

障害保健福祉関係主管課長会議資料

抜粋

平成29年3月8日(水)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課／
心の健康支援室／
医療観察法医療体制整備推進室／
公認心理師制度推進室

目 次

【精神・障害保健課】

1	精神保健福祉法の見直しについて……………	1
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ついて……………	9
3	精神科救急医療体制の整備について……………	55
4	自立支援医療について……………	57
5	障害支援区分の認定について……………	59

【心の健康支援室】

6	依存症対策について……………	71
7	てんかん対策等について……………	92
8	精神保健福祉手帳について……………	97
9	災害時等の心のケア対策について……………	100
10	性同一性障害の相談窓口について……………	109

【医療観察法医療体制整備推進室】

11 心神喪失者等医療観察法の地域連携等について……………113

【公認心理師制度推進室】

12 公認心理師法について……………123

【参考資料】

13 平成29年度精神・障害保健課予算案の概要……………127

1 精神保健福祉法の見直しについて

昨年7月に相模原市の障害者支援施設で発生した殺傷事件を受けて、厚生労働省に設置した「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」の報告書において、事件の再発防止のため、措置入院者への退院後の医療等の継続的な支援を行うこと等が報告されている。

また、昨年10月に精神保健指定医の指定の不正申請を行った者などの指定取消処分を行っており、再発防止を図る必要がある。加えて、平成25年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の附則に医療保護入院の入院手続の在り方等について施行後3年の見直し規定が置かれていることを踏まえて、制度見直しを行う必要がある。

こうしたことについて、厚生労働省に設置した「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」における精神保健福祉法の見直しの議論を踏まえ、本年2月28日に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」を国会に提出しているため、その内容についてご承知置きいただきたい。

なお、本改正により措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入することに関しては、保健所及び精神保健福祉センターにおいて退院後支援計画の企画・立案や計画に基づく支援の調整等に必要となる精神保健福祉士の配置に要する経費について、平成29年度から地方財政措置を講じることとしている。各地方自治体におかれては、平成29年度から可能な範囲において、措置入院者の退院後支援の実施や、実施に向けた準備を進めていただきたい。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

- 相模原市の障害者支援施設の事件では、犯罪予告通り実施され、多くの被害者を出す惨事となった。二度と同様の事件が発生しないよう、以下のポイントに留意して法整備を行う。
- 医療の役割を明確にすること－医療の役割は、治療、健康維持推進を図るもので、犯罪防止は直接的にはその役割ではない。
 - 精神疾患の患者に対する医療の充実を図ること－措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、地方公共団体が退院後支援を行う仕組みを整備する。
 - 精神保健指定医の指定の不正取得の再発防止－指定医に関する制度の見直しを行う。

改正の概要

改正の趣旨を踏まえ、以下の措置を講ずる。

1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化

国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

2. 措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備

措置入院者が退院後に社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けることができるよう、以下のような退院後支援の仕組みを整備する。

- (1) 措置を行った都道府県・政令市が、患者の措置入院中から、通院先の医療機関等と協議の上、退院後支援計画を作成することとする。(患者の帰住先の保健所設置自治体がある場合は、当該自治体と共同して作成)
- (2) 退院後は、患者の帰住先の保健所設置自治体が、退院後支援計画に基づき相談指導を行うこととする。
- (3) 退院後支援計画の対象者が計画の期間中に他の自治体に居住地を移転した場合、移転元の自治体から移転先の自治体に対して、退院後支援計画の内容等を通知することとする。
- (4) 措置入院先病院は、患者等からの退院後の生活環境の相談に応じる「退院後生活環境相談員」を選任することとする。

3. 精神障害者支援地域協議会の設置

保健所設置自治体は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられるよう、精神障害者支援地域協議会を設置し、(1)精神科医療の役割も含め、精神障害者の支援体制に関して関係行政機関等と協議するとともに、(2)退院後支援計画の作成や実施に係る連絡調整を行う。

4. 精神保健指定医制度の見直し

指定医の指定の不正取得の再発防止を図り、その資質を担保するため、指定医の指定・更新要件の見直しや、申請者が精神科医療の実務を行うに当たり指導する指導医の役割の明確化等を行う。

5. 医療保護入院の入院手続等の見直し

患者の家族等がない場合等に加え、家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切な医療の提供を確保する。

施行期日

公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日(1.については公布の日)(予定)

1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化

精神障害者に対する医療の役割を明確化する必要



国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

2. 措置入院者等に対する退院後の医療等の支援を継続的に行う仕組みの整備



都道府県・政令市

- 都道府県等は、措置入院者が退院後に社会復帰の促進等のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けられるよう、原則として措置入院中に(※1)、精神障害者支援地域協議会(※2)において関係者と協議の上、退院後支援計画を作成

※1 措置入院の期間が短い場合は、措置解除後速やかに退院後支援計画を作成

※2 帰住先の保健所設置自治体、入院先病院、通院先医療機関(必要に応じて、福祉サービス事業者、本人・家族)等から構成



参加・調整



措置入院先病院



- 病院管理者が退院後生活環境相談員を選任(病院における退院後支援の中心的役割)
- 病院管理者が、院内の多職種で退院後支援ニーズアセスメントを実施(省令改正)



- 症状消退届に以下を記入(省令改正)

①アセスメント結果

②退院後支援計画に関する意見

- 都道府県知事等は、症状消退届を踏まえて、措置解除

- 都道府県等は、

- ・患者本人に退院後支援計画を交付
- ・協議した関係者に計画の内容を通知



帰住先の保健所設置自治体(都道府県、保健所設置市、特別区)

帰住先の保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って相談指導を実施し、支援全体を調整

※計画の期間中に患者が転出した場合、転出先に計画内容等を通知するとともに、その求めに応じ、相談支援に必要な情報を提供

3. 精神障害者支援地域協議会の設置

- 保健所設置自治体は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられるよう、**精神障害者支援地域協議会を設置し、**
(1) **精神科医療の役割も含め、精神障害者の支援体制に関して関係行政機関等と協議するとともに**(代表者会議)
(2) **退院後支援計画の作成や実施に係る連絡調整**(個別ケース検討会議)を行う。

精神障害者支援地域協議会（運用のイメージ）

○ 代表者会議

地域における精神障害者の支援体制の構築を目的として開催。

① 協議内容

- ・ 地域の精神科医療機関の役割分担や連携
- ・ 関係機関間の情報の共有方法
- ・ 措置入院の適切な運用の在り方 等

いわゆる「グレーゾーン事例」への対応について

- 行政、医療、警察の間の連携について協議
- ・ 確固たる信念を持って犯罪を企画する者への対応
- ・ 入院後に薬物使用が認められた場合の連絡体制
- ⇒ 該当する場合は別途個別に連携して対応

② 参加者

- ・ 市町村、警察等の関係機関
- ・ 精神科医療関係者
- ・ 障害福祉サービス事業者
- ・ 障害者団体、家族会 等

○ 個別ケース検討会議（調整会議）

措置入院患者について、退院後支援計画の作成や、実施に係る連絡調整を行うことを目的として開催。

① 協議内容

退院後支援計画の作成、実施に係る連絡調整

② 参加者

- ・ 都道府県・政令市の職員（計画作成時）
- ・ 措置入院先病院（計画作成時）
- ・ 措置入院者の帰住先の保健所設置自治体の職員
- ・ 措置入院者の帰住先の市町村の職員
- ・ 退院後の通院先医療機関
- ・ 必要に応じて、障害福祉サービス事業者、本人・家族 等

※ 両会議における課題や結論を相互に反映

4. 精神保健指定医制度の見直し

精神保健指定医の指定の不正取得の再発防止を図り、その資質を担保するため、以下の改正を行う。

- ① **指定の不正取得の防止【通知改正】**
指定医の指定に係る診断・治療に関する経験を、ケースレポートのみではなく、口頭試問により実践的に確認。
- ② **指定医の資質の確保**
指定更新（5年）に当たり、研修受講だけでなく、措置診察や精神医療審査会への参加などの指定医業務の実績を要件とするともに、指定・更新時の研修内容について、グループワークを用いた参加型研修を充実。
- ③ **指導医の位置づけの明確化**
指導医を一定の要件を満たす指定医として位置づけ、指定申請時の実務経験は、指導医の指導の下に行われるべきことを法律上明確化。
- ④ **処分対象者等への対応**
 - ・ 指定医の職務停止や取消処分を受けた者に対する再教育研修の仕組みを導入。
 - ・ 行政処分に当たって行う聴聞通知後に指定医を辞退する者に対して、指定医の取消処分を受けた者と同様に5年間は再指定しないことができる旨を明確化。

5. 医療保護入院の入院手続等の見直し

平成25年改正精神保健福祉法の施行後3年後見直しの規定等を踏まえ、以下の改正を行う。

- ① **医療保護入院に係る手続の見直し**
医療保護入院の手続において、患者本人との関係悪化等を理由に家族等が同意、不同意の意思表示を行わない場合に、患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、市町村長同意による医療保護入院を行うことを可能とする。
- ② **措置入院者・医療保護入院者に対する入院措置を採る理由の告知**
都道府県知事又は政令市長が措置入院を行った場合に、措置入院者に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。病院管理者が医療保護入院を行った場合も医療保護入院者に対して同様の告知を行うこととする。
※現行では、入院措置を採る旨、退院請求に関すること、入院中の行動制限に関することを告知。
- ③ **措置入院が行われた場合の精神医療審査会による審査の実施**
都道府県知事又は政令市長は、措置入院を行った場合に、措置入院の必要性について精神医療審査会（指定医、精神障害者の保健福祉に関する学識経験者、法律家による三者構成）の審査を求めなければならないこととする。

措置入院者の退院後支援の実施に係る平成29年度の財政措置

- 措置入院者の退院後支援に係る地方自治体の人員体制については、
 - ・ 退院後支援の企画・調整に必要な専門人材（精神保健福祉士）の人的費
 - ・ 退院後支援計画に関する調整会議の開催に係る謝金等

として、法施行前の平成29年度から、必要な経費について地方交付税が措置される予定。

- 各地方自治体におかれては、平成29年度から可能な範囲において、措置入院者の退院後支援の実施や、実施に向けた準備を進めていただきたい。
- 平成29年度の自治体の状況を見ながら、平成30年度に向け対応を検討し、地域で適切な医療等の支援が行える体制を確保できるように努めてまいりたい。

精神保健指定医の取消処分について

本日、厚生労働大臣からの諮問を受け、当部会において、精神保健指定医(以下、「指定医」という。)89名について取消処分を行うことが妥当との答申を行った。

指定医については、昨年4月及び6月に聖マリアンナ医科大学病院において、23名の指定取消処分が行われており、その後厚生労働省において過去の申請について調査を行った結果、今般、指定の取消に相当する事案が多数確認された。

指定医は患者の意思によらない入院や行動制限の必要性について判定を行う医師であり、精神保健福祉法第18条に掲げるとおり、精神障害について厚生労働大臣が定める各分野にわたる実務経験など、患者の人権に十分に配慮した医療を行うに当たって必要な資質を備えていることが求められている。こうした資質を備えるに必要な実務経験の有無を確認するために、指定申請に当たってケースレポートの提出を求めているが、今般の事案は申請者自らの主体的な関わりのない症例のケースレポートが提出され、これに基づいて指定が行われたことが明らかになったものである。

こうした行為は、指定医制度に対する国民の信頼を揺るがすような行為であり、言語道断である。また、故意であるか否かにかかわらず、申請者による不正な申請を指定の要件を満たす申請であると証明した指導医の責任も重大である。指定医に係る審査を行ってきた当部会として、今回の事案を重く受け止めるとともに、事案の再発防止に向けた取組が必要と考える。例えば、指定医に求められる精神障害の診断又は治療に従事した経験の有無を確実に審査できる手法を導入するなど、適切な対応が行われなければならない。

最後に、このような事案を契機に、指定医に課せられた役割の重要性について改めて認識するとともに、精神科医療に対する国民の信頼が確保されるよう、厚生労働省をはじめ関係者に強く求めるものである。

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ついて

(1) 基本的な考え方

わが国の地域精神保健医療については、平成 16 年 9 月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念を明確にし、様々な施策を行ってきた。この間、長期入院患者の年齢階級別の入院受療率は、保健・医療・福祉の関係者の努力も相まって低下傾向にある。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、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な地域づくりを進める必要がある。このため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として、平成 30 年度からの次期医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の実施に向けて、共通のアウトカム指標によって政策を推進していく必要がある。これまで地域の実情を踏まえ展開されてきた好事例やモデル事業等による成果を踏まえ、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な方策を推進していく必要がある。

(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た取組について

ア) 第 5 期障害福祉計画の基本指針の見直しについて

平成 30 年度からの第 5 期障害福祉計画の基本指針では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として位置づける。具体的な取組は、以下の通り。

- ① 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ため、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。
- ② 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）の精神病床における入院需要（患者数）、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し進めること。入院需要の目標値（患者数）は、政策効果を見込まない将来の入院需要（患者数）を推計し、「地域移行を促す基盤整備」、「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて算出すること。

また、新たな成果目標として、①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、②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、③精神病床における 1 年以上長期入院患者数

(65歳以上、65歳未満)、④精神病床における早期退院率(入院後3ヶ月時点の退院率、入院後6ヶ月時点の退院率、入院後1年時点の退院率)に関する目標値を掲げること。加えて、平成32年度末における地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を障害福祉計画に明記すること。

成果目標の設定にあたっては、平成30年度からの医療計画における精神病床の基準病床数の算定式に、「平成32年度末における入院需要」が含まれていることから、精神科医療所管部局と連携しながら取り組むこと。また、地域移行に伴う基盤整備については、障害福祉計画及び介護保険事業計画に基づき進める必要があることから、介護保険所管部局とも連携しながら取り組むこと。

イ) 第7次医療計画における精神疾患の医療体制の構築に係る指針の見直しについて

平成30年度からの第7次医療計画における精神疾患の医療体制の構築に係る指針では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を政策理念として位置づける。加えて、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を目指す。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ごとに医療機関の役割分担・連携を推進し、患者本位の医療を実現していけるよう、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。

具体的には、医療計画の策定を通じて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確化する。医療機能は、①都道府県連携拠点機能、②地域連携拠点機能、③地域精神科医療提供機能に区分する。医療機関ごとの医療機能について、住民目線の分かりやすい形式でとりまとめること。

また、第5期障害福祉計画に明記される、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の精神病床における入院需要(患者数)、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標値を共有した上で、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や、医療介護連携に伴う基盤整備などを推し進めること。

ウ) 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

平成27・28年度は精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業を実施し、平成28年度は平成27年度からの静岡県、大阪府、熊本市に加え、三重県、兵庫県、香川県、千葉市、神戸市の計8自治体において実施された。

平成29年度からは、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ため、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促進や平成30年度からの医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき、計画的に推し進められるよう必要な取組等を行うものとして、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を

実施する。

具体的な実施内容の例については、①保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置②精神障害者の住まいの確保支援に係る事業③ピアサポートの活用に係る事業④入院中の精神障害者の退院促進に係る事業⑤精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業⑥精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業⑦措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業⑧その他（上記②～⑦以外で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事業）を想定している。各都道府県又は指定都市（以下、「都道府県等」という。）の実情に応じて、実施内容を検討いただきたい。

なお、当該事業については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を更に推進させるものである。したがって、平成 28 年度からの実施圏域の拡大又は実施内容の充実に対して補助するものとし、単なる予算の振替は想定していないことに留意されたい。また、⑦措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業については、措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備等に向け準備を進めていただきたい。なお、当該事業の実施主体については、都道府県等であるが、事業の一部を市町村又は団体等に委託できることとし、また合わせて保健所設置市及び特別区への補助を可能とする予定である。

（予算（案）概要）

- ・平成 29 年度予算（案）192,893 千円
 - ※ 地域生活支援事業、社会福祉施設等設備整備費計上分除く
- ・補助先 都道府県・指定都市
- ・補助率 1 / 2

エ) 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

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り、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た、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が重要である。このような取組を各都道府県等に育むために、平成 29 年度から新規事業を立ち上げる。

具体的には、都道府県等においてモデル障害保健福祉圏域（以下、「モデル圏域」）を設定し、モデル圏域内の保健・医療・福祉関係者に対して、地域包括ケア推進の実践経験を有するアドバイザーによる技術的支援を行う。実際に、モデル圏域内の保健・医療・福祉関係者が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築プロセスを経験しながら、アドバイザーのノウハウの共有を図るものである。当該事業では、国に広域アドバイザーと都道府県等密着アドバイザーからなる組織を設置する。

平成 29 年度は、平成 30 年度からの医療計画、障害福祉計画、介護保険事

業（支援）計画の策定に向けた大変重要な準備期間であり、地域包括ケア推進の実践経験のある保健・医療・福祉の有識者からなる広域アドバイザーからの技術的支援や他の都道府県等との情報共有を得られる機会でもあるため、積極的に参加していただきたい。

なお、現在、当該事業参加にあたっての最終意向調査及び都道府県等密着アドバイザーの推薦依頼書を送付しているところであり、期日までのご返送をお願いしたい。

（予算（案）概要）

- ・平成 29 年度予算（案）37,500 千円
- ・補助先 委託

オ）難治性精神疾患地域連携体制整備事業

平成 26 年度より難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や 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、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施している。平成 28 年度は、大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

平成 30 年度からの医療計画の実施に向けて、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制の構築を検討すること。なお、精神病床における入院需要（患者数）、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）、精神病床における基準病床数を設定する際に、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及効果を勘案していることに留意すること。

カ）精神障害者地域生活支援広域調整等事業

平成 26 年度より、長期入院患者や入退院を繰り返す患者に対して医療機関等が行う支援については、精神科重症患者早期集中支援管理料として診療報酬で評価されることとなった。一方で、医療機関への未受診者やひきこもり状態の者に対する支援については、都道府県が実施主体となって、保健所、精神保健福祉センター又は相談支援事業所等により地域生活支援事業のアウトリーチ事業として実施されることとなった。

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（平成 29 年 2 月）において、医療へのアクセスのあり方として、医療導入を検討するための訪問は、保健所を中心に、アウトリーチ事業の活用や福祉を担う市町村と保健所の連携など、行政による対応（保健的アウトリーチ）が考えられるとされており、より積極的にアウトリーチ事業を活用していただきたい。

また、平成 29 年度より精神障害者地域移行・地域定着推進協議会の設置

については、実施主体として都道府県及び指定都市のほか、保健所設置市及び特別区まで拡大する予定である。次期障害福祉計画においては、成果目標の一つとして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を示すこととしており、積極的に活用いただきたい。

◆ アウトリーチ事業

保健所等に、保健師や精神保健福祉士等の職員を配置し、協力医とともに地域の精神障害者等に対する相談対応、訪問による早期支援、地域定着支援を行う。関係機関との連絡、調整を図りながら支援を進めるためのケース・カンファレンスの開催等を行う。

◆ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会（一部改変）

都道府県、指定都市、保健所設置市又は特別区は、設定した実施圏域における精神障害者の地域移行支援に係る体制整備のための調整業務を行うため、都道府県、市町村、精神科病院の医師、相談支援事業所、福祉サービス事業者、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することとしている。

協議会を活用して精神科病院の医師や福祉サービス事業者等の関係機関と自治体が連携をとることが必要である。

◆ ピアサポートの活用

都道府県等は、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ものとする。

当事者としての経験を持ち、障害者の相談に応じたアドバイス等を行うことが重要である。

キ) 地域移行担当者等会議（会議名称変更予定）

一昨年度から全国研修を開催し、平成 28 年度からは地域移行担当者等会議として、6 月及び 2 月に開催したところである。（第 1 回（6 月 30 日開催）：60 自治体、218 名の参加、第 2 回（2 月 16 日開催）：58 自治体、207 名の参加）

平成 29 年度からは、「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、各自自治体の先駆的な取組から得られる知見を共有することが重要と考えており、今後も、情報交換の機会等を設ける予定としている。また、制度改正、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に関する最新の情報を提供する場としても活用する予定である。都道府県・政令市においては、ぜひご参加いただきたい。（平成 29 年春～夏頃に実施予定）

ク) 精神保健福祉資料の見直し（630 調査の改善）

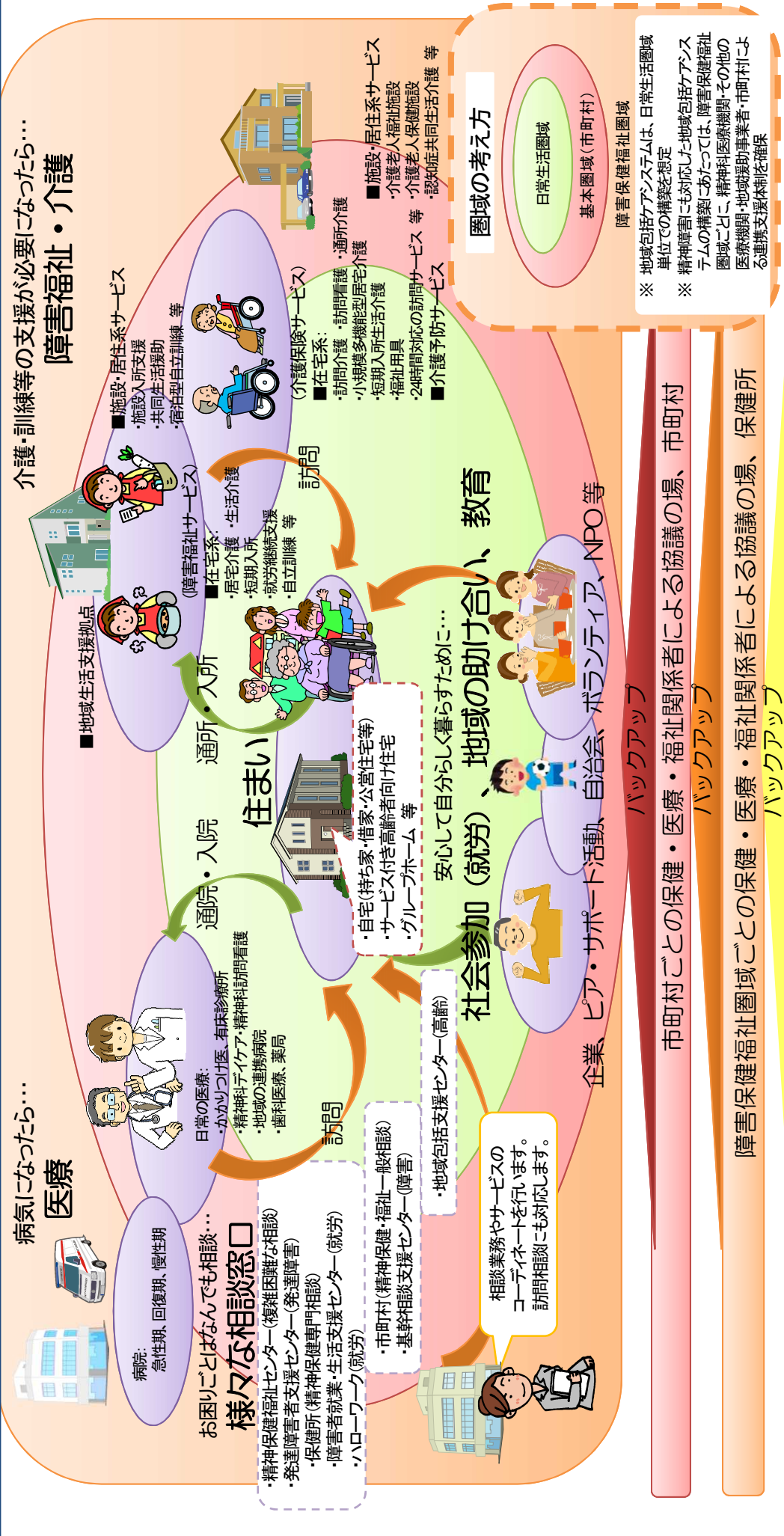
医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる指標の開発が必要である。このため、平成 29 年度より実施する 630 調査は、医療計画、障害福祉計

画、介護保険事業（支援）計画に活用できるように、調査票や調査フローなどの抜本の見直しを行い、当該年度中に精神保健福祉資料として結果を公表できるように調整しているところである。加えて、6月までにNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）を用いた分析結果についても精神保健福祉資料として公表できるように調整しているところであり、引き続き、630 調査へご協力いただきたい。

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く暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、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。



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自治体の実践例

関係機関の役割		千葉県	大阪府	兵庫県
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【旭市の場合】 旭市精神障害者支援部会 (総合支援法第89条の3)	【枚方市の場合 中核市1市1圏域】 枚方市自立支援協議会精神障害者地域生活支援部会 (総合支援法第89条の3)	【新温泉町の場合】 新温泉町障がい者自立支援協議会全体会 ・運営会議 ・実務者会議(街づくり部会・こども支援部会) (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関の情報交換・情報共有 社会資源の開発に向けた検討 ピアサポーター普及啓発 当事者家族の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者を把握し地域移行へのきっかけづくりとして、圏域内の精神科病院の入院患者に対して訪問面接を実施 訪問面接対象者のうち継続支援をしている方への地域移行・地域定着に関する情報共有と課題検討 市民啓発、研修 地域移行、定着に関する施策検討 等 	<ul style="list-style-type: none"> 地域活動支援センターの充実について 通院、買物等の移動支援について 当事者による座談会の開催 G H等住まいの確保
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	協議体の名称 設置根拠	【海匝圏域の場合】 海匝圏域精神障害者地域移行支援協議会 (総合支援法第78条第1項)	/	【但馬圏域の場合】 1精神障害者地域移行・地域定着推進協議会 (但馬圏域精神障害者地域移行・地域定着推進協議会開催要綱) 2精神障害者地域移行・地域定着戦略会議 (精神障害者地域移行・地域定着戦略会議実施要領)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 圏域内医療機関の状況(長期入院者の状況、地域移行希望者の状況等)の情報共有 圏域内社会資源の状況(グループホーム空室状況・新設事業所等)の情報共有 市町村単位で解決できない課題について対応策を検討 		<ol style="list-style-type: none"> 圏域内の事業推進方針の決定 <ul style="list-style-type: none"> 各機関の役割分担と連携の確認、共有 具体的な目標の設定 個別患者の情報に関係者で共有 <ul style="list-style-type: none"> 個別支援の方策の検討 各機関の進捗状況を共有 ピアサポーターの活動把握
都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	精神障害者地域移行推進専門部会 (総合支援法第89条の3)	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推進ワーキンググループ (総合支援法第89条の3)	兵庫県障がい者自立支援連絡協議会 相談支援部会 (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害のある人の地域移行等に係る施策を推進するための検討 市町村、病院及び障害福祉サービス事業者等との連携を図るための方策を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の協議の場の設置・開催状況の把握 市町村自立支援協議会専門部会で協議された地域課題を集約し、市町村単位での解決が難しい広域的な課題について検討 医療、住宅等関連部署との連携 精神科在院患者調査を実施し、データを加工・分析し、関係機関へ提供 等 	<p>障害分野の各相談支援分野において中心を担っている事業所等から構成</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談支援・権利擁護関連事業の状況 相談支援体制の構築・充実に向けた課題 障害者差別解消法施行後の状況 等

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: 146万人～157万人に
(H26年度末の185万人と比べて39万人～28万人減)
・ 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. 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

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)

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いて

基本的な考え方

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を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て、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。
- このため、精神障害者が、地域の一員として安心して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とを、新たな基本指針に政策理念として掲げてはどうか。

主なポイント

- ① 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ため、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。
- ② 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、2020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し進める。



成果目標について

○「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議論を踏まえて、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して、成果目標の設定を次のとおり行うこととはどうか。

成果目標

①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

・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して設定する。

※この際、都道府県単位で解決すべき課題にも対応できるように、都道府県ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場（例：都道府県（自立支援）協議会専門部会など）を設置することが望ましい。

②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

・住民に最も身近な基礎的自治体である市町村が中心となり、当事者及び保健・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して設定する。

③精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）

・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、1年以上長期入院患者のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）を設定する。なお、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数の全国の目標値は、平成26年と比べて3.9万人から2.8万人減少になる見込みである。

※計画の実行管理にあたっては、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レセプト情報等データベースを活用する。

④精神病床における早期退院率（入院後3か月時点の退院率、入院後6か月時点の退院率、入院後1年時点の退院率）

・それぞれの地域における保健・医療・福祉の連携支援体制が強化されることによって、早期退院が可能になることを踏まえて、平成32年度末までに、入院後3か月時点の退院率は69%以上、入院後6か月時点の退院率は84%以上、入院後1年時点の退院率は90%以上とすることを成果目標（※）として設定する。

※レセプト情報等データベースより算出した平成27年度の推計値に基づき、上位10%の都道府県が達成している早期退院率以上を成果目標とする。計画の実行管理にあたっては、レセプト情報等データベースを活用する。

活動指標について

○ 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、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を障害福祉計画に明確に記載する。

※ 計画の実行管理にあたっては、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レポート情報等データベースを活用する。

医療計画との連携について

○ 医療計画における基準病床数の見直しについて
基本指針における目標の達成状況を踏まえつつ、医療計画の次期見直し（平成30年度からの実施分）において、基準病床数（の算定式）の見直しを行うことができるよう、現在の指針にある医療計画における基準病床数の見直しに係る記載を残すこととする。

※ 現行指針の抜粋

「…またこれと併せ、医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）における基準病床数の見直しを進める。」

○ 医療計画との関係について

入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の達成に当たっては、地域の医療サービスに係る体制の整備が重要であり、特に医療計画との関係に留意する旨を記載する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点

⇒国が提示する推計式を用いて、各都道府県において、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）の目標を設定

➤ 平成26年

平成26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
	5.7万人	4.6万人	18.5万人	10.6万人	7.8万人	28.9万人

▲ 3.9～2.8万人

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

※障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備を実施。

※四捨五入で端数処理しているため、合計値は一致しない場合がある。

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入院需要及び基盤整備量の目標値①

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37年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する。

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たとした。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を踏まえつつ、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)の目標を各都道府県ごとに算出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37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者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を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の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、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

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

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

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）の推計式のイメージ

H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×（1+重度かつ慢性の割合）/2× α^3 ×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）× β^3 ×H32年の性・年齢階級別推計人口

○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）の推計式のイメージ

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×{1-(1+重度かつ慢性の割合)}/2× α^3 ×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）×（1- β^3 ）×H32年の性・年齢階級別推計人口

○平成37年（2025年）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×重度かつ慢性の割合× α^7 ×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）× β^7 ×H37年の性・年齢階級別推計人口

○平成37年（2025年）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×（1-重度かつ慢性の割合× α^7 ）×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）×（1- β^7 ）×H37年の性・年齢階級別推計人口

※治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案して「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【 α 】」を算出。

※これまでの認知症施策の実績を勘案して「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【 β 】」を算出。

※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 α β それぞれ3乗、H37年の推計では α β それぞれ7乗で計算。

※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、推計人口を用いて計算。

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

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

⇒ 「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、6～7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

○治療抵抗性統合失調症治療薬の普及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【α】」の算出について

⇒ 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、α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%)

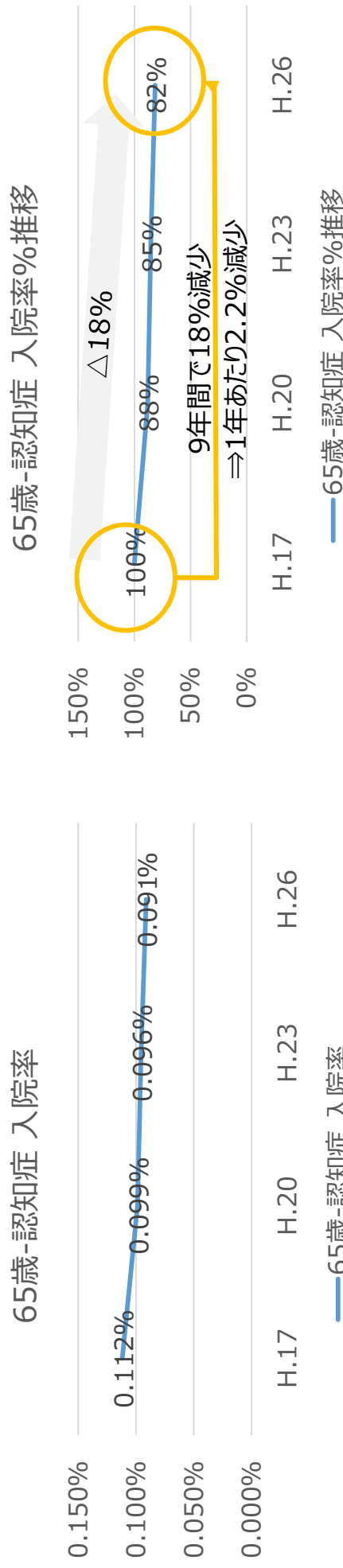
出典：それぞれの病院からの報告

○これまでの認知症施策の実績を勘案した

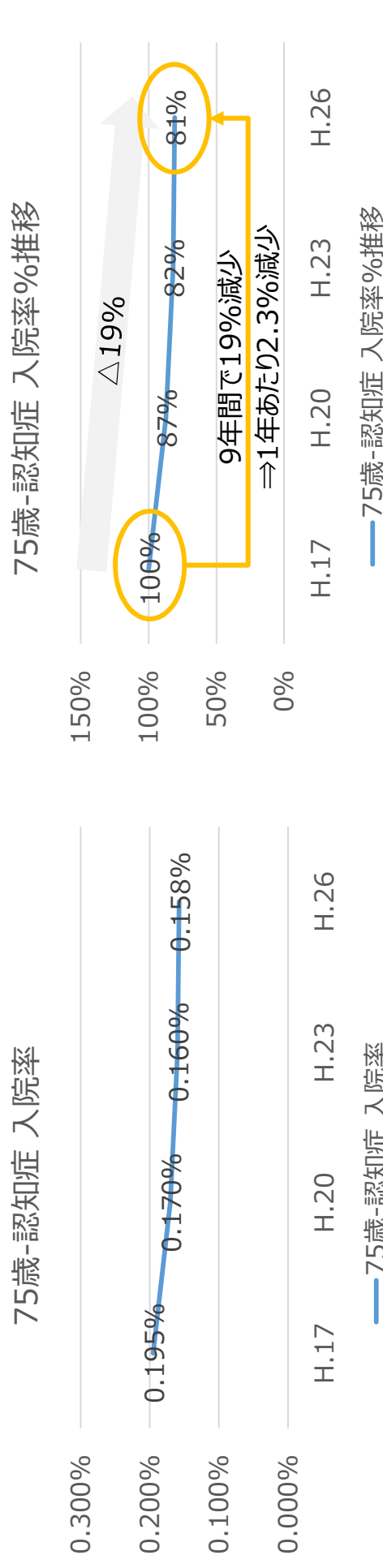
「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【β】」の算出について

⇒ これまでの実績を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、β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。



➢ 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。



○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

	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26年			
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
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

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）における全国の目標値（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
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
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

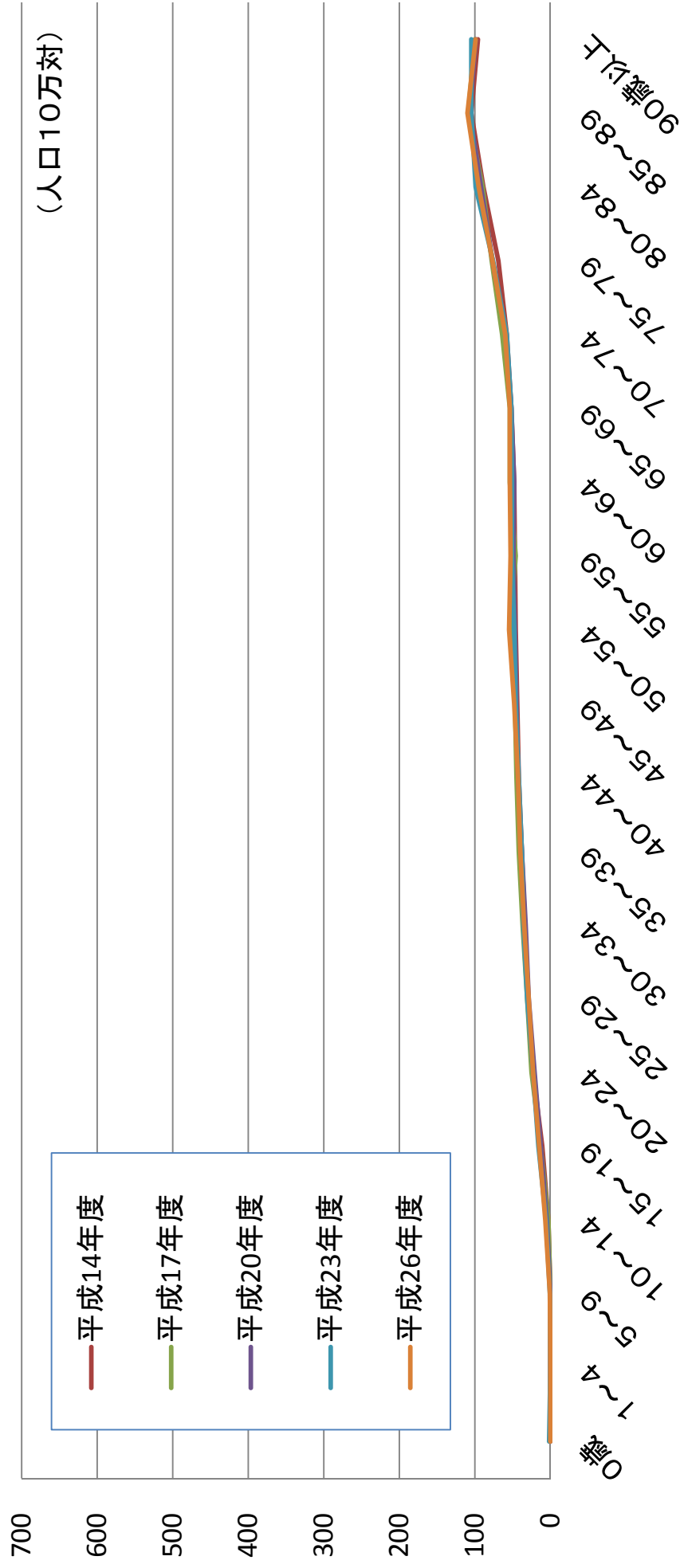
➤ 平成37年（2025年）における全国の目標値（見込み）

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
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
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

※四捨五入で端数処理しているため、合計値は一致しない場合がある。 13

精神病床における急性期入院患者(3ヶ月未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における急性期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、ほとんど変わらない。

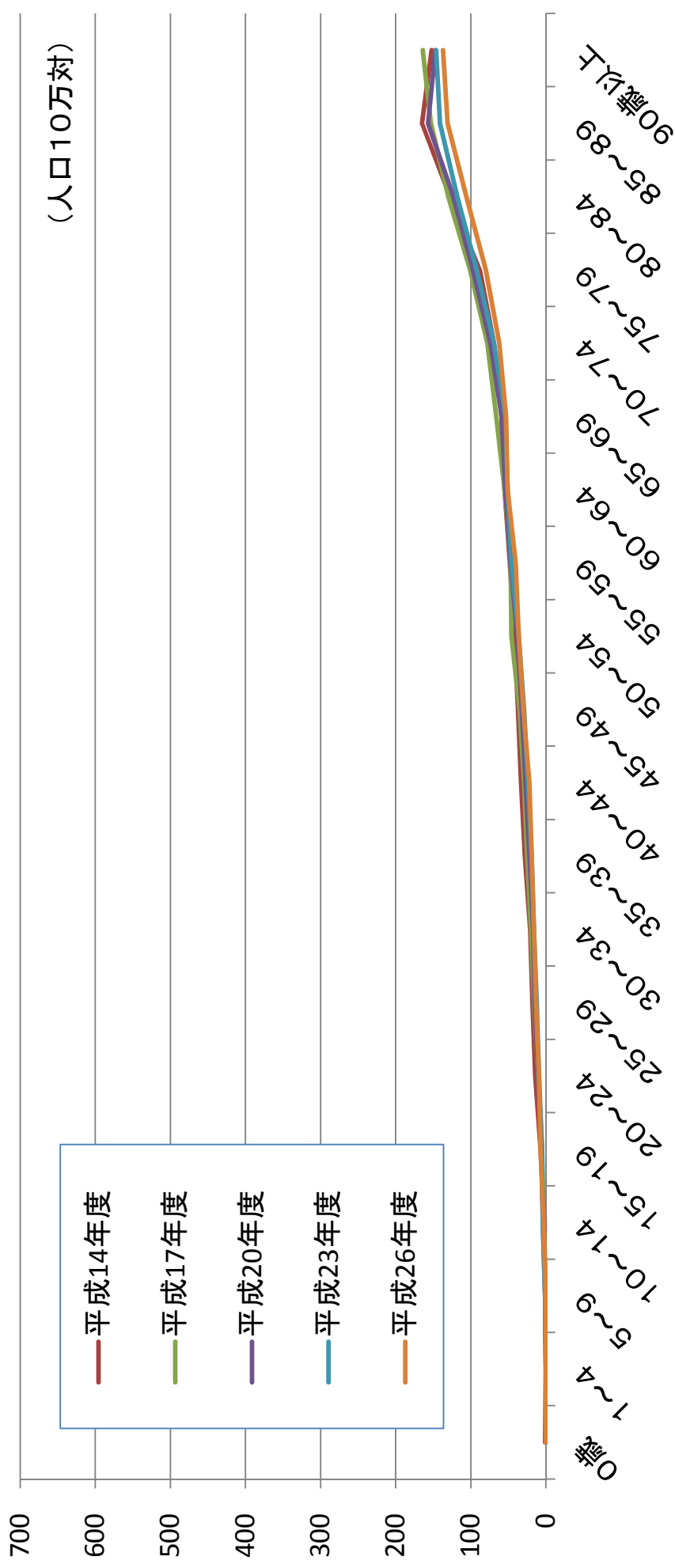


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

精神病床における回復期入院患者（3ヶ月以上1年未満）の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における回復期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、緩やかな減少傾向にある。

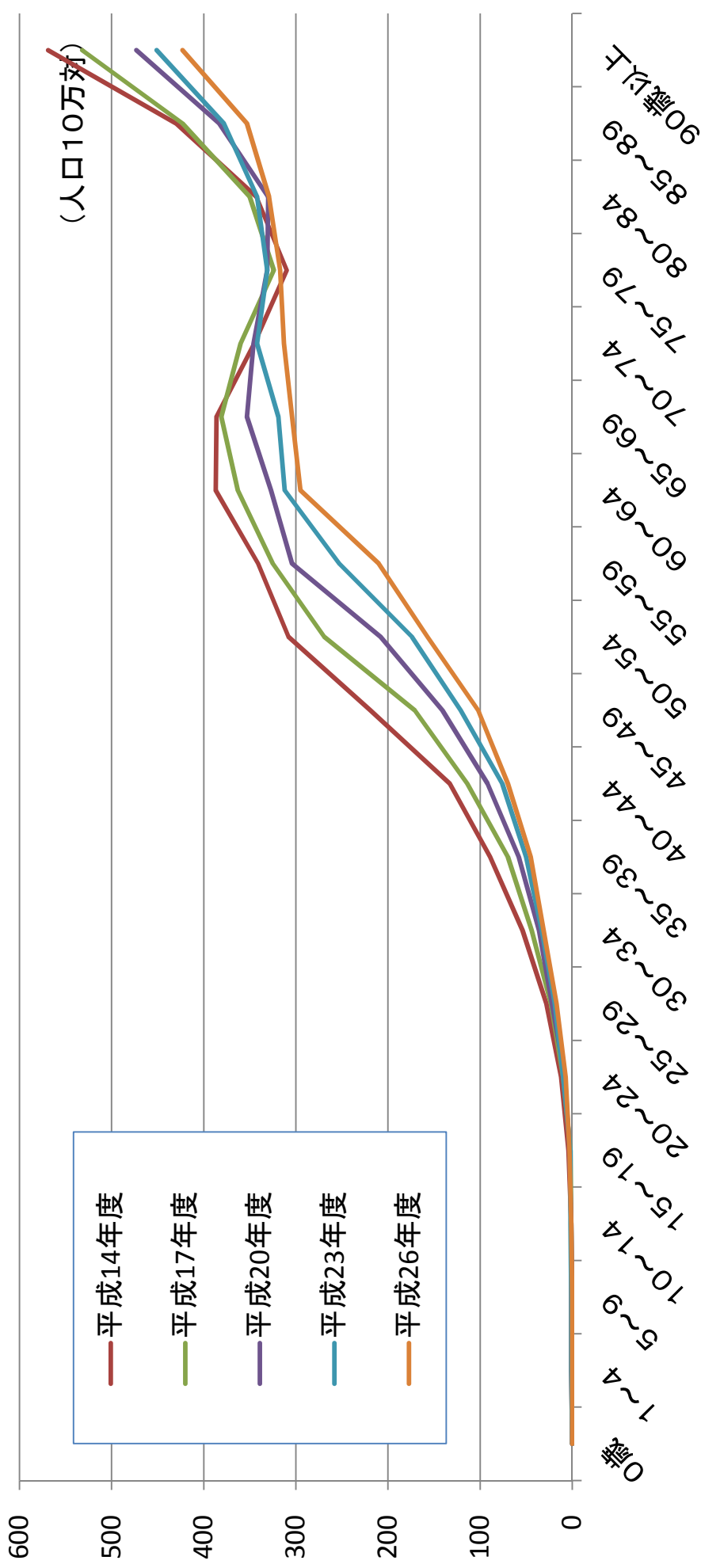


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 15

精神病床における慢性期入院患者（1年以上）の 年齢階級別入院受療率の推移

- 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）の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。

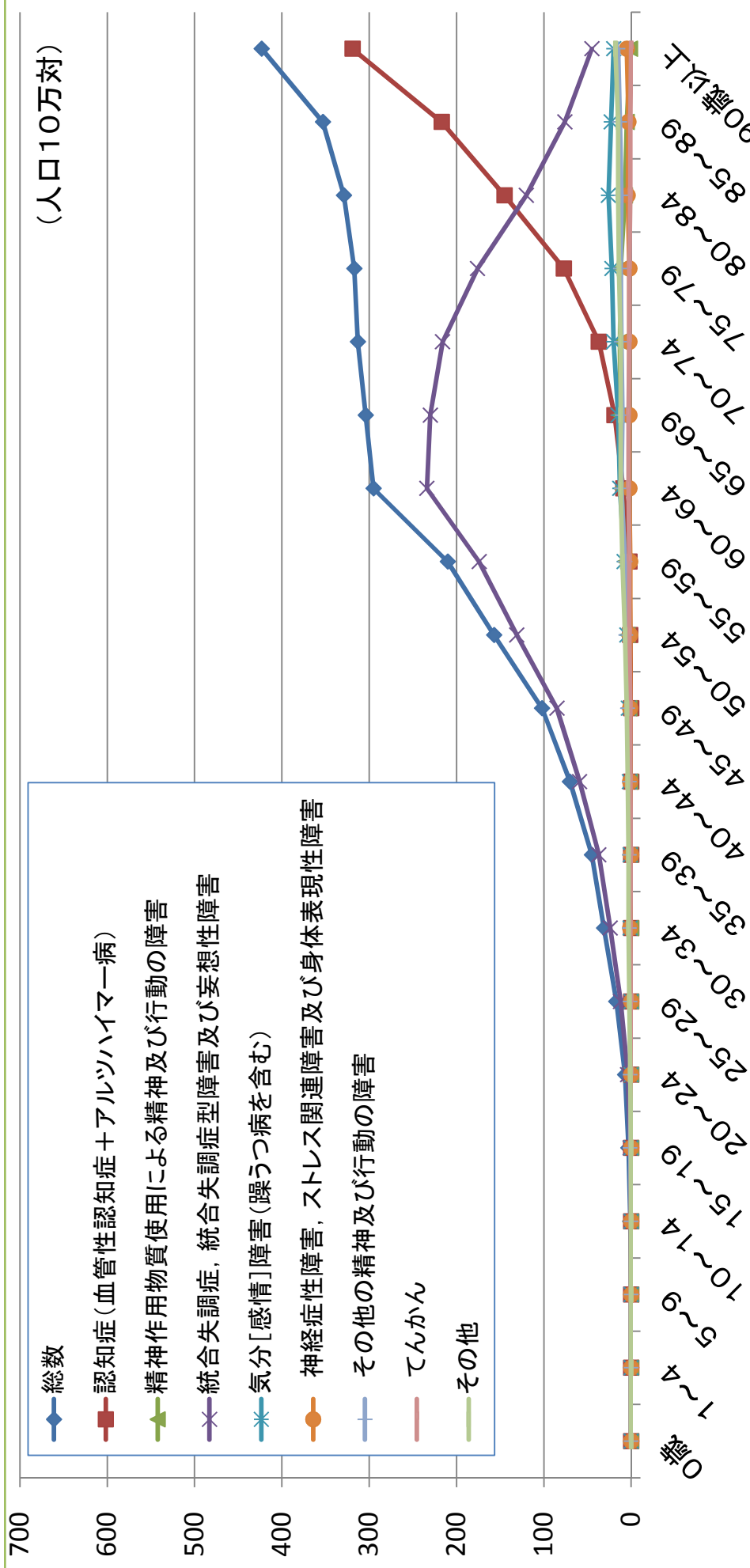


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 16

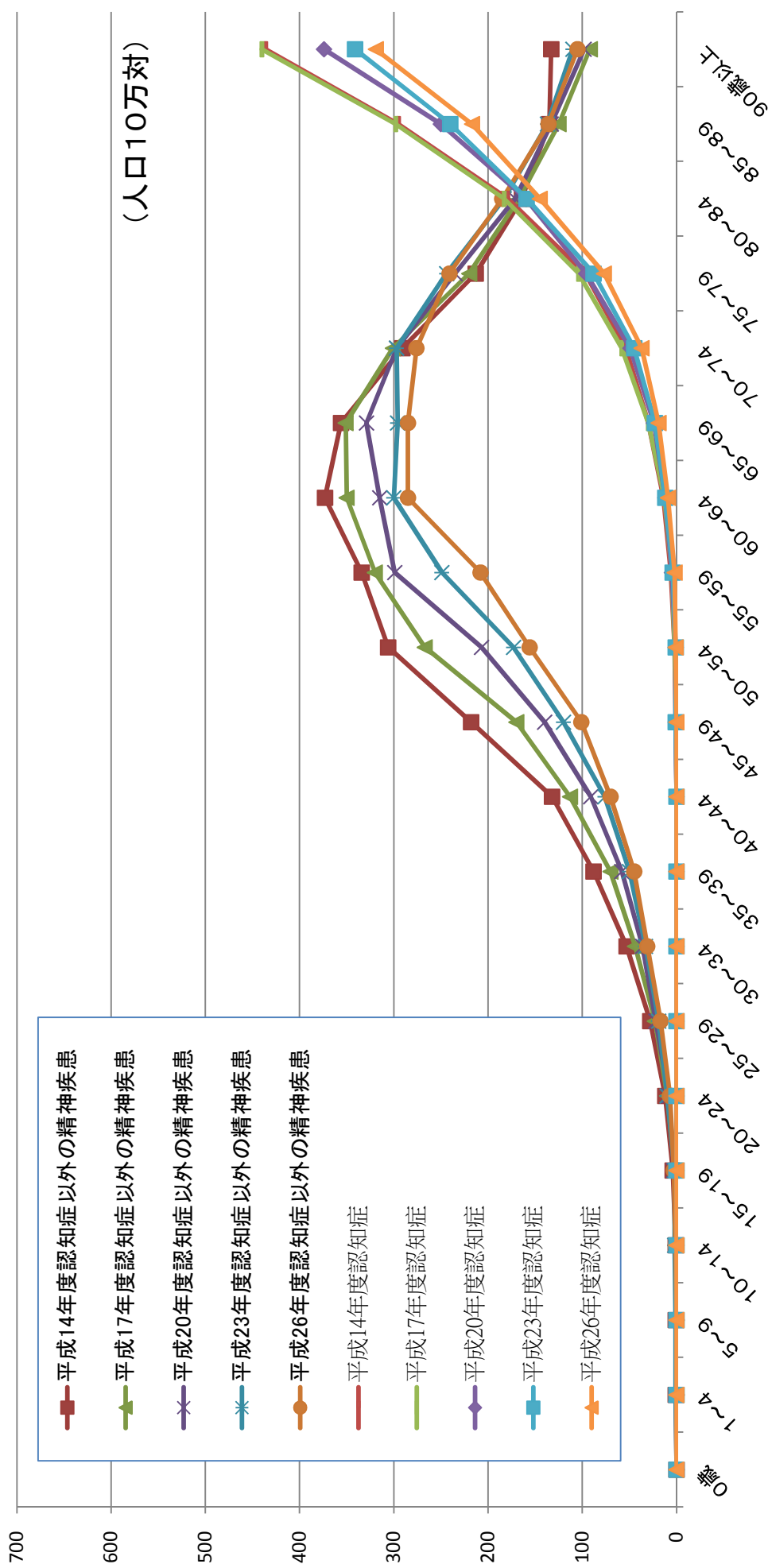
精神病床における慢性期入院患者（1年以上）の 年齢階級別入院受療率（疾病別内訳）【平成26年度】

- 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）の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 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)の年齢階級別入院受療率は、認知症以外の精神疾患(主に統合失調症、気分障害)であっても、認知症であっても、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

医療計画の見直し等に関する検討会

1. 目的

医療計画は、医療機能の分化・連携の推進を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることを目的としている。

本検討会は、現行の医療計画の課題等について整理を行うことにより、平成30年度からの次期医療計画をより実効性の高いものとするため、医療計画の作成指針等の見直しについて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医療計画の作成指針等について
- ・ 医療計画における地域医療構想の位置付けについて
- ・ 地域包括ケアシステムの構築を含む医療介護の連携について
- ・ その他医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項について

3. 構成員(○は座長)

相澤 孝夫(日本病院会会長)
安部 好弘(日本薬剤師会常任理事)
今村 知明(奈良県立医科大学医学教授)
○遠藤 久夫(学習院大学経済学部教授)
尾形 裕也(東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
加納 繁照(日本医療法人協会会長)
齋藤 訓子(日本看護協会常任理事)
櫻木 草司(日本精神科病院協会理事)

佐藤 保(日本歯科医師会副会長)
鈴木 邦彦(日本医師会常任理事)
田中 滋(慶應義塾大学名誉教授)
西澤 寛俊(全日本病院協会会長)
野原 勝(岩手県保健福祉部副部長)
藤井 康弘(全国健康保険協会理事)
本多 伸行(健康保険組合連合会理事)
山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長)

4. スケジュール

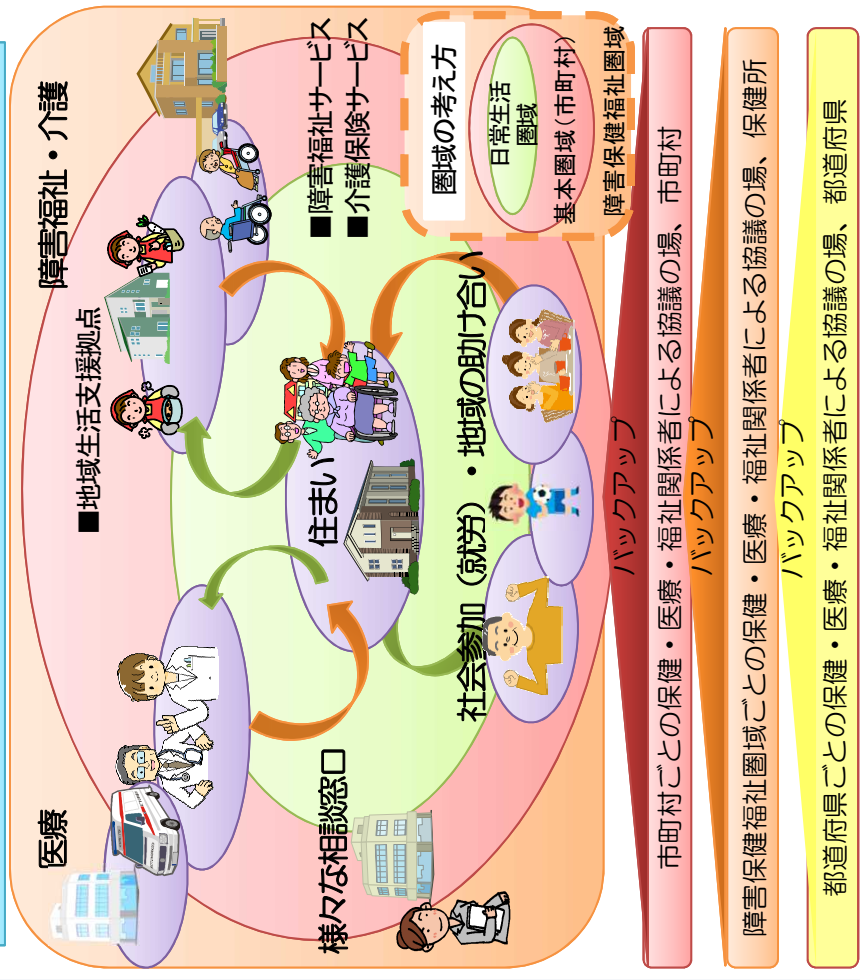
- ・ 平成28年5月より計8回開催、12月にとりまとめ
- ・ 療養病床の取扱い等、一部課題については、平成29年も引き続き検討を予定

精神疾患の医療体制

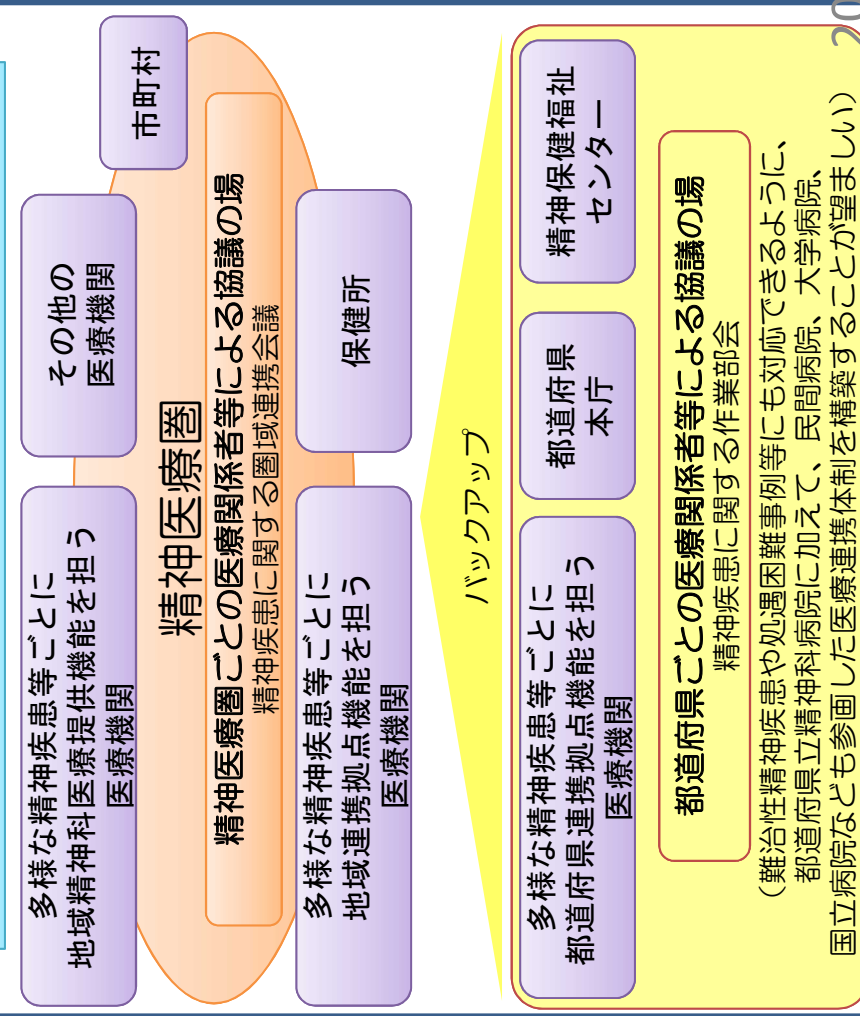
【概要】

- 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に、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きけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築

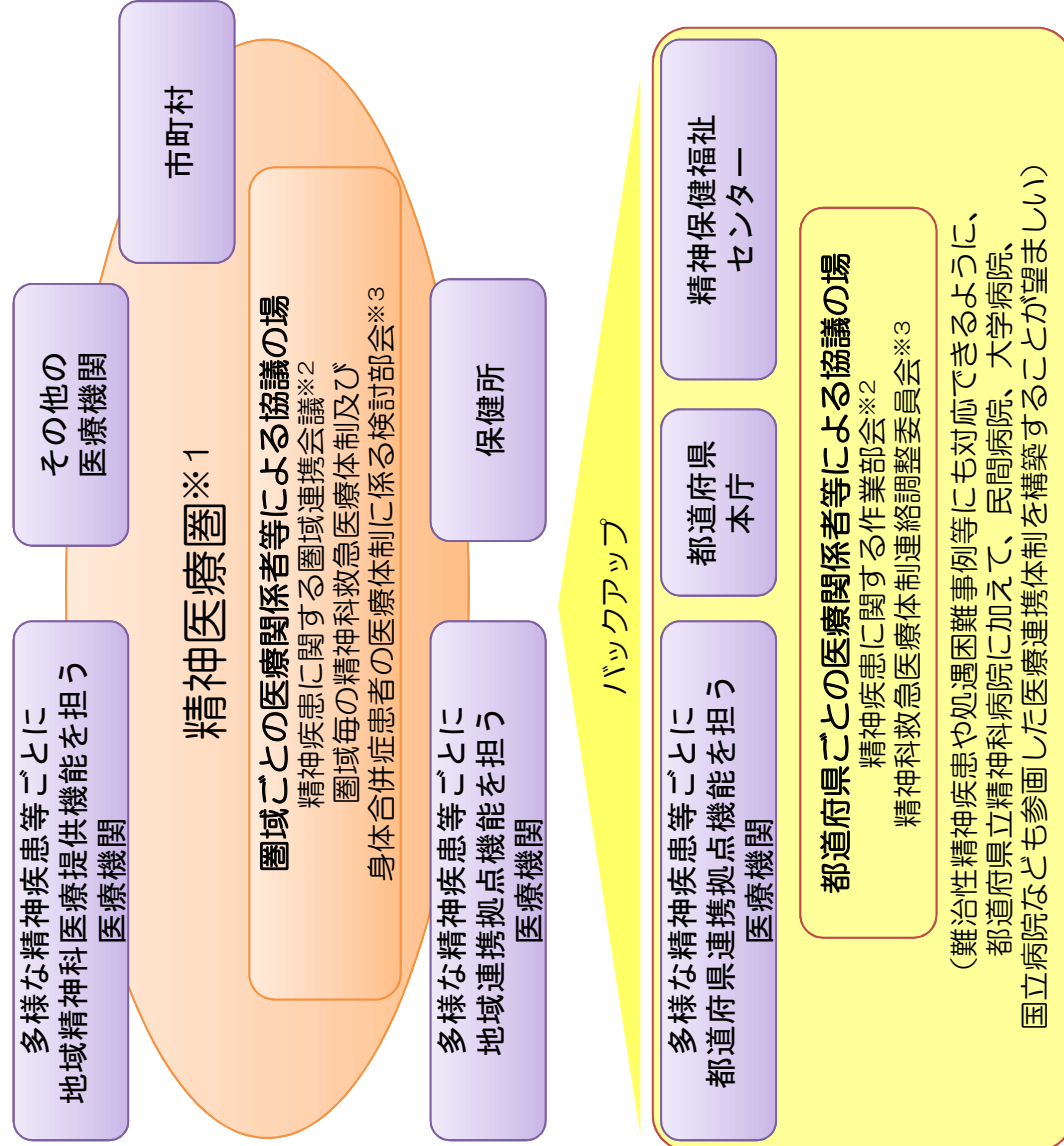


多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○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各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。
 ※2 医療計画作成指針に基づく協議の場
 ※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

〈地域精神科医療の提供〉

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- 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

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
 〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- 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
- 〈精神保健福祉センターの主な役割〉
- 保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）
- 〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

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について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能の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していきけるよう、各医療機能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）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察		
都道府県連携拠点機能	役割要件	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															
	役割要件	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	役割要件	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。22

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について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

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
	A病院			◎									◎		
	D病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	
	F診療所		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	
	G診療所		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	
	H訪看ST		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	
	B病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
△△圏域	I病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	J病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	K病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	L診療所		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	M診療所		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	C病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	N病院		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	O診療所		◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
			◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
			◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
◆◆圏域			◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎
			◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎

☆：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 23

精神病床における基準病床数の算定式の見直しについて

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。

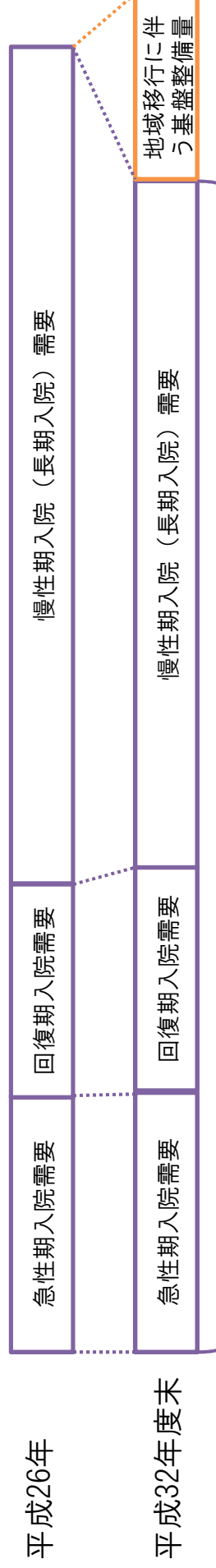
対応方針（新たな算定式への見直し）

- 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

$$= (\text{平成32年度末の入院需要 (患者数)} + \text{流入入院患者 一流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

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。

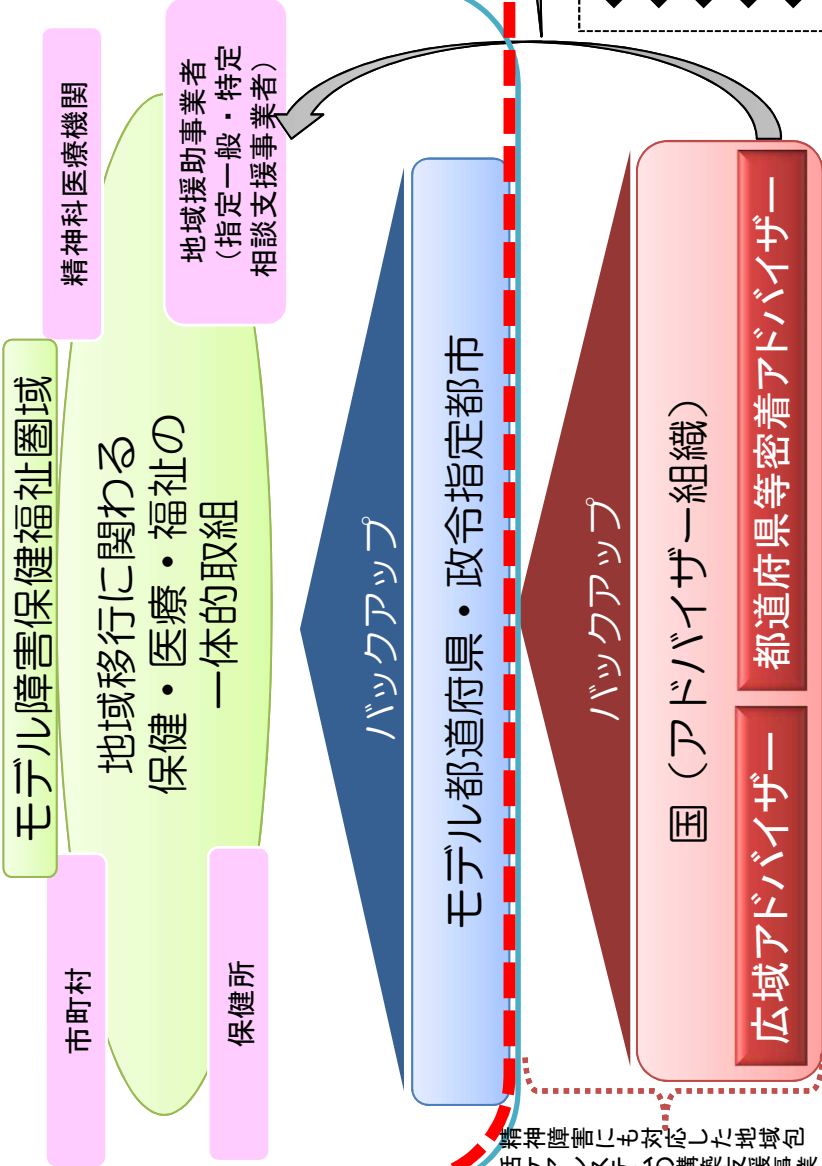
①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 【新規 平成29年度予算案192,893千円】

※地域生活支援事業 社会福祉施設整備費等計上分限

○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の構築に係る事業の実施



事業内容（保健・医療・福祉による協議の場の実施は必須）

- ①精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
- ②ピアサポートの活用に係る事業
- ③入院中の精神障害者の退院促進に係る事業
- ④地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
- ⑤精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業
- ⑥措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
- ⑦その他

- ◆都道府県等研修の企画、実施
- ◆相談・支援（課題の明確化、戦略策定）
- ◆地域マネジメント等

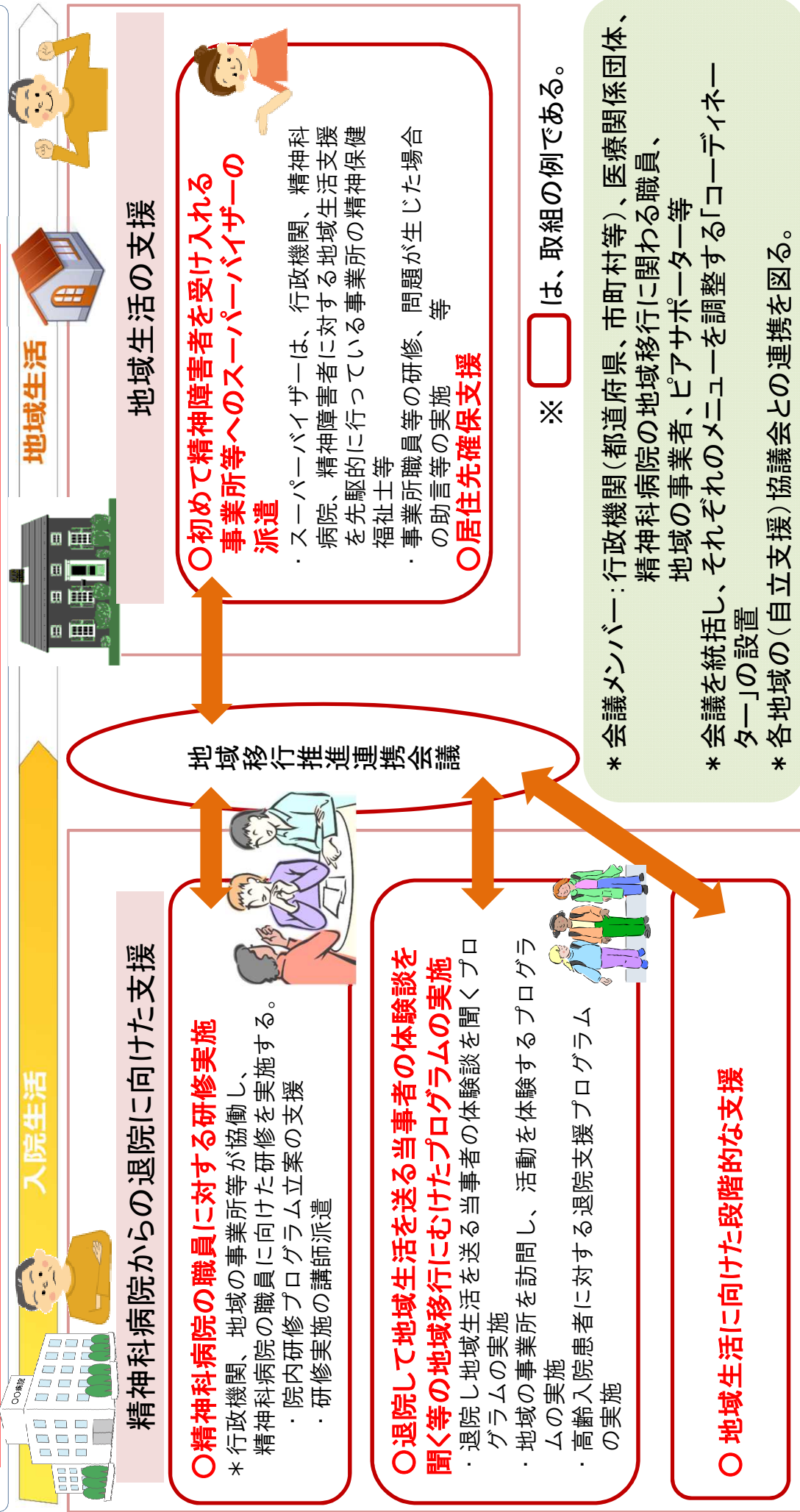
現地支援・電話・メール相談

- ◆全国会議の企画、実施
- ◆個別相談・支援（電話、メール）
- ◆現地での技術的助言 ◆都道府県等研修への協力
- ◆地域包括ケアシステム構築に係る手引の作成
- ◆地域包括ケアシステム構築状況の評価等

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

平成28年度予算 75,128千円(※社会福祉施設等施設整備費 31,387千円を含む。)

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



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

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業 平成27年度事業実施結果

<事業概要>

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、精神障害者の地域移行を進めるために必要な地域移行方策である「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」及び「病院の構造改革に係る取組」を総合的に実施し、その効果について検証するモデル事業。

具体的には、都道府県等において、行政機関、医療関係団体、精神科病院の地域移行に関わる職員、地域の事業者、ピアサポーター等から構成する地域移行推進連携会議を設置し、長期入院精神障害者の現状の把握等を行い、精神科病院における地域移行に向けたプログラム内容等の検討や事業実施状況の把握、事業実施後の評価等を実施するもの。また、精神科病院職員に対する研修や、退院支援プログラムの実施として体験談プログラムの実施、事業所体験プログラムの実施、スーパーバイザーの実施、スーパーバイザーの派遣などを行う。

<目的>

○ 長期入院精神障害者の地域移行を進めるために必要な地域移行方策の効果を検証し、効果的な取組を明らかにする。

<事業内容と結果> 3自治体において以下の事業を実施(※各自治体の事業内容の詳細については別紙参照)

	静岡県	大阪府	熊本市
事業実施圏域数(全圏域数)	1(7)	16(18)	1(1)
支援対象となる精神科病院数(全精神科病院数)	1(38)	50(62)	7(20)
事業内容	実施 (1)精神科病院職員研修 (2)体験談プログラム (3)高齢入院患者地域支援プログラム	実施 (1)精神科病院職員研修 (体験談プログラム、事業所体験プログラム、医療保護入院者退院支援委員会推進については、地域生活支援事業で実施)	実施 (1)精神科病院職員研修 (2)体験談プログラム (3)高齢入院患者地域支援プログラム
3. 地域生活の支援	賃貸住宅を利用した外出泊体験	スーパーバイザーの派遣	スーパーバイザーの派遣 長期入院者への意向調査
事業実施圏域の地域移行支援利用者数	平成27年度 新規利用者数 2人 平成27年度末 利用者数 3人	平成27年度 新規利用者数 31人 平成27年度末 利用者数 21人	平成27年度 新規利用者数 0人 平成27年度末 利用者数 0人
事業実施圏域の入院精神障害者数(各年6月30日現在)	平成26年度 1年未満 338人(39.6%) 1年以上 516人(60.4%) 平成27年度 1年未満 313人(39.7%) 1年以上 476人(60.3%)	平成26年度 1年未満4,378人(39.67%) 1年以上6,679人(60.4%) 平成27年度 1年未満4,421人(40.4%) 1年以上6,526人(59.6%)	平成26年度 1年未満1,091人(39.0%) 1年以上1,709人(61.0%) 平成27年度 1年未満1,162人(41.3%) 1年以上1,649人(58.7%)
ピアサポーターの養成(研修)状況(実人員)	平成20年から「退院促進ピアサポーター事業」を実施しているか統一した養成研修は実施せず、各委託事業所が独自に養成している状況。 平成27年「退院促進ピアサポーター強化事業」により活動したピアサポーター数 126人	平成20年から「退院促進ピアサポーター事業」を実施しているか統一した養成研修は実施せず、各委託事業所が独自に養成している状況。 平成27年「退院促進ピアサポーター強化事業」により活動したピアサポーター数 126人	養成(研修)開始時期 平成24年 養成(研修受講)者数(累計) 88人 うち平成27年度新規養成者数 15人

(別紙) 平成27年度 長期入院精神障害者地域移行 実施内容

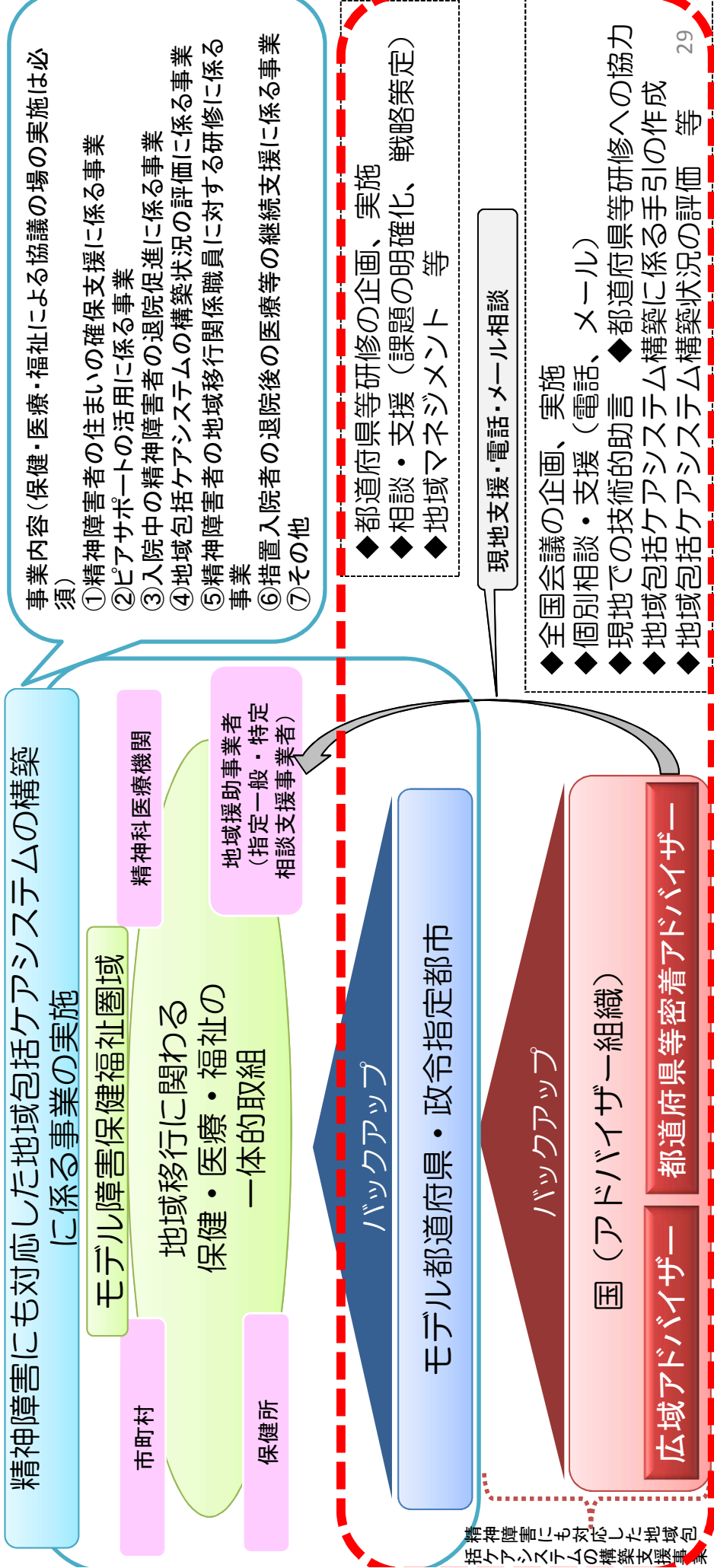
1. 地域移行連携推進会議	
静岡県	県自立支援協議会地域移行部会及び圏域自立支援協議会地域移行推進連携会議として位置づけ。それぞれ、事業評価会議及び担当者会議として実施。会議のメンバーは、各関係団体、学識経験者、保健師、自治体職員等。
大阪府	府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループを本事業の地域移行推進連携会議として位置づけ。会議のメンバーは相談支援事業者、学識経験者、看護師、医師、自治体職員等。
熊本市	市精神障がい者地域移行支援部会及び地域移行支援協議会を本事業の地域移行推進連携会議として位置づけ。会議のメンバーは、各医療機関の精神保健福祉士、看護師等、相談支援専門員、保健師、市職員等。
2. 精神科病院からの退院に向けた支援	
(1) 精神科病院職員研修	
静岡県	支援対象となる精神科病院の職員に対し、地域生活に移行可能な入院中の精神障害者の地域移行を促進するために、医療機関において地域移行を促進していく中核的な人材を育成することを目的に「地域移行支援における看護職員の役割と多職種連携」として1回実施。
大阪府	府内の精神病床を有する病院の職員に対し、全体研修として「長期入院患者の地域移行の取り組みの視点について・精神科病院(5病院)からの実践報告」をテーマに1回実施。また、各病院ごとに地域移行に関する理解促進等を目的とした院内研修を実施。
熊本市	連携会議参加者に対し、「看護の視点による地域移行・地域定着支援について」「相談支援事業所の活動紹介」「地域移行支援のポイント説明」「医療機関における地域移行支援について(実践報告)」のテーマで計4回実施。
(2) 体験談プログラム	
静岡県	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座談会を月1回(計12回)開催。当プログラムと個別の外出支援を合わせること、退院に対する患者の言動に変化認められている。
大阪府	(都道府県地域生活支援事業により、退院促進ピアサポーター活動として「体験談プログラム」「病棟訪問プログラム」「事業所体験プログラム」を実施)
熊本市	精神科病院からの依頼に対してピアサポーターを派遣。入院患者との茶話会・体験談発表・レクレーション等を通しての交流の機会を2医療機関等で計9回開催。ピアサポーターと入院患者との交流が深まり、地域生活をイメージするきっかけづくりにつながっている。
(3) 高齢入院患者地域支援プログラム	
静岡県	本事業参加病院は平成25年度より高齢入院患者地域支援事業※を実施していた。
熊本市	多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援を48名に実施し(平成25年度からの支援開始を含む)、うち13名が退院した。 本事業参加病院のうち当該プログラム参加病院は3病院あり、平成24年度より高齢入院患者地域支援事業※を実施していた。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3名に実施し(平成24年度からの支援開始を含む)、うち1名が退院した。
※高齢入院患者地域支援事業:精神科病院に入院している概ね60歳以上の高齢入院患者(主診断名が統合失調症の者)を対象に、病院内の医師、看護師、精神保健福祉士等の多職種と、相談支援専門員や介護支援専門員といった地域の関係者がチームとなり、障害福祉サービス事業者等と十分に連携の下、退院に向けた支援を行う。	
3. 地域生活の支援	
静岡県	<賃貸住宅を利用した外出、外泊体験> 地域の賃貸住宅の一室を体験用の部屋として借り上げ、見学ツアーの実施、食事、調理、テレビ視聴、家事体験(掃除洗濯等)等の日中体験、外泊体験等の体験プログラムを13名に実施し、うち1名が退院した。
大阪府	<スーパースーパーバイザーの派遣> 「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、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提供。各圏域17事業所がアドバイザーを受託し、計1,759回の活動を実施。
熊本市	<スーパースーパーバイザーの派遣> 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、デイケア・地域活動支援センターへピアサポーターを派遣し、利用者との日常生活に関する意見交換を行い再発予防を図る。
熊本市	<長期入院者への意向調査> 市内の精神科病院の長期入院者に対し、地域移行に関する意向調査(抽出調査)として、退院の希望と時期、退院後の住まい、サービス、支援等について調査を実施。18病院(約350名)より回答が得られた。

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年度予算案：37,500千円】

○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の構築支援事業

アドバイザーの役割

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業の実施に取り組むモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）に対し、都道府県及び政令指定都市（以下、都道府県等とする）の担当者と連携して、モデル圏域の関係機関等に対し研修及び個別相談等の技術的支援を行う

① 広域アドバイザー

- ・ 1～3都道府県等を広域的に担当、国（委託先）が選任
- ・ 地域移行推進の実践経験のある保健・医療・福祉関係者を想定
- ・ 地域移行の実践経験をいかし、保健・医療・福祉による協議の場の体制整備、住まいの確保支援、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握等について、都道府県等の担当者及び都道府県等密着アドバイザーに具体的にアドバイスする。

② 都道府県等密着アドバイザー

- ・ 所在（モデル圏域）の1都道府県等を担当、都道府県等の推薦を受け、国（委託先）が選任
- ・ 行政、医療、福祉分野から各1名程度（計3名程度の複数名のチーム）
- ・ 担当都道府県等のモデル圏域（3圏域程度を想定）の担当者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向け精神障害者の地域移行を実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援を行う。

11 心神喪失者等医療観察法の地域連携等について

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下「法」という。）は、平成 15 年 7 月に公布、平成 17 年 7 月に施行され、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った法対象者に対して、適切な医療を提供し、社会復帰の促進を図っているところである。

（１）指定入院医療機関の現状

法に基づく指定入院医療機関の整備については、全国で予備病床を含め 800 床程度を目標として整備を進めてきており、これまでに 32 箇所 825 床の整備が行われたところである。

また、今年度（平成 28 年度）における平均在院者数は運用病床数（747 床）内で推移している状況にある。

指定入院医療機関については、地域偏在を解消し、入院対象者の円滑な社会復帰に必要な医療環境を整備するため、指定入院医療機関の整備が必要である地域（北海道など）に対して引き続き、協力要請を行っていくこととしているので、ご協力をお願いする。

（２）地域処遇の円滑な実施のための指定通院医療機関の確保等について

法に基づく地域社会における処遇については、「地域社会における処遇のガイドライン」（平成 17 年 7 月 14 日障精発第 0714003 号）に基づき、都道府県の主管課をはじめ地域で精神保健福祉に携わる関係機関にご協力をいただいているところであるが、より円滑な実施のためには、地域処遇体制の基盤構築及びその充実を図ることが重要である。

とりわけ、指定通院医療機関の確保については、通院対象者の住み慣れた地域から容易にアクセスできる範囲に確保する必要があることや、大都市部において不足していることが指摘されているところであり、対象者の円滑な社会復帰を促進する上で、極めて重要な課題となっている。

指定通院医療機関の拡充に向けては、法務省と連携して取組を続けているところであるが、今年度（平成 28 年度）から、指定通院医療機関の確保に向けた課題の解決や関係機関相互の更なる連携強化等を目的とした指定医療機関地域連携体制強化に関する意見交換会を実施した（今年度は、関東信越厚生局ブロック及び近畿厚生局ブロックで開催）。

次年度（平成 29 年度）においても引き続き実施する予定であり、今後参画の依頼をさせていただくので積極的なご協力をお願いする。

また、法対象者への処遇が適切に図られるよう、市町村や地方厚生局とも緊密に連携の上、①必要数の他、クロザピンが使用可能な指定通院医療機関を中心に、地域バランスを踏まえた指定の推薦、②居住支援をはじめとする障害福祉サービス等の提供の推進、③ケア会議や地域連絡会議への参加を通じた関係機関との連携の強化について、引き続きご理解とご協力をいただく

とともに、医療観察法による処遇終了後の社会生活が円滑に行われるため、保健所を中心とした継続的な相談指導等を行うとともに、必要な医療や福祉による支援を適切に行うための「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組みを推進するよう併せてお願いする。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管)

平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。

重大な他害行為

- ①殺人 ②放火 ③強盗 ④強姦
- ⑤強制わいせつ ⑥傷害
- ※①～⑤は未遂を含む

逮捕・送検

検察官

起訴

裁判所

実刑判決

刑務所

不起訴

(心神喪失等を認定)

無罪等

(心神喪失等を理由)

医療観察法における入院医療及び通院医療は厚生労働大臣が行う

裁判官と精神保健審判員の合議制
精神保健参与員が必要な意見を述べる

検察官による申立て

鑑定入院

不処遇

地方裁判所における審判

入院決定

通院決定

入院医療の提供

- ・入院医療(指定入院医療機関)
- ・設置主体は、国、都道府県、特定地方独立行政法人(公務員型)に限定。
- ・入院期間の上限は定められていないが、ガイドラインで18ヶ月程度を標準としている。

退院決定

再入院決定

地域での支援

- ・精神保健観察(保護観察所)
- ・入院によらない医療(通院医療)
- ・指定通院医療機関については設置主体制限はなし
(通院は、原則3年。必要があれば2年を超えない範囲で延長可)
- ・精神保健福祉法等に基づく援助(都道府県・市町村等)

処遇終了

鑑定入院は、精神科病院で実施
(期間は2ヶ月が原則・最長3ヶ月)

一般の精神保健福祉

指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

平成29年1月1日現在

※ □ は整備中の医療機関

①国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床
②国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床
③国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）	66床
④国立病院機構久里浜医療センター（神奈川県）	50床
⑤国立病院機構さいがた医療センター（新潟県）	33床
⑥国立病院機構北陸病院（富山県）	33床
⑦国立病院機構小諸高原病院（長野県）	17床
⑧国立病院機構東尾張病院（愛知県）	33床
⑨国立病院機構榊原病院（三重県）	17床
⑩国立病院機構やまと精神医療センター（奈良県）	33床
⑪国立病院機構鳥取医療センター（鳥取県）	17床
⑫国立病院機構賀茂精神医療センター（広島県）	33床
⑬国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県）	33床
⑭国立病院機構菊池病院（熊本県）	23床
⑮国立病院機構琉球病院（沖縄県）	33床

（病床数は予備病床を含む）

指定入院医療機関の整備状況

2. 都道府県関係

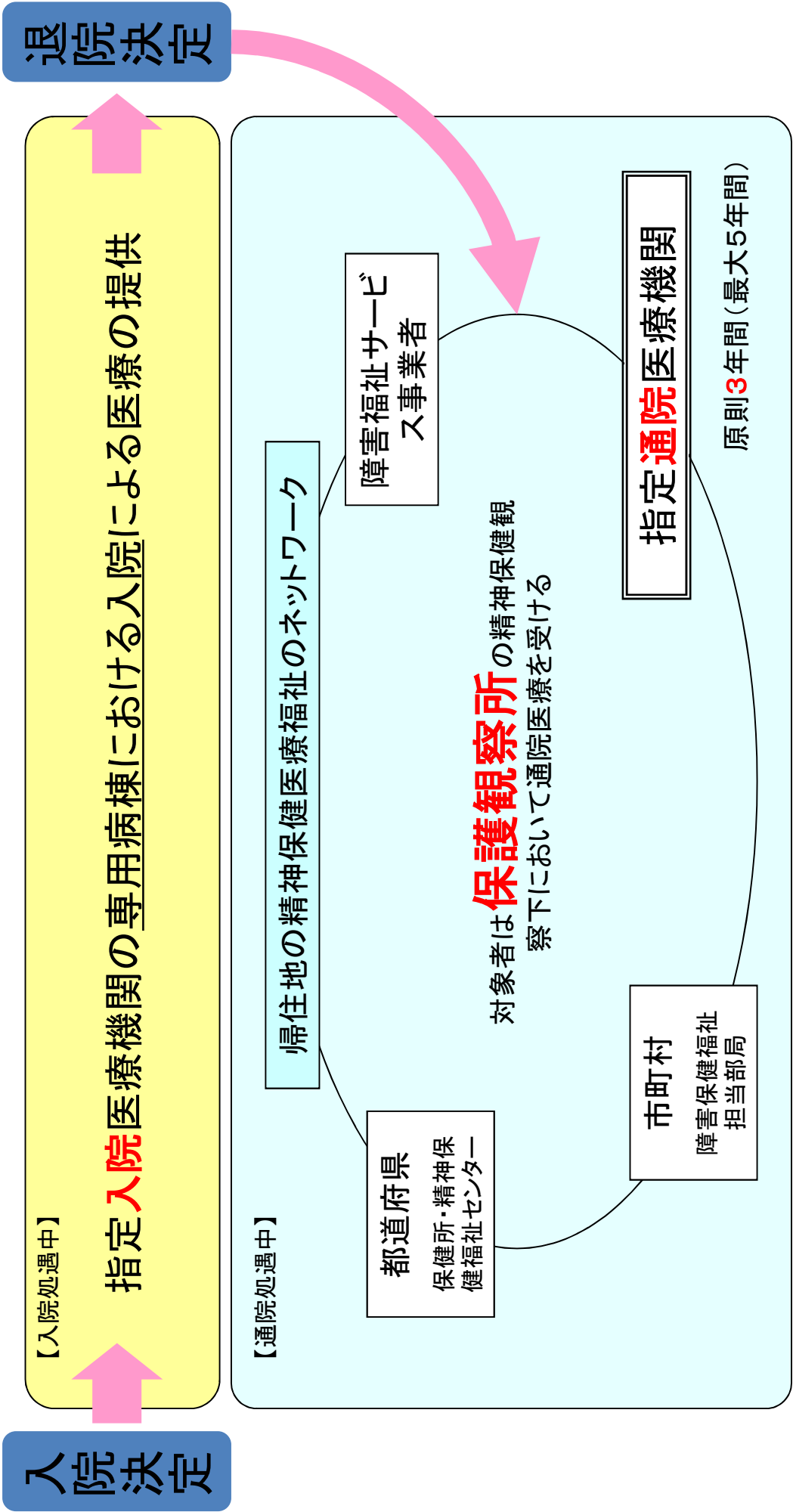
※□は整備中の医療機関

①山形県立ころの医療センター	17床	
②茨城県立ころの医療センター	17床	
③栃木県立岡本台病院	18床	
④群馬県立精神医療センター	16床	
⑤埼玉県立精神医療センター	33床	
⑥東京都立松沢病院	33床	
⑦神奈川県立精神医療センター	33床	
⑧山梨県立北病院	5床	
⑨長野県立ころの医療センター駒ヶ根	6床	
⑩静岡県立ころの医療センター	12床	
⑪滋賀県立精神医療センター	23床	
⑫大阪府立精神医療センター	33床	
⑬岡山県精神科医療センター	33床	
⑭山口県立ころの医療センター	8床	
⑮長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
⑯鹿児島県立始良病院	17床	
⑰愛知県精神医療センター	17床	
⑱島根県立ころの医療センター		整備中(平成29年開棟予定、8床)

※病床整備の現状:825床 [うち国関係:487床 都道府県関係338床](平成29年1月1日現在)

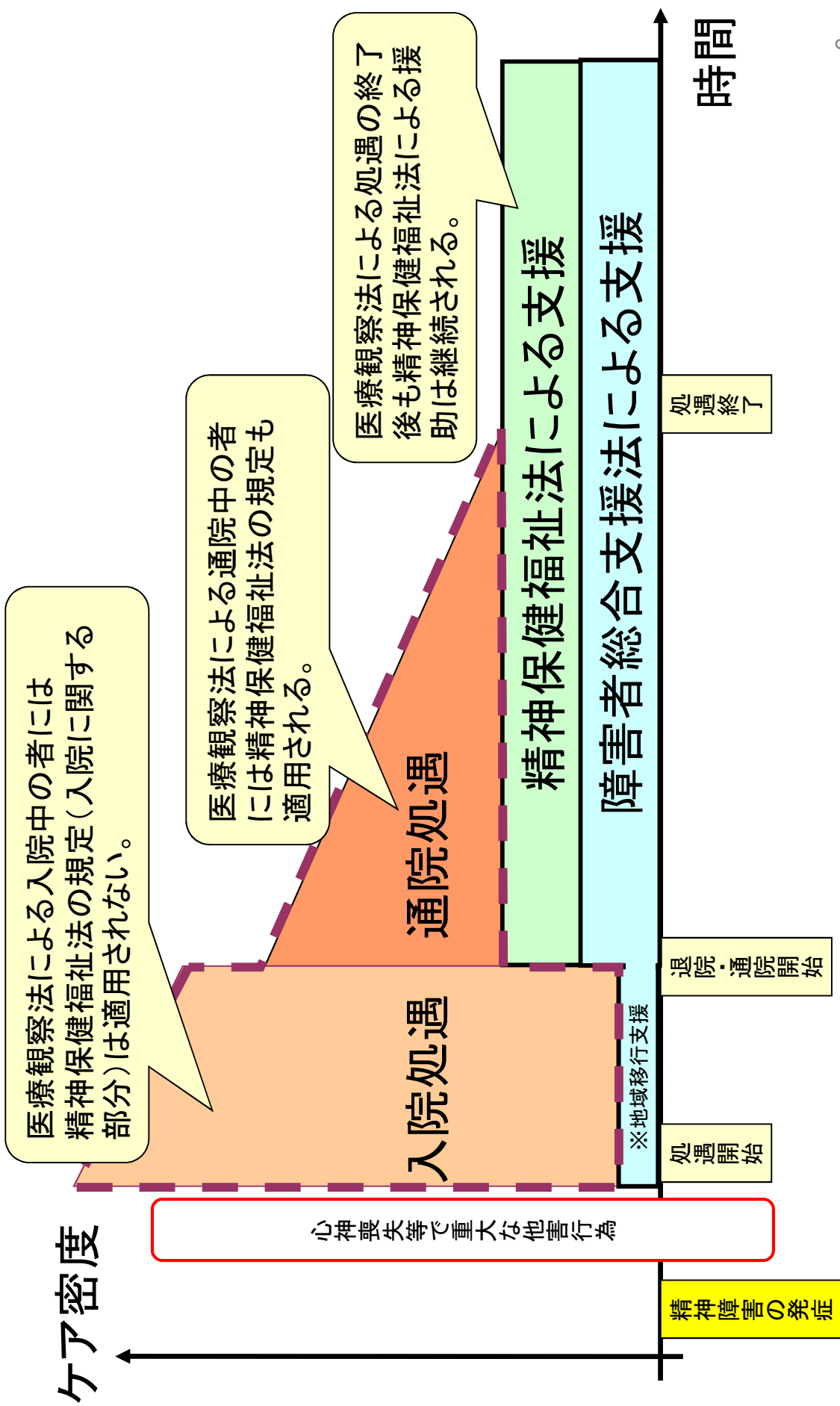
(病床数は予備病床を含む)

医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ



※ 通院期間終了後は、地域の精神保健医療福祉の枠組みに移行

医療観察法と精神保健福祉法との関係



※ 指定入院医療機関入院中から障害者総合支援法に基づく地域移行支援制度の活用は可能。