

# これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 における検討状況について

※以下の資料については、第3回検討会(9月30日)において議論に用いた資料であり、  
検討会における今後の議論を踏まえ必要な見直しが行われる可能性があるもの

(「論点整理」の赤枠は障害福祉計画に関するもの)

# これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会について

## <趣旨>

- 改正精神保健福祉法(平成26年)の附則において、同法の施行後3年(平成29年4月)を目途として、医療保護入院の手続の在り方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされた。
- ①当該規定を踏まえた検討を行うとともに、②平成26年7月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた精神科医療の在り方のさらなる検討を行う場として、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を本年1月から開催。
- 座長は、樋口輝彦 前国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長

## <主な検討事項>

- 医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方
  - 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
  - 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方
  - 精神病床のさらなる機能分化
  - 精神障害者を地域で支える医療の在り方
  - 精神疾患にかかる医療体制の在り方
- 医療保護入院等のあり方分科会
- 新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会

## これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会の開催状況

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	第1回 (1月7日)	検討会を立ち上げ、検討会の下に分科会を設置することについて説明
	第2回 (2月25日)	関係者ヒアリング (日本精神科病院協会、精神保健福祉事業団体連絡会、全国精神保健福祉会連合会、全国「精神病」者集団)
	第3回 (9月30日)	「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止検討チーム」の中間とりまとめについて説明 「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」における論点整理について説明、議論 「医療保護入院等のあり方分科会」における論点整理について説明、議論
医療保護入院等のあり方分科会	第1回 (3月11日)	「医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方」及び「医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方」について議論
	第2回 (4月28日)	「入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方」について議論
	第3回 (6月29日)	「医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方」及び「医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方」について議論
	第4回 (7月21日)	「医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方」及び「医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方」について議論 →座長預かり
新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会	第1回 (3月29日)	「精神病床のさらなる機能分化」、「精神障害者を地域で支える医療の在り方」及び「多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方」について議論
	第2回 (4月22日)	関係者ヒアリング (竹島正氏(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)、安西信雄氏(帝京平成大学大学院臨床心理学研究科長・教授))
	第3回 (5月27日)	関係者ヒアリング (公益社団法人日本精神神経科診療所協会、一般社団法人日本精神科看護協会、一般社団法人日本作業療法士協会、公益社団法人日本精神保健福祉士協会)
	第4回 (6月29日)	関係者ヒアリング (松田晋哉氏(産業医科大学医学部公衆衛生学教授)、公益社団法人日本医師会)
	第5回 (7月15日)	「精神障害者を地域で支える医療の在り方」、「多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方」及び「精神病床のさらなる機能分化」について議論 →座長預かり

# 論点整理(精神病床のさらなる機能分化について)

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28年9月30日(第3回)

## (現状・課題)

- 平成16年に、精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)において、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」の政策理念を明確にした。精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を掲げ、この目標の達成により、10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。精神病床数(入院患者数)の変化をみると、平成14年の35.6万床(33.2万人)から、平成26年に33.8万床(29.6万人)へと、1.8万床(3.6万人)減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。
- 障害福祉計画、医療計画等における指標として、精神保健福祉資料(630調査)を用いて、入院後3か月時点の退院率、平均残存率(1年未満群)などの指標を活用しているが、現時点で入手可能な最新のデータは3年前(平成25年度)となっており、計画の進捗管理に課題がある。また、精神医療圏を軸に精神障害に対応した地域包括ケアシステムを構築していくためには、より速やかに地域の実態が分かる二次医療圏単位の指標を開発する必要がある。
- 厚生労働科学研究(平成24~27年度)において、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案は、現時点における一般的な地域精神保健医療福祉体制の水準を前提としたものであることから、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた基準とするためにさらなる検討が必要である。

## (対応の方向性)

- 「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。これにより、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約4割は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、2025年の精神病床における入院需要(人数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(人数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める方策を検討してはどうか。
- より速やかに地域の実態を把握できるように、レセプト情報等データベース等を用いて、指標を開発してはどうか。
- 「重度かつ慢性」に関する課題を整理しながら研究によって検討を継続してはどうか。

# 精神保健医療福祉に関連する計画における入院医療に関する目標値について

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28年9月30日(第3回)

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

## 精神保健医療福祉の改革ビジョン

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

第1期

目標値：なし※

第2期

目標値：なし※

※都道府県毎に目標値を設定

第3期

目標値：

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

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

第4期

目標値：

①入院後3か月時点の退院率64%以上

②入院後1年時点の退院率91%以上

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

障害福祉計画

医療計画

5年間

5年間

精神病床に係る基準病床数の算定方法の見直し

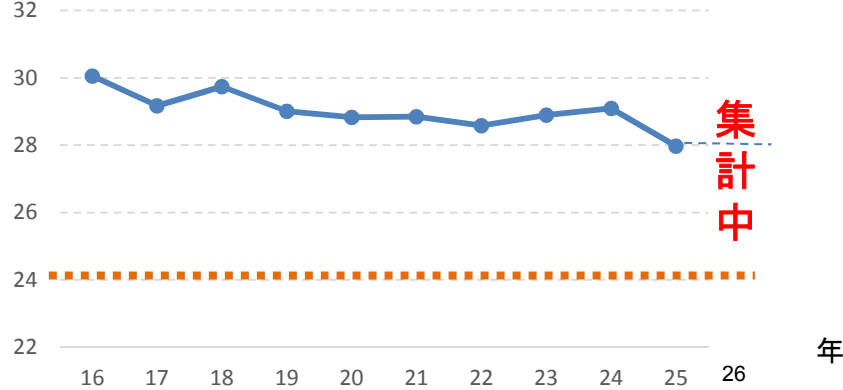
H25年度 精神疾患を追加

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

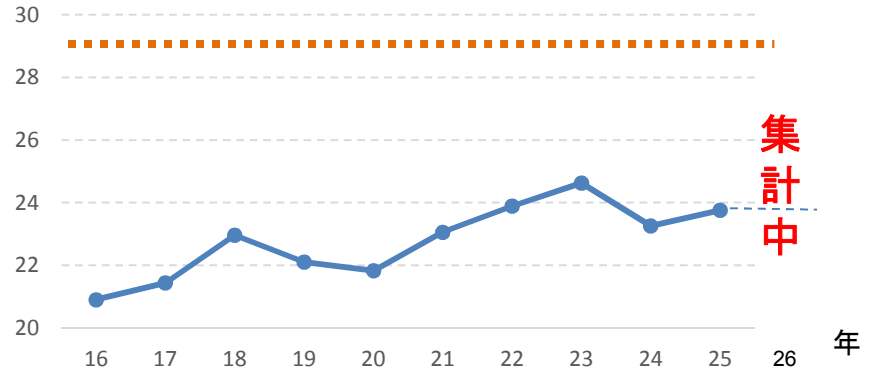
これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会  
平成28年9月30日(第3回)

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

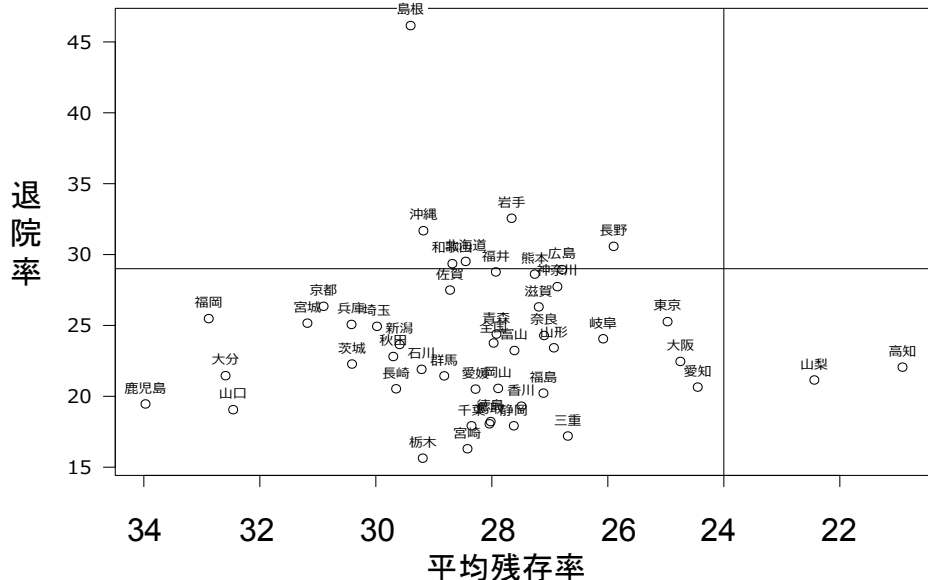
○全国の平均残存率(1年未満群):目標24%以下



○全国の退院率(1年以上群):目標29%以上



○平成25年における各都道府県の平均残存率及び退院率

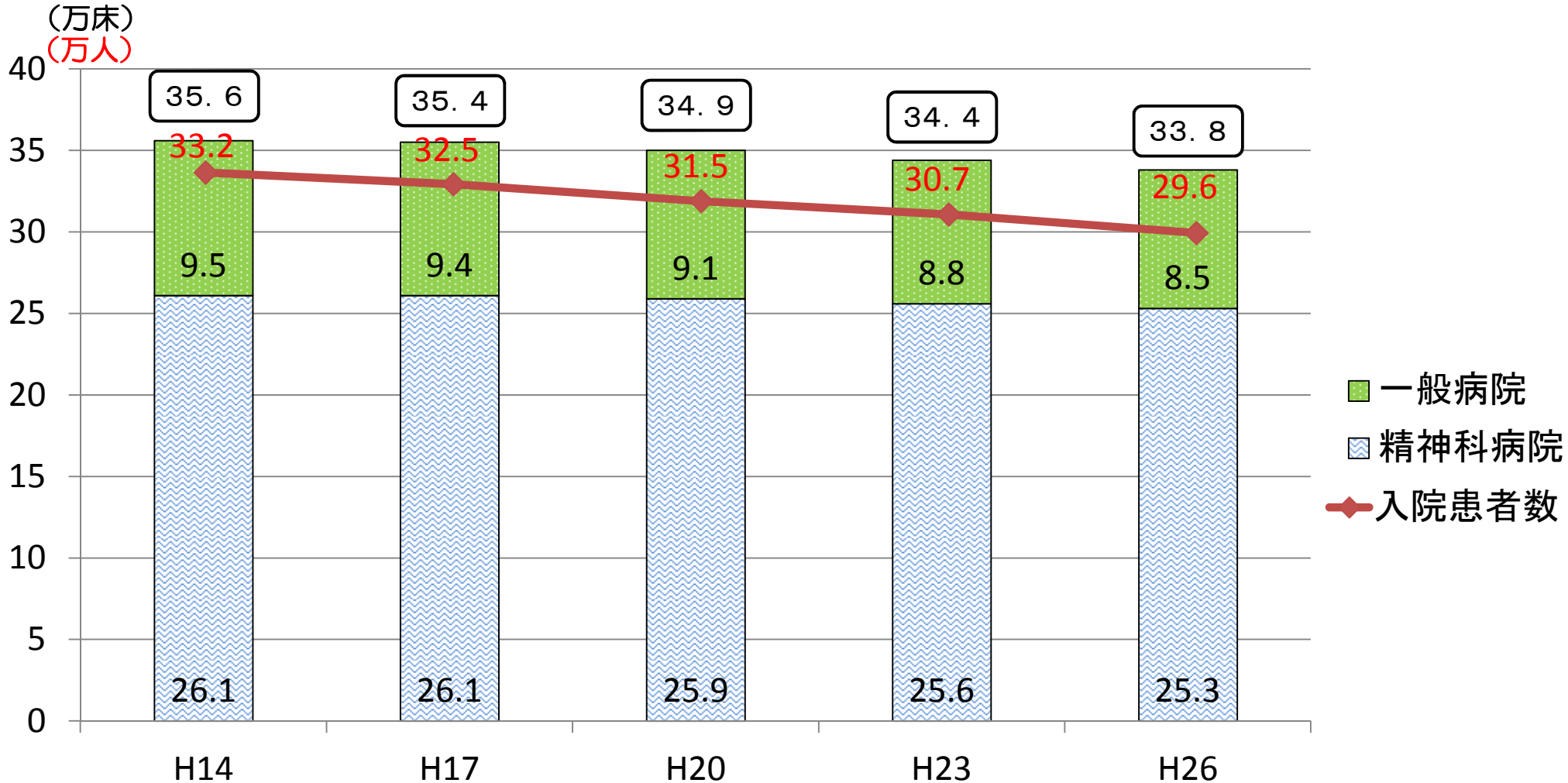


平成25年における達成状況	全国値(目標値)	達成都道府県数
平均残存率(1年未満群)	28.0% (24%以下)	2
退院率(1年以上群)	23.8% (29%以上)	6

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

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28年9月30日(第3回)

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



※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 論点整理(精神障害者を地域で支える医療の在り方について)

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28年9月30日(第3回)

## (現状・課題)

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

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

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

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

## (対応の方向性)

○精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを理念として明確にしてはどうか。また、医療と福祉等の様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、精神医療圏(二次医療圏を基本とする)ごとに都道府県・保健所・市町村等の重層的な役割分担・協働を推進する方策を検討してはどうか。

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

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



# 論点整理 (多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について)

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28年9月30日(第3回)

## (現状・課題)

- 平成25年度からの第6次医療計画において、新たに精神疾患が追加され、5疾病5事業として精神科医療連携体制の構築が進められてきている。平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する必要がある。
- それぞれの計画が連動するように、圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方について、基本的方向性を明確にする必要がある。
- 平成30年度からの第7次医療計画には、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」に位置づけられている、①児童・思春期精神疾患、②老年期精神障害等、③自殺対策、④依存症、⑤てんかん、⑥高次脳機能障害、⑦摂食障害に対応できるように盛り込む必要がある。

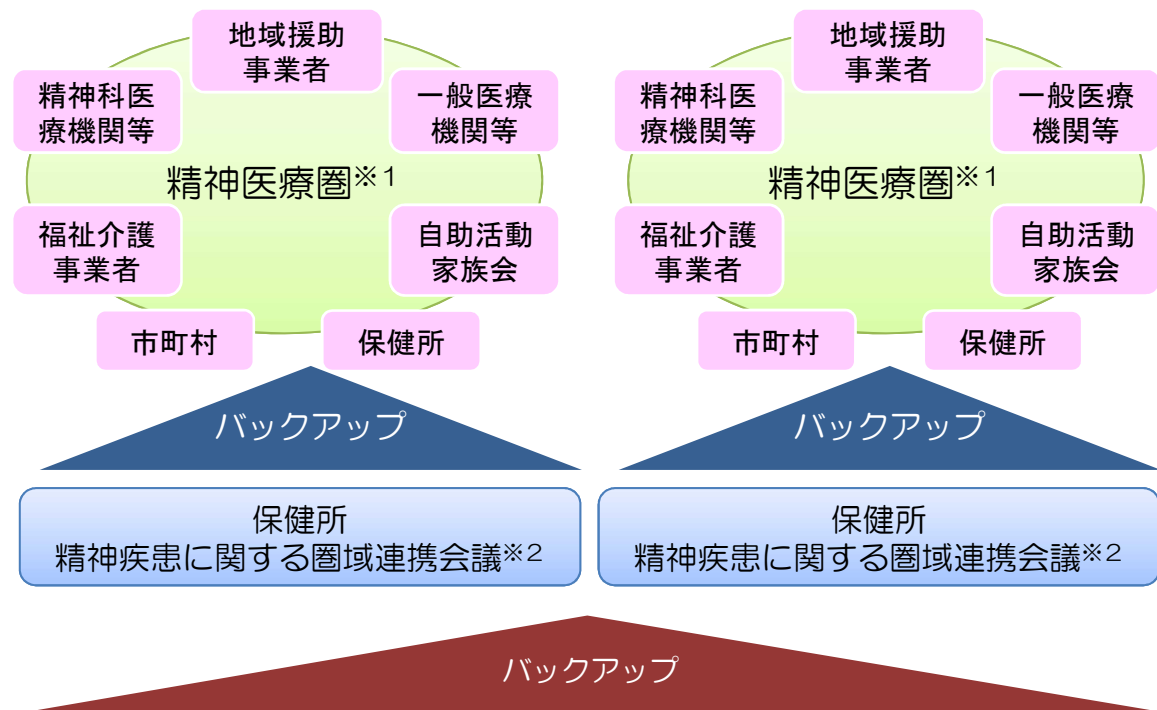
## (対応の方向性)

- 医療計画においても、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指すことを理念として明確にしてはどうか。
- 精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築するため、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏(二次医療圏を基本)毎に、圏域連携会議を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築することとしてはどうか。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援することとしてはどうか。
- 精神医療圏単位で医療連携体制の検討が必要な精神疾患と、三次医療圏単位で医療連携体制の検討が必要な精神疾患を区分して示してはどうか。また、三次医療圏単位で、難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、精神疾患に関する作業部会を通じて、都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、総合病院、国立病院なども参画した医療連携体制を構築することとしてはどうか。

# 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

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28年9月30日（第3回）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このため、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏（二次医療圏を基本）毎に、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築する。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援する。また、難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、都道府県立精神科病院等の医療機関が役割を果たす。



## 精神医療圏における関係機関の役割

### 【精神医療圏で主に検討が必要な疾患等】

- 統合失調症、認知症、依存症、高次脳機能障害、精神科救急  
〈精神疾患に関する圏域連携会議の主な役割〉  
圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場  
〈市町村の主な役割〉  
精神障害者への保健福祉相談・生活支援  
精神障害に対応した障害福祉・介護の基盤整備
- 〈保健所の主な役割〉  
地域精神保健医療福祉の連携推進にあたっての調整主体  
圏域に係る医療計画の企画立案実行管理  
圏域内の市町村障害福祉計画等の企画立案実行管理支援  
困難事例への個別対応

## 三次医療圏における関係機関の役割

### 【三次医療圏で主に検討が必要な疾患等】

- 難治性精神疾患、自殺対策、てんかん、災害医療、医療観察  
児童・思春期精神疾患（摂食障害、発達障害を含む）  
〈精神疾患に関する作業部会の主な役割〉  
あるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場  
〈都道府県立精神科病院等の主な役割〉  
難治性精神疾患、処遇困難事例への個別対応  
医療機関への専門的支援（個別相談、人材育成等）
- 〈精神保健福祉センターの主な役割〉  
保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）
- 〈都道府県本庁の主な役割〉  
医療計画・都道府県障害福祉計画等の企画立案実行管理

都道府県本庁、都道府県立精神科病院等、精神保健福祉センター  
精神疾患に関する作業部会※2

（難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるように、  
都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、総合病院、  
国立病院なども参画した医療連携体制を構築することが望ましい）

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

※2 医療計画作成指針（平成24年3月30日付局長通知）に基づく協議の場