

第3章

精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム構築に
向けて考えるべき様々な要素

1 包括的な支援体制の構築

(1) 「地域との連携等により地域移行・地域定着を行っている医療機関」の取組について

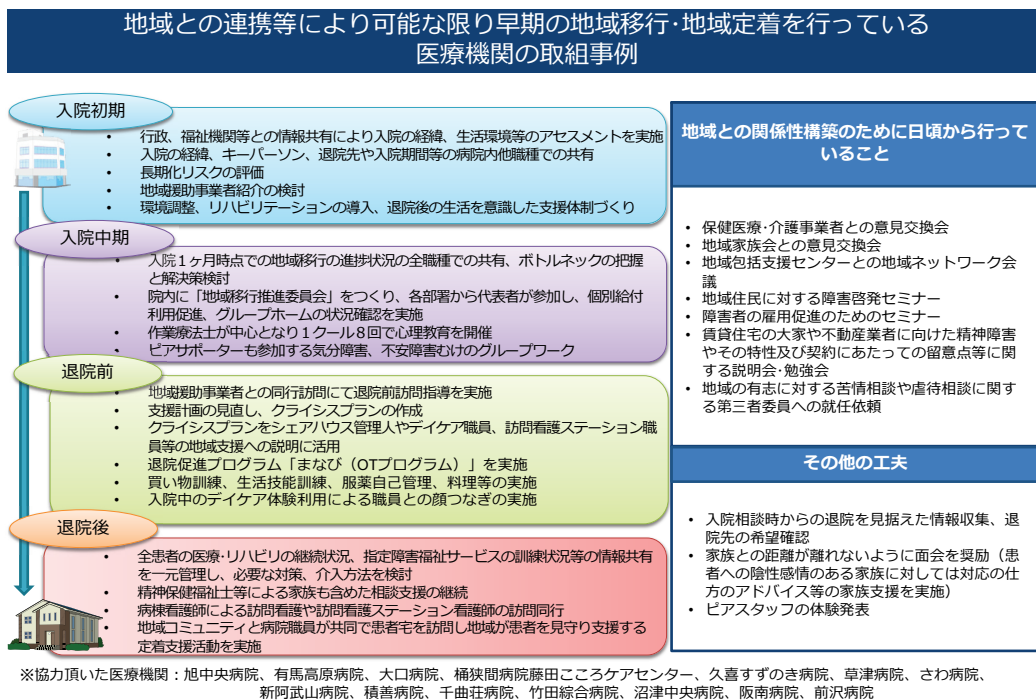
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、地域における精神保健医療福祉の一体的な取組が欠かせません。

第90回障害者部会において、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現に向けた取組の一つとして、早期の地域移行・地域定着に資する医療機関の好取組の収集・周知を行うことが示されています。

平成29年度に全国から14の医療機関の協力を得て、地域との連携等により地域移行地域定着を進めている医療機関の好事例の収集を行いました。

各医療機関に共通する入院初期から退院後までの取組や、地域との関係構築のために日頃から行っていること、その他の工夫を以下に示します。

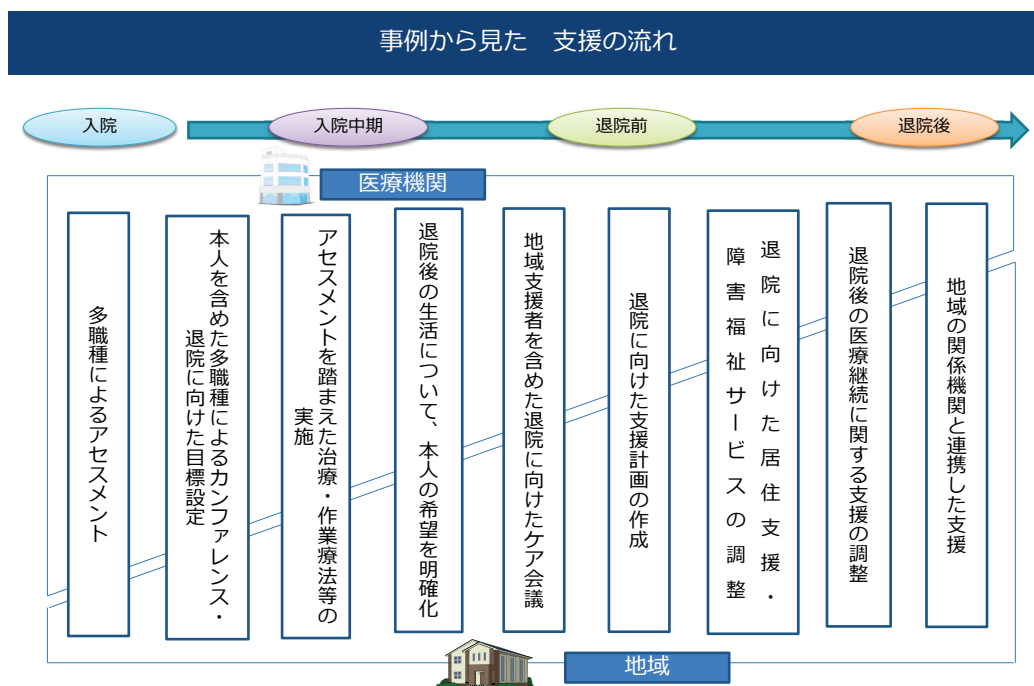
図表1：地域との連携等により地域移行・地域定着を進めている医療機関における取組の概要



入院時から医療機関と地域援助事業者等が協働した様々な取組が行われています。支援の内容は事例ごとに様々ですが、退院に向け支援の主体は医療機関から地域援助事業者等に移行されていきます。

図表2に事例から見た支援の流れを示します。

図表2：事例からみた支援の流れ



(2) 令和元年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査」

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するうえでは、保健・医療・福祉・行政等の連携促進が重要です。そのためには、連携すべき関係機関間において、医療、障害福祉・介護、住まい等に関する精神障害者への支援内容を共有することが極めて重要であるため、本人とご家族及び関係機関間での共有を前提とした地域連携パスの作成と、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を担う人材育成を推進する必要があります。

そのため、厚生労働省では、令和元年度推進事業において精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査を行いました。

実際の活用につながる地域連携パスの作成、その活用技術も含めた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築に必要な人材育成ビジョンの検討し、各自治体等で実施されている人材育成研修についての情報収集を行いました。

図表3：地域連携パス（入院）

本人	入院中					日常生活		
	入院初期		入院中期		入院後期		通院初期	地域生活期
イベント (目的)	インテークの実施 (入院前の生活情報の共有)		本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)		アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)		支援チームによる適切な支援の実施と、本人の声(意思、希望やニーズ)を中心にした包括的な支援の実施	
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○ケアプランの確認 ○多機関への呼びかけ		○本人及び家族の希望の聞き取り		○医師の介入要否が早いポイント ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始 ※入院中、適宜判断を見直すことを前提とする		○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備	
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 ・入院前から介入していた機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借入金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今入院の経緯 □関係機関への連絡状況確認		□入院時カンファレンス ・本人の通院後の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供		□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有(必要に応じて、カンファレンスでの情報共有(外部含む)) □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供(制度、サービス、相談支援事業所など)		○通院後の生活ニーズの共有・支援(通院に向けた支援) ○サービスの提供 ・体験外出、外出 ○日中活動先との同行支援、情報提供 ○居宅の場の確保 ○金融管理担当とのマッチング など □通院に向けた事前準備 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 ・関係機関との情報共有	
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供		▼情報提供依頼 ▲情報提供		↔情報共有		▼カンファ呼びかけ ▲参加 ↔情報共有	
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成、家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供		□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・通院前訪問を行う場合の事前連絡の希望		□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・院内カンファレンスや院内における連携状況など内容把握 □本人、家族との面談(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □カンファレンスへの参加 □相談支援事業利用申請支援		□計画に基づきサービスの実施 □目標の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	

図表4：地域連携パス（通院）

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包括的な支援を必要とする方を想定しています

本人	通院中				サービス利用申請(※必要な場合のみ)	日常生活						
	通院初期		通院期間中									
イベント (目的)	インテークの実施 (日常の生活情報の共有)		本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)		アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)		生活ニーズの整理及びそれを踏まえた支援の展開 (サービス利用に向けたニーズ整理)		相談支援事業の利用支援(サービス等利用計画の作成)		医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築(支援の土台固め)	
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○ケアプランの確認 ○多機関への呼びかけ		○本人及び家族の希望の聞き取り		○医師の介入要否が早いポイント ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始		○日常生活における生活ニーズの整理 ○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○生活課題に応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等)の展開		○相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた支援の展開		○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備	
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借入金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認		□本人との関係づくり ・本人の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供		□包括的な支援の必要性の判断 ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた外来医療スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有		□生活ニーズに対応した指導 ・金融管理 ・農業管理 ・心理教育 ・家族教室 ・デキア等の試験参加		□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有 □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供 □サービス担当者会議等への参加		□外来時等における生活状況の確認 □情報共有 ・精神科病院、通院診療所、デキア、訪問看護 □モニタリング ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供		▼情報提供依頼 ▲情報提供		↔情報共有		↔会議開催・参加		↔情報共有・連携			
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成、家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供		□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望		□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・カンファレンスや外来医療における連携状況など内容把握 □カンファレンスへの参加 □本人、家族との面談(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □相談支援事業利用申請支援 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 □サービス担当者会議の開催 □サービス等利用計画(案)の作成		□計画に基づきサービスの実施 □目標の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加					

(3) 包括的支援マネジメント

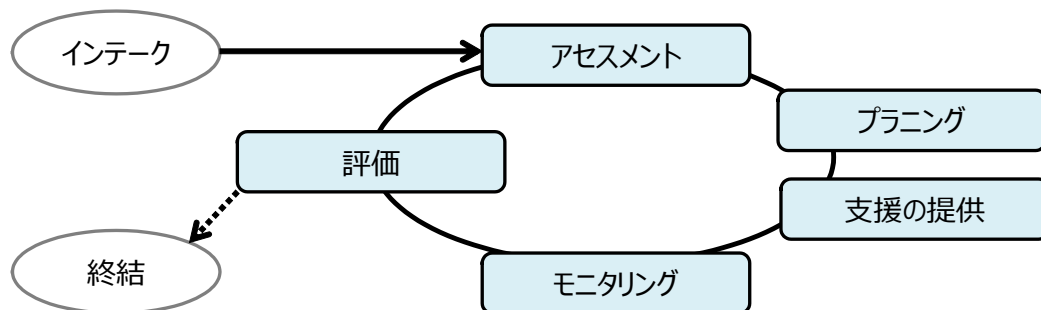
本項目については、「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター部長 藤井千代）の分担研究「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」（研究分担者：総合病院国保旭中央病院 副院長・地域精神保健センター長 川副泰成）においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

① 包括的支援マネジメントとは

平成 29 年 2 月に提出された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書では、「精神障害者の地域生活を支えていくためには、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」と指摘され、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ることの必要性についても言及されました。

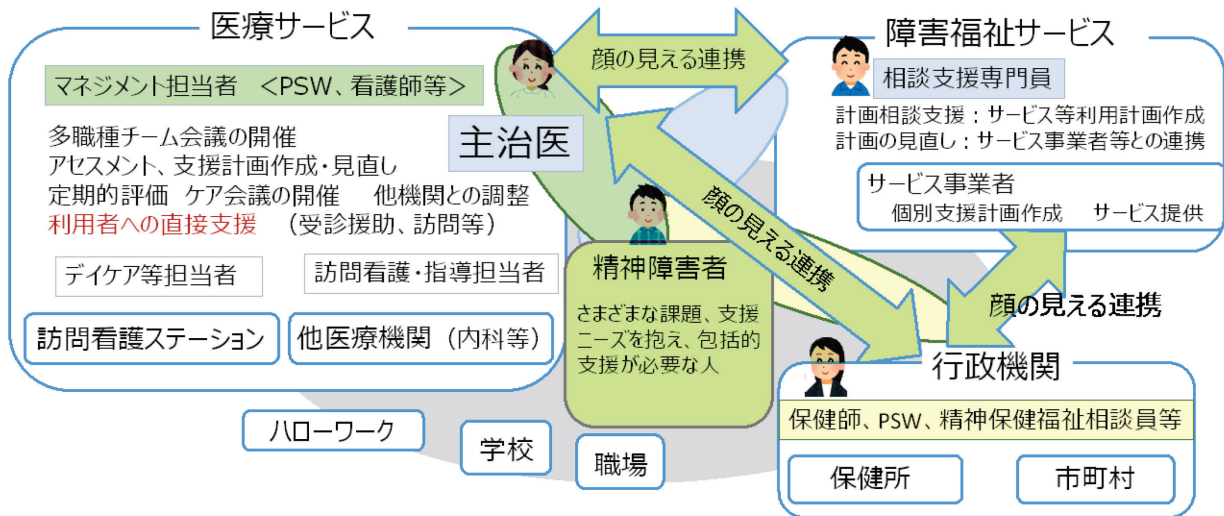
ここで言う「包括的支援マネジメント」とは、様々な社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントのことです（図表5）。

図表5：包括的支援マネジメントの流れ（多職種で実施）



この支援方法は、欧米ではインテンシブ・ケースマネジメント (Intensive Case Management: ICM) と呼ばれており、図表6のような支援体制を構築することを意図しています。これにより、精神障害者が地域で生活するうえでの様々な課題、支援ニーズに対応し、本人が地域で安心して自分らしく生活できるように支援を提供します。包括的支援マネジメントは、平成 29 年に新たな政策理念として提示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築においても重要です。個々のケースに対する包括的支援マネジメントの実践を通じて、地域における支援関係者の顔の見える連携が促進され、地域全体の支援力が向上することが期待されます。

図表6：包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

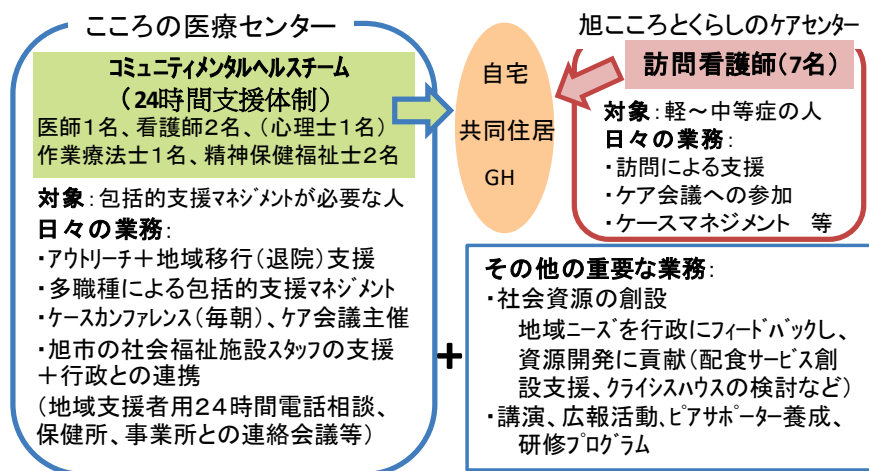


②総合病院国保旭中央病院神経精神科の取組

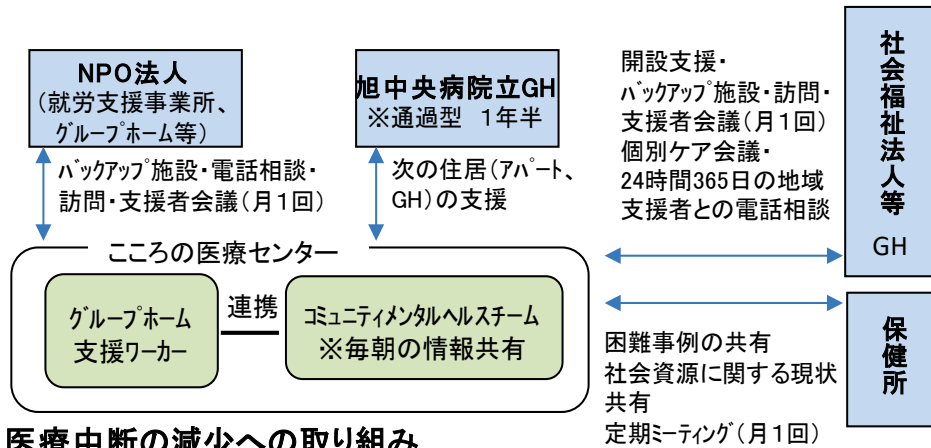
包括的支援マネジメントは、英国などの地域ケアの発展した国では一般的に実施されていますが、わが国ではまだ一部の医療機関でしか提供されていません。

総合病院国保旭中央病院神経精神科（以下、旭中央病院）は、10年以上前から包括的支援マネジメントを実施している数少ない精神科医療機関のひとつです。図表7、8に、旭中央病院において包括的支援マネジメントの一環として行われている、アウトリーチ及び情報共有・連携についてお示しします。このような取組により、平均在院日数は254日（2005年）から47.9日（2014年）に減少し、統合失調症圏の1年以内の再入院率が18.5%（2009年）から13.8%（2012年）に低下するなどの効果が認められました。病床は最大時240床（1985年）から42床（2015年）に減少し、病床のダウンサイジングにより多職種による情報共有の機会が増えるといった好循環が生まれており、旭中央病院のある海匝地区に包括的支援体制が構築されていきました。

図表7：利用者の状態とニーズに応じたアウトリーチ



図表8：情報共有・連携の概要



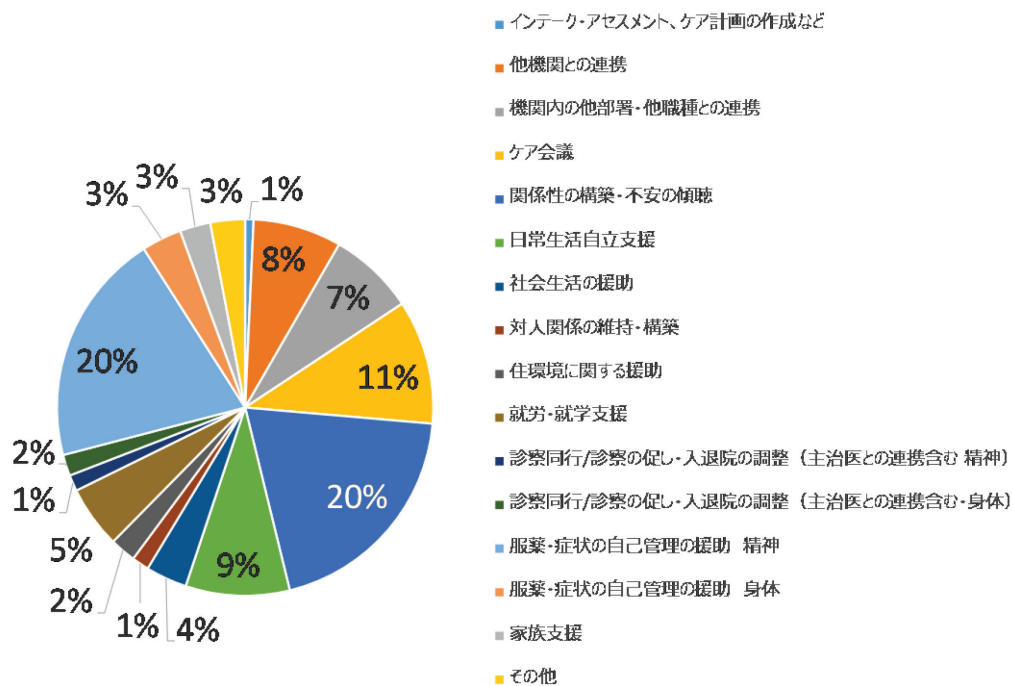
医療中断の減少への取り組み

- ・受診予定日に未受診だった場合、精神科外来からGH世話人、相談支援専門員、他地域の担当機関などに連絡、担当職員が状況に合わせ対応。
- ・各利用者の担当職員リストを外来に準備しておく。担当がいない場合は、医師の判断により、外来職員が電話で本人にコンタクトをとる。

③包括的支援マネジメントでは、具体的に何をしているのか？

私たちの研究班では、旭中央病院のスタッフの皆様にご協力いただき、外来で包括的支援マネジメントを受けている患者さん 138 名に、実際にどのような支援が提供されているかを調査しました。調査期間は平成 28 年 11 月 1 日～12 月 31 日の 2 ヶ月間でした。

図表9：包括的支援マネジメントで提供されている支援内容



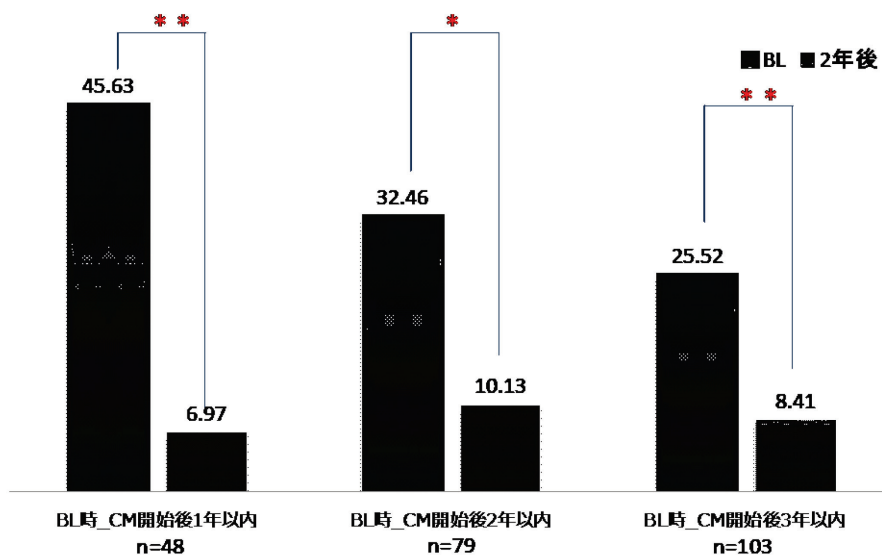
その結果、包括的支援マネジメントにおいて最も重要なことは、本人との関係性の構築であり、そのために多くの時間をかけていることがわかりました。本人中心の支援を提供するためには、本人の話を傾聴し、関係性を構築しつつ本人のニーズをアセスメントすることが欠かせないということです。

④包括的支援マネジメントの効果

それでは、包括的支援マネジメントにはどのような効果があるのでしょうか。包括的支援マネジメントにより、旭中央病院やその地域の包括的支援体制が構築されていったことは前述しましたが、その効果をエビデンスとして示すためには、研究によって効果検証を行うことが必要です。

私たちの研究班では、旭中央病院と同様に以前から包括的支援マネジメントを提供している精神科診療所である、医療法人社団ほっとステーション（以下、ほっとステーション）にもご協力いただき、旭中央病院とほっとステーションで包括的支援マネジメントの効果検証を行いました。その結果、包括的支援マネジメントを受ける前と比べて、支援後の入院回数や入院期間が減少していることがわかりました（図表 10）。支援の効果は、支援開始から1年以内が最も顕著に認められました。1年経過後は、支援の効果は低くなりますが、これは支援を受けることにより安定した状態が維持できているためと考えられます。

図表 10：平均入院日数の変化



注)

- ・BL（ベースライン）時の過去1年の入院日数は、過去1年の間に入院したことのある人における直近の入院の日数
- ・2年後調査における入院日数は過去2年間のデータであるため、「2」で割った値を使用

⑤実践ガイドの作成

これらの研究成果を踏まえて、私たちの研究班では「包括的支援マネジメント実践ガイド」を作成しました。ガイドでは、包括的支援マネジメント担当者の役割（図表 11）や支援の具体的な進め方を解説し、使用するツールなどを紹介しています。

図表 11：本人に対する直接支援の例

-
- ◇ インテーク・アセスメント
 - ◇ 関係性の構築・不安の傾聴
 - ◇ 支援計画の作成
 - ◇ 他機関（障害福祉サービス等、行政機関等）との連携
 - ◇ 医療機関内の他部署・他職種との連携
 - ◇ ケア会議の実施
 - ◇ 日常生活自立支援
 - ◇ 社会生活の援助
 - ◇ 対人関係の維持・構築の援助
 - ◇ 住環境に関する援助
 - ◇ 就労・就学（復職・復学）支援
 - ◇ 診察同行/診察の促し・入退院の調整
 - ◇ 服薬・症状の自己管理の援助
 - ◇ 家族支援
 - ◇ 危機介入
-

令和2年度の診療報酬改定では、一定の条件を満たした患者さんについて、この実践ガイドに基づく支援が評価される予定です。包括的支援マネジメントを提供する医療機関が増えることにより地域における連携が強化され、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の推進力となることが期待されます。

（厚生労働省 追記）

令和2年度の診療報酬改定にて、「精神科退院時共同指導料」、「療養生活環境整備指導加算」において、包括的支援マネジメント実践ガイドに基づいた支援が評価されています。

⑥自治体、他機関との協働

前述した、海匝地区の包括的支援体制の構築にあたり、旭中央病院の取組は大きな役割を果たしましたが、もちろん単独の医療機関の努力のみでは体制構築は行えません。近隣の複数の医療機関や地域援助事業者との協働、そして国と自治体の施策が大きく関与しています。法令の整備による在宅福祉サービスの充実、包括的支援を実施するうえで欠かせない要素でした。また、対象者を横断した施策展開、企画段階からの官民協働を特徴とする保健福祉施策の推進といった千葉県独自の施策は、包括的支援体制を構築するうえでの大きな力となりました。制度を有効に活用するとともに、既存の枠組みにとらわれない、その地域の実情に応じた創意工夫が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築につながったのかもしれませんが。

参考文献

- ・藤井千代，他：平成 28-30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」研究報告書（H28—精神—指定—001），2019
- ・山口創生，川副泰成，名雪和美，青木勉，藤井千代：精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者と非利用者の特性の比較：探索的外来患者調査。精神医学，61(1)：81-91，2019
- ・鈴木浩太，山口創生，川副泰成，名雪和美，青木勉，長谷川直美，藤井千代：包括的支援マネジメントの必要性に関する精神科通院患者の特徴—決定木分析による検討—。臨床精神医学，48(1)：125-131，2019
- ・川副泰成：千葉県旭市一帯における精神科医療機関と地域援助事業者との連携。精神科，34(3)：266-271，2019
- ・Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. Int J Ment Health Syst 13:22, 2019.
- ・Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. Int J Soc Psychiatry 65(7-8):621-630, 2019

(4) ePOP-J：精神科救急・急性期病棟の入院患者における再入院に影響する要因の検証の紹介

本項目については、「入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター室長 山口創生 共著者（小川亮、松長麻美、小池純子、小塩靖崇））においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

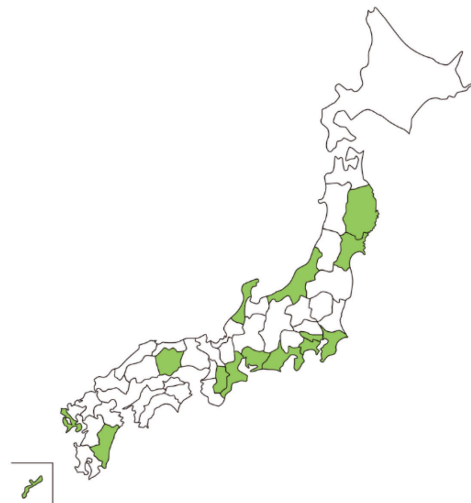
①ePOP-Jの背景

日本の精神科医療においても、地域ケアの発展が進んでいます。実際、日本の精神科医療は徐々に入院期間を短縮し、入院後1年以内に80%以上の患者が退院しています¹⁾。また、過去20年間で地域精神科医療サービス（例：精神科デイケアや訪問看護）や障害者福祉サービスが発展し、患者の地域生活を支える仕組みが整備されてきました。一方で、退院した患者の約40%が退院から1年以内に再入院を経験していることも事実です²⁾。すなわち、日本の精神科医療では、入院医療に依存する体制は徐々に変化がみられる反面、退院後の患者の安定的な地域生活には課題が残っているといえます。

現在までに、国内外で患者の再入院に影響する要因について検証する研究が行われてきました。例えば、過去の入院経験、症状の重症度、主観的な生活の質などの個人要因、あるいは入院中のケアや薬物治療の内容、退院後の支援内容などのサービス要因が再入院に関連する可能性が指摘されています³⁻⁶⁾。また、国内でも患者人数に対する精神科医の配置人数（16:1）や退院後30日以内に外来受診をすることが再入院の防止に貢献できる可能性を示しています^{7,8)}。しかしながら、国内では、精神科の救急・急性期入院医療の現場を舞台として、再入院や地域滞在日数に影響する要因を包括的に検証する研究は行われてきませんでした。

そこで、私たちの研究グループは、「早期に退院する精神障害者における再入院と地域定着に影響する要因に関する縦断研究（early discharge and Prognostic community Outcomes for Psychiatric inpatients in Japan: a longitudinal study：ePOP-J）」という調査プロジェクトを立ち上げました。ePOP-Jは、21の医療機関における精神科救急病棟および急性期病棟に入院した患者を対象として（図表12）、退院後の再入院の有無や地域滞在日数を調べるとともに、それらに影響する様々な要因を明らかにすることを目的としています。

図表 12：参加協力病院が所在する都道府県



②ePOP-Jの概要

1)対象者と調査のタイミング

ePOP-Jの対象は、2018年10月1日から2019年9月30日までの間に、参加協力病院に、救急・急性期病棟に入院した者のうち、精神科の診断を持ち、かつ研究への参加について自発的な同意を示したものです。ただし、上記の者のなかで、20歳未満の者、60歳以上の者、特定の治療や検査入院で入院した者、入院中に転院があらかじめ予想される者、退院後に入院した機関あるいは連携医療機関で外来治療をうけないと予想される者については、対象から除外しています。上記の対象者について、入院時、退院時、退院後6カ月経過時、退院後12カ月経過時の4時点において、対象者の状態や治療内容、環境などの調査をしています（図表13）。現在までに、ePOP-Jには約630名の患者が参加しています。また、そのうち90%以上の患者がすでに退院しています。現在、各参加協力病院で、退院6カ月経過時、退院12カ月経過時の追跡調査を実施中です。

図表 13：調査の概要とスケジュール



a) 調査する項目

ePOP-J の調査項目は多岐にわたります。全調査時点で共通の項目は（再）入院状況や主観的経験（生活の質、自身が把握する精神的健康度、主体性）、就労状況、症状や機能の程度、その他の行動特性、薬物治療の内容などです。入院時には、基本属性情報（性別や年齢、診断など）などを調査します。また、退院時には入院中にうけていた治療の内容やケースマネジメントの有無などを調査します。さらに退院後 6 ヶ月経過時および 12 ヶ月経過時には、外来治療の状況や地域精神保健サービスの利用状況などを調査します。これらの調査に加えて、退院時と退院後 6 ヶ月経過時には、治療に対する満足度や家族関係に対する満足度に関する主観的評価についても調べています。

③ePOP-J が明らかにできること

ePOP-J では、研究対象者の背景情報や治療情報、地域サービスの利用状況、主観的な経験を把握します。これらの情報を再入院の有無や回数、入院形態と比較することにより、再入院の防止（つまり、安定的な地域生活）、地域滞在日数の延伸に好影響を及ぼす要因を明らかにすることができます。従来、再入院の要因は、個々の特性あるいは病院内での治療内容のいずれかに焦点があてられることが多かったのですが、ePOP-J は地域ケア情報を含む包括的なデータを集めているため、ある一側面のデータに偏ることなく、複合的な要因の検証も可能です。ePOP-J で得られた知見を「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に生かしていただけるよう、研究成果は速やかに公表したいと考えています。

日本に先立って精神科医療の地域ケアを発展させてきた国々では、自国のシステムを開発する際に、地道な再入院予防の調査を進めてきた歴史があります。そのような調査結果を基にして、各国の状況や文化にあった、入院治療から地域ケアへの円滑な移行や患者の地域生活の促進に貢献できる地域精神保健サービスとそのシステムが創造されてきました。各国の歴史に倣って、ePOP-J には、日本の精神科医療の発展と未来の効果的な地域精神保健サービスの実践に資するデータを提供することが期待されています。

④留意点

本稿は調査計画の概要について簡略に説明しています。また、引用文献も必要最低限のものとしております。本調査の詳細な背景や方法については、調査計画の論文をご参照ください⁹⁾。なお、本研究は、厚生労働省 科学研究費補助金「入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究:コホート研究 (No.H30-004)」の助成を受けています。また、本研究は、千葉大学大学院医学部の倫理委員会から承認を得ています (No. 3154)。

文献

- 1) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al: Psychiatric admissions and length of stay during fiscal years 2014 and 2015 in Japan: a retrospective cohort study using a nationwide claims database. *J Epidemiol*, 29:288-294, 2019.
- 2) 精神医療政策研究部. 精神保健医療福祉に関する資料. 小平: 国立精神・神経医療研究センター 2016. URL: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>.
- 3) Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, et al: Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 16:449, 2016.
- 4) Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, et al: Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 16:376, 2016.
- 5) Lafeuille M-H, Dean J, Carter V, et al: Systematic review of long-acting injectables versus oral atypical antipsychotics on hospitalization in schizophrenia. *Curr Med Res Opin*, 30:1643-1655, 2014.
- 6) Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, et al: Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophr Res*, 192:119-123, 2018.
- 7) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al: Association of high psychiatrist staffing with prolonged hospitalization, follow-up visits, and readmission in acute psychiatric units: a retrospective cohort study using a nationwide claims database. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14:893-902, 2018.
- 8) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T: Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry Res*, 270:490-495, 2018.
- 9) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J, et al: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: a study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). *Int J Ment Health Syst*, 13:40, 2019.

(5) 多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業

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送るためには、多職種・多機関連携による支援体制が必要となりますが、その体制整備はいまだ十分とは言えない状況です。

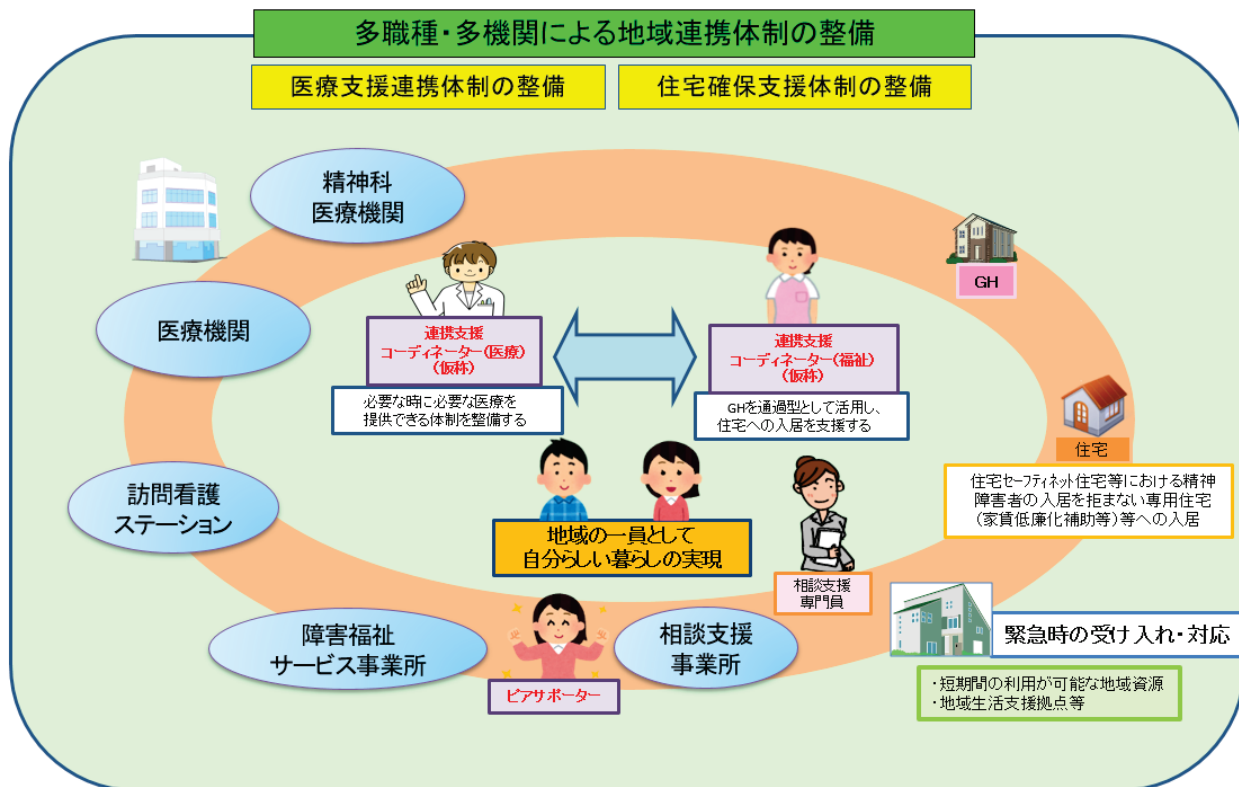
厚生労働省では、基幹的な医療機関を中心とした多職種・多機関連携を図り、地域での医療支援連携体制整備及び住宅確保支援連携体制整備について、試行的事業として実施することにより、精神障害者が地域生活を送る上で必要となる支援内容等を明確化することを目的とした「多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業」を令和2年度より実施しています。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構成要素である医療・住まいについて、それぞれに体制整備を推進する連携支援コーディネーター（仮称）を配置し、適時適切に必要な医療にアクセスできるための医療連携体制及び住まいの確保に向け、希望に沿った支援を行うための住宅確保連携体制を、多職種・多機関連携により整備することを目的としています。

モデル事業を実施することにより、保健・医療・福祉の連携強化、居住サービスの基盤整備、ピアサポーターの活用、障害福祉サービス等の利用促進等を図り、必要となる支援内容等を明確化することで、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる重層的な支援体制が整備されることが期待されます。

図表 14：多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業（イメージ図）

多職種・多機関連携を図り、地域での医療支援連携体制整備及び住宅確保支援連携体制整備を試行的に実施することにより、精神障害者が生活を送る上で必要となる支援内容等の明確化を図るための事業



(6) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 構築推進事業「構築推進サポーター」について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の効果的な実施、各種障害福祉サービス等の活用促進等、地域包括ケアシステムの構築を推進するうえで中心的な役割を担うことが期待される「構築推進サポーター」の活用が、令和2年度より精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の新しいメニューとして追加になりました。

※精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の全体については、第1章3(3)をご参照下さい。

コラム：想定される構築推進サポーターの主な活動

構築推進サポーターの役割は、個別ニーズを原点に、地域課題を顕在化させ、協議の場を活用しながら、地域基盤整備を進めていくことです。

精神障害者地域移行支援特別対策事業（平成20年度～平成21年度）を活用して地域基盤整備に係るコーディネーターを配置した事例から、令和2年度より精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の新しいメニューとして追加になる「構築推進サポーター」の活動の参考例をご紹介します。

障害保健福祉圏域に設置していた協議会は、圏域内の精神科病院、保健所、各市の障害福祉担当課、相談支援事業所、主に精神障害者の支援をしているグループホームやホームヘルプサービス事業所、そして、本事業の委託を受けている地域活動支援センターI型で構成していました。

協議会の役割は主に以下のとおりでした。

- 支援対象者の支援の進捗状況の報告
- 支援を通じて顕在化する地域課題の整理
- 地域課題を解決するための取組に係る協議

これらはいってシンプルなお取組であり、以下のようなプロセスで実施されました。

- 精神科病院で支援対象者のニーズを聞き取ります。
…表出されない潜在的なニーズが拾えるよう、ピアサポーターなどが地域生活の様子を話したり、グループホーム等の見学会を行ったりしました。
- ニーズに基づいた支援を開始します。
- ニーズの把握、個別支援の方法等、効果的な取組について検討します。
…圏域に精神科病院が5つありましたが、病院の枠を超えたアイディアが生まれ、アイディアを実行する地域のサービス事業所等があり、行政機関がしっかりサポートします。

- 支援を通じて地域の課題を顕在化させ、その整理を行います。
…グループホームが足りない、精神障害者支援を得意とするホームヘルプ等が少ないなど。
- 地域課題を整理後、課題を解決するための作戦会議を行います。
…例えば、グループホーム事業者を集めニーズを共有し協力を要請したり、ホームヘルパーを対象とした精神障害者の特性と支援技法を学ぶ勉強会を開催したりしました。
- 個別支援を進めること、地域基盤を整備すること、両輪を回す取組を協議します。

圏域内の精神科病院は、取組も考え方も様々でしたが、協議会ではその枠を超えた連携が図られました。また、精神科病院と障害福祉サービス等事業所等、行政機関が、個別ケース支援を通じて切磋琢磨し、結果、地域移行を果たす人が増え、地域の基盤は整備されました。

繰り返しになりますが、協議会の役割、取組はいたってシンプルでした。

個別のニーズが原点にあり、個別ニーズに対応した課題が地域にあり、課題を解決するためには地域の基盤整備が必要であり、基盤整備を進めるためには医療・福祉・行政の協力が必要です。

以上が効果的に実施されるよう、関係者が互いに切磋琢磨しながら協働する場として協議会が毎月開催されていました。

協議会の運営をコーディネーターが軸となって進めることにより、全体の方向性を見失うことなく進めることができました。

また、具体的な成果、例えば、地域移行する人が増えた、そのための基盤が整備された、支援した方が楽しそうに生活している等を共有することで、協議会の士気が高まり、更なる取組へと発展していきました。

毎月開催して、課題も山積して大変でしたが、やりがいがあって楽しい、そんな協議会が運営されていました。

2 精神障害者を地域で支える医療体制

(1) 一般医療と精神医療の関係性

本項目については、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長 山ノ内芳雄）分担研究「病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討」（研究分担者：岡山県精神科医療センター 院長 来住由樹）においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

地域包括ケア体制の整備は、高齢化率が2025年に30%に増加し、少子高齢化人口減少が進むなかで構想され整備がすすめられています。また、2014年には地域の体系的な医療提供体制整備を促進するため、医療計画に精神疾患が追加され5疾病5事業の体制になりました。さらに、2016年には高齢化・少子化に対応するため、質が高く効率的な医療提供体制を構築できるよう、地域医療構想の整備が始まりました。これらの医療全般の構造改革が行われているなかで、精神科医療の構造改革も求められています。精神疾患だけではなく、医療ニーズのある方の在宅医療を支えるため、地域包括医療のなかで精神科病院の関与が求められています。

精神科医療は、歴史的に福祉・保健と協働した実践を積み重ねてきました。地域包括医療の実践は、関連領域と協働した医療提供体制整備であり、本来、精神科医療が得意とする領域の強化であると考えられます。

○医療計画と精神科医療

5疾病5事業の医療計画に基づく医療提供が展開され、精神科医療に要請されるニーズは広がりを見せています。これらに対応しつつ、現在及び近未来に効果的に役割を果たす病院へ変貌することが時代の要請です。精神科に特化した領域の医療実践と他の領域と協働・連携を強化する仕組みづくりとの両者が必要になります。精神疾患以外の医療計画として、4疾患（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）と5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）、在宅医療があります。

精神疾患以外の4疾患は、精神科患者は一般人口集団以上に多く発症する疾患であることが知られています。そのため、精神科病院でのがん検診受診の促進、生活習慣病のモニタリングと介入、総合病院との連携強化等の対応が必要になります。また、アルコール依存症等はがんや糖尿病等のリスク因子となる疾患で、効果的な介入が求められています。また、他の事業についても、以下の点で精神科医療と密接に関係しています。

・救急医療

精神疾患を有する方の救急搬送待機時間の短縮に寄与、自殺企図者等身体科での診療後の円滑な転院等による治療の継続。

・災害時における医療

災害拠点病院と連携した災害拠点精神科病院の整備、相互連携による災害時に機能する医療提供体制の整備。

・へき地の医療

へき地に居住する人の精神科医療ニーズへ対応するため、へき地医療機関を都市部医療機関が支援し、かつ救急や専門領域については都市部医療機関受診が可能となる連携体制の整備。

・周産期医療

周産期の母体死亡は、周産期の身体合併症よりも自殺の方が高く、周産期うつ病・産褥期精神病は母体のみならず児にも多大な負荷となる。産婦人科・母子保健行政と精神科医療のタイムリーな連携と協働が必要。

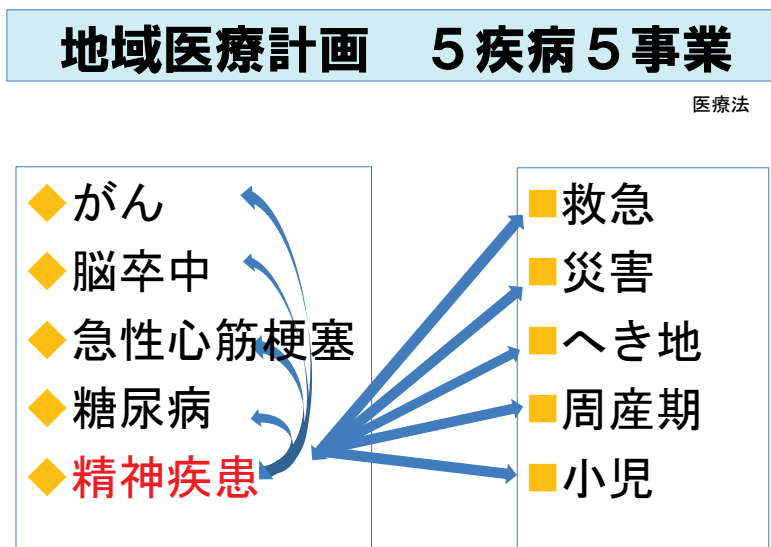
・小児医療

発達障害診断と診断後の支援が時代の要請である。

・在宅医療

適正な入院期間の実現は、精神科医療のみならず全ての診療科に求められている課題であり、在宅福祉、在宅医療の整備と連動させながら、実践していくほかありません。

図表 15：地域医療計画 5疾病5事業（医療法）



(2) 精神医療と一般医療の連携

本項目については、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長 山ノ内芳雄）分担研究「身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制」（研究分担者：北里大学 教授 宮岡等）おいてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

身体疾患を合併する精神障害者については、身体疾患を優先して治療すべき場合や一般病床に入院しているときに精神症状を呈した場合等において、精神科以外の診療科と精神科リエゾンチーム等との連携を図りつつ、身体疾患を治療することのできる体制の確保が重要です。総合病院における精神科の機能の確保及び充実を図りつつ、精神科医療機関においても、身体合併症に適切に対応できる体制の構築が求められます。

精神科の医療機関と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう、市町村や保健所、都道府県等においては、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する必要があります。

①精神病棟入院患者の高齢化への対応

高齢になるほど身体疾患を合併する割合は増加します。高齢化は精神科医療機関の入院患者も例外ではなく、精神疾患を有する入院患者のうち半数以上が65歳以上で、高齢化が進んでいます。精神科病院への認知症の入院患者も増加しており、入院患者の身体合併症に対応するため、精神医療と一般医療の連携は重要な課題です。

②一般病棟における精神医療との連携

一般病棟の入院患者が、精神医療との連携が必要になることも決して少なくありません。手術後の患者や重症患者の20～30%の患者がせん妄状態になるという報告もあり、精神医療が必要になることがあります。身体疾患にせん妄状態が合併すると、入院期間や死亡率、退院後の認知機能にマイナスの影響を及ぼすことがあります。

自殺企図による外傷、中毒、横紋筋融解症等の治療のため、救命救急センターへ搬送されることがありますが、搬送された患者のうち、精神医療の必要性がある患者の割合が10～20%を超えるという報告もあります。

認知症、依存症、統合失調症、気分障害など様々な精神障害者が、身体合併症の治療のために、一般病棟に入院することは珍しいことではなく、一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して、精神科医や専門性を有する看護師等が連携し治療を行った場合、診療報酬で評価されています。

③かかりつけ医と精神科医療機関との連携

うつ病等の気分障害の患者や、認知症の患者等は、内科医等のかかりつけ医が最初に診療する場合もあります。また、精神障害者が地域で安心して暮らすことができるためには、生活習慣病の管

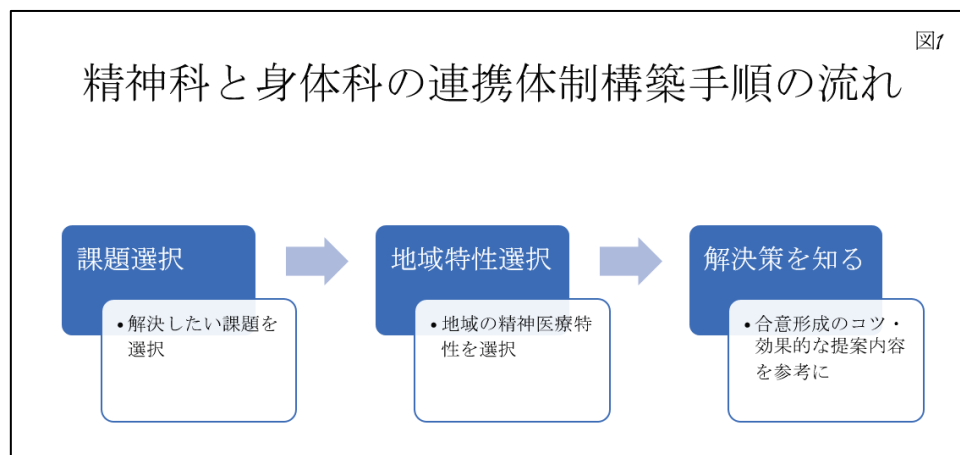
理や重症化予防等、身体面の健康管理のため、内科医等のかかりつけ医を持つことも大切であり、かかりつけ医と精神科医療機関の連携強化も重要なテーマです。

そのため、協議の場への参加者として、地域の医師会等を含む一般医療機関の参加も重要です。

④精神医療と身体科医療の連携体制の整備

精神科の医療機関と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう、市町村や保健所、都道府県等においては、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する必要があります。そのためには、市町村や保健所、都道府県等の自治体においても、精神医療と身体科医療を担当する部署が連携し、各自治体における課題を整理することが、精神医療と身体科医療の連携体制を構築する出発点になります。

精神科医療機関や精神科以外の医療機関で身体合併症の治療を行った場合、診療報酬における評価については、医療機能の高度化の身体合併症のスライドを参考にしてください。

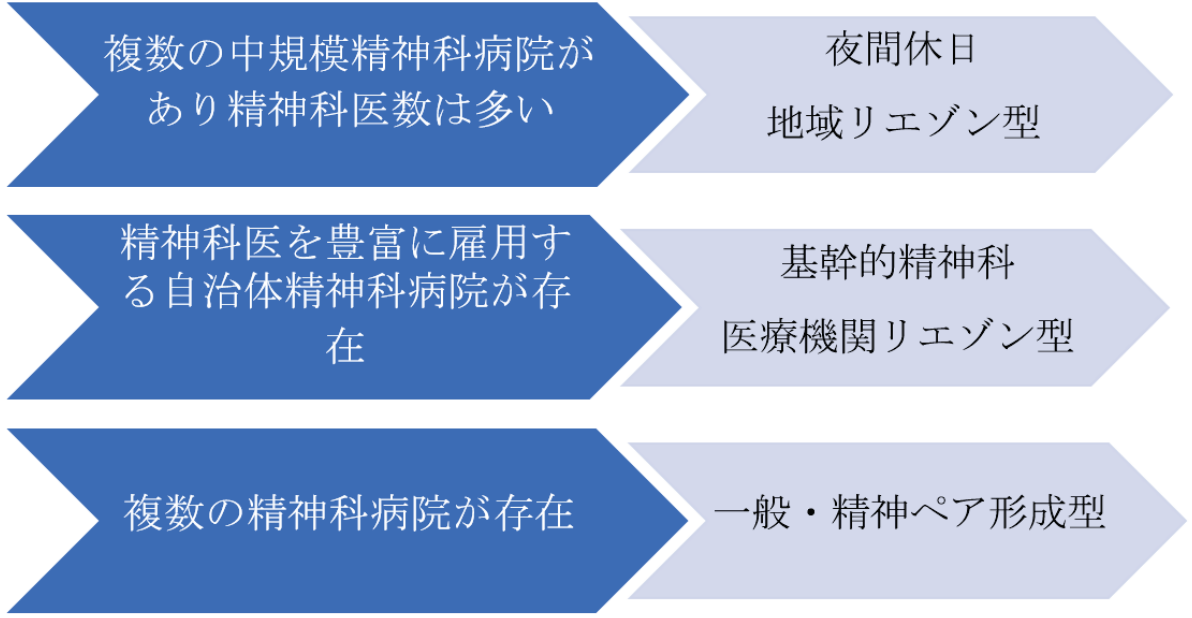


自治体にある解決したい課題を選択しましょう

課題A
身体疾患で入院中の患者さんが身体科で精神疾患に対応するのが困難

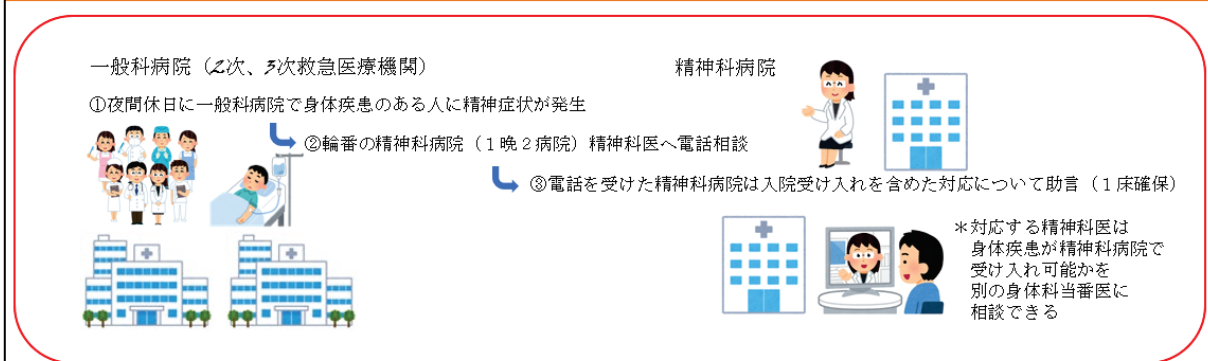
課題B
精神疾患で入院中の患者さんが精神科で身体疾患に対応するのが困難

自治体がリード・コーディネートすることによって
課題Aを解決できる方策は
精神医療資源の地域特性別に3つあります



夜間休日地域リエゾン型の仕組みと効果

連携体制の仕組み



連携体制構築によって期待される波及効果



夜間休日地域リエゾン型の構築手順

図5

①ステークホルダーへの個別訪問と認識の共有→合意形成



いつ? : 救急関係、身体科医療関係の審議会で問題提起する前に
 どこに? : 精神科病院協会、病院協会、私立病院協会、救急医療機関連絡協議会、医師会に
 どんな内容を? : 合併症医療に関する課題と連携体制の仕組みについて
 どんな手法で働きかけるか: ①各関係団体に個別訪問で働きかけ、根回しを図る
 ②身体科医療の審議会で問題提起し取りまとめる

合意形成のコツ・効果的な提案内容

- ・都道府県と市区町村の担当者が協力して調整する
- ・一般科病院側、精神科病院側には、患者にとってのメリットともに、算定されやすくなる診療報酬があること、病院経営上のメリットもあることを伝える
- ・空床確保料、バックアップする身体科医への報酬というインセンティブがあると医療機関は合意しやすく、システムも継続しやすい
- ・事業費(例) : 年間総額5500万円(空床確保料、その他事例発生時の相談費)

②連携ツール、手順書、パンフレット作成、周知

- ・作業部会を設置して連携ツールと手順書を作成、関係機関へ周知
- ・連携ツール: 依頼書・身体治療状況等確認シート・同意書フォーマット、報告書、パンフレット
- ・事例検証会議を設置
- 身体疾患を治療した後、身体科病院から精神科病院へ搬送する際の患者状態はある程度、決めておくことができると良い
- <参考>
 酸素吸入器を外して少なくとも30分以上SpO₂が正常に保たれており、概ね以下の患者状態とする。なお、身体症状の急変等により身体科病院へ(戻し)搬送する場合(依頼した担当医が不在になった場合においても病院として責任を持って対応)もある。
 - ・リストカット後で縫合済み
 - ・過量服薬後で意識はほぼ回復している(しばらく静脈路確保のための点滴が必要な場合も含む)
 - ・骨折をギプスにより固定済み
 - ・次の場合は個別に判断・対応する
- *救急疾患は処置済みでその他の内臓疾患がある場合
- *救急疾患は処置済みで、妊婦である場合など

③進捗管理

- ・モニタリング指標は運用事例数、運用報告書、身体科医等活動費、事例検証会議議事録、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数
- ・定期的に進捗状況を取りまとめ、身体科医療の審議会で報告
- ・成果を住民にも広報



基幹的精神科医療機関リエゾン型の仕組みと効果

図6

連携体制の仕組み

一般科病院(救急隊受け入れ回数の多い)

基幹的精神科医療機関

①救急隊受け入れ数の多い一般科病院で身体疾患のある人に精神症状が発生



②時間帯を問わず基幹的精神科医療機関に電話で相談

③基幹的精神科医療機関は電話または往診で対応について助言



④適応があれば精神科への転院を考慮

連携体制構築によって期待される波及効果

課題A解決

- ・精神疾患の診断・治療時期が適正化
- ・一般科病院の精神疾患対応への安心感向上

課題Bに波及

- ・医療機関間の連携醸成
- ・精神科病院で身体疾患が発生した際の一般科病院への転院時期適正化

医療機関、住民への影響

- ・救命センター平均在院日数適正化
- ・住民の医療機関、自治体への信頼

基幹的精神科医療機関リエゾン型の構築手順

図7

①モデル事業の立案



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、議会における議論の後、精神医療の地域における協議の場で提議、検討しどこに? : 精神科、身体科、救急関係の協会・協議会、医師会関係者に

どんな内容を? : 連携体制のモデル事業に関する協議会設置について説明し参加を要請したのちに、協議会で連携体制の仕組みや事業費について説明
どんな手法で動きかけるか: モデル事業実施者を募集

合意形成のコツ・効果的な提案内容

- ・24時間365日の対応ができる精神科医療機関が、まずは狭いエリアで実施、実績を積み上げ評価してから、対象エリアを拡大していくと良い
- ・対応する精神科医への人件費として事業費を確保すると良い
- ・精神科医を豊富に雇用する規模の大きい自治体精神科病院が存在する事が成功の鍵であるため、まずはその自治体精神科病院院長、事務長、看護部長に打診し、身体科病院にとってのメリットだけではなく、算定しやすくなる診療報酬があること、病院経営上のメリットがあることを伝えると良い

②精神科ホットライン設置、広報、研修

- ・モデル事業に関する協議会が、広報、事例検討、研修の分科会を設置
- ・広報分科会は一般科医療機関向け精神科ホットラインポスター作成
- ・事例検討分科会は定期的に事例検討会を開催
- ・研修分科会は事例検討分科会と協力し生じた課題をテーマに研修開催

③進捗管理

- ・モニタリング指標は電話相談件数、往診件数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数、事例検討会・研修会参加者数
- ・定期的に進捗状況を取りまとめ、協議会に報告
- ・成果を精神科、身体科、救急関係の教会、住民に広報



④対象エリア拡大の検討

- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果に基づいて対象エリアの拡大を検討する



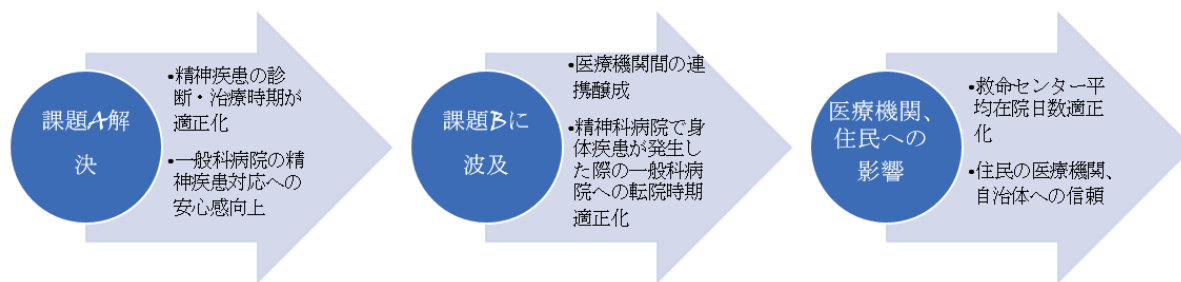
一般・精神ペア形成型の仕組みと効果

図8

連携体制の仕組み



連携体制構築によって期待される波及効果



①ステークホルダーの合意形成



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
 どこに? : 身体科医療機関、精神科病院協会に対して
 どんな内容を? : 医療機関同士のペアを作り、ペア医療機関間で連携パス作成、運用する連携体制とそれによるメリット、自治体がコーディネートすることを伝える
 どんな手法で働きかけるか: 関係者への個別訪問と協議の場での合意形成

合意形成のコツ・効果的な提案内容
 ・身体科救急において課題になりやすい精神疾患へ依存患者搬送や搬入後の在院日数長期化という課題が解決されやすくなること、精神科病院にとっても身体科病院との連携が図られやすくなることという、病院にとってのメリットがあることを伝えると良い
 ・ペア医療機関間の会議、パス作成は負担感を生みやすいので、自治体がコーディネート、サポートすることを伝えると良い
 ・最初はパス発行実績に伴うインセンティブが必要になるため、会議謝金、パス発行人件費として、医療計画基金を活用できると伝えると良い
 ・ただし運用が重なることもインセンティブは不要になりやすい
 ・精神科病院からの反応が十分ではない場合には外部識者から働きかけると良い

②ペア医療機関をマッチング、コーディネートする

- ・医療圏ごとの協議会を通してペアによる連携体制について伝えながら、ペア形成を図る
- ・ペア医療機関が決まったら、医療機関同士で会議を行い、パス開発のための会合を行い、運用する
- ・その後も年に一回は会議を行い、運用状況の共有やパスの見直しを行う

③進捗管理

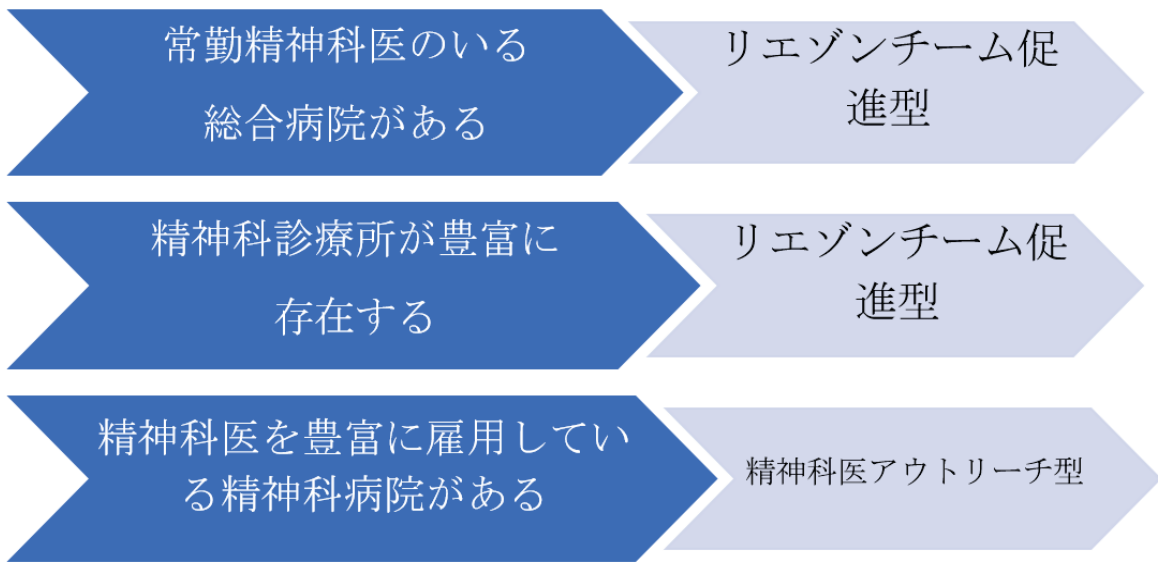
- ・モニタリング指標はペア数、ペア医療機関間の会議開催回数、パス発行件数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数
- ・指標を取りまとめ、定期的に救急関係の協議の場へ報告
- ・自治体はペア医療機関の会議をコーディネートしつつ、サポートする

④ペア医療機関マッチング拡張

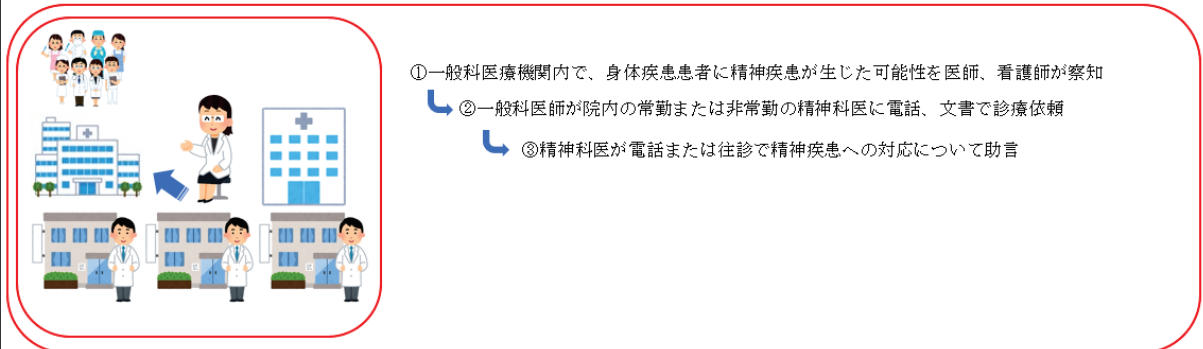
- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果に基づいて、メリットを明らかにし、ペア医療機関マッチング数を増やしていく



プレイヤー＝医療従事者・マネージャー＝自治体担当者
 という手法が人的・経済的資源の限界のために困難な時
 自治体が病院・診療所へ働きかけることで
 課題Aの解決策になります



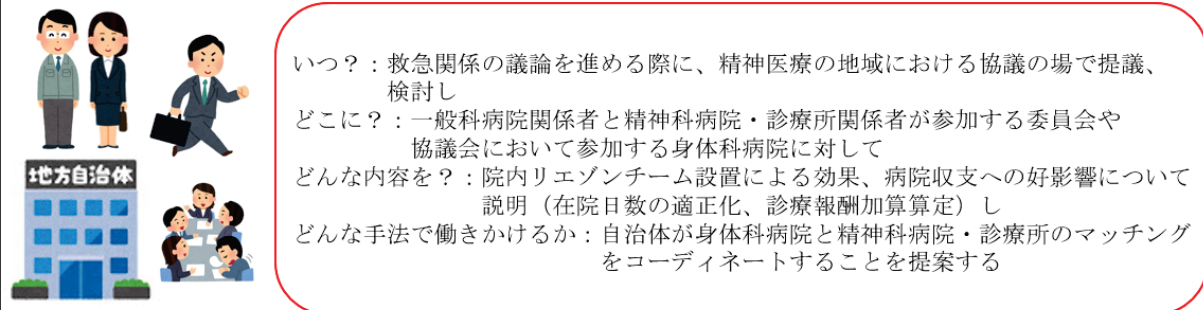
連携体制の仕組み



連携体制構築によって期待される波及効果



①関係者と課題共有、打診



合意形成のコツ・効果的な提案内容
 ・取り組みが進む上では、身体科病院にとっての診療報酬上のメリットを伝える。
 ・精神科医の数に限りはあるが、休診日等を踏まえ精神科診療所医師を活用することも可能。
 ・精神科診療所医師を活用する上では、診療所医師が休診日、昼休みを利用して短い勤務時間でも構わないこと、相応の給与を用意すると良いことを雇い入れる身体科病院院長、事務長、看護部長へ伝えると良い。

②精神科医ニーズのある一般科病院と精神科病院・診療所関係者をマッチング

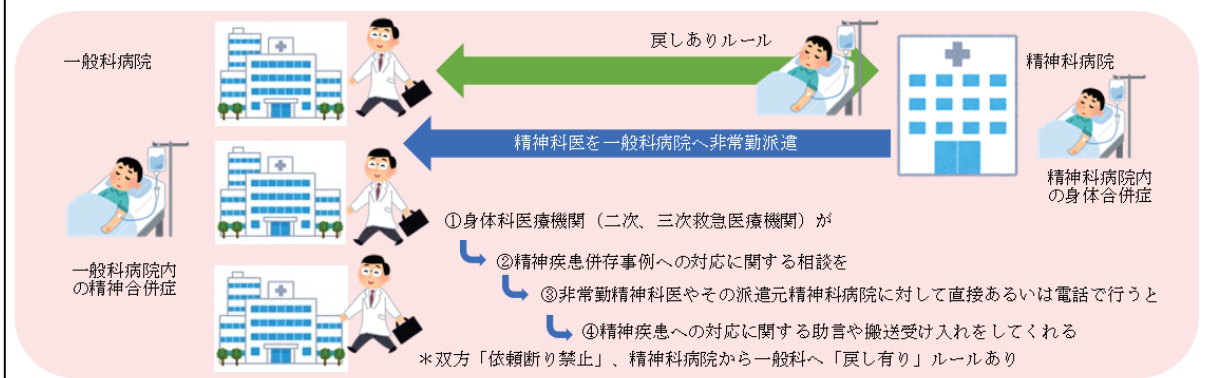
- ・一般科病院から精神科医雇用の申し入れを得たら、精神科病院・診療所関係者に連絡する
- ・必要に応じて連絡調整のコーディネートをする

③進捗管理

- ・モニタリング指標はリエゾン依頼件数、リエゾンチーム加算、総合病院対策加算算定医療機関数
- ・指標を取りまとめ、定期的に一般科、精神科関係の協議の場へ報告

精神科医アウトリーチ型の仕組みと効果

図13



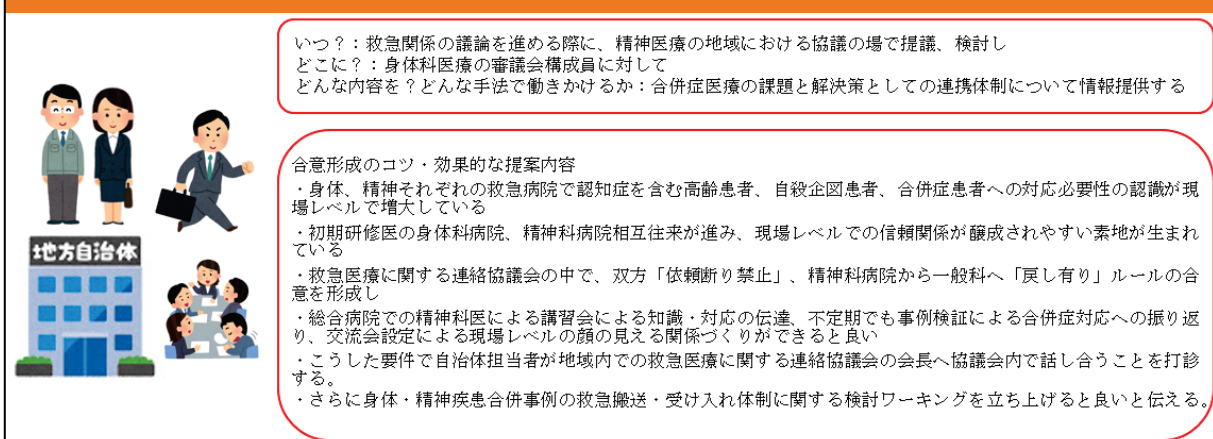
連携体制構築によって期待される波及効果



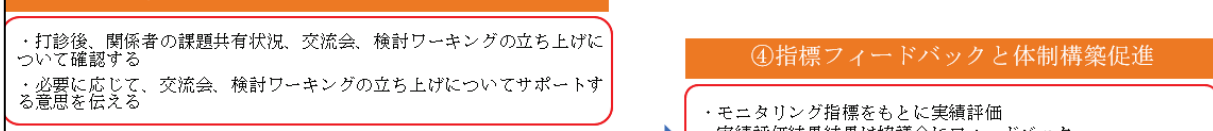
精神科医アウトリーチ型の構築手順

図14

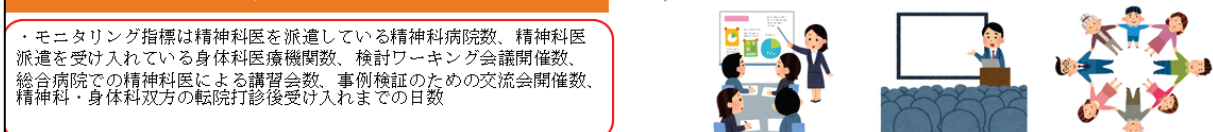
①関係者と課題共有、打診



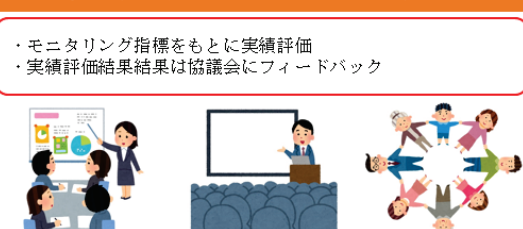
②連絡協議会会長へのフォロー



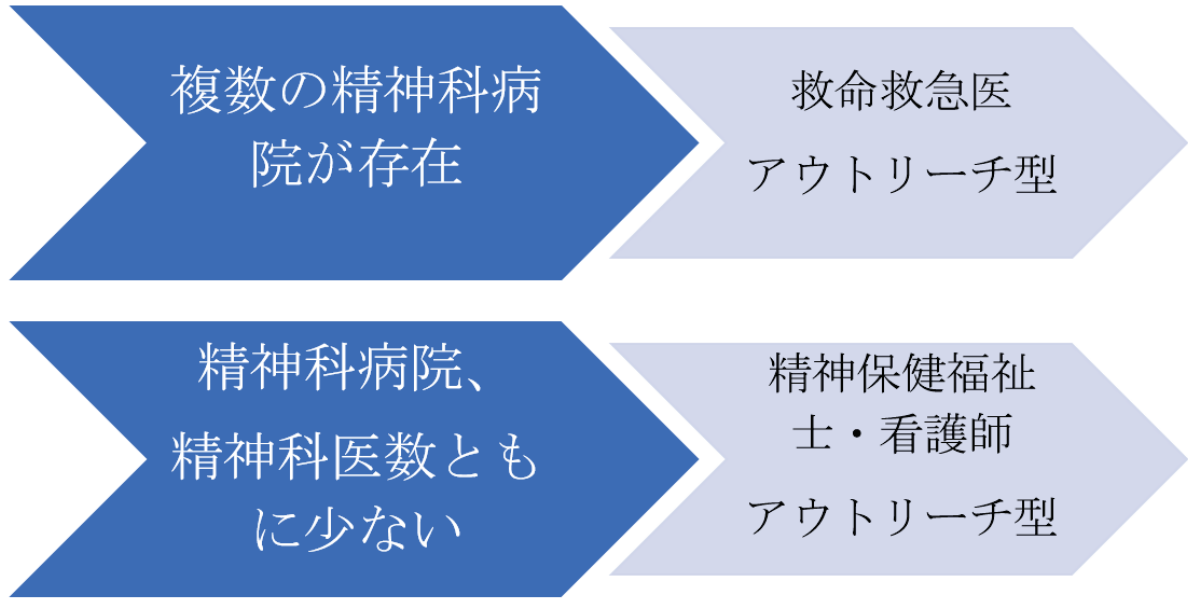
③進捗管理



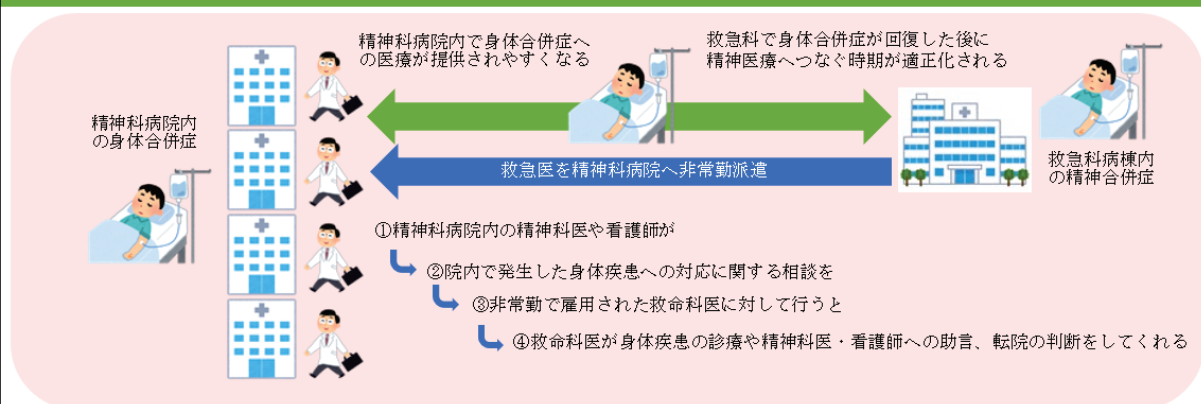
④指標フィードバックと体制構築促進



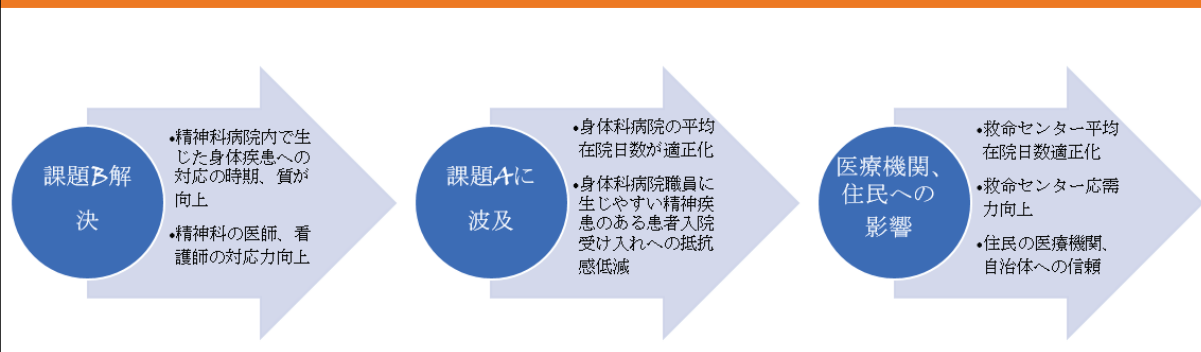
自治体による関係者への働きかけによって
課題Bを解決できる方策は
精神医療資源の地域特性別に2つあります



救命救急医アウトリーチ型の仕組みと効果



連携体制構築によって期待される波及効果



①関係者と課題共有、打診



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
どこに? : 身体科医療の審議会構成員に対して
どんな内容を?どんな手法で働きかけるか: 合併症医療の課題と解決策としての連携体制について情報提供する

合意形成のコツ・効果的な提案内容
 ・身体、精神それぞれの救急病院で認知症を含む高齢患者、自殺企図患者、合併症患者への対応必要性の認識が現場レベルで増大している
 ・初期研修医の身体科病院、精神科病院相互往来が進み、現場レベルでの信頼関係が醸成されやすい素地が生まれている
 ・救急医療に関する連絡協議会の中で、双方「依頼断り禁止」、精神科病院から一般科へ「戻し有り」ルールの合意を形成し
 ・総合病院での精神科医による講習会による知識・対応の伝達、不定期でも事例検証による合併症対応への振り返り、交流会設定による現場レベルの顔の見える関係づくりができるが良い
 ・こうした要件で自治体担当者が地域内での救急医療に関する連絡協議会の会長へ協議会内で話し合うことを打診する。
 ・さらに身体・精神疾患合併事例の救急搬送・受け入れ体制に関する検討ワーキングを立ち上げると良いと伝える。

②連絡協議会会長へのフォロー

・打診後、関係者の課題共有状況、交流会、検討ワーキングの立ち上げについて確認する
 ・必要に応じて、交流会、検討ワーキングの立ち上げについてサポートする意思を伝える

④指標フィードバックと体制構築促進

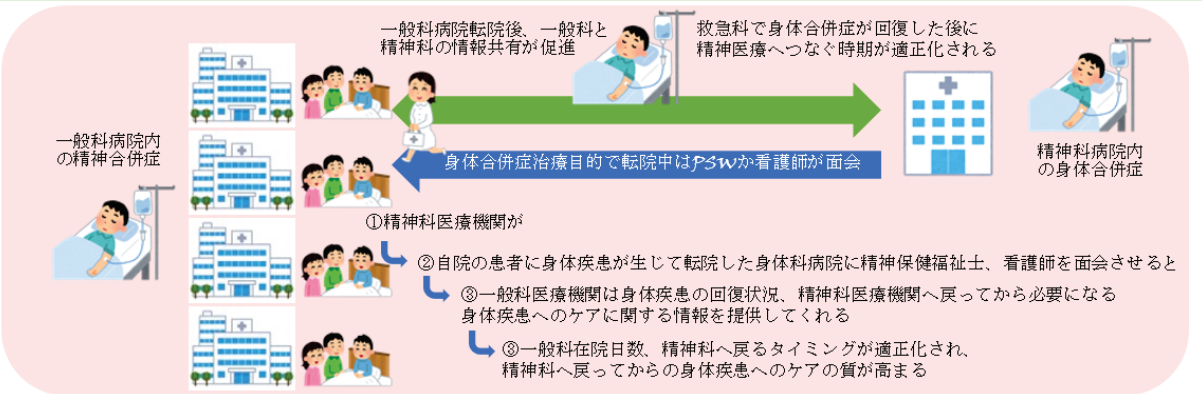
・モニタリング指標をもとに実績評価
 ・実績評価結果結果は協議会にフィードバック

③進捗管理

・モニタリング指標は精神科医を派遣している精神科病院数、精神科医派遣を受け入れている身体科医療機関数、検討ワーキング会議開催数、総合病院での精神科医による講習会数、事例検証のための交流会開催数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数



精神保健福祉士・看護師アウトリーチ型の仕組みと効果



連携体制構築によって期待される波及効果



①関係者と課題共有、打診



いつ? : 救急関係の議論を進める際に、精神医療の地域における協議の場で提議、検討し
どこに? : 身体科医療の審議会構成員に対して
どんな内容を?どんな手法で働きかけるか: 合併症医療の課題と解決策としての連携体制について情報提供する

合意形成のコツ・効果的な提案内容
・二次医療圏内での医師会の事務長会、看護部長会に精神科側から以下の事項を一般科側へ働きかけると良いことを打診する
「身体科病院で不穏状態の患者は可能な限り即日～2日以内に転院を受け入れる」
「身体疾患のために身体科病院へ転院依頼した患者は治療終了次第すぐに再受け入れる」
「身体科入院中、精神保健福祉士、看護師が面会し情報共有を図る」
・こうした要件で連携したいと、身体科側へ働きかけると合意形成、連携体制構築が図られやすいことについて、自治体担当者が、地域における精神科病院のキーパーソンへ打診する

②精神科病院のキーパーソンへのフォロー

- ・打診後、関係者の課題共有状況、検討の状況を精神科病院キーパーソンへ尋ねる
- ・必要に応じて、自治体から医師会、一般科側へ働きかけられることを伝える

③進捗管理

- ・モニタリング指標は精神保健福祉士・看護師訪問回数、精神科・身体科双方の転院打診後受け入れまでの日数

④指標フィードバックと体制構築促進

- ・モニタリング指標をもとに実績評価
- ・実績評価結果結果は協議会にフィードバック



(3) 精神医療の構造改革への取組

本項目については、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部 部長 山之内芳雄) 分担研究「病院の構造改革に関する好事例モデルとそのプロセスの検討」(研究分担者：岡山県精神科医療センター 院長 来任由樹) においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

①病院の構造改革と地域ニーズ

厚生労働科学研究(病院の構造改革に関する「好事例」とそのプロセスの検討に関する研究)で、求められる「構造改革」は、「地域ニーズの変化」に対応する病院になることが明らかになりました。

地域ニーズを定め、具体的な改革を推し進めるには、梃子となる事業・手法が必要であり、これは立地する地域特性によって異なっていました。何れの「好事例」も、地域生活・障害福祉、身体科医療、行政施策(児童・高齢者など)と連携したものでした。

地域ニーズに関する着眼点は複数あり、圏域の高齢化・人口減少への対応、障害福祉サービス等と精神科医療の連携、治療抵抗性精神疾患治療拠点、他科からの要請に応じた領域への対応(周産期、発達障害など)、地域医療全体のなかで病院機能の明確化等でした。

また、梃子となる事業や手法は、地域事情により異なりますが、精神障害者地域移行・地域定着支援事業、地域移行機能強化病棟、同一法人複数病院の機能分化、クロザピン治療の地域拠点、地域移行患者の外来・地域支援強化、相談支援事業所の開設、病床を介護保険型グループホームへの転用による居住施設の確保等がありました。

着眼点1 圏域の高齢化・人口減少への対応		
精神科病院：医療法人	大口病院(鹿児島県 伊佐市) 199⇒165床 設立1954年 伊佐市 2.7万 始良伊佐23万	発端：高齢化・人口減少 梃子：地域移行強化病棟 介護保険グループホーム 地域ニーズ対応 児童精神科外来
着眼点2 治療抵抗性統合失調症治療拠点(クロザピン)		
精神科病院：医療法人	若草病院(宮崎市) 174⇒104床 設立1980年 宮崎市40万 県央地区 50万人	発端：病院機能の明確化 梃子：クロザピン治療 障害福祉サービス
着眼点3 障害福祉サービスと精神科医療の連携		
精神科病院：医療法人	積善病院(岡山県津山市) 305⇒295床 設立 1929年 津山市10万 津山・勝英医療圏18万	発端：理事長の決断 梃子：障害福祉サービス等福祉部門充実 地域移行機能強化病棟 シェアハウス(国土交通省)
着眼点4 精神科救急+地域二ドへ対応		
精神科病院：医療法人	木村病院(千葉市) 252⇒197床 設立 1928年 千葉市 97万人	発端：病院長の交代 梃子：精神科救急 障害福祉サービス(相談支援事業所) 児童思春期クリニック 周産期メンタルヘルス
着眼点5: 地域医療全体の中での役割の明確化 (1) 地域医療連携推進法人		
精神科病院： 特定医療法人	山容病院(酒田市) 313⇒220床 設立 1955年 酒田市11万 庄内医療圏 28万人	発端：病院長の交代 梃子：病院機能分化・総合病院との連携 日本海ヘルスケアネット
着眼点6: 精神科病院と総合病院の統合		
総合病院：社会医療法人	近森病院(高知県高知市) 精神科病院(分院)を本院に統合(2013) 精神科病床104床⇒60床 設立1946(精神科分院1983) 高知市34万	発端：病院の建て替え 梃子：総合診療の実現

②岡山県における構造改革の取組

1) 救命救急センター・救急医療への精神科患者のアクセスの改善

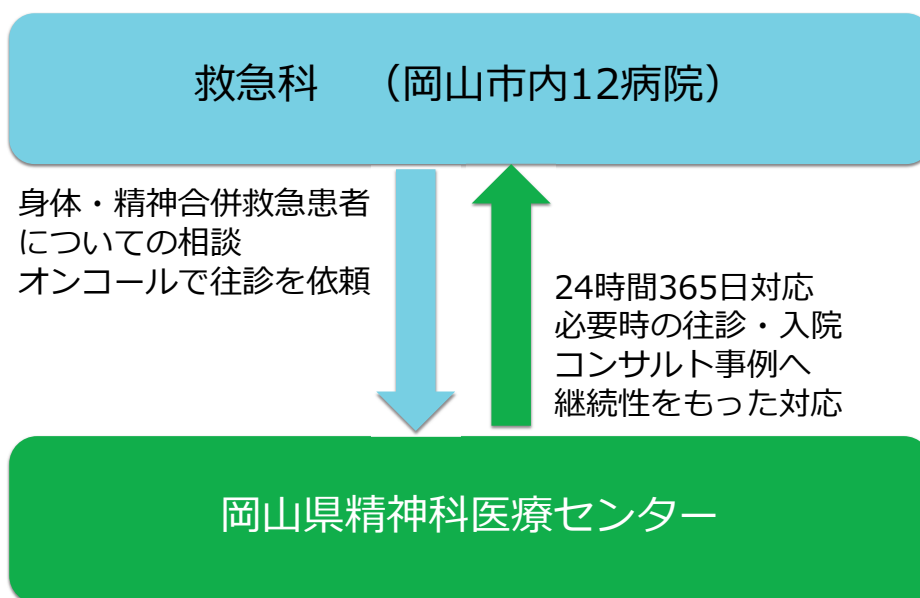
いずれの自治体においても、精神疾患を有する人が、総合病院救急科への救急搬送に時間が要することが大きな課題になっています。搬送をうけた救急科が、精神症状・精神疾患に対処できるか不安をもつことがその理由と考え、岡山市内にある救急科から精神科への電話コンサルテーションと、必要時の往診を24時間365日対応することにしました。

実施機関は岡山県精神科医療センターで、アウトカムは救急指令から救命救急センター・一般救急外来への平均照会回数と救急車の現場滞在時間にし、総合病院精神科病床を有する岡山大学病院精神科神経科と連携を行いました。

下記のポスターを総合病院精神科のスタッフステーションに掲示し、圏域にある救急科と岡山県精神科医療センターが日常的にコミュニケーションを取ることにしました。

結果は、5年間で精神疾患の既往や症状を現に有する人の救急車現場滞在時間が22.7分から17.2分に短縮し、救急指令から救急病院への平均照会回数が1.8回から1.3回へと減少しました。精神疾患を有する救急時の患者受け入れが円滑になっただけでなく、日常的に総合病院と精神科病院のコミュニケーションが双方向性になり、救急時以外の連携が相互尊重するものになりました。救急車の現場滞在時間が短くなることで救急車・救急制度の合理的運用にもつながりました。

図表 16：24時間365日の電話コンサルテーションと必要時の往信



図表 17：総合病院救急科に掲示してあるポスター

身体・精神合併症救急連携事業

救急科で精神科医への相談が
必要になった時はご連絡ください。
(救急科から入院された方も対象)

オンコールで24時間365日対応
必要時の往診(原則無料)・入院
コンサルト事例へ継続性をもった対応

自殺企図患者をこのまま家に帰しても大丈夫かしら...

岡山県精神科医療センター

(代表) 225- [REDACTED]

代表電話が話し中で急を要する場合は
ホットライン 225- [REDACTED]

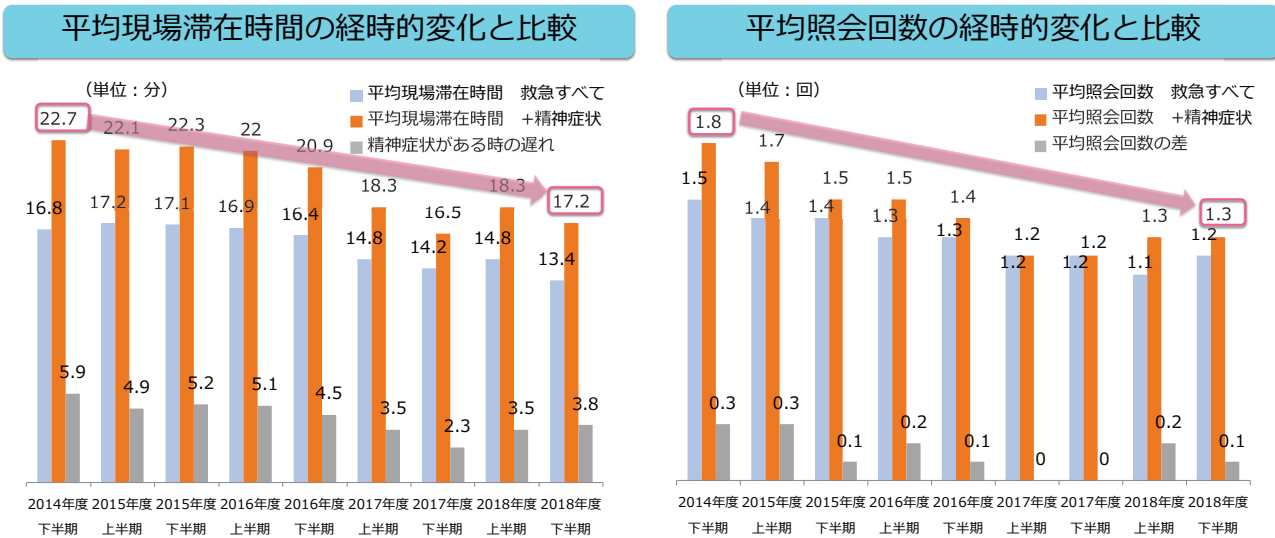
事業内容

救急搬送等された身体疾患を合併する精神疾患患者の相談に、県精神科医療センターが24時間365日対応し、必要に応じて往診・入院を実施する。また、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携のあり方を検証し、連携体制の構築を図る。

平成27年度は、救急搬送件数の多い12病院(済生会、国立、日赤、労災、市民、川崎、旭東、西大寺、中央、光生、榊原、協立)を対象に実施し、救急搬送等における身体疾患を合併する精神疾患患者の円滑な受け入れ実現を目指す。

【お問合せ先】 岡山市保健福祉局医療政策推進課 電話 086-803-1636
ファクス 086-803-1776 Eメール iryouseisaku@city.okayama.jp

図表 18：救急車の現場滞在時間と救急司令員からの病院照会回数



図表 19：岡山県精神科医療センターでの対応件数

電話コンサルテーションと必要時の往診・外来・転入院			
コンサルテーション	2016年度	2017年度	2018年度
県内身体科病院	174件	267件	292件
現実には事業対象外の病院にも拡充しつつある ↑↓			
うち事業対象 (岡山市内)	83件	131件	135件
電話による	17件	29件	35件
外来受診のみ (往診を含む)	17件	28件	39件
転入院	49件	75件	61件

1人/5日 総合病院救急科から転入院

事業参加病院
岡山赤十字病院
岡山市立市民病院
岡山済生会総合病院
川崎総合医療センター
岡山ろうさい病院
岡山医療センター
岡山西大寺病院
岡山旭東病院
岡山中央病院
光生病院
心臓病センター神原病院
岡山協立病院

2) 難治性精神疾患患者の治療体制についての取組

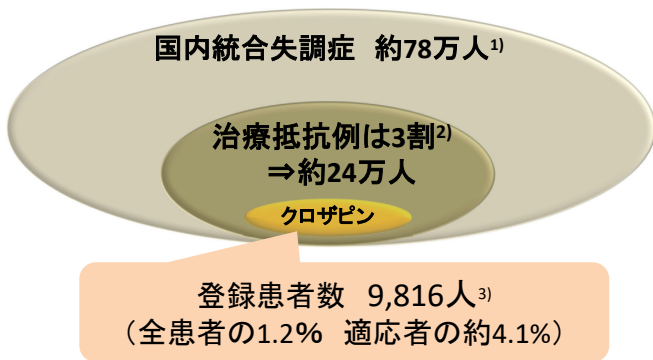
精神科入院患者のうち統合失調症の方が占める割合は凡そ6割と多数をしめ、これら患者の回復は、精神科医療における大きな課題です。治療抵抗性統合失調症の治療薬として認可されたクロザピンは、2009年に上市されて以降10年が経過しましたが、必要とする患者に十分に届いていない状況が続いています。

また、修正型電気けいれん療法は、うつ病・双極性感情障害等に基づく自殺企図、統合失調症の緊張病状態等、救命には必須の治療技法ですが、麻酔科医の配置等が必要で導入が困難な医療機関が多くあります。

難治性精神疾患に罹患したときには、どこに居住していても、どこの医療機関をかかりつけ医としていても、必要な治療（クロザピン、電気けいれん療法）にアクセスできることは必要不可欠と考えられます。これを実現するためには、都道府県単位で医療機関がネットワークをつくり、患者への情報公開をおこない、治療件数と治療効果等を都道府県ごとのアウトカム指標として、実践することが求められます。

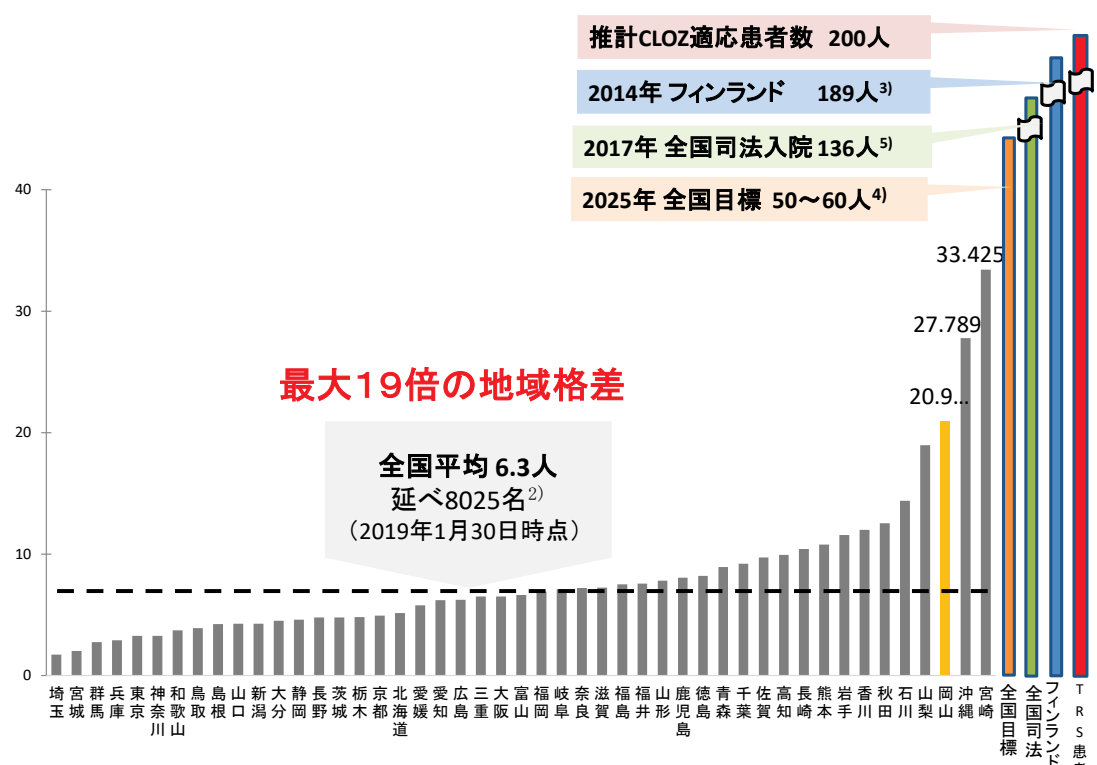
岡山県では、以下の図に示す医療機関ネットワークを構成し、医療情報を kintone(クラウド上でファイルを共有し、協議に SNS を用いて施設横断的に行うアプリケーション)等で共有・相互研鑽し、県としての処方件数をアウトカム指標として、実務を行っています。

図表 20：クロザピンを必要とする患者に届いていない



1)2008年厚生労働省調査
2)Int Clin Psychopharmacol. 2014 Mar;29(2):63-76.
3)クロザリル適正使用委員会HP 2020年2月28日時点

図表 21：一般人口 10 万人当たりの CPMS 登録患者数¹⁾



1)総務省統計局(2017.10.1), 2)クロザリル適正使用委員会ホームページ(2019.1.30), 3)Bachmann CJ et al. Acta Psychiatr Scand, 136:37-51, 2017, 4)厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」(2017.2.17), 5)来住2016:AMED委託研究「治療抵抗性統合失調症に対する効果的かつ安全な治療法の確立に関する研究」

図表 22：岡山県難治性精神疾患地域連携体制整備事業

※県内のどこに住んでいても、どこの医療機関にかかっても、必要時にクロザピン、電気けいれん療法が受けられる体制を整備



3) 住宅確保の取組

住居がないため、地域生活が開始又は再開できない方については、住居を探さなければなりません。グループホームなど居住型の障害福祉サービスの提供量は必ずしも潤沢ではないなか、民間アパートの活用は必須です。地方都市である岡山県において、住居の確保は必ずしも困難ではなくなってきました。

岡山県は関係団体と連携し、住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）第 10 条に基づく、岡山県居住支援協議会を設立しました。これは精神障害に限らず、住宅確保要配慮者（低額所得者、被災者、高齢者、障がい者、子供を養育する者、その他住宅の確保に特に配慮を要する者）の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進を図るため、住宅確保要配慮者に対し家賃債務保証の提供、賃貸住宅への入居に係る住宅情報の提供・相談、見守りなどの生活支援等を実施する法人として都道府県が指定するものです。（住宅セーフティネット法第 40 条） <http://oka-kyoju.net/>

この法人には、未成年、DV 被害者、受刑後の出所者、ホームレスなど特別な事情がある方を対象とする支援機関が構成員になっていることが強みです。住居確保機関と保証機関を分け、事情に応じて適切な住居確保機関を機能させることが重要です。

このような機関に依頼して住居確保をおこなうとともに、相手方機関から医療機関に相談し解決すべきニーズがある時には、即応し、最大限対応するため、双方向性の連携をおこなっています。医療機関に求められていることは、住居確保後の対象者への医療の提供と継続的支援です。

以下、住宅確保の取組の参考にしてください。

1. 貧困者や障害者にも門戸を開いた不動産業者の出現
 アスマイル <http://www.asmile-ok.com/>
 阪井土地開発 <http://www.sakaitotikaihatu.jp/>
2. 保証人が不在の時
 - ①支援者がいるとき
 NPO おかやま入居支援センター <http://okayama-nyukyoshien.org/>
 - ②保証人がいないとき
 家賃保証協会
3. ホームレス支援
 NPO ホームレス支援きずな
4. 受刑後の居住支援
 地域生活定着支援センター（岡山県社会福祉協議会）
http://fukushiokayama.or.jp/cmuwelfare/support_center/

4) 岡山県精神科医療センターの構造改革の取組

岡山県精神科医療センターの2018年度の入院患者1386名のうち、退院時に居所を変更しひとり暮らしとなった人が50名おり、うちアパートによる単身生活245名、施設入所が26名でした。その内訳はダルク・マック等自助グループによる回復支援施設、グループホーム・救護施設など成人入所型福祉施設、高齢者入所施設、児童福祉施設・児童福祉法一時保護施設・知的障害児施設など児童福祉施設等でした。

また、外来患者でも住居の問題が生活破綻の第一の理由の場合、必ずしも入院せずに、精神保健福祉以外の制度をもちいて居住施設の調整をしています。2018年度には24名に入院なしで保護ないし居住地の調整をおこないました。具体的には、ホームレス支援シェルター4名、更生保護関連施設関連2名、高齢者施設2名、児童福祉法上の一時保護施設1名、障害者虐待に基づく一時保護施設1名、DV被害のための女性シェルター1名、ダルク2名、入居支援センターなど住居支援機関等による住居等が11名でした。

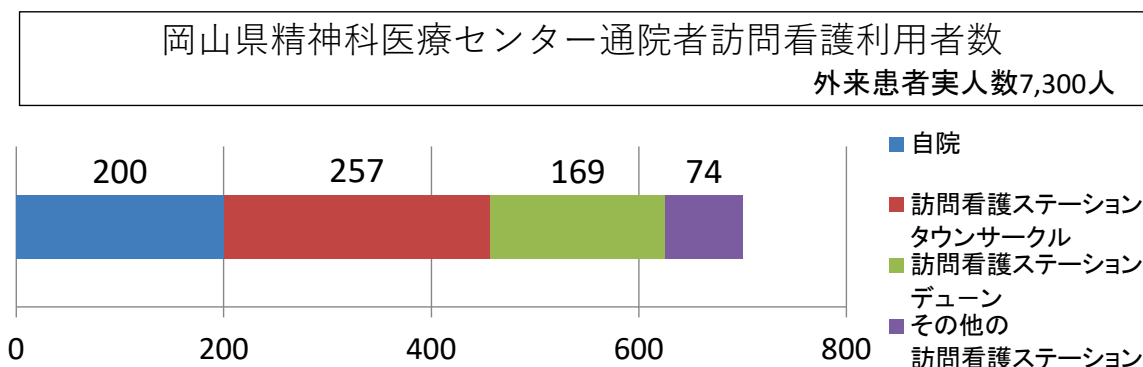
身元不明だが精神症状が明確でない高齢者の時は、特別養護老人ホームに自失者としての保護がなされる制度が岡山市にはあるなど他法に基づく保護・支援を行政機関・福祉団体と協働しながら行っています。地域包括ケア体制を整備する構造改革をおこなうためには、在宅での生活を維持し、かつ就労等の社会参加を実現し、在宅生活の質の向上が求められます。そのため、在宅生活を支える訪問看護、障害福祉サービス等に基づく生活支援が重要です。また、身体疾患を有する方も多く、身体診療科との連携も必要になります。さらに、成年後見制度の活用など法的な支援も必要です。これを実現するためには、前段に述べた精神保健福祉法・障害者総合福祉法の枠組み以外の支援を十分に追求したうえで、これらの制度に基づく支援構築を図る必要があります。

外来患者や入院患者について、個別にニーズを検討し、本人の希望を受け止めた上で、ケースマネジメントに基づく連携支援が必要となります。在宅患者のニーズは、未成年の就学・生活安定、成人期の就労・生活安定、子育て世代の母子・育児支援、壮年期・高齢者の生活安定など多岐にわ

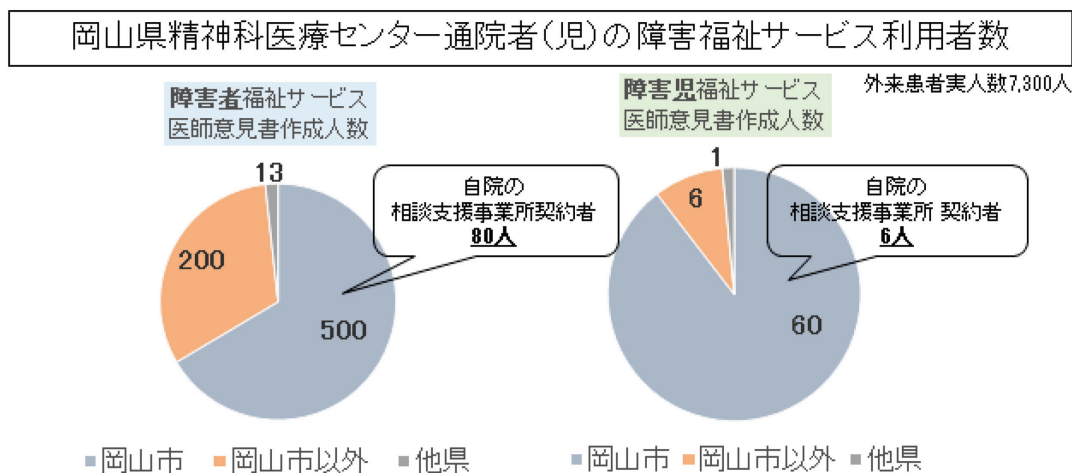
たります。これらを実現するためには、診察室での精神科面接だけでは不十分で、自宅への訪問、経済状況から金銭管理能力、日常生活能力、身体機能等を総合的に評価して検討する必要があります。相談支援事業所と居宅介護支援事業所との日常的な協働が不可欠です。また、訪問看護による在宅での生活のモニタリングと破綻前の支援も重要です。相談支援事業所、在宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの機能は多岐にわたり、得意分野も事業所ごとに異なります。患者の住まいが広範な地域にあるため、住まいに近い福祉事業所や訪問看護との協働も不可欠で、多数の事業所を活用することで支援が容易になります。

岡山県精神科医療センターの場合、訪問看護を受けている7001名(2019年3月)のうち、自院のサービス利用者が200名(約29%)で、相談支援事業所に登録している818名(2019年3月)のうち自院の相談支援事業所利用者は86名(約11%)のみです。自院以外の居住地近くの訪問看護ステーションと自院とは得意分野が異なる様々な相談支援事業所を用いることで、広域かつニーズに沿った支援が実現しています。

図表 23：【法人患者全て】岡山県精神科医療センター外来患者
訪問看護受給者数(700名) 訪問看護ステーション別 2019年3月



図表 24：当院通院者(児)における障害福祉サービス利用者数



訓練等給付(就労継続A・Bやグループホーム)のみの利用者は医師意見書は不要である。これらの利用者も含めると当院では1000名程度の方が障害福祉サービスを利用していると推定される。

(4) 精神科医療機関と地域の融合

本項目については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」の広域アドバイザー 医療法人 孝栄会 前沢病院 理事長・院長・施設長 前沢孝通 より、現在取り組まれている精神科病院と地域の協働の実践事例についてご提供いただいたものです。

<はじめに>

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の基本理念は、精神障害者を特別視することなく、誰もが一市民として、一人の生活者として、安心して自分らしく暮らせる地域づくりを進めることです。

また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」は、第5期障害福祉計画の成果目標の一つとして明記され、第7次医療計画、第5期障害福祉計画、第7期介護保険事業（支援）計画の根底をなす国家ビジョンともいえます。

国をはじめ行政機関が先頭に立ち、精神科医療機関、精神科以外の身体科医療機関、地域援助事業者および地域住民などの関係機関が重層的な支援体制を構築しながら、地域での受け皿となるべく社会基盤の整備を進めることが重要です。

一方で、精神障害者の地域移行・地域生活支援においては、図表 25 に挙げるように多方面にわたる、様々な問題・課題が山積していることも事実です。

特に、差別や偏見は地域住民だけに留まらず、身体科疾患の受診・加療場面でも多く経験するところであり、残念ながら未だ地域社会に広く残存すると言わざるを得ない現状です。

このような状況のなかで、当法人では医師と地域連携相談室（院内相談室）、地域活動支援センターの精神保健福祉士・社会福祉士などの福祉職が中核となり、医療職（医師・看護師・准看護師・作業療法士・理学療法士・管理栄養士など）、介護職（介護福祉士・ヘルパーなど）、心理職（公認心理師・臨床心理士など）および事務職や世話人などの無資格者まで、幅広く法人内の各運営事業所（図表 26）の職員が、以下の思いのもと、

- 病状悪化時の「入院機能」だけが地域における精神科医療機関の役割ではない。
- 疾病と障害が併存し、経過の不安定性・動揺性の高い精神障害者の地域生活の安定維持と充実にこそ、精神科医療機関の関わりが不可欠である。
- 精神障害者の地域生活支援は専門職だけでは完結せず、地域の理解と様々な支援が必要である。
- そのためにも、法人の内外で理解者を一人でも増やす必要がある。

主に栃木県足利市において、①関係機関との連携強化に向けての取組、②地域の理解者を増やすための取組、③地域全体でのシステムづくりへの取組、④法人内の体制強化への取組、の4項目を重点課題とし、地域の関係機関や地域住民の皆さんにご協力をいただきながら、「精神科医療機関と地域の融合」を目指した取組を行っており、今回、最近力を入れている取組のいくつかをご紹介します。

<取組の紹介>

①WATABA カフェの企画・開催

今年度に入り、中核の部署・職員が最も力を入れている取組です。

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：法人内の全部署・部門

外部関係機関：足利市社会福祉協議会・地域包括支援センター・民生委員・地域の不動産業者・食材を提供いただいている地域の農業関係者

【活動目的など】

- ・人（仲間）づくり：コミュニティに法人内外の理解者・協力者を育てるシステムを作り、そのなかに患者さんも一員として参加して多くの人と交流してもらうこと。
- ・場（拠点）づくり：地域づくりに参加・協力してくださる方々とボランティア、法人職員そして患者さんが気楽に交流できる場所を作ること。
- ・健康づくり：健康を気遣った、季節感あるメニュー、「お客様」としてのおもてなしを提供し、月に数回でもジャンクフードではないヘルシーな食事を摂ってもらうこと。
- ・C型就労的機能づくり：WATABA カフェの活動と患者さんの関わりを広げることにより、コミュニティのなかでC型就労的な機能を創造し、新たな就労の形につなげること。

を目的に、中核部署である「Co-net.若竹」「クローバー」（共同生活援助事業所）「たすく」（就B事業所）の名称から一文字ずつ「わ」「た」「ば」の文字を取り「WATABA」と名付けて、平成31年4月から月1回土曜日に、主に「Co-net.若竹」の地域交流スペースやテラスを活用して開催しています。

【活動内容など】

様々な活動や地域との交流のなかで培った関係から、複数の農業関係者との新たな出会いが生まれました。皆さん、活動の趣旨に賛同して下さり、販路に乗らない旬の野菜や果物にお米などを廉価で譲っていただいています。

患者さん達のリクエストを取り入れたヘルシーメニューとデザートを、やりくりしながら一食200円で提供し、入院中・外来通院中の患者さん、法人内の全部署・部門の職員だけでなく、上記の関係機関の皆さんも数多く足を運んで下さり、色々な人が集う和やかな午後のひとときとして大変好評です。調理に関しては職員が対応していますが、農家の方々との収穫作業や仕入れは患者さんも一緒に行っています。

メニュー・デザートの例

- ・焼きたてパン（かぼちゃスープ・サラダ付き）
- ・夏野菜カレー（もろきゅう付き）
- ・和膳定食（美味しい新米ごはん・けんちん汁・竜田揚げ・だし巻き玉子・きんぴら）
- ・かぼちゃケーキ、枝豆の蒸しパン、スイカや柿などの新鮮な果物

【地域との融合などの成果】

- ・コミュニティーのなかで新たな交流・関係が芽生え、また地域づくりに参加・協力してくださっている、様々な立場の方々との交流がさらに深まった。
- ・C型就労的機能創造に向けての足掛かりができた。
- ・法人内の多職種連携・協働だけでなく、地域の理解者・協力者との連携・協働についても貴重な実体験を積むことができた。

②地域包括支援センター・介護支援専門員など、主に介護領域の関係者との 意見交換会・合同勉強会の開催

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：医局・地域連携相談室

外部関係機関：地域包括支援センター・介護支援専門員・民生委員

【活動目的など】

地域包括支援センターからの「地域の医療機関との連携を強化したい」との要望をきっかけに、精神障害者支援の担い手を介護領域にも広げて、分野の垣根を超えた地域のネットワークづくりを進めることを目的としています。

【活動内容など】

お互いに検討したテーマで医師監修のもと、年間4～5回程度開催しています。

テーマの例

「介護の現場で遭遇する精神科関連の困りごとあれこれ」「若年性認知症を考える」
「精神疾患 事例を通して支援方法を考える」「市内身体科病院を交えての情報交換会」

【地域との融合などの成果】

- ・相談しやすい環境が醸成され、圏域外の地域包括支援センターとの交流も始まった。
- ・認知症地域推進委員と共に地域課題に取り組めるようになった。
- ・平成30年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援に係る介護支援専門員・介護福祉士等の研修二ーズに関する調査事業」への地域の介護職の協力につながった。
- ・RUN 伴+足利・佐野 2019（取組④）への参加につながった。

③ハートショップ販売会への参加

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：地域活動支援センター・精神科デイケア

外部関係機関：他法人の就労支援事業所（身体・知的・精神）

【活動目的など】

障害者の自立と社会・経済参加を促進するため、3障害の事業所が協力して、共生社会の実現や、精神障害者支援事業所の立場での協力を目的に販売会に参加しています。

【活動内容など】

- ・商品づくり（牛乳パック再利用の小皿、神社や院庭の落ち葉を使った落ち葉アートなど）
 - ・市役所や市内大型商業施設などでの合同販売会
- 各事業所が商品を持ち寄り、年間4回の販売会を開催し、運営にも参加しています。また企画のため、年間6回、足利市自立支援協議会ハートショップ部会に出席しています。患者さんは、作品づくりや販売にも参加し、特に落ち葉アートは毎年大好評です。

【地域との融合などの成果】

- ・地域住民と交流する機会が増え、障害者や事業所を知ってもらう機会が増えた。
- ・身体・知的障害者の就労支援事業所の関係者に、地域活動支援センターの存在や役割を知ってもらい、精神障害の特性を認識してもらう機会となった。

④RUN 伴+足利・佐野 2019 への参加

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：地域連携相談室・就労継続支援B型事業所・介護サービス包括型共同生活援助事業所・外来看護部門

外部関係機関：市役所（介護担当課、障害担当課）・居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・特別養護老人ホーム・大型商業施設・市内の医療機関や商店

【活動目的など】

認知症について広く普及・啓発を促進するイベントに、精神障害者の高齢化が進み、精神疾患と認知症の重複患者も散見し始めたなか、地域の医療機関を含む、様々な立場の方に精神障害者支援事業の存在を知っていただくことを目的に参加しています。

【活動内容など】

市長はじめ参加者全員が認知症支援のシンボルカラー（オレンジ）Tシャツを着用し、認知症の方と伴にタスキリレーを行います。当法人の就労継続支援B型事業所を給水ポイントで利用していただき、行政、介護領域の関係者のみならず、地域の様々な立場の方と共にイベントの企画・運営に協力しています。

【地域との融合などの成果】

地域住民のみならず、地域の医療機関や商店・商業施設などと交流が図れ、地域に精神障害者支援のための就労支援事業所が存在することを認識していただくきっかけとなった。

⑤足利市中里地区 子供神輿イベントへの協力

【主な法人内の参画部署と主な外部関係機関】

法人内参画部署：法人内の全部署・部門

外部関係機関：地区自治会・地区育成会

【活動目的など】

普及・啓発は幼少期からの取組が重要です。地域住民、特に地域の子供達にも精神科医療機関を身近な存在と感じてもらうことも大きな目的です。

精神障害者や精神科医療機関への誤解や偏見を減らし、精神科医療機関も地域の一員であることを知っていただくことを目的にイベントに協力しています。

【活動内容など】

真夏に市内各所を練り歩く名物の子供神輿の休憩・給水ポイントとして病院の敷地を利用していただき、うちわや麦茶・菓子などを提供し、法人職員と地域の子供と親御さん達との交流を深めました。参加した全職員が、法人事業所名をプリントしたTシャツを着用し、地域住民と交流を図り、イベントを盛り上げました。

【地域との融合などの成果】

- ・地域の子供達と多くの職員が交流を図る、大変貴重な機会となった。
- ・子供神輿イベントへ参加後、自治会や育成会の方から、家族や近所の人に関する困りごと（認知症では？うつ病では？など）や受診についての相談をいただくようになった。

<結語>

全国の精神科医療機関で精神障害者の地域移行・地域生活支援につなげるべく、地域との融合を目指した様々な取組が行われていると思います。

しかし、このような取組には「正解もゴール」もなく、また冒頭で述べた精神障害者の地域移行・地域生活支援における問題・課題が突然解決することもあり得ません。

今回紹介した当法人での取組も、まだ緒についたばかりのものや課題ばかりのものが多いのですが、精神科医療機関として、このような取組を継続するなかで、

- 内外に支援の輪を広げる
- 地域を巻き込む
- 行政を巻き込む
- 障害者にとって使いやすい各種制度づくり
- 障害者が生活しやすいコミュニティづくり などへの役割を果たすことが重要です。

何より「精神科医療機関も地域の一員」です。



今後も精神科医療機関として、地域のなかでこのことをご理解いただけるよう多職種で知恵をしぼり、地域の様々な立場の方々との関係を深めて、医療・介護・福祉と地域の融合に向けた取組を続けて行きたいと思います。

図表 25：精神障害者の地域移行・地域生活支援における問題・課題

1. 地域における精神障害に対するさまざまな差別・偏見⇩
2. 退院先の確保と退院先種別ごとのさまざまな課題⇩
 - 1) 患家（自宅・有料老人ホーム・サ高住・養護老人ホーム・認知症グループホームなど）⇩
 - 2) グループホーム（共同生活援助）⇩
 - 3) 特別養護老人ホーム ⇩
 - 4) 介護老人保健施設 など⇩
3. 医療・介護・福祉に関する制度や法体系などに関するさまざまな課題⇩
 - 1) 医療提供（受診）について：精神科医療の導入・継続と身体科医療の提供⇩
 - 2) 介護保険制度と障害福祉制度の適用関係⇩
 - 3) 医療・介護・福祉の各領域間の業務連携⇩
 - 4) 要介護認定関連⇩
 - 5) 障害支援区分認定関連⇩
 - 6) 診療報酬体系関連⇩
 - 7) 障害手帳のサービス内容 など⇩
4. 経済面のさまざまな課題⇩
 - 1) 退院や活用する制度変更に伴う本人負担額の増加⇩
 - 2) 障害年金等級判定や生活保護支給の厳格化⇩
 - 3) 就労関連 など⇩
5. 自動車運転などの交通問題⇩

図表 26：医療法人孝栄会 運営事業所

医療法人 孝栄会

 <p>医療 サービス事業</p>	<p>① 前沢病院 精神科・老年精神科・心療内科・内科 (1)入院業務(定床105床) (3)在宅患者訪問診療 (2)外来業務 (4)精神科訪問看護・指導</p> <p>② 精神科デイケア(大規模▶定員50名) ③ 精神科デイ・ナイトケア(定員50名) ④ 精神科ナイトケア(定員20名) ⑤ 精神科ショートケア(大規模▶定員50名) ⑥ 精神科作業療法 ⑦ 心身喪失者等医療観察法:指定通院医療 ⑧ 地域連携相談室「ASSIST」 ⑨ 心理室</p>
 <p>障害福祉 サービス事業</p>	<p>① 地域活動支援センター「ハートランド」 (1)居宅介護事業(精神・身体・知的障害者へのホームヘルプサービス) (2)移動支援事業 (3)相談支援事業 (4)地域活動支援センター事業</p> <p>② 介護サービス包括型共同生活援助「Co-net.若竹」(定員20名) ③ 外部サービス利用型共同生活援助「クローバーI」(定員7名) ④ 外部サービス利用型共同生活援助「クローバーII」(定員7名) ⑤ 共同住居(8棟22室) ⑥ 就労継続支援B型「たすく」(定員20名)</p>
 <p>介護保険 サービス事業</p>	<p>① 介護老人保健施設「グリーンホーム」 (1)施設入所(定員38名) (2)短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護(ショートステイ) (3)通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション(定員10名) (4)訪問看護 (5)訪問介護・介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス)</p> <p>② 居宅介護支援事業者「グリーンホームケアプランセンター」 (1)居宅介護支援事業 (2)介護予防支援事業</p> <p>③ 認知症高齢者グループホーム「陽だまり」 (1)認知症対応型共同生活介護(1ユニット定員9名) (2)認知症対応型通所介護(定員3名)</p>

(5) 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築

第7次医療計画では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」及び「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」が目指すべき方向性として示されています。このうち、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」の実現に向けては、“多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神医療を提供できる体制の構築”と“多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築”が重要です。そのため、多様な精神疾患等ごとに地域の実情に応じて、「都道府県連携拠点機能」、「地域連携拠点機能」及び「地域精神医療提供機能」を各医療機関に設定することが、都道府県に求められています。

①多職種連携・多施設連携の推進

医療計画に定められた各精神疾患の領域について、対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進を図るため、厚生労働省では各種事業を実施しています。各種事業については拠点医療機関等を定めることにしており、一部の拠点医療機関等については、2021年度からの第7次医療計画の中間見直しにおける指標例として新規に追加し、さらに重点指標に位置付ける予定です。

図表 27：精神疾患における厚生労働省各予算事業の概要

医療計画の領域	予算事業名	事業実施主体	拠点機関の対象	拠点機関の役割	拠点機関の名称と設置数
認知症	認知症疾患医療センター運営事業	都道府県及び指定都市	専門医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医療相談 ・鑑別診断とそれに基づく初期対応 ・合併症・周辺症状への急性期対応 ・かかりつけ医等への研修会の開催 ・認知症疾患医療・介護連携協議会の開催 ・情報発信 	認知症疾患医療センター（※）：全国 429 カ所（平成 30 年 9 月）
アルコール依存症	依存症対策総合支援事業（アルコール依存症）	都道府県及び指定都市	専門医療機関 治療拠点機関	専門医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ・依存症の専門性を有した医師が入院医療を担当 ・依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の実施 	アルコール依存症専門医療機関：全国 34 カ所（令和元年 8 月） アルコール依存症治療拠点機関：全国 25 カ所（令和元年 8 月）
薬物依存症	依存症対策総合支援事業（薬物依存症）	都道府県及び指定都市	専門医療機関 治療拠点機関	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師等が依存症に係る研修を修了 ・依存症の診療実績等 	薬物依存症専門医療機関：全国 26 カ所（令和元年 8 月） 薬物依存症治療拠点機関：全国 19 カ所（令和元年 8 月）
ギャンブル等依存症	依存症対策総合支援事業（ギャンブル等依存症）	都道府県及び指定都市	専門医療機関 治療拠点機関	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携 治療拠点機関 <ul style="list-style-type: none"> ・専門医療機関の選定基準を満たすこと ・活動実績の取りまとめ等 ・情報発信 ・医療機関対象の研修会の実施 	ギャンブル等依存症専門医療機関：全国 24 カ所（令和元年 8 月） ギャンブル等依存症治療拠点機関：全国 18 カ所（令和元年 8 月）

医療計画の領域	予算事業名	事業実施主体	拠点機関の対象	拠点機関の役割	拠点機関の名称と設置数
高次脳機能障害	高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業	都道府県	支援拠点機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業 ・普及・啓発事業 ・研修事業 ・高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会等への参加 ・広域自治体間連携 	高次脳機能障害支援拠点機関(※):全国113カ所(令和元年6月、病院以外の機関を含む)
てんかん	てんかん地域診療連携体制整備事業	都道府県	専門医療機関(都道府県でてんかんの治療を専門に行っている医療機関のうち1カ所)	<ul style="list-style-type: none"> ・てんかん治療医療連携協議会の設置 ・患者及び家族への専門的な相談支援や治療 ・医療機関等への助言・指導 ・関係機関との連携・調整 ・研修の実施、普及啓発等 ・てんかん診療支援コーディネーターの配置 ・全国拠点機関との連携 	てんかん診療拠点機関:全国17カ所(令和元年4月)
精神科救急	精神科救急医療体制整備事業	都道府県及び指定都市	<p>精神科救急医療施設(精神科救急医療圏域毎に確保)</p> <p>外来対応施設</p> <p>身体合併症対応施設(精神疾患を有する身体合併症患者に対し医療を提供できる医療機関を、少なくとも2つの精神科救急医療圏域に1カ所整備)</p>	<p>病院群輪番型精神科救急医療施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数病院の輪番制で、医師・看護師を常時配置し受け入れ体制等を整備 <p>常時対応型精神科救急医療施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するために医師・看護師を常時配置し受け入れ体制等を整備 <ul style="list-style-type: none"> ・外来診療によって初期精神科救急患者の医療対応ができる体制を整えるもの ・精神疾患を有する身体合併症患者に対し医療を提供 	<p>病院群輪番型精神科救急医療施設:全国1026カ所(平成29年度)</p> <p>常時対応型精神科救急医療施設:全国53カ所(平成29年度)</p> <p>外来対応施設:全国106カ所(平成29年度)</p> <p>身体合併症対応施設:全国10カ所(平成29年度)</p>
災害精神医療	災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動事業	都道府県及び指定都市	DPAT先遣隊を組織できる機関	<ul style="list-style-type: none"> ・発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県等において活動 ・本部機能の立ち上げやニーズアセスメント、急性期の精神科医療ニーズへの対応等 	DPAT先遣隊を組織できる機関(※):全国64機関(平成30年7月)
医療観察法	医療観察法指定通院医療機関運営	厚生労働省	病院、診療所、薬局、又は訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現 ・標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供 ・プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供 	指定通院医療機関(※):全国3,600カ所(平成31年4月)

(※):「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」における指標(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別添)に既に掲載

② 医療と保健及び障害福祉の連携

保健サービス及び障害福祉サービス等の提供に当たっては、保健所や精神保健福祉センター等、障害福祉サービス等事業所や相談支援事業所等における相談支援及び訪問支援を通して、地域の病院及び診療所が連携・協力する体制を構築する必要があります。この連携体制をベースとして、精神障害者が早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備を推進するとともに、連携支援を通じた、さらなる多職種・多機関連携体制の醸成を図ることが大切です。

また、第7次医療計画、第5期障害福祉計画においては「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という共通した理念が掲げられており、連動を図りながら計画の推進を図る必要があります。

(6) 医療機能の高度化

① 医療計画の重点指標の見直し

第7次医療計画では、精神疾患に関する医療提供体制の重点指標は、各疾患の入院及び外来診療をしている医療機関数になっていますが、第7次医療計画の中間見直しにおいて、より患者に対する質の高い精神医療の提供に関するものとして、精神保健医療体制の高度化に関する項目に重点指標を見直すことになりました。

第7次医療計画の中間見直しにおいて、重点指標になった項目を以下に示します。

図表 28：第7次医療計画中間見直しを踏まえた指標例

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期 発達障害	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等 違法行為	PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法	
スト ラク チャー	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数	調剤管理システム等の精神医療施設での処方された患者数	認知症疾患医療費の削減率	児童・思春期精神科入院患者数増減率	発達障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	重症アルコール依存症入院患者数	依存症専門医療機関(依存症外来)設置率	依存症専門医療機関(依存症外来)設置率	PTSDを入院診療している精神科病棟を持つ病院数	高次脳機能障害支援センター数	摂食障害外来診療している医療機関数	てんかん外来診療している精神科病棟を持つ病院数	精神科救急外来診療している医療機関数	身体合併症を併発している精神科患者数	自殺対策実施率	災害精神医療実施率	医療観察法実施率	
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した患者数	認知症疾患医療費削減率	認知症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	発達障害を外来診療している医療機関数	重症アルコール依存症入院患者数	依存症専門医療機関(依存症外来)設置率	ギャンブル等依存症を外来診療している精神科病棟を持つ病院数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害外来診療している医療機関数	てんかんを入院診療している精神科病棟を持つ病院数	精神科救急外来診療している医療機関数	精神科救急外来診療している精神科病棟を持つ病院数	精神科救急外来診療している精神科病棟を持つ病院数				
	統合失調症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	認知症を外来診療している医療機関数	20歳未満の精神疾患を外来診療している精神科病棟を持つ病院数	発達障害を外来診療している医療機関数	アルコール依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	薬物依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害外来診療している医療機関数	てんかんを外来診療している医療機関数			精神科リハビリテーションを持つ病院数				
	統合失調症を外来診療している医療機関数	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	認知症サポート医養成研修終了者数	知的障害を入院診療している精神科病棟を持つ病院数	発達障害を外来診療している医療機関数	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	薬物依存症を外来診療している医療機関数			摂食障害外来診療している精神科病棟を持つ病院数								
プロ セス	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数	調剤管理システム等の精神医療施設での処方された患者数	認知症疾患医療費削減率	児童・思春期精神科入院患者数増減率	発達障害を入院診療している精神科病棟での入院患者数	重症アルコール依存症入院患者数	依存症専門医療機関(依存症外来)設置率	ギャンブル等依存症の精神科病棟での入院患者数	PTSDを入院診療している精神科病棟での入院患者数		摂食障害外来診療している医療機関数	てんかんの精神科病棟での入院患者数	精神科救急外来診療している医療機関数	精神科救急外来診療している精神科病棟を持つ病院数	精神科救急外来診療している精神科病棟を持つ病院数			
	治療抵抗性統合失調症を外来で処方された患者数	認知症疾患医療費削減率	認知症を入院診療している精神科病棟での入院患者数	20歳未満の精神疾患の精神科病棟での入院患者数	発達障害を外来診療している精神科病棟での入院患者数	アルコール依存症の精神科病棟での入院患者数	薬物依存症の精神科病棟での入院患者数	ギャンブル等依存症の精神科病棟での入院患者数	PTSD外来患者数		摂食障害外来診療している精神科病棟での入院患者数	てんかん外来患者数	精神科救急外来診療している医療機関数	精神科救急外来診療している精神科病棟を持つ病院数	精神科救急外来診療している精神科病棟を持つ病院数			
	統合失調症患者に対する治療薬の使用率	うつ・躁うつ病の精神科病棟での入院患者数	認知症外来患者数	20歳未満の精神疾患の精神科病棟での入院患者数	発達障害外来患者数	アルコール依存症外来患者数	薬物依存症外来患者数			摂食障害外来患者数			精神科救急外来患者数	精神科救急外来患者数	精神科リハビリテーションを併設された患者数			
	統合失調症の精神科病棟での入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数		知的障害の精神科病棟での入院患者数														
	統合失調症外来患者数			知的障害外来患者数														
ア ド カ ム	精神科病棟における入院数3.6,12ヶ月時点の連続率																	
	地域平均生活日数																	
	精神科病棟における急性期・回復期・慢性期入院患者数(45歳以上・65歳未満)																	
	精神科病棟における新規入院患者の平均在院日数																	

図表 29：精神保健医療体制の高度化に関する指標例（重点指標）

統合失調症

治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン)

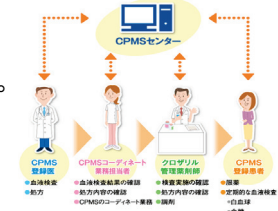
1. クロザピンの効果

- 治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で使用されている内服薬。
- **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症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの使用条件

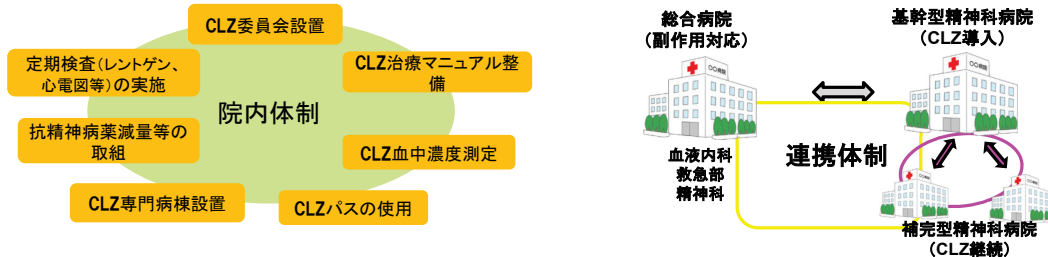
- 無顆粒球症(※)などの重大な副作用が生じることから、血液内科との連携や、クロザピンを使用する患者のモニタリング(CPMS)などが、使用条件になっている。

(※) 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。本邦での頻度は約1%。



3. クロザピンの使用指針

- 平成31年3月に厚生労働科学研究班でクロザピン(CLZ)の使用指針を作成し、公表している。



4. クロザピンの診療報酬上の評価

- 重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン)を投与した場合、診療報酬上、**治療抵抗性統合失調症治療指導管理料**で評価している。

うつ・躁うつ病

閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法(m-ECT)

- 全身麻酔を施行した上で脳に通電する治療法で、重度うつ病等に著効することが知られている。
- m-ECTが普及することにより、長期の入院治療を行わずとも、重度うつ病等の患者の症状の速やかな改善が見込まれる。
- 診療報酬上も、**閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の精神科電気痙攣療法**や**当該療法の麻酔医師加算**で評価している。

認知行動療法

1. 認知行動療法とは

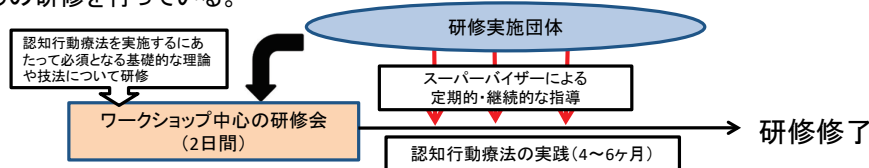
- うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法。

2. 認知行動療法の効果

- 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で、自殺のリスクを下げる事が知られており、認知行動療法の普及は、自殺対策として有用性が高いと考えられている。
- 診療報酬上も、**認知療法・認知行動療法**で評価している。

3. 認知行動療法研修事業(厚生労働省)

- 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(医師、臨床心理士等)に対し、その普及を図るための研修を行っている。



※ 研修課程は厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」で作成した認知行動療法の研修マニュアルに沿ったものとする。

児童・思春期精神疾患

児童・思春期精神科入院医療管理料

- 児童・思春期においては、20歳未満の精神疾患患者数は増加傾向だが、児童・思春期に関する精神疾患の入院治療に対応できる専門の医療機関が不足している。
- 児童・思春期の精神疾患における入院医療の対策として、診療報酬上、**児童・思春期精神科入院医療管理料**で評価している。

依存症(アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症)

重度アルコール依存症入院医療管理加算

- アルコール依存症は本人の嗜好の問題ではなく、精神分野の疾患で、自殺との関連も明らかとなっている。
- 増加傾向のアルコール依存症の患者に対応するため、「アルコール健康障害対策推進計画」では、2020年度までに都道府県に「専門医療機関又は治療拠点」及び「相談拠点」を設置することになっているが、その整備には地域差が認められる。
- アルコール依存症に対する専門的な入院治療について、診療報酬上、**重度アルコール依存症入院医療管理加算**で評価している。

依存症集団療法

- 近年、薬物依存症は社会的な重要性が高く、患者の治療や支援において、医療機関に求められる役割も大きくなっている。
- 薬物依存症の患者は増加傾向にあり、「第五次薬物乱用防止5か年戦略」等に基づき、「相談拠点」及び「専門医療機関」を設置することになっているが、その整備には地域差が認められる。
- 薬物依存症に対して、認知行動療法の考え方をういた集団プログラムに一定の効果があることが分かっており、その標準化や実施できる医療従事者の養成が進んでいる。
- 薬物依存症への一定の効果を有する集団認知行動療法プログラムについて、標準的な手法により実施した場合、診療報酬上、**依存症集団療法**で評価している。

摂食障害

摂食障害入院医療管理加算

- 摂食障害は、主に20代～40代の女性に多い疾患で、症状として、神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害などがあり、脱水や低血圧等で生命に危険が及ぶこともある。
- 精神症状だけではなく、身体症状も認めるため、他科横断的な治療が必要だが、専門の医療機関・専門医が不足している。
- 摂食障害対策として、診療報酬上、摂食障害について専門的な医療について、**摂食障害入院医療管理加算**で評価している。

精神科救急

精神科救急入院料

- 医療機関で精神科救急医療に対応できる体制整備等を行った場合、診療報酬上、**精神科救急入院料**で評価している。
- 精神科救急入院料の要件として、以下の要件があり、精神科救急を要する急性期の患者に対し、積極的に入院を受け入れ、集中的に治療を行うことが求められている。
 - ・精神保健指定医や精神保健福祉士、看護師等の手厚い配置
 - ・精神科救急医療体制整備事業に参加していること
 - ・一定数以上の時間外診療や措置入院等の件数
 - ・一定数以上の新規入院患者が3月以内に在宅移行 等

身体合併症

精神科救急・合併症入院料

精神科身体合併症管理加算

- 精神病床を有する病院で、身体合併症患者を診療した場合、診療報酬上、**精神科救急・合併症入院料**や**精神科身体合併症管理加算**で評価している。
- 診療報酬の要件は以下の通りで、身体合併症患者に対応できる体制の整備が求められている。

【精神科救急・合併症入院料】

- ・救命救急センターを有している病院であること
- ・当該精神科棟に合併症ユニットを有していること 等

【精神科身体合併症管理加算】

- ・精神疾患と身体疾患の合併患者に対して、精神科医と精神科以外の医師が連携し治療を行うこと 等

精神疾患診療体制加算

精神科疾患患者等受入加算

- 一般病院で、身体合併症に対する入院治療が必要な精神疾患患者の受け入れ等の対応や、時間外等に精神疾患患者を受け入れた場合、診療報酬上、**精神疾患診療体制加算**や**精神科疾患患者等受入加算**で評価している。
- 診療報酬の要件は以下の通りで、一般病院で精神疾患患者に対応できる体制の整備が求められている。

【精神疾患診療体制加算】

- ・100床以上の病院で救急医療に必要な体制が整備されていること 等

【精神科疾患患者等受入加算】

- ・過去6月以内に精神科受診の既往等がある患者で、深夜、時間外又は休日に救急車等で搬送された患者 等

精神科リエゾンチーム加算

- 一般病棟に入院する患者に対し、精神科医や専門性を有する多職種で連携し対応した場合、診療報酬上、**精神科リエゾンチーム加算**で評価している。

自殺対策

精神疾患診断治療初回加算

- 自殺企図患者には、身体治療に加え、精神的治療も必要であり、救命救急医と精神科医が連携することで、適切な治療を行うことができる。
- 救命救急入院料を算定する際、自殺企図等による重篤な患者で精神疾患を有するものに対して、精神科医が診断治療等を行った場合、診療報酬上、**精神疾患診断治療初回加算**で評価している。

救急患者精神科継続支援料

- 自殺企図の入院患者に対する支援を行った総合病院の専門職が、退院後も一定期間継続して指導することにより、再企図を予防する効果がある。
- 精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合、診療報酬上、**救急患者精神科継続支援料**で評価している。

②難治性精神疾患患者の専門的治療の体制整備

精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいですが、治療抵抗性統合失調症治療薬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ます。しかし、これらの治療を実施するためには、精神科医療機関と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制の構築が必要となります。

そのため、厚生労働省では、将来の一般制度化に向けた試行的事業として、平成26年度～29年度にかけて「難治性精神疾患地域連携体制整備事業」実施しました。以下に、当時の本事業実施要綱の概要と本事業を実施した県等の成果について示します。

図表 30：難治性精神疾患地域連携体制整備事業概要（モデル事業）

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

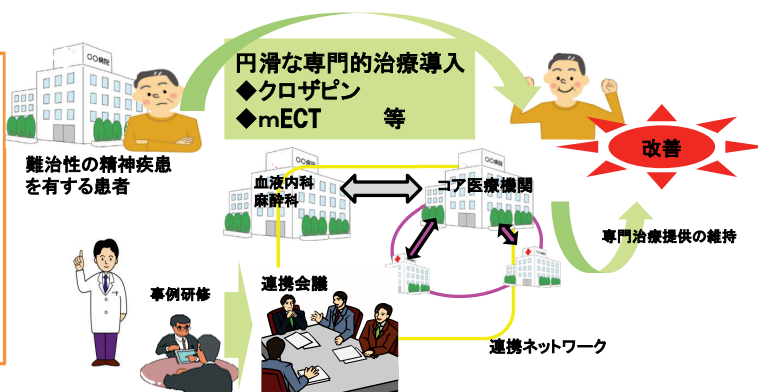
平成29年度予算：4,136千円（平成30年度：0千円）

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

図表 31：事業成果

兵庫県の取組（難治性精神疾患地域連携体制整備事業）

精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいが、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療により地域生活へ移行する例もあることから、これらの治療を実施するために、精神科病院と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制を構築する。

【実施体制・事業展開プロセス】

県立ひょうごこころの医療センター（精神科単科）及び神戸大学医学部付属病院（総合病院）の2病院をコア医療機関として事業を実施（両病院が連携してネットワークの中心となり活動）。

（3）コア医療機関の体制整備

コア医療機関において、ネットワーク内の医療機関との連絡調整等に必要な体制を整備する。

【取組内容】

（1）医療機関間の連携会議の開催

（ア）ネットワークの構築

入院中の難治性患者に対し、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的な治療により地域生活への移行の支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。

（イ）連携会議の開催

事業実施に対し連携会議（ネットワークを構成する全医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等をメンバーとする）を開催し、次の業務を行う。

- ・ネットワークの活動状況の把握
- ・支援内容に係る定期的なモニタリング（支援対象者の病状等の変化など）
- ・コア医療機関、精神科病院並びにその他医療機関との連携を図るとともに、必要に応じて行政機関や地域援助事業者等との連携を図る

（2）先行事例研修会

既にネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、連携のための体制整備等に係るアドバイスを受けるとともに、事業実施機関から、既にネットワークを構築している医療機関に職員を派遣し、連携に係る先行事例を学ぶ研修を実施する。

【成果】

（1）医療機関間の連携会議の開催

（ア）ネットワークの構築

コア機関2病院+精神科7病院でネットワークを構築。

（イ）連携会議の開催

H26～H29年度にかけて、下記内容について会議を開催。

（内容）クロザリルの運用と連携の現状、クロザピンの現状と課題、難治性精神疾患に対する治療の現状、クロザピンの投与症例報告、クロザピンの副作用と対応等。

（2）先行事例研修会

琉球病院及び岡山県精神科医療センターよりアドバイザーを招聘し、①クロザピン地域連携「沖縄モデル」への取り組み、②クロザピンの現状と課題についての研修会を実施。また、岡山県精神科医療センター及び大阪精神医療センターに職員を派遣し、クロザピン治療の実情やクロザピンに関する適用・基準・開始時期等に関する疑問事項、岡山県地域連携モデル等について学んだ。

（3）コア医療機関の体制整備

白血球減少症や無顆粒球症、糖尿病などの副作用が生じた場合の迅速な対応や治療抵抗性統合失調症の症状評価等について、ネットワーク構成医療機関と連携・対応した。

大阪府の取組み（難治性精神疾患地域連携体制整備事業）

【目的】精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいが、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門治療により、地域生活へ移行する例も少なくないとされており、これらの治療実施のため、精神科病院と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制を構築し、入院中の難治性患者の地域移行をすすめることを目的とする。

【実施主体】

大阪府が大阪府立精神医療センター（現：大阪精神医療センター）に委託して実施。

【取組内容】

1 医療機関間の連携会議の開催

（1）ネットワークの構築

入院中の患者に対し、治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的な治療により、地域生活への移行の支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。

（2）連携会議の開催

連携会議はネットワークを構成する医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等を構成員とし、月1回程度開催

- a ネットワークの活動状況の把握
- b 支援内容に係る定期的なモニタリング
- c 医療機関との連携を図り、必要に応じて行政機関や地域援助事業者等との連携

2 コア医療機関における体制整備

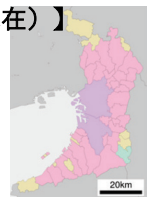
センターにおいて、ネットワーク内の医療機関との連携調整等に必要な体制を整備

3 先行事例研修会

既にネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、連携のための体制整備等に関するアドバイスを受ける。

【大阪府の基本情報（平成29年3月現在）】

人口	8,828,649	人
面積	1904.99	km ²
市町村の数	43	自治体
単科精神科病院の数	52	病院
うちクロザピン治療導入病院数	13	病院
精神科病床を有する総合病院の数	10	病院
うちクロザピン治療導入病院数	6	病院



【成果】

○ネットワークの構築

○連携会議の開催

クロザピンについてのアンケートを府内精神科病院に実施し、各病院の現状を把握。導入を検討している医療機関を訪問し取材・助言を実施。大阪府におけるクロザピン治療の普及方策について検討。

○先行事例研修会

他県から講師を招き、無顆粒症や白血球減少症に対してのマネジメントについての研修会を開催。

○コア医療機関における体制整備

	H26	H27	H28
連携医療機関等	7	7	8

◆大阪府における普及方策◆

新たに登録申請をする精神科病院が連携先協力病院を探しやすくなるよう、血液内科のある総合病院に協力依頼を実施。

岡山県の取組（難治性精神疾患地域連携体制整備事業）

精神病床に入院中の難治性患者に対して治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療を実施するために、精神科病院と他の医療機関とのネットワーク等、地域での支援体制を構築し、難治性患者の地域生活への移行を支援することを目的とする。

【実施体制】

県が、法人（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）に委託して実施。

【事業展開プロセス】

難治性患者の治療にいち早く取り組み、症例も多く、十分な経験を持つ医療スタッフが確保されている医療機関（岡山県精神科医療センター（以下、センター））をコア医療機関（ネットワークの中心となって調整等を行う血液内科、麻酔科等を有する医療機関）として実施。

【取組内容】

1 医療機関間の連携会議の開催

(1) ネットワークの構築

入院中の患者に対し、治療抵抗性統合失調症治療薬当の専門的な治療により地域生活への移行の支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。

(2) 連携会議の開催

連携会議は、ネットワークを構成する医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等を構成員とし、月1回程度開催し、次の業務を行う。

- ◇ネットワークの活動状況の把握
- ◇支援対象者の病状等の変化その他の支援内容に係る定期的なモニタリング
- ◇ネットワークを構成する医療機関との連携を図り、必要に応じて行政機関（保健所、市町村、福祉事務所等）、地域援助事業者等との連絡調整等に必要の体制を整備

2 先行事例研修会

- (1) アドバイザー招へい等による研修
既にネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招へいし、連携のための体制整備等に関するアドバイスを受ける。
- (2) 職員派遣による研修
事業実施機関から、既にネットワークを構築している医療機関に職員を派遣し、連携に係る先行事例を学ぶ研修を実施する。

3 コア医療機関の体制整備

コア医療機関において、ネットワーク内の医療機関との連絡調整等に必要の体制を整備する。

【成果】

(1) ネットワークの構築

連携医療機関等	H26	H27	H28	H29
精神科病院数	7カ所	10カ所	13カ所	14カ所
精神科診療所数	0カ所	0カ所	1カ所	2カ所
血液内科を有する医療機関数	1カ所	2カ所	2カ所	3カ所
麻酔科を有する医療機関数	3カ所	4カ所	4カ所	5カ所

(2) 連携会議の開催

◇実施初年度に県内の現状把握を兼ねた研修会を行い、2年目からクロザピン使用状況、症例検討、使用の課題、他科とのネットワークの構築等について研修を実施し連携体制を構築した。

(3) 先行事例研修会

◇クロザピンの副作用、mECTの施行状況等について研修を実施した。
◇初年度はセンターが研修に参加し、2年目以降はセンターがネットワーク構成医療機関に向け研修を実施した。

(4) コア医療機関の体制整備

◇血液内科との医療連携やクロザピン、電気痙攣療法等の実施をネットワーク構成医療機関と実施した。

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～

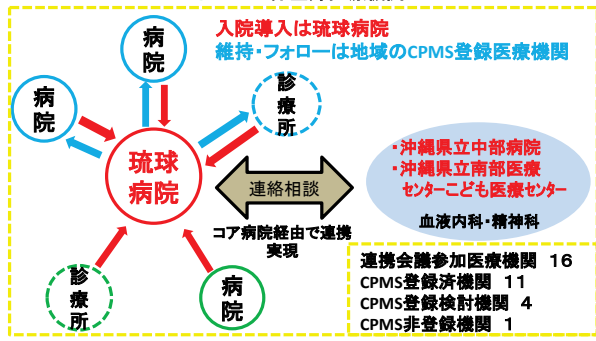
- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
- 入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報（平成28年6月現在）】

人口	1,432,875	人
面積	2,281	km ²
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	57.1	%
入院後1年時点の退院率	88.3	%
平均在院日数	260.7	日

【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



【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

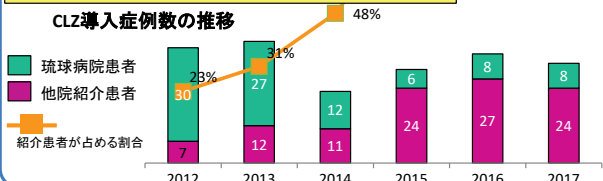
病床数	382	床
うち一般精神病床数	265	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	59.8	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	91.3	%
平均在院日数（一般精神病床）	188	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【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。



佐賀県の取り組み（難治性精神疾患地域連携体制整備事業） 平成28年度

○精神病床に入院中の難治性患者に対して治療抵抗性統合失調症治療薬などの専門治療を実施するために、精神科病院と他の医療機関のネットワーク等地域での支援体制を構築する。

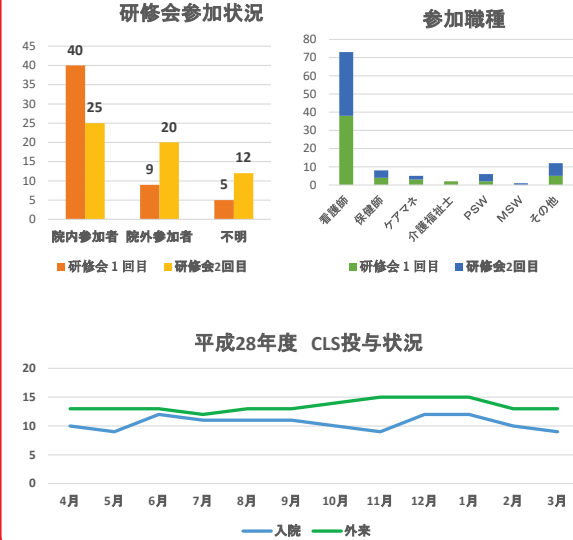
【佐賀県の基本情報（平成28年10月現在）】

人口	822,507	人
面積	2,440.68	km ²
市町村の数	20	自治体
単科精神科病院の数	19	病院
精神病床数	2718	床
ベッド利用率	89.0	%
平均在院日数	298	日

【取組内容】

- 医療機関の連携会議の開催
 - 入院治療の患者に対し治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的な治療により地域生活への移行支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。
 - 研修会の開催
 - 連携会議ネットワークを構成する医療機関に属する医師・看護師・精神福祉士等で開催。
 - 構成する医療機関との連携を図り、必要に応じて行政機関（保健所・市町村・福祉事務所等）、地域援助事業所などの連絡調整を行う。
- 事例研修会
 - ネットワークを構成する医療機関に属する医師・看護師・精神福祉士等で開催し情報交換を行う。

【成果】



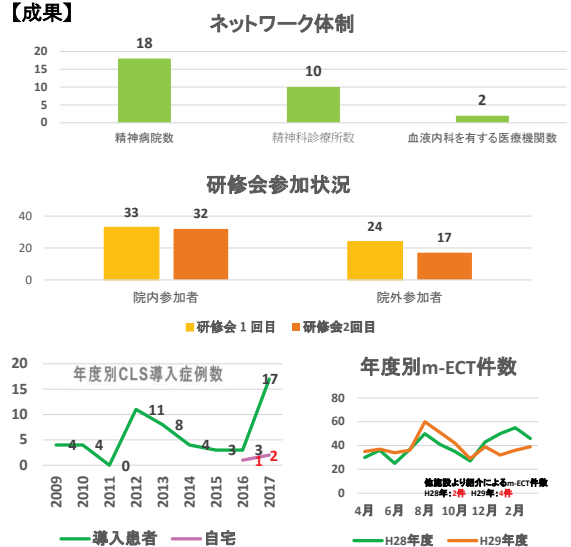
佐賀県の取り組み（難治性精神疾患地域連携体制整備事業） 平成29年度

○精神病床に入院中の難治性患者に対して治療抵抗性統合失調症治療薬などの専門治療を実施するために、精神科病院と他の医療機関のネットワーク等地域での支援体制を構築し、難治性患者の地域生活への移行を支援することを目的とする。

【取組内容】

- 医療機関の連携会議の開催
 - 入院治療の患者に対し治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的な治療により地域生活への移行支援を適正に実施するためのネットワークを構築する。
 - 連携会議・研修会の開催
 - 連携会議ネットワークを構成する医療機関に属する医師・看護師・精神福祉士等で開催。
 - ネットワークの活動状況把握
 - 構成する医療機関との連携を図り、必要に応じて行政機関（保健所・市町村・福祉事務所等）、地域援助事業所などの連絡調整を行う。
- 事例研修会
 - ネットワークを構成する医療機関に属する、医師・看護師・精神福祉士等で開催し情報交換を行う。
- コア医療機関の体制整備
 - コア医療機関においてネットワーク内の医療機関との連絡調整に必要な体制を整備するために顔の見える関係作りを行う。

【成果】



三重県の取り組み（難治性精神疾患地域連携ネットワーク事業）

難治性患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬等を用いた専門的な治療を促進し、地域生活移行を安全、適正、効果的に実施するため、三重県難治性精神疾患連携ネットワークを構成。

本地域連携ネットワークは、クロザピンによる薬物療法、m-ECT（修正型電気けいれん療法）を導入するコア医療機関並びにコア医療機関と連携する血液内科等を有する医療機関、そして維持医療機関（CPMS登録通院医療機関）で構成し、ネットワークに参加する医療機関の連携を円滑に行うことを目的としている。

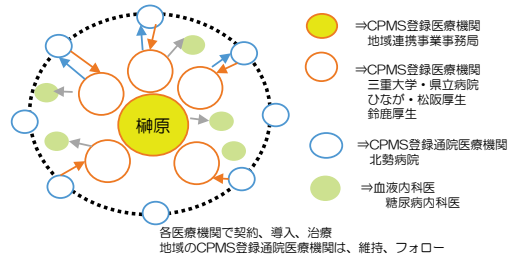
【コア医療機関の役割】

- 維持医療機関から紹介された対象患者を受け入れ、入院の上、安全、適正、効果的に投薬治療を行う。
- 維持医療機関において無顆粒球症などの副作用発生時には、コア医療機関が主導して連携する血液内科等を有する医療機関と連携し治療を行う。
- 維持医療機関と連携をとることにより、治療等において得られた知見などを維持医療と共有し、治療の円滑化、知識の普及及び技術の向上に努める。
- 治療にあたって連携する血液内科等を有する医療機関を確保し、地域連携ネットワークに必要な調整及び手続き等を行う。

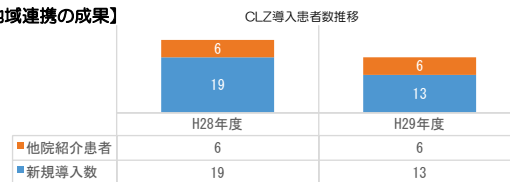
【実施内容】

- ①連携会議の開催
三重県難治性精神疾患地域連携会議による検討
- ②メーリングリスト活用による情報共有
コア医療機関及び維持医療機関はメーリングリストに登録を行い、情報共有を実施。月に1回、事務局より情報発信を行った。（2017年4月現在、メーリングリスト登録者数56名）
- ③研修会の実施
平成28年度より研修会を年2回開催。事例検討及びクロザピン使用の課題、連携事業におけるネットワーク構築について研修会を実施し、連携事業体制の強化を図った。

【地域連携ネットワーク体制】



【地域連携の成果】



※紹介入院患者数：CLZ導入を目的として、他院より神原病院に紹介されCLZを導入した患者数
新規導入数：神原病院に入院中又は通院中患者における新規CLZ導入患者数

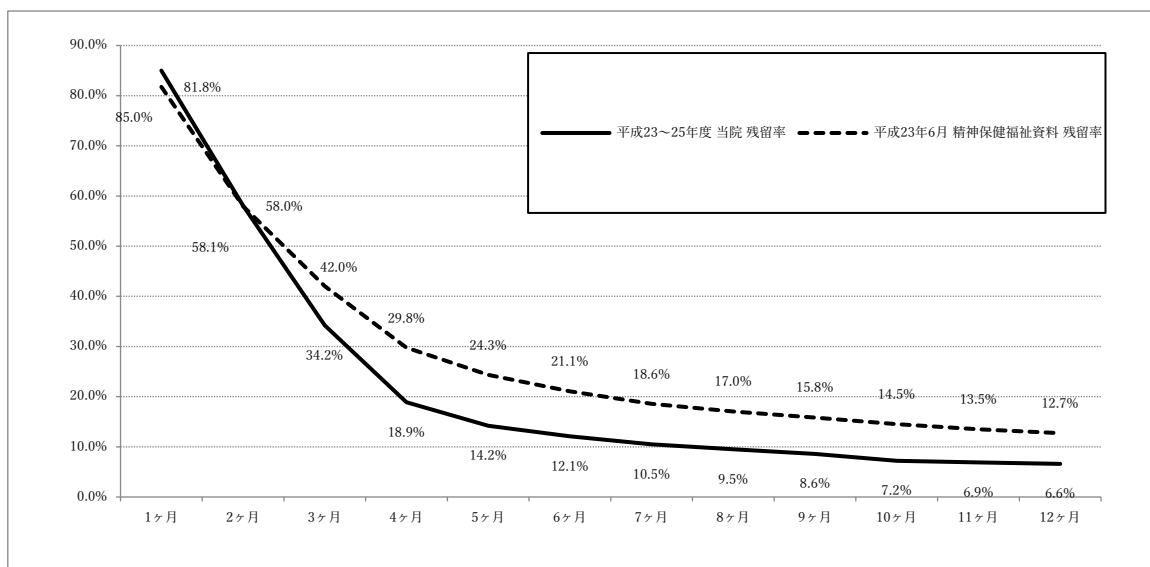
(7) 精神科救急医療と精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

本項目については、「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」(研究代表者：公益財団法人復康会沼津中央病院／日本精神科救急学会 杉山直也)においてとりまとめられたものを本手引き用にご提供いただいたものです。

精神疾患は、その特性により自他への健康上や社会的不利益が差し迫った多様な危機状況が生じます。地域生活を送る上では、いざという時、困った時に必要な支援が提供されなければなりません。必要な介入の内容等はどのような危機かによって異なり、医療的介入を行う資源、体制、実践を一般に精神科救急医療と呼んでいます。

急性期ケアへの医療資源の集中的な投入は、長期在院を抑止することが証明されています(図表 32)¹⁾。急性増悪等に即時・適切な介入を行うことは、機能低下の予防につながるものであり、精神障害者の地域での暮らしを支えるために、精神科救急医療は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて欠かせない必須のサービス資源です。

図表 32：残留曲線¹⁾ (高規格人員配置による入院期間短縮効果)



精神科救急医療体制整備事業は、他の一般的な医療と同様、平時の医療サービスでは危機状況への対応がしばしば不足するため、高次で集中的な医療資源が必要となる事態への対応や、夜間休日などの脆弱な医療体制を補完する体制整備等を目的に都道府県等において実施されています。圏域内の複数の医療機関同士が整備事業により連携し体制を構築しています。これが狭義の精神科救急医療体制です。

より広い意味では、急性期後のフォローアップやケアマネジメントのために、あらゆる領域との連携・協働によって体制が構築される必要があります。つまり、広義の精神科救急医療体制は地域包括ケアシステムとほぼ同じものとなります。

精神科救急医療体制は、技術的に高度な入院医療が可能な医療機関が軸となるものの、圏域における医療機関同士の連携によるケアの提供体制整備や、さらには医療外資源が連動した包括的なケアシステムということが可能です。

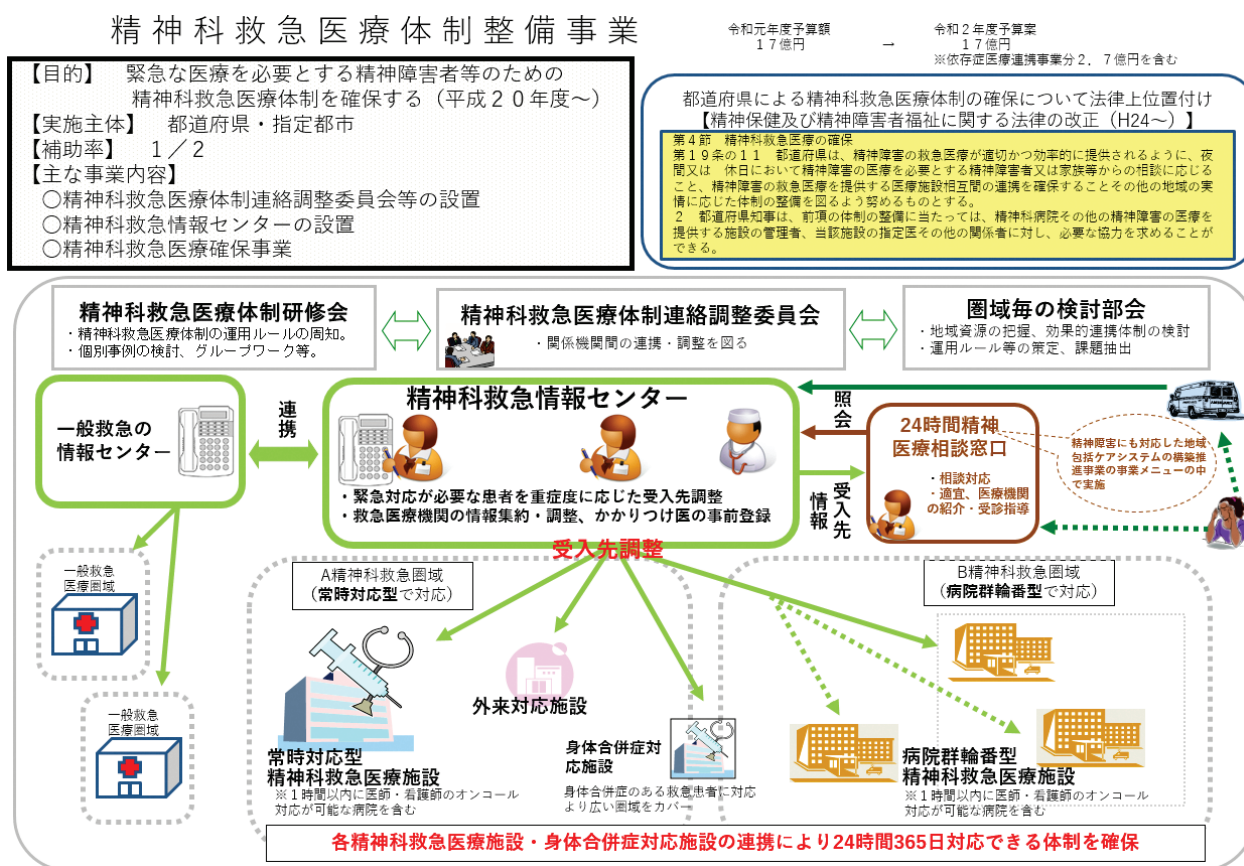
①精神科救急医療体制整備事業

本事業は、以下の構成要素によって実施されます。

図表 33：精神科救急事業一覧表（2017 年度）

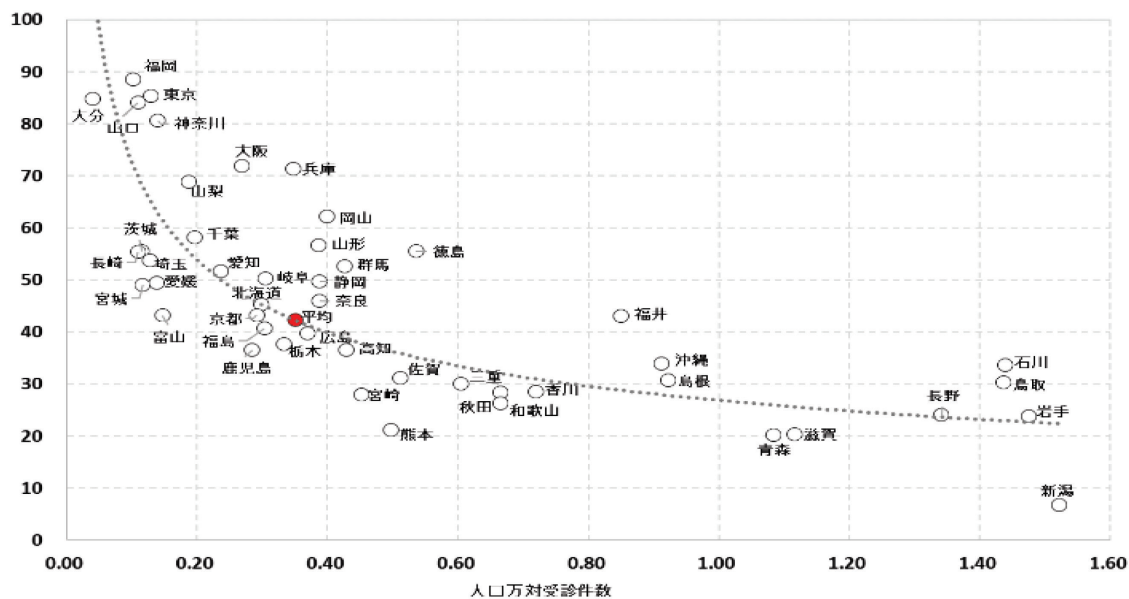
- (1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等
- (2) 精神科救急情報センター
- (3) 搬送体制
- (4) 精神科救急医療確保事業
- (5) 身体合併症救急医療確保事業

図表 34：精神科救急医療体制整備事業



厚生労働科学研究班の分析結果から、受診件数が多く受療行動が盛んな割に軽症者が多くを占め、入院率の低い特徴を有する都道府県から、受療行動が重症者に限られ、入院率の高い特徴の都道府県まで、連続的分布を示しています。しかし、一定人口に対する入院率はほぼ一定のため、精神保健指定医による時間外の危急な入院判断は、全国的にほぼ一定であることを示しています（図表 35）²⁾。

図表 35：精神科救急医療体制整備事業における都道府県別受療状況（2017年）²⁾



1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

整備事業では精神科救急医療体制連絡調整委員会等を開催し、都道府県や圏域の関係者による協議の場を必ず設け、精神科救急医療の連携体制について検討しています。

2) 受診前相談

精神科救急医療の最初のアクセスポイントを事業内に設けています。精神障害者等からの相談対応を精神医療相談窓口で、緊急対応が必要な精神障害者等を重症度に応じた受入先の調整等を精神科救急情報センターで行っています（電話相談窓口は令和2年度から「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」で実施）。

3) 医療確保事業

緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等医療の提供ができるように、本事業では、常時対応型施設と病院群輪番型施設、外来対応施設、身体合併症対応施設に分類し、自治体のそれぞれの地域の実情に応じた体制が整備されています。

4) 実績報告と均てん化

事業実績は、厚生労働科学研究で分析されています。2017年度の本事業の実績は精神科救急情報センターの相談件数が約6万件、医療相談窓口の相談件数が約12万件、夜間休日の受診件数が約4万件、入院件数は約2万件でした。都道府県毎の事業実績を以下に示します。

図表 36：都道府県毎の事業実績（2017 年度）

都道府県	受診前相談事業		受診件数(入院を含む)		入院件数		入院形式						医療施設分類				精神科救急医療施設分類				
	情報センター		精神医療 相談	総数	うち通院中	総数	うち通院中	緊急措置 入院	措置入院	応急入院	医療保護 入院	任意入院	その他	大学病院	総合病院	その他病院	診療所	常時対応型	輪番型	合併型	外来対応型
	総数	受診紹介																			
北海道		4320		1589		720		9	5	37	419	247	3		11	52			63	1	
青森県				1385	1385	281	158	1	6	0	166	108	0		5	17			22		
岩手県	271	90	2506	1851	1433	440	273			8	163	269	1			14		3	12	1	
宮城県	719	491	2030	271	91	133	40	0	53	0	62	18	0	1	1	25	5		27		5
秋田県				662	331	188	77	0	7	0	109	72	0		2	12			1	13	
山形県	206	19	0	425	223	241	114	4	19	11	154	53	0			11					
福島県	24	18		570	244	232	69	0	21	4	135	72	0		2	22				24	
茨城県	465	136		333	241	185	97	49	21	1	101	13	0			27			1	26	
栃木県	507	405	615	652	187	246	38	134	55	0	47	10	0			18			1	7	10
群馬県	59	99	0	835	349	440	142	86	12	3	252	87	0			15			1	14	
埼玉県	1999	276	7065	936	68	904	40	36	219	2	237	9	1	1	1	36	40	2	36		40
千葉県	3565	1106		1223	245	712	83	107	104	4	451	46	0		4	30		12	31	3	
東京都	12365	625	20017	1763		1506		891	0	2	576	37	0		3	37	46	4	36		46
神奈川県	1579	1280	14599	1158	1158	1012	87	145	538	8	297	24	0	3	5	43	5	6	45	3	5
新潟県	117	50	1448	3451		236		0	0	0	159	61	16		1	25			26		
富山県	3421	312	4029	195	155	67	32	0	0	0	51	16	0	1	5	19			25	1	
石川県	347	57	347	1651	1313	955	357	0	33	14	367	125	16	2	2	13		2	16		
福井県	884	524	1173	662	396	285	128	22	23	16	147	56	21		2	8			10	1	
山梨県	733	304	581	154	154	106	0	22	1	2	75	6	0			10			1	9	
長野県				2785				58	66	13	264	264	5		2	16			1	17	
岐阜県	393	168	321	612		308		11	0	11	193	93	0		1	13				14	
静岡県	1498	538	11522	1426	446	709	210	78	5	32	459	126	9		1	9		4	6	1	
愛知県	3947	1859	3947	1777	236	918	117	35	0	35	530	317	1		1	41			41		
三重県	858	858	1085	1087	147	327	53	40	3	4	206	73	1			12			12		
滋賀県	1227	26		1578	856	322	186	51	1	52	137	81	0	1	2	8		2	9		
京都府	7246	241	3314	758	446	328	111	37	17	29	209	36	0	2	1	12			1	14	
大阪府	2508	1680	15189	2375	20	1707	19	243	0	220	937	307	0		1	36			37	1	
兵庫県	6826		2952	1914		1367		25	2	47	446	144	703	2	2	32			1	35	
奈良県	1096	600		523	523	241	30	43	1	12	143	42	0	1		8			1	8	1
和歌山県	166	35		629	629	166	67	5	5	2	100	54	0			6			1	5	
鳥取県		7119		812	623	246	169	3	11	3	120	109	0	1		6				7	
島根県	464	64		632	417	194	106	3	24	3	85	77	2		3	9			4	8	
岡山県	522	522	4105	761	761	474	238	6	15	28	272	153	0			12			1	11	
広島県	1394	154	1394	1045	377	416	178	0	55	10	249	102	0			5			1	4	
山口県	266	191	1496	151		127				17	0	89	21		1	30			1	30	
徳島県	109	84		398	113	221	25	1	1	15	83	94	27		1	14				14	1
香川県	19	15	663	696	696	199	43	0	5	5	63	60	66		1	11			1	11	1
愛媛県	283	101		188	113	93	35	0	2	0	66	24	1			7				7	
高知県				306	83	112	29	0	13	6	71	22	0			7				7	
福岡県	2094	784	14724	518	26	459	23	169	11	17	224	38	0	1		76				77	
佐賀県	284	47	192	421	421	131	69			11	3	80	37			15			1	15	
長崎県	1509	205		148	79	82	28	0	32	0	35	15	0		2	32			1	34	
熊本県	844	844	1447	878	245	185	30	0	0	1	121	64	0		1	43				43	1
大分県	566			46	16	39	14	27	3	0	8	1	0			20				20	
宮崎県	188	44		492	186	138	40	9	4	4	64	57	0	1	1	19				19	2
鹿児島県	95	66	769	462	129	169	31	0	1	1	71	96	0			40				40	
沖縄県	3322	511	3322	1316	415	446	114	2	18	10	220	196	0		2	18				20	
合計	64985	26788	120952	44460	15976	18884	3700	2352	1440	675	9513	4032	872	19	66	991	96	55	1018	18	106

全国の医療資源等の違いにより、事業の在り方は様々です。これらを均てん化するため、先述の手引きの活用や、厚生科学研究による全国担当者会議が有効と考えられます。

図表 37：都道府県・指定都市 精神科救急医療体制情報（2017 年度）

精神科救急圏域数 151

病院区分	実数	施設類型(全圏域)			
		病院群輪番型(実数)	常時対応型(実数)	外来対応施設(実数)	身体合併症型(実数)
A	24	15	8	0	3
B	68	61	6	0	7
C	991	950	39	10	0
D	96	0	0	96	0
合計	1,179	1,026	53	106	10

※ 病院区分…A: 大学附属病院、B: 総合病院(内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(医師16:1看護職員3:1、薬剤師70:1))、C: AB以外の病院、D: 診療所

※ 1つの医療機関で2つの施設類型を兼ねている((別)病院群輪番型+身体合併症型)ことがあるため、病院区分実数の合計と施設類型の合計数は必ずしも一致しない。

※ 精神科救急入院料について

精神科救急医療を行う医療機関に規定はありませんが、医療とは一般に人的資源・医療資源を最大投入するほうが良質であると考えられます。しかし、従来精神科医療の領域では、技術的優位性を根拠に高度の診療体制に相当額の報酬を与える仕組みが存在しなかった³⁾ため、2002年の診療報酬において精神科救急入院料が新設され、全国で160ユニットを数えるまで増加しています。

②身体合併症対応

身体合併症対応については、本事業における精神科救急医療体制連絡調整委員会等の協議の場で、圏域内の精神科の医療機関と一般科の医療機関がそれぞれの診療機能に応じて連携体制をあらかじめ合議し、対応の手順を決めておくことが重要で、行政と医療機関が協力する連携モデルの構築を進めていく必要があります。

また、精神科救急と一般救急の医療連携体制を強化するための教育プログラム（日本臨床救急医学会によるPEECコース等）も始まっており、病院前救護を行う救急隊にも同様のプログラムが開発されつつあります。

<参考>

関連法令等

1. 精神保健福祉法 第4章 第4節 精神科救急医療の確保（第19条の11）

精神科救急医療の確保は、平成24年の精神保健福祉法一部改定において、初めて法の条文内に「精神障害の救急医療」との表現を用いて明記されました。

都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又はその第三十三条第二項に規定する家族等その他の関係者からの相談に応ずること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる

2. 精神科救急医療体制整備事業に関する指針（障精発 0330 第2号平成24年3月30日）

平成24年の法改正に先立ち、平成23年に精神科救急医療体制に関する検討会が開催され、その内容は指針として取りまとめられました。

本事業の主軸である救急医療体制確保や、精神科救急医療体制を支える初期救急医療の確保に加え、身体合併症の受け入れ体制の確保が焦点的に検討され、連携モデルが示されるとともに、その構築のための地域内での調整が重視されました。指標を用いた体制評価の必要性が明記され、その考え方はその後の「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」にも引き継がれています。

- 第1 精神科初期救急医療体制
- 第2 入院を要する精神科患者への救急医療体制
- 第3 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保
- 第4 精神科救急医療に関する評価

3. 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（平成26年4月1日）
 保護者制度を廃止した平成26年の法改正では、法第41条に定められた指針が発表され、精神科救急医療体制の整備が強調されています。

- 第二 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
- 四 精神科救急医療体制の整備
 - 1 二十四時間三百六十五日対応できる医療体制の確保
 - 2 身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保
 - 3 評価指標の導入

○精神科救急医療体制を整備するための手引き（平成29年3月16日）

平成28年度障害者総合福祉推進事業（指定課題21）「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」（受託：公益社団法人日本精神科病院協会）は、大規模な全国調査を複数展開し、法や指針などの法令をふまえ、成果物として「精神科救急医療体制を整備するための手引き」および「評価および整備のための基準」を発表しました。以下に示す項目について実態と推奨される要求水準を提示した均霑化のためのツールです。

-
- | | |
|----------------|--------------------|
| 0. 目的と役割 | 6.精神科救急医療体制連絡調整委員会 |
| 1. 実施要綱 | 7.受診前相談 |
| 2. 基本的な考え方について | 8.搬送体制 |
| 3. 体制 | 9.精神科救急医療の確保 |
| 4. 圏域 | 10.身体合併症 |
| 5. 運用時間帯 | |
-

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」では、精神科救急医療について以下の基本的な考え方を示し、各自治体が定める要綱への明記を求めています。

①精神科救急医療体制の整備については、自治体の取組として、法 19 条に「体制の整備を図るよう努めるものとする。」と表現されており、行政責任において、これに努める必要がある。

②精神科医療とは、その全体像が多様な個別ニーズに corres 応することを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのために精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するという考えが基本となる。したがって、精神科救急医療の最も基本的な理念のひとつは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかで万一危機状況に陥った場合に即応できる専門対応リソース（医療資源）として明確に位置づけることである。また、精神科救急医療体制には、救急医療の本質として空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。以上より、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域全体を公平にカバーし、他のケアシステムやサービス、さらには医療外資源とも連動して、あらゆる危機状況に敏感なリソースでなければならない。

③整備への努力の一環として、利用者が権利や尊厳を回復してくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となり、これを目指さねばならない。

参考文献

- 1.杉山直也，野田寿恵，澤野文彦：精神科新規入院者における入院長期化のリスク要因～精神科救急入院患者レジストリを用いた分析～. 精神医学 58(3), 235-244, 2016)
- 2.平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究（H29-精神-一般-002）（研究代表者 杉山直也）報告書
- 3.計見一雄：精神科救急医療ガイドライン 2003 年 9 月 9 日版（初版）「まえがき」

(8) 外来・デイケア・訪問診療・訪問看護

病院及び診療所における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し、精神障害者が地域で生活するうえでも外来・デイケア等で適切な医療を受け続けることのできる体制が構築されることが期待されます。

また、生活能力等の向上に向けた専門的かつ効果的なりハビリテーションを、外来・デイケア等で行うことのできる体制の確保が求められています。

適切な医療につながる、つながり続けることは、精神障害者が安心して地域生活を継続するうえで大変重要なポイントです。そのためには、受療が必要であるにもかかわらず治療を中断している者、長期間入院した後に退院したが病状が不安定である者等が地域で生活するために必要な医療へのアクセスを確保するため、病院及び診療所においてアウトリーチ体制の整備を進めていくことが大切になります。これらを踏まえ、居宅等における医療サービスの在り方を考えると、通院が困難な精神障害者等に対する往診や訪問診療の充実を推進する必要があることがわかります。

同時に、精神科訪問看護による地域生活支援を強化するため、病院、診療所及び訪問看護ステーションにおいては、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による連携を図るとともに、その他の保健・医療サービス及び福祉サービスを担う職種の者との連携促進が求められます。

3 障害福祉サービス等事業

(1) 障害者総合支援法の概要

我が国の障害福祉は、戦後に制定された福祉三法（生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法）にはじまり、1970年の心身障害者対策基本法、1981年の国際障害者年、1983年から始まる国連・障害者の10年などを経て、行政による措置行為として展開されてきました。

大きな転換を迎えたのは2003年です。ノーマライゼーションの理念に基づいて「支援費制度」が導入されます。これにより、従来の措置から障害者本人の自己決定に基づくサービス利用へと、制度が変化をしていきました。しかしながら、身体、知的、精神の障害種別ごとにサービスが縦割りで提供されており、使いづらくみであること。加えて、精神障害者は支援費制度の対象外であるなど、様々な課題がありました。

そして「利用者本位のサービス体制」、「サービス提供主体の一元化」、「支給決定手続きの明確化」、「就労支援の強化」、「安定的な財源の確保」を目的に、2005年に「障害者自立支援法」が公布されます。

その後、2006年に国連総会において採択された「障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）」に、我が国は2014年に批准します。これに合わせて、自立支援法をはじめ、障害福祉を取り巻く様々な法整備が行われました。

2013年4月より、従前の「障害者自立支援法」を引き継ぐ形で「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下「障害者総合支援法」という。）が施行されました。障害者総合支援法は、障害者基本法の目的や基本原則を理念として規定され、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービス等の充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律です（図表38）。

図表 38：障害者総合支援法の概要

(平成24年6月20日 成立・同年6月27日 公布)	
1. 趣旨 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。	
2. 概要 1. 題名 「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」とする。 2. 基本理念 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。 3. 障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。） 「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。 4. 障害支援区分の創設 「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。 ※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮を行う。	5. 障害者に対する支援 ① 重度訪問介護の対象拡大 ② 共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化 ③ 地域移行支援の対象拡大 ④ 地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等） 6. サービス基盤の計画的整備 ① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 ② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化 ③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化 ④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化
3. 施行期日 平成25年4月1日（ただし、4.及び5.①～③については、平成26年4月1日）	
4. 検討規定（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討） ① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方 ② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方 ③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方 ④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方 ⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方	

(2) 障害者総合支援法の改正

障害者総合支援法は平成 25 年度に施行された後、改正を重ね、現在の制度設計へと変化を遂げてきました。

平成 30 年度施行の改正障害者総合支援法（平成 28 年 5 月成立）では、障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行うことを目的とした改正が行われました。

それを踏まえ、令和 3 年度から施行される障害福祉サービス等報酬改定が、以下の基本的な考え方に基づき行われました（図表 39）。

図表 39：令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容

<p>○ 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、相談支援の質の向上、効果的な就労支援、医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進、感染症等への対応力の強化などの課題に対応</p> <p>○ 令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定の改定率：+0.56% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 +0.05%（令和 3 年 9 月末までの間）</p>	
<p>1 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し等</p> <p>(1) グループホームにおける重度化・高齢化に対応するための報酬の見直し ・強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者に対する支援の評価等</p> <p>(2) 自立生活援助の整備を促進するための報酬・人員基準等の見直し</p> <p>(3) 地域生活支援拠点等の整備の促進・機能の充実を図るための加算の創設</p> <p>(4) 生活介護等における重度障害者への支援の評価の見直し ・重度障害者支援加算の算定期間の延長及び単位数の見直し等</p> <p>(5) 質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し ・基本報酬の充実・従来評価されていなかった相談支援業務の評価等</p>	<p>4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立生活援助における夜間の緊急対応・電話相談の評価 ・地域移行支援における地域移行実績の更なる評価 ・精神障害者の可能な限り早期の地域移行支援の評価 ・精神保健医療と福祉の連携の促進 ・居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進 ・ピアサポートの専門性の評価
<p>2 効果的な就労支援や障害児者のニーズを踏まえたきめ細かな対応</p> <p>(1) 就労移行支援・就労定着支援の質の向上に資する報酬等の見直し ・一般就労への移行の更なる評価等・定着実績を踏まえたきめ細かな評価等</p> <p>(2) 就労継続支援 A 型の基本報酬等の見直し（スコア方式の導入）</p> <p>(3) 就労継続支援 B 型の基本報酬等の見直し（報酬体系の類型化）</p> <p>(4) 医療型短期入所における受入体制の強化 ・基本報酬の充実・医療的ケアを必要とする障害児を利用対象者に位置付け</p>	<p>5 感染症や災害への対応力の強化</p> <p>(1) 日頃からの感染症対策の強化や業務継続に向けた取組の推進 ・感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組の徹底（委員会開催、指針の整備、訓練の実施） ・業務継続に向けた取組の強化（業務継続計画の策定・研修及び訓練の実施） ・地域と連携した災害対応の強化（訓練に当たっての地域住民との連携）</p> <p>(2) 支援の継続を見据えた障害福祉現場における ICT の活用 ・運営基準や報酬算定上必要となる会議等について、テレビ電話等を用いた対応を可能とする。</p>
<p>3 医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進</p> <p>(1) 医療的ケアが必要な障害児に対する支援の充実 ・新判定スコアを用いた基本報酬の創設・看護職員加配加算の算定要件の見直し</p> <p>(2) 放課後等デイサービスの報酬体系等の見直し ・基本報酬区分の見直し・より手厚い支援を評価する加算の創設（(3)も同様）</p> <p>(3) 児童発達支援の報酬等の見直し</p> <p>(4) 障害児入所施設における報酬・人員基準等の見直し ・人員配置基準の見直し・ソーシャルワーカーの配置に対する評価</p>	<p>6 障害福祉サービス等の持続可能性の確保と適切なサービス提供を行うための報酬等の見直し</p> <p>(1) 医療連携体制加算の見直し ・医療的ケア等の看護の濃度を考慮した加算額の設定</p> <p>(2) 障害者虐待防止の更なる推進、身体拘束等の適正化の推進 ・虐待防止委員会の設置・身体拘束等の適正化のための指針の整備</p> <p>(3) 福祉・介護職員等特定処遇改善加算等の見直し ・より柔軟な配分ルールへ見直しによる加算の取得促進 ・処遇改善加算(IV)及び(V)等の廃止・加算率の見直し</p> <p>(4) 業務効率化のための ICT の活用（再掲）</p> <p>(5) その他経過措置の取扱い等 ・食事提供体制加算の経過措置の延長 ・送迎加算の継続（就労継続支援 A 型、放課後等デイサービス）</p>

このなかで謳われている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進」においては、精神障害者等が地域社会の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、障害福祉サービス等報酬において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取組として、次の 6 つの取組を評価することが明記されました。

○自立生活援助における夜間の緊急対応・電話相談の評価

…業務を適切に評価する観点から、特に業務負担が大きい深夜帯における緊急対応や電話相談を評価する加算を創設

○地域移行実績の更なる評価

…平成 30 年度報酬改定で新たに設定した地域移行支援サービス費（前年度に 1 人以上の地域移行があった事業所に対する報酬）を強化し、更なる取組の推進を図るため、前年度に 3 人以上の地域移行実績を有する事業所を更に評価

○精神障害者の可能な限り早期の地域移行支援の評価

…入院中の精神障害者に対する可能な限り早期の地域移行支援を推進する観点から、入院後 1 年未満に退院する場合について、退院・退所月加算による評価に加え、更に加算で評価

○精神保健医療と福祉の連携の促進

…精神保健医療と福祉の情報連携の更なる推進を図る観点から、あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を精神科病院等に対して情報提供することを評価する加算を創設

○居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進

…障害者の居住先の確保及び居住支援を充実する観点から、地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者が住宅確保要配慮者居住支援法人（居住支援法人）又は住宅確保要配慮者居住支援協議会（居住支援協議会）との連携体制を構築し、月に 1 回以上、情報連携を図る場を設け、情報共有することを評価する加算を創設

○ピアサポートの専門性の評価

…ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で、加算により評価

図表 40：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

○ 精神障害者等が地域社会の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、当該ケアシステムの構築に資する取組を評価する。

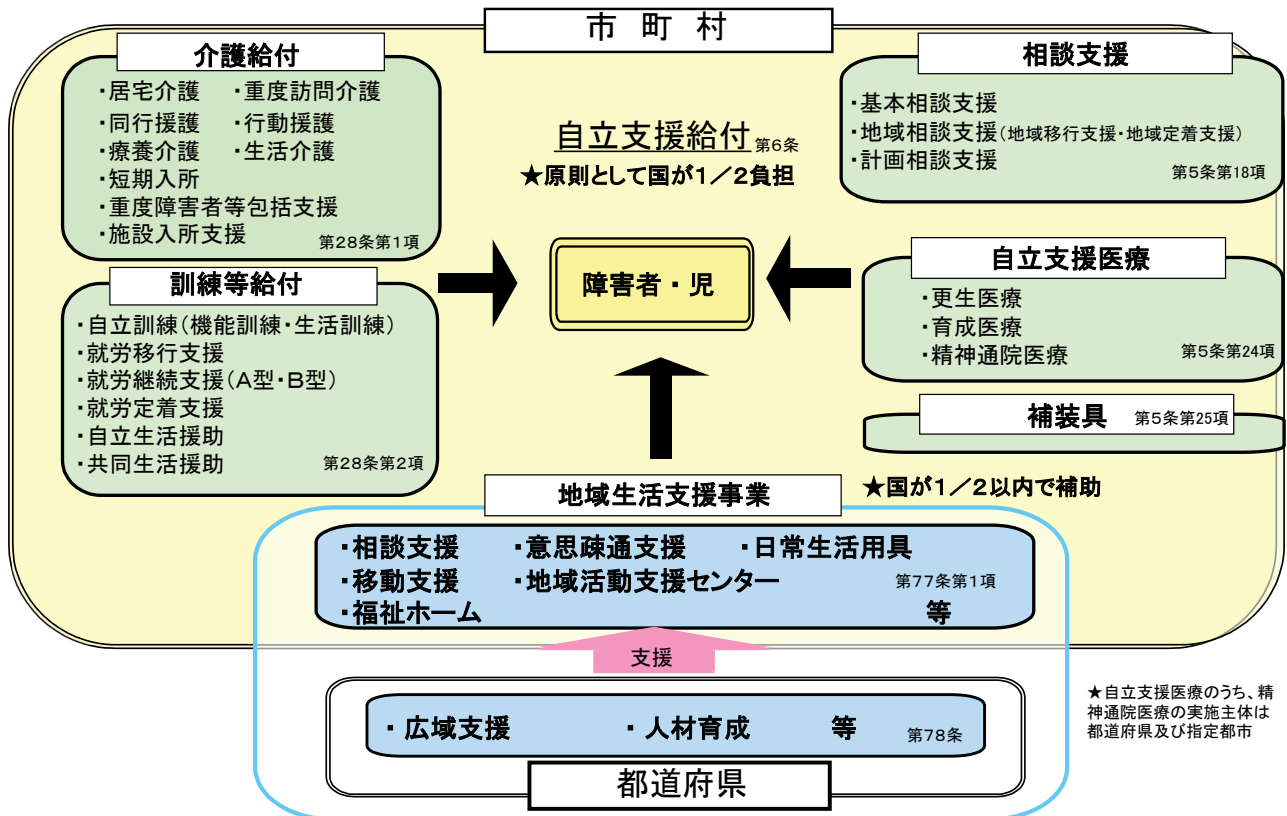
<p>夜間の緊急対応・電話相談の評価</p> <p>○ 自立生活援助事業者が緊急時において、利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等又は電話による相談援助を行った場合を評価。</p> <p>利用者の居宅等への訪問や一時的な滞在による支援の場合 (新) イ 緊急時支援加算 (I) 711単位/日</p> <p>電話による相談支援を行った場合 (新) ロ 緊急時支援加算 (II) 94単位/日</p>	<p>地域移行実績の更なる評価</p> <p>○ 障害者の地域移行を更に促進するため、地域移行支援事業者における地域移行実績や専門職の配置、病院等との緊密な連携を評価した新たな基本報酬を設定。</p> <p>地域移行支援サービス費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>現行</th> <th>改定後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(I)</td> <td>3,059単位/月</td> <td>(新)3,504単位/月</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> <td>2,347単位/月</td> <td>3,062単位/月</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> <td></td> <td>2,349単位/月</td> </tr> </tbody> </table> <p>(※)地域移行支援サービス費 (I) は前年度に 3人以上の地域移行の実績を有すること等の要件を満たすこと。</p>		現行	改定後	(I)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月	(II)	2,347単位/月	3,062単位/月	(III)		2,349単位/月	<p>可能な限り早期の地域移行支援</p> <p>○ 可能な限り早期の地域移行支援を推進するため、入院後 1 年未満で退院する場合に退院・退所月加算による評価に加え、更に加算で評価。</p> <p>(見直し後) 退院・退所月加算 2,700単位/月 (1年未満で退院する場合) +500単位/月</p>
	現行	改定後												
(I)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月												
(II)	2,347単位/月	3,062単位/月												
(III)		2,349単位/月												
<p>精神保健医療と福祉の連携の促進</p> <p>○ あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供することを評価。</p> <p>(新) 日常生活支援情報提供加算 100単位/回 (月に 1 回を限度)</p>	<p>居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進</p> <p>○ 地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者と居住支援法人・居住支援協議会との連携体制を評価。</p> <p>(新) 居住支援連携体制加算 35単位/月</p> <p>○ 住居の確保及び居住支援に係る課題を報告する等の居住支援体制強化の取組を評価。</p> <p>(新) 地域居住支援体制強化推進加算 500単位/回 (月に 1 回を限度)</p>	<p>ピアサポートの専門性の評価</p> <p>○ ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、研修等の一定の要件を設けた上で評価。</p> <p>(新) ピアサポート体制加算 100単位/月</p> <p>(※1) 計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援で算定可能。 (※2) 就労継続支援B型についても、基本報酬の類型化に伴い、就労支援の実施に当たっての7割の活躍を別途評価。 (※3) 身体障害、知的障害においても同様に評価。</p> <p>経験者としての視点で、リカバリ体験を活かした助言や共に行動をする支援</p>												

(3) 障害者総合支援法の給付・事業の体系

障害者総合支援法の給付・事業は、「自立支援給付」と「地域生活支援事業」で構成されています。

「自立支援給付」は、介護給付や訓練等給付、相談支援、自立支援医療、補装具などで構成されており、「地域生活支援事業」は市町村地域生活支援事業と都道府県地域生活支援事業から構成されています（図表 41）。

図表 41：障害者総合支援法の給付・事業



障害者福祉サービスを利用するうえでの支給決定、サービス利用のプロセスは以下の通りです（図表 42、43）。

図表 42：支給決定プロセスについて

サービス等利用計画については、平成27年度からは市町村が支給決定を行うに際し、全ての利用者を対象とする。

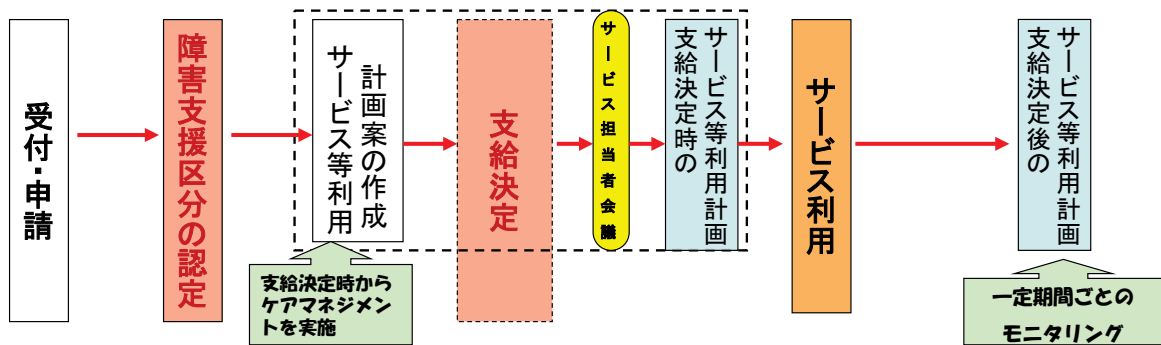
市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め、これを勧案して支給決定を行う。

- * 上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案（セルフプラン）を提出可。
- * サービス等利用計画作成対象者を拡大する。

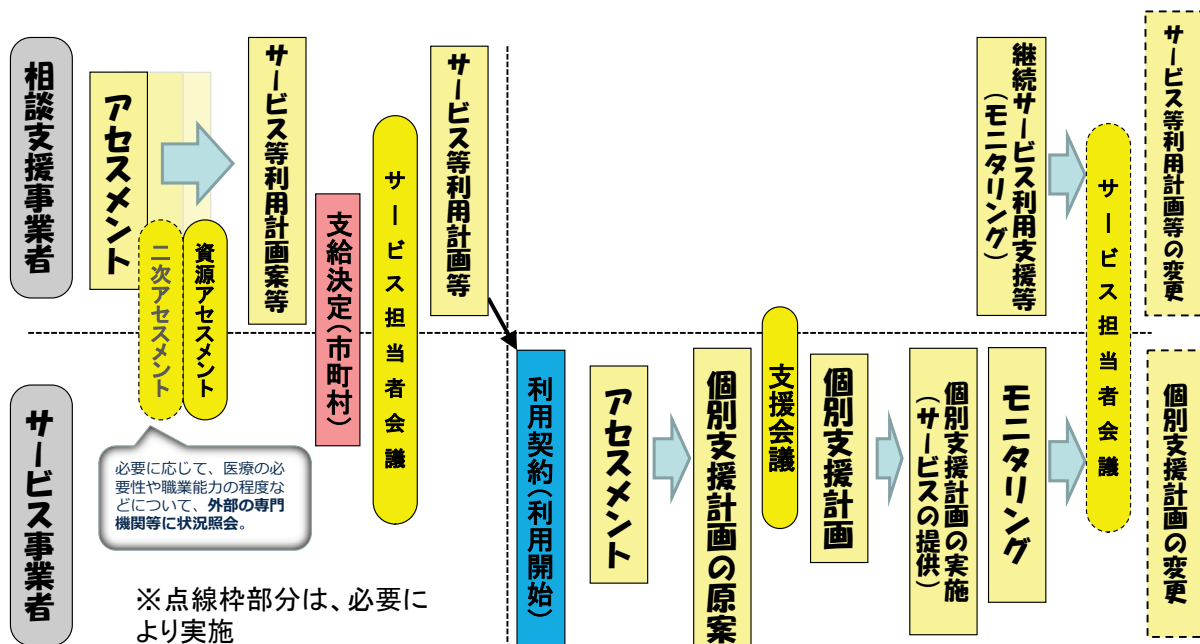
支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）について、計画相談支援給付費を支給する。

障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画（障害者のサービス等利用計画に相当）を作成する。

- * 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。（障害児に係る計画は、同一事業者が一体的（通所・居宅）に作成）



図表 43：指定特定相談支援事業者（計画作成担当）及び障害児相談支援事業者と障害福祉サービス等事業者の関係



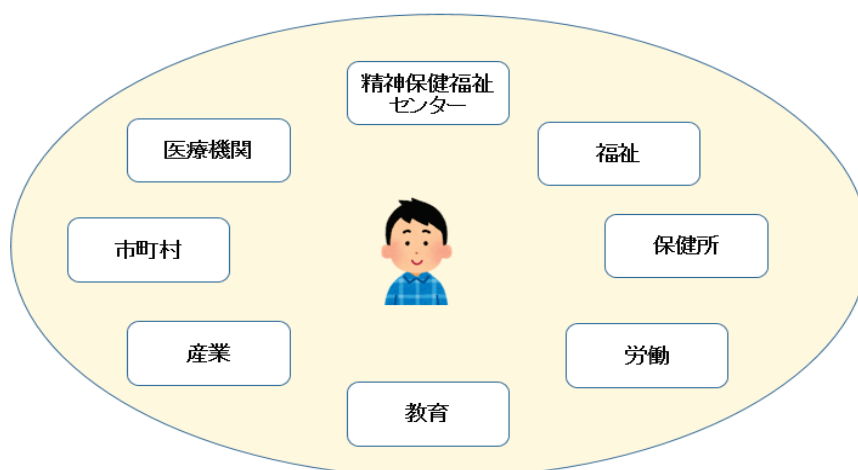
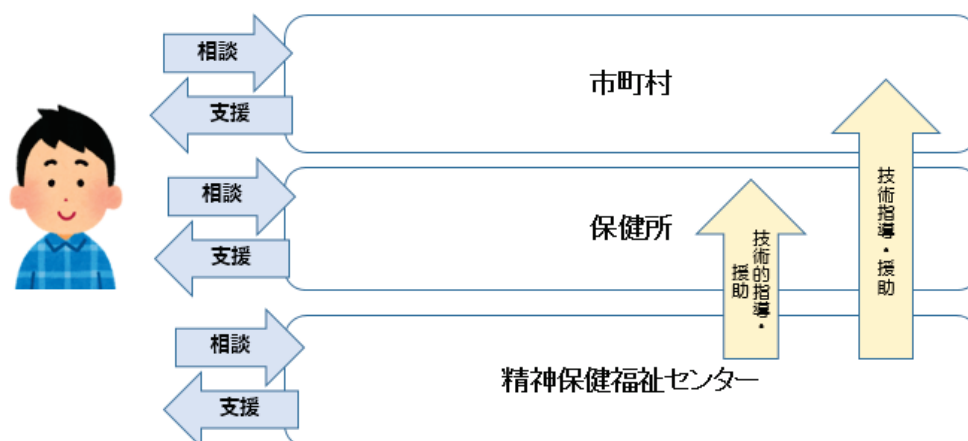
4 精神保健福祉センターの活動

精神保健福祉センター(以下「センター」という。)は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第6条に規定された機関であり、都道府県・指定都市(全国69センター)に設けられています。

センターの業務としては、①知識の普及 ②調査研究 ③複雑困難な相談指導 ④精神医療審査会事務局 ⑤精神障害者保健福祉手帳の交付の際の判定 ⑥通院医療費の公費負担の判定 ⑦障害者総合支援法の規定により市町村に対する協力その他必要な援助を行うこととされています。

また、「精神保健福祉センター運営要領について」においては、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならないとされ、予防、適切な医療の推進、自立と社会経済活動への参加促進のための援助に至るまで、広範囲にわたる目標が掲げられています。そのため、センターにおいては、保健所及び市町村が行う精神保健福祉活動が効果的に展開されるよう、技術的指導・援助を行うことや、医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係機関との緊密な連携を図ることが求められています。(図表 44)

図表 44：精神保健福祉センターの活動のイメージ



5 地域生活支援事業等

地域生活支援事業等については、各都道府県知事、指定都市市長、中核市市長に対して、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長が通知した「地域生活支援事業等の実施について」（平成18年8月1日付障発第0801002号）により実施されているところです。

そのなかのひとつである地域生活支援事業については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第4条第1項に規定する障害者及び同条第2項に規定する障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を計画的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的として、「地域生活支援事業実施要綱」を定め、平成18年10月1日から運用されています（図表45）。

図表45：地域生活支援事業等について

	令和元年度予算額 495億円	➡	令和2年度予算額 505億円
概要	障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、 地域の特性や利用者の状況に応じ、実施主体である市町村等が柔軟な形態により事業を計画的に実施。		
令和2年度予算額	地域生活支援事業費等補助金 505億円 （令和元年度予算額 495億円） ○地域生活支援事業 451億円（441億円） ○地域生活支援促進事業 55億円（54億円）		
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域生活支援事業（障害者総合支援法第77条・第77条の2・第78条） <ul style="list-style-type: none"> (1) 事業の実施主体である市町村等が、地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟に実施することにより、効果的・効率的な事業実施が可能である事業 <ul style="list-style-type: none"> 【地域の特性】 地理的条件や社会資源の状況 【柔軟な形態】 ① 委託契約・広域連合等の活用 ② 突発的なニーズに臨機応変に対応可能 ③ 個別給付では対応できない複数の利用者に対応可能 (2) 地方分権の観点から、地方が自主的に取り組む事業（事業の実施内容は地方が決定） (3) 生活ニーズに応じて個別給付と組み合わせて利用することも可能。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助率 ※統合補助金 市町村事業：国1/2以内・都道府県1/4以内で補助、都道府県事業：国1/2以内で補助 ○ 地域生活支援促進事業（平成29年度に創設） 発達障害者支援、障害者虐待防止対策、障害者就労支援、障害者の芸術文化活動の促進等、国として促進すべき事業について、特別枠に位置づけ、5割又は定額の補助を確保し、質の高い事業実施を図る。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助率 国1/2又は定額（10/10相当） 		

また、もう一方の地域生活支援促進事業については、障害者等が日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域生活支援事業実施要綱で定める事業に加え、政策的な課題に対応する事業を計画的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的として、「地域生活支援促進事業実施要綱」を定め、平成29年4月1日から運用されています。

これらの地域生活支援事業等は、数多くの事業メニューから構成されており、地域生活支援事業は都道府県や市町村の必須事業に位置づけられている事業と都道府県や市町村が各地域の実情に応じて実施することができる任意事業に分かれており（地域生活支援促進事業については任意事業。）、現在、精神障害者に特化した事業としては4つ（①精神障害者地域生活支援広域調整等事業、②精神障害関係従事者養成研修事業、③精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業、④精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業）が用意されています。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるためには、これらの地域生活支援事業等を有効に活用いただくことが重要と考えられます。以下に各事業の概要等を示しますが、事業内容については、年度毎に見直しを行う場合が多いので、各事業を実施するにあたっては、最新の実施要綱等を確認する必要があります。

【地域生活支援事業】

①精神障害者地域生活支援広域調整等事業（都道府県必須事業）

精神障害者が自立した日常生活及び社会生活を営むために必要な広域調整、専門性が高い相談支援を目的としており、本事業の実施主体は都道府県、指定都市、保健所設置市及び特別区となります。

ア 事業の概要

（ア）地域生活支援広域調整会議等事業

各関係機関が広域的な調整のもと連携できる体制を地域において構築し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に資する取組を推進することを目的とします。

<事業メニュー>

○アウトリーチ事業評価検討委員会

事業の実施に際し、保健・医療・福祉に携わる関係者、当事者、家族等から構成するアウトリーチ事業評価検討委員会を設置するとともに、3カ月に1回以上開催し、アウトリーチチームの活動状況の把握等を行います。

○精神障害者地域移行・地域定着推進協議会

設定した実施圏域における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるにあたっての調整業務を行うため、都道府県、市町村、精神科医療機関、その他の医療機関、障害福祉サービス等事業所等、ピアサポーター等で構成する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置します。（既存の協議会を活用することでも構わないこととなっています。）

(イ) 地域移行・地域生活支援事業

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した生活を送ることができるよう支援を推進するとともに、ひきこもり等の精神障害者に対して、アウトリーチ（多職種による訪問支援）を円滑に実施する等、専門的な支援の推進を目的とします。

<事業メニュー>

○アウトリーチ事業

・アウトリーチチーム体制の整備

「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づく、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている医療機関（以下「届出医療機関」という。）に委託して事業を実施する場合を除き、精神障害者の地域生活を定着させるために、支援対象者の状態に応じた必要な支援が適切に提供される体制として、保健・医療スタッフと福祉スタッフ等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備します。

・支援対象者

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、認知症による周辺症状（BPSD）がある者及びその疑いのある者で精神疾患が疑われる未受診者、ひきこもりの精神障害者（疑い例含む）のほか、保健所等の行政機関を含めて検討した結果、支援対象ケースとして選定した精神科医療機関の受療中断または服薬中断等により、日常生活上の危機が生じている者及び精神疾患による長期（概ね1年以上）の入院、又は、入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者が支援対象者となります。

・支援対象者の選定

保健所等は、家族や地域の関係機関からの情報提供等により把握した内容をもとに事前調査を行い、必要に応じ関係機関と調整のうえ、支援対象者の選定を行います。なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等においてアウトリーチを実施する場合は、保健所等の行政機関を参画させて支援対象者を選定します。ただし、その後の訪問診療等により、精神疾患以外と確定した対象者においては、以後、アウトリーチは実施できません。

・支援内容の検討や支援計画の作成

チームは、支援内容の検討や支援計画の作成を行うため、関係者等の参画を求め、当該カンファレンスを開催します。

なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等のチームにおいては、保健所等の行政機関の参画による支援計画の作成及び支援内容の評価・検討を行います。

また、当該会議は週1回程度定期的に行うことが必要ですが、対象者の状況に応じて開催回数を増やすことは構いません。

・支援内容の報告

支援対象者に対して期間内に行った支援内容については、自治体が別に定める様式により月毎に自治体へ報告するものとし、自治体はアウトリーチ事業評価検討委員会において評価及び検証を行います。

○ピアサポートの活用

精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めることとしています。

なお、ピアサポートの活用にあたっては、ピアサポート従事者に対して、活動内容、報酬、活動時間等の条件を明確にし、契約書等を取り交わすとともに、相談支援事業所等と連携を図り実施することとしています。

○精神科地域共生型拠点病院の公表

自治体は、地域移行を推進するため、管内の精神科医療機関で、以下に掲げる基準をすべて満たしている精神科医療機関を精神科地域共生型拠点病院として公表することができます。

- ・地域移行を推進する専門部署又は担当者が配置され、地域の障害福祉サービス等事業者等と十分に連携を図るなど、地域移行支援について積極的な取組を実施していること。
- ・精神科救急医療体制整備事業に参画していること。
- ・本事業に協力している実績があること。
- ・平均在院日数、長期入院患者率、在宅復帰率等を含め、病院の機能や診療実績に関する情報をホームページ等で具体的に公開していること。
- ・公開講座の開催等、地域住民に対する普及啓発を実施していること。
- ・自院の退院又は通院患者以外の者に対する訪問看護の実績があること。（併設の診療所、訪問看護ステーションとの連携により行うものを含む。）
- ・デイケアの利用者に対して、必要に応じ障害福祉サービス等事業者等と連携した支援を行う体制があること。

②精神障害関係従事者養成研修事業（都道府県任意事業）

精神障害者に対する支援に従事する者を対象とした研修を行うことにより、精神障害者の支援に従事する者の資質向上を図ることを目的としており、本事業の実施主体は都道府県となります。

ア 事業の概要

(ア) 精神障害者地域移行・地域生活支援関係者研修

精神障害者の適切な支援体制を確保する観点から、支援に従事する者を対象とした研修を実施することを目的とします。

<事業メニュー>

○研修企画委員会の設置

医師、看護師、精神保健福祉士等からなる研修企画委員会を設置し、カリキュラムなど研修内容にかかる企画・立案を行い、地域における実践例や先進地事例を取り上げる等により効果的な研修が実施できるよう努めることが必要です。

○研修の実施

・アウトリーチ関係者研修

研修受講者に対し、アウトリーチの基本的知識及び技術の習得等に資する内容により実施します。

○精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修

研修受講者に対し、精神障害者に対する地域移行支援等の基本的知識及び技術の習得等に資する内容により実施します。

○精神科訪問看護従事者研修

研修受講者に対し、精神科訪問看護の基本的知識及び技術の習得等に資する内容により実施します。

③精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修会事業（都道府県任意事業）

精神障害者特性に応じ適切な支援がより一層行えるよう、障害福祉分野と介護分野の双方に精神障害者の特性に応じた適切な支援が提供できる従事者を養成することを目的としており、本事業の実施主体は都道府県及び指定都市となります。

【事業の概要】

①研修対象者の例

（障害分野）

障害福祉サービス等事業所等の職員、相談支援専門員、市町村の障害福祉担当課の担当者等

（介護分野）

介護保険サービス事業所等の職員、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の職員

②研修内容等

標準的なカリキュラムは表 48・49 となります。

③研修講師

精神障害者の特性や支援技術に関する知識を有し、研修を教授するのに適当な者

④研修テキストの例

- 精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修テキスト（公益社団法人日本精神保健福祉士協会作成。日本精神保健福祉士協会のホームページで公開。）

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20160331-01.html>

- 精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等に対する講義・演習及び実践基礎研修（一般社団法人日本介護支援専門員協会作成。日本介護支援専門員協会のホームページで公開。）

<https://www.jcma.or.jp/?p=20669>

⑤修了証書の交付・管理

研修修了者に対して、修了証書を交付し、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等必要事項を記載した名簿を作成し、個人情報として十分な注意を払った上で、一元的に管理します。

図表 46：精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修カリキュラム

[1日目]

科目名	時間数	内容
講義	180分	
1 精神障害者の障害者の特性の総論的理解	40分	○ 精神障害者の定義 ○ 精神障害者の特性の理解
2 障害特性の理解と具体的な対応①	80分	○ 障害特性の理解及び具体的な支援方法（統合失調症・気分障害）
3 演習A（グループワーク）	60分	○ 障害特性の理解と想定 ○ 想定場面での対応方法及び援助技術①

[2日目]

科目名	時間数	内容
講義	360分	
4 当事者の想いを理解	60分	○ 精神障害者の理解
5 障害特性の理解と具体的な対応②	120分	○ 障害特性の理解及び具体的な支援の仕方（老齢期・依存症・発達障害）
6 演習B（グループワーク）	60分	○ 障害特性の理解と想定 ○ 想定場面での対応方法及び援助技術②
7 社会資源と連携、家族支援	60分	○ 関係機関との連携方法 ○ 精神障害を取り巻く社会資源の理解 ○ 家族支援の理解
8 演習C（グループワーク）	60分	○ 効果的な支援のための関係機関との連携方法

図表 47：精神障害者の地域生活支援に係る、介護支援専門員・介護福祉士等に対する
講義・演習及び実践基礎研修カリキュラム

[1日目]

科目名	時間数	内容
講義	360分	
1 演習（グループワーク）	30分	○ 研修目標設定
2 精神保健福祉法、関連法令、 関連制度等の歴史的背景	60分	○ 精神保健医療福祉施策の変遷と動向の 理解
3 地域共生社会の実現と障害者 総合支援法の理解	60分	○ 地域共生社会の理念の理解 ○ 障害保健福祉施策とその関連制度の理解
4 精神疾患の理解	90分	○ 精神疾患の理解 ○ 精神保健医療福祉分野の相談支援機関の 理解
5 精神疾患、精神障害の特性と 支援方法の理解	90分	○ 症状に合わせた支援方法の習得 ○ 接遇やコミュニケーション技法など技術 の習得 ○ 多職種連携の具体的事例の理解
6 演習（グループワーク）	30分	○ 研修振り返り及び意見交換

[2日目]

科目名	時間数	内容
講義	120分	
7 演習（事例検討）	90分	○ 精神障害者の地域移行支援等事例の検討
8 演習（グループワーク）	30分	○ 研修振り返り及び意見交換

追加して実施することが望ましい研修カリキュラム

科目名	時間数	内容
講義	210分	
1 実践実習	180分	○ 実習機関による精神障害者の支援実践 実習
2 演習（グループワーク）	30分	○ 実践実習振り返り及び意見交換

【地域生活支援促進事業】

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（都道府県任意事業）

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、本事業を実施する圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者及び自治体における担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下「地域包括ケアシステム」という。）の構築に資する取組を推進することを目的としており、本事業の実施主体は都道府県、指定都市、保健所設置市及び特別区となります。

＜事業メニュー＞

○保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置

本事業を実施する圏域において、「保健・医療・福祉関係者による協議の場」（以下「協議の場」という。）を設置することが必須となっていますが、自立支援協議会の専門部会等の既存の協議会を協議の場として位置づけることでも差し支えありません。開催頻度については、都道府県等の実情に応じて決定し、事業内容の評価や地域包括ケアシステムの構築状況の評価ができるように、協議の場の運営を行います。

○普及啓発に係る事業

各地域におけるシンポジウムやフォーラムの開催など普及啓発事業の実施により、精神障害に対する地域住民の理解を深めます。

○精神障害者の家族支援に係る事業

精神障害者の家族が地域包括ケアシステムに対する理解を深めるとともに、家族が安心して、精神障害者本人に対する支援ができるよう、家族支援を行います。

○精神障害者の住まいの確保支援に係る事業

居住支援協議会の積極的な活用及び連携等により、精神障害者の住まいの確保支援の体制整備を行います。

○ピアサポートの活用に係る事業

精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点からピアサポーターを養成し、ピアサポーターが活躍する場の創出・拡大について検討する等により、ピアサポートの活用を推進するための体制整備を行います。

○アウトリーチ支援に係る事業

精神障害者の地域生活を支援するため、多職種による訪問支援（以下「アウトリーチ支援」という。）を行い、支援対象者及びその家族等（以下「対象者」という。）の状態等に

応じて、必要な支援が適切に提供される体制の整備を行います。また、本事業は、個別の支援を通じて、保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ります。

なお、実施にあたっては、実施主体においてアウトリーチ支援の実施が有効であると判断した対象者に対して行うことができます。

○措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業

措置入院者等の退院後の医療等の継続支援が実施できるように、制度の周知や人材育成などの必要な取組を実施します。

○構築推進サポーターの活用に係る事業

自治体等関係機関が退院前の精神障害者や退院後の精神障害者の支援を行うに際し、構築推進サポーター（※）を活用します。

- （※）・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業に参加する都道府県、指定都市及び特別区が推薦し、国で任命する都道府県等密着アドバイザー
- ・精神保健福祉士またはこれと同等程度の知識を有する者のうち、地域包括ケアシステムの構築に必要な体制整備の総合調整能力を有する者として自治体が選定した者（地域援助事業者等）

○精神医療相談に係る事業

休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神保健福祉センター、精神科救急情報センター、医療機関等に精神医療相談窓口の機能を設けます。相談窓口は、原則 24 時間 365 日体制をとることとし、休日、夜間は確実に対応できるものとしします。

また、相談窓口は、管内の行政機関や医療機関等を通じて広報するものとし、内科、小児科等の休日・夜間診療案内等と併せて行うなど、精神障害者及び家族等が十分に活用できるよう効果的な周知を行います。

○医療連携体制の構築に係る事業

難治性患者等の治療を実施するために、精神科医療機関と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制を構築します。

○精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業

精神科医療機関、障害福祉サービス等事業所、介護保険サービス事業所等の職員に対し、精神障害者の地域移行・地域定着に関する保健・医療・福祉の相互理解を促進するため、地域の関係者と協働し、研修を実施します。

○入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業

精神科医療機関等に入院中の患者を対象に、包括的な相談支援の実施等、地域生活支援に係る取組を行います。

○地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業

地域包括ケアシステムの構築状況の実態把握を行います。

具体的な方法例として、ReMHRAD（リムラッド）（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）や精神保健福祉資料等の既存データの活用、アンケート調査や関係団体等へのヒアリング、精神障害者や家族等のニーズの把握による現状分析及び事業の評価等があります。

○その他

上記に掲げる事業のほか、地域包括ケアシステムの構築に資する事業を実施することができます。