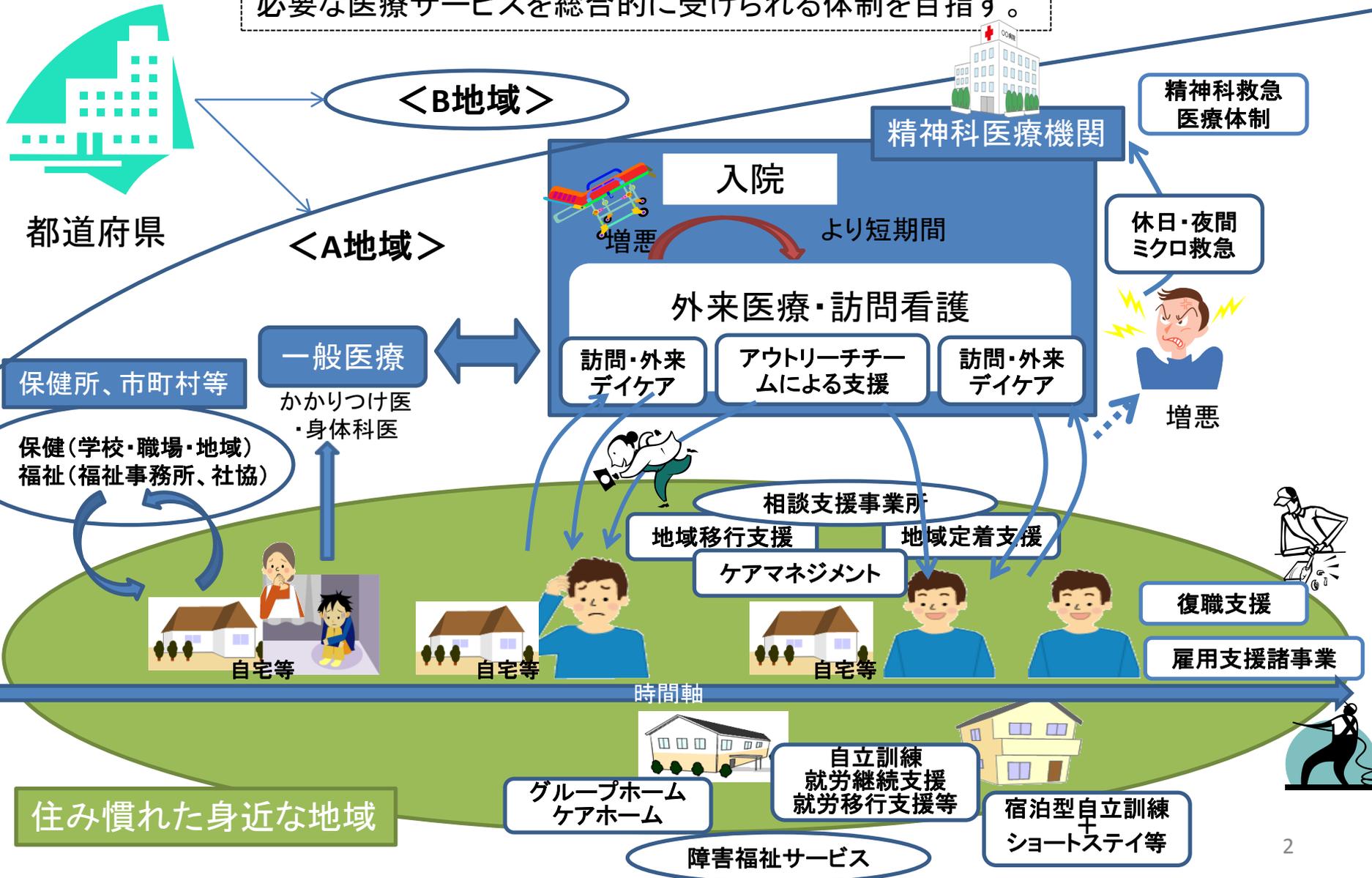


# 精神疾患の医療体制構築に係る指針について

# 精神疾患の患者を支えるサービス(イメージ) 福祉との連携

住み慣れた身近な地域で、様々なサービスと協働しつつ、必要な医療サービスを総合的に受けられる体制を目指す。



# 精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

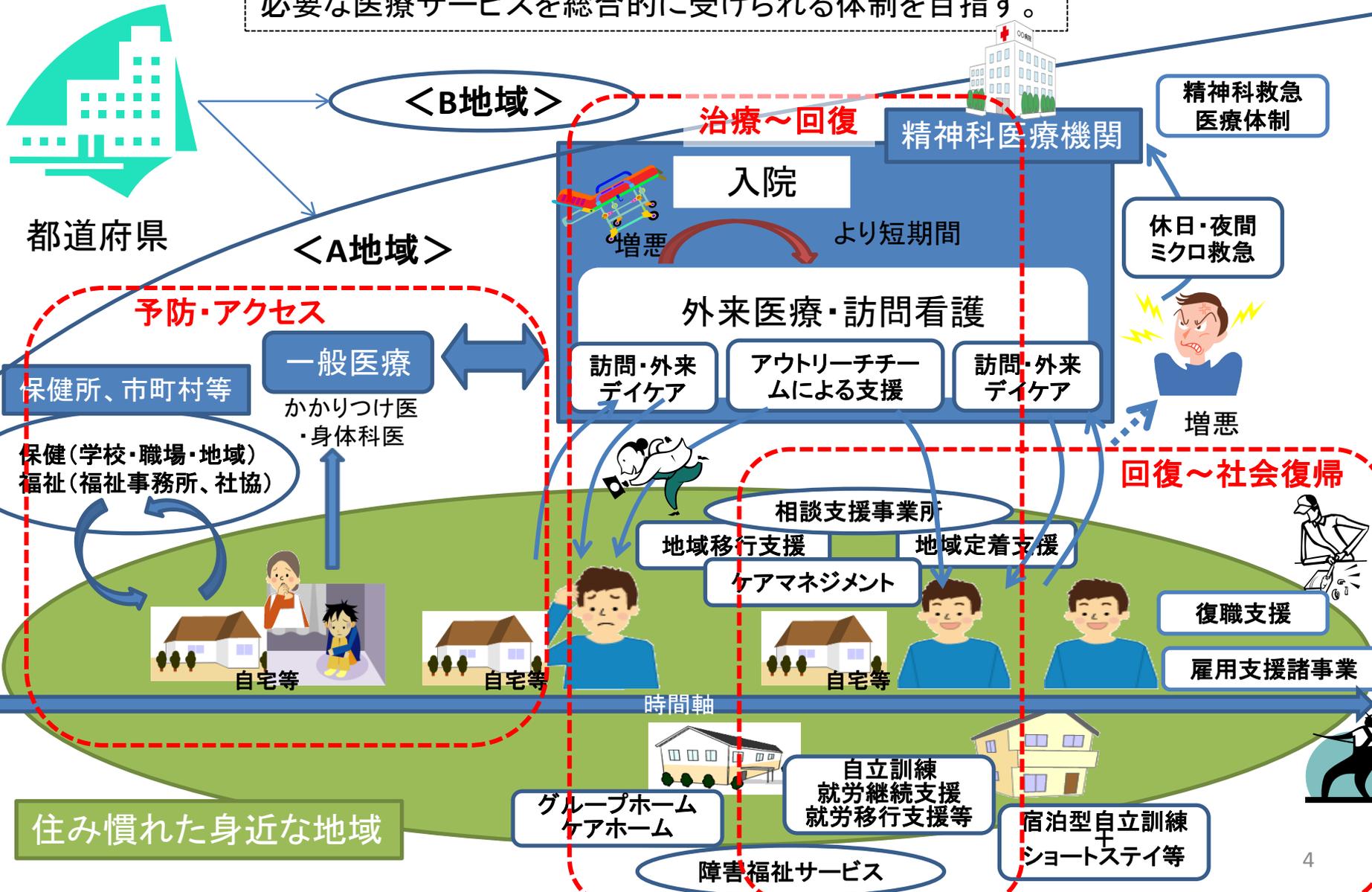
精神疾患患者やその家族等に対して、

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

# 精神疾患の患者を支えるサービス(イメージ) 福祉との連携

住み慣れた身近な地域で、様々なサービスと協働しつつ、必要な医療サービスを総合的に受けられる体制を目指す。



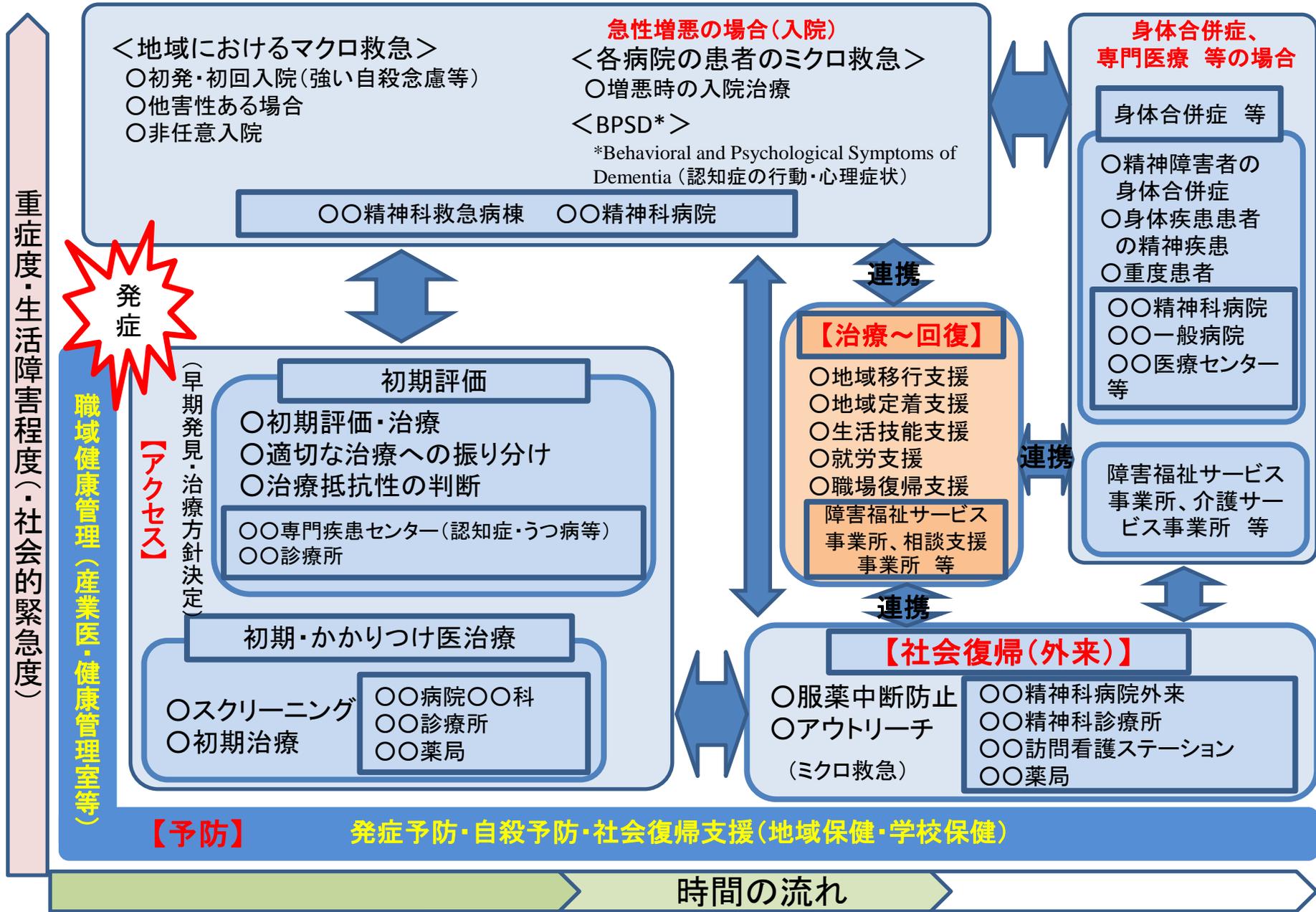
# 精神疾患に関する医療計画 イメージ案 ①【病期】

	【予防】	【アクセス】	【治療～回復】	【社会復帰】
機能	精神疾患の発症予防	症状が出て適切に精神科医に受診できる機能	適切な医療サービスの提供 退院に向けた支援を提供	再発を防止して地域生活を維持 社会復帰に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供
目標	精神疾患の発症を防ぐ	<ul style="list-style-type: none"> <li>●症状が出て精神科医に受診できるまでの期間を短縮する</li> <li>●精神科と地域の保健医療サービス等との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者に応じた質の高い精神科医療の提供</li> <li>●症状安定、住居確保のための退院支援を提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●できるだけ長く、地域生活を継続できる</li> <li>●社会復帰(就労等)のための支援を提供</li> <li>●急変時にいつでも対応できる</li> </ul>
関係機関	保健所、精神保健福祉センター等の保健・福祉等の関係機関(地域保健・産業保健・介護予防・母子保健・学校保健・児童福祉・地域福祉)	一般の医療機関(かかりつけの医師)、4疾病(がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病)の専門医療機関、薬局、保健所、精神保健福祉センター等	精神科病院、精神病床を有する病院、精神科診療所、訪問看護ステーション等	精神科病院、精神科診療所、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、介護サービス事業所等
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●国民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防を行う</li> <li>●地域保健、産業保健領域等との連携等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科医療機関との連携(GP連携事業への参画等)</li> <li>●かかりつけの医師等の対応力向上研修に参加</li> <li>●保健所等と連携し、必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)を提供等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供</li> <li>●医師、薬剤師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種チームによる支援体制</li> <li>●緊急時の対応体制や連絡体制の確保等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の状況に応じて、適切な外来医療や訪問診療等を提供</li> <li>●緊急時の対応体制や連絡体制の確保</li> <li>●各種のサービス事業所等との連携し、生活の場で必要な支援を提供等</li> </ul>
評価指標	精神保健に関する相談件数(P)、啓発活動の実施状況(P)等	地域連携クリティカルパス導入率(P) (GP連携、退院支援等)		訪問実施医療機関数(S)、精神疾患対応訪問看護ステーション数(S)、障害福祉サービス利用者数(P)等
		かかりつけ医対応力向上研修参加者数(P)、身体科と精神科の連携会議実施数(P)等	退院支援計画作成率(P)等	

# 精神疾患に関する医療計画 イメージ案 ②【状態像】

	急性増悪の場合	専門医療の場合	身体合併症 (急性疾患)の場合	身体合併症 (専門的な疾患)の場合
機能	急性増悪した患者に、速やかに精神科救急医療を提供	専門的な精神科医療を提供	身体合併症を有する精神疾患患者に、速やかに必要な医療を提供	専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供(緩和ケアを含む。)
目標	24時間365日、精神科救急医療を提供できる	児童精神医療、依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する	24時間365日、身体合併症を有する精神科の救急患者に救急医療を提供できる	専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供できる
関係機関	保健所、精神保健福祉センター、精神医療相談窓口、精神科救急情報センター、精神科病院、精神病床を有する病院、精神科診療所等	各領域の専門医療機関等	救命救急センター、一般の救急医療機関、精神科病院、精神病床を有する病院等	精神病床を有する病院、精神科病院、専門医療機関等
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科救急患者の受け入れできる設備を有する(検査、保護室等)</li> <li>●地域の精神科救急医療システムに参画</li> <li>●地域の医療機関と連携等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●各領域における、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有する</li> <li>●各領域ごとに必要な保健、福祉等の行政機関等と連携</li> <li>●他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●身体合併症と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般救急医療機関と精神科医療機関とが診療連携)</li> <li>●精神病床において行う場合は、身体疾患に対応できる医療機関の診療協力を有する</li> <li>●一般病床については、精神科リエゾンチーム(多職種チーム)や精神科医療機関の診療協力を有する</li> <li>●地域の医療機関と連携等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神病床において行う場合は、身体疾患に対応できる医療機関の診療協力を有する</li> <li>●一般病床については、精神科リエゾンチーム(多職種チーム)や精神科医療機関の診療協力を有する</li> <li>●地域の医療機関と連携等</li> </ul>
評価指標	精神科救急医療圏ごとの精神科救急医療機関数(S)、精神医療相談窓口の開設状況(S)、夜間・休日受診・入院件数(P)等	各領域の専門医療機関数(S)等	身体合併症対応施設数(S)等	年齢調整死亡率(O)等

# 精神疾患の医療体制(イメージ)



# 精神保健福祉法における精神疾患の範囲

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)第五条に「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と記載されている。
- 世界保健機関(WHO)による国際疾病分類第10版(ICD-10)では、「精神および行動の障害」(F00～F99)に記載されている。
- 精神障害者保健福祉手帳の対象疾患には、上記に加え、てんかん(G40)が含まれている。

## ※ICD-10 精神及び行動の障害(F00～F99)

F0	症状性を含む器質性精神障害
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害
F3	気分(感情)障害
F4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害
F7	精神遅滞(知的障害)
F8	心理的発達の障害
F90～F98	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
F99	特定不能の精神障害

※F0には、アルツハイマー型認知症、血管性認知症等が含まれている。  
 ※てんかん(G40)は、神経系の疾患(G00-G99)に含まれている。

## ※精神障害者保健福祉手帳の対象疾患

(精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準通知より)

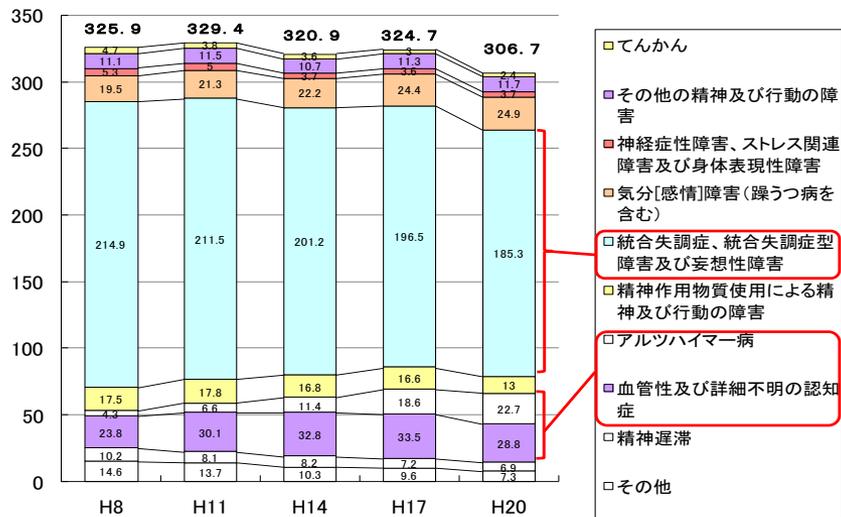
統合失調症
そううつ病(気分(感情)障害)
非定型精神病
てんかん
中毒精神病
器質精神病(アルツハイマー型認知症を含む。)
その他の精神疾患 (神経症性障害、ストレス関連障害 等)

※知的障害(療育手帳の対象)は、除く。

# 精神疾患の患者数の推移

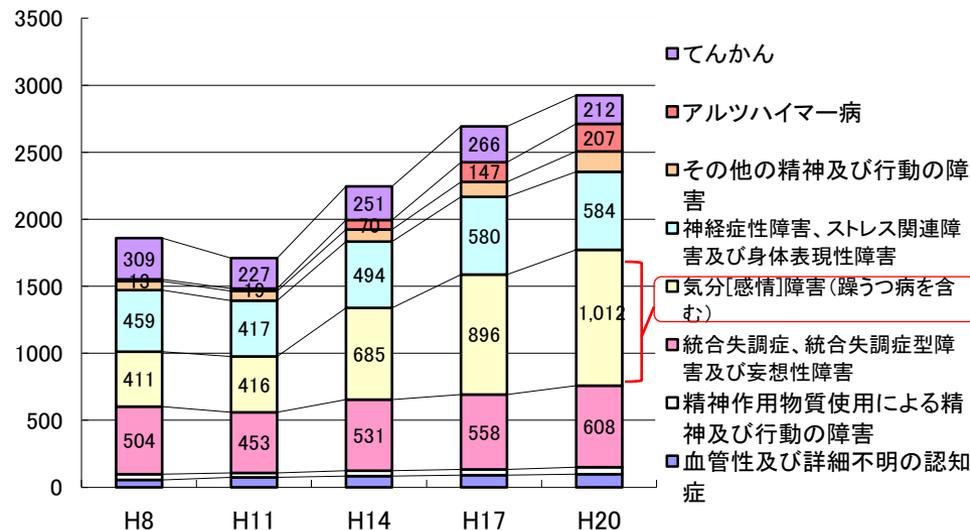
- 精神疾患の患者数は、近年増加しており、平成20年患者調査で、320万人を超えている。
- 精神病床の入院患者を疾病別に見ると、統合失調症患者が減少傾向にある一方で、**認知症患者が急増**している。
- 精神疾患の外来患者を疾病別にみると、**うつ病等の気分障害患者数は100万人を超え**、急増している。

## 精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査 3

## 精神疾患外来患者の疾病別内訳



# 論点

- 精神疾患の医療計画の作成に当たっては、福祉・介護サービス等との連携が重要であるため、地域の実情を踏まえつつ、障害保健福祉圏域や老人福祉圏域等との連携を考慮してはどうか。

※ 障害保健福祉圏域：都道府県障害福祉計画において、障害福祉サービスの種類ごとの量の見込みを定める区域

※ 老人福祉圏域：都道府県介護保険事業支援計画において、介護給付等の対象サービスの量の見込みを定める区域

- 医療計画における精神疾患の範囲は、精神保健福祉法における精神疾患の範囲と同様とし、精神疾患の医療計画指針は、精神疾患全体として作成するが、うつ病、認知症については、よりわかりやすくなるよう、工夫してはどうか。

## 【参考資料①】

地域移行の推進に係る障害福祉施策の検討状況

- 厚生労働省では、平成16年9月の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」以来、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念の下、施策を進めてきた。平成21年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」でも、その理念をさらに推進することが確認された。
- 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(平成22年6月29日閣議決定)では、
  - ① 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、あり方を検討し、平成24年内を目途に結論を得る。
  - ② 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。
  - ③ 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途に結論を得ることとしている。
- これを踏まえ、厚生労働省では、平成22年5月、省内に、厚生労働大臣政務官を主担当とする「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を立ち上げ、順次検討を行っている。
  - 第1R: アウトリーチ(訪問支援)について(平成22年5月～6月)
  - 第2R: 認知症と精神科医療について(平成22年9月～)
  - 第3R: 保護者制度・入院制度について(平成22年10月～)
- また、平成22年12月には、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法が改正され、地域生活を支えるための支援内容が追加された。併せて、精神保健福祉法も改正され、精神科救急医療体制の整備が都道府県の努力義務とされたことから、平成23年5月より、「精神科救急医療体制に関する検討会」を立ち上げ、検討を進めてきた。(平成23年9月まで)
- さらに、医療計画において、現行の「4疾病」に精神疾患を追加することについて、社会保障審議会医療部会で検討が行われたほか、その他の事項についても、それぞれ検討を進めてきた。
- こうした検討状況を踏まえ、これらの検討で示された方向性をまとめるとともに、今後、平成24年に向けて検討すべき論点を整理した。

## 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について (平成22年6月29日閣議決定) (抄)

政府は、障がい者制度改革推進会議(以下「推進会議」という。)の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)(以下「第一次意見」という。)を最大限に尊重し、下記のとおり、障害者の権利に関する条約(仮称)(以下「障害者権利条約」という。)の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図るものとする。

### 3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

以下の各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、横断的課題の検討過程や次期障害者基本計画の策定時期等も念頭に置きつつ、改革の工程表としてそれぞれ検討期間を定め、事項ごとに関係府省において検討し、所要の期間内に結論を得た上で、必要な措置を講ずるものとする。

#### (4) 医療

- 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

# I 「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念を実現するための 新たな取組と今後の検討課題

○ 閣議決定を踏まえ、退院支援、地域生活の支援体制の整備について検討を進め、以下の新たな取組をまとめた。今後、それぞれについて具体的に取組を進める。

(★) 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。

## I 地域移行、社会的入院の解消に向けた、病院からの退院に関する明確な目標値の設定

取組1 第3期障害福祉計画(都道府県)における明確な目標値の設定

## II 地域移行・地域生活を可能とする地域の受け皿整備

### ◆医療面での支え

取組2 できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行うアウトリーチ(訪問支援)の充実

取組3 夜間・休日の精神科救急医療体制の構築

取組4 医療機関の機能分化・連携を進めるため医療計画に記載すべき疾病への追加

### ◆福祉・生活面での支え(従来の障害福祉サービスの基盤整備に加え新たな取り組みとして)

取組5 退院や地域での定着をサポートする地域移行支援、地域定着支援の創設

取組6 地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどを合わせて実施

### ◆認知症の方に対する支え

取組7 入院を前提とせず地域での生活を支える精神科医療と、地域の受け皿整備

[検討中]

## 第3期障害福祉計画(都道府県)における 病院からの退院に関する明確な目標値の設定

- 精神科病院からの退院、地域移行を促進し、社会的入院の解消をさらに進めていくため、退院のさらなる促進に係る要素をより具体化、精緻化した着眼点を設定する。

### 【着眼点1】 1年未満入院者の平均退院率

→ 改革ビジョン以来の目標値(76%)を達成するためには、現在より7%相当分引き上げることが必要であり、「平成26年度における平均退院率を、現在より7%相当分増加させる」ことを指標とする。

### 【着眼点2】 5年以上かつ65歳以上の退院者数

→ 5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないようにするためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要であり、第3期計画期間では「平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、現在よりも20%増加させる」ことを指標とする。

- ※ 認知症に関しては、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(第2R)にて検討中。

# 着眼点設定の考え方①

- 平成16年の「改革ビジョン」における目標値である、①1年未満群の平均残存率に関する目標(24%以下)、②1年以上群の退院率目標(29%以上)をベースとして、より具体化、精緻化する着眼点を設定。

## 【1年未満群の平均残存率をベースにした着眼点】

- 1年未満群の平均残存率は、平成20年調査で28.8%と着実な減少傾向にあり、**これまでの取組を引き続き進めていく観点から、「1年未満の平均残存率」を着眼点とする。**

(※)なお、「平均残存率」については、患者・病院いずれにもネガティブな表現であり見直すべきとの指摘も多いことから、より分かりやすい表現とするため、退院に着目した「平均退院率」を用いる。(平均残存率+平均退院率=100%)

- その中で、特に、認知症患者については、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(第2R)にて検討中。

## 【1年以上群の退院率をベースにした着眼点】

- 1年以上群は、65歳未満の患者数は大きく減少する一方、65歳以上の患者数は増加。また、65歳以上の中で、1年以上5年未満の患者数の増加は、認知症患者の増加の影響が大きい一方、5年以上の患者数の増加は、長期入院している統合失調症の入院患者が退院に結びつきにくいことが影響。
- したがって、65歳以上の患者数に着目し、そのうち、これまで取組が必ずしも進んでおらず、精神科病院における処遇面でも大きな課題のひとつであると考えられる**長期・高齢の精神障害者(主として統合失調症患者)について、できる限り退院を促進する観点から、「5年以上かつ65歳以上の退院者数」を着眼点とする。**

## 着眼点設定の考え方②

- 都道府県に対しては、各着眼点に関する目標値を定める参考として、以下の指標を提示する。都道府県は、以下の指標を踏まえ、それぞれの実情に応じて、適切な目標値を定める。

### 【着眼点1】 1年未満入院者の平均退院率

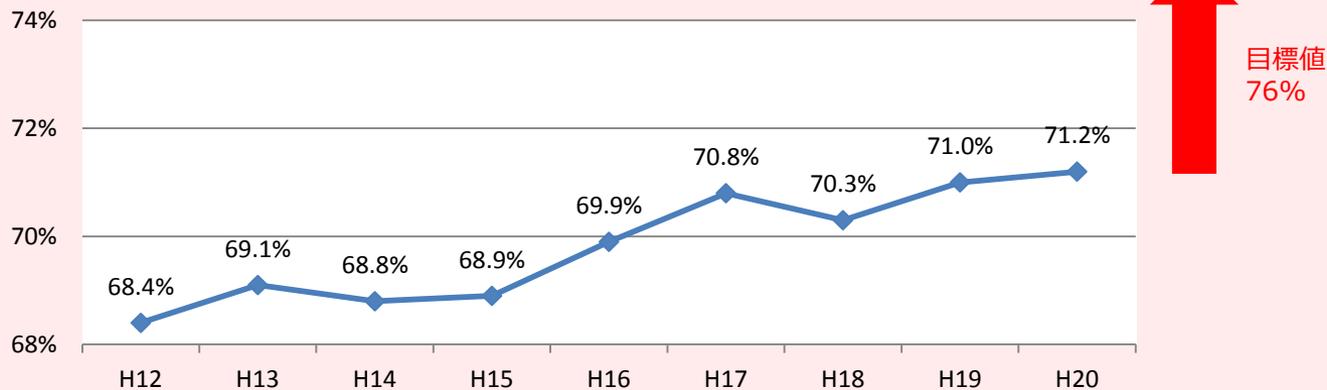
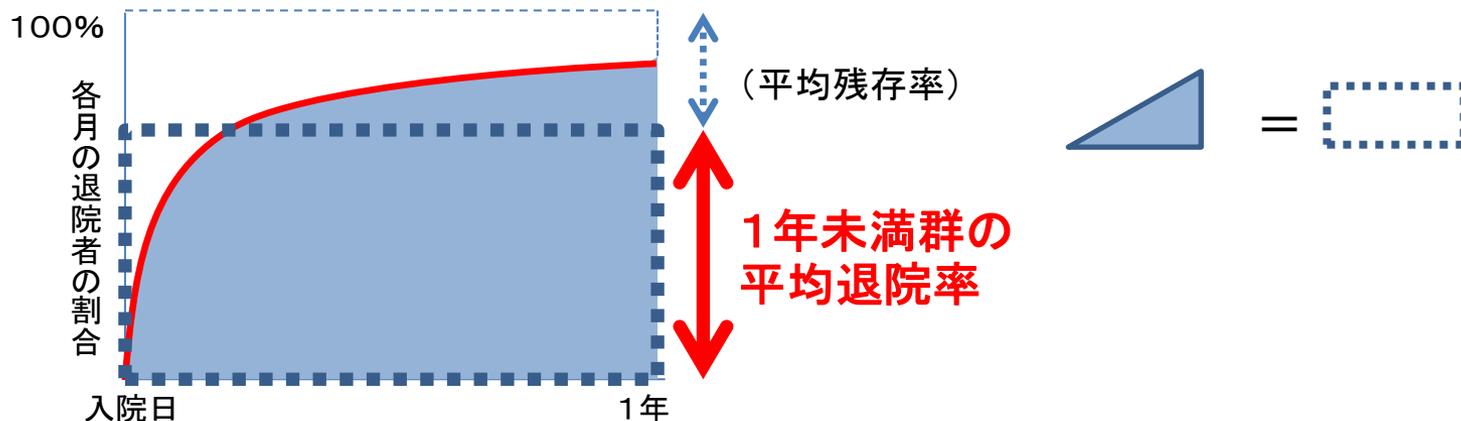
- 直近調査(平成20年6月30日調査)における平均退院率の**全国平均は71.2%であり、それを目標値である76%にするためには、平成20年6月30日調査時点の割合比で7%相当分増加させる必要があることから、「平成26年度における平均退院率を、平成20年6月30日調査比で7%相当分増加させる」**ことを、目標設定に当たっての指標とする。

### 【着眼点2】5年以上かつ65歳以上の退院者数

- 5年以上かつ65歳以上の入院患者数は、平均1,300人程度増加(平成12~20年の6月30日調査の平均)しており、毎年度の退院者数が8~9千人(患者調査から推計)であることを踏まえると、**5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないようにする(又は減少に転じさせる)ためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要**となる。  
このため、「**平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、直近の状況よりも20%増加させる**」ことを、目標設定に当たっての指標とする。

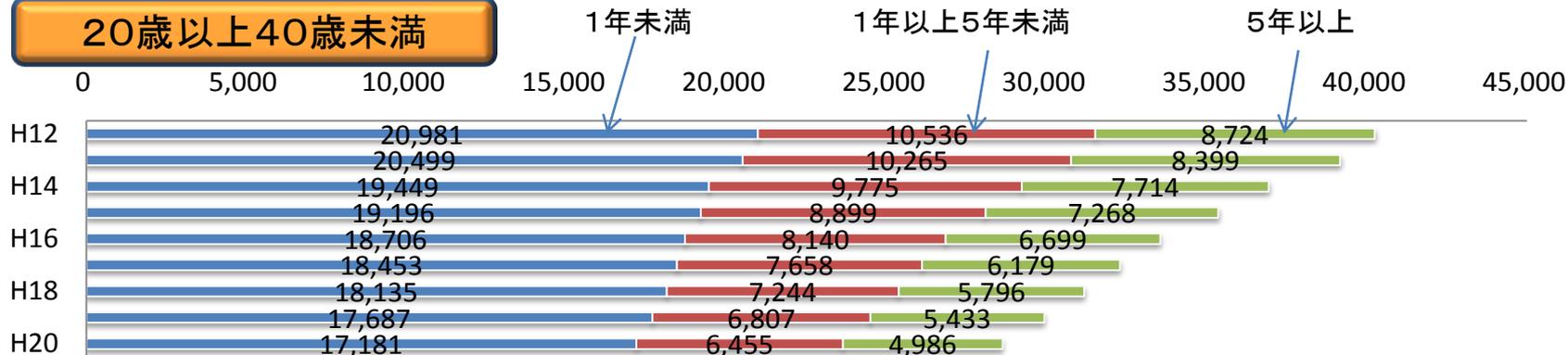
# 1年未満の平均退院率について

新規入院患者のうち、入院後1年までの各月の退院者の割合を平均した割合

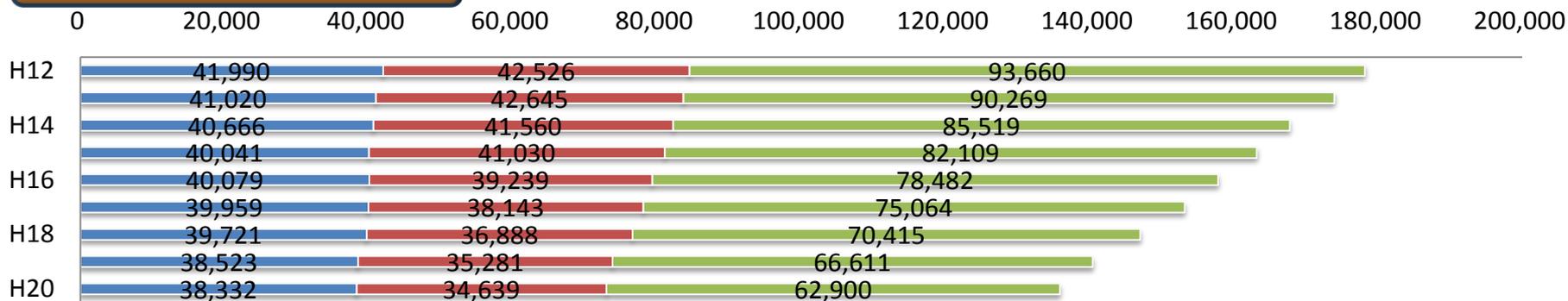


# 新たな取組1

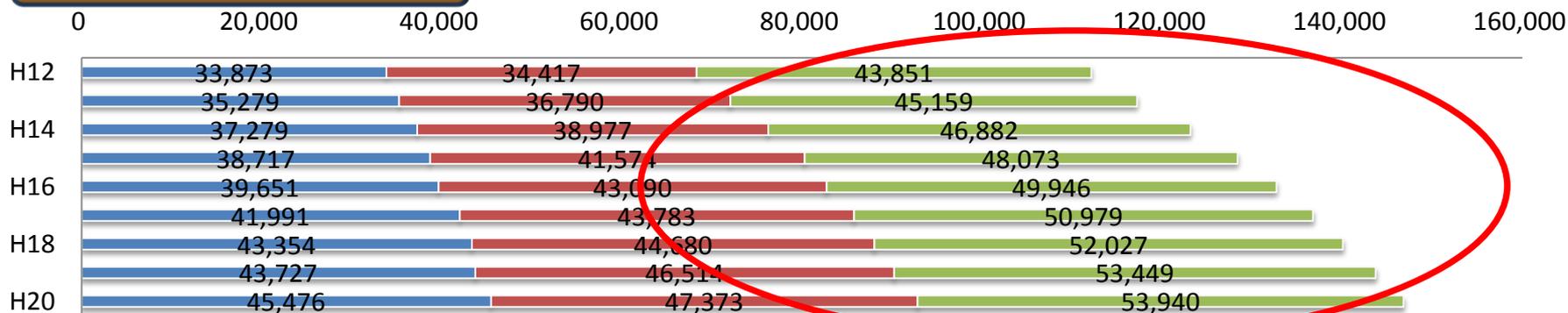
## 20歳以上40歳未満



## 40歳以上65歳未満



## 65歳以上



# 医療計画及び介護保険事業計画との関係

都道府県

介護保険計画

障害福祉計画

医療計画

両計画が相互に関係し、精神科医療に関する体制を構築

【着眼点】

- ①1年未満入院者の平均退院率
- ②5年以上かつ65歳以上の入院患者の退院者数
- ※認知症に関しては、検討中

【地域精神保健医療体制の整備】

精神疾患がいわゆる「4疾病」に追加されることを受け、障害福祉計画の目標も踏まえつつ、地域精神保健医療体制の構築に向けた体制作りについて記載  
→23年内に作成指針等を示し、24年度に策定、25年度施行

【精神病床の基準病床数】

1年未満群の平均残存率の低下、1年以上群の退院率の向上を目指す算定式で算定(18年4月～)

退院者数と地域移行支援等の見込量を推計

市町村計画のサービス見込量の積み上げ

介護保険計画

※精神科病院から退院する認知症患者数が把握できる場合、  
・必要なサービス見込み量の中に盛り込む。

- ・地域移行支援事業のサービス見込量に反映
- ・さらに、障害福祉サービスや地域定着支援事業のサービス見込量に反映

★精神科病院に入院している認知症患者については、「退院支援・地域連携クリティカルパス」の開発・試行・普及を通じて、介護保険事業計画への反映方法(例えば、都道府県とも連携しながら、精神科病院から退院する認知症患者の数を把握する方法や必要なサービス量を見込む方法等)を検討し、各自治体における第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量の算定につなげていく。

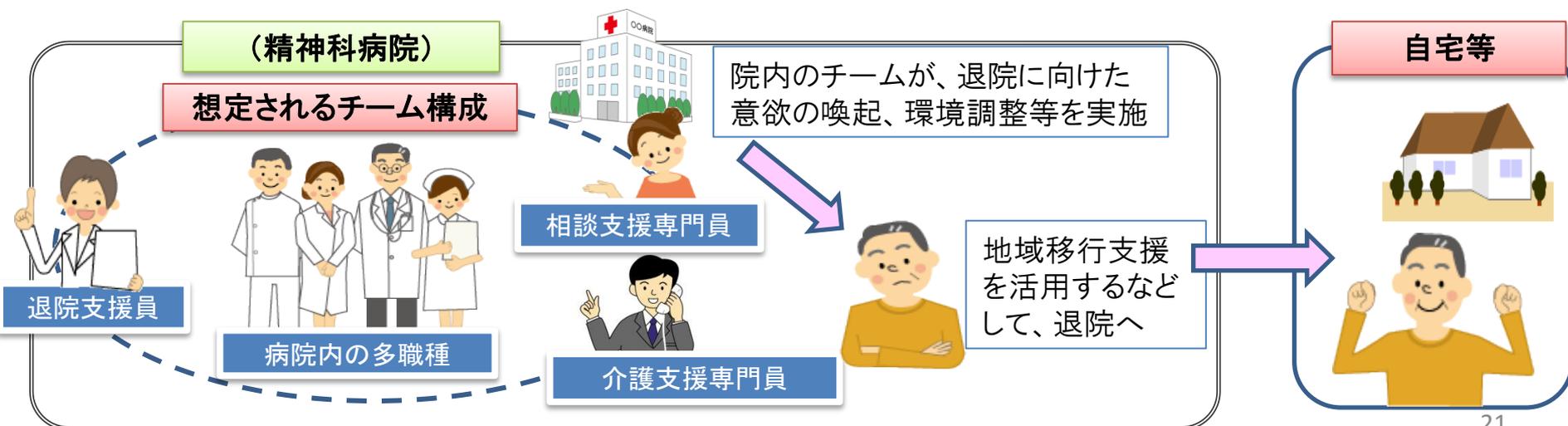
市町村

## 【現状】

- ・ 65歳以上の入院患者が45.4%、うち5年以上の入院患者は39.7%(平成19年当課調べ)  
※5年以上かつ65歳以上の入院患者の多くは、統合失調症患者。
- ・ 高齢精神障害者に特化した退院支援に向けた専属の職員や専門部署が設置されている病院は少なく、病院独自の取組に委ねられてきた。
- ・ 高齢精神障害者の場合、入院期間の長期化等や高齢化による生活機能や意欲の低下から、退院に向けた支援に時間や人手を要するケースが多い。

## ◆高齢入院患者地域支援事業(平成24年度概算要求)

- ・ 平成24年度概算要求において、精神障害者地域移行・地域定着支援事業のメニューとして、長期高齢の入院患者に対して、院内の専門職種と地域の関係者がチームとなり、退院に向けた包括的な支援プログラムを実施し、地域移行を目指すための事業を新設



退院や地域での定着をしっかりとサポートするための、  
**地域移行支援、地域定着支援の創設**

- 改正障害者自立支援法の施行に伴い、
  - ・ **入院中から、住居の確保や新生活の準備等の支援**を行う「**地域移行支援**」
  - ・ 地域生活している者に対し、**24時間の連絡相談等のサポート**を行う「**地域定着支援**」の創設により、退院や地域での定着の支援体制を充実。

## 地域移行支援・地域定着支援の創設

### ◆地域移行支援

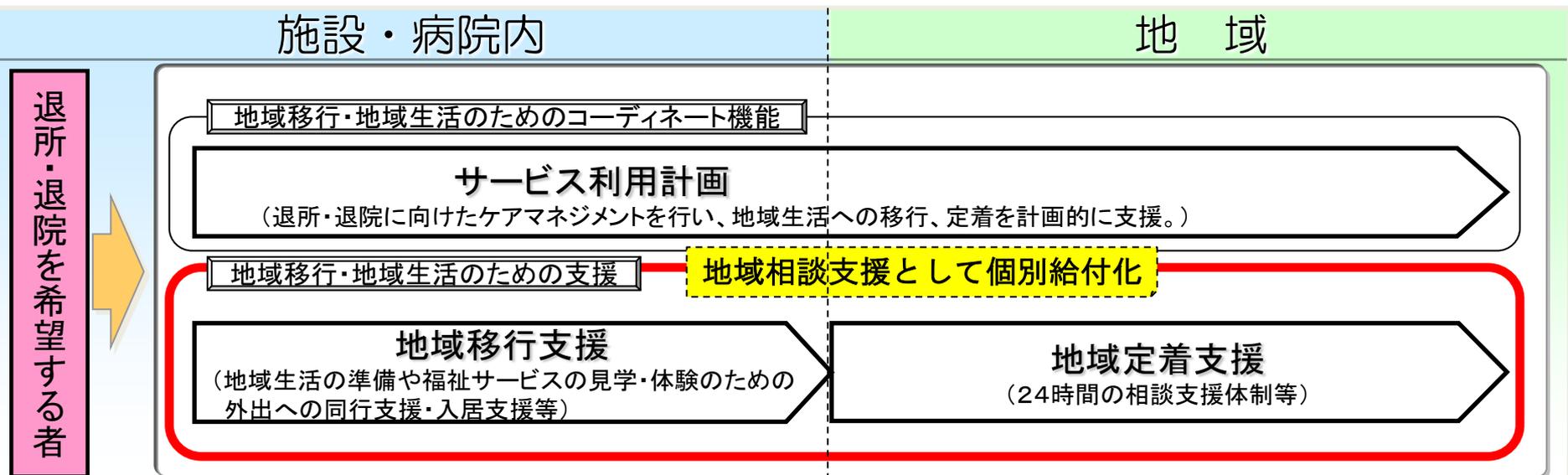
施設や病院に長期入所等していた者が地域での生活に移行するためには、住居の確保や新生活の準備等について支援が必要。

→ 現行の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」(補助金)で行われているもの(地域移行推進員の活動)と同様の事業を障害者自立支援法に基づく個別給付に。

### ◆地域定着支援

居宅で一人暮らししている者等については、夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制が必要。

→ 現行の「居住サポート事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を障害者自立支援法に基づく個別給付に。



地域生活支援体制の構築のため、  
地域生活に向けた訓練と、  
状態悪化時のサポートなどを合わせて実施

- 改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは、  
宿泊型自立訓練と就労継続支援などの日中活動サービスや  
ショートステイの事業等を組み合わせて実施しやすくするとともに、  
新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を実施すること等  
により、病院等からの地域移行・地域生活への定着を一層促進。

# 地域移行・地域生活支援体制の強化

～H24.3.31

H24.4.1～

改正障害者自立支援法の施行・新体系移行の期限

- ・現在は、精神障害者生活訓練施設が社会復帰に向けた訓練を行っている。
- ・精神障害者生活訓練施設も、平成24年3月末までに新体系移行することが必要

地域移行・地域生活支援機能の強化を図る観点等から**宿泊型自立訓練の規制の見直し**を検討

- ① ケアマネジメントの導入等に伴う標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等
  - ・ 長期間入院していた者等の減額単価（162単位）の適用時期を現行の2年から標準利用期間である3年を超える場合に延長。
  - ・ 長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
- ② 短期入所を行う場合の要件緩和（空床の利用）
 

宿泊型自立訓練等においても、必要な人員を配置した場合には、空床等を利用して短期入所事業が実施できるよう、現行基準を見直し。

など

## 宿泊型自立訓練の実施

（夜間における地域生活のための訓練等）

＋ 事業者の選択により、次のサービスを組み合わせて実施

## 日中活動サービスの実施

（自立訓練（生活訓練）、就労継続支援B型など）

## ショートステイの実施

（再入院の予防・悪化時の受け入れなど）

## 地域移行支援・地域定着支援の実施

（新生活の準備支援、24時間の相談支援体制、緊急時対応など）

連携

### ★相談支援の充実

- ・ ケアマネジメントの導入によりサービス利用計画案を重視
- ・ 相談支援体制の強化（地域移行支援・地域定着支援の個別給付化）など

# 宿泊型自立訓練の規制等の緩和に関する検討事項

(ケアマネジメントの導入等に伴う標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等)

- ・ 長期間入院していた者等の減額単価(現行162単位/日)の適用時期を現行の「2年を超える場合」から標準利用期間である「3年を超える場合」に延長。
- ・ また、平成24年度からは、ケアマネジメント(サービス利用計画案)を重視した支給決定となることを踏まえ、長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
  - ※ 標準利用期間を超えて、さらに必要性が認められる場合には、最大1年間の延長が可能。

(空床を利用した短期入所の実施)

- ・ 宿泊型自立訓練、グループホーム、ケアホームにおいても、必要な人員を配置した場合には、空室・空床を活用して短期入所事業が実施できるよう、現行基準を見直し。

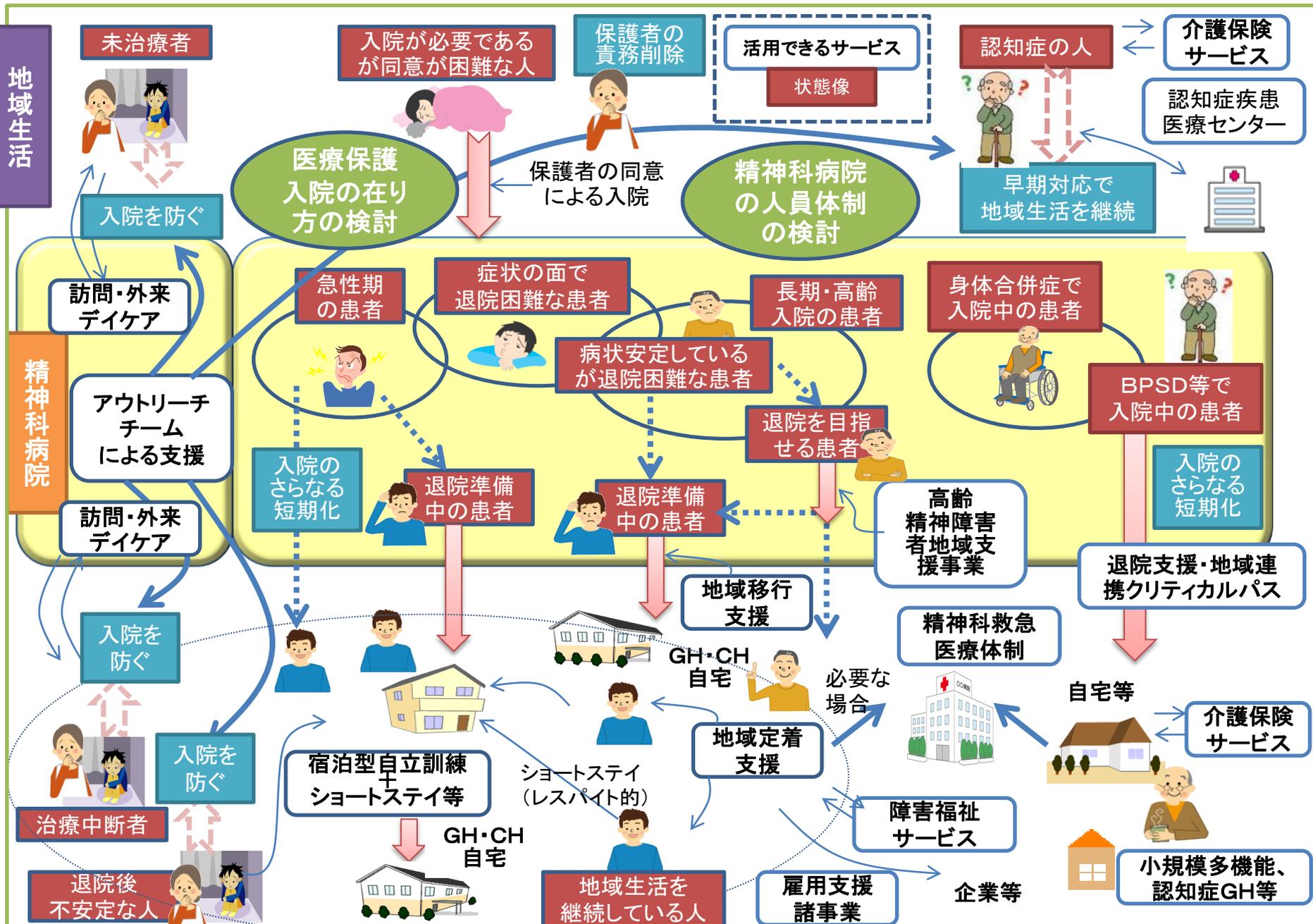
(その他の主な検討事項)

- ・ 宿泊型自立訓練等に移行した場合の設備(居室の定員や面積要件など)に関する特例(経過措置)については、平成24年度以降も継続。
  - ※ 宿泊型自立訓練の立地については、従来から病院等の敷地内での設置が可能。
- ・ 報酬改定事項(食事提供体制加算(現行42単位)の扱いなど)については、年末に向けての報酬改定プロセスにおいて検討。

など

# 地域生活を支える精神科医療体制の姿(イメージ図)

暫定版(随時更新予定)



## 【参考資料②】

# うつ病等の精神医療関連施策

## 柱1

### 普及啓発の重点的实施

～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

- 睡眠キャンペーンの継続的实施
- 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信
- うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発
- 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充
- 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知
- ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

## 柱2

### ゲートキーパー機能の充実と 地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

<うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に>

- 都道府県・市町村における精神保健体制の充実
- かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化

<主として、求職中の方を対象に>

- ハローワーク職員の相談支援力の向上
- 都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力
- 求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施
- 生活福祉・就労支援協議会の活用

<主として、一人暮らしの方を対象に>

- 地域における孤立防止等のための支援

<生活保護を受給している方を対象に>

- 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

## 柱3

### 職場におけるメンタルヘルス対策・ 職場復帰支援の充実

～一人一人を大切に作る職場づくりを進める～

- 管理職に対する教育の促進
- 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実
- 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応
- メンタルヘルス不調者に適切に対応出来る産業保健スタッフの養成
- 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化
- 職場環境に関するモニタリングの実施
- 労災申請に対する支給決定手続きの迅速化
- うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施
- 地域・職域の連携の推進

## 柱4

### アウトリーチ（訪問支援）の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

- 精神疾患の未治療・治療中断者等へのアウトリーチの充実

## 柱5

### 精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

- 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実
- 自殺未遂者に対する医療体制の強化
- 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立
- 精神保健医療改革の方向性の具体化

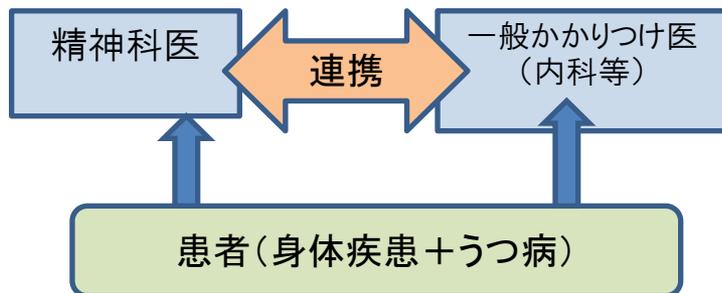
# うつ病に対する医療等の支援体制の強化(平成22年度補正予算:7.6億円)

- 平成8年に約43万人だったうつ病患者が平成20年には約104万人と、12年間に2.4倍と増加の一途をたどっており、より効果的な治療対策が急務となっている。

精神科医療の質の向上を図るために研修と医療機関の連携体制構築を実施(22年度~23年度、内閣府の自殺基金の積み増し)

## 精神科医と一般かかりつけ医の連携強化

- 地域レベルでの定期的な連絡会議の開催
- ・一般医でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築
- ・ケーススタディ
- (具体的な事業内容:連携内容の検討、確認紹介等の連携事業の実施)



## 精神医療関係者への研修

- 精神医療関係者への研修により診療・支援についての質の向上を図る。
- 特に向精神薬の過量服薬の防止についての徹底を図る。

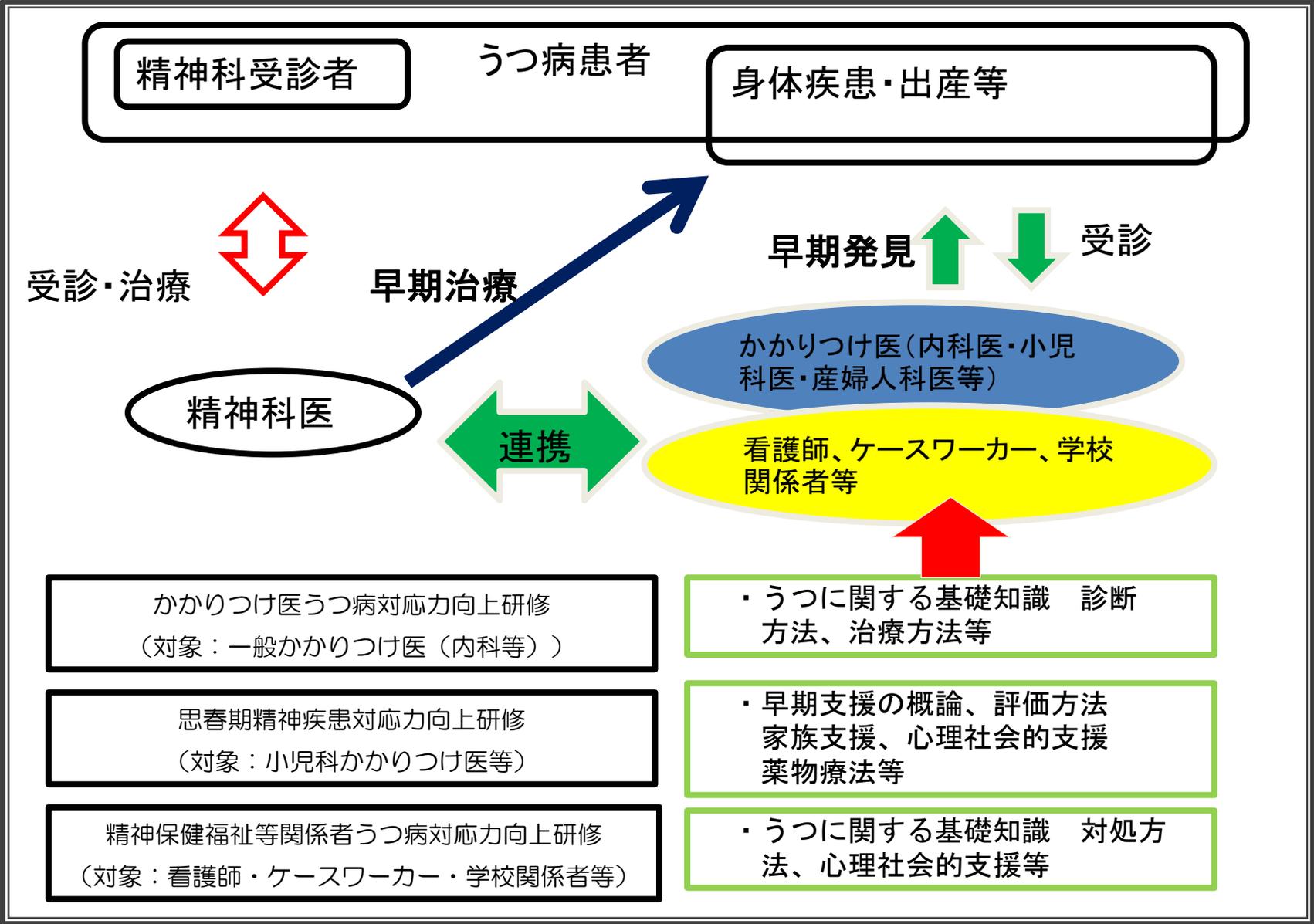
(対象)  
精神科に係る医師、看護師、薬剤師等

- (研修内容)
- ・うつ病の診断・治療
  - ・うつ病患者の支援方法
  - ・薬剤の処方 等

- 服薬状況の情報収集

# かかりつけ医等心の健康対応力向上研修

23年度予算額 91百万円



# 自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業

平成23年度予算 17百万円

【自殺対策基本法】第17条 自殺未遂者に対する支援／第18条 自殺者遺族に対する支援

自殺未遂者・自殺者遺族ケアに関する検討会(H18.12-H20.3)

「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」の公表

平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

## 「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」

自殺未遂者ケア・自死遺族ケアに関するガイドラインを作成

- 自殺に傾いた人を支えるためにー相談担当者のための指針ー
- 自死遺族を支えるためにー相談担当者のための指針ー
- 自殺未遂者への対応ー救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き
- 精神科救急医療ガイドライン 自殺未遂者対応(H21.12公表)

<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>>

平成20年度から

### 自殺未遂者ケア研修

救急医療や精神医療で働く医療従事者等を対象に、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐための入院中及び退院後の心理的ケアを中心に、ガイドラインに基づいた研修を開催する。

平成22年度開催

一般救急版 3回開催  
精神科救急版 1回開催

### 自死遺族ケアシンポジウム

自死遺族の支援にあたる者等を対象に、自死遺族の苦痛を和らげるための心理的ケアを中心に、ガイドラインに基づいたシンポジウムを開催する。

平成22年度開催

1回開催

# うつ病に対する認知行動療法

## ・ 診療報酬の導入(平成22年4月～)

### ○認知療法・認知行動療法 420点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が30分を超えた場合に算定し、一連の治療につき16回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

## ・ 実施マニュアルの作成

- 厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」においてマニュアルを作成(平成21年度)
- 厚生労働省HPからダウンロード可  
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>)

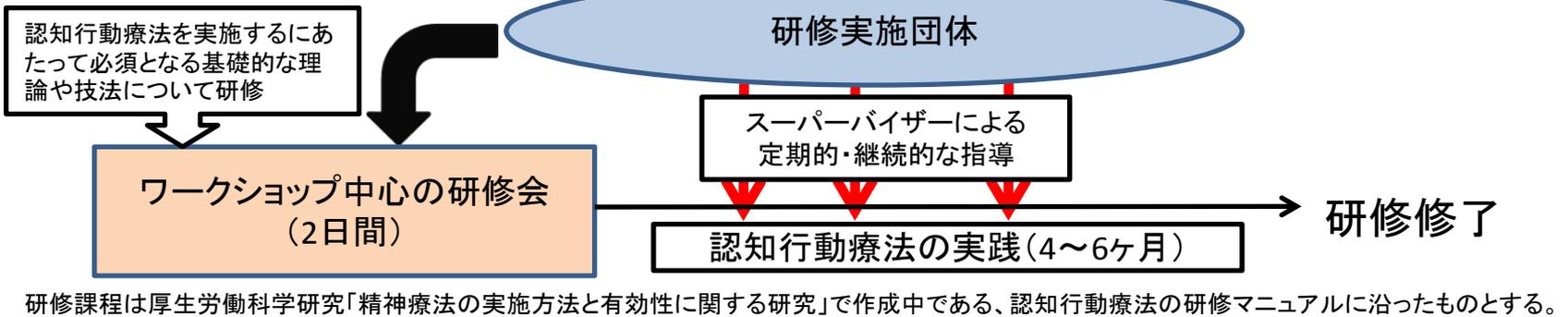
## ・ 研修の実施

- 平成22年度から独立行政法人精神・神経医療研究センターにおいて実施者の養成研修を実施
- 平成22年度補正予算においても、研修事業を実施

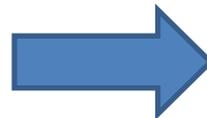
## 【認知行動療法とは】

うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法であり、海外ではうつ病等の精神疾患に対する有効性が示され、広く用いられている一方、国内では十分に普及しておらず、各方面から普及についての要望が出されている。

【目的】 うつ病治療において、認知行動療法を薬物療法と併せて実施することによって自殺のリスクを下げる事が知られており、認知行動療法を普及させることは自殺対策としての有用性が高いと考えられる。そのため、主に精神医療において専門的にうつ病患者の治療に携わる者に対し、その普及を図るための研修を行う。



(22年度)  
自殺予防総合対策センター((独)国立精神・神経医療研究センター)でのみ実施(運営費交付金)

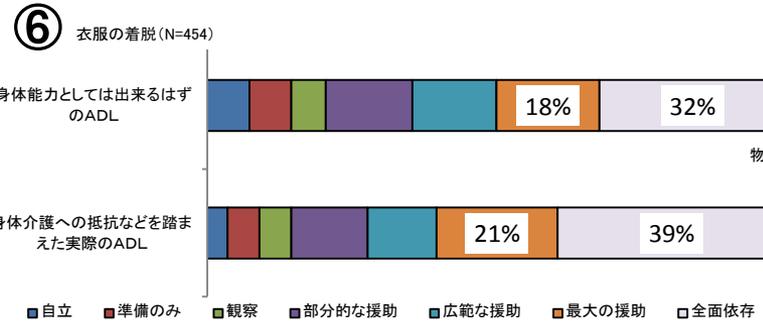
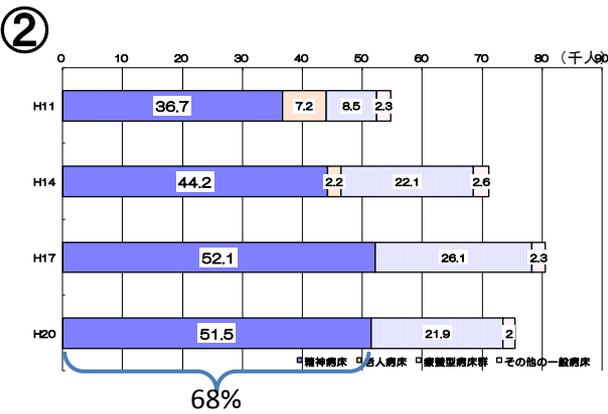
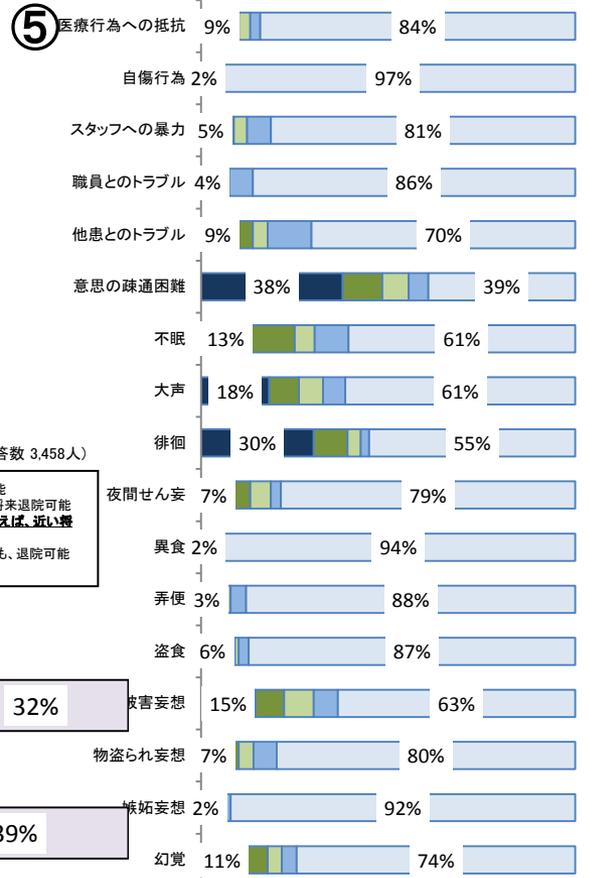
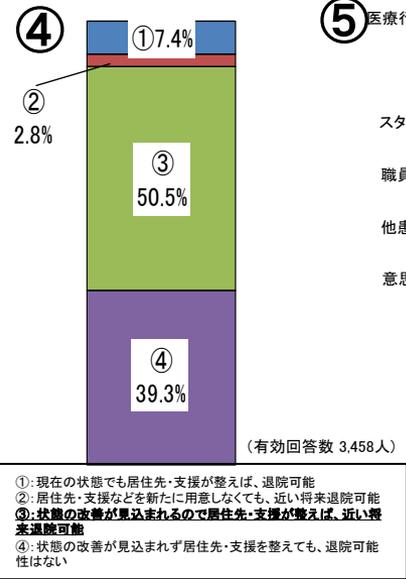
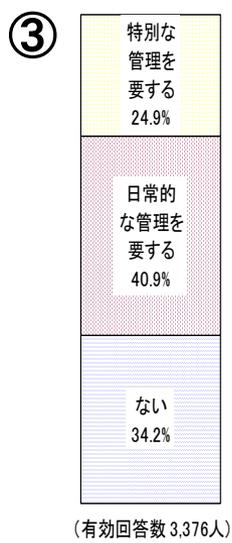
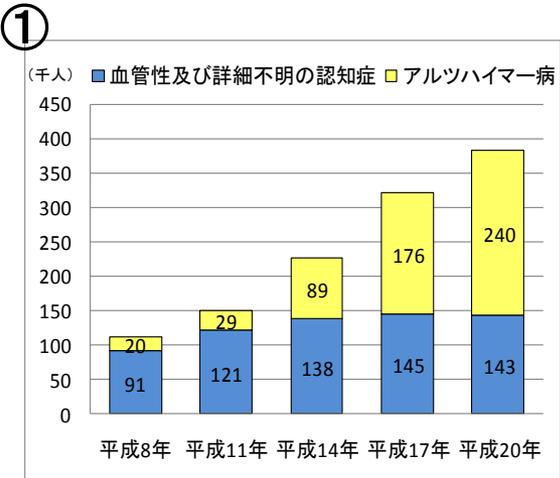


(23年度)  
(公募による補助金)

### 現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向\*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める\*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理(入院治療)または日常的な管理(外来治療)を要する身体合併症を有している\*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割\*2
- ⑤ 精神病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である\*3
- ⑥ 精神病院に入院している認知症患者のADLは、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加\*3

\*1 患者調査 \*2 精神病床の利用状況に関する調査(平成19年度厚生労働科学研究) \*3 精神病床における認知症入院患者に関する調査(平成22年9月精神・障害保健課)



### 基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

### 具体的な方向性

#### 1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療     | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能         |

#### 2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

### 地域での生活を支えるための精神科医療

- 専門医療機関による早期の診断
- 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)
- 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制の整備
- 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

### 地域全体の支援機能

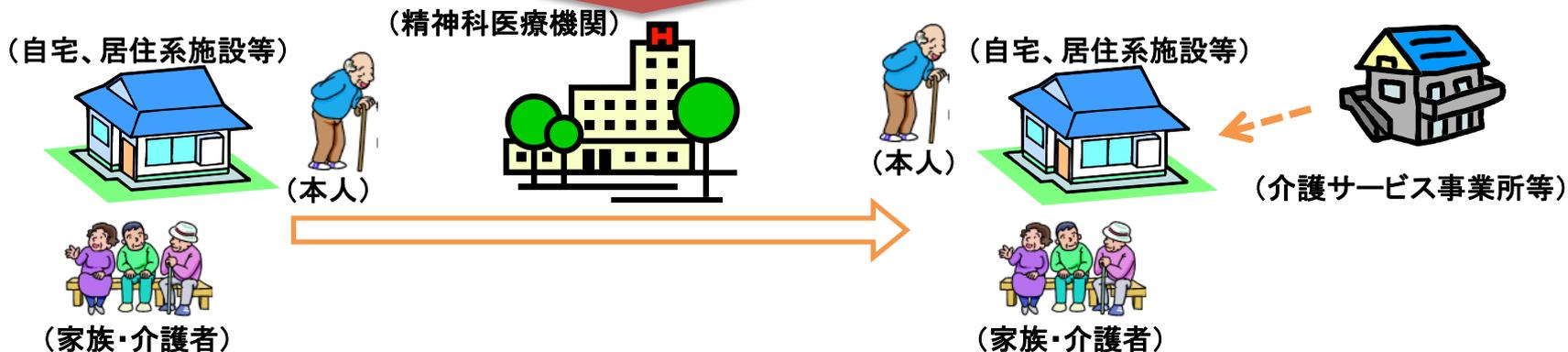
- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

### BPSDを有する患者への精神科医療

- BPSDへの適切な治療
- BPSDを伴う認知症患者の円滑な医療の提供
- 認知症患者に必要な入院医療
- 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

### 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先
- 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- 精神科医療機関と一般医療機関の連携のあり方



受け皿や支援の整備

### 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- 医療・介護双方の理解の向上
- 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わり強化【再掲】
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)【再掲】

### 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- 居住系施設等やサービス支援の整備
- 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入
- 当面の取組として、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を通じて、地域における取組を試行しながら、検討していくことが必要

## 【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約204万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069カ所。精神保健指定医は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

	平成17年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,069
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	152,019
夜間・休日の受診件数	30,243	36,585
夜間・休日の入院件数	12,096	15,296

図1 精神科救急医療施設の利用状況  
(平成22年度は暫定値)

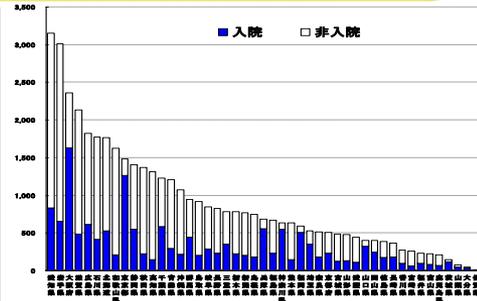


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

## 【今後の対策】

### 【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日も対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日も対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

### 【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル: 精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
  - ・ 精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
  - ・ また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル: 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
  - ・ 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることに留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

### 【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発