

今後議論すべき論点について(案)

1. 精神障害者を地域で支える医療の在り方について
○デイケア・訪問看護・アウトリーチ等の医療機能の在り方について
どのように考えるか
2. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について
○多様な精神疾患・患者像への医療の提供について
どのように考えるか
3. 精神病床のさらなる機能分化について
 - ①精神病床の将来推計及び目標値についてどのように考えるか
 - ②「重度かつ慢性」に関する調査結果とその活用について
どのように考えるか

1. 精神障害者を地域で支える医療の在り方について

デイケア・訪問看護・アウトリーチ等の医療機能の在り方についてどのように考えるか

(現状)

- 平成25年の精神保健福祉法の改正により、精神障害者の医療の提供の確保するための指針の策定が法定化され、平成26年4月から「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」を適用している。
- 当該指針では、基本的な考え方として、「精神疾患の発生を予防し、発症した場合であっても早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する知識の普及啓発や精神医療の体制の整備を図るとともに、精神障害者が地域の一員として安心して生活できるよう精神疾患に対する理解の促進を図ること」を示し、基本的な方向性として、「精神障害者の地域生活への移行を促進するとともに、精神障害者が地域で安心して生活し続けることができるよう、地域における居住環境及び生活環境の一層の整備や精神障害者の主体性に応じた社会参加を促進するための支援を行い、入院医療のみに頼らず精神障害者が地域で生活しながら医療を受けられるよう、精神障害者の急性増悪等への対応や外来医療の充実等を推進することにより、精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保する」と明記している。

1. 精神障害者を地域で支える医療の在り方について

デイケア・訪問看護・アウトリーチ等の医療機能の在り方についてどのように考えるか

(検討の視点)

○デイケア・訪問看護・アウトリーチ等の医療機能を活かした地域精神保健医療の充実に向けて、これまでのヒアリング内容や、先駆的な地域における取組を踏まえながら、自治体の役割分担を含め、精神障害者を地域で支える医療の在り方についてどう考えるか。検討するにあたって、以下の点についてどのように考えるか。

1)「精神障害者地域包括ケア」の構築についてどのように考えるか

- ・「精神障害者地域包括ケア」の目指すところ
- ・「精神障害者地域包括ケア」の概念を構成する要素
(参考)地域包括ケアシステムでは、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援から構成
- ・圏域の捉え方
- ・地域における関係機関間の連携推進の在り方
- ・自治体(都道府県、市町村)の役割分担の在り方

2)効果的かつ効率的な精神保健医療としてのアウトリーチ(訪問支援)をどのように考えるか

- ・アウトリーチ(訪問支援)を必要とする対象者像(例:未治療者、治療中断者、中重度者 等)
- ・アウトリーチ(訪問支援)における各専門職(医師、看護職、OT、PSW)の役割・強み
- ・効果的かつ効率的なアウトリーチ(訪問支援)を提供できる体制

3)効果的かつ効率的な精神保健医療としてのデイケアをどのように考えるか

- ・デイケアを必要とする対象者像(例:中重度者 等)
- ・デイケアにおける各専門職(医師、看護職、OT、PSW)の役割・強み
- ・効果的かつ効率的なデイケアを提供できる体制

2. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について

多様な精神疾患・患者像への医療の提供についてどのように考えるか

(現状)

- 平成25年度からの第6次医療計画において、新たに精神疾患が追加され、5疾病5事業として精神科医療連携体制の構築が進められてきている。
- 平成25年の精神保健福祉法の改正により、精神障害者の医療の提供の確保するための指針の策定が法定化され、平成26年4月から「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」を適用している。
- 当該指針では、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が目指すべき方向性を定めている。また、多様な精神疾患・患者像への医療の提供として、①児童・思春期精神疾患、②老年期精神障害等、③自殺対策、④依存症、⑤てんかん、⑥高次脳機能障害、⑦摂食障害などを位置づけている。
- 平成30年度からの第7次医療計画の実施に向けて、「医療計画の見直し等に関する検討会」を実施しており、「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」との整合性のとれた見直しを行う必要がある。

2. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について

多様な精神疾患・患者像への医療の提供についてどのように考えるか

(検討の視点)

○第7次医療計画の策定へ活かせるように、「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」に沿って、これまで実施してきた事業の成果や地域における取組を踏まえながら、効果的かつ効率的な地域精神保健医療提供体制の在り方についてどう考えるか。検討するにあたって、以下の点についてどのように考えるか。

1) 精神科医療と一般医療との連携をどのように考えるか

- ・対象となる精神疾患等

例) 精神科救急、難治性精神疾患への専門的治療、自殺対策、てんかん、摂食障害、災害医療 等

- ・都道府県・政令市における行政関係機関※の役割分担の在り方

- ・圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方

2) 精神科医療と地域資源との連携をどのように考えるか

- ・対象となる精神疾患等

例) 統合失調症、老年期精神障害等、依存症(アルコール、薬物など)、高次脳機能障害 等

- ・都道府県・政令市における行政関係機関※の役割分担の在り方

- ・圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方

3) 精神科医療と保健(母子保健、学校保健、地域保健、職域保健 等)との連携をどのように考えるのか

- ・対象となる精神疾患等

例) 児童・思春期精神疾患(摂食障害、発達障害 等)、気分(感情)障害 等

- ・都道府県・政令市における行政関係機関※の役割分担の在り方

- ・圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方

※ 都道府県・政令市本庁、精神保健福祉センター、保健所、自治体病院 等

3. 精神病床のさらなる機能分化について

①精神病床の将来推計及び目標値についてどのように考えるか

(現状)

- 平成16年に、精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)において、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定し、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を掲げ、この目標の達成により、10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。病床数の変化をみると、平成17年の35.4万床から、平成26年の33.8万床へと、1.6万床の減少となっている。
- 平成27年より、医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県に地域医療構想の策定を義務付けている。地域医療構想では、一般病床と療養病床を対象として、医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を、構想区域単位(原則、二次医療圏)で推計することになっているが、精神病床は対象としていない。
- 平成27年度から平成29年度までの第4期障害福祉計画においては、成果目標として、①入院後3ヶ月時点の退院率64%以上、②入院後1年時点での退院率91%以上、③平成29年6月末時点の長期在院者数を平成24年6月末時点の長期在院者数から18%以上削減を掲げている。

3. 精神病床のさらなる機能分化について

①精神病床の将来推計及び目標値についてどのように考えるか

(検討の視点)

○それぞれの地域の特性を踏まえた、あるべき地域精神保健医療福祉体制の構築を目指して、精神病床の将来推計の検討を進めることとしてはどうか。検討するにあたっては、これまでの検討経緯や地域医療構想における考え方を踏まえつつ、以下の点についてどのように考えるか。

- ・対象圏域：都道府県単位としてはどうか
- ・病床機能：入院期間による区分(※)としてはどうか
(※)急性期(3ヶ月未満)、回復期(3～12ヶ月未満)、慢性期(12ヶ月以上)
- ・推計式の骨格：入院需要＝性・年齢階級別入院受療率×性・年齢階級別推計人口
病床の必要量＝入院需要÷病床稼働率 としてはどうか
⇒精神病床の将来推計の位置づけをどのように考えるか

○また、入院後3ヶ月時点の退院率などの目標値について今後どのように設定することが適切か。検討するにあたっては、早期退院の取組状況を評価する観点や、精神障害者地域包括ケアの進捗状況を評価する観点から、目標値や評価指標を設定することについてどのように考えるか。

- ・早期退院の取組状況を評価する観点
例) 3ヶ月時点退院率(64%以上)、6ヶ月時点退院率(設定なし)、1年時点退院率(91%以上) 等
- ・精神障害者地域包括ケアの進捗状況を評価する観点
例) 地域資源の整備状況(設定なし)、1年以上長期入院患者の入院受療率(設定なし) 等

3. 精神病床のさらなる機能分化について

②「重度かつ慢性」に関する調査結果とその活用についてどのように考えるか

(現状)

- 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会<今後の方向性に関する意見の整理>平成24年6月28日」では、地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院が必要な患者を「重度かつ慢性」とすると概念整理し、調査研究を通じて基準を明確化する方針を示された。
- 厚生労働科学研究班(平成24～27年度)の策定した「重度かつ慢性」の基準案では、「精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を超えて引き続き在院した患者のうち、精神症状の重症度の基準を満たし、行動障害又は生活障害のいずれかの基準を満たしていること」が要件とされた。当該研究班の実施した全国調査では、1年以上の入院患者の約6割が、基準案に該当した。
- 「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」では、「重度かつ慢性」の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、1年以上の長期入院をしているものについては、退院支援や生活支援等を通じて地域移行を推進する方針を示した。

3. 精神病床のさらなる機能分化について

②「重度かつ慢性」に関する調査結果とその活用についてどのように考えるか

(検討の視点)

○厚生労働科学研究班の策定した基準案に該当しない長期入院患者(1年以上の入院患者の約4割)についてどのように考えるか。その際、身体合併症による入院治療を必要とする患者への対応をどのように考えるか。検討するにあたって、以下の点についてどのように考えるか。

- ・当該基準案を適用する精神疾患の範囲
(参考)厚生労働科学研究班では、認知症を除外した精神疾患を対象に調査を実施
- ・当該基準案に該当する状態の概念
例)地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院を必要とする状態 等
- ・当該基準案の活用方法
例)地域移行への活用、精神病床の機能分化への活用、定期報告における活用 等
- ・1年未満の入院患者に対する当該基準案の活用

○厚生労働科学研究班の策定した基準案は、現時点における一般的な地域精神保健医療福祉体制の水準を前提としたものであることから、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた基準とするためにどのようなことが考えられるか。検討するにあたって、以下の点についてどのように考えるか。

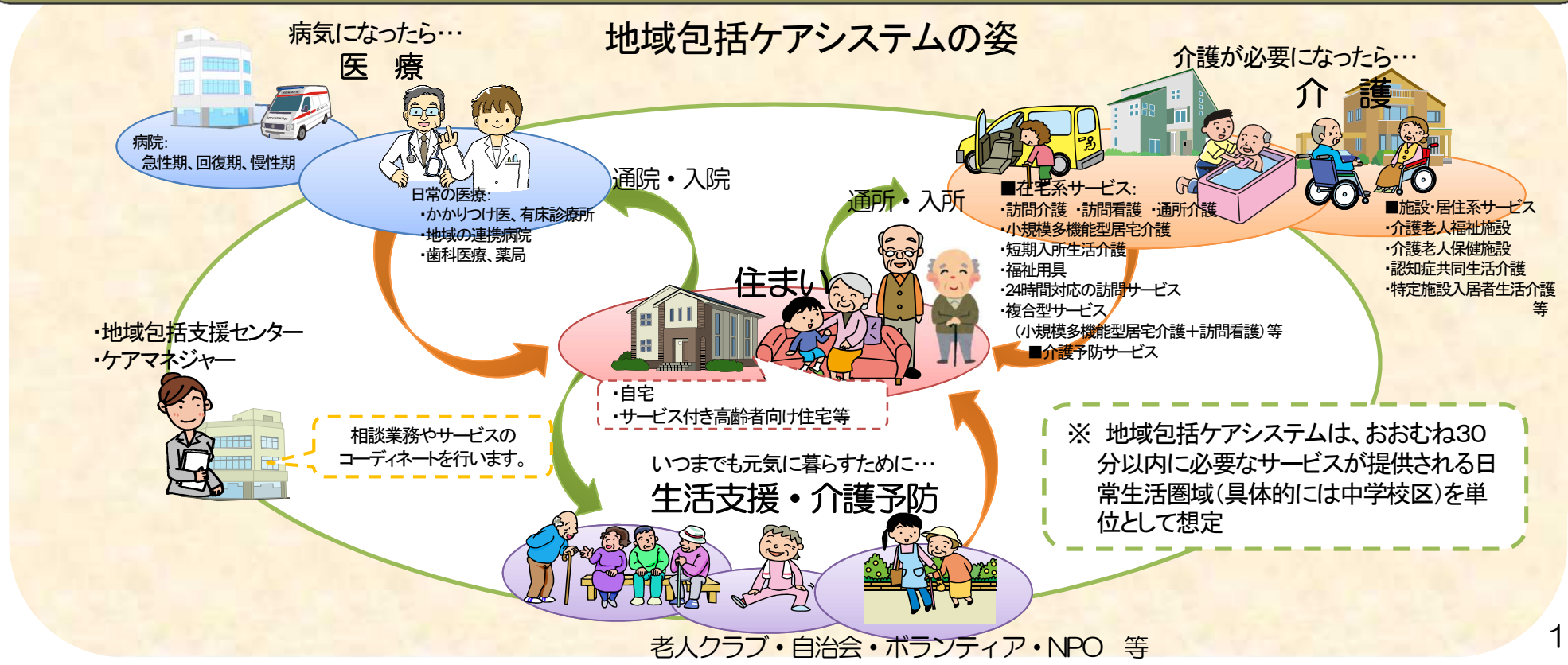
- ・研究を継続するにあたって、狙いをどのように考えるのか
例)標準的な精神障害者地域包括的ケアに関するガイドラインの策定、好事例の見える化 など

(参考資料)

精神障害者を地域で支える医療の在り方について

地域包括ケアシステムの構築について

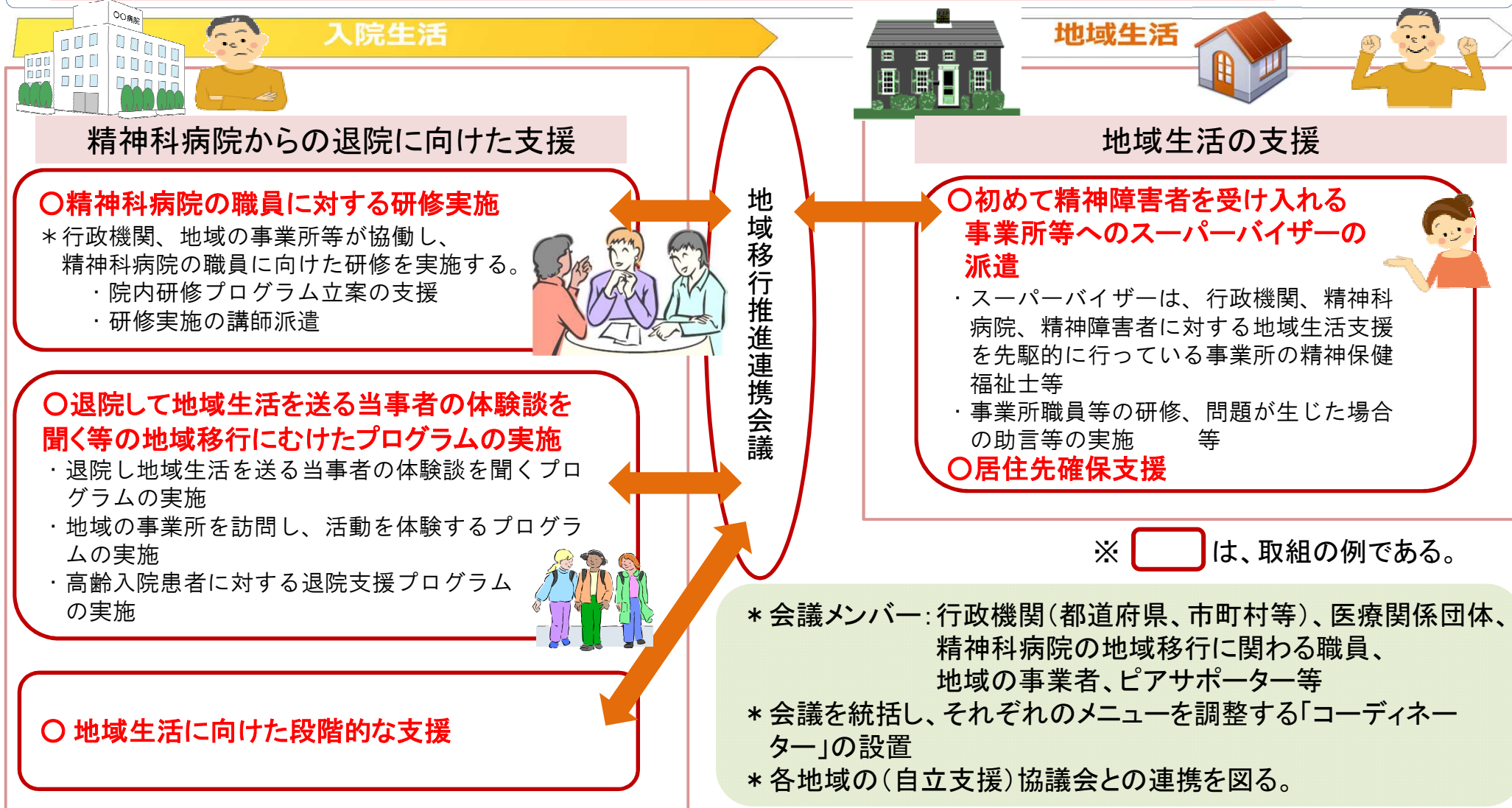
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



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。



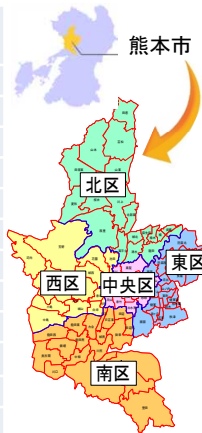
期待される効果：長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

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

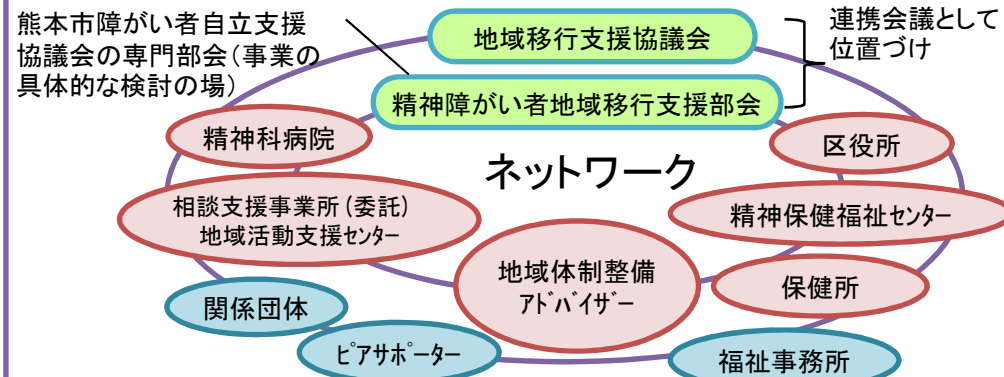
熊本市圏域（二次医療圏）			（うち検証事業参加）			
圏域人口（平成27年4月）			739,015人			
精神科病院の数※1			20病院	（18病院）		
精神科病床数※1			3,251床	（3,151床）		
入院精神障害者数※1	3か月未満		634人（23%）	641人（23%） ※2		
	3か月以上1年未満		457人（16%）	449人（16%） ※2		
	1年以上		1,709人（61%）	1,649人（60%） ※2		
相談支援事業所数（平成27年3月）			一般相談19	（9）		
			特定相談37	（12）		
保健所			1か所			
（参考）熊本市 利用者数の推移			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。

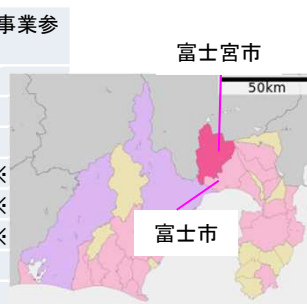
静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 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			
精神科病院の数		5病院	（1病院）		
精神科病床数		994床	（184床）		
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。

【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。

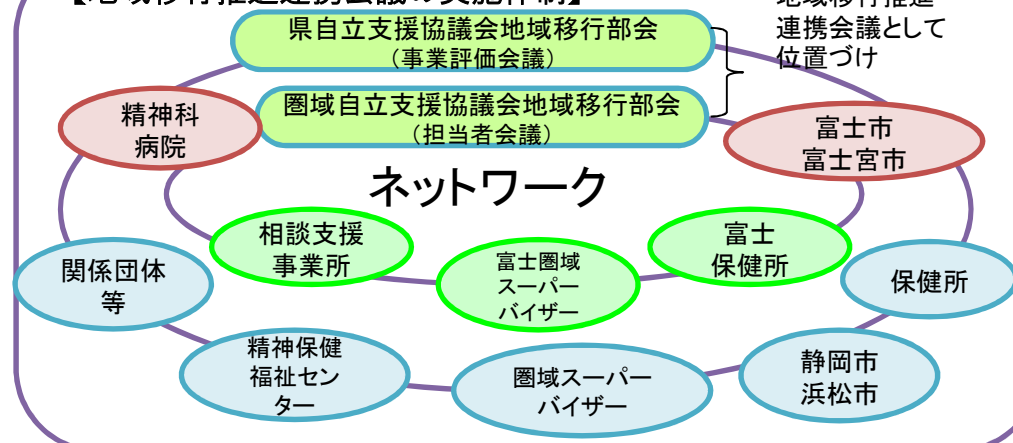
○退院者の体験談を聞くプログラムの実施（検証事業）

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）

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	3か月以上1年未満	2,821人（17%）
内62病院18,894床）	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
		特定相談310
保健所		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	地域移行支援	34	42	43	43
データ	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。

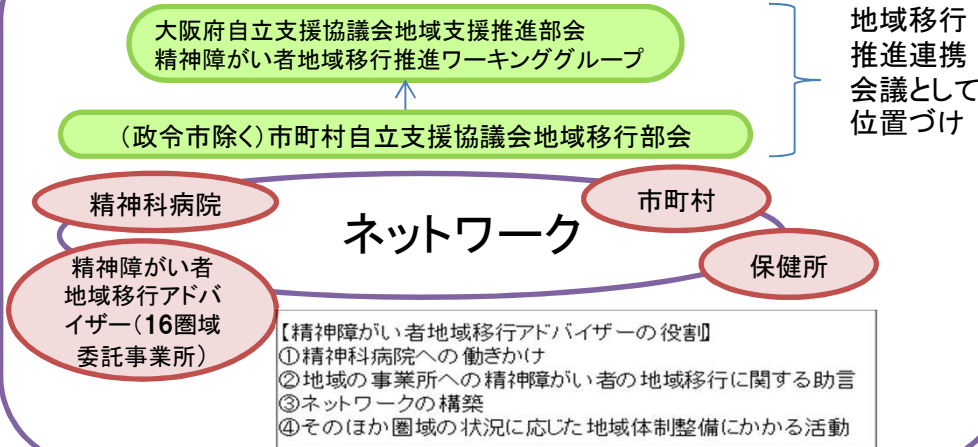
【退院促進ピアサポーターの活動】（地域生活支援事業により16圏域事業所に委託）

- 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 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(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 ²
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)

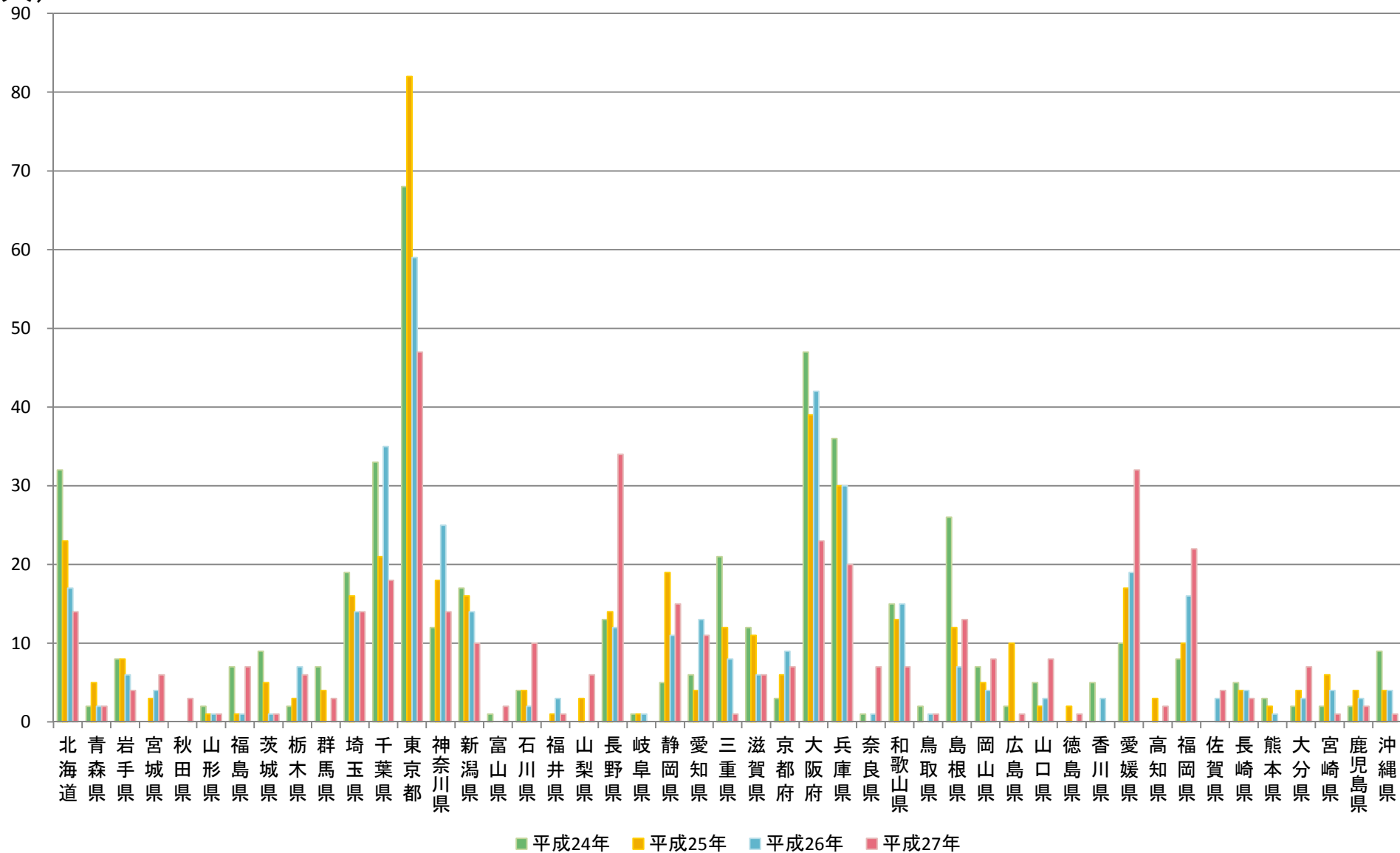
22年：9名 → 25年：11名

(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

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

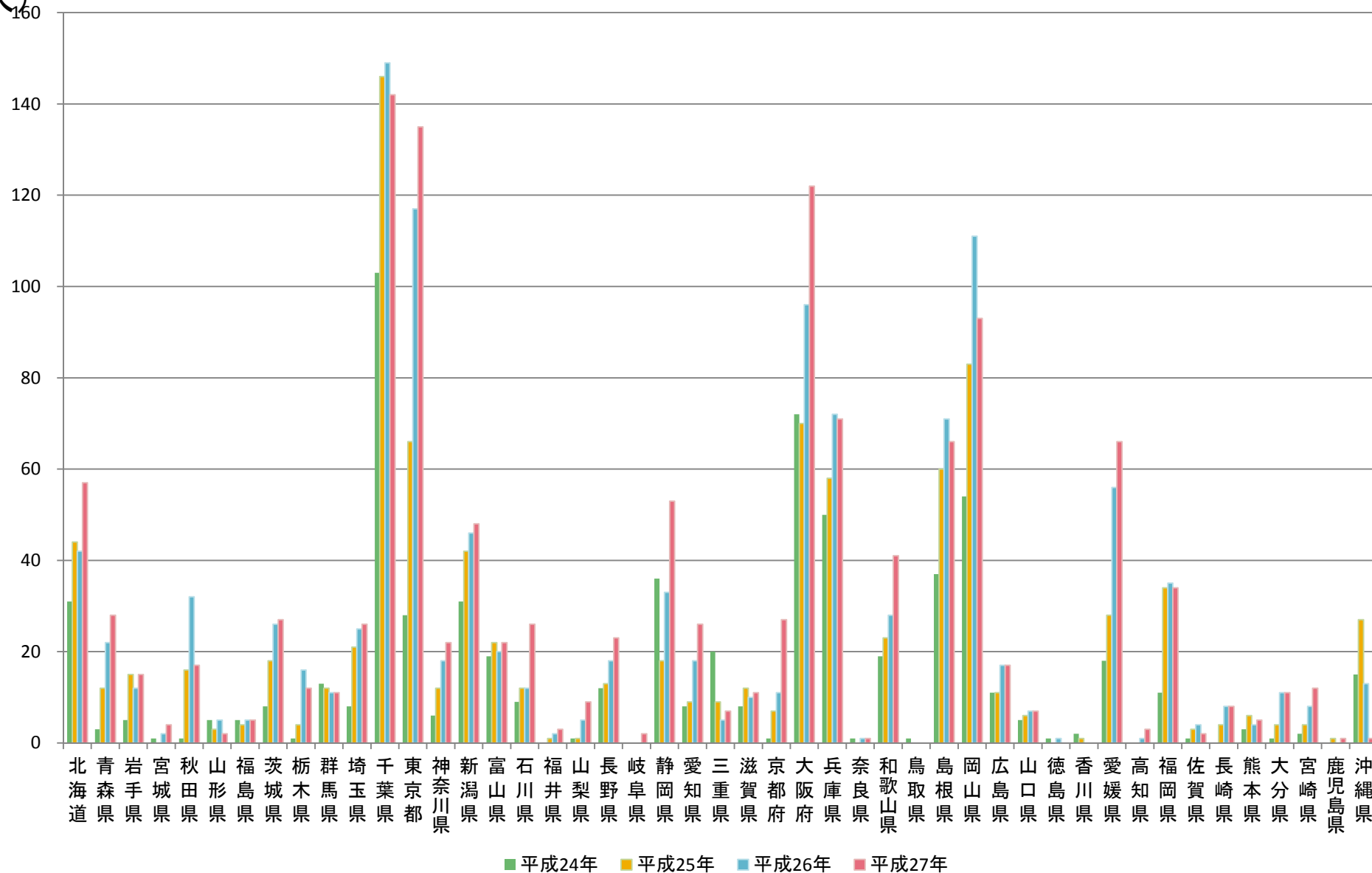
(人)



資料: 国保連データ(各年度3月サービス提供分の利用者数、平成28年6月現在)

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

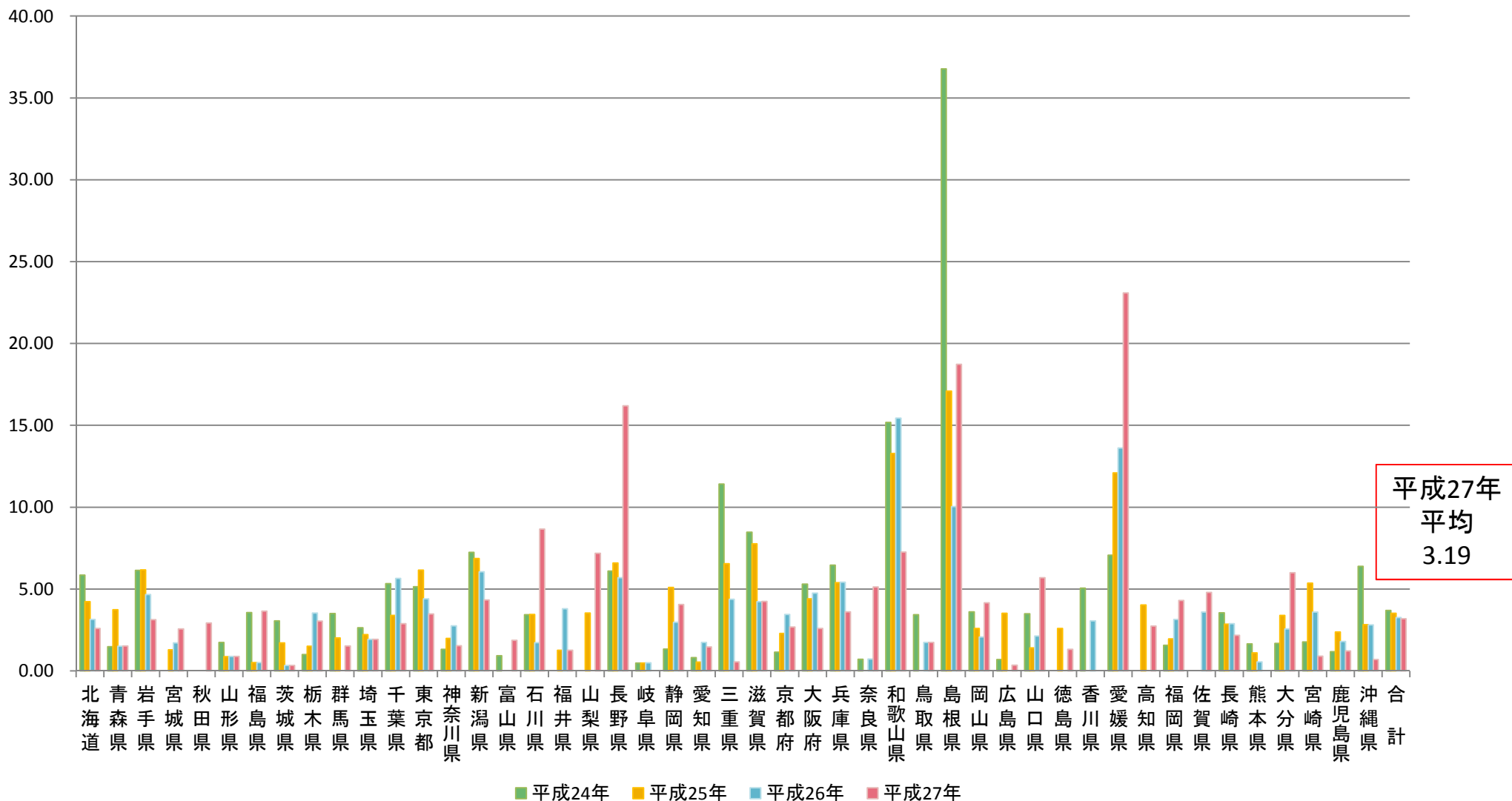
(人)



資料: 国保連データ(各年度3月サービス提供分の利用者数、平成28年6月現在)

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)



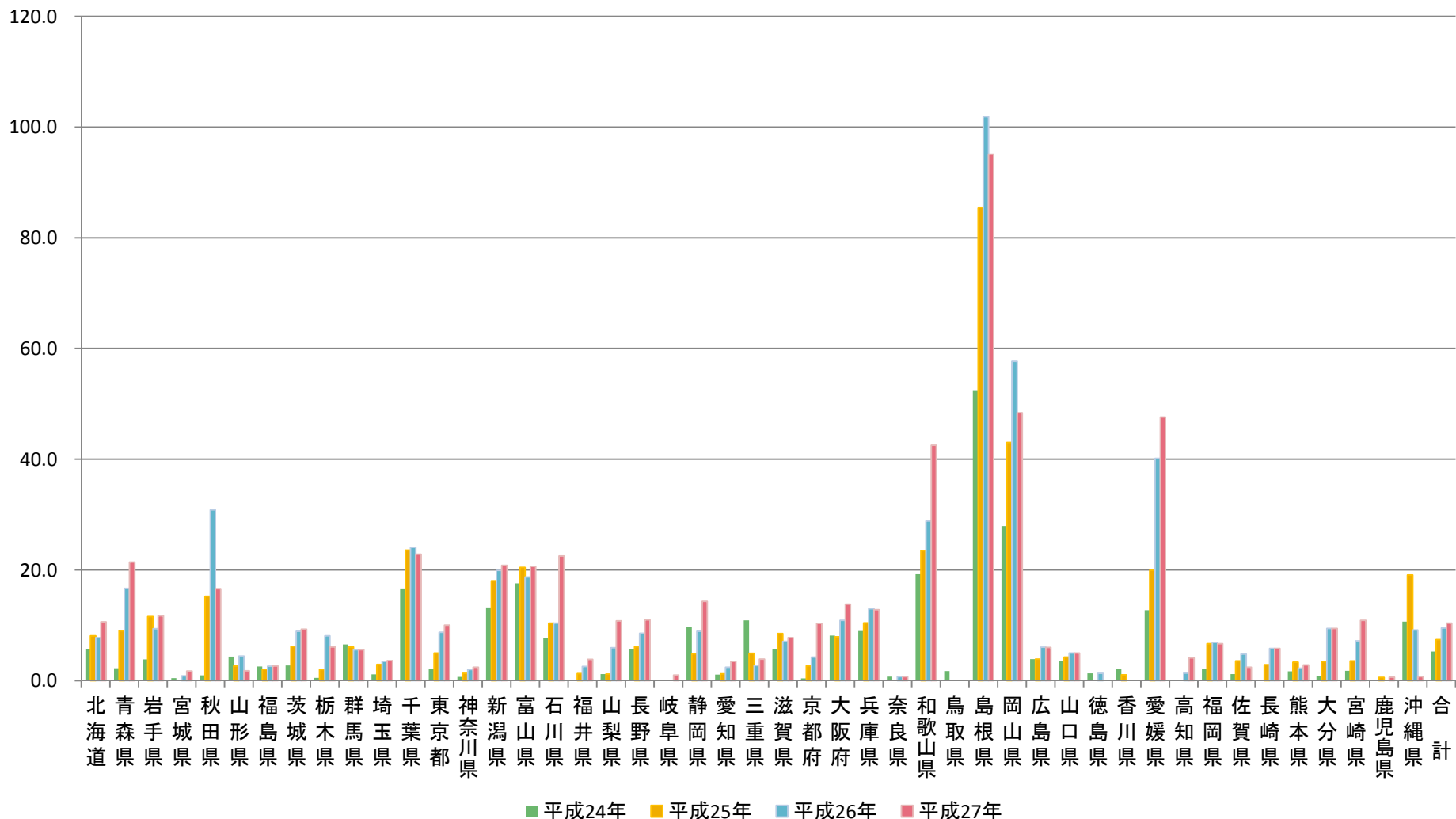
資料:国保連データ(各年度3月サービス提供分の利用者数、平成28年6月現在)

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月サービス提供分の利用者数、平成28年6月現在)

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

医療法人社団草思会による地域精神医療福祉サービス ～錦糸町モデルの展開～

- 徒歩圏内に複数の小規模医療・福祉サービスを点在させ、多職種チームミーティング、担当ケースマネジャー制等により緊密な連携体制を確保し都市型の「精神科型地域包括ケア」を実現、医療観察法対象者の通院処遇にも対応している。
- 医療が中断しがちな患者にも訪問看護により医療を継続し、法人内外の機関との連携で地域生活を支えるシステムを構築。
- 地域密着サービスの展開とスタッフ配置の工夫により、医療と福祉の両方がわかるスタッフの育成が可能となった。

【医療法人社団草思会の基本情報】

職種	常勤	非常勤(常勤換算)
医師	2	17(3)
看護師	6	9(5)
作業療法士	1	1(0.5)
精神保健福祉士	6	3(0.5)
臨床心理技術者	5	14(5)

法人の施設

診療所×2
(デイ・ナイトケア併設)
訪問看護ステーション
相談支援センター
就労支援センター×2

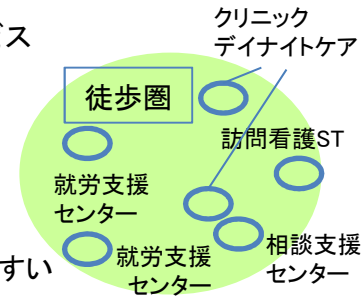
- 在宅療養支援診療所
- 医療観察法指定通院医療機関

【地域における展開】

- ・徒歩圏内に複数の小規模医療・障害福祉サービスが自然な形で存在
- ・障害福祉サービスのスタッフは外来業務を兼務
- ・適宜の配置転換による人材交流を実施

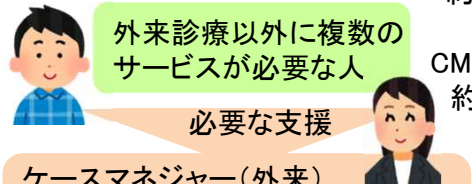
【期待される効果】

- ・生活の場でサービスを受けることが可能
- ・利用者本人が自分に合ったサービスを選択しやすい
- ・医療と福祉の両方がわかる人材が育成される
- ・地域住民の精神障害者への理解促進→「心のバリアフリー」の実現に寄与



【地域生活を支えるサービス】

ケースマネジメント(CM)



全患者数
約2500人

CM実施者数
約200人

- ケースマネジャー(外来)
院内サービスの調整
地域との連携窓口
- 相談支援専門員
障害福祉サービスの調整

個別
ケア
の
検討

法人内連携・地域連携

院内ミーティング: 毎日(月～土)実施

内容: 外来、デイナイトケア、訪問看護、事務、就労支援センター、相談支援センター等の各スタッフの情報共有、方針決定
月1回程度、アウトリーチ活動に関わる情報共有を行う

地域ケア会議: 法人主催で月4～8回実施

内容: 保健センター、精神保健センター、子育て支援センター、自立支援事業所、福祉事務所等の職員と個別事例について協議

個別性重視のデイナイトケア

- 定期的なアセスメントによるニーズ把握
- 重症者にも医療的対応が可能な活動の場
- 就労支援サービスへの移行促進により、漫然としたデイナイトケアの利用を抑制

切れ目のないサービス提供

訪問看護によるケア 利用者200人 訪問延べ回数360回/月
医療中断者への訪問によるフォロー 電話による定期フォロー
24時間電話対応 月平均10回の時間外対応

【期待される効果】

- ・本人の特性とニーズに則した複数のサービスを効果的に提供できる
- ・医療と福祉の連携が促進され、障害福祉サービス利用中も身体疾患を含む医療的アセスメントに基づく対応を円滑に実施できる
- ・医療中断を予防し、病状悪化への速やかな対応により再入院を防止する
- ・就労等の社会復帰の促進と不必要なサービス利用の抑制につながる
- ・スタッフ間の交流・連携、法人外の医療福祉サービスとの連携の促進

旭中央病院神経精神科の取組～多職種チームによる緊密な連携で地域生活を支える～

- 多職種アウトリーチの実施と院内外の連携強化により連続性のある精神医療を提供、**精神科救急受診者と再入院率が低下**。
- 退院支援プログラムと社会資源の充実を同時並行で実施し、**大幅な病床ダウンサイジングと平均在院日数の短縮を実現**。
- 重症者を支える病院付属のコミュニティメンタルヘルスチームと軽～中等症者に効率よく関わる精神科訪問看護ステーションが役割分担し、ケースマネジメントと関係者間の情報共有により、**利用者の状態像とニーズに応じたサービスを提供**。

【旭中央病院の基本情報】

診療科数	38科	診療圏	約30Km
病床数	989床	診療人口	約100万人

神経精神科概要

こころの医療センター(一般・児童精神科)

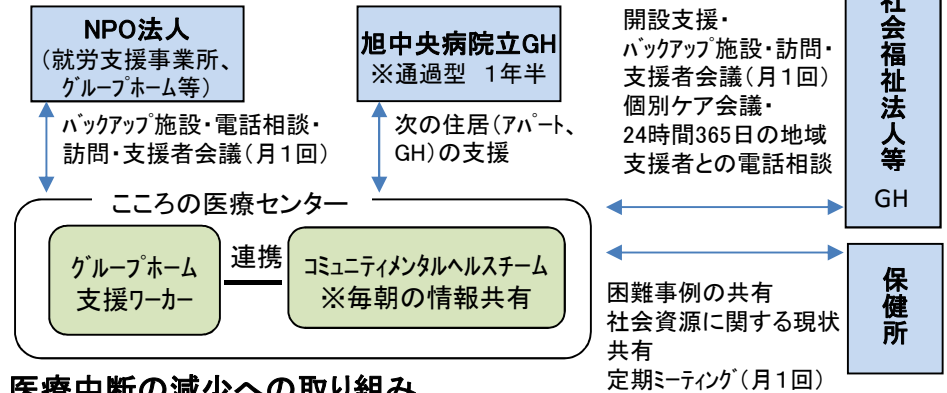
- ・外来: 180名/日 1～3次救急572件/年
- ・病棟: スーパー救急病棟42床(児童13床を含む)
- 平均在院日数: 47.9日、m-ECT: 241件/年 クロザピン使用(継続中): 49例
- ・デイケアセンター、作業療法センター、地域生活支援室

旭こころとくらしのケアセンター: 精神科特化型訪問看護ステーション

びあハウス: 旭病院立グループホーム(GH)

スタッフ構成:
医師10名(指定医5名)
看護師40名、
精神保健福祉士9名
心理士6名、
作業療法士5名

【情報共有・連携の概要】



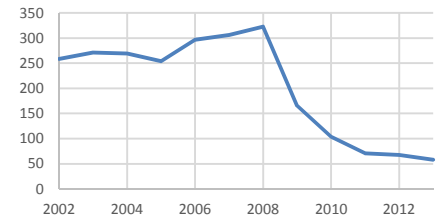
医療中断の減少への取り組み

- ・受診予定日に未受診だった場合、精神科外来からGH世話人、相談支援専門員、他地域の担当機関などに連絡、担当職員が状況に合わせ対応。
- ・各利用者の担当職員リストを外来に準備しておく。担当がいけない場合は、医師の判断により、外来職員が電話で本人にコンタクトをとる。

【効果】

- ・平均在院日数が254日(2005年)から47.9日(2014年)に減少。
- ・精神科救急が1440件(2004年)から572件(2013年)に減少。
- ・統合失調症圏の1年以内の再入院率が18.5%(2009年)から13.8%(2012年)に低下。
- ・病床は最大時240床(1985年)から42床(2015年)に減少。
- ・病床のダウンサイジングにより多職種による情報共有の機会が増え、精神科リハビリテーション、アウトリーチ等の地域精神科医療の研修が可能に。

平均在院日数の推移



【利用者の状態とニーズに応じたアウトリーチ】

こころの医療センター

コミュニティメンタルヘルsteam (24時間支援体制)

医師1名、看護師2名、(心理士1名)
作業療法士1名、精神保健福祉士2名

対象: 包括的ケースマネジメントが必要な人
日々の業務:

- ・アウトリーチ+地域移行(退院)支援
- ・多職種による包括的ケースマネジメント
- ・ケースカンファレンス(毎朝)、ケア会議主催
- ・旭市の社会福祉施設スタッフの支援+行政との連携
- (地域支援者用24時間電話相談、保健所、事業所との連絡会議等)

旭こころとくらしのケアセンター

訪問看護師(7名)

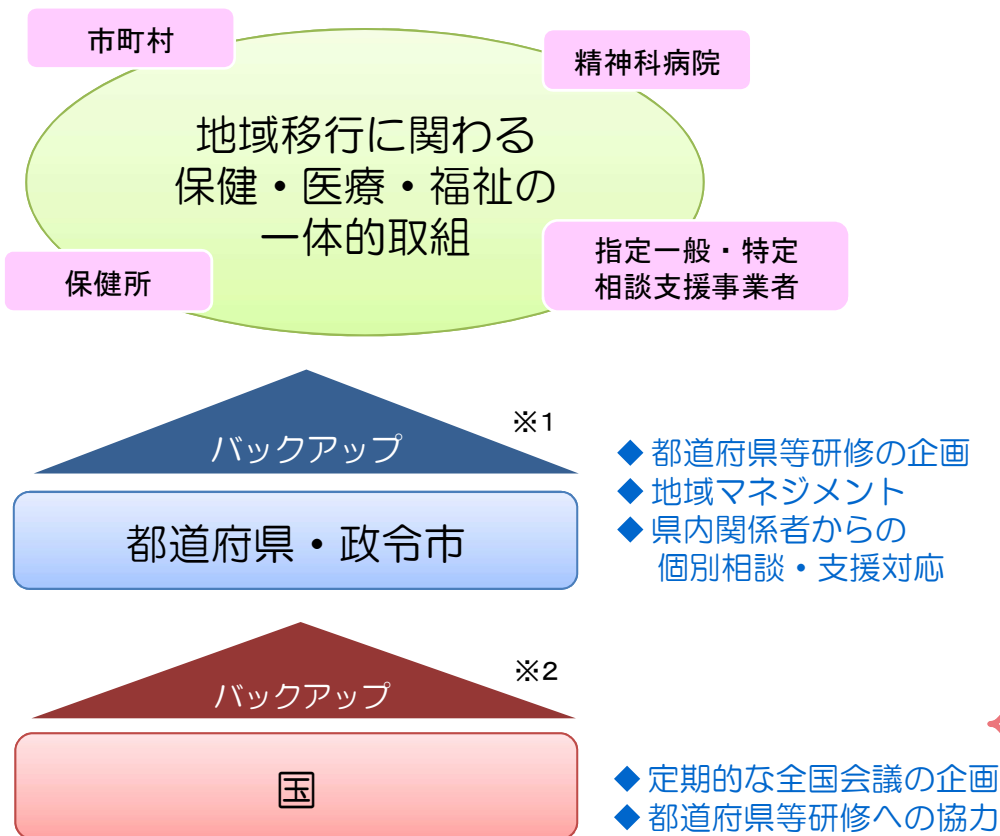
対象: 軽～中等症の人
日々の業務:
・訪問による支援
・ケア会議への参加
・ケースマネジメント 等

その他の重要な業務:

- ・社会資源の創設
- 地域ニーズを行政にフィードバックし、資源開発に貢献(配食サービス創設支援、クライスハウスの検討など)
- ・講演、広報活動、ピアサポーター養成、研修プログラム

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



※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。

○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」(60自治体、218名の参加)

<プログラム>

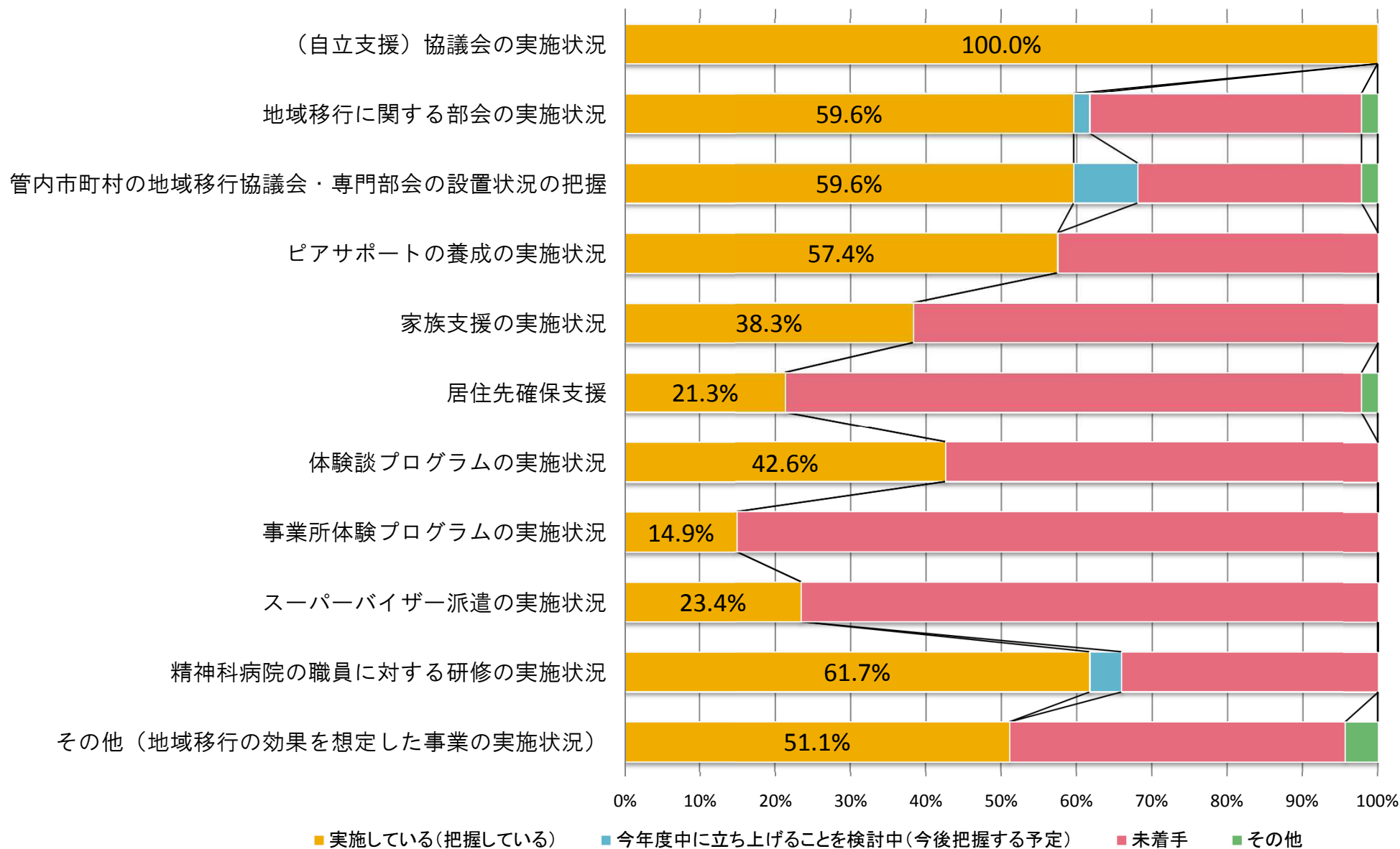
【報告】「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」

【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」

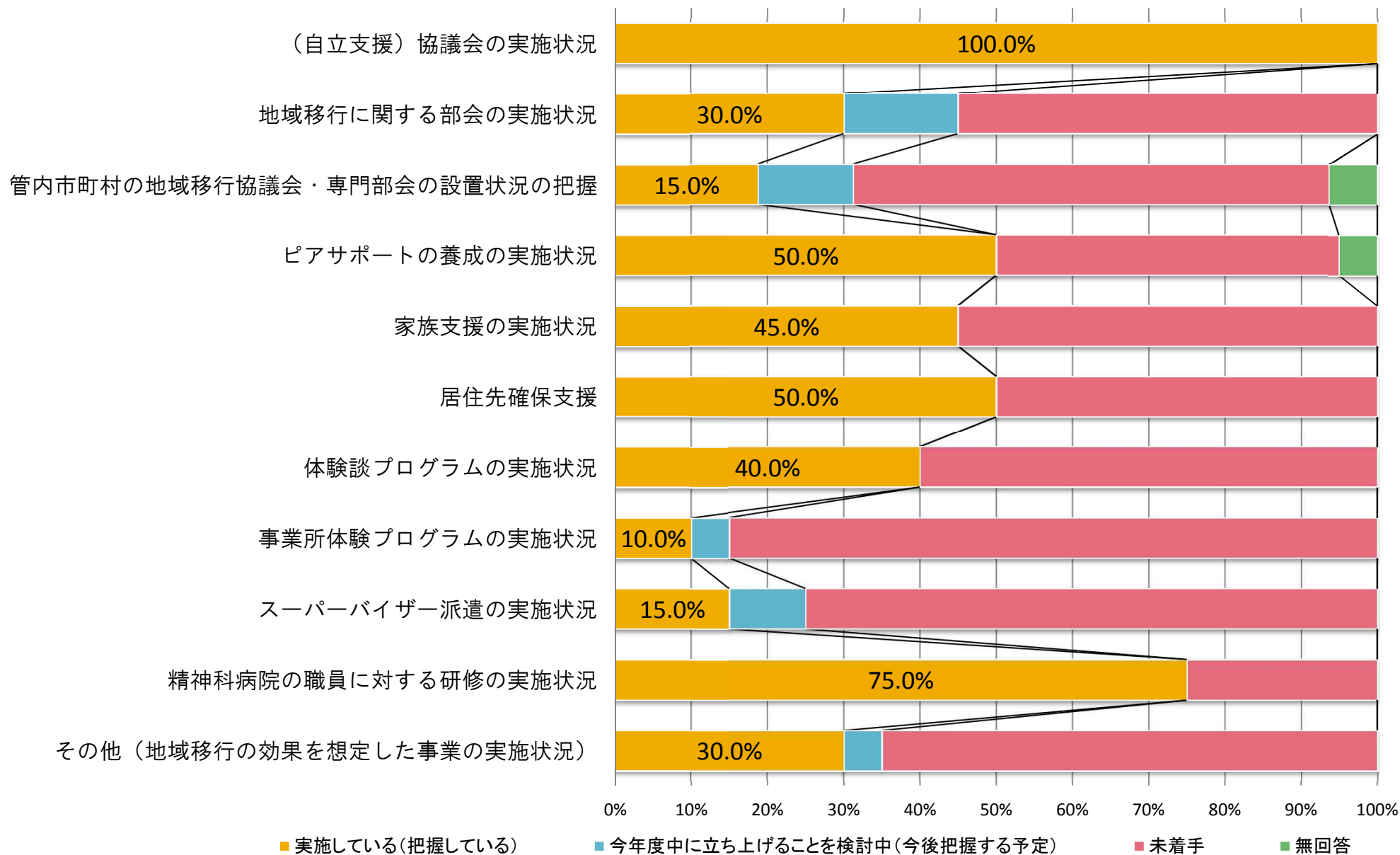
【講義】「地域移行を進めるための仕組み作り～保健所と事業者とピアの協働～」

【演習】「実効性のある地域移行支援を推進するために」

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)



(参考資料)

多様な精神疾患等に対応できる
医療体制の在り方について

精神保健福祉法に基づく指針と医療計画について

	精神保健福祉法に基づく指針 (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)	医療計画 (精神疾患の医療体制の構築に係る指針)
概要	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。	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。
多様な精神疾患等に係る記載内容	「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。 1 児童・思春期精神疾患 2 老年期精神障害等 3 自殺対策 4 依存症 5 てんかん 6 高次脳機能障害 7 摂食障害 8 その他必要な医療 ア 災害医療 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	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。

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：4,800千円

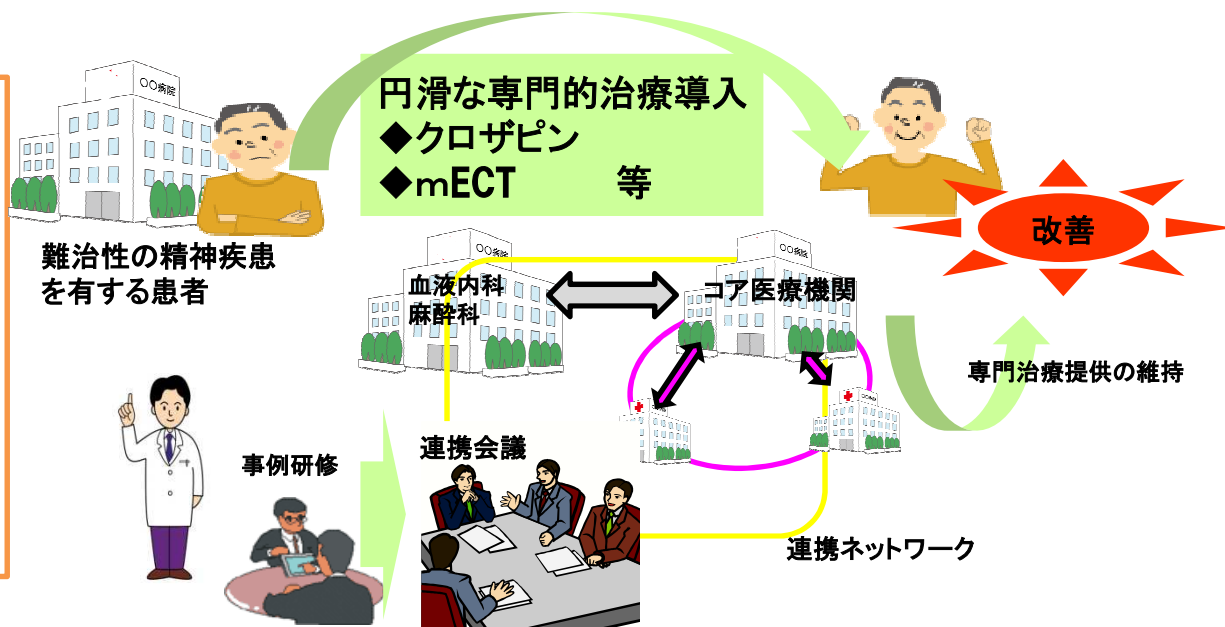
現状と課題

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

自殺未遂者再企図防止事業(モデル事業)

救急部門に搬送された自殺未遂者が、再企図防止の効果的支援を受けられる体制の構築を目指し、医療機関の実情に応じたモデルを明らかにする。また、地域医療従事者に研修を行うことで、再企図防止に努める。

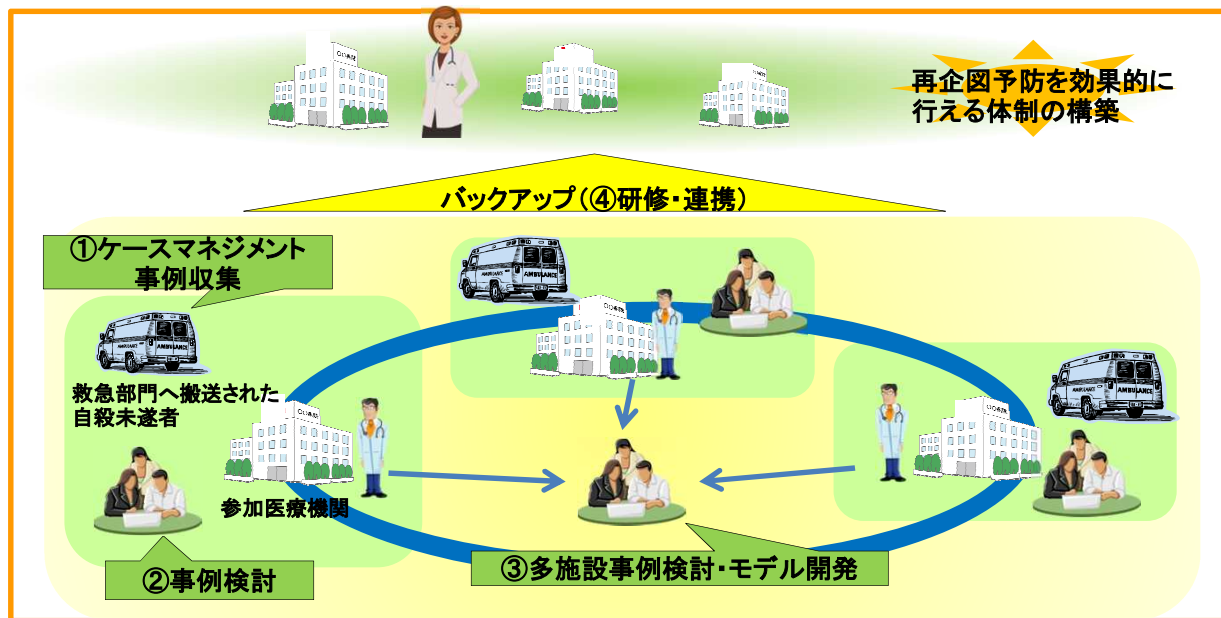
平成27年度予算:19百万円 → 平成28年度予算: 19百万円

現状と課題

自殺未遂者は自殺のハイリスク者であり、特に未遂後6ヶ月以内の再企図が多いため、積極的な介入が求められる。医療機関の救急医療部門に搬送された自殺未遂者に対しては、継続的なケースマネジメントの手法により自殺の再企図が減少することが分かっていることから、医療機関においてこれらの手法を適切に実施できる体制を構築する必要がある。

事業概要

- ①モデル事業参加医療機関において、自殺未遂者に対するケースマネジメントの事例を収集する。
- ②モデル事業参加医療機関内において、ケースマネジメントの質の確保を目的とした定期的なミーティングを行い、事例を検討する。
- ③医療機関の実情に応じた課題解決モデルを明らかにするため、モデル事業参加医療機関は、対応が困難であった症例を含む事例検討を、多施設で実施する。
- ④自殺未遂者ケアに関する正しい知識・技術の普及のため、モデル事業参加医療機関は、地域の医療従事者に研修を実施し、必要に応じて連携などのバックアップを行うことによって、自殺再企図防止に努める。



期待される成果

- ①自殺未遂者への適切なケースマネジメントが行える、地域人材を育成する。
- ②地域の実情に応じて、それぞれの医療機関における課題解決モデルを可視化する。
- ③自殺未遂者への適切な対応能力を有する、地域医療機関数を増やす。
- ④自殺未遂者の再企図を防止することにより、地域の自殺者数の減少が期待される。

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：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必要がある。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】

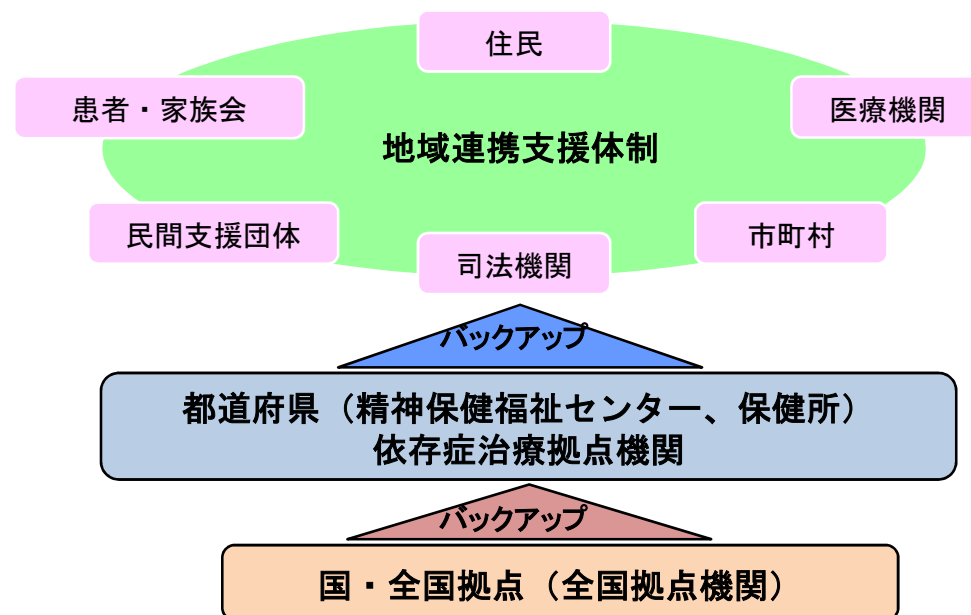
依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、民間支援団体や関係機関、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【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

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：9百万円

てんかん患者が、地域において適切な支援が受けられるよう、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】

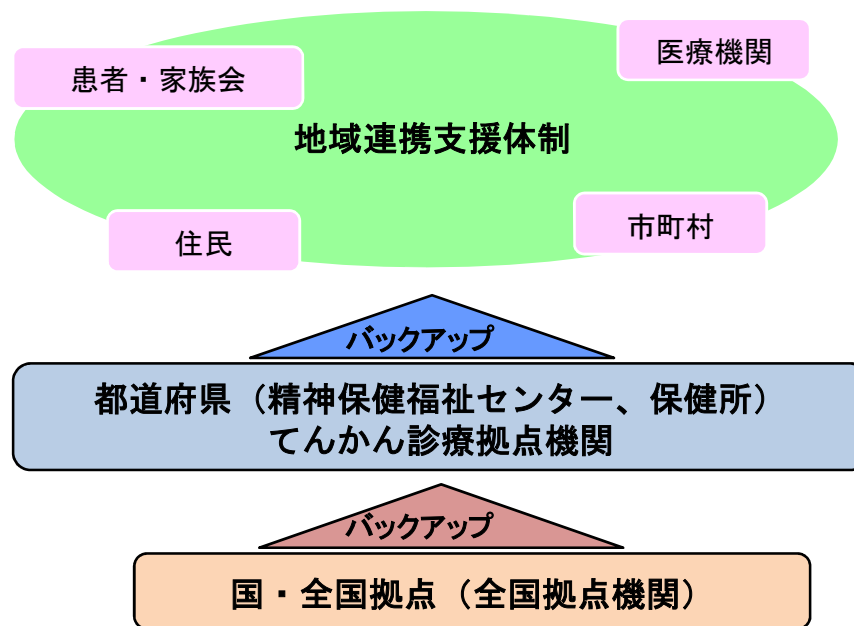
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

【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

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：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】

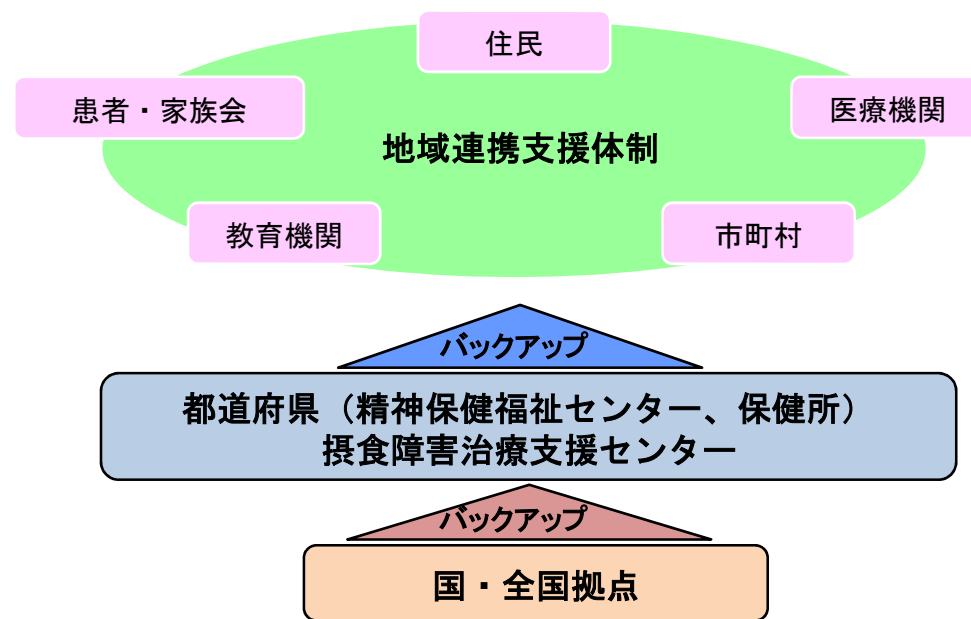
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会の多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【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

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(平成20年度～)

【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、医療連携研修会等
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業

平成27年度予算: 1,320百万円 → 平成28年度予算: 1,400百万円

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

(体制整備イメージ)

医療連携に係る研修会

身体合併症対応のため、一般科と精神科の連携を推進

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

連携

精神科救急情報センター



- ・緊急対応が必要な患者を重症度に応じた受入先調整
- ・救急医療機関の情報集約・調整、かかりつけ医の事前登録

照会

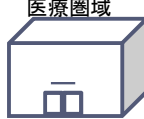
受入先
情報

24時間精神
医療相談窓口

- ・相談対応
- ・適宜、医療機関の紹介・受診指導



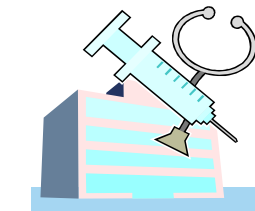
一般救急
医療圏域



一般救急
医療圏域



A精神科救急圏域
(常時対応型で対応)



常時対応型
精神科救急医療施設

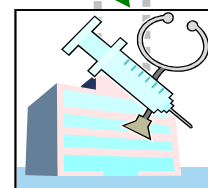
受入先調整

外来対応施設



身体合併症
対応施設

身体合併症のある救急患者に対応
より広い圏域をカバー



B精神科救急圏域
(病院群輪番型で対応)



病院群輪番型
精神科救急医療施設



かかりつけ
の医師

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

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は 介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究
開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

- 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供

発症予防

発症初期

急性増悪時

中期

人生の最終段階

- 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

新

- かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- 認知症疾患医療センター等の整備
- 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン: 60,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、**最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型**の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- ・ 看護職員の認知症対応力向上 ・ 認知症リハビリテーションの推進

新

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- ・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施

新

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ **認知症ケアパス**(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ **医療・介護関係者等の間の情報共有**の推進
- ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

新

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

医療計画制度について

趣旨

- 都道府県が、地域の実情に応じて、医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質の高い医療を受けられる体制(医療連携・医療安全)を整備。
- 医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

医療計画における記載事項

- 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 5疾病・5事業…5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築、周知及び取組の推進 】

- ◇ 5疾病・5事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制の構築を推進。
- ◇ 住民や患者の地域における医療機能の理解を促すため、地域の医療連携体制を分かりやすく提示。
- ◇ 医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定し、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

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
H 2 8 . 5 . 2 0

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

医療計画の見直し等に関する検討会

医療計画
作成指針

医療計画

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。

第6次医療計画

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

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

第6期介護保険事業計画

(参考資料)
精神病床のさらなる機能分化について

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。

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部 平成16年9月（抜粋）

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(目標)

- 各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする。
- 各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする。

※この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療(社会復帰リハビリテーション等)と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部 平成16年9月（抜粋）

達成目標の実現による必要病床数の減少

新規入院患者及び1年以上入院患者の退院促進について、現時点において上位3～5県で達成されている目標数値（平均残存率、退院率）を、各都道府県が目指すべき達成目標として設定。

（1年未満：平均残存率24%、1年以上：退院率29%）

→ 達成目標をベースに今後10年間の必要病床数を試算すると、2015年には必要病床数は約7万床減少。

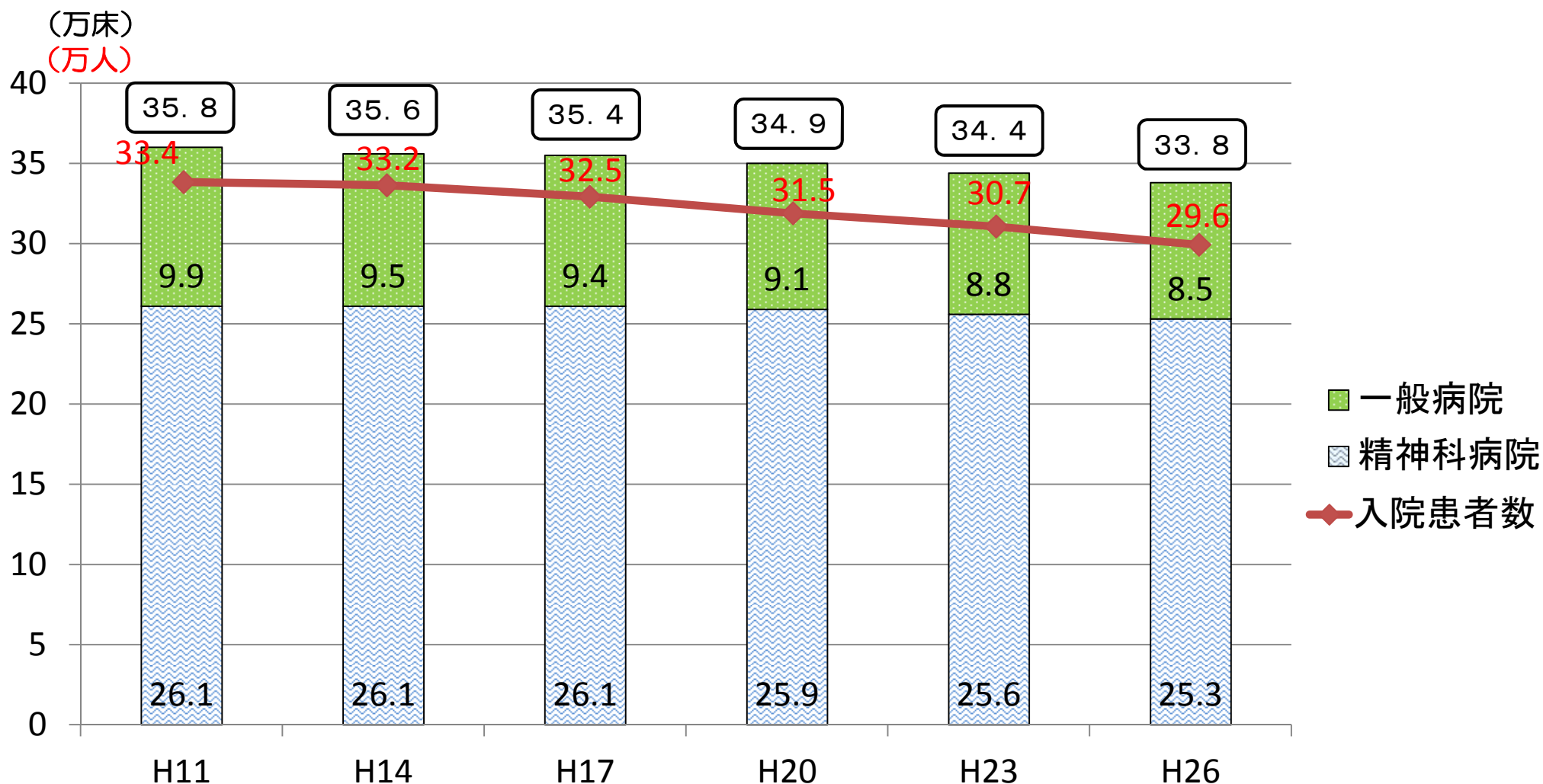
	現在 (2003年)	2010年	2015年	現在との差
全体の病床数	約35.4万床	約31.7万床	約28.2万床	約7.2万床 → <u>約7万床</u>
うち1年未満	(約10.7万床)	約9.7万床	約8.6万床	(約2.1万床)
うち1年以上	(約24.8万床)	約21.9万床	約19.6万床	(約5.2万床)

※ 現在の病床数の内訳については、全体の病床数を平成14年6月時点の1年未満・1年以上入院患者数の比率で按分した。

（試算の前提）

- 1 全国を一つの地域として計算（流入等はない、加算はない等）
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分（20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上）で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

精神病床数及び精神病床における入院患者数の推移



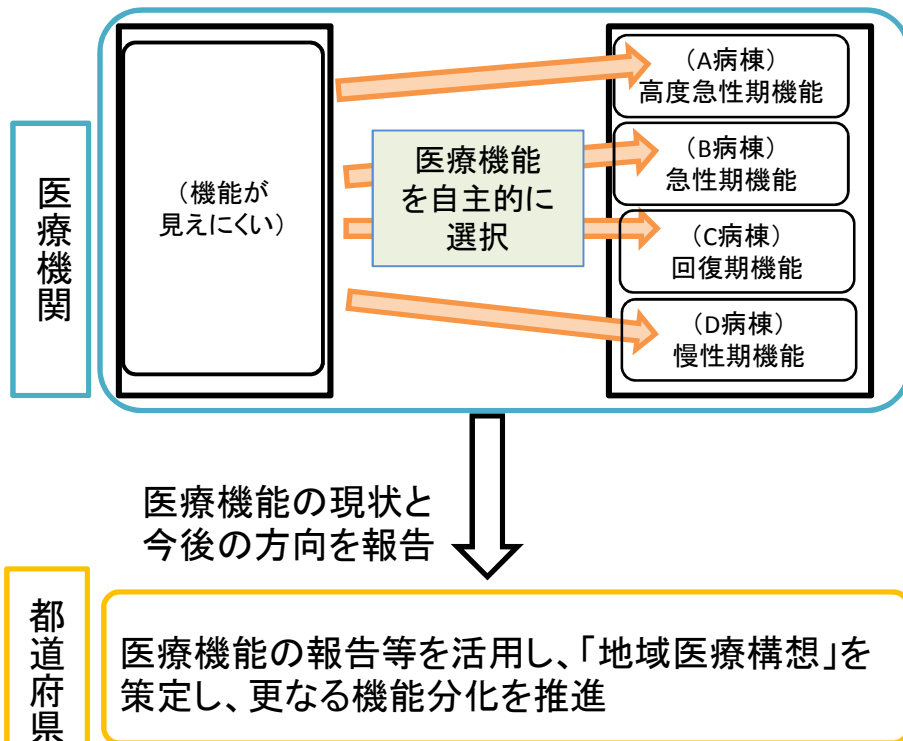
※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

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

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

精神保健医療福祉に関連する計画における入院医療に関する目標値について

H16 H17 H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 H31

精神保健医療福祉の改革ビジョン

目標値：各都道府県の平均残存率（1年未満群）24%以下
各都道府県の退院率（1年以上群）29%以上

第1期

目標値：なし※

第2期

目標値：なし※

※都道府県毎に目標値を設定

第3期

目標値：

①平成26年度の1年未満入院者の平均退院率を平成20年6月30日の調査時点から7%相当分増加させる。

②平成26年度の高齢長期退院者数（5年以上入院していた65歳以上の退院患者数）を直近の数から2割増加させる。

第4期

目標値：

①入院後3か月時点の退院率64%以上

②入院後1年時点の退院率91%以上

③平成29年6月末時点での1年以上の在院者数を平成24年6月末時点の1年以上の在院者数から18%以上削減

障害福祉計画

医療計画

5年間

5年間

精神病床に係る基準病床数の算定方法の見直し

H25年度 精神疾患を追加

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

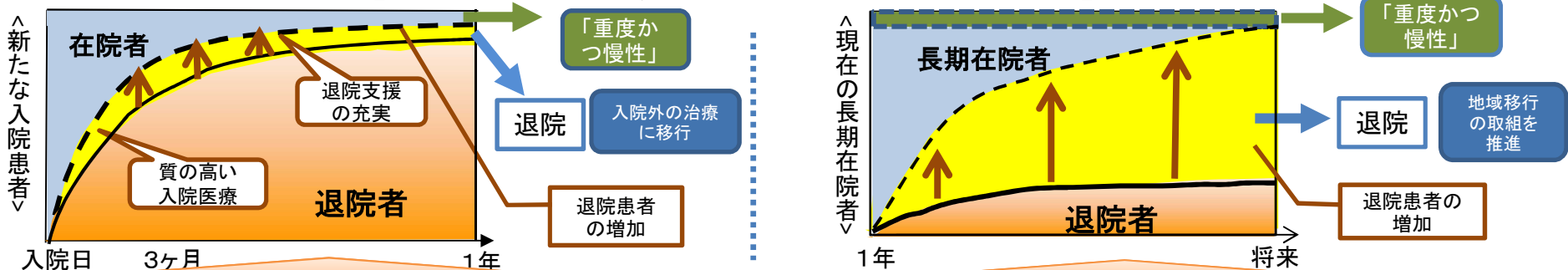
<精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

<精神病床の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神病床の機能分化**を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 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、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



○ **3か月未満**について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **3か月～1年未満**について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○ **重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ**患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱い**とする。

○ **精神科の入院患者は**、「重度かつ慢性」を除き、**1年で退院させ、入院外治療に移行**させる仕組みを作る。

○ **現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**多職種で3対1の人員配置基準**とする。

さらに、**開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について 【新たに入院する精神障害者】

- 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供する体制を確保する。(※1)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床			
	3ヶ月未満 (精神科救急・急性期)	3ヶ月以上1年未満 (回復期)	1年以上 (重度かつ慢性)
※1	・一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約 ・精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定	・医師は、精神病床と同等の配置 ・看護職員は、3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定	・重度かつ慢性の定義は現在検討中
※2	・医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指す	・精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種の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	・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する
※3	・医師・看護職員は、一般病床と同等の配置	・医師は、現在の精神病床と同等の配置看護職員は、3対1の配置を基本	①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき

※1 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(平成26年7月)
 ※2 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(平成25年12月)
 ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

これまでの検討会を踏まえた精神病床における人員体制について

【現在の長期在院者】

- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する(※2)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

	1年以上(重度かつ慢性) 精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床	1年以上(重度かつ慢性以外) 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している病床
※1	・重度かつ慢性の定義は現在検討中	・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
※2	・重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する	・医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する
※3	①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべき ②多職種で3対1の人配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべき	・退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

※1 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(平成26年7月)
 ※2 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(平成25年12月)
 ※3 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月)

「重度かつ慢性」の定義について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

3. 生活障害

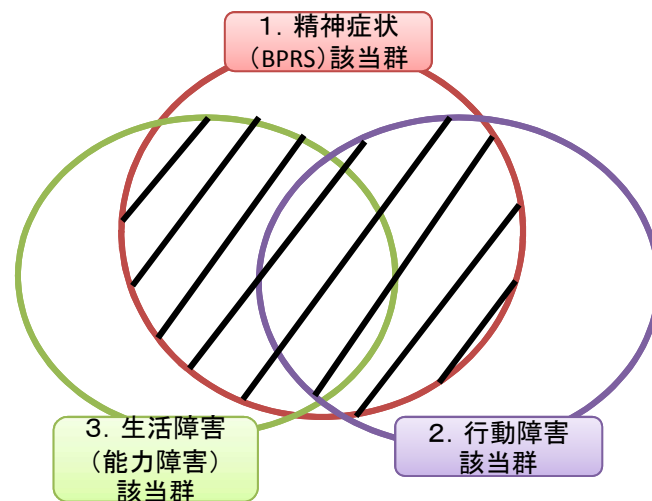
障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎

④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:_____)



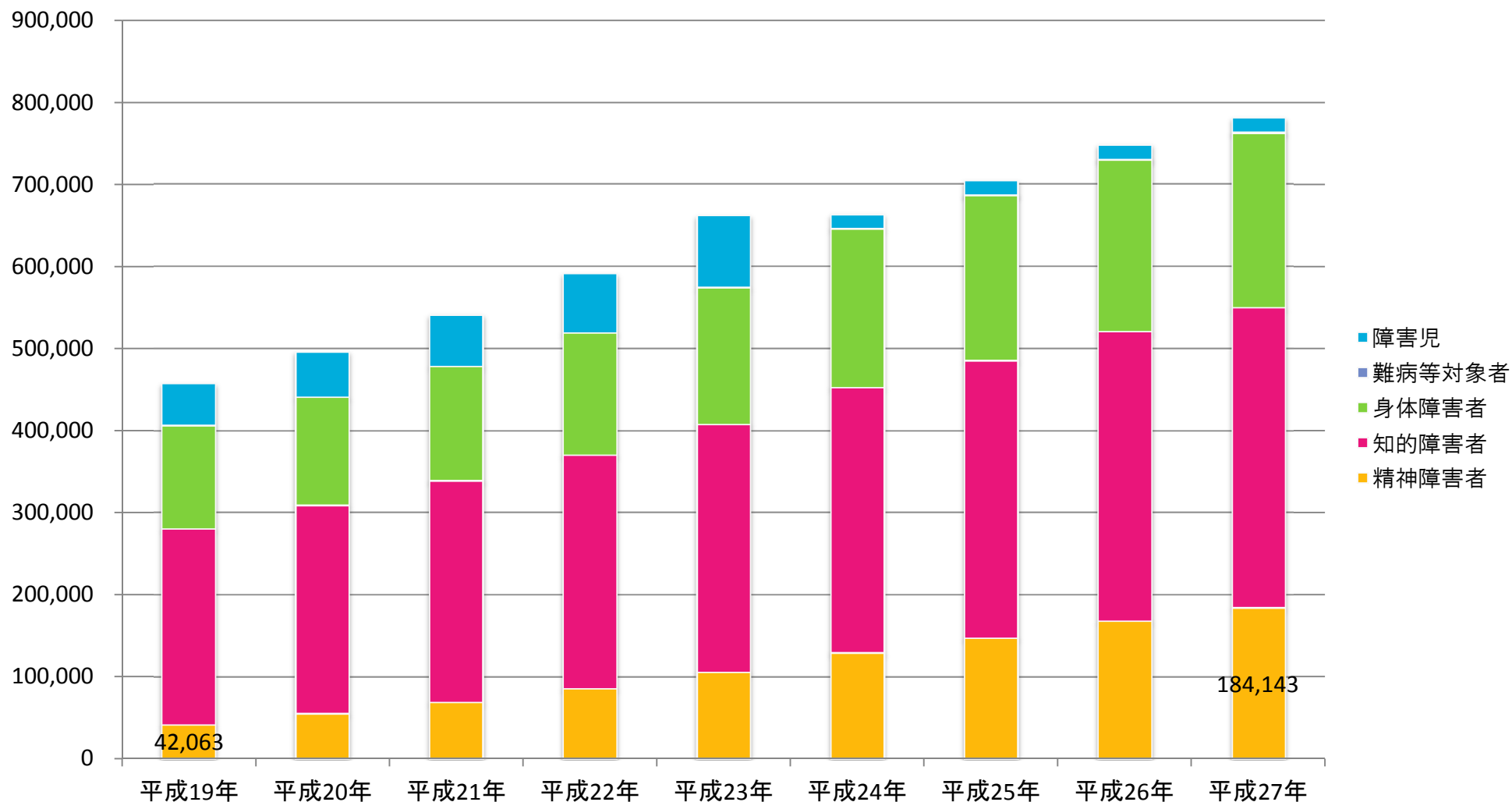
※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

主たる障害別障害福祉サービス等利用者数の推移

(各年度3月末の利用者数)

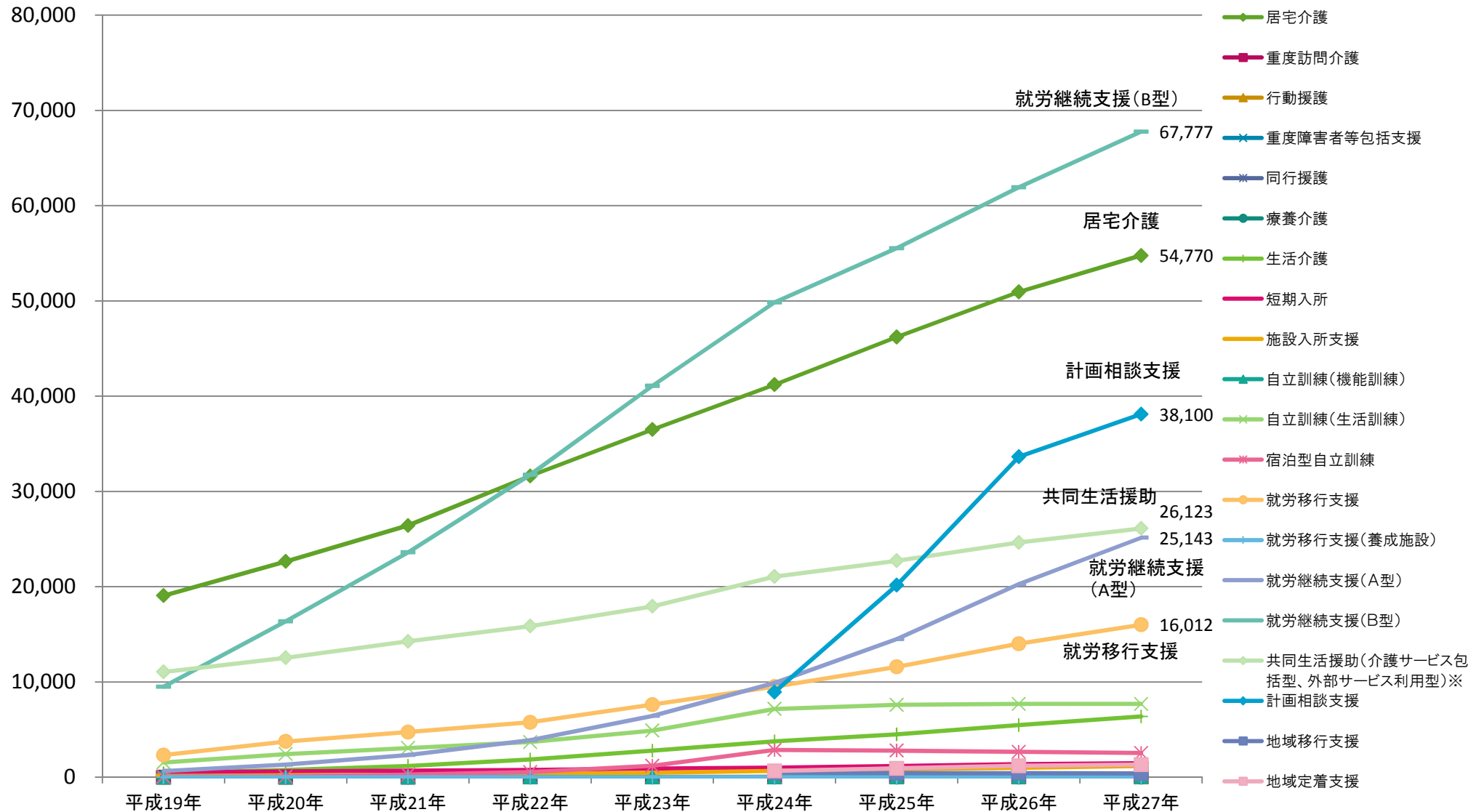
(人)



精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移

(各年度3月末の利用者数)

(人)



※ 平成19年から平成25年までは、「共同生活介護」「共同生活援助」を合わせた人数

資料: 国保連データ(各年度3月サービス提供分の利用者数、平成28年6月現在)

精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

(平成27年度サービス提供分 平成28年3月末の利用者)

