

Ⅶ. 資料

精神科病院の構造改革と病院運営に関わる 中長期経営戦略策定に向けた 地域移行機能強化病棟運用ガイドライン

1. はじめに
2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討
3. 地域移行機能強化病棟の届出準備
4. 地域移行機能強化病棟の届出後の運用
5. 地域の機関との連携 地域資源 受け皿整備
6. おわりに
7. 参考資料
 - ① 医科診療報酬点数表 施設基準 地域移行機能強化病棟入院料抜粋
 - ② 退院支援計画書 様式 6 の 3
 - ③ 退院支援委員会の準備と流れ
 - ④ 厚労省保険局医療課発出 事務連絡 疑義解釈資料 その 1～5 地域移行機能強化病棟入院料関連抜粋
 - ⑤ 平成 28 年度診療報酬改定等に係る質疑応答について その 1・その 2 まとめ
 - ⑥ 地域相談支援の創設の背景
 - ⑦ 市区町村で実施している相談支援等
 - ⑧ 指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者
 - ⑨ 地域包括ケア「見える化システム」
 - ⑩ 地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

1. はじめに

平成 26 年 4 月に、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（以下、改正精神保健福祉法）が施行された。その第 41 条第 1 項の規定により、「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」が制定された。指針では、精神病床の機能分化に関する事項において、「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」としている。この項は、「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」と続く。また、平成 26 年 7 月の「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の方向性」では、病院の構造改革として、「（長期入院精神障害者本人に対する：カッコ内は編者による補足）支援を徹底して実施し、これ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される」「急性期等に比べ、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、地域移行機能を強化する」とされている。こうした医療政策的な要因のみならず、非定型抗精神病薬の登場や心理社会的療法の進展といった精神科医療の進歩、また少子高齢化社会の到来のなかでの疾病構造の変化等が相俟って、全体的には精神病床における入院患者数は減少に転じている。反面、新規入院患者の退院率が年々向上する一方、長期入院患者は 20 万人を超えなお且つ高齢化が進むといった入院患者の二極分化が進んでいる。

こうした構造的変化のなかで行われた平成 28 年 4 月の診療報酬改定で、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。本入院料は、長期入院患者の退院実績のみならず、病床削減をアウトカム評価するという点で画期的といえる。精神病床が今後縮小していく現状を踏まえれば、本入院料を算定するにあたっては、比較的高点数に設定されたインカムを原資として、中長期にわたる病院の構造改革を図ることが重要である。

本ガイドラインは、地域移行機能強化病棟入院料を届けるにあたっての道標を示したものであると同時に、中長期的な病院の構造改革を図る視点も盛り込むことを企図している。このガイドラインを利用することによって、精神科病院における構造改革が促進され、地域における期待されるべき精神科医療の拠点としての病院運営に資することができれば幸いである。

2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討

前項で触れたように、わが国の精神病床をとりまく環境の変化は急速に進展している。こうした変化に対応しつつ、持続的な精神科医療サービスの提供を図るためには、精神病床の機能分化や再編成といったハード面と現行サービスの見直しを含む多職種チームによる精神科医療サービス提供のあり方といったソフト面の両面を含めた精神科病院の構造改革が必要となってくる。本項では、精神科病院の構造改革に係るさまざまな視点を提示しながら、地域移行機能強化病棟入院料算定の適否についても検討することとする。

(1) 病院所在地の地域特性と自院の持つべき医療機能について

わが国の精神科医療の特徴として、その多くの役割を民間精神科病院が担っていること、それらの病院が都市部のみならず、地方にも広く分布しそれぞれの地域精神科医療を担っていることが挙げられる。精神病床の機能分化は、診療報酬上の特定入院料により病棟毎に進展してきたが、今後、

精神病床が縮小していくなかでは、病院ごとに機能分化して専門病院化するあり方やケースミックス方式による病棟内に多様な機能を持つあり方といった機能分化の方法も想定される。都市部においては、病院機能を特化して専門病院化し、そのうえでそれぞれの病院が連携しての水平的な機能分化も可能だが、比較的小規模な病院の立地が多い5万人以下の小都市や町村部では、従来の病棟ごとの機能分化も病院連携による水平的分化も容易ではない。こうした地域では、少子高齢化の進展により、精神科医療の利用者のみならず、精神科医療への従事者もまた同時に減少しており、現状は深刻である。それぞれの病院が立地する地域の特性(人口の将来的予測や疾病構造の特徴等)を把握して、自院の将来的な運営方針を構築していくことが肝要である。

(2) 自院の現状と地域移行機能強化病棟の施設基準について

ア. 病床利用率

当該特定入院料の算定にあたっては、届出前月又は届出前1年間の平均利用率のいずれかが、90%を超えている必要がある。いずれもが90%未満の場合には、事前に許可病床数を減少させてこれを満たすこととなる。算定後の要件として、精神病床の減少を求められていることと合わせて、かなりの病床減が想定される。この際、将来に向かっての自院の適正な病床規模についての検討が必要である。

イ. 退院に係る直近の実績と今後の予測

当該病棟からの1年以上の長期入院患者の自宅等への退院が、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が施設基準とされている。届出にあたっては、自院の退院実績がどのようになっているか、上記基準に達していない場合にはどこにその理由があるか、の検討が必要である。

ウ. 必要とされるマンパワーに関する事項

当該特定入院料におけるマンパワーの基準について特記すべきは、当該病棟に2名以上(入院患者の数が40を超える場合は3名以上)専従の常勤精神保健福祉士が配置されていることである。精神保健福祉士の業務は、精神科医療機関の中でも多岐にわたり、精神療養病棟など配置が施設基準となっている場合もある。精神保健福祉士の確保は可能かとの検討が必要である。また、当該病棟の届出にあたって、新たに精神保健福祉士の採用を行った場合には、算定の終了後にはどのように処遇するかを検討もしておくことも必要である。

(3) 医療圏内の社会資源について

1年以上の長期入院患者を円滑に退院させるには、居住の場や地域生活を支援するための社会資源が必要となってくる。自宅等への退院としてカウントされるのは、患家(患者の自宅)の他、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設(※)がある。近隣の社会資源について正確に把握して日常より連携に努めていく必要がある。

65歳以上の患者については、介護保険制度と障害福祉制度の適用関係(介護保険サービス優先の原則)に十分注意する必要がある。65歳以上の長期入院患者の退院先として、精神障害者施設を活用しようとする場合は、利用先の市町村における両制度の適用状況を確認する必要がある。

(※:介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものが該当する)

(4) 自院の将来像について

これまでさまざま述べてきたように、今後精神病床が縮小していくことは避けられないと考える。病院所在地の地域特性や自院の現状に鑑み、自院の将来像について構想することは、中長期の経営戦略を立案するにあたって不可欠である。平成29年2月に取りまとめられた「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」においては、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を構築することが取り上げられている。このなかでは精神医療圏内(※)において、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て、役割分担・連携を推進することとしている。統合失調症、うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患といったそれぞれの精神疾患や精神科救急、身体合併症に対応する病院機能、さらには PTSD、依存症、高次脳機能障害、摂食障害といった一般科との連携が求められる領域、災害医療や医療観察法に係る医療等の政策医療について、都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能のそれぞれを担う精神科医療機関を医療計画に明記することが望ましいとされているのである。どのような機能を担っていくのか、自院の将来像を描く際には、このような視点での検討が求められている。

(※精神医療圏は二次医療圏を基本としつつ、地域の実情を勘案しつつ弾力的に設定することとなっている)

3. 地域移行機能強化病棟の届出準備

前項による検討の結果、地域移行機能強化病棟入院料の算定を目指すこととなれば、申請に向けた届出準備を始めることとなる。本項では、その作業工程について解説することとする。

(1) プロジェクトチームの編成

地域移行機能強化病棟の届出に向けた作業チームを立ち上げる。

届出に向けた作業では、

- ①対象となる病棟の設定等を含むハード面に関する事項
- ②当該病棟スタッフ等に関するマンパワーに関する事項
- ③退院先や退院調整に関する事項
- ④対象者やその家族さらには病院職員に対する説明・周知
- ⑤収益やコストに関するシミュレーション

が含まれる。

これらの検討を行うためのチームの編成にあたっては、診療部門、地域連携部門のみならず、総務事務部門を含む病院全体からのメンバー選抜を行う必要がある。

(2) 地域移行機能強化病棟に移行する病棟の検討

地域移行機能強化病棟に関しては、「1年以上入院している患者又は入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟である」と示されている。

地域移行機能強化病棟をどの病棟に設定するかについては、こうした要件を満たしつつ、アウトカム評価としての退院患者数や病床減をどう見込むか(当該病棟の病床数をどう設定するか)、当該特定入院料を算定した際の収支差のシミュレーションがどうなるか、といった視点も必要である。

(3) 退院候補者リストの作成

前述したように、当該特定入院料の算定要件として、「1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、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」ことが求められている。このため、安定的に退院患者を確保することが必要である。できれば届出を行う段階で、退院可能性のある1年以上ないしは1年以上に及ぶ可能性のある患者についてリストアップしておく必要がある。

(4) 退院先確保・退院調整

前項で述べたように、算定要件として求められている「月平均届出病床の1.5%の退院数」を確保するためには、在宅とカウントされる退院先の確保を進めておく必要がある。そのためには家族はもとより、保健所等の行政機関、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、更には地域包括支援センター、居宅介護支援事業者との定期的な協議が行える基盤を整備しておく必要がある。

(5) 職員への施設基準の周知

当該特定入院料病棟を届け出るにあたっては、病棟間での患者の移動や施設基準を満たすためのスタッフの異動が予想される。事前に職員への施設基準の周知を行っておくことが、これらを円滑に行ううえで必要である。

(6) 不足している人員の確保、人員異動の調整

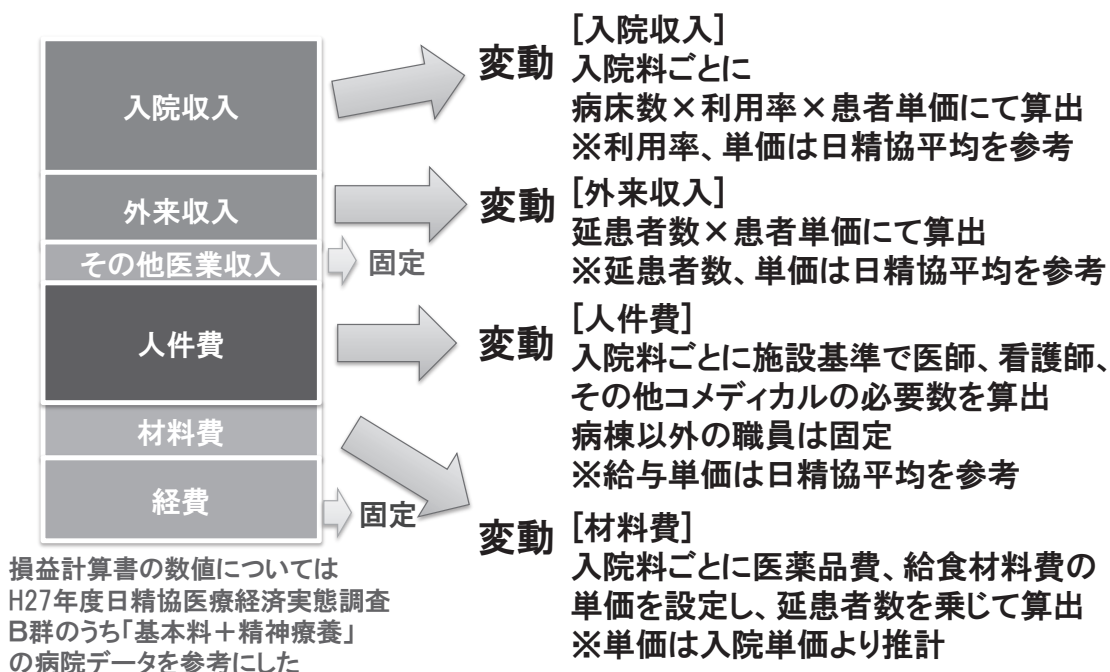
当該特定入院料病棟における施設基準

- ①当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師が配置されている。当該病棟における専任医師は他の病棟に配置される医師とは兼任できない。
- ②看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者を15対1以上で配置。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。
- ③看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の2割以上が看護師である。
- ④専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者数が40を超える場合は3名以上)

を満たすことができるように、事前に不足している人員を確保するための計画を策定しておく必要がある。

(7) 収益シミュレーション

収支予測モデルの仕組み



収支予測モデル 算定条件

- 入院収入の算出

[算定式]

病床数×利用率×稼働日×患者単価

医業収益	病床数	利用率	稼働日	単価
入院収益	276床	91.9%	365日	14,390
入院基本料 15対1	96床	88.6%	365日	14,388
精神療養病棟	180床	93.7%	365日	14,391
地域移行機能強化病棟	0床	93.7%	365日	18,761

平成27年度日精協医療経済実態調査の
 表2-2、表2-6を参考に算出
 地域移行機能強化病棟は精神療養病棟の
 入院料部分のみ置き換えて算出

収支予測モデル 算定条件

◆算定条件_外来患者数等の増加

✓地域移行に伴う、外来、デイケアの増加は以下の想定とする

【外来・デイケア】

- 地域移行した患者のすべてが、週2回通うと想定
- たとえば、12人地域移行の場合、12人×2回×52週＝1,248人の患者が増加すると想定

$$1,248人 \times 8,745円/人 = \underline{10,913,760円増収}$$

収支予測モデル 算定条件

◆算定条件_訪問事業等の増加

✓地域移行及び余剰人員の活用に伴う、訪問事業の増加は以下の想定とする

【訪問事業等】

- 地域移行した患者のすべてが、週2回受けると想定
- 看護職員1名につき1日6人の患者を訪問すると想定し、病床削減による余剰人員を充てる
- 看護職員が不足する場合は、新規雇用とする
- たとえば、12人地域移行の場合、12人×2回×52週＝1,248人の訪問看護が増加すると想定

$$1,248人 \times 5,000円/人 = \underline{6,240,000円増収}$$

収支予測モデル 算定条件

◆算定条件_病床利用率の向上 ②のパターン

✓地域移行・病床減に伴い入院患者は減少するが、以下の想定で急性期系病棟の利用率は向上するものとする

【入院患者】

- 地域移行した患者の1/3が3ヶ月入院すると想定
- たとえば、12人地域移行の場合、 $12人 \times 1/3 \times 3か月 = 365人$ の延入院患者が増加すると想定
- 15対1病棟であれば、

$$365人 \times 14,388円/人 = 5,251,620円増収$$

収支予測モデル 算定条件

- 総病床数276床
- 地域移行機能強化病棟の取得は60床・1年のみ
- 削減病床数は12床
- 外来DC・訪看増は想定、職員はPSW2名、NS1名増員
- ①地域移行した患者数12人分の新規入院患者の確保は行わず、利用率は現状維持とする
- ②地域移行した患者数12人分は新規入院患者を獲得するものとし、総患者数は維持できると仮定(利用率向上)

	A:現状		B:算定中		C:完成形		
	病床数	利用率	病床数	利用率	病床数	利用率	
病棟構成	入院基本料 15対1	96床	88.6%	96床	88.6%	96床	88.6%
	精神療養病棟	180床	93.7%	120床	93.7%	168床	93.7%
	地域移行機能強化病棟	0床	-	60床	93.7%	0床	-
		276床		276床		264床	
削減ベッド数			前年比	現況比	前年比	現況比	
			0床	0床	▲12床	▲12床	

・ <①病床利用率:現状維持> (収入計画)

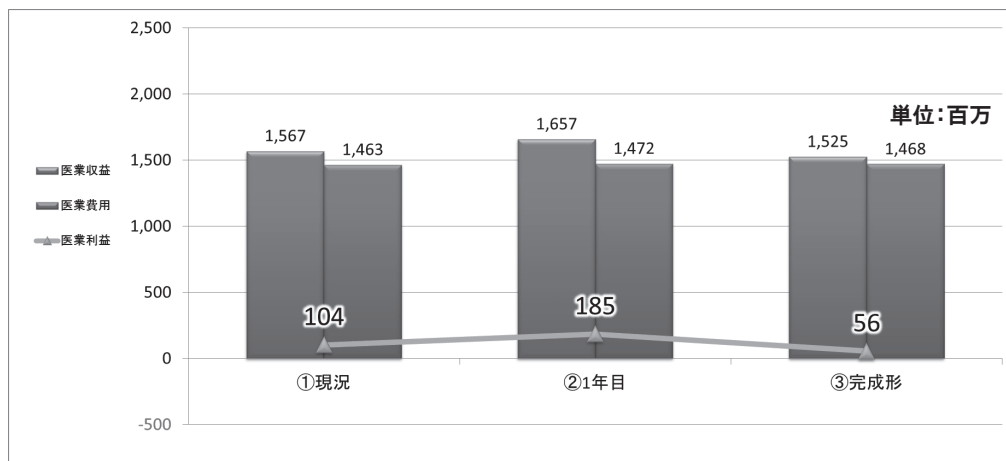
現況	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	
	・精神療養	180床	93.7%	14,391	885,923千円	
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	
		276床			1,332,610千円	
↓						
最終形	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	差額
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	0千円
	・精神療養	168床	93.7%	14,391	826,861千円	▲59,062千円
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	0千円
		264床			1,332,288千円	
	【外来・訪問】	患者数		単価	収益	差額
	・新規外来	1,248人		8,745	10,914千円	10,914千円
	・訪問患者	1,248人		5,000	6,240千円	6,240千円

収入減41,908千円

・ <①病床利用率:現状維持> (収支差)

✓ 病床削減後と現況の収支差は約4,800万円減

✓ 1年目は8,100万円の医業利益増



収支予測シミュレーション

総病床数276床(15対1精神科入院基本料96床、精神療養病棟入院料180床)の病院を想定する。

1)精神療養病棟60床を、1年間、地域移行機能強化病棟として算定する(削減病床数は12床となる)。

2)地域移行に伴う外来・デイケアの増加を、地域移行した患者のすべてが週2回デイケアを利用すると想定する。

3)地域移行による病床削減で生じた余剰人員を活用して、訪問看護を行う。地域移行した患者のすべてが週2回利用すると想定し、看護職員1名につき1日6人の患者を訪問すると想定する。

以上の想定で、A:現状、B:地域移行強化病棟入院料算定中の1年間、C:病床削減後の完成形、のA,B,C間で収支予測を行った。

【結果】

①地域移行した患者数12人分の新規入院患者の確保は行わず、病床利用率を現状維持とすると、
Aと比べBは8,100万円の医業利益増となる。
CはAに比べ収支差は約4,800万円の減収となる。

②地域移行・病床減により入院患者は減少するが、地域移行した患者数の1/3が3ヶ月入院するとの想定により、急性期病棟(仮に15対1病棟とする)の利用率を向上させることによって、
Aと比べBは、①と同様に8,100万円の医業利益増となる。
CはAに比べ収支差は約500万円の増収となる。

(8) ハード面での環境整備とコストシミュレーションの検討

当該特定入院料病棟の施設基準には、当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうち1名)が配置されていることとされている。

(9) 退院支援委員会や退院支援計画書の準備

当該病棟では、主治医を含む多職種が共同して

- ア)保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業所の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起
 - イ)家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施
 - ウ)退院後の医療の確保に関すること
 - エ)居住先に関すること
 - オ)退院後の生活に関することについての支援を入院患者全員に行う必要がある
 - カ)その他
- とされる。

個々の患者に応じた具体的支援の内容については、退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載することとなっている。退院支援委員会は、当該入院患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗について検証することとなっている。

(10) 患者および患者家族への説明

当該病棟の目的である長期入院者の地域移行を実現するためには、長期入院者本人の退院意欲の喚起や長期入院者の家族等の理解が必要である。当該病棟の運営に際しては、日常より当該病棟の目標とするところを説明し周知を図ることが重要である。

4. 地域移行機能強化病棟の届出後の運用

地域移行機能強化病棟の届出を行い、実際に地域機能強化病棟入院料を算定することとなった場合には、施設基準となっているアウトカム評価の達成に傾注することが重要である。本項では、その際の留意点について解説する。

(1) 退院調整のためのベットコントロールとデータ管理

当該特定入院料の算定については、対象患者は、当該医療機関での入院期間が1年以上の患者又は1年以上に及ぶ可能性のある患者とされた。また、「1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、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」が算定要件とされている。したがって、当該病棟の入院患者の多数が、1年以上の長期入院者ないしは長期入院となる可能性のある患者であることが望ましい。(これ以外の患者については、15:1 精神病棟入院基本料での算定となる)また、月平均届出病床数の1.5%以上の退院実績を達成するためには、

「重度かつ慢性」の基準に合致する患者や退院に支障となる身体合併症をもつ患者については、他のしかるべき病棟での処遇が求められる。こうした観点に立った当該病棟への入退棟等のベッコロールが必要となる。

(2) 退院支援に関する事項について

当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者として、退院支援相談員が選任される。退院支援相談員は、以下の業務を行うとされている。

ア. 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談業務

- (イ) 月 1 回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。
- (ロ) (イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。
- (ハ) (イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。
- (ニ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ. 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」と称する）を、当該患者 1 人につき月 1 回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

※退院支援委員会の出席者

- ア 当該患者の主治医
- イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）
- ウ 当該患者について指定された退院支援相談員
- エ ア～ウまで以外の病院管理者が出席を求める当該病院職員
- オ 当該患者
- カ 当該患者の家族等
- キ 指定特定相談支援事業者、指定一般相談事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者。

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。またキについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

ウ. 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。病棟カンファレンスを通じて、対象者のニーズを汲み取ること。院外の行政機関やサービス提供事業者の出席も求めて、退院支援委員会やサービス担当者会議の活用も考慮する。

Ⅰ. 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に 1 回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

※施設基準や留意事項等の解釈・運用上のポイントや注意点

地域移行機能強化病棟における「退院支援相談員の業務」「退院支援委員会の出席者」についての留意事項を記載したが、現行の制度下では、これらに類似するものとして、精神保健福祉法による、医療保護入院者の「退院後生活環境相談員」「医療保護入院者退院支援委員会」及び、精神療養病棟における入院患者の「退院支援相談員」「退院支援委員会」がある。地域移行機能強化病棟の運用にあたっては、まず、3 者（地域移行機能強化病棟、精神保健福祉法、精神療養病棟）の要件の相違点について、十分に確認する必要がある。地域移行機能強化病棟を算定・運用するにあたり、参考資料④⑤に記載する疑義解釈等も確認の上、遺漏のないよう十分注意し、それぞれに規定された支援や業務を実施する必要がある。

なお「医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和 25 年厚生省令第 31 号）第 15 条の 6 に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。」については、医療保護入院者退院支援委員会を開催した月のみに該当するみなし規定であることに注意が必要である。

なお、前述の通り、地域移行機能強化病棟の運用においては、参考資料②様式 6 の 3（又はこれに準ずる様式）による退院支援計画書の作成が必要である。現行の退院支援委員会（医療保護入院者、精神療養病棟入院者）での記録様式と求められる記載内容の相違に注意が必要である。それぞれの委員会で月 1 回以上の委員会開催が必要であり、地域移行機能強化病棟の退院支援委員会と他の 2 つの委員会とのスケジュール調整に加え、病棟職員は夜勤を行っている者も多く、また行政機関の職員は、土・日曜日の退院支援委員会招集は困難であり、地域移行機能強化病棟の退院支援委員会開催日の調整にあたっては、これらの点にも注意が必要である。

(3) 退院後の地域生活支援について

退院後の地域生活支援については、

- ①医療サービス（外来診察、訪問診療、往診、訪問看護・指導、精神科デイ（ナイト）ケア、外来作業療法等）
- ②障害福祉サービス（地域定着支援、訪問介護、生活介護、短期入所、就労系サービス、地域活動支援センターの利用等）
- ③介護保険サービス（通所系サービス、訪問介護等）の利用

が可能である。地域生活を維持するにあたっては、日中活動の支援も重要な役割を担うこととなる。また、上記のようなフォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービス(ボランティアやピアサポートの活用、民生委員や地域住民の協力、食事の宅配制度の活用等)による支援も地域生活の維持において重要な役割を果たすことから、これも活用しながら支援を組み立てて行くことも重要である。

特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設へ退院した場合は、施設側からの相談依頼に応える体制づくりや退院患者(入所中の患者)の病状が悪化した際の迅速なサポート体制づくりを進めておく必要がある。

そのためにも日頃から互いの連携と関係づくりに努めることが重要である。

5. 地域の機関との連携、地域資源、受け皿整備

(1) 基本的考え方

はじめに、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者との連携について解説する。ここでの基本的な考え方を共有しておきたい。

当該病棟の入院患者の地域生活への移行支援をすすめるにあたっては、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有することが求められている。精神科病院は、地域生活への移行を自らの責任だけで実施することも可能であるが、このような連携は、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供及び障害者福祉の充実といった精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にむけても極めて重要なことであり、地域の機関への連携を積極的に求めたい。

(2) 協力の依頼

地域移行機能強化病棟を開始するにあたり、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者に対して、入院患者の地域生活への移行支援及び退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援を行う上で、関係機関と連携して取り組みたい旨を伝えて協力を依頼する。

市区町村にすでに基幹相談支援センターが設置されている場合は、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者への支援機関となることから連携先として想定すべき機関となる。

(3) 協力の内容

保健所等に協力を依頼する際、あらかじめ下記の内容についての概要を提示する。その際、保健所等の意見を求めて協議することによって、その地域の特性を踏まえた支援体制を構築することができる。

- ①病棟の規模、目標としている退院者数、年齢層、従前の住所地及び計画スケジュール
- ②地域相談支援の利用の必要性
- ③退院支援委員会への出席について
- ④定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性
- ⑤ピアサポートの必要性

- ⑥地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性
- ⑦居住先の確保の必要性
- ⑧障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性
- ⑨後見人、保佐人又は補助人の必要性
- ⑩新たな地域資源開発の必要性

(4) 実際の進め方

- 1) 病院は、協力を依頼した保健所等と今後の進め方について検討する。
- 2) それを受けて、市区町村の障害福祉担当部署及び基幹相談支援センターは、今後の必要な地域資源の開発も踏まえて、(自立支援)協議会にその取り組みについて報告をするとともに、介護保険担当部署に協力を依頼する。
- 3) その際、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、基幹相談支援センター等は、担当者からなるチームをつくり、病院に出向いて職員と意見交換を行う。保健所等にこのようなチームを編成してもらうと連携がしやすくなる。
- 4) 病院は、3)及び院内での協議を踏まえて(3)の①～⑩について、保健所等に協力してもらうこと、連携して取り組む内容について決定して依頼する。入院患者本人の意思を中心に行う支援であり、臨機応変、実効性のある連携体制の構築が望まれる。
- 5) (3)の①～⑩について保健所等と連携することで期待できる内容は以下のとおりである。もちろん、下記の内容について、すべて達成できるということではないが、連携して取り組みことで、地域の支援力の向上が期待できる。

① 病棟の規模、目標としている退院者数、年齢層、従前の住所地及び計画スケジュール 保健所等は、入院患者の従前の住所地や年齢層をおおまかに把握することで、他の市区町村、高齢・介護保険の担当部署、障害福祉サービス事業所等への協力を求めることができることから、病院と関係機関との連携が容易になる。
② 地域相談支援の利用の必要性 地域移行支援を利用することで、病院と指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との重層的な支援が期待できる。
③ 退院支援委員会への出席について 退院支援委員会に地域援助事業者が出席することで、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援体制をあらかじめつづけておくことができる。
④ 定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性 ⑤ ピアサポートの必要性 ⑥ 地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性 長期入院者は、退院後の生活の見通しを立てることが難しいことから、退院をあきらめてしまうことがある。医療機関のプログラム等と連動することで、より効果的な退院意欲の喚起が期待できる。

<p>また、長期入院者が自分らしく生活するためには、人との関係性、特に仲間とのかかわりが重要であり、リハビリを促進するうえでのピアサポートの有効性が示されている。保健所等の連携によるピアサポートの養成や派遣の仕組みづくり、及び実際の活用が期待できる。</p>
<p>⑦ 居住先の確保の必要性</p> <p>市区町村障害福祉担当部署、高齢・介護保険担当部署、他の市区町村、基幹相談支援センターの協力により、広範にわたる居住先の確保を期待できる。</p>
<p>⑧ 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性</p> <p>市区町村内の障害福祉担当部署と高齢・介護保険担当部署との連携が進み、入院患者のニーズにあったサービスの利用が期待できる。</p>
<p>⑨ 後見人、保佐人又は補助人の必要性</p> <p>地域の状況を把握することで、後見人、保佐人又は補助人の依頼がしやすくなる。</p>
<p>⑩ 新たな地域資源開発の必要性</p> <p>医療機関と保健所等が連携して取り組むことで、様々な課題を共有して、その課題について（自立支援）協議会等で検討することで、地域資源の開発が期待できる。</p>

6) 病院は、地域生活への移行支援を自らの責任として従前から絶え間ない努力を行ってきた。しかし、近い将来を見据えて、保健所等との連携を基盤に地域生活への移行支援をすすめることは、入院患者本人のニーズに即した支援として有効であることは言うまでもなく、地域の機関等と哲学、理念、人材の交流を行うことになり、良質かつ適切な精神障害者への医療の提供及び障害者福祉の充実を目指す地域包括ケアシステムの構築のうえでも極めて重要な取り組みとなる。

(5) 新たな地域資源開発の必要性

ここからは、新たな地域資源開発の必要性について解説したい。通知には下記の内容が盛り込まれている。

<p>地域移行機能強化病棟入院料の通知</p> <p>(8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。</p>

当該病棟における、自宅等への退院とは、①患者宅（含む有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅）②精神障害者が利用できる施設（障害者総合支援法の規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム）、③特別養護老人ホーム、④介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（I）の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費（I）の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出をおこなっているもの）としている。

このことを踏まえて上記のような地域資源を考えると、すでに医療機関は自ら積極的に開発に取り組んできた。さらにこのような大掛かりな地域資源開発に取り組むべきかについては経営的な判断が必要となる。そのほか、既存のサービスの活用、開発を考えると、平成 28 年に改正された障害者総合支援法にある新サービス「自立生活援助」は、定期的な巡回訪問や随時対応をするもので、地域移行後の一人暮らしを支える支援として期待できる。また、短期入所、自立生活援助も含めて地域生活支援を重層的に行う「地域生活支援拠点」は精神障害者の地域生活支援のこれからの大きな柱となるが、この地域生活支援拠点には、本協会が求めてきた「地域支援・訓練センター」の機能も加えたうえで整備促進することが望ましい。加えて、宿泊型自立訓練の充実、看護師等を配置する重度のグループホームの拡充する必要がある。

病院は、このような地域資源の開発について、自院の課題としてとらえるより、むしろ地域社会の課題として取り組むことが重要である。それにより、自治体、関係機関、住民がそれぞれの責任をもつことを促すことができる。そのうえで、病院は、地域包括ケアシステムの構築を踏まえて、今後も地域全体を捉えたうえで、なおかつ住民のニーズにもこたえることを期待されているのである。

6. おわりに

長らくわが国の精神科医療は、入院中心の治療構造となっていた。それについては、多くは国や社会からの要請によるものであり、その結果地域移行の取り組みは低調なものとなっていた。また、同時に精神科医療費は他科に比べて低い水準に甘んじてきた。非定型抗精神病薬の登場や心理社会的療法の進展といった精神科治療学の進歩により、新規入院患者は早期退院率が年々向上するという恩恵に浴している。反面、長期入院患者は 20 万人を超える水準を改善することができず、なお且つ高齢化が進むといった入院患者の二極分化が進展している。今後、精神科病院の構造改革に取り組む時、人材や財源の効率的な再配置が必要となる。本ガイドライン作成を契機として、真に地域に求められる精神科医療の展開に資する精神科病院の構造改革がより進むことを祈念するものである。

〔①医科診療報酬点数表 施設基準 地域移行機能強化病棟入院料抜粋〕

A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき)

1527 点

注

- 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。
- 2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。
 - イ 重症者加算1 60点
 - ロ 重症者加算2 30点
- 4 診療に係る費用(注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法(区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。)に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

留意事項通知

- (1) 地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に1年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟であること。
- (2) 地域移行機能強化病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アからオまでについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。
 - ア 保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起
 - イ 家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を

念頭に置いた実際的なプログラムの実施

ウ 退院後の医療の確保に関すること

(イ) 通院医療機関の確保

(ロ) 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討(必要な場合には、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションも確保)

(ハ) 薬物療法のアドヒアランスの確認と安定に向けた介入

エ 居住先に関すること

(イ) 居住の場の検討と居住先(自宅を含む。)の確保

(ロ) 居住先等での試験外泊や訓練の実施

オ 退院後の生活に関すること

(イ) 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討

(ロ) 後見人、補佐人又は補助人の必要性の検討

(ハ) 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保(指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、市町村の精神保健相談員又は市町村の保健師等)

(ニ) 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成(作成した一覧の写しを診療録に添付するとともに、患者及び家族等患者の日常生活を支援する者に 交付すること)

カ その他

(イ) 市区町村役所での諸手続や居住先で必要な日用品購入等への同行

(ロ) 適切な日中の活動場所の検討

(ハ) 活動場所への移動手段に応じた訓練

(4) 主治医は、当該病棟入院時に、患者と面談し、当該病棟で行われる訓練や治療の内容や目的等について説明すること。併せて退院時にも、精神症状や日常生活能力の評価及び改善の可能性、退院後の治療継続の必要性について、患者に説明すること。

(5) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下本項において「退院支援相談員」という。)は、以下アからエまでの全ての業務を行う。

ア 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

(イ) 月 1 回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。

(ロ) (イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。

(ハ) (イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。

(ニ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という。）を、当該患者 1 人につき月 1 回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和 25 年厚生省令第 31 号）第 15 条の 6 に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。この際、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成 26 年 1 月 24 日障発 0124 第 2 号）」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付する必要があること。

ウ 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。退院支援計画の作成に当たっては、別紙様式 6 の 3 又はこれに準ずる様式を用いて作成し、作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に 1 回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

(6) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア 当該患者の主治医

イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ 当該患者について指定された退院支援相談員

エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ 当該患者

カ 当該患者の家族等

キ 指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

(7) 退院を予定している患者（指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に限る。）に係る他の保険医療機関における区分番号「I008-2」精神科ショート・ケア又は区分番号「I009」精神科デイ・ケアの利用については、第 2 部通則 5 に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。

- (8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。
必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。
- (9) 「注 2」については、区分番号「A311」精神科救急入院料の(7)から(9)までの例により、「注 3」については、区分番号「A312」精神療養病棟入院料の(7)及び(8)の例による。

施設基準等

【告示】

第九 特定入院料の施設基準等

二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準

- イ 主として精神疾患により長期に入院していた患者であって、退院に向けた集中的な支援を特に必要とするものを入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ニ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
- ホ 当該病棟において、看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の六割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士であること。
- ヘ 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の二割以上が看護師であること。
- ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上(入院患者数が四十を超える場合は三名以上)配置されていること。
- チ 精神疾患を有する患者の退院に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- ヌ 長期の入院患者の当該病棟からの退院が着実に進んでおり、当該保険医療機関の精神病床の数が減少していること。
- ル 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。

- (2) 重症者加算 1 の対象患者の状態
GAF尺度による判定が三十以下であること。
- (3) 重症者加算 2 の対象患者の状態
GAF尺度による判定が四十以下であること。
- (4) 重症者加算 1 の施設基準
当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。

[施設基準取扱い通知]第 21 地域移行機能強化病棟入院料

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関に医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (3) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の専任作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (4) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とすること。
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護職員であること。
- (6) 当該病棟において、看護要員の病棟勤務時間を算出する際には、当該保険医療機関内及び当該保険医療機関外で、退院支援業務に従事している時間を含めることができること。従事している時間を含めることができる当該保険医療機関外での退院支援業務は、患者家族等への訪問指導、障害福祉サービス又は介護保険サービスの事業所及び市役所、区役所又は町村役場等で患者が行う諸手続への同行及び障害福祉サービス事業所担当者等、退院後の患者の日常生活の支援を行う者との調整に限られること。
- (7) 当該保険医療機関に常勤の臨床心理技術者が配置されていること。
- (8) 当該病棟に 2 名以上(入院患者の数が 40 を超える場合は 3 名以上)の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、2 名の専従の常勤精神保健福祉士と、1 名の専従の常勤社会福祉士が配置されていなければならないこと。
- (9) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する 1 人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいずれか 1 名)が配置されていること。退院支援部署と精神科地域移行実施加算の地域移行推進室は同一でもよい。当該専従の従事者は、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注 5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。また、退院支

援部署に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

- (10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者 1 人につき 1 人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。
- ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）
 - イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を 3 年以上有する者
- (11) 1 人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は 20 以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。
- (12) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。
- (13) 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
- (14) 届出時点で、以下のいずれの要件も満たしていること。
- ア 届出前月に、以下の(a)又は(b)いずれか小さい値を(c)で除して算出される数値が 0.9 以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより 0.9 以上としても差し支えないこと。
 - (a) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
 - (b) 届出前 1 年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
 - (c) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数
 - イ 以下の式で算出される数値が 1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの）へ移行することをいう。当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の 1 か月当たりの平均（届出の前月までの 3 か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）
- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 1.5%以上であること。当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の 1 か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）
- (16) 算定開始以降、1 年ごとに 1 回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 5 分の 1×当該病棟の算定年数）

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定月数÷12)

(18) 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有していること。当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、保健所等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けていること。

〔②退院支援計画書 様式6の3〕

別紙様式6の3

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日: 平成 年 月 日
 退院支援委員会開催日: 平成 年 月 日
 患者等への説明日: 平成 年 月 日
 計画の変更日: 平成 年 月 日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等 (退院支援委員会の審議等を踏まえ、退院支援において、特に重点的に解決を図る必要があると考えられるもの(最大3つ)を選択した上で、関連する精神症状の状況等とともに、詳細を記載すること。)	【本人の受け入れ】 <input type="checkbox"/> 退院意欲 <input type="checkbox"/> 退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 <input type="checkbox"/> 経済環境 <input type="checkbox"/> 住環境 【健康領域】 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 病気の理解(病識) <input type="checkbox"/> 身体疾患の管理 <input type="checkbox"/> 体力 <input type="checkbox"/> 危機管理 【日常生活領域】 <input type="checkbox"/> 食事の準備 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 外出 【社会生活技能/社会参加領域】 <input type="checkbox"/> 対人関係 <input type="checkbox"/> 日中の過ごし方 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他社会的活動() 【家族支援領域】 <input type="checkbox"/> 家族への情報提供 <input type="checkbox"/> 家族の負担軽減 <input type="checkbox"/> 家族関係調整 【その他】 <input type="checkbox"/> その他 () ----- 問題点・課題等の詳細 -----
6	その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等 (5以外の問題点、課題等について優先順位をつけて記載すること。)	
7	退院予定時期	

8 退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）	
退院意欲の喚起に関すること	<p>【目標】</p> <p>【実施内容とスケジュール】</p>
地域生活を 念頭に置いた プログラムや 訓練の実施に 関すること	<p>院内 プログラム</p> <p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><input type="checkbox"/>心理教育 <input type="checkbox"/>家族心理教育 <input type="checkbox"/>就労・就学支援</p> <p><input type="checkbox"/>個別認知行動療法 <input type="checkbox"/>集団認知行動療法 <input type="checkbox"/>デイケア等体験利用</p> <p><input type="checkbox"/>その他（</p> <p>【今後のスケジュール】</p>
	<p>院外 プログラム</p> <p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><input type="checkbox"/>宿泊 <input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>公共・金融機関利用 <input type="checkbox"/>交通機関利用</p> <p><input type="checkbox"/>住居見学 <input type="checkbox"/>通所施設見学 <input type="checkbox"/>余暇活動</p> <p><input type="checkbox"/>その他（</p> <p>【今後のスケジュール】</p>
退院後の医療の確保に 関すること	<p>【退院後の医療サービスに関する課題】</p> <p>【必要な医療サービス】</p> <p><input type="checkbox"/>外来通院先の確保 <input type="checkbox"/>身体疾患治療のための通院先の確保 <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問看護</p> <p><input type="checkbox"/>デイ・ケア等 <input type="checkbox"/>その他（</p> <p>【必要な支援と今後のスケジュール】</p>

	<p>成年後見制度に関すること (※)</p>	<p>【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
	<p>退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)</p>	<p>【現時点で考えられる主たる援助者】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
	<p>日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)</p>	<p>【日中の活動に関する課題と必要な支援】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
9	<p>その他退院支援に関する特記事項</p>		

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

〔③退院支援委員会の準備と流れ〕

退院支援委員会開催前の準備(例)

主催者が行うべきこと	留意点
本人の生活環境や希望を知っている	・日々の業務のなかで、本人の気持ちに寄り添い、生活歴、生活環境を把握して、今後の希望についても把握していることが望ましい。
治療方針や看護計画等チームで共有され実行されている	・治療状況と今後の主治医の治療方針を確認する。 ・院内の多職種が通常のカンファレンスを開催しており、治療方針、看護計画、その他職種の計画がチーム内で共有され役割分担されている。
会議開催を決める 出席者を決める	・今後の方針を決める時や退院支援委員会では推定される入院期間を経過しようとした時に開催を決め、出席者を決定する。 ・本人の要請に応じて、家族等、地域援助事業者、入院前に関わっていた機関、院内多職種についての出席を検討する。
本人、家族等に出席の了承を得る	・開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 ・個人情報の取り扱いについて事前に説明しておく。
院内の関係者、地域関係者に出席を依頼する	・開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 ・その際に関わりの近況の情報交換ができることが望ましい。
日程調整をする	・出席要請した方が全員出席できるか、無理な場合は事前に意見を聞いておく。 ・出席が確実に必要な人の優先順位を決め、その人達に合わせた調整を行う。
会場を確保する	・人数に見合った、会話が漏れ聞こえないような部屋を確保する。予約等しておく。
開催を通知する	・確実な方法で通知する。
配付物を準備する	・事前に資料があれば用意する。

退院支援委員会の当日の流れ(例)

進行役が行うこと、内容	留意点
会場の準備をする	・話し合いがしやすい距離や配置に配慮する。 ・ホワイトボード等の説明しやすい機材があると良い。
本人、家族等、関係者を迎える	・会議出席者に対する不安を和らげる。 ・座る位置などの工夫をする。特に本人、家族の傍に誰が座るか、見える位置のほうが良いか等の工夫が必要である。
開始のあいさつをする 参加者を紹介する	・退院後環境相談員が司会進行を行う。 ・出席者を紹介する。
会議の目的を確認する	・退院後生活環境相談員が同じ方向をもって会議の趣旨と、会議目標を明確にする。
全体の流れを説明する	・経過の説明、病状等の医療的な説明、本人の希望、家族等の希望等の話のあと、退院に向けてどのような取り組みを行うか検討する内容を説明する。
経過の説明、病状等の医療的な説明を行い、本人、家族等の希望を聞く	・医師や看護職員、その他職種より報告する。 ・本人や家族等の現状や希望、要望を語ってもらう。
退院に向けての取り組み案の検討	・地域援助事業者や他関係機関からの意見や情報提供を受ける。 ・本人に確認しながら意見交換を行う。 ・小さなことと思えることでも褒める、認める。 ・ストレングスの視点で検討できるとなお良い。 ・問題解決志向や条件付けでの検討ではなく、未来志向、課題解決志向で検討できるのが良い。 ・本人の理解できる言葉で、専門用語には解説を入れる。
退院に向けての取り組みの決定	・具体的にどのような取り組みを行うかを共有し役割分担する。 ・目標や期間の設定を行う。
閉会	・会議の成果と労をねぎらい、終了とする。

【④厚労省 疑義解釈資料 その1～5 地域移行機能強化病棟入院料関連抜粋】

【精神療養病棟入院料・地域移行機能強化病棟入院料】(その2)

(問 10) 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週2日以内とされているが、週2日以外の日に措置診察等に対応することが可能か。

(答) 予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)については、外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 85) 地域移行機能強化病棟に転棟する前に、当該保険医療機関の他の精神病棟で一部の退院支援業務を開始してもよいか。

(答) 他の精神病棟で実施した退院支援業務についても、地域移行機能強化病棟で実施した退院支援業務とみなすことができる。この場合、退院支援計画に他の精神病棟で行った退院支援内容を記載する必要があること。なお、当該病棟への入院期間が1か月未満で、退院支援委員会の開催前に退院する患者については、退院前に、退院支援相談員が、患者及び患者の家族等に、実施した退院支援の内容と退院後の医療及び相談支援の体制等について、文書で説明する必要があること。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 86) 退院支援委員会の開催に当たり、相談支援事業者等、外部の支援者が必ず出席する必要があるのか。

(答) 当該患者の地域移行支援を担当する事業者等が決定している場合には、出席を求める必要があること。出席を求めたものの、やむを得ず当該事業者等が欠席する場合には、診療録等に退院支援委員会の議事の要点を記録する際に、欠席の理由を記載する必要があること。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 87) 入院患者数が40人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15対1の看護職員等の配置(看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの)に含めることは可能か。

(答) 当該専従の社会福祉士を15対1の看護職員等の配置に含めることはできない。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 88) 入院患者数が 40 人超の病棟に、2 名の専従の常勤精神保健福祉士と、1 名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を退院支援相談員に指定することができるか。

(答) 精神障害者に関する業務に従事した経験 3 年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 89) 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

(答) できる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 90) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

(答) 退院時に、自宅等での生活が 3 か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その5)

(問 2) 区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における「当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者」について、身体合併症の診療のために別の保険医療機関に短期間転院し、引き続き再度当該医療機関に転院した患者のうち、当該保険医療機関の入院期間を合算して 1 年以上の患者を含めることができるか。

(答) このような場合であって、当該保険医療機関への再入院が、入院期間が通算される入院である場合に限り、当該保険医療機関の入院期間を合算して 1 年以上の患者を含めることができる。

〔⑤平成 28 年度診療報酬改定等に係る質疑応答について その 1・その 2 まとめ〕

日本精神科病院協会医療経済委員会 平成 28 年度診療報酬改定等に係る質疑応答

【地域移行機能強化病棟】

(問) 地域移行機能強化病棟の施設基準にある「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数」の要件は、届出時の考え方として、施設基準取扱い通知第 21 の 1(14)に、に示されているが、

例えば、60 床で届出を考えていた場合、

1 年以上入院患者の内、4 月 1 人、5 月 0 人、6 月 1 人、7 月 2 人が退院した場合、7 月における届出の前月までの 3 か月間(4~6 月)の平均退院患者数は 2/3 人となり 60 床で割ると 1.1% で 1.5%の基準をみだせず、7 月の届出はできず、8 月における 3 か月間(5~7 月)では平均退院患者数は 3/3 人で、60 床で割ると 1.6%となり 1.5%の基準を満たすため 8 月には届出が可能となることよろしいか。

(答) 貴見のとおり。

(問) 留意事項通知(3)ア~オは「入院患者全員に行う必要がある」とされるが、入院患者グループとしての集団支援でよいか。

(答) 個別支援を原則とする。ただし、ピアサポーターとの交流機会の提供等、集団で実施することにより、より効果的な支援を行える場合に限り、複数の患者に同時に退院支援を行うことができる。

(問) 地域移行機能強化病棟入院料を算定の患者は、当該保険医療機関における精神科デイ・ケアについては、入院中 1 回まで算定可能とし、他の保険医療機関が実施する精神科デイ・ケアについてはは入院中 4 回まで算定可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。(当該保険医療機関における精神科デイ・ケアの算定回数は入院中 1 回に限るが、実施回数に制限はない)

(問) 施設基準において「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。」となっているが、例えば、平成 28 年 4 月時点で 240 床の病床許可数のある医療機関で、当該入院料を算定する病床を 60 床で届け出をした場合、1 年当たりで病床数を 228 床に届出を行えば基準を達成となるが、病床の削減は毎年達成する必要があるのか。

(答) 当該入院料を届出している間、毎年、一定水準の病床の削減が行われる必要がある。

(問) 区分番号「A312」精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神薬加算を設けるとあるが、変更届出が可能な病棟は精神療養病棟入院料のみか、区分番号「A103」精神病棟入院基本料からの変更届出も可能か。

(答) 可能。

(問) 地域移行機能強化病棟の施設基準にある「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数」の要件は、算定開始以降の考え方として施設基準取扱い通知第21の1(15)に示されているが、

例えば、60床で届出をおこなった場合、

8月に届け出て、8月1人、9月0人が退院した場合、

8月は $1/60=1.6\%$ で基準は満たすが、9月は8～9月の月平均は $1/2$ 人で 0.8% となり基準を満たせなかった場合、通則に従い10月に変更届出を行えばよろしいか。

(答) 貴見の通り。

(問) 医科診療報酬点数表、注1「当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。」となっているが、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合とは具体的にどのような患者を想定しているのか。

(答) 入院期間が1年を超える患者又は1年を超すことが見込まれる患者以外の患者をいう。

当該入院料に係る算定要件に該当しない場合としては、例えば、地域移行に向けた支援を要さず、明らかに短期間で退院が見込まれる場合等が想定される。

入棟時に、入院期間が1年を超すことが見込まれる患者については、退院支援の結果、1年未満で退院できた場合等であっても、地域移行機能強化病棟入院料を算定して差し支えない。

(問) 地域移行機能強化病棟に入院・転棟する時点で、当該医療機関の精神病棟における入院期間が1年を越すことが見込まれていた患者が、結果的に入院期間が1年未満の状態での退院した場合に、退院日または転棟日までの間、地域移行機能強化病棟入院料を算定することが可能か。

(答) 算定できる。

(問) 医科診療報酬点数表、注1「当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。」となっているが、退院患者数に係る基準等、地域移行強化機能病棟の施設基準を満たさなくなった翌々月から15対1入院基本料を算定するようになると理解してよいか。

(答) 当該病棟が施設基準を満たしているものの、個別の患者が地域移行機能強化病棟入院料の算定要件を満たさない場合は、当該患者について15対1入院基本料を算定することが可能である。一方で、お尋ねのように、当該病棟全体が施設基準を満たさないことが明らかになった場合には、速やかに、当該病棟が満たすことができる適切な入院料に、変更の届出を行う必要がある。

(問)①退院先は「障害者施設」や「障害児施設」、有料老人ホーム、サ高住も該当するのか。

②関係機関との連携について、「担当者を予め指定し、保健所等に 文書で情報提供」→
担当者は PSW 以外も可能か。文書交付はどの範囲か(病院近隣か、退院先の住所地か)

(答)①自宅等への退院とは、患家、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設(介護保健サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの)のみが対象であり、有料老人ホーム、サ高住も患家に含まれる。

また、「精神障害者施設」の定義は、施設基準通知において、「総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム」とされており、この定義に相当する施設等への退院については、自宅等への退院に含まれる。

②担当者は PSW 以外でも可能。保健所等とは、「保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者」をいう。

(問)当該病棟から自宅等へ退院した患者が当該医療機関に再入院した場合、あるいは他医療機関に同一疾病で再入院した場合、退院患者数としての取扱いは取り消されるか。また、取り消される場合の再入院までの期間はどの位か。

(答)平成 28 年 3 月 31 日付厚生労働省医療課発事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その 1)」に掲載済である。

【参考】

(問 90)地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

(答)退院時に、自宅等での生活が 3 か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

〔⑥地域相談支援の創設の背景〕

昭和 29(1954)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数 130 万人のうち、要入院者は 35 万人であり、当時の病床(約 3 万床)は、その 10 分の 1 にも満たないとしていた。同時期に改正された精神衛生法は、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に関する国庫補助の規定を設けて、昭和 33(1958)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分け、以後、精神科病院の設立ブームが起こったことは周知のとおりである。つまり、その後 30 年かけて、この要入院者 35 万人という推計を、国民の要請も相まって、国策として追い求めてきた。しかし、向精神薬や医療看護技術の進歩と共に、入院治療から地域生活支援中心へと改革するなか、病院は、これまでの少ないマンパワーで、直近の入退院患者への支援に追われるなか、労力のかかる社会的(家族、金銭、住居、仕事、支援者等)支援がない人への退院支援にも力を注いできた。

しかし、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならないという考えが浸透する中、時代とともに以下のような政策がすすめられてきた。国はこのような考えのもと地域相談支援の積極的な活用を推進している。

- ①平成 15～17 年度は、「精神障害者退院促進支援モデル事業」を実施した。
- ②平成 18～19 年度は、「精神障害者退院促進支援事業」を実施した。
- ③平成 20 年度からは、精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターを配置することとした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を実施した。
- ④平成 22 年度からは、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し、事業名も「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」として実施した。
- ⑤平成 24 年 4 月からは、障害者自立支援法に「地域相談支援」を創設した。

〔⑦市区町村で実施している相談支援等〕

市区町村は、障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう以下の相談支援等を行っている。指定特定相談支援事業者は、計画相談支援を実施する事業者として市区町村が指定し、指定一般相談支援事業者は、地域相談支援を実施する事業者として都道府県・指定都市・中核市が指定する。病院が、別途事業者として、指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者としての指定を受けて相談支援事業を行うこともできる。

① 障害者相談支援事業

障害者の福祉に関する様々な問題について、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行う。また、こうした相談支援事業を効果的に実施するために、（自立支援）協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施や地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進する。

この事業は、市区町村が直接行うか、市区町村から委託された指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者が行う。

② 基幹相談支援センターの設置（任意）

地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談支援事業者間の連絡調整や関係機関の連携支援など、相談支援体制の強化に取り組む基幹相談支援センターも、市区町村が直接行うか、市区町村から委託された法人が行う。

③ （自立支援）協議会

障害者総合支援法第 89 条の 3 において、地方公共団体は障害者や障害児への支援体制の整備を図るため、関係機関等で構成される協議会の設置に努めることとされている。協議会は、地域における障害者や障害児への支援体制に関する課題についての情報を共有し、関係機関等の連携を推進し、地域の実情に応じた体制の整備について協議する。

市区町村によっては、相談支援事業者、精神科病院、障害者支援施設、保健所等をメンバーに、地域移行・地域定着支援に関する専門部会を設置し、関係機関の連携体制及び支援体制の強化を図り、円滑な地域生活への移行等に取り組んでいる。

〔⑧指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者〕

① 指定特定相談支援事業者

指定特定相談支援事業者は、計画相談支援(サービス等利用計画)の作成を行う。

退院にあたっての地域移行支援等の利用や、退院後の障害福祉サービスの利用等について、市町村の支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス担当者会議を開催するなど、サービス事業者との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成する。

サービス等利用計画は、指定特定相談支援事業者が作成する総合的なプランで、地域で生活するための課題解決や必要なサービスの利用を支援するためのものである。本人の状況や退院後の生活全体に関わる視点を持ってアセスメントし、最も適切なサービスの利用について検討して作成する。

② 指定一般相談支援事業者

指定一般相談支援事業者は、地域相談(地域移行支援・地域定着支援)を行う。

地域移行支援は、精神科病院等から退院・退所する際に支援が必要な方を対象として、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る)の体験的な利用支援、民間アパート等への体験的な宿泊支援その他必要な支援を行う。支援の実施の際には、地域移行支援計画を作成する。精神科病院に入院している精神障害者が利用する場合、原則として、直近の入院期間が1年以上の方が対象となるが、直近の入院期間が1年未満であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方も対象となる。

地域定着支援は、地域で、単身等で生活する障害のある方に対し、休日や夜間等でも常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、緊急訪問や相談などの必要な支援を行う。このサービスでは、精神科病院や入所施設から退院または退所した方や地域生活が不安定な方などに、常時の連絡体制の確保や緊急時支援を行うことで、障害のある方の地域生活の継続を支援するものである。

〔⑨地域包括ケア「見える化システム」〕

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するために厚労省が提供している情報システムである。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されている。

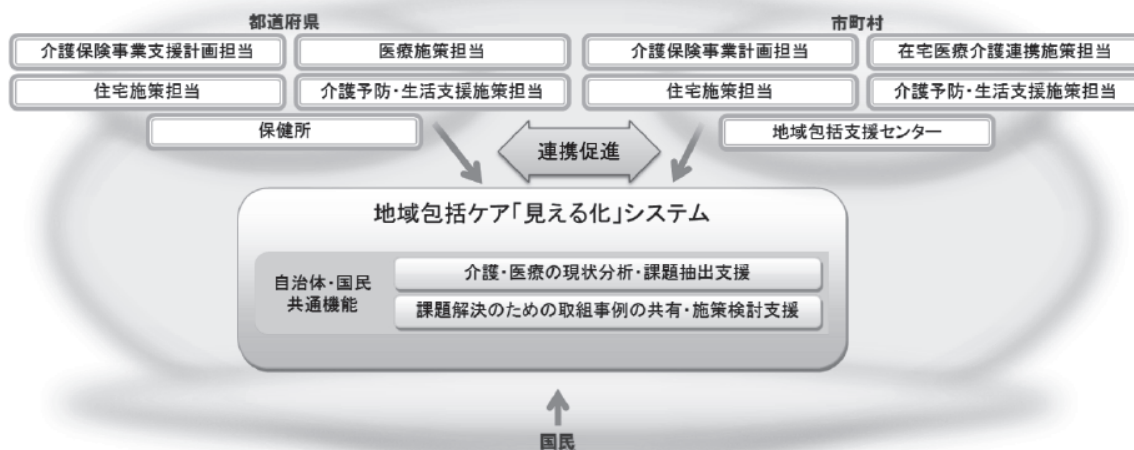
アドレス ⇒ <https://mieruka.mhlw.go.jp/#見える化>

地域包括ケア「見える化」システムとは

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されます。本システム利用の主な目的は、以下のとおりです。

- 地域間比較等による現状分析から、自治体の課題抽出をより容易に実施可能とする
- 同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参照することで、各自治体が自らに適した施策を検討しやすくする
- 都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を閲覧可能となることで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携が容易になる

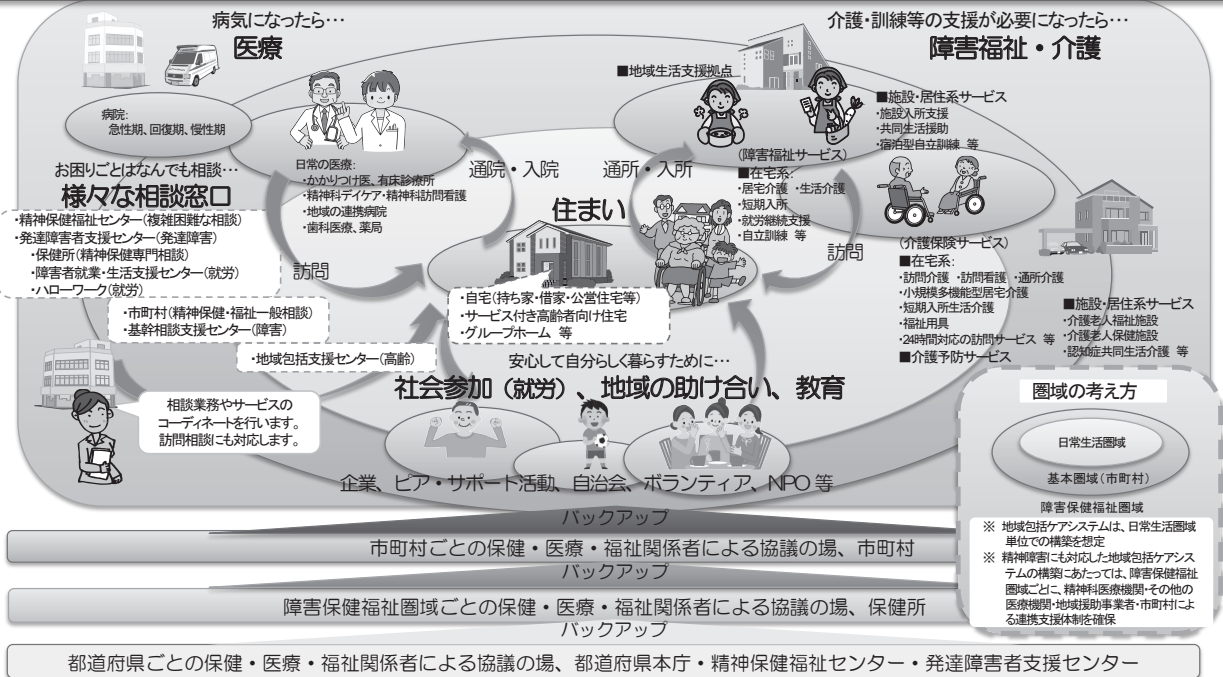
また、本システムは、平成27年7月の本格稼働以降、一部の機能を除いて誰でも利用できるようになりました。このことから、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなることが期待されます。



〔⑩地域包括ケアシステムの構築(イメージ)〕

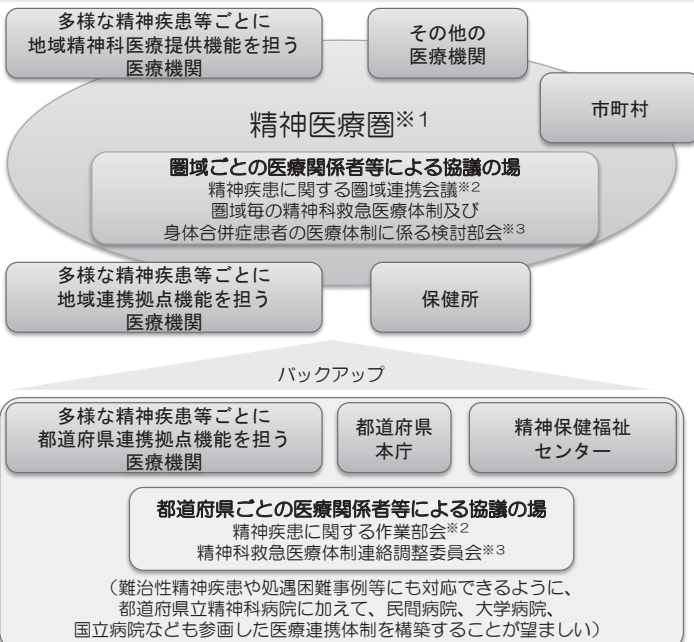
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(イメージ)

- 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。



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を明確化を図る)

〈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