

都民を支える精神保健医療福祉の  
連携構築に向けて(意見具申)

平成 24 年 4 月

東京都地方精神保健福祉審議会

# 目 次

<b>1 はじめに</b>	<b>P. 1</b>
<b>2 基本的な考え方</b>	<b>P. 4</b>
<b>3 東京の精神障害者をめぐる現状</b>	<b>P. 4</b>
(1) 精神障害者の状況	P. 5
(2) 精神科医療資源の状況	P. 6
(3) 精神保健福祉相談等の状況	P. 7
(4) 障害福祉サービスの整備状況	P. 8
<b>4 国の精神保健福祉施策の動向</b>	<b>P. 8</b>
(1) 精神保健医療福祉の改革	P. 8
(2) 障害者制度改革の動向	P. 10
(3) 自殺総合対策	P. 10
<b>5 精神障害者支援における都の取組状況と課題</b>	<b>P. 11</b>
(1) 日常診療体制	P. 11
(2) 救急医療体制	P. 13
(3) 地域生活支援体制	P. 15
<b>6 今後展開すべき施策の方向性</b>	<b>P. 18</b>
(1) 日常診療体制	P. 18
(2) 救急医療体制	P. 19
(3) 地域生活支援体制	P. 20
<b>7 個別課題への取組の方向性</b>	<b>P. 21</b>
(1) 統合失調症対策	P. 21
(2) うつ病対策	P. 22
(3) 依存症対策	P. 23
(4) 自殺総合対策	P. 23
(5) 認知症対策	P. 24
(6) 発達障害者支援の取組	P. 25
(7) 医療観察法医療	P. 26
<b>8 推進体制</b>	<b>P. 27</b>
(1) 行政の役割	P. 27
①区市町村の役割	P. 28
②都の役割	P. 28

③保健所の役割	.....	P. 29
④都立（総合）精神保健福祉センターの役割	.....	P. 29
(2) 医療機関の役割	.....	P. 30
(3) 福祉サービス事業者の役割	.....	P. 31
(4) 都民の役割	.....	P. 31

**9 今後の施策の展開にあたって** ..... **P. 32**

(1) 普及啓発の推進	.....	P. 32
(2) 取組の評価検証	.....	P. 32
(3) 災害時におけるメンタルヘルスケアに関する検討	.....	P. 32

**10 おわりに** ..... **P. 33**

○ 審議経過	.....	P. 34
○ 審議会委員名簿	.....	P. 37
○ 部会委員名簿	.....	P. 38
○ 幹事名簿	.....	P. 39
○ 資料	.....	P. 40

## 1 はじめに

東京都地方精神保健福祉審議会は、平成 18 年 6 月に取りまとめた「精神保健福祉施策の構造変革について」後の社会状況の変化等を踏まえ、平成 21 年 6 月、新たに委員を選任し、精神保健医療福祉に関し都が取り組むべき具体的施策について、審議を開始した。

この間の精神保健医療福祉をめぐる制度改正等の動向は極めて大きいものがある。本審議会が検討を開始して間もない平成 21 年 9 月には、国の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）が取りまとめられ、平成 16 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を踏まえ、「精神保健医療体系の再構築」や「地域生活支援体制の強化」などの改革の基本的方向性が示された。そして、それらの様々な具体的施策が進められる中、都は、退院促進やアウトリーチ支援などに取り組んできた。

本審議会としても、国の動向や都の取組状況を踏まえ、広範な課題について審議を行うため、「精神科地域医療部会」と「精神科救急医療部会」の二つの部会を設置し、「地域における精神科医療」と「精神科救急医療」をテーマに、2 年 10 か月にわたり検討を深めてきた。

議論を振り返ると、いずれのテーマにおいても、「精神障害者の特性、即ち『疾病』と『障害』が併存することに配慮した支援が必要であり、そのためには、医療と保健・福祉の効果的な連携が不可欠である」ということが重要なポイントであった。

精神疾患は次のような特性をもつ。個人差や疾患による違いはあるが、おおむね、発症や病状の変化に周囲も本人も気づきにくく、また、重症になるほど病識が薄れ、受診を拒むなど適切な支援に結びつきにくい。症状が、本人の自覚的な苦悩だけでなく身体的な変調や行動の障害としても現れ、しかも、環境と本人自身との相互作用により症状は容易に変化する。そして、周囲との軋轢など生活面の障害と疾病とが共存し、さらにまれではあるが、自傷他害行為等への対応など危機管理を要する、といった特性である。そして、患者本人だけでなく、生活面で関わりの深い家族等周囲の人々も支援を必要としていることを忘れてはならない。

このような特性を持つ精神疾患の患者数が全国で 300 万人を超え、都においても 30 万人に達する状況にある。また、うつ病等気分障害の患者や高齢化に伴う認知症患者の増加傾向が見られることから、精神疾患は都民に広く関わる疾患といえる。目指すべきは、都民が精神疾患にかかった際に早期に適切な支援が得られ、地域で安心して暮らし続けられる社会の実現である。

そのための取組が速やかに行われるよう、本審議会では、まず平成 21 年 11 月に、「～精神障害者を地域で支えるために～ 早期に取り組むべき施策に関する意見具申」（中間のまとめ）を行った。

その後、平成 22 年 12 月には、「精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性」（論点整理）を取りまとめ、更に焦点を絞って議論を展開し、平成 23 年 11 月に「最終答申に向けた検討の視点」を示したところである。

そして今般、これまでの審議内容を総括し、今後、都が取り組むべき精神保健医療福祉施策の方向性を提言するものである。

都が本提言の趣旨を十分に認識し、各種施策の展開を行うとともに、区市町村や医療機関、福祉サービス事業者等地域の関係機関と緊密に連携し、当事者・家族はもちろん広く都民の理解を得ながら、より良い精神保健医療福祉体制の実現に向け、努力していくことを期待する。

## 東京都地方精神保健福祉審議会これまでの取組（平成21年6月～）

### ○ 「～精神障害者を地域で支えるために～ 早期に取り組むべき施策に関する意見具申（中間のまとめ）」（平成21年11月6日）

#### 【早期に取り組むべき施策】

- ・地域での精神科医療ネットワークの構築  
精神障害者が受診しやすい精神科医療提供体制づくりと医療中断を防ぐための仕組みづくりを進めるため、モデル地域を選定して連携体制構築の取組を行う。
- ・訪問型（アウトリーチ）支援  
医療中断や未治療などによる困難事例へのタイムリーな介入や、地域で対応する人材育成を強化するため、都立（総合）精神保健福祉センター（※）の人材等を活用してアウトリーチ支援を行う。
- ・精神科救急医療情報センターの一元化  
精神科救急に関する情報管理の一元化・共有化を図るとともに、緊急措置医療、夜間こころの電話相談との連携を強化するなどにより、精神科救急医療情報センターの機能強化・効率化を図る。

### ○ 「精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性」（論点整理）（平成22年12月21日）

#### 【精神科医療の課題解決に向けて早期に取り組むべき事項】

- ① アウトリーチ支援事業の本格実施、② 地域精神科医療ネットワークモデル事業の実施による地域医療連携の構築、③ 精神疾患の早期発見・早期対応のための連携構築、④ 精神身体合併症医療対応の強化

#### 【今後の検討の方向性】

- ・日常診療体制  
精神疾患の発症後、早期に発見・対応し、患者が身近な地域で症状に応じた適切な治療が受けられ、病状の悪化を予防し、救急事例化の防止につながる日常診療体制を構築する。
- ・救急医療体制  
精神科救急患者が、緊急時にも出来るだけ身近な地域で、症状に応じた適切な救急医療を受けられるような地域医療連携体制を構築する。
- ・地域生活支援体制  
地域で保健医療・福祉サービスを活用し、安定した生活を継続して送ることができるよう、アウトリーチ支援の普及など地域保健医療・福祉連携体制を構築する。
- ・その他  
統合失調症、うつ病、依存症、認知症、発達障害等について必要に応じ対応策を検討する。

### ○ 「最終答申に向けた検討の視点」（平成23年11月4日）

#### 【今後の施策の方向性】

- ・精神障害者を地域で支える体制整備のために必要な三つの連携体制の構築を推進  
「診療科間の連携（精神科と一般診療科との連携）」、「地域連携（身近な地域での関係機関間連携）」、「医療と福祉の連携」
- ・特に、精神疾患が次期医療計画において記載すべき疾病とされることを踏まえ、精神疾患に係る地域連携体制と精神疾患患者を早期発見・早期対応するための体制づくりや、精神身体合併症と救急に係る医療体制の整備、アウトリーチ支援の普及のほか、障害者自立支援法の改正を踏まえた地域移行・地域定着支援体制の構築に取り組んでいくべきである。

#### ※都立（総合）精神保健福祉センター

精神保健福祉センター（台東区）、中部総合精神保健福祉センター（世田谷区）、多摩総合精神保健福祉センター（多摩市）の総称

## 2 基本的な考え方

- 精神疾患はまれなものではなく、誰でもかかる可能性のある病気である。わが国の調査結果では、国民の4人に1人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害または物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている。しかし、精神疾患は、適切な医療などの支援を行うことで回復が可能なものが多く、早期に支援を行うことで回復が促進される。精神疾患にかかることは、本人への苦痛だけでなく家族や社会にとって、大きな影響を及ぼすことから、保健医療福祉を含め社会全体の取組が必要である。
- また、精神疾患や精神障害者に対する社会の正しい理解は、精神障害者の社会参加を進めていく上で基盤となるものであり、学校・職場などを含めた都民一般に広く普及啓発を行っていく必要がある。
- 都民が精神疾患にかかった際に早期から適切な支援が得られ、地域で安心して暮らすことができ、病状などの改善に伴い、就労等で自己実現していくことができる社会の実現を目指し、次のことを柱として今後の精神保健医療福祉施策を推進していくべきである。
  - ◇ 地域において、早期に受診ができ、病状に応じた適切な治療が受けられる日常診療体制の強化
  - ◇ 患者の心身の状態に即して地域生活の危機に適時適切に対応できる精神科救急医療体制の充実
  - ◇ 病院から地域への移行を促し、当事者や家族の地域における暮らしを支える、地域生活支援体制の強化
  - ◇ 都民・関係機関の理解と協力を図るための普及啓発の充実
- 以上のことを実施するためには、精神障害者の人権を守り、偏見、差別を撤廃することが大前提となる。
- これらのことがらについて、行政、医療機関や福祉サービス事業者、関係団体、当事者、家族、都民が一体となって取り組んでいく必要がある。

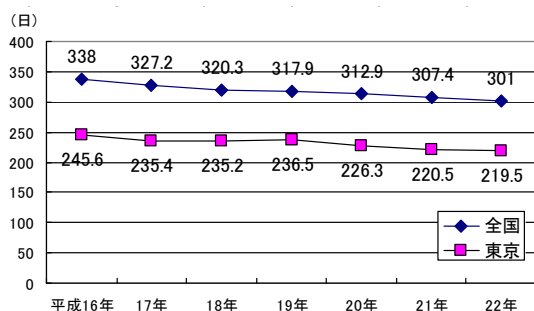
## 3 東京の精神障害者をめぐる現状

## (1) 精神障害者の状況

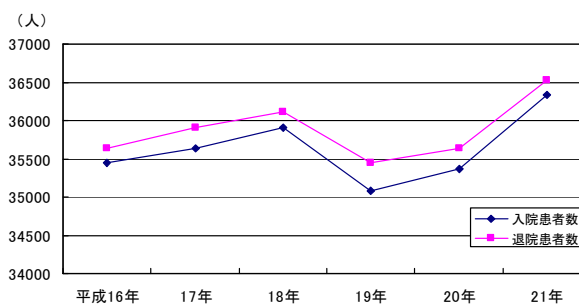
- 都内の精神障害者数は、国の患者調査（平成 20 年 10 月）によれば約 311,000 人（入院：約 23,000 人、外来：約 288,000 人）と推計される。
- ここ数年の年間の入院数・退院数はともに 35,000 人～36,000 人台を推移しているが、平均在院日数は減少傾向にある。また、疾病別では、統合失調症が 6 割を超えている。
- 平成20年の外来患者数の疾病別内訳は、うつ病などの気分障害（F3。※1）が約40%、パニック障害など神経症圏（F4）が約25%、統合失調症圏（F2）が約20%という構成割合である。

（※1）「F2」、「F3」、「F4」は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（ICD）のコード。異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類。最新の分類は第10回目の修正版として、ICD-10（1990）と呼ばれている。精神及び行動の障害には、「F00-F99」のコードが割り振られている。

- 自立支援医療（精神通院）利用者は増加傾向にあり、平成 22 年度の都の給付決定者数は、約 15 万人である。疾病別では、気分障害（約 40%）、と統合失調症（約 36%）の 2 疾患で全体の約 75%を占めている。
- 都内の精神障害者保健福祉手帳の取得者は、平成 20 年度末で約 45,000 人であったが、平成 22 年度末には約 62,000 人と、2 年間で 3 割以上増加している。



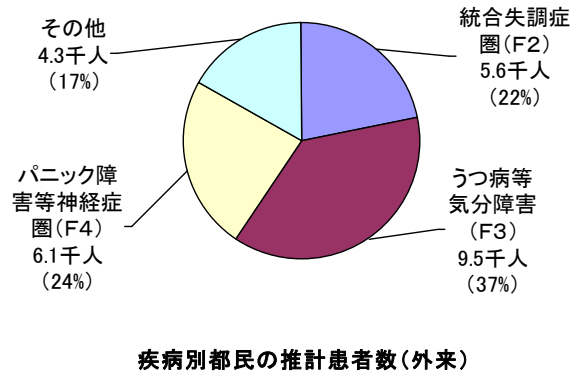
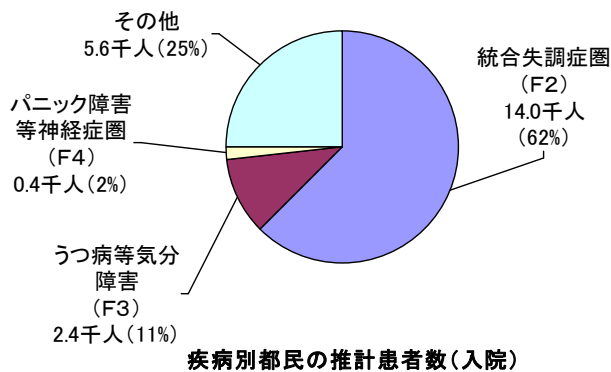
精神病床における平均在院日数



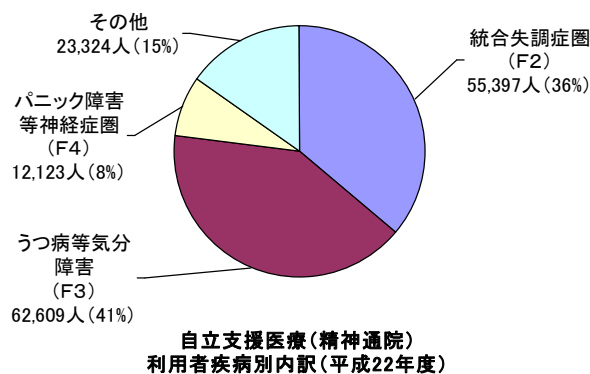
年間入院患者数・退院患者数の推移

（厚生労働省「病院報告」より）





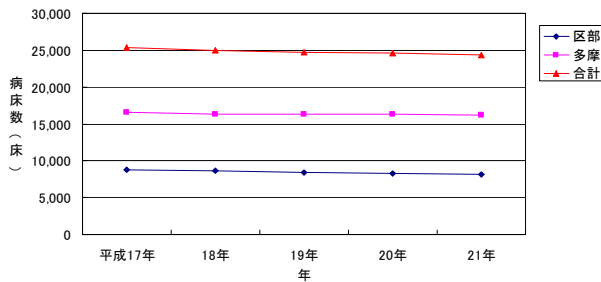
(厚生労働省「患者調査」より)



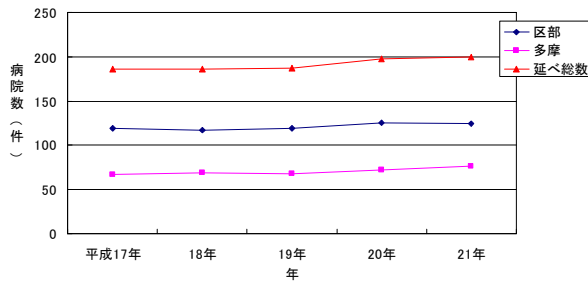
(東京都福祉保健局調べ)

## (2) 精神科医療資源の状況

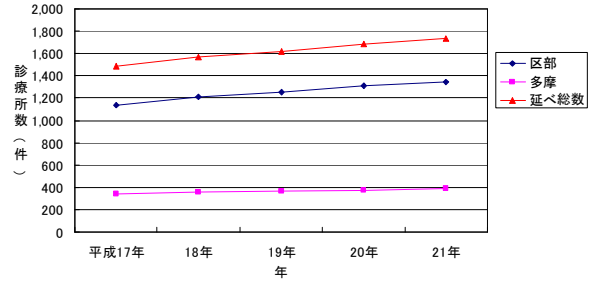
- 都内の精神病床数の状況を見ると、区部 8,203 床、多摩地域（市部、郡部）16,231 床となっている。人口 10 万人当たりでは、区部 87 床、多摩地域 381 床と、多摩地域に集中している（平成 21 年 10 月現在）。
- 精神科を標ぼうしている診療所は、区部 755 か所に対して、多摩地域 236 か所である（平成 21 年 10 月現在）。おおむね区部 3 に対して多摩地域 1 の割合となっており、区部に集中している。これらの診療所は増加傾向にある。
- 都内の訪問看護ステーション約 570 か所のうち、自立支援医療（精神通院）の事業者指定を受けているのは約 350 事業者である（平成 23 年 4 月現在）。また、都内で精神科訪問看護を行っている病院は 50 か所（区部 19 か所、多摩地域 31 か所）、診療所は 63 か所（区部 53 か所、多摩地域 10 か所）である（平成 22 年 7 月現在）。



精神病床数の推移



精神科・心療内科 病院数の推移

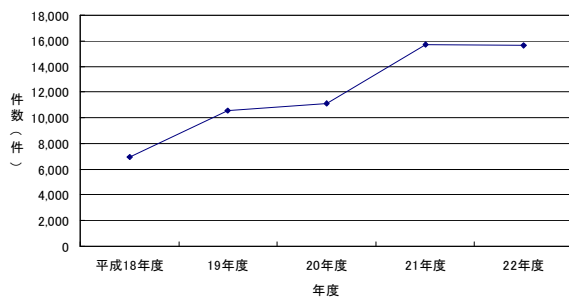


精神科・心療内科 診療所数推移

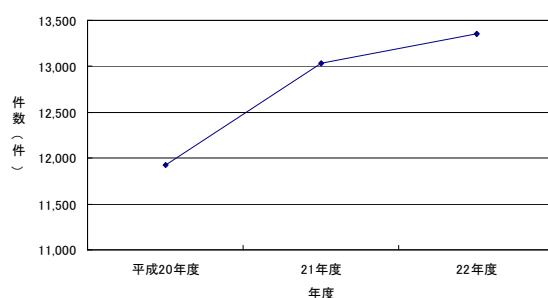
(「東京都の医療施設」より)

### (3) 精神保健福祉相談等の状況

- 区市町村、保健所、都立（総合）精神保健福祉センターにおいて、精神保健福祉相談及び精神障害への理解のために普及啓発などの事業が進められている。行政が実施する相談事業（都立（総合）精神保健福祉センターの場合、月曜日から金曜日の午前9時から午後5時まで）として、区市町村、保健所、都立（総合）精神保健福祉センターで、年間延べ約 462,000 件の精神保健福祉相談を実施している。
- また、精神障害者に対する区市町村の地域生活支援事業として、相談支援を行う地域活動支援センター I 型が都内に 67 か所ある（平成 23 年 4 月現在）。
- 東京都夜間こころの電話相談件数は、平成 18 年度は約 6,900 件であったが、平成 19 年度から体制を拡充したことから、平成 20 年度は約 11,000 件となり、更に平成 22 年度は約 15,000 件と増加している。
- 精神科救急のトリアージ機能を担う精神科救急医療情報センターへの平成 22 年度の年間電話件数は約 13,000 件であった。



夜間こころの電話相談 件数実績



東京都精神科救急医療情報センター年間電話件数

(東京都福祉保健局調べ)

#### (4) 障害福祉サービスの整備状況

- 都保健所、都立（総合）精神保健福祉センターによる区市町村等に対する技術援助、人材育成が行われ、地域における精神保健及び精神障害者の福祉と医療の向上が図られている。
- 都では、障害者が地域で安心して生活できる環境を整備するため、施設整備に係る設置者の負担を軽減するための特別助成の実施により、地域生活の場となるグループホーム等を重点的に整備している。グループホーム・ケアホームの定員は、平成 22 年度実績で 4,916 人（うち精神 1,222 人）となっている。

●障害者グループホーム・ケアホーム等の利用定員数 (単位:人)

		18年度末	19年度末	20年度末	21年度末	22年度末
知的	GH	1,049	1,103	1,125	1,037	1,026
	CH	1,386	1,600	1,822	2,306	2,668
	計	2,435	2,703	2,947	3,343	3,694
精神	GH	717	805	916	964	1,066
	CH	5	20	56	116	156
	計	722	825	972	1,080	1,222
合計		3,157	3,528	3,919	4,423	4,916

(東京都福祉保健局調べ)

## 4 国の精神保健福祉施策の動向

国の精神保健福祉施策に関連する動向のうち重要なものとして、精神保健医療福祉の改革、障害者制度改革、自殺総合対策があげられる。

### (1) 精神保健医療福祉の改革

- 精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革を進めるため、平成 16 年 9 月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が策定され、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化及び、受入条件が整えば退院可能な 7 万人の退院促進を今後 10 年間で進めるとした。
- 改革ビジョンの中間点である平成 21 年 9 月には、後期 5 か年の重点施策群が、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」にまとめられた。「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速するとした。「改革の基本的方向性」として、次の 4 つの取組を提示した。

#### ① 精神保健医療体系の再構築

基本的考え方：医療機関の地域医療の機能充実の促進

ニーズの高まっている領域への重点化など

改革の具体像：精神科救急医療の確保・質の向上

未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化など

② 精神医療の質の向上

基本的考え方：薬物療法等について標準的な治療を促進すること

医療従事者の資質の向上など

改革の具体像：抗精神病薬の多剤・大量投与の改善など

③ 地域生活支援体制の強化

基本的考え方：地域における支援体制づくり、居住系の福祉サービスの確保

改革の具体像：グループホーム・ケアホームの整備促進

地域生活移行の個別支援など

④ 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的实施

基本的考え方：国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発など

改革の具体像：ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発の推進など

- その後、「改革の基本的方向性」を踏まえ、平成 23 年 7 月の社会保障審議会医療部会において、平成 25 年度からの次期医療計画では、これまでの 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に加えて、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進していく方針が示された。
- 精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加する理由としては、精神疾患患者数（全国で 323 万人）は他の 4 疾病のいずれの患者数よりも多くなっていること（悪性新生物 152 万人、脳血管疾患 134 万人、虚血性心疾患 81 万人、糖尿病 237 万人）、また、精神疾患による死亡数は 1.1 万人、自殺による死亡数は 3.1 万人（糖尿病による死亡数の 1.4 万人の約 2 倍）に上っていること、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要であることが挙げられている。
- また、平成 22 年 12 月に成立した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）の一部を改正する法律において、精神保健指定医の精神医療体制の確保に対する協力義務が規定されるとともに、都道府県に対しては精神科救急医療体制整備の努力義務が規定されたことから、平成 23 年 9 月に今後各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制について、「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書がまとめられた。
  - ・ 24 時間 365 日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置すること
  - ・ 各精神科医療機関は継続して診療している自院の患者に夜間・休日も対

応できる体制を確保すること

- ・ 救急医療機関との連携強化等により身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保すること

等が指摘されている。

- 国はこの報告書を基に、平成 24 年 3 月 30 日付で各都道府県に対し、「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」を通知した。
- また、平成 22 年 12 月の精神保健福祉法の改正により、精神保健福祉の相談指導に関する行政機関の役割の見直しが行われた。精神保健福祉センターや保健所が相談指導を行う場合には、福祉事務所やその他の行政機関との連携を図ることという規定に、「市町村」が主体として加えられるとともに、それらが相互に密接な連携を図ることとされている（平成 24 年 4 月施行）。
- 診療報酬については、平成 20 年度から、身体合併症に対応した取組に係る評価のほか、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を踏まえ、地域移行を支援する取組に係る評価などが行われた。平成 22 年度からは、急性期・身体合併症・手厚いマンパワーへの評価、重症度に応じた評価の観点から、入院基本料や特定入院料などに関する評価の充実が実施されたほか、医療の質の向上、地域移行の推進の観点から、認知療法・認知行動療法の評価の新設などが行われた。また、平成 24 年度の改定においては、急性期医療の適切な提供や精神疾患に対する医療の充実等の観点から、精神科救急の連携の評価や精神入院医療の充実、身体合併症対応の評価、重症者を受け入れている精神療養病棟の評価、精神科訪問看護の充実の評価、認知症対策の推進などが行われている。

## (2) 障害者制度改革の動向

- 国においては、障害者基本法、障害者自立支援法及び児童福祉法の改正、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障害者虐待防止法）の成立に加え、障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする新たな福祉法制も検討されているなど、障害者制度改革の検討が進められている。
- また、「障がい者制度改革の推進のための基本的方向について」（平成 22 年 6 月 29 日閣議決定）に基づき、現在、国の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第 3 ラウンドの議論において、保護者に課せられた義務の法的意義とあり方、医療保護入院等入院制度のあり方等が検討されている。
- これについては、平成 24 年内を目途に結論を得ることを目指すとしている。

## (3) 自殺総合対策

- わが国の自殺者数は、平成 10 年に年間 3 万人を超え、以来昨年まで 14 年連

続してその水準で推移している。

- 国においては、平成 18 年 10 月に自殺対策基本法が施行され、平成 19 年 6 月には同法に基づき自殺総合対策大綱が策定され、自殺対策に取り組んでいる。
- 多くの自殺者は、うつ病等の精神疾患に罹患しているなど精神保健医療上の問題を抱えており、かかりつけ医等が適切にうつ病を判断し、速やかに専門医につなげることが重要とされている。
- このことから、うつ病の診断技術等の向上を図り、多くのうつ病患者の早期発見、早期治療を行うため、最初に診察することの多い一般内科医、小児科医等かかりつけ医に対して、「かかりつけ医等うつ対応力向上研修」を実施し、また、平成 23 年度からは、研修対象を看護師、ケースワーカー、スクールカウンセラー等医師以外に拡大し、うつ病の基礎知識や対応方法等に関する研修も実施している。
- さらに、精神科医療に係る医師、看護師、薬剤師等に対する研修の実施や、かかりつけ医と精神科医の連携体制の強化等により、地域におけるうつ病に対する医療等の支援体制を図ることを目的として、平成 22 年度補正予算において「地域自殺対策緊急強化基金」を積み増し、各都道府県において「うつ病医療体制強化事業」が実施されている。
- また、うつ病以外の精神疾患等による自殺の危険因子としてアルコール問題が指摘され、普及啓発や研修などが実施されている。

## 5 精神障害者支援における都の取組状況と課題

- 精神保健医療福祉施策が入院医療中心から地域生活中心へと大きく転換するなか、精神障害者が安定した生活を地域で継続して送るための支援がますます必要となっている。
- 支援にあたっては、精神障害者の特性、すなわち疾病と障害が併存するということを踏まえ、病状の変化に的確に対応できるよう、地域における保健・医療・福祉の緊密な連携体制の整備が重要である。
- 都は、本審議会での議論を踏まえ、精神保健医療福祉の体制整備に向けて、「日常診療体制」、「救急医療体制」、「地域生活支援体制」の三つの視点から、早期に推進すべきと提言された事項に重点を置いて取組を進めてきた。
- 現在の取組状況と主な課題は、次のとおりである。

### (1) 日常診療体制

## 【取組状況】

- 都においては、精神保健に関する相談について、都立（総合）精神保健福祉センターをはじめ、保健所や保健センターにおいて対応している。
- また、都民がこころの不調を覚えた時に専門機関に相談しやすいように、これらの相談窓口や「夜間こころの電話相談」などについて紹介するとともに、メンタルヘルスに関し、「思春期のこころの悩み」や「精神疾患患者の復職・就労支援」等、テーマや対象別に様々な講演会や研修等を実施し、早期発見・早期支援につながるよう普及啓発に取り組んでいる。
- 平成 22 年度に、身近な地域において、症状に応じた精神障害者を適切な医療につなげる仕組みを構築するため、これらの相談機関も含め、医療や保健等の関係機関の連携を促進するモデル事業を 2 か所の二次保健医療圏域で開始した（※ 2）。
- また、初発する精神障害者は、内科など一般診療科（精神科以外の一般診療科）をまず受診する傾向が見られる。精神疾患を早期に発見し、重症化を防止するためには、かかりつけ医と精神科医が緊密に連携し、専門的医療につなげることが有効である。
- そのため、平成 23 年度から、一般診療科と精神科がより緊密に連携できるよう、当該圏域において、一般診療科医師に対し、精神疾患や精神保健医療の法制度等などに関する研修を実施している（※ 3）。

### （※ 2） 地域精神科医療ネットワークモデル事業

地域における精神科病院・診療所や精神科以外の一般診療科の病院や診療所、保健所等の関係機関の連携を強化し、精神障害者が身近な地域で必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築することを目的に、区東北部及び南多摩二次保健医療圏をモデル圏域として、平成 22 年度から事業を開始した。

地域特性に合った精神科に係る地域医療連携体制の整備を進めるため、モデル圏域内の医療資源調査や医療機関情報の整備、緊急患者紹介や受け入れ調整の仕組みづくりに取り組んでいる。

### （※ 3） 精神疾患早期発見・早期対応推進事業

精神疾患を早期に発見・対応し、身近な地域で症状に応じた適切な治療が受けられる日常診療体制を構築することを目的とし、平成 23 年度から精神疾患早期発見・早期対応推進事業を開始した。

一般診療科医師を対象とした精神疾患や精神保健医療の法制度等に関する研修や、一診療科のみでは対応が困難な事例に関する一般診療科医師と精神科医師による合同症例検討会を実施している。

平成 23 年度は、地域精神科医療ネットワークモデル事業の対象圏域である区東北部及び南多摩二次保健医療圏の地区医師会（8 地区医師会）

において、実施している。

### 【主な課題】

- 精神障害者の地域生活を支えるためには、各相談機関においても、相談に適切に対応するとともに、精神保健医療福祉のネットワークの一員として、関係機関と円滑に調整し、適切な医療につなぐなど連携して支援を行う必要がある。
- 都内の医療資源には偏在が見られるため、ネットワークが有効に機能するためには、地域の状況に応じた仕組みを検討・構築することが必要である。
- 一般診療科と精神科の連携を強化するためには、知識や情報の共有だけでなく、信頼関係の醸成が不可欠である。

## (2) 救急医療体制

### 【取組状況】

#### <精神科救急医療全般>

- 都の精神科救急は夜間・休日に実施しており、患者・家族、救急隊や医療機関等が精神科救急医療情報センターに電話連絡し、精神保健福祉士等の専門職が症状等の聞き取りによりトリアージ（※4）した後に、精神科初期または精神科二次救急、精神身体合併症救急医療機関で対応する仕組みになっている。
- 精神科初期救急については、都内3医療機関が担当し（※5）、精神科二次救急については、都内2医療機関が3床（区部2床・多摩地域1床）を確保して、それぞれ輪番制で実施している（※6）。
- 精神科緊急医療は、都立病院等4病院（各4床/日）で実施している（※7）。診察の結果、緊急措置入院にはならないが、入院医療が必要な場合の受入れも行っている。

#### （※4） トリアージ

傷病者の緊急度や重傷度に応じて治療の優先順位を決定すること

（※5） 精神科初期救急実績 年間 115 件（平成 22 年度）

（※6） 精神科二次救急実績 年間 363 件（平成 22 年度）

（※7） 自傷他害のおそれがある者、入院させることについて保護者の同意を得ることができない者など、警察官通報に基づき緊急措置診察、緊急措置入院、応急入院を行う。

・ 緊急措置入院（夜間）実績 年間 1,058 件（平成 22 年度）



### <精神身体合併症救急医療>

- 精神身体合併症救急医療（※8）は、精神疾患による不穏、興奮等の症状により、一般診療科における医療的処置が困難な精神身体合併症患者に対し、迅速かつ適正な医療を確保することを目的として事業実施している。
- 夜間・休日の受入医療機関（「I型医療機関」）を都立病院等5病院が輪番制で担当している。本事業ルートで受け入れるケースは多くないが、一般救急患者として受け入れた後、精神症状について精神科が院内連携で診ているケースも少なくない。

（※8） 精神症状と身体症状いずれも見られる（疑いを含む。）救急受診患者に対する医療を指す。

- 一般救急においても、多様な精神身体合併症救急患者に苦慮しながら対応している。「東京都救急搬送実態調査結果」（平成22年度実施）によると、救急搬送先医療機関決定まで時間を要したケース（東京ルール事案。（※9））のうち、搬送困難要因となったキーワードが精神疾患である事案は、約17%に上っている。
- このため、東京ルールの対象となった救急患者をより迅速に受け入れ、東京ルールの安定的運用を図るため、精神疾患の背景を有する患者を受け入れる医療機関を確保する「調整困難患者（身体合併症患者）受入医療機関支援事業」を平成23年12月に開始した。

#### （※9） 救急医療の東京ルール、東京ルール事案

消防機関の救急患者受入医療機関の選定に要する時間が増加している状況を受けて、平成21年8月から、現行の救急搬送・病院選定の方法や初期・二次・三次の各救急医療機関の役割分担を基本に据えながら、救急患者を少しでも早く医学的管理下に置くための新たな取組として、「救急医療の東京ルール」を定め、二次保健医療圏ごとに、地域救急医療センターを中核として、地域で患者を受け止める体制づくりに取り組んでいる。東京ルール事案とは、中等症以下の患者のうち、救急隊による医療機関選定において、5医療機関への受入照会又は選定開始から20分程度以上を経過しても搬送先が決定しないケースを言う。

### 【主な課題】

### <精神科救急医療全般>

- 多くの救急ケースの場合、重症化する兆候は日中から見られることが少なく

なく、地域の相談窓口機能、かかりつけ精神科医の役割なども併せて検討する必要がある。

- 特に、かかりつけの精神科医療機関の対応の充実により、精神科救急医療体制がより円滑に機能すると期待される。他の医療機関からの相談の他、一般救急医療機関や精神科救急医療情報センターからの照会などに、かかりつけ医療機関が診療時間外に柔軟に対応できる体制整備の効果は大きい。
- 初期救急医療体制は、確実に受診可能な医療機関の確保という点では有意義だが、都内3か所にとどまるため、移動距離などの点で、すべてのニーズに対応できるわけではない。外来診療レベルであれば、より身近な地域で受診先が確保できるようにすることが必要である。
- 二次救急・精神身体合併症救急医療体制では、病状が重く患者本人の入院同意が得られないことも多いことから、保護者の同意による医療保護入院ケースが大半となる。そのため、保護者の同行が得られないと救急受入れが困難とならざるを得ない。
- また、精神科病院の地域偏在もあり、措置入院も含め、遠方への入院となる場合が少なくない。
- その他、精神症状があっても、アルコールや薬物依存が疑われる場合は、精神科医療機関での受入れに困難をきたすことがある。
- 精神科救急医療情報センターについては、救急に関する相談とトリアージ機能が分離されていない。また、専門職による相談対応で終了するケースの占める割合が大きい。
- 再入院を防止する観点からも、急性期治療を引き継ぐ医師や保健・福祉の後方支援体制などの充実も必要である。

### ＜精神身体合併症救急医療＞

- 精神身体合併症救急医療は、精神症状及び身体症状とも一定程度重いケースには対応しているものの、全体として円滑な受入体制となっていない。既に精神科病院に入院している患者で身体症状が急速に悪化した場合には、一般診療科を標ぼうしている精神科病院で対応できる場合もあるが、在宅の患者で身体症状が急速に悪化した場合には、そのほとんどが一般救急医療機関で対応する状況にある。
- 精神身体合併症救急患者が、速やかに、かつ適切に身体面及び精神面のいずれにおいても、症状に応じた医療を受けられるような流れを整備することが必要である。

## (3) 地域生活支援体制

### 【取組状況】

- 都では、退院促進支援事業として、都内 12 か所の地域活動支援センター等に退院支援コーディネーターを配置し、入院中の精神障害者に対し退院に向けた働きかけを行っている（※10）。また、退院促進支援事業の対象者の地域移行・地域定着への支援を図るため、グループホームを活用した体験入居を実施している。
- さらに、病院と地域の関係機関の連携体制整備のため、都立（総合）精神保健福祉センターに地域体制整備担当係長を配置している。
- 都立（総合）精神保健福祉センターの多職種チーム（医師や保健師、福祉職等）が保健所等と連携して、未治療、医療中断等のため地域社会での生活に困難をきたしており、通常の受診勧奨や福祉サービス等の利用の勧めに応じることができない精神障害者を訪問し、支援を行う取組を平成 22 年度から実施している（※11）。また、必要に応じて支援対象者の症状が悪化する前に短期間受け入れ、専門職種による見守りや医療的ケアを提供する短期宿泊事業を併せて開始している。
- 保健所では、精神障害者が地域生活を継続できるように、近隣住民への対応を含め、困難事例への支援をしていくとともに、地域の保健・医療・福祉のコーディネート及びネットワーク形成を推進している。
- 保健所や都立（総合）精神保健福祉センターにおいては、リーフレットの作成やホームページの掲載、精神保健福祉に関する講演会の実施等により、都民に対する精神疾患の知識や保健医療福祉サービスの利用に関する情報の普及啓発を図っている。
- また、精神障害者をはじめとする障害者の就労を促進するため、区市町村を実施主体として、職場開拓や就職準備、職場定着などの就労面での支援と、就労に伴う生活面の支援を一体的に提供する「区市町村障害者就労支援事業」を推進している。

（※10）退院促進支援事業

平成 18 年度から平成 23 年 12 月末までの累計で約 500 名に支援を実施し、そのうち約 300 名が退院している。

（※11）アウトリーチ支援事業

平成 22 年度に、区部は 23 区全域を、多摩地域は西多摩二次保健医療圏をモデル地区として、未治療・医療中断等により地域生活の維持に困難を呈している事例を対象にアウトリーチ支援モデル事業を実施した。

モデル事業においては、未治療・医療中断の状態にあった患者の半数が治療につながったほか、家族に対し症状に応じた対応方法の助言を行うなど、心理面の支援により家族の不安が軽減するなどの効果が見

られ、その成果を受けて、平成 23 年度から都全域を対象とし、アウトリーチ支援事業を本格実施した。

医師、保健師、福祉職等の多職種の専任のチームを都立（総合）精神保健福祉センターに配置し、区市町村・保健所と連携して訪問型の支援を行い、精神障害者の地域生活の安定化を目指すとともに、区市町村等の関係機関に支援技法の普及を図っている。

### <入院中の精神障害者の地域生活への移行（数値目標）>

- 国は、各都道府県で策定する「第3期障害福祉計画」において、入院中の精神障害者の地域生活への移行に関して、目標値を設定することとしている。
- 数値目標の設定に当たって、国は、従来の「受入れ条件が整えば退院可能な精神障害者」という指標ではなく、新たに2つの着眼点と指標を示している。
- 着眼点①「1年未満入院者の平均退院率」については、都内においては、国が目標値として示している76%を既に達成しており、今後は76%を維持・向上させていく取組が求められる。
- 着眼点②「5年以上かつ65歳以上の退院者数」については、退院時在院年数別の疾病構造や経年変化等が不明であるため、実態把握の上、引き続き検討を要する。
- また、都内においては、5年以上かつ65歳以上の入院者数は横ばいであることから、新たに5年以上かつ65歳以上の入院者を増やさないための取組も必要であるほか、1年以上5年未満の入院者や65歳未満の入院者を含む幅広い取組が妥当である。
- このため、都では、第3期障害福祉計画の指標として着眼点②は採用せず、平成16年に国が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で目標値として示した「1年以上入院者の退院率」29%以上を指標とし、今後の取組を進めるべきである。
- なお、目標値はアウトカムの一つであり、この目標値だけで地域移行・地域定着支援等の取組全体を評価できるものではない。
- 都はこれまで、退院促進支援事業として種々の取組を進めてきており、目標値だけにとらわれることなく、これまでの取組の実施状況を踏まえ、今後も、円滑に地域移行し安定した地域生活を送れるような支援体制の構築を引き続き目指していくことが重要である。
- この数値目標は、一つの取組だけで達成できるものではなく、病院や地域における働きかけ、地域における受入基盤の整備、病状に応じた柔軟な医療や福祉サービスの提供体制、地域住民の理解など、種々の総合的な取組が必要である。

### 【主な課題】

- 長期間の入院により、退院後の生活に不安を持つことが多いことから、本人の自信の回復に向けた取組や、退院後の地域生活を安定して継続するための支援体制の構築などが重要である。
- アウトリーチ支援の地域への普及を図るためには、関係機関のスタッフの支援力の向上を図るだけでなく、関係機関の連携のネットワークを構築することが必要不可欠である。
- さらに、アウトリーチ支援と組み合わせた短期宿泊事業の効果的な活用も含め、両事業の普及に向けた検証が必要である。

## 6 今後展開すべき施策の方向性

- 精神障害者を地域で支える社会を実現していくためには、「診療科間の連携」（精神科と一般診療科との連携）、「地域連携」（身近な地域での関係機関間連携）、「保健・医療・福祉の連携」の三つの「連携」が重要である。
- これまでの取組や国の動向等を踏まえ、三つの連携を構築しながら、次のような取組をそれぞれ推進し、精神障害者の状態に応じた支援体制を整備すべきである。

### (1) 日常診療体制

- 精神障害者が安定した地域生活を送るためには、地域において、本人や家族の心の悩みなどに関する相談を受け止めるとともに、症状に応じて早期の適切な医療につなげていくことが重要である。
- また、早期支援に加え、症状の変化にも円滑に対応できるよう、精神科や一般診療科を含めた関係機関との地域連携体制の構築が必要である。
- そのため、今後は次のような方向性で施策を展開していくべきである。
  - ◇ 身近な相談支援体制を充実するため、保健所や都立（総合）精神保健福祉センターによる専門的な対応に加え、区市町村による相談体制を整備すること
  - ◇ また、相談機関が早期発見・早期対応の窓口の一つとして機能するよう、地域連携における相談機関の役割を検討し位置づけること
  - ◇ 精神障害者が地域で安定した生活が送れるよう、医療のみではなく、保健や福祉、介護等との連携も進めること
  - ◇ その取組を推進するため、平成 24 年度に改定する東京都保健医療計画において、各二次保健医療圏の状況も踏まえながら、連携のあり方を示すこ

と

- ◇ 精神科と一般診療科の連携を推進して、精神疾患を早期に発見し、早期に対応できる体制を整備するとともに、精神障害者を協働して継続的に診察していく、いわば「こころとからだの二人主治医制」を構築すること。急速な高齢化に伴い、今後ますます身体疾患を合併する精神疾患患者は増加すると予想され、診療科間連携は、地域生活を支える医療提供体制として大きな効果が期待される。

## (2) 救急医療体制

- 精神科救急医療については、初期救急・二次救急・緊急措置等と症状に応じた医療提供体制の安定的確保が重要である。
  - 精神身体合併症患者への医療提供は、精神科救急医療体制だけでなく一般救急医療体制においても大きな課題であり、診療科間連携が不可欠である。
  - これら救急医療体制には、日常診療体制における地域連携や診療科間連携、かかりつけ医機能が反映されることが望ましい。
  - このことを踏まえ、今後は次のような方向性で施策を展開していくべきである。
- 
- ◇ 現在、国では、保護者制度及び保護入院制度が検討されており、また、平成 24 年度診療報酬改定では、精神保健指定医の精神科救急医療体制への参画を促す改定が行われるなど、精神科救急医療体制に関わる重要な動きがある。これらの国の動向等を踏まえつつ、現行の初期・二次・緊急措置の体制を検証し、改めて整備すること
  - ◇ また、多様な精神身体合併症救急患者の発生に対応するため、精神身体合併症救急医療の実施体制についても、一般救急との連携も含め、再構築を検討すること
  - ◇ 一部の地域では、一般救急医療機関と精神科病院との間で、相互協力体制を組んでいるほか、精神身体合併症救急患者に関し、精神科病院の医師達が当番で一般救急医療機関からの電話相談に対応する等の先駆的な取組が行われている。これらの様々な取組を参考にしながら、各地域の特性に応じた診療科間連携体制のあり方について検討すること
  - ◇ 診療科間の連携により、身体面の救急医療後、必要な精神科医療に引き継ぎ、病状の改善が図られるようにすること
  - ◇ 新たな精神科救急医療体制においては、日常診療における地域医療連携や一般診療科と精神科との診療科間連携を活かし、精神科救急患者が緊急時にもできるだけ身近な地域で症状に応じた適切な救急医療を受けられるよう整備すること。その際、医療資源の偏在等により近接地域内での受入れが困難な場合もありうるが、複数の二次保健医療圏での連携なども視野

- に入れ、実効的な仕組みを検討すること
- ◇ 一般救急医療体制では、可能な限り地域で受入調整し、調整困難な場合には全都で調整する二層構造をとっており、このような仕組みも参考にすること
  - ◇ 急性期治療後を引き継ぐ医療や福祉の後方支援体制などの充実も、併せて検討すること
  - ◇ 特に、精神身体合併症救急医療体制の場合には、身体治療後、精神科へ引き継ぐ際や、精神科に移った後の身体症状再燃時の身体治療に関するガイドラインを設けるなど、円滑な連携のための取組が不可欠であること
  - ◇ 精神科救急医療情報センターについては、トリアージ体制の充実や消防機関との効果的な連携などの観点も含め、司令塔としての役割を高めるよう機能の見直しを検討すること
  - ◇ これら精神科救急医療体制の検討にあたっては、医療機関だけでなく警察、消防、保健所、区市町村等の関係機関が参画すること。また、精神身体合併症救急医療体制については、一般診療科の救急医療機関等と共に相互理解を深めながら、連携に関し検討を進めること

### (3) 地域生活支援体制

- 精神障害者は、その障害特性から、退院後も適切な医療を継続的に受診することが、地域で安定した生活を送るうえで欠かせない。
  - 地域で暮らす精神障害者を支えるうえで、入院から地域生活に円滑に移行し安定した生活を継続できるよう、生活基盤の確保や精神疾患に対する住民等の理解に加え、精神症状の変化にきめ細かに対応できる支援体制を構築することが重要である。
  - そのため、今後は次のような方向性で施策を展開していくべきである。
- ◇ 地域生活支援については、入院中の精神障害者の地域生活への移行を促進するため、「第3期障害福祉計画」で定める目標値の向上に向けた取組を進めるとともに、平成24年度からの地域移行・地域定着支援の一部個別給付化を活かして、対象者の円滑な地域移行についての支援体制の構築に努めていくこと
  - ◇ アウトリーチ支援の普及を図るとともに、支援手法の一つである都立（総合）精神保健福祉センターにおける短期宿泊事業についても普及を図る観点から、民間事業者を活用した実施形態について併せて検討すること
  - ◇ アウトリーチ支援による回復の効果を高めるため、支援のあり方を検討する際に当事者や家族が参加し、その意見を採り入れるよう留意すること
  - ◇ 精神障害者が地域で安定した生活を送るうえで、ピアサポーター（相談支援を行う精神障害当事者）の育成と活用に努めること。また、当事者同士

- の支え合いの観点も含めて、支援体制の整備を進めていくこと
- ◇ その際、家族が過大な責任を背負い、孤立化することを防ぐため、当事者のみならず、身近でケアを行っている家族に対し、相談支援や家族教室のほか、家族会による自助的で日常的な交流等の活動に対する支援等、適切な支援を行うこと
  - ◇ これらの支援に加え、居住や日中活動の場の確保、就職や就労の継続に向けた支援体制の整備も併せて進めていくこと
  - ◇ 精神疾患は誰もがかかり得る病気であり、こころの不調時にも安心して地域で暮らしていくには、支援を担う保健・医療・福祉関係者のみならず、地域の住民や学校、企業などの理解が非常に重要であるため、一層の普及啓発を図ること
  - ◇ 都民に対する普及啓発の効果を高めるには、学童期、思春期、青年期、壮年期、高齢期などそれぞれの世代の特性に合わせた取組を行うこと

## 7 個別課題への取組の方向性

- 精神保健医療福祉施策を考えるうえでは、統合失調症、うつ病、依存症、認知症、発達障害等、様々な疾患への対応や、自殺対策や医療観察法医療等、関連する施策の動向も重要である。
- これらについての関連する検討や取組の概況等を踏まえ、本審議会としても今後の施策の方向性について意見を述べる。

### (1) 統合失調症対策

#### <概況と主な取組>

- 平成 20 年の患者調査によると、都における統合失調症圏（F2）の推計入院患者数は 14,000 人と、精神疾患全体の約 60%を占めており、最も高い割合となっているが、平成 17 年と比較して約 4 ポイントの減少である。また、国の推計においては、平成 17 年の全国の統合失調症などの入院患者数 196,000 人が、平成 26 年には 172,000 人、平成 32 年には 149,000 人に減少すると見込まれている。
- 一方、統合失調症の患者については、入院の長期化や高齢化が進んでいる。平成 20 年の患者調査によると、都内の病院に入院する「統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害」の患者の「精神及び行動の障害」に対する割合は、1 年未満が約 30%であるのに対し、1 年以上が約 70%である。また、統合失調症の 65 歳以上の入院患者の割合は、平成 11 年の約 26%から平成 20 年の約 38%に上昇している。



- 都においては、これまで述べてきた日常診療体制、救急医療体制、地域生活支援体制に係る様々な取組を通じて、早期発見や早期介入から地域での安定的な生活の継続に至るまで、統合失調症患者に対する支援を推進している。
- また、平成 24 年度からの診療報酬改定において、精神入院医療の充実や身体合併症対応の評価、重症者を受け入れている病棟の評価、精神科訪問看護の充実、治療抵抗性の統合失調症治療の評価などが行われている。

#### ＜今後の施策の方向性＞

- 発症から回復まで、可能な限り地域で支える質の高い一貫した保健医療福祉支援体制を確保することが必要であり、「診療科間の連携」、「地域連携」、「保健・医療・福祉の連携」の三つの「連携」を意識しながら、取組を推進していくべきである。

## (2) うつ病対策

#### ＜概況と主な取組＞

- うつ病など気分（感情）障害の外来患者は急増している。平成 20 年患者調査によると、全国で 100 万人を超えると推計されている。平成 8 年からの 12 年間で約 3.5 倍と大きく増加している。都においても、104,000 人のぼり、精神障害者の 3 分の 1 を占めている。
- 早期に適切な診断がなされ、精神科医療につなげるために、かかりつけ医に対するうつ診療に関する知識、診断、治療技術の普及を図る研修事業を実施している。
- また、平成 22 年度から、うつ病等の気分障害の患者を対象とした認知行動療法が診療報酬の評価の対象となっている。国では認知行動療法に関する医師等への研修を開始した。都においても、各都立（総合）精神保健福祉センターにおいて、専門職向け研修で認知行動療法を取り上げ、普及を図っている。
- 都民に対しては、平成 22 年 12 月から、認知行動療法を行っている医療機関情報の提供を、東京都医療機関案内サービス「ひまわり」において開始した。
- さらに、うつ病患者の復職等就労支援については、都立（総合）精神保健福祉センターにおいて「うつ病リターンワークコース」などのデイケアプログラムや企業の人事担当者等を対象の講演会などを行っている。
- 国では、次期医療計画における「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」において、構築すべき医療体制の一つとして「うつ病に対して予防から社会復帰まで適切な医療サービスを提供できる機能」を掲げている。

#### ＜今後の施策の方向性＞

- 都は、次期保健医療計画策定にあたり、これまでの取組状況を踏まえ、切れ目のない支援体制の構築を目指すべきである。

### (3) 依存症対策

#### <概況と主な取組>

- 平成 20 年患者調査によると、都におけるアルコールや薬物などの依存症患者は、精神科受診者の約 2%にあたる 5,000 人と推計されている。また、都立（総合）精神保健福祉センターでの依存症関連の相談件数は、年間 3,400 件を超え、全体の精神保健相談件数の約 10%になっている。
- 薬物乱用や依存については、覚せい剤、大麻等の取り締りの対象となる非合法薬物のほか、近年は、違法ドラッグ（脱法ドラッグ）への対応も重要となっている。そのほか、抗不安薬等の向精神薬による依存症の問題も指摘されている。
- 保健所や都立（総合）精神保健福祉センターにおいて、リーフレットや講演会などによる住民向けの普及啓発や精神保健相談を行っている。また、都立（総合）精神保健福祉センターにおいては、アルコール・薬物問題について本人向けグループワークや家族教育プログラムを実施し、当事者に対する直接的な支援も実施している。
- アルコール依存症対策については、アルコール精神疾患専門病棟を整備し、専門的医療提供体制を確保してきた。平成 23 年度には、相談から専門医療、当事者による自助活動など、状態に応じた支援が切れ目なく行われるよう連携を促すため、関係者による協議会で、調整及び検討を行っている。
- 近年の特徴としては、病的賭博（ギャンブル依存症）のように依存対象の多様化もうかがえる。
- 病的賭博は、アルコール依存症などと比べ精神疾患の一つと認識されにくい側面がある。自殺の背景要因として、多重債務が知られているが、病的賭博は多重債務に陥る要因の一つである。そのため、都は、疾患の特性や依存が疑われる場合の対応などについて、リーフレットをホームページに掲載し、都民への普及啓発を図るとともに、都立（総合）精神保健福祉センターにおいて当事者や家族を対象とした相談事業などを実施している。

#### <今後の施策の方向性>

- 依存症には、乱用レベルからの切れ目のない支援や家族等周囲の適切な対応が重要であり、今後も様々な支援機関、回復途上の当事者、支援者の連携を促し、都民の理解を図る取組を進めていくべきである。

### (4) 自殺総合対策

#### <概況と主な取組>

- 都内の自殺死亡者は、平成 10 年を境にそれまでの約 2,000 人から 2,800 人余りに急増し、交通事故死亡者の 10 倍以上に上っている。また、自殺未遂者は少なくとも自殺者数の 10 倍存在するとの報告もあり、非常に深

刻な状況にある。

- 自殺は、個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであり、自殺対策には社会的取組が必要である。
- そのため、都は、様々な分野の関係機関・団体が参画する自殺総合対策東京会議を設置し、総合的な自殺対策の推進に取り組んでいる。自殺対策強化月間における「自殺防止！東京キャンペーン」などの「普及啓発・教育」、早期発見のためのゲートキーパーの養成や自殺相談ダイヤルの実施などの「早期発見・早期対応」、遺族の集いの開催などの「遺族支援」の3本柱により施策を推進している。
- さらに、救急医療機関に搬送された自殺未遂者に対し、カウンセリングを行う際に使用する教材を作成し、これを活用した精神的ケアをモデル実施しており、今後、取組の成果を活用していくことが望まれる。
- 自殺の背景には、うつ病などの精神疾患の存在が指摘されている。こうした人は、最初に内科医等を受診することも多いため、内科医等がうつ診療に関する専門的な知見等を得られるように、うつ診療充実強化研修を実施している。

#### ＜今後の施策の方向性＞

- うつ病はアルコール依存症を合併する率が高く、また、アルコール問題と自殺も強い関係があると言われている。自殺対策に資するよう、依存症と精神疾患とのつながりに留意しつつ、関連する取組を効果的に実施すべきである。

### (5) 認知症対策

#### ＜概況と主な取組＞

- 都において、何らかの認知症症状のある人は約33万人、見守り又は支援の必要な認知症の人は約24万人である。急速な高齢化と共にますます増加すると予想される。
- 都においては、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するため、地域の多様な人材や社会資源をいかした地域づくりや医療と介護の連携による支援体制、認知症高齢者グループホームの整備等の取組を進めている。
- 地域の医療支援体制の構築にあたっては、二次保健医療圏を基本として指定する認知症疾患医療センターが、認知症に係る専門医療機関として、認知症の専門医療を提供することや、地域のかかりつけ医や地域包括支援センター等との地域連携の推進機関としての役割を果たしていくことが必要である。中でも、「身体合併症・周辺症状への対応」と「地域連携の推進」については、重点的に取り組むことが求められる（認知症疾患医療セ

ンター：10か所（平成24年4月現在））。

- また、地域に暮らす認知症高齢者の症状が悪化した際に、患者・家族等を支えるため、都立（総合）精神保健福祉センターの高齢者精神医療相談班による訪問診療や専門的助言とともに、都の整備した認知症専門病棟での入院医療の提供が行われているが、これらの取組も含めて効果的に機能するように地域連携体制の推進を図るべきである。
- 国は、平成23年11月に「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」第2ラウンドにおいて「認知症と精神科医療」について意見をとりまとめた。その後、省内に認知症施策検討プロジェクトチームを設置し、医療・介護・福祉全体で、今後の認知症施策の方向性を検討しており、その結果を次期医療計画における医療体制の構築に係る指針に反映させることとしている。
- 国では、次期医療計画における「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」において、構築すべき医療体制の一つとして「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで適切な医療サービスを提供できる機能」を掲げている。

#### ＜今後の施策の方向性＞

- これまでの施策や「東京都高齢者保健福祉計画」における取組の状況、国の動向等を踏まえ、今後とも認知症の人はもとより家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進すべきである。

### (6) 発達障害者支援の取組

#### ＜概況と主な取組＞

- 発達障害は、乳幼児期から学童期、思春期、青年・成人期とライフステージに応じた支援が必要である。
- 都においては、発達障害者支援センターでの専門相談等の実施や区市町村における支援体制の整備の促進に取り組んでいる。また、都立（総合）精神保健福祉センターにおいて青年期を対象に社会適応促進や就労支援を目的としたデイケアを実施している。
- 主に幼児期における保健センターや保育所など関係機関による連携や心理職等による家族や保育士等への専門的支援などを組み合わせた早期発見・早期支援の取組は、各区市町村において進んできた。今後は、成人期についても、障害特性に配慮した社会参加への支援など、地域の実情に応じた支援体制の整備を進めていく必要がある。
- 平成22年12月の障害者自立支援法改正により、発達障害者が精神障害者に含まれるとして法律上明記されるようになったことを受けて、社会における発達障害に対する認識が高まり、支援ニーズが増加すると見込まれる。

#### ＜今後の施策の方向性＞

- これらに適切に対応できるよう、都は、区市町村からの高いニーズを踏まえ、支援を担う人材の育成を今後とも進めていくべきである。

## (7) 医療観察法医療

### <概況と主な取組>

- 医療観察法制度（※12）は国が施行しており、指定入院医療機関における多職種チームによる手厚い医療的支援と、地域社会における処遇への移行やその後の通院や地域生活に関する社会復帰調整官のコーディネートとを核としている。
- 都は、国の整備状況や医療観察中及び観察終了後の医療中断を防止する環境整備の必要性を鑑み、平成 22 年 3 月から、都立松沢病院において入院医療の提供を行う病棟を運営している。また、地域社会における処遇に関し、都立（総合）精神保健福祉センターが関係機関に対し、助言や社会資源等の情報提供を行うとともに、医療機関や保健所、障害福祉サービス事業所等の職員を対象に、医療観察法に関する研修を実施している。
- 対象者は、本制度による処遇終了の後、他の精神障害者と同様に、地域における一般的な精神保健医療福祉サービスの下で地域生活を送ることとなる。
- 本制度による処遇を終了した者が安定的に地域生活を送るためには、通院や福祉サービスの利用が継続しやすいよう、処遇中から身近な地域で必要な支援を確保できることが効果的である。

### <今後の施策の方向性>

- 都としては、本制度による処遇終了後を見据えて国に働きかけ、関係機関の協力のもと、身近な地域において継続的な生活支援が行われるよう、医療観察法制度についての地域関係者への継続的な普及啓発を含め、体制整備を図るべきである。

（※12）「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」（医療観察法）は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度。入院や通院、退院などを適切に決定する手続き、手厚い専門的な医療、地域社会における処遇（必要な医療やケアを提供する仕組み）などについて定めている。

## 8 推進体制

- 精神保健医療福祉施策を進めるにあたっては、行政、医療機関や福祉サービス事業者、当事者、家族などがそれぞれの役割を担うとともに、一体となって連携協働していくことが重要である。
- その際、特に各専門職は、専門性の確保や関連分野への理解など地域連携に貢献できるよう、資質の向上に努めるべきである。

### (1) 行政の役割

- 精神保健医療福祉を進めるにあたり、行政は、相談支援や障害福祉サービスの支給や提供体制の計画的な整備、保健医療の体制の計画的な整備、本人の人権に配慮した上で必要に応じた医療及び保護の実施、指導監督等を通じた適正なサービスの質の確保、必要な様々なサービスの連携調整、住民への普及啓発のほか、地域のニーズや資源の実態を調査等により把握し限られた資源を有効に活かしていくことなどの役割を担う。
- 行政は、地域における医療機関や福祉サービス事業者による連携ネットワークが構築されるよう、働きかけていくべきである。
- また、平成 24 年 4 月から施行される改正障害者自立支援法に基づく相談支援の充実等に適切に対応できるよう、相談員などの人材育成や教育研修の充実を推進することも重要である。当事者や家族の気持ちをきちんと受け止められる相談技能を身につけることも求められる。
- 精神障害者の地域生活を支援する体制の整備について、区市町村が福祉サービスの実施主体として取組を進めていくにあたり、都は、支援基盤の整備に対する重点的な支援や、支援施策のモデルを提示し取組を促すなどの支援を行うべきである。また、区市町村が地域の実情に応じて独自の創意工夫に基づく取組を実施しやすいように支援することも重要である。
- また、疾病と障害が併存する精神障害者の特性を踏まえ、都は広域自治体として、医療と福祉に関する広域的な連携体制構築を進めていく必要がある。
- 平成 22 年 12 月に改正された、障害者自立支援法及び精神保健福祉法の多くの規定が平成 24 年度からの施行とされている。区市町村においては、新たに精神障害者の地域移行支援・地域定着支援の個別給付を行うこと、地域移行支援・地域定着支援や障害者の権利擁護に関する相談も行う基幹相談支援センターの整備を行うことが求められている。また、精神保健福祉の相談指導を実施するにあたり、区市町村、保健所、精神保健福祉センターが相互に密接に連携して行うべきことも定められた。
- 都や区市町村は、住民等に対し、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を効果的に行い、理解促進に取り組んでいくことが重要である。

## ① 区市町村の役割

- 区市町村は、住民に最も身近な自治体として、精神障害者に対する相談支援など地域の実情に応じて福祉サービスを提供する実施主体となっている。
- 精神保健福祉サービスの実施主体の中でも、住民に最も身近な自治体として、都立（総合）精神保健福祉センターや都保健所と連携しながら精神障害者に対する相談支援の充実を図る必要がある。
- 精神障害者の地域生活を支援する福祉サービスの実施主体として、地域の実情に応じた体制整備をしていくことが求められる。
- 「こころの健康づくり事業」等予防から地域生活支援等の福祉サービスまで、総合的に、独自の創意工夫に基づいた取組を検討していくべきである。
- 地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務を行う基幹相談支援センターを設置し、地域自立支援協議会への運営や参画等を通じて、地域の関係機関の連携を強化していくことが望ましい。
- 区市町村においては、障害者福祉保健の担当部署だけでなく、高齢者介護、生活福祉、児童福祉など様々な部署で精神疾患に関連する相談等に対応しており、各部署が連携して解決にあたることが望ましい。
- 区市町村が、都や地域の関係団体とも連携しながら、様々な機会を通じて精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の普及・啓発を進めていくことも必要である。

## ② 都の役割

- 都は、都全域における精神保健医療福祉サービスに係る全体的な基本方針の策定や、精神科救急医療情報センターの運営、措置入院など精神科救急医療体制の整備、医療連携体制の構築などの役割を担っている。
- 都は、平成 24 年度から平成 26 年度までを計画期間とする「東京都障害者計画・第 3 期東京都障害福祉計画」に基づき、施策を推進するとともに、平成 25 年度から平成 29 年度までを計画期間とする次期「東京都保健医療計画」など精神保健医療福祉サービスに係る基本方針の策定を行う。
- 次期保健医療計画において、精神疾患が医療計画に記載すべき疾病に追加され、各医療機関等の機能分担や連携を推進していくことが必要とされていることを踏まえ、都における連携構築のモデルを地域に提示していく。
- 関係団体にも働きかけて、精神疾患の早期発見・早期対応に向けた取組を推進するとともに、精神科初期救急・二次救急・緊急措置など精神科

救急医療体制の安定的確保や精神身体合併症患者への医療提供などを進めていく。

- 精神疾患は誰もがかかる可能性のある病気であることなど、広く国民に正しい理解を促すための啓発に取り組むことや、診療報酬の改善などについて、国に対して適切に提案を行う。

### ③ 保健所の役割

- 保健所については、23区は各区が、多摩・島しょ地域は都と政令市が設置し、保健師等の専門職が専門的な相談や訪問などの支援業務を行っている。
- また、精神保健福祉法において保健所は、措置入院にかかる診察に関する警察官通報等及び措置入院や医療保護入院の定期病状報告等の届出に関し経由事務を担うなど、本人の意思によらない入院に関し特別の役割を担うものとされている。
- 医師や保健師等の専門職の活用により、保健・医療全般にわたる専門相談や、関係機関・団体に対する専門技術的支援、ボランティア等の地区組織育成、普及啓発など、直接的・間接的な支援により、地域における精神保健体制の充実を図っていく。
- 未受診者の受療促進・医療中断防止や医療観察法対象者その他の困難事例に対応するなかで、精神障害者が地域生活を継続できるよう、行政、医療機関、福祉関係機関、民間団体・事業者等の調整を図りながら、広域的視点をもって地域支援ネットワークの形成を行う機能を更に強化していくべきである。
- また、地域移行支援・地域定着支援が個別給付化されることから、措置入院者等に対する入院中から退院時の支援について、医療機関と地域移行を行う事業者との調整などの役割が期待される。

#### <都保健所の市町村支援>

- 平成24年4月から障害者自立支援法の改正に基づいて、サービス等利用計画の作成やモニタリングの対象が大幅に拡大することを踏まえ、都保健所には、区市町村や福祉サービス事業者等への技術支援が求められる。

### ④ 都立（総合）精神保健福祉センターの役割

- 都立（総合）精神保健福祉センターは、都が設置・運営し、精神科医師や保健師、精神保健福祉士など、多職種が配置されている総合的な技術センターであり、保健所や区市町村等に技術指導、技術援助を行っている。
- 都立（総合）精神保健福祉センターは、専門行政機関として、実践を通



じて培われた専門性を発揮し、次のような面から都民や関係機関に広く働きかけていくべきである。

- 精神保健福祉法及び障害者自立支援法改正により、役割や業務が拡大する区市町村や相談支援事業者に対して、保健所と協働して専門的技術支援や人材育成を一層きめ細かく行っていく必要がある。現在行っているアウトリーチ支援や短期宿泊事業等を通じた人材育成も有効と考えられ、今後技術移転を行うことはますます重要になる。
- 支援の枠組みや技法が未確立なため、今のところ地域では対応が難しい障害や疾病に対する支援プログラムの開発など、先駆的取組の実践及び地域への技術普及も重要な役割である。
- 今後、地域支援や都民への普及啓発活動をより一層効果的に推進していくために、調査研究機能や情報発信機能を強化するべきである。業務を通じて把握した情報やデータをもとに都内の精神障害者の概況を分析し、医療・福祉資源の集約情報等と併せて関係行政機関に提供することで、区市町村や保健所等における取組の質の向上に大きく寄与するものと思われる。
- 精神医療審査会事務等を所管する機関として、精神科医療の質の向上や精神障害者の人権尊重・権利擁護の推進を図るとともに、当事者の自己決定・自己実現の尊重を基本理念とする支援の考え方やその技法の普及について、主導的な役割を果たしていくべきである。
- 都立（総合）精神保健福祉センターの様々な実践から得られた示唆を効果的に精神保健医療福祉施策に活かすべきである。

## **(2) 医療機関の役割**

- 精神疾患医療連携体制の構築を目指すうえで、症状が分かりにくく変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという精神疾患の特性を踏まえ、アクセスしやすく必要な医療を速やかに受けられる体制が求められている。
- その際に重要なのは、精神科の診療所や病院はもちろん、一般診療科の医療機関も含め多くの医療機関が連携に参画し、地域全体で発症から急性期、回復期、地域生活における再発予防まで、継続して医療を提供していくことである。
- さらに、患者の生活を支える福祉や介護サービスとの連携を積極的に進めるべきである。

### **<都立病院等の役割>**

- 精神病床を有する都立病院及び財団法人東京都保健医療公社の病院は、緊急措置入院や精神身体合併症医療など、民間医療機関では対応が困難な医療を積極的に提供している。その実績を活かし、今後、精神疾患医療連携

体制の構築に当たっては、それぞれの地域における精神科医療の連携促進の役割を担うべきである。

- 平成 24 年 5 月に新館が開設する松沢病院は、今後の精神科医療のニーズに応じていくため、急性期精神科医療を中心に、精神科救急医療、精神科身体合併症医療、薬物依存等の特殊医療などの機能強化を図るとともに、それらを支える総合診療基盤の充実に努め、一般の精神科病院では対応困難な専門性の高い精神疾患に対応することにより、都における精神科医療の拠点としての役割を果たしていく。
- 都の精神保健医療福祉施策と緊密に連携し、行政的医療の提供を着実にやっていくべきである。

### **(3) 福祉サービス事業者の役割**

- 精神障害者への各種福祉サービスの提供や相談支援においては、都知事の指定や区市町村の委託を受けて事業を行う、社会福祉法人や NPO 法人等の民間事業者が大きな役割を担っている。
- 福祉サービス事業者は、直接精神障害者への支援を行っていない事業者を含め、都の相談支援従事者研修や保健所・都立（総合）精神保健福祉センターによる技術援助などを活用し、専門職の資質の向上を図り、サービスの向上に努めるべきである。
- また、福祉サービス事業者は、利用者の状態の変化に応じたきめ細かな支援を行うために、医療機関との連携を進めるべきである。

### **(4) 都民の役割**

- いうまでもなく、都民誰もが、精神障害の有無にかかわらず、基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されなければならない。
- そのうえで、精神障害者が安定した地域生活を送るためには、家族はもちろん、近隣住民や職場の同僚など身近な人々の理解が必要不可欠である。
- また、より多くの都民が精神保健福祉に関する正しい知識を持つことは、自分自身や家族など身近な人々の精神症状に早期に気づき、専門的相談や医療に、より速やかにつながる効果も期待され、都民自ら精神保健福祉について学ぶことが望まれる。
- 精神障害者やその家族が地域で安心して暮らせるよう、様々な支援について検討や取組を進めるにあたっては、精神障害者やその家族を含む都民が参画することで、精神障害への理解を深めながら、社会全体で支援体制を構築していくことが期待される。

#### **<精神障害者やその家族の役割>**

- 精神障害者同士が、ピアサポートや当事者会活動などを通じて、互いに交流し支え合うことは、精神障害者の社会参加にとって大変有用である。

- また、精神障害者と適切に接する機会をもつことで、より多くの都民の理解へとつながるため、都民との交流を積極的に行うことが望まれる。
- 精神障害者にとって、多くの場合、家族は、身近なケアの担い手であるだけでなく心理的な支えでもある。その家族への支援として、家族会活動等を通じ、同様の経験のある他の精神障害者の家族が相談に乗ることは意義深い。

## 9 今後の施策の展開にあたって

### (1) 普及啓発の推進

- 精神障害者が地域で安心して暮らせるためには、精神疾患や精神障害者についての誤解を取り除いて、社会全体の正しい理解を図ることが重要である。
- 平成 20 年度に実施した東京都福祉保健基礎調査「障害者の生活実態」においては、精神障害者約 530 人のうち、約 23%が「周りの人の障害者に対する理解不足」が社会参加をする上で妨げになっていると回答している。
- 都はこれまでも講演会の開催やパンフレット等の配布、ホームページ等を活用し、精神保健福祉に関する普及啓発を実施してきた。都や区市町村、関係団体等が連携し、当事者や家族とも協働しながら積極的な普及啓発活動を行っていくべきである。
- なお、精神疾患の早期発見・早期対応の観点から、学校教職員や生徒に対する普及啓発など教育現場との連携や家庭内教育も推進していくべきである。

### (2) 取組の評価検証

- 都民が精神疾患にかかった際に早期に適切な支援を受け、地域で安心して暮らし続けられるよう、本提言を踏まえて取組を進めていくにあたり、継続的に把握可能な指標を設定し、具体的施策の進捗状況の評価を行い、必要に応じて施策等を見直しながら推進していくべきである。
- その際、保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援・教育等、協働して取り組むべき分野の関係機関や当事者、家族等を含めた協議体において、必要に応じて状況を把握し、様々な角度から検証し、施策に活かすことが実効性を高める。

### (3) 災害時におけるメンタルヘルスケアに関する検討

- 今後の施策の展開において、平常時の精神保健医療福祉に関する支援体制整備だけでなく、災害時における支援についても併せて検討が必要である。
- 平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は、わが国に甚大な被害をもたらした。都は、都立（総合）精神保健福祉センターや都立・公社病院をはじめ

め関係団体や民間医療機関、多くの医療従事者の協力を得て、3月23日から被災地に「こころのケアチーム」を派遣し、被災者への精神保健福祉相談や精神科の応急診療、被災地職員へのメンタルヘルスケアなどを実施した。

- また、都内に避難してきた被災者への支援として、福島県などから避難してきた多数の患者を、多くの精神科医療機関で受け入れたほか、都内避難所に避難してきた被災者等に対し、都立(総合)精神保健福祉センターや保健所、関係機関がこころのケアに関する相談を行った。
- 平成24年度には「東京都地域防災計画」の修正が予定されている。東日本大震災での経験を活かし、必要な医薬品なども含めた災害時の医療機能の確保や、多数の都民に対するこころのケア体制等、支援のあり方を検討する必要がある。

## 10 おわりに

- これまで述べてきたとおり、精神疾患が医療計画に記載すべき疾病に追加されるなど、本審議会での検討の過程で重要な制度改正が行われている。また、国において、保護者制度の見直しや新たな福祉法制の検討などが行われている。
- 都が本提言の趣旨を踏まえ、「第3期障害福祉計画」の推進に取り組むとともに、平成25年度からの次期「東京都保健医療計画」において精神疾患の医療連携体制を構築していくことが望まれる。そして、今後の様々な制度改正にも留意しながら、東京の地域特性に合った精神保健医療福祉体制構築の実現に向けて、積極的に取り組むことを期待する。

## 審 議 経 過

開催年月日	会議等名称	検討項目
平成21年 6月15日	審議会(第1回)	精神障害者を地域で支える医療提供体制の整備について
平成21年 7月29日	精神科地域医療部会 (第1回)	精神障害者の地域医療を支える支援機関等のネットワーク構築の現状と課題について
平成21年 8月 3日	精神科救急医療部会 (第1回)	精神科救急医療システムの現状と課題について 精神科救急医療情報センターの現状と課題について
平成21年 9月 4日	精神科地域医療部会 (第2回)	精神科医療の課題・医療提供体制の構築・モデル事業について 「中間のまとめ」の項目について
平成21年 9月 9日	精神科救急医療部会 (第2回)	精神科救急医療システムの現状と課題について 精神科救急医療情報センターの課題と今後の方向性について 「中間のまとめ」の項目について
平成21年 9月24日	精神科地域医療部会 精神科救急医療部会 (第3回)	早期に取り組むべき施策に関する意見具申(中間のまとめ)案について
平成21年10月15日	審議会(第2回)	早期に取り組むべき施策に関する意見具申(中間のまとめ)案について
平成21年11月 6日	～精神障害者を地域で支えるために～ 早期に取り組むべき施策に関する意見具申(中間のまとめ)	
平成22年 1月12日	精神科救急医療部会 (第4回)	二次救急医療の現状・課題と取組の方向性について
平成22年 1月29日	精神科地域医療部会 (第4回)	地域における精神科医療ネットワークモデル事業案について
平成22年 3月18日	審議会 (第3回)	精神障害者を地域で支える医療提供体制の整備について
平成22年 6月 1日	精神科救急医療部会 (第5回)	精神科救急医療システムの現状と課題について(身体合併症医療) 精神科救急医療情報センターの一元化について
平成22年 6月 4日	精神科地域医療部会 (第5回)	アウトリーチ支援モデル事業について 精神科医療ネットワークモデル事業について 早期発見・早期対応について

## 審 議 経 過

開催年月日	会議等名称	検討項目
平成22年 6月30日	精神科救急医療部会 (第6回)	精神科救急医療情報センターの一元化後の機能について 措置診察・夜間緊急医療の現状と課題について
平成22年 7月 7日	精神科地域医療部会 (第6回)	移送について 早期発見・早期対応について
平成22年 7月13日	審議会 (第4回)	今後の検討課題について
平成22年10月13日	精神科地域医療部会 精神科救急医療部会 (第7回)	精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性について
平成22年11月24日	精神科地域医療部会 精神科救急医療部会 (第8回)	精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性について
平成22年12月16日	審議会 (第5回)	精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性について
平成22年12月21日	論点整理 精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性	
平成23年 6月 1日	精神科地域医療部会 精神科救急医療部会 (第9回)	訪問型(アウトリーチ)支援事業について 精神疾患の早期発見・早期対応のための連携構築について 精神科救急医療体制について 地域精神科医療ネットワークモデル事業について
平成23年 8月 2日	精神科救急医療部会 (第10回)	精神科救急医療体制について
平成23年 9月 6日	精神科地域医療部会 (第10回) 精神科救急医療部会 (第11回)	地域生活支援体制について(アウトリーチ支援事業・短期宿泊事業、 地域移行地域定着支援) 日常診療体制について(地域精神科医療ネットワークモデル事業) 精神科救急医療体制について(精神身体合併症救急医療体制)
平成23年10月 6日	精神科地域医療部会 (第11回) 精神科救急医療部会 (第12回)	日常診療体制について(精神疾患早期発見・早期対応推進事業) 「今後の施策の方向性」(仮称)について
平成23年10月27日	審議会 (第6回)	「最終答申に向けた検討の視点」(仮称)について
平成23年11月 4日	最終答申に向けた検討の視点	

## 審 議 経 過

開催年月日	会議等名称	検 討 項 目
平成23年12月21日	精神科地域医療部会 (第12回) 精神科救急医療部会 (第13回)	地域生活支援体制について(地域移行・地域定着支援体制) 救急医療体制について 精神保健医療福祉施策に関連する施策の動向等について
平成24年 1月31日	精神科地域医療部会 (第13回) 精神科救急医療部会 (第14回)	精神保健医療福祉施策に関連する施策の動向等について 都における来年度の事業展開について 精神科救急医療体制について 東京都地方精神保健福祉審議会「最終答申」・構成(案)について
平成24年 2月21日	精神科地域医療部会 (第14回) 精神科救急医療部会 (第15回)	精神保健福祉の普及啓発事業への取組状況(東京都) 東京都地方精神保健福祉審議会「最終答申」(案)について
平成24年 3月28日	審議会 (第7回)	「都民を支える精神保健医療福祉の連携構築に向けて(意見具申)」 (仮称)について

## 東京都地方精神保健福祉審議会 委員名簿

(区分内50音順)  
(会長:◎、副会長:○)

区 分	氏 名	役 職	備 考
学識経験者	齊 藤 あ つ し	東京都議会議員	平成21年7月23日から
	串 田 克 巳	東京都議会議員	平成21年7月22日まで
	近 藤 ル ミ 子	東京家庭裁判所判事	平成22年4月1日から
	清 水 研 一	東京家庭裁判所判事	平成22年3月31日まで
	◎ 松 下 正 明	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター理事長 財団法人東京都医学総合研究所 顧問	
	水 野 雅 文	東邦大学医学部教授	
	○ 村 田 篤 司	社会福祉法人天童会秋津療育園園長	
医療関係者	市 川 宏 伸	都立小児総合医療センター顧問	
	遠 藤 俊 一	社団法人東京都医師会(元代議員会議長)	
	岡 崎 祐 士	都立松沢病院院長	
	嶋 森 好 子	社団法人東京都看護協会会長	平成22年4月1日から
	森 山 弘 子	社団法人東京都看護協会会長	平成22年3月31日まで
	中 野 和 広	一般社団法人東京精神神経科診療所協会副会長	平成23年7月25日から
	平 川 博 之	一般社団法人東京精神神経科診療所協会会長	平成23年5月17日まで
		社団法人東京都医師会理事	平成23年5月18日から
	弓 倉 整	社団法人東京都医師会理事	平成23年5月17日まで
	松 村 英 幸	社団法人東京精神科病院協会会長	
	宮 崎 舜 賢	社団法人東京都医師会救急委員会副委員長	平成22年5月26日から
	山 田 雄 飛	社団法人東京精神科病院協会副会長	平成22年4月1日から
長 瀬 輝 誼	社団法人東京精神科病院協会常務理事	平成22年3月31日まで	
社会復帰関係者	伊 藤 善 尚	東京都精神保健福祉民間団体協議会運営委員長	
	小 金 澤 正 治	東京都精神障害者団体連合会相談役	
	末 安 民 生	特例社団法人日本精神科看護技術協会会長	
	野 村 忠 良	東京都精神障害者家族会連合会会長	
	羽 藤 邦 利	特定非営利活動法人メンタルケア協議会理事長	
	吉 澤 豊	東京精神保健福祉士協会事務局長	
区市町村代表	本 保 善 樹	(特別区代表)品川区保健所長	平成23年4月1日から
	金 田 麻 里 子	(特別区代表)荒川区健康部長兼保健所長	平成23年3月31日まで
	三 澤 和 宏	(市町村代表)武蔵野市健康福祉部長	



## 東京都地方精神保健福祉審議会部会委員名簿

(区分内50音順、敬称略)

### 【精神科地域医療部会】

(部会長:◎、部会長代理:○)

区分	氏名	役職	備考
学識経験者	◎ 水野 雅文	東邦大学医学部教授	
医療関係者	岡崎 祐士	都立松沢病院院長	
	中野 和広	一般社団法人東京精神神経科診療所協会副会長	平成23年7月25日から
	平川 博之	一般社団法人東京精神神経科診療所協会会長	平成23年5月17日まで
		社団法人東京都医師会理事	平成23年5月18日から
	弓倉 整	社団法人東京都医師会理事	平成23年5月17日まで
松村 英幸	社団法人東京精神科病院協会会長		
社会復帰関係者	伊藤 善尚	東京都精神保健福祉民間団体協議会運営委員長	
	小金澤 正治	東京都精神障害者団体連合会相談役	
	末安 民生	特殊社団法人日本精神科看護技術協会会長	
市町村代表	三澤 和宏	武蔵野市健康福祉部長	

### 【精神科救急医療部会】

区分	氏名	役職	備考
学識経験者	水野 雅文	東邦大学医学部教授	
医療関係者	◎ 市川 宏伸	都立小児総合医療センター顧問	
	○ 遠藤 俊一	社団法人東京都医師会(元代議員会議長)	
	岡崎 祐士	都立松沢病院院長	
	嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長	平成22年4月1日から
	森山 弘子	社団法人東京都看護協会会長	平成22年3月31日まで
	中野 和広	一般社団法人東京精神神経科診療所協会副会長	平成23年7月25日から
	平川 博之	一般社団法人東京精神神経科診療所協会会長	平成23年5月17日まで
		社団法人東京都医師会理事	平成23年5月18日から
	宮崎 舜賢	社団法人東京都医師会救急委員会副委員長	平成22年5月26日から
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長	平成22年4月1日から
長瀬 輝誼	社団法人東京精神科病院協会常務理事	平成22年3月31日まで	
社会復帰関係者	野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会会長	
	羽藤 邦利	特定非営利活動法人メンタルケア協議会理事長	
	吉澤 豊	東京精神保健福祉士協会事務局長	
区市町村代表	本保 善樹	品川区保健所長	平成23年4月1日から
	金田 麻里子	荒川区健康部長兼保健所長	平成23年3月31日まで

東京都地方精神保健福祉審議会 幹事名簿

所属・職	氏名	備考
福祉保健局企画担当部長	浜 佳葉子	平成23年8月1日から
福祉保健局企画担当部長	日置 豊見	平成23年7月31日まで
福祉保健局医療政策部長	中川原 米俊	平成22年7月16日から
福祉保健局医療政策部長	吉井 栄一郎	平成22年7月15日まで
福祉保健局保健政策部長	前田 秀雄	平成23年4月1日から
福祉保健局保健政策部長	住友 眞佐美	平成23年3月31日まで
福祉保健局高齢社会対策部長	中山 政昭	平成23年4月1日から
福祉保健局高齢社会対策部長	狩野 信夫	平成23年3月31日まで
中部総合精神保健福祉センター所長	益子 茂	平成23年4月1日から
精神保健福祉センター所長		平成23年3月31日まで
中部総合精神保健福祉センター所長	川関 和俊	平成23年3月31日まで
多摩総合精神保健福祉センター所長	野津 眞	
精神保健福祉センター所長	小川 一夫	平成23年4月1日から
病院経営本部経営戦略・再編整備担当部長	齊藤 和弥	平成22年7月16日から
病院経営本部経営戦略・再編整備担当部長	斎藤 真人	平成21年7月16日から 平成22年7月15日まで
病院経営本部経営戦略・再編整備担当部長	黒田 祥之	平成21年7月15日まで
都立多摩総合医療センター神経科部長	西村 隆夫	
多摩小平保健所長	早川 和男	平成23年4月1日から
多摩小平保健所長	大黒 寛	平成23年3月31日まで
東京消防庁救急部長	荒井 伸幸	平成22年4月1日から
東京消防庁救急部長	野口 英一	平成22年3月31日まで
産業労働局雇用就業部長	穂岐山 晴彦	平成22年7月16日から
教育庁都立学校教育部長	直原 裕	平成22年7月16日から

【事務局】

福祉保健局障害者施策推進部長	芦田 真吾	平成21年7月16日から
福祉保健局障害者施策推進部長	松浦 和利	平成21年7月15日まで
福祉保健局障害者医療担当部長	熊谷 直樹	
福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長	櫻井 幸枝	平成22年7月16日から
福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長	中村 雄	平成22年7月15日まで

# 資 料

- 資料 1 精神疾患等推計患者数（都民）
- 資料 2 都民の推計患者数（疾病別）
- 資料 3 精神病床における平均在院日数の推移  
年間入院患者数・退院患者数の推移
- 資料 4 精神障害者通院医療費助成 年度別実績の推移【東京都】
- 資料 5 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移【東京都】
- 資料 6 都内の精神病床数、精神科・心療内科標ぼう病院数・診療所数
- 資料 7 夜間こころの電話相談 年間相談件数
- 資料 8 地域生活基盤の整備状況（グループホーム・ケアホーム等）
- 資料 9 区市町村障害者就労支援事業の概要
- 資料 10 精神疾患早期発見・早期対応推進事業について
- 資料 11 精神科医療地域連携モデル事業について
- 資料 12 東京都精神科夜間休日救急医療の流れ
- 資料 13 東京都精神科患者身体合併症医療事業の概要
- 資料 14 東京ルールによる調整困難患者（身体合併症患者）受入医療機関支援事業
- 資料 15 心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ
- 資料 16 精神障害者地域移行体制整備支援事業
- 資料 17 アウトリーチ支援事業、民間事業者活用型短期宿泊モデル事業について
- 資料 18 精神疾患に関する国際的な動向
- 資料 19 地域住民の精神障害に関する知識や意識に関連した参考資料
- 資料 20 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」  
(平成 24 年 3 月 30 日厚生労働省医政局指導課長通知より)

## ■ 精神疾患等推計患者数（都民）

平成20年10月現在

(単位:千人)

	統合失調症、 統合失調症型 障害及び妄想 性障害	気分[感情]障 害(躁うつ病を 含む)	神経症性障 害、ストレス関 連障害及び身 体表現性障害	てんかん	その他	合計
総計	66	104	74	17	50	311
	21.2%	33.4%	23.8%	5.5%	16.1%	100.0%
入院	14	2.4	0.4	0.5	5.6	22.9
	61.1%	10.5%	1.7%	2.2%	24.5%	100.0%
外来	52	101.6	73.6	16.5	44.4	288.1
	18.0%	35.3%	25.5%	5.7%	15.4%	100.0%

※ 平成20年10月厚生労働省大臣官房統計情報部実施の患者調査による。

※ 傷病分類は、第10回修正国際疾病、傷害及び死因統計分類(ICD-10)による。

その他の内訳:血管性及び詳細不明の認知症、アルコール・薬物依存症等、知的障害 ほか

※ 総計数は、調査日現在において継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設を受療していない者も含む。)の数を次の算式により推計したものである。

総計数=入院患者数+初診外来患者数+再外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7)

※ 外来患者数=総数(統計値)-入院患者数(統計値)

平成17年10月現在

(単位:千人)

	統合失調症、 統合失調症型 障害及び妄想 性障害	気分[感情]障 害(躁うつ病を 含む)	神経症性障 害、ストレス関 連障害及び身 体表現性障害	てんかん	その他	合計
総計	69	109	64	50	42	334
	22.2%	35.0%	20.6%	16.1%	13.5%	107.4%
入院	15	2.2	0.3	0.4	6.5	24.4
	65.5%	9.6%	1.3%	1.7%	28.4%	106.6%
外来	54	106.8	63.7	49.6	35.5	309.6
	18.7%	37.1%	22.1%	17.2%	12.3%	107.5%

※ 平成17年10月厚生労働省大臣官房統計情報部実施の患者調査による。

※ 傷病分類は、第10回修正国際疾病、傷害及び死因統計分類(ICD-10)による。

その他の内訳:血管性及び詳細不明の認知症、アルコール・薬物依存症等、知的障害 ほか

※ 総計数は、調査日現在において継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設を受療していない者も含む。)の数を次の算式により推計したものである。

総計数=入院患者数+初診外来患者数+再外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7)

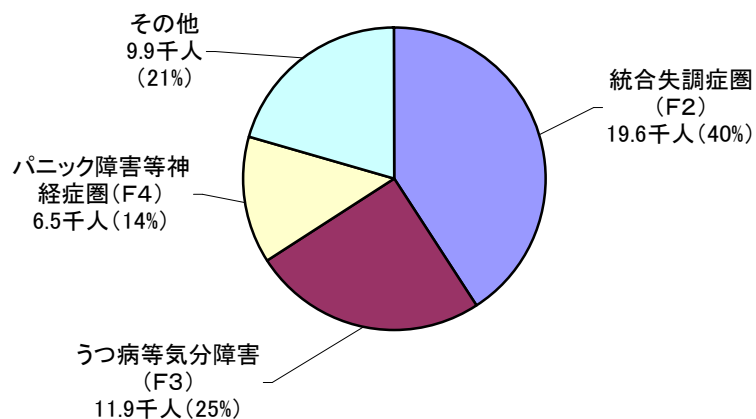
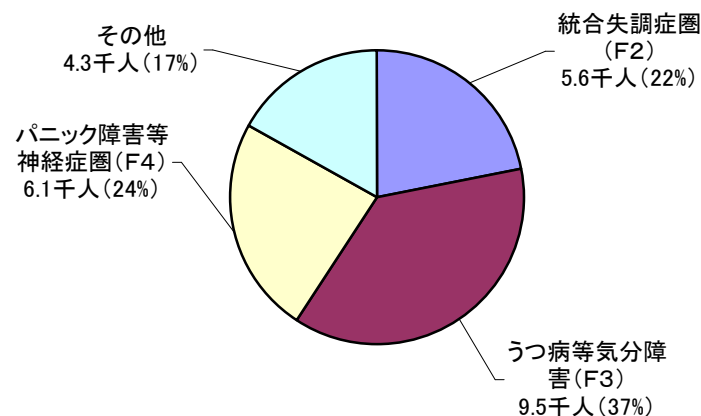
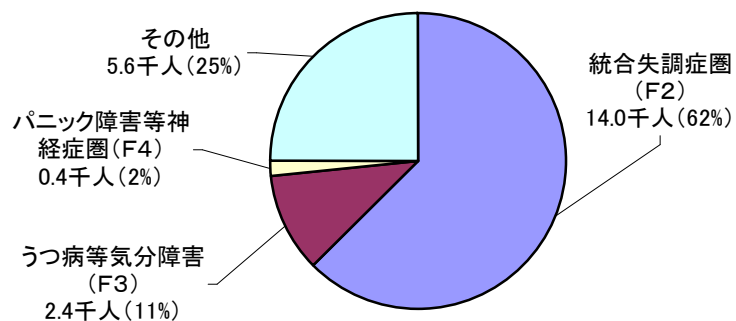
※ 外来患者数=総数(統計値)-入院患者数(統計値)

## ■ 都民の推計患者数（疾病別）

資料2

(千人)

	統合失調症圏(F2)	うつ病等気分障害(F3)	パニック障害等 神経症圏(F4)	その他
入院	14.0	2.4	0.4	5.6
外来	5.6	9.5	6.1	4.3
合計	19.6	11.9	6.5	9.9

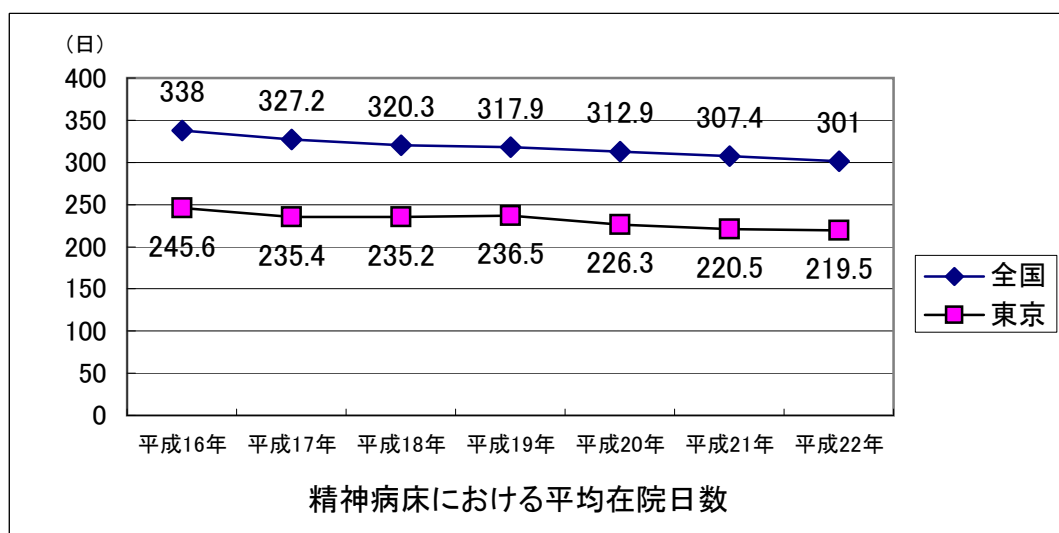


- ※ 平成20年10月厚生労働省大臣官房統計情報部実施の患者調査による。
- ※ 本調査は、調査当日に医療施設で受療した患者数を推計したもの(いわゆる1日調査)である。

## ■ 精神病床における平均在院日数の推移

(単位:日)

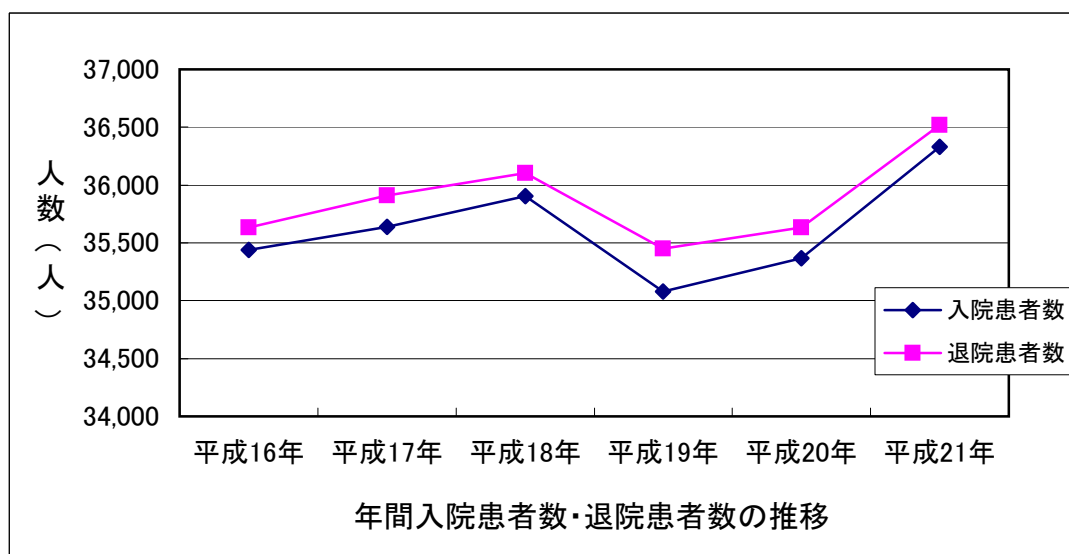
	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
全国	338	327.2	320.3	317.9	312.9	307.4	301
東京	245.6	235.4	235.2	236.5	226.3	220.5	219.5



## ■ 年間入院患者数・退院患者数の推移

(単位:人)

	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
入院患者数	35,438	35,636	35,905	35,081	35,367	36,332
退院患者数	35,634	35,908	36,106	35,449	35,632	36,520



(出典:厚生労働省「病院報告」より)

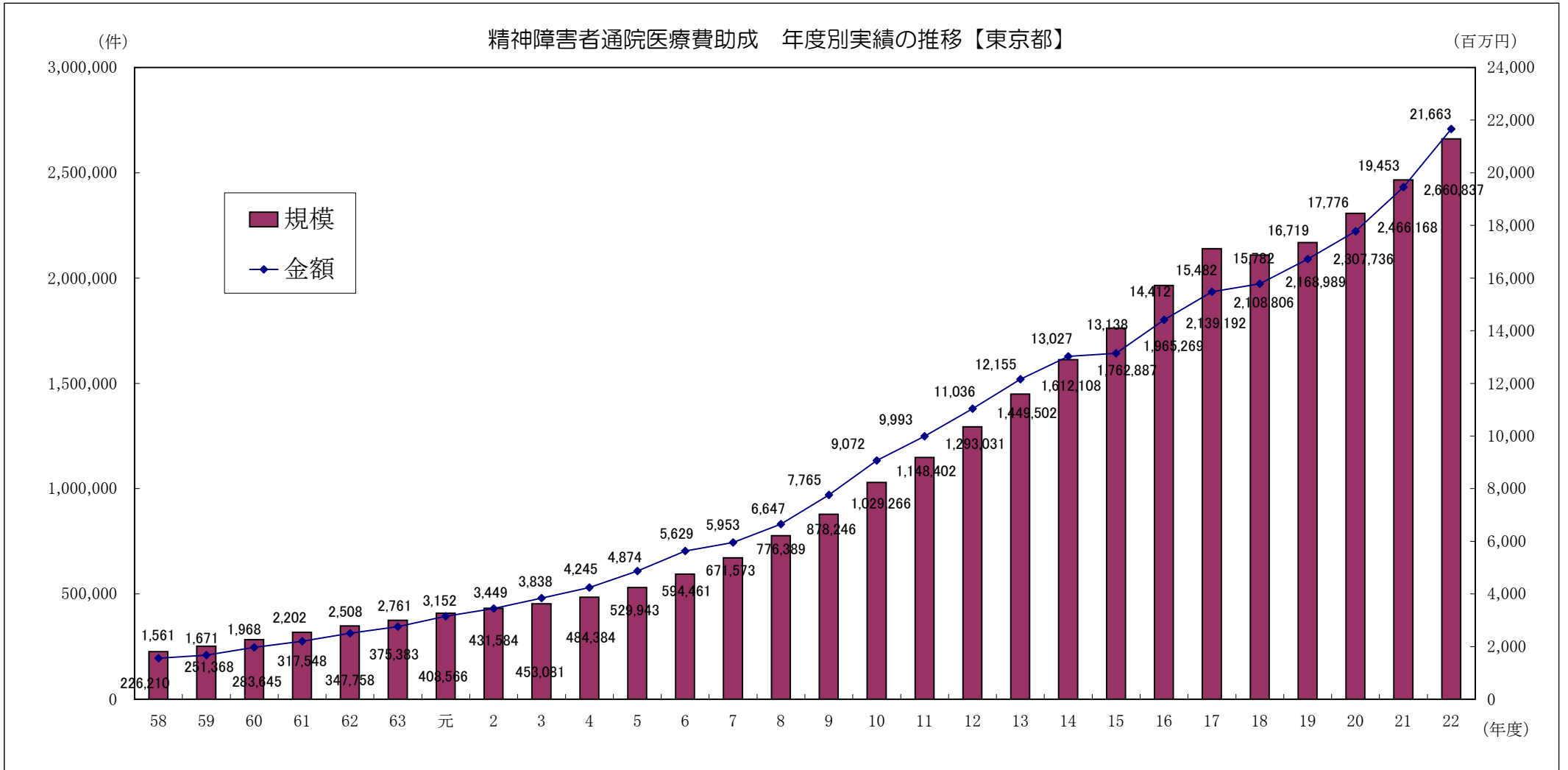
■ 精神障害者通院医療費助成 年度別実績の推移【東京都】

資料4

年度	昭和58年度	昭和59年度	昭和60年度	昭和61年度	昭和62年度	昭和63年度	平成元年度	平成2年度	平成3年度	平成4年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度
規模(件)	226,210	251,368	283,645	317,548	347,758	375,383	408,566	431,584	453,081	484,384	529,943	594,461	671,573	776,389
金額(百万円)	1,561	1,671	1,968	2,202	2,508	2,761	3,152	3,449	3,838	4,245	4,874	5,629	5,953	6,647

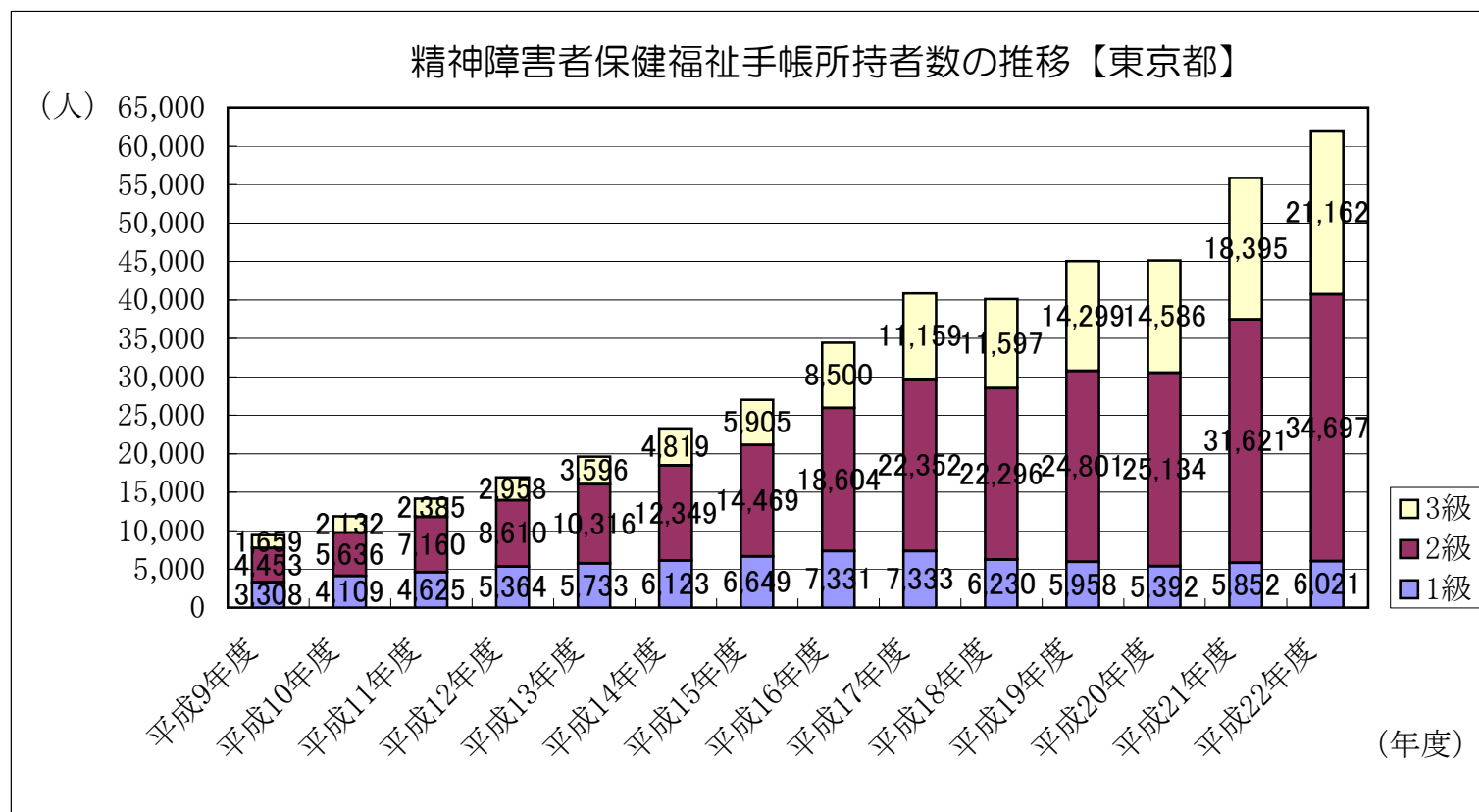
年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
規模(件)	878,246	1,029,266	1,148,402	1,293,031	1,449,502	1,612,108	1,762,887	1,965,269	2,139,192	2,108,806	2,168,989	2,307,736	2,466,168	2,660,837
金額(百万円)	7,765	9,072	9,993	11,036	12,155	13,027	13,138	14,412	15,482	15,782	16,719	17,776	19,453	21,663

(出典:東京都福祉保健局調べ)



## 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移【東京都】

年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
1級	3,308	4,109	4,625	5,364	5,733	6,123	6,649	7,331	7,333	6,230	5,958	5,392	5,852	6,021
2級	4,453	5,636	7,160	8,610	10,316	12,349	14,469	18,604	22,352	22,296	24,801	25,134	31,621	34,697
3級	1,659	2,132	2,385	2,958	3,596	4,819	5,905	8,500	11,159	11,597	14,299	14,586	18,395	21,162
総数	9,420	11,877	14,170	16,932	19,645	23,291	27,023	34,435	40,844	40,123	45,058	45,112	55,868	61,880



(出典: 東京都福祉保健局調べ)

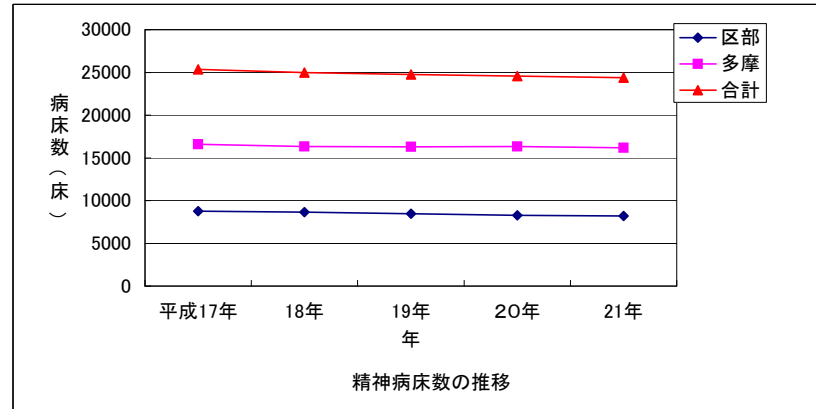


都内の精神病床数、精神科・心療内科標ぼう病院数・診療所数

○精神病床数

(各年10月1日現在)

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
区部	8,749	8,639	8,466	8,264	8,203
多摩	16,608	16,334	16,309	16,321	16,171
合計	25,357	24,973	24,775	24,585	24,374

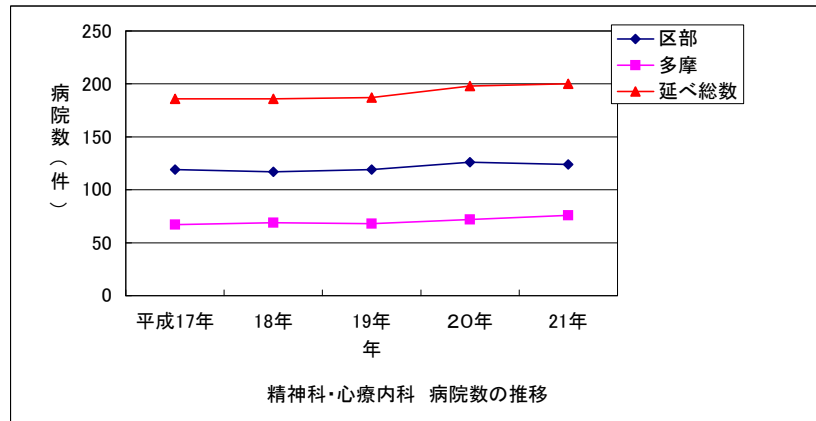


○精神科・心療内科 病院数

(各年10月1日現在)

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
区部	119	117	119	126	124
多摩	67	69	68	72	76
延べ総数	186	186	187	198	200

※ 複数の診療科を標ぼうする病院については、重複計上している。

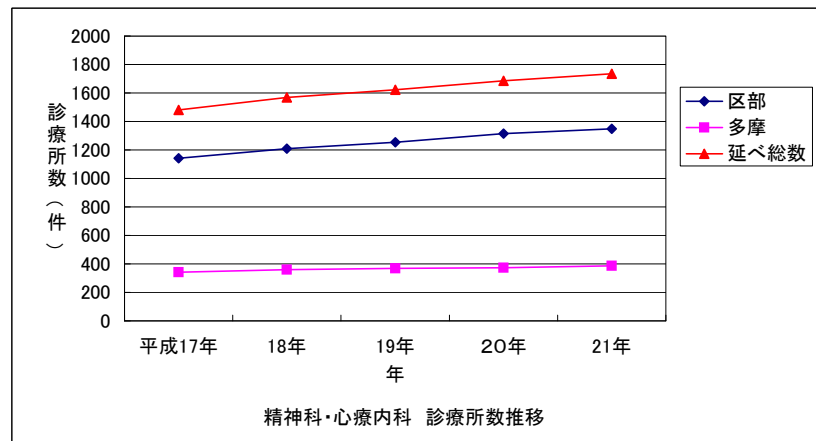


○精神科・心療内科 診療所数

(各年10月1日現在)

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
区部	1,141	1,209	1,253	1,314	1,348
多摩	341	360	369	372	387
延べ総数	1,482	1,569	1,622	1,686	1,735

※ 複数の診療科を標ぼうする診療所については、重複計上している。

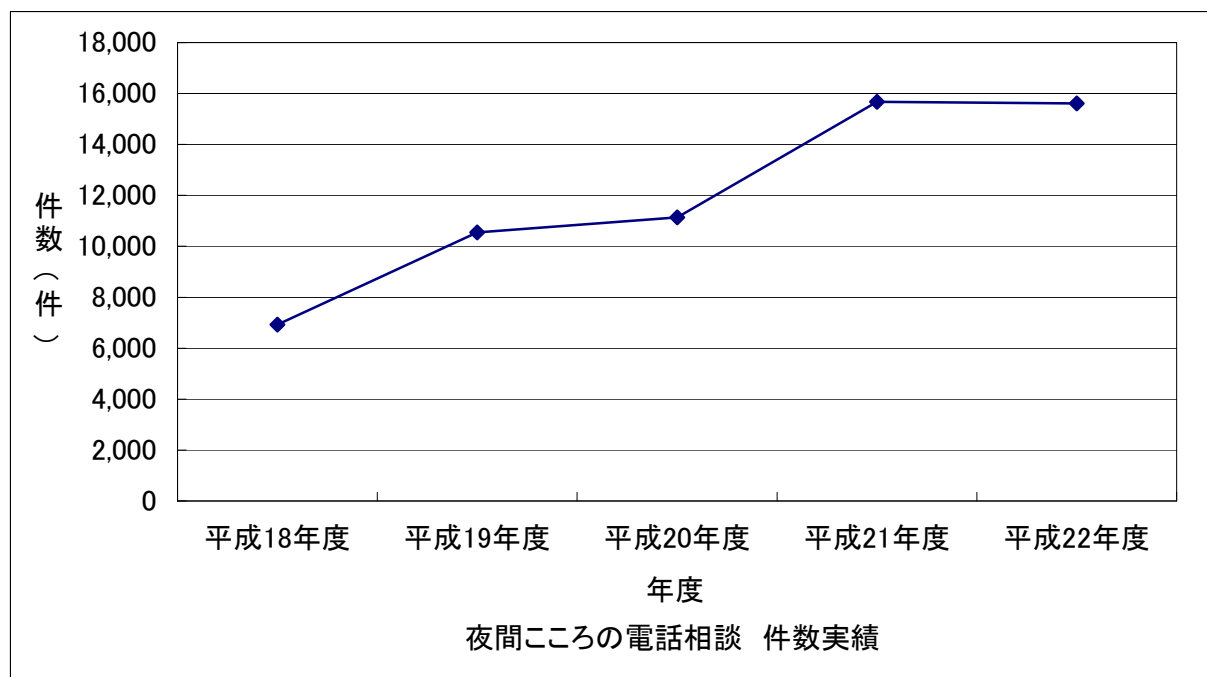


(出典)「東京都の医療施設」(平成17年～平成21年)

## ■ 夜間こころの電話相談 年間相談件数

(単位:件)

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
年間件数	6,926	10,541	11,140	15,677	15,616



### 夜間こころの電話相談

開設時間: 毎日17時~22時

受付体制: 4回線(平成21年度までは3回線)

相談員: 精神保健福祉士、看護師、臨床心理士

相談時間: 1回20分程度

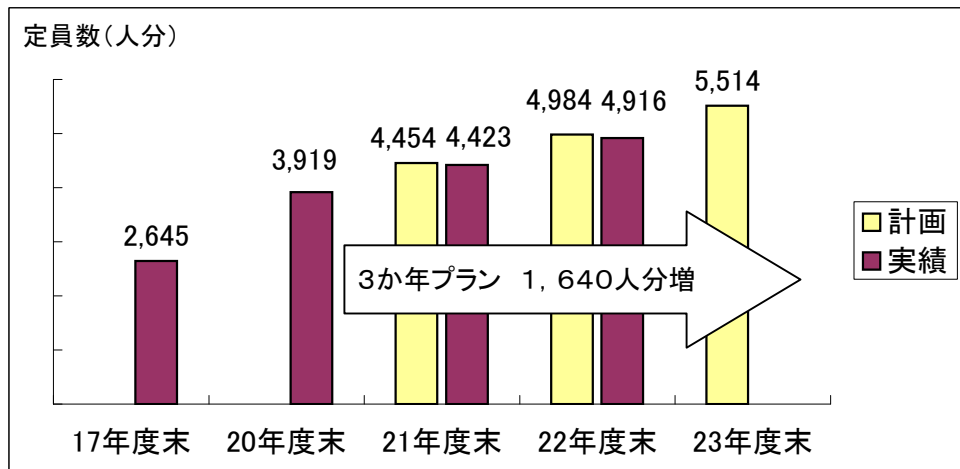
平成18年度までは、平日(月から金)のみ対応

平成19年度からは、365日受付

(出典: 東京都福祉保健局調べ)

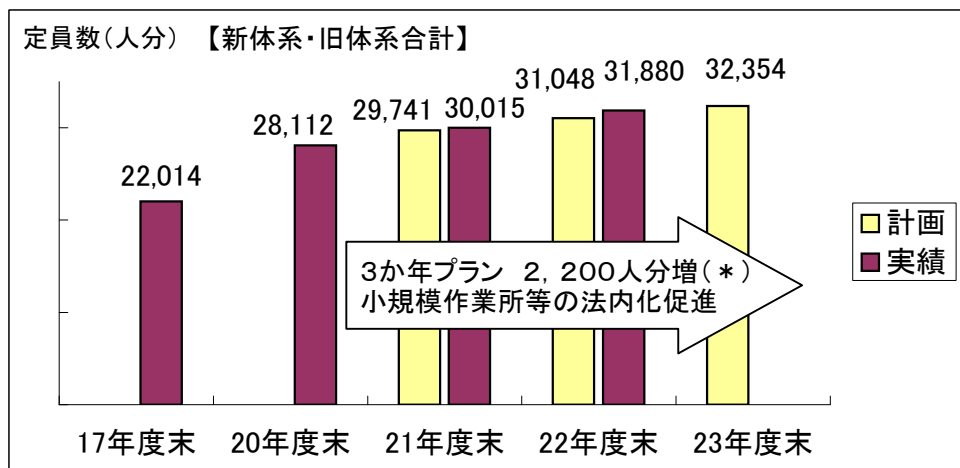
## ■ 地域生活基盤の整備状況（グループホーム・ケアホーム等）

### ○地域居住の場の整備（グループホーム・ケアホーム）



※計画・実績は、重度身体障害者グループホームを除く(3か年プランには含む。)

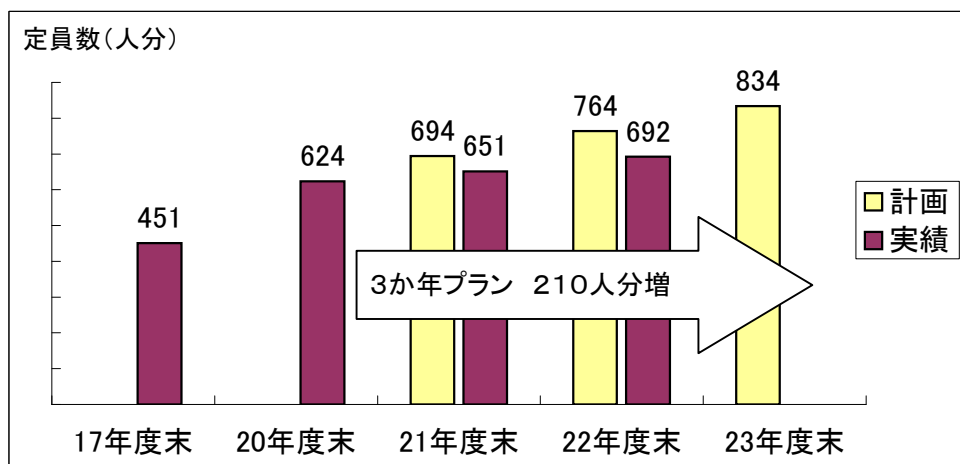
### ○日中活動の場の整備（通所施設等）



※計画・実績は、重症心身障害児(者)通所事業を除く(3か年プランには含む。)

\*「日中活動の場」の3か年プランは、整備費補助を伴う定員増の目標である。

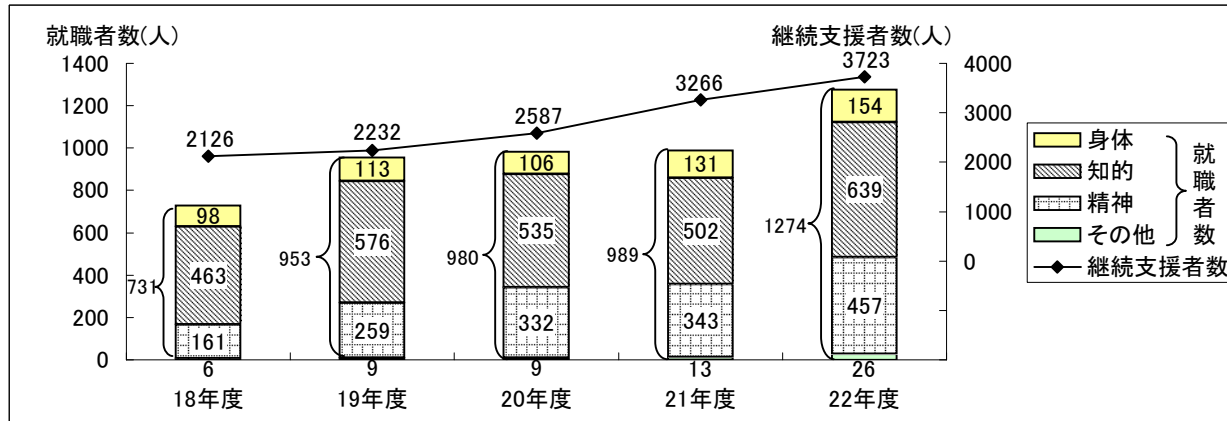
### ○在宅サービスの充実（短期入所）



## ■ 区市町村障害者就労支援事業の概要

資料9

### ○年度別就職者数・継続支援者数(平成18年度～22年度)



※ 福祉施設以外からの一般就労者を含む。

※ 就職者数(合計)は、重複認定者がいる場合は障害別内訳の合計と一致しない。

### ○障害者就労支援センター設置数・登録者数・就職者数(平成18年度～22年度)

	H18	H19	H20	H21	H22
設置区市町村数	32	37	43	45	47
登録者数	5,478	7,485	9,649	10,597	12,988
身体	1,028	1,319	1,635	1,662	1,884
知的	3,185	4,025	4,987	5,455	6,330
精神	899	1,591	2,262	2,557	3,396
その他	366	550	765	923	1,378
就職者数	731	953	980	989	1,274
身体	98	113	106	131	154
知的	463	576	535	502	639
精神	161	259	332	343	457
その他	6	9	9	13	26

※ 就職者数(実人数)は、重複認定者がいる場合は障害別内訳の合計と一致しない。

(単位: 人)

(出典: 東京都福祉保健局調べ)

# 精神疾患早期発見・早期対応推進事業について

(事業開始:平成23年度)

資料10

## 事業背景

○精神疾患においては、発症後早期段階での治療が重要であり、3年以内の介入が有効性が高いとされている。しかし、日本における精神病未治療期間(DUP)はおよそ17か月といわれており、DUPの短縮が課題となっている。

○精神疾患については、内科など一般診療科をまず受診する傾向が見られることから、精神疾患を早期に発見し、重症化を防止するためには、かかりつけ医と精神科医が緊密に連携し、専門的医療につ

一般診療科と精神科がより緊密に連携できるよう、一般診療科医師に対し、精神疾患や精神保健医療の法制度等に関する研修を実施

## 事業内容

### 【目的】

精神疾患の発症後、早期に発見・対応し、患者が身近な地域で症状に応じた適切な治療が受けられ、病状の悪化を予防し、救急事例化の防止に繋がる日常診療体制を構築するため、一般診療科医師に対する研修や一般診療科医師と精神科医師の合同症例検討会を実施する。

### 【内容】

- ◆一般診療科医師に対する研修  
精神症状のある患者へのかかりつけ医としての対応、精神保健医療制度(例:精神科救急医療制度、自立支援医療(通院医療)、保護者制度など)、精神科医との連携のあり方等について、研修を行う。
- ◆合同症例検討会  
一般診療科医師と精神科医とが合同で実施する、一診療科では対応が困難な事例に関する症例検討
- ◆研修テキスト
  - ・「一般診療科医と精神科医のメンタルヘルス連携ハンドブック」  
(編集:東京都精神保健福祉協議会、発行:東京都福祉保健局)
  - ・リーフレット「こころの声に耳を傾けよう」

## 平成23年度の実施状況

### 【実施地域】

- ・区東北部保健医療圏域(荒川区、足立区、葛飾区)
- ・南多摩保健医療圏域(八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市)  
※23年度は「地域精神科医療ネットワークモデル事業」の実施地域の地区医師会(8地区医師会)において実施

### 【プログラム概要】

#### ◆講義(座学)◆

- (1)精神疾患の基礎知識、診断と治療(職場のうつ、自殺予防を含む。)
- (2)精神科医との連携 ~かかりつけ医や産業医へのお願い~
- (3)精神保健医療福祉に関する制度の概要 ~措置入院から復職支援まで幅広く~

#### ◆症例検討会◆

- 併診事例検討 ~かかりつけ医や産業医と精神科医との連携~  
(事例発表、ディスカッション、講評等)
- (1)地域のかかりつけ医と精神科医が連携して病状改善に取り組んだ症例
  - (2)産業医と精神科医が連携して休職や復職に取り組んだ症例

## 研修計画

平成23年度から平成27年度までの5年間で、都内全域で実施(予定)

## 新たな国の動向

「医療計画」における疾病別医療連携体制構築の対象疾患に「**精神疾患**」が追加

平成25年度からの次期医療計画では、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進していく方針が示された。

### 精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

精神疾患患者やその家族等に対して、

- ◇ 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
- ◇ 適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
- ◇ アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
- ◇ 必要な時に、入院医療を受けられる体制
- ◇ 提供できるサービスの内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境を、提供することを目指す。

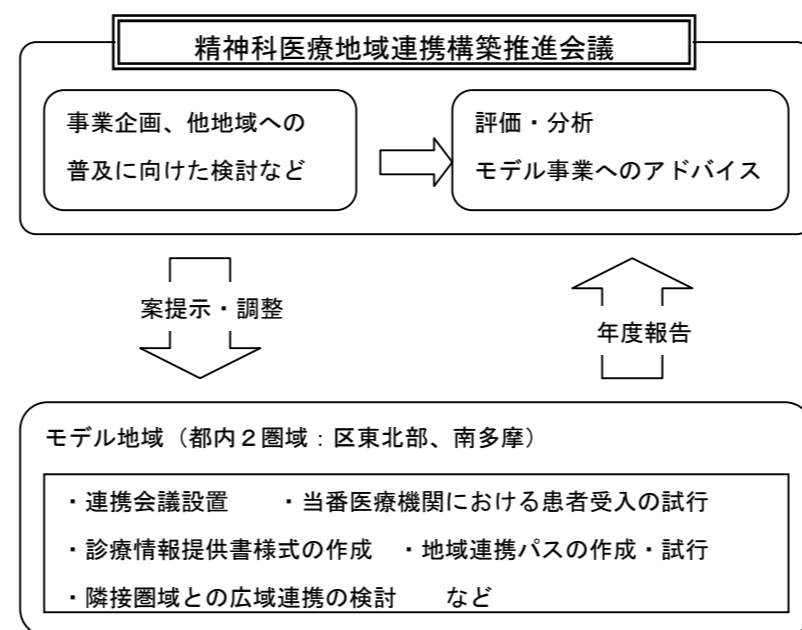
## 精神科医療地域連携モデル事業(平成24年度新規)

地域精神科医療ネットワークモデル事業を踏まえ、次期保健医療計画策定等に向けた新しい事業展開へ

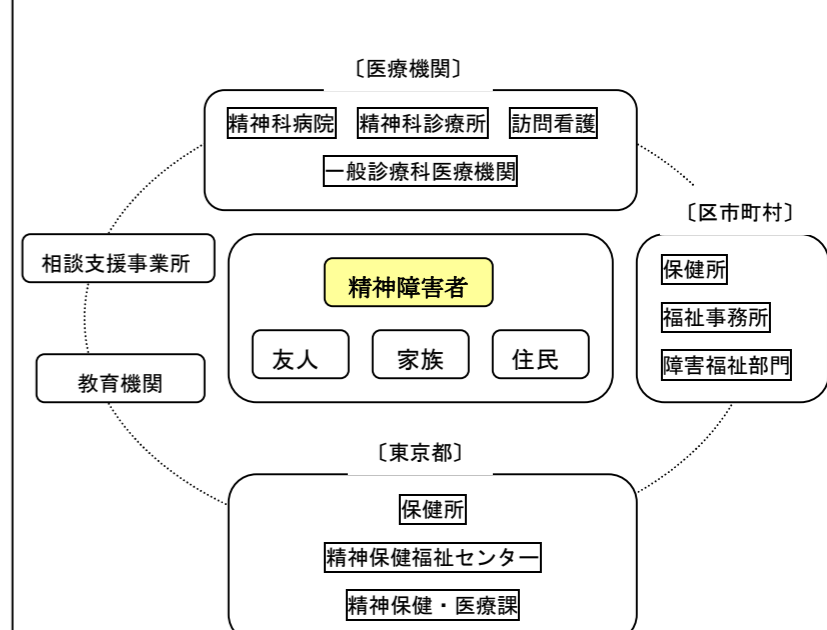
- 精神科医療地域連携構築推進会議
  - 企画、計画、評価分析の実施、他地域への普及に向けた検討
- 地域モデル事業（2圏域：区東北部、南多摩）
  - 地域連携会議の開催
    - ・ 連携の働きかけ、事業の企画、計画、評価分析の実施
  - 日常診療時間帯における患者受入の試行
    - ・ 当番医療機関が、診療所や保健所からの依頼に応じて、予約外の患者を受け入れる。
    - ・ 精神科の医療機関だけでなく、一般診療科病院・診療所からも患者を受け入れる。
  - 患者紹介のための「診療情報提供書」様式の作成
    - ・ 一般診療科と精神科との連携にも活用可能な、診療情報提供書を作成
  - 地域連携パスの作成・試行
    - ・ 治療開始から終了までの全体的な治療計画を示す様式を作成、試行
    - ・ 病院と診療所との役割分担等、予め診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けられるようにする。

※平成22・23年度の地域精神科医療ネットワークモデル事業を踏まえ、引続き検証が必要とされる事項については、平成24年度も継続して実施する。

### 事業イメージ図



### 目指す連携体制のイメージ図



東京都精神科夜間休日救急医療の流れ

資料12

本人 家族 警察 救急隊 医療機関 等

東京都保健医療情報センター（ひまわり）03-5272-0303

<受付24時間：自動音声案内>

相談希望

警察

24条通報

通報連絡員

<時間>平日：17時～翌9時  
土休日：24時間  
<業務>24条通報受理・他  
※ 専用電話番号でも受けている

<業務>  
医療機関案内  
医療情報提供等

24条通報

24条通報以外の  
精神科相談

精神科救急医療情報センター

<時間>平日：17時～翌9時  
土休日：24時間  
<業務>救急患者のトリアージ  
精神科医療情報提供等  
※ 関係者とは専用電話番号で連絡  
※ 消防庁救急司令センターからは専用電話番号でも受けている

精神科緊急医療

(緊急措置入院等)

<時間>平日：17時～翌9時  
土休日：9時～翌9時  
<受入先>都立4病院 各4床/日  
(墨東・豊島・松沢・府中)  
※ 緊急措置入院の場合は、72時間以内に措置診察が行われ、民間の指定病院・後方病院へ転送される

精神科二次救急医療

(入院医療)

<時間>平日土：17時～翌9時  
休日：9時～翌9時  
<受入先>民間2病院(輪番制)  
多摩1床/日、区部2床/日  
身体合併症 都立病院等(輪番制)

精神科初期救急医療

(外来医療)

<時間>平日土：17時～22時  
休日：9時～17時  
<受入先>民間2病院、1診療所  
合計3所(輪番制)  
※ 病院は二次救急を兼ねる



## 東京都精神科患者身体合併症医療事業の概要

資料 13

《趣旨》 精神疾患による症状に伴う不穏、興奮等の症状により、一般診療科における医療を困難にしている身体疾患を併発した精神科患者に対し、迅速かつ適正な医療を確保する。  
(実績値:平成 22 年度値)

事業区分		対象患者	実績	受入医療機関		
I 型	夜間休日救急 身体合併症医療	非入院患者で、夜間及び休日に、都内で身体疾患を併発した精神科患者	71 件	5 病院	都立広尾病院	都立墨東病院
					都立多摩総合医療センター	都立松沢病院
					(財)東京都保健医療公社 豊島病院	
II 型	精神科病院(*) 入院患者救急 身体合併症医療	都内の精神科病院の入院患者で、迅速な対応が必要な身体疾患を併発した患者。平日日中に対応	260 件	5 病院	青梅市立総合病院	国家公務員共済組合連合会 立川病院
					多摩済生病院	都立松沢病院
					(財)東京都保健医療公社 豊島病院	
III 型	精神科病院(*) 入院患者 身体合併症医療	都内の精神科病院の入院患者で、身体疾患を併発した患者。平日日中に対応	416 件	20 病院	青梅市立総合病院	国家公務員共済組合連合会 立川病院
					多摩済生病院	都立松沢病院
					(財)東京都保健医療公社 豊島病院	東京大学医学部附属病院
					東京医科歯科大学医学部附属病院	慶應義塾大学病院
					順天堂大学医学部附属順天堂医院	日本大学医学部附属板橋病院
					国立国際医療研究センター病院	国立精神・神経医療研究センター
					NTT 東日本関東病院	滝山病院
					北野台病院	永生病院
					西八王子病院	東京武蔵野病院
複十字病院	(地独)東京都健康長寿医療センター					
IV 型	後方医療	(I 型)における身体治療が終了した精神科患者で、なお、精神科病院において入院加療を要する者	0件	4 病院	根岸病院	高月病院
					平川病院	斉藤病院

(\*) II 型・III 型での「精神科病院」…精神病床を有する病院を含む都内の精神科病院 (出典)東京都精神科患者身体合併症医療事業実施要綱



## 目的

東京ルールによる搬送調整の対象となった救急患者(以下「東京ルール患者」という。)の円滑な受入れ体制を確保するため、身体合併症の精神疾患患者や精神疾患の背景を有する東京ルール患者を受け入れる医療機関を確保することにより、東京ルールの安定的運用を図る。

### 1 受入(拠点)病院

- 都が指定する病院(※)において、精神科医師による診療体制を確保し、身体合併症の精神疾患患者の東京ルール患者を受け入れる。
- 規模 1施設
- 指定施設 独立行政法人 国立国際医療研究センター

#### ※主な指定条件

- ・ 人員・設備等が救急医療機関として適切であること。
- ・ 精神科医師による診療体制の確保と精神科入院病床を有していること(ただし、精神科医師が必ず救急患者を診察する必要はない)。
- ・ 毎日2床の空床を確保すること。(一般病床、精神科病床を問わない)

### 2 受入(連携)病院

- 都が指定する病院において、身体合併症の精神疾患患者の東京ルール患者を受け入れる。
- 規模 3施設(固定3施設又は輪番による3系列)
- 指定施設 なし

#### ※主な指定条件

- ・ 人員・設備等が救急医療機関として適切であること。
- ・ 救急の身体合併症患者を積極的に受け入れること。
- ・ 精神科医を配置していることが望ましい。
- ・ 輪番による対応又は精神科医療機関との連携による対応も可。

### 3 後方搬送体制確保

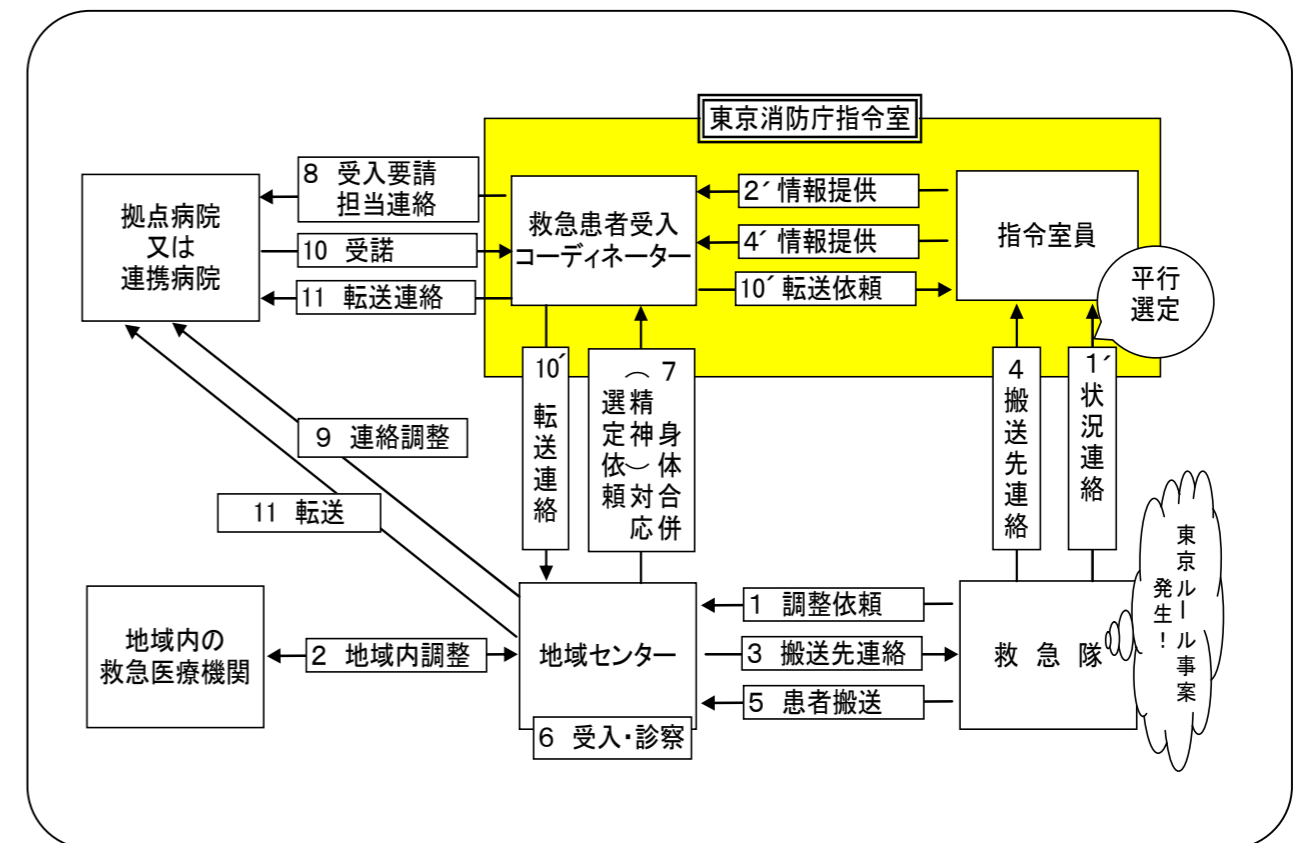
- 1・2の病院が、受け入れた患者の転退院を促進するため、専任の精神保健福祉士や看護師を配置する。
- 規模 4施設(拠点病院 + 連携病院)

4 事業開始日 平成23年12月12日

## ◆調整困難患者(身体合併症患者)の受入れまでの流れ図◆

《設定条件》

- 患者は中等症、身体合併の精神疾患患者
- 地域内調整が不調のため地域センターで受入れ
- 診察の結果入院が必要であるが、精神疾患の症状が顕著なため自院入院不可
- 救急患者受入コーディネーターに「拠点病院」又は「連携病院」へ受入れ調整を依頼

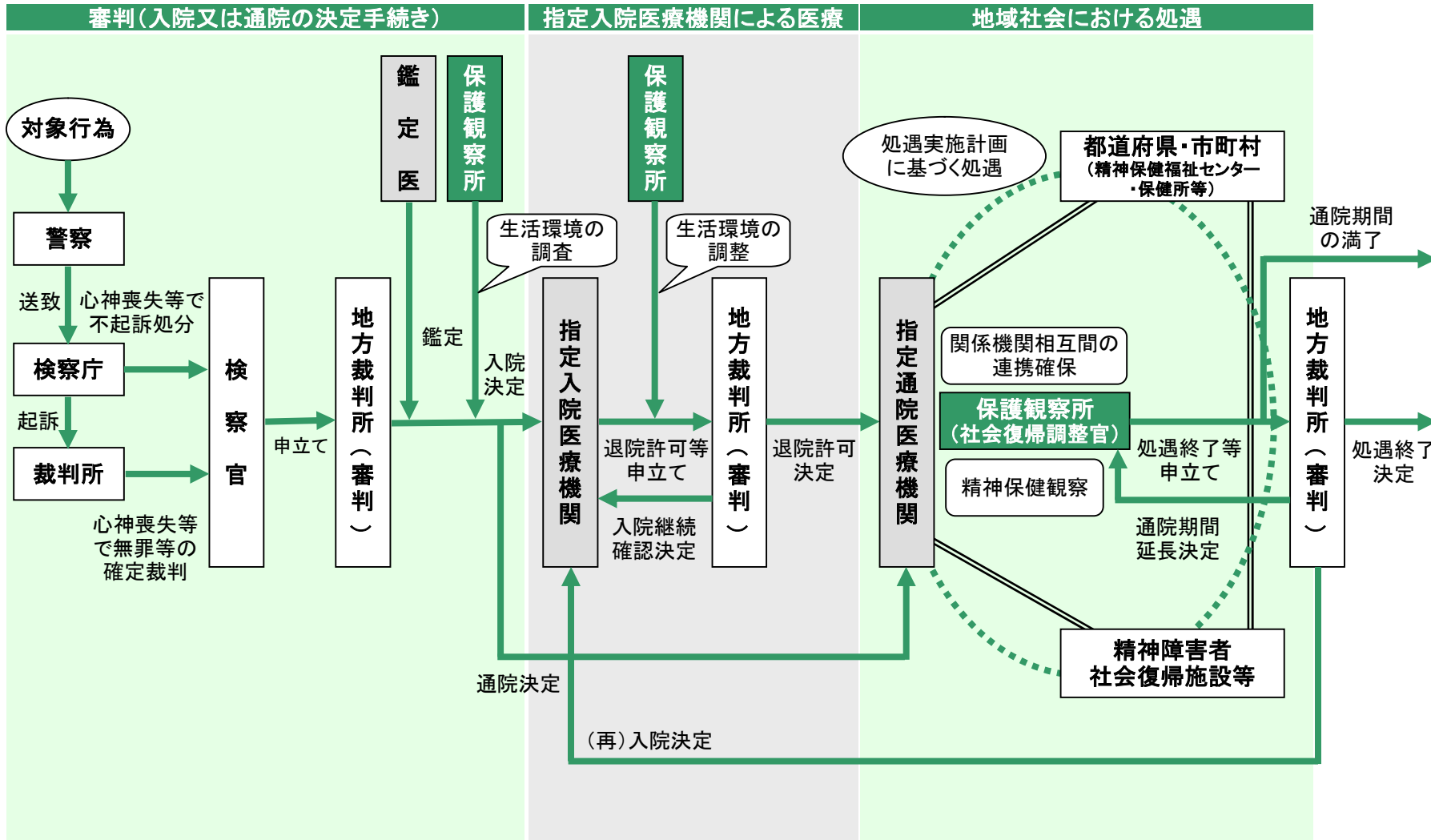


## 事業の運用について

地域救急医療センター(又は受入医療機関)は、当該身体合併症の精神疾患患者を必ず一時受入し、患者の精神疾患の症状が自施設では対応できない程度であることが判明した後に、救急患者受入コーディネーターに連絡することにより拠点病院(又は連携病院)に入院させることを原則とする。

なお、転送された患者の症状が拠点病院等の処置により落ち着いた場合には、元の医療機関に受入れを要請する場合がある。

心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ



本制度による処遇の終了(一般の精神医療・精神保健福祉の継続)

## 精神障害者地域移行体制整備支援事業 (平成24年度新規)

### 《事業概要》

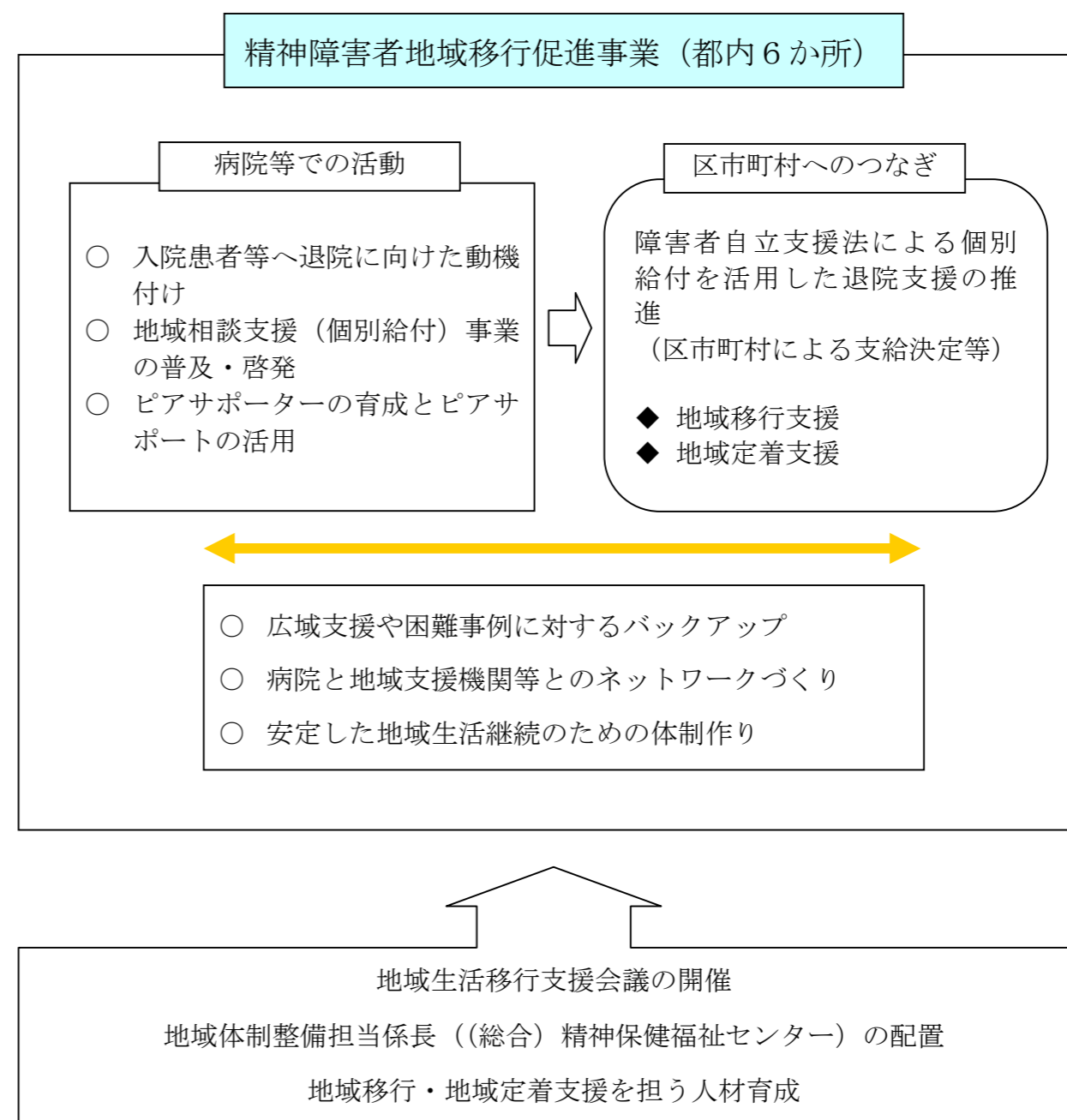
精神科病院へ長期入院のために、地域での生活に不安を持ち、退院が可能な状況であるにもかかわらず、退院に踏み出せない方への働きかけや、退院を後押しする病院スタッフ・地域支援者と連携し、精神障害者の地域移行のための体制作りを支援すると共に、病院と地域をつなぐ橋渡しを行い、相互の理解を深め、広域にわたるネットワークの強化を図る。

### 《実施主体》

東京都（事業の一部を社会福祉法人等に委託する。）

### 《実施内容》

- 精神障害者地域移行促進事業(社会福祉法人等へ委託)  
ピアサポーターと共に、長期入院者等に対する地域移行への動機付け支援や、病院と地域をつなぐ橋渡しを行い、広域にわたるネットワークを構築・強化し、円滑な地域移行・地域定着を推進する。
- 地域生活移行支援会議  
精神障害者の地域移行に関する目標達成に向けて、関係機関との連携を深め、効果的な支援体制構築に向けた協議を行うため、情報交換、課題の調整および検討等を行う。
- 人材育成事業  
精神障害者の地域移行・地域定着を担う人材の資質向上のための研修等を実施する。

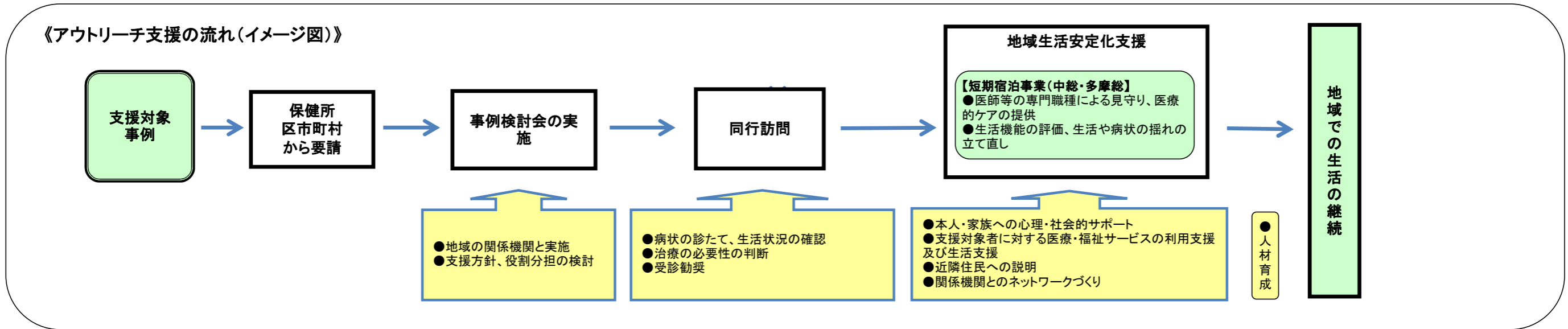


### アウトリーチ支援事業について

<b>目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未治療や治療中断で症状が悪化し地域等で問題行動があるなど、地域定着が難しい精神障害者に対して、区市町村等関係機関からの要請を受け、精神保健福祉センターに設置する医師、保健師、福祉職等の多職種の専任チームが、地域の関係機関と連携のもと、計画的かつ集中的な支援を行うことにより、精神障害者の地域生活の安定化を図る。</li> <li>併せて、区市町村・保健所と連携して訪問型の支援を行うことなどにより、区市町村等の関係機関に支援技法の普及を図り、地域における人材育成を推進する。</li> </ul>
<b>開始年度</b>	平成23年度 (※平成22年度に、区部は23区全域を、多摩地域は西多摩二次保健医療圏をモデル地区として、未治療・医療中断等により地域生活の維持に困難を呈している事例を対象にアウトリーチ支援モデル事業を実施)
<b>規模</b>	精神保健福祉センター(3か所)
<b>対象者</b>	精神障害者又はその疑いのある者のうち、未治療・医療中断等のため地域社会での生活に困難を来しており、通常の受診勧奨や福祉サービス等の利用の勧めに応じない者
<b>支援内容</b>	同行訪問、事例検討会、医療・福祉サービスの利用支援、人材育成など
<b>支援期間</b>	支援対象者1人当たりの支援期間は6か月間(※支援継続の必要性を判断し必要に応じて延長)
<b>短期宿泊事業</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アウトリーチ支援事業と連携して、症状が悪化する前に、タイミングよくアウトリーチ支援事業の対象者を短期的に総合精神保健福祉センターの施設に宿泊させ、医師等の専門職種による見守りや医療的ケアを提供し、支援計画等により速やかに地域で安定した生活ができるよう支援する。</li> <li>中部総合精神保健福祉センター及び多摩総合精神保健福祉センター(2か所):各20床</li> <li>利用期間:6週間以内(※必要最小限の範囲で延長可)</li> </ul>

### 民間事業者活用型短期宿泊モデル事業について

<b>目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅の精神障害者に対して、症状が悪化する前にタイミングよく適切な医療的ケア等を提供できるよう、総合精神保健福祉センターで実施している短期宿泊事業について、将来的に民間等で実施することが可能となるような仕組みを検証する。</li> <li>精神障害者が地域で生活する上で困難な問題が生じた場合に、当該精神障害者を一時的に施設に宿泊させ、生活等のケアを行い、地域で安定した生活ができるように支援する。</li> </ul>
<b>開始年度</b>	平成24年度(新規事業)
<b>規模</b>	都内2か所(民間事業者へ事業委託)
<b>対象者</b>	地域生活に困難をきたしている精神障害者であって、入院による医療を要する状況になく、本モデル事業を利用し一時的に施設に宿泊することにより、地域生活の安定化が図られると見込まれる者
<b>事業内容</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者グループホームに併設した居室を使用し、本モデル事業用として各施設の1室を確保</li> <li>本モデル事業の対象者である精神障害者1名の利用に対し、新たに「精神保健福祉に精通し精神障害者の日常生活を適切に援助する能力のある者1名」を配置</li> <li>委託事業者が顧問医、訪問看護ステーションなどと契約することで、医療的な緊急相談・ケア等を実施する体制を確保</li> </ul>
<b>利用期間</b>	6週間以内(※必要最小限の範囲で延長可)



## 精神疾患に関する国際的な動向

### ■ WHO世界保健レポート 2001

- WHO は、2001 年の世界保健レポートにおいて初めてメンタルヘルスを取り上げ、それまでの知見をもとに新しい希望を提示し、世界へ発信している。
- 副題「新しい知見と新しい希望」とし、精神疾患が普遍的健康課題であること、回復可能な疾患であること、社会的影響が大きいこと健康政策上の優先順位が高いことを述べている。
- 10 項目の活動勧告を示すとともに、精神保健医療資源の状況に応じた各国の行動シナリオを提示している。

#### 精神保健サービスのために最低限求められる行動（施策の総括）

- 1 プライマリーケアにおける治療の提供
- 2 向精神病薬を使用可能とすること
- 3 地域（コミュニティ）においてサービスを提供すること
- 4 市民教育
- 5 地域（コミュニティ）、家族、当事者の参加
- 6 国の政策、プログラム、法律の確立
- 7 人的資源の開発
- 8 他部門との協働（学校・職場等）
- 9 地域（コミュニティ）の精神保健の現状・推移を把握すること
- 10 より多くの研究の支援

（本保委員提供資料より）

### ■ DALY (Disability Adjusted Life Year: 障害調整生命年)

- 重点疾病については、死亡というアウトカムのみで、がんや循環器疾患といった疾患とするのではなく、重い生活障害を長期間もたらす疾患を追加することについて、WHO により各国に推奨されている。
- このため WHO は、障害による健康寿命の損失に注目した、DALY (※) という指標について調査しており、日本の疾患別 DALY を算出すると、精神疾患が最も高く、がん、循環器疾患とともに、三大疾患との位置付けとなる。

※DALY=YLL（損失生存年数）+YLD（障害生存年数）

YLL (Years of Life Lost)：総人口について死亡が早まることによって失われた年数

YLD (Years of Life lost due to Disability)：総人口について人々の健康状態に生じた事故による障害によって失われた年数

DALY は、障害を持ちつつ暮らした時間（疾病により損なわれる健康・生活機能）と、死亡が早まることで失われた時間（疾病により失われる命）を1つの指標に統合したもの。

（平成 22 年 12 月 22 日 第 15 回社会保障審議会医療部会資料より）



## 地域住民の精神障害に関する知識や意識に関連した参考資料

### ■ 「平成 18 年度障害者の社会参加促進等に関する国際比較調査」(内閣府) より抜粋

- 精神に障害のある人の近隣への転居について、日本では、「非常に意識する」(25.5%)と「少しは意識する」者(47.3%)を合わせると、7割以上が「意識する」と回答している。
- これに対して、ドイツとアメリカでは、「全く意識せず気楽に接する」(ドイツ 37.8%、アメリカ 38.0%)がともに4割弱で、7割以上は、近隣の精神に障害のある人と「意識せず接する」と回答している。

#### <精神障害のある人の近隣への転居>

	全く意識せず気楽に接する	あまり意識せず接する	少しは意識する	非常に意識する	わからない
日本	3.8%	17.7%	47.3%	25.5%	5.8%
ドイツ	37.8%	42.7%	13.4%	1.8%	4.4%
アメリカ	38.0%	35.3%	16.8%	2.1%	7.9%

### ■ 「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査 結果まとめ」(平成 19 年 9 月 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部) より抜粋

- 国の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示された時点での、地域住民の精神障害についての意識や知識の実態を明らかにするため、厚生労働科学研究として、全国5か所の地域の住民2,000人に対して調査を実施
- 精神疾患の理解(気持ちや生活の変化を記述した事例を提示)
  - <統合失調症の事例について>
    - ・統合失調症と回答した者の割合は4.8% ・うつ病と回答した者の割合は38.6%
  - <うつ病の事例について>
    - ・うつ病と回答した者の割合は58.6%
  - <発達障害の事例について>
    - ・自閉症と回答した者の割合は45.8% ・発達障害と回答した者の割合は14.2%
- 「こころの健康」について、「関心がある」、「やや関心がある」と回答した者の割合は、それぞれ35.6%、46.5%
- 精神疾患を自分の問題として考えているかという問いに対して、「あまり考えていない」、「やや考えている」と回答した者の割合は、それぞれ30.2%、29.0%
- 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気だと思うかという問いに対して、「そう思う」、「ややそう思う」と回答した者の割合は、それぞれ46.4%、36.0%
- 自分のこころの不調に早い段階で気づくことが大事だと思うかという問いに対して、「そう思う」、「ややそう思う」と回答した者の割合は、それぞれ73.2%、23.0%
- 精神疾患は早期に適切な治療や支援を受ければ多くは改善すると思うかという問いに対して、「そう思う」、「ややそう思う」と回答した者の割合は、それぞれ54.7%、36.5%

## 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」 (平成 24 年 3 月 30 日厚生労働省医政局指導課長通知より)

### 精神疾患の医療体制の構築に係る指針

精神疾患は、症状が多彩にもかかわらず自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。しかしながら、精神医学の進歩によって、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復又は寛解し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきている。

精神疾患に罹患しても、より多くの方がそれを克服し、地域や社会で生活できるようにするため、患者やその家族等に対して、精神科医療機関や関係機関が連携しながら、必要な精神科医療が提供される体制を構築する必要がある。

本指針では、「第 1 精神疾患の現状」で精神疾患の疫学や、どのような医療が行われているのかを概観し、「第 2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第 3 構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

#### 第 1 精神疾患の現状

##### 1 精神疾患の疫学

###### (1) 精神疾患の範囲

精神疾患にはさまざまな定義が存在するが、本指針では、主に世界保健機関 (WHO) による国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) の「精神および行動の障害」に記載されている疾患を対象とし、福祉サービス等との連携も考慮し、現行の精神障害者保健福祉手帳<sup>1</sup>の対象となっている「てんかん」も対象とする。また、近年患者数が増加している「うつ病」と「認知症」、さらに、精神科救急や緩和ケアなど精神医療に関わる分野についても、考慮することとする。

###### (2) 精神疾患の現状

<sup>1</sup> 精神障害者保健福祉手帳の障害者等級の判定基準(平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1133 号厚生労働省保健医療局長通知)

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成 20 年には 320 万人を超える水準となっている<sup>2</sup>。我が国での調査結果では、国民の 4 人に 1 人 (25%) が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている<sup>3</sup>。また、WHO によると、世界で 1000 人に 7 人 (0.7%) が統合失調症に罹患している<sup>4</sup>。

自殺者数は、平成 10 年以降 14 年連続で 3 万人を超える水準となっており、その要因うち、健康問題の中では、うつ病が多くなっている<sup>5</sup>。

精神疾患にはこのほか、発達障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかると稼働能力の低下などにより、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会的な損失を生じている<sup>6</sup>。

#### 2 精神疾患の医療

##### (1) 予防

高血圧や糖尿病、がんなどの予防はエビデンスに基づいた方法が確立しているが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防の効果を実証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえない。しかし、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となるものである。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、健康のための 3 つの要素とされてきたところである。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている<sup>7</sup>。

##### (2) 診断

<sup>2</sup> 厚生労働省「患者調査」(平成 20 年)

<sup>3</sup> 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」(研究代表者 川上憲人) (平成 18 年)

<sup>4</sup> WHO「Schizophrenia and public health」(1998 年)

<sup>5</sup> 内閣府「自殺対策白書」(平成 23 年度)、「平成 23 年中における自殺の概況」(平成 24 年)

<sup>6</sup> 厚生労働省障害者福祉総合推進事業「精神疾患の社会的コストの推計報告書」(平成 22 年)

<sup>7</sup> 厚生労働省「健康日本 21」

精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等の検査が診断の補助として行われている。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいが、近年、神経画像・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されている。

診断においては、身体疾患に起因する症状性精神障害なども考慮し、精神症状のみならず全身状態の把握も重要である。

また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、速やかに精神科医に紹介することにより、正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられる。

### (3) 治療

精神疾患の治療においては、薬物療法が中心となるが、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現しうるすべての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などの知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要がある<sup>8</sup>。また、診断、治療の両方において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点も必要<sup>9</sup>であり、生活習慣の改善や、専門的な精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなど、薬物療法以外の治療法も重要と考えられる。

### (4) 合併症の治療

精神疾患においては、その疾病の特性から身体疾患の発見が遅れがちになる。したがって、診察においては精神症状だけでなく、身体疾患の有無にも注意を払う必要がある。このため、身体疾患を合併する患者については、それを担当する内科医等と、地域の連携会議等を通じて、日頃から連携している必要がある。

### (5) うつ病の医療

うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膝疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し<sup>9</sup>、また、双極性障害、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要がある。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要である。

うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがある。

治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われている。

### (6) 認知症の医療

認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症、正常圧水頭症など様々なものがあり、治療としては、アルツハイマー病に対する薬物療法、BPSD（認知症の行動・心理症状）などの周辺症状に対する対応、認知症の身体合併症対応、家族に対する認知症への対応指導などが行われている<sup>10</sup>。

平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成24年3月1日現在、全国で155カ所の認知症疾患医療センター（基幹型5、地域型150）が設置されている。平成22年度（97カ所）の認知症疾患医療センターにおける電話及び面談による相談件数は61346件、鑑別診断は23597件となっている。

## 3 精神疾患の医療体制

### (1) 精神科医療機関等の状況

病院数は近年減少傾向にあるが、平成22年に精神病床を有する病院数は1667病院、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は1082病院で、平成8年以降ほぼ横ばいとなっている<sup>11</sup>。また、精神病床数は、平成10年以降減少傾向にあり、平成22年に34万6715床となっている<sup>11</sup>。

一般診療所の数は、平成11年に9万1500診療所、平成20年に9万9083診療所、精神科を標榜する診療所の数（重複計上）は、平成11年に3682診療所、平成20年に5629診療所と、精神科を標榜する診療所は一般診療所の増加を上回る率で増加し、平成20年には一般診療所の5.7%を占めている<sup>12</sup>。

精神科医師数（精神科を主たる診療科とする医師数）は、平成22年に1万4201人であり、平成12年から平成22年までの間に医師全体の数は約3.9万人増加しているのに対し、精神科医師数は3138人増加しており、医師数全体の増加割合を上回って増加している<sup>13</sup>。平成12年と平成22年と

<sup>8</sup> カプラン臨床精神医学テキスト第2版「DSM-IV-TR 診断基準の臨床への展開」（監訳 井上令一、四宮滋子）メディカル・サイエンス・インターナショナル

<sup>9</sup> 「よくわかる うつ病のすべて -早期発見から治療まで-」（編集 鹿島晴雄、宮岡等）永井書店

<sup>10</sup> 厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体合併症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）（平成20年）

<sup>11</sup> 厚生労働省「医療施設調査（動態）」（平成22年）

<sup>12</sup> 厚生労働省「医療施設調査（静態）」（平成20年）

<sup>13</sup> 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成22年）



を比較すると、病院に勤務する精神科医師数の増加割合は約1.2倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科医師数の増加割合は約2倍と、診療所に勤務する精神科医師数の増加が顕著である<sup>13</sup>。

## (2) 精神科救急医療（身体疾患を合併する精神疾患患者含む）

精神科救急医療の状況については、精神科救急医療体制整備事業等を通じて体制整備を図ってきている。平成22年度の事業実績によると、精神科救急医療圏148か所、精神科救急医療施設1069施設（常時対応、輪番対応及び外来対応を含む。）であり、施設数はほぼ横ばいで推移している。一方、夜間・休日における精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターへの電話相談件数は、平成17年度は約8万件、平成22年度は約15万件であり、約2倍弱に増加している。また、夜間・休日の受診件数、入院件数については、平成17年度はそれぞれ約3万件、約1万2千件、平成22年度はそれぞれ約3万6千件、約1万5千件といずれも増加しており、精神科救急医療体制の充実・強化が求められている。

さらに、近年、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加している。救命救急センターの入院患者のうち12%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5%（全体の2.2%）が身体疾患と精神疾患ともに入院医療を要するとの報告がある<sup>14</sup>。また、精神病床を有する総合病院の調査から、身体疾患と精神疾患共に入院水準の患者の発生する割合は、人口万対年間2.5件との推計がある<sup>15</sup>。一方で、精神疾患を背景に有する患者は、救急搬送において医療機関への受け入れまでに要する時間が、通常の場合に比べて長時間を要している状況にある<sup>16</sup>。

以上のような状況を踏まえ、平成22年の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）の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務（精神保健福祉法第19条の11）が法律上規定され、平成24年4月から施行されることとなっている。このため、「精神科救急医療体制に関する検討会報告書（平成23年9月30日）」を踏まえて、「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」（平成24年3月30日障精発0300第2号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）が発出されており、都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な方向性が示されている。

<sup>14</sup> 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）（平成18年）

<sup>15</sup> 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）（平成19年）

<sup>16</sup> 消防庁「平成20年度 救急業務高度化推進検討会報告書」（平成20年）

## 第2 医療機関とその連携

### 1 目指すべき方向

前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携により、地域において精神医療が実施される体制を構築する。

- (1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能
- (2) 患者の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能
- (3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む。）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能
- (4) うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能
- (5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能

### 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

- (1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能【予防・アクセス】
  - ① 目標
    - ・ 精神疾患の発症を予防すること
    - ・ 精神疾患が疑われる患者が、発症してから精神科医を受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
    - ・ 精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行うこと
  - ② 医療機関に求められる事項
    - ・ 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること
    - ・ 保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携すること

- ・ 精神科医との連携を推進していること（GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携\*への参画等）
- ・ かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加していること

※ GP 連携の例：地域レベルでの定期的な連絡会議（内科等身体疾患を担当する科の医師でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築、ケーススタディ等）の開催、精神科医への紹介システムの導入等

### ③ 関係機関の例

- ・ 保健所、精神保健福祉センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター等の保健・福祉等の関係機関
- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 一般の医療機関
- ・ 薬局

(2) 精神疾患等の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能【治療・回復・社会復帰】

#### ① 目標

- ・ 患者の状態に応じた精神科医療を提供すること
- ・ 早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること
- ・ 患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること

#### ② 医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供すること
- ・ 必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療や精神科作業療法等の支援や、相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること
- ・ 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、

地域障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること

### ③ 医療機関等の例

- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 在宅医療\*を提供する病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護ステーション

※ 在宅医療一般については、「在宅医療の体制構築に係る指針」を参照。

(3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急・身体合併症・専門医療】

#### ① 目標

- ・ 24時間365日、精神科救急医療を提供できること
- ・ 24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること
- ・ 専門的な身体疾患（腎不全、歯科疾患等）を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できること
- ・ 児童精神医療（思春期を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保すること
- ・ 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。以下「医療観察法」という。）の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数\*を確保すること

※ 「心神喪失者等医療観察法に基づく指定通院医療機関の推薦依頼について」（平成16年7月9日障精発第0709006号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）

#### ② 医療機関に求められる事項

- ・ 精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室、手厚い看護体制等）
- ・ 地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- ・ 精神科救急患者を受け入れる施設では、行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましいこと

- ・ 精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日にも対応できる体制を有すること
- ・ 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる）こと
- ・ 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること
- ・ 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム\*又は精神科医療機関の診療協力を有すること
- ・ 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること
- ・ 専門医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携すること
- ・ 専門医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること
- ・ 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること

※精神科リエゾンチーム：精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等からなるチーム。一般病棟に入院する精神疾患を有する患者等に対して、精神症状の評価を行い、精神療法や薬物治療等の診療計画の作成、退院後の調整等を行う。

### ③ 関係機関の例

- ・ 精神医療相談窓口、精神科救急情報センター
- ・ 精神科救急医療体制整備事業の精神科救急医療施設
- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 救命救急センター、一般の医療機関
- ・ 人工透析等の可能な専門医療機関
- ・ 歯科を標榜する病院・歯科診療所
- ・ 専門医療を提供する医療機関
- ・ 医療観察法指定通院医療機関

なお、上記のうち、精神科救急医療体制の整備に関しては、「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」（平成24年3月30日障精発0300第2号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）を参照すること。

### (4) うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能【うつ病】

#### ① 目標

- ・ 発症してから、精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮すること
- ・ うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できること
- ・ 関係機関が連携して、社会復帰（就職、復職等）に向けた支援を提供できること

#### ② 医療機関に求められる事項

（一般の医療機関）

- ・ うつ病の可能性について判断できること
- ・ 症状が軽快しない場合等\*に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること
- ・ 内科等の身体疾患を担当する医師等（救命救急医、産業医を含む）と精神科医との連携会議等（GP連携事業等）へ参画すること
- ・ うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加していること

※ SSRIなどの抗うつ薬で4週間経過しても改善が見られない場合、他の精神疾患との鑑別が必要と思われる場合、双極性障害が疑われる場合、自殺念慮が強い場合など（「自殺予防マニュアル第2版～地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針」平成20年日本医師会編集）

（うつ病の診療を担当する精神科医療機関）

- ・ うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること
- ・ うつ病の、他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること
- ・ 患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること
- ・ 患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること

- ・ かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力）
- ・ 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること

### ③ 医療機関等の例

- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 一般の医療機関
- ・ 薬局

### (5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

認知症の方が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるような医療提供体制の構築を目標とする。具体的な内容については、今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること。

## 第3 構築の具体的な手順

### 1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごとおよびストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

#### (1) 患者動向に関する情報

- ・ こころの状態（国民生活基礎調査）
- ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 年齢調整受療率（精神疾患）（患者調査）
- ・ 退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 副傷病に精神疾患を有する患者の割合（患者調査）
- ・ 精神科デイ・ケア等の利用者数（精神保健福祉資料）
- ・ 精神科訪問看護の利用者数（精神保健福祉資料）

- ・ 1年未満及び1年以上入院者の平均退院率（精神保健福祉資料）
- ・ 在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数（精神保健福祉資料）
- ・ 3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）
- ・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

#### (2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

#### (3) 指標による現状把握

別表5に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標（必須指標）と、独自調査やデータ解析等により入手可能な指標（推奨指標）に留意して、把握すること。

### 2 圏域の設定

(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

- (3) 圏域を設定するに当たっては、二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域等との連携も考慮し、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画する。

### 3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、患者の状態に応じた総合的な支援が提供できるよう、精神科を含む医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

また、精神科を含む医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。

さらに、都道府県は、精神疾患患者への対応に関する知識の向上に資する研修会の実施等により、かかりつけの医師や精神科訪問看護に従事する職員等の人材育成に努め、また医療連携の円滑な実施のため、精神疾患患者の退院支援や福祉・介護サービス事業者との連携、他の診療科との連携等が推進されるよう関係機関との連絡調整に努める。

- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日健総発第0720001号健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日健医発第57号保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

### 4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の精神疾患の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

### 5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な精神疾患の医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

### 6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

### 7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。

また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

#### 8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする