

新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 における論点整理(7月15日)の報告

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) 「精神障害に対応した地域包括ケアシステム」の構築についてどのように考えるか

- ・「精神障害に対応した地域包括ケアシステム」の目指すところ
- ・「精神障害に対応した地域包括ケアシステム」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

論点整理

(現状・課題)

○長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を含めた地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的(インクルーシブ)な社会を構築していく必要がある。

○長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方(※)を踏まえながら、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要がある。

※ICF(国際機能分類:International Classification of Functioning Disability and Health)では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、「生活機能」は①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。包括的支援マネジメントにおいては、それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

○また、中重度の精神障害者への地域生活支援だけでなく、未治療者や医療中断者への早期支援も充実していくためには、多職種・多施設間連携を推進していくことが重要であり、医師以外の複数の職種を雇用し地域に責任をもって対応している精神科医療機関を拡充していく必要がある。

(対応の方向性)

○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、精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを理念として明確にしてはどうか。また、医療と福祉等の様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、精神医療圏(二次医療圏を基本とする)ごとに都道府県・保健所・市町村等の重層的な役割分担・協働を推進する方策を検討してはどうか。

○精神障害者に対する包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進めてはどうか。

○医師以外の複数の職種を有し、デイケア、訪問看護、アウトリーチ等を実践している精神科医療機関の実態を分析しながら、効果的かつ効率的な地域精神保健医療を提供し、かつ地域に責任をもって対応している精神科医療機関を拡充する方策を検討してはどうか。

一億総活躍の実現に向けて精神障害に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、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い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生活に関する相談に対応できるように、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏（二次医療圏を基本）毎に、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築する。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援する。

アフター

精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築



精神障害に対応した地域包括ケアの推進

ビフォー

地域精神保健医療
の高度化

地域精神保健医療福祉
の一体的取組の推進

認知症施策
の推進

介護・福祉
の基盤整備

住まい
の確保

雇用
の確保

家族支援
の充実

長期入院精神障害者

中重度の精神障害又は身体合併症
による入院治療が必要な患者

認知症患者

それ以外の患者

早期支援対象者

未治療・医療中断者

多職種連携による包括的支援マネジメント手法を開発する研究(進捗状況)

- 中重度の精神障害者が希望する地域生活を送るための支援では、多職種によるアセスメントに基づいた支援計画を作成し、必要な医療及び障害福祉・介護を包括的に提供するとともに、行政機関や学校、職場等の関係機関との調整が必要である。
- このような包括的サービスを提供できるように、多職種連携による包括的支援マネジメントに関するガイドラインを策定する。

現状と課題

- 中重度の精神障害者が希望する地域生活を送るための支援では、多職種によるアセスメントに基づいた支援計画を作成し、必要な医療及び障害福祉・介護を包括的に提供するとともに、行政機関や学校、職場等の関係機関との調整が必要である。
- 精神科医療の必要性が高い精神障害者に対しては、本人への十分な説明と同意のうえで、医療と福祉と介護の関係者が包括的支援の基本的考え方を共有しつつ、役割分担をしながら効果的かつ効率的にサービスを提供することが重要である。
- このため、どの職種であっても共通の理念に基づき包括的支援を提供できるように、本人の意思の尊重とICFの考え方を基本とする包括的支援マネジメント手法を開発することが必要である。

研究の概要

2016

2017

医療機関における包括的支援マネジメントの実態把握

ガイドラインの試作版の作成

- 医療機関における包括的支援マネジメントの実態把握

ガイドラインの試作版の検証、ガイドライン策定

精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等のスタッフが中重度の精神障害者に包括的支援マネジメントを提供し、成果をあげている医療機関において以下の調査を実施する。

- ・包括的支援マネジメント対象者の属性(主病名、精神症状、機能障害の程度、入院歴、障害福祉サービス利用状況等)
- ・包括的支援マネジメント担当者の実際の動き(直接支援の内容・頻度・実施時間、ケア会議開催状況、他機関との調整状況等)

- 実態把握、先行研究、医療観察法通院処遇における包括的支援マネジメント等に基づきガイドライン試作版を作成・検証

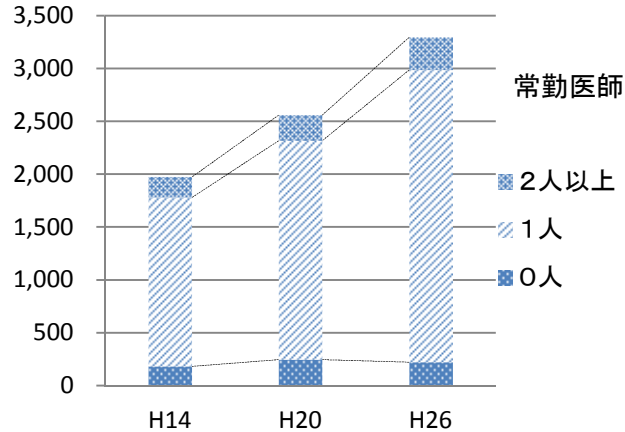
期待される成果

- ①多職種による包括的支援マネジメントガイドラインの策定、②医療と介護と福祉および行政の有機的な連携による質の高いサービスの実現、③精神障害に対応した地域包括ケアの提供による、精神障害者本人が希望する地域生活の実現

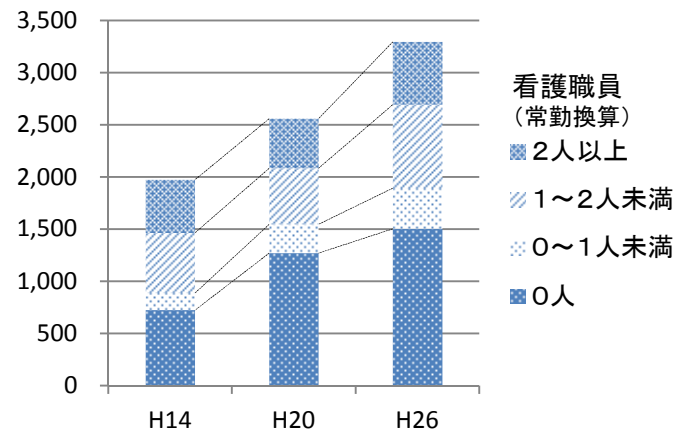
精神科等診療所数の推移(職種別常勤数内訳)

- 精神科等診療所数は増加している。このうち、精神保健福祉士の常勤職員を有していない診療所や作業療法士の常勤職員を有していない精神科等診療所がより増加している。
- 医師、看護職員、精神保健福祉士のそれぞれ1人以上(常勤換算)を有している精神科等診療所は増加傾向であるが、平成26年における精神科等診療所の全数(3297診療所)に占める割合は約12%となっている。

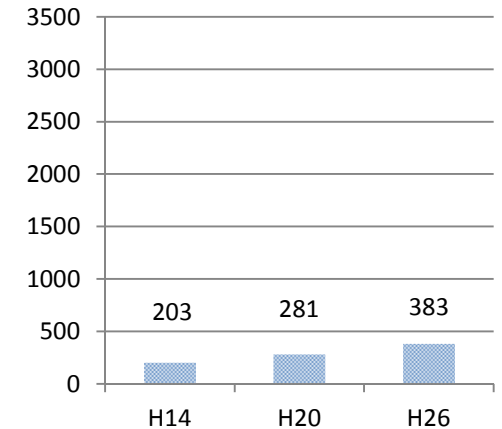
精神科等診療所数の推移
(医師数別)



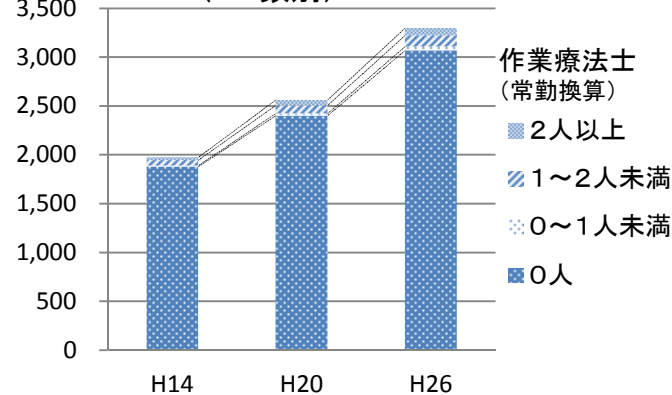
精神科等診療所数の推移
(看護職員数別)



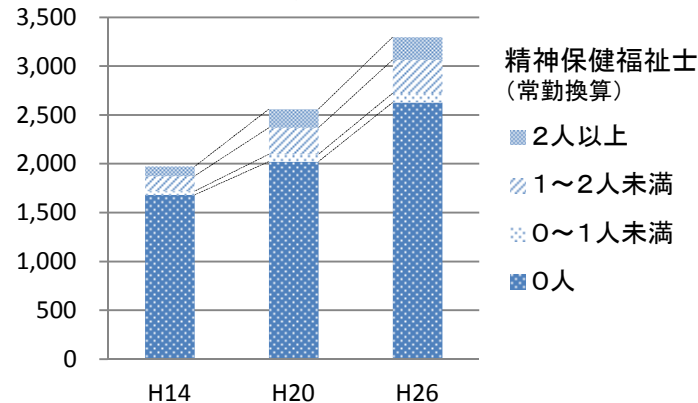
医師・看護職員・精神保健福祉士の
それぞれ1人以上(常勤換算)を有している
精神科等診療所数の推移



精神科等診療所数の推移
(OT数別)



精神科等診療所数の推移
(PSW数別)



注1:精神科等診療所とは、精神科又は心療内科を主たる診療科としている診療所のことである。

注2:0人の診療所数には、従事者数が不詳の診療所を含む。

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

論点整理

(現状・課題)

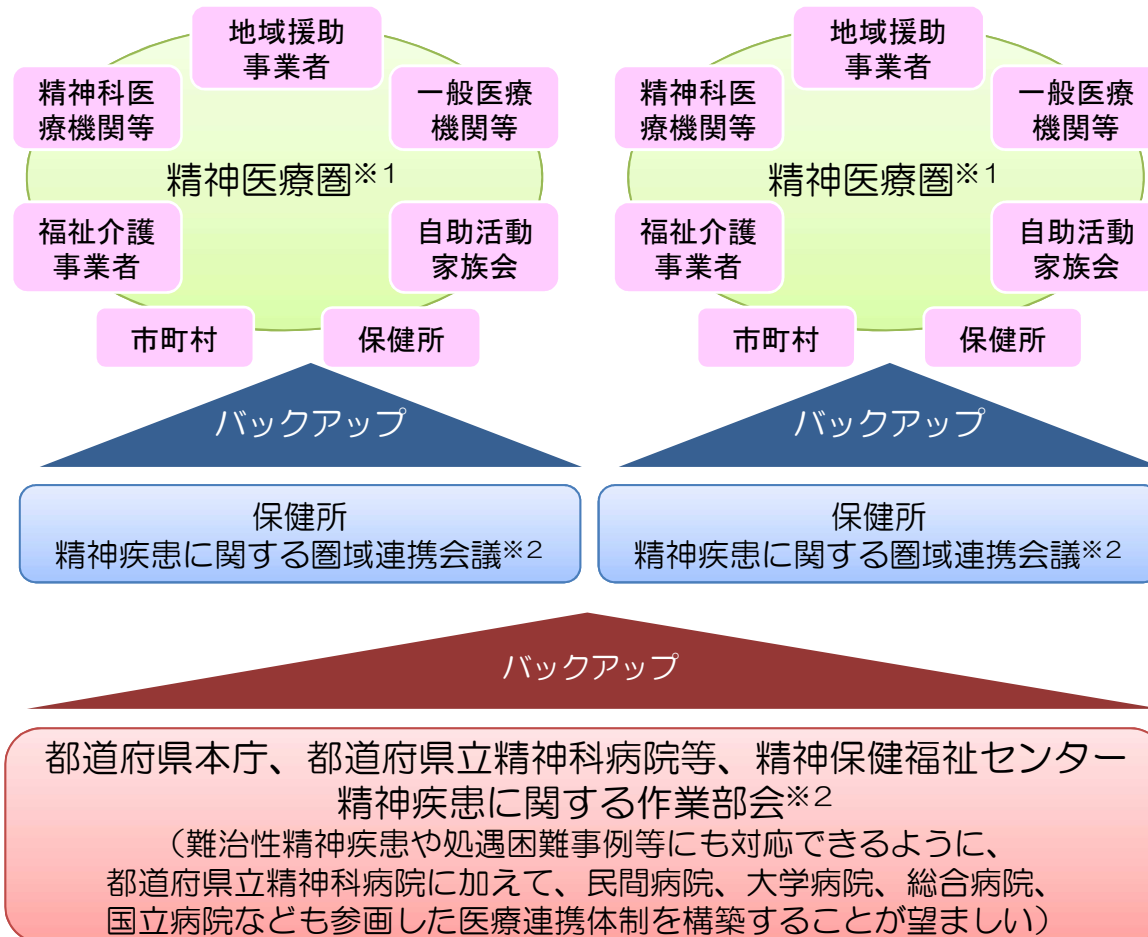
- 平成25年度からの第6次医療計画において、新たに精神疾患が追加され、5疾病5事業として精神科医療連携体制の構築が進められてきている。平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する必要がある。
- それぞれの計画が連動するように、圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方について、基本的方向性を明確にする必要がある。
- 平成30年度からの第7次医療計画には、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」に位置づけられている、①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摂食障害に対応できるように盛り込む必要がある。

(対応の方向性)

- 医療計画においても、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、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い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ことを理念として明確にしてはどうか。
- 精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築するため、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏(二次医療圏を基本)毎に、圏域連携会議を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築することとしてはどうか。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援することとしてはどうか。
- 精神医療圏単位で医療連携体制の検討が必要な精神疾患と、三次医療圏単位で医療連携体制の検討が必要な精神疾患を区分して示してはどうか。また、三次医療圏単位で、難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、精神疾患に関する作業部会を通じて、都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、総合病院、国立病院なども参画した医療連携体制を構築することとしてはどうか。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（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、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い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。
- このため、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏（二次医療圏を基本）毎に、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築する。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援する。また、難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、都道府県立精神科病院等の医療機関が役割を果たす。



精神医療圏における関係機関の役割

【精神医療圏で主に検討が必要な疾患等】

統合失調症、認知症、依存症、高次脳機能障害、精神科救急
〈精神疾患に関する圏域連携会議の主な役割〉

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場
〈市町村の主な役割〉

精神障害者への保健福祉相談・生活支援
精神障害に対応した障害福祉・介護の基盤整備

〈保健所の主な役割〉

地域精神保健医療福祉の連携推進にあたっての調整主体
圏域に係る医療計画の企画立案実行管理
圏域内の市町村障害福祉計画等の企画立案実行管理支援
困難事例への個別対応

三次医療圏における関係機関の役割

【三次医療圏で主に検討が必要な疾患等】

難治性精神疾患、自殺対策、てんかん、災害医療、医療観察
児童・思春期精神疾患（摂食障害、発達障害を含む）

〈精神疾患に関する作業部会の主な役割〉

あるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場

〈都道府県立精神科病院等の主な役割〉

難治性精神疾患、処遇困難事例への個別対応
医療機関への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈都道府県本庁の主な役割〉

医療計画・都道府県障害福祉計画等の企画立案実行管理

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※2 医療計画作成指針（平成24年3月30日付局長通知）に基づく協議の場

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が示された。
- 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

論点整理

(現状・課題)

○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、「入院医療中心から地域生活中心へ」の政策理念を明確にした。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。精神病床数(入院患者数)の変化をみると、平成14年の35.6万床(33.2万人)から、平成26年に33.8万床(29.6万人)へと、1.8万床(3.6万人)減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。

○障害福祉計画、医療計画等における指標として、精神保健福祉資料(630調査)を用いて、入院後3か月時点の退院率、平均残存率(1年未満群)などの指標を活用しているが、現時点で入手可能な最新のデータは3年前(平成25年度)となっており、計画の進捗管理に課題がある。また、精神医療圏を軸に精神障害に対応した地域包括ケアシステムを構築していくためには、より速やかに地域の実態が分かる二次医療圏単位の指標を開発する必要がある。

○厚生労働科学研究(平成24～27年度)において、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案は、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さらなる検討が必要である。

(対応の方向性)

○「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。これにより、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約4割は、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、入院から地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、2025年の精神病床における入院需要(人数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(人数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める方策を検討してはどうか。

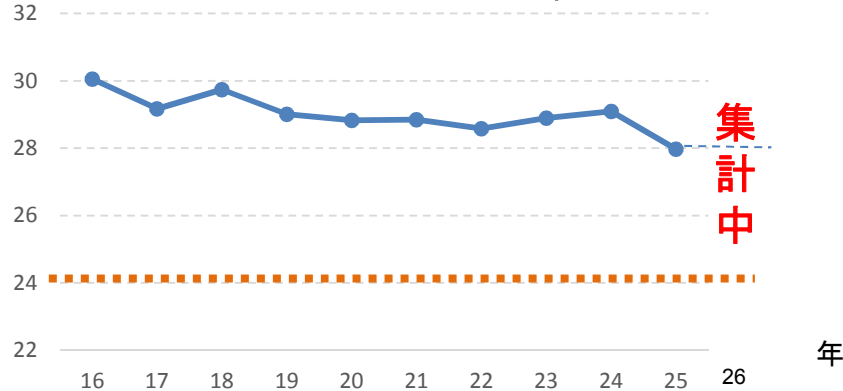
○より速やかに地域の実態を把握できるように、レセプト情報等データベース等を用いて、指標を開発してはどうか。

○「重度かつ慢性」に関する課題を整理しながら研究によって検討を継続してはどうか。

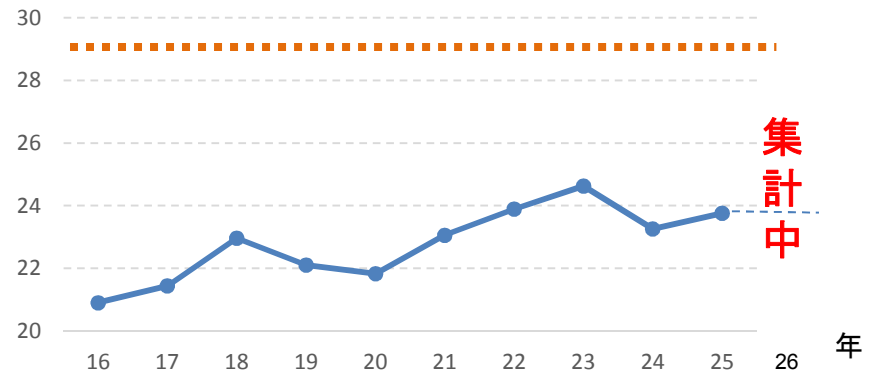
精神保健医療福祉の改革ビジョンの評価① (精神保健医療福祉体系の再編の達成目標)

- 平成16年から平成26年までの10年間、精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づき、精神保健福祉施策を推し進めてきた。
- 結果として、平均残存率も、退院率も一定の改善傾向はみられるものの、平成26年における当初設定した目標の達成は困難であると考えられる。

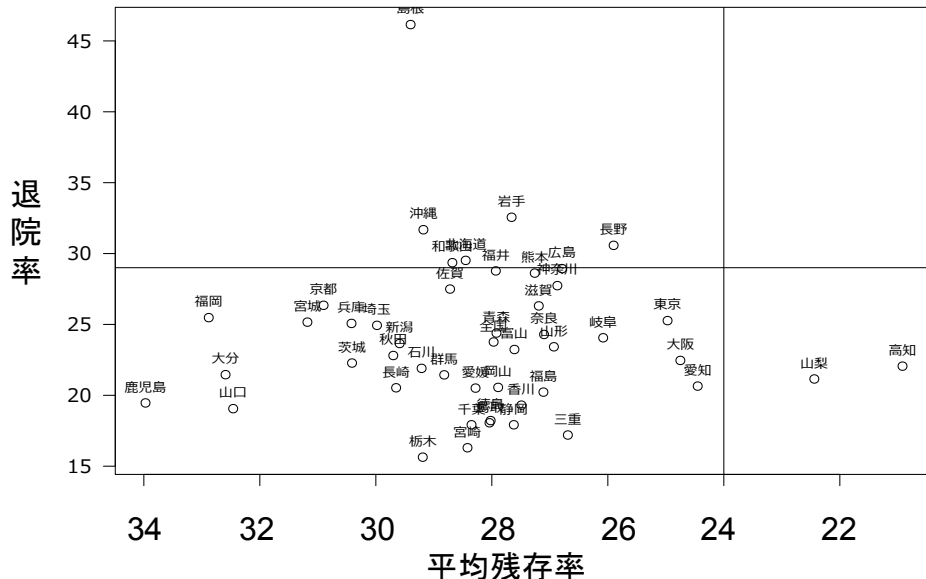
○全国の平均残存率(1年未満群):目標24%以下



○全国の退院率(1年以上群):目標29%以上



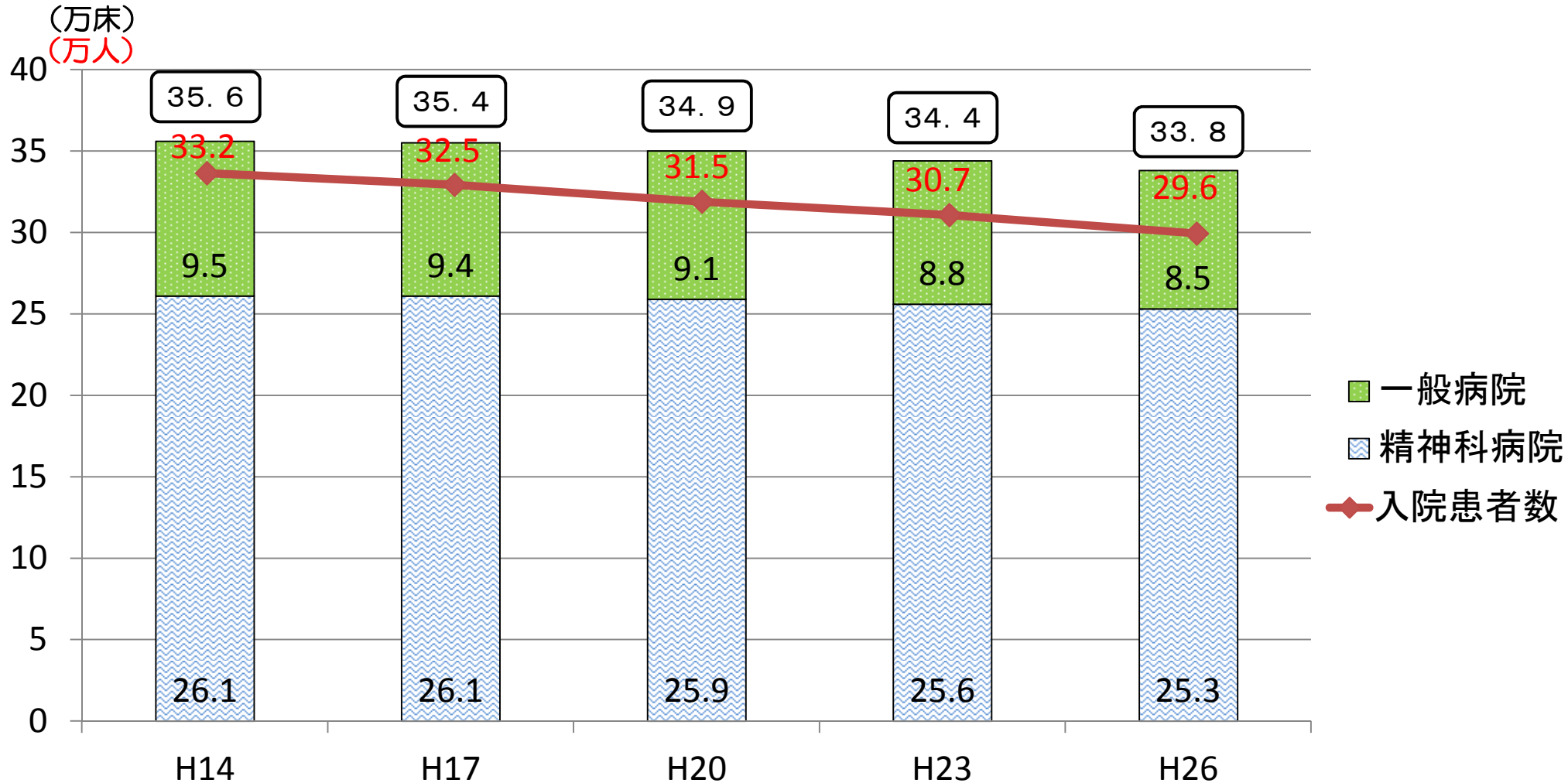
○平成25年における各都道府県の平均残存率及び退院率



平成25年における達成状況	全国値 (目標値)	達成 都道府県数
平均残存率 (1年未満群)	28.0% (24%以下)	2
退院率 (1年以上群)	23.8% (29%以上)	6

精神保健医療福祉の改革ビジョンの評価② (精神保健医療福祉体系の再編の達成目標)

- 精神病床数は、平成14年の35.6万床から、平成26年に33.8万床へと、1.8万床の減少となっている。
- 精神病床における入院患者数は、平成14年の33.2万人から、平成26年に29.6万人へと、3.6万人の減少となっている。



※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

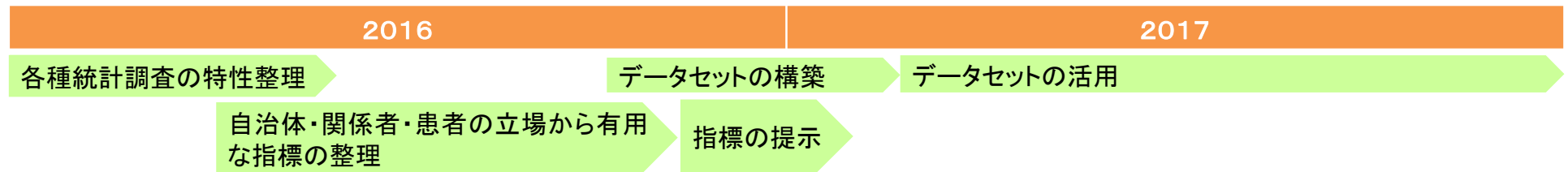
精神保健医療の実態把握のためのデータ分析に関する研究(進捗状況)

各種統計調査・レセプト情報等データベース(=NDB)等を用いて、地域の精神保健医療に関する実態をより速やかに把握しながら、障害福祉計画、医療計画等の企画立案・進捗管理を行えるように、自治体職員、医療・福祉・介護の関係者、患者の視点に立って、利活用しやすい指標の開発及びデータセットの提示を行う。

現状と課題

- 精神保健医療の実態を把握する上で、630調査、患者調査、病院報告、NDB等の様々なデータが存在する。
- NDBを活用することによって、診療報酬データから精神保健医療の実態をより速やかに分析することができる。
- 地域の精神保健医療に関する実態をより速やかに把握しながら、障害福祉計画、医療計画等の企画立案・実行管理を行えるように、自治体職員、医療・福祉・介護の関係者、患者の視点に立ったデータの整理が必要である。

研究の概要



- 630調査、患者調査、病院報告、NDB、診療報酬に関する調査等の調査方法・対象・集計方法・期間等の精査を行う。
- 自治体職員、医療・福祉・介護の関係者、患者が、障害福祉計画、医療計画等の企画立案・実行管理に参画する上で、地域の精神保健医療に関する実態をより速やかに把握でき、改善の方向性を見極められる指標の開発を行う。
- 各調査の特性を活用し、弱点を補完できるような指標の提示方法を作成する。
- 関係者の合意形成を経て、統合的なデータセットを提示し、利活用のための運用方法を構築する。

期待される成果

- 地域の精神保健医療の実態を踏まえた関係者間の議論がしやすくなる。
- あるべき地域精神保健医療福祉体制を目指した各種計画の実施、結果の振り返りを行いやすくなる。

「重度かつ慢性」の基準案について

- 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

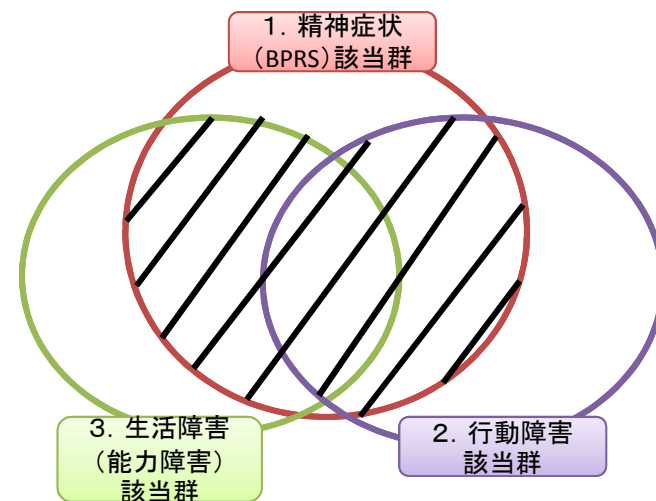
障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

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

「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 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）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 × 在院期間のクロス表

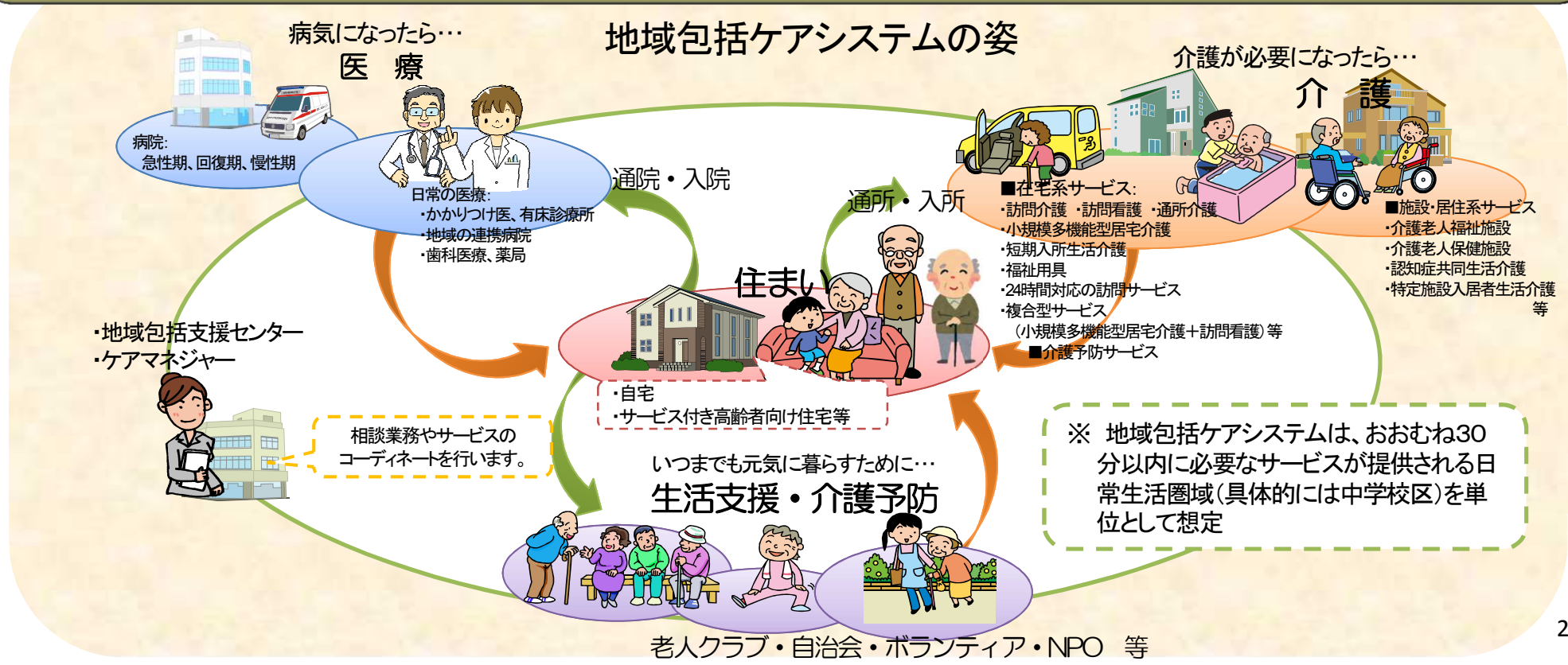
			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上～1 年6ヶ月未 満	1年6ヶ月 以上～3年未 満	3年以上～5 年未満	5年以上～10 年未満	10年以上～ 20年未満	20年以上	合計
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

(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。**



市町村(自立支援)協議会

専門部会(例)

就労支援
部会

こども支
援部会

権利擁護
部会

精神障害者支援部会
又は「精神障害者地
域移行・地域定着推
進協議会」※

※構成員は、都道府県、保健所、精神科病院の医師
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

報
告

支
援

【市町村の役割】

- 精神障害者の地域移行の推進に係る住
民に身近な自治体としての中核的・主体
的役割
- 住民に身近な自治体における関係機関
の連携体制の構築
- 住民に身近な自治体としての課題の共
有・協議(都道府県から提供される入院精
神障害者に係る情報等も踏まえて実施)
- 地域移行を踏まえた市町村障害福祉計
画等の策定、実行、進捗状況の把握
- 地域の社会資源の開発・改善(障害福祉
サービス等の整備)

等

都道府県(自立支援)協議会

専門部会(例)

就労支援
専門部会

療育支援
専門部会

権利擁護
専門部会

地域移行支援部会
又は「精神障害者地
域移行・地域定着推
進協議会」※

※地域生活支援事業の都道府県必須事業
※構成員は、市町村、保健所、精神科病院の医師
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

役割分担
・連携

【都道府県の役割】

- 精神障害者の地域移行の推進に係る主
導的役割
- 広域的な関係機関の連携体制の構築
- 広域的な課題の共有・協議
- 地域移行を踏まえた都道府県障害福祉
計画等の策定、進捗状況の把握
- 市町村に対する助言・情報提供等の支援
(精神障害者の地域移行に資する情報の
市町村ごとの提供等)
- 広域的な社会資源の開発・改善に向けた
協議

等

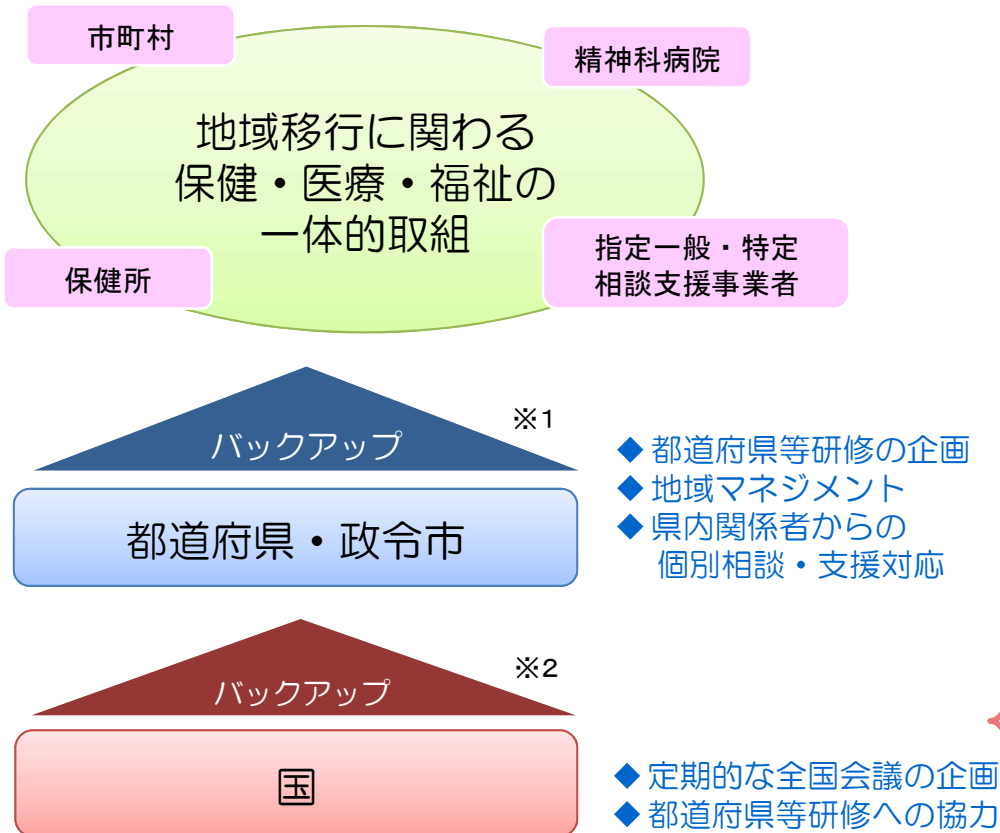
精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割(イメージ)

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 (1718市町村)	○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割 ○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進	○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築 ○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施) ○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善 ○地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備) ○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整
・二次医療圏域 ・保健所圏域 (490箇所)	○精神科病院からの地域移行の推進 ○圏域における医療・福祉・介護の連携推進	○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理 ・圏域における入院患者の実態把握、課題分析 ・地域移行の考え方・課題の共有(精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して) ・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村支援(助言、情報提供等) ○個別事例の広域調整
都道府県 (47都道府県)	○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割 ○広域的な医療・福祉・介護の連携推進	○広域的な関係機関の連携体制の構築 ○庁内関係部局(医療、福祉、介護、教育、雇用、居住支援等)との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働 ○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議 ○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等) ○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター(69箇所)が行う。

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」
（特定非営利活動法人 じりつ 代表理事 岩上 洋一 氏）

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＞

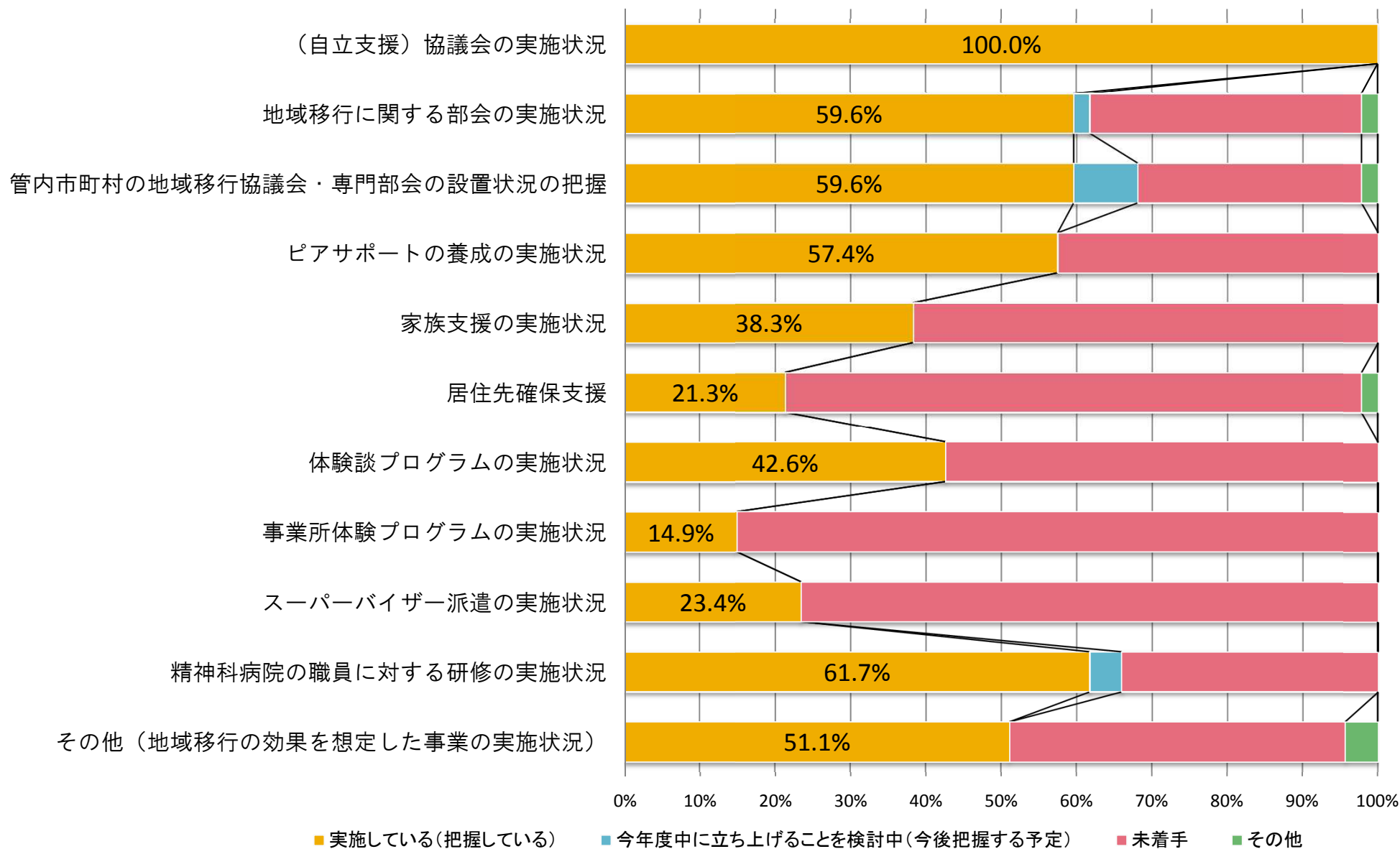
【報告】「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」

【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」

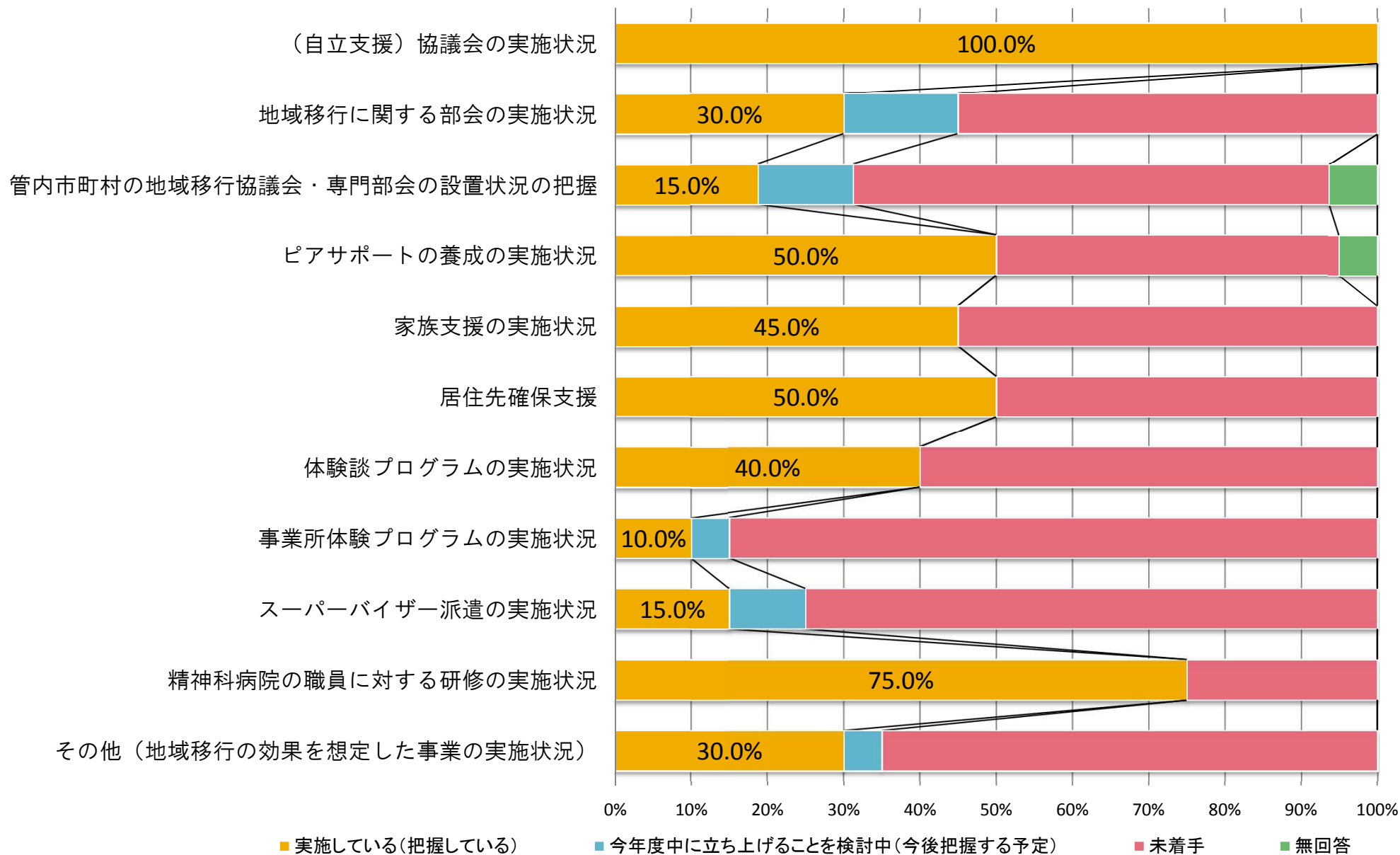
【講義】「地域移行を進めるための仕組み作り～保健所と事業者とピアの協働～」
「相談支援事業所の活動の実際」

【演習】「実効性のある地域移行支援を推進するために」

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)



診療報酬における精神科デイ・ケア等の概要

精神科デイ・ケア(S49～)

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき6時間を標準とする。

精神科ナイト・ケア(S61～)

精神障害者の社会機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき4時間を標準とする。

精神科デイ・ナイト・ケア(H8～)

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき10時間を標準とする。

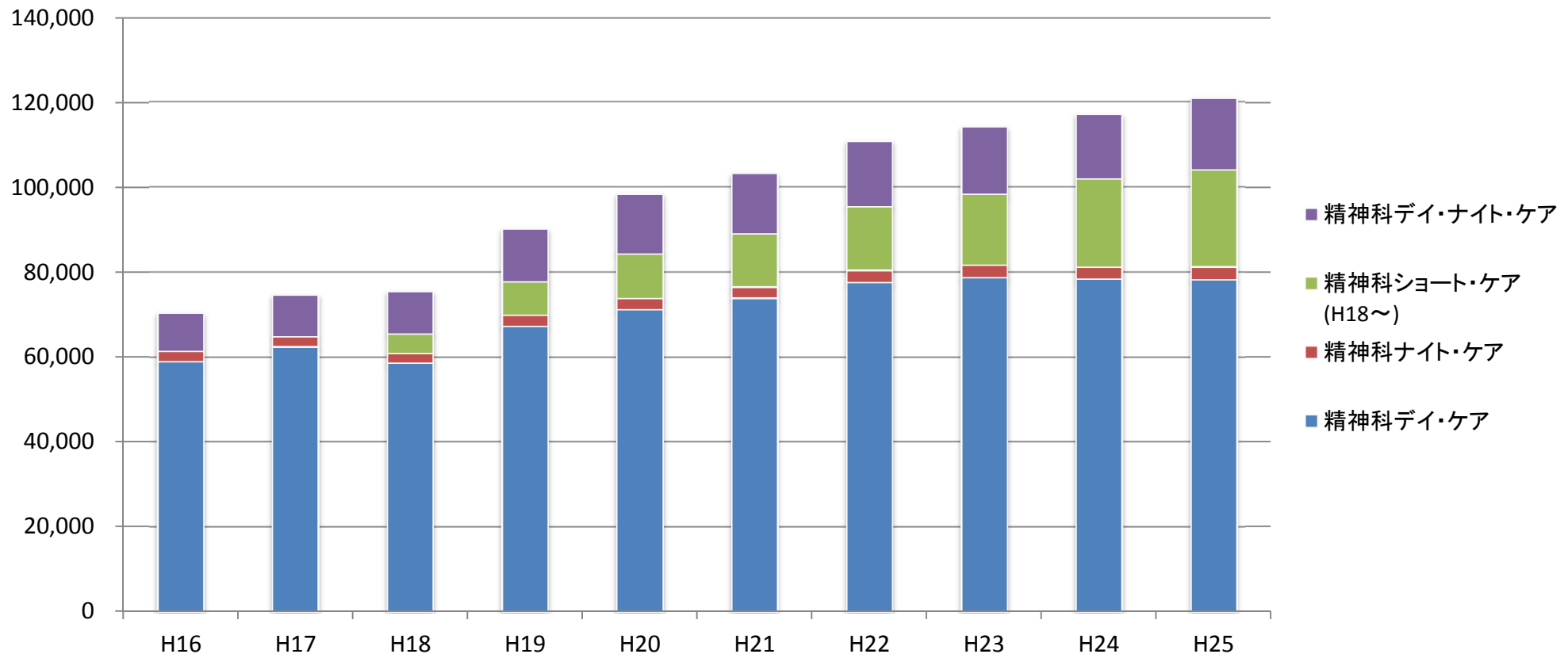
精神科ショート・ケア(H18～)

精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき3時間を標準とする。

精神科デイ・ケア等の利用者数の年次推移(各年6月)

精神科デイ・ケア等の利用者数は、平成16年から平成25年までの9年間で約1.7倍に増加(約5万人分増加)。

(単位:人)



精神科訪問看護等の概要

	主に精神科以外の訪問看護	精神科訪問看護
病院・診療所 (診療報酬)※1	【在宅患者訪問看護・指導料等】(昭和63年) (対象) 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの (職種) 保健師、助産師、看護師、准看護師	【精神科訪問看護・指導料】(昭和61年) (対象) 入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等 (職種) 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士
訪問看護ステーション (訪問看護療養費)※2	<訪問看護療養費>(平成6年) 【訪問看護基本療養費】(平成6年) (対象) 疾病又は負傷により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者 (職種) 保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	【精神科訪問看護基本療養費】(平成24年) (対象) 精神障害を有する者又はその家族等 (職種) 保健師、看護師、准看護師、作業療法士 ※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る

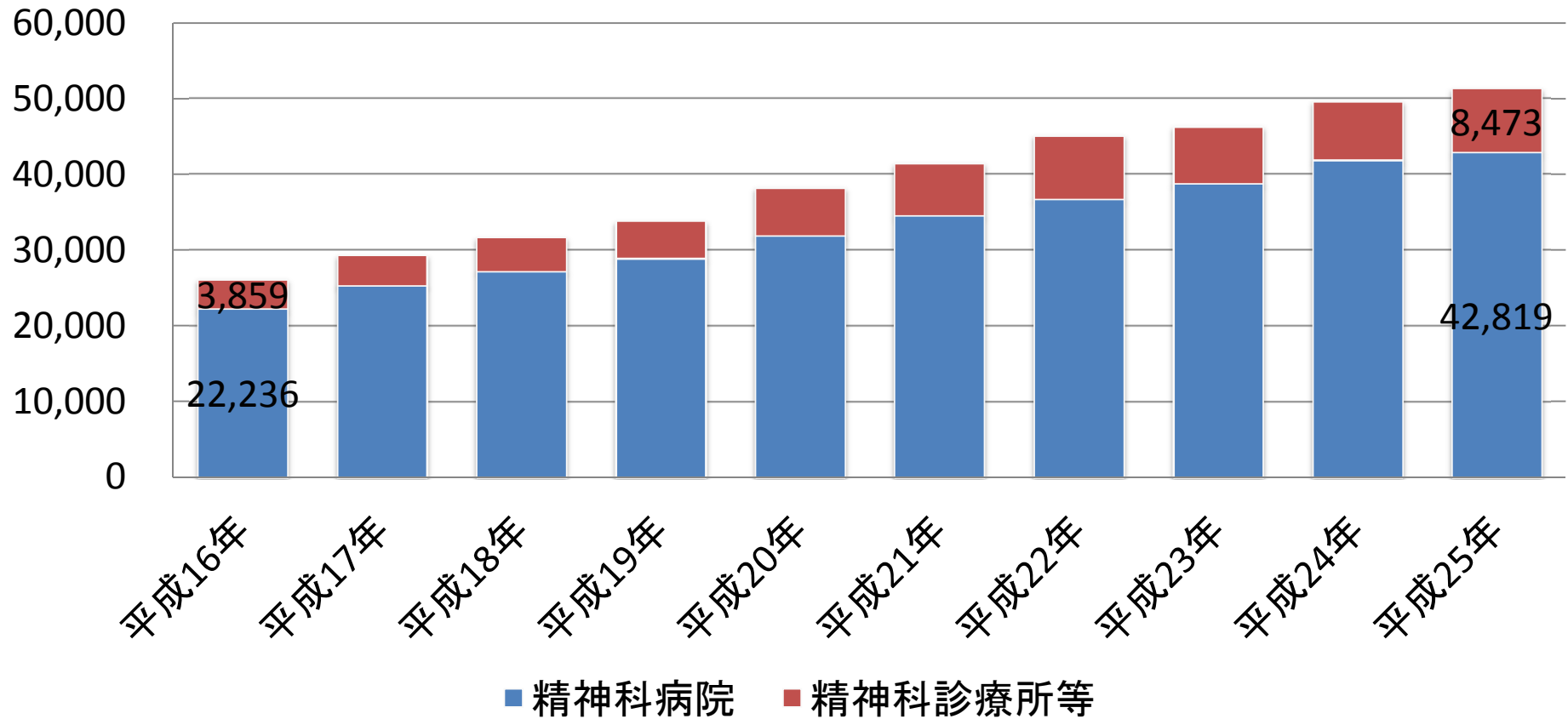
※1老人診療報酬として「退院患者継続看護・指導料」(昭和58年)も別にあり

※2老人訪問看護療養費(平成4年)も別にあり

精神科訪問看護の利用者数の年次推移(各年6月)

医療機関からの精神科訪問看護の利用者数は、平成16年から平成25年までの9年間で約2倍に増加(約2.5万人分増加)。

(単位:人)



※精神科訪問看護の利用実人員数とは、精神科訪問看護・指導料を請求した患者をいう

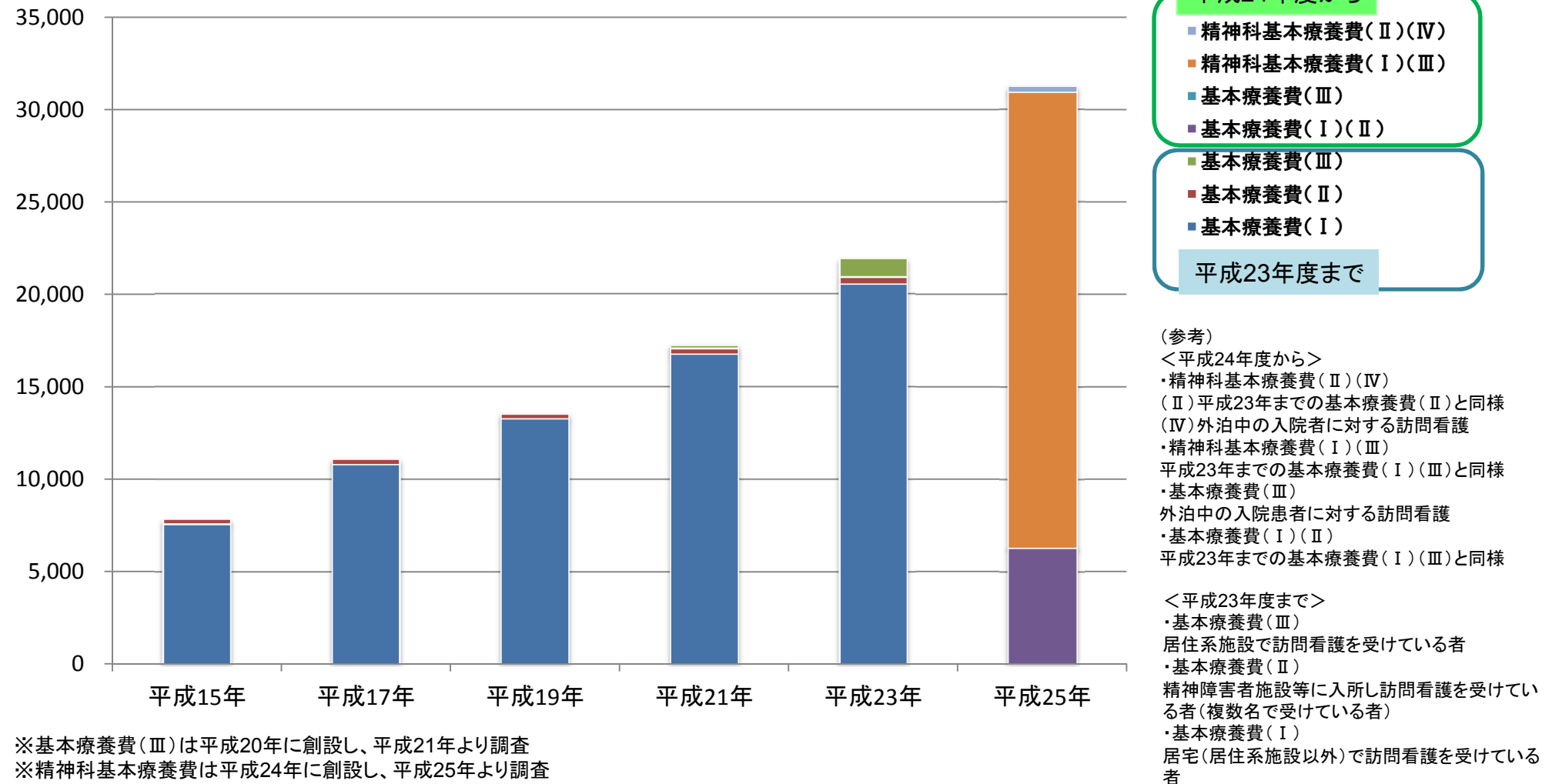
※精神科診療所等には、「医療法に基づく標ぼう科目を「精神科」「神経科」としている診療所」「精神病床を有しない病院の「精神科」「神経科」外来」「精神保健福祉センター」を含む

資料:精神・障害保健課調

傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移（訪問看護ステーション）

精神科関連の訪問看護ステーションの利用者数は平成15年から25年までの10年間で約4倍に増加（約2.3万人分増加）。

（単位：人）



※基本療養費(Ⅲ)は平成20年に創設し、平成21年より調査
 ※精神科基本療養費は平成24年に創設し、平成25年より調査

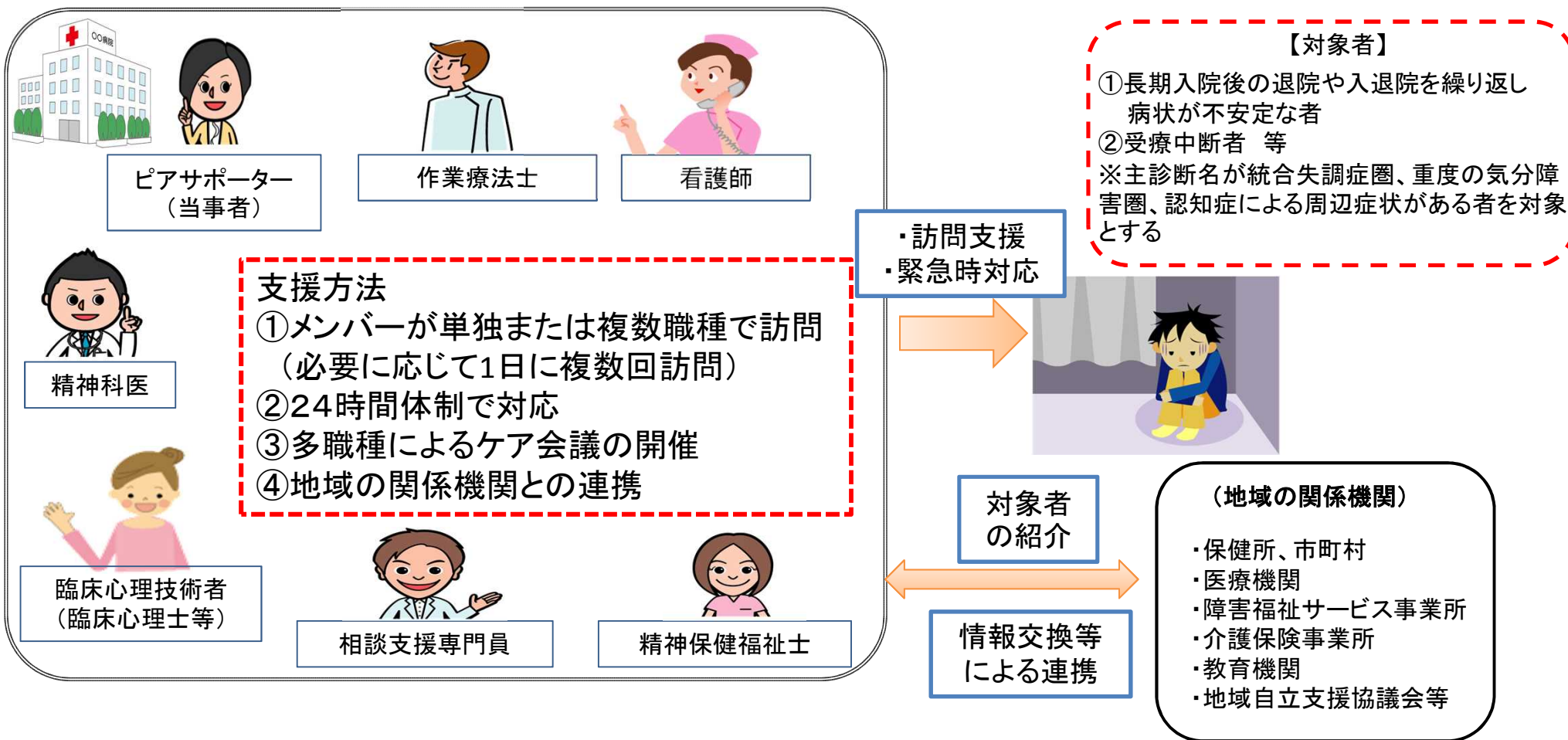
※「居住系施設」は平成23年の調査以降は「同一建物居住者」を示す

資料：平成13～21年まで「中医協 総-1(H23.11.2)(保険局医療課調べ)」、平成23、25年 訪問看護療養費実態調査を元に推計

精神障害者に対するアウトリーチのイメージ

- ・平成26年度より地域生活支援事業(地活)に一括計上
- ・医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

在宅精神障害者の生活を、医療・福祉からなる多職種チームで支える



長期入院後の退院で病状が不安定な者等を対象として、多職種によるケア会議の開催等を行っている。

精神障害者に対するアウトリーチに関する制度について(H26～)

①「精神科重症患者早期集中支援管理料」

平成26年度診療報酬改定において、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者に対し、保険医療機関や訪問看護ステーション等の多職種チームによる支援の評価を新設

＜実績＞【届出医療機関数(平成26年7月1日現在)】 7医療機関(6病院、1診療所)

【算定状況(NDBデータ(平成27年5月診療分)より) 10回未満

②「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」等

平成26年度より、地域生活支援事業の都道府県必須事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」において、都道府県等においても保健所等によるひきこもり等の精神障害者を医療につなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を円滑に実施するための支援態勢を確保

＜実績＞

	実施都道府県数	交付額
(a)アウトリーチ事業	4	0.5億円 の内数
(b)アウトリーチ関係者研修	1	
(c)アウトリーチ事業評価検討委員会	2	

※a,cについては、精神障害者地域生活支援広域調整等事業において、bについては精神障害関係従事者養成研修事業において実施

※交付額(国庫負担分のみ)については、精神障害者地域生活支援広域調整等事業及び精神障害関係従事者養成研修事業の全体の額であり、a～cのメニュー以外の事業に係る額も含む

主な精神障害者地域生活支援広域調整等事業の実施状況(平成26年度)

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
1	北海道	○	—	○
2	青森県	○	—	—
3	岩手県	○	—	—
4	宮城県	○	—	—
5	秋田県	○	—	—
6	山形県	○	—	—
7	福島県	—	—	—
8	茨城県	○	—	—
9	栃木県	○	—	○
10	群馬県	○	—	○
11	埼玉県	○	—	○
12	千葉県	○	○	—
13	東京都	○	—	○
14	神奈川県	○	—	○
15	新潟県	○	—	○
16	富山県	○	—	—
17	石川県	○	—	○
18	福井県	—	—	—
19	山梨県	—	—	○
20	長野県	○	—	—
21	岐阜県	○	—	○
22	静岡県	—	○	—
23	愛知県	○	—	—

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
24	三重県	—	○	○
25	滋賀県	—	—	—
26	京都府	—	—	—
27	大阪府	—	—	○
28	兵庫県	○	—	—
29	奈良県	—	—	—
30	和歌山県	—	○	○
31	鳥取県	—	—	—
32	島根県	○	—	○
33	岡山県	○	—	○
34	広島県	—	—	—
35	山口県	—	—	—
36	徳島県	—	—	○
37	香川県	○	—	○
38	愛媛県	○	—	○
39	高知県	—	—	○
40	福岡県	○	—	—
41	佐賀県	—	—	—
42	長崎県	○	—	○
43	熊本県	—	—	—
44	大分県	○	—	—
45	宮崎県	○	—	○
46	鹿児島県	○	—	—
47	沖縄県	○	—	○

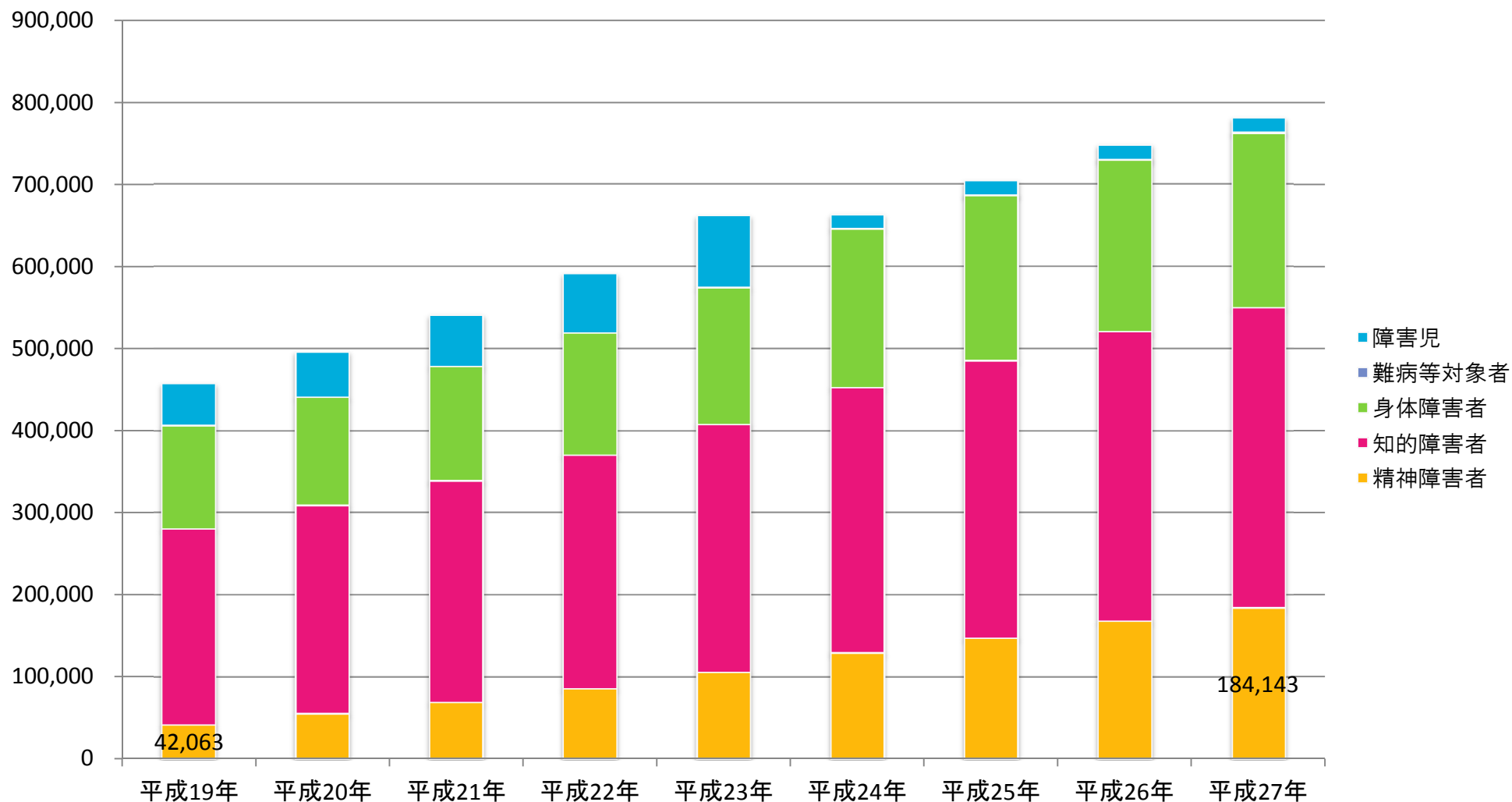
番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
48	札幌市	—	—	—
49	仙台市	—	—	—
50	さいたま市	—	—	—
51	千葉市	—	—	—
52	横浜市	—	—	—
53	川崎市	—	—	○
54	相模原市	—	—	—
55	新潟市	—	—	—
56	静岡市	—	—	—
57	浜松市	○	—	—
58	名古屋市	—	—	—
59	京都市	○	—	○
60	大阪市	○	—	○
61	堺市	—	—	—
62	神戸市	—	—	○
63	岡山市	—	—	○
64	広島市	—	—	—
65	北九州市	○	—	○
66	福岡市	—	—	—
67	熊本市	○	—	○
合計		35	4	29

平成26年度地域生活支援事業費補助金及び
障害者総合支援事業費補助金の事業実績報告書より

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)

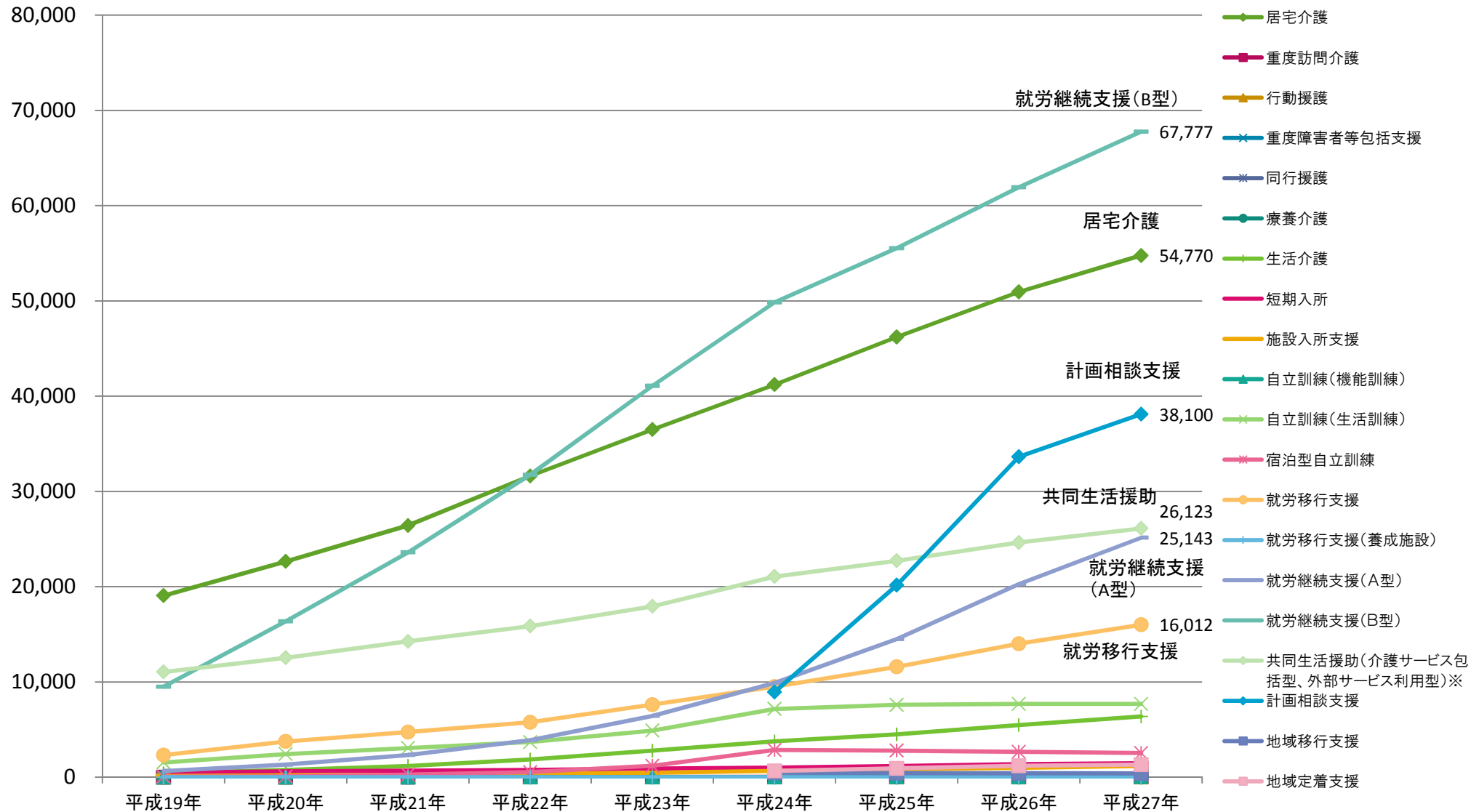


資料：国保連データ(各年度3月サービス提供分の利用者数、平成28年6月現在)

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)

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

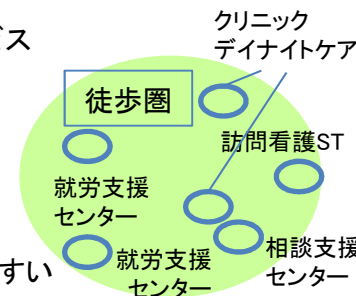
- 在宅療養支援診療所
- 医療観察法指定通院医療機関

【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

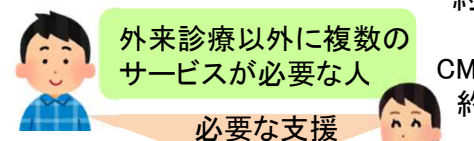
【期待される効果】

- ・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)



ケースマネジャー(外来)
相談支援専門員(相談支援センター)
＜PSW、臨床心理技術者が担当＞

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)

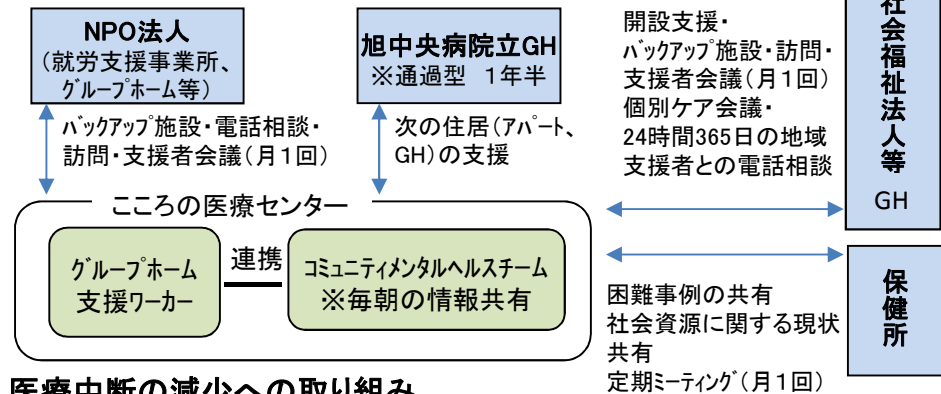
- ・外来: 180名/日 1～3次救急572件/年
- ・病棟: スーパー救急病棟42床(児童13床を含む)
- 平均在院日数: 47.9日、m-ECT: 241件/年 クロザピン使用(継続中): 49例
- ・デイケアセンター、作業療法センター、地域生活支援室

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】



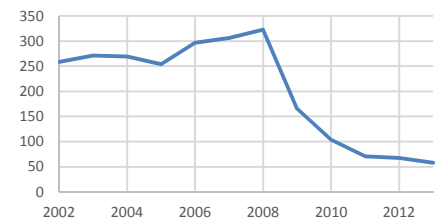
医療中断の減少への取り組み

- ・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

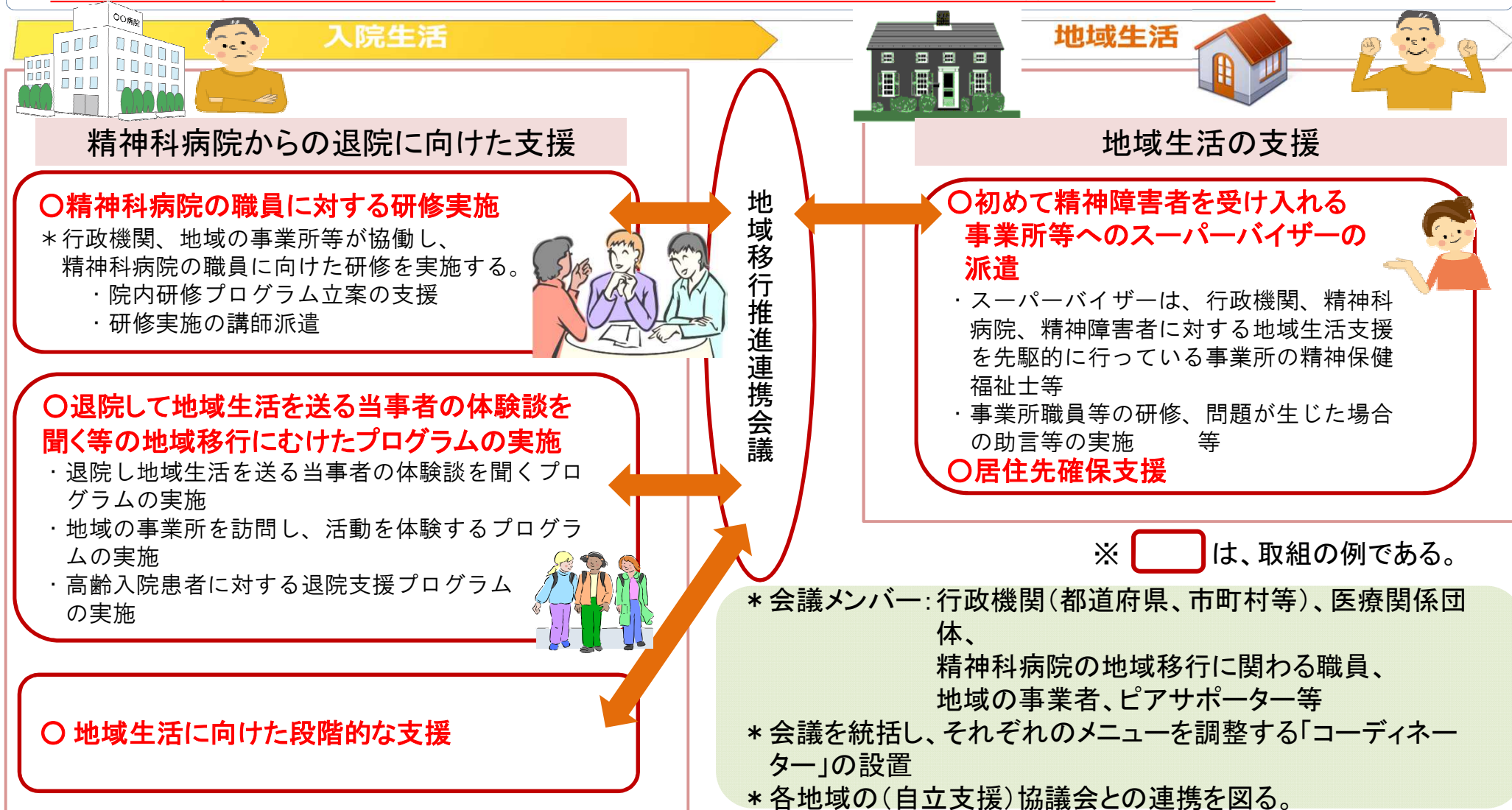
その他の重要な業務:

- ・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

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。



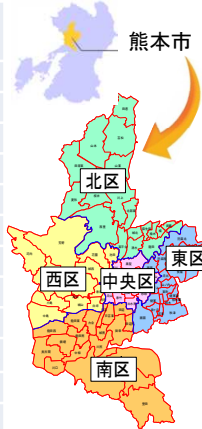
期待される効果：長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

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・レクリエ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。

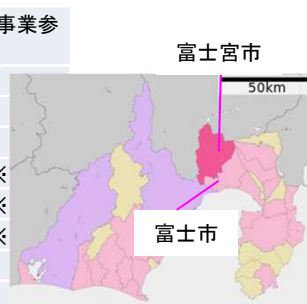
静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 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）			
3か月未満		189人(22%) 46人(34%)※			
入院精神障害者数※ 1 3か月以上1年未満		162人(19%) 23人(17%)※			
1年以上		509人(59%) 65人(49%)※			
相談支援事業所数（平成27年3月）		一般相談4（3）			
		特定相談16（3）			
保健所		1か所			
（参考）静岡県利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
国保連データ	地域移行支援	5	9	19	12
	地域定着支援	8	17	29	42



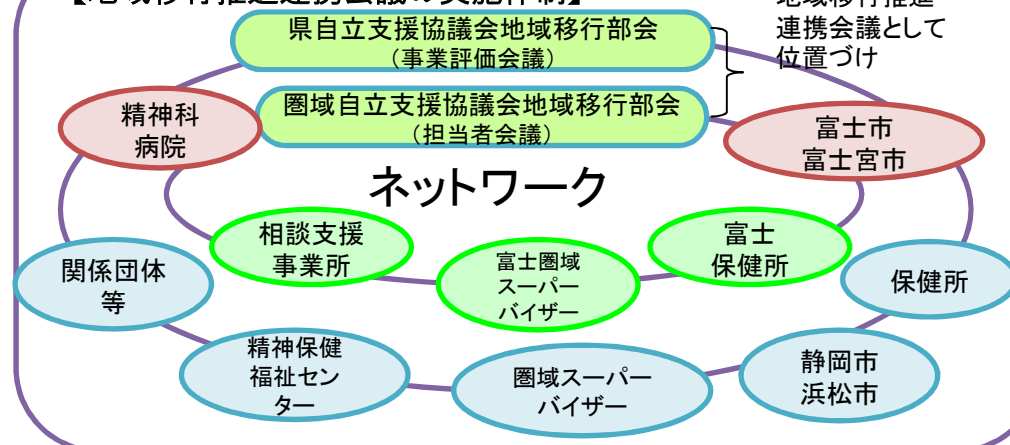
【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成24～26年
精神障害者地域移行・地域定着支援事業（高齢入院患者地域移行支援事業）

- 平成26年

圏域内の現状把握と課題解決に向け、圏域内の精神科病院（5病院）に対するアンケート調査実施。官民協働で地域移行定着推進の人材育成のための地域移行定着研修を実施し、職種・圏域ごとの課題抽出。地域移行を推進するために圏域ごとに必要な事項を検討し、各圏域で平成27年度までの目標（例：ピアサポート体制の構築、社会資源の周知強化）や実施事項を示したロードマップを作成。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 退院に向けた意欲喚起（検証事業）

職員から個別の働きかけを増やしていくことにより、患者の退院意欲を高め、職員も退院を意識した支援を行う。退院した患者との座談会により職員、患者ともに退院への意欲が高まる。

- 精神科病院職員に対する研修の実施（検証事業）

院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携による地域移行についての事例紹介とグループワークにより地域移行の理解促進を図る。また、圏域の他病院も企画会議に参加し意見交換することで、圏域全体の地域移行の意識を高め、地域移行促進を図る。

- 高齢長期入院患者の地域移行支援（検証事業）

病院内と地域の相談支援専門員等多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援業務を行う専門スタッフとして退院支援員を設置し、退院支援を行う。

- 退院者の体験談を聞くプログラムの実施（検証事業）

実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く座談会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。

- 地域自立支援協議会で家族支援部会の実施

富士市の自立支援協議会に出席した当事者や家族の声を直接聞き、不安や問題解決を図る。

【地域生活の支援】

- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験（検証事業）

地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。

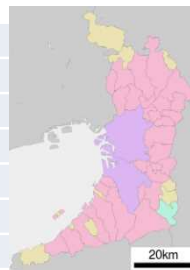
- ・賃貸住宅の見学
- ・食事をする、テレビを見る、家事体験（掃除洗濯等）をする等の日中体験
- ・作業療法としての調理活動
- ・外泊体験

大阪府の取組 ～「病院が押し出す力」と「地域から引っ張る力」双方向からの取り組みで地域移行を推進～

- 大阪府では、これまで実施してきた精神障がい者の地域移行にかかる取り組みを総合的に実施し、その効果について検証します。
- 大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行ワーキンググループにおいて各市町村の状況を集約し、大阪府と市町村の役割を明確にし、府域全体でさらなるレベルアップを図るとともに、精神障がい者地域移行推進のネットワーク構築を目指します。

【大阪府の実施圏域の基礎情報】

府内16圏域（大阪市・堺市を除く）		（うち検証事業参加）
圏域人口（平成27年7月1日推計）	5,313,128人	（5,313,128人）
精神科病院の数（平成27年7月）	50病院	（50病院）
精神科病床数（平成27年6月30日）	15,791床	（15,791床）
入院精神障害者数	3か月未満	3,884人（23%）
（平成27年6月30日・府	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	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	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。

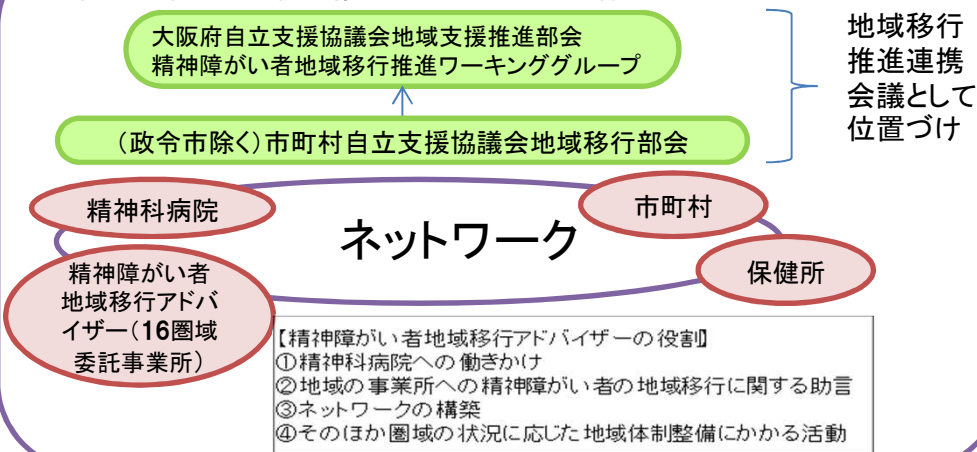
【退院促進ピアサポーターの活動】（地域生活支援事業により16圏域事業所に委託）

- 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

(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(平成26年3月7日))	医療計画 (精神疾患の医療体制の構築に係る指針 (平成24年3月30日))
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

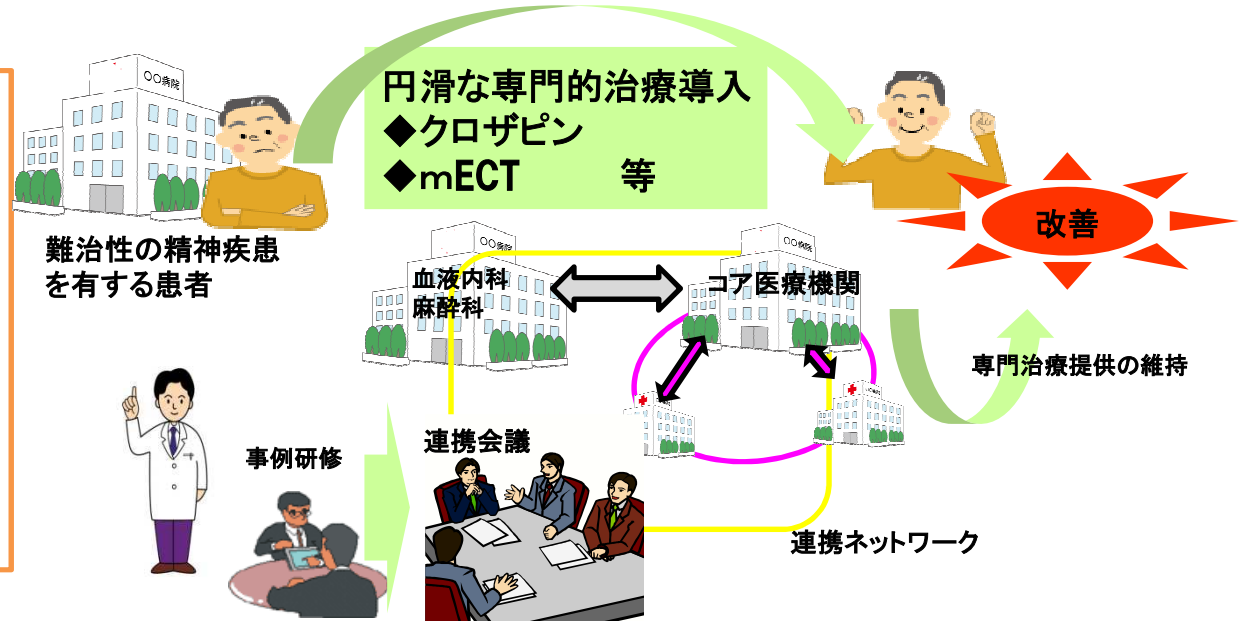
現状と課題

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

クロザピン(CLZ)について(参考)

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。

治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症(※)で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

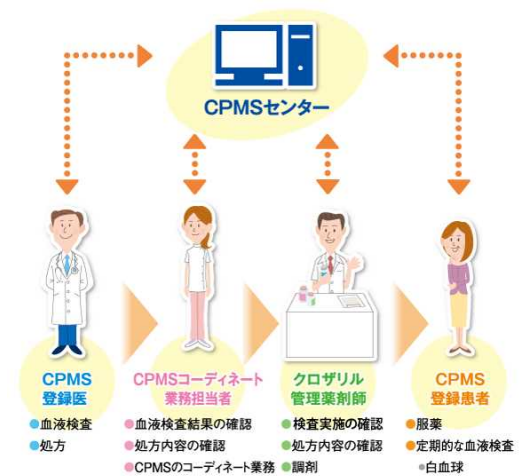
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。



思春期精神保健研修

児童の生活環境や対人関係等思春期の問題行動、児童虐待が多く発生しており、思春期児童への対応が急がれているところである。特に、幼年期における児童虐待、不登校、ひきこもり、家庭内暴力などの情緒不安定になりやすい社会環境の中で、犯罪行動などに発展するケースが多く見られる。そのような状態から解放し、児童の健全育成を推進していくことが重要なことである。

これらの問題に適切な対応が出来るよう精神科医療及び精神保健福祉業務に従事している者に対し、専門的な養成研修を実施することが必要となっている。

平成27年度予算 7百万円 → 平成28年度予算 7百万円（公募による選定により定額補助）

思春期精神保健研修（平成13年度～）

○対象：医師（小児科医等）、看護師、保健師、児童相談員、スクールカウンセラー等

○研修内容

- ・児童思春期精神医療に従事するに当たっての基礎的な児童思春期精神医学
- ・精神保健についての網羅的な系統講義やグループディスカッション等の実践的研修
- ・ひきこもり支援の従事者が必要とするひきこもり対策
- ・「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」についての全般的研修

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

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。

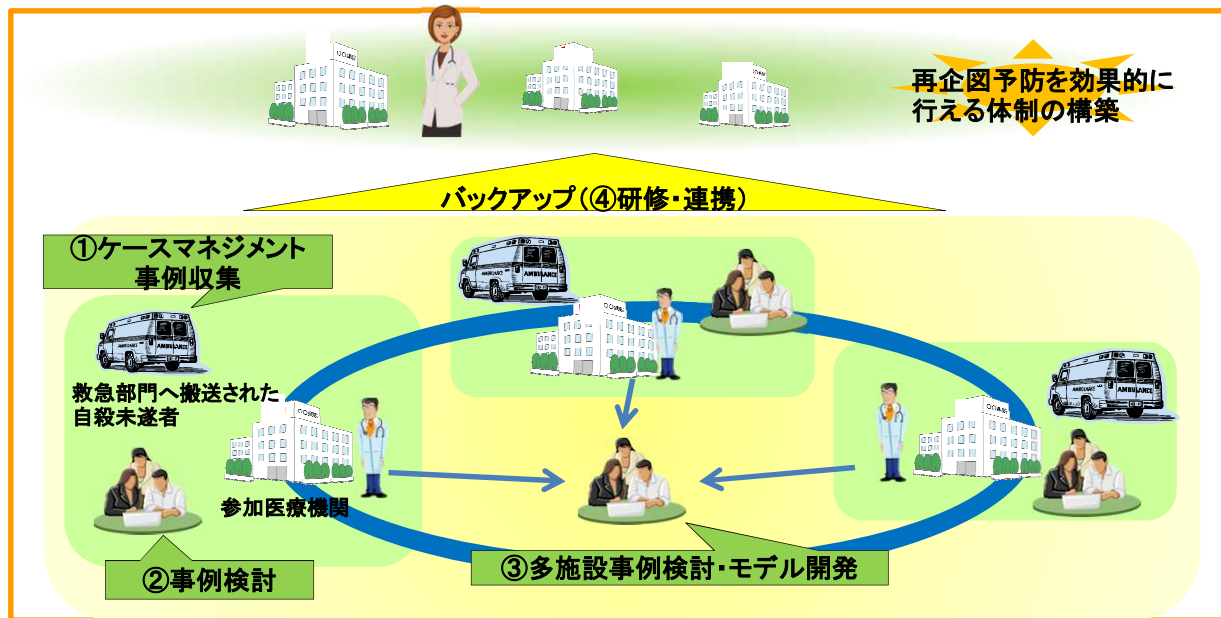
平成27年度予算:19百万円 → 平成28年度予算: 19百万円

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。

【H28】実施機関:北海道・札幌医科大学附属病院、岩手県・岩手医科大学附属病院、東京都・慶應義塾大学病院/日本医科大学、大阪府・関西医科大学附属滝井病院/近畿大学医学部付属病院、奈良県・奈良県立医科大学附属病院、福岡県・福岡大学病院/産業医科大学病院、熊本県・国立病院機構熊本医療センター

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ことが必要である。また、早期支援の観点からは、依存症に対応することのできる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築が必要である。

事業概要

【地域】

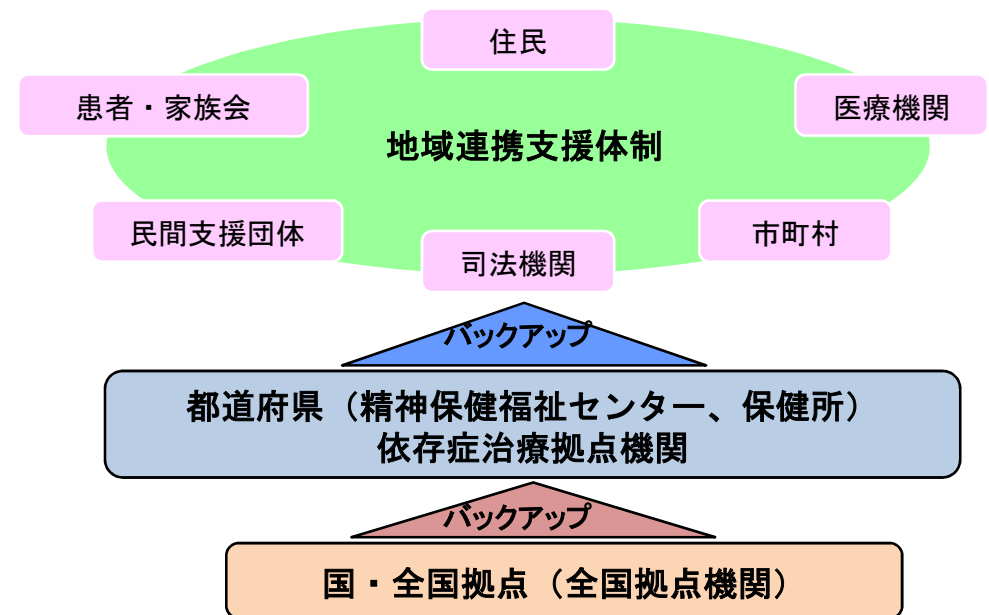
依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、民間支援団体や関係機関、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県（精神保健福祉センター、保健所）・依存症治療拠点機関】

依存症治療拠点機関を設置し、都道府県との協働によって、依存症に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族会への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点（全国拠点機関）】

各依存症治療拠点機関で得られた知見を集積し、共通した有効な依存症支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各治療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

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

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】

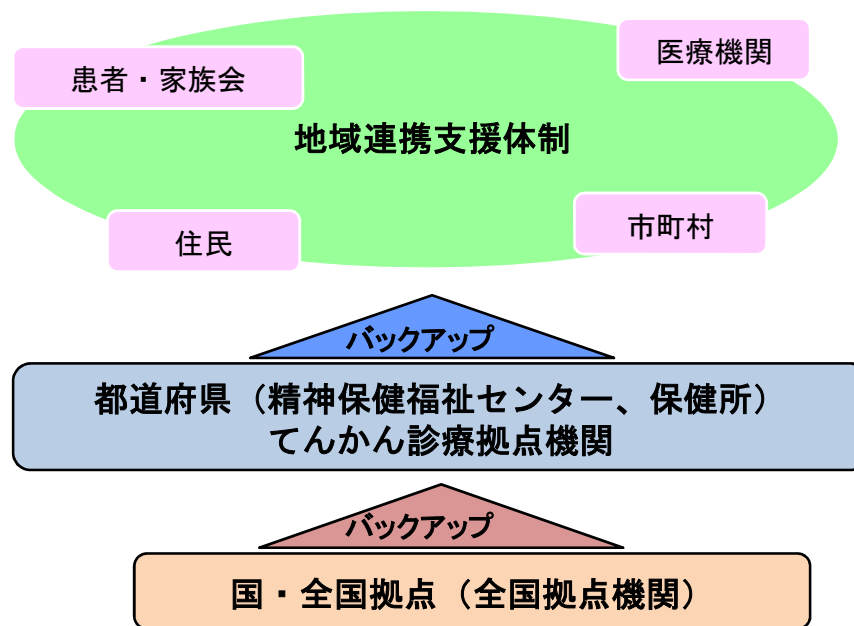
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

【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

【H28】 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

高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業

○国立障害者リハビリテーションセンター実施分

平成27年度予算 13百万円 → 平成28年度予算 13百万円

都道府県職員や地方支援拠点機関の支援コーディネーターを対象とした全国会議の開催、研修事業を含む普及啓発活動等を引き続き実施するとともに、平成23年10月より、同センター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置し、高次脳機能障害者に関する様々な情報や最新の高次脳機能障害者支援情報を集約し、高次脳機能障害者やその家族及び支援関係者等に役立つ情報をホームページで発信する体制を整備する等、情報提供機能の強化を図る。

○都道府県実施分

(地域生活支援事業費の内数)

平成27年度予算 464億円 → 平成28年度予算 464億円

- ア. 支援拠点機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等)に相談支援コーディネーター(社会福祉士、保健師、作業療法士等、高次脳機能障害者に対する専門的相談支援を行うのに適切な者)を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行う。
- イ. 自治体職員、福祉事業者等を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、また、地域における高次脳機能障害支援の普及を図る。

摂食障害治療支援センター設置運営事業(モデル事業)

平成27年度予算：18,901千円 → 平成28年度予算：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】

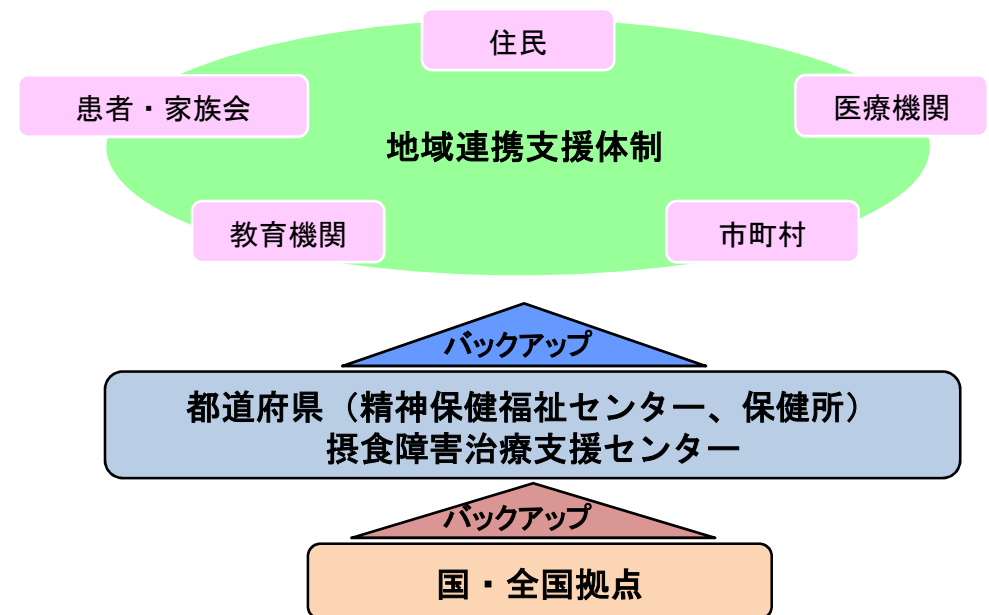
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会の多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【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

災害派遣精神医療チーム(DPAT)の整備

平成27年度予算：27百万円及び地域生活支援事業（464億円）の内数
→ 平成28年度予算：31百万円及び地域生活支援事業（464億円）の内数

厚生労働省は、被災地域の精神保健医療活動を支援することのできる「災害派遣精神医療チーム(DPAT)」を全国に整備するとともに、継続的にDPAT活動の改善に努める

都道府県・指定都市

DPAT

DPAT

DPAT

DPAT

DPAT

DPAT

支援・調整・研修

厚生労働省

精神・障害保健課 (DPAT事務局)

DPAT
事務局

事務委託先
日本精神科病院協会

被災者の精神保健にかかる
評価検証部門

事務委託先
国立精神・神経医療研究センター

都道府県・指定都市の主な役割

〈本庁の主な役割〉

平時：DPATの体制整備、DPAT構成員への地域研修 など

発災時：DPAT都道府県調整本部の設置、DPATの指揮・調整等 など

〈DPATの主な役割〉

被災地域における精神保健医療ニーズのアセスメント

被災地域における精神保健医療活動の支援 など

厚生労働省の主な役割

〈精神・障害保健課の主な役割〉

DPAT事業運営の実施責任主体

DPATに関する企画立案、関係省庁・関係部局との連携・調整 など

〈DPAT事務局の主な役割〉

大規模災害発生に備えたDPAT体制整備(研修・訓練)の支援

大規模災害時のDPAT活動に関する支援 など

〈被災者の精神保健にかかる評価検証部門の主な役割〉

大規模災害発生に備えた精神保健医療に関する体制整備の支援

災害発生時の地域精神保健医療活動の調査・分析・支援 など

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

24時間精神
医療相談窓口

情報
受入先

- ・相談対応
- ・適宜、医療機関の紹介・受診指導

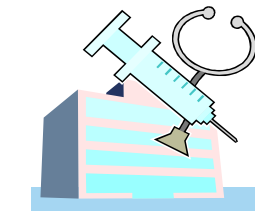
一般救急
医療圏域



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

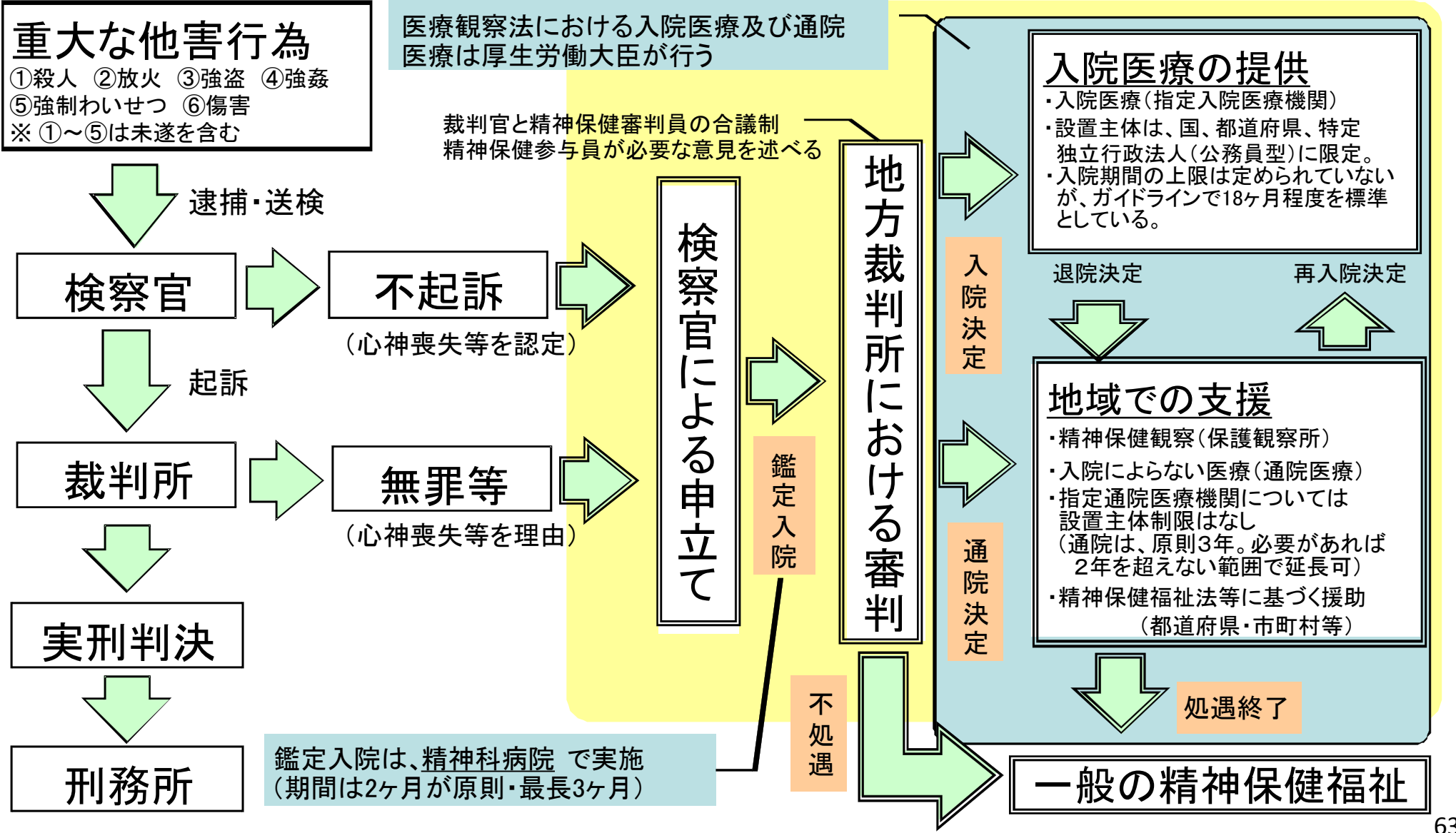


各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管) 平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。

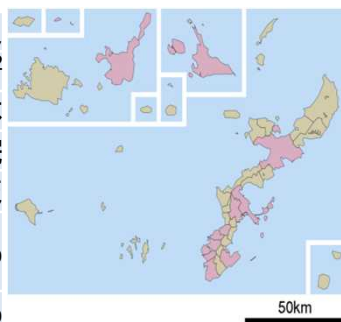


沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- 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。

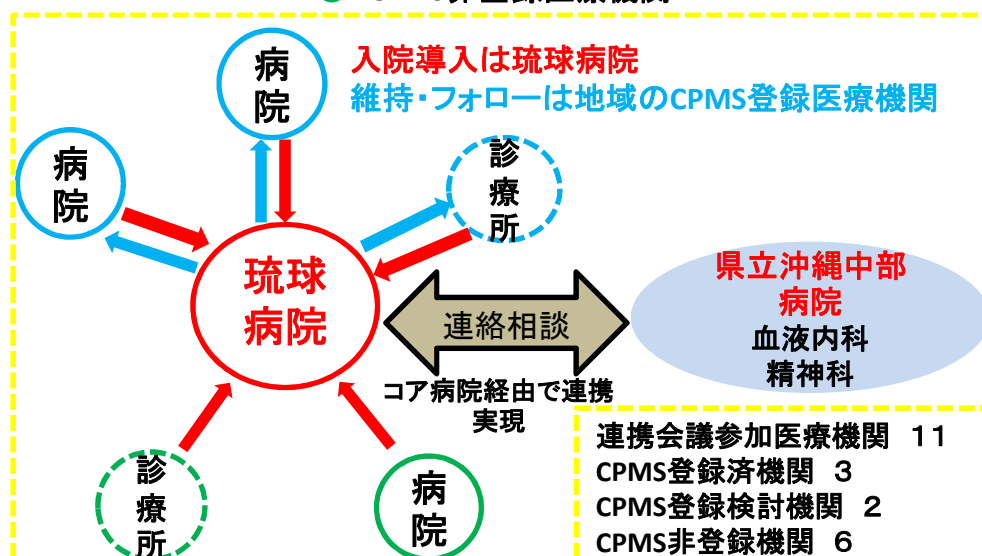
【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

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

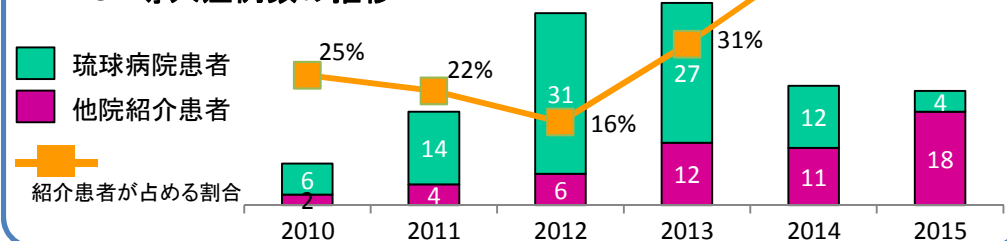


（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【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



千葉県の取り組み ～クロザピン・サターンプロジェクト～



- 単科精神科病院(リングホスピタル)で不安なくクロザピンを使用できるよう、①連携総合病院(コアホスピタル)のいずれかが無顆粒球症患者を必ず受け入れる体制、②単科精神科病院と、連携総合病院で担当者同士の顔の見える関係を維持し、重篤な副作用を発症する前から各総合病院との情報共有・相談、という2つの安心を実現することによって、難治性精神疾患地域連携体制を構築。(クロザピン・サターンプロジェクト)
- 千葉県は医療計画に治療抵抗性統合失調症治療薬の適切な使用の普及を明記し、連携体制を推進。

【千葉県の基本情報(平成27年10月現在)】

人口	6,207,990	人
面積	5,158	km2
市町村の数	54	自治体
単科精神科病院の数	40	病院
精神病床数	12,936	床

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】

院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入

【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】

コアホスピタルへの早期の情報提供や相談

【千葉大学】

各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かして、連携体制構築における課題を解決

【県】

医療計画等の医療政策へ反映

【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

【連携総合病院(コアホスピタル)の取組】

精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

【単科精神科病院(リングホスピタル)の取組】

大学病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

【既存の取組のサターンプロジェクトによる統合】

- ・ 千葉大研修参加者有志にプロジェクト協力の呼びかけを行い、連携体制を構築
- ・ 千葉大病院の病棟主任実務者が、コアホスピタル他科担当者から現場連携の相談をメールで受け付け、課題をリスト化して各リングホスピタル担当者に配布共有することで、総合病院リエゾン連携のような顔の見える連携を、プロジェクト内他科・精神科間連携にも拡大
- ・ 定期的派遣訪問で連携に係る問題の解決を図り、良好な関係を維持

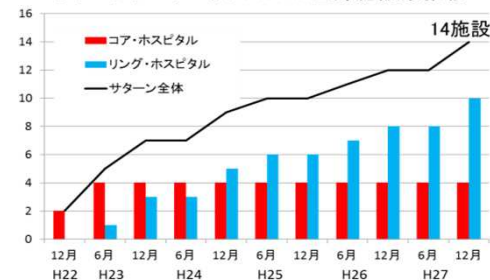
プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】(平成27年12月現在)

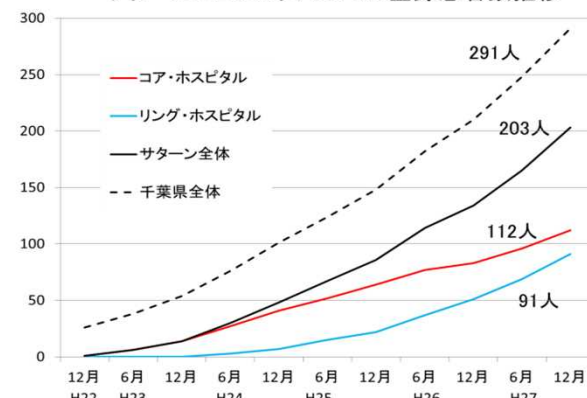
CPMS登録施設: 14施設

CPMS登録患者数203名

サターンプロジェクト: CPMS登録施設数推移



サターンプロジェクト: CPMS登録患者数推移



依存症者支援のための大阪アディクションセンター ～切れ目のない相談・治療・回復を支援する体制の整備～

依存症支援に関しては、治療や相談を担う資源や、医療・関係団体等の相互連携体制の不足などの課題がある。この課題解決のために、特に治療機関が少ない薬物依存症について、治療プログラムテキストを作成し、アルコールの治療のノウハウを生かした試みを行うこととなった。さらに府内全体を網羅する、切れ目無く支援するための関係機関によるネットワークとして、大阪アディクションセンターを組織し、医療機関、司法機関、当事者団体、行政機関等が依存症対策に主体的に取り組む、連携を強めることを通じて、相乗効果を発揮し、より有効なシステムとして機能するよう目指す。

【大阪府の基本情報（平成27年5月現在）】

人口	8847838	人
面積	1904.99	km ²
市町村の数	43	自治体
単科精神科病院の数	62	病院
精神病床数	19489	床
入院後3ヶ月時点の退院率	37.9	%
入院後1年時点の退院率	89.9	%
平均在院日数	435	日



依存症対策の課題

- 依存症の治療、相談を担う社会資源の不足
- 医療機関や関係団体等の相互連携体制の不足

治療機関を増やす試み

依存症拠点機関設置運営事業（大阪府立精神医療センターに委託）

□大阪版認知行動療法のテキスト作成・普及

SMARPPを実施することで、治療者側の態度が薬物依存症者に対してポジティブに変化 → SMARPPを普及することで、薬物依存症者への治療者の抵抗を減らし、治療機関を増やす試みを実施。

- ① SMARPPJrの大阪版「ぼちぼち」のテキストを作成
- ② 通院患者を対象に「ぼちぼち」の実施・ノウハウの蓄積
- ③ 他医療機関でモデル実施・検証

課題・・・精神科診療所で薬物依存症者を対象に「ぼちぼち」を実施することが難しい。（スタッフ等の体制整備・対象者の確保等）

解決策・・・アルコール専門診療所で、そのノウハウを生かしてアルコール依存症者を対象に「ぼちぼち」をモデル実施。そのグループの対象者に薬物依存症者も含める。

関係機関の連携の現状

□各機関が作るネットワークが府内に点在
→ 例）・アルコール専門病院と保健所と断酒会



- ① 核となる機関がなければネットワークが形成されない。
- ② ネットワークが形成されず、十分な支援が届かない依存症者が多く存在する。



従来のネットワークで構築した関係機関同士の顔の見える関係や、情報共有の方法を生かしつつ、個々のネットワークに頼るのではなく、大阪全体を網羅する、切れ目のない相談・治療・回復を支援する体制の整備を行う。

新たな体制の構築

大阪アディクションセンターの設立

- 今まで地域で培ってきたネットワークのノウハウを生かしつつ、大阪府全体を網羅できる体制を整備
- 自助グループ、リハビリ施設、司法、医療、行政など、依存症に携わっている機関等が各々が主体的に役割を果たすネットワーク
- どの機関につながっても適切なサービスを受けることができる連携体制
- それぞれの機関の強みなどを共有、アイデアを提供、不足なところは具体的な提案をしていける組織体

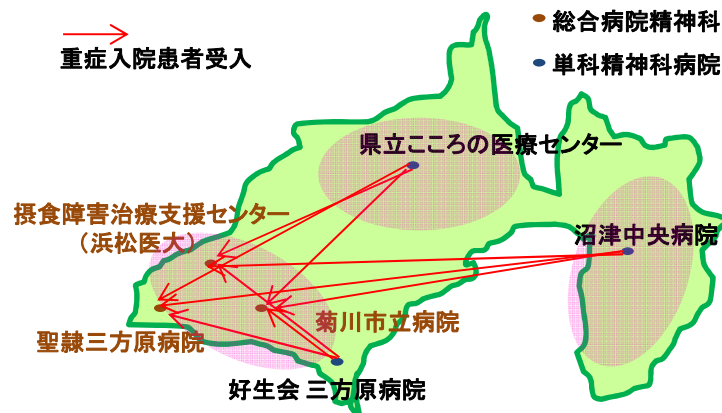
【今後の方向性】

薬物依存症についての支援方を蓄積し、それをギャンブル依存症やその他依存症に応用することで、支援を拡大する

静岡県の取り組み ～身体管理マニュアル普及・研修による医療提供体制の充実～

- 摂食障害治療支援センター（浜松医科大学医学部附属病院：以下浜松医大）が、①身体・栄養管理に関する実践的なマニュアルの作成と配布、②他病院への実践的な研修、③重症患者の受入を行うことにより、新たに2つの総合病院精神科において重症患者の受入を開始し、3つの単科精神科病院においても摂食障害患者の受入を開始し、県内における摂食障害患者への医療提供体制の充実を実現。
- それぞれの病院と静岡県の協働によって、医療機関・保健所・市町・教育機関・患者・家族等との地域連携支援体制の構築を進め、早期発見・早期支援体制の実現を目指す。

【静岡県医療圏域の基本情報】



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

人口	1309	1165	1208	千人
市町村の数	8	7	20	自治体
単科精神科病院数	13	7	12	病院
総合病院数 (精神科閉鎖病棟あり、児童病棟除く)	4(3)	1(0)	1(0)	病院

【各事業主体の役割】

○静岡県

- ◆圏域毎の相談・支援体制の構築、摂食障害対策推進協議会の企画運営、市町、教育委員会、関係機関等との連絡調整、県民に向けた広報

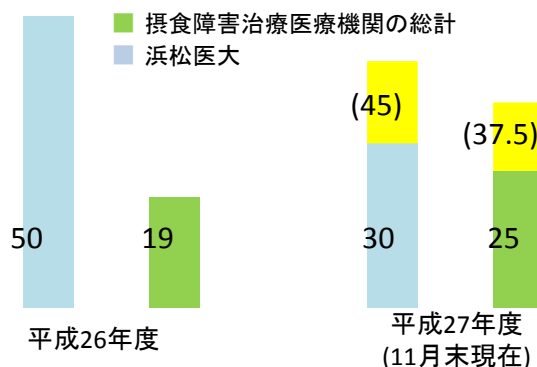
○浜松医大（摂食障害治療支援センター）

- ◆身体合併症での重症患者入院に対応、身体管理マニュアルの普及・実践的研修の実施、摂食障害治療医療機関への技術支援・相談、県民への普及啓発、摂食障害患者及び家族への相談・支援等

○摂食障害治療医療機関（総合病院精神科 2箇所・単科精神科病院 3箇所）

- ◆身体管理マニュアルに準拠した入院治療の実施、摂食障害患者及び家族への相談・支援等、摂食障害治療支援センターへの患者紹介及び逆紹介

【浜松医大及び摂食障害治療医療機関の受入患者推移】



- ・ 実践的な身体管理マニュアルを配布し、実際に治療にあたるチームへの研修を行うことにより、単科精神科病院における入院患者数は増加傾向。
- ・ 重度の身体合併症は、2つの総合病院精神科で緊急入院を引き受けることにより、単科精神科病院における負担の軽減、安心感の醸成に寄与。

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)

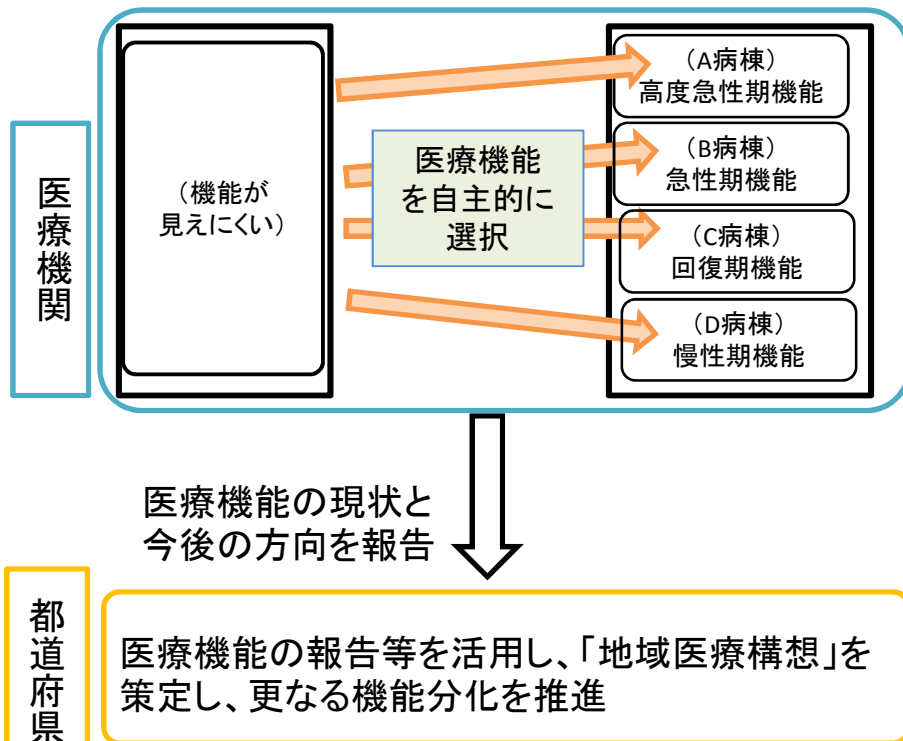
※ 現在の病床数の内訳については、全体の病床数を平成14年6月時点の1年未満・1年以上入院患者数の比率で按分した。

（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

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）

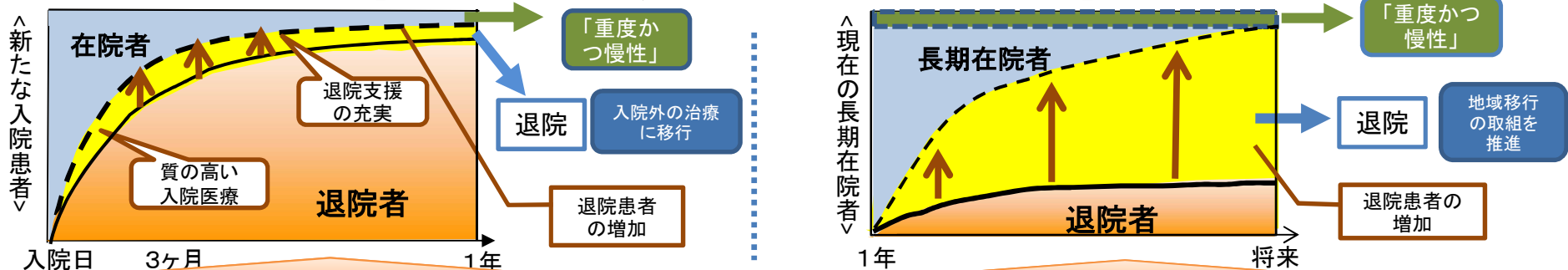
<精神科医療の現状>

- 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】

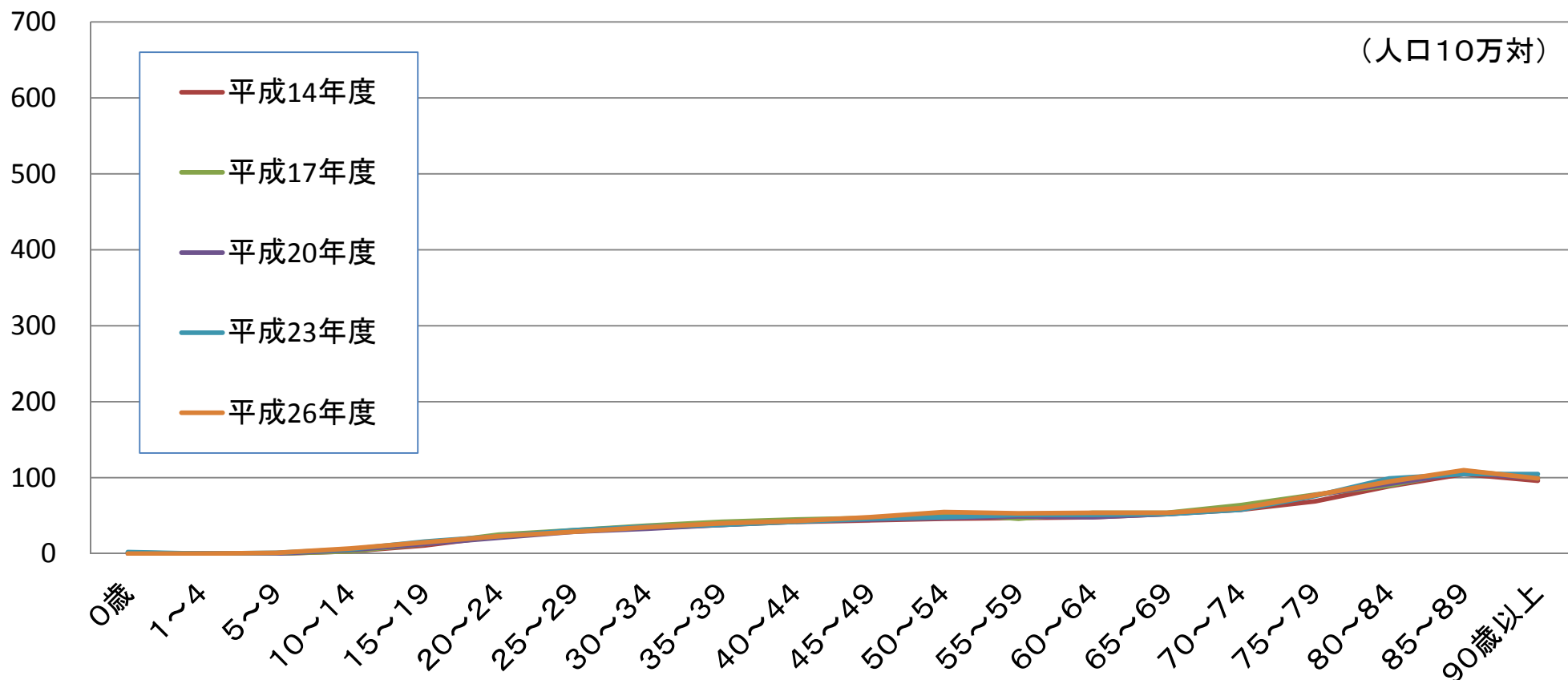
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する(※2)
- 重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供する場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する(※2)

	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)

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。

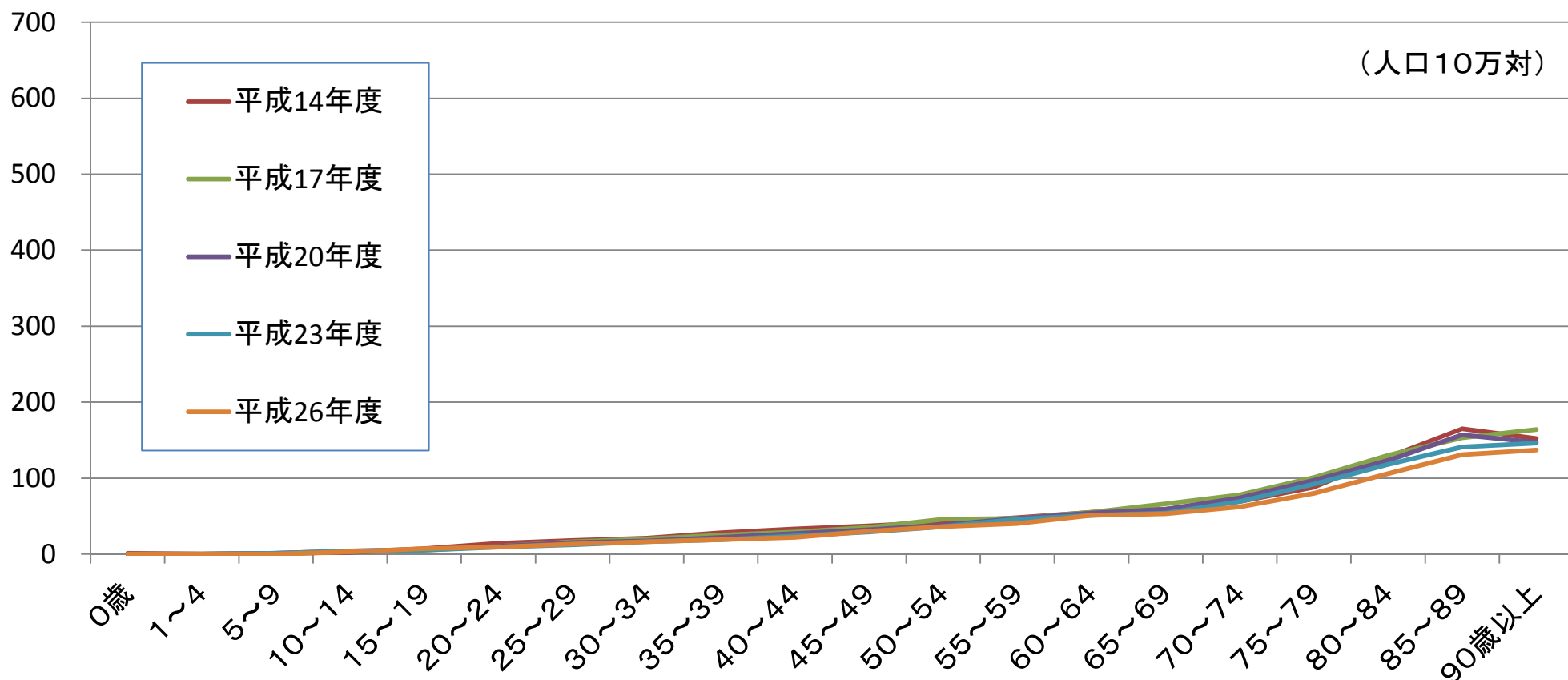


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 78

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。

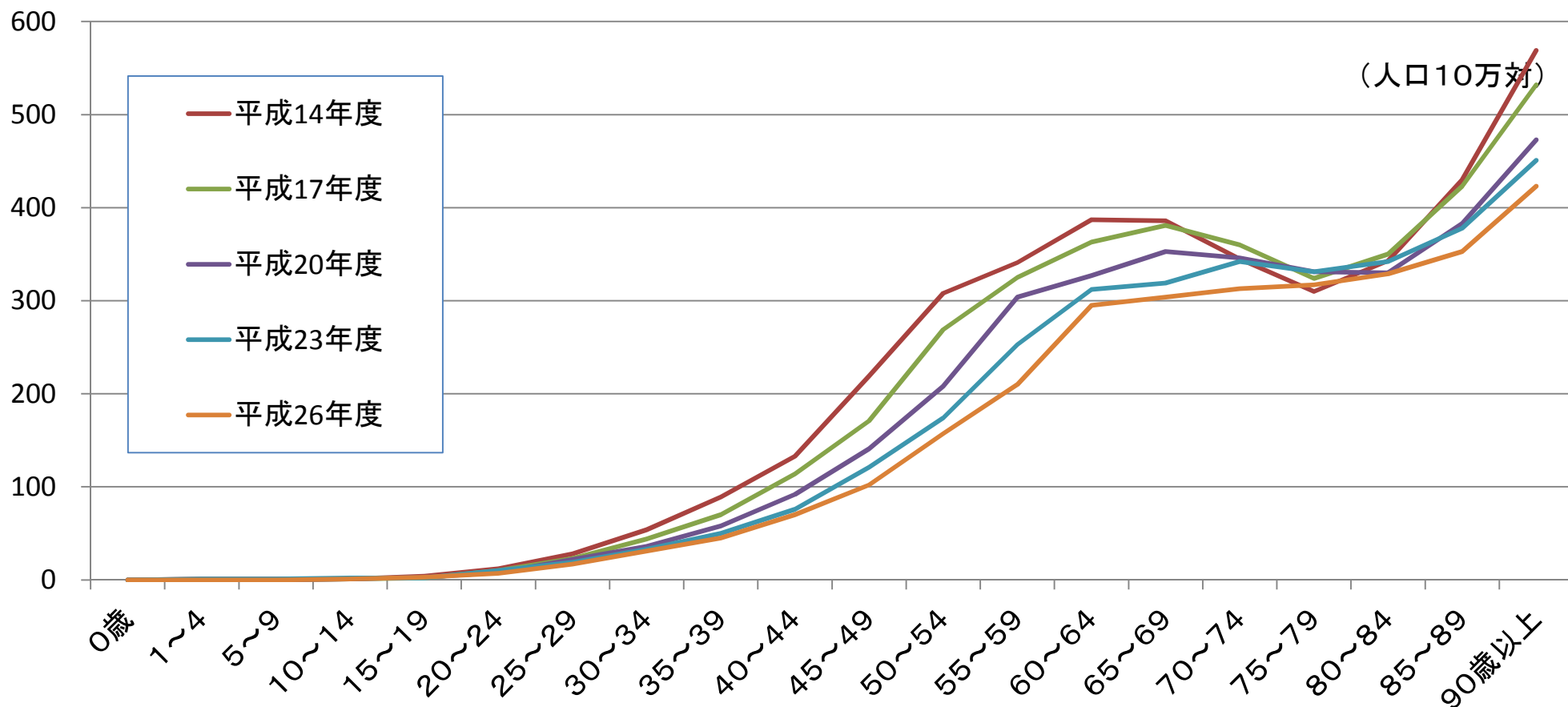


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 79

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。

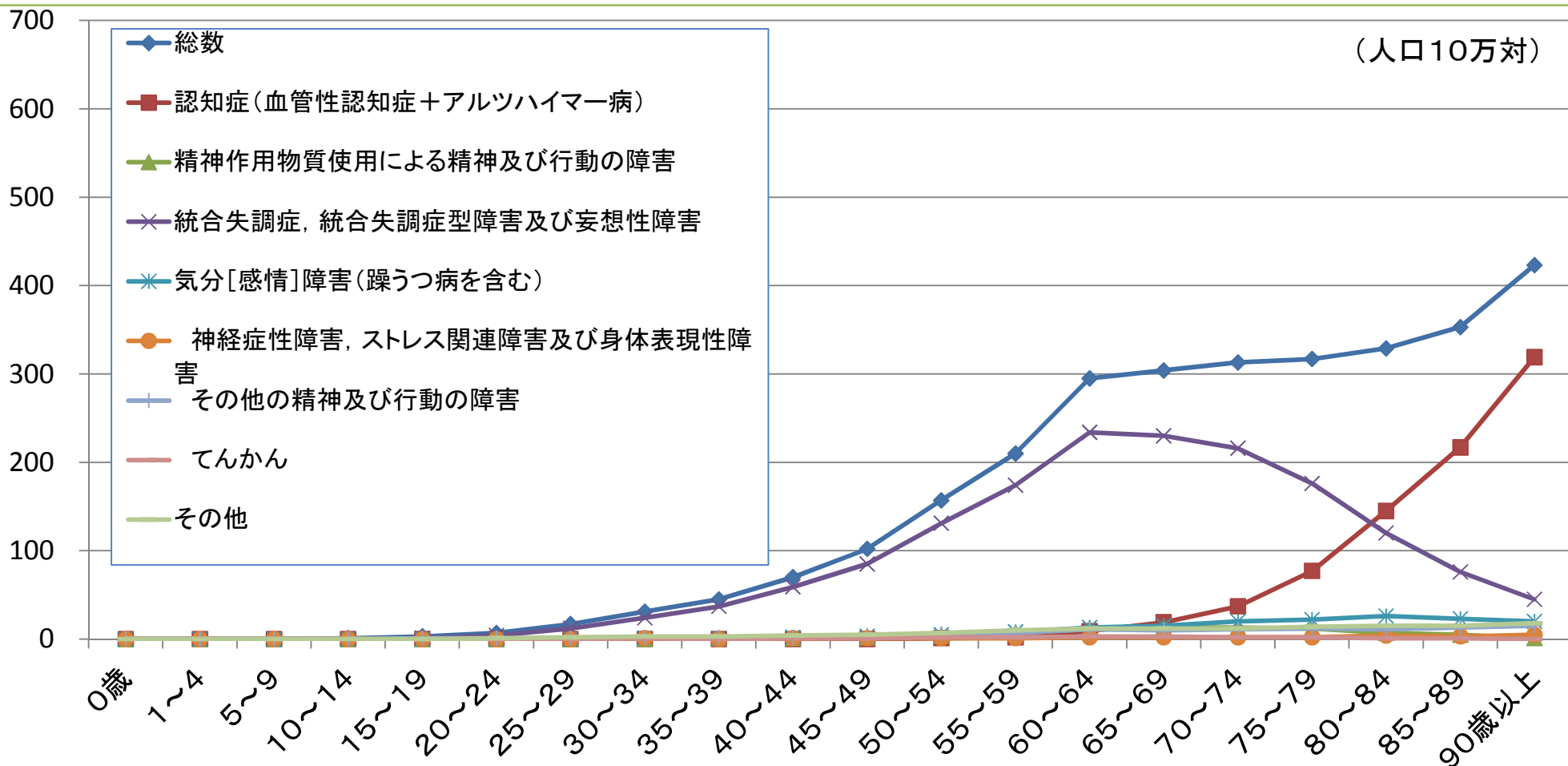


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 80

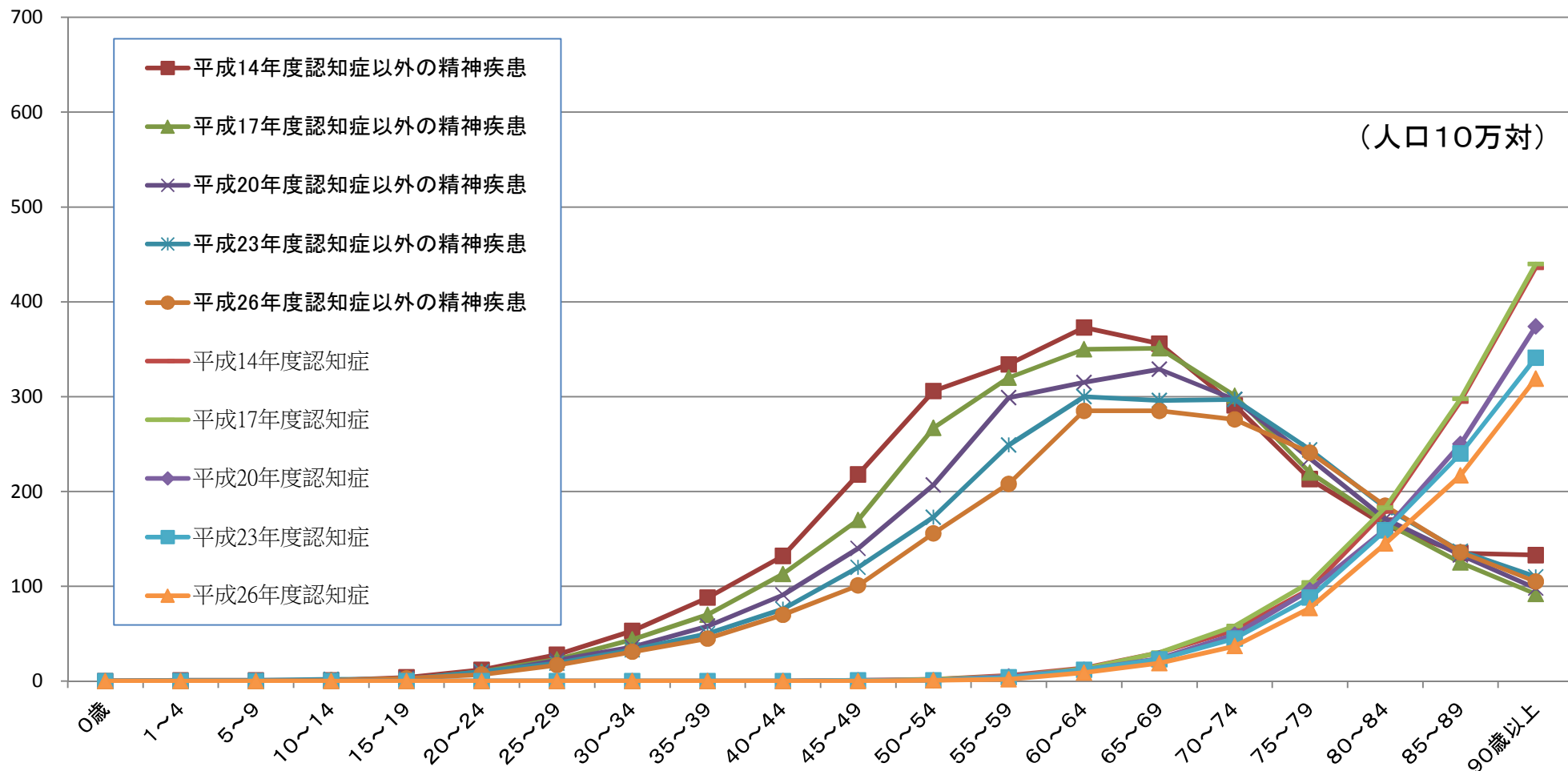
精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 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