

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成28年3月8日(火)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課／
心の健康支援室／
医療観察法医療体制整備推進室

目 次

【精神・障害保健課】

1	長期入院精神障害者の地域移行の推進について……………	1
2	精神保健医療福祉のあり方について……………	10
3	自立支援医療（精神通院医療）と生活保護の医療扶助における 向精神薬の重複処方の適正化等について……………	17
4	障害支援区分の認定について……………	18

【心の健康支援室】

5	依存症対策について……………	24
6	てんかん対策等について……………	32
7	精神障害者保健福祉手帳について……………	36
8	自殺・うつ対策の推進について……………	39
9	災害時等の心のケア対策について……………	46
10	性同一性障害の相談窓口について……………	49
11	公認心理師法について……………	52

【医療観察法医療体制整備推進室】

12	心神喪失者等医療観察法の地域連携等について……………	54
----	----------------------------	----

【参考資料】

13	平成28年度精神・障害保健予算案の概要……………	60
----	--------------------------	----

1 長期入院精神障害者の地域移行の推進について

(1) 基本的な考え方

長期入院精神障害者の地域移行については、平成 26 年 7 月に長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に関わる検討会(以下「検討会」という。)で具体的方策の今後の方向性が取りまとめられた。

検討会の取りまとめでは、長期入院患者の実態を踏まえ、退院に向けた支援としての本人の意向に沿った移行支援や地域生活の支援としての居住の場の確保などに分け、それぞれの段階に応じた具体的な支援を徹底して実施することが盛り込まれた。

また、長期入院患者の地域生活への移行が進むと、病院においても外来治療はもとより、精神科救急、急性期医療など、退院後の地域生活を維持・継続するための医療ニーズが高まっていくことから、マンパワー等の医療資源を地域医療や救急医療等にシフトするなど、病院の構造改革を行っていくことが必要とされたところ。

これらの方向性を踏まえ、その具体化に向けた検討を進めており、直ちに着手できるものについては着実に実行・検討するとともに、中長期的にも長期入院精神障害者の地域移行及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施することとしている。

(2) 地域移行を推進するための取り組みについて

ア) 長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業【参考 1】

本事業は、長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会の取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証するものである。本事業により行政が中心となって医療、福祉、ピアサポーター等の関係者と連携しながら、地域全体で長期入院精神障害者の地域移行に向けた体制の整備の推進に取り組んでいただきたい。

平成 27 年度は静岡県、大阪府、熊本市において実施され、各地域で積極的に取り組まれている【参考 2】。それぞれの自治体における地域資源や医療・福祉体制などをふまえ、地域の特徴に合わせ長期入院精神障害者の地域移行を推進していただきたい。

また病院敷地内におけるグループホーム（地域移行支援型ホーム）が設置された場合には、本事業において運用状況の検証をすることも可能である。

各都道府県等におかれては、精神障害者の地域移行に向けて、実効性のあるモデルを今後確立するためにも本事業の実施にご協力いただきたい。

(予算 (案) 概要)

・ 28 年度予算 (案) 75,128 千円

※ 社会福祉施設等設備費 31,387 千円を含む

・ 補助先 都道府県・指定都市

・補助率 定額

イ) 難治性精神疾患地域連携体制整備事業【参考 3】

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されており、その治療を実施するには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関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である。地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにするために平成 26 年度から本事業を実施しており、事業を通じて明らかになってきている好事例（沖縄県）なども参考にしながら、それぞれの自治体において地域での支援体制の構築を図っていただきたい。

ウ) 精神障害者地域生活支援広域調整等事業【参考 4】

平成 23 年度より、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を対象として、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ことを目的として、モデル事業を実施したところである。

平成 26 年度より、長期入院患者や入退院を繰り返す患者に対して医療機関等が行う支援については、精神科重症患者早期集中支援管理料として診療報酬で評価されることとなった。一方で、医療機関への未受診者やひきこもり状態の者に対する支援については、都道府県が実施主体となって、保健所、精神保健福祉センター又は相談支援事業所等により地域生活支援事業のアウトリーチ事業として実施されることとなった。

◆精神障害者地域移行・地域定着推進協議会

都道府県又は指定都市は、設定した実施圏域における精神障害者の地域移行支援に係る体制整備のための調整業務を行うため、都道府県、市町村、精神科病院の医師、相談支援事業所、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置することとしている。

協議会を活用して精神科病院の医師や福祉サービス事業者等の関係機関と自治体が連携をとることが必要である。

◆アウトリーチ事業

保健所等に、保健師や精神保健福祉士等の職員を配置し、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。

◆ピアサポートの活用

都道府県等は、精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めるものとする。

当事者としての経験を持ち、障害者の相談に応じアドバイス等を行うことが重要である。

エ) 医療と福祉の連携を推進する中核的人材育成のための研修について

検討会取りまとめでは、「都道府県は、精神障害者の保健・医療・福祉・労働に関する施策を総合的に推進するため、関係部署が連携し、組織横断的に地域移行支援を推進するとともに、効果的な人材育成の仕組みについて検討することが必要である。」されており、昨年度は、「医療と福祉の連携を推進する都道府県における中核的人材育成研修」を開催した。

研修において使用したテキストは厚生労働省ホームページに掲載しており、各都道府県等におかれては、本研修テキストを活用する等により、今後の中核的人材育成に引き続き取り組んで頂きたい。

(医療と福祉の連携を推進する都道府県における中核的人材育成研修テキスト)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044473.html>

また、本年度は、3月2日に「中核的人材育成研修フォローアップ会議」を実施した。これは、昨年度の研修や各都道府県等における人材育成の取り組み状況を評価し、更なる地域移行を推進するための施策を検討するために行ったものである。各都道府県等における人材育成等の状況については今後も情報収集しながら施策の検討をしたいと考えており、協力をお願いしたい。

オ) 地域移行における取組の好事例【参考5】

全国各地では、地域移行に向けた様々な取組が行われており、兵庫県では、保健所を連携調整支援の要とした取組が行われている。地域移行を推進する上で、都道府県・市町村は重要な役割を担っていることから、兵庫県の取組も参考にしつつ、各自治体における取組を推進していただきたい。

今後とも、地域移行に向けた効果的な取組について情報収集・発信していくこととしており、ご協力をお願いしたい。

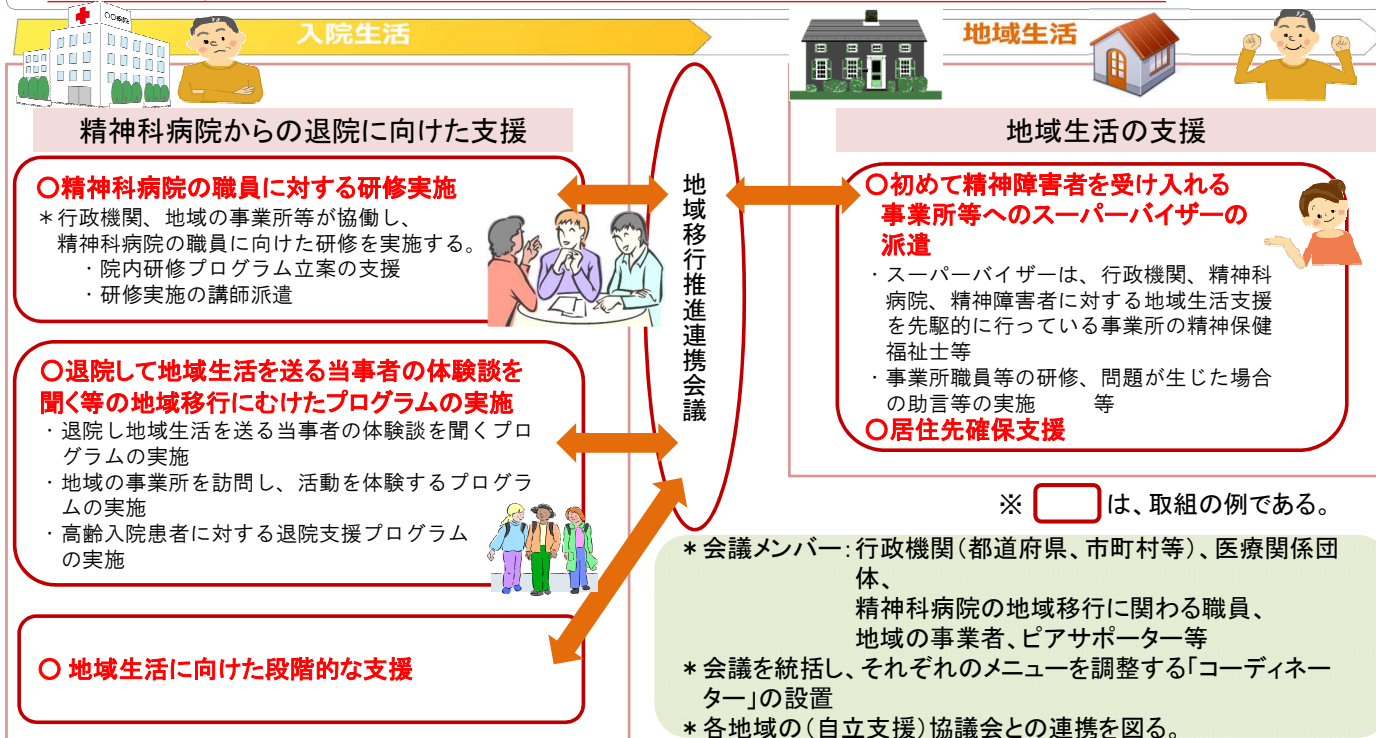
なお、地域移行の推進にあたっては各自治体の先駆的な取組から得られる知見を共有することが重要と考えており、今後、情報交換の機会等を設ける予定としているが、そのような機会にはぜひご参加いただきたい。(平成28年春～夏頃に実施予定)

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

参考1

平成28年度予算案 75,128千円(※社会福祉施設等施設整備費 31,387千円を含む。)

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



期待される効果: 長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

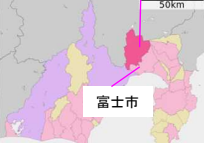
静岡県の取組～医療と福祉、行政が連携した地域移行支援体制の構築～

参考2

- 病院、相談支援事業所、市町、保健所等関係機関からなる圏域自立支援協議会地域移行部会と事業実施医療機関、県が連携し、地域移行の現状と課題を共有し、課題の解決のため事業の効果的な実施に取り組む。
- 病院内に地域移行について検討する多職種によるプロジェクトチームを発足し、定期的に地域移行について検討。圏域内の動きや法制度等の情報共有を図り、医療と福祉、行政が連携した地域移行支援に取り組む。

【静岡県の実施圏域の基礎情報】

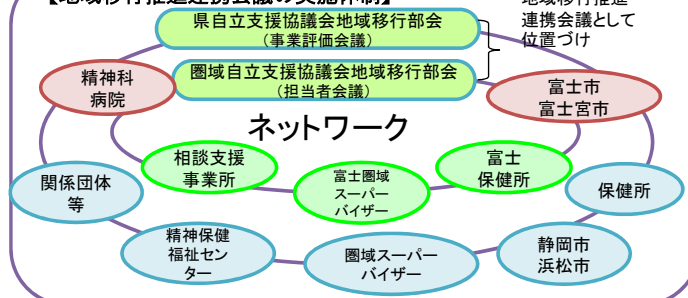
※平成27年7月時点

富士圏域（富士市・富士宮市）		(うち検証事業参加)				富士宮市
圏域人口（平成27年4月）		380,963人				
精神科病院の数		5病院（1病院）				
精神科病床数		994床（184床）				
3か月未満		189人(22%) 46人(34%)※				
入院精神障害者数※1		162人(19%) 23人(17%)※				
1年以上		509人(59%) 65人(49%)※				
相談支援事業所数（平成27年3月）		一般相談4（3）				富士市
		特定相談16（3）				
保健所		1か所				
(参考)静岡県利用者の推移		H24.4	H25.4	H26.4	H27.4	
国保連データ	地域移行支援	5	9	19	12	
	地域定着支援	8	17	29	42	

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成24～26年
 - 精神障害者地域移行・地域定着支援事業(高齢入院患者地域移行支援事業)
- 平成26年
 - 圏域内の現状把握と課題解決に向け、圏域内の精神科病院(5病院)に対するアンケート調査実施。官民協働で地域移行定着推進の人材育成のための地域移行定着研修を実施し、職種・圏域ごとの課題抽出。地域移行を推進するために圏域ごとに必要な事項を検討し、各圏域で平成27年度までの目標(例:ピアサポート体制の構築、社会資源の周知強化)や実施事項を示したロードマップを作成。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【地域生活の支援】

- 賃貸住宅を利用した外出、外泊体験(検証事業)
- 地域の賃貸住宅を活用した体験プログラムを実施する。
 - 賃貸住宅の見学
 - 食事をする、テレビを見る、家事体験(掃除洗濯等)をする等の日中体験
 - 作業療法としての調理活動
 - 外泊体験

【精神科病院からの退院に向けた支援】

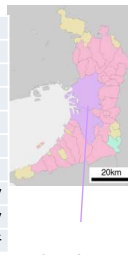
- 退院に向けた意欲喚起(検証事業)
 - 職員から個別の働きかけを増やしていくことにより、患者の退院意欲を高め、職員も退院を意欲した支援を行う。退院した患者との座談会により職員、患者ともに退院への意欲が高まる。
- 精神科病院職員に対する研修の実施(検証事業)
 - 院内職員の他、院外の地域移行関係者に対し、院内多職種と地域の社会資源との連携による地域移行についての事例紹介とグループワークにより地域移行の理解促進を図る。また、圏域の他病院も企画会議に参加し意見交換することで、圏域全体の地域移行の意識を高め、地域移行促進を図る。
- 高齢長期入院患者の地域移行支援(検証事業)
 - 病院内と地域の相談支援専門員等多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援業務を行う専門スタッフとして退院支援員を設置し、退院支援を行う。
- 退院者の体験談を聞くプログラムの実施(検証事業)
 - 実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く座談会を月1回開催し、入院患者の退院意欲の喚起を図る。
- 圏域自立支援協議会で家族支援部会の実施
 - 富士市の自立支援協議会に出席した当事者や家族の声を直接聞き、不安や問題解決を図る。

大阪府の取組 ～「病院が押し出す力」と「地域から引っ張る力」双方向からの取り組みで地域移行を推進～

- 大阪府では、これまで実施してきた精神障がい者の地域移行にかかる取り組みを総合的に実施し、その効果について検証します。
○大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行ワーキンググループにおいて各市町村の状況を集約し、大阪府と市町村の役割を明確にし、府域全体でさらなるレベルアップを図るとともに、精神障がい者地域移行推進のネットワーク構築を目指します。

【大阪府の実施圏域の基礎情報】

府内16圏域(大阪市・堺市を除く)		(うち検証事業参加)
圏域人口(平成27年7月1日推計)	5,313,128人	(5,313,128人)
精神科病院の数(平成27年7月)	50病院	(50病院)
精神科病床数(平成27年6月30日)	15,791床	(15,791床)
入院精神障害者数	3か月未満 3,884人(23%)	—
(平成27年6月30日・府)	3か月以上1年未満 2,821人(17%)	—
内62病院18,894床)	1年以上 9,906人(60%)	—
相談支援事業所数(平成27年6月)	一般相談167	17
	特定相談310	17
保健所	16か所	16か所



大阪市・堺市を除く全圏域

(参考)大阪府利用者数の推移

	H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
国保連データ				
地域移行支援	34	42	43	43
地域定着支援	103	405	443	494

【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 精神科病院職員に対する研修(検証事業により大阪精神科病院協会に委託)
①長期入院者地域移行の取り組みの視点についての講義と積極的な取り組みを行っている5病院の実践報告を行う(全体研修)。
②精神障がい者地域移行アドバイザー等と連携を図り、地域移行支援の流れや精神科病院から退院した患者の体験を聞くなど、病院ごとの研修(院内研修)を実施(各病院年2回)
○入院者退院支援委員会推進事業(大阪府地域医療介護総合確保基金により実施)
・精神科病院が地域関係機関職員(地域援助事業者)を招聘して医療保護入院者の退院支援委員会を開催した場合に、報償費、旅費に対して一定の補助を行う。

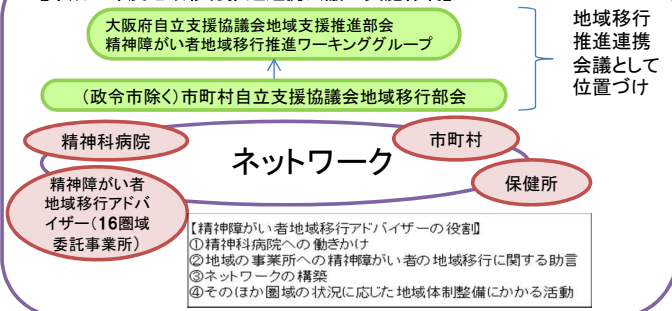
【退院促進ピアサポーターの活動】(地域生活支援事業により16圏域事業所に委託)

- 体験談プログラム
・精神科病院から退院し地域で暮らしているピアサポーターが、病院に出向き、自らの体験を入院患者に話し当事者同士で意見交換できる場を提供。
○病棟訪問プログラム
・ピアサポーターが定期的(1～2月に1回)に、ピアサポーターコーディネーター等と病棟を訪問し自由に入院患者と会話する時間を持ちたり、レク活動を行ったりする。
○事業所体験プログラム
・入院患者がピアサポーター等と外出して地域の社会資源を見学、活動内容を体験し、利用者と交流を図る。院内交流会の1コマとして実施または、施設見学会として別枠で実施するなど、病院により実施方法は異なる。

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成12年度より様々な長期入院精神障がい者対策事業を実施
○平成24年度:精神障害者地域移行・地域定着支援事業により16圏域に地域体制整備コーディネーター、退院促進ピアサポーターを配置。
○平成25年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業)により地域相談支援マネージャーを、精神障害者地域移行・地域定着支援事業により退院促進ピアサポーターをそれぞれ16圏域に配置。
○平成26年度:地域生活支援事業(広域的な支援事業等)により16圏域に地域相談支援マネージャー、退院促進ピアサポーターを配置。
※地域体制整備コーディネーター、地域相談支援マネージャーはいずれも相談支援事業所に委託

【平成27年度地域移行推進連携会議の実施体制】



【地域生活の支援】

- スーパーバイザーの派遣(検証事業により16圏域事業所に委託)
・「精神障がい者地域移行アドバイザー」を各圏域に配置し、地域からの精神科病院への働きかけに加え、精神科病院が企画する退院支援プログラムへの支援やアドバイスを行う。
・新たに地域移行の働きかけを行う事業所(基幹相談支援センターなど)や市町村自立支援協議会などに対して、これまでのノウハウをもとにアドバイスを行い、地域移行を推進する体制の強化を図る。

熊本市の取組 ～協議会の部会を活用したネットワーク強化と人材育成の取組～

- 精神科病院・相談支援事業所等の実務者による連携会議(精神障がい者地域移行支援部会)を月1回開催し、アドバイザーの協力を得て研修会の企画・実施、事例検討、入院患者意向調査等を実施。さらに、連携会議(地域移行支援協議会)を年度末に1回開始し、事業の評価等を実施。これらの連携会議における検討結果を障がい者自立支援協議会へ報告し、施策への反映を図る。

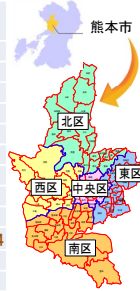
【熊本市の実施圏域の基礎情報】

※1平成26年6月時点 ※2平成27年7月時点

熊本市圏域(二次医療圏)		(うち検証事業参加)
圏域人口(平成27年4月)	739,015人	
精神科病院の数※1	20病院	(18病院)
精神科病床数※1	3,251床	(3,151床)
入院精神障害者数	3か月未満 634人(23%)	641人(23%) ※2
3か月以上1年未満	457人(16%)	449人(16%) ※2
1年以上	1,709人(61%)	1,649人(60%) ※2
相談支援事業所数(平成27年3月)	一般相談19	(9)
	特定相談37	(12)
保健所	1か所	

(参考)熊本市 利用者数の推移

	H24.4	H25.4	H26.4	H27.4
(※精神障害者に限る)				
地域移行支援	0	1	1	0
地域定着支援	0	0	0	0



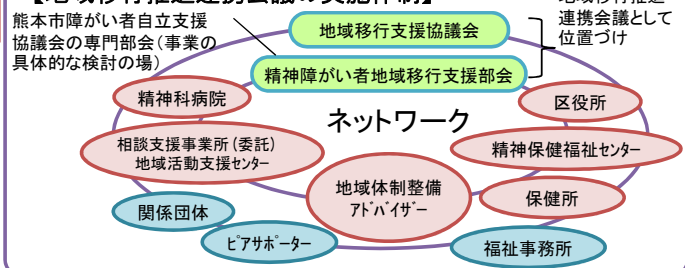
【精神科病院からの退院に向けた支援】

- 精神科病院職員等に対する研修(検証事業)
連携会議参加者(精神科病院・相談支援事業所の福祉職、行政関係者等)を対象に、福祉制度や社会資源、地域移行の理念、医療と福祉の連携、多職種連携等に関する研修及び情報交換を年4回程度実施する。
○熊本県が主催する地域移行支援研修会への協力
平成27年度は熊本県が医療と福祉の連携に関する研修会を開催し、研修企画チームに熊本市も参加。精神科病院や相談支援事業所において地域移行を推進するための中核人材を育成する。
○体験談プログラムの実施(検証事業)
精神科病院からの依頼に対してピアサポーターを派遣。入院患者との個別面接・体験談発表・レクリエーション等を通して交流し、地域生活への関心や退院への意欲を高めるよう支援する。また、精神科病院職員向けの研修への派遣依頼に対してピアサポーターを派遣し、体験談発表や事業の啓発を行う。
○高齢長期入院患者の地域移行支援(検証事業)
事業実施病院の長期入院高齢患者に対し多職種チームによる退院支援を実施し、連携会議において経過報告・事例検討を行う。

【地域移行に関する事業への取組の経緯】

- 平成17年度～
精神科病院と地域生活支援センター等による検討会を開始。退院可能者ニーズ調査、社会資源ホームページの作成、ケアマネジメント実施報告、普及啓発研修会等を実施。平成25年度より検討会を自立支援協議会の部会に位置付ける。
○平成20～23年度
精神障害者地域移行支援特別対策事業として、地域移行推進員による個別支援を実施(対象者数:延39名、退院者数:18名、地域移行推進員数:14名)
○平成24～26年度
補助事業として、地域体制整備アドバイザーの配置(平成25年度より単費)、ピアサポートの活用、高齢入院患者地域支援事業、地域移行支援協議会の設置を実施。

【地域移行推進連携会議の実施体制】



【地域生活の支援】

- スーパーバイザーやピアサポーターの派遣(検証事業)
関係機関からの相談や講師派遣依頼時に、スーパーバイザーを派遣する(地域体制整備アドバイザー3名で対応)。また、デイケア・地域活動支援センターへピアサポーターを派遣し、利用者との日常生活に関する意見交換を行い再発予防を図る。

【その他】

- 長期入院者への意向調査(検証事業)
平成27年度は、精神科病院の長期入院者に対する意向調査(抽出調査)を実施。結果を分析し、施策への提言や事業計画へ反映させる。
※前回は平成17年度に意向調査を実施。

難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院していても、クロザピンやmECT等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにする。

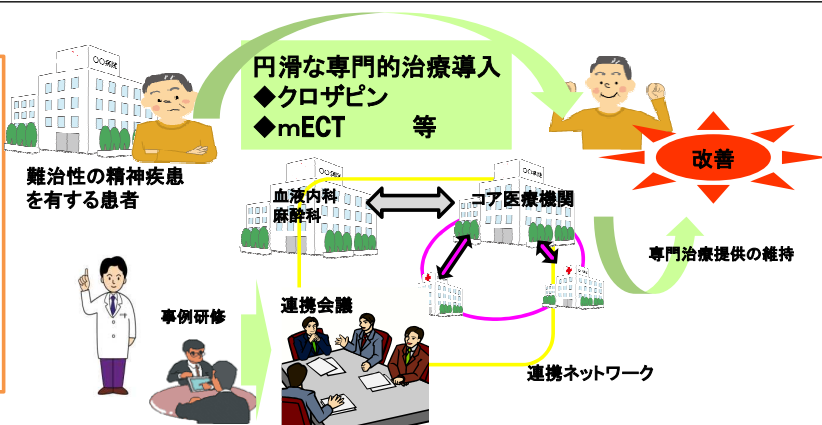
現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている。これらの治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
- ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
- ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

クロザピン(GLZ)について(参考)

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。
治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。
(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、**無顆粒球症(※)**で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

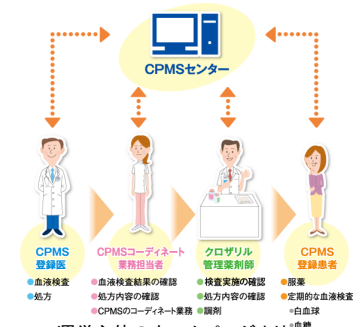
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、**無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。**



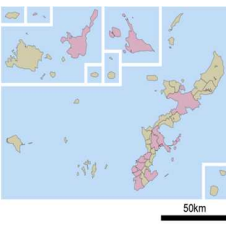
出典: CPMS運営主体のホームページより

沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
 ○連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
 ○入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

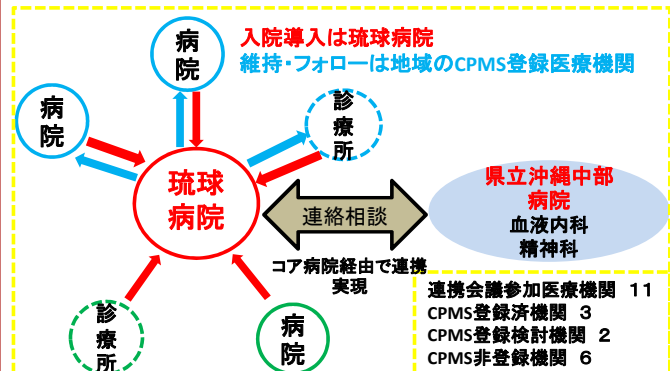
【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

人口	1,414,120	人
面積	2,281	km ²
市町村の数	41	自治体
単科精神科病院の数	18	病院
精神病床数	5,412	床
入院後3ヶ月時点の退院率	69.2	%
入院後1年時点の退院率	86.8	%
平均在院日数	274.1	日



【具体的体制】

- コア医療機関 ○ CPMS登録医療機関
 ○ CPMS非登録医療機関



【沖縄県の役割】

- 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整
 【琉球病院（コア医療機関）の役割】
 ○ CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日

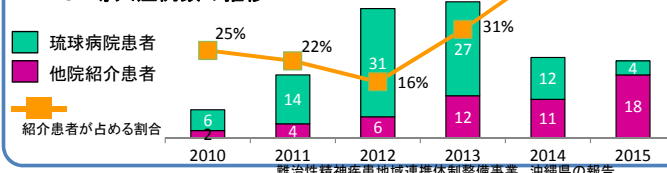


（参考：国立病院機構
琉球病院の基本情報）

【地域連携の効果】

- 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。

CLZ導入症例数の推移

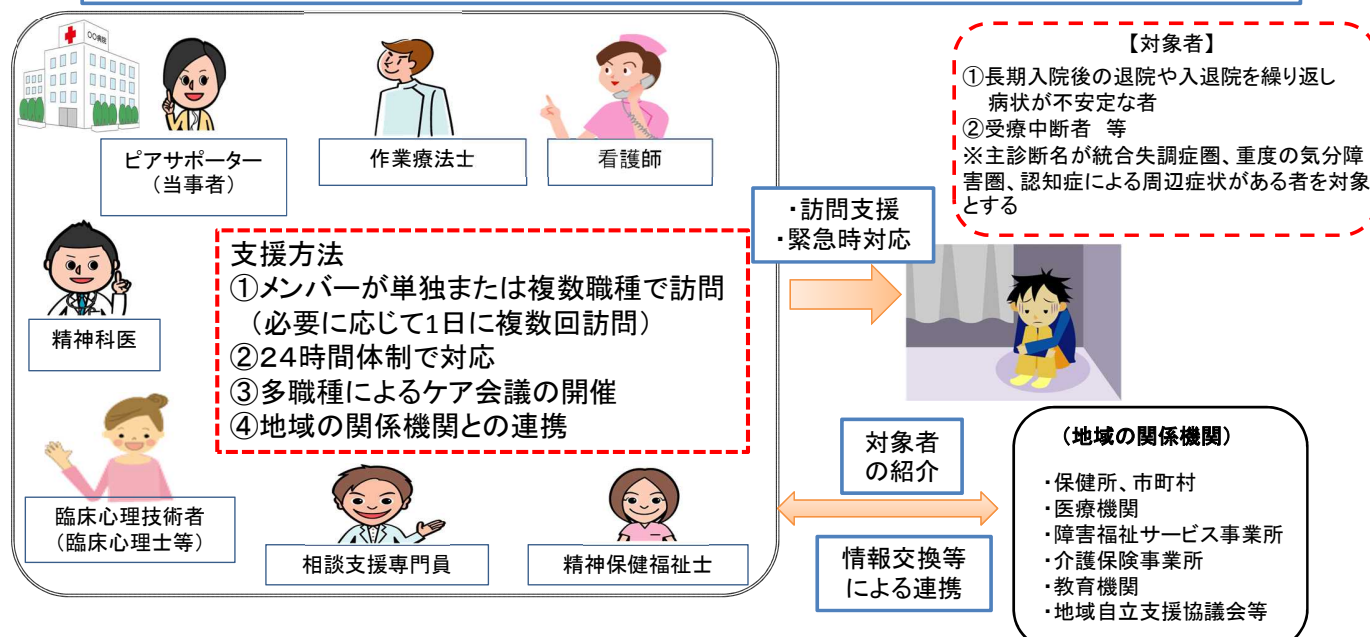


参考4

精神障害者に対するアウトリーチのイメージ

- ・平成26年度より地域生活支援事業（地活）に一括計上
 ・医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

在宅精神障害者の生活を、医療・福祉からなる多職種チームで支える



長期入院後の退院で病状が不安定な者等を対象として、多職種によるケア会議の開催等を行っている。

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
1	北海道	○	×	○
2	青森県	○	×	×
3	岩手県	○	×	×
4	宮城県	○	×	×
5	秋田県	○	×	×
6	山形県	○	×	×
7	福島県	×	×	×
8	茨城県	○	×	×
9	栃木県	○	×	○
10	群馬県	○	×	○
11	埼玉県	○	×	○
12	千葉県	○	○	×
13	東京都	○	×	○
14	神奈川県	○	×	○
15	新潟県	○	×	○
16	富山県	○	×	×
17	石川県	○	×	○
18	福井県	×	×	×
19	山梨県	×	×	○
20	長野県	○	×	×
21	岐阜県	○	×	○
22	静岡県	×	○	×
23	愛知県	○	×	×

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
24	三重県	×	○	○
25	滋賀県	×	×	×
26	京都府	×	×	×
27	大阪府	×	×	○
28	兵庫県	○	×	×
29	奈良県	×	×	×
30	和歌山県	×	○	○
31	鳥取県	×	×	×
32	島根県	○	×	○
33	岡山県	○	×	○
34	広島県	×	×	×
35	山口県	×	×	×
36	徳島県	×	×	○
37	香川県	○	×	○
38	愛媛県	○	×	○
39	高知県	×	×	○
40	福岡県	○	×	×
41	佐賀県	×	×	×
42	長崎県	○	×	○
43	熊本県	×	×	×
44	大分県	○	×	×
45	宮崎県	○	×	○
46	鹿児島県	○	×	×
47	沖縄県	○	×	○

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
48	札幌市	×	×	×
49	仙台市	×	×	×
50	さいたま市	×	×	×
51	千葉市	×	×	×
52	横浜市	×	×	×
53	川崎市	×	×	○
54	相模原市	×	×	×
55	新潟市	×	×	×
56	静岡市	×	×	×
57	浜松市	○	×	×
58	名古屋市	×	×	×
59	京都市	○	×	○
60	大阪市	○	×	○
61	堺市	×	×	×
62	神戸市	×	×	○
63	岡山市	×	×	○
64	広島市	×	×	×
65	北九州市	○	×	○
66	福岡市	×	×	×
67	熊本市	○	×	○
合計		35	4	29

平成26年度地域生活支援事業費補助金及び障害者総合支援事業費補助金の事業実績報告書より

H28.1末時点

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

参考5

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神科病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】(都道府県)

- ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施

(保健所)

- ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
- ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
- ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
- ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握

(精神保健福祉センター)

- ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- ・ピアサポーター養成研修を実施

(市町村)

- ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
- ・住まいや生活支援の体制整備

(精神科病院の医師等の医療関係者)

- ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
- ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力

(相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)

- ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
- ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

(地域移行の利用者数)

- 25年度 0名
- 26年度 8名うち2名退院
- 27年度 13名うち4名退院(9月時点)

(1年以上入院患者割合 630調査より)

- 25年 71.7% 26年 71.3%

(ピアサポーターの活動者数)

- 25年度 0名 26年度 12名

(関係者の意識変容)

- ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
- ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自ら意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究(分担事業者:中原由美)」からの報告

兵庫県淡路圏域の取組 ～保健所による先駆的なコーディネーター機能の例～

○淡路圏域（二次医療圏）では、病院、相談支援事業所、市等関係機関が、月に1回定例的に地域移行の進捗状況を共有するための会議を実施し、その場で問題解決の提案を保健所が行い、関係機関の合意のもとで、地域移行の取組を着実に実施。
○保健所と相談支援事業所が協働で、ピアサポーターの養成・活動支援を行い、地域移行や地域定着の取組を職業として担うことのできる雇用環境を調整することで、ピアによる主体性のある活動が継続。結果として、アウトリーチ等活躍の機会が拡大。

【淡路圏域の基本情報】

人口（平成27年9月）	135,171人
面積	596km ²
市町村の数	3自治体
精神科病院の数（26年6月）	3病院
精神科病床数（26年6月）	370床
入院後3ヶ月時点の退院率（26年6月）	43.9%
入院後1年時点の退院率（26年6月）	92.6%



【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】

（都道府県）

- ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施

（保健所）

- ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
- ・病院・相談支援事業所、市等関係機関が参加する月1回の連携会議の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有するとともに、地域の課題解決策の提案を行い、地域移行の取組を促す。
- ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
- ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握

（精神保健福祉センター）

- ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- ・ピアサポーター養成研修を実施

（市町村）

- ・精神障害に対応できる相談支援員の確保、住まいや生活支援の体制整備

（精神科病院の医師等の医療関係者）

- ・連携会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
- ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力
- ・病院の構造改革として、外来機能の強化などを計画的に実施

（相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者）

- ・連携会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
- ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【地域移行の取組の経緯】

平成21年

地域移行を進めるために、ピアサポーターを養成することについて、病院を始めとする関係者の理解を得る。保健所と相談支援事業所の協働によって、ピアサポーターを養成し、7名のピアが雇用。

平成22年

県の精神障害者地域移行推進事業として、淡路圏域内3病院の協力を得て、長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会を毎月開催。ピアとPSWによる個別支援によって4名が退院。

平成24年

地域移行の個別給付化をきっかけとし、対象者を拡大。地域移行での退院者6名、地域定着20名をピア中心に支援

平成25年

県の精神障害者アウトリーチ推進事業として、保健所からのアウトリーチにピアも参画。8名の引きこもり傾向の統合失調症患者の社会参加支援を行い、4名は地域活動や自主的受診行動につながった。

【効果】

（地域移行・定着の利用者数：22年4月～26年3月末）

地域移行：28名うち24名は退院（1名は再入院するも退院）
地域定着：26名（地域移行を利用し、退院した者以外も含む）

（1年以上入院患者割合 630調査より）

21年：249名（67.7%）→ 24年：215名（59.6%）→ 26年：189名（55.6%）

（ピアサポーターの活動者数）

22年：9名 → 25年：11名

（関係者の意識変容）

ピアサポーターの一部はPSWの資格を取得し、精神障害者とともに働く仲間と認識されてきている

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究」からの報告

2 精神保健医療福祉のあり方について

(1) これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会について

ア 検討の経緯について

平成 25 年 6 月に改正された精神保健福祉法附則第 3 条において、同法の施行後 3 年（平成 29 年 4 月）を目途として、次の事項等について検討を加え、その結果に基づき、所要の措置を講ずることとされている。

- ①医療保護入院における移送及び入院等の手続の在り方
- ②医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
- ③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

これに加えて、平成 26 年 7 月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた精神科医療の在り方の更なる検討を行う場として、有識者で構成される「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を本年 1 月から開催している。【参考 1】

今後、改正精神保健福祉法の施行状況を踏まえ、医療保護入院のあり方や、地域移行を促進するための措置のあり方、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思表明支援の在り方について検討を行うとともに、精神疾患に係る医療のあり方等、これまでの精神保健医療福祉の取組の評価及び今後の方向性について議論を行うこととしている。その際、論点が多岐にわたることから、以下のとおり、分科会を設けて議論し、論点の整理を行うこととしている。

① 医療保護入院等のあり方分科会

- ・医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方
- ・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
- ・その他

② 新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会

- ・精神病床のさらなる機能分化
- ・精神障害者を地域で支える医療の在り方
- ・精神疾患に係る医療体制の在り方
- ・その他

イ 今後の予定について

各分科会において整理された論点について、検討会で議論を進め、本年夏頃を目処に報告書を取りまとめる予定である。検討会の資料及び議事録

は、随時、厚生労働省のホームページに掲載していくので、適宜、ご参照いただきたい。

（２）障害者総合支援法施行３年後見直しについて

ア 精神障害者に対する支援について

平成２７年社会保障審議会障害者部会において、精神障害者に対する支援についても議論が行われ、「医療・福祉や行政機関など精神障害者を取り巻く様々な関係者が、本人の意向を尊重し、精神障害の特性を十分に理解しつつ、連携・協働して精神障害者の地域移行・地域生活の支援の取組を進めて行くべき」と報告書に盛り込まれたところである。

具体的には、

- ・市町村が中心となり様々な関係者が情報提供や連携体制を構築する場として、市町村に精神障害者の地域移行や地域定着を推進するための協議の場の設置を促進するとともに、都道府県・保健所・市町村が適切な協働体制を構築すること【参考２】
- ・地域移行や地域生活の支援に有効なピアサポートについて、その質を確保するため、ピアサポートを担う人材を育成する研修を含め、必要な支援を行うこと【参考３】
- ・精神障害者の地域移行や地域定着を支援するためにも、平成２７年度に実施している地域生活支援拠点に関するモデル事業の成果も踏まえ、地域で生活する障害者に対し、地域生活を支援する拠点の整備を推進すること【参考４】
- ・長期入院者の退院を促進するため、相談支援の取組の充実や、意思決定支援の質の向上や普及に取り組むとともに、地域移行に向けたサービスの体験利用の活用を推進すること
- ・一人暮らしを希望する精神障害者の地域生活を支援し、ひいては精神障害者の居住の確保につながるよう、障害者の日常生活を適切に支援できる者による定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の生活力等を補い、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスを新たに位置づけるべきであること

等に取り組むべきとされており、今後、必要な対応を行っていくこととしている。各都道府県等においても、引き続き、精神障害者の地域移行・地域生活の支援に取り組んでいただきたい。

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の開催について

参考1

- 平成25年の精神保健福祉法の改正の附則において、同法の施行後3年(平成29年4月)を目途として、医療保護入院の手続の在り方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされている。

【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。

- また、平成26年7月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた精神科医療の在り方の更なる検討を行う必要がある。

<主な検討事項(案)> ●は附則規定事項

- 医療保護入院における移送及び入院等の手続の在り方
- 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
- 精神病床のさらなる機能分化
- 精神障害者を地域で支える医療の在り方
- 精神疾患に係る医療体制の在り方 等

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 構成員

伊澤雄一	精神保健福祉事業団体連絡会代表
伊藤弘人	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長
岩上洋一	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事
江藤 修	杵築市福祉推進課長
太田匡彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
荻原喜茂	一般社団法人日本作業療法士協会副会長
籠本孝雄	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事 兼 精神科部会部会長
柏木一恵	公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
河崎建人	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
神庭重信	九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野教授
吉川隆博	一般社団法人日本精神科看護協会業務執行理事
久保野恵美子	東北大学大学院法学研究科教授
佐竹直子	一般社団法人日本総合病院精神医学会理事
澤田優美子	日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程
白川教人	全国精神保健福祉センター長会会長
田川精二	公益社団法人日本精神神経科診療所協会理事
近森正幸	社会医療法人近森会近森病院院長
千葉 潜	医療法人青仁会青南病院理事長
中板育美	公益社団法人日本看護協会常任理事
長野敏宏	特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事
中原由美	全国保健所長会(福岡県糸島保健福祉事務所長)
野沢和弘	毎日新聞論説委員
◎樋口輝彦	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長
平田豊明	千葉県精神科医療センター病院長
広田和子	精神医療サバイバー
船津定見	佐賀県健康福祉本部長
本條義和	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事長(みんなねっと)
松田晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松本純一	公益社団法人日本医師会常任理事
○山本輝之	成城大学法学部教授

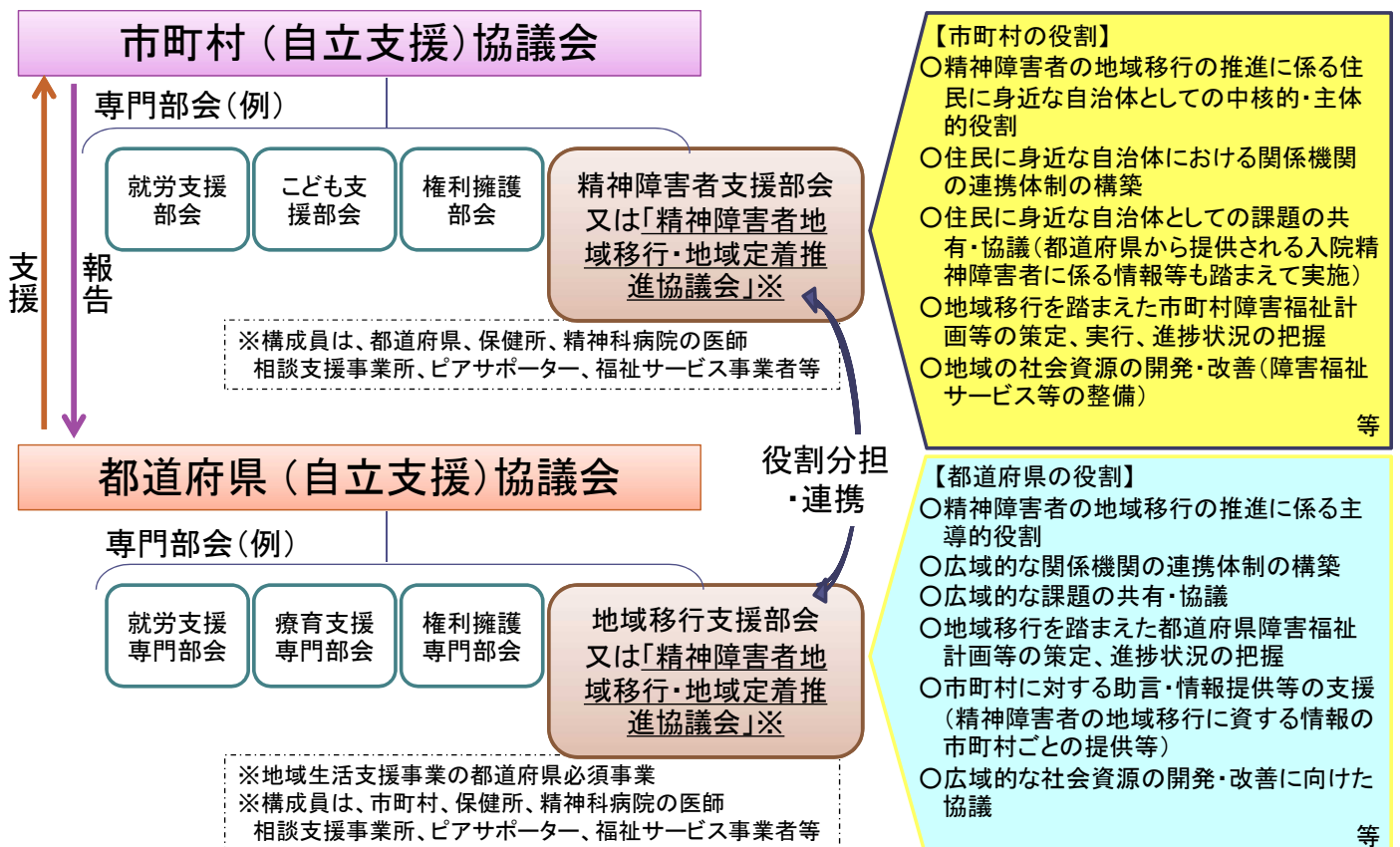
(◎:座長○:座長代理)
(50音順、敬称略)
(以上、30名)

精神障害者の地域移行に関する市町村等の役割(イメージ)

圏域	役割	役割を果たすための手段
市町村 (1718市町村)	○精神障害者の地域移行の推進に係る住民に身近な自治体としての中核的・主体的役割 ○地域における在宅医療・福祉・介護の連携推進	○住民に身近な自治体における関係機関の連携体制の構築 ○住民に身近な自治体としての精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議(都道府県から提供される入院精神障害者に係る情報等も踏まえて実施) ○地域移行を踏まえた市町村障害福祉計画・介護保険事業計画の策定、実行、進捗状況の把握・評価、改善 ○地域の社会資源の開発・改善(障害福祉サービス等の整備) ○個別事例への支援のあり方に関する協議、調整
・二次医療圏域 ・保健所圏域 (490箇所)	○精神科病院からの地域移行の推進 ○圏域における医療・福祉・介護の連携推進	○地域移行推進方策の企画立案、進捗管理 ・圏域における入院患者の実態把握、課題分析 ・地域移行の考え方・課題の共有(精神科病院、福祉・介護事業者双方に対して) ・地域移行の目標の設定、実施、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村支援(助言、情報提供等) ○個別事例の広域調整
都道府県 (47都道府県)	○精神障害者の地域移行の推進に係る主導的役割 ○広域的な医療・福祉・介護の連携推進	○広域的な関係機関の連携体制の構築 ○庁内関係部局(医療、福祉、介護、教育、雇用、居住支援等)との連携や保健所、精神保健福祉センターとの協働 ○広域的な精神障害者の居住支援、日常生活・社会生活支援等に関する課題の共有・協議 ○地域移行を踏まえた都道府県障害福祉計画・介護保険事業支援計画・医療計画の策定、進捗状況の把握・評価、改善 ○市町村に対する助言・情報提供等の支援(精神障害者の地域移行に資する情報の市町村ごとの提供等) ○広域的な社会資源の開発・改善に向けた協議

※上記のほか、都道府県、指定都市における地域移行に関する人材育成、保健所・市町村等への専門的立場からの技術援助等を行う精神保健福祉センター(69箇所)が行う。

精神障害者地域移行・地域定着推進協議会に係る都道府県と市町村の役割(イメージ)



※精神障害者地域移行・地域定着推進協議会について、既存の(自立支援)協議会を活用することは差し支えない

○ピア(peer)とは、「仲間、同輩、対等者」という意味である。

○ピアサポートとは、一般に同じ課題や環境を体験する人がその体験から来る感情を共有することで専門職による支援では得がたい安心感や自己肯定感を得られることを言い、身体障害者自立生活運動で始まり、知的障害や精神障害の分野でも定着し始めている。

○北米では、2000年代に入り、精神疾患のある人々が精神保健システムのなかのチームの一員として働く「認定ピアスペシャリスト」という新たな職種が創設され、(精神疾患のある人々が)多くの精神保健提供機関の中で働くようになった。

○ピアスペシャリストが提供するサービスの効果の有効性は、

- (1)利用者への効果
 - (2)ピアスペシャリストへの効果
 - (3)サービスの質への効果
 - (4)他専門職者及び精神保健システム全体への効果
- の4点に整理することが出来る。

平成22年度障害者総合福祉推進事業「ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備のあり方に関する調査とガイドラインの作成」

平成27年度社会保障審議会 第71回障害者部会資料

ピアサポーターの活動による効果

ピアサポートに関わったそれぞれの立場への効果が報告された。

ピアサポーターの活動による効果(自由記載のまとめ)

○入院精神障害者に対する効果

・経験に基づいた当事者独自の視点に立った支援が可能であることや、実際に地域で生活しているピアサポーターの姿から退院後の生活を具体的にイメージすることができること、また、それによって退院意欲の向上や具体的な行動につながるなどの点が挙げられた。

○地域移行後の精神障害者に対する効果

・当事者独自の視点からの助言や指導を行える点のほか、仲間としての安心感を得たり、地域生活のヒントを得たりすることが地域移行・定着につながる点が挙げられた。

○ピアサポーターに対する効果

・ピアサポート活動を通じて社会参加の機会を得たり、他者の役に立つことが自己肯定や自信を取り戻すことにつながるという効果のほか、(ピアサポーター自身の)健康を守るという観点からも、(他者に自己の経験を話すことで)自分を振り返り認めることができるなどの点が挙げられた。

○雇用者に対する効果

・ピアサポーターとの協働を通じて精神障害者への理解が深まったり、可能性や能力を発見する機会になる点や、精神障害者への支援にあたり、ピアサポーターを通じて当事者の率直な気持ちや受け止め方などの意見を聞いたり、入院患者との接点を拡大することにより、支援の質の向上につながる点などが挙げられた。

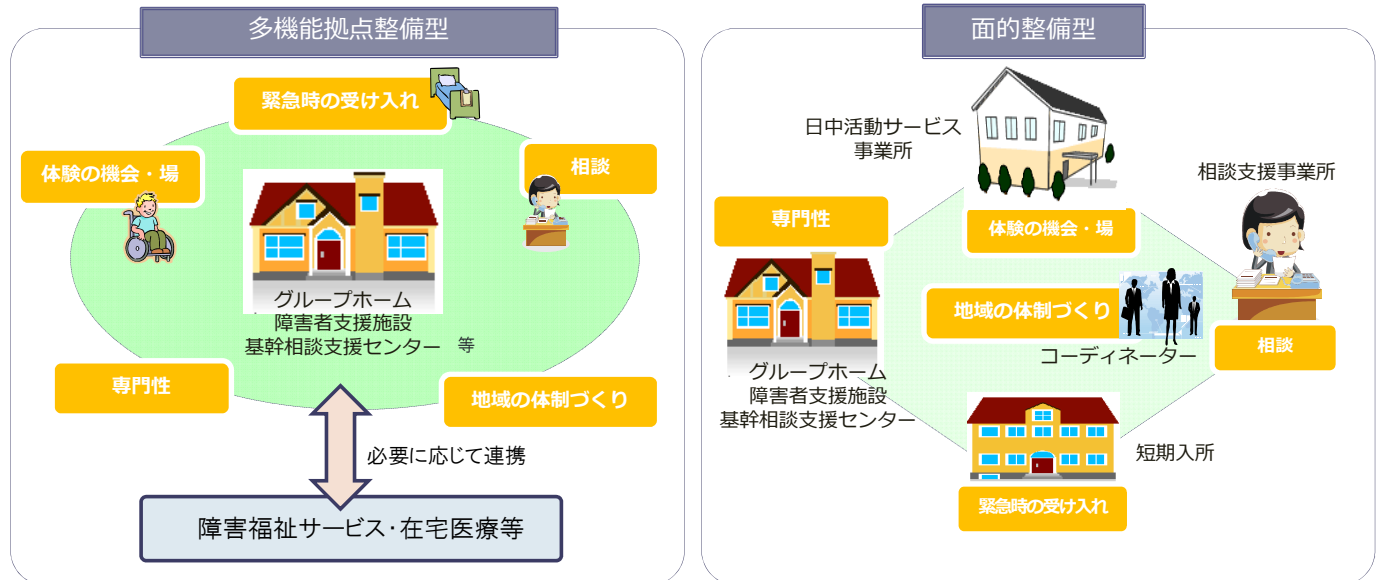
平成26年度精神障害保健福祉等サービス体制整備促進事業に関する調査研究「ピアサポートの活用状況に関する調査」

平成27年度社会保障審議会 第71回障害者部会資料

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

●地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。



精神科救急医療体制整備事業(予算額 平成26年度:19億円 平成27年度:13億円 平成28年度(案):14億円)

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための
精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2

【事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会、医療連携研修会等
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業

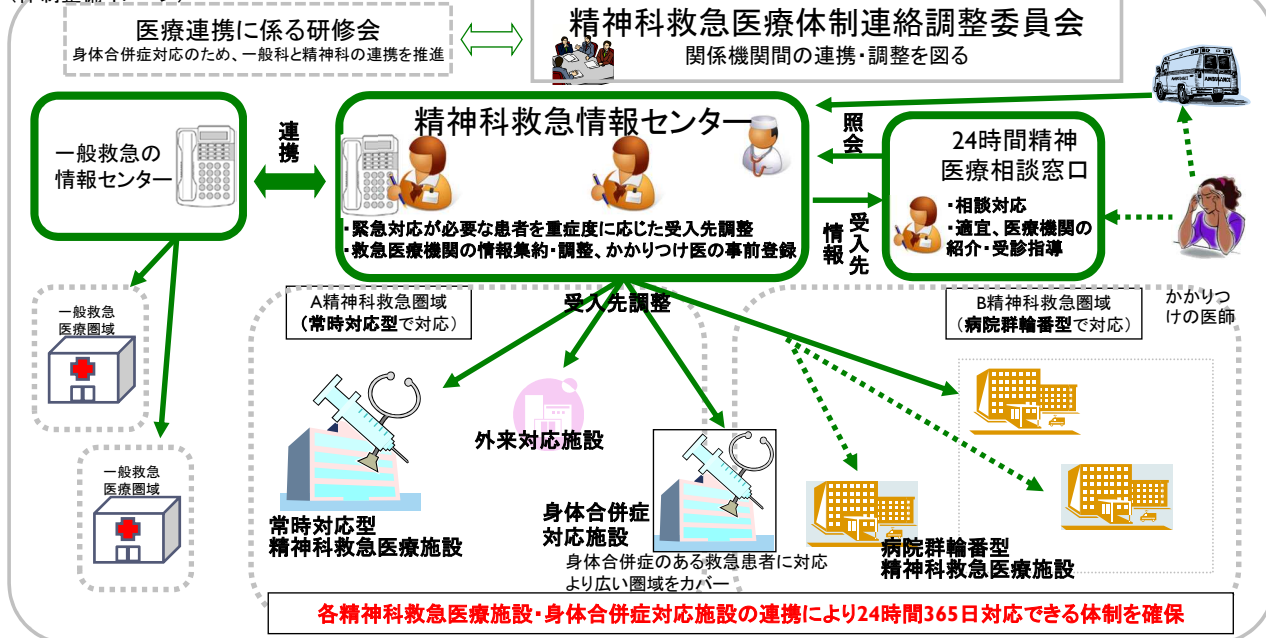
都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

(体制整備イメージ)



3 自立支援医療（精神通院医療）と生活保護の医療扶助における向精神薬の重複処方の適正化等について

（１）事案の概要

昨年６月に、生活保護受給者から向精神薬を入手し、インターネットを通じて転売を行っていた者が、麻薬及び向精神薬取締法違反容疑で逮捕される事案が発生した。

当該事案については、自立支援医療（精神通院医療）と生活保護（医療扶助）それぞれの処方を合わせて重複処方となるケースが含まれていること等が確認されたところである。

（２）重複処方の適正化について

これを踏まえ、生活保護受給者が、医療扶助において向精神薬の処方があり、かつ精神通院医療の支給認定を受けている場合、福祉事務所に精神通院医療とあわせて向精神薬の重複処方となっていないか確認することとする。具体的には、福祉事務所に都道府県等の精神通院医療担当部局に対し当該生活保護受給者への精神通院医療における向精神薬の処方状況に係るデータの提供を依頼し、結果として重複処方が判明した場合には、福祉事務所に主治医への確認等を行った上で、適正受診指導を行うこととする内容の通知を社会・援護局保護課から各都道府県等の民生主管部（局）長あてに発出することを予定している。

各都道府県、指定都市の精神通院医療担当部局におかれては、福祉事務所からの照会に対する協力をお願いしたい。

（３）有効期間の確認の徹底

また、本事案においては、自立支援医療（精神通院医療）の有効期間外の医療費について、本来、生活保護法の医療扶助として請求されるべきものを医療機関が誤って自立支援医療（精神通院医療）として請求し、そのまま自立支援医療（精神通院医療）として公費負担が行われていたことも確認されたところである。自立支援医療の適正な運用を図るため、自立支援医療費の額の決定に当たっては、有効期間の確認を徹底されたい。

4 障害支援区分の認定について

(1) 障害支援区分の認定状況の実態に関する調査について

障害支援区分に基づく区分認定の運用に当たっては、身体障害、知的障害及び精神障害等の障害の特性をより適切に評価するため、認定調査項目及び各調査項目の選択肢の判断基準等の見直しを行ったところである。

- ・上位区分の認定割合が上昇していること、
- ・二次判定の引き上げ割合に、依然として地域差が生じていること

が見受けられている。

そのため、制度の運用における課題を把握するため、障害支援区分の構成割合が全国平均と比較して乖離のある市町村について、その認定状況等を調査し、二次判定（市町村審査会）における引き上げ割合の高い要因等について分析・検証を行っているところである。その概要については資料を添付しているが、最終的な結果については今月末までにとりまとめ、当該結果に基づき、必要な対応を行うこととしている。

障害支援区分の適切な運営のためには、申請者の心身の状況等に応じた認定調査及び審査判定がなされる仕組みを構築することが重要であり、そのためには、認定業務に携わる認定調査員や市町村審査会、医師意見書を記載する医師に対して、制度の理解を深めるための取組が不可欠である。そのため、研修会の参加率の向上を図り、新任の認定調査員及び市町村審査会委員のほか、現任の認定調査員、市町村審査会委員及び医師意見書の作成に当たる医師も積極的に参加いただくような取組をお願いする。

(2) 難病患者等に対する認定マニュアルの活用について

平成 27 年 7 月の障害者総合支援法の対象となる難病等の範囲の見直しを踏まえ、障害支援区分に係る「難病患者等に対する認定マニュアル」を改訂し、昨年 9 月に送付したところである。

本マニュアルは、全国の市町村において難病等に配慮した障害支援区分の認定調査及び市町村審査会における審査判定が円滑に行われるよう、「難病の基本的な情報」、「難病の特徴」、「認定調査の留意点」等を整理し、実際に認定業務に携わる者を対象に作成したものである。

各都道府県におかれては、管内市町村、関係機関等へ周知いただくとともに、本マニュアルを活用した研修会を開催するなど、障害支援区分認定の適切な実施に向けた取組について御協力をお願いする。

(3) 障害支援区分認定事務費の一般財源化

市町村における障害支援区分の認定事務に係る経費については、これまで地域生活支援事業費補助金のメニューとして補助してきたところであるが、

- ・すべての市町村で認定事務が行われ、すでに市町村の事務として同化定着

していること、

・介護の認定事務に係る経費については、既に一般財源化されていることから、当該経費についても平成 28 年度から一般財源化したものである。

なお、当該経費に要する所要額については、地方交付税措置を講じることとしているので、引き続き、円滑な実施の確保をお願いする。

障害支援区分の審査判定実績（平成26年10月～平成27年9月）

1. 全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

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	45	39	19	14	7	9	7	140	95	67.9%	-	-
区分1	7	5,811	1,179	95	7	0	0	7,099	1,281	18.0%	7	0.1%
区分2	7	211	43,308	6,691	378	6	3	50,604	7,078	14.0%	218	0.4%
区分3	2	15	396	44,320	5,037	193	13	49,976	5,243	10.5%	413	0.8%
区分4	1	2	22	504	39,710	4,799	181	45,219	4,980	11.0%	529	1.2%
区分5	0	0	3	17	370	32,076	4,684	37,150	4,684	12.6%	390	1.0%
区分6	0	0	2	10	45	452	58,770	59,279	-	-	509	0.9%
合計件数	62	6,078	44,929	51,651	45,554	37,535	63,658	249,467	23,361	9.4%	2066	0.8%
割合	0.0%	2.4%	18.0%	20.7%	18.3%	15.0%	25.5%	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	割合	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分 H26.4 ～H26.9	件数 18	1,896	14,287	15,884	13,973	11,508	16,908	74,474	-	7,839	10.5%	743	1.0%
	割合 0.0%	2.5%	19.2%	21.3%	18.8%	15.5%	22.7%	-	100.0%				
程度区分 H25.10 ～H26.6	件数 155	9,034	27,194	27,605	20,435	19,199	25,750	129,372	-	44,638	34.5%	448	0.3%
	割合 0.1%	7.0%	21.0%	21.3%	15.8%	14.9%	19.9%	-	100.0%				
程度区分 H24.10 ～H25.9	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%	21.8%	15.8%	13.9%	20.7%	-	100.0%				
程度区分 H23.10 ～H24.9	件数 269	15,479	45,767	48,220	35,531	31,587	49,870	226,723	-	77,079	34.0%	888	0.4%
	割合 0.1%	6.8%	20.2%	21.3%	15.7%	13.9%	22.0%	-	100.0%				

2. 身体障害

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	28	18	3	5	4	5	7	70	42	60.0%	-	-
区分1	6	1,907	386	18	1	0	0	2,318	405	17.5%	6	0.3%
区分2	4	74	9,328	1,064	61	1	1	10,533	1,127	10.7%	78	0.7%
区分3	0	12	185	16,225	1,514	72	3	18,011	1,589	8.8%	197	1.1%
区分4	0	1	13	156	11,124	973	41	12,308	1,014	8.2%	170	1.4%
区分5	0	0	2	9	150	12,748	1,447	14,356	1,447	10.1%	161	1.1%
区分6	0	0	1	2	17	194	40,770	40,984	-	-	214	0.5%
合計件数	38	2,012	9,918	17,479	12,871	13,993	42,269	98,580	5,624	5.7%	826	0.8%
割合	0.0%	2.0%	10.1%	17.7%	13.1%	14.2%	42.9%	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	割合	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分 H26.4 ～H26.9	件数 11	673	3,444	5,530	3,925	4,194	9,642	27,419	-	1,732	6.3%	324	1.2%
	割合 0.0%	2.4%	12.6%	20.2%	14.3%	15.3%	35.2%	-	100.0%				
程度区分 H25.10 ～H26.6	件数 65	2,242	7,467	8,446	6,166	7,505	14,954	46,845	-	8,673	18.5%	263	0.6%
	割合 0.1%	4.8%	16.0%	18.0%	13.2%	16.0%	31.9%	-	100.0%				
程度区分 H24.10 ～H25.9	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%				

3. 知的障害

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	4	10	3	4	2	7	4	34	30	88.2%	-	-
区分1	0	2,056	344	29	1	0	0	2,430	374	15.4%	0	0.0%
区分2	0	63	14,340	2,158	110	3	2	16,676	2,273	13.6%	63	0.4%
区分3	2	2	137	19,847	2,729	104	6	22,827	2,839	12.4%	141	0.6%
区分4	0	1	6	304	27,892	4,003	155	32,361	4,158	12.8%	311	1.0%
区分5	0	0	0	6	246	23,103	3,975	27,330	3,975	14.5%	252	0.9%
区分6	0	0	0	2	23	317	38,185	38,527	-	-	342	0.9%
合計件数	6	2,132	14,830	22,350	31,003	27,537	42,327	140,185	13,649	9.7%	1109	0.8%
割合	0.0%	1.5%	10.6%	15.9%	22.1%	19.6%	30.2%	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	割合	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分 H26.4 ～H26.9	件数 1	525	4,054	6,099	9,035	8,268	10,959	38,941	-	4,308	11.1%	389	1.0%
	割合 0.0%	1.4%	10.4%	15.7%	23.2%	21.2%	28.1%	-	100.0%				
程度区分 H25.10 ～H26.6	件数 25	2,942	9,809	14,201	14,472	13,991	16,964	72,404	-	29,978	41.4%	185	0.3%
	割合 0.0%	4.1%	13.6%	19.6%	20.0%	19.3%	23.4%	-	100.0%				
程度区分 H24.10 ～H25.9	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%	18.0%	23.2%	-	100.0%				

4. 精神障害

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	18	13	13	5	2	0	0	51	33	64.7%	-	-
区分1	1	2,084	497	51	6	0	0	2,639	554	21.0%	1	0.0%
区分2	3	80	22,145	4,027	241	3	1	26,500	4,272	16.1%	83	0.3%
区分3	0	2	91	12,138	1,446	50	5	13,732	1,501	10.9%	93	0.7%
区分4	1	0	4	77	5,622	514	23	6,241	537	8.6%	82	1.3%
区分5	0	0	1	1	27	1,776	161	1,966	161	8.2%	29	1.5%
区分6	0	0	1	6	11	32	1,479	1,529	-	-	50	3.3%
合計件数	23	2,179	22,752	16,305	7,355	2,375	1,669	52,658	7,058	13.4%	338	0.6%
割合	0.0%	4.1%	43.2%	31.0%	14.0%	4.5%	3.2%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

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	割合	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分 H26.4 ～H26.9	件数 5	764	7,663	5,502	2,664	766	563	17,927	-	2,634	14.7%	115	0.6%
割合	0.0%	4.3%	42.7%	30.7%	14.9%	4.3%	3.1%	100.0%					
程度区分 H25.10 ～H26.6	件数 71	4,264	11,682	7,820	2,477	948	671	27,933	-	11,456	41.0%	56	0.2%
割合	0.2%	15.3%	41.8%	28.0%	8.9%	3.4%	2.4%	100.0%					
程度区分 H24.10 ～H25.9	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%					

5. 難病

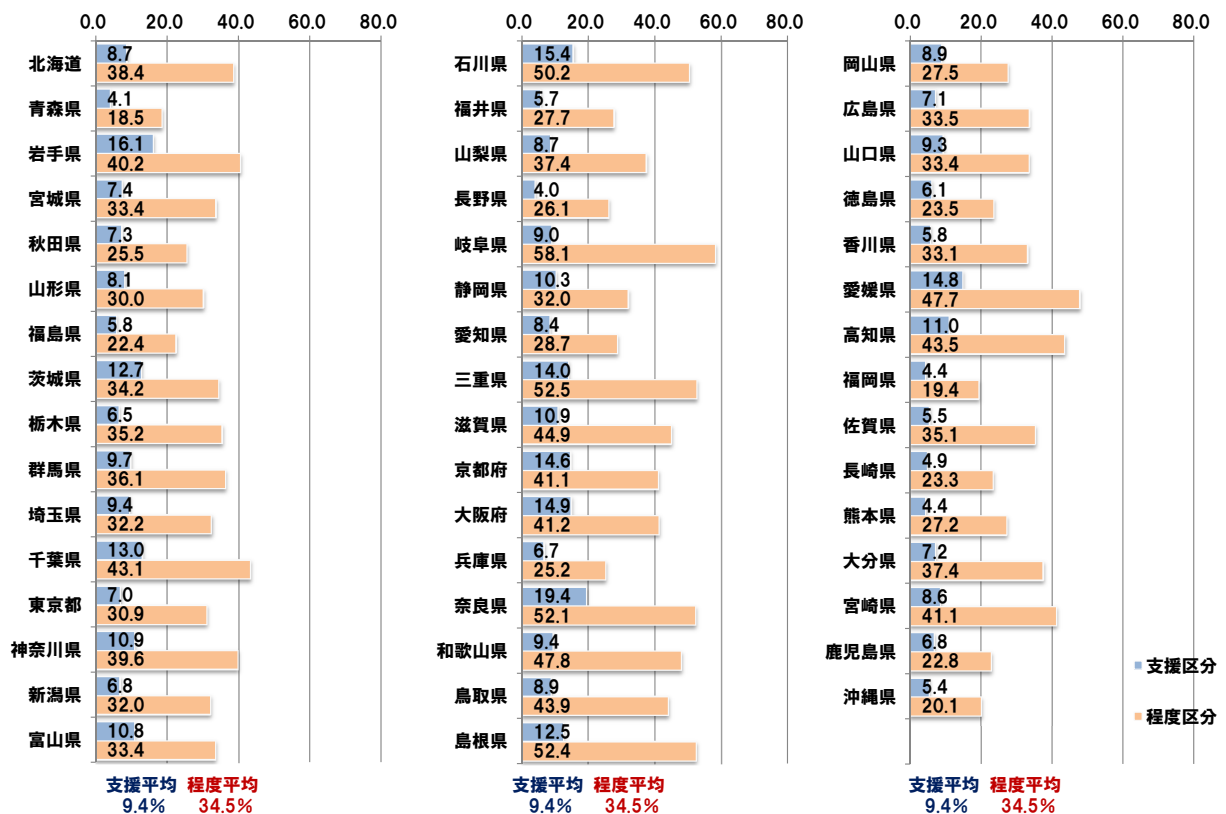
二次判定 一次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	0	1	0	0	0	0	0	1	-	1	100.0%	-	-
区分1	0	64	19	0	0	0	0	83	-	19	22.9%	0	0.0%
区分2	0	5	297	41	3	0	0	346	-	44	12.7%	5	1.4%
区分3	0	0	4	516	62	3	0	585	-	65	11.1%	4	0.7%
区分4	0	0	0	4	249	28	0	281	-	28	10.0%	4	1.4%
区分5	0	0	0	1	3	212	14	230	-	14	6.1%	4	1.7%
区分6	0	0	0	1	0	3	520	524	-	-	-	4	0.8%
合計件数	0	70	320	563	317	246	534	2,050	-	171	8.3%	21	1.0%
割合	0.0%	3.4%	15.6%	27.5%	15.5%	12.0%	26.0%	100.0%					

(参考) 二次判定結果の実績

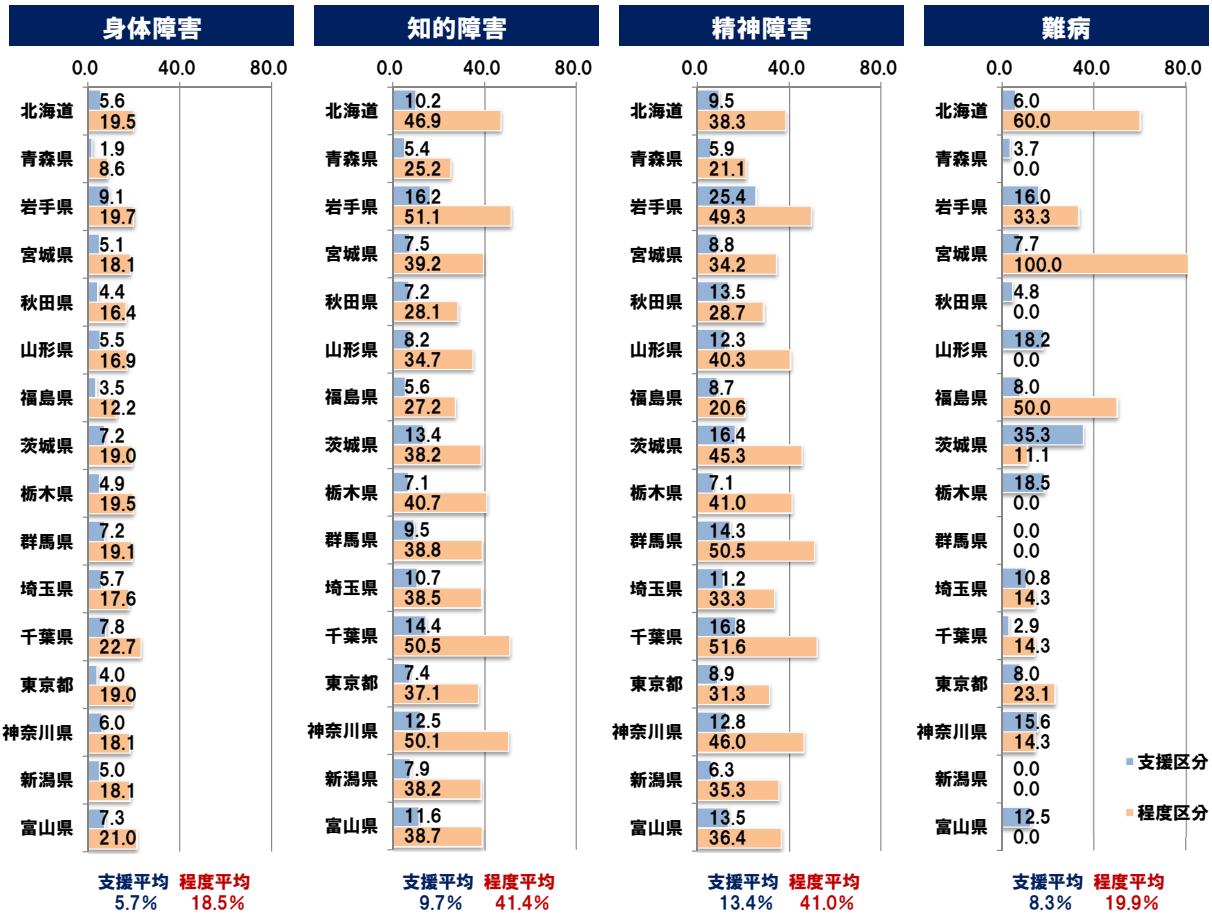
二次判定 一次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分 H26.4 ～H26.9	件数 1	35	114	181	105	80	151	667	-	53	7.9%	6	0.9%
割合	0.2%	5.3%	17.1%	27.1%	15.7%	12.0%	22.6%	100.0%					
程度区分 H25.10 ～H26.6	件数 2	38	90	91	41	34	55	351	-	70	19.9%	1	0.3%
割合	0.6%	10.8%	25.6%	25.9%	11.7%	9.7%	15.7%	100.0%					
程度区分 H24.10 ～H25.9	件数 4	87	213	142	72	41	63	622	-	155	24.6%	4	0.6%
割合	0.6%	14.0%	34.3%	22.8%	11.6%	6.6%	10.1%	100.0%					

都道府県別 上位区分変更率（二次判定での引き上げ率）

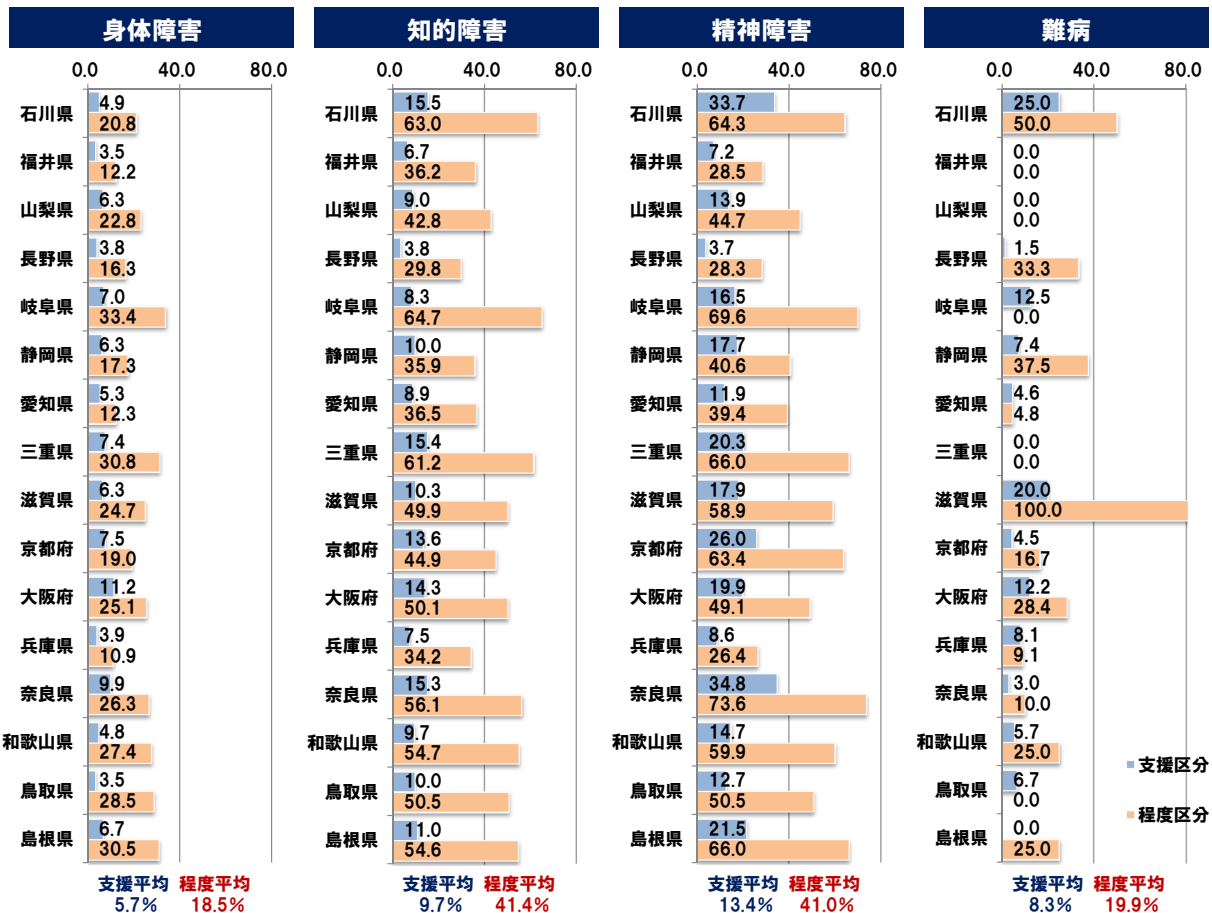
全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

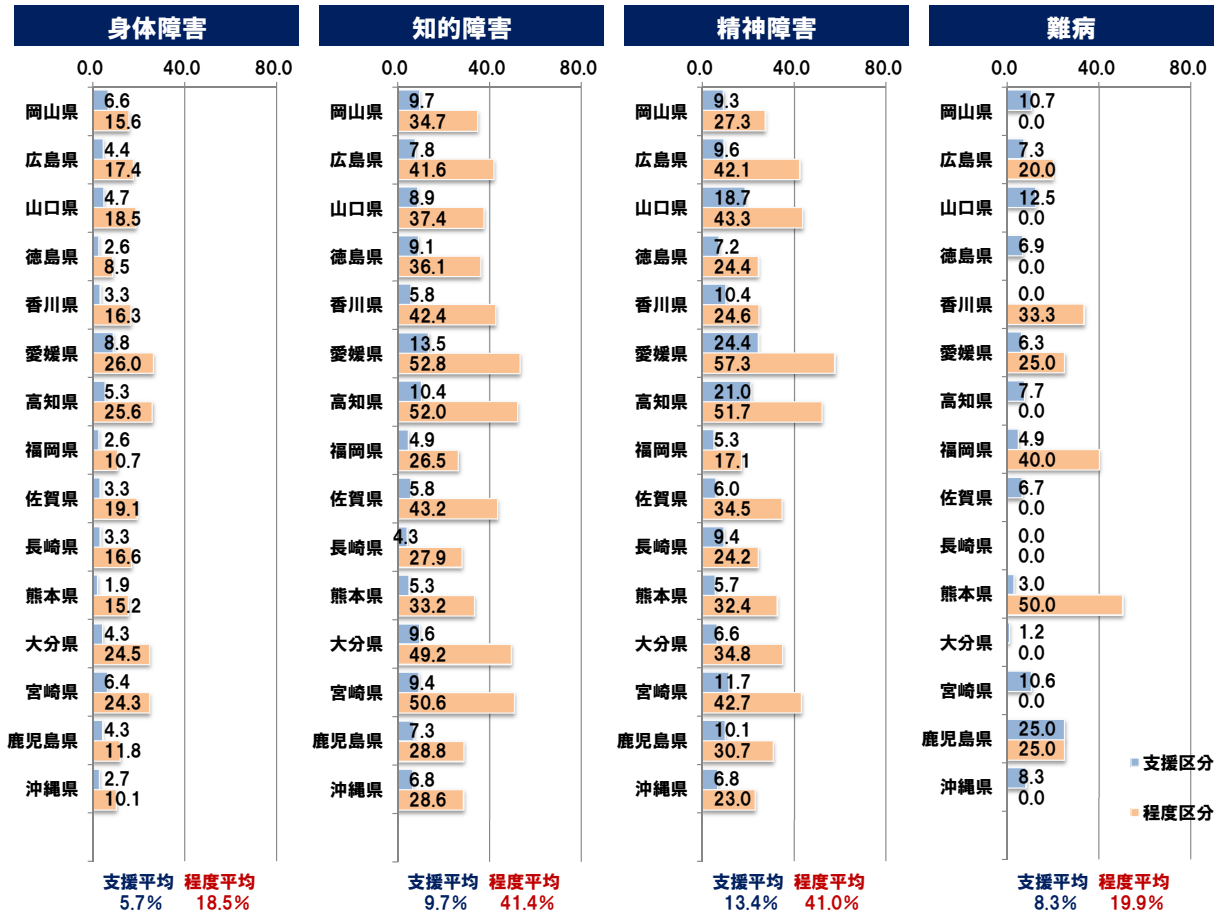


障害種別 上位区分変更率



障害種別 上位区分変更率





5 依存症対策について

(1) 依存症対策の推進について

依存症対策としては、依存症者やその家族に対する相談・支援体制の整備、必要な医療を受けられる体制の整備、社会復帰に向けた医療機関、行政機関、自助団体の連携体制の整備などの施策を行っているところである。

特に、認知行動療法を用いた治療・回復プログラムの医療機関への普及が十分に進んでいないことから、依存症の治療・回復プログラムを行う医療機関がない地域の依存症者が、身近な場所で適切な治療を受けられるよう、精神保健福祉センターで認知行動療法を用いた治療・回復プログラムを行うための「依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進事業」を実施しているところである。【関連資料④】

本事業は平成28年度も実施する予定であるので、各都道府県・指定都市におかれては、依存症の治療・回復プログラムの普及に向けて、本事業の趣旨・目的を十分にご理解いただき、積極的な活用をお願いしたい。

また、平成28年度予算（案）においては、民間団体を対象とした「依存症に関する普及啓発事業」を実施することとしている。【関連資料⑥】

本事業においては、ポスターの掲示やリーフレットの配布等による普及啓発を予定しているので、実施に当たっては、各自治体のご協力をよろしくお願いしたい。

(2) アルコール健康障害対策基本法について

平成26年6月に施行された「アルコール健康障害対策基本法」に基づくアルコール健康障害対策基本計画の原案が、本年2月にアルコール健康障害対策関係者会議において取りまとめられ、今後、本年5月を目途に閣議決定される予定となっている。

基本計画案においては、

- ・アルコール健康障害の発生予防

・予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備を重点課題とし、目標として、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させることや、すべての都道府県において、地域の相談拠点及び専門医療機関を1か所以上定めることを掲げている。

都道府県についても、国の計画を基本として、都道府県アルコール健康障害対策推進計画の策定が努力義務とされているので、各都道府県におかれては、計画の策定に努めていただくよう、お願いしたい。

なお、都道府県及び指定都市の精神保健福祉センターにおいては、特定相談事業として、アルコール関連問題に関する相談指導、普及啓発、断酒会等のボランティア団体の指導・援助等を行うこととされており、また、保健所においてもアルコール問題等に関する相談支援や普及啓発、自助グループ等の組織育成等の取組を行うこととされている。

各自治体におかれては、これらの事業への取組により、アルコール依存症者の回復支援や、地域の関係機関の連携の強化など、一層の取組の推進をお願いしたい。

(3) 薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度について

刑法の改正等による薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度について、平成28年6月までに施行されることから、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。

制度の施行に向け、薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関し、自治体、保護観察所、医療機関などの関係機関や民間支援団体が効果的に支援を実施できるよう、地域連携のためのガイドラインを、法務省と厚生労働省の連名で平成27年11月に発出したところである。

本ガイドラインにおいては、連携すべき関係機関や、それぞれの支援の場面において関係機関が果たすべき役割、地域支援体制の構築のための方法等について記している。各自治体におかれては、本ガイドラインに則った取組により、薬物依存のある刑務所出所者等に対して切れ目のない支援が実施できるよう、ご協力をお願いしたい。

厚生労働省における依存症関連対策

関連資料①

①相談・指導

- ・精神保健福祉センター、保健所において相談・指導を実施
(精神保健福祉センター:69箇所、保健所:486箇所(平成27年4月現在設置数))

②人材育成

- ・依存症回復施設職員研修事業(平成22年度～)
DARC(ダルク)、MAC(全国マック協議会)等の依存症回復施設職員に対して研修を実施
- ・精神保健福祉センター職員研修事業(平成27年度～)
精神保健福祉センターで依存症者等への支援を行う者に対し、認知行動療法を用いた治療・回復プログラムについての研修を実施

③地域体制整備

- ・依存症治療拠点機関設置運営事業(平成26年度～)
全国5か所に依存症治療拠点機関を設置し、専門的相談支援、精神科医療機関等への相談支援等を行うとともに、治療・回復プログラムの開発及び回復支援モデルの確立を図る
- ・依存症者に対する治療・回復プログラムの普及支援事業(平成27年度～)
精神保健福祉センターにおいて、依存症者に対する認知行動療法プログラムを実施するための経費を助成することにより、認知行動療法プログラムの全国的な普及を図る
- ・依存症家族対策支援事業(平成27年度～)
全国5か所程度の精神保健福祉センターにおいて、依存症家族に対し、認知行動療法を用いた心理教育プログラムを実施

④調査・研究

- ・依存症(アルコール、薬物の他、ギャンブルを含む)に関する厚生労働科学研究事業

関連資料②

依存症回復支援施設職員研修等事業

平成27年度予算額 平成28年度予算(案)
13百万円 → 13百万円

依存症回復施設職員等研修

- 依存症回復施設職員の多くは**依存症当事者**であり、依存症に関する医学的知識や利用可能な社会資源に関する知識を得る機会が少ない。
- 依存症回復施設においても、職員の人材養成が重要と認識している一方、財政上、あるいは人員上の事情から研修を行っていない。
- 依存症回復施設の依存症への対応力を一層強化するため、**依存症回復施設職員に対する研修を行い、職員の資質向上を図る必要がある。**
- 従来の事業は薬物・アルコール依存症の団体を対象としていたが、ギャンブル等依存症の自助団体職員に対する研修を新たに追加する。

精神保健福祉センター職員研修

- 精神保健福祉センターで依存症者等への支援を行う者に対し、認知行動療法を用いた治療・回復プログラム等についての研修を実施する。

研修の内容

【依存症回復施設職員等研修内容】

- 「依存症」に関する基礎的な知識
- アルコール、薬物の身体への影響
- 依存症者が利用可能な社会支援
- 基礎的なカウンセリング技法
- 頻回で反復するギャンブル等による負の影響 等

【精神保健福祉センター職員研修内容】

- 依存症者に対する治療・回復プログラムの習得
- 依存症者の家族に対する心理教育プログラムの習得

依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)

依存症患者(アルコール、薬物、ギャンブル)が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と依存症治療拠点機関の協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

平成27年度予算：12百万円 → 平成28年度予算(案)：11百万円

依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が十分に浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、住民への普及啓発に加えて医療機関等を含めた関係者間の連携を構築していく必要がある。また、早期支援の観点からは、依存症に対応することのできる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築が必要である。

事業概要

【地域】

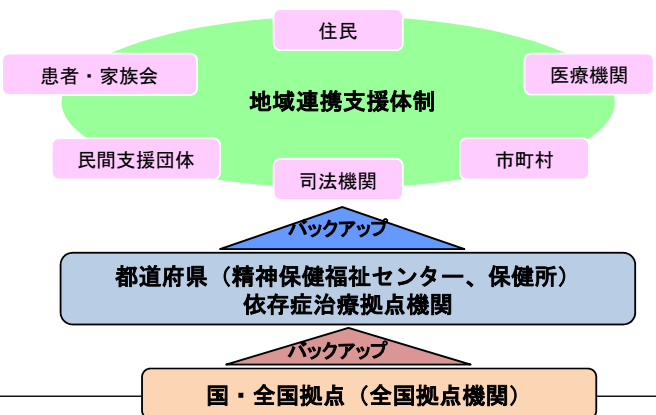
依存症の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、民間支援団体や関係機関、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県(精神保健福祉センター、保健所)・依存症治療拠点機関】

依存症治療拠点機関を設置し、都道府県との協働によって、依存症に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点(全国拠点機関)】

各依存症治療拠点機関で得られた知見を集積し、共通した有効な依存症支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各治療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

- ①効果的な依存症に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②依存症者の早期発見・早期支援の実現

全国拠点機関：久里浜医療センター（薬物依存症は国立精神・神経医療研究センターに委託） 依存症治療拠点機関：神奈川県・神奈川県立精神医療センター、岐阜県・各務原病院、大阪府・大阪府立精神科医療センター、岡山県・岡山県精神科医療センター、佐賀県・肥前精神医療センター

3

依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進事業について

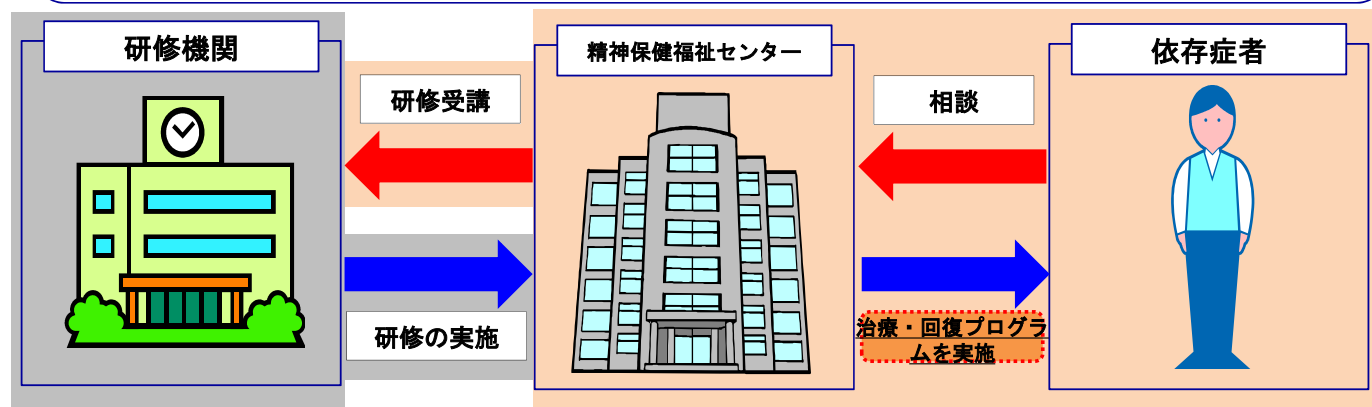
関連資料④

平成27年度予算額 68百万円 → 平成28年度予算(案) 63百万円

依存症者に対する治療としては、SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)などの認知行動療法を用いた治療・回復プログラムが有効であるとされているが、未だ全国的には普及しておらず、依存症者が必要な医療を受けることができない状況にある。

このため、管内(※)にアルコール依存症者と薬物依存症者の双方を対象とした積極的な治療・回復プログラムを実施している医療機関がない都道府県・指定都市の精神保健福祉センターで認知行動療法を用いた治療・回復プログラムを実施するための経費を助成することにより、治療・回復プログラムの全国的な普及を図り、依存症者が必要な治療・回復プログラムを受けられる環境を整備する。

(※)指定都市が存在する道府県にあっては、当該指定都市の管轄する区域を除く。



※別途、依存症回復施設職員研修等事業において実施

依存症家族対策支援事業について

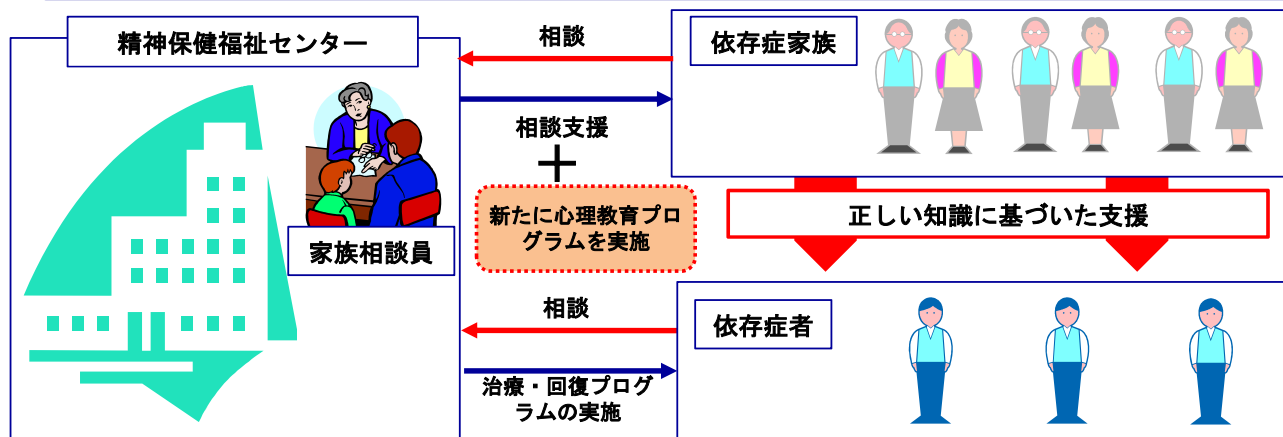
関連資料⑤

平成27年度予算額
6百万円

平成28年度予算(案)
6百万円

本事業では、精神保健福祉センターを5箇所程度指定し、当該センターにおいて、依存症家族に対する認知行動療法を用いた心理教育プログラムを専門家により実施する。また、その際に精神保健福祉センターで家族の相談支援を行う者も心理教育プログラムに参加することとし、家族相談員として、プログラムに参加した家族が依存症者を支援する際のサポートに当たらせる。

これにより、これまで長期間、本人の問題行為に巻き込まれ消耗した家族へのケアのみならず、家族が果たしうる役割としての依存症者を支える家族関係についての理解や依存症に関する正しい知識の習得、再発を早期に発見できる観察者の役割を果たす等、よりポジティブな家族支援を行うことができる。さらに、事業実施センターにおいて集積した知見等の評価・検討をもとに、厚生労働科学研究において全国の精神保健福祉センターで心理教育プログラムを実施するためのガイドラインの作成等を行うことで、これまでの依存症者及びその家族に対する相談、地域住民への普及啓発を超えた、精神保健福祉センターの役割の拡充、依存症者及びその家族への手厚い支援を目指す。



依存症に関する普及啓発事業(新規)

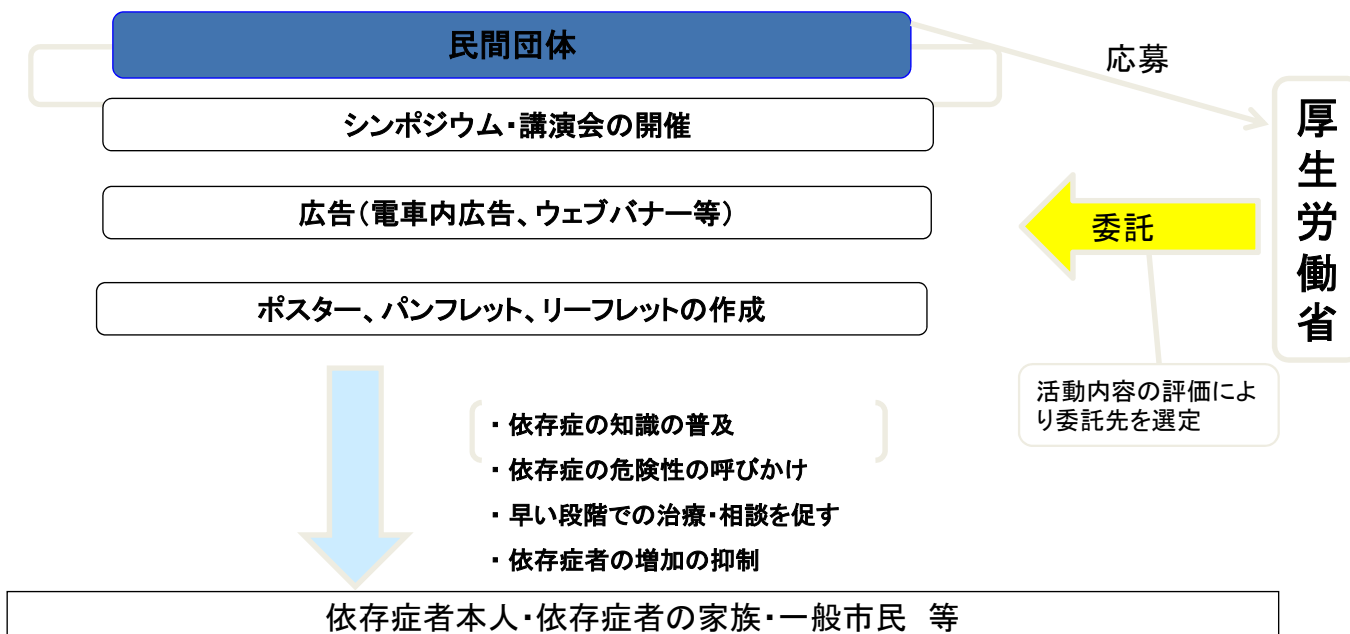
関連資料⑥

平成28年度予算(案)

16百万円

【事業概要】

- 民間団体への委託により行い、依存症問題に関するポスターの作成やシンポジウムの開催を行う。
- アルコール、薬物、ギャンブルを含む依存症について、依存症についての弊害をわかりやすく伝えることにより、依存症の予防を図るとともに、医療機関を受診しない依存症者が、早期に相談機関や医療機関、自助団体に赴くことを促すような内容とする。
- DARCやMAC等の自助団体との連携も視野に入れる。



アルコール健康障害対策推進基本計画の概要（案）

関連資料⑦

基本理念

- 発生・進行・再発の各段階での防止対策／当事者やその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むための支援
- アルコール健康障害に関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携への配慮

基本的な方向性

- 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり
- 誰もが相談できる相談場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり
- 医療における質の向上と連携の促進
- アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり

第1期基本計画で取り組むべき重点課題

（計画対象期間：平成28年度から平成32年度まで）

- 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

- (1)特に配慮を要する者に対する教育・啓発
※未成年者、妊産婦、若い世代の女性
- (2)アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発

- アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

- (1)アルコール健康障害への早期介入
- (2)地域における相談拠点の明確化
- (3)アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
- (4)アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

基本的施策

- ①教育の振興等
- ②不適切な飲酒の誘引の防止
- ③健康診断及び保健指導
- ④アルコール健康障害に係る医療の充実等
- ⑤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

- ⑥相談支援等
- ⑦社会復帰の支援
- ⑧民間団体の活動に対する支援
- ⑨人材の確保等
- ⑩調査研究の推進等

その他推進体制等

関連施策との有機的な連携

都道府県における都道府県推進計画の策定

基本計画策定後3年以内に、厚生労働省に移管

実態把握とともに第2期に向け数値目標の設定について検討

アルコール健康障害対策推進基本計画(第1期)におけるポイントについて（案）

関連資料⑧

計画対象期間：平成28年度～平成32年度

	発生予防	→	進行予防	→	再発予防
重点課題	1. 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防 ○飲酒に伴うリスクに関する知識等を普及し、国民自らが発生を予防 ○酒類関係事業者等と連携し、社会全体で不適切な飲酒の誘引を防止等		2. アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備 ○地域における相談拠点を明確化した上で、関係機関の連携体制を構築等 ○地域におけるアルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備を促進等		
数値目標	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 【男性：13.0% 女性：6.4%（平成32年）】 （参考）男性：15.3% 女性：7.5%（平成22年） ②未成年者の飲酒をなくす ③妊娠中の飲酒をなくす （目標値は健康日本21（第2次）に準拠）		④地域における相談拠点		⑤アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関 をそれぞれ1箇所以上定めている都道府県の数：47
主な具体的施策（平成28年度予算案）	○アルコール健康障害対策理解促進経費（16百万円） ○たばこ・アルコール対策推進費（29百万円の内数）等 ・本人への教育・啓発／周囲の大人への啓発 ・女性特有のリスク／依存症の正しい理解 ・広告の自主基準の見直し等の業界の取組		○特定相談事業費（40百万円の内数） ・相談拠点に求められる役割等を都道府県へ提示 ・各都道府県で、関係機関の役割を整理し、地域の実情に応じた協力体制を構築		○依存症治療拠点機関設置運営事業費（11百万円） ・専門医療機関が備えるべき機能の検討 ・平成28年度中に結果を取りまとめ、都道府県に提示

刑法の改正等

平成25年6月、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする「刑法等の一部を改正する法律」及び「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が成立。平成28年6月までに施行されることとなった。

刑の一部の執行猶予制度の概要

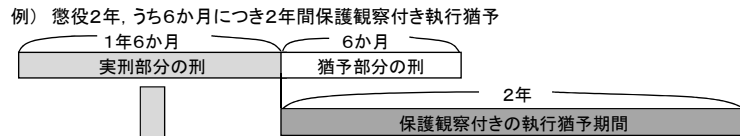
現行制度

- ◎ 刑期の全部を実刑とするか、刑期の全部を執行猶予とするかの2つしか選択肢がない
- ◎ 刑務所出所者の再犯防止・社会復帰のための仕組みとして仮釈放制度があるが、期間が短く十分な地域移行ができずに再犯に至るケースが多数

例) 刑務所出所者のうち、5年以内に約5割の者が刑務所へ再入所(覚せい剤取締法違反の者の場合。平成25年犯罪白書による。)

刑の一部の執行猶予制度

- ◎ 3年以下の懲役・禁錮を言い渡すとき、判決で1～5年の間その一部の執行を猶予することができる
- ・前に禁錮以上の実刑に処せられたことがない初犯者等...猶予中、保護観察に付することができる(裁判所の裁量)
- ・薬物使用等の罪を犯した者で初犯者でないもの(累犯者)...猶予中は必ず保護観察に付す



刑務所内における処遇 + 地域社会における処遇(保護観察)

保護観察とは、刑務所出所者等の再犯を防ぎ、社会復帰を図るため、保護観察所の保護観察官が、地域の保護司等と協力して、保護観察中の人に対して指導や支援を行うもの。

制度導入に当たってのポイント

- ◎ 薬物依存のある保護観察対象者の増加、保護観察期間の長期化が見込まれる
- ◎ 保護観察終了後も、必要な支援等(薬物依存に対する治療・相談支援、家族支援など)を受けられる体制を整えておくことが特に重要

保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関等との連携が不可欠

刑の一部の執行猶予制度の導入を見据え、薬物依存のある保護観察対象者等への指導・支援について、より一層の御理解・御協力をお願いいたします。(御不明な点がございましたら、最寄りの保護観察所までお問い合わせください。)

「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」の概要

策定の背景

- ・危険ドラッグを含め、薬物依存は大きな社会問題となっており、その対策は政府の重要な政策課題の一つ。そうした中、薬物依存者等を対象とした刑の一部の執行猶予制度が平成28年6月までに施行。
- ・薬物依存者の再犯(再使用)の防止は、刑事司法機関のみでは不十分。保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠。

ガイドラインの概要

総論

基本方針

- ・精神疾患としての認識共有
- ・シームレスな支援
- ・民間支援団体との連携

関係機関

保護観察所、都道府県等、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、市町村(特別区を含む)障害保健福祉主管課、刑事施設、地方更生保護委員会、依存症治療拠点機関及び薬物依存者に対する医療的支援を行うその他の医療機関

地域支援体制の構築

- ・定期的に連絡会議を開催する。
- ・薬物依存者の支援に関する人材の育成に努める。
- ・知見の共有等により、地域における薬物乱用に関する問題解決能力の向上を図る。
- ・相互の取組に関する理解及び支援の促進に努める。

情報の取扱い

- ・必要な情報は、他の機関又は団体における情報の取扱方針等に配慮しつつ、共有する。
- ・支援対象者に関する情報共有は、原則として本人の同意を得る。

各論

薬物依存者本人に対する支援

(刑事施設入所中の支援)

- ・刑事施設、地方更生保護委員会及び保護観察所は、出所後に必要な支援等に関するアセスメントを行う。
- ・保護観察所は、アセスメントの結果を踏まえ、出所後の社会復帰上の課題と対応方針を検討する。

(保護観察中の支援)

- ・保護観察所は、支援対象者に対する指導監督を行うとともに、必要な支援を受けることができるよう調整する。
- ・医療機関は、支援対象者の治療や、必要に応じて関係機関に対する情報提供等を行う。
- ・都道府県、精神保健福祉センター又は保健所は、支援対象者の希望に応じ、回復プログラム等を実施する。
- ・福祉事務所又は市町村障害保健福祉主管課は、支援対象者の希望に応じ、必要な福祉的支援を実施する。
- ・関係機関は、保護観察所等の求めに応じ、支援対象者に対する支援に関するケア会議等に出席する。

(保護観察終了後の支援)

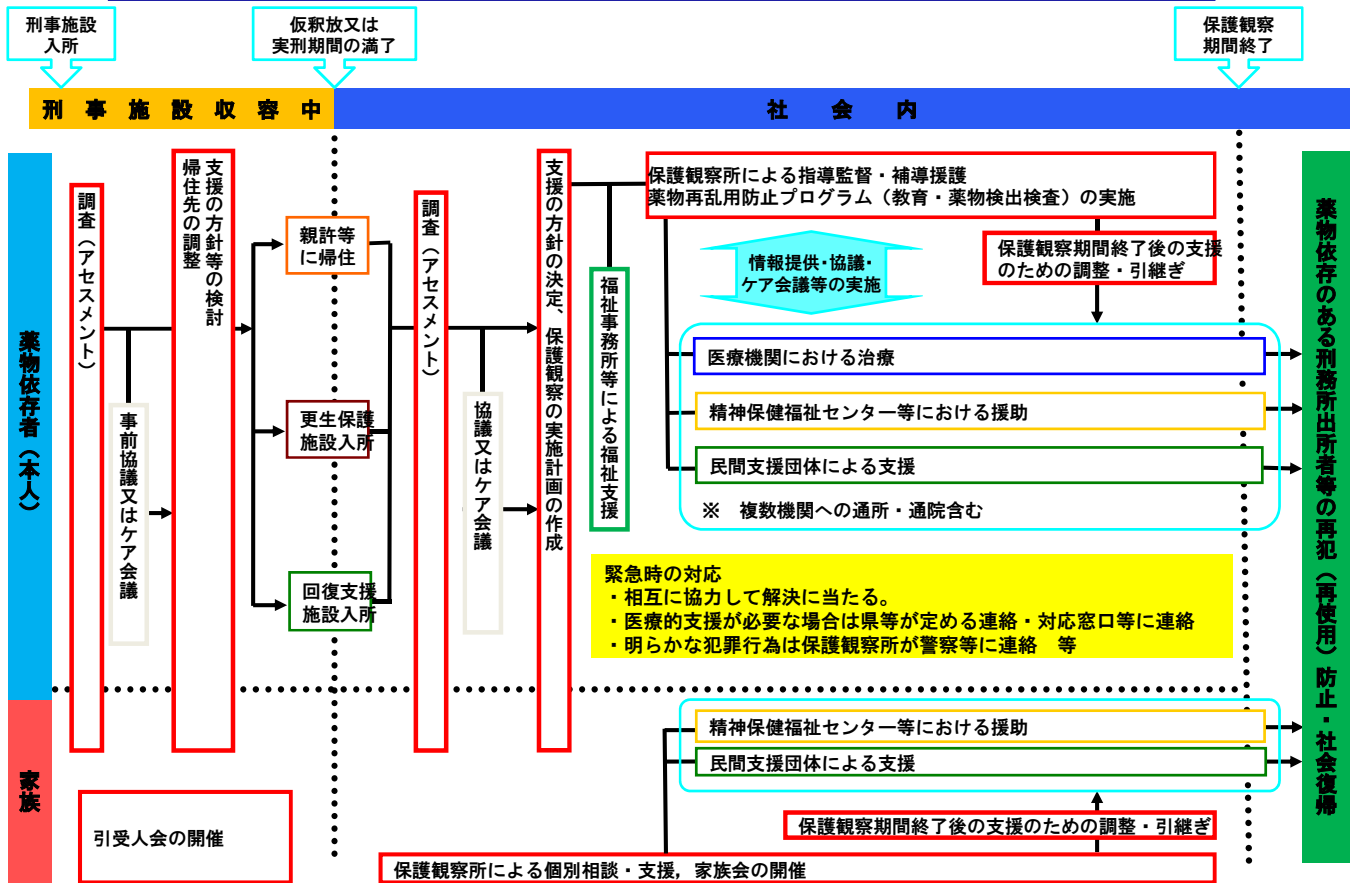
- ・保護観察所は、支援対象者の希望に応じ、精神保健福祉センターその他の関係機関に支援を引き継ぐ。

家族に対する支援

- ・関係機関は、支援対象者に対する支援に当たっては、本人の意向とともに家族の意向を汲む。
- ・関係機関は、相互に協力して効果的に家族支援を行うとともに、希望に応じ、保護観察終了後も支援を行う。

ガイドラインを踏まえた薬物依存者に対する支援等の流れ（イメージ図）

関連資料⑪



6 てんかん対策等について

(1) てんかん地域診療連携体制整備試行事業について

これまでわが国のてんかん医療は、精神科、神経内科、脳神経外科、小児科など複数の診療科が担ってきたが、どの診療科の医師がどのようなてんかん診療をしているのか、患者のみならず医師にも分かりづらい状況が生まれている。さらに、てんかん診療に関する情報が、てんかんを専門としない医師に十分理解されていない面もあり、患者が地域で専門医療に結びつかない要因のひとつと考えられる。

また、平成26年に「改正道路交通法」及び「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」が施行され、てんかん患者が適切な治療を受けることがますます重要となっている。

このような現状を踏まえ、平成27年度から、地域におけるてんかん診療の体制整備を目的として、「てんかん地域診療連携体制整備事業」を実施している。

具体的には、てんかんの治療を専門的に行っている全国8箇所の医療機関を、「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかんに関する知識・技術の普及啓発や他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族会への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整等を行うこととしている。

また、平成28年度より、「てんかん診療全国拠点機関」を全国で1箇所指定し、都道府県及び各拠点機関への技術的支援を行うとともに、各拠点機関で得られた知見を集積し、共通した地域支援モデルガイドラインの開発等を行うこととしている。

事業実施自治体におかれては、てんかんの支援体制モデルの確立に向けて、てんかん診療全国拠点機関との連携を図り、円滑な事業の実施に努めていただくようお願いしたい。

併せて、各都道府県におかれては、様々な機会を捉え、正しいてんかんの知識についての普及啓発を行っていただくよう、お願いしたい。

(2) 摂食障害治療支援センター設置運営事業について

摂食障害は、精神疾患の中でも重症化による死亡率が高い疾患である。また、若年女性の発症が多く、痩せによって起こる身体変化は回復に時間を要し、その後の発達、出産、育児への影響も大きい。しかし、未だ痩せすぎが病気であるという認識が社会全体に浸透しておらず、地域社会における疾病への問題意識が希薄である。また、疾病を有している本人が痩せから来る精神症状のために医療機関への受診を拒否する傾向が強く、医療につながりにくい。摂食障害は早期に発見し、治療することによって治療効果が上がるとされているが、上記のような現状においては、早期発見・早期支援に大きな課題がある。

早期発見の観点からは、身近な人の疾病を発見できるよう、住民への啓発を行い摂食障害への理解を深めるとともに、発見後の確実な対応に繋げるための行政等を含めた地域における関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、摂食障害の治療ができる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための地域連携支援体制の構築が必要であり、これらの構築に当たっては、地域の関係者間の調整役として自治体の主体的な関わりが不可欠である。

このため、平成２６年度から、精神科又は心療内科の外来を有する救急医療体制が整備された５箇所程度の総合病院に「摂食障害治療支援センター」を都道府県が設置し、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整等を行うとともに、摂食障害についての知見の集積を行うこととしている。

また、併せて都道府県の活動をバックアップするため、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、各摂食障害治療支援センターで得られた知見を集積し、共通した有効な摂食障害の支援プログラムや地域支援モデルガイドラインの開発等を行うとともに、都道府県・各支援センターへの技術的支援を行うこととしている。

本事業は、平成２７年度には３自治体で実施しているところであるが、平成２８年度も事業実施自治体の募集を行う予定であるので、各都道府県におかれては、摂食障害の地域連携支援体制の構築に向けて、本事業の趣旨・目的を十分にご理解いただき積極的な活用をお願いしたい。

てんかん地域診療連携体制整備試行事業(モデル事業)

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるように、都道府県とてんかん診療拠点機関の協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

平成27年度予算：7百万円 → 平成28年度予算（案）：9百万円

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、地域住民に対する普及啓発、てんかん患者・家族への相談支援の充実、医療従事者への情報提供や研修の充実を推し進める必要がある。また、てんかん医療には、精神科、神経内科、脳神経外科、小児科など複数の診療科が関わるため、診療科の垣根を越えた集学的診療連携体制の構築を目指す必要がある。

事業概要

【地域】

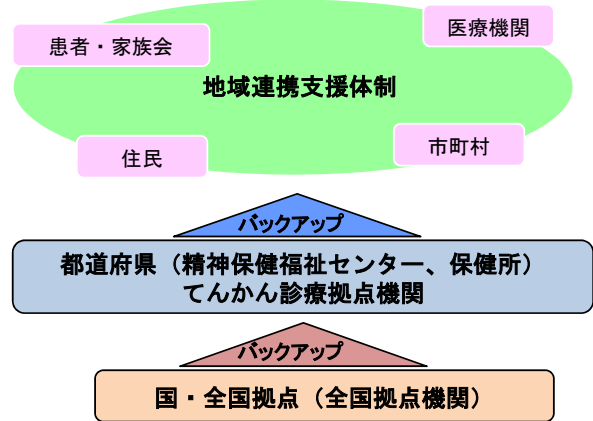
てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

【都道府県（精神保健福祉センター、保健所）・てんかん診療拠点機関】

てんかんの治療を専門に行っている医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、都道府県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者及びその家族への相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等に対する研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会を開催する。また、てんかん診療支援コーディネーターを配置し、てんかん患者及びその家族に対し、相談援助を適切に実施する。

【国・全国拠点（全国拠点機関）】

各てんかん診療拠点機関で得られた知見を集積し、てんかん診療における地域連携体制モデルを確立すると共に、都道府県・各診療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

- ①地域住民や医療従事者に対して、てんかんに関する正しい知識の普及
- ②てんかん診療における地域連携体制モデルの確立

てんかん診療拠点機関：宮城県/東北大学病院、栃木県/自治医科大学病院、神奈川県/日本医科大学武蔵小杉病院、新潟県/国立病院機構西新潟中央病院、静岡県/国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、鳥取県/鳥取大学医学部附属病院、岡山県/岡山大学病院、広島県/広島大学病院

摂食障害治療支援センター設置運営事業(モデル事業)

平成27年度予算：18,901千円 → 平成28年度予算（案）：13,486千円

摂食障害患者が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と摂食障害治療支援センターの協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、若年女性に多く発症することを踏まえると、住民への普及啓発に加えて地域・行政等含めた関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、摂食障害の治療ができる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築が必要である。

事業概要

【地域】

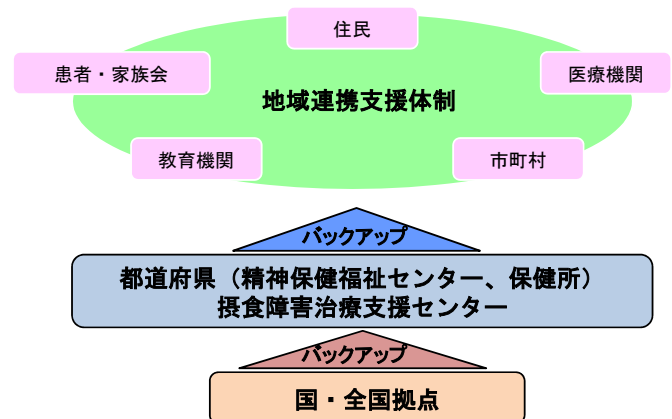
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会が多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県・摂食障害治療支援センター】

摂食障害治療支援センターを設置し、都道府県との協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点（摂食障害基幹センター）】

各摂食障害治療支援センターで得られた知見を集積し、共通した有効な摂食障害支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各センターへの技術的支援を行う。



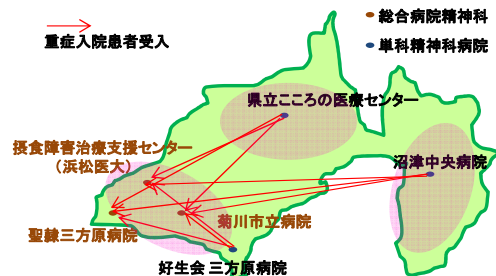
期待される成果

- ①効果的な摂食障害に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②摂食障害への早期発見・早期支援の実現

静岡県の取組み ～身体管理マニュアル普及・研修による医療提供体制の充実～

- 摂食障害治療支援センター（浜松医科大学医学部附属病院：以下浜松医大）が、①**身体・栄養管理に関する実践的なマニュアルの作成と配布**、②**他病院への実践的な研修**、③**重症患者の受入**を行うことにより、新たに2つの総合病院精神科において重症患者の受入を開始し、3つの単科精神科病院においても摂食障害患者の受入を開始し、県内における摂食障害患者への医療提供体制の充実を実現。
- それぞれの病院と静岡県の協働によって、医療機関・保健所・市町・教育機関・患者・家族等との地域連携支援体制の構築を進め、早期発見・早期支援体制の実現を目指す。

【静岡県医療圏域の基本情報】



- 静岡県では、専門的治療を実施するために必要な設備をもつ総合病院精神科は西部に3つのみであった。
- この3つの総合病院精神科全てに実践的な研修を行い、重症患者の入院治療を可能とした。
- 県西部、中部、東部に入院治療に対応可能な単科精神科病院を実践的な研修により整備し、早期に治療できる体制を整備した。

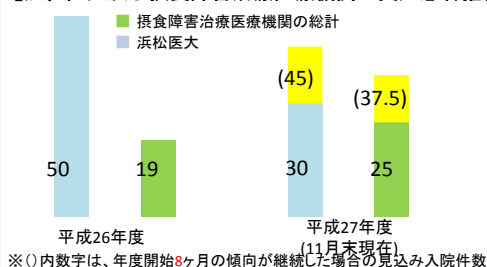
（平成27年9月現在）

	西部	中部	東部	
人口	1309	1165	1208	千人
市町村の数	8	7	20	自治体
単科精神病院数	13	7	12	病院
総合病院数 (精神科閉鎖病棟あり、児童病棟除く)	4(3)	1(0)	1(0)	病院

【各事業主体の役割】

- 静岡県
- ◆圏域毎の相談・支援体制の構築、摂食障害対策推進協議会の企画運営、市町、教育委員会、関係機関等との連絡調整、県民に向けた広報
- 浜松医大（摂食障害治療支援センター）
- ◆身体合併症での重症患者入院に対応、身体管理マニュアルの普及・実践的研修の実施、摂食障害治療医療機関への技術支援・相談、県民への普及啓発、摂食障害患者及び家族への相談・支援等
- 摂食障害治療医療機関（総合病院精神科 2箇所・単科精神科病院 3箇所）
- ◆身体管理マニュアルに準拠した入院治療の実施、摂食障害患者及び家族への相談・支援等、摂食障害治療支援センターへの患者紹介及び逆紹介

【浜松医大及び摂食障害治療医療機関の受入患者推移】



- 実践的な身体管理マニュアルを配布し、実際に治療にあたるチームへの研修を行うことにより、単科精神科病院における入院患者数は増加傾向。
- 重度の身体合併症は、2つの総合病院精神科で緊急入院を引き受けることにより、単科精神科病院における負担の軽減、安心感の醸成に寄与。

摂食障害治療支援センター設置事業 静岡県からの報告

7 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、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、当該資料を参考としていただき、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の働きかけ等、引き続きご協力をお願いしたい。

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27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・タクシーの運賃助成、施設等通所交通費助成、通院交通費助成、公営住宅単身入居・所得制限・当選率の優遇、水道料金の減免
青森県	県有施設等の利用料の免除・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、県内路線バス(民営)運賃割引、市町村営路線バス運賃減免(一部市町村)、タクシー利用券の交付(一部市町村)、自家用自動車のガソリン料金助成(一部市町村)
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、県内私鉄1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、県営住宅の入居に係る優遇措置、一部私営野岩鉄道の運賃割引、一部路線バスの運賃割引、バス・タクシー利用助成(一部市町)
群馬県	公共施設等の利用料の減免、私営鉄道(JR・東武除く)の運賃割引、路線バス(公営・民営)の運賃割引
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・鉄道・タクシーの運賃割引、公共施設等利用料の免除・割引、公営住宅入居時の優先措置、パーキングパーミット制度(いしかわ支え合い駐車場制度)に基づく利用者証の交付(1級)
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)、県内路線バスの運賃割引、パーキングパーミット制度(やまなし思いやりパーキング制度)に基づく利用者証の交付(1級)
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、上田電鉄運賃割引
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)、一部バス・タクシーの料金の減免・助成(市町村・バス会社独自制度)
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(バス会社独自サービス)
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者に限る)
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、医療費助成制度(1、2級)
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、自動車運転免許取得費助成事業(一部市町村のみ実施・所得制限等あり)
島根県	県立施設等の利用料の減免、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、医療費助成制度(1級、2かつ身体障害者手帳3・4級又は知的障害)
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以外的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	旅客運賃割引(バス、電車(JR除く)、アストラムライン)、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27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)、自動車取得税・自動車税の減免
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、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)
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、パーキングパーミット制度(かがわ思いやり駐車場制度)に基づく利用証の交付(1級)
愛媛県	公共施設等利用料の減免、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、公営バス等運賃割引、フェリー等運賃割引(民間)、タクシー(一部を除く)10%割引(民間)、映画館割引(民間)
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、とさでん交通(電車)運賃割引、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・路面電車運賃割引、タクシー(一部を除く)10%割引、乗船運賃割引(一部航路)、鉄道運賃割引(JR除く)、公営住宅の優先入居、障害者福祉医療制度(通院医療費助成、1級)
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	路線バス等(一部を除く)の割引、県立施設等の使用料等減免・免除、タクシー(一部を除く)10%割引、県営住宅入居優先制度(抽選回数2回)、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)、肥薩おれんじ鉄道利用割引(1・2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(民間会社独自制度)、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)、通所交通費助成、市営住宅入居申込時の優遇措置、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、福祉手当(1、2級)、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)、福祉タクシー利用券(1級)、自動車燃料費助成(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、モノレール運賃割引、市営駐車場・駐輪場利用料の免除、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級対象、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)、重度障がい者医療費助成(1級)、精神科入院医療費の助成(1、2級、重度障がい者医療費助成の対象とならない者、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)、市立施設のうち減免規定のある施設で入場料等を減免、医療費助成(1級)
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、重度心身障害者医療費助成(1級)
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、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)、公共施設利用料の減免、大型ごみ排出支援(単身者)、自動車運転免許取得助成、市営駐車場等の駐車料金の減免(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、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

8 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27年の総自殺者数は24,025人（暫定値）となり、4年連続で3万人を下回り、年間自殺者数は6年連続の減少となった。

しかし、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）内閣府からの業務移管について

政府における自殺対策の推進に関する業務については、「内閣の重要政策に関する総合調整等に関する機能の強化のための国家行政組織法等の一部を改正する法律」に基づき、内閣府が所管する自殺対策業務が平成28年4月から厚生労働省に移管されることになっているのでご承知のほどよろしくお願いする。

なお、厚生労働省における所管課室については、障害保健福祉部企画課内に自殺対策推進室（仮称）（訓令室）を新たに設け業務を行うこととしている。

（２）自殺総合対策推進センター（仮称）について

自殺予防総合対策センター（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターに設置）は、来年度より「自殺総合対策推進センター（仮称）」として学際的な観点から関係者が連携して自殺対策のPDCAサイクルに取り組むためのエビデンスの提供や、民間団体を含めた地域の自殺対策の支援を強化することとしている。

なお、センター内に地域連携推進室（仮称）を新たに設けるとともに、地域自殺対策推進センター等連絡会議（仮称）を開催する等、地域のへの指導・助言を行うなど地域との連携を強化することとしておりますので、各都道府県・指定都市においては、引き続き同センターと連携いただくとともに、同センターで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、これらの研修について、関係機関への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。

（３）地域自殺対策推進センター（仮称）について

地域自殺予防情報センターは、来年度より「地域自殺対策推進センター（仮称）」として市町村等を直接的かつ継続的に支援する体制や自死遺族等が必要

とする様々な支援情報提供等の機能を強化することとしている。

この事業は、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すること等を目的として、都道府県・指定都市に対して、補助を行うものであり、現在、全国36（平成27年度交付ベース）か所で実施いただいているが、自殺対策は身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめ細かな対策を講ずることが必要であり、全ての市町村において円滑に自殺対策が実施できるような技術的に支援する役割は重要であることから本事業を積極的に活用していただくことにより、地域における自殺防止対策を推進いただくようお願いする。

（４）地域自殺対策強化交付金について

昨年末に内閣府自殺対策推進室及び精神・障害保健課と連名で事務連絡を送っている、28年度の当初予算案として25億円計上されている。

なお、対象となる事業内容等については、都道府県では広域的な取組が求められる事業、専門性の高い事業及び市町村を補完する事業、市町村では基礎自治体としての特性を生かした住民に密着した事業を考えており、交付金の要綱及び要領の策定手続が済み次第、連絡する予定である。

（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。

さらに、生活困窮は自殺の大きな要因となっていることから、生活困窮者自立支援制度の窓口とも十分に連携を図っていただくようお願いする。

（６）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。

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業

27年度予算 地域生活支援事業(464億円)の内数
28年度予算案 地域生活支援事業(464億円)の内数

<概要>

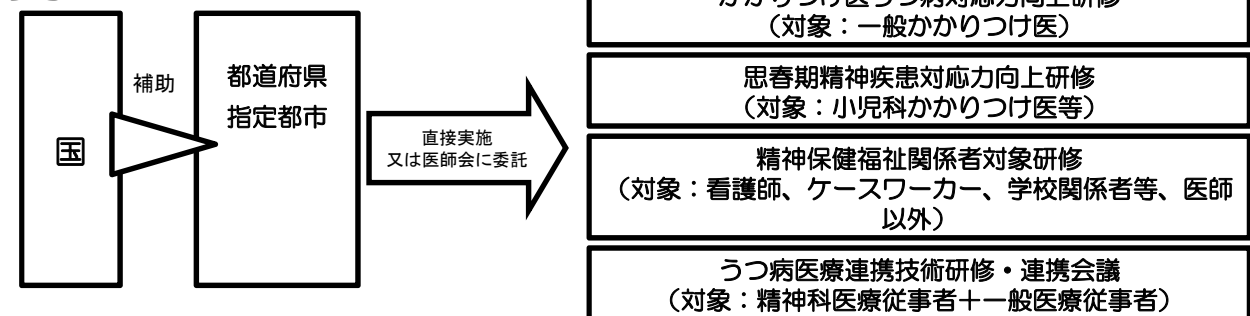
各都道府県・指定都市において、最初に診療することの多い一般内科医等かかりつけ医に対して、うつ病に関する専門的な養成研修を実施し、うつ病の診断技術等の向上を図り、医療機関の連携強化によって、うつ病患者の精神科受診を促進し、多くのうつ病患者の早期発見・早期治療を行うために、また、保健師、看護師、ケースワーカー、スクールカウンセラー等、うつ病を有する者と接し、発見できる機会が多い職種の者を対象とした研修を実施し、医師以外からの発見の範囲も拡大し、早期発見・早期治療のために実施している。また、若年者の統合失調症等の精神疾患について、早期の専門的対応により、重症化を防止するために思春期精神疾患対応力向上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 平成25年度 開催回数68回 受講者数2,940人

参考



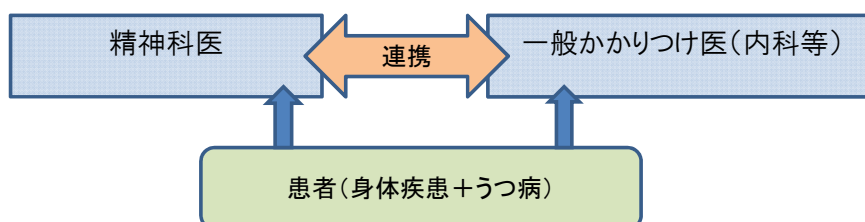
うつ病に対する医療等の支援体制の強化

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

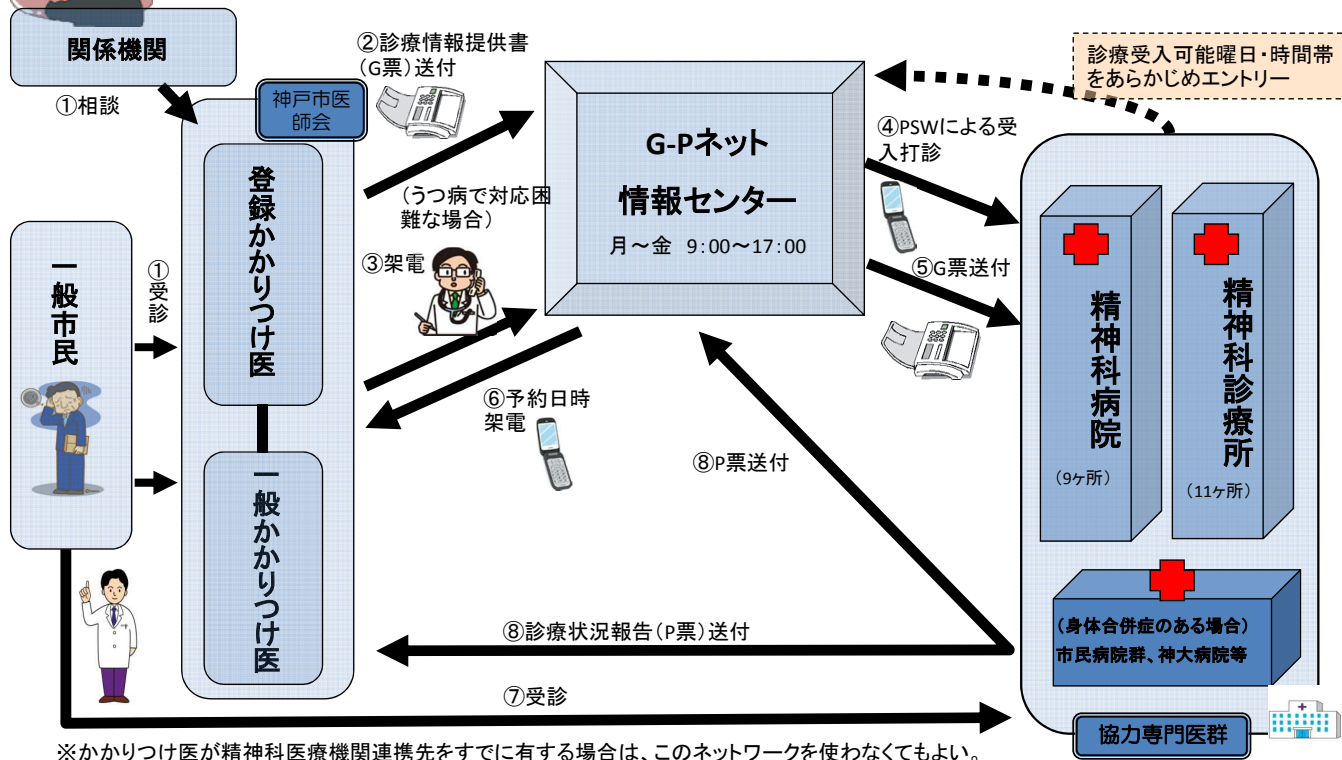
- 地域レベルでの定期的な連絡会議の開催
 - ・一般医でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築
 - ・ケーススタディ
- かかりつけ医から精神科医への紹介システムの運営



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

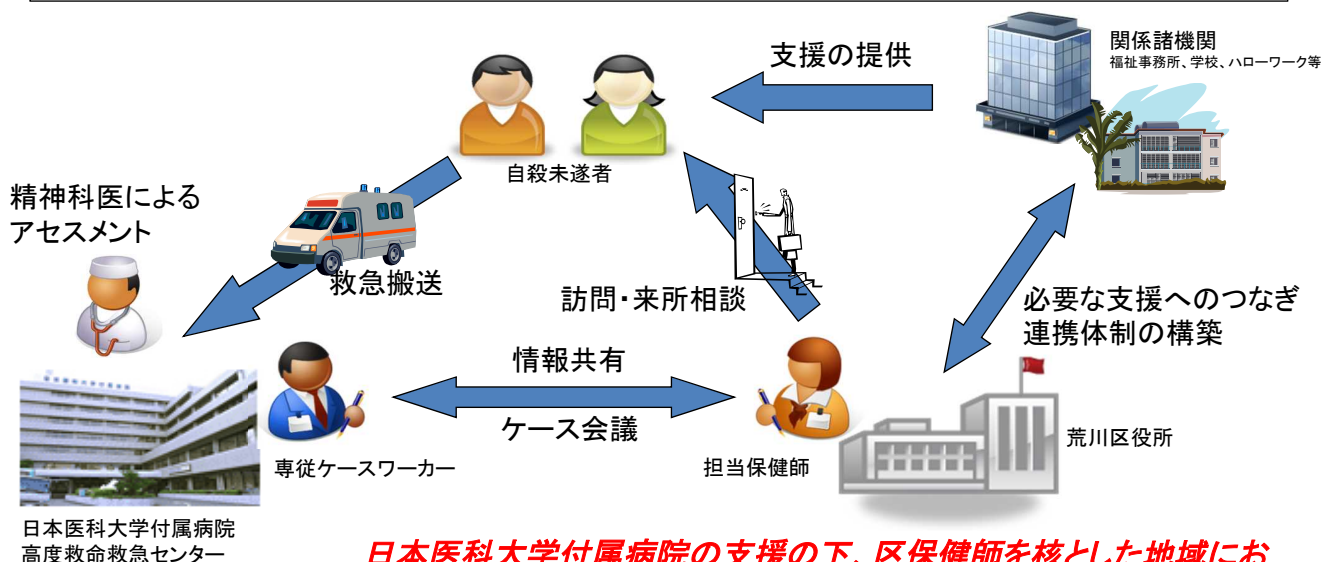
【目的】かかりつけ医（G：一般医）と精神科医（P：専門医）との連携を緊密にすることで、かかりつけ医のうつ病の診断技術と対応力を向上させ、かかりつけ医から精神科医へのスムーズな紹介を行い、市内での自殺者数減少に寄与する包括的医療体制を構築する。



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。

自殺対策について

自殺総合対策推進センター(仮称)及び地域自殺対策推進センター(仮称)に対する支援

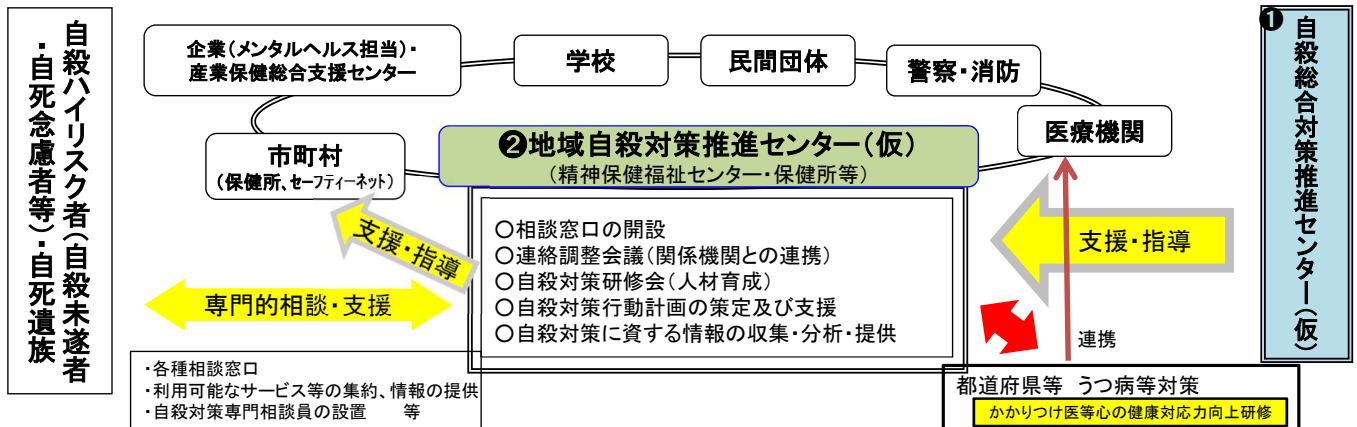
- ①自殺総合対策推進センター(仮称)
②地域自殺対策推進センター(仮称)

28年度予算案
48,217千円
156,005千円

27年度予算額
—
54,495千円

【事業概要】

- ①「自殺総合対策推進センター(仮称)」において、学際的な観点から関係者が連携して自殺対策のPDCAサイクルに取り組むためのエビデンスの提供や、民間団体を含めた地域の自殺対策の支援について、機能を強化する。
- ②「地域自殺対策推進センター(仮称)」をすべての都道府県・指定都市への計画的な設置に向けて取り組むとともに、市町村等の自殺対策を支援する体制や機能を強化する。
また、自死遺族等に対する専門相談及び必要となる様々な支援情報の提供を行う。

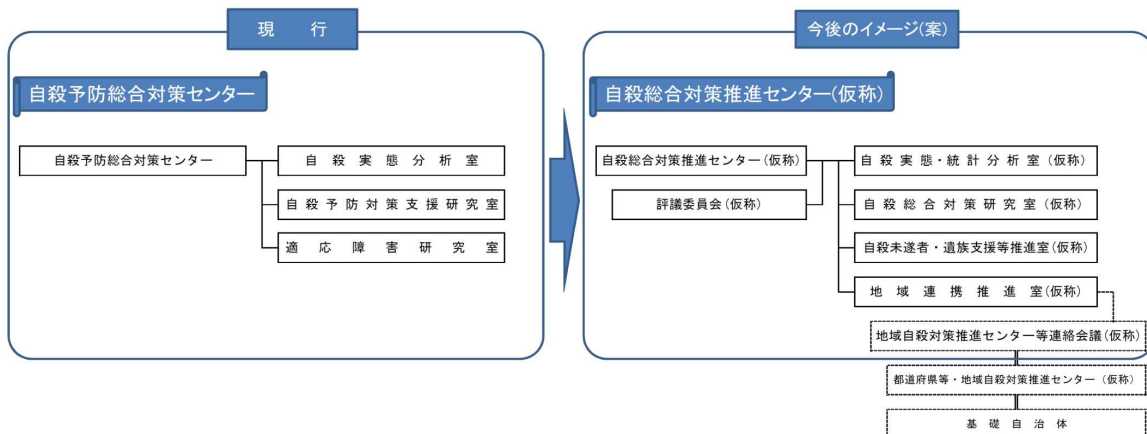


自殺予防総合対策センター(CSP)の今後の業務の在り方について

(平成27年6月 自殺予防総合対策センターの在り方に関する検討チーム)

・ 今後の業務の在り方については、以下の2つの視点が重要

- ① 国における総合的な対策の支援機能の強化
→ 精神保健的な視点に加え、社会学、経済学、応用統計学等の学際的な視点
国でPDCAサイクルを回すためのエビデンスに基づく政策支援
- ② 地域レベルの実践的な取り組みの支援機能の強化
→ 民間団体を含む基礎自治体レベルの取り組みの実務的・実践的支援の強化
地域が実情に応じて取り組むための情報提供や仕組み作り(人材育成等)



地域における自殺対策の推進（内閣府政策統括官（共生社会政策担当））

28年度予算案 25億円（新規） ※厚生労働省予算案に計上

事業概要・目的

【事業の目的】

- 我が国の自殺者数は、3年連続で3万人を下回ったものの、依然として高い水準で推移しており、深刻な状況。の中で、「地域自殺対策緊急強化基金」を活用した取組みが近年の自殺者数の減少傾向に一定の成果を挙げました。
- 地域の特性に応じた継続的な対策を後押しし、経済状況の変化等の様々なリスクに対応した自殺予防を図る。

（参考）自殺総合対策大綱（平成24年8月28日閣議決定）においては、平成28年までに自殺死亡率（人口10万人当たり自殺者数）を平成17年比で20%以上減少させることを目標としています。

【事業の概要】

- 地方団体の取組みとも組み合わせつつ、地域の実情に応じた実践的な取組みを行う地方団体や民間団体を支援します。

事業イメージ・具体例

- 地域の実情に応じて、様々な世代やリスク要因に対応した自殺対策を実施するとともに、若年層対応、自殺未遂者対応、ハイリスク対応等に重点的に取り組んでいく。

<事業例>

【利用しやすい相談窓口の整備】

- ・相談窓口の夜間・休日対応（千葉県）

【若年層に特化した自殺防止対策】

- ・学校への「生きる取組」出前講座、教師を対象としたゲートキーパー養成（北海道）

【自殺未遂者の再企図防止等に関する支援】

- ・東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業（東京都）

【ハイリスク地における自殺防止対策】

- ・青木ヶ原ふれあい声かけ事業（山梨県）

など

資金の流れ



期待される効果

- 自殺者及び自殺企図者、さらにうつ病患者に対し、その背景にある様々な要因に対応するため、地域において生きる支援を提供することにより、安心・安全な社会の実現に寄与するとともに、そうした方々が自殺に追い込まれることなく就労を始めとした社会活動・経済活動を継続することにより、経済成長の向上にも寄与することとなると考えられます。

9 災害時等の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、住民等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。

〈災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版〉

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

東日本大震災等のような大規模災害発生時には、被災地の医療機関における機能が低下する一方で、心のケアを必要とされる方は増加し、被災地外からの支援が必要となる可能性もある。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）の準備や通常時の 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年度より実施しているところ。各自治体におかれては、当該事業を活用して、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お願いする。

また、平成27年7月に一部修正された防災基本計画では、国〔厚生労働省〕及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム（DPAT）等の整備に努めるものとされており、これに基づいた地域防災計画の策定についても御配慮をお願いする。

なお、災害派遣精神医療チーム（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）活動要領に基づく災害時こころの情報支援センターへの DPAT の登録に関しても、各課連携の上、御対応をお願いする。

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」を設置していたが、同センターについては平成27年度より機能分割が行われ、主に DPAT の体制整備・研修・災害時の派遣調整を行う「DPAT 事務局機能」は日本精神科病院協会に、主に心のケアに関する総合的な助言指導・情報支援システムの管理・データの分析を行う「被災者の精

神保健にかかる評価検証部門」は国立精神・神経医療研究センターに分割委託となったので、各地域での災害時心のケア体制整備や、心の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」を作成し、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。

災害時こころの情報支援センター（被災者の精神保健にかかる評価検証部門）
：<http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>

災害時こころの情報支援センター（DPAT事務局機能）：<http://www.dpat.jp/>

なお、災害時こころの情報支援センター（DPAT事務局機能）では、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している。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の一環として、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願います。

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。

被災者の心のケアは今後も必要であり、28年度においても、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、変化するニーズを的確に把握し、被災者の心の健康の維持・向上に向けた事業の効果的な実施をお願いします。

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、各都道府県の地域自殺対策緊急強化基金の活用等により、ご協力をお願いします。

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

28年度予算案 地域生活支援事業(464億円)の内数

精神保健福祉センター・公立病院等に常設拠点を設置

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

災害派遣精神医療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

10 性同一性障害の相談窓口について

性同一性障害は、生物学的な性と心理的な性の不一致を来している状態であり、自らの性別に対する不快感・嫌悪感、反対の性別に対する強く持続的な同一感、反対の性役割を求めることが特徴的である。普及啓発のため、厚労省のホームページの「みんなのメンタルヘルス総合サイト」に「性同一性障害」の説明を掲載しており、ご活用いただきたい。

(http://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_gender.html)

現在、性同一性障害の診断及び治療については、日本精神神経学会がまとめたガイドラインに基づき診断と治療が行われている。

しかしながら、①性同一性障害にはうつ病等の精神疾患が合併することが多いこと、②性同一性障害に関する相談についての周知が図れていないこと、③相談できる専門の医療機関等が少ないこと等が課題となっている。

そのため、悩んでいる方が相談しやすい体制整備は重要であると考えており、具体的な取組を行っている別添の自治体における取組例なども参考に、各自治体での性同一性障害の相談体制を整えるとともに、その周知をお願いしたい。

性同一性障害の現状と課題について

概要

性同一性障害は生物学的な性と心理的な性の不一致を来している状態であり、

- ・自らの性別に対する不快感・嫌悪感
- ・反対の性別に対する強く持続的な同一感
- ・反対の性役割を求める

ことが特徴的である。

諸外国の統計等から、およそ男性3万人に1人、女性10万人に1人の割合で存在するとも言われている。

現状と課題

【診断・治療】

・性同一性障害について、我が国では、日本精神神経学会がまとめたガイドラインに基づき診断と治療が行われている。

→診断: 性同一性障害に十分な理解と経験をもつ2名の精神科医が一致した診断を下すことで確定。

→治療: 精神科領域の治療(精神的サポート、実生活経験)、身体的治療(ホルモン療法、乳房切除術、性別適合手術)

【課題】

・性同一性障害にはうつ病等の精神疾患が合併することが多いこと

・各自治体の精神保健福祉センターなどで相談等の対応が行われているが、性同一性障害の相談ができることの周知が図れていないことや、相談が出来る医療機関等が少ないことが課題となっている。

自治体での取組例

・川崎市、鹿児島市では性同一性障害について相談を受け付けていることを明確にしている。

・また、日置市、鳴門市でも性同一性障害の相談窓口のホームページを開設している。

悩んでいる方が相談しやすい体制を整備するため、各自治体に性同一性障害の相談対応の更なる拡充を依頼するとともに、厚生労働省のホームページ(「みんなのメンタルヘルス総合サイト」)を通じた普及啓発に取り組んでいる。

1

川崎市の性同一性障害に対する先進的取組事例

経緯

平成22年3月、川崎市内在住の中学校卒業予定の子どもを持つ母親からの「性同一性障害の相談窓口をわかりやすくして欲しい」という市長への手紙を受け、川崎市市民子ども局人権・男女共同参画室が調整役となり、川崎市精神保健福祉センター、教育委員会及び児童相談所が連携して、市民に対して相談窓口を明らかにすることから取組を開始した。(平成22年5月より川崎市のホームページに新たに『性同一性障害についてのお悩みをお持ちの方へ』を掲載。)

川崎市内における性同一性障害の相談体制

- ・原則的に、川崎市内在住・在学・在勤の方を対象として相談を受けている。
- ・性同一性障害について悩んでいる方が分かりやすく、相談しやすいよう、『性同一性障害についてのお悩みをお持ちの方へ』というページ内に相談窓口を一覧で掲載している。
- ・ただし、次のいずれの窓口も「性同一性障害」専用の相談機関ではない。
- ・精神保健福祉センター……主に高校生年齢以上を対象に、精神保健相談として相談を受け付けている。
- ・児童相談所、教育委員会……学齢期の子どもを対象に、からだところの悩みについて相談を受け付けている。

相談員・関係者等への研修会

- ・ホームページに掲載することにより、これまで以上に、より専門性の高い対応を期待され相談件数の増加も想定されたため、精神保健福祉センター、人権・男女共同参画室が研修会を開催した。
- ・学校・相談機関関係者、全庁職員に対し周知を行い、性同一性障害の専門医師や当事者の方を講師に迎えて講演を実施することにより、職員の性同一性障害に対する理解を深め、実際の相談対応時の参考としている。

実際のホームページ

相談機関	電話番号	月曜～金曜
川崎市精神保健福祉センター	044-200-3245	8:30～12:00 12:45～17:00
児童相談所(主に成人)	044-201-3242	
川崎市市民子ども局人権・男女共同参画室	044-542-1334	月曜～金曜 8:30～12:00 12:45～17:00
川崎市教育委員会	044-577-8111	月曜～金曜 8:30～12:00 12:45～17:00
川崎市立保健福祉センター	044-501-8300	月曜～金曜 8:30～12:00 12:45～17:00
川崎市立保健福祉センター(保健福祉センター)	044-544-3700	月曜～金曜 8:30～12:00 12:45～17:00
川崎市立保健福祉センター(保健福祉センター)	044-541-0033	月曜～金曜 8:30～12:00 12:45～17:00
川崎市立保健福祉センター(保健福祉センター)	044-200-3289-3289	月曜～金曜 8:30～12:00 12:45～17:00

(<http://www.city.kawasaki.jp/25/25zinken/home/seidoutsu/seidoutsu.html>)

2

鳴門市の取組事例

開設経緯及び相談体制

- ・平成24年9月より人権推進課の女性子ども支援センター『ばぁとなー』内に「性同一性障害に関してお悩みの方へ」という相談窓口を開設した。
- ・相談窓口は「性同一性障害」専用の相談機関ではない。
- ・相談対象者は、鳴門市在住の方に限らず、広く受け付けている。
- ・相談体制として、電話とメール、来庁による手段がある。
- ・相談内容に応じ、各種相談機関、医療機関を紹介をしている。
- ・その他の取組として、性同一性障害についての講演を年1回行っている。

実際のホームページ

 性同一性障害に関してお悩みの方へ
To the direction of the trouble to GID

『ばぁとなー』では、性同一性障害（GID）に関してお悩みの方のために相談窓口を設けました。からだの性とお悩みの性不一致な「性同一性障害」で悩んでいる人は数多く存在します。性別に違和感がある一人で戸惑い悩んでいる人、差別や偏見を恐れ、誰にも相談できずにいる人、家族が苦しんでいるのを見てどうすればいいかわからない人、性同一性障害に関するあらゆることでお悩みの方は是非一度『ばぁとなー』にご相談ください。GIDの専門家がお話を伺います。あなたがあなたらしく生きていく方法を一緒に探しませんか？（あなたの情報が他に漏れることは決してありません。）

〇来庁相談
鳴門市役所
〒777-8501
徳島県鳴門市撫養町南浜字東浜170
受付時間 8時30分～17時
受付日 土・日・祝日
年末年始

〇電話相談
088-684-1408
088-684-1413
受付時間 8時30分～17時
受付日 土・日・祝日
年末年始

〇メール相談
迷惑メール設定をされている方はドメインを削除しておいてください。
コネクトをクリックしていただくと、相談フォームが開きます。
(<http://www.city.naruto.tokushima.jp/contents/joseishien/pdf/gid.pdf>)

日置市の取組事例

開設経緯及び相談体制

- ・平成24年6月より男女共同参画の相談窓口内に「性同一性障がいについての相談窓口」というホームページを開設し、そのページ内で連絡先を掲載している。
- ・相談窓口は「性同一性障害」専用の相談機関ではない。
- ・相談対象者は原則、日置市在住・在学・在勤の方である。
- ・相談体制は、電話対応および面談がある。

実際のホームページ

ホーム > 男女共同参画 > 性同一性障がい

性同一性障がいについての相談窓口

担当部署：本庁・総務企画部地域づくり課

からだの性とお悩みの性不一致な「性同一性障がい」で悩んでいる人や、家族などの身近な人のことで相談を希望される方は、次の男女共同参画相談窓口へお電話ください。

※この相談窓口は「性同一性障がい」専用の相談機関ではありませんが、お話を伺っております。原則として、日置市在住・在学・在勤の方を対象として、相談をお受けしています。日置市外からのお問い合わせにつきましては、お住まいの地域の相談機関等をご紹介する場合があります。

【男女共同参画相談窓口】 電話 099-273-2160（直通）
電話相談 月～金曜日 8時30分～16時30分受付
面談相談 月～金曜日 8時30分～16時30分受付

各窓口の案内はこちらからどうぞ

(<http://www.city.hioki.kagoshima.jp/modules/content001/index.php?id=188>)

11 公認心理師法について

昨年 9 月に公認心理師法が成立し、公布されたところであり、公布の日から 2 年を超えない範囲内において政令で定める日から施行されることとなっている。

公認心理師は、保健医療、福祉、教育等の分野において、心理学に関する専門的知識や技術をもって、心理に関する相談や助言、指導等を行う国家資格である。

施行はまだ先の予定であるが、公認心理師は様々な分野での活躍が期待されており、自治体の事務においても活用が見込まれるので、御承知おきいただきたい。

公認心理師法（概要）

平成27年9月 9日成立
平成27年9月16日公布

一 目的

公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

二 定義

「公認心理師」とは、公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供

三 試験

公認心理師として必要な知識及び技能について、主務大臣が公認心理師試験を実施する。受験資格は、以下の者に付与する。

- ① 大学において主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、かつ、大学院において主務大臣指定の心理学等の科目を修めてその課程を修了した者等
- ② 大学で主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、卒業後一定期間の実務経験を積んだ者等
- ③ 主務大臣が①及び②に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めた者

四 義務

- 1 信用失墜行為の禁止
- 2 秘密保持義務（違反者には罰則）
- 3 公認心理師は、業務を行うに当たっては、医師、教員その他の関係者との連携を保たねばならず、心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治医があるときは、その指示を受けなければならない。

五 名称使用制限

公認心理師でない者は、公認心理師の名称又は心理師という文字を用いた名称を使用してはならない。（違反者には罰則）

六 主務大臣

文部科学大臣及び厚生労働大臣

七 施行期日

一部の規定を除き、公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

八 経過措置

既存の心理職資格者等に係る受験資格等について、所要の経過措置を設ける。

12 心神喪失者等医療観察法の地域連携等について

「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 31 箇所 808 床の整備が行われたところである。

指定入院医療機関については、地域偏在を解消し、入院対象者の円滑な社会復帰に必要な医療環境を整備するため、指定入院医療機関の整備が必要である地域（北海道、四国など）に対して引き続き、協力要請を行っていくこととしているので、ご協力をお願いします。

（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）に基づき、都道府県の主管課をはじめ地域で精神保健福祉に携わる関係機関にご協力をいただいているところであるが、より円滑な実施のためには、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。

とりわけ、指定通院医療機関の確保については、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が指摘されているところであり、対象者の円滑な社会復帰を促進する上で、極めて重要な課題となっている。

指定通院医療機関の拡充に向けては、法務省と連携して取組を続けているところであるが、平成 28 年度には、自治体をはじめ指定医療機関、関係団体及び法務省等との検討の場を全国 7 ブロック（地方厚生局）単位で設け、指定通院医療機関の確保に向けた課題の解決や関係機関相互の更なる連携強化等を目的とした新たな取組を進めていくこととしており、今後参画の依頼をさせていただくので積極的なご協力をお願いします。

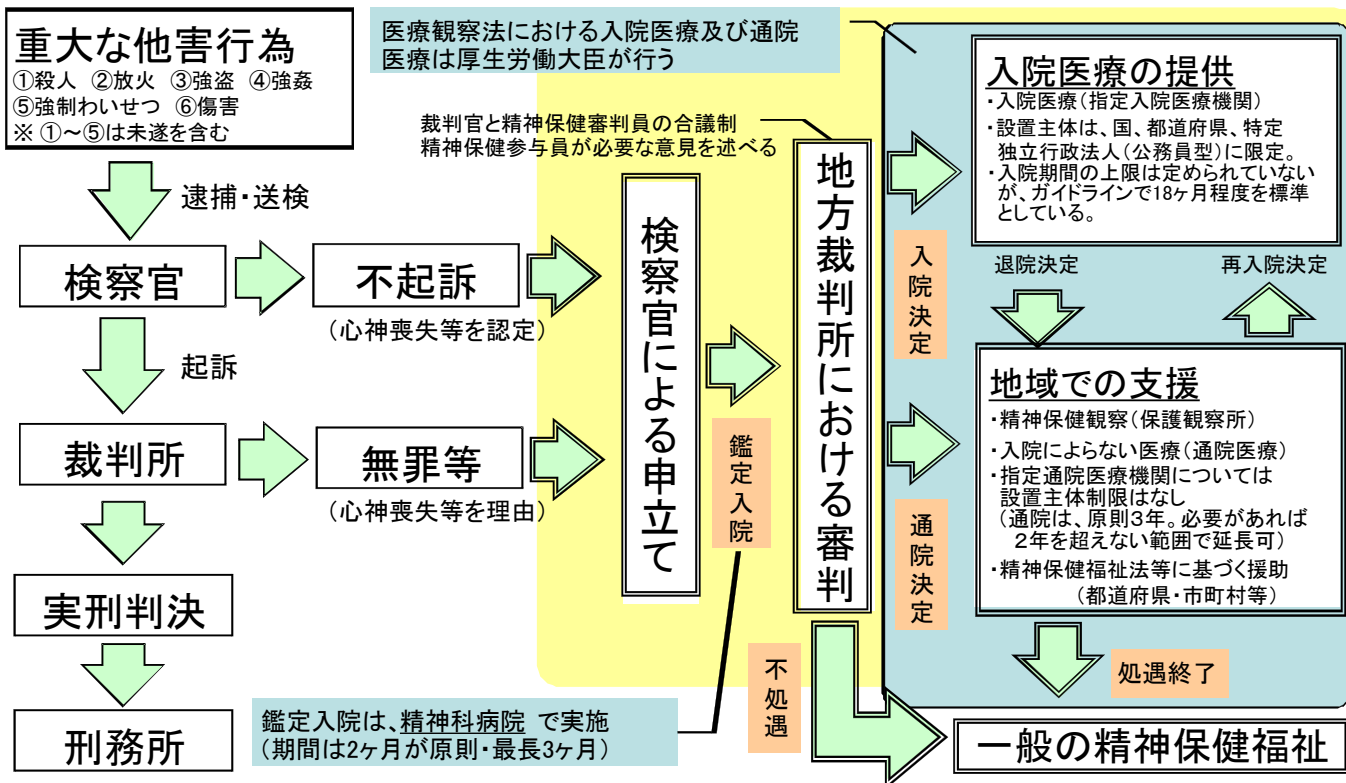
また、法対象者への処遇が適切に図られるよう、市町村や地方厚生局とも緊密に連携の上、①必要数の他、地域バランスを踏まえた指定通院医療機関の指定の推薦、②居住支援をはじめとする障害福祉サービス等の提供の推進、③ケア会議や地域連絡会議への参加を通じた関係機関との連携の強化について、引き続きご理解とご協力をいただくとともに、医療観察法による処遇終了後の社会生活が円滑に行われるための支援についても併せてお願いします。

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)

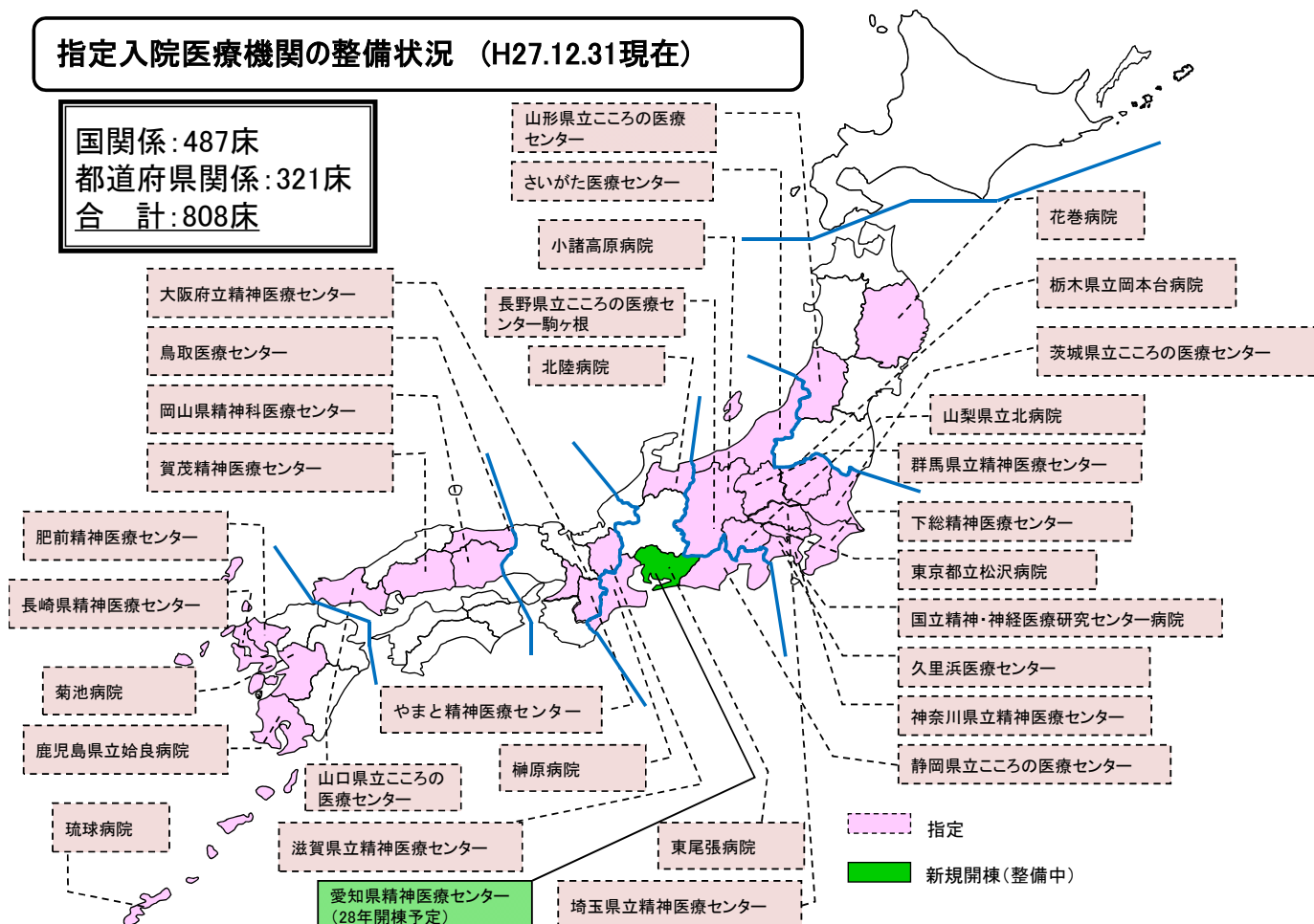
平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な他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。



指定入院医療機関の整備状況 (H27.12.31現在)

国関係:487床
 都道府県関係:321床
 合計:808床



指定入院医療機関の整備状況(設置主体別)

1. 国関係

平成27年12月31日現在

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）

3

2. 都道府県関係

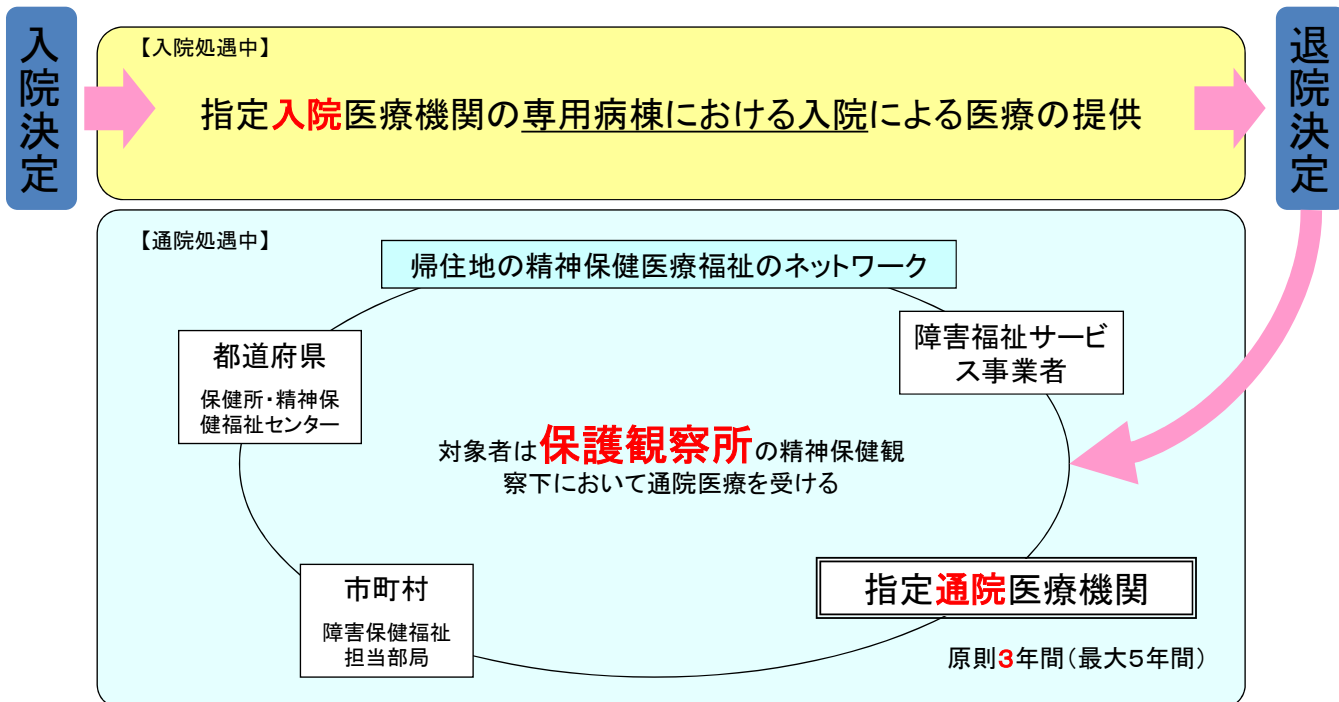
①山形県立こころの医療センター	17床	
②茨城県立こころの医療センター	17床	
③栃木県立岡本台病院	18床	
④群馬県立精神医療センター	16床	
⑤埼玉県立精神医療センター	33床	
⑥東京都立松沢病院	33床	
⑦神奈川県立精神医療センター	33床	
⑧山梨県立北病院	5床	
⑨長野県立こころの医療センター駒ヶ根	6床	
⑩静岡県立こころの医療センター	12床	
⑪滋賀県立精神医療センター	23床	
⑫大阪府立精神医療センター	33床	
⑬岡山県精神科医療センター	33床	
⑭山口県立こころの医療センター	8床	
⑮長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
⑯鹿児島県立始良病院	17床	
⑰愛知県精神医療センター（愛知県立城山病院）		整備中（平成28年開棟予定、17床）

※病床整備の現状:808床〔うち国関係:487床 都道府県関係321床〕(平成27年12月31日現在)

（病床数は予備病床を含む）

4

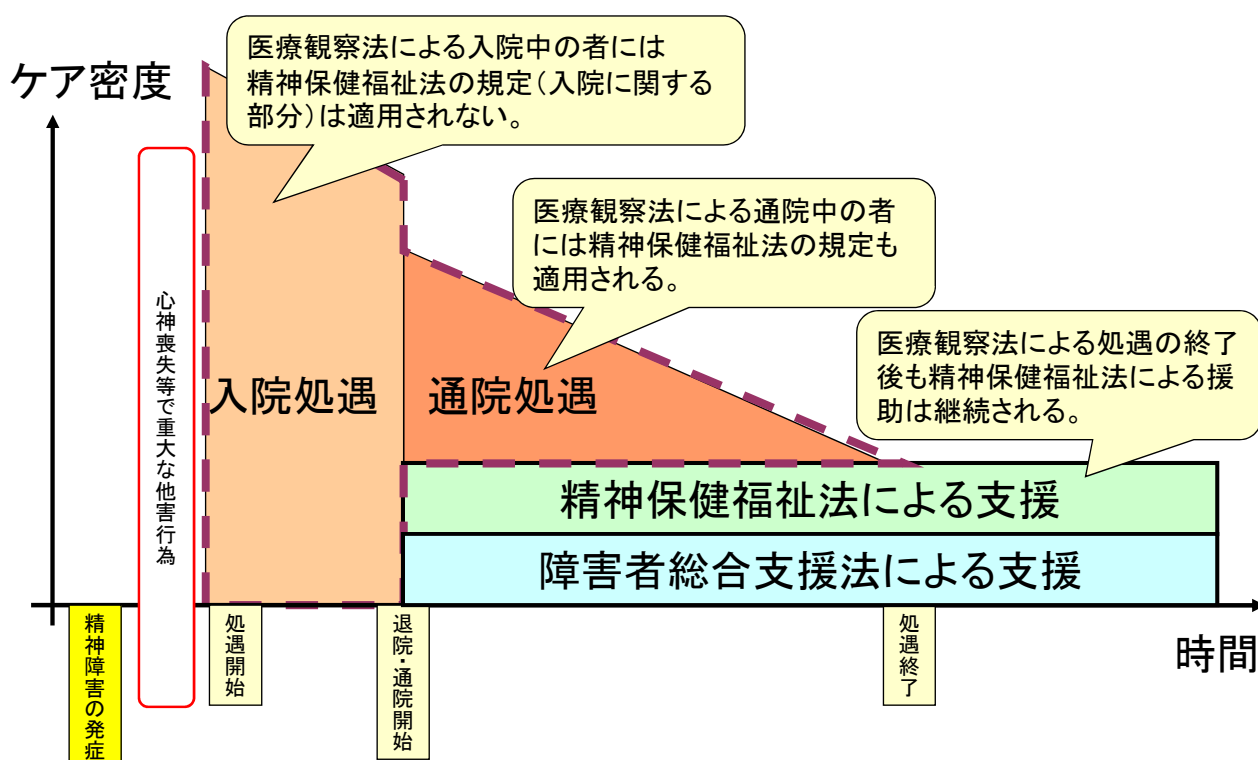
医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ



※ 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

5

医療観察法と精神保健福祉法との関係



6

指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	必要数	平成27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)	計
北海道	17	45	5	25	8	83
青森県	4	10	1	149	2	162
岩手県	4	7	0	5	1	13
宮城県	7	11	4	8	5	28
秋田県	4	5	0	319	1	325
山形県	4	8	2	10	3	23
福島県	6	10	2	170	3	185
茨城県	9	15	0	380	4	399
栃木県	6	8	0	4	1	13
群馬県	6	4	1	151	2	158
埼玉県	21	14	3	101	11	129
千葉県	18	14	0	88	6	108
東京都	37	20	7	24	33	84
神奈川県	26	16	4	12	4	36
新潟県	7	10	1	462	2	475
山梨県	3	3	0	3	1	7
長野県	7	11	0	47	5	63
富山県	3	4	0	9	2	15
石川県	4	4	1	5	3	13
岐阜県	6	8	1	39	3	51
静岡県	11	15	0	11	1	27
愛知県	21	15	1	7	9	32
三重県	6	8	0	0	3	11
福井県	2	5	0	51	1	57

都道府県名	必要数	平成27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)	計
滋賀県	4	9	2	5	4	20
京都府	8	6	2	37	6	51
大阪府	26	28	3	27	41	99
兵庫県	17	21	2	10	12	45
奈良県	4	5	0	8	4	17
和歌山県	3	8	1	7	0	16
鳥取県	2	4	0	119	0	123
島根県	2	6	2	11	2	21
岡山県	6	6	0	4	1	11
広島県	9	8	1	9	6	24
山口県	5	9	1	15	1	26
徳島県	2	7	2	3	0	12
香川県	3	4	0	6	0	10
愛媛県	4	9	0	4	3	16
高知県	2	9	1	92	5	107
福岡県	15	23	2	12	12	49
佐賀県	3	9	0	6	3	18
長崎県	5	9	0	8	7	24
熊本県	6	6	0	3	2	11
大分県	4	4	0	6	0	10
宮崎県	4	6	0	0	0	6
鹿児島県	5	13	1	1	3	18
沖縄県	4	9	1	7	1	18
合計	382	488	54	2,480	227	3,249

※「必要数」は、地域の基幹医療機関として、人口100万人あたり3カ所（各都道府県最低2カ所）の確保を目標に機械的に集計した数字
 ＜心身喪失者等医療観察法に基づく指定通院医療機関の推薦依頼について（平成16年7月9日障精発第0709006号）より＞

7

平成28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

H27年度予算 H28年度予算(案)
 190億円 → 186億円(▲4億円)

・入院等決定者医療費 176.4億円 → 173.4億円

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 6.0億円 → 5.8億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関の新設、増設等施設・設備整備に係る経費について負担(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伴い、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 5.5億円 → 5.3億円

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負担(負担率:10/10)

・指定入院医療機関医療評価・向上事業費 4百万円 → 4百万円

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)

・指定医療機関地域連携体制強化検討会開催経費【新規】 5百万円

医療観察法に基づく指定医療機関と地域の関係機関等による検討の場を設置し、相互の連携体制の更なる強化を図るために必要な経費

8

平成28年度医療観察診療報酬改定について（案）

1 対象者の社会復帰・地域移行を進める観点から、次の改定を行う。

（１）回復期入院対象者入院医学管理料における長期入院減算

- 指定入院医療機関に長期入院している者の円滑な社会復帰を促進するため、回復期に移行した日から271日以上となった者についての回復期入院対象者医学管理料の減算額を増額し、回復期に移行した日から1年90日を超えた場合の減算を新たに設ける。
- 併せて、上記減算の対象となる者について、転院した日から90日以内の場合又は急性増悪等によりやむを得ず行動制限を行った場合に加えて、難治性精神疾患への高度な医療を新たに導入するために必要な期間も減算しないこととする。

（２）入院対象者入院医学管理料における転院調整加算

- 指定入院医療機関に入院している者の円滑な社会復帰を推進するため、他の指定入院医療機関への転院が実施される際に、転院前・後の指定入院医療機関が必要な記録の作成や受け渡し、時間管理の引き継ぎ等の調整を行った場合に算定できる加算を新設する。

（３）通院対象者社会復帰体制強化加算

- 通院対象者を常時3名以上受け入れる体制が確保されている等の施設基準の届出を行っている指定通院医療機関が算定できる通院対象者社会復帰体制強化加算について、保護観察所や地域の関係機関等との連携を更に強化するため、同時期に4名以上受け入れている場合の加算額を増額する。

（４）通院医学管理事前調整加算

- 指定通院医療機関が円滑に通院医療を開始するため、保護観察所と調整の上、鑑定入院医療機関又は指定入院医療機関と事前調整を行った場合に算定できる通院医学管理事前調整加算について、当初審判において入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた者を受け入れる際に鑑定入院医療機関との調整を行った場合の加算額を増額する。

2 その他、平成28年度における診療報酬の改定状況を踏まえ、所要の改正を行う。

- 医療観察精神科訪問看護・指導料の引き上げ（病院・診療所からの訪問看護の評価）など。

（平成28年2月25日～3月7日にパブリックコメントを実施）

13 平成28年度精神・障害保健予算案の概要（東日本大震災復興特別会計を含む）

平成27年度予算額 2,515億 2百万円 (年金・医療、復興特会を除く) 34億65百万円		平成28年度予算案 2,604億96百万円 62億 9百万円	差引増減額 89億93百万円 (3.6%) 27億44百万円 (79.2%)
義務的経費（年金・医療） 2,529億26百万円 〔2,464億47百万円〕 (2.6%)		義務的経費（その他） 7億54百万円 〔7億75百万円〕 (Δ 2.8%)	裁量的経費・公共事業関係費 54億55百万円 〔26億90百万円〕 (102.8%)
復興特会 13億61百万円 〔15億90百万円〕 (Δ14.4%)			
◆自立支援医療費 2,300億51百万円 〔2,234億34百万円〕 ◇精神通院医療費 1,319億46百万円 〔1,323億26百万円〕 ◇更生医療費 962億60百万円 〔 893億53百万円〕 ◇育成医療費 18億44百万円 〔 17億54百万円〕 ◆措置入院費 51億40百万円 〔 49億19百万円〕 ◆医療保護入院費 3億96百万円 〔 4億57百万円〕 ◆心神喪失者等医療観察法 入院等決定者医療費 173億39百万円 〔 176億37百万円〕	◆措置入院移送費 1億 5百万円〔1億 9百万円〕 ◆精神保健福祉センター特定 相談等事業費 90百万円〔 90百万円〕 ◆心神喪失者等医療観察法入院 等決定者医療費支払事務費 3百万円〔 3百万円〕 ◆心神喪失者等医療観察法指定 入院医療機関運営費 5億25百万円〔5億46百万円〕 ◆心神喪失者等医療観察法指定 入院医療機関設備整備費 30百万円〔 27百万円〕	《主な事業》 ◆地域自殺対策強化交付金等 26億44百万円〔 0百万円〕 ◆自殺総合対策推進センター(仮称)運営 事業費 48百万円〔 0百万円〕 ◆心的ストレス対策情報支援体制整備 事業費(仮称) 11百万円〔 0百万円〕 ◆依存症に関する普及啓発事業費 16百万円〔 0百万円〕 ◆精神科医療体制確保研修事業費 10百万円〔 0百万円〕 ◆精神科救急医療体制整備事業費 14億 4百万円〔13億21百万円〕 ◆地域自殺対策推進センター(仮称)運営事業 費 1億56百万円〔 54百万円〕 ◆精神障害者地域移行・地域定着支援事業費 75百万円〔1億25百万円〕 ◆てんかん地域診療連携体制整備試行事業費 9百万円〔 7百万円〕 ◆依存症者に対する治療・回復プログラムの 普及促進事業費 63百万円〔 68百万円〕 ◆認知行動療法研修事業費 73百万円〔 81百万円〕	◆被災者の心のケア支援 事業費 13億61百万円 〔15億90百万円〕

