

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける 地域精神医療と地域精神保健について

厚生労働省 社会・援護局  
障害保健福祉部 精神・障害保健課

# 第1回検討会の振り返り

# 第1回検討会での主な意見と整理

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に関する意見

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは高齢者の地域包括ケアシステムに組み込むこととしているのか、それとも新たに精神版の地域包括ケアシステムを構築するのか。新たに精神版のシステムを構築するものと認識されている実態もあり、当事者やその家族がまったく異なるシステムに閉じ込められると認識されている。
- 精神障害に特化するのにはあり得ないことから、これからの精神保健福祉の在り方検討会で精神障害「にも対応した」を提案した。社会全体で支える仕組みづくりが重要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと地域共生社会の実現との関係を整理する必要がある。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方の整理

- 地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」は、今後、日本社会全体で実現していくとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。
- 地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進は、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないもの。**
- 高齢者分野に端を発した地域包括ケアシステムであるが、これらの考え方や実践は、精神障害者やその家族等への支援体制を構築する上でも活用できるもの。
- 精神分野においては、**精神障害者やその家族等を取り巻く様々な環境を考慮しつつ、関係者の重層的な連携による支援体制を構築する必要があり、精神分野についてある程度特化した取組も必要**ではないか。

## 対象者の考え方

- これまでの精神保健医療福祉に関する検討会では精神科医療機関に入院している人を対象（中心）として議論している。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム本来の理念が浸透していない。対象も不明確なので、そこを明確にする必要がある。
- これまでの精神保健医療福祉に関する議論は入院ありきの議論となっていた。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは地域づくりが重要。地域住民に見える形で施策を打つべき。地域住民のニーズを聴くべき。関係者の中だけの議論で終わってしまっている。
- 全世代を対象としたものなのか。各世代のニーズを反映できる施策が必要。
- 地域包括ケアシステムの考え方は当初から全世代型である。また、既存の資源を活用するもの。地域課題を積み上げたうえで解決していく必要がある。
- 医療、福祉に繋がっていない人が多い。メンタルヘルス課題を持つ人も増えており、このような者をどう支えていくかの議論も必要。

## 対象者の考え方の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは**精神障害の有無や程度にかかわらず**、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、**重層的な連携による支援体制を構築することが適当。**

# 本検討会における議論の進め方及び想定される主な検討事項

## 進め方

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会において、議論の基となる各種データを事務局等が示した上で有識者等からのヒアリングを行いつつ、想定される主な検討事項の整理を行うのはどうか。

## 想定される主な検討事項

- 地域精神保健
  - 地域住民への普及啓発
  - 孤立させない取組（地域共生社会の相談窓口等）、基幹相談支援センターの役割
  - 精神保健福祉センターと保健所の役割
  - 基盤整備に係る地域差 等
- 地域で支える体制
  - 資源の見える化
  - 住まいの必要量とその確保
  - 長期入院の予防
  - 当事者や家族のかかわり（※） 等 ※ 第1回検討会における構成員の御意見をふまえ、「当事者や家族のかかわり」を「○地域精神医療」から「○地域で支える体制」の検討事項に修正。
- 地域精神医療
  - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医療機関の役割
    - ・精神科と一般科の連携推進
    - ・保健・福祉等との連携
    - ・精神科救急等体制整備
  - 入退院時の連携体制 等
- 保健、医療、福祉の連携支援体制
  - 国、都道府県・政令指定都市、市町村の役割
  - 人材育成

## スケジュール

- 令和2年3月より、1～2ヶ月毎に本検討会において議論を行い、令和3年3月を目途に意見のとりまとめを行う。

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進にかかる課題

## 課題の整理

- これまで、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進するため、構築推進事業等により自治体への財政措置等を行うとともに、構築に向けた自治体向け手引きを作成する等の取組を行ってきた。
- 一方で、平成29年2月に精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念を掲げてから数年が経ち、全国の自治体と意見交換等をする中で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が進まない要因として、以下のような課題があることが明らかとなっている。
  - ・ 医療に係る施策は都道府県が主体となり、保健・福祉に係る施策は主に市町村が主体となっていることもあり、自治体において精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を中心となって推進する者が不明確
  - ・ 市町村、都道府県、保健所、精神保健福祉センターの担うべき役割が不明確
  - ・ 都道府県・政令指定都市・保健所設置市・それ以外の市町村において状況が異なる中、自治体間の連携方法が不明確
  - ・ 保健（保健所及び精神保健福祉センター）、医療（精神科と一般科）、福祉（障害福祉サービス事業所）間の連携体制が不十分
  - ・ 法的根拠がないなかでは人や予算が十分につかない。医療機関等にも協力を求めにくい
  - ・ 圏域内及び圏域間の連携が不十分であり、かつ圏域が様々なため混乱している
  - ・ 住まいの確保、社会参加、就労といった課題への取組内容が具体化されていない
- 更に、協議の場の設置については、「開催意義や目的等の共通理解」「課題の選定方法」「参画者の選定方法」等が課題が挙げられており、開催については、「議論結果が具体的事項にならない」、開催後については「包括ケアシステムの構築に係る評価方法」「議論した内容を関係機関の具体的活動に結びつけられていない」といったことが課題として挙げられている。
- 地域包括ケアシステム構築に向けた課題では、ノウハウの不足や人材の確保、地域の医療・障害福祉資源の不足、高齢者部門・介護保険部門との連携等が課題として挙げられている。

※ 記載されている課題は主に自治体へのヒアリング及びアンケート結果（P45からP47）を受けた上での課題の整理であることに留意。

# 精神保健医療福祉の取組



# 第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて（案）

## 1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はR3～5年度

## 2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行
- ・ 発達障害者支援の一層の充実
- ・ 障害者による文化芸術活動の推進
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

## 3. 成果目標(計画期間が終了するR5年度末の目標)

### ① 施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

### ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数 316日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に  
(H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%、6ヵ月後 86%、1年後 92%  
(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)

### ③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

### ④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・ 一般就労への移行者数: R元年度の1.27倍  
うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

### ⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・ 難聴児支援のための中核機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・ 医療的ケア児支援の協議の場(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

### ⑥ 相談支援体制の充実・強化【新たな項目】

- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

### ⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する目標について

## 現状

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」実施自治体数の増加等、構築に向けた取組は一定程度進んできたところであるが、第5期の成果目標である、長期入院患者数の減少など、目標達成に向けた取組を引き続き、推進する必要がある。
- 保健・医療・福祉関係者による協議の場の圏域ごとの設置については、第5期障害福祉計画期間中にほぼ全圏域で設置される見込みであることから、今後は協議の場の活性化に向けた取組が必要。市町村ごとの協議の場の設置については、引き続き設置に向けた取組を推進していくことが必要。



## 成果目標(案)

- 精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された体制について今後も計画的に推進する観点から、地域生活支援連携体制整備を評価する指標として、精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数を成果目標として設定してはどうか。
- 精神病床における1年以上長期入院患者数の減少(65歳以上、65歳未満の内訳)、精神病床における入院後3ヶ月時点・6ヶ月時点・1年時点の退院率の上昇については、引き続き、目標値として設定してはどうか。

## 【成果目標(案)】

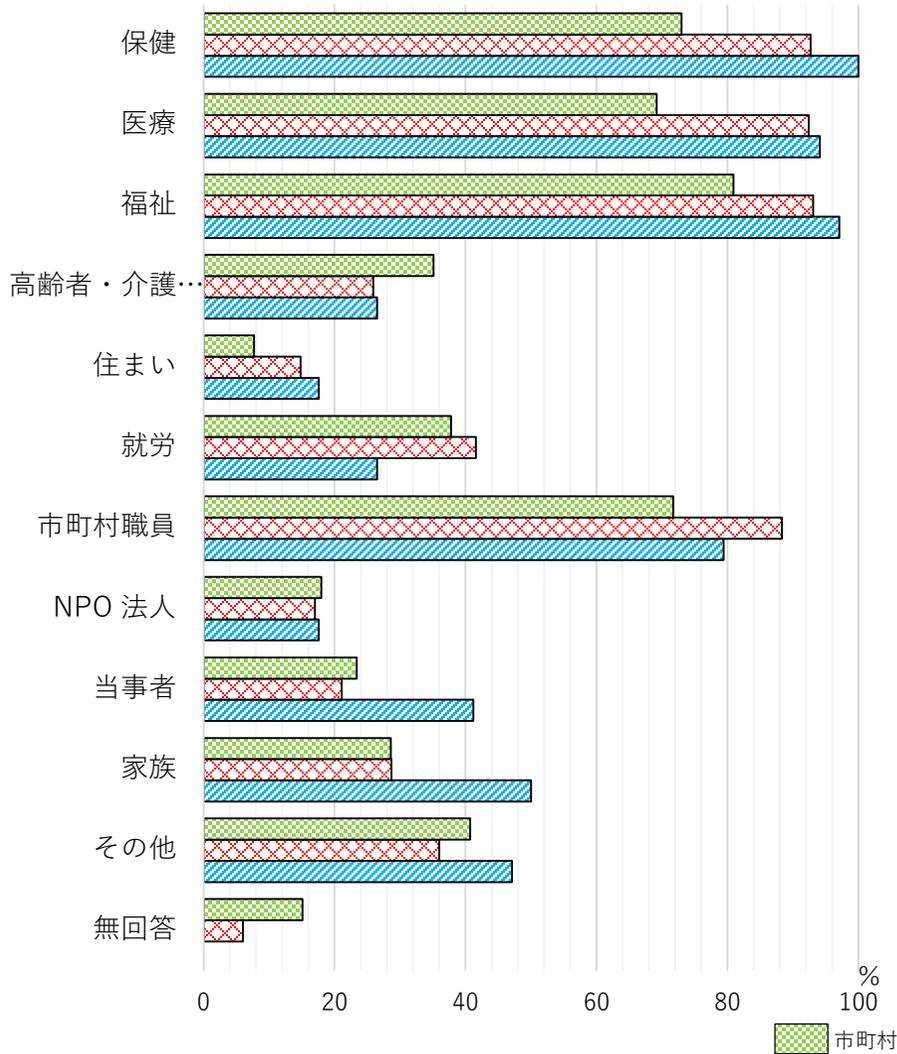
- 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数の上昇:316日以上とすることを基本とする。(新規)
- 精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)を設定する。令和5年度末の全国の目標値は平成30年度と比べて6.6~4.9万人減少になる。
- 精神病床における退院率の上昇:3ヶ月時点69%以上、6ヶ月時点86%以上、12ヶ月時点92%以上とすることを基本とする。

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係るアンケート集計結果（2019年10月31日現在）

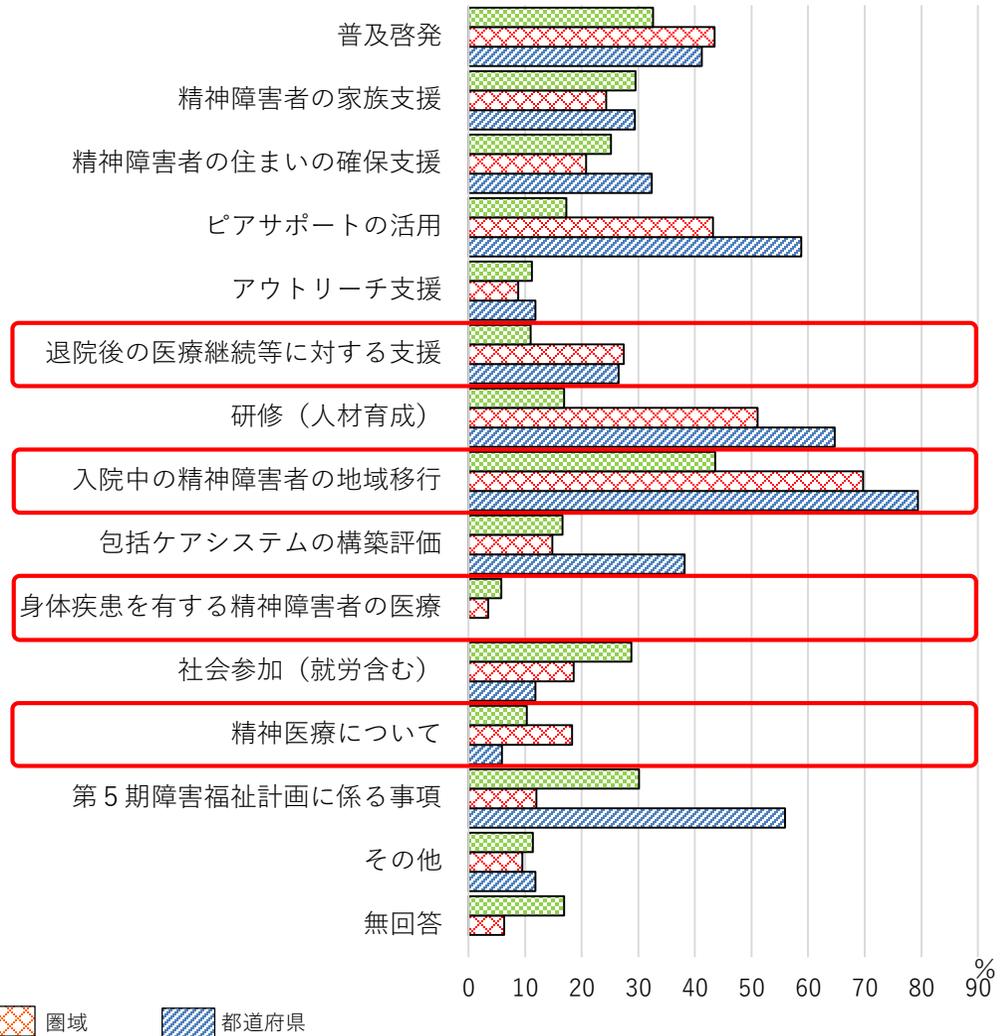
第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料2より一部改編

- 協議の場には、保健、医療、福祉、市町村職員の参加が多く、協議内容としては、「入院中の精神障害者の地域移行」項目が最も多く、地域課題の抽出や地域アセスメントの共有が行われていた。
- 「退院後の医療継続等に対する支援」、「身体疾患を有する精神障害者の医療」、「精神医療について」など、患者に関する医療的な協議内容の乏しさが見受けられた。

協議の場における参加者の状況について

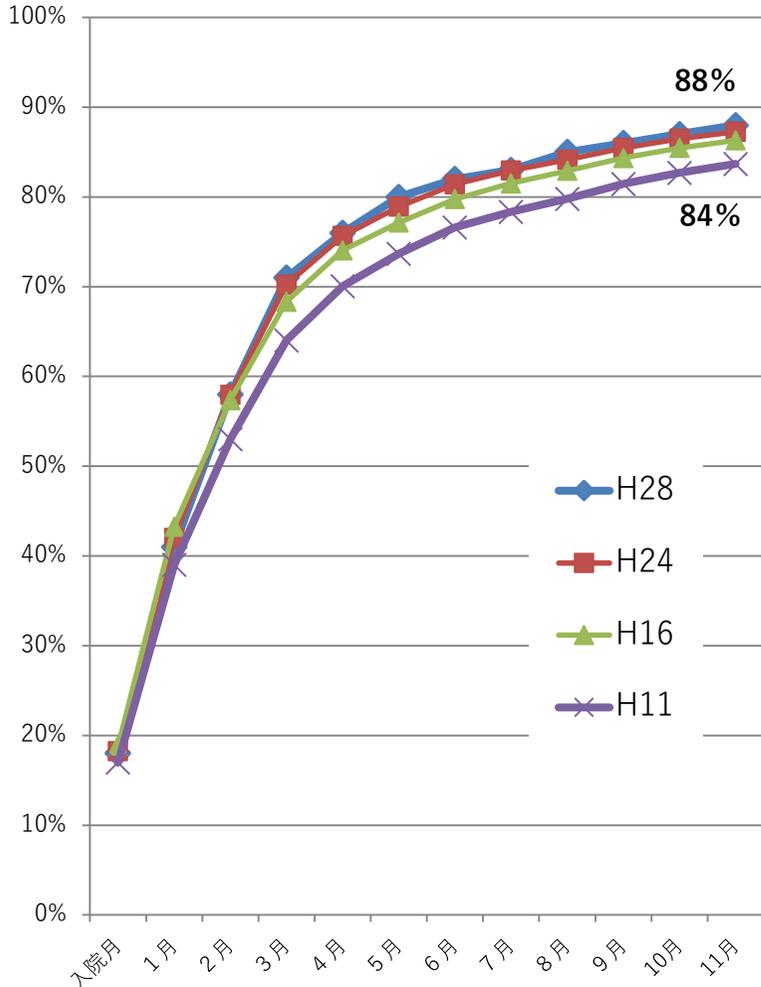


協議の場の協議内容について

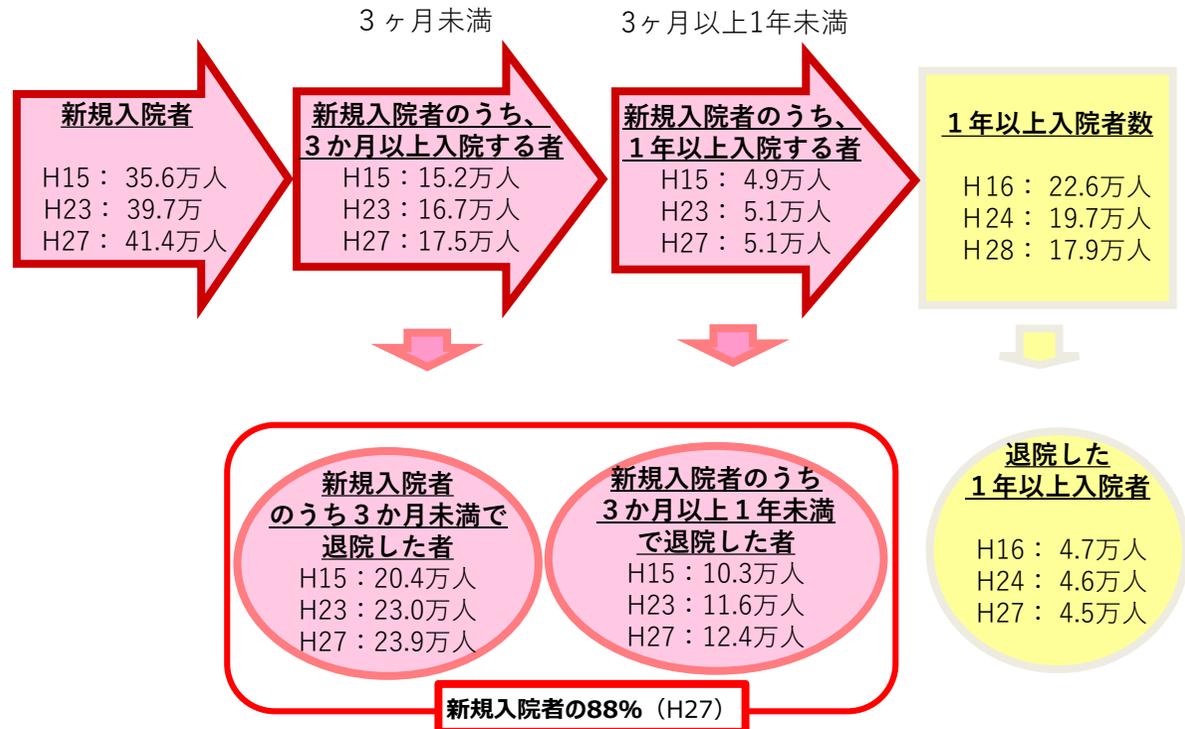


- 精神病床全体の退院曲線を見ると、近年はやや1年未満退院患者数の割合が増加
- 一方で、近年も、1年以上入院患者は引き続き一定の規模で流入している。

＜退院曲線＞



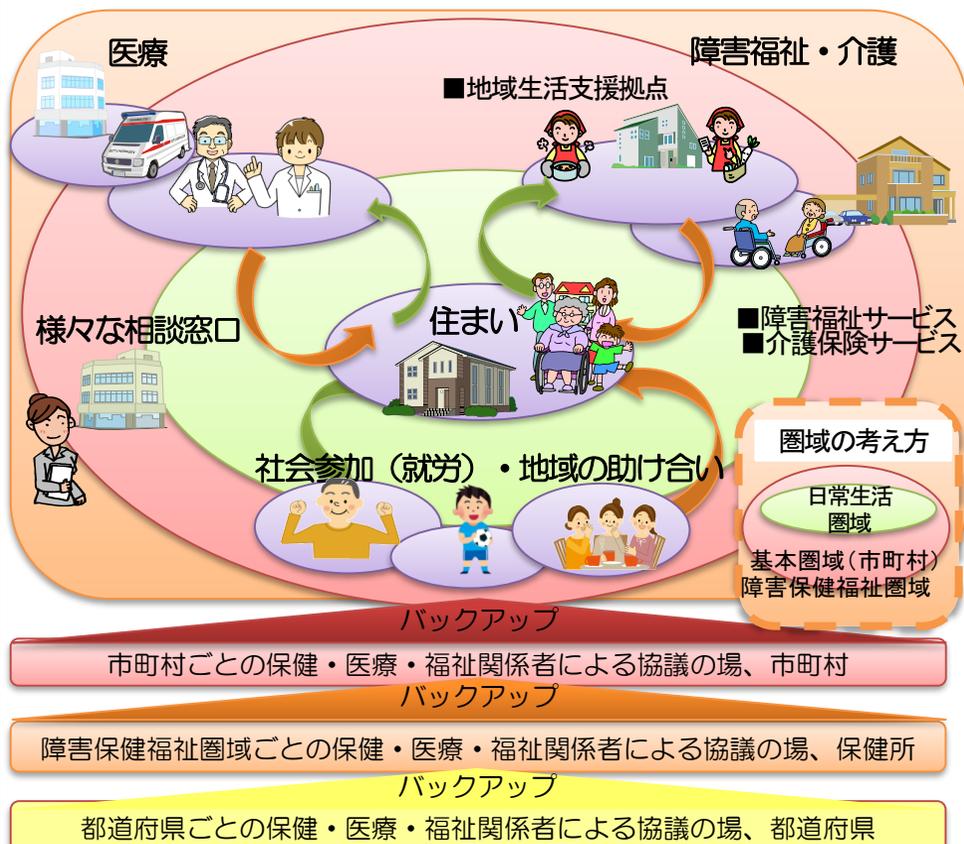
＜新規入院患者の動態＞



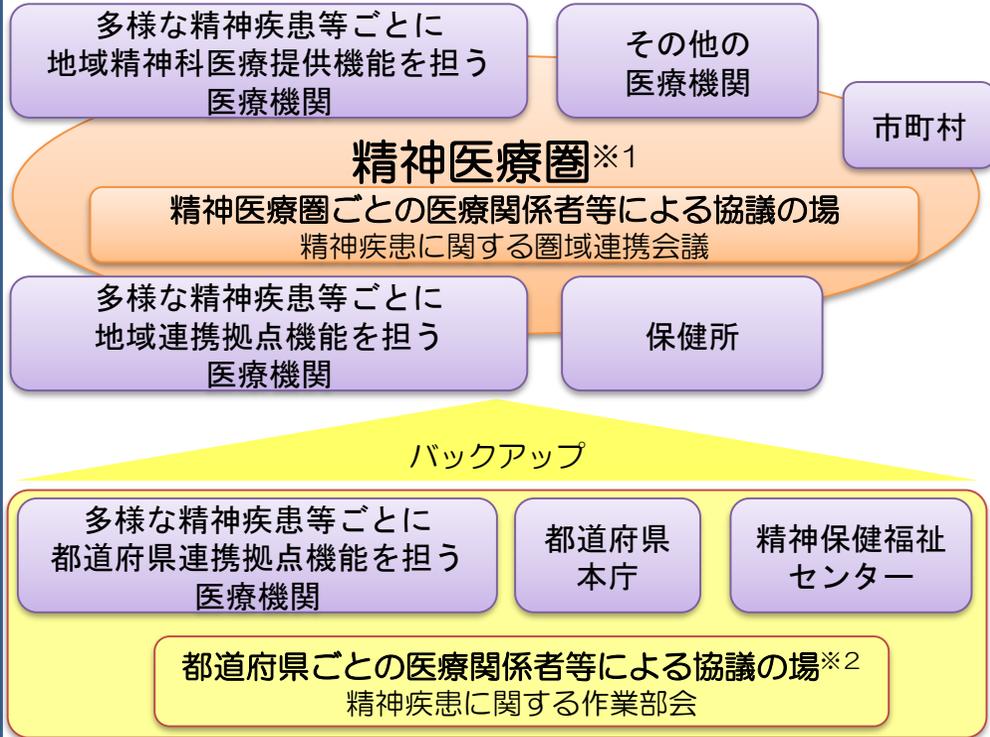
# 精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 2020度末、2024年度末の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



## 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※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 医療計画作成指針に基づく協議の場

# これまでの精神保健医療福祉に関する議論における精神科医療機関等の役割の整理

## 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 厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用）

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

### 1. 精神病床の機能分化に関する事項

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

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

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

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

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

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

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

# これまでの精神保健医療福祉に関する議論における精神科医療機関等の役割の整理

## これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会（平成29年2月8日）

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。（通常国会に関係法律の改正案を提出）

### 1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

#### (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

#### (2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

#### (3) 精神病床のさらなる機能分化

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

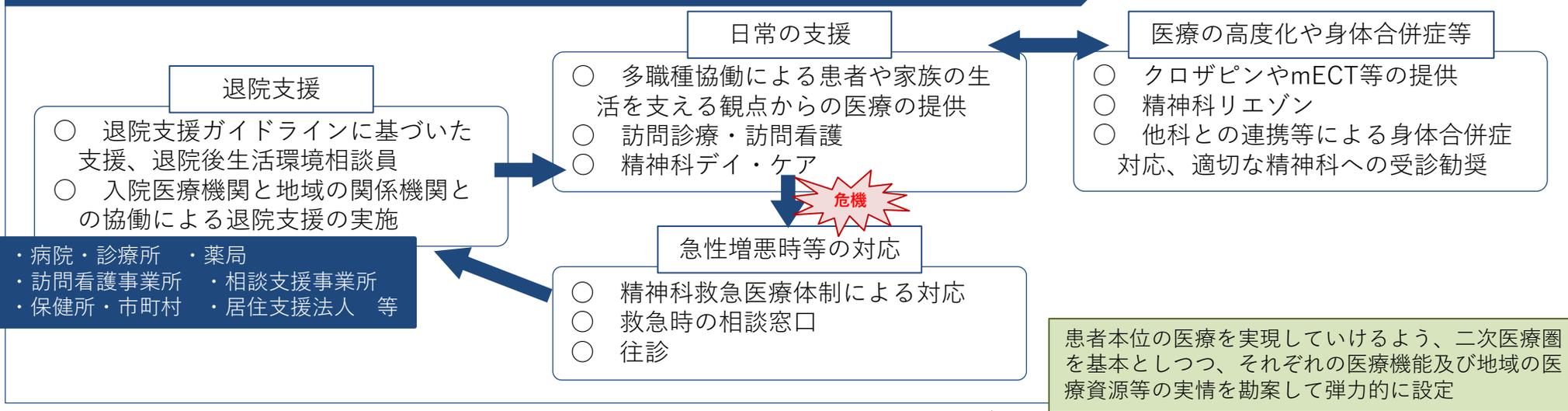
### 2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に行われるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者等が地域で安心して暮らすためには、精神医療に必要な医療機能を明確にする必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。
- 患者の生活の場において精神医療を提供していくためには、多職種が相互に連携することが重要。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能



多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう地域の関係機関が連携

### 積極的役割を担う医療機関

- 上記の機能の確保に向けて、積極的役割を担う
  - ・ 本人の意思の尊重
  - ・ 多職種協働による支援体制、包括的支援マネジメント
  - ・ 急性増悪時等の緊急時の対応体制や連絡体制の確保

### 必要な連携を担う拠点

- 保健・医療・福祉等関係者からなる協議の場
- 関係機関の連携体制の構築

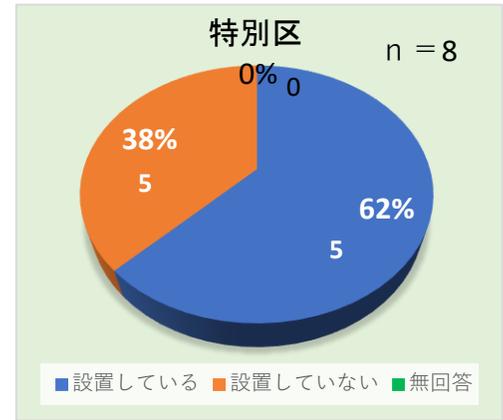
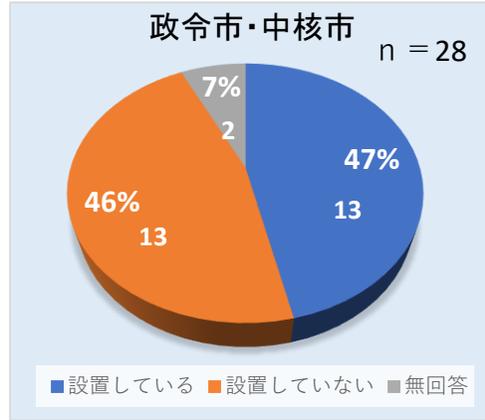
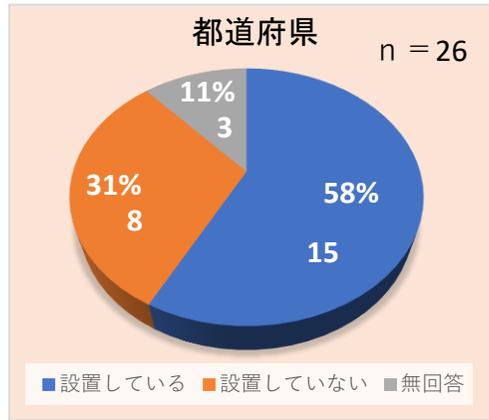
精神保健福祉センター、保健所、市町村医療等関係団体等

# 自治体等における相談業務

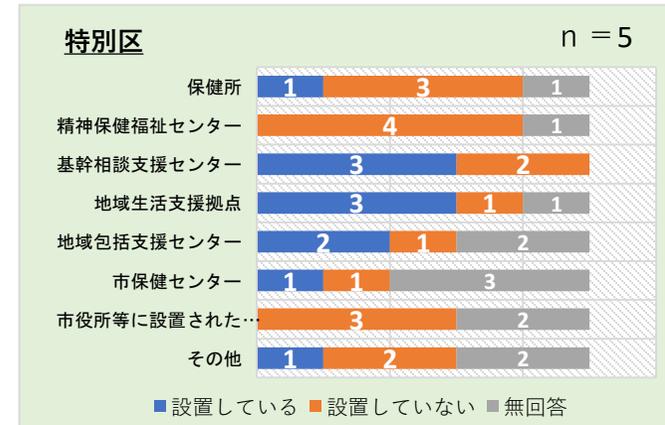
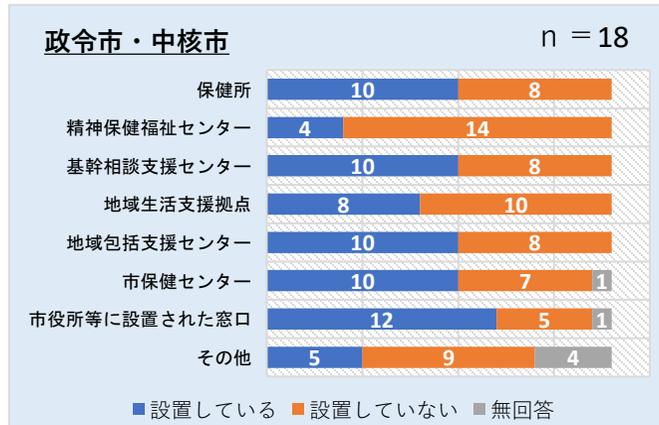
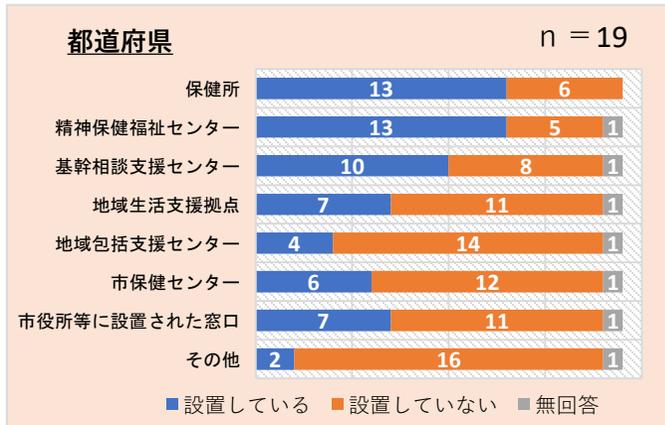
# 地域における相談窓口について 1) 自治体における相談窓口

- 自治体を対象に、地域において精神障害にも対応した保健・医療・福祉・介護等総合的な相談窓口を設置しているか尋ねたところ、特別区で62%、都道府県で58%、政令市・中核市で47%であり、設置状況はそれぞれであった。
- また、相談窓口の具体的な設置機関については、保健所、精神保健福祉センター、基幹相談支援センター、市役所等に設置された窓口など、自治体間でばらつきがあった。

精神障害者にも対応した保健・医療・福祉・介護等総合的な相談を受け付ける窓口を設置しているか。(回答自治体数：62箇所)



どのような機関に設置しているか。(回答自治体数：42箇所)

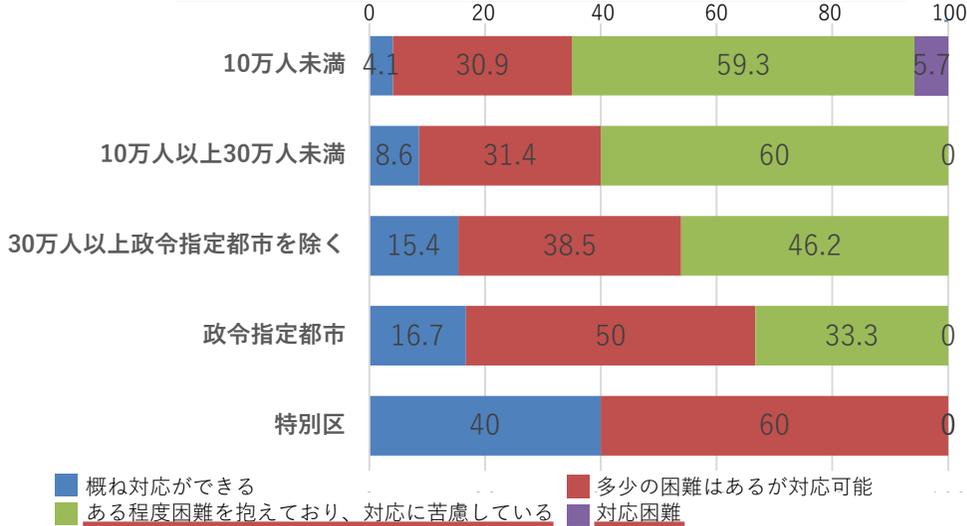


出典：令和2年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る自治体アンケート調査（精神・障害保健課）（一部抜粋）  
 調査期間：R2.3.26～4.9 対象：全国都道府県・政令市（中核市含む）・特別区 75箇所 回答数：62箇所（回収率82.7%）

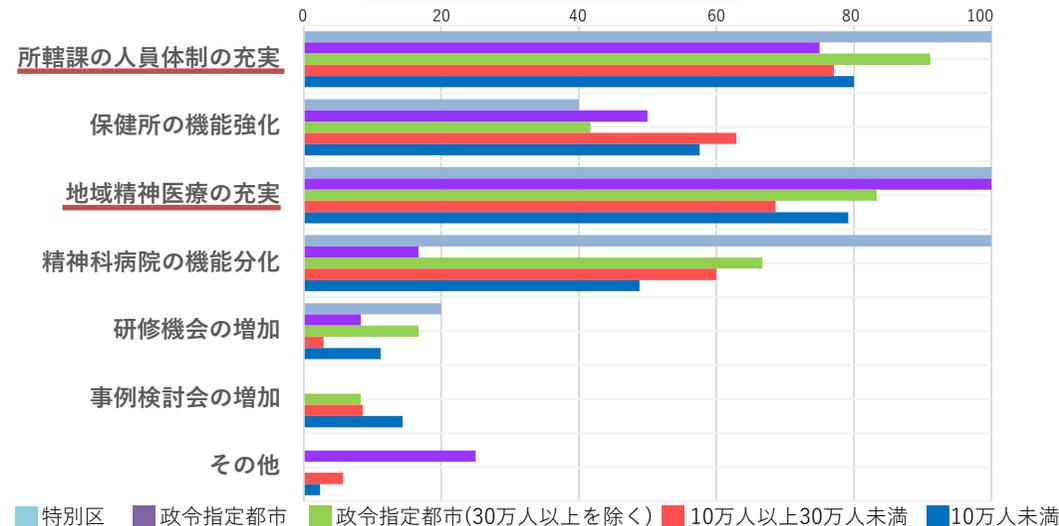
## 地域における相談窓口について 2) 市町村

- 市町村における精神保健相談について、対応の困難さを尋ねたところ、人口規模が小さい市町村ほど対応に苦慮している・対応は困難としている傾向があった。
- また、精神保健福祉法第47条において、市町村の精神保健相談業務が努力義務になっているなかで、困難さ軽減のための体制整備としては、人員体制の充実や地域精神医療の充実を必要とする意見が多かった。

精神保健相談に関する対応の困難さ（市町村での対応）



困難さ軽減のための体制整備



出典：平成26年度障害者総合福祉推進事業 保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査 公益社団法人日本精神保健福祉連盟

### 市町村における精神保健福祉法・総合支援法の狭間問題

#### ○精神保健福祉法第47条（相談指導等）

3 市町村は前2項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等から相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。（義務規定）

4 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて精神保健に関し、精神障害者及びその家族等その他関係者からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するよう努めなければならない。（努力義務規定）

#### 第49条（事業の利用の調整等）

市町村は、精神障害者から求めがあったときは、（中略）当該精神障害者が最も適切な障害福祉サービス事業の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。（略）

#### ○障害者総合支援法第77条 地域生活支援事業

##### 第77条（基幹相談支援センター）

2 基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、前条第1項第3号及び第4号に掲げる事業並びに身体障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号、知的障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号並びに精神保健福祉法第49条第1項に規定する業務を総合的に行うことを目的とする。

# 地域における相談窓口について 3) 基幹相談支援センター

○ 地域の相談支援拠点である基幹相談支援センターの設置状況について、経年的には増加傾向にあり、設置している市町村は4割程度であった。

基幹相談支援センターは39%（687市町村・846箇所）の市町村が設置。

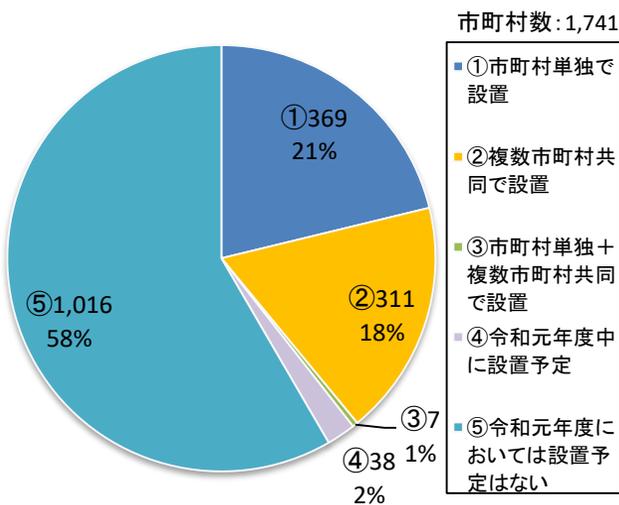
## 〈基幹相談支援センターの設置状況〉

実施状況	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年
実施市町村	156	314	367	429	473	518	650	687
実施率	9%	18%	21%	25%	27%	30%	37%	39%

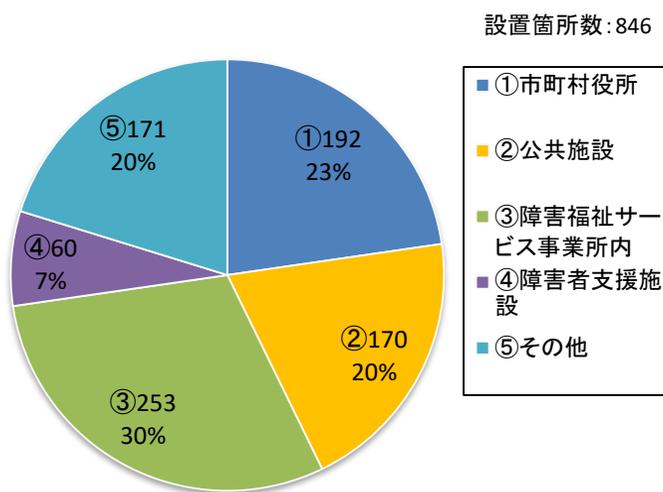
※ 全市町村（市町村数 1,741）及び全都道府県を対象として、平成31年4月時点の相談支援事業の実施状況に関する調査を実施。

※平成 23 年 4 月時点の調査対象は、全国 1,747 市町村、47 都道府県のうち被災 3 県（岩手県、宮城県、福島県）を除く 1,619 市町村、44 都道府県であるため、平成 23 年 4 月時点の状況や平成 22 年度の実績については被災 3 県を除くデータとなっている。

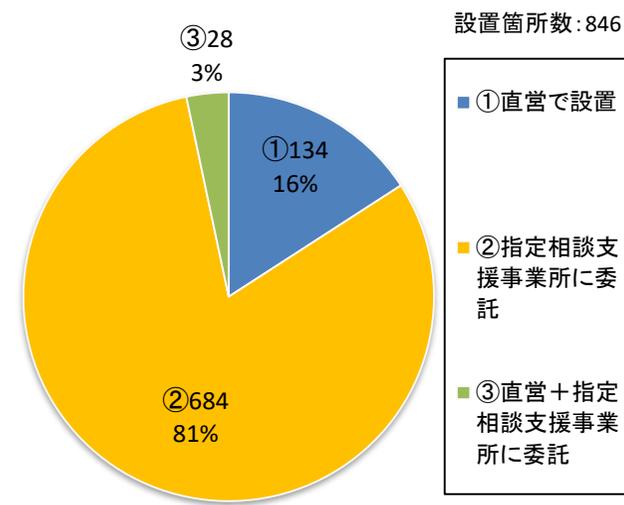
### 基幹相談支援センターの設置形態等



### 基幹相談支援センター窓口の設置場所



### 基幹相談支援センターの設置方法



- 地域生活支援拠点等については、平成31年4月時点の整備済みの市町村は332市町村となっている。

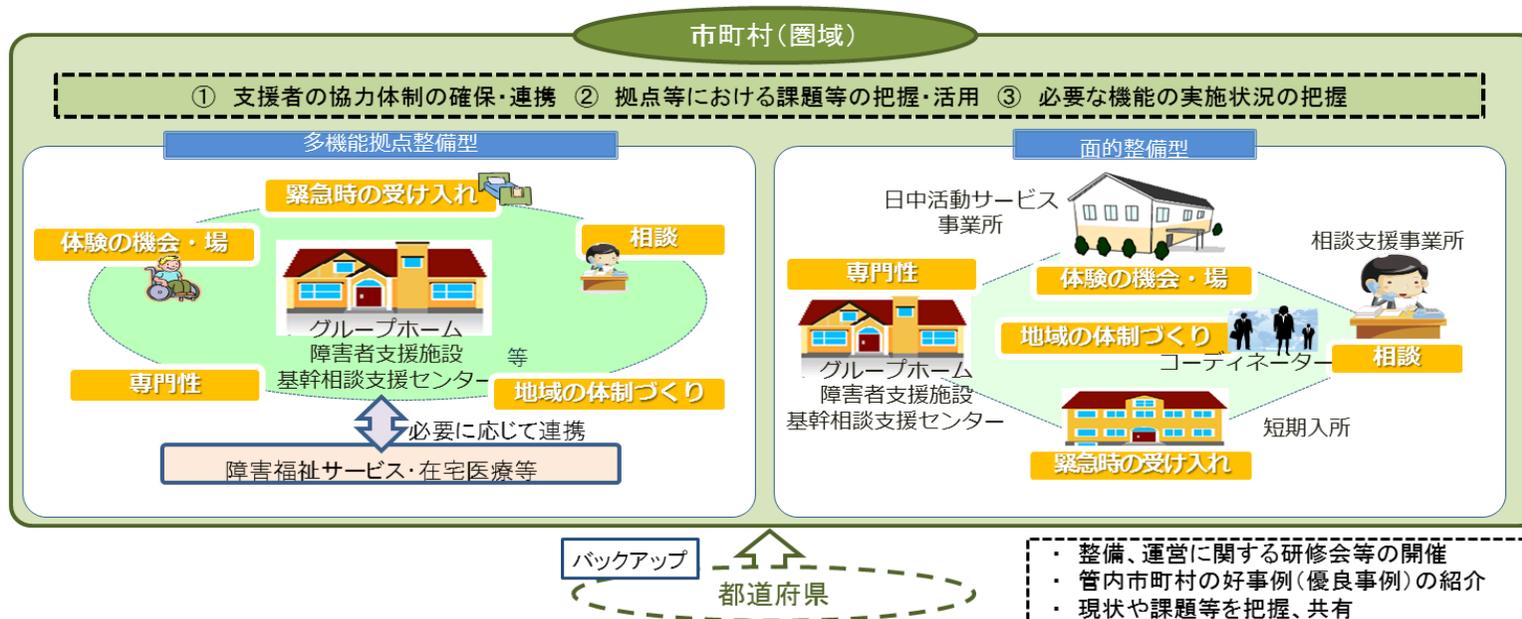
## 地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、緊急時の受け入れ・対応、体験の機会・場、専門的人材の確保・養成、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

(参考)平成31年4月時点における整備状況 332市町村(うち、圏域整備: 42圏域189市町村)

### ●地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ） ※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。

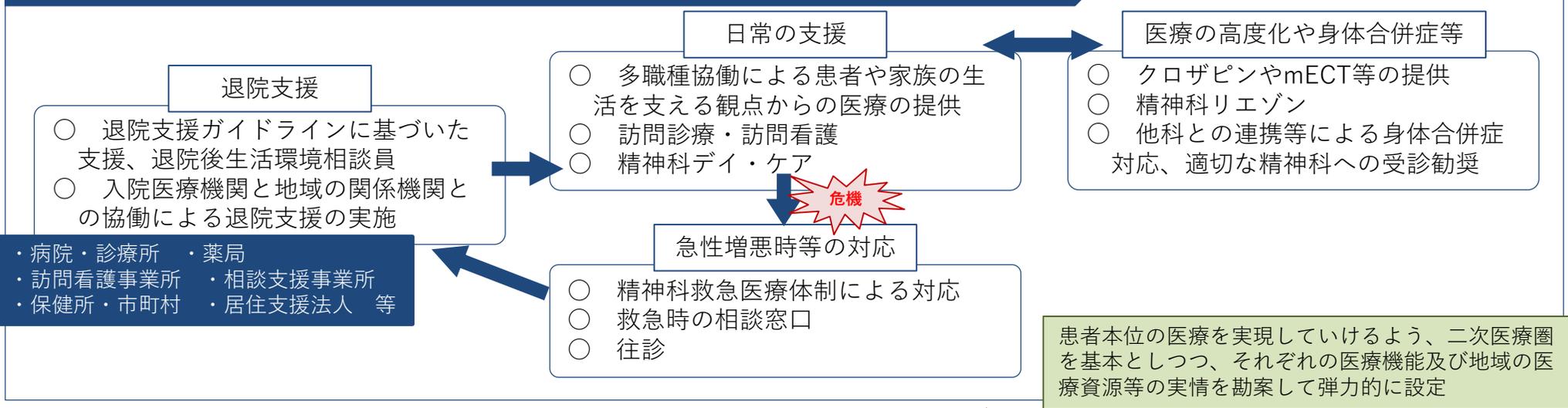


# 精神医療に求められる医療機能

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者等が地域で安心して暮らすためには、精神医療に必要な医療機能を明確にする必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。
- 患者の生活の場において精神医療を提供していくためには、多職種が相互に連携することが重要。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能



多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう地域の関係機関が連携

### 積極的役割を担う医療機関

- 上記の機能の確保に向けて、積極的役割を担う
  - ・本人の意思の尊重
  - ・多職種協働による支援体制、包括的支援マネジメント
  - ・急性増悪時等の緊急時の対応体制や連絡体制の確保

### 必要な連携を担う拠点

- 保健・医療・福祉等関係者からなる協議の場
- 関係機関の連携体制の構築

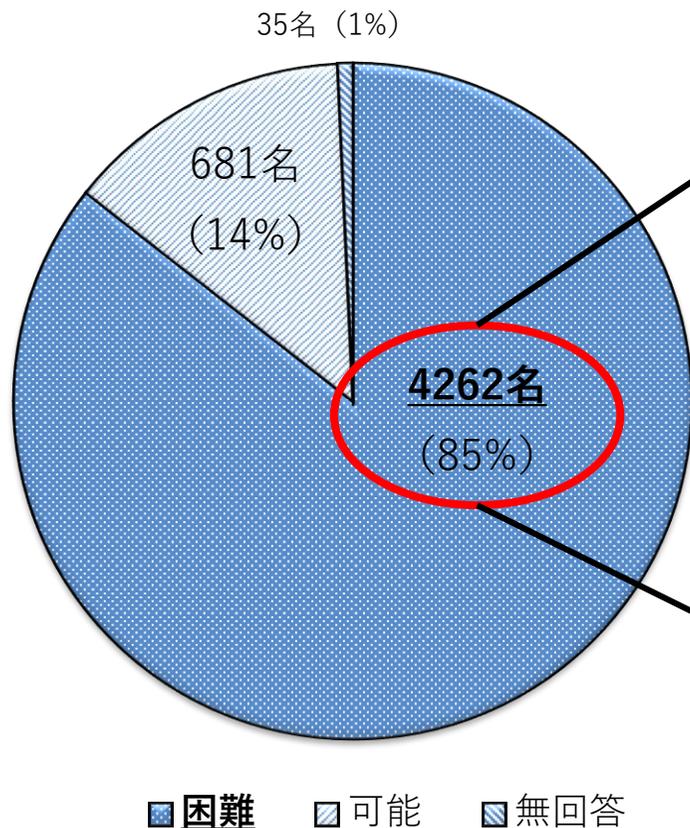
精神保健福祉センター、保健所、市町村医療等関係団体等

参考1：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付医政地発0331第3号）別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より  
 参考2：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月8日）

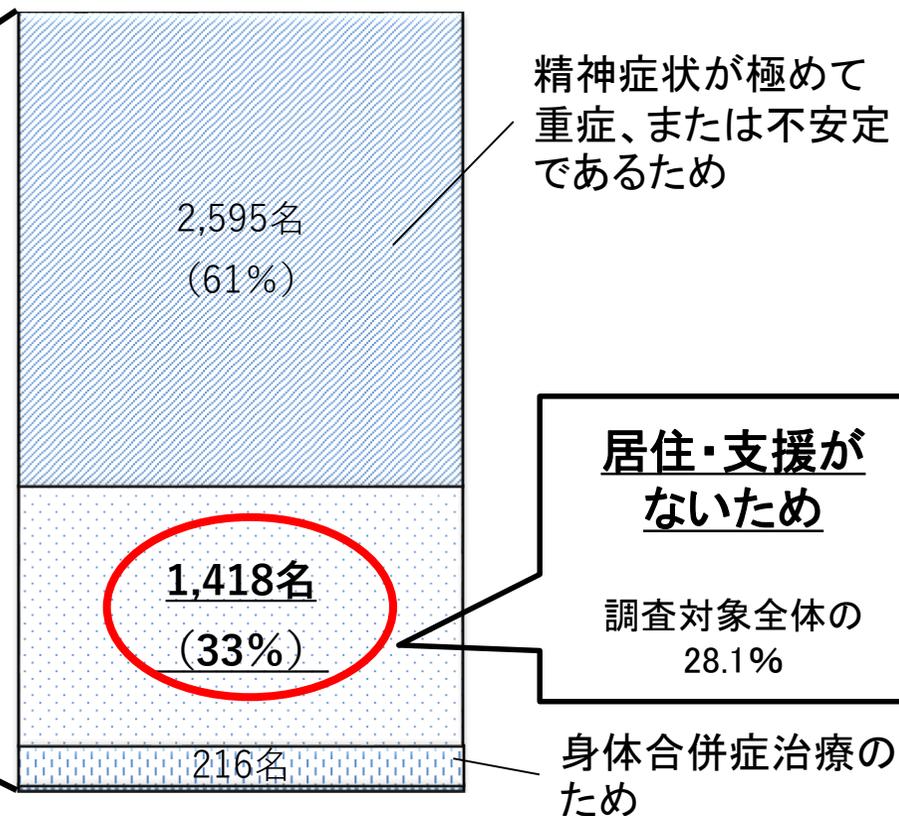
精神科病院における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由

- 1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
- 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。

## 調査日時点の退院可能性



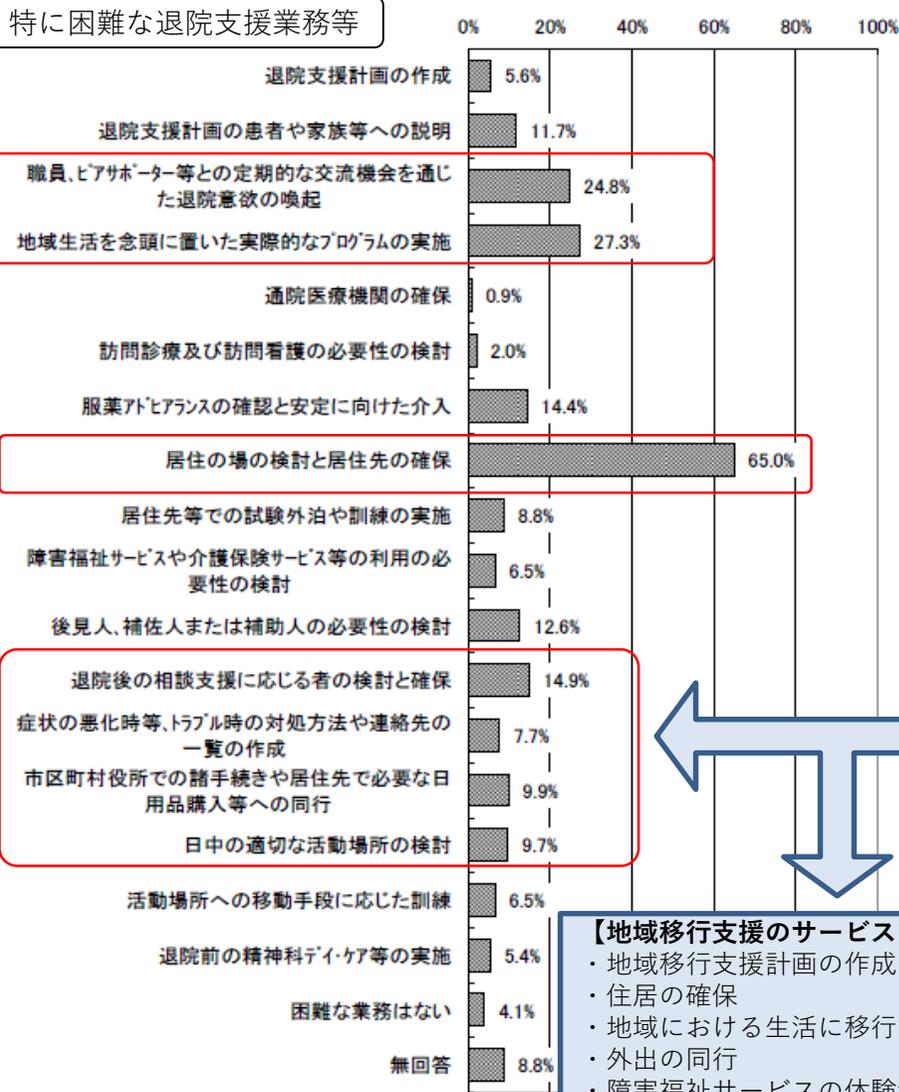
## 退院困難理由



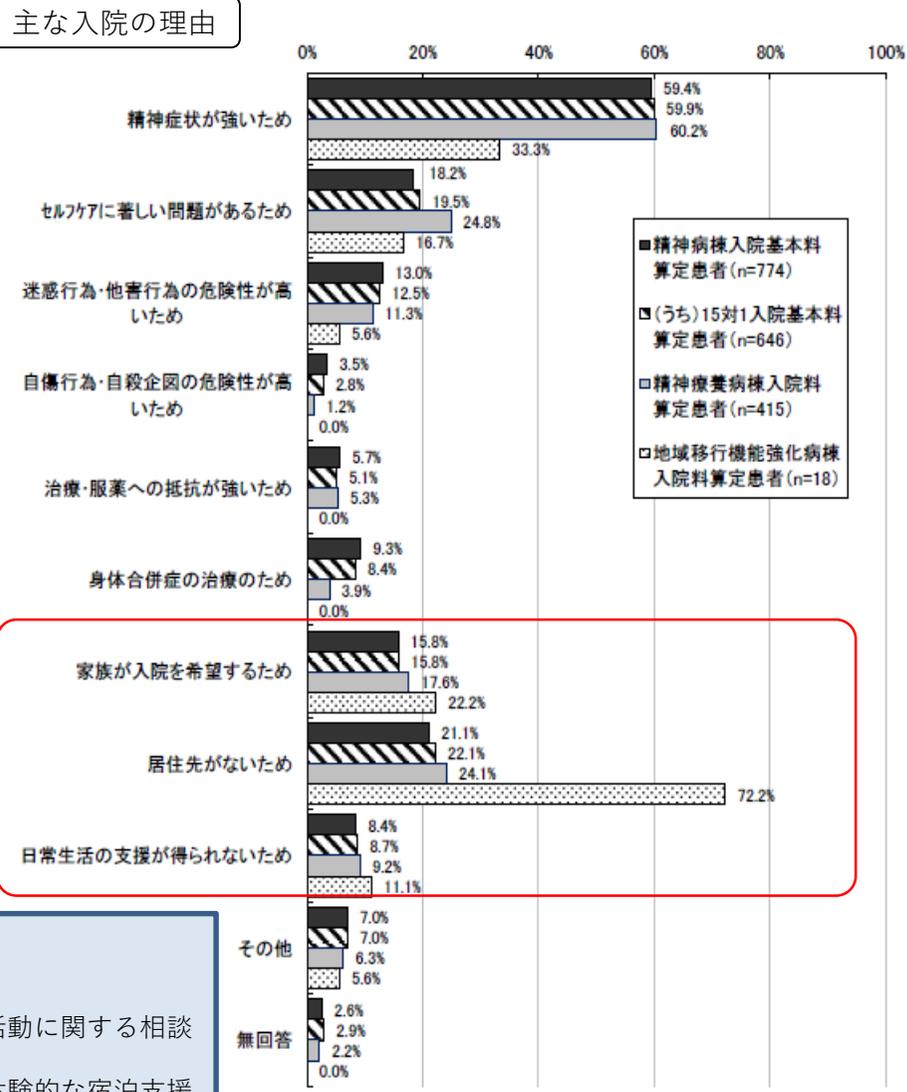
# 困難な退院支援業務と主な入院の理由

- 特に困難な退院支援業務等で最も多かったのは「居住の場の検討と居住先の確保」で65%であった。次いで「地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施」(27.3%) 「職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起」(24.8%) 「退院後の相談支援に応じる者の検討と確保」(14.9%) であった。
- 地域移行機能強化病棟入院料算定患者の主な入院の理由は「居住先がないため」が72.2%で最も多かった。

特に困難な退院支援業務等



主な入院の理由



**【地域移行支援のサービス内容】**

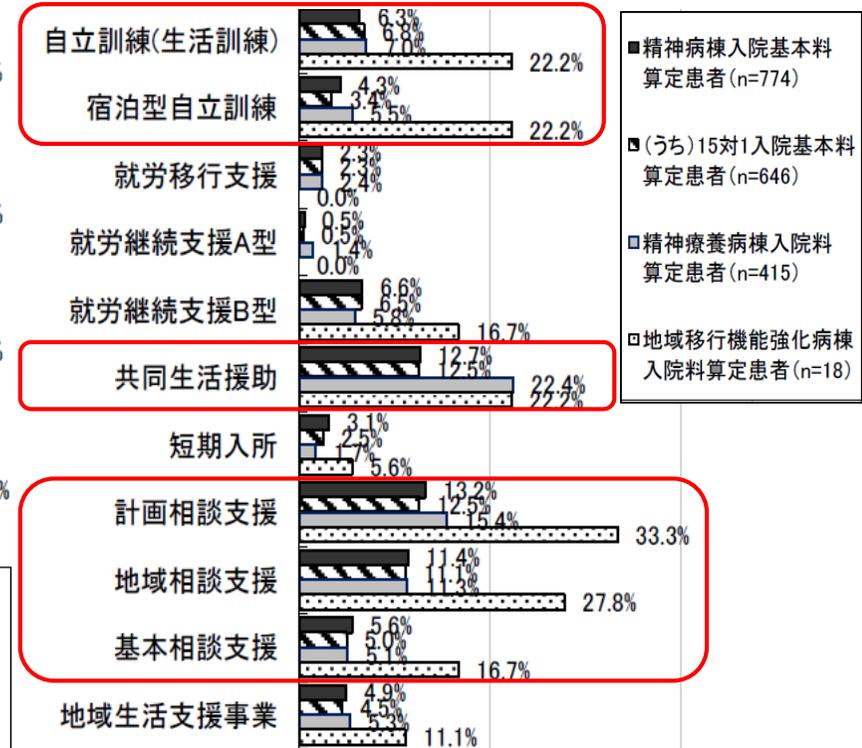
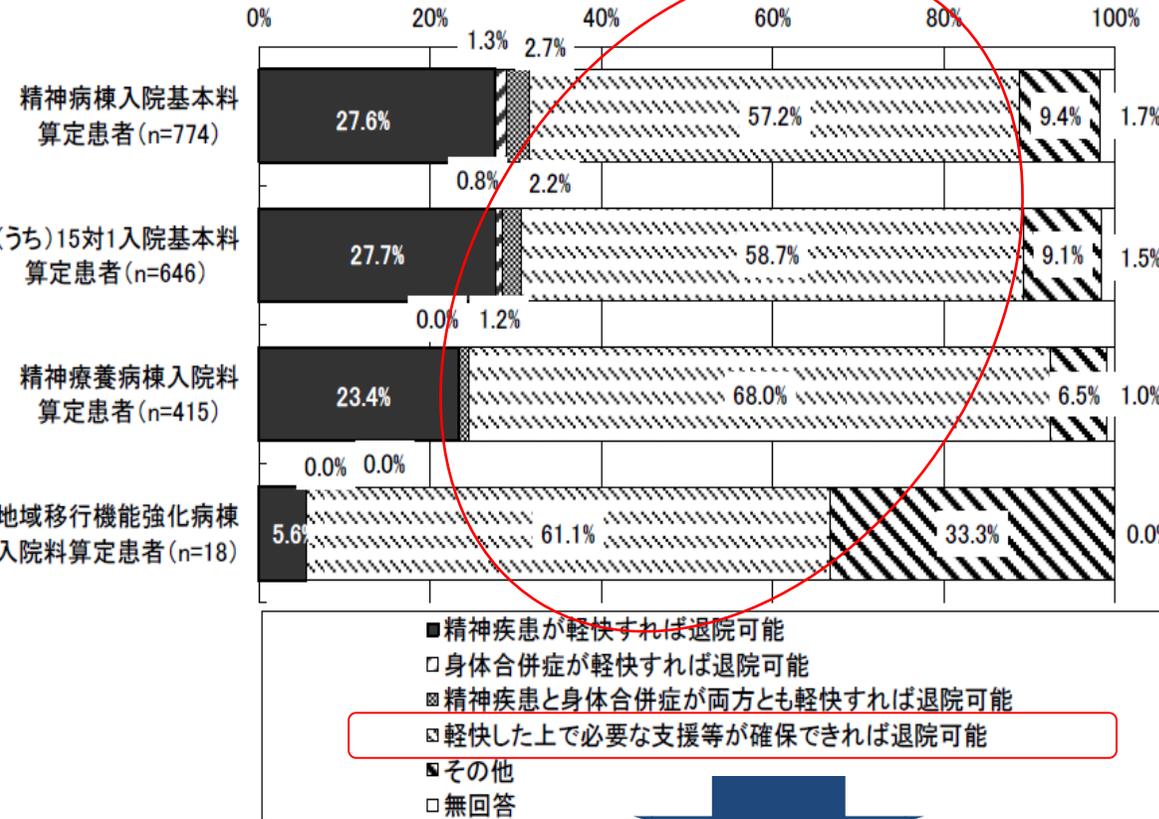
- ・ 地域移行支援計画の作成
- ・ 住居の確保
- ・ 地域における生活に移行するための活動に関する相談
- ・ 外出の同行
- ・ 障害福祉サービスの体験利用支援、体験的な宿泊支援
- ・ その他の必要な支援

# 退院が可能となる状況と生活維持に必要な支援

- 退院が可能となる状況を見ると、いずれの入院患者でも「軽快した上で必要な支援等が確保できれば退院可能」が6割弱から7割程度と最も多く、基盤整備が必要であると考えられる。
- 生活を維持するために必要な支援等を見ると、地域移行機能強化病棟入院料算定患者においても、「相談支援」「自立訓練」「共同生活援助」等が2割程度であった。

退院が可能となる状況

生活を維持するために必要な支援等 (医療保険以外)



基盤整備が必要

# 地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ

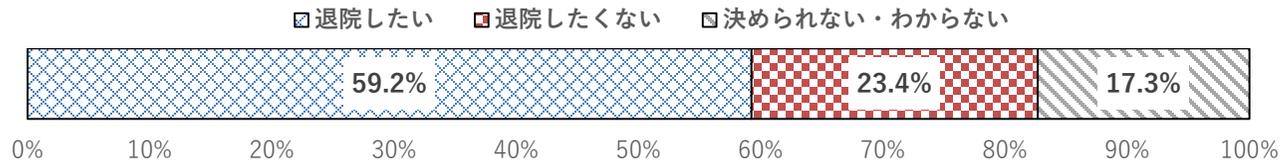
- 半年以内の退院希望は、6割弱が退院を希望している。
- 退院を希望しない理由として、住む場所、ひとり暮らしや家事に自信がないことや経済的なことが心配と答えている人が多い。
- 退院したい人の思いに誠実に応え、具体的な退院に向けたプロセスを共有することが必要であり、退院したくない人、決められない、わからない人へは、本人の意向に丁寧に寄り添う支援が必要であると考えられる。

## 【地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査】

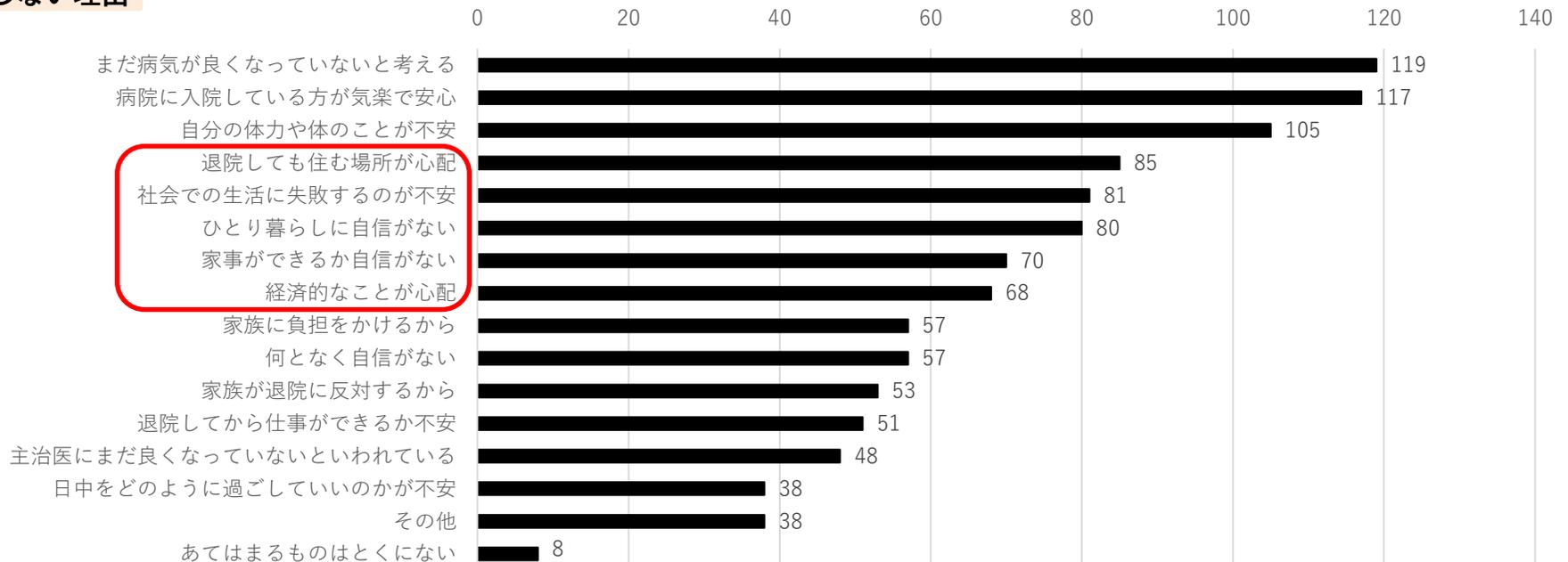
### 調査概要

- 協力医療機関数：109医療機関
- 調査対象数：1,178人（平均60.4歳,男性58%,女性42%）※1年以上精神科病床に入院されている患者を対象としている

### 半年以内の退院希望



### 退院を希望しない理由



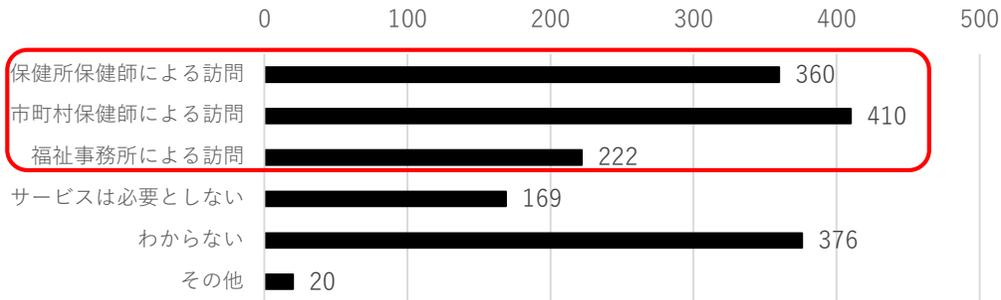
## 退院する場合に必要なサービス・支援（職員側）

- 職員の意見は地域医療、障害者総合支援法等、介護保険法に係るサービスのいずれにおいても訪問系が多い。
- 障害者総合支援法等及び介護保険法に係るサービスにおいては「サービスを必要としない」「わからない」の回答が高く、職員の地域にあるサービスに対する知識、特に障害者総合支援法に係るサービス・介護保険法に係るサービスについての知識が不足していることが考えられる。

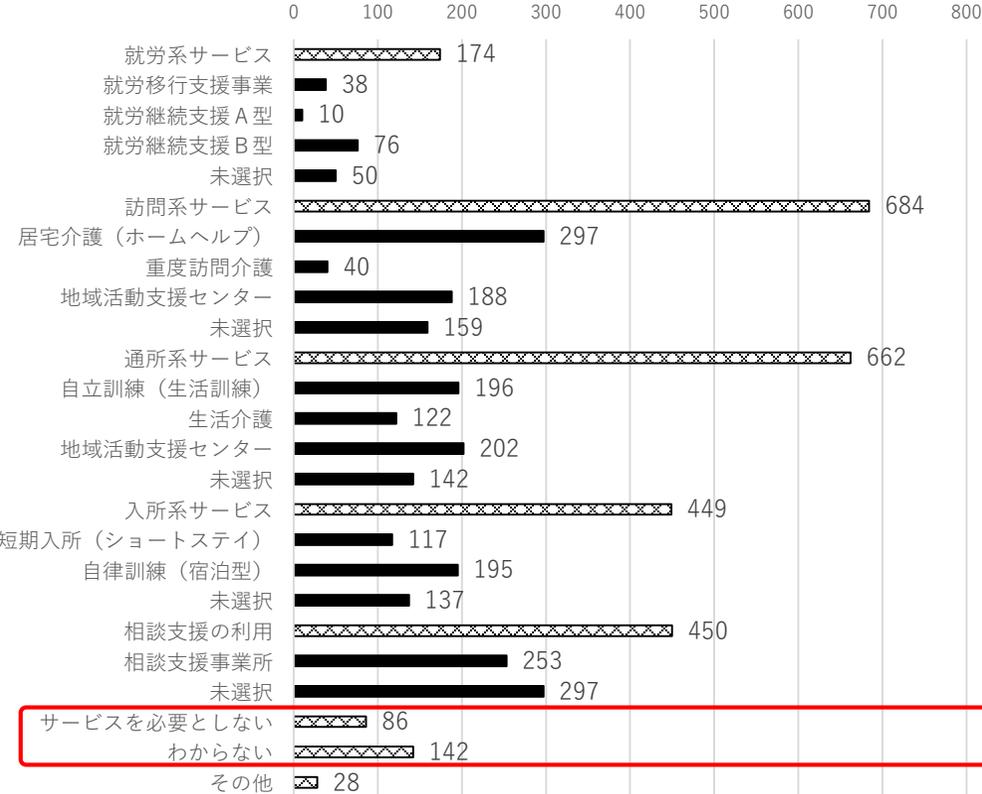
### 退院する場合に必要な地域医療



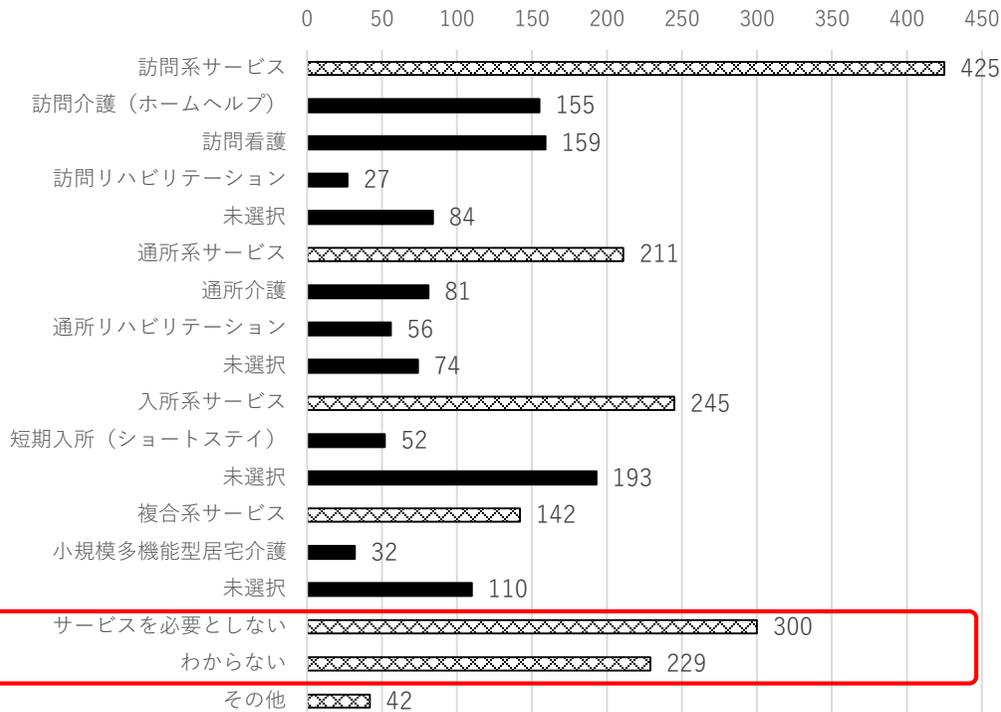
### 退院する場合に必要なその他の支援



### 退院される場合に必要な障害者総合支援法等に係るサービス



### 退院される場合に必要な介護保険法に係るサービス

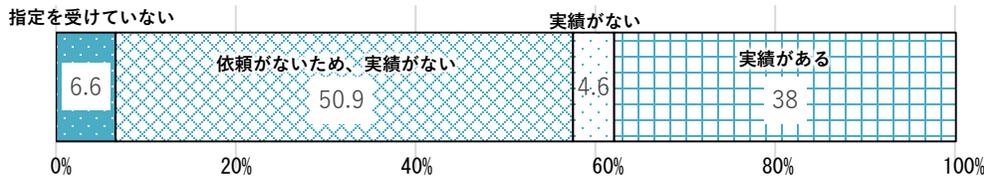


# 地域移行支援及び地域定着支援の実態等

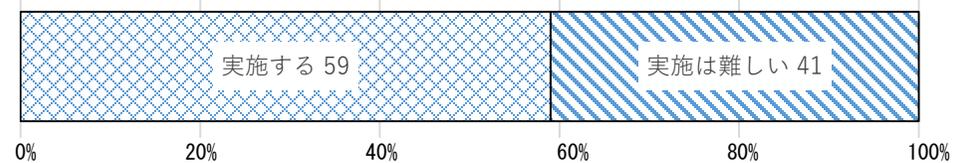
## 地域移行支援の実施状況

- 地域移行支援実績があるは38%に留まり、「依頼がないため実績がない」が50.9%を占める。「依頼があったが断ったため、実績がない」事業所もある。また、地域移行支援の依頼があっても約4割は実施が難しいと回答している。
- 地域移行支援が実施できない要因としては「ノウハウ不足」と「体制の確保困難」が挙げられている一方で、地域移行支援事業所の約半数は過去に支援の依頼がなく、実績を積み、ノウハウを蓄積する機会がない状況である。

地域移行支援の実績



地域移行支援の依頼があった場合の対応の可否



### 「依頼を断った場合」や「依頼があっても実施は困難」の理由

- 「人員不足」「計画相談で忙しい」「採算が合わない」等が上位の理由となっており、実施を可能とする人員の確保自体が困難であるという傾向がみられる。

	平均	標準偏差
人員が足りない	3.5	0.9
採算が合わない	2.9	1.1
精神障害者への支援がわからない	2.1	1.0
知的障害者への支援がわからない	1.6	0.8
地域移行支援の方法がわからない	2.3	0.9
地域移行支援を実施する自信がない	2.4	1.0
計画相談で忙しい	3.5	0.8
計画相談以外の業務で忙しい	3.0	1.1
医療機関・施設と連携できない	1.9	0.9
給付決定されない	1.4	0.7
地域移行の給付外で支援している	2.4	1.3
事務手続きが煩雑	2.5	1.0
支援を効率的に展開できない	2.8	1.1

※4件法によるリッカート尺度、網掛けは天井効果もしくは床効果を示した項目

### 地域移行支援の依頼経路（複数回答）

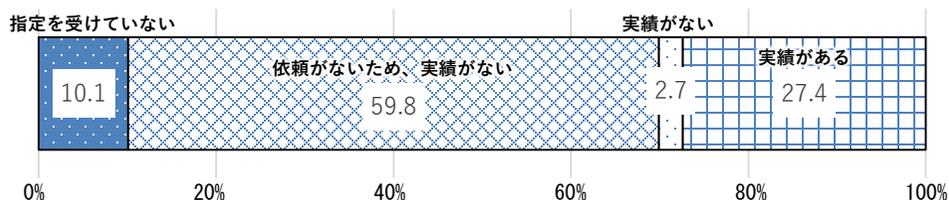
- 「医療機関または障害者支援施設からの依頼」との回答が419事業所（78.0%）と最も多かった。次いで「市町村からの依頼」（154事業所,28.7%）「事業所からの働きかけ」（116事業所,21.6%）の順に多い。

依頼経路	事業所数	割合
医療機関または障害者支援施設からの依頼	419	78.0
退院支援委員会での協議を経て	33	6.1
保健所（市町村保健所を含む）からの依頼	71	13.2
市町村（保健所を除く）からの依頼	154	28.7
自立支援協議会での協議を経て	16	3.0
事業所からの働きかけ	116	21.6
基幹相談支援センターからの依頼	52	9.7
委託相談支援事業所からの依頼	28	5.2
利用者本人・家族からの依頼	115	21.4
その他	31	5.8

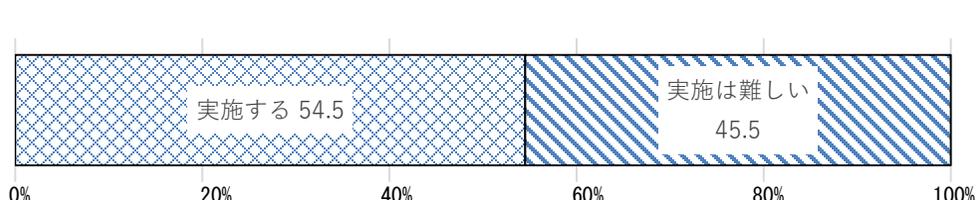
## 地域定着支援の実施状況

- 地域定着支援実績があるは27.4%に留まり、「依頼がないため実績がない」が59.8%を占める。「依頼があったが断ったため、実績がない」事業所もある。さらに地域移行支援の依頼があっても約4強は実施が難しいと回答している。
- 相談支援事業における医療機関との連携，支援に係るコーディネーションやネットワーキングなど，地域移行支援を展開するための知識や技術に課題があることが指摘されている。
- 実施困難な理由は、「採算が合わない」「計画相談で忙しい」等、相談支援及び障害福祉サービス報酬の体系に課題があることが指摘されている。

### 地域定着支援の実績



### 地域定着支援の依頼があった場合の対応の可否



### 「依頼を断った場合」や「依頼があっても実施は困難」の理由

- 「人員不足」「計画相談で忙しい」「時間外対応が難しい」等が上位の理由となっており、実施を可能とする人員の確保自体が困難であるという傾向がみられる。

	平均	標準偏差
人員が足りない	3.8	0.9
精神障害者への支援方法がわからない	2.1	1.0
知的障害者への支援方法がわからない	1.8	0.9
地域定着支援のやり方がわからない	2.3	1.0
採算が合わない	2.8	1.1
計画相談で忙しい	3.4	1.0
計画相談以外の業務で忙しい	2.9	1.1
他のサービスで代替可能	2.4	1.1
給付決定されない	1.6	0.9
時間外の対応が難しい	3.2	1.0
手続きが煩雑	2.4	1.0
支援を効率的に展開できない	2.7	1.0

※4件法によるリッカート尺度、網掛けは天井効果もしくは床効果を示した項目

### 地域定着支援の依頼経路（複数回答）

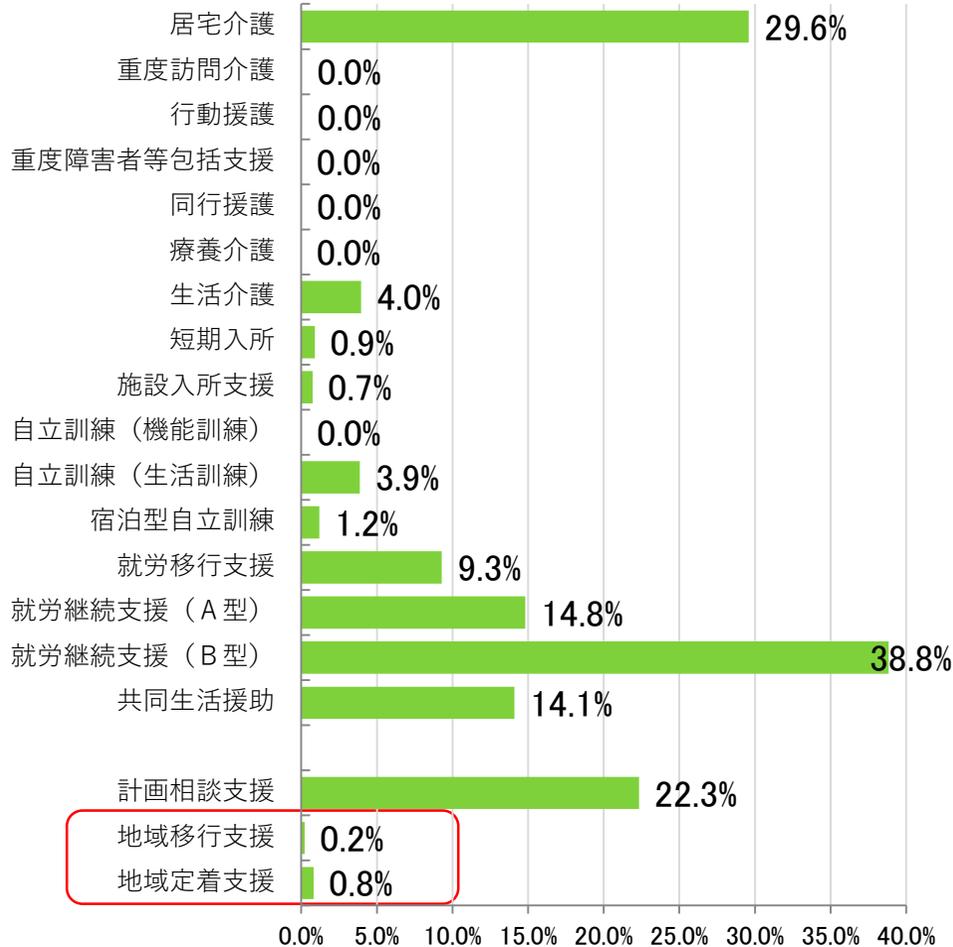
- 「医療機関または障害者支援施設からの依頼」との回答が158事業所(41.7%)と最も多かった。次いで「事業所からの働きかけ」(155事業所,40.9%)「利用者本人・家族からの依頼」(133事業所,35.1%)の順に多い。

依頼経路	事業所数	割合
医療機関または障害者支援施設からの依頼	158	41.7
貴事業所での地域定着支援からの継続的な支援としての依頼	131	34.6
地域定着支援事業所からの依頼	16	4.2
保健所（市町村保健所を含む）からの依頼	32	8.4
市町村（保健所を除く）からの依頼	102	26.9
自立支援協議会での協議を経て	4	1.1
事業所からの働きかけ	155	40.9
基幹相談支援センターからの依頼	27	7.1
委託相談支援事業所からの依頼	27	7.1
利用者本人・家族からの依頼	133	35.1
その他	28	7.4

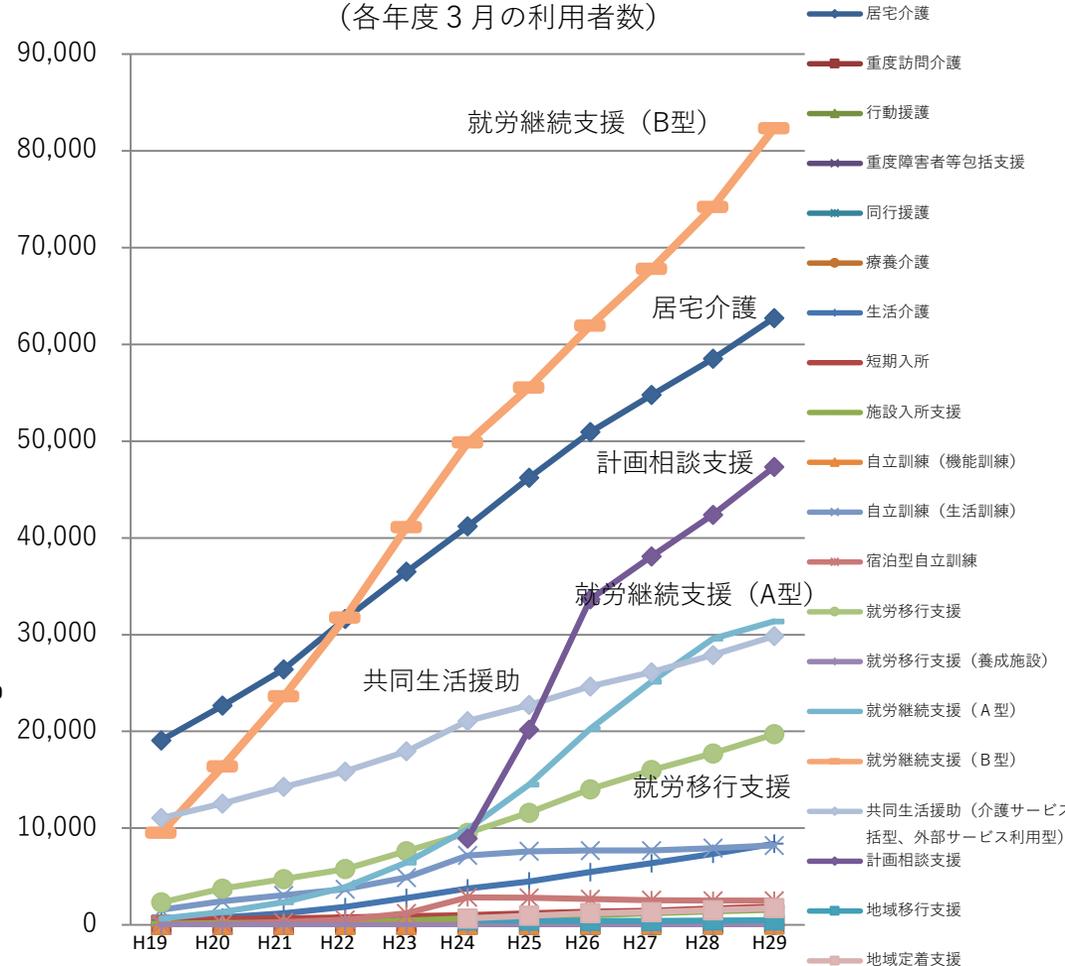
# 精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

- 地域生活を営む対象者に利用される「就労継続支援（B型）」、「計画相談支援」などのサービス利用が多い傾向にある。一方で、入院治療中から退院後の地域生活支援に活用できる「地域移行支援」、「地域定着支援」のサービス利用は非常に少ない結果であった。
- サービス利用者数で伸び悩むサービスに関しては、医療機関への情報提供の不足がうかがえる。障害福祉サービスや相談支援事業所等の支援側も医療機関関係者への積極的な情報提供が求められる。

精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合



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月の利用者数)



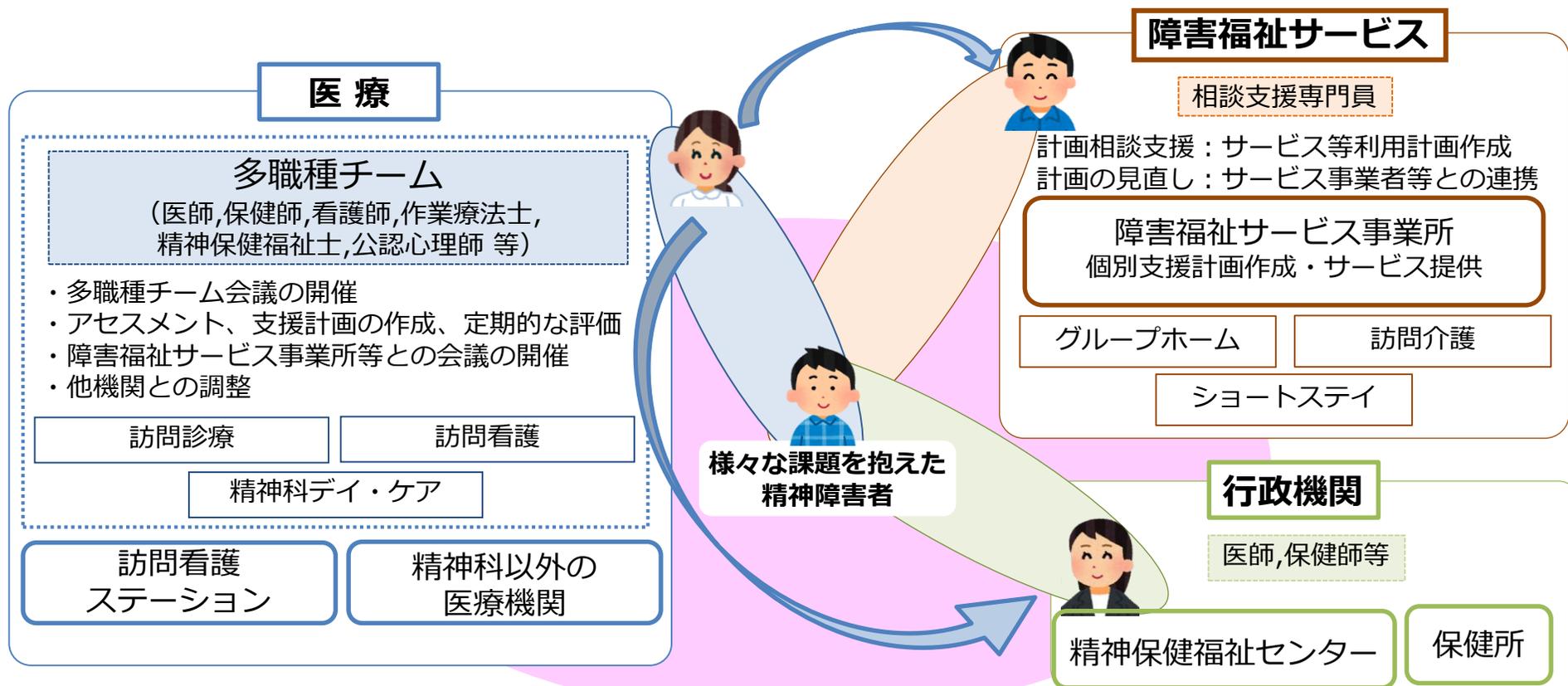
資料：国保連データ（平成31年3月サービス提供分の利用者数、平成31年10月現在）

# 連携の構築等に向けた取組例

# 精神科外来における多職種による相談・支援等について 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた基盤整備の取組例

- これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月）において、地域生活支援において、精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整（包括的なマネジメントによる支援）が重要とされている。
- 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており（Cochrane review）、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

## 【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



# 精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について

## 地域との連携等により可能な限り早期の地域移行・地域定着を行っている医療機関の取組事例

- 精神科医療機関において早期の地域移行・地域定着を図るための取組がなされている。
- 取組の内容は関係機関や障害福祉等サービス事業所との情報共有や連携調整に係るものが多い。

### 入院初期

- 行政、福祉機関等との情報共有により入院の経緯、生活環境等のアセスメントを実施
- 入院の経緯、キーパーソン、退院先や入院期間等の病院内他職種での共有
- 長期化リスクの評価
- 地域援助事業者紹介の検討
- 環境調整、リハビリテーションの導入、退院後の生活を意識した支援体制づくり

### 入院中期

- 入院1ヶ月時点での地域移行の進捗状況の全職種での共有、ボトルネックの把握と解決策検討
- 院内に「地域移行推進委員会」をつくり、各部署から代表者が参加し、個別給付利用促進、グループホームの状況確認を実施
- 作業療法士が中心となり1クール8回で心理教育を開催
- ピアサポーターも参加する気分障害、不安障害むけのグループワーク

### 退院前

- 地域援助事業者との同行訪問にて退院前訪問指導を実施
- 支援計画の見直し、クライシスプランの作成
- クライシスプランをシェアハウス管理人やデイケア職員、訪問看護ステーション職員等の地域支援への説明に活用
- 退院促進プログラム「まなび（OTプログラム）」を実施
- 買い物訓練、生活技能訓練、服薬自己管理、料理等の実施
- 入院中のデイケア体験利用による職員との顔つなぎの実施

### 退院後

- 全患者の医療・リハビリの継続状況、指定障害福祉サービスの訓練状況等の情報共有を一元管理し、必要な対策、介入方法を検討
- 精神保健福祉士等による家族も含めた相談支援の継続
- 病棟看護師による訪問看護や訪問看護ステーション看護師の訪問同行
- 地域コミュニティと病院職員が共同で患者宅を訪問し地域が患者を見守り支援する定着支援活動を実施

### 地域との関係性構築のために日頃から行っていること

- 保健医療・介護事業者との意見交換会
- 地域家族会との意見交換会
- 地域包括支援センターとの地域ネットワーク会議
- 地域住民に対する障害啓発セミナー
- 障害者の雇用促進のためのセミナー
- 賃貸住宅の大家や不動産業者に向けた精神障害やその特性及び契約にあたっての留意点等に関する説明会・勉強会
- 地域の有志に対する苦情相談や虐待相談に関する第三者委員への就任依頼

### その他の工夫

- 入院相談時からの退院を見据えた情報収集、退院先の希望確認
- 家族との距離が離れないように面会を奨励（患者への陰性感情のある家族に対しては対応の仕方のアドバイス等の家族支援を実施）
- ピアスタッフの体験発表

# 地域連携パス（入院）

本人	入院中						日常生活		
	入院初期			入院中期		入院後期	通院初期	地域生活期	
イベント (目的)	インテークの実施 (入院前の生活情報の共有)	本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)	アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)	多職種による情報共有 (多職種(チーム)での情報共有)	退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理及び共有 (退院に向けたニーズ整理)	地域生活に移行するうえで必要な事項の最終準備 (スムーズな地域生活への移行)	退院後の支援スタッフの確認 (関係者間の連絡窓口の確認)	支援チームによる適切な支援と高密度の情報共有の実施 (環境変化等による不調への対応、症状の再燃予防等)	医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め)
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○本人及び家族の希望の聞き取り	 医師の介入重要度が高いポイント <b>○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始</b> ※入院中、適宜判断を見直すことを前提とする	○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○相談支援事業等の利用に向けた申請等の支援	○退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理 ○生活ニーズに応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等)の展開	○退院日の共有 ○危機的場面に備えた準備 ○退院前訪問の効果的な実施 ○退院前カンファレンス等による退院後の生活の最終調整 ○サービス等利用計画(案)、退院後の支援計画の立案	○退院後の支援チーム(各担当)の確認・共有	○積極的なアウトリーチ型の支援の実施 ○精神科医療機関と障害福祉サービス事業所等との綿密な情報共有	○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 ・入院前から介入していた機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今回入院の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□入院時カンファレンス □本人との関係づくり ・本人の退院後の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・帰住先 ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供	□包括的な支援の必要性の判断(退院後支援ニーズに関するアセスメント) ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた病院スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有	□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有(必要に応じて、カンファレンスでの情報共有(外部含む)) □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供(制度、サービス、相談支援事業所など)	□退院後の医療ニーズの共有・支援(退院指導の実施) ・心理教育 ・デイケア等の試験参加 ・家族教室 ・外出、外泊の設定 ・退院前訪問 ・服薬管理 ・栄養管理 など	□退院後のサービス利用申請支援(必要な場合) □カンファレンスの実施(外部含む) ・地域資源との連携確認 ・病診連携(通院先に応じて) ・訪問看護、デイケア □退院後の支援計画を立案する		□通院などで生活状況の確認 ・退院後訪問 □情報共有 ・通院診療所、デイケア、訪問看護 □モニタリング ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供	▼情報提供依頼 ▲情報提供	▼情報提供依頼 ▲情報提供	⇄情報共有		▼カンファ呼びかけ ▲参加 ⇄情報共有	⇄情報共有・連携		
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成・家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供	□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・退院前訪問を行う場合の事前連絡の希望	□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・院内カンファレンスや院内における進捗状況など内容把握 □本人・家族との面接(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □カンファレンスへの参加 □相談支援事業利用申請支援	□退院後の生活ニーズの共有・支援(退院に向けた支援) ・サービスの提供 ○体験外泊、外出 ○日中活動先の同行支援、情報提供 ○居住の場の確保 ○金銭管理担当とのマッチング など □退院に向けた事前準備 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 ・関係機関との情報共有	□申請・受付 □カンファレンスの実施(場合によりサービス担当者会議を兼ねる) ・サービス利用状況を踏まえ退院後の通院先、日中活動の場等について検討 ・サービス等利用計画(案)の作成 □退院後の各担当者の確認	□計画に基づきサービスの実施 □日頃の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加			

# 地域連携パス（通院）

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包括的な支援を必要とする方を想定しています

本人	通院中					
時期(目安)	通院初期		通院期間中	サービス利用申請(※必要な場合のみ)	日常生活	
イベント(目的)	インテークの実施 ( 日常生活情報の共有)	本人( 家族) との関係づくり ( 信頼関係の構築)	アセスメントの実施 ( 包括的な支援の必要性の判断を開始)	生活ニーズの整理及び それを踏まえた支援の展開 ( サービス利用に向けたニーズ整理)	相談支援事業の利用支援或いは見直し ( サービス等利用計画の作成)	医療と福祉の継続的な連携による 包括的な支援及び体制構築 ( 支援の土台固め)
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○本人及び家族の希望の聞き取り	 医師の介入重要度が高いポイント <b>○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始</b>	○日常生活における生活ニーズの整理 ○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○生活課題に応じた支援( トレーニングや体験の場の創出等) の展開	○相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた支援の展開	○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
医療機関	□社会資源利用状況 ・ 経済 ・ 生活 ・ 相談支援事業の利用状況 ・ 相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 ・ 生育歴( 学歴、交流関係等) ・ 生活状況( 住宅、交通等) ・ 経済状況( 就労状況、借金等) □家族 ・ 家族構成、家族関係 □医療情報 ・ 入院、既往歴、通院歴、今回受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□本人との関係づくり ・ 本人の生活希望を確認( 生活場所やスタイル、夢など) ・ 不安事項 ・ 支援者( 家族、その他の機関) ・ 公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・ 不安事項、希望の確認 ・ 公的支援などの情報提供	□包括的な支援の必要性の判断 ・ 包括的な支援の対象かどうかを確認 → 医師を含めた外来医療スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有	□生活ニーズに対応した指導 ・ 金銭管理 ・ 服薬管理 ・ 栄養管理 ・ 心理教育 ・ 家族教室 ・ デイケア等の試験参加	□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有 □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・ 本人の声( 意思、希望やニーズ) を確認し、申請を支援 ・ 情報提供 □サービス担当者会議等への参加	□外来時等における生活状況の確認 □情報共有 ・ 精神科病院・通院診療所、デイケア、訪問看護 □モニタリング ・ 訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加
関係	▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供	▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供		◄ 情報共有 ►	◄ 会議招集・参加 ►	◄ 情報共有・連携 ►
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・ 利用している公的な支援( サービス等利用計画等の情報提供) ・ 利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・ 本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・ 住環境、生活パターン ・ 本人の思い □家族 ・ 家族構成・家族関係 ・ 家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への状況連絡 ・ 関係機関への連絡、医療機関へ情報提供	□情報共有 ・ 相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・ 包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供( 障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・ カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望	□状況確認 ・ 相談支援事業対象者の状況確認 ・ カンファレンスや外来医療における進捗状況など内容把握 □カンファレンスへの参加 □本人・家族との面接( 可能な場合) ・ ピアサポーターの派遣 □相談支援事業利用申請支援 ・ サービス等利用計画( 案) 作成に向けたアセスメントの実施 □サービス担当者会議の開催 □サービス等利用計画( 案) の作成			□計画に基づきサービスの実施 □日頃の思いの確認 ・ 希望や思い ・ 関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・ 情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・ サービス提供事業所 ・ 行政 □モニタリング ・ 訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加

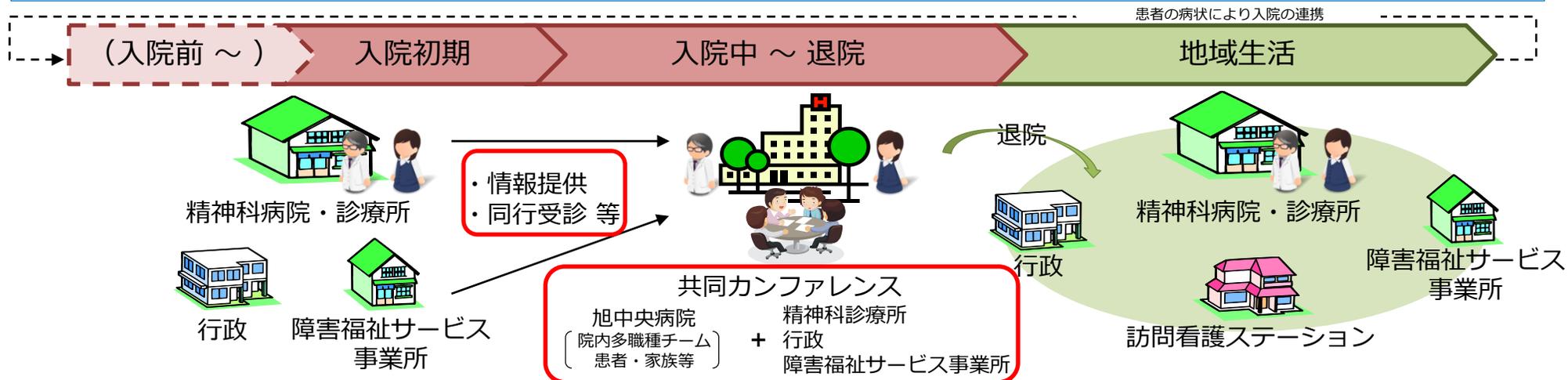
# 精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について

## 精神科入院医療機関と関係機関間の連携の事例

- 精神医療の実態として、入院前、入院中、退院前、退院後の切れ目のない連携支援が行われている。
- 多職種、多機関連携による共同支援が、精神疾患を有する患者の地域移行及び地域定着に重要な役割を果たしている。

### 精神科病院・診療所等との退院後を見据えた共同の取組（旭中央病院）

- 入院相談時より地域連携を意識し、精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等との情報共有・アセスメントをし、退院後に必要な支援について検討、退院に向けた連携体制を構築する等ケースマネジメントを実施。
- 入院中に退院支援の進捗状況を確認し、必要に応じて患者に関わる全ての職種がカンファレンスに参加。
- 退院前に、地域で関わる関係者（退院後に通院する精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等）を参集し、共同カンファレンスを実施し、個人のニーズに応じたサービスが提供されるよう退院後の療養に係る診療計画の策定・確認やクライシスプランを作成。
- 退院後に通院する精神科病院・診療所は、本人の状況に応じ、地域のネットワークを見直し、構築。



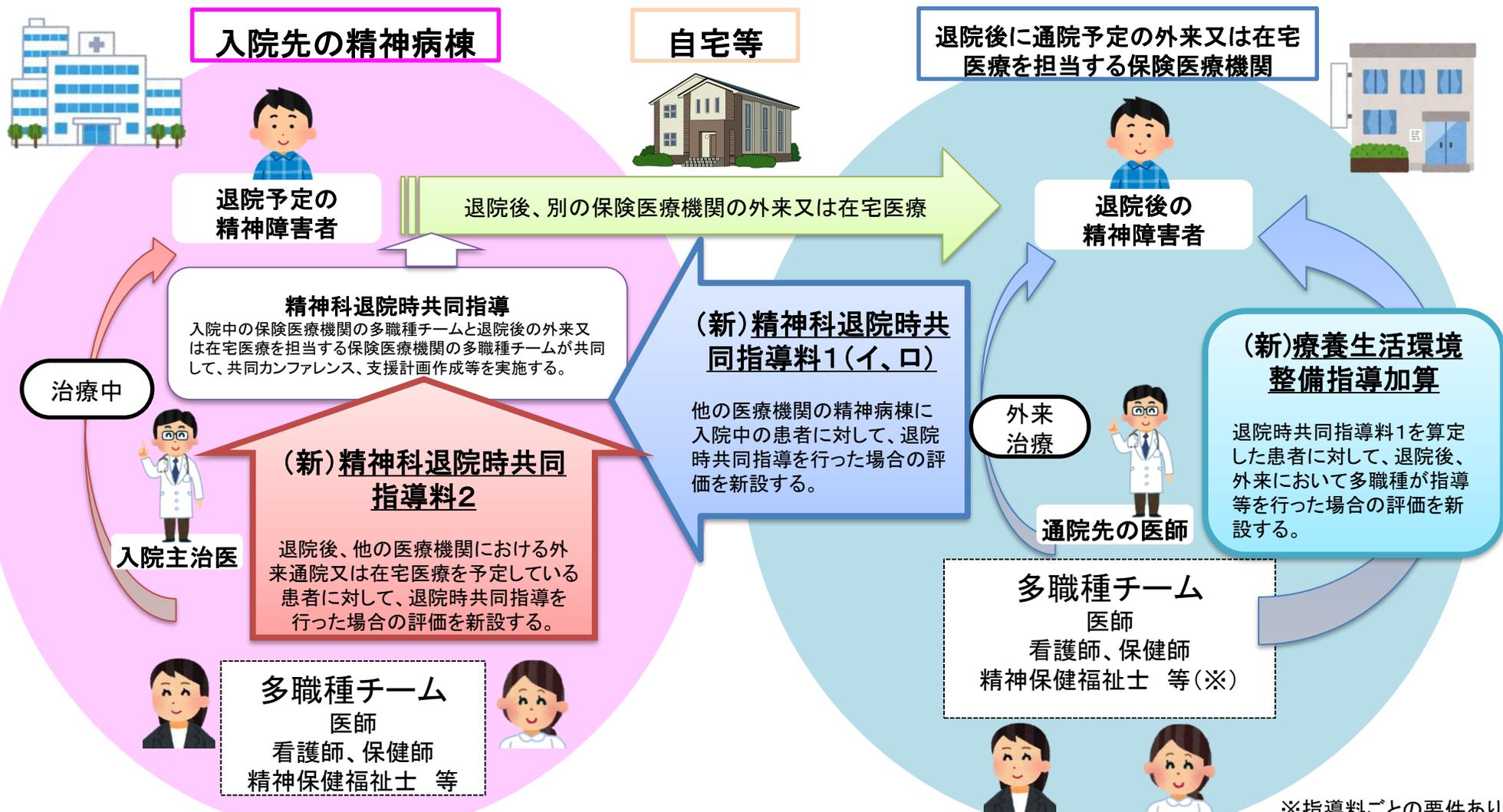
- ・ 精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等との情報共有
- ・ 利用しているサービスの利用状況及び療養状況の確認
- ・ 退院後に必要な支援の検討、連携体制の構築

- ・ 院内多職種チーム会議（医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師）の開催、定期的な評価
- ・ 精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等と共同カンファレンスの開催
- ・ 退院後の療養に係る診療計画策定、クライシスプラン作成

- ・ 外来診療の継続、患者の病状により入院の連携
- ・ 医師、看護師、精神保健福祉士等による包括的支援マネジメント
- ・ 患者の病状に応じて、地域の連携体制の見直し・構築
- ・ 地域の関係機関（行政、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーション等）のフォロー、情報共有

# 地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



※指導料ごとの要件あり

# 精神科救急医療体制について

# 精神科救急医療体制整備事業

令和元年度予算額  
17億円

令和2年度予算  
17億円

※依存症医療連携事業分2.7億円を含む

【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

【主な事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 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

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。

### 精神科救急医療体制研修会

- ・精神科救急医療体制の運用ルール の周知
- ・個別事例の検討、グループワーク等。

### 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

### 圏域毎の検討部会

- ・地域資源の把握、効果的連携体制の検討
- ・運用ルール等の策定、課題抽出

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

精神障害にも対応した地域、包括ケアシステムの構築推進事業の事業メニューの中で実施



### 受入先調整

A精神科救急圏域  
(常時対応型で対応)

B精神科救急圏域  
(病院群輪番型で対応)

外来対応施設

常時対応型  
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

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

病院群輪番型  
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

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

# 精神科救急医療体制の都道府県別の状況（2018年度）

都道府県名	人口(万)	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(万)	精神科救急医療施設分類					精神科救急1圏域当たり施設数
					合計	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型	
北海道	529	21	8	66.1	63		63			8
青森県	126	6	6	21.0	22		22			4
岩手県	124	9	4	31.0	16	3	12	1		4
宮城県	232	4	1	232.0	31		26		5	31
秋田県	98	8	5	19.6	14	1	13			3
山形県	109	4	2	54.5	11		11			6
福島県	186	7	4	46.5	25		25			6
茨城県	288	9	2	144.0	28	2	26			14
栃木県	195	6	3	65.0	19	1	8		10	6
群馬県	195	10	1	195.0	15	1	14			15
埼玉県	733	10	4	183.3	151	4	68		79	38
千葉県	626	9	12	52.2	47	12	31	4		4
東京都	1,382	13	4	345.5	88	3	38	4	43	22
神奈川県	918	11	4	229.5	217	24	182	4	7	54
新潟県	225	7	2	112.5	27		26	1		14
富山県	105	4	1	105.0	28		25	3		28
石川県	114	4	2	57.0	20	1	16	3		10
福井県	77	4	1	77.0	9		9			9
山梨県	82	4	1	82.0	20	1	9		10	20
長野県	206	10	3	68.7	20	3	17			7
岐阜県	200	5	2	100.0	14		14			7
静岡県	366	8	6	61.0	11	4	6	1		2
愛知県	754	12	1	754.0	42		42			42
三重県	179	4	2	89.5	12		12			6

都道府県名	人口(万)	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(万)	精神科救急医療施設分類					精神科救急1圏域当たり施設数
					合計	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型	
滋賀県	141	7	3	47.0	11	2	9			4
京都府	259	6	3	86.3	17	1	16			6
大阪府	881	8	8	110.1	39		38	1		5
兵庫県	548	10	5	109.6	77	1	38		38	15
奈良県	134	5	1	134.0	18	1	8	1	8	18
和歌山県	94	7	2	47.0	6	1	5			3
鳥取県	56	3	3	18.7	7		7			2
島根県	68	7	7	9.7	12	4	8			2
岡山県	199	5	2	99.5	13	2	11			7
広島県	282	7	2	141.0	6	1	5			3
山口県	137	8	3	45.7	58	2	26		30	19
徳島県	74	3	3	24.7	16	1	14	1		5
香川県	96	5	2	48.0	16	1	14	1		8
愛媛県	135	6	1	135.0	14		7		7	14
高知県	71	4	1	71.0	7		7			7
福岡県	511	13	4	127.8	77		77			19
佐賀県	82	5	1	82.0	19	1	18			19
長崎県	134	8	6	22.3	69	1	34		34	12
熊本県	176	11	1	176.0	44		44			44
大分県	114	6	1	114.0	20		20			20
宮崎県	108	7	3	36.0	23	2	19	2		8
鹿児島県	161	9	4	40.3	42		42			11
沖縄県	145	5	4	36.3	20		20			5

合計	12,644	344	151	83.7	1581	81	1,202	27	271	10
----	--------	-----	-----	------	------	----	-------	----	-----	----

※ 精神科救急医療施設分類及び当該施設数は、精神科救急医療体制整備事業の補助対象となっている施設を計上

# 精神科救急医療体制の現状と課題①

- 都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。
- 都道府県・政令指定都市においては精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療体制整備事業の活用等により、精神科救急医療施設や精神科救急情報センターの指定、精神医療相談窓口の設置等を行っている。

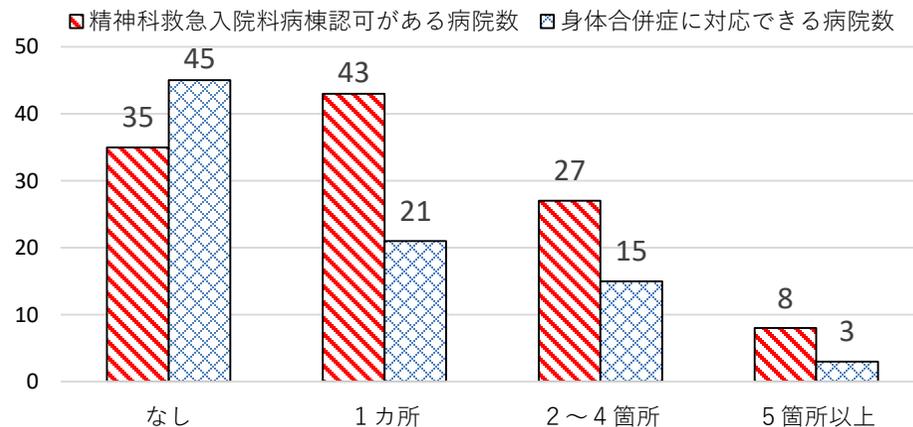
## 精神科救急医療圏域について

- 精神科救急医療圏域は、都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するものとしている。
- 精神科救急医療圏域を医療計画と同じ全県1区としているのは14.9%であり、70.2%が複数圏域を設定している。また、2次医療圏と一致させている自治体は12.8%であり、多くは隣接する2～3圏域の2次医療圏をまとめて1圏域としている。

## 精神科救急医療圏域の概況

	圏域内人口 (万人)	精神科救急医療 体制に参加して いる病院数	精神科救急入院 料病棟認可のあ る病院数	身体合併症に対 応できる病院数
平均値	76.2	6.7	1.5	1.0
最小	2	0	0	0
中央値	44	4	1	0
最大	914	52	10	9
標準偏差	106.8	7.2	2.0	1.6

## 1圏域当たりの病院数



## 課題

- 精神科救急医療圏域は、都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するものとされているが、従来「圏域」の概念はあまり明確でなく、その態様も全国的に統一感が無い。
- 精神科救急医療圏域は明確化については、現状における資源の偏在や対応の多様性等の事情などを十分に考慮する必要がある。
- 2次医療圏をもとに、隣接する2～3圏域を1単位とするおおよその圏域設定が望ましく、それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、圏域を越えた柔軟な運用も可能にするなどして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行うことが望ましいとの指摘がされている。

# 精神科救急医療体制の現状と課題②

## 精神科救急医療の確保

○ 都道府県が設定した圏域ごとに以下のような類型による精神科救急医療施設を確保すること等により、24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に精神科救急医療を提供できる体制を整備することとしている。

### ○病院群輪番型

・ 各圏域で、複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置し受入れ態勢を整備した病院や1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を病院群輪番型施設として指定。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む）を整えていること。

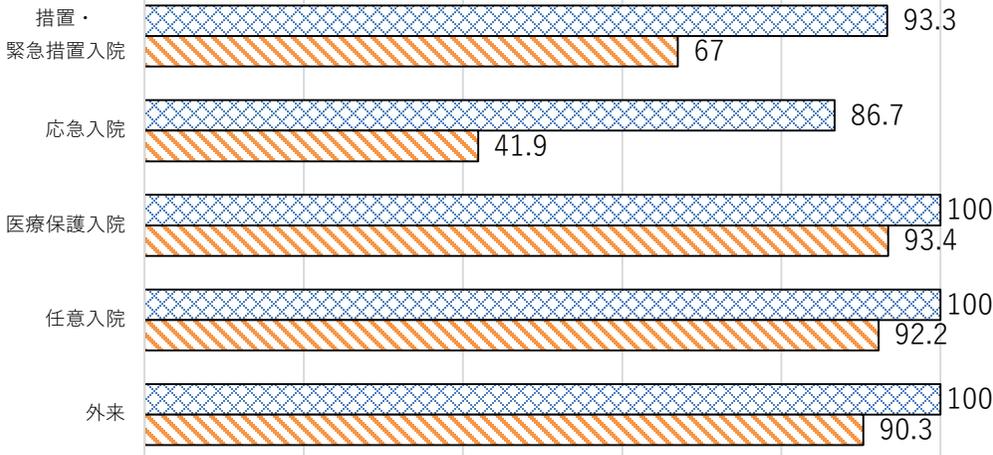
### ○常時対応型

・ 24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置し受入れ体制を整備した病院や1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を常時対応型施設として指定。  
 ・ 診療報酬において、「精神科救急入院料」又は「精神科救急・合併症入院料」を算定していること。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む。）を整えていること。

### 入院形態別 対応可能病院数割合

■ 常時対応型 ■ 輪番

0 20 40 60 80 100



### 当番日の定期・不定期の割合

■ 定期 ■ 不定期 ■ 回答なし

0% 20% 40% 60% 80% 100%



### 精神科救急医療施設の当番日の状況

当番日	常時対応型			輪番		
	夜間	休日	計	夜間	休日	計
最大値	294	122	366	261	123	366
中央値	31	22	53	15	11	29
最小値	0	0	10	0	0	1
平均値	68.80	40.47	109.27	27.35	15.18	42.54
標準偏差	93.82	39.51	122.88	33.91	18.08	47.53

## 課題

- 調査に協力した病院において、精神科救急医療体制の中で担う役割（常時対応型・病院群輪番型）について、都道府県の認識とは異なる自己申告が多くみられ、自院の役割について正確に認識できていない実態が多々見られている。
- 拠点的な役割を担う「常時対応型」施設であるのか、「病院群輪番型」病院であるのか、明確にできておらず、実施要綱には明確な類型として示されているが、その概念の浸透も不十分で、実態と合致しない可能性も指摘されている。

## 精神科救急入院料に係る主な変遷

平成18年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、入院早期の評価の引き上げ 【精神科救急入院料】 2,800点 → 入院後30日以内：3,200点 入院後30日超：2,800点</li> </ul>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、下記の要件緩和及び評価の引き上げ             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和</li> <li>・ 入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設について、評価の引き上げ</li> </ul> </li> <li>【精神科救急入院料1】 30日以内の期間：3,431点 31日以上の期間：3,031点</li> <li>【精神科救急入院料2】 30日以内の期間：3,231点 31日以上の期間：2,831点</li> </ul>
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科救急患者は、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、入院早期の評価を引き上げ 【精神科救急入院料1】 30日以内の期間：3,451点 31日以上の期間：3,031点</li> <li>【精神科救急入院料2】 30日以内の期間：3,251点 31日以上の期間：2,831点</li> </ul>
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院料に栄養管理加算、褥瘡患者管理加算を包括化 【精神科救急入院料1】 30日以内の期間：3,462点 31日以上の期間：3,042点</li> <li>【精神科救急入院料2】 30日以内の期間：3,262点 31日以上の期間：2,842点</li> </ul>
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を緩和、夜間休日の救急の受入実績を要件に追加</li> <li>○ 消費税率8%への引上げに伴う対応 【精神科救急入院料1】 30日以内の期間：3,557点 31日以上の期間：3,125点</li> <li>【精神科救急入院料2】 30日以内の期間：3,351点 31日以上の期間：2,920点</li> </ul>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し</li> <li>○ 精神科救急入院料の病床数に上限（当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下）を設ける 【経過措置】平成30年3月31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。</li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域における精神科救急の役割等を踏まえ、複数の病棟を届け出る場合、当該入院料を届け出ている病棟の数に応じて時間外診療等の実績を必要とする旨を明確化</li> <li>○ 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を令和4年3月31日までとする             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。</li> </ul> </li> </ul>

# 地域住民等への普及啓発について

# 地域住民への普及啓発について 1) 自治体の取り組み①

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」を活用し、地域住民への普及啓発事業を行っている自治体は2割程度（16/75件）と低い状況であり、取組例においても、住民との双方向性のものは少なかった。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の実績

- 構築推進事業を活用して普及啓発に係る事業を行っている都道府県等は16件であった。



### 【取組例】

- 地域住民等を対象とした研修の開催及びピアサポーターからの語り
- 一般住民に対して精神疾患・精神障害者への偏見のない社会を目指すことを目的としたパネル展示や市民講演会
- 「精神疾患基礎研修会（各論）」を実施し、管内各支援者が精神障害について正しい知識を得ることで、不足している精神障害分野について地域住民や事業者も一体となってサービスが提供できるよう普及啓発を図る。
- 精神障害当事者の企画・運営・出演による「お笑いこころサミット」の開催
- 広報、啓発に係る事業（一般向け研修会の開催、広報物の作成・配布など）

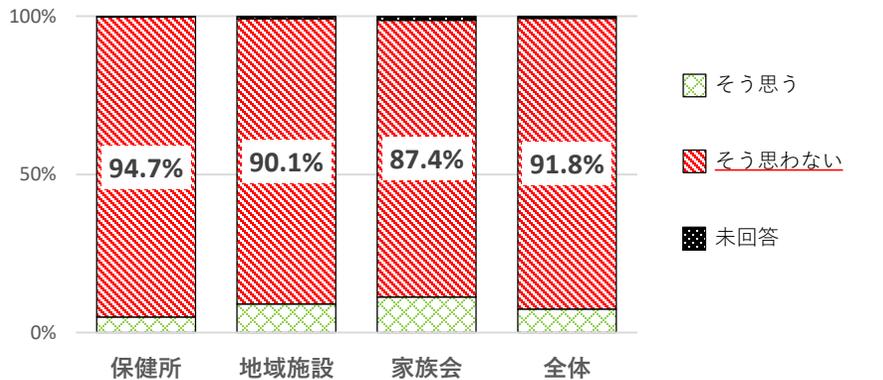
出典：令和元年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業申請（75件）より精神・障害保健課にて作成

# 地域住民への普及啓発について 1) 自治体の取り組み②

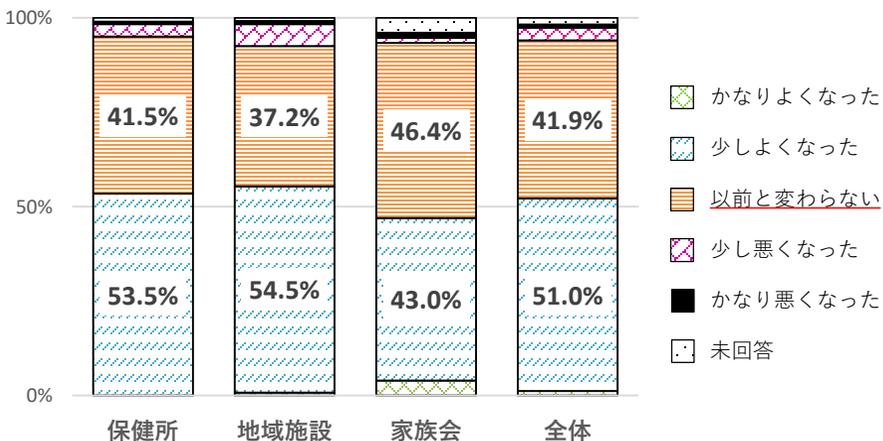
○ 精神障害者に対する国民の理解について、「病気の認知度は進んでいると思わない」と回答している者は約9割であり、精神疾患への理解は進んでいない状況だった。また、差別や偏見についても約4割が「以前と変わらない」と回答していた。

## 「精神障害者に対する国民の理解の深化及び家族支援」に関する取り組みの実態調査

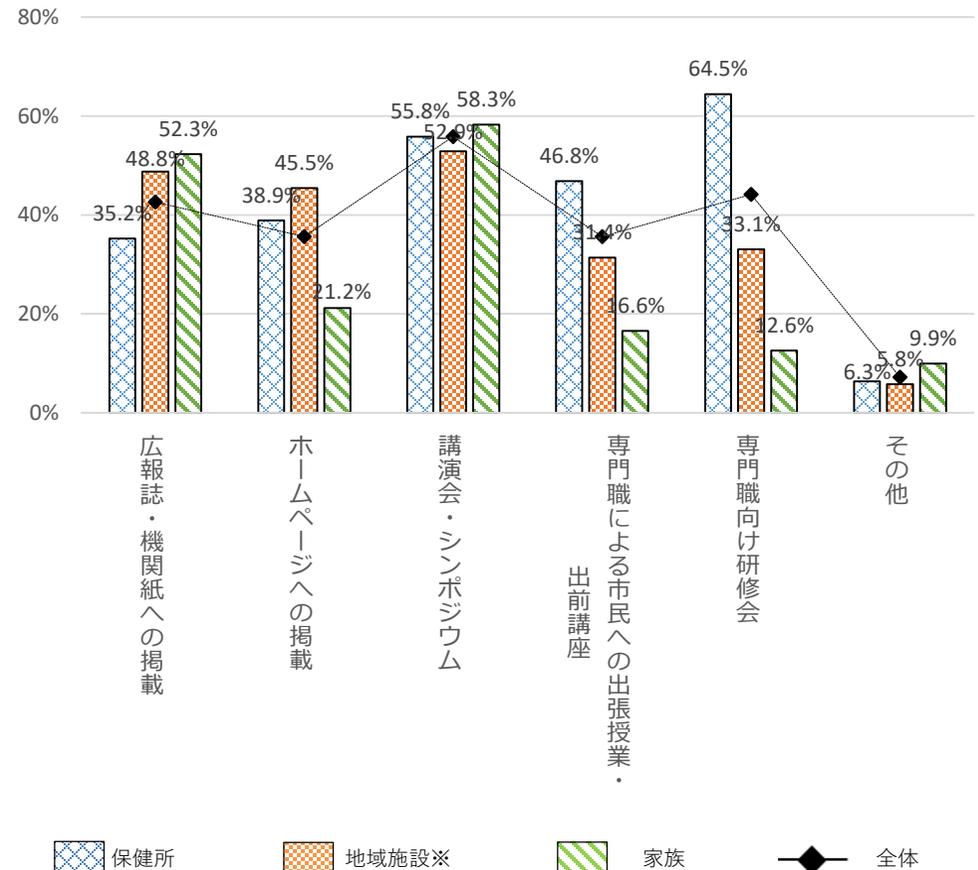
「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」（精神保健医療福祉の改革ビジョン）について、**ビジョン通り進んでいると思うか**



### 精神障害者に対する差別や偏見の変化



### 現在取り組んでいる内容

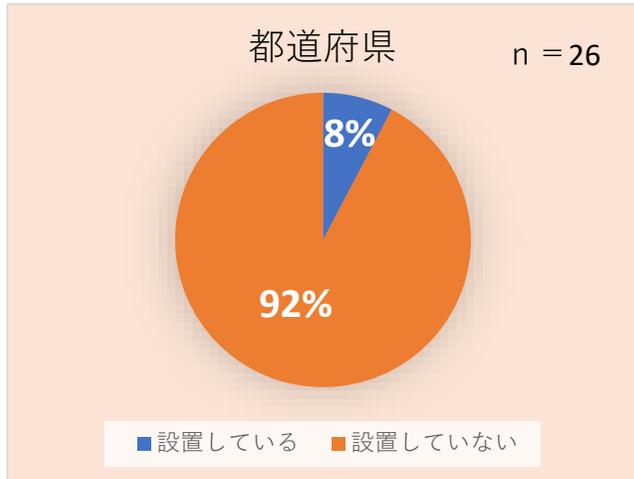


(※) 障害福祉サービス事業所等

# 地域住民への普及啓発について 1) 自治体の取り組み③

- 自治体に対する調査において、一般住民と精神障害者が日常的に交流できる場について尋ねたところ、設置している自治体は約1割であり、非常に少ない状況だった（※）。
- ※ 上記の結果は、令和元年度「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業」に係る事業を実施した75自治体（都道府県33、指定都市16、特別区10、保健所設置市16）を対象とした調査結果であり、それ以外の市町村における設置状況は反映していない。
- 設置している自治体では、具体的な内容として「交流サロンの開催」等であった。

## ○ 一般住民と精神障害者が日常的に交流できる場について（回答自治体数：62箇所）

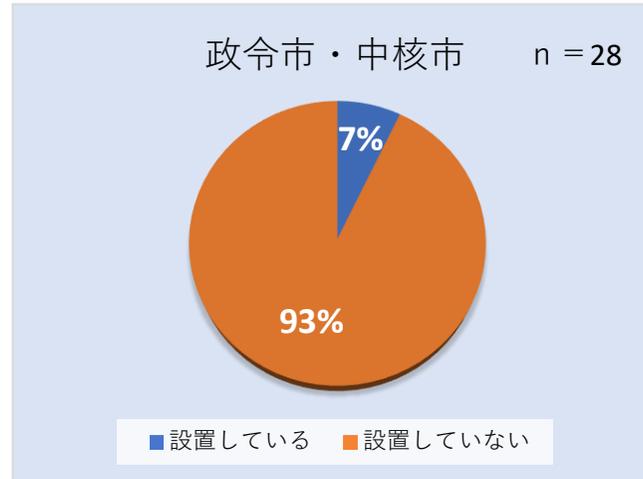


(都道府県)

貴自治体として、一般住民と精神障害者が日常的に交流できる場を設置している

設置している	設置していない
2	24

**京都府**：こころの健康推進員（精神保健福祉ボランティア）が運営・協力したサロンを19市町村で実施

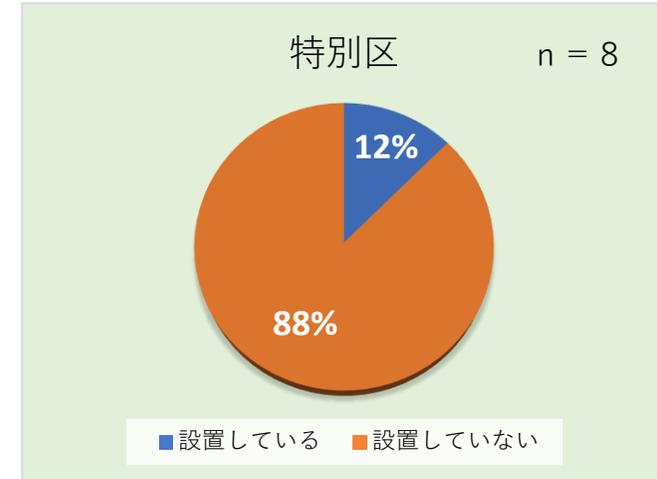


(政令市)

貴自治体として、一般住民と精神障害者が日常的に交流できる場を設置している

設置している	設置していない
2	26

**金沢市**：きずなサロン、メンボラ  
金沢ひだまりの会  
**仙台市**：地域活動支援センター、障害者相談支援事業所のサロン等



(特別区)

貴自治体として、一般住民と精神障害者が日常的に交流できる場を設置している

設置している	設置していない
1	7

**大田区**：障がい者総合サポートセンターで実施する余暇活動支援事業等を活用し、地域との交流を促進

出典：令和2年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る自治体アンケート調査（精神・障害保健課）（一部抜粋）  
調査期間：R2.3.26～4.9 対象：全国都道府県・政令市（中核市含む）・特別区 75箇所 回答数：62箇所（回収率82.7%）

# 地域住民への普及啓発について 2) 行動変容

- 普及啓発について、行動変容を促すために効果的な方法で実施していくことが求められている。

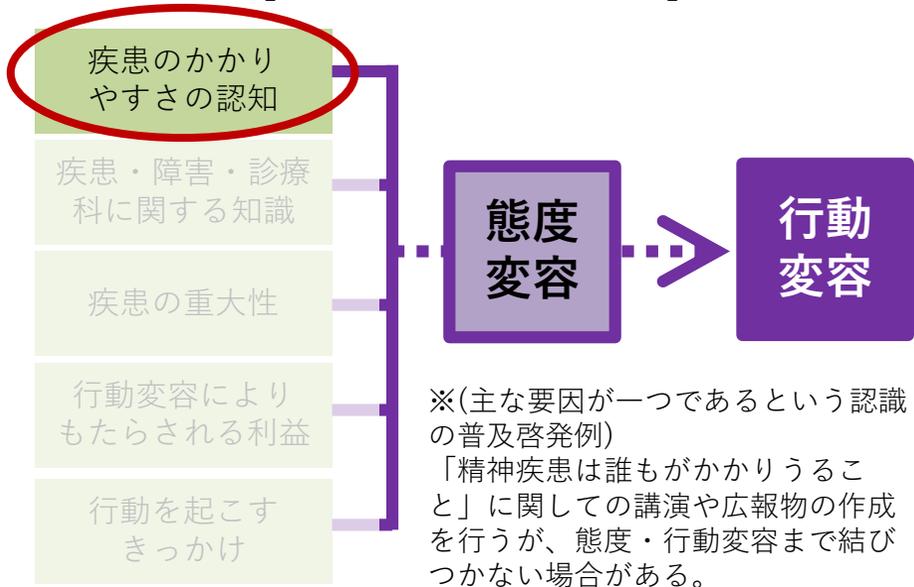
## 効果的な普及啓発とは

### 第16回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（平成21年4月23日）

- 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)については、**効果的な普及啓発の実施**が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につながられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするとする側面を有することや、地域生活への移行の推進により精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるという側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行う。
- 疾患のかかりやすさの認知向上だけでは態度・行動変容に結びつかない場合があり<sup>1)</sup>、**行動変容に影響を与える要因を複数特定し、焦点を当てた効果的な普及啓発を設計**する必要がある。

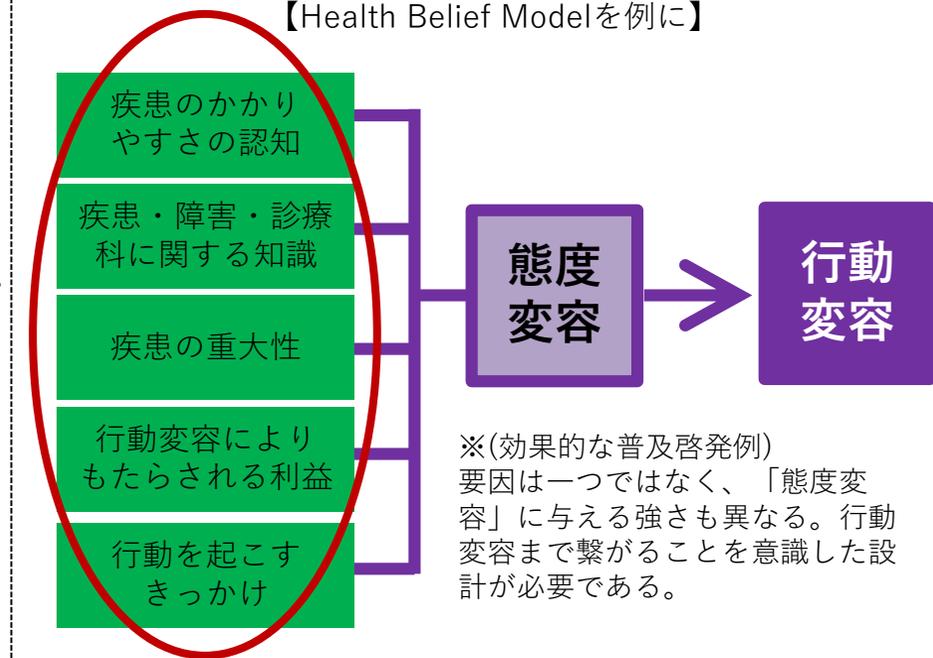
### 従来の普及啓発

#### 【Health Belief Modelを例に】



### 効果的な普及啓発（イメージ）

#### 【Health Belief Modelを例に】



※1)アメリカの大腸がん検診の普及啓発においては、疾患のかかりやすさの認知と大腸がん検診受診行動との相関関係がないというエビデンスから、他の要因に焦点が当てられている。出典:NCI.(2002). Cooperetal.(2005).Health Promotion Practice.6;4:385-393

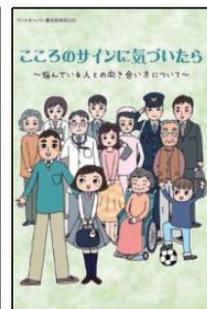
# 地域住民への普及啓発について 3) 自殺対策

- 自殺対策において、地域の住民に対しゲートキーパー養成プログラムを実施することにより、意識の変化がみられ効果が見られている。

## 自殺対策 ゲートキーパー養成・MHFA

- 自殺対策基本法（議員立法・平成18年10月28日施行）
- 自殺総合対策大綱（平成19年6月8日閣議決定）の中で、自殺の危険性の高い人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図ることができる「ゲートキーパー」の役割を担う人材等を養成することが目標に掲げられた。
- 平成23年3月：MHFA<sup>1)</sup>を用いたゲートキーパー養成テキスト・ゲートキーパー一般啓発用DVD、ゲートキーパー養成研修用DVD作成

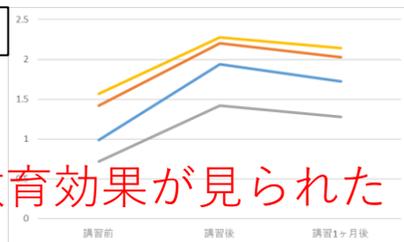
- ゲートキーパー養成のプログラムを実施することは、世界各国で効果的な自殺対策の1つとして取り組まれている。
- ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけて、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人。
- 自殺対策におけるゲートキーパーの役割は、心理社会的問題や生活上の問題、健康上の問題を抱えている人や、自殺の危険を抱えた人々に気づき適切に関わること。
- ゲートキーパー養成テキストはメンタルヘルスファーストエイド（MHFA）を基に作成されている。  
MHFAでは座学による知識の伝達のみでなく、ロールプレイやその体験を踏まえた討論の時間が多く設けられており、学習効果が高い。
- 一般啓発用DVDは、身近な人が悩んでいる場合にどのように対応したらよいか  
ゲートキーパー養成研修用DVDは、自殺対策に関わる様々な場における自殺の危険性がある者に対するMHFAによる対応法を学ぶ内容となっている。
- ゲートキーパー養成研修用では一般編、家族編、勤労者編、民生委員編、相談窓口編、保健師編、医療機関編の7つの場面で構成され、それぞれで、良い対応・悪い対応が収録されており、ゲートキーパーが担う知識、意識、スキルを学ぶことができる。



### MHFAを基にした2時間の教育プログラムの効果<sup>2)</sup>

対象：会社員（製造業）91名（男性：64名女性：19名）平均年齢29歳  
 方法：MHFAからうつ病・自殺のリスクのある人についての初期介入方法について抜粋して講習の上、アンケート調査を実施  
 アウトカム：講習前、講習後、1ヶ月後時点での初期対応についての自信の変化  
 1-5の5段階で評価

講習前後の自信の変化



研修により教育効果が見られた

- 声かけられますか？
- 傾聴できますか？
- 情報提供できますか？
- 専門化につなげますか？

1) Kitchener BA, Jorm AF: Mental Health First Aid. ORYGEN Research Center, Melbourne, Australia (こころの救急マニュアル：メンタルヘルスファーストエイド・マニュアル Mental Health First Aid Manual-J) 平成19年度科学研究補助金(基盤研究(C)) 精神科的早期介入と偏見除去のための臨床研修医への短期教育法の効果に関する介入研究 メンタルヘルスの問題に対する初期対応を教育するスタッフへの手引き(平成19年度研究成果報告書およびこころの救急マニュアル)

2) H.Kubo et al., Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: A single-arm pilot trial, Plos ONE, 2018 may

- 認知症サポーターの養成と活動により、地域・職域一体となって認知症高齢者を支える仕組みができつつある。

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

### 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 地域や職域で認知症サポーターの養成を進めるとともに、活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにする。【厚生労働省】

(認知症サポーター)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

#### ○キャラバンメイト養成研修

実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成

内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

#### ○認知症サポーター養成講座

実施主体：都道府県、市町村、職域団体等

対象者：

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット  
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



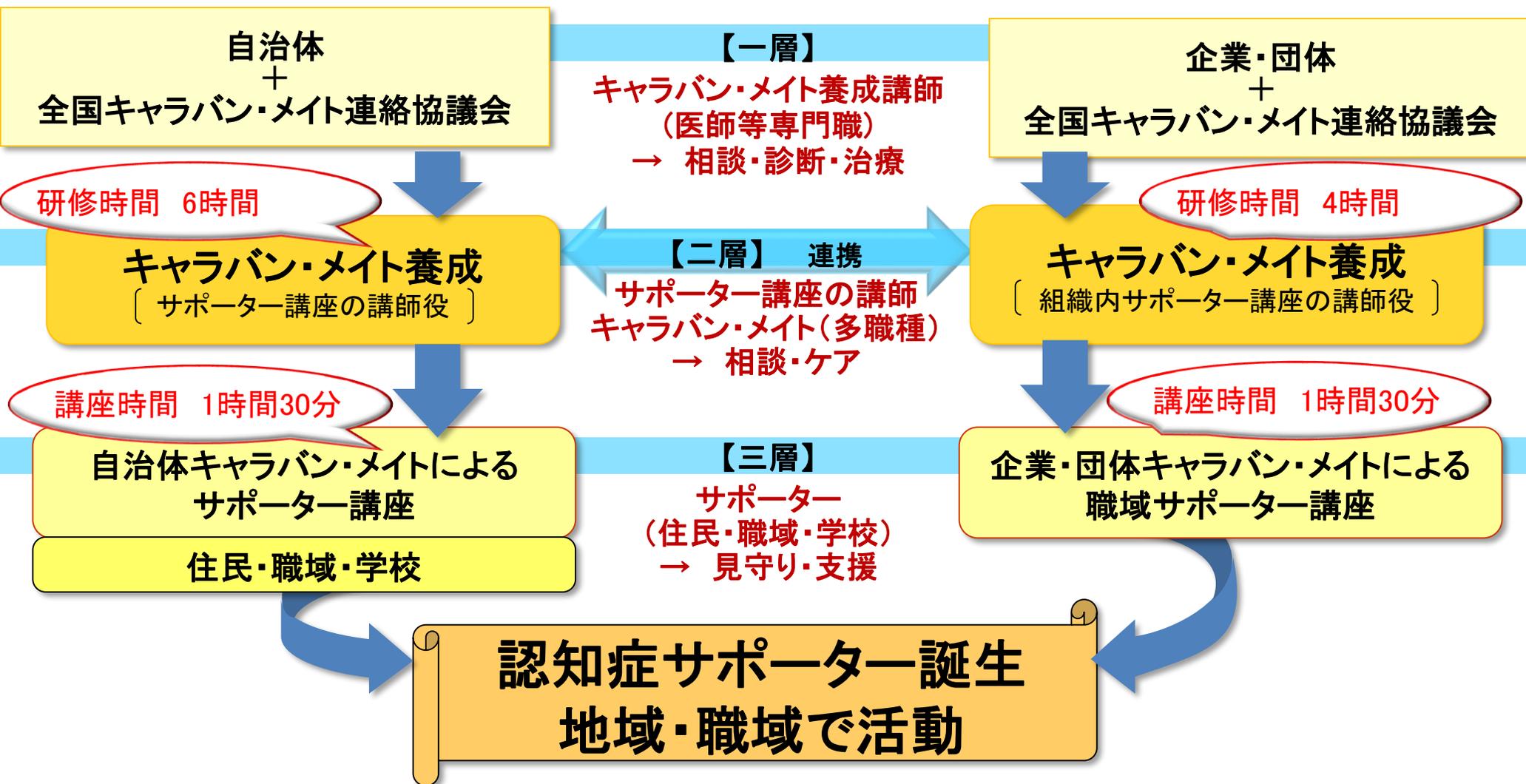
#### 【実績と目標値】

サポーター人数：2019（平成31）年3月末実績 1144万人（目標値：2020（令和2）年度末 1200万人）

※ 認知症サポーター養成講座の際に活動事例等の紹介や、修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、活動につなげるための講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

# 【認知症サポーターキャラバン】のしくみ

認知症になっても住み慣れた地域で暮らせる  
重層的支援を想定したシステム → 2方向から養成



# 地域住民への普及啓発について 5) メンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA; Mental Health First Aid)

- メンタルヘルスの問題を抱える人に対して、**専門家に相談するまでの間の、家族や友人、同僚など、側にいる身近な人が行う「こころの応急処置」**であり、精神疾患への偏見と差別を減少させ精神疾患への応急対応法を伝えることを目的に開発されたもの。
- 心の健康にかかわる症状をどのように認識し、初期支援をどのように提供し、適切な専門家の支援へどのように導くかを学ぶ。
- 地域の中で、メンタルヘルスの問題をかかえる人に対し、住民による支援や専門家への相談につなげるメンタルヘルス・ファーストエイドの取り組みにより、精神疾患の予防や早期介入、自殺防止など効果を上げている。

## MHFAのイメージ



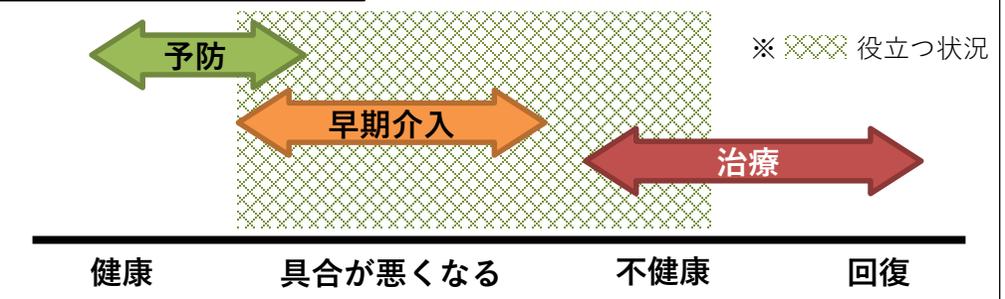
- (※1) 初期支援を行う家族や友人等は、MHFAに関する研修を受講した者。研修は、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉センターおよび保健所職員等のインストラクターが実施。
- (※2) 初期支援は、適切な専門的治療につながるかメンタルヘルスの危機状態が解決するまで提供する。

**英国** MHFAの国際的普及 **米国**

テリーザ・メイ首相は国としてメンタルヘルスの差別対策を行うため、学校、職場でMHFA研修を実施すると発表

ミシェル・オバマ前大統領夫人が大規模キャンペーンを実施。2015年からわずか2年間で78万人以上がMHFAを受講という驚くべき成果

## MHFAが役立つ状況



## メンタルヘルス・ファーストエイドの5原則

- 「**リ**」声をかけ、**リスク**を評価し支援をはじめましょう
- 「**は**」決めつけず、批判せずに話(**はなし**)を聞きましょう
- 「**あ**」安心(**あんしん**)につながる支援と情報を提供しましょう
- 「**さ**」専門家の**サポート**を受けるよう勧めましょう
- 「**る**」その他の**ヘルプ**や**セルフヘルプ**等のサポートを勧めましょう

## MHFAにかかる研修内容と効果

- 【研修内容】**
- 身体疾患のファーストエイドのモデルを踏襲
  - メンタルヘルスの問題が起こっている状況に早期に支援し、危機的状況に援助できるように、住民に研修する
- (研修のトピック)
- ・ メンタルヘルスの概要
  - ・ メンタルヘルス・ファーストエイドアクションプラン
  - ・ うつの問題 ・ 不安の問題 ・ 統合失調症等の精神病の問題
  - ・ 物質使用の問題 ・ 自殺などのメンタルヘルスの危機的状況
- 【研修の効果】**
- 研修受講者の群では、以下の点で改善がみられている
    - ・ **支援を提供する自信**
    - ・ **専門家の支援を求めると助言する可能性**
    - ・ 保健医療専門家と一致した治療に関する信念
    - ・ **社会的距離 (スティグマ的な態度)**
    - ・ 参加者自身のメンタルヘルス

- 将来、自分や身近な人が精神的に不調になる可能性は低くなく、安心して医療・支援を受けるには、地域の理解と意識の向上が大切
- メンタルヘルスに問題を抱える人は、自分に支援・医療が必要なことが、理解できない場合もあるため、周りが気づいて支援することが必要



# 課題の整理と論点

## 1. 自治体等における相談業務

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、自治体における相談窓口の設置状況は、それぞれであり、具体的な設置機関についても、自治体でばらつきが見られ、住民にとってどこが相談窓口なのか明確でない可能性が考えられる。  
また、住民の身近な相談窓口である基幹相談支援センター、地域生活支援拠点等については、市町村において整備されてきている。
- 市町村における精神保健相談については、人口規模が小さい市町村ほど対応に苦慮し、対応困難と感じている傾向がある。また、人口規模に関わらず、相談業務における人員体制の充実や、必要に応じて多様な疾患に適切に対応するための助言等の相談体制を含む地域精神医療の充実などを必要としていた。

## 2. 精神医療に求められる医療機能

- これまで医療の提供については、「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」により、保健・医療・福祉に携わる関係者の連携の重要性が示されており、多職種による連携を確保し、保健医療サービス及び福祉サービスの提供を推進してきている。
- また、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、地域生活支援において、精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整（包括的なマネジメントによる支援）が重要とされ、包括的支援マネジメントの手法が研究される等具体的な取り組みも推進されてきている。
- 一方、協議の場においては、入院中の精神障害者の地域移行について協議されることは多いが、退院後の医療継続等に対する支援、身体疾患を有する精神障害者の医療や精神医療全般については、あまり協議されていない。
- 精神科救急医療体制については、在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備するとされているが、地域における精神科救急医療圏域の捉え方や自院の機能に対する認識の相違などが見られることから、精神科救急医療体制の均霑化の必要がある等数多くの課題が指摘されている。

## 3. 普及啓発

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者等が地域で安心して暮らすためには、精神医療や相談窓口等である地域保健の充実だけでなく、地域住民の理解や支えも重要である。
- しかし、地域住民への普及啓発については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業を活用した普及啓発事業を行っている自治体は2割程度（16/75自治体）と低く、取組例においても、講演会形式等によるものが多く、例えば、地域住民と精神障害者との交流があるなど、双方向のものは少なかった。
- また、精神障害者に対する国民の理解について、精神疾患に対する認知度も進んでおらず、精神障害者に対する差別や偏見も以前と大きな変化はみられない。
- 他方で、認知症サポーターの養成や、メンタルヘルス・ファーストエイドを活用した自殺対策におけるゲートキーパー養成・普及啓発の取組により、身近な人が専門家へ適切につなげることや意識の変容に、一定の成果を上げているものもある。

### 1. 精神医療に求められる医療機能

- 協議の場における協議内容の多くは地域移行に関する事項であるが、精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者等が地域で安心して暮らすためには、地域移行以外にも退院支援や日常の支援、急性増悪時等の支援等の各場面における支援を具体的に議論する必要がある。  
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築推進する観点から、精神障害者等が必要なときに必要な医療を受けることができる医療提供体制及び求められる医療機能について、どのように考えるか。
- 自治体において精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進については、法的根拠がなく医療機関に協力を求めにくいと指摘もされているが、協議の場において具体的に精神医療に関する事項を検討するためには、精神科医療にかかわる関係団体や医療機関の協力は不可欠であり、これらの課題を解決する具体的な方策について、どのように考えるか。
- 精神科救急医療体制については、これらの体制の整備に関する考え方等に対する課題が数多く指摘されていることを踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進を図ることを基本的な考えとしつつ、精神科救急医療体制の整備の在り方について本検討会の下、別にワーキンググループを開催し、議論することとしてはどうか。

### 2. 重層的な連携による支援体制の構築

- 地域における相談窓口は地域の実情に応じながら、市町村単位、都道府県単位等重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。一方で、市町村、精神保健福祉センター、保健所等それぞれの相談窓口においては役割が理解されていないなど、連携に際しての課題が指摘されているが、更なる連携を図り、重層的な連携による支援体制の充実を図る観点から、今後、具体的にどのような取り組みが必要と考えるか。

### 3. 普及啓発

- 地域住民への普及啓発はこれまでも様々な手法を用いて取り組まれているが、調査結果からは精神障害者への理解等を更に進める必要がある。一方、認知症サポーターの養成や、メンタルヘルス・ファーストエイドを活用した自殺対策におけるゲートキーパー養成において、専門性の有無にかかわらず支援の輪が広がっている。
- 精神障害等に関する普及啓発について、更なる推進を図る観点から、例えばメンタルヘルス・ファーストエイドを活用し、精神障害等に関するサポーター養成による支援の輪の充実や普及啓発に取り組むこととしてはどうか。