

参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare

I . 総論

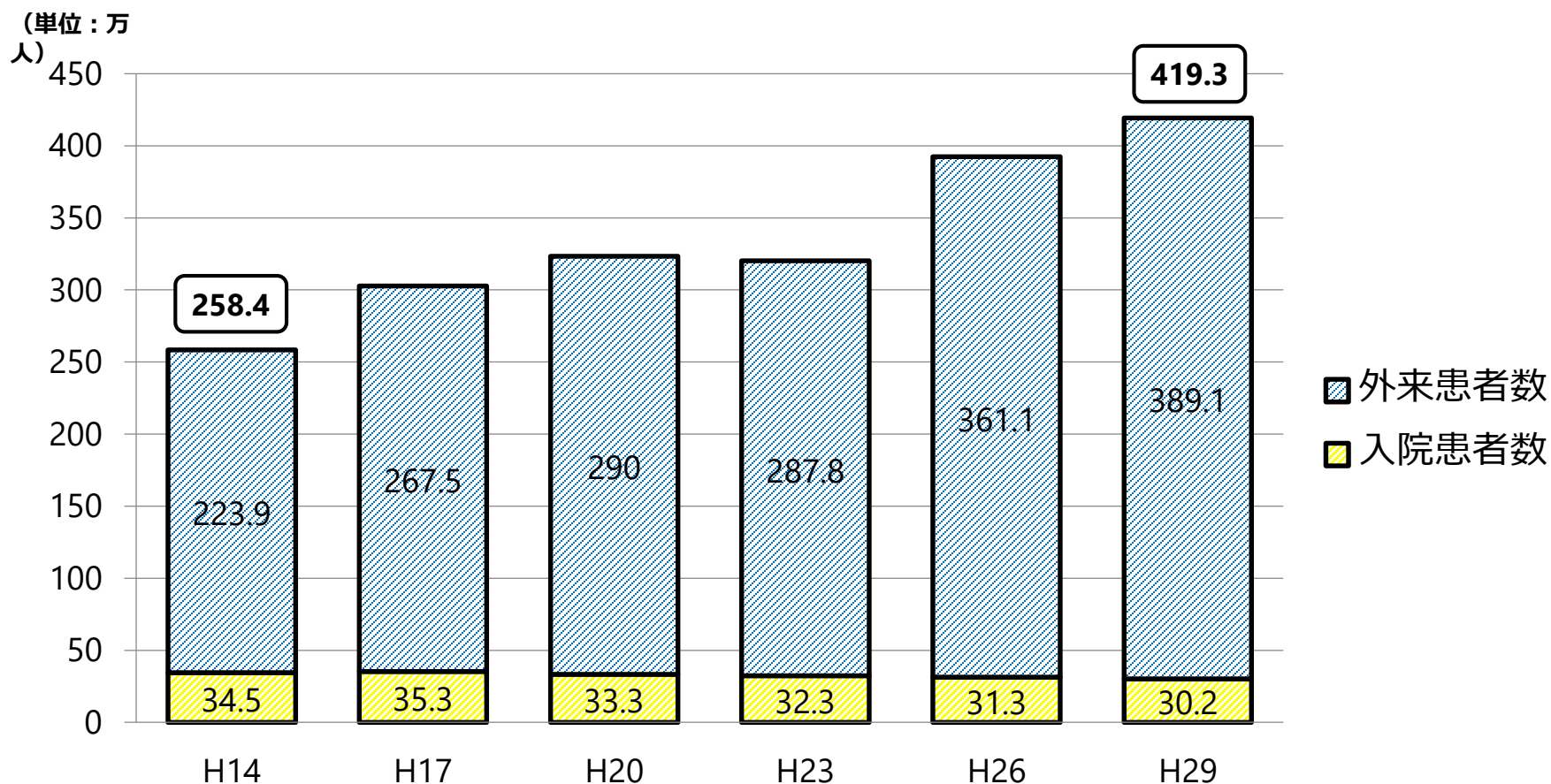
精神疾患を有する総患者数の推移

○ 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院：約30.2万人、外来：約389.1万人】

※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人

○ 入院患者数は過去15年間で減少傾向（約34.5万人→30.2万人【 Δ 約4万3千人】）

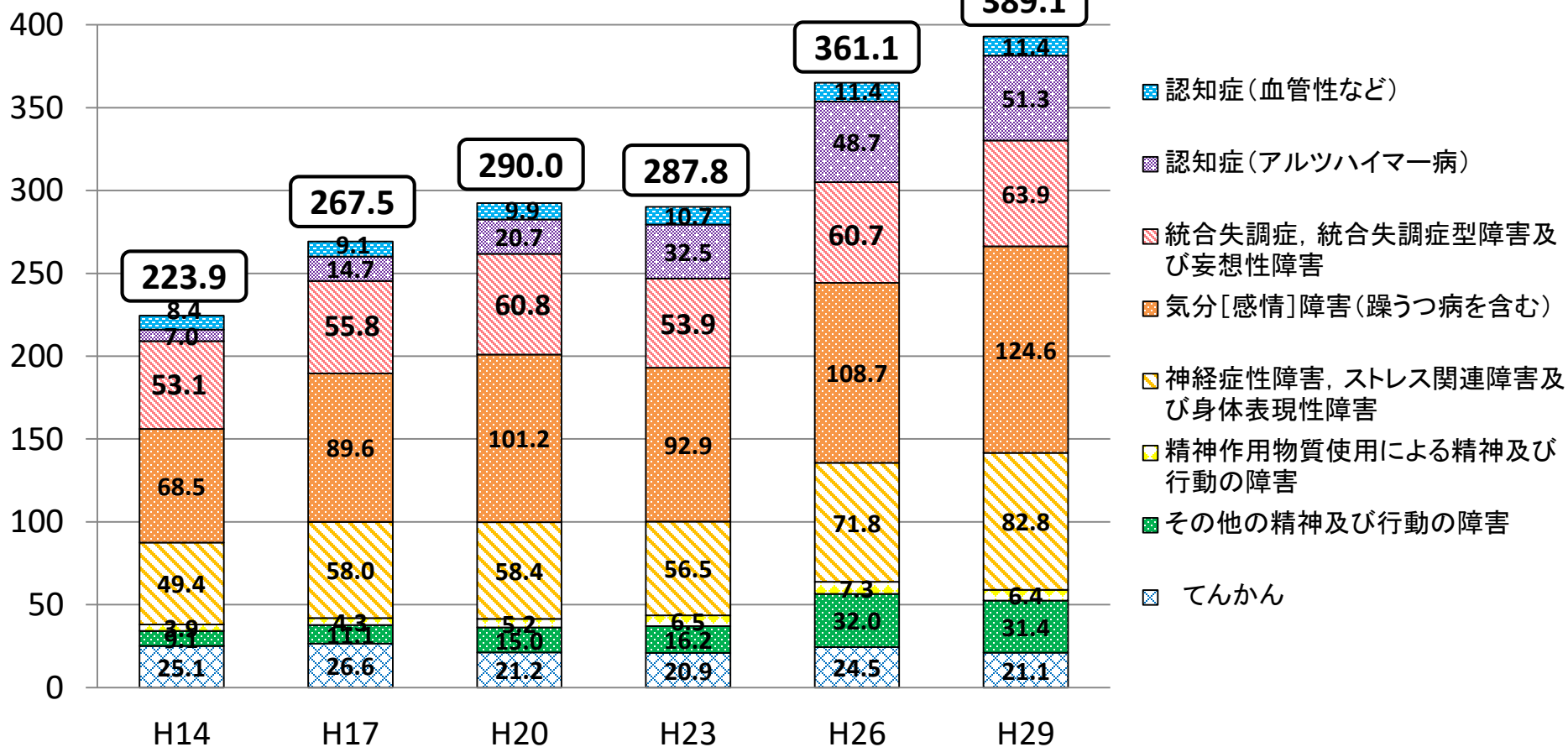
一方、外来患者数は増加傾向（約223.9万人→389.1万人【約165万2千人】）



精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が15 年前と比べ約7.3 倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約1.8 倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約1.7 倍と増加割合が顕著である。

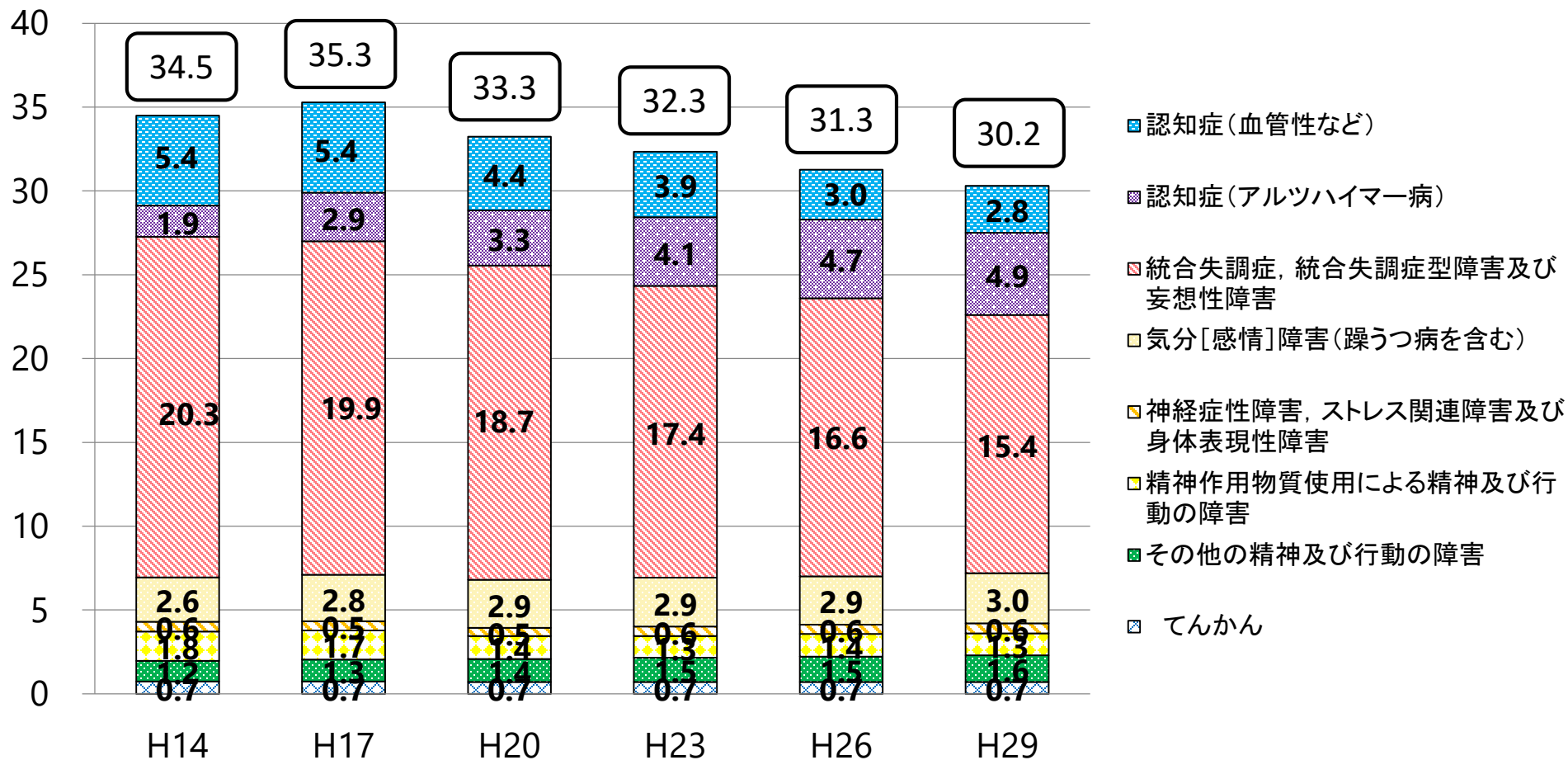
（単位：万人）



精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、15 年前と比べおおよそ9 割（平成14 年：約34.5 万人→平成29年：約30.2 万人）に減少しているが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15 年前と比べ約2.6 倍に増加している。

（単位：万人）

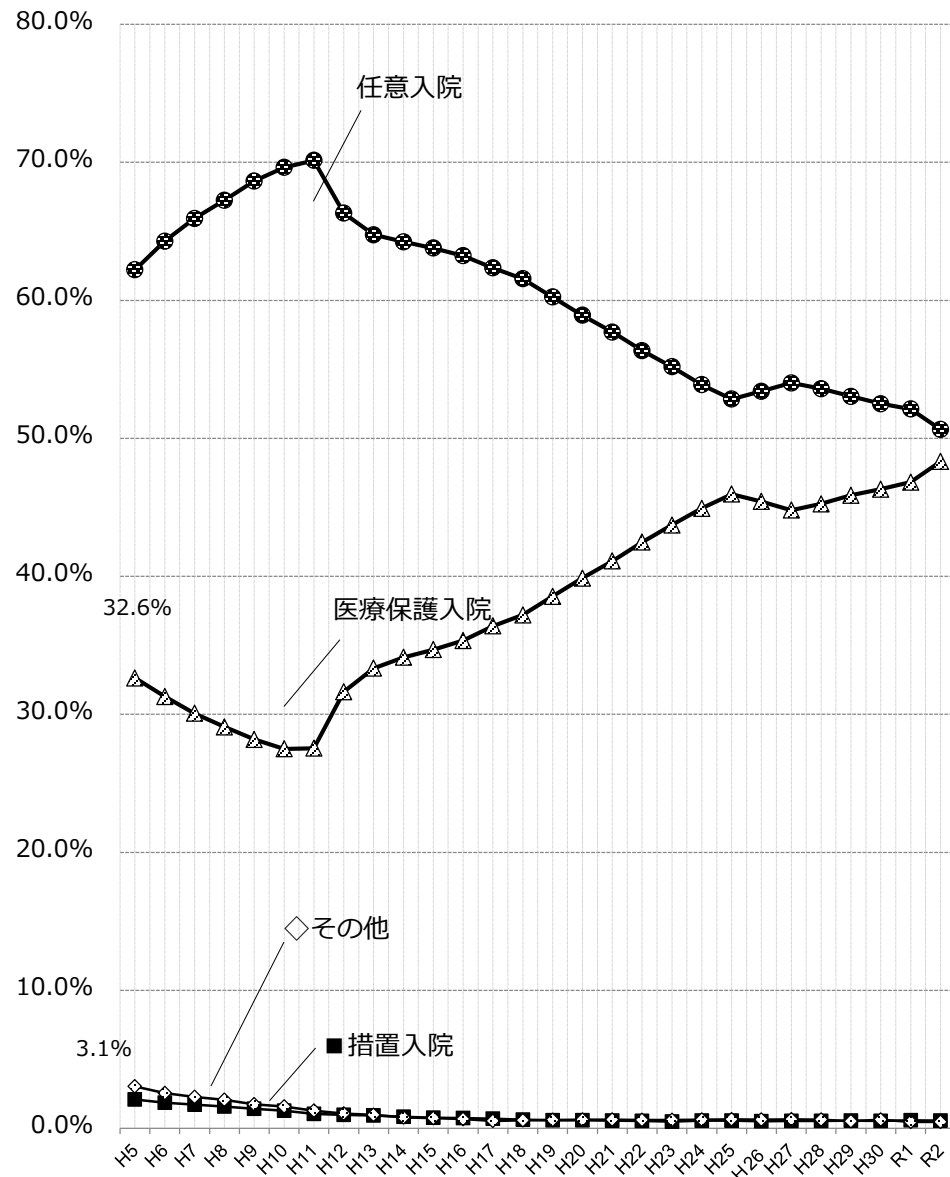
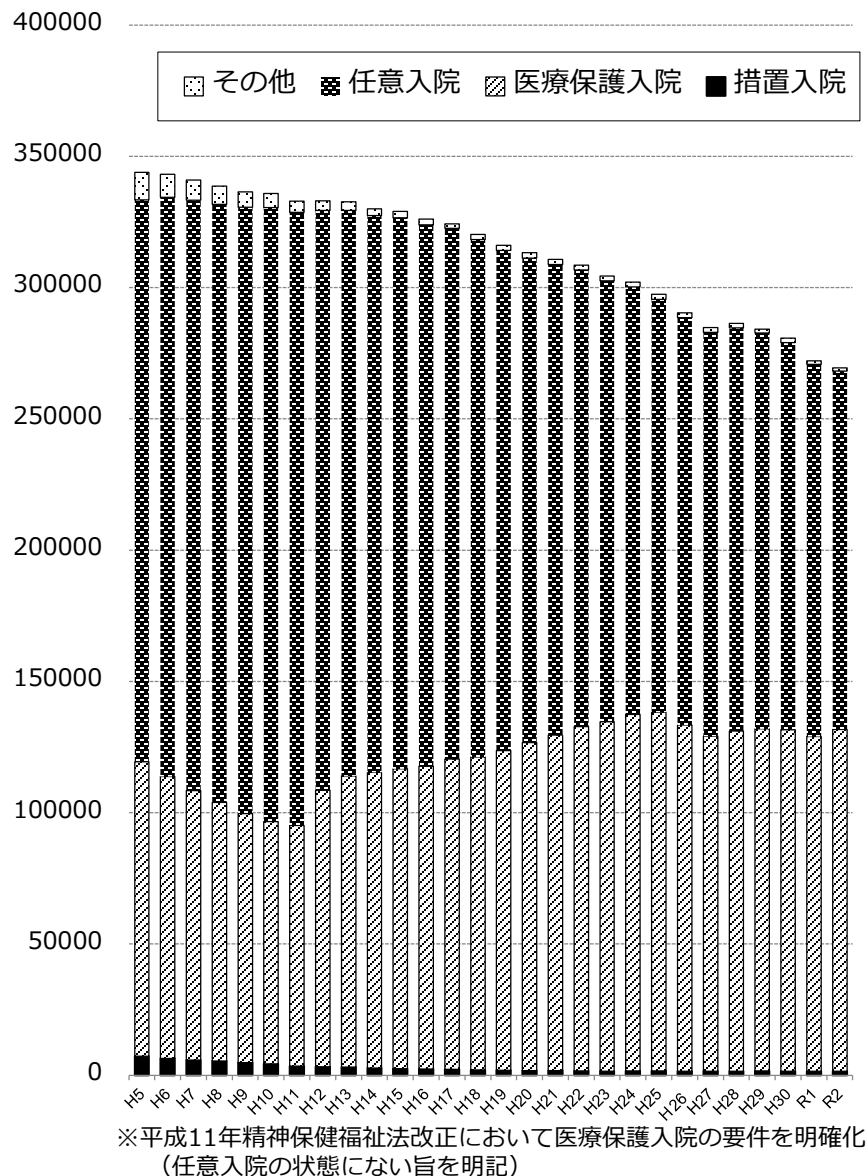


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

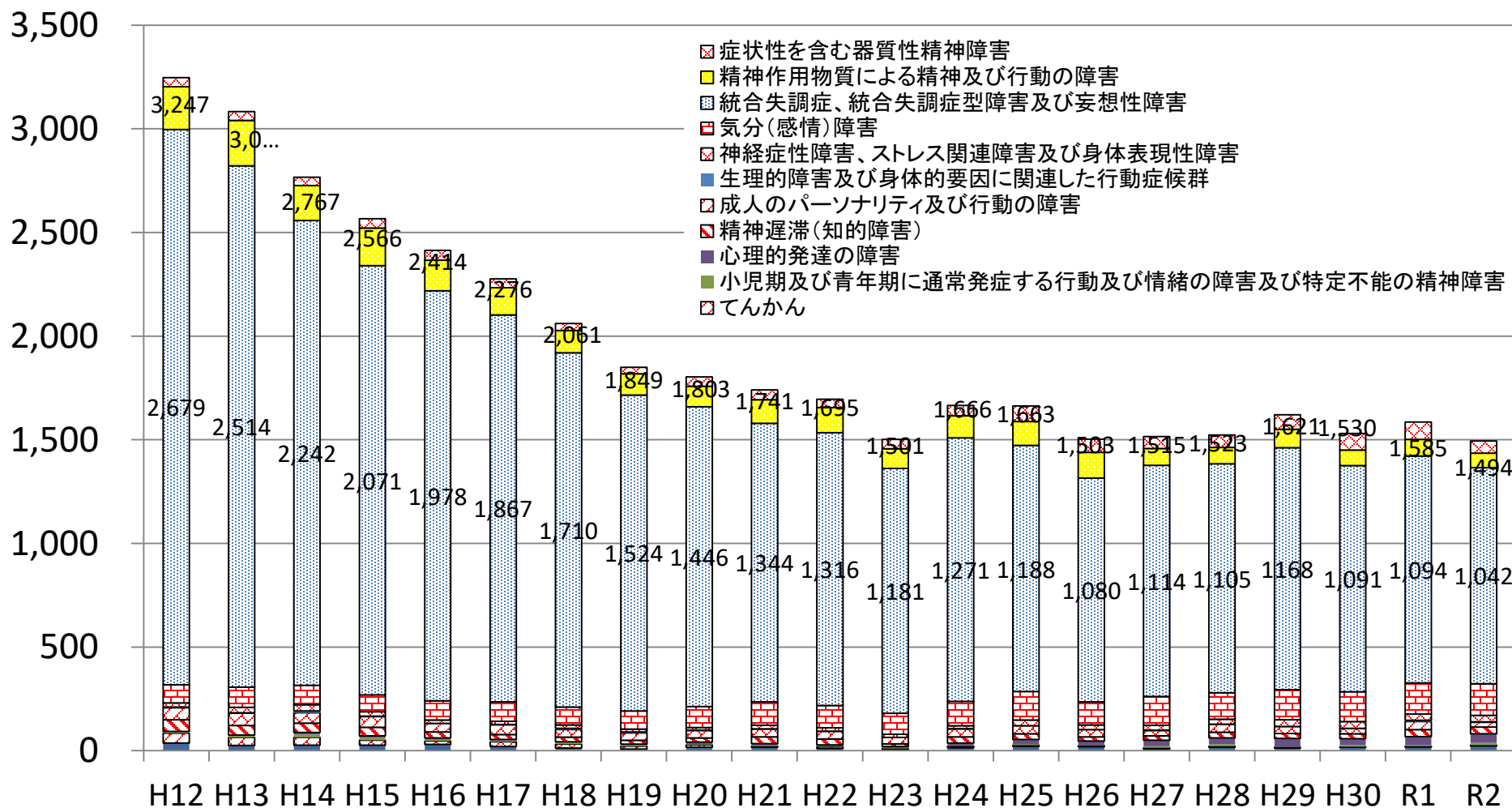
資料：厚生労働省「患者調査」より作成

入院形態別在院患者数の推移

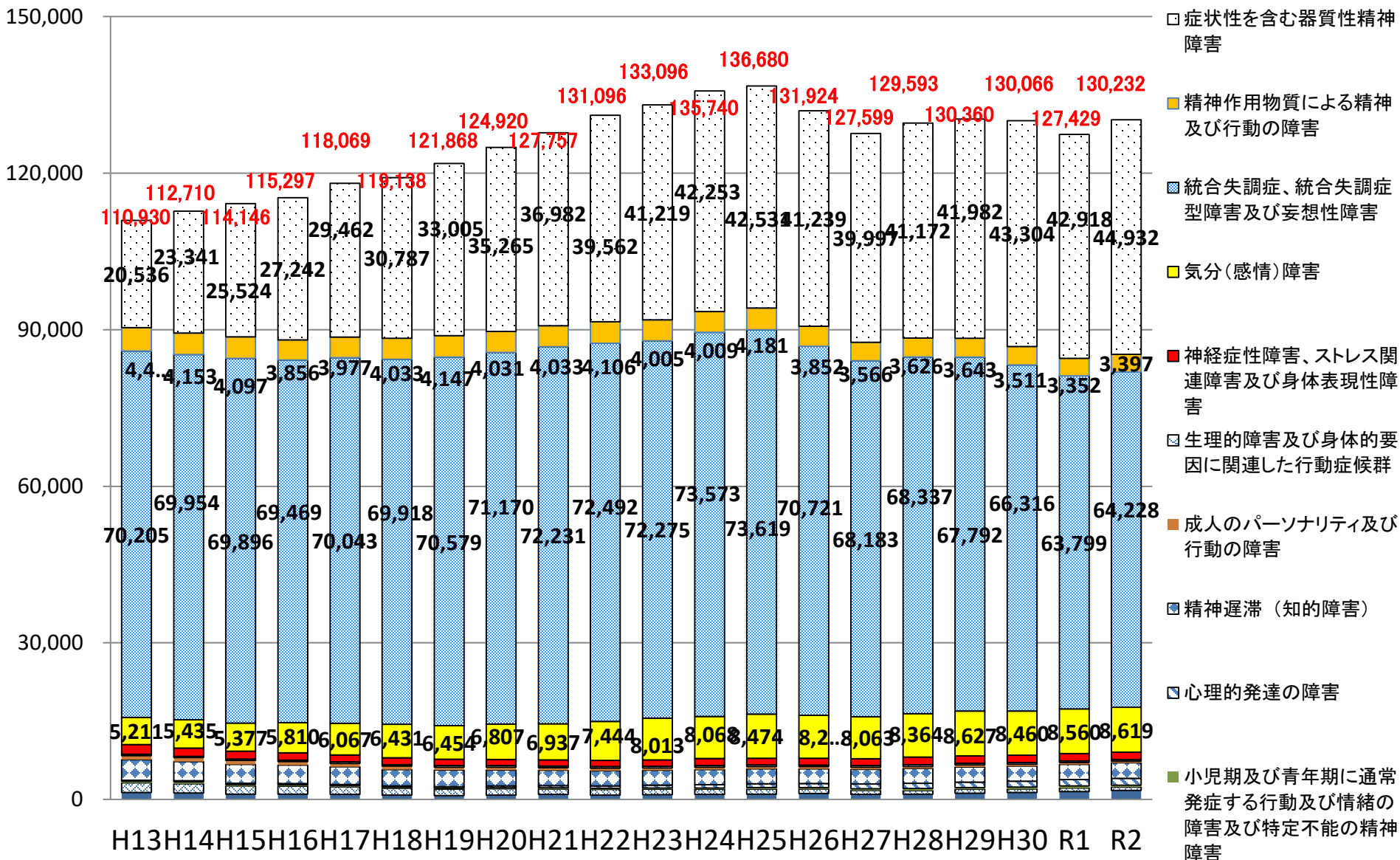
在院患者数



措置入院患者数の推移（疾患別内訳）



医療保護入院患者数の推移（疾患別内訳）



各国の精神保健医療福祉提供体制(精神医療・精神障害福祉①)

項目		アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
精神医療・精神障害福祉におけるケア	概要	・1960年代より脱施設化、地域移行を開始 ・背景は公民権運動による権利擁護意識の高まり、抗精神病薬等の治療法の進歩等	・1950年代より脱施設化、地域移行を開始 ・背景は抗精神病薬等の治療法の進歩等	・1970年代より脱施設化、地域移行を開始 ・背景は抗精神病薬等の治療法の進歩 等	・1960年代より脱施設化、地域移行を開始 ・背景はアメリカやイギリスから取り入れた新しい治療法等
	提供されるケアと担い手	・プライマリケア、通院治療、急性期ケアいずれも地域精神保健センター(CMHC)が中心となって提供 ・長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供	・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供 ・長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供されるが、イギリスの病院は精神病床含めて急性期と長期との明確な区分がなされていない	・プライマリケア、通院治療はGPが提供し、急性期ケアは病院が中心となって提供 ・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている ・ドイツには、司法精神病院を除き、長期ケア病床が存在しない	・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供 ・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている ・フランスの精神科病院には長期ケア病床はないものの、実態として、1者が一定数存在する。

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書
(PwCコンサルティング合同会社)より抜粋

各国の精神保健医療福祉提供体制(精神医療・精神障害福祉②)

項目		イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国
精神医療・精神障害福祉におけるケア	概要	・1970年代後半から脱施設化、地域移行を開始 ・背景は精神障害者の人権運動等	・1960年代より脱施設化、地域移行を開始	・1990年代より脱施設化、地域移行を開始	・1990年代より脱施設化、地域移行を開始
	提供されるケアと担い手	・プライマリケア、通院治療、急性期ケアを地域精神保健センター(CMHC)が中心となつて提供しているが、一部の州ではGPが軽度の患者の治療を担当する制度が整備される等、地域によって体制は異なる ・長期ケアは、居住型ケア施設・住居で提供	・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となつて提供 ・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供。その形態は、個室、グループホーム、ホステル等の簡易宿泊施設と幅広く、州によって異なる	・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となつて提供 ・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供。その形態は、個室、グループホーム、ホステル等の簡易宿泊施設と幅広く、州によって異なる	・プライマリケア体制は確立されておらず、慢性疾患に対しては入院治療が提供されることが多い

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書
(PwCコンサルティング合同会社)より抜粋

Ⅱ．精神保健に関する市町村等における 相談支援体制について

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報告書（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項

- 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。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応し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」と解され、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である。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

精神障害を有する方等の家族

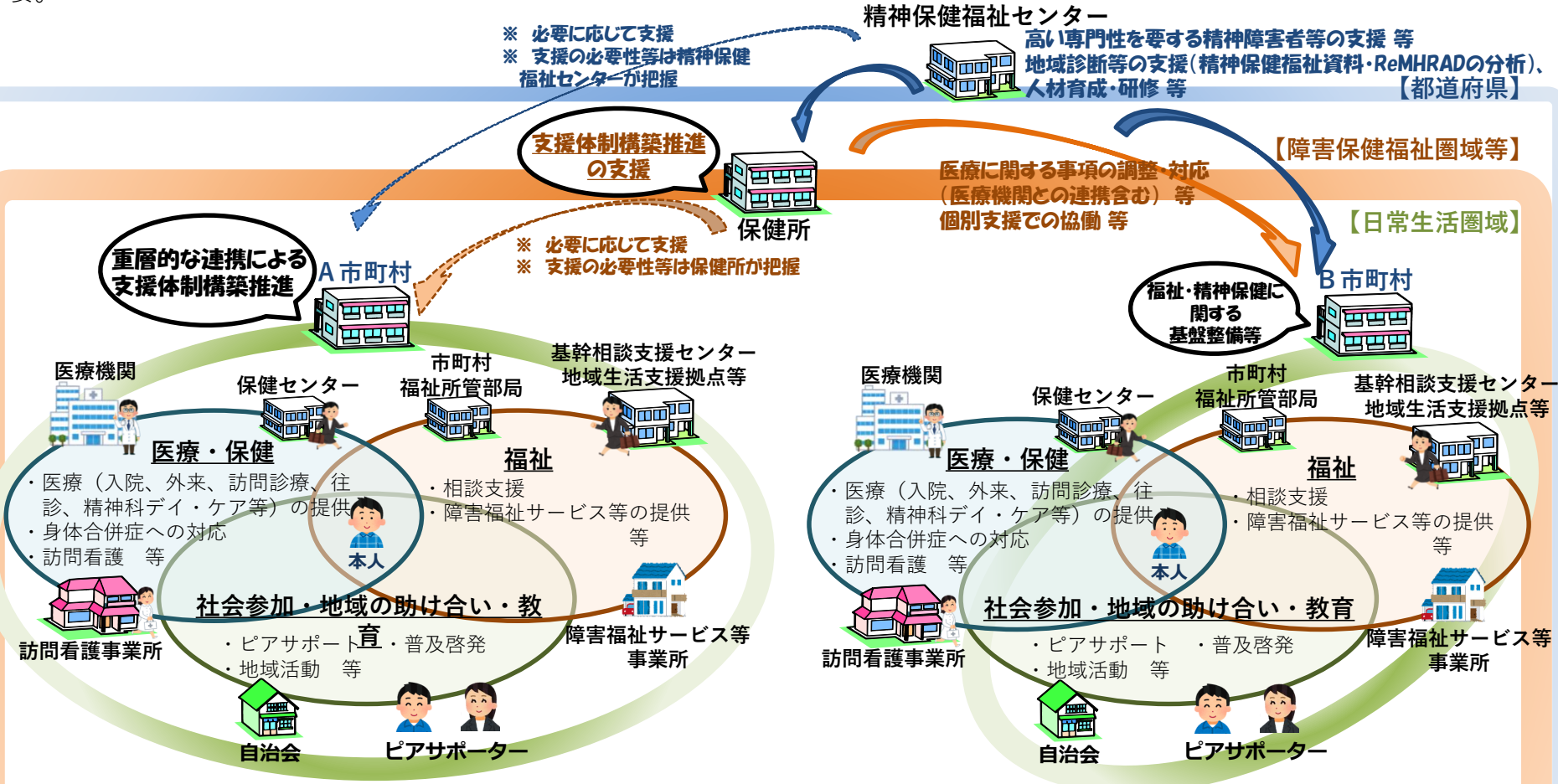
- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないものであり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築することが適当。
- 構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基本的な考え方、重層的な連携による支援体制の構築、普及啓発の推進並びに精神保健医療福祉、住まい及びピアサポート等の同システムを構成する要素についての検討を行い、今後の方向性や取組について取りまとめた。同システムのさらなる推進を図るため、必要な諸制度の見直し、障害福祉計画や令和6年度からの次期医療計画への反映及び必要な財政的方策等も含め、関係省庁及び省内関係部局との連携を図りつつ具体的な取組について検討を行い、その実現を図るべき。

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基本的な事項

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの基本的な考え方

- 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。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応し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。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方や実践は、地域共生社会の実現に資する各種の取組との連携を図り、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築にも寄与するものであり、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である。

2. 重層的な連携による支援体制の考え方と構築

- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により、精神障害を有する方等のニーズや地域課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する。
- 重層的な連携による支援体制を構築するためには、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」やそれに対する支援の積み重ね（個別支援）が不可欠である。個別支援に共通する課題から地域課題を抽出し、保健、医療、福祉関係者等による協議の場において、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族や居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し議論をすることが基本となる。

3. 普及啓発の推進

- 精神疾患の早期発見・早期対応を促進し、また、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において最も重要な要素の一つである。
- これまで様々な手法を用いて取り組まれているが、精神疾患や精神障害に関する国民の理解が進んでいるとは言い難く、精神障害に対する差別や偏見は依然として課題であることから、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要。

1. 地域精神保健及び障害福祉

- 精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが困りごと等を抱えた際に相談しやすい地域づくりをしていくことが求められており、市町村においては精神障害を有する方等や地域住民の身近な窓口として、地域精神保健の活動としての相談指導等の充実を図るとともに、障害福祉や介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅等における事業との連動を意識していくなどの取組が重要。
- 重層的な連携による支援体制の構築では、精神障害を有する方等の「地域生活」を支えるものであり、身近なところで必要なときに適切な支援を提供することが求められる。市町村において、福祉だけではなく、精神保健も含めた相談指導等に取り組むことが重要であることから、市町村における精神保健に関わる業務の制度上の位置付けを見直し、積極的に担える環境整備を行うべき。
- 地域精神保健及び障害福祉の具体的な取組の一つとして、長期在院者に対する支援については、地域の体制整備や福祉の課題でもあることから、市町村等と精神科病院、精神保健医療福祉に携わる地域の関係機関の連携を前提とし、市町村が精神保健福祉センターや保健所の支援の下、長期在院者へ訪問し、利用可能な制度や障害福祉サービス等に関する説明及び支援等を行う取組を制度上位置付けることが必要。
- 精神障害を有する方等や地域住民が精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応について、適切な精神保健医療福祉の支援につなげる観点から、精神障害を有する方等の同意を基本とした精神保健福祉センターの支援等の下に行う、保健所や市町村保健センターからの訪問等による支援の充実を図ることや、危機等の状況に応じて市町村が、地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、訪問支援の充実に取り組むべき。

2. 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

- 精神医療の提供体制の充実には、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する観点が重要。
- 精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関では、①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすことが求められる。
- 精神科医療機関においては、市町村や保健所における精神保健相談や訪問支援への積極的な協力、精神障害を有する方等の退院後支援の充実のため協議の場へのさらなる参画や退院支援委員会等を活用した地域援助事業者等との連携の強化、市町村等と連携した長期在院者への支援等が求められる。精神障害を有する方等の身体疾患への対応について、いわゆる「かかりつけ精神科医」と地域の精神科以外の診療科における「かかりつけ医」との連携の強化はもとより、「かかりつけ医」や精神科以外の診療科における医療従事者の精神疾患への対応力強化を図る研修等の取組も有効であると考えられる。
- 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は、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、精神科医療機関は自院が提供可能な機能（入院、入院外）を明らかにするとともに、都道府県等との連携の下、精神科救急医療体制への積極的な参画が求められる。また、日頃の診療に加え、精神障害を有する方等が危機等の状況に陥った際にどのように対応して欲しいかを十分に把握の上協議し、時間外診療や往診等を含め可能な限りの対応の充実を図るべき。

3. 住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携

- 精神障害を有する方等誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう「本人の困りごと等」に寄り添い支援していくことについて、住まいの確保はもとより生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つことが必要。
- 住まいの確保と居住支援の充実については、入居者の安心と賃貸住宅の貸し主、不動産業者の安心を確保していくことが求められ、そのためには居住支援の充実とともに、協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携の強化が重要。

4. つながりのある地域づくりと社会参加の推進

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて社会参加は、従前から就労とともに、社会参加を推進してきたことのほか、社会参加の前提として、いかにして社会から孤立しないで済むようにするか、また、孤立している方々が社会とつながりたいときにつなげることができるかという観点でも仕組みの構築の検討が必要。
- 社会的な孤立を予防するために重層的な連携による支援体制には、精神障害を有する方等や地域住民が社会的な孤立の危機にあるといった時に地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等をすることができ機能求められる。また、普及啓発を通じ地域住民が精神疾患や精神障害に関する知識を持ち、精神障害を有する方等にとって身近な人が支援の輪に入るといった取組を推進する観点も重要。
- 地域で居住し「はたらく」ことを支援するためには、障害者総合支援法や介護保険法に基づくマネジメントの枠組みだけではなく、精神障害を有する方等の思いや感情、生活など多様なものを考慮した上でのマネジメントが重要。

5. 当事者・ピアサポーター

- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等にとって、その意思や選択が尊重され、必要な時に適切な支援が受けられる体制であることが重要であり、体制構築にピアサポーターや精神障害を有する方等の参画を求めていく。
- ピアサポーターがピアサポートの特性を活かし、精神障害を有する方等を尊重した支援を実施するだけではなく、精神保健医療福祉に関わる多職種との協働により専門職等の当事者理解の促進及び意識の変化や支援の質の向上、普及啓発や教育、精神保健相談、意思決定支援等に寄与することが期待される。
- 市町村等は日頃からピアサポーターや精神障害を有する方等との意見交換などを通じ、ピアサポーターや精神障害を有する方等が活躍できる環境の整備に努めるべきある。

6. 精神障害を有する方等の家族

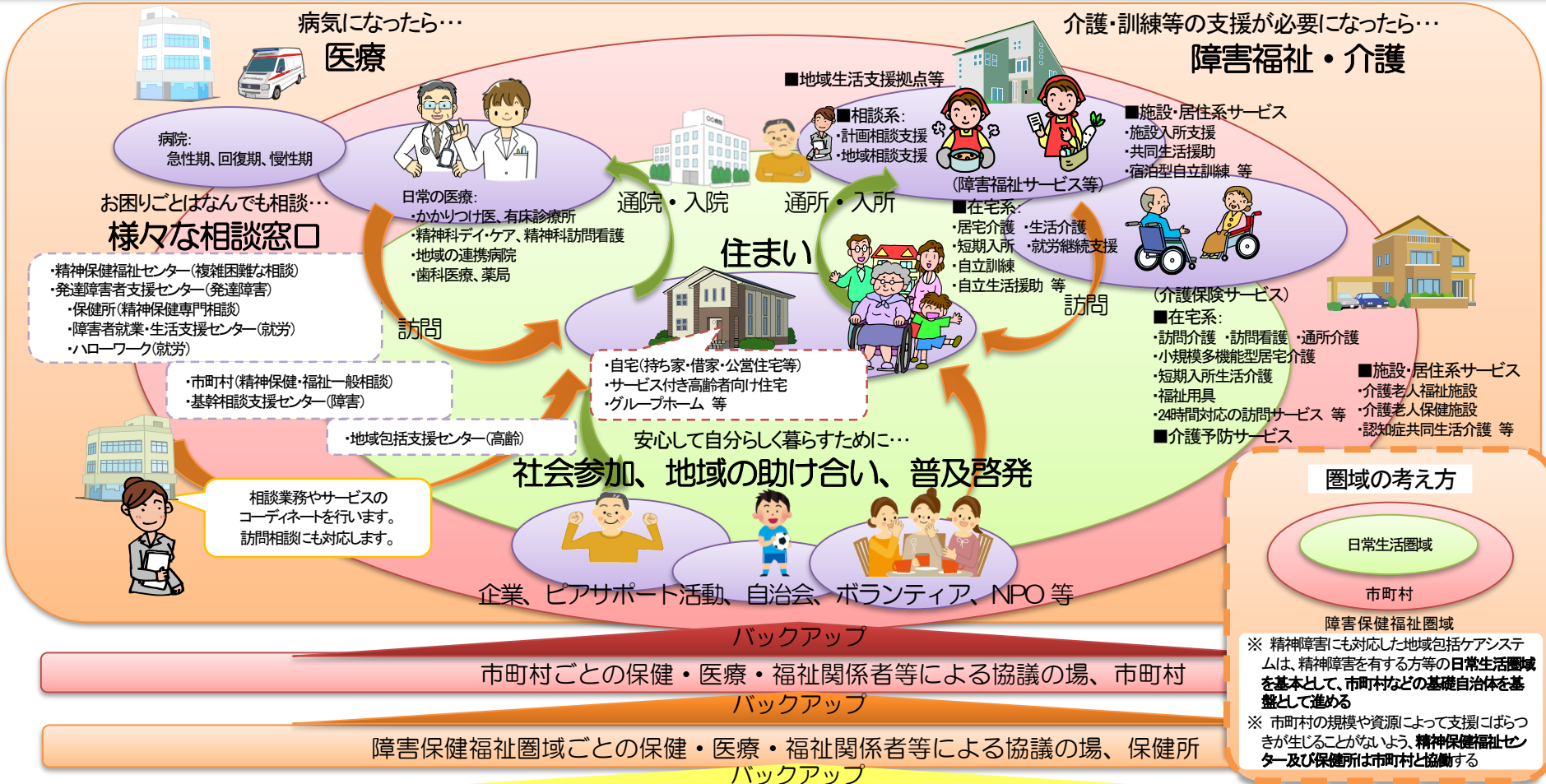
- 地域においては、未治療や治療中断、ひきこもりやメンタルヘルスの不調等様々な要因により、当事者、家族がともに孤立しているという課題がある。市町村等は家族同士の交流の機会や場を提供するなど、家族支援に対し更なる取組の推進を図ることも重要。また、精神障害を有する方等に関わる精神保健医療福祉の関係者が家族を支援する視点を持つことも必要。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制とすることが重要であり、市町村等は協議の場に精神障害を有する方等の家族の参画を推進し、家族のニーズを踏まえた家族支援の体制について話し合い、これを踏まえ、わかりやすい相談窓口を設置していく等の取組の推進が求められる。

7. 人材育成

- 市町村における精神保健に関する相談指導等の充実が求められており、精神保健相談に対応できる人材の確保が必要。具体的には、関係機関と連携しながら精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材や、地域課題の抽出及び課題の解決に向けて、協議の場で関係者と協働できる人材の育成が求められている。
- 精神障害を有する方等を支援する者を育成する観点と、地域住民とともに学び合い地域づくりを推進する「その生活圏の人づくり」の観点から、地域で必要な人材をイメージし、地域の関係者と共有することが重要。そのため、人材育成に係る仕組みづくりにおいては、企画立案の段階から、保健・医療・福祉等関係者、居住支援関係者、当事者、ピアサポーター、家族等が協働していくことが重要。
- 介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅等、市町村の行う各相談業務あたる職員に対する精神疾患や精神障害に関する知識や対応力の向上を図る研修も必要。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システム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である。
- 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、精神障害の有無や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、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等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、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者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。



(参考) 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

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・福祉関係者等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。

○ 検討の経過

開催日		検討事項 等
第1回	令和2年 3月18日	・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の目的について
第2回	5月22日 (持ち回り開催)	・自治体等における相談業務について ・精神医療に求められる医療機能について ・普及啓発について
第3回	7月31日	・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における地域精神保健について
第4回	9月3日	・医療と障害福祉サービスの現状と課題について ・住まい支援のための医療保健福祉の連携について
第5回	10月26日	・当事者、家族の関わり ・社会参加（就労）について ・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
第6回	12月17日	・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する人材育成について ・これまでの議論の整理
第7回	令和3年 1月22日	・地域精神医療について ・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループのとりまとめ（報告）
第8回	2月15日	・都道府県・精神保健福祉センター・保健所・市町村の役割について ・「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」報告書（素案）について
第9回	3月4日	・「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」報告書（案）について

○ 構成員（五十音順、敬称略） ◎は座長 (令和3年3月18日現在)

氏名	所属・役職等
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
伊澤 雄一	精神保健福祉事業団体連絡会 代表
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
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
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
奥田 知志	全国居住支援法人協議会 共同代表
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
鎌田 久美子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
◎ 神庭 重信	九州大学 名誉教授
吉川 隆博	一般社団法人日本精神科看護協会 会長
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
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
櫻田 なつみ	株式会社MARS ピアサポーター
田村 綾子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会長
中島 豊爾	一般社団法人日本公的病院精神科協会 会長
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
野口 正行	全国精神保健福祉センター長会 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）)
長谷川 直実	公益社団法人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
堀 裕行	岐阜県健康福祉部 次長
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)

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整備

- 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は、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要。

精神科救急医療の提供に係る機能分化

平時の対応・受診前相談

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実
 - ▶ 保健所や保健センターからの訪問等、精神科医療機関と保健所等の協力体制、相談体制の構築、障害福祉サービス等の活用
- 精神医療相談窓口の設置、充実
- 精神科救急情報センターの設置、充実

入院外医療の提供

- かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応
- 相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能
- 診療を行った上で、入院の要否に関する判断を実施

入院医療の提供

- 平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、原則、対応要請を断らない
- 措置入院、緊急措置入院への対応が可能
- 身体合併症（新型コロナウイルス感染症を含む）への対応が可能
- ※ 地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も想定

【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【国】精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示

身体合併症対応の充実

- 身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図る。

精神科救急医療の提供現場における連携の促進



対診や訪問・電話等
による助言等
※ ICTの活用も検討



互いの救急医療体制の検討の場への参画

精神科救急医療体制
連絡調整委員会等



身体合併症対応における
課題の共有、解決策の検討 等



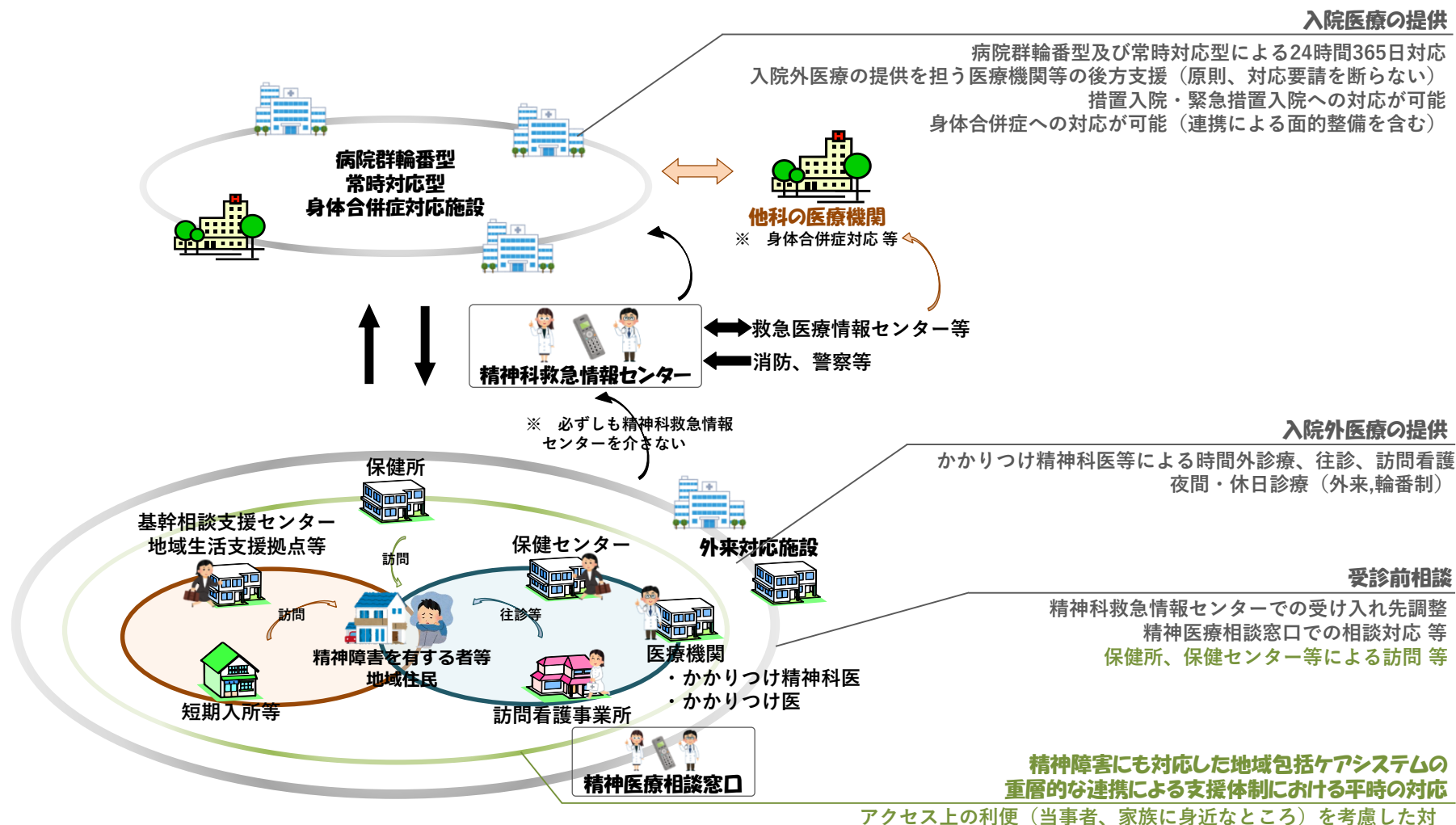
一般の救急医療体制
における会議体

当事者、家族の参画

- 誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画する。

精神科救急医療体制のイメージ

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある



※ 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意見、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（令和2年3月4日障発0304第2号）及び「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」を参考に作成

(参考) 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ

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実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。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築推進する観点から必要なときに必要な医療を受けることができる精神科救急医療体制の確保は重要であるが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会等において、精神科救急医療体制整備について種々の課題が指摘されていることを踏まえ、その整備のあり方について改めて検討するため、同検討会の下に精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループを設置し、開催する。

○ 検討の経過

開催日		検討事項 等
第1回	令和2年 8月28日	・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の考え方について
第2回	10月2日	・精神科救急医療体制における基本的事項の整理について
第3回	11月13日	・精神科救急医療体制整備の方向性について
第4回	12月11日	・「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書（案）について
—	令和3年 1月22日	「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書取りまとめ

○ 構成員（五十音順、敬称略） ◎は座長（令和3年1月22日現在）

氏名	所属・役職等
来住 由樹	一般社団法人日本公的病院精神科協会
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
杉山 直也	一般社団法人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会長 会長
長島 公之	公益社団法人日本医師会 常任理事
長谷川 直実	公益社団法人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	公益社団法人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)

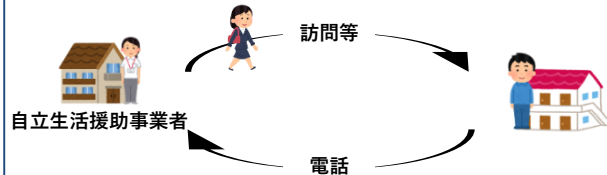
- 精神障害者等が地域社会の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、当該ケアシステムの構築に資する取組を評価する。

夜間の緊急対応・電話相談の評価

- 自立生活援助事業者が緊急時において、利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等又は電話による相談援助を行った場合を評価。

利用者の居宅等への訪問や一時的な滞在による支援の場合
(新) イ 緊急時支援加算 (Ⅰ) 711単位/日

電話による相談援助を行った場合
(新) ロ 緊急時支援加算 (Ⅱ) 94単位/日



地域移行実績の更なる評価

- 障害者の地域移行を更に促進するため、地域移行支援事業者における地域移行実績や専門職の配置、病院等との緊密な連携を評価した新たな基本報酬を設定。

地域移行支援サービス費

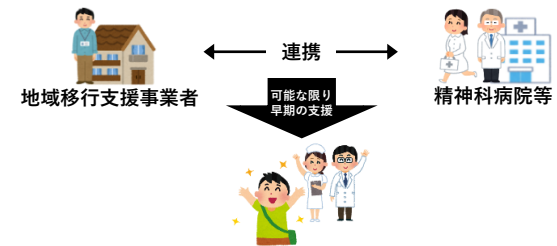
	現行	改定後
(Ⅰ)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月
(Ⅱ)	2,347単位/月	3,062単位/月
(Ⅲ)		2,349単位/月

(※)地域移行支援サービス費(Ⅰ)は前年度に3人以上の地域移行の実績を有すること等の要件を満たすこと。

可能な限り早期の地域移行支援

- 可能な限り早期の地域移行支援を推進するため、入院後1年未満で退院する場合に退院・退所月加算による評価に加え、更に加算で評価。

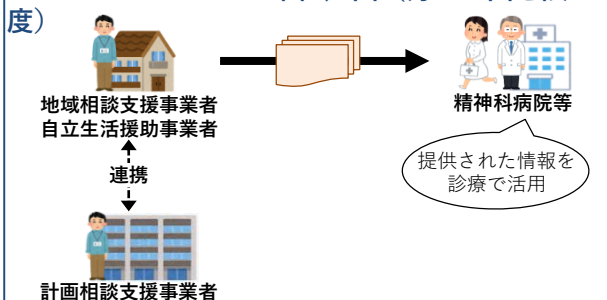
(見直し後) 退院・退所月加算 2,700単位/月
(1年未満で退院する場合) +500単位/月



精神保健医療と福祉の連携の促進

- あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供することを評価。

(新) 日常生活支援情報提供加算
100単位/回 (月に1回を限度)



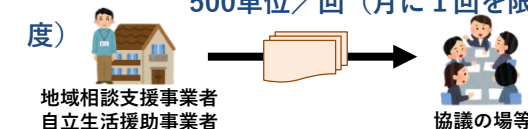
居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進

- 地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者と居住支援法人・居住支援協議会との連携体制を評価(新) 居住支援連携体制加算 35単位/月



- 住居の確保及び居住支援に係る課題を報告する等の居住支援体制強化の取組を評価。

(新) 地域居住支援体制強化推進加算
500単位/回 (月に1回を限度)



ピアサポートの専門性の評価

- ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、研修等の一定の要件を設けた上で評価。

(新) ピアサポート体制加算 100単位/月

- (※1) 計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援で算定可能。
(※2) 就労継続支援B型についても、基本報酬の類型化に伴い、就労支援の実施に当たってのピアサポートの活躍を別途評価。
(※3) 身体障害、知的障害においても同様に評価。

経験者としての視点で、リカバリー体験を活かした助言や共に行動をする支援



心のサポーター養成事業

- 世界精神保健調査では、我が国の精神障害へ罹患する生涯有病率が22.9%であり、精神疾患は誰でも罹患しうることが報告されている。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」においても、地域住民への普及啓発を進めるにあたり、メンタルヘルス・ファーストエイドへの賛同が既に得られている。※メンタルヘルス・ファーストエイドとは、地域の中で、メンタルヘルスの問題をかかえる人に対し、住民による支援や専門家への相談につなげる取り組み。
- 今般、新型コロナウイルス感染症に係る心のケアの充実が求められている中、平時からの心の健康への対策や普及啓発は急務である。

※メンタルヘルス・ファーストエイド（MHFA）の実践体制

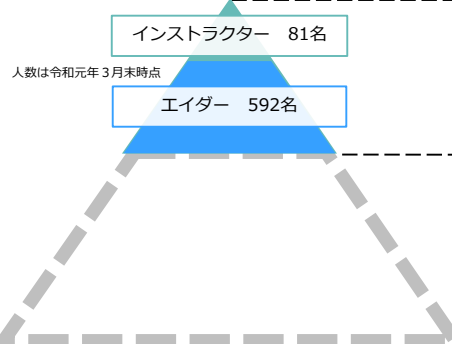
◆インストラクター

2日間の指導者研修を受講
(研修のコツと実際・模擬研修・評価とフィードバック)

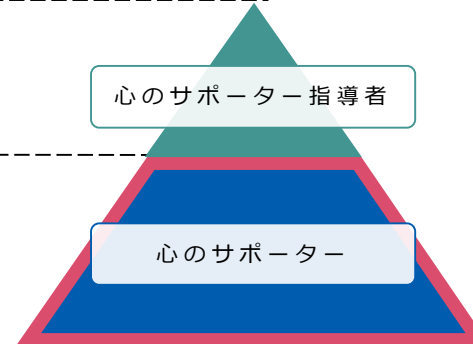
◆エイダー

2日間のMHFA実施者研修を受講
(MHFAの基本理念・うつ病・不安障害・精神病・依存症等への対応)

MHFAの実践体制



心のサポーター養成の仕組み



※心のサポーターの養成体制

◎心のサポーター指導者

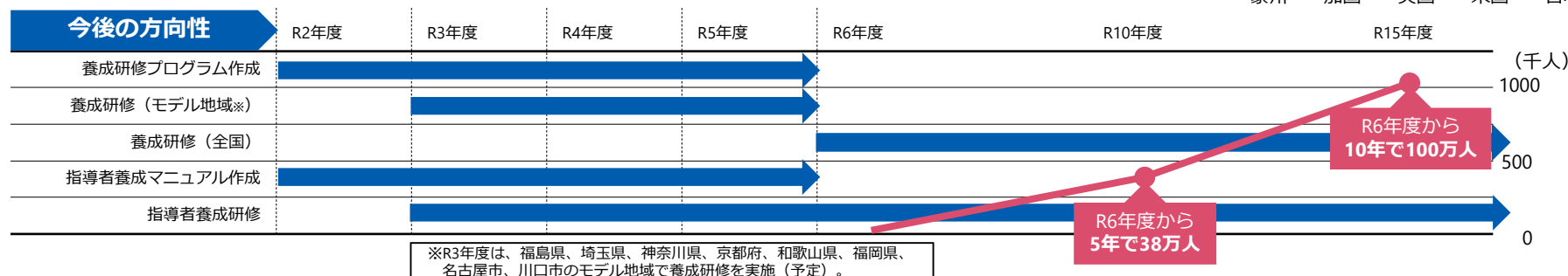
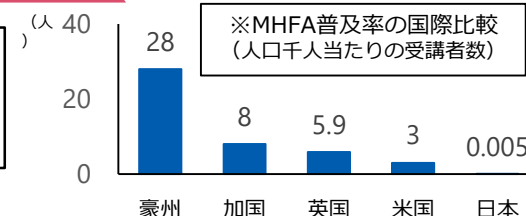
- MHFAのインストラクター及びエイダーであること
- 2時間の指導者研修を受講

◎心のサポーター

2時間の実施者研修を受講

心のサポーターとは

「メンタルヘルスやうつ病や不安など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援者」（小学生からお年寄りまでが対象）
⇒ MHFAの考え方に基づいた、2時間程度で実施可能な双方向的研修プログラムを使用（座学+実習）

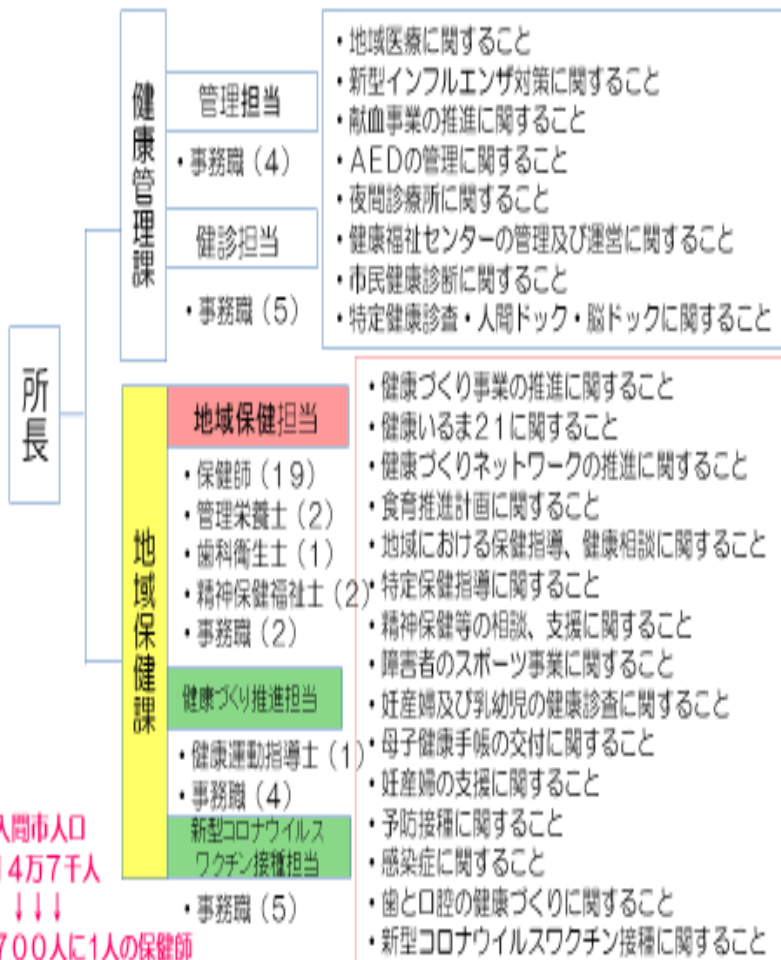


①入間市における取組 ～地域保健による取組例～

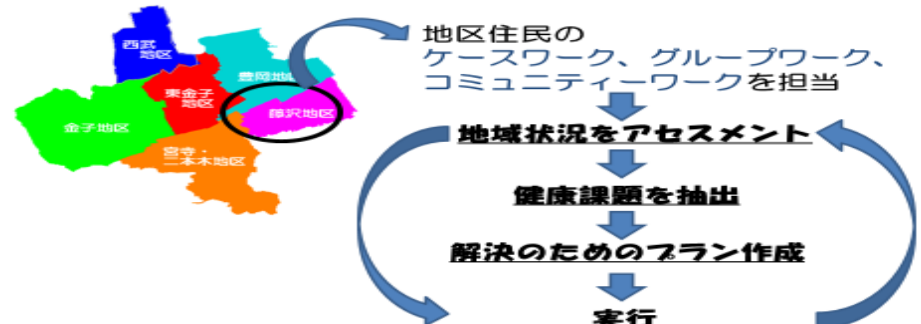
■ 入間市では、**健康福祉センターの地区担当保健師**（18名）＋**統括保健師**（1名）、**精神保健福祉士等の専門職**が、**地域診断（コミュニティワーク）**により**地区の健康課題を明らかにした上で**、**地区住民がより健康に過ごせるように新しい取組を提案**。

ポイント1：地区担当保健師と精神保健福祉士等の専門職が地域診断を通じた健康づくり

入間市健康福祉センターの組織図



専門職による地域診断（コミュニティワーク）



健康課題から生まれた学齢期の取組事例（ポピュレーション）

地域保健課の専門職(保健師、精神保健福祉士、歯科衛生士)が地域の中学校に出向き、養護教諭と連携しながら、生徒保健員の生徒と協同企画をすることで地域の健康づくりを目指した。

【経緯】

平成29年より、「入間市保健師活動指針」により、地区担当制を導入。
地域診断により、藤沢地区の特徴を把握し、健康課題を明らかにした上で藤沢地区の市民がより健康に過ごせるよう新しい事業を提案・支援。

藤沢地区では、令和元年度から『こころの健康について』赤ちゃんから高齢者までの方々に、睡眠を含めた生活習慣の正しい知識の普及・啓発を実施。市民にリーフレット配布。

令和2年度は、学齢期の生活習慣の意識を高めるため、中学校の生徒保健委員会生徒と地域保健課が協同企画し、『睡眠の質を高める取り組み』のプロジェクトを実施。

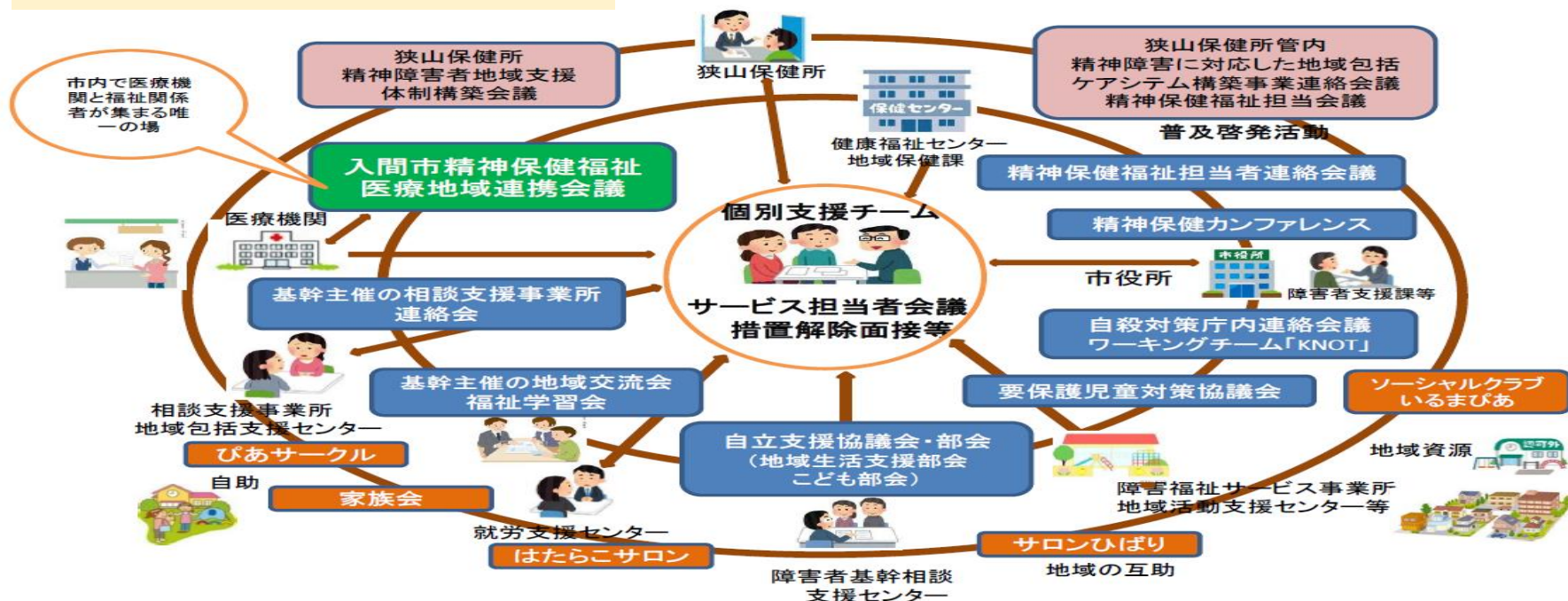
生徒保健委員会の生徒から睡眠の質を高める普及啓発のための様々なアイデアを出し合い、委員会生徒から全校生徒に『こころの健康：睡眠の質を高めよう』をテーマに取り組み発信。

全校生徒に取り組み体験してもらい、アンケートを実施、回収、学齢期における睡眠について分析、評価。

①入間市における取組 ～地域保健による取組例～

ポイント2：精神保健福祉支援に関する庁内・関係機関等とのネットワーク

入間市の精神保健福祉支援のネットワーク



保健と福祉の連携のための取組

保健部門と福祉部門が定期的に会議で顔を合わせる機会をつくり、メンタルヘルスから障害福祉サービスに関する情報を共有。

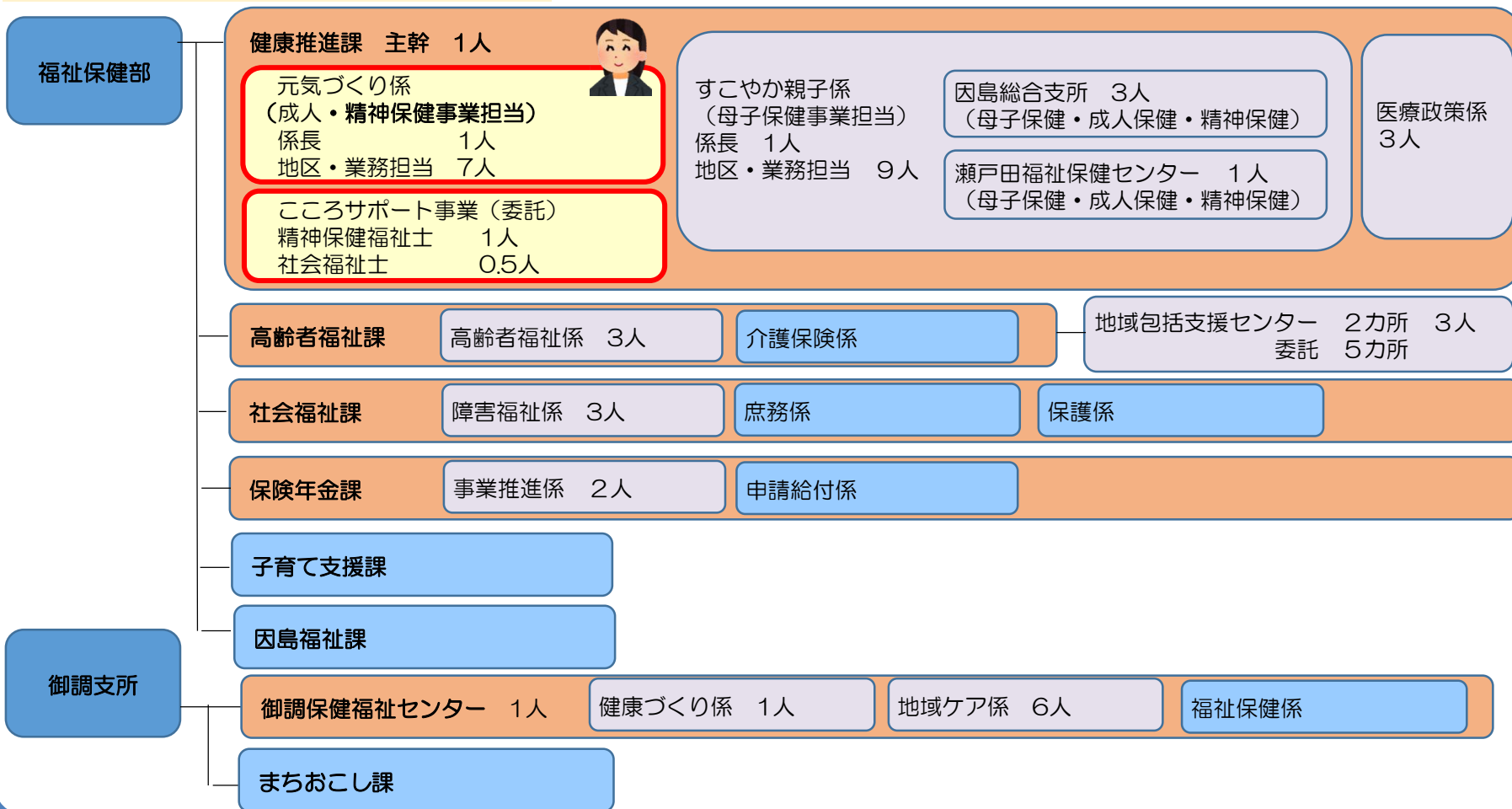
会議名称	会議の内容等
精神保健福祉担当者連絡会議 (年6回)	- 各関係機関で開催される事業や講演会等の情報共有。 - 行政（保健所、地域保健課、障害者支援課）、障害者基幹相談支援センター、必要に応じて相談支援事業所が入り連携しているケースについて支援方針を確認。 ※要対協の精神版のイメージで連携の主体となる部署を確認。新規ケースを共有し、担当機関を検討。
精神保健カンファレンス (年6回)	- 支援方針で悩んでいる事例を検討。スーパーバイザーが助言。 - 庁内の障害者支援課等の各部署や基幹相談支援センター、相談支援事業所、地域包括支援センター各関係機関に呼びかけ事例を検討。 - 精神疾患のある事例以外も検討。生活支援の視点を共有。
入間市精神保健福祉医療地域連携会議(年1回)	精神疾患等について正しい知識の普及啓発を図るとともに、関係機関・団体との連携を深め、「地域ぐるみ」で精神障害者等の自立と社会参加を推進することを目的として、平成28年度から開始。

②尾道市における取組 ～保健部門から関係部局への連携～

- 尾道市では、周囲との関係づくりに関する悩み、生活上の困難・生きづらさを抱えている人からの相談に、保健部門の保健師と、こころサポート事業（アウトリーチ事業）の精神保健福祉士が、関係機関と連携できる体制を整備。医療機関での受診や通院、定期的な見守り、就労支援事業所の利用や生活保護の申請等、関係部局・機関と連携し、個々のケースに応じ必要とされる支援を実施。

ポイント：保健部門からの連携により個々のケースに応じ必要な支援をチームで実施

尾道市の組織図と保健師の配置状況



②尾道市における取組 ～保健部門から関係部局への連携～

ポイント：保健部門からの連携により個々のケースに応じ必要な支援をチームで実施

【こころサポート事業スキーム図】

アウトリーチチームによるサービス提供
(対象者個々によってチーム編成)



健康推進課
事業全体の企画、調整、評価、見直し等

業務報告

こころサポート事業
ソーシャルワーカー

まずは地区担当
保健師とソーシャ
ルワーカーが介入

家族・市民・関係機関等

相談・初期アセスメント

合同ケア会議（支援の可否決定）

インターク

よろしくお願いします

関係者ケア会議
(必要時適宜)

個別支援
計画の作成

・関係機関と
の調整
・サポートシ
ステムの構
築

サービス
提供

個別の事例
に応じて支援
チーム編成

モニタリング

再アセスメント



- 庁内関係部署
・保健師 等
- 関係機関例
・地域住民
・医療機関
・ひきこもりセンター
・訪問看護
・保健所
・包括支援センター
・社会福祉協議会
・教育機関
・相談支援事業所
・福祉事業所
・警察
・消防 等

保健事業課、こころサポート事業ソーシャルワーカーなどで検討。
【別紙参照】

終了

- ・課題が解決したとき
- ・要介護状態で「精神症状ケア＜身体症状ケア」のとき
- ・医療や福祉サービスを継続利用できるようになったとき
- ・市外転居など

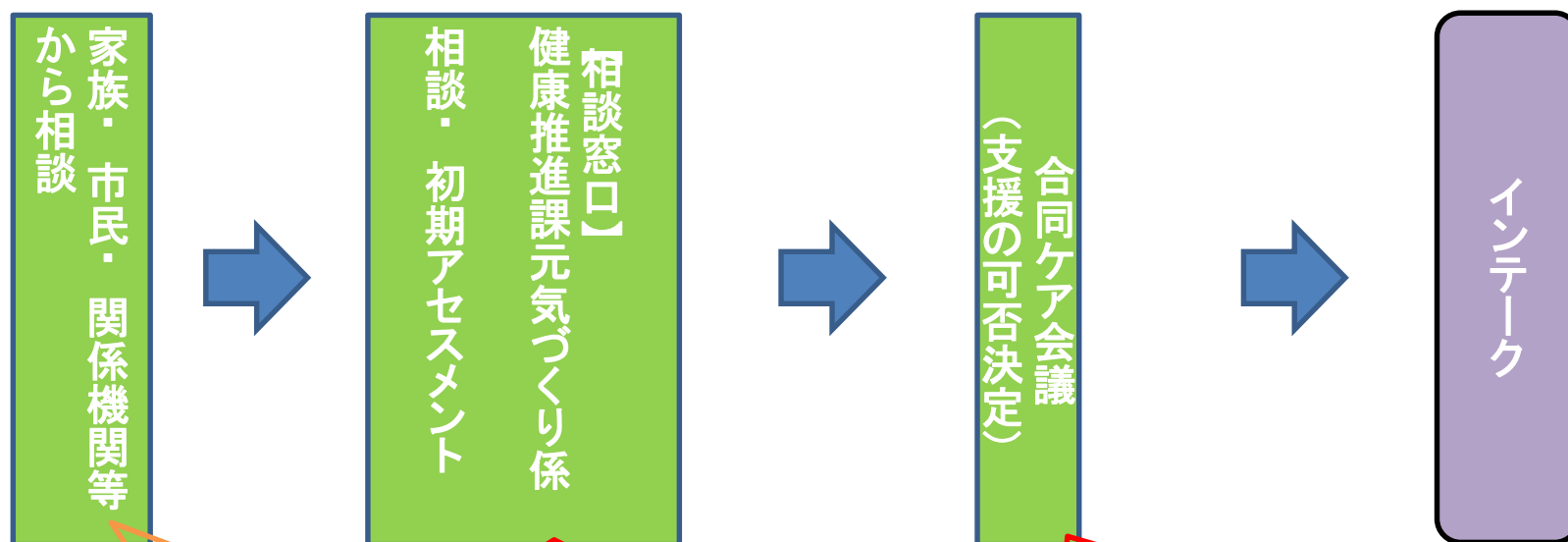
支援の終了
については
関係者ケア
会議で判断
する(終了
やみまもり
など)。

②尾道市における取組 ～保健部門から関係部局への連携～

ポイント：保健部門からの連携により個々のケースに応じ必要な支援をチームで実施

【支援開始の流れ】

別紙1



【関係機関】

- ・基幹相談支援センター（相談支援専門員）
- ・医療機関（PSW）
- ・地域包括支援センター（職員・ケアマネ）
- ・社会福祉協議会（相談支援員）
- ・高齢者福祉課（職員・保健師）
- ・社会福祉課（保健師）
- ・警察
- ・保健所（保健師）

- ・まず地区担当保健師等が対象者の状態について相談者から把握。
- ・初期アセスメント後、地区担当保健師が状況提供書作成。
- ・こころサポート事業担当保健師に状況提供書提出。追加の情報が必要であれば聞き取り実施。

- ・地区担当保健師、こころサポート事業担当保健師、委託先の精神保健福祉士、社会福祉士などで、こころサポート事業該当者の可否を検討し決定。
- ・支援計画を検討。

③宮崎市における取組 ～「協議の場」を通じた地域での顔が見える支援体制づくり～

■ 宮崎市では、精神科病院からの退院後の住居確保困難（貸し渋り）事例に対応するため、**協議の場（自立支援協議会）**で、地域の支援者、宅建協会等を加え、地域課題を共有。解決のための連絡ツールとして「生活サポートシート」を作成。これにより、地域の不動産業者と医療、保健、福祉の関係者の顔がつながり、住居の貸し渋りが減少。

ポイント1：「協議の場」で生活サポートシートの作成を通じた地域の支援体制づくり

統合失調症で長期入院中の20代女性

精神科病院に入院していることで住居を借りられない…



住宅関係者、支援者、地域住民、行政職員など

協議の場

において解決策を議論



生活サポートシートの作成

- ・対象者はどんな方か
 - ・支援者は誰で、いつ、何をしてくれるのか
 - ・夜間や休日にもつながる連絡先はどこか
- 大家さんに支援者の存在を知ってもらうことで、
部屋を貸してもらうことにつながる



〇〇 〇〇 氏の生活サポートシート				年 月 日 作成	
【基礎情報】					
名前	〇〇 〇〇		年齢		
障害概要					
家族・親族①（姓）	氏名	居住地	連絡先		
家族・親族②（姓）	氏名	居住地	連絡先		
主治医	先生	[病院]	連絡先		
主支援団体			連絡先		
【重要事項の対応について】					
事項	対応				
金銭管理（家賃納付）					
火の取り扱い					
食事・買い物					
その他					
トラブルや緊急時の対応について					
【支援ネットワーク】					
支援施設（例）	名称	概要（どんな支援をしているか）	担当者・連絡先		
相談支援事業所					
病院					
自立生活援助事業所					
居宅介護支援事業所					
訪問看護					
就労支援事業所					
※各関係機関が連携してご本人に関わっています。何かご心配なことがありましたら、ご相談下さい。					

③宮崎市における取組 ～「協議の場」を通じた地域での顔が見える支援体制づくり～

- 退院後支援を実施したある女性のケースでは、退院後の女性の健康上の相談支援のため、地域生活支援センターの主任相談支援専門員が、保健センターの保健師に定期訪問の同行を依頼。女性の妊娠後は、出産や育児に関する不安を、保健センターの保健師が引き続きフォロー。妊娠、出産、子育てとライフステージに応じた保健師の支援につなげる。

ポイント2：相談支援専門員からの橋渡しにより、ライフステージに応じた保健師支援を実現

相談支援専門員からの橋渡しにより、 ライフステージに応じた保健師支援を実現

地域生活開始時

- ・ 煙草がやめられない ・ 生理痛がひどいときがある
- ・ ダイエットがうまくいかない

結婚



保健センター内でも情報共有、相談をしながら、チームで関わるようにしています！

妊娠・出産

- ・ ミルクの量はどのくらい？ ・ 体重の増え方は大丈夫？
- ・ 沐浴の仕方は大丈夫？ ・ 離乳食はいつから始める？

子育て

- ・
- ・
- ・



令和3年度 宮崎市保健師の配属人数

部	課	係	人数	
			係	課
総務部	人事課	衛生管理室	2	2
税務部	国保年金課	健診指導係	3	3
福祉部	障がい福祉課	認定サービス係	1	1
		地域包括ケア推進係	2	
		権利擁護対策係	1	
		認定審査係	3	
		事業所支援係	2	
	社会福祉第一課	医療介護係	2	2
子ども未来部	保育幼稚園課	認可指導係	1	1
		児童虐待調整対策監	1	
		子ども相談室	3	
		医療給付係	1	
		育児支援係	4	
健康管理部	母子保健課	育児健康診査係	7	
		保健医療課	1	1
		健康管理部	1	
		医療介護推進係	1	
		中央地域ケア係	8	
健康管理部	地域保健課	江南地域ケア係	8	
		北部地域ケア係	4	
		南部地域ケア係	6	
		西部地域ケア係	4	
		からだの健康係	3	
	健康支援課	感染症係	4	
		こころの健康係	6	
		療養支援係	3	
		新型コロナウイルス防疫対策室	3	
		新型コロナウイルスワクチン対策局	3	3
宮崎県	福祉保健部 健康増進課		1	1
計			89	

宮崎市の保健師89名は、5部12課26係＋県（人事交流）に分散配置
（令和3年4月1日現在）

地区担当制

（地域保健課：係＝保健センター）
母子保健・成人保健・精神保健・医療と介護の連携、その他地域支援全般

連携

地域移行支援

（こころの健康係）
保健師6人＋看護師1人＋事務職員1人＝8人体制
精神保健福祉事業
自殺対策（予防・人材養成）
医療保護入院・措置入院対応
精神科病院実地指導
成年後見手続き 等

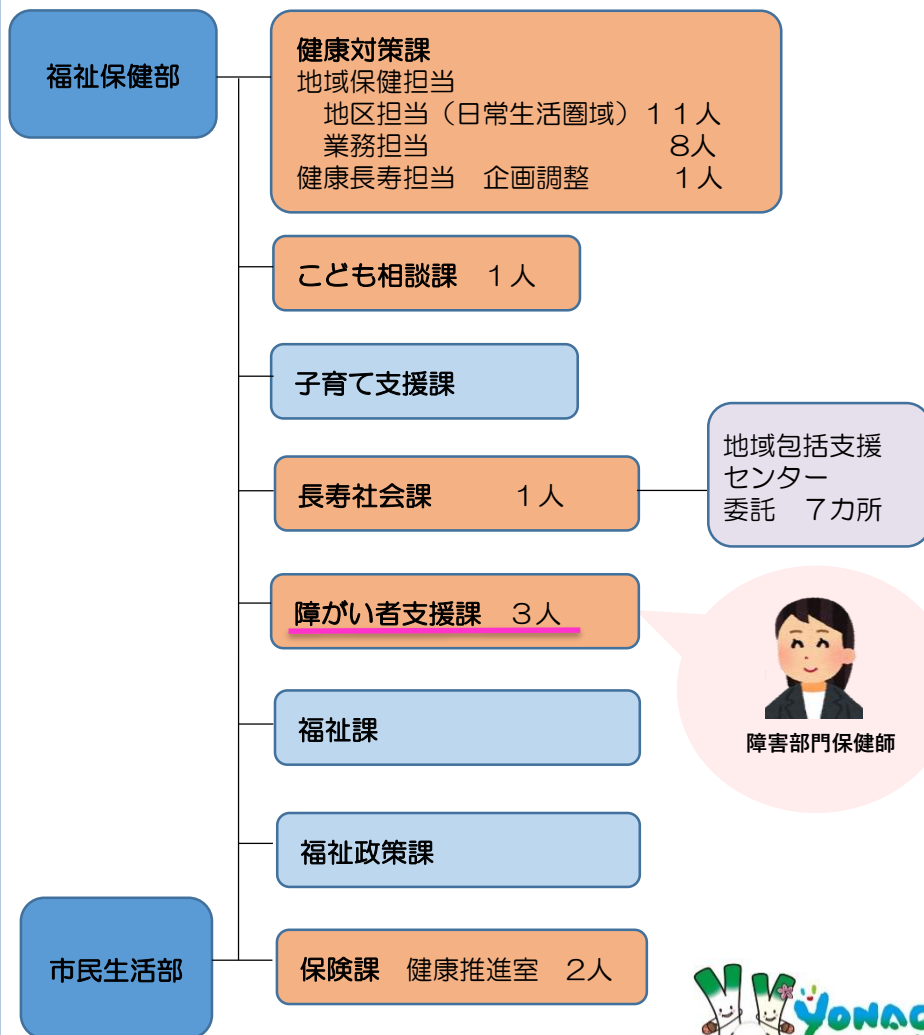
④米子市における取組 ～障害部門の保健師が福祉関係部署等と共に支援～

■ 米子市の保健師27名は、2部5課に分散配置。**精神障害のケースでは障害部門配置の保健師が、庁内の分散配置の保健師や関係部署、庁外関係機関等と共に支援することで、適切な個別支援につなげている。**

ポイント1：保健師による個別支援を通した庁内外関係部署との連携



米子市の組織図と保健師の配置状況



個別支援連携事例

<庁内関連部署>

-発達障害のある20代女性、妊婦- 健康対策課の事例

女性が来所して健康対策課が相談対応。定期的に面談を実施しつつ、発達障害の可能性のあることから障害部門保健師が受診に同行。女性は、発達障害の診断を受け自立支援医療・手帳を申請。妊娠のため、障害部門保健師が地区担当保健師に同行訪問し、家庭児童相談室へ情報提供後、特定妊婦の対応となる。

-不登校の中学生と障害のある母親- こども相談課の事例

中学校とこども相談課の家庭児童相談室との連絡会で不登校の生徒の母親に障害の可能性のある事例を把握。生徒は要支援児童となり、隣に住む祖母の入院先の病院で関係者会議を実施した。病院のMHSWが障害部門保健師との同行訪問による面談を設けるが、家がごみ屋敷であることを理由に母親は訪問を拒否。自宅外で面会を設けることで不登校生徒と母親との面会が可能となる。その後、引っ越しを機に母親の障害福祉サービスが開始された。

-高齢の母親に対し暴力的な精神疾患の息子- 長寿社会課の事例

統合失調症の息子が高齢の母親に暴力を振るう事例について相談支援専門員から基幹相談支援センターに相談あり。関係する支援者による会議後、長寿社会課担当者と、包括支援センター担当者、障害部門保健師とで母親を訪問し、母親と息子の今後の生活について話し合った。

-社会とつながりのない父親と40代の息子- 福祉課の事例

生活保護受給家庭の父親が肺がんで他界し、同居していた息子は日常生活や金銭管理等は一人でできないが、困り感はなく自宅で暮らしたいとの希望あり。本人のこだわりが強く、受診につながらないため、福祉課ケースワーカーと障害部門保健師とで定期訪問を行っている。

<庁外関係機関>

-90代の母親と知的な面に課題のある60代の娘- 地域包括支援センターの事例

地域包括支援センターに母親より「自分のいなくなった後の娘の生活が心配」との相談あり、地域包括支援センターの職員と障害部門保健師とで同行訪問を実施する。社会とのつながりに向けた支援開始となる。

-相談者の50代女性と家族- 社会福祉協議会（生活困窮者等支援事業）の事例

睡眠障害、軽度うつ状態で傷病手当金を受給していたが、復職できず離職した女性について社会福祉協議会より相談あり。女性は、20代引きこもりの長男、80代認知症の母と3人暮らしであり、障害部門保健師による定期面談が開始となる。



④米子市における取組 ～障害部門の保健師が福祉関係部署等と共に支援～

- 障害部門にある直営の基幹相談支援センターにおいて、ワンストップ相談窓口（相談支援事業所に委託）を設け専門職を配置し、兼務の障害部門の保健師等と事例を共有し適切な支援につなげている。

ポイント2：基幹相談支援センターの相談支援事業と連携した相談支援体制

米子市障がい者基幹相談支援センター

（平成31年4月設置）



米子市役所〈障がい者支援課内〉

★センターは市直営

- ・センター長は、障がい者支援課長が兼務
- ・課職員（ポスト職・保健師）は、センター兼務

「精神保健福祉士」を採用
〈社会福祉法人から在籍
出向で市職員として配置〉

相談支援事業所に委託

（相談機能の強化のため専門職を配置）

市直営

地域移行・地域定着

長期入院・入所者の地域移行の取組

- ・退院希望者への訪問・把握
- ・地域の受入体制の整備

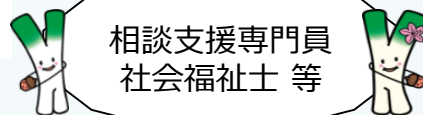
業務委託部分

相談支援体制の強化

- ・市役所窓口でのワンストップ相談
- ・3障がい等に対する相談支援

権利擁護・虐待防止

自立支援協議会の運営



相談支援専門員
社会福祉士 等

市役所内に専門職が常駐
することで相談機能が向上

地域の相談支援体制の強化

- ・相談支援機関等のネットワーク機能の強化
- ・事業者への指導・助言・人材育成
- ・モニタリング結果報告の評価・検証

地域移行・地域定着

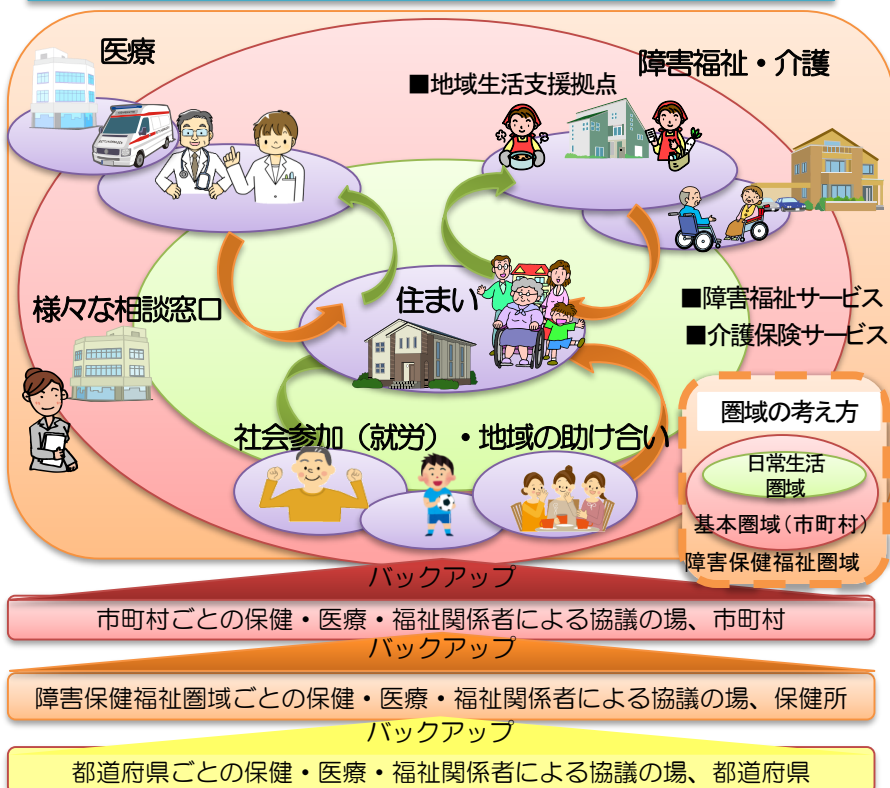
- ・病院・施設等への働きかけ・情報交換
- ・地域住民への理解促進・啓発

Ⅲ．第8次医療計画の策定に向けて

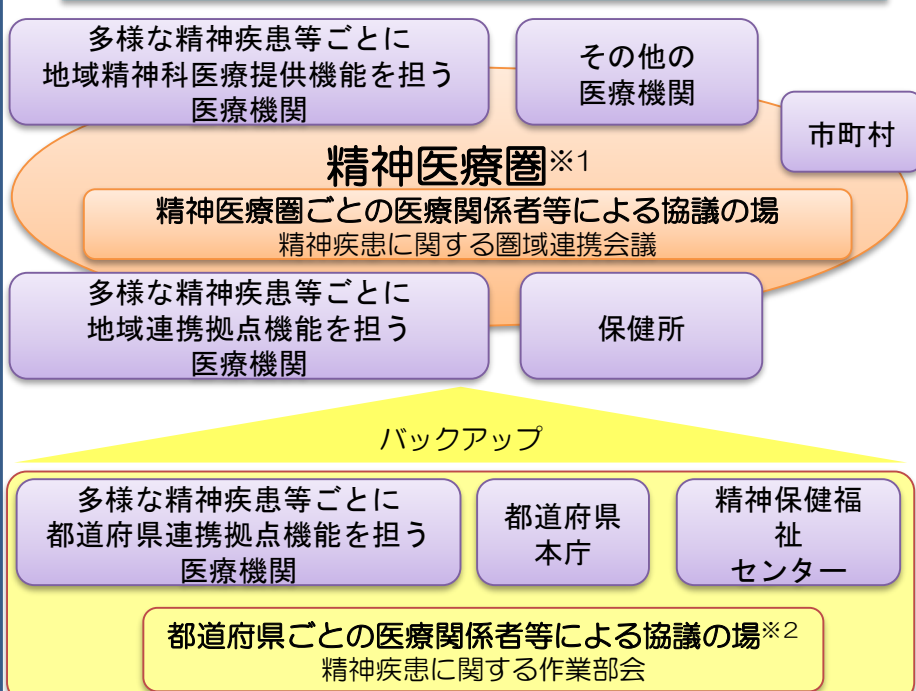
精神疾患の医療体制について（第7次医療計画）

- 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。そのために、地域住民の精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援の実践に向けた効果的な普及・啓発を促進する。
- 令和2年度末、令和5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



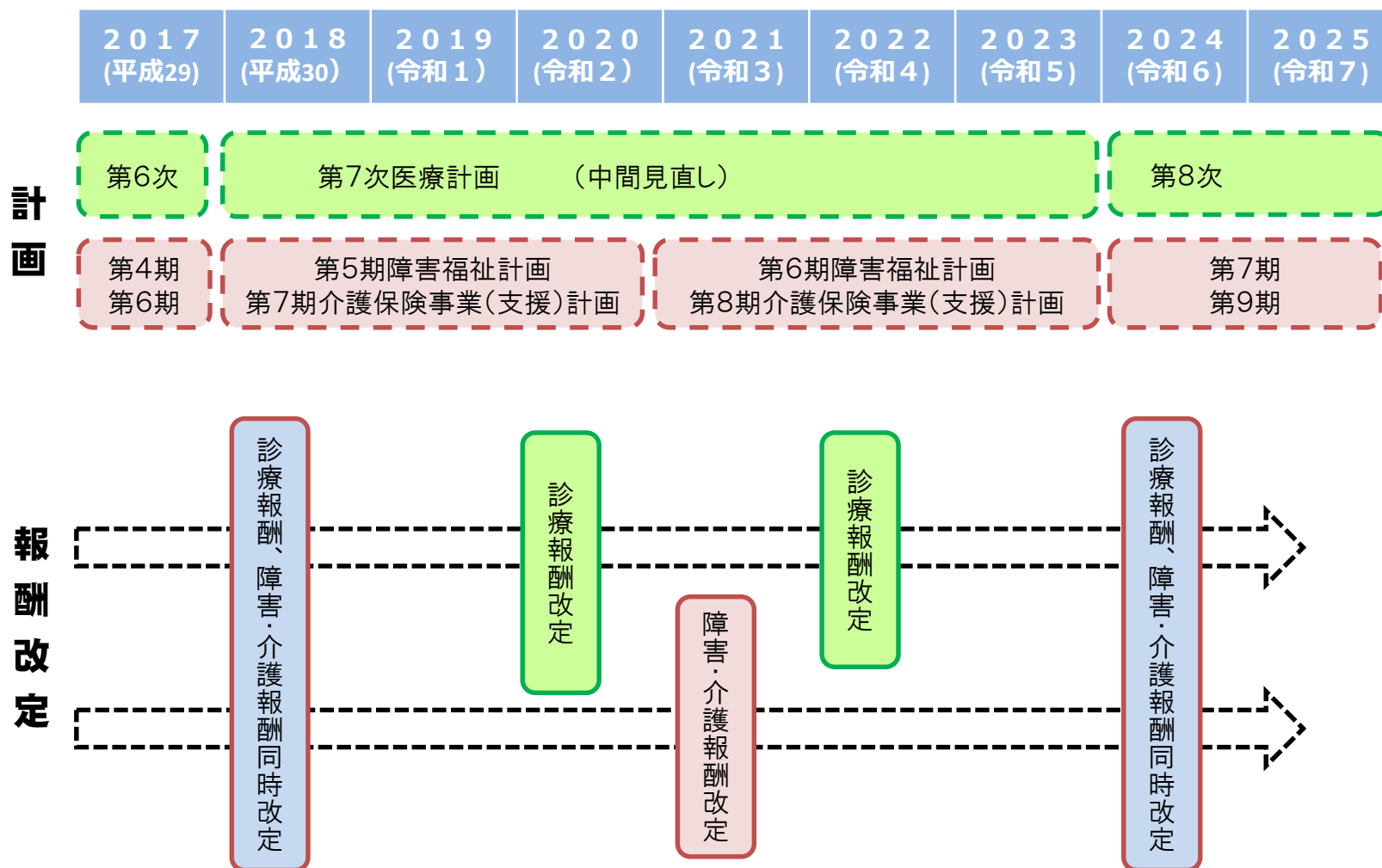
多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※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

医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定と報酬改定のスケジュールについて



第6期障害福祉計画等に係る基本指針について

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。R2年5月に告示。
- 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。計画期間はR3～5年度

2. 基本指針の主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行等
- ・ 発達障害者等支援の一層の充実
- ・ 障害者の社会参加を支える取組
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

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%以上、6ヵ月後 86%以上、1年後 92%以上 (H28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等

- ・ 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的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・強化等【新たな項目】

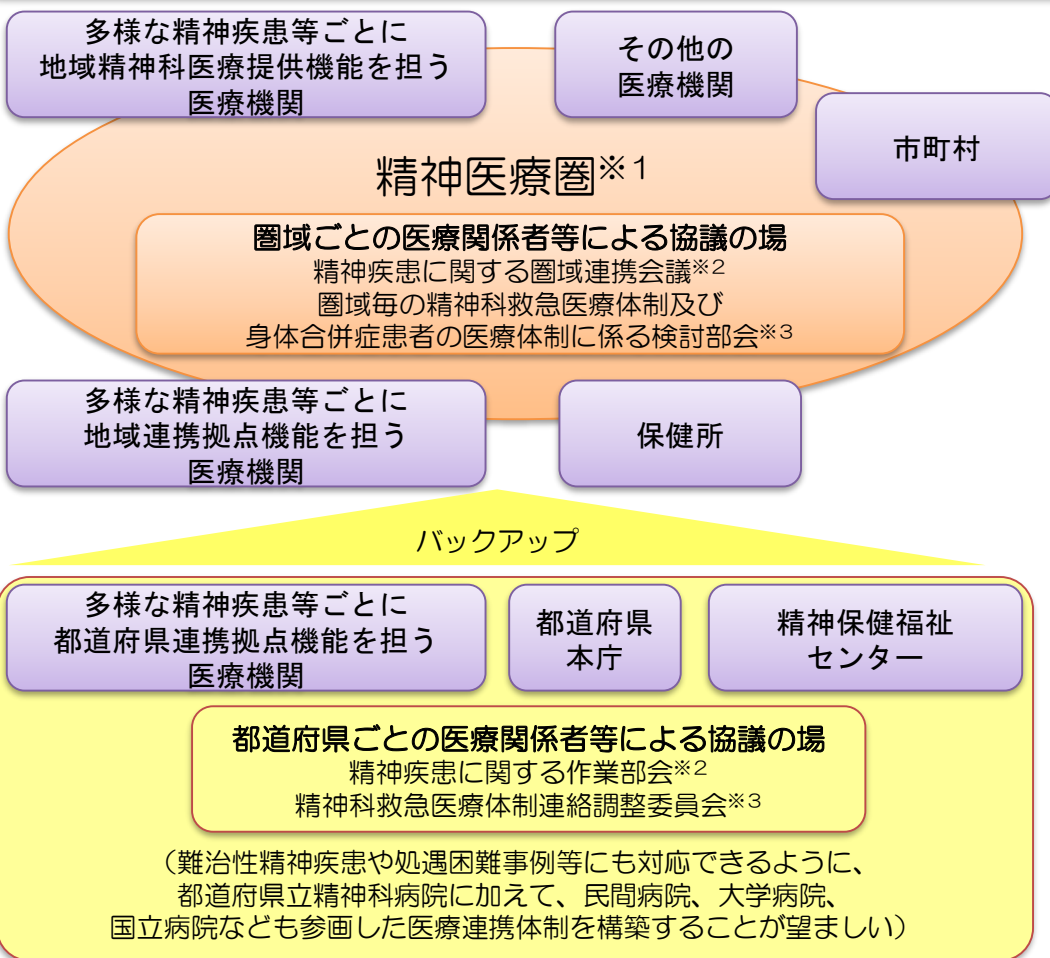
- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

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

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。



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

地域精神科医療の提供

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
- ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整

〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の都道府県拠点、
- ②情報収集発信の都道府県拠点、
- ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※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

現状把握のための指標例（第7次医療計画中間見直し後）

●重点指標

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期 精神疾患	アルコール 依存症	薬物依存症	ギャンブル等 依存症	PTSD	高次 脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
スト クチャー	治療抵抗性 統合失調症 治療薬を精 神病床の入 院で使用し た病院数	閉鎖循環式全 身麻酔の精神 科電気痙攣療 法を実施する 病院数	認知症疾患医 療センターの 指定数	児童・思春期 精神科入院医 療管理科を算 定した精神病 床を持つ病院 数	発達障害を入 院診療してい る精神病床を 持つ病院数	依存症専門医 療等機関（依 存症専門医療 機関、依存症 治療拠点機 関）数	依存症専門医 療等機関（依 存症専門医療 機関、依存症 治療拠点機 関）数	PTSDを入院 診療している 精神病床を持 つ病院数	高次脳機能 障害支援拠 点機関数	摂食障害治 療支援セン ター数	てんかん診 療拠点機関 数	精神科救急 医療施設(病 院群輪番型、 常時対応 型)数、外 来対応施設 数及び身体 合併症対応 施設数	身体合併症を診 療している精神 病床を持つ病 院数（精神科 救急・合併症入 院科・精神科身 体合併症管理 加算）	救命救急入 院科精神疾 患診断治療 初回加算を とる一般病 院数	DPAT先遣隊 登録医療機 関数	指定通院医 療機関数
	治療抵抗性 統合失調症 治療薬を外 来で使用し た医療機関 数	認知行動療法 を外来で実施 した医療機関 数	認知症を入院 診療している 精神病床を持 つ病院数	20歳未満の精 神疾患を入院 診療している 精神病床を持 つ病院数	発達障害を外 来診療してい る医療機関数	重度アルコー ル依存症入院 医療管理加算 を算定された 精神病床を持 つ病院数	依存症集団 療法を外来 で算定された 医療機関数	ギャンブル等 依存症を入院 診療している 精神病床を持 つ病院数	PTSDを外来 診療している 医療機関数	摂食障害入 院医療管理 加算を算定 された病院 数	てんかんを 入院診療し ている精神 病床を持つ 病院数	精神科救急 入院料を算 定した病院 数	精神疾患の 受け入れ体 制を持つ一 般病院数 （精神疾患 診療体制加 算・精神疾患 患者等受入 加）	救急患者精 神科継続支 援料をとる 一般病院数		
	統合失調症 を入院診療 している精 神病床を持 つ病院数	うつ・躁うつ 病を入院診療 している精 神病床を持つ 病院数	認知症を外来 診療している 医療機関数	20歳未満の精 神疾患を外来 診療している 医療機関数		アルコール依 存症を入院診 療している精 神病床を持つ 病院数	薬物依存症 を入院診療 している精 神病床を持つ 病院数	ギャンブル等 依存症を外来 診療している 医療機関		摂食障害を 外来診療し ている医療 機関数	てんかんを 外来診療し ている医療 機関数	精神科リエ ゾンチーム を持つ病院 数				
	統合失調症 を外来診療 している医療 機関数	うつ・躁うつ 病を外来診療 している医療 機関数	認知症サポ ート医養成研 修者数	知的障害を入 院診療してい る精神病床を 持つ病院数		アルコール依 存症を外来診 療している医 療機関数	薬物依存症 を外来診療 している医 療機関数			摂食障害を 入院診療し ている精神 病床を持つ 病院数						
			かかりつけ医 認知症対応力 向上研修修了 者数	知的障害を外 来診療してい る医療機関数												
プ ロセ ス	治療抵抗性 統合失調症 治療薬を使 用した入院 患者数(精神 病床)	閉鎖循環式全 身麻酔の精神 科電気痙攣療 法を受けた患 者数	認知症疾患医 療センターの 鑑別診断数	児童・思春期 精神科入院医 療管理科を算 定された患者 数	発達障害の精 神病床での入 院患者数	重度アルコー ル依存症入院 医療管理加算 を算定された 患者数	依存症集団 療法を外来 で実施した 患者数	ギャンブル等 依存症の精神 病床での入院 患者数	PTSDの精神 病床での入院 患者数	摂食障害入 院医療管理 加算を算定 された患者 数	てんかんの 精神病床で の入院患者 数	精神科救急 医療体制整 備事業にお ける受診件 数	精神科入院患 者で重篤な身 体合併症の診 療を受けた患 者数(精神科 救急・合併症 入院科・精神 科身体合併症 管理加算)	救命救急入 院で精神疾 患診断治療 初回加算を 算定された 患者数		
	治療抵抗性 統合失調症 治療薬を使 用した外来 患者数	認知行動療法 を外来で実施 した患者数	認知症の精神 病床での入院 患者数	20歳未満の精 神疾患の精神 病床での入院 患者数	発達障害外来 患者数	アルコール依 存症の精神病 床での入院患 者数	薬物依存症 の精神病床 での入院患 者数	ギャンブル等 依存症外来患 者数	PTSD外来患 者数	摂食障害の 精神病床で の入院患者 数	てんかん外 来患者数	精神科救急 医療体制整 備事業にお ける入院件 数	体制を持つ一 般病院で受け 入れた精神疾 患の患者数 （精神疾患 診療体制加算 ・精神疾患患 者受入加算）	救急患者精 神科継続支 援を受けた 患者数		
	統合失調症 患者における 治療抵抗 性統合失調 症治療薬の 使用率	うつ・躁うつ 病の精神病床 での入院患者 数	認知症外来患 者数	20歳未満の精 神疾患外来患 者数		アルコール依 存症外来患者 数	薬物依存症 外来患者数			摂食障害外 来患者数		精神疾患の 救急車平均 搬送時間	精神科リエ ゾンチーム を算定され た患者数			
	統合失調症 の精神病床 での入院患 者数	うつ・躁うつ 病外来患者数		知的障害の精 神病床での入 院患者数												
	統合失調症 外来患者数			知的障害外来 患者数												
アウ トカ ム	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率															
	地域平均生活日数															
	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）															
	精神病床における新規入院患者の平均在院日数															

精神病床における基準病床数の算定式①

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

(医療計画作成指針より)

精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

$$\begin{aligned}
 & [\{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{急性期}} \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad + \\
 & \{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{回復期}} \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad + \\
 & \{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{認知症でない者}} \text{に係る} \underline{\text{慢性期}} \\
 & \quad \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad \times (\text{精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合} \underline{\alpha}) \\
 & \quad \times (\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値} \underline{\beta}) \\
 & \quad + \\
 & \{ (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の} \underline{\text{認知症である者}} \text{に係る} \underline{\text{慢性期}} \\
 & \quad \text{入院受療率}) \} \text{の総和} \\
 & \quad \times (\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値} \underline{\gamma}) \\
 & \quad + \\
 & \quad (\text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) \\
 & \quad - \\
 & \quad (\text{精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数})] \\
 & \quad \times \\
 & \quad (1 / \text{精神病床利用率})
 \end{aligned}$$

精神病床における基準病床数の算定式②

（医療計画作成指針より）

- ・「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α 」とは、慢性期入院患者の実態を勘案し、原則として0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める値とする。
 - ※ 「原則として0.8から0.85までの間」とした考え方は、以下のとおりである。
 - 厚生労働科学研究によると、
 - ① 認知症以外の慢性期入院患者の6割以上が、当該研究において策定した重症度を医学的に評価する基準に該当する（精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究（平成25～27年度））
 - ② 統合失調症の慢性期入院患者の1割が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している（精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究（平成19～21年度））
 - との報告がある。この研究結果を踏まえると、①②に該当しないような患者については、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となると考えられ、この結果、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の6～7割に低下することが見込まれる。
 - 平成36年度末（2025年）までに7年間かけてその基盤整備を行うこととした場合には、医療計画の中間年である平成32年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備することによって、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の8～8.5割に低下することが見込まれる。
- ・「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β 」とは、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。
- ・「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ 」とは、これまでの認知症施策の実績を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.97から0.98までの間で都道府県知事が定める値を3乗した数とする。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築①

1. 統合失調症

- 統合失調症は、治療によって急性期の症状が治まると、回復期を経て、徐々に長期安定に至るという経過をたどるのが一般的であり、主治医と相談しながら、症状に合わせ、必要な治療を地域で継続できる体制を整備していくことが重要である。
- こうした観点から、令和2年度診療報酬改定で、精神科退院時共同指導料・療養生活環境整備指導加算を新設するとともに、令和3年度からは、治療抵抗性統合失調症治療薬の投与基準を緩和する等、病状を軽快させる治療法の普及を推進している。

2. 気分障害（うつ病・躁うつ病）

- うつ病・躁うつ病は、精神的・身体的ストレス等を背景に、重症化すると「死んでしまいたいほどの辛い気持ち」が現れることもあり、早めに専門家に相談できる体制を構築していくことが重要である。
- こうした観点から、早期相談を呼びかけるための普及啓発、保健所等での相談の充実、他の関係機関から専門相談や精神科医療へつなぐための連携体制の構築、専門医療の技術の向上、社会復帰の促進に取り組んでいる。
 - ・ 特に、ストレスが身体症状として表れ、最初に内科にかかることが多いことから、平成20年度からは「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、一般内科医等のかかりつけ医を対象に、患者の早期発見・早期治療を目的とした研修を実施。
 - ・ 地域ごとに内科と精神科の恒常的な連携体制を構築する取組（GP連携）を平成22年度から推進。
 - ・ 正しい知識と理解に基づき、家族等の身近な人に対して、傾聴を中心とした支援を行う心のサポーターの普及。
- 専門医療の技術向上としては、多剤処方や過量服薬を防ぐことをも目的として、認知行動療法（※）の普及を図り、平成22年度からは「認知行動療法研修事業」により、医師等を対象とした研修を実施している（令和2年度までの受講者数：約7,000名）。

※ 認知行動療法は、うつ病治療において、認知行動療法を薬物療法と併せて実施することで、自殺のリスクを下げる事が知られており、診療報酬上、認知療法・認知行動療法で評価されている。

3. 認知症

○ 認知症は、アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患による後天的な脳の機能障害により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態とされ、高齢になれば誰でもなりうる可能性がある。

完全な予防法は存在しないが、運動不足、喫煙、孤立、生活習慣病等の潜在的に予防可能な認知症危険因子などが明らかとなっている。

そのため、認知症については、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ための「予防」の取組や、早期発見・早期対応、適切な鑑別診断や治療、継続的な相談支援が切れ目なく受けられる体制を構築していくとともに、認知症医療および認知症ケアの地域連携、認知症に対応できる人材育成、認知症に対する正しい理解の普及啓発等を総合的に推進していくことが重要である。

○ こうした観点から、

- ・ 「認知症施策推進大綱」（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）では、「共生」と「予防」を車の両輪として、2025年までを対象期間とした施策を総合的に推進
- ・ 早期発見・早期対応に向けた取組としては、医師を含む複数の専門職が認知症の人のアウトリーチを行い、適切な医療・介護サービスにつなぐ認知症初期集中支援チームの設置を推進【設置自治体数：1,741（全市町村）（令和元年9月）】
- ・ 鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点となる「認知症疾患医療センター」については、二次医療圏域ごとに1箇所ずつ計画的に整備【設置数 基幹型：17 地域型：384 連携型：87 計：488（令和3年10月）】
- ・ 認知症ケアに携わる医療従事者の人材養成として、各種の認知症対応力向上研修等を実施【認知症サポート医数：1.1万人、かかりつけ医認知症対応力向上研修：6.8万人、病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修：17.6万人、看護職員の認知症対応力向上研修：2.2万人（令和3年3月）】
- ・ 若年性認知症の対応については、相談窓口となる「若年性認知症コールセンター」の運営のほか、就労・社会参加の支援ネットワーク作りを担う「若年性認知症支援コーディネーター」の配置を推進【設置都道府県：47（全都道府県）（令和元年9月）】

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築③

4. 児童・思春期精神疾患

- 児童・思春期精神疾患は、主に20歳未満の心の問題が対象となり、発達障害、統合失調症等の精神疾患の場合のほか、「不登校」「3歳になっても話さない」等の理由で受診する場合もあること、また、5割を超える患者が2年以上の外来診療を継続していることから、子どもと家族の心の問題に対し、地域の関係機関と適切に連携しながら必要な治療を継続できる体制を整備していくことが重要である。
- こうした観点から、「子どもの心の診療ネットワーク事業」として、都道府県及び指定都市における拠点病院を中核とし、地域の関係機関と連携した支援体制の構築や、地域住民への普及啓発を推進する（令和2年度：21自治体が実施）とともに、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に、「思春期精神保健研修」を実施し、児童・思春期のこころの問題に関する専門家の養成を進めている。

5. 発達障害

- 発達障害については、本人、家族、周囲の人が発達障害の特性に応じ、日常生活や学校・職場での過ごし方を工夫できるよう、発達障害の早期発見・早期支援と多様な支援に向けたネットワークの構築が重要である。
- こうした観点から、発達障害の早期発見のために「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を実施するとともに、発達障害に対応できる医療機関を明確にし、多職種連携・多施設連携を推進。
- また、発達障害児者の各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、地域の中核である発達障害者支援センター等に発達障害者地域支援マネジャーを配置し、発達障害児者に対する地域支援機能を強化するほか、発達障害に関する住民への理解促進や、発達障害特有のアセスメントツールの導入促進等を実施し、発達障害児者の福祉の向上を図るための「発達障害者支援体制整備事業」を実施している。

6. 依存症（アルコール、薬物、ギャンブル等）

- 依存症は、本人のこころの弱さに起因する現象ではなく、脳の変化により症状が引き起こされる病気の一つであり、依存症についてのこうした正しい知識と理解に基づき、患者が適切に相談、治療、支援を切れ目なく受けられる体制を構築していくことが重要であり、地域における支援ネットワークの構築、全国拠点機関による人材育成・情報発信や、依存症の正しい理解の普及啓発を総合的に推進していくことが必要である。
- こうした観点から、
 - ・ 「第2期アルコール健康障害対策推進基本計画」（令和3年3月26日閣議決定）では、令和3年度からの5年間の重点課題として、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくり」「アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の構築」を記載
 - ・ 「再犯の防止等の推進に関する法律」（平成28年法律第104号）では、犯罪をした薬物依存症者等について、適切な保健医療サービス等が提供されるよう、関係機関の体制整備を図ることを明記
 - ・ 「ギャンブル等依存症対策推進基本計画」（平成31年4月19日閣議決定）では、ギャンブル等依存症である者等が適切な医療を受けられるよう、全都道府県・政令指定都市が専門医療機関を整備することを目標として記載
- これらの各種計画等を踏まえ、
 - ・ 国では、全国拠点機関を指定し、地域における依存症の相談対応・治療の指導者の養成等や依存症回復施設職員への研修、依存症に関する情報ポータルサイトの運営等を実施している。
 - ・ 都道府県及び指定都市では、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関の選定や相談拠点の設置、依存症を正しく理解するための普及啓発活動、依存症問題に取り組んでいる自助グループ等民間団体への活動支援等を実施している。
【設置自治体数（47都道府県＋20指定都市）（令和3年3月時点）】
（アルコール） 相談拠点：67 専門医療機関：60 （薬物） 相談拠点：62 専門医療機関：49
（ギャンブル等） 相談拠点：65 専門医療機関：51
 - ・ 都道府県等において、精神保健福祉センター等を核として、依存症対策に係る連携会議を開催し、相談、医療から社会復帰に関わる関係機関の連携のネットワークを構築し、支援体制の整備を進めている。
【連携会議設置状況】（アルコール）55（薬物）41（ギャンブル等）35

7. 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 外傷後ストレス（PTSD）は、命の危険を感じるなど、強い恐怖感を伴う体験をした人に起きやすい症状で、被害の後の社会的サポートが足りなかったりした場合等に発症しやすいことが知られていることから、一人で抱え込むことなく、身近な地域で信頼できる精神科医、をはじめ、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師等に相談できる体制を構築していくことが重要である。
- こうした観点から、精神保健医療福祉業務に従事する有資格者等を対象に、トラウマ反応の考え方、診断評価方法、初期対応、治療対応の基本的な考え方を習得できるよう、「PTSD対策専門研修」を実施している（平成8年度からの受講者数：約9,200名）。

8. 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害は、事故、病気等により脳に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動等の認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの、身体的、精神的な特徴が外見上では判断しづらく、患者自身や家族等による障害の理解は容易ではない。そのため、早期に発見し、治療、リハビリの支援につなげる体制を構築していくことが重要である。
- こうした観点から、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」により、各都道府県において、医療機関や福祉施設などの「支援拠点機関」（115カ所：令和3年6月1日時点）に相談支援コーディネーター（社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、作業療法士等）を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携・調整を実施している。また、全国の「支援拠点機関」の中核機能を担う「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置し、支援拠点機関等の職員向け研修会等を通じ、各「支援拠点機関」等との情報共有を推進している。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築⑥

9. 摂食障害

- 摂食障害は、10代～40代の女性に多い疾患と言われ、心身の成長・発達、日常生活・社会生活に深刻な影響を与える。また、栄養障害、嘔吐等の症状により、生命に危険が及ぶ場合もあるため、摂食障害の影響が大きく長くないうちに、地域で早期に専門的な支援を受けることができる体制を構築していくことが重要である。
- こうした観点から、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」により、現在4カ所の「支援拠点病院」(※)について、全都道府県での設置に向けた補助を実施するとともに、「支援拠点病院」への指導・助言、「支援拠点病院」で集積されたデータの分析・評価等を「全国支援センター」で実施している。

10. てんかん

- てんかんの発作は、通常数秒から数分間にすぎないため、病気の特徴を周囲の人が良く理解し、過剰に活動を制限せず能力を発揮する機会を摘み取ることをしないよう配慮するとともに、他方で一旦診断されると長期間服用を必要とすることが多いため、初期診断での診断と長期的な治療の見通しが重要となるため、地域で早期に専門的な支援を受けることができる体制を構築していくことが重要である。
- こうした観点から、「てんかん地域診療連携体制整備事業」により、現在23カ所の「支援拠点病院」(※)について、全都道府県での設置に向けた補助を実施している。また、「支援拠点病院」への指導・助言、「支援拠点病院」で集積されたデータの分析・評価等を「全国支援センター」で実施している。さらに、令和2年度から、「全国支援センター」において、てんかん診療コーディネーターを対象とする認定制度を開始し、コーディネーターの資質の向上を推進している。

※ 「支援拠点病院」は、都道府県と協働し、摂食障害やてんかんに関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整等を実施。

V. 医療保護入院

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

(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. 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。

平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院の同意要件の見直し

○ 医療保護入院は、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のため入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者が対象。

改正前

○精神保健指定医の診察及び保護者(※)の同意が要件。

※以下の①～④の順位で1名のみ。上位の者がいない場合や所在地不明の場合等は下位の者。

- ① 後見人又は保佐人
- ② 配偶者
- ③ 親権者
- ④ ②③の者以外の扶養義務者のうち家庭裁判所が保護義務を履行すべき者として選任した者（扶養義務者は改正後に同じ）

○市町村長同意による入院が可能なのは、保護者がいない場合又は保護者になり得る者の全員が本人に治療を受けさせる等の義務を行うことができない場合(※)。

※所在地不明、長期間の疾病、破産など

※扶養義務者の同意が得られないときも含む

○退院請求は、本人のほか、保護者となった者(1名のみ)が行うことができる。

改正後

○精神保健指定医の診察及び家族等(※)の同意が要件。

※以下に該当する者のうちいずれかの者。順位はない。

- ・ 後見人又は保佐人
- ・ 配偶者
- ・ 親権者
- ・ 扶養義務者（民法の規定により、直系血族、兄弟姉妹及び家庭裁判所に選任された三親等以内の親族とされている）

○市町村長同意による入院が可能なのは、家族等がない場合又は家族等の全員が意思を表示することができない場合(※)。

※所在地不明など

○退院請求は、本人のほか、家族等の全員が行うことができる。



平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院者の退院促進措置

平成25年の精神保健福祉法改正により、精神科病院の管理者に以下の事項を義務付けている。

1. 退院後生活環境相談員の選任

- 医療保護入院者の退院に向けた相談支援や地域援助事業者等の紹介、円滑な地域生活への移行のための退院後の居住の場の確保等の調整等の業務を行う『退院後生活環境相談員』を精神保健福祉士等から選任しなければならない。

2. 地域援助事業者の紹介

- 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う『地域援助事業者』を紹介するよう努めなければならない。

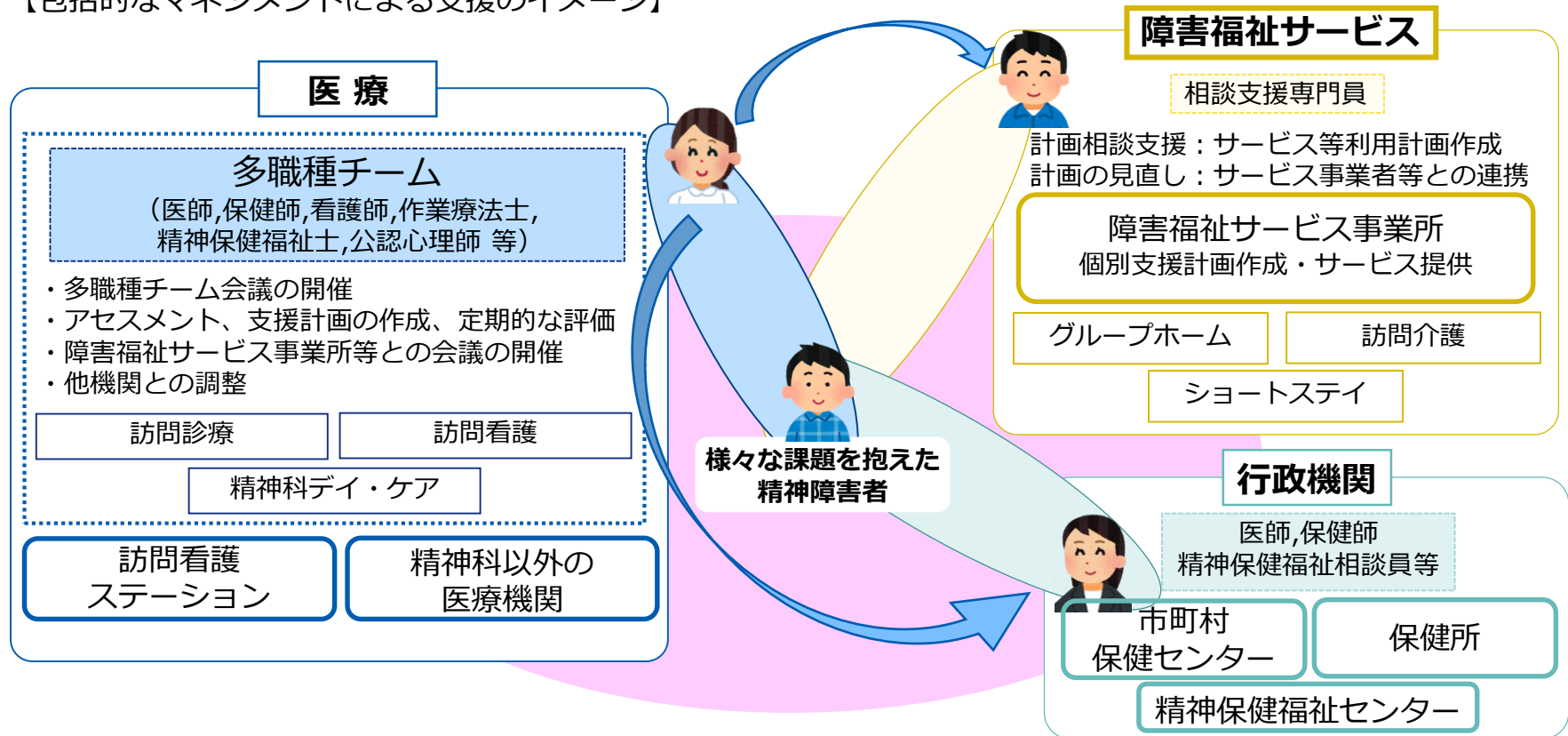
3. 医療保護入院者退院支援委員会の設置

- 主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、医療保護入院者及び家族等が出席し、医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間及び当該期間における退院に向けた取組等を審議する『医療保護入院者退院支援委員会』を設置しなければならない。

包括的なマネジメントによる支援

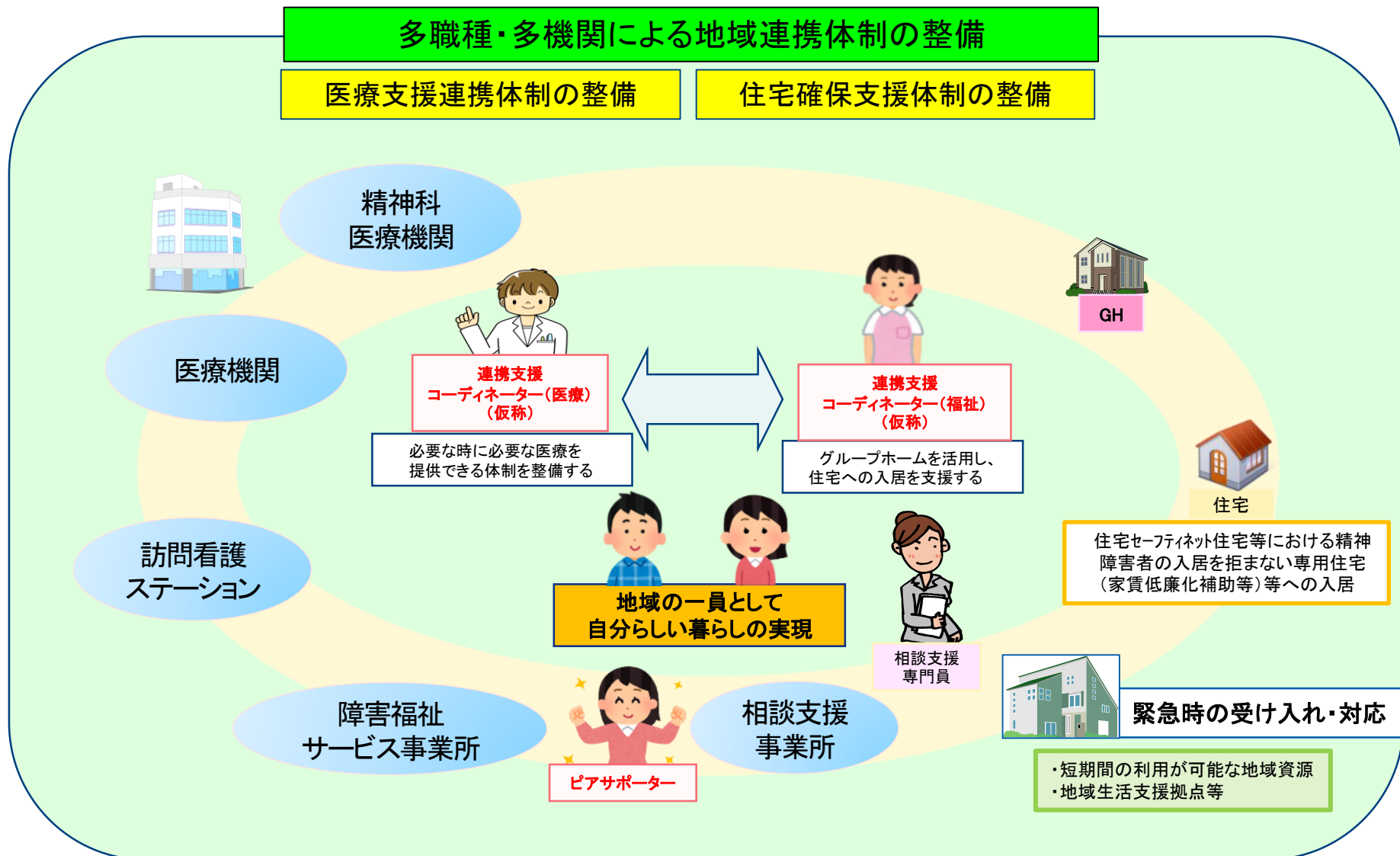
- これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月）において、地域生活支援には精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整（包括的なマネジメントによる支援）が重要とされている。
- 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており（Cochrane review）、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業

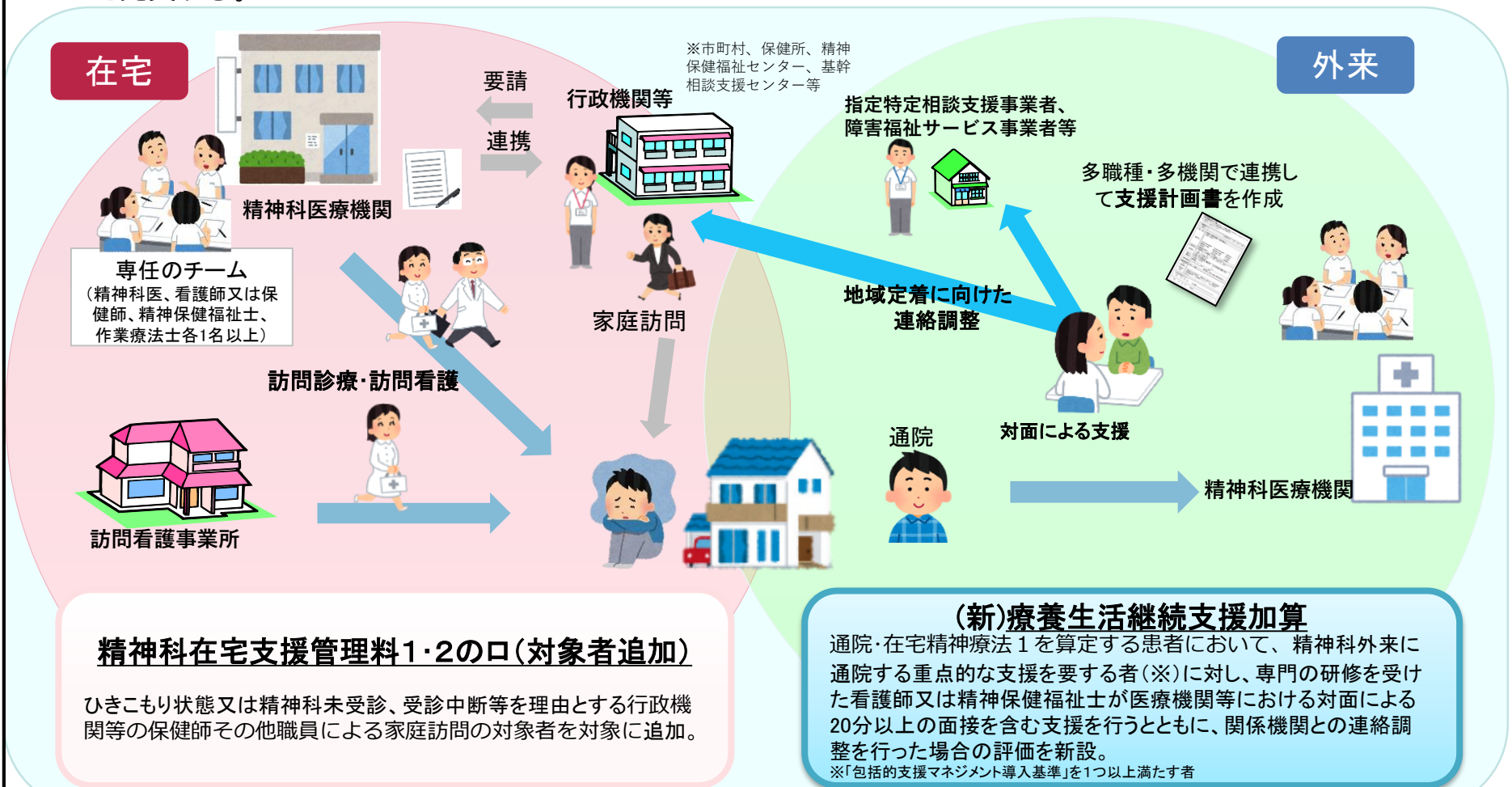
多職種・多機関連携を図り、地域での医療支援連携体制整備及び住宅確保支援連携体制整備を試行的に実施することにより、精神障害者が生活を送る上で必要となる支援内容等の明確化を図るための事業



「包括的支援マネジメント」の推進に関する診療報酬上の評価 (令和4年度診療報酬改定)

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ－４－４ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、地域での生活を継続する支援体制の構築を推進する観点から、精神科外来における多職種による精神疾患を有する者の地域定着に向けた支援の評価を新設するとともに、在宅において、ひきこもり状態にある者等の継続的な精神医療の提供を必要とする者に対する訪問支援を充実する。



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整備

- 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は、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要。

精神科救急医療の提供に係る機能分化

平時の対応・受診前相談

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実
 - ▶ 保健所や保健センターからの訪問等、精神科医療機関と保健所等の協力体制、相談体制の構築、障害福祉サービス等の活用
- 精神医療相談窓口の設置、充実
- 精神科救急情報センターの設置、充実

入院外医療の提供

- かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応
- 相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能
- 診療を行った上で、入院の要否に関する判断を実施

入院医療の提供

- 平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、原則、対応要請を断らない
- 措置入院、緊急措置入院への対応が可能
- 身体合併症（新型コロナウイルス感染症を含む）への対応が可能
- ※ 地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も想定

【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【国】精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示

身体合併症対応の充実

- 身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図る。

精神科救急医療の提供現場における連携の促進



対診や訪問・電話等
による助言等
※ ICTの活用も検討



一般の救急
医療施設

互いの救急医療体制の検討の場合への参画

精神科救急医療体制
連絡調整委員会等



身体合併症対応における
課題の共有、解決策の検討等



一般の救急医療体制
における会議体

当事者、家族の参画

- 誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画する。

（精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書（概要）より抜粋）

患者氏名	様(男・女)	年 月 日(生)	身体疾患 既往歴	作業療法士	その他の担当者
担当者 サイン	看護師	精神保健福祉士			
主治医	看護師	精神保健福祉士			
目録	入院形態				
入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目
入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
☐ 身体疾患の確認 (他科医師との連携) ☐ 入院治療・行動制限の同意書 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対応 ☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3 ☐ 生活環境	☐ 入院治療・行動制限の同意書 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対応 ☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3 ☐ 生活環境	☐ 入院治療・行動制限の同意書 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対応 ☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3 ☐ 生活環境	☐ 入院治療・行動制限の同意書 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対応 ☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3 ☐ 生活環境	☐ 入院治療・行動制限の同意書 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対応 ☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3 ☐ 生活環境	☐ 入院治療・行動制限の同意書 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対応 ☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3 ☐ 生活環境
看護師	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境
精神保健福祉士	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境	☐ 生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 社会資源 ☐ チェックリスト作成※6 ☐ 持参薬チェック ☐ 本人、家族等より記事項を確認し、その評価 ☐ 地域復帰への相談・調整※5 ☐ 就業状況 ☐ 生活環境
薬剤師等※1	☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り ☐ 持参薬チェック ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り ☐ 持参薬チェック ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り ☐ 持参薬チェック ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り ☐ 持参薬チェック ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り ☐ 持参薬チェック ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案
公認心理師	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案
作業療法士等※2	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案	☐ 精神症状の評価※9 ☐ 認知機能の評価※11 ☐ 作業療法士のオリエンテーション ☐ 作業療法士等による計画立案
医師、看護師、薬剤師、公認心理師等	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19
医師、看護師、公認心理師等	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19
チーム共通	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19 ☐ 患者・家族と共に行う治療方針の決定※19
全職種	☐ 入院前訪問指導 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14	☐ 入院前訪問指導 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14	☐ 入院前訪問指導 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14	☐ 入院前訪問指導 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14	☐ 入院前訪問指導 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14 ☐ 地域移行支援 ☐ カンファレンス※14

※1 看護師等、看護や副作用が評価出来る者
 ※2 作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
 ※3 補綴を必要とする場合は、看護師等PANSS-EQの評価等、これに準じた評価のできるものを用いて評価を行う
 ※4 生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、服薬、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※5 関係機関との連携、関係機関等、生活保護担当等、生活保護担当者等を指す
 ※6 社会資源とは、年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
 ※7 地域移行支援とは、地域移行支援、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパールの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
 ※8 地域移行支援とは、地域移行支援、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパールの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
 ※9 PANSS-EQはMSIに置き、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※10 PANSS-EQはMSIに置き、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※11 BACS-J、WCST、画字検査、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※12 OSAT等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※13 入院前の生活環境把握を行う
 ※14 地域移行支援とは、その月までに行なった症状評価、作業能力評価、職業指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有、退院後の地域支援計画立案を行う
 ※15 地域移行支援とは、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
 ※16 ※14に加え、アットリーチャーや経験DC、訪問看護も検討
 ※17 退院後に起こりうる問題の対処法の確認
 ※18 地域移行支援とは、地域移行支援、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパールの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
 ※19 自己決定への支援(医業、看護)

クリニカルパス(院内標準診療計画書)

市町村同意事務処理要領

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について
(昭和63年健医発第743号厚生省保健医療局長通知))

市町村長同意事務処理要領

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。)第33条第3項に基づき医療保護入院に必要な同意を市町村長が行う場合の事務処理については、以下の要領によること。

1 入院時に市町村長の同意の対象となる者

次のすべての要件を満たす者

- (1) 精神保健指定医(以下「指定医」という。)の診察の結果、精神障害者であつて、入院の必要があると認められること。
- (2) 措置入院の要件に該当しないこと(措置入院の要件にあてはまるときには、措置入院とすること。)
- (3) 入院について本人の同意が得られないこと(本人の同意がある場合には任意入院となること。)
- (4) 病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもいないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと(これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。)

注

- (1) 応急入院で入院した者については、七十二時間を超えても家族等のうちいずれかの者が判明しない場合で、引き続き入院が必要な場合には、市町村長の同意が必要であること。
- (2) 家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときで、法第二十九条に基づく措置入院を行うべき病状にある場合は、法第二二条に基づく申請を行うこと。

2 入院の同意を行う市町村長

- (1) 本人の居住地を所管する市町村長とすること。
居住地とは、本人の生活の本拠が置かれている場所とすること。生活の本拠が置かれている場所が明らかでない場合においては、住民票に記載されている住所とすること。
- (2) 居住地が不明な者については、その者の現在地を所管する市町村長とすること。
現在地とは、保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等をいうこと。
- (3) 市町村長が同意を行うに当たっては、あらかじめ、決裁権を市町村の職員に委任することができること。

市町村同意事務処理要領

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について（昭和63年健医発第743号厚生省保健医療局長通知））

3 病院からの連絡

病院は、入院する患者について、居住地、家族等のうちいずれかの者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、速やかに市町村長の同意の依頼を行うこと。

なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

- ア 患者の氏名、生年月日、性別
- イ 患者の居住地又は現在地
- ウ 患者の本籍地
- エ 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- オ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- カ 患者を診察した指定医の氏名
- キ その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後に速やかに同意依頼書（様式1）を市町村長にあて送付すること。

4 市町村において行われる手続き

- (1) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票（様式2）に記載して明らかにしておくこと。

- ア 患者が入院する病院の名称・所在地
- イ 患者の氏名、性別、生年月日
- ウ 患者の居住地又は現在地
- エ 患者の本籍地
- オ 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- カ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- キ 患者を診察した指定医の氏名
- ク 聴取した日

市町村同意事務処理要領

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について
(昭和63年健医発第743号厚生省保健医療局長通知))

- (2) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のような手続きをとること。
 - ア 患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその確認を行うこと。(注) 確認できない場合には、居住地が不明な者として2(2)のケースとして扱うこと。
 - イ 病院が把握していない家族等の存在を把握し、連絡がとれる場合には、その同意の意思の有無を確認すること。
- (3) (2)の手続きをとり、患者が市町村長の入院の同意の対象者であることを確認のうえ、市町村の担当者は速やかに同意の手続きを進めること。
- (4) 市町村長の同意が行われた場合は、速やかにその旨を病院に連絡すること。このため、口頭で病院に連絡することが可能であるが、口頭で連絡した場合においても、その後速やかに同意書(様式3)を作成して病院に交付すること。この場合、同意書の日付は口頭で連絡を行った日とすること。
- (5) 休日夜間等において市町村長の入院の同意の依頼を受けた場合においても、速やかに同意が行われるようにすること。

このため、休日夜間等においても迅速に対応できる体制を整えておくとともに、休日夜間等の緊急の場合の連絡方法については近くの病院にあらかじめ連絡しておくこと。

なお、聴取票の作成及び前記(2)の手続きをとることができなかった場合においては、その後速やかに手続きをとること。

五 同意後の事務

(1) 入院中の面会等

入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が保護者になっていること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。

なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握等に努めること。

(注) 本人が遠隔地の病院に入院した場合には、市町村間で連絡を取ってその状態動向等の把握に努めること。

表 21 入院者の権利擁護のために取り組んでいること・工夫していること

大項目	中項目	小項目
ハード面での工夫	ハード面での工夫	退院請求・処遇改善請求専用の電話を設置している
		時間外は留守電の設定をして、内容が聞き取れれば折り返し架電
		各病院に人権擁護の相談機関、退院等請求機関の電話番号が掲示されているかを確認
審査以外の工夫	ハード面での工夫	退院請求に係る請求書を市内精神科医療機関に常時配架している
		時間外は留守番電話で対応できるようにしている
		数年間請求が上がっていない病院を注視している
		課題がある病院からの請求案件については、診療録等の提出命令が可能なることを審査委員に改めて伝えている
		退院等の請求で、電話ができない入院者の場合、事務局が医療機関を訪問し、請求内容を聴取し受理している
		日本語の会話や読み書きが困難な入院者による請求への対応方法などを検討中
		切手が買えない人の場合請求を取りに行く、電話をかけられない人には病院まで聞きに行く
		入院患者や家族から相談があったら制度説明など情報提供をしている
		入院患者の訴えについて、病院にも確認を取り、患者への説明(面談)を依頼している、その結果も確認し、合議体に報告している
		書類審査にあたっては、事務局が事前に記載漏れなどを医療機関に問い合わせ、その回答内容を補記して委員による審査を実施している
審査後のフォロー	ハード面での工夫	退院請求の審査結果を早く通知できるように審査委員と協力して対応
		任意入院者から退院請求の入電があった際は病院に報告し、その後の処遇を確認している。
		電話にて相談のあったケース、審査終了したケースはその後の経過を追っている
		請求件数が多いが、請求があった場合は迅速に意見聴取を調整し国が定める1ヶ月以内に処理をしている
		退院等請求に該当しない相談であってもできる限り丁寧に聞き取り、適切な相談機関を提示したり、医療機関に対応を依頼したりしている
		電話を受けた際、丁寧に話を伺い相談の趣旨を聞き取ること、中立・公正な立場であることを意識して対応するように心掛けている
		意見陳述の機会等、請求者の権利について口頭だけではなく文書でも伝えている
		請求書に記載されていない請求内容についても聞き取りを行い審査に付している
		処遇改善請求の範囲を拡大して、あらゆる請求を受理している
		退院等請求とは別に「請求に係る意見調書」の提出を持って、追加の意見を述べる機会を設けている
審査以外での工夫	ハード面での工夫	処遇改善請求に当たらない内容に関しては、病院のPSWIに伝え対応を検討してもらっている
		退院、処遇改善請求以外の相談は病院のPSWIに連絡し対応するように伝えている
		虐待疑いの事案への対応

※小項目は、元データの該当箇所の抜粋(記述が最文となる場合は一部内容を要約)を示している

表 22 精神医療審査会の運営の課題

大項目	中項目	小項目
マンパワー不足	委員不足	長年、担っている委員が多く後継者の課題がある 各分野とも委員の確保が非常に困難である 退院等請求にかかる意見聴取に対応する委員の一人当たりの対応件数に隔りがある(県土の広さの課題) 審査件数が急増しており委員の負担も増えた 意見聴取できる委員に限られる場合があり、特定の委員に負担がかかり日程調整に時間を要する 退院請求にかかる委員の確保や日程調整に時間を要し、審査事務に遅れが生じることがある 長年委員を務める者もあり、新たに委嘱できる人材を見つけることが難しい 委員が少ないため、1合議体の依頼できる意見聴取には限りがある 審査委員の担い手の確保 委員を引き受けてくれる方が少ない
		医療委員が少ないので、退院請求に困っている 医師不足による後任委員の選任難が生じている 書類審査の際、回し読みをしているが、医療委員以外の負担が多い 医療委員以外の委員数が少ないため、急な欠席等で審査会が開催できない場合がある 意見聴取が複数件重なる月があり、予備委員の必要性を感じる 突発的に委員が交代となった場合、次の委員を委嘱するまでに時間がかかる 災害発生時や感染症蔓延時の緊急、非常時の対応が未確定 突発的な欠席者の発生時の対応 着眼点や判断基準に、合議体間でバラツキがある 合議体によって判断が変わらないよう定期的な確認・統一・権の担保が必要 各合議体での審査内容のバラツキ 書類審査の作成マニュアルはあるが、審査マニュアルがないため、各合議体により審査基準が異なっている
		返戻案件の基準統一が難しい 如遇改善請求で扱う処遇の範囲について 如遇改善の範囲をどこまでにするべきか
		100%に近い割合で入院妥当となる。退院等請求をした方にとつてダメだったという結果だけが残らないように、少しでも次に繋がるプラスになる働きかけができないかと感じている。
		審査結果に不服がある場合に、再請求以外の救済方法が必要と思う 人員、予算等で行政の意向を受けざるを得ないことや、医療委員の選出では、病院の協力を頼まざるを得ない 為、第三者機関として機能することは難しいと思われる 審査する量が多く、定型的な部分のチェック等になりやすい
		入院者からは約1ヶ月の審査期間が長すぎるとよくご意見をいただくが、請求のタイミングや審査委員の多忙さから、審査期間の短縮が難しい
		退院等請求の意見聴取にあたり、医療機関及び審査会委員の日程調整が難航し、請求から意見聴取までの日数の短縮に苦慮する 意見聴取の日程調整に難航することが多く、結果通知までに時間がかかる 退院請求の審査において医療委員の日程調整が難しく受理から通知までに1ヶ月以上を要している 請求件数の増加により、意見聴取の日程調整が慢性的に逼迫し、審査期間が長期化しつつある 委員の日程調整のため、受理から結果送付までに1ヶ月以内に行えないケースがある 主治医以外が意見聴取に対応しないため結果通知まで4ヶ月程度かかることがある 請求から結果通知まで1ヶ月を超えており、その短縮に苦慮している 1合議体に依頼できる意見聴取には限りがあるため、請求受理から結果が出るまで長期の日数を要している 委員と病院の日程調整に時間を要し、受理・結果通知までの期間が長くなる
		退院請求等の件数が増加傾向にあり、事務局の事務負担が大きくなっている 合議体開催が業務時間外であること 審査件数の増加に伴い、事務局の負担増 事務局のマンパワーは十分と言えない中、煩雑な審査会事務にあたっていること 事務局職員任用資格として精神保健福祉士を必須とすべき
		事務局の体制
		その他
権利擁護機能の限界	審査期間の長期化	日本国でのコミュニケーションが困難な方や配慮を要する方からの請求があった際の対応について課題 定期病状報告書の事前審査は医療委員が実施しているが、「退院に向けた取り組み状況」などについて保健福祉委員(PSW)が全件審査すべきとの意見が示されている 委員からのWEB会議希望に対応できない 新型コロナウイルス流行下での合議体や意見聴取の実施方法
		※小項目は、元データの該当箇所の抜粋(記述が長文となる場合は一部内容を要約)を示している

「精神医療審査会に関するアンケート調査」調査報告書(第6回検討会資料5-2(田村構成員提出))より抜粋

各国の精神保健医療福祉提供体制（非同意入院①）

項目			アメリカ ※ニューヨーク州の例	イギリス	ドイツ ※ブランデンブルク州の例	フランス
非同意入院	法令の有無		○	○	○	○
	要件	自傷・他害の危険がある	○	○	○	○
		治療が必要である	○	○	○	○
		入院や治療の必要性を自ら判断できない	○	-	○	○
		治療による改善が見込める	-	○	-	-
		代替手段がない	-	○	○	-
		その他	-	-	-	-
	手続(許可の方法・主体等)		2名の医師による証明書	2名の登録医の書面による推薦	医師による証明書と裁判所による許可	2名の医師による証明書

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書
(PwCコンサルティング合同会社) より抜粋・一部項目を追加

各国の精神保健医療福祉提供体制(非同意入院②)

項目			イタリア	カナダ ※オンタリオ州の例	オーストラリア	韓国
非同意 入院	法令の有無		○	○	○	○
	要件	自傷・他害の危険がある	-	○	○	○
		治療が必要である	○	○	○	○
		入院や治療の必要性を自ら判断できない	○	○	△	-
		治療による改善が見込める	-	○	△	-
		代替手段がない	○	-	○	-
		その他	-	-	-	-
	手続(許可の方法・主体等)		2名の医師からの申請に基づく、市長による決定	医師による非同意入院証明	精神科医による許可	後見人の同意及び医師の所見

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書
(PwCコンサルティング合同会社) より抜粋・一部項目を追加

VI. 患者の意思に基づいた退院後支援

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン（概要） （平成30年 3 月）

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。
- 精神障害者が退院後にどこで生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として実施（法第47条の相談支援業務の一環）

II 退院後支援に関する計画の作成

1 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者。
※ 措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。
※ 同意が得られない場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議（以下「会議」という。）への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

2 計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。
- 措置入院の場合、措置症状が消退しているにもかかわらず、計画に基づく支援について本人の同意が得られないことや、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

3 計画の内容

◆ 計画の記載事項（主要事項）

- ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
- ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ・課題、支援内容、連絡先
- ・ 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等

◆ 計画に基づく支援期間

- 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
- 延長は原則1回（本人同意が必要）。1年以内には計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送れるよう努力。

4 会議の開催

◆ 参加者

- ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。

※例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。

- ② 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合は、これらの者を参加させる。

Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成(続き)

③ 支援関係者(＝支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村
- ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者 ・ NPOなどの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

◆ 開催方法、開催場所

- 電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについて支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- ①退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施 ③計画に関する意見等の提出 ④会議への参加 等

Ⅲ 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。

2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

4 計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧に説明の上、本人の同意を得る。

5 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

VII. 隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとする ための最小化に係る取組

隔離

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離は、患者の症状から見て、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってもその要否の判断は医師によって行わなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖環境の部屋に入室することもあり得るが、この場合には隔離にはあたらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

身体的拘束

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

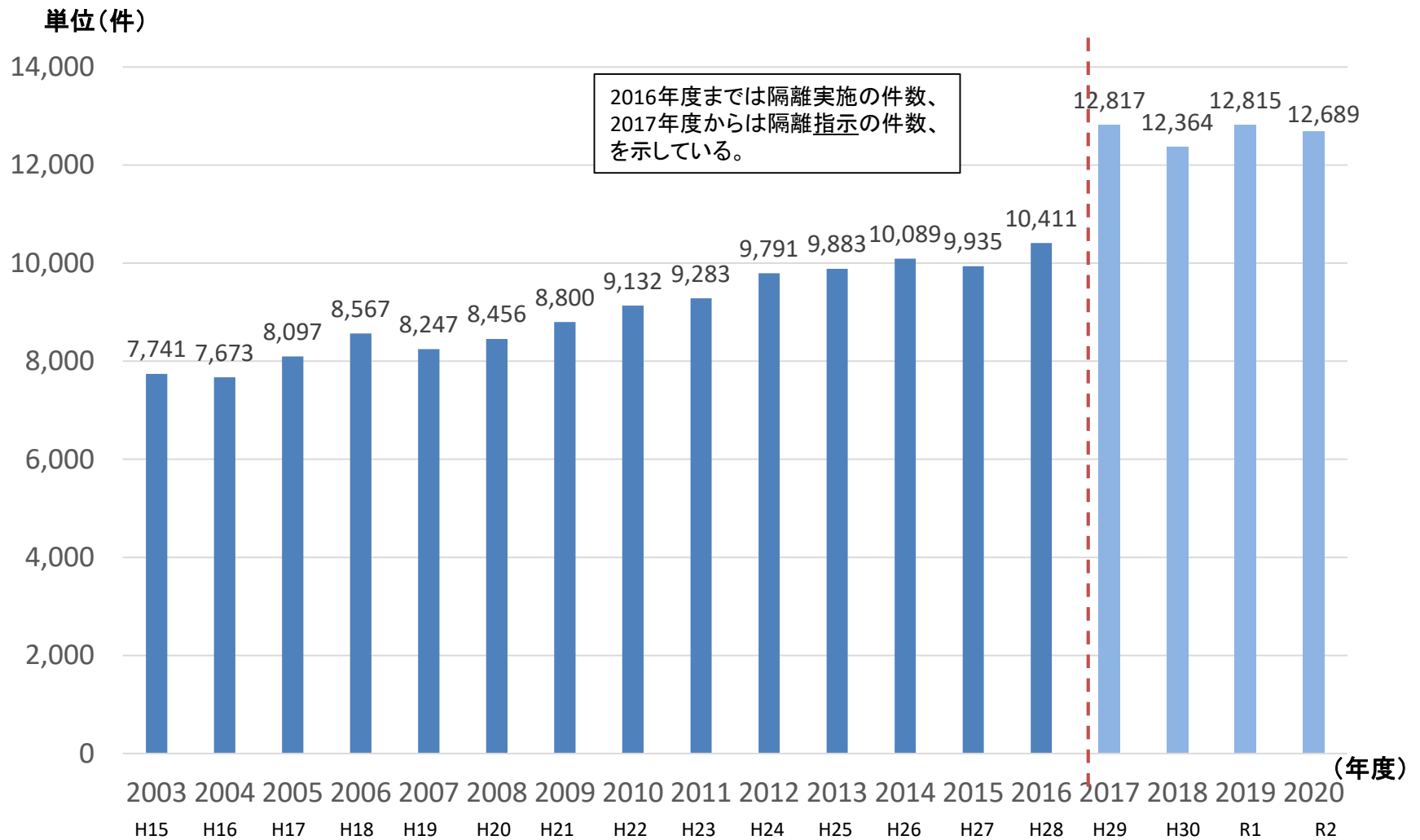
イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

3 遵守事項

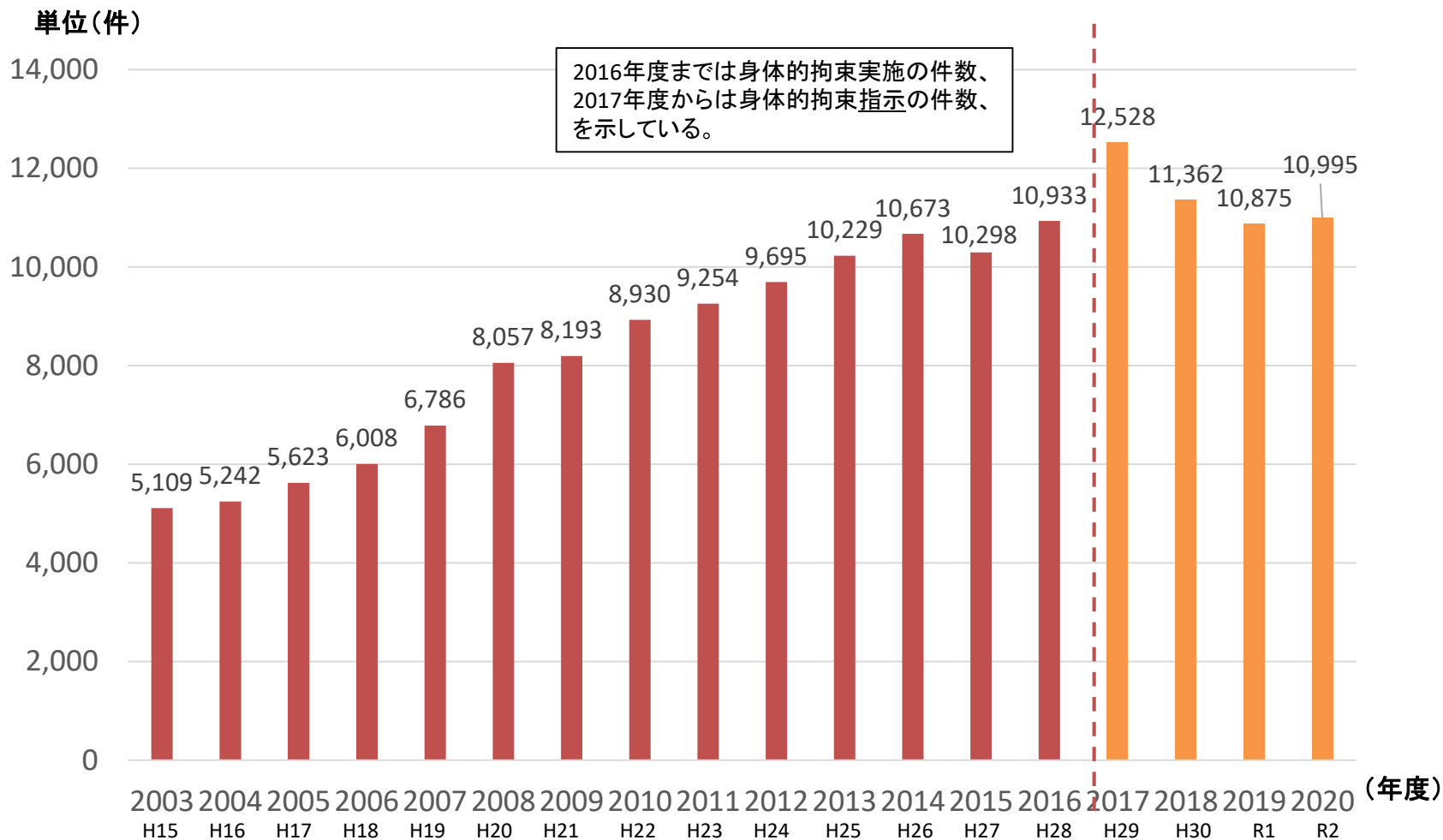
- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

隔離(指示)件数



資料：「精神保健福祉資料」より作成

身体的拘束（指示）件数



資料：「精神保健福祉資料」より作成

身体的拘束に関する裁判所の決定（令和3年10月最高裁決定）

事案の概要

- 医療保護入院中の患者が亡くなったのは、違法に身体的拘束を開始・継続した等の過失によるものであるとして、患者の相続人が病院側を相手に損害賠償請求を提起
 - ・ 1 審（金沢地裁判決令和2年1月31日判時2455号41頁）は、病院側勝訴
 - ・ 患者側が控訴した控訴審（名古屋高裁金沢支部判決令和2年12月16日判時2504号95頁）は、患者側勝訴
- ⇒ 病院側は上告受理申立を行ったが、**最高裁は不受理決定**（最高裁決定令和3年10月19日）。
- これにより、患者側勝訴の控訴審判決が確定

裁判所（控訴審）の判断の要旨（身体的拘束の非代替性に関する部分）

- 精神科病院に入院中の者に対する身体的拘束については、精神保健福祉法及び告示第130号で必要な基準が定められているところ、その内容は合理的なものであるといえるから、本件身体的拘束の違法性の有無を判断するに当たっては、告示第130号で定める基準の内容をも参考にして判断するのが相当である。
- 告示第130号の「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」（第4の2本文）に当たるかについて検討するに、
 - ・ 特に注射に対する亡Eの抵抗は激しく、12月13日には看護師5名で押さえ付けて注射した際に看護師に対して頭突きを加え、退室しようとする看護師に殴りかかろうとするなどの暴力行為があり、このことからすると、看護師の安全を確保しつつ亡Eに対する注射その他の必要な医療行為を行う必要があるところ、
 - ・ F医師ほか看護師8名で対応した12月14日の診察の際には亡Eに興奮、抵抗は見られず、大人数で対応すると入院患者が不穏にならず力づくで制止しないでよいことが経験的にあるというのであれば、一時的に人員を割くことによって必要な医療行為等を実施することができるものといえ、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」に当たるとみることが困難である。
- これに対し、被控訴人は、12月14日のように看護師8名での対応と同様な対応を常に継続することは人員的に極めて困難である旨主張しており、必要な場面において十分な人員を確保できない場合が生じることも想定される。しかしながら、亡Eに対して必要な医療行為等を行うといった限定的な場面において、被控訴人病院には、その都度、相当数の看護師を確保しなければならないことによる諸々の負担等が生じるとしても、身体的拘束は入院患者にとっては重大な人権の制限となるものであるから、告示第130号の趣旨に照らすと、患者の生命や身体を安全を図るための必要不可欠な医療行為等を実施するのに十分な人員を確保することができないような限定的な場面においてのみ身体的拘束をすることが許されるものと解され、必要な診察を問題なくすることができた12月14日午後1時45分の時点では「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」には当たらなかったものというべきである。

病院に関する主な人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床 1)大学病院等※1 1)以外の病院		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
(各病床共通) ・ 歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・ 栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・ 診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・ 医師 40:1 ・ 歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・ 薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75：1 ・ 看護職員 30:1						

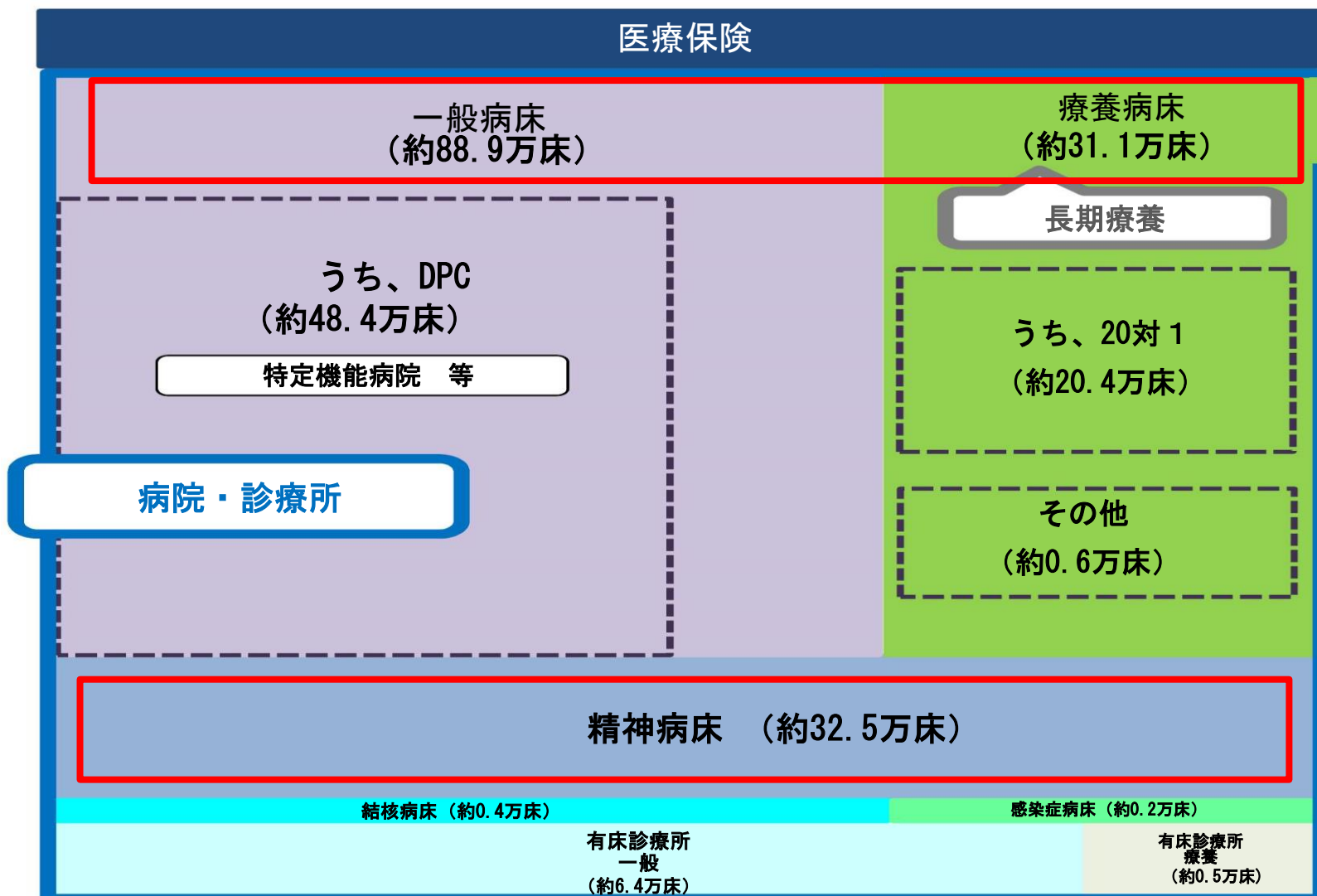
※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 令和6年3月31日までは、6:1でも可

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より
(一部時点修正あり)

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

一般病床・医療療養病床・精神病床等のイメージ



平成28年1月「療養病床・慢性期医療のあり方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」資料を改変
(一部時点修正あり)

診療報酬の届出病床数(精神病床)

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 325,140床
(令和2年7月1日時点)

特定入院料
(158,687床)

看護師配置3:1以上
166,990床

精神病棟入院基本料
(143,543床)

特定機能病院
入院基本料
(2,780床)

精神科救急入院料 (入院料1 163医療機関 10,586床、 入院料2 4医療機関 127床)	10:1	2:1
精神科救急・合併症入院料(11医療機関 376床)	10:1	2:1
精神科急性期治療病棟 入院料1(360施設 16,280床)	13:1	2.5:1
入院料2(13施設 508床)	15:1	3:1
認知症治療病棟 入院料1(536施設 37,322床)	20:1	4:1
入院料2(4施設 296床)	30:1	6:1
精神療養病棟入院料 (819施設 90,266床)	15:1	6:1
※看護+看護補助者 (うち、看護5割)		
地域移行機能強化病棟入院料 (38施設 1,435床)	15:1	
※看護+看護補助者+OT+PSW (うち、6割以上が看護、OT又はPSW)		

2:1	10:1 (39病棟、1,512床)
2.5:1	13:1 (75病棟、4,376床)
3:1	
	15:1 (1,020病棟、130,445床)
18:1	(23病棟 4,140床)
20:1	(11病棟 1,750床)
特別入院基本料 (11病棟 1,320床)	

1.5:1 7:1 (14病棟 460床)
2:1 10:1 (14病棟 588床)
2.5:1 13:1 (41病棟 1666床)
3:1 15:1 (2病棟 66床)

医療観察法に定める指
定入院医療機関数※
33か所 827床

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者入
院医学管理料

社会復帰期入院対象
者入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(154施設)

特殊疾患病棟

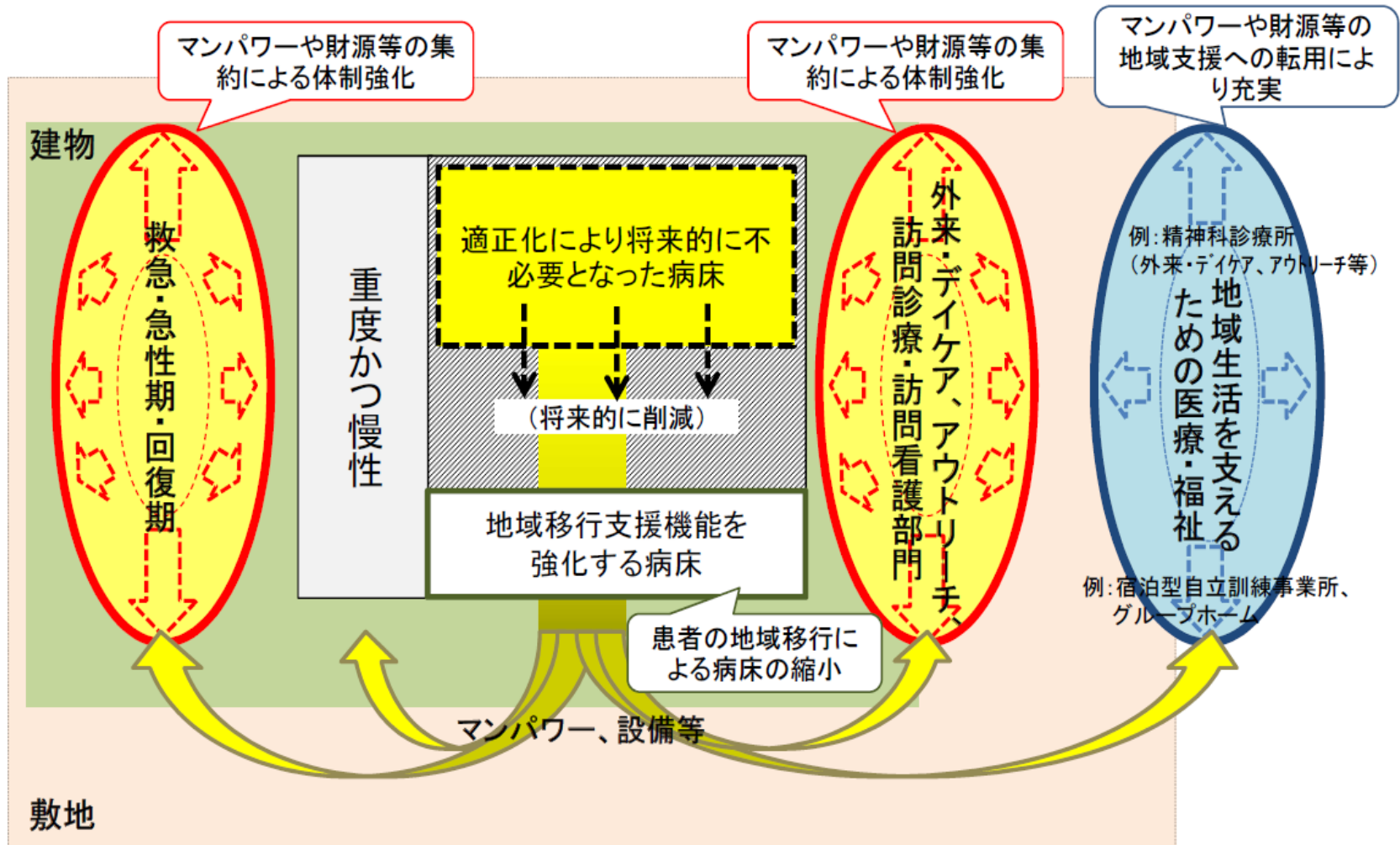
入院料1(103施設 5,431床)
入院料2(106施設 7,539床)

精神科身体合併症管理加算
(1,114施設)

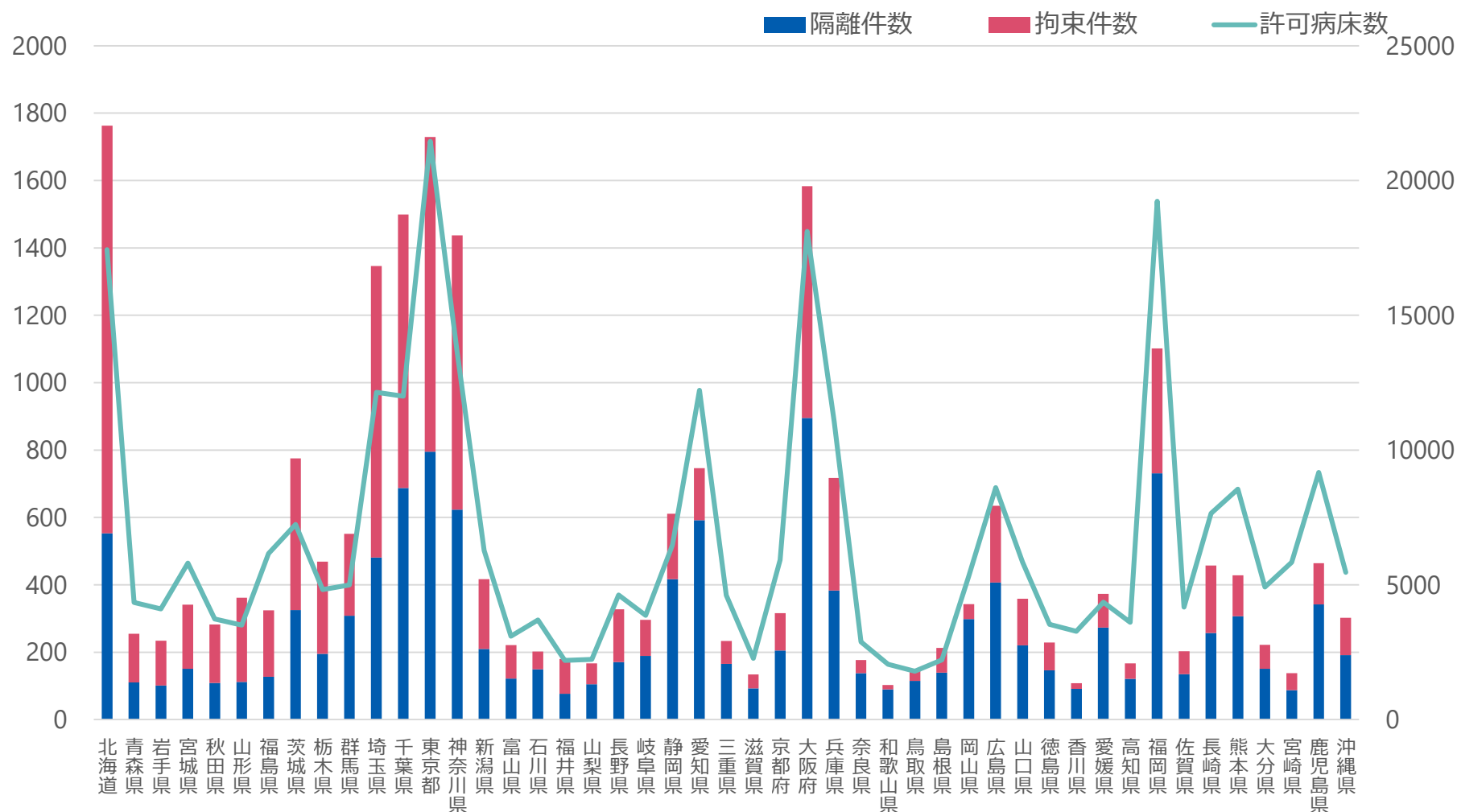
精神病棟入院時医学
管理加算
(178施設)

※ 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は令和3年4月1日時点

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）

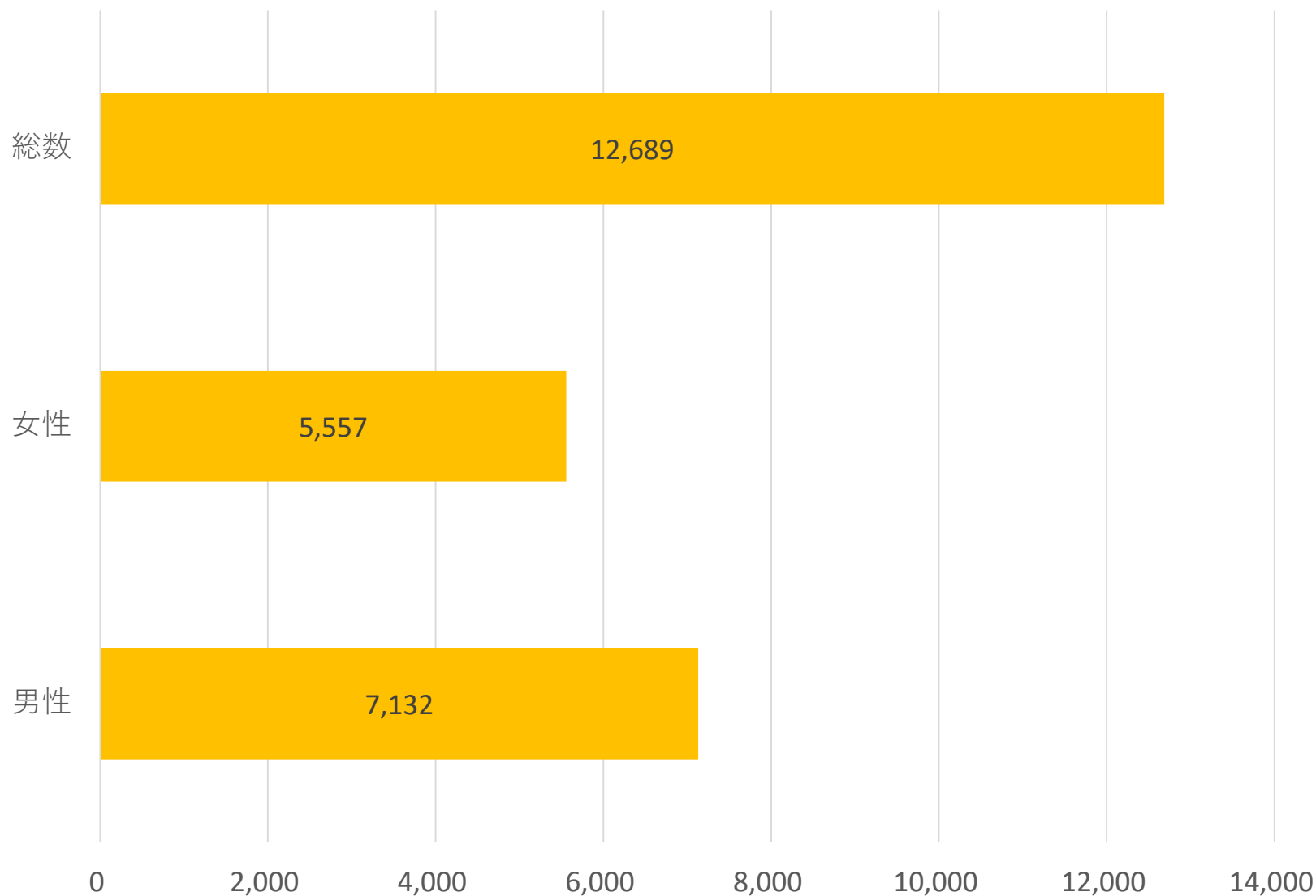


隔離・身体の拘束指示件数（都道府県別）



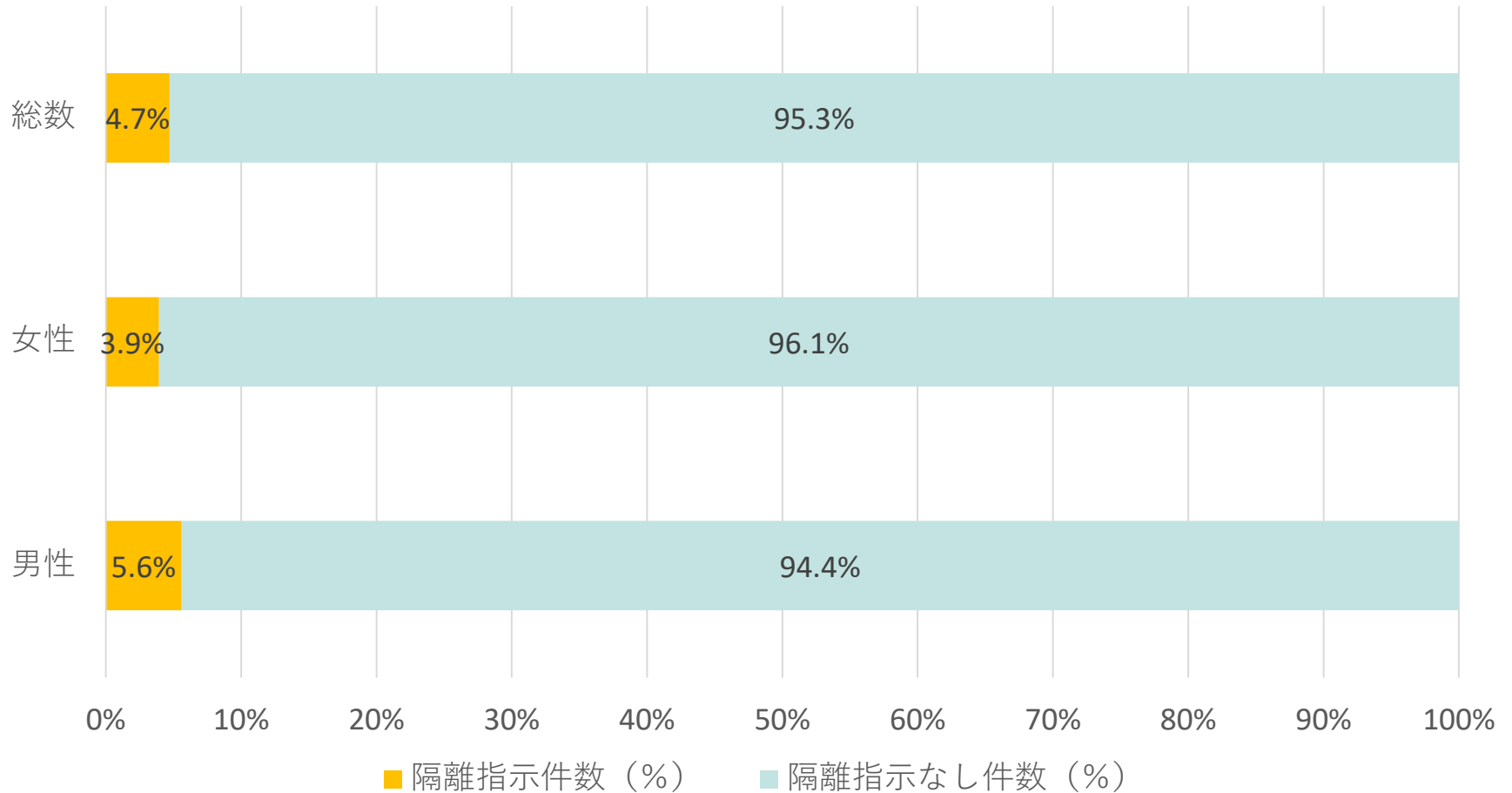
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）

隔離実施患者数（性別）



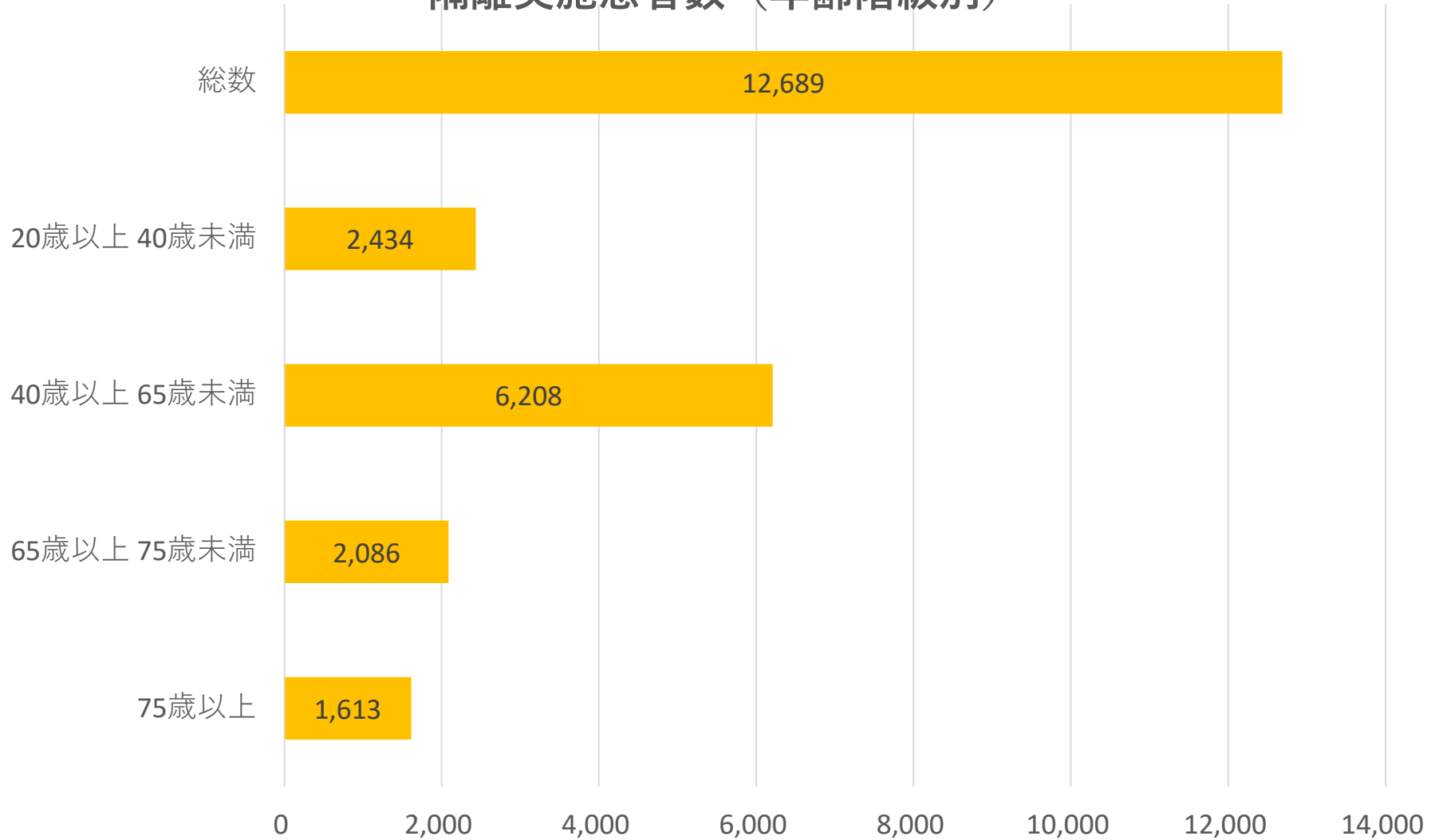
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

隔離実施状況（在院患者に占める割合／性別）



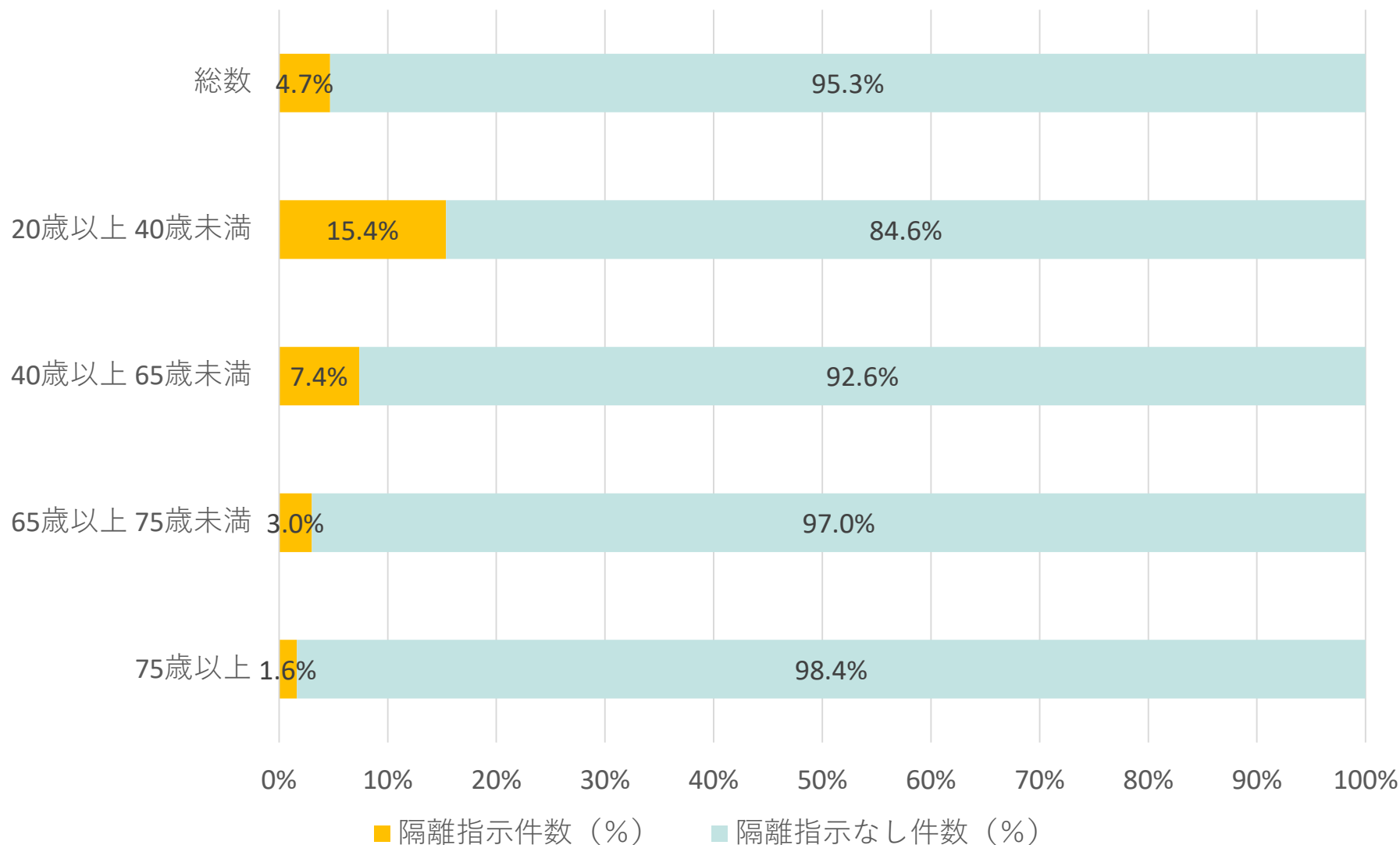
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

隔離実施患者数（年齢階級別）



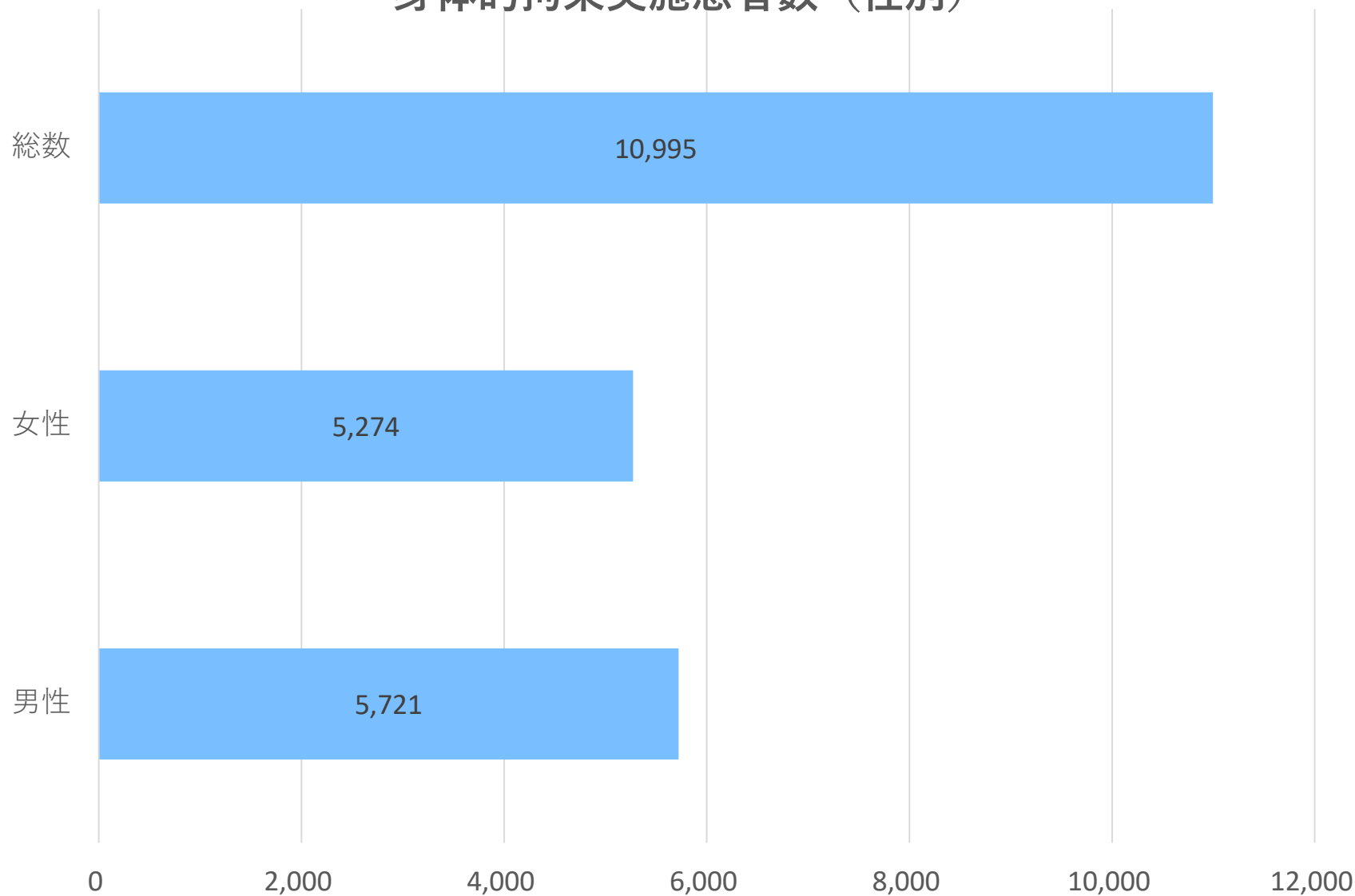
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

隔離実施状況（在院患者に対する割合／年齢階級別）



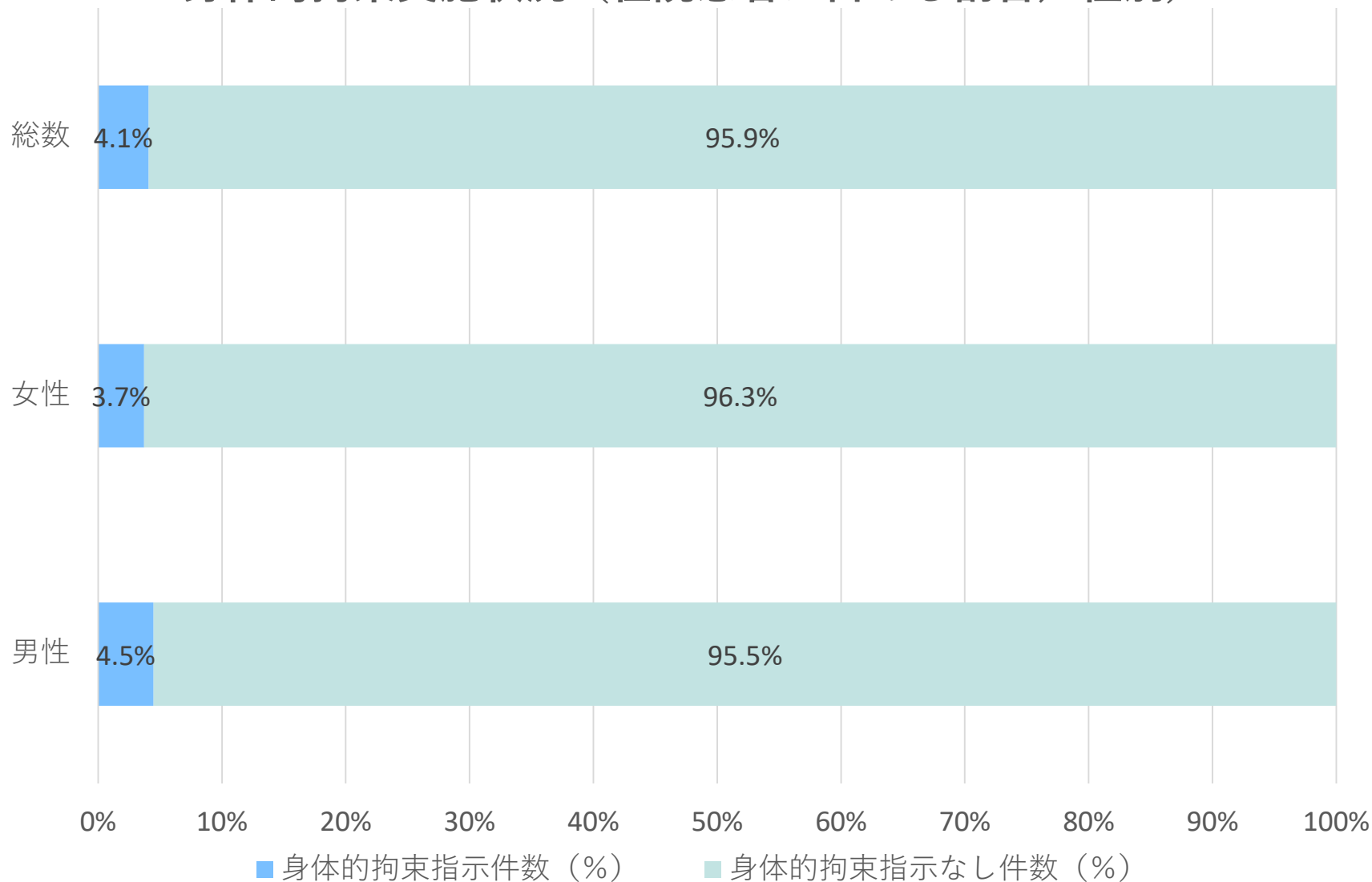
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

身体的拘束実施患者数（性別）



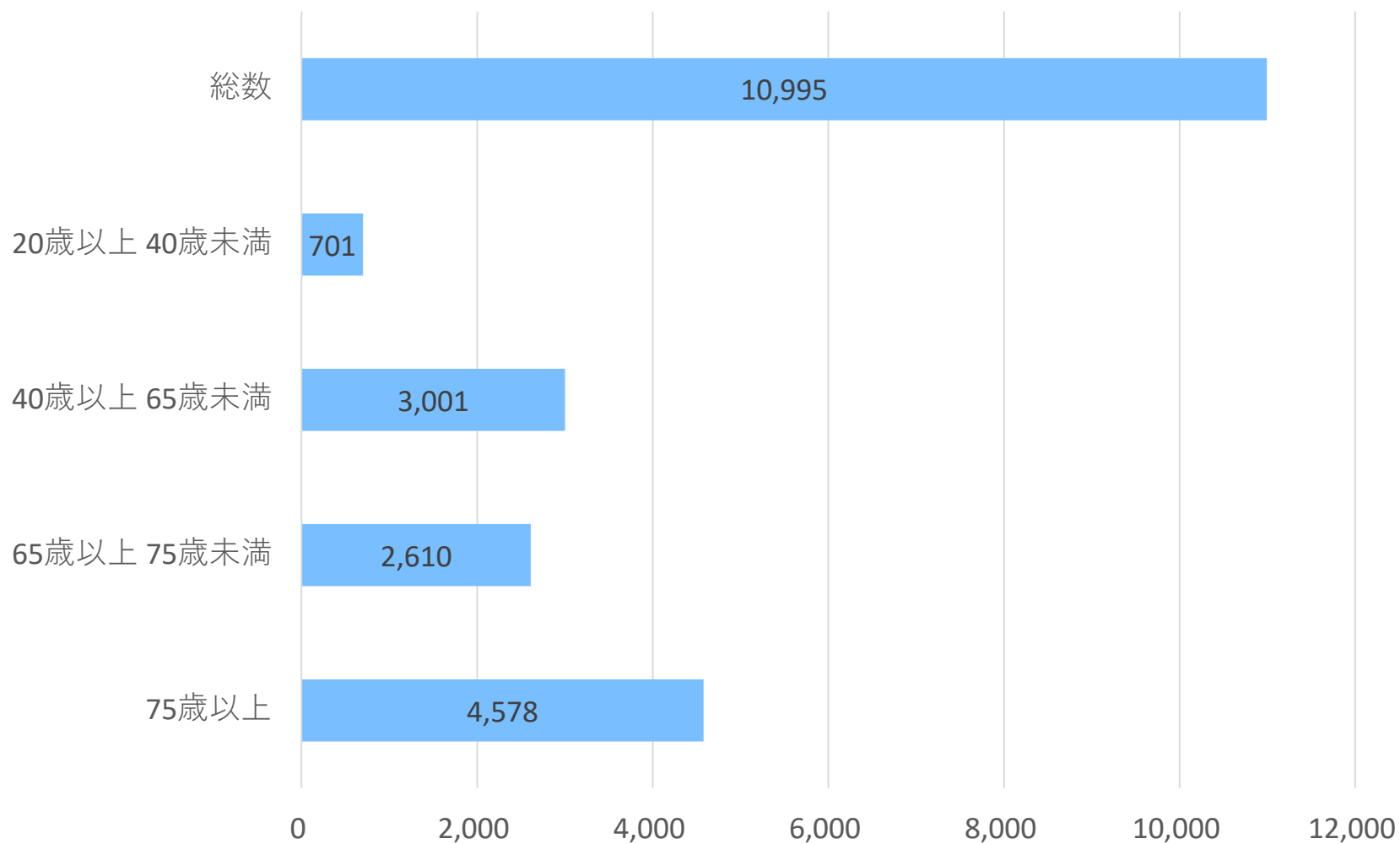
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

身体的拘束実施状況（在院患者に占める割合／性別）



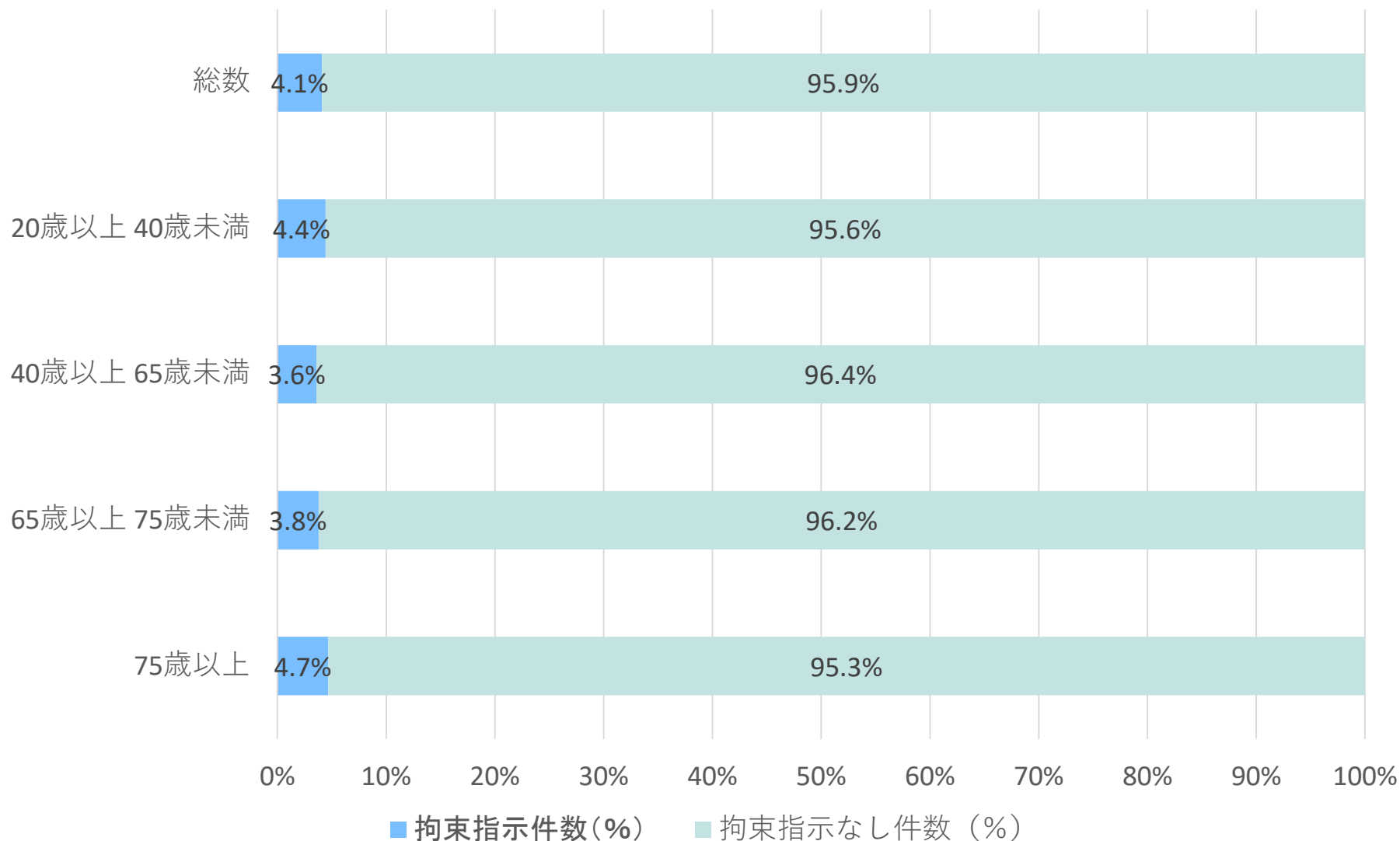
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

身体的拘束実施患者数（年齢階級別）



出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

身体的拘束実施状況（在院患者に対する割合／年齢階級別）



出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）より
厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

精神保健福祉法改正に関するQ & A

(厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課「精神保健福祉法改正に関する疑義照会に対する回答について(平成12年7月31日事務連絡))

【質問8】 点滴・鼻注などの医療行為中の一時的な身体の固定は拘束にあたるか。

生命維持のために必要な医療行為のために短時間の身体固定をすることは、指定医の診察を必要とする身体拘束には当たりません。ただし、長時間にわたって継続して行う場合は、身体拘束として精神保健指定医の診察及び診療録への記載を要します(厚生省告示第130号第四)。

各国の精神保健医療福祉提供体制(隔離・拘束①)

項目		アメリカ ※ニューヨーク州の例	イギリス	ドイツ ※ブランデンブルク州の例	フランス
隔離・拘束	法令の有無	○	○	○	○
	要件	自傷・他害の危険がある	○	○	○
		代替手段がない	○	○	○
		実施目的が妥当である	○	-	-
		治療実施のために必要である	-	-	-
		その他	・隔離は発達障害の診断のみでは用いることができず、併せて精神疾患の診断があり、かつ隔離時の様子が継続的に確認できる場合のみ実施可能	・化学的拘束は他の方法で抑制ができなかった場合のみ実施可能	・化学的拘束は治療の可否について意思表示をすることができない急性期の患者に対してのみ実施可能
	手続(許可の方法・主体等)		<隔離>精神科医、認定臨床家、看護師による許可 <機械的拘束>多職種チームへ諮問を実施した上で許可	<隔離・拘束共通>精神科医による指示	<隔離・拘束共通>精神科医による許可

各国の精神保健医療福祉提供体制(隔離・拘束②)

項目			イタリア	カナダ ※オンタリオ州の例	オーストラリア	韓国
隔離・ 拘束	法令の有無		○	○	○	○
	要件	自傷・他害の 危険がある	各州の規定による (内容は州によって大きく異なる)	○	○	○
		代替手段が ない		○	○	○
		実施目的が 妥当である		-	-	-
		治療実施の ために必要で ある		-	△	○
		その他		-	・一部の州では財産の保護も 実施要件として認められている ・一部の州では化学的拘束が 認められていない	-
	手続(許可の方法・ 主体等)			<拘束> 医師または認定を受 けた専門家による書面の指示	<隔離・拘束共通>精神科 医による許可 ※主に緊急時について、認定 を受けた臨床家や看護師に 権限を認めている州もある	<隔離・拘束共通>精神科 医による指示

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書
(PwCコンサルティング合同会社)より抜粋・一部項目を追加

VIII. 虐待の防止に係る取組

精神科医療機関における虐待が疑われる事案の把握結果

○過去5年間（平成27年度～令和元年度）に、各自治体において把握している虐待が疑われる事案について確認したところ、以下の傾向が見られた。また、各医療機関および自治体の主な取組状況の事例を取りまとめた。

（出典：令和2年4月厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ）

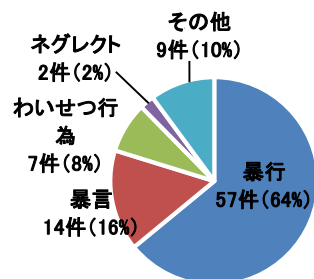
事案報告概況

〈事案報告自治体〉【31自治体/67自治体】※都道府県47+政令指定都市20

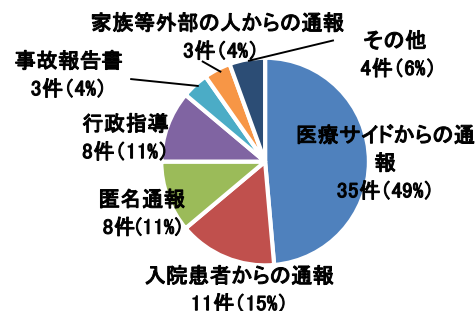
〈把握件数〉72件(平成27年度～令和元年度の累計)

※以下、重複回答あり

〈事案種別〉



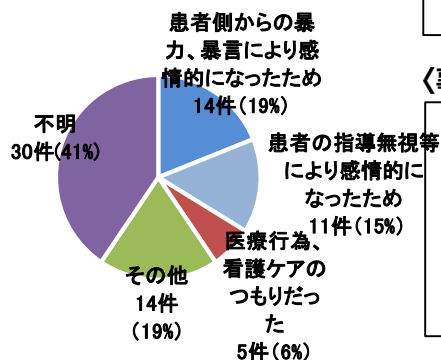
〈事案把握の契機〉



〈事案に対する医療機関の改善措置内容〉

- ・職員研修の計画・実施、再教育、受講啓発
- ・加害者職員の処分（懲戒、配置換え、指導等）
- ・虐待防止マニュアルの作成、改編
- ・安全な環境の構築（院内ラウンド等）
- ・各種委員会の設置、協議（虐待防止、危機管理等）

〈動機・原因〉



〈事案に対する自治体の対応〉

- ・現地調査（立入調査）
- ・病院へ事実確認（の要請）
- ・改善結果報告書の提出指示
- ・再発防止策の提出要請
- ・再発防止を促す書面通知
- ・処遇改善命令
- ・警察に相談するよう指導
- ・臨時医療監視
- ・事後対応確認

各医療機関の取組状況

〈発生防止〉

●研修・勉強会

・職員の感情コントロールやコミュニケーションスキルの向上をターゲットとした研修（アンガーマネジメント・アサーショントレーニング・包括的暴力防止プログラム〈CVPPP※〉）の実施

※包括的暴力防止プログラム〈CVPPP：Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme〉とは、病状により不穏・興奮状態にある患者に対し、尊厳を守り安全を確保しながら、専門的な知識、技術に基づいた包括的に対処できる技能の習得を目指したプログラム

・人権研修の実施（「医療倫理と患者の権利」「理性と感情で揺れ動く意思決定をどのように支援するのか」「患者の粗暴な言動への理解と対応」等）

・報道された虐待事例をなるべく早くトピックに上げ、グループワークで体験的気付きを促し、研修後にアンケートを全体へフィードバックして情報共有

●各種委員会・会議の設置・開催

- ・保健所職員、弁護士、家族会等の外部委員を招聘し、人権擁護委員会を開催
- ・「患者中心の病院づくり委員会」の開催(月1回開催)

●マニュアル作成

- ・虐待防止、発生時対応のマニュアル作成

〈早期発見〉

●聞き取り・アンケート調査

- ・入院患者への人権に関するアンケート実施
- ・委員会による患者本人の聞き取り
- ・接遇に関する自己チェックアンケートの実施
- ・職員への定期的なヒアリング

●院内チェック体制の整備

- ・週1回の病棟見回りによる状況把握
- ・職員相互の対応が確認できる仕組みづくり
- ・内部通報制度の適用
- ・実習生の受け入れなどを行い外部の目が入ることへの取組

精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応について

○精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応について（抄）

（令和2年7月1日付精神・障害保健課事務連絡）

1. 各都道府県等の取組事例を参考にするとともに、精神科医療機関に対しても、精神科医療機関における虐待防止等の取組事例を周知するなど、虐待が疑われる事案の発生防止や早期発見の取組強化に努めること
2. 虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかにその概況を各都道府県等に報告するよう管内精神科医療機関に対し周知徹底するとともに、各都道府県等においても早期に事案の詳細を把握し、当該精神科医療機関と連携して再発防止に努めること
3. 「精神科病院に対する指導監督等の徹底について（平成10年3月3日通知）」に基づき、原則として1施設につき年1回実施する実地指導において、病院職員や入院患者に対して行われる人権の保護に関する聞き取り調査に併せて、虐待が疑われる事案についても聞き取りを行うなどその把握の徹底に努めること

「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について

○精神科病院に対する指導監督等の徹底について（抄）令和３年１月13日付障害保健福祉部長通知一部改正

3 実地指導等の実施方法について

(2) 実地指導の方法について

ア 実地指導は、原則として都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局職員及び保健所の精神保健福祉担当職員とともに、精神保健指定医を同行させ実施することとし、病院間で指摘内容に格差が生じないように、都道府県及び指定都市において実地指導要領等を作成して実施するよう努めること。

また、法律上極めて適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対しては、国が直接実地指導を実施することもあり得ること。

イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも１週間から１０日間の予告期間をもって行うこととするが、入院中の者に対する虐待が強く疑われる緊急性が高い場合等については予告期間なしに実施できること。

ウ 実地指導の際、措置入院患者については、原則として各患者に対して診察を行うものとする。また、医療保護入院患者については、病状報告や医療監視の結果等を踏まえるとともに、患者の入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に診察を行うようにすること。

エ 人権の保護に関する聞き取り調査については、入院中の者に対する虐待が疑われる事案を含め、病院職員に対するものだけでなく、入院患者に対しても適宜行うようにすること。

また、診療録を提出させ、内容を確認するとともに、定期病状報告、関係書類及び聞き取り調査結果等の突合を行い、未提出の書類及び入院中の者に対する虐待が行われている事実等がないかについても確認すること。

オ 医療監視を実施する際に併せて実地指導を行うなど医療監視との連携を十分に図ること。

また、生活保護法による指導等の実地との連携も図ること。

別記様式１ 精神科病院実地指導結果報告書 実地指導結果の概要の区分中「入院患者等のその他の処遇について（虐待を含む。）」

○精神科病院に対する指導監督等の徹底について（抄）令和３年１月13日付精神・障害保健課長通知一部改正

1 実地指導の指導項目について

(15) 入院患者等のその他の処遇について

ア 入院患者に対し、法に基づかない行動制限及び暴行を加える等の虐待等により人権を侵害している等の事実はないか。

※下線部分是一部改正箇所