

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成 2 6 年 3 月 7 日 (金)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

目 次

1	精神保健福祉法の施行に係る留意点について……………	1
2	精神科病院に対する指導監督等について……………	3 9
3	精神医療審査会の機能強化等について……………	4 3
4	精神障害者の移送に係る留意事項について……………	4 9
5	指定病院の指定基準について……………	5 1
6	精神保健指定医について……………	5 3
7	難治性精神疾患について……………	5 6
8	精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業について……………	5 8
9	精神障害者アウトリーチ推進事業等について……………	6 0
10	精神障害者地域移行・地域定着支援事業について……………	6 4
11	障害支援区分について……………	6 7
12	自立支援医療について……………	8 0
13	自殺・うつ対策の推進について……………	8 2
14	災害時等こころのケア対策について……………	8 9

15	精神障害者保健福祉手帳について……………	9 2
16	依存症対策について……………	9 5
17	摂食障害対策について……………	9 9
18	精神保健福祉センターについて……………	1 0 2
19	てんかんの方の運転免許の取得等について……………	1 1 1
20	心神喪失者等医療観察法指定医療機関の整備等について……………	1 1 4

1 精神保健福祉法の施行に係る留意点について

昨年6月13日に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」が成立し、同19日に公布された。

今回の法律の目的は、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、

①精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）を策定すること、

②保護者制度を廃止すること、

③医療保護入院における入院手続の見直し及び病院の管理者への退院促進の措置の義務付けを行うこと、

④精神医療審査会に関する見直しを行うこと、

等の所要の措置を講じることである。

同法は④の一部を除き、平成26年4月1日から施行されることとされている。

施行に向け、2月12日にご担当者向け説明会を実施したところであり、その概略は以下のとおりである。引き続き円滑な施行のため、関係機関等に対する周知にご協力いただくとともに、施行準備に遺漏なきを期されたい。

（1）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案【①関係】

改正精神保健福祉法で新たに厚生労働大臣が策定することとされた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」の内容について、有識者、関係者で構成する「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」（以下「検討会」という。）において議論され、昨年12月18日にとりまとめが行われ、12月26日の社会保障審議会障害者部会で了承された。パブリックコメントを終え、いただいた御意見も踏まえつつ、法令上の見直しを行っているところであり、3月7日付けで公表することとしている。

（2）医療保護入院における家族等の同意に関する運用の考え方【②③関係】

改正精神保健福祉法で保護者制度を廃止したことに伴い、医療保護入院の要件を精神保健指定医1名の判定と保護者の同意から、精神保健指定医1名の判定と家族等の同意に改めることとしている。

家族等の同意に関する運用の在り方については、その考え方を平成26年1月24日付「医療保護入院における家族等の同意に関する運用について」（障精発1024第1号精神・障害保健課長通知）でお示ししている。

（3）市町村長同意の事務処理要領の改正【②③関係】

改正精神保健福祉法による保護者制度の廃止及び医療保護入院の入院手続の見直しに伴い、市町村長同意の要件は「その（注：当該精神障害者の）

家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合」とされている。したがって、改正後においては、家族等が存在するものの反対している場合や、家族等が存在するものの同意を得られない場合については、市町村長同意を行うことができないことにご留意いただきたい。

(3) 医療保護入院者に対する退院促進の措置について【③関係】

改正精神保健福祉法で新たに精神科病院の管理者に義務として課される医療保護入院者に対する退院促進の措置の具体的な内容については、平成26年1月23日付で公布された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令」（平成26年厚生労働省令第4号）や、平成26年1月24日付「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（障発0124第2号障害保健福祉部長通知）においてお示ししている。その概要は以下のとおり。

1. 退院後生活環境相談員

(i) 退院後生活環境相談員となる者の資格

- ①精神保健福祉士
- ②看護職員（保健師を含む。）、作業療法士、社会福祉士であって精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ③精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境に関する相談及び指導について3年の経験を有する者で、厚生労働省が指定する研修を受けた者（研修の修了については平成29年3月31日までの間は研修を修了していなくても、前段の要件を満たしていれば、資格を有することとしてよいこととする。）

(ii) 選任時期

当該医療保護入院者の入院から7日以内に選任

(iii) 配置・業務

退院後生活環境相談員の配置数の目安及び業務の概要について、通知で規定

(iv) その他

医療保護入院から任意入院に切り替わった者についてもできる限り地域生活に移行するまでの間は引き続き相談・指導を行うことが望ましいことを通知で規定

2. 地域援助事業者

(i) 地域援助事業者の範囲

- ①一般相談支援事業者及び特定相談支援事業者（相談支援専門員の配置される事業者）
- ②居宅介護支援事業者等（介護支援専門員の配置される事業者）

(ii) 紹介の方法

書面の交付その他適切な方法で紹介

3. 医療保護入院者退院支援委員会

(i) 審議事項

- ・「推定される入院期間」を超えて継続して入院する必要性の有無
- ・引き続き入院が必要な場合の「推定される入院期間」
- ・退院に向けた取組

(ii) 医療保護入院者退院支援委員会（仮称）の対象者

- ・入院後1年を経過するまでの医療保護入院者であって、入院届に記載された「推定される入院期間」又は医療保護入院者退院支援委員会で設定された「推定される入院期間」を終える者
- ・入院後1年以上経過している医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認める者

※ 平成26年3月31日以前の入院者については、病院の管理者が、審議が必要と認める者を対象とする経過措置を規定。

(iii) 開催時期

医療保護入院者について、「推定される入院期間」を超える前又は超えた後速やか（＝概ね2週間以内）に、当該者について委員会で審査を行う。

(iv) 出席者

- ①主治医（主治医が精神保健指定医でない場合は、主治医以外の精神保健指定医も出席）
- ②看護職員（当該医療保護入院者を担当する看護職員が出席することが望ましい）
- ③退院後生活環境相談員
- ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- ⑤医療保護入院者本人（本人が出席を希望する場合）
- ⑥医療保護入院者の家族等（本人が出席を求めた場合であって、出席を求められた者が出席要請に応じるとき）
- ⑦地域援助事業者その他の退院後の生活環境に関わる者（⑥と同様）

(v) 審議内容の記録

- ・医療保護入院者退院支援委員会の審議記録を様式に基づき作成
- ・医療保護入院者の診療録に医療保護入院者退院支援委員会の開催日を記載

(4) 精神医療審査会の効率化【④関係】

精神医療審査会の機能強化についてで説明

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっていく等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

I 精神医療指針案に係る主なポイント

- 精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として策定。
(指針は法規的性質を有するものではない。)
- 指針で示すこととしている、新規入院者は1年以内に退院できるようにするとの考え方に基づき、定期病状報告等各種様式を見直し。(後述)
- ※ 指針案に文言の修正を加え、3月7日に公表。

精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

○厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

第41条 厚生労働大臣は、精神障害者の障害の特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（以下この条において「指針」という。）を定めなければならない。

2 指針に定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病床（病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。）の機能分化に関する事項
- 二 精神障害者の居宅等（居宅その他の厚生労働省令で定める場所をいう。）における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項
- 三 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項
- 四 その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

（略）

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として策定予定。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

○機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に推進する。結果として、精神病床は減少する。

○地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む、具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する。

○急性期の患者に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員は一般病床と同等の配置を目指す。

○在院期間が1年を超えないうちに退院できるよう、多職種による質の高いチーム医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。

○1年以上の長期在院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

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

- 外来・デイケア等での適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療体制の整備及び充実並びに地域医療連携を推進する。
- 治療中断者等が地域で生活するために必要な医療を受けられるようアウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を推進する。
- 在宅の精神障害者の症状の急な増悪等に対応できるよう24時間365日対応できる医療体制の確保や身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保等により、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で必要と認められた身体疾患に対する医療について適切に提供できるよう、一般の医療機関との連携を強化する。
- 保健所や精神保健福祉センター等における相談や訪問支援を通して、早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備と関係機関の連携を進める。
- 障害福祉サービス事業を行う者等と医療機関との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

○精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。

○チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

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

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、また、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮する。
- 自殺(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりを推進する。

Ⅱ 保護者制度廃止に係る主なポイント

- 保護者制度は廃止（「保護者制度」が「家族等制度」に変わったわけではない。）
- 保護者の義務規定・権利規定のうち、家族等の退院請求権のみ規定。

Ⅲ 医療保護入院の要件の見直しに係る主なポイント

- 法律上は、「家族等のうちいずれかの者」の同意があれば、医療保護入院可能（優先順位はない）。
- 法律上は、同意者が、同意後に特別な義務や権利を持つことはない。
- 同意者と本人との関係は、同意書の記載により確認。

医療保護入院における家族等の同意に関する運用の考え方

(平成26年1月24日精神・障害保健課長通知)

1. 今回の法改正においては、保護者制度の廃止に伴い、医療保護入院について精神保健指定医1名の判定とともに、家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人)をいう。以下同じ。)のうちいずれかの者の同意を必要とすることとした。(法第33条第1項及び第2項)
2. 当該改正の趣旨は、適切な入院医療へのアクセスを確保しつつ、医療保護入院における精神障害者の家族等に対する十分な説明とその合意の確保、精神障害者の権利擁護等を図るものである。
3. なお、医療保護入院は、本人の同意を得ることなく入院させる制度であることから、その運用には格別の慎重さが求められる。本人の同意が求められる状態である場合には、可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるように努めなければならない。
4. 医療保護入院においては、その診察の際に付き添う家族等が、通例、当該精神障害者を身近で支える家族等であると考えられることから、精神科病院の管理者(以下「管理者」という。)は、原則として、診察の際に患者に付き添う家族等に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、当該家族等から同意を得ることが適当である。
5. 管理者が家族等の同意を得る際には、当該家族等の氏名、続柄等を書面で申告させて確認する。その際には、可能な範囲で運転免許証や各種医療保険の被保険者証等の提示による本人確認を行うことが望ましい。
また、家族等の同意に関する書面の様式例を参考までに添付するので、適宜活用されたい。

6. 管理者が家族等の同意を得る際に、後見人又は保佐人の存在を把握した場合には、これらの者の同意に関する判断を確認することが望ましい。
7. また、当該医療保護入院者に係る精神障害者が未成年である場合に管理者が親権者から同意を得る際には、民法（明治29年法律第89号）第818条第3項の規定にしたがって、原則として父母双方の同意を要するものとする。
8. 精神障害者に対する医療やその後の社会復帰には家族等の理解と協力が重要であることを踏まえ、医療保護入院は、より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい。
このため、管理者が医療保護入院の同意についての家族等の間の判断の不一致を把握した場合においては、可能な限り、家族等の間の意見の調整が図られることが望ましく、管理者は、必要に応じて家族等に対して医療保護入院の必要性等について説明することが望ましい。
9. 管理者が家族等の間の判断の不一致を把握した場合であって、後見人又は保佐人の存在を把握し、これらの者が同意に反対しているときには、その意見は十分に配慮されるべきものと解する。
10. また、管理者が家族等の間の判断の不一致を把握した場合において、親権を行う者の同意に関する判断は、親権の趣旨に鑑みれば、特段の事情があると認める場合を除き、尊重されるべきものと解する。
11. 医療保護入院後に管理者が当該入院に反対の意思を有する家族等（医療保護入院の同意を行った家族等であって、入院後に入院に反対することとなったものを含む。）の存在を把握した場合には、当該家族等に対して入院医療の必要性や手続の適法性等について説明することが望まれる。その上で、当該家族等が依然として反対の意思を有するときは、管理者は、都道府県知事（精神医療審査会）に対する退院請求を行うことができる旨を教示する。

事例検討①

医療保護入院者が未成年である場合の親権者や、医療保護入院者が被後見人又は被保佐人の場合の後見人又は保佐人は、家族等の中でもその意見が優先されるのか。

(Q&A 問2－3より)

<答>

法律上、医療保護入院の要件は精神保健指定医の判定と家族等のうちいずれかの者の同意であり、医療保護入院の同意を行う優先順位はない(精神保健指定医の判定があり、家族等のうち誰か1人の同意があれば、医療保護入院を行って差し支えない。)。

なお、「医療保護入院における家族等の同意の運用について」(平成26年1月24日障精発0124第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知)6.及び9.は後見人又は保佐人が存在する場合は、何らかの事情があつて後見人又は保佐人が選任されている可能性があるため、トラブルを未然に回避する観点から、医療保護入院の同意を得る際には、その存在を把握した場合には、これらの者の者の同意に関する判断を確認することが望ましいこととし、また、これらの者が同意に反対しているときには、その意見は十分配慮されるべきものとしているものである。

また、同通知10.は、親権者には、民法第820条に基づき身上監護権を有することから、その意見を尊重することとしたものである。

事例検討②

未成年者が医療保護入院する場合に親権者ではなく、他の家族が同意をすることは可能か。

例えば、以下のような場合はどうか。16歳女性について、家庭内の暴力行為や自傷行為があったため、母と兄(22歳)に連れられて受診し、精神保健指定医は医療保護入院が必要との判定をしている。暴力を振るわれている母親は強制的にも入院させたいと希望しているが、娘に甘い父親は入院には反対している。兄は入院には同意しそうだ。

(Q&A 問2ー7より)

<答>

御質問の場合において、成人の兄の同意で医療保護入院を行うことは差し支えない。ただし、その際、親権者の身上監護権に鑑み、父母の判断を尊重されたい。

Ⅲ 市町村長同意の見直しに係る主なポイント

- 市町村長同意を行うことができるのは、「その^(注:精神障害者の)家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができる場合」。
- 家族等が存在しているが、反対している場合や、反対はしていないが同意をすることを拒否している場合等は、市町村長同意を行うことはできない。

市町村長同意

○ 市町村長による医療保護入院の同意に係る規定の新設

第33条

3 精神科病院の管理者は、第一項第一号に掲げる者について、その家族等（前項に規定する家族等をいう。以下同じ。）がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合において、その者の居住地（居住地がないか、又は明らかでないときは、その者の現在地。第四十五条第一項を除き、以下同じ。）を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。第三十四条第二項の規定により移送された者について、その者の居住地を管轄する市町村長の同意があるときも、同様とする。

市町村長同意事務処理要領の主な改正事項

- 入院時に市町村長の同意の対象となる者
病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと（これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。）。
- ※ その意思を表示することができない
＝心神喪失の場合等
（×家族等が反対している場合、家族等が反対しないが同意もしない場合）
- 市町村長において行われる手続
病院が把握していない家族等の存在を把握し、連絡がとれる場合には、その同意の意思の有無を確認すること。
- 同意後の事務（退院請求権者として）
入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が同意者であること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。
等

事例検討③

指定医により医療保護入院が必要と判定された場合で、家族等の間で意見が分かれており、誰も同意を行わないようなときは、家族等の全員がその意思を表示できない場合として、市町村長同意としてよいのか。

また、このような場合に、家族等の意見がまとまるまでの間、応急入院を行うことは可能か。
(Q&A 問3－3より)

＜答＞

市町村長が医療保護入院の同意を行うことができるのは、精神保健福祉法第33条第3項に規定するとおり、その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合であり、御指摘の場合は市町村長同意を行うことはできない。

また、応急入院については、「急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合」に行うことができることとされており、これは、患者を直ちに入院させる必要があるにもかかわらず、そのための時間的余裕がなく、入院のために必要となる本人及び保護者等の同意を得ることが難しいような場合をいうこととしている。具体的には、単身者や元等が判明しない者などであって、入院のための本人及び保護者等の同意を直ちに得ることが難しいような場合等に行うことができるものである。

したがって、家族等が付き添って受診したが、家族等の意見がまとまっていない場合に応急入院を行うことはできない。この場合は、家族等のうち医療保護入院の同意に賛成している者から同意を得て通常の医療保護入院を行うこととなる。

事例検討④

家族等ではなく、保健所職員等に付き添われて受診し、精神保健指定医は医療保護入院が必要と判定した。家族等の存在を戸籍上等で把握できるが、当該家族等に連絡が取れない場合、市町村長同意としてよいのか。

また、家族等がいるが、旅行等により一時的に連絡をとることができない場合に市町村長同意としてよいのか。

(Q&A 問3－4より)

<答>

家族等の存在を把握しているが、連絡先を把握できず、連絡をとる手段がない等によりその同意を得ることができない場合は、当該家族等は法第33条第2項第1号に規定する「行方の知れない者」として扱い、市町村長同意により医療保護入院を行って差し支えない。

また、家族等がいるが旅行等により一時的に連絡がとることができない場合は、当該「家族等」は「行方の知れない者」には当たらないため、この場合は、応急入院を行い、その間に家族等と連絡をとって医療保護入院の同意をえることが必要である。

事例検討⑤

直系血族及び兄弟姉妹がいらないが、3親等以内の親族がいる場合には、当該3親等以内の親族が扶養義務者の審判を家庭裁判所で受けない限り、医療保護入院を行うことはできないのか。

(Q&A 問3-5より)

＜答＞

御指摘の場合で、医療保護入院が必要な者については、法第33条第3項に基づく市町村長同意による医療保護入院を行うことができる。(当該3親等以内の親族は扶養義務者の審判を受けない限り、法第33条第2項に規定する家族等に該当しない。)

IV 医療保護入院者の退院促進措置に係る主なポイント

○ 退院後生活環境相談員の選任は義務であり、平成26年4月1日時点の医療保護入院者全員に選任されていることが必要。

相談員1人当たりの担当者数は目安。

○ 地域援助事業者として、相談支援専門員がいる事業所、介護支援専門員がいる事業所を規定。

地域援助事業者の紹介は努力義務。

○ 平成26年4月1日以降に入院した入院期間1年未満の医療保護入院者については、医療保護入院者退院支援委員会の開催は義務。

ただし、平成26年3月31日以前の入院者及び入院期間1年以上の入院者については、任意の開催で可。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっていく等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
- ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
- ・退院促進のための体制整備

を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者」以外に「学識経験者」を有する者を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等○医療保護入院者の退院促進に関する措置は、医療保護入院が本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう講じるもの。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、

3. 検討規定

政府は、施行後３年を目途と勘案し、医療保護入院における在り方、入院中の処遇、退院

加え、必要があれば、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

精神科病院の管理者の責務(1)

- 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置

第33条の4 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、精神保健福祉士その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、厚生労働省令で定めるところにより、退院後生活環境相談員を選任し、その者に医療保護入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

退院後生活環境相談員の選任

1. 退院後生活環境相談員の責務・役割

- (1) 退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう、個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たすことが求められること。
- (2) 退院に向けた取組に当たっては、医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整を図ることに努めるとともに、行政機関を含む院外の機関との調整に努めること。
- (3) 医療保護入院者の支援に当たっては、当該医療保護入院者の意向に十分配慮するとともに、個人情報保護について遺漏なきよう十分留意すること。
- (4) 以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談員は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ること。

2. 選任及び配置

- (1) 退院に向けた相談を行うに当たっては、退院後生活環境相談員と医療保護入院者及びその家族等との間の信頼関係が構築されることが重要であることから、その選任に当たっては、医療保護入院者及び家族等の意向に配慮すること。
- (2) 配置の目安としては、退院後生活環境相談員1人につき、概ね50人以下の医療保護入院者を担当すること(常勤換算としての目安)とし、医療保護入院者1人につき1人の退院後生活環境相談員を入院後7日以内に選任すること。兼務の場合等については、この目安を踏まえ、担当する医療保護入院者の人数を決めること。

3. 退院後生活環境相談員として有すべき資格

- ①精神保健福祉士
- ②看護職員（保健師を含む。）、作業療法士、社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ③3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者（ただし、平成29年3月31日までの間については、研修を修了していなくても、前段の要件を満たしていれば、資格を有することとしてよいこととする。）

4. 業務内容

(1)入院時の業務

医療保護入院者及びその家族等に対して以下についての説明を行うこと。

- ・退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
- ・本人及び家族等の退院促進の措置への関わり（地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等）

(2)退院に向けた相談支援業務

- ア 医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じるほか、退院に向けた意欲の喚起や具体的な取組の工程の相談等を積極的にを行い、退院促進に努めること。
- イ 医療保護入院者及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録をすること。
- ウ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること。

(3) 地域援助事業者等の紹介に関する業務

- ア 医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること。
 - イ 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めること。
 - ウ 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。
- (4) 医療保護入院者退院支援委員会に関する業務
- ア 医療保護入院者退院支援委員会の開催に当たって、開催に向けた調整や運営の中心的役割を果たすこととし、充実した審議が行われるよう努めること。
 - イ 医療保護入院者退院支援委員会の記録の作成にも積極的に関わることが望ましいこと。

(5) 退院調整に関する業務

医療保護入院者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、適宜地域援助事業者等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

(6) その他

定期病状報告の退院に向けた取組欄については、その相談状況等を踏まえて退院後生活環境相談員が記載することが望ましいこと。

5. その他

(1) 医療保護入院者が退院する場合において、引き続き任意入院により当該病院に入院するときには、当該医療保護入院者が地域生活へ移行するまでは、継続して退院促進のための取組を行うことが望ましいこと。

(2) 医療保護入院者の退院促進に当たっての退院後生活環境相談員の役割の重要性に鑑み、施行後の選任状況等を踏まえて、退院後生活環境相談員として有すべき資格等の見直しを図ることも考えられるため、留意されたいこと。

精神科病院の管理者の責務(2)

- 地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携

第33条の5 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、一般相談事業者若しくは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
の法律第5条第16項に規定する特定相談支援事業（第49条第1項において「特定相談支援事業」という。）を行う者、介護保険法第8条第23項に規定する居宅介護支援事業を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができると認められる者として厚生労働省令で定めるもの（次条において「地域援助事業者」という。）を紹介するよう努めなければならない。

地域援助事業者の紹介

1. 地域援助事業者の紹介の趣旨・目的

地域援助事業者の紹介は、医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行することができるよう、精神科病院の管理者の努力義務とされているものであり、必要に応じて紹介を行うよう努めること。

2. 紹介の方法

(1) 地域援助事業者の紹介の方法については、書面の交付による紹介に限らず、例えば、面会による紹介（紹介する地域援助事業者の協力が得られる場合に限る。）やインターネット情報を活用しながらの紹介等により、医療保護入院者が地域援助事業者と積極的に相談し、退院に向けて前向きに取り組むことができるよう工夫されたいこと。

(2) 紹介を行う事業者については、必要に応じて当該医療保護入院者の退院先又はその候補となる市町村への照会を行うほか、精神保健福祉センター及び保健所等の知見も活用すること。

3. 紹介後の対応

地域援助事業者の紹介を行った場合には、退院後生活環境相談員を中心として、医療保護入院者と当該地域援助事業者の相談状況を把握し、連絡調整に努めること。

4. 地域援助事業者による相談援助

- (1) 地域援助事業者は、医療保護入院者が障害福祉サービスや介護サービスを退院後円滑に利用できるように、当該地域援助事業者の行う特定相談支援事業等の事業やこれらの事業の利用に向けた相談援助を行うこと。
- (2) 医療保護入院者との相談に当たっては、退院後生活環境相談員との連携に努め、連絡調整を図ること。
- (3) 相談援助を行っている医療保護入院者に係る医療保護入院者退院支援委員会への出席の要請があった場合には、できる限り出席し、退院に向けた情報共有に努めること。

精神科病院の管理者の責務(3)

○ 退院促進のための体制整備

第33条の6 精神科病院の管理者は、前2条に規定する措置のほか、厚生労働省令で定めるところにより、必要に応じて地域援助事業者と連携を図りながら、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備その他の当該精神科病院における医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置を講じなければならない。

医療保護入院者退院支援委員会

1. 医療保護入院者退院支援委員会の趣旨・目的

医療保護入院者退院支援委員会(以下「委員会」という。)は、病院において医療保護入院者の入院の必要性について審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するために設置。

2. 対象者

- ① 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの
- ② 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの
- ③ 在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの

※当該推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に委員会での審議を行うこと。

※入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載する推定される入院期間については、既に当該医療保護入院者の病状を把握しており、かつ、1年以上の入院期間が見込まれる場合(例えば措置入院の解除後すぐに医療保護入院する場合等)を除き、原則として1年未満の期間を設定すること。

※入院から1年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象者としない場合は、具体的な理由(例えば精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等)を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいこと。

※既に推定される入院期間経過時点から概ね1ヶ月以内の退院が決まっている場合(入院形態を変更し、継続して任意入院する場合を除く。)については、委員会での審議を行う必要はないこと。

※平成26年3月31日以前に医療保護入院した者に対しては、病院の管理者が必要と認める場合に限り、委員会を開催することが可能(経過措置)。

3. 出席者

- ①主治医（主治医が精神保健指定医でない場合は、主治医以外の精神保健指定医も出席）
- ②看護職員（当該医療保護入院者を担当する看護職員が出席することが望ましい）
- ③退院後生活環境相談員
- ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- ⑤医療保護入院者本人（本人が出席を希望する場合）
- ⑥医療保護入院者の家族等（本人が出席を求めた場合であって、出席を求められた者が出席要請に応じるとき）
- ⑦地域援助事業者その他の退院後の生活環境に関わる者（⑥と同様）

※③が②にも該当する場合は、その双方を兼ねることも可能であるが、④の場合には、④の者であって当該医療保護入院者の診療に関わるものを出席させることが望ましい。

※⑦としては、入院前に当該医療保護入院者が通院していた診療所や退院後に当該医療保護入院者が診療を受けることを予定する医療機関等も想定。当該医療保護入院者に対し退院後生活環境相談員がこれらの者に対し出席を要請しなくてよいか確認する等、当該医療保護入院者の退院後の生活環境を見据えた有意義な審議ができる出席者となるよう努めること。

4. 開催方法

- (1) 当該病院における医療保護入院者数等の実情に応じた開催方法で差支えない。

【例】・月に1回委員会を開催することとし、当該開催日から前後2週間に推定される入院期間を経過する医療保護入院者を対象として、出席者を審議対象者ごとに入れ替えて開催
・推定される入院期間の経過する医療保護入院者がいる日に委員会で審議

- (2) 開催に当たっては、十分な日時の余裕を持った審議対象となる医療保護入院者に委員会を開催について通知（通知例：別添様式1）、通知を行った旨を診療録に記載すること。

当該通知に基づき3中⑥及び⑦に掲げる者に対する出席要請の希望があった場合には、当該希望があった者に対し、ア委員会の開催日時および開催場所、イ医療保護入院者本人から出席要請の希望があったこと、ウ出席が可能であれば委員会に出席されたいこと、エ文書による意見提出も可能であること、を通知すること。

5. 審議内容

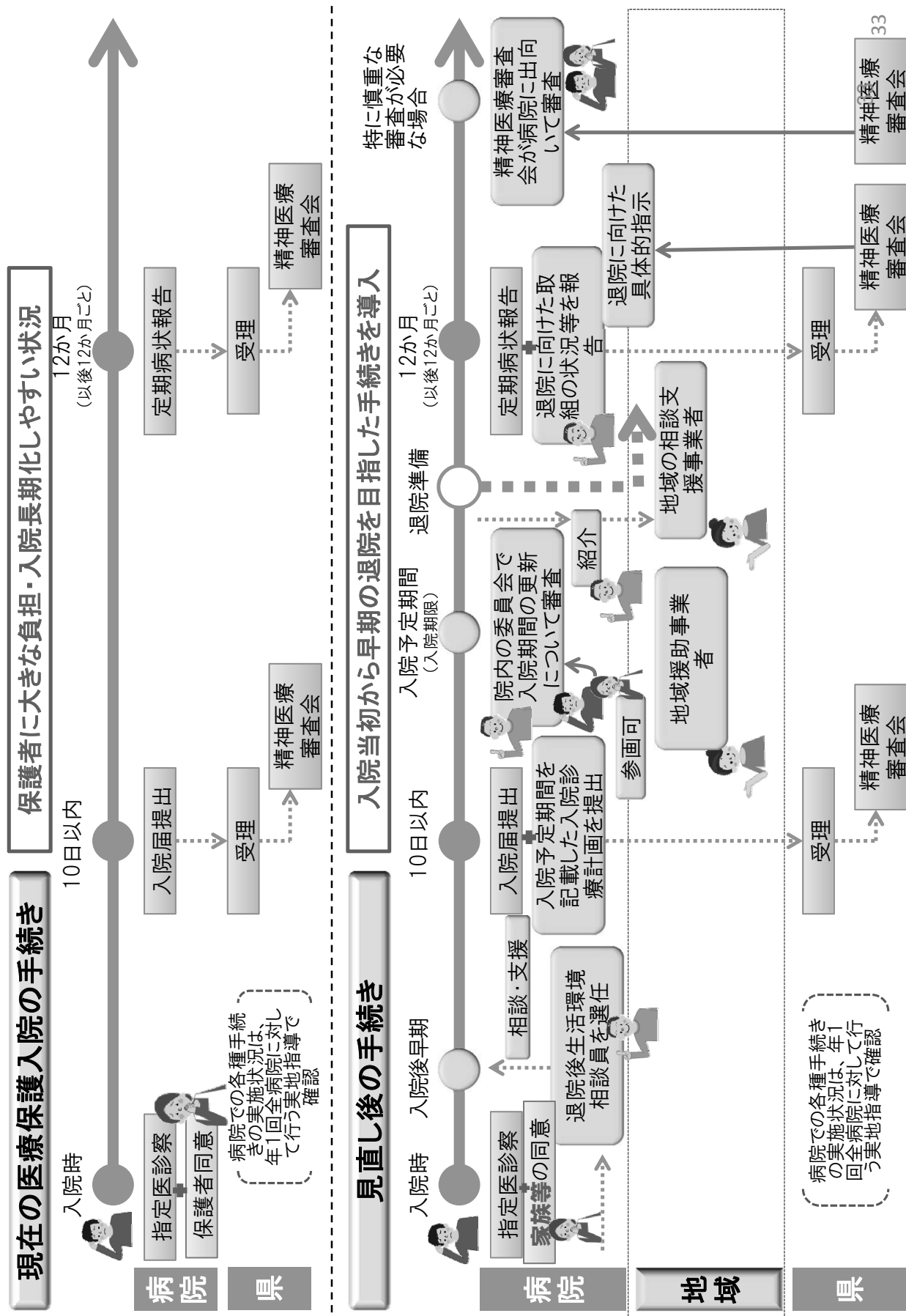
委員会においては、以下の3点その他必要な事項を審議

- ①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由
- ②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間
- ③②の推定される入院期間における退院に向けた取組

6. 審議結果

- (1)委員会における審議の結果については、別添様式2(医療保護入院者退院支援委員会審議記録)に記載して記録するとともに、診療録には委員会の開催日の日付を記録することとする。
- (2)病院の管理者(大学病院等においては、精神科診療部門の責任者)は、医療保護入院者退院支援委員会の審議状況を確認し、医療保護入院者退院支援委員会審議記録に署名すること。また、審議状況に不十分な点がみられる場合には、適切な指導を行うこと。
- (3)審議終了後できるだけ速やかに、審議の結果を本人並びに当該委員会への出席要請を行った3⑥及び⑦に掲げる者に対して別添様式3により通知すること。
- (4)委員会における審議の結果、入院の必要性が認められない場合には、速やかに退院に向けた手続をとること。
- (5)医療保護入院者退院支援委員会審議記録については、定期病状報告の際に、当該報告から直近の審議時のものを定期病状報告書に添付すること。

医療保護入院手続きの見直し(新旧の模式図) ※イメージ



V 各種様式の作成・改正に係る主なポイント

- 入院届に入院診療計画書の写しを添付
- 定期病状報告に退院に向けた取組の状況欄を新設
- 1年以上入院する場合には定期病状報告にその具体的理由を記載

各種様式等の作成・見直し

- 家族等の同意書
- 医療保護入院者退院支援委員会の開催のお知らせ
- 医療保護入院者退院支援委員会審議記録
- 医療保護入院退院支援委員会の結果のお知らせ
- 医療保護入院者の入院届
- 医療保護入院者の定期病状報告書
- 入院診療計画書(別途通知)

2 精神科病院に対する指導監督等について

精神科病院に対する実地指導については、「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」（（平成 10 年 3 月 3 日障第 113 号・健政発第 232 号・医薬発第 176 号・社援第 491 号厚生省大臣官房障害保健福祉部長・厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省社会・援護局長通知）及び（平成 10 年 3 月 3 日障精第 16 号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知））に基づき、都道府県・指定都市において、毎年度、全ての精神科病院に対して実施していただいている。

精神保健福祉法の改正により、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直しが行われたことに伴い、通知を改正したところであり、指導項目の主な改正点は次のとおりである。

<医療保護入院に際しての同意手続>

- ◆同意者が家族等のうちいずれかの者であるか

<市町村長同意>

- ◆同意者となった市町村長は、同意後面会して患者の状況を把握するとともに、市町村の担当者への連絡先、連絡方法を患者に伝えているか

<退院後生活環境相談員及び入院診療計画書>

- ◆入院届に選任された退院後生活環境相談員や医療保護入院による推定される入院期間について記載した入院診療計画書を添付しているか
 - ◆推定される入院期間が理由なく 1 年以上とされていないか
 - ◆退院後生活環境相談員の一覧を作成し、適切な資格を有する者が選任されているか
 - ◆退院後生活環境相談員が 7 日以内に選任され、選任後、医療保護入院者及びその家族等に説明が行われているか
 - ◆退院後生活環境相談員が必要に応じて適切に相談を行っているか
- ※平成 26 年 3 月 31 日までに入院した者に対しても、平成 26 年 4 月 1 日に退院後生活環境相談員を選任することとなっている。

<医療保護入院者退院支援委員会>

- ◆平成 26 年 4 月 1 日以降に入院した入院期間 1 年未満の医療保護入院者について、適切に医療保護入院者退院支援委員会を開催し審議しているか

<医療保護入院者の定期病状報告>

- ◆平成 26 年 4 月 1 日以降の入院者についての最初の定期病状報告時には、医療保護入院者退院支援委員会審議記録が添付されているか

- ◆平成26年4月1日以降の入院者について、1年以上の入院の必要性について具体的な理由の記載があるか
- ◆退院に向けた取組は個別の患者ごとに検討されているか

＜別記様式1「精神科病院実地指導結果報告書」＞

- ◆退院後生活環境相談員の状況（人数、常勤・非常勤の別、資格等）について記載すること

精神科病院に対する指導監督等について

精神保健福祉法改正に伴い、精神科病院に対する指導監督等について改正するものがあり、主な改正点は以下のとおり。

【医療保護入院の手続について】

◇入院に際しての同意手続

- ・ 同意者が家族等のうちいずれかの者であるか

◇市町村長同意

- ・ 同意者となった市町村長は、同意後面会して患者の状況を把握するとともに、市町村の担当者への連絡先、連絡方法を患者に伝えているか

◇退院後生活環境相談員及び入院診療計画書

- ・ 入院届に選任された退院後生活環境相談員や医療保護入院による推定される入院期間について記載した入院診療計画書を添付しているか
- ・ 推定される入院期間が理由なく1年以上とされていないか
- ・ 退院後生活環境相談員の一覧を作成し、適切な資格を有する者が選任されているか
- ・ 退院後生活環境相談員が7日以内に選任され、選任後、医療保護入院者及びその家族等に説明が行われているか
- ・ 退院後生活環境相談員が必要に応じて適切に相談を行っているか

※平成26年3月31日までに入院した者に対しても、平成26年4月1日に退院後生活環境相談員を選任することとなっている。

◇医療保護入院者退院支援委員会

- ・ 平成26年4月1日以降に入院した入院期間1年未満の医療保護入院者について、適切に医療保護入院者退院支援委員会を開催し審議しているか

◇医療保護入院者の定期病状報告

- ・ 平成26年4月1日以降の入院者についての最初の定期病状報告時には、医療保護入院者退院支援委員会審議記録が添付されているか
- ・ 平成26年4月1日以降の入院者について、1年以上の入院の必要性について具体的な理由の記載があるか
- ・ 退院に向けた取組は個別の患者ごとに検討されているか

◇別記様式1「精神科病院実地指導結果報告書」

- ・ 退院後生活環境相談員の状況（人数、常勤・非常勤の別、資格等）について記載すること

3 精神医療審査会の機能強化等について

精神保健福祉法の改正により、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直しが行われ、退院等の請求についても入院者本人とともに家族等が規定された。

それに伴い、退院請求等の審査処理を行う精神医療審査会の機能強化を図るため、精神医療審査会運営マニュアルを改正したところであり、主な改正点は次のとおりである。

各都道府県等において策定している精神医療審査会運営要綱についても、本マニュアルを参照のうえ改正いただくようお願いする。

<審査会について>

- ◆各合議体の状況に応じて、合議体を構成しない委員を意見聴取等を行うための予備委員として置くことができるものとした

<退院等の請求について>

- ◆原則として面接により行う意見聴取を書面により実施することができることとした
- ◆同一案件について複数の者から請求があった場合等において、重ねて意見聴取を行う必要が乏しいと認められるときは、意見聴取を行わないことができることとした

<定期の報告等の審査について>

- ◆事前の書類審査により疑義事項を明確化することが望ましいとした
- ◆入院届に添付されている入院診療計画書に記載されている推定されている入院期間が、特段の理由なく1年以上の期間となっていないか確認することとした
- ◆定期病状報告に添付されている医療保護入院者退院支援委員会審議記録により、特段の理由なく入院の継続が必要と判断されていないか確認することとした
- ◆医療保護入院者等について、特段の理由なく1年以上の入院が必要であると判断されていないか確認することとした

平成26年度から、精神医療審査会の機能強化や審査充実及び法改正内容の周知等を図るため、全国の精神医療審査会の委員及び精神保健指定医等に対する研修を厚生労働省主催で実施することとしているので、関係者の派遣についてお願いしたい。

また、精神保健対策費補助金のメニューとして、退院請求等の審査において、精神医療審査会が必要に応じて実施する病院に出向いての意見聴取が円滑に行われるよう支援を行うとともに、法改正により退院促進のための体制整備を

図る観点から精神科病院の管理者に義務づけられた、医療保護入院者の退院後の生活環境に関し相談・指導を行う者として設置する「退院後生活環境相談員」及び入院者本人や家族等からの相談に応じ必要な情報提供や助言等を行う事業者として連携する「地域援助事業者」の資質向上のために各都道府県・指定都市が行う研修に必要な支援を行うこととしているので、改正法の円滑な施行についてご尽力いただきたい。

精神医療審査会運営マニュアルの主な改正点①

※平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）研究班の研究結果を受け、精神医療審査会運営マニュアルを改正

- ・精神医療審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するための機関であり、その審査の専門性及び独立性が保たれるよう十分配慮し、精神障害者の人権擁護のために最大限の努力を払うこと。
- ・精神障害者の人権擁護の観点から精神医療審査会における審査の迅速化を確保することが重要であり、当該精神医療審査会における審査件数等に応じて、合議体数の見直しを行うこと。特に退院等の請求等に係る審査については、請求等から概ね1ヶ月以内に行うこととしていくとされており、審査の質を確保した上で迅速な審査を行うことができる合議体数の確保を図ること。

審査会について

○意見聴取等への予備委員の活用

- ◆ 審査会は、各合議体の状況に応じて、合議体を構成しない委員を合議体での審査の前提となる意見聴取や診察を行うための予備委員として置くことができるものとする。

退院等の請求について

○書面による意見聴取の活用

- ◆ 原則として面接の上、当該請求に関する意見聴取を行うことが望ましいが、審査会の判断で、書面を提出させることにより意見聴取を行うことができる。

○意見聴取の必要性の整理

- ◆ 審査会は、審査をするに当たって、請求の内容を適切に把握するため法第38条の5第3項に基づき、退院等の請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神科病院の管理者の意見を聴かなければならないこととする。ただし、当該請求受理以前6ヶ月以内に意見聴取を行っている場合及び同一案件について複数の者から請求があった場合等において、重ねて意見聴取を行う必要が乏しいと認められるときは、この限りではない。

精神医療審査会運営マニュアルの主な改正点②

定期の報告等の審査について

○事前の書類審査による疑義事項の明確化

- ◆ 審査会は、当該審査を行う合議体の委員に対して事前^①に当該審査資料を送付する等により、検討を依頼することができる。また、必要事項の記載漏れ等を事前に点検しておくことが望ましい。

○合議体での審査に関するその他の事項

- ◆ 入院時の審査の取扱について
入院時の届出に添付されている入院診療計画書に記載されている推定されている入院期間が、特段の理由なく1年以上の期間とされていないか確認する。
- ◆ 定期病状報告の審査
定期病状報告の審査に当たっては、添付されている医療保護入院者退院支援委員会審議記録により、医療保護入院者退院支援委員会の審議において特段の理由なく入院の継続が必要と判断されていないか確認する。
また、医療保護入院者等については、特段の理由なく1年以上の入院が必要であると判断されていないか確認する。

精神医療審査会の機能強化のための支援

- 精神医療審査会の機能強化のため、審査会委員及び精神保健指定医等に対する研修（法改正内容及び精神医療審査会運営マニュアル改正内容の周知等）を実施するとともに、審査会が必要に応じて実施する病院に向向いての意見聴取に係る経費に対する支援を行う。

精神医療審査会（精神保健福祉法第12-15条）
（事務：精神保健福祉センター）

審査会委員（その学識経験に基づき独立して職務を遂行）

- 都道府県知事が下記の者から任命（任期2年）
 - ☆ 精神保健指定医
 - ☆ 法律に関する学識経験者（弁護士、検事等）に加え、
 - ☆ 精神障害者の保健又は福祉に関する学識経験者（PSW、保健師等を想定）を規定
- （精神保健福祉法改正、平成28年4月施行）

精神科病院の管理者からの

- ★ 医療保護入院の届出
- ★ 措置入院、医療保護入院患者の定期病状報告

＜知事による審査の求め＞

入院の要否の
審査

＜速やかに審査結果通知＞

都道府県知事・指定都市の長
審査会の審査結果に基づいて都道府県知事・指定都市の長は退院命令等の措置を採らなければならない
（審査会決定の知事への拘束性）………法第38条の3第4項、法第38条の5第5項

必要な措置

当事者、関係者に通知

入院中の者、家族等から

- ★ 退院請求
- ★ 処遇改善請求

＜知事による審査の求め＞

入院の要否
処遇の適・不適の審査

＜速やかに審査結果通知＞



審査充実のための
委員及び指定医等
に対する法改正内
容等についての
研修の実施

（新規）26年度予算（案）
1,216千円



病院に向向いて
の意見聴取に係
る経費に対する
支援

（新規）26年度予算（案）
5,506千円

退院後生活環境相談員及び地域援助事業者に対する研修

(新規)平成26年度予算(案) 11,089千円

精神保健福祉法の改正により早期退院に向けた仕組みの導入

精神科病院の管理者に、

◆【退院後生活環境相談員】

医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者
(精神保健福祉士等)の設置

◆【地域援助事業者】

入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等の紹介に努め、それら地域援助事業者と連携し、退院促進のための体制整備

を義務付けた。

→ **法改正内容等の周知のための研修を実施**

4 精神障害者の移送に関する留意事項について

精神障害者の移送については、「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」（平成12年3月31日障第243号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）に基づき、都道府県・指定都市において実施していただいている。

精神保健福祉法の改正に伴い、通知を改正したところであり、主な改正点は次のとおりであるので、円滑な実施につき遺漏のないよう格別の配慮をお願いしたい。

<措置入院のための移送>

◆指定医の診察に係る事前調査

- ・ 事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に都道府県職員を派遣する場合には、家族等又は現に保護の任に当たっている者に対してあらかじめその旨を連絡する（医療保護入院及び応急入院の場合も、これに準じる）
- ・ できる限り家族等又は事前調査の対象者の支援を行っている者等及び事前調査対象者に主治医がいる場合には当該主治医と連絡をとり、それまでの治療状況等について把握に努める

<医療保護入院及び応急入院のための移送>

◆指定医の診察に係る事前調査

- ・ 事前調査の対象者が事前調査を行うことができる状態にあることと、直ちに入院させなければ当該者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であることは矛盾するものではない
- ・ 例えば、具体的には医療保護入院及び応急入院のための移送の対象者は以下のような症状のものであること
 - ◇当該精神障害による幻覚、妄想等の病状の程度が重篤であること
 - ◇自己の健康若しくは安全の保持に深刻な困難が生じていること又は直ちに入院治療を行わなければ状態が更に深刻な悪化をする可能性が高いこと
 - ◇入院治療によって当該精神障害による症状について一定以上の治療効果が期待できること

精神障害者の移送に関する留意事項について

精神保健福祉法改正に伴い、精神障害者の移送に関する事務処理基準について改正するものであり、主な改正点は以下のとおり。

【措置入院のための移送について】

◇指定医の診察に係る事前調査

- ・ 事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に都道府県職員を派遣する場合には、家族等又は現に保護の任に当たっている者に対してあらかじめその旨を連絡する（医療保護入院及び応急入院の場合も、これに準じる）
- ・ できる限り家族等又は事前調査の対象者の支援を行っている者等及び事前調査対象者に主治医がいる場合には当該主治医と連絡をとり、それまでの治療状況等について把握に努める

【医療保護入院及び応急入院のための移送について】

◇指定医の診察に係る事前調査

- ・ 事前調査の対象者が事前調査を行うことができる状態にあることと、直ちに入院させなければ当該者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であることは矛盾するものではない
- ・ 例えば、具体的には医療保護入院及び応急入院のための移送の対象者は以下のような病状のものであること
 - ◆ 当該精神障害による幻覚、妄想等の病状の程度が重篤であること
 - ◆ 自己の健康若しくは安全の保持に深刻な困難が生じていること又は直ちに入院治療を行わなければ状態が更に深刻な悪化をする可能性が高いこと
 - ◆ 入院治療によって当該精神障害による症状について一定以上の治療効果が期待できること

5 指定病院の指定基準について

精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定については、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準を定める件」（平成8年厚生省告示第90号。以下「指定基準」という。）によりその基準が定められており、その運用解釈については、「精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について」（平成8年3月21日健医発第325号厚生省保健医療局長通知。以下「通知」という。）により定めているところである。

今般、通知6（2）の指定基準第1号3（看護師等の配置基準）の経過措置が平成26年3月31日をもって終了することに伴い通知を改正するので、管内関係者に対する周知をお願いしたい。

また、地域において指定基準に適合する複数の精神科病院がない場合にあっては、措置入院者に対する医療及び保護のために指定する必要があると認められる精神科病院については、指定基準第1号の基準を適用しないことができるので、管内の指定病院の指定状況を再度点検のうえ、その適正な運用に遺漏のないよう格別の配慮をお願いしたい。

精神保健福祉法に基づく指定病院の指定基準（人員配置）について

指定病院の基準（措置入院指定病院）

精神保健福祉法第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣が定める指定病院の基準（平成8年厚生省告示第90号）

平成8年4月1日～

看護師・准看護師

6：1

病院基準

＜運用解釈通知＞

精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について
(平成8年3月21日健医発第325号 厚生省保健医療局長通知)

医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成13年厚生労働省令第8号）

平成13年3月1日～

看護師・准看護師

6：1

→

4：1

病院基準

＜経過措置＞平成18年2月28日までの間は従前どおりの配置で可

5年延長

医療法施行規則改正に加え、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)の看護職員3：1以上に
する旨の記載も念頭に置いた改正

精神保健福祉法第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣が定める指定病院の基準（平成18年厚生労働省告示第12号）

平成18年3月1日～

看護師・准看護師

6：1

→

3：1

病院基準 → 病棟基準

＜経過措置＞平成23年2月28日までの間は医療法基準(4：1)どおりの配置で可

5年延長

＜運用解釈通知＞

「精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について」の一部改正について
(平成23年2月28日障発0228第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

平成23年3月1日～

看護師・准看護師

3：1

病棟基準

＜経過措置＞平成23年3月31日に行う更新の次の更新時期(平成26年3月31日)まで

の間は医療法基準(4：1)どおりの配置で可

3年延長

＜運用解釈通知＞

「精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について」の一部改正について
(平成26年3月上旬発出予定 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

平成26年4月1日～

看護師・准看護師

3：1

病棟基準

＜経過措置の終了＞

6 精神保健指定医について

精神保健福祉法の改正等を受け、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会における検討を踏まえ、精神保健指定医の資格審査基準等を含む関係通知の見直しを行った。主な改正点は次のとおりであるので、管内関係者に対し周知いただくとともに、その適正な運用に遺漏のないよう格別の配慮をお願いしたい。

<精神保健指定医の指定取消処分による改正点>

指導医は常勤の指定医でなければいけないが、非常勤の指定医が指導医として申請者を指導していたため、平成 25 年 12 月に当該医師の指定を取り消した。この事案を受け、以下のとおり改正を行った。

- ◆指導医が申請者を指導した期間において、所属施設に常時勤務する指定医であったことを証明する「常時勤務証明書」の提出を義務化。
- ◆指定医の指定申請において疑義が生じた場合、当省の求めに応じて、各都道府県・指定都市及び医療機関は、申請者と指導医の指導状況を調査し、その結果の報告に協力するよう努めることとした。

<精神保健指定医の審査基準の改正点>

指定医数を確保しつつ指定医の質を維持するために、症例選択の幅を広げ、さらに経験しにくい症例である児童・思春期症例について入院形態の対象を広げることとした。

- ◆全症例について、申請の有効期限を 6 年から 7 年に延長。
- ◆児童・思春期症例について、措置入院、医療保護入院又は医療観察法入院を対象としていたところ、平成 26 年 4 月 1 日以後の任意入院も症例として認め、審査基準に任意入院の項目を追加。

<精神保健福祉法改正による改正点>

平成 25 年 6 月の精神保健福祉法改正で、保護者制度の廃止ならびに医療保護入院の見直し等が行われたことを受け、以下のとおり改正を行った。

- ◆医療保護入院の症例について、平成 26 年 3 月 31 日以前に入院した場合と改正法施行後である平成 26 年 4 月 1 日以後に入院した場合で審査基準を改正。
- ◆医療保護入院の症例について、「地域生活への移行を促進するための措置（33 条の 4、33 条の 5 及び 33 条の 6）を講じていることがわかる記載があるか」という項目を追加。

<その他>

◆審査基準に表紙不備の項目を追加。

精神保健指定医について

【精神保健指定医の新規申請について】

- ・指導医が申請者を指導した期間において、所属施設に常時勤務する指定医であったことを証明する「常時勤務証明書」の提出を義務化

※「指導医」：ケースレポートに係る症例の診断又は治療及びケースレポートの作成において

申請者を指導する精神保健指定医のこと

- ・指定医の指定申請において疑義が生じた場合、当省の求めに応じて、各都道府県
- ・指定都市及び医療機関は、申請者と指導医の指導状況を調査し、その結果の報告に協力するよう努めることとした

- ・全症例について、申請の有効期限を6年から7年に延長
- ・児童・思春期症例について、平成26年4月1日以後の任意入院も症例として認める

【審査基準の主な改正点について】

- ・医療保護入院の症例について、平成26年3月31日以前に入院した場合と改正法施行後である平成26年4月1日以後に入院した場合で審査基準を改正
- ・医療保護入院の症例について、「地域生活への移行を促進するための措置（33条の4、33条の5及び33条の6）を講じていることがわかる記載があるか」という項目を追加
- ・任意入院の項目を追加（ただし、平成26年4月1日以後に児童・思春期精神障害で入院した場合に限る）
- ・表紙不備の項目を追加

7 難治性精神疾患について

精神病床に入院中の難治性患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいが、クロザピン等の専門的な治療により地域生活へ移行する例も少なくないと言われており、その治療を実施するには、精神科病院と他科とのネットワークの構築等、地域での支援体制の構築が必要なため、将来の一般制度化に向けたモデル事業を精神保健対策費補助金の新規メニューとして平成26年度から実施する。

主な事業内容は次のとおりであり、全国で8カ所程度選定し、モデル的に実施することとしているので、本事業の実施について管下医療機関とも調整のうえ検討いただきたい。

◆連携会議の開催

精神科病院と血液内科等を有する医療機関との間にネットワーク（1ネットワークあたり約6病院で構成）を構築し、連携を図るための医療機関間の連携会議を開催する。

◆先行事例研修

院内又は院外でネットワークを構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、連携のための体制整備等に係るアドバイスを受けるとともに、モデル事業実施機関からは、院内又は院外にネットワークを構築している医療機関に職員を派遣し、連携に係る先行事例を学ぶ研修を実施する。

◆コア医療機関の体制整備

1ネットワークのコアとなる医療機関において、ネットワーク内の医療機関との連絡調整等に必要な体制を整備する。

(予算(案)概要)

- | | |
|-------------|--|
| ・ 26年度予算（案） | 17,372千円 |
| ・ 補助先 | 都道府県・指定都市（都道府県、指定都市は、事業を行うことができる精神科病院を運営する法人等に補助できることとする。） |
| ・ 補助率 | 1／2 |

難治性精神疾患地域連携体制整備事業

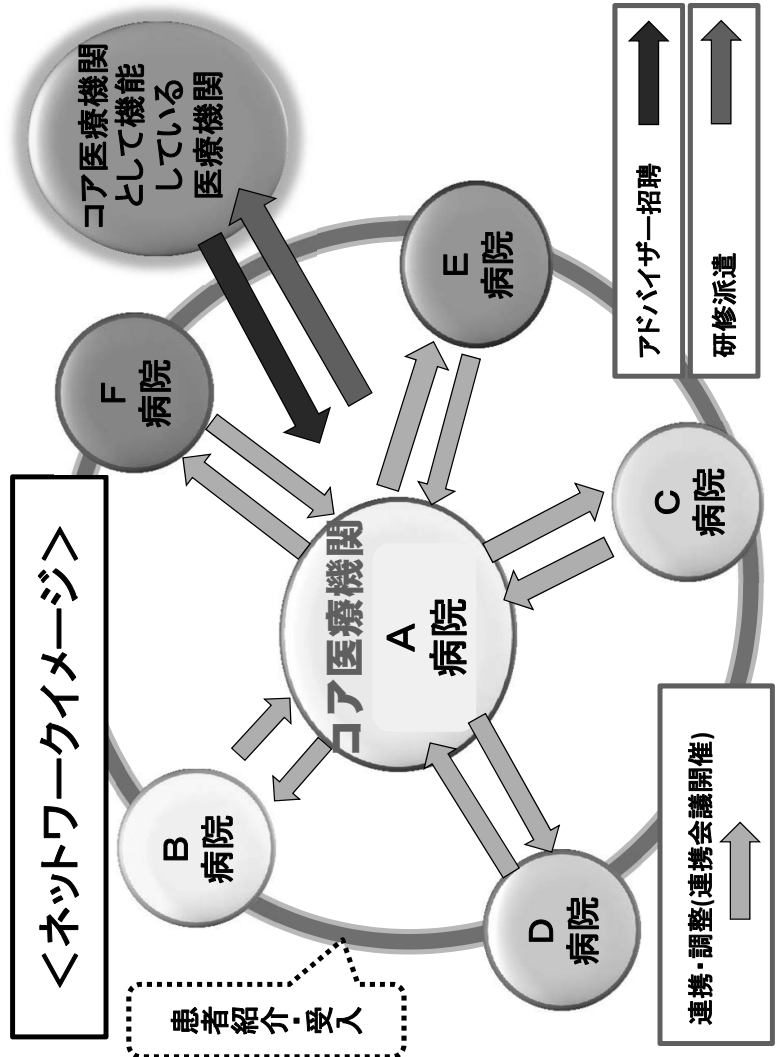
(新規)26年度予算(案)
17,372千円

難治性患者
＜退院が困難、入院の長期化＞

地域生活への移行

クロザピン等の専門的な治療
治療抵抗性統合失調症患者に有効な治療薬
※単科精神科病院では、副作用発現等に
伴う緊急事態に対応できない

＜ネットワークイメージ＞



血液内科等を有する医療機関
との連携が必要

- ◆1ネットワーク約6病院で
構成される連携体制を構築
- ◆全国で8力所(8ネットワーク)
程度選定し、モデル的に実施

将来の一般制度化を目指す

8 精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業について

症状が不安定であるが入院までに至らない精神障害者が地域での生活を継続して行くには、本人が症状の変化等に応じて柔軟に活用できる一時休息の場や、同居する家族等が疾病等の理由により投薬管理等を行うことが難しくなった場合などに、医療的知識のある者による支援が可能な体制において一時的に入所できる場としての短期入所施設の整備が重要となっている。

また、現行の福祉型ショートステイサービスにおいては、他の障害者に比べて精神障害者の利用が少ない状況であるため、現行サービスが精神障害者のニーズに合ったものか等、利用者が少ない原因も含め、一定の利用見込み等を調査したうえで、平成27年の障害福祉サービス等報酬改定時に向けた検討を行う。

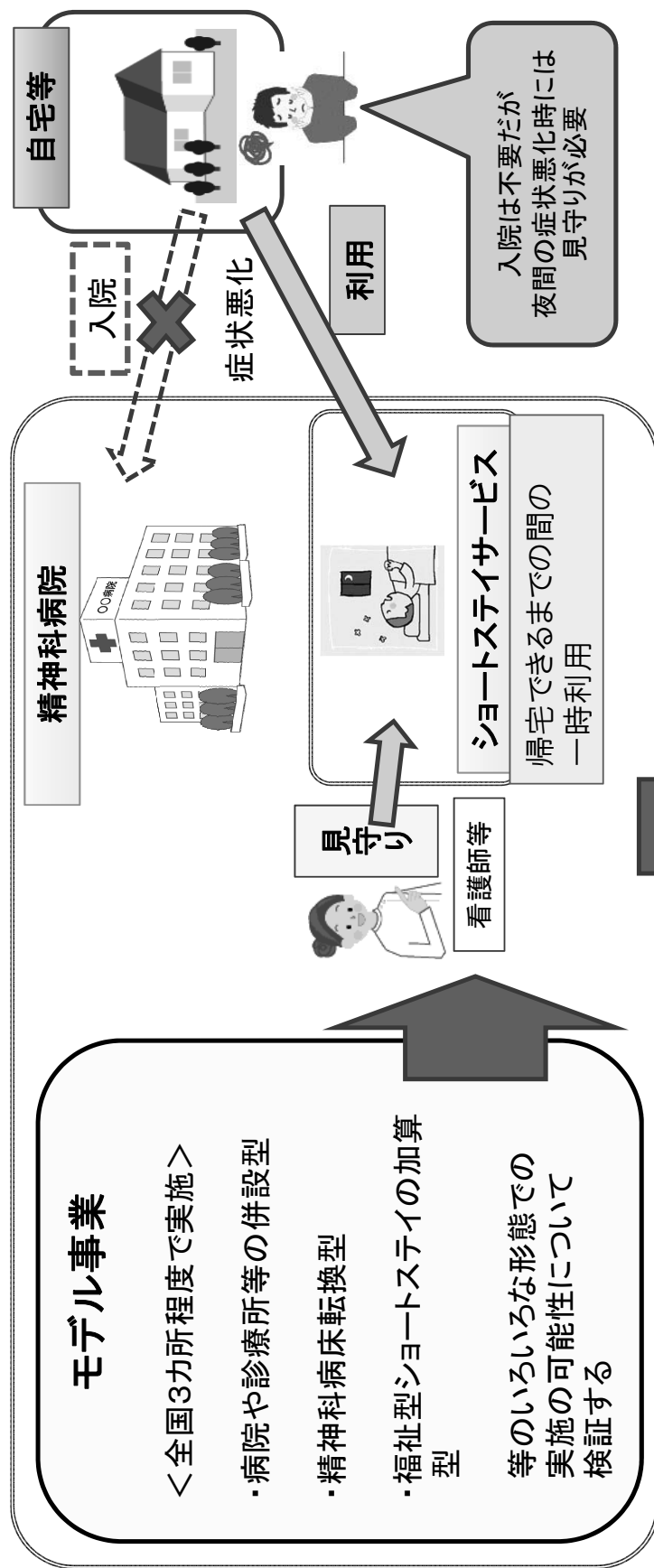
本事業は、平成26年度に実施する予定であるが、それに先立ち平成26年1月から、一部の都道府県、事業所及び病院等の協力のもと、利用見込み等の調査を実施しているところであり、その結果に基づき、平成26年度に病院や診療所等で併設するなどにより、ショートステイサービスをモデル的に実施し、検証を行うこととしている。

(予算(案)概要)

- | | |
|-------------|--------------------|
| ・ 26年度予算(案) | 17,057千円 |
| ・ 実施主体 | 民間団体又は病院・診療所等 |
| | ※3カ所程度選定し、モデル事業を実施 |
| ・ 経費 | 委託費 |

◆精神障害者医療ケア付きショートステイ検証事業

- ・ 症状が不安定であるが入院までに至らない精神障害者が地域での生活を継続して行くには、家族等が疾病等の理由により投薬管理等を行うことが難しくなり、夜間の症状悪化あるいは対応の遅れによる入院を防ぐためにも、精神障害者がショートステイサービスを利用することは有効である。
- ・ 現状において、他の障害者に比べて精神障害者の利用が少ない状況であるため、精神障害者のニーズや利用しやすいサービス形態に関する検証するためモデル事業を実施する。



- 【検討】**
- ・精神障害者のニーズや現行の利用が少ない状況の検証
 - ・どの形態での実施が精神障害者に合ったサービスとなるか
 - ・障害福祉サービス等報酬改定時への反映 等

9 精神障害者アウトリーチ推進事業等について

本事業は、各都道府県において精神科病院等に多職種チーム（アウトリーチチーム）を設置し、受療中断者や自らの意思による受診が困難な在宅の精神障害者などについて、新たな入院や病状再燃による再入院を防ぎ、地域で生活が維持できるよう、医療や保健、福祉サービスを包括的に提供する体制を構築するため、平成23年度よりモデル事業として実施してきたところであるが、平成26年度においては、医療機関の活動について診療報酬化されることとなった。

また、都道府県等においても保健所等によるひきこもり等の精神障害者を医療につなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を円滑に実施するための支援を地域生活支援事業の都道府県必須事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業（新規メニュー事業）」の中で実施することとしたところである。

平成26年度においても、こうした事業を柔軟に活用いただきつつ、在宅の精神障害者が地域で安心して生活し続けることができるよう、アウトリーチを含めた保健医療福祉サービスの更なる充実に努めていただくようお願いする。

（地域生活支援事業でのアウトリーチ関係事業の主な内容）

<精神障害者地域生活支援広域調整等事業>

◆アウトリーチチームの設置

- ・保健所等に、多職種の従事職員（看護師、精神保健福祉士、相談支援専門員等）を配置し、協力医とともに地域の精神障害者等に対する相談対応、訪問による早期支援、地域定着支援を行う。
- ・関係機関との連絡、調整を図りながら支援を進めるためのケース・カンファレンスの開催等を行う。

◆事業評価検討委員会の開催

- ・地域の関係者、当事者、家族、行政職員等から構成する評価検討委員会を設置し、アウトリーチチームの事業に係る評価検討を定期的に行う。

<精神障害関係従事者養成研修事業>

◆アウトリーチ関係者に対する研修の実施

- ・地域生活支援事業に新規メニュー事業として追加する「精神障害関係従事者養成研修事業」において、アウトリーチに従事する職員等を対象とする研修等を行う。

（※同メニュー事業において、精神科訪問看護に従事する職員等を対象とした研修等も行う。）

(予算(案)概要)

- ・ 26年度予算(案) 地域生活支援事業(462億円)の内数
- ・ 補助先 都道府県
- ・ 補助率 1／2

精神障害者アウトリーチ推進事業

(平成26年度より地域生活支援事業に一括計上)

精神障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、保健所等において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を円滑に実施するための支援体制を確保する。

【実施主体】都道府県 【補助率】1/2

※医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

◎精神障害者地域生活支援広域調整等事業

◆アウトリーチの実施及び広域連携調整

保健所等において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるため、アウトリーチによる支援を行うとともに、アウトリーチ活動に関して関係機関との広域的な調整等を行う。

◆アウトリーチチーム体制の確保等

地域の関係者、当事者、家族、行政職員等から構成する評価検討委員会を設置し、アウトリーチチームの事業に係る評価検討を定期的に行うなど、アウトリーチを円滑に実施するための体制を確保する。

◎精神障害関係従事者養成研修事業

◆アウトリーチ関係者研修

アウトリーチについて、関係者の理解を深めるとともに、支援に従事する者の人材養成を図る。

精神障害者アウトリーチ推進事業 平成26年度からの事業実施イメージ(案)

事業名	精神障害者アウトリーチ推進事業
補助金	精神保健費等国庫補助金 定額(モデル事業)
実施主体	都道府県 (指定都市又は団体等へ事業の一部委託可)
実施機関	◆精神科病院、◆診療所、 ◆訪問看護ステーション 等
支援対象者	◆受療中断者、 ◆長期入院の後退院し病状が不安定な者、 ◆未受診者、◆ひきこもり状態の者
事業内容	◆事業評価検討委員会の設置、開催 ◆アウトリーチチーム体制の整備 ◆チームの活動 ◆ケース・カンファレンスの開催 ◆精神病床の削減 ◆関係者に対する講習等の実施 ◆関係機関との連携

精神障害者地域生活支援広域調整等事業	
地域生活支援事業費補助金 1/2	診療報酬
都道府県 (指定都市又は団体等へ事業の一部委託可)	診療報酬上の要件を満たす施設
◆保健所、◆精神保健福祉センター 等	◆精神科病院、◆診療所、◆訪問看護ステーション
◆未受診者、 ◆ひきこもり状態の者	◆受療中断者、 ◆長期入院の後退院し病状が不安定な者
◆事業評価検討委員会の設置、開催 ◆アウトリーチチーム体制の整備 ◆アウトリーチチームの活動 ◆ケース・カンファレンスの開催 ◆関係者に対する講習等の実施 (地域生活支援事業のメニュー事業である「精神障害関係 仕事者養成研修事業」で実施)	◆アウトリーチチームの活動
◆関係機関との連携	

10 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

本事業は、「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き、各都道府県・指定都市において、精神科病院の入院患者に対する退院促進に向けた啓発活動や対象者が退院に向けて行う準備への支援などを行うことにより、精神障害者の退院促進及び地域定着に向けた事業を実施してきたところであるが、平成26年度においては、地域生活支援事業の都道府県必須事業である「精神障害者地域生活支援広域調整等事業（新規メニュー事業）」の中で実施することとしたところである。当該事業の実施に当たっては、必要に応じ市町村との連携を図りたい。

なお、精神科病院の高齢入院患者を対象に、病院内の医師、看護師、精神保健福祉士等の多職種と、病院の外部から相談支援専門員や介護支援専門員といった地域の関係者がチームを組むことで、退院に向けた治療や支援、地域の関係機関との連携強化を図り、地域移行に向けた退院支援を行う「高齢入院患者地域支援事業」については、引き続き精神保健対策費補助金のメニュー事業として実施していく予定である。

当該事業については、平成24年6月の行政事業レビュー（公開プロセス）の結果を受け、3年後の一般制度化に向けたモデル事業として実施し、事業効果を検証していくこととなっており、当該事業を実施している病院に対しては事業の実施状況やその効果等について調査を実施することとなっているので、管轄の自治体におかれては調査が円滑に実施できるよう特段のご配慮をお願いする。

各都道府県等においては、地域移行を一層強力に推進する観点から、引き続き本事業の実施にご協力いただきたい。

（予算（案）概要）

<地域生活支援事業費補助金での事業>

- ・ 26年度予算（案） 地域生活支援事業（462億円）の内数
- ・ 補助先 都道府県・指定都市
- ・ 補助率 1／2
- ・ 対象事業
 - ・ 地域移行・地域定着推進協議会の設置
 - ・ ピアサポートの活用
 - ・ 精神科地域共生型拠点病院の公表

<精神保健対策費補助金での事業>

- ・ 26年度予算（案） 83,762千円
- ・ 補助先 都道府県・指定都市
- ・ 補助率 1／2
- ・ 対象事業 高齢入院患者地域支援事業

「精神障害者地域移行・地域定着支援事業(補助金)」について

平成23年度

予算額 6.7億円(▲10億円)

地域移行・地域定着支援事業
(補助金)

地域移行に係る事業

・地域移行推進員の配置
・個別支援会議

・協議会の設置
・地域体制整備コーディネート
・ピアサポートの活用
・精神科地域共生型拠点病院の公表

地域定着支援に係る事業

・地域住民との交流事業

平成24年度

予算額 3.2億円(▲3.5億円)

障害者総合支援法に基づく法定給付

〔地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援・入居支援等、地域相談支援として個別給付化〕

地域移行・地域定着
支援事業(補助金)

1 協議会の設置

2 地域体制整備コーディネート
ネットワークの配置

3 ピアサポートの活用

4 精神科地域共生型
拠点病院の公表

5 地域住民との交流
事業

6 高齢入院患者地域
支援事業

厚生労働省公開プロセス

地域移行・地域定着
支援事業(補助金)

1 協議会の設置

2 ピアサポートの
活用

3 精神科地域共生
型拠点病院の公表

4 地域住民との交流
事業

5 高齢入院患者地域
支援事業

【+効果の検証】

平成25年度

予算額 1.2億円(▲2億円)

地域移行・地域定着
支援事業(補助金)

・協議会の設置

・ピアサポートの
活用

・精神科地域
共生型拠点
病院の公表

・高齢入院患者
地域支援事業

地域生活支援事業に移行

一般制度化を目指す

(対前年度)

平成26年度

予算(案) 0.8億円(▲0.4億円)

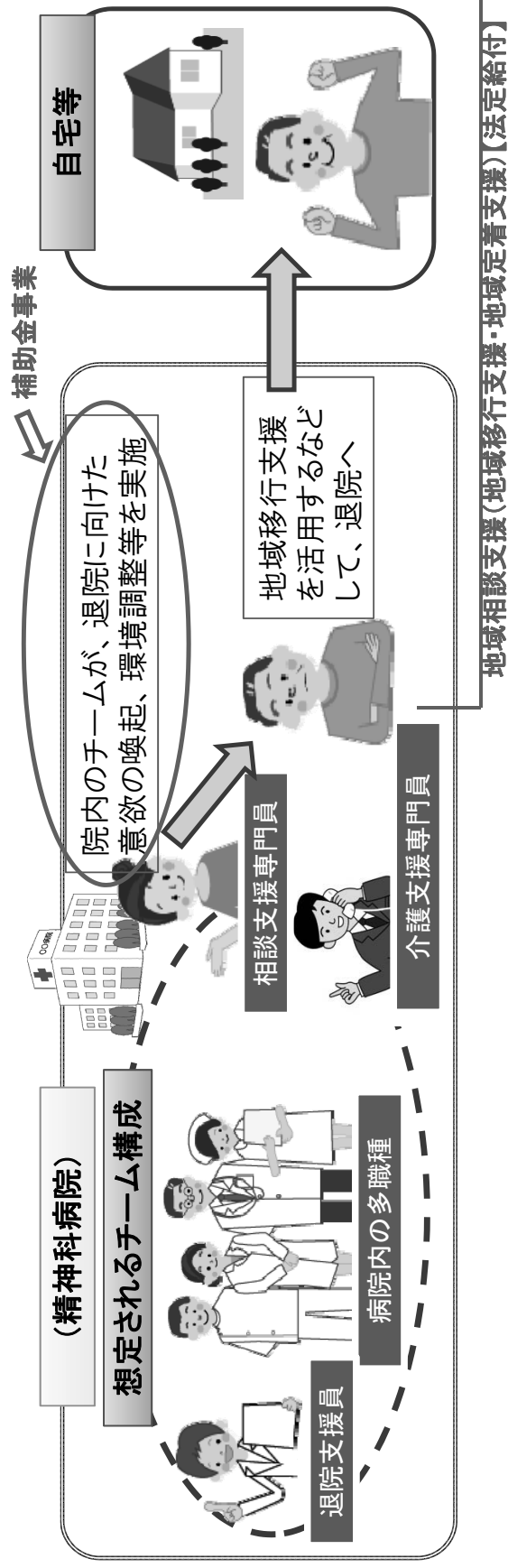
高齢入院患者地域支援事業（平成24年度～）について

【現状】

- ・ 65歳以上の入院患者が50.3%、うち5年以上の入院患者は35.2%（平成23年精神・障害保健課調べ）
- ※5年以上かつ65歳以上の入院患者の多くは、統合失調症患者。
- ・ 高齢精神障害者に特化した退院支援に向けた専属の職員や専門部署が設置されている病院は少なく、病院独自の取組に委ねられてきた。
- ・ 高齢精神障害者の場合、入院期間の長期化等や高齢化による生活機能や意欲の低下から、退院に向けた支援に時間や人手を要するケースが多い。

◆ 高齢入院患者地域支援事業（平成24年度～）

- ・ 精神障害者地域移行・地域定着支援事業のメニューとして、長期高齢の入院患者に対して、院内の専門職種と地域の関係者がチームとなり、退院に向けた包括的な支援プログラムを実施し、地域移行を目指すための事業を新設



11 障害支援区分について

(1) 円滑な施行に向けた取組

平成 24 年 6 月に成立した障害者総合支援法において、「障害程度区分」については、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改め、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

障害支援区分の円滑な施行のためには、障害支援区分の認定事務を行う各市町村の職員に加え、実際に認定業務に携わる認定調査員や市町村審査会委員、医師意見書に記載する医師が客観的かつ公平・公正な認定業務を実施できるよう、資質の向上（スキルアップ）を図る取組が不可欠である。

各都道府県におかれては、管内市町村への周知や連絡等に加え、平成 26 年 1 月 21 日に開催した「都道府県障害支援区分指導者研修」の内容等を踏まえ、管内の認定調査員等を対象とした研修会を開催するなど、円滑な施行に向けた取組に御協力願いたい。

なお、「都道府県障害支援区分指導者研修」の内容は、以下の動画配信サイトにおいて無料配信されているので、認定調査員等を対象とした研修会での活用に限らず、各地方公共団体における人事異動等により、新たに障害支援区分の担当として配属された者に対する周知など、適宜、御活用されたい。

【動画配信サイト】

- ・医療福祉 e チャンネル（株式会社 医療福祉総合研究所）

<http://www.ch774.com/course.php?gid=310&cid=572>

- ・厚生労働省動画チャンネル（YouTube）

（動画）

<http://www.youtube.com/watch?v=wXBQJLFG37w&list=UUVgZUHlkoN51F0woNMBGjfw>

（資料）

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/other/index.html

(2) 施行当初における市町村審査会の運営

障害支援区分の認定は、平成 26 年 4 月以降に申請のあった者から順次、新たな調査項目による認定調査や市町村審査会による審査判定が開始されるが、施行当初においては、障害程度区分と障害支援区分の認定調査及び市町村審査会による審査判定が混在する可能性がある。

その場合、同日の市町村審査会において、障害程度区分と障害支援区分の審査判定が混在することも想定されるが、障害程度区分と障害支援区分では、認定調査における「できたりできなかつたりする場合」の判断基準が異なるなど、一次判定結果（コンピュータ判定の結果）の前提が異なっている。

各都道府県におかれては、市町村審査会の事務局となる管内市町村に対し、障害程度区分と障害支援区分の審査判定が混在するような場合には、審査案件ごとに、障害程度区分と障害支援区分のいずれの審査判定を行う案件であるかを確認するよう指導・助言を行うなど、適切な審査判定を実施するために必要な確認作業の徹底に御協力願いたい。

また、障害支援区分への見直しに当たって、医師意見書の様式が変更となるが、「障害程度区分」による審査判定が必要となる平成 26 年 3 月までに申請のあった事例において、医師による医師意見書の記載が平成 26 年 4 月以降になる場合など、各市町村に対して、新様式（変更後の様式）に記載された医師意見書が届く場合も想定される。

今回の医師意見書の見直しは、知的障害や精神障害、難病等の特性を考慮した項目の追加や項目順の入れ替え等を行ったものであり、新様式でも従来（障害程度区分）の審査判定は可能であることから、各市町村において、様式が異なることのみをもって医師意見書に記載した医師に対し、再提出を求める必要はないものとする。

ただし、市町村審査会における医師意見書の取扱いは、障害程度区分と障害支援区分で異なる部分もあることから、各都道府県におかれては、このような場合においても、前述と同様に、市町村審査会の事務局における審査案件ごとの確認作業の徹底に御協力願いたい。

（３）障害福祉サービス受給者証における障害支援区分の取扱い

障害者総合支援法に基づく支給決定を行った場合、各市町村においては、当該支給決定に係る申請者に対して、障害福祉サービスの支給量等に加え、「障害程度区分」の認定状況を記載した「障害福祉サービス受給者証（以下「受給者証」という。）」を交付しているところ。

障害支援区分への見直しに伴い、平成 26 年 4 月以降に交付する受給者証には、「障害支援区分」の認定状況を記載することとなるが、

- ・ 平成 26 年 3 月までの申請に伴い、平成 26 年 4 月以降に「障害程度区分」の認定を行う場合や
 - ・ 支給決定の有効期間内における受給者証の紛失等に伴う再交付
- など、「障害支援区分」の欄に「障害程度区分」の認定状況を記載した受給者証を交付すべき事案も生じる。

このような場合においても、各地方公共団体や各障害福祉サービス事業者等が正確な情報を把握できるよう、平成 26 年 4 月以降に交付する受給者証は、

- ・ 様式上の欄は「障害支援区分」に統一するとともに
- ・ 記載すべき区分が「障害程度区分」の場合には、受給者証の予備欄に「従前の障害程度区分の認定を受けた者」である旨を記載することとする。

なお、受給者証を含め、支給決定事務等に係る各種の標準様式については、追ってお示しする。

(参考) 障害程度区分の認定状況を記載する場合の記載例

(一)				(二)			
障害福祉サービス受給者証				介護給付費の支給決定内容			
受給者証番号				障害支援区分		区分●	
支給決定障害者等	居住地			認定有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	フリガナ			サービス種別			
	氏名			支給量等			
	生年月日	年 月 日		支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
児童	フリガナ			サービス種別			
	氏名			支給量等			
	生年月日			支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
障害種別		1 2 3 4 5 ※		サービス種別			
交付年月日		平成 年 月 日		支給量等			
支給市町村名及び印		※番号(4又は5)、難病患者等又は政令で定めている疾病名等を記入(市町村の判断による。) ※番号を記入している市町村で国保連支払システムと連動している場合は「5」になることに留意		支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
				サービス種別			
				支給量等			
				支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
				サービス種別			
				支給量等			
				支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
				予備欄	障害支援区分の欄に表示する区分は、従前の障害程度区分によるものである。		

(4) 障害支援区分の認定データ報告

障害程度区分の審査判定件数や一次判定から二次判定での変更率など、各市区町村における障害程度区分の実施状況については、毎年1回、各市区町村から判定ソフトに蓄積された認定データを御報告いただき、それを集計・分析することで、全国的な実施状況の把握を行ってきたところ。

平成26年度においては、障害支援区分の施行当初の実施状況を把握するため、下表のとおり、各市区町村からの認定データ報告を2回に分けて実施する予定としている。

報告方法等の詳細については、報告依頼の際にお示しするが、各都道府県におかれては、御承知いただくとともに管内市町村への周知等に御協力願いたい。

平成25年度			平成26年度			
報告依頼(国→市区町村)		H25.10	報告依頼(国→市区町村)		(1回目) H26.07	(2回目) H26.10
データ報告 (市区町村→国)	障害程度区分	H24.10 ～ H25.09	データ報告 (市区町村→国)	障害程度区分	H25.10 ～ H26.06	×
				障害支援区分	H26.04 ～ H26.06	H26.07 ～ H26.09

(5) 難病患者等に配慮した認定調査や審査判定について

平成 25 年 4 月 1 日以降、新たに障害福祉サービス等の対象となった難病患者等に対する「障害支援区分」の認定調査や市町村審査会による審査判定については、従前の「障害程度区分」と同様に、身体障害者や知的障害者、精神障害者と同じ認定調査項目や審査判定基準で行われる。

難病患者等は、症状が固定している身体障害者と異なり、症状が変化（重くなったり軽くなったり）する等の特徴もあるが、「障害支援区分」では、認定調査における「できたりできなかったりする場合」の判断基準を「より頻回な状況」から「できない状況（支援が必要な状況）」に改めるなど、難病等の特性にも配慮した見直しを行ったところ。

また、厚生労働省では、「障害支援区分」の認定業務に携わる認定調査員や市町村審査会委員、医師意見書に記載する医師向けのマニュアルに加え、各市町村において、難病等の特性に配慮した「障害支援区分」の認定調査や審査判定が円滑に行われるよう、難病の基本的な情報や特徴、認定調査の留意点などを整理したマニュアルも別途作成している。

今後は、難病患者等における障害福祉サービス等の利用が増加することも想定されるところであり、各都道府県におかれては、管内市町村が各種マニュアルを活用の上、難病患者等に対する「障害支援区分」の認定を円滑に行えるよう、御対応願いたい。

障害者総合支援法における「障害支援区分」への見直し

【平成24年6月成立、平成26年4月施行】

① 名称・定義の変更（第4条第4項）

○「障害の程度（重さ）」ではなく、標準的な支援の度合を示す区分であることが分かりにくい。

名称：障害程度区分

定義：障害者等に対する障害福祉サービスの必要性を明らかにするため当該障害者等の心身の状態を総合的に示すもの。

名称：障害支援区分

定義：障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すもの。

② 知的障害・精神障害の特性の反映（附則第2条）

○知的障害者や精神障害者について、コンピューターによる一次判定で低く判定される傾向があり、市町村審査会による二次判定で引き上げられている割合が高く、その特性を反映できていないのではないか、との課題が指摘されている。

一次判定から二次判定で引き上げられている割合

【平成22年10月～平成23年9月】身体障害：20.3%、知的障害：43.6%、精神障害：46.2%

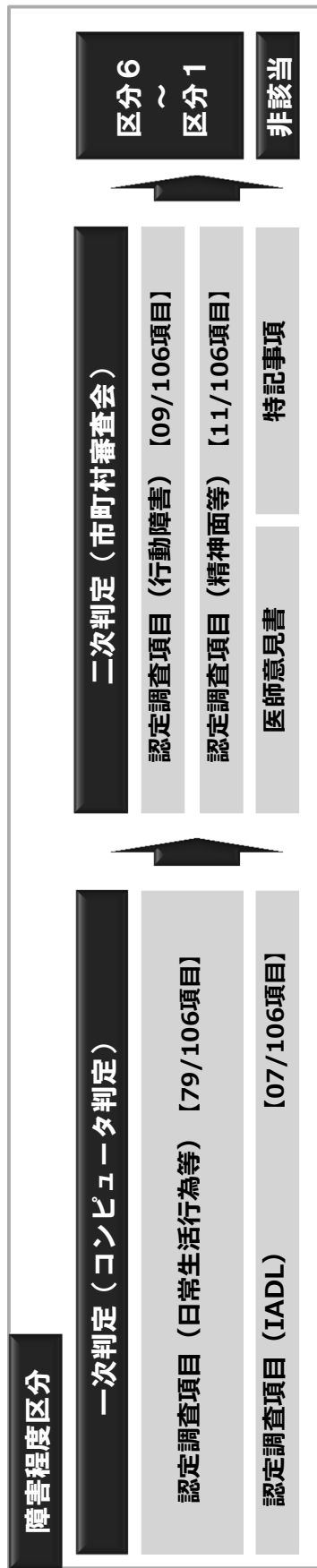
【平成23年10月～平成24年9月】身体障害：17.9%、知的障害：40.7%、精神障害：44.5%

政府は、障害支援区分の認定が知的障害者及び精神障害者の特性に応じて適切に行われるよう、区分の制定に当たっての適切な配慮その他の必要な措置を講ずるものとする。

③ 法施行後3年を目途とした検討（附則第3条）

政府は、障害者総合支援法の施行後3年（障害支援区分の施行後2年）を目途として、『障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方』等について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

障害支援区分の審査判定プロセス（障害程度区分からの改正点）



○知的・精神・発達障害等を中心に、障害特性をより反映できる認定調査項目が必要。

○「できたりできなかったりする場合」の「できない場合」が一次判定で評価されにくい。

○行動障害や精神面に関する認定調査項目が一次判定において活用（評価）されていない。

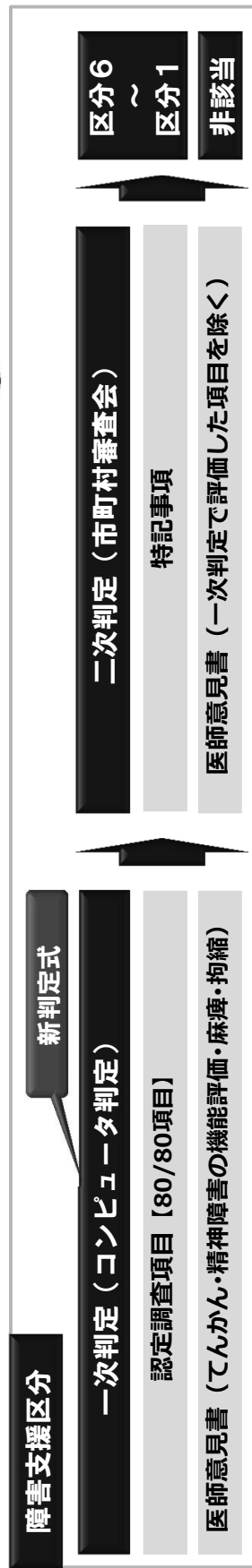
○二次判定（市町村審査会）において、一次判定結果を引き上げる割合は、各地域において差が生じている。

認定調査項目の見直し

- ・認定調査項目の追加・統合・削除、選択肢の統一
- ・認定調査における判断基準の見直し

新たな判定式（コンピュータ判定式）の構築

- ・二次判定の引き上げ要因を組み込んだ「全国一律の新たな判定式（コンピュータ判定式）」を構築



新判定式

認定調査項目の見直し（106項目 → 80項目）

① 認定調査項目の追加

○特に、知的障害、精神障害や発達障害の特性をより反映するため、以下の認定調査項目（6項目）を追加。

新規	健康・栄養管理	「体調を良好な状態に保つために必要な健康面・栄養面の支援」を評価
	危険の認識	「危険や異常を認識し安全な行動を行えない場合の支援」を評価
	読み書き	「文章を読むこと、書くことに関する支援」を評価
	感覚過敏・感覚鈍麻	「発達障害等に伴い感覚が過度に敏感、過度に鈍くなることの有無」を確認
	集団への不適応	「集団に適応できないことの有無やその頻度」を確認
	多飲水・過飲水	「水中毒になる危険が生じるほどの多飲水・過飲水の有無やその頻度」を確認

※その他、既存の認定調査項目における評価内容（評価範囲）の見直しを実施。（以下、主な見直し項目を例示。）

食事	食事開始前の食べやすくする支援も評価	視力・聴力	全音・全ろうも評価（選択肢の追加）
行動上の障害	行動上の障害が生じないように行っている支援や配慮、投薬等の頻度も含めて評価		

② 認定調査項目の統合・削除

○認定調査時における障害者等の負担軽減を図るため、評価が重複する認定調査項目等を統合（14項目→7項目）・削除（25項目）。

統合	上衣の着脱	洗身	調理	意思の伝達	独自の意思伝達	被害的	大声を出す
	ズボン・パンツの着脱	入浴準備・後片付け	食事の配膳・下膳	指示への反応	説明の理解	疑い深く拒否的	通常と違う声
	衣服の着脱	入浴	調理	コミュニケーション	説明の理解	被害的・拒否的	大声・奇声を出す
削除	麻痺(5項目)・拘縮(6項目)	じょくそう以外の皮膚疾患	飲水	洗顔	整髪		
	つめ切り	毎日の日課の理解	生年月日をいう	短期記憶	自分の名前をいう		
	今の季節を理解	場所の理解	幻視幻聴	火の不始末	文字の視覚的認識		

③ 判断基準の見直し

○「できたりできなかったりする場合」の「できない場合（支援が必要な場合）」を評価するため、判断基準を見直す。

障害程度区分

「できたりできなかったりする場合」は、「より頻回な状況」に基づき判断。

障害支援区分

「できたりできなかったりする場合」は、「できない状況（支援が必要な状況）」に基づき判断。

「できない状況」に基づく判断は、運動機能の低下に限らず、

- ・「知的・精神・発達障害による行動上の障害（意欲低下や多動等）」や「内部障害や難病等の筋力低下や易疲労感」等によって「できない場合」
- ・「慣れていない状況や初めての場所」では「できない場合」を含めて判断。

できたりできなかったりする場合の
頻度等は「特記事項」に記載

一次判定（コンピュータ判定）で評価

二次判定（市町村審査会）で評価

④ 選択肢の統一

○関連する認定調査項目の選択肢を統一するとともに、見守り等の支援も評価するなど、評価内容（評価範囲）を見直す。

身体介助関係

1. 支援が不要
2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要
4. 全面的な支援が必要

見守りや声かけ等の支援によって
行為・行動ができる場合も評価

日常生活関係

1. 支援が不要
2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要

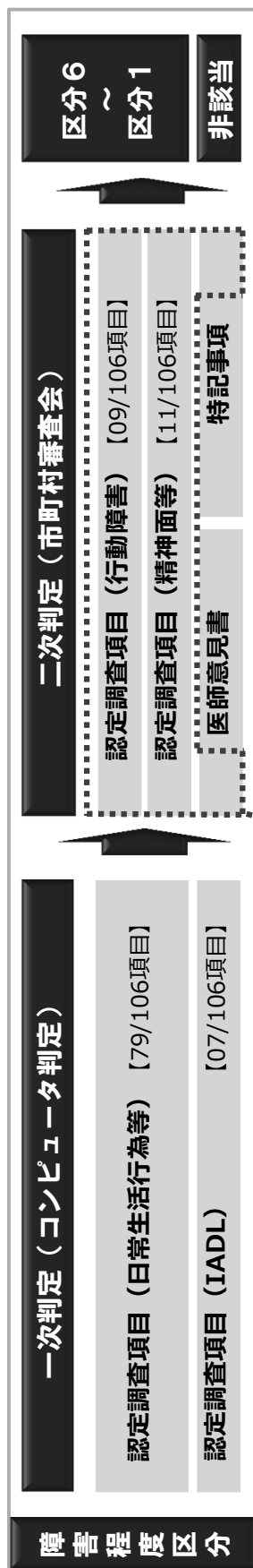
普段過ごしている環境ではなく
「自宅・単身」の生活を想定して評価

行動障害関係

1. 支援が不要
2. 希に支援が必要
3. 月に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要
5. ほぼ毎日（週に5日以上）支援が必要

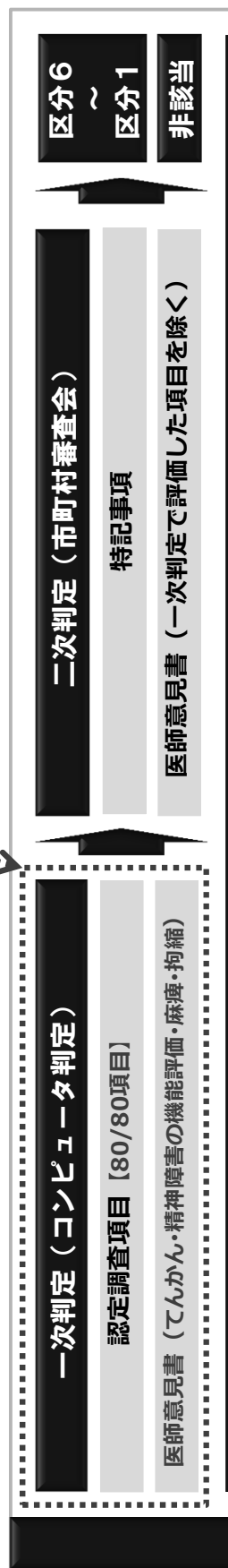
行動上の障害が生じないための支援や
配慮、投薬の頻度も含めて評価

新たな判定式（コンピュータ判定式）の構築



障害程度区分の二次判定（市町村審査会）の引き上げ要因を
障害支援区分の一次判定（コンピュータ判定）に組み込む

全国一律のコンピュータ判定式で評価することにより
二次判定で引き上げる割合の地域差を解消する



新たな判定式（コンピュータ判定式）

○平成21年度～23年度の認定データ（約14,000件）から、申請者と同じ状態像にある障害者の二次判定結果を抽出。
抽出データのうち、最も確率の高い区分（二次判定結果）を障害支援区分の一次判定結果とする。



（心身の状態等に変化がない場合には、既を受けている区分（二次判定結果）に“より近い”一次判定が出る仕組み）

障害支援区分の施行に向けたスケジュール

	平成25年						平成26年				
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
新判定式 新調査項目	平成26年4月以降に申請のあった者から順次 新たな調査項目による認定調査を実施										
	障害支援区分モデル事業（107市区町村） 意見募集 社会保障審議会障害者部会										
審査判定基準 （省令）	パブコメ 公布 （関連通知発出）										
マニュアル	（認定調査員・市町村審査委員会マニュアル等 検討） 案 配布 （国→都道府県・市町村） 確定版 配付										
研修	都道府県担当者研修 （国実施） 市町村担当者研修 （都道府県実施）										
障害支援区分 判定ソフト	（障害支援区分判定ソフト2014 開発） 配布 （国→市町村） （動作確認）										
障害支援区分 施行											

障害程度区分の審査判定実績（平成24年10月～平成25年9月）

■全体

二次判定 一次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
									変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	197	791	119	26	4	2	0	1,139	942	82.7%	0	0.0%
区分1	7	14,970	9,548	1,734	162	4	2	26,427	11,450	43.3%	7	0.0%
区分2	6	144	39,112	22,002	3,393	189	17	64,863	25,601	39.5%	150	0.2%
区分3	2	0	118	26,944	17,837	3,386	232	48,519	21,455	44.2%	120	0.2%
区分4	0	0	2	65	15,445	10,693	1,578	27,783	12,271	44.2%	67	0.2%
区分5	2	0	0	8	121	17,931	9,741	27,803	9,741	35.0%	131	0.5%
区分6	1	0	0	2	24	271	36,787	37,085	0	0.0%	298	0.8%
合計件数	215	15,905	48,899	50,781	36,986	32,476	48,357	233,619	81,460	34.9%	773	0.3%
割合	0.1%	6.8%	20.9%	21.7%	15.8%	13.9%	20.7%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
									変更件数	変更率	変更件数	変更率
H23.10 ～H24.9	269	15,479	45,767	48,220	35,531	31,587	49,870	226,723	77,079	34.0%	888	0.4%
H22.10 ～H23.9	249	12,395	35,809	39,944	31,738	28,265	32,886	181,286	65,739	36.3%	742	0.4%
H21.10 ～H22.9	260	14,323	41,997	47,172	35,741	29,005	38,378	206,876	78,943	38.2%	665	0.3%
	0.1%	6.9%	20.3%	22.8%	17.3%	14.0%	18.6%	100.0%				

■身体

二次判定 一次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
									変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	78	239	22	5	1	0	0	345	267	77.4%	0	0.0%
区分1	3	4,144	1,475	217	6	0	0	5,845	1,698	29.1%	3	0.1%
区分2	1	70	12,933	3,742	423	22	2	17,193	4,189	24.4%	71	0.4%
区分3	2	0	69	12,110	3,690	402	22	16,295	4,114	25.2%	71	0.4%
区分4	0	0	2	34	7,429	2,692	283	10,440	2,975	28.5%	36	0.3%
区分5	2	0	0	7	72	10,831	4,478	15,390	4,478	29.1%	81	0.5%
区分6	1	0	0	1	9	156	28,732	28,899	0	0.0%	167	0.6%
合計件数	87	4,453	14,501	16,116	11,630	14,103	33,517	94,407	17,721	18.8%	429	0.5%
割合	0.1%	4.7%	15.4%	17.1%	12.3%	14.9%	35.5%	100.0%				

■知的

一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
	非該当	46	143	30	4	1	2	0	226	180	79.6%	0	0.0%
	区分1	0	4,975	3,163	562	56	2	0	8,758	3,783	43.2%	0	0.0%
	区分2	0	37	14,958	11,553	2,119	136	15	28,818	13,823	48.0%	37	0.1%
	区分3	1	0	36	14,353	14,432	3,067	226	32,115	17,725	55.2%	37	0.1%
	区分4	0	0	0	33	9,386	9,339	1,503	20,261	10,842	53.5%	33	0.2%
	区分5	0	0	0	2	64	10,461	7,917	18,444	7,917	42.9%	66	0.4%
	区分6	0	0	0	1	17	164	20,301	20,483	0	0.0%	182	0.9%
	合計件数	47	5,155	18,187	26,508	26,075	23,171	29,962	129,105	54,270	42.0%	355	0.3%
	割合	0.0%	4.0%	14.1%	20.5%	20.2%	17.9%	23.2%	100.0%				

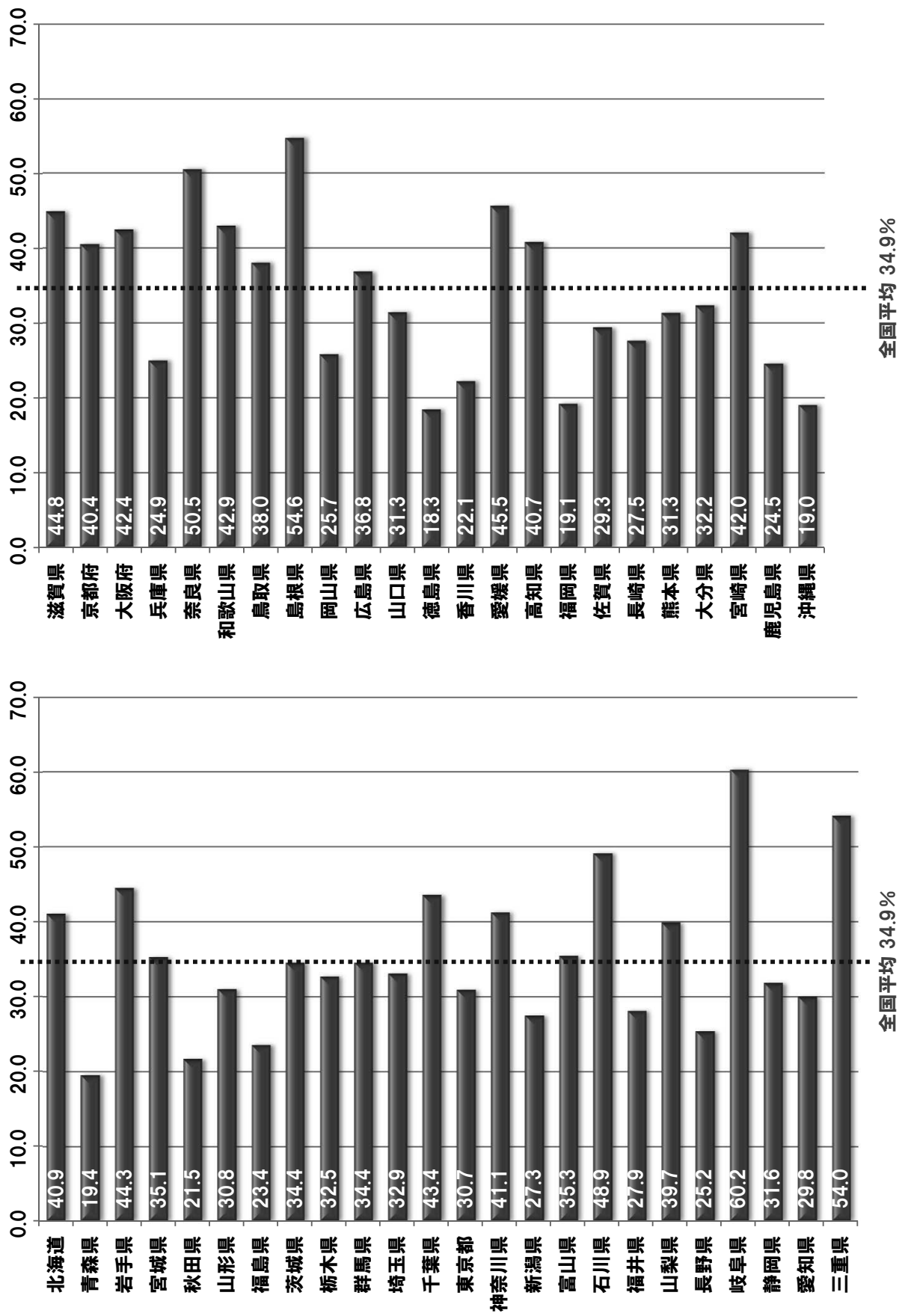
■精神

一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
	非該当	75	430	71	19	2	0	0	597	522	87.4%	0	0.0%
	区分1	4	6,465	5,419	1,107	110	2	2	13,109	6,640	50.7%	4	0.0%
	区分2	5	43	13,975	8,907	1,270	60	5	24,265	10,242	42.2%	48	0.2%
	区分3	0	0	14	3,418	2,053	284	14	5,783	2,351	40.7%	14	0.2%
	区分4	0	0	0	4	841	418	48	1,311	466	35.5%	4	0.3%
	区分5	0	0	0	1	7	696	240	944	240	25.4%	8	0.8%
	区分6	0	0	0	0	1	12	758	771	0	0.0%	13	1.7%
	合計件数	84	6,938	19,479	13,456	4,284	1,472	1,067	46,780	20,461	43.7%	91	0.2%
	割合	0.2%	14.8%	41.6%	28.8%	9.2%	3.1%	2.3%	100.0%				

■難病(支給決定期間の開始日が平成25年4月1日以降である難病患者等)

一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
	非該当	4	8	2	0	0	0	0	14	10	71.4%	0	0.0%
	区分1	0	78	35	9	0	0	0	122	44	36.1%	0	0.0%
	区分2	0	1	173	53	13	0	0	240	66	27.5%	1	0.4%
	区分3	0	0	3	80	21	3	0	107	24	22.4%	3	2.8%
	区分4	0	0	0	0	38	6	0	44	6	13.6%	0	0.0%
	区分5	0	0	0	0	0	32	5	37	5	13.5%	0	0.0%
	区分6	0	0	0	0	0	0	58	58	0	0.0%	0	0.0%
	合計件数	4	87	213	142	72	41	63	622	155	24.9%	4	0.6%
	割合	0.6%	14.0%	34.2%	22.8%	11.6%	6.6%	10.1%	100.0%				

障害程度区分の都道府県別上位区分変更率（平成24年10月～平成25年9月）



12 自立支援医療について

(1) 負担上限月額の特例措置について

自立支援医療の負担上限月額の特例措置※については、平成27年3月31日までとされており、平成27年4月1日以降の特例措置の扱いについては、現在、検討を行っているところである。

なお、今後の取扱いが決定するまでの間に経過的特例の対象となる方への支給認定を行う場合は、平成25年12月26日付事務連絡のとおり、受給者証に経過的特例が延長された場合の有効期間を別途記載することで、経過的特例が延長された場合の、受給者証の有効期間の延長を不要とすることができることとしているので、適宜の対応をよろしくお願いしたい。

※経過的特例措置

- 1 高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）の方については、市町村民税の所得割の額が23万5千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象とし、負担上限月額を2万円としている経過的特例
- 2 育成医療の中間所得層（市町村民税所得割額<23万5千円）の方については、負担上限月額を市町村民税所得割3万3千円未満の世帯は5千円、市町村民税所得割3万3千円以上23万5千円未満の世帯は1万円としている経過的特例

(2) 障害者医療費国庫負担金の適正な執行について

平成24年度決算検査報告において、本負担金の対象経費とはならない障害者に対する医療費の助成に係る経費（地方自治体の単独事業）を国庫負担の対象事業費に計上して申請されていたことにより、その結果、負担金が過大に交付されている事態があったとの指摘を受けた。

各自治体におかれては、対象経費の実支出額の算定に当たり、本負担金の対象事業に十分注意いただくとともに、毎年度の申請等の際には金額確認等、本負担金の適正な執行に努められたい。

(3) 自立支援医療における生活保護の他法優先の取扱いについて

他法優先である生活保護（医療扶助）について、自立支援医療の活用を図るようお願いしているところであるが、各自治体におかれては、引き続き、福祉事務所等との関係機関間の連携強化により、優先適用に遺漏のないよう努められたい。

自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- ① 利用者負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担額を設定。(これに満たない場合は1割)
- ② 費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならぬ(重度かつ継続)者、育成医療の中間所得層については、更に軽減措置を実施。

所得区分	更生医療・ 精神通院医療	育成医療	重度かつ継続	※ は経過的特例措置
一定所得以上	対象外	対象外	20,000円	市町村民税235,000円以上
中間所得	医療保険の高額療養費※精神通院の殆どは重度かつ継続	10,000円	10,000円	市町村民税課税以上 235,000円未満
		5,000円	5,000円	市町村民税課税以上33,000円以上 235,000円未満
低所得2	5,000円	5,000円	5,000円	市町村民税非課税 (本人収入が800,001円以上)
低所得1	2,500円	2,500円	2,500円	市町村民税非課税 (本人収入が800,000円以下)
生活保護	0円	0円	0円	生活保護世帯

○「重度かつ継続」の範囲

- ・疾病、症状等から対象となる者
[更生・育成] 腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)・肝臓の機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)の者
- [精神通院] ①統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)の者
②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
- ・疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者
[更生・育成・精神通院] 医療保険の多数該当の者

○負担上限月の経過的特例措置

育成医療の中間所得1、2及び「重度かつ継続」の一定所得以上の負担上限月額については、平成27年3月31日までの経過的特例措置(障害者総合支援法施行令第12条、第13条)

13 自殺・うつ対策の推進について

我が国の自殺者数は、平成10年以降14年連続して3万人を超える水準で推移してきた。政府においては、平成24年8月に自殺総合対策大綱の改訂を行い、内閣府を中心に自殺対策に取り組み、各都道府県・指定都市におかれても地域レベルでの取組を実施していただいていたところ。

自殺者数は、警察庁の発表によると、平成24年には、15年ぶりに3万人を下回る27,858人となり、平成25年においては、平成24年を下回る27,276人（暫定値）となった。これは、各般の取組の効果が徐々に現れてきたことにも因ると考えられる。

しかし、自殺死亡率は大綱の数値目標（平成17年との比較20%減）には届いていない状況で、自殺者数は依然として高い水準にあり、各都道府県・指定都市におかれては、より一層の自殺対策の推進をお願いする。

（１）かかりつけ医等心の健康対応力向上研修

本研修事業は、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、最初に診療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、うつ病に関する専門的な養成研修を実施しているものであり、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の者に拡大し、うつ病の基礎知識や対応方法等に関する研修を実施できることとしている。

さらに、25年度からは、一般かかりつけ医と精神科医との連携（GP連携）に係る研修や連絡会議を実施できることとし、GP連携強化により、精神疾患の早期発見、早期治療をより一層推進したいと考えているため、本事業の実施について、引き続き御協力をお願いしたい。また、「地域自殺対策緊急強化基金」（内閣府）の活用等により、一般かかりつけ医から精神科医への紹介システムの構築等もあわせて、GP連携を推進していただきたい。

なお、かかりつけ医等心の健康対応力向上研修は、平成26年度から地域生活支援事業の中で実施することとしているので、ご留意願いたい。

（２）地域自殺予防情報センター事業

本事業は、地域における自殺対策の総合的な連携・支援体制の整備を推進し、自殺未遂者・自死遺族等に対して適切な支援の提供を図ることを目的として、都道府県・指定都市に対して、補助を行うものである。自殺の背景には複数の要因が存在していることが知られており、関係各機関の連携が重要であるため、本事業と「地域自殺対策緊急強化基金」を有効活用の上、地域における自殺防止対策を推進していただきたい。

(3) 自殺対策に取り組む民間団体への支援

平成24年8月に改訂された「自殺総合対策大綱」において、民間団体の相談活動などの取組は、多くの自殺の危機にある人を援助しており、自殺対策を進める上で不可欠であるとされているが、こうした取組は、寄付、ボランティアや、企業の社会貢献事業に支えられている状況にある。

このような取組を一層推進するため、本事業を実施しており、平成24年度は15団体、25年度は17団体を採択している。平成26年度予算(案)でも、引き続き本事業を実施すべく1.3億円を計上し、各都道府県・指定都市より応募を希望する先駆的な取組を行う団体の推薦を行っていただいたところである。しかしながら、全国各地で活動するこうした団体を国であまねく支援することは困難であり、「地域自殺対策緊急強化基金」の活用等による都道府県等の直接補助も併せて検討していただき、各地域における民間団体への支援・育成についてご協力をお願いする。

(4) 自殺予防総合対策センターへの協力のお願い

引き続き、自殺予防総合対策センター(独立行政法人国立精神・神経医療研究センターに設置)において、自殺対策に関連する情報収集・情報提供を行い、各自治体における自殺対策の技術的支援及び後方支援を行っていくこととしており、各都道府県・指定都市においては、引き続き同センターの実施する情報収集や調査研究にご協力いただきたい。

また、同センターでは来年度も引き続き「自殺総合対策企画研修」等の精神保健関連の各種研修を実施する予定であり、各都道府県・指定都市におかれては、これらの研修に対し周知にご協力いただくとともに、関係機関に所属する職員の参加について、特段の配慮をお願いする。

(5) 自殺対策強化月間

毎年、月別自殺者数が特に多い3月を「自殺対策強化月間」と定め、政府が地方公共団体、関係団体等と連携して重点的に広報啓発活動を展開するとともに、関係施策を強力に推進することとしており、本年3月も実施しているところである。

については、自殺予防に係る啓発活動を集中的に実施していただくとともに、保健所や精神保健福祉センター等で行っている心の健康相談を、より積極的に実施し、また、失業者に対するワンストップサービスとなるよう、心の健康相談を実施する場所として各地域のハローワークを活用していただくようお願いする。

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業

26年度予算案 地域生活支援事業(462億円)の内数

<概要>

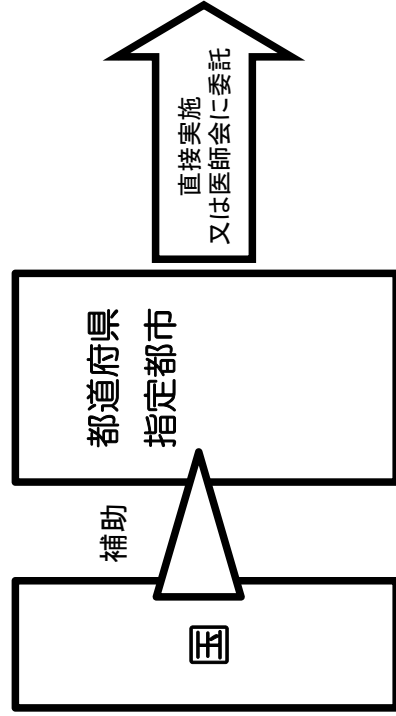
各都道府県・指定都市において、最初に診療することの多い一般内科医等かかりつけ医に対して、うつ病に関する専門的な養成研修を実施し、うつ病の診断技術等の向上を図り、医療機関の連携強化によって、うつ病患者の精神科受診を促進し、多くのうつ病患者の早期発見・早期治療を行うために、また、保健師、看護師、ケースワーカー、スクールカウンセラー等、うつ病を有する者と接し、発見できる機会が多い職種の人を対象とした研修を実施し、医師以外からの発見の範囲も拡大し、早期発見・早期治療のために実施している。また、若年者の統合失調症等の精神疾患について、早期の専門的対応により、重症化を防止するために思春期精神疾患対応力向上研修を実施している。

平成25年度からは、精神科医療従事者と一般医療従事者との連携を行う場を設けるとともに、連携技術習得のための研修を実施する。

<全国実施状況> (※かかりつけ医対象研修)

平成20年度	開催回数106回	受講者数7,216人	平成21年度	開催回数112回	受講者数5,724人
平成22年度	開催回数80回	受講者数4,251人	平成23年度	開催回数69回	受講者数3,731人
平成24年度	開催回数62回	受講者数2,951人			

参考



かかりつけ医うつ病対応力向上研修
(対象：一般かかりつけ医)

思春期精神疾患対応力向上研修
(対象：小児科かかりつけ医等)

精神保健福祉関係者対象研修
(対象：看護師、ケースワーカー、学校関係者等、
医師以外)

うつ病医療連携技術研修・連携会議
(対象：精神科医療従事者＋一般医療従事者)

うつ病に対する医療等の支援体制の強化

うつ病患者の9割以上が内科医等精神科以外の診療科を受診。
早期に精神科医療につなぐことが重要。

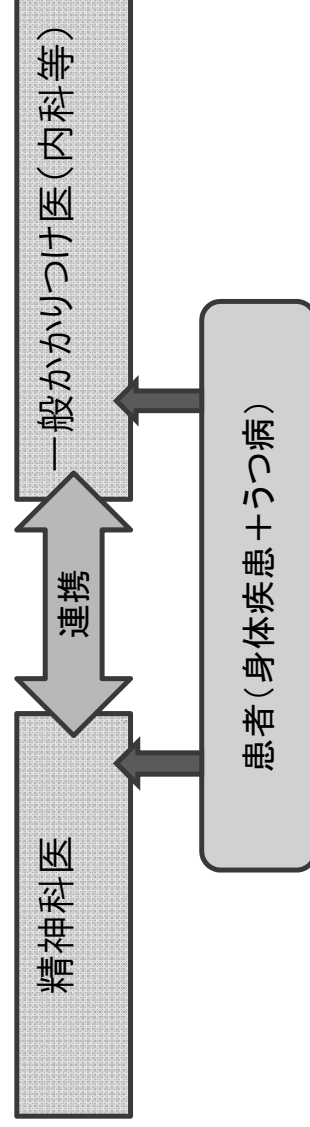


精神科医と一般かかりつけ医の連携強化

○地域レベルでの定期的な連絡会議の開催

- ・一般医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

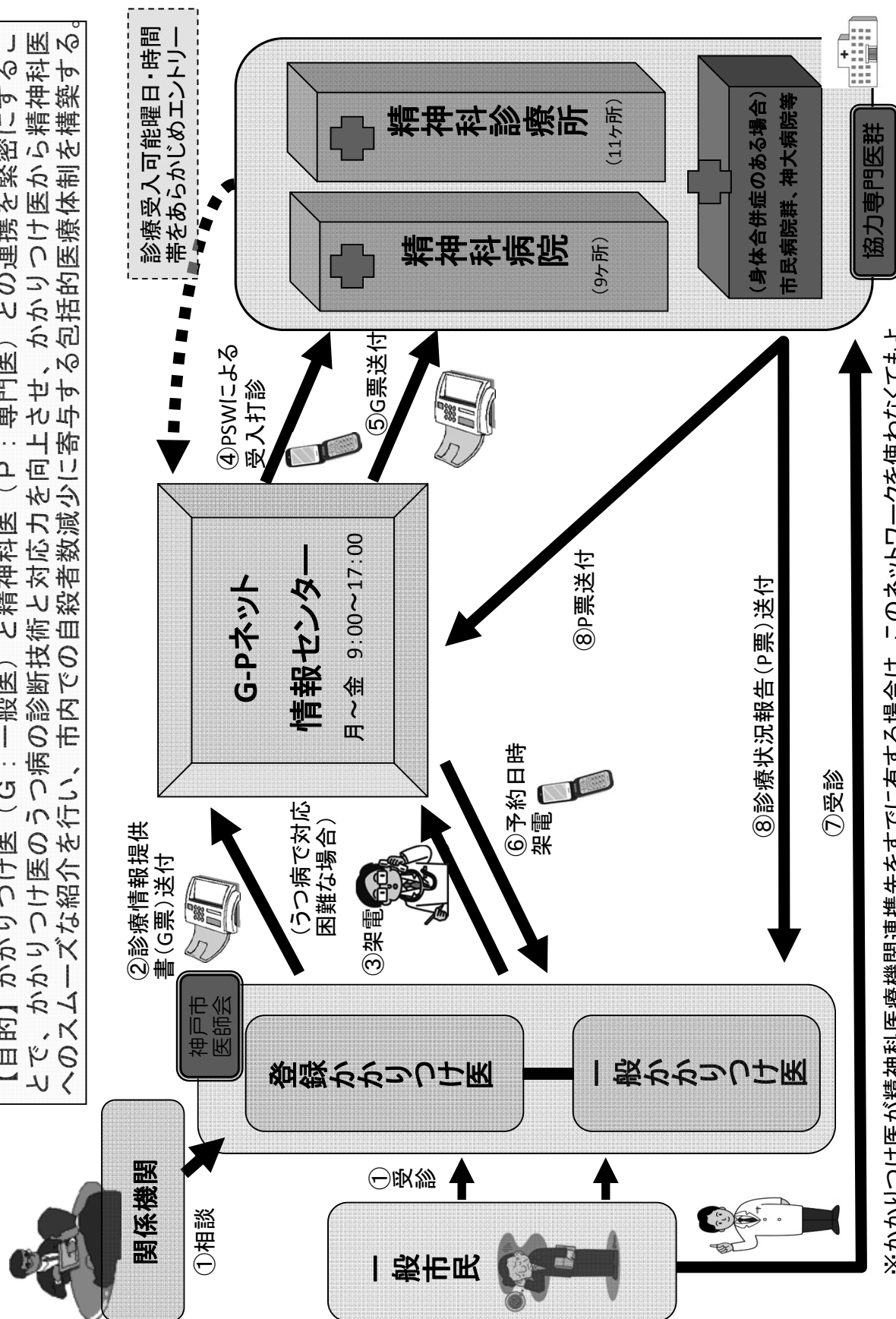
○かかりつけ医から精神科医への紹介システムの運営



かかりつけ医と精神科医の定期的な連絡会議等により
連携を強化し、地域で「顔の見える関係」を構築する。

神戸G-Pネットワーク

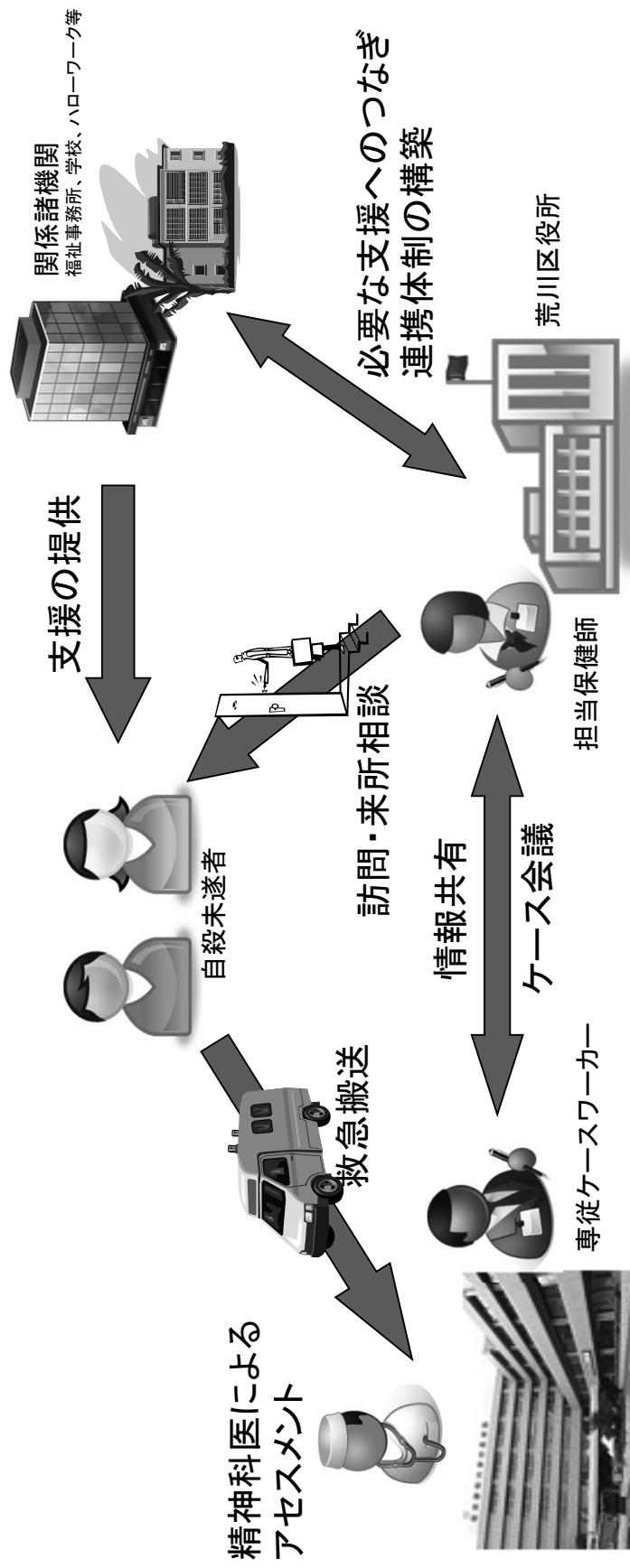
【目的】かかりつけ医（G：一般医）と精神科医（P：専門医）との連携を緊密にすることで、かかりつけ医のうつ病の診断技術と対応力を向上させ、かかりつけ医から精神科医へのスムーズな紹介を行い、市内での自殺者数減少に寄与する包括的医療体制を構築する。



自殺未遂者に対する日本医科大学と 荒川区との連携体制

(平成22年9月～)

- 平成18年～平成21年において日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬送された自殺未遂者392人の分析結果。
 - 自殺未遂者のほぼ全員が何らかの精神障害を有している。
 - 荒川区の在住者は全体の10.7%(42人)であり、その内23.8%(14人)生活保護受給者。
- 医療機関と地域とが密接に連携した自殺未遂者のフォローアップが必要。



日本医科大学付属病院
高度救命救急センター

日本医科大学付属病院の支援の下、区保健師を核とした地域
における自殺未遂者に対する包括的支援体制の確立を図る。

地域自殺予防情報センター運営事業

26年度予算案 6千万円

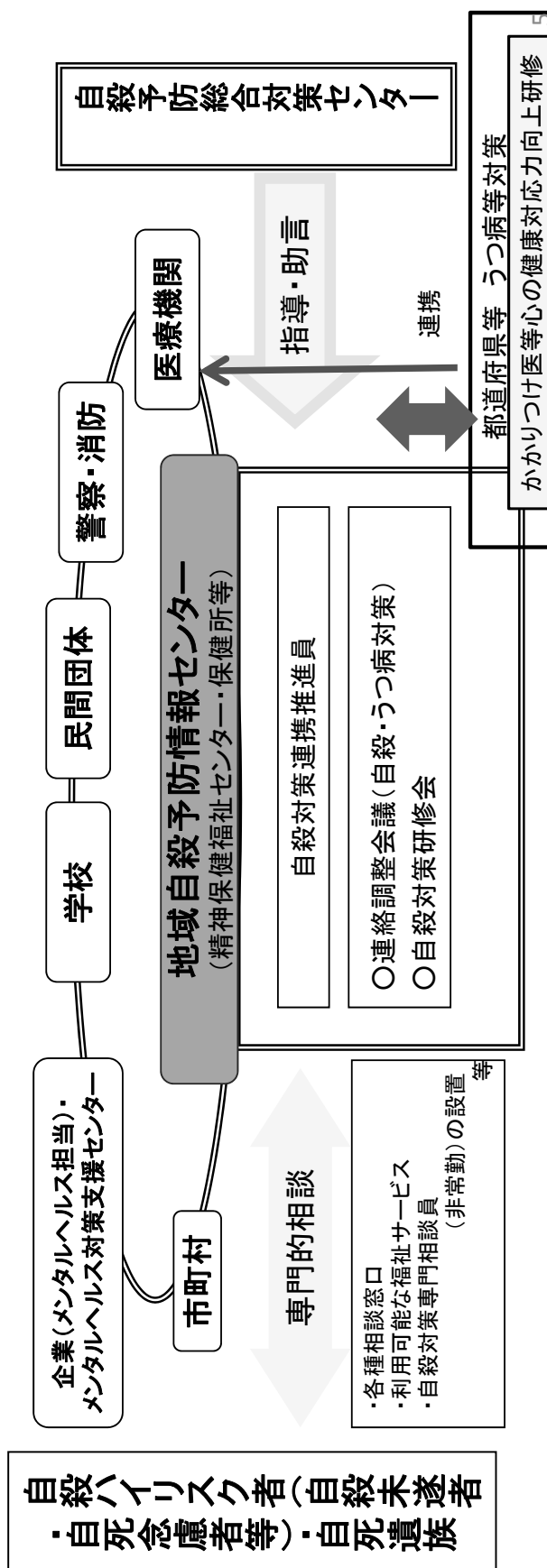
【事業概要】

都道府県・指定都市に地域自殺予防情報センター（精神保健福祉センター、保健所など）を置き、①自殺対策連携推進員及び自殺対策専門相談員の配置や、連絡調整会議の開催により、関係機関のネットワークを強化し、地域の自殺対策の向上を図る、②地域における自殺対策に関する人材を育成するための研修会を行い自殺未遂者・自死遺族等に対して、適切な支援が提供される体制を整備する。

【現状の課題と対応】

本事業について、

- ・地域における関係機関（行政・医療・教育・警察等）相互の連携を図るには体制が十分ではない
 - ・自殺未遂者・自死遺族に対する個々の実情に応じた相談体制が十分ではない
- といった課題があるため、地域でのきめ細やかな対応が可能となる体制を整備するため地域自殺予防情報センターに、自殺対策連携推進員、自殺対策専門相談員の配置したところ。
- さらに、自殺の主な要因に精神疾患があることから、うつ病等の対策と連携し、また、企業のメンタルヘルス担当や学校等とも連携して、地域での総合的な自殺対策を推進する。



14 災害時等こころのケア対策について

(1) 大規模な災害・事件・事故の際の心のケア対策について

近年、地震、水害、火山の噴火等、災害の発生に伴い、住民に対する心のケアを求められる局面が増えている。また、犯罪、事故等の人為災害においても、心のケアの必要性が強く認識されているところである。

各都道府県・指定都市に対しては、平成15年1月に「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」を示しているが、引き続き、このガイドライン等を活用しつつ、災害発生等の非常時に備え、関係機関間の連携強化を図り、心のケアを十分行える体制の確立にご協力願いたい。なお、平成23年3月には「災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版」を作成しており、合わせてご活用いただきたい。

http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual.pdf

心のケアに関する対応を強化する観点から、災害等緊急対応が必要な事態が発生した際に活動する災害派遣精神医療チーム（DPAT）の準備、及び通常時のPTSD、トラウマ等に関する相談体制の強化を目的とした「災害派遣精神医療チーム体制整備事業」を都道府県・指定都市対象の補助事業として平成24年度より実施しており、平成26年度からは、地域生活支援事業の中で実施することとしている。ついては、本事業を活用して、災害時等の心のケア体制の整備を推進していただくよう願います。

また、今後の防災対策及び災害発生時のPTSD・心のケア対策に関して、各自治体に専門的な技術的支援や情報発信を行うことを目的として「災害時こころの情報支援センター」を国立精神・神経医療研究センターに設置しており、各地域での災害時心のケア体制整備や、ケアの実施にあたっては、適宜ご相談いただきたい。なお、平成25年4月（平成26年1月改訂）には、「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」を作成、平成26年1月には、「DPAT活動マニュアル」を作成しており、合わせてご活用いただきたい。

また、災害派遣精神医療医療チーム（DPAT）の運用にあたっては、都道府県・指定都市の災害医療主管課及び精神保健福祉主管課で連携の上、災害派遣医療チーム（DMAT）等と連携した運用を実施していただくとともに、災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領に基づく国立精神・神経医療研究センター（災害時こころの情報支援センター）へのDPAT統括者及びDPAT先遣隊の登録に関しても、各課連携の上、御対応をお願いする。

災害時こころの情報支援センター：<http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>

なお、当センターで、災害派遣精神医療チーム（DPAT）関連業務従事者を対

象とした研修等を実施する予定である。また、厚生労働省では従来から、精神保健福祉センター、保健所、病院等に勤務している医師、看護師、精神保健福祉士等を対象に、PTSD に関する専門的な養成研修を実施しているが、今後も引き続き実施していく予定であり、関係機関に所属する職員のこれらの研修への参加について配慮いただきたい。

この他、内閣府共生社会政策統括官交通安全対策担当が行う交通事故被害者サポート事業の取組で、交通事故被害者、遺族に対する「こころのケア」に関するリーフレットが作成され、交通事故相談所等に配布されている。その中で、PTSD やうつ病の可能性が取り上げられており、相談窓口の一つとして精神保健福祉センター、保健所が紹介されているので、交通事故被害者に対する「心の健康相談」についても、引き続き取り組んでいただくようお願いする。

内閣府交通安全対策担当：<http://www8.cao.go.jp/koutu/sien/index.html>

（２）東日本大震災の被災地の心のケアについて

東日本大震災の被災者の心のケア対策については、平成２３年度から、岩手、宮城、福島各県に心のケアセンターを設置し、専門職による、心の不調を訴える被災者の自宅や仮設住宅への訪問支援、各保健所及び市町村の保健活動への支援等を実施している。

心のケアは今後も長期的に支援が必要であり、２６年度においても、補助事業として現在の各種事業を引き続き行う予定である。岩手、宮城、福島各県におかれては、引き続き市町村及び医療機関等関係機関と連携し、的確にニーズを把握し、被災者の心の健康の維持・向上のため効果的な実施をお願いする。

また、岩手、宮城、福島以外の都道府県におかれても、貴管内に避難されている被災者の心のケアを含む健康支援について、地域自殺対策緊急強化基金の活用等により、ご協力をお願いする。

災害派遣精神医療チーム体制整備事業

近年、地震・風水害などの自然災害、犯罪被害、事故等において、いわゆる「心のケア」の必要性が一般社会においても、また精神保健医療福祉関係者においても強く認識されている。こうした災害、犯罪、事故等の被害者は、PTSD(心的外傷後ストレス障害)をはじめとする様々な心理的な反応が生じることから、専門的なケアが必要となっている。

また、平成23年東日本大震災においては、近親者の喪失、生活基盤の破壊、恐怖体験等が複合的かつ広範囲に発生し、被災者数が史上に例を見ないほどの人数にのぼっていることから、これまで以上に、PTSD対策を中心とした心のケアの対策の実施が必要となっている。また、これらの症状は一過性のものでなく、震災復興にかかる期間以上に長期的に続くことが予想されるため、対策の継続的な実施が必要となっている。

しかし、心のケアに対応する公的部門を設置している地方公共団体は少なく、体制は十分とは言えない状況。

都道府県・政令市

精神保健福祉センター・公立病院等に常設拠点を設置

26年度予算案 地域生活支援事業(462億円)の内数

心のケア対応体制の整備

- ・電話相談、対面相談、訪問支援等により、災害、犯罪、事故等の被害者に対する長期的な相談対応のための常設窓口設置
- ・県内の事故発生時に対応する緊急危機対応チームの設置（県外被害への対応も兼ねた、初動マニュアルの作成等も行う）

災害時の心のケアに関する関係機関による定期的会議の開催

- ・災害等の心のケアにかかる支援者のためのマニュアルの作成・改訂
- ・行政機関(警察含む)、医療機関、学校等の通常時の連絡調整

緊急危機対応チーム研修会の開催

- ・チームへの参加希望者向けの研修や、チーム間の情報交換等のための研修会を実施

15 精神障害者保健福祉手帳について

精神障害者保健福祉手帳については、これまで、本人確認情報として、氏名、住所、生年月日のほか、性別を記入することとしていたが、性同一性障害の方に配慮する観点から、今般、精神保健福祉法施行規則を改正し、平成26年4月から精神障害者保健福祉手帳の性別欄を削除することとした。

性別欄の削除に伴う事務手続等については、本年3月末までに別途事務連絡等によりお示しすることとしているので、各自治体におかれては、改正の趣旨をご理解いただき、手帳の交付に当たっては適切に対応願いたい。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付時において、従来から障害年金の申請促進を行っていただいているところであるが、身体障害者手帳所持者の一部において、公的年金制度の障害年金が受給できるにも関わらず、障害年金の支給申請を行っていない事象が見受けられた。精神障害者保健福祉手帳所持者においても、同様の事象が生じる可能性等を踏まえ、各自治体におかれては、手帳の交付時等において、精神障害者保健福祉手帳所持者等に対し、障害年金の申請促進に向け、更なる働きかけを行っていただくようお願いしたい。

さらに、精神障害者保健福祉手帳所持者に係る公共交通機関の運賃割引については、これまで、手帳の様式を見直して写真の貼付欄を設けるとともに、国土交通省等へ働きかけを行っているところであるが、一部の公共交通機関において、依然として運賃割引の適用を受けられない状況にある。

今般、各自治体で行っていただいている精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの実施状況について取りまとめをさせていただいたものを、別添のとおりお示しさせていただくので、各自治体におかれては、当該資料をご参考いただき、精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの拡充や、公共交通機関等への運賃割引の実施についての働きかけ等、引き続きご協力の程よろしくおねがいしたい。

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳に基づく主なサービス一覧

平成25年12月末現在

都道府県名	主 な サ ー ビ ス の 内 容
北海道	公共施設利用料の減免、医療費助成制度（1級）、バス・タクシーの運賃割引、バス運賃助成、道営・市町村受託優先入居、水道料金の減免
青森県	県有施設等の使用料の免除・減免、県バス協会加盟民間及び市営バスの県内路線バス運賃割引、JRを除く県内民間鉄道3社の鉄道運賃割引制度、1級所持者の医療費助成、県営住宅優先入居
岩手県	公共施設等の利用料の減免、県営住宅優先入居、一部県内タクシー券交付、公営バス・路線バス運賃減免（一部地域）、通所交通費助成（一部）、健康診査・がん検診料免除（一部）、県内民間鉄道（いわて銀河鉄道）の運賃割引、パーキングパーミット制度に基づく利用者証の交付（1級）
宮城県	公共施設等の利用料の割引、県営住宅の一般向住宅の入居申込者に対する抽選での優遇、若しくは特別割当住宅への申込、一般路線バス運賃の割引
秋田県	公共施設等の利用料の無料・割引、県内民営バス4社運賃割引、タクシー運賃の割引（一部）
山形県	医療費助成（1級）、県営住宅優先抽選、公共施設利用料の減免、県内民営バス5社運賃割引
福島県	県立施設の利用料減免、医療費助成制度（1級、2・3級かつ身体障害者手帳又は療育手帳所持）、県内民営バス5社・会津鉄道の運賃割引
茨城県	県立施設等の入館料等の減免、県内民営バス8社運賃割引、県営住宅の優先入居（1、2級）
栃木県	県立施設等の利用料金の割引、野岩鉄道の運賃割引、一部路線バスの運賃割引
群馬県	公共施設等の利用料の減免、私営鉄道（JR除く）の運賃割引、路線バス（公営・民営）の運賃割引、医療費助成制度（1級）
埼玉県	公営住宅優先入居、公共施設使用料等の減免、県バス協会加盟バスの運賃割引、福祉タクシー券・自動車燃料費助成（一部市町村）、市町村営循環バス運賃減免（一部市町村）、在宅重度心身障害者手当（1級 所得制限等あり）、自動車運転免許取得費・自動車改造費助成（一部市町村）、手帳申請時の診断書料助成（一部市町）
千葉県	公共施設等の入園料等の減免、県営住宅の入居申込者に対する抽選での優遇（1、2級）、県営水道料金の一部免除（1級）
東京都	都営住宅の優先入居・特別減額、都立施設使用料無料、都営交通乗車証の発行、都内路線バス運賃割引、都立公園内駐車場の無料利用、一部タクシー運賃割引、全国37ヶ所の宿泊施設利用料金の一部助成
神奈川県	県営住宅優先入居・家賃減免、タクシー券の交付（一部市町村）、公共施設利用料金免除、県営水道料金の減免、在宅重度障害者等手当（身体・知的障害との重度重複の方に限る）、医療費助成制度（1級、通院医療のみ対象）
新潟県	県立8施設の利用料の免除、県内路線バス運賃割引、佐渡汽船運賃割引
富山県	県立施設等の個人利用料金の減免（専用利用を除く）、私営鉄道（JR除く）、私営バスの運賃割引、県営住宅優先入居
石川県	一部バス・タクシーの運賃割引、公共施設等利用料の免除・割引
福井県	医療費助成制度（1級、2級）、私営鉄道（JR除く）の割引、私営バスの運賃割引、市営バスの運賃割引（一部市町）、タクシー利用券の交付（一部市町）、公営住宅の優先入居および家賃の減免（一部市町）、県立施設等の入場料の免除・減免
山梨県	県有施設の無料・割引、医療費助成制度（1、2級）、公営住宅の優先入居、タクシー利用券の交付（一部市町村実施）
長野県	県立施設の利用料等の減免、県営住宅の家賃の減免及び優先入居（単身も可）、医療費助成制度（一部市町村）、バス運賃割引、しなの鉄道運賃割引
岐阜県	県有施設の利用料の減免、免除、医療費助成制度（1、2級）、県営住宅の優先入居（1、2級）、県バス協会加盟バスの運賃割引
静岡県	県バス協会加盟バス運賃割引、一部県内私営鉄道運賃割引、タクシー券交付（県内一部を除く）、県立施設等の利用料の減免、県営住宅の入居条件の優遇、医療費助成制度（1級）
愛知県	公共住宅の優先入居・家賃の軽減、公共施設等の利用料免除・軽減、医療費助成制度（1、2級）
三重県	県立施設等の利用料免除・減額、県営住宅の優先選考（1、2級）、バス・タクシー利用助成（一部市町を除く）、医療費助成制度（1級）（一部市町を除く）
滋賀県	自立支援医療（精神通院）自己負担分の助成（精神手帳1・2級）、公共施設の利用料減免、県営住宅入居抽選優先倍率適用、一部路線バスの運賃割引（バス会社独自制度）
京都府	公共施設の利用料減免、府営住宅の優先入居
大阪府	公共施設の利用料減免、府営住宅の福祉世帯向け応募、一部府内バス・タクシー料金の減免
兵庫県	県立施設等の利用料の減免、県営住宅の優先入居（1、2級）、医療費助成制度（1級）、パーキングパーミット制度（兵庫ゆずりあい駐車場制度）に基づく利用証の交付（1級所持者でありかつ歩行が困難なものに限る）
奈良県	県立施設等の利用料の免除、民営バス運賃割引（バス会社独自サービス）、県営住宅自動車駐車場料金免除
和歌山県	県有施設入場料・使用料の無料・減免、県営住居・入居所得基準の優遇（1、2級）、県営住宅優先抽選、県営駐車場の使用料の減免、県立医科大学付属病院受診時の駐車場使用料免除、バス運賃割引（一部を除く）
鳥取県	県立施設等の利用料の減免、県内路線バスの運賃割引、医療費助成制度（1級）、県営住居入居優遇制度
島根県	県立施設等の利用料の免除・減免、一部市町営バスの運賃割引、県内民営鉄道（JR除く）の運賃割引、タクシー券交付（一部市町）、一部民営旅客船の運賃割引、県営住居入居優遇制度、一部市町営住宅入居優遇制度
岡山県	公共施設等の利用料の減免、路線バス運賃の減免、JR以外の一部私鉄の運賃の減免、県営住宅入居抽選における優遇
広島県	路線バス、鉄道（JR除く）の運賃割引、県立施設等利用料の減免、県営住宅入居当選率の優遇（1、2級）

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳に基づく主なサービス一覧

平成25年12月末現在

都道府県名	主 な サ ー ビ ス の 内 容
山口県	公共施設利用料の減免、バス運賃割引、医療費助成(1級)、県営住宅入居抽選における優遇、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)
徳島県	路線バス運賃の減免、公共施設の利用料減免、県営住宅優先入居
香川県	県内公共施設等入園料等の免除・減免、タクシー(一部を除く)10%割引、路線バス等(一部を除く)運賃割引
愛媛県	県公共施設利用料の減免、県営住宅への優先入居、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付
高知県	県立施設入場料・利用料の免除・減免、県営住宅の優先入居、パーキングパーミット制度(こうちあったかパーキング制度)に基づく利用証の交付、土佐くろしお鉄道運賃割引、一部タクシー運賃10%割引、一部路線バス運賃割引
福岡県	県立施設等の利用料の減免、県営住宅の優先入居、県内第三セク鉄道2社の運賃割引制度、医療費助成制度(1級)、県内民間バス事業者1社の運賃割引制度、「ふくおか・まごころ駐車場」制度(1級)
佐賀県	公共施設等の利用料割引、県外第三セク鉄道2社の運賃割引、県内3社県外1社の県内路線バス運賃割引、乗船運賃割引、県営住宅入居当選率の優遇、タクシー(一部を除く)10%割引
長崎県	公共施設の利用料減免、県内バス運賃割引、県内路面電車運賃割引、タクシー(一部を除く)10%割引、九州商船(一部航路)運賃割引、松浦鉄道運賃割引、公営住宅の優先入居
熊本県	県内バス・電車運賃割引(1～3級)(熊本市内在住者のバス・市電運賃の割引)、医療費助成(1級)、県立施設使用料等の免除、県営住宅入居時抽選の倍率優遇、県立劇場主催事業の割引
大分県	公共施設の一部利用料減免、医療費助成(1級)、県営住宅入居抽選時の優遇
宮崎県	路線バス運賃割引、公営住宅の優先入居、県立施設の利用料減免
鹿児島県	県立施設等の使用料等減免・免除、県営住宅入居優先制度(抽選回数2回)、肥薩おれんじ鉄道利用割引(1・2級)、路線バス等(一部を除く)の割引、タクシー(一部を除く)10%割引、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)
沖縄県	公共施設等の利用料の免除・割引、モノレール、路線バス、タクシーの運賃割引、県営住宅入居抽選時に優遇措置(1、2級)
指定都市名	主 な サ ー ビ ス の 内 容
札幌市	公共施設の使用料等の減免、交通費助成(タクシー利用券、バス・地下鉄乗車券、自家用車燃料券の3つから選択)、医療費助成(1級)
仙台市	交通費助成(タクシー利用券、バス・地下鉄乗車証、自家用車燃料費助成券の3つから選択交付)、市営駐車場料金一部割引、市営住宅入居申込時の優遇措置、公共施設の使用料等の免除
さいたま市	公共施設の使用料減免、市営住宅の抽選における優遇措置、路線バス運賃割引、手帳申請時の診断書料助成、医療費助成制度(1、2級かつ65歳以上で後期高齢者医療加入者)、福祉手当(1、2級)、福祉タクシー利用券(1級)、通所交通費助成、資源やごみの排出支援
千葉市	通所交通費助成、福祉タクシー利用券(1級)または自動車燃料費助成(1級)、市営住宅入居の優遇措置(1、2級)、公共施設の利用料免除、医療費助成(1級)、福祉手当(1級)、路線バス運賃割引、上下水道料金の減免(1級)
横浜市	水道料金等の減免、バス・地下鉄等特別乗車券の交付、住み替え家賃助成、民間住宅あんしん入居(保証人がいない方)に対しての民間住宅への入居支援)、市営住宅入居優遇、医療費助成
川崎市	交通費助成(市内運行バス乗車券、タクシー利用券(1級)から選択交付)、タクシー10%割引、公営施設等の入場料割引、医療費助成(1級入院除く)、市営住宅入居優遇制度、居住支援制度(保証人がいない方)に対しての民間住宅の入居支援)
相模原市	福祉手当支給、交通費助成(タクシー券・ガソリン券)【1、2級】、医療費助成【1、2級】、公共施設等の利用料優遇、公共下水道使用料減免【1級】、市営駐輪場の割引、市営駐車場の割引【1級】、市営住宅入居優遇
新潟市	市立施設の利用料・入場料の減免、市営住宅の入居抽選の優遇(1、2級)、精神科入院医療費の助成(1、2級、所得制限あり)、路線バスの運賃割引
静岡市	交通費助成(市内バス電車又はJR乗車券の交付)、市内バス電車の運賃割引、市立施設のうち減免規定のある施設で入場料等を減免
浜松市	交通費助成(バス・電車券、タクシー券、ガソリン券等から選択交付)、市立施設のうち減免規定のある施設で入場料等を減免
名古屋市	福祉特別乗車券の交付(市バス、地下鉄)・福祉タクシー利用券(1級)、障害者医療費助成(1、2級、所得制限あり)、障害者自立支援配食サービス、市営住宅の入居、市営施設等利用料の免除・割引、資源やごみの排出支援
京都市	公共施設の利用料減免、福祉乗車証(市バス、市営地下鉄、一部民営バス)、タクシー利用券(1級)、市営住宅の優先選考(1、2級)、自立支援医療負担額の軽減
大阪市	市営交通運賃の免除・割引、市内文化施設への入場優待、本市公営自動車駐車場・自転車駐輪場利用料の減免
堺市	市立施設等の利用料の減免、手帳申請時の診断書料助成(市民税非課税世帯の方)
神戸市	福祉乗車証(市バス・地下鉄等無料バス)、有料施設等利用料減免、障害者用駐車券(1級)、市立駐輪場の割引、障害者特別給付金(1、2級、制度的無年金者、所得制限あり)、重度障害者医療費助成(1級、所得制限あり)、市営住宅の優遇抽選
岡山市	市立施設使用料等の減免・割引、駐車場使用料金の減免・割引、市営住宅入居抽選時の優遇措置、路線バス運賃の割引、市内中心部の路面電車運賃の割引、家庭ごみ有料化減免制度、岡山市の許可保育園の保育料免除、生活福祉資金貸付制度
広島市	バス・市内電車の運賃の割引、公共交通機関利用助成(所得制限)、福祉タクシー利用助成(1級、所得制限)、上下水道料金の減免(1、2級)、市立施設利用料の減免、大型ごみ排出支援(単身者)、自動車運転免許取得助成、市営駐車場の駐車料金の減免(1級)、市営駐輪場の駐輪料金の減免、市営住宅の入居抽選の優遇(1、2級)
福岡市	市営住宅の優遇措置及び家賃の減免、市立施設等の利用料の減免、市営地下鉄運賃の助成、交通費の助成(70歳以上)、自動車運転免許取得の助成、医療費助成(1級)、移動支援(1・2級、児童、自己負担あり)
北九州市	公営住宅専用募集枠、市営バス福祉優待乗車証、市営渡船運賃割引、公共施設利用料減免、障害者あんしん法律相談、自動車運転免許取得助成、タクシー利用券(1級)、モノレール乗車券割引、医療費助成、交通費助成
熊本市	市営住宅の優遇措置(1、2級)、医療費助成(1級)、優待証(施設入場料の免除、市内運行の路線バス・電車の利用料の減額)の交付、施設入場料等の減免、タクシー券(1、2級)の交付、自動車運転免許取得の助成

16 依存症対策について

政府における各種依存症対策の取組として、「第四次薬物乱用防止五か年戦略」（平成25年8月7日決定）や「常習飲酒運転者対策の推進について」（平成19年12月26日常習飲酒運転者対策推進会議決定）、「自殺総合対策大綱」（平成19年6月8日閣議決定、平成24年8月28日一部改正）において、相談支援の充実等が掲げられている。

特に、アルコール問題については、昨年12月に「アルコール健康障害対策基本法」が成立し、アルコール依存症等の健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施するとともに、日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるように支援することが求められている。

この中で、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進するため、国においては「アルコール健康障害対策推進基本計画」を策定するとともに、都道府県におかれては「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」の策定に努めるよう求められているので、ご留意願いたい。

また、昨年6月の更生保護法の改正により、薬物事犯者の刑の一部が執行猶予されることとなり、今後、地域における薬物依存症対策が特に重要となってくることを踏まえ、自治体におかれては、改正法の施行に向け、一部執行猶予となった薬物事犯者に対する医療支援体制の拡充等についてご配慮願いたい。

このような現状等を踏まえ、厚生労働省においては、平成21年度から「地域依存症対策推進モデル事業」、平成22年度から「依存症回復施設職員研修事業」、平成24年度から「地域依存症対策支援事業」及び「依存症家族研修事業」を実施するとともに、厚生労働科学研究において、各種依存症に対する研究が行われているところである。

さらに、平成26年度から、依存症の治療及び回復支援を目的として、「依存症治療拠点機関設置運営事業」を実施することとしている。

具体的には、依存症の治療を行っている精神科医療機関のうち、5箇所程度を「依存症治療拠点機関」として指定し、依存症に関する専門的な相談支援、関係機関（医療機関、自治体、自助団体等）や依存症者の家族との連携・調整等を試行的に実施し、依存症についての知見の集積を行う。

また、併せて、依存症治療を専門的に行っている医療機関を全国拠点機関として指定し、集積した知見の評価・検討を行うことで、依存症の治療・回復プログラムや支援ガイドラインの開発や支援体制モデルの確立を行うこととしている。

アルコール健康障害対策基本法について

基本認識

酒類が国民の生活に豊かさと潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高い

定義

アルコール健康障害: アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害

基本理念

アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施するとともに、日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるように支援

飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

責務

国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務を規定

アルコール関連問題啓発週間

国民の間に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めるため、アルコール関連問題啓発週間（11月10日から同月16日まで）を規定

アルコール健康障害対策推進基本計画等

アルコール健康障害対策推進基本計画: 内閣総理大臣が関係行政機関の長と協議するとともに、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、案を作成し、法施行後2年以内に閣議決定

都道府県アルコール健康障害対策推進計画: 都道府県に対し、策定の努力義務を規定

基本的施策

教育の振興・不適切な飲酒の誘引の防止・健康診断及び保健指導・アルコール健康障害に係る医療の充実等・アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等・相談支援等・社会復帰の支援・民間団体の活動に対する支援・人材の確保等・調査研究の推進等を規定

アルコール健康障害対策推進会議・関係者会議

内閣府、法務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、警察庁その他の関係行政機関の職員をもって構成し、連絡調整を行うアルコール健康障害対策推進会議の設置を規定

アルコール健康障害対策推進会議の連絡調整に際して、専門家、当事者等の意見を聴くアルコール健康障害対策関係者会議の設置を規定

※ 法律の施行当初は、内閣府において基本計画の策定及び推進に関する事務を所掌し、基本計画の策定後3年以内に当該事務を厚生労働省に移管

（新規）依存症治療拠点機関設置運営事業について

（新規）26年度予算案 11,743千円）

【目的】

- アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患である一方、依存症の特性（否認や医療機関の不足等）から、依存症者が必要な治療を受けられない現状にある。
- このため、依存症の治療及び回復支援を目的として、依存症の治療を行っている精神科医療機関のうち、5箇所程度を「依存症治療拠点機関」として指定し、依存症に関する専門的な相談支援、関係機関（医療機関、自治体、自助団体等）や依存症者の家族との連携・調整等を試行的に実施し、依存症についての知見を集積するとともに、依存症治療を専門的に行っている医療機関を全国拠点機関として指定し、集積した知見の評価・検討を行うことで、依存症の治療・回復プログラムや支援ガイドラインの開発や支援体制モデルの確立を行う。

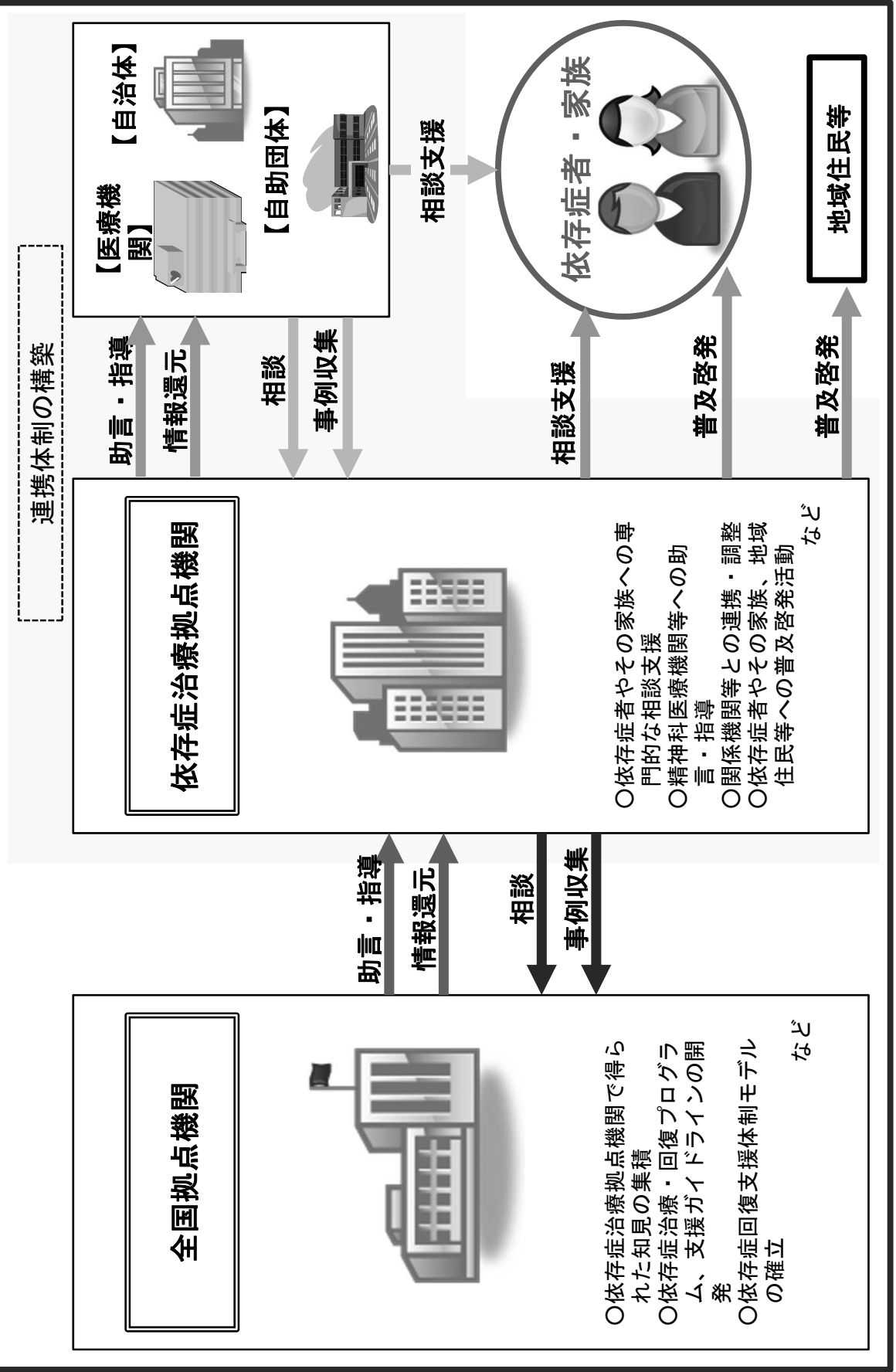
【対象】

- 依存症治療を行っている精神科医療機関 5箇所程度
- 全国拠点機関 1箇所

【実施内容】

- （１）依存症治療拠点機関
 - 依存症者やその家族への専門的な相談支援
 - 精神科医療機関等への助言・指導
 - 関係機関等との連携・調整
 - 依存症者やその家族、地域住民等への普及啓発活動 など
- （２）全国拠点機関
 - 依存症治療拠点機関で得られた知見の集積
 - 依存症治療・回復プログラム、支援ガイドラインの開発
 - 依存症回復支援体制モデルの確立 など

(全体イメージ図)



17 摂食障害対策について

神経性無食欲症や神経性大食症などの摂食障害の治療においては、患者へのカウンセリングや、患者の家族が摂食障害について理解することが必要不可欠である。また、患者に対する栄養療法・栄養管理なども重要となってくる。

一方、摂食障害の治療についての知見が乏しく、また、患者へのカウンセリング、患者の家族への支援、栄養療法・栄養管理などを一体的に行う医療機関が必ずしも多くないのが現状である。

さらに、摂食障害はその疾病の特性上、身体合併症状があり、生命の危険を伴うことがあるため、総合的な救急医療体制が必要となる。

このような現状を踏まえ、平成26年度から「摂食障害治療支援センター設置運営事業」を行うこととしている。

具体的には、精神科又は心療内科外来を有する救急医療体制が整備された総合病院のうち、5箇所程度を「摂食障害治療支援センター」として設置し、急性期における摂食障害患者への適切な対応、専門的な相談支援、他の医療機関、自治体等や患者の家族との連携・調整を図るほか、治療や相談支援等に携わる関係機関の医師等に対し、摂食障害についての助言・指導や地域における摂食障害に関する普及啓発等を試行的に実施し、摂食障害についての知見の集積を行う。

また、併せて摂食障害の治療・研究を行っている医療機関を全国拠点機関に指定し、集積した知見の評価・検討を行うことで、摂食障害の治療プログラムや支援ガイドラインの開発及び支援体制モデルの確立を行うこととしている。

(新規) 摂食障害治療支援センター設置運営事業について

(新規) 26年度予算案 18,893千円)

【目的】

- 神経性無食欲症や神経性大食症などの摂食障害の治療においては、患者へのカウンセリングや、患者の家族が摂食障害について理解することが必要不可欠である。また、患者に対する栄養療法・栄養管理なども重要となってくる。

一方、摂食障害の治療についての知見が乏しく、また、患者へのカウンセリング、患者の家族への支援、栄養療法・栄養管理などを一体的に行う医療機関が必ずしも多くないのが現状である。

さらに、摂食障害はその疾病の特性上、身体合併症状があり、生命の危険を伴うことがあるため、総合的な救急医療体制が必要となる。

- このような現状を踏まえ、精神科又は心療内科外来を有する救急医療体制が整備された総合病院のうち、5箇所程度を「摂食障害治療支援センター」として設置し、急性期における摂食障害患者への適切な対応、専門的な相談支援、他の医療機関、自治体等や患者の家族との連携・調整を図るほか、治療や相談支援等に携わる関係機関の医師等に対し、摂食障害についての助言・指導や地域における摂食障害に関する普及啓発等を試行的に実施し、摂食障害についての知見を集積するとともに、摂食障害の治療・研究を行っている医療機関を全国拠点機関に指定し、集積した知見の評価・検討を行うことで、摂食障害の治療プログラムや支援ガイドラインの開発及び支援体制モデルの確立を行う。

【対象】

- 精神科又は心療内科外来を有する救急医療体制が整備された総合病院 5箇所程度
- 摂食障害の治療・研究を専門的に行っている医療機関 1箇所

【実施内容】

(1) 摂食障害治療支援センター

- 摂食障害に関する専門的な相談支援
- 急性期における摂食障害患者への適切な対応
- 医療機関等への助言・指導
- 関係機関等との連携・調整
- 摂食障害患者やその家族、地域住民等への普及啓発活動 など

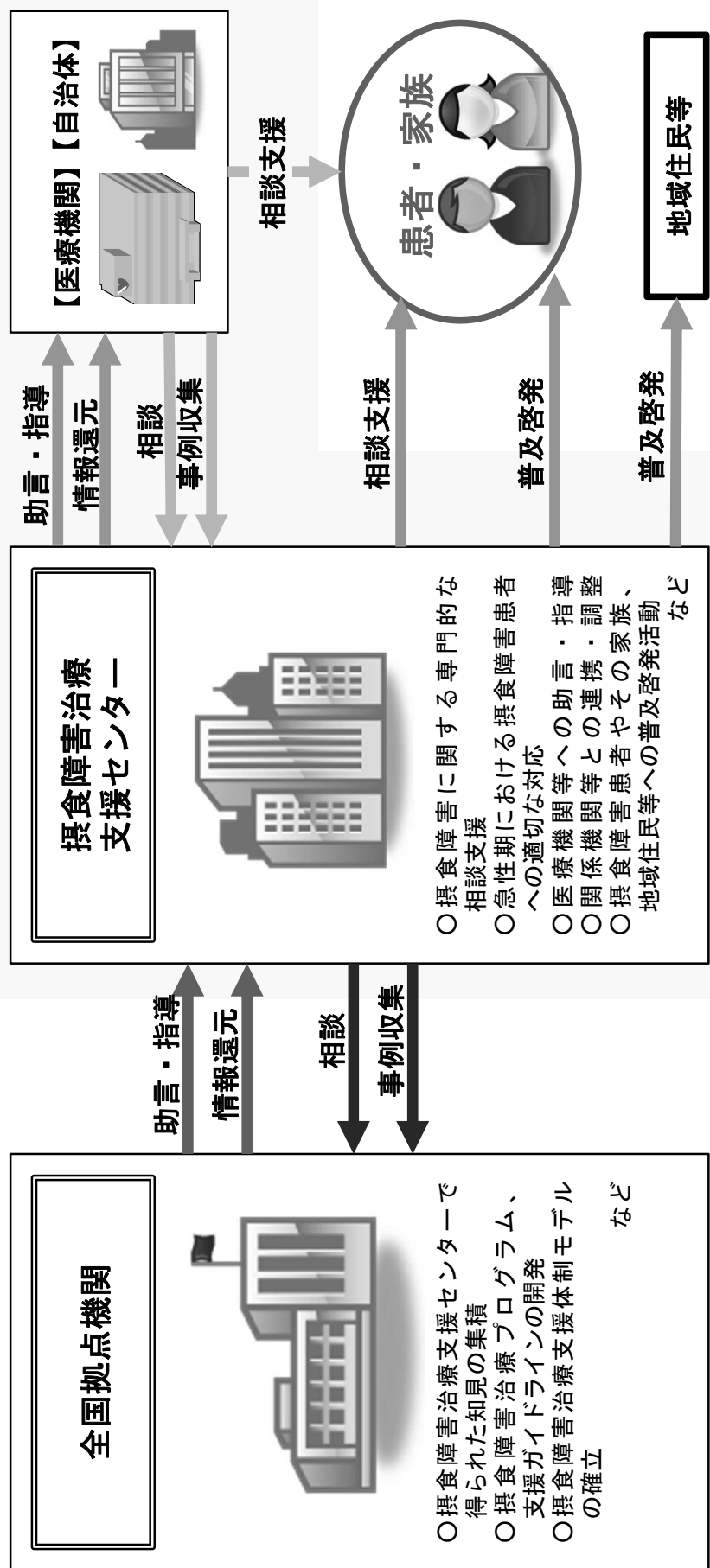
(2) 全国拠点機関

- 摂食障害治療センターで得られた知見の集積
- 摂食障害治療プログラム、支援ガイドラインの開発
- 摂食障害治療支援体制モデルの確立

など

(全体イメージ図)

連携体制の構築



18 精神保健福祉センターについて

各自治体の精神福祉センターにおかれては、精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、複雑困難な事例に対する相談指導等のほか、就労を含めた社会復帰に関する相談支援を行っていただいているところである。

また、精神科医療機関においては、うつ状態により離職又は求職している方が復職、再就職の準備性を高める「リワークプログラム（復職支援）」を行っているが、一部の精神保健福祉センターにおいては、当該取組を実施している精神科医療機関と連携した独自の取組として行っている。

今般、精神科医療機関におけるリワークプログラムの例について紹介させていただくので、各自治体におかれては、リワークプログラムを行っている管内の精神科医療機関との連携等を行うなど、引き続きうつ病をはじめとした精神障害者の方に対する就労支援等に取り組んでいただきたい。

(例) メディカルケア虎ノ門

- リワークカレッジ[®]、リワーク・スクールを実施。
- 産業医の経験が豊富な精神科医をはじめ、多職種のスタッフがチームを組み、総合的な視点から病気の回復と同時に職場復帰や再発、再休職予防の支援を行っている。
- なお、リワーク・カレッジ[®]、リワーク・スクールを希望する者は転院が条件。

スタッフ：保健師、看護師、精神保健福祉士、
作業療法士・臨床心理士、産業カウンセラー、
キャリアコンサルタント

復職支援マネジメントプログラム虎ノ門(RAMP-T)

1. 診療による病状の回復と管理

診察を週1回とし、診断の見直しを元として、薬物療法の見直しを必要に応じて行う。

生活指導も診察時に行いながら、規則正しい日常生活の中で安定した病状を確保する。

日中の活動は図書館に午前中・週5日間通える程度の病状回復を目指し、プログラムを始める。

復職支援マネジメントプログラム虎ノ門(RAMP-T)

2. プレ・リワーク(集団精神療法)

規則正しい生活リズムの回復を早期に確立し、スムーズかつ早い時期にリワークプログラムに入ることにより休職期間を短縮することができる。

そのためには、日常の活動や症状の状態の記録を習慣づけて、自身の状態を把握して、主治医に正確な症状を伝えて、的確な治療とすることにより症状を改善するとともに、生活を見直し規則正しい生活リズムを回復させることが重要である。また、不調のサインに気付くようになる。

主治医との1対1の診察だけでなく、専門スタッフや同じ目標をもつ仲間との交流やグループ活動等によって、本格的なリワークプログラムへのリネスを高めていく。

復職支援マネジメントプログラム虎ノ門(RAMP-T)

3. リワーク・スクール(デイケア、デイナイトケア)(Level 1 ～ Level 3)

週2日(Level 1)から虎ノ門まで通勤訓練を開始し、集団での作業を通じて復職の基礎となる心身の土台を作っていく。家庭での療養から、集団での活動を始める。

はじめは疲労が残るかもしれないが、段々と慣れていけば、週3日(Level 2-3)と参加日数を増やしていく。

プログラム中のオフィスワークでは、うつ病講座テキストをはじめとした書籍からうつ病に対する正しい理解を深め、休職に至った原因を自己分析し文章化する作業を行う。

また、運動プログラム、セルフケア(心理教育)、生活習慣講座といったプログラムも行う。特に休職した理由を自分なりに良く理解していることが、その後のリワーク・カレッジ®でのプログラムの成果につながる。

【プログラム内容例】

	月	火	水	木	金
午前	卓球	頭と身体のストレッチ	オフィスワーク (自主課題)	卓球	オフィスワーク (自主課題)
午後	オフィスワーク 生活習慣講座	オフィスワーク (自主課題)	セルフケア	オフィスワーク (自主課題) 利用ガイダンス	オフィスワーク (自主課題)
ナイトケア	—	—	スキルアップ タイム	—	—

- ・オフィスワーク：心身の疲労のサインに気づき、対処法を工夫しながら集中力を鍛える
- ・自己分析：うつ病になった経緯を振り返り、レポートにまとめる
- ・セルフケア：病気や療養について、リハビリテーションやコミュニケーションについての正しい知識を学ぶ
- ・生活習慣講座：疾病教育（気分障害や不安障害など）、生活指導、服薬指導、アルコールや睡眠、自律神経等について学び、求職中の規則正しい生活リズムを作る
- ・頭と身体のストレッチ：筋力アップのストレッチ等の軽運動で基礎体力を高める。ダーツ、ジェンガ、カードゲーム、ボードゲーム等、集団で頭を使いながら時間を楽しむ。ヨガや呼吸法により自律神経のバランスを整えるなどのリラクゼーション法を習得する
- ・卓球：運動しながら対人交流を促進し、パートナーシップの練習をする
- ・スキルアップタイム：個人のスキルアップのための作業を集中して行う時間（課題例：語学、ビジネス関連の検定、資格試験の勉強など）
- ・個別面談：定期的にスタッフによる個別面談を実施し、個別的サポートを行う。自己分析作成や各自の課題への取組をサポート

復職支援マネジメントプログラム虎ノ門(RAMP-T)

4. リワーク・カレッジ®(デイケア、デイナイトケア)(Level 3 ～ Level 6)

週4日、週5日で行われるプログラムの目的は、職場復帰と再休職予防を目標として、擬似的な職場(Pre-Office)において実践的な体験を通して復職準備性を高めることである。

セルフケア(心理教育)やプレゼンテーショントレーニング、キャリア支援プログラム、集団プログラムなどを通して自己解決に必要な能力を養う。

また、週5日のレベルではナイトケアで認知行動療法の導入編を実施する。

【プログラム内容例】

	月	火	水	木	金
午前	オフィスワーク (自主課題)	オフィスワーク (自主課題)	オフィスワーク (自主課題)	オフィスワーク (自主課題)	オフィスワーク (自主課題)
午後	オフィスワーク (自主課題)	セルフケア	オフィスワーク (自主課題)	メンバー主体 プログラム	セルフケア
ナイトケア	スキルアップ タイム	スキルアップ タイムPLUS	スキルアップ タイム	認知行動療法	—

- ・オフィスワーク：職場に関連する課題を自分自身で設定し、目標に向かって取り組む
- ・セルフケア：再発予防に向け、認知のクセや対人関係パターン等に気づき、自己理解を深め、ストレスコーピングスキルを向上させる。また復職後の働き方についても考えていく
- ・メンバー主体プログラム：再発予防についてメンバー間で考え、メンバーが主体的にプログラムを企画・実施と
いった協働体験をする(ミーティングやプレゼンテーション)
- ・認知行動療法：復職時や復職後に想定される問題に対し、認知再構成法(コラム表)やロールプレーによるリハーサルをおこない、事前に対処法を学ぶ
- ・スキルアップタイム：個人のスキルアップのための作業を集中して行う時間(課題例：語学、ビジネス関連の検定、資格試験の勉強など)
- ・スキルアップタイムPLUS：復職に向けた課題(コミュニケーションも含む)に取り組む時間(課題例：復職面談の準備、苦手なコミュニケーション場面のロールプレイなど)
- ・個別面談：定期的にスタッフによる個別面談を実施し、個別的サポートを行う。自己分析作成や各自の課題への取組をサポート、月1回程度は評価面談

復職支援マネジメントプログラム虎ノ門(RAMP-T)

復 職

復職後フォローアップ(土曜日・
シヨートケア)

再休職予防のためのうちの集団認知行動療法
セミナー(CBGT)

復職後に起こりえるストレスフルな状況に対し、有効に対処できるよう「レジリエンス」を高め、生活リズムを保ちながら、1週間の振り返りやテーマトーク等を行い、再休職予防を目指す。

仲間と悩みを共有し互いに支え合うことで、復職後の孤独感の緩和にも役立つ。

復職後に実際に起こる悩みや問題を取り上げ、講義・ディスカッション・ワーク(ロールプレイやアクションチェック)を通じて、認知面だけでなく、行動面にも取り組みながら、再休職予防に取り組む実践的な内容である。

このセミナー終了者は、定期的なフォローアップにも参加できる。

19 てんかんの方の運転免許の取得等について

てんかんを含め、一定の病気にかかっている方の自動車運転免許の取得に当たっては、治療・投薬により自動車運転が可能な方については、本人から都道府県公安委員会に対し病状等について申告し、運転免許の取得・更新を行っている。

しかしながら、昨今の自動車による死亡事故等の現状を受け、昨年6月に道路交通法が改正され、

- ・ 運転免許の取得・更新時に一定の病気等への該当の有無について公安委員会が質問票を交付できることを規定し、質問票に虚偽の記載をした場合の罰則の新設
- ・ 一定の病気等に該当する患者を認めた医師は、当該患者が免許取得者であることを知った場合は任意で届出できることが規定された。

また、昨年11月に「自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律」が成立し、一定の病気等の影響により、正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で自動車を運転し、病気の影響により正常な運転が困難な状態に陥って、人を死傷させた場合の罰則が強化されることとなった。

各自治体におかれては、てんかんを含めた精神障害者の方に対し、

- ・ てんかん等に罹患している場合であっても、適切に治療・投薬を受け、主治医から運転可能である旨診断されていれば、運転は可能であること、
- ・ 適切に治療・投薬を受け、運転に支障がない場合で、かつ、免許取得・更新時に病状等について適切に申告していれば、自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律に基づく「危険運転致死傷罪」の対象とはならないこと

について、充分ご理解いただけるよう周知願いたい。

道路交通法の一部を改正する法律 概要

背景

●意識障害を伴う発作を起こす持病を有する者による重大事故の発生

- 平成23年4月18日発生
鹿沼市におけるクレーン車による
登校中の児童6名死亡の交通事故

➡ ○御遺族から、確実に不正取得が
出来ない運転免許交付制度の
構築についての要望

●無免許運転による重大事故の発生

- 平成23年10月30日発生
名古屋市におけるブラジル人による
死亡ひき逃げ事件
- 平成24年4月23日発生
亀岡市における児童等多数死傷事故

➡ ○御遺族から、無免許運転の厳罰化
及び無免許運転の教唆・幫助の厳罰化
についての要望

●自転車の交通事故情勢

- 自転車の交通事故は、年間13万件以上発生
- 自転車対歩行者事故は10年前に比べて
約1.3倍に増加
- 交通事故に関与した
自転車運転者の5分の3以上に法令違反
○運転者に体系的な交通安全教育等の機会がない

➡ ○自転車の交通事故を防止するため、
自転車の交通ルールを徹底することが不可欠

概要

▶一定の病気等に係る運転者対策

【免許の拒否事由等とされている一定の病気等に該当する者を的確に把握するための規定の整備】

- 免許を受けようとする者等に対する病気の症状に関する公安委員会の
質問制度及び虚偽記載に対する罰則整備
- 一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度
- 一定の病気等に該当する者であると疑う理由があるときの免許の
効力の暫定的停止制度

【一定の病気に該当する者であることを理由に免許を取り消された
場合等における当該免許の取消しを受けた者の免許再取得に関する
負担を軽減するための規定の整備】

- 一定の病気を理由に免許を取り消された場合等における
免許再取得時の試験の一部を免除
- 一定の病気を理由に免許を取り消された場合等に再取得した
免許のみなし継続

※「一定の病気」とは、自動車等の運転に支障を及ぼすおそれのある一定の症状を呈する病気をいう。

▶悪質・危険運転者対策

【無免許運転等関係】

- 無免許運転、その下命・容認及び免許証の不正取得の罰則の引上げ
- 無免許運転補助行為（自動車等の提供行為及び同乗行為）の禁止及び
罰則規定の整備

【取消処分者講習関係】

- 取消処分者講習の受講対象の拡大

▶自転車利用者対策

- 自転車の運転による交通の危険を防止するための講習に関する
規定の整備
- 自転車の制動装置に係る検査及び応急措置命令等の規定の整備
- 自転車を含む軽車両の路側帯通行に関する規定の整備

▶その他

【環状交差点に関する規定の整備】

- 環状交差点の交通方法に関する規定の整備

【放置違反金の収納事務の委託】

- 放置違反金の収納事務の私人への委託

【環状交差点の例】



自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律

平成25年11月20日成立
公布から6月以内に施行

○ 飲酒運転・無免許運転など悪質・危険な運転行為による死傷事犯が少なからず発生

○ 危険運転致死傷罪に該当せず、自動車運転過失致死傷罪が適用

- ・ 危険運転致死傷罪 …… 致死：1年以上20年以下の懲役、致傷：15年以下の懲役
- ・ 自動車運転過失致死傷罪 …… 7年以下の懲役・禁錮又は100万円以下の罰金

事案の実態に即した罰則整備が必要

危険運転致死傷罪の規定の整備(第2条・3条)

通行禁止道路(注)を進行し、重大な交通の危険を生じさせる速度で
自動車を運転して、人を死傷させた者(第2条)

(①アルコール又は薬物)の影響により、
(②運転に支障を及ぼすおそれがある病気(注))
正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で、自動車を運転し、
よって、正常な運転が困難な状態に陥り、人を死傷させた者(第3条)

過失運転致死傷アルコール等影響発覚免脱罪の新設(第4条)

アルコール又は薬物の影響により
正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で自動車を運転した者が、
運転上必要な注意を怠り、人を死傷させ、
その時のアルコール等の影響の発覚を免れるべき行為をしたとき

無免許運転による加重の新設(第6条)

自動車運転により人を死傷させた者が無免許運転であったときは、加重した法定刑とする

過失運転致死傷罪(第5条)

※従来の自動車運転過失致死傷罪を刑法から新法に移す

自動車の運転上必要な注意を怠り、人を死傷させた者

(注) 具体的内容は政令で定める

従来の危険運転致死傷罪

※刑法から新法に移す

類型を追加

法定刑

(致死：1年以上20年以下の懲役
致傷：15年以下の懲役)

法定刑

(致死：15年以下の懲役
致傷：12年以下の懲役)

法定刑

12年以下の懲役

(人を死傷させた罪)

(無免許運転による加重)

15年以下の懲役 → 6月以上20年以下の懲役
12年以下の懲役 → 15年以下の懲役
7年以下の懲役等 → 10年以下の懲役

法定刑

7年以下の懲役・禁錮
又は100万円以下の罰金

20 心神喪失者等医療観察法指定医療機関の整備等について

「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（以下「法」という。）」は、平成 15 年 7 月に公布、平成 17 年 7 月に施行され、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った法対象者に対して、適切な医療を提供し、社会復帰の促進を図っているところである。

1 指定入院医療機関の現状

法に基づく指定入院医療機関の整備については、全国で予備病床を含め 800 床程度を目標として整備を進めてきており、これまでに国関係では、15 箇所 487 床、都道府県関係では、15 自治体の協力を得て 304 床、合計で 791 床の整備が行われたところである。

一方で、厚生局単位でとらえた場合には、整備予定のない地域があるなど、地域ごとの偏在が生じていることから、引き続き必要な病床の確保に努める必要がある。

厚生労働省としては、平成 26 年度医療観察法診療報酬改定において、こうした地域の対象者が、やむを得ず遠方の指定入院医療機関に入院している場合に、当該入院対象者の早期退院を促進するため、遠隔地加算（仮称）を新設することを予定している。

2 地域処遇の円滑な実施のための指定通院医療機関の確保等について

法に基づく地域社会における処遇については、「地域社会における処遇のガイドライン（平成 17 年 7 月 14 日障精発第 0714003 号）（以下「ガイドライン」という。）」に基づき行われているところであるが、より円滑に地域社会における処遇を進めるためには、精神保健福祉に携わる地域関係者の協力の下に、ガイドラインに基づく地域処遇体制の基盤構築及びその充実を図ることが重要であると考えている。

とりわけ、指定通院医療機関の整備については、通院対象者の住み慣れた地域から容易にアクセスできる範囲に指定通院医療機関を確保する必要があることや、大都市部において不足していること、について指摘されており、都道府県におかれては、市町村及び医療機関等の関係機関と平素から緊密に連携の上、法対象者が居住する地域において適切な通院処遇が図られるよう、指定通院医療機関の確保について、ご理解とご協力をいただきたい。

厚生労働省としては、平成 26 年度医療観察法診療報酬改定において、入院している者の円滑な通院への移行を促進するための通院医学管理事前調整加算及び指定通院医療機関と保護観察所、地方自治体等の関係機関との連携を強化するための通院医学管理情報提供加算について、加算点数を引き上げることを予定している。

医療観察法の仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管)

平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な被害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。

重大な被害行為

- ①殺人 ②放火 ③強盗 ④強姦
⑤強制わいせつ ⑥傷害

※①～⑤は未遂を含む

逮捕・送検

検察官

不起訴

(心神喪失等を認定)

起訴

裁判所

無罪等

(心神喪失等を理由)

実刑判決

刑務所

鑑定入院は、精神科病院で実施(期間は2ヶ月が原則)

医療観察法における入院医療及び通院医療は厚生労働大臣が行う

裁判官と精神保健審判員の合議制

地方裁判所における審判

検察官による申し立て

鑑定入院

不処遇

入院医療の提供

- 入院医療(指定入院医療機関)
・設置主体は、国、都道府県、特定
独立行政法人(公務員型)に限定。
・入院期間の上限は定められていないが、ガイドラインで18ヶ月程度を
標準としている。

退院決定

入院・再入院決定

地域での支援

- ・精神保健観察(保護観察所)
・入院にやらない医療(通院医療)
・指定通院医療機関については
設置主体制限はなし
(通院は、原則3年。必要があれば
2年を超えない範囲で延長可)
・精神保健福祉法等に基づく援助
(都道府県・市町村等)

入院決定

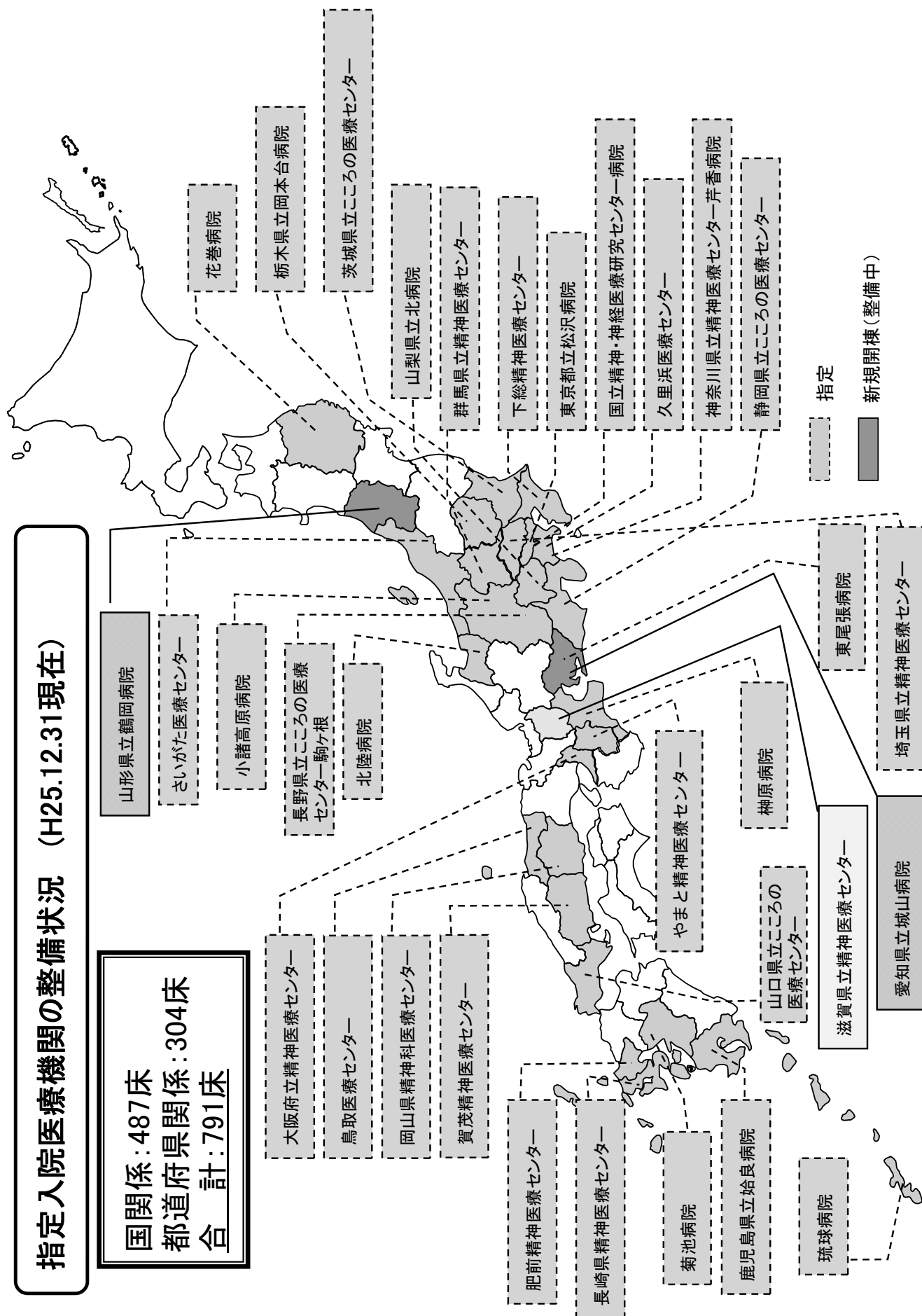
通院決定

処遇終了

一般の精神保健福祉

指定入院医療機関の整備状況 (H25.12.31現在)

国関係: 487床
都道府県関係: 304床
合計: 791床



指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

平成25年12月31日現在

※ ☐ は稼働中の指定入院医療機関

①国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床
②国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床
③国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）	66床
④国立病院機構久里浜医療センター（神奈川県）	50床
⑤国立病院機構さいがた医療センター（新潟県）	33床
⑥国立病院機構北陸病院（富山県）	33床
⑦国立病院機構小諸高原病院（長野県）	17床
⑧国立病院機構東尾張病院（愛知県）	33床
⑨国立病院機構榊原病院（三重県）	17床
⑩国立病院機構やまと精神医療センター（奈良県）	33床
⑪国立病院機構鳥取医療センター（鳥取県）	17床
⑫国立病院機構賀茂精神医療センター（広島県）	33床
⑬国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県）	33床
⑭国立病院機構菊池病院（熊本県）	23床
⑮国立病院機構琉球病院（沖縄県）	33床

（病床数は予備病床を含む）

指定入院医療機関の整備状況

2. 都道府県関係

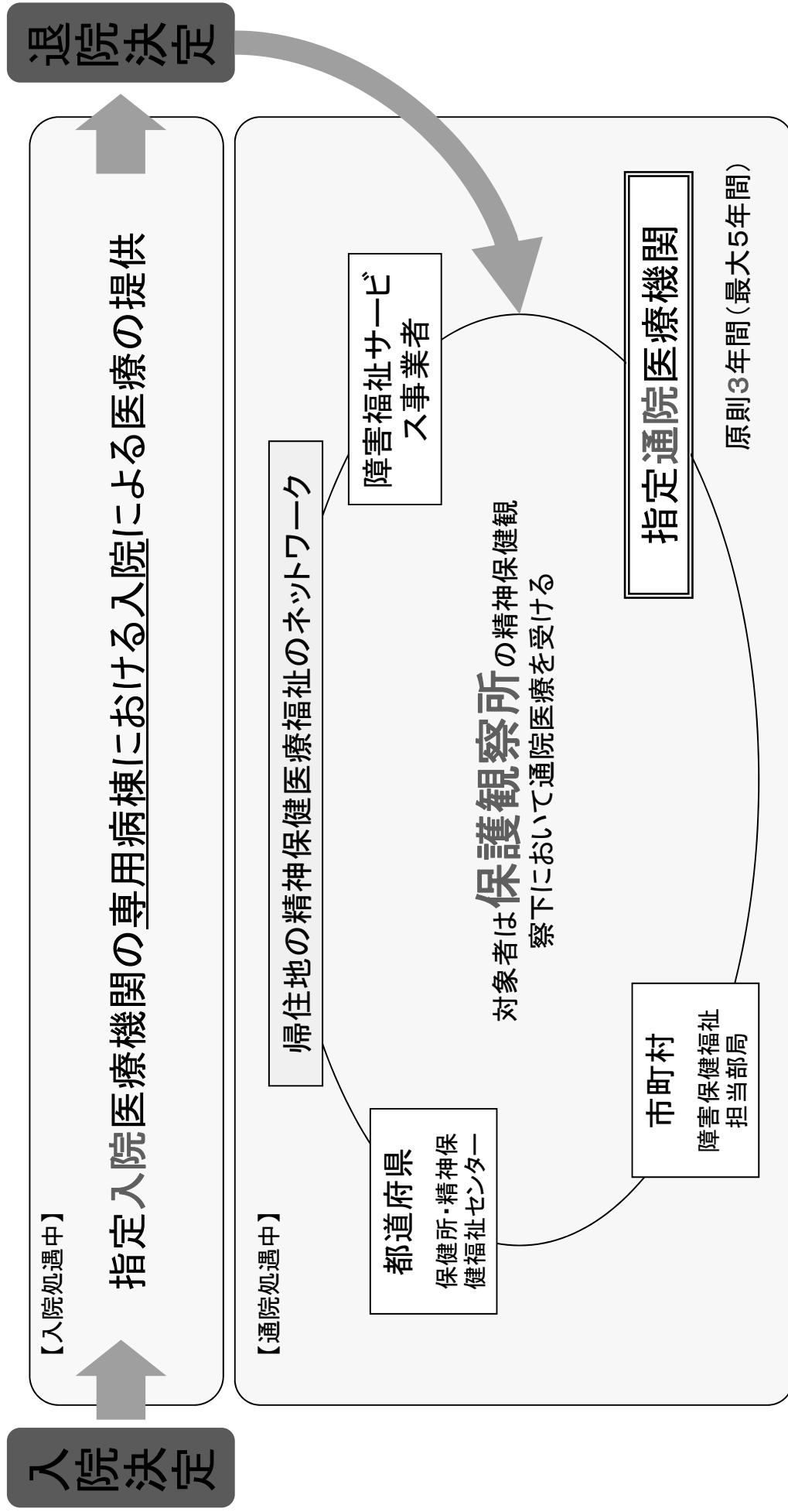
※☐は稼働中の指定入院医療機関

①茨城県立こころの医療センター	17床	
②栃木県立岡本台病院	18床	
③群馬県立精神医療センター	16床	
④埼玉県立精神医療センター	33床	
⑤東京都立松沢病院	33床	
⑥神奈川県立精神医療センター 芹香病院	33床	
⑦山梨県立北病院	5床	
⑧長野県立こころの医療センター 駒ヶ根	6床	
⑨静岡県立こころの医療センター	12床	
⑩滋賀県立精神医療センター	23床	
⑪大阪府立精神医療センター	33床	
⑫岡山県精神科医療センター	33床	
⑬山口県立こころの医療センター	8床	
⑭長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
⑮鹿児島県立始良病院	17床	
⑯山形県立鶴岡病院		整備中
⑰愛知県立城山病院		整備中

※病床整備の現状：791床〔うち国関係：487床 都道府県関係304床〕(平成25年12月31日現在)

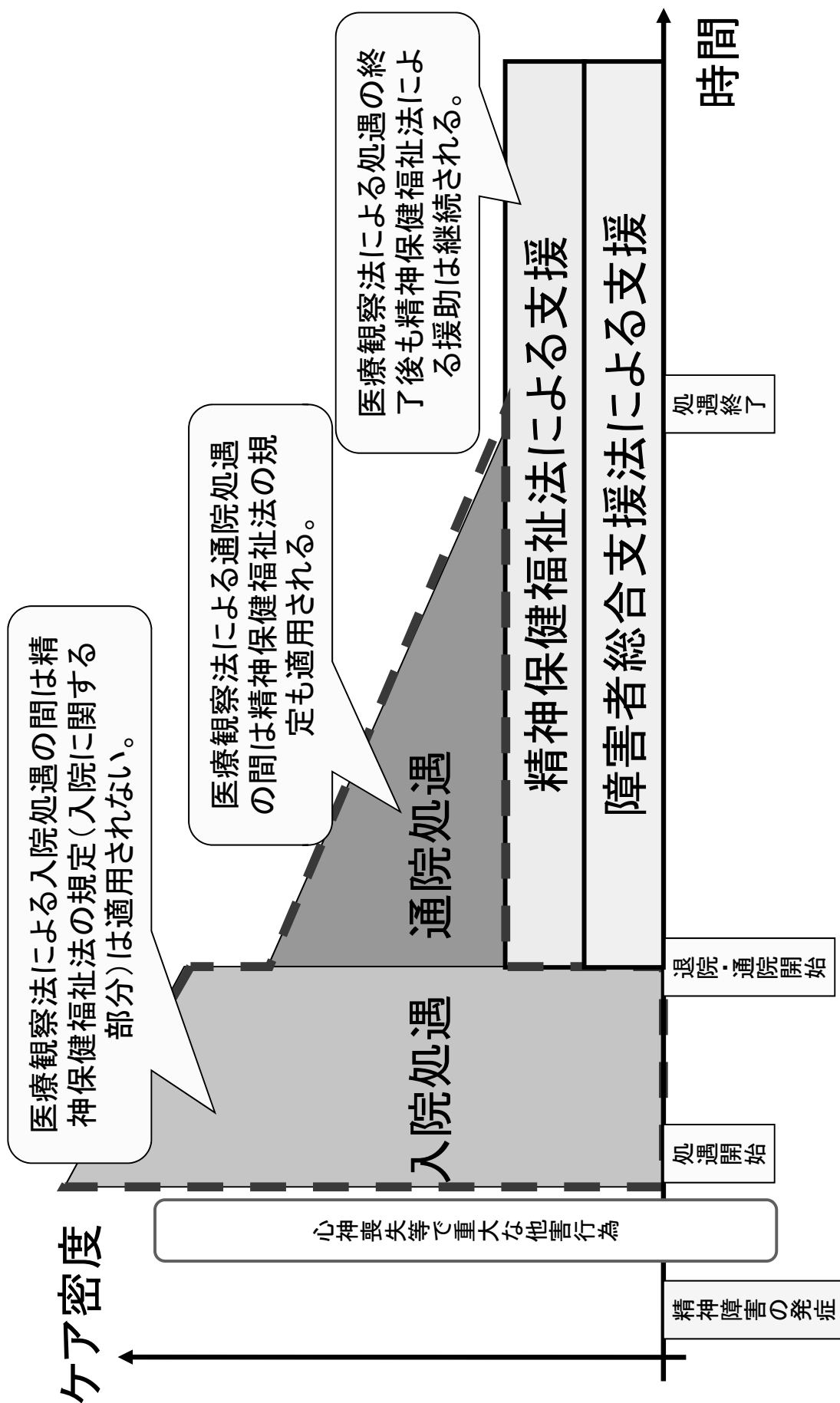
(病床数は予備病床を含む)

医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ



※ 通院期間終了後は、地域の精神保健医療福祉の枠組みに移行

医療観察法と精神保健福祉法との関係



指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	平成25年12月31日現在指定数			
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)
北海道	36	2	18	3
青森県	9	1	145	1
岩手県	6	0	5	0
宮城県	10	3	6	4
秋田県	3	0	329	1
山形県	8	2	10	2
福島県	8	1	170	2
茨城県	16	0	381	4
栃木県	7	0	3	1
群馬県	4	0	151	2
埼玉県	11	0	103	5
千葉県	12	0	82	2
東京都	18	2	18	21
神奈川県	16	2	7	2
新潟県	10	0	458	1
山梨県	3	0	2	0
長野県	11	0	46	4
富山県	4	0	9	2
石川県	4	0	5	1
岐阜県	7	1	37	1
静岡県	11	0	8	0
愛知県	12	1	6	4
三重県	7	0	0	3
福井県	5	0	50	1
計				

都道府県名	平成25年12月31日現在指定数			
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)
滋賀県	8	1	5	0
京都府	6	1	36	4
大阪府	26	1	18	26
兵庫県	20	2	9	8
奈良県	4	0	7	2
和歌山県	6	1	5	0
鳥取県	4	0	119	0
島根県	5	2	10	1
岡山県	6	0	4	0
広島県	7	1	8	6
山口県	8	1	15	0
徳島県	7	2	3	0
香川県	3	0	6	0
愛媛県	8	0	4	3
高知県	6	1	89	3
福岡県	16	1	7	5
佐賀県	7	0	5	0
長崎県	6	0	8	6
熊本県	4	0	0	2
大分県	3	0	3	0
宮崎県	6	0	0	0
鹿児島県	10	1	0	3
沖縄県	8	0	7	1
合計	422	30	2,417	137
計				

平成26年度医療観察法関係予算(案)の概要

心身喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保等 H25年度予算 H26年度予算(案)
214億円 → 209億円(▲5億円)

・心身喪失者等医療観察法入院等決定者医療費 182.0億円 → 188.4億円

医療観察法に基づく入院・通院医療の決定を受けた者に対し、円滑な社会復帰を促進するため
に必要な医療費

・指定入院医療機関施設・設備整備費 14.3億円 → 10.1億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関の新設、増設、増築等施設・設備整備に係る経費について
補助 負担率:10/10

・指定入院医療機関地域共生事業費 0.3億円 → 0.3億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関の整備にともない、地域共生施設等の事業に必要な
経費について補助
補助率:10/10

・指定入院医療機関運営費 15.0億円 → 8.6億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関の運営に係る経費について補助
負担率:10/10

・指定入院医療機関医療評価・向上事業 0.1億円 → 0.1億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関が実施するピアレビュー事業に必要な経費について補助
補助率:10/10

平成26年度医療観察診療報酬について（案）①

1 健保法診療報酬の考え方にならった薬価及び消費税補填の改定

○入院対象者入院医学管理料

急性期入院対象者入院医学管理料	6,680点	→	6,705点
回復期入院対象者入院医学管理料	4,920点	→	4,938点
社会復帰期入院対象者入院医学管理料	5,820点	→	5,842点

○通院対象者通院医学管理料

前期通院対象者通院医学管理料	8,250点	→	8,296点
中期通院対象者通院医学管理料	7,250点	→	7,291点
後期通院対象者通院医学管理料	6,250点	→	6,285点

平成26年度医療観察診療報酬について（案）②

2 政策的観点からの改正について

（1）遠隔地加算の新設

帰住先が遠隔地の者について、社会復帰開始後1年以内の期間において、一定の要件を満たした場合、180日間に限り加算を算定できるものとする。

ただし、加算を算定した者について、社会復帰開始後1年を超えた場合の減算は強化する。

① 1日につき 1,170点 加算

② 社会復帰期移行後 1 年を超えた日以降は、500点 減算

（2）通院医学管理事前調整加算の引き上げ

指定入院医療機関等から、通院対象者を受け入れる際の事前調整加算を引き上げる。

1,000点 → 2,400点

（3）通院医学管理情報提供加算の引き上げ

通院対象者について、関係機関等との連携を図るための情報提供加算を引き上げる。

600点 → 1,200点

平成26年度医療観察診療報酬について（案）③

3 健康保険法の診療報酬点数表の改正に準じた改正について

（1）医療観察通院精神療法

イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が医療観察通院精神療法を行った場合

700点 → 600点

注3 20歳未満の対象者に対して医療観察通院精神療法を行った場合

200点 → 350点

（2）医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

- | | | | |
|-----------|----------|------|---|
| （1）週3日目まで | 30分以上の場合 | 445点 | → |
| （2）週3日目まで | 30分未満の場合 | 340点 | → |
| （3）週4日目以降 | 30分以上の場合 | 545点 | → |
| （4）週4日目以降 | 30分未満の場合 | 415点 | → |

同一日に2人	同一日に3人以上
575点	288点
440点	220点
675点	338点
525点	263点

平成26年度医療観察診療報酬について（案）④

(3) 医療観察訪問看護基本料（Ⅲ）

同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

(1) 週3日目まで	30分以上の場合	430点	→	同一日に2人	555点	同一日に3人以上	278点
(2) 週3日目まで	30分未満の場合	330点	→		425点		213点
(3) 週4日目以降	30分以上の場合	530点	→		655点		328点
(4) 週4日目以降	30分未満の場合	406点	→		510点		255点

(4) 医療観察訪問看護管理料

イ 月の初日の訪問の場合

730点 → 740点

ロ 月の2日目以降の訪問の場合

295点 → 298点