

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
(第15回)

議 事 次 第

1. 日時 平成21年3月26日(木) 15:00~17:30 目途
2. 場所 全国社会福祉協議会・灘尾ホール  
東京都千代田区霞が関3-3-2  
新霞が関ビル LB階
3. 議事
  - 今後の進め方について
  - 精神科救急医療について
  - ケアマネジメント・ACTについて
  - 危機介入について

---

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

- 資 料 1 検討会の今後の予定(案)
- 資 料 2 精神科救急医療について
- 資 料 3 ケアマネジメント・ACTについて
- 資 料 4 危機介入について

## 検討会の今後の予定（案）

第15回（3月26日（木） 15時～17時30分）

- 今後の進め方について
- 精神科救急医療について
- ケアマネジメント・ACTについて
- 危機介入について

第16回（4月9日（木） 10時～12時30分）

- 訪問看護について
- 早期支援について
- 普及啓発について

第17回（4月23日（木） 10時～12時30分）

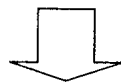
- 認知症について
- 身体合併症について（総合病院のあり方を含む）

第18回（5月頃）

- デイ・ケアについて
- 統合失調症・認知症以外の各種疾患について

第19回～（5月～）

- 入院医療のあり方について（精神病床のあり方を含む）
- 地域医療体制のあり方について
- 医療の質の向上について
- その他



平成21年夏頃

更に議論を行い、本検討会の報告をとりまとめ

※今後の本検討会の検討状況を踏まえ、開催回数や議題等を調整する。

第15回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年3月26日

資料2

# 精神科救急医療について

# 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

(精神科救急医療の充実について)

- 精神科救急医療については、都道府県によって、精神科救急医療体制の機能が異なっているが、地域の実状を踏まえつつどの地域でも適切な精神科救急医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による体制確保を制度上位位置付けることについて検討を行ってはどうか。
- 自殺企図患者等、精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、一般救急医療と精神科救急医療との連携についても制度上位位置付けることについて検討を行ってはどうか。
- また、いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとして、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて、Vの精神保健医療の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。
- 精神科救急の機能評価や精神科救急にふさわしい人員・構造基準のあり方等、精神科救急の質の向上に関する議論については、Vの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。

# 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 中間まとめ(平成20年11月20日)から

## 3-(1)精神科救急医療の充実について

- 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神科医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保やモニタリングの実施等について、制度上位置付けるべき。
- 精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、精神科救急医療と一般救急医療との連携についても制度上位置付けるべき。

# 精神科救急医療体制整備事業

【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

【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2

【事業内容】

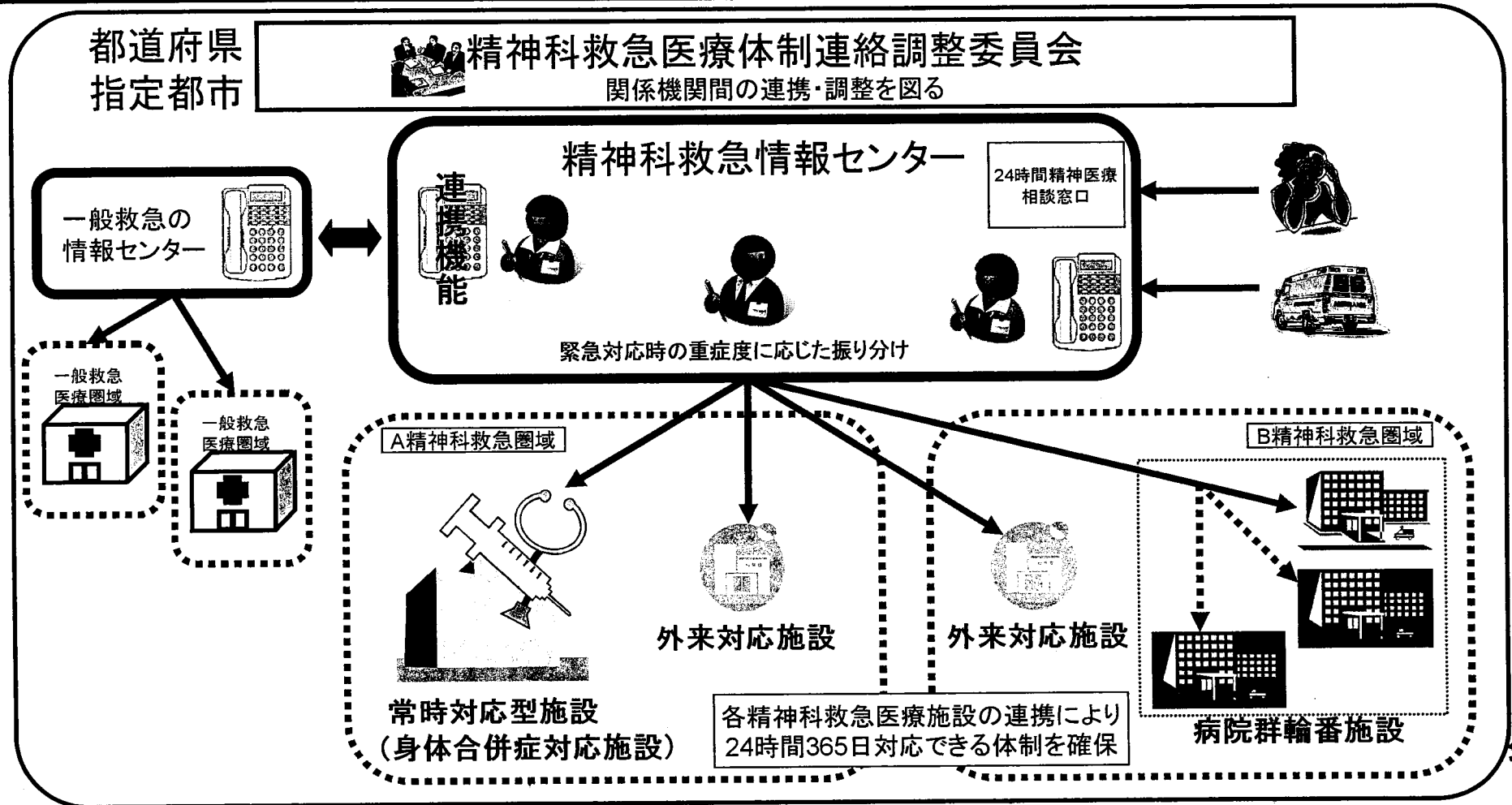
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会
- 精神科救急情報センターの設置、24時間精神医療相談
- 精神科救急医療施設の指定、空床確保

平成21年度予算案 21.4億円(4.7億円増)

○精神科救急情報センター、精神科救急医療施設への精神保健福祉士(PSW)、看護師等の増員による一般救急との連携強化

→身体合併症患者への対応強化

○空床確保料の引き上げによる空床確保促進



# 精神科救急事業の変遷

(補助事業)

(診療報酬)

## 平成7年度 精神科救急システム整備事業 創設

精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための体制整備に必要な経費に対する補助事業(精神科救急情報センター機能の整備、搬送システムの確保、精神科救急医療施設の体制整備、精神科初期救急医療輪番システムの整備)(初期・2次救急)

H8 精神科急性期入院料創設

H14 精神科救急入院料創設

## 平成17年度 精神科救急医療センター事業 創設

幻覚・妄想・昏迷・興奮など激しい症状を呈する統合失調症の急性期、急性精神病や錯乱状態等の患者を24時間診療体制で受け入れることができる精神科救急医療センターを整備することにより、患者の受け入れ態勢の強化を図り、24時間、365日緊急受診者の受け入れを行い、個室での手厚い医療の提供により、患者の早期退院及び病床の減少を図る。(3次救急)

### 2つの事業を組み替え

## 平成20年度 精神科救急医療体制整備事業 創設

急性期患者への適切な医療体制を更に充実させるため、身体合併症を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設、診療所などに勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化

H20

○精神科救急・合併症入院料  
創設

○精神科救急入院料について  
人口規模を考慮した要件の  
緩和・在宅へ移行した実績  
に応じた評価を実施

# 精神科救急医療体制の都道府県別の状況

(平成21年2月1日現在)

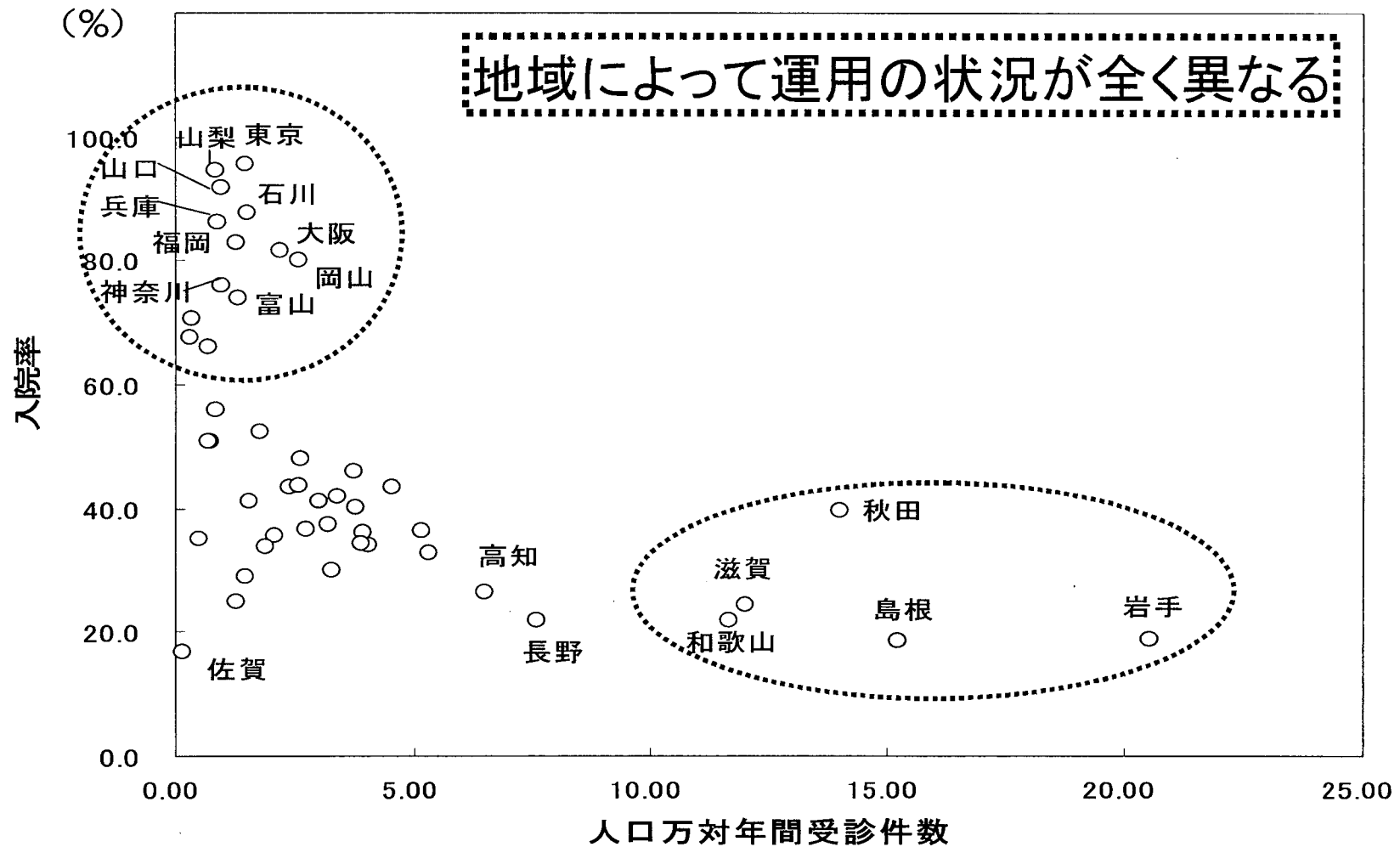
都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	1圏域当たり人口	精神科救急医療施設数	1精神科救急医療圏域当たり施設数
北海道	5,627,737	21	8	703,467	69	9
青森県	1,436,657	6	6	239,443	19	3
岩手県	1,385,041	9	4	346,260	4	1
宮城県	2,360,218	10	1	2,360,218	28	28
秋田県	1,145,501	8	5	229,100	14	3
山形県	1,216,181	4	3	405,394	7	2
福島県	2,091,319	7	4	522,830	34	9
茨城県	2,975,167	9	3	991,722	28	9
栃木県	2,016,631	5	1	2,016,631	1	1
群馬県	2,024,135	10	1	2,024,135	13	13
埼玉県	7,054,243	9	2	3,527,122	67	34
千葉県	6,056,462	9	4	1,514,116	33	8
東京都	12,576,601	13	2	6,288,301	68	34
神奈川県	8,791,597	11	1	8,791,597	57	57
新潟県	2,431,459	7	5	486,292	26	5
富山県	1,111,729	4	2	555,865	28	14
石川県	1,174,026	4	3	391,342	15	5
福井県	821,592	4	2	410,796	10	5
山梨県	884,515	4	1	884,515	10	10
長野県	2,196,114	10	3	732,038	15	5
岐阜県	2,107,226	5	2	1,053,613	14	7
静岡県	3,792,377	8	4	948,094	10	3
愛知県	7,254,704	11	3	2,418,235	38	13
三重県	1,866,963	4	2	933,482	13	7

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	1圏域当たり人口	精神科救急医療施設数	1精神科救急医療圏域当たり施設数
滋賀県	1,380,361	7	3	460,120	10	3
京都府	2,647,660	6	2	1,323,830	11	6
大阪府	8,817,166	8	8	1,102,146	28	4
兵庫県	5,590,601	10	5	1,118,120	30	6
奈良県	1,421,310	5	1	1,421,310	9	9
和歌山県	1,035,969	7	3	345,323	7	2
鳥取県	607,012	3	3	202,337	8	3
島根県	742,223	7	7	106,032	12	2
岡山県	1,957,264	5	2	978,632	11	6
広島県	2,876,642	7	2	1,438,321	6	3
山口県	1,492,606	8	3	497,535	28	9
徳島県	809,950	6	3	269,983	14	5
香川県	1,012,400	5	2	506,200	12	6
愛媛県	1,467,815	6	1	1,467,815	7	7
高知県	796,292	4	1	796,292	7	7
福岡県	5,049,908	13	4	1,262,477	78	20
佐賀県	866,369	5	3	288,790	17	6
長崎県	1,478,632	9	6	246,439	38	6
熊本県	1,842,233	11	2	921,117	78	39
大分県	1,209,571	10	1	1,209,571	22	22
宮崎県	1,153,042	7	3	384,347	21	7
鹿児島県	1,753,179	12	4	438,295	41	10
沖縄県	1,361,594	5	4	340,399	20	5
合計	127,767,994	358	145	875,123	1,136	8

※人口については、国勢調査(平成17年10月現在)による  
 ※2次医療圏数については、平成19年9月現在



# 精神科救急医療システム全国状況 受診件数と入院件数（2006年度）



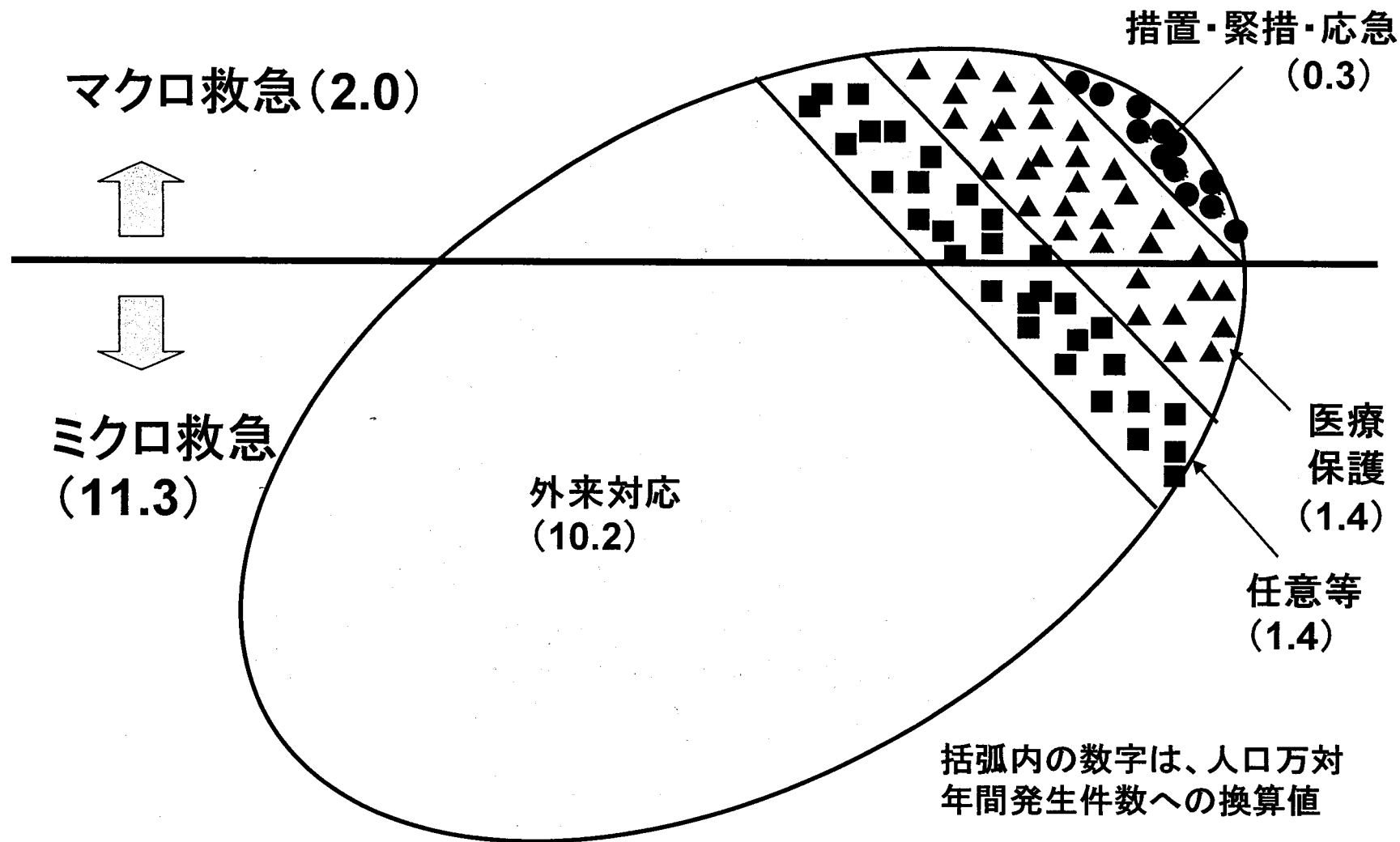
平成19年度厚生労働科学研究

「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」

主任研究者；黒澤 尚 分担研究者；平田 豊明

# マイクロ救急とマクロ救急の役割分担

～千葉県精神科時間外調査(2005年2月)から～



※マイクロ救急: 病院単位で行われる自発的な時間外・予約外診療の集合体としての救急システム

マクロ救急: 複数の病院群が分担して実施する広域の救急システム(「精神科救急医療体制整備事業」はこれに相当する)

# 精神科救急医療体制の全国の状況

## ◆精神科救急医療体制

- 輪番制のある都道府県                      44
- 基幹病院のある都道府県                      15

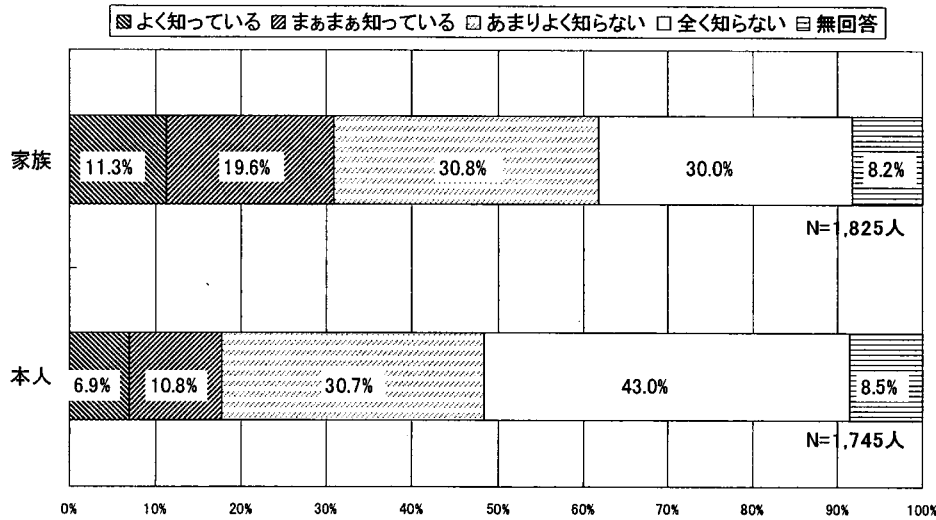
## ◆精神科救急情報センターの対応時間

(自治体数)

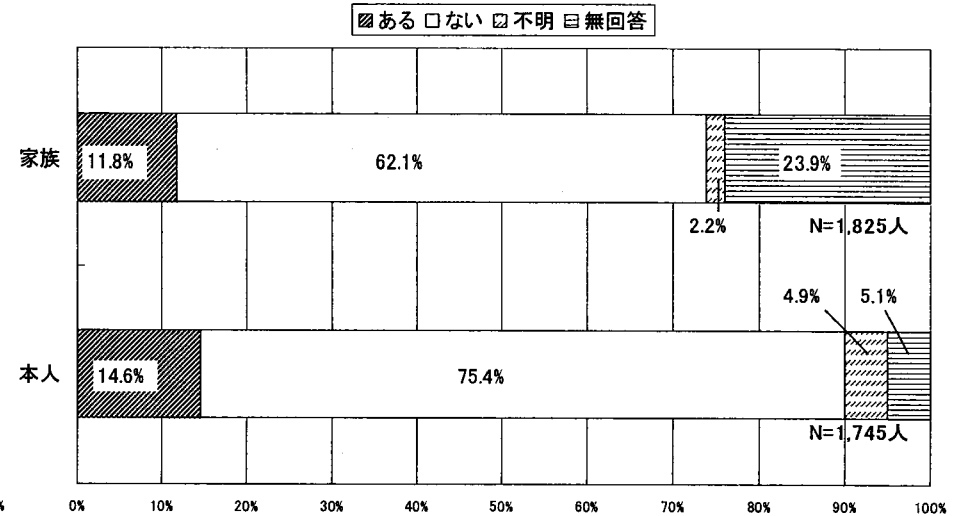
24時間 365日	夜間 (翌朝まで) ・休日	夜間・ 休日	夜間 (翌朝 まで)	夜 間	休 日	な し	合 計
11	11	7	2	1	3	12	47

# 精神科救急事業の精神障害者・家族への認知度

公共の精神科救急窓口の利用方法



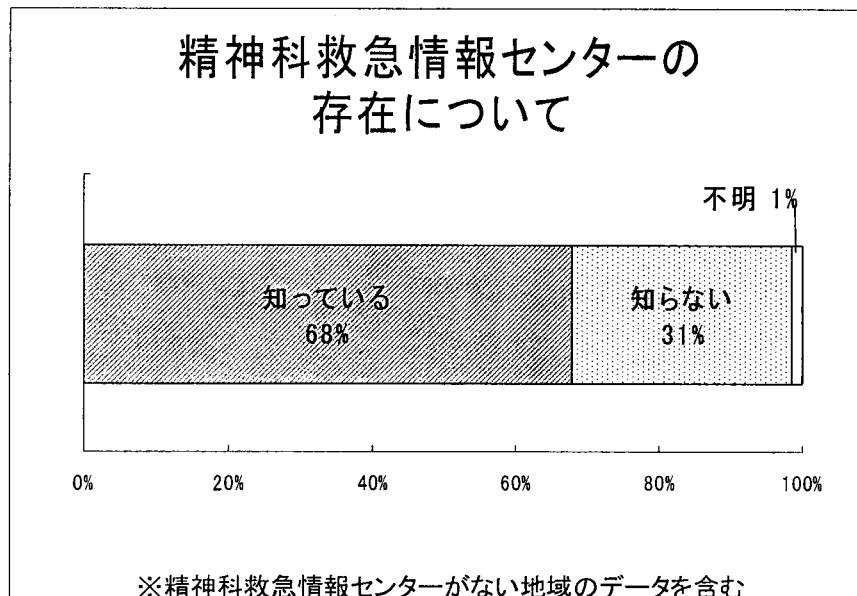
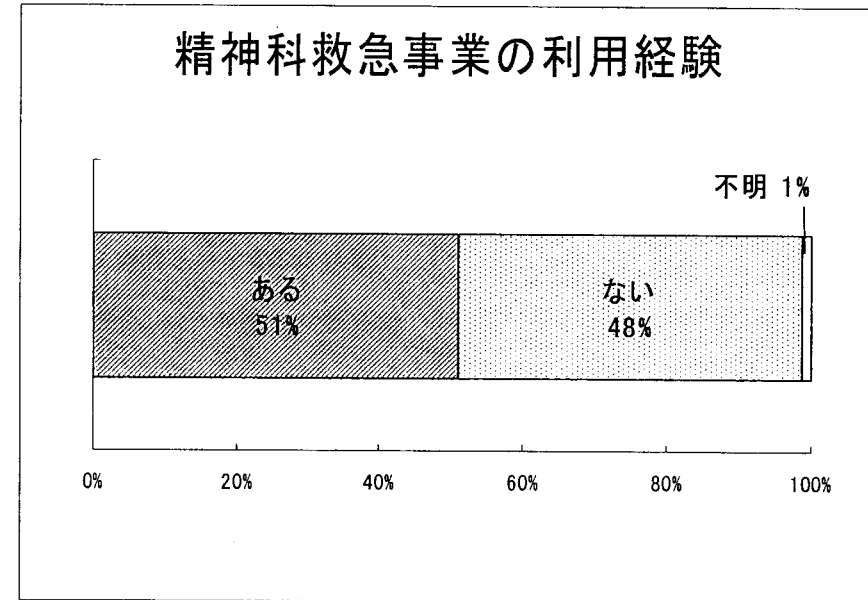
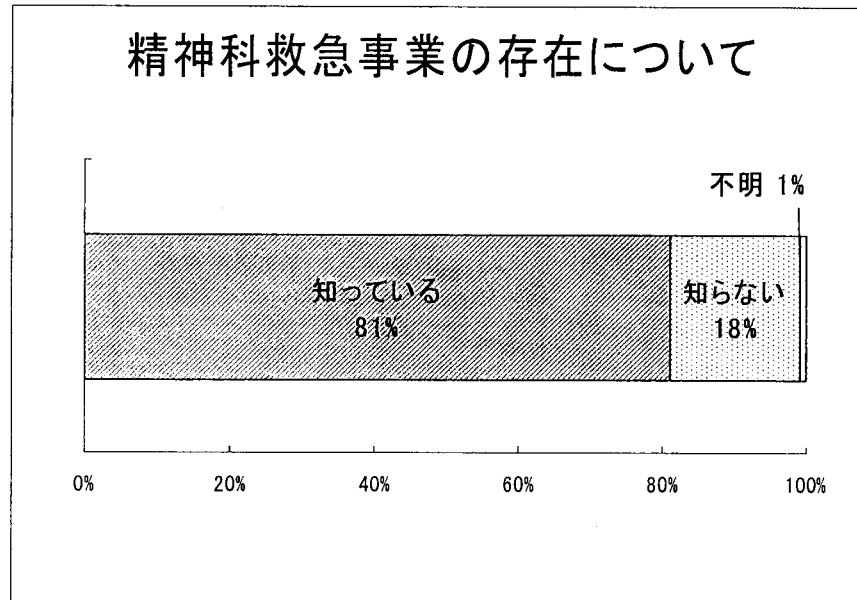
公共の精神科救急相談窓口の利用経験



調査実施地域: 北海道、青森、宮城、東京、千葉、神奈川、茨城、新潟、愛知、徳島、岡山、福岡  
 「みんなねっと」、「全国精神障害者団体連合会」の協力の下、調査を実施

**精神障害者本人及び家族への  
 精神科救急事業の認知度は極めて低い**

# 消防本部における精神科救急事業の認知度



全国807箇所の消防本部中  
736箇所(90.5%)から回答

平成20年度厚生労働科学研究

「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」10

研究代表者:黒澤 尚 研究分担者:平田 豊明

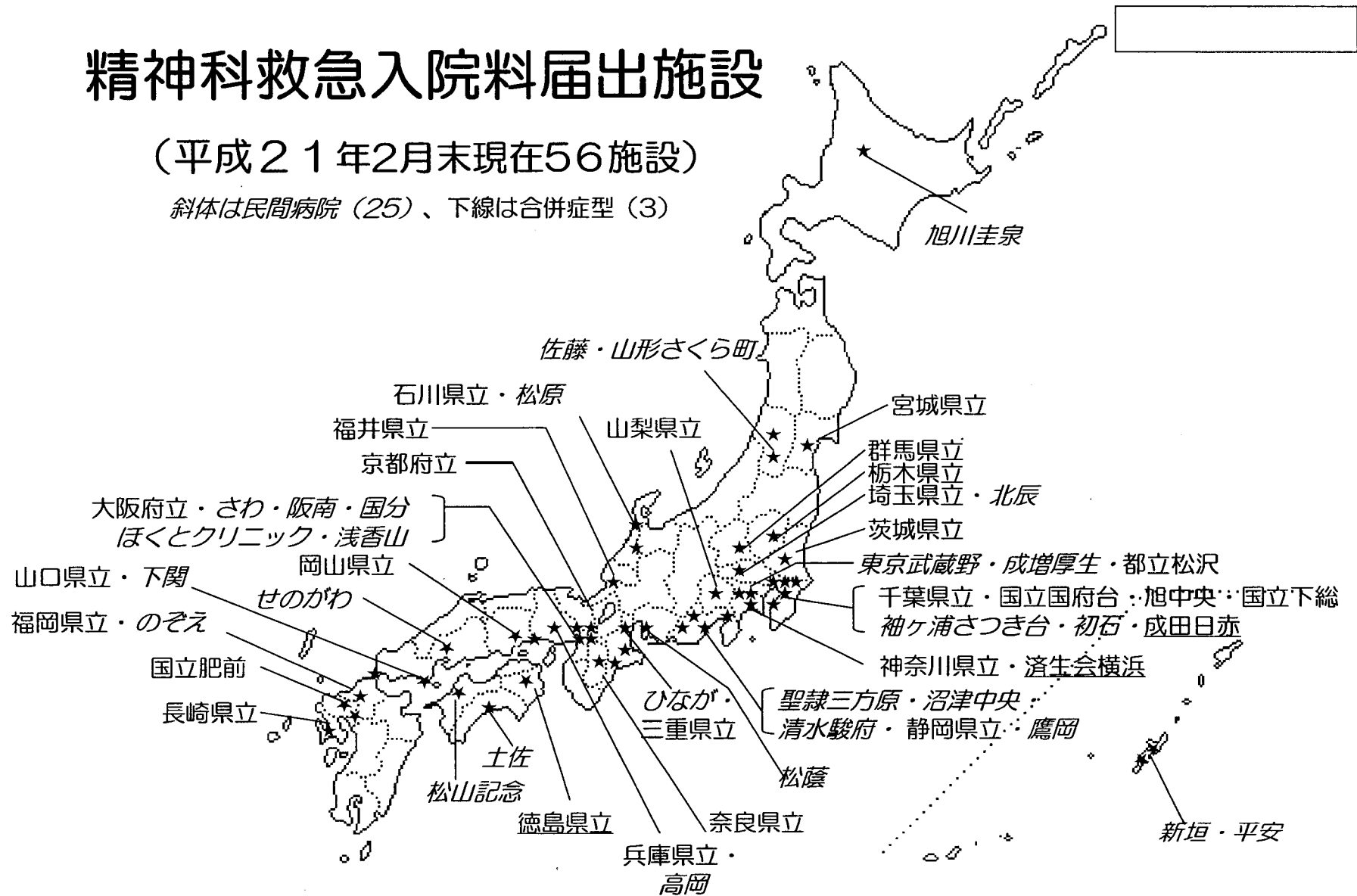
# 精神科救急に係る診療報酬と主要要件

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,431点 (~30日) 3,031点 (31日~)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,231点 (~30日) 2,831点 (31日~)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,431点 (~30日) 3,031点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人	・隔離室を有する	・全病床の7割以上又は200床以上が精神病床 ・当該病棟は全病床の2割以下(300床以下の場合は60床以下) ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3か月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,900点 (~30日) 1,600点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人				1,800点 (~30日) 1,500点 (31日~)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている		精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症病棟入院料	を算定する患者	300点	
			精神病棟入院基本料(10:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神病棟)	を算定する患者	200点	

# 精神科救急入院料届出施設

(平成21年2月末現在56施設)

斜体は民間病院(25)、下線は合併症型(3)

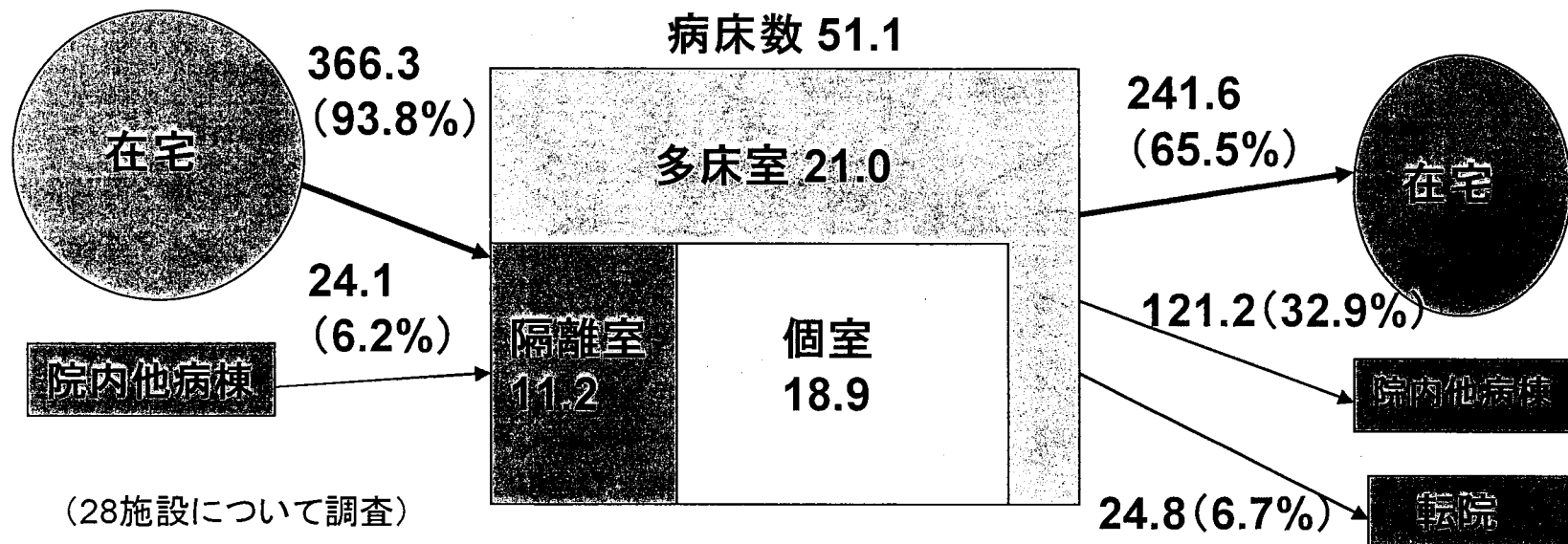


# 精神科救急入院料算定病棟の平均像

—平成19年度—

《入院 390.4件／年・施設》

《退院 368.6件／年・施設》



## 専任スタッフ

(人)

医師 5.5  
(うち指定医 3.2)  
看護師 27.8  
その他コメディカル 2.9

## 治療プログラム

SST 12病院  
OT 25病院  
心理教育 20病院  
ECT (1施設、年間)  
261.3件(35.2人)

## 診療実績

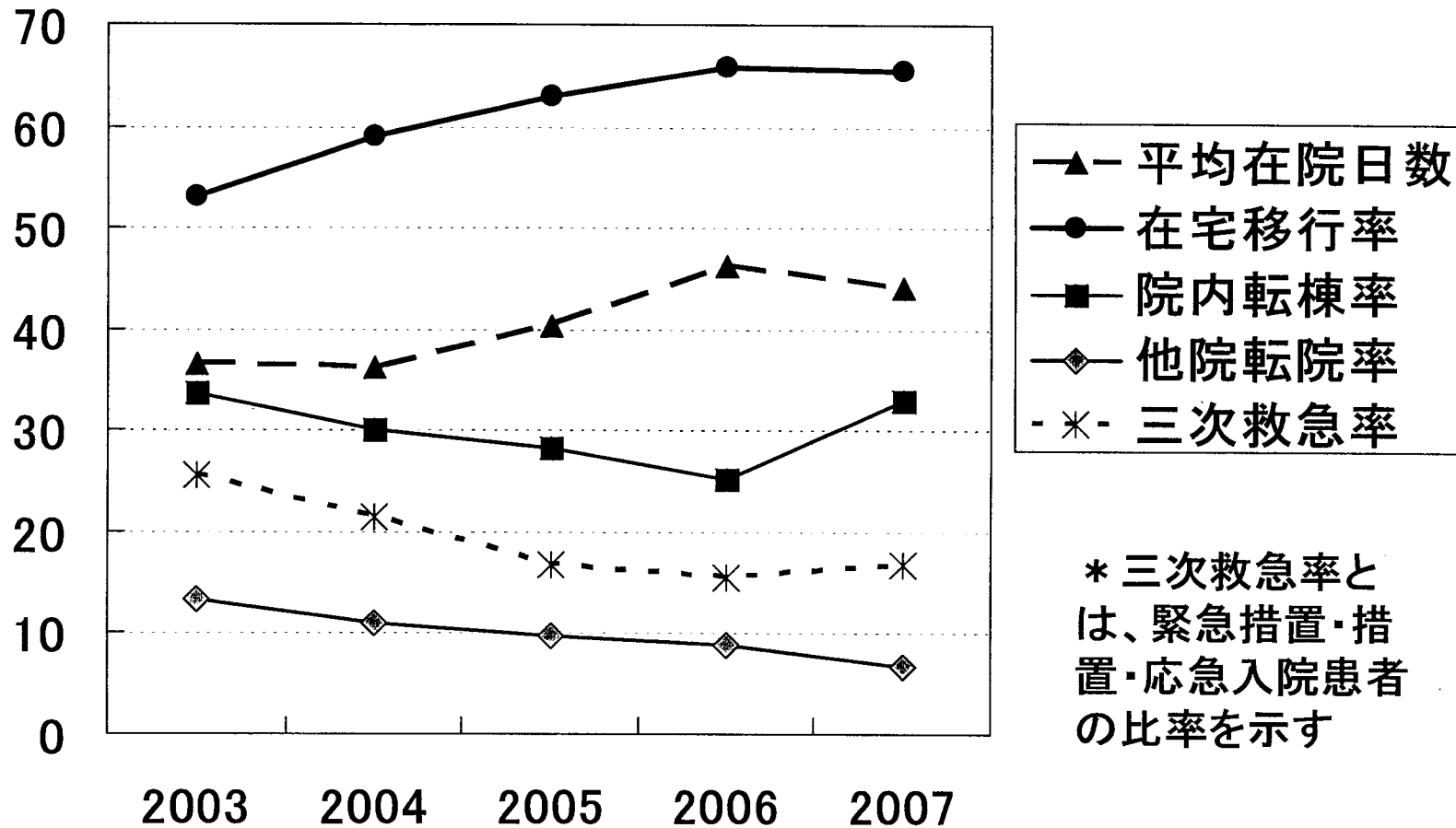
平均在院日数 44.0日  
病床利用率 90.3%  
新規患者率 83.0%  
在宅移行率 65.5%

平成20年度厚生労働科学研究

「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」  
研究代表者：黒澤 尚 研究分担者：平田 豊明



# 精神科救急入院料算定病棟における 主な診療指標の推移



平成20年度厚生労働科学研究

「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」

研究代表者；黒澤 尚 研究分担者；平田 豊明

# 精神科救急医療体制整備事業 における報告事項

## ○精神科救急医療施設ごとの報告

- － 救急当番日(日数)
- － 受診件数(自院通院中か否かを含む)
- － 入院件数(入院形態ごと)

## ○精神科救急電話相談に係る報告

- － 相談件数
- － 相談者内訳
- － 救急受診勧奨件数

# 救命救急センターの充実度段階評価について

- 平成11年度から、救命救急センター全体のレベルアップを図ることを目的として実施。以後、毎年実施している。
- 前年の1年間の実績に基づき、各救命救急センターからの報告結果を点数化して、充実度A・B・Cとして3段階に区分。
- 評価は、救命救急センターの救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数等の診療の体制面を中心に実施。
- 評価結果は、施設の運営費補助金や診療報酬の加算に反映される仕組みであり、充実度評価結果は公表される。
- 平成18年度・19年度は、全ての施設において充実度段階がA評価であった。

## ○ 施設の運営費補助金

評価結果を、平成11年度から救命救急センターに対する運営費補助に反映できた。

〔 充実段階A: 補助基準額の100%を交付  
 充実段階B: 補助基準額の90%を交付  
 充実段階C: 補助基準額の80%を交付 〕

## ○ 診療報酬の加算

### A300 救命救急入院料

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合には、1日につき所定点数に500点を加算する。



「注3」に掲げる加算の対象となるのは「医療施設運営費等補助金、地域医療対策費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」(平成10年6月24日厚生省発健政第137号)別紙2の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものである。

# 救命救急センターの充実段階評価指標

## ○ 充実段階の区分

19点以上	充実段階A
12点以上18点以下	充実段階B
11点以下	充実段階C

○ 上記の充実段階に関わらず、下記内容の全てを満たす救命救急センターでは「充実段階A」として評価する。

- 重症患者数 750人以上
- 在院日数 7日以内
- 病床利用率 75%以上
- 診療点数 12,000点以上
- 院外患者受入率 55%以上

## 評価項目

1. 二次医療圏における救急医療関係者協議会への参加状況
2. 併設(母体)病院内におけるセンター機能の評価委員会の設置状況
3. 空床確保の責任体制
4. 空床確保数
5. センター担当医師の勤務体制
6. 救急専用電話の有無
7. 救急専用電話の対応体制
8. 「受け入れ不可」の判断体制
9. 救急救命士に対する指示体制
10. 診療データの集計・分析
11. 救急医療についても検討する倫理委員会の設置状況
12. 深夜帯におけるセンターの医師数
13. 深夜帯におけるセンター以外の医師数
14. センター病床の稼働率
15. 重症傷病者数
16. 専任医師数
17. 平均在院日数
18. センター患者1人当たり平均入院診療点数
19. 救急救命士の研修受け入れ実績
20. 貴院における医療事故防止に関するマニュアル
21. 貴院における医療事故防止・患者安全をテーマにした研修は、年2回以上、又は、各部門(医師、看護師、診療技術、事務)別において年2回以上実施
22. 貴院における日本救急医学会専門医数(認定医数及び認定医資格も持つ指導医数含む)

# 平成20年診療報酬改定における精神科救急医療の評価

1. 精神科救急医療施設の地域差の解消と入院早期からの在宅への移行支援
  - ・ 休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件の見直し
  - ・ 在宅へ移行する患者の割合が高い施設の評価の引き上げ(4割→6割)

A311 精神科救急入院料	→	<sup>改</sup> 精神科救急入院料1
1 30日以内	3,200点	1 30日以内 3,431点
2 31日以上	2,800点	2 31日以上 3,031点
		精神科救急入院料2
		1 30日以内 3,231点
		2 31日以上 2,831点

## 2. 精神科救急・合併症入院料の創設

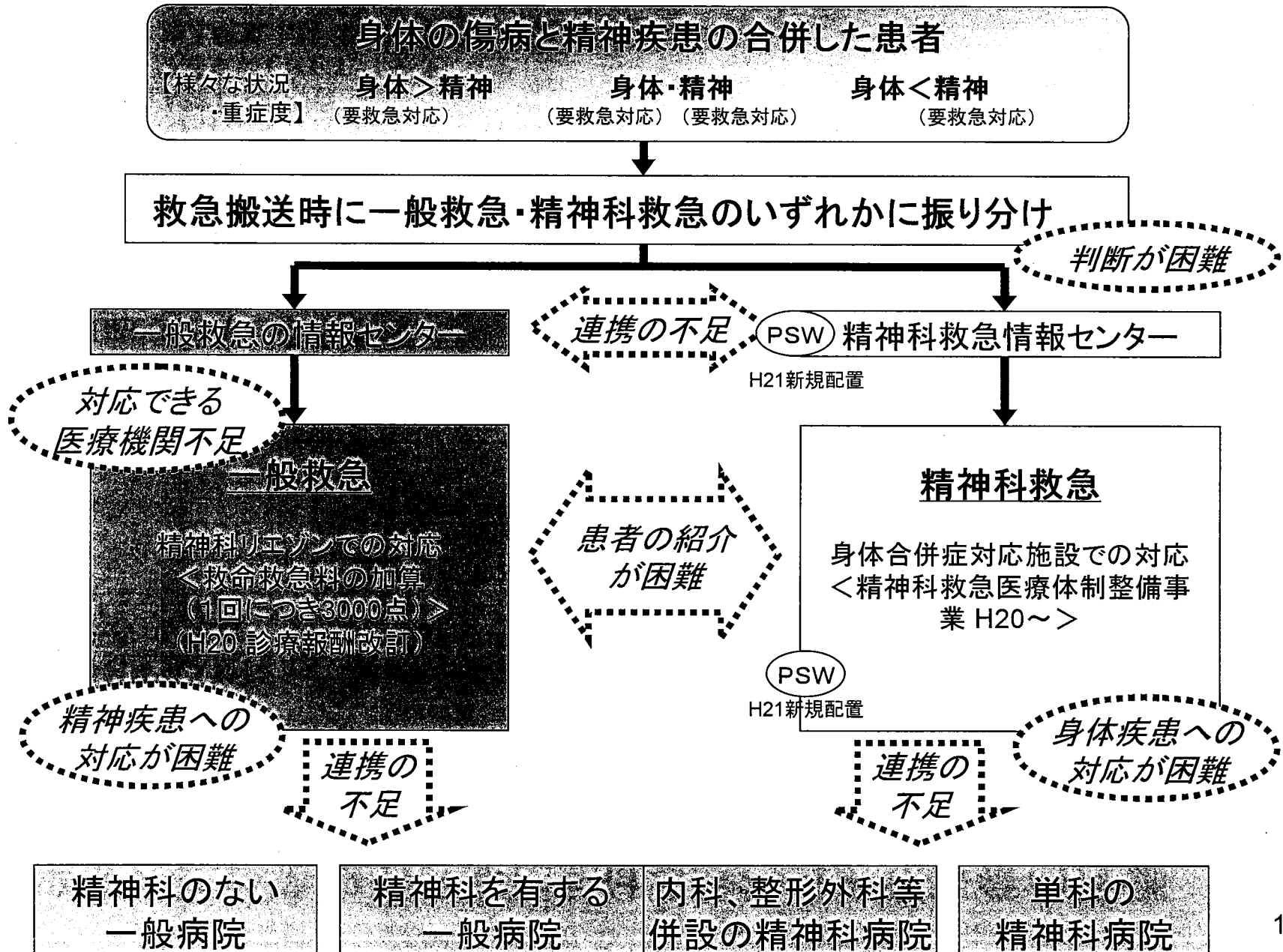
<sup>新</sup> A311-3 精神科救急・合併症入院料(1日につき)
1 30日以内の期間 3,431点
2 31日以上の間 3,031点

## 3. その他関連する改訂項目

<sup>新</sup> A230-3 精神科身体合併症管理加算(1日につき)
・精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、 認知症病棟入院料;300点
・精神病棟入院基本料(10:1、15:1)、 特定機能病院入院基本料(精神病棟);200点

<sup>新</sup> A300 救命救急入院料の加算 3,000点(1回につき)
--

# 一般救急と精神科救急の連携における課題

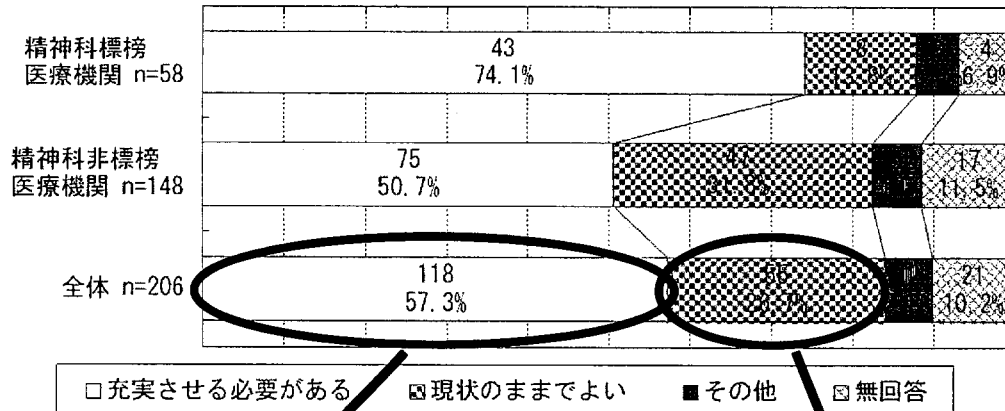


# 身体合併症を有する精神疾患患者の疫学

- 救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5%(全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要
  - ・ H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所で実施、全入院件数3,089件
  - ・ 平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者;保坂 隆 分担研究者;本間 正人
- 岩手県高度救命救急センターの全受診件数中、9.5%が精神科救急患者、そのうちの45%(全体の4.3%)が自殺企図者
  - ・ H14.4.1-H17.3.31における調査、全受診件数11,348件
  - ・ 丸田 真樹ら: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌(58)2, 119-131, 2006
- 横浜市立大学高度救命救急センター搬送者の15-18%が自殺企図者
  - ・ 2003年以降の数字
  - ・ 河西 千秋: 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向, 39-43, 2008
- 身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25
  - ・ 東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定
  - ・ 平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」主任研究者;黒澤 尚 分担研究者;八田 耕太郎

# 自殺企図患者への精神的ケア体制充実の必要性

(箇所) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



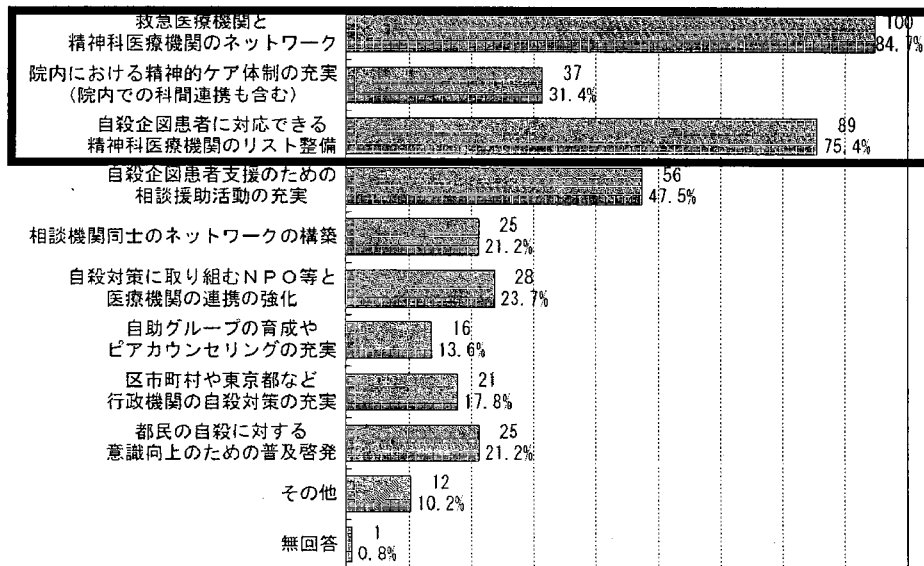
調査対象:  
 東京都下の救急告示  
 医療機関 338箇所  
 回収数 206箇所  
 回収率 60.9%

そのために必要と考えること

現状のままでよい理由

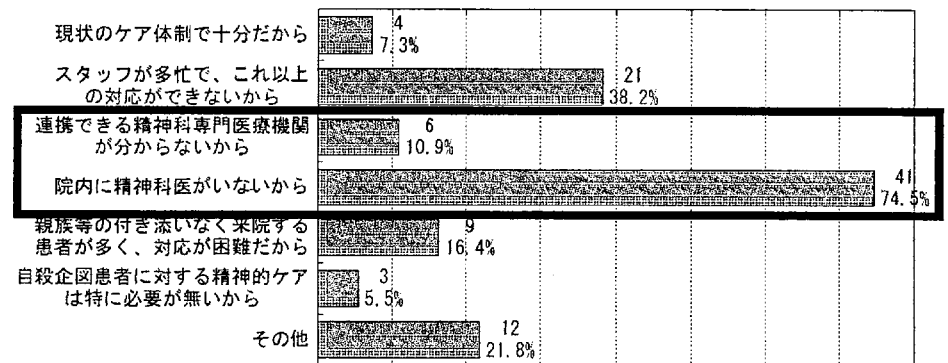
(n=118) (件)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%



(n=55) (件)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%



**一般救急と精神科との連携が求められている**

※複数回答

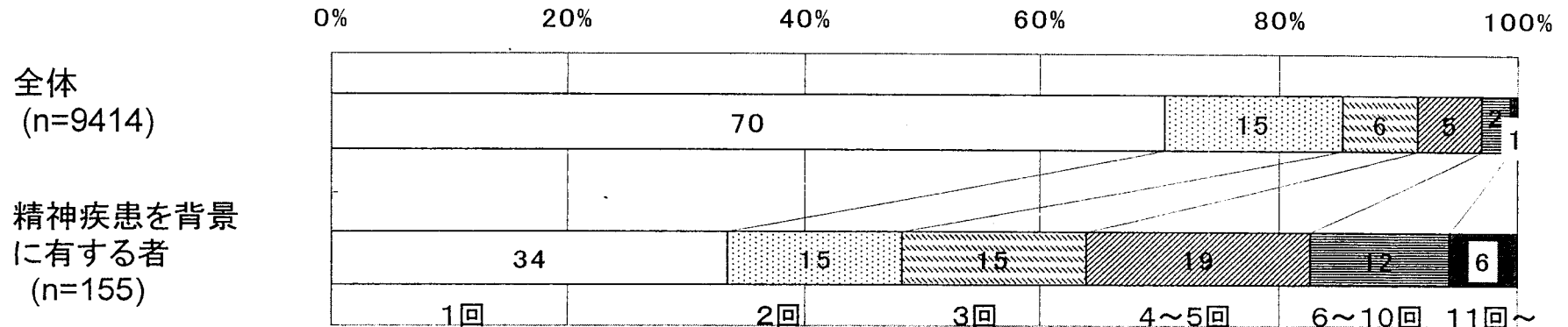


# 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

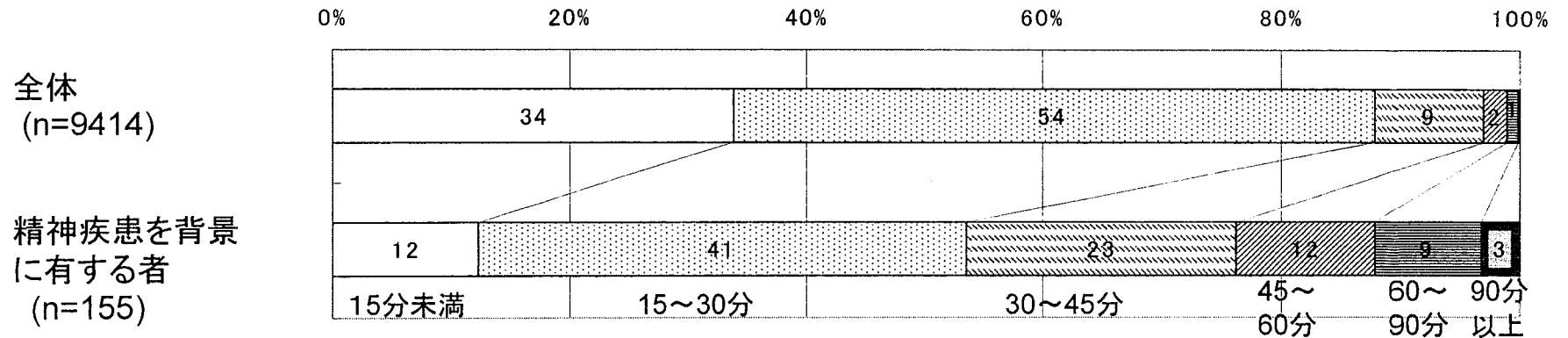
○調査対象:

平成20年12月16日(火) 8:30~22日(月)8:29 に東京消防庁管内で救急搬送した全事案(転院搬送除く)  
計9,414件

**図1. 医療機関に受入の照会を行った回数:**



**図2. 現場滞在時間**



## 消防機関と医療機関の連携のあり方について

### 《背景》

- ・ 救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を円滑に実施することが、重要な課題となっていること。
- ・ 救急搬送において受入医療機関の選定が困難である事案(選定困難事案)が社会問題化していること。

円滑な救急搬送・受入体制を構築することは、国民の安心・安全に関わる問題であり、消防と医療の連携体制を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくしていくことが喫緊の課題

### 対策1 救急搬送・受入れに関するルールの方策

- 救急搬送・受入れを円滑に実施するために、救急搬送・受入れに関するルールを都道府県が調整し策定すること。
- 救急搬送・受入ルールとして、以下のものが考えられること。
  - ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
  - ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
  - ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
  - ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

### 対策2 救急搬送・受入れに関する組織の設置

- 搬送を行う消防機関と受入れを行う医療機関の連携し、協議を行うための組織を設置すること。
- この組織は、消防機関、医療機関の他、行政関係者や関係団体等が参画することとし、救急搬送・受入れの実施に関するルール作りのための協議や、救急業務に関する調査や検証などの連絡調整を行う役割を担うこと。

※ メディカルコントロール協議会等の、既存の協議会等がある場合には、その活用を図ることがより効率的で実効性が高いと考えられる。

## 消防法の一部を改正する法律案の概要 〈消防と医療の連携の推進〉

### 《背景》

- 救急搬送において、搬送先医療機関が速やかに決まらない事案があること。
- 救急隊が現場に到着してから傷病者を病院に収容するまでの時間が延びていること。(平成9年:19.9分→平成19年:26.4分)



消防機関と医療機関の連携を推進するための仕組み及び救急搬送・受入れの円滑な実施を図るためのルールが必要

### 《改正概要》

#### 1 救急搬送・受入れに関する協議会の設置

- 都道府県に、傷病者の搬送・受入れの実施基準についての協議及び実施基準に基づく傷病者の搬送・受入れの実施に係る連絡調整を行う協議会(消防機関、医療機関等で構成)を設置すること。
- 協議会は都道府県知事に対し、実施基準や傷病者の搬送・受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べるができること。

#### 2 救急搬送・受入れの実施基準の策定

- 都道府県が傷病者の搬送・受入れの実施基準を策定し、公表すること。

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト
- ② 消防機関が①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において、傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準

等

# 協議会

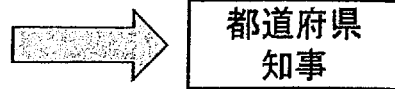
## 都道府県に設置

### ○ 構成メンバー

- ・ 消防機関の職員
- ・ 医療機関の管理者又はその指定する医師
- ・ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者
- ・ 都道府県の職員
- ・ 学識経験者等(都道府県が必要と認める者)

### ○ 役割

- ・ 傷病者の搬送及び受入れの実施基準に関する協議
- ・ 実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整(調査・分析など)



意見具申

- ・ 実施基準
- ・ 搬送・受入れの実施  
に関し必要な事項



協力要請

- ・ 資料提供
- ・ 意見表明

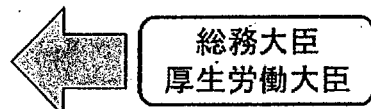
# 実施基準

## 都道府県が策定・公表

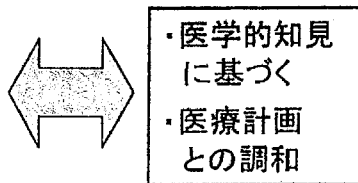
- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準

等

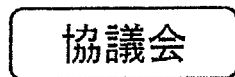
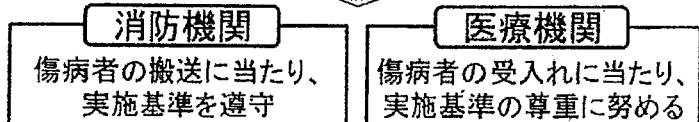
※ 都道府県の全域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。



情報提供等の援助



基準策定時に意見聴取



# 医療連携体制を構築し医療計画に明示 【医療法第30条の4第2項第2号】

## 4 疾病

(同項第4号に基づき省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項



<医療法施行規則第30条の28>

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

## 5 事業[=救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
  - 災害時における医療
  - へき地の医療
  - 周産期医療
  - 小児医療(小児救急医療を含む)
- 
- 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

## 精神科医療の医療計画上の位置づけ

### 医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号)(抜粋)

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

2 事業ごとに配慮すべき事項

(一) 救急医療において、…(略)…。精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。

### 医療計画について(平成19年7月20日厚生労働省医政局長通知)(抜粋)

(別紙) 医療計画作成指針

第3 医療計画の内容

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

4疾病5事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認められる医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

(1) 精神保健医療対策

① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割

② 精神科救急医療(重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等)

③ うつ病対策(性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等)に関する取組

④ 精神障害者の退院の促進に関する取組

⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組

(2) 障害保健対策

障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組

(3) 認知症対策

① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制

② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制

疾病又は事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日厚生労働省医政局指導課長通知)(抜粋)

救急医療の体制構築に係る指針

第1 救急医療の現状

1 救急医療を取り巻く状況

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり、精神疾患、身体疾患ともに入院医療を要する程度のは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。

2 救急医療の提供体制

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療は、平成7年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制等による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきた。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに、休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連絡調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要がある。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要がある。

さらに、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要がある。

# 課題と検討の方向 ①精神科救急医療体制の確保

## 課題

- 現在の精神科救急医療体制整備事業においては、地域の実情に合わせたシステム整備を規定しているが、精神科救急情報センターの整備や、医療機関の受入態勢の確保、システムの周知・活用等が不十分な地域がある。

## 検討

- 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療について、地域の精神科医療施設が自ら役割を担うとともに、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保を図るべきではないか。
- 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモニタリングを行い適切にシステムを運用するよう、国が指標を設定し評価を行うべきではないか。更に、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れたシステムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図ってはどうか。
- 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機能評価を行い、機能の向上を図るべきではないか。そのための指標の作成を、学会等と連携して進めるべきではないか。

## 考えられる評価指標の例

### 【精神科救急医療システム】

- 精神科救急情報センターの設置  
一般への連絡先の公表、24時間対応
- 24時間精神医療相談の実施状況
- 常時対応型施設での患者受入状況
- 病院群輪番施設での患者受入状況 等

### 【常時対応型施設】

- 措置入院患者等の受け入れ状況
- 在宅移行率
- 行動制限量
- 情報公開やピアレビューの実施 等



## 課題と検討の方向 ② 一般救急と精神科救急の連携

### 課題

- 精神科救急と一般救急との連携が十分ではなく、特に身体合併症を有する精神疾患患者の診療体制の確保が困難である。
- 救急搬送においても、精神疾患を有する患者の医療機関への受入態勢が課題となっている。
- 精神・身体合併症を有する救急患者の適切な医療体制の確保は、自殺予防対策のためにも重要である。

### 検討

- 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び医療関係者への周知を図るべきではないか。
- 救急搬送・受入に関する消防機関・医療機関等の関係者の協議会を設置するための消防法改正法案が提出されていることを踏まえ、救急搬送患者の地域における受け入れルールの策定に、精神・身体合併症患者も対象とするよう促すことについて検討するべきではないか。
- 精神病床の身体合併症に対する対応力を大幅に向上させるとともに、総合病院精神科の確保や機能強化を重点的に行うべきではないか。(別途検討予定)

第15回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年3月26日

資料3

# ケアマネジメント・ACTについて

【これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)より】(抜粋)

(医療・福祉の総合的な提供)

緊急時の相談支援やケアマネジメント機能の充実、訪問看護等在宅医療の充実を踏まえて、精神症状が持続的に不安定な患者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべきではないか。

# ケアマネジメント

## 〈ケアマネジメントとは〉

福祉・医療・保健・就労・教育など、人々の生活ニーズと、地域にあるさまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法。

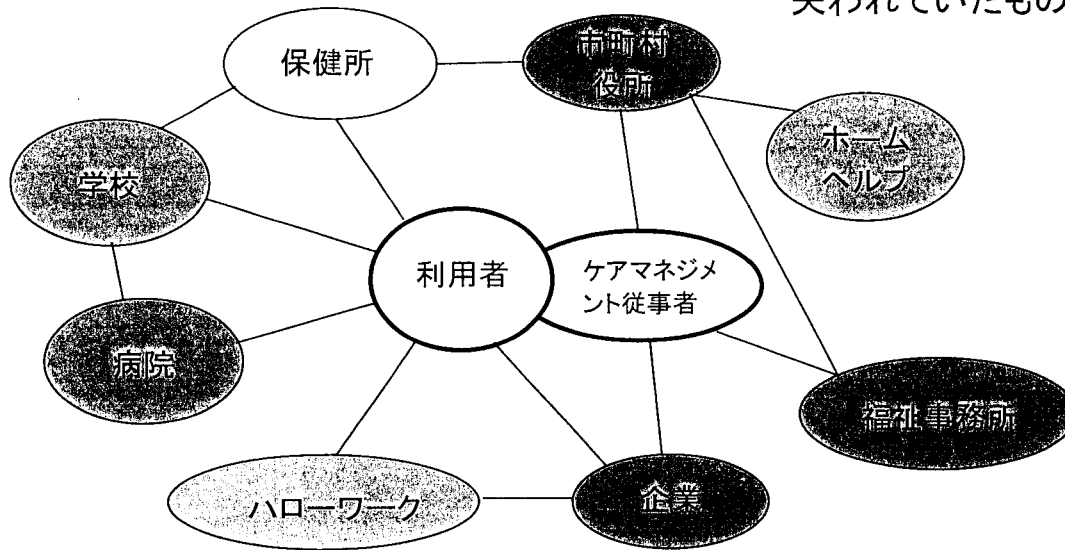
## 〈ケアマネジメントの目的〉

### 「ノーマライゼーションの実現」

○ 障害をもつ人を特別扱いするのではなく、全ての人間がともに地域社会の一員として、普通の生活を送るのが当たり前であるという考え方。

### 「リカバリー（回復）」

○ 希望、権利、役割、尊厳、などの、障害によって失われていたものを取り戻すこと。



利用者を中心としたケアマネジメント  
(※参考資料を一部改変し学校、企業を追加)

参考資料:平成16年度厚生労働科学研究補助金、精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究、「精神障害者ケアガイドライン」. 主任研究者:高橋清久

# 精神障害者の現状

(総患者数 約303万人:平成17年患者調査)

精神科病院 約32万人

措置入院  
2,276人

医療保護入院  
118,069人

任意入院  
202,231人

その他入院  
1,759人

(H17. 6月末現在:精神・障害保健課調)

精神障害者社会復帰施設(入所)

生活訓練施設、入所授産施設入所者 : 5,085人  
(平成18年 社会福祉施設等調査)

退院患者 30,498人/月  
新規入院患者 31,501人/月  
(H17. 6:精神・障害保健課調)

精神障害者  
保健福祉  
手帳所持者

404,883人  
(平成18年度末  
現在)

地域

住

自宅(持家・借家)

グループホーム : 7,955人

福祉ホーム:

2,964人 (H18 社会福祉施設等調査報告)

ケアホーム:

2,604人 (国保連データ速報(H19.12))

生活

訪問サービス

居宅介護 : 18,209人  
重度訪問介護 : 5人  
行動援護 : 7人  
重度障害者等包括支援: 0人  
(国保連データ速報(H19.12))

訪問看護

約11,000人  
(精神通院医療関係  
レセプト推計/月)

精神通院医療

約117万人  
平成18年度支給認定者数  
(精神・障害保健課調)

短期入所

489人  
(国保連データ速報(H19.12))

活動

雇用 1.3万人

(H15 障害者雇用実態調査)

職業訓練(平成18年度定例業務統計)

障害者職業能力開発校入校者数 57人  
一般の職業能力開発校入校者数 83人  
委託訓練受講者数 1258人

就労訓練・日中活動

(新体系サービス)

生活介護 384人  
自立訓練(機能訓練): 5人  
自立訓練(生活訓練): 1,443人  
就労移行支援: 2,152人  
就労継続支援(A型): 562人  
就労継続支援(B型): 8,796人  
(国保連データ速報(H19.12.))

(旧体系サービス)

通所授産施設: 7,698人  
福祉工場: 4,111人  
小規模通所授産施設: 9,112人  
(H18 社会福祉施設等調査報告)

デイ・ケア等

(H17. 6 精神・障害保健課調)

精神科デイ・ケア 62,461人/月

精神科デイ・ナイト・ケア 9,869人/月

精神科ナイト・ケア 2,367人/月

相談支援

全市町村で実施 (自立支援協議会設置市町村数:50%)

精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進に向けて  
「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(中間まとめ)」より抜粋

平成20年11月20日

(相談支援体制の充実強化)

- 精神障害者が病院等から地域生活に移行し、安心して地域生活を営んでいけるよう、総合的な相談を行う拠点的な機関の設置等、地域における総合的な相談支援体制を充実すべき。

(ケアマネジメント機能の拡充)

- 精神障害者に対する、医療サービスも含めた総合的なケアマネジメント機能を充実する観点から、サービス利用計画作成費について、病院等から地域生活への移行や地域での自立した生活を営むことを目指す者を含め、その対象者を拡大するなど、充実を図るべき。
- 精神障害者本人による自己選択、自己決定を尊重しつつ、個々の精神障害者の状況に応じたケアマネジメントが促進されるよう、サービス利用計画作成手続について、現在支給決定後に作成することとなっている取扱いを見直すとともに、作成後においても、継続的にモニタリングを実施する仕組みとすべき。

# 社会保障審議会障害者部会・報告の概要より抜粋

平成20年12月16日

## 1. 相談支援

- 地域の相談支援体制の強化や質の向上。相談支援の拠点的機関の設置。
- サービス利用計画作成の対象者をすべての障害者に拡大するとともに、ケアマネジメントに基づいて市町村が支給決定する仕組みを導入。

# ACTの基本的構造

- 頻回の在宅訪問、生活の場での協働作業など、アウトリーチを主体とする
- 看護師・PSW・OT等の多職種がチームを形成する
- 関係作りから、心理教育、服薬自己管理の支援、危機介入、スキルトレーニング、日常生活自己管理の支援、社会資源の活用への支援、家族支援、就労支援など、多彩なサービスを提供する
- チーム精神科医がおり、利用者の処方、危機介入などを、チームと密なコミュニケーションをとりながら行う
- 24時間週7日対応を原則とし危機介入にも対応する
- ケアマネジメントの手法を用い、包括的なケアプランを作成し、利用者のニーズに合致したサービス提供を心がける。



# ACTのサイズ、対象者

- ACTの標準のサイズは、7～10人のスタッフで、70～100人の利用者の支援
  - 夜間や休日のオンコール体制を組む必要
  - ケースロードは1:10程度を基本
- ACTの対象者は精神科医療のheavy userである
  - 18歳～65歳程度
  - 主診断:統合失調症、双極性障害、重症うつ病等「重度かつ継続する」障害をもつもの。
  - オフィスから車で30分以内ていどのキャッチメントエリア
  - 過去2年間の間に複数回の精神科入院歴(たとえば2回以上)、あるいは一定日数以上の入院日数(たとえば100日以上)
  - 生活機能のレベルが一定以下(過去1年間の最高GAFが50以下)、あるいはホームレス、医療中断、自傷他害の恐れなど、社会生活を維持する上での大きな困難をかかえていること

# 市川モデル(ACT-J)

- 《設立主体》 NPO法人立訪問看護ステーション
- 《チーム構成》ステーションに、看護師3、作業療法士3（1人は就労支援）、精神保健福祉士1
- 《チーム精神科医》国府台病院所属の精神科医1名…主治医担当,密接なコミュニケーション
- 《入り口》 国立国際医療センター国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所
- 《出口》 地域のケアマネジメント・チーム、国府台病院訪問看護、
- 《財源》 訪問看護ステーション収益、県モデル事業（精神保健福祉士人件費）、寄付など

# 京都モデル(ACT-K)

- 《設立主体》訪問型診療所、訪問看護ステーション、NPO法人
- 《チーム構成》精神保健福祉士5、薬剤師1(以上、診療所)、看護師4、作業療法士1(以上、ステーション)
- 《チーム精神科医》診療所医師
- 《入り口》保健所、福祉事務所、地域の精神科診療所
- 《出口》 地域の精神科診療所？
- 《財源》訪問型診療所収益(医師訪問、精神科訪問看護、訪問薬剤管理指導)、訪問看護ステーション収益

# 岡山モデル(ACT-おかやま)

- 《設立主体》精神保健福祉センター
- 《チーム構成》常勤スタッフ1、非常勤スタッフ5(精神保健福祉士、作業療法士、看護師(保健師)、臨床心理士)
- 《チーム精神科医》精神保健福祉センター医師
- 《入り口》保健所、市町村、地域活動支援センター(危機介入)、精神科病院(退院促進)
- 《出口》通院医療機関、地域資源(安定した医療供給、生活支援)
- 《財源》県費

## ACTの効果についての研究成果の論文数

効果  
有り

調査項目	良好	不変	悪化
入院期間の短縮	4	8	0
地域生活の安定	9	2	1
患者の満足度	6	1	0
症状の軽減	8	8	0
QOLの向上	7	6	0
家族の満足度	2	2	0
服薬管理の向上	2	2	0
社会適応(役割等)の向上	3	11	0
職業的機能の向上	3	5	0

出典：K.Muserらによるレビュー論文(コントロール群をおいたACT,ICMの効果判定)を一部改変。  
 (Mueser KT et. Models of Community care for severe mental illness : a review of research on  
 case management, Schizophr Bull, 1998; 21(4): 37-74)

## 現状及び課題

- 障害者自立支援法の見直しに併せ、サービス利用計画作成費の対象者の拡大等を行い、相談支援の拡充を図ることとしている。
- 精神障害者の利用するサービスは、障害福祉、保健医療、就労支援等の多岐にわたっている。利用者の状況によっては、障害福祉サービスを中心に利用する場合や、医療サービスを中心に利用する場合もある。
- 病状が特に不安定な精神障害者については、状態の変化を把握して、極めて迅速に医療サービス等の実施に反映することが求められる。
- 重症精神障害者の地域生活を支える仕組みとして、ACTが提唱されており、国内でもモデルとなる取り組みが行われている



- これらを踏まえ、精神障害者の様々な状況に応じて、適切にマネジメントを行うことができる体制の確立が求められる。その際、サービス提供事業者からの中立性にも配慮が必要である。

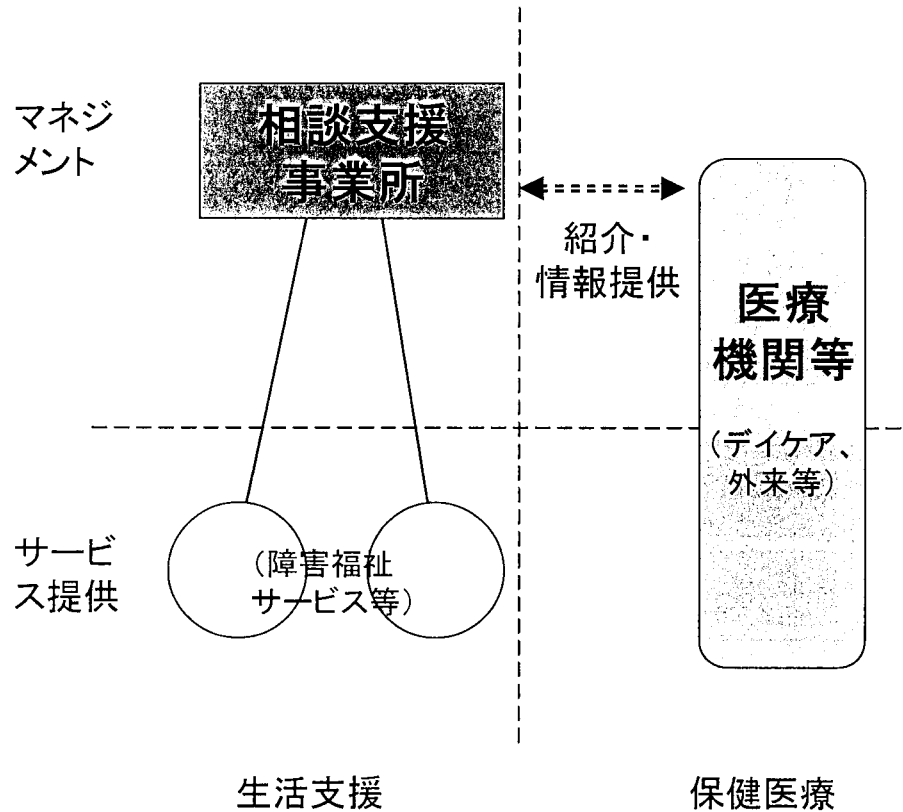
## 検討の方向

- 精神障害者の地域生活支援のための基本的な体制として、指定相談支援事業所が、医療機関と連携を図りつつ、マネジメントを実施する体制の確立が求められる。
- 入院を繰り返す者等、重症の精神障害者の地域生活支援に当たっては、訪問看護ステーション等がマネジメント又はその一部を担うとともに、多職種が連携することにより、精神障害者の状態の変化に応じて、迅速かつ適切に支援できる仕組みとするべきではないか。
- 中でも、極めて重症な者については、重点的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築を図るべきではないか。このような支援の対象者は、受診中断者や未受診者など、危機介入を行うべき対象者とも重複することから、危機介入の体制と連続性のある、もしくは一体的な仕組みとするべきではないか。
- これらの仕組みの導入に当たっては、具体的な体制のあり方について検討するとともに、対象者の明確化を図るべきではないか。

# マネジメント体制の例

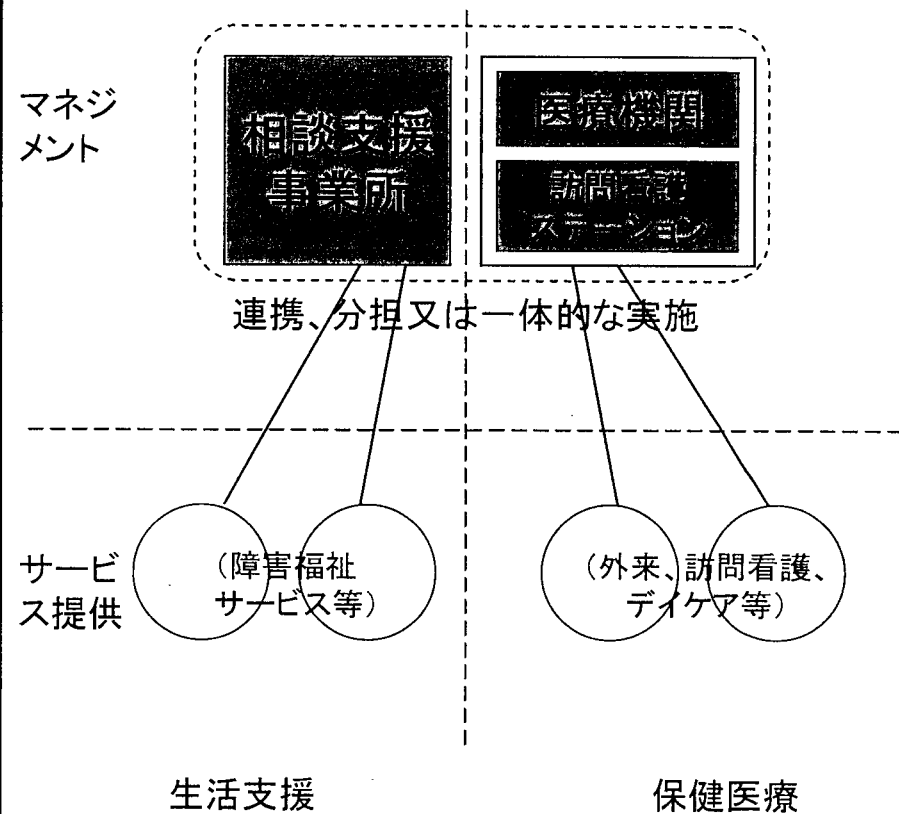
精神障害者の重症度、状態の安定性、利用するサービスの種類等により、適切なサービス提供及びマネジメントの体制を構築することが求められる。

(例1)



障害福祉サービス等の利用については、相談支援事業所によりマネジメントを行うと共に、定期的な通院等の医療サービスを行う医療機関等との間で、互いに情報提供を行う。

(例2)

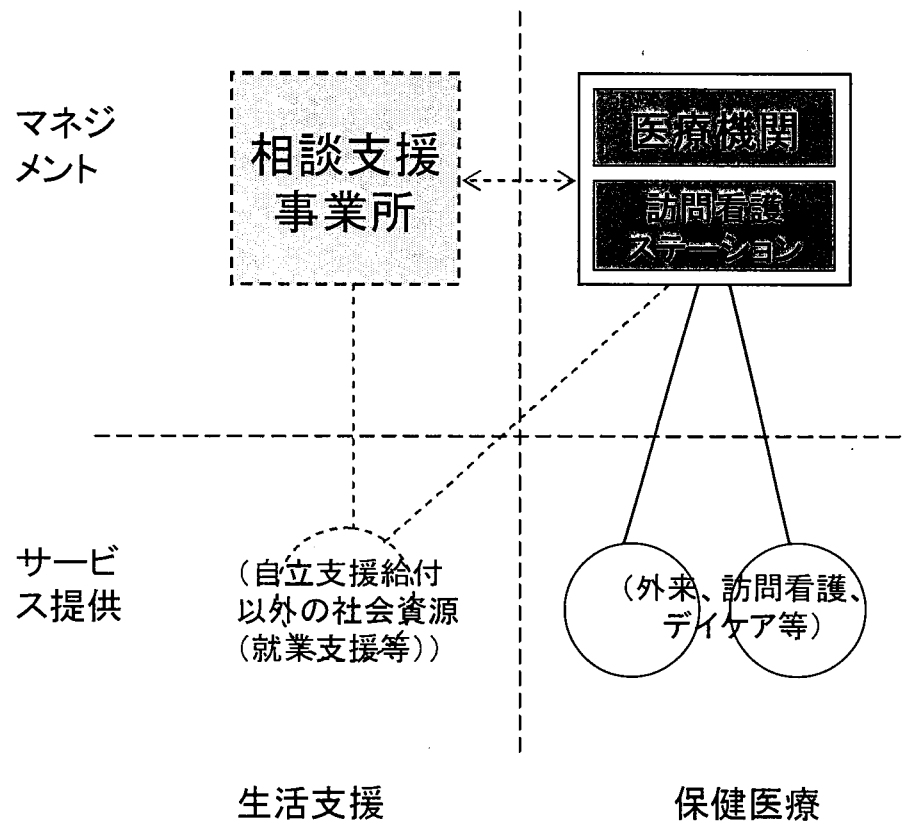


相談支援事業所と、医療機関・訪問看護ステーションが連携し、生活支援・保健医療の各サービスのマネジメントを行う。連携の方法と密度には、様々な場合が考えられる(医療機関が相談支援事業所を兼ねる、医療機関がモニタリングを行い相談支援事業所が計画作成を行う等)。



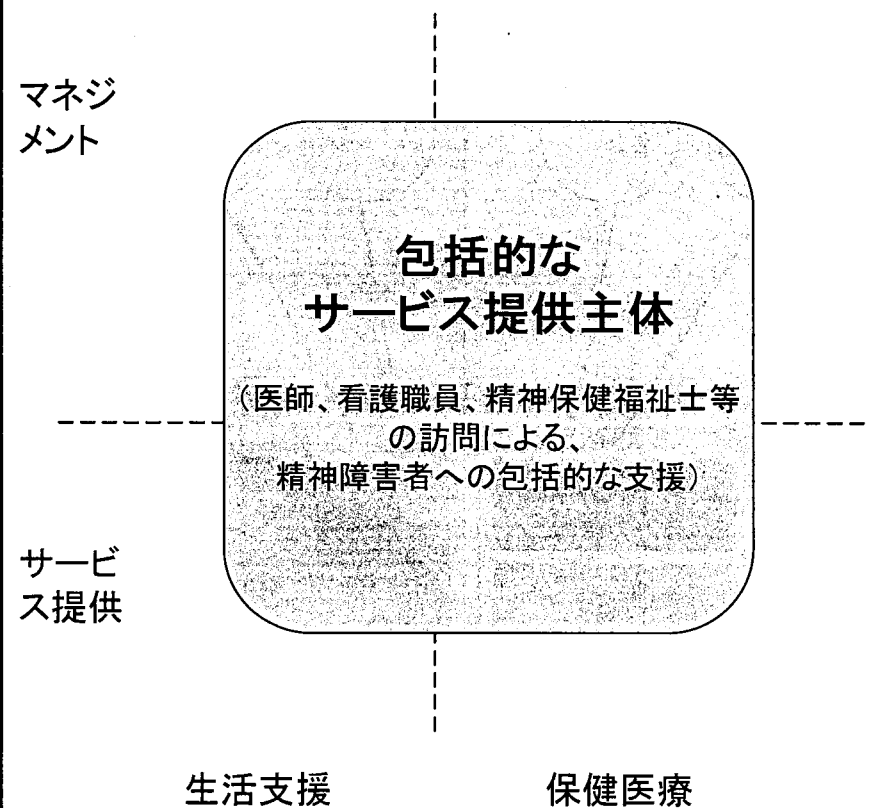
# マネジメント体制の例

(例3)



主として訪問看護等の医療サービスについて、医療機関・訪問看護ステーションがマネジメントを行う。

(例4)



訪問サービスを包括的に行う事業所において、生活支援・保健医療にわたるマネジメント及びサービス提供を一体的に実施する。

# 危機介入について

# 地域における重症の精神疾患患者の危機介入と継続支援のための主な制度

## 1. 強制力を伴わないもの

### ◆訪問指導

○保健所等の精神保健福祉相談員及び保健師等が、本人又は家族の同意のもとに自宅を訪問し、受診の勧奨又は医療・服薬継続の重要性等について、本人又は家族に相談指導を行う。(※危機介入的な訪問など保健所長等が必要と認めた場合にも実施できることとされている。)

○地域保健活動の一環として、都道府県等が実施。

## 2. 強制力を伴うもの

### ◆措置入院

○医療及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると指定医(2名)が認めた場合に、都道府県知事が患者を入院させることができる制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

### ◆34条移送

○指定医の診察により、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある者で、本人が入院の必要性を理解できない場合に、保護者の同意のもと、医療保護入院又は応急入院をさせるために精神科病院(応急入院指定病院)に移送する制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

## 3. 基盤整備や調整を行うもの

### ◆精神科救急医療体制整備事業

○精神科救急情報センターが、精神障害者又は保護者等からの相談窓口となり医療機関の紹介を行うほか、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく移送を適正かつ円滑に実施するために精神保健指定医、応急入院指定病院等と連絡調整を実施。

○各医療機関は常時対応施設・輪番施設等としての役割を担い、精神科救急情報センターからの紹介等を受け、救急患者を受け入れ。

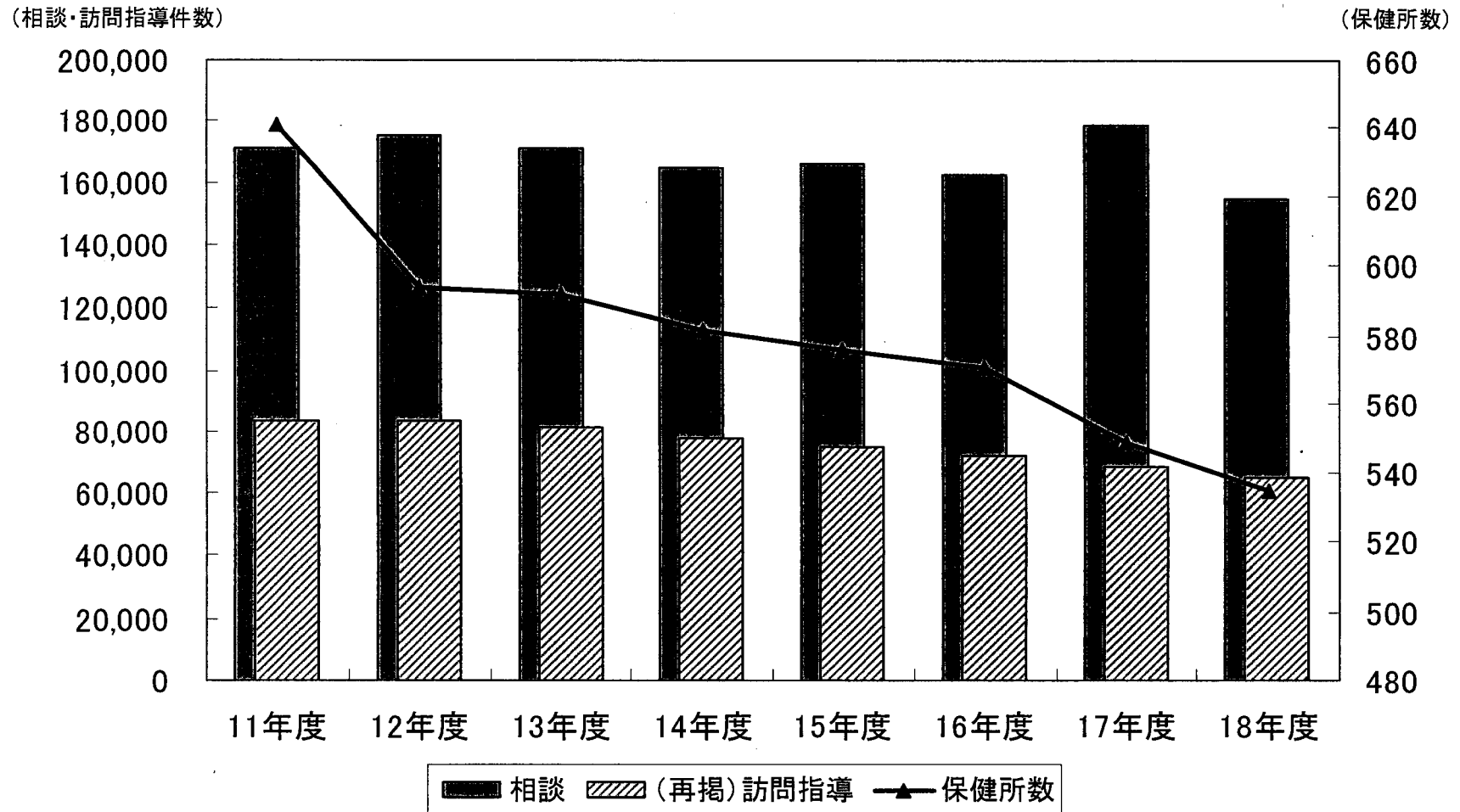
○都道府県等が実施し、国が予算補助を実施。

## 保健所が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員

	保健所数	相談		(再掲)訪問指導			
		実人員	延人員	実人員	延人員	(再)ひきこもり	(再)自殺関連
11年度	641	170,974	556,048	83,173	210,287	—	—
12年度	594	175,166	546,015	83,238	220,157	—	—
13年度	592	171,181	563,425	81,362	214,520	—	—
14年度	582	164,332	553,531	77,401	206,984	—	—
15年度	576	165,844	517,557	74,703	198,798	—	—
16年度	571	162,307	495,942	71,842	185,299	—	—
17年度	549	178,543	484,121	68,500	177,367	4,747	—
18年度	535	154,754	433,124	64,826	164,767	4,670	1,471

※保健所数は、都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区の合計

# 保健所が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員



※保健所数は、都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区の合計

# 保健所が受ける困難事例の内訳

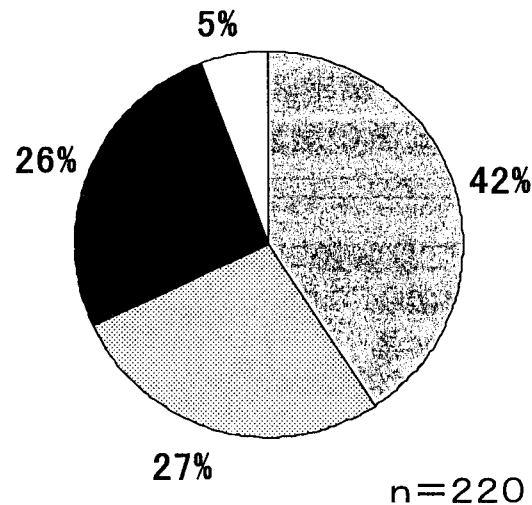
## 保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

## 保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

## 保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

平成19年度厚生労働科学研究  
 障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と  
 機能強化についての精神保健福祉施策研究  
 障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査  
 分担研究者 坪倉繁美

# 【通知】保健所及び市町村における精神保健福祉業務について(抜粋)

平成12年3月31日各都道府県知事・各指定都市長あて 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知、最近改正 平成18年12月22日

## 別紙

### 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

#### 第1部 保健所

##### 第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。以下同じ。)の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

#### 第2 実施体制

##### 2 職員の配置等

精神保健福祉業務を遂行するには、保健所全職員のチームワークが必要である。

この業務を担当するため、医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、事務職等の必要な職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努めること。

#### 第3 業務の実施

##### 6 訪問指導

(1) 訪問指導は、本人の状況、家族環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。

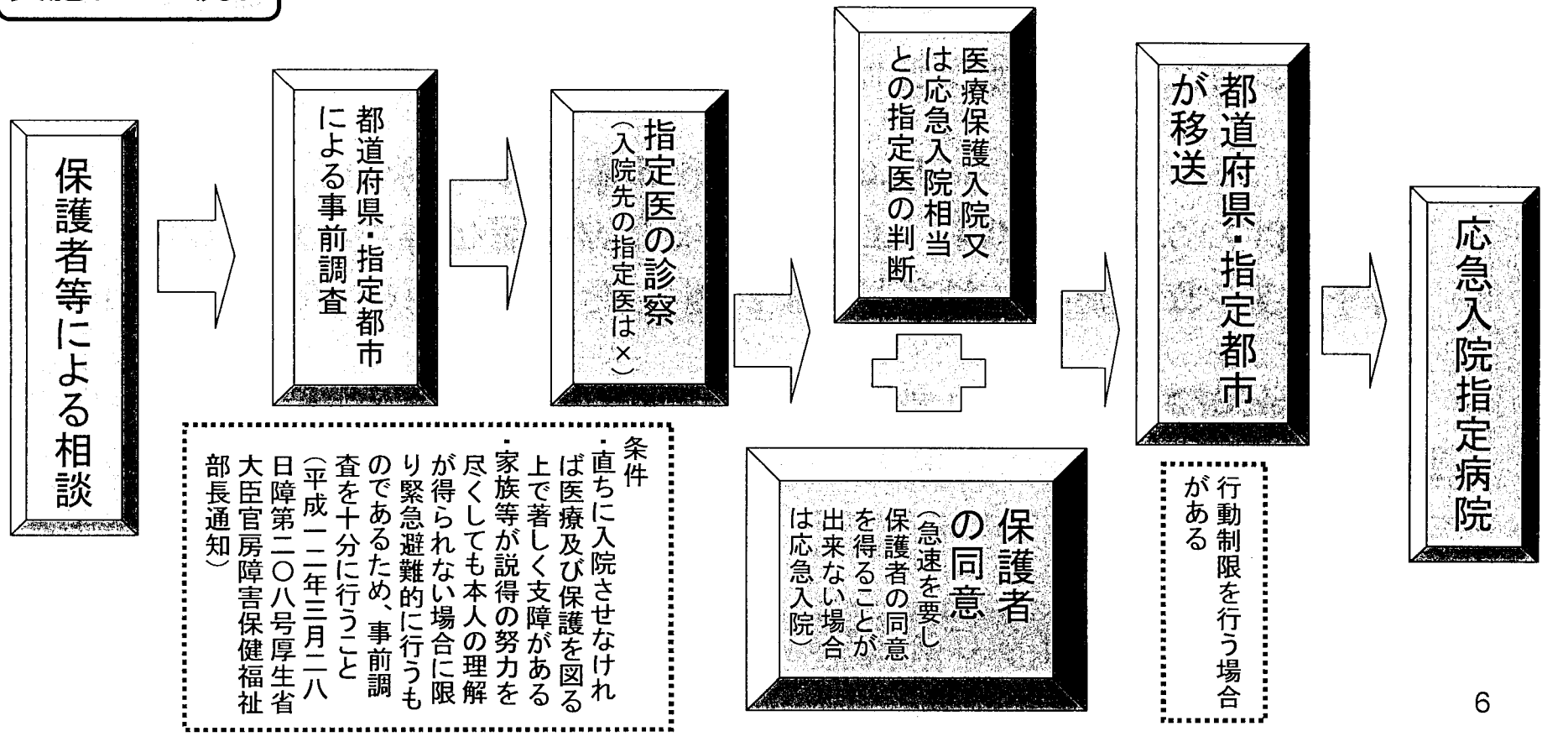
(2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談援助を行う。

# 法第34条に基づく移送について

## 法34条に基づく移送とは

指定医の診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療および保護を図るうえで著しく支障がある精神障害者であって、任意入院が行われる状態ではないと判断された者について、保護者の同意の有無に応じて医療保護入院または応急入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができる制度。

## 実施までの流れ



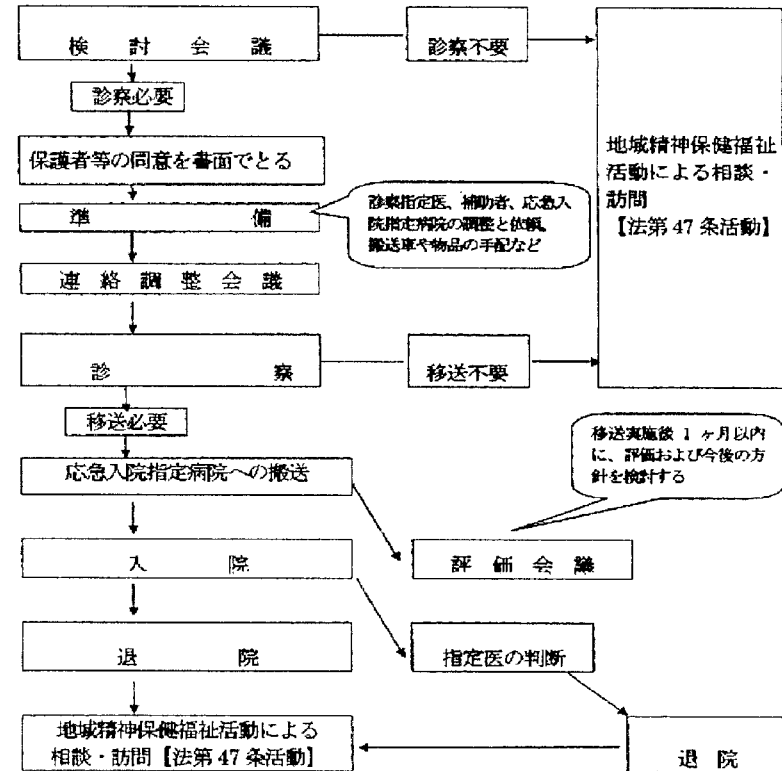
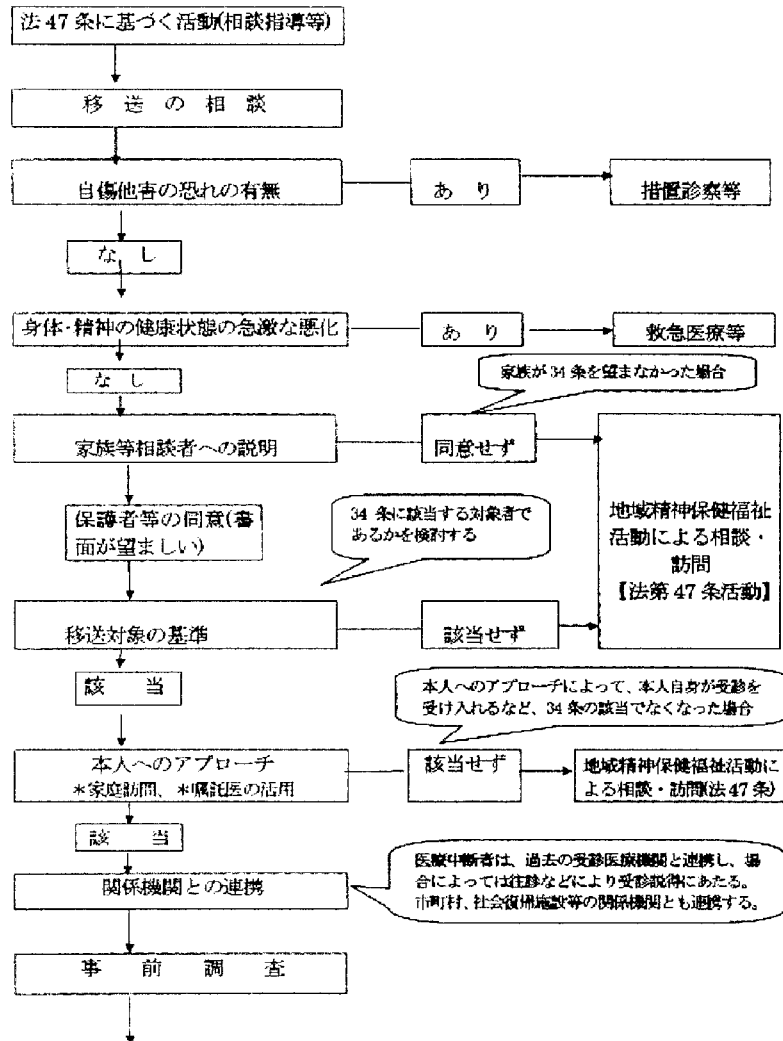


## 法第34条に基づく移送の実績

- 平成19年4月末～20年4月末までの1年間で34条に基づく移送を実施したのは64都道府県・指定都市中28自治体(移送件数は200件)。
- 平成12年の施行時から8年間で移送件数は1,445件となっているが、13自治体で体制の整備がなされておらず、7自治体においては体制は整備されているが、制度創設以来実績がない。
- 実績が少ない理由としては、適用の判断の難しさ、指定医の確保等の実施体制の確保の難しさ等が考えられる。
- 精神科救急医療体制整備事業において移送経費を補助対象としている。(補助率1/2)

# 平成15年度地域保健総合推進事業「精神保健福祉法改正に伴う保健所の対応に関する調査研究」 (精神保健福祉法第34条に基づく移送にかかるマニュアル)

別添1 移送実施フローチャート



注：法29条の2の2の措置入院のための移送、及び、いわゆる「措置流れ」(措置診察により該当せずのケース)の医療保護入院のための移送は除外している。

## 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和二十五年法律第二百二十三号)(抄)

(医療保護入院等のための移送)

- 第三十四条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二條の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたものにつき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三條第一項の規定による入院をさせるため第三十三條の四第一項に規定する精神科病院に移送することができる。
- 2 都道府県知事は、前項に規定する者の保護者について第二十条第二項第四号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合において、その者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三條第二項の規定による入院をさせるため第三十三條の四第一項に規定する精神科病院に移送することができる。
- 3 都道府県知事は、急速を要し、保護者(前項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、その指定する指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二條の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三條の四第一項の規定による入院をさせるため同項に規定する精神科病院に移送することができる。
- 4 第二十九條の二の二第二項及び第三項の規定は、前三項の規定による移送を行う場合について準用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行について  
(平成一二年三月二八日障第二〇八号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)(抄)

第五 緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項

一 医療保護入院のための移送について

都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある精神障害者であってその精神障害のため本人の同意に基づく入院が行われる状態にないと判断されたものにつき、保護者の同意のあるときは、本人の同意がなくても、医療保護入院をさせるため、都道府県知事が応急入院を行うために指定した病院(以下「応急入院指定病院」という。)に移送することができるものとしたこと。

五 移送に関する留意事項について

(一) 移送の実施に当たっては、予算措置を講じて必要な体制整備を図られたいこと。特に、夜間、休日においても迅速に対応するために必要な人員及び車両の確保に万全を期されたいこと。

なお、「精神科救急医療システム整備事業」について、積極的に取り組まれたいこと。

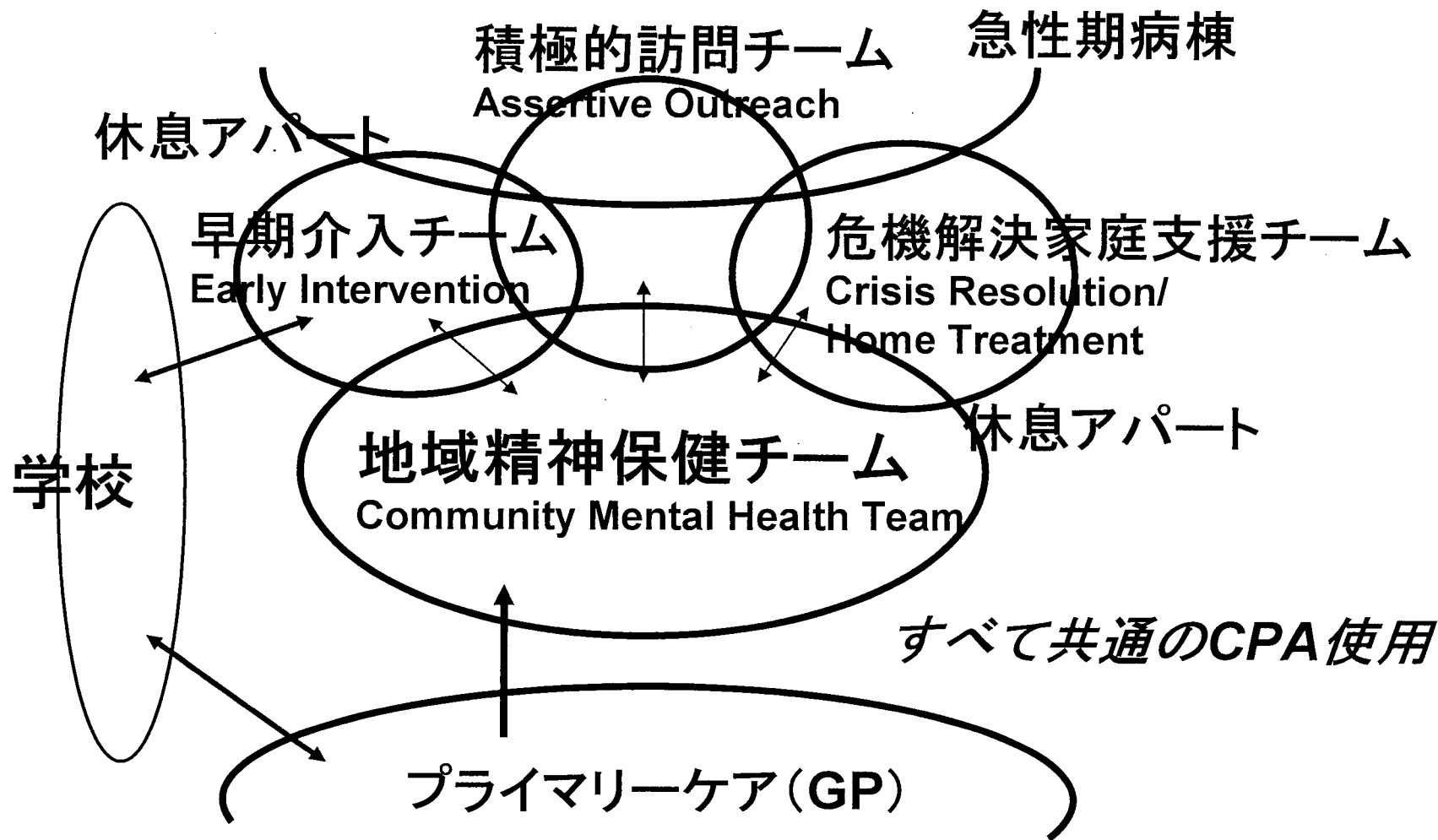
(二) 移送の実施については、別途、本職通知「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」を通知することとしているので参照されたいこと。

(三) 医療保護入院及び応急入院のための移送は、家族等が説得の努力を尽くしても本人の理解が得られない場合に限り緊急避難的に行うものであるため、都道府県知事は、地域保健活動や事前の調査を十分行ったうえで、精神障害者の人権に配慮し、制度の適用について適切に判断することが必要であること。

# 「英国の訪問型保健・診療チーム」

- ・ 成人精神保健
  - 地域精神保健チーム (CMHT)
  - 早期介入チーム (EIT)
  - 積極的アウトリーチ (地域) チーム (AOT/ ACT)
  - 危機解決・家庭支援チーム
  - 急性期入院治療
- ・ 児童・思春期精神保健サービス (CASMHS)
- ・ その他の専門チーム
  - 物質乱用チーム (アルコール & 薬物チーム)
  - 精神療法サービス
  - 摂食障害サービス
  - 自傷サービス
  - 家族介入チーム
  - 支援グループや窓口相談を提供するボランティアや独立したグループ
  - 雇用事業と訓練機構

# イギリス精神保健システム



## 積極的アウトリーチ(地域)チーム

- ・ 地域の重度精神疾患患者の集中的治療とリハビリテーション
- ・ 危機における速やかな援助と長期支援
- ・ 代理人となり他機関(かかりつけ医や社会サービス)と連携する
- ・ 複合的ニーズを有するが精神保健サービスに関わろうとしない人々に特化されたチーム

## 危機解決・家庭支援チーム

- ・ 急性入院治療の代替の役割をする
- ・ 毎日、24時間、多職種チーム(MDT)による評価と治療、家族などケアする人の支援を行う。レスパイトアパートなどを活用する。
- ・ 地域精神保健チームも関わりを継続する
- ・ 初回精神病エピソード患者に最初に関わる人が多い
- ・ 英国には様々なサービスモデルがある



# ACTおかやまー危機介入の状況

## 〈全登録者の状況〉

	新規受理数	継続	終結	累計
平成17年度	16	13	3	16
平成18年度	17	23	7	33
平成19年度	22	40	5	55

(単位:人)

※紹介元は、市町村・保健所の対応困難事例や  
民間診療所・精神科病院など

## 〈支援体制の特徴〉

### ○実地主体

岡山県精神保健福祉センター(包括支援科)

### ○対象者の受理決定及び承認評価機関

(県)精神障害者包括的地域支援検討会議

### ○特徴(意義)

①紹介・支援の公平性

②行政機関とのスムーズな連携

③無報酬支援が可能

④精神保健福祉施策への関与

## 〈危機介入支援の状況〉

H17～20年度の危機介入全件数の状況(介入時のGAF平均値42)

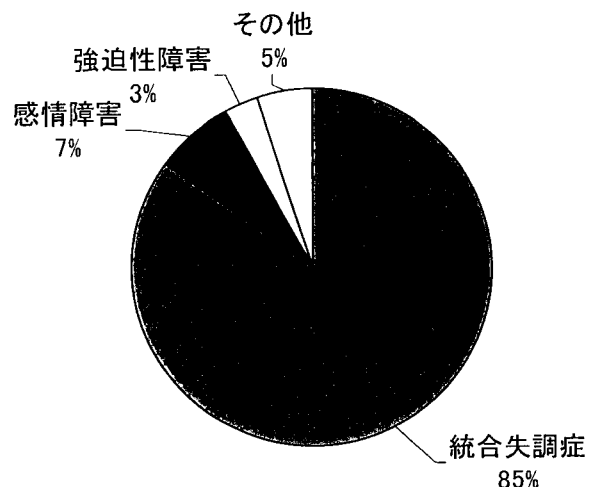
	入院回避	入院判断	計(%)
診療報酬請求不可能	34	11	45(67)
診療報酬請求可能	19	3	22(33)
計(%)	53(79)	14(21)	67

(単位:件)

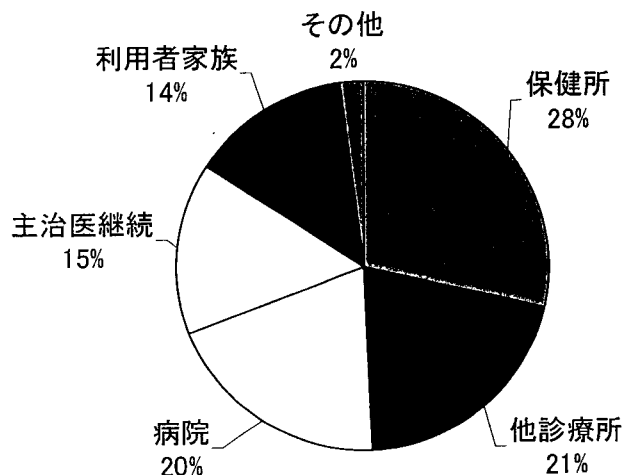
※ACTおかやまでは、週3日以上訪問(医療提供、生活支援)の必要な状況を危機介入と定義

# ACT-K ー危機介入の状況

## 〈診断別〉



## 〈紹介経路〉



## 〈保健所紹介患者の状況〉

※事例数は平成21年2月現在

### 医療中断(13例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題  
例: 弄便・失禁の状態が5年、昏迷状態、とじこもり、迷惑行為、拒絶、家族への攻撃等
- GAF: 1~10(2例)、11~20(4例)、21~30(7例)

### 未治療(10例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題  
例: とじこもり、失禁、暴言・大声、迷惑行為、ゴミ屋敷状態、寝たきり状態、危険行為、拒絶等
- GAF: 1~10(2例)、11~20(6例)、21~30(2例)

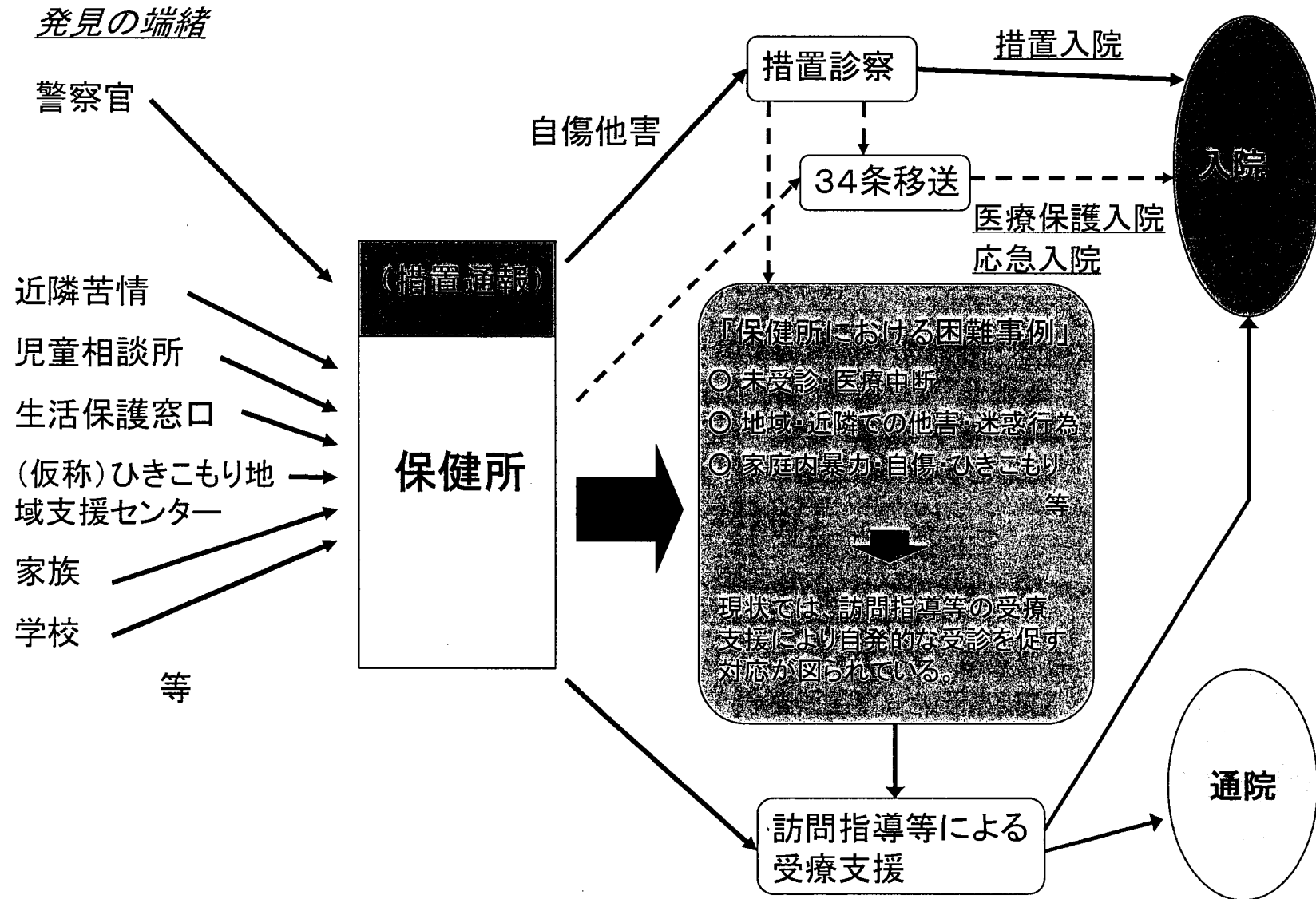
### 転院希望(4例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題  
例: 重症破瓜型、家族の疲弊、放火、とじこもり等
- GAF: 11~20(3例)、21~30(1例)

### 訪問看護希望(2例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題  
例: 家族の病気、頻回の救急車要請等
- GAF: 21~30(2例)

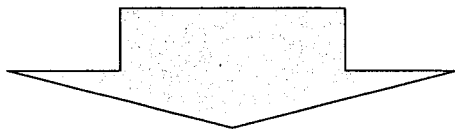
# 地域精神保健における危機介入体制の現状



# 現状及び課題と検討の方向

## 現状及び課題

- 自発的に受療しない重症精神障害者を強制的に受療させる仕組みとしては、その症状に応じ、措置入院や、34条移送等が規定されている。また、これらに該当しない患者に対しては、地域保健活動の中で受療を促す支援等が行われている。
- しかし、措置入院には該当しないものの受療支援に難渋する困難事例や、受診中断により入退院を繰り返す事例等の対応を図るためには、現在行われている地域保健活動よりも積極的な支援・介入方を要するのではないか。



## 検討の方向

- 未受診者や受診中断者が強制入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療を含む支援体制を強化すべきではないか。
- このため、保健所、精神保健福祉センター等、行政機関が機能を一層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入等の支援体制の整備を進めるべきではないか。