

## 最近の精神保健医療福祉施策の動向について

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部  
精神・障害保健課 課長補佐 鶴田 真也

### 【抄録】

精神障害者の保健医療福祉に関しては、改正精神保健福祉法に基づき、精神科医療の今後の方向性を示す指針を新たに定め、入院医療中心から、地域生活を支えるための精神科医療の実現を掲げています。2014年7月には、長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策について、今後の方向性を取りまとめたところであり、これらに基づき、精神障害者の地域生活を支えるための精神医療の充実等に向け、各般の取組を進めているところです。

一方で、改正精神保健福祉法の附則において、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ており、当該規定を踏まえた検討を行うとともに、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更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」を実施しているところです。

このような背景を踏まえつつ、最近の精神保健医療福祉行政の動向について、説明させていただきます。

平成28年1月28日（木）  
平成27年度全国保健所長会研修会

## 最近の精神保健医療福祉施策の動向について

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部  
精神・障害保健課 課長補佐  
鶴田 真也

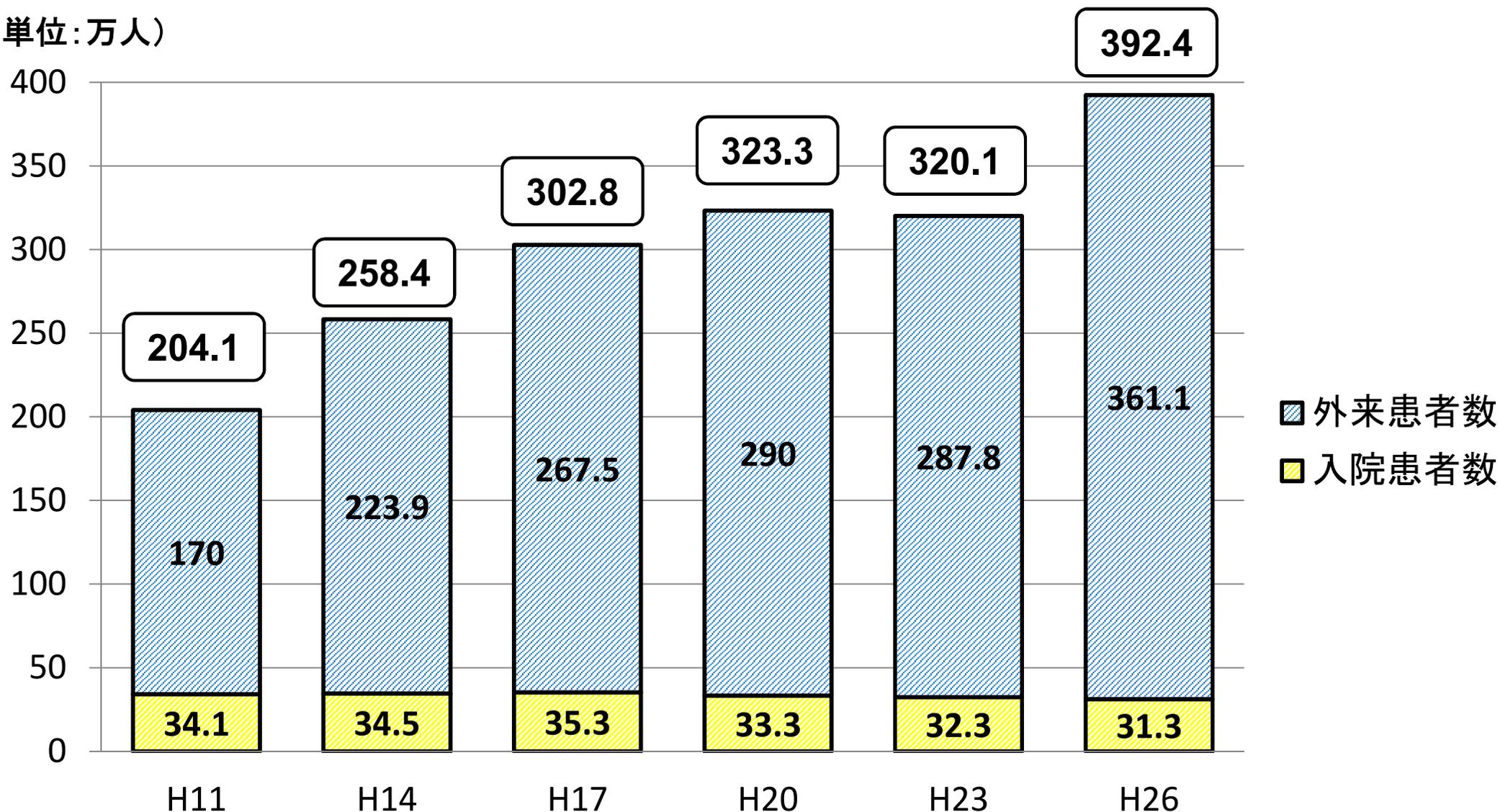
# 本日の内容

1. 精神保健医療の現状について
2. 長期入院精神障害者の地域移行について
3. 障害者部会における議論について
4. 中医協における議論について  
～地域移行関係を中心に～
5. 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

# 1. 精神保健医療の現状について

# 精神疾患を有する総患者数の推移

(単位:万人)



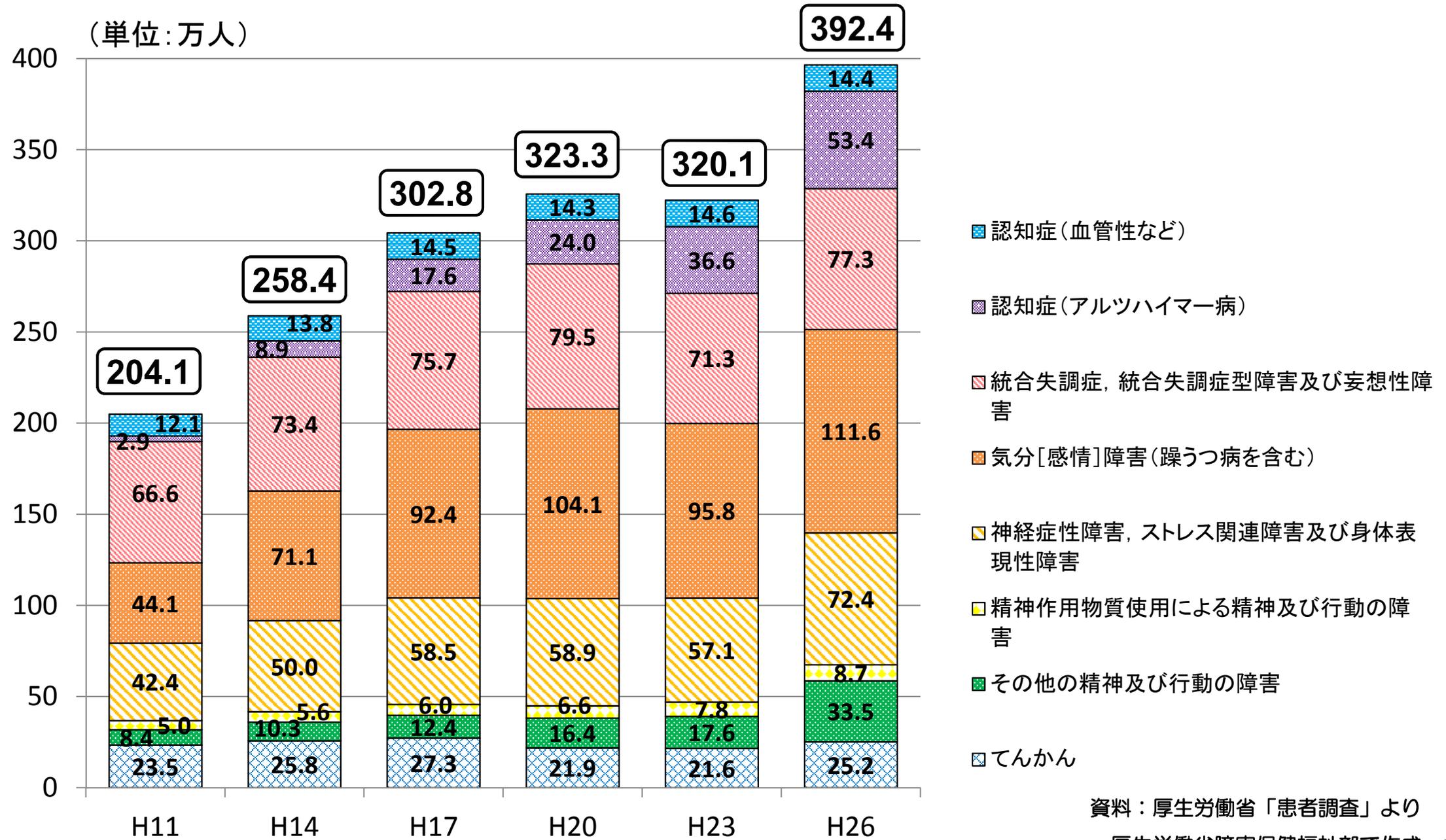
資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

# 精神疾患を有する総患者数の推移 (疾病別内訳)

(単位:万人)



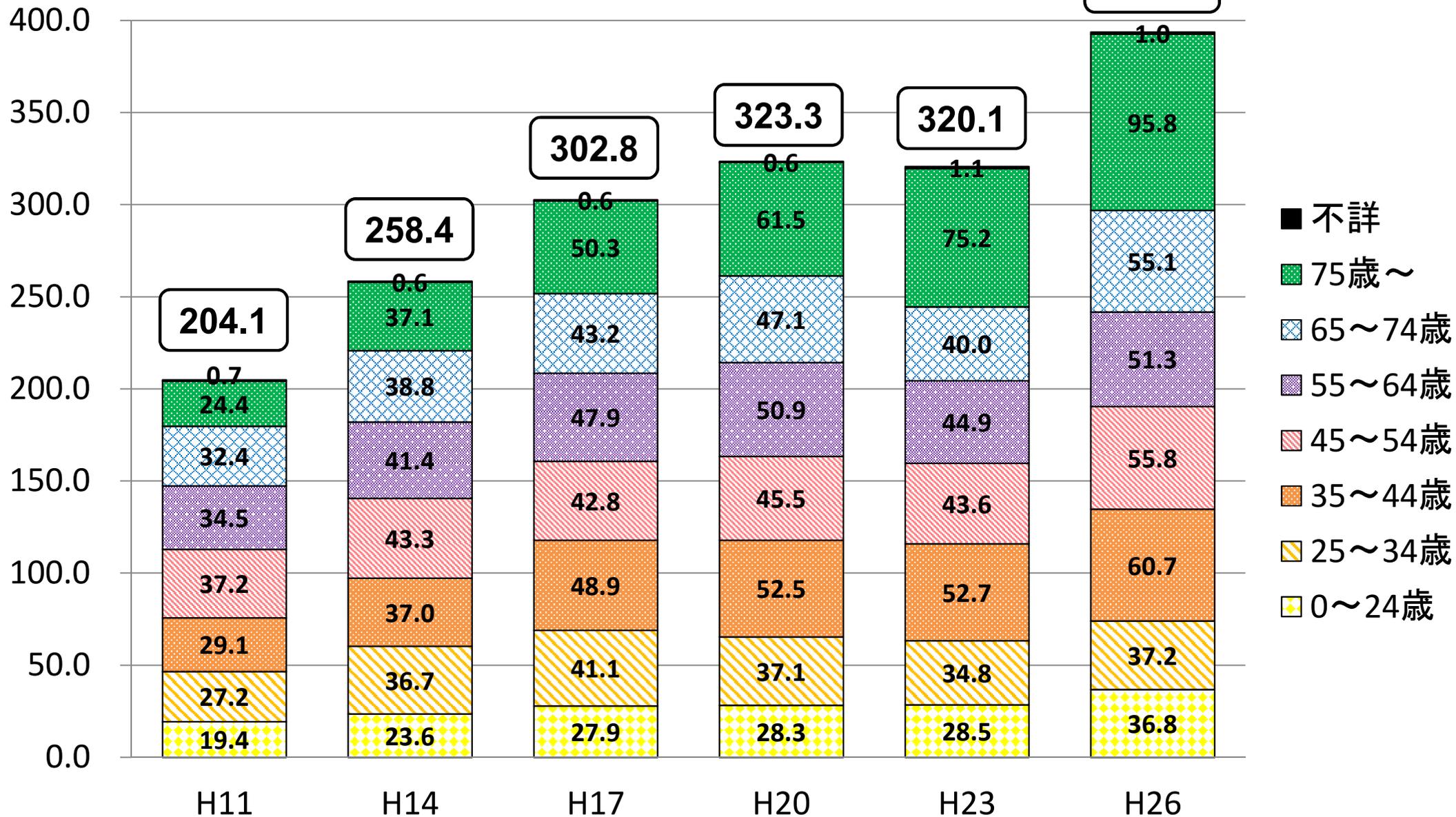
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成 5

# 精神疾患を有する総患者数の推移 (年齢階級別内訳)

(単位:万人)

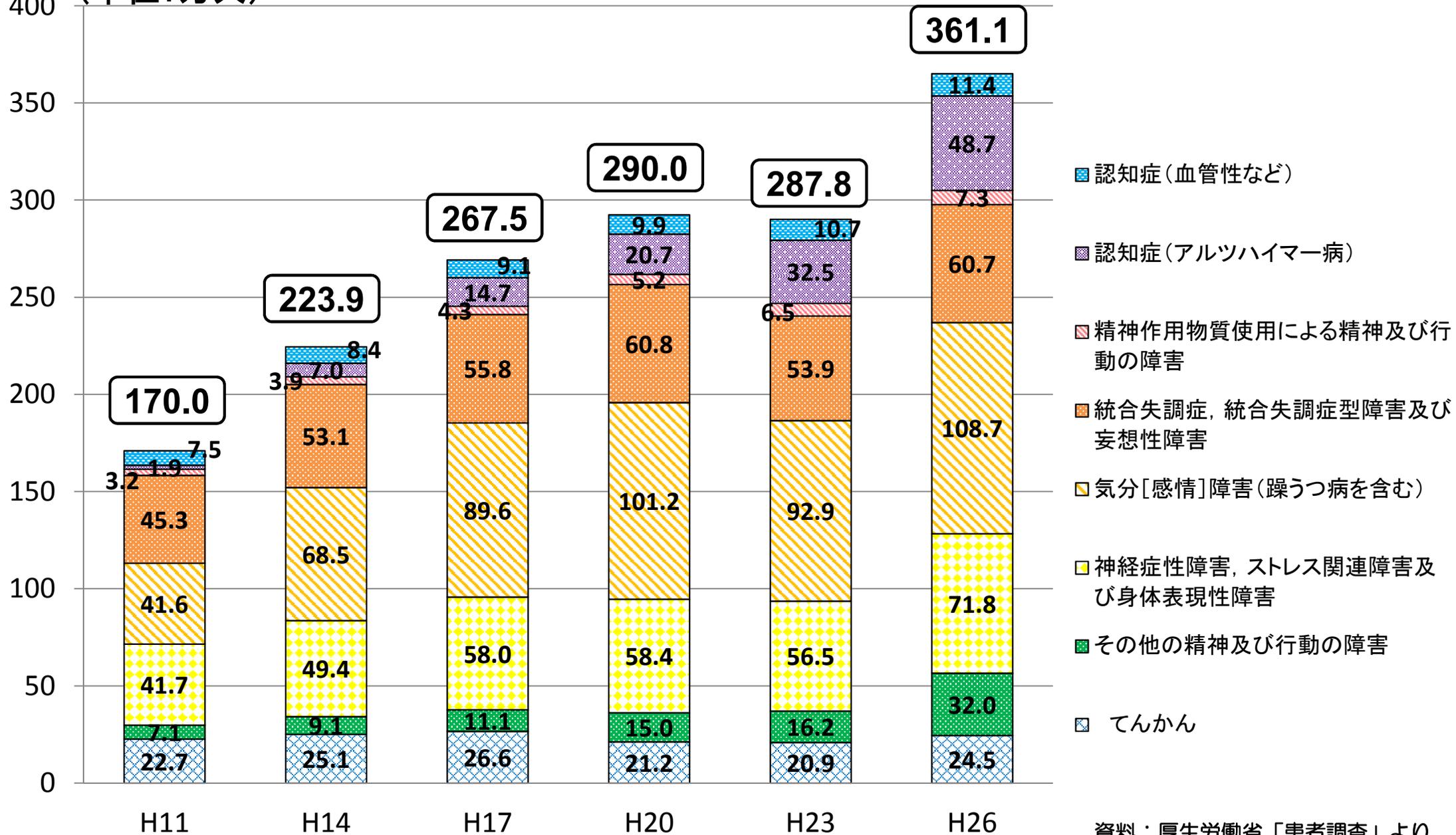


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成 6

# 精神疾患を有する外来患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



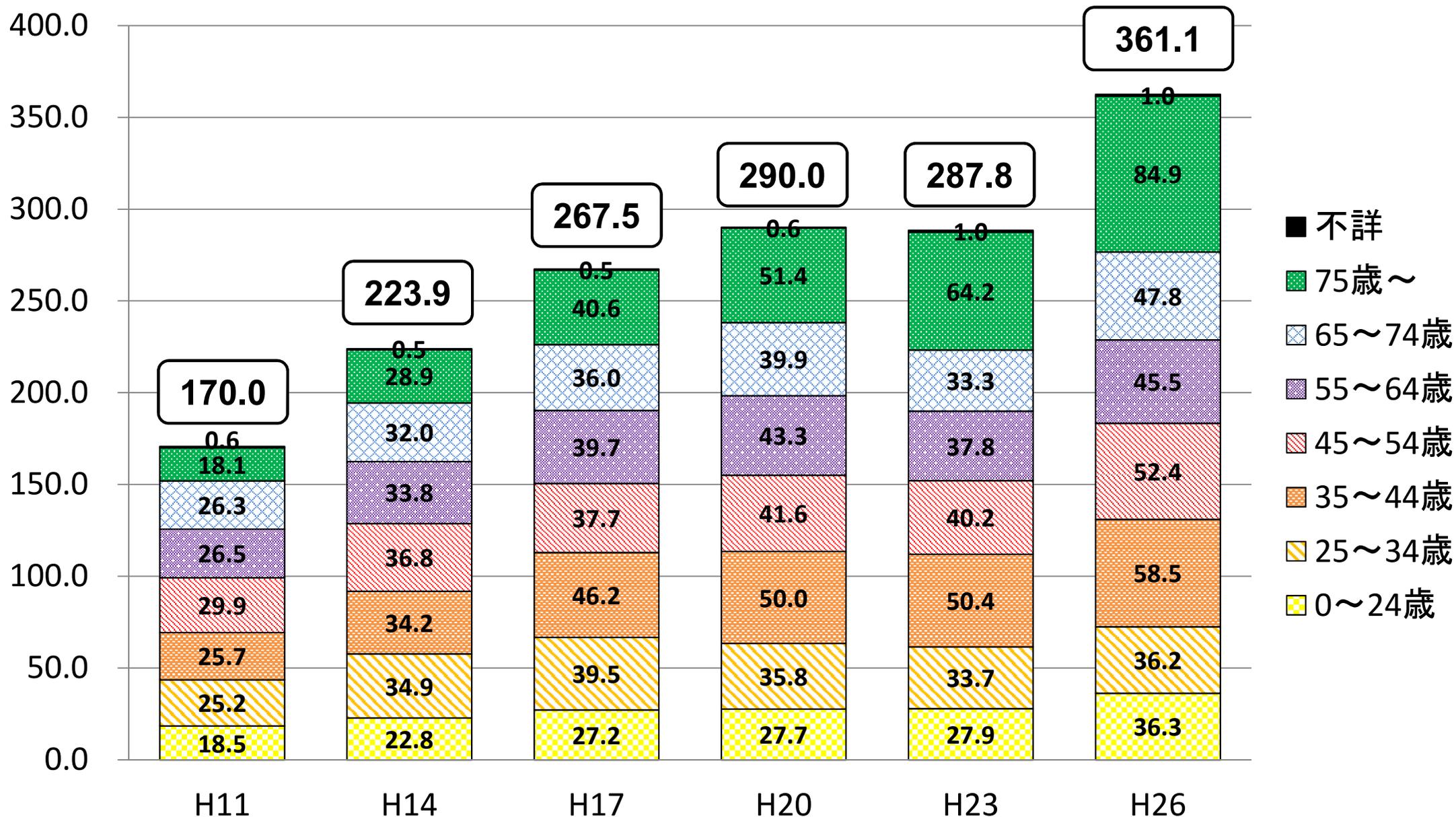
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料:厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成 7

# 精神疾患を有する外来患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位:万人)

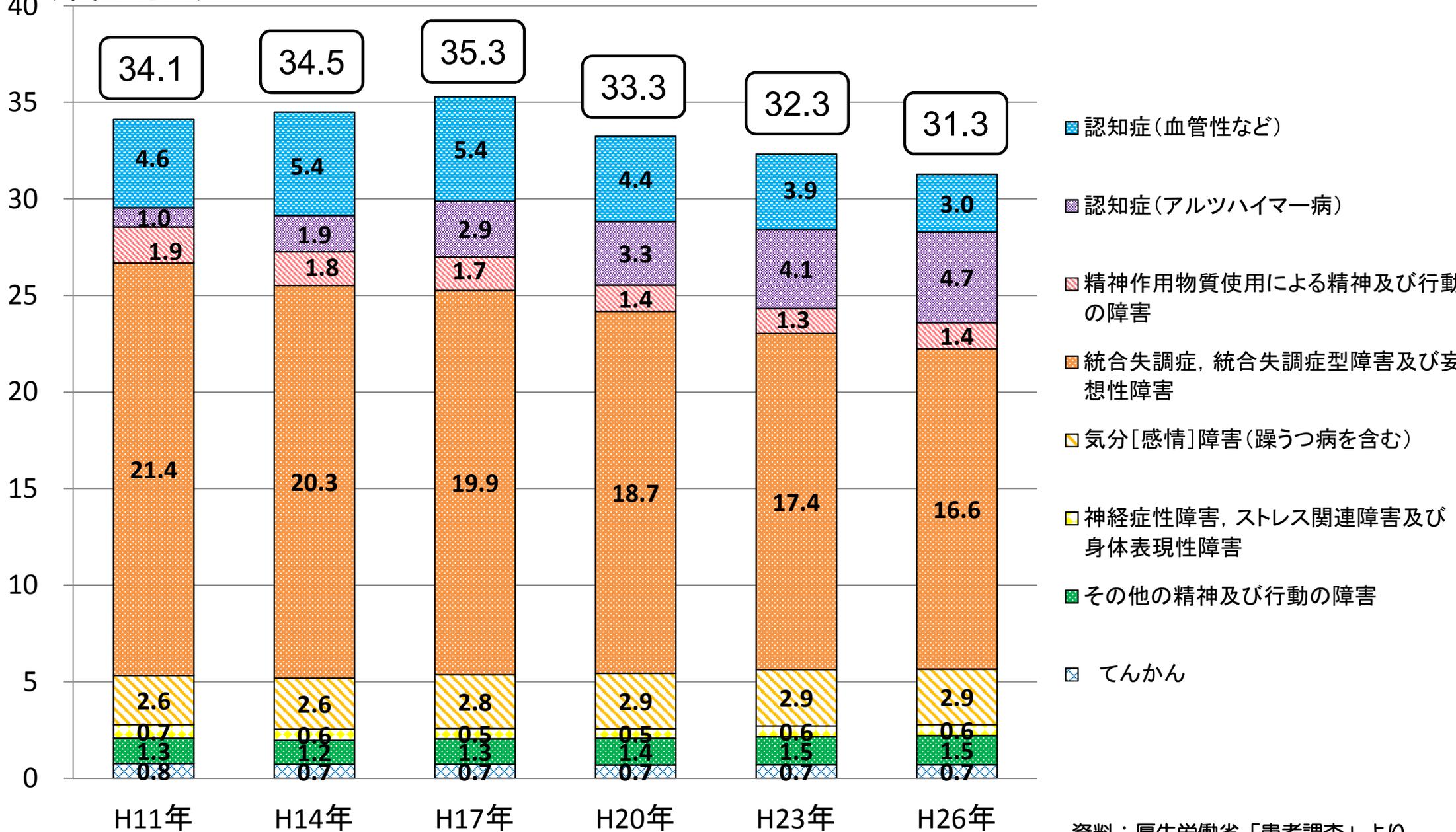


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成 8

# 精神疾患を有する入院患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



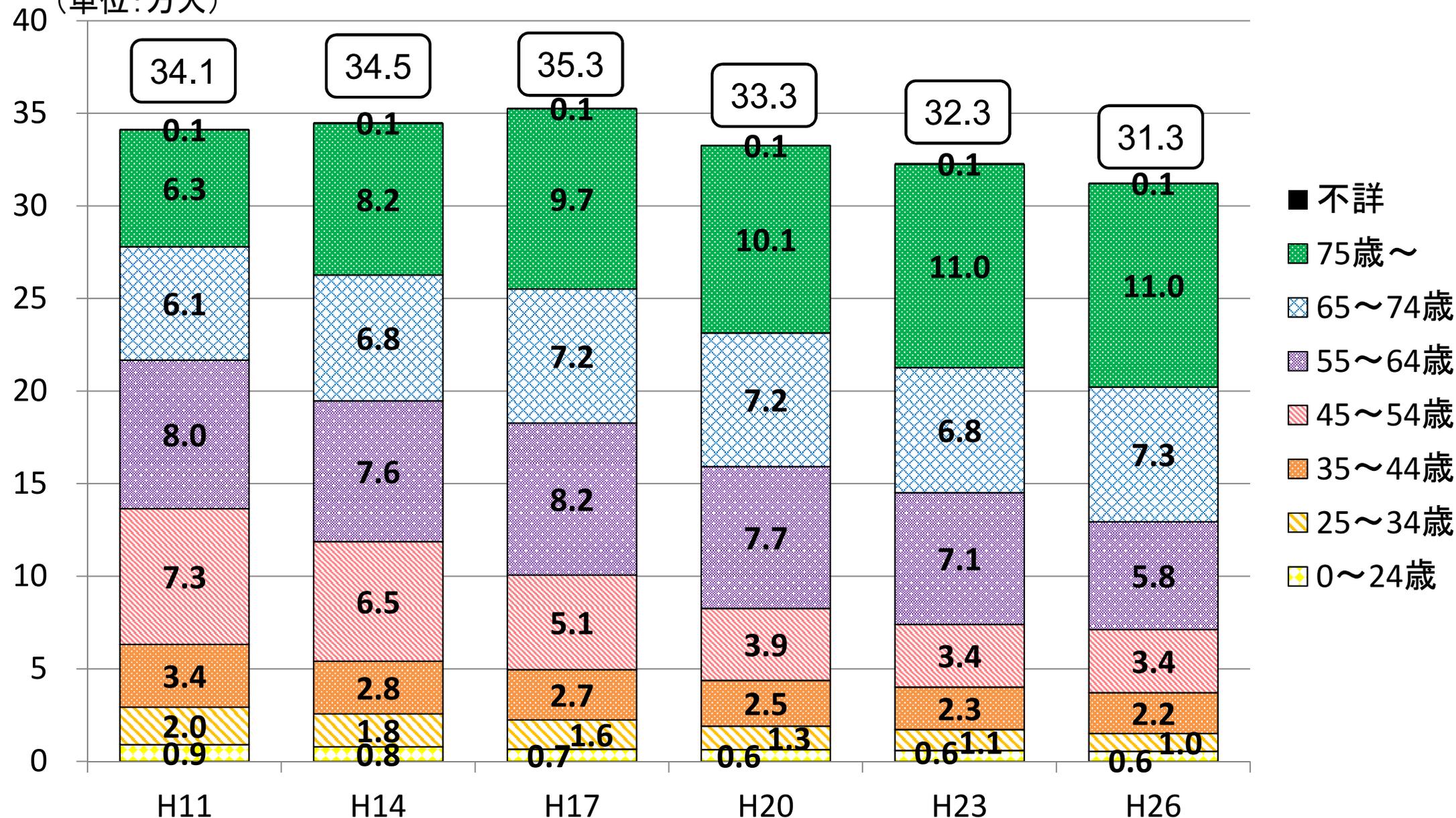
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神疾患を有する入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位:万人)

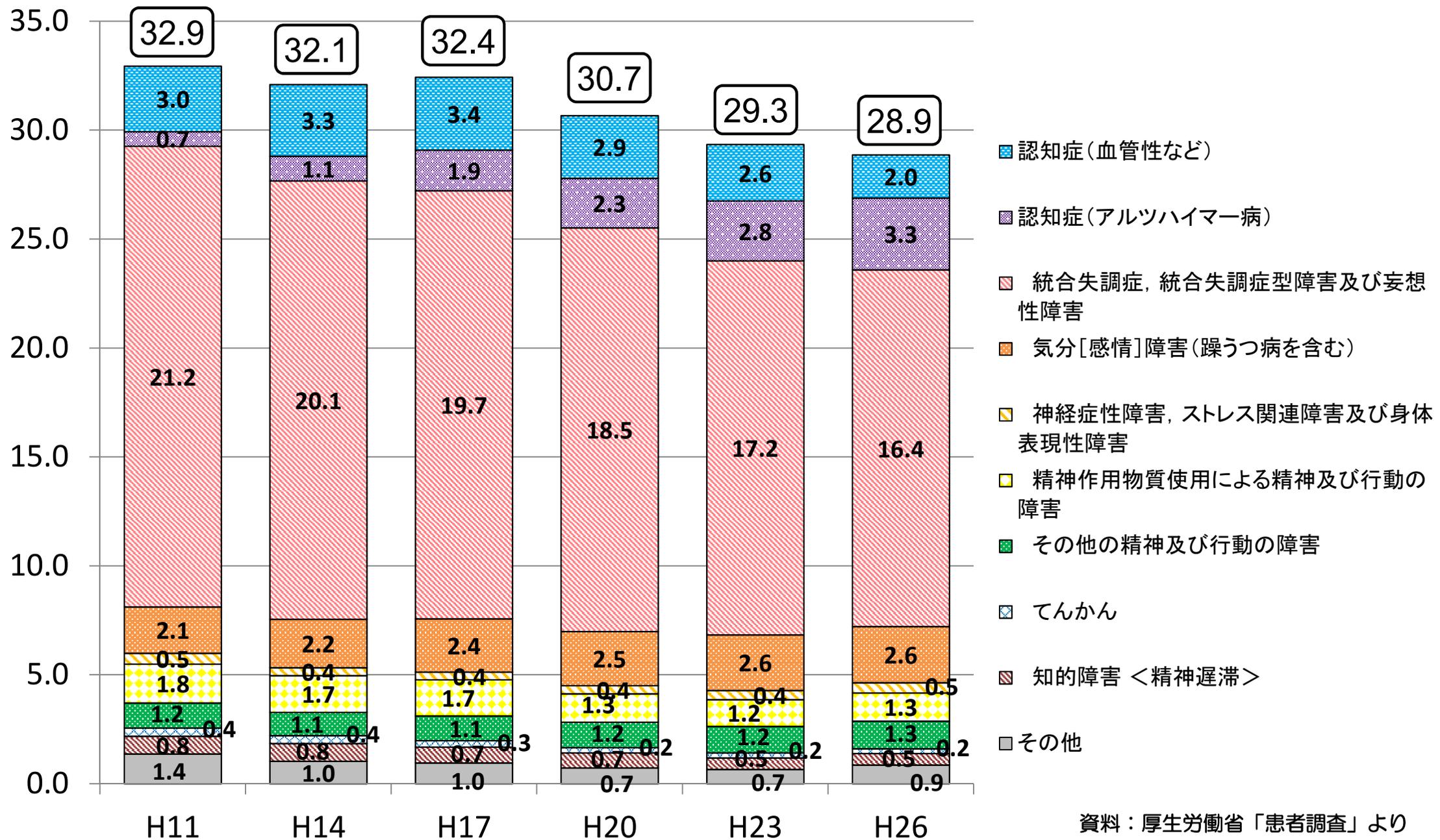


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成 10

# 精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)

(単位:万人)



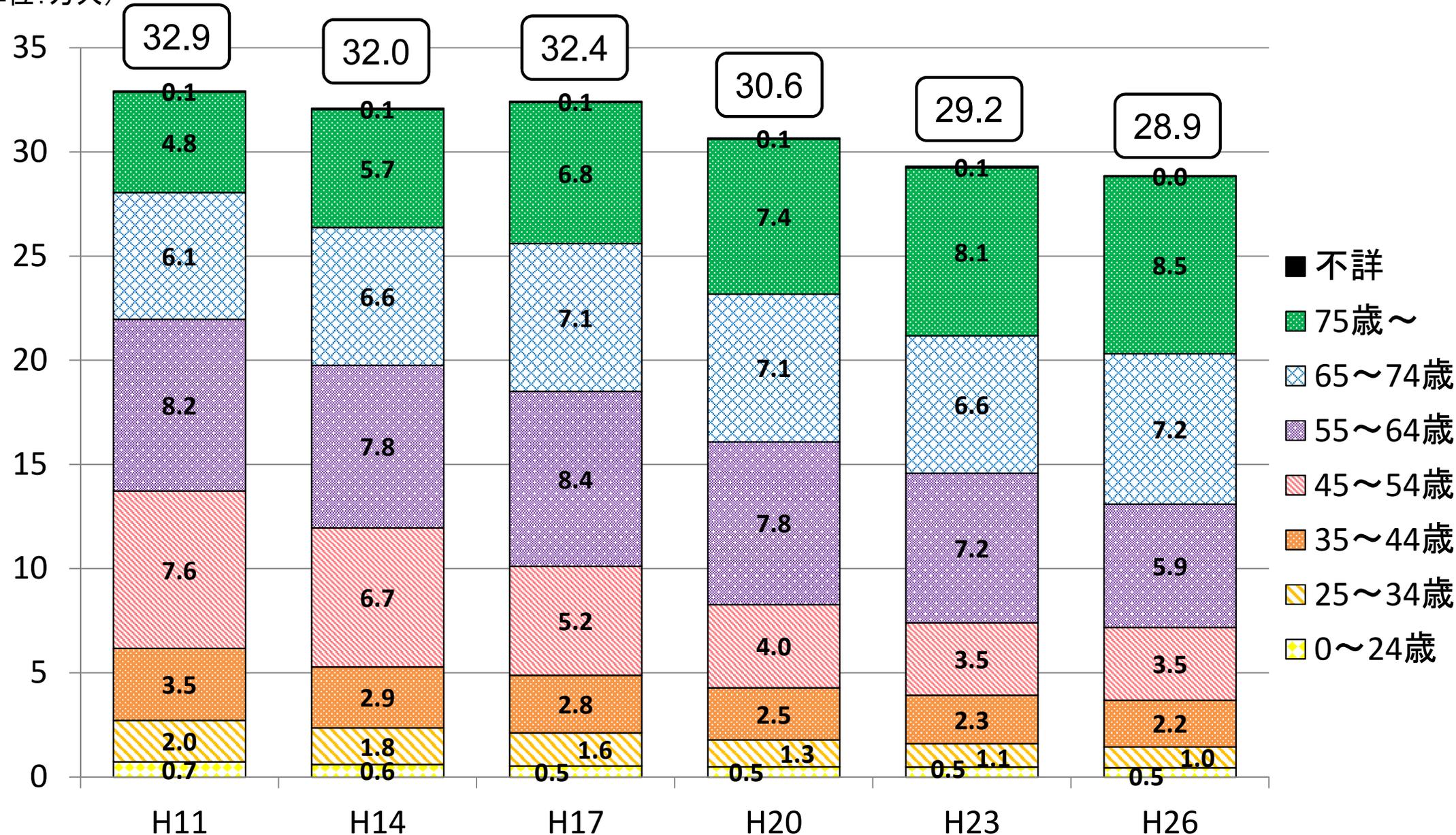
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成 11

# 精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

(単位:万人)

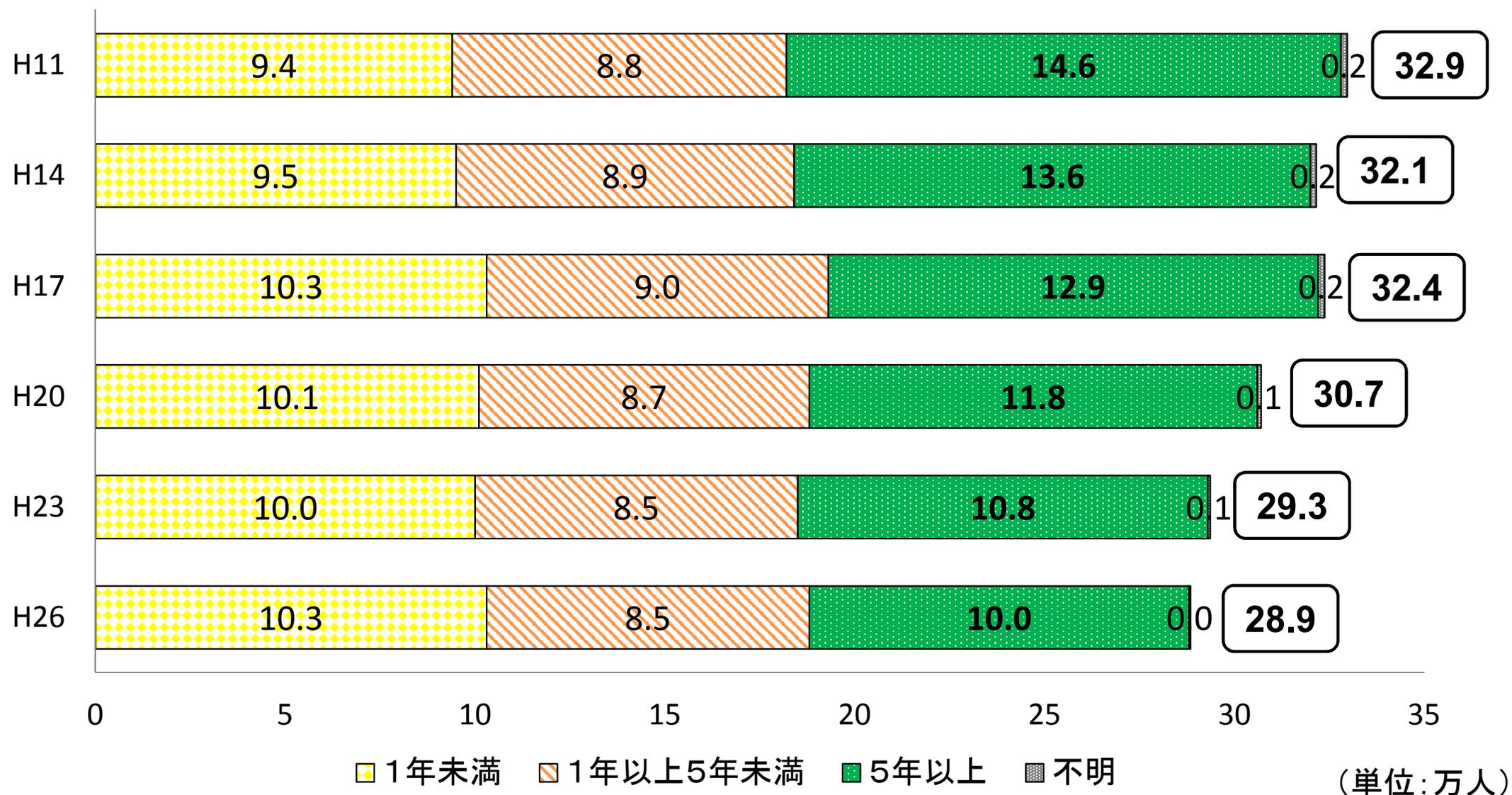


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成 12

# 精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)

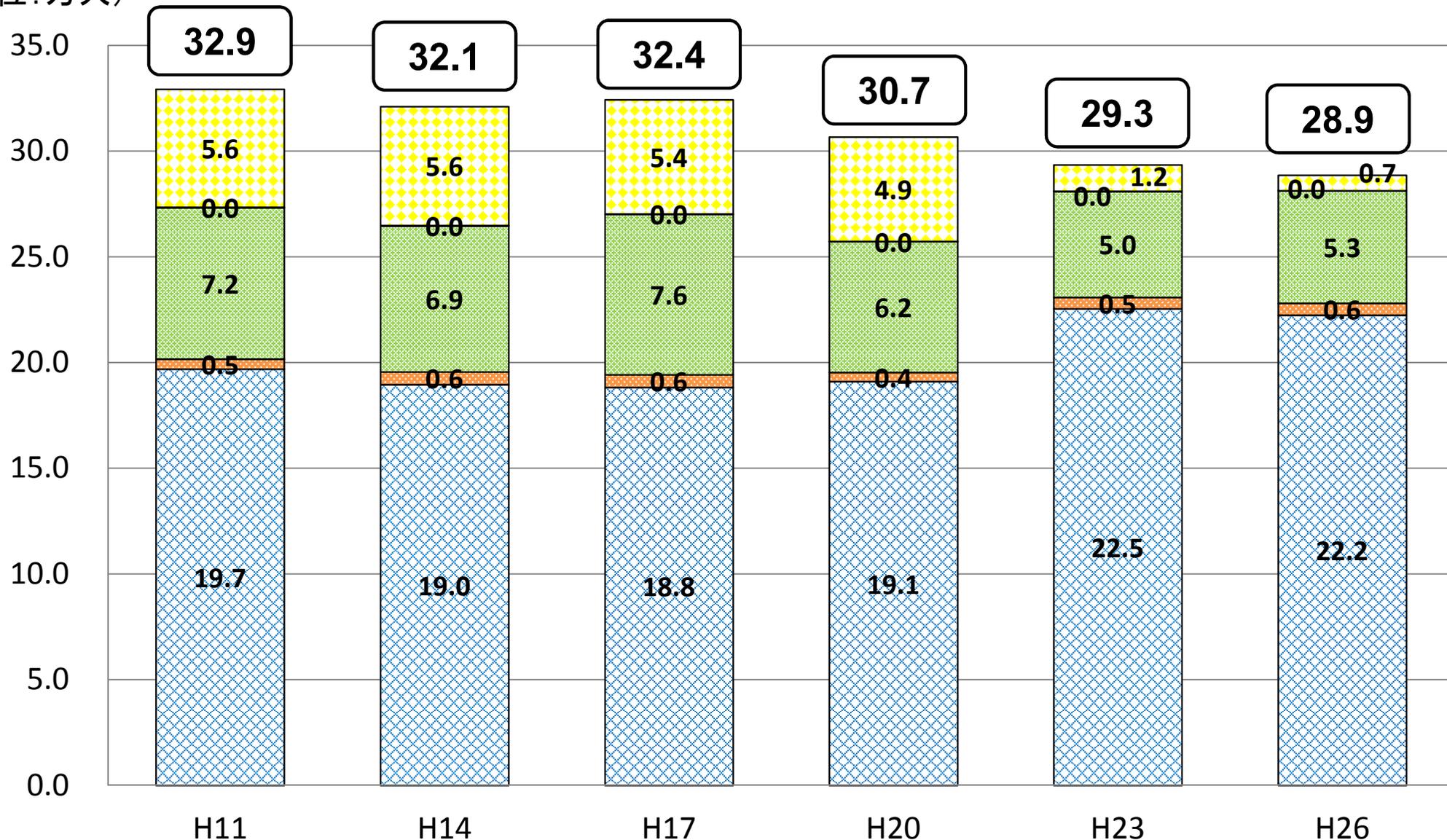


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神病床における入院患者数の推移(入院状況別内訳)

(単位:万人)



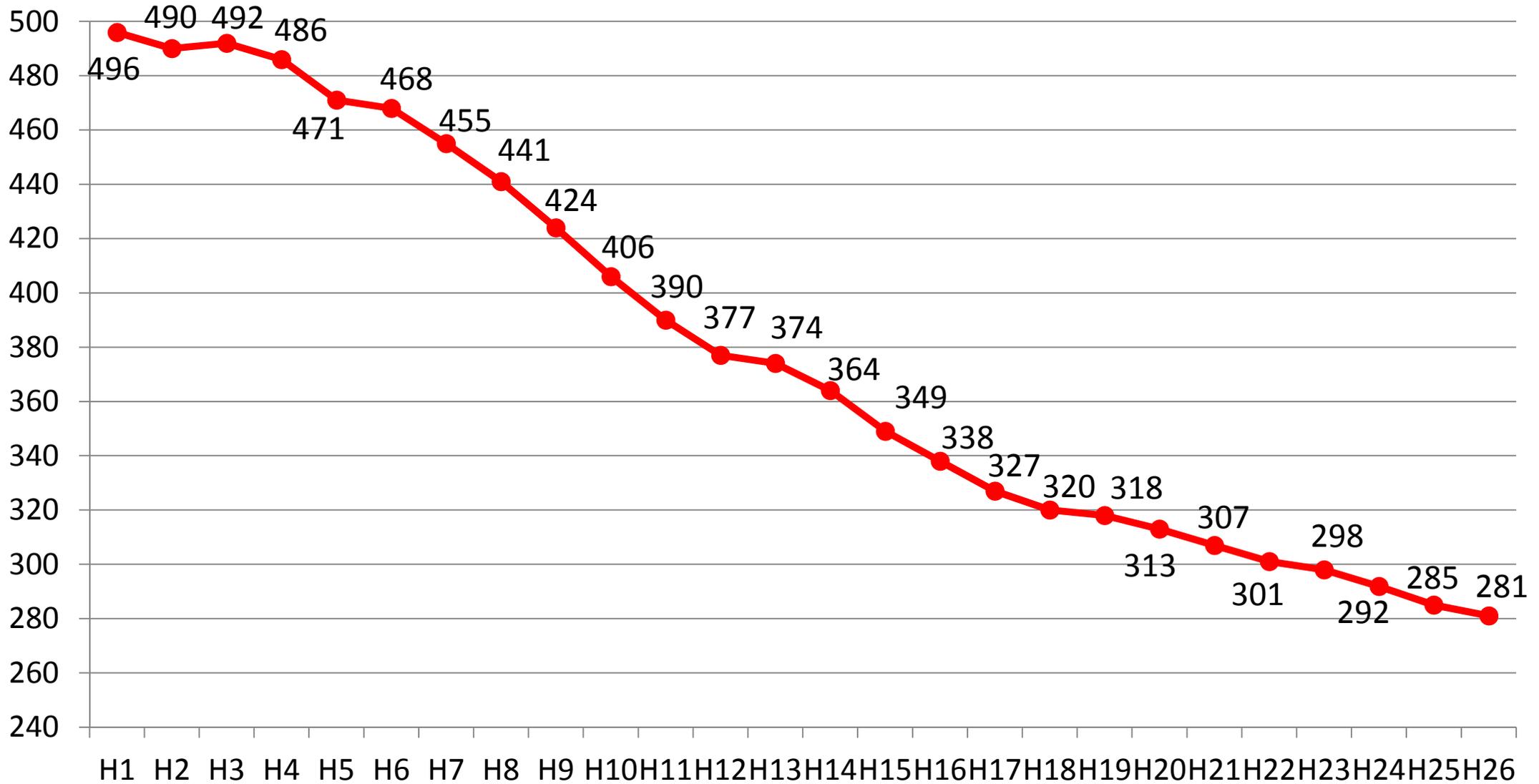
■ 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する
 ■ 生命の危険がある
 ■ 受け入れ条件が整えば退院可能
 ■ 検査入院
 ■ その他

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成 14

# 精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

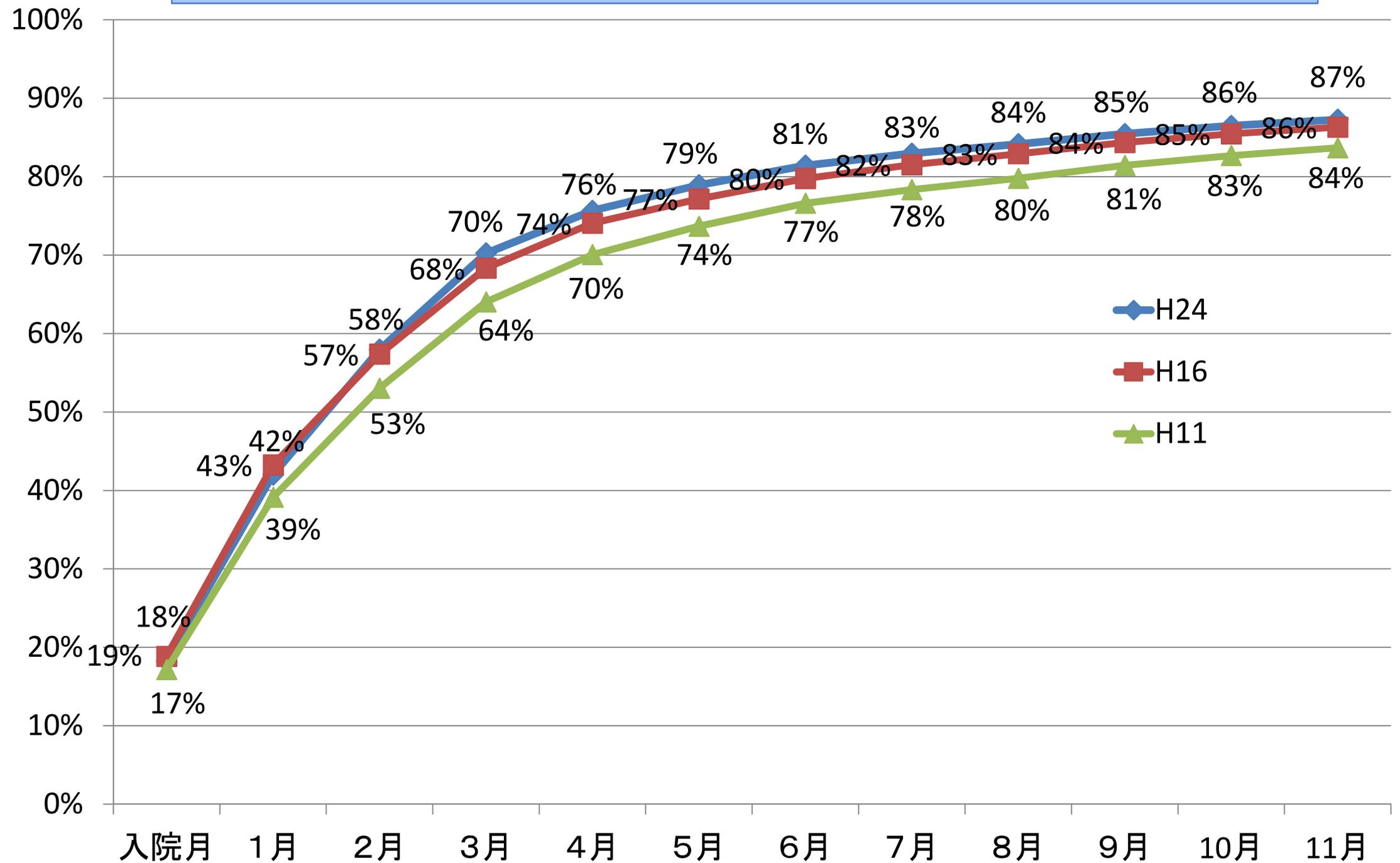
在院日数  
(単位：日)



※平均在院日数 = 
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：厚生労働省「病院報告」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成

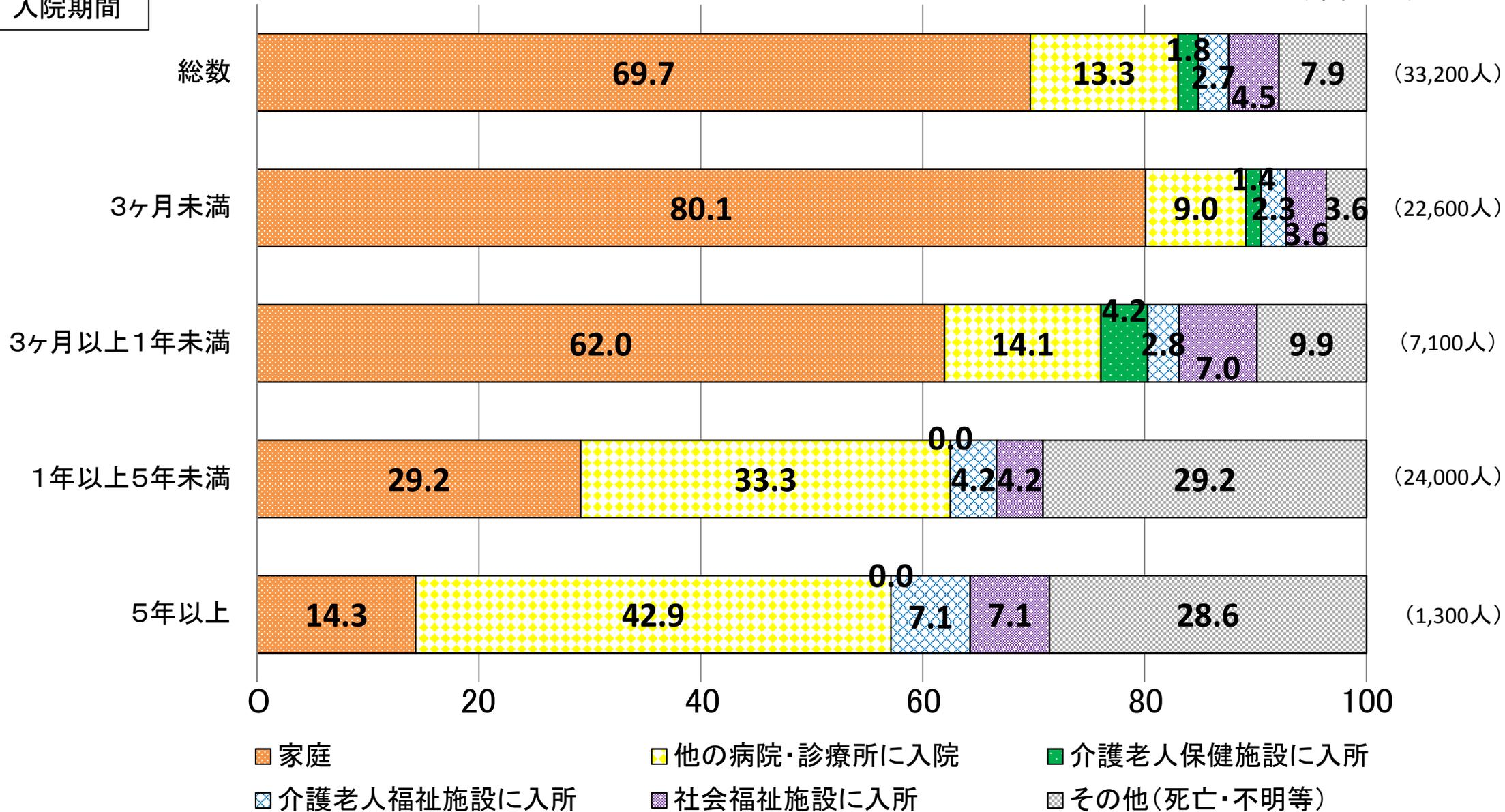
# 精神病床における退院曲線の年次推移



# 平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先

入院期間

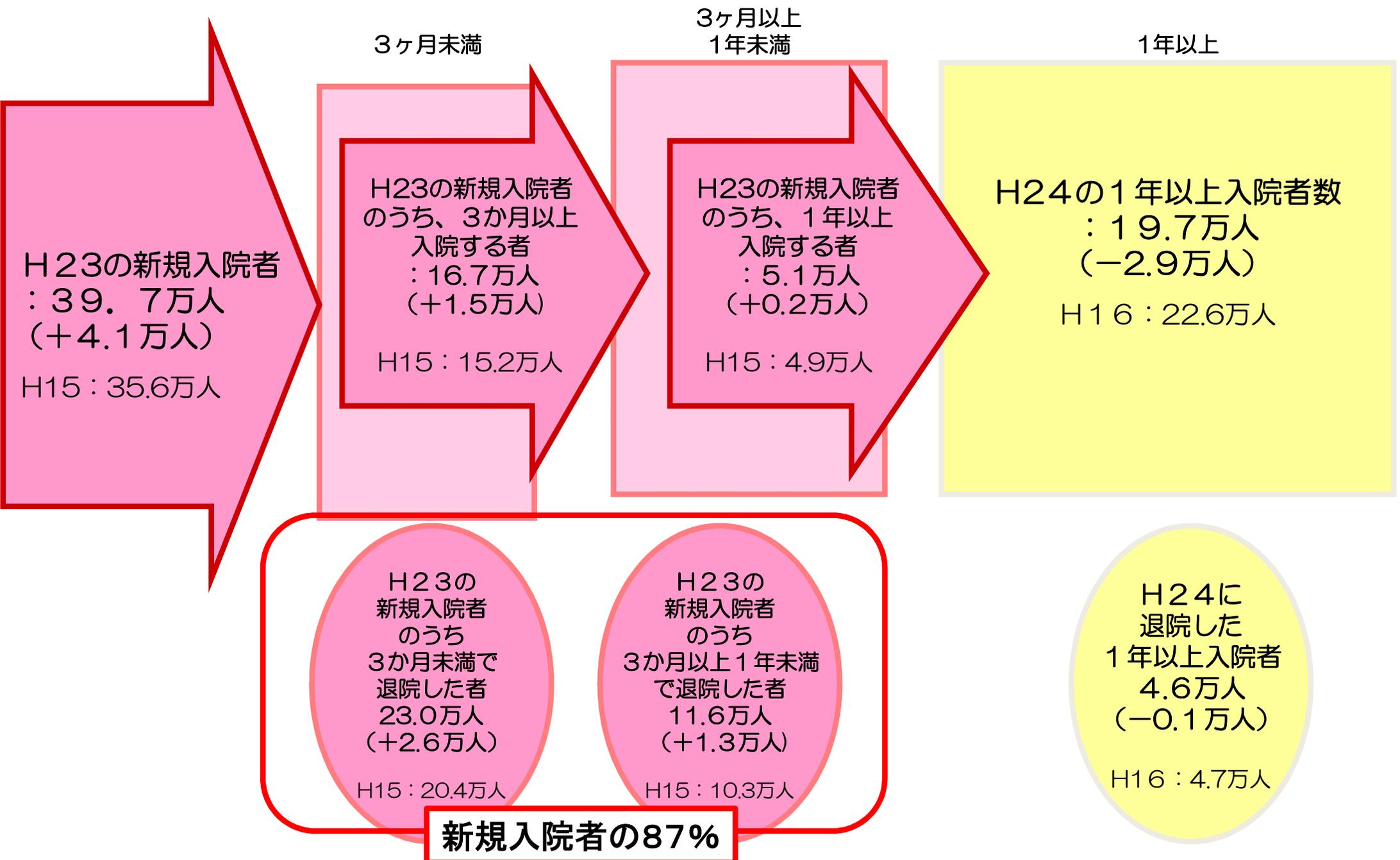
(単位: %)



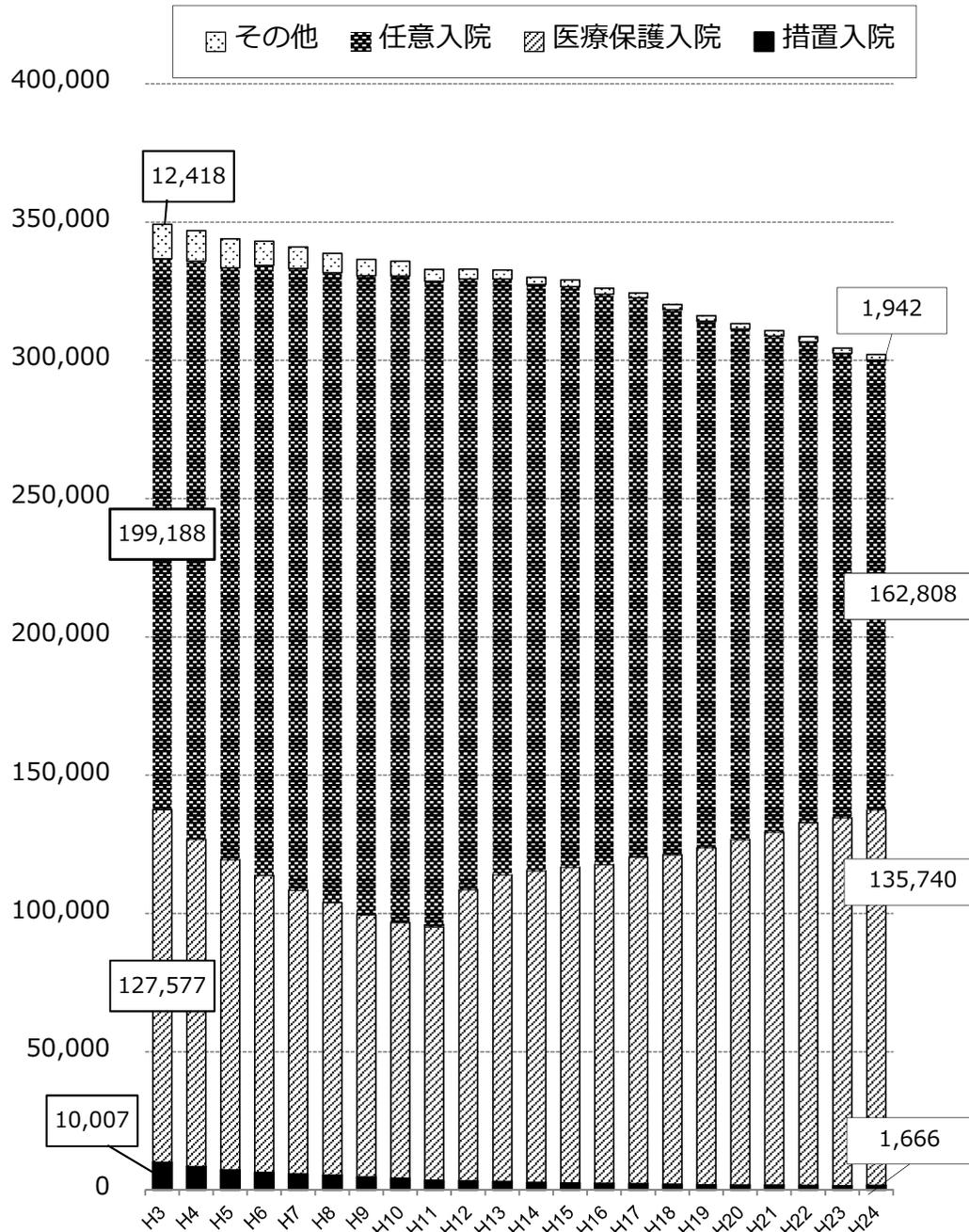
資料：厚生労働省「患者調査」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

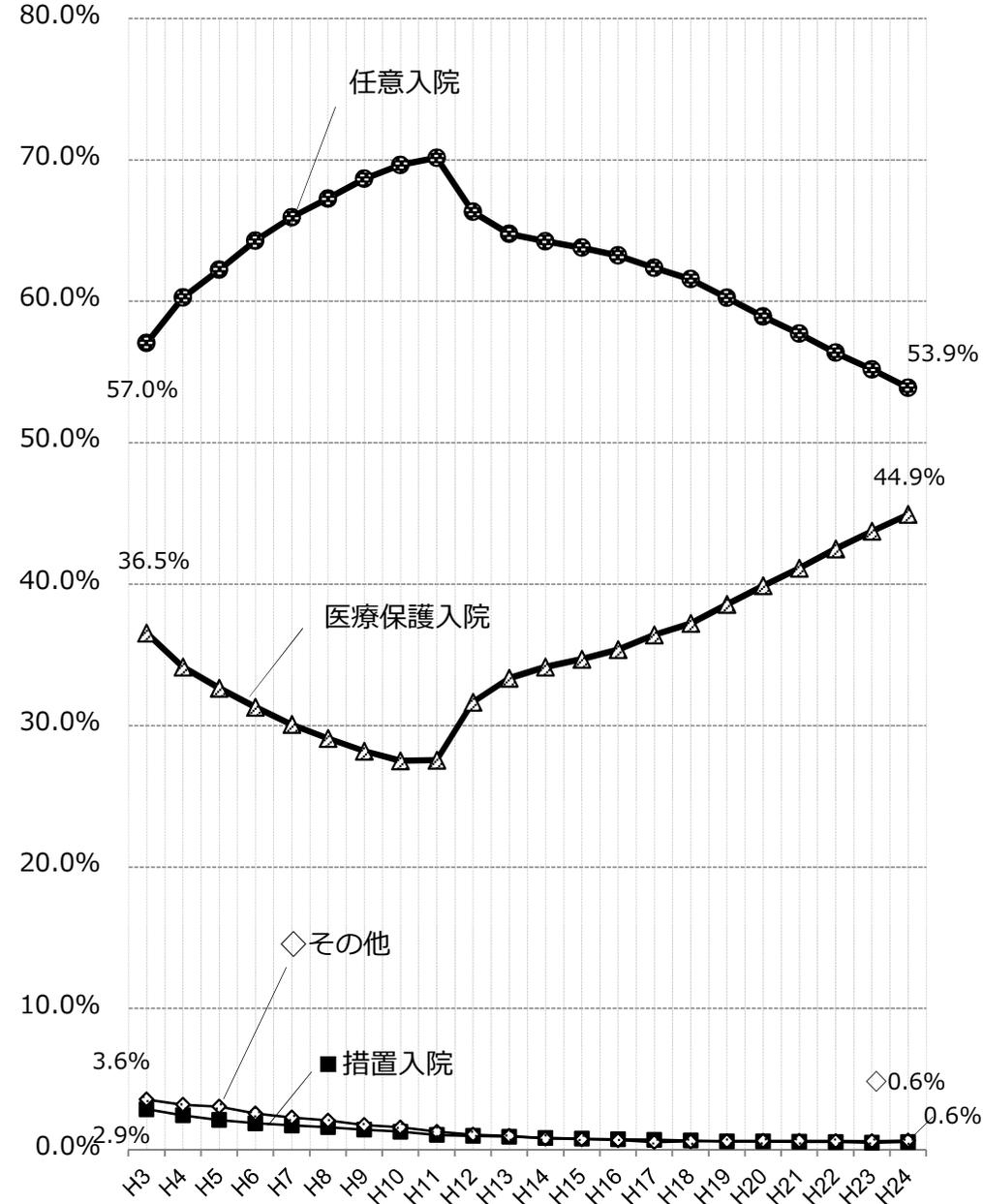
# 精神病床における患者の動態の年次推移



# 入院形態別在院患者数の推移(平成3年度～平成24年度)



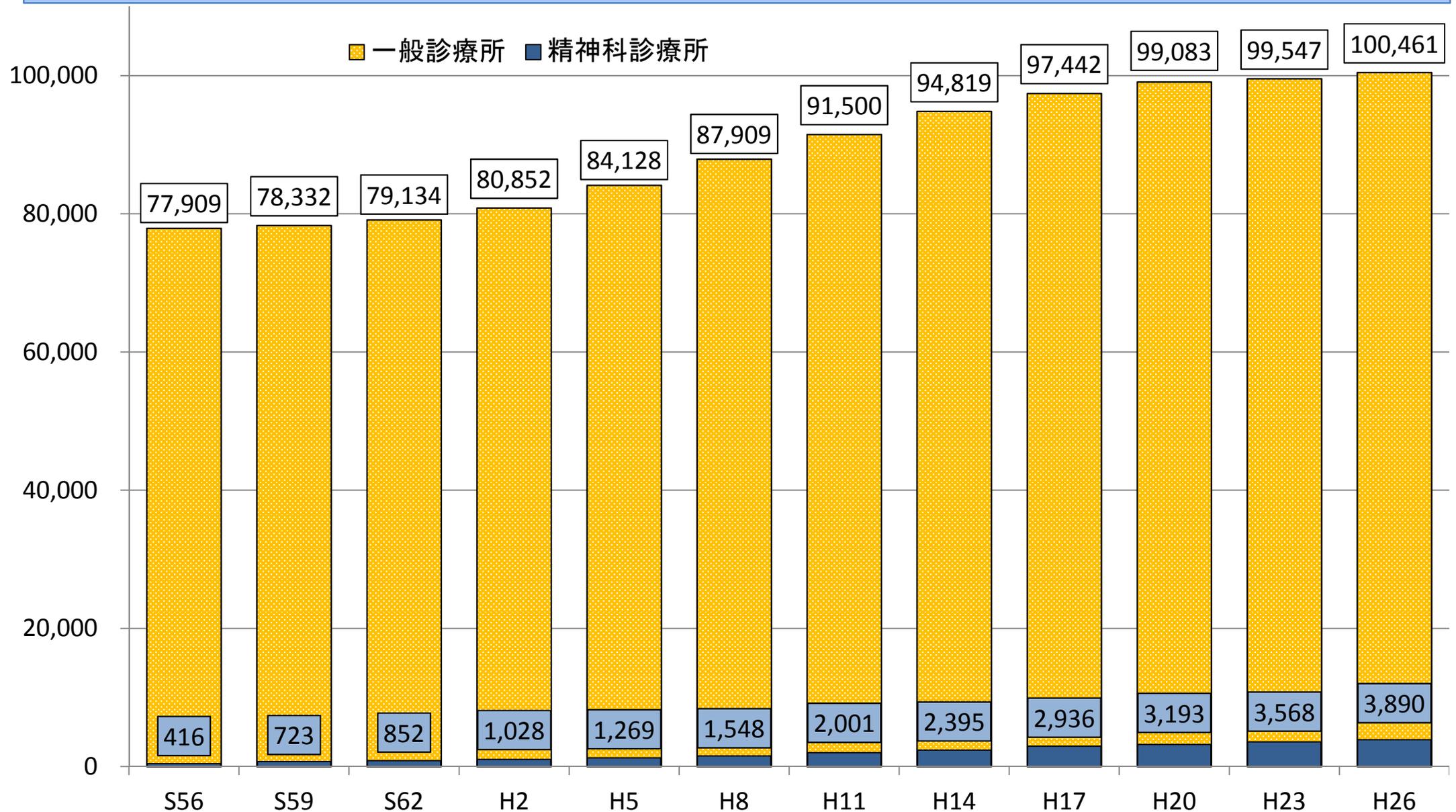
在院患者数に占める割合



※平成11年精神保健福祉法改正において医療保護入院の要件を明確化  
(任意入院の状態にない旨を明記)

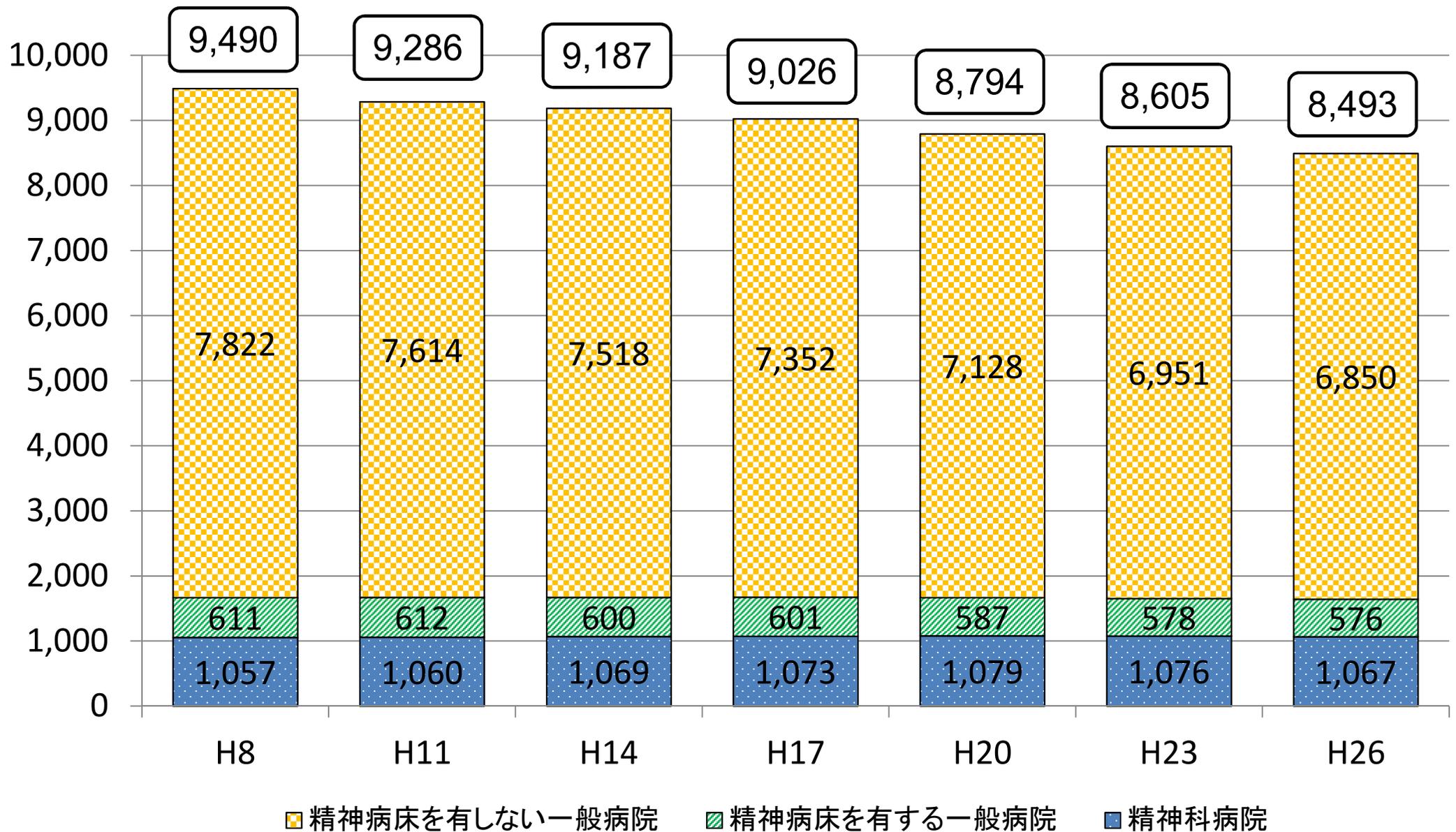
# 一般診療所数及び精神科診療所数の推移

(精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とするもの及び単科のもの)

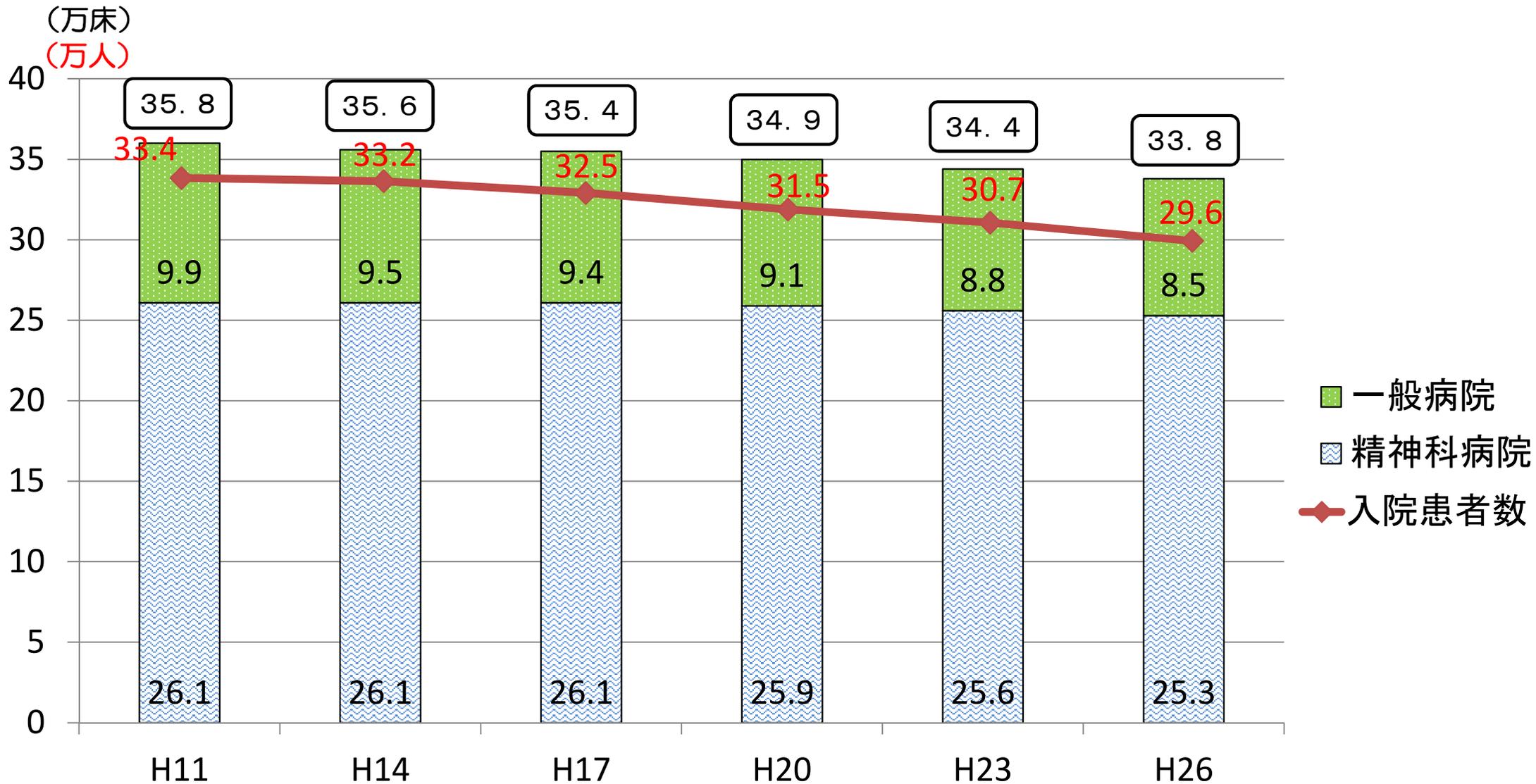


※H23年の調査では福島県全域を除いている

# 病院数及び精神病床を有する病院数の推移



# 精神病床数及び精神病床における入院患者数の推移



※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

## 2. 長期入院精神障害者の地域移行について

# 精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、  
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

## 国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

## 精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

## 地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

## 基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

# 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

## 1. 概要

### (1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

### (2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

### (3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
  - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
  - ・退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

### (4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

## 2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

## 3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、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について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

# 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(概要)

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。

# 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（概要）

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会  
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

## 1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

## 2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

### 〔ア〕退院に向けた支援

#### 〔ア-1〕退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わり確保等

#### 〔ア-2〕本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援)等

### 〔イ〕地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実)等

### 〔ウ〕関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

## 3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

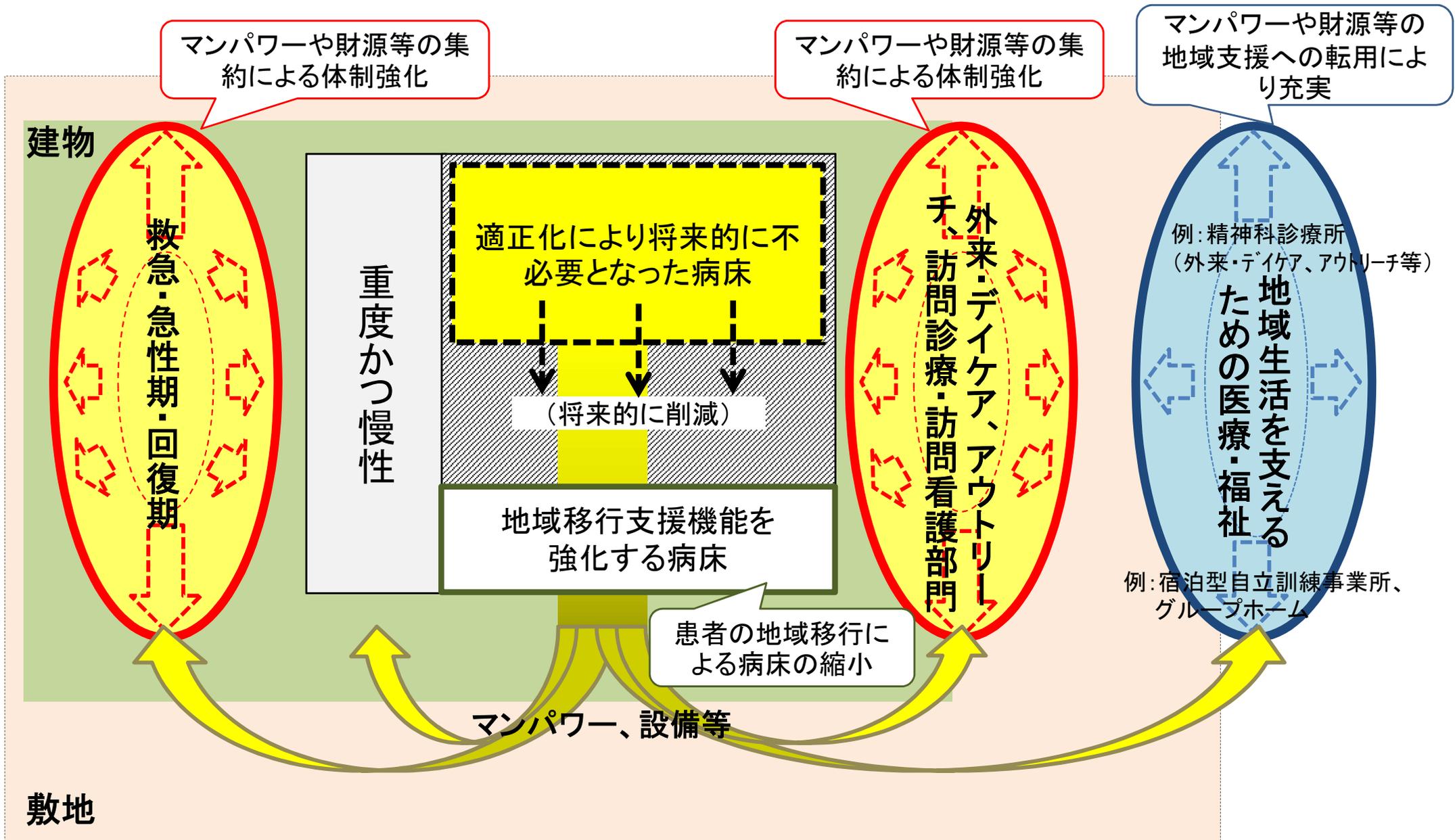
## <病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。

※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等

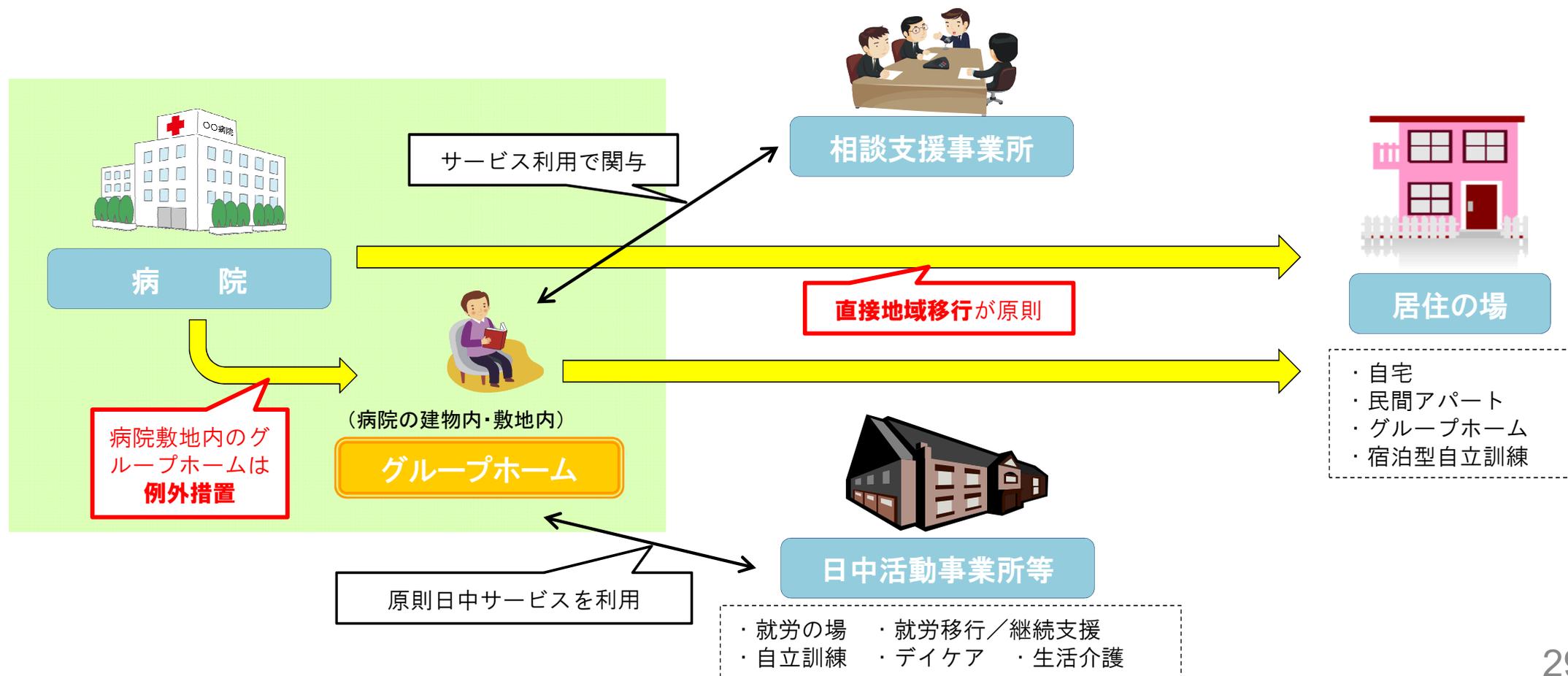
※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

# 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



# 病院敷地内におけるグループホームのイメージ

- 病院に長期間入院している障害者のうち、入院医療の必要性が乏しい者については、退院後、自宅や民間アパート、グループホームなど直接地域での生活に移行することが原則である。
- しかし、退院後の生活に不安を持つなどやむを得ずすぐに地域生活に移行できない者も存在する。このため、こうした者が病院の近くで一定期間外部の日中活動サービス等を利用しながら日常生活を送り、退院後の生活に慣れることによって地域生活へ円滑に移行できるよう、通時的な居住の場として、一定の要件の下で病院の敷地内にグループホームを設置し地域生活への移行を支援する。(あくまでも地域移行を支援するための方策の選択肢の1つ)



# 病院敷地内におけるグループホームについて

- 平成26年7月にとりまとめられた「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」(長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ)において、入院医療の必要性が低い精神障害者の居住の場の選択肢を増やすという観点から、病院の敷地内でのグループホームの試行的な実施について指摘がなされた。
- このため、精神病床の削減を前提に、障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえつつ、例えば次のような具体的な条件を整備の上で、それらを全て満たす場合には病院の敷地内でのグループホームの設置を認めることとする。
- なお、制度施行日から4年後を目途に、3年間の実績を踏まえ、制度の在り方について検討予定。

## I 利用者及び利用に当たっての条件

- ① **利用者本人の自由意思に基づく選択による利用であること。**  
また、利用に当たっては利用者本人及び病院関係者以外の第三者が関与すること。
- ② **利用対象者は、原則、現時点で長期入院している精神障害者に限定すること。**
- ③ **利用期間を設けること。**

## II 支援体制や構造上の条件

- ④ **利用者のプライバシーが尊重されること。**
- ⑤ **食事や日中活動の場等は利用者本人の自由にすること。**
- ⑥ **外部との面会や外出は利用者本人の自由にすること。**
- ⑦ **居住資源が不足している地域であること。**
- ⑧ **病院が地域から孤立した場所でないこと。**
- ⑨ **構造的に病院から一定の独立性が確保されていること。**
- ⑩ **従業員は、病院の職員と兼務しないこと。**

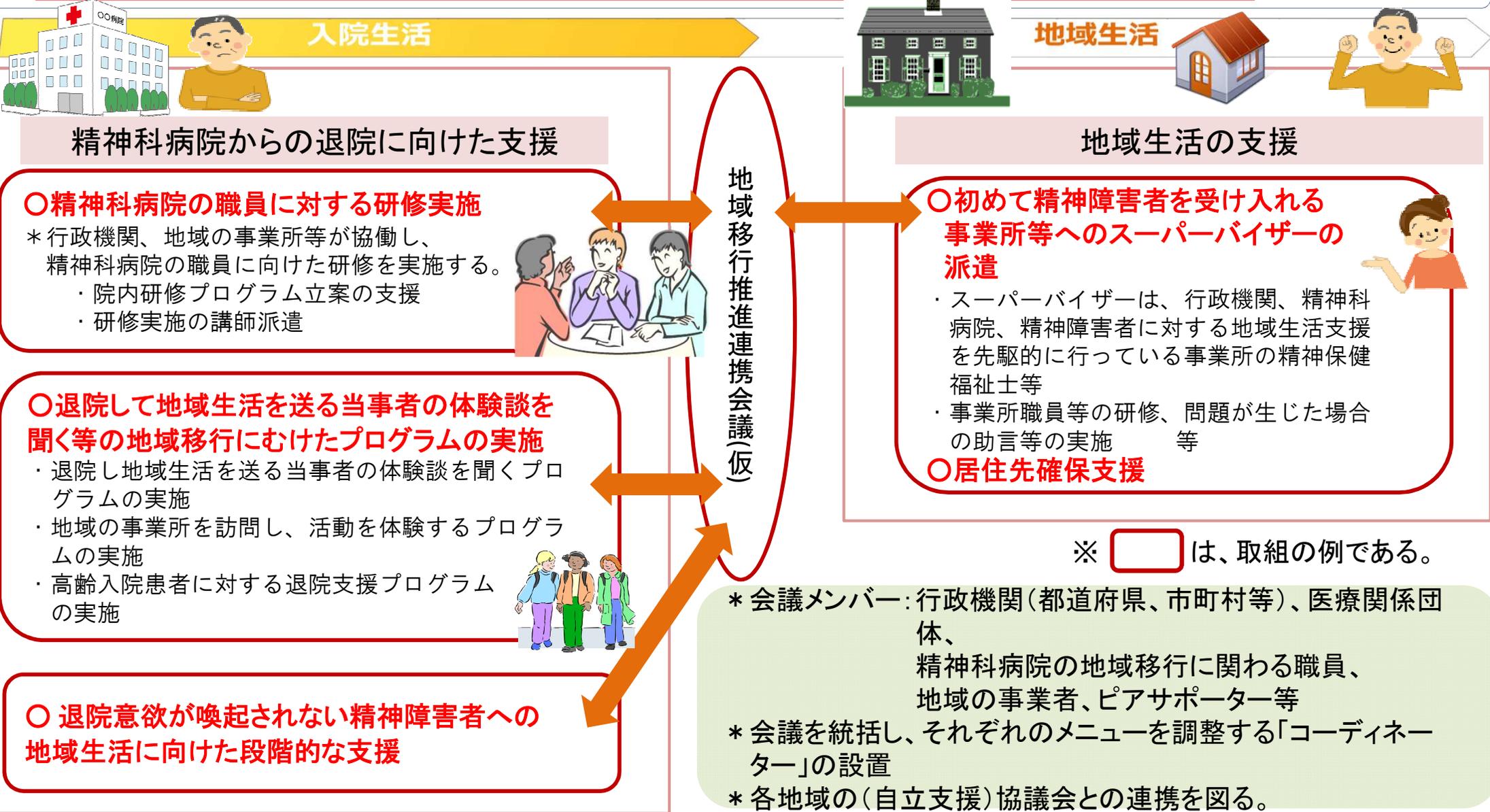
## III 運営上の条件

- ⑪ **本サービスを利用中も、引き続き地域生活への移行に向けた支援を実施すること。**
- ⑫ **運営に関して第三者による定期的な評価を受けること。**
- ⑬ **時限的な施設とすること。**

# 長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

【新規】平成27年度予算 124,836千円(※社会福祉施設等施設整備費 61,387千円を含む。)

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



期待される効果：長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

# 第4期障害福祉計画（目標集計）

○ 都道府県・市町村の障害福祉計画は、3年を一期として定めることとしており、平成27年度から平成29年度を計画期間とした第4期障害福祉計画について、各都道府県が設定した目標値の集計を行った。

○ 障害福祉計画の策定にあたっては、国の定める基本指針(厚生労働大臣告示)を踏まえることとなっており、同指針では、地域移行や就労に関する成果目標を定めている。

- ※ 【目標値】国の基本指針で定める成果目標
- ※ 【集計値】都道府県が設定した目標値を集計したもの

## 入院中の精神障害者の地域生活への移行

- 平成29年度における入院中の精神障害者の退院に関する目標値
  - 【目標値1】 入院後3か月時点の退院率 64%以上
  - 【目標値2】 入院後1年時点の退院率 91%以上
  - 【目標値3】 平成29年6月末時点の長期在院者数(入院期間が1年以上の者)を平成24年6月末時点の長期在院者数から18%以上削減

入院後3か月時点の退院率			入院後1年時点の退院率			長期在院者数				
						平成24年6月末(人)	平成29年6月末(人)	減少率		
【目標値1】	【集計値1】	基本指針を満たす都道府県	【目標値2】	【集計値2】	基本指針を満たす都道府県	(A)	(B)	【目標値3】	【集計値3】(B-A)/(A)	基本指針を満たす都道府県
64%以上	58.4%	42	91%以上	86.9%	44	184,690	154,100	18%以上	16.6%	33

# 入院中の精神障害者の地域生活への移行(都道府県別)

都道府県	入院後3か月時点の退院率		入院後1年時点の退院率		長期在院者数			都道府県	入院後3か月時点の退院率		入院後1年時点の退院率		長期在院者数		
	直近の実績 (%)	【集計値1】平成29年度 (%)	直近の実績 (%)	【集計値2】平成29年度 (%)	平成24年6月末 (A) (人)	平成29年6月末 (B) (人)	【集計値3】減少率 ((B-A)/A) (%)		直近の実績 (%)	【集計値1】平成29年度 (%)	直近の実績 (%)	【集計値2】平成29年度 (%)	平成24年6月末 (A) (人)	平成29年6月末 (B) (人)	【集計値3】減少率 ((B-A)/A) (%)
1 北海道	59.4	64.0	85.3	91.0	11,834	9,704	18.0%	25 滋賀県	67.8	64.0	85.6	91.0	1,350	1,242	8.0%
2 青森県	68.0	64.0	89.0	91.0	2,320	1,902	18.0%	26 京都府	59.0	66.1	88.3	92.3	3,584	2,934	18.1%
3 岩手県	61.3	64.0	89.2	91.0	2,530	2,074	18.0%	27 大阪府	62.0	64.0	90.0	91.0	10,909	8,945	18.0%
4 宮城県	50.3	64.0	82.8	91.0	3,471	2,846	18.0%	28 兵庫県	53.7	58.6	87.9	91.2	7,059	6,377	9.7%
5 秋田県	57.8	64.0	90.5	91.0	2,516	2,063	18.0%	29 奈良県	44.0	65.0	76.0	91.0	1,552	1,270	18.2%
6 山形県	57.8	64.0	90.5	91.0	1,905	1,562	18.0%	30 和歌山県	56.5	64.0	88.8	91.0	1,423	1,167	18.0%
7 福島県	53.2	64.0	79.6	91.0	3,649	2,992	18.0%	31 鳥取県	55.3	64.0	87.7	91.0	1,063	912	14.2%
8 茨城県	59.6	64.0	87.8	91.0	4,464	4,014	10.1%	32 島根県	60.6	64.0	88.2	91.0	1,336	1,100	17.7%
9 栃木県	54.5	64.0	82.8	91.0	3,401	2,874	15.5%	33 岡山県	64.0	64.0	90.0	91.0	2,777	2,277	18.0%
10 群馬県	53.9	64.0	87.5	91.0	3,310	2,714	18.0%	34 広島県	61.5	64.0	85.2	91.0	5,294	4,341	18.0%
11 埼玉県	51.0	—	88.6	91.0	8,298	—	—	35 山口県	50.9	56.0	81.9	85.0	3,783	3,405	10.0%
12 千葉県	56.9	64.0	87.3	91.0	7,857	6,442	18.0%	36 徳島県	56.7	64.0	84.1	91.0	2,622	2,150	18.0%
13 東京都	61.4	64.0	89.8	91.0	11,760	9,643	18.0%	37 香川県	59.0	64.0	84.0	91.0	2,060	1,689	18.0%
14 神奈川県	59.0	64.0	89.0	91.0	6,751	6,076	10.0%	38 愛媛県	56.2	64.0	87.4	91.0	2,823	2,312	18.1%
15 新潟県	56.1	検討中	87.4	検討中	4,215	検討中	検討中	39 高知県	65.8	70.8	91.5	92.6	1,984	1,626	18.0%
16 富山県	60.8	64.0	85.1	91.0	2,209	1,811	18.0%	40 福岡県	53.7	64.0	85.8	91.0	12,880	10,562	18.0%
17 石川県	57.1	64.0	85.0	91.0	2,206	1,942	12.0%	41 佐賀県	58.3	64.0	87.5	91.0	2,591	2,218	14.4%
18 福井県	72.0	72.0	92.1	92.1	1,303	1,068	18.0%	42 長崎県	57.0	64.0	87.0	91.0	4,926	4,039	18.0%
19 山梨県	59.0	64.0	87.8	91.0	1,389	1,139	18.0%	43 熊本県	60.0	64.0	88.0	91.0	5,475	4,489	18.0%
20 長野県	62.6	64.0	90.4	91.0	2,683	2,370	11.7%	44 大分県	52.8	64.0	80.5	91.0	3,418	2,802	18.0%
21 岐阜県	60.4	64.0	87.1	91.0	2,506	2,054	18.0%	45 宮崎県	58.0	64.0	83.1	91.0	3,548	2,909	18.0%
22 静岡県	55.8	64.0	89.7	91.0	3,956	3,244	18.0%	46 鹿児島県	51.9	58.4	85.1	88.3	6,402	5,250	18.0%
23 愛知県	61.1	64.0	89.7	91.0	7,655	6,277	18.0%	47 沖縄県	60.2	64.0	87.0	91.0	3,197	2,847	10.9%
24 三重県	61.0	64.0	88.0	91.0	2,959	2,426	18.0%								
<b>全国平均・合計 (未設定の都道府県を除く)</b>	<b>58.4</b>	<b>64.0</b>	<b>86.9</b>	<b>90.9</b>	<b>184,690</b>	<b>154,100</b>	<b>16.6%</b>								

都道府県名	目標値を設定していない理由
埼玉県	埼玉県では、数値目標の設定にあたっては、地域の実情に応じたものとする必要があると考えるが、そのためには入院患者の実態把握が必要であり、今後必要な調査を実施したうえで、検討していくこととしている。
新潟県	地域の実情に合わせて病床機能を分化している現状において、一律の指標を用いることの妥当性等について、これまでの内部協議では結論が出なかったもの。改めて、年2回ほどの各種審議会及び協議会等での協議に向けて準備中であり、年度末には設定予定。

# 難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院していても、クロザピンやmECT等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにする。

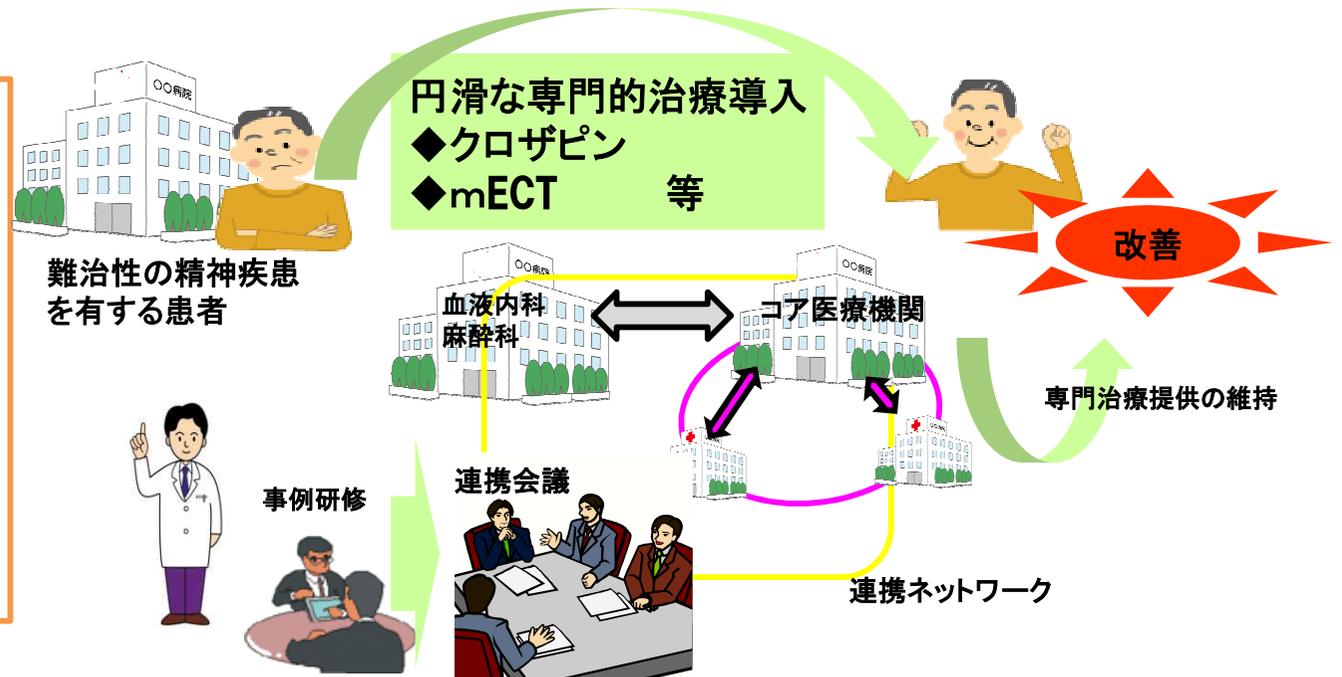
## 現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている。これらの治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

## 事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
- ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
- ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



## 期待される成果

- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

# クロザピン(CLZ)について(参考)

## 1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。

治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

## 2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症(※)で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

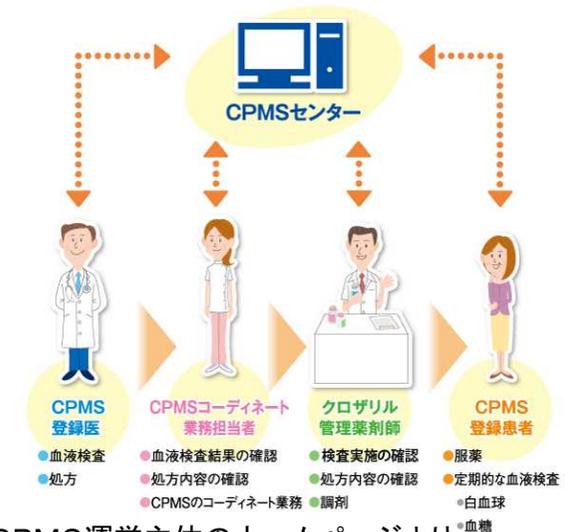
## 3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。

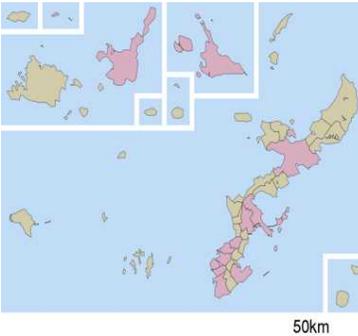


出典: CPMS運営主体のホームページより

# 沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
- 入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

## 【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

人口	1,414,120	人	
面積	2,281	km <sup>2</sup>	
市町村の数	41	自治体	
単科精神科病院の数	18	病院	
精神病床数	5,412	床	
入院後3ヶ月時点の退院率	69.2	%	
入院後1年時点の退院率	86.8	%	
平均在院日数	274.1	日	

## 【沖縄県の役割】

- 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整

## 【琉球病院（コア医療機関）の役割】

- CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

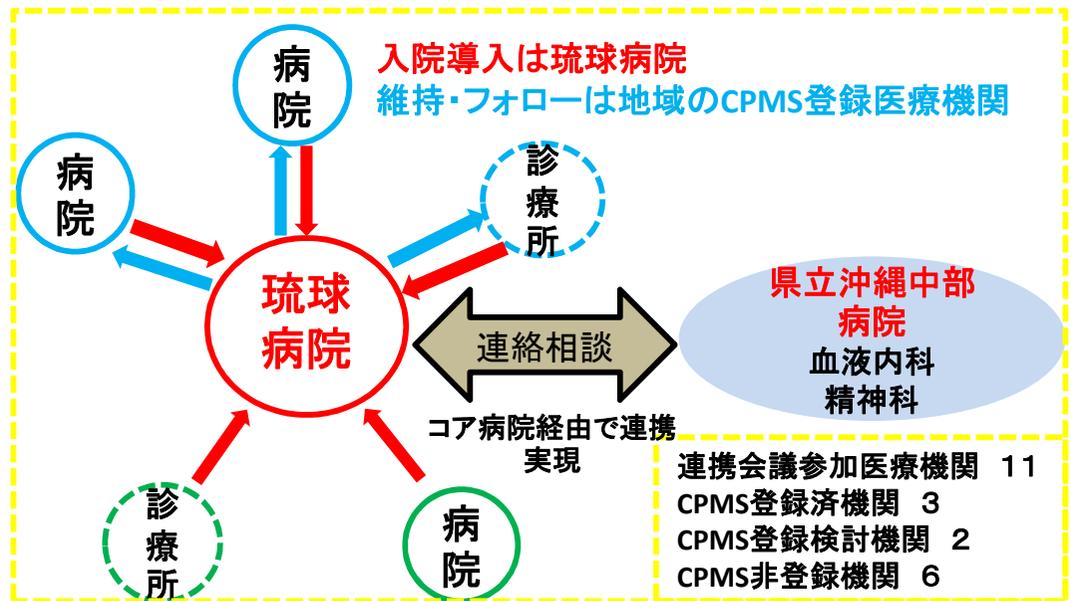
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

## 【具体的体制】

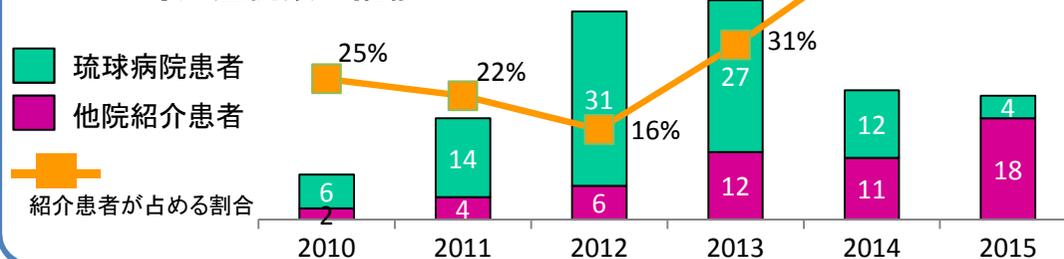
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



## 【地域連携の効果】

- 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。

## CLZ導入症例数の推移



# 兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

## 【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2134km <sup>2</sup>
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



## 【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

## 【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
  - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
  - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
  - ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
  - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
  - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
  - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
  - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
  - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
  - ・住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
  - ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
  - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
  - ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
  - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

## 【効果】

### (地域移行の利用者数)

- 25年度 0名
- 26年度 8名うち2名退院
- 27年度 13名うち4名退院(9月時点)

### (1年以上入院患者割合 630調査より)

- 25年 71.7% 26年 71.3%

### (ピアサポーターの活動者数)

- 25年度 0名 26年度 12名

### (関係者の意識変容)

- ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
- ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

# 兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

- 淡路圏域(二次医療圏)では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定例的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
- 保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

## 【淡路圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	135,171人
面積	596km <sup>2</sup>
市町村の数	3自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(26年6月)	370床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	43.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	92.6%



## 【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

- (都道府県)
  - ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施
- (保健所)
  - ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
  - ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決方策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
  - ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
  - ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握
- (精神保健福祉センター)
  - ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
  - ・ピアサポーター養成研修を実施
- (市町村)
  - ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備
- (精神科病院の医師等の医療関係者)
  - ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
  - ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
  - ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施
- (相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)
  - ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
  - ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

## 【地域移行の取組の経緯】

- 平成21年
  - ・地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。
- 平成22年
  - ・県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。
- 平成24年
  - ・地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援
- 平成25年
  - ・県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

## 【効果】

- (地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末)
  - ・地域移行：28名うち24名は退院(1名は再入院するも退院)
  - ・地域定着：26名(地域移行を利用し、退院した者以外も含む)
- (1年以上入院患者割合 630調査より)
  - ・21年：249名(67.7%) → 24年：215名(59.6%) → 26年：189名(55.6%)
- (ピアサポーターの活動者数)
  - ・22年：9名 → 25年：11名
- (関係者の意識変容)
  - ・ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者はともに働く仲間と認識されてきている

### 3. 障害者部会における議論について ～精神障害者に対する支援について～

### (精神障害者の地域移行・地域生活の支援)

- 精神科病院では、新規入院者の87%が1年未満で退院する一方で、約20万人が1年以上入院しており、毎年5万人の長期入院者が退院し、新たに5万人が長期入院者となっている状況である。精神障害者が長期入院に至る要因を分析して対応していくことが必要である。
- これまで、精神保健福祉法改正(平成25年)や、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」における取りまとめを踏まえ、予算措置(平成26年度・平成27年度)や障害福祉サービス等報酬改定(平成27年度)による対応、他制度との連携強化等が実施されており、今後も、精神障害者のさらなる地域移行と地域生活の支援を進めていく必要がある。
- 精神障害者の地域移行や地域生活において有効とされるピアサポートについては、自治体ごとに取り組まれている状況がある。
- 精神障害者の地域移行・地域生活の支援を進めるためには、精神障害の特性が地域において正しく理解される必要がある。このため、住民と医療・保健・福祉の関係者が精神障害者に対する理解を深めるとともに、支援に向けた連携体制を構築する必要がある。あわせて、相談機能の強化や人材育成が重要である。

### (精神障害者の特性に応じた対応等)

- 精神疾患の特性として、安定していた病状がわずかな環境の変化等により増悪することがあり、これに対応した適切な医療の支援が必要であることから、医療と福祉が連携し、病院への入院の他に、症状の急変時の受け皿を確保することが重要である。
- 福祉事業所における精神障害者の受け入れ体制を整備するため、精神疾患の症状やそれに応じた支援方法等の特性について福祉事業所の理解を促進することが必要である。例えば、高次脳機能障害のある者(児童を含む。)は医療機関や障害福祉サービス事業所で受け止めきれないとの指摘がある。
- 精神障害者の地域生活支援を進めるためには、医療と福祉が緊密に連携しつつ、それぞれのサービスを確保していく必要がある。例えば、県レベルで定めている長期在院者数の削減目標を、市町村の障害福祉計画における障害福祉サービスの見込量に適切に反映することが重要である。その際、地域移行後に想定される精神障害者の居住地についても留意することが望ましい。
- 精神障害者の居住の場を確保するためには、安心居住政策研究会(国土交通省)における中間取りまとめ(平成27年4月17日公表)を踏まえつつ、障害者総合支援法に基づく協議会と居住支援協議会が連携して対応することが重要である。

## 検討の方向性①

### (基本的な考え方)

- 医療・福祉や行政機関など精神障害者を取り巻く様々な関係者が、本人の意向を尊重し、精神障害の特性を十分に理解しつつ、連携・協働して精神障害者の地域移行・地域生活の支援の取組を強化するため、以下のような取組を進めるべきである。

### (ピアサポート)

- 地域移行や地域生活の支援に有効なピアサポートについて、その質を確保するため、ピアサポートを担う人材を養成する研修を含め、必要な支援を行うべきである。

### (医療と連携した短期入所)

- 精神障害者の地域生活の支援と家族支援の観点から、短期入所について、医療との連携を強化すべきである。

### (地域生活を支援する拠点とサービス)

- 精神障害者の地域移行や地域定着を支援するためにも、平成27年度に実施している地域生活支援拠点に関するモデル事業の成果も踏まえつつ、地域で生活する障害者に対し、地域生活を支援する拠点の整備を推進すべきである。その際、グループホームにおける重度者への対応の強化、地域生活を支援する新たなサービスとの連携、医療との連携、短期入所による緊急時対応等を総合的に進めることにより、グループホーム、障害者支援施設、基幹相談支援センター等を中心とする拠点の機能の強化を図る必要がある。
- 一人暮らしを希望する精神障害者の地域生活を支援し、ひいては精神障害者の居住の場の確保につながるよう、障害者の日常生活を適切に支援できる者による定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の生活力等を補い、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに位置付けるべきである。なお、その際には、医療との連携や情報技術の活用など、効果的・効率的な実施方法を検討する必要がある。
- 精神科病院の入院者の退院意欲を喚起するため、医療と福祉の連携に向け、相談支援の取組の充実や、意思決定支援の質の向上や普及に取り組むとともに、地域移行に向けたサービスの体験利用の活用を推進すべきである。

## 検討の方向性②

### (市町村等の役割)

- 住民に最も身近な基礎的自治体である市町村が中心となり、当事者を含め、医療と福祉の双方を含む様々な関係者が情報共有や連携体制を構築する場として、市町村に精神障害者の地域移行や地域定着を推進するための協議の場の設置を促進するとともに、都道府県・保健所・市町村が適切かつ重層的な役割分担をしながら協働して取り組むための体制を構築すべきである。その際、地域移行後に想定される精神障害者の居住地についても留意することが望まれる。
- 都道府県障害福祉計画に記載される精神障害者の長期在院者数の削減目標を、市町村障害福祉計画に記載される障害福祉サービスのニーズの見込量に反映させる方法を提示すべきである。

### (人材の資質向上)

- 精神障害者の特性とそれに応じた適切な対応方法について、研修の標準化や実地研修の活用など、必要な知識・技術を持った福祉に携わる人材の育成を推進すべきである。  
例えば、今なお障害福祉サービスで十分な対応ができていない高次脳機能障害のある者(児童を含む。)について、支援拠点機関の実態や支援ニーズに関する調査、有効な支援方法やそれを担う人材養成の研修の在り方についての研究を進める必要がある。

# 精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割(イメージ)

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 (1718市町村)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割</li> <li>○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築</li> <li>○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施)</li> <li>○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備)</li> <li>○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整</li> </ul>
・二次医療圏域 ・保健所圏域 (490箇所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神科病院からの地域移行の推進</li> <li>○圏域における医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理</li> <li>・圏域における入院患者の実態把握、課題分析</li> <li>・地域移行の考え方・課題の共有(精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して)</li> <li>・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○市町村支援(助言、情報提供等)</li> <li>○個別事例の広域調整</li> </ul>
都道府県 (47都道府県)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割</li> <li>○広域的な医療・福祉・介護の連携推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○広域的な関係機関の連携体制の構築</li> <li>○庁内関係部局(医療、福祉、介護、教育、雇用、居住支援等)との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働</li> <li>○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議</li> <li>○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善</li> <li>○市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等)</li> <li>○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議</li> </ul>

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター(69箇所)が行う。

# 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会に係る都道府県と市町村の役割(イメージ)

## 市町村(自立支援)協議会

### 専門部会(例)

就労支援部会

こども支援部会

権利擁護部会

精神障害者支援部会  
又は「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会」※

※構成員は、都道府県、保健所、精神科病院の医師  
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

報告

支援

## 都道府県(自立支援)協議会

### 専門部会(例)

就労支援専門部会

療育支援専門部会

権利擁護専門部会

地域移行支援部会  
又は「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会」※

※地域生活支援事業の都道府県必須事業  
※構成員は、市町村、保健所、精神科病院の医師  
相談支援事業所、ピアサポーター、福祉サービス事業者等

役割分担・連携

### 【市町村の役割】

- 精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割
- 住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築
- 住民に身近な自治体としての課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施)
- 地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画等の策定、実行、進捗状況の把握
- 地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備)

等

### 【都道府県の役割】

- 精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割
- 広域的な関係機関の連携体制の構築
- 広域的な課題の共有・協議
- 地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画等の策定、進捗状況の把握
- 市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等)
- 広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

等

※精神障害者地域移行・地域定着推進協議会について、既存の(自立支援)協議会を活用することは差し支えない

## 長期入院精神障害者の退院促進による介護サービスの見込み量の推計手法例

### 1. 退院する高齢の長期入院精神障害者数(市町村別)を推計

(①～④都道府県精神保健福祉担当部局→⑤都道府県介護保険担当部局→市町村介護保険担当部局等介護保険者)

① 精神保健福祉資料(630調査)から、各都道府県の長期入院精神障害者数を把握。

② 各都道府県の第4期都道府県障害福祉計画(H27～29)における長期入院精神障害者の減少目標(H29まで)に基づき、平成29年までに退院する高齢の長期入院精神障害者数を推計。

(留意点)

※ 平成24年から平成26年までに長期入院精神障害者が減少しているの見込まれる場合は、その減少分を勘案。

※ 65歳以上高齢者の割合は各都道府県の実情を踏まえて推計することが望ましいが、これに依りがたい場合は、退院する者の年齢層は、入院中の者と同じ割合(全国ベースで約半数:参考を参照)という仮定を置いて、推計しても差し支えない。

※ 第4期障害福祉計画における国の長期入院精神障害者数の減少目標を達成した場合、全国で退院する長期入院高齢精神障害者数は1.8万人であり、総人口1億2,700万人との比から人口1万対約1.4人である。

③ 各都道府県内(※)の市町村人口比率等に基づき、市町村別の退院する高齢の長期入院精神障害者数を推計。

※ 指定都市の推計については別添1の指定都市別の内訳を活用し、他の市町村については、市町村の人口比率等に基づき推計しても差し支えない。

④ 市町村別に退院する長期入院精神障害者の状況(要介護度別の内訳等)を推計。その際、各年度の配分も示す。

(留意点)

※ 退院者の状況の推計に当たっては、都道府県に既存の独自調査があれば、それを利用して差し支えない。なお、高齢の長期入院精神障害者(入院期間が5年以上)の要介護度の分布については、【別紙1】を参照。

※ 各年度の配分については、例えば、均等に3分の1ずつなど、地域の実情に応じて配分されたい。

⑤ 推計値を都道府県介護保険担当部局を通じて介護保険者へ提供。

※参考、別添1、別紙1は省略

## 2. 退院する高齢精神障害者の介護サービス見込み量の推計（市町村介護担当部局等介護保険者）

- 退院する高齢精神障害者は精神症状が一定程度安定している場合も多いことから、例えば、管内の高齢者の介護サービス利用の現状等を参考に、退院する高齢精神障害者の介護サービス見込み量を推計。
  - この際、介護保険計画課より介護保険の保険者に配布されている「(確定版)介護保険事業計画用ワークシート」においては、次のような活用方法が考えられる。
    - ・ 認定者数の推計に当たっては、Aシートで「要支援1、2、要介護1～2、3～5」の区分で認定者数を増減させる機能があるので、提供を受けた各年度の要介護度ごとの認定者の増加数について、この区分で整理して認定者数を増加させる。
    - ・ 施設・居住系サービスの見込量の推計に当たっては、Bシートで要介護度ごとに各年度の利用者数を入力する仕組みであるので、利用が見込まれるサービスの利用者数を増加させる
    - ・ 在宅サービスの見込量の推計に当たっては、Cシートで「要支援1、2、要介護1～2、3～5」の区分で利用者数を調整する機能があるので、利用が見込まれるサービスの利用者数をこの区分ごとに整理して利用者数を増加させる
- ※ 要介護度別の状況等から介護サービス量を見込む際には、高齢精神障害者の介護サービス利用の現状に係る既存の独自調査があれば、それを利用して差し支えない。
- ※ 高齢の長期入院精神障害者の退院実例(退院先、要介護度等)については、【別紙2】を参照。
- ※ 退院が見込まれる高齢精神障害者の一部に認知症の者が含まれる場合は、管内の認知症高齢者の介護サービス利用の状況を参考にすることも考えられる。なお、介護サービスを利用する認知症高齢者の割合(全国状況)については【別紙3】を参照。

※別紙2・別紙3は省略

# 障害者総合支援法施行3年後の見直しについて

(社会保障審議会障害者部会 報告書概要／平成27年12月14日)

障害者総合支援法（H25.4施行）の附則で、施行後3年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずることとされている。これを受けて、社会保障審議会障害者部会で平成27年4月から計19回にわたり検討を行い、今後の取組についてとりまとめた。（次期通常国会に関係法律の改正案を提出予定）

## 1. 新たな地域生活の展開

### (1) 本人が望む地域生活の実現

- 障害者が安心して地域生活を営むことができるよう、地域生活支援拠点の整備を推進（医療との連携、緊急時対応等）。
- 知的障害者や精神障害者が安心して一人暮らしへの移行ができるよう、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力・生活力等を補う支援を提供するサービスを新たに位置付け。  
あわせて、グループホームについて、重度障害者に対応可能な体制を備えたサービスを位置付け。また、障害者の状態とニーズを踏まえて必要な者にサービスが行き渡るよう、利用対象者を見直すべきであり、その際には、現に入居している者に配慮するとともに、障害者の地域移行を進める上でグループホームが果たしてきた役割や障害者の状態・ニーズ・障害特性等を踏まえつつ詳細について検討する必要。
- 「意思決定支援ガイドライン(仮称)」の作成や普及させるための研修、「親亡き後」への備えも含め、成年後見制度の理解促進や適切な後見類型の選択につなげるための研修を実施。

### (2) 常時介護を必要とする者等への対応

- 入院中も医療機関で重度訪問介護により一定の支援を受けられるよう見直しを行うとともに、国庫負担基準について重度障害者が多い小規模な市町村に配慮した方策を講ずる。

### (3) 障害者の社会参加の促進

- 通勤・通学に関する訓練を就労移行支援や障害児通所支援により実施・評価するとともに、入院中の外出に伴う移動支援について、障害福祉サービスが利用可能である旨を明確化。
- 就労移行支援や就労継続支援について、一般就労に向けた支援や工賃等を踏まえた評価を行うとともに、就労定着に向けた支援が必要な障害者に対し、一定の期間、企業・家族との連絡調整等を集中的に提供するサービスを新たに位置付け。

## 2. 障害者のニーズに対するよりきめ細かな対応

### (1) 障害児に対する専門的で多様な支援

- 乳児院や児童養護施設に入所している障害児や外出が困難な重度の障害児に発達支援を提供できるよう必要な対応を行うとともに、医療的ケアが必要な障害児への支援を推進するため、障害児に関する制度の中で明確に位置付け。
- 放課後等デイサービス等について、質の向上と支援内容の適正化を図るとともに、障害児支援サービスを計画的に確保する取組として、自治体においてサービスの必要量の見込み等を計画に記載。

### (2) 高齢の障害者の円滑なサービス利用

- 障害者が介護保険サービスを利用する場合も、それまで支援してきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援できるよう、その事業所が介護保険事業所になりやすくする等の見直しを実施するなど、障害福祉制度と介護保険制度との連携を推進。
- 介護保険サービスを利用する高齢の障害者の利用者負担について、一般高齢者との公平性や介護保険制度の利用者負担の在り方にも関わることに留意しつつ、その在り方についてさらに検討。

### (3) 精神障害者の地域生活の支援

- 精神障害者の地域移行や地域定着の支援に向けて、市町村に関係者の協議の場を設置することを促進するとともに、ピアサポートを担う人材の育成等や、短期入所における医療との連携強化を実施。

### (4) 地域特性や利用者ニーズに応じた意思疎通支援

- 障害種別ごとの特性やニーズに配慮したきめ細かな対応や、地域の状況を踏まえた計画的な人材養成等を推進。

## 3. 質の高いサービスを持続的に利用できる環境整備

### (1) 利用者の意向を反映した支給決定の促進

- 主任相談支援専門員(仮称)の育成など、相談支援専門員や市町村職員の資質の向上等に向けた取組を実施。

### (2) 持続可能で質の高いサービスの実現

- サービス事業所の情報公表、自治体の事業所等への指導事務の効率化や審査機能の強化等の取組を推進。
- 補装具について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合など、個々の状態に応じて、貸与の活用も可能とする。
- サービス提供を可能な限り効率的なものとする事等により、財源を確保しつつ、制度を持続可能なものとしていく必要。

## 4. 中医協における議論について ～地域移行関係を中心に～

# 個別事項 (その2:精神医療)

平成27年10月23日

## 本日の内容

1. 長期入院患者の地域移行等について
2. 身体合併症について
3. 児童・思春期の精神医療について
4. 薬物依存症について
5. 認知症対策について
6. 抗精神病薬の減薬にかかる取組について
7. 精神科デイケア等について

1. 長期入院患者の地域移行等について
  - 1) 地域移行を促進する取組の評価について
  - 2) 精神科重症者早期集中支援管理料について

# 長期入院精神障害者の地域移行

- 長期入院精神障害者の地域生活への移行については、改正精神保健福祉法に基づく指針や、長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会のとりまとめにおいて、方向性や具体策が示されている。
- 精神医療を良質かつ適正なものとし、新たな長期入院精神障害者が生じることを防ぐには、精神障害者本人に対する支援のみならず、将来的に不必要な病床を削減するといった構造改革が必要とされている。

## 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(概要)(抄) (厚生労働省告示第65号)(平成26年4月)

### 第一 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。
- 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。

## 長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性 (長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会のとりまとめ)(平成26年7月)

### 1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

### 2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

#### [ア]退院に向けた支援

[ア-1]退院に向けた意欲の喚起

[ア-2]本人の意向に沿った移行支援

#### [イ]地域生活の支援

#### [ウ]関係行政機関の役割

### 3. 病院の構造改革

- 入院医療については、精神科救急等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

# 長期入院患者の地域移行を図るために求められる病床の機能

- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床では、地域移行をより一層進めるため、地域移行への支援や訓練に必要な職種の重点的な配置や、より実際の地域生活につながる内容となるよう充実を図った訓練等の実施を検討することとされている。

## 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において 地域移行機能を強化する方策（「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」より抜粋）

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討。

### ●スタッフの配置等

- ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
- ・病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を実施

### ●外部との交流

- ・保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進

### ●訓練等の実施

- ・計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成等により可能な限り早期に退院できるよう支援
- ・適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等自己管理のための訓練の実施。
- ・リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）において、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等地域生活の実際的なプログラム等を積極的に実施
- ・地域生活を送る精神障害者と同程度にデイケアを受けられる機会の確保

### ●その他

- ・退院後に利用可能な障害福祉サービスや介護保険サービスの検討と準備

急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床については、適正化され将来的に削減されることとなる。

## (参考)精神病床における長期入院患者の地域移行に関連した現行の評価

○精神病床における入院期間1年以上の患者の退院支援については、これまでに次のような評価が設けられてきた。

	精神病棟入院基本料	精神療養病棟入院料	認知症治療病棟入院料
<b>退院調整加算</b> 専従するPSW等を配置した退院支援部署において、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。	—	500点／退院時	300点／退院時
<b>精神保健福祉士加算</b> ・病棟専任の精神保健福祉士が1名以上配置していること。 ・専従のPSWを配置した退院支援部署を設置していること。 ・措置入院患者等を除いた入院患者のうち7割以上が、入院日から起算して1年以内に退院し、患家または精神障害者施設へ移行すること。	30点／日	30点／日	—
<b>精神科地域移行実施加算</b> 入院期間5年以上の患者のうち、退院した患者の数が1年間で5%以上減少していること。	10点／日	10点／日	—
<b>精神科退院指導料 精神科地域移行支援加算</b> 入院期間1年以上の患者等に対し、多職種協働で退院後に必要な保健医療福祉サービスに関する計画を作成し、指導を行った場合	200点／退院時	200点／退院時	200点／退院時

注)これらの加算等は、互いに併算定不可の場合がある。

# 地域移行を促進する取組の評価に係る課題と論点

## 【課題】

- 1年以上の長期入院患者は、依然として約20万人(入院中の精神障害者全体の約3分の2)に上っている。なお、長期入院患者の疾患は統合失調症が多いが、75歳以上の長期入院患者においては、認知症の割合も増してきている。
- 1年以上の長期入院患者のうち、14%は「退院可能」とされているほか、退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。
- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるためには、地域移行への支援等に必要な職種を厚く配置するほか、患者に対して、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施することが必要とされ、地域移行が進めば、病床は適正化され、将来的に削減できると考えられる。

## 【論点】

- 精神疾患患者の地域移行を一層推進するため、地域移行に必要な職種を重点的に配置し、患者の地域移行に必要な取組を徹底して実施するとともに、長期入院患者数や病床数を適正化する病棟への評価を設けてはどうか。

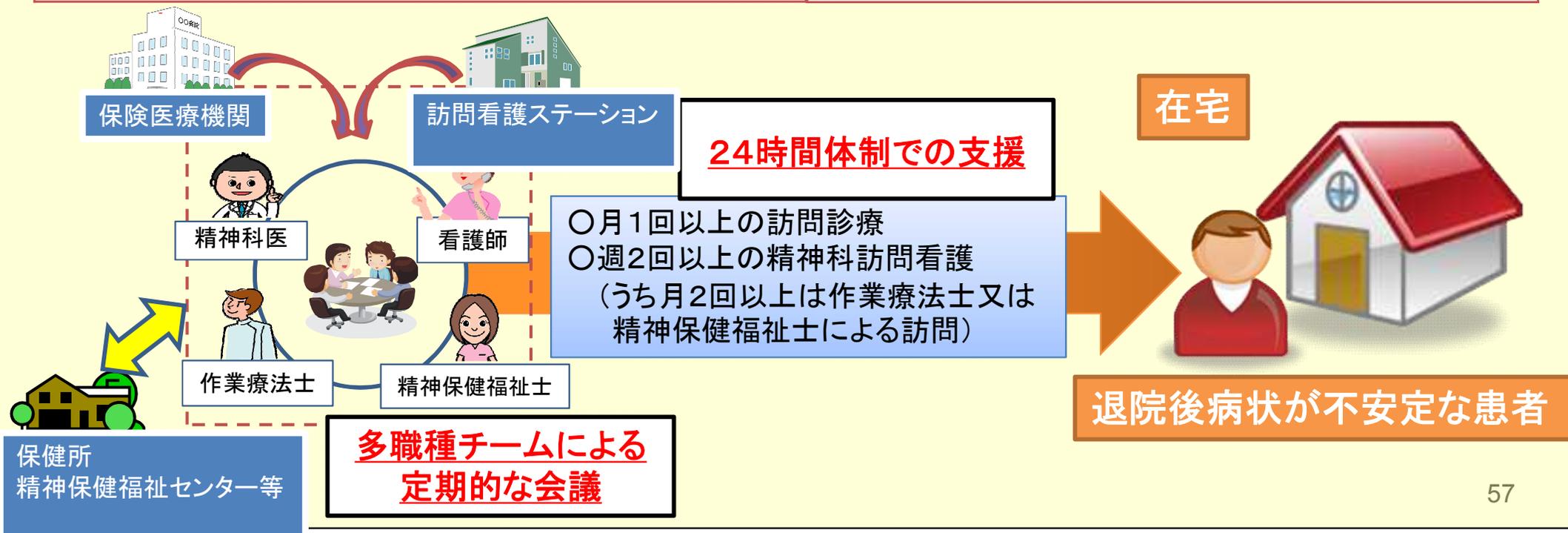
# 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進

## 精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

### (新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 900点 (2) (1)以外の場合 450点	ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 740点 (2) (1)以外の場合 370点



## 精神科重症患者早期集中支援管理料②

### [算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

### [対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

### [施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

### 届出医療機関数(平成26年7月1日現在)

- 7医療機関(5病院、2診療所)

### 算定状況(NDBデータ(平成27年5月診療分)より)

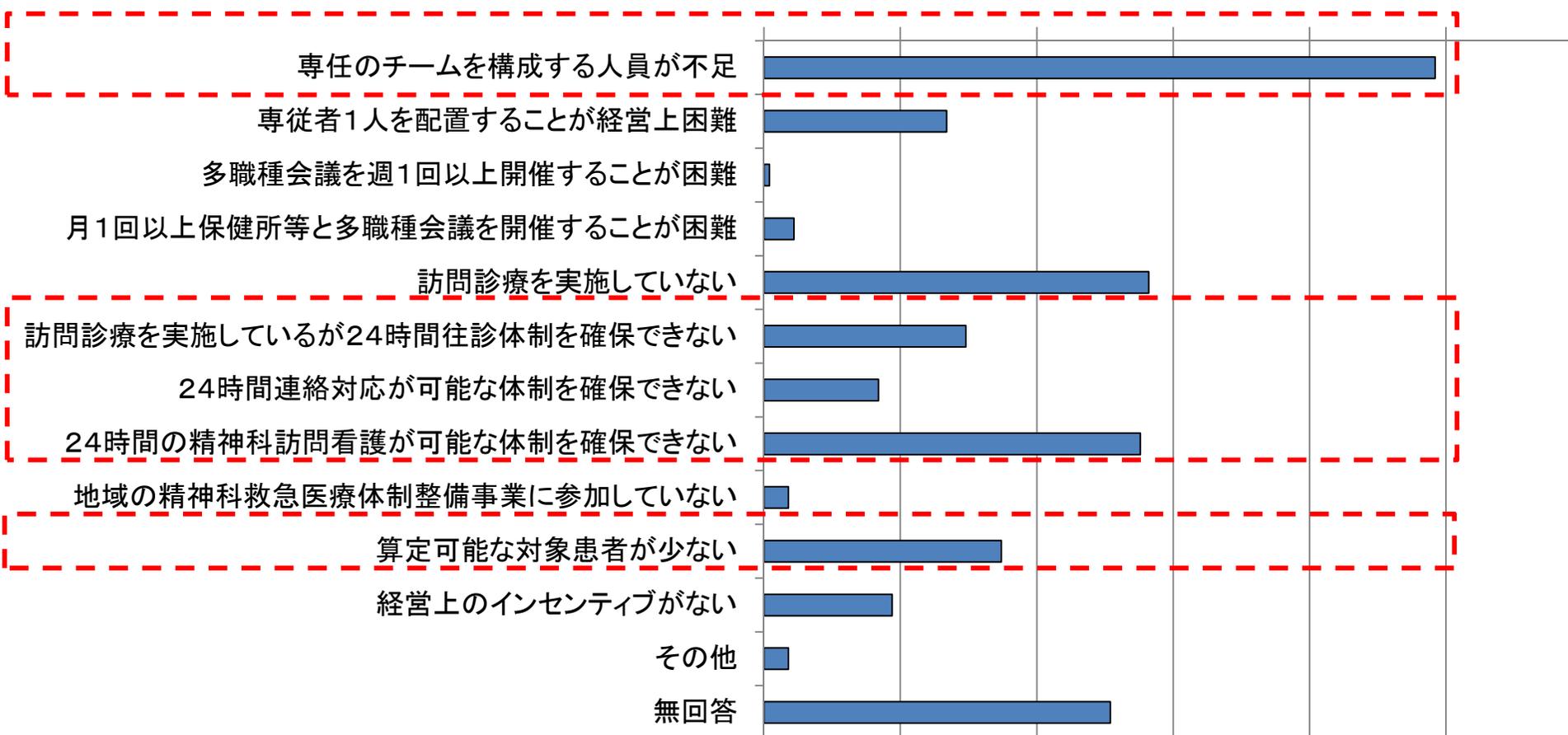
- 10回未満

# 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない理由

- 届出を行っていない理由としては、人員の不足、24時間の対応が可能な体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等の答えが多かった。

## 届出を行っていない最大の理由(単数回答、n=475)

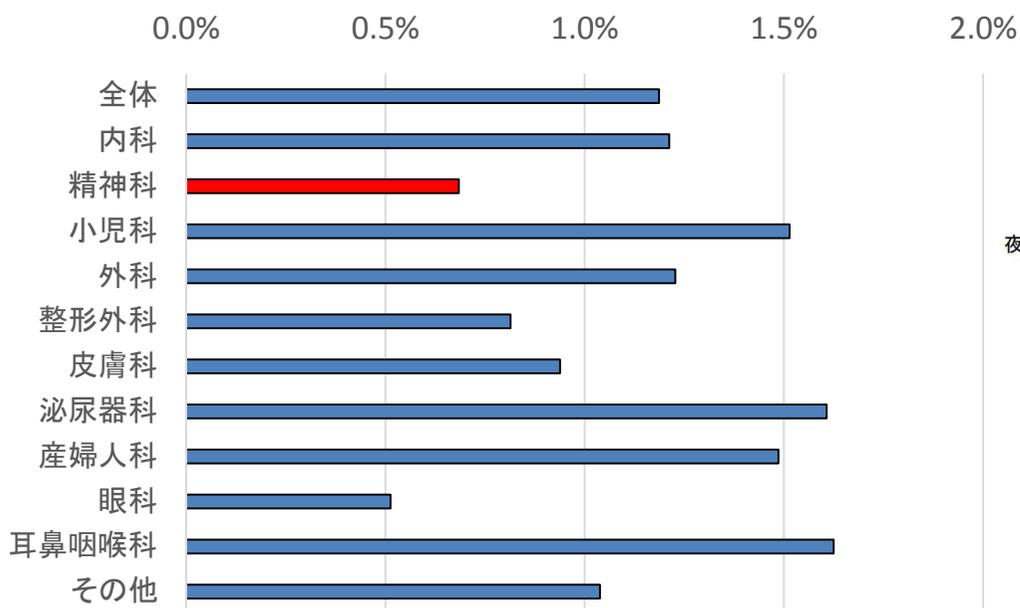
0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%



## 精神科における夜間往診等の頻度

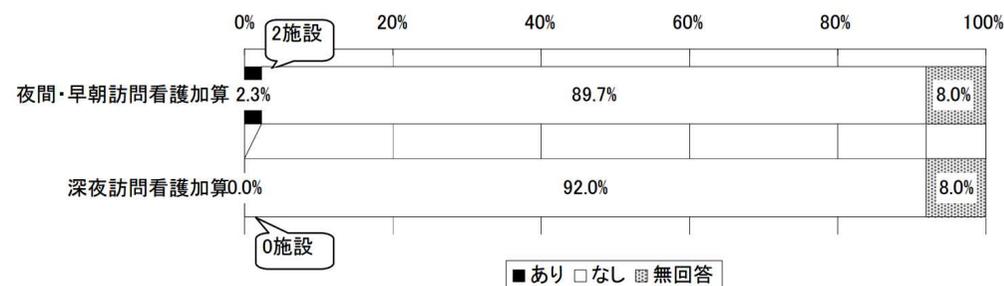
- 現行の精神科重症患者早期集中支援管理料においては、24時間、連絡を受けたり往診や訪問看護等を行うことができる体制を確保することとされている。
- 一方、夜間・深夜に、精神科の患者に対し往診や訪問看護が提供されることは少ない。

往診・訪問診療における夜間加算・深夜加算の算定割合



出典：平成26年度社会医療診療行為別調査

図表 243 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算 算定の有無  
【精神科訪問看護（病院）】 n=87



出典：平成24年度検証調査

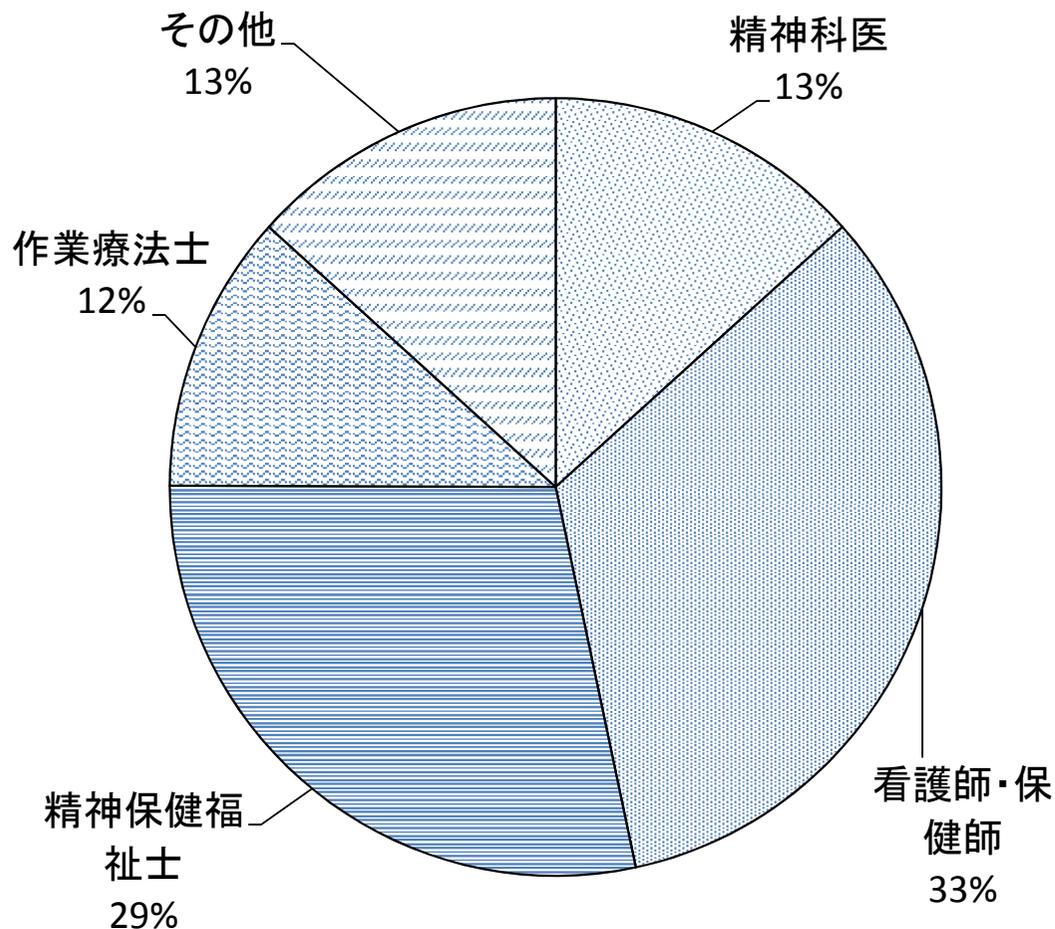
- 精神障害者アウトリーチ推進事業において、往診、精神科訪問看護等のうち、夜間に行われたものは全体の1%未満（準夜帯0.7%、深夜帯0.1%）だった。

出典：平成23～25年度 障害者対策総合研究事業（精神障害分野） アウトリーチ（訪問支援）に関する研究（研究代表者：萱間真美）

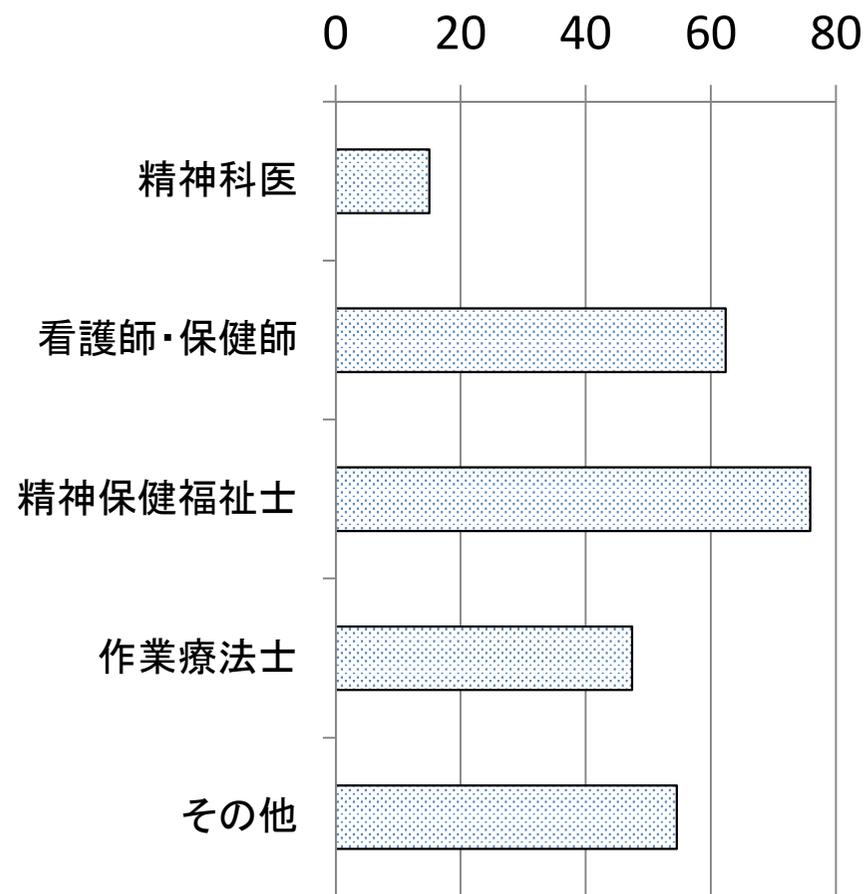
# アウトリーチチームを構成する職種

- アウトリーチ推進事業におけるアウトリーチチームには、看護師・保健師や、精神保健福祉士が多く参加している。
- 職種別の一人あたり訪問回数では、精神保健福祉士がもっとも多かった。

## アウトリーチチームの職種内訳



## 職種別一人あたりの訪問回数



※一人あたりの訪問回数は、アウトリーチ推進事業実施期間における、平成23年10月から26年1月の訪問回数(439名による24,030回の訪問)から算定。「その他」には臨床心理士、ピアサポーター、相談支援専門員を含む。

出典:平成23~25年度 障害者対策総合研究事業(精神障害分野) アウトリーチ(訪問支援)に関する研究(研究代表者:萱間真美)

# 精神科重症患者早期集中支援管理料と障害福祉サービスの同時利用

○ 精神科重症患者早期集中支援管理料と同時に利用できない障害福祉サービスが多い。

同時  
利用  
可能

居宅介護	居宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行う
重度訪問介護	重度の精神障害者に、居宅で、入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行う。
自立訓練(生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の向上のために必要な訓練を行う。

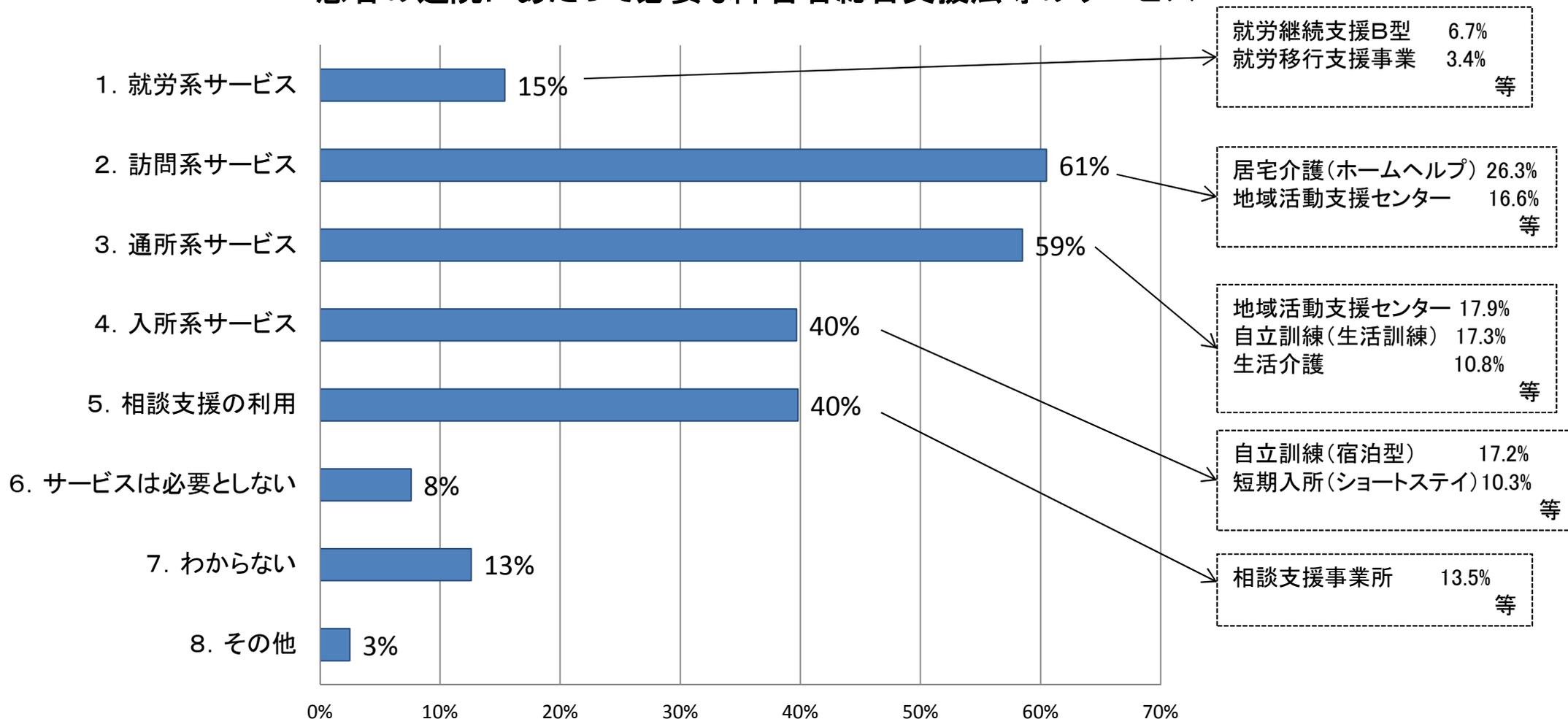
同時  
利用  
不可

行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う。
重度障害者等包括支援	常に介護を要する人に、居宅介護その他の障害福祉サービスを包括的に提供する。
短期入所	介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設等で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う。
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する。
施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
自立訓練(機能訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の向上のために必要な訓練を行う。
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
就労継続支援	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。
共同生活援助(グループホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行う。
地域移行支援	障害者支援施設、精神科病院、児童福祉施設等を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出の同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行う。
地域定着支援	居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

# 長期入院患者の退院に当たって必要となる障害福祉サービス

- 長期入院患者の退院に当たっては、障害福祉サービス(特に訪問系、通所系サービス)の利用が必要となるケースが多い。

患者の退院にあたって必要な障害者総合支援法等のサービス



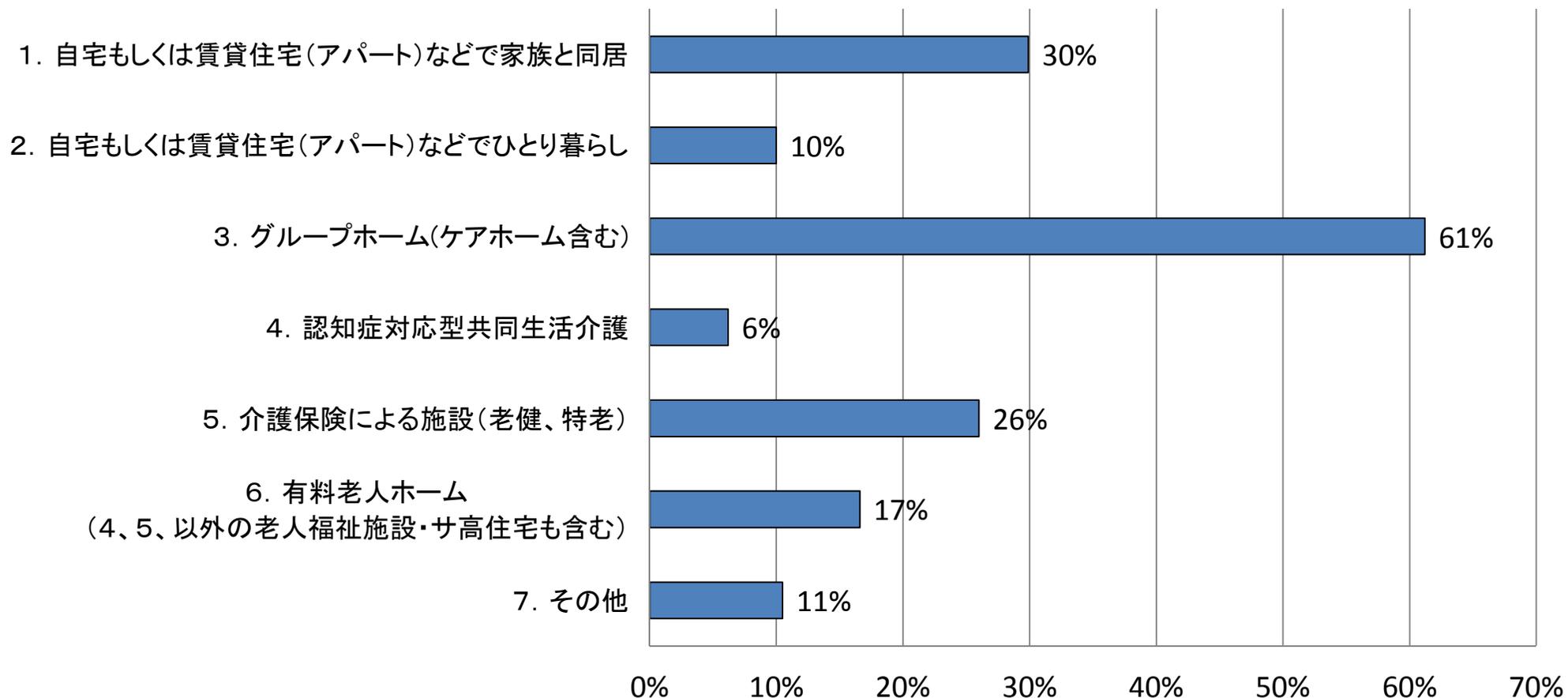
※1年以上精神科病床に入院している患者(認知症を除く。n=1,131)について病院職員に調査したもの(複数回答)

出典:平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書、平成27年3月、公益社団法人 日本精神科病院協会

# 長期入院患者の退院先として適当と思われる「暮らしの場」

○ 退院先として、グループホームが適当と思われる長期入院患者のケースが多く存在した。

## 患者が退院する場合に適当と思われる「暮らしの場」



※1年以上精神科病床に入院している患者(認知症を除く。n=1,169)について病院職員に調査したもの(複数回答)

出典:平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書、平成27年3月、公益社団法人 日本精神科病院協会

# 精神科重症患者早期集中支援管理料に係る課題と論点

## 【現状と課題】

- 長期入院後の退院患者や、入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対しては、多職種が協働し、訪問支援、緊急時対応等を通じて早期に集中的な支援を行うことで、地域移行、地域定着を進めることが重要であり、平成26年度診療報酬改定においては、精神科重症患者早期集中支援管理料を設けてその取組を評価した。
- 実施する医療機関における24時間の往診体制の確保や、患者が共同生活援助(グループホーム)・就労系サービス等の障害福祉サービスを同時に利用していないこと等が要件とされている。
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出は平成26年7月現在で7の保険医療機関にとどまっており、またその算定回数もきわめて少ない。検証調査によれば、当該管理料の届出を行っていない理由としては、チームを構成する人員が不足している、24時間の対応体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等が挙げられた。
- 一般に、精神疾患の患者の夜間の往診、訪問診療、訪問看護は限定的である。また、長期入院患者の退院にあたっては、障害福祉サービスを活用することが想定されている。

## 【論点】

- 精神科重症患者早期集中支援管理料については、往診・訪問診療と訪問看護を組み合わせることで夜間体制を確保するとともに、患者が障害福祉サービスとを同時に利用できることとするなど、長期入院後の退院患者等への集中的な支援の普及を図るよう見直してはどうか。

# 精神科デイ・ケア等に係る課題と論点

## 【課題】

- 精神科デイ・ケア等は、再入院の予防や慢性期患者の居場所の提供等において重要な役割を果たしている一方、長期に漫然と実施すれば、却って患者の社会復帰を妨げかねない危険性がある。
- 精神科デイ・ケアの開始から1年が経つと、IADLはほぼ一定となることが知られている。
- これらのことを踏まえて、平成26年度診療報酬改定においては、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直し、最初に算定した日から1年を経過した後は、算定できる回数を週に5回までとした。
- しかし、一部の医療機関に、半数以上の患者に対して、頻度高くデイ・ケア等を提供している例もみられる。

## 【論点】

- 精神科デイ・ケア等については、現状、開始から1年を超えても週5回までは算定できるとされているが、長期にわたる頻回の利用については、就労・就学や、就労系サービスや自立訓練（生活訓練）等、日中の活動の場を提供する障害福祉サービスの利用等を含め、より自立した生活への移行を促すよう、診療報酬上の評価を見直してはどうか。

## 平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

### 【留意事項】

この資料は、平成28年度診療報酬改定に向けて、これまで行われた議論を踏まえて、一応の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、平成27年12月7日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成28年度診療報酬改定の基本方針」に即して行っている。

### Ⅲ－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価につ

いて

- (1) 退院支援職種を重点的に配置した上で、退院後の地域生活に直結した訓練、退院後に利用可能な障害福祉サービス等の検討、準備等の支援を行い、長期入院患者の地域移行及び精神病床数の適正化に取り組む精神病棟への評価を新設する等、地域移行に関する評価を充実する。
  - (2) 長期入院後の精神疾患の患者及び病状が不安定な患者に対する集中的な支援の普及を図るため、精神科重症患者早期集中支援管理料における障害福祉サービスを同時に利用する患者の取扱い、夜間の往診及び訪問看護の体制の確保等について、実態を踏まえた要件に見直す。
-

- (3) 長期にわたり、頻回にデイ・ケアを実施している場合について、就労・就学、障害福祉サービスの利用等を含め、より自立した生活への移行を促すよう、必要な適正化を行う。
- (4) 身体合併症を有する精神疾患患者に対する必要な医療提供体制を確保する観点から、以下の評価を拡充する。
- ① 精神科病院からの求めに応じ、身体合併症治療のため精神疾患患者の転院を受け入れた場合の評価
  - ② 身体症状と抑うつ、せん妄等の精神症状を併せ持つ患者が救急搬送された際に、精神科医が診断治療等を行った場合の評価
  - ③ いわゆる「総合病院」において、身体合併症への対応を強化する観点から、精神病棟に、精神科の医師を手厚く配置した場合の評価
- (5) 精神症状を有する入院患者に対する多職種での診療の普及を図るため、精神科リエゾンチーム加算について、チームを構成する看護師、精神医療の経験を有する精神保健福祉士等をより柔軟に確保できるよう、評価を充実させるとともに施設基準を見直す。

- (6) 自殺企図により入院した重症の精神疾患の患者に対し、入院直後から退院後の一定期間、継続的に生活上の課題、精神疾患の治療上の課題等を確認し、指導を行った場合の評価を新設する。
- (7) 抗精神病薬等の適切な処方促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する評価を見直す。
- (8) 児童・思春期の精神科医療の医療提供体制を確保するため、専門的な外来診療を提供している医療機関について、以下の対応を講じる。
  - ① 16歳未満の患者の精神療法について、入院医療体制を有する病院と同様、一定期間継続して評価を受けられる仕組みを設ける。
  - ② 20歳未満の患者の初診時等に、より専門的な評価や診療方針の検討を行った場合の評価を新設する。
- (9) 薬物依存症に対し、一定の効果をもつ集団認知行動療法プログラムを実施した際の評価を新設する。
- (10) 認知療法・認知行動療法に対応する医師の負担を軽減する観点から、医師の指示の下、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部を実施する形式の療法について評価を行う。
- (11) 精神病床における結核等の二類感染症患者の受入れ及び療養環境の確保について評価を行う。

## 5. 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

# 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の開催について

- 平成25年の精神保健福祉法の改正の附則において、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ている。

## 【検討規定】

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、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について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

- また、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更なる検討を行う必要がある。

## <主な検討事項(案)> ●は附則規定事項

- 医療保護入院における移送及び入院等の手続の在り方
- 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
- 精神疾患に係る医療体制の在り方 等

## <検討スケジュール案>

- ・ 平成28年1月7日 第1回検討会を開催
- ・ 平成28年夏頃 意見取りまとめ

# これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 構成員

- 伊澤雄一 精神保健福祉事業団体連絡会代表  
伊藤弘人 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長  
岩上洋一 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事  
江藤 修 杵築市福祉推進課長  
太田匡彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授  
荻原喜茂 一般社団法人日本作業療法士協会副会長  
籠本孝雄 公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事 兼 精神科部会部会長  
柏木一恵 公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長  
河崎建人 公益社団法人日本精神科病院協会副会長  
神庭重信 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野教授  
吉川隆博 一般社団法人日本精神科看護協会業務執行理事  
久保野恵美子 東北大学大学院法学研究科教授  
佐竹直子 一般社団法人日本総合病院精神医学会理事  
澤田優美子 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程  
白川教人 全国精神保健福祉センター長会会長  
田川精二 公益社団法人日本精神神経科診療所協会理事  
近森正幸 社会医療法人近森会近森病院院長  
千葉 潜 医療法人青仁会青南病院理事長  
中板育美 公益社団法人日本看護協会常任理事  
長野敏宏 特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事  
中原由美 全国保健所長会(福岡県糸島保健福祉事務所長)  
野沢和弘 毎日新聞論説委員  
◎樋口輝彦 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長  
平田豊明 千葉県精神科医療センター病院長  
広田和子 精神医療サバイバー  
船津定見 佐賀県健康福祉本部長  
本條義和 公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事長(みんなねっと)  
松田晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授  
松本純一 公益社団法人日本医師会常任理事  
○山本輝之 成城大学法学部教授

(◎：座長○：座長代理)  
(50音順、敬称略)  
(以上、30名)