障害保健福祉関係主管課長会議資料

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ので、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別にある場合は、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

患者の家族等がいない場合等に加え、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等は、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

○ 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**

参加・調整

症状消退届

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**

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）の人件費

・　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。

精神保健指定医に対する行政処分等について

【概要】

○平成27年１月下旬

聖マリアンナ医科大学病院に勤務する医師による指定医の指定申請のために提出されたケースレポートが、過去の指定申請に使用されたケースレポートの内容と酷似している旨、申請を受理した関東信越厚生局より情報提供があった。

○平成27年４月及び６月

厚生労働省において指定医の申請を行った聖マリアンナ医科大学病院に勤務する医師の調査を行った結果、不正申請が疑われる指定医がいることが判明した。医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に関与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、23人の指定医（申請者11人、指導医12人）の指定の取消を行った。

○平成27年10月

医道審議会医道分科会の意見を聴いた上で、指定医取消処分を受けた12人（指導医）に対して2ヶ月の医業の停止処分、11人（申請者）に対して1ヶ月の医業の停止処分を行った。

○平成28年10月及び11月

聖マリアンナ医科大学病院の指定医の取消処分を契機に、平成21年１月から平成27年７月に指定医の申請を行った者3,374人について調査をした結果、不正申請が疑われる指定医がいることが判明した。このため、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に関与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、89人の指定医（申請者49人、指導医40人）の指定の取消、４人の医師の新規指定申請の却下を行った。また、指定医を辞退した医師の中に、不正申請に関与した医師６人（申請者４人、指導医２人）が含まれていた。

（精神保健福祉法）精神保健指定医の指定及び指定の取消し

第十八条　厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に指定する。

一　五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。

二　三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。

三　厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。

四　厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前一年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

第十九条の二　指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

２　指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく　不適当と認められるときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる。

３　厚生労働大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

平成28年10月26日

医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会

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。

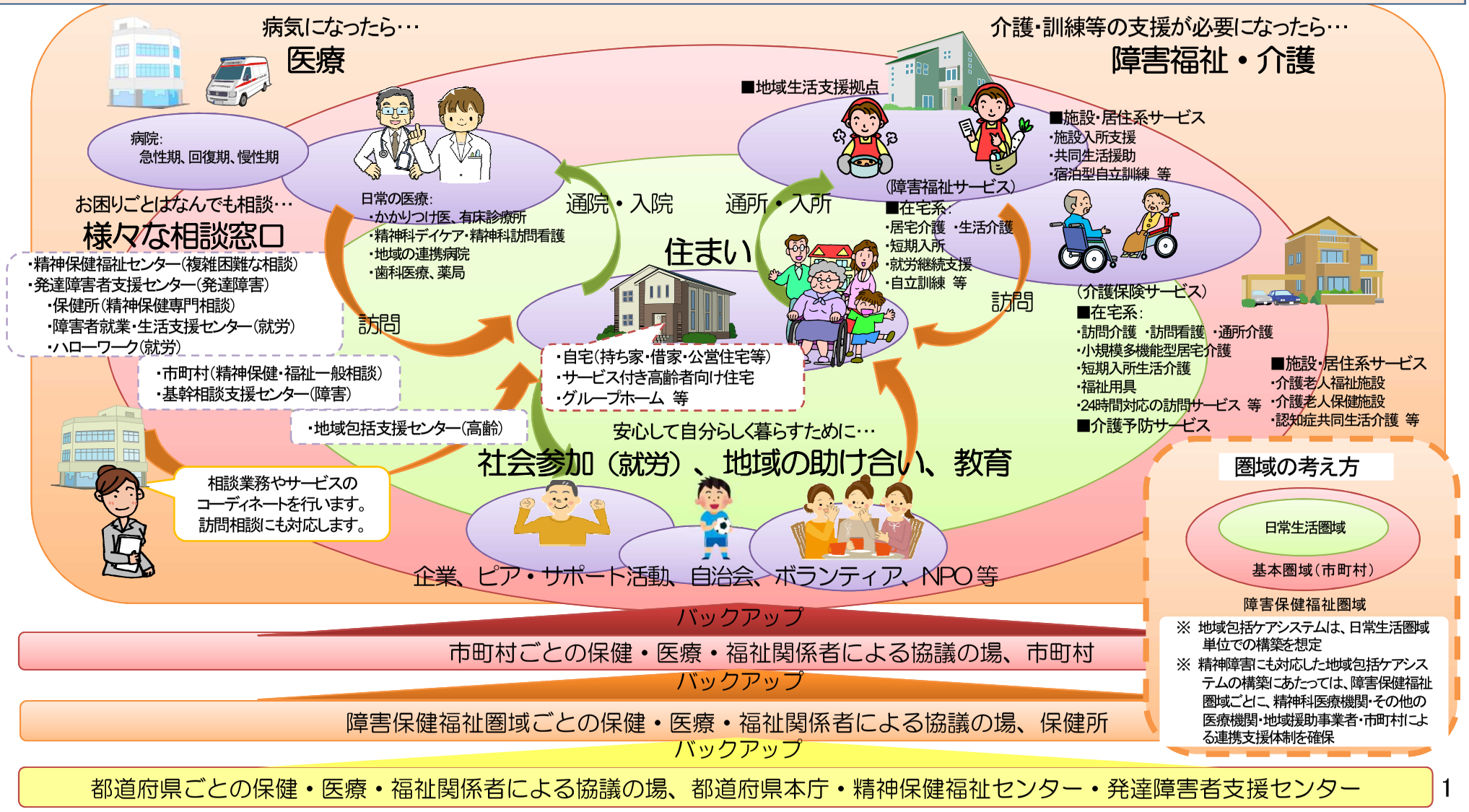
このため、平成 29 年度より実施する 630 調査は、医療計画、障害福祉計

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的見直しを行い、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い暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。

○このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



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	• 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	• 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	• 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 • ＧＨ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	• 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		１・圏域内の事業推進方針の決定 ・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 ２・個別患者の情報を関係者で共有 ・個別支援方策の検討 ・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）	兵庫県障害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	• 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	• 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	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 • 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：14.6万人～15.7万人に
  （H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減）
- 退院率：入院後3ヵ月　69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
  （H27年時点の上位10%の都道府県の水準）

③ 地域生活支援拠点等の整備

- 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④ 福祉施設から一般就労への移行

- 一般就労への移行者数：　H28年度の1．5倍
- 就労移行支援事業利用者：H28年度の2割増
- 移行率3割以上の就労移行支援事業所：5割以上

※ 実績を踏まえた目標設定

- 就労定着支援1年後の就労定着率：80%以上（新）

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

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

4. その他の見直し

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

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自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを、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してはどうか。

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）を障害福祉計画上明確に記載する。

※　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、レセプ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

※障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備を実施。

➢ 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。

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るとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床（入院患者3.6万人）減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。

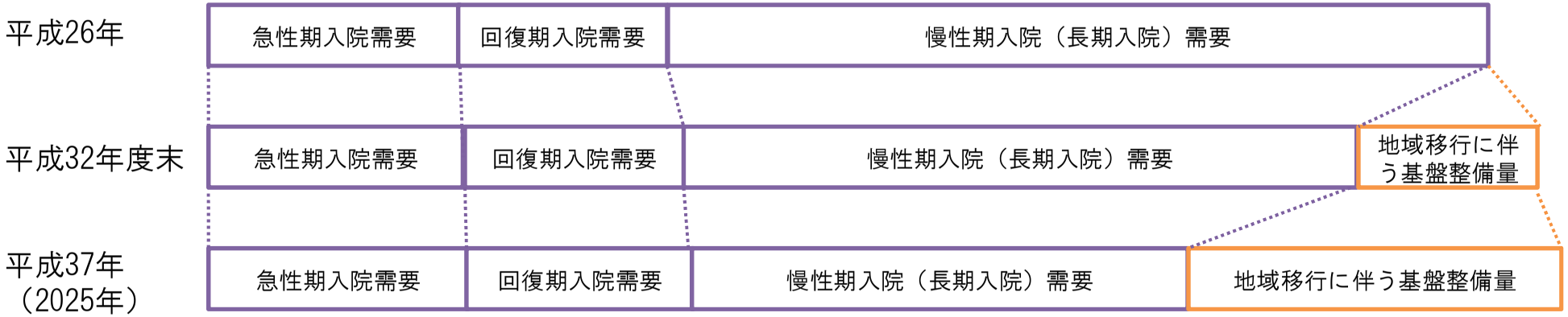
○「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

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



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②

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生活を送る退院患者等も含まれる。

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③

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

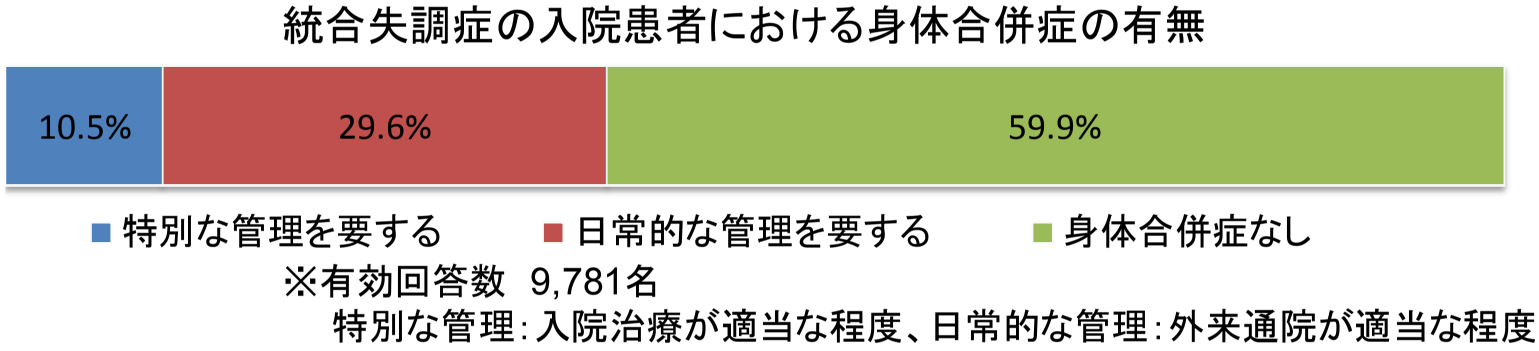
⇒ 「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、６～７割で設定（推奨）

- 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

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



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

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④

○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%）

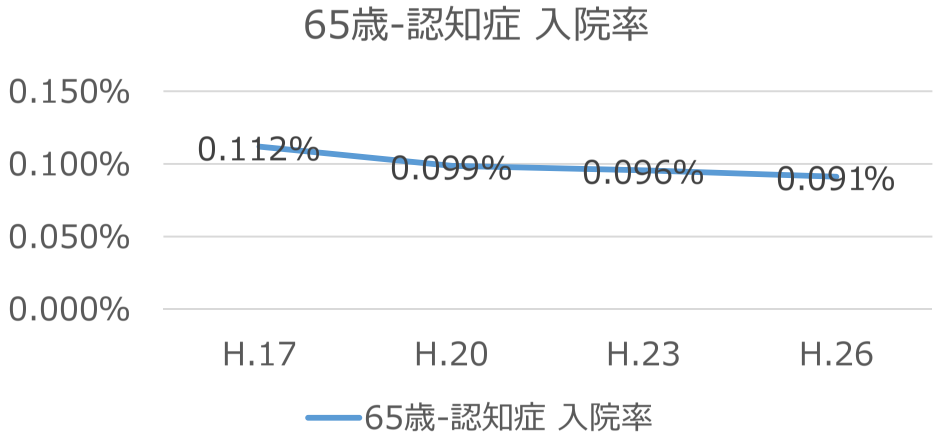
出典：それぞれの病院からの報告

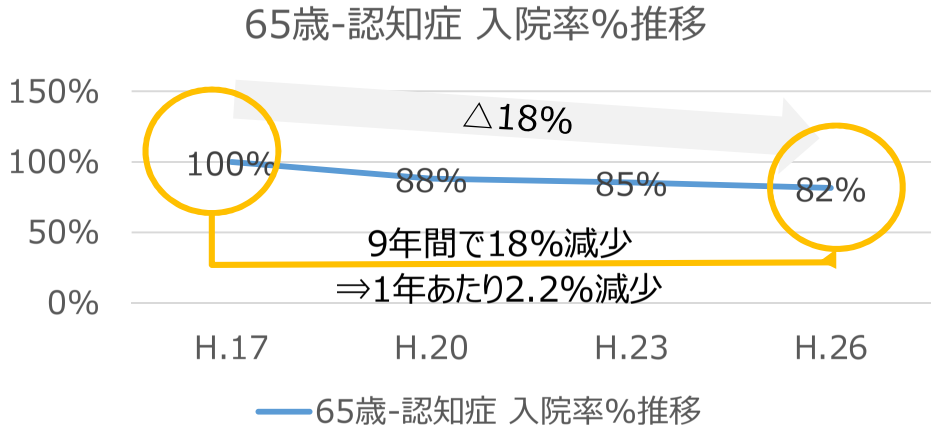
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値⑤

○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

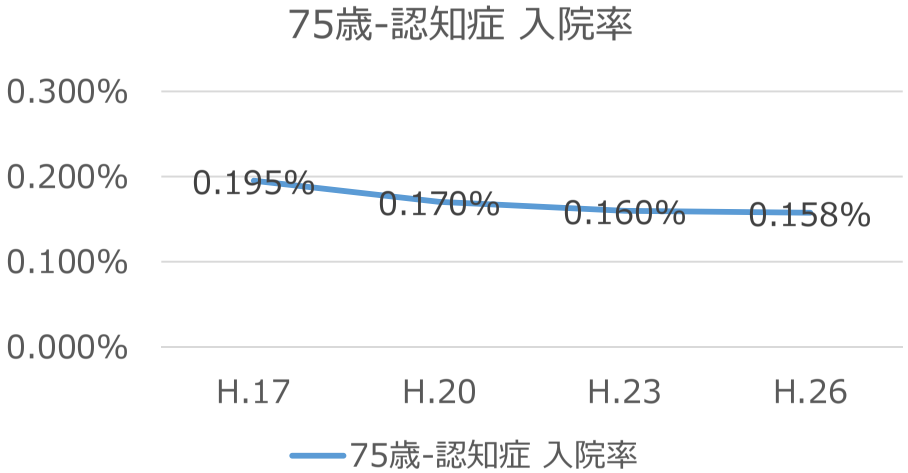
⇒ これまでの実績を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、βを97～98%で設定（推奨）

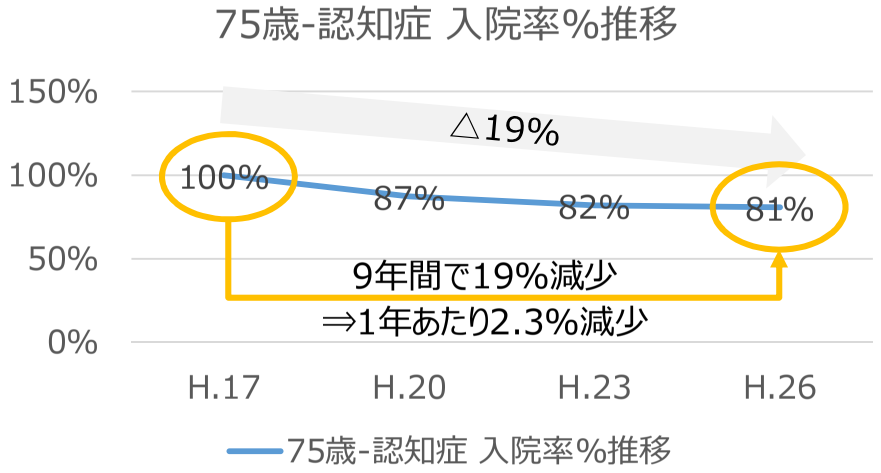
- 65歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17～H.26で18%減少。１年あたり2.2%減少。





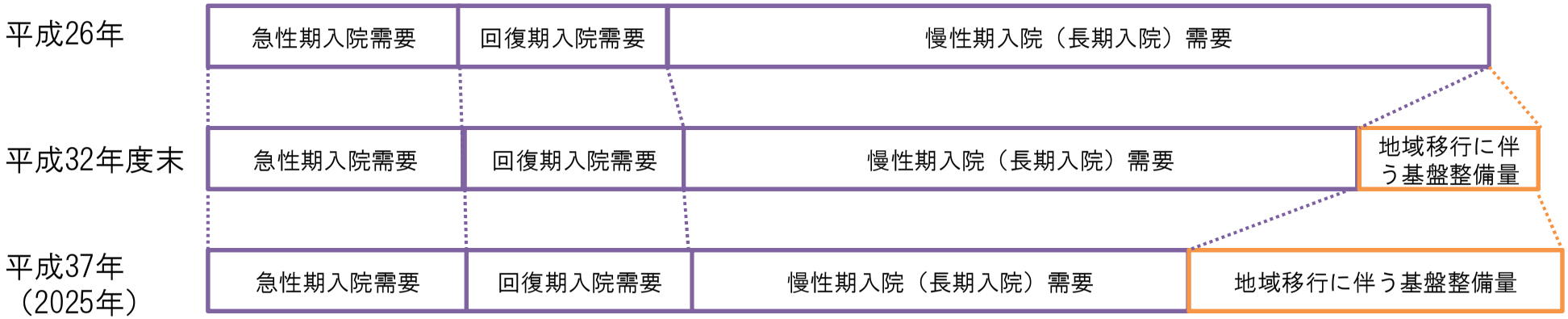
- 75歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17～H.26で19%減少。１年あたり2.3%減少。





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⑥

○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：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

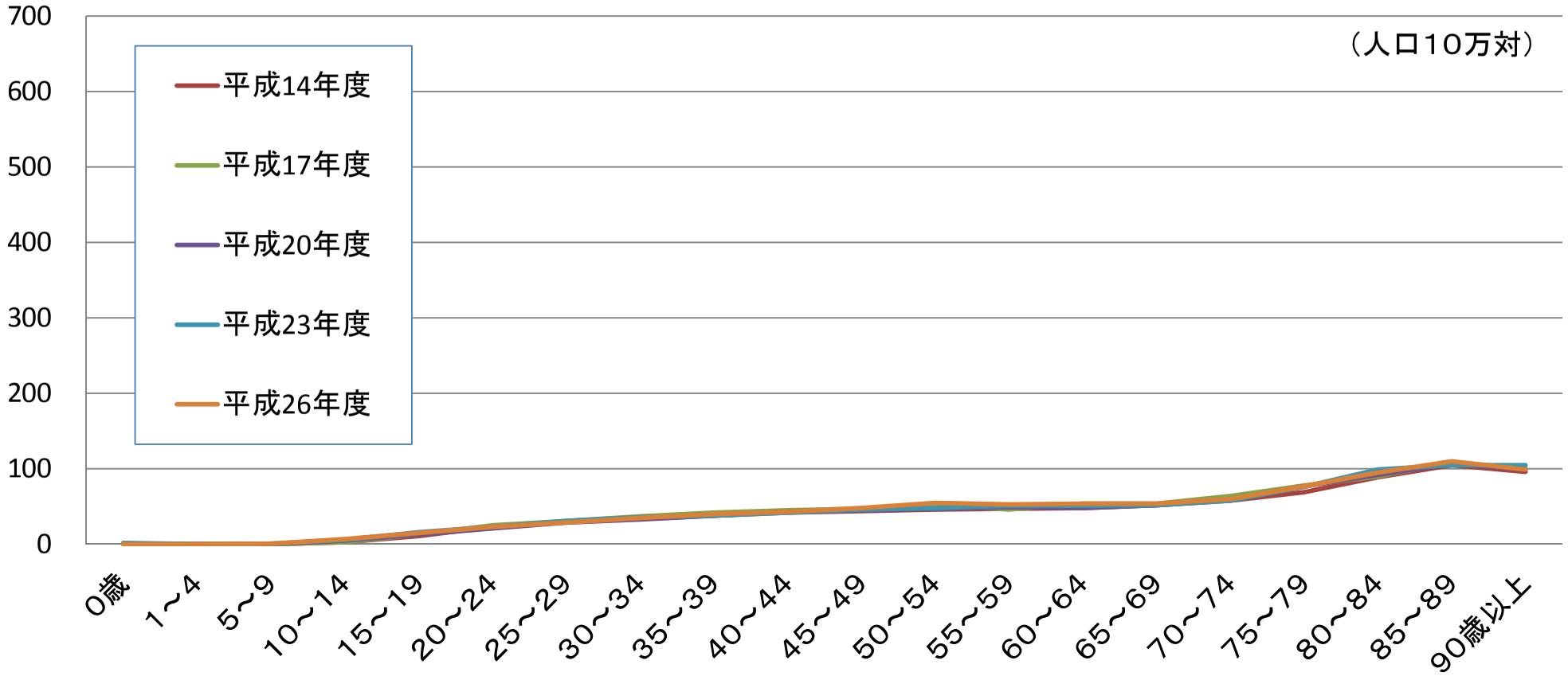
➢ 平成37年（2025年）における全国の目標値（見込み）

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。

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。

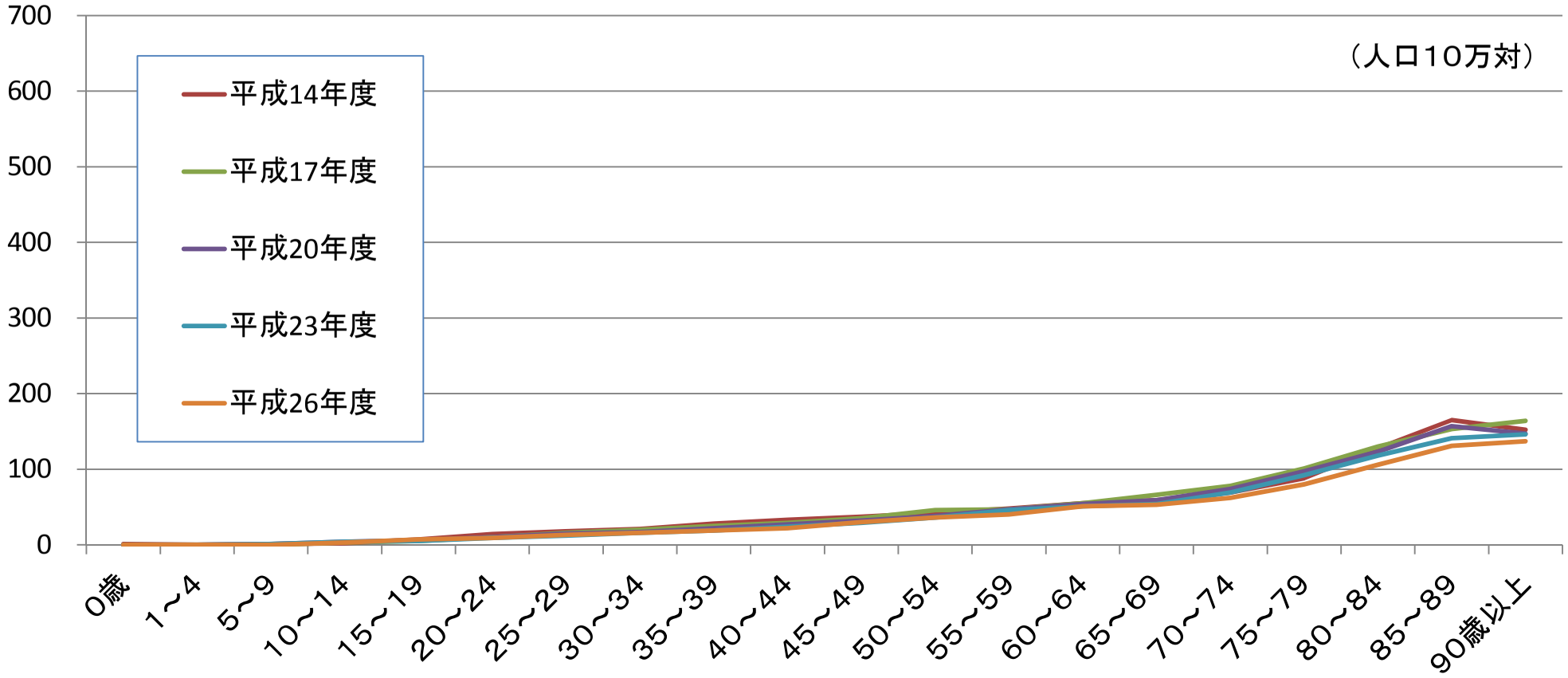


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※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。

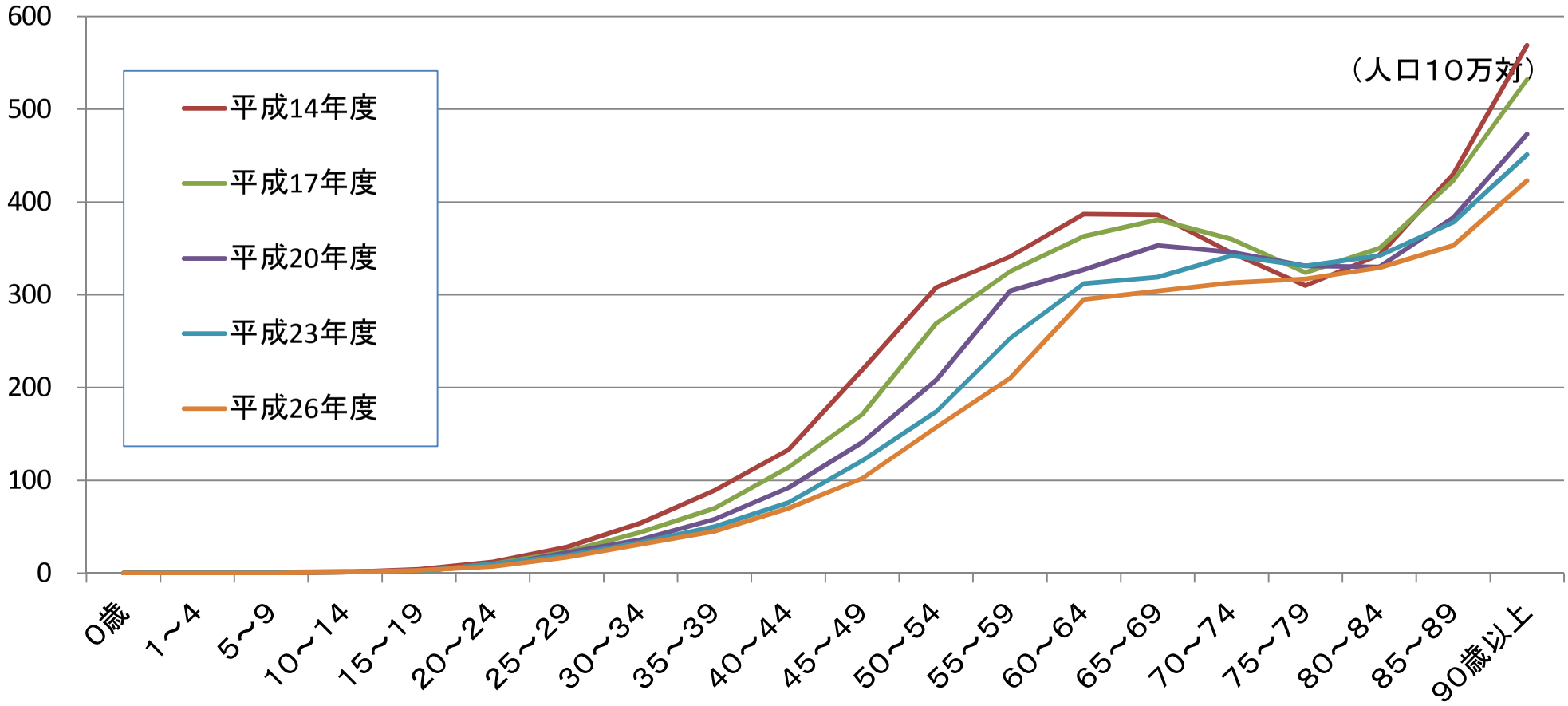


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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。

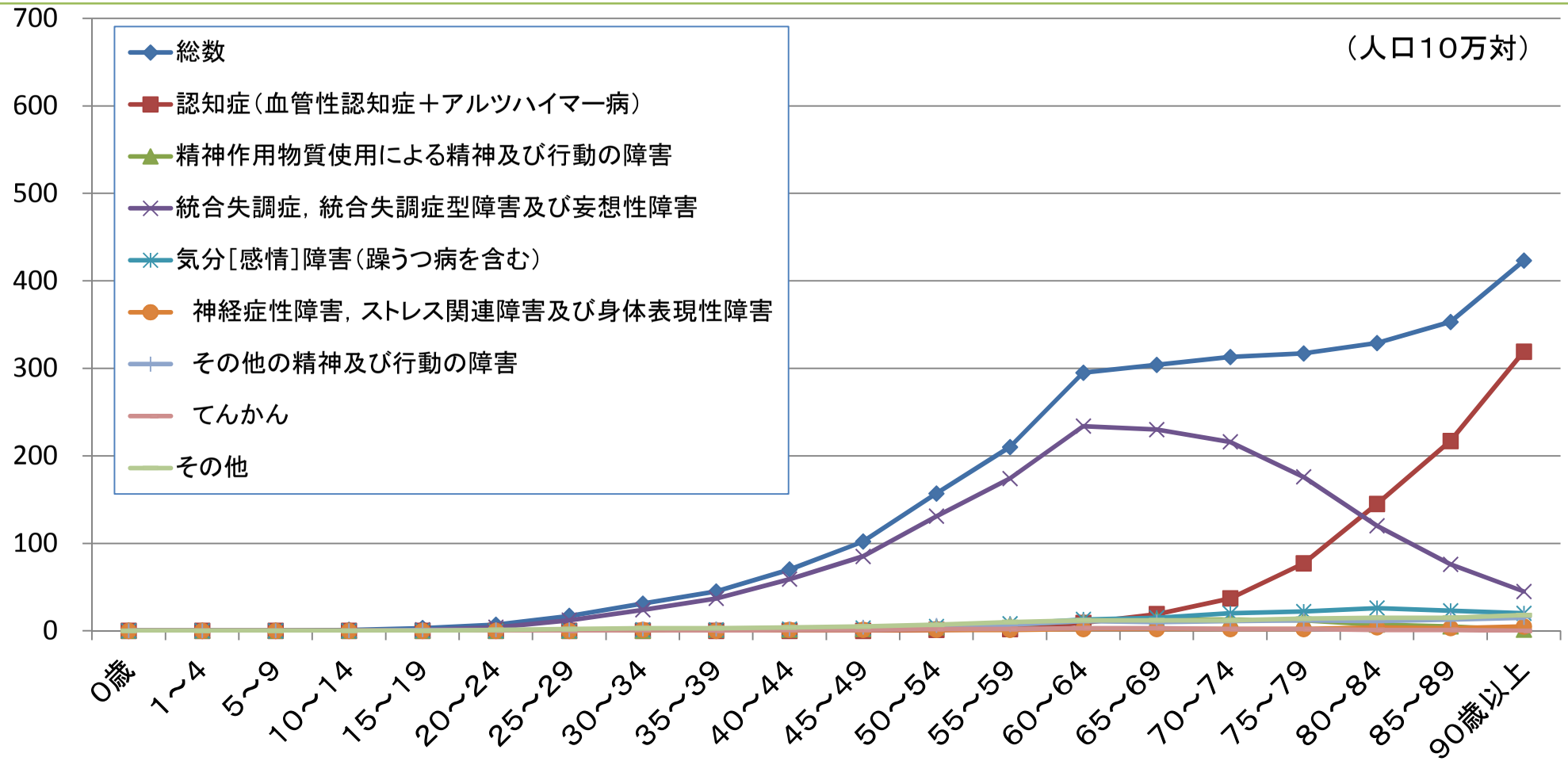


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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】

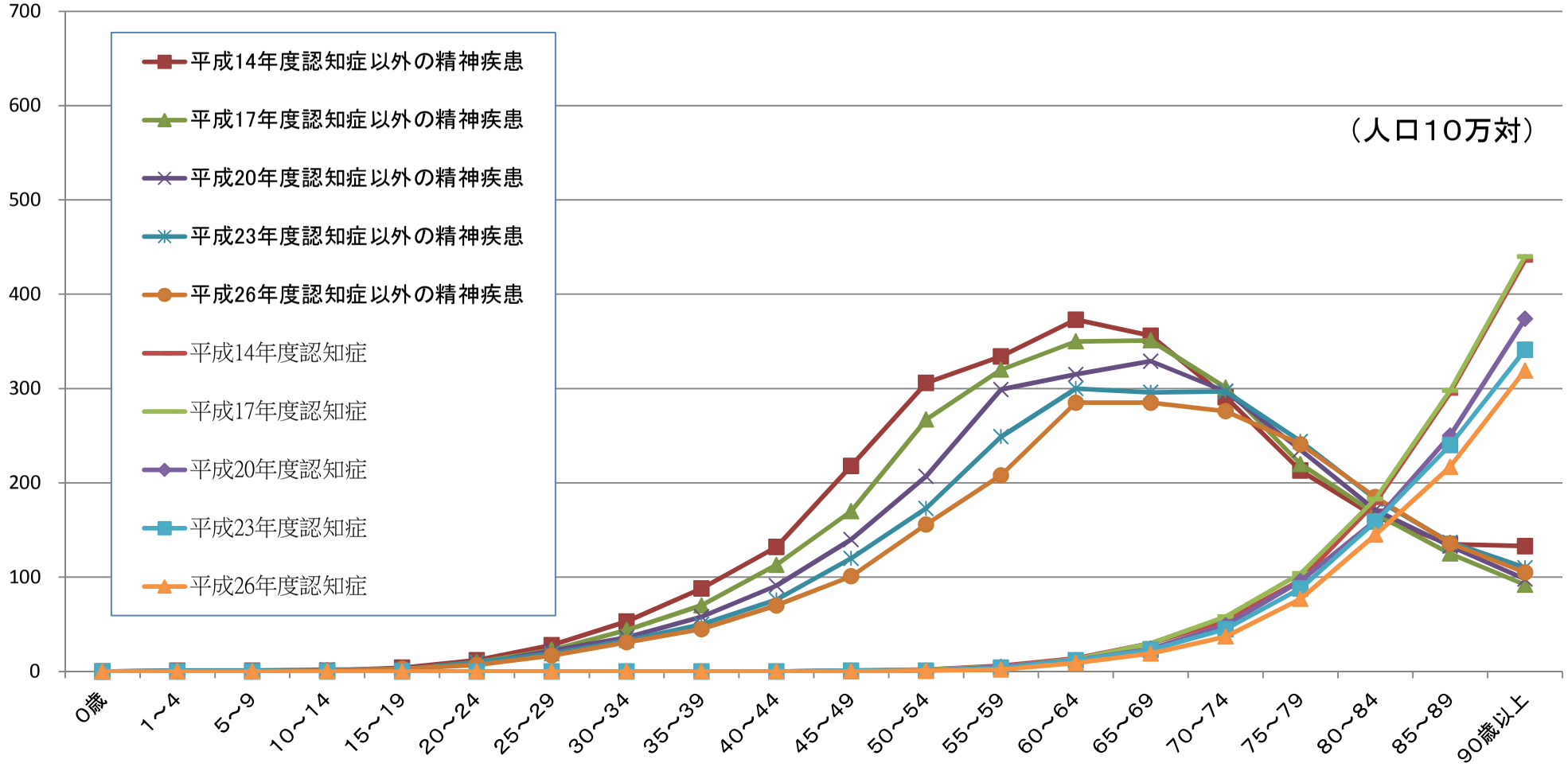
○ 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
○ 統合失調症による1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神病床における慢性期入院患者（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　章司（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

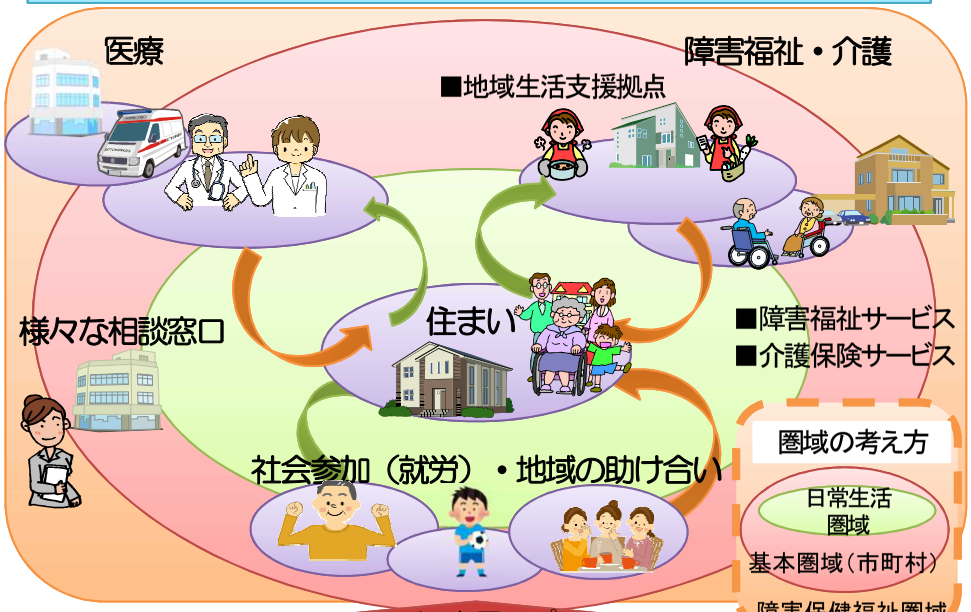
精神疾患の医療体制

【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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。

○　統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築



バックアップ

市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに
地域精神科医療提供機能を担う
医療機関

その他の
医療機関

市町村

精神医療圏

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに
地域連携拠点機能を担う
医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

都道府県
本庁

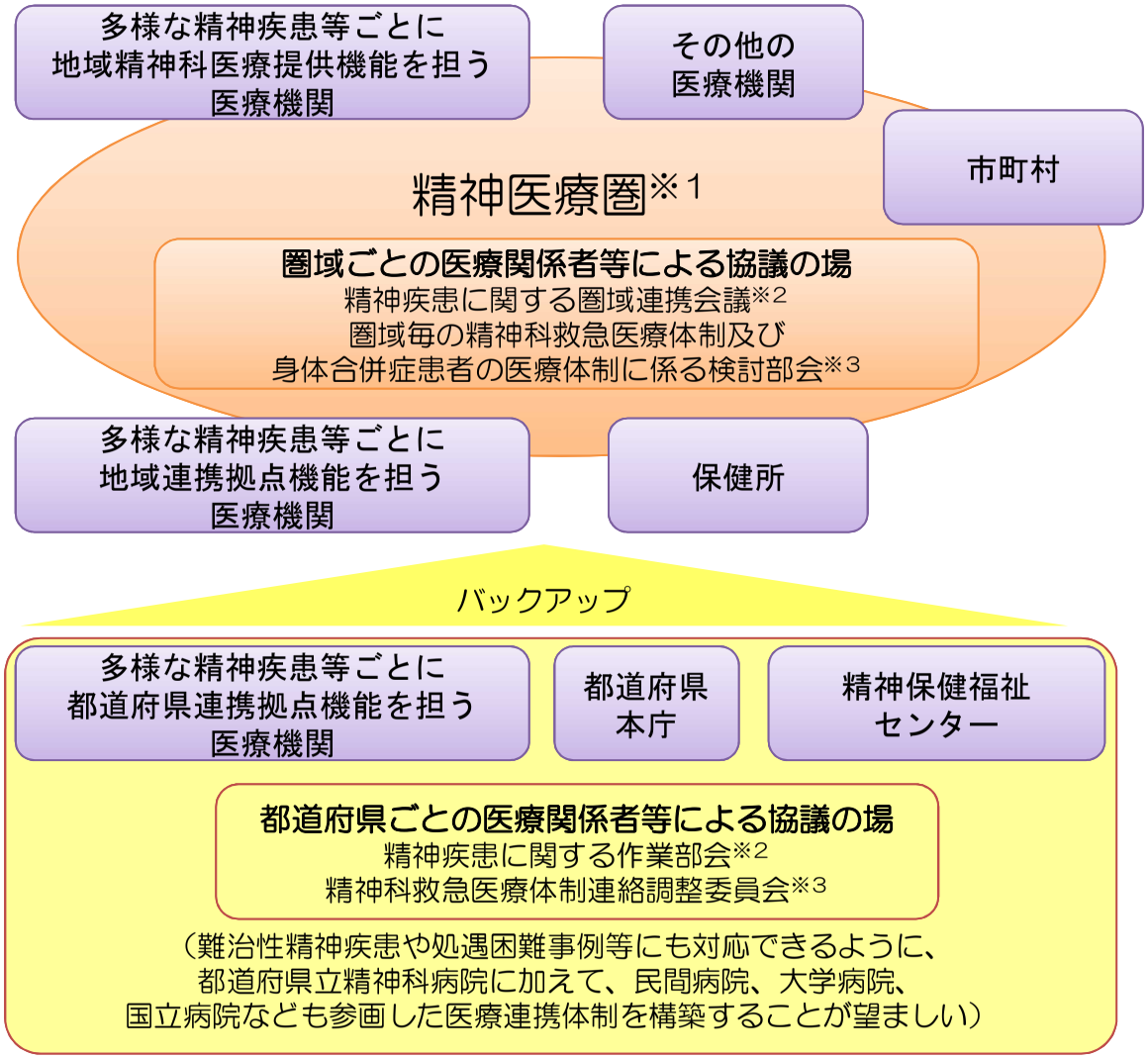
精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

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

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（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関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

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

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

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。
※疾患等毎に地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化について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			☆						☆		☆	☆		
○○圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	
	K病院	○	○		○			○		○				○	
	L診療所	○	○								○				
	M診療所	○						○					○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎		○	○		◎		○	○	○		○	
	O診療所	○	○									○	○		

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

精神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

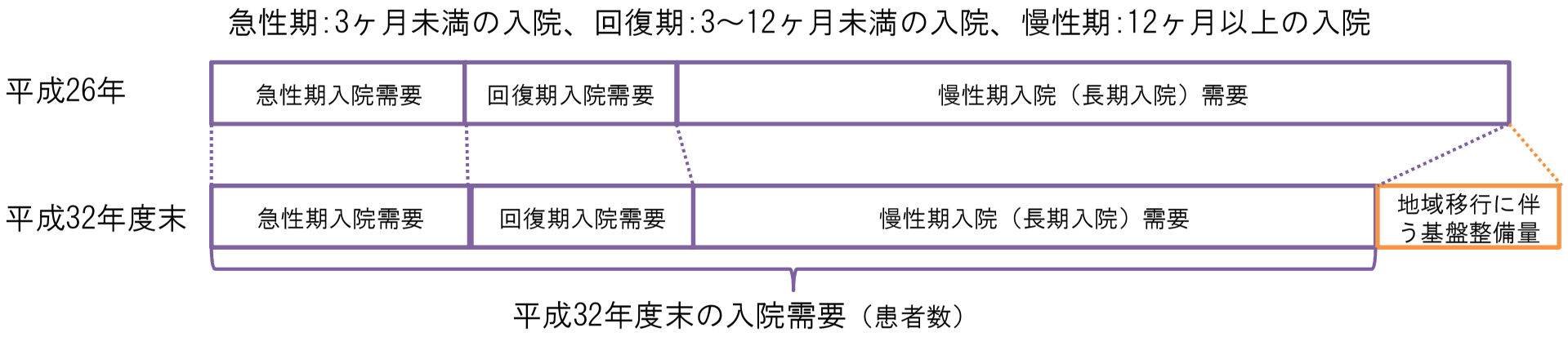
○現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率（１年未満群）24%以下、②退院率（１年以上群）29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。

○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
＝(平成32年度末の入院需要（患者数）＋流入入院患者－流出入院患者)÷病床利用率



※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。

精神障害者地域移行・地域定着支援事業費

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

※地域生活支援事業、社会福祉施設等施設整備費計上分除く

○国は、都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等）と連携しながらモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）を支援する取組を段階的に拡大し、好事例のノウハウの蓄積と横展開により精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を支援する。

○都道府県等は計画的に地域の基盤を整備するとともに、推薦した都道府県等密着アドバイザーと連携しながらモデル圏域における保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、地域移行の推進の仕組みづくりに携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築する。また、都道府県等全域への普及を図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業の実施

モデル障害保健福祉圏域

市町村

精神科医療機関

地域移行に関わる保健・医療・福祉の一体的取組

保健所

地域援助事業者（指定一般・特定相談支援事業者）

バックアップ

モデル都道府県・政令指定都市

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

バックアップ

国（アドバイザー組織）

広域アドバイザー　都道府県等密着アドバイザー

◆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

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

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。

入院生活

地域生活

精神科病院からの退院に向けた支援

○精神科病院の職員に対する研修実施

＊行政機関、地域の事業所等が協働し、精神科病院の職員に向けた研修を実施する。
- 院内研修プログラム立案の支援
- 研修実施の講師派遣

○退院して地域生活を送る当事者の体験談を聞く等の地域移行にむけたプログラムの実施

- 退院し地域生活を送る当事者の体験談を聞くプログラムの実施
- 地域の事業所を訪問し、活動を体験するプログラムの実施
- 高齢入院患者に対する退院支援プログラムの実施

○ 地域生活に向けた段階的な支援

地域移行推進連携会議

地域生活の支援

○初めて精神障害者を受け入れる事業所等へのスーパーバイザーの派遣

- スーパーバイザーは、行政機関、精神科病院、精神障害者に対する地域生活支援を先駆的に行っている事業所の精神保健福祉士等
- 事業所職員等の研修、問題が生じた場合の助言等の実施　　等

○居住先確保支援

※ □ は、取組の例である。

＊会議メンバー：行政機関（都道府県、市町村等）、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
＊会議を統括し、それぞれのメニューを調整する「コーディネーター」の設置
＊各地域の（自立支援）協議会との連携を図る。

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」「地域生活の支援」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
事業内容	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）
	1．地域移行連携推進会議	実施	実施	実施
	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 （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	（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）	（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外泊体験	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
結果	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26年度　1年未満4,378人（39.67%） 1年以上6,679人（60.4%）	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　313人（39.7%） 1年以上　476人（60.3%）	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」を実施しているが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ト強化事業」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部会を本事業の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で、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。 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。
熊本市	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。
	＜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。

精神障害者地域移行・地域定着支援事業費

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に係る事業の実施

モデル障害保健福祉圏域

市町村

精神科医療機関

地域移行に関わる保健・医療・福祉の一体的取組

保健所

地域援助事業者（指定一般・特定相談支援事業者）

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

バックアップ

モデル都道府県・政令指定都市

◆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

バックアップ

国（アドバイザー組織）

広域アドバイザー　都道府県等密着アドバイザー

◆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

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。

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とは

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築強化プログラム

＜コンセプト＞

◆保健・医療・福祉関係者が情報共有や連携を行う協議の場の構築

◆障害保健福祉圏域及び市町村ごとの協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制の構築の推進

◆障害福祉計画、医療計画で示された目標の達成に向けた取組の強化

- 保健・医療・福祉による協議の場は定期的な開催を原則とする（１ヶ月に１回程度）
- 協議の場においては個別事例の検討、各計画の進捗状況の確認（PDCAサイクルの実施）等を行う
- ピアサポーターの活躍の場の拡大のためのピアサポーターの養成等に取り組む

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
都道府県・政令指定都市（都道府県等）の役割

国（アドバイザー組織）　モデル都道府県等　モデル障害保健福祉圏域

<スケジュール>

4月

6月
・アドバイザー・都道府県担当者等合同会議①
・（アドバイザー会議①）
（同日開催）

7月

9月
・（アドバイザー会議②）

2月
・アドバイザー・都道府県担当者等合同会議②
・（アドバイザー会議③）
（同日開催）

3月

都道府県等担当者
・モデル障害保健福祉圏域選定
・都道府県等密着アドバイザーの推薦

アドバイザー＋都道府県等担当者
・障害福祉計画の成果目標や活動指標に基づき現状の確認
・課題の明確化について具体的に助言

支援

課題の明確化
・圏域内の長期入院精神障害者の現状、障害福祉サービスの整備状況等をふまえ、障害福祉計画の目標との進捗状況等の情報を整理する

都道府県毎の研修

アドバイザー＋都道府県担当者
・地域の課題の分析に関する助言
・戦略策定の支援

支援

戦略策定
・保健・医療・福祉による協議の場との連携を図りつつ、圏域内でどのように地域移行を推進するのか等の具体的な戦略を立案し、目標値（指標）との関係を明確化する

現地支援

アドバイザー＋都道府県等担当者
・事業実施にあたり問題、課題が発生した場合の支援
・人材育成について具体的に支援

相談

支援

地域移行に資する事業の実施
・保健・医療・福祉による協議の場の開催に加え、地域の実情に応じ、住まいの確保支援、グループホームの整備、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、精神障害者の地域移行関係職員に対する研修の実施等の事業を行う

ＯＪＴ（on-the-job training）による行政、保健、医療、福祉の中核的な人材の育成

都道府県等担当者
・アドバイザーと協力し、モデル圏域の経過を把握する
・都道府県毎の研修

圏域内の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための関係者ネットワークの形成・強化

地域移行に資する事業の推進
（※障害福祉計画、介護保険事業計画、医療計画の目標達成に向けて）

難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）

28年度予算 4.800千円 → 29年度予算案 4,136千円

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

現状と課題

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

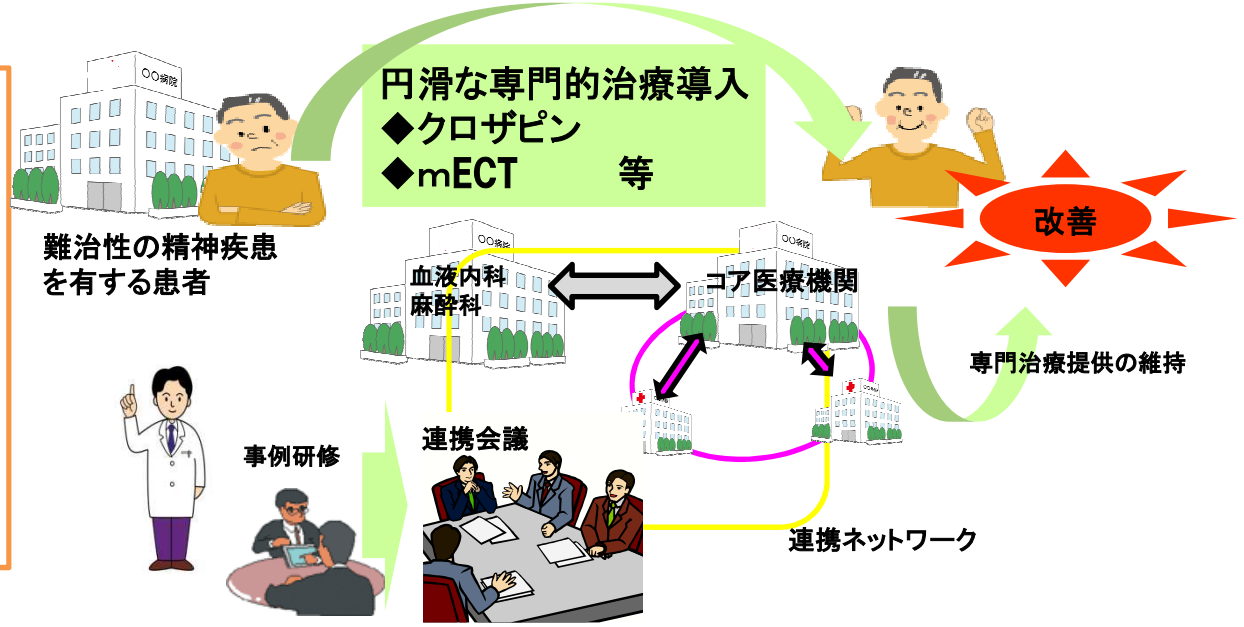
事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じた**ネットワークを構築**

②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、**地域連携体制の整備に関する研修を行う**

③ネットワークに所属する医療機関による**連携会議を開催**し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

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

クロザピン（CLZ）について（参考）

1．クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。
治療抵抗性合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

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

2．クロザピンの副作用

重大な副作用は、**無顆粒球症(※)で、本邦での頻度は約1%。**

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

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

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

3．CPMS（クロザピン患者モニタリングサービス）について

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

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

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

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

（参考：クロザピン処方率）

ドイツ	14%
中国	24.6%
オーストラリア	26%
ニュージーランド	32.8%
日本	0.6%

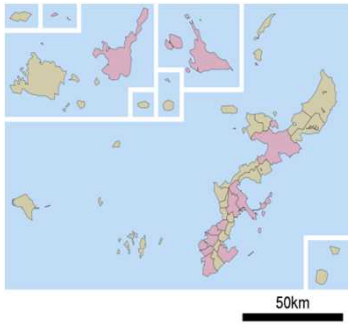
出典：厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

沖縄県の取り組み　～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

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

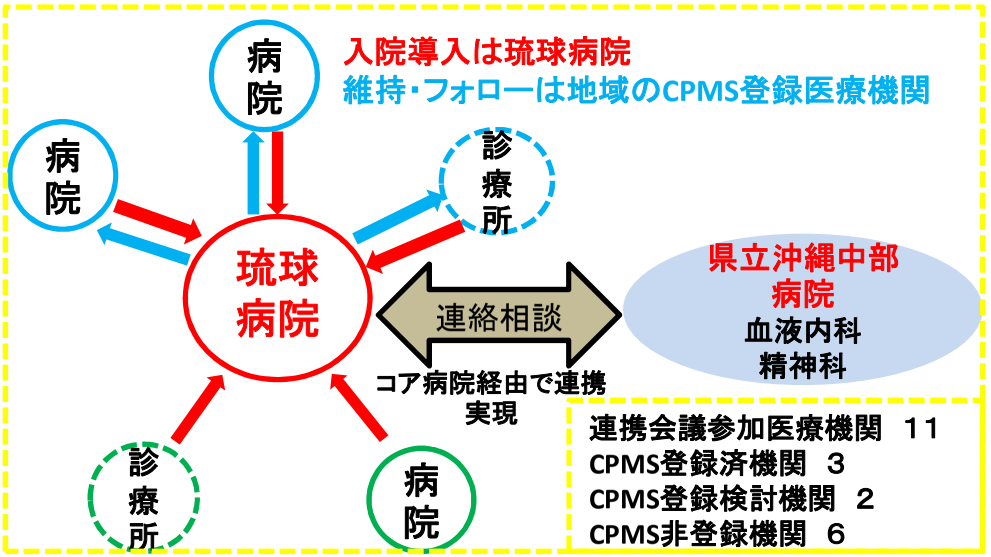
【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

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



【具体的体制】

○ コア医療機関　○ CPMS登録医療機関
○ CPMS非登録医療機関



【沖縄県の役割】

○　連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整

【琉球病院（コア医療機関）の役割】

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

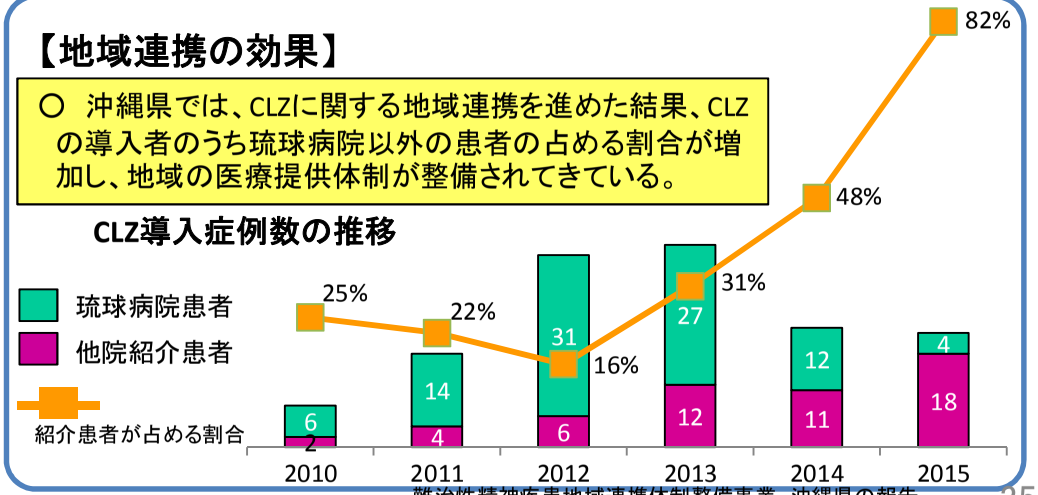
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日

（参考：国立病院機構琉球病院の基本情報）

【地域連携の効果】

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

CLZ導入症例数の推移



難治性精神疾患地域連携体制整備事業　沖縄県の報告

千葉県の取り組み　～クロザピン・サターンプロジェクト～

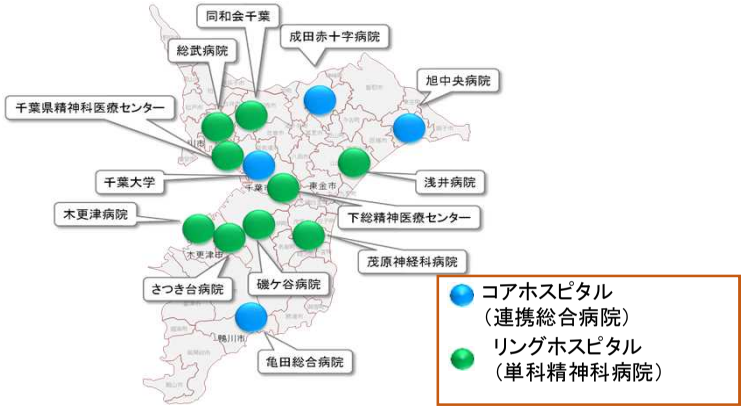
好事例

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

【千葉県の基本情報（平成27年10月現在）】

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

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】
院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入
【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】
コアホスピタルへの早期の情報提供や相談
【千葉大学】
各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かして、連携体制構築における課題を解決
【県】
医療計画等の医療政策へ反映



【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

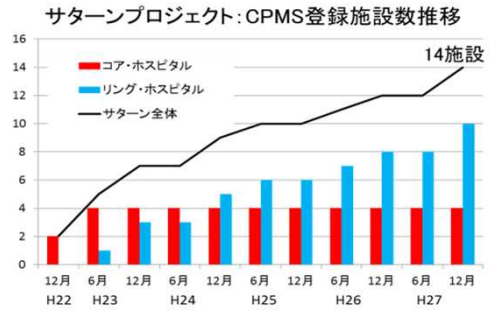
【連携総合病院（コアホスピタル）の取組】
精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

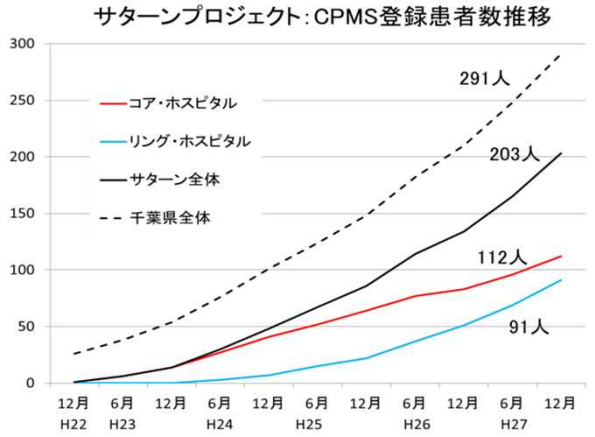
【単科精神科病院（リングホスピタル）の取組】
大学病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

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

プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】（平成27年12月現在）
CPMS登録施設：14施設
CPMS登録患者数203名





精神障害者地域生活支援広域調整等事業（地域生活支援広域調整会議等事業）（改正）

【精神障害者地域移行・地域定着推進協議会】

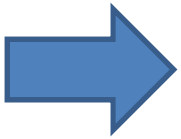
○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、障害保健福祉圏域ごと　の保健・医療・福祉関係者による協議の場として、都道府県、市町村、精神科病院の医師、相談支援事業所、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置することとしている。

○ 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、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が重要であり、第５期障害福祉計画の成果目標としても圏域ごとの協議の場の設置が求められる予定である。

○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を更に推進させるため協議会の設置主体を保健所設置市及び特別区まで拡大する予定。

実施主体

平成28年度
都道府県又は指定都市



平成29年度
都道府県、指定都市、保健所設置市又は特別区

主な精神障害者地域生活支援広域調整等事業の平成２７年度の実施状況

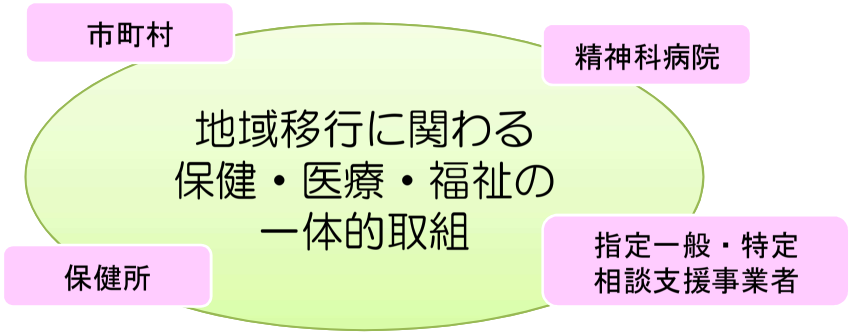
番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
1	北海道	×	×	×
2	青森県	×	×	×
3	岩手県	○	×	×
4	宮城県	○	×	×
5	秋田県	○	×	×
6	山形県	×	×	×
7	福島県	×	×	×
8	茨城県	○	×	×
9	栃木県	○	×	○
10	群馬県	○	×	○
11	埼玉県	○	×	○
12	千葉県	○	×	○
13	東京都	○	○	○
14	神奈川県	○	×	○
15	新潟県	○	×	○
16	富山県	○	○	○
17	石川県	○	×	○
18	福井県	×	×	×
19	山梨県	×	×	×
20	長野県	○	×	×
21	岐阜県	○	×	○
22	静岡県	×	○	×
23	愛知県	○	×	○
24	三重県	○	×	○
25	滋賀県	×	×	×
26	京都府	×	×	×
27	大阪府	×	×	○
28	兵庫県	○	×	×
29	奈良県	×	×	×
30	和歌山県	×	×	○
31	鳥取県	×	×	×
32	島根県	×	×	○
33	岡山県	○	×	○
34	広島県	×	×	×
35	山口県	×	×	×
36	徳島県	×	×	○
37	香川県	○	×	×
38	愛媛県	×	×	○
39	高知県	×	×	○
40	福岡県	○	×	×
41	佐賀県	×	×	×
42	長崎県	×	×	×
43	熊本県	×	×	×
44	大分県	○	×	×
45	宮崎県	○	×	×
46	鹿児島県	○	×	×
47	沖縄県	○	×	○
48	札幌市	×	×	○
49	仙台市	×	×	×
50	さいたま市	×	×	×
51	千葉市	×	×	×
52	横浜市	×	×	×
53	川崎市	×	×	×
54	相模原市	×	×	×
55	新潟市	×	×	×
56	静岡市	×	×	×
57	浜松市	×	×	×
58	名古屋市	×	×	×
59	京都市	○	×	○
60	大阪市	○	×	○
61	堺市	×	×	×
62	神戸市	×	×	○
63	岡山市	×	×	○
64	広島市	×	×	×
65	北九州市	○	×	×
66	福岡市	×	×	×
67	熊本市	×	×	×
合計		28	3	25

平成27年度地域生活支援事業費補助金及び
障害者総合支援事業費補助金の事業実績報告書より

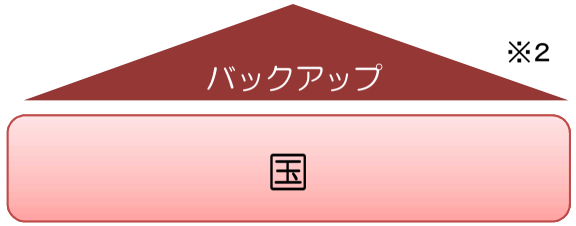
精神障害者の地域移行の推進

○長期入院精神障害者の地域移行推進のため、都道府県等（都道府県・政令市）の実践的な取組を共有するとともに、他の都道府県等とのネットワーク形成を支援することにより好事例の横展開を図る

○都道府県等において、関係者による協議の場の設置、ピアサポーターの活躍の場の拡大、地域移行に取り組む人材の育成、市町村支援の強化等に関する取組を推進する



◆都道府県等研修の企画
◆地域マネジメント
◆県内関係者からの
個別相談・支援対応



◆定期的な全国会議の企画
◆都道府県等研修への協力

※1　障害者総合支援法第2条第2項第1号
第2条第2項　都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。
第1号　市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。

※2　障害者総合支援法第2条第3項
第2条第3項　国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他この法律に基づく業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

○平成28年3月2日「中核的人材育成研修フォローアップ会議」（44自治体、161名の参加）
＜プログラム（例）＞
【報告】テーマ「自治体における人材育成・地域移行の取組」
【講義】「地域移行を進めるために保健所を中心とした取組み」 など

○平成28年6月30日「精神障害者の地域移行担当者等会議」（60自治体、218名の参加）
＜プログラム＞
【報告】「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」
【発表】「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会（協議会の専門部会含む）の設置の進め方と課題」
【講義】「地域移行を進めるための仕組み作り～保健所と事業者とピアの協働～」「相談支援事業所の活動の実際」 など

資料掲載ホームページ：http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044473.html

○平成29年2月16日「第2回　精神障害者の地域移行担当者等会議」（58自治体、207名の参加）
＜プログラム＞
【講義】「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協議会の活用について」
～行政・病院・福祉・ピアの取組推進～パネルディスカッション
【演習・発表】「地域で地域移行を推進し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための戦略をブラッシュアップしよう」 など

精神保健福祉資料の見直し（630調査の改善）

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を盛り込んだ精神保健福祉資料へと見直しを行う。

現状・課題

○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）計画が連動するように、都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する必要がある。

○精神保健福祉資料（630調査）を用いた指標は、現時点で入手可能な最新のデータは３年前（平成25年度）となっており、計画の進捗管理に課題がある。このため、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NDBを用いて、新たなアウトカム指標を設定する必要がある。

対応方針（精神保健福祉資料の見直し、630調査の改善、ＮＤＢの活用）

現状

指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	地域移行の 進捗状況を評価する観点
医療計画	１年未満入院患者の平均退院率【630調査】 退院患者平均在院日数【患者調査】	３か月以内再入院率【630調査】 在院期間５年以上６５歳以上の退院患者数【630調査】 認知症新規入院患者２ヶ月以内退院率【630調査】
障害福祉計画	入院後３か月時点の退院率【630調査】 入院後１年時点の退院率【630調査】	長期在院者数の減少割合【630調査】

Ｈ30から

指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	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
医療計画 障害福祉計画	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【※】 ※630調査/NDB	精神病床における１年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳以上１年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳未満１年以上長期入院患者数【※】 ※630調査/NDB

※3ヶ月以内再入院率を含めモニタリングに有用な指標の活用を検討する

３　精神科救急医療体制の整備について

（１）平成２９年度精神科救急医療体制整備事業の実施について

精神科救急医療体制整備事業については、平成２０年５月２６日付け障発第０５２６００１号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神障害保健課長通知の別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により実施しているところであり、平成２８年９月２０日付け障発第０９２０第１号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知により実施要綱の一部改正をお知らせしたところである。

当該事業に関して、以下の３点をご留意いただくようお願いしたい。

１点目、平成２８年１２月８日にとりまとめられた「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」報告書を踏まえ、当該事業の精神科救急医療体制連絡調整委員会等を活用し、措置入院の適切な運用の在り方について、精神科医療関係者や都道府県、市町村、警察等の関係者の相互理解を推進するよう努められたい。

２点目、身体合併症を有する精神障害者が必要な医療を受けられるよう、精神科救急医療圏域毎に、身体科と精神科との連携体制の構築が図られるよう取り組んでいただきたい。この際、圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会を活用されたい。

３点目、関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対して、精神科救急医療体制連絡調整委員会等で検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルールの周知徹底を図られたい。また、個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解に努められたい。

各都道府県におかれては、本事業を通して、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に引き続き努めていただきたい。

（２）精神科救急における消防機関と関係他機関の連携について

今般、消防庁主催の「平成２８年度救急業務のあり方に関する検討会」において、精神疾患と身体疾患の合併症の困難事例の解消に向けた検討をしており、円滑な救急搬送のためには、精神科の医療関係者や救急の医療関係者をはじめ、消防関係者等が、平時から、会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの意見がとりまとめられた。

当該趣旨を踏まえ、平成２８年１２月２６日障精発１２２６第２号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神障害保健課長通知により、各都道府県・指定都市に対して、精神科救急医療体制の確保にあたり、積極的に消防関係者等との連携を図っていただくよう、関係者への周知を依頼したところである。

引き続き、消防関係者等との連携強化に努めていただきたい。

精神科救急医療体制整備事業

平成28年度予算額 14億円 → 平成29年度予算案 16億円

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する（平成20年度～）
【実施主体】 都道府県・指定都市
【補助率】 1／2
【主な事業内容】
○精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
○精神科救急情報センターの設置
○精神科救急医療確保事業

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正（H24～）】

第4節 精神科救急医療の確保
第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は 休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。
2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

精神科救急医療体制研修会
・精神科救急医療体制の運用ルールの周知。
・個別事例の検討、グループワーク等。

⇔

精神科救急医療体制連絡調整委員会
・関係機関間の連携・調整を図る

⇔

圏域毎の検討部会
・地域資源の把握、効果的連携体制の検討
・運用ルール等の策定、課題抽出

一般救急の情報センター

連携

精神科救急情報センター
・緊急対応が必要な患者を重症度に応じた受入先調整
・救急医療機関の情報集約・調整、かかりつけ医の事前登録

照会

情報 受入先

24時間精神医療相談窓口
・相談対応
・適宜、医療機関の紹介・受診指導

受入先調整

一般救急医療圏域

一般救急医療圏域

A精神科救急圏域（**常時対応型**で対応）

常時対応型精神科救急医療施設
※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

外来対応施設

身体合併症対応施設
身体合併症のある救急患者に対応
より広い圏域をカバー

B精神科救急圏域（**病院群輪番型**で対応）

病院群輪番型精神科救急医療施設
※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

４　自立支援医療について

（１）負担上限額の経過的特例措置について

障害者総合支援法施行令附則第 12 条及び第 13 条に基づく、自立支援医療の支給認定に係る政令で定める基準及び負担上限月額の経過的特例※については、平成 30 年３月 31 日までとされており、この経過的特例の平成 30 年４月 1 日以降の取扱いについては、平成 29 年末頃までに決定する予定である。

平成 29 年度の支給認定に関して、経過的特例の対象となる方が、平成 30 年４月 1 日以降も自立支援医療を受けることが必要と判断される場合は、平成 28 年 12 月 22 日付事務連絡のとおり、受給者証に経過的特例が延長された場合の有効期間を別途記載することで、仮に平成 30 年４月 1 日以降も経過的特例が延長された場合の手続きを不要とすることができることとしているので、適宜の対応をよろしくお願いしたい。

※経過的特例

1　高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）の方については、市町村民税の所得割の額が 23 万５千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象としている経過的特例

2　負担上限月額を、高額治療継続者で市町村民税所得割の額が 23 万５千円以上の方については２万円、育成医療の中間所得層（市町村民税所得割額が 23 万５千円未満）の方については、市町村民税所得割３万３千円未満の世帯は５千円、市町村民税所得割３万３千円以上 23 万５千円未満の世帯は１万円としている経過的特例

（２）精神通院医療の支給認定等におけるマイナンバーの取扱いについて

自立支援医療（精神通院医療）の支給認定等の事務（以下、「当該事務」という。）における市町村の個人番号の取扱いについて、平成 27 年 12 月 28 日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課／障害福祉課／精神・障害保健課事務連絡「障害保健福祉分野における番号制度の取扱いに係る留意事項等について」（以下「12 月 28 日付事務連絡」という。）のＱ＆Ａ９番において、「実態として市町村が事務を行っている場合には、都道府県と市町村の間に委託関係が成立していると考えられることから、市町村を個人番号利用事務実施者と解して問題ない。」と整理していたところである。

この取扱いについて、今般、内閣官房番号制度推進室との調整を行った結果、市町村が個人番号を利用して当該事務を行うためには、実態として市町村が事務を行っているだけではなく、各都道府県において、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 17 の２第１項に基づく事務処理特例条例を制定する等、明文の規定に基づいて、市町村が当該事務を行う者

として位置づけることが必要との整理を行ったところである。

このため、市町村が当該事務を行うこととする都道府県におかれては、早期に事務処理特例条例を制定し、当該事務を市町村に移譲していただくようお願いする。

なお、12 月 28 日付事務連絡のＱ＆Ａ９番については、このことを踏まえた所要の対応が各自治体において行われた後に廃止することとするので、併せて御承知願いたい。

５　障害支援区分の認定について

（１）障害支援区分の適切な認定の推進について

障害支援区分については、社会保障審議会障害者部会等において審査判定実績に地域差が見られる等の指摘があったことを受け、平成２７年度に制度の運用における課題を把握するための実態調査を行い、

①制度の趣旨や運用を周知徹底し、市町村審査会による適正な審査を担保すること

②都道府県が実施する研修の充実と参加促進を図り、認定調査員・審査会委員・主治医の質的担保を図ること

③上位区分への構成割合のシフト等、障害支援区分の審査判定の傾向について引き続き分析を行うこと

が今後の課題として把握された。

これらの結果を受け、国としても、市町村の実際の認定状況を調査する事業や、市町村審査会を訪問し実態を把握する事業に平成２８年度より取り組んでおり、平成２９年度においても引き続き実施する予定である。

平成２８年度事業の結果については今後とりまとめの上、情報提供する予定だが、平成２９年度事業の実施について引き続きご理解をお願いしたい。

なお、平成２８年度事業において把握された、障害支援区分の適切な認定のための自治体独自の取組について参考資料に添付しているので、管内市区町村へ情報提供されたい。

また、障害支援区分の適切な運営のためには、制度の趣旨や障害への理解を深めた上で、法令等の規定に従って認定調査及び審査判定を行うことが重要である。

管内市区町村に対し、法令の規定や制度の趣旨・運用についてあらためて周知し、認定事務を遺漏なく実施できる体制の整備を徹底いただくとともに、都道府県研修会への積極的な参加を呼びかけ、認定調査員及び市町村審査会委員の理解促進に努めるようお願いしたい。

（２）難病患者等に対する認定マニュアルの活用について

「難病患者等に対する認定マニュアル」は、全国の市町村において難病等に配慮した障害支援区分の認定調査及び市町村審査会における審査判定が円滑に行われるよう、「難病の基本的な情報」、「難病の特徴」、「認定調査の留意点」等を整理し、実際に認定業務に携わる者を対象に作成したものである。

障害者総合支援法の対象となる難病等の範囲については、現在見直しを行っており、平成２９年４月施行予定としている。施行後は速やかに本マニュアルを改訂する予定であるので、各都道府県におかれては、管内市町村、関係機関等へ周知いただくとともに、本マニュアルを活用した研修会を開催するなど、障害支援区分認定の適切な実施に向けた取組について御協力をお願

いしたい。

（３）障害支援区分認定事務費の一般財源化

市町村における障害支援区分の認定事務に係る経費については、平成２７年度まで地域生活支援事業費補助金のメニューとして補助してきたところであるが、

・すべての市町村で認定事務が行われ、すでに市町村の事務として同化定着していること、

・介護の認定事務に係る経費については、既に一般財源化されていることから、当該経費について平成２８年度から一般財源化を行っている。

当該経費に要する所要額については、地方交付税措置を講じているので、管内市区町村へ周知の上、引き続き、円滑な認定事務の実施をお願いする。

障害支援区分の審査判定実績（平成27年10月～平成28年9月※速報値）

１．全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	53	23	1	0	0	0	0	77	24	31.2%	-	-
区分１	9	5,932	1,006	74	4	0	0	7,025	1,084	15.4%	9	0.1%
区分２	7	190	45,445	5,970	301	4	2	51,919	6,277	12.1%	197	0.4%
区分３	1	13	422	46,613	4,542	154	6	51,751	4,702	9.1%	436	0.8%
区分４	1	2	19	519	41,155	4,382	156	46,234	4,538	9.8%	541	1.2%
区分５	0	0	1	20	428	32,588	4,764	37,801	4,764	12.6%	449	1.2%
区分６	0	0	0	11	32	399	54,540	54,982	-	-	442	0.8%
合計件数	71	6,160	46,894	53,207	46,462	37,527	59,468	249,789	21,389	8.6%	2,074	0.8%
割合	0.0%	2.5%	18.8%	21.3%	18.6%	15.0%	23.8%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

			非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
支援区分	H26.10～H27.9	件数	62	6,078	44,929	51,651	45,554	37,535	63,658	249,467	-	23,361	9.4%	2,066	0.8%
		割合	0.0%	2.4%	18.0%	20.7%	18.3%	15.0%	25.5%	-	100.0%				
支援区分	H26.4～H26.9	件数	18	1,896	14,287	15,884	13,973	11,508	16,908	74,474	-	7,839	10.5%	743	1.0%
		割合	0.0%	2.5%	19.2%	21.3%	18.8%	15.5%	22.7%	-	100.0%				
程度区分	H25.10～H26.6	件数	155	9,034	27,194	27,605	20,435	19,199	25,750	129,372	-	44,638	34.5%	448	0.3%
		割合	0.1%	7.0%	21.0%	21.3%	15.8%	14.8%	19.9%	-	100.0%				
程度区分	H24.10～H25.9	件数	215	15,905	48,899	50,781	36,986	32,476	48,357	233,619	-	81,460	34.9%	773	0.3%
		割合	0.1%	6.8%	20.9%	21.7%	15.8%	13.9%	20.7%	-	100.0%				

※データは現在精査中のため今後修正があり得る。

2．身体障害

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	26	10	1	0	0	0	0	37	11	29.7%	－	－
区分１	2	1,868	308	20	0	0	0	2,198	328	14.9%	2	0.1%
区分２	1	48	9,093	929	39	0	0	10,110	968	9.6%	49	0.5%
区分３	0	8	170	16,246	1,357	54	2	17,837	1,413	7.9%	178	1.0%
区分４	0	2	10	176	11,671	953	28	12,840	981	7.6%	188	1.5%
区分５	0	0	0	8	154	12,979	1,353	14,494	1,353	9.3%	162	1.1%
区分６	0	0	0	5	13	187	36,617	36,822	－	－	205	0.6%
合計件数	29	1,936	9,582	17,384	13,234	14,173	38,000	94,338	5,054	5.4%	784	0.8%
割合	0.0%	2.1%	10.2%	18.4%	14.0%	15.0%	40.3%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

			非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
支援区分	H26.10～H27.9	件数	38	2,012	9,918	17,479	12,871	13,993	42,269	98,580	－	5,624	5.7%	826	0.8%
		割合	0.0%	2.0%	10.1%	17.7%	13.1%	14.2%	42.9%	－	100.0%				
支援区分	H26.4～H26.9	件数	11	673	3,444	5,530	3,925	4,194	9,642	27,419	－	1,732	6.3%	324	1.2%
		割合	0.0%	2.5%	12.6%	20.2%	14.3%	15.3%	35.2%	－	100.0%				
程度区分	H25.10～H26.6	件数	65	2,242	7,467	8,446	6,166	7,505	14,954	46,845	－	8,673	18.5%	263	0.6%
		割合	0.1%	4.8%	15.9%	18.0%	13.2%	16.0%	31.9%	－	100.0%				

3．知的障害

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	7	5	0	0	0	0	0	12	5	41.7%	－	－
区分１	1	2,144	292	11	0	0	0	2,448	303	12.4%	1	0.0%
区分２	2	62	15,120	1,826	92	1	1	17,104	1,920	11.2%	64	0.4%
区分３	1	4	174	21,118	2,407	76	5	23,785	2,488	10.5%	179	0.8%
区分４	0	0	4	310	28,551	3,607	132	32,604	3,739	11.5%	314	1.0%
区分５	0	0	1	12	304	23,470	4,116	27,903	4,116	14.8%	317	1.1%
区分６	0	0	0	4	18	279	34,934	35,235	－	－	301	0.9%
合計件数	11	2,215	15,591	23,281	31,372	27,433	39,188	139,091	12,571	9.0%	1,176	0.8%
割合	0.0%	1.6%	11.2%	16.7%	22.6%	19.7%	28.2%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

			非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
支援区分	H26.10～H27.9	件数	6	2,132	14,830	22,350	31,003	27,537	42,327	140,185	－	13,649	9.7%	1,109	0.8%
		割合	0.0%	1.5%	10.6%	15.9%	22.1%	19.6%	30.2%	－	100.0%				
支援区分	H26.4～H26.9	件数	1	525	4,054	6,099	9,035	8,268	10,959	38,941	－	4,308	11.1%	389	1.0%
		割合	0.0%	1.3%	10.4%	15.7%	23.2%	21.2%	28.1%	－	100.0%				
程度区分	H25.10～H26.6	件数	25	2,942	9,809	14,201	14,472	13,991	16,964	72,404	－	29,978	41.4%	185	0.3%
		割合	0.0%	4.1%	13.5%	19.6%	20.0%	19.3%	23.4%	－	100.0%				

4．精神障害

一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	18	9	0	0	0	0	0	27	9	33.3%	－	－
区分１	6	2,112	443	46	4	0	0	2,611	493	18.9%	6	0.2%
区分２	4	83	24,037	3,729	199	3	1	28,056	3,932	14.0%	87	0.3%
区分３	0	1	112	13,518	1,401	42	2	15,076	1,445	9.6%	113	0.7%
区分４	1	0	6	84	6,291	511	18	6,911	529	7.7%	91	1.3%
区分５	0	0	0	1	60	1,896	154	2,111	154	7.3%	61	2.9%
区分６	0	0	0	4	4	26	1,452	1,486	－	－	34	2.3%
合計件数	29	2,205	24,598	17,382	7,959	2,478	1,627	56,278	6,562	11.7%	392	0.7%
割合	0.1%	3.9%	43.7%	30.9%	14.1%	4.4%	2.9%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

			非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
支援区分	H26.10～H27.9	件数	23	2,179	22,752	16,305	7,355	2,375	1,669	52,658	－	7,058	13.4%	338	0.6%
		割合	0.0%	4.1%	43.2%	31.0%	14.0%	4.5%	3.2%	－	100.0%				
支援区分	H26.4～H26.9	件数	5	764	7,663	5,502	2,664	766	563	17,927	－	2,634	14.7%	115	0.6%
		割合	0.0%	4.3%	42.7%	30.7%	14.9%	4.3%	3.1%	－	100.0%				
程度区分	H25.10～H26.6	件数	71	4,264	11,682	7,820	2,477	948	671	27,933	－	11,456	41.0%	56	0.2%
		割合	0.3%	15.3%	41.8%	28.0%	8.9%	3.4%	2.4%	－	100.0%				

5．難病

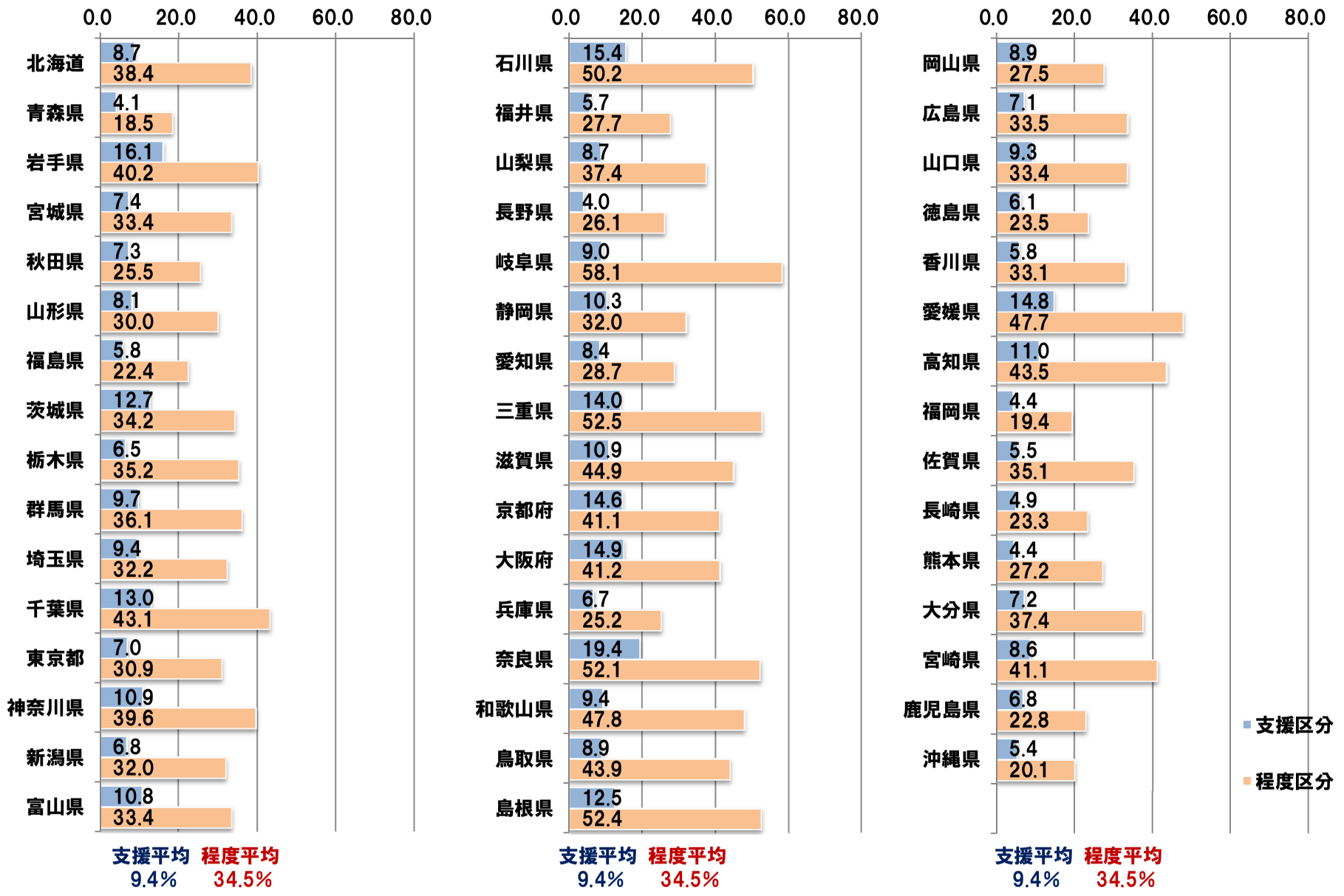
一次判定＼二次判定	非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
非該当	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0.0%	－	－
区分１	0	97	20	0	0	0	0	117	20	17.1%	0	0.0%
区分２	1	4	407	48	2	0	0	462	50	10.8%	5	1.1%
区分３	0	0	8	646	62	4	1	721	67	9.3%	8	1.1%
区分４	0	0	0	8	398	46	0	452	46	10.2%	8	1.8%
区分５	0	0	0	0	3	333	38	374	38	10.2%	3	0.8%
区分６	0	0	0	0	0	4	894	898	－	－	4	0.4%
合計件数	3	101	435	702	465	387	933	3,026	221	7.3%	28	0.9%
割合	0.1%	3.3%	14.4%	23.2%	15.4%	12.8%	30.8%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

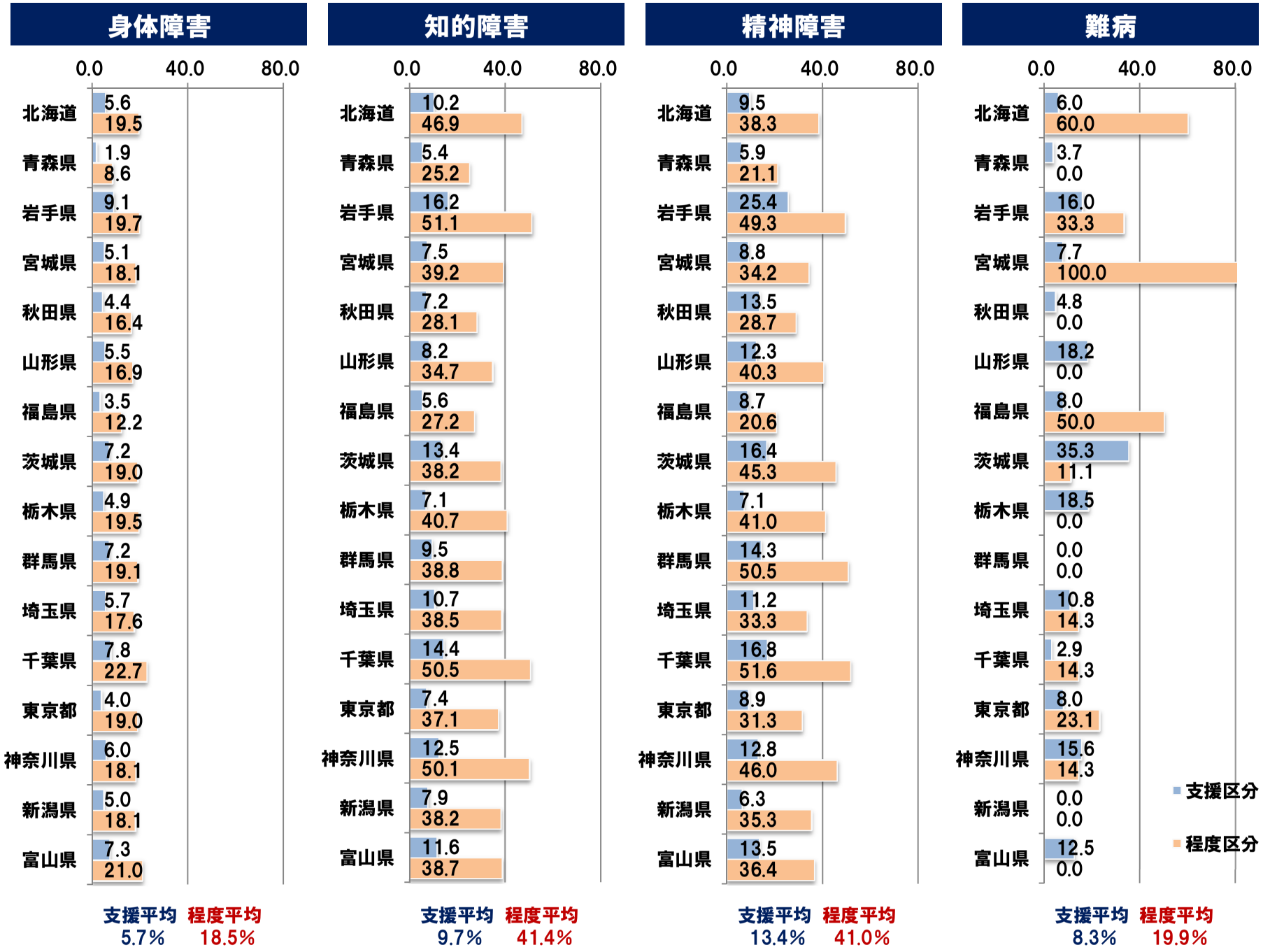
			非該当	区分１	区分２	区分３	区分４	区分５	区分６	合計件数	割合	上位区分 変更件数	上位区分 変更率	下位区分 変更件数	下位区分 変更率
支援区分	H26.10～H27.9	件数	0	70	320	563	317	246	534	2,050	－	171	8.3%	21	1.0%
		割合	0.0%	3.4%	15.6%	27.5%	15.5%	12.0%	26.0%	－	100.0%				
支援区分	H26.4～H26.9	件数	1	35	114	181	105	80	151	667	－	53	7.9%	6	0.9%
		割合	0.1%	5.2%	17.1%	27.1%	15.7%	12.0%	22.6%	－	100.0%				
程度区分	H25.10～H26.6	件数	2	38	90	91	41	34	55	351	－	70	19.9%	1	0.3%
		割合	0.6%	10.8%	25.6%	25.9%	11.7%	9.7%	15.7%	－	100.0%				

都道府県別 上位区分変更率（二次判定での引き上げ率）※速報値

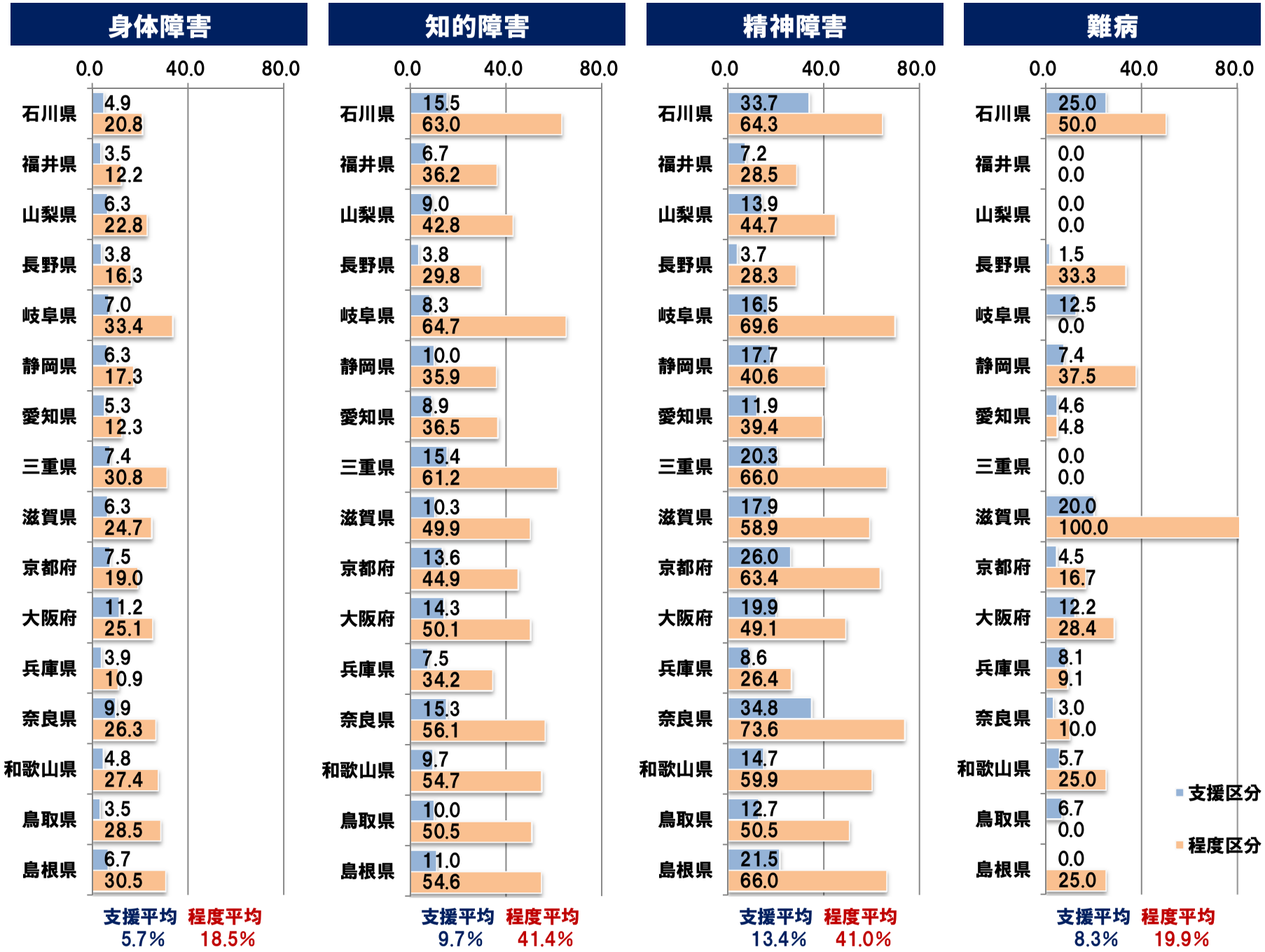
全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）



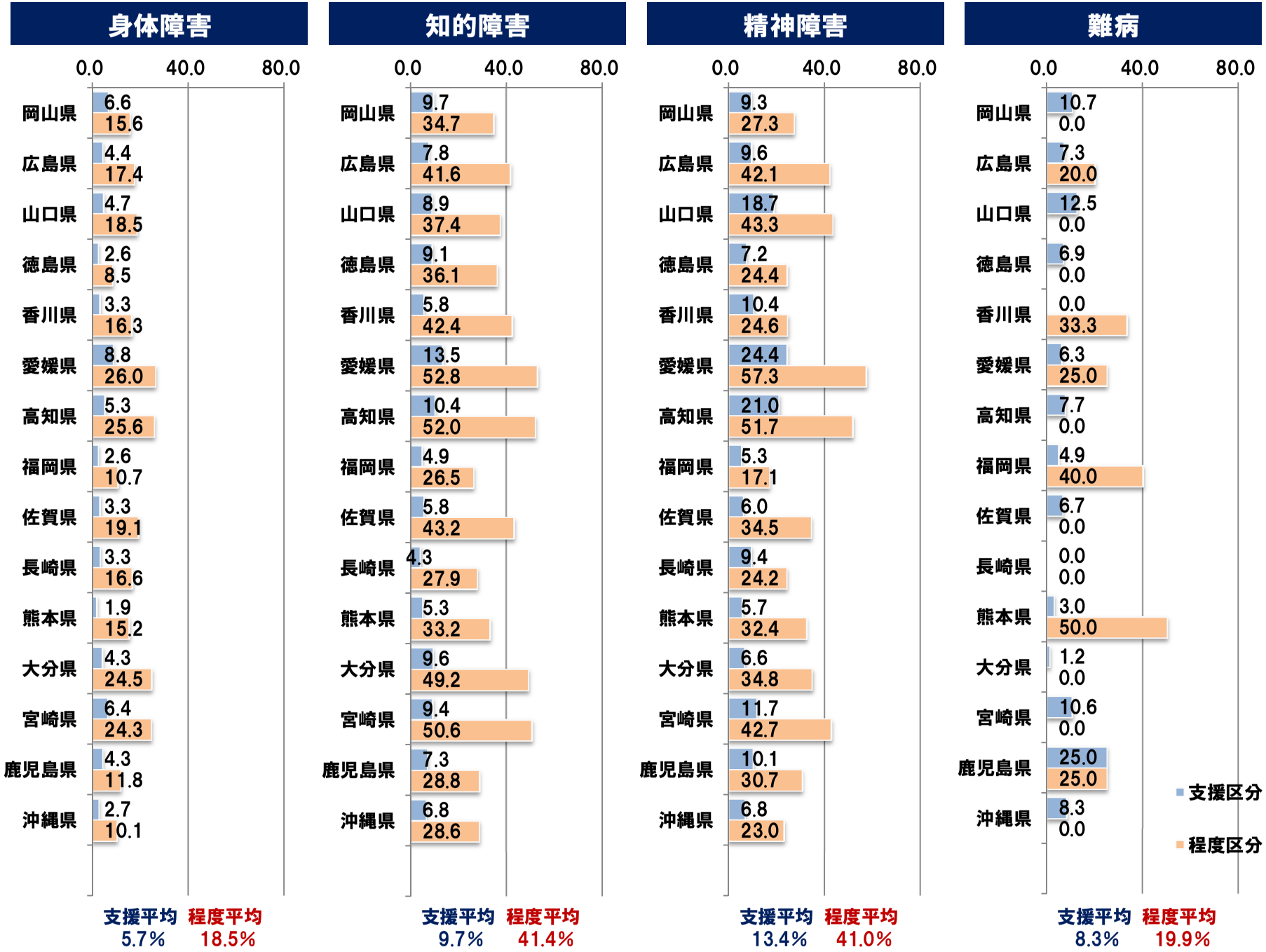
障害種別 上位区分変更率



障害種別 上位区分変更率



障害種別 上位区分変更率



「障害支援区分の認定状況の実態に関する分析」調査
（平成２７年度障害者支援状況等調査研究事業）

１．調査の目的

制度運用における課題を把握するため、障害支援区分の構成割合が全国平均と比較して乖離のある自治体等について個別にその認定状況等を調査し、２次判定における引き上げ割合の高い要因等について分析・検証する。

２．調査実施主体

みずほ情報総研株式会社（厚生労働省の委託事業として実施）

３．調査方法

（１）過去の障害程度区分及び障害支援区分の認定データの分析

（２）アンケート調査

・全国から100自治体を抽出し、自治体調査票、認定調査員調査票、審査会委員調査票を配布、自治体の障害支援区分担当者及び認定調査員・審査会委員に回答を依頼。

（100自治体の内訳）

①一次判定の障害支援区分構成割合が高い自治体	25市町村
②　〃　低い自治体	25市町村
③二次判定の区分の変更率が高い自治体	25市町村
④　〃　が低い自治体	25市町村

※一定の規模を確保するため、平成26年度に報告された認定件数が30件以上である584自治体から抽出

（３）審査会資料調査

・アンケート調査の対象とした100自治体について、実際の審査会資料等を収集し、二次判定における区分変更の根拠等を調査。

４．回収率等

○アンケート調査

	配布数	回収数	回収率
自治体調査票	100	98	98.0%
認定調査員調査票	各自治体より配布	835	－
審査会委員調査票	各自治体より配布	871	－

○審査会資料調査

	依頼数	回収数	回収率
市町村審査会資料	2,000	1,868	93.4%
特記事項	2,000	1,909	95.5%
医師意見書	2,000	1,908	95.4%

「障害支援区分の認定状況の実態に関する分析」調査結果概要

○過去の認定データの分析結果及びアンケートの回答内容の集計結果等をもとに検証を行った結果、以下の課題が示唆された。

①制度の趣旨や運用を周知徹底し、市町村審査会による適正な審査を担保することが必要。

・審査会において、更新前の区分や利用者の利用希望サービスを参考に区分を引き上げる、一次判定ですでに評価されている内容を根拠に区分を引き上げる等、運用上適切ではないと考えられる事例が存在した。
・市町村担当者においても、「二次判定の区分変更率が高い自治体」では更新前の区分と異なる一次判定結果が出た場合に引き上げが検討されていることを把握している自治体が7自治体/24自治体存在した。

②都道府県が実施する研修の充実と参加促進を図り、認定調査員・審査会委員・主治医の質的担保を図ることが必要。

・都道府県が実施する市町村審査会委員研修へ障害支援区分施行以降に参加した割合は、「③二次判定の区分変更率が高い自治体」の審査会委員が調査対象者全体より低かった。
・「③二次判定の区分変更率が高い自治体」では、医師意見書や認定調査票の特記事項の記載の有無に有意差が見られた。
・認定調査員が判断に迷う調査項目に一定の傾向が見られたほか、特に知的障害・精神障害の方について調査に困難を感じる部分があると回答した者が多数存在した。
・都道府県が実施する認定調査員等向け研修について内容が不十分、受講が困難等の意見があった。

③上位区分への構成割合のシフト等、障害支援区分の審査判定の傾向については、引き続き分析が必要。

・認定実績データの経年変化の比較では、障害支援区分の一次判定結果は、障害程度区分の二次判定よりも区分１が少なく、区分４が多い傾向が見られたが、その他の区分の構成割合は過去の増加・減少傾向を引き継ぐ傾向であった。
・有識者からは障害支援区分では一次判定の時点で障害程度区分の二次判定とほぼ同じ結果が出ており、障害特性をより反映した一次判定ができているとの意見があった。
・65歳以上で平均区分が上昇する傾向が障害程度区分・障害支援区分で同様に見られ、全申請者に占める65歳以上の割合は、平成25年度から平成26年度にかけて増加していた。対象者の高齢化の影響を一定程度受けていると考えられた。

障害支援区分の適切な認定を推進するための取組例

認定調査の平準化

○認定調査員に対する自治体独自研修の開催

自治体規模	人口約15万人、年間認定件数約270件、認定調査員数61名
取組の概要	・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施しており、委託先の認定調査員を対象に自治体独自で研修を開催。 ・調査員の数も多く調査結果のバラツキが見られること、障害程度区分から障害支援区分への変更点についてなかなか理解が進まなかったことが実施のきっかけ。 ・研修内容としては、個々の障害者に必要な支援をいかに拾い上げることができるかという視点から、実際の審査会で具体的に指摘された事項を説明するなどしている。

認定調査・医師意見書の記載充実

○審査会合議体全体会の開催

自治体規模	人口約56万人、年間認定件数約540件、認定調査員数30名、審査会合議体数10、審査会委員数24人
取組の概要	・年に１回、各合議体の審査会委員と事務局が出席する協議会を開催。 ・審査会委員の視点で認定調査や医師意見書に記載して欲しいことや要望を伝える場となっており、認定調査や医師意見書の記載の内容充実につながっている。

審査判定の平準化

○審査会委員への自治体独自研修

自治体規模	人口約55万人、年間認定件数620件、審査会合議体数6、審査会委員数30人
取組の概要	・審査会委員を対象とした自治体独自の研修を実施。普段とは違う合議体での模擬審査を行ったところ、合議体による審査方法の違いを各々の委員が実感でき、審査の平準化に役立っている。 ・年２回、各合議体が集まる審査会全体会を開催し、合議体毎の審査判定実績を共有している。