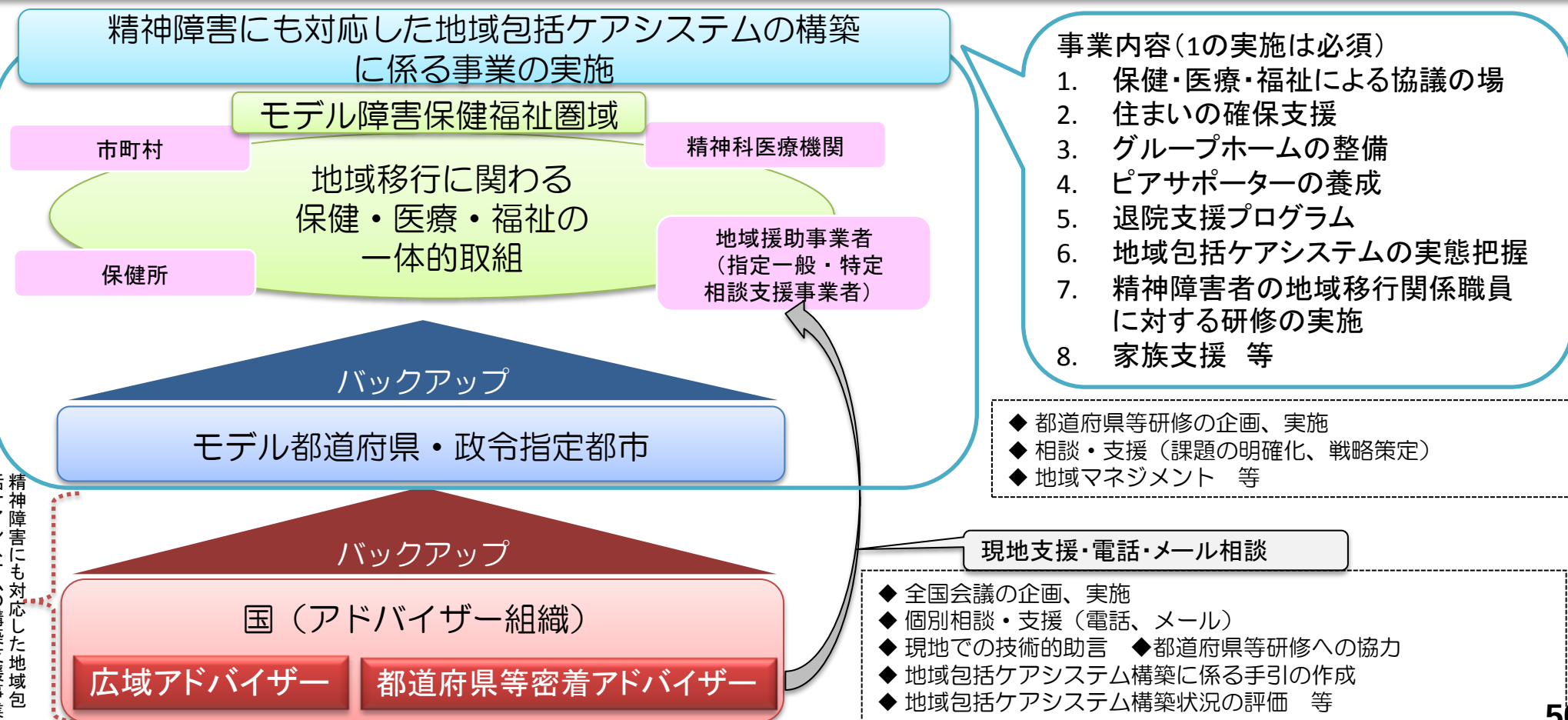
【新規 平成29年度予算：192,893千円】

【新規 平成29年度予算：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。



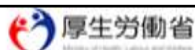
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 ポータルサイト について

【サイトURL】

<http://mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>

<トップページ>

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル



調査研究・
報告書等

地域移行に係わる
リンク先一覧

本事業関連資料 &
地域包括ケアNEWS
(精神)

FAQ

①



②

このサイト「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」は、これまでの地域移行に関する各種団体の調査研究・報告書や、審議会といった情報サイトへのリンク先などを共有するためのポータルサイトです。

④



■ 新着情報

- 2017/06/07 : テストサイトを更新しました
- 2017/06/01 : テストサイトをオープンしました

【お問合せ先】

サイト管理者・平成29年度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受託者

株式会社 日本能率協会総合研究所

0120-876-300 (10:00-17:00)

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-2-2 住友商事竹橋ビル15F

厚生労働省

法人番号6000012070001

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話：03-5253-1111(代表)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.

調査研究・
報告書等

地域移行に係わる
リンク先一覧

本事業関連資料 &
地域包括ケアNEWS
(精神)

FAQ

①

調査研究・報告書等



- (1) 障害者総合福祉推進事業
- (2) 障害者支援状況等調査研究事業
- (3) 全国保健所長会

調査研究・
報告書等

地域移行に係わる
リンク先一覧

本事業関連資料 &
地域包括ケアNEWS
(精神)

FAQ

②

地域移行に係わるリンク先一覧



- (1) 精神障害者地域移行HP
- (2) 各種通知
- (3) 各種審議会・検討会等
- (4) 担当者会議等
- (5) 630調査

調査研究・
報告書等

地域移行に係わる
リンク先一覧

本事業関連資料 &
地域包括ケアNEWS
(精神)

FAQ

③

本事業関連資料 & 地域包括ケアNEWS (精神)



- (1) 合同会議資料等
- (2) 地域包括ケアNEWS(精神)

調査研究・
報告書等

地域移行に係わる
リンク先一覧

本事業関連資料 &
地域包括ケアNEWS
(精神)

FAQ

④

FAQ



問い合わせ & 回答

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(概要)

(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年後見直し規定の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を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に関係法律の改正案を提出)

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。

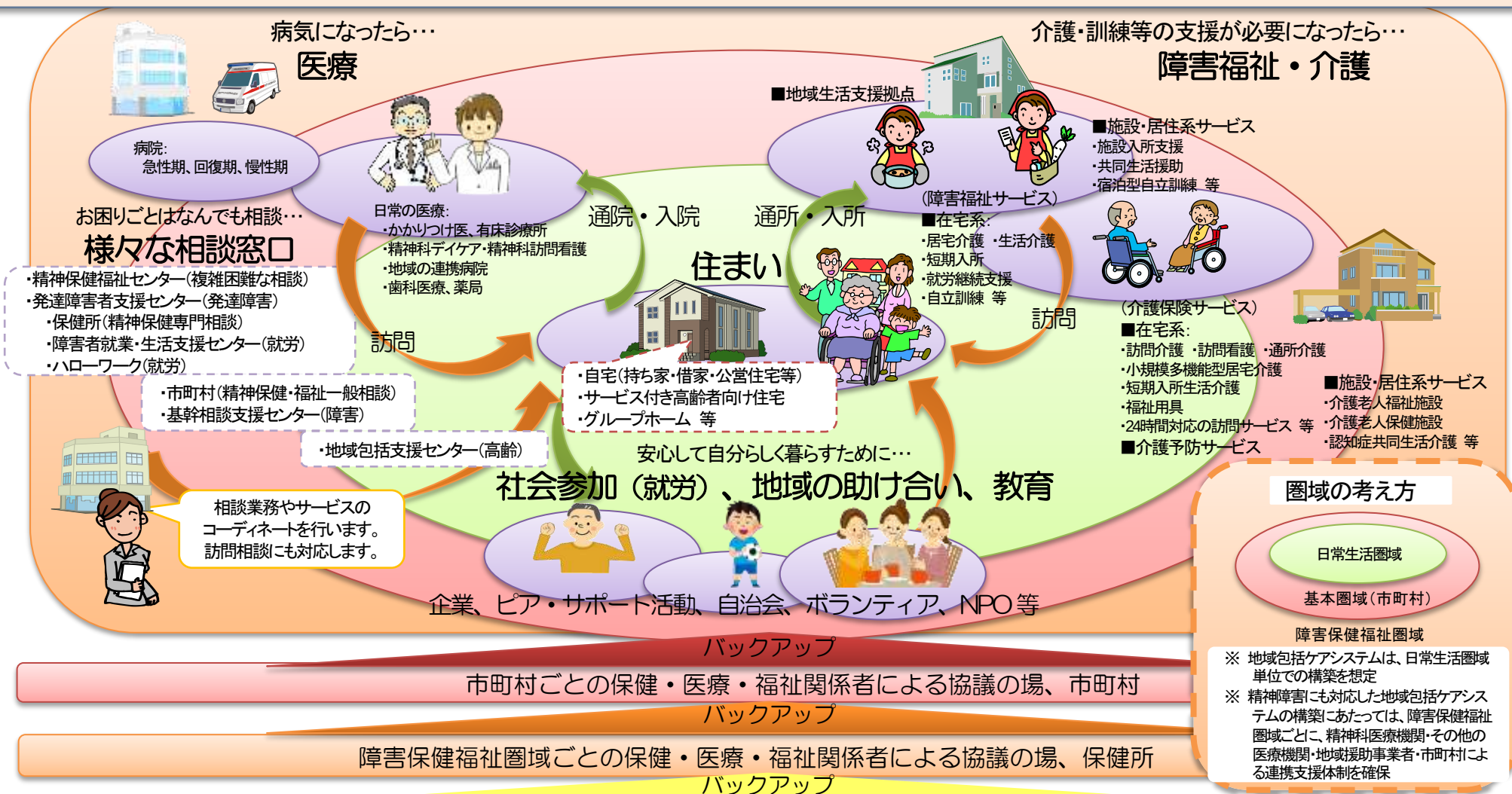
4. 精神保健指定医の指定のあり方について

- 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、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）

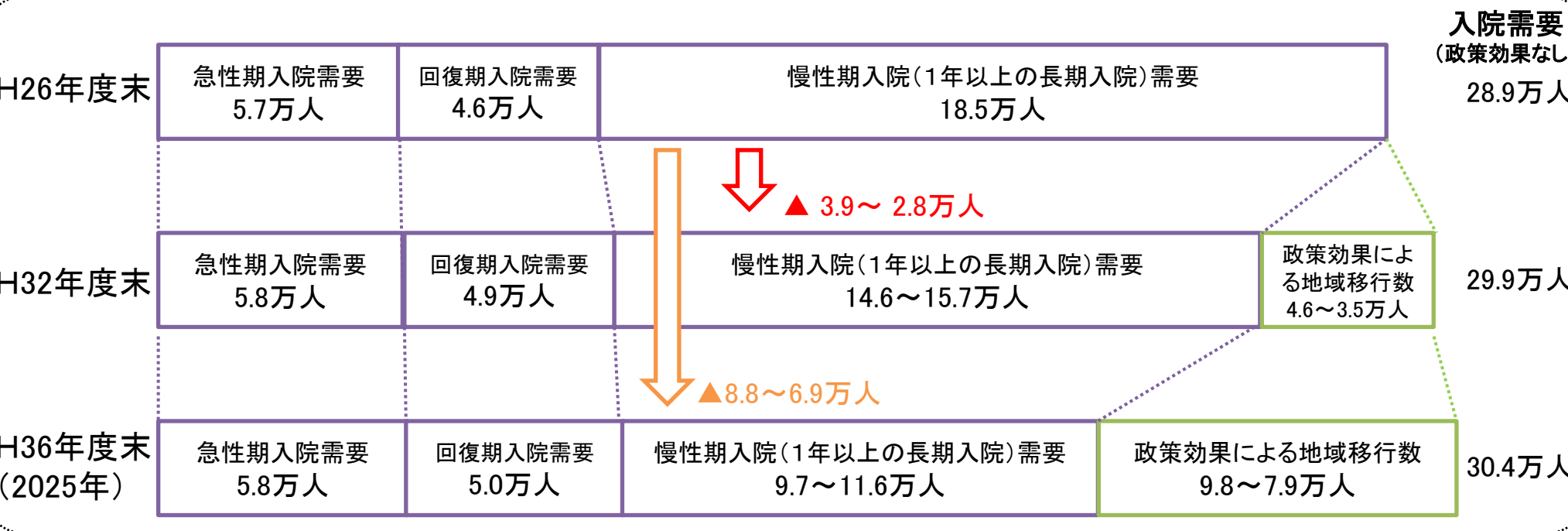
○精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。

○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。



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目標設定

- 政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定



平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	0.8~0.5万人