

令和7年9月9日(火)
令和7年度精神障害にも対応した
地域包括ケアシステム研修

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムについて

県庁障害者福祉推進課
障害福祉・自立支援医療担当
田中

目次

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する政策動向について
～これまでに開催されてきた精神保健医療福祉に関する検討会等に沿って～
- 情報提供：高次脳機能障害について

(参考) これまでに開催されてきた精神保健医療福祉に関する検討会等

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)の策定以降、それぞれの時期に検討会等において議論が重ねられてきた。これらの検討会等での議論を踏まえ、精神保健福祉法の改正、予算事業の創設や見直し、医療計画への反映など、施策の充実が図られてきた。

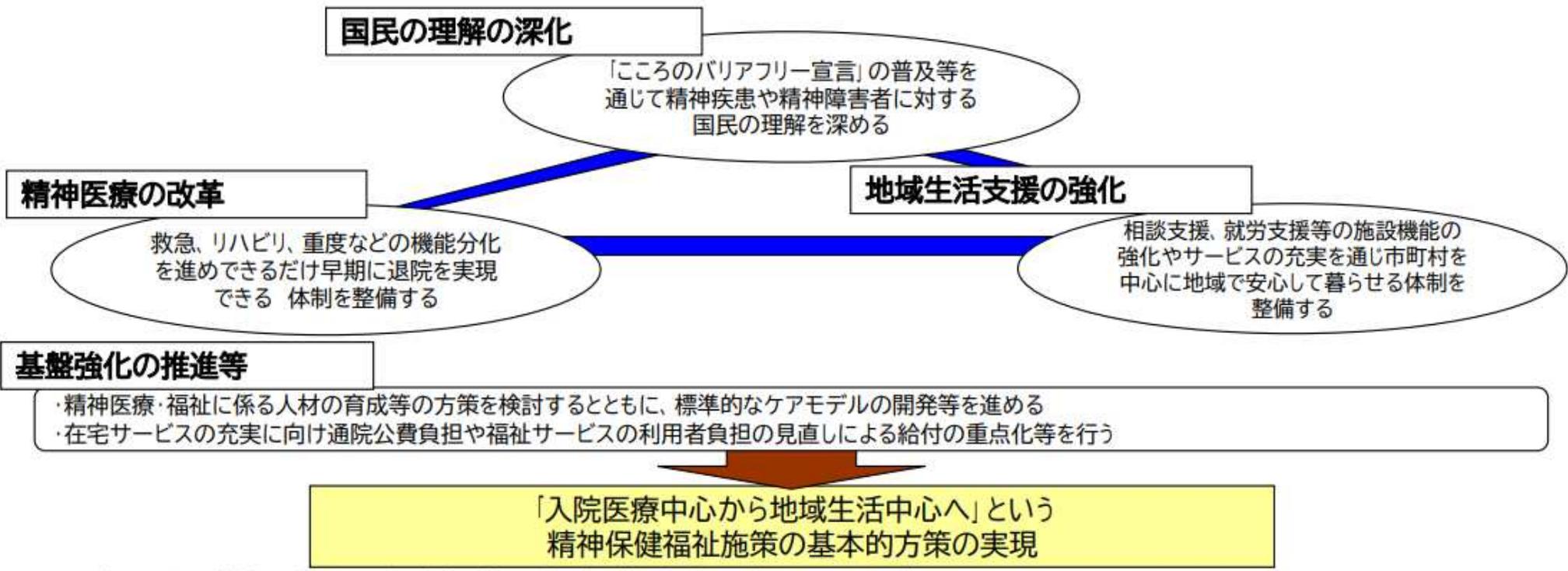
	検討会等の名称	設置時期	報告書 とりまとめ時期
1	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	平成20年4月	平成21年9月
2	新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム	平成22年5月	1R: 平成22年6月 2R: 平成23年11月 3R: 平成24年6月
3	精神科救急医療体制に関する検討会	平成23年5月	平成23年9月
4	精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	平成24年3月	平成24年6月
5	精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会	平成25年7月	平成25年12月
6	長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会	平成26年3月	平成26年7月
7	これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	平成28年1月	平成29年2月
8	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会	令和2年3月	令和3年3月
9	精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ	令和2年8月	令和3年1月
10	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会	令和3年10月	令和4年6月
11	市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム	令和5年2月	令和5年9月

近年の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

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」改革を進めるため、
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を今後10年間で進める。

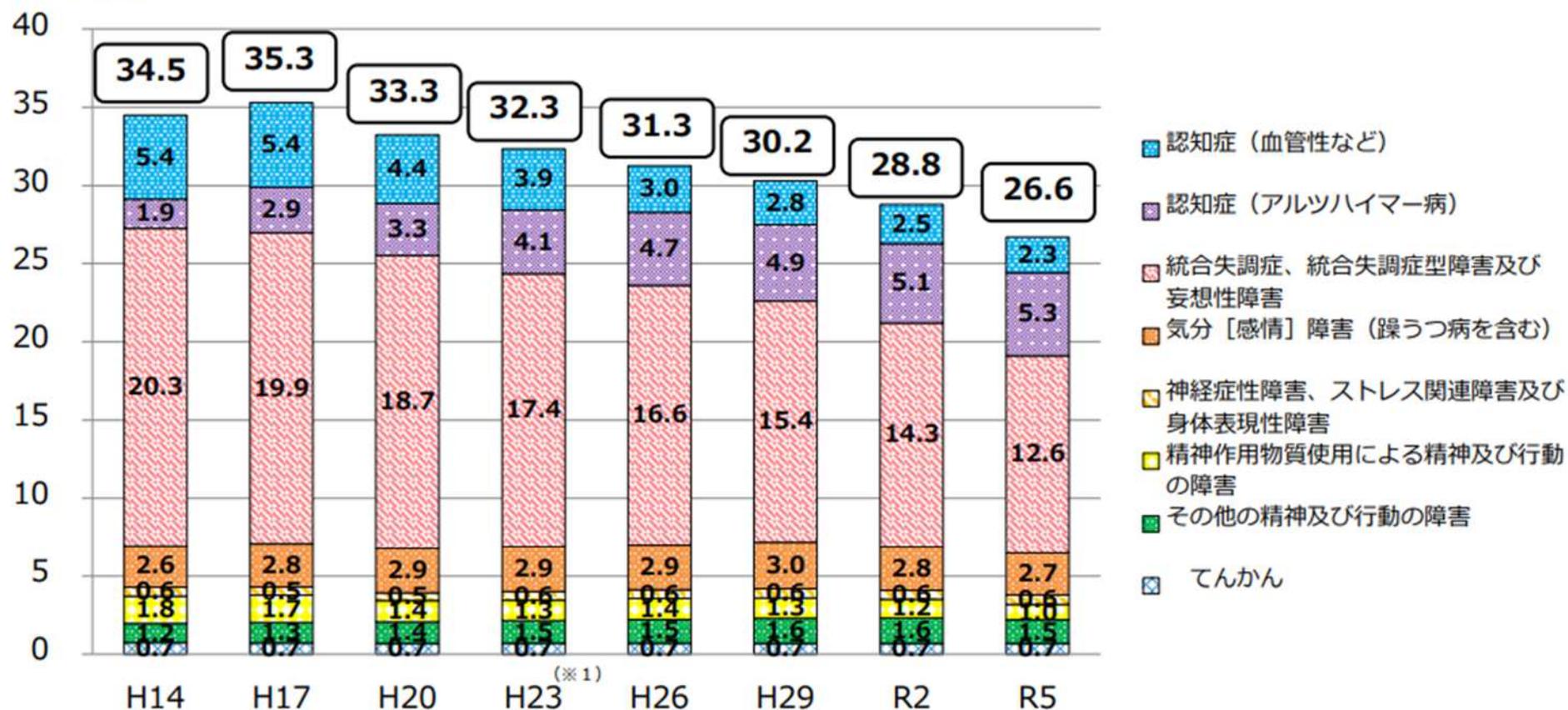


※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

精神疾患を有する入院患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約26.6万人。
- 傷病分類別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）

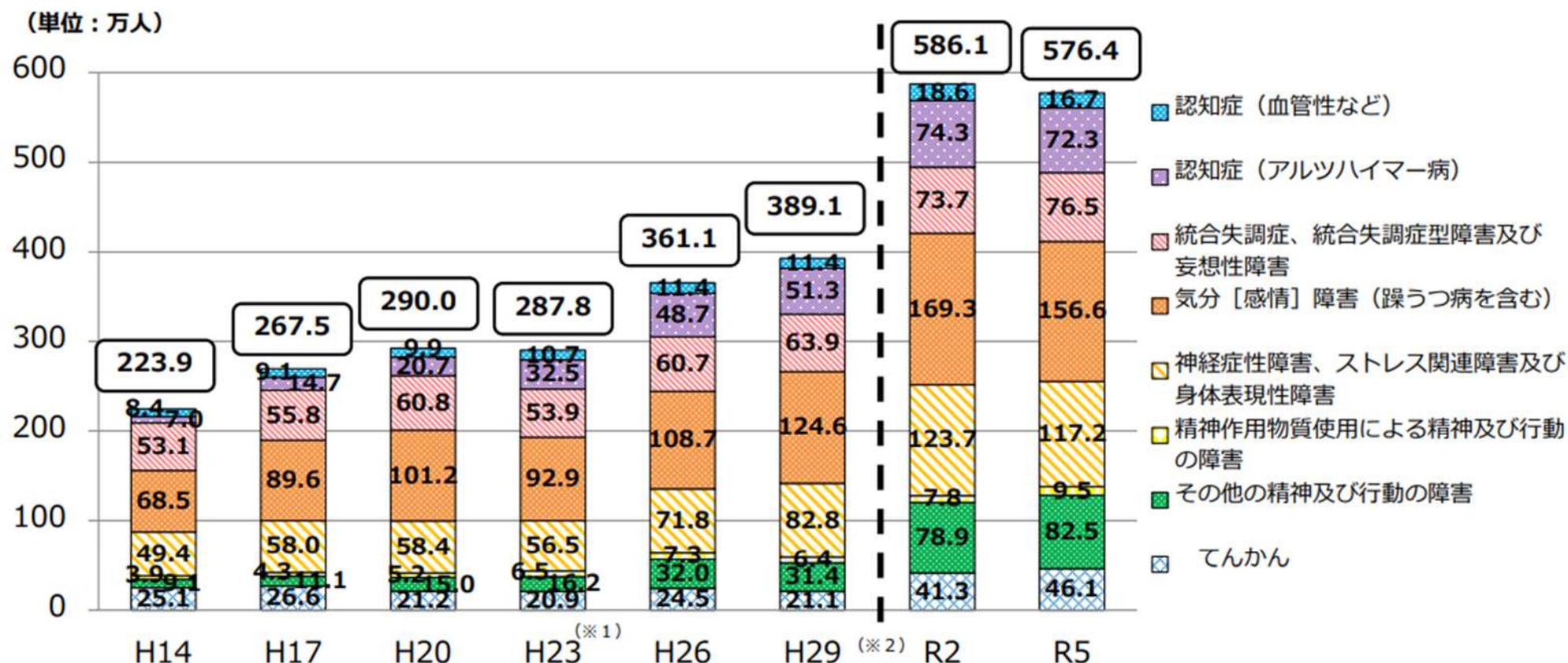


（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 傷病分類別では、「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」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※2）R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成 29 年2月8日）

II 総論（基本的な問題意識）

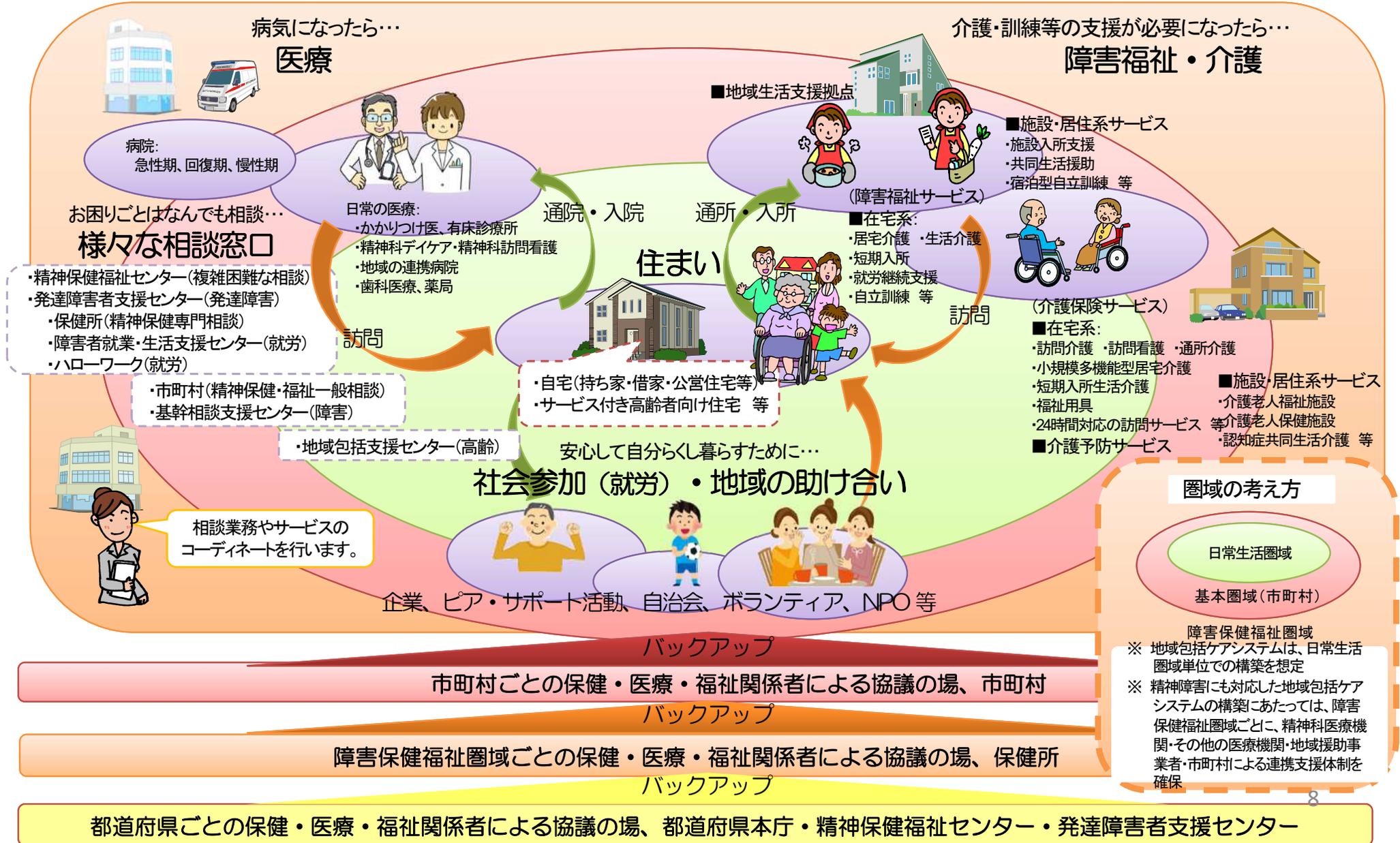
本とりまとめは、以下のような問題意識に基づいて整理したものである。

① 「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進するための新たな政策理念の明確化

- ・ 改革ビジョンに示された「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を地域において具体的な政策手段により実現していくことが必要である。
- ・ そのためには、都道府県や市町村が定める医療計画、障害福祉計画及び介護保険事業（支援）計画において、同一の考え方を基軸とし、共通のアウトカム指標によって政策を推進していくことを目指すべきである。
- ・ このため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という考え方を新たに基軸としつつ、これまでに展開されてきた地域の実情を踏まえた好事例やモデル事業等による成果を踏まえ、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるような方策を検討するべきである。

(H29時点) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 (イメージ)

- 精神障害者が、地域の一人として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。(医療計画及び障害福祉計画への反映)
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要）

（令和3年3月18日）

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

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

精神医療の提供体制

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

住まいの確保と居住支援

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

社会参加

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

当事者・ピアサポーター

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

精神障害を有する方等の家族

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

人材育成

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

○『地域共生社会』、『地域包括ケア』、『にも包括』の関係

目的：理念としての『地域共生社会』

『制度・分野の枠や「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティ、地域や社会を作るという考え方』

目標：方策としての『地域包括ケア』

『地域共生社会の実現に向けて住み慣れた地域で住民として健康な暮らしをおくることができるよう必要なケアを包括的に提供できる仕組みを創る』という目標、又はそのための方策。』

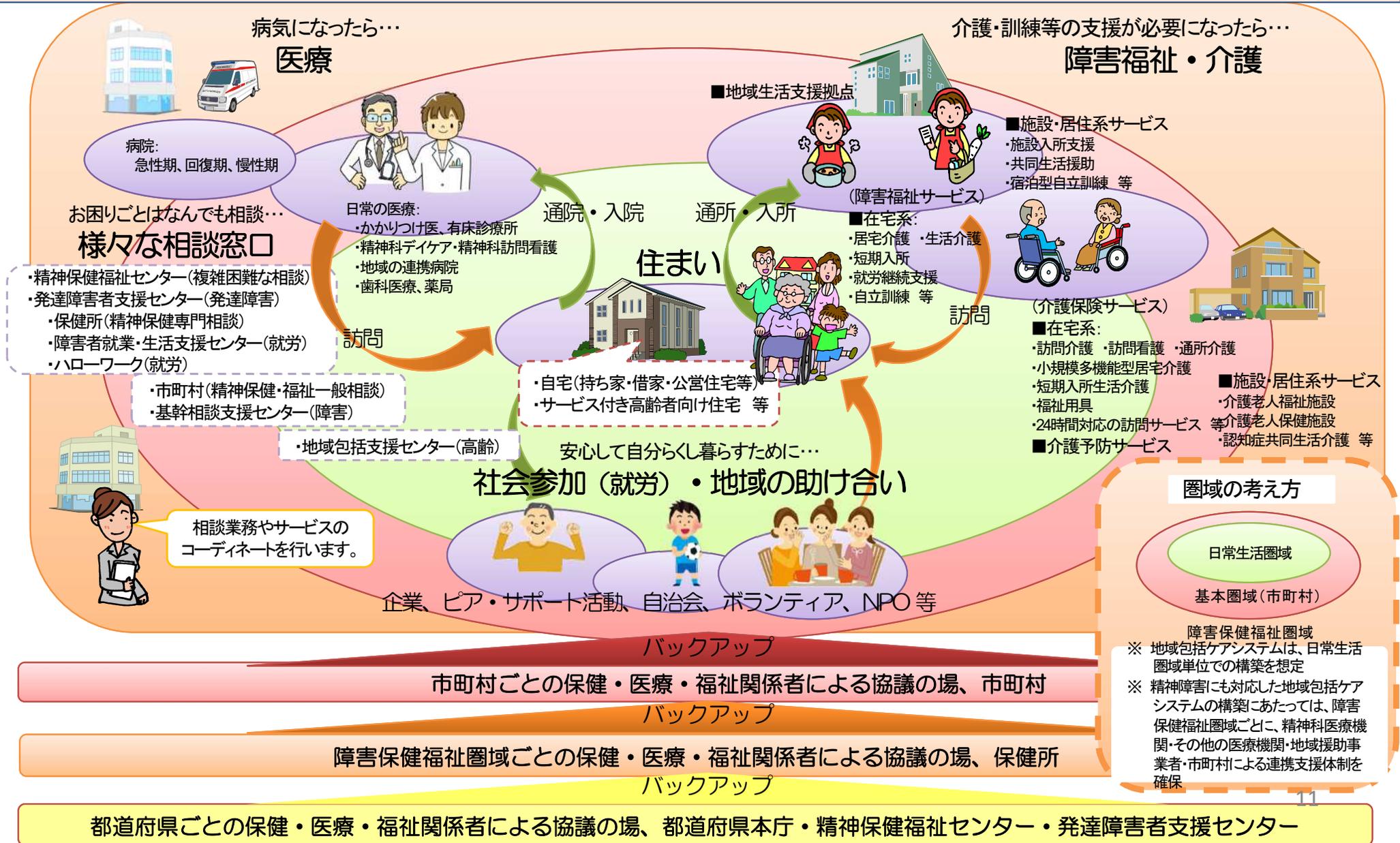
手段：事業としての『にも包括』

『理念（地域共生社会）と方策（地域包括ケア）を精神領域にも対応させて、市町村を基盤とした体制として統合するための事業。』

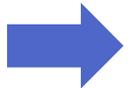
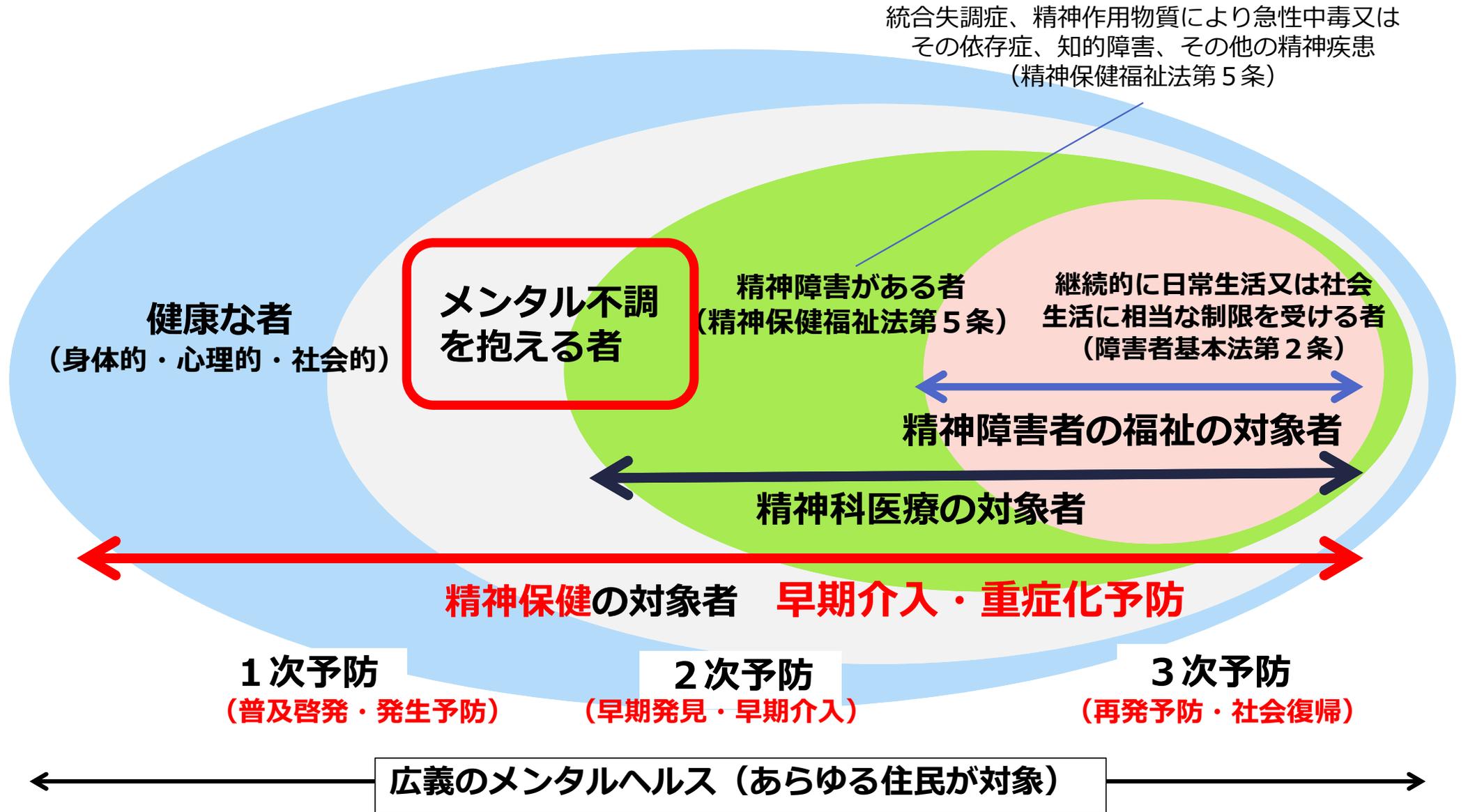
(R3~) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 (イメージ)

○精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があります、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。

○このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



「にも包括」(精神障害の有無に関わらず誰もが)の対象を考える



医療、保健、福祉のそれぞれの領域に重なっている

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（概要） （令和4年6月9日）

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え方、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、精神病床における人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の取組について取りまとめた。

関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

- 身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。

第8次医療計画の策定に向けて

- 地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。
- 各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。

精神科病院に入院する患者への訪問相談

- 人権擁護の観点から、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要。

医療保護入院

- 安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、以下の視点を基本とすべき。
 - ・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
 - ・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
 - ・ より一層の権利擁護策の充実
- 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。

患者の意思に基づいた退院後支援

- 退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定した上で、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

- 安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づく適正な運用が確保されることが必要。

精神病床における人員配置の充実

- より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じた適切な職員配置の実現が求められる。

虐待の防止に係る取組

- より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起ささないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要。

令和6年4月から

自治体の相談支援の対象の見直し

市

- 市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者（具体的には省令で定める予定）も対象となる。

市町村への支援に関する都道府県の責務

市

県

- 都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うよう努めなければならない。

参 考

● 精神障害者や精神保健に課題を抱える者への相談支援については、（政令市・保健所設置市以外の）市町村においては、精神保健福祉法上の「努力義務」となっており、法的には現時点で義務づけられてはいないものの、福祉・母子保健・介護等の分野と精神保健分野の複合的な支援ニーズがみられる中で、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」等において、市町村における実施の重要性が指摘されている。

精神保健に課題を抱える者 定義

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知 障発1127第1号

「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等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備及び経過措置に関する省令」の公布等について(通知) P7

ハ)

- ロ 入院者訪問支援事業の概要（規則第 18 条の 2 第 2 号関係）
- ハ 入院者訪問支援員として必要な技能（規則第 18 条の 2 第 3 号関係）

4 支援の内容

- 1 の厚生労働省令で定める支援は、次のイ又はロに掲げるものとする。
- イ 入院中の生活に関する相談（規則第 18 条の 3 第 1 号関係）
- ロ 必要な情報の提供（規則第 18 条の 3 第 2 号関係）

三 精神障害者等に対する包括的支援の確保に関する事項

法の第 6 章第 2 節に定める相談及び援助は、精神障害の有無及びその程度にかかわらず、地域の実情に応じて、精神障害者等（精神障害者及び日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるもの（精神障害者を除く。）として厚生労働省令で定める者をいう。）の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として、行わなければならない（法第 46 条関係）。この厚生労働省令で定める者は、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に関する課題を抱える者とする。（規則第 31 条関係）

第二 施行日時点入院者に係る経過措置（改正省令第 5 条関係）

一 令和 6 年 4 月から 9 月までの取扱い

1 委員会の開催

- (1) 施行日時点入院者について、改正前規則第 13 条の 4 第 1 号トに規定する推定される入院期間又は改正前規則第 15 条の 6 第 2 項（同条第 4 項において準用する場合を含む。）に規定する入院期間が

事例から
考える
にも包括

地域によくある事例

高齢の母と医療を中断した息子さん

Aさん。79歳女性。

息子と二人暮らし。ヘルパーが週4日入っている。息子をなるべく刺激しないようにしたい。



Bさん。48歳男性。

統合失調症で医療を中断しては入退院を繰り返している。仕事をすると行って半年前から通院しなくなった。



入院が長期化しているCさん

Cさん。52歳男性。

統合失調症で2年前に母の施設入所を機に入院。入院中に母が亡くなり、戻るアパートもなくなり、退院が滞っている。

酒量が増えた夫と子育て中の妻

Dさん。36歳男性。

仕事が多忙で、睡眠不足。疲労が強く、休日は朝からお酒を飲むなど酒量も増加している。



Eさん。32歳女性

2歳の長女のいわゆるワンオペ育児。夫の体を気遣うも怒鳴られ、イヤイヤ期の長女の相談をしても相手にされず、ひどく落ち込み毎日涙が出てくる。

80代の親とひきこもる50代の子

Fさん。82歳男性

ひきこもる息子の将来が心配。最近になって自分が動けるうちに、息子をなんとかしたいと考えるようになった。



Gさん。50歳男性。

気づいたら再就職が難しい年齢になってしまった。元々人付き合いは苦手だし、今更就職活動をする気にもなれず、今に至る。

生きづらさを抱えるHさん

Hさん。16歳女性。

高校1年生。いじめが原因で不登校。将来について何をしたいかもわからず、漠然と不安が募る。このまま消えてしまいたいと思うこともある。



高齢・介護に関する相談支援

認知症
高齢者虐待防止
介護保険サービス提供 等

生活福祉に関する相談支援

生活保護
生活困窮者自立支援
ひきこもり 等

精神保健

障害のある方等の相談支援

相談支援事業
障害者虐待防止
障害者差別解消
意思決定支援 等

妊娠出産・子育てに関する 相談支援

母子保健
子育て包括、子育て総合支援
成育 等

精神保健に関する相談支援について市町村に取り組んでいただきたいこと

令和6年度から精神保健福祉法のここが変わります！！

- ・ 都道府県・市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、**精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者**も対象となる。
- ・ 都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、**市町村への必要な援助を行うよう**努めなければならないことが明確化された。

複合的なニーズへの個別支援は、
住民に身近で、福祉・母子保健・介護等を担当している**市町村だからこそできるもの**です。

今から、

精神保健に関する課題を抱える住民への相談支援体制の整備をお願いします

より多くの、地域で潜在化している、
「本当は支援を必要としている方」
へ支援を届けていきましょう。

具体的には、これまで国が示した検討会報告書や次年度の「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」の成果物等を活用しながら…

- 精神保健の個別支援や支援体制整備の**担当の配置や明確化**
- 精神保健に関する実際の支援ニーズに直面する**様々な機関との協働・連携体制の構築**
(例えば、福祉、母子保健、介護、生活困窮等の相談支援機関等)
- 精神保健に関する支援の**担い手の確保**や、研修受講等による**資質向上** 等

体制整備を進めるための仲間
をつくりましょう。

への取組をお願いします。

市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム報告書(R5.9.22) 目次

第1 はじめに

第2 市町村における精神保健に係る相談支援体制の整備

1. 現状及び課題
2. 体制整備の実際
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 体制整備の進め方

市町村精神保健業務（精神保健相談）に関する横断的連携体制の各類型のイメージ
A：保健窓口一元型（保健センター機能強化型）
B：保健・福祉連携・協働型
C1：総合相談（福祉窓口一元化型） C2：総合相談（包括連携型）
C3：総合相談（福祉窓口コーディネート型） C4：総合相談（包括型）

第3 市町村において精神保健に係る相談支援を担う人材の育成

1. 現状及び課題
 - (1) 市町村における人材の育成
 - (2) 都道府県による市町村への支援
2. 質の担保に関する対応の方向性
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 機能に応じた人材育成の充実
 - (3) 都道府県による市町村への支援
 - (4) 国等において取り組むべき今後の課題

求められる人材の三層分類

- ①精神保健部門またはそれ以外の部門・機関において精神保健のニーズに気づく職員
- ②精神保健部門において精神保健の担当者として相談支援を主に担う専門職 ※精神保健福祉相談員の養成カリキュラムの改定
- ③庁内で連携体制の構築を担う等推進力を発揮する専門職

第4 おわりに

参考

令和6年度

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

アドバイザー等・都道府県等担当者合同会議について
【2月17日（月）13：00～14：50開催】

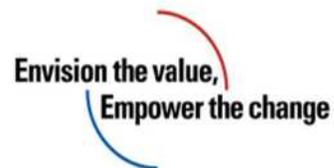
ZoomID : <https://cu-nri.zoom.us/j/96530278461?pwd=dw9RH4bgb42c54aoxap8cu2NLbMQ6s.1>

ミーティング ID: 965 3027 8461

パスコード: 666666



2025年02月17日



担当者会議では、「にも包括」が重層的支援体制整備事業の下敷きとなることを参加者がイメージができることをねらいとして、その基本的な考え方等の説明及び具体例を知り、理解を深めることを目的とする。

時間	内容
13:00～13:05 (05分)	開会 登壇：厚生労働省 精神・障害保健課
13:05～13:20 (15分)	行政説明① にも包括関係説明 登壇：厚生労働省 精神・障害保健課 厚生労働省 障害福祉課
13:20～13:40 (20分)	行政説明② 重層的支援体制整備事業関係説明 登壇：厚生労働省 地域福祉課
13:40～13:50 (10分)	生活上の課題とメンタルヘルス不調について 登壇：藤井 千代 氏
13:50～14:05 (15分)	実践報告① 広島県尾道市 登壇：尾道市 黒飛 氏 尾道市社会福祉協議会 高橋 氏
14:05～14:20 (15分)	実践報告② 東京都八王子市 登壇：八王子市 波塚氏 辻野氏
14:20～14:50 (30分)	シンポジウム 登壇：広島県尾道市 黒飛 氏、高橋 氏 東京都八王子市 波塚 氏、辻野 氏 構築支援事業アドバイザー 委員長 岩上 氏 同副委員長 藤井 氏 厚生労働省 地域福祉課、障害福祉課、精神・障害保健課
14:50	閉会 (担当者会議)

高齢・介護に関する相談支援

認知症
高齢者虐待防止
介護保険サービス提供 等

生活福祉に関する相談支援

生活保護
生活困窮者自立支援
ひきこもり 等

精神保健

障害のある方等の相談支援

相談支援事業
障害者虐待防止
障害者差別解消
意思決定支援 等

妊娠出産・子育てに関する 相談支援

母子保健
子育て包括、子育て総合支援
成育 等

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会 (令和6年5月20日～)

第8回精神保健医療福祉の今後の施策
推進に関する検討会資料

これまでの検討会における議論の状況

回数	開催日	議題等
第1回	令和6年5月20日	(1) 検討会の開催、座長の選任等について (2) 精神保健医療福祉の現状等について (3) その他
第2回	令和6年8月7日	(1) 精神保健医療福祉に関する施策について (2) その他
第3回	令和6年10月3日	(1) 行動制限に係る関係者からのヒアリング (2) かかりつけ精神科医機能について (3) その他
第4回	令和7年1月15日	(1) 行動制限に係る関係者からのヒアリング (2) その他
第5回	令和7年3月10日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他
第6回	令和7年5月12日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他
第7回	令和7年6月9日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

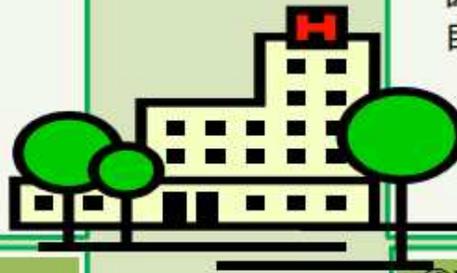
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 入院外医療の提供
夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

- 協議の場への参画
- 地域住民に対する普及啓発への参画及び協力
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

出典：令和3年3月18日「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書より抜粋、改変

（保健機能と外来医療・在宅医療の連携）

- 住民に身近な市町村の保健師などが普段から関わることは、予防の観点や、病状悪化時に早期に医療につなげたり関係を構築しておいたりする観点から重要。
- 医療機関にとっても、自治体と連携することで、日常生活全体の支援、福祉や就労支援などにつなげていくことができる。また、医療中断となっている患者に対して自治体と連携して対応することができる。
- 自治体と医療機関で、一緒に相談体制の構築や普及啓発活動、事例検討を行うなど、現状と課題を共有する機会をもつことで、同じ方向性で取り組むような連携ができる。
- 医療機関に、精神保健福祉士などの配置があると、医師やコメディカルスタッフと関係機関の連携が図られやすい。市町村側の精神保健に係る相談の担当窓口も明確になっている必要がある。ケースマネジメント機能・コーディネイト機能を発揮するために相互理解を行うことが大切。
- 家族にとっても、ここにつながれば話をきいてもらえる、情報が得られるという相談窓口のわかりやすさや充実は重要である。また、家族が、抱え込んで孤立することがないように、家族を支える仕組みが必要である。
- 精神障害のある人や家族が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下「にも包括」という。）を活用していくときに、どのようなところに良さとか悪さを感じるのか知りたい。
- ピアサポーターの導入や、地域の人がじっくり話を聞くという仕組み・文化も必要ではないか。

（外来等での多職種による支援）

- 精神科診療所が、保健所の連絡にすぐ対応することが難しいという課題は、医師が1人で全ての役割を担っていたというところの問題がある。多職種とチームとして連携・協力していくことが求められている。多職種連携や新患対応、保健所との話し合いに対するインセンティブがあるとよいのではないか。
- 現状ではかかりつけの精神科医療機関に求められる機能を果たしたとしても、それに見合った収益が得られないというところは課題としてある。外来での多職種の配置について、診療報酬上の対応と、診療報酬ではなじまないような支援やケアに関して、例えば補助金や、自治体の事業の中での対応や自治体からの事業の委託など、半ば公的な医療として提供するというような方法があるので、どのような診療機能がそれぞれに適しているのかを検討していくことが必要ではないか。
- 精神保健福祉士の人材が不足しているが、コメディカルが業務を担ってよい医療を提供しても、診療報酬の評価も含めて十分評価されていないため、やりがいを感じられなかったり見合った報酬が得られなかったりすることが背景にあるのではないか。コメディカルがやりがいを持って業務に参加して、それを適切に評価していくというような方向性が必要。

第5回検討会における主な御意見（外来・在宅医療②）

（初診待機に関する課題）

- 診療所の初診の予約が取りづらく、特に児童思春期や依存症などに対応できる医療機関は少なく受診の調整に苦慮する場合がある。
- 初診待機の問題は、精神保健福祉士や精神科の看護師、心理士など医師以外の職種と連携し、精神科医が治療に専念できる体制も必要。適切なタスクシェアや他の職種にタスクシフトしていくというような観点で制度を設計していくことが必要。
- 待機時間については、ソフト救急システムをつくって、輪番制・当番制で病院・診療所が対応することができるのではないか。

（夜間・休日診療、緊急時に関する課題）

- 地域によっては休日・夜間診療に対応している医療機関が少なく、時間外の緊急対応において、診療所が主治医の場合に連絡が取れずに困ることがある。
- 不調時であっても、予約日より前倒して受診することが難しい一方で、すぐに対応してもらえる外来では、重症化や救急事例化を予防することにつながることもある。
- 不穩時の柔軟な外来受診の対応（予約日以外の受診、夜間対応等）、緊急的に医療が必要になった場合の適切な連携などを期待したい。また、外来診療・精神科診療所には、精神科救急医療体制への参画として、輪番体制への参画（一次診察等）を期待したい。
- 救急については、例えば精神科診療所の協会が初期救急を担い、外来対応施設を都から委託されて、手挙げ式で医者が対応している例がある。そういう取組が他の地区にも広がっていくと、救急の対応や入院は必要ないけれども相談したいという場合に対応できると考える。自治体の事情や地域のマンパワーは課題である。

（アウトリーチ機能）

- アウトリーチは、外出困難な場合の治療継続、未治療・治療中断・ひきこもり・依存症などの受診につながりにくいケース、自殺企図がある場合や症状の悪化で生活に大きな支障を来している場合などの早期介入などに求められる。
- 行政の専門職・医療機関の精神保健福祉士や看護師・精神科医の3人でチームを作り、医師の訪問は時々で実働はコメディカルが担うという方法は、実行可能性があるのではないか。
- アウトリーチを医療機関だけで対応するのは困難であり、市町村が訪問による精神保健に係る相談をしつつ、医者・病院が支援する形が良いのではないか。

第5回検討会における主な御意見（外来・在宅医療④）

（地域の医療提供体制の構築や障害福祉サービスとの連携（続き））

- 認知症でかかりつけ医等に行っている対応力向上研修にならって、精神障害の対応力研修も今後必要ではないか。
- 認知症初期集中支援チームを参考に、様々な精神障害者を支援する体制を検討すべきではないか。
- 精神科の医療提供体制を考えるに当たっては、一般医療と同様には難しい。地域・都道府県によって、どういった構想区域がいいのか、疾患別に対応できる圏域も異なるので、各地域の状況に応じて考えていくことが重要。
- 児童思春期、依存症等などに対応できる診療所について、精神科外来に関する情報が限定的で時々ミスマッチが起きていることに対応することが必要。
- 新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられるときには、児童精神や摂食障害、認知症といった疾患・病態別に細かく考え、各疾患・疾病ごとに指定している拠点病院を拠点にして検討していけばよいのではないか。
- 精神科の在宅医療は、外来・在宅、障害者福祉サービスや介護保険サービスとの連携を視野に入れながら議論していくことになるため、どういった患者がどういうサービスを受けながらどういう状況になっているのかというのは見える化して議論した方がよい。
- 高齢者施設と医療機関の連携の仕組みは、精神科の医療機関と障害福祉サービス事業所との連携や、精神科の医療機関と一般の医療機関の連携にも応用できる部分があるのではないか。
- にも包括において、障害者総合支援法の障害サービスの方の相談支援事業所や基幹相談支援センターなど生活を支える部分が、保健医療がどう連携していくを確認するため、ケアマネジメントに関わる人や事業所の関係者がにも包括にどう関わっているのか知りたい。

（地域における協議の場等）

- にも包括の協議の場において医療機関の立場からの参画は欠かせない。一方で、会議の出席や事業の講師等に協力してもらえる医療機関が限定的であり、相談員の配置がない又は少ない診療所では、個別支援会議等への出席はかなり難しい。
- 自治体と医療機関の構築体制では、まずは自治体と医師会の連携でリーダーシップを取っていくのが一番進みやすいのではないか。
今後新たな地域医療構想に市町村が参画していくに当たり、市町村側や精神利用に関する協議の場もできるが、協議の活性化は重要なので、政策も含めてしっかりと協議ができる人材を養成しておくことも重要ではないか。

（オンラインの活用）

- 地域に専門的な医療機関がない場合に、広域で、オンラインで診療をカバーするなど、様々な方法がある。ICTをいかに活用していくかという視点も含めて、自治体が医療機関と当事者や御家族の方も交えて話し合えるような仕組みが必要。
- 保健師や訪問看護の訪問時に、オンライン診療を融合するとよいのではないか。
- アウトリーチや予防的対応には、オンラインの活用も今後考えていく必要があるのではないか。

第6回検討会における主な御意見（外来・在宅医療②）

（保健・障害福祉サービスとの連携）

- 市町村と連携して初診受診枠を拡大するには、診療所間の受診体制の調整や市町村との調整が必要になってくる。市町村の精神保健福祉担当者の配置義務化を進め、市町村が、福祉が中心になるケース、医療機関が中心になるケースとマネジメントしていく機能を持つことが必要である。認知症初期集中支援チームがモデルとなるのではないかと。また、精神科医療機関のない市町村では、それぞれの市町村によって事情が違っているので、近隣と連携する、圏域で連携する、県全体の支援を受けて体制をつくるなど、連携の仕方を市町村から提案していきけるような仕組みをつくるのがよい。
- ケアマネジメントが必要な方は医療と生活支援が両方必要なことが多いが、情報伝達ツールやメール等を日常的に使用していない事業所や機関では情報連携の齟齬が生じ、医療と生活支援のケアがうまくいかないのが問題。生活支援をする事業所と自治体との連携も必要だが、土日・夜間は自治体と情報連携しづらく、夜間を除いて朝6時から業務開始までと、業務終了後から22時ぐらいの間を埋めるような仕組みを考えていかなければいけないのではないかと。また、ただ連携するだけでなく、質・価値・鮮度・精度が高い情報を交換していくことが非常に重要である。
- 障害福祉の対象になっていない方を早急にサポートするため、関係性のある診療所の外来でサポートすることを評価する仕組みが必要。地域貢献をしている時間は病院にいられないので、地域貢献していることをどう評価するかというのも議論していくことが必要。
- 市町村の連携強化の体制強化のためには、都道府県からのバックアップが必要となるので、都道府県の体制強化も一緒に進めていくべきである。また、市町村の担当職員も人事異動があるので、精神保健福祉センターなどが研修を行い、連携をできる体制を構築すること必要である。
- 本人を取り巻いている細かいコミュニティの事情や状況を把握するため、市区町村より地域に根差した、より本人に近いネットワークと市町村がつながることが重要。

（地域における連携の在り方等）

- 地域においては、「にも包括検討会」により、精神科病院、精神科診療所、障害支援事業所等との連携を進めるなど、医療機関、各種事業所、行政とのより密な連携が必要。
- 自殺対策のため、自殺対策ネットワークをつくり精神科診療所に自殺未遂者対策受診枠つくって受け入れる事例や、認知症初期集中支援チームにより医療機関と各種事業所、行政、保健師との連携を密に行っている事例がある。また、認知症初期集中支援チームをどう活用するかというのは、今後の論点としていくべき。
- 精神科医療への期待が多様化する中で、地域によっては精神科診療所の専門性に偏りが感じられるところがある。地域住民のニーズに見合うよう計画的に配置するにはどうしたらよいかも考えられるとよい。

（医療・保健・障害福祉サービスの連携）

- 本人の意思を中心とした医療・保健・福祉の連携のため、支援者間で共有・交換する情報の質や価値、鮮度、精度が重要である。質の高い情報の連携ができると、支援の連携もスムーズにいくし、さらには良好な関係性を基盤として、各機関の強みや特色を支援に生かしていく資源の連携につながり、本人の自立や希望する暮らしを支えていくことができるようになる。連携ができる教育や人材の育成が重要。また、現場では、医療機関と障害福祉サービスの連携のため、メールなどのツールの活用、共同での事例検討の実施、精神科病院勤務経験があるスタッフによるOJTなどの工夫がされている。
- 人口の少ない地域でも、地域の相談支援事業所が協働できる報酬の仕組みも活用し、地域の中で力を結集して面的に相談支援体制を整えていくということをやっていくことが必要。
- 例えばスクールカウンセラーと医療の連携のように、医療と福祉にとどまらず、いろいろなところでお互いつながっていく必要性を感じ、それを可能にするつながりも作っていくことが必要である。

（障害福祉サービスと精神科訪問看護との連携）

- 訪問看護の訪問頻度は、福祉の相談支援専門員より密であるため、きめ細かい情報を早く持っている。特に緊急時に関する情報、違和感を覚えるような情報を早めに共有できると支援者同士が互いに支え合えることができる。また、相談支援専門員と訪問看護で連携できると、夜間・緊急時等の対応や、医療面・生活面での必要な支援の分担もできる。

（支援の必要な方へのアプローチ・支援へのアクセス）

- 「精神保健に関する課題を抱える者」は、支援ニーズが満たされておらず(Unmet mental health needs)、精神医療を含む医療提供体制からこぼれ落ちて潜在化していることがある。支援ニーズが満たされない人々の課題は複雑困難化し、裾野は広く多分野にわたる多様な支援が重要になるため、医療・保健・福祉の役割分担等をしていくことが大事になる。
- 「にも包括」においては、ワンストップ窓口より、地方自治体の窓口にアクセスすればまず何とかなるというところを目指してはどうか。「にも包括」の入り口の相談は様々あるが、その機関同士が顔の見える関係性、役割の認識を深めるような取組をしていると、たらい回しにされることなく必要な相談先にアクセスできるのではないか。
- 利用する側から見て、ケアマネジメントをする者の存在を分かりやすく整理するべきではないか。
- 障害福祉サービスの利用者は、相談支援専門員がケアマネジメントを行っているが、医療機関にかかっているケアマネジメントが必要な方は、病院の中での医療マネジメントを中心とした形でやっていく必要がある。相談支援専門員にも、医療機関のケアマネジメントにもアクセスできない方は、地方自治体の保健師や委託の相談支援事業所から相談支援専門員に引き継ぐなどの流れが必要。一方で、相談支援専門員は不足しているため、相談支援専門員の配置や働き方の調整などをしていくべきではないか。

地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
 - ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**について、**医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。**
 - ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を**「病床機能報告」により報告。**
 - ③ 各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、**病床の機能分化・連携に向けた協議**を実施。
 - ④ 都道府県は**「地域医療介護総合確保基金」**を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

埼玉県地域医療構想の概要

構想策定の趣旨

急速な高齢化の進展による医療需要・介護需要の大きな変化が見込まれる中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスを受けられる体制を確保することが求められる

限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにすることが必要

地域医療構想の策定(平成28年10月)

構想の性格

- 医療法により都道府県に策定が義務付けられている医療計画に定める事項として規定
- 令和7年(2025年)の医療提供体制に関する構想
- 第6次の地域保健医療計画の一部として策定し、第7次計画に位置付け

医療需要等の推計方法

- 令和7年(2025年)の医療需要及び必要病床数の推計は、平成25年の患者データを基に、医療法施行規則に規定された方法により区域ごとに算定
 - 区域間及び都道府県間における患者の流出入については、平成25年度と同様として推計
- * 推計の基礎となるデータ
NDBレセプトデータ及びDPCデータ、正常分娩・生活保護、労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険等のデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月 中位推計)」

区域の設定

「構想区域」は埼玉県地域保健医療計画に定める「二次保健医療圏」と同様とする。



令和7年(2025年)における医療需要

入院患者の医療需要推計



需要推計を踏まえた必要病床数(推計)と病床機能報告による病床数の比較

	(床)		
	平成30年度 病床機能報告	令和7年 必要病床数	差引
合計	51,396	54,210	▲2,814
高度急性期	6,012	5,528	484
急性期	25,029	17,954	7,075
回復期	5,336	16,717	▲11,381
慢性期	12,998	14,011	▲1,013
休棟・無回答等	2,021	—	2,021

在宅医療等の必要量の推計

	(人/日)	
	平成25年	令和7年
合計	46,152	82,372

在宅医療等とは、居宅に限らず、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営む場であって現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

医療提供体制の整備の方向性

- 医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない医療供給体制を整備します。
- 医師の診療科偏在や地域偏在の解消に取り組み、住み慣れた地域で必要な医療を受けられる体制作りを進めます。
- 地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療連携拠点等の機能強化や、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士等の確保・養成等、在宅医療体制の整備を進めます。
- ICTを活用した医療・介護連携システムの構築を進めます。

地域医療構想の推進体制

- 地域保健医療・地域医療構想協議会(地域医療構想調整会議)の設置
将来の必要病床数を達成するための方策やその他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う場として、区域ごとに「地域保健医療・地域医療構想協議会」を設置します。
- 病床機能報告制度の活用
毎年度実施される病床機能報告の結果を活用して、各区域における病床の機能区分ごとの将来の必要病床数との比較を行い、地域の課題を分析することにより病床の機能の分化・連携を推進します。
- 埼玉県地域医療介護総合確保基金の活用
地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備において、財政的支援が必要な事業については、埼玉県地域医療介護総合確保基金を活用して必要な経費を支援します。

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金等**を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供**する必要。その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する 検討プロジェクトチームの開催について（案）

令和6年9月30日第9回新たな地域医療
構想等に関する検討会資料

- 精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。
- 特に、精神入院医療のあり方については、「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」（平成26年3月告示）等により、精神障害者の退院促進及び地域移行・地域生活支援、精神科病院における病床の適正化及び機能分化等を重要な方向性と位置づけ施策を進めてきている。
- また、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し重層的な支援体制を整備していくこととしている。
- このような中、新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に、新たな地域医療構想等に関する検討会で検討を進めている。
- 精神医療については現行の地域医療構想では精神病床の病床機能報告や将来の必要量の推計等が行われていないところ、これまでの精神医療に関する施策等を踏まえ、精神医療の専門家をはじめとする有識者が参画して専門的な検討を行うプロジェクトチームを開催して、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討を行い、本検討会に検討結果を報告いただくこととしてはどうか。

<新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム>

- 検討事項
 - ・ 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等
- 構成員
 - ・ 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者等
- スケジュール
 - ・ 10～11月に議論を行い、11～12月に本検討会に検討結果を報告

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 以下の観点から、**新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当。**
 - 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めている。
 - **地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当**
 - 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。
 - ・ 2040年頃の**精神病床数の必要量を推計** → **中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進**
 - ・ **病床機能報告の対象に精神病床を追加** → **データに基づく協議・検討が可能**
 - ・ **精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画**
→ 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における**精神医療と一般医療との連携等の推進**
 - ・ **地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使** → **精神病床等の適正化・機能分化の推進**
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、**精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要。**

※ 病床数の必要量の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等

精神医療を取り巻く環境と2040年頃を見据えた課題

精神医療を取り巻く環境

- 精神病床は医療施設調査（令和2年）において32.4万床、総入院患者数は患者調査（令和2年）において約28.8万人となっている。入院患者の疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向である。また、平均在院日数は減少し、病床利用率も低下してきている。
- 1年以上の長期入院患者については、約17万人（総入院患者数の約6割）であり、1年以上入院する新たな長期入院患者は毎年約3.5万人である。また、長期入院患者では、精神病床における高齢化が進展している。
- 精神疾患を有する外来患者数は、患者調査（令和2年）において約586.1万人となっており、疾患別では「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」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多くなっている。また、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。
- 精神疾患を有する患者について、気分障害、発達障害、認知症、身体合併症を有する患者の増加等、精神疾患を有する者の疾病構造が変化している。

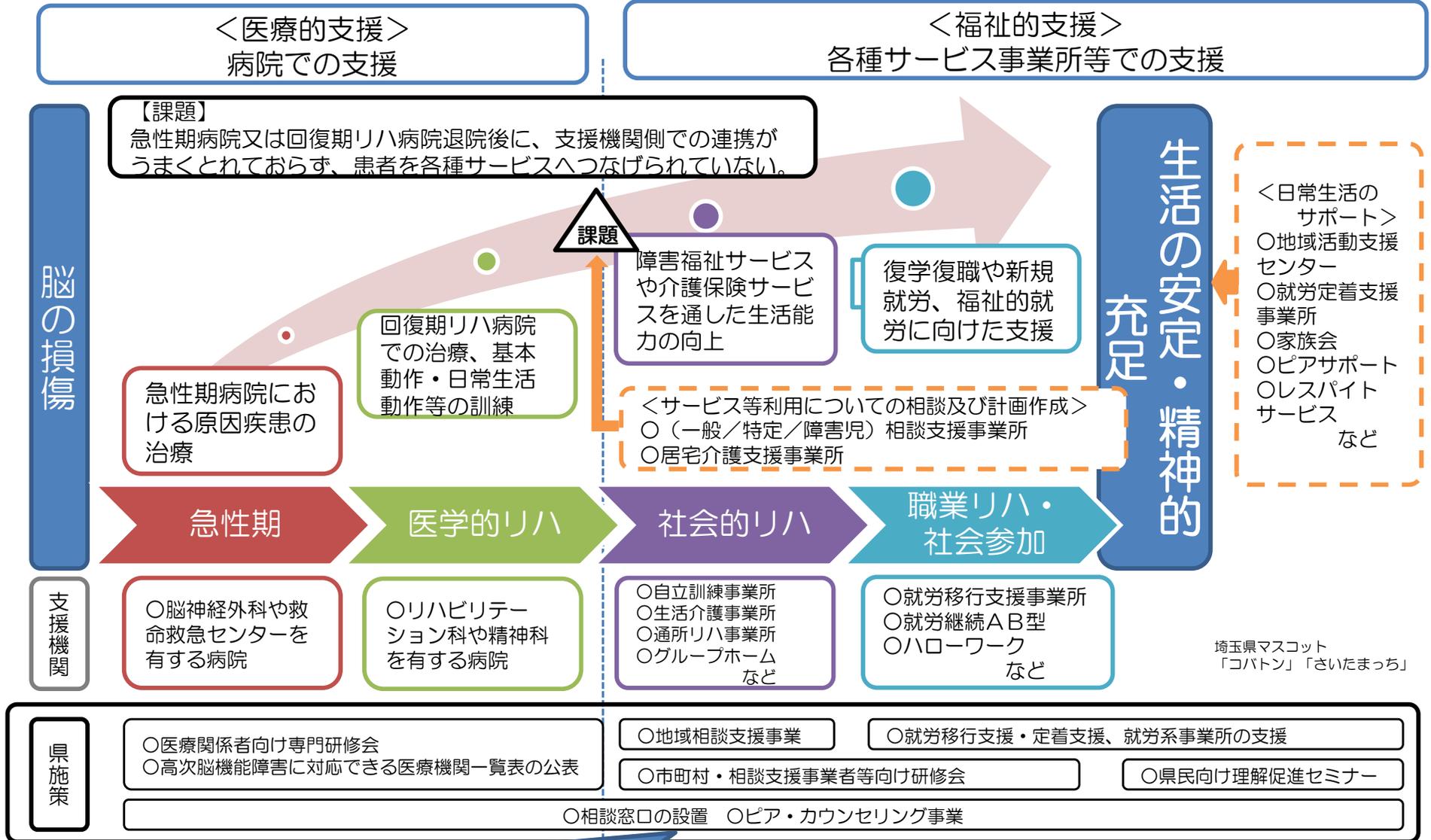
2040年頃を見据えた課題

- 今後、2040年頃を見据えると、精神病床における高齢化の進展等に伴い、入院患者数の減少や病床利用率の低下が更に見込まれるところ、精神病床の適正化を進め、効率的な精神医療提供体制を確保する必要がある。
- また、入院患者像や疾病構造の変化が見込まれており、急性期、回復期といった精神入院医療の機能を強化するため、精神病床の機能分化・連携、精神医療以外の一般医療との連携体制の強化及び精神科病院の構造改革を進める必要がある。
- さらに、精神医療全体における疾病構造の変化等により、精神科外来患者が増加傾向にあることを踏まえ、一般医療との連携体制の強化、外来・在宅医療提供体制の整備がこれまで以上に重視される。
- このほか、これまで精神疾患の医療提供体制については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げ、保健医療福祉に関わる多職種・多機関の有機的な連携体制の構築を重要なものとして進めてきているところ、将来を見据えた更なる地域移行に向けた取組を推進するため、精神医療と一般医療を合わせた医療提供体制全体の議論を進めていく必要がある。

ご案内

高次脳機能障害関連

高次脳機能障害者支援



高次脳機能障害支援センター（県リハビリテーションセンター内）

総合相談窓口（048-781-2236）

高次脳機能障害ピアカウンセリング事業 地域でともに生きるナノ

（090-4759-7156）



高次脳機能障害とは？

事故や病気などで脳に損傷を受けた後に現れる、後天的な障害です。

記憶力や注意力の低下等の症状が現れ、日常生活や社会生活に支障が出てることがあります。症状が外見からわかりにくく、また本人に自覚がないことも多いため「見えない障害」と言われることもあります。

(発達障害や認知症とは異なります。)

【原因となる主な疾患】

外傷性脳損傷：交通事故、転倒、転落、スポーツ事故等

脳血管障害：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等
脳炎：HSV、はしか等によるウイルス性感染症
低酸素脳症：心筋梗塞、窒息、溺水等
その他：脳腫瘍など

こどもの高次脳機能障害は、受傷した年齢により症状の現れ方が異なります。

就学後に症状が目立つことが多く、お子様の発達や周囲の環境により症状が変化していくため、適切な配慮が必要になります。

高次脳機能障害が疑われたら…

一人で悩まず、
お気軽にご相談下さい。



※症状によっては、各種手帳（身体障害・知的障害・精神障害）や福祉サービスを利用することができます。

相談機関



コバトン&さいたまっち

● 拠点機関

埼玉県高次脳機能障害者支援センター
(総合リハビリテーションセンター内)

〒362-8567 埼玉県上尾市西貝塚148-1
電話 048-781-2236

■ 相談時間

月曜日から金曜日（年末年始・祝祭日を除く）
午前9時から午後5時まで

■ ホームページ

<https://www.pref.saitama.lg.jp/rihasen/annai/kouzinou.html>

● 地域での相談機関

■ 医療法人光仁会 春日部厚生病院

春日部市緑町6-11-48
電話 080-8181-4148

■ 医療法人真正会 霞ヶ関南病院

川越市安比奈新田283-1
電話 049-232-1313（代表）

もしかしたら**お子様**は…

こうじ のう きのう しょうがい
高次脳機能障害

かもしれません

事故や病気の後、
お子様にこのような
変化は見られませんか？

- 物忘れをする
- すぐにキレる
- 疲れる
- 集中できない
- 取り掛かれない
- 友達関係が上手くいかない
- しつこい
- 内容が理解できない



埼玉県マスコット「コバトン」

作成：埼玉県福祉部障害者福祉推進課
埼玉県高次脳機能障害者支援センター

彩の国  埼玉県

高次脳機能障害 チェックリスト



さいたまっちょ&コバトン

事故や病気による脳損傷のあと、
お子様に以前と変わった様子はありませんか？

チェックリストで確認してみましょう。

 高次脳機能障害が疑われたら、裏面の相談機関に相談してみましょう。

脳のケガや病気をしたことがある
はい(分からない) ・ いいえ



高次脳機能障害ではありません

「注意障害」 かもしれません

- 集中力がなく、すぐに飽きて目についたものを触ったり、席を立ったりする。
- 小さな音や周囲の動きに反応し、気が散りやすい。
- 同時に2つのことをすると混乱する。
- 話の内容が飛ぶ、要領を得ない話になる。



「記憶障害」 かもしれません

- 友だちや担任の名前、日付を覚えられない。
- 何度も同じことを言ったり、聞いたりする。
- 自分の発言を覚えていない。



「遂行機能障害」 かもしれません。 (小学校高学年になると目立つ)

- 急な予定の変更があると混乱する。
- 作文や感想文をどう書いたらよいか分からない。
- いま何をしたらよいか分からず、つど声掛けが必要。
- 段取りよく作業ができない(計画的に行動できない)。



「社会的行動障害」 かもしれません

自分の行動や感情を制御することが難しくなる障害です。

- やりたいことを我慢することができない。
- 怒りやすい、キレやすい。
- 気持ちの切り替えができず、しつこい。
- 学校で頑張りすぎて疲れてしまい、家庭では機嫌が悪く家族に当たる。
- ことばや振る舞いが年齢よりも幼い印象がある。
- 以前より幼稚になった。できていたことができなくなった。
- 支度に時間がかかるようになった。
- 人とのコミュニケーションが上手くいかない



<易疲労性>

- 直前まで元気なのに、突然疲れが出て眠くなってしまう。
- あくびが出る、ハイテンションになる等、疲れの兆候に本人や周囲の人が気付きにくく、怠けていると思われやすい。
- 頭痛や目まいがする(天候や行事の影響を受けやすい)。

<意欲の低下>

- やる気がでない、物事を始めるのが遅い。
- 考えが浮かばない。



<自己認知の低下>

- イメージができず、体験してみないと分からない。
- 自分は何事も支障なくできていると思っている。

<その他>

- 一度始めると、時間になってもやめられない。
- 一度覚えたことや行動に対する修正が効かない。
- 行動や生活態度がふざけていると捉えられる。
- 聴覚が過敏になる。



高次脳機能障害に関する 相談窓口



高次脳機能障害とは・・・

ケガや病気により脳に損傷を受けた後、次のような症状により日常生活や社会生活での困りごとがある状態のことです。

物の場所を忘れてたり、
新しいできごとを
覚えられない

突然怒りだすなど、
感情がおさえられない

計画を立てたり、
予定通りに行動する
ことができない

作業を長く続けられない
ぼんやりしていて、
ミスが多い

埼玉県では、高次脳機能障害でお困りの方からの相談に対応する「総合相談窓口」を県内4か所に設置しています。面接・訪問相談も行っております。まずはお気軽にお近くの相談窓口にお電話ください。
(高次脳機能障害がある方を支援する方からの相談もお受けしています)



コバトン & さいたまっち

相談窓口

受付時間：午前9時～午後5時(祝祭日を除く月曜日から金曜日)

【県全域】 **埼玉県高次脳機能障害者支援センター**
(総合リハビリテーションセンター内)

電話：048-781-2236 (相談専用) 住所：上尾市西貝塚148-1

【東部地域】 **医療法人光仁会 春日部厚生病院**

電話：080-8181-4148 (相談専用) 住所：春日部市緑町6-11-48

【西部地域】 **医療法人真正会 霞ヶ関南病院**

電話：049-232-1313 (代表) 住所：川越市安比奈新田283-1

【県央地域】 **社会福祉法人恩賜財団 埼玉県済生会鴻巣病院**

電話：048-596-2221 (代表) 住所：鴻巣市八幡田849

ご清聴
ありがとうございました

