精神保健委員会（プロジェクト）
答　申

平成 28 年 5 月

日 本 医 師 会
精神保健委員会（プロジェクト）

平成 28 年 5 月

日本医師会長
横　倉　義　武　殿

精神保健委員会（プロジェクト）
委員長　河　﨑　建　人

精神保健委員会（プロジェクト）答申

本委員会では、平成 26 年 12 月 5 日に開催された第 1 回委員会において貴職から諮問のありました、「長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方」について、7 回の委員会を開催して鋭意検討を行ってまいりました。

この度、その審議結果をとりまとめましたので、ここに答申いたします。

日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）委員

委 員 長　河﨑　建人（日本精神科病院協会副会長）
副委員長　上ノ山一寛（日本精神神経科診療所協会副会長）
委　　員　植田清一郎（元福岡県医師会常任理事）
〃　　江原　良貴（日本精神科病院協会地域移行推進委員会委員長）
〃　　齋藤　洋一（三重県医師会理事）
〃　　田川　精二（日本精神神経科診療所協会理事）
〃　　千葉　　潜（日本精神科病院協会常務理事）
〃　　長谷川直実（日本精神神経科診療所協会地域福祉デイケア委員会委員）
〃　　平川　博之（日本精神神経科診療所協会医療経済委員会委員長）
〃　　渡辺　　憲（鳥取県医師会副会長）

目　次

Ⅰ．はじめに ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

Ⅱ．精神科病院における入院治療の現状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

Ⅲ．精神科病院における入院治療のこれまで ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

1)国の施策と精神病床整備の経過 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

2)精神科入院医療に対する方向性の検討と施策 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

Ⅳ．長期入院精神障害者に対する地域移行のあり方（精神科病院の立場から） ・・ 6

1)長期入院者の組成と適正化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

① 長期入院者を生んだ要因

② 適正化の具体的な方向性

③ 長期入院者要素別の対応施策と課題

2)長期入院者における「重度かつ慢性」患者の概念と基準・・・・・・・・・・・ 8

3)地域移行を進めるために必要な資源と施策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

① 多機能型地域支援センター

② 医療強化型グループホーム

③ 精神科病院地域連携室

④ 介護施設における対応能力強化

⑤ グループホーム整備推進の予算措置（公的整備）

4)地域移行を進めるために必要な取り組み ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

① 地域精神科医療の充実（訪問医療・看護とアウトリーチ）

② デイホスピタル

③ 患者自身の取り組みへの誘導

④ 病院側スタッフの取り組み

⑤ 地域事業者側スタッフの取り組み

⑥ 国と地方自治体の取り組み

Ⅴ．長期入院精神障害者に対する地域移行のあり方（精神科診療所の立場から） ・・ 15

1)地域移行を支える外来機能 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16

2)精神科診療所の現在 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
3)外来精神科医療機能のさらなる強化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
4)「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」からの展開 ・・・・ 17
5)在宅医療－アウトリーチ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
6)精神科訪問看護について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
7)アウトリーチにケアマネジメントの手法を ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
8)精神保健福祉法の改正 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
9)社会的責任について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
10)地域責任制と連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
11)精神科病院との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
12)小括 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
Ⅵ. 長期入院精神障害者の地域移行に向けたアウトリーチのあり方 ・・・・・・・ 23
1)アウトリーチのこれまでの流れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
① 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」からの展開
② 平成 26 年度診療報酬改定
2)課題と論点 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
① 対象患者
② 算定要件と施設基準
③ アウトリーチの本来の意味
3)小括 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
Ⅶ. まとめ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
1)安全安心に地域移行をすすめるために ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
2)地域移行推進に必要な要素 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
3)病診連携のあり方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
4)病院・診療所・地域事業所・行政の連携による包括的サービスとは ・・・・ 30
Ⅷ. 全体総括（提言に代えて） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31

Ⅰ．はじめに

我が国の精神科病院における病床数は、平成25年の630調査（精神保健福祉資料：毎年 6 月 30 日時点にて行われている全国調査）によれば、総精神病床334,975床であり、在院患者数は297,436人となっている。このうち1年以上の長期入院治療継続となっている患者の数は191,881人である。

欧米諸国やオーストラリア等、諸外国においては、過去に多大な数の精神障害者の入院患者を抱え、巨大な精神科病院に収容していた時代が続いていたが、我が国に比していち早く改革を実行し、入院患者を地域移行させ精神科病院を解体・縮小する施策を先行して行っている。これらの諸国では、精神障害者が地域において生活を維持していくための福祉的な施策の充実と、疾病の治療管理を行う地域精神医療サービスの構築が進められているが、その普及・整備については国々によって差があり、また改革のすべてが成功しているとは言い難く、施策の更なる修正に取り組む国が多い状況にある。これらの精神科医療サービス改革の先行国の多くにおいて実施されているものに重症精神障害者へのアウトリーチ型の訪問医療・支援がある。多職種協働でチーム医療・福祉として機能している形もあれば、医師および看護師による訪問診療として行う形等、多様である。

精神病床数については先ごろOECDの各国比較データが公開されたが、各国が有する病床の種別等には集計上の大きな差異があり、我が国のデータが急性期から慢性期までのすべての精神病床数を計算されていることに比して、欧米諸国のデータは急性期病床のみである等、極めて精度の悪い比較データとなっている。急性期の精神病床数のみで修正した比較では、我が国のデータは諸外国より若干多い程度である。これらはまた、諸外国が精神病床に算入しない認知症や18歳以下の疾患および中毒性疾患等に対して、我が国では精神病床が幅広く対応していることによるものと考えられ、急性期病床数は実質的には諸外国と差異は無いと考えられる。諸外国においてはナーシングホーム等の病院外収容施設で処遇している慢性期の患者が存在し、これについてのデータを合算してこそ正しく比較できるものと認識されている。このように日本の精神病床は過剰であるという誤認識の上でのデータ比較や批判は意味をなさないばかりでなく、我が国の精神医療の姿を歪めて周知している。

一方で、我が国では地域生活できる基盤整備や支援体制の構築が著しく遅れていることから、入院治療の必要性が薄くなったにも関わらず精神病床に滞留している慢性期患者が多く存在していることも事実である。このように社会的な要因によって病院内に留まらざるを得ない、いわゆる社会的入院者をどのように地域移行させ、病院という医療機関の外に出していくのかが喫緊の問題となっている。すなわち入院医療から地域へと、治療の場を移行させるための施

策や整備が求められている。

このような時流において、当委員会には表記の「長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方」について日本医師会長より諮問があり、平成26・27年度において検討を行った。

Ⅱ．精神科病院における入院治療の現状（図１～４）

近年の精神科病院における入院患者動態を縦覧すると、１年間におおよそ40万人ほどの入院患者が発生し、そのうち23万人ほどが３カ月以内に退院し、３カ月以上１年未満に退院した11万人強を合せると、新規入院患者の88%（平成25年度）が１年未満で入院治療を終えている。１年以上の入院となる患者は毎年５万人前後ほど発生し、同じく１年以上の長期入院治療者から毎年５万人前後の退院患者がある。一方で１年以上入院している長期入院者数はおよそ20万人存在しており、年々それらの高齢化が進んでいる状況にある。平成23年の患者調査によれば精神科病院入院者のうち65歳以上の占める割合は50%を超えるようになり、平成26年には54%に増加している。これらは入院治療を必要とする認知症患者の受け入れ増加による側面もあるが、主には１年以上入院者の加齢によるところが大きい。疾患別には、入院患者の60%弱が統合失調症であり、１年以上入院者では65%程度を占めている。しかし、入院患者のうち統合失調症患者の占める割合は年々減少していく傾向にあり、特に60歳未満層で減少は顕著となってきている。これは人口減少社会到来や統合失調症の軽症化といった現象が大きく影響していると考えられる。

精神病床は、一般病床に比して早期に病床機能分化の取り組みが進められており、それらは診療報酬上の特定入院料算定病棟（包括制）として存在している。主に急性期の治療を担う精神科救急入院料算定病棟・精神科急性期治療病棟等と、主に慢性期の治療を担う精神療養病棟であり、また加えて認知症治療病棟である。これらの機能分化された特定入院料算定病棟は全精神病床の50%程となっている。一方、急性期から慢性期までのケースミックスで治療している精神病棟入院基本料算定病棟は全精神病床の48%程となっている。近年の傾向は、急性期治療を担う病棟と認知症病棟が微増してきている。これらの中で、１年以上の長期入院者が多く存在しているのは精神療養病棟と精神病棟入院基本料算定病棟であり、合計で17万人（85%）程が在棟となっている。

Ⅲ．精神科病院における入院治療のこれまで

１）国の施策と精神病床整備の経過

我が国の精神保健福祉行政を振り返ってみると、明治６年に文部省医務局が

設置され、翌７年に発せられた医政の中で癲狂院の設置に触れているが、実際には明治８年京都癲狂院が設置された後、わずかの施設がつくられたに過ぎなかったために私宅監置で処遇されている精神病者が多く存在していた。明治 33 年精神病者監護法が公布され、監護義務者制度（後の保護者制度）が創設される。明治 41 年の調査によって精神病者の実態と収容施設整備の拡充が必要なことが判明し、44 年に官立精神病院設置の決議がなされる。しかし、大正６年に行われた全国調査においても私宅監置を含めて約６万人の患者が医療の枠外にあり、病院を含む収容施設のない都道府県が 28 に及ぶこと等から、治療上および公安上の理由によって、大正８年、精神病院法を公布し、いわゆる代用病院として民間精神病院等の設置を認め整備を推進するために、建築・設備の 1/2 および運営費の 1/6 を補助する施策を実施した。昭和６年に行われた調査では、精神病者約７万人に対し、公立・私立の合算した精神病床は約１万５千床であった。その後、戦火により焼失や経営難によって、昭和 15 年には２万５千床にあった精神病床は、戦後４千床に減少している。

昭和 25 年に精神衛生法が制定され、都道府県に精神病院の設置を義務付けるとともに私宅監置の禁止が定められている。昭和 29 年に行った全国患者調査において、精神障害者の全国推計は 130 万人で、うち要入院者は 35 万人存在しているが、実際の精神病床はその 10 分の１にも満たないことが判明したことから、喫緊の課題として精神病床の整備に取り掛かり、非営利法人の精神病院に対し設置および運営に関する費用に対して手厚い国庫補助を行う等によって、急速な精神病院整備が進み、５年後には８万５千床に達した。

急増する精神病床に対して医師および看護職員の需給が追い付かないことから、昭和 33 年に精神病院の人員配置基準が一般医療に比し医師は 1/3・看護職員は 2/3 と定められた。

昭和 39 年に駐日米大使が若い精神病者に刺傷される重大事件が勃発し、精神病者の保安収容の世論圧力が高まる中で精神病床の整備はさらに進み、昭和 43 年に厚生省が WHO に要請し招聘したクラーク博士の調査による進言（後述）は生かされないまま、昭和 62 年の地域医療計画により病床規制が行われ抑制が加わるまで全国的に精神病床は増え続けた。これによりピーク時には当初の国の整備目標であった 35 万床を若干超える病床を有することとなった。

２）精神科入院医療に対する方向性の検討と施策（**図５～１０**）

昭和 62 年に精神衛生法は「精神保健法」と改められ、平成５年の改正において精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化されるとともに第２種社会福祉事業として位置づけされた。また、この年に障害者基本法が制定されている。平成９年に精神保健法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）に改正され、翌 10 年より施行された。さらに翌 11 年

にも改正され、移送制度と精神障害者地域生活支援センターの法定化が行われている。平成15年に精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が示され、また同年に医療観察法が制定された。平成16年に精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を進めるため、「国民理解の深化」「精神医療の改革」「地域生活支援の強化」を10年間で進め、精神病床を7万床減少させることを促す等、精神保健医療福祉の再編の達成目標を示した。平成17年に障害者自立支援法が成立し、障害者施策の3障害一元化が定められ、就労施策の強化や利用者本位のサービス体系への移行等も定められたが、一方で利用者負担の導入等での不満の高まりが大きくなり、平成25年に障害者総合支援法に改正された。翌26年には、保護者制度廃止を中心とする精神保健福祉法の改正が行われ、新たに設けられた医療の提供を確保するための指針の策定により、精神保健医療福祉の方向性が示唆されることとなった。それらの内容は、①精神病床の機能分化（急性期医療の提供、入院期間の長期化防止、地域移行推進に関する整備検討等）、②精神障害者の居宅等における保健医療サービスおよび福祉サービスの提供に関する事項（外来医療提供体制の充実、アウトリーチ体制の整備、精神科救急医療体制整備、居住支援に関する施策の推進等）、③医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携（質向上・退院支援・生活支援のため多職種連携の確保、人材の育成・質の向上の推進等）、④その他（保健所機能の活用、人権への最大配慮、多様な精神疾患・患者像への対応、心の健康づくりの取り組み推進等）となっている。

これらの精神保健福祉法の改正に先立ち、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」が組織され平成24年6月に報告書をまとめている。この検討会においては、精神病床における入院患者を、①入院後3カ月以内、②入院後3カ月以上1年以内、③入院後1年以上経過の3グループに区分し、それぞれの人員配置や療養環境を定め役割機能を明確にして、今後は状態像や特性に応じた精神病床の機能分化をすすめていくことが提示されている。現在の長期在院者について、「重度かつ慢性の患者」および「身体合併症入院治療が必要な患者」を除き、「精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にない等のため、これまで退院できなかった患者」と位置づけして、これらの地域移行を推進するため、①できる限り、退院・地域移行が進むような取組を重点的に行う、②アウトリーチ（訪問支援）やデイケア等の外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する、③高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも退院して介護サービスが使いやすくなるような方策を検討することを挙げている。また、長期在院者の病棟等の人員体制については、退院支援や生活支援等

の患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、①医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする、②看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で３対１の配置基準とする、等を提唱し、療養環境については、長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、①開放的な環境を確保する、②外部の支援者との関係を作りやすい環境とする、③長期在院者のための病棟では原則として隔離や身体拘束は行わないこととする、としている。

この検討会に引き続き、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」が組織され、平成 26 年７月に長期入院者の地域移行を推進する方策についての今後の方向性をとりまとめて公表している。それらによれば、長期入院精神障害者の地域移行および精神医療の将来像として、①長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施、②精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要、としている。

さらに、長期入院精神障害者本人に対する支援として、①退院に向けた意欲の喚起・本人の意向に沿った移行支援、②地域生活の支援、③関係行政機関の役割、について要目を挙げ、病院の構造改革として、①病院を医療の場として位置づけ、②精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能の集約が原則であり財政的な方策も併せて必要、③地域移行を進めることにより病床の適正化が行われ、将来的に削減、④入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化、⑤病院資源を地域移行した患者のために活用することが可能、という内容となっている。

現在の精神病床における長期入院者についての施策の方向は、これらの検討会のとりまとめ提言を基盤にして、長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業等、順次取り組みが行われているが、未だに成果は得られていない状況にある。

一方、国は第４期障害福祉計画（平成 27 年～29 年）において、入院中の精神障害者の退院に関する目標値を設定して、各都道府県の計画に反映させるべく成果目標を基本指針で定めており、①入院後３カ月時点の退院率 64%以上、②入院後１年時点の退院率 91%、③平成 29 年６月末時点の長期在院者数を平成 24 年６月末時点の長期在院者数から 18%以上削減、と掲げている。

なお、平成 22 年に「精神疾患」は医療計画における重点対策疾病として位置づけられており（５疾病となった）、各都道府県の医療計画に記載されるようになり、今後の精神医療提供において大きな期待がかけられている。これに伴い、平成 27 年 10 月より医政局地域医療計画課に精神科医療等対策室が新設された。

Ⅳ．長期入院精神障害者に対する地域移行のあり方（精神科病院の立場から）

１）長期入院者の組成と適正化（図１１、１２）

①長期入院者を生んだ要因

我が国はかつて WHO に要請し、それに応えてデビット・クラーク博士が来日して昭和 42 年 11 月から翌年２月まで我が国の精神医療保健の状況を全国的に調査し、我が国における地域精神衛生について報告書をまとめ、いわゆる「クラーク勧告」を行っている。その中で長期入院者の問題について以下のように予言している。

『日本と西洋の精神病院の顕著な差は日本では老人の患者が少ないことである。精神病院のたった４％が 60 歳以上であるのに対し、英国では約 50%である。現在のように慢性患者が累積し続け現代医療で生かされていれば、1980 年から 1990 年代において日本の精神病院でも老人患者の数は非常に増加するだろう。このことは遠い先の問題に見えるだろうが、何らかの対策をすぐに行わなければ大変なことになるだろう。精神薄弱を含む精神病質、精神障害の早期発見と適切なリハビリテーションを促進するための地域精神衛生計画は日本が当面する緊急の社会的、公衆衛生的課題の一つである。』

残念ながらこの報告書における勧告は施策に反映されることはなく、結果として我が国の精神病床の現状はクラーク博士の推測通りの結果となっている。我が国が勧告を真摯に受け入れ、必要な施策を講じて精神医療福祉の方向性を明確にしていれば､精神病床数は現在の 1/2 程度の 15～16 万床で整備が行われ、併せて地域福祉施策の充実が図られて、身体障害や知的障害に劣らない地域生活基盤が確立していたかもしれない。その意味では、ほぼ 50 年遅れで施策の修正に着手したと言える。長期入院を生み出した要因を検討した結果、以下に列記したようなことが挙げられる。

・これまでの国策としての「入院収容主義」
・現在も続く国策としての「精神医療の医療費格差（低医療費）」
・国民の無理解・認識不足（啓発や教育の不足・不熱心）
・保健医療福祉関係者の偏見（内なるスティグマ）
・精神障害者を抱える家族への支援の不足（家族負担の重さ）
・地域生活基盤（特に住まいの場）の未整備
・地域で支える福祉施策（システム・人材・財源）の貧困
・精神医療の未熟（技術・人材・研究・財源等）
・精神医療サービス提供者の怠慢・低意識（改革意識の希薄）

現在、地域移行を推進するにあたっては、これらの要因のすべてに対してどのような対策が実施されなければならないのかを充分に検討し、いずれかの対応を欠くことなく並列的に実践する必要がある。

②適正化の具体的な方向性

現在、精神科病院での入院治療を受けている患者には、入院医療の必要度が高くなくなって、他のサービスを必要としている人々がいる。特に長期入院者においてその比率は高くなる。入院患者を主とするサービスの必要度で要素別に分類すると、①「医療的対象者」で社会保険等を利用して医療サービスを受けるべき群、②「介護的対象者」で介護保険サービスにより対応すべき群、③「福祉的対象者」で、障害福祉サービスにて処遇されるべき群、④「保護的対象者」で現状では政策医療として管理的医療で処遇するしかない群、となる。「医療的対象者」は急性期治療・回復期治療・身体合併症治療と「重度かつ慢性」の治療等を受ける必要のある人々であり、「介護的対象者」は精神症状としては比較的安定しているが要介護状態にあり日常的に介護を必要としている人々である。「福祉的対象者」は生活機能障害等があり援助を受けなければ地域生活が難しい人々で、「保護的対象者」は治療抵抗性で現代の精神医療の技能では改善が望めない重度者であり生命維持や危害防止等のために常時の保護見守りが欠かせない人々である。これらの必要サービスの要素別分類によって、特に長期入院者について適切なサービス種別の提供が行われる場に移行を進めることが、精神病床の適正化である。

③長期入院者要素別の対応施策と課題

これらの精神病床の適正化を進めるためには、幾つかの課題を乗り越え解決しなければならない。

「医療的対象者」における課題は、急性期における短期集中的治療・回復期における強化リハビリ治療・重度者に対するハイケア治療・身体合併症治療体制の構築等を実施できるような精神科病院の構造改革が必要であるが、①如何にして治療構造をシフトしていくか（病棟構造・人員配置・治療システム等）、②治療システムの構造化・標準化・治療手段の普及等を進めることができるか、③財源の組み換えを適切に行えるか（現在の精神科入院医療費総額の組み換え）、といったことがある。

「介護的対象者」における課題は、より適切なケア提供の場（介護サービス）に移行が必要であるが、①介護保険対象でない65歳以下の対象者をどのようにするか、②現状の介護サービス側の精神障害者受け入れ拒否をどうするか（精神障害者対応についての未熟と不安）、③精神医療としての治療継続をどうするか（財源・診療方法）、が挙げられる。

「福祉的対象者」における課題は、生活機能障害等を援助・補完し、地域での生活を送ることができる環境を提供し移行することにおいて、①精神障害者の特性に応じた対応や制度が貧弱で未整備（特に中等度～重度の精神障害者の

対応)、②福祉と医療の連合的な支援・介入体制が未整備（基幹的な支援センターが必要)、③精神科地域医療の確立、等がある。

「保護的対象者」における課題は、①治療抵抗性・重度固定をどのように判定区分していくか、②ケアにおける内容と人員・職種はどうすべきか、③医療の対象か、居場所は医療施設（病院）あるいは管理保護施設（新設）か、④財源はどのようになるのか（保険診療か公費負担か)、と悩ましく難題が立ちはだかっている。

精神科病院が本来の治療的施設としての機能に特化するとすれば、これらの精神病床の適正化が進められて、医療的対象者として入院医療の必要性が高い（他のサービスが必要であっても医療提供が優先される場合は）人々に限定し医療サービスを提供することを目指すべきである。これらの適正化のどの方向にも、財源の裏付けが必須であることは言うまでもない。財源無くして改革は望めない。

2）長期入院者における「重度かつ慢性」患者の概念と基準

長期入院者がすべて社会的入院であるように喧伝がなされ、一般社会に誤解が広がっているが、あまりに単純な認識であると言わざるを得ない。長期入院となる理由は、治療を施しても疾患の病状が回復できず、重度な状態のまま慢性化していることが原因である。身体的な疾患であれば、多くの場合は病状が重度化して進行すれば終末の転帰を迎え、一定以上の長期入院となることは稀である。これに比し精神疾患の場合は、重度となっても生命予後に大きな影響を来すことは少ないため、疾患が重度のまま病状が回復できずに病院に留まってしまうのは摂理である。長期入院者には、いわゆる社会的入院（病状がかなり回復して地域生活が可能であると思われるにも関わらず、病状以外の諸般の事情により退院できない入院者）が一定程度存在しているが、「重度かつ慢性」で入院治療の継続を必要としている入院者も存在する。これらの「重度かつ慢性」の長期入院者について厳格な基準を設けることとして、平成25年度から厚生労働科学研究班が発足し精神科医療界の各種の現場実践者と研究者が一堂に会して調査研究をもとに検討を行って、「重度かつ慢性」の基準を作成した。今後はこれらの基準を利活用して、長期入院者を「地域移行を推進するべき患者群」と「更なる強力な治療を施行し回復を目指す患者群」に判別しながら対応していくこととなる。これにより長期入院者がすべて退院可能な社会的入院患者であるという単純で表層的な見解は今後に改められていくこととなり、真に地域移行するべき長期入院患者について、それらの社会的な要因を解決するための施策が講じられていくものと期待する。

3）地域移行を進めるために必要な資源と施策（**図１３～１７**）

これまで精神科病院の団体は、長期入院精神障害者の地域移行を推進するた

めに必要な施策や体制整備について、次のような資源と対応が必要であることを提言してきた。

①多機能型地域支援センター

地域福祉と地域精神医療の総合的なサービス拠点として、かねてより日本精神科病院協会は「多機能型地域支援センター」の創設を提唱している。これは、障害福祉における基幹型支援センター設置構想と類似しており、症状の動揺によって障害の状態が変化しやすい特性を持つ精神障害者が地域生活する場合に、障害者本人や援助者等を全面的に支援し、必要があれば一時退避の場の提供や医療との連携したサービス提供等を行うものである。主な役割機能は以下のように想定している。

・病状悪化や再入院の防止、危機介入センターとしての役割（ドロップインショートステイ、レスパイトケア等）
・24 時間対応の電話相談（あんしんコールセンター）
・状況に応じた適切な訓練（ステップアップ等）
・地域施設に対しての相談支援や助言指導
・地域事業所スタッフの教育・能力向上の支援
・家族に対する支援や心理教育の実施
・地域における調整や偏見解消活動の実施

これらにアウトリーチ機能を加えることも考慮されていくべきである。まずは概ね人口 50 万に対して 1 ケ所程度の設置が望ましいと考える。

②医療強化型グループホーム

精神障害者の特性は、疾病と障害を併存していることにより、疾病の状況（病状）が障害の程度に大きく影響することであり、病状の安定が生活能力の維持に欠かせないことである。常に疾病の再燃・再発という問題を有しており、いずれの場面においても地域精神医療の関与が不可欠である。病状が安定し生活障害の程度が軽度な精神障害者の場合は、他の障害と同一の地域福祉サービスで何とか適合できる。しかし、障害の程度が中等度以上の精神障害者には、看護等の専門職による精神疾患の病状管理とケアする特別な専門的支援が必要である。障害程度が重い精神障害者の地域生活サービスとして、現在のサービス類型に機能を付加し医療機能を強化する等特性に応じたサービスを加える必要がある。

③精神科病院地域連携室

地域移行を進め、また今後においても長期入院者の発生を抑制していくために、精神科病院において地域とのインターフェース（出入り窓口）として地域連携室を常設し、福祉支援を行う地域事業者や医療支援を行う精神科診療所等の医療機関と密接な連携を行っていく体制整備が望まれる。これらの業務につ

いての診療報酬化が必要であるとともに、連携室自体が障害福祉サービスにおける指定相談や特定相談の業務が行えるようにすることが重要である。

④介護施設における対応能力強化

現在の精神病床における長期入院者は、高齢化が進んでいる状況にあることは前述した。入院後１年以上５年未満の長期入院患者群と、入院後５年以上を経過した長期入院患者群の退院先については、どちらも①転院・転科（身体疾患悪化によると考えられる）、②死亡、③高齢者福祉施設、の順で多いが、これらを合わせると、前者では 66.2%であり後者では 81.8%（平成 23 年調査）とそのほとんどを占める。長期入院者の高齢化によって身体疾患の合併や悪化という問題が生じていることが明らかであるが、それと同時に精神症状は小康が保たれているが、要介護状態となっている方々も多く存在している。これらの方々は、本来は介護サービスでの処遇が適切であるが、精神疾患を有していることを理由に一般的な介護サービス提供施設側から敬遠・拒絶され、やむを得ず精神科病院での療養を余儀なくされている。この方々は入院の場に身を置いていなければ、一般の方々同様に介護認定を申請し要介護認定を受けて介護施設サービスを利用することができる人たちであり、本来の介護サービスの対象者である。介護施設サービス側での敬遠・拒絶の原因は、精神障害者に対する偏見があるが、何よりも精神障害者への対応能力が乏しいことが大きい。精神疾患・障害についての知識や対応技能を身につけた職員の配置や精神科医師の嘱託配置を推奨し、抗精神病薬や抗認知症薬等が処方できるような条件整備、すなわちそれらを可能とする報酬（精神障害者管理加算や特定薬剤の包括外対応等）の設定が喫緊の施策課題である。一方で日本精神科病院協会は、こういった介護施設サービス側の受入れ態勢の整備が遅々として進まないのであれば、病床を転用して精神障害者である要介護者を受入れる転換型老人保健施設の創設を行い、その対象となる要介護者の対応処遇を行うことができるよう国に要望している。このように精神病床において要介護状態となり、介護的対象が主となった長期入院者について本来身を置くべき介護サービス利用へ移行することで、これらの長期入院者の適正化が図れることになる。

⑤グループホーム整備推進の予算措置（公的整備）

地域移行を先行した諸外国においては、WHO が勧告しているように「コミュニティの整備が最初のステップ」「新システムの整備をチェックし、旧システムのシステムとバランスをとることが必須である（チェック＆バランス）」を遵守した国もあれば、急速な地域移行を行った結果、ホームレスや刑務所への入所を激増させた失敗国もある。「社会の受け皿が先、病床削減は後」というのが世界の常識となった。諸外国における精神病床数と居住施設入所者数と我が国での

状況比較では、これらの合算した総数に差異はないものの、我が国では極端に居住施設入所者数が少なく、入院という環境におかれていることが明らかになっている。そのような状況下で、我が国の精神障害者福祉の先鞭をつけ、地域生活施設および就労訓練施設等の整備と支援を主体的に担ってきたのは、ほとんどすべて民間精神科病院である。それらが母体基盤となって積極的に資金提供し活動を展開し、精神障害者福祉のハード面・ソフト面および専門的な人材を創り上げ、現在に至っている。今後の地域移行については相当数の地域生活施設（住まいの場）が必要とされることは論を俟たない。それらの整備も喫緊の課題であるが、従来のように民間企業体に整備を担わせることでは施策は進まない。国庫より拠出して整備（建築）を進め、運営を民間にゆだねるような転換が必要である。それらの設置整備が進まない以上、長期入院者の地域移行は画餅に終わると言って過言ではない。居住施設をはじめとする地域生活施設の公的整備を強く要求するものである。

4）地域移行を進めるために必要な取り組み（**図１８**）

同じく精神科病院側から、地域移行を進めるための必要な取り組みとして、次のようなことの体制整備や推進が挙げられている。

①地域精神科医療の充実（訪問医療・看護とアウトリーチ）

精神科病院におけるアウトリーチについて実践しているところは、全国的には極めて少ない。従前これらのモデル事業が行われているが、その結果についての考察と見解については後述する。

一方、未だに「アウトリーチ」という概念も内容も確立されておらず、言葉を使う人々によって認識が異なっている状況にある。それは、数年前の担当大臣がつまみ食いのように「アウトリーチ」という言葉に囚われ、それらの内容も判然としないままブームに上がってしまったことに端を発している。「アウトリーチ」が本来の場を離れて自宅等にサービス提供するということであれば、医療の場合は「訪問診療」や「在宅診療」であり「訪問看護」であるが、それらと異なることは何であろうか。「アウトリーチは医療サービス・福祉支援サービス・保健行政サービス等のワンストップ・サービスを、本人のもとに届けるものだ」と述べる方もある。「多職種のサービスを一元的に受けることがアウトリーチだ」という方もある。まさに概念が乱立しており、そのような中で「アウトリーチ」を語ることが困難であることは、多くの一致するところである。当報告では、後述するように「アウトリーチの概念」をまとめた。その中で、精神科病院が行う「医療的アウトリーチ」について述べるとともに、訪問診療・訪問看護との相違についてもまとめておく。

医療機関が実施する場合は、「アウトリーチ」は「在宅診療の一類型」と位置づけされるべきである。在宅診療は、医療機関に来ることのできない患者に対

して、医療機関から医師・看護師が出張して診療を行うものである。だが、精神疾患の場合では「来ることができない」であるか、「来たくない（本人意志）」であるか、という点で難しい問題がある。「治療を受けたい（本人希望）が、受けることができない」という状況は、身体科同様に在宅診療の対象として問題はないと思われる。単に身体的な問題で受診ができないこともあろうし、重度のうつ状態等で稼働することが不能であるとか、外界に恐怖心が有り外出ができない状態である等と、さまざまに想定される。いずれにせよ本人は受療の要望があるので、問題はない。一方で、受療の意志がない者の在宅診療は、その適切性についての判断は難しい。受ける意志のない者に強制的に医療を施すことは、定められた厳密な手続きが必要となり、人権擁護の観点からも認められる場合はきわめて稀である。本人の利益保護のためであるとか、周囲への危害の予防であるとの理由は、現代では通用しないものと考えられる。

よって、原則的には在宅診療である「医療的アウトリーチ」は、受療する本人の要請に応じて行われるものであるとして良い。例外的に、本人との治療関係がすでに構築されており、その連続した治療経過において病状悪化等のために通院が途絶えた場合等において、在宅を訪問し本人へ面会・診察を促がすことはあり得るが、この場合も本人が拒絶する場合に強制はできない。さらに、「受療先を代えるので」という中断理由を述べられた場合に、病状の悪化が為していると予想されたとしても、それ以上に関与することは難しい。

状況から疾病に罹患している可能性が高いと推察され、本人の受療の意志が確認できないが（あるいは拒絶しているが）、家族の希望等を基盤として保健所が関与し調査の上で行われる移送制度が精神保健福祉法上に定められているが、全国的にも発動の件数は少なく、あわせてその利活用についても再検討が必要となっている。

かくのごとく、医療機関が在宅に出向くことについての制約は多く、「医療的アウトリーチ」を行う場面は多くない。また、在宅患者ひとりの為に多職種の医療従業者が相当時間数を対応することは、きわめて高コストで非効率的医療サービスである。現在の保険診療制度の中では算定可能期間が限定されている。「医療的アウトリーチ」の主たる目的は、「可及的速やかに本人が通院等の治療ができるようになること」と言って過言ではない。在宅での個人医療サービスを延々と受け続けているようでは、保険診療の公平性からも批判を免れない。それらの諸条件を認識した上で、精神科病院が医療的アウトリーチを行う意味は、その支援を真に必要としている患者にとって大きい。病院は医師・看護師の外に多様な専門職種を擁しており、必要に応じて病院で行われる治療のデリバリー・サービスを届けることが可能である。それにより通院あるいは入院の治療へと誘導していくことで、本人の疾病からの回復に向かう道筋をつくるひとつの手段となりえる。

一方で、訪問診療・訪問看護は、患者本人の同意に基づいて、患者の日常生活の場を確認し情報を得て、疾病管理や生活指導等を行うことで、患者の地域生活を支持することが主たる目的となることから、通院医療や入院医療の現場で行われている医療サービスを在宅の患者に届ける「医療的アウトリーチ」とは異なる役割と位置づけである。精神科病院からの在宅医療サービスとしては、訪問診療・訪問看護の枠組みで行われることが普遍的である。

②デイホスピタル

現在の精神科外来通院医療には、主として主治医が定例日に診察を行う外来診療とリハビリテーションと疾病管理をうけるデイケア等の通所サービスがある。外来作業療法や集団精神療法および心理カウンセリング等を行っている医療機関もある。デイケア等の通所は週の大半をケアすることができるが、これらの通所サービスは症状の安定されている患者が対象であり、病状の悪化している状態やまだ不安定な状態の患者には対応することが困難であり、またそのような治療構造に設定されていない。さらに医師の外来診療は、一人の患者を長時間・連日の診察が可能なようになってはいない。このため、病状が悪化した患者やまだ不安定な患者について十分な治療管理と治療介入を行うためには、入院医療で対処するしか方法がないのが現状である。

通院が不可能な重症の患者については、アウトリーチという手段が考案されているが、通院が毎日可能である患者については外来診療の機能を充実強化し、入院治療と同等な治療対応を外来通院で受療することが可能な治療システムを提供することで、入院医療を回避しつつ回復を期待することができると考え提案されているのがデイホスピタルである。患者の病状に応じて、毎日４～８時間程度を外来医療の場で、通常の入院医療の場で行われる各種の治療を受け、帰宅後は家族等の見守り保護のもとで生活を継続するという治療システム構想である。

デイケア等の通所と異なることは、病状が悪化あるいは不安定で、本来であれば入院治療へ導入するのが良策であるが、家族等の協力によって夜間を見守り管理できるという状態にある患者等が対象となることである。この治療システムが導入されることで濃厚な医療対応を受けることによって、入院を回避し、また入院中で病状の安定が十分に得られるほど回復していないとしても夜間の問題が無くなった患者は早期に退院することが可能になる。デイホスピタルに外来通院する患者は、医師のみならず多職種による治療を入院治療同様に受けることができる。急性増悪期をギリギリまで入院治療に頼らずに居宅という環境に身を置きながら治療を受けるという、いわば回復期治療を入院治療外に外出しすることで入院期間の短縮が図られる効果があると考えている。病状安定後は通常の外来診療を受療し、また従来のデイケア等で病状管理やリハビリテ

ーションを継続する等の治療に戻ることになる。このデイホスピタルの治療システムが、早期に退院を可能にすることで新たな長期入院者を生まないことに効果的であると思われる。

③患者自身の取り組みへの誘導

地域移行にあたって何よりも大切なことは患者自身がその意思と意欲をもつことである。

長期入院の結果として退院や地域生活移行への意思や意欲が損なわれてしまい、無関心・諦観といった状態に陥っている長期入院精神障害者に、どのような働き掛けや体験誘導等を行い、それらの意欲の喚起や意思の醸成を促していくかについて、病院スタッフも地域援助者も介入をしていくことが必要であり、場合によってはピアサポートとして地域生活している精神障害者や一足先に地域移行を果たした経験者等を活用していくことも有効と考えられる。それらの方法や技能について追及し実践しなければならない。

④病院側スタッフの取り組み

地域移行を推進するために、病院側スタッフが行うべきことは何かを点検してみると、まずは長期入院精神障害者の病状および障害内容や程度等についての科学的な分析と評価が必要である。様々な評価尺度が開発され提案されてきているので、それらを適切に用いて、患者個々人のできるだけ詳細な分析がなされなければならない。何が問題なのかを明らかにできなければ、どのようなリハビリや治療介入が必要であるかが計画できない。

これまでの精神科の入院治療において、特に長期入院精神障害者に対して個別に分析評価が行われていることは稀であり、それに基づく個別の焦点的なアプローチは十分に行われていない現状にある。地域移行を進めるにあたり対象となる個々人の能力を正確に把握し、それらの対処をどのように行っていくのかがプランニングされなければ、地域移行は程遠いことになるし、それらを無視して行えば無謀な地域移行となって結果として大きな不利益を与えてしまうことになる。

また往々にして病院側スタッフは入院治療の現場に身を置いているために地域のおける支援についての知識や理解が不十分になりがちである。移行していく先の支援状況やシステムがわからないのでは、地域移行は進められないし、過剰にリスクを見込んでしまうことで父性的に病院内に抱え込んでしまっていることが進めない現状の理由の一つでもある。積極的に地域事業者等と交流し意見交換を行いながら、一方で地域事業者との信頼関係を紡ぐことが、連携して地域移行を進めていく方策となろう。

⑤地域事業者側スタッフの取り組み

精神障害者に対する地域事業者側の問題点は、精神疾患に関しての知識が希薄であり、このため病状の変化を察知することができないことや、病状に対応する技能が低いこと、疾患管理の技能を有していないこと等が挙げられる。

これまで整備が進められてきた精神障害以外の２障害の地域施設や事業者の現場においては、専門職の配置が精神障害のそれらに比べ驚くほど低いことがわかっている。精神障害の施設においても、３障害同一の取り扱いになって以来、経済的な事情から専門職配置は難しくなり減少してきている。

しかし、精神障害者への対応は、食事の提供や洗身・更衣といった直接的なお世話・介助で足りるわけではないことから、より専門的な技能を習得し対応にあたってもらう必要がある。知識や技能の乏しいスタッフでは精神障害者の地域生活を支えることができないからである。加えて、地域事業者側のスタッフを支援するためのシステム整備が進められなければならない。気軽に相談できる窓口や場所の存在や医療との連携が円滑に行えるような構造がつくられなければならない（前述：多機能型支援センター）。なによりも、精神障害者の地域生活を支えるためには、その障害特性から医療専門職を随所に配置することが必須であるが、その財源が乏しいことが大きな問題である。

⑥国と地方自治体の取り組み

これまで、特に精神障害者の地域生活整備は民間に大きく依存してきた。地域生活を行うための住居は急ぎ整備されなければならないが、消防法改正や建築基準法等の規制によって、中古住宅を改装転用したグループホーム等は開設不能に追い込まれている。もはや、民間の方でこれらの整備を進めることは困難となった。今後は国や地方自治体は施設等の整備に自ら財源を割り当てて公設民営の生活施設を余すところなく設置していかねばならないものと考える。

また、何よりも、精神障害と共に暮らす共生社会を創り上げるためには、一般住民の精神疾患に関する知識と理解を普及し、偏見と蔑視・差別を払拭して、地域で精神障害者を支える意識の向上を果たさねばならない。それらは国と地方自治体の責務である。

Ⅴ．長期入院精神障害者に対する地域移行のあり方（精神科診療所の立場から）

精神科病院への新規入院者の88%が１年未満で退院しているが、一方で約20万人が１年以上入院している。毎年５万人の長期入院者が退院する一方で、新たに５万人が長期入院者となっているため、１年以上の長期入院者の数に大きな変化が認められない。

このため、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域

生活の支援」等を行うとともに、病院の構造改革に係る取組みが積極的に行われている。

このような中で、精神科診療所はどのような役割を果たすことができるだろうか。本項では、精神科診療所の立場から、長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方について考えてみたい。

1）地域移行を支える外来機能

全国で 300 万人以上の方が精神科医療を受けているが、その９割以上が外来通院をし、地域で暮らしている。平成 16 年に打ち出された精神保健医療福祉の改革ビジョン以降、入院医療中心から地域生活中心へというスローガンが掲げられてきたが、精神科診療所の位置づけについては必ずしも明確ではなかった。必然的に、精神科診療所と他の関係機関との連携モデルもなかった。

入院医療と地域生活の間に、外来機能というワンピースが永らく抜けていた。精神科診療所は地域に暮らす精神障害者の身近にあって、よりよい社会生活を送ることができるよう支援するための最前線に位置していると自負している。全国に展開した精神科診療所を、有力な社会資源と位置づけた、わが国独自の精神保健医療福祉体制の構築が望まれる。

精神科診療所の外来機能を充実させることが、長期入院精神障害者の地域移行の受け皿としての役割を果たしていくことにつながる。また、精神的危機への早期支援や再発予防を通して、長期入院に至る事態を回避しうると考えられる。

2）精神科診療所の現在（**図１９**）

精神科診療所医師は、かかりつけ医という側面と、専門医という側面を持っている。その割合は、診療所医師の個性やライフスタイルに応じて、多様である。診療体制も医師と最小限のスタッフで構成されるものから、多職種・多機能を持つものまで多様である。地域差も大きいため、精神科診療所を一言で表すことは難しい。多くの診療所が集中している都市型から、過疎地域における孤立型まで多様である。

診療所医師が、長期入院精神障害者に対してアウトリーチを含めて、地域移行を進めていくためには、多職種によるチームワークが求められる。2010 年度の日本精神神経科診療所協会会員基礎調査でスタッフの配置を見ると、常勤では看護師は 44.1%、PSW は 29.6%、臨床心理技術者は 23.0%、作業療法士は 7.1%である。看護師に比べて、PSW と臨床心理技術者はまだまだ少ない。チーム医療を推進し、アウトリーチを含めた外来精神科医療機能を強化することを考えるとこれらのスタッフの充実が欠かせない。

今日の診療報酬体系は、医師一人の働きに大きく依存したモデルによって組

み立てられており、チーム医療や、地域連携への評価はまだまだ乏しい。それでも、様々な形でチーム医療やアウトリーチを行い、関係機関との連携をはかりながら、精神科診療所の機能強化を推し進める試みが行われている。

3）外来精神科医療機能のさらなる強化

外来精神科医療機能をさらに強化し、地域での信頼や評価を高めるために、精神科診療所は今後さらに専門性を高め、機能分化していくことが求められるだろう。診療所医師の思い入れが反映された多様な専門性があるが、児童、アルコール、認知症、発達障害、リワーク、就労支援等の場合はより一層の専門性・機能分化が求められる。それでも一つの診療所でやれることは限られているので、診療所間での協力・連携を工夫することや、関係機関との連携を進める等、つなぎ・つながる機能がますます強化されるであろう。

精神科診療所の持つ様々な機能の中で、最も特徴的なものは、つなぎ・つながる機能である。それが一層進められれば、地域のネットワークのハブ機能を持つことになる。精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ結節点に位置していると考えるが、人材・情報・サービスが精神科診療所を経由することで、地域のネットワークの充実につながる可能性がある。

4）「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」からの展開（**図２０**）

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期５か年の方向性を示すものとして、平成21年９月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書がまとめられた。その概要図では入院医療に比べて、外来・在宅医療が末広がりに描かれている。地域生活を支える医療の充実として、①精神科救急医療の確保・質の向上、②在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実普及、③精神科デイケアの重点化、④ケアマネジメント機能の充実、⑤未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化（危機介入）、⑥重症者の在宅での包括的支援の確保が挙げられている。

平成26年で後期５か年の最終年を迎えたが、いずれの項目においても未だ際立った成果は見られず、今後に積み残されている。それでも、地域生活を支える医療の充実の項目の中に、「ケアマネジメント機能の充実」が書き込まれた意味は大きい。上記①～⑥の全ての項目において、ケアマネジメント機能の充実が求められている。

地域生活では社会資源が分散化し、また利用者のニーズも多様化している。精神科診療所では、これまで病院で行われてきたような、生活をすべて抱えこんでいくようなサービスを提供することはできない。一ヵ所で支援が完結しない以上、さまざまな社会資源をつなぎ合わせ、それぞれの足りないところを補い合っていく仕組みが必要である。利用者の側にあって、利用者のニーズに沿

って、支援体制を組み立てていくケアマネジメントの考え方や手法が求められている。一つの診療所の周りに様々な資源の配置があり、それらの協力・連携の中で、利用者の地域生活支援が効果的に行われる。そこにこそ精神科診療所医療の技術の集積がある。

5）在宅医療－アウトリーチ

入院治療と対比して、在宅医療やアウトリーチの推進が語られることが多い。利用者の身近に拠点を構え、精神科医療サービスを提供するのであるから、精神科診療所の存在自体がアウトリーチとも言える。そこから、利用者の生活の場、活動の場に向けて、さらに一歩を踏み出していく活動が求められている。

アウトリーチとは、利用者のニーズのあるところへサービスを送り届けることだけではなく、利用者のもとに出向き、情報を届け、ニーズを掘り起こし、発見していく活動をも含んでいる。精神科診療所という場所を出て行われる活動という意味では、往診、訪問診療や訪問看護だけでなく、学校、職場等、生活の場への訪問支援、地域で行われるケア会議、関係者会議を含み、さらには、広く地域に向かって行われる様々なコンサルテーションや啓発活動も含んでいる。

平成23年度から精神科病院等に多職種・アウトリーチチームを設置し、受療中断者や自らの意思による受診が困難な精神障害者について、アウトリーチ推進事業が進められた。この事業は、病床削減とリンクされたために概ね病院中心の事業となり、精神科診療所等を中心として地域で連携して、「入院」という形に頼らない支援のあり方を構築することには繋がらなかった。平成26年度に精神科重症患者早期集中支援管理料として診療報酬化したが、精神科診療所の役割への期待感には乏しい。

精神科診療所での在宅医療というと、在宅支援診療所という枠組みが活用できそうであるが、これは高齢者に対する「みとりの医療」をモデルに組み立てられており、「回復」「自立と社会参加」を目指した在宅医療とは目指すところが違っている。

超高齢化社会に向かう今日の政策課題として、地域包括ケアシステムの確立が求められているが、そこへの精神科医療の関わりは未だ不明確である。今後、精神科診療所における在宅医療のオリジナルな定義の成熟が必要である。

6）精神科訪問看護について

精神科診療所でアウトリーチを推進していくためには、精神科訪問看護とケアマネジメント能力を充実させていく必要がある。

精神障害者の訪問看護は単に疾病管理、身体症状の管理、日常生活の維持のみでなく、社会参加や自己実現に向けた支援を含んだ広がりをもっており、家庭への訪問だけでは不十分なことが多い。その意味では、「看護」の言葉に縛ら

れているよりは、「精神科訪問支援」等の言葉のほうが相応しい。

具体的には、看護師、精神保健福祉士等による相談支援活動や、関係領域を繋いでいく活動に積極的な評価が必要である。訪問看護は家庭への訪問のみ認められているが、学校、職場等の活動の場への訪問支援や、ハローワークや様々な相談機関への同行支援等への評価が必要である。また、関係機関との連携を強めていくためには、自立支援協議会やそのつどの関係者会議への出席が必要となるが、その評価も必要である。

7）アウトリーチにケアマネジメントの手法を（**図２１**）

長期入院者だけでなく、様々な生活上の困難を抱えながら、単に医師－患者関係だけでは症状や QOL の改善が見込めない人達が存在する。そのような人々に対して、精神科診療所では、どのような職種であっても、自らの専門性を磨くとともに、自らが単独では提供できない支援がある場合、院内・院外を問わず積極的に他の支援者と連携していくこと、またフォーマル・インフォーマルに関わらず、様々な社会資源と結び付けて、利用者の持っている力を最大限発揮できるように工夫し、利用者の QOL を高めていくこと、そのようなケアマネジメントの手法を身につけるべきと考える。

ケアマネジメントを取り入れたアウトリーチには以下のような特徴がある。

①関係づくりを重視すること

アウトリーチの対象者は必ずしも自らの障害を受け入れている人ばかりではない。病状の変化にきめ細かく対応しながら、障害の受容に至る長いプロセスをともに歩むという過程が重要である。一方訪問することは、利用者や家族の私的な領域への侵襲になる可能性があり、繊細な配慮が必要である。関係作りがアウトリーチの基本である。

②利用者主体を心掛けること

利用者の生活や活動の場に赴くことは、サービス提供者は自分たちの土俵を離れ、利用者の土俵に入っていくことになり、そのサービスは必然的に利用者主体となる。それは、サービス提供者にとっては、不自由なことかも知れないが、利用者の生活や活動を知り、利用者のニーズに沿った支援が可能となる。

③医療・福祉・保健のつながりを認識すること

利用者の生活や活動の場で支援していくことになるため、医療的支援だけでなく、利用者の生活全般への目配りが必要になる。診察場面では見えない生活上の問題が、訪問すれば明らかになることも多い。一方、医療行為は利用者との契約が前提である。契約のない段階での関わりは、保健活動や、相談支援事業所での相談支援活動となる。

④家族支援を視野に入れること

利用者の身近にあって場合によっては何世代にもわたる長い付き合いをする

こともある。訪問をしてみて初めて、利用者以外にも病気や障害を持っておられる家族を見出すことも多い。家族一人ひとりの障害についてみれば、障害支援区分は低いかもしれないが、家族機能全体からみると大きな困難を抱えておられる場合も多い。家族のライフサイクル上の変化について想像力を働かせながら、支援をしていく必要がある。

⑤危機に適切な介入ができること

精神障害は揺れ動く障害と言われるように、疾患としての側面と障害としての側面を併せもっている。服薬を怠ったり、様々な生活上の変化によって容易に病状が変化する。地域での生活者としての利用者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にタイムリーにきめ細かく対応していく必要がある。危機においては集中的に関わることのできる柔軟な体制が必要である。

⑥チーム医療を推し進めること

訪問による支援は、生活のさまざまな領域に関わるので必然的に多職種での関わりとなる。日精診版社会生活支援サービス（NSS サービス）等の積極的なケアマネジメントでは利用者と医師と訪問スタッフ（チームマネジャー）とで構成される最低３人のチーム（コアなチーム）が基本となる。利用者の夢や希望の実現に向けて地域でチームが構成される場合は、様々な関係者が加わることにより拡大チームが形成される。

⑦連携について様々な工夫をすること

福祉、教育、雇用、司法等、様々な関係機関が関わって支援をしていることが多い。社会とのつながりの持ち方に困難を感じている利用者が多い中で、これらの関係機関との連絡調整において様々な工夫が求められる。そのためには普段から顔の見えるネットワークの形成が重要である。また、時には訪問スタッフがチームマネジャーとなって、支援の方向性についてリーダーシップを発揮する必要がある。

８）精神保健福祉法の改正

平成 25 年６月精神保健福祉法が改正され、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）を策定し、保護者制度を廃止するとともに、医療保護入院における入院手続等の見直しを行い、精神医療審査会に関する見直しを行う等の措置を講じることとなった。

医療保護入院者に対して、退院後の生活環境相談員を選定し、地域援助事業者との連携することがうたわれている。「指針」では、入院医療から地域生活への移行を推進するとして、以下の諸点が記載されている。

①それぞれの病床の機能に応じて、精神障害者が早期に退院するための体制を確保し、多職種による患者の状況に応じた質の高いチーム医療の提供等により退院促進に取り組む。

②病院内での退院支援に関る者は、必要な情報を提供したうえで当事者の希望等を踏まえながら、できる限り早い段階から地域の相談支援専門員や介護支援専門員等と連携しつつ、精神障害者が地域で生活するため、入院中からの働きかけや環境整備を推進する。
③退院後の生活環境の整備状況等を踏まえつつ、入院前に診療を行っていた地域の医療機関等とも連携をしながら、随時、精神障害者に対する入院医療の必要性について、検討する体制を整備する。

①は院内での取り組みであるのに対して、②、③は院外の関係者との連携が鍵となっている。とりわけ、精神科診療所にとっては③のような関わりが今後どのように評価されていくのか注目されるところである。

入院治療が必要となった場合、これまでは外来通院中の治療状況や生活状況については、診療情報の提供等のやりとりで済ませられることが多かった。今後は早期退院をめざした、ケア会議の開催が入院早期から実現することが期待される。入院中の患者の支援のあり方について、外部の医療機関の意見を聞くことにはいくばくかの抵抗感があるかもしれない。そのような体制が構築されるためには、精神科病院と精神科診療所をはじめとする地域の医療機関とのきめ細かい連携体制と信頼関係がないと困難であろう。時には、この地域の精神保健医療福祉は、自分たちで守っていくという「地域責任制」という考え方も必要になってくると思われる。

9）社会的責任について

精神疾患が医療計画を策定すべき５疾病に位置づけられ、精神科救急医療体制の整備が都道府県において進められている。本来的に公的な責任において作られていくべき精神科救急医療体制は、これまでは民間の精神科病院を中心とした救急輪番制度に大きく依存して維持されてきた。ここにきてようやく各都道府県の責務として、24 時間 365 日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの設置が全国的に進められてきている。民間の活力や創意工夫を活かしながら、さらに一歩進めていくために公的なバックアップを充実させていくことが重要である。

精神科診療所も、夜間休日の精神科一次救急への対応や、措置診察への協力、夜間休日の精神科救急情報センターへの情報提供等に取り組みだしている。今後地域連携パスのような工夫が積み重ねられ、必要な時に精神科医療にアクセスできる体制が整備されていくことが考えられる。精神科救急情報センターのトリアージ体制がしっかりとしていくことを含めて、関係機関との情報交換を密にし、信頼関係を醸成していく中で精神科診療所がその役割を自覚し、相応の責任を果たしていくことは可能と考えられる。

１０）地域責任制と連携

地域住民への責任を考えていくとき、二次医療圏を重視していく必要がある。わが国の医療制度では国民皆保険のもと、自由開業制とフリーアクセスが担保されてきた。このような制度的背景の中で精神科診療所も全国に展開してきた。従ってキャッチメントエリアは存在しない。キャッチメントエリアを考えることは、フリーアクセスが制限される恐れがあるとして、むしろ警戒されがちである。しかし、今後の地域精神保健福祉を充実させていくためには、一定の地域内で情報連絡を密に行い、関係機関の信頼関係を醸成していく中で、各機関の役割分担を明確にし、連携協力体制を作っていく必要がある。

これまで述べてきたような「自分たちの地域のことは自分たちで」という「地域責任制」の考え方は、関係機関の自発的な意思で形成されている。このような民間を中心とした自発的な取り組みに対して、診療報酬や何らかの補助制度で、公的にバックアップしていく仕組みが望まれる。

入院早期からの退院支援のためには関係機関が集うケア会議の開催を含めた連携の仕組みが必要である。精神科診療所がこれに関わっていくとしても、診療報酬で手当てされる保証は今のところない。将来的に診療報酬がどうなっていくか分からないが、そのようなケア会議の必要性を認め、対象者を選定し、関係機関を招集し、必要な生活支援のあり方を組み立てていくような仕組み、いわばケアマネジメント体制を市町村レベルで進めていくことが求められる。

１１）精神科病院との連携

入院中の早期退院支援のために、これまで外来診療に関わってきた診療所医師も参加していくとなれば、一時的にせよ入院と外来の同時並行的な進行が想定される。そうなると二人主治医制が必要になってくるであろう。入院と外来で主治医が変わってしまい、治療の連続性が保たれないことが起こりがちであった。陸上のリレー競技ではバトンを受け渡すときに一定の併走区間があるように、連携しながら地域移行を進めていくためには関係機関の併走が必要であり、二人の主治医が関わる形が求められる。

早期退院支援のため以外には、以下のような場合に二人の主治医制が担保される必要がある。①クロザピンの処方において身体チェック機能を精神科病院が受け持つ場合、②難治性うつ病に対する修正型電気痙攣療法を精神科病院で受け持つ場合、③薬物調整・環境調整のための一時的入院を行う場合、④心理教育のための一時的に教育入院を行う場合、⑤家族の休息のためにレスパイトケアのための入院を行う場合等である。長期入院者の地域移行の為に、一時的に精神科診療所のデイケアを利用する場合もあるだろう。それぞれの場合において、入院期間中は病院の主治医が第一主治医となるが、入院後の治療継続を地域の精神科診療所が受け持つ場合には、その主治医が第二主治医となる。こ

のような形できめ細かい連携構築がされていけば、地域生活支援のあり方がより一層充実するものと考えられる。

１２）小括

以上、精神科診療所の立場から、長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方について考えてみた。

精神科診療所の外来機能を充実させることが、長期入院精神障害者の地域移行の受け皿作りとして重要である。そこで、精神科診療所の持つ、つなぐ・つながる機能をとりわけ強調した。そのためにはアウトリーチを進め、ケアマネジメントの手法を取り入れていけるような制度的な裏付けが求められる。

また、長期入院精神障害者の地域移行を促進していくためには、二次医療圏を中心に、連携協力体制を作っていく必要がある。その際には、関係機関の信頼関係の醸成と、それをもとにした、「自分たちの地域のことは自分たちで」という「地域に責任を持つ」考え方が重要であることを強調した。

Ⅵ．長期入院精神障害者の地域移行に向けたアウトリーチのあり方

１）アウトリーチのこれまでの流れ（**図２２～２７**）

①「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」からの展開

平成21年９月に厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書「精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて」がとりまとめられ、これを受け、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」が立ち上がり、第１ラウンドのテーマがアウトリーチであった。この時、初めてアウトリーチという言葉が出てきたと認識している。

アウトリーチの基本的な考え方は、「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とすること、アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱えるさまざまな課題に対する解決を「入院」という形に頼らないこと、当事者や家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが重要であり、医療面だけでなく、生活面も含め、自尊心を大切にする関わり方を基本とすることである。

厚生労働省が考える地域生活を支える精神科医療体制の姿として、精神科病院と地域生活を結ぶ１つの支援としてアウトリーチチームが示された。

事業のイメージとしては、在宅精神障害者の生活について医療を含む多職種チームによる訪問等で支えることであり、対象者は受療中断者、未受診者、ひきこもり状態の者、長期入院の後に退院し、病状が不安定な者であった。また、当分の間は主病名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者を主たる対象とした。ピアサポーターや作業療法士、看護師、精神科

医、臨床心理士、相談支援専門員、精神保健福祉士等多職種によってチームを構成することが想定された。萱間らはこの事業の結果を発表している。それによると、平成23年は15都道府県24機関で実施され、平成24年には24都道府県37機関と増えた。平成23年9月1日から平成25年12月31日の間に、当事業の支援対象者となった456名のうち、調査票A（支援開始時点での支援対象者の状況）、及びB（支援終了者の状況）について全ての調査票に記載がある事業開始6カ月以上が経過した346名について分析を行った。支援対象者は男性が57%、60代未満が約70%、同居者ありが61%だった。経済状況については、複数回答で「家族収入あり」42%、「障害年金あり」22%、「生活保護」12%の順だった。診断名については、統合失調症が72%で最も多かった。対象者の類型別では受診中断者209人(61%)、未受診者49人(14%)、ひきこもり状態の者29人(8%)、長期入院等の後退院した者や入退院を繰り返す者59人(17%)だった。サービス利用者の転機は、治療につながり、地域生活を継続72人(21.1%)、チームにて支援を継続137人(39.6%)、入院・施設入所83人(24.0%)、死去10人(2.9%)だった。治療につながり支援を終了した者の終了までの期間は、6カ月未満19人(26.0%)、6カ月以上52人(71.2%)だった。事業の結果としては多くの問題が残ったと考えられる。

②平成26年度診療報酬改定

平成26年度より、精神障害者アウトリーチ推進事業は地域生活支援事業に一括計上され、精神障害者地域生活支援広域調整等事業として、主に保健所におけるアウトリーチの実施及び広域連携調整やアウトリーチチーム体制の確保が行われることとなった。また、精神障害関係従事者養成研修事業として、アウトリーチ関係者研修を行うこととされた。

その一方で、平成26年4月から診療報酬に精神科重度患者早期集中支援加算料が設けられた。

・精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重度患者早期集中支援加算料①

長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種による在宅医療に関する評価が新設された。月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護（うち月2回以上は作業療法士又は精神保健福祉士による訪問）である。保健医療機関が単独で実施する場合と、訪問看護ステーションと連携する場合がある。

[算定要件]

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

[対象患者]

以下の①～④のすべてを満たす者。

①１年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。

②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時の GAF40 以下の者。

③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。

④障害福祉サービスを利用しない者。

[施設基準]

①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の４名から構成される専任のチームが設置されていること（いずれか１人は専従）。

②上記の４人を含む多職種会議を週１回以上開催（月１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同）すること。

③24 時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。

④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

２）課題と論点（**図２８～３３**）

①対象患者

このような経過で精神科重度患者早期集中支援加算料が新設されたが、データで見ると、届出医療機関数（平成 26 年７月１日現在）７医療機関（６病院、１診療所）、算定状況（NDB データ（平成 27 年５月診療分）より）１０回未満と、ほとんど行われてない。届出を行っていない理由としては、人員の不足、24 時間の対応が可能な体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等の答えが多かった。

我々が精神科病院に長期入院している患者や入退院を繰り返している患者を退院させようと考える場合に、退院後のフォローを必ず考える。まずは、当事者が生活する環境設定が必要である。あるデータでは、精神科病院における１年以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由で見ると、退院困難は 85%、そのうち、精神症状が極めて重症、または不安定であるため(61%)、居住・支援がないため(33%)であった。居住先として、自宅・賃貸住宅をまず考えるが、病状の安定性、生活能力の低さ両親の扶養能力の低下等のため不可能なことも多い。このような場合は共同生活援助（グループホーム）や施設入所支援を考える。昨年、日本精神科病院協会が行ったニーズ調査でも、まず考える退院先は共同生活援助（グループホーム）であった。

次に考えるのは、医療継続と社会生活支援である。外来・デイケア・訪問診療・訪問看護・訪問介護・相談支援・就労支援等、多くのものが準備されている。これらを駆使して、難治性の長期入院患者の退院について考える。

しかしながらこれらのサービスは精神科を標榜する保険医療機関もしくは障害福祉サービスであるため精神科重度患者早期集中支援加算料を使うことはできない。早期に対象患者の見直しを行うことが必要と考える。

②算定要件と施設基準

次に、このように対象患者がいたって少ない状態で、専従の職員を配置することにはかなりの無駄を生じる。また、退院後数カ月は通院しているが、その後徐々に来院回数が減り、その後引きこもって医療や福祉サービスを利用しなくなる患者は多い。退院後６月の期間限定をすると利用半ばにして中断されてしまう。先のアウトリーチ支援事業においても６月後にも利用している患者の数は50%以上だった。つまり、精神科重症患者に対しての支援はかなり長期に及ぶことが多いことが示された。精神科重症患者早期集中支援加算を利用して何とか地域での生活を維持している患者に対し、６月で中止することにより再入院になったのでは意味がなくなってくる。

これらの結果をみて、厚生労働省は平成28年度の診療報酬改定において、算定要件、施設基準等の変更を行った。

③アウトリーチの本来の意味

ここで、アウトリーチの本来の意味を考えてみる。アウトリーチには保健中心型アウトリーチ・医療中心型アウトリーチ・福祉中心型アウトリーチがある。

精神障害者アウトリーチ支援事業は受療中断者、自らの意志では受診が困難な精神障害者、長期入院等の後退院した者、入退院を繰り返す精神障害者に対し、一定期間、保健、医療、福祉全ての面から包括的なアウトリーチを行うことにより、新たな入院及び再入院を防ぎ、地域生活が維持できるような体制を地域において構築することを目的とした。しかしながら結果的には未治療・治療中断・引きこもりの患者を治療に導くという観点から保健中心型アウトリーチとなっている。

それに対し、平成26年から始まった、精神障害者アウトリーチ支援事業は「精神障害者地域生活支援広域調整事業」として保健所等が中心になり保健中心型アウトリーチを担当し、「精神科重症者早期集中支援管理料」は医療中心型アウトリーチの一部（長期入院後退院後の患者で外来治療や障害者福祉に係りにくい患者）を担うことになった。

このように、『アウトリーチ』という言葉は使う人により意味がまちまちで定義の統一がなされてない。

岡山県では精神障害者地域生活支援広域調整事業として平成26年度からアウトリーチ事業を始めた。支援対象者は保健中心型アウトリーチそのものと考えられるので詳細を示す。

＝保健中心型アウトリーチ＝

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、認知症による周辺症状（BPRS）がある者及びその疑いのある者で以下のいずれかに該当する者とする。その他の精神疾患については本事業の継続的な支援提供の対象者とはせず、チームの判断により他の適切な機関等に、迅速に受け渡すこととする。

支援対象者の選定については、実施機関に関わりある者（過去に関わりがあった者も含む）に偏らず、管轄保健所・支所等から依頼のあった者について、ケース・カンファレンスにおいて十分に検討を行う。

・精神疾患が疑われる未受診者

地域生活の維持・継続が困難であり、家族・近隣との間でトラブルが生じる等の日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。

なお、対象者が危機と捉えていなくても、対象者が精神症状の悪化による生活上の困難をきたすと想定される場合も対象とする。

・ひきこもりの精神障害者（疑い例含む）

特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、概ね６カ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患による入院歴又は定期的な通院歴のある者又は症状等から精神疾患が疑われる者。

・その他保健所の行政機関を含めて検討した結果、支援対象ケースとして選定した以下の者

精神科医療の受診中断、又は服薬中断により、日常生活上の危機が生じている者。

精神疾患による長期（概ね１年以上）の入院、又は入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者。

今回の諮問は「長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方」であり、どちらか言うと、医療中心型アウトリーチと保健中心型アウトリーチで構成されている。

＝医療中心型アウトリーチ＝

退院後、地域生活のサポートを考えると、訪問看護による症状の観察や変調の有無、服薬が規則正しく行われているか等、退院後も継続しないといけない医療的な支援は外来通院やデイケアよりも有効な方法になりうることも多々ある。また、本人や家族に対し症状との付き合い方や危機的状況をどのように乗り切るか等の問題に対するアセスメントや支援も大切である。入院中から、退院後の生活において、危機的介入を患者と共に乗り越えるための対策を「クライシスプラン」と言うが、クライシスプランは、

危機的状況でないときにあらかじめ作っておくことがポイントで、医師をはじめ多くの関係者と患者で作成する。患者が生活上の出来事で揺らぐ状況や不安、苦手な場面等は、大きな個別性がある。その徴候を早期に発見し、予防のための対策を一緒に考えておく。危機的状況を入院という手法を使わずにクライシスプランを参考にして乗り切ることは、その後の地域生活にとっても大きな力となる。これが医療中心型アウトリーチになる。

＝福祉中心型アウトリーチ＝

長期入院患者の退院後の支援の大半を占めるのは、いわば「生活のしづらさ」だと考える。長期入院をしていた間は、地域生活から遮断され、元の生活形態をすっかり忘れてしまっている。日々の生活の中で起こった課題、例えば日々の食事、近所付き合い、金銭のやりくり、親兄弟や親せき付き合い、公共施設の使い方、突発的に起こる生活上のハプニング（最も大切）等があり、「地域で暮らすって難しいな」と考えた時にどのような支援ができるかが重要になってくる。障害特性を含む、そこから生じてくる生活のしづらさや、状況の判断がしづらくなり、優先順位が解らなくなり、困り果てた時に、一緒に相談にのり、本人のストレングスを考慮しつつ、解決法を考えるのが大切な支援であり、これこそが福祉中心型アウトリーチだと考える。

これらの違いをはっきりとし、３種類のアウトリーチの特性を理解することが大切になってくる。

また、多職種が一人の患者に対して支援していくには入院中からケース会議を開いて情報の共有をし、アセスメントの充実を図ることが重要である。介護保険サービスにおいては、ケアマネジャーが中心となりケアプランを作成し、障害福祉サービスにおいては相談支援専門員がサービス等計画相談を作成する。長期入院後に退院した人に対して行うアウトリーチにおいても医療・保健中心型アウトリーチの計画書とクライシスプランの作成は無くてはならない。また、両サービス同様に計画書とクライシスプランに対する報酬を付けることは実行してゆくうえで、重要になってくる。以上のことを十分に認識し、精神障害者の状況やニーズに応じた適切なアウトリーチを提供することができて初めて長期入院精神障害者の地域移行に資すると考えられる。

３）小括

アウトリーチ（訪問支援：訪問診療・多職種訪問看護・障害福祉サービス等）の重要性は委員会において重々話し合われた。先ずはアウトリーチの言葉としての意味を統一することが必要である。個々の患者に対してどの型のアウトリーチが必要でどこが主として行っていくかを考えながら、皆が同じベクトルをもって進んでいくことが大切である。

Ⅶ. まとめ

1）安全安心に地域移行をすすめるために

安易な地域移行は、さまざまの不利益を患者や社会に与えることになる場合があることが十分認識されなければならない。病状の悪化による再入院、病状の再燃による回復できない能力低下や喪失といった患者本人の不利益や、悲惨な結果となる自殺や自傷事故あるいは事件としての他害（殺人・傷害・放火等）を引き起こすこともあり得る。このようなトラブルや事件が世間の偏見の助長や危険視そして排除意識の増強と、地域移行の妨げを増やすことにつながる場合もある。可能な限り正確に分析・評価し綿密に計画されて、さまざまの援助者が強固な見守り態勢を構築した上で、細心に進められるべきものでなければならない。移行することが目的なのではなく、地域での生活に安定して定着することが目的であることを見据えて進められるべきである。考え得る限りの対応策を想定し、普段は見守りをしつつ必要な場合には果断に介入できる援助姿勢を有しておくことが望まれる。

2）地域移行推進に必要な要素（**図３４**）

地域移行は患者本人や精神科病院側の努力や実践だけで進めることができるものではない。生活可能な金銭収入（年金や生活保護等）の保証そして住まいの整備・確保といった問題や、地域事業者等の支援サポートと地域精神科医療サービスの充実といった技能向上と体制整備が必要であるとともに、自他ともに安全を確保するための危険排除や危機介入の準備、そして何よりも地域住民の理解と偏見除去そして支援協力等が基盤として普及することが欠かせない。残念ながら、最も基盤整備しなければならない地域の理解の普及について、国は施策を講じていないに等しい状況にある。

3）病診連携のあり方

近年、精神科診療所の開設は一定数で伸びてきており、大都市部で精神科診療所を探すことは難しく無くなった反面、いまだに存在しない地方都市もあって、普及は一様ではない。また、診療所の形態や提供するサービスの内容も様々に特色があり、役割機能も異なっている。精神科病院が有する診療圏において精神科診療所が存在しない場合は、その精神科病院が診療所の役割機能も包含し精神医療サービスを提供している。逆に大都市圏においては中心部に精神科病院が存在せず、精神科診療所のみであるところもある。そういった配置の不均衡をさておき、同一診療圏域における精神科病院と精神科診療所の連携体制の構築をどのように考えるべきであろうか。

精神科診療所からみた精神科病院への連携すべき内容の考えは、Ｖ項に前述されている。

精神科病院が診療所との連携に提供できる役割機能とは、第一に入院治療機能である。（無床）診療所での通院あるいは在宅診療での治療限界を超えた症状の場合や、入院加療が患者本人にとり受益性が高いと判断される場合に、診療所医師とすればすみやかに信頼関係を有する精神科病院に入院治療を依頼し、引き受けしてもらえることが重要であろう。また第二には、精神科病院が有する多様な専門職種（心理検査等）や診断機器の利用（画像診断等）であろう。また、デイケアへの通所や生活訓練の実施といった精神科病院が行っている通所訓練の利用も診療所へ提供できるものである。診療所通院治療を受けていた患者が入院治療となった場合に、それまでの治療を担当していた診療所医師が精神科病院での入院治療にオブザーバーとして参画できる等の契約も可能となるだろうし、診療所にて診療している患者の夜間休日等の病態変化時対応を提携する精神科病院に担ってもらう契約等も、お互いの負担の供出の中で締結できるものと思われる。そのように診療協力関係を締結し、地域精神医療サービスの充実に資する精神科病院および精神科診療所を推奨するとともに、それらについての診療報酬上の利得も施策として講じられるべきであろう。

４）病院・診療所・地域事業所・行政の連携による包括的サービスとは

現在、地域生活する全精神障害者は相談支援事業所によって支援計画プランが策定され、障害福祉サービスはそれによって定められ、就労支援事業所等の利用や訪問支援（ヘルパー）等を利用している。これらの利用状況等は、医療機関側から特別に要請しないと状況の報告等はほとんど来ない。長期入院者の地域移行で起こりやすい問題は、医療機関のコントロールから地域事業者（福祉サービス提供者）に主導が切り替わり、このため医療と福祉の分断がおこりやすいということにある。ましてや退院後に別の医療機関へと転医する場合、病状悪化により再入院になる場合等、主治医が変わり診療機関が変わり、そして地域事業者も変わり、患者本人の支援が分断的になってしまう。長期入院者の中には高齢精神障害者も多いことから、医療と障害福祉以外に介護保険サービスも利用しなければならない例がほとんどである。この場合は、あらたに介護保険における介護支援専門員（ケアマネージャー）が加わることになる。医療と福祉と介護が、ばらばらに患者本人に対応するのではなく、連携を取り包括的に本人の支援体制を組むという、「精神障害者地域包括ケア」が構築されなければならない。また、情報の集約と疎通のためのコーディネート機能を、IoTを活用する等して早期に制度化することが望まれる。

Ⅷ. 全体総括（提言に代えて）

平成 16 年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な国の精神保健医療福祉政策の方向性が確立してから 10 年以上が経過した。この間、障害者自立支援法、障害者総合支援法の成立や精神保健福祉法の改正等に際してさまざまな検討会や審議会において、基本的施策の実現に向けての提言がなされてきた。特に精神科医療の質の向上と精神病床の機能分化や長期入院精神障害者の地域移行の推進については、最重要課題として精神科医療関係者や障害福祉関係者のみならず当事者、家族、関係団体等の共通の認識として共有されてきたと思われる。しかしながら地域移行に関するこれまでの議論においては、国策としての入院中心主義、民間精神科病院依存の精神医療体制、精神障害者福祉の貧困さ、住宅問題を含む絶対的な受け皿不足、地域精神医療充実の必要性、国民の精神障害に対する偏見・無理解等の問題指摘に止まり、現状のさまざまな医療・福祉の社会資源の活用や地域特性、医療機関特性を生かした実効性のある方策は示されてこなかったと言っても過言ではない。特に抜本的な精神保健医療福祉の改革を実現するための財源措置については極めて乏しいと言わざるを得ない。

このような現状の中、今回会長諮問の「長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方」について精神保健委員会において検討し、その審議結果をとりまとめた。精神科病院での入院治療の現状は新規入院患者のほぼ９割が１年未満で退院しているが、毎年約５万人が１年を超えて入院をしている状況である。これまでの１年超の長期入院者と合わせると約 20 万人の長期入院者が地域移行の対象者であるが高齢化や病状の軽重を考慮したきめの細かい対応や地域移行先の検討が不可欠である。

精神科病院の立場からの地域移行のあり方については、長期入院者を生んだ要因をしっかりと把握した上での対策が必要であり、さらに長期入院者の要素別の対応を行うことで精神病床の適正化が図られる。また長期入院精神障害者の地域移行を推進するために必要な施策や体制整備として、地域精神医療と地域福祉の総合的なサービス拠点として「多機能型地域支援センター」、障害の程度が重い精神障害者の地域生活サービスとして「医療強化型グループホーム」、精神科病院と地域とのインターフェースとしての「精神科病院地域連携室」の設置、高齢となった長期入院者の地域移行を進めるための介護施設での対応能力強化等の必要性が強調された。さらに精神科病院が地域移行を進めるために必要な取り組みとして、訪問医療・看護・アウトリーチを含む地域精神科医療の充実、入院期間の短縮が期待される「デイホスピタル」の創設、長期入院者の地域移行への意欲喚起を促す患者自身の取り組みへの誘導、病院側スタッフと地域事業側スタッフの取り組みの充実等が指摘された。そしてこれらを実現し地域移行

を推進するために最も重要なものとして、予算措置をしっかりと担保した地域生活施設の公的設備と精神障害者と共に暮らす共生社会の創造に向けての国民の知識と理解の向上と偏見の払拭に対する国と地方自治体の責任が不可欠とされた。

精神科診療所の立場からは、これまでの国の議論では入院医療と地域生活の間に、外来機能というワンピースが抜けていたと指摘した上で、精神科診療所を有力な社会資源と位置付けた我が国独自の精神保健医療福祉体制の構築が望まれる。そのためにも精神科診療所が専門性を高め、機能分化することで、外来精神科医療機能のさらなる強化が期待される。また地域のネットワーク充実のためには精神科診療所の持つ「つなぎ・つながる機能」をより進めることが重要である。こうした連携の重要な鍵となるのは精神保健福祉士をはじめとした外来医療のコメディカルであるが、ほとんど評価されていない。外来医療における精神保健福祉士をはじめとしたコメディカルの役割を正当に評価するとともに、医療機関がこうしたコメディカルを雇用できる財源的保障が必要である。さらに在宅医療・精神科訪問看護・アウトリーチをより推進するためにはケアマネジメント手法を積極的に取り入れた患者主体のサービス提供が必要となる。そして精神科診療所として社会的責任を果たしながら、一定の地域内で情報連絡を密に行い、関係機関の信頼関係を醸成していく中で、各機関の役割分担を明確にし、連携協力体制を構築していく「地域責任制」の導入が検討されるべきである。

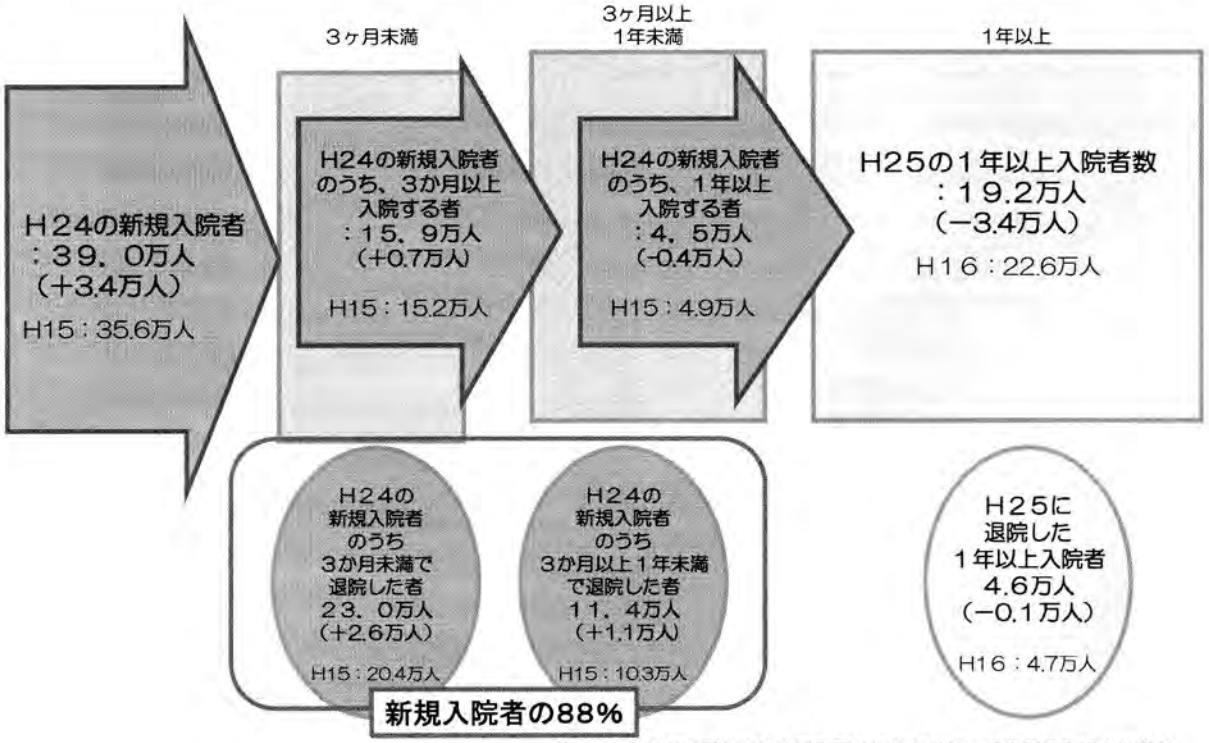
アウトリーチについては平成23年から精神障害者アウトリーチ推進事業が始まり、平成26年度の診療報酬改定により精神科重症患者早期集中支援管理料が新設された。しかしながら算定要件が厳しく、ほとんどの医療機関が算定できないことから、平成28年度改定で算定要件の緩和が図られたところである。本来アウトリーチは精神障害者が地域での生活を継続するための訪問支援であるが、現在のところその概念も内容も明確に確立されておらず、その立場によって認識が異なっている状況にある。本委員会ではアウトリーチを対象者の状態や必要とするサービス内容により3類型(保健中心型、医療中心型、福祉中心型)に分類し、対象に応じた適切なアウトリーチの提供とその評価の重要性について言及した。

長期入院精神障害者の地域移行は、当事者である精神障害者が安全安心に地域移行を実現するためのシステムだけではなく、地域全体も精神障害者の理解と偏見除去を進める体制構築が極めて重要である。そのためにも、同一診療圏域における精神医療関係者の病診連携は当然のこと、病院・診療所・地域事業所・行政が連携した「精神障害者地域包括ケア」の構築が急がれる。

最後に、今回の答申でとりまとめられた地域移行の推進のための様々な提言の実現のためには、精神保健医療福祉に携わる関係者や国民の意識改革のみならず、国として十分な財源を確保した実効性のある施策の遂行が不可欠であることを強調したい。

図1

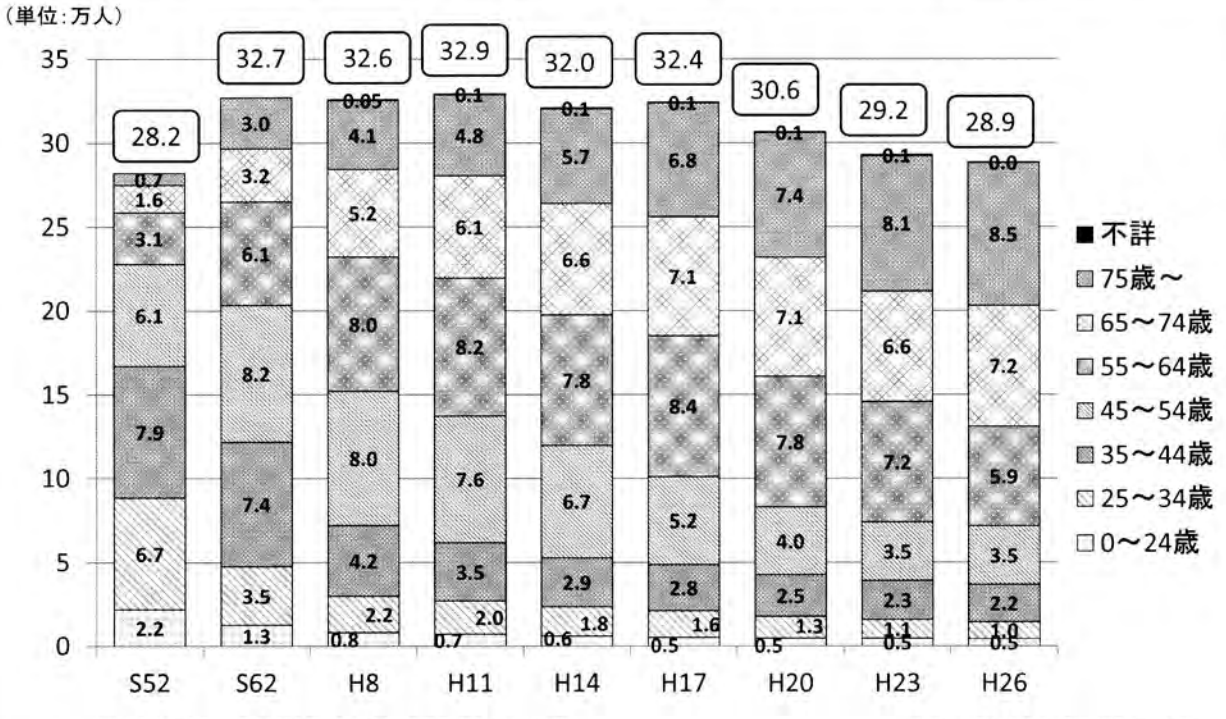
精神病床における患者の動態の年次推移



資料：平成25年厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課調より推計

図2

精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より

図3

精神病床の現状

特定入院料
（153,845＋α床）

- 精神科救急入院料（64医療機関 3,347床）
- 精神科救急・合併症入院料（3医療機関 124床）
- 精神科急性期治療病棟入院料（262医療機関 13,042床）
- 認知症病棟入院料（450医療機関 31,290床）<H22から認知症治療病棟に名称変更>
- 老人性認知症疾患療養病棟【介護保険】（3,017床**）
- 精神療養病棟入院料（827医療機関 103,025床）

精神病棟入院基本料
（184,873床）

- 10:1（12医療機関 381床*）
- 15:1（1078医療機関 141,800床*）
- 18:1（126医療機関 22,242床*）
- 20:1（69医療機関 9,741床*）
- 特別入院基本料（50医療機関 7,763床*）

特定機能病院入院基本料
（3,398床）

- 7:1（4医療機関 98床*）
- 10:1（4医療機関 153床*）
- 15:1（65医療機関 2,938床*）

- 小児入院医療管理料4（病床数不明）
- 特殊疾患病棟入院料2（5,459床）

注 破線は精神病床以外も含む

児童・思春期精神科入院医療管理加算（20医療機関 800床）<入院料に加算>

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在（合計とは一致しない）
※※ 介護サービス施設・事業所調査（H20年10月）

H21年7月1日現在（中医協調査）

図4

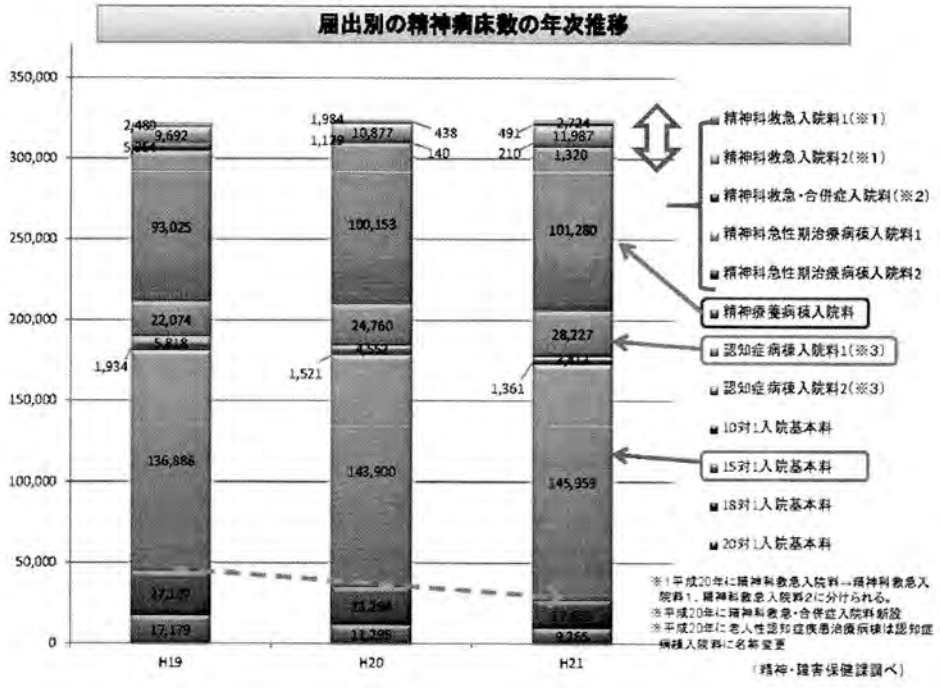


図5

精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月　精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

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

国民の理解の深化

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

精神医療の改革

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

地域生活支援の強化

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

基盤強化の推進等

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

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

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

図6

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（概要）

厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用）

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

○機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
○地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
○急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
○入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
○1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

○外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
○アウトリーチ（多職種のチームによる訪問支援）を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
○在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
○精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
○医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

○精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
○チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

○保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
○非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
○自殺対策（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
○精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

図7

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会
今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

＜精神科医療の現状＞

○ 新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。 一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**

○ 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

＜精神病床の今後の方向性＞

○ 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神病床の機能分化**を進める。

○ 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。

○ **機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分する**とともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】

○3か月未満について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、**精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定**する。

○3か月～1年未満について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、**そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定**する。

○**重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。

○**精神科の入院患者は**、「重度かつ慢性」を除き、**1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る**。

○**現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、**外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていく**と同時に、**地域移行のための人材育成を推進**する。

医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。

さらに、**開放的な環境を確保**し、**外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

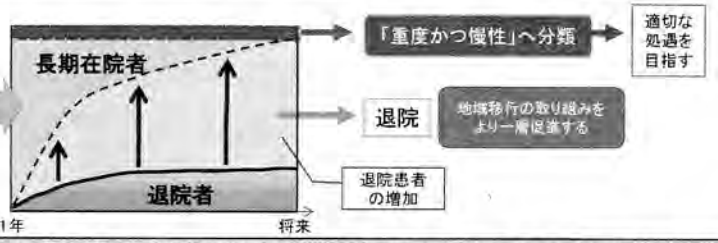
以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

図8

現在の長期在院者への対応

［今後］

・地域移行の取組を推進する
・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
・地域生活に近い療養環境とする



	現在の長期在院者（「重度かつ慢性」を除く）（精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者）		
地域移行の取組	○長期在院者の地域移行を推進するため、 ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する	人員体制	○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする
その他の意見	○地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい ○地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討するべき ○長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等で対応すべきとの意見があった。 ○地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である ○長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき	療養環境	○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

図9

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

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

1．長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

○長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。

○精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2．長期入院精神障害者本人に対する支援

〔ア〕退院に向けた支援

〔アー1〕退院に向けた意欲の喚起
- 病院スタッフからの働きかけの促進
- 外部の支援者等との関わりの確保　等

〔アー2〕本人の意向に沿った移行支援
- 地域移行後の生活準備に向けた支援
- 地域移行に向けたステップとしての支援（退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援）　等

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

〔ウ〕関係行政機関の役割

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

3．病院の構造改革

○病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。

○入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。（財政的な方策も併せて必要）

○2．に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。

○急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。

○将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

＜病院資源のグループホームとしての活用について＞

○地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則

○退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。

○その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け（※）を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方（※※）。

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

※※あくまでも居住の場としての活用は若干の強い意見があった。

図10

第4期障害福祉計画（目標集計）

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

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

※【目標値】国の基本指針で定める成果目標

※【集計値】都道府県が設定した目標値を集計したもの

入院中の精神障害者の地域生活への移行

■平成29年度における入院中の精神障害者の退院に関する目標値

【目標値1】 入院後3か月時点の退院率　64%以上

【目標値2】 入院後1年時点の退院率　91%以上

【目標値3】 平成29年6月末時点の長期在院者数（入院期間が1年以上の者）を平成24年6月末時点の長期在院者数から18%以上削減

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

図11

精神科入院医療の適正化

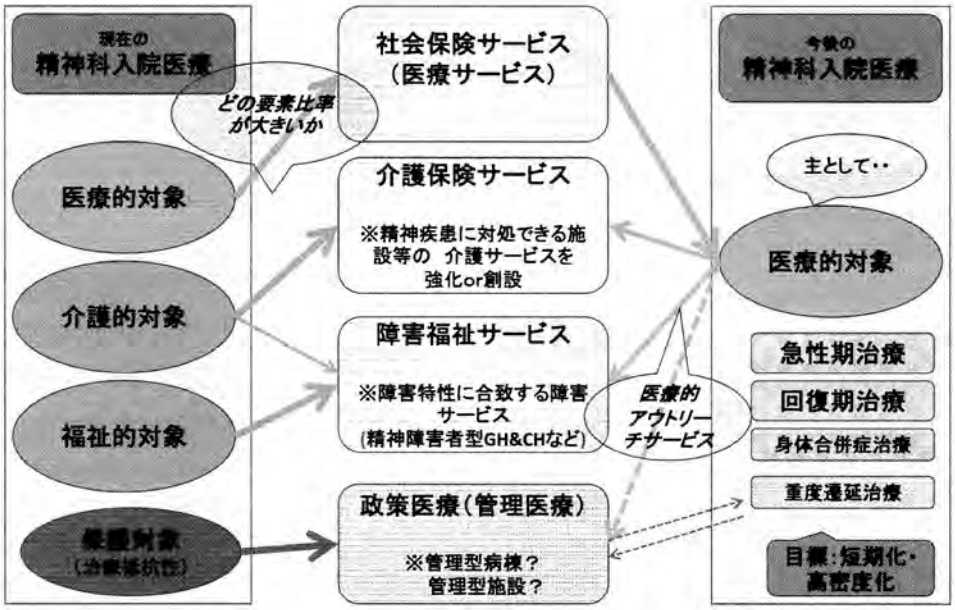
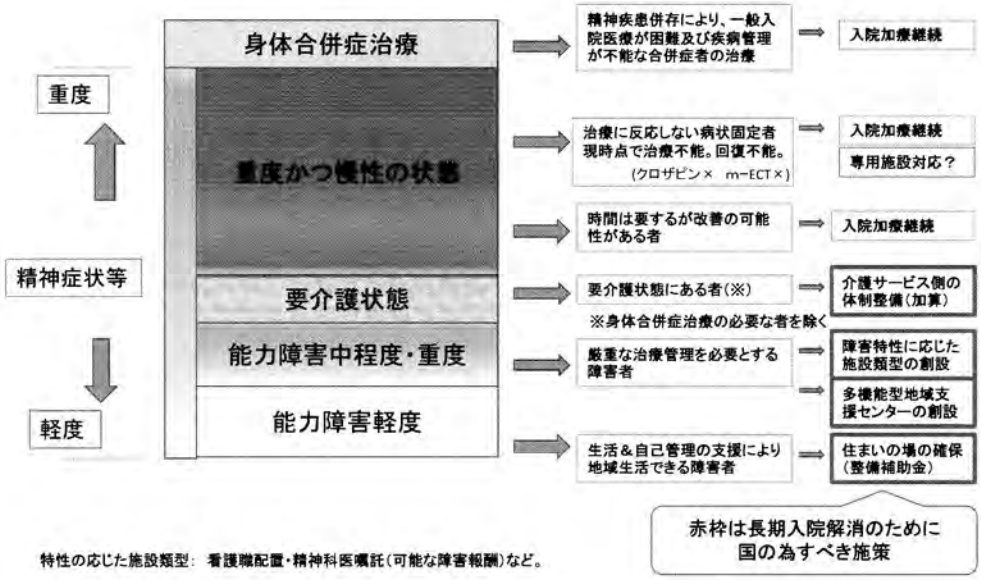


図12

長期入院者の今後の処遇と国の施策の方向
(施策のあるべき姿)



特性の応じた施設類型: 看護職配置・精神科医嘱託(可能な障害報酬)など。

図13

精神障害者福祉の特徴と「現在の体系の問題点」

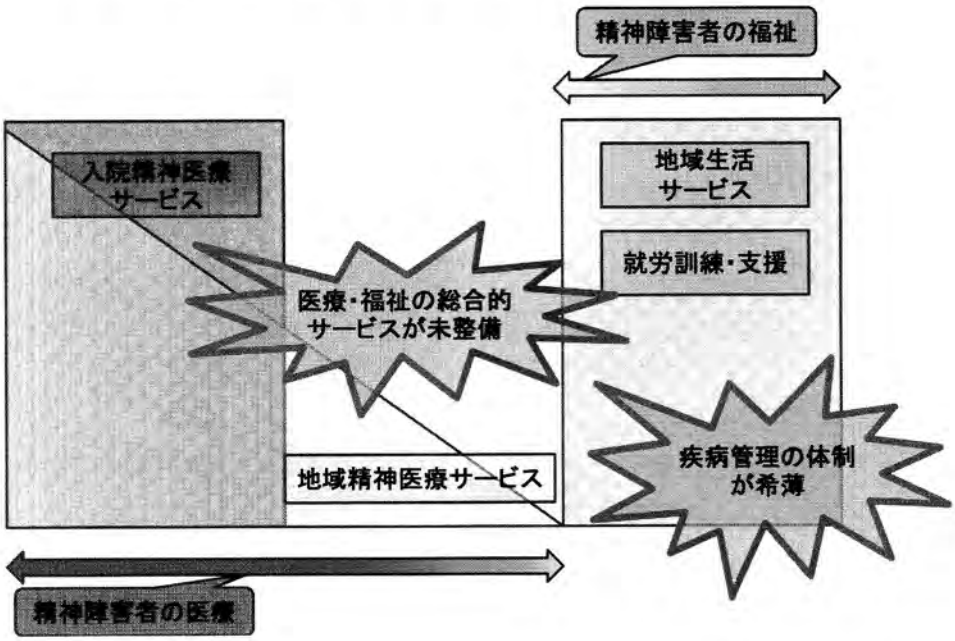


図14

精神障害者福祉の特徴と「今後のあるべき姿」

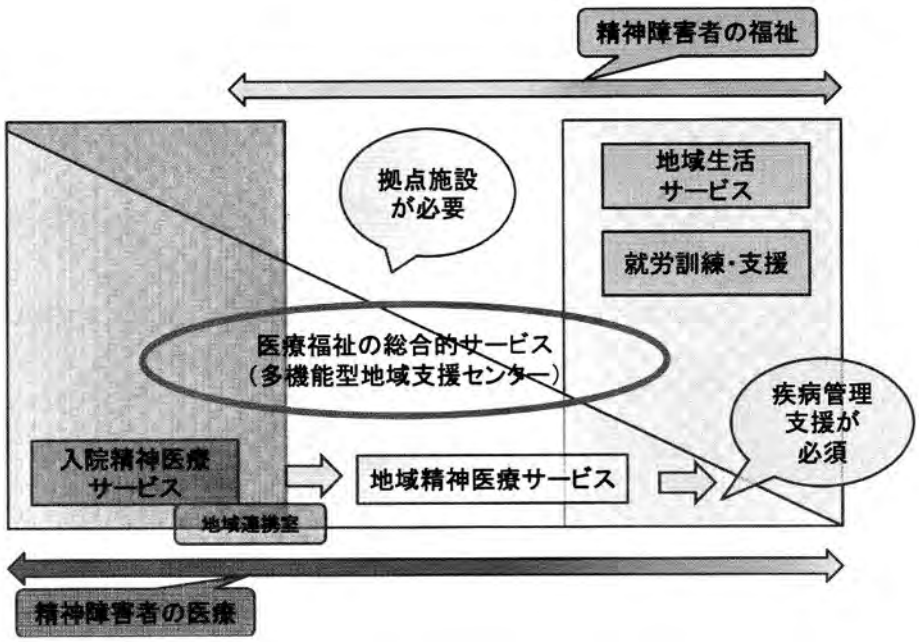


図15

多機能型地域支援センターの役割機能

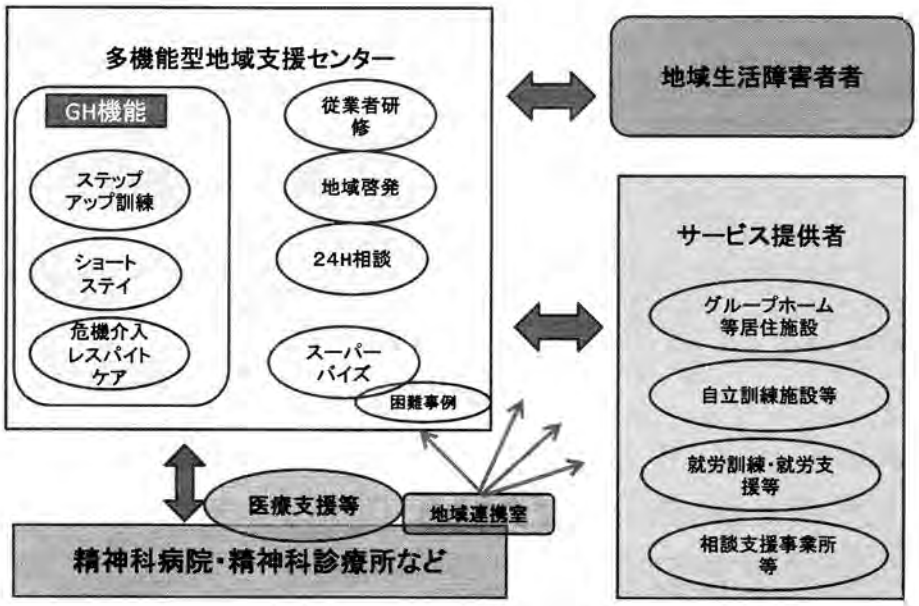
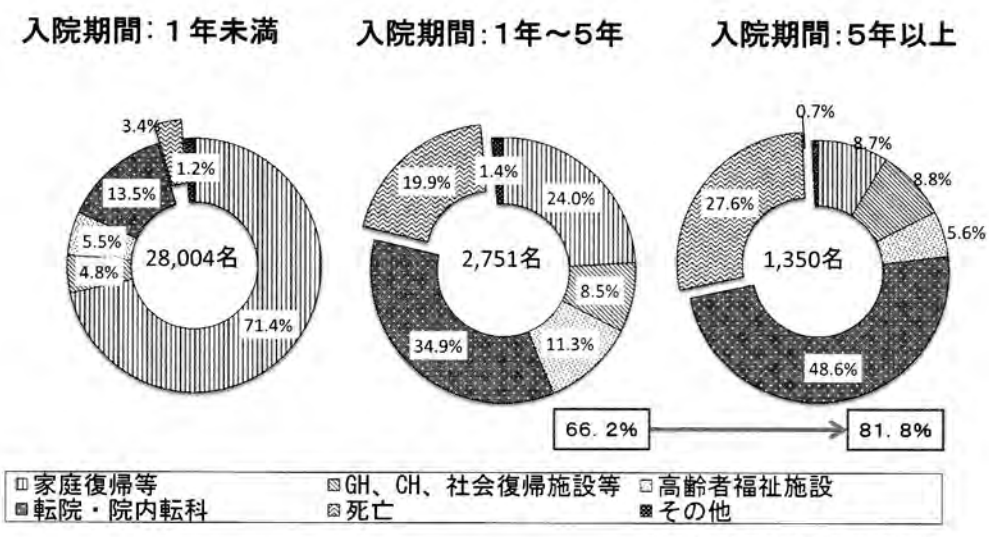


図16

精神科病院からの退院者の状況



平成23年度精神・障害保健課調べ

図17

諸外国における精神科病床、居住施設入所者数とわが国の比較

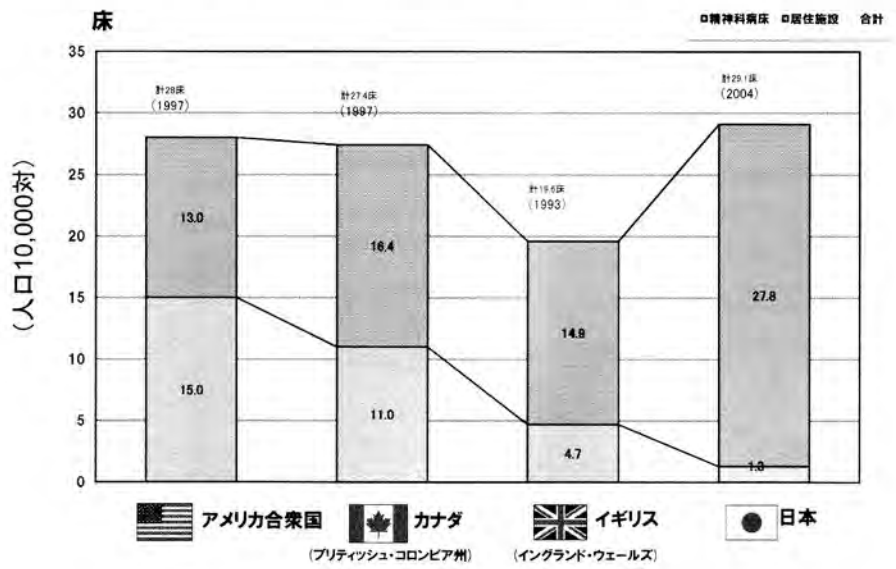


図18

デイホスピタルの役割と機能

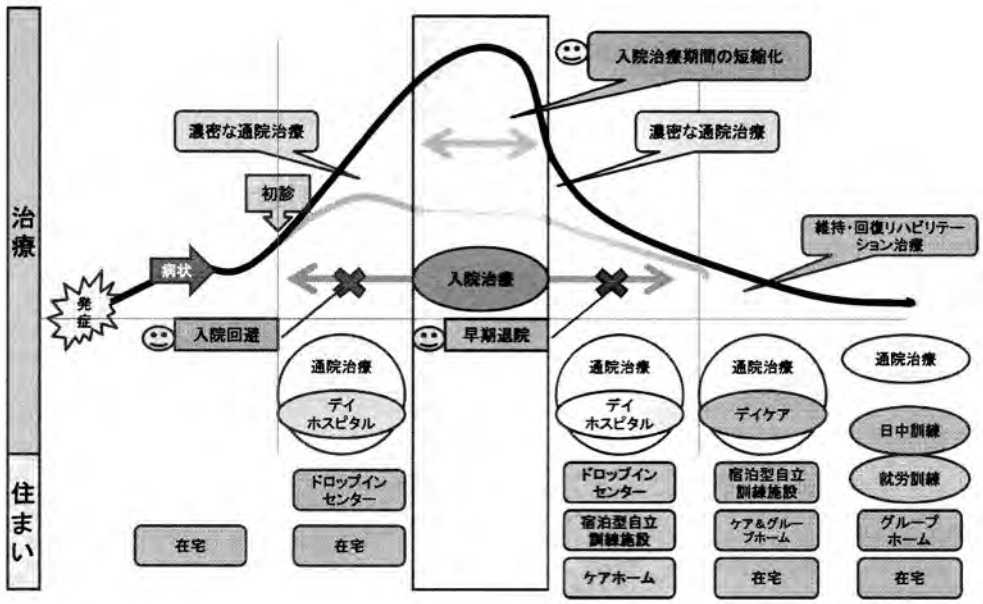
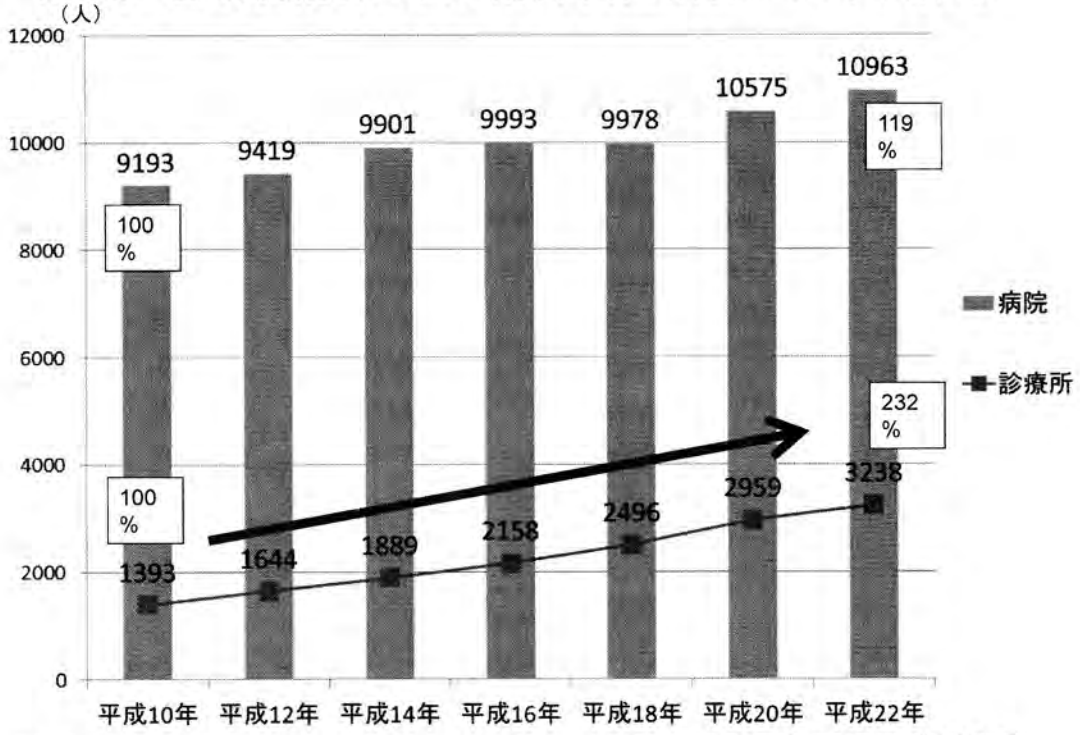


図19

病院・診療所別にみた精神科医師数※の年次推移



※主たる診療科が精神科の医師

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

図20

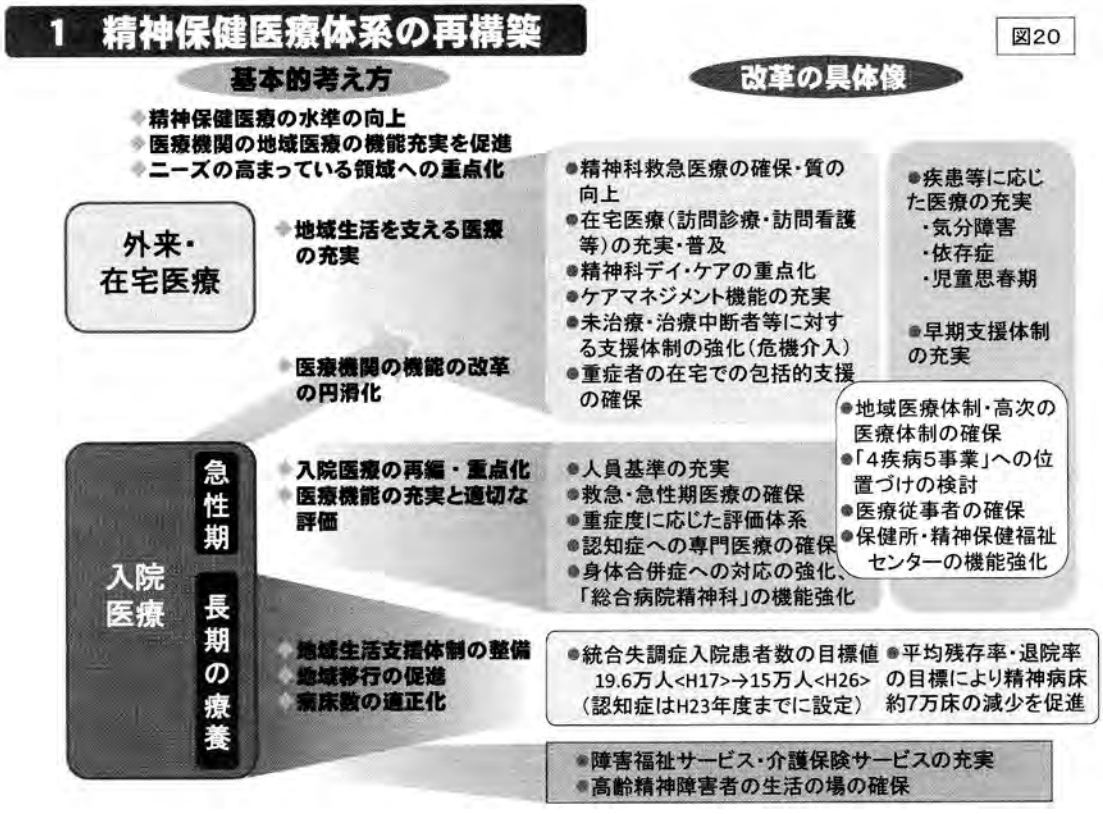


図21

NSSサービス利用の流れ

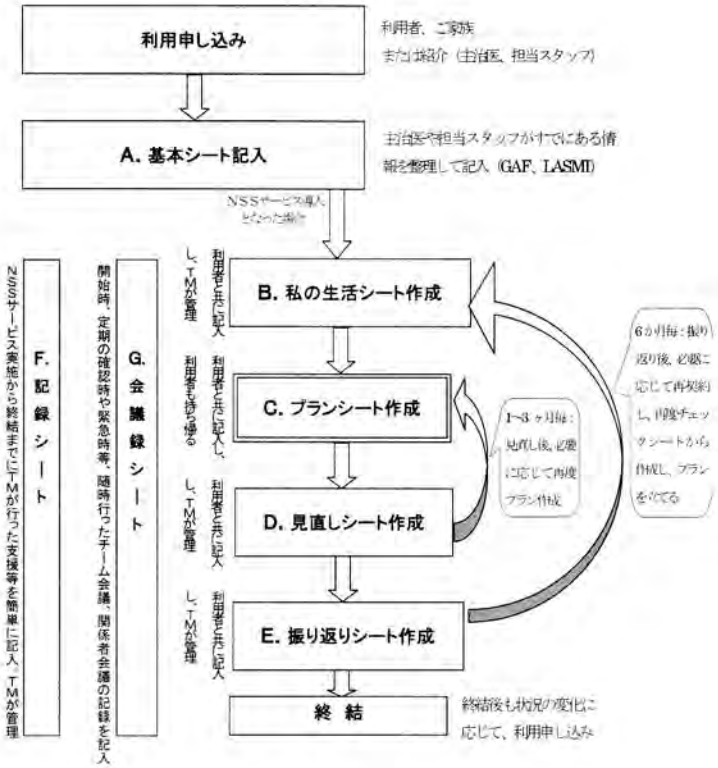


図22

精神障害者に対するアウトリーチのイメージ

・平成23年～平成25年度事業　24道府県37ヶ所で実施
・平成26年度より地域生活支援事業（地活）に一括計上
・医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

在宅精神障害者の生活を、医療・福祉からなる多職種チームで支える

支援方法
①メンバーが単独または複数職種で訪問（必要に応じて1日に複数回訪問）
②24時間体制で対応
③多職種によるケア会議の開催
④地域の関係機関との連携

・訪問支援
・緊急時対応

【対象者】
①長期入院後の退院や入退院を繰り返し病状が不安定な者
②受療中断者　等
※主診断名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者を対象とする

対象者の紹介

情報交換等による連携

（地域の関係機関）
・保健所、市町村
・医療機関
・障害福祉サービス事業所
・介護保険事業所
・教育機関
・地域自立支援協議会等

長期入院後の退院で病状が不安定な者等を対象として、多職種によるケア会議の開催等を行っている。

図23

平成23～25年度精神障害者アウトリーチ推進事業の結果

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

【研究対象チーム】
平成23年度から25年度で事業を受託した24道府県37チームのうち、調査協力の得られた22道府県35チーム

【研究対象者】
平成23年9月1日から平成25年12月31日の間に、当事業の支援対象者となった456名のうち、調査票Ａ（支援開始時点での支援対象者の状況）及び調査票Ｂ（支援終了時の状況）など業務やケア内容などについて全ての調査票に記載がある事業開始後６カ月以上が経過した346名について分析を行った。

【研究スキーム】

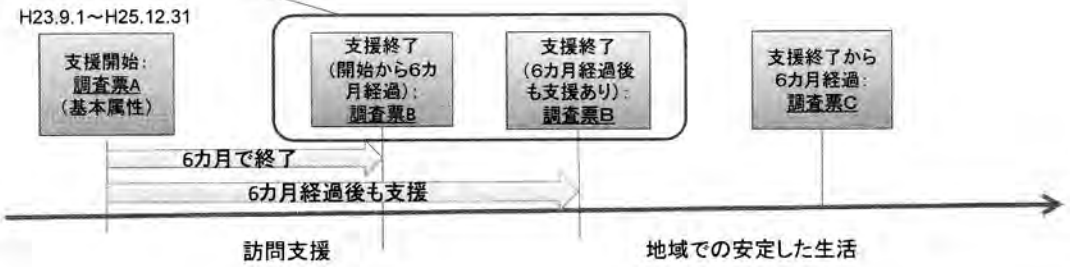


図24

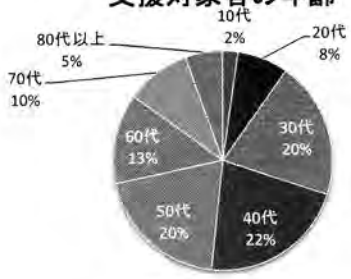
アウトリーチ支援の対象者について①

・支援対象者については、男性が57%、60代未満が約70%、同居者ありが61%である。

支援対象者の性別

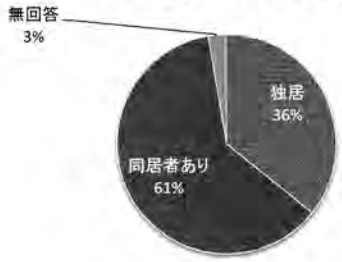
	n
男性	197
女性	149

支援対象者の年齢



	n
10代	8
20代	26
30代	70
40代	75
50代	69
60代	46
70代	33
80代以上	19

支援対象者の世帯状況



	n
独居	124
同居者あり	213
無回答	9

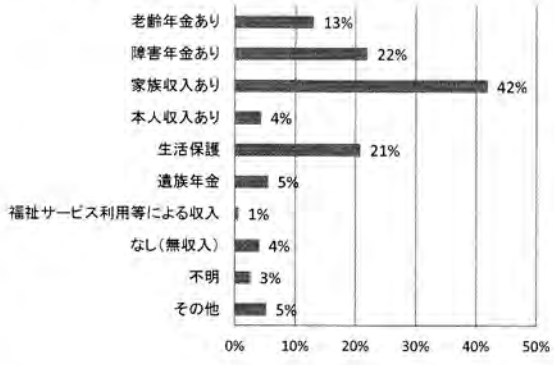
出典：平成23～25年度　障害者対策総合研究事業（精神障害分野）　アウトリーチ（訪問支援）に関する研究（研究代表者：萱間真美）

図25

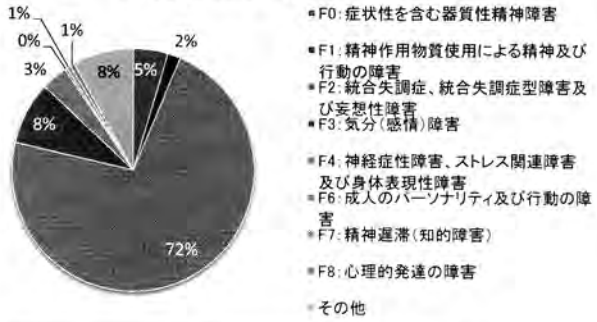
アウトリーチ支援の対象者について②

・経済状況については、複数回答で「家族収入あり」42%、「障害年金あり」22%、「生活保護」21%の順に多い。
・診断名については、統合失調症が72%で最も多い。

支援対象者の経済状況（複数回答）



支援対象者の診断名別人数



	n
F0：症状性を含む器質性精神障害	16
F1：精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6
F2：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	250
F3：気分（感情）障害	29
F4：神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	12
F6：成人のパーソナリティ及び行動の障害	1
F7：精神遅滞（知的障害）	2
F8：心理的発達の障害	2
その他	28

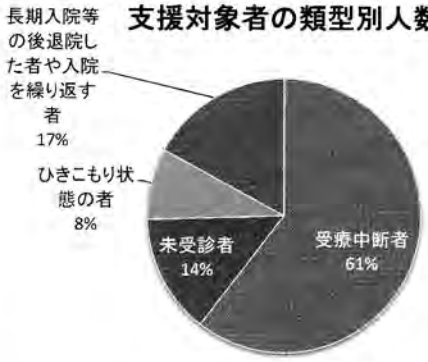
出典：平成23～25年度　障害者対策総合研究事業（精神障害分野）　アウトリーチ（訪問支援）に関する研究（研究代表者：萱間真美）

図26

アウトリーチ支援の対象者及び平均支援期間について

・対象者の類型別では「受療中断者」61%で最も多い。
・類型別の平均支援期間については、平均324.9日であり、「ひきこもり状態の者」については367.9日と最も長い。

支援対象者の類型別人数



	n
受療中断者	209
未受診者	49
ひきこもり状態の者	29
長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者	59

平均支援期間

n=346	人数	平均（日）	標準偏差
受療中断者	209	320.0	172.7
未受診者	49	289.4	191.7
ひきこもり状態の者	29	367.9	215.6
長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者	59	350.6	197.8
全体	346	324.9	185.1

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

図27 精神障害者アウトリーチ推進事業の評価

・サービス利用者の転帰（n=346）

	n	%
治療につながり、地域生活を継続	**73**	**21.1**
主診断F0,F2,F3以外への変更	2	0.6
チームにて支援を継続	137	39.6
入院・施設入所	**83**	**24.0**
死去	10	2.9
その他	41	11.9

治療につながり支援を終了した者の終了までの期間

	n	%
6ヶ月未満	19	26.0
6ヶ月以上	52	71.2
不明	2	2.7

入院形態

	n	%
措置入院	4	4.8
医療保護入院	51	61.4
応急入院	1	1.2
任意入院	18	21.7
身体疾患	2	2.4
不明	7	8.4

入院・入所までの期間

	n	%
1ヶ月未満	17	20.5
1ヶ月以上～3ヶ月未満	23	27.7
3ヶ月以上～6ヶ月未満	18	21.7
6ヶ月以上～1年以内	15	18.1
1年以上	6	4.8
不明	4	7.2

- サービス利用者の21.1%は治療につながりアウトリーチ支援を終了し、そのうち6カ月未満終了者は19名（終了者中の26.0%、全利用者の5.5%）であった。
- 入院・施設入所に至った対象は利用者の24%であり、その5割が支援開始後3か月未満、7割が6か月未満に入院・入所していた。入院形態は医療保護入院が最も多く(61.4%)、次いで任意入院(21.7%)であった。

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

図28 **精神障害者に対するアウトリーチに関する制度について（H26～）**

①**「精神科重症患者早期集中支援管理料」**

平成26年度診療報酬改定において、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対し、保険医療機関や訪問看護ステーション等の多職種チームによる支援の評価を新設

＜実績＞【届出医療機関数（平成26年7月1日現在）】7医療機関（6病院、1診療所）

【算定状況（NDBデータ（平成27年5月診療分）より） 10回未満

②**「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」等**

平成26年度より、地域生活支援事業の都道府県必須事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」において、都道府県等においても保健所等によるひきこもり等の精神障害者を医療につなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を円滑に実施するための支援態勢を確保

＜実績＞

	実施都道府県数	交付額
(a)アウトリーチ事業	4	0．5億円の内数
(b)アウトリーチ関係者研修	1	
(c)アウトリーチ事業評価検討委員会	2	

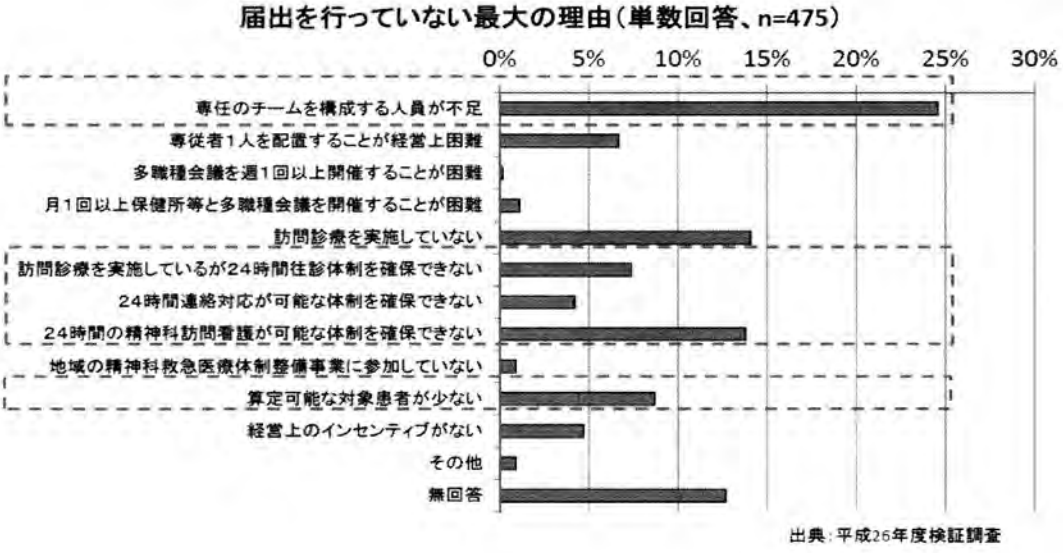
※a,cについては、精神障害者地域生活支援広域調整等事業において、bについては精神障害関係従事者養成研修事業において実施

※交付額（国庫負担分のみ）については、精神障害者地域生活支援広域調整等事業及び精神障害関係従事者養成研修事業の全体の額であり、a~cのメニュー以外の事業に係る額も含む

図29

精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない理由

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

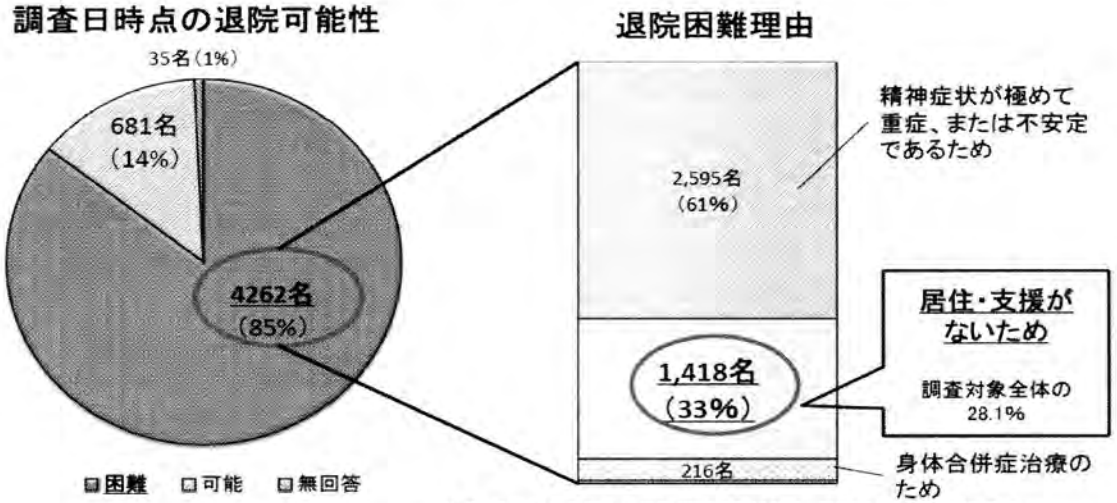


出典：平成26年度検証調査

図30

精神科病院における1年以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由

○ 1年以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
○ 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。



出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金　障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

図31

精神科重症患者早期集中支援管理料と障害福祉サービスの同時利用

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

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

平成28年度診療報酬改定

図32

質の高い精神医療の評価②

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進①

➢ 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】
直近の退院から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。

管理料1
イ 同一建物居住者以外　1,800点
ロ 同一建物居住者
(1) 特定施設等の入居者　900点
(2) (1)以外　450点

管理料2
イ 同一建物居住者以外　1,480点
ロ 同一建物居住者
(1) 特定施設等の入居者　740点
(2) (1)以外　370点

改定後

【精神科重症患者早期集中支援管理料】
初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。

管理料1
イ **単一建物診療患者数が1人の場合**　1,800点
ロ **単一建物診療患者数が2人以上の場合**　**1,350点**

管理料2
イ **単一建物診療患者数が1人の場合**　1,480点
ロ **単一建物診療患者数が2人以上の場合**　**1,110点**

平成28年度診療報酬改定

図33

現行	改定後
【精神科重症患者早期集中支援管理料】 [算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。 ア　1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ　統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ　精神科への通院が困難な者 エ　障害福祉サービスを利用していない者 [施設基準] (1) 常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士(うち、いずれか1名を専従とする)が配置されていること。 (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。	【精神科重症患者早期集中支援管理料】 [算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。 ア　1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 イ　統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者 ウ　精神科への通院が困難な者**(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)** エ　**(削除)** [施設基準] (1)常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び**作業療法士**※(うち、いずれか1名を専従とする(当該管理料関連業務を実施する時間以外に、他の業務を実施可))が配置されていること。 **※作業療法士は非常勤でも可。** (2) 24時間往診**又は**精神科訪問看護**若しくは**精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

図34

地域移行に必要な要素