

精神科救急医療体制整備に係る基本的事項

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ の開催について

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検討会

趣旨

平成29年2月にとりまとめられた「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、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築の理念が示されて以降、厚生労働省では、本システムの構築に向け、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じた関係者間の重層的な連携による支援体制の構築に向けた取組を進めている。

本システムの構築に当たり、関係者による重層的な連携支援体制構築の更なる促進が必要であるところ、その取組に資することを目的として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」を開催する。

[検討事項]

- ・本システムの連携支援体制に関する事項
- ・精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者及び地方公共団体等の役割に関する事項
- ・その他

構成員

朝比奈 ミカ	千葉県中核地域生活支援センターがじゅまる センター長	櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
伊澤 雄一	精神保健福祉事業団体連絡会 代表	櫻田 なつみ	株式会社MARS ピアサポーター
岩上 洋一	一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事	田村 綾子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事	中島 豊爾	一般社団法人日本公的病院精神科協会 会長
岡部 正文	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 理事	中谷 祐貴子	岡山県保健福祉部長
奥田 知志	全国居住支援法人協議会 共同代表	長野 敏宏	特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場 理事
小幡 恭弘	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会 (みんなねっと) 事務局長	野口 正行	全国精神保健福祉センター長会 常任理事
鎌田 久美子	公益社団法人日本看護協会 常任理事	中原 由美	全国保健所長会 (福岡県宗像・遠賀保健福祉環境 事務所 保健監 (保健所長))
神庭 重信	九州大学名誉教授	長谷川 直実	公益社団法人日本精神神経科診療所協会
吉川 隆博	一般社団法人日本精神科看護協会 会長	藤井 千代	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長
小阪 和誠	一般社団法人日本メンタルヘルスパイアサポート 専門員研修機構 理事	山本 賢	全国精神保健福祉相談員会 副会長 (埼玉県飯能市健康福祉部障害者福祉課 主幹) (五十音順、敬称略)

※ 構成員は令和2年7月時点の所属である

- 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの設置について賛同する意見が多数であり、反対意見はなかった。
- 当該ワーキンググループでの議論では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築という趣旨を鑑み、精神科医療を基軸としつつ、総合的な支援体制構築の議論がなされることへの期待が寄せられた。
- 精神科救急医療体制整備のあり方として、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備、身体合併症がある場合の体制整備等についても意見が出された。

意見の抜粋

- 単に入院受入れの仕組みを検討するのではなく、精神科救急医療の対象、ニーズを把握し調整を行って必要に応じた治療に結び付ける機能、精神科救急での治療後の支援の継続性などの現状と課題も把握すべき。
- 精神科救急医療体制整備事業で対応せざるを得ない状況になる前の、病状悪化の初期段階からの適切な支援のあり方についても検討していただきたい。
- 病状悪化の程度によっては、在宅での支援が困難なこともあるが、必ずしもすべての場合で入院が必要であるとは限らない。わが国においては、治療の場が入院となる場合が多いが、今後は本人の希望や病状によっては、いわゆるクライシスハウスのような支援も選択できるよう、ショートステイの柔軟な活用を考慮するなど、病状悪化時の治療の場の選択肢を広げることも考慮してよいのではないか。
- 関係する多くの職員が精神科救急医療体制の整備について理解を深めるためには、ワーキンググループで各専門職の担う役割を明確化することが必要。
- 診療報酬改定により、精神科救急入院料を算定できる病床数の上限が設定され、現在運用中の精神科救急病床も上限を超える場合には削減が求められているが、必要とされる精神科救急病床数は、病院単位ではなく地域の実情に応じて地域ごとに定められるべき。
- 夜間や休日に救急対応できる精神科医療機関を、身近な地域で受けられるように配備すること、これらの医療機関の稼働率を上げることの工夫が必要。
- 合併症や精神科救急医療体制に関する医療連携システムの確立とともに、精神科救急対応後の生活支援のためには、連携パスが必要。
- 精神科かかりつけ医機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化を地域における基盤とし、必要な時に必要とされる医療が受けられる体制について、それぞれの地域の患者特性や社会資源の実情に応じて構築していくことが求められる。
- 急変時の対応では、精神科救急と一括しているが、精神科救急でもいわゆるアキュート（高度急性期）、サブアキュート（急性期一般）、ポストアキュート（急性期後の回復期あたり）の考え方は適用できるのではないか。役割分担を意識した救急体制が望ましいのではないか。
- 精神科救急医療の対象者を精神保健福祉センター等によるトリアージにより、必ずしも入院を必要としないと推測される者を精神科診療所につなげる方法もある。

精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの開催について

1. 現状と課題

- 精神科救急医療体制の確保については、精神保健福祉法第19条の11において、都道府県は夜間又は休日の相談対応や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等地域の实情に応じて体制の整備を図るよう努めるものとされている。
- 平成29年2月には精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念が掲げられており、精神科救急医療体制の整備は、精神障害者の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、体制整備が求められている。
- 第7次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関の明確化の他、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来と精神科救急入院を区分して受入体制を構築する等、地域の实情を踏まえて連携体制を検討することが求められている。
- これまで都道府県・政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用し、精神科救急医療体制連絡調整委員会の設置、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図っている。また、精神科救急情報センターを整備することで、救急医療機関や消防機関等からの要請に対して、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介等に努めている。
- 一方、その精神科救急医療体制整備は、精神科救急医療圏域の概念と圏域毎の体制整備の考え方が定まっていない、精神科救急医療体制整備事業における常時対応型・病院群輪番型の機能分担が不明瞭である、身体合併症対応施設の整備が進んでいない等の課題が指摘されている。

2. 今後に向けた対応方針

- **精神科救急医療体制整備に関する課題が数多く指摘されていることを踏まえ、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を図ることを基本的な考えとした上で、精神科救急医療体制の整備の在り方について「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検討会」の下、ワーキンググループを開催する。**

〔ワーキンググループのスケジュール〕

実施時期：令和2年8月頃～令和2年12月頃

※1から2ヶ月毎に議論を行い、令和2年12月を目途にとりまとめ、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検討会へ報告する。

精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ

進め方

- 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を図ることを基本的な考えとした上で、事務局等が精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループでの議論の基となる各種データを示し、必要に応じて有識者等からのヒアリングを交えつつ、主な検討事項の整理を行う。
- 議論の進捗については、適宜、「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検討会」へ報告する。

想定される主な検討事項

- 精神科救急医療体制整備の基本的事項
 - ・ 精神科救急医療体制整備に係る都道府県又は指定都市の責務、精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能
 - ・ 地域における精神科救急医療の需要
 - ・ 精神科救急にかかる対象者像
 - ・ 精神科救急医療圏域の設定
 - ・ 当事者の危機に対する精神科救急外来と精神科救急入院の役割
- 精神科救急情報センターと24時間精神医療相談窓口の機能と役割
- 精神科救急医療体制整備事業における医療機関の機能と確保
 - ・ 外来対応施設の機能と役割
 - ・ 常時対応型と病院群輪番型の機能と役割
 - ・ 精神科救急医療施設の確保の考え方
- 身体合併症対応
 - ・ 精神科救急医療施設における身体合併症対応
- 精神科救急医療体制整備事業と精神科救急入院料の関係

構成員

小阪 和誠	一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート 専門員研修機構 理事
来住 由樹	日本公的病院精神科協会
杉山 直也	日本精神科救急学会 理事長
辻本 哲士	全国精神保健福祉センター長会 会長
長島 公之	日本医師会 常任理事
長谷川 直美	日本精神神経科診療所協会
藤井 千代	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域・司法精神医療研究部 部長
松井 隆明	日本精神科病院協会 理事
松本 晴樹	新潟県福祉保健部 部長
山本 賢	全国精神保健福祉相談員会 副会長 (埼玉県飯能市健康福祉部障害者福祉課 主幹) (敬称略・五十音順)

- **精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制の位置づけの確認**
 - ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能
 - ・ 都道府県による精神科救急医療体制整備
- **精神科救急医療体制整備を取り巻く課題の整理及び検討**
 - ・ 地域における精神科救急医療の需要、精神科救急医療圏域の設定
 - ・ 精神科救急にかかる対象者像と急性増悪時等の危機への対応の在り方
 - ▷ 地域における相談体制
 - ▷ 精神科救急外来と精神科救急入院の役割
 - ▷ 精神科救急医療施設の役割、身体合併症対応、かかりつけ医との連携 等
 - ・ 精神科救急医療体制整備事業の課題
 - ▷ 精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能（都道府県又は指定都市の責務） 等
- **精神科救急医療体制整備の更なる充実に向けた諸制度への反映の方向性ととりまとめ（提言）**

精神保健医療福祉の制度の動向

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯

精神衛生法

精神保健法

精神保健福祉法

背景

制度改正の概要

S 25年
成立

○精神病患者監護法と精神病院法の廃止・引継ぎ

◎措置入院制度の創設
◎保護義務者の同意による入院制度の創設
◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等

S 29年
改正

◎非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等

S 36年
改正

○ライシャワー事件（S39年）

◎入院医療費の国庫負担基準の引上げ（2分の1→10分の8） 等

S 40年
改正

○宇都宮病院事件（S58年）

◎措置入院手続きの改正（緊急措置入院制度の創設など） 等

S 62年
改正

◎精神医療審査会制度の創設
◎応急入院制度、任意入院制度の創設
◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等

H 5年
改正

○5年後見直し
・障害者基本法の成立（H5年）
・地域保健法の成立（H6年）

◎精神障害者社会復帰促進センターの創設
◎精神障害者の定義規定の見直し 等

H 7年
改正

◎精神障害者保健福祉手帳制度の創設
◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等

H 11年
改正

○池田小事件（H13年）

◎医療保護入院の要件の明確化（任意入院の状態にない旨を明記）
◎保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等

H 15年

医療観察法の成立

○精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定（H16年）

◎心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等

H 17年
改正

○障害者自立支援法の成立（H17年）

◎精神医療審査会の委員構成の見直し
◎特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等

H 25年
改正

○相模原市「津久井やまゆり園」事件
○指定医不正申請

◎保護者制度の廃止、家族等同意の創設
◎精神科病院管理者に、退院後生活環境相談員の設置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備を義務付け 等

H 28年

これまでの精神保健医療福祉に関する検討経緯（平成16年から平成26年）

平成16年9月 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示される

平成21年9月 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書を公表

平成26年7月 「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」
「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」において検討課題とされた、**地域の受け皿づくりの在り方等に係る具体的方策を取りまとめる**

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

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

1. 精神病床の機能分化に関する事項

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

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

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

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

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

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

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

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(概要)(抄)

(平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に関係法律の改正案を提出)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 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、障害福祉計画に基づき、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が適当。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、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ように、医療計画に基づき、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が適当。

(3) 精神病床のさらなる機能分化

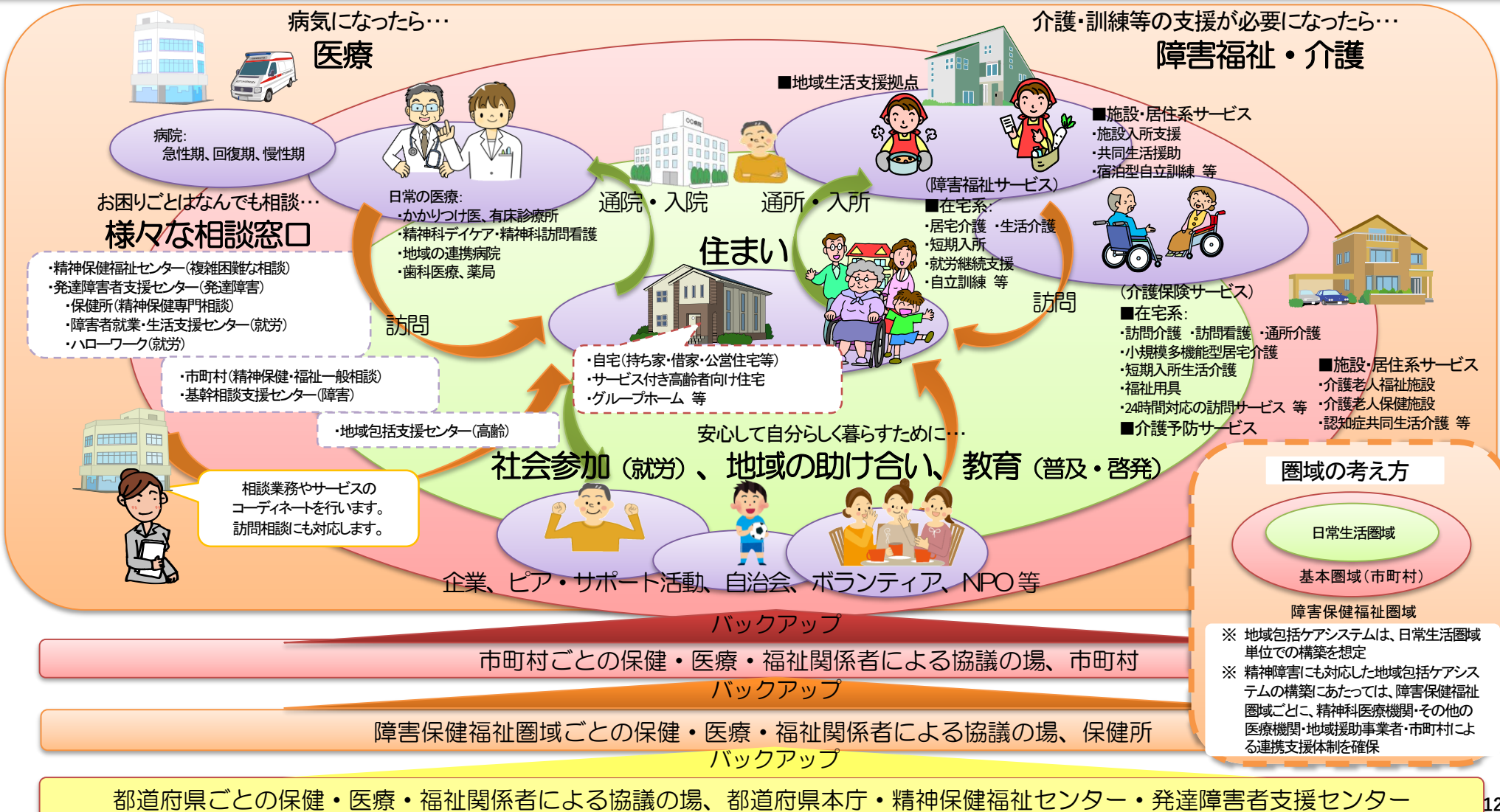
- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

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。



第1回検討会での主な意見と整理

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に関する意見

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは高齢者の地域包括ケアシステムに組み込むこととしているのか、それとも新たに精神版の地域包括ケアシステムを構築するのか。新たに精神版のシステムを構築するものと認識されている実態もあり、当事者やその家族がまったく異なるシステムに閉じ込められると認識されている。
- 精神障害に特化するのにはあり得ないことから、これからの精神保健福祉の在り方検討会で精神障害「にも対応した」を提案した。社会全体で支える仕組みづくりが重要。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと地域共生社会の実現との関係を整理する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方の整理

- 地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」は、今後、日本社会全体で実現していくとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。
- 地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、**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は、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないもの。**
- 高齢者分野に端を発した地域包括ケアシステムであるが、これらの考え方や実践は、精神障害者やその家族等への支援体制を構築する上でも活用できるもの。
- 精神分野においては、**精神障害者やその家族等を取り巻く様々な環境を考慮しつつ、関係者の重層的な連携による支援体制を構築する必要があり、精神分野についてある程度特化した取組も必要**ではないか。

対象者の考え方

- これまでの精神保健医療福祉に関する検討会では精神科医療機関に入院している人を対象（中心）として議論している。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム本来の理念が浸透していない。対象も不明確なので、そこを明確にする必要がある。
- これまでの精神保健医療福祉に関する議論は入院ありきの議論となっていた。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは地域づくりが重要。地域住民に見える形で施策を打つべき。地域住民のニーズを聴くべき。関係者の中だけの議論で終わってしまっている。
- 全世代を対象としたものなのか。各世代のニーズを反映できる施策が必要。
- 地域包括ケアシステムの考え方は当初から全世代型である。また、既存の資源を活用するもの。地域課題を積み上げたうえで解決していく必要がある。
- 医療、福祉に繋がっていない人が多い。メンタルヘルス課題を持つ人も増えており、このような者をどう支えていくかの議論も必要。

対象者の考え方の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは**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、**重層的な連携による支援体制を構築することが適当。**

第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る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」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はR3～5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
- ・ 福祉施設から一般就労への移行
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 発達障害者支援の一層の充実
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害者による文化芸術活動の推進
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上
- ・ 障害福祉人材の確保

3. 成果目標(計画期間が終了するR5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: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数316日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に(H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%、6ヵ月後 86%、1年後 92%(H30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が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

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: R元年度の1.27倍
うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 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
- ・ 難聴児支援のための中核機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 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(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化【新たな項目】

- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

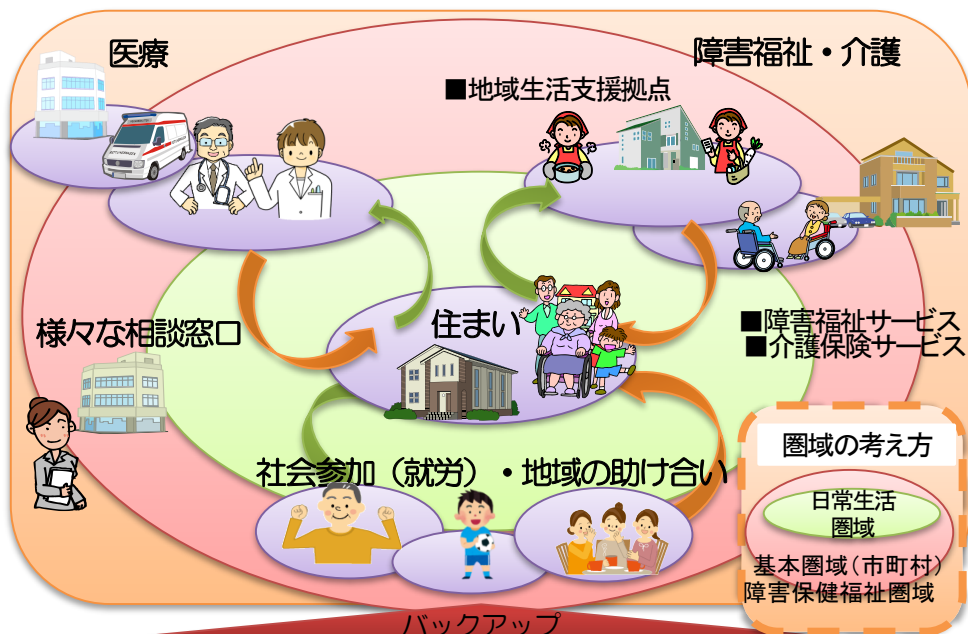
⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 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進める必要がある。
- 2020年度末、2024年度末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地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 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ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の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。

精神障害にも対応した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※1

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※2
精神疾患に関する作業部会

※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

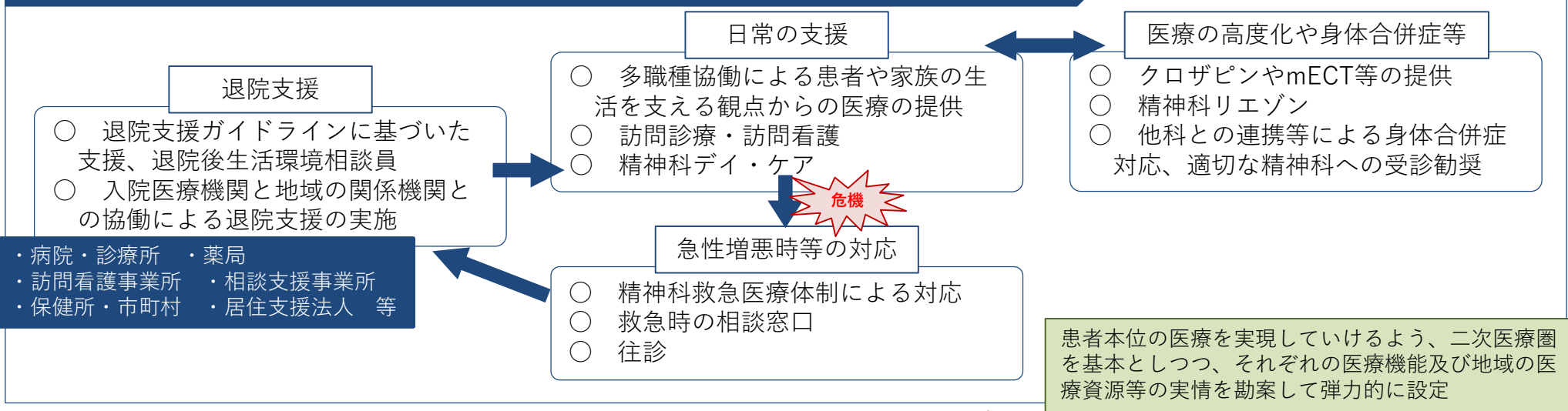
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける 精神医療の提供体制（イメージ）

第2回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検討会資料より一部改変

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、精神障害者等が地域で安心して暮らすためには、精神医療に必要な医療機能を明確にする必要がある。
- 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ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の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。
- 患者の生活の場において精神医療を提供していくためには、多職種が相互に連携することが重要。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能



多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう地域の関係機関が連携

積極的役割を担う医療機関

- 上記の機能の確保に向けて、積極的役割を担う
 - ・ 本人の意思の尊重
 - ・ 多職種協働による支援体制、包括的支援マネジメント
 - ・ 急性増悪時等の緊急時の対応体制や連絡体制の確保

必要な連携を担う拠点

- 保健・医療・福祉等関係者からなる協議の場
- 関係機関の連携体制の構築

精神保健福祉センター、保健所、市町村医療等関係団体 等

参考1：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日医政地発0413第1号）別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より
参考2：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8日）

精神科救急医療体制整備に係る諸制度

精神科救急医療体制に係る諸制度①

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

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その第33条第2項に規定する家族等その他の関係者からの相談に応ずること、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。

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（平成26年3月7日厚生労働省告示第65号）（抄）

第一 精神病床の機能分化に関する事項

三 急性期の精神障害者に対して医療を提供するための体制の確保等

3 救急の外来で受診し、入院した急性期の精神障害者に対して適切な医療を提供できる体制の確保を推進する。

第二 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

四 精神科救急医療体制の整備

1 24時間365日対応できる医療体制の確保

ア 都道府県は、在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科病院と地域の精神科診療所との役割分担の下、地域の特性を活かしつつ、患者に24時間365日対応できる精神科救急医療のシステムの整備や精神医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進する。

イ 地域の特性を活かしつつ、精神科診療所間又は精神科救急医療を行う病院間の輪番等に協力することにより夜間・休日における救急診療を行う等、精神科診療所の医師が救急医療に参画できる体制の整備を推進する。

2 身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保

ア 身体疾患を合併する精神障害者に係る救急の対応については、当該精神障害者の身体疾患及び精神疾患の状態を評価した上で、両疾患のうち優先して治療すべき疾患に対応できる救急医療機関が患者を受け入れるとともに、身体疾患の治療を優先した場合には、精神科の医療機関が当該患者に係る精神疾患の治療の後方支援を行い、精神疾患の治療を優先した場合は、身体疾患の治療を行うことができる医療機関が当該患者に係る精神疾患の治療の後方支援を行う体制を構築する。

イ 都道府県は、精神科救急医療機関と他の医療機関の連携が円滑に行われるよう、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する。

ウ 都道府県は、身体疾患を合併する精神障害者に対応するため、精神医療に関する相談窓口や精神科救急医療に関する情報センターの整備等に加え、医療機関が当該患者を速やかに受け入れられるよう、身体疾患を合併する精神障害者の受入体制を確保する。

エ 精神科及び身体疾患に対応する内科等の診療科の両方を有する医療機関においても、身体疾患を合併する精神障害者に対応できる体制の充実を図る。

3 評価指標の導入

精神科救急医療機関は、他の医療機関との相互評価等を行い、提供する医療の質の向上を推進する。

精神科救急医療体制に係る諸制度②

精神科救急医療体制の整備に関する指針（平成24年3月30日障精発0330第2号）

※参考資料参照

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年法律第71号。平成22年12月10日公布。）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）が一部改正され、平成24年4月1日から施行されることに伴い、精神保健指定医の公務員業務への参画義務（法第19条の4）、都道府県の救急医療体制整備の努力義務（法第19条の11）が規定されることとなっている。

法の施行に当たっては、厚生労働省内に設置された社会・援護局障害保健福祉部長主催の「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書（平成23年9月30日公表）において、今後、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等についてとりまとめられたが、その具体的な内容や、都道府県、精神科医療機関、精神保健指定医等のそれぞれの役割等について別紙のとおりお示しする（略）。

精神科救急医療体制整備事業（令和2年3月4日障発0304第2号）

※本資料12頁参照

1 目的

精神科救急医療体制整備事業は、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に、都道府県又は指定都市が、精神科救急医療体制を確保することを目的とする。（中略）

都道府県等は、精神科救急情報センター、搬送体制、精神科救急医療、身体合併症救急医療等を地域で確保できるように本事業を用いて整備を行うものとする。

なお、体制整備に当たっては、精神科救急医療体制連絡調整委員会等の意見を聴くこと等により、地域の実情に十分配慮するものとする。

2 事業の実施主体（略）

3 事業の内容

（1）精神科救急医療体制連絡調整委員会等（略）

（2）精神科救急情報センター（略）

（3）搬送体制（略）

（4）精神科救急医療確保事業（略）

（5）身体合併症救急医療確保事業（略）

4 から 5（略）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日医政地発0413第1号）

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

（11）精神科救急

（医療提供体制に関する検討課題）

第7次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。

精神科救急医療体制整備事業について

精神科救急医療体制整備事業

令和元年度予算額
17億円

令和2年度予算
17億円
※依存症医療連携事業分2.7億円を含む

【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实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

救急医療情報センター等



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

受入先
情報

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

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
事業の事業メニューの中
で実施

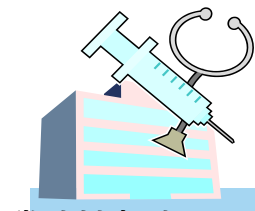
一般救急医療圏域



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
対応可能な病院を含む

受入先調整

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

精神科救急医療体制整備事業における各機関の役割

○精神科救急医療体制連絡調整委員会等

委員会等は、都道府県、指定都市、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防機関、一般救急医療機関等の関係者によって構成されるものであり、医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、**精神科救急医療圏域毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証**を行い、圏域毎の実態に応じた精神疾患を有しながら**身体合併症を有する患者を含む精神科救急医療体制機能の整備**を図るとともに、**圏域毎の精神科救急医療体制について関係者間の相互理解を深める**こと。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討すること。

○精神科救急情報センター

身体疾患を合併している者も含め、**緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能**等を、「精神科救急情報センター」として精神保健福祉センター、医療機関など精神科救急医療体制の中核となる機関等に**原則24時間365日対応できるよう整備**（ただし、時間帯により固定の担当機関を置き、適切に情報を引き継ぐ体制を整備することも可とする。）するものとする。

○24時間精神医療相談窓口 ※令和2年度より精神科救急医療体制整備事業より移行

都道府県等は、特に休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神保健福祉センター、精神科救急情報センター、医療機関等に精神医療相談窓口の機能を設けるものとする。精神医療相談窓口においては、精神障害者の疾病の重篤化を軽減する観点から、精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、**必要に応じて医療機関への紹介や受診指導を行うものとする**。なお、当該窓口の整備に当たっては、既に整備されている相談窓口等の連携により、地域において24時間の相談体制が確保されることを妨げるものではない。**相談窓口は、原則24時間365日体制をとることとし、休日、夜間は確実に対応できるものとする**。

○精神科救急医療施設

都道府県が設定した圏域ごとに病院群輪番型、常時対応型による精神科救急医療施設を確保すること等により、**24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に精神科救急医療を提供できる体制を整備する。**

・病院群輪番型

各圏域で、**複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置し受入れ態勢を整備した病院や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**を病院群輪番型施設として指定。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む）を整えていること。

・常時対応型

24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置し受入れ体制を整備した病院や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常時対応型施設として指定。

診療報酬において、「精神科救急入院料」又は「精神科救急・合併症入院料」を算定していること。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む。）を整えていること。

○外来対応施設

外来によって初期精神科救急患者の医療対応ができる体制を整えるものとする。

なお、外来対応施設のうち、夜間、休日、全時間帯を同一の医療機関において、対応する体制を整えている場合は、「常時型外来対応施設」として指定するものとする。**既存の地域資源を活用しつつ輪番等の体制を構築するものとする。**
また、精神医療相談窓口と連携するとともに、精神障害者及び家族が十分活用できるよう、管内の行政機関や医療機関を通じて広報するものとする。

○身体合併症対応施設

精神疾患を有しながら、**身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関を指定するものとする**（少なくとも**2つの圏域に1か所整備するよう努めること**）。

精神科救急医療体制連絡調整委員会等における検討を踏まえて複数病院を指定し、輪番制で対応することもできる。

精神科救急医療体制の都道府県別の状況（令和元年度）

都道府県名	人口 (万)	2次医 療圏数	精神科 救急医 療圏数	精神科 救急1 圏域当 たり人 口 (万)	精神科救急医療施設分類					精神科 救急1 圏域当 たり施 設数
					合計 (※)	常時対 応型	輪番型	合併症 型	外来対 応型	
北海道	529	21	8	66.1	63		63			8
青森県	126	6	6	21.0	22		22			4
岩手県	124	9	4	31.0	15	3	12	1		4
宮城県	232	4	1	232.0	31		26		5	31
秋田県	98	8	5	19.6	14	1	13	2		3
山形県	109	4	2	54.5	12		12			6
福島県	186	7	4	46.5	25		25			6
茨城県	288	9	2	144.0	28	1	27			14
栃木県	195	6	3	65.0	24	1	18	5	19	8
群馬県	195	10	1	195.0	15	1	14			15
埼玉県	733	10	2	366.5	72	2	33	1	37	36
千葉県	626	9	12	52.2	33	13	28			3
東京都	1,382	13	4	345.5	84	5	38	1	41	21
神奈川県	918	11	4	229.5	59	6	46		7	15
新潟県	225	7	2	112.5	25		25			13
富山県	105	4	1	105.0	24		24			24
石川県	114	4	2	57.0	15	2	13			8
福井県	77	4	1	77.0	8		8			8
山梨県	82	4	1	82.0	10	1	10			10
長野県	206	10	3	68.7	19	1	18			6
岐阜県	200	5	2	100.0	14		14			7
静岡県	366	8	6	61.0	9	4	6			2
愛知県	754	12	1	754.0	42		42			42
三重県	179	4	2	89.5	12		12			6

都道府県名	人口 (万)	2次医 療圏数	精神科 救急医 療圏数	精神科 救急1 圏域当 たり人 口 (万)	精神科救急医療施設分類					精神科 救急1 圏域当 たり施 設数
					合計 (※)	常時対 応型	輪番型	合併症 型	外来対 応型	
滋賀県	141	7	3	47.0	11	2	9			4
京都府	259	6	3	86.3	15	1	14	1		5
大阪府	881	8	8	110.1	38		38			5
兵庫県	548	10	5	109.6	41	1	35	2	3	8
奈良県	134	5	1	134.0	9	1	8	1	8	9
和歌山県	94	7	2	47.0	6	1	5			3
鳥取県	56	3	3	18.7	7	1	6			2
島根県	68	7	7	9.7	12	4	8			2
岡山県	199	5	2	99.5	12	1	11			6
広島県	282	7	2	141.0	5	1	5			3
山口県	137	8	3	45.7	27	1	25	1		9
徳島県	74	3	3	24.7	15		14	1		5
香川県	96	5	2	48.0	14		14	1		7
愛媛県	135	6	1	135.0	7		7			7
高知県	71	4	1	71.0	8		8		8	8
福岡県	511	13	4	127.8	77		77			19
佐賀県	82	5	1	82.0	18	1	17			18
長崎県	134	8	6	22.3	35	1	34			6
熊本県	176	11	1	176.0	44		44			44
大分県	114	6	1	114.0	21		20	1		21
宮崎県	108	7	3	36.0	20		19	1		7
鹿児島県	161	9	4	40.3	44	3	42	2		11
沖縄県	145	5	4	36.3	20		20			5

合計	12,644	344	149	84.9	1,181	60	1,029	21	128	8
----	--------	-----	-----	------	-------	----	-------	----	-----	---

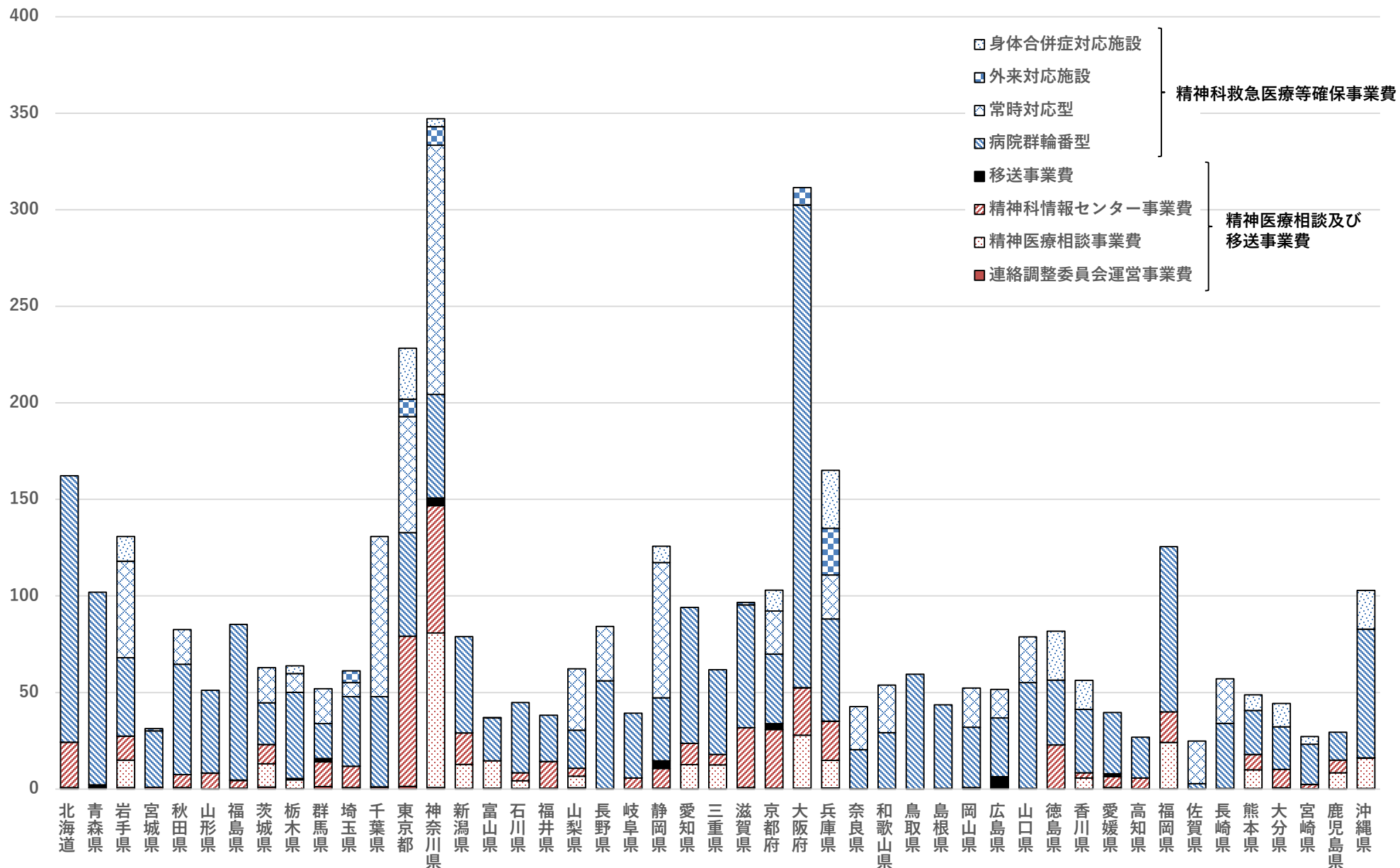
(※) 常時対応型と合併症型等の複数の分類を兼ねている医療施設があるため、合計は一致しない場合がある。

精神科救急医療体制整備事業（補助イメージ）（令和2年度）

事業名等	事業内容等	事業費公布基準額
精神科救急医療体制 連絡調整委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡調整委員会 ・圏域ごとの検討部会 ・研修事業等 	厚生労働大臣が必要と認めた額
精神科救急 情報センター	<ul style="list-style-type: none"> ・搬送医療機関の紹介、一般救急システムとの連絡調整 ・移送の連絡調整 ・情報センターの周知 	病院群輪番型又は常時対応型医療機関以外で実施する場合 ・厚生労働大臣が認めた額×実施日数（平日・休日・夜間）
搬送体制	<ul style="list-style-type: none"> ・搬送体制整備 	8,100円以内で厚生労働大臣が認めた額×実施日数
精神医療相談 に係る事業	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間精神医療相談窓口 ・相談窓口の周知等 ※ 令和2年度から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内の事業の一つとして実施	厚生労働大臣が必要と認めた額
精神科救急医療 確保事業	都道府県が設定した圏域ごとに精神科救急医療施設を確保	（下記のとおり）
(1)病院群輪番型	複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置した病院等	<ul style="list-style-type: none"> ・休日：35,400円以内×実施日数 ・夜間：37,700円以内×実施日数 ・オンコール 9,500円以内×実施日数 ○外来対応加算 ・休日：7,620円以内×実施日数 ・夜間：8,380円以内×実施日数 ○相談窓口及び精神科救急情報センター設置加算 ・休日：7,620円以内×実施日数 ・夜間：8,380円以内×実施日数
(2)常時対応型	同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置した病院等	<ul style="list-style-type: none"> ・休日：35,400円以内×実施日数 ・夜間：37,700円以内×実施日数 ・オンコール 9,500円以内×実施日数 ○外来対応加算 ・休日：7,620円以内×実施日数 ・夜間：8,380円以内×実施日数 ○相談窓口及び精神科救急情報センター設置加算 ・平日：6,100円以内×実施日数 ・休日：7,620円以内×実施日数 ・夜間：8,380円以内×実施日数 ○その他厚生労働大臣が認めた額
(3)外来対応施設	外来診療によって初期精神科救急患者の医療対応ができる体制を整えた施設等	病院群輪番型又は常時対応型とは別に単独で設置する場合 ・休日：23,000円以内×実施日数 ・夜間：25,300円以内×実施日数
身体合併症 救急対応事業	身体合併症対応施設（精神疾患を有しながら、身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関）を少なくとも2つの圏域に1か所整備	厚生労働大臣が認めた額×実施日数

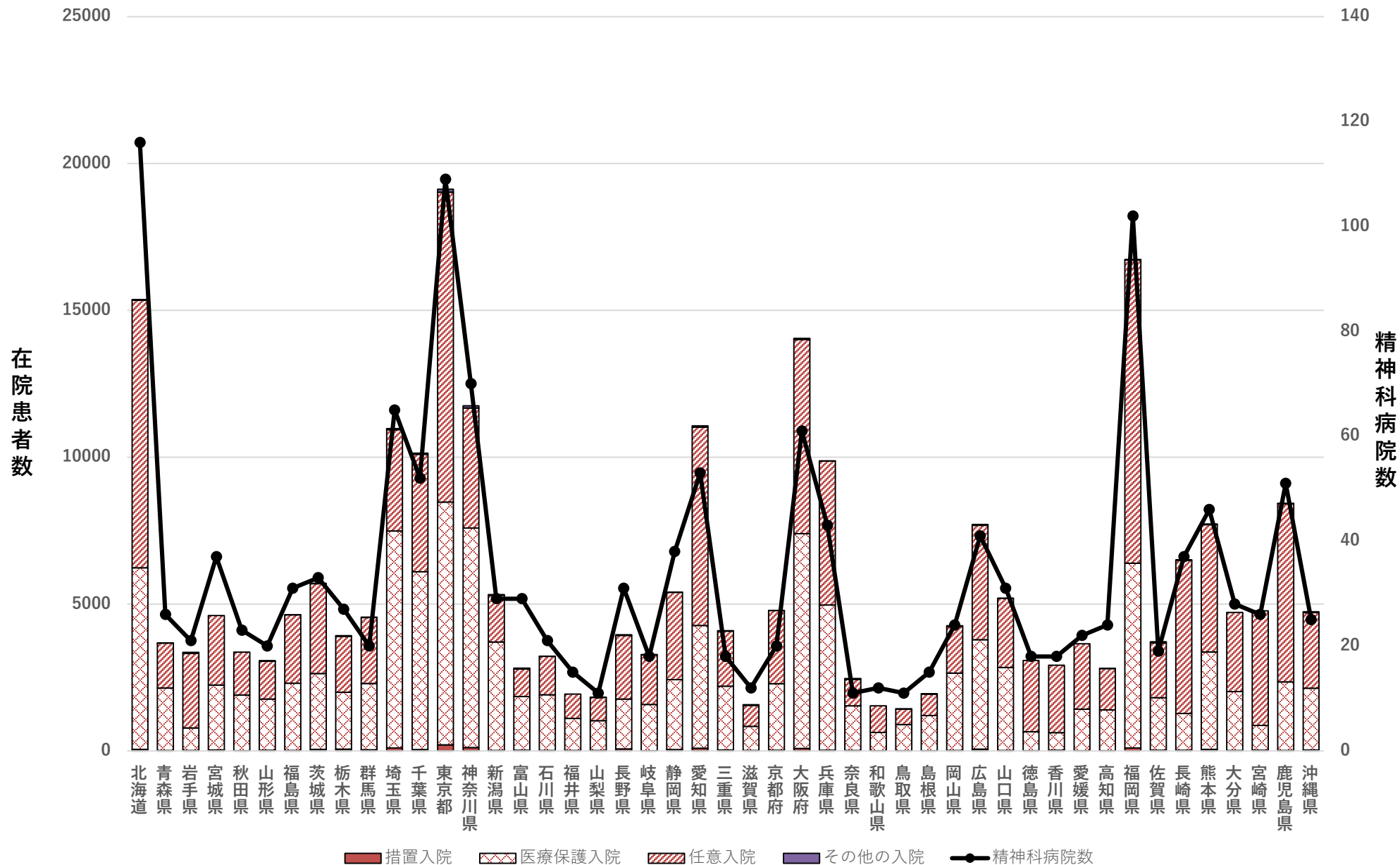
令和元年度 精神科救急医療体制整備事業（都道府県別）

百万

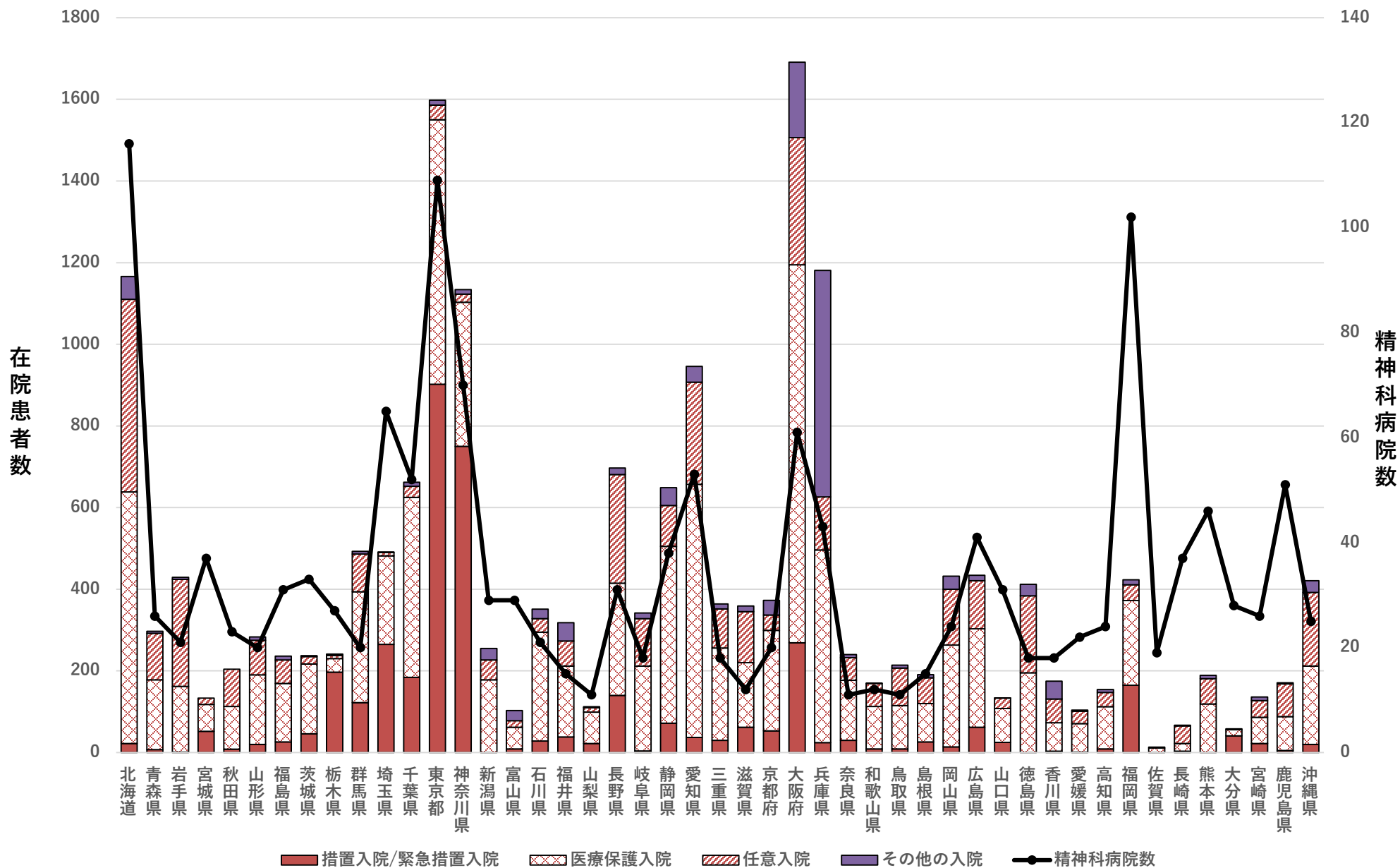


※ 指定都市の事業費を、都道府県に含めて掲載している

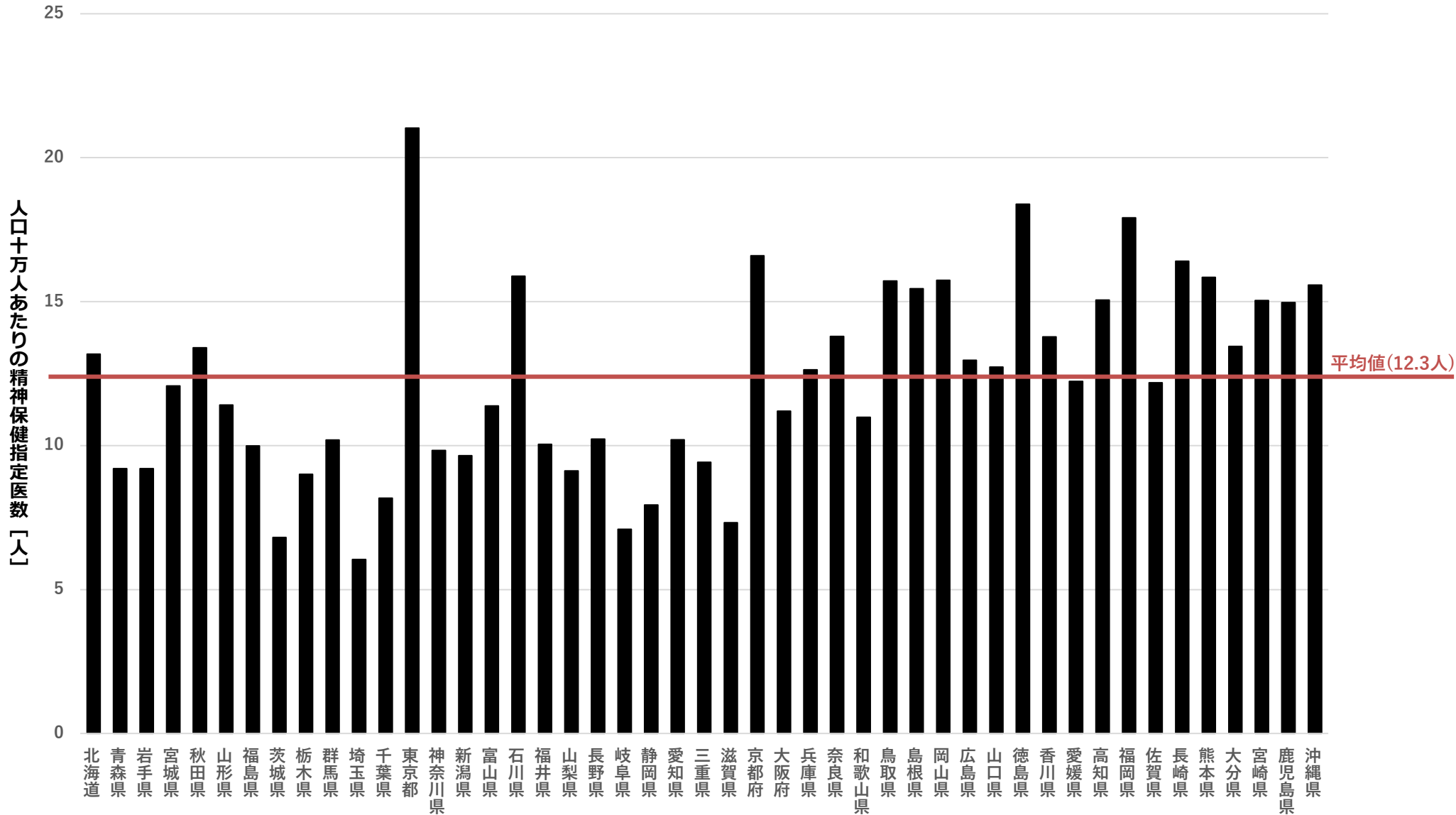
令和元年度 入院形態別患者数（都道府県別）



平成30年度 精神科救急医療体制整備事業 入院形態患者数（都道府県別）



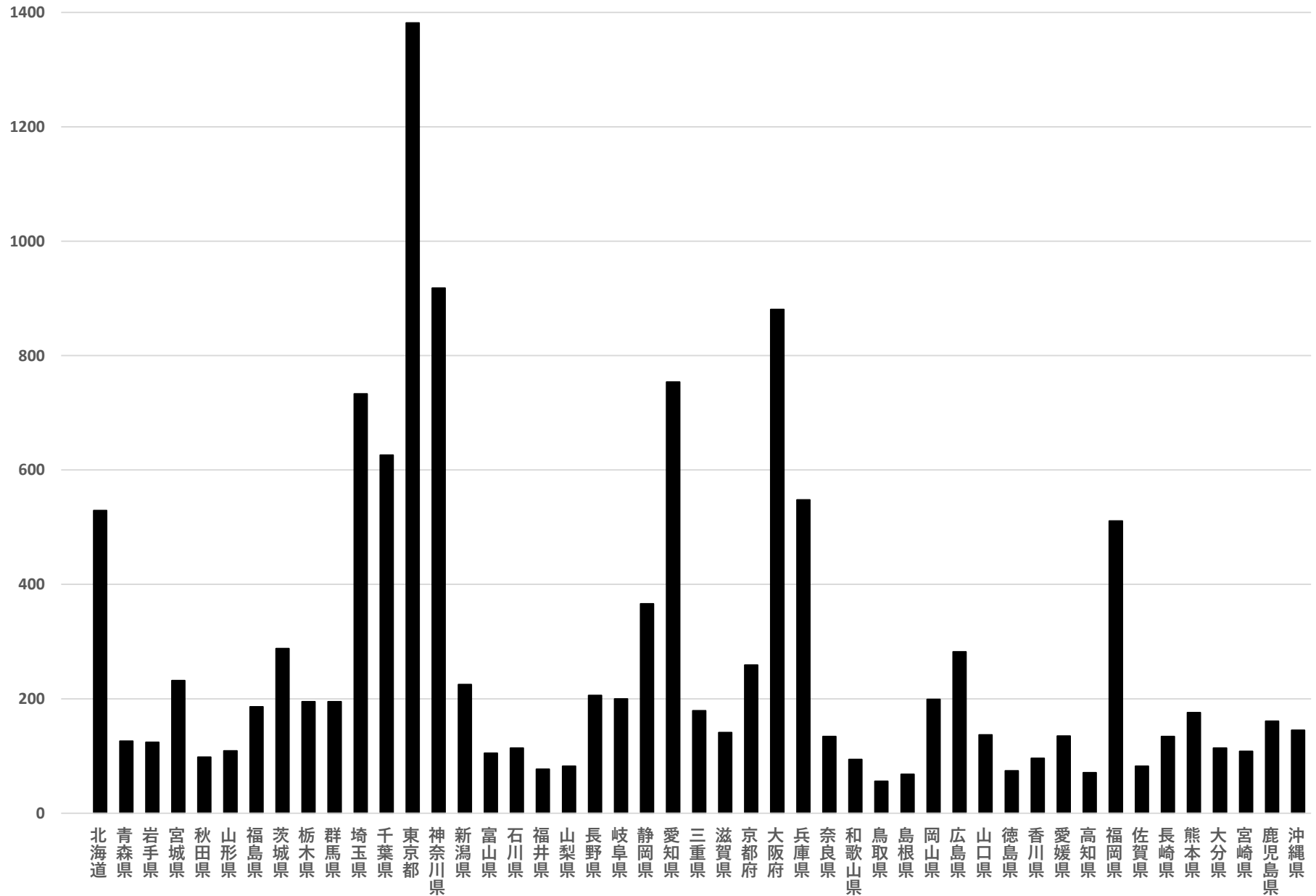
人口10万人あたりの精神保健指定医数（令和2年3月）



東京都の精神保健指定医数（最多）は、埼玉県（最小）の約3.5倍
 出典：指定医数；精神・障害保健課調べ（令和2年3月31日現在）
 出典：人口；平成31年住民基本台帳

(参考) 都道府県別人口

人口
万人

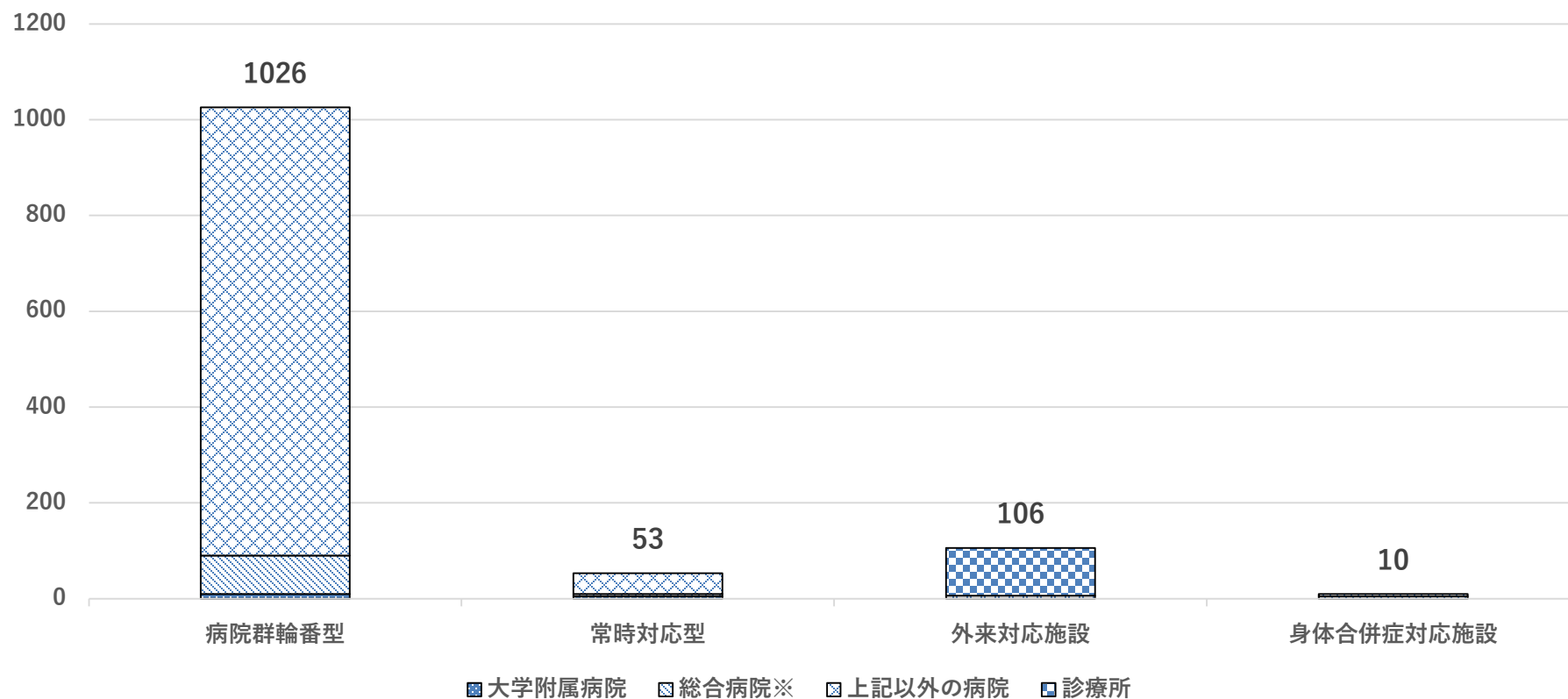


医療機関区分ごとの精神救急医療体制を担う医療機関数

○ 病院群輪番型及び常時対応型では大学附属病院、総合病院以外の病院が担っている傾向にあり、外来対応施設は主として診療所が担っている。

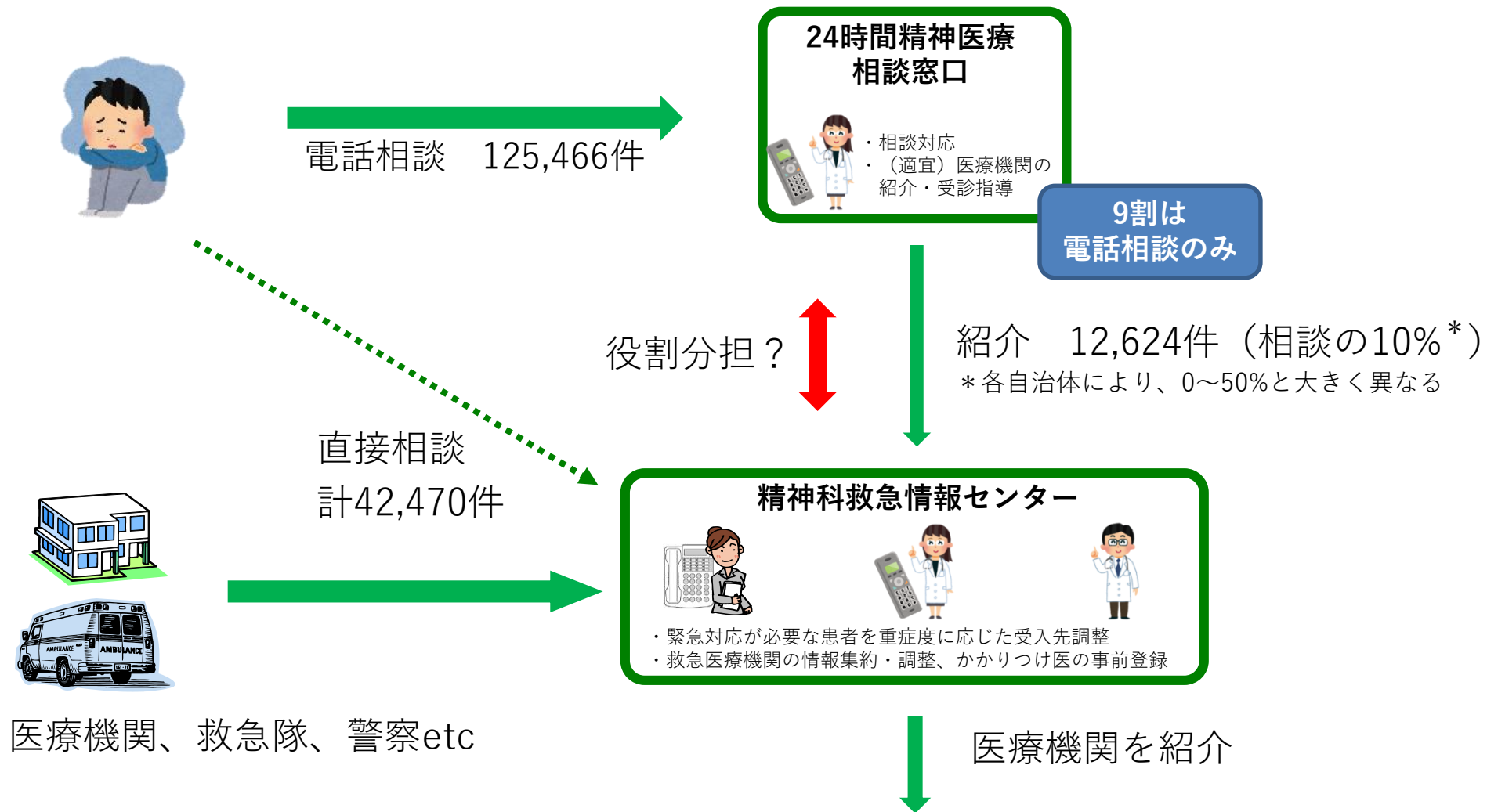
医療機関区分ごとにみた精神科救急医療体制を担う医療機関数

(出典：H29年度精神科救急医療体制整備事業に関する年報)



※内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院
(医師16：1、看護職員3：1、薬剤師70：1)

平成30年度 24時間精神医療相談窓口の対応状況



※ 平成30年度において24時間精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの両方を有する31の自治体を対象とした

精神科救急情報センターにおける医療機関への紹介状況

○ 27自治体へのアンケート結果では、精神科救急情報センターにおいて医療機関を紹介したのは合計10,534件であったが、精神科救急事例と判断しても医療機関を紹介できなかった事例が562件確認されている。

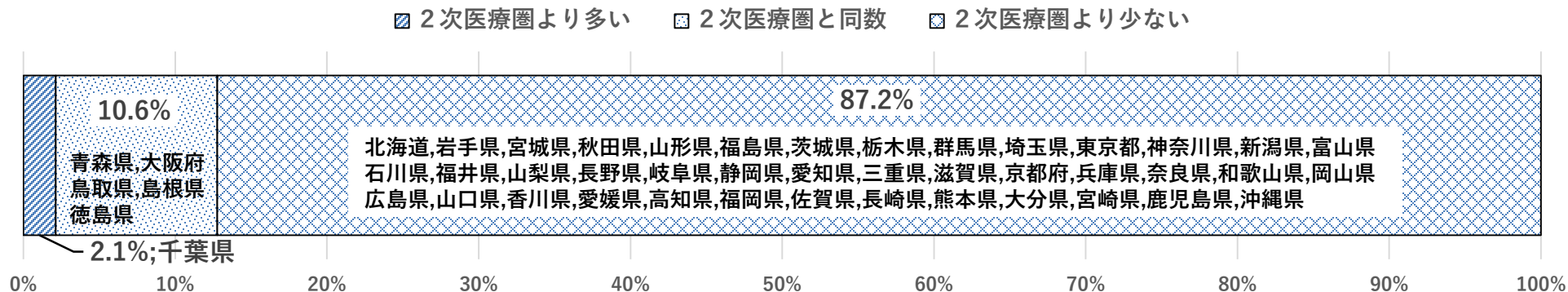
	相談件数(平成28年)	救急事例と判断	救急事例判断率	医療機関紹介件数	医療機関紹介できず	紹介率
岩手県	297	297	100.0%	97	200	32.7%
宮城県	629	428	68.0%	428	0	100.0%
秋田県	164	75	45.7%	75	0	100.0%
山形県	185	19	10.3%	16	3	84.2%
茨城県	433	81	18.7%	-	-	-
栃木県	183	121	66.1%	121	0	100.0%
千葉県	3650	-	-	936	-	-
神奈川県	1714	1385	80.8%	1385	0	100.0%
新潟県	136	124	91.2%	74	50	59.7%
富山県	3588	-	-	160	-	-
石川県	489	-	-	-	-	-
福井県	1006	-	-	292	-	-
山梨県	236	156	66.1%	156	0	100.0%
長野県	57	-	-	-	-	-
静岡県	4174	-	-	92	59	-
愛知県	4795	-	-	2319	-	-
滋賀県	784	44	5.6%	44	0	100.0%
大阪府	2636	2301	87.3%	2075	226	90.2%
兵庫県	2903	739	25.5%	739	0	100.0%
奈良県	1150	-	-	-	-	-
島根県	446	-	-	-	-	-
岡山県	3517	184	5.2%	184	0	100.0%
山口県	293	191	65.2%	191	0	100.0%
徳島県	84	84	100.0%	76	8	90.5%
愛媛県	239	88	36.8%	77	11	87.5%
熊本県	364	364	100.0%	364	0	100.0%
宮崎県	135	34	25.2%	29	5	85.3%
沖縄県	3029	604	19.9%	604	0	100.0%

※ 精神科救急情報センターへのアンケート結果より抜粋し掲載

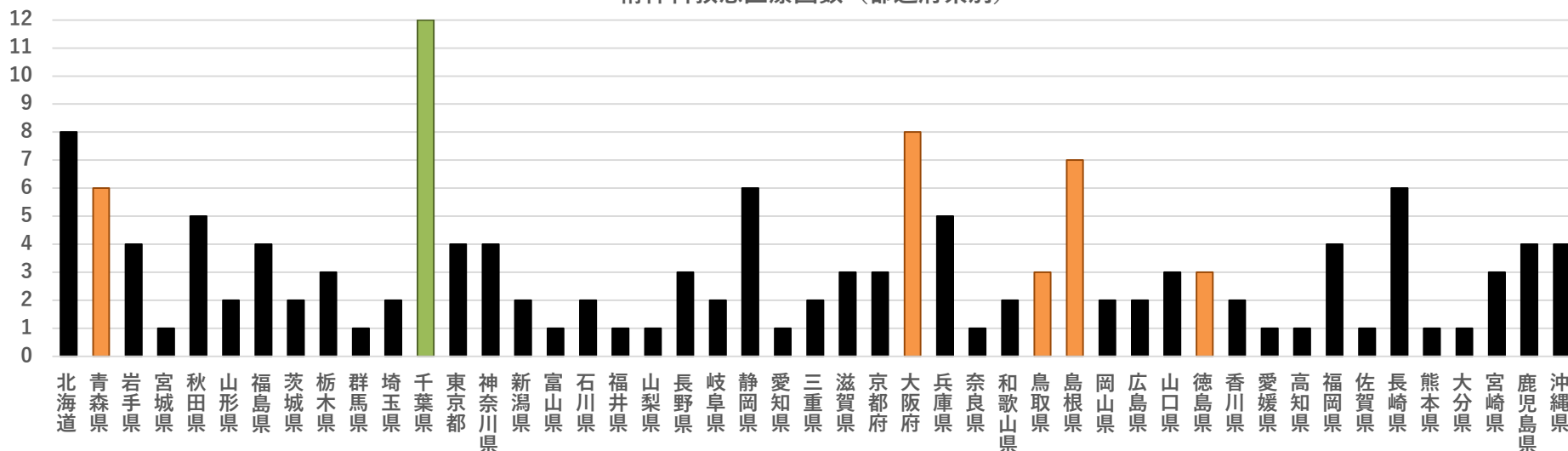
出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究
「精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究」

精神科救急医療体制整備に係る圏域の設定状況

- 都道府県における精神科救急医療圏の設定について、2次医療圏よりも多く設定しているのは千葉県のみであり、2次医療圏と同数であるのは青森県、大阪府、鳥取県、島根県、徳島県であった。
- 41都道府県では、2次医療圏よりも少なく設定していた。



精神科救急医療圏数（都道府県別）

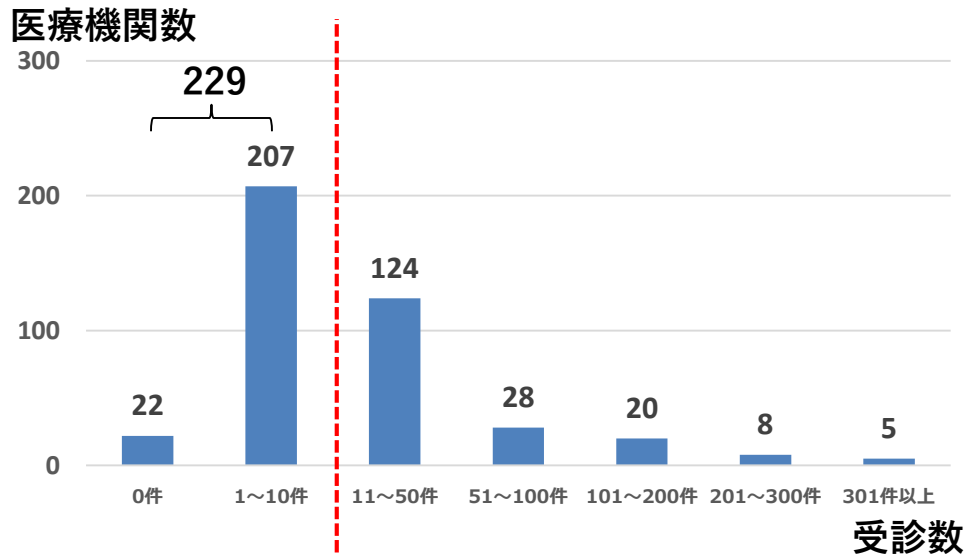


病院群輪番型及び常時対応型の稼働状況

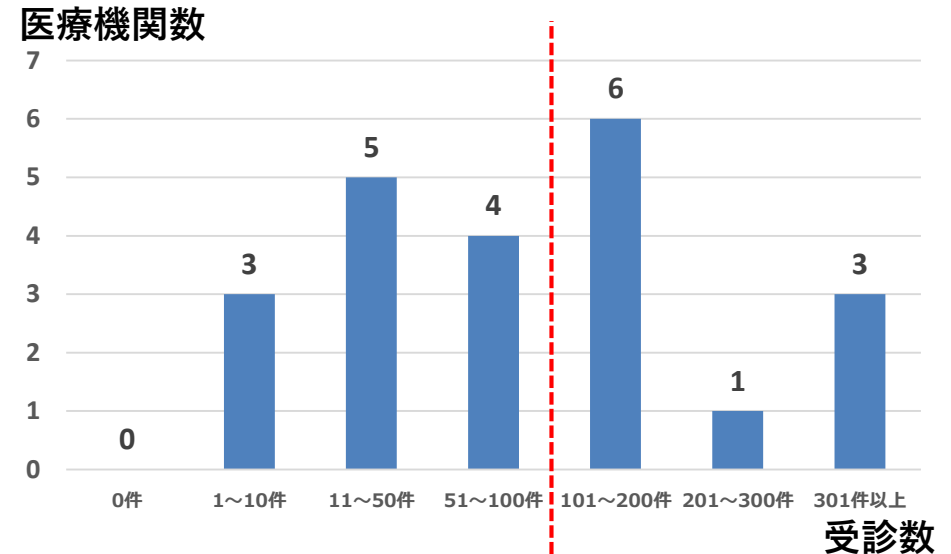
○ 平成30年度精神科救急医療体制整備事業の精神科救急医療確保事業において、精神科救急医療体制を担う436医療機関のうち、年間精神科救急受診件数（夜間・休日のみ）において、病院群輪番型414医療機関のうち半数以上が10件以下、常時対応型22医療機関のうち約半数が100件以上であった。

年間の精神科救急受診数別医療機関数（夜間・休日のみ）

病院群輪番型（414病院）



常時対応型（22病院）



精神科救急医療体制に係る調査研究

精神科救急医療体制の現状と課題①

- 都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、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努める必要がある。
- 都道府県・政令指定都市においては精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療体制整備事業の活用等により、精神科救急医療施設や精神科救急情報センターの指定、精神医療相談窓口の設置等を行っている。

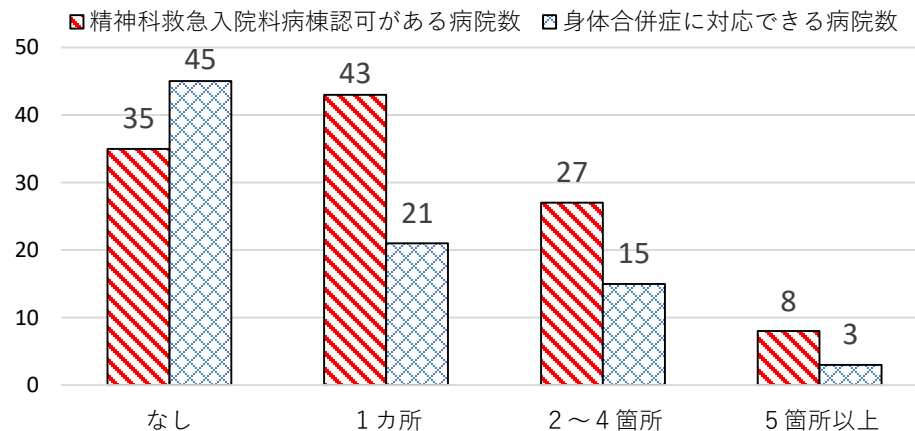
精神科救急医療圏域について

- 精神科救急医療圏域は、都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するものとしている。
- 精神科救急医療圏域を医療計画と同じ全県1区としているのは14.9%であり、70.2%が複数圏域を設定している。また、2次医療圏と一致させている自治体は12.8%であり、多くは隣接する2～3圏域の2次医療圏をまとめて1圏域としている。

精神科救急医療圏域の概況

	圏域内人口 (万人)	精神科救急医療 体制に参加して いる病院数	精神科救急入院 料病棟認可のあ る病院数	身体合併症に対 応できる病院数
平均値	76.2	6.7	1.5	1.0
最小	2	0	0	0
中央値	44	4	1	0
最大	914	52	10	9
標準偏差	106.8	7.2	2.0	1.6

1圏域当たりの病院数



課題

- 精神科救急医療圏域は、都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するものとされているが、従来「圏域」の概念はあまり明確でなく、その態様も全国的に統一感が無い。
- 精神科救急医療圏域は明確化については、現状における資源の偏在や対応の多様性等の事情などを十分に考慮する必要がある。
- 2次医療圏をもとに、隣接する2～3圏域を1単位とするおおよその圏域設定が望ましく、それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、圏域を越えた柔軟な運用も可能にするなどして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行うことが望ましいとの指摘がされている。

精神科救急医療体制の現状と課題②

精神科救急医療の確保

○ 都道府県が設定した圏域ごとに以下のような類型による精神科救急医療施設を確保すること等により、24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に精神科救急医療を提供できる体制を整備することとしている。

○病院群輪番型

・ 各圏域で、複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置し受入れ態勢を整備した病院や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病院群輪番型施設として指定。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む）を整えていること。

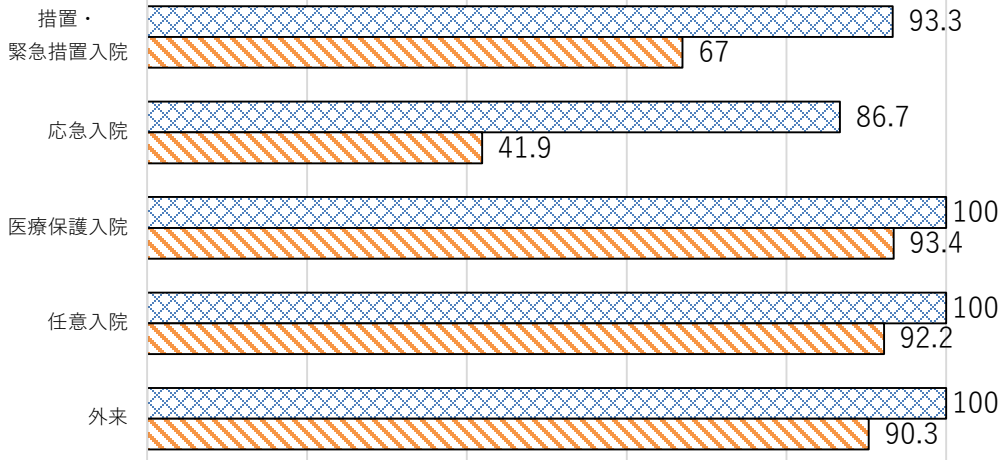
○常時対応型

・ 24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置し受入れ体制を整備した病院や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常時対応型施設として指定。
 ・ 診療報酬において、「精神科救急入院料」又は「精神科救急・合併症入院料」を算定していること。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む。）を整えていること。

入院形態別 対応可能病院数割合

■ 常時対応型 ■ 輪番

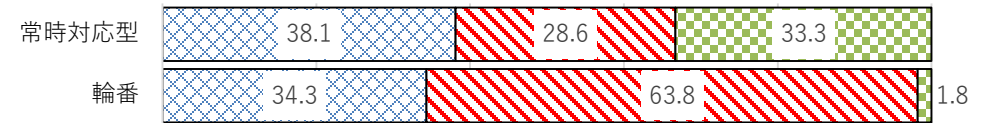
0 20 40 60 80 100



当番日の定期・不定期の割合

■ 定期 ■ 不定期 ■ 回答なし

0% 20% 40% 60% 80% 100%



精神科救急医療施設の当番日の状況

当番日	常時対応型			輪番		
	夜間	休日	計	夜間	休日	計
最大値	294	122	366	261	123	366
中央値	31	22	53	15	11	29
最小値	0	0	10	0	0	1
平均値	68.80	40.47	109.27	27.35	15.18	42.54
標準偏差	93.82	39.51	122.88	33.91	18.08	47.53

課題

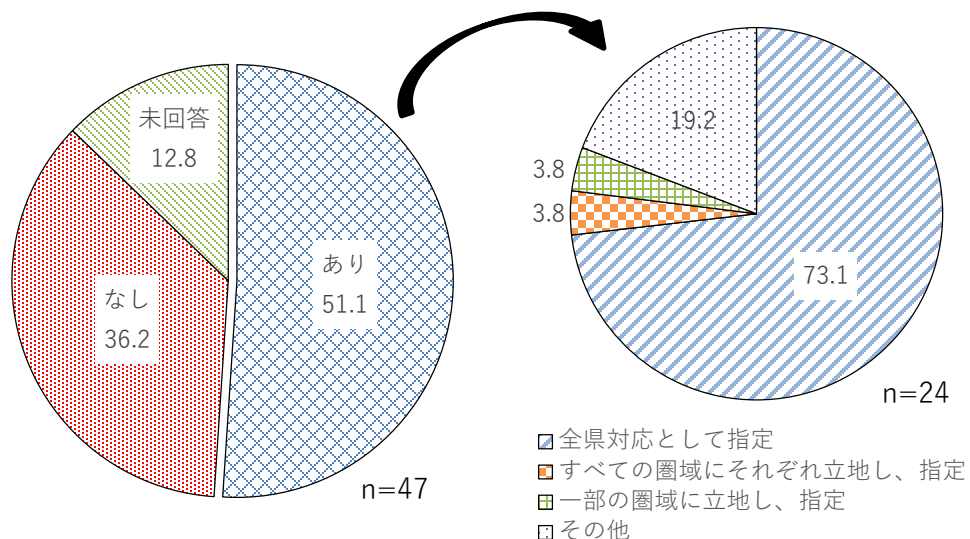
- 調査に協力した病院において、精神科救急医療体制の中で担う役割（常時対応型・病院群輪番型）について、都道府県の認識とは異なる自己申告が多くみられ、自院の役割について正確に認識できていない実態が多々見られている。
- 拠点的な役割を担う「常時対応型」施設であるのか、「病院群輪番型」病院であるのか、明確にできておらず、実施要綱には明確な類型として示されているが、その概念の浸透も不十分で、実態と合致しない可能性も指摘されている。

精神科救急医療体制の現状と課題③

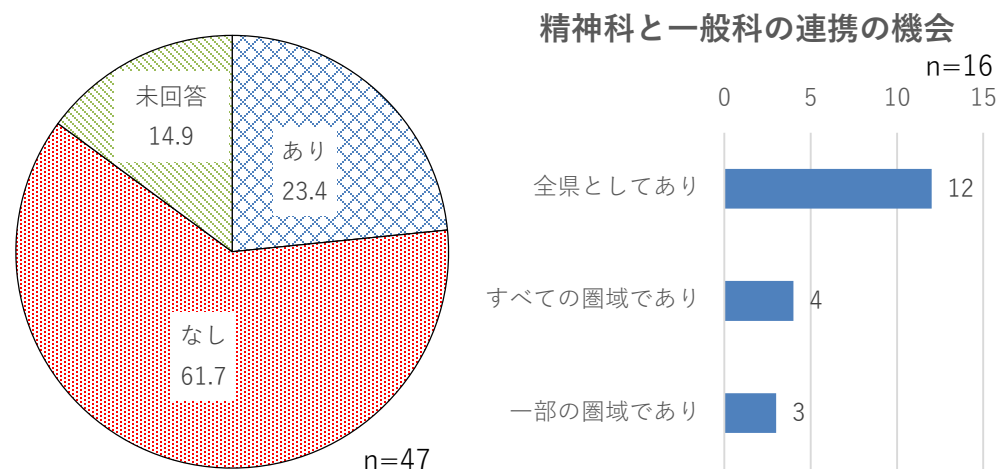
身体合併症対応

- 精神疾患を有しながら、身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関を指定するものとする（少なくとも2つの圏域に1か所整備するよう努めること）としている。
- また、精神科救急医療体制連絡調整委員会等における検討を踏まえて複数病院を指定し、輪番制で対応することもできるものとする。

精神科と一般科の両方が同一機関で診療できる合併症対応医療機関の確保



精神科と一般科の地域内連携による合併症対応医療機関の確保



- 精神科と一般科の両方が同一機関で診療できる合併症対応医療機関の確保の方が、精神科と一般科の地域内連携による合併症対応医療機関の確保よりも多く取り組まれる傾向にある。
- 精神科と一般科の連携の機会に関する質問に対して「あり」と回答した自治体は16自治体/47自治体に留まっている。

課題

- 身体合併症対策は、特に地域の病院間連携において、精神科救急医療体制整備事業や行政が主導し明確に体制を整備していることは多くなく、医療機関同士の連携に依存している状況であり、精神科と一般科の連携には課題が多いことが推定されると指摘されている。
- また、精神科と一般科の両方を同一医療機関で全県対応していることが多く、当該医療機関等に対する負担が集中している可能性がある。

これまでの整理と論点

これまでの整理と論点①

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと精神科救急医療体制の関係】

- 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、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係差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を進めている。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推進は、地域共生社会の実現に欠かせないものである。
- 精神科救急医療体制は、精神障害者等の急性増悪時等の危機に対応など、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害者等の地域生活を支える重要な基盤の一つであり、今般、更に重要な位置づけのものとなっている。
- 第2回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する検討会においては、精神科救急医療体制整備のあり方として、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備や身体合併症がある場合の体制整備等の整備が必要との指摘がされている。

【精神科救急医療体制整備の現状】

（精神科救急医療圏域）

- 精神科救急医療圏域は、都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するものとされているが、圏域の概念はあまり明確でなく、その態様も全国的に統一感が無いことが指摘されている。精神科救急医療圏域は明確化については、現状における資源の偏在等の事情などを十分に考慮する必要があるとも指摘されている。

（医療機関の役割、稼働状況）

- 精神科救急医療体制の中で担う役割（常時対応型、病院群輪番型）について、精神科医療機関においては都道府県との認識に齟齬が生じている場合※があり、自医療機関の役割について正確に認識できていない実態が多々見られている。

※例えば、病院群輪番型としての役割を担うこととなっているが、常時対応型であると認識している

- 稼働状況について、精神科救急受診数別医療機関数（夜間・休日のみ）では、病院群輪番型414医療機関のうち半数以上が10件以下、常時対応型22医療機関のうち約半数が100件以上であった。また、常時対応型であるものの、措置入院、緊急措置入院や応急入院に対応できないとしている医療機関や夜間・休日の対応実績が無い医療機関がある。

（身体合併症対応施設）

- 身体合併症対応施設の整備は全都道府県の合計で21医療機関に留まり、指定のない都道府県が最多になっていることに加え、地域の実情に応じた精神科以外の他科との連携状況は把握されていない。
- 地域の医療機関間連携において、精神科救急医療体制整備事業や行政が主導し明確に体制を整備していることは多くなく、医療機関同士の連携に依存している状況であり、精神科と他科の連携には課題が多いことが推定されると指摘されている。
- また、精神科と他科の両方を同一医療機関において全県対応していることが多く、負担が集中している可能性がある。

【精神科救急医療体制整備の現状】（続き）

（地域における相談体制）

- 精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センターと24時間精神医療相談窓口の機能と役割については、24時間精神相談窓口と精神科救急情報センターの機能が重複しているため多様な運用がされていることが指摘されている。
- 24時間精神医療相談窓口に寄せられる相談のうち約9割は電話相談のみで終了しており、約1割が精神科救急情報センターに繋がっている（自治体により精神科救急情報センターへの紹介は0%から50%と幅がある）。
- 精神科救急情報センターにおいて、精神科救急事例と判断していても医療機関を紹介できなかった事例がある都道府県が確認されている。



【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における精神科救急医療体制の役割】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する精神科救急医療体制を整備する観点から、今後どのような精神科救急医療体制整備が求められると考えるか。
- また、精神科救急医療における対象者像について、どのように考えるか。

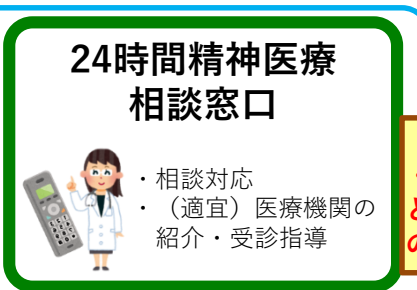
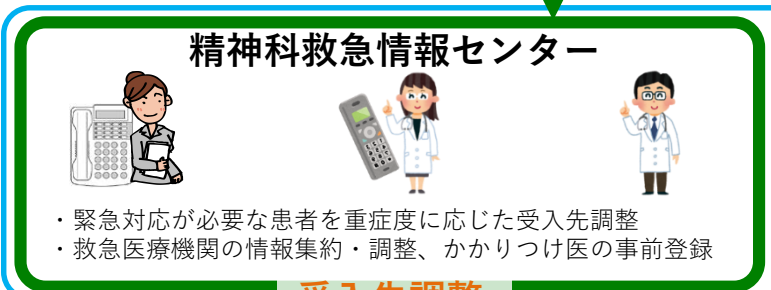
【精神科救急医療体制整備の基本的事項】

- 精神科救急医療体制整備は精神保健福祉法により都道府県に努力義務が課せられているが、更なる整備の推進を図る観点から医療機関や関係団体との関係についてどのように考えるか。また、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を構築する上で、精神科救急医療体制連絡調整委員会が果たす役割についてどのように考えるか。
- 精神科救急医療圏域の設定については、現状における資源の偏在等の事情などを十分に考慮する必要があることが示されているが、圏域の設定について考慮すべき事項について、どのように考えるか。
- 精神科救急医療確保事業における常時対応型の医療機関について、精神科救急医療体制において、どのような役割を果たすべき考えるか。また、病院群輪番型で対応する場合に、それぞれの医療機関が果たすべき役割についてどのように考えるか。
- 身体合併症の対応については身体合併症対応施設の整備が進まないなか、医療機関同士の連携に依存していることが指摘されているが、身体合併症対応の在り方や常時対応施設、病院群輪番型の役割についてどのように考えるか。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する検討会において、精神科救急医療体制については、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者等の危機への適切な支援のあり方等についても意見がされているが、24時間精神医療相談窓口や精神科救急情報センターの役割等地域における相談体制についてどのように考えるか。

検討会の意見を基にした精神科救急医療体制の見直し後のイメージ（案）

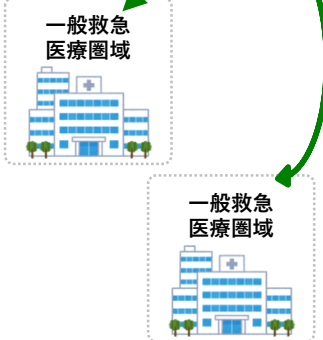


(課題)
・ 圏域の設定

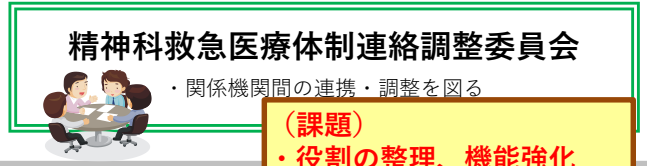
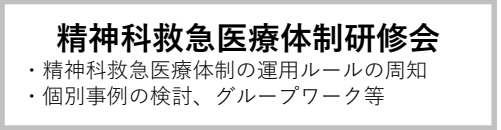
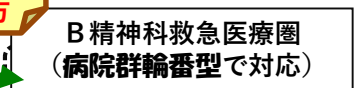
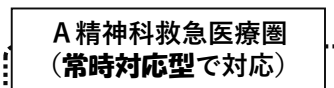


(課題)
・ 24時間精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの機能の整理

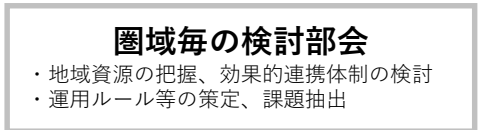
受入先調整



(課題)
・ 常時対応型と病院群輪番型の役割の明確化
・ 身体合併症対応の在り方



(課題)
・ 役割の整理、機能強化



- **精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制の位置づけの確認**
 - ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能
 - ・ 都道府県による精神科救急医療体制整備
- **精神科救急医療体制整備を取り巻く課題の整理及び検討**
 - ・ 地域における精神科救急医療の需要、精神科救急医療圏域の設定
 - ・ 精神科救急にかかる対象者像と急性増悪時等の危機への対応の在り方
 - ▷ 地域における相談体制
 - ▷ 精神科救急外来と精神科救急入院の役割
 - ▷ 精神科救急医療施設の役割、身体合併症対応、かかりつけ医との連携 等
 - ・ 精神科救急医療体制整備事業の課題
 - ▷ 精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能（都道府県又は指定都市の責務） 等
- **精神科救急医療体制整備の更なる充実に向けた諸制度への反映の方向性ととりまとめ（提言）**

参考

救急医療体制体系図

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（294カ所）
（うち、高度救命救急センター（43カ所））

令和2年4月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制（401地区、2,756カ所）

共同利用型病院（13カ所）

平成31年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（637地区）

休日夜間急患センター（568カ所）

平成31年4月1日現在

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。