

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成25年2月25日(月)

社会・援護局 障害保健福祉部
精神・障害保健課

目 次

1	精神保健医療福祉改革の検討状況について	1
2	障害程度区分について	10
3	医療計画（精神疾患）の策定について	22
4	精神科救急医療体制の整備の推進について	25
5	精神障害者アウトリーチ推進事業について	31
6	精神障害者地域移行・地域定着支援事業について	40
7	精神科病院に対する指導監査等について	44
8	自立支援医療について	47
9	自殺・うつ病対策の推進について	48
10	災害時等の心のケア対策について	52
11	依存症対策について	55
12	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	61

1 精神保健医療福祉改革の検討状況について

1. 精神保健医療福祉施策の現状と課題

精神医療については

- ・ 近年の精神疾患による新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり、約9割が1年以内に退院している。特に統合失調症の入院患者数が減少しており、これに伴い、精神病床の病床数は減少傾向にあり、統合失調症の長期入院患者を前提とした入院医療のあり方について見直しが求められている。
- ・ また、うつ病等の気分障害や認知症患者数が増加し、さらに、薬物依存や発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は高まり、多様化している。
- ・ 近年、精神保健指定医の診療所開業が増える一方で、ニーズの高まっている病院での急性期医療に携わる人材の不足が生じている。

といった状況にある。

そこで、入院医療について、統合失調症の長期入院患者を前提とした体制から患者の状態像に応じて急性期医療を適切に提供できる体制とするため、

- ・ 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護師等の配置を見直すなど精神病床の機能分化の推進
 - ・ 早期退院を目指し、精神障害者を家族だけでなく地域で支える仕組みとするための保護者制度等の見直し
- が必要となっている。

2. 精神保健医療福祉施策の改革に関する検討経緯について

障がい者制度改革推進会議における検討を受けた「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成22年6月29日閣議決定）において

- (1) 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、あり方を検討し、平成24年内を目途に結論を得る。
- (2) 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。
- (3) 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途に結論を得る。

こととされた。

3. これを踏まえ、精神保健福祉法上の保護者制度や入院制度、精神病床の人員配置等について、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」や、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」を立ち上げて、検討を行い、昨年6月に一定の方向性をお示しいただいた。

4. 今後の方針

検討会での議論を踏まえて検討した内容のうち法律上の手当が必要な事項について、今通常国会に精神保健福祉法の改正案の提出するため調整を進めている。

法案の内容としては、精神障害者の地域生活への移行を促進する精神障害の医療を推進するため、

- ① 精神障害者に治療を受けさせる等の義務を保護者に課す仕組みの廃止
- ② 医療保護入院における入院手続の整備
- ③ 医療保護入院により入院した者の退院を促進するための措置の充実
- ④ 厚生労働大臣による精神障害の医療の提供の確保に関する指針の策定等を検討している。

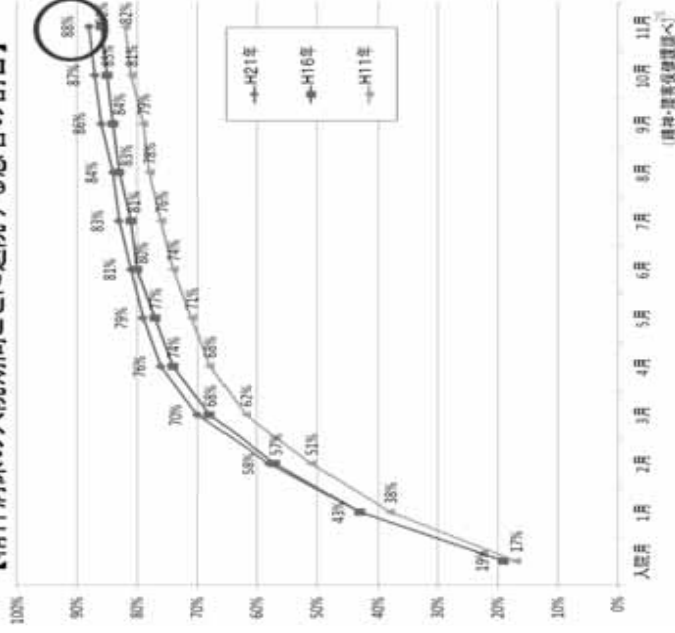
さらに具体的な内容については、追って情報提供することとしたい。

精神保健医療福祉の見直しについて

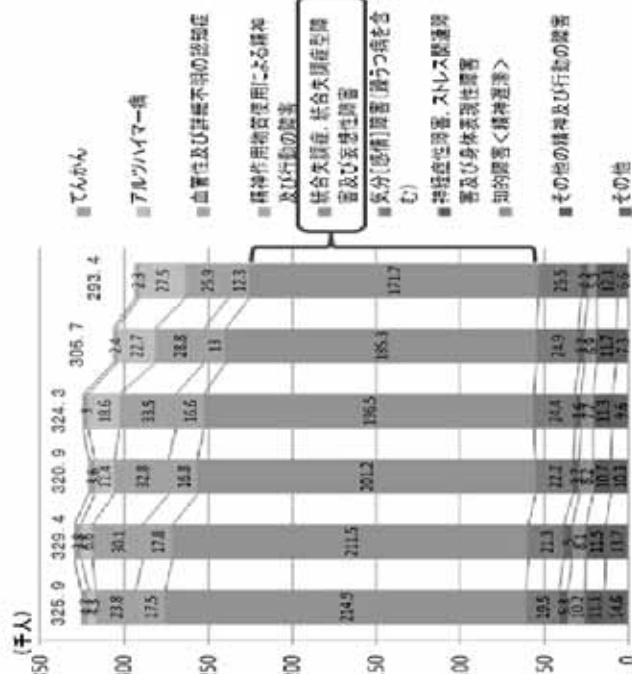
現状①

- 精神疾患患者は320万人であり、いわゆる4大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況
 - 近年の新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり（約9割が1年以内に退院）、特に統合失調症の入院患者数が減少。これに伴い、精神病床の病床数は減少傾向にある。
- ※ 入院期間の短縮傾向の要因として、治療薬の発達や救急医療体制の整備が挙げられる。

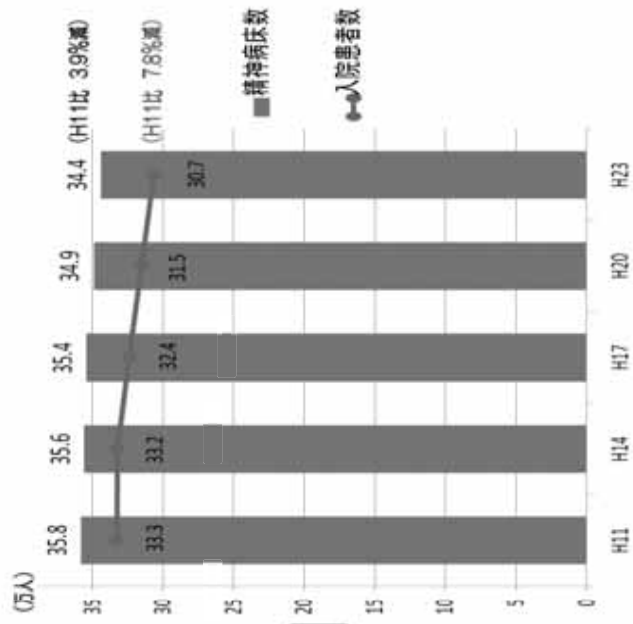
【精神病床の入院期間ごとに退院する患者の割合】



【精神病床入院患者の疾病別内訳】



【精神病床数および入院患者数の変化】



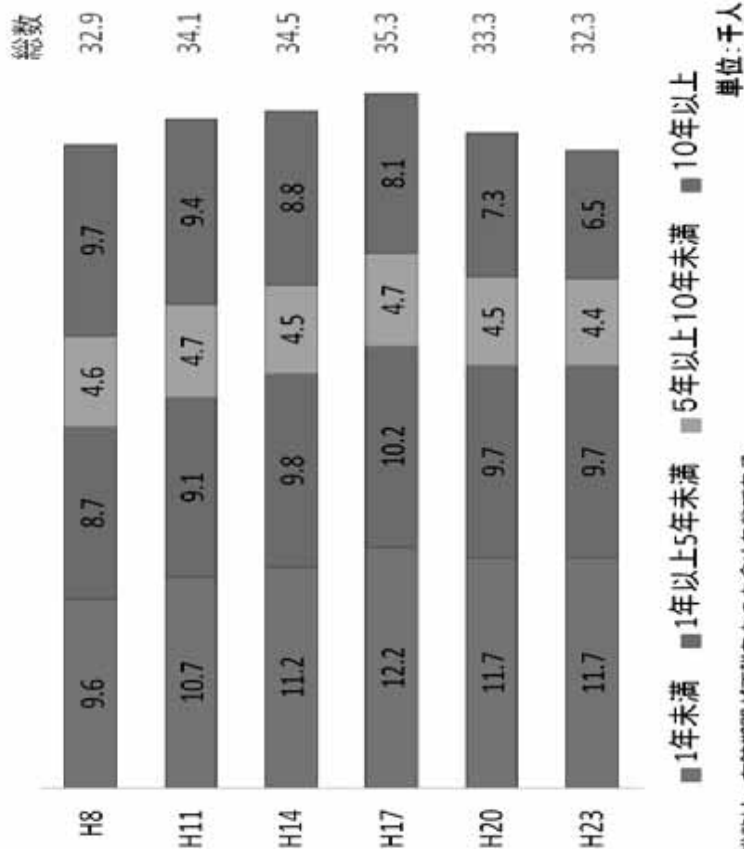
資料：患者調査

資料：病床数-医療施設調査 入院患者数-病院報告

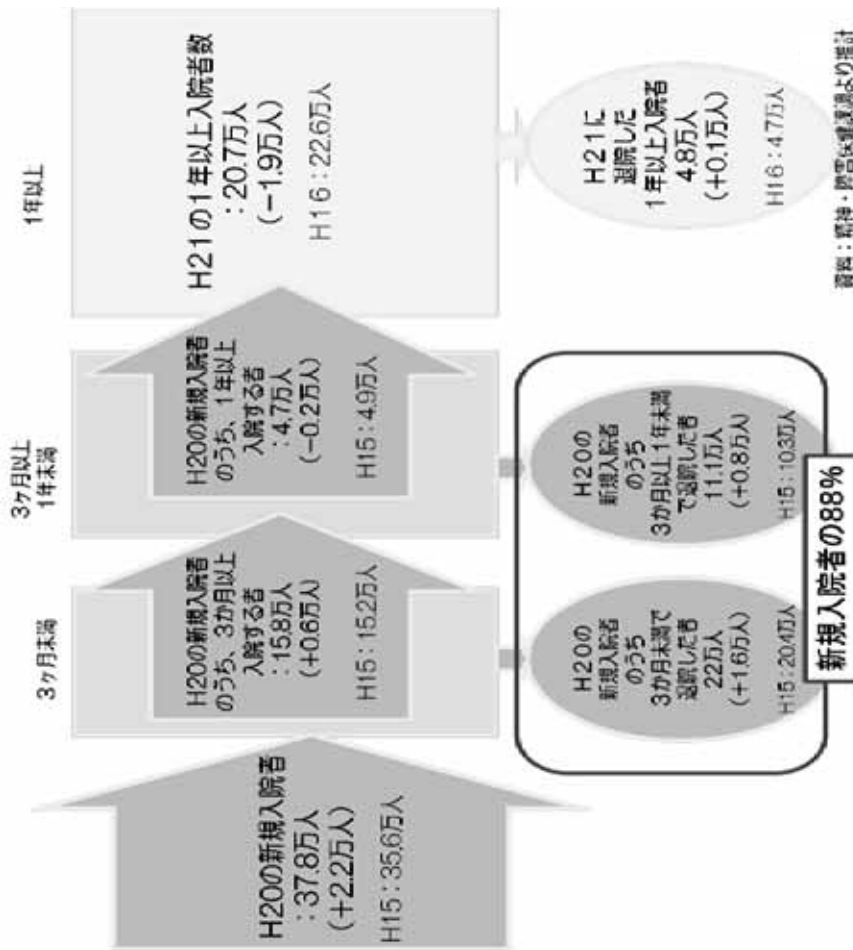
現状②

- 他方、依然として20万人を超える長期入院患者(1年以上)が存在。

【在院期間ごとの推計入院患者数】



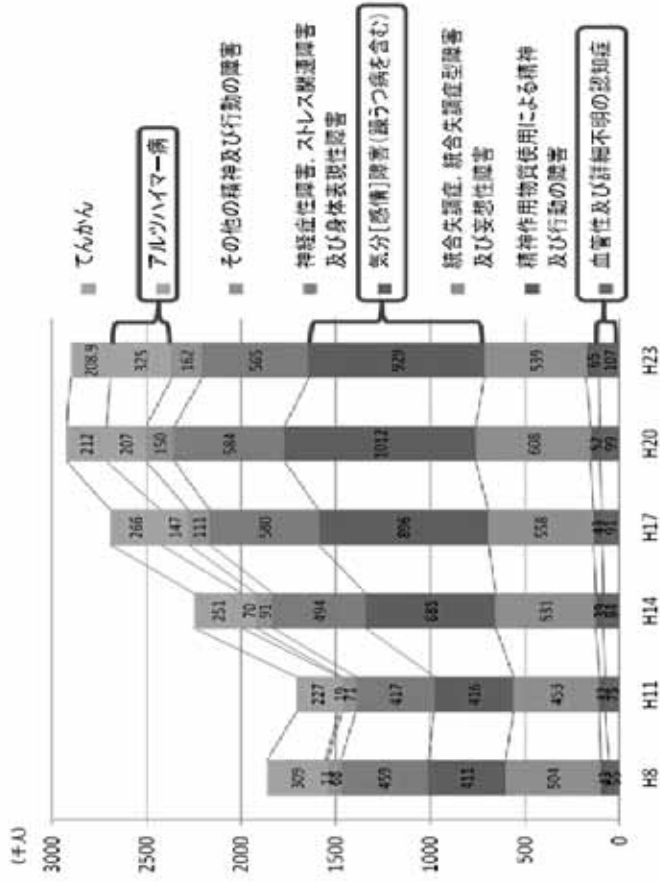
【精神病床における患者の動態の年次推移】



現状③

- うつ病等の気分障害や認知症患者数が増加し、また、薬物依存や発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は高まり、多様化している。
 - 近年、精神保健指定医(※)の診療所開業が増える一方で、二一ズの高まっている病院での急性期医療に携わる人材の不足が生じている。
- ※ 身体拘束の判断や本人の同意によらない入院の判断等を行う資格を持つ精神科医

【精神疾患外来患者の疾病別内訳】



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を抜いている

資料：患者調査

課題

- 入院医療について、統合失調症の長期入院患者を前提とした体制から患者の状態像に応じて急性期医療を適切に提供できる体制とするため、急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護師等の配置を見直すなど精神病床の機能分化の推進が必要。
- 早期退院を目指し、精神障害者を家族だけでなく地域で支える仕組みとするための保護者制度等の見直しが必要。
- 精神疾患患者の地域生活を支え、また、多様化する二一ズに対応するため、多職種(医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等)による外来や訪問での医療提供体制の充実が必要。

精神保健医療福祉の充実に関する検討

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(平成22年6月29日閣議決定)(抜粋)

(4) 医療

- 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目的にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実にための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目的にその結論を得る。

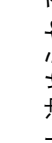
退院支援
地域生活支援



平成23年内に概ね検討済み
・病院からの退院に関する目標値の設定

- ・アウトリーチ(訪問支援)の充実
- ・精神科救急医療体制の充実
- ・医療計画への精神疾患の追加
- ・相談支援の充実
(地域移行支援・地域定着支援)
- ・宿泊型自立訓練の充実
- ・認知症と精神科医療等

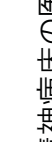
強制入院
保護者制度



精神障害者毎に1人決められる「保護者」(主に家族)だけが支える仕組みから地域全体で支える仕組みへの転換に向け、
・「保護者」のみに課せられた責務の廃止
・「保護者」の同意によらない入院手続きの検討

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(主担当：厚生労働大臣政務官)で、
平成24年6月28日とりまとめ

人員体制の充実



- ・医療法上の精神病床の医師、看護師等の人員配置基準は、一般病床より低くなっている。
- ・人員体制の検討に当たっては、精神病床の機能の将来像も考慮した検討が必要。

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長：武藤正樹、国際医療福祉総合研究所所長)で、
平成24年6月28日とりまとめ

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」における議論

【保護者制度の見直し】

- 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おり、本人と家族の関係が様々で必ずしも保護者が本人の利益保護を行えるとは限らない等の理由から、原則として削除する。

【医療保護入院制度の課題】

- 精神障害者の入院には、任意入院、措置入院、医療保護入院の形態が設けられている。
- このうち、自らが病気で、任意入院、措置入院、医療保護入院の形態が設けられている現行の医療保護入院は、
 - ・保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり入院が長期化しやすい、
 - ・本人の意思に反した判断となるため、本人と保護者の間にあつれきが生まれやすく保護者の負担となっている、

といった問題があり、特に精神障害当事者や家族から長く見直しが求められてきた。

【今後の方向性】

- 医療保護入院について、保護者の同意によらず、精神保健指定医の判断での入院とする一方、
 - ① 早期退院を旨とした手続きとする
 - ② 入院した人は自分の気持ちで代弁する人を選べることにする
 等、入院後の手続きを強化することにより、権利擁護を図る。

精神障害者の主な入院形態

任意入院 (全体の58.9%)	患者本人の同意に基づく入院
措置入院 (全体の0.6%)	自傷他害のおそれのある場合の都道府県の行政処分による入院
医療保護入院 (全体の39.9%)	指定医の診断と保護者の同意を要件として患者本人の同意がなくても行われる入院

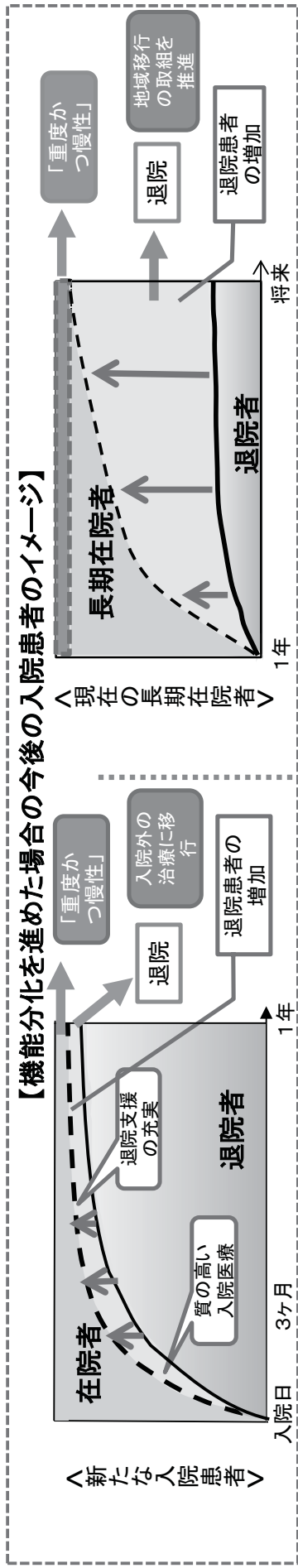
例えば・・・

- 幻聴に従って夜中に太鼓を叩くなどの迷惑行為を行っているが、本人は「神様と対話している」と主張し、病気の自覚がないケース。
- 「誰かに追われている」との妄想からいわゆる「ゴミ屋敷」に身を潜め、保健師が入院の説得を試みても、「家で隠れていた方が安全」と主張し、入院の同意をしないケース。

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」とりまとめ（平成24年6月28日）

- 精神病床の機能分化を進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする。
- 精神科の入院患者は、原則として1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みとする。
- 現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進する一方、開放的な環境を確保。

(注) とりまとめの取組と併せて、平成23年度からモデル事業を開始している訪問支援(アウトリーチ)の実施などの取組を充実。



精神保健福祉法改正の検討状況について

1. 見直しの方向性

- 精神障害者の地域生活への移行を促進する精神障害の医療を推進するため、精神障害者に治療を受けさせる等の義務を保護者に課す仕組みの廃止、医療保護入院における入院手続の見直し、医療保護入院により入院した者の退院を促進するための措置の充実、厚生労働大臣による精神障害の医療の提供の確保に関する指針の策定等について検討。

2. 主な検討事項

(1)精神障害の医療の提供を確保するための指針の策定

(2)保護者に関する規定の削除

(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」に代わる仕組みの在り方
- ②退院促進のための体制整備や、地域の相談支援事業者等との連携

(4)精神医療審査会の見直し

2 障害程度区分について

(1) 障害支援区分への見直しについて

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日から施行することとされた。

また、同法附則第2条では、障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮その他の必要な措置を講ずるものとするとされた。

厚生労働省では、現在、知的障害者・精神障害者の特性に応じた「障害支援区分」とするため、

- ・ コンピュータ判定式の抜本的な見直し
- ・ 調査項目の追加及び削除
- ・ 調査項目の選択肢や調査方法等の見直し

等の検討を行っているところである。

また、平成25年度においては、

- ・ 新たなコンピュータ判定式や調査項目等を検証するためのモデル事業
- ・ 市区町村が使用する障害支援区分判定ソフトの開発

等を行う予定なので、各都道府県におかれては、御承知おきいただくとともに、管内市区町村への周知や連絡等に御協力願いたい。

(2) 難病患者等に配慮した障害程度区分の調査、認定について

平成25年4月1日から障害福祉サービス等の対象となる難病患者等に対する障害程度区分の調査や認定は、障害者に対して実施している現行の調査項目や基準等で行うこととなる。

しかし、難病患者等は、障害が固定している身体障害者と違い、症状が変化(重くなったり軽くなったり)する等の特徴があるため、障害程度区分の調査や認定に当たっては、難病の特性を踏まえ、きめ細かく配慮する必要がある。

厚生労働省では、全国の市区町村において難病等に配慮した障害程度区分の調査や認定が円滑に行われるよう、「難病の基本的な情報」や「難病の特徴(病状の変化や進行、福祉ニーズ等)」、「認定調査の留意点」などを整理し、関係者(認定調査員、主治医、審査会委員、自治体職員等)向けのマニュアルを作成し、平成25年1月23日付で各都道府県に送付したところである。

各都道府県におかれては、管内市区町村に本マニュアルを御周知いただくとともに、難病患者等に対する区分認定が円滑に行われるよう、御対応願いたい。

特に、現在難病患者等居宅生活支援事業を利用している難病患者等については、平成25年4月から切れ目なく障害福祉サービスが提供されるよう、本マニュアルに沿って3月中に障害程度区分の認定を行う必要があるので御留意願いたい。

(3) 障害程度区分認定等事務費の執行について

市区町村が実施している障害程度区分の認定にかかる事務費の補助については、これまで単独補助金として執行してきたところであるが、平成25年度からは地域生活支援事業費補助金のメニュー事業として執行することとしているので、各都道府県におかれては、御承知おきいただくとともに、管内市区町村に御周知願いたい。

なお、地域生活支援事業費補助金の交付等については企画課自立支援振興室が行っているが、障害程度区分認定等事務費の内示額の算定については、これまでどおり精神・障害保健課が行うこととしている。

障害支援区分への見直し

障害程度区分 (障害者自立支援法)

【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。

【課題】
障害程度区分は、知的障害者及び精神障害者について、一次判定で低く判定され、二次判定で引き上げられている割合が高いことから、障害の特性を反映するよう見直すべきではないか、との課題が指摘。

※二次判定で引き上げられた割合
[平成22年10月～平成23年9月]
身体：20.3%、知的：43.6%、精神：46.2%
[平成23年10月～平成24年9月]
身体：17.9%、知的：40.7%、精神：44.5%

障害支援区分 (障害者総合支援法)

【定義】
障害者等の障害の多様な特性その他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。

【施行期日】
平成26年4月1日

【適切な障害支援区分の認定のための措置】
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。

【法施行後3年目途の検討】
「障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方」については、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)を目途に検討。

※ 現行の6段階の区分、3障害共通の調査項目や判定式等については、施行後3年目途の検討の中で対応。

障害支援区分への見直しの主な検討状況

1. 新判定式（コンピュータ判定式）の構築

- 現行のコンピュータ判定式で使用している要介護認定と同様の判定式は使用せず、コンピュータ判定式を抜本的に見直し。
- 新たなコンピュータ判定式では、全ての調査項目の結果をもとに判定。

2. 調査項目の追加

- 知的障害者及び精神障害者の特性をより反映するため、調査項目を追加。特に、発達障害の特性にも配慮できるよう、行動障害に関する調査項目を追加。

3. 調査項目の削除

- 調査時の障害者の負担を軽減するため、「他の調査項目と評価が重複する調査項目」や「判定に影響が少くない調査項目」等を削除。

4. 選択肢や調査方法等の見直し

- 市町村審査会の二次判定で評価している支援の内容や障害の状態等（二次判定引上げ要因）を、コンピュータ判定で評価できるように、調査項目の選択肢や調査方法等を見直し。

※見直しにあたって留意する内容

- ・ 「見守りや声かけ等の支援」の評価
- ・ 「できない場合」の評価
- ・ 「慣れていない状況や初めての場所ですできない場合」の評価
- ・ 「状態や症状に変化があること」の評価

1. 新判定式（コンピュータ判定式）の構築

課題	
<p>○ 現在のコンピュータ判定式は、開発された当時の<u>要介護認定の判定式（樹形図）</u>をそのまま活用したため、<u>肢体不自由者以外の障害の特性を十分に反映できていない。</u></p> <p>○ 106項目の調査項目のうち、「<u>行動障害や精神面等の調査項目（20項目）</u>」の結果は、<u>コンピュータ判定では評価されない。</u></p> <p>○ 市町村審査会が行う二次判定は、<u>審査会委員の構成等が異なるため、全国一律の評価となっていない。</u></p>	<p>○ 現行の二次判定により近い一次判定が全国一律で可能になるように、<u>コンピュータ判定式を抜本的に見直し。</u></p> <p>○ <u>要介護認定の判定式（樹形図）は使用しない。</u></p> <p>○ <u>全ての調査項目の結果をもとに判定。</u></p> <p>○ <u>医師意見書の項目についても、コンピュータ判定式で評価できないか検討。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>てんかんの有無、頻度</u> ・ <u>身体の状態（麻痺、関節の拘縮、褥瘡等）</u> ・ <u>精神障害の機能評価等</u> <p>※ <u>コンピュータ判定の見直しにより、肢体不自由者の一次判定が下がらないように注意。</u></p>
<p>○ <u>複数の調査結果によって生じる「警告コード」は、要介護認定と同じものを活用しているため、障害の特性を踏まえていない。</u></p> <p>※ <u>警告コード</u> 調査結果をコンピュータに入力する時にミスがないか確認するための62の組み合わせ</p>	<p>○ <u>障害の特性は多種多様であり、また、個々の障害者はさらに様々な状態であるため、一部の組み合わせだけで障害の特性か、入力ミスを判断することは困難であることから、警告コードは廃止。</u></p>

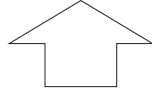
主な検討状況

- 現行の二次判定により近い一次判定が全国一律で可能になるように、コンピュータ判定式を抜本的に見直し。
 - 要介護認定の判定式（樹形図）は使用しない。
 - 全ての調査項目の結果をもとに判定。
 - 医師意見書の項目についても、コンピュータ判定式で評価できないか検討。
 - ・ てんかんの有無、頻度
 - ・ 身体の状態（麻痺、関節の拘縮、褥瘡等）
 - ・ 精神障害の機能評価等
- ※ コンピュータ判定の見直しにより、肢体不自由者の一次判定が下がらないように注意。
- 障害の特性は多種多様であり、また、個々の障害者はさらに様々な状態であるため、一部の組み合わせだけで障害の特性か、入力ミスを判断することは困難であることから、警告コードは廃止。

2. 調査項目の追加

課題

- 知的障害者及び精神障害者の特性をより反映できるように、調査項目を追加する必要がある。



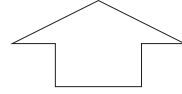
主な検討状況

- 現行の調査項目では評価が難しい知的障害者及び精神障害者の特性をより反映するため、調査項目を追加。
 - 特に、発達障害の特性にも配慮できるよう、行動障害に関する調査項目を追加。
- ※追加を検討する項目
- ・「危険や異常を認識し安全な行動を行えない場合」の支援を評価する項目
 - ・「感覚過敏、感覚鈍麻の有無」を確認する項目
 - ・「読み書きや会話、パソコン等の操作に制限がある場合」等の支援を評価する項目

3. 調査項目の削除

課題

- 調査時の障害者の負担を軽減するため、不要な調査項目は削除する必要がある。



主な検討状況

- 現行の障害程度区分の認定状況を分析し、調査項目を削除。
- ※削除を検討する項目
- ・他の調査項目と評価が重複する調査項目
 - ・判定に影響が少ない調査項目
 - ・医師意見書と内容が重複している調査項目

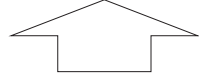
4. 選択肢や評価方法等の見直し

課題

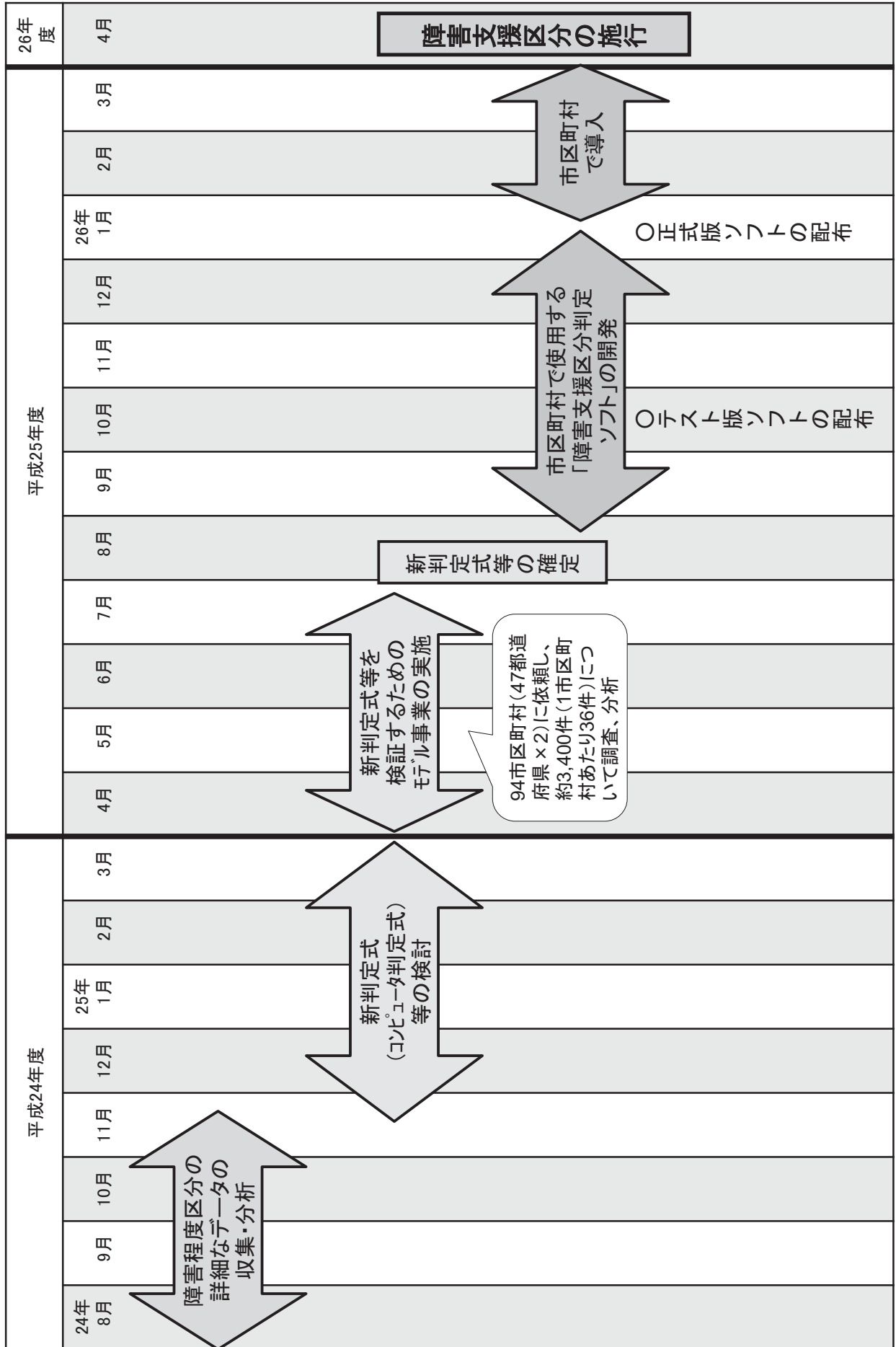
- 以下の支援の内容や障害の状態等については、現在のコンピュータ判定では評価されず、市町村審査会が行う二次判定の引上げ要因となっている。
 - ・ 見守り等の支援によって問題行動が生じていない場合、「問題行動がない」となり、見守り等の支援が評価されない。
 - ・ 声かけ等の支援によって行為・行動ができる場合、「できる(介助なし)」となり、声かけ等の支援が評価されない。
 - ・ できたりできなかつたりする場合、より頻回な状況に基づき判断するため、できない回数が少ないと「できる(介助なし)」となり、できない場合があることが評価されない。
 - ・ 自宅等の慣れている状況や場所でのみできる場合、より頻回な状況に基づき判断するため、「できる(介助なし)」となり、慣れていない状況や初めての場所でできない場合があることが評価されない。
 - ・ 知的障害者や精神障害者で状態に変化がある場合や、難病患者等で症状に変化がある場合、調査の時の状態や症状によっては「できる(介助なし)」となり、重度の状態や症状が評価されない。

主な検討状況

- 市町村審査会が行う二次判定で評価している支援の内容や障害の状態等（二次判定引上げ要因）を、コンピュータ判定で評価できるように、調査項目の選択肢や調査方法等を見直し。
- 見直しにあたっては、以下の点に留意する。
 - ・ 「見守りや声かけ等の支援」の評価
 - ・ 「できない場合」の評価
 - ・ 「慣れていない状況や初めての場所のできない場合」の評価
 - ・ 「状態や症状に変化があること」の評価



○障害支援区分の施行に向けたスケジュール



難病患者等に対する障害程度区分の調査、認定について (別冊マニュアルの概要)

- 難病患者等に対する障害程度区分の調査や認定は、障害者に対して実施している現行の調査項目や基準等で行う。
- しかし、難病患者等は、障害が固定している身体障害者と違い、症状が変化(重くなったり軽くなったり)する等の特徴がある。
- そのため、「症状がより軽度の状態」の時に調査を行った場合、調査項目によっては「できる」と判断され、最も障害福祉サービスが必要なものは「症状がより重度の状態」であるにも係わらず、一次判定で「非該当」や「区分1」となるケースが想定される。
- よって、認定調査員による「症状がより重度の状態」等の詳細な聞き取り、主治医からの「症状の変化や進行」等に関する意見、市町村審査会による「症状がより重度の状態」を想定した審査判定などが必要になる。



「難病患者等に対する障害程度区分認定 別冊マニュアル」の主な内容

<p>I. 障害者の範囲の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 障害者総合支援法第4条 ○ 政令で定める130疾病の一覧 ○ 「障害者総合支援法の対象疾病」と「難病患者等居宅生活支援事業の対象疾患」の対応表(疾患群別) 	<p>II. 難病等の基礎知識</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 難病の定義 ○ 難病の特徴(症状の変化や進行、福祉ニーズ等)(疾患群別) ○ 難病情報センター ○ 難病相談・支援センター ○ 難病患者等居宅生活支援事業の利用状況 ○ 難病患者等の身体障害者手帳の取得状況
<p>III. 認定調査の留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 難病患者等とその家族への接し方や配慮すべき事柄 ○ 認定調査員について (保健師や看護師など医療に関する専門的な知識を有している者が望まれること、保健所の保健師の同行等) ○ 認定調査前の確認 (症状や治療法、薬剤の効果・副作用等) ○ 難病等の特徴をふまえた調査の実施 (「症状がより重度の状態」の詳細な聞き取り、家族等からの聞き取り、日常生活で困っていることの確認等) ○ 難病患者等に対する試行的な調査・認定で確認された「難病等の症状・副作用」や「障害福祉サービスが必要な状態」の例 	<p>IV. 医師意見書記載の留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 専門用語を避けた分かりやすい内容 ○ 症状の変化(どの位の時間・期間で変化するのか)や、進行(どの位の期間でどんな状態になるのか)等の具体的な記載 ○ 医師意見書の記載例
	<p>V. 審査判定の留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「症状がより重度の状態」を想定した審査判定 ○ 難病患者等居宅生活支援事業の利用実績の確認 ○ 市町村審査会から市区町村に対する有効期間やサービスに関する意見

障害程度区分認定状況調査における障害程度区分の分布状況（全国データ）

全国の平成23年10月から平成24年9月までの1年間の障害程度区分判定結果として市町村から報告いただいた、約22.7万件について、データをとりとまとめました。

・平成24年度障害程度区分認定状況調査(平成23年10月～平成24年9月)

全体	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
非該当	0.1%	6.8%	20.2%	21.3%	15.7%	13.9%	34.0%
該当						22.0%	

身体

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
0.1%	4.8%	15.0%	16.5%	11.7%	14.5%	37.4%	17.9%

知的

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
0.0%	3.9%	13.6%	20.0%	19.9%	17.8%	24.8%	40.7%

精神

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
0.2%	15.7%	40.9%	28.6%	9.0%	3.3%	2.2%	44.5%

(参考)

・平成23年度障害程度区分認定状況調査(平成22年10月～平成23年9月)

全体	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
非該当	0.1%	6.9%	19.7%	22.1%	17.5%	15.6%	36.7%
該当						18.1%	

・平成22年度障害程度区分認定状況調査(平成21年10月～平成22年9月)

全体	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
非該当	0.1%	6.9%	20.3%	22.8%	17.3%	14.0%	38.2%
該当						18.6%	

・平成21年度障害程度区分認定状況調査(平成20年10月～平成21年9月)

全体	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
非該当	0.1%	7.5%	20.8%	22.8%	17.1%	13.5%	38.6%
該当						18.2%	

・平成20年度障害程度区分認定状況調査(平成19年10月～平成20年9月)

全体	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
非該当	0.2%	6.4%	18.5%	20.5%	14.8%	15.1%	41.5%
該当						24.5%	

一次判定×二次判定のクロス集計結果から見る判定変更件数と上位変更割合(2012年度報告データ収集業務)

・各セル色の説明 変更なし 上位変更 下位変更 上位変更率

■全体

二次判定 一次判定	二次判定							合計件数	上位区分 変更率	判定変更 (上位区分)	判定変更 (下位区分)	判定変更 (全体)
	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6					
非該当	254	866	129	12	2	1	0	1,264	79.9%	1,010	0	1,010
区分1	9	14,447	9,174	1,653	145	10	0	25,438	43.2%	10,982	9	10,991
区分2	4	164	36,312	20,413	3,322	201	12	60,428	39.6%	23,948	168	24,116
区分3	1	2	144	26,043	17,007	3,198	204	46,599	43.8%	20,409	147	20,556
区分4	0	0	7	87	14,900	10,191	1,377	26,562	43.6%	11,568	94	11,662
区分5	0	0	1	10	134	17,685	9,162	26,992	33.9%	9,162	145	9,307
区分6	1	0	0	2	21	301	39,115	39,440	0.0%	0	325	325
合計件数	269	15,479	45,767	48,220	35,531	31,587	49,870	226,723	34.0%	77,079	888	77,967
割合	0.1%	6.8%	20.2%	21.3%	15.7%	13.9%	22.0%	100.0%				

■身体

二次判定 一次判定	二次判定							合計件数	上位区分 変更率	判定変更 (上位区分)	判定変更 (下位区分)	判定変更 (全体)
	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6					
非該当	118	270	28	4	0	1	0	421	72.0%	303	0	303
区分1	4	4,287	1,489	183	8	1	0	5,972	28.1%	1,681	4	1,685
区分2	3	89	12,868	3,622	401	19	3	17,005	23.8%	4,045	92	4,137
区分3	1	2	87	12,082	3,516	409	23	16,120	24.5%	3,948	90	4,038
区分4	0	0	7	51	7,330	2,577	267	10,232	27.8%	2,844	58	2,902
区分5	0	0	1	8	81	10,813	4,484	15,387	29.1%	4,484	90	4,574
区分6	1	0	0	1	10	187	31,464	31,663	0.0%	0	199	199
合計件数	127	4,648	14,480	15,951	11,346	14,007	36,241	96,800	17.9%	17,305	533	17,838
割合	0.1%	4.8%	15.0%	16.5%	11.7%	14.5%	37.4%	100.0%				

■知的

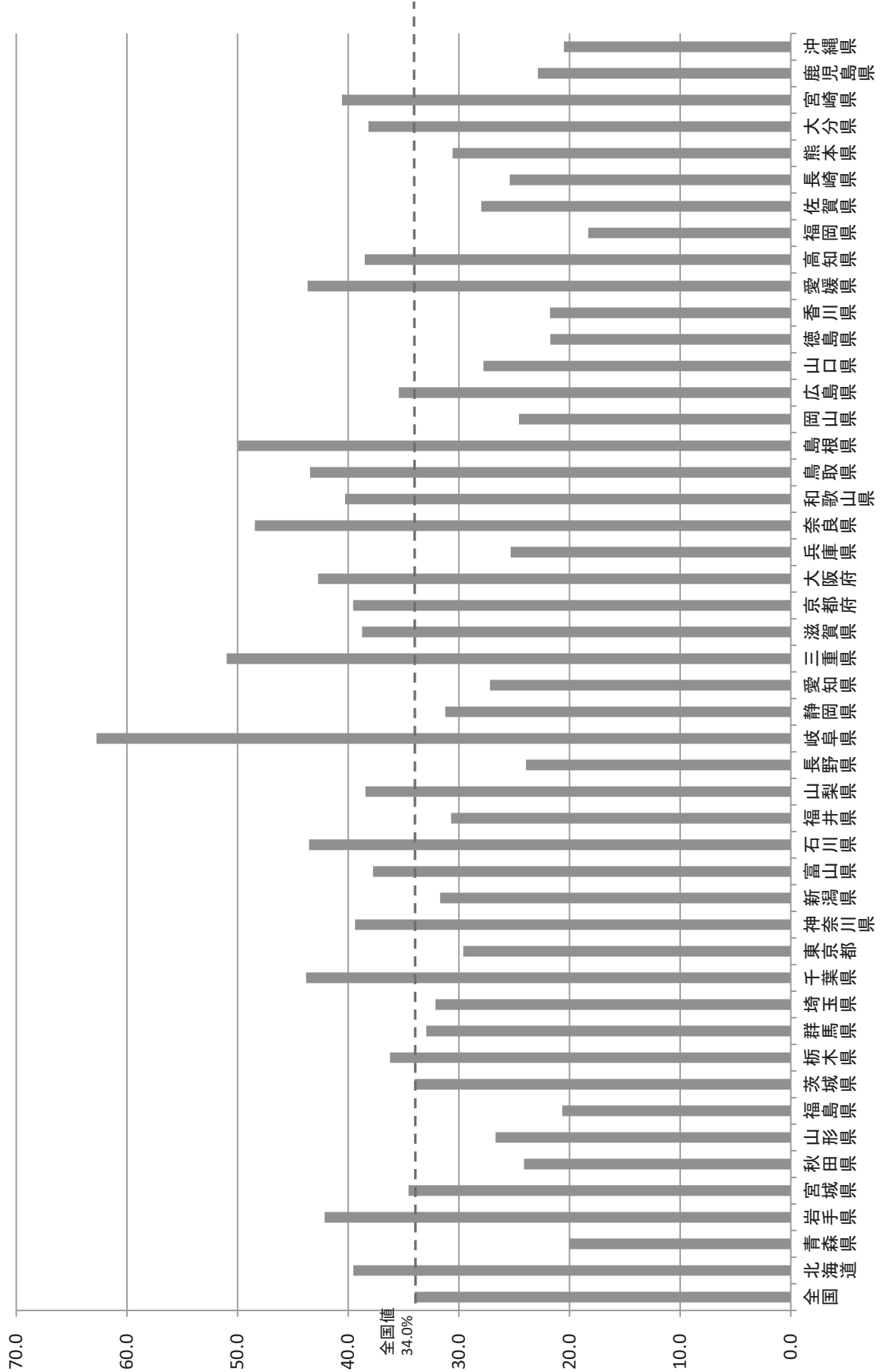
二次判定 一次判定	二次判定							合計件数	上位区分 変更率	判定変更 (上位区分)	判定変更 (下位区分)	判定変更 (全体)
	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6					
非該当	57	169	29	2	1	0	0	258	77.9%	201	0	201
区分1	1	4,777	3,156	580	57	5	0	8,576	44.3%	3,798	1	3,799
区分2	1	34	13,968	10,912	2,135	139	9	27,198	48.5%	13,195	35	13,230
区分3	0	0	47	13,857	13,878	2,880	196	30,858	54.9%	16,954	47	17,001
区分4	0	0	0	42	9,044	8,886	1,290	19,262	52.8%	10,176	42	10,218
区分5	0	0	0	3	68	10,488	7,382	17,941	41.1%	7,382	71	7,453
区分6	1	0	0	1	14	181	22,602	22,799	0.0%	0	197	197
合計件数	60	4,980	17,200	25,397	25,197	22,579	31,479	126,892	40.7%	51,706	393	52,099
割合	0.0%	3.9%	13.6%	20.0%	19.9%	17.8%	24.8%	100.0%				

■精神

二次判定 一次判定	二次判定							合計件数	上位区分 変更率	判定変更 (上位区分)	判定変更 (下位区分)	判定変更 (全体)
	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6					
非該当	87	453	78	6	1	0	0	625	86.1%	538	0	538
区分1	4	6,065	5,044	1,023	95	6	0	12,237	50.4%	6,168	4	6,172
区分2	1	44	11,966	7,956	1,156	69	3	21,195	43.3%	9,184	45	9,229
区分3	0	0	17	2,972	1,785	276	6	5,056	40.9%	2,067	17	2,084
区分4	0	0	0	2	742	410	43	1,197	37.8%	453	2	455
区分5	0	0	0	0	3	613	194	810	24.0%	194	3	197
区分6	0	0	0	0	0	10	684	694	0.0%	0	10	10
合計件数	92	6,562	17,105	11,959	3,782	1,384	930	41,814	44.5%	18,604	81	18,685
割合	0.2%	15.7%	40.9%	28.6%	9.0%	3.3%	2.2%	100.0%				

都道府県別の上位区分変更率(平成24年度)

上位区分変更率(%)



3 医療計画（精神疾患）の策定について

平成21年9月に取りまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書では、地域のニーズに応じて、精神医療の様々な機能の提供体制や、医療機関の連携体制を構築するため、医療計画で目標や医療連携体制を定めるいわゆる「4疾病5事業」に精神疾患を追加することについて検討すべきとされた。

これを踏まえ、平成23年7月の社会保障審議会医療部会における医療提供体制のあり方についての議論の中で、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携の推進を図ることとされた。

これを受け、「医療計画の見直しに関する検討会」で具体的検討が進められ、平成23年12月に「精神疾患の医療体制構築に係る指針（骨子案）」を示し、平成24年10月にはこの骨子案を具体化した「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」をお示ししたところである。

本指針に基づき、都道府県においては、障害福祉計画や介護保険事業（支援）計画との連携を考慮しつつ、病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制の構築を図るため、引き続き平成24年度中の医療計画の策定をお願いする。

また、平成25年度からは策定された医療計画に基づき、精神疾患にかかる医療提供が適切に実施できるよう医療関係部署等との連携について十分調整を行っていただくようお願いする。

精神疾患に関する医療計画(イメージ図)

機能	【予防・アクセス】	【治療・回復・社会復帰】	【精神科救急】	【身体合併症】	【専門医療】
<p>保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能</p>	<p>状態に応じて、必要な医療を提供できる機能</p>	<p>精神科医療が必要な患者等に速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能</p>	<p>精神科救急医療が必要な患者等に速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能</p>	<p>精神科救急医療が必要な患者等に速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能</p>	<p>精神科救急医療が必要な患者等に速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能</p>
<p>目標</p>	<p>・精神疾患の発症を予防する ・発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する ・精神科医療機関と地域の保健医療サービス等と連携する</p>	<p>・患者の状態に応じた精神科医療を提供する ・早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する ・患者ができるだけ長く、地域生活を継続できる</p>	<p>・24時間365日、精神科救急医療を提供できる</p>	<p>・24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる ・専門的な身体疾患(腎不全、歯科疾患等)を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できる</p>	<p>・児童精神医療(思春期を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する ・医療観察法の指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数を確保する ・専門医療を提供する医療機関 ・医療観察法指定通院医療機関</p>
<p>関係機関</p>	<p>・保健所、精神保健福祉センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター等の関係機関 ・保健・福祉等の関係機関 ・薬局 ・精神科病院、精神科を擁する一般病院、精神科診療所</p>	<p>・精神科病院、精神科を擁する一般病院、精神科診療所 ・在宅医療を提供する病院・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、介護サービス事業所、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク等</p>	<p>・精神科救急相談窓口、精神科救急情報センター ・精神科救急医療施設 ・精神科病院、精神科を擁する一般病院、精神科診療所 ・救命救急センター、一般の医療機関</p>	<p>・人工透析等の可能な専門医療機関 ・歯科を擁する病院、歯科診療所</p>	<p>・各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する ・他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>
<p>医療機関に求められる事項</p>	<p>・住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する ・保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携する ・精神科医と連携を推進している(GP内科等身体疾患を担当する科と精神科)連携への参画等 ・かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加している</p>	<p>・患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供し、必要に応じ、アウトリーチを提供できる ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る ・緊急時の対応体制や連絡体制を確保する ・早期の退院に向け、病状が安定するための支援や、相談支援事業者等と連携し退院を支援する ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供する ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要となる支援を提供する</p>	<p>・精神科救急患者の受け入れが可能ない設備を有する ・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携できる ・行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい ・精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者、家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等に夜間・休日にも対応できる体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>・身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる) ・精神科を有する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する ・一般病棟で治療する場合は、精神科リハビリチーム又は精神科医療機関の診療協力体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>・各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する ・他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>
<p>うつ病</p>	<p>・発症してから、精神科医を受診するまでの期間をできるだけ短縮する ・うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できる ・関係機関が連携して、社会復帰(就職、復職等)に向けた支援を提供できる(一般の医療機関) ・うつ病の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合等に適切に紹介し紹介できる専門医療機関と連携している ・内科等の身体疾患を担当する医師等と精神科医との連携会議等へ参画する ・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加している ・うつ病の診療を担当する精神科医療機関 ・うつ病とうつ状態を伴う他の精神疾患について鑑別診断でき、他の精神障害や身体疾患の合併等などを評価できる ・患者の状態に応じて適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて他の医療機関と連携できる ・患者の状態に応じて適切な環境調整等に関する助言ができる ・かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携している ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等との連携、障害福祉サービス事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要となる支援を提供する</p>	<p>・患者の状態に応じて、適切な精神科医療を提供し、必要に応じ、アウトリーチを提供できる ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る ・緊急時の対応体制や連絡体制を確保する ・早期の退院に向け、病状が安定するための支援や、相談支援事業者等と連携し退院を支援する ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供する ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要となる支援を提供する</p>	<p>・精神科救急患者の受け入れが可能ない設備を有する ・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携できる ・行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい ・精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者、家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等に夜間・休日にも対応できる体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>・身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる) ・精神科を有する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する ・一般病棟で治療する場合は、精神科リハビリチーム又は精神科医療機関の診療協力体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>・各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する ・他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>
<p>認知症</p>	<p>・認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、医療サービスが介護サービス等と連携しつづつ、総合的に提供されること ・認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1か所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1か所程度を確保すること ・認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間の退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月とできるような体制を整備すること ・認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間の退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月とできるような体制を整備すること ・認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間の退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月とできるような体制を整備すること ・認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間の退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月とできるような体制を整備すること</p>	<p>・患者の状態に応じて、適切な精神科医療を提供し、必要に応じ、アウトリーチを提供できる ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る ・緊急時の対応体制や連絡体制を確保する ・早期の退院に向け、病状が安定するための支援や、相談支援事業者等と連携し退院を支援する ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供する ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要となる支援を提供する</p>	<p>・精神科救急患者の受け入れが可能ない設備を有する ・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携できる ・行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい ・精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者、家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等に夜間・休日にも対応できる体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>・身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる) ・精神科を有する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する ・一般病棟で治療する場合は、精神科リハビリチーム又は精神科医療機関の診療協力体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>	<p>・各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する ・他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる</p>

4 精神科救急医療体制の整備の推進について

精神保健福祉法の一部改正により、精神保健指定医に対しては精神医療体制の確保に対する協力義務が規定されるとともに、都道府県に対しては精神科救急医療体制整備の努力義務が規定され、平成24年4月1日に施行されている。

法施行に当たっては、厚生労働省内に設置した「精神科救急医療体制に関する検討会」が平成23年9月30日に報告書を公表しており、この報告書を基に、平成24年3月30日付けで各都道府県宛に精神・障害保健課長通知「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」を発出したところである。

この通知の中では、精神科初期救急医療体制として、軽症の救急患者が重症者用の救急外来を受診することのないよう夜間・休日の精神医療相談窓口の設置や、患者の状態に応じて速やかに対応可能な機関につなげるよう、精神科救急情報センターの設置を依頼しており、これらが未整備の自治体におかれましては患者の緊急性に応じた適切なサービスを提供できるよう窓口機能の強化をお願いする。

また、救急医療機関との連携強化等による受入体制の確保のため、医療連携に係る研修会等運営事業も平成24年度に新設しており、各都道府県においては身体合併症患者への対応強化のため、精神科救急医療体制整備事業を活用しつつ、体制整備を進めていただくようお願いする。

なお、平成25年度予算においては財務省折衝での査定状況が厳しい中、前年度執行実績とほぼ同額の予算を確保できる見込みとなったところであり、平成25年度事業の交付申請においては申請額を精査の上、申請していただくようお願いする。

(予算(案)概要)

- ・25年度予算(案) 1,961,780千円
- ・補助先 都道府県・指定都市
- ・補助率 1/2

(参考)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(平成22年12月)[平成24年4月施行]

○指定医の公務員職務への参画義務を規定

第19条の4 3 指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあった場合には、これに応じなければならない。

○都道府県の救急医療体制整備の努力義務を規定

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。

精神科救急医療体制整備事業(平成25年度予算案:20億円)

【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、マイクロ救急体制確保事業

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。

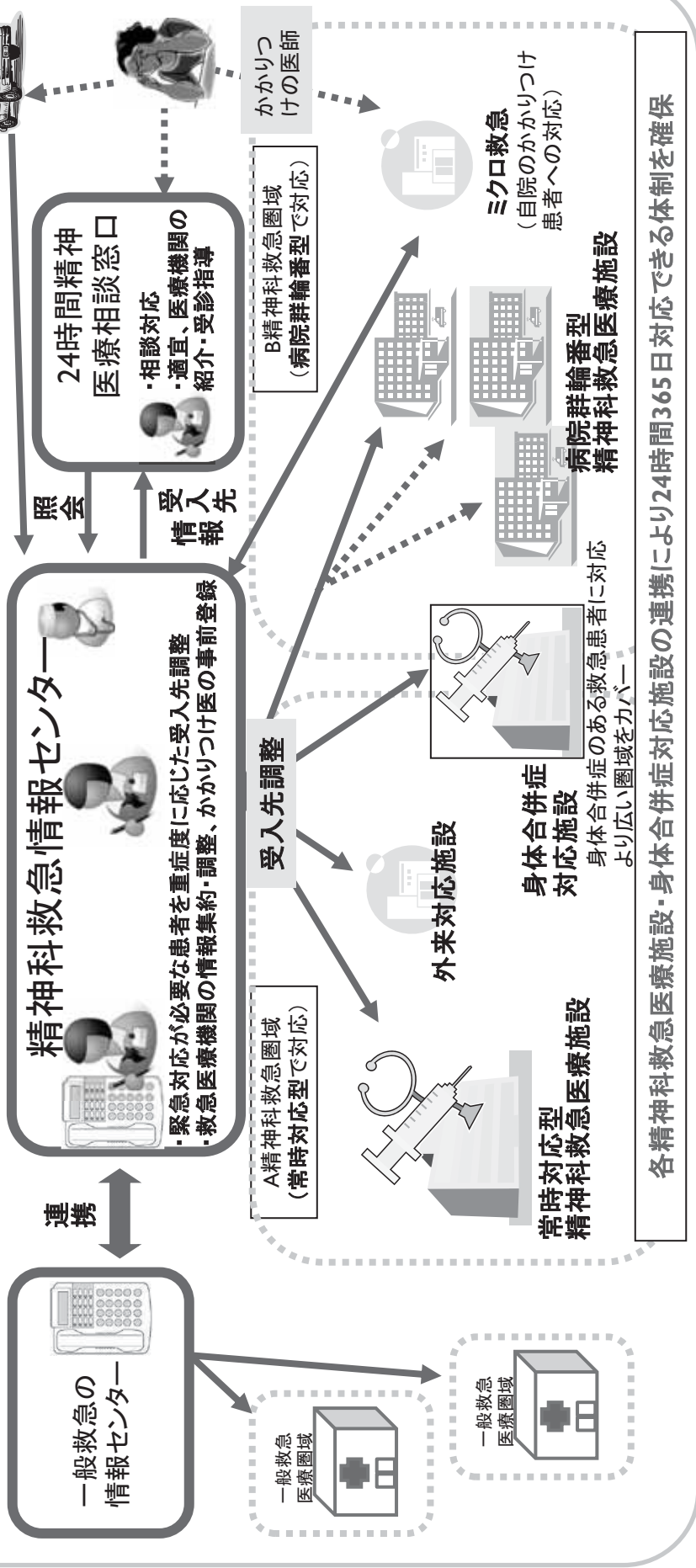
(体制整備イメージ)

医療連携に係る研修会

身体合併症対応のため、一般科と精神科の連携を推進

精神科救急医療体制連絡調整委員会

関係機関間の連携・調整を図る



精神科救急医療体制整備事業（補助イメージ）（平成25年度）

各道府県

○精神科救急情報センター [精神保健福祉士（看護師）2人]

各道府県

○24時間精神医療相談窓口 [医師1人・精神保健福祉士（看護師）1人]

各道府県

○医療連携に係る研修会等

精神科救急医療確保事業

各圏域

○精神科救急医療施設

・病院群輪番型 [医師1人・看護師1人] + 空床確保 1床

・常時対応型 [医師1人・看護師2人] + 空床確保 2床

○外来対応施設 [医師1人・看護師1人]

2圏域に1カ所

○身体合併症対応施設 [医師1人・看護師2人] + 空床確保 2床

○地域搬送受入対応施設 [医師1人・看護師1人]

○身体合併症等後方搬送事業（加算） [精神保健福祉士（看護師）2人]

各道府県

各圏域

ミク〇救急体制確保事業

○ミク〇救急体制確保事業 [医師1人]

精神科救急医療体制整備事業費交付基準額（案）（平成25年度）

1 連絡調整委員会運営事業費

[連絡調整委員会の運営に必要な経費の適正な実支出額]

2 医療連携に係る研修会等事業費

[医療連携に係る研修会等の運営に必要な経費の適正な実支出額]

3 精神医療相談及び移送事業費

(1) 精神医療相談事業

[平日 19,280円 休日 23,880円
夜間 26,180円]

(2) 精神科救急情報センター事業費

[平日 12,200円 休日 15,250円
夜間 16,770円]

(3) 移送関係者待機協力謝金

[平日 4,460円 休日 5,570円
夜間 6,130円]

(4) 移送発動関係費

● 搬送

[平日 29,330円
休日 33,790円
夜間 36,020円]

● 不搬送

[平日 26,910円
休日 31,370円
夜間 33,600円]

4 精神科救急医療確保事業費

(1) 病院群輪番型

[休日 23,000円 夜間 25,300円
空床確保 12,400円以内] ※1床分

十

[※外来対応加算
休日 7,620円 夜間 8,380円]

(2) 常時対応型

[休日 30,620円 夜間 33,680円
空床確保 24,800円以内] ※2床分
(十外来対応加算可)

(3) 外来対応施設

[休日 23,000円 夜間 25,300円]

(4) 身体合併症対応事業

① 身体合併症対応施設
[休日 30,620円 夜間 33,680円
空床確保 24,800円以内] ※2床分
(十外来対応加算可)

② 地域搬送受入対応施設

[休日 23,000円 夜間 25,300円]

十

[※身体合併症後方搬送調整事業加算
6,100円]

(5) ミクロ救急体制確保事業

[当番日以外の夜間 1,000円] ※病院群輪番型参加
医療機関に対して補助

精神科救急医療体制の都道府県別の状況

常時対応＋輪番 17カ所、常時対応のみ 1カ所、輪番のみ 24カ所

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数		1精神科救急圏域当たり施設数	
					うち輪番病院	うち常時対応		
北海道	5,498,916	21	8	687,365	67	67	0	8
青森県	1,395,886	6	6	232,648	22	22	0	4
岩手県	1,334,814	9	4	333,704	14	9	4(1)	4
宮城県	2,318,956	7	1	2,318,956	25	25	0	25
秋田県	1,097,588	8	5	219,518	19	13	1(5)	4
山形県	1,168,752	4	3	389,584	7	7	0	2
福島県	2,036,146	7	4	509,037	25	25	0	6
茨城県	2,973,174	9	1	2,973,174	28	27	1	28
栃木県	1,995,901	6	1	1,995,901	1	0	1	1
群馬県	1,998,558	10	1	1,998,558	—	13	1	—
埼玉県	7,140,929	10	2	3,570,465	40	38	2	20
千葉県	6,161,921	9	4	1,540,480	43	42	1(4)	11
東京都	12,662,461	12	4	3,165,615	40	37	2(1)	10
神奈川県	8,906,590	11	1	8,906,590	52	46	6	52
新潟県	2,378,853	7	2	1,189,427	26	26	0	13
富山県	1,092,885	4	2	546,443	28	28	0	14
石川県	1,160,206	4	3	386,735	16	16	0	5
福井県	806,428	4	2	403,214	10	10	0	5
山梨県	860,559	4	1	860,559	9	9	0	9
長野県	2,153,802	10	3	717,934	17	16	1	6
岐阜県	2,076,675	5	2	1,038,338	15	15	0	8
静岡県	3,760,801	16	8	470,100	12	11	1(2)	2
愛知県	7,249,626	12	3	2,416,542	43	42	0(1)	14
三重県	1,844,293	4	2	922,147	13	13	0	7
滋賀県	1,390,927	7	3	463,642	10	9	0	3
京都府	2,547,225	6	2	1,273,613	13	11	2	7
大阪府	8,681,623	8	4	2,170,406	38	27	0(11)	10
兵庫県	5,580,139	10	5	1,116,028	36	35	1	7
奈良県	1,406,701	5	1	1,406,701	9	8	1(1)	9
和歌山県	1,025,613	8	3	341,871	7	6	1	2
鳥取県	592,213	3	3	197,404	8	8	0	3
島根県	718,218	7	7	102,603	12	12	0	2
岡山県	1,934,057	5	2	967,029	12	12	0	6
広島県	2,852,728	7	7	407,533	8	6	1(1)	1
山口県	1,455,401	8	3	485,134	27	27	0	9
徳島県	791,242	6	3	263,747	13	12	0(1)	4
香川県	1,009,794	1	2	504,897	13	13	1(1)	7
愛媛県	1,450,262	6	1	1,450,262	7	7	0	7
高知県	766,426	4	4	191,607	8	8	0	2
福岡県	5,043,494	13	4	1,260,874	78	78	0	20
佐賀県	855,968	5	3	285,323	16	16	0	5
長崎県	1,440,853	8	6	240,142	35	34	1	6
熊本県	1,828,471	11	2	914,236	43	43	0	22
大分県	1,201,901	6	1	1,201,901	23	22	0(1)	23
宮崎県	1,147,867	7	3	382,622	21	20	0(1)	7
鹿児島県	1,713,984	9	4	428,496	42	42	0	11
沖縄県	1,413,583	5	4	353,396	20	20	0	5
合計	126,923,410	354	150	846,156	1,071	1,033	29(31)	7

※2次医療圏数については、平成24年4月現在。

※人口については、住民基本台帳人口(平成23年3月末現在)による。

※精神科救急医療施設数は、平成24年10月現在のもの。なお、「常時対応」の()は身体合併症対応施設数を計上。

(H24年10月1日現在)

5 精神障害者アウトリーチ推進事業について

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ものである。

平成24年度は、24自治体（37ヶ所の病院等）で実施されており、平成25年度も、各都道府県で引き続き積極的な取組をお願いする。

主な事業内容

①アウトリーチチームの設置

- ・ 精神科病院等に、専任職員（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24時間の相談対応、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や、従事職員及び地域の関係者を対象とする研修等を行う。

②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。

③医療機関による地域移行の支援

- ・ 新たな地域精神保健医療体制として、入院医療から地域生活支援へ人員体制等を転換する観点から、精神病床数削減の取組を行う。

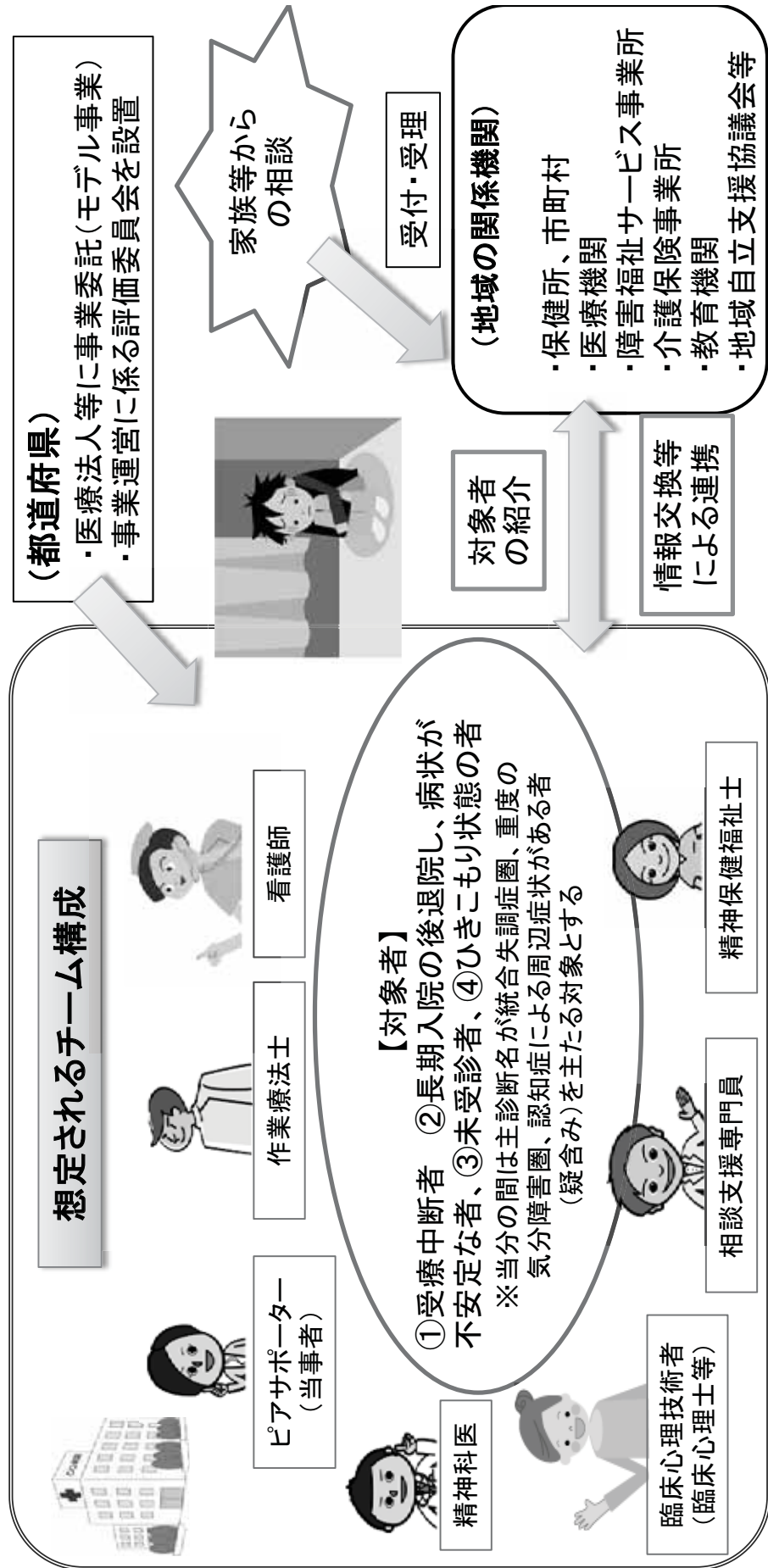
(予算(案)概要)

- ・ 25年度予算(案) 675,621千円(対前年度▲約1.1億円)
- ・ 補助先 都道府県
- ・ 補助率 定額(28,041千円/箇所)

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

平成25年度予算(案)
6.8億円

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



【特徴】・医療や福祉サービスにつなげない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
 ・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
 ・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業実施機関等

平成25年2月25日現在

都道府県名	開始年度	アウトリーチチーム			病床削減医療機関		
		実施圏域	種別	実施機関	実施圏域	種別	医療機関
北海道	24	十勝	相談支援事業所	十勝障がい者総合相談支援センター	十勝	道立	道立緑ヶ丘病院
	23	八戸	介護保険事業所	ひかり介護支援事業所	下北	一部事務組合	むつ総合病院
青森県	23	津軽	精神科病院	弘前愛成会病院	津軽	民間	弘前愛成会病院
	23	西北五	精神科病院	布施病院			
	23	上十三	精神科病院	青南病院			
岩手県	24	盛岡	精神科病院	岩手晴和病院	盛岡	民間	岩手晴和病院
秋田県	24	横手	相談支援事業所	地域生活支援センターのぞみ	横手	民間	横手興生病院
山形県	23	置賜	精神科病院	佐藤病院	置賜	民間	佐藤病院
	23	庄内	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション庄内	庄内	県立	県立鶴岡病院
福島県	23	県中	精神科病院	あさかホスピタル	県中圏域	民間	あさかホスピタル
	23	会津	精神科病院	竹田総合病院	会津圏域	民間	竹田総合病院
千葉県	23	東葛北部	精神科病院	恩田第二病院	東葛北部	民間	恩田第二病院
神奈川県	24	横須賀・三浦	精神科病院	福井記念病院	横須賀・三浦	民間	福井記念病院
山梨県	24	中北	精神科病院	住吉病院	中北	民間	住吉病院
静岡県	24	駿東田方	精神科病院	沼津中央			
	24	駿東田方	精神科病院	伊豆函南病院	駿東田方	民間	伊豆函南病院
三重県	23	鈴鹿	精神科病院	鈴鹿厚生病院	鈴鹿	JA厚生連	鈴鹿厚生病院
	23	湖南	相談支援事業所	地域生活支援センター風	湖南	民間	湖南病院
滋賀県	24	大津	精神科病院	琵琶湖病院	湖北	日本赤十字社	長浜赤十字病院
	23	和歌山	精神科病院	医療法人田村病院	大津	民間	琵琶湖病院
和歌山県	23	和歌山	精神科病院	医療法人田村病院	県内の精神科病院	民間	県内の精神科病院

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業実施機関等

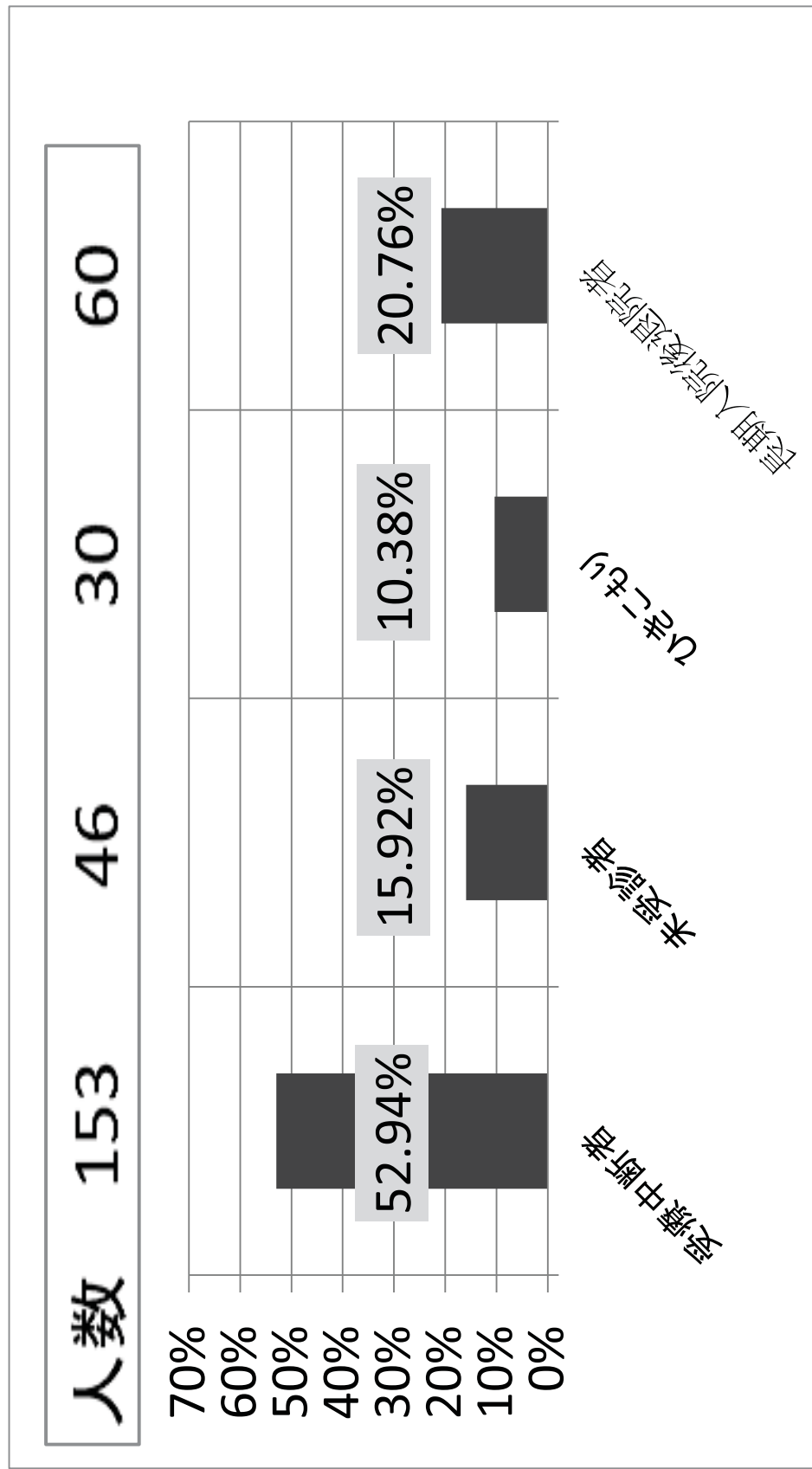
平成25年2月25日現在

都道府県名	開始年度	アウトリーチチーム			病床削減医療機関			
		実施圏域	種別	実施機関	実施圏域	種別	医療機関	
奈良県	23	奈良	精神科病院	吉田病院	奈良	民間	吉田病院	
								奈良
			南和	民間	下市病院			
京都府	23	山城北	精神科病院	宇治おうばく病院	山城北	民間	宇治おうばく病院	
								乙訓
岡山県	23	県南東部	精神科病院	岡山県精神保健福祉センター	高梁・新見	民間	こころの医療たいよしの丘ホスピタル	
								県南東部
	23	津山・英田	精神科病院	積善病院	大和診療所	県南東部	民間	
	23	出雲	相談支援事業所	相談支援事業所ふあっと		出雲	国立大学法人	島根大学医学部附属病院
23	浜田	精神科診療所	こころクリニックせいわ		浜田	社会福祉法人	島根県済生会高砂病院	
広島県	23	福山・府中	精神科病院	下永病院	福山・府中	民間	下永病院	
								香川県
徳島県	24	高松	精神科病院	いわき病院	高松	民間	いわき病院	
								徳島県
高知県	23	中央	精神科病院	海辺の杜ホスピタル	中央	民間	海辺の杜ホスピタル	
								高知県
長崎県	23	長崎	精神科病院	田川療養所	長崎	民間	田川療養所	
								精神科診療所
	24	長崎	精神科病院	三和中央病院		長崎	民間	三和中央病院
熊本県	24	熊本市	精神科病院	向陽台病院	熊本市	民間	向陽台病院	
								鹿児島

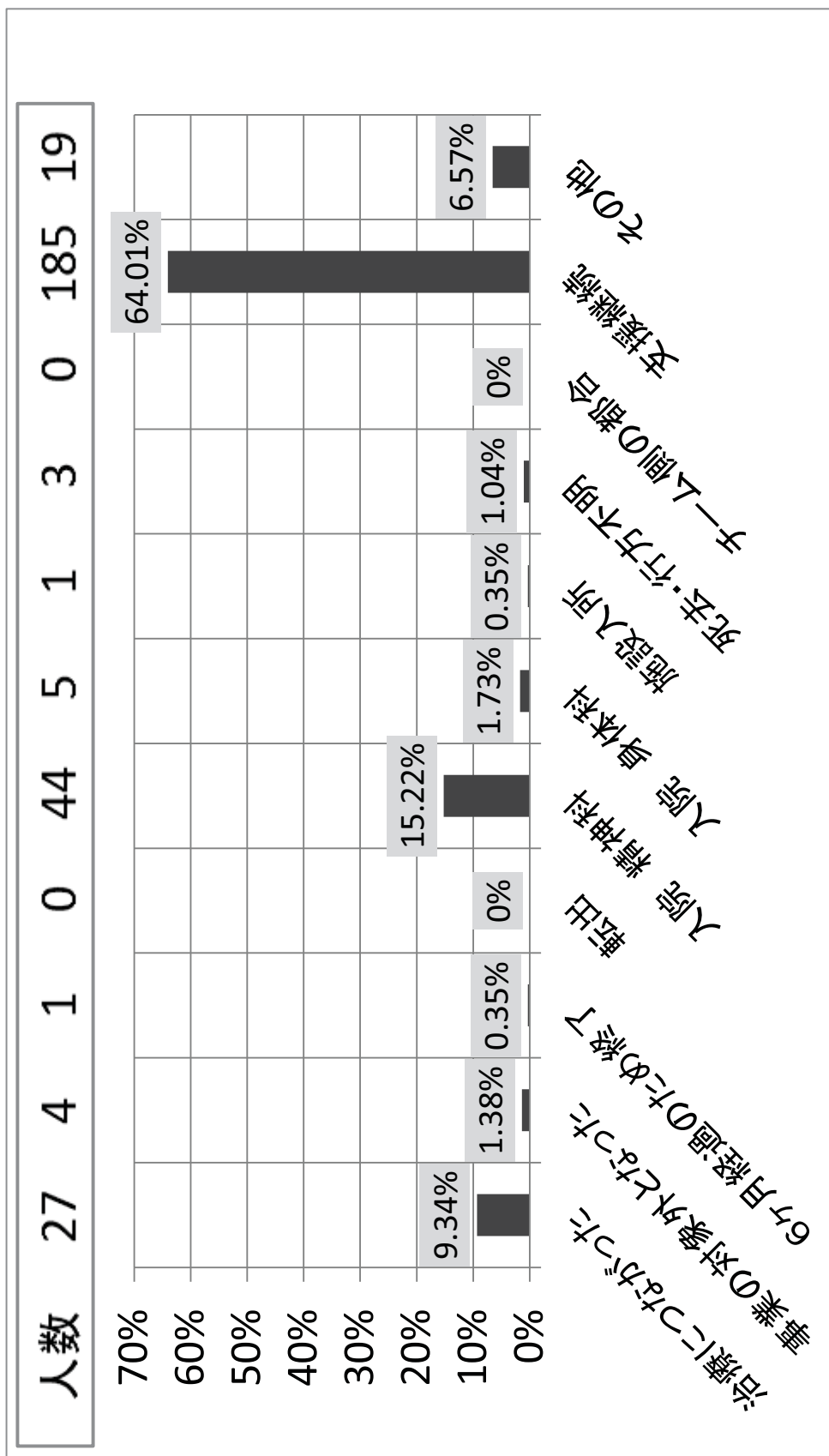
計 24道府県 37機関

※岡山県精神保健福祉センターは、平成22年度に精神障害者地域移行・地域定着支援事業(多職種チーム設置)を実施していたため、事業継続性の観点から経過措置として本事業の実施を認めている。

精神障害者アウトリーチ推進事業 平成23年度～24年9月までの支援対象者実績 (A状態像別の分類 n=289)



精神障害者アウトリーチ推進事業 平成23年度～24年9月までの支援対象者実績 (B転帰別の分類 n=289)



精神障害者アウトリーチ推進事業 転帰が入院となった事例の報告集計 (平成23年度分) (n=20)

平成24年11月1日現在

■ 主診断 認知症(F0)...7名

統合失調症(F2)...13名

■ 入院形態

任意入院...4名 医療保護入院...14名
身体疾患で入院...2名

■ アウトリーチ開始から入院までの期間

1カ月以内...5名、1～2カ月...5名、2～3カ月...4名、
3～4カ月...2名、4～5カ月...3名、5カ月以上...1名

精神障害者アウトリーチ推進事業 転帰が入院となった事例の報告集計 (平成23年度分) (n=20)

平成24年11月1日現在

■ 入院に至った経緯

(例)・精神症状の悪化(被害妄想等)

- ・迷惑行為(警察の介入)
- ・家族とのトラブル
- ・身体疾患の悪化 等

■ 報告時の入院退院状況

継続して入院している...13名

退院した:入院期間が、

1ヵ月未満...1名、1～3ヵ月...3名、3～6ヵ月...3名

事務連絡
平成25年1月29日

各都道府県精神障害者アウトリーチ推進事業ご担当者様

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

平成25年度精神障害者アウトリーチ推進事業採択方針について

標記事業については、平成24年度は24自治体37ヶ所の病院等で実施されており、そのうち同一病院内で病床削減とチーム設置を行っているのが21ヶ所となっています。

当該事業については既に全国37ヶ所で実施されている一方、平成25年度予算額（案）にも限りがあることや、本事業の一般制度化も目前で、しっかりとしたデータの収集も必要なことから、平成25年度においては新規事業の募集は行わず、既に事業を実施している自治体に対して下記のとおり補助採択致しますのでご承知いただきたくよろしくお願い致します。

なお、平成25年度交付申請については、予算成立後に発出予定の交付要綱に従って提出して下さいますようよろしくお願い致します。

記

1. 平成25年度以前から既に事業を実施している自治体の協議スケジュール

- ①. 平成25年3月8日（金）までに実施計画書を当課あて提出
- ②. 実施計画書の所要額内訳書などに問題がなければ、当課から実施計画の承認通知（内示書）を送付（予算成立後）
- ③. 交付申請（当課医療財政係宛）

2. 平成25年度新規事業の募集（事業実施チームの増設含む）

新規事業の募集は行わない。

3. 平成25年度補助基準額、補助率、補助対象経費（予定）

- 補助基準額 : 28,041千円※
- 補助率 : 10/10
- 補助対象経費 : 平成23年度の交付要綱・実施要綱と同じ

※ 各都道府県において、複数のチームで事業を実施する場合には、各都道府県ごとに国庫補助基準額（28,041千円）の範囲内で補助を行う。

6 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

(1) 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

精神障害者地域移行・地域定着支援事業（補助金事業）については、平成24年4月から補助メニューの1つであった地域移行推進員の活動にかかる経費が障害者自立支援法に基づく地域相談支援（地域移行支援・地域相談支援）として法定給付化され、地域移行に向けた支援の更なる充実が図られたところである。

精神障害者の地域移行支援が制度として明確に位置付けられる一方で、本予算事業の事業効果等については平成24年6月の行政事業レビュー（公開プロセス）やその後の財務省折衝で厳しい指摘を受け、平成25年度の当該事業については、その事業内容、予算額ともに大幅な見直しが迫られることとなった。

しかしながら、精神障害者の地域移行は引き続き重要な課題であるため、平成25年度からの精神障害者地域移行・地域定着支援事業において協議会の設置、高齢入院患者地域支援事業、ピアサポートの活用、精神科地域共生型拠点病院の公表、地域住民との交流事業は、引き続き本事業の補助対象とする予定であるので、精神障害者の地域移行を進める1つの手段としてご活用いただきたい。

また、平成25年度からの地域生活支援事業も充実・強化を図っているところであるので、引き続き障害福祉計画に基づく精神障害者の地域移行を、衛生主管部局と福祉主管部局が連携して各事業を有効に活用しつつ着実に進めていただくようお願いする。

(予算（案）概要)

- ・ 25年度予算（案） 123,388千円（要求額約2.1億円）
- ・ 補助先 都道府県・指定都市
- ・ 補助率 1/2

(2) 平成25年度の精神障害者地域移行・地域定着支援事業執行方針について

平成25年度の本事業については、上記のとおり予算額が大幅減額となる見込みであることから、予算執行の参考とするため、各自治体の本事業の平成25年度所要額の調査を行っているところである。調査の結果を踏まえて、平成25年度の本事業の執行方針については調整させていただく予定である。

各自治体におかれては、実施される事業内容・所要経費の精査を行っていただくようお願いする。

(3) 高齢入院患者地域支援事業について

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、精神保健福祉士等が連携して担当職員を配置し、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入り、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行い、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」を平成24年度から実施している。

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予定であるので、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、本事業の実施にご協力いただきたい。

平成25年度「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ターの配置
- ・ピアサポートの活用
- ・精神科地域共生型拠点病院の公表

- 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)

障害者自立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ターの配置

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 廃止】

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

【+効果の検証】

一般制度化を目指す

平成25年度

予算額(案) 1.2億円(▲2億円)
(対前年度)

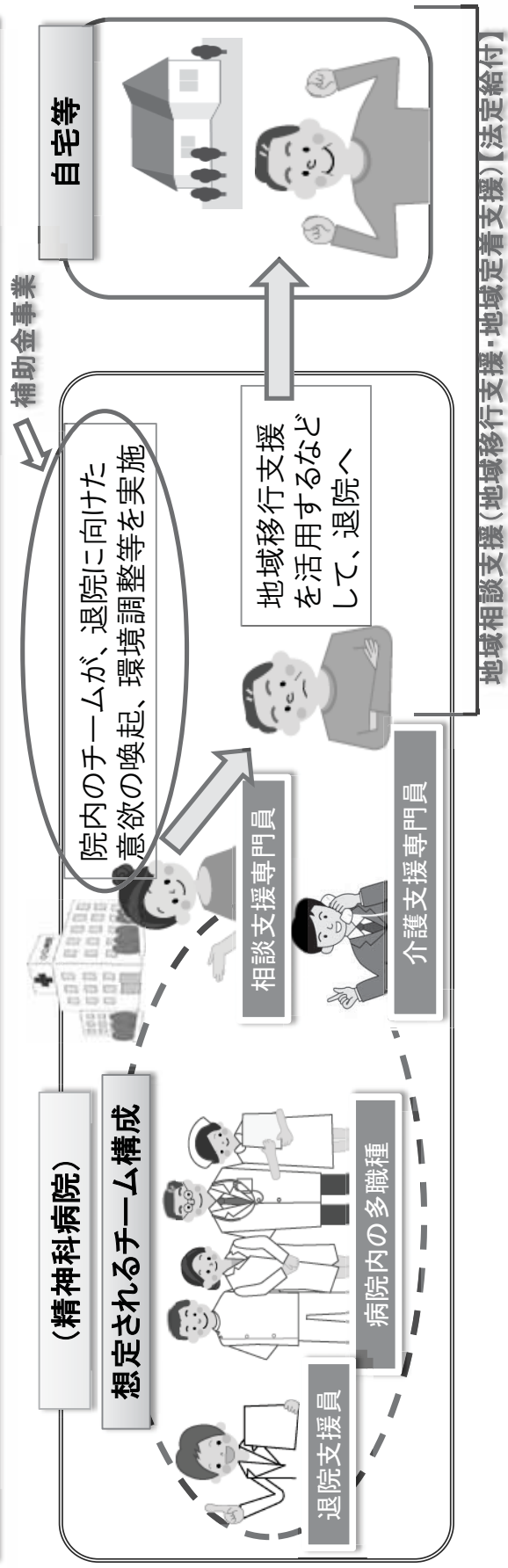
高齢入院患者地域支援事業（平成24年度～）について

【現状】

- ・ 65歳以上の入院患者が45.4%、うち5年以上の入院患者は39.7%（平成19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～）

- ・ 平成24年度予算において、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



7 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 20 年 5 月 26 日付け障精発第 0526002 号）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。

精神科病院の閉鎖病棟内に公衆電話等を設置することについては、精神保健福祉法第 37 条第 1 項の精神科病院の管理者が遵守すべき基準として、昭和 63 年 4 月厚生省告示第 130 号により定められているところであるが、未設置病棟が存在することから、今般、別添の事務連絡を発出するので、実地指導において引き続き厳正な指導をお願いする。

事務連絡
平成25年2月25日

各
〔都道府県〕
〔指定都市〕
精神保健福祉主管部（局）長 様

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

精神科病院の閉鎖病棟内への公衆電話等の設置について

毎年度、「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」（平成20年5月26日付け障精発第0526002号）に基づき、貴管轄内の全ての精神科病院について実地指導を行っていただいているところであるが、精神科病院の閉鎖病棟内への公衆電話等の設置については、平成24年1月19日の全国厚生労働関係部局長会議資料として公表したとおり、「当該病棟には設置していないが代替手段有り」と回答した精神科病院が24施設存在した（平成23年11月時点）。

精神科病院入院患者の院外にある者との通信については、入院患者が家族や地域社会等との接触を保つという点で、医療上重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。

自由な通信を確保する手段としては、公衆電話の設置が原則であるが、入院患者の病状により公衆電話が利用できない場合には患者の人権上の観点から代替手段を講じる必要も生じうる。その場合には、患者が自由に退院請求や処遇改善請求等を行うことが可能かという観点から、その代替手段の妥当性について検証していただき、入院患者の通信の制限が行われないよう、引き続き厳正な指導をお願いする。

(参照条文)

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第37条第1項 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

第2項 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和63年4月厚生省告示第130号）（抄）

三 電話に関する事項

(二) 電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

○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月精神保健福祉課長通知）

1 実地指導の指導項目について

(11) 入院患者の通信面会について

カ 電話機は患者が自由に使える場所に設置されているか。閉鎖病棟内にも設置されているか。その際、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）等の設置や、状況に応じて携帯電話の活用を図っているか。

8 自立支援医療について

(1) 育成医療の権限移譲について

育成医療の支給認定等の市町村への移譲については、障害者総合支援法施行令の一部改正政令が本年2月15日に公布され、本年4月1日の施行に向けて準備を進めていただいているところであるが、引き続き円滑な事務処理が行われるよう関係機関との連携を図り、育成医療の支給認定等の事務を進めていただきたい。

なお、育成医療の権限移譲に伴う支給認定の実施要綱等の通知については、今月の下旬を目途に改正通知を発出する予定である。

(2) 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。

(3) 障害者医療費国庫負担金の適正な執行について

昨年、会計検査院の本省実地検査の際、障害者医療費負担金の交付額の算定に、地方単独事業(自立支援医療利用者負担緩和事業、特別対策事業<在宅酸素療法を受けている呼吸器機能障害3級所持者及びストマ周辺の感染防止治療等を受けているぼうこう・直腸機能障害3級所持者に対する医療費の一部の給付>)に係る経費を国庫負担対象事業費に計上して、負担金が過大に交付されている事態があったとの報告を受けた。

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、毎年申請等の際の金額チェック等、本負担金の適正な執行に努められたい。

9 自殺・うつ病対策の推進について

我が国の自殺者数は、平成10年に年間3万人を超えて以降、平成23年まで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18年10月の自殺対策基本法の施行を受けて、平成19年6月に同法に基づく自殺総合対策大綱を策定し、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。

平成24年の自殺者数は、15年ぶりに3万人を下回り、27,766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目標（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る。政府においては、昨年8月に自殺総合対策大綱の改定を行い、更なる取組の強化を図っているところであり、各都道府県・指定都市におかれては、新しい自殺総合対策大綱を踏まえて、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。

（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、本事業及び「地域自殺対策緊急強化基金」を併せて活用の上、地域における自殺防止対策を推進していただきたい。

（3）自殺防止対策事業

平成19年6月に策定された「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23年度は17団

体、24年度は15団体を採択している。平成25年度予算(案)でも、引き続き本事業を実施すべく所要経費を計上し、現在各都道府県・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ているところである。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。

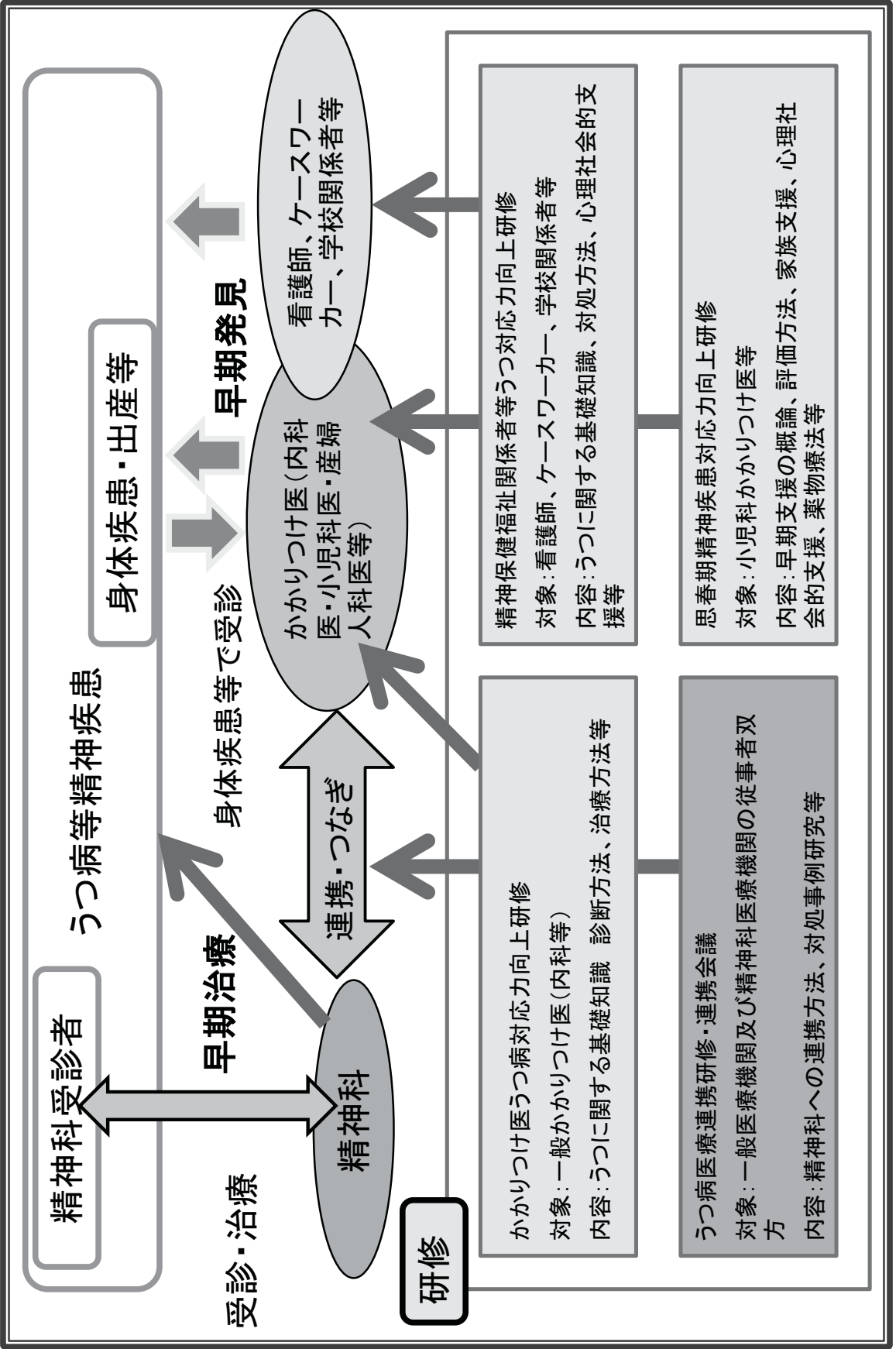
(5) 自殺対策強化月間

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月も実施予定である。

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

GP連携の推進により、精神疾患の早期発見、早期治療を推進し、患者数の減少を図る。25年度予算案 40百万円



地域自殺予防情報センター運営事業

【事業概要】

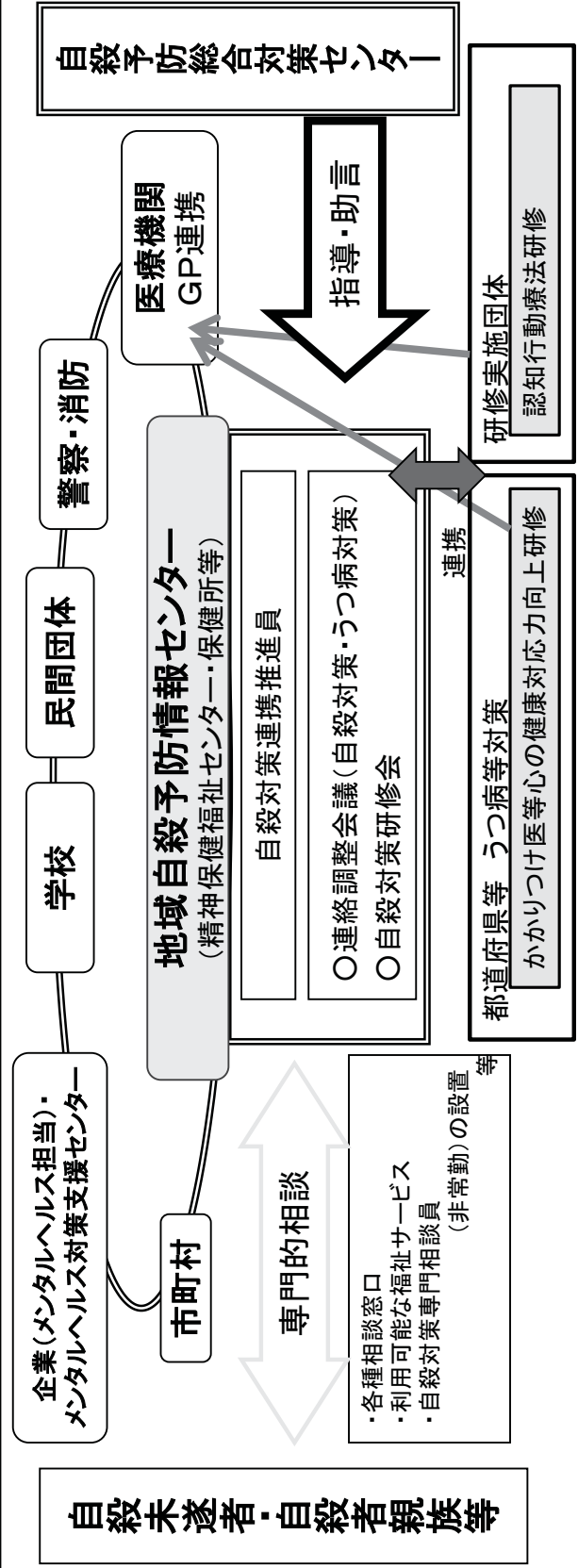
25年度予算案 60百万円

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・自殺者親族等に対して、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・自殺者親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。



10 災害時等の心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

東日本大震災のみならず、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心のケアチーム（クライシス・レスポンス・チーム）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「心のケア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。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」を平成23年12月に国立精神・神経医療研究センターに設置したところであり、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。

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、災害時の心のケアチーム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3次補正予算において、岩手、宮城、福島各県に設置されている障害者自立支援対策臨時特例基金の積み増しにより、心のケアセンターを設置し、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、社会福祉士、作業療法士などの専門職による、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、基金終了後の25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。

心のケア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

25年度予算案 32百万円 定率補助 国負担1/2

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

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

11 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、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」（平成20年8月22日閣議決定）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。

また、依存症者の回復には、精神科医療機関において適切に治療を行うとともに、医療機関、行政、自助団体、依存症者の家族等が協働して支援を行うことが重要である。

さらに、現在、刑法等の一部改正が検討されており、その中においては更生保護法を一部改正し、保護観察における指導監督の方法として、規制薬物等に対する依存の改善に資する医療を受けるよう、必要な指示その他の措置を行うことを追加することが検討されており、依存症に対する医療体制の充実が強く求められている。

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を行っているところである。

また、昨年11月から、「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」を開催し、依存症対策における問題点や求められる取組について検討を行っているところである。

厚生労働省におけるアルコール依存症関連対策

相談・指導

【精神保健福祉センター】

- 相談件数：4,017人
- 技術援助・技術指導：625回
(平成23年度 衛生行政報告例)

※ 精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条に基づき、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るために都道府県・指定都市に設置され、相談、指導、普及・啓発等を行う機関である(平成22年4月現在、全国で68カ所設置)。アルコール関連問題への相談は「特定相談業」として業務に位置づけられている。

【保健所】

- 相談件数：16,594人
(平成22年度 地域保健・健康増進事業報告)

人材育成

アルコール依存症臨床医等研修

- 内容：国立病院機構久里浜アルコール症センターにおいて、アルコール依存症等に関する専門的な知識及び技術の研修を実施。
 - 対象：医師、保健師、看護師、看護師及び精神保健福祉士等
 - 受講者数：5,457人 (H22年2月現在)
- ### 依存症回復施設職員研修事業 (平成22年度から)
- 内容：MAC、DARC等の依存症回復施設の質を担保し、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。
 - 対象：依存症回復施設職員等
- ### 依存症家族研修事業 (平成24年度から)
- 内容：依存症家族に対する心のケア、依存症家族の依存症に対する正しい知識の習得、依存症患者への接し方の等の習得・理解のための研修事業を実施する。

調査・研究

「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」

- 平成22～24年度厚生労働科学研究
- 研究代表者：宮岡等 北里大学 精神科教授
- 本研究の分担として、アルコール・薬物依存症と他の精神障害との合併障害(重複障害)の治療ガイドラインの策定。(研究分担者：樋口進 国立病院機構久里浜アルコール症センター院長)

地域体制整備

地域依存症対策推進モデル事業 (平成21～23年度)

- 内容：地域におけるアルコール・薬物依存症対策を推進するため、15か所の都道府県・指定都市・中核市を選定し、3か年で実施する。
- 平成22年度採択：8自治体
(栃木県、長野県、山口県、佐賀県、岡山市、北九州市、鳥取県、北海道)

地域依存症対策支援事業(平成24年度～平成26年度)

- 内容：地域依存症対策推進モデル事業の結果を踏まえ、依存症家族に対する支援として家族支援員の設置や研修事業を実施するとともに、当該モデル事業における好事例を対象として更なる検証を図り、全国6箇所の自治体及び指定都市において実施する。

厚生労働省における薬物依存症関連対策

相談・指導

【精神保健福祉センター】

- 相談件数: 4, 740人
 - 技術援助・技術指導: 506回
(平成23年度 衛生行政報告例)
- ※ 精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条に基づき、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るために都道府県・指定都市に設置され、相談、指導、普及・啓発等を行う機関である(平成22年4月現在、全国で68カ所設置)。薬物関連問題への相談は「特定相談事業」として業務に位置づけられている。

【保健所】

- 相談件数: 3, 315人
(平成22年度 地域保健・健康増進事業報告)

人材育成

依存症回復施設職員研修事業 (平成22年度から)

- 内容: MAC、DARC等の依存症回復施設の質を担保し、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。
- 対象: 依存症回復施設職員等

依存症家族研修事業 (平成24年度から)

- 内容: 依存症家族に対する心のケア、依存症家族の依存症に対する正しい知識の習得、依存症患者への接し方の等の習得・理解のための研修事業を実施する。

調査・研究

「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」

- 平成22～24年度厚生労働科学研究
- 研究代表者: 宮岡等 北里大学 精神科教授
- 本研究の分担として、アルコール・薬物依存症と他の精神障害との合併障害(重複障害)の治療ガイドラインの策定。(研究分担者: 樋口進 国立病院機構久里浜医療センター院長)

「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」

- 平成22～24年度厚生労働科学研究
- 研究代表者: 松本俊彦 NCNP精神保健研究所 薬物依存研究所
- 薬物依存症治療プログラムの一種であるSMARPP等の効果検証を行う。「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」

- 平成23～24年度厚生労働科学研究
- 研究代表者: 和田清 NCNP精神保健研究所 薬物依存研究部長
- 薬物乱用・依存症等の実態把握、薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題についての研究。

地域体制整備

地域依存症対策推進モデル事業 (平成21～23年度)

- 内容: 地域におけるアルコール・薬物依存症対策を推進するため、15カ所の都道府県・指定都市・中核市を選定し、3か年で実施する。
- 平成22年度採択: 8自治体
(栃木県、長野県、山口県、佐賀県、岡山市、北九州市、鳥取県、北海道)

地域依存症対策支援事業(平成24年度～平成26年度)

- 内容: 地域依存症対策推進モデル事業の結果を踏まえ、依存症家族に対する支援として家族支援員の設置や研修事業を実施するとともに、当該モデル事業における好事例を対象として更なる検証を図り、全国6箇所の自治体及び指定都市において実施する。

依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会

目的

政府における各種依存症対策における取組として、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」(平成20年8月22日閣議決定)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挙げられている。

しかしながら、これらで掲げられている対策は、乱用防止対策や常習飲酒運転者対策、自殺対策の一環として提示されているものであり、明確に依存症者に対する医療及びその回復支援の回復に特化した観点で取組を行っていくことが求められている。

また、依存症者から回復するためには、精神科医療機関において適切に治療を行うとともに、医療機関、行政、自助団体、依存症者の家族等が協働して支援を行うことが重要であるが、依存症の治療を行う医療機関が少ないことや、治療を行っている医療機関の情報乏しいこと、依存症に関する効果的な治療方法が見つかっていないことなど、依存症者が適切な治療を受けられていない現状にある。

さらに、現在、刑法の一部改正が検討されており、その中には更生保護法を一部改正し、保護観察における指導監督の方法として、規制薬物等に対する依存の改善に資する医療を受けるよう、必要な指示その他の措置を行うことを追加することとされており、依存症に対する医療体制の充実が強く求められている。

このため、これまでの依存症に対する取組や調査・研究結果等を踏まえつつ、依存症者に対する医療及び回復支援に関する検討を行うこととする。

検討事項

- (1) 依存症者やその家族が身近に相談できる場所の提供
- (2) 精神科医療機関で適切かつ継続的に依存症治療を受けられる体制の整備
- (3) 患者の個別の状態像に応じた各種治療・回復プログラムの研究・開発
- (4) 医療機関、行政、自助団体、依存症者の家族等の連携体制の強化
- (5) その他依存症者に対する治療及びその回復支援のために必要な事項

依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会 構成員

- 川副 泰成 公益社団法人 全国自治体病院協議会精神科特別部会 運営委員
- 幸田 実 特定非営利活動法人 東京ダルク ダルクホーム施設長
- 河本 泰信 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 医師
- 佐藤 しのぶ
- 佐藤 光展 株式会社 読売新聞医療情報部 記者
- 紫藤 昌彦 医療法人社団コスモス会 紫藤クリニック 院長
- 立木 鐵太郎 公益社団法人 全日本断酒連盟 名誉役員
- 田辺 等 全国精神保健福祉センター 会長 副会長
- 月乃 光司
- 成瀬 暢也 埼玉県立精神医療センター 副病院長
- 服部 進 特定非営利活動法人 AA日本ゼネラルサービス 副理事長
- 樋口 茂男 独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター 院長
- 堀井 等 公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事
- 宮岡 朋子 学校法人 北里研究所 北里大学医学部精神科学 主任教授
- 山中 朋子 全国保健所長会 副会長

依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会 今後のスケジュール(案)

第1回：平成24年11月29日

議題：行政説明(依存症者の現状・課題)
有識者ヒアリング

和田 清 先生(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部長)
意見交換

第2回：平成24年12月21日

議題：医療関係者よりヒアリング(医療関係)

第3回：平成25年 1月31日

議題：構成員ヒアリング(当事者・家族等)

第4回：平成25年 2月27日(予定)

議題：骨子案について議論

第5回、第6回：平成25年 3月中

議題：報告書案について議論

12 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、心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った対象者に対して、適切な医療を提供し、社会復帰の促進を図っている。

平成 22 年 11 月に法附則第 4 条の規定に基づき施行状況について国会報告を行うとともに、平成 24 年 7 月に厚生労働省及び法務省において、同条の規定に基づき施行状況について検討し、その結果（以下「施行状況の検討」という。）をとりまとめたところであり、これを踏まえ、法のより適切な運用を図るため、必要な取組を進めることとしている。

1 指定医療機関の確保等について

（1）指定入院医療機関の整備について

指定入院医療機関の整備については、計画的に整備を進めており、これまでに国関係では、国立精神・神経医療研究センター病院及び国立病院機構が設置する精神科専門医療機関で 15 箇所（487 床）、都道府県関係で 13 の自治体（229 床）を合わせて 716 床整備した。

しかしながら、施行状況の検討のヒアリングにおいて、医療観察法の関係者から、指定入院医療機関が設置されていない地域に居住する対象者は、他の地域の指定入院医療機関に入院せざるを得ず、家族との面会や、見知らぬ地域での生活に関することについて不安を感じる対象者も多いのではないかとの指摘もあり、対象者の円滑な社会復帰を図るため、現時点で整備計画の見通しのない地域においても整備されるよう、引き続きご協力いただきたい。

（2）指定通院医療機関の確保等について

指定通院医療機関については、施行状況の検討のヒアリングにおいて、関係者から、対象者の居住地から遠い場合には、通院のための交通費の負担等から、通院等の継続意欲の低下を招く恐れもあり、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、大都市部における指定通院医療機関の不足が指摘された。各都道府県におかれては、地方厚生局、保護観察所等の関係機関と連携し、指定通院医療機関の確保に、引き続きご協力いただきたい。

また、次期医療計画においては、各都道府県における必要数（「心神喪失者等医療観察法に基づく指定通院医療機関の推薦依頼について」（平成 16 年 7 月 9 日障精発第 0709006 号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知））を確保することとしており、計画策定の際には留意願いたい。

2 地域社会における処遇の円滑な実施等について

地域社会における対象者の処遇については、「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0714003号)(以下「ガイドライン」という。))に基づき行われているが、対象者に対する地域社会における処遇をより円滑に進めるためには、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。

各都道府県におかれては、市町村等の関係機関と平素から緊密に連携いただき、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が図られるよう、ご協力いただきたい。

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。

重大な他害行為

- 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

起訴

裁判所

実刑判決

刑務所

不起訴

(心神喪失等を認定)

無罪等

(心神喪失等を理由)

検察官による申立て

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

鑑定入院

不処遇

鑑定入院は、精神科病院で実施(期間は2ヶ月が原則)

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

再入院決定

地域での支援

- ・精神保健観察(保護観察所)
- ・入院によらない医療(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

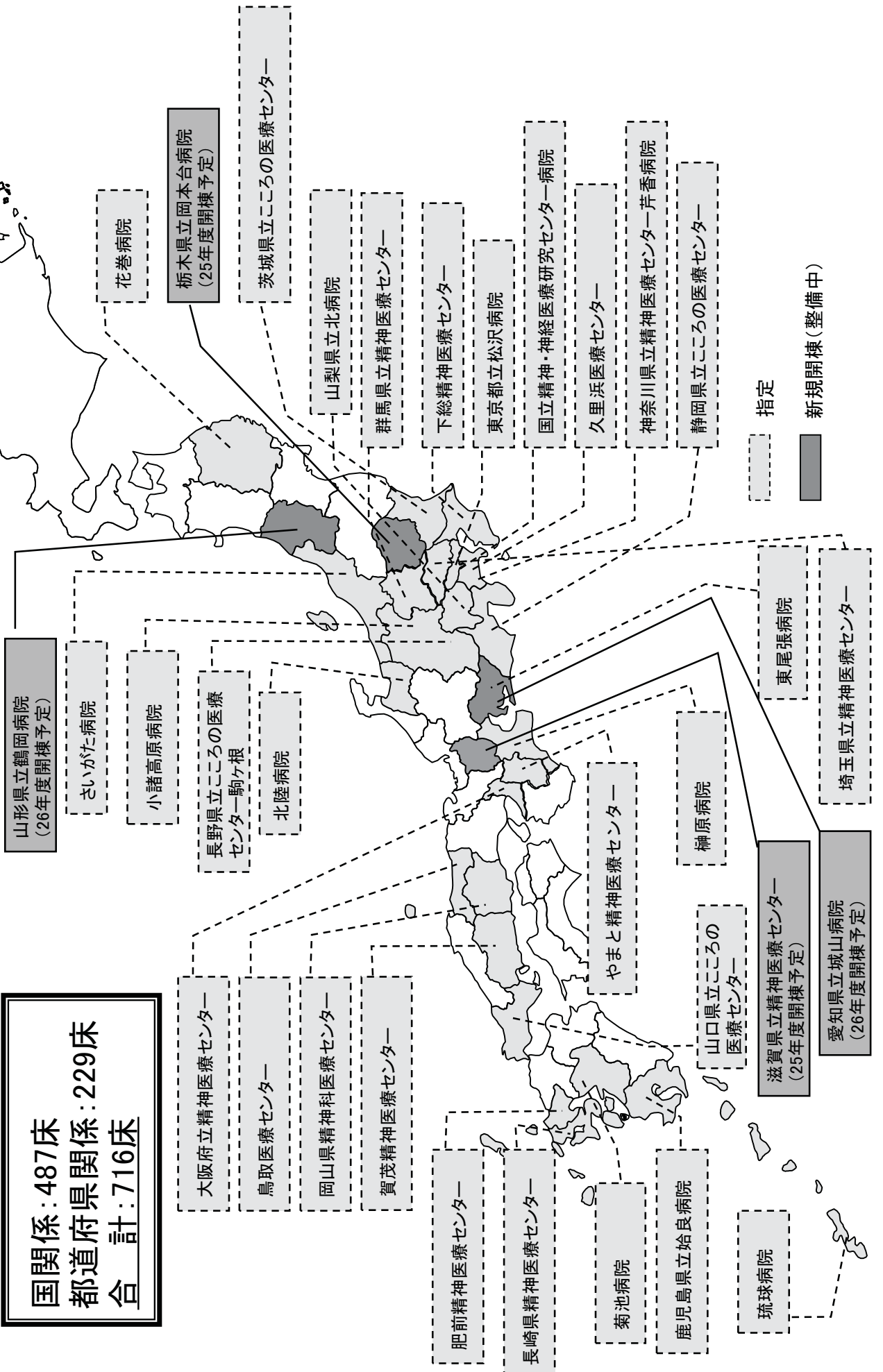
通院決定

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 (H25.2.1現在)

国関係：487床
都道府県関係：229床
合計：716床



指定

新規開棟(整備中)

指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

平成25年2月1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病院（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国立病院機構神原病院（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群馬県立精神医療センター	16床	
③埼玉県立精神医療センター	33床	
④東京都立松沢病院	33床	
⑤神奈川県立精神医療センター―芹香病院	33床	
⑥山梨県立北病院	5床	
⑦長野県立こころの医療センター―駒ヶ根	6床	
⑧静岡県立こころの医療センター	12床	
⑨大阪府立精神医療センター	5床	(将来33床で運営予定)
⑩岡山県精神科医療センター	33床	
⑪山口県立こころの医療センター	2床	(将来8床で運営予定)
⑫長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
⑬鹿児島県立始良病院	17床	
⑭山形県立鶴岡病院		整備中
⑮栃木県立岡本台病院		整備中
⑯愛知県立城山病院		整備中
⑰滋賀県立精神医療センター		整備中

※病床整備の現状：716床〔うち国関係：487床 都道府県関係229床〕(平成25年2月1日現在)

(病床数は予備病床を含む)

指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	平成24年12月31日現在指定数				計
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	
北海道	33	2	18	2	55
青森県	9	1	143	1	154
岩手県	6	0	5	0	11
宮城県	9	3	6	4	22
秋田県	3	0	330	1	334
山形県	8	2	8	2	20
福島県	8	1	169	2	180
茨城県	15	0	380	3	398
栃木県	7	0	2	0	9
群馬県	4	0	148	0	152
埼玉県	11	0	100	4	115
千葉県	11	0	76	2	89
東京都	17	2	17	15	51
神奈川県	15	2	5	2	24
新潟県	10	0	457	1	468
山梨県	3	0	2	0	5
長野県	11	0	45	4	60
富山県	4	0	10	2	16
石川県	4	0	5	1	10
岐阜県	7	1	37	1	46
静岡県	11	0	9	0	20
愛知県	12	1	6	2	21
三重県	7	0	0	3	10
福井県	4	0	49	0	53

都道府県名	平成24年12月31日現在指定数				計
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	
滋賀県	8	1	5	0	14
京都府	5	0	33	4	42
大阪府	24	1	17	23	65
兵庫県	18	1	8	7	34
奈良県	4	0	6	2	12
和歌山県	4	1	5	0	10
鳥取県	4	0	120	0	124
島根県	3	1	10	1	15
岡山県	6	0	3	0	9
広島県	7	1	8	5	21
山口県	8	1	15	0	24
徳島県	7	2	1	0	10
香川県	3	0	6	0	9
愛媛県	9	0	4	2	15
高知県	6	2	87	3	98
福岡県	16	1	5	5	27
佐賀県	7	0	5	0	12
長崎県	6	0	8	6	20
熊本県	3	0	0	1	4
大分県	3	0	3	0	6
宮崎県	5	0	0	0	5
鹿児島県	10	1	0	2	13
沖縄県	7	0	5	1	13
合計	402	28	2,381	114	2,925

平成25年度医療観察法関係予算案の概要

心神喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保等 H24年度予算 H25年度予算案
236億円 → 214億円(▲22.5億円)
- 指定入院医療機関施設整備費 33.7億円 → 13.7億円

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

- 指定入院医療機関設備整備費 1.5億円 → 0.6億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関の設備整備に係る経費について補助
負担率：10/10

- 指定入院医療機関運営費 23.6億円 → 15.0億円

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

- 指定入院医療機関地域共生事業費 0.5億円 → 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

- 指定入院医療機関医療評価・向上事業 0.2億円 → 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

