

新たな地域精神保健医療体制の 構築に向けて

竹島 正

川崎市健康福祉局障害保健福祉部
担当部長/精神保健福祉センター所長

はじめに-役割認識

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」において、下記の論点整理。

- ① 精神病床のさらなる機能分化(病床機能の検討, 精神病床の必要数など)
 - ② 精神障害者を地域で支える医療のあり方(デイケア, 訪問看護, アウトリーチなどの医療機能のありかたなど)
 - ③ 多様な精神疾患等に対応できる医療体制のあり方(多様な精神疾患・患者像への医療の提供など)
- 改革ビジョンに関して実施した研究を, 精神科入院受療必要量を中心に報告する。また, 地域の立場から, 新たな地域精神保健体制の構築に向けて取り組んでいることを報告する。

話の構成

1. 精神病床のさらなる機能分化(病床機能の検討, 精神病床の必要数など)
 - 改革ビジョンと「新たな精神病床算定式」
 - 改革ビジョンにおける精神保健医療福祉体系の再編の達成目標の意義と課題
 - 指標の動向
 - 「障害福祉計画に係る基本指針」の成果目標との関係
 - 精神科入院受療必要量算定の検討
 - 神奈川エリアにおける実証的検討
2. 精神障害者を地域で支える医療のあり方(デイケア, 訪問看護, アウトリーチなどの医療機能のありかたなど)
3. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制のあり方(多様な精神疾患・患者像への医療の提供など)

1. 精神病床のさらなる機能分化（病床機能の検討，精神病床の必要数など）

改革ビジョンと「新たな精神病床算定式」

• 旧算定式

$$(\Sigma AB + C - D) / E + (\text{都道府県の加算部分})$$

A: 当該地域の性別・年齢階級別人口

B: 当該地域の属する地域ブロックの性別・年齢階級別入院率

C: 他区域からの流入入院患者数

D: 他区域への流出入院患者数

E: 病床利用率(0.95)

• 新たな算定式基準病床数 = (1年未満群) + (1年以上群) + (加算部分)

新算定式は地域ブロックから都道府県単位へ。さらに「退院可能性の高い1年未満の入院患者」と「1年以上の在院患者群」に区分、それに退院促進目標を反映して、都道府県単位で改革の進捗を把握できるようにした。

改革ビジョンにおける精神保健医療福祉体系の再編の達成目標の意義と課題

【目標】

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

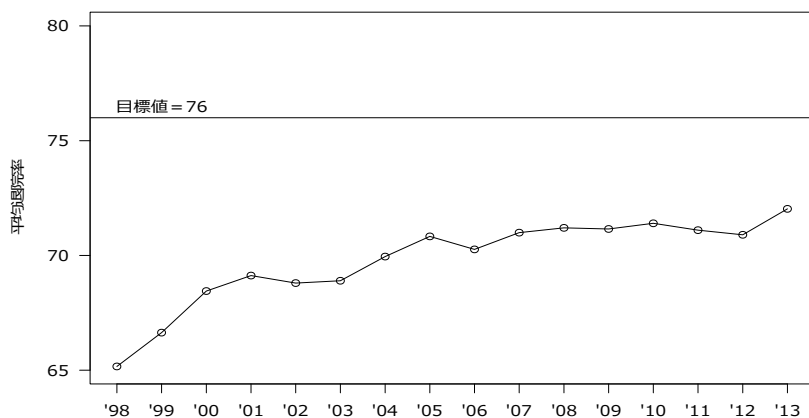
【考え方】

- 新規に入院する患者:1年以内に速やかに退院
- 1年以上入院している患者:段階的,計画的に地域生活に移行
- 「1年以上」を長期入院と考えることの認識を共有した。
- 平均残存率(1年未満)が減少するにつれて,退院率(1年以上)の増加が難しくなるので指標の見直しが必要という認識は当初からあった。

(註)改革ビジョンの後半5年では、「平均残存率(1年未満群)を24%以下」は、「平均退院率(1年未満群)を76%以上」に変わった(平均残存率+平均退院率=100%)。

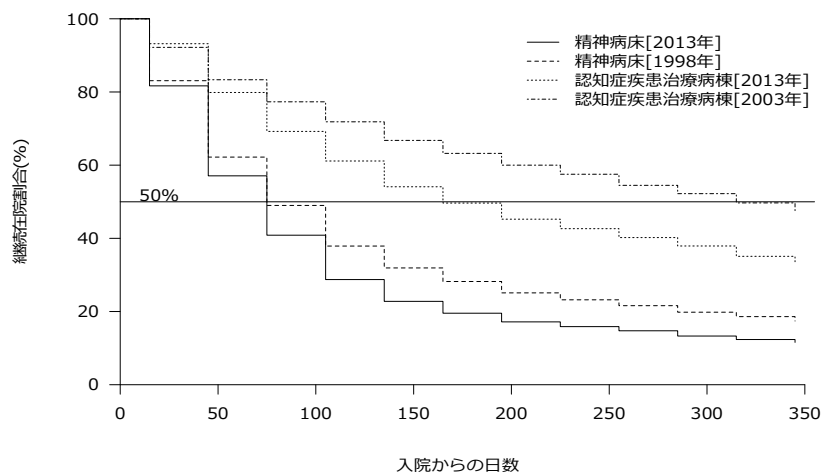
指標の動向-平均退院率(630調査)

平均退院率の推移



平均退院率は改革ビジョン前から上昇傾向の後、この数年はほとんど変化がみられなかったが、2012年から2013年の間にわずかながら上昇。しかし、2013年時点で数値目標とはおよそ4ポイントの開きあり。

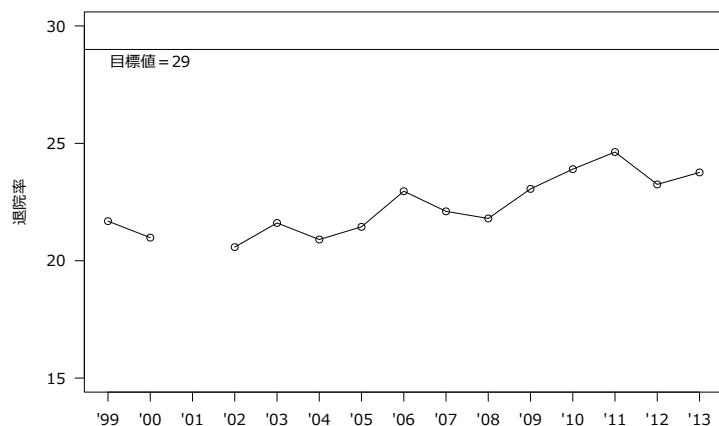
新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況



1998年と2013年を比較すると、新規入院者が短期間で退院できるようになったことは明らか。

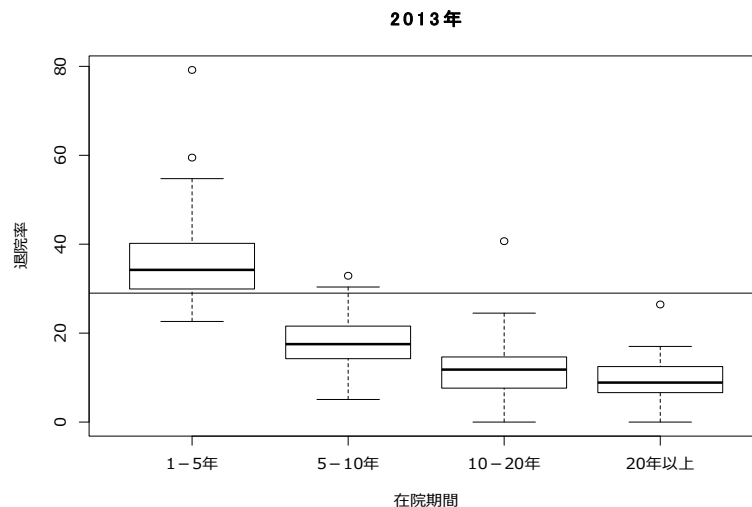
指標の動向-退院率(630調査)

退院率の推移



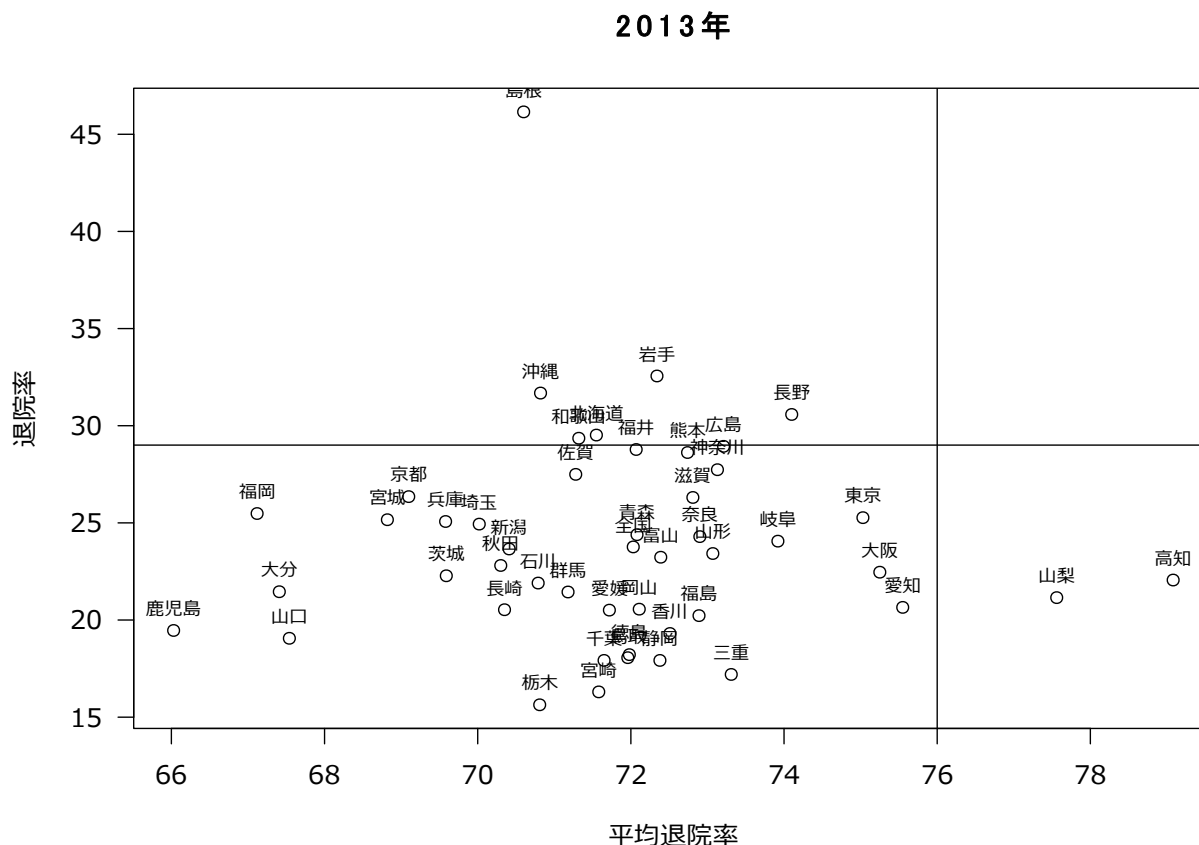
改革ビジョン前と比べると一定の改善はみられた。全体としては緩やかな増加傾向を示し、2011年から2012年の間では下降し、2013年はほとんど変化なし。

在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



在院が長期に継続するほど退院が発生しづらくなり、特に在院期間が1年以上5年未満の群とそれ以外の群では退院率の違いが顕著。

2013年の都道府県ごとの平均退院率と退院率の散布図(630調査)



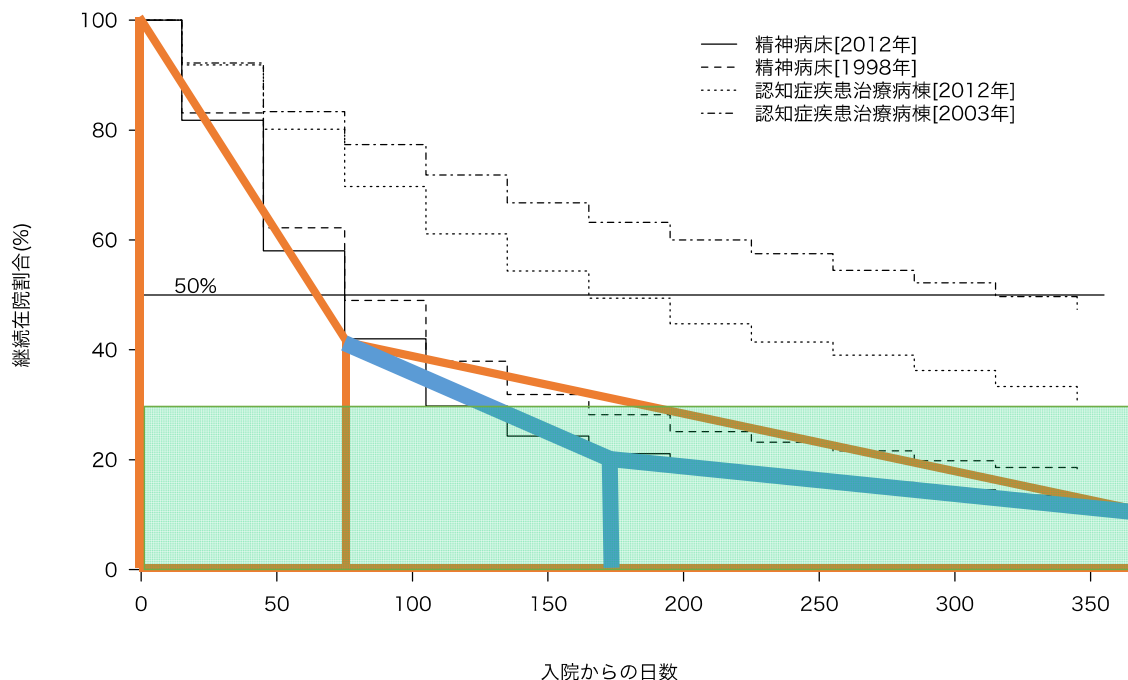
平均退院率は76以上、退院率は29以上が目標値のため、両指標の目標値をともに達成した都道府県は4領域のうち右上にプロットされる。2013年時点において目標をともに達成した県はなかった。

平成27年度厚生労働科学研究費補助金「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」

指標の動向のまとめ

- 新規入院患者，長期在院患者ともに退院の発生を表す指標にほぼ変化がみられず，プラトーに達した可能性が高い。
- 2013年時点での数値目標の値と，改革ビジョン目標までは後2年しかないことを考えると目標の達成は非常に困難である。
- 水準から隔たりが大きい県でいかにして改革の取り組みを進めていくかが課題となる。

改革ビジョンの達成目標と、「障害福祉計画に係る基本指針」の成果目標の関連



1998年と2013年を比較すると、新規入院者が短期間で退院できるようになったことは明らか⇒成果目標として、入院後3ヶ月時点における退院率の上昇、入院後1年時点での退院率の上昇を用いるという設定は妥当。

630調査による入院受療必要量の算定

精神保健医療が地域医療の一翼を担う重要な分野であることを踏まえて、地域の精神保健医療のニーズを踏まえた精神科医療の機能別必要量について、入院受療必要量の観点から検討する。

- 地域医療構想(ビジョン)策定ガイドラインに関する検討会で示された推計方法を模した計算(1)
- 障害福祉計画における目標との連続性を確保した計算(2)
- 都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算として2025年に入院後1年後残留率を5%の2分の1を達成するモデル(3-1)と、同じく2025年に入院後1年後残留率5%を達成するモデル(3-2)
- (3-1)(3-2)に関して、「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の入院受療必要量の検討(4)

(1) 地域医療構想(ビジョン)策定ガイドラインに関する検討会で示された推計に630調査を利用するにあたっての調整

- 一般病床においては、高度急性期、急性期、慢性期・回復期リハ、長期療養期の機能区分に分類される。
- 改革シナリオでは、それぞれの区分において、2割、3割、2割、1割減少するとしている。
- 630調査を利用するにあたっては、高度急性期は「1か月未満」に、急性期は「1ヶ月以上3ヶ月未満」に、「3ヶ月以上1年未満」は慢性期・回復期リハに、「1年以上」は長期療養期の区分に相当するものと扱った。

地域医療構想(ビジョン)策定ガイドラインに関する 検討会で示された推計方法を模した計算(1)

現状の在院患者比率

入院期間	1M未満	1M以上3M未 満	3M以上1Y未 満	1Y以上
0-19歳	0.030	0.026	0.019	0.009
20-39歳	0.174	0.155	0.156	0.324
40-64歳	0.236	0.260	0.381	2.061
65-74歳	0.278	0.333	0.634	3.467
75歳+	0.431	0.556	1.148	3.565
計	0.210	0.233	0.375	1.592

→ 2025年の推計人口に
当てはめる。

2025年の在院患者総数
は292,971人
そのうち1年未満在院患
者数は99,478人

改革シナリオの在院患者比率

入院期間	1M未満 (2割減)	1M以上3M未 満(3割減)	3M以上1Y未 満(2割減)	1Y以上 (1割減)
0-19歳	0.024	0.018	0.015	0.009
20-39歳	0.139	0.109	0.125	0.292
40-64歳	0.189	0.182	0.305	1.855
65-74歳	0.222	0.233	0.507	3.121
75歳+	0.344	0.389	0.919	3.209
計	0.168	0.163	0.300	1.432

→ 2025年の推計人口に
当てはめる。

2025年の在院患者総数
250,889人
そのうち1年未満在院患
者数は76,745人

個別考察：地域医療構想（ビジョン）策定ガイドラインに関する検討会で示された推計方法を模した計算（1）

- 1年以上の長期入院が約3分の2を占めており、その一方で入院患者の入院期間は短縮傾向にあるという精神科医療の実態を反映したものではない。
- 入院期間が「1年以上」かつ「75歳以上」の人口に対する在院患者比率が最大になる。この区分は転院や死亡による退院が相当数見込まれるため、計算結果が過大になる可能性は大きい。
- 地域医療構想（ビジョン）の計算における減少割合をそのまま当てはめているだけで、各地の社会文化やストレスを踏まえているかどうか検証が不足している。

障害福祉計画における目標との連続性を確保した計算(2) -1年未満分

1年後退院率が**95%**になるよう、上位5県を4.6%上方に変位

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
月末退院率	23.0%	49.3%	64.0%	74.9%	80.1%	83.0%	85.2%	86.6%	87.8%	89.0%	89.8%	90.4%
目標とする月末退院率	27.6%	53.9%	68.6%	79.6%	84.7%	87.6%	89.9%	91.3%	92.4%	93.6%	94.4%	95.0%



1年未満の患者数を、1か月未満、1ヶ月以上3ヶ月未満、3ヶ月以上1年未満に区分して計算



計算結果を年齢階級別の患者数に按分



それと2010年の国勢調査人口をもとに、人口に対する入院患者比率を計算



2025年の推計人口に当てはめた場合の入院患者数を計算⇒84,809人

入院期間	1M未満	1M以上3M未満	3M以上1Y未満
0-19歳	0.026	0.028	0.010
20-39歳	0.156	0.171	0.078
40-64歳	0.210	0.283	0.187
65-74歳	0.240	0.354	0.308
75歳+	0.371	0.578	0.543

平成26年度厚生労働科学研究費補助金「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」

1年後退院率を95%とする理由

- 平成24年の「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会」において、「精神科の入院患者は『重度かつ慢性』を除き1年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針が取りまとめられたことを踏まえ、平成25-26年度厚生労働科学研究費補助金「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(研究代表者 安西信雄)の成果等も参考に、1年後退院率を95%とした。

障害福祉計画における目標との連続性を確保した計算(2) -1年以上分

8月末退院率の上位5都道府県

		1Y未満	1Y以上	8月末退院率
福	井	756	1,367	66.0%
高	知	1,177	2,039	65.5%
岡	山	1,783	3,036	64.4%
東	京	8,694	12,173	63.7%
愛	知	3,773	8,158	63.3%



上位5県群の「1年未満在院」に対する「1年以上在院」の比は1.65



1年未満在院84,809人 × 1.65=140,294人



2025年の在院患者総数は225,103人
そのうち1年未満在院患者数84,809人

個別考察：障害福祉計画における目標との連続性を確保した計算(2)

- 入院後3ヶ月時点の退院率の上位5都道府県を、全国のモデルにすることの妥当性は高いとは言えない。
- 2025年における入院後1年時点における退院率を95%としている点について検証が必要である(認知症による入院患者数が増加しているにも関わらず新規入院患者の入院日数の短期化が進んでいること、精神医療政策の方向性、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟の入退院の動向を考慮すると、1年後退院率を95%として計算することは不適切とは言えない。
- 「1年未満」に対する「1年以上」の患者数の比は「これくらいは長期入院になってもよい」というメッセージにもなりかねない。

都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算として2025年に入院1年後退院率95%までの2分の1を達成するモデル(3-1)

1. 各都道府県の1年後退院率と95%との差の2分の1の上昇が2025年までに実現するとして、各月末の退院率が同じだけ上方に変位した退院率表を作成。
2. 630調査長期データの新入院患者数と国勢調査の人口を使用して人口に対する入院率を計算。
3. 回帰直線による2025年の入院率を計算。
4. 2025年の将来人口推計と入院率をもとに、2025年の新入院患者予測数を計算。
5. 上記の新入院患者予測数および退院曲線から、2025年における1年未満の在院患者数を計算。また、2035年における1年未満の在院患者数を計算。

2025年の1年未満在院患者数は107,013人、2035年の1年未満在院患者数は108,168人

都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算として2025年に入院1年後退院率95%を達成するモデル(3-2)

- 2025年に1年後退院率が95%に上昇するとして、各月末の退院率が同じだけ上方に変位した退院率表を作成。
- 630調査長期データをもとに、新入院患者数と国勢調査の人口を使用して人口に対する新入院率を計算。
- 回帰直線による2025年の入院率を計算。
- 2025年の将来人口推計と入院率をもとに2025年の新入院患者予測数を計算。
- 上記の新入院患者予測数および退院曲線から、2025年における1年未満の在院患者数を計算。また、2035年の1年未満の在院患者数を計算。

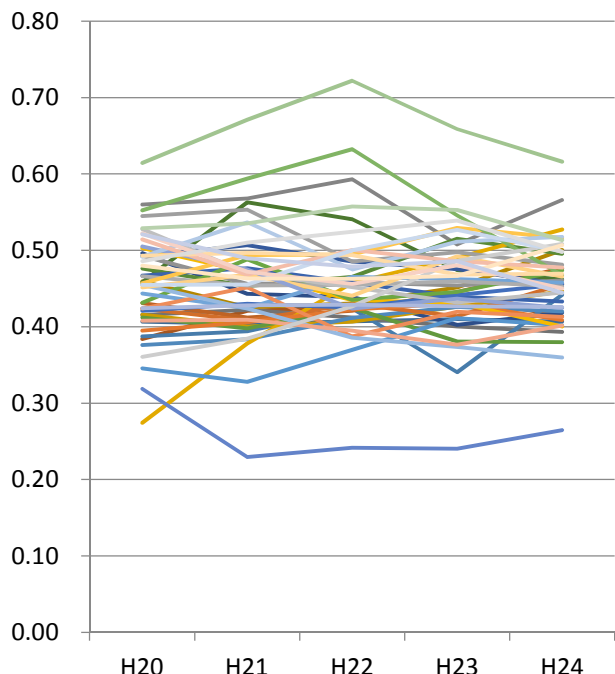
2025年の1年未満在院患者数は91,286人、2035年の1年未満在院患者数は92,222人

個別考察：都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算として2025年に入院1年後退院率95%までの2分の1を達成するモデル(3-1)と、同じく2025年に入院後1年後退院率95%を達成するモデル(3-2)

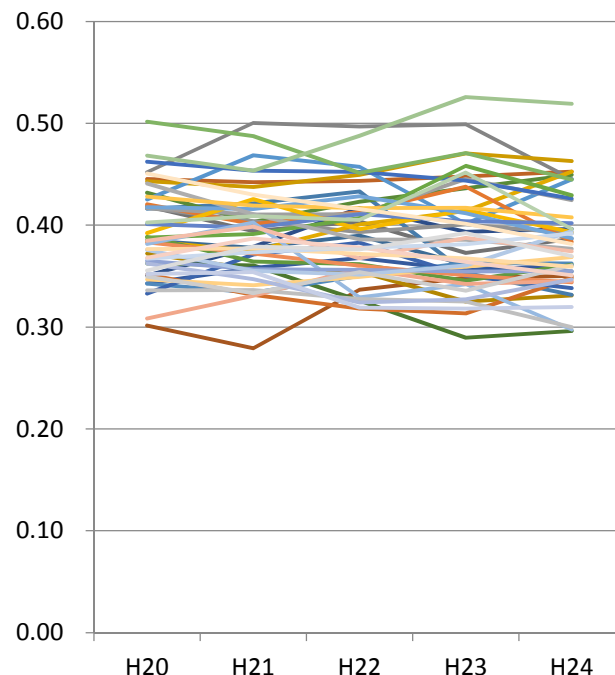
- 目標とする退院率を達成した時点の入院患者数，すなわち必要病床数を都道府県単位に計算できる。また，その積み上げで全国値を示している。
- 1年後退院率を95%とすることの妥当性の検証が残る。
- 1年以上入院患者の入院受療必要量は直接計算できない。

(3-1) (3-2) に関して、「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の入院受療必要量の検討(4)

都道府県別の「1年後残留患者」の「1年以上5年未満」への持ち越し率の推移
(平成24年度の全国値0.45)



都道府県別の「1年以上5年未満」の「5年以上10年未満」への持ち越し率の推移
(平成24年度の全国値0.38)



1年後も入院の継続する患者の「1年以上5年未満」, 「1年以上5年未満」の「5年以上10年未満」への経過的事実に基づく持ち越し率として, 入院必要量を計算。

平成26年度厚生労働科学研究費補助金「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」

(3-1) (3-2) と(4)による入院受療必要量の検討

- (3-1)で行った計算に持ち越し率の全国値を適用すると、「1年以上5年未満」は66,571人、「5年以上10年未満」は31,621人。「1年未満」との合計は205,205人。
- (3-2)で行った計算に持ち越し率の全国値を適用すると、「1年以上5年未満」は38,275人、「5年以上10年未満」は18,180人。「1年未満」との合計では147,741人。

個別考察：(3-1)(3-2)に関して、「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の入院受療必要量の検討(4)

- 現在に至るまでの経過的事実を踏まえたものであって、今後の改革過程を予測したものではない。
- 1年後退院率が95%を達成する時点では、1年後も入院が継続になる患者は地域移行の困難な患者の割合が高くなり、その結果として長期入院への持ち越し率は現状よりも高くなるかもしれない。その一方、新たに1年以上の在院となる患者数は減少するため、結果として、1年以上在院患者の入院受療必要量は少なくなるかもしれない。

算定式の比較検討

算定方法	計算結果 (1年未満)	考察
地域医療構想(ビジョン)の計算方法を模した計算の改革シナリオ(1)	250,889人 (76,745人)	1年以上の入院患者数が多いという現状を追認した計算式
障害福祉計画における目標との連続性を確保した計算(2)	225,103人 (84,809人)	1年未満の必要量について上位5都道府県の数値を全都道府県に適用すること、1年以上の入院受療必要量とも妥当性が高いとは言えない。
各都道府県において2025年に現状から1年後退院率95%までの2分の1を達成、2035年に95%を達成(3-1)	205,205人 (107,013人)	1年後退院率を95%とすることの妥当性の検証は残るとしても、都道府県の現状から改革過程を各地で検討できることから有望。 「1年以上」の入院患者に対する必要量が直接計算できない。
2025年に1年後退院率95%を達成(3-2)	147,741人 (91,286人)	
(4)「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の入院受療必要量の検討(4)		1年後退院率が95%を達成する時点では長期入院への持ち越し率は現状よりも高くなるかもしれないが、新たに1年以上入院となる患者数は減少する。

選択した算定式の問題点

- 早期退院が進むにつれて、新入院患者の増加率が現状のそれよりも高くなる可能性がある⇒1年未満の入院受療必要量の増加があるとしても、早期退院によって増加は抑制される可能性がある。
- 「10年以上」の長期入院の必要量を見込んでいない⇒「10年以上」の在院患者数が明らかに減少していること、全在院患者の約半数が「65歳以上」であることを考慮するならば、現状の「10年以上」の約6.7万人から相当少なくなることが予想されるし、その減少は「5年以上10年未満」の在院患者数の減少によって加速される。また、ひとつの病院において治療が数年にわたって進展しない場合、転院治療または包括的な支援による地域移行という選択肢が存在することが望ましいという考え方も成り立つし、その場合、「10年以上」の長期入院はさらに少なくなる。

全体考察

- 1年未満の入院受療必要量は、2025年または2035年に1年後退院率95%を各都道府県において実現するようにした計算式が最も有望と考えられる。
- その場合、入院受療必要量はおおむね10万人になる。
- 1年以上の入院受療必要量は、現状の1年以上5年未満への移行、5年以上10年未満への移行を踏まえた計算式を用いて、入院後10年までの入院受療数を活用する。
- その場合、入院受療必要量は6万人から10万人になる。
- 上記推計の入院受療必要量の最大である20万人は、平成24年度630調査における「10年未満」の在院患者数235,106人よりおよそ3万人少なく、人口万対在院患者数16.5人に相当する。
- 現状の各都道府県においてこの数値で精神科医療が提供されているのは、神奈川県、滋賀県、東京都、愛知県、静岡県のみである。これらの都道府県において、地域精神医療に必要な入院需要必要量が確保されていることを検証することはきわめて重要である。
- 人口万対入院患者数16.5人以下の都道府県において、新規入院の流出が流入より多い場合、精神科病床の確保困難のための通報となった事例が多く認められると推測される場合は、必要量の算定方法に補正を加える必要がある。

神奈川エリアにおける実証的検討

- 住所地と医療圏受療移動の分析の結果、平成26年1月-6月の新入院総数7,115人のうちの6,716人(94.4%)は神奈川県内で入院治療を受けており、隣接する東京都等からの入院患者もあることから、入院需要は神奈川県内で満たされていた。
- しかし、2次医療圏内で満たされているのは52.8%から75.4%であった。
- 精神保健医療圏域を、受療実態をもとに設定するとしたら、2次医療圏よりも大きく神奈川県全体よりも小さい圏域設定が妥当と考えられたが、これが地域のニーズに適合しているかどうかはさらなる検証が必要である。

精神科病院と精神科診療所の所在地マップ



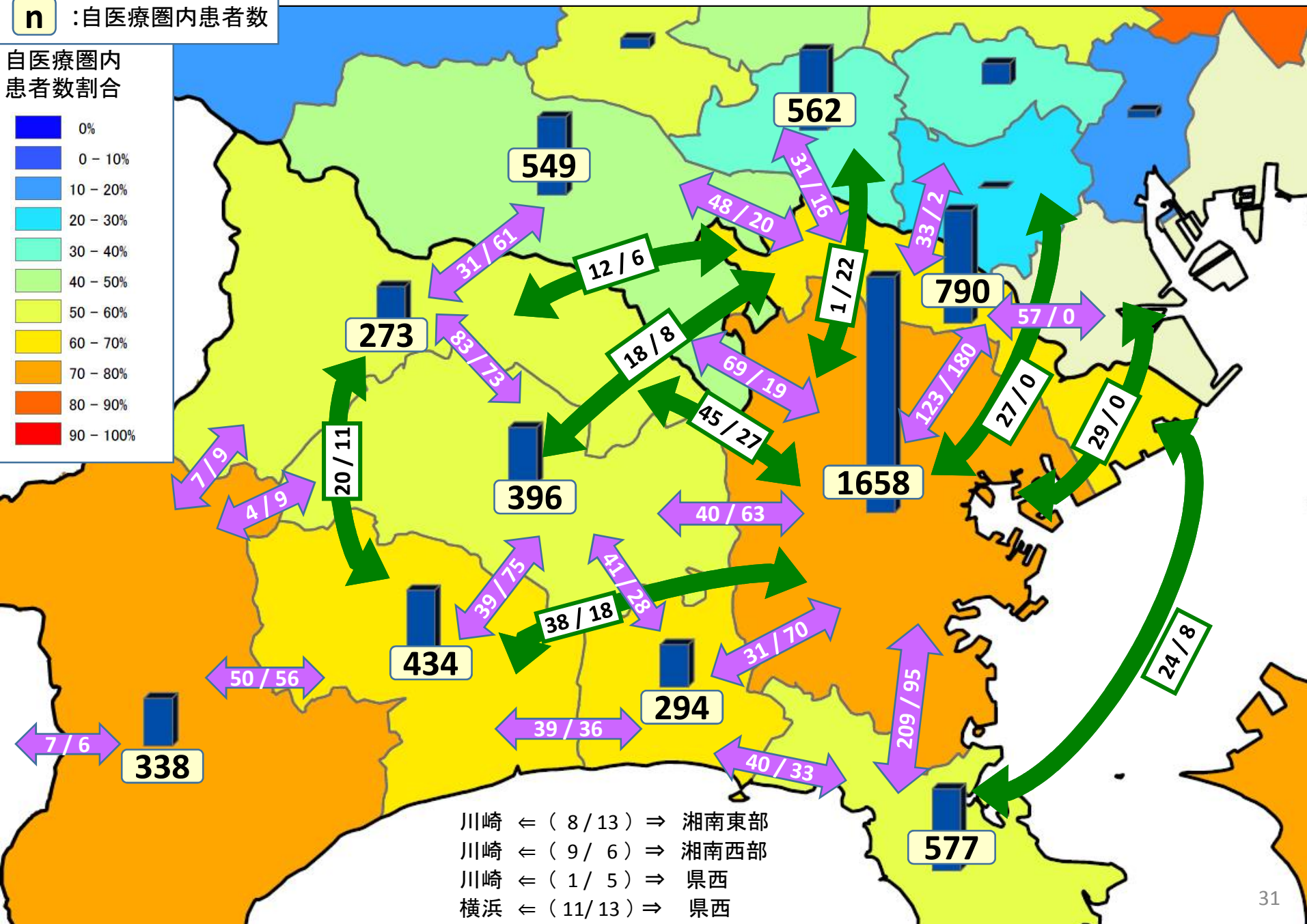
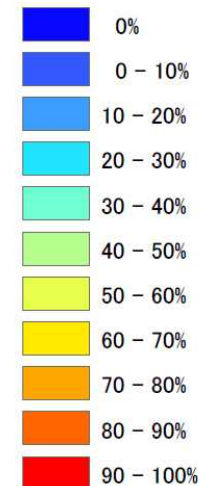
平成27年度厚生労働科学研究費補助金「地域のストレンクスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
平成27年度「精神医療に関する空間疫学を用いた疾患発症等の将来予測システムの開発に関する研究」

入院患者(総数)

平成27年度厚生労働科学研究費補助金「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
 平成27年度「精神医療に関する空間疫学を用いた疾患発症等の将来予測システムの開発に関する研究」

n : 自医療圏内患者数

自医療圏内患者数割合

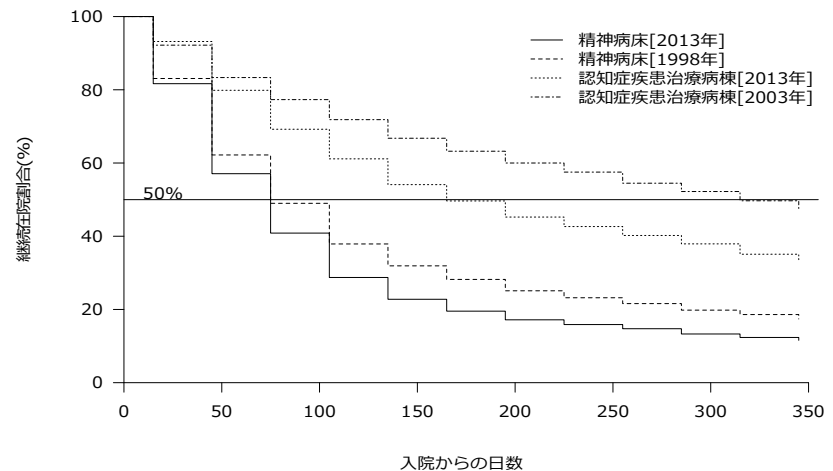


川崎 ← (8 / 13) ⇒ 湘南東部
 川崎 ← (9 / 6) ⇒ 湘南西部
 川崎 ← (1 / 5) ⇒ 県西
 横浜 ← (11 / 13) ⇒ 県西

今後の課題

- 入院後3-4ヶ月まではすみやかに残留率が低下するものの、それ以後はゆるやかになる。
- 今後の精神保健医療改革の推進には、現在の長期入院1年以上の定義を「1年以上」から「6ヶ月以上」程度に短縮することも、精神科臨床の実務を踏まえて議論することが望まれる。

1年後退院率を95%を達成するためには、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者への地域移行の取組をより早期に開始することが必要。



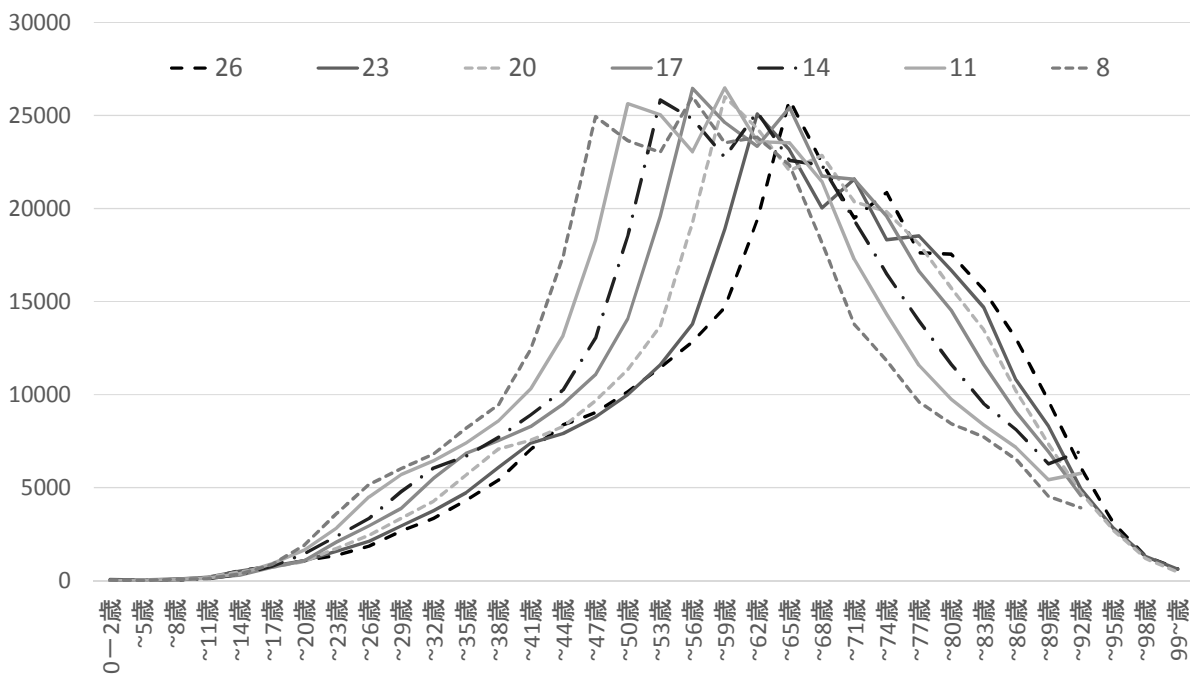
精神障害者を地域で支える医療のあり方(デイケア, 訪問看護, アウトリーチなどの医療機能のありかたなど)

関連する個別分析（630調査など）

- 入院後1年未満と1年以上では，性別，年齢，診断によって退院可能性の関連様式が異なる（藤田，2005）。
- 平均残存率，退院率への転院，死亡の影響が大きいことには入院患者の高齢化の影響がある（小山，2009）。
- 精神科デイケア・訪問看護の両方を実施している病院の割合と都道府県別の平均在院率と退院率を検討したところ，両者に関連はみられない。しかし，個別の病院では，病床規模に比してデイケア等の件数の多い病院で，入院後1-3ヶ月の早期退院が多く，比較的長期にわたる患者も早期退院となることが多い（長沼ほか，2006）。

高齢化は，精神科医療，地域移行・地域定着のあり方に大きく影響する。

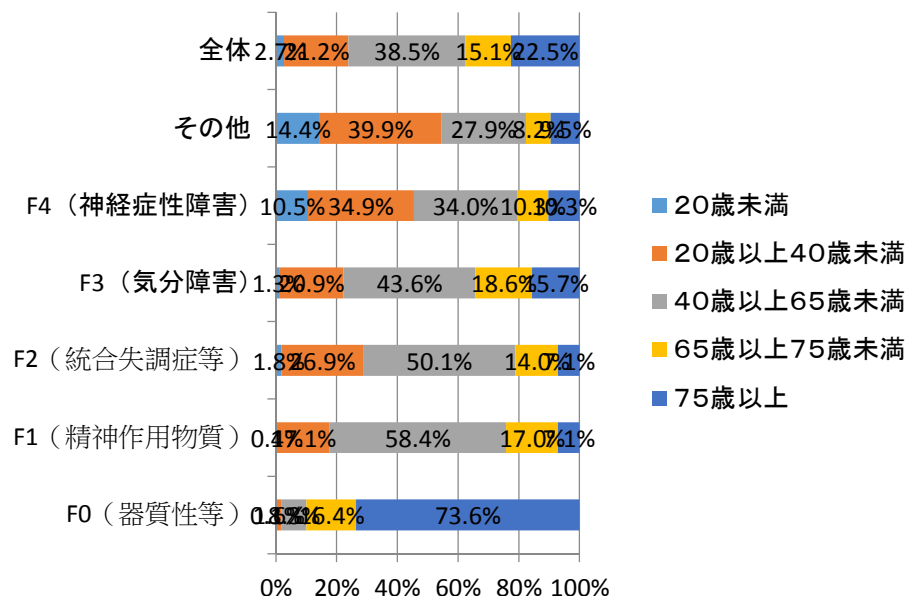
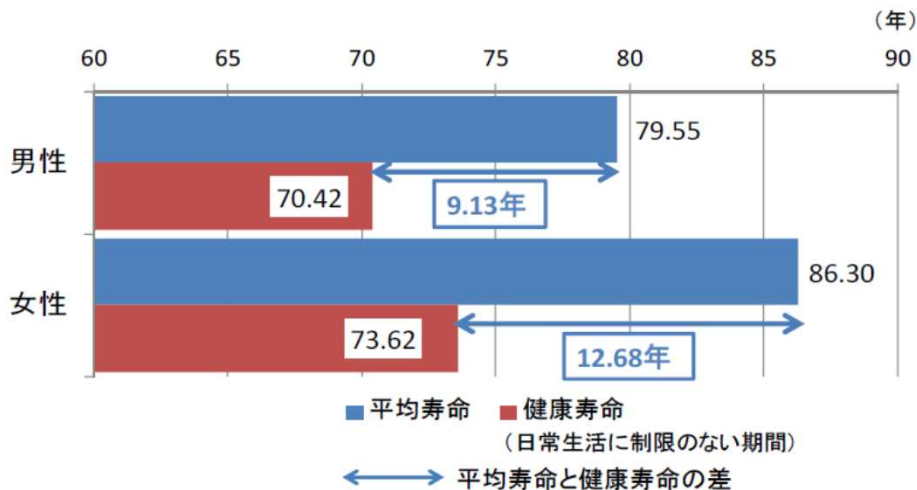
精神病床に入院している患者の年齢階級別患者数の推移(患者調査による)



精神病床に入院する患者は高齢化が進み、およそ60歳までは年々入院者数が減ってきている。

平成27年度厚生労働科学研究費補助金「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」

平成24年6月の新入院患者の年齢別、診断別構成(630調査)



- 平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。
- 平均寿命と健康寿命(日常生活に制限のない期間)の差は、平成22年で、男性9.13年、女性12.68である。
- 「65歳以上」は在院患者の53.0%を、新入院患者の37.6%を占める。

多様な精神疾患等に対応できる医療体制のあり方(多様な精神疾患・患者像への医療の提供など)

No health without mental health メンタルヘルスなしに健康なし

No health without mental health

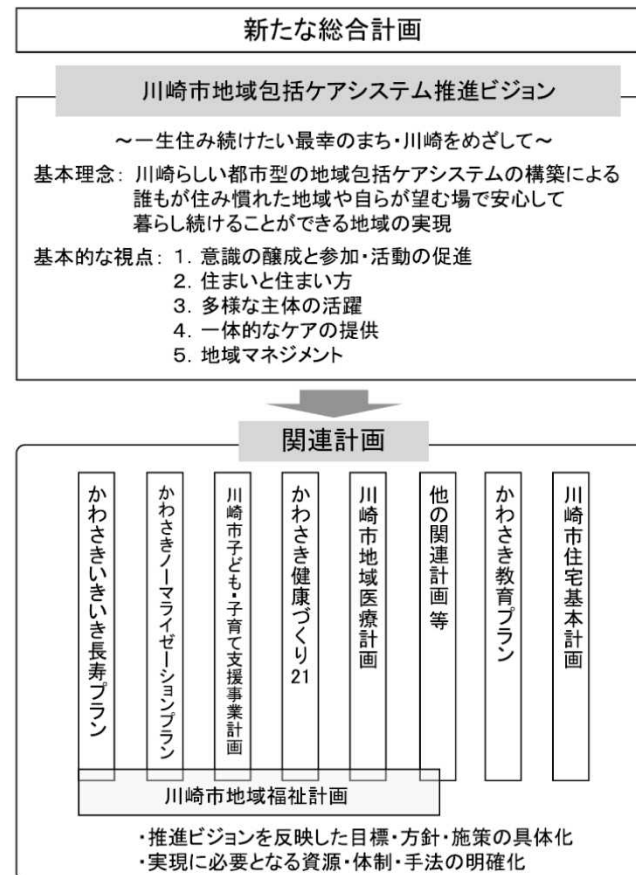
Martin Prince, Vikram Patel, Shekhar Saxena, Mazo Maj, Joanna Masello, Michael R Phillips, Atif Rahman

About 14% of the global burden of disease has been attributed to neuropsychiatric disorders, mostly due to the chronically disabling nature of depression and other common mental disorders, alcohol-use and substance-use disorders, and psychoses. Such estimates have drawn attention to the importance of mental disorders for public health. However, because they stress the separate contributions of mental and physical disorders to disability and mortality, they might have entrenched the alienation of mental health from mainstream efforts to improve health and reduce poverty. The burden of mental disorders is likely to have been underestimated because of inadequate appreciation of the connectedness between mental illness and other health conditions. Because these interactions are protean, there can be no health without mental health. Mental disorders increase risk for communicable and non-communicable diseases, and contribute to unintentional and intentional injury. Conversely, many health conditions increase the risk for mental disorder, and comorbidity complicates help-seeking, diagnosis, and treatment, and influences prognosis. Health services are not provided equitably to people with mental disorders, and the quality of care for both mental and physical health conditions for these people could be improved. We need to develop and evaluate psychosocial interventions that can be integrated into management of communicable and non-communicable diseases. Health-care systems should be strengthened to improve delivery of mental health care, by focusing on existing programmes and activities, such as those which address the prevention and treatment of HIV, tuberculosis, and malaria; gender-based violence; antenatal care; integrated management of childhood illnesses and child nutrition; and innovative management of chronic disease. An explicit mental health budget might need to be allocated for such activities. Mental health affects progress towards the achievement of several Millennium Development Goals, such as promotion of gender equality and empowerment of women, reduction of child mortality, improvement of maternal health, and reversal of the spread of HIV/AIDS. Mental health awareness needs to be integrated into all aspects of health and social policy, health-system planning, and delivery of primary and secondary general health care.

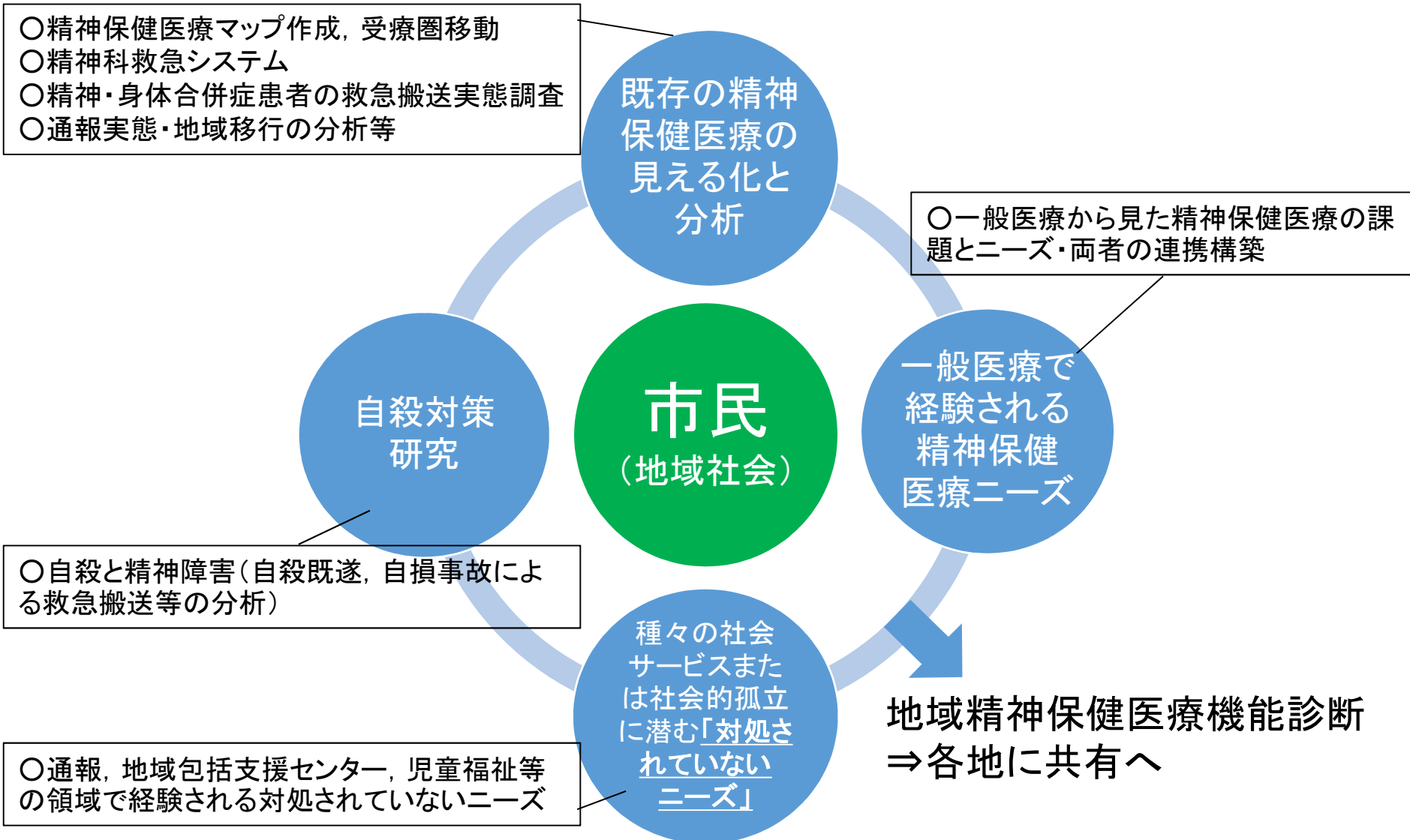
- ・ 精神疾患は感染性疾患と非感染性疾患，故意でない外傷と故意の外傷のリスクを高める。言い換えると，多くの健康上の問題は精神疾患のリスクを高め，これらの合併は援助希求行動，診断そして治療を複雑にするし，予後に影響を及ぼす。
- ・ メンタルヘルスの問題への対処は，保健医療と社会政策，保健医療システムの計画，そして一次レベルおよび二次レベルの一般保健医療に統合されなければならない。

川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン

高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象として、その構築を推進する。⇒「多くの困難事例の背景には、生活困窮と精神保健の問題が存在する」(支援現場の声)⇒川崎市地域包括ケアにシステムに対応した精神保健の開発の必要性。



多角的な見える化による「川崎市地域包括ケアシステムに対応した精神保健医療の開発」



まとめ

- 精神保健医療の改革のモニタリングとして、新入院患者の入院後3か月、6か月、1年後の退院率が重要である。
- 精神科入院受療必要量として、都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算が有望である。
- 今後の精神科医療政策の設計にあたっては、高齢化と多様化を踏まえる必要があること、地域のニーズと機能面を重視する必要がある。
- 改革を進めるにあたっては、各地の社会文化やストレングスに留意する必要がある。