

# 地域精神医療について

厚生労働省 社会・援護局  
障害保健福祉部 精神・障害保健課

# 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ける検討事項 (2021年1月22日時点,一部案を含む)

開催日		検討事項等
第1回	令和2年3月18日	・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の目的について
第2回	令和2年5月22日 (持ち回り開催)	・自治体等における相談業務について ・精神医療に求められる医療機能について ・普及啓発について
第3回	令和2年7月31日	・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの開催について ・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保健について
第4回	令和2年9月3日	・医療と障害福祉サービスの現状と課題について ・住まい支援のための医療保健福祉の連携について
第5回	令和2年10月26日	・当事者、家族の関わり ・社会参加(就労)について ・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの進捗について
第6回	令和2年12月17日	・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人材育成について ・これまでの議論の整理
第7回	令和3年1月22日	・地域精神医療について ・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループのとりまとめ(報告)
第8回	令和3年2月15日	・都道府県・精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について(仮) ・報告書(素案)
第9回	令和3年3月4日	・報告書(案)

※第8回以降の検討事項は現時点での案を掲載

### 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人材育成について

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する人材育成について重要なのは、「その生活圏の人づくり」であり、市町村において地域で必要な人材をイメージし、地域の住民の精神障害等に対する理解の促進のための普及啓発、保健・医療・福祉・住まいやピアサポーターなどの人材育成の仕組みをつくっていくことが必要である。  
また、人材育成のシステムづくりにおいては、地域の状況に応じて都道府県、精神保健福祉センター、保健所等が支える体制が必要であり、立案の段階から当事者や家族の意見を入れていくことが重要である。
- 人材育成における研修については、個別支援やアウトリーチ活動を通じた実践的な方法を組み合わせ、多様な分野の人との交流を取り入れていく方法がある。地域住民を巻き込み、地域づくりを進めて行くことが重要である。

#### 意見の抜粋

- 人材育成について、地域包括ケアを目指す上で一番大事なのは、その生活圏の人づくりである。地域の住民の方がどうやって一緒に学び合って、高め合っていくか。スタッフの育成よりはむしろその仕組みづくりが必要である。
- 人材育成のシステムづくりについては、国が県に指導して県が市町村に教える上意下達型と言うより、市町村が「こんな人をつくっていかなければ包括ケアは成り立たない」とイメージし、それを精神保健福祉センターや保健所が助けるという形が大事である。
- 地域包括ケアシステムは市区町村が中心であり、人材育成に関しても市区町村が核になると思うが、一方でなかなかそのスキルがないような市町村もあるため、都道府県・圏域・市町村という形で人材育成をしていくことも必要。その際には、当事者や家族の視点を必ず入れるよう心掛ける。
- 全国的なピアサポーターの研修が開始されているが、研修には共通したカリキュラムが必要であり、カリキュラムをもとに地域特性に合わせて研修をどう行っていくかは都道府県が考えていかなければならない。そこに市町村や当事者を入れ、共に研修をつくり上げていくような形に今後できるよい。
- 研修において地域の特性を生かすことについては、各自治体が行っている研修のよいところや先進的な取組などが全国で共有できるようなブラッシュアップするシステムをつくって欲しい。
- 精神保健相談に関わる人材のスキルアップについて、例えば精神保健福祉センターが行っているような保健のアウトリーチ活動を通じて保健所や市町村に個別支援のスーパーバイズをするなど、個別支援を通して人材育成につなげる方法もある。
- 研修を単発で実施するより、アウトリーチ等の活動を通し、住民や専門職でない人たちとのチーム活動など実戦経験を基にして研修をつくっていく、他の企画と連動させていくことが必要。
- 研修終了者の「医療機関と福祉の現場では、まだお互いを知らないことがあると実感した」という意見からも、研修や実習、医療と福祉の人事交流などの方法を駆使し、医療従事者と地域福祉関係者が結びつくような合流ポイントを多くつくる必要がある。
- 精神障害の人々に関わる福祉の事務所のスタッフなど自分の分野以外のことを外に出て学ぶことも必要。
- 行政機関において、福祉・医療について専門的な経験を持った人材を育成するためには10年単位など長期的な視点が必要ではないか。
- 専門職だけが育てばいいということではなく、地域共生社会づくりに住民をいかに巻き込んでいくかということを考えてときに、精神障害やメンタルヘルスのことをより多くの住民に我が事として考えてもらえるような普及啓発も重要である。

# 第6回検討会での主な意見

## これまでの議論の整理について

### 意見の抜粋

[精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基本的な考え方について]

- 市町村の掲げる地域づくりに関する基本指針について、住民を含め関係機関、関係者が共有する状態を前提として進める必要がある。地域の実情、地域の社会資源に応じて、既存の社会資源を有効活用する視点で考えていく必要がある。
- 精神科医の中でも地域包括ケアシステムが知られていないことがあるため、専門職の団体や学術団体での周知も考えていくべき。実際の地域の現場は、訪問に行くなど精神科医が現場に入って見る経験がないとイメージしづらいため、訪問の機会や、地域の多様な人たちとの交流など教育機会をつくることは今後の課題である。

[精神医療に求められる医療機能]

- 精神科医でないかかりつけ医も精神の患者を多く診ているため、総合診療医とかかりつけ医、精神科医の連携も大事。
- 家族支援の中でも、医療にまだアクセスできていない人たちを抱える家族に対し、家族とどのように支え合って専門職がフォローしていくのか考えながらシステムを構築してもらいたい。精神科医だけでなく一般のかかりつけ医が精神の領域について理解を進めて行くことで、医療と福祉等の連携の橋渡しの推進力になるため、一般のかかりつけ医に向けてのアプローチも検討して欲しい。
- 地域の中で長期に入院している住民についても、ReMHRAD等で人数を把握し市の住民として関わっていくべき。

[ピアサポートの充実・家族の関わり]

- 当事者同士が友人としてお互いに楽しみ合ったりするようなゆるやかなピアサポート、それを専門職が見守っていくような支援が必要。家族の支援を家族会に任せきりにせず支援していくことも必要。
- 家族同士のピアサポート（支え合い）も大切であるため、支援していく必要がある。
- 家族をどうサポートするか、家族同士がどうサポートし合うかはとても大事である一方、従来家族が担ってきた機能をいかに社会化するか、地域で担うか、その仕組みづくりを並行してする必要がある。

[社会参加（就労）の推進]

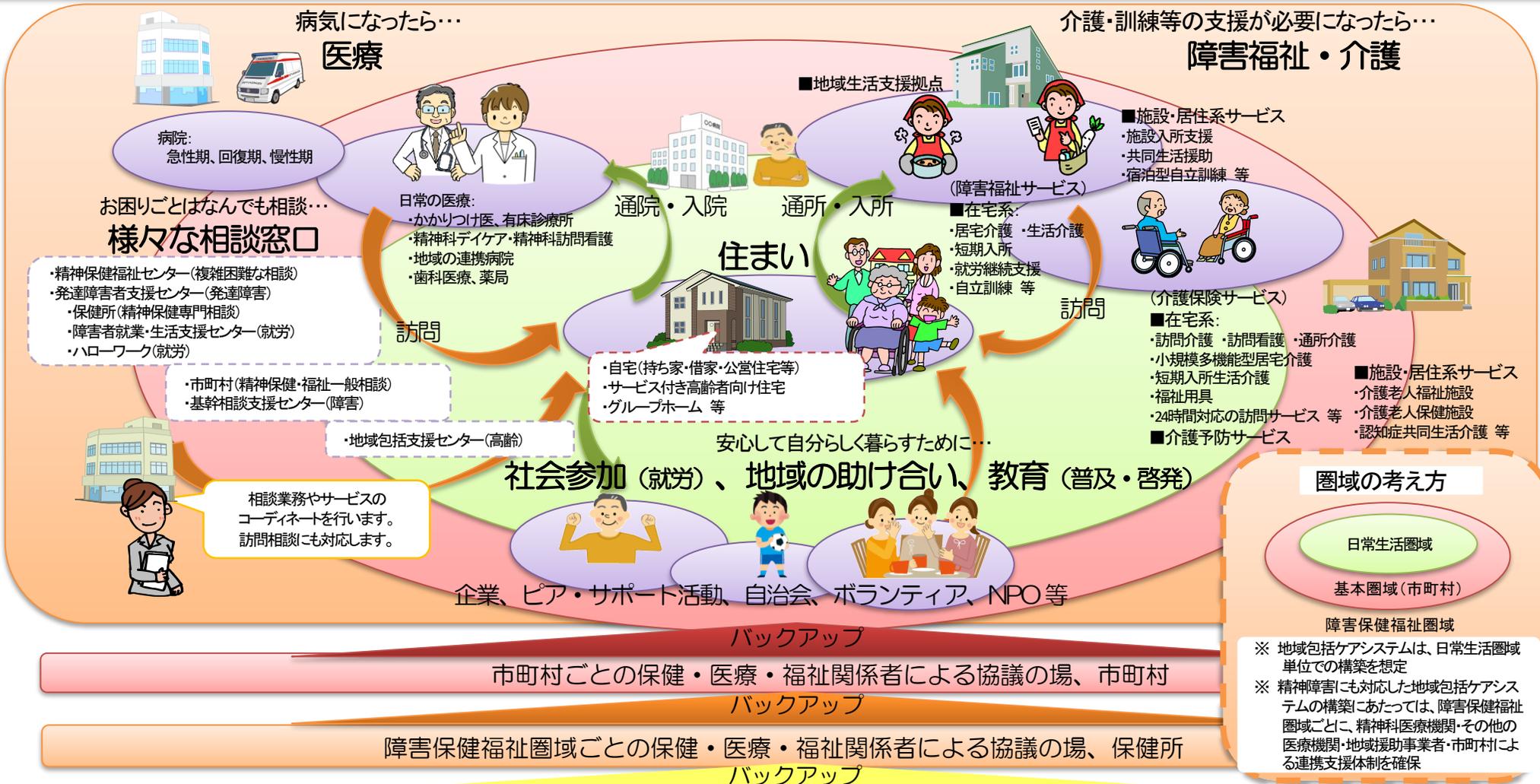
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける「社会参加（就労）」について、対極にあるのは「社会的孤立」であり、社会参加の中身として「働く」というより、社会とのつながりをどうつくるか、孤立させないかが先である。「伴走型支援」という言葉は地域共生社会の大きな理念でもあるため、社会参加を「つながり」などもう少し広い概念で捉えた方がよいのではないか。

[重層的な連携による支援体制の構築推進]

- 退院後生活環境相談員の機能等や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関して見直しなど検討が必要。
- 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の手当の際には地域保健法等他の制度とのすり合わせも必要。
- 精神保健は市町村に位置づけるということを明確にするべき。

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。

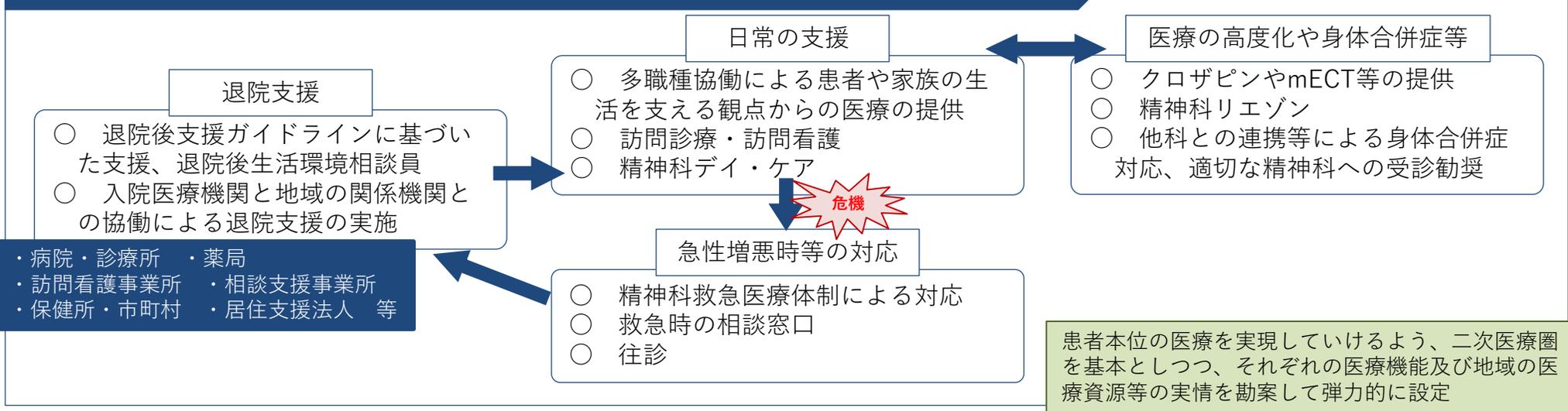


# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける 精神医療の提供体制（イメージ）

第2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より一部改変

- 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**

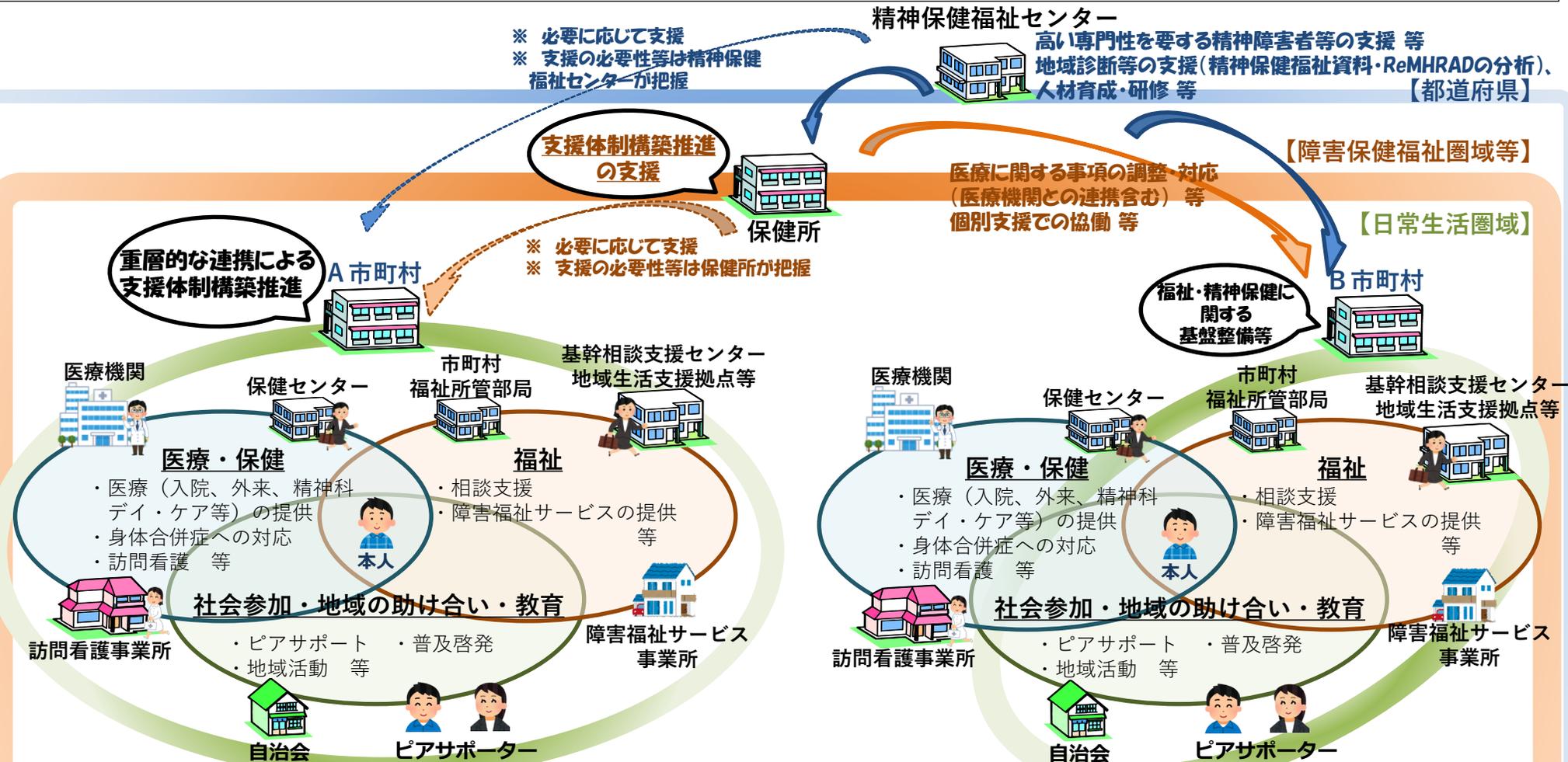
- 保健・医療・福祉等関係者からなる協議の場
- 関係機関の連携体制の構築

**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（令和2年4月13日医政地発0413第1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）

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないものであり、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。
- 構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害者等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。



## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基本的な考え方

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰も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「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。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉等関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、「地域共生社会」を実現するための仕組みであり、欠かせないものである。

## 重層的な連携による支援体制の構築推進

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの主役は精神障害の有無や程度に関わらず地域住民であり、住民の生活や地域づくりの視点をもって推進することが重要。このため、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。  
また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。
- 重層的な連携による支援体制は、一人ひとりの「困りごと」に寄り添い、必要な支援が可能となる体制が求められる。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築には、個別支援の観点と地域の課題を把握し地域づくり・資源開発（人材育成等）をしていく企画立案において重層的な支援体制の構築が必要であり、具体的に進めるためには地域精神保健の強化が重要である。
- 地域精神保健における市町村の主体的取組として、入院中の方に対して、利用可能な福祉等に関する当事者への説明も含め責任をもち、今以上に関わる体制にしていくことが望ましい。社会的な支援が必要な1年以上入院者の支援を、医療の課題だけではなく、地域の体制整備、福祉の課題でもあるということを明確にする必要がある。
- 市町村等の業務の明確化や体制強化を図り、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、当該システムの構築に係る事項や市町村における地域精神保健の取組について法的根拠を整備するとともに、「精神保健福祉センター運営要領」や「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」についても必要な手当てを行う必要がある。

## 普及啓発の推進

- 地域住民への精神障害等に関する普及啓発は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際して重要課題である。全国の自治体で取り組む仕組みづくり、予算措置を行う必要がある。
- 精神保健医療福祉だけでなく、児童福祉や教育、若年層の支援や生活困窮者支援、労働分野、高齢者福祉等に携わる相談機関に対し、精神疾患に関する知識と理解を広めることを位置づける必要があり、各分野の研修にメンタルヘルス・ファーストエイド等の活用が有用。
- 地域でのカフェ・サロンの開催等で、精神障害者と地域住民が交流している成功事例があるように、事例を示していくことも重要。

## 精神医療に求められる医療機能

※精神医療に関する事項は第7回本検討会にて議論予定。以下は、第2回本検討会意見より抜粋。

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの対象者は精神障害の有無や程度に関わらないと整理されたことから、地域で暮らすすべての人が、精神医療を含めて適切な医療を受ける権利のあることを認め、確保していくことが重要。
- かかりつけ精神科医の機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化を地域における基盤とし、必要な時に必要とされる医療が受けられる体制について、地域の患者特性や社会資源の実情に応じて構築していくことが求められる。
- 精神科の外来には精神科デイ・ケア、訪問診療・看護やアウトリーチ支援など地域の基盤となる機能が含まれ、本人が望む場所でニーズに応じた治療が受けられる体制を構築する観点から、外来機能をどう位置付け構築していくかは、極めて重要な課題。
- 精神障害者の地域生活が基本であり、在宅医療でも言われるように、「ほとんど在宅、時々入院」という状態が本来のあり方。理念上も入院治療は地域生活維持のための役割を担うという、地域から見た病院の役割が明確にされることが必要。
- 1年以上の入院者に対して、適切なアセスメントの下、医療以外の社会的な支援が必要であり、本人が医療以外の支援を求める等の場合、医療機関は市町村等に支援を求めることも重要。
- 精神科救急医療体制は地域における精神医療へのアクセスを保証するうえで、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中でも極めて重要な構成要素のひとつである。当該体制整備では、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者等の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備、身体合併症がある場合の体制整備等も重要。

## 社会参加（就労）の推進

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で「はたらく」ことは重要な機能のひとつであり、居住の場と別の場所にあっては機能せず、当事者のすぐに手の届くところに働く場所が必要となる。
- 「はたらかたい」以前には、本人の障害の受け止めやこれを外部へ明かすことへの葛藤などの思いや感情があり、これらのことを常に考えながら様々な「はたらく」ことについて地域で掘り下げていくことが重要。
- 多様な方が地域の中はたらくことで、地域の雇用や包摂に対する文化が刻々と変化、成熟していくことが期待される。
- 地域で居住し「はたらくこと」を支援するためには、障害者総合支援法や介護保険法に基づくケアマネジメントの枠組みだけでなく、全体を見ながら本人を中心に最適な人がケアマネジメントを行い、本人と伴走していくことが重要。

## 第2回検討会における地域精神医療に係る意見等

### (当事者の参画)

- 『当事者、家族の意見も取り入れ、それを反映させる形で』医療提供体制及び求められる医療機能について考える必要がある。
- 現行の「協議の場」や「関係機関の連携」は支援者主体になりがちであり、「ご本人の参画を原則とした、ご本人の希望に基づく個別ケア会議」を根本に位置づける必要がある。

### (協議の場等への精神科医療機関の参画等)

- 「障害者自立支援協議会」は地域支援課題の追求を中心的に担っている協議会であり、精神医療を生活支援の一要素として捉え、精神障害者等の支援における連携を形作るうえで極めて重要な要素であり、精神医療関係者の参画を義務化する等の措置が必要。

### (精神科医療機関と精神保健、福祉、住まい等との連携)

- 地域移行の受け皿となる社会資源の配置や機能についての評価を踏まえた施策の推進が必須であり、障害者施設や介護事業所等と医療機関の連携を更に深めていくべき。
- 生きがい、就労や余暇活動など必ずしも医療によらない事柄については、精神医療と地域相談支援等の一層の連携が必要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの観点からは、精神医療が保健や福祉などと有効な連携関係を結ぶ必要がある。退院支援だけでなく、入院外医療でも特に重症例では福祉や保健と支援を共有するなどにより、生活面での安心感を高めること、治療や支援が中断することがないように予防的な対応を充実させることが必要。
- 地域移行はもとより新たな長期入院を生まないための仕組み作りとして、日常的且つ定期的に保健・医療・福祉が地域で支える又は必要な期間のみ入院医療を活用するための協議をする場（個別のケア会議）を繰り返し行い、徹底的に横連携を図る必要がある。
- 精神医療の提供体制を検討する際には、医療提供だけでなく、訪問や相談機能などの生活支援サービスの提供体制も併せて考慮する必要がある。
- 協議の場において精神科医療機関と障害福祉サービス等事業者、居住支援協議会等と更なる連携強化を図ることとし、長期入院者の退院支援や長期在院の予防及び地域平均生活日数の長期化の推進については、新たに市町村が主体の協議の場で取り組むこととし、保健所等が協働する仕組みを構築し展開することとしてはどうか。

### (アウトリーチ支援等)

- 居住支援の観点からは、入居者と大家の安心をどのように確保するかが課題であり、緊急時のみならず日常的な精神医療へのアクセスが担保されることが重要であり、訪問診療や訪問看護などの強化が必要。
- 地域医療から支援が開始されることを想定し、市町村に地域のメンタルヘルスに責任を持つチーム（いわゆるコミュニティメンタルヘルsteam等）を立ち上げることを検討することも重要。当該チームに参加する医療機関については、例えば、「地域移行・地域生活支援事業実施要綱」に示されている「精神科地域共生型拠点病院」及び「精神科地域共生型拠点診療所」に適合していることを求める等が考えられる。
- アウトリーチ支援では、精神障害者地域生活支援広域調整等事業におけるアウトリーチ事業はほとんど実施されておらず、まずは保健師や精神保健福祉相談員、嘱託医等の訪問や医師による往診、訪問診療の更なる充実を図ることが望まれる。
- 精神科領域において地域完結型医療の考え方を念頭におきつつ、地域の実情に合わせた多職種訪問支援体制の構築を目指すことが望ましく、地域保健活動における訪問支援や福祉における相談支援と連携し展開されることが望ましい。

## 第2回検討会における地域精神医療に係る意見等

### (精神医療における「かかりつけ医」)

- 精神科かかりつけ医機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化を地域における基盤とし、必要な時に必要とされる医療を受けられる体制を構築していくことが求められる。
- これまで認知症に関しては「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や急性期医療現場の認知症対応力向上を目的とした「医療従事者認知症対応力向上研修」等が活発に行われており、精神疾患においても、一般急性期医療現場を対象とした精神疾患対応力研修の実施も有効と考えられる。
- 精神科救急医療体制の整備については、多くの精神障害を有する方等が生活することを考えると必須であり、身近な地域に夜間・休日に救急対応できる精神科医療機関を配置する必要がある。その前提として、かかりつけ精神科医による夜間・休日対応の稼働率を上げる必要がある。
- 包括的な支援は入院中や退院後だけではなく、治療開始初期の丁寧な関わりや家族等のケアラーへの支援、病状悪化の兆候が見られた場合等入院を介さずとも重要であり、本人が望む場所でニーズに応じた治療を受けられるよう、外来・在宅医療の機能強化が必要である。また、外来・在宅医療の機能強化を検討する際には、かかりつけ医機能のあり方を検討することも必要。

### (身体合併症対応)

- 近年、国民全体の高齢化が進んでおり、精神障害者の高齢化や認知症等身体疾患に伴う精神症状への対応の必要性が増している。高齢者は身体疾患を合併している可能性が高く、入院外医療や入院医療問わず身体合併症対応が重要となる。

### (ケアマネジメント等)

- 入院初期から退院に向けた取組を行うことや、退院時の協同支援、退院後支援等は個人に対して適切なケアを提供することや地域連携を図る上で重要であり、包括的支援マネジメントの更なる普及が重要。
- 精神医療の役割として、日常的な支援や急変時の支援等がある。不穏時の対応では「地域生活支援拠点等」における緊急利用の機能を活用することも見込まれるが、入院の要否の判断等のアセスメントは難しく、精神医療におけるアセスメントを明確に位置づけることが求められる。

### (精神障害を有する方等への説明)

- 入院外医療や入院医療に問わず、診察時等において本人が、障害や病気を理解・受容したり、受け止めるために十分な説明を行える時間の確保が必要。また、情報提供や実際の支援については、入院時であれば入院当初から退院まで、精神医療と行政、地域相談支援等が支援できる体制が望ましい。
- 精神科救急においては非自発的処遇が多くなることから、患者の意思決定支援や精神医療審査会機能の強化を含む、人権擁護のあり方についても併せて検討する必要がある、その際にピアサポーターの活用についても考える必要がある。

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける 精神科救急医療体制整備について

(精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ とりまとめ)

# 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救急医療体制整備

- 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救急医療体制は、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要。

## 精神科救急医療の提供に係る機能分化

### 平時の対応・受診前相談

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実
  - ▶ 保健所や保健センターからの訪問等、精神科医療機関と保健所等の協力体制、相談体制の構築、障害福祉サービス等の活用
- 精神医療相談窓口の設置、充実
- 精神科救急情報センターの設置、充実

### 入院外医療の提供

- かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応
- 相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能
- 診療を行った上で、入院の要否に関する判断を実施

### 入院医療の提供

- 平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、原則、対応要請を断らない
- 措置入院、緊急措置入院への対応が可能
- 身体合併症（新型コロナウイルス感染症を含む）への対応が可能
- ※ 地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も想定

【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【国】精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示

## 身体合併症対応の充実

- 身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図る。

### 精神科救急医療の提供現場における連携の促進



対診や訪問・電話等による助言等  
※ ICTの活用も検討



### 互いの救急医療体制の検討の場への参画

精神科救急医療体制  
連絡調整委員会等



身体合併症対応における  
課題の共有、解決策の検討等



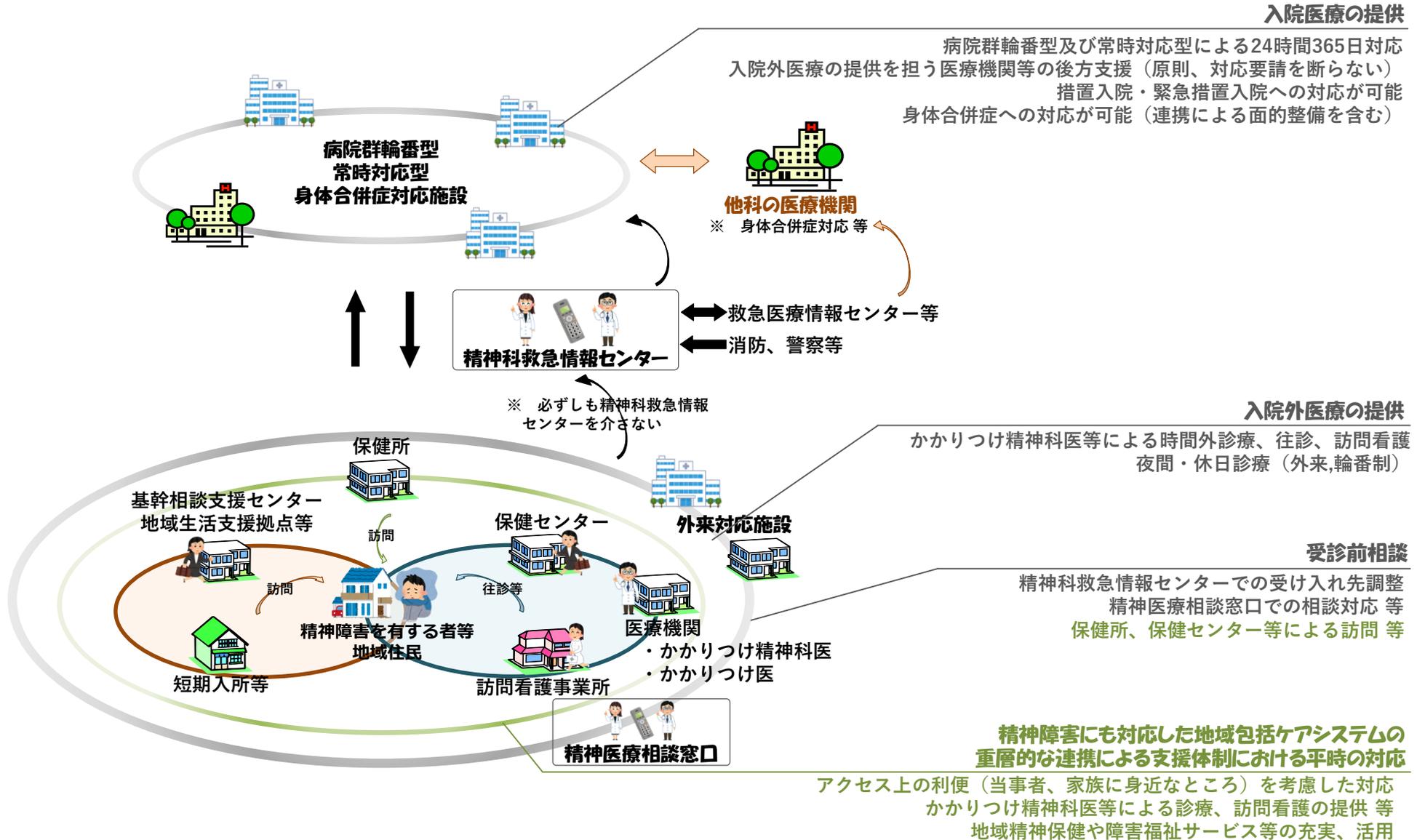
一般の救急医療体制  
における会議体

## 当事者、家族の参画

- 誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画する。

# 精神科救急医療体制のイメージ

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある



※ 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループでの意見、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（令和2年3月4日障発0304第2号）及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日医政地発0413第1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」を参考に作成

## これまでの整理と論点

- これまでの本検討会の議論において、本人が望む場所でニーズに応じた治療を受けられる精神医療を提供する観点から、精神科医療機関の外来・在宅医療の位置づけ及び機能強化が重要であり、「かかりつけ精神科医」の機能と併せて検討する必要があると指摘されている。
- 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書では、精神科救急医療体制での対応だけではなく、「かかりつけ精神科医」として、日頃の診療に加え、精神障害を有する方等が危機等の状況に陥った際にどのように対応して欲しいかを十分に把握し、時間外診療や往診等を含め可能な限りの対応の充実を図るべきと指摘されている。
- さらに、本検討会に限らずこれまで精神医療と保健及び福祉等の連携の重要性は指摘されており、精神障害を有する方等を中心とした実効性のある精神医療と保健、福祉、住まい、ピアサポーター等の連携が求められている。
- また、一般診療科におけるかかりつけ医との連携強化により地域における医療提供の基盤とし、必要な時に必要とされる医療を受けられる体制を構築していくことが求められている。
- 一般診療科との連携については精神科救急医療体制における身体合併症対応を充実する観点から、対診や訪問・電話等による助言等を行うといった取組による精神科救急医療の提供現場における連携の促進や、身体合併症対応における課題の共有、解決策の検討等を行うため精神科救急医療体制連絡調整委員会等と一般の救急医療体制における会議体における構成員が互いの救急医療体制の検討の場への参画する等の取組みが求められている。
- 入院初期から退院に向けた取組を行うことや、退院時の協同支援、退院後支援等は個人に対して適切なケアを提供することや地域連携を図る上で重要であり、包括的支援マネジメントの更なる普及が重要。また、本人を中心に最適な人がケアマネジメントを行い、本人と伴走していくことが重要。
- 可能な限り早期の退院と再入院の予防のための精神科医療機関の取組として、退院を阻害する要因の明確化、病院内外の多職種・多機関が参加するカンファレンスによる問題把握と解決策の検討の実施など、入院早期からの多職種によるケースマネジメントが行われており、再入院率の低下や退院率の上昇が図られている。
- 本人の「困りごと」を支援者で共有する取組として、地域連携パス等を活用した取組がされている。また、日常的且つ定期的に保健・医療・福祉が地域で支えることや、必要な期間のみ入院医療を活用するための協議（地域ケア個別会議）を繰り返し行い、徹底的に横連携を図る必要があると指摘されている。
- **本人が望む場所でニーズに応じた治療を受けられる精神医療を提供する観点から、「かかりつけ精神科医」の機能や対応の充実に関する指摘がされているところ。「かかりつけ精神科医」に求められる機能及び対応についてどのように考えるか。**  
また、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における精神科医療機関に求められる対応及び備えるべき機能について具体的に何が求められるか。  
更に、本人のニーズに応じた支援を提供する観点から、本人の「困りごと」について円滑な情報連携を図る方法や取組について、どのようなことが必要であると考えるか。

## これまでの整理と論点

- 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書においては、精神科救急医療施設の確保に加えて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重層的な連携による支援体制における平時の対応や受診前相談の充実についても求められている。  
具体的には、危機等の状況におかれた精神障害を有する方等及び地域住民を適切な精神保健医療福祉の支援につなげる観点から、保健所や市町村保健センターからの訪問等による支援の充実や、例えば危機等の状況に応じて行政が、地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、自宅等への訪問支援を行う体制を想定することについて言及されている。同様の事項は本検討会のこれまでの議論においても指摘されている。
- 市区町村における精神保健相談については、何らかの困難さを認識している市区町村は98%にのぼっており、困難さを軽減するための対策として「精神医療の充実」を求めており、具体的には「精神科医による往診・訪問診療等」、「児童思春期精神科医療の充実」、「精神科救急医療の充実」が望まれる事項として多い。
- 地域の訪問支援を担う機関の一つとして精神科訪問看護があり、保健所との連携状況については「困難事例の対応に関する助言を行ったり、受けたりしている」「病状悪化への早期介入・危機対応を共同して実施している」などが多く挙げられている。一方で「障害福祉に関する協働カンファレンスに参加してもらっている」「困難事例へのアウトリーチ支援を協働して実施している」などは低い状況にあった。  
また、保健所から期待されている役割としては、病状のモニタリング・病状悪化への気づきや病状悪化時の早期介入などの身近な地域の支援者としての役割や、医療・保健・福祉との連携や医療機関・主治医との連携などの地域と医療をつなぐ役割が多く挙げられている。
- **重層的な連携による支援体制における平時の対応や受診前相談の充実を図る観点から、市町村を中心として、訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、自宅等への訪問支援を行う体制を構築することについてどのように考えるか。**
- これまでの本検討会での意見として、長期在院している患者への支援について、地域精神保健における市町村の主体的取組として、入院中の方に対して、利用可能な福祉等に関する当事者への説明も含め責任をもち、今以上に関わる体制にしていくことが望ましく、社会的な支援が必要な1年以上の入院者の支援を、医療の課題だけではなく、地域の体制整備、福祉の課題でもあるということを明確にする必要があると指摘されている。また、1年以上の入院者に対して、適切なアセスメントの下、医療以外の社会的な支援が必要であり、本人が医療以外の支援を求める等の場合、医療機関は市町村等に支援を求めることも重要であることが指摘されている。
- 自治体においてはReMHRADの活用等により、入院患者へのニーズ調査等を実施し、直接、精神科医療機関へ訪問し患者本人との面接を通じてニーズに応じた支援をしている例がある。当該例において精神科医療機関は調査だけではなく、自治体へ直接患者の下に面会に来て欲しいといったことを伝達し、患者への支援に関し具体的な連携を図っていた。また、取組を通じて精神科医療機関の職員が、入院患者の想いや地域が可能な患者への支援、退院後の患者の地域生活等を知ること、更なる精神医療保健福祉等の連携の促進が図られている。
- 情報提供や実際の支援については、入院時であれば入院当初から退院まで、精神医療と行政、地域相談支援等が支援できる体制が望ましいとの意見や、精神科救急においては非自発的処遇が多くなることから、患者の意思決定支援などについても検討する必要がある、その際にピアサポーターの活用についても考える必要があるといった指摘がされている。
- **長期在院者への支援について、精神保健福祉センターや保健所の支援の下に、地域精神保健における市町村の主体的取組として、精神科医療機関へ入院している長期在院者への訪問、利用可能な福祉等に関する当事者への説明及び支援等を位置づけることについてどのように考えるか。また、市町村等からの長期在院者への説明及び支援について何に留意して進めるべきと考えるか。**
- **上記取組の推進には精神科医療機関の協力は不可欠であるが、精神科医療機関に求められることについてどのように考えるか。**

# 參考資料

# 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を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

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

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

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

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

# 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

## 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%(H28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

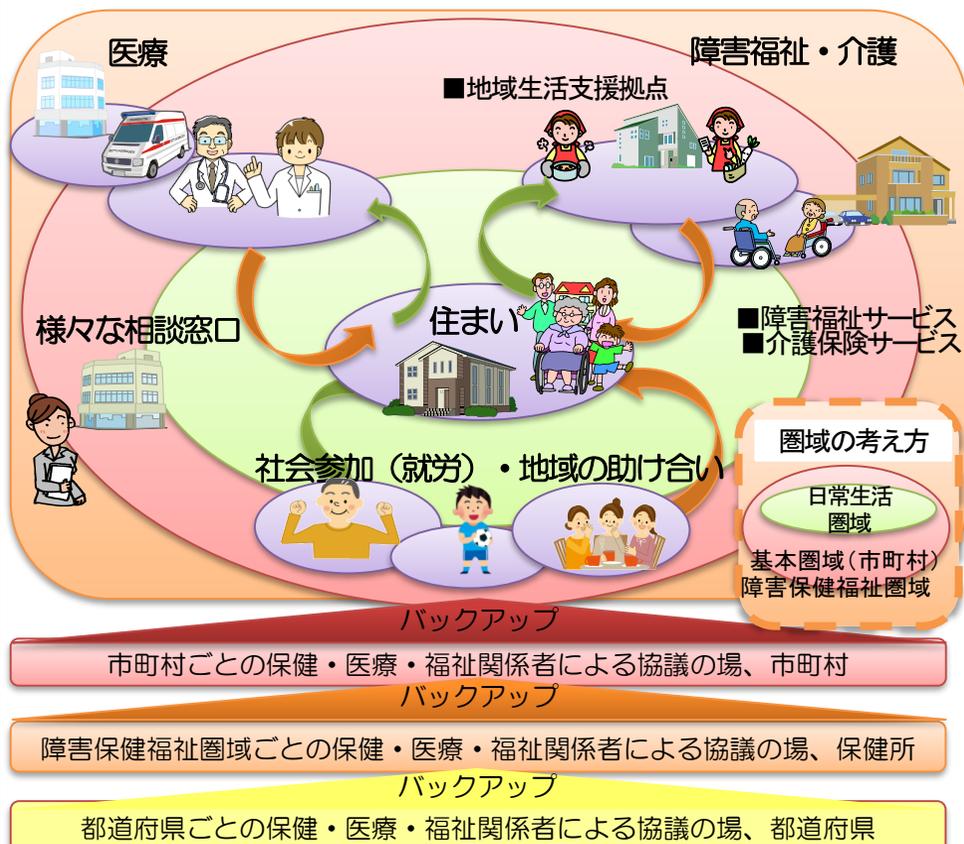
### ⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 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

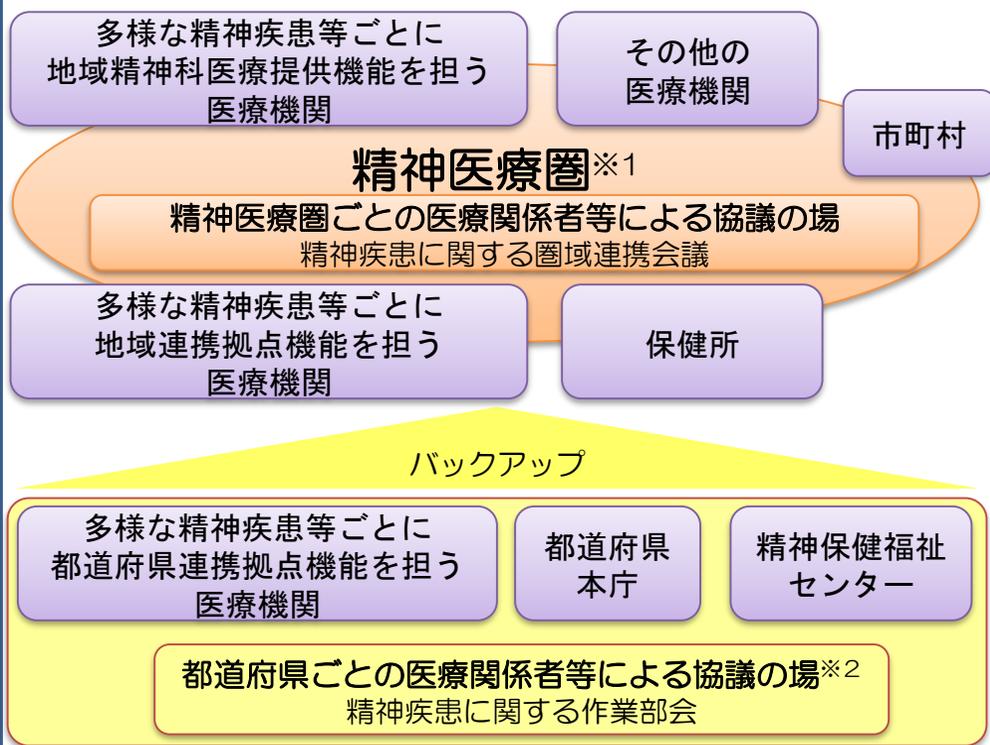
# 精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 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

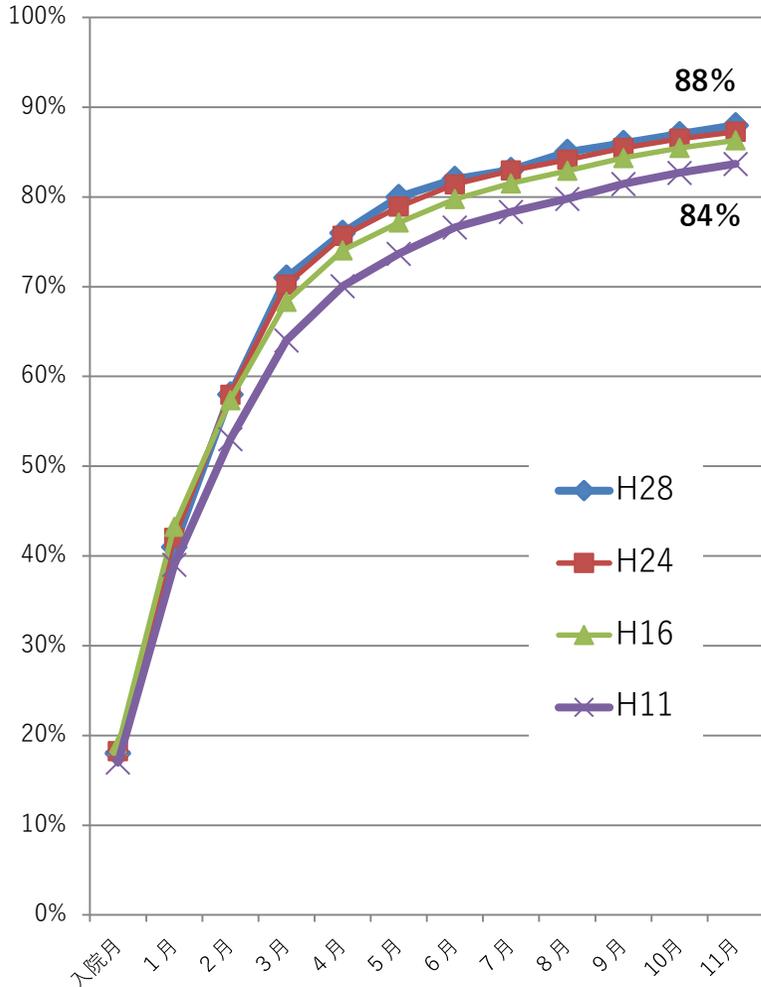


※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定

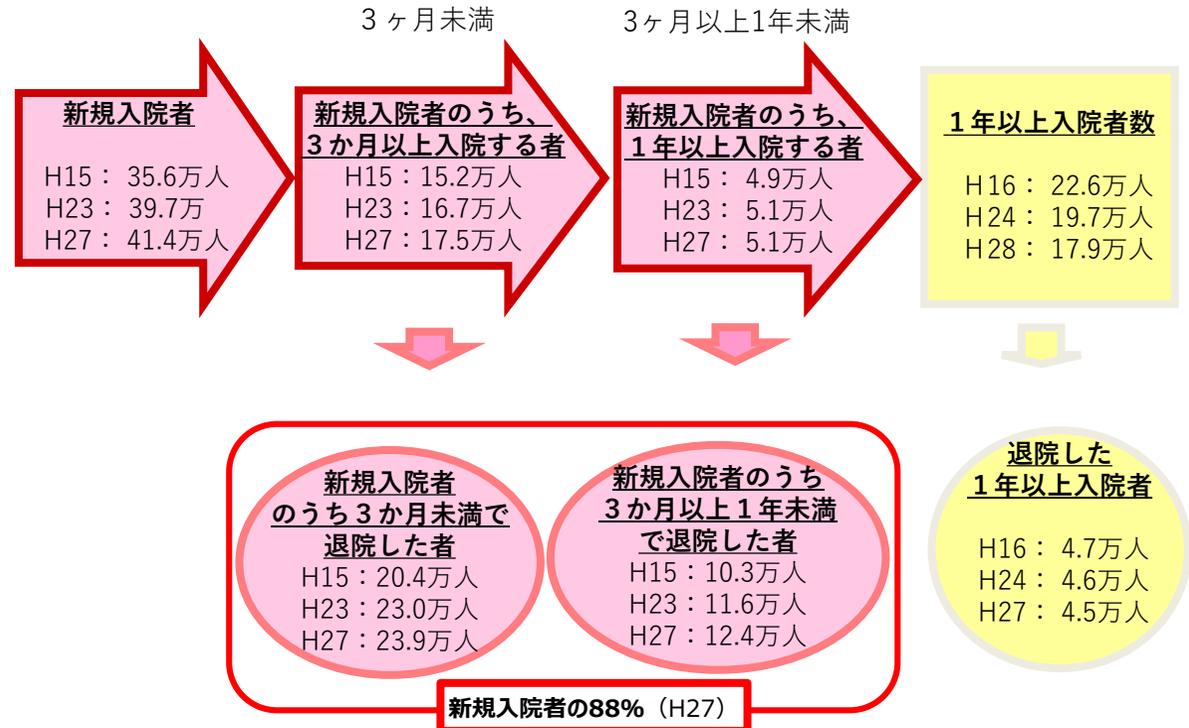
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

- 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＞



# 精神科救急医療体制整備事業

令和2年度予算額  
17億円

令和3年度予算(案)  
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

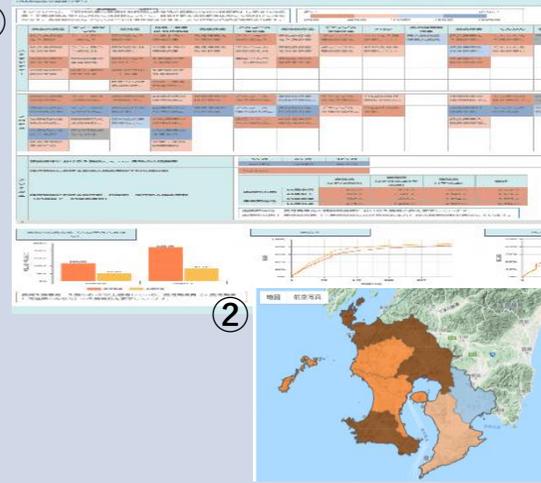
4つのコンテンツからなる地図情報を利用した、精神保健医療福祉上の情報を統合したWeb上のデータベース

## 4つのコンテンツ

### 1. 多様な精神疾患の指標 (医療計画)

精神疾患の医療体制についての指標を表示  
(主にNDBで把握) ①

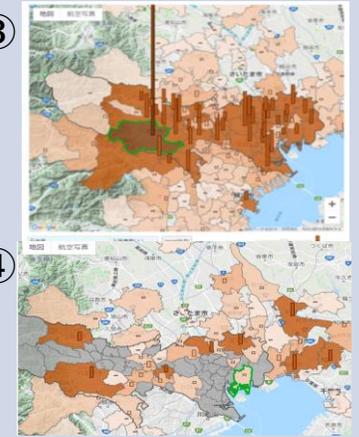
- ① 都道府県別；指標毎に、全国平均と比べた4分位で表示  
(例；鹿児島県)
- ② 二次医療圏別；指標毎に、全国平均と比べた8分位で表示  
(例；鹿児島県)



### 2. 入院者の状況

精神病床の入院者の状況を入院期間毎に表示  
(主に630調査で把握)

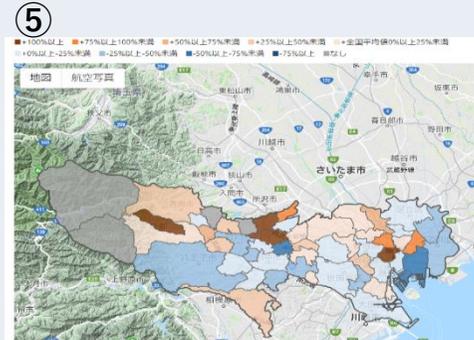
- ③ 自区市町村の医療機関に入院している患者は、どこの住民か。  
(例；八王子市)
- ④ 自区市町村に住所がある患者は、どの区市町村の医療機関に入院しているか。  
(例；江東区)



### 3. 地域包括ケアのための資源の状況 (障害福祉・訪問看護)

(主にWAMNETと630調査で把握) ⑤

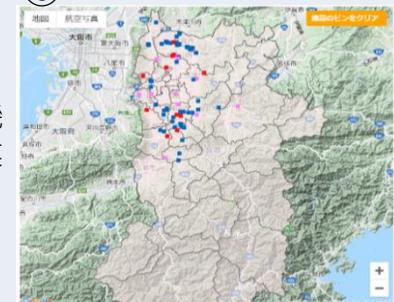
- ⑤ 区市町村別；障害福祉サービス事業所と訪問看護ステーションの設置数 (人口10万対・実数) を、全国平均と比べた8分位で表示  
(例；東京都)



### 4. 各社会資源のマッピング (医療機関・障害福祉・訪問看護)

(主に日本医師会地域医療情報システム、WAMNET及び630調査で把握)

- ⑥ 区市町村別；精神科医療機関、障害福祉サービス事業所と訪問看護ステーションの位置を表示  
(例；奈良県)

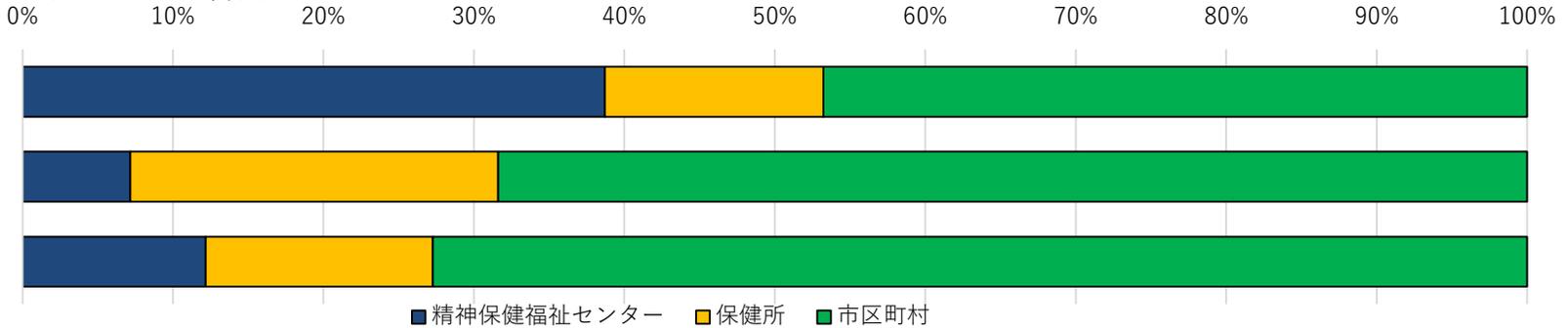


# 今後の行政の精神保健業務に関する自治体間の重層化にむけた役割分担 (各機関における実施主体の認識の比較) ①

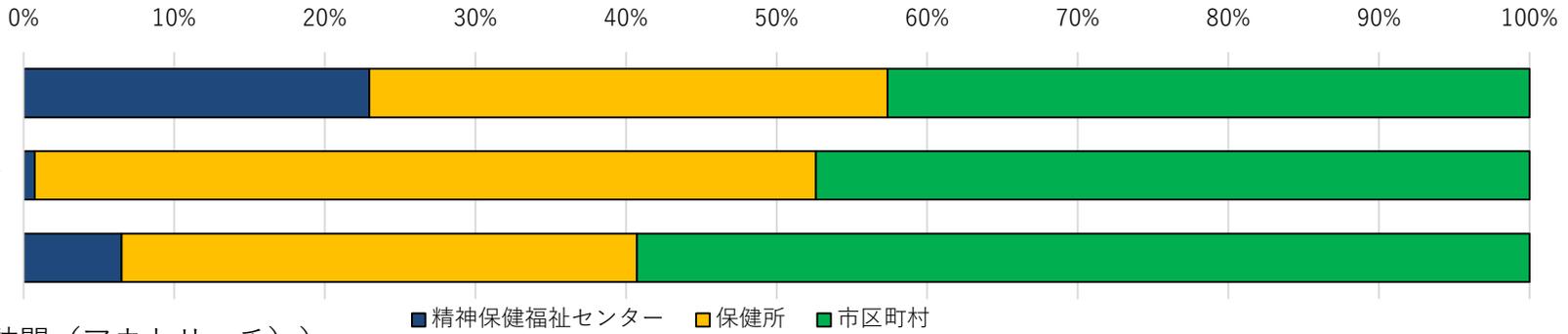
○ 「精神保健相談（電話、面接）」と「精神保健相談（訪問（アウトリーチ）」は保健所及び市区町村との回答が多いが、回答主体により認識に違いがある。

## 今後の精神保健福祉業務における役割分担（各機関において、どこが実施主体と考えているか）

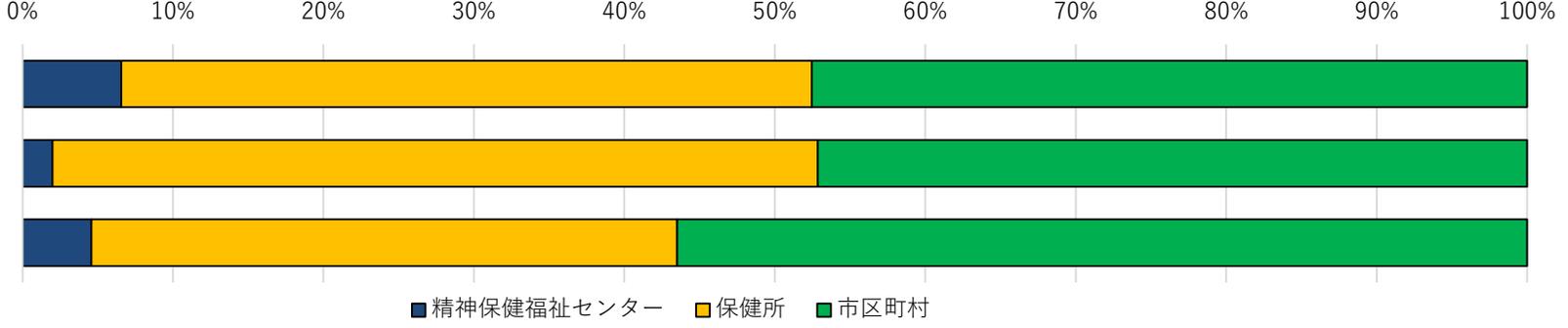
①こころの健康づくりに関する普及啓発



②精神保健相談（電話、面接）

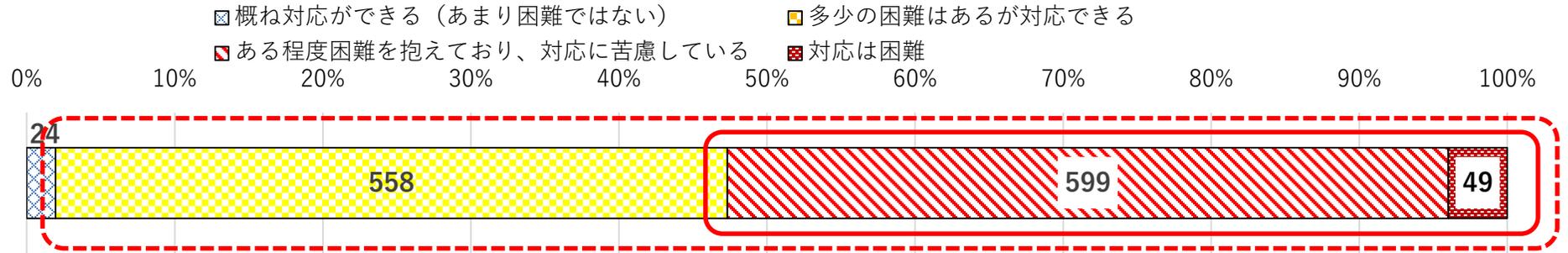


③精神保健相談（訪問（アウトリーチ））

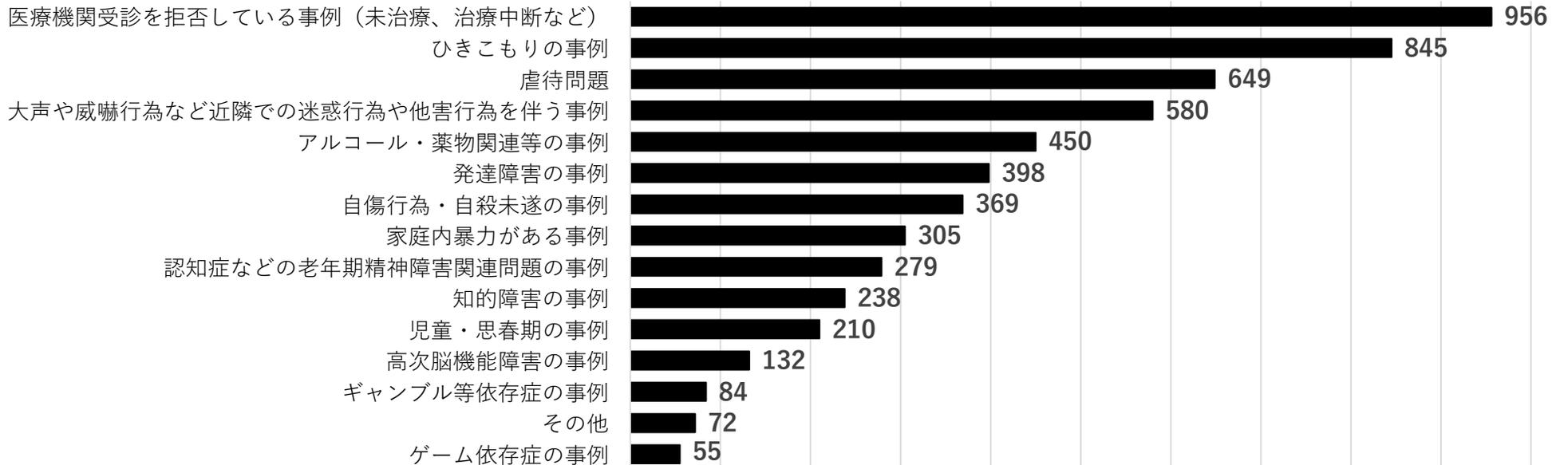


- 市区町村における精神保健相談については、「ある程度の困難を抱えており、対応に苦慮している」及び「対応は困難」としている割合が約半数を占めている。また、「多少の困難はあるが対応できる」を含めると、何らかの困難さを認識している市区町村は98%にのぼっている。
- 特に対応が困難な個別相談については、「医療機関受診を拒否している事例（未治療、治療中断など）」、「ひきこもりの事例」、「虐待問題」の順で回答数が多かった。

## 精神保健相談における対応の困難さ



## 特に対応が困難な個別相談 (複数回答可)



- 精神保健福祉相談における困難さを軽減するための対策としては「所管課の人員体制の充実」、「保健所からのバックアップ」、「精神医療の充実」の順で回答数が多かった。
- 「所轄課の人員体制の充実」では、専門職（精神保健福祉士等）の配置・充実を望んでいた。
- 「保健所からのバックアップ」では、「個別支援での協働（困難事例の調整、助言、危機介入、家庭訪問等）」が望まれる事項として多かった。
- 「精神医療の充実」では、「精神科医による往診・訪問診療等」、「児童思春期精神科医療の充実」、「精神科救急医療の充実」が望まれる事項として多かった。

### 困難さを軽減するための対策（複数回答可）

0 200 400 600 800 1000

所轄課の人員体制の充実

保健所からのバックアップ

精神医療の充実

精神医療（精神科病院、精神科診療所、訪問看護ステーション等）との連携強化

精神保健福祉センターからのバックアップ

研修機会の増加

事例検討会の増加

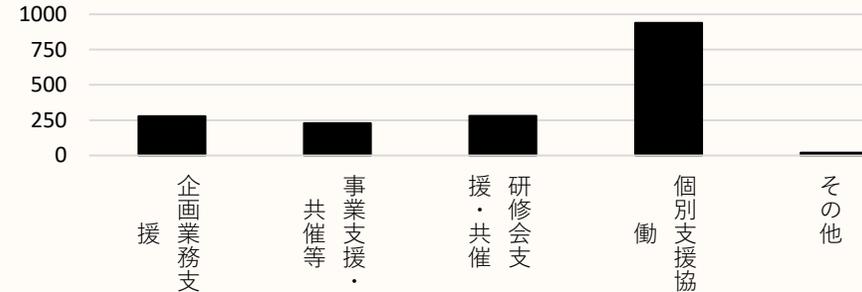
精神保健担当部署の設置

その他

### 充実が望まれる人員体制（上位3職種等）

1 精神保健福祉相談員 2 精神保健福祉士 3 心理職

### 保健所のバックアップとして望まれる事項



### 精神医療の充実として望まれる事項



# 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

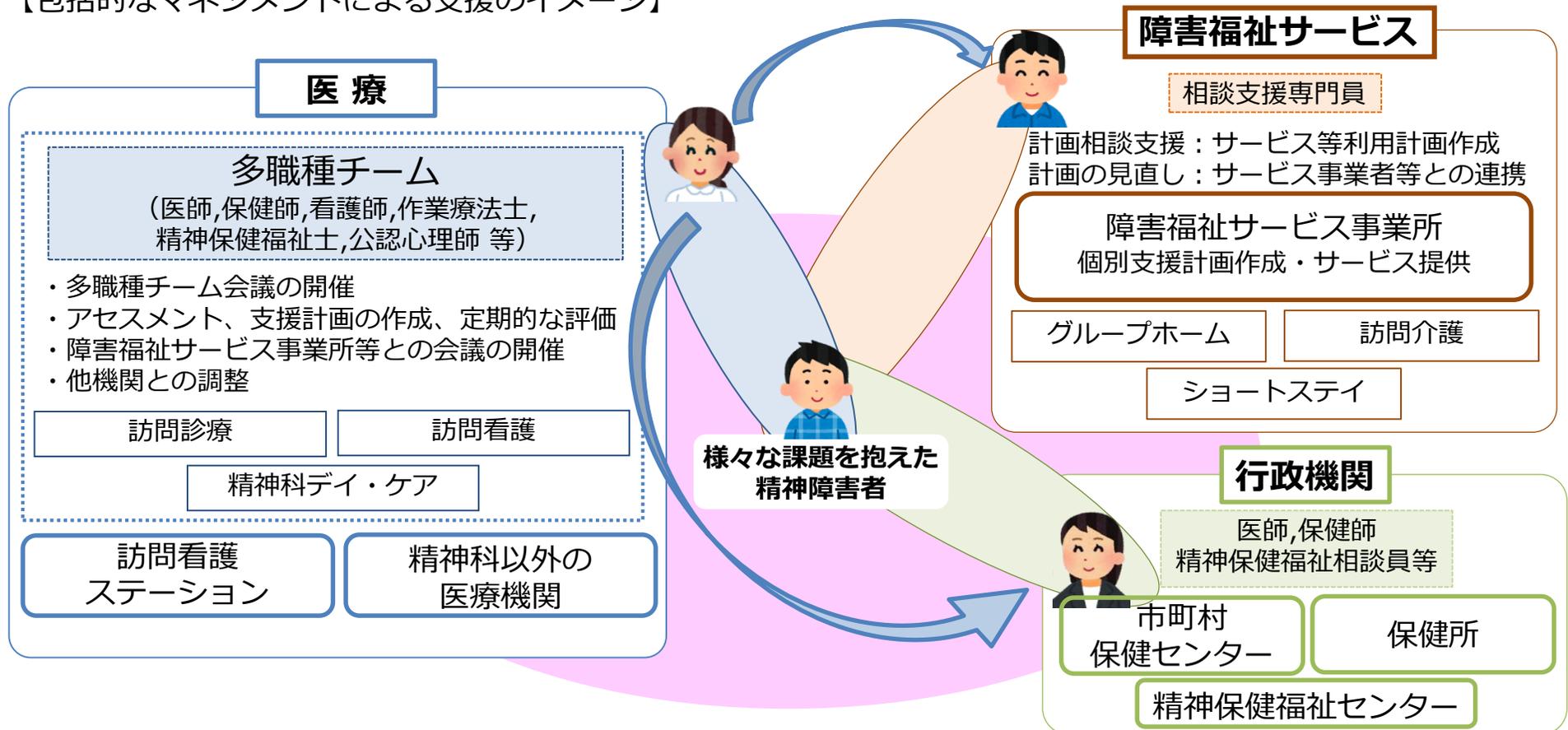
## その他の工夫

- 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へ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

# 包括的なマネジメントによる支援

- 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、地域生活支援には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

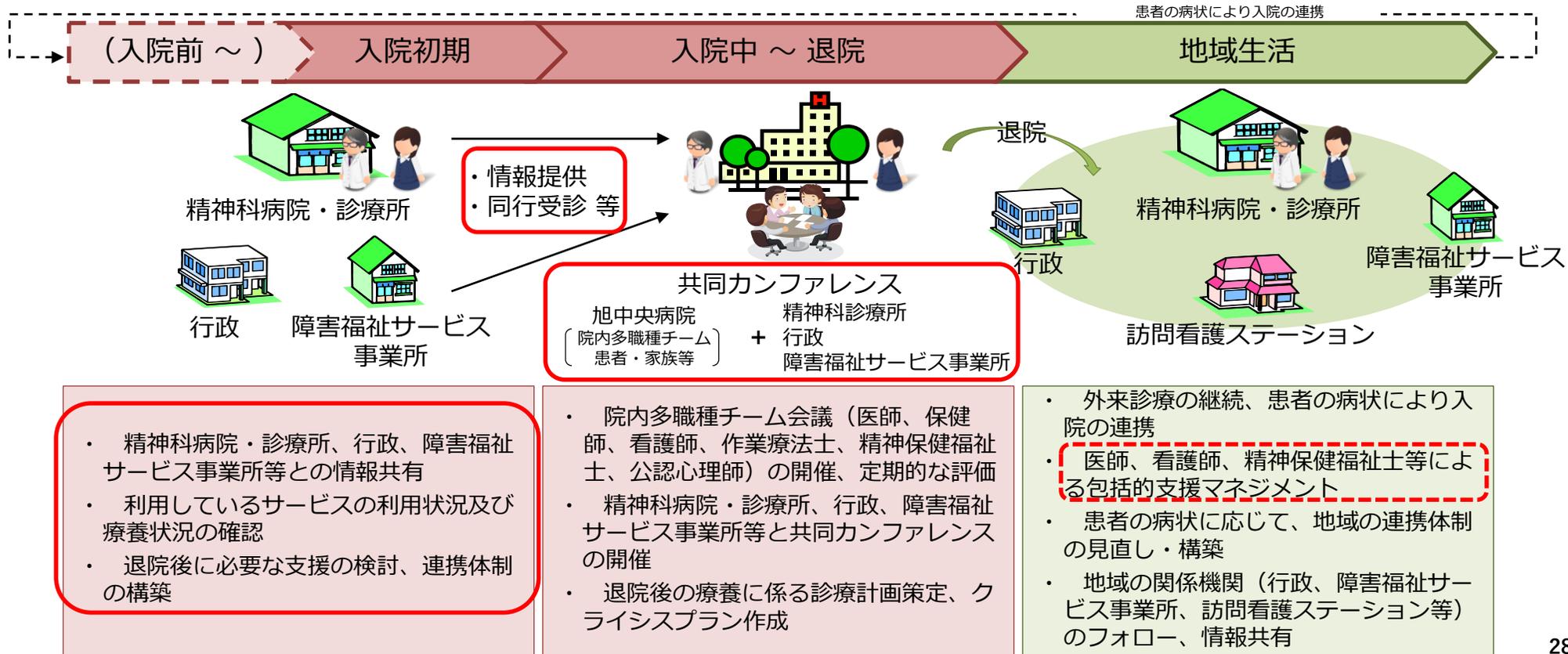
## 精神科入院医療機関と関係機関間の連携の事例

- 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）

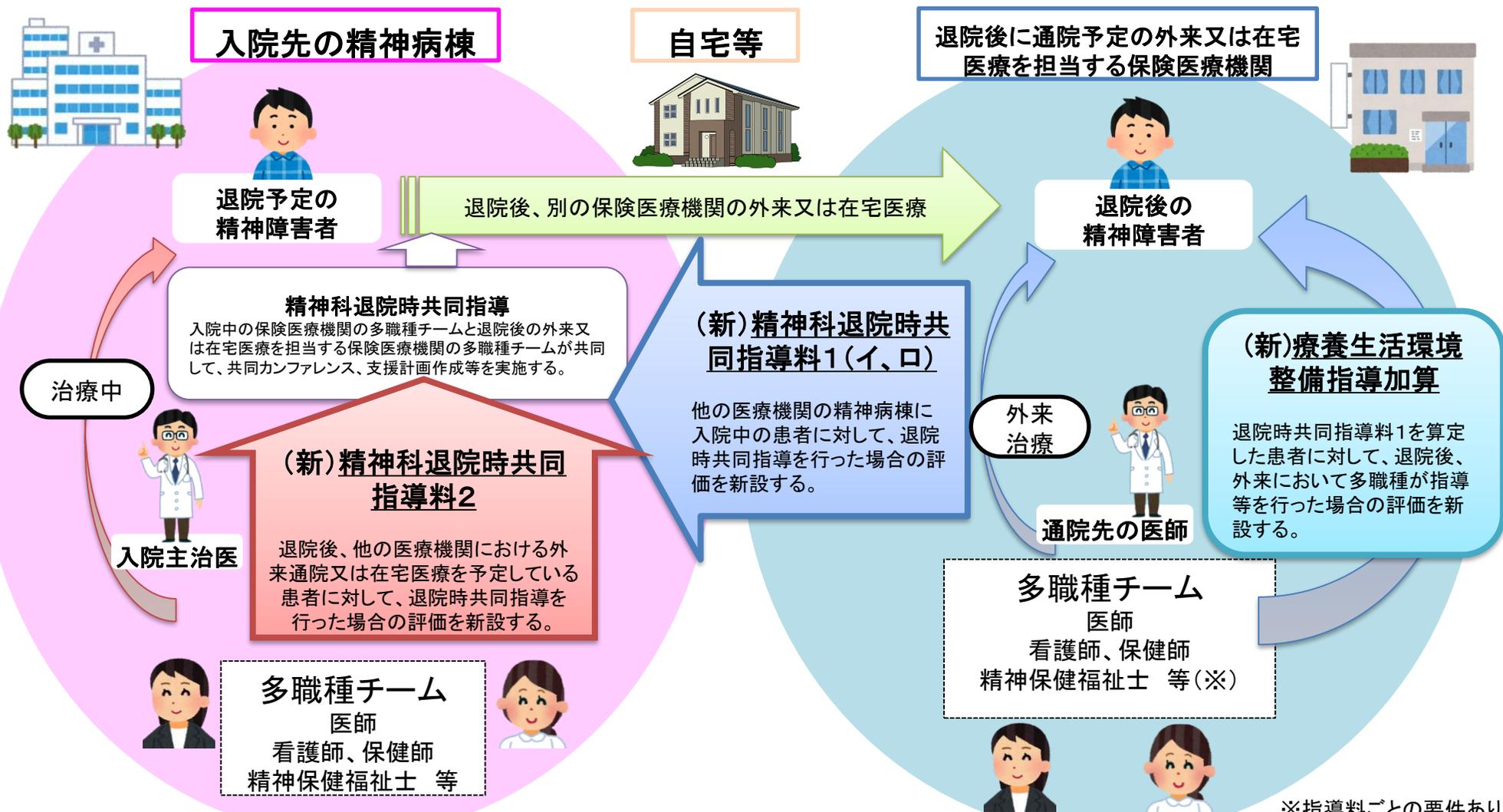
※ 精神・障害保健課作成 令和元年10月25日障害者部会資料より改変

- 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。



# 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

# 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) ・ 帰宅先 ・ 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		

# 学而会木村病院の取組

## ～可能な限り早期の退院と再入院の予防への取組～

- 多職種によるチームアプローチで、入院早期から退院後の生活を見据え、外部支援者も交えた包括的な支援を行うことにより早期退院が実現された。
- プログラムの導入により非自発入院患者の再入院率の低下が実現された。

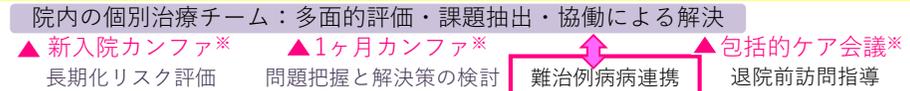
### 【医療法人学而会木村病院の基本情報】

- ✓ 千葉駅から徒歩20分の都市型単科精神科病院。開設90年の歴史をもつ。
- ✓ 半径1km圏内に行政・司法・大学・福祉機関あり、円滑な多機関連携や研究協働が活発。
- ✓ 法人内には、木村病院の他、児童外来をもつサテライトクリニック「弁天メンタルクリニック」、障害者地域活動支援センターまるめろ、ぴあサポーターと当事者が運営する共同作業所兼喫茶レストラン「らぼろ」の4施設を展開。

#### 木村病院のスタッフ構成

常勤医師：13名（精神保健指定医8名）  
 看護職：68名  
 作業療法士：4名  
 精神保健福祉士：9名（うち救急病棟専属3名）  
 公認心理師：7名  
 リハビリ支援専門員（ピアサポーター：2名）他

### 【New Long Stay 防止統合プログラムの概要】



※ 院内の全職種（医師・看護師・PSW・OT・臨床心理技術者・デイケアスタッフ）及び院外の行政、支援関係者等が、種々の診療ツール（薬物療法適正化・生活機能訓練・社会福祉制度導入）を利用する  
退院までに3～5回開催（病院スタッフが院外に出張する場合もあり）

訪問看護	遠隔診療
居住確保	就労支援

#### 迅速・円滑な地域移行・地域定着を実行するための診療システム及び診療ツール群

- ・ 精神保健福祉士をチームマネージャーとした個別治療チームによる包括的多職種治療・支援
- ・ 早期退院のための退院阻害因子の明確化
- ・ 外部支援者を交えた複数回の多職種会議による課題の検討と解決
- ・ 薬剤最適化と持効性注射薬の積極的導入による再発・再入院予防
- ・ 再燃兆候の早期発見と早期対応を可能とする遠隔診療ツールの導入
- ・ 難治性精神疾患の高度先進医療機関との病病連携
- ・ 地域移行、地域定着のための外部機関を交えた包括的ケア会議

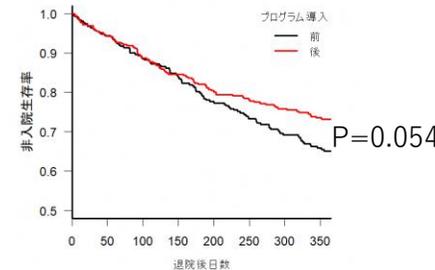
### 【退院率】 ・ プログラム導入後に退院率が上昇、New Long Stayが防止された

退院率(%)	当院		NDB*		千葉県	千葉市
			全病棟	救急入院病棟		
	2015	2018	2014-2015	2014-2015	2014	2017
入院後3ヶ月	95.8	96.5	64.1	79.2	69.0	63.4
入院後12ヶ月	98.8	100	85.7	96.0	90.0	92.1

\* 2014/4-2016/3までに新たに精神病床に入院した605,982人の患者について評価  
奥村泰之,杉山直也,野田寿恵,立森久照

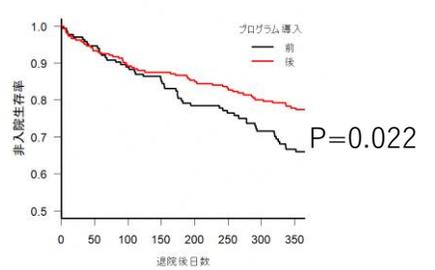
### 【救急病棟入院患者全体の再入院率】

再入院率	プログラム前		プログラム後		NDB
	N=312		N=358		
	3か月以内 %	12ヶ月以内 %	3か月以内 %	12ヶ月以内 %	
	10.8	36.5	9.3	28.0	23
					37



### 【非自発的入院患者の再入院率】

再入院率	プログラム前		プログラム後	
	N=182		N=278	
	3か月以内 %	12ヶ月以内 %	3か月以内 %	12ヶ月以内 %
	10.9	35.6	9.2	23.9



# 医療法人三家クリニックの取組

～多職種による訪問活動と地域連携でタイムリーな支援を届ける～

- 通院が困難な人、引きこもりなど、在宅での支援が必要な地域住民のために、医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士などによる**さまざまな訪問活動を実施し、本人のニーズに沿った医療・支援を提供。**
- 精神保健福祉士等がケースマネジメント及び地域とのつなぎ役を担うことにより、デイケア、精神科病院、行政機関、法人内外の地域援助事業者等における「人の輪」につなげ、**様々な社会資源による地域連携体制を構築する。**

## 【医療法人三家クリニックの基本情報】

✓ 寝屋川市駅から徒歩5分の多機能型診療所。昭和56年開設。  
 ✓ 法人内には三家クリニックの他、大規模デイケア、ナイトケア、訪問看護ステーション、医療福祉相談室、相談支援事業所、カウンセリングセンターなどを併設するほか、ひきこもり・不登校の問題を抱える小中高生者のための学習スペース、ひきこもりの子どもをもつ家族のためのプログラム等も提供。

**スタッフ構成（常勤換算）**  
 精神科医師：2.6名  
 看護師：7.3名 作業療法士：8名  
 精神保健福祉士：6.9名  
 公認心理師：2.5名  
 医療事務：8名

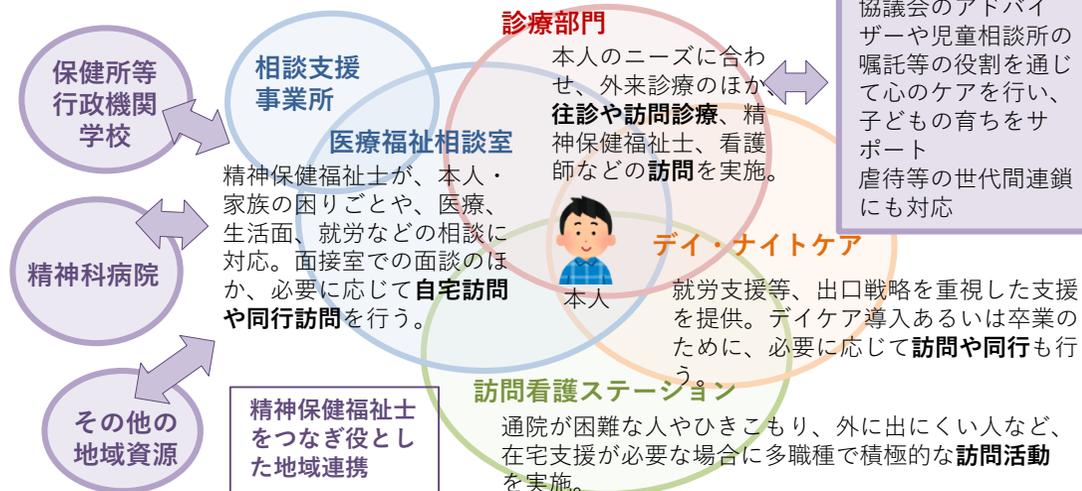
**患者数（2020年10月）**  
 外来患者数：平均71/日  
 デイケア利用者数：平均43名/日  
 訪問看護利用者数：884名

**関連団体：一般社団法人MUGEN（2018～）**

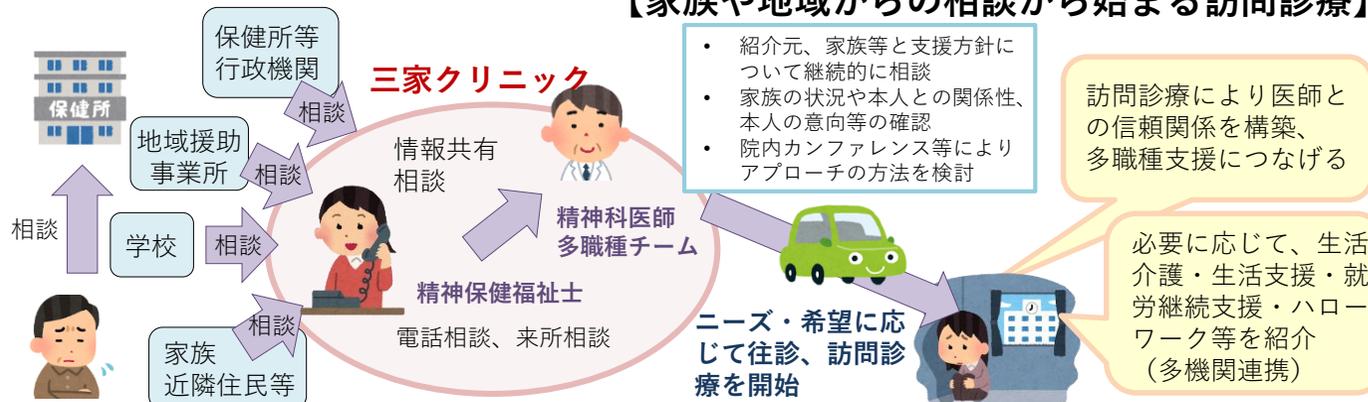
医療法人三家クリニック  
 社会福祉法人みつわ会  
 NPO法人寝屋川市民たすけあいの会  
 株式会社toitotoi

**4団体と地域住民との協働**により、障害者やマイノリティの人たちの地域生活をサポートするための各種事業（宿泊体験、研修会、イベント等）を実施

## 【積極的な訪問による法人内連携と地域連携】



## 【家族や地域からの相談から始まる訪問診療】



**2020年3月の往診・訪問診療対象者数：**

往診7名 訪問診療102名  
 （約3割は、訪問診療導入を目的とした行政、地域援助事業者等からの紹介）

ひきこもりをはじめとする、困難な事態にも声を上げられず、支援の届かない人たちの存在を認識し、時間をかけた丁寧なかかわり、社会との関係の修復を行い、その人たちの主体的で希望のある生活に向けた支援を提供。

※ ひきこもり等、医療導入が困難なケース

# 正光会/御荘診療所の取組

～法人職員が、あらゆる資源・地域住民と共に町づくりに参画～

- 精神科医療に関して、地域とかかりつけ患者に**24時間365日、持続的に責任を持ち、直接支援とマネジメント**を行う。
- 地域の精神科医療機関・精神科医療の専門家として、**地域住民と一緒に動き、考え、学び続ける**ことにより、**すべての住民が生き抜くための町づくり（環境、産業、災害対策など）に貢献**する。
- **ケースごとのモデル的実践の積み重ね**により、地域連携・協働の促進、地域資源の創出につなげる。

## 【正光会/御荘診療所の基本情報】

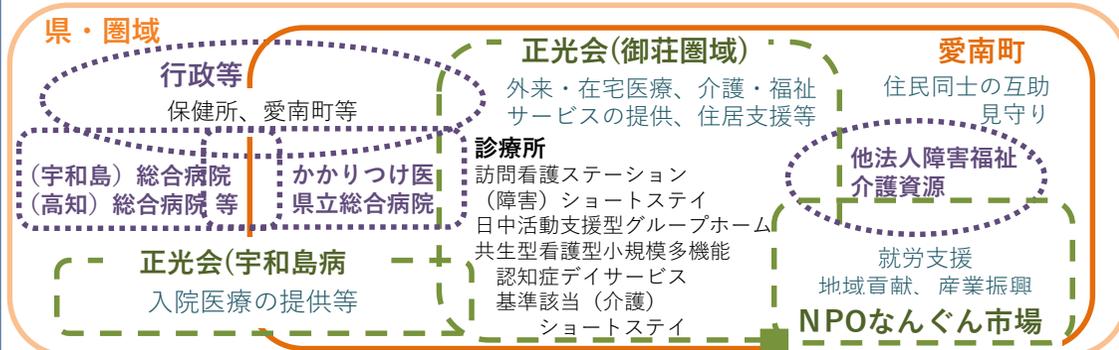
- ✓ 愛媛県南宇和郡愛南町（人口約20,495人、高齢化率44.4%）で地域精神医療・ケアを提供する精神科医療機関。
- ✓ 医療的なアウトリーチ（訪問診療、訪問看護）に加えて、本人の「困りごと」に応じて職員がアウトリーチ活動を行い、本人が住み慣れた地域での生活を支えるとともに、障害をもつ人と共に「はたらく場」を創出、町づくりに貢献。
- ✓ ショートステイを活用した危機介入を提供、要入院時は宇和島病院と連携。

### 常勤職員数

医師1名 薬剤師1名 保健師1名  
 看護師21名 准看護師2名  
 作業療法士3名 精神保健福祉士7名  
 社会福祉士1名 介護福祉士5名  
 介護職員15名 支援員・指導員6名  
 グループホーム世話人13名  
 調理師4名 栄養士1名 ほほか7名

その他、非常勤医師7名  
 法人本部所属の心理職1名

## 【法人内の人材交流と法人外資源・住民との連携・協働】



※ 法人外資源や他の医療機関、行政機関等に法人職員が積極的に出向いて風通しのよい関係性を構築、有機的な連携構築・協働を実践。

常勤職員を複数の法人内施設に非常勤登録することにより、**業務の縦割りを徹底的に排除**。日常的な人材交流、OJTによる人材育成が可能となった。

## NPO法人ハートinハートなんぐん市場（法人有志が地域住民と協働で設立）

雇用契約の締結等による就労・生産活動の機会を提供、就労に必要な知識・能力の向上のための訓練、その他必要な支援を行う。

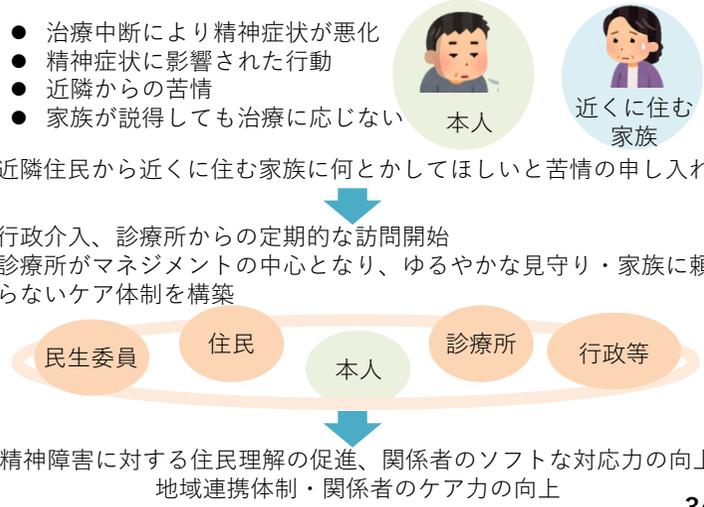
全職員 45名 うち精神障害者 24名  
 18～78歳 知的障害者 8名  
 平均51歳 身体障害者 1名

## 【あらゆるライフステージに精神科医療の専門家として関わる】

	周産期	児童・思春期	青年期	壮年期	高齢期	看取り
関係機関	愛南町 宇和島保健所	(児童発達支援センター)	就労支援施設/相談支援事業所等	介護事業所		
の精神科医療	(妊産婦健診) 産後うつ対応 乳幼児健診	発達障害者支援 児童虐待対応支援 ひきこもり・孤立支援	教育委員会 学校 養護教諭	総合病院 内科等かかりつけ医	地域包括支援センター ケアマネジャー	介護事業所
住民活動	愛南町ボランティア連絡会（子育て支援グループ/手話サークルなどの連携も）	子どもたちが自由に使えるサロンの運営 福祉リサイクル活動	「進める会」未来プロジェクト	地域のスポーツ・文化団体への参加の組織的推奨 等		

地域住民、子供たちとの出会い、緩やかな関係・つながりづくりが精神科医療の関わりやすくなる

## 【地域での実践例（実際の事例を改変）】



精神障害に対する住民理解の促進、関係者のソフトな対応力の向上  
 地域連携体制・関係者のケア力の向上

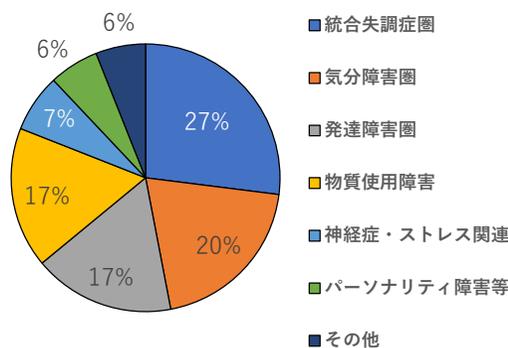
# 医療法人社団ほっとステーションの取組 ～インテンシブ・ケースマネジメントで地域生活を支える～

- 医療機関が実施するインテンシブ・ケースマネジメント（マネジメント担当者が多職種・他機関連携の調整役を担うとともに、患者に直接支援を提供する）により地域連携を促進し、**症状の程度や入院の経験の有無等に関わらず地域生活を支えるための包括的支援**を提供。
- 本人の状態像やニーズに応じたアウトリーチ重視のサービス、危機介入の実施により、**（入院の経験の有無に関わらず）重症者であっても継続的な地域生活を可能としより本人が望む生活の実現に寄与。**

## 【ほっとステーションの基本情報】

職種	常勤換算数
医師	3.54
看護師	10.1
精神保健福祉士	11.8
心理職	6.3
作業療法士	2.4
生活支援員等	3.3

平均通所者数（2020年）  
平日161.3人 土曜55.5人  
グループホーム等関連施設 4件



## 【重症者へのサービス】

支援時間が平均1500分/月以上であった14名  
（統合失調症、発達障害、物質使用障害各3名、その他5名）について分析

個別サービス提供時間の平均  
3,516分/月（1対1換算）

対象者の社会的機能（PSP）：平均49.3 過去の入院回数：平均3.6回

※参考値 救急・急性期入院患者のPSP：

入院時平均46.9（N=608） 退院時平均66.5（N=576）（山口，2020）

## サービス内容

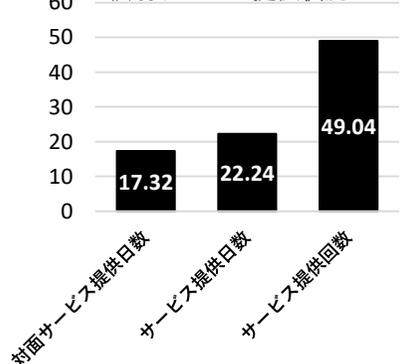
A	B	C	D	E	F	G	H	I
服薬・症状の自己管理援助(精神)	関係性構築 不安の傾聴	日常生活自立援助	対人関係の維持・構築	服薬・症状の自己管理援助(身体)	機関内の他部署・多職種との連携	ケア会議	就労・就学支援	他機関との連携



## 【インテンシブ・ケースマネジメント（ICM）の内容】

- インテーク・アセスメント、ケア計画の作成
- **他機関との連携**
- 機関内の他部署・他職種との連携
- **ケア会議**
- **関係性の構築・不安の傾聴**
- 日常生活自立支援(家事・食事・金銭管理等)
- 社会生活の援助(移動・銀行・役所の利用等)
- 対人関係の維持・構築
- 住環境に関する援助(アパート探し等)
- 就労・就学支援
- **診察同行/診察の促し・入退院の調整**
- 服薬・症状の自己管理の援助
- 家族支援

ICM提供者138名への1ヵ月間の個別サービス提供状況



個別サービス提供時間の平均  
1,568分/月（1対1換算）

※赤字は中心となる支援内容（Suzuki K, et al, 2019）

## 【効果】

ベースラインから2年間で

- PSPは49.3から51.7に改善（有意差なし）
- 単身生活者が7.1%から50.0%に増加
- 就労者割合は14.3%から28.6%に増加
- 5名が再入院（平均入院日数71.4日/年）

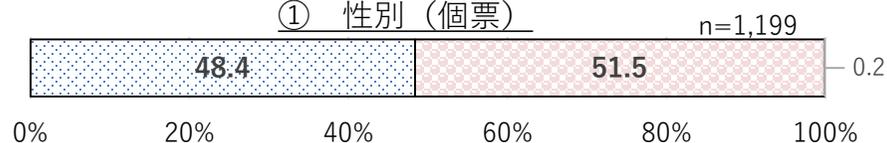
社会機能には有意な変化はないが、サービスを利用しながらより自立した地域生活が維持できている。

# 精神科訪問看護に係る実態調査（速報値）① 利用者の状況

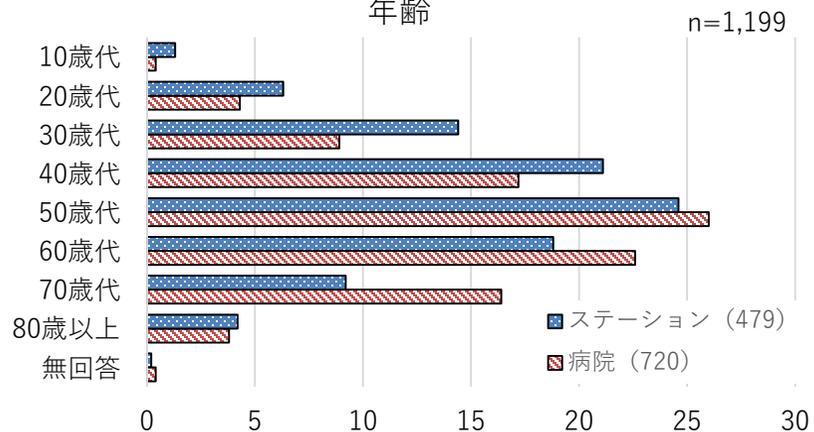
- 利用者の性別は、精神科訪問看護事業所と精神医療機関ともに男性と女性がほぼ同等であった。
- 利用者の年齢は、精神科訪問看護事業所は40歳代50歳代が多く、精神科医療機関では50歳代60歳代が多かった。
- 主病名は、「統合失調症・妄想性障害」の割合が6割であった。
- 居住種別は自宅が8割であり、世帯状況は単身が半数であった。

## 1. 利用者の状況について

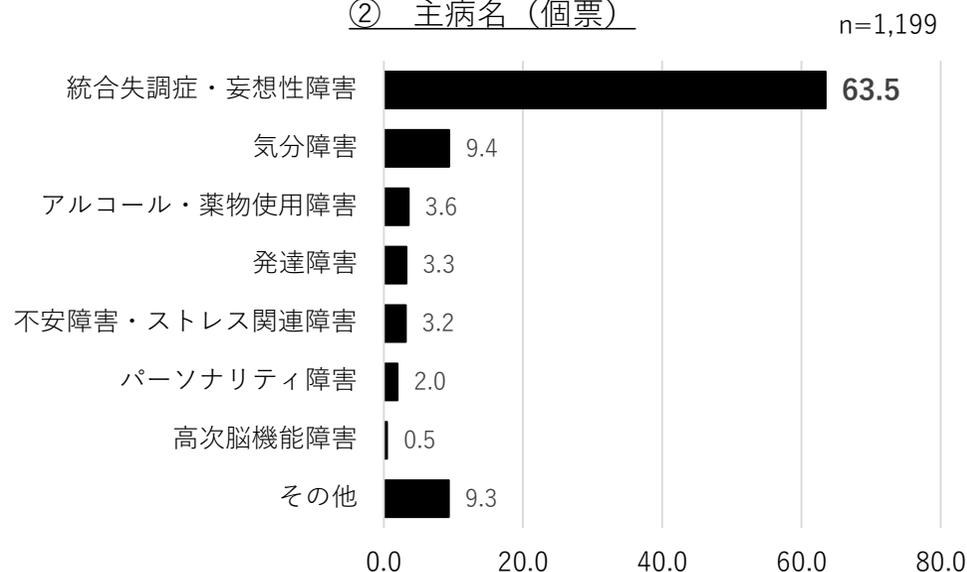
① 性別（個票）



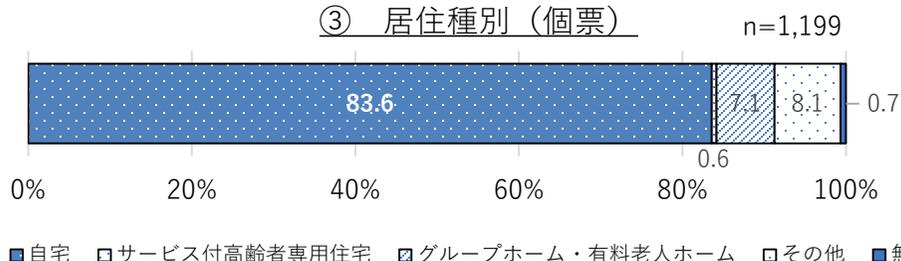
年齢



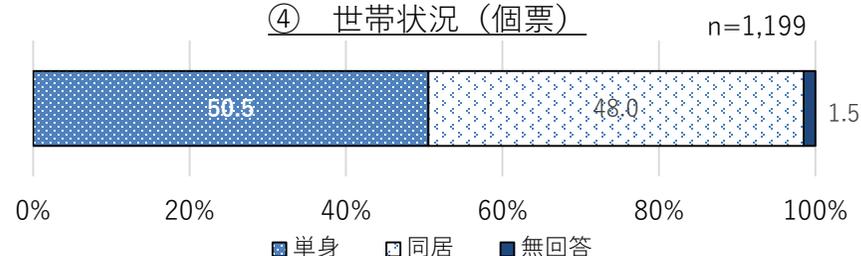
② 主病名（個票）



③ 居住種別（個票）



④ 世帯状況（個票）

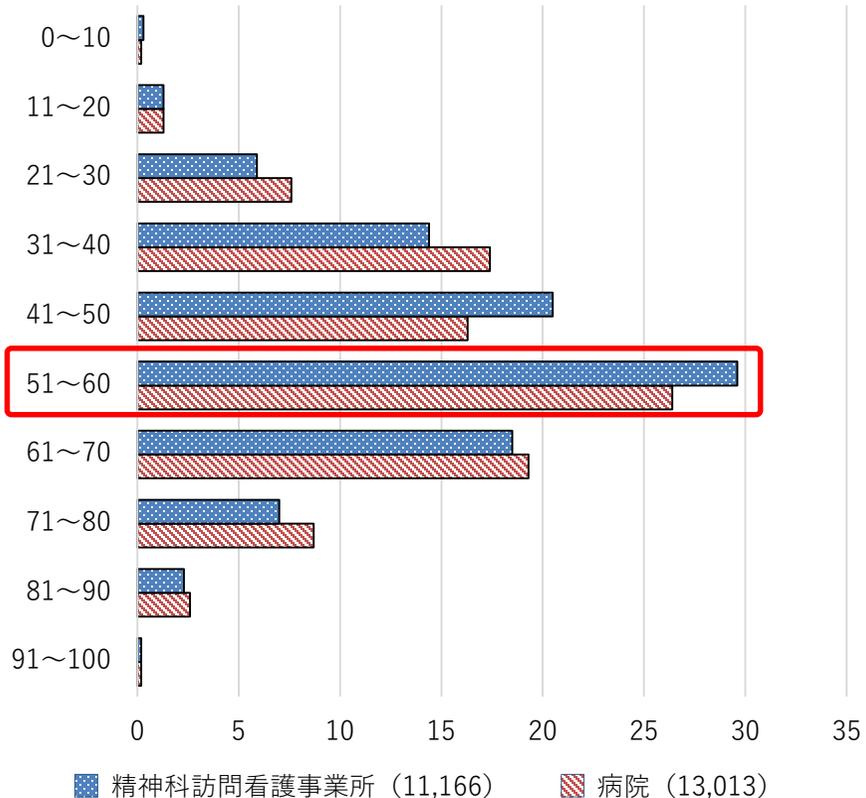


# 精神科訪問看護に係る実態調査（速報値）② 看護援助の状況

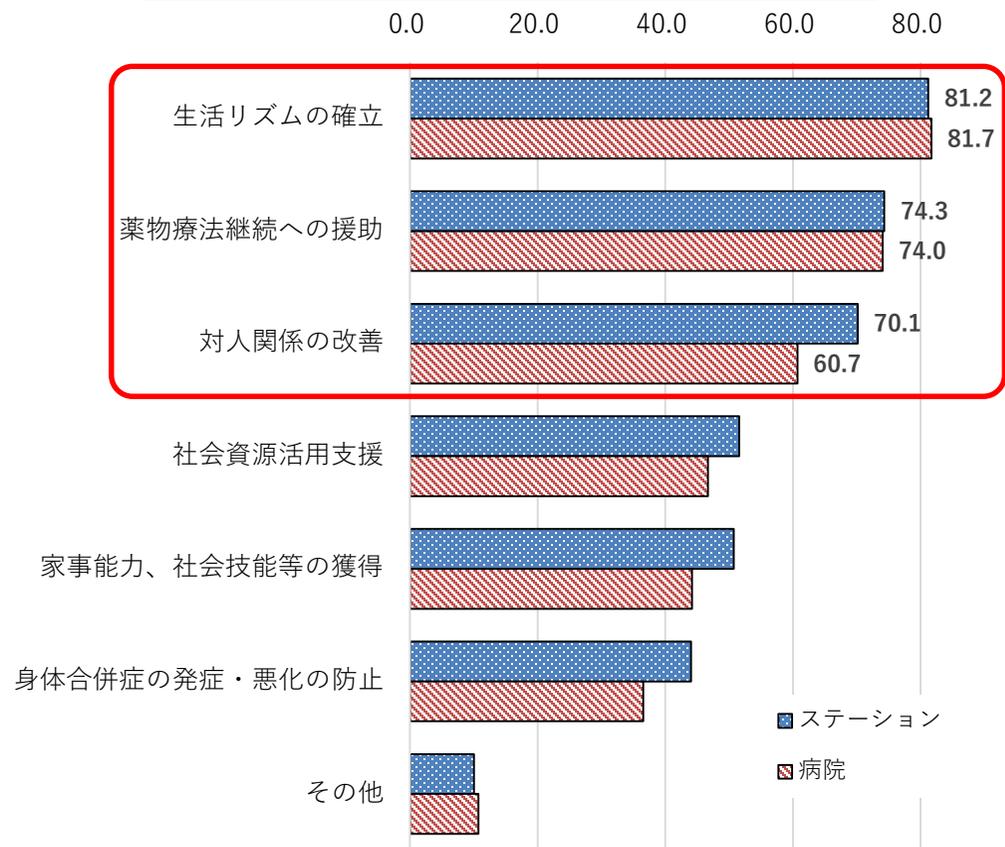
- 利用者のGAF尺度の状況は、精神科訪問看護事業所、精神科医療機関ともに「51～60」の利用者の割合が最も高い。
- 医師からの訪問看護の指示内容については、「生活リズムの確立」、「薬物療法継続への援助」、「対人関係の改善」が多かった。

## 2. 看護援助の状況について

① 利用者のGAF尺度（事業所票,医療機関票） n=24,179



② 精神科訪問看護指示書の主な指示内容（個票） n=1,199

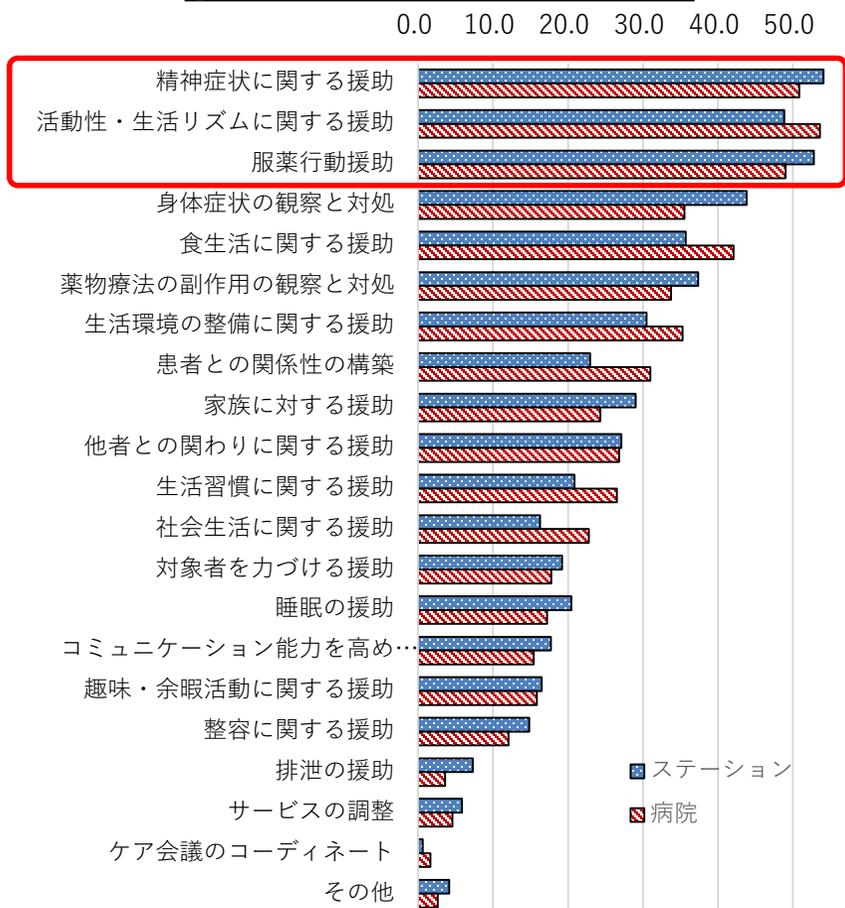


# 精神科訪問看護に係る実態調査（速報値）③ 看護援助の状況

- 訪問時に実施した援助は、「精神症状に関する援助」、「活動性・生活リズムに関する援助」、「服薬行動援助」が5割以上だった。
- また、利用者の受けているケアの認識は、「こころのケア」、「あなたを力づけるケア」、「からだのケア」、「服薬に関する手伝い」が多く、支援側の訪問時に実施した援助と同様の内容であった。

## 2. 看護援助の状況について

③ 訪問時に実施した援助（個票） n=1,199



④ 利用者が訪問看護で受けているケアの認識（利用者票） n=257

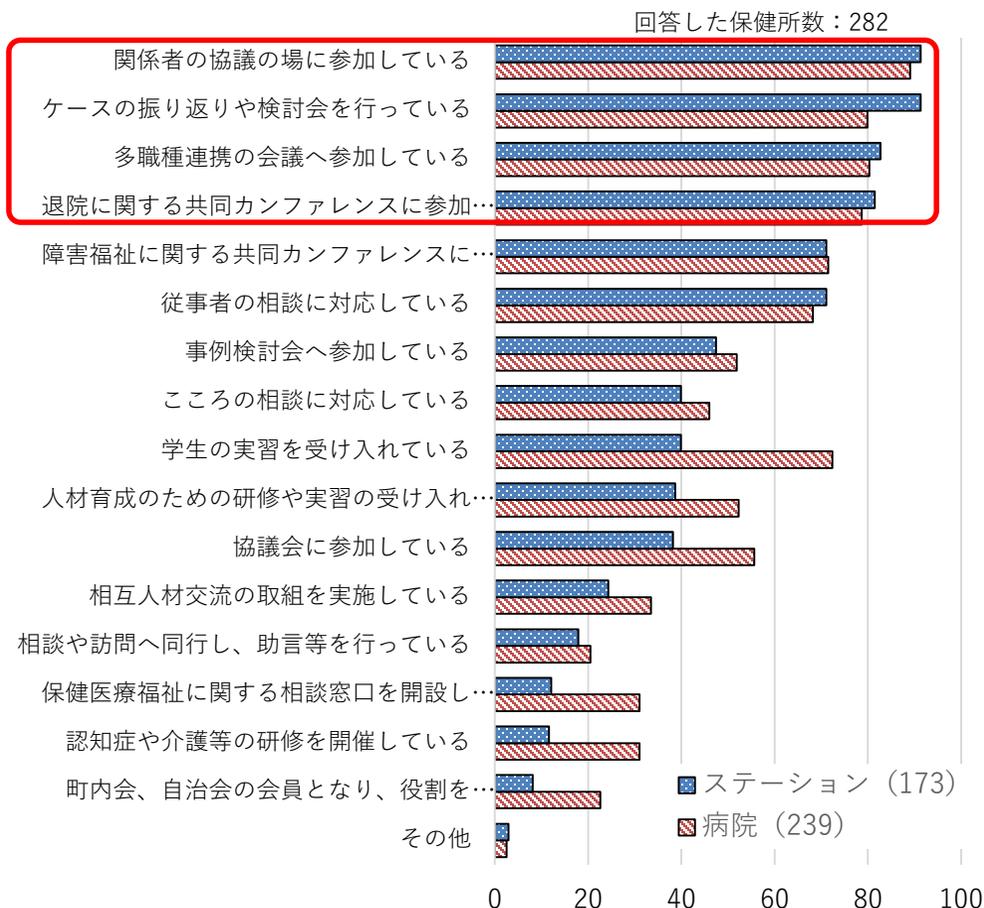


# 精神科訪問看護に係る実態調査（速報値）④ 地域での他機関との連携状況等

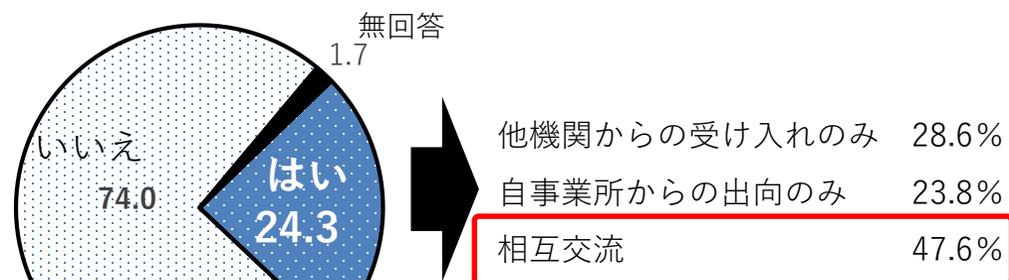
- 精神科訪問看護の地域での他機関との連携状況について、協議の場の参加、ケースの振り返りや検討会の実施、多職種連携の会議への参加、退院に関する共同カンファレンスへの参加が多かった。
- 職員の人材交流の状況について、人事交流を実施している精神科訪問看護事業所は24.3%であり、そのうち相互交流が約半数であった。
- 人材交流の対象先では、医療機関が多く、次いで障害福祉サービス事業所、介護保険施設であった。

## 3. 地域での取組について

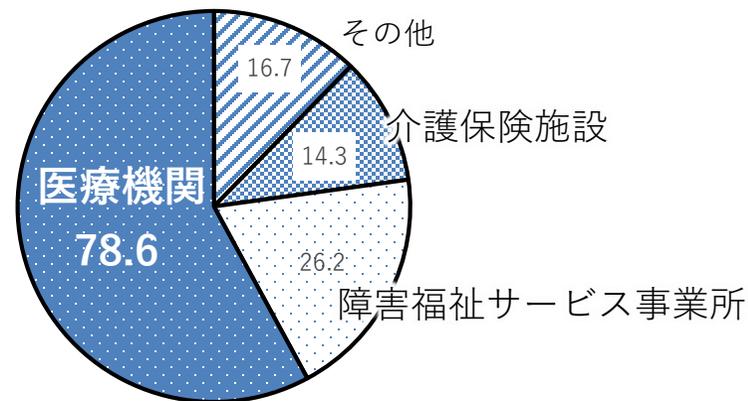
### ① 他機関と共同した取組や連携等状況（保健所票）



### ② 職員の人材交流について（事業所票） n=173



### ③ 人材交流の対象先（事業所票） n=42



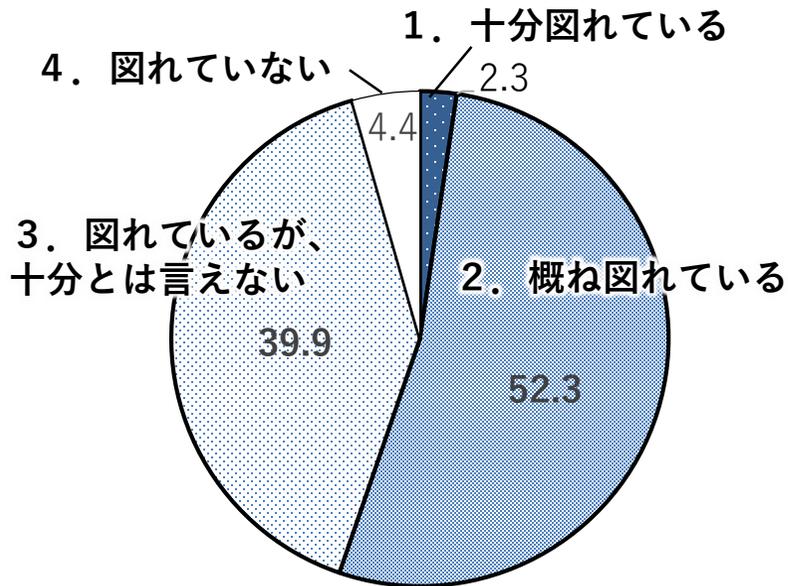
# 精神科訪問看護に係る実態調査（速報値）⑤ 保健所との連携状況等

- 保健所に対して精神科訪問看護との連携状況について尋ねたところ、「十分図れている」と回答した保健所の割合が2.3%、「概ね図れている」が52.3%と約半数だった。
- 連携に関する具体的な取組内容としては、「精神科訪問看護職員からの相談に対応している」、「困難事例の対応に関する助言を行ったり、受けたりしている」、「病状悪化への早期介入・危機対応を共同して実施している」が多かった。

## 4. 保健所との連携状況等について（保健所票）

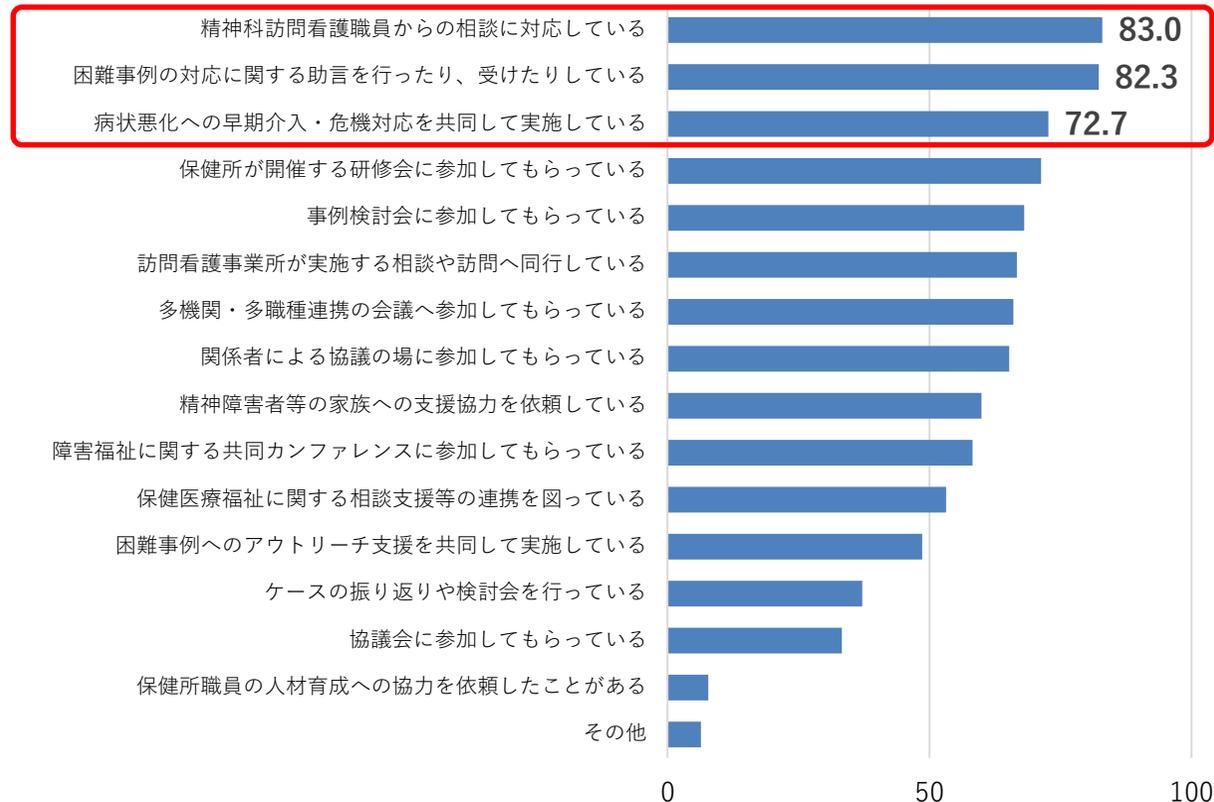
### ① 精神科訪問看護との連携状況

回答した保健所数：298



### ② 保健所の精神科訪問看護との連携状況

①1, 2, 3に回答した保健所：282



# 精神科訪問看護に係る実態調査（速報値）⑥ 保健所との連携状況等

- 保健所が精神科訪問看護に期待する役割（自由記載）については、大きく分けると「身近な地域の支援者としての役割（261）」、「地域と医療をつなぐ役割（157）」、「地域の医療ニーズに応える役割（32）」、「支援者を援助する役割（24）」という意見があった。

## 4. 保健所との連携状況等について（保健所票）

### ③ 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訪問看護に期待する役割 n=237

役割	具体的な内容
<p>身近な地域の支援者としての役割 (261)</p> 	<p>①地域生活の支援・継続 (67) ②病状のモニタリング・病状悪化の気づき (50) ③病状悪化時の早期介入 (47) ④医療継続の支援 (33) ⑤服薬支援 (28) ⑥精神科訪問看護としての専門的関わり (27) ⑦身体面の管理 (9)</p> <p>①地域生活の支援・継続 ・訪問看護は障害を持ちながら地域で生活する方々にとって身近な存在であり、訪問看護担当者は対象者の普段の様子を知っていることから、地域での支援において核になる存在である。 ②病状のモニタリング・病状悪化の気づき ・精神障害は医療の継続が必要であり、病状悪化を要因とする通院の中断も多い。体調管理や服薬管理を通して当事者のQOLの向上に寄与する役割は大きい。</p>
<p>地域と医療をつなぐ役割 (157)</p> 	<p>①医療・保健・福祉との連携 (75) ②医療機関・主治医との連携 (27) ③ケア会議や情報共有 (23) ④協議の場・システム作りへの参画 (20) ⑤保健所との連携 (12)</p> <p>①医療・保健・福祉との連携 ・良好な関係の維持継続の中で、本人の状態悪化にいち早く気づき、医療、保健、福祉の連携の入口となる存在であってほしい。 ④協議の場・システム作りへの参画 ・精神障害者の地域生活を支える機関として、地域包括ケアシステム構築の協議の場で日々の業務で感じる課題を出してもらい、どのような役割が担えるのか積極的に意見をもらえると有難い。</p>
<p>地域の医療ニーズに応える役割 (32)</p> 	<p>①困難事例への支援 (14) ②アウトリーチ支援 (10) ③家族支援 (8)</p> <p>②アウトリーチ支援 ・精神科訪問看護だけではなく、地域の未治療者、要治療者の把握に協力してほしい。利用者の病状悪化時への早期対応（医療機関への情報共有、ケア会議への参加等）。</p>
<p>支援者を援助する役割 (24)</p> 	<p>①訪問看護の対象や量の拡大 (10) (ピアサポーターとの協働を含む) ②福祉関係者への助言 (6) ③教育的関わり (5) ④多職種による支援 (3)</p> <p>②福祉関係者への助言 ・ヘルパー等の福祉サービス事業者に対して、対象者への病気の特徴に応じた接し方など指導・助言をお願いしたい。</p>

分析方法：自由記載をカテゴリー化。nは回答者数。（ ）はコード数。

# 宮崎市の取組事例

- 市の自立支援協議会地域移行支援部会の活動の一環として、宮崎市保健所を調査元とした市内の精神科病院への調査を実施、医療スタッフが入院患者本人用アンケートの回答をサポートし、入院患者の想いを知ることで、退院支援の意欲喚起につなげる。
- 調査結果をもとに地域移行支援の数値目標を設定し利用者を増やすための取組を実施し、さらに調査結果・分析に基づいた地域移行支援に取り組むためのヒントや効果などを分かりやすく伝えるガイドブックを作成、関係機関研修や勉強会で活用。

## 宮崎市自立支援協議会『地域移行支援部会』

### 【部会の主たる目的】

- ・医療と福祉の顔の見える関係づくり
- ・地域移行支援の支給決定数（ケース）を増やす
- ・宮崎県自立支援協議会との連動

⇒ 宮崎県自立支援協議会  
精神障がい者部会下部組織にて、多職種連携研修会を実施

### 【活動内容】

情報共有・意見交換会  
事例検討会・ケース報告会  
出前事例検討会・院内研修会  
シンポジウム・啓発用VTRの作成

### 【部会メンバー（官民協働）】

・看護師、PSW、OT  
・保健師 ・市障がい福祉課  
・地域援助事業者 ・基幹相談支援センター  
・精神保健福祉センター ・看護大学教員  
・当事者 ・不動産業者  
・市会議員 他

## 長期入院精神障がい者に関する実態調査（平成27年度宮崎市保健所実施）

### 【調査目的】

宮崎市における精神科長期入院患者の現状と退院に関する意識を明らかにするとともに病院スタッフの地域移行への意識調査を行うことで、今後の地域移行支援の手立てを考える資料を得る。

### 【調査対象医療機関】

宮崎市内の精神科病院 7か所

### 【調査対象者】

市内の精神科病院に1年以上入院を継続している市民

### 【調査内容】

A票. 入院患者アンケート（本人回答用） B票. 入院患者アンケート（病院回答用）  
C票. 宮崎市における長期入院精神障がい者に関する実態調査票

### 【調査結果】

- 市内の精神病床数 1,370床 入院患者数 約960人
- 1年以上入院を継続している患者数 514人 内65歳以上 304人（59.1%）
- 退院の意向 退院したい 111/188人

## 宮崎市における長期入院精神障がい者に関する実態調査に係る作業部会

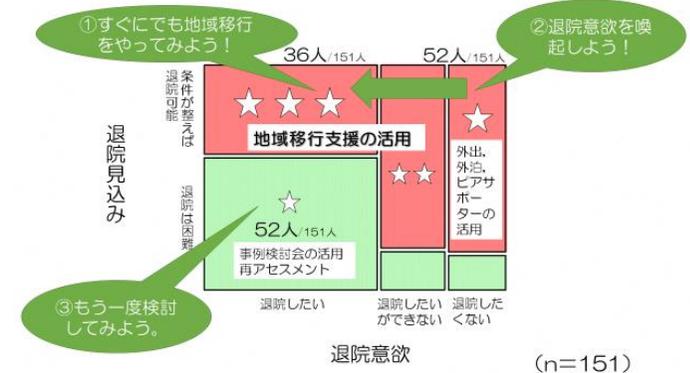
- ◎調査項目の相関性について、分析、検定（例えば、入院期間と退院意欲の関係、退院意欲と外泊の関係等）
- ◎調査結果と地域移行ができた背景を重ねて地域移行が推進できるための資料作成を行う。
- ◎更に調査結果を分析（例えば、外出頻度と入院の長期化の関係性など）を報告書としてまとめ、数値目標の検討や保健・医療・福祉の関係機関の職員向け研修等に活用。

### 【調査の効果】

- ・長期入院者の実態を知ることのできるくらい支援を必要としている方がいるかを把握し、数値目標を定めることができるだけでなく、調査のプロセスや協議の場における作戦会議で官民が協働するためのツールとして活用することができる。

### 【今後の取組】

- 障害福祉課、健康支援課（保健所）も部会に参加、それぞれの病院の特徴を考慮しながら、医療と福祉の連携シート作りを開始。
- 令和2年10月（前回調査から5年）に保健所から病院に対し再調査（市長名で依頼文を发出）を実施。令和3年1月より回収、集計・分析を行う予定。
- 地域移行支援が必要な人の実態を把握し数値目標を定めるとともに、調査内容の見直しのプロセスで各関係機関、多職種の視点の違いや当事者のニーズを意識したことで、関係機関の役割がより明確になった。今後も支援に取り組むために官民が協働するためのツールとして活用していく。



# 世田谷区の取組事例①

- 令和元年、リムラッドにより把握した区民が長期入院している病院に調査票を配布し、患者の入院状況や退院意欲などの状況について実態を把握、その結果を踏まえ、入院者への支援及び支援体制の検討を行った。
- 調査結果に基づき、長期入院者への訪問支援事業を開始、区委託相談員による訪問支援及びピアサポーターによる動機づけ支援を実施。

## 長期入院者に関するアンケート調査

### 【調査対象】

全国の精神科病院のうち、区民が1年以上入院している自治体に所在地がある病院308ヶ所（都内95ヶ所、都外213ヶ所）の入院患者586人

### 【調査項目】

属性・経済状況・入院状況（入院形態・在院機関）  
 病院から見た患者の状況（退院の見通し・帰宅先等）  
 退院に向けた患者の意思

### 【調査結果】

回収率：64.8% 都内入院者：219名  
 ・受け入れ条件が整えば退院可能：138名  
 （内、退院の意思あり66名、不明43名）

### 調査に基づく支援の方向性（イメージ図）



## 長期入院者訪問支援事業

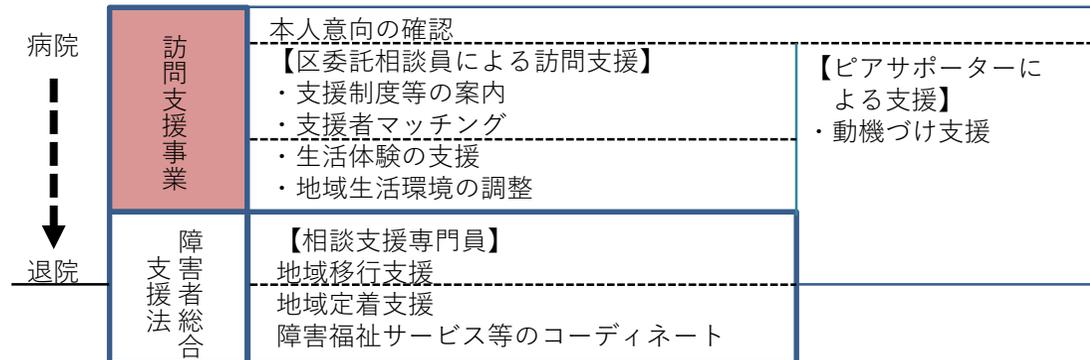
### 【概要】

・退院の意欲や能力はあるが自力で地域生活を開始することが難しい長期入院者を対象に、退院に向けた動機づけや生活のイメージを作り、生活環境の調整など地域生活への移行を支援することで、希望する地域生活の実現に繋げ、権利擁護を図る。

### 【方法】

- ◎区委託相談員による訪問支援
- ・訪問の了解を得られた精神科病院を区の保健師等が訪ね、事業の概要を説明、長期入院者への訪問について了解を得る。その後、区が委託する相談員が各病院を訪問して、本人の意向を聞き取ったうえで支援を行う。
- ◎ピアサポーターによる支援
- ・入院経験を有するピアサポーターとコーディネーターが2人体制で病院を訪問し、自らの経験や地域での暮らしを話すことで、退院に向けた動機づけを支援する。

### 【事業内容・支援の流れ】



### 【今後の取組】

- 本取組により退院された当事者が、地域で孤立したり、困窮することがないように、住まいの確保、日中活動等の充実、相談支援チームの構成、経済的支援、地域保健・医療の充実、緊急対応の体制整備、必要な人員確保のための取組を進めていく。
- 当事者がピアサポーターとして社会参加する機会の拡充にむけて協議の場にワーキンググループを立ち上げ、ピアサポーターに係る養成、活躍の機会、マッチングに関する実施状況を共有し、広く参加者の意見を集め、各課題に対する解決策の検討を行い、また当事者や支援関係者等の機運を醸成していく。

## 区の長期入院者訪問支援事業を活用した支援

### 〔導入〕病院スタッフとの調整と本人との面接開始

<支援期間> 1～3ヶ月

<実施内容>

- 区職員による本人への訪問支援事業の説明、本人意向確認
- 本人同意後、区職員による病院スタッフからの情報収集  
訪問支援事業の内容や今後の支援について家族等へ説明
- 病院スタッフと区職員・区委託相談員等によるチーム会議  
本人中心に今後の支援の方向性や支援内容を共有
- ピアサポーターによる支援の開始



### 〔初期～中期〕地域生活の練習

<支援期間> 3ヶ月～1年

<実施内容>

- ピアサポーターによる支援の継続（傾聴、不安軽減等）
- 区委託相談員による生活体験の支援  
自宅外泊やグループホーム利用体験の調整、同行  
区内日中活動（就労系サービス等）の見学や体験利用 など
- チーム会議において支援経過の共有、調整  
障害者総合支援法の地域移行支援の導入時期を検討



### 〔後期～終期〕生活環境の調整

<支援期間> 3～6ヶ月

<実施内容>

- ピアサポーターによる支援の継続（生活イメージ作り等）
- 区委託相談員による生活環境の調整  
住居確保のため不動産店へ同行、退院後に必要な物品等の購入  
退院後の生活に関わる関係機関等との調整  
行政手続き等の支援
- チーム会議で退院に向けた方針検討  
地域移行支援を行う相談支援事業者への繋ぎ



### 〔退院後〕アフターフォロー

<支援期間> 退院後3ヶ月

<実施内容>

- ピアサポーターによる気持ちの寄り添い、見守り



## 具体的な取組事例

### -伴走型の支援-

50代男性、入院期間1年8か月。病院Dr.としては、精神疾患による入院は必要のない状態だが、家族との関係がうまくいかず入院が継続している。

初回面接では本人の退院に向けた意向は消極的であることを聞き取った。

チーム会議では、積極的な働きかけよりも本人の気持ちに寄り添い、傾聴を中心とした支援を行う方針が決まり、1週間に一度15分程度、委託相談員とゆっくりと過ごす時間を設けている。

現状は、退院したい気持ちと不安な気持ちの間で揺らいでいるので、引き続き本人の気持ちに寄り添いながら伴走型の支援を実施していく。

### -生活保護CWとの連携-

50代女性、生活保護を受給中。統合失調症の症状が悪化し、多摩地域の病院へ入院して10か月が経過。現在、体調面は落ち着いているので病院は生活環境を整えば退院できると判断しているケース。

病院スタッフに協力をいただき、10月に病院の会議室を借りて初回面接を実施。本人は退院したい気持ちが有ることと、生活保護を受けていることを聞き取った。

今後は、2週間に1回程度の定期的な訪問を継続しながら、退院意欲の維持・向上と退院に向けて家族とも調整を行い、条件が整った段階で生活支援課と連携して退院調整を行う方針を生活支援課CWと確認し、支援にあっている。

### -地区保健師との連携-

40代男性、措置入院により入院後、現在は医療保護入院となり1年経過。

初回面接では本人の退院意欲が高いことや、人と会うことを楽しみにしていることを聞き取った。

地区担当保健師に退院に向けての要配慮事項の確認を行ったところ、現時点では急に地域で暮らすことで生活が不安定になる可能性があり、状況が悪化する恐れもある。地域の支援チームを地区担当保健師が整えているので、今は定期的に訪問を続けながら様子を見てほしいと支援方針が示された。

現在は、本人を中心とした支援チームの一員として、定期訪問を実施している。

# 全国の取組事例

- 市町村や基幹相談支援センターが中心となり、自立支援協議会等の下の部会で、我が町の長期在院者について調査・分析を行う取組が進められている例がある。
- 調査結果・分析を基に、市町村の職員や市町村からの委託を受けた地域相談支援事業者等が、精神科医療機関の協力のもと、長期在院者に会いに行き、退院に向けた意思の聞き取りや情報提供等の支援を行うとともに、これらの支援から地域の課題を整理し、当該者等が安心して地域で暮らすことができる地域づくりに役立てている。

## 青森県青森市の取組

### 【協議の場】

- 長期入院者の退院促進に向け、保健所（市と県）、管内市町村の職員、精神科病院、相談支援事業所、地域包括支援センター、法テラス、保護観察所が集まり、市と県の合同会議を実施。

### 【長期入院者への支援に向けた活動】

- リムラッドを活用し、市町村ごとの長期入院者を把握、保健所が各医療機関に調査を行い、市町村と病院でクロス集計した一覧を会議の場で共有。
- 保健所の相談員がまずは一精神科病院の入院患者全員（45人）と面接を行い、一人ひとりの意向を確認して病院関係者との検討を重ね、地域移行支援の活用により退院先の調整を実施。

### 【効果】

- 1病院の取組を協議の場で報告することで、他の精神科病院からも自身の病院の長期入院者に対するニーズ調査の希望が寄せられ、保健所相談員が調査方法の助言を行い、1つの精神科病院が実施した。
- ニーズ調査の内容を院内発表会で全職員に報告したことで、院内の退院支援への機運が高まり、協議の場で報告したことにより、他の精神科病院にも情報が共有された。

## 山梨県南アルプス市の取組

### 【協議の場】

- 自立支援協議会・地域移行部会のコンセプトとして、事務局会議を重視した戦略的な運営、コアメンバーによる実効性のある活動の展開を掲げ、市の障害福祉課・基幹相談支援センター（事務局）と精神科病院、相談支援事業所、市地域包括支援センターによる協議の場を設置。

### 【長期入院者への支援に向けた活動】

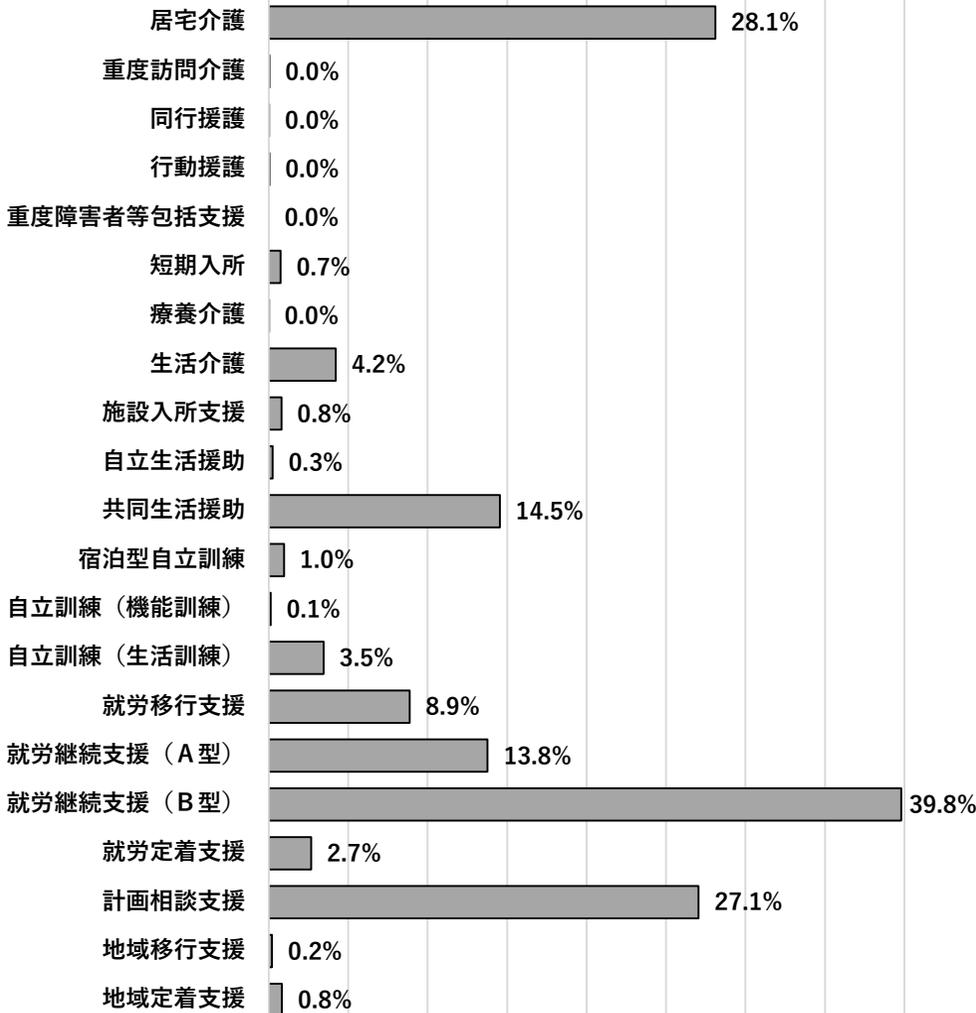
- 平成28年に南アルプス市に住所があり、県内精神科病院に入院している患者の数、入院期間の量的調査を実施、病院に結果の報告を行い、対象者の状況についてヒアリングを実施した上で、調査時点で1年以上の入院している者との面会を実施。
- 面会に向け、今の気持ちや状況を聞くためのツールとして面接用のシートを作成、①今の生活の様子、②今、困っていること、③今後、希望する生活、④希望する生活を送るために心配なことや不安なこと、⑤好きなことや興味のあることについて聞き取りを実施。
- 退院を希望する方が、望むまちに住み、その人らしい暮らしが送れることを目指し、行政、民間支援機関、市内外の精神科病院で「チームなんぷす」を結成、サービス等について紹介するリーフレットを作成し、退院を希望されている方に情報を届けている。

# 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く、地域移行支援や地域定着支援、自立生活援助のサービスの利用は少ない。

### 精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0% 35.0% 40.0%



### 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）

