【 講義１ 】

精神障害者の地域移行をめぐる動向①
～精神科医療の現状～

公益社団法人　日本精神保健福祉士協会

精神保健福祉施策の改革のビジョンの枠組み

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

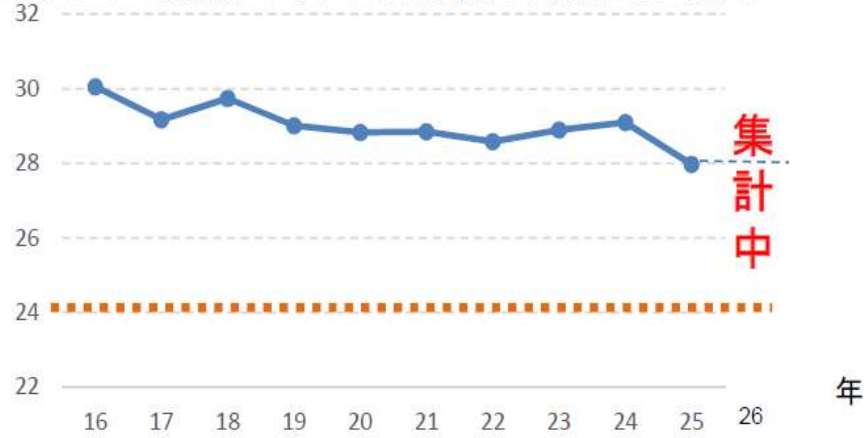
※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

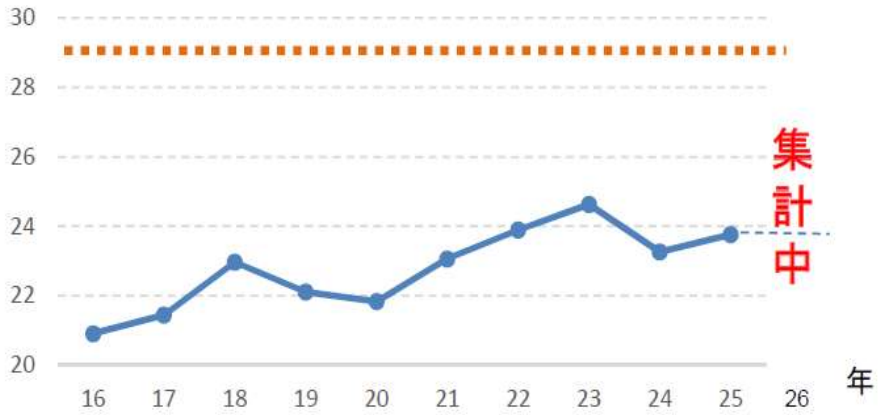
精神保健医療福祉の改革ビジョンの評価①
（精神保健医療福祉体系の再編の達成目標）

○　平成16年から平成26年までの10年間、精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づき、精神保健福祉施策を推し進めてきた。
○　結果として、平均残存率も、退院率も一定の改善傾向はみられるものの、平成26年における当初設定した目標の達成は困難であると考えられる。

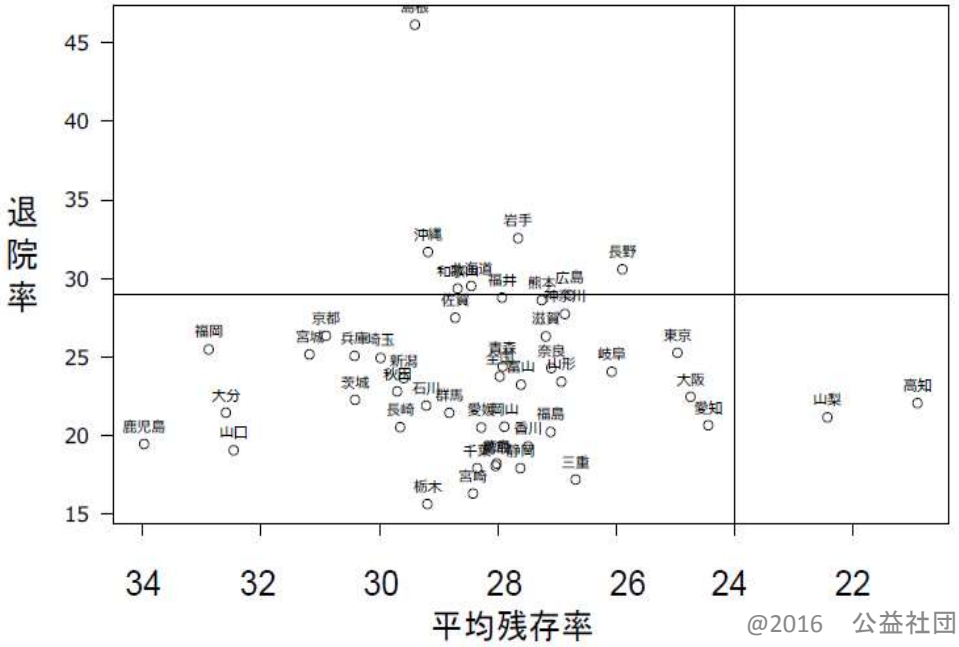
○全国の平均残存率（1年未満群）：**目標24%以下**



○全国の退院率（1年以上群）：**目標29%以下**



○平成25年における各都道府県の平均残存率及び退院率



平成25年における達成状況	全国値（目標値）	達成都道府県数
平均残存率（1年未満群）	28．0%（24%以下）	2
退院率（1年以上群）	23．8%（29%以上）	6

精神・障害保健課調べ

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神保健医療福祉の改革ビジョンの評価②
（精神保健医療福祉体系の再編の達成目標）

○ 精神病床数は、平成14年の35.6万床から、平成26年に33.8万床へと、1.8万床の減少となっている。
○ 精神病床における入院患者数は、平成14年の33.2万人から、平成26年に29.6万人へと、3.6万人の減少となっている。

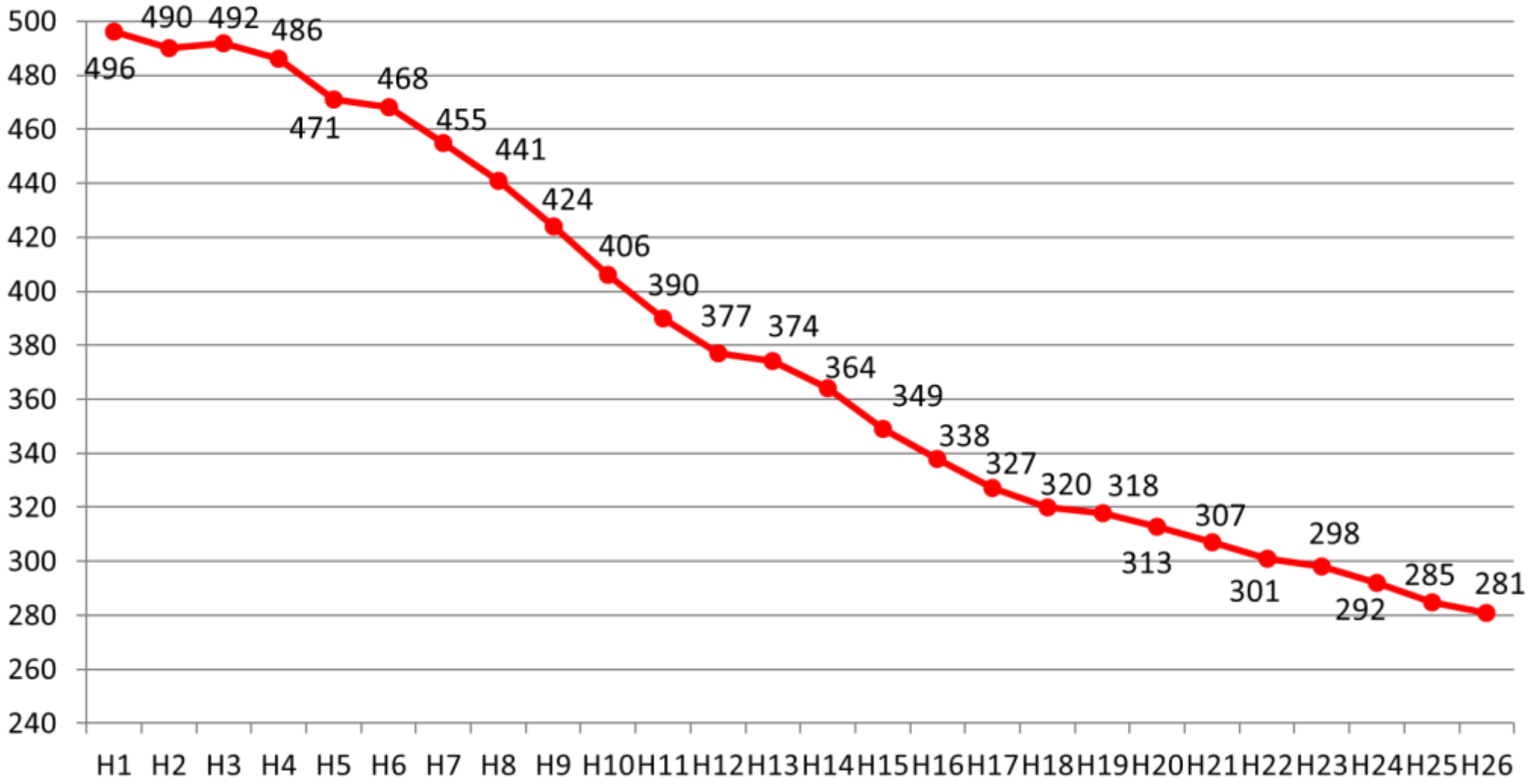
※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

在院日数（単位：日）



$$※平均在院日数=\frac{年間在院患者延数}{½×（年間新入院患者数＋年間退院患者数）}$$

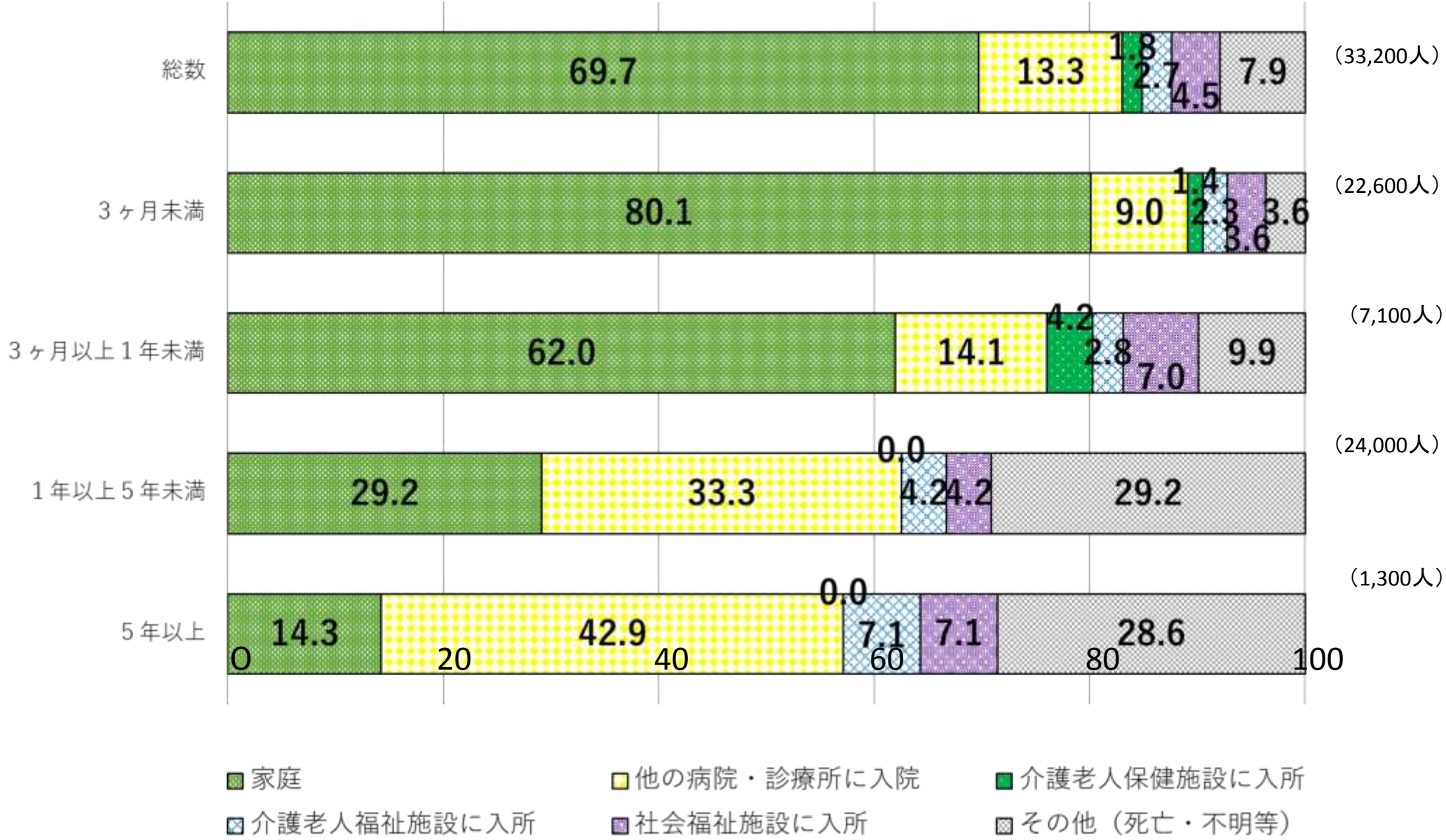
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先

入院期間

（単位：%）



資料：厚生労働省「患者調査」より　厚生労働省障害保健福祉部で作成

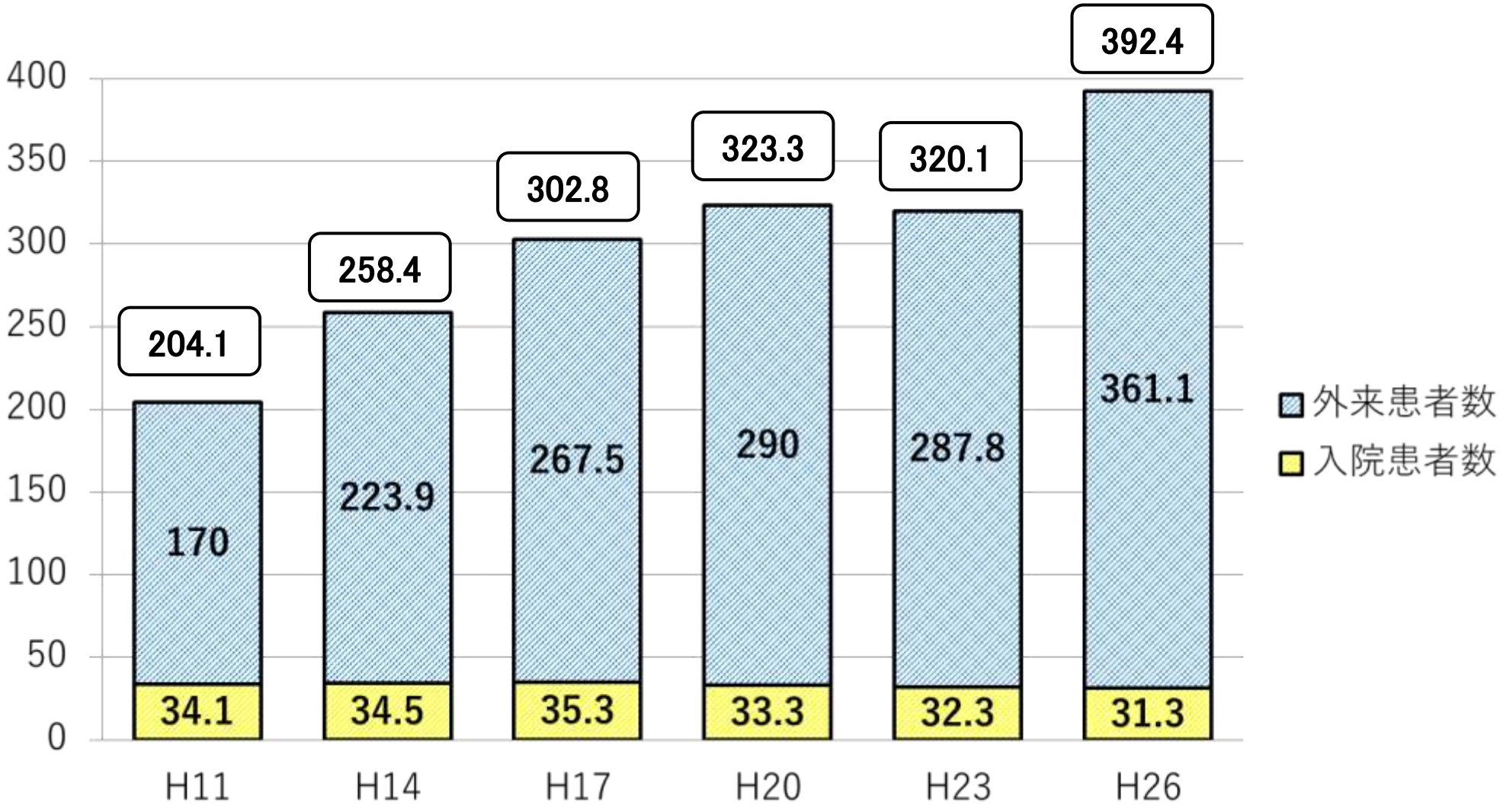
@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神保健医療福祉の現状について

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神疾患を有する総患者数の推移

（単位：万人）



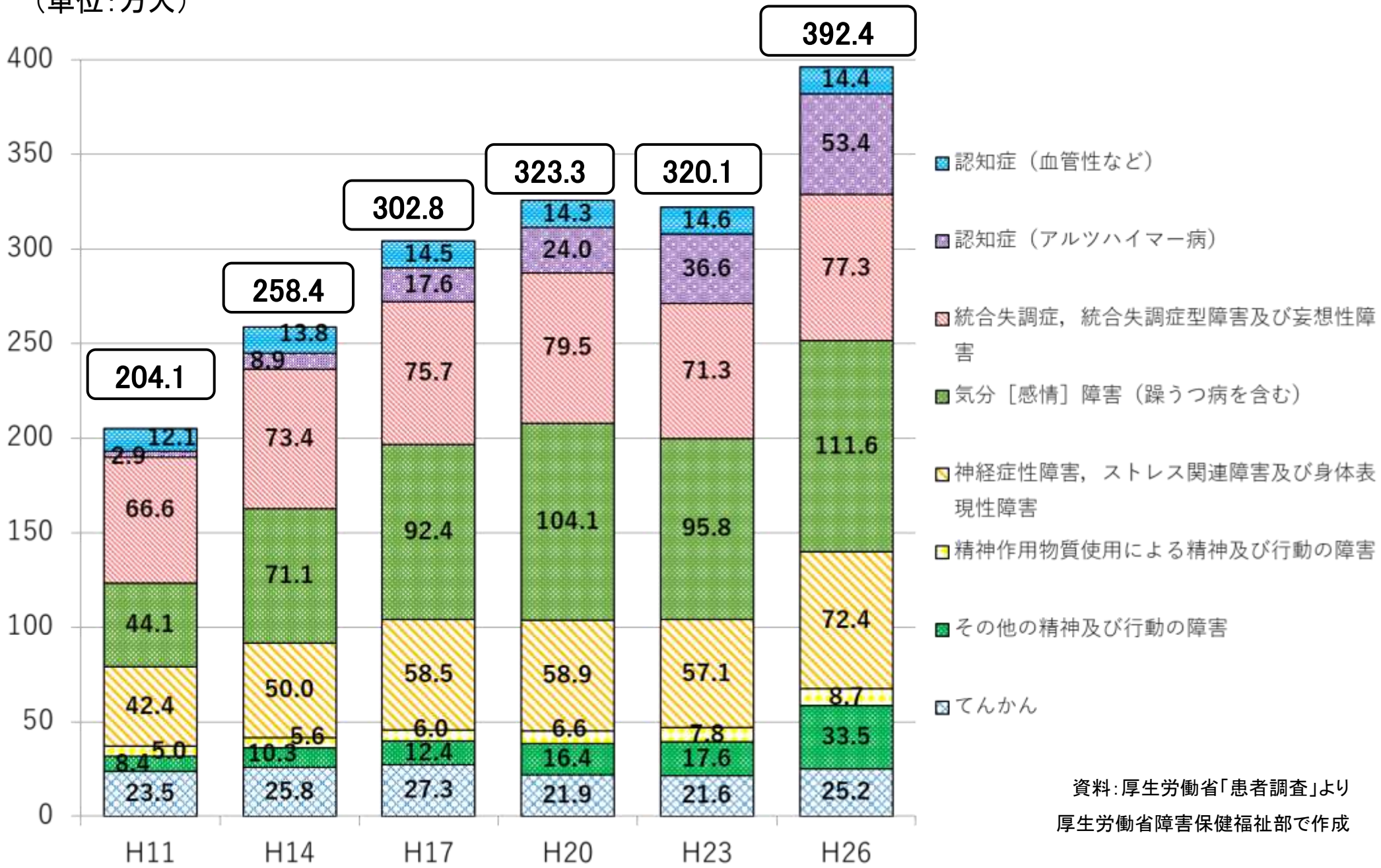
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神疾患を有する総患者数の推移（疾病別内訳）

（単位：万人）



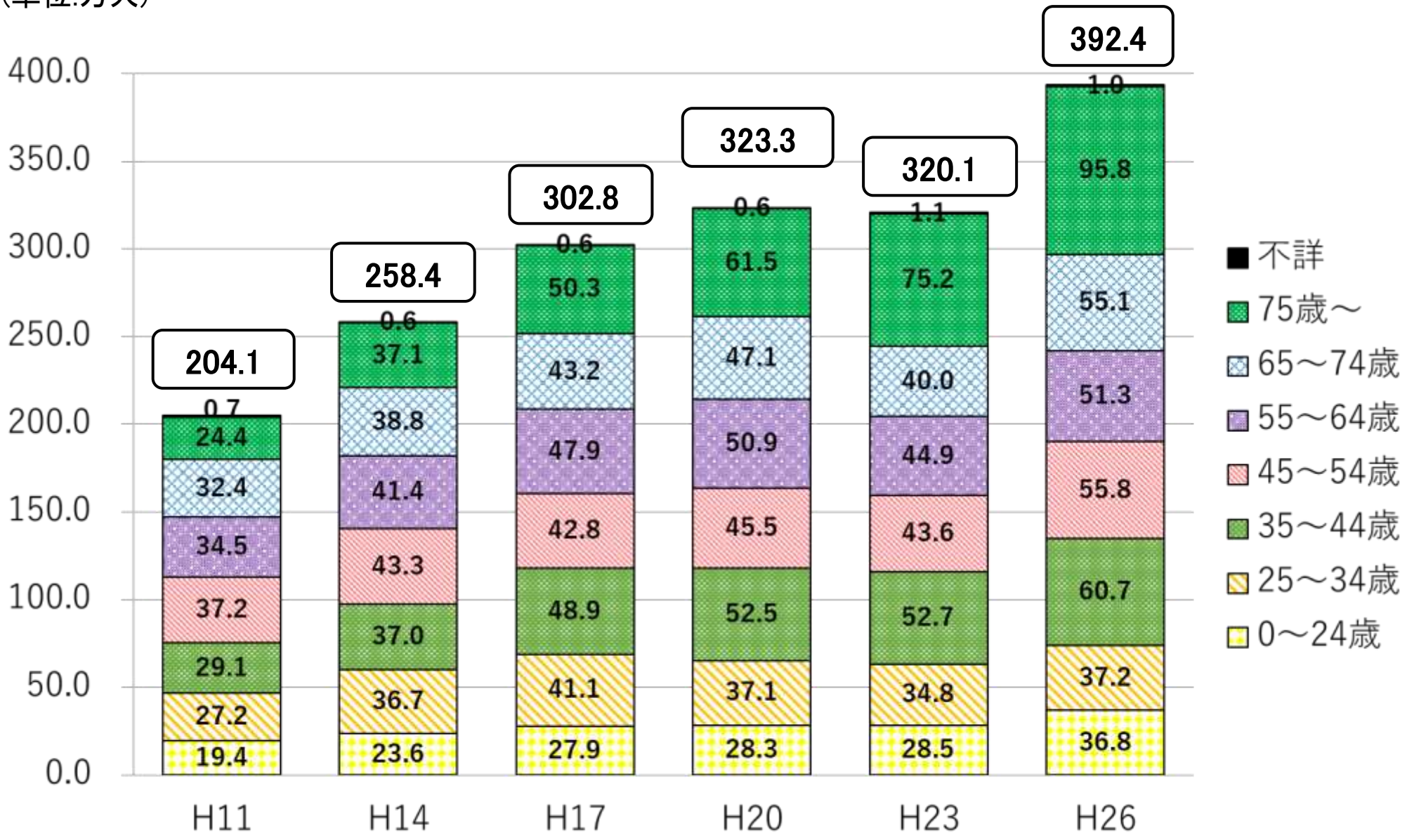
資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神疾患を有する総患者数の推移（年齢階級別内訳）

（単位:万人）



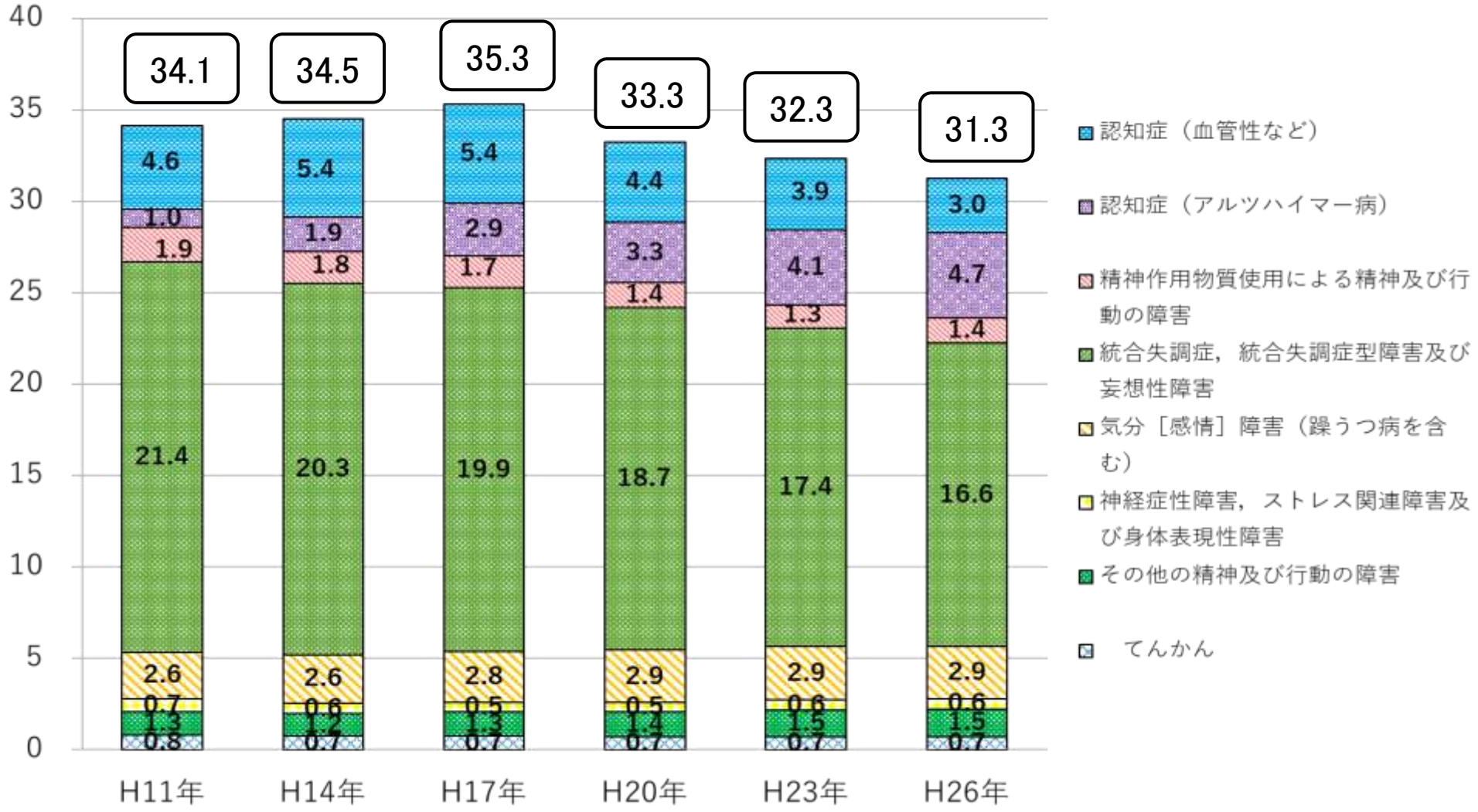
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

（単位：万人）



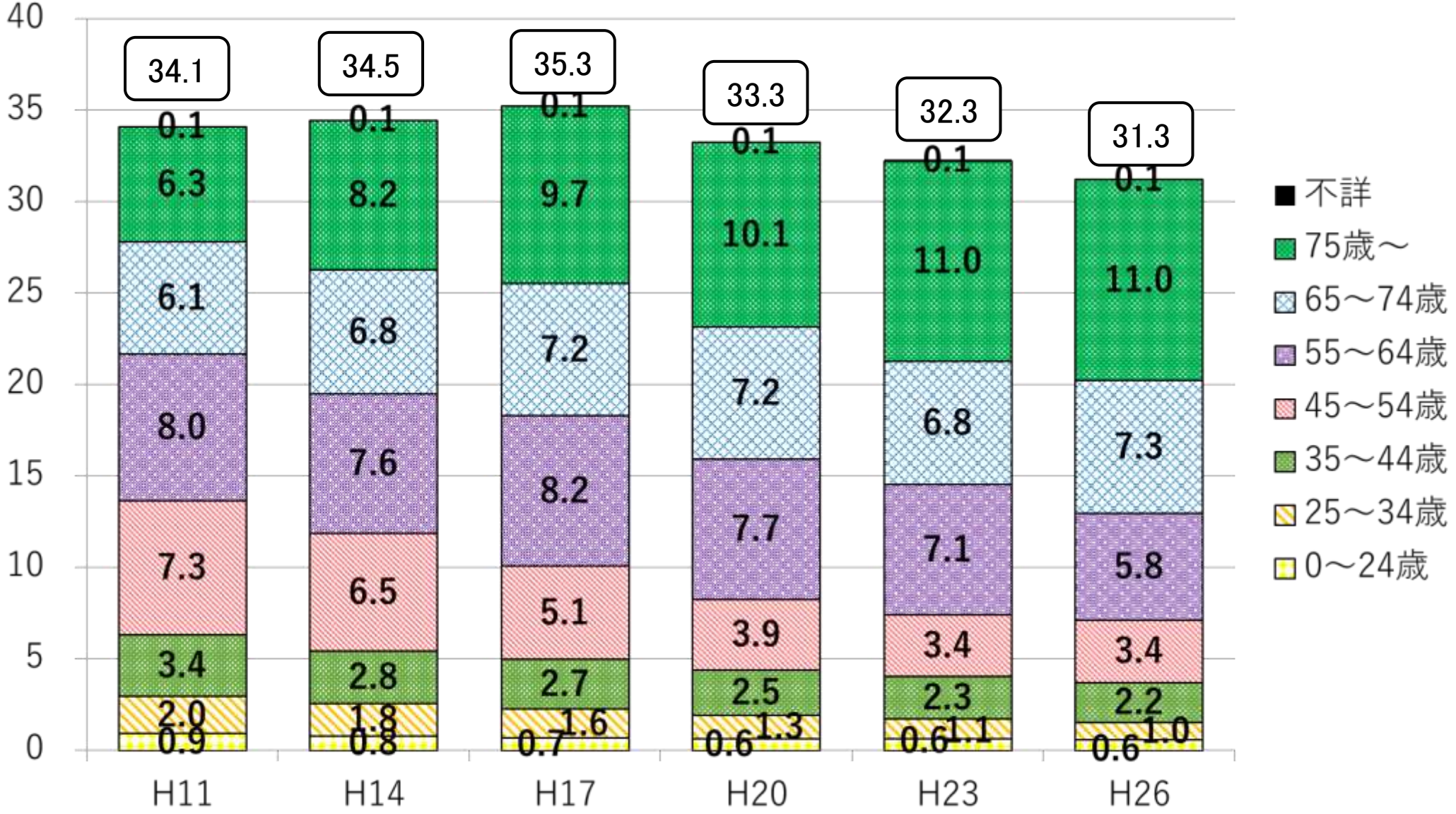
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

（単位：万人）



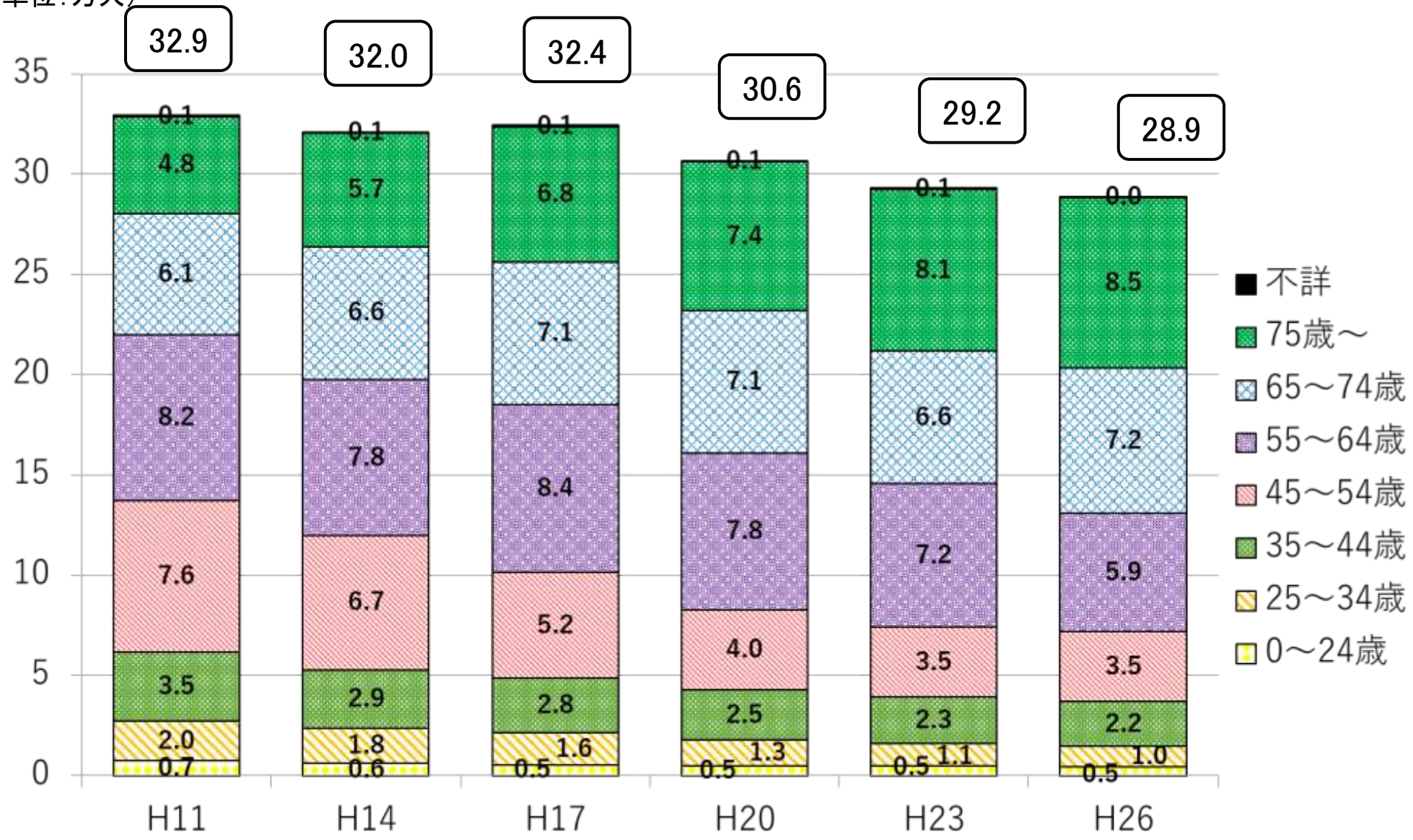
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

（単位：万人）

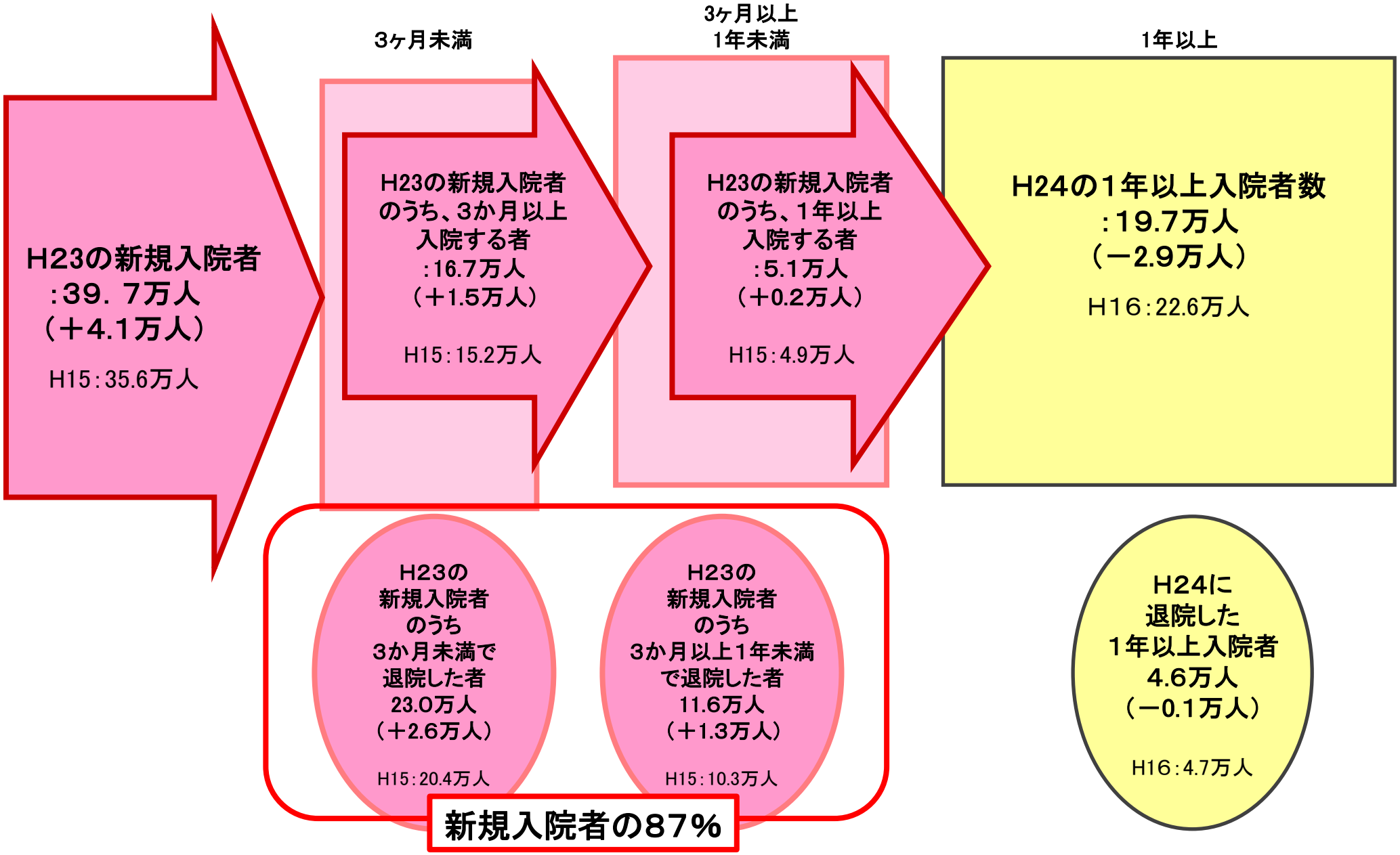


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

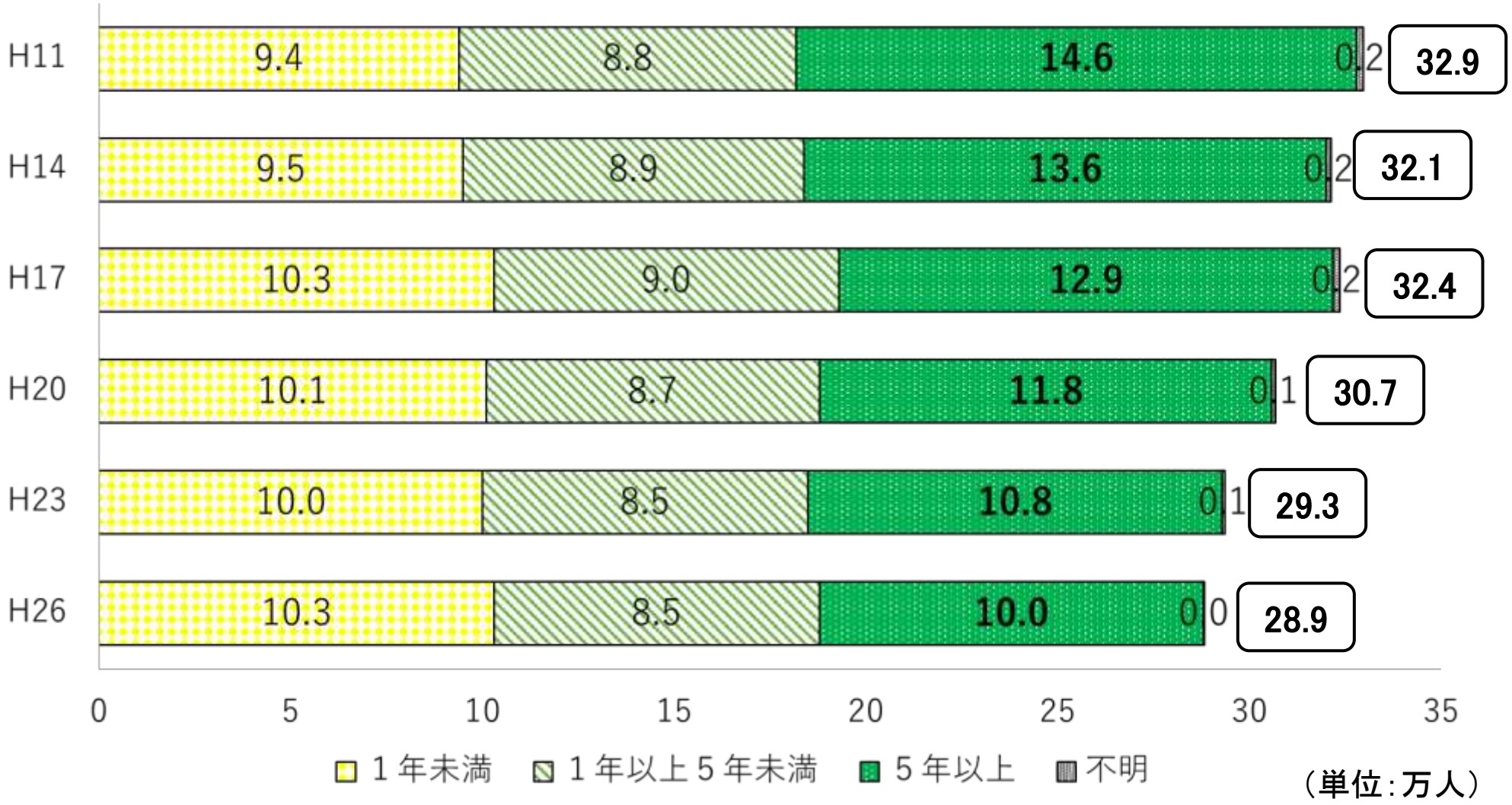
精神病床における患者の動態の年次推移



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

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

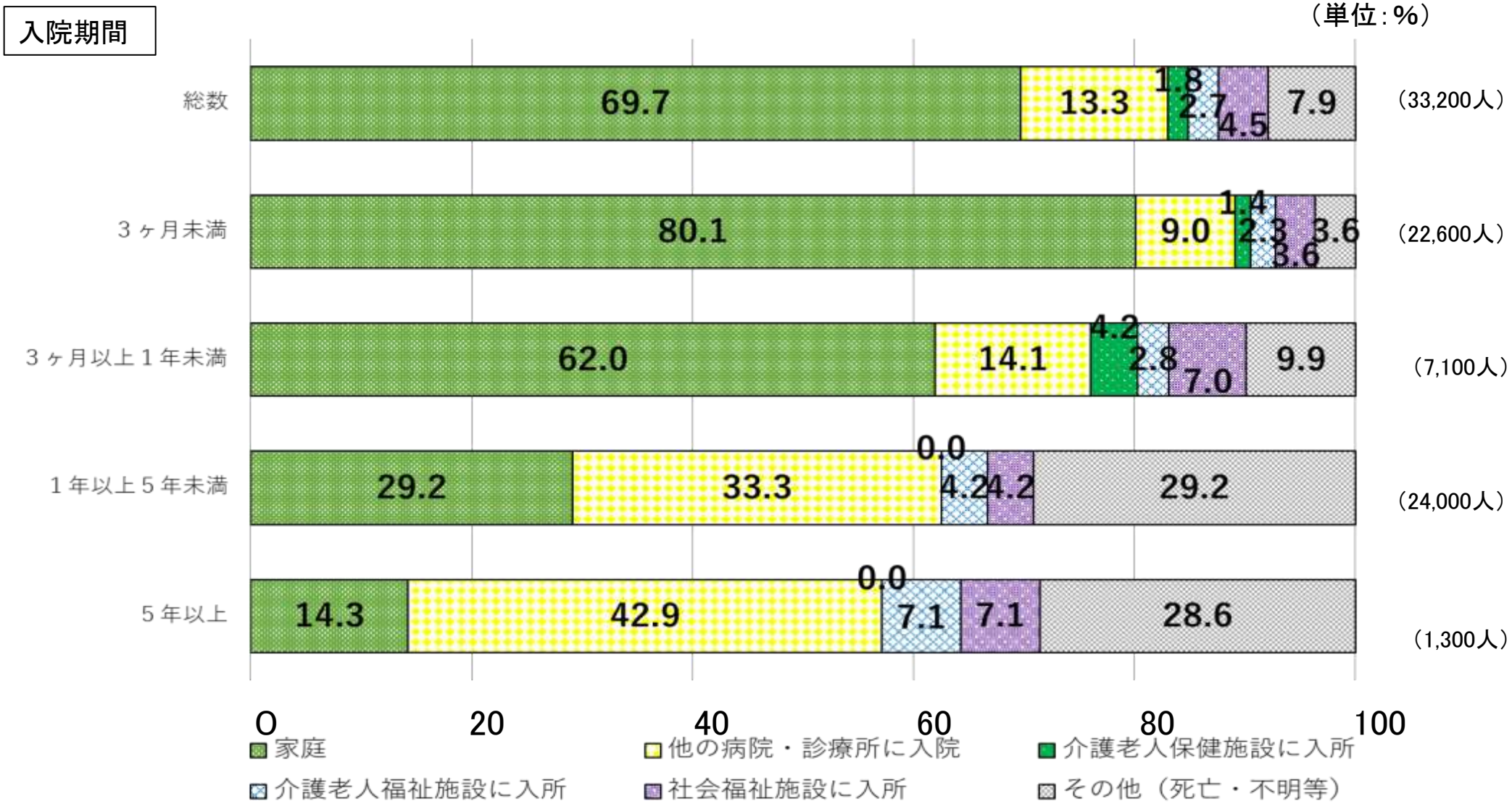


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

平成26年 精神病床退院患者の退院後の行き先



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

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

長期入院精神障害者の地域移行について

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

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概要

厚生労働省資料

（平成25年6月13日成立、同6月19日公布）

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）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1．改正法の概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置

・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携

・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2．施行期日

平成26年4月1日（ただし、1．（4）①については平成28年4月1日）

3．検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

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）

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支援とし、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否との強い意見があった。

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策

出典　厚生労働省資料

精神科病院

入院医療の必要性の判断

必要性が急性期等と比べて低い場合

㋐　退院に向けた支援

㋐－1 退院に向けた意欲の喚起

＜主な方策＞

○病院スタッフからの働きかけの促進
- 病院スタッフの地域移行に関する理解の促進

○外部の支援者等との関わりの確保
- ピアサポート、地域の障害福祉事業者等の更なる活用
- 関係行政機関の役割（都道府県等による入院患者の実態把握の促進等）

○その他
- 精神科病院について、社会に開かれた環境（見舞い、外出をしやすい環境等）の整備を推進

㋐－2 本人の意向に沿った移行支援

＜主な方策＞

○地域移行後の生活準備に向けた支援
- 入院中からの精神障害者保健福祉手帳等の申請等に向けた支援、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービス等の利用の検討と準備
- 地域生活を体験する機会の確保等

○地域移行に向けたステップとしての支援
- 実際の地域生活につながるような生活能力を身につけるための支援方法の検討訓練の在り方に関する検討
- 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

㋒ 関係行政機関の役割

- 国は、都道府県で人材育成の中核となる指導者を養成するための研修を実施
- 都道府県・保健所等は、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

地域

㋑　地域生活の支援

＜主な方策＞

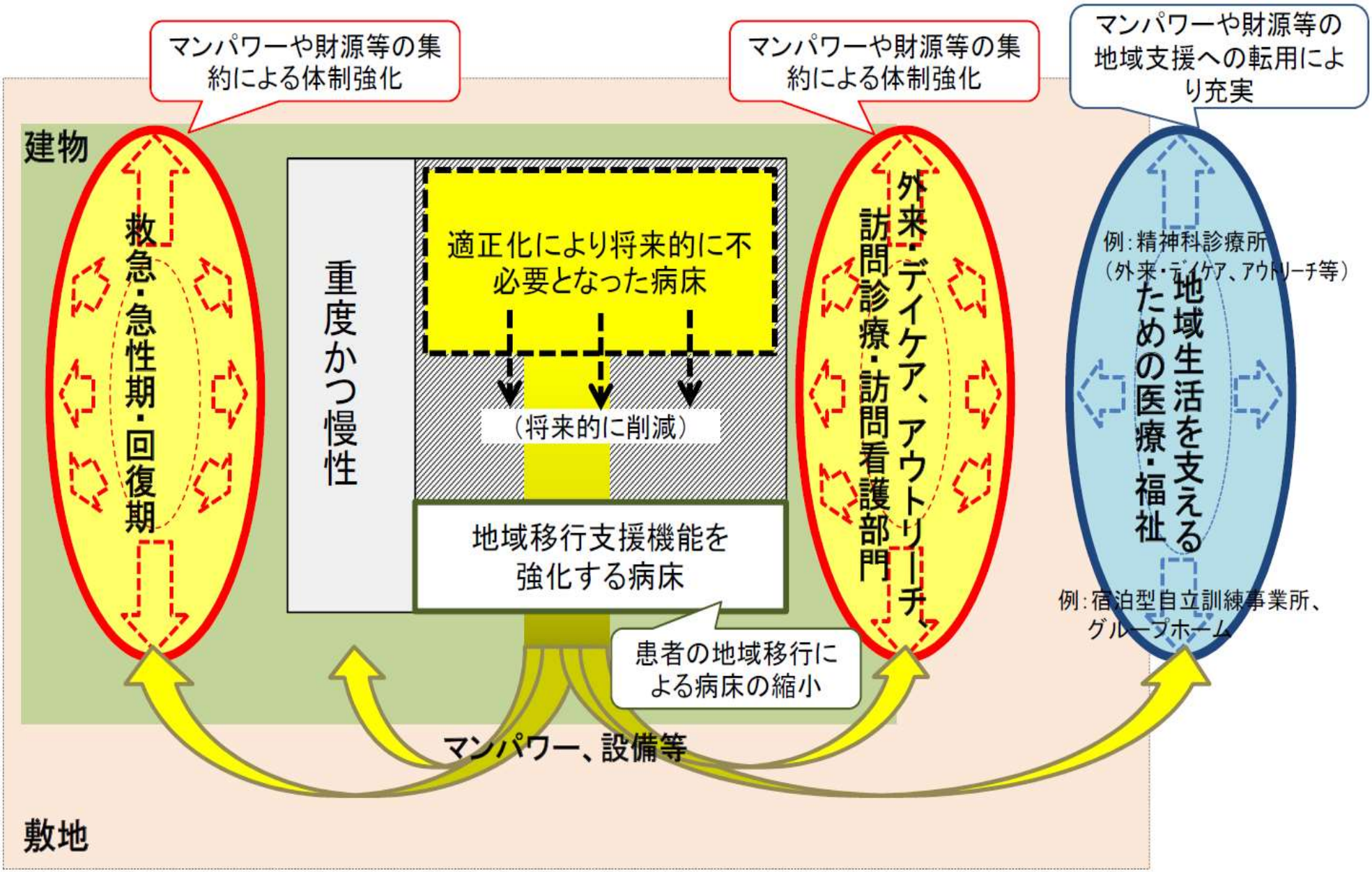
○居住の場の確保
→生活障害・要介護等の状態にある精神障害者の受入れに係る課題解消に向け、検討
- グループホームの活用
- 公営住宅の活用促進等

○地域生活を支えるサービスの確保
→医療と福祉の協働による地域生活を支えるサービスの提供等
- 地域生活を送る上で効果的な外来医療やデイケア等の在り方についての検討
- アウトリーチ、訪問看護等の充実
- 地域定着支援、短期入所、生活訓練の更なる活用

○その他
- 地域生活を支えるためのサービスや精神障害者本人及び家族への相談支援に関し、医療・福祉サービス等が総合的に提供される方策の検討

病院が病床削減できるための構造改革

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

●(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527 点(1日につき)

[施設基準]

1. 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が 15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
2. 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が 40 を超える場合は3名以上)配置されていること。
3. 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の 90%に相当する数以上の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。)。
4. 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の 1.5%に相当する数以上であること。
5. 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
6. 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
7. 平成 31 年度までに新規の届出を行うこと。

●精神科地域移行実施加算の評価(10点→20点)

@2016 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

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取りまとめより

精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状

・最近の新規入院者は3か月で約6割、１年以内に9割が退院している。1割の人は長期入院になり、１年以上の長期入院精神障害者は約２０万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）であり、そのうち毎年約5万人が退院しているが、新たに毎年約5万人の精神障害者が1年以上の長期入院に移行している。

・長期入院精神障害者は減少傾向にあるが、６５歳以上の長期入院精神障害者は増加傾向となっている。（１年以上の入院者の５１％は６５歳以上）

・死亡による退院が増加傾向となっている。（年間１万人超の長期入院精神障害者が**死亡**により退院）

新たな地域精神保健医療体制のあり方についての論点整理より

〇精神病床数（入院患者数）の変化をみると、平成14年の35.6万床（33.2万人）から、平成26年に33.8万床（29.6万人）へと、1.8万床（3.6万人）減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。

〇厚生労働科学研究（平成24～27年度）において、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案の取り扱いを検討する必要がある。

（対応の方向性）

〇「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、１年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。これにより、１年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち**約4割**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、**入院から地域生活への移行が可能であると示唆された。**

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

- あなたの地域の精神科病院には、何人の長期入院患者がいますか？

- あなたの勤める精神科病院には、何人の長期入院患者がいますか？

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

長期精神障害者のイメージ

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

長期精神障害者の対応に不安を感じたりしていませんか？

急に興奮したりするのでしょ

病状なのか性格の問題なのか分からない

幻覚・妄想が活発なんでしょう？

入院しているってことは病状が安定していないってことだよね

話が入らない人だよね

怖い・危険でしょ

「死にたい」と言われてどう返せばいいの？

周囲の人と合わせることができない人でしょう

寝てばかりいるときと元気なときとのギャップがありすぎ

支援するときの距離の取り方が難しい

どこまで手を出していいのだろうか？

通院先と連携したいけど敷居が高いな・・

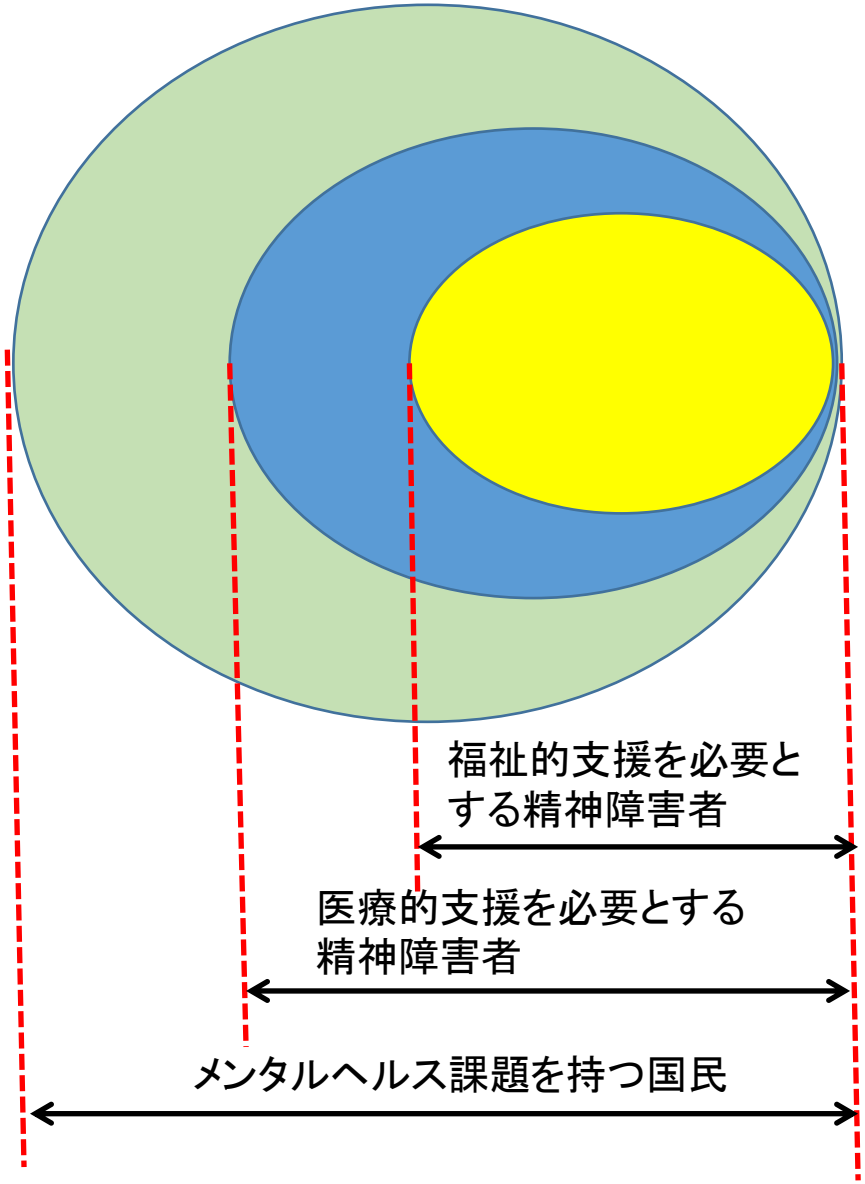
平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より
筆者一部加筆

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神障害者の特性について

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神障害者の定義



精神保健福祉士法

- この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

医療にかかっている精神障害者は約400万人！

障害者基本法

- 身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

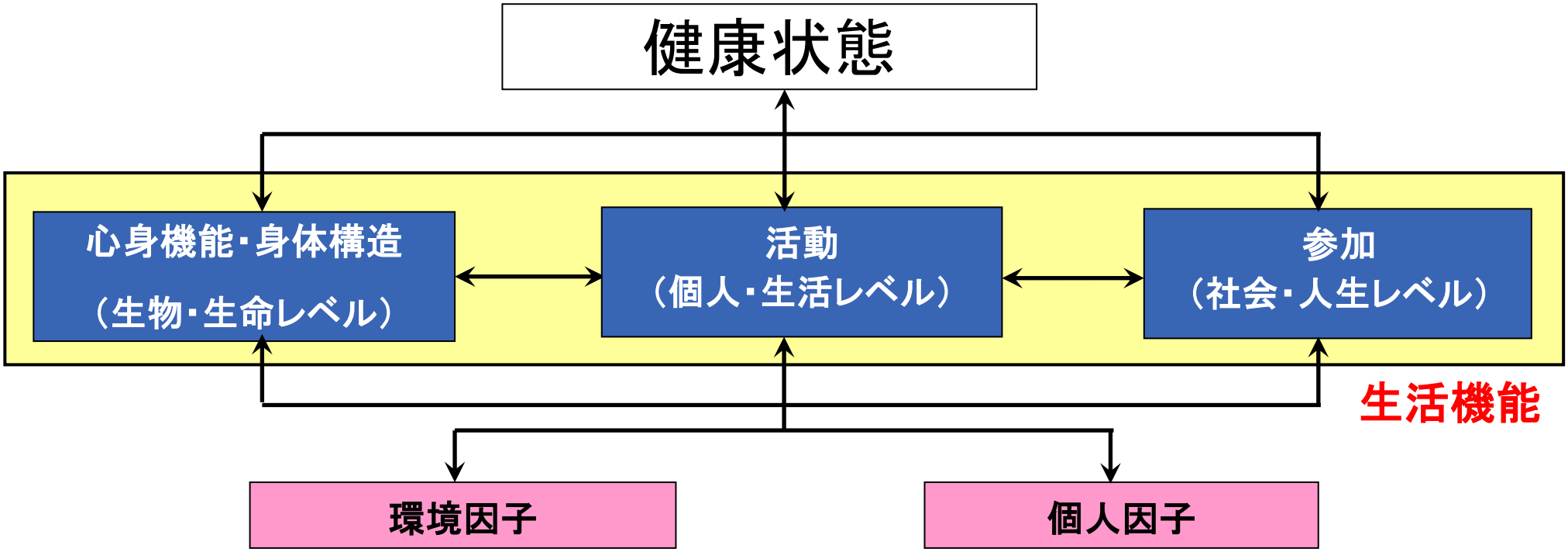
障害福祉サービス等を利用している精神障害者は約16万人

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神障害者の障害特性の理解のために
～国際生活機能分類（ICF）の活用～

ICF の目的　「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」



- 生活機能の3レベル（心身の働き、生活行為、家庭・社会への関与・役割）は相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」「個人因子」からも影響を受ける。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神障害者の障害特性理解のためのポイント①

- 生活に必要な体験の不足、歪みがある
- 集中力、記憶力、整理能力、計画能力、問題解決能力など、社会機能（統合的な認知機能）の障害がある
- 状況や人への依存性が高い（限局された依存関係）
- 要素的な障害や問題への対処はあまり効果がない
- 個々の差が大きい（同じ疾病？）

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

精神障害者の障害特性理解のためのポイント②

- 疾病と障害が分かちがたく併存し、病状が障害に影響する。このため日常生活および社会生活において障害の現われ方に波がある。

  例）昨日やれていたことが今日はできない。

- 社会的障壁が活動制限や参加制約の要因となって、本人の生きづらさ、生活のしづらさにつながっている。

  例）精神障害者に対する誤解や偏見、理解の低さ

- 過度の自信喪失、自己肯定感の低下が認められる場合がある。

- 二次的な障害である長期間にわたり刺激の少ない環境にいたことによる施設症（感情の平板化、意欲の低下、従順さ、等）と区別する。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

支援のポイント

- まず出会ってください　出会いが理解の第一歩です
- 一人ひとりが豊かな個性を持った人です
- 精神障害者がその人ではなく、その人がたまたま精神疾患にかかり生活のしづらさ等の障害を持ったということ。
- 自らの力をより発揮し、できないことが支援を受けることで自分らしく生きていくことができることを認めることが大切です
- 支援や対応の仕方に正解はありません。
- 障害があっても、高齢になっても、適切な環境で成長、変化できることに確信をもち、その人なりの自立を支援してください。
- 1人で抱え込まず、他の支援者や機関とチームを組んで支援するという意識を持ちましょう。連携、協働していくことで答えが見えてきます。
- 苦手に思えることも視点を変えてみると、その人への理解が深まり、支援が楽しくなります。リフレ―ミングしてみましょう！

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より筆者加筆

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会

リフレーミングとは

- 世界的な名画も、額縁（フレーム）を変えると
  その印象もがらりと変わります。
- リフレ―ミングとは、ある枠組み（フレーム）で捉えられている物事を枠組みをはずして、違う枠組みで見ることです。
- 同じ物事でも、人によって見方や感じ方が異なり、ある角度で見たら長所や強みになり、また短所や弱みにもなるものです。

平成27年度障害者総合福祉推進事業
「精神障害の特性に応じたサービス提供ができる従事者を養成するための研修プログラム及びテキストの開発について」より

@2016　公益社団法人日本精神保健福祉士協会