

平成29年6月30日（金）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築担当係長等会議

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 構築に向けて

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

精神・障害保健課

鶴田真也

本日の内容

1. 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
2. 障害福祉計画の策定について
3. 医療計画の策定について
4. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての自治体支援について

1. 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について

<趣旨>

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

<主な検討事項>

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

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要)

(平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に係る法律の改正案を提出)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 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よう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・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、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

(3) 精神病床のさらなる機能分化

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われなような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

3. 措置入院制度に係る医療等の充実について

(1) 措置入院に係る手続及び関係機関等の協力の推進

- 都道府県知事等の適切な判断の参考になるよう、判断に当たっての留意点や必要な手続を明確化することが適当。
- 措置入院時に精神医療審査会における入院の必要性の審査を行うことが考えられる。また、医療保護入院について検討しているように、措置入院についても患者に対して入院の理由を都道府県等が文書により説明することが適当。
- 措置入院の適切な運用を図るため、保健所設置自治体が主体となって、都道府県や市町村、警察、精神科医療関係者が地域で定期的に協議する場を設置することにより、相互理解を図っていくことが必要。

(2) 措置入院中の診療内容の充実

- 患者に対する適切な診断、治療や、措置解除後の患者に対する必要な医療等の支援が行われるよう、措置入院中の診療内容等についてのガイドラインを作成することが必要。

(3) 措置入院者の退院後の医療等の継続支援

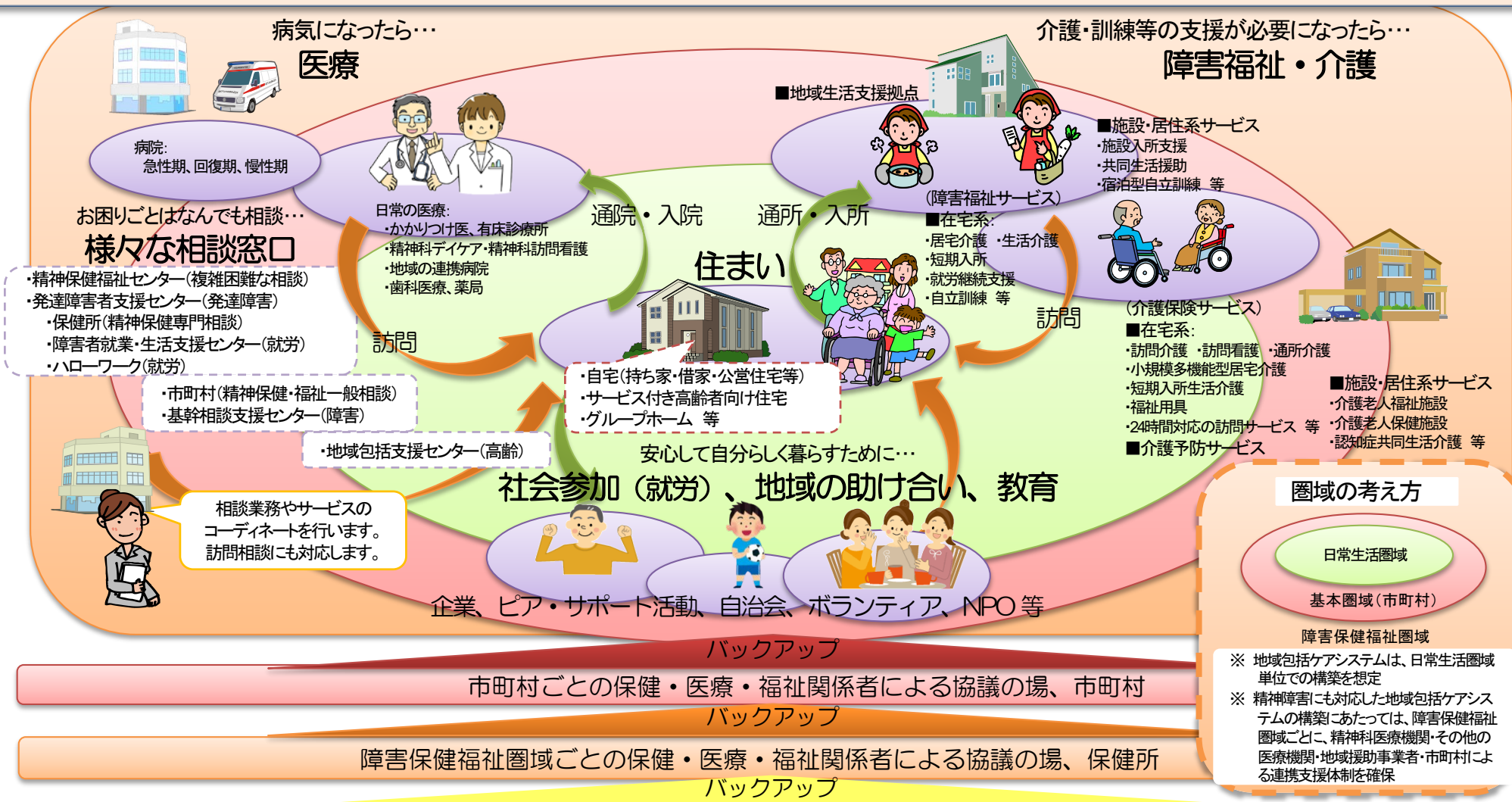
- 医療は治療、健康維持増進を図るものであることを十分に踏まえ、措置入院者の退院後の医療等の充実を図ることが重要。
- 措置を行った都道府県等が、原則として措置入院中から、全ての措置入院者に「退院後支援計画」を作成することが適当。
- 退院後支援計画では、通院医療、精神保健福祉法に基づく相談指導、障害福祉サービス等の退院後の支援の内容や関係機関の役割、通院が中断した時点以降の対応等を定めることが適当。
- 計画の作成に当たっては、都道府県等が、関係者と支援内容等について検討する調整会議を開催することが適当。
- 措置入院先病院の病院管理者が、精神保健福祉士等を退院後生活環境相談員として選任する仕組みを設けることが適当
- 病院管理者が、全ての措置入院者について「退院後支援ニーズアセスメント」を行い、退院後支援計画に関する意見を都道府県等に確実に伝達する仕組みを設けることが必要。
- 退院後は保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って関係者の調整を行い、必要な支援を継続的に確保することが適当。
- 転出先の保健所設置自治体への必要な情報提供について、国において制度的に対応することが必要。

4. 精神保健指定医の指定のあり方について

- 研修内容について、現行の座学中心による受動的な研修から、グループワーク等の能動的な研修へと見直しを検討。
- 指定医としての業務を適切に行うことができるように、経験すべき症例要件の見直しを検討。
- 指定医としての実務の経験(指定医業務、精神医療審査会や精神科救急等への参画など)の更新要件への追加を検討。
- 指導医の役割及び一定の要件について、法令上の位置づけを明確化することが適当。
- ケースレポートの記載内容を実践的に確認する観点から、口頭試問を導入することを検討。
- 指定医の取消処分等を受けた医師の再指定を認める場合における再教育研修に関する制度を導入することを検討。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 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、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地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような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、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、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、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



2. 障害福祉計画の策定について

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。次期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・就労定着に向けた支援
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- ・発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数:H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に
(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
- ・退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

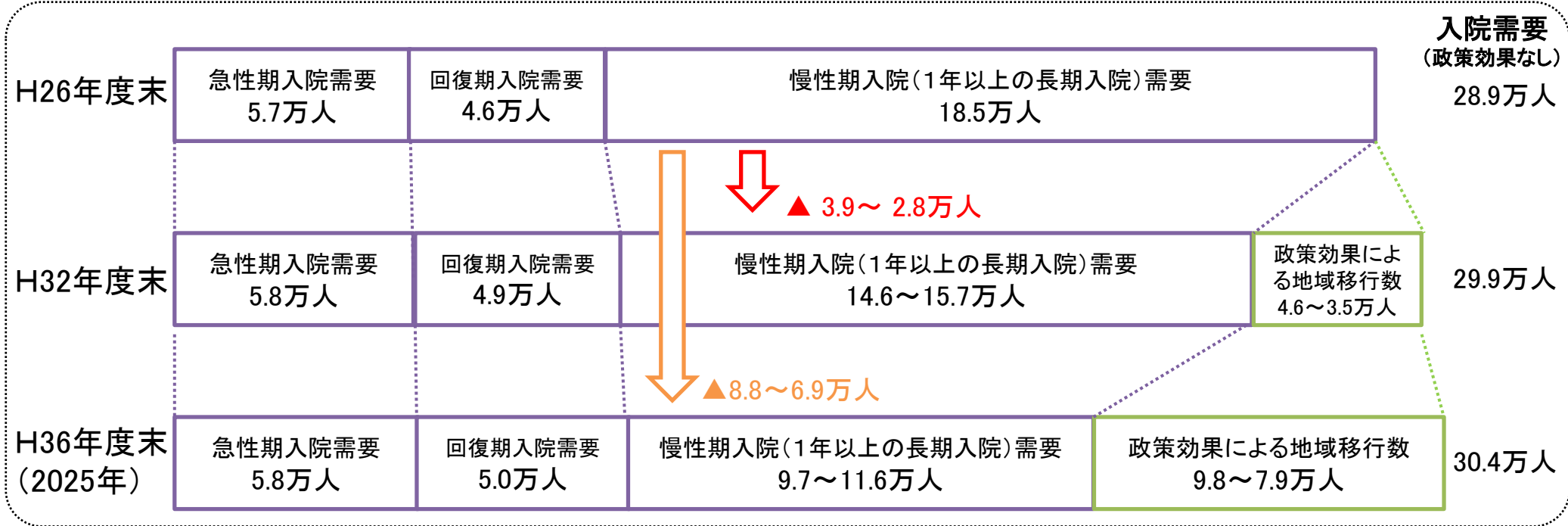
- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

4. その他の見直し

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・難病患者への一層の周知
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた目標設定

- 政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定



平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	0.8~0.5万人
合計		9.8~7.9万人

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 報告書(抜粋)

- 厚生労働科学研究において策定された基準案を用いて、精神疾患の重症度を医学的に評価する基準の一つとして活用する。加えて、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及、当該基準を満たす症状を有していても地域生活を可能にする支援に関する実証研究、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実など、地域生活につながるように当該基準を活用していくべきである。
- また、当該基準を満たす症状を有する精神障害者に対しては、本人の状態に合わせて、多職種による質の高い入院医療を提供することが重要である。手厚い入院医療が提供されることにより、できる限り退院に結びつけていく必要がある、当該基準を満たすことを理由に地域移行に向けた取組の対象から外れることはあってはならない。あわせて退院後に、精神障害の程度にかかわらず自分らしく地域で暮らせるように、地域の精神保健医療福祉体制の機能強化を図るべきである。
- なお、本検討会においては、「重度かつ慢性」の名称は、退院不可能な絶望的イメージを連想させるとの指摘や、医学的には通常使用されている表現であるとの指摘や、当該基準への疑義を指摘する意見もあったところである。より配慮された名称並びにより適切な基準となるよう、学会など様々な場において、引き続きの検討が必要である。

精神障害に関する障害福祉計画の策定のポイント

1. 精神障害に関する保健・医療・福祉による協議の場の現状把握
2. 精神障害に関する保健・医療・福祉による連携を推進する障害福祉圏域の検討
3. 障害福祉計画に明記すべき課題と施策の整理
4. 都道府県おける入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計
5. 市町村計画における地域移行に伴う基盤整備量の調整
6. 検討会のスケジュール管理

確認すべき省令・告示・通知

- ・障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針
(平成29年3月31日 厚生労働省告示第116号)
- ・医療法施行規則の一部を改正する省令 ※精神疾患に係る基準病床数の算定 第30条の30第2号
(平成29年3月28日 厚生労働省令第27号)
- ・精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等の一部を改正する件
(平成29年3月31日 厚生労働省告示第113号)
- ・医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件
(平成29年3月28日 厚生労働省告示70号)
- ・医療計画について ※精神病床に係る基準病床の算定方法p25～27
(平成29年3月31日 厚生労働省医政局通知)
- ・疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について ※精神疾患の医療体制構築に係る指針p46～63
(平成29年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
- ・医療計画において定める数値目標
(平成29年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の別添)
- ・医療体制構築に係る現状把握のための指標例 ※精神疾患の指標例p5別表5
(平成29年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の別表)

1. 精神障害に関する保健・医療・福祉による協議の場の現状把握

事前アンケート結果等を活用し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた管内の取組状況を把握する。

市町村の取組状況の現状把握(イメージ)

市町村ごとの保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置状況 67%(4/6市町村)

圏域	市町村	地域包括ケア評価	住まいの確保支援	ピアサポートの活用	地域移行プログラム	研修	措置入院者退院後支援	家族支援	アウトリーチ	その他
〇〇圏域	A市	○	○	○	○	○	○	○	○	—
	B市	精神障害に関する保健・医療・福祉による協議の場なし								
	C市	○	—	○	—	○	—	—	—	—
△△圏域	D町	—	—	—	—	○	—	—	—	—
	E町	—	—	—	—	○	—	—	—	—
	F村	精神障害に関する保健・医療・福祉による協議の場なし								

実績:ピアサポート活動者〇人、地域移行支援利用者〇人(うち退院者〇人)、地域定着支援利用者〇人

バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況50%(1/2圏域)

2. 精神障害に関する保健・医療・福祉による連携を推進する障害福祉圏域の検討

(平成28年10月31日現在)

都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	2	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	151	354	343	1,741

3. 障害福祉計画に明記すべき課題と施策の整理①

第一、一、3（第5期障害福祉計画に係る国の基本指針）

精神病床（病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。以下同じ。）における長期入院患者の地域生活への移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加え、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会の実現に向けた取組の推進が必要である。これを踏まえ、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害（発達障害及び高次脳機能障害を含む。以下同じ。）にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める。



- 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って、保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場（例：市町村（自立支援）協議会、専門部会など）を設置することを原則とする。
- 都道府県等が中心となって、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場（例：精神障害者地域移行・地域定着推進協議会など）を設置することを原則とする。

3. 障害福祉計画に明記すべき課題と施策の整理②

○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って、保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場(例:市町村(自立支援)協議会、専門部会など)を設置することを原則とする。

想定される課題と施策

- ・精神科医療機関、訪問看護ST、障害福祉・介護事業者、当事者・家族などの参加する協議の場の運営
- ・関係者との地域移行に関する目標の共有(地域移行/定着支援の利用者数、ピアサポーターの活動者数など)
- ・ピアサポーターの養成及び活動支援
- ・住まいの確保支援
- ・家族支援

○都道府県等が中心となって、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場(例:精神障害者地域移行・地域定着推進協議会など)を設置することを原則とする。

想定される課題と施策

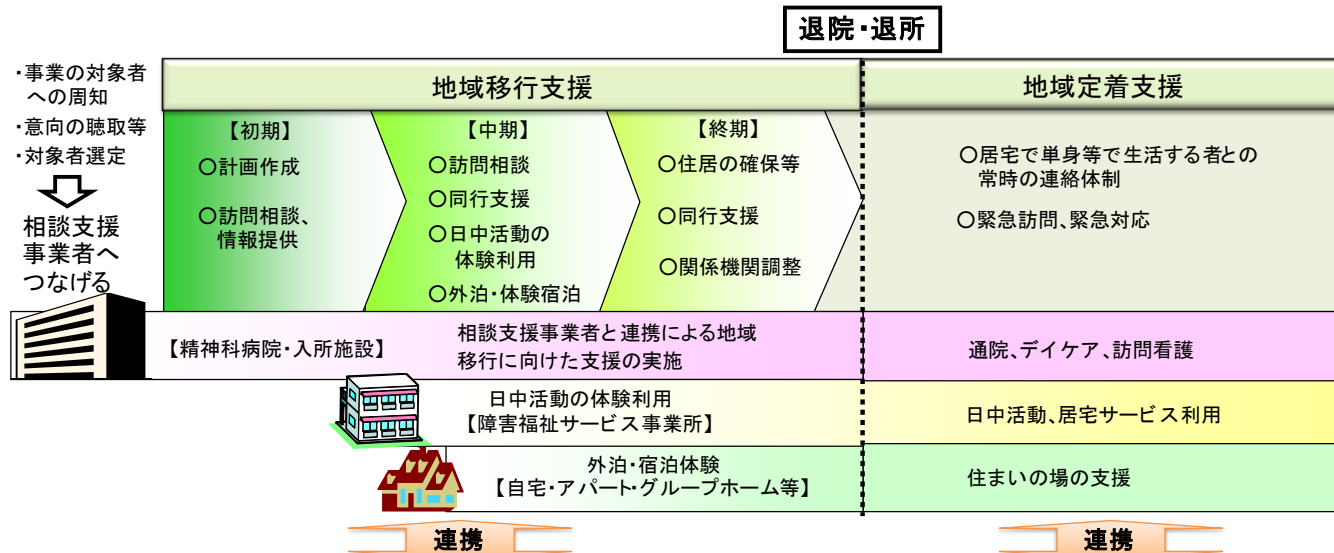
- ・精神科病院、地域援助事業者、市町村、当事者・家族などの参加する協議の場の運営
- ・関係者との地域移行に関する目標の共有(地域移行/定着支援の利用者数、ピアサポーターの活動者数など)
- ・ピアサポーターの養成及び活動支援
- ・住まいの確保支援
- ・家族支援
- ・地域の実情を踏まえた都道府県と市町村の役割分担の整理

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の概要

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院、救護施設・更生施設、矯正施設等に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。

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。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



協議会によるネットワーク化

市町村・保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所・障害福祉サービス事業所・障害者就業・生活支援センター等

※ 精神障害者の退院促進支援事業の手引き(平成19年3月日本精神保健福祉士協会)を参考に作成

	地域移行支援	地域定着支援
事業所数	307事業所	489事業所
利用者数	553人	2,687人

国保連平成28年12月実績

報酬単価

(地域移行支援)

- ・地域移行支援サービス費 2,323単位/月
- ・初回加算 500単位/月
(利用を開始した月に加算)
- ・退院・退所月加算 2,700単位/月
(退院・退所月に加算)
- ・集中支援加算 500単位/月
(月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)
- ・障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日
- ・体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日
- ・体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日
- ・特別地域加算 +15/100

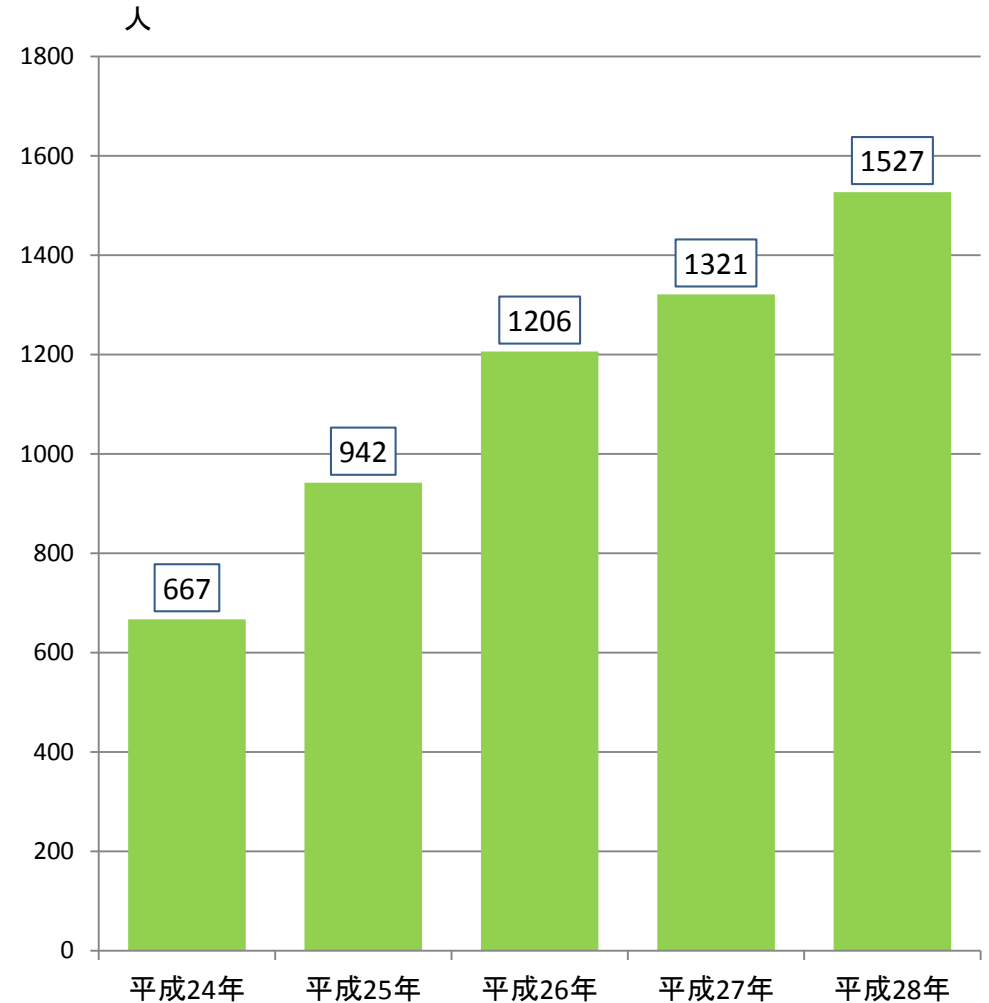
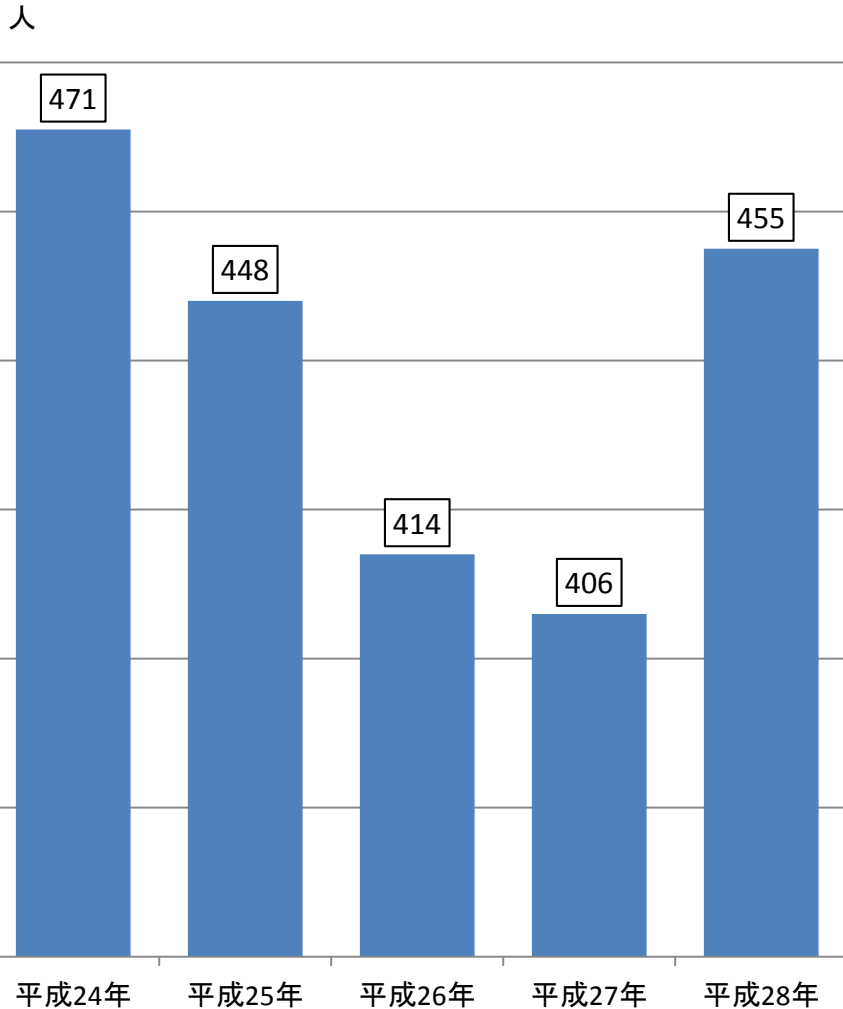
(地域定着支援)

- ・地域定着支援サービス費
〔体制確保分〕 302単位/月
〔緊急時支援分〕 705単位/日
- ・特別地域加算 +15/100

地域移行支援・地域定着支援の利用者数の推移(精神障害者)

地域移行支援

地域定着支援



資料:国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

各都道府県における「地域移行支援」利用者数の推移(精神障害者)

	平成24年末	平成25年末	平成26年末	平成27年末	平成28年末
北海道	19	14	17	23	18
青森県	6	2	2	5	8
岩手県	6	4	6	8	8
宮城県	3	6	4	3	2
秋田県	1	3	0	0	1
山形県	0	1	1	1	0
福島県	2	7	1	1	2
茨城県	2	1	1	5	2
栃木県	1	6	7	3	2
群馬県	0	3	0	4	0
埼玉県	7	14	14	16	7
千葉県	32	18	35	21	37
東京都	86	47	59	82	88
神奈川県	18	14	25	18	17
新潟県	8	10	14	16	7
富山県	4	2	0	0	3
石川県	5	10	2	4	6
福井県	0	1	3	1	0
山梨県	6	6	0	3	6
長野県	15	34	12	14	16
岐阜県	1	0	1	1	1
静岡県	15	15	11	19	16
愛知県	19	11	13	4	21
三重県	3	1	8	12	2

	平成24年末	平成25年末	平成26年末	平成27年末	平成28年末
滋賀県	7	6	6	11	9
京都府	5	7	9	6	4
大阪府	28	23	42	39	25
兵庫県	31	20	30	30	29
奈良県	8	7	1	0	8
和歌山県	10	7	15	13	10
鳥取県	0	1	1	0	1
島根県	7	13	7	12	6
岡山県	20	8	4	5	18
広島県	1	1	0	10	1
山口県	5	8	3	2	2
徳島県	2	1	0	2	6
香川県	0	0	3	0	0
愛媛県	25	32	19	17	27
高知県	0	2	0	3	0
福岡県	14	22	16	10	12
佐賀県	0	4	3	0	0
長崎県	6	3	4	4	9
熊本県	0	0	1	2	0
大分県	5	7	3	4	9
宮崎県	3	1	4	6	3
鹿児島県	3	2	3	4	3
沖縄県	1	1	4	4	3
合計	471	448	414	406	455

資料:国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

各都道府県における「地域定着支援」利用者数の推移(精神障害者)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
北海道	31	44	42	57	72
青森県	3	12	22	28	29
岩手県	5	15	12	15	16
宮城県	1	0	2	4	2
秋田県	1	16	32	17	16
山形県	5	3	5	2	5
福島県	5	4	5	5	8
茨城県	8	18	26	27	27
栃木県	1	4	16	12	11
群馬県	13	12	11	11	11
埼玉県	8	21	25	26	45
千葉県	103	146	149	142	141
東京都	28	66	117	135	170
神奈川県	6	12	18	22	15
新潟県	31	42	46	48	44
富山県	19	22	20	22	36
石川県	9	12	12	26	32
福井県	0	1	2	3	6
山梨県	1	1	5	9	12
長野県	12	13	18	23	38
岐阜県	0	0	0	2	1
静岡県	36	18	33	53	79
愛知県	8	9	18	26	39
三重県	20	9	5	7	7

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
滋賀県	8	12	10	11	7
京都府	1	7	11	27	40
大阪府	72	70	96	122	137
兵庫県	50	58	72	71	65
奈良県	1	0	1	1	3
和歌山県	19	23	28	41	44
鳥取県	1	0	0	0	0
島根県	37	60	71	66	82
岡山県	54	83	111	93	107
広島県	11	11	17	17	17
山口県	5	6	7	7	6
徳島県	1	0	1	0	1
香川県	2	1	0	0	1
愛媛県	18	28	56	66	68
高知県	0	0	1	3	4
福岡県	11	34	35	34	43
佐賀県	1	3	4	2	2
長崎県	0	4	8	8	9
熊本県	3	6	4	5	8
大分県	1	4	11	11	15
宮崎県	2	4	8	12	4
鹿児島県	0	1	0	1	1
沖縄県	15	27	13	1	1
合計	667	942	1,206	1321	1527

資料: 国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

精神障害領域のピアサポート

1970年代 アメリカにおけるピアサポートの発祥

1980年代以降各州における「認定ピアスペシャリスト」としての雇用ガイドラインや研修プログラムが開



日本におけるリカバリー概念への注目

当事者中心の医療保健福祉サービスの構築が目指される



ピアサポートへのニーズの高まり

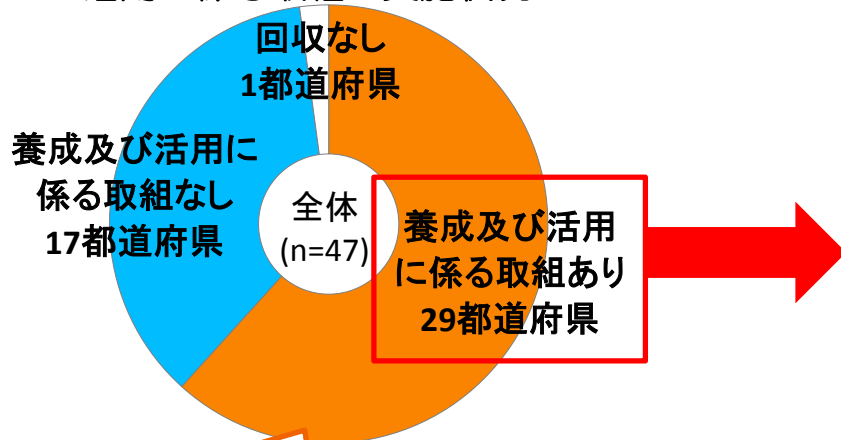


多様な
ピアサポート

- ①精神科病院に長期入院している人たちの退院支援へのピアサポーターの活用
- ②地域で生活する障害者の相談を受けるピアカウンセリング
- ③ピアヘルパーとしての雇用
- ④通所サービスやグループホームにおけるピアスタッフの雇用

各都道府県が把握しているピアサポーター活動者数等(精神障害者)

1. ピアサポーターの養成及び活用に係る取組の実施状況



【取組内容(抜粋)】

- ・ピアサポーター養成講座、研修会の実施
- ・ピアサポーターが自主的に活動できるような支援及び雇用促進のための取組を実施
- ・入院患者との交流会への参加
- ・病院訪問等における体験プログラム活動の実施
- ・ピアサポーターと協働した精神科病院等におけるグループワーク等の実施
- ・地域で生活している精神障害者をピアサポーターとして養成し、保健所や事業所、精神科病院等の相談会等へ派遣
- ・地域で障害への理解促進を図るための普及啓発

2. ピアサポーターの養成数等 (人)

都道府県	平成28年度の養成者数等		現在の活動者数
	養成者数	活動者数	
北海道	95	95	95
福島県	0	0	15
栃木県	0	0	15
群馬県	25	0	68
埼玉県	-	-	53
千葉県	11	-	-
神奈川県	11	11	49
新潟県	61	30	59
富山県	23	18	23
石川県	18	9	5
山梨県	7	5	23
長野県	0	0	117
岐阜県	-	-	10
静岡県	-	-	-
愛知県	-	-	-
滋賀県	-	-	-
兵庫県	104	94	-
奈良県	0	0	-
和歌山県	28	13	-
島根県	0	0	19
岡山県	60	13	13
徳島県	-	-	13
香川県	12	8	5
愛媛県	54	40	48
高知県	7	5	5
長崎県	25	14	7
宮崎県	0	0	15
鹿児島県	-	-	-
沖縄県	181	-	-
合計	722	355	657

※平成29年6月26日時点で集計したものであり、暫定値である。

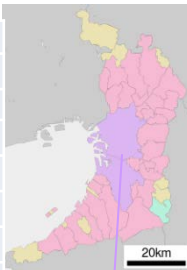
※(-):無回答

大阪府の取組 ～「病院が押し出す力」と「地域から引っ張る力」双方向からの取り組みで地域移行を推進～

- 大阪府では、これまで実施してきた精神障がい者の地域移行にかかる取り組みを総合的に実施し、その効果について検証します。
- 大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行ワーキンググループにおいて各市町村の状況を集約し、大阪府と市町村の役割を明確にし、府域全体でさらなるレベルアップを図るとともに、精神障がい者地域移行推進のネットワーク構築を目指します。

【大阪府の実施圏域の基礎情報】

府内16圏域(大阪市・堺市を除く)		(うち検証事業参加)	
圏域人口(平成27年7月1日推計)	5,313,128人	(5,313,128人)	
精神科病院の数(平成27年7月)	50病院	(50病院)	
精神科病床数(平成27年6月30日)	15,791床	(15,791床)	
入院精神障害者数	3か月未満	3,884人(23%)	—
(平成27年6月30日・府内62病院18,894床)	3か月以上1年未満	2,821人(17%)	—
	1年以上	9,906人(60%)	—
相談支援事業所数(平成27年6月)	一般相談167	17	
	特定相談310	17	
保健所	16か所	16か所	



大阪市・堺市を除く全圏域

(参考)大阪府利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
国保連データ	地域移行支援	34	42	43	43
	地域定着支援	103	405	443	494

【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 精神科病院職員に対する研修(検証事業により大阪精神科病院協会に委託)
- ①長期入院者地域移行の取り組みの視点についての講義と積極的な取り組みを行っている5病院の実践報告を行う(全体研修)。
- ②精神障がい者地域移行アドバイザー等と連携を図り、地域移行支援の流れや精神科病院から退院した患者の体験を聞くなど、病院ごとの研修(院内研修)を実施(各病院年2回)
- 入院者退院支援委員会推進事業(大阪府地域医療介護総合確保基金により実施)
- ・精神科病院が地域関係機関職員(地域援助事業者)を招聘して医療保護入院者の退院支援委員会を開催した場合に、報償費、旅費に対して一定の補助を行う。

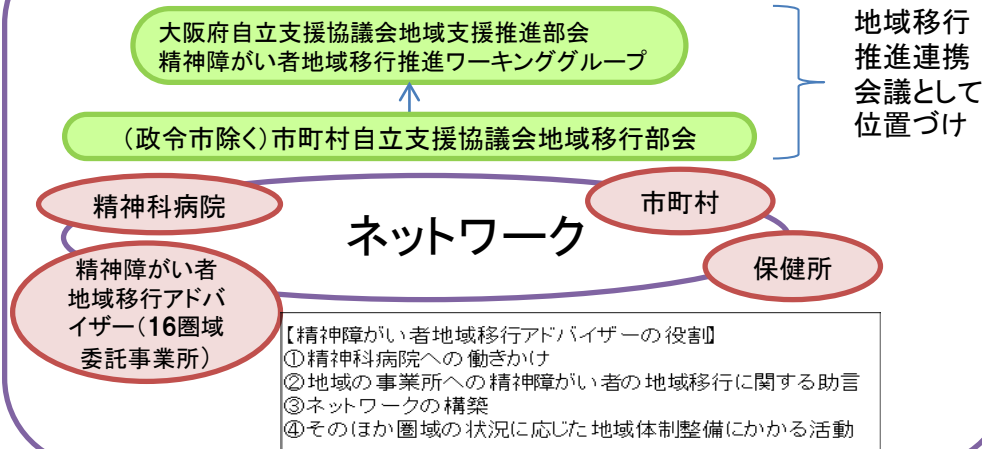
【退院促進ピアサポーターの活動】(地域生活支援事業により16圏域事業所に委託)

- 体験談プログラム
- ・精神科病院から退院し地域で暮らしているピアサポーターが、病院に出向き、自らの体験を入院患者に話し当事者同士で意見交換できる場を提供。
- 病棟訪問プログラム
- ・ピアサポーターが定期的(1～2月に1回)に、ピアサポーターコーディネーター等と病棟を訪問し自由に入院患者と会話する時間を持ちたり、レク活動を行ったりする。
- 事業所体験プログラム
- ・入院患者がピアサポーター等と外出して地域の社会資源を見学、活動内容を体験し、利用者との交流を図る。院内交流会の1コマとして実施または、施設見学会として別枠で実施するなど、病院により実施方法は異なる。

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成12年度より様々な長期入院精神障がい者対策事業を実施
 - 平成24年度:精神障害者地域移行・地域定着支援事業により16圏域に地域体制整備コーディネーター、退院促進ピアサポーターを配置。
 - 平成25年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業)により地域相談支援マネージャーを、精神障害者地域移行・地域定着支援事業により退院促進ピアサポーターをそれぞれ16圏域に配置。
 - 平成26年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業等)により16圏域に地域相談支援マネージャー、退院促進ピアサポーターを配置。
- ※地域体制整備コーディネーター、地域相談支援マネージャーはいずれも相談支援事業所に委託

【平成27年度地域移行推進連携会議の実施体制】



【地域生活の支援】

- スーパーバイザーの派遣(検証事業により16圏域事業所に委託)
- ・「精神障がい者地域移行アドバイザー」を各圏域に配置し、地域からの精神科病院への働きかけに加え、精神科病院が企画する退院支援プログラムへの支援やアドバイスを行う。
- ・新たに地域移行の働きかけを行う事業所(基幹相談支援センターなど)や市町村自立支援協議会などに対して、これまでのノウハウをもとにアドバイスをを行い、地域移行を推進する体制の強化を図る。

静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 病院、相談支援事業所、市町、保健所等関係機関からなる圏域自立支援協議会地域移行部会と事業実施医療機関、県が連携し、地域移行の現状と課題を共有し、課題の解決のため事業の効果的な実施に取り組む。
- 体験談プログラムや病院説明会、リーフレット作成等の各取組への参加や、県自立支援協議会地域移行部会への参加など、ピアの強みを生かした取組を推進していく。

【静岡県の実施圏域の基礎情報】 ※平成28年6月30日時点(暫定値)

富士圏域、駿東田方圏域(熱海伊東圏域含む)		(うち検証事業参加)				
圏域人口(平成28年7月推計)	1,137,747人					
精神科病院の数	10病院(5病院)					
精神科病床数	2,166床(1,017床)					
入院精神障害者数※1	3か月未満	335人(19%)	162人(18%)※			
	3か月以上1年未満	301人(17%)	104人(12%)※			
	1年以上	1162人(64%)	609人(70%)※			
相談支援事業所数(平成27年3月)	一般相談	23(7)				
	特定相談	52(8)				
保健所	4か所					
(参考)静岡県利用者数の推移	H24	H25	H26	H27	H28	
地域移行支援	1	1	1	2	8	
国保連データ	0	0	0	0	11	

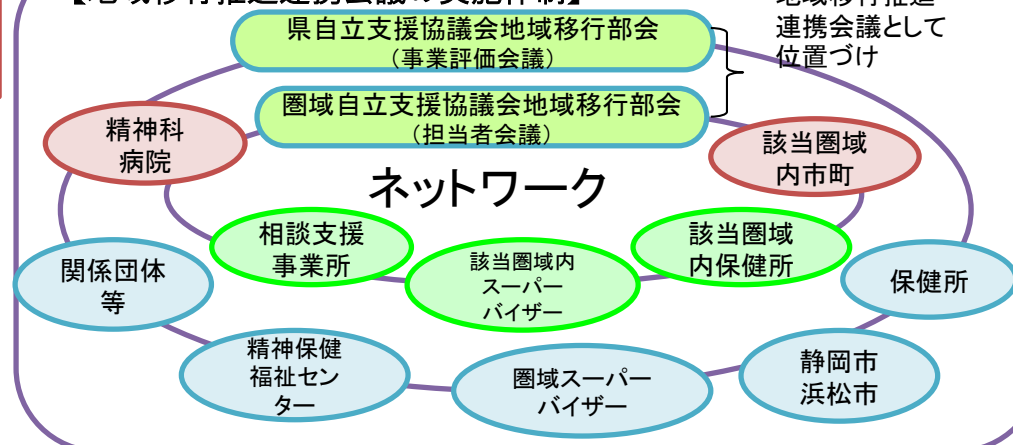
【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 富士圏域の取組(検証事業より一部抜粋)
 - ・院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携についての事例紹介とグループワークにより、地域移行の理解促進を図る。
 - ・病院内と地域の相談支援専門員等多職種の支援スタッフがチームとなり、高齢入院患者への退院支援を行う。
 - ・退院者から実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞くプログラムを実施することにより、退院後の生活についての不安を軽減し、退院意欲の向上を図る。
- 駿東田方圏域の取組(検証事業より一部抜粋)
 - ・ピアサポーターや相談支援事業所などが精神科病院に出向き、入院患者及び病院職員に地域移行に関する説明会を行う。
 - ・地域移行、地域定着のリーフレットを作成し、精神科病院、相談支援事業所、行政等に配布することにより、地域移行に関する理解を促す。
- 精神障害者地域移行支援者連携事業(地域医療介護総合確保基金により実施)
 - 精神科病院と地域の支援者との連携を促すため、医療保護入院者退院支援委員会に患者本人の要請により出席する地域援助事業者及び地域移行支援導入を検討している入院患者と面会する相談支援事業者に対し、病院へ出向く費用(旅費・人件費相当分)に対し一定の補助を行う。

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成24～26年
 - 精神障害者地域移行・地域定着支援事業(高齢入院患者地域移行支援事業)
- 平成26年～27年
 - 官民協働で地域移行定着推進の人材育成のための地域移行定着研修を実施し、職種・圏域ごとの課題抽出。各圏域で実施事項を示したロードマップを作成。
- 平成28年
 - 県自立支援協議会地域移行部会に研修ワーキンググループを設置し、地域移行推進のための人材育成に、多種職・多機関で取り組む。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【地域生活の支援】

- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験(検証事業:富士圏域)
 - 地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。
- 退院後の住居問題に関する検討会の開催(検証事業:駿東田方圏域)
 - 「静岡県居住支援協議会」と連携し、精神障害者の民間賃貸住宅への入居についての課題検討を図る。

三重県の取組～つながり（重層的ネットワーク）・そだち（人材育成）・地域へ行こう（移行）～

- 長期入院精神障がい者の地域移行への取組に積極的な地域をモデルとして、地域移行の方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果を検証する。
- 精神科病院、相談支援事業所、市町、保健所等の関係機関からなる圏域（自立支援）協議会地域移行部会と、県の精神障がい者地域移行・地域定着推進連絡会が連携し、地域移行についての現状と課題を共有し、人材育成も含めて課題の解決のための効果的な事業に取り組む。

【三重県の実施圏域の基礎情報】 ※平成28年7月時点

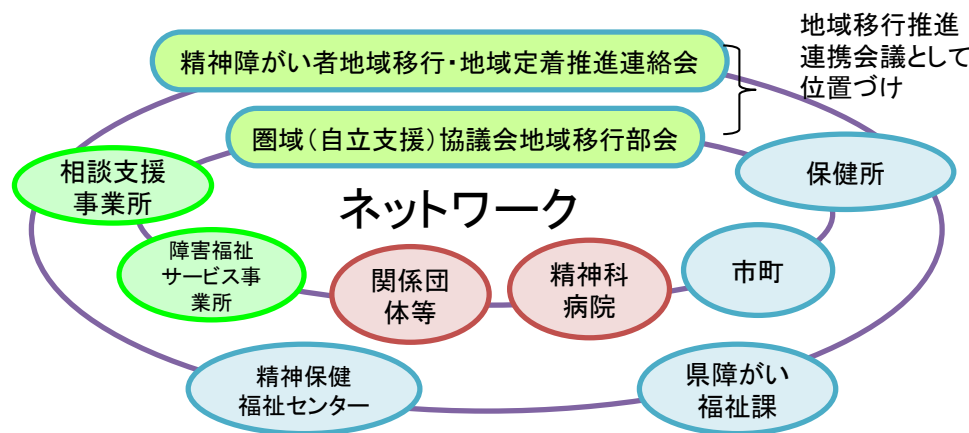
		県全体	検証事業参加
圏域数		9カ所	4カ所
人口(平成27年10月1日)		1,815,827人	1,120,896人
精神科病院の数		18病院	10病院
精神科病床数		4,784床	3,039床
入院精神障がい者数(平成27年6月)	3か月未満	735人(17.8%)	453人(18.5%)
	3か月以上1年未満	608人(14.7%)	331人(13.5%)
	1年以上	2,782人(67.4%)	1,667人(68.0%)
相談支援事業所数(平成28年10月)	一般相談事業所数	29カ所	14カ所
	特定相談事業所数	145カ所	82カ所
保健所		9カ所	4カ所



【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成18～ 精神障害者退院促進支援事業を開始し、9圏域の総合相談支援事業所に地域体制整備コーディネーター・地域移行支援員を設置。
- 平成25年～法改正に伴い、事業は、ピアサポーターの活動が中心となる。
- 平成26年～精神科病院入院者の意向調査を実施し、障害福祉計画のもと、圏域（自立支援）協議会地域移行部会等を設置することや、ピアサポーター等の力により、長期入院精神障がい者の退院に向けた意欲喚起の取組を行う方針を定めた。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 精神科病院職員に対する研修(検証事業)
精神科病院職員の地域移行に関する理解の促進につなげるため、地域の障害福祉サービス事業所等と協働し、精神科病院職員に向けた研修を実施する。
- ピアサポーターの体験談プログラムの実施(検証事業)
長期入院精神障がい者がピアサポーターと交流する場を設置し、体験談を聞く等のプログラムを実施する。
- 事業所体験プログラムの実施(検証事業)
長期入院精神障がい者が地域の事業所等に出向き、地域の事業所において活動を体験するプログラムを実施する。
- 長期入院精神障がい者の退院意欲喚起に向けた支援の実施(検証事業)
長期入院精神障がい者に対して個別面接等を実施するとともに退院支援準備プログラムを立案する等の退院意欲の喚起に向けた支援を実施する。

【地域移行推進のための人材育成】

- 医療と福祉の連携研修ワーキングの設置
地域移行を推進するために必要な人材の育成について検討する。
- 地域移行・地域定着推進研修会の開催
ワーキングで検討された内容をもとに研修会を開催する。

【地域生活の支援】

- スーパーバイザーの派遣(検証事業)
地域での精神障がい者の受け入れを促進するため、初めて精神障がい者を受け入れる障害者福祉サービス事業所等へスーパーバイザーを派遣する。
- その他の事業(検証事業)
・ピアサポーター等による精神障がい者に対する理解促進の啓発活動を実施する。

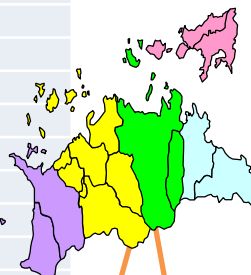
香川県の取組～精神科病院と地域の支援機関が協働で地域移行を推進～

- 病院、相談支援事業所、市町、障害福祉サービス事業者等からなる圏域自立支援協議会精神保健福祉部会と連携し、圏域内の地域移行の現状と課題を共有し、地域移行を進めるための必要な取組みを実施する。
- 事業対象病院内に病院職員、相談支援事業所、ピアサポーター、行政等からなるワーキンググループを構成し、医療と地域の支援者が協働で事業に取り組む。

【香川県の実施圏域の基礎情報】

※平成28年6月時点

高松圏域（高松市・三木町・直島町）					（うち検証事業参加）
圏域人口（平成28年10月）	451,695人				
精神科病院の数	6病院				（4病院）
精神科病床数	1,454床				（931床）
入院精神障害者数※	3か月未満	190人（14%）	117人（13%）		
	3か月以上1年未満	180人（13%）	131人（14%）		
	1年以上	955人（73%）	644人（73%）		
相談支援事業所数（平成28年11月）	一般相談	12	（5）		
	特定相談	22	（5）		
保健所	1か所				
（参考）香川県利用者数の推移	H25.4	H26.4	H27.4	H28.4	
国保連データ（精神）	地域移行支援	5	3	3	0
	地域定着支援	3	1	0	0

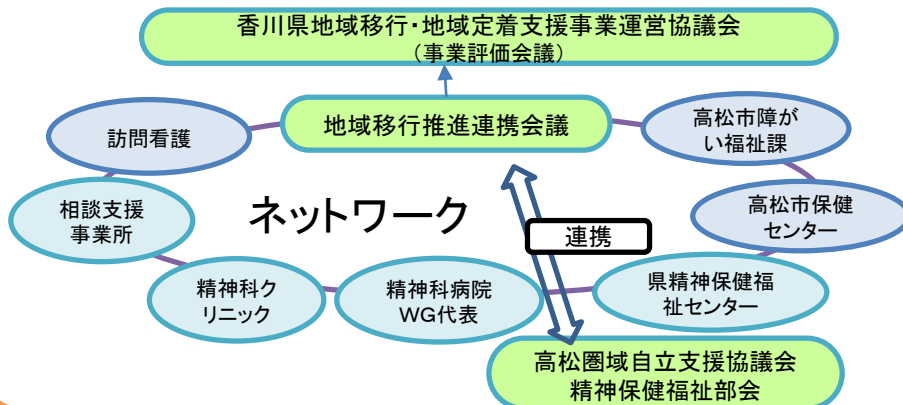


高松障害保健福祉圏域

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成15～19年 精神障害者退院促進事業
- 平成20～23年 精神障害者地域移行支援特別対策事業として、自立支援員による退院支援、保健所毎に圏域部会、圏域部会の全体会として自立支援協議会を設置し、事業の進捗状況の把握・事業評価を実施
- 平成24年度～
精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、圏域協議会を設置し、支援体制・課題解決の取組みの検討、地域移行に関わる関係者研修を実施
- 平成25～26年 高齢入院患者地域支援事業（4病院で実施）

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

○精神科病院職員に対する研修の実施（検証事業）

退院支援事業開始前に、事業実施病院毎に、研修会を開催し、病院職員の検証事業の理解を図る。研修を通して、長期入院精神障害者の地域移行について目指すべき方向性を病院職員と行政、地域の支援者が共有する。

○退院者の体験談を聞くプログラムの実施（検証事業）

事業実施病院毎に、病院職員、相談支援事業者、ピアサポーター、行政等からなるワーキンググループを構成し、各病院が支援する患者に合わせた事業を行う。院内茶話会でピアサポーターによる地域生活の話、社会資源の学習を通じ今後の生活のイメージを持つことで、退院の意欲喚起を図る。

○事業所体験プログラムの実施（検証事業）

長期入院患者が、地域の事業所・社会資源を見学、活動体験を行うとともに、利用者と交流を行い、退院後の生活のイメージする機会とし、退院への意欲喚起につなげる。

【地域生活の支援】

○スーパーバイザーの派遣（検証事業）

精神障害者を初めて受け入れるまたは、精神障害者に対する支援体制が整っていない地域の障害福祉サービス事業所等にスーパーバイザーを派遣し、精神障害者の受け入れ拡大を図るとともに、事業所職員、ケアマネ対象に理解促進のために研修を実施。

○スーパーバイザー養成研修（検証事業）

高松圏域自立支援協議会精神保健福祉部会員を対象にスーパーバイザー派遣事業で派遣されるバイザー養成のための研修を実施

兵庫県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

- 地域移行推進連携会議を県内全圏域にて開催することにより、関係各者との有機的連携を深め、地域移行の一層の促進を図る。
- 検証事業を実施する圏域においては、その成果・ノウハウを他圏域に波及させていく県内の先駆的モデルとなることを目指す。

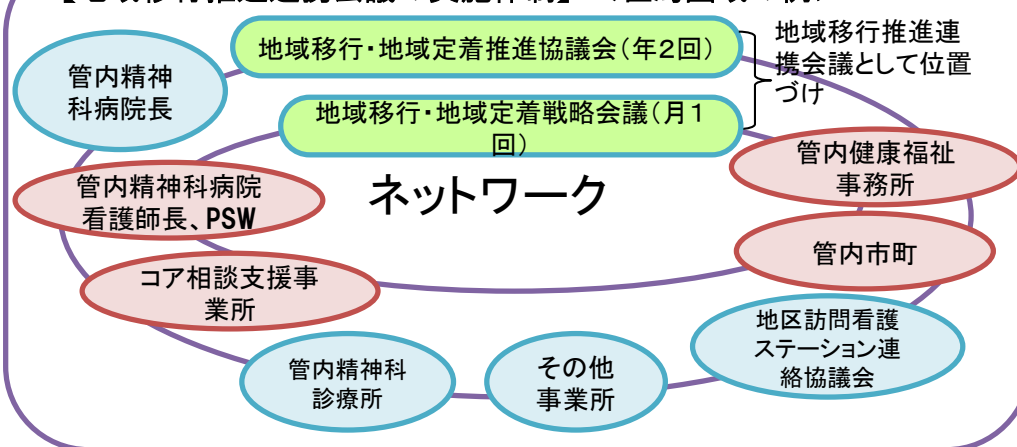
【兵庫県の実施圏域の基礎情報】

		北播磨圏域 (5市1町)	(うち検証 事業参加)	但馬圏域 (3市2町)	(うち検証 事業参加)	淡路圏域 (3市)	(うち検証 事業参加)
圏域人口 (平成28年9月)		271,290人		168,150人		133,640人	
精神科病院の数(平成28年6月末時点)		2病院	(1病院)	3病院	(3病院)	3病院	(1病院)
精神科病床数(平成28年6月末時点)		847床	(445床)	605床	(605床)	370	(240床)
入院精神障害者数※ (平成28年6月末時点)	3か月未満	74人(10%)	57人(14%)	54人(12%)	54人(12%)	90人(28%)	53人(25%)
	3か月以上1年未満	104人(13%)	71人(17%)	56人(13%)	56人(13%)	69人(21%)	39人(18%)
	1年以上	604人(77%)	278人(69%)	337人(75%)	337人(75%)	163人(51%)	123人(57%)
相談支援事業所数 (平成28年7月)		一般相談3	(1)	7	(7)	7	(1)
		特定相談18	(1)	15	(12)	8	(1)
保健所		1か所		2か所		1か所	
参考:兵庫県利用者数の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4	H28.4	
国保連 データ	地域移行支援(人)	8	28	35	30	25	
	地域定着支援(人)	17	85	120	139	124	

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成15・16、18～26年
精神障害者地域移行・地域定着支援事業
ピアサポーター活用による地域移行等支援事業
- 平成27年(緊急雇用)
精神障害者ピアサポータースキルアップ研修等事業、精神障害者ピアサポーター活動拡充事業、精神障害者ピアサポーター・支援者等研修事業、精神障害者退院支援関係者研修事業
- 平成28年(検証事業)
長期入院精神障害者地域移行推進事業

【地域移行推進連携会議の実施体制】<但馬圏域の例>



【精神科病院からの退院に向けた支援】

○精神科病院職員に対する研修の実施(検証事業により精神保健福祉センターが実施)

院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携による地域移行についての事例紹介とグループワークにより地域移行の理解促進を図る。

○体験談プログラムの実施(検証事業により3圏域4事業所に委託)

精神科病院退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く報告会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。

○事業所体験プログラムの実施(検証事業により3圏域4事業所に委託)

○退院に向けた意欲喚起(検証事業により3圏域4事業所に委託)

職員から個別の働きかけを増やしていくことにより、患者の退院意欲を高め、職員も退院を意識した支援を行う。退院した患者との座談会により職員、患者ともに退院への意欲が高まる。

【地域生活の支援】

- スーパーバイザーの派遣(検証事業により3圏域4事業所に委託)
- ・ピアサポーターを活用した精神障害者の地域生活支援を担える障害福祉サービス事業所等を増やすことが目的。
- ・初めて精神障害者を受け入れる、又はピアサポーターの養成・活用を目指している障害福祉サービス事業所等へ、先駆的に取り組んでいる相談支援事業所等の職員がスーパーバイザーとなり、事業所職員等の研修や精神障害者への対応方法などの助言指導を実施。

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29年2月)	167,252人
面積	2134km ²
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(28年9月)	556床
入院後3ヶ月時点の退院率(28年6月)	72.0%
入院後1年時点の退院率(28年6月)	92.0%



【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 戦略会議参加と院内説明会(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の了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でピアサポーター養成。4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会、院内体験プログラムの定期開催。
- 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(保健所主催)を、2病院長、1精神科部長の出席を得て開催。年度内地域移行目標を70と定める。
- 28年3月 年度内地域移行申請28名。退院者14名。

【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
- (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 5名うち1名退院
27年度 18名うち13名退院 28年度 28名うち14名退院

(入院後3ヶ月時点、1年時点の退院率)

3ヶ月時 42.9% (26年) → 70.0% (28年)
1年 90.5% (26年) → 92.0% (28年)

(1年以上入院患者割合 630調査より) ※29年は29年1月末現在
25年:71.7% 26年:71.3% 27年:70.9% 28年:75.4% 29年:71.3%

(1年以上入院患者数 630調査より) ※29年は29年1月末現在
25年:372名 26年:377名 27年:354名 28年:337名 29年:316名

(ピアサポーターの活動者数)

25年度:0名 26年度:12名 27年度:18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

『神戸市長期入院精神障害者地域移行・地域定着推進事業』

○精神障害者の地域移行及び地域定着の体制整備を推進するため、ピアサポーターの活用場の拡充とその支援、地域のネットワーク会議の開催などを、市内の法人2箇所に委託(コーディネーターを配置)し、医療と福祉の連携強化、地域のネットワークの強化を図る。

【神戸市の実施圏域の基礎情報】

※平成28年10月時点

神戸市圏域(神戸市内全域)		(うち検証事業参加)				
圏域人口(H28.11.1現在)	1,542,128人	市内全域				
精神科病院の数	13病院(1病院は認知症専門)					
精神科病床数	3653床					
入院精神障害者数※1	3か月未満	840人(27.4%)				
	3か月以上1年未満	528人(17.3%)				
	1年以上	1692人(55.3%)				
相談支援事業所数(H28.11.1現在)	一般相談	26				
	特定相談	48				
保健所	1か所					
(参考)神戸市利用者数の推移						
	H24	H25	H26	H27	H28.10	
各年度の利用者	地域移行支援	6	11	14	14	10
	地域定着支援	2	3	4	3	8



【地域移行に関する事業への取組の経緯】

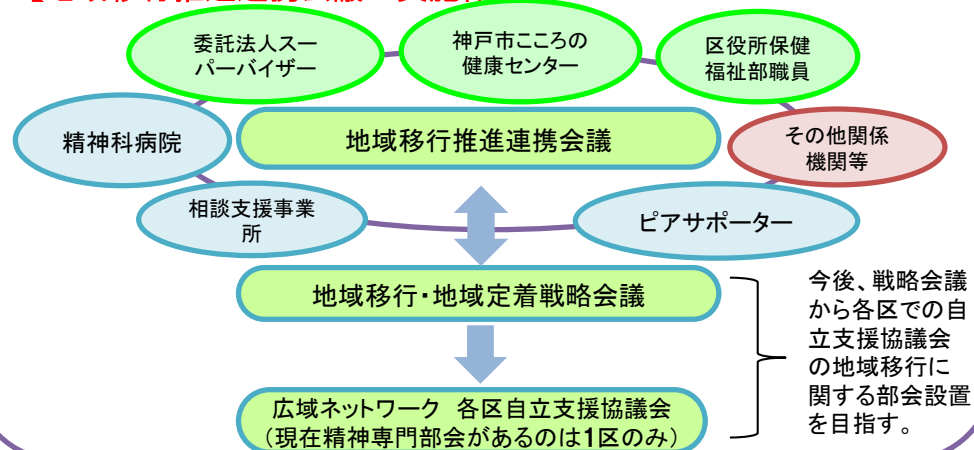
○平成16年度～

神戸市や兵庫県が事業主体となった「精神障害者地域移行支援事業」を実施。

○平成24年度～

障害者自立支援法(現:障害者総合支援法)の一部改正により、精神科病院の入院患者に対する個別支援が、「地域相談支援 地域移行」として個別給付化されたため、「精神障害者地域移行推進事業」としてピアサポーターの養成・活動支援を中心とした事業に見直しを図った。地域移行推進事業協議会・研修会の実施やピアサポーターの活用による、病院内での入院患者にむけた発表活動や、個別支援活動を実施。同時にピアサポーター養成研修等の実施も行ってきた。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】 検証事業 委託託法人主導

○退院支援プログラムの実施

発表活動(体験談プログラム)や個別支援活動(地域移行・地域定着希望者への個別支援)をピアサポーターが実施。ピアサポーター活用の事業所が同行し支援する。

A病院では週1回の発表活動、B病院では月2回病院OTと連携した個別相談等を定期的に実施している。地域移行・定着の希望者に対する個別支援にピアサポーターが入り、退院後まで患者に寄り添える支援を実施している。

○退院に向けた意欲喚起

委託法人より病院への働きかけを行い、病院プログラムの中に「退院支援プログラム」を取り入れてもらえるよう取り組みをすすめている。患者の退院意欲を高めること、病院職員への地域移行の意識づけをしている。

○精神科病院職員に対する研修の実施

病院の退院支援担当との連携で、院内で職員向けの研修会を実施し、院内の多職種が地域移行のしくみについて共通理解を深め、活用できるようにする。

地域移行推進連携会議に研修要素も取り入れ、市内病院の共通理解を深め、退院可能で退院を希望する人を拾い上げ、地域につなぐ仕組みを作る。

○地域移行推進連携会議(精神障害者の地域移行にかかわる体制を整備)

市内の精神科病院、事業所、ピアサポーター等が集まり会議・研修を実施する。そこから更に主となるメンバーを集め、戦略会議を組織し、協議を行う。推進連携会議と戦略会議相互での連携をもちながら神戸市としての仕組みを作る。

【地域生活の支援】

○各区の自立支援協議会や事業所などに対して、スーパーバイザーを中心にアドバイスや必要な情報提供等を行い、地域移行を推進する地域の体制整備・強化を図る。

- ・地域移行の取り組みについての説明
- ・地域支援機能強化専門員との連携
- ・住民向け研修等実施

千葉市の取組～本市における地域移行支援体制の確立を目指す～

○医療機関、事業所、行政機関等が地域移行の現状や課題を共有し、相互に連携して地域移行支援に取り組むことにより、地域移行支援体制の構築を目指す。

圏域数	1カ所
人口	973,856人
精神科病院の数(※)	9病院
精神科病床数(※)	1,444床
入院精神障害者数(※)	3か月未満：303人(29,1%)
	3か月以上1年未満：170人(16,4%)
	1年以上：566人(54,5%)
退院率(※)	入院後3か月時点：69,2%
	入院後1年時点：94,5%
相談支援事業所数	一般相談事業所数：14カ所
	特定相談事業所数：14カ所
障害福祉サービスの利用状況	地域移行支援サービス：31人
	地域定着支援サービス：60人
保健所	1カ所
(自立支援)協議会	・人材育成について検討する部会：なし
	・精神障害者地域移行を検討する部会：なし
	・全体会：年1回
	・地域部会および運営事務局会議：各年6回
精神保健福祉審議会	年1回



左記データは平成29年3月31日時点(※は28年度630統計から)

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

○平成26年以前

・障害者総合支援法の地域相談支援の中で、「地域移行支援」「地域定着支援」を実施。

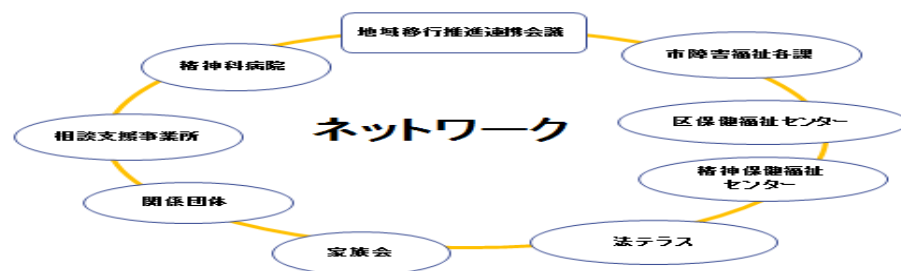
○平成27年度の取組

・地域自立支援協議会、精神保健福祉審議会において検証事業について説明し、精神障害者の地域移行支援や連絡会議について意見交換を行う。

・措置入院者について、退院後に地域での生活支援につながらず、医療や服薬を中断して、措置入院を繰り返す現状があった。

措置入院後、保健所が医療機関と協力して関係機関につなぐ支援調整を実施した。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

○精神科病院職員等に対する研修

・精神科病院職員の他、相談支援事業所、行政関係者等に対し、地域移行に関する様々な情報や事例の紹介等の研修を年2回実施する。また、各病院内にて院内研修を随時実施する。

○体験談プログラムの実施

・病棟内プログラムやデイケア等の場を利用しながら、当事者の体験談を聞く。

○事業所体験プログラムの実施

・地域の事業所等で、様々な活動を体験する。

○スーパーバイザーの派遣

・地域移行に関することで、事業所職員等への研修、助言、指導等を行う。

☆退院後の実生活に必要な行政サービス利用の説明会や相談会等も検討中！

【今年度のスケジュール】

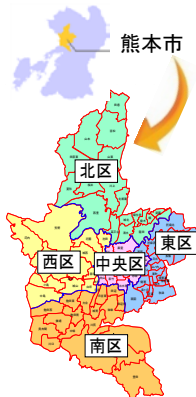
- ☆7月 地域移行推進連携会議 開始(以後、隔月開催)
- ☆8月 第1回精神科病院職員等研修会 開催
- ☆9月～ 退院支援プログラムおよびスーパーバイザー派遣事業の開始(9月20日、第1回体験談プログラム開催 以後順次開催)
- ☆11月 中間報告
- ☆29年3月 第2回精神科病院職員等研修会 開催
- ☆29年3月 検証

熊本市の取組 ～協議会の部会を活用したネットワーク強化と人材育成の取組～

- 精神科病院・相談支援事業所等の実務者による連携会議(精神障がい者地域移行支援部会)を月1回開催し、アドバイザーの協力を得て研修会の企画・実施、事例検討、実践報告、入院患者意向調査結果の分析等を実施。これらの連携会議における検討結果を障がい者自立支援協議会へ報告し、施策への反映を図る。
- 区役所毎の地域移行の取り組みに関するロードマップを作成し、連携会議にて進捗管理を行いながら、市全体の取り組みや体制整備への反映を図る。

【熊本市の実施圏域の基礎情報】

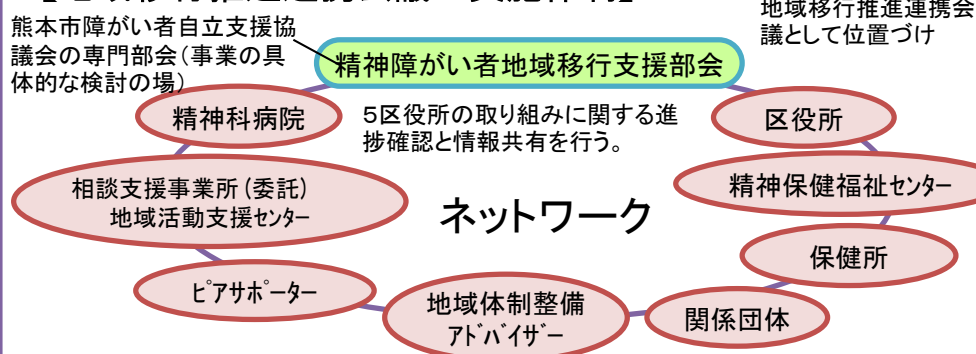
熊本市圏域(二次医療圏)		うち検証事業参加				
圏域人口(平成28年4月)	739,991人					
精神科病院の数	20病院	(18病院)				
精神科病床数	3,251床	(3,151床)				
入院精神障害者数 (平成28年6月30日)	3か月未満	789人(27%)	718人(25%)			
	3か月以上1年未満	507人(17%)	501人(18%)			
	1年以上	1,613人(56%)	1,613人(57%)			
相談支援事業所数(平成28年3月)	一般相談	22	(11)			
	特定相談	39	(13)			
保健所	1か所					
(参考)熊本市 利用者数の推移	H24	H25	H26	H27	H28	
地域移行支援	0	1	2	0	3	
地域定着支援	0	0	0	0	2	



【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成17年度～
精神科病院と地域生活支援センター等による検討会を開始。退院可能者ニーズ調査、社会資源ホームページの作成、ケアマネジメント実施報告、普及啓発研修会等を実施。平成25年度より検討会を自立支援協議会の部会に位置付ける。
- 平成20～23年度
精神障害者地域移行支援特別対策事業として、地域移行推進員による個別支援を実施(対象者数:延39名、退院者数:18名、地域移行推進員数:14名)
- 平成24～26年度
補助事業として、地域体制整備アドバイザーの配置(平成25年度より単費)、ピアサポートの活用、高齢入院患者地域支援事業、地域移行支援協議会の設置を実施。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【精神科病院からの退院に向けた支援】

○精神科病院職員等に対する研修(検証事業)

連携会議参加者(精神科病院・相談支援事業所の福祉職、行政関係者等)を対象に、地域移行の理念、ピアサポートの活用、医療と福祉の連携、多職種連携等に関する研修及び情報交換を年4回程度実施する。

○体験談プログラムの実施(検証事業)

精神科病院からの依頼に対してピアサポーターを派遣。入院患者との個別面接・体験談発表・レクリエーション等を通して交流し、地域生活への関心や退院への意欲を高めるよう支援する。また、精神科病院職員向けの研修への派遣依頼に対してピアサポーターを派遣し、体験談発表や事業の啓発を行う。

○高齢長期入院患者の地域移行支援(検証事業)

事業実施病院の長期入院高齢患者に対し多職種チームによる退院支援を実施し、連携会議において経過報告・事例検討を行う。

【地域生活の支援】

○熊本県が主催する地域移行支援研修会への協力

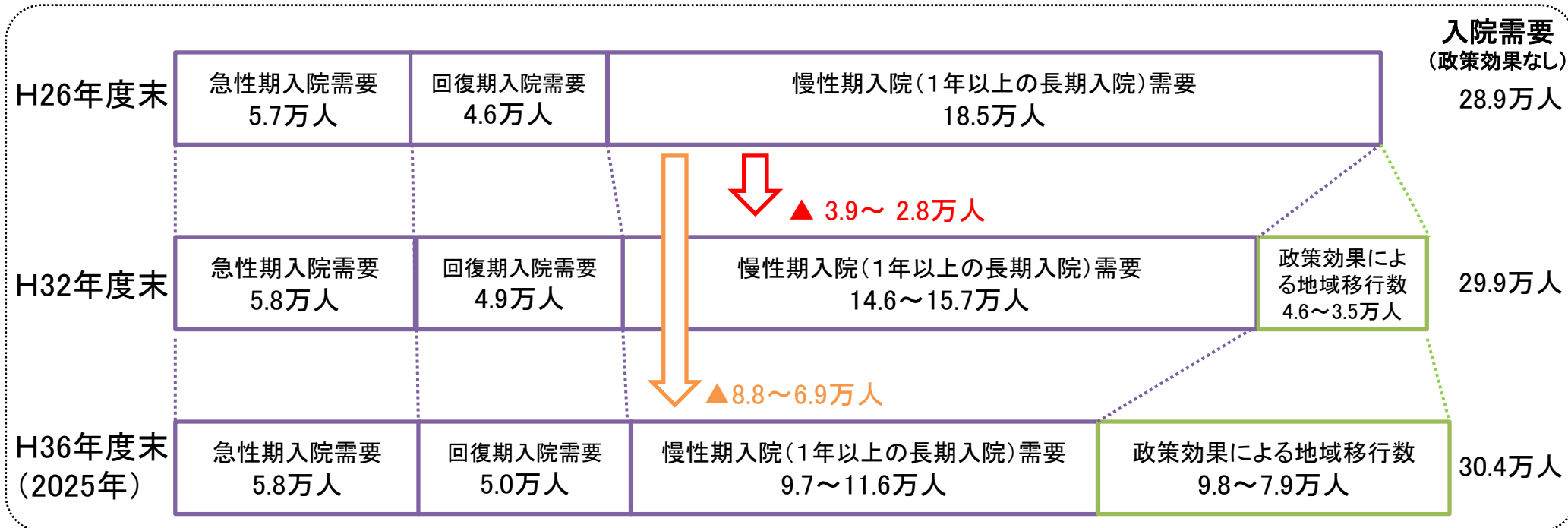
平成27年度に実施した医療と福祉の連携に関する研修会にて、区役所毎の取り組みに関するロードマップを作成。その後の進捗について、地域移行推進連携会議にて情報共有する。今年度はフォローアップ研修を実施し、熊本市も研修企画チームに参加。

○スーパーバイザーの派遣(検証事業)

関係機関からの相談や講師派遣依頼時に、スーパーバイザーを派遣する(地域体制整備アドバイザー3名で対応)。また、5区役所のロードマップの進捗に関する助言等を行う。

4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計①

- 政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定



平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	0.8~0.5万人
合計		9.8~7.9万人

合計 9.8~7.9万人 **31**

4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計②

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成36年度末の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定。

現状・課題

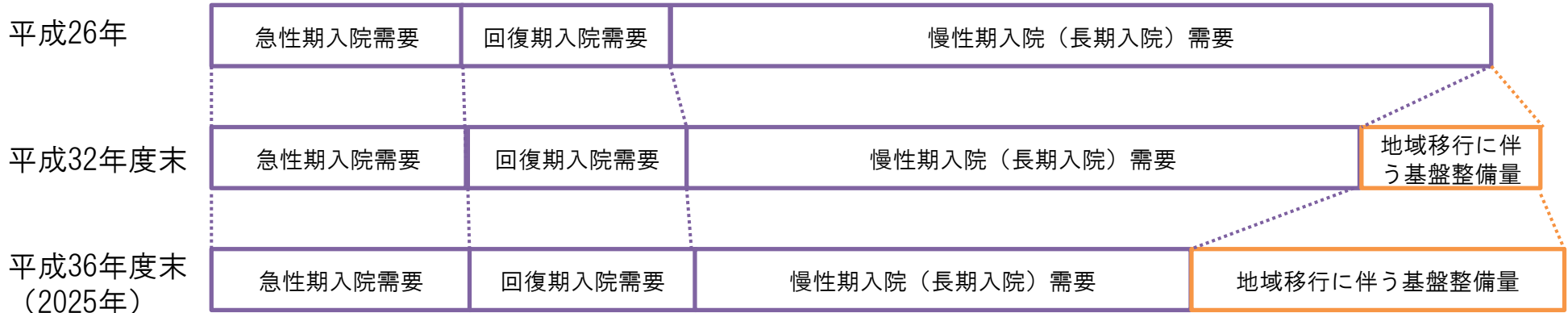
- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床（入院患者3.6万人）減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成36年度末（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を各都道府県ごとに推計することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針（推計式の開発）

- 平成36年度末（2025年）までに、地域移行を促す基盤整備によって継続的な入院治療を要する長期入院精神障害者（認知症除く）以外の地域移行を目指す（※）とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化によって継続的な入院治療を要する長期入院精神障害者（認知症除く）及び認知症による長期入院患者の地域移行を目指すことを目標とした推計式を開発する。この際、高齢化による影響も勘案する。

※平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）の時点では、平成36年度末までの目標の半分の地域移行を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計③

目標値を算出する推計式 急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における入院需要（患者数）の推計式

$$\begin{aligned} & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症を除く)} \times \alpha (\text{H32年度末}) \times \beta^3 \div \text{調整係数}0.95 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \gamma^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \end{aligned}$$

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式

$$\begin{aligned} & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症を除く)} \times \{1 - \alpha (\text{H32年度末}) \times \beta^3 \div \text{調整係数}0.95\} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \gamma^3) \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \end{aligned}$$

○平成36年度末（2025年）における入院需要（患者数）の推計式

$$\begin{aligned} & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症を除く)} \times \alpha (\text{H36年度末}) \times \beta^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \gamma^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \end{aligned}$$

○平成36年度末（2025年）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式

$$\begin{aligned} & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症を除く)} \times (1 - \alpha (\text{H36年度末}) \times \beta^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\ & + \\ & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \gamma^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \end{aligned}$$

※ α : 継続的な入院治療を要する患者の割合、 $\alpha (\text{H32年度末}) = (1 + \alpha (\text{H36年度末})) / 2$

※ β : 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案した1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値

※ γ : これまでの認知症施策の実績を勘案した1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値

※ H30年度からの計画実施期間による影響を算出するため、H32年度末の推計では $\beta \gamma$ それぞれ3乗、H37年の推計では $\beta \gamma$ それぞれ7乗で計算する。

ただし、H32年度末の推計式では、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及速度を考慮して調整係数0.95で除する。

※ 都道府県ごとの目標値の推計にあたっては、それぞれの都道府県の入院受療率、将来推計人口を用いて計算する。

※ 基盤整備量（利用者数）には、自立して一人暮らし生活を送る退院患者等も含まれる。

4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計④

○「継続的な入院治療を必要とする患者の割合【 α 】」の考え方について

- ⇒ 「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、平成36年度末時点では、6～7割※で設定（推奨）
 ※平成32年度末時点では、平成36年度末の目標の半分の8～8.5割で設定（推奨）

- 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

在院日数	1年 ～1年6ヶ月	1年6ヶ月 ～3年	3年 ～5年	5年 ～10年	10年 ～20年	20年～	合計
調査対象者数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
該当者数	209	414	439	664	659	710	3095
該当割合	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏 ヒアリング資料から一部改変

- 統合失調症の入院患者のうち、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、10.5%である。

統合失調症の入院患者における身体合併症の有無



■ 特別な管理を要する ■ 日常的な管理を要する ■ 身体合併症なし

※有効回答数 9,781名

特別な管理：入院治療が適当な程度、日常的な管理：外来通院が適当な程度

出典：「精神病床の利用状況に関する調査」より（平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究）

4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計⑤

○ 「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案した1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値【 β 】」の考え方について

⇒ 2025年までに治療抵抗性統合失調症治療薬を国内全体に普及することを目指し、各都道府県の実情を踏まえて、 β を95~96%※で設定（推奨）※25~30%程度普及した場合に相当

➤ 先行している国では、統合失調症患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬の使用割合は、25~30%程度である。

クロザピン処方率

ドイツ2004(外来患者)	14%
中国2004(入院患者)	24.6%
オーストラリア2007(外来患者)	26%
ニュージーランド2004(外来患者)	32.8%
日本	0.6%

出典：厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

➤ 国内で先行している医療機関における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用実績を踏まえると、統合失調症で入院している患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬を継続している割合は、20~40%程度である。

継続投与人数(割合)

A病院	30人 (31%)
B病院	46人 (41%)
C病院	37人 (22%)

出典：それぞれの病院からの報告

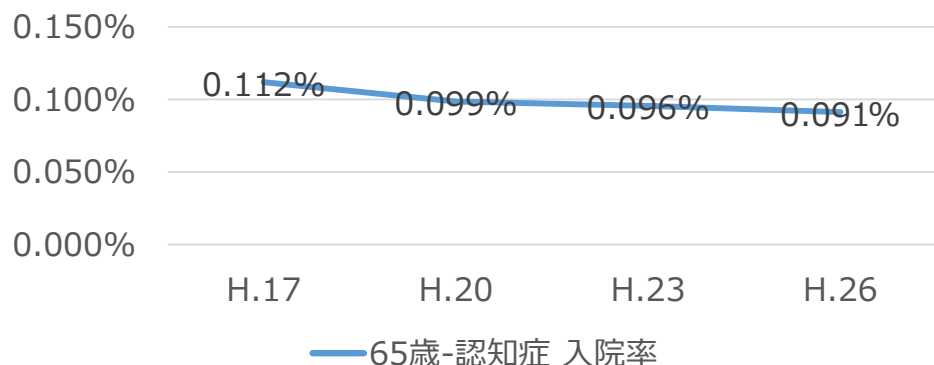
4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計⑥

○ 「これまでの認知症施策の実績を勘案した
1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値【 γ 】」の考え方について

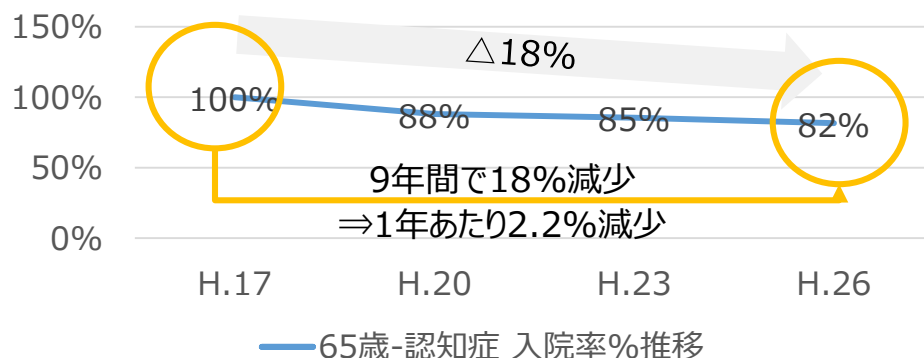
⇒ これまでの実績を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、 γ を97~98%で設定（推奨）

➤ 65歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17~H.26で18%減少。1年あたり2.2%減少。

65歳-認知症 入院率

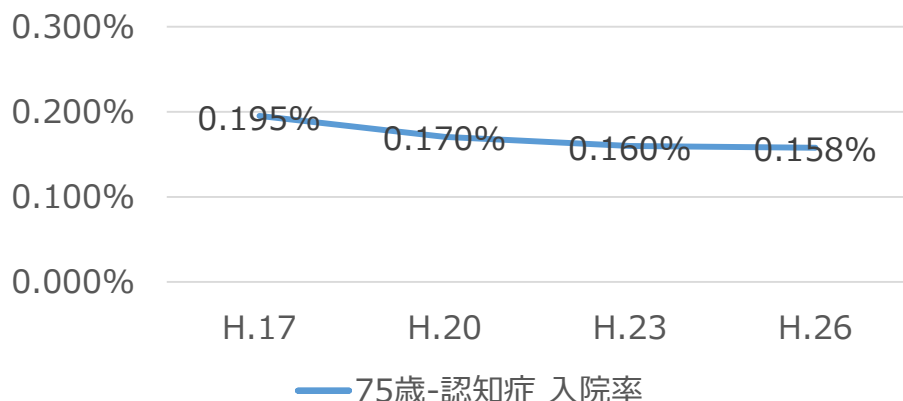


65歳-認知症 入院率%推移

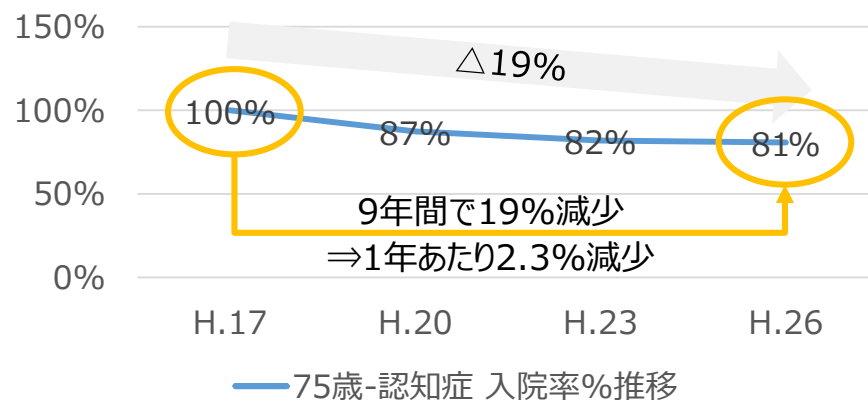


➤ 75歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17~H.26で19%減少。1年あたり2.3%減少。

75歳-認知症 入院率



75歳-認知症 入院率%推移



4. 都道府県における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の推計⑦

○精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標

平成26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要		
平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	地域移行に伴う基盤整備量	
平成37年 (2025年)	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	地域移行に伴う基盤整備量	

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

➤ 平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)における全国目標値(見込み)

平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	4.9万人	14.6万人	9.2万人	5.4万人	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人
〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳
最小	5.8万人	4.9万人	15.7万人	9.8万人	5.8万人	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人

➤ 平成37年(2025年)における全国目標値(見込み)

平成37年(2025年)	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	5.0万人	9.7万人	6.5万人	3.2万人	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人
〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳	〳
最小	5.8万人	5.0万人	11.6万人	7.6万人	4.0万人	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人

5. 市町村計画における地域移行に伴う基盤整備量の調整①

別表第二、三(一) (第5期障害福祉計画に係る国の基本指針)

各年度における指定障害福祉サービス等の種類ごとの必要な量の見込み及びその見込量の確保のための方策

- ① 別表第一を参考として、⑤の平成三十二年度末の長期入院患者の地域生活への移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備量(利用者数)を勘案しながら、地域の実情を踏まえて、平成三十二年度までの各年度における市町村ごとの指定障害福祉サービス等の種類ごとの実施に関する考え方及び必要な量の見込みを定めること。
- ② 指定障害福祉サービス等の種類ごとの必要な見込量の確保のための方策を定めること。
- ③ 各地域の個別の状況に応じた地域生活支援拠点等の整備の方策を定めること。
- ④ 圏域単位を標準とした指定障害福祉サービスの見通し及び計画的な基盤整備の方策を定めること。
- ⑤ 当該市町村が属する都道府県が別表第四の三の項に掲げる式により算定した、当該都道府県の区域(地方自治法第五条第一項の区域をいう。以下この⑤及び別表第四において同じ。)における平成三十二年度末の長期入院患者の地域生活への移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備量(利用者数)を勘案して、当該市町村の区域における平成三十二年度末の長期入院患者の地域生活への移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備量(利用者数)を定めること。



○都道府県は、平成32年度末の長期入院患者の地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を推計し、都道府県内の市町村と協議しながら、市町村ごとの必要量を提示する。

○市町村は、都道府県から提示された地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を踏まえ、都道府県と協議しながら、各年度における指定障害福祉サービス等の種類ごとの必要な見込みを定める。

5. 市町村計画における地域移行に伴う基盤整備量の調整②

○都道府県は、平成32年度末の長期入院患者の地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を推計し、都道府県内の市町村と協議しながら、市町村ごとの必要量を提示する。

想定される方法論

- ・長期入院患者の住所地に応じて地域移行に伴う基盤整備量を按分
- ・市町村ごとの人口に応じて地域移行に伴う基盤整備量を按分
- ・市町村ごとの精神障害者における障害福祉サービス等利用者数に応じて地域移行に伴う基盤整備量を按分

○市町村は、都道府県から提示された地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を踏まえ、都道府県と協議しながら、各年度における指定障害福祉サービス等の種類ごとの必要な見込みを定める。

想定される方法論

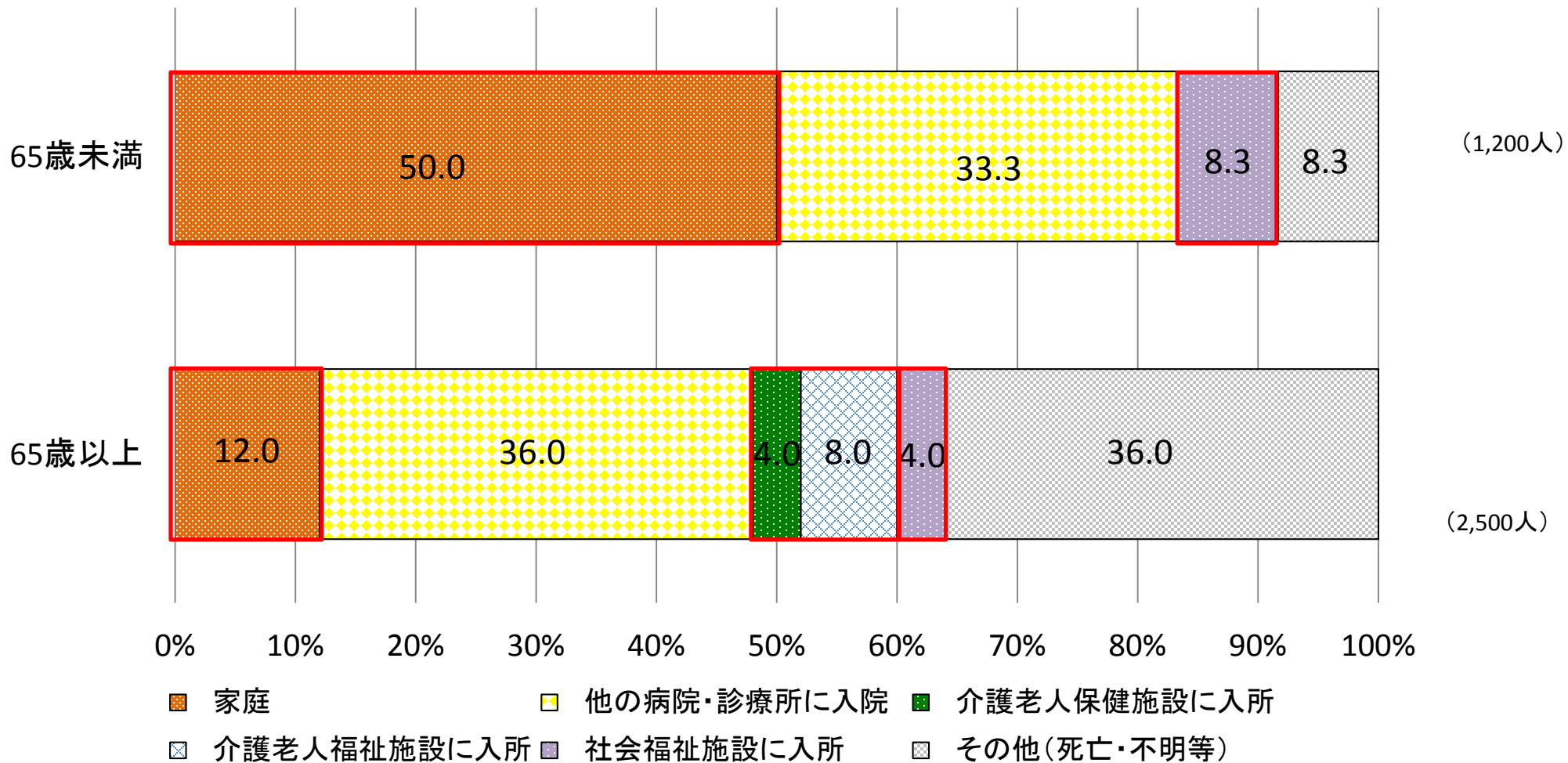
- ・精神病床における1年以上長期入院患者の退院後の行き先を活用する(平成26年の患者調査)
 - 65歳未満 家庭:社会福祉施設:介護老人保健/福祉施設=86%:14%:0%
 - 65歳以上 家庭:社会福祉施設:介護老人保健/福祉施設=43%:14%:43%
- ・精神病床における1年以上長期入院患者の障害支援区分・要介護度の割合を活用する(平成27年度実態調査)

65歳未満 n=90	非該当	支援区分1	支援区分2	支援区分3	支援区分4	支援区分5	支援区分6
	0%	2.2%	31.1%	33.3%	26.7%	2.2%	4.4%

65歳以上 n=91	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	31.9%	23.1%	2.2%	12.1%	5.5%	8.8%	6.6%	9.9%
- ・精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合を活用する

(参考) 精神病床における1年以上長期入院患者の退院後の行き先

(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

(参考) 精神病床における1年以上長期入院患者の障害支援区分・要介護度の割合

【調査の目的】

精神科病院長期入院患者の地域移行推進に向け、退院後に必要となる介護保険サービス・障害福祉サービス等の必要量を、各自治体で計画的に見込むための基礎資料を得ることを目的として調査を実施。

【調査方法】

長期入院患者を対象に、認定調査員が実際の要介護認定及び障害支援区分認定で用いられる調査票の項目について、専門職による訪問調査を実施した。あわせて、同じ患者の主治医が一次判定に必要な医師意見書の項目を作成し、コンピュータ判定を実施した。

【調査対象の基本情報】

男性:117人、女性:83人

65歳以上:110人、40～64歳:86人、39歳以下:4人

模擬一次判定の結果

65歳未満
n=90

非該当	支援区分1	支援区分2	支援区分3	支援区分4	支援区分5	支援区分6
0%	2.2%	31.1%	33.3%	26.7%	2.2%	4.4%

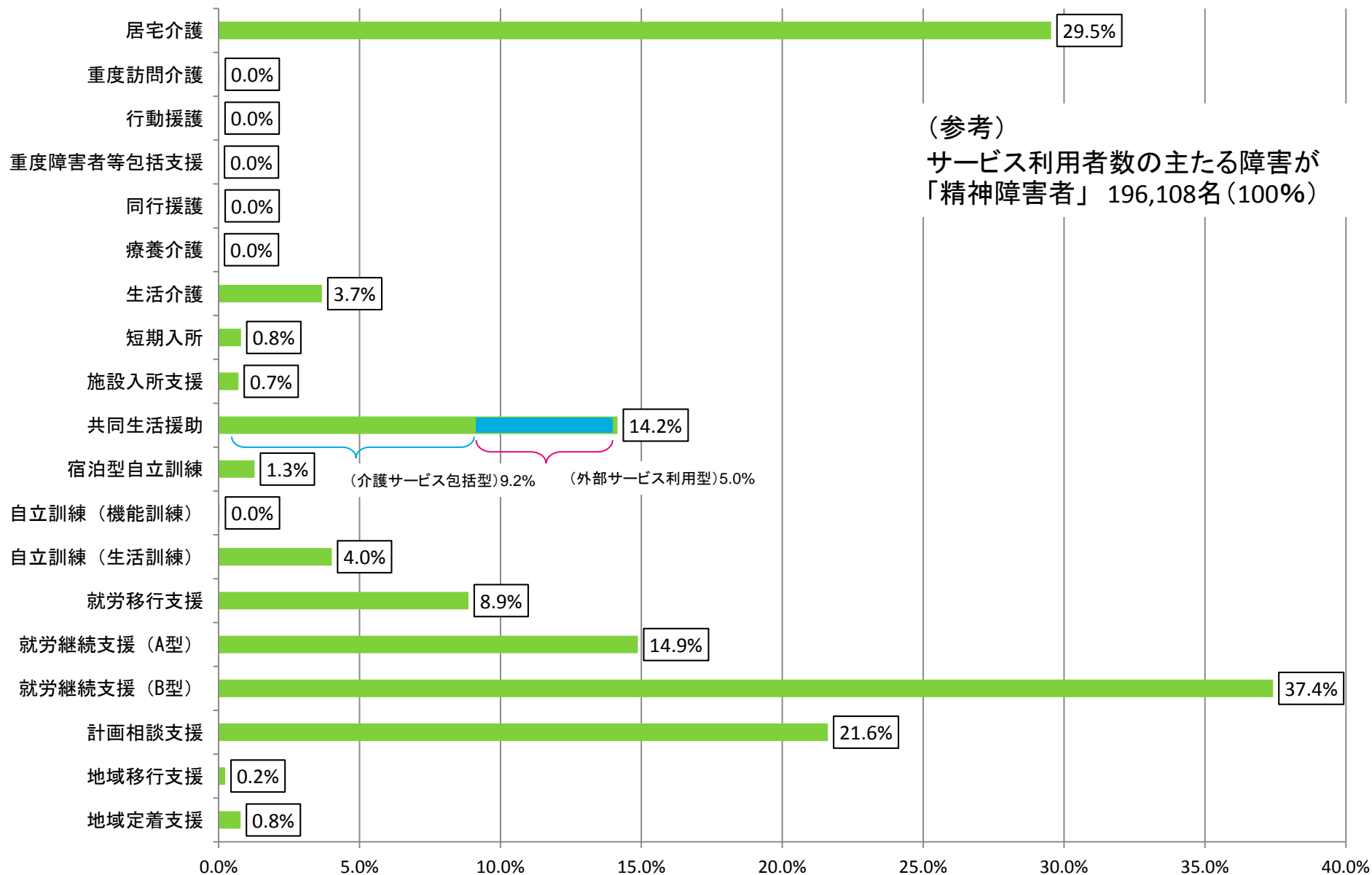
65歳以上
n=91※

非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
31.9%	23.1%	2.2%	12.1%	5.5%	8.8%	6.6%	9.9%

※要介護状態区分認定が、「未申請」であった65歳以上の患者91人を対象として調査。

(参考) 精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

(平成28年度サービス提供分 平成29年3月末の利用者)



(参考)
 サービス利用者数の主たる障害が
 「精神障害者」 196,108名 (100%)

資料: 国保連データ(平成29年3月)

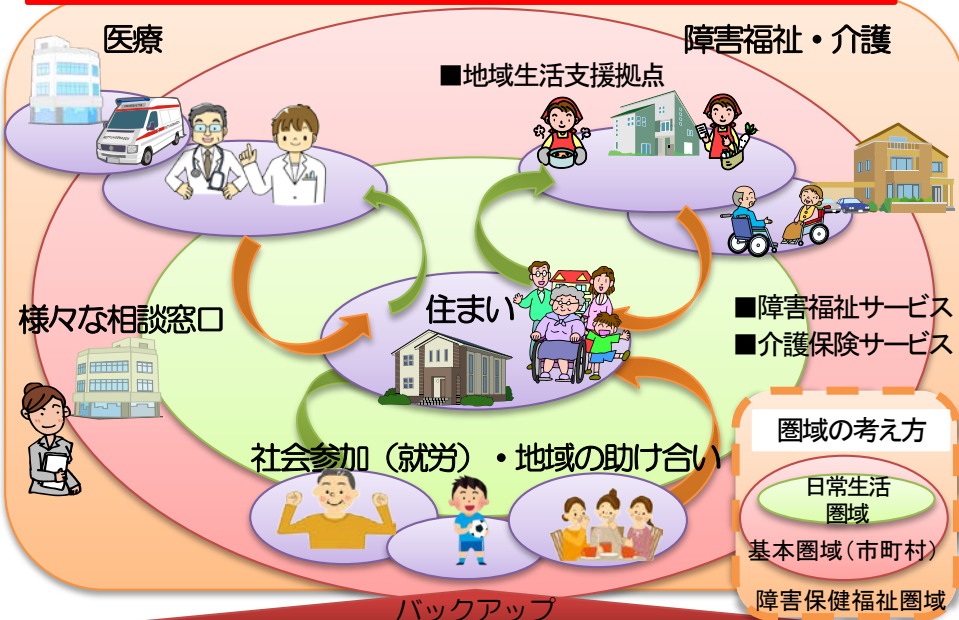
3. 医療計画の策定について

第7次医療計画の見直し(精神疾患の医療体制)

【概要】

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

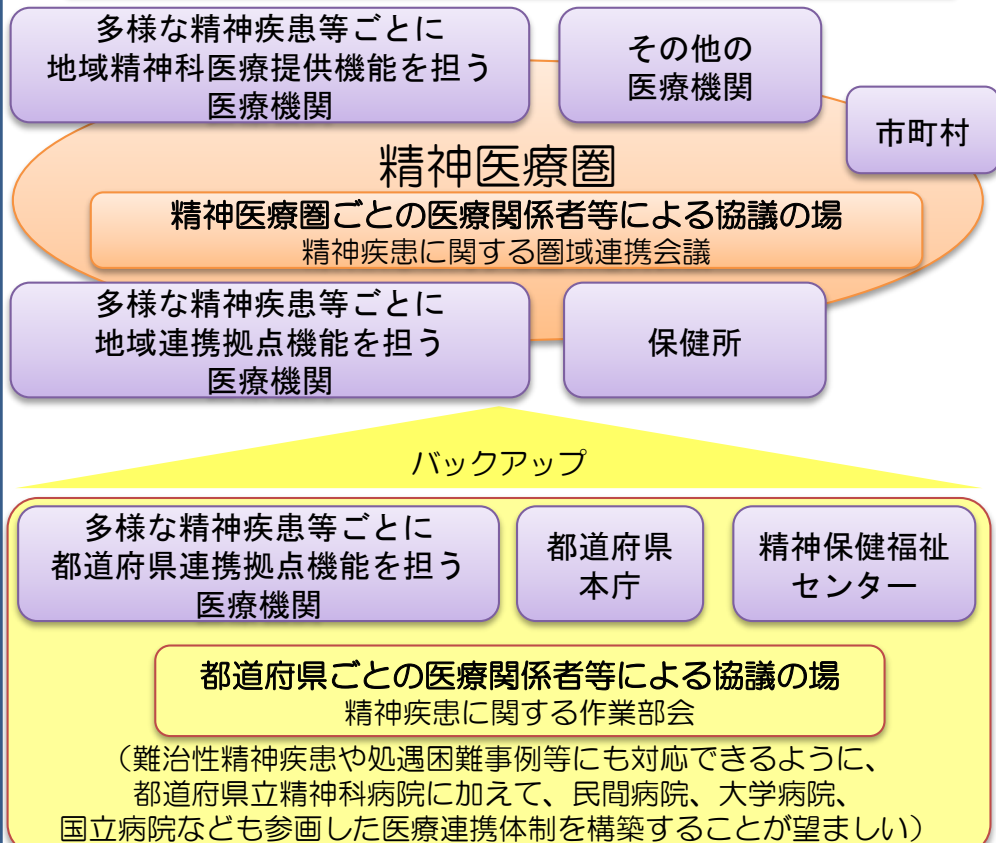
バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



多様な精神疾患等ごとに
地域精神科医療提供機能を担う
医療機関

その他の
医療機関

市町村

精神医療圏

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに
地域連携拠点機能を担う
医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

都道府県
本庁

精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

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

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化①

○平成30年度からの第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「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」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化する。

現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

*アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

医療機能	役割要件	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	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	医療観察
都道府県連携拠点機能	役割	①医療連携の都道府県拠点,②情報収集発信の都道府県拠点,③人材育成の都道府県拠点,④地域連携拠点機能支援														
	要件(例)	①地域連携会議の運営,②都道府県民・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③専門職に対する研修プログラムの提供(卒後専門領域研修など) ④地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ														
地域連携拠点機能	役割	①医療連携の地域拠点,②情報収集発信の地域拠点,③人材育成の地域拠点,④地域精神科医療提供機能支援														
	要件(例)	①地域連携会議の運営支援,②地域・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③研修の企画運営(個別事例の検討、多職種研修など) ④地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ														
地域精神科医療提供機能	役割	①医療連携への参画,②情報発信への参画,③人材育成への参画,④地域精神科専門医療の提供														
	要件(例)	①地域連携会議への参画,②患者への情報提供、拠点機能を情報収集への協力 ③研修への参加,④多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供														

多様な精神疾患等ごとの都道府県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

※疾患等毎に地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化②

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	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	医療観察
全域	A病院	☆		☆						☆	☆	☆	☆	☆	☆
	B病院	☆	☆	☆			☆				☆	☆	☆		
	C病院				☆	☆	☆	☆	☆						
〇〇圏域	A病院				◎	◎			◎						
	D病院	◎	◎	◎		◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎
	E病院	◎	○	◎				○			◎	○	○	○	
	F診療所	○		○	○	○			○		○				
	G診療所	○	○	○			○	○	○					○	○
	H訪看ST	○		○				○				○			
△△圏域	B病院	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎	◎			◎			◎	◎	◎	◎		
	J病院	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	
	K病院	○	○	○			○				○			○	
	L診療所	○		○						○					
	M診療所	○	○						○						
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎	◎			○	○		○	○	○		○	
	O診療所	○		○				○	○						

☆：都道府県連携拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関

精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討

(平成28年10月31日現在)

都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	2	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	151	354	343	1,741

(出典) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

精神病床に係る基準病床の算定

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

現状・課題

- 現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率（1年未満群）24%以下、②退院率（1年以上群）29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。
- この際、平成30年度から開始する医療計画と障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要（患者数）との整合性を図る必要がある。

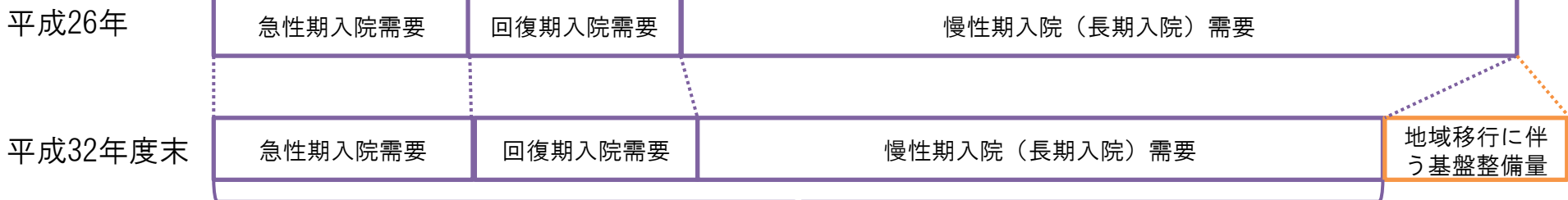
対応方針（新たな算定式への見直し）

- 平成30年度から開始する医療計画では、精神病床における基準病床数の算定式を以下の通り見直す。

新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要 (患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



平成32年度末の入院需要（患者数）

※第7次医療計画の中間年において、第6期障害福祉計画と整合性が図られるように基準病床数を見直す。

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。

平成28年度予算：4,800千円 → 平成29年度予算：4,136千円

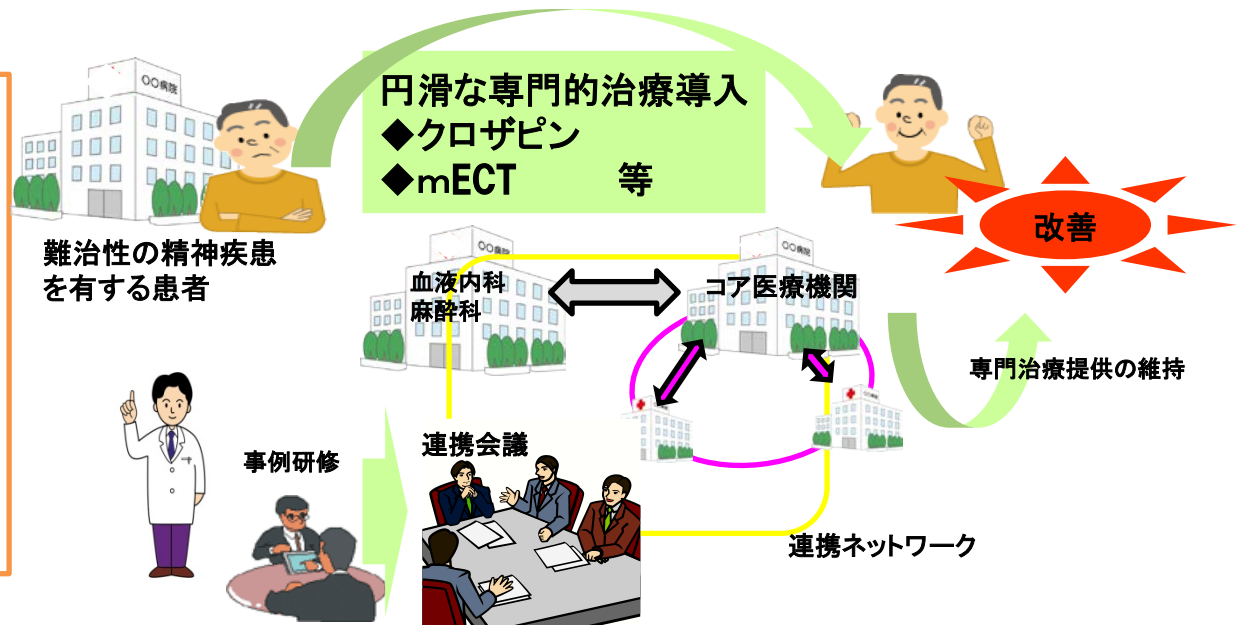
現状と課題

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

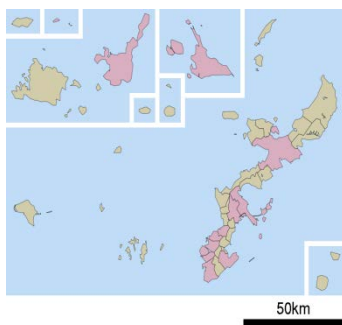
- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

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 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	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

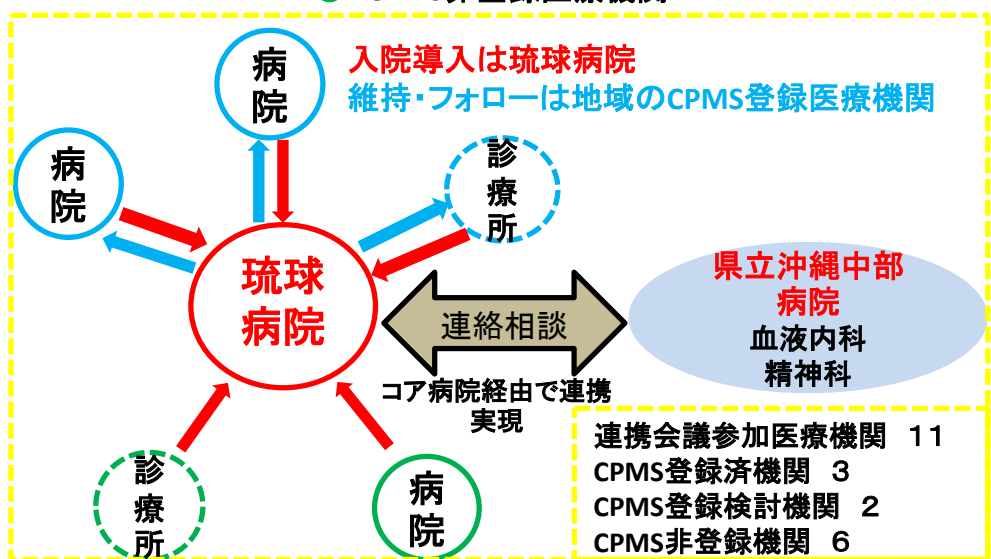
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【具体的体制】

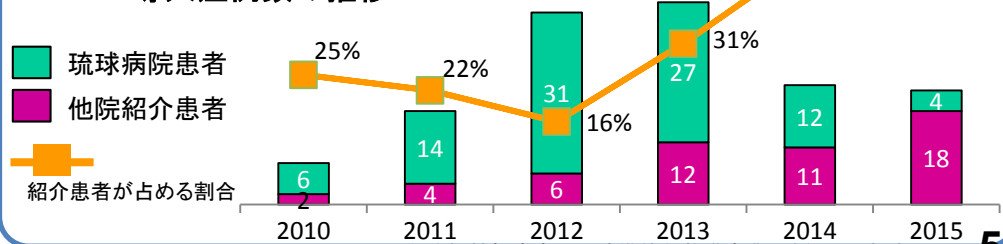
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



【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



千葉県の取り組み ～クロザピン・サターンプロジェクト～



- 単科精神科病院(リングホスピタル)で不安なくクロザピンを使用できるよう、①連携総合病院(コアホスピタル)のいずれかが無顆粒球症患者を必ず受け入れる体制、②単科精神科病院と、連携総合病院で担当者同士の顔の見える関係を維持し、重篤な副作用を発症する前から各総合病院との情報共有・相談、という2つの安心を実現することによって、難治性精神疾患地域連携体制を構築。(クロザピン・サターンプロジェクト)
- 千葉県は医療計画に治療抵抗性統合失調症治療薬の適切な使用の普及を明記し、連携体制を推進。

【千葉県の基本情報(平成27年10月現在)】

人口	6,207,990	人
面積	5,158	km2
市町村の数	54	自治体
単科精神科病院の数	40	病院
精神病床数	12,936	床

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】

院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入

【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】

コアホスピタルへの早期の情報提供や相談

【千葉大学】

各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かして、連携体制構築における課題を解決

【県】

医療計画等の医療政策へ反映

【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

【連携総合病院(コアホスピタル)の取組】

精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

【単科精神科病院(リングホスピタル)の取組】

大学病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

【既存の取組のサターンプロジェクトによる統合】

- ・ 千葉大研修参加者有志にプロジェクト協力の呼びかけを行い、連携体制を構築
- ・ 千葉大病院の病棟主任実務者が、コアホスピタル他科担当者から現場連携の相談をメールで受け付け、課題をリスト化して各リングホスピタル担当者に配布共有することで、総合病院リエゾン連携のような顔の見える連携を、プロジェクト内他科・精神科間連携にも拡大
- ・ 定期的派遣訪問で連携に係る問題の解決を図り、良好な関係を維持

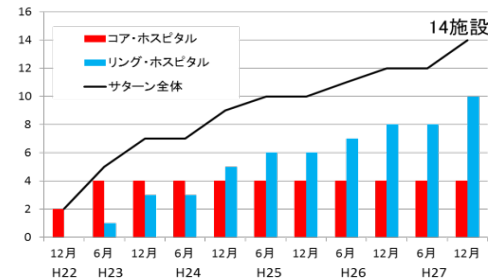
プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】(平成27年12月現在)

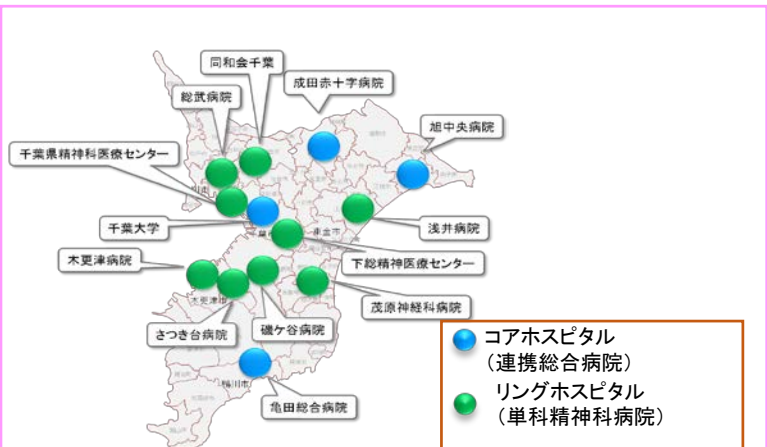
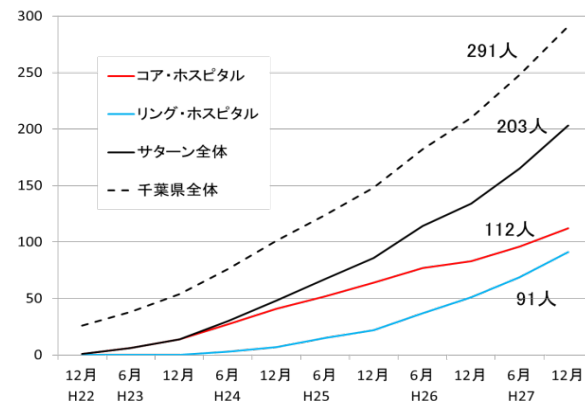
CPMS登録施設: 14施設

CPMS登録患者数203名

サターンプロジェクト: CPMS登録施設数推移



サターンプロジェクト: CPMS登録患者数推移



救急医療の提供体制

【概要】

- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組みを進める。
- 救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点を取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。
- 初期救急医療機関の整備とともに休日夜間対応できる薬局、**精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。**

救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の構築

円滑な救急搬送や受入体制を確保するため、医療機関と介護施設等の連携を推進する。

八王子市の例

- 高齢者及び高齢者施設等の利用者への安全な救急搬送体制を確保するため、八王子消防署と八王子市救急業務連絡協議会で調整、“八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会”を設置。

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

- ・八王子市救急業務連絡協議会
 - ・救命救急センター・救急センター
 - ・介護療養型病院
 - ・医療療養型病院
 - ・八王子施設長会
 - ・八王子社会福祉法人代表者会
 - ・八王子特定施設連絡会
 - ・精神科病院
 - ・八王子介護支援専門員連絡協議会
 - ・八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
 - ・高齢者あんしん相談センター
 - ・八王子医師会
 - ・八王子市
 - ・町会自治会連合会
 - ・八王子消防署
 - ・八王子薬剤師会
 - ・八王子老人保健施設協議会
 - ・八王子市赤十字奉仕団
 - ・八王子市
民生委員児童委員協議会
 - ・八王子市社会福祉協議会
- 全20団体

※行政だけでなく、様々な機関が参加していることが特徴。



自宅、高齢者施設、救急隊、急性期医療機関、慢性期医療機関、市のそれぞれについて推奨事項や努力事項が示された。

このうち、「**自宅/高齢者施設**」の推奨事項として、「**救急医療情報の作成**」を行うこととなった。

八王子消防署資料より一部改変

救命救急センターの充実段階評価の見直し

平成27年度は、ほとんどの救命救急センターの充実段階評価がA評価となっている。さらなる機能の充実を図るため、地域連携の評価を含め、救急救命センター充実段階評価を見直す。

平成27年度

救命救急センターの充実段階評価

A評価：269カ所

B評価：1カ所

C評価：1カ所

(平成26年度実績)

評価基準

C評価：

是正を要する項目が3年以上継続して22点以上の場合

B評価：

是正を要する項目が2年間継続して22点以上の場合

A評価：

B、C評価以外

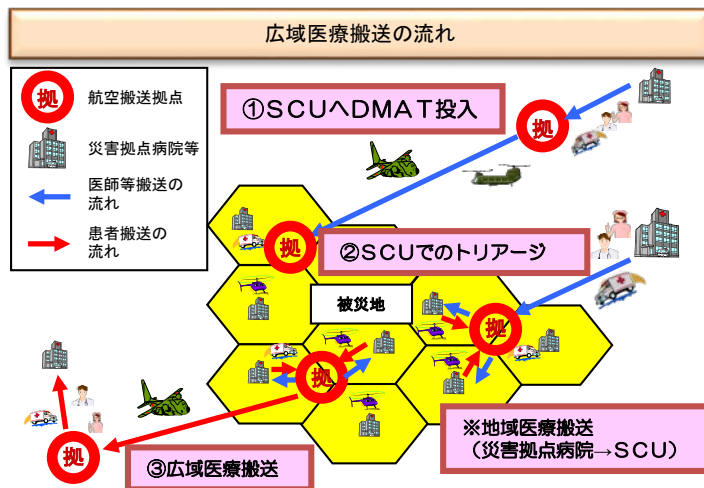
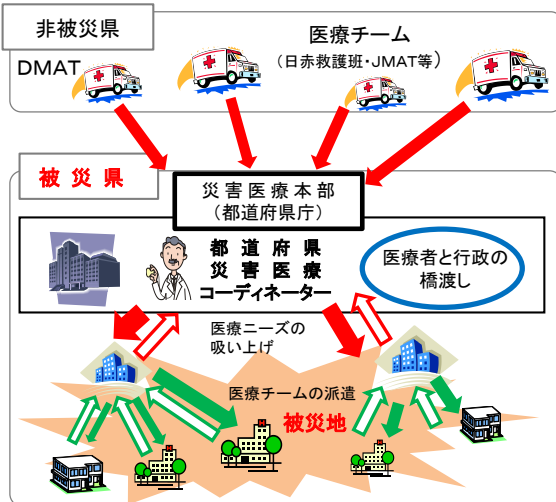
災害時における医療体制

【概要】

- 被災地域の医療ニーズ等の情報収集や医療チーム(DMAT、DPAT、JMAT等)との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進める。
さらに、大規模災害時に備え、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。
- 災害時の診療機能の低下軽減や早期回復を図るため、事業継続計画(BCP)の策定について、推進する。

被災地域における災害医療提供体制の整備と連携強化

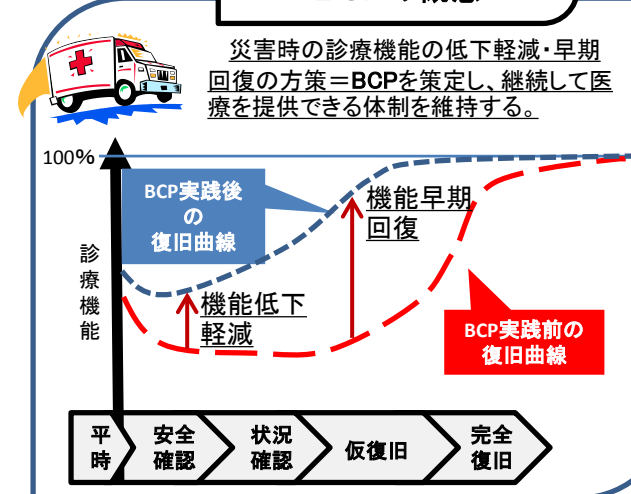
- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム(DMAT、DPAT、JMAT等)との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進める。
さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。



BCP策定の推進

- 災害時に診療機能の低下軽減や病院機能の早期回復を図り、継続して医療を提供するため、BCPの策定は今後災害拠点病院だけではなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進する。

BCPの概念



周産期医療の体制

【概要】

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。
- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進める。
- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊婦への対応ができるような体制整備を進める。

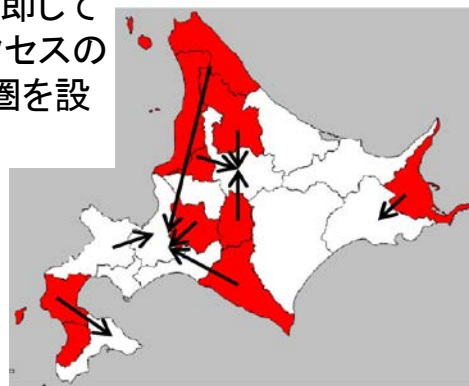
実情を考慮した周産期医療圏の設定

周産期医療の体制整備に当たっては、妊婦の居住地から分娩取扱医療機関への適正なアクセスの確保が肝要。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

出生者の住所から		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上
分娩医療機関	出生数	946,316	62,974	15,493	3,082
	割合	92.1%	6.1%	1.5%	0.3%
周産期母子医療センター	出生数	616,881	282,769	106,548	21,667
	割合	60.0%	27.5%	10.4%	2.1%

現行の二次医療圏を基本としつつ、出生数規模や流出入のみならず、地域の実情に即して基幹病院とその連携病院群の適正アクセスのカバーエリア等を考慮した周産期医療圏を設定する。

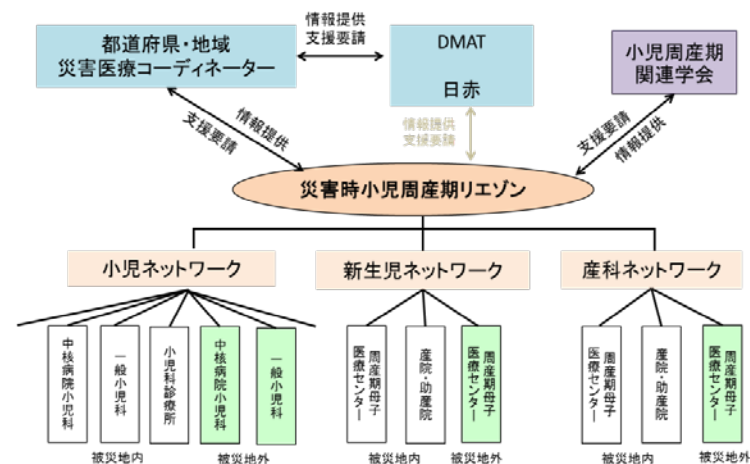


災害時小児周産期リエゾンの養成

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。

平成28年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始。すべての都道府県に「災害時小児周産期リエゾン」を設置する。

情報窓口としての災害時小児周産期リエゾン



4. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての自治体支援について

新しい精神保健福祉資料と目標値設定ツールの公表

NCNP精神保健計画研究部ホームページ <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku>

医療計画上の多様な精神医療者ごとの医療機関の一覧

都道府県	精神科	心療内科	心療外科	児童精神科	老人精神科	PTSD	その他	合計
A府県	0	0	0	0	0	0	0	0
B府県	0	0	0	0	0	0	0	0
C府県	0	0	0	0	0	0	0	0
D府県	0	0	0	0	0	0	0	0
E府県	0	0	0	0	0	0	0	0
F府県	0	0	0	0	0	0	0	0
G府県	0	0	0	0	0	0	0	0
H府県	0	0	0	0	0	0	0	0
I府県	0	0	0	0	0	0	0	0
J府県	0	0	0	0	0	0	0	0
K府県	0	0	0	0	0	0	0	0
L府県	0	0	0	0	0	0	0	0
M府県	0	0	0	0	0	0	0	0
N府県	0	0	0	0	0	0	0	0
O府県	0	0	0	0	0	0	0	0
P府県	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	100	40	70	60	40	30	0	0

都道府県全域のシート

都道府県のすがた
都道府県の精神医療機関一覧、疾患ごとと精神医療圏ごとの医療機関数・患者数・拠点機関の一覧

H29年初回公開版では、2次医療圏ごと。数値データは26年。圏域設定、拠点の指定状況をH29末にうかがいます。

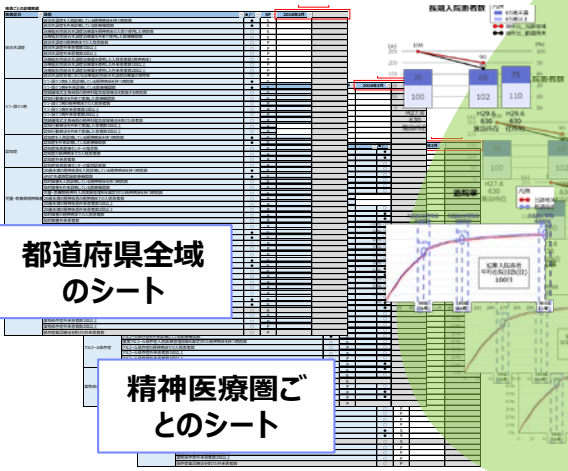


(参考資料)
その他集計値

都道府県・精神医療圏の現況散布図

- ・ (*)急性期の退院率と早期の再入院率の関係の全国・全域との比較
- ・ 整備すべき地域資源量と現状の長期患者数の関係の全国・全域との比較

H29/5版では、(*)のみ提示します



都道府県全域のシート

精神医療圏ごとのシート

都道府県・精神医療圏の現況

- ・ 2年分の疾患ごと入院/外来ごとの医療機関数、患者数等
- ・ 2年分の病院設置地/患者住所ごとの長期入院者数グラフ
- ・ 1年以内退院率、1年以内再入院率のグラフ

H29年初回公開版では、2次医療圏ごと。26年度データ。長期患者は25,26年で、住所地集計はありません。

精神保健福祉資料
これらデータを都道府県ごとにひとつのエクセルファイルにして、公表します



医療計画・障害福祉計画のH32,36年目標値設定ツール
エクセルファイルで公表
αβγ値の入力だけで、地域基盤整備量を算出します



改善シナリオに基づく通知の基盤整備量(目標値)

都道府県	α	β	γ	単位(人)
平成32年度案	80.0%	85.0%		97.0%
平成32年度案における改善のための通知の必要整備量(改善シナリオ)				
認知症	0	465	0	242
認知症以外	0	0	0	0
40歳未満	0	1,338	81	3,475
40～64歳	26	954	274	2,478
65～74歳	224	981	2,841	1,711
75歳以上	255	3,048	2,895	7,816
合計				2,853
平成36年度案	80.0%	85.0%		97.0%
平成36年度案における改善のための通知の必要整備量(改善シナリオ)				
認知症	0	178	0	127
認知症以外	0	0	0	0
40歳未満	0	3,093	84	2,231
40～64歳	50	1,753	211	1,264
65～74歳	580	1,670	2,443	1,133
75歳以上	651	6,592	3,738	4,754
合計				3,288

「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、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の策定とその後の施策の進捗状況のフォローアップに必要な「データ」の充実化を図るため、集計の迅速化、調査項目の見直しを行います。

【調査対象】

- 医療機関 ー 精神病床を持つ病院、精神科・診療内科を標榜する診療所
- 訪問看護ステーション 全ての訪問看護ステーション

【調査項目】

- 医療機関
 - ・医療機関の属性(病床数、指定病床数、診療体制 など)
 - ・入院患者の属性(年齢、性別、診断、入院形態、隔離拘束、居住自治体 など)
 - ・医療保護入院者の退院支援の取組状況と転帰
- 訪問看護ステーション
 - ・訪問看護ステーションの属性(診療体制、患者数 など)
- 都道府県 (政令市は都道府県が取りまとめ)
 - ・医療圏数、医療機関数 等
 - ・措置・緊急措置・医療保護入院の入院届・診断書、退院届・消退届の状況

【スケジュール】

- 6月23日 都道府県・指定都市に対して調査依頼
- 8月31日 医療機関・都道府県調査締め切り
- 9月29日 訪問看護の調査締め切り
- 秋(予定) 都道府県に医療計画策定に資する集計値提示
- 年度末 NDB等とあわせ、精神保健福祉資料公表



精神障害者地域移行・地域定着支援事業費

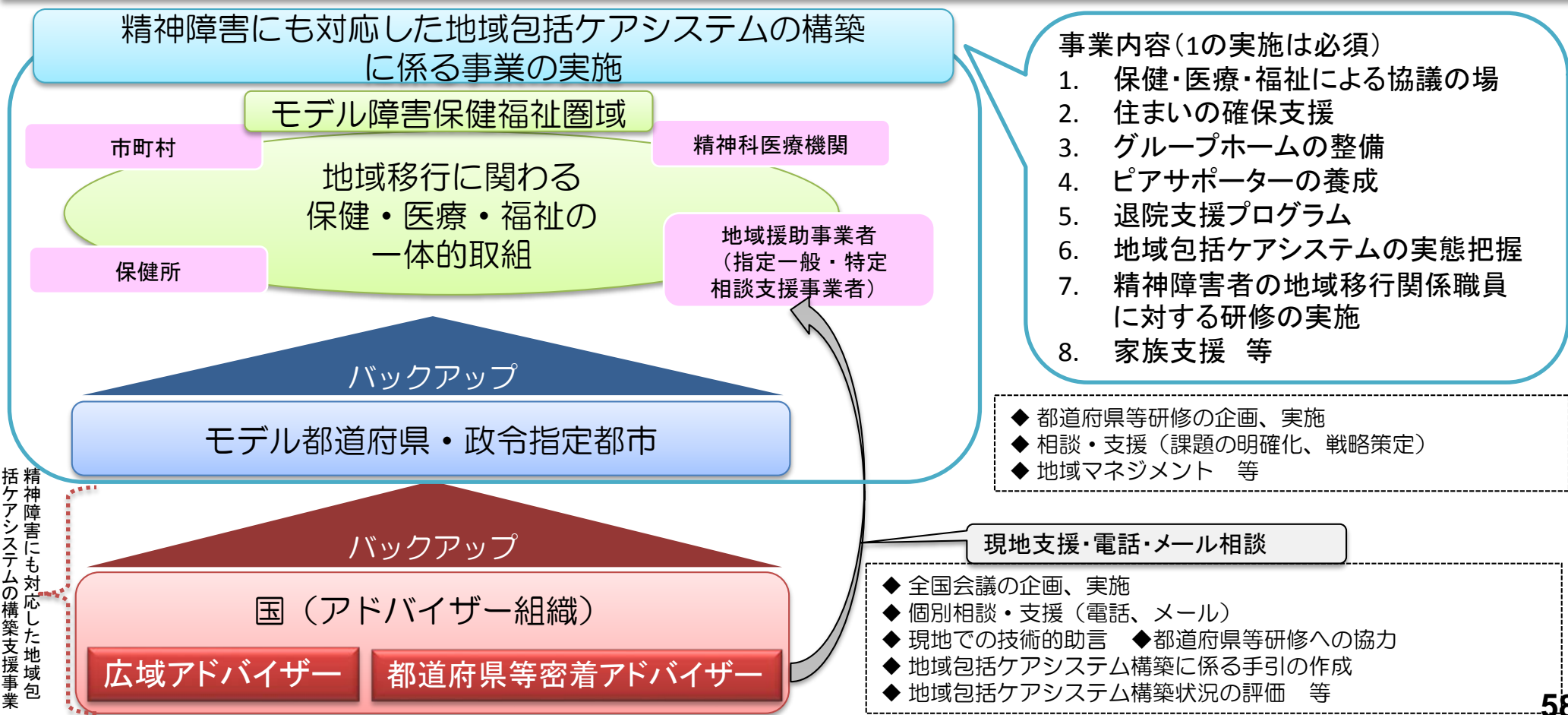
- ①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業
- ②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

【新規 平成29年度予算：192,893千円】

【新規 平成29年度予算：37,500千円】

※地域生活支援事業、社会福祉施設等施設整備費計上分除く

- 国は、都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等）と連携しながらモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）を支援する取組を段階的に拡大し、好事例のノウハウの蓄積と横展開に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を支援する。
- 都道府県等は計画的に地域の基盤を整備するとともに、推薦した都道府県等密着アドバイザーと連携しながらモデル圏域における保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、地域移行の推進の仕組みづくりに携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築する。また、都道府県等全域への普及を図る。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 ポータルサイト について

【サイトURL】

<http://mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>

<トップページ>

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル



調査研究・
報告書等

地域移行に係わる
リンク先一覧

本事業関連資料 &
地域包括ケアNEWS
(精神)

FAQ

①



②

このサイト「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」は、これまでの地域移行に関する各種団体の調査研究・報告書や、審議会といった情報サイトへのリンク先などを共有するためのポータルサイトです。

③



④

■ 新着情報

- 2017/06/07 : テストサイトを更新しました
- 2017/06/01 : テストサイトをオープンしました

【お問合せ先】

サイト管理者・平成29年度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受託者

株式会社 日本能率協会総合研究所

0120-876-300 (10:00-17:00)

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-2-2 住友商事竹橋ビル15F

厚生労働省

法人番号6000012070001

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話：03-5253-1111(代表)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.

調査研究・ 報告書等	地域移行に係わる リンク先一覧	本事業関連資料 & 地域包括ケアNEWS (精神)	FAQ
---------------	--------------------	---------------------------------	-----

①

調査研究・報告書等



- (1) 障害者総合福祉推進事業
- (2) 障害者支援状況等調査研究事業
- (3) 全国保健所長会

調査研究・ 報告書等	地域移行に係わる リンク先一覧	本事業関連資料 & 地域包括ケアNEWS (精神)	FAQ
---------------	--------------------	---------------------------------	-----

②

地域移行に係わるリンク先一覧



- (1) 精神障害者地域移行HP
- (2) 各種通知
- (3) 各種審議会・検討会等
- (4) 担当者会議等
- (5) 630調査

調査研究・ 報告書等	地域移行に係わる リンク先一覧	本事業関連資料 & 地域包括ケアNEWS (精神)	FAQ
---------------	--------------------	---------------------------------	-----

③

本事業関連資料 & 地域包括ケアNEWS (精神)



- (1) 合同会議資料等
- (2) 地域包括ケアNEWS(精神)

調査研究・ 報告書等	地域移行に係わる リンク先一覧	本事業関連資料 & 地域包括ケアNEWS (精神)	FAQ
---------------	--------------------	---------------------------------	-----

④

FAQ



問い合わせ & 回答

- 地方自治体が策定する整備計画が着実に実施されるよう障害児・者の障害福祉サービス等の基盤整備を図る。
(補助率：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/4、設置者1/4)

日中活動系サービス等の充実・地域移行の推進

- 障害者の社会参加支援及び地域移行支援を更に推進するため、就労移行支援、就労継続支援事業所等の日中活動系サービス事業所やグループホーム等の整備促進を図る。



障害児支援の充実

- 障害児支援の充実を図るため、地域の障害児支援の拠点となる児童発達支援センター等の整備や小規模な形態によるきめ細やかな支援体制の整備を推進する。



耐震化・防災対策の推進

- 国土強靱化基本計画を踏まえ、自力避難が困難な障害児・障害者が利用する施設の安全・安心を確保するため、耐震化及びスプリンクラー整備を推進する。



1. 対象施設

※ 公立施設については、平成18年度に一般財源化したため補助対象外。
 ※ これ以外に保護施設、身体障害者社会参加支援施設等がある。

障害者総合支援法上のサービス

日中活動系

短期入所（ショートステイ）

自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、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

居住系

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

訓練系・就労系

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、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う

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、生活能力の維持、向上のために必要な支援、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（A型＝雇用型）

一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う

就労継続支援（B型）

一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う

施設系

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

児童福祉法上のサービス

障害児通所支援

児童発達支援

日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他の必要な支援等を行う

放課後等デイサービス

授業の終了後又は学校の休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他の必要な支援を行う

保育所等訪問支援

保育所等を訪問し、障害のある児童に対して、集団生活への適応のための専門的な支援その他の必要な支援を行う

障害児入所支援

障害児入所施設

施設に入所する障害のある児童に対して、保護、日常生活の指導及び独立自活に必要な知識技能の付与を行う

2. 建設費の補助

- 社会福祉法人等が上記事業を行うことに伴い、障害者施設を整備しようとする場合、その整備費について、国庫又は民間補助が受けられるほか、設置者負担分については、独立行政法人福祉医療機構から低利の融資を受けることができる。

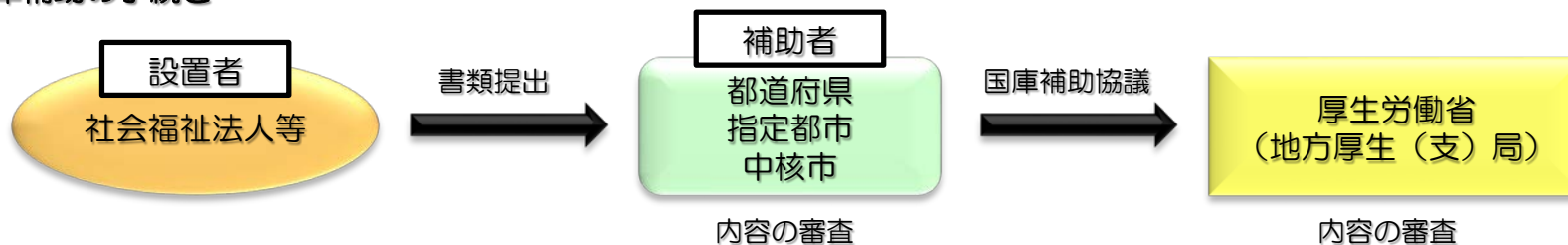
(1) 国庫補助を受ける場合

・社会福祉法人及び医療法人など（※）が障害者総合支援法等に基づく障害者施設を整備しようとする場合、各都道府県、指定都市、中核市及び市町村の障害福祉計画に合致すれば、国庫補助を受けることができる。（土地の買収、造成、整地に要する費用は対象外）

※ 社会福祉法人、医療法人、日本赤十字社、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、一般財団法人、特例民法法人、NPO法人、営利法人等

①負担割合 国 1 / 2、都道府県・指定都市・中核市 1 / 4、設置者 1 / 4

②国庫補助の手続き



ア 施設建設を予定している設置者は、建設予定年度の前年度の早い時期に、建設計画、資金計画及び土地の確保の状況等を明らかにした事業計画書を都道府県等に提出し、内容の審査を受ける。

イ 内容の審査後、都道府県等の施設整備計画に合致していれば、都道府県等において必要な予算措置が行われ、厚生労働省（地方厚生(支)局）に対する国庫補助協議を行う。

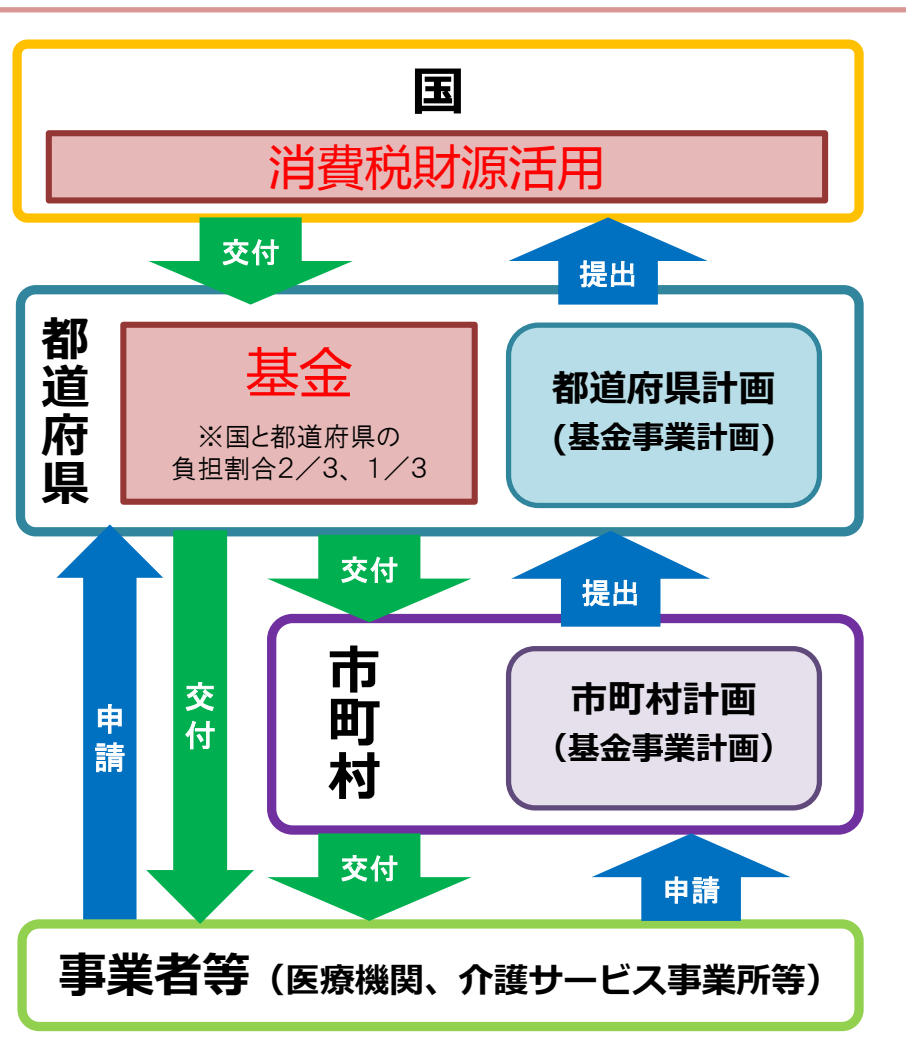
ウ 厚生労働省（地方厚生(支)局）においては、都道府県等から事業計画のヒアリングを行い、内容の審査を行う。

エ 社会福祉法人を新たに設立して施設経営を始めようとする場合は、都道府県、指定都市又は中核市（所轄庁）から社会福祉法人の設立認可を受けることが必要である。

地域医療介護総合確保基金

平成29年度政府予算:公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業