

精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ の進捗について

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

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

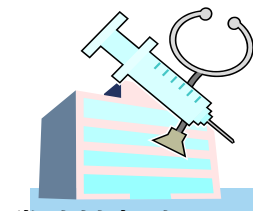
一般救急
医療圏域



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)

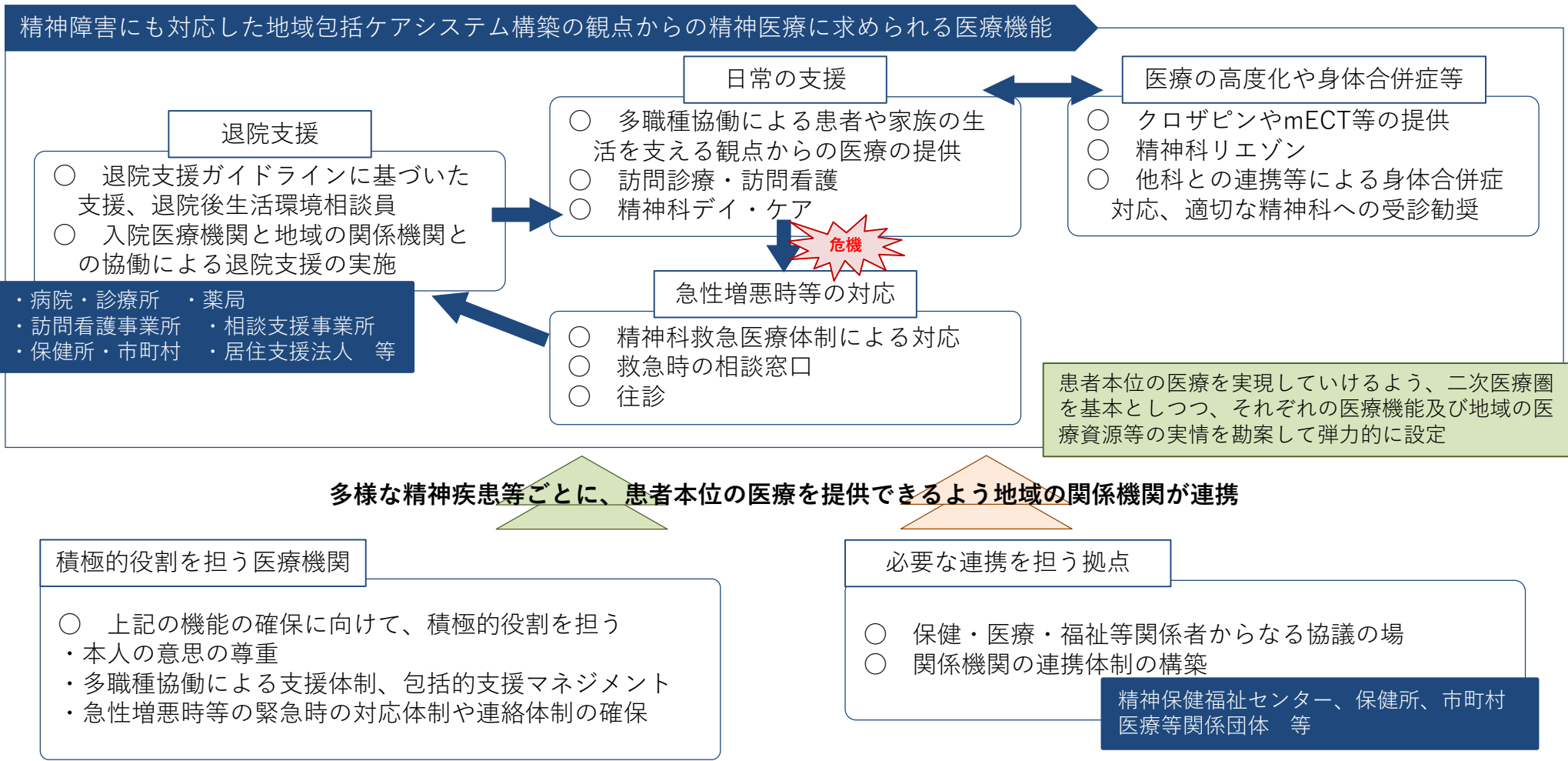


病院群輪番型 精神科救急医療施設

※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

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、メンタルヘルスに課題をもつ者や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。
- 精神障害者等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りまとめ（提言）**

第1回ワーキンググループの論点

【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。

第2回ワーキンググループの論点

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念に基づいた精神科救急医療体制整備においては、危機に至る前段階での支援の強化が必要と指摘されている。受診前相談等地域の相談体制を充実する観点から、**地域精神保健における相談や、かかりつけ精神科医等による診療、訪問診療、往診や訪問看護による対応、障害福祉サービス等**を活用した支援について、これらの役割や機能について具体的にどのようなことが求められると考えるか。
また、これらの**地域の相談体制や24時間精神医療相談窓口や精神科救急医療体制整備における精神科救急情報センター、外来対応施設、救急医療情報センターや他科の医療機関の連携**について、どのように考えるか。
- 急性発症や急性増悪時等の対応については、対象者の危機の状況（重症度や対応の緊急性、置かれている環境等）により、地域の相談支援、外来や入院による医療など必要とする支援が異なる。また、地域により需要が異なることが想定され、地域の実情に応じた体制整備が求められている。現在、精神科救急医療体制整備事業により体制整備が行われているが、**精神科救急にかかる対象者像に対する外来対応施設、常時対応型精神科救急医療施設、病院群輪番型精神科救急医療施設および身体合併症対応施設のそれぞれにおいて求められる役割や機能について、どのように考えるか。**
また上記を踏まえて、**都道府県、指定都市において、どのように精神科救急医療体制を整備すべきと考えるか。**
なお、第1回ワーキンググループでは、精神科救急医療施設の設置について指標や評価に基づくべきといった意見や、精神科救急医療体制連絡調整委員会の役割が重要であるとの指摘がされている。
- 24時間精神医療相談窓口や精神科救急情報センター、精神科救急医療施設の設置の考え方や機能等については、第1回ワーキンググループの指摘を踏まえ、**都道府県および指定都市に対して調査を行うこととしてはどうか**（調査内容については別添を参照）。

第1回ワーキンググループでの主な意見と整理①

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

- 精神科救急は、医療資源の投入により、急性増悪や急性発症等へ即時、適切な介入を行うことで機能低下の予防につながることや長期入院の防止が図られることがわかっており、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に寄与するものである。
- 精神科救急は、ニーズが多様であることから、医療計画における多様な精神疾患への対応という部分においても寄与するものである。
- 全国の自治体の規模等は異なるが、**既存の精神科救急医療体制整備事業の枠組みの手前の段階の対応（危機に至る前の地域保健の段階での対応）を強化していく必要がある。**
- 危機的な状況とは不安感が強まるなどの場合があるが、例えば、精神医療相談窓口で知らない人と電話で話すことや知らない遠くの医療機関へ連れて行かれることは患者、家族の負担となる。**地域の支援者やかかりつけ医の訪問や往診、訪問診療等が充実することや、地域の支援者が連携することなどにより、緊急的な入院に至る手前で、入院ありきではない支え方を検討できないか。**
- 入院とは異なるが、短期入所（ショートステイ）等を活用する等の工夫をしている地域もあり、障害福祉サービス等の活用も視野に入れる可能性がある。

精神科救急医療体制整備を取り巻く課題の整理および検討

（精神科救急にかかる対象者像）

- 対象は、精神障害や精神疾患がある方の救急という見方をすべき。また、精神疾患の悪化だけではなく、身体合併症や外傷など、幅広く、その方の暮らしの危機にあたるものとすべき。

（精神科救急医療圏域の設定）

- 精神科救急医療圏域の設定はこれまで議論されてきたが、現実的には設定がされていない。整備する上で、資源の分配、役割分担やネットワークの作り方などの考え方が必要。
- 医療機関へのアクセスについて、地元の医療機関での対応が望まれるが、医療機関の機能や病態により選択する必要もあり、医療機関が偏在しているなかでどのように取り組むことが必要か協議が必要となる。
- 救急であっても日常的に面会に行ける医療機関へ入院できることが重要。せめて二次医療圏内で医療を受けられるべき。
- 地域包括ケアシステムを構築するという観点から、精神科救急のみを考えるのではなく、地域保健活動としての圏域を考え、その延長線上に精神科救急医療圏域があるという発想が重要となる。
- 圏域の設定は地域の実情に応じて実現可能な方法で整備し、地域で対応できないということであれば広域で対応する必要がある。

（地域における相談体制）

- 他科では病院前救護があるが、精神科においても受診前相談等病院前のシステムは重要。
- 精神科救急情報センターと24時間精神医療相談窓口により相談体制については充実を図っているが、実施要綱上両者の機能が似通うところがあることや、地域により状況が異なり定義しても同じようにならないこと等の課題がある。自治体ごとに設置の考え方があると思料するが、設置の考え方や日中の危機介入の程度等について具体的に調べていく必要がある。

第1回ワーキンググループでの主な意見と整理②

精神科救急医療体制整備を取り巻く課題の整理および検討

(精神科救急外来と精神科救急入院の役割)

- 診療所の中には休日・夜間診療をしているところもある。精神科救急情報センター等において、必ずしも入院によらない医療で済むかもしれないといった場合に、対応することは可能。地域によっては、積極的に救急に関わりたいというような診療所もあり、診療所も協力していきたい。
- 精神科救急では休日・夜間に対応する輪番の医療機関が対応することが多いが、働き方改革が実施されて、例えば精神保健指定医が救急で当直勤務の場合、翌日には外来診療ができないといったことが起こってくる。このような状況では輪番体制の維持は難しく、崩壊する恐れもあるのではないかと危惧している。精神科救急に関わる医療機関の大半は輪番制の医療機関であるため課題となっている。
- 精神科救急入院料を算定している病棟であっても24時間365日、多様なところからの受け入れに対応する場合、その業務量に対して人員が不足している。
- 精神科救急情報センターを介さずとも、相談支援事業所や消防など多様なところから直接的に、24時間365日、ワンストップで問題を整理、解決できる体制整備が必要である。これには、入院を前提としない診療が受けられ、診療後に地域に戻ることができるものであり、場合によって入院もできるような体制を構築する必要がある。

(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)

- 精神科病院のなかには、精神科救急入院料を算定している等24時間365日対応できる医療機関もあるが、多くの精神科医療機関では対応は難しく、輪番制により精神科救急を受け入れている。身体合併症については、精神科医療機関の多くは精神科単科であり、いずれの医療機関においても受け入れることが困難であるのが実情である。
- 一般救急から見ると精神合併症対応に苦慮することが多いとも聞く。例えば、消防や精神科救急情報センター等において身体合併症のために困難に至った例や搬送先の決定に困った事例はないか等について実態把握が必要。
- 精神疾患と身体合併症の両者を診ることができる医療機関が理想的であるが、現実的に対応が困難であれば、お互いを支援する連携システムを確立する必要がある。連携の実現のためには、ICTの活用により医療連携や多職種連携を支援するシステムを考えることが重要。

(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の構築は地域の実情に合わせて整備をすることから、各地域において精神科救急に関わる人材、施設、組織などの資源の把握、見える化することや、具体的な連携方法を作る必要がある。そのためには、精神科救急医療体制連絡調整委員会の役割が大きい。
- 委員会は年に1から数回の開催でコンセンサスを得る程度で留まるところもある。
- 都道府県等は、各々の視点又は一定の基準により、自地域の精神科救急医療に関する評価をすること、医療計画に位置づけていくことが必要。また、常時対応型は、24時間365日断らずに対応している等実績を含めた評価基準に基づいた指定の方法などを推進すべきではないか。

(その他)

- 都道府県等が地域において合意する必要のある事項や整備すべき体制等について、可能な限り具体的することで、都道府県等が地域で体制整備をするにあたって関係機関との調整がしやすくなる。
- 精神にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進のためには、精神科救急医療体制整備事業、医療計画、診療報酬の制度がしっかりと連動させ、同じ方向を向いていることが必要となる。

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の充実により、精神科救急の必要性がなくなるわけではない。**地域で安心して暮らしていくためにはセーフティネットが必要であり、危機等の際に質の高い医療を提供できる体制は必要である。**
- 精神科救急医療のニーズは人口規模によるところが大きい。
- 精神科救急であっても目指すべきは非自発的入院ではなく任意入院である。

（精神科救急医療体制整備に関する施策等の連携）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実現のためには、**精神科救急医療体制整備、診療報酬、医療計画といった諸制度が有機的に連動していることが肝要**である。現状では各論がほとんど一致出来ていない状態となっている。
- 精神科救急に応じるための人員配置を含めた体制整備については、診療報酬だけでは困難であり、医療計画や地域医療構想と連動して考えて行く必要がある。
- 各地域の実情に応じて医療計画や地域医療構想のなかで体制整備を進める必要があるが、**例えば、民間医療機関だけでは対応出来ない部分において効率・公的病院が担う**といった議論も必要。
- 地域医療構想のなかで精神科救急に関しても受診者の流入・流出データを加味しながら、議題として取り扱っていくことが重要ではないか。また、地域全体の救急医療体制の議論に精神科として関わり、役割を果たしていく必要があるのではないか。
- **圏域については、地図に医療機関を落とし込む等することで、当該圏域内の人口規模に相応して医療体制が整備できているかを見える化することは可能である。この場合も受診者の流入・流出データを加味しながら、検討する必要がある。**

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

(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)

- 受診前相談を含め地域で支えていく視点はよいと思うが、危機等であるからすべて医療へということではなく、社会的要因についても支援していくということを明確にしていく必要がある。
- 未治療やかかりつけ医がない者等危機介入に困難な場合があるが、対応するために危機に介入するチーム（CMHT等）を市町村でコーディネートし派遣するといった仕組みも検討すべき。
- 精神科救急医療施設への受診件数以外にも電話相談のニーズが多くある。電話相談で済めば受診は不要であり電話による介入は重要。
- 精神科救急情報センターにおけるトリアージ機能により精神科救急医療施設へつながるまでに時間がかかる、即応できない、ワンストップサービスにつながらないということもある。
精神科救急において、医療機関にかかるまでに精神科救急情報センターを介する必要はなく、精神科救急医療施設へつながることができるという体制が望ましいのではないかと。当該医療施設において受けることができなかったものについて精神科救急情報センターが介入するものではないかと。
- 精神科救急情報センターを介しないと病病連携や受け入れる医療機関を探せないという実態も指摘されている。自治体により運用は異なるが、精神科救急情報センターの役割が過重にならないような検討が必要。

(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)

- 常時対応型医療施設については、ある程度の指標や条件の設定によって質を担保し、地域での責任や公的な役割を果たせるような文脈のなかで位置づけが可能となるよう整えていけるとよい。
- 常時対応型医療施設は24時間365日受け入れを断らないことが重要。また、ワンストップで救急として受け入れるために、子どもから高齢者までを幅広く対応できるとともに、総合病院等との連携により多様な疾患に対応出来ることが求められる。更に、患者が安全・安心にかかれる体制を構築するには人員配置を高めに設定する必要がある。
- 精神科救急医療施設の設置については、重症例や困難症例にしっかりと対応している医療機関が評価されるような実績評価やその指標、基準は非常に重要となる。但し、地方では満たすことが難しい基準が設定されることもあることから、人口当たりの指定医数での補正や医師不足等の地域への配慮等を行うことも検討が必要。
- 病院群輪番型では、自治体において各々の医療機関がどのような状況であれば受けることができるのかという体制を把握することで役割を発揮できると考えられる。また、身体合併症への対応は課題であり、近隣の医療機関や他科の医療機関と連携がとれる仕組みが必要。
- 精神科からの対診によりメディカルコントロールの電話回数の減少や、精神科と総合病院間の転院が円滑になることを経験している。精神科と他科がお互いに対診等により支援しあう仕組みが必要ではないかと。
- 双方向性にお互いが支援される仕組みにおいて、医師が行き来することは負担がかかるため、現実的な解決方法としてICTの活用を考えるべき。

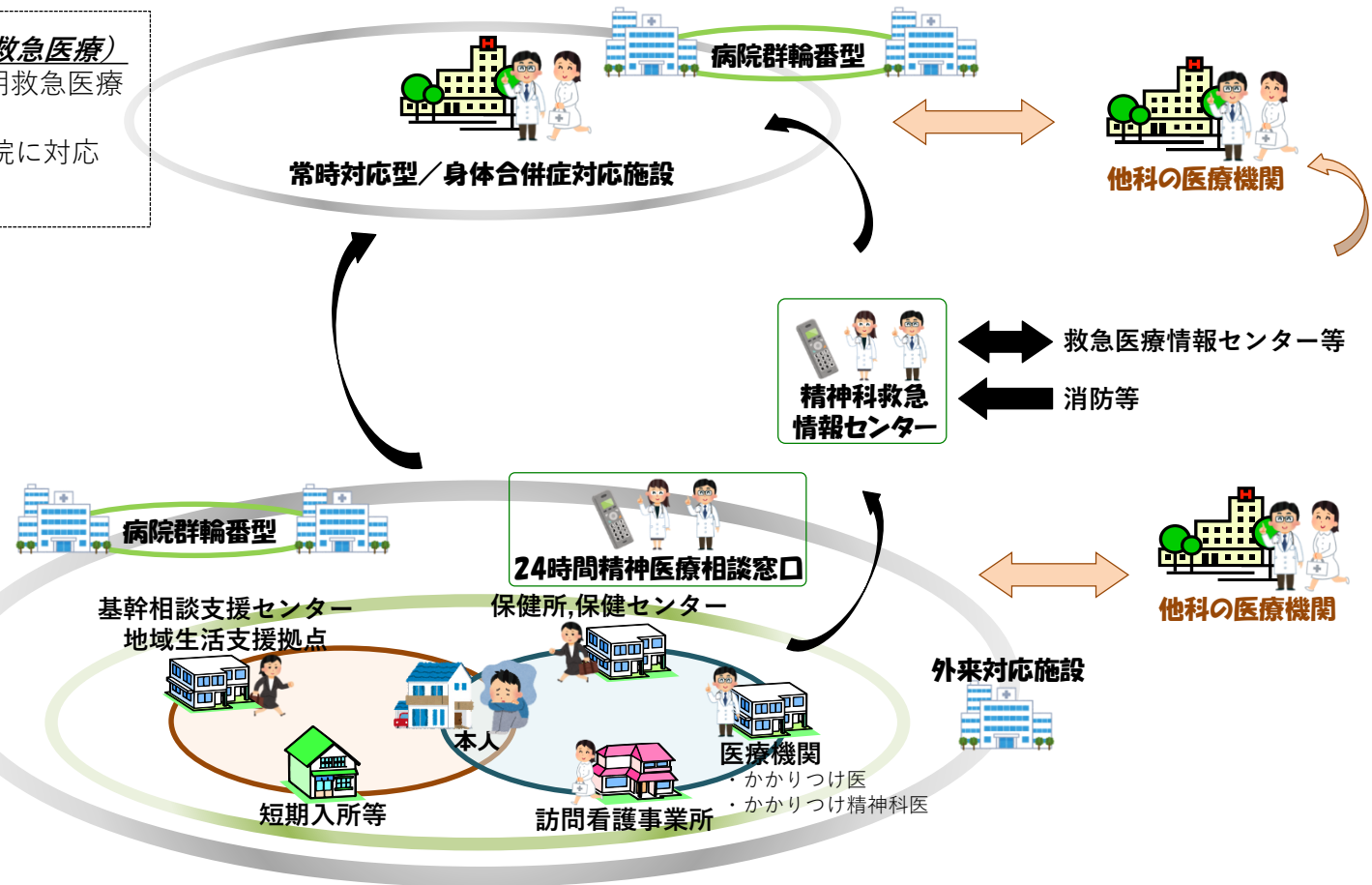
精神科救急医療体制連絡調整委員会等で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある

（第二次救急医療・第三次救急医療）

- ・ 24時間365日対応、初期救急医療の後方支援
- ・ 措置入院、緊急措置入院に対応
- ・ 身体合併症にも対応

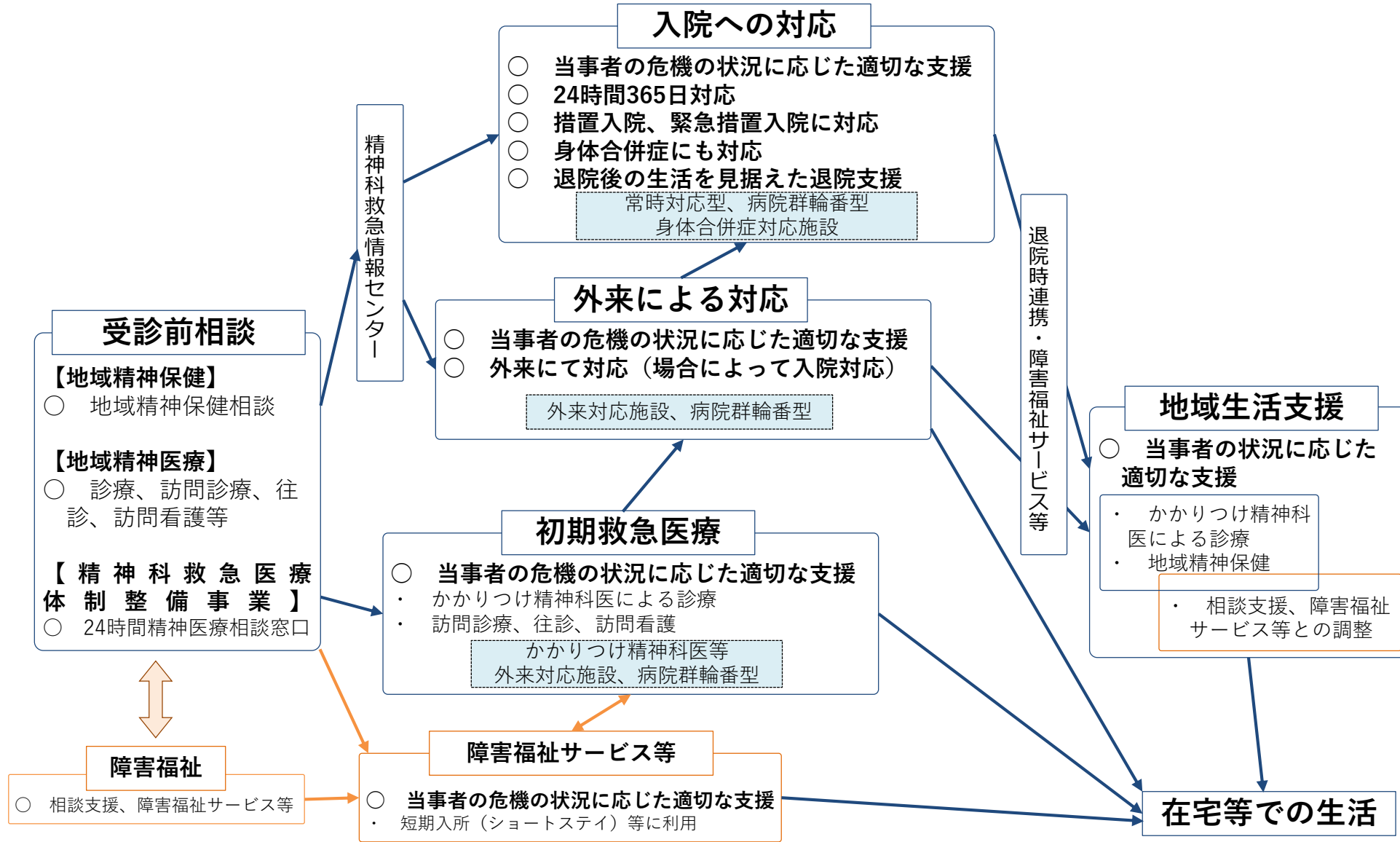
（受診前相談・初期救急医療）

- ・ アクセス上の利便を考慮し、当事者、家族に身近なところに対応（危機介入）
- ・ 地域精神保健や障害福祉サービス等の充実、活用
- ・ かかりつけ精神科医等による訪問診療、往診、訪問看護



精神科救急医療体制連絡調整委員会等で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある

重症度・緊急性等



時間の流れ