

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
(厚生労働省告示第六十五号 平成二十六年三月七日)

前文

精神疾患を発症して精神障害者となると、通院、入院又は退院後に地域生活を行う場面等様々な状況に応じて、精神障害者本人の精神疾患の状態や本人の置かれている状況が変化することとなるが、どのような場面においても、精神障害者が精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として安心して生活することができるようにすることが重要である。

そのような重要性に鑑み、精神障害者の社会復帰及び自立並びに社会経済活動への参加を促進し、精神障害者が社会貢献できるよう、精神障害者の障害の特性その他の心身の状態に応じた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ことが必要である。

これを踏まえ、本指針においては、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者（国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう。）が目指すべき方向性を定める。

本指針は、次に掲げる事項を基本的な考え方とする。

- ① 精神医療においても、インフォームドコンセント（医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意することをいう。以下同じ。）の理念に基づき、精神障害者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害者に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、精神障害者本人の同意なく入院が行われる場合においても、精神障害者の人権に最大限配慮した医療を提供すること。
- ② 精神疾患の発生を予防し、発症した場合であっても早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する知識の普及啓発や精神医療の体制の整備を図るとともに、精神障害者が地域の一員として安心して生活できるよう精神疾患に対する理解の促進を図ること。
- ③ 精神障害者同士の支え合い等を行うピアサポートを促進するとともに、精神障害者を身近で支える家族を支援することにより、精神障害者及びその家族が、それぞれ自立した関係を構築することを促し、社会からの孤立を防止するための取組を推進すること。

国及び地方公共団体は、相互に連携を図りながら、必要な人材の確保と質の向上を推進するとともに、本指針の方向性を実現するため、必要な財源の確保を図る等の環境整備に努め、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者は、本指針に沿った精神医療の提供を目指す。

第一 精神病床の機能分化に関する事項

一 基本的な方向性

- 1 精神医療のニーズの高まりに対応し、入院医療の質の向上を図るため、世界的な潮流も踏まえつつ、我が国の状況に応じて、精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた精神病床（病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。以下同じ。）の機能分化を進める。
- 2 精神病床の機能分化に当たっては、精神障害者の退院後の地域生活支援を強化するため、外来医療等の入院外医療や、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による訪問支援その他の保健医療サービス及び福祉サービスの充実を推進する。
- 3 精神病床の機能分化は段階的に行い、精神医療に係る人材及び財源を効率的に配分するとともに、精神障害者の地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。

また、こうした方向性を更に進めるため、地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について、精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。

二 入院医療から地域生活への移行の推進

- 1 精神病床の機能分化に当たっては、それぞれの病床の機能に応じて、精神障害者が早期に退院するための体制を確保し、精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供すること等により精神障害者の退院の促進に取り組む。
- 2 病院内で精神障害者の退院支援に関わる者は、精神障害者に必要な情報を提供した上で、精神障害者本人の希望等も踏まえながら、できる限り早い段階から地域の相談支援専門員や介護支援専門員等と連携しつつ、精神障害者に対する働きかけを行うとともに、精神障害者が地域で生活するための必要な環境整備を推進する。
- 3 退院後の生活環境の整備状況等を踏まえつつ、入院前に診療を行っていた地域の医療機関等とも連携し、精神障害者に対する入院医療の継続の必要性について、随時検討する体制を整備する。

三 急性期の精神障害者に対して医療を提供するための体制の確保等

- 1 新たに入院する急性期の精神障害者が早期に退院できるよう、手厚く密度の高い医療を提供するための体制を確保する。
- 2 当該体制の確保のため、急性期の精神障害者を対象とする精神病床においては、医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指し、精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 3 救急の外来で受診し、入院した急性期の精神障害者に対して適切な医療を提供できる体制の確保を推進する。

四 入院期間が一年未満の精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保

- 1 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が一年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行い、必要な医療を提供するための体制を確保する。
- 2 当該体制の確保のため、入院期間が一年未満の精神障害者に対して医療を提供する場合には、当該精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。

五 重度かつ慢性的の症状を有する精神障害者に対して医療を提供するための体制の確保

重度かつ慢性的の症状を有する精神障害者について、その症状に関する十分な調査研究を行い、当該調査研究の結果を踏まえて、当該精神障害者の特性に応じた医療を提供するための体制を確保する。

六 重度かつ慢性的の症状を有する精神障害者以外の、入院期間が一年以上の長期入院精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保等

- 1 重度かつ慢性的の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、本指針の適用日時点で一年以上の長期入院をしているものについては、退院支援や生活支援等を通じて地域移行を推進し、併せて、当該長期入院精神障害者の状態に合わせた医療を提供するための体制を確保する。
- 2 当該体制の確保のため、重度かつ慢性的の症状を有する精神障害者以外の精神障害者であって、本指針の適用日時点で一年以上の長期入院をしているものに対して医療を提供す

る場合においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による退院支援等の退院の促進に向けた取組を推進する。

- 3 当該長期入院をしている者に対しては、原則として行動の制限は行わないこととし、精神科病院内での面会や外出支援等の支援を通じて、障害福祉サービスを行う事業者等の外部の支援者との関係を作りやすい環境や、社会とのつながりを深められるような開放的な環境を整備すること等により、地域生活に近い療養環境の整備を推進する。

七 身体疾患を合併する精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保

- 1 身体疾患を合併する精神障害者については、身体疾患を優先して治療すべき場合や一般病床に入院しているときに精神症状を呈した場合等において、精神科以外の診療科と精神科リエゾンチーム（精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種からなるチームをいう。）等との連携を図りつつ、身体疾患を一般病床で治療することのできる体制を確保する。
- 2 総合病院における精神科の機能の確保及び充実を図りつつ、精神科においても身体合併症に適切に対応できる体制を確保する。

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

一 基本的な方向性

精神障害者の地域生活への移行を促進するとともに、精神障害者が地域で安心して生活し続けることができるよう、地域における居住環境及び生活環境の一層の整備や精神障害者の主体性に応じた社会参加を促進するための支援を行い、入院医療のみに頼らず精神障害者が地域で生活しながら医療を受けられるよう、精神障害者の急性増悪等への対応や外来医療の充実等を推進することにより、精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保する。

二 外来・デイケア等を利用する精神障害者に対する医療の在り方

- 1 精神障害者が、外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、病院及び診療所における外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- 2 精神障害者が地域で安心して生活し続けることができるよう、生活能力等の向上に向けた専門的かつ効果的なりハビリテーションを外来・デイケア等で行うことができる体制の確保を推進する。

三 居宅等における医療サービスの在り方

- 1 アウトリーチ
ア 病院及び診療所において、アウトリーチ（医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる訪問支援をいう。以下同じ。）を行うことのできる体制を整備し、受療が必要であるにもかかわらず治療を中断している者（以下「受療中断者」という。）、長期間入院した後に退院したが、病状が不安定である者等が地域で生活するために必要な医療へのアクセスを確保する。
- 2 訪問診療・訪問看護
ア 精神障害者の地域生活を支えるため、通院が困難な精神障害者等に対する往診や訪問診療の充実を推進する。
イ 精神科訪問看護による地域生活支援を強化するため、病院、診療所及び訪問看護ステーションにおいては、看護職員、精神保健福祉士等の多職種による連携を図るとともに、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを担う職種の者との連携を図る。

四 精神科救急医療体制の整備

- 1 二十四時間三百六十五日対応できる医療体制の確保
ア 都道府県は、在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科病院と地域の精神科診療所との役割分担の下、地域の特性を活かしつつ、患者に二十四時間三百六十五日対応できる精神科救急医療のシステムの整備や精神医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進する。
イ 地域の特性を活かしつつ、精神科診療所間又は精神科救急医療を行う病院間の輪番等に協力することにより夜間・休日における救急診療を行う等、精神科診療所の医師が救急医療に参画できる体制の整備を推進する。
 - 2 身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保
ア 身体疾患を合併する精神障害者に係る救急の対応については、当該精神障害者の身体疾患及び精神疾患の状態を評価した上で、両疾患のうち優先して治療すべき疾患に対応できる救急医療機関が患者を受け入れるとともに、身体疾患の治療を優先した場合には、精神科の医療機関が当該患者に係る精神疾患の治療の後方支援を行い、精神疾患の治療を優先した場合は、身体疾患の治療を行うことができる医療機関が当該患者に係る精神疾患の治療の後方支援を行う体制を構築する。
イ 都道府県は、精神科救急医療機関と他の医療機関の連携が円滑に行われるよう、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する。
ウ 都道府県は、身体疾患を合併する精神障害者に対応するため、精神医療に関する相談窓口や精神科救急医療に関する情報センターの整備等に加え、医療機関が当該患者を速やかに受け入れられるよう、身体疾患を合併する精神障害者の受入体制を確保する。
エ 精神科及び身体疾患に対応する内科等の診療科の両方を有する医療機関においても、身体疾患を合併する精神障害者に対応できる体制の充実を図る。
 - 3 評価指標の導入
精神科救急医療機関は、他の医療機関との相互評価等を行い、提供する医療の質の向上を推進する。
- #### 五 他の診療科の医療機関との連携
- 1 精神科外来等において身体疾患に対する医療提供の必要性が認められた場合は、精神科の医療機関と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する。
 - 2 鬱病等の気分障害の患者、認知症の患者等は、内科医等のかかりつけ医が最初に診療する場合もあることから、鬱病等の気分障害の患者、認知症の患者等の早期発見・治療のため、かかりつけ医の診療技術等の向上に努め、また、かかりつけ医と精神科の医療機関の連携を強化する。
- #### 六 保健サービスの提供
- 保健所や精神保健福祉センター等における相談支援及び訪問支援を通して、地域の病院及び診療所が連携・協力しつつ、精神障害者が早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備を推進するとともに、関係機関の連携を進める。
- #### 七 福祉サービスの提供等
- 1 精神障害者が地域で福祉サービスを受けながら適切な医療を受けることができるよう、医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者、介護サービス事業を行う者等の連携を進める。
 - 2 地域移行・地域定着支援サービス（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する

ための法律（平成十七年法律第二百二十三号。以下「障害者総合支援法」という。）第五条第に規定する地域移行支援及び同条第十九項に規定する地域定着支援をいう。）の充実を図るため、市町村が単独又は共同して設置する協議会（障害者総合支援法第八十九条の三第一項の協議会をいう。）における地域の関係機関等の連携及び支援体制の整備に関する機能を強化するとともに、市町村における基幹相談支援センター（障害者総合支援法第七十七条の二第一項の基幹相談支援センターをいう。）の整備を目指す。

- 3 精神障害者が地域で生活するために必要なグループホーム（障害者総合支援法第十五項に規定する共同生活援助を行う住居をいう。）や賃貸住宅等の居住の場の確保・充実、家賃債務等保証（家賃や原状回復等に係る債務保証の仕組みをいう。）の活用等の居住支援に関する施策を推進する。
- 4 精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況等に応じ、短期入所（障害者総合支援法第五条第七項に規定する短期入所をいう。）による宿泊等の支援が受けられる体制の整備を推進する。
- 5 その他地域での相談支援、就労支援を含む日中活動支援、居住支援、ホームヘルパーの派遣等による訪問支援等の様々なサービスを地域において提供できる支援体制の整備を推進する。

第三 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

一 基本的な方向性

- 1 精神障害者に対する医療の提供、地域移行のための退院支援及び地域で生活するための生活支援においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームにより行うことが重要であり、当該多職種のチームで連携して医療を提供できる体制を確保する。
- 2 精神障害者本人のための支援を行えるよう、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種間の連携や関係機関の連携に当たっては、個人情報保護に十分に配慮しつつ、本人の意向を踏まえた支援を行う。

二 精神障害者に対する入院医療における医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種の連携の在り方

- 1 精神障害者に対する入院医療においては、精神障害者に対する医療の質の向上のため、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種の適切な連携を確保し、当該多職種のチームによる医療を提供する。
- 2 精神障害者の退院支援等における医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種の連携に当たっては、精神障害者及びその家族の支援や医療機関及び関係機関の連携を推進する。
- 3 入院早期から退院に向けた取組が行えるよう、早期退院を目指した取組を推進する。

三 地域で生活する精神障害者に対する医療における医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種の連携の在り方

- 1 精神科の医療機関での外来・デイケア等においては、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、臨床心理技術者等の多職種が連携し、精神障害者の精神疾患の状態に応じた医療を提供するとともに、必要な支援を行えるような体制の整備を推進する。
- 2 アウトリーチにおいては、受療中断者等に対し、医師、看護職員、作業療法士、精神保

健福祉士、薬剤師、臨床心理技術者等の医療従事者を中心としつつ、必要に応じて、保健所及び市町村保健センターの保健師及び精神保健福祉相談員（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。以下「法」という。）第四十八条に規定する精神保健福祉相談員をいう。）並びに相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成二十四年厚生労働省令第二十七号）第三条第二項に規定する相談支援専門員及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成二十四年厚生労働省令第二十八号）第三条に規定する相談支援専門員をいう。）等の多職種が連携し、必要な医療を確保する。

四 人材の養成と確保

- 1 精神障害者に対する質の高い医療の提供、精神障害者の退院の促進及び地域生活支援のため、精神障害者に対して保健医療サービス及び福祉サービスを提供するチームを構成する専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。
- 2 ピアサポーターは、精神障害者やその家族の気持ちを理解し支える支援者であることを踏まえ、ピアサポーターが適切に支援を行えるよう、必要な研修等の取組を推進する。
- 3 医療従事者が多様な精神疾患に関する一定の知識及び技術を持つことができるよう、医療機関において各専門職が精神科での研修を受けることを推進する等、精神疾患に関する正しい知識及び技術の普及啓発を推進する。
- 4 精神保健指定医（法第十八条第一項に規定する精神保健指定医をいう。以下同じ。）が行う業務に関するニーズの増大や多様化等を踏まえ、精神保健指定医の人材の確保及び効率的な活用並びに質の向上を推進する。

第四 その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

一 関係行政機関等の役割

1 都道府県

ア 都道府県は、医療計画（医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第三十条の四第一項に規定する医療計画をいう。七において同じ。）、障害福祉計画（障害者総合支援法第八十八条第一項に規定する市町村福祉計画及び同法第八十九条第一項に規定する都道府県障害福祉計画をいう。七において同じ。）、介護保険事業計画（介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第一百七条第一項に規定する市町村介護保険事業計画及び同法第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画をいう。七において同じ。）等を踏まえながら、必要な医療を提供できる体制を確保する。

イ 都道府県は、市町村と協力しつつ一次予防の観点から心の健康づくりを推進し、精神疾患の予防に努める。

ウ 都道府県は、特に重い精神疾患を有する精神障害者については、必要に応じて法第三十四条第一項の規定による移送を行い、法第三十三条第一項に基づき医療保護入院を行うことを検討し、当該入院のための調整を行う等、関係機関と連携して、精神障害者に対して適切な医療を提供する。

エ 都道府県は、措置入院者（法第二十九条第一項の規定により入院した者をいう。）の入院初期から積極的に支援に関与し、医療機関や障害福祉サービスの事業者等と協力して、措置入院者の退院に向けた支援の調整を行う。

2 市町村

市町村は、その実情に応じて、都道府県及び保健所と協力しながら、心の健康づくりや

精神保健に関する相談への対応に努める。また、障害福祉サービスや介護サービスの必要な提供体制を確保するとともに、地域包括支援センターで高齢者の相談に対応すること等によりこれらのサービスの利用に関する相談に対応する。

3 保健所

ア 保健所は、市町村と協力しつつ一次予防の観点から心の健康づくりを推進し、精神疾患の予防に努める。

イ 保健所は、保健師や精神保健福祉相談員等の職員等による相談支援や訪問支援等を通じ、精神障害者（その疑いのある未診断の者を含む。）やその家族等に対して治療の必要性を説明し、精神疾患に関する知識の普及を図ることにより、早期に適切な治療につなげることを目指す。

ウ 保健所は、精神障害者が適切な医療を受け、安心して地域生活を送ることができるよう、医療機関等と連携して、精神障害者の急性増悪や精神疾患の再発に迅速かつ適切に対応するための体制の整備に努める。

エ 保健所は、特に重い精神疾患を有する精神障害者については、必要に応じて法第三十四条第一項の規定による移送を行い、法第三十三条第一項に基づき医療保護入院を行うことを検討し、当該入院のための調整を行う等、関係機関と連携して、精神障害者に対して適切な医療を提供する。

オ 措置入院者（法第二十九条第一項の規定により入院した者をいう。）の入院初期から積極的に支援に関与し、医療機関や障害福祉サービスの事業者等と協力して、措置入院者の退院に向けた支援の調整を行う。

カ 精神障害者が適切な医療を継続的に受けることができるよう、精神障害者及びその家族に対する相談支援、精神障害者に対する訪問支援並びに関係機関との調整等、保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。

4 精神保健福祉センター

ア 精神保健福祉センターは、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための総合的な対策を行う機関として、自殺対策、災害時のこころのケア活動等メンタルヘルスの課題に対する取組に関して地域における推進役となるとともに、関係機関への技術指導及び援助、研修の実施等による人材育成、専門的な相談支援並びに保健所と協力した訪問支援等を行う。

イ 精神疾患の患者像の多様化に伴い、アルコール・薬物の依存症や発達障害等に関する専門的な相談支援及び精神障害者の家族に対する支援に対応できるよう、相談員の質の向上や体制の整備を推進する。

5 精神医療審査会

精神医療審査会（法第十二条に規定する精神医療審査会をいう。）は、精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を行うため、専門的かつ独立的な機関として、精神科病院に入院している精神障害者の処遇等について適切な審査を行うことを推進する。

二 人権に配慮した精神医療の提供

1 精神障害者の医療及び保護の観点から、本人の同意なく入院が行われる場合でも、行動の制限は最小限の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等、精神障害者の人権擁護に関する障害者の権利に関する条約（平成二十六年条約第一号）その他の国際的な取決め並びに精神障害者の意思決定及び意思表明の支援に係る検討も踏まえつつ、精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。

2 精神保健指定医については、医療保護入院に係る診断等において、精神障害者の人権に配慮した判断を行うものであるが、精神医療における急性期医療のニーズの増加に伴い、病院における精神保健指定医の数が不足していること等を踏まえ、診療所の精神保健指定医が積極的に精神保健指定医としての業務を行う体制の整備を推進する。

三 多様な精神疾患・患者像への医療の提供

1 児童・思春期精神疾患

子どもに対する心の診療（発達障害に係る診療を含む。）に対応できる体制を確保する観点から、都道府県の拠点病院を中心とした診療ネットワークの整備等を推進する。また、児童・思春期精神疾患に関する医療を担う人材の確保を図る。

2 老年期精神障害等

ア 認知症（若年性認知症を含む。以下同じ。）をはじめとする老年期精神障害等については、生活能力が低下しやすい、服薬による副作用が生じやすい等の高齢者の特性等を考慮しつつ、介護サービスとも連携しながら、精神障害者本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で生活し続けられるよう支援を行う。

イ 認知症による行動及び心理症状の治療のために入院が必要な場合でも、できる限り早期に退院できるよう、必要な体制の整備を推進し、適切な療養環境の確保を図る。

ウ 認知症については、まずは、早期診断・早期対応が重要であることから、鑑別診断や専門医療相談等を行うことができる医療機関（認知症疾患医療センター等）を整備する。

3 自殺対策

ア 鬱病等の精神疾患は自殺の主な要因の一つであることから、その多様な類型に留意しつつ、自殺予防の観点からの精神医療の質の向上を図る。

イ 自殺未遂者や自殺者の遺族に対しては十分なケアを行うことが求められることから、保健所、精神保健福祉センター等での相談支援、自助グループによる相互支援等の適切な支援につなげるとともに、自殺予防の観点から、精神科救急医療機関及び他の医療機関間における連携を図る。

ウ 医師、薬剤師等の連携の下、過量服薬の防止を図るとともに、自殺のリスクが疑われる者に対しては、必要な受診勧奨を行う等適切な医療へのアクセスの向上の取組を推進する。

4 依存症

アルコール、薬物等による依存症患者については、自助グループにおける取組の促進や家族への支援等を通して支援を行うとともに、依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、依存症の治療拠点となる医療機関の整備、重度依存症入院患者に対する医療提供体制の確保等、適切な依存症の治療を行うことができる体制の整備を推進する。

5 てんかん

ア てんかん患者は、適切な診断、手術や服薬等の治療によって症状を抑えることができる又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活することができる場合も多いことから、てんかん患者が適切な服薬等を行うことができるよう、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進する。

イ てんかんの診療を行うことができる医療機関間の連携を図るため、専門的な診療を行うことができる体制を整備し、てんかんの診療ネットワークを整備する。

6 高次脳機能障害

高次脳機能障害の患者に対する支援の在り方は様々であることから、支援拠点機関において専門的な相談支援を行うとともに、高次脳機能障害の支援に関する普及啓発を推進する。

7 摂食障害

ア 摂食障害は、適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関が少ないことから、摂食障害の患者に対する治療や支援方法の確立を行うための体制を整備する。

イ 摂食障害の特性として極度の脱水症状等の身体合併症状があり、生命の危険を伴う場合があることから、摂食障害の患者に対して身体合併症の治療や栄養管理等を行いながら精神医療を提供できる体制の整備を推進する。

8 その他必要な医療

ア 災害医療

(1) 平時から情報連携体制の構築に努め、災害発生時には早期に被災地域で精神医療及び精神保健に関する活動による支援を効率的に行える体制を確保する。

(2) 大規模災害が発生した場合には、被災の状況に応じて中長期的に被災者の精神的な治療や心理的ケアを行うための体制を整備する。

イ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療指定医療機関（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（平成十五年法律第百十号）第二条第三項に規定する指定医療機関をいう。）における心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、個人情報保護に配慮しつつ、その運用の実態を公開及び検証し、その水準の向上を推進する。また、当該医療を担う人材の育成及び確保を図る。

四 精神医療の診療方法の標準化

1 精神疾患の特性を踏まえ、多様な疾患や患者像に対応するためのガイドラインの整備等を通じて、精神医療の診療方法の標準化を図る。

2 向精神薬は依存症状を生じやすく、過量服薬が行われやすいことを踏まえ、適正な向精神薬の処方の方針を確立する。

3 認知行動療法等の薬物療法以外の治療法の普及を図る。

4 難治性患者に対して、適切な診断の下、地域の医療機関と連携しつつ、高度な医療を提供する等先進的な医療の普及を進める。

五 心の健康づくりの推進及び知識の普及啓発

1 社会生活環境の変化等に伴う国民の精神的ストレスの増大に鑑み、精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

2 精神疾患の早期発見・治療を促進し、また、精神障害者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、学校、企業及び地域社会と連携しながら精神保健医療福祉に関する知識の普及啓発を推進する。

六 精神医療に関する研究の推進

1 精神疾患の治療に有効な薬剤の開発の推進を図るとともに、薬物療法以外の治療法の研究を推進する。

2 脳科学、ゲノム科学、情報科学等の進歩を踏まえ、精神疾患の病態の解明、バイオマーカー（生体内の生物学的変化を主に定量的に把握するための指標をいう。）の確立を含む早期診断及び予防の方法並びに革新的な治療法の開発に向けた研究等を推進する。

七 他の指針等との関係の整理

この指針に基づく具体的な施策を実施するに当たっては、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画その他の分野の計画等に配慮することとする。

八 推進体制

1 本指針で示す方向性に従い、国は、関係者の協力を得ながら、各種施策を講じていくこととする。

2 本指針は、公表後五年を目途として必要な見直しを行うこととする。

精神障害者地域移行支援の取組について

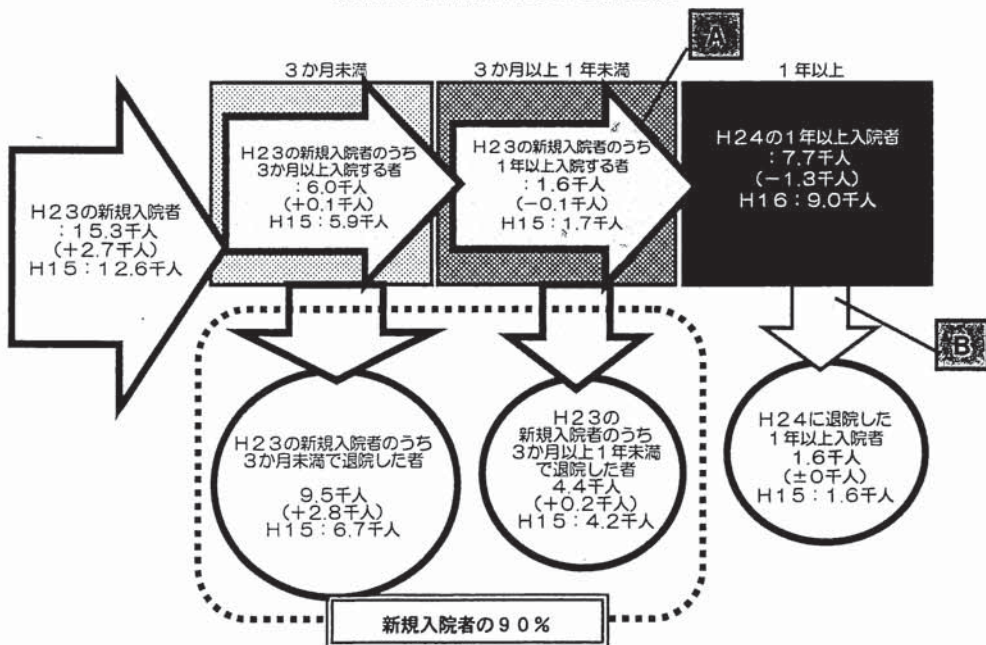
1. 背景

平成26年3月に告示された「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」の前文では、今後の精神障害者施策（保健・医療・福祉）の方向性として、「入院医療中心の精神医療から、精神障害者の地域生活を支えるための精神医療へ」と転回を図り、精神障害者が地域社会の一員として安心して生活できるようにすることを目指すことが示されている。

2. 現状

愛知県の精神科病床における患者の動態（推計値）を見ると、1年以上の長期入院患者のうち年間約1,600人が退院し（矢印B）、同時に同じく約1,600人の新規の長期入院患者が発生しており（矢印A）、結果として出・入が均衡し、長期入院者の総数がほぼ一定という状況になっている。

愛知県の精神科病床における患者動態



（資料：平成16年度、平成24年度厚労省「精神保健福祉資料」より推計）

3. 今後の対応

(1) 基本的方向性

精神障害者の地域移行を着実に進めるためには、いわゆる「ニューロングステイ」の予防（＝矢印Aを細くする）と、長期入院の解消（＝矢印Bを太くする）の両面が必要である。

この点に関して、現在策定を進めている「第4期障害福祉計画」（計画期間：平成27～29年度）において、国が示している基本指針との対応関係を示せば次表のとおりである。

第4期障害福祉計画に係る国の基本指針とそのねらい、及び愛知県の状況

ねらい	国が示す平成29年度時点の目標値	平成24年度における愛知県の状況（国目標に準拠した場合の必要値）
(A) ニューロングステイの予防 ＝ 矢印Aを細く	(1) 入院後3か月時点の退院率を64%以上とする (2) 入院後1年時点の退院率を91%以上とする	(1) 61% (+3%の上昇) (2) 90% (+1%の上昇)
(B) 長期入院の解消 ＝ 矢印Bを太く	※数値目標は示されていない。 具体策については、今後、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性について」を受けて、国において検討が行われる予定。	※H24に退院した1年以上入院者 推計約1,600人
(A)+(B)により 長期入院者の総数を減らす	(3) 在院期間1年以上の長期在院者を平成24年よりも18%以上減少させる	(3) 長期在院者数 7,655人 (6,277人以下にする)

(2) 課題と方策

① ニューロングステイの予防

改正精神保健福祉法によって、精神科病院管理者には、医療保護入院者の退院促進のために以下の措置をとる責務が新たに加わった。

- 退院後生活環境相談員の選任義務。平成26年4月1日時点の医療保護入院者全員に選任。
- 地域援助事業者（相談支援専門員・介護支援専門員のいる事業所）紹介の努力義務。
- 平成26年4月1日以降に入院した在院期間1年未満の医療保護入院者について、医療保護入院者退院支援委員会の開催義務。平成26年3月31日以前に入院し及び在院期間1年以上の入院者については任意開催。

これによって、新規医療保護入院者の退院支援の制度は一定の整備が図られたといえるが、その実効性を高めるためには、従来以上に医療と福祉の連携強化を図ることが求められる。

② 長期入院の解消

上の表で分かるように、現況では、長期入院解消の方策については、今後の検討を待つものとされ、国が示す障害福祉計画の目標には挙げられていない。しかし、目標(3)を達成するためには不可欠な事項であることから、国の議論の動向を踏まえつつ、既存の制度を最大限活用して長期入院者の退院促進を図ることが求められる。

この点に関しては、平成19～23年度の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」において、保健所のスタッフが、地域体制整備コーディネーターの役割を果たしつつ、指定相談支援事業者や精神科病院ケースワーカーと連携しながら地域移行を進めた実績・経験を生かして、①と同様、医療と福祉の連携強化に改めて努める必要があると考えられる。

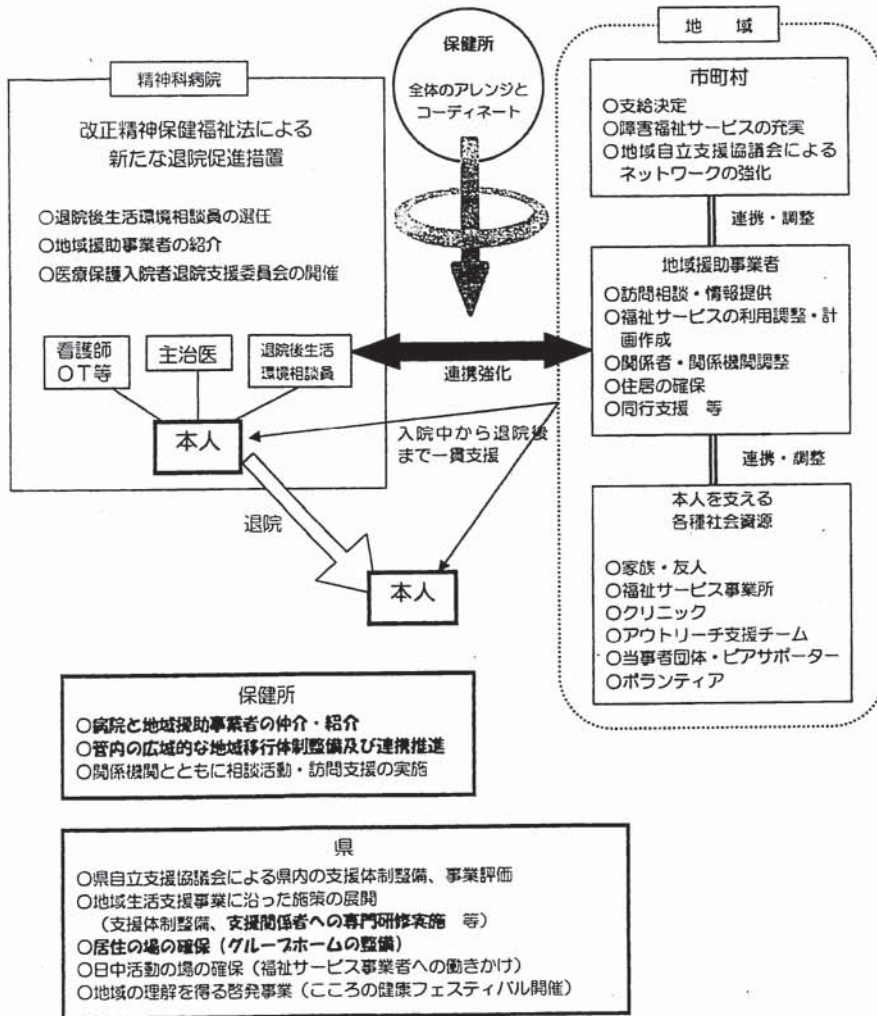
③ 重点施策：2つのポイントと3つの取組

上記のことを踏まえ、県としては次表に掲げるポイントと取組に力点を置き、事業展開を図ることとする。

県として今後の地域移行支援を進める上でのポイントと具体的取組

2つのポイント	3つの取組
(1) 短期～長期入院者の地域移行・地域定着を促進するための医療と福祉の連携強化	(1) 医療と福祉双方の関係者を対象とする合同研修会の開催 (2) 医療と福祉を結びつける保健所のコーディネート機能の強化
(2) 主として長期入院者の退院を可能とするための受け皿づくり	(3) グループホームの積極的整備

「地域・福祉」と「医療」の連携強化による地域移行促進
及び 県の取組の概念図



※太字：「3つの取組」に相当する事業項目

「グループホーム整備促進支援制度」の概要

「グループホーム整備促進支援制度」

制度構築のねらい、主な支援対象

新たに整備を検討している方(整備・運営についての経験、ノウハウがない方)を主な支援対象として、立ち上げから運営までトータルに支援することにより整備促進を図る。

【支援制度構築の経緯等】
(地域生活移行推進部会検討内容)

- 施設・病院から地域へ、またいわゆる親亡き後を見据えた中、障害のある人が住み慣れた地域で自立した生活をするには、まずは、住まいの場の確保が必要。
- 住まいの受け皿としてグループホームが期待されているが、他の都道府県と比較して本県の人口当たりのサービス利用者数は非常に少ない。
- 地域生活の拠点としてグループホームの整備は急務。
- 家族や、NPO等が整備しようにも経験やノウハウがない場合が多い。
- こうした方たちを支援する仕組みづくりが必要。



支援コーディネーターによるサポート

- グループホームの設置、運営に精通した者を「支援コーディネーター」として配置。
- 当面は、尾張部、三河部に数名ずつ配置。
- 26.4現在 9名
- 「設置・運営説明会」、「見学会」及び「相談会」における相談支援。
- 「公営住宅の活用」、「既存の戸建て住宅の活用」支援
- 地域アドバイザー、市町村自立支援協議会、相談支援事業所等と連携した支援制度の活用促進

設置・運営説明会、相談会等の開催

- 「支援コーディネーター」等による開設マニュアル等を活用した「設置・運営説明会」の開催。尾張部、三河部のそれぞれで開催。
- より具体的にグループホームの運営がイメージできるようにするための「見学会」の開催。
- より具体的・直接的な支援を必要とする方に対する「相談会」の開催。
- 地域で親の会、団体等が開催する勉強会等への「支援コーディネーター」の派遣。

公営住宅の活用

- 県営住宅でのグループホームの整備を計画する際、事業者が個々に空き状況を確認している状況を踏まえ「グループホーム事業に関する普通県営住宅使用許可事務取扱要領」に基づく「事前調整」制度を積極的に活用し、整備促進を図る。
- 障害福祉課が事業者による県営住宅の使用希望を取りまとめ → 県営住宅管理室に照会 → 使用可能かどうか回答

既存の戸建て住宅の活用

- 既存の戸建て住宅をグループホーム等として活用する場合の緩和策実施
- 一定の防火・避難対策の実施による適用規定の緩和
- 対象建築物の規模：地上2階以下、延べ面積200㎡未満の既存の戸建て住宅

グループホーム制度の普及、啓発

- 「あいちビジョン2020」の主要な政策に「グループホームの整備促進」を掲げ、ビジョンの推進とともに普及、啓発に取り組む。
- 次期「障害保健福祉計画」策定の際、グループホームの整備促進を重要施策として位置づけ、普及、啓発に取り組む。
- グループホームの生活や体験談などを記載したリーフレットを作成し、普及啓発に活用。

地域での取り組み促進

- 地域アドバイザー、市町村自立支援協議会、相談支援事業所等を通じ、各地域で「支援制度」を周知し、支援制度の活用を促進。また、新たな整備希望者の掘り起こしを図る。
- また、地域アドバイザーは地域の支援ニーズ(支援対象者)を把握し、支援コーディネーターにつなげる。

支援制度の推進

【PDCAサイクルを活用した支援制度の推進】

- 支援制度が円滑かつ効果的に推進できるよう「地域生活移行推進部会」と密接な連携のもと、制度を進めていく。
- また、「地域生活移行推進部会」において定期的に支援制度の各施策の実施状況を点検・評価し、必要に応じて施策の見直しを図るなど支援制度のさらなる充実を図っていく。

精神身体合併症連携推進事業について

救急病院と精神科病院の連携により、救急病院で一旦受け入れた患者を、身体疾患の救急治療終了後、速やかに精神科病院に転院させるシステムを構築するため、平成25年9月からモデル事業を実施

1 連携モデル事業実施病院

救急病院	精神科病院
名古屋掖済会病院（中川区）	松蔭病院（中川区）
名古屋第二赤十字病院（昭和区）	八事病院（天白区）
旭労災病院（尾張旭市）	東尾張病院（守山区）
刈谷豊田総合病院（刈谷市）	刈谷病院（刈谷市）
トヨタ記念病院（豊田市）	仁大病院（豊田市）

※連携モデル事業が未実施となっている東三河地区については、平成26年9若しくは10月から豊橋市民病院と可知記念病院、松崎病院豊橋こころのケアセンターで連携事業実施を予定

2 内容

<連携の必要性>

- 精神・身体合併症患者に適切な医療を提供させるためには、一般病床と精神病床を併せ持つ病院での対応が最も望ましいが、そうした医療機関は限られている。
- そのため、救命救急センター等の救急病院と精神科病院の連携を図ることにより、精神・身体合併症患者の受入体制の整備を進めていく必要がある。

<連携モデル事業の趣旨>

- 救急病院・精神科病院間において、連携バスを作成・活用することにより、救急病院に運ばれた精神・身体合併症患者を、身体疾患の救急治療終了後、速やかに精神科病院へ患者を転院させる、モデル事業を実施し、どこまでを救急病院が対応し、どこからを精神科病院が引き受けるかについて、具体的な症例に基づき検討を行う。
- 連携事例を収集・活用することにより、県内における救急病院と精神科病院の連携の拡大を目指していく。

<モデル事業実施にあたっての前提>

- 精神・身体合併症とは、入院を必要とする精神疾患患者が、併せて身体上の疾患等においても入院治療を要する患者をいう。
- 連携の対象となるのは、入院治療を行っていない精神疾患患者が、救急搬送等により救命救急センター等の救急病院に搬送されたケースとする。

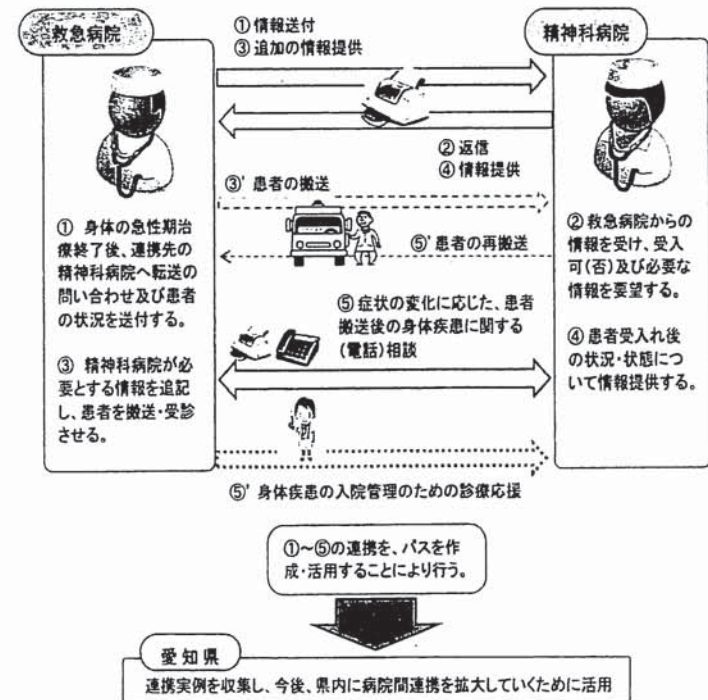
3 実施期間

平成25年9月～平成28年3月（予定）

4 連携実績（平成25年9月～26年3月）

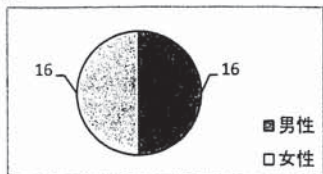
連携バス活用件数 32件

【救急病院と精神科病院の連携イメージ】



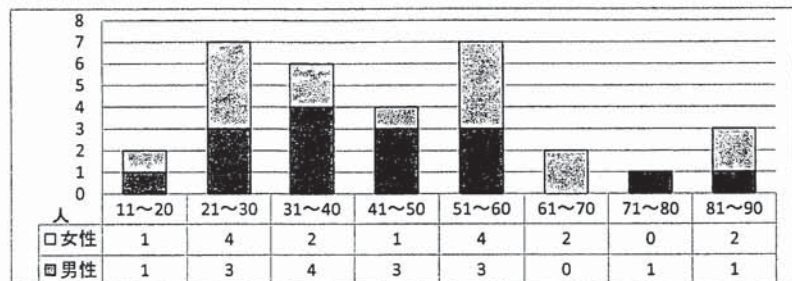
○精神身体合併症連携事業 平成25年度実績まとめ○

1 性別



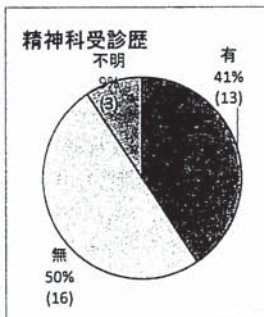
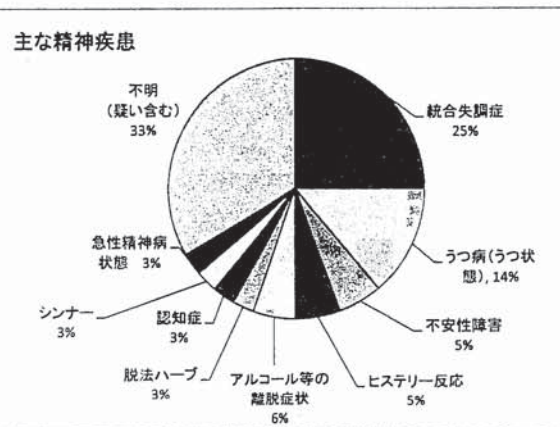
◆平成25年度（平成25年9月から開始）の実績件数は32件であった。
◆うち、男女比は半数ずつの16事例となった。

2 年齢区分



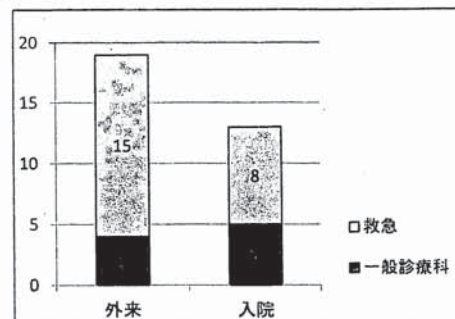
◆32事例中、男性では30歳代が最も多く4事例。女性では20歳代と50歳代が多く、それぞれ4事例であった。

3 主な精神疾患(複数計上)と精神科受診歴



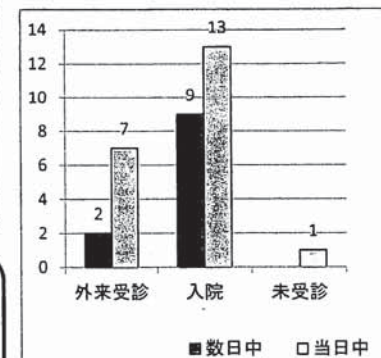
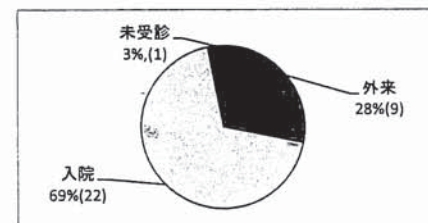
◆主な精神疾患は統合失調症が一番多く、次にうつ病(うつ状態)であった。
◆救急病院受診時、半数が精神科への受診歴のない事例であった。
統合失調症の事例については、9事例中6事例が精神科への受診歴があった。

4 精神科病院へ発信した救急病院の診療科



◆救急病院からの紹介では、救急外来受診時に依頼することが多かった。
◆一般診療科は、血液内科、総合内科、小児科、整形外科等である。

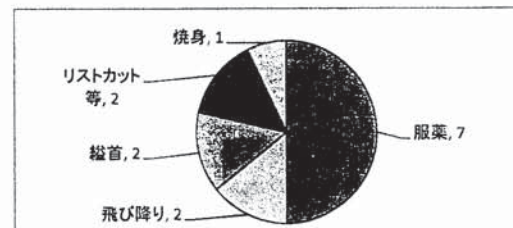
5 紹介後の精神科病院における結果と受入期間



◆紹介後、22事例が入院し、9事例が外来診療となった。
◆報告書作成し当日中の受入は、20事例。数日中の受入については約2.2日で受入ただし、家族等の都合により受診までに時間を要する事例もあった。

※未受診者は病院には訪れたが受診せず。

6 自傷行為の内容



◆救急搬送時、自傷行為があった事例は32事例中14事例であった。
◆半数の7事例が大量服薬等の薬に関することであり、大量服薬事例のうち、6事例が女性であった。

平成 26 年 8 月

別紙

救急病院における自殺未遂者対応研修のご案内

～自殺未遂者を地域で支援する体制づくりのために～ (PEEC コース)
(平成 26 年度愛知県委託事業)

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部
愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室

●背景と目的

地域において自殺未遂をしてしまった人の多くは、救急病院に搬送されます。しかし、病院に精神科が無いなどの理由で、未遂者自身の精神的な問題が精神医療につながりにくく、再企図の要因になっています。また、救急病院でも精神的な問題を合併する救急患者への対応には苦慮することもあると思われます。

もし、救急病院に搬送された自殺未遂者が適切に対応され、早期に精神医療につながることであれば、再企図の防止につながるものと予測されます。

愛知県では、自殺未遂者支援を地域で支援する体制づくりを進めています。本研修では、その体制づくりについて理解を深めるとともに、その重要かつ入口の部分である救急病院での自殺未遂者の対応、特に精神医療関係者がいない場面での短期的な対応法について、「日本臨床救急医学会 自殺企図者のケアに関する検討委員会」が全国的に研修活動をされている「救急医療における精神症状評価と初期診療 (PEEC) コース」(別紙)を実施することといたしました。具体的な想定される精神症状を持つ救急患者の例を通じ、グループワークで対応法を学び考えるものです。

本研修の受講を通じ、救急医療における自殺未遂者の対応について知見・技術を得ることで、自殺未遂者に関心を持ち、支える地域づくりへの意識を高めてもらいたいと願っております。

●研修会の概要

日 時 平成 26 年 11 月 8 日 (土) 午後 2 時～6 時 30 分

会 場 ウィンクあいち 9 階 903 会議室

名古屋市中村区名駅 4-4-3 8 (<http://www.winc-aichi.jp/access/>)

対 象 第 2、3 次救急医療機関の外来・病棟に勤務する若手医師・看護師 等

定 員 30 名

次 第 午後 2:00～2:30 第一部 「自殺未遂者を地域で支援する体制づくりについて」

国立精神・神経医療研究センター

午後 2:30～6:30 第二部 「救急医療における精神症状評価と初期診療 (PEEC) コース

日本臨床救急医学会 自殺企図者のケアに関する検討委員会

(昭和大学医学部 救命救急医学講座 教授 三宅康史氏 他)

その他 受講料は無料ですが、事前に「救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC ガイドブック」を購入されることをお勧めします。

平成 27 年 2 月頃に同研修 2 回目を開催する予定です。



日本臨床救急医学会
Japanese Society for Emergency Medicine

お問い合わせ

Home JSEMについて 学術集会 各種研修コース 学会情報 緊急医療支援システム 入会案内

ホーム > 各種研修コース



PEEC

PSLS

▶ PEECについて

PCEC

▶ PEECコースとガイドブックについて

救急認定医師



自殺企図者のケアに関する検討委員会
委員長 三宅 康史

PEEC

自殺未遂者ケア研修

日本救急撮影技師認定機構

日本救急検査技師認定機構

年間 3 万人を超える自殺者の、約 10 倍ともいわれる自殺未遂者の多くが救急医療機関に搬送されている現状を憂い、日本語救急医学会では、平成 19 年に「自殺企図者のケアに関する検討委員会」を立ち上げ、テキストの作成と講習会を開催してきました。

こうした活動の中で、その必要にから、アルコールや薬物依存患者、昏迷状態の患者やトラウマを起こす患者への対応などにも範囲を広げて、平成 24 年に「PEEC (ピーク) ガイドブック」を作成しました。



「PEEC ガイドブック」は、救急外来や救急科、救命救急センターの志願スタッフ（とくに研修医と看護医）を対象に、精神科医のいない状況でも、精神的な症状を呈する患者へ、安全で患者にとっても安心な「標準的」初期診療ができるためのガイドブックであり、PEEC コースのテキストにあたります。