

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

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

精神科診療所の可能性

2025. 5. 12

医療法人遙山会 南彦根クリニック

上ノ山一寛

本日の話題

- かかりつけ精神科医について
- 地域連携について とりわけ市町村との連携
 ひきこもり支援 と 自殺対策
- 地域（志向）精神科医 と 地域医療構想
- 市町村に、医療とのつながりを確保する積極的な仕組みづくり
- メンタルヘルスを国民的課題に！

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。

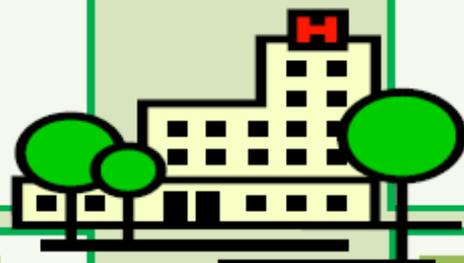
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

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

かかりつけ精神科医機能とは

- その内容について十分議論されているとは言えない。
- 役割を詰め込み過ぎて、むしろ診療所の意欲を阻害し「にも包括」の理念に逆行するおそれ。
- かかりつけ精神科医療機関に求められる機能に、かかりつけ精神科医機能が書かれており同義反復となっている。①のなかに②③④が含まれている。

- 日本医師会のかかりつけ医定義が基本である。
- 日本医師会のかかりつけ医と、かかりつけ精神科医の混同が起こりやすい。
- 詰め込んだ役割を果たせない場合にマイナス評価を与えるのではなく、日医定義の上に、果たせた活動（連携、救急など）にプラス評価を加えていくべき。

- かかりつけ精神科医に求められているのは、地域を志向した精神科医のことでないか。
- かかりつけ精神科医→**地域(志向) 精神科医**とすべき。

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、**患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。**
- かかりつけ医は、**自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。**
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、**地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。**
- 患者や家族に対して、**医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。**

かかりつけ精神科医の定義について

- ① ケースマネジメント
- ② 地域精神医療における役割
- ③ 精神科救急医療体制に参画
- ④ 拠点機能

一つの医療機関でなく面的に整備するべき

- ①～④のすべての機能を一つの医療機関に集約することを標準とするのであれば、精神科病院にかかりつけ医機能を期待することになるのではないか。
- 地域生活を支えていくためには、それぞれの医療機関が地域への志向を持つとともに、一つの医療機関で完結できない場合は、地域で面的に整備していく必要があるのではないか。都道府県のバックアップを受けながら、各医療機関の手上げを踏まえて、市町村あるいは医師会などがコーディネートしていくことが望ましいのではないか。

拠点について

- 基準を定めて公的に整備されていく必要がある。
第7次医療計画で地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能を分類することになったが、分類に際して都道府県において混乱が見られた。
- 精神科診療所にとっては、拠点機能は連携機能やネットワーク機能と呼び変える必要がある。

多様な精神科診療所

規模 : 小規模～大規模
立地 : 都市型～過疎地
職種 : 少職種～多職種
機能 : 単機能～多機能
専門性 : かかりつけ医～精神科専門医

精神科診療所を有力な社会資源と位置付けた
精神保健医療福祉体制を！

進化の方向性

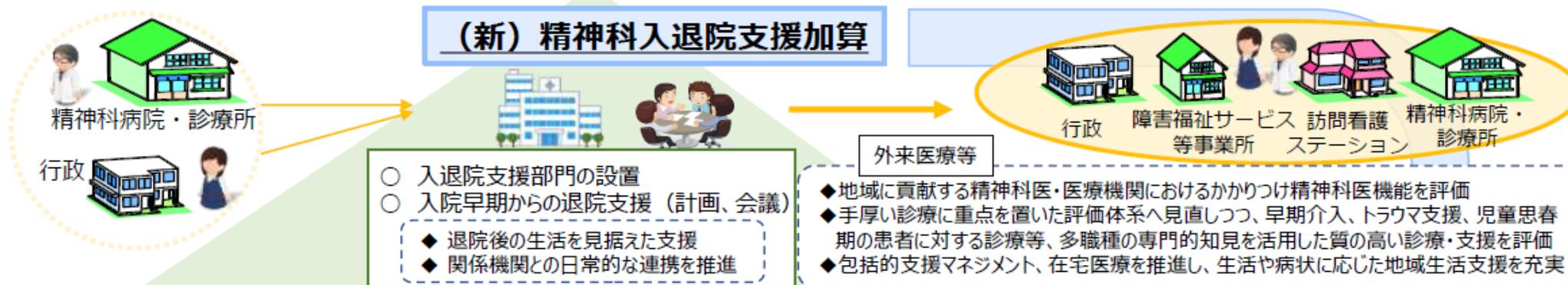
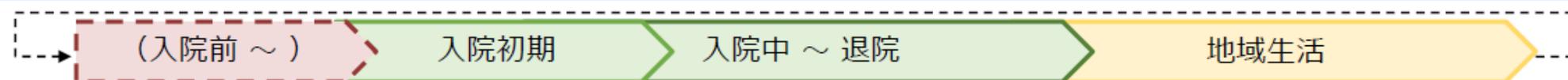
専門性分化 : 児童、認知症、高次脳機能、依存症、てんかん、リワーク、就労支援など
地域志向性 : 多様性を持ちながら、それぞれの個性を生かして地域を志向することは可能

地域（志向性）精神科診療所 地域連携を重視 地域のネットワークの充実に貢献
保健・医療・福祉をつなぐ結節点として機能

課題

- 地域連携
- 平時からの救急
- 初診難民を防ぐ

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



(見直し) 地域移行機能強化 病棟入院料

- 届出期限の延長
- 要件見直し

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料（通算180日）
(新) 自宅等移行初期加算（通算90日）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進

- 精神科回復期医療**
- 多職種含め13対1の人員配置
 - 地域定着も含めた退院支援
- 精神科在宅医療の提供（※1）**
- 在宅医療、訪問看護等の提供実績
- かかりつけ精神科医機能（※1）**
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 時間外診療、精神科救急医療の提供
- 自宅等への移行**
- 自宅等移行率（※2）
（新規患者）6月以内に7割
 - 直近1年間の入院期間を通算
- （その他）データ提出加算の届出（※2）
- 【経過措置】
- （※1）令和7年5月31日まで
 - （※2）令和7年9月30日まで

【通院・在宅精神療法】（見直し）
 60分以上の充実
 30分未満の適正化
 療養生活継続支援加算の充実
(新)
 早期診療体制充実加算
 児童思春期支援指導加算
 心理支援加算
 情報通信機器を用いた場合

地域生活に向けた支援が必要な回復期患者の受入れ

- 自宅等から入院
- 他の精神病床から転院・転棟

(見直し) 精神科在宅医療の推進に向けた評価の充実

- 精神科在宅患者支援管理料の対象患者を拡大（精神科地域包括ケア病棟からの退院患者等を追加）
- 在宅精神療法にも療養生活継続支援加算を設ける 等

◆ 病状等に応じて再入院を含め柔軟に入退院を運用
 ◆ 退院後は、在宅医療、情報通信機器を用いた精神療法、時間外診療等を活用し、地域生活を支え、不安定な症状等にもできる限り入院外で対応
 ⇒ **地域平均生活日数の向上**



2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療

(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精神医療の提供体制

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制は、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある。

また、精神医療の提供体制の充実には、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する観点が重要である。

- 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として、具体的には、①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすことが挙げられる。



地域(志向)精神科医とすべきでは？

① ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能

- 精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」に寄り添った診療を提供し、伴走し、支援することはもとより、精神科医療機関の多職種及び地域援助事業者、地域包括支援センター等や行政機関の職員等と連携しながらチームを総括し、ケースマネジメントを行うこと（例えば、包括的支援マネジメント⁴の実施）が求められる。

また、精神障害を有する方等とともに当該者の障害等の特性に起因して生じうる緊急時の対応を確認し、急性増悪時等の危機的な状況に対応し必要な医療を提供すること、急性増悪時等の危機的な状況に関する相談を受けること、また、精神障害を有する方等のニーズや必要に応じて訪問診療や訪問看護に関する調整及び提供を行うこと、精神科以外の診療科との連携を図り身体合併症等に対応することが挙げられる。

さらに、地域援助事業者や地域包括支援センター等との連携を図り精神障害を有する方等の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう情報提供する等社会的な機能を発揮することが挙げられる。

4 「包括的支援マネジメント」とは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントを意味する。

地域連携について

とりわけ市町村との連携

ひきこもり支援 と 自殺対策を中心に

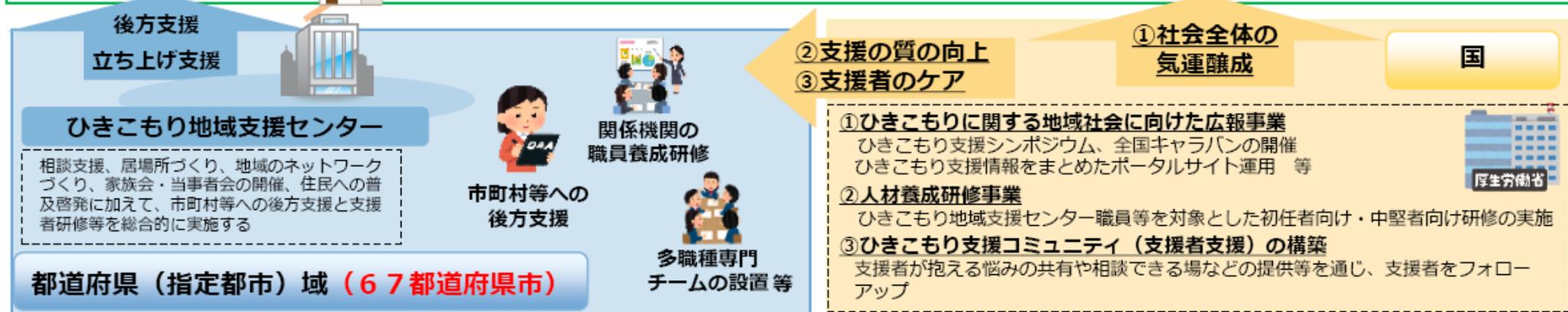
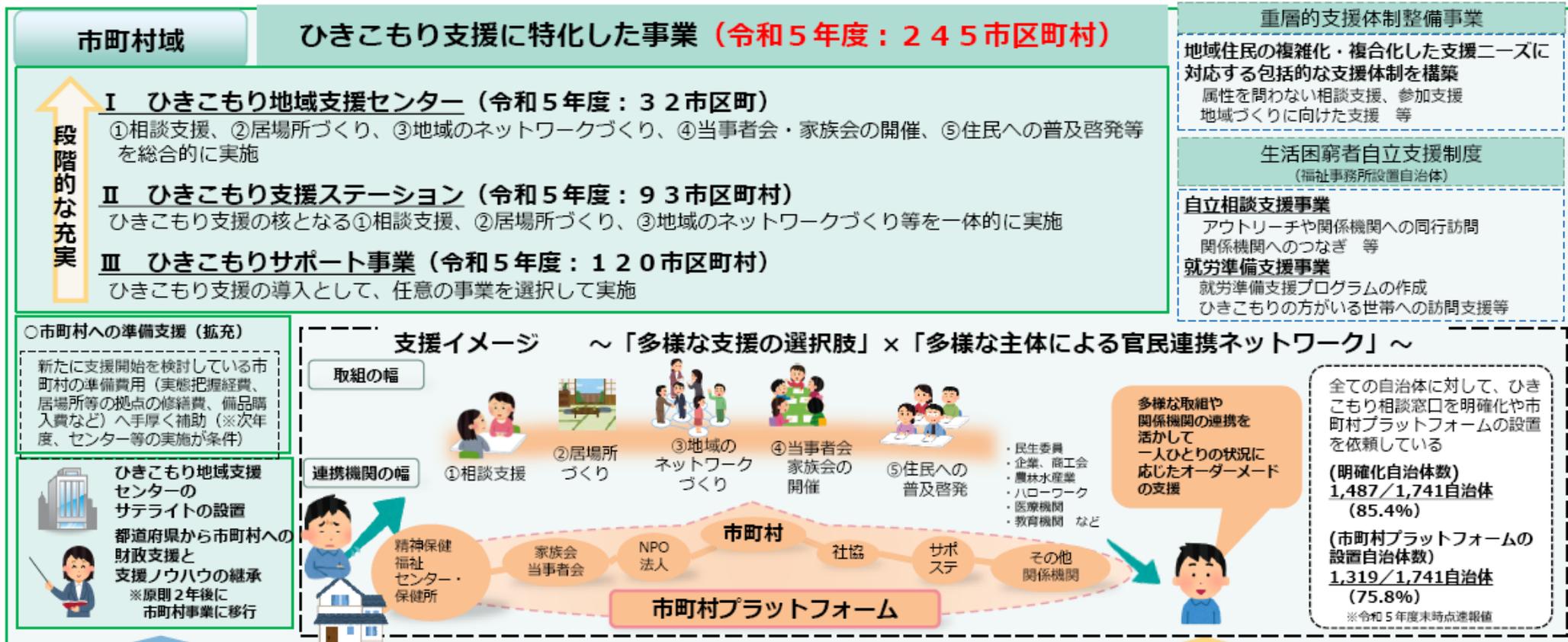
引きこもり支援

彦根市の場合

重層的支援体制整備事業を活用

ひきこもり支援施策の全体像

より身近な市町村域における相談窓口の設置と支援内容の充実を図り、これを都道府県がバックアップする体制を構築



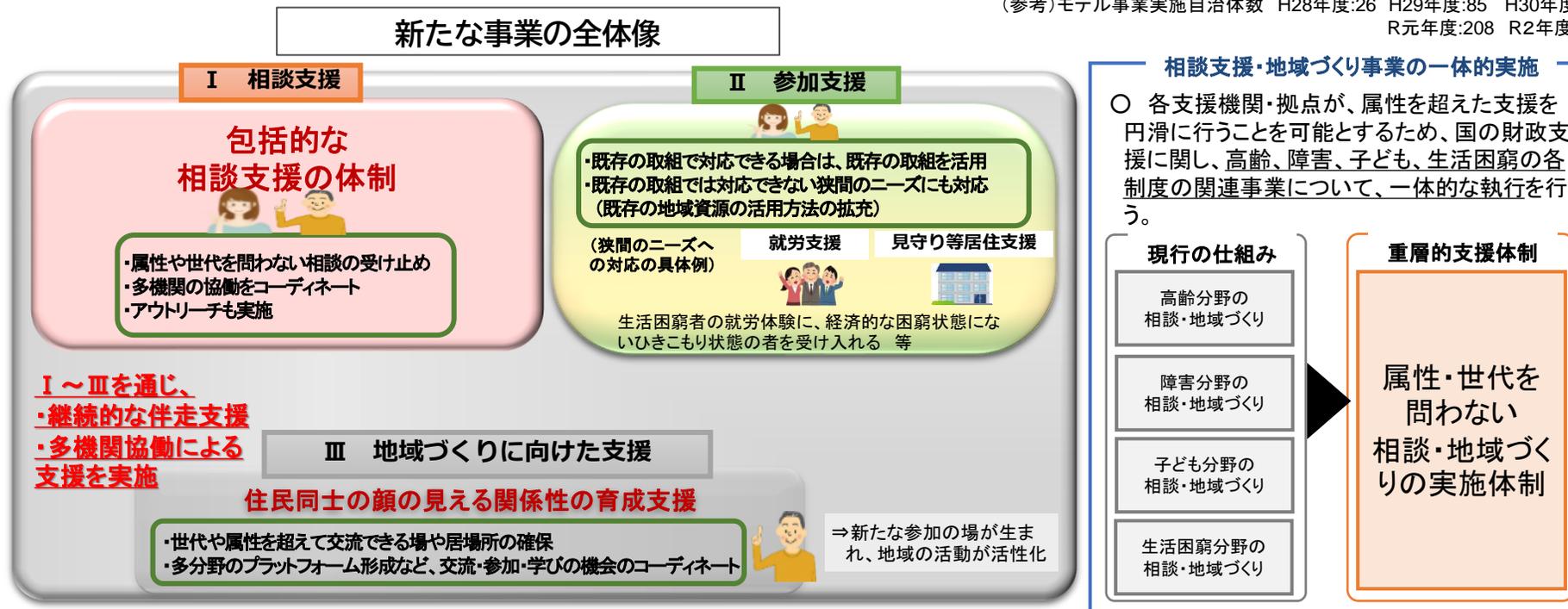
地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業の創設

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化(※)する中、従来の支援体制では課題がある。 (※)一つの世帯に複数の課題が存在している状態(8050世帯や、介護と育児のダブルケアなど)、世帯全体が孤立している状態(ごみ屋敷など)
 - ▼属性別の支援体制では、複合課題や狭間のニーズへの対応が困難。
 - ▼属性を超えた相談窓口の設置等の動きがあるが、各制度の国庫補助金等の目的外流用を避けるための経費按分に係る事務負担が大きい。
- このため、属性を問わない包括的な支援体制の構築を、市町村が、創意工夫をもって円滑に実施できる仕組みとすることが必要。

社会福祉法に基づく新たな事業(「重層的支援体制整備事業」)の創設

- 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、**I 相談支援、II 参加支援、III 地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設**する。
- 新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく**任意事業**。ただし、事業実施の際には、I～IIIの支援は必須
- 新たな事業を実施する市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、**交付金を交付**する。

(参考)モデル事業実施自治体数 H28年度:26 H29年度:85 H30年度:151
R元年度:208 R2年度:279



※ I～IIIの3つの支援を一体的に取り組むことで、相互作用が生じ支援の効果が高まる。
 (ア)狭間のニーズにも対応し、相談者が適切な支援につながりやすくなることで、相談支援が効果的に機能する
 (イ)地域づくりが進み、地域で人と人とのつながりができることで、課題を抱える住民に対する気づきが生まれ、相談支援へ早期につながる
 (ウ)災害時の円滑な対応にもつながる

彦根市 ひきこもり支援ネットワーク

【各団体等におけるひきこもり支援への関りや機能】

構成機関：

- ・彦根社協
- ・社会福祉課
- ・彦根保健所
- ・南彦根CL

アウトリーチ支援チーム

関係機関：

- ・障害福祉課
- ・子ども若者課
- ・県社協
- ・ひきこもり支援センター

6年越しで障害福祉課が構成機関に加入

アウトリーチ

ひきこもり外来(南彦根クリニック)
民生委員
保健所 担当者2名
(うちひきこもり担当は1名)
不登校者への訪問(教育委員会)
保健師による訪問(社会福祉課)
CSW(彦根社協)

専門相談

計画相談事業所(まな)
就労相談(コトー支援センター)
困窮者自立支援(社会福祉課)
臨床心理士による相談等(保健所)
子若総合相談センター
ひきこもり電話相談(県社協)
心配ごと相談(彦根社協)
保健所と連携(障害福祉課)
高齢世帯支援から見える複合課題(包括)
就労相談・職場体験(サポステ)
適応指導教室・心理カウンセラー(教育委員会)

居場所づくり

まなサロン
通信サロン
日中軽作業(社会福祉課)
女子会、自助グループ(ひきこもり支援センター)
ナナイロ(子若相談センター)
働く体験(県社協)
カフェドフレ
ボラセン(市社協)
ボランティア参加、学生と交流
不登校支援プロジェクト(滋賀大学)
みんなの食堂(NPO 芹川の河童)

ネットワークづくり、研修会、広報啓発

保健所
ひきこもり支援センター
子若地域支援協議会(子ども若者課)
研修・冊子作成(県社協)
まるごと連携ネットワーク(市社協)

家族会

家族交流会(保健所)
リフレ(子若センター)
当事者家族グループ(当事者も入れる)

いまある機能等の資源の見える化

彦根市のひきこもり支援の現状

- 生活困窮者支援の枠組みから予算（重層的支援体制整備事業）
名称：「ひきこもり者と家族が孤立しない地域支援体制づくり事業」
アウトリーチ体制構築にかかる協力金（助成金）（R2年9月から）

（課題）

- メンタルヘルスの統合的な枠組みの中に位置づけられていない
- R4年度に診療報酬化（精神科在宅患者支援管理料）されてむしろ減額
- 精神科在宅患者支援管理料の要件を満たすのは簡単ではない
- 診療報酬化されない支援
 - 治療契約が結べない場合
 - 本人・家族に出会えない場合
 - 心理職の訪問 PSW複数訪問など

自殺対策

「平時からの救急」としての取り組み

彦根市の自殺未遂者対策

滋賀県の初期救急システム

全国の人口万対病床数は27.3床（平成25年）であるのに対して、滋賀県は17.4床であり、全国都道府県で最下位レベルである。その中で、湖東地域は、人口万対病床数は7.7床である。このような限られた病床数しかない地域では、地域内の関係機関が連携体制を作りながら精神保健医療福祉体制を作っていくを得ない。そこで、同地域内で唯一の精神科病床を有するT総合病院と、3か所の精神科診療所に勤める6名の常勤精神科医が連名で、「湖東地域こころのケアチーム研究会」を呼び掛けた。平成24年5月以降、毎月事例検討会を積み重ねている。

湖東地域こころのケアチーム研究会は、湖東地域の関係機関が集い、それぞれの信頼関係を深めつつ、協力・連携を推し進め、この地域の特徴を生かした地域連携モデルを進化発展させていくことを目的としている。将来的には湖東地域こころのケアチームに発展し、この地域の精神保健医療福祉体制の充実に向けて、機能することを目指している。

この会での自殺対策への取り組みを契機に、救急告示病院である彦根市立病院（精神科を持たない総合病院）、彦根市、精神科医療機関（2診療所、T総合病院）、消防、警察、相談支援事業所、訪問看護ステーションなどで組織された**彦根市自殺未遂者対策ネットワーク**が立ち上がっている。

彦根市立病院に自殺未遂者が受診した場合、ご本人の同意に基づいて「**相談窓口連絡票**」が市の担当に送られ、必要に応じて医療機関や相談支援機関に連絡がとられる。現在は彦根市内の2精神科診療所が交代で、**彦根市自殺未遂者受診予約枠**を設けて対応している。関係者の粘り強い取り組みによって、守秘義務に関する厳しいハードルを越えながら、ネットワークの形成につながっている。この活動はH25年版内閣府自殺対策白書で紹介されている。

このような取り組みを通して、この地域で発生する精神保健医療福祉の問題はこの地域で解決していこうという、**地域責任制の考え方**が強くなってきている。

湖東こころのケアチーム研究会

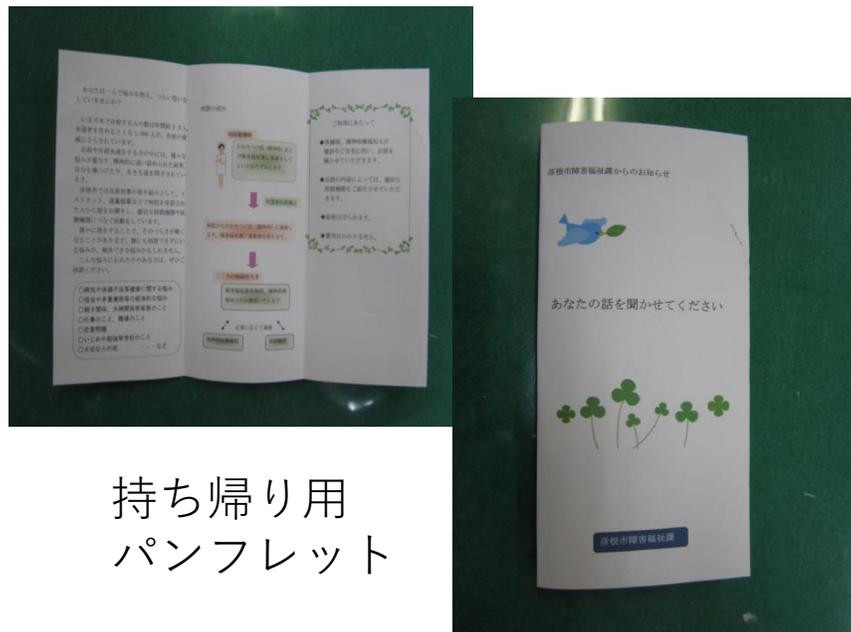
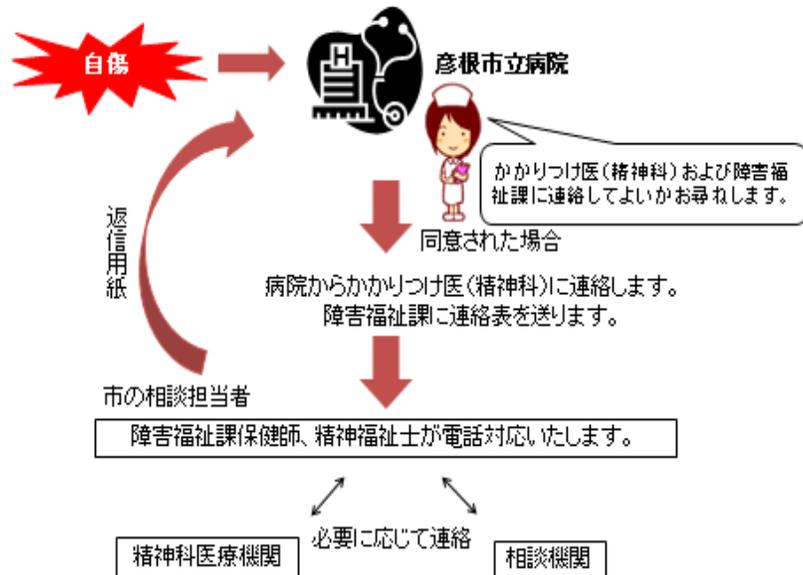
豊郷病院精神科
医局・医療相談室
彦根市立病院
地域連携室
精神科診療所
菅原メンタルクリニック
世一クリニック
南彦根クリニック
相談支援事業所
ステップアップ21
まな あおい かいぜ寮
訪問看護ステーション
レインボウ彦根
レインボウ豊郷・秦荘
居宅介護事業所
千歳会
就労支援事業所
夢工房if
生活訓練事業所 かな
障害児支援事業所ぽぽハウス
働き暮らし応援センターコト
NPO法人サタデーピア



彦根保健所
彦根市障害福祉課
彦根市発達支援室
滋賀県精神保健センター

彦根消防
彦根市教育委員会
しろまち法律相談所

「相談窓口連絡表」の流れ



持ち帰り用
パンフレット

来院日時： 月 日 () 時 分	
来院方法： 救急車 ・ 家人による搬送 ・ 自ら来院 ・ その他 ()	
氏名：	性別： 男性 ・ 女性
生年月日： T・S・H 年 月 日 (歳)	
住所：	連絡先：
家族連絡先 (キーパーソン) 氏名： (続柄：) 住所： 連絡先：	独居 ・ 家族 有 (人)
【自殺企図の方法】 ① 大量飲酒 ② 過剰服薬 ③ リストカット ④ 薬物毒物等摂取 ⑤ 縊首 ⑥ 致命的自傷 (線路上、飛降り、焼身) ⑦ 準致命的死傷 (入水・窒息・入山) ⑧ ガス等の吸引 ⑨ 切創・刺創 (リストカット以外) ⑩ その他 (不明、死ぬと騒ぐ、無言、立ち尽くす、)	
【精神科受診歴】 ① 現在あり 医療機関名 () 診断名 () ② 過去あり 医療機関名 () 診断名 () ③ 受診歴なし ④ 受診歴不明	
【過去の自殺企図歴】 ① あり ② なし ③ 不明	
【転 帰】 ① 帰宅 ② 入院 ③ 転院 (精神科) ④ 転院 (身体科) ⑤ 死亡	
【経過と対応、その他】	

*障害福祉課では、自殺未遂をされた方やその後家族の相談をお受けしています。
*お話を聞かせていただき、必要に応じて適切な相談場所を紹介します。
*既遂をされた方のご家族の相談もお伺いします。

【確認事項】

相談機関への連絡についての説明： 無 ・ 有 (同意：無・有 (同意者：))
 かかりつけ医への連絡についての説明： 無 ・ 有 (同意：無・有 (同意者：))
 紹介状 (診療情報提供書) の有無： 無 ・ 有

○現状と●課題

外来対応施設

- 平成21年度から滋賀県精神科診療所協会に事業を委託。19診療所が年間91日18:00～22:00の時間、精神科初期救急医療体制を確保し対応。
- 精神科救急医療相談電話に相談した者で、入院を要しないが救急受診の必要なケースを紹介。**
- 電話相談によるケースの選定が困難**であることや、県内で当番診療所が1カ所となることから**アクセス性に欠ける**等の課題があり、**診察につながりにくい**。実績(診察依頼件数):R1(1件)R2(1件)R3(1件)R4(0件)R5(3件)。

令和6年度滋賀県精神科診療所協会調査

市町・保健所受診枠

- 本事業における成果や課題等について調査を実施し20診療所から回答。
- (精神科救急輪番診療所事業に対する御意見)**
- ・病院と診療所の連携のために必要と考える
 - ・早期受診が必要な人が利用できれば事業効果が上がるのではないかと。
 - ・**輪番の日に市町・保健所受診枠を設けて**、事例化発生の当日でなくても、後日に医療に繋がりたい場合の受け入れ枠を確保することも、診療所で行う初期救急の一つのあり方ではないかと。
 - ・輪番の日の役割として、これまで通り、夜間に待機するという形と、日中など適当な時間に市町・保健所受診枠を設けて待機するという形のいずれを採用するかは、当日の輪番診療所が選択することができることにすることによって、新しい形で、精神科診療所の救急への貢献を引き出すことができる。
- (精神保健指定医として協力できることについて)**
- ・外来診察時間以外ならできるだけ対応することは可能
 - ・(協力するためには、)従来通り事前に日程調整を要する。

見直し内容

救急システム 実施要綱の 見直し

- ①保健所・市町からつないでもらうルートを創設する
保健所・市町に初期救急の事業を周知し、早期受診の必要性のある方をつないでもらうよう、事業の運用方法を見直す。
- ②待機時間を選択制とする
救急システム実施要綱を見直し「**平日夜間等**」に変更し、18:00～22:00か日中の受け入れの選択制とする。
- ③診療所の精神保健指定医に措置診察へのさらなる協力をいただく
救急システム実施要綱を見直し「精神保健指定医を確保し措置診察への協力を行う」を追記する。また、輪番診療所受診体制等整備事業に、措置診察体制確保事業を追記する。

見込まれる効果

- 本事業の活用が進み、初期救急の対応が必要な方が、より診察につながりやすい仕組みとなる。
- 緊急措置診察が減り、措置診察が増えることで精神保健指定医の負担が減少する。
- 初診待機時間の短縮に寄与する。

精神科診療所における救急の在り方

- 「時間外」診療についての無理解の是正
診療報酬上の「時間外」は診療終了後の受け入れのことであるが、多くの診療所は土曜や夜間などに「時間内」で診療しており、公的医療機関等の「時間外」をカバーしている。
- 地域貢献のみならず、診療終了後「時間外」についても、個人の努力よりも、システムが重要
精神科救急情報センターの全国的な整備（精神科救急医療体制整備の均霑化）
初期救急輪番体制の確立（マクロ救急）
休日夜間の連絡先の届け出 自院患者に関する救急情報センターとの連携（ミクロ救急）
- 平時からの救急 早期に対応し、重症化や緊急入院に至る事態を防ぐ
自殺未遂者対策
ひきこもり支援
初期救急・危機介入 市町村受診枠の確保
- 保健・医療・福祉が連携したアウトリーチ ケースマネジメント

地域（志向）精神科医 と 地域医療構想

精神科医療を新たな地域医療構想に位置付ける

市町村の役割を明確化する

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

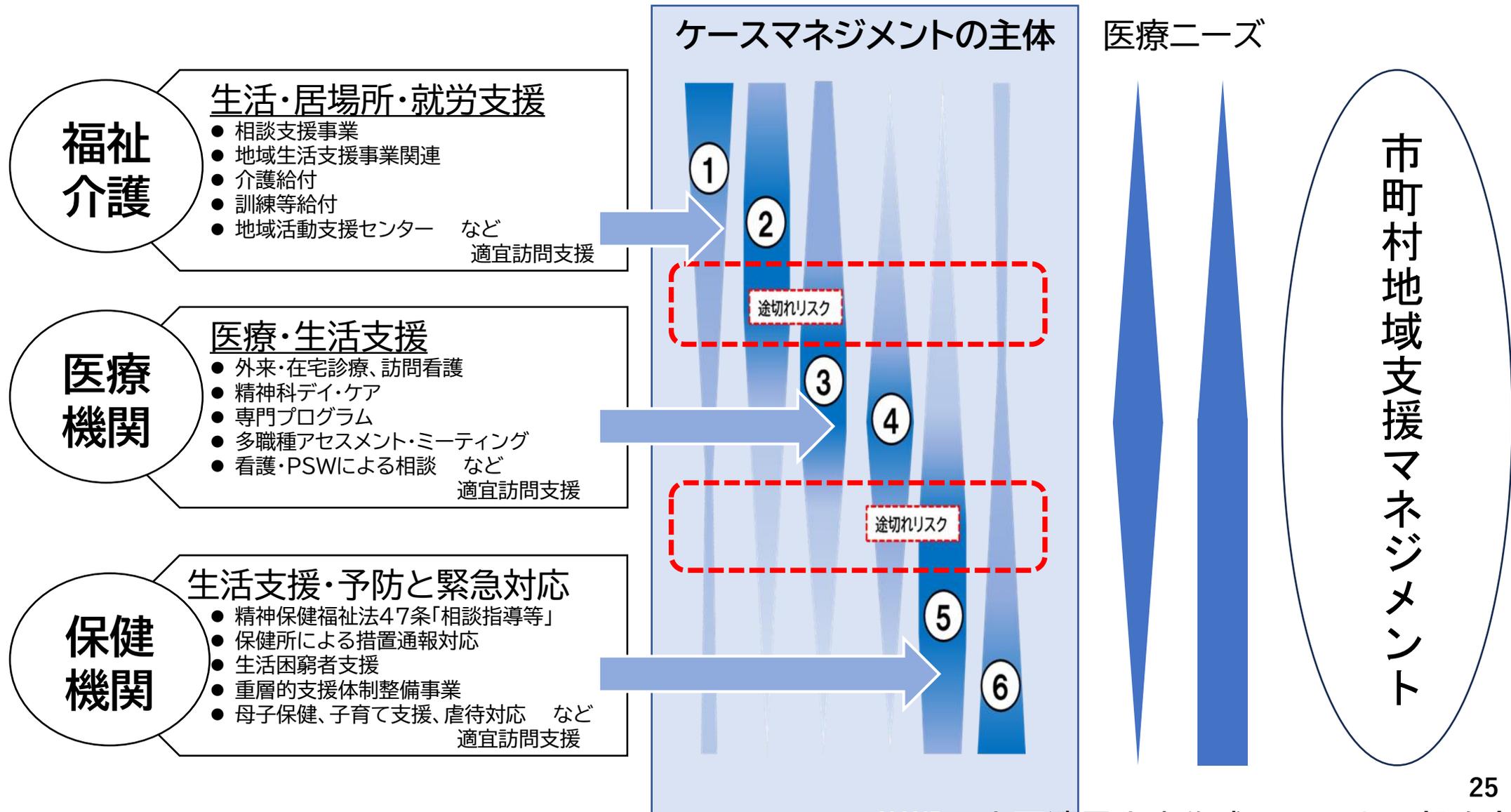
(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

連携のためのケースマネジメントの主体



市町村と連携して初診受入れの拡大

平時からの救急

救急は夜間休日だけでない

救急の定義の見直しが必要 →夜間休日等

初診難民を防ぐ

事例発生当日でない、市町村受診枠を設ける

その他関係機関受診枠を設定する

日精診地区協会あるいは診療所群による受診体制の調整

市町村あるいは、圏域での調整 地域医療計画に係る

精神科医療を新たな地域医療構想に位置付ける

外来精神科医療と市町村の関係を書きこむべき
市町村救急受診枠の設定

コミュニティメンタルヘルsteam（CMHT）の設置推奨
CMHTへの参加を評価

市町村への期待

- 市町村に精神保健福祉担当者の配置義務化を
- 市町村の精神保健福祉担当者を中心にCMHTを立ち上げ
- 市町村に地域連携マネジメント機能が求められる
- 認知症初期集中支援チームがモデルにならないか

医療とのつながりを確保する積極的な仕組みづくり

医療計画に市町村も関わる必要

医療とのつながりを確保する積極的な仕組みづくり とりわけ市町村に

「にも包括」の対象は、「精神障害の有無や程度にかかわらず」とされている。

精神障害を有する方だけでなく、精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた方を含め、「**精神保健医療福祉上のニーズを有する方**」に対して、その意向やニーズに応じ、身近な地域で切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心して暮らせるようにする体制を構築するとしている。

今日、いじめ・不登校、母子保健・子育て、高齢・介護、生活困窮者支援等の様々な領域において、メンタルヘルスの問題が表面化してきており、**多くのアンメットニーズ**が生み出されてきている。

これらのニーズを抱えた人々が諸制度の谷間で苦しむことの無いように、身近な地域で切れ目なくサービスを利用しながら、安心して暮らせるような体制を構築することが目指されている。

多くの市町村では医療との制度的なつながりを確保できず、様々な困難の前で、工夫をこらしている現状がある。**医療とのつながりを確保する積極的な仕組みづくりが必要ではないか。**

市町村の役割は強調されたが、精神保健福祉担当者の設置は義務化されず、予算も人も確保されていない。**メンタルヘルスを国民的課題として取り上げていく必要がある。**

コミュニティメンタルヘルスチーム (CMHT) の立ち上げ

認知症初期集中支援チームをモデルに、CMHTの全市町村への展開を想定し、とりあえず準備のできるところから進めていくことは考えられないか。

- このモデルによれば、市町村に配置された精神保健担当者を中心に医療機関から医師、PSW等が参加すれば最低3名（課題に応じて伸縮も可能）のチームが考えられる。
- 一方、地域生活支援拠点の整備については積極的に整備することとされている。これは、障害福祉サービスの枠組みの中で整備されているため、必ずしも、医療機関との連携が必須とはなっていない。
- 保健-医療-福祉をつないで、直接支援を行うチームが地域に必要ではないか。

認知症初期集中支援チーム

H30年から全市町村で実施

CMHTに向けて

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)

認知症サポート医
である医師 (嘱託)

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

認知症初期集中支援チーム

○ 複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、**アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）**に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医 である医師（囑託）

● 配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

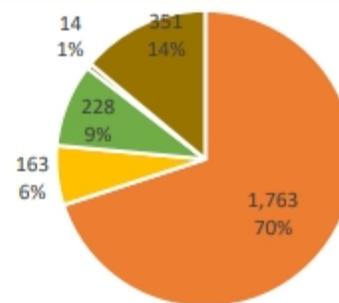
◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

設置状況

※R4年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

実施市町村数	設置チーム数	チーム員総数	平均チーム員数
1,741市町村	2,519チーム	17,107人	6.8人

設置場所



R 1.9月末、全市町村に設置

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】(2025年度末)

訪問実人数全国で年間40,000件

医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

【実績】

訪問実人数: 16,400件

医療サービスにつながった者: 84.7%

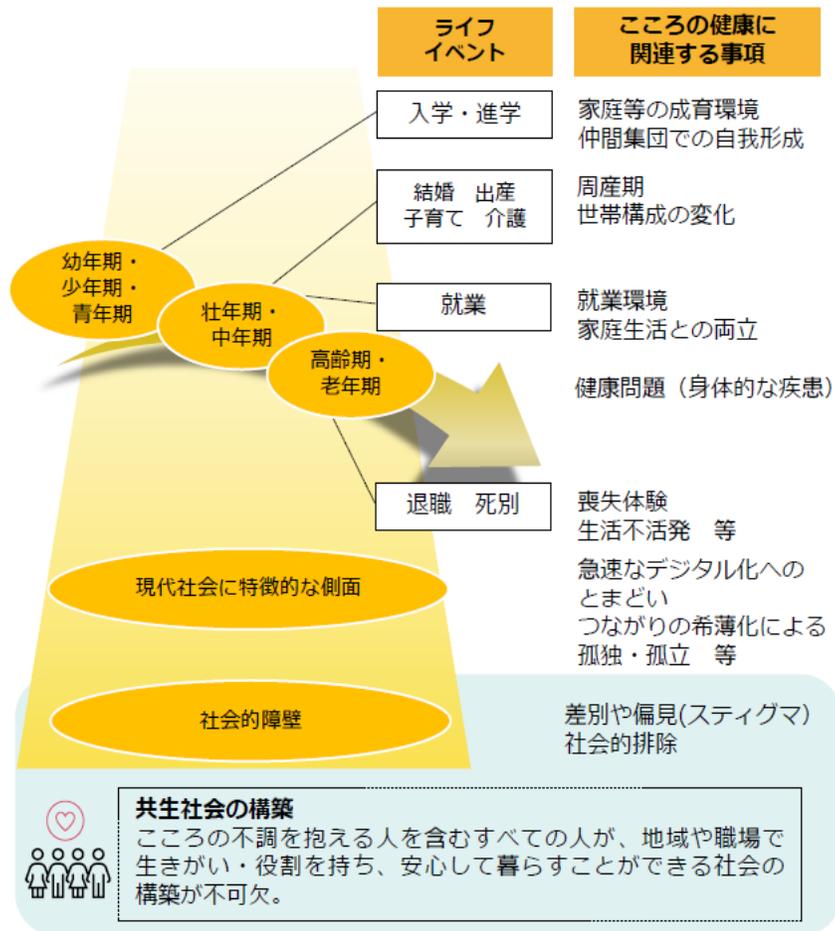
介護サービスにつながった者: 66.2%

チーム員の職種



第2章 こころの健康に関する取組みの現状

- 誰もが経験するライフイベントや関連する出来事がこころの不調につながらないようにするために行われている取組みや、現代社会に特徴的な側面や社会的障壁に対する取組み、共生社会の実現に向けた取組みを紹介。



学校	<ul style="list-style-type: none"> 学校保健における取組み こころの健康に関する学習機会の提供 重大なリスクへの対策 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導の充実 学習指導要領の改訂 学校におけるいじめ対策
地域	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健と児童福祉の協働 こどもの自殺対策 困難な問題を抱える女性への対応 依存症を抱える人への支援 重大なリスクへの対策 	<ul style="list-style-type: none"> こども家庭センターの整備 等 自殺対策緊急強化プラン 女性支援新法、DV防止法 普及啓発、医療支援体制の整備 地域におけるいじめ防止対策
職場	<ul style="list-style-type: none"> 労働者の健康確保対策の推進 治療と仕事の両立支援 仕事と家庭生活の両立支援 フリーランスのハラスメント対策 	<ul style="list-style-type: none"> メンタルヘルス対策、ハラスメント対策、勤務間インターバル制度 両立支援コーディネーター 育児・介護休業制度、ひとり親家庭支援
社会	<ul style="list-style-type: none"> 孤独・孤立対策の重点計画 「自殺総合対策大綱」 「薬物乱用防止五か年戦略」など薬物対策 	<ul style="list-style-type: none"> 「つながり」を築ける「居場所」づくり 等 こども・若者自殺対策強化 等 大麻施用罪の創設、一般用医薬品販売規制の検討

- 2001年 DV防止法
- 2004年 発達障害者支援法
- 2006年 自殺対策基本法
- 2013年 アルコール健康対策基本法
- 2015年 労働安全法 (ストレスチェック制度)
- 2018年 ギャンブル等 依存症対策基本法
- 2022年 精神保健福祉法改正



メンタルヘルス基本法
に向けて