

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成23年10月31日(月)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

目 次

1 閣議決定を踏まえた検討状況について……………	1
(参考資料 1)	
閣議決定を踏まえた検討状況について—精神障害者の地域生活の実現に向けて— (第 2 3 回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 (10 月 13 日開催) 資料) ……	3
(参考資料 2)	
精神科救急医療体制に関する検討会報告書 (9 月 30 日公表) ……	41
2 精神障害者社会適応訓練事業について……………	59

1 閣議決定を踏まえた検討状況について

【1】「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念を実現するための取組について

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）を踏まえ、退院支援、地域生活の支援体制の整備について、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等で検討を進め、10月13日の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いて、今後の方向性をまとめ、資料を公表した。

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

（4）医療

- 「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年以内にその結論を得る。

（新たな取組1）第3期障害福祉計画における退院の目標値

精神科病院からの退院、地域移行を促進し、社会的入院の解消を更に進めていくため、退院のさらなる促進に関係する要素をより具体化、精緻化した着眼点を設定する。

- ・「着眼点1」1年未満入院者の平均退院率
- ・「着眼点2」5年以上かつ65歳以上に退院者数

※認知症に関しては、「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（第2R）にて検討中。

（新たな取組2）アウトリーチ（訪問支援）の充実

平成23年度予算で創設した「精神障害者アウトリーチ推進事業」を通じ、アウトリーチ（訪問支援）の一般制度化を目指す。

（新たな取組3）精神科救急医療体制の構築

必要な場合には、夜間・休日でも適切な医療にかかることができるための精神科救急医療体制を構築する。

※精神科救急医療体制に関する検討会での検討結果に関しては、『「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書（平成23年9月30日）』を参照されたい。

（新たな取組4）医療計画に記載すべき疾病への追加

精神疾患を医療計画に記載すべき疾病へ追加し、地域において求められる医療機能、各医療機関等の機能分担や連携体制を明確化、各都道府県における精神疾患に関する医療提供体制の整備を進める。

（新たな取組5）地域移行支援、地域定着支援の創設

改正障害者自立支援法の施行に伴い、入院中から、住居の確保や新生活の準備等の支援を行う「地域移行支援」、地域生活している者に対し、24時間の連絡相談等のサポートを行う「地域定着支援」の創設により、退院や地域での定着支援体制を充実する。

（新たな取組 6）地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどの実施

改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは、宿泊型自律訓練と就労継続支援などの日中活動サービスやショートステイの事業等を組み合わせて実施しやすくとともに、新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を実施すること等により、病院等からの地域移行・地域生活への定着を一層促進する。

（新たな取組 7）地域での生活を支える精神科医療と、地域の受け皿整備

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（第2R）にて検討中。

【2】 保護者に対する責務規定の削除について

閣議決定を踏まえ、保護者に課せられた責務規定のあり方について検討を進め、原則として存置しないとの方向性をまとめた。

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

（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年内を目途にその結論を得る。

【3】 今後の検討課題について

（1）入院制度に関する検討

保護者に関する責務規定についての議論に引き続き入院制度（特に医療保護入院）に関して検討を行う。

（2）精神科医療現場における人員体制の充実のための方策

閣議決定では、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も検討を行うこととされている。人員体制の検討に当たっては、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員体制のあり方を検討することが必要であり、精神病床の機能の将来像も考慮しながら検討する。

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

（4）医療

- 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年内を目途にその結論を得る。

閣議決定を踏まえた検討状況について

－ 精神障害者の地域生活の実現に向けて －

この資料は、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」等を踏まえ、「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」や厚生労働省において行った検討の結果、現在までにまとめた取組の方向性（一部検討中のもも含む）と今後の検討課題をまとめたものである。

検討の背景と経過

- 厚生労働省では、平成16年9月の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」以来、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念の下、施策を進めてきた。平成21年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」でも、その理念をさらに推進することが確認された。
- 「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)では、
 - 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している。
- これを踏まえ、厚生労働省では、平成22年5月、省内に、厚生労働大臣政務官を主担当とする「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」を立ち上げ、順次検討を行っている。
 - 第1R: アウトリーチ(訪問支援)について(平成22年5月～6月)
 - 第2R: 認知症と精神科医療について(平成22年9月～)
 - 第3R: 保護者制度・入院制度について(平成22年10月～)
- また、平成22年12月には、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立し、障害者自立支援法が改正され、地域生活を支えるための支援内容が追加された。併せて、精神保健福祉法も改正され、精神科救急医療体制の整備が都道府県の努力義務とされたことから、平成23年5月より、「精神科救急医療体制に関する検討会」を立ち上げ、検討を進めてきた。(平成23年9月まで)
- さらに、医療計画において、現行の「4疾病」に精神疾患を追加することについて、社会保障審議会医療部会で検討が行われたほか、その他の事項についても、それぞれ検討を進めてきた。
- こうした検討状況を踏まえ、これらの検討で示された方向性をまとめるとともに、今後、平成24年に向けて検討すべき論点を整理した。

(参考)

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) (抄)

政府は、障がい者制度改革推進会議(以下「推進会議」という。)の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)(以下「第一次意見」という。)を最大限に尊重し、下記のとおり、障害者の権利に関する条約(仮称)(以下「障害者権利条約」という。)の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図るものとする。

3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

以下の各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、横断的課題の検討過程や次期障害者基本計画の策定時期等も念頭に置きつつ、改革の工程表としてそれぞれ検討期間を定め、事項ごとに関係府省において検討し、所要の期間内に結論を得た上で、必要な措置を講ずるものとする。

(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年内を目途にその結論を得る。
- 「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年内を目途にその結論を得る。

【1】「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念を実現するための新たな取組について

○ 閣議決定を踏まえ、退院支援、地域生活の支援体制の整備について検討を進め、以下の新たな取組をまとめた。今後、それぞれについて具体的に取組を進める。

(★) 「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年内に結論を得る。

I 地域移行、社会的入院の解消に向けた、病院からの退院に関する明確な目標値の設定

取組1 第3期障害福祉計画(都道府県)における**明確な目標値の設定**

II 地域移行・地域生活を可能とする地域の受け皿整備

◆医療面での支え

取組2 できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う**アウトリーチ(訪問支援)の充実**

取組3 夜間・休日の**精神科救急医療体制の構築**

取組4 医療機関の機能分化・連携を進めるため**医療計画に記載すべき疾病への追加**

◆福祉・生活面での支え(従来の障害福祉サービスの基盤整備に加え新たな取り組みとして)

取組5 退院や地域での定着をサポートする**地域移行支援、地域定着支援の創設**

取組6 **地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどを合わせて実施**

◆認知症の方に対する支え

[検討中] **取組7** 入院を前提とせず**地域での生活を支える精神科医療と、地域の受け皿整備**

第3期障害福祉計画(都道府県)における 病院からの退院に関する明確な目標値の設定

- 精神科病院からの退院、地域移行を促進し、社会的入院の解消をさらに進めていくため、退院のさらなる促進に係る要素をより具体化、精緻化した着眼点を設定する。

【着眼点1】 1年未満入院者の平均退院率

→ 改革ビジョン以来の目標値(76%)を達成するためには、現在より7%相当分引き上げることが必要であり、「平成26年度における平均退院率を、現在より7%相当分増加させる」ことを指標とする。

【着眼点2】 5年以上かつ65歳以上の退院者数

→ 5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないようにするためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要であり、第3期計画期間では「平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、現在よりも20%増加させる」ことを指標とする。

- ※ 認知症に関しては、「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」(第2R)にて検討中。

着眼点設定の考え方①

- 平成16年の「改革ビジョン」における目標値である、①1年未満群の平均残存率に関する目標(24%以下)、②1年以上群の退院率目標(29%以上)をベースとして、より具体化、精緻化する着眼点を設定。

【1年未満群の平均残存率をベースにした着眼点】

- 1年未満群の平均残存率は、平成20年調査で28.8%と着実な減少傾向にあり、**これまでの取組を引き続き進めていく観点から、「1年未満の平均残存率」を着眼点とする。**

(※)なお、「平均残存率」については、患者・病院いずれにもネガティブな表現であり見直すべきとの指摘も多いことから、より分かりやすい表現とするため、退院に着目した「平均退院率」を用いる。(平均残存率+平均退院率=100%)

- その中で、特に、認知症患者については、「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」(第2R)にて検討中。

【1年以上群の退院率をベースにした着眼点】

- 1年以上群は、65歳未満の患者数は大きく減少する一方、65歳以上の患者数は増加。また、65歳以上の中で、1年以上5年未満の患者数の増加は、認知症患者の増加の影響が大きい一方、5年以上の患者数の増加は、長期入院している統合失調症の入院患者が退院に結びつきにくいことが影響。

- したがって、65歳以上の患者数に着目し、そのうち、これまで取組が必ずしも進んでおらず、精神科病院における処遇面でも大きな課題のひとつであると考えられる**長期・高齢の精神障害者(主として統合失調症患者)について、できる限り退院を促進する観点から、「5年以上かつ65歳以上の退院者数」を着眼点とする。**

着眼点設定の考え方②

○ 都道府県に対しては、各着眼点に関する目標値を定める参考として、以下の指標を提示する。都道府県は、以下の指標を踏まえ、それぞれの実情に応じて、適切な目標値を定める。

【着眼点1】 1年未満入院者の平均退院率

○ 直近調査(平成20年6月30日調査)における平均退院率の**全国平均は71.2%であり、それを目標値である76%にするためには、平成20年6月30日調査時点の割合比で7%相当分増加させる必要があることから、「平成26年度における平均退院率を、平成20年6月30日調査比で7%相当分増加させる」**ことを、目標設定に当たっての指標とする。

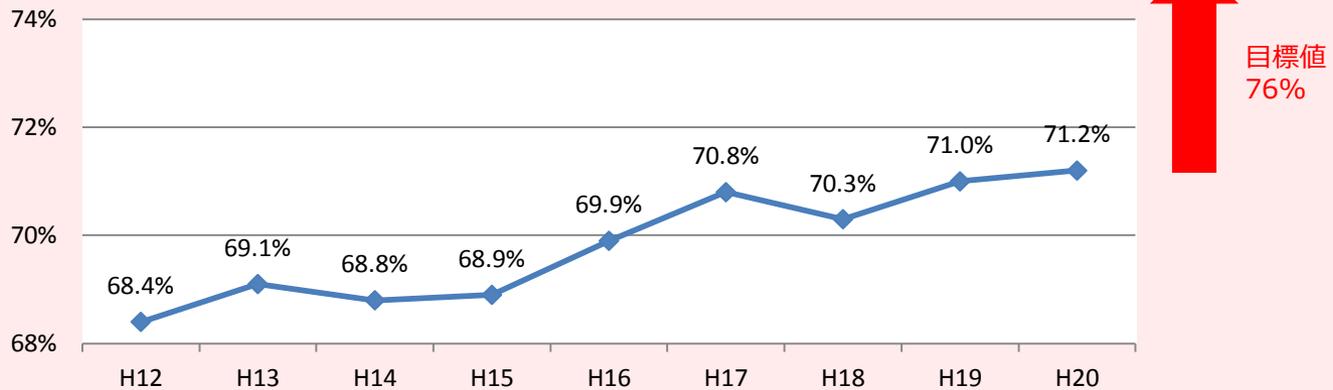
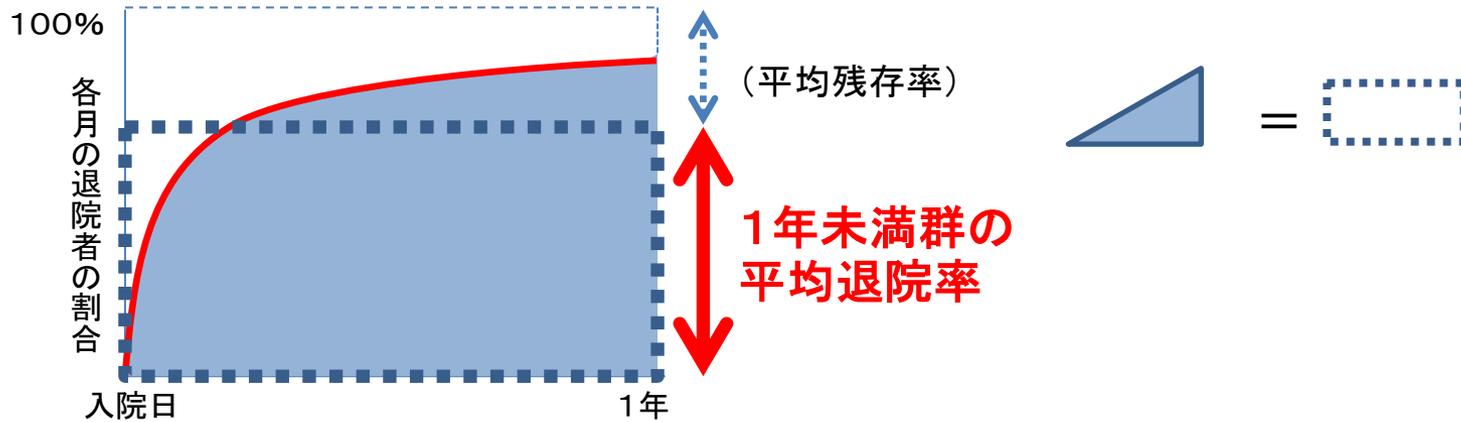
【着眼点2】5年以上かつ65歳以上の退院者数

○ 5年以上かつ65歳以上の入院患者数は、平均1,300人程度増加(平成12~20年の6月30日調査の平均)しており、毎年度の退院者数が8~9千人(患者調査から推計)であることを踏まえると、**5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないよう(又は減少に転じさせる)ためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要**となる。

このため、「**平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、直近の状況よりも20%増加させる**」ことを、目標設定に当たっての指標とする。

1年未満の平均退院率について

新規入院患者のうち、入院後1年までの各月の退院者の割合を平均した割合



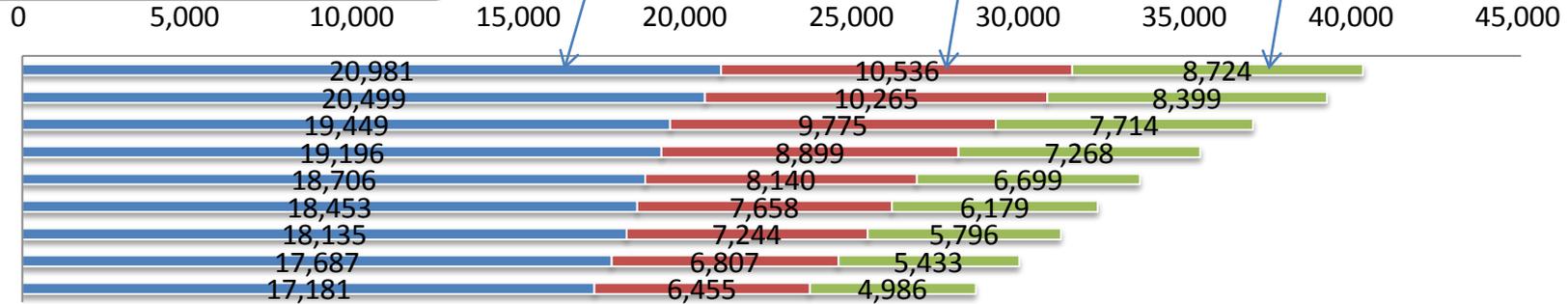
新たな取組1

20歳以上40歳未満

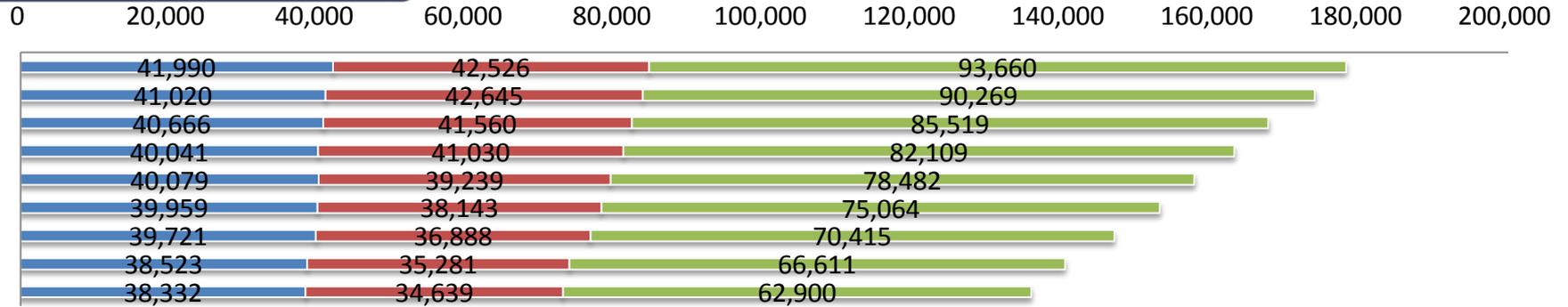
1年未満

1年以上5年未満

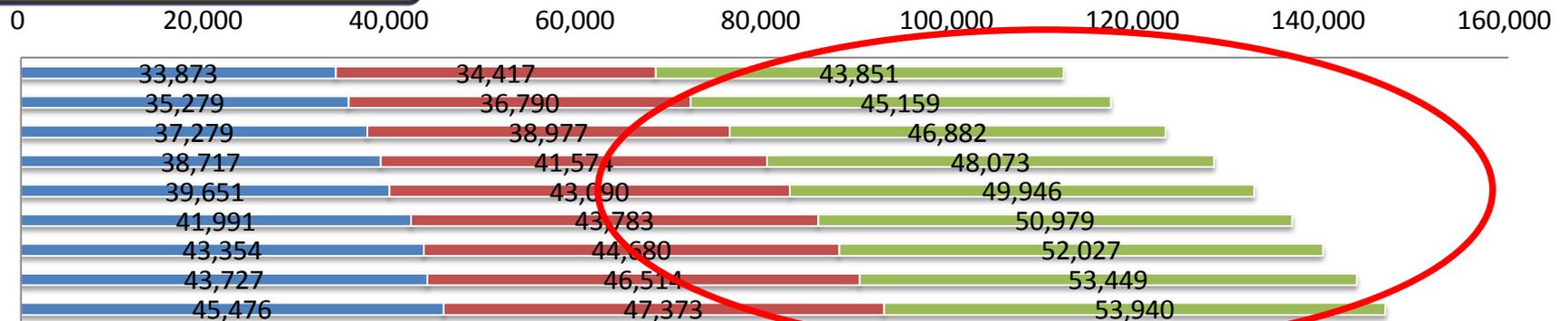
5年以上



40歳以上65歳未満



65歳以上

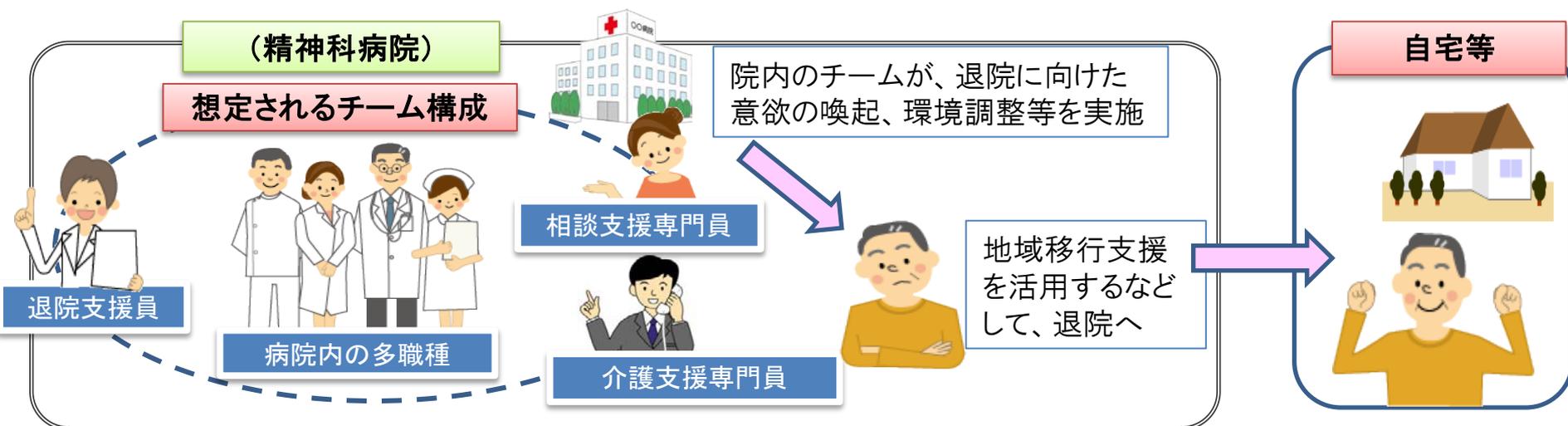


【現状】

- ・ 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年度概算要求）

- ・ 平成24年度概算要求において、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



医療計画及び介護保険事業計画との関係

介護保険計画

障害福祉計画

医療計画

両計画が相互に関係し、精神科医療に関する体制を構築

【着眼点】

- ①1年未満入院者の平均退院率
- ②5年以上かつ65歳以上の入院患者の退院者数
- ※認知症に関しては、検討中

【地域精神保健医療体制の整備】

精神疾患がいわゆる「4疾病」に追加されることを受け、障害福祉計画の目標も踏まえつつ、地域精神保健医療体制の構築に向けた体制作りについて記載
→23年内に作成指針等を示し、24年度に策定、25年度施行

【精神病床の基準病床数】

1年未満群の平均残存率の低下、1年以上群の退院率の向上を目指す算定式で算定(18年4月～)

退院者数と地域移行支援等の見込量を推計

市町村計画のサービス見込量の積み上げ

介護保険計画

※精神科病院から退院する認知症患者数が把握できる場合、
・必要なサービス見込み量の中に盛り込む。

- ・地域移行支援事業のサービス見込量に反映
- ・さらに、障害福祉サービスや地域定着支援事業のサービス見込量に反映

★精神科病院に入院している認知症患者については、「退院支援・地域連携クリティカルパス」の開発・試行・普及を通じて、介護保険事業計画への反映方法(例えば、都道府県とも連携しながら、精神科病院から退院する認知症患者の数を把握する方法や必要なサービス量を見込む方法等)を検討し、各自治体における第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量の算定につなげていく。

都道府県

市町村

新たな取組2

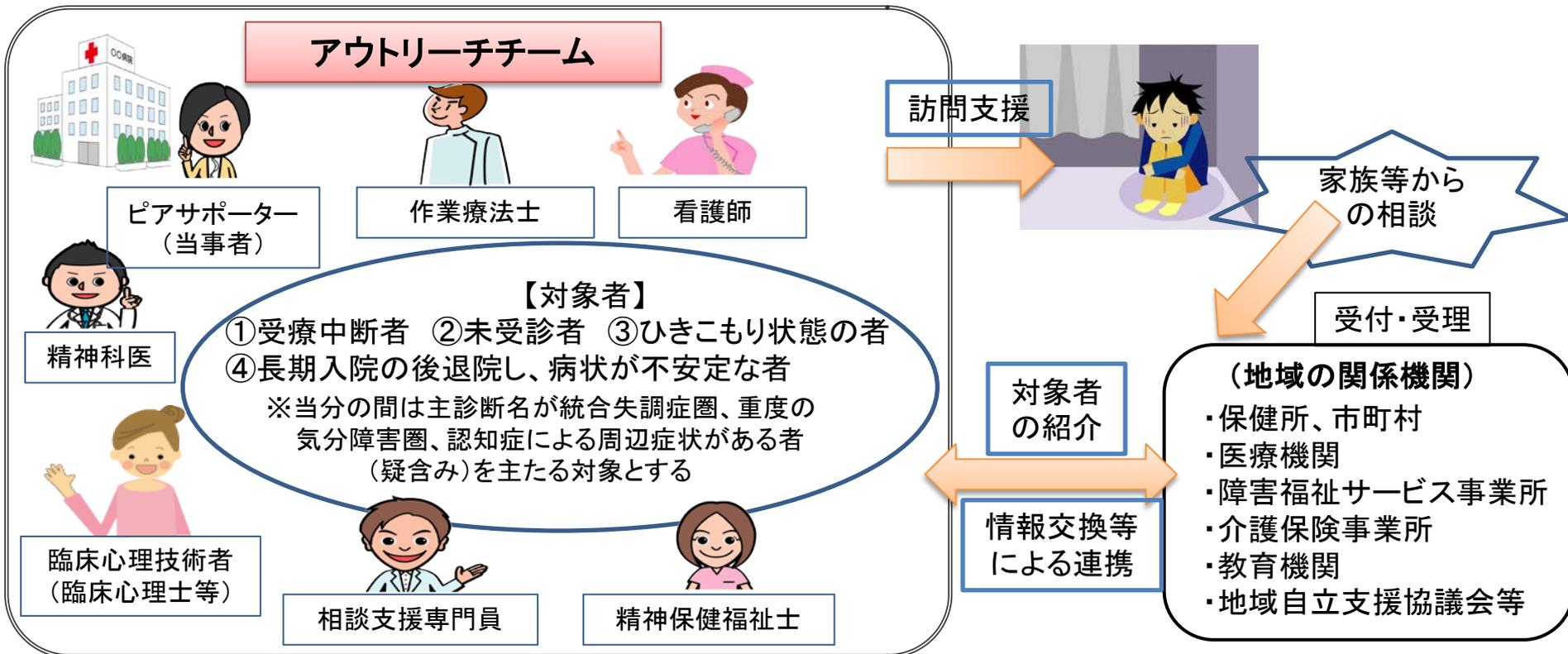
できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う、

アウトリーチ(訪問支援)の充実

- 医療などの支援につながりにくい人に対しては、**住まいに支援を届け、本人とともに家族も含めて支えることが重要。**
- このため、**アウトリーチ(訪問支援)の充実**を目指す。
- その際、「**課題の解決を入院に頼らない**」ことを前提とする。
- 平成23年度予算で創設した「精神障害者アウトリーチ推進事業」を通じ、**アウトリーチ(訪問支援)の一般制度化を目指す。**

精神障害者アウトリーチ推進事業(概要)

- 厚生労働省では、平成23年度から新たに、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を開始。
※予算額7億円。実施主体:都道府県で、病院等に委託可。全国25か所で実施予定。
※国10/10のモデル事業であり、将来の一般制度化を目指している。
- 未治療の人や治療中断している人などに対し、病院等の専門職がチームを組んで、訪問支援(アウトリーチ)を行うことにより、本人及びその家族に対して支援を行う。
- 診療報酬による支援や障害福祉サービスへつなげ、在宅生活の継続や病状の安定を図る。



アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にする関わり方を基本とする。

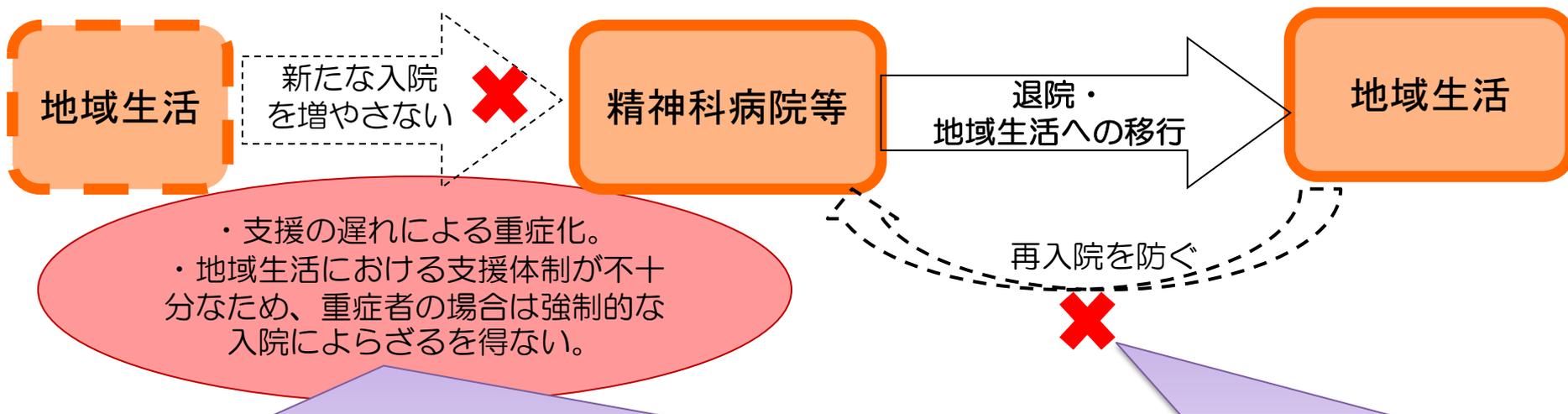
【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

新たな取組2

課題の解決を入院という形に頼らない

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



精神障害者アウトリーチ推進事業

未治療の者や治療中断している者等（治療契約等が交わされていない者）に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行う「アウトリーチ」により、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の継続を可能にする。

※いわゆるACT(Assertive Community Treatment)とは、本来なら入院が必要となるような重症者を対象に、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態であり、わが国においては診療報酬等の対象サービスを活用して実践されている。

新たな取組2

新たなアウトリーチ支援

【主な対象者】

- ①受療中断者 ②未受診者 ③ひきこもり状態の者
- ④長期入院の後退院し、病状が不安定な者

※当分の間は主診断名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者(疑含み)を主たる対象とする

※精神科病院、精神科診療所の実施の場合は、自院以外の患者も対応する

【具体的な支援内容】

- ・24時間(休日、夜間含)、対象者及び家族へ迅速な訪問、相談対応
- ・ケアマネジメントの技法を用いた多職種チームによる支援
- ・関係機関との連絡、調整及びケア会議の開催

【特徴】

- ・医療や福祉サービスにつながない段階からのアウトリーチ(訪問)による支援を行う
- ・医療と日常生活の支援の両側面からの支援(協力医の確保)
- ・24時間相談対応可能(対象者及びその家族、関係機関に限る)
- ・状況に応じ、地域の関係職員もチームに加え対応
- ・家族への支援等についても対応可能
- ・病状悪化者の場合でも、できるだけ入院させず在宅支援を前提

新たなアウトリーチ支援

(支援の流れ)→

上記の①～④の状態の者

日常生活の支援等

在宅医療、外来診療等

地域生活
の継続

【主な対象者】

- ・本人や家族から訪問等の了解が得られた者
- ・比較的状态が落ち着いている者
- ・医療や福祉サービスにつながってる者
- ・行政機関等から訪問依頼を受けた者

【具体的な支援内容】

- ・服薬支援
- ・障害福祉サービスの紹介等

【特徴】

- ・精神科病院の訪問看護、障害福祉サービス事業所等による単一職種による訪問
- ・病院、事業所等の開設時間のみの対応が多い
- ・精神科病院実施の場合、自院以外の患者を対象としない
- ・病状悪化者の場合、入院を前提としたアプローチになりがち

従来のアウトリーチ支援

新たな取組3

必要な場合には、夜間・休日でも適切な医療にかかることができるための、
精神科救急医療体制の構築

- 地域で生活を継続するためには、夜間・休日でも、必要なときに適切な医療にかかることができることが重要。
- このため、各都道府県は、
 - ・ 24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置すること、
 - ・ 各精神科医療機関は継続して診療している自院の患者に夜間・休日も対応できる体制(ミクロ救急)を確保すること、
 - ・ 救急医療機関との連携強化等により身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保すること、等を推進する。

◆「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書(平成23年9月30日) 概要

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日も、対応できる体制を確保(マイクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日も対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル:精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・ 精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
 - ・ また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル:精神科を有する救急対応可能な総合病院は、精神科の診療協力の下、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
 - ・ 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることに留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

◆「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書(平成23年9月30日) 概要

【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約204万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069カ所。精神保健指定医数は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

	平成17年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,069
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	152,019
夜間・休日の受診件数	30,243	36,585
夜間・休日の入院件数	12,096	15,296

図1 精神科救急医療施設の利用状況
(平成22年度は暫定値)

精神科救急事業実績(2009年度)

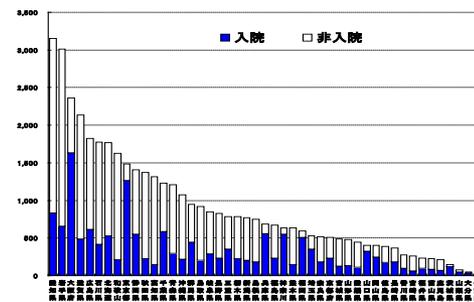


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

医療機関の機能分化・連携を進めるため
医療計画に記載すべき疾病への追加

- 精神疾患の患者数が、現行の「4疾病」の患者数よりも多くなっていること等を踏まえ、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、地域において求められる医療機能、各医療機関等の機能分担や連携体制を明確化、各都道府県における精神疾患に関する医療提供体制の整備を進める。

医療計画に記載すべき事項への精神疾患の追加について

【社会保障審議会医療部会での議論】

- がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病については、医療計画に明示し、それらに対応した医療連携体制を構築することで、広範かつ継続的な医療を提供することを目的としている。
- 精神疾患の患者数は323万人(平成20年患者調査)であり、現行の「4疾病」の患者数よりも多くなっていること等を踏まえ、本年7月の社会保障審議会医療部会において、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を推進していくとの方針を決定。



【今後のスケジュール】

- 具体的内容について、「医療計画の見直し等に関する検討会」(担当:医政局指導課)において検討が行われることとなっており、その結果を踏まえ、平成23年内に精神疾患に関する医療提供体制の指針等を示す予定。(来年度に各都道府県で計画を策定する作業を行う。)

退院や地域での定着をしっかりとサポートするための、
地域移行支援、地域定着支援の創設

- 改正障害者自立支援法の施行に伴い、
 - ・ **入院中から、住居の確保や新生活の準備等の支援**を行う「**地域移行支援**」
 - ・ 地域生活している者に対し、**24時間の連絡相談等のサポート**を行う「**地域定着支援**」
- の創設により、退院や地域での定着の支援体制を充実。

地域移行支援・地域定着支援の創設

◆地域移行支援

施設や病院に長期入所等していた者が地域での生活に移行するためには、住居の確保や新生活の準備等について支援が必要。

→ 現行の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」(補助金)で行われているもの(地域移行推進員の活動)と同様の事業を障害者自立支援法に基づく個別給付に。

◆地域定着支援

居宅で一人暮らししている者等については、夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制が必要。

→ 現行の「居住サポート事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を障害者自立支援法に基づく個別給付に。

施設・病院内

地域

地域移行・地域生活のためのコーディネート機能

サービス利用計画

(退所・退院に向けたケアマネジメントを行い、地域生活への移行、定着を計画的に支援。)

地域移行・地域生活のための支援

地域相談支援として個別給付化

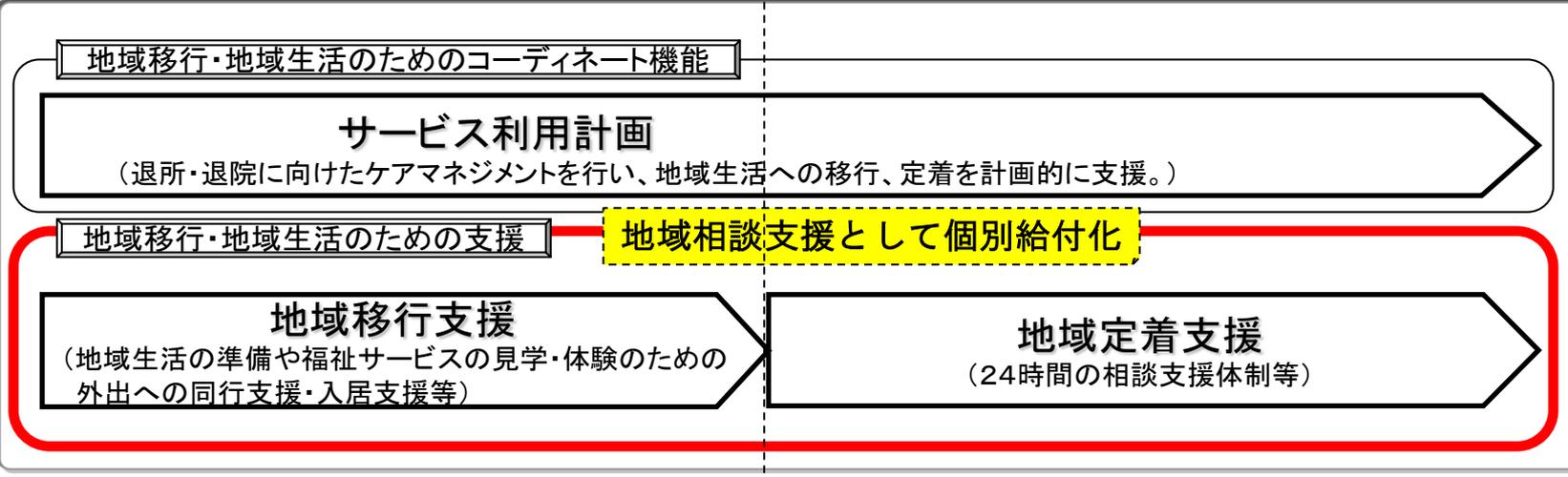
地域移行支援

(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)

地域定着支援

(24時間の相談支援体制等)

退所・退院を希望する者



新たな取組6

地域生活支援体制の構築のため、 地域生活に向けた訓練と、 状態悪化時のサポートなどを合わせて実施

- 改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは、
**宿泊型自立訓練と就労継続支援などの日中活動サービスや
ショートステイの事業等を組み合わせて実施しやすくするとともに、**
新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を実施すること等
により、病院等からの地域移行・地域生活への定着を一層促進。

地域移行・地域生活支援体制の強化

～H24.3.31

H24.4.1～

改正障害者自立支援法の施行・新体系移行の期限

- ・現在は、精神障害者生活訓練施設が社会復帰に向けた訓練を行っている。
- ・精神障害者生活訓練施設も、平成24年3月末までに新体系移行することが必要

地域移行・地域生活支援機能の強化を図る観点等から**宿泊型自立訓練の規制の見直し**を検討

- ① ケアマネジメントの導入等に伴う標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等
 - ・ 長期間入院していた者等の減額単価（162単位）の適用時期を現行の2年から標準利用期間である3年を超える場合に延長。
 - ・ 長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
- ② 短期入所を行う場合の要件緩和（空床の利用）
宿泊型自立訓練等においても、必要な人員を配置した場合には、空床等を利用して短期入所事業が実施できるよう、現行基準を見直し。

など

宿泊型自立訓練の実施

（夜間における地域生活のための訓練等）

+

事業者の選択により、次のサービスを組み合わせて実施

日中活動サービスの実施

（自立訓練（生活訓練）、就労継続支援B型など）

ショートステイの実施

（再入院の予防・悪化時の受け入れなど）

地域移行支援・地域定着支援の実施

（新生活の準備支援、24時間の相談支援体制、緊急時対応など）

連携

★相談支援の充実

- ・ ケアマネジメントの導入によりサービス利用計画案を重視
- ・ 相談支援体制の強化（地域移行支援・地域定着支援の個別給付化）など

宿泊型自立訓練の規制等の緩和に関する検討事項

(ケアマネジメントの導入等に伴う標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等)

- ・ 長期間入院していた者等の減額単価(現行162単位/日)の適用時期を現行の「2年を超える場合」から標準利用期間である「3年を超える場合」に延長。
- ・ また、平成24年度からは、ケアマネジメント(サービス利用計画案)を重視した支給決定となることを踏まえ、長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
 - ※ 標準利用期間を超えて、さらに必要性が認められる場合には、最大1年間の延長が可能。

(空床を利用した短期入所の実施)

- ・ 宿泊型自立訓練、グループホーム、ケアホームにおいても、必要な人員を配置した場合には、空室・空床を活用して短期入所事業が実施できるよう、現行基準を見直し。

(その他の主な検討事項)

- ・ 宿泊型自立訓練等に移行した場合の設備(居室の定員や面積要件など)に関する特例(経過措置)については、平成24年度以降も継続。
 - ※ 宿泊型自立訓練の立地については、従来から病院等の敷地内での設置が可能。
- ・ 報酬改定事項(食事提供体制加算(現行42単位)の扱いなど)については、年末に向けての報酬改定プロセスにおいて検討。

など

新たな取組⑦

認知症の方に対して、入院を前提とせず、
地域での生活を支える精神科医療と、受け皿の整備

※ 「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」
(第2R)にて検討中。

【2】 保護者に対する責務規定の削除について

○ 閣議決定を踏まえ、まず、保護者に課せられた責務規定のあり方について検討を進め、これらの責務規定については、原則として存置しないとの方向性をまとめた。

(★) 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、そのあり方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

◆保護者制度とは

○「保護者」は、精神保健福祉法において、精神障害者につき1人決めることとなっており、以下の責務が課せられる。

- ①(任意入院者及び通院患者を除く)精神障害者に治療を受けさせること(22条1項)
- ②精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力すること(22条2項)
- ③任意入院者及び通院患者を除く精神障害者に医療を受けさせるに当たって医師の指示に従うこと(22条3項)
- ④(任意入院者及び通院患者を除く)精神障害者の財産上の利益を保護すること(22条1項)
- ⑤回復した措置入院者等を引き取ること(41条)
- ⑥⑤による引き取りを行うに際して、精神病院の管理者又は当該病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に相談し、及び必要な援助を求めること(22条の2)
- ⑦退院請求等の請求をすることができること(38条の4)
- ⑧医療保護入院の同意をすることができること(33条1項)

○保護者になり得る人とその順位

- ① 後見人又は保佐人(※ ②～④の者と順位変更はできない。)
- ② 配偶者
- ③ 親権を行う者
- ④ ②③の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

保護者制度について指摘されている問題点

- 一人の保護者のみが、法律上保護者に課せられた様々な義務を行うことは、負担が大きいのではないか。
- 本人と家族の関係が様々である中で、保護者が必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らないのではないか。
- 保護者制度創設時と比較して、社会環境(精神科医療体制の充実等)や家族関係(高齢化の進行等)が変化していることに、対応しているか。
- 保護者に課せられた義務規定は抽象的であり、法律の規定としてどの程度の具体的な意義を有するのか。

保護者に課せられた各義務規定に関する整理

<義務規定>

<各規定の検証>

<削除する際の論点>

<議論の方向性>

【医療関係】

- ①治療を受けさせる義務
- ②医師の診断に協力する義務
- ③医師の指示に従う義務

- 精神病者監護法による私宅監置を廃止し、適切に医療機関につなげる、という制定当初の意義は失われているのではないか。
- 義務の具体的内容が明確ではないのではないか。
- 本人と保護者の関係は様々であり、保護者のみに義務を負わせるのは困難。

財産上の利益を保護する義務

- 対象範囲や保護義務濫用防止が明確でなく、利益保護規定として不十分。

措置患者の引取り義務 (その際の相談援助)

- 措置入院後の責任が、行政から保護者へ移ることを入念的に規定しただけの規定。

退院等の請求 (権利規定)

- 入院患者の権利擁護として必要な規定。

原則として存置しない

存置

- (病識のなく医療にかかりたがらない)患者の治療へアクセスする権利をどのように保障するか。

- 精神科医療における保護者(主に家族)の位置付けをどのように考えるか。

- 措置入院中の患者の同意によらない治療(強制医療介入)についてどのように考えるか。

- 制度的に、成年後見制度等現行の制度でカバーできるか。

- 措置入院からの退院後の調整をどのように行うか。

- 退院等の請求を、本人及び保護者以外に拡大する必要があるか。

- 医療保護入院の検討と併せて検討

- 家族等については、医療法等で一定の位置付けがされており、精神科医療に特段の規定は不要

- 医療観察法の事前承認・事後評価を導入できるかモデル的に実施し、検証

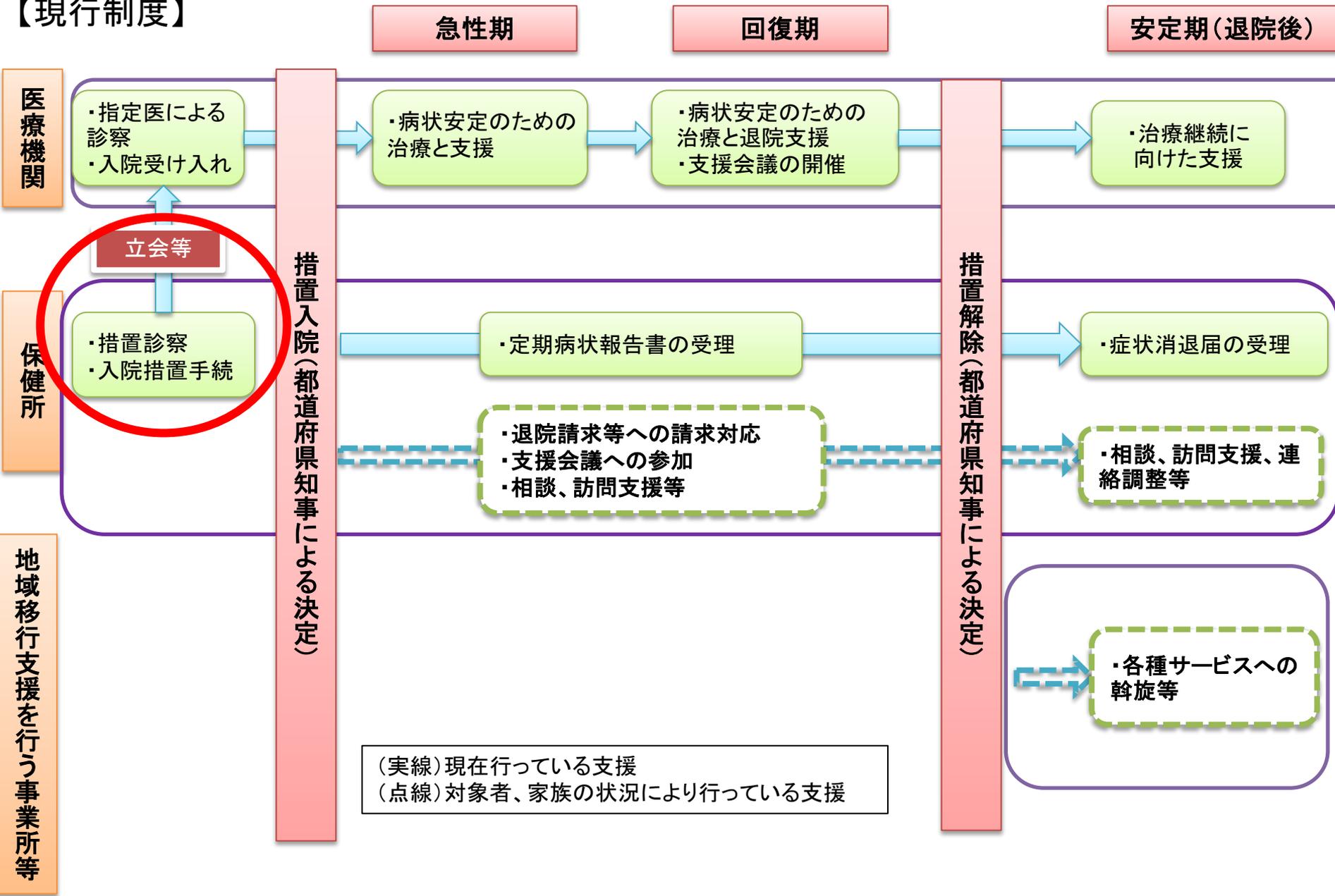
- 成年後見制度等でカバーすることが可能であり、特別の制度は不要。

- 入院中・退院時にも、都道府県(措置権者)が責任を有することを明確化(地域移行支援事業と連携)

- 本人の「代理人」による請求の活用
- 病院における苦情解決の仕組みの明確化

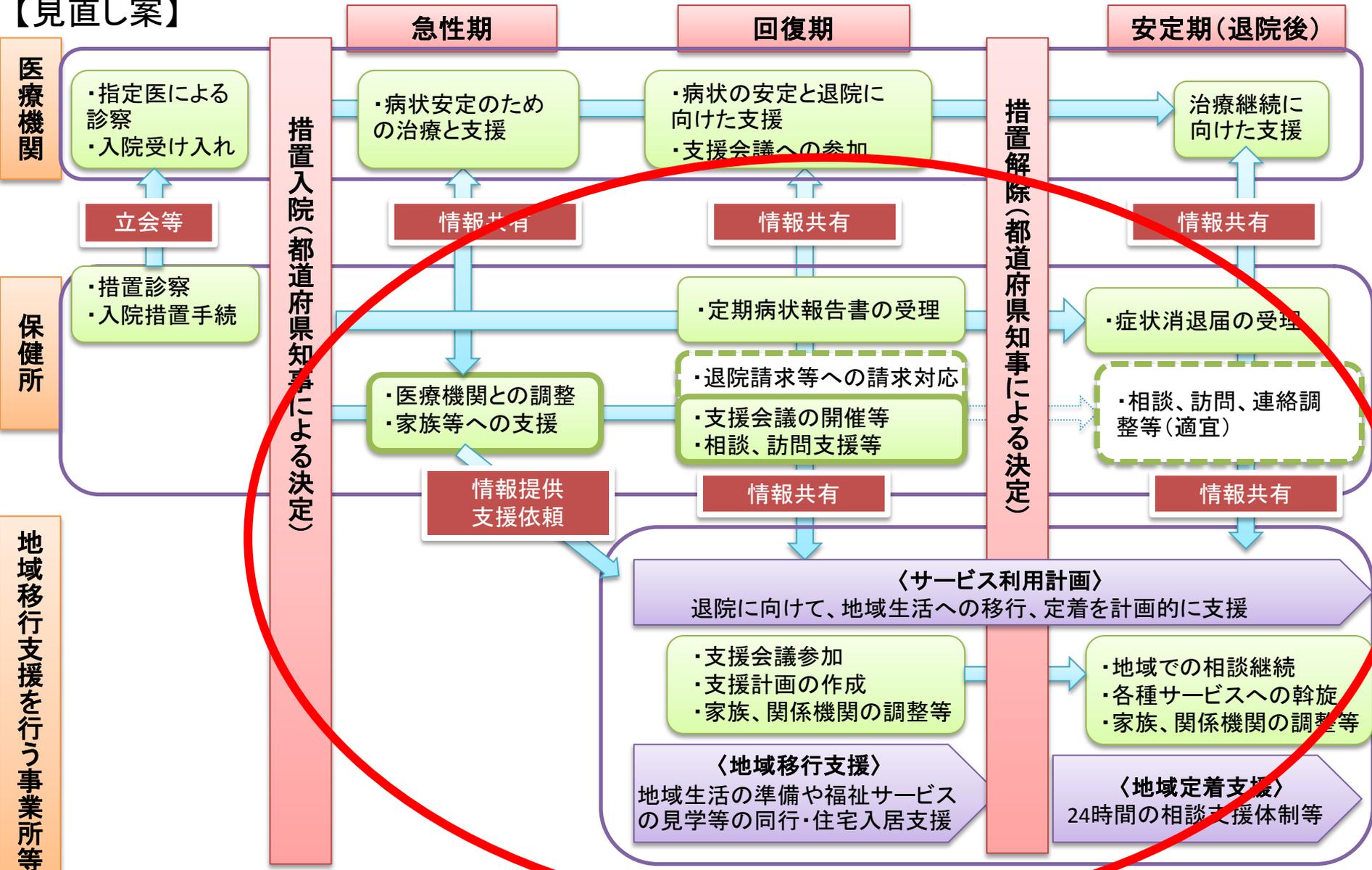
措置入院からの退院時の支援について①

【現行制度】



措置入院からの退院時の支援について②

【見直し案】



※サービス利用計画、地域移行支援・地域定着支援については障害者自立支援法に基づく自立支援給付(平成24年4月～)となり、相談支援専門員(PSW資格者等)等が対応。利用者の希望に応じて活用する。

医療保護入院からの退院時の支援について①

【現行制度】

医療機関

- ・指定医による診察
- ・入院受け入れ

急性期

- ・病状安定のための治療と支援

回復期

- ・病状安定のための治療と退院支援
- ・支援会議の開催

安定期(退院後)

- ・治療継続に向けた支援

医療保護入院(保護者による同意)

- ・入院届、定期病状報告書の受理

退院

- ・退院届の受理

- ・相談、訪問支援等(適宜)

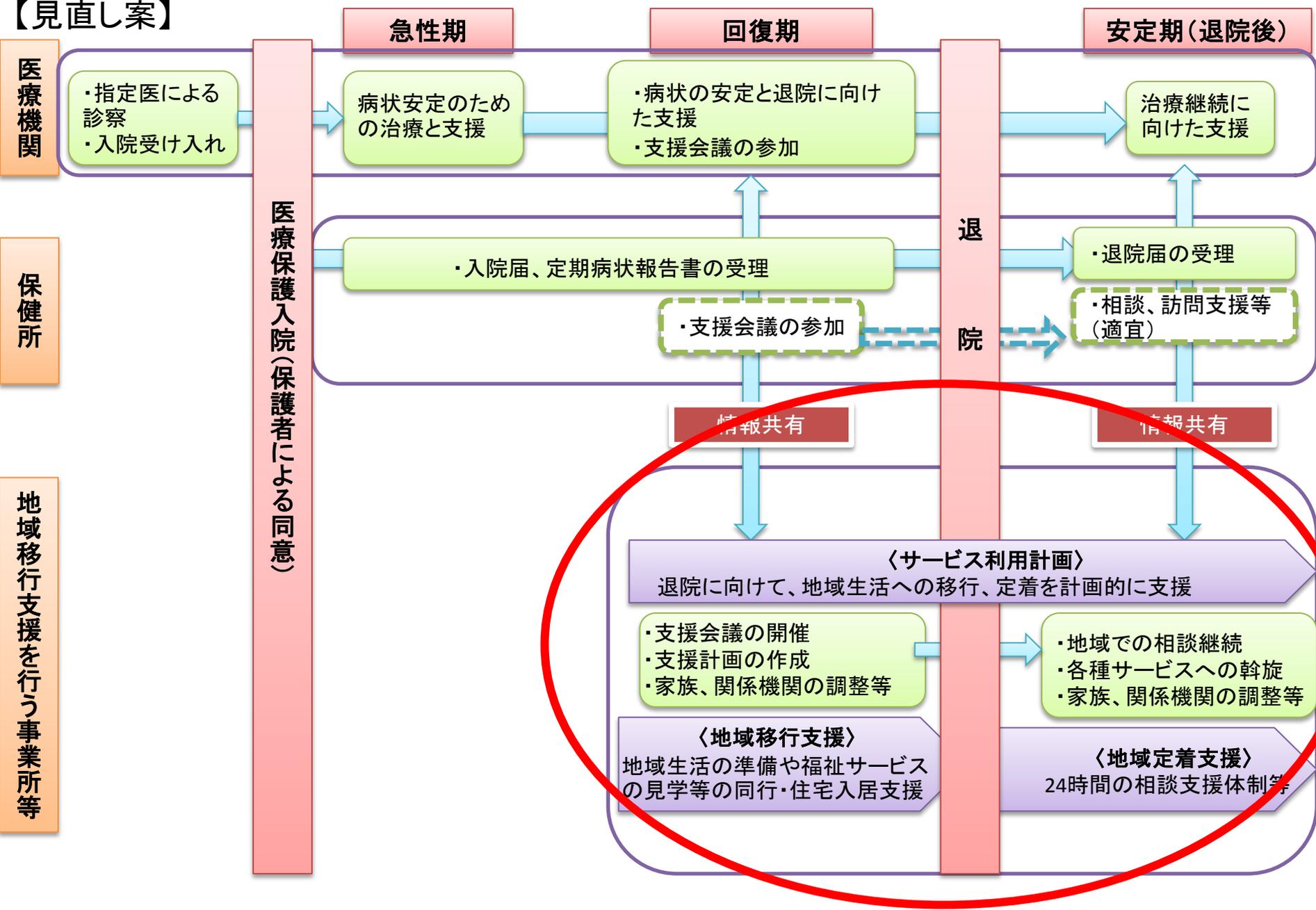
- ・各種サービスへの斡旋等

保健所

地域移行支援を行う事業所等

医療保護入院からの退院時の支援について②

【見直し案】



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

1 任意入院(法第22条の3)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置

(緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に制限される。)

3 医療保護入院(法第33条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び保護者(又は扶養義務者)の同意が必要

(特定医師による診察の場合は12時間まで)

【3】 今後の検討課題について

1. 入院制度に関する検討

- 保護者に関する責務規定についての検討に引き続き、医療保護入院のあり方をどのように考えるか、医療保護入院を代替する手段があるかどうか等について、治療にアクセスする権利をどのように保障するかという観点を踏まえつつ、入院制度(特に医療保護入院)に関して検討を行う。

2. 精神科医療現場における人員体制の充実のための方策

- 「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)では、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も検討することとされている。
 - (★) 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年内を目途にその結論を得る。
 - (★) 医療法上の精神病床の医師・看護師等の人員配置基準は、医師が入院患者48人に1人(一般病床では16人に1人)、看護職員が入院患者4人に1人(一般病床では3人に1人)と、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、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員体制のあり方を検討することが必要であり、精神病床の機能の将来像も考慮しながら検討を進めることが必要。

精神科救急医療体制に関する検討会

報告書

平成23年9月30日

はじめに

精神疾患患者数は、患者調査によると、平成11年に約204万人であったものが、平成20年には約323万人に増加しており、疾患別にみると、うつ病を含む気分障害や認知症が増加している。

精神科救急医療体制の整備については、精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するため、平成7年度に「精神科救急システム整備事業」を創設し、精神科救急情報センター機能の整備等を行ってきたが、さらに、幻覚・妄想・興奮など激しい症状を有する精神疾患患者を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう、平成17年度には「精神科救急医療センター事業」を創設し、初期から三次までの精神科救急医療体制の整備を図ってきた。

平成20年度からは、身体疾患を合併する精神疾患患者等の受け入れ体制について、未整備の地域があることや、夜間・休日の相談対応等について、地域による差が大きいこと等から、身体疾患を合併する精神疾患患者を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設等の地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化するため、前述の二つの事業を再編し、「精神科救急医療体制整備事業」を創設して精神科救急医療体制の一層の整備を進めてきた。

診療報酬では、平成8年度に精神科急性期入院料が、精神科救急医療に関する入院料として創設され、さらに近年では、平成14年度に精神科救急入院料が、手厚い人員配置を有する常時対応の精神科救急医療施設を対象とした入院料として創設され、平成20年度には精神科救急・合併症入院料が、身体疾患を合併した精神疾患患者を受け入れる精神科救急病棟の入院料として創設されるなど、精神科救急医療体制の充実が進められた。

精神科救急医療体制では、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院が遅れるといったことが想定され、そのような患者を医療機関に搬送す

る手段の確保も重要となる。措置入院等の場合に、患者を医療機関へ搬送する（移送）制度については、平成11年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の一部改正において、医療保護入院のための移送の規定が新設されるとともに、措置入院に付随して行われる移送についても法律上明記され、制度化された。しかし、医療保護入院の場合に行われる移送（第34条移送）については、搬送まで事前調査等の手続きが必要であること等から、実際の救急事例への対応には適していない等が指摘されている。

精神科救急医療体制の状況については、平成22年度で、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069施設（常時対応、輪番対応及び外来対応を含む。）となっている。

夜間・休日における精神科救急情報センターへの電話相談件数は、平成17年度約8万件であったが、平成22年度（暫定値）は約15万件であり、約2倍弱に増加している。また、夜間・休日の受診件数、入院件数については、平成17年度はそれぞれ約3万件、約1万2千件であったが、平成22年度（暫定値）はそれぞれ約3万6千件、約1万5千件で、いずれも増加しており、精神科救急医療体制の充実・強化が課題となっている。

以上のような課題を踏まえ、平成22年、精神保健福祉法の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務（精神保健福祉法第19条の11）が法律上位置づけられ、平成24年4月から施行されることとなっている。

法律の施行にあたっては、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な内容や、自治体、精神科医療機関、精神保健指定医のそれぞれの役割等について、一定の方針を示す必要があることや、近年、うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加しており、その受入体制を確保する必要があること等から、本年5月に、精神科救急医療の有識者や自治体関係者からなる本検討会が設置された。

本検討会では、精神科救急医療の内容について、以下の二つに分けて、必要となる医療体制の具体的内容や、自治体や精神保健指定医の役割等について、有識者からのヒアリングを踏まえながら議論を行った。

- (1) 精神障害者の緊急時における精神保健福祉法に基づく公的機能としての精神科救急医療体制
- (2) 身体疾患を合併している精神疾患患者に対する一般医療との連携を踏まえた医療機能としての精神科救急医療体制

これまで計4回の議論を重ね、今後整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等について、以下にまとめたので報告する。

1. 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

(1) 基本的考え方

○ 精神科救急医療体制は、

- 1) 重症の救急患者に良質な医療を提供する
- 2) 精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止する
- 3) 在宅患者の地域生活維持を支援する (※)

ことを目標に、各都道府県において、これらが達成できるような精神科救急医療体制を整備する必要がある。

※外来や相談・訪問による対応など、症状の再燃による重症化を防止し早期に医療に繋げる取り組み等が含まれる

○ 精神科救急医療体制を継続的・安定的に提供していくためには、行政機関、病院・診療所を含む精神科医療機関、一般医療機関、患者、家族、地域住民等の関係者が、協力・連携していく必要がある。このため、精神科救急医療に関する連絡調整委員会を、全県的又は精神科救急医療圏ごとに開催し、地域の精神科医療機関の医療機能や搬送受入の判断基準、具体的な事例に関する情報共有を図る必要がある。

○ また併せて、精神科の救急患者、精神科救急医療機関、身体疾患の合併等の認識が、関係者の立場によって異なるとの指摘があることから、精神科救急医療に関する連絡調整委員会等において、それらの定義を明確化し、共有していく必要がある。

(2) 各論

1) 精神科救急医療システムの確保・維持

精神科救急医療システムは、地域において、幻覚・妄想・興奮などの激しい精神症状を有する患者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するためのシステムであり、都道府県は、24時間365日、搬送や入院が可能な体制を確保する必要がある。

当該システムを確保・維持するため、一部の精神科医療機関だけでなく、常時対応、輪番対応、後方支援、外来対応、自院の患者への夜間・休日の対応等のそれぞれの立場で、すべての精神科医療機関が参加・協力すべきである。

また、外来対応については、大都市圏のように夜間・休日の患者数が多い地域では、常時型外来対応施設を設置すべきである。

なお、精神科救急医療システムへの精神科医療機関の参加・協力に関しては、輪番への参加頻度などの対応状況について評価を行う必要があると考えられる（関連：3.（2）3））。

2) 精神医療相談窓口、精神科救急情報センターの整備

精神科救急医療システムを、継続的・安定的に維持するためには、できるだけシステムに負担をかけないように、患者の緊急性に応じて適切なサービスにつなげることが重要である。

このため、夜間・休日の相談窓口を設置し、必要な対処法や救急受診の要否等について助言することや、救急情報センターを設置し、患者の状態に応じて対応可能な機関（医療機関、保健所等）につなぐこと等が有用と考えられることから、都道府県は、24時間365日（夜間・休日に）対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置する必要がある（平成22年度の実施都道府県数：相談窓口34カ所、情報センター37カ所、両方設置29カ所、両方未設置5カ所）。

また、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターとは機能が異なるため、同一の組織で対応する場合には、相談窓口の機能が一般の精神疾患患者からの医療相談を受けるものであることを明確にした上で、相談窓口の開設時間等の情報について、関係機関だけではなく、幅広く周知を図り、一般の精神疾患患者が安心して相談できるような体制の構築を目指すべきである。

都道府県は、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターが必要な機能を果たせるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修等の取り組みを推進すべきである。

精神科の医師は、精神医療相談の中で、医師の判断が必要になった場合に、速やかに対応できるよう、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの対応体制（オンコール体制を含む。）に積極的に協力すべきである。また、都道府県等の要請に応じて行うこれらの業務は、精神保健福祉法に定める業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされるものと考えられる。（関連：1.（2）4）

3）精神科医療機関の役割

長期間・継続的に診療が必要となる精神疾患患者については、日常診療においてはもとより、救急患者においては、より患者の経過や治療に関する情報が必要であり、主治医の役割が重要となる。

このため、各精神科病院は、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談等について、夜間・休日においても対応できる体制を確保し、必要に応じ、診療できる体制を確保すべきである（**ミクログル救急体制の確保**）。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携

医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

各精神科診療所については、継続して診療している自院の患者やその関係者からの相談等について、少なくとも準夜帯に関しては、精神科医やスタッフ等によるオンコール体制等により対応できる体制を、地域の実情に応じて、可能な限り確保することが望まれるが、少なくとも、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携（※）しつつ、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問合せについては、夜間・休日においても対応できる体制を確保すべきである。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

※ 連携の取組事例：あらかじめ情報センターに連絡先を登録しておき、自院の患者から情報センターに連絡が来た場合には主治医に連絡できるようにしておく取組（静岡県）、夜間・休日急患センターの外来診療に協力する取組（大阪市）等が考えられる。

その他、救急受診の際に役立てるため、救急受診に必要となる診療情報を患者本人や主治医等が記載したノートを普段から患者や家族に保持してもらう取組（東京都のメンタルケア協議会によるオレンジノート）なども行われている。

常時対応、輪番対応及び外来対応を行う精神科救急医療機関は、自院の患者に加え、初診の精神疾患患者にも、適切に対応する必要がある。また、救急医療体制の継続的な確保のため、その他の精神科医療機関は、後方支援医療機関として精神科救急医療機関と連携し、急性期後の精神疾患患者の受け入れに協力する必要がある（精神科医療機関間の縦列モデル）。

4) 精神保健指定医の役割

精神保健指定医は、平成22年度13,374名いるが、そのうち、常勤の病院勤務医である指定医は、6,300名余りとなっている。

精神科救急医療体制の確保にあたり、精神保健指定医の果たすべき役割として、病院勤務医については措置入院等の業務に、診療所の医師については措置診察等のオンコール体制等の業務に、公務員としての職務(法第19条の4第2項)として積極的に協力すべきである。

加えて、精神保健指定医である診療所の医師については、地域の精神科救急医療システムにも参画し、精神科救急医療体制の確保に協力すべきである。具体的には、地域の精神科救急病院の当直体制への協力、精神医療相談窓口への協力、夜間・休日における外来対応施設への協力、精神科のない救急医療機関への協力等が考えられ、都道府県等の要請に応じて、これらの業務を行う場合については、精神保健指定医の業務の一環(改正後の法第19条の11第2項)としてみなされるところと考えられる。

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

(1) 基本的考え方

- 身体疾患を合併する精神疾患患者については、医療機関への受け入れまでに、通常の場合に比べて長時間を要している状況にあり、この要因としては、精神科救急医療機関では身体疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであること、一般救急医療機関では精神疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであることや、昏睡状態など意識障害が顕著で身体症状が重症の場合は受入先の選択は比較的容易であるが、どちらも中程度である場合などはどちらを優先するかルールがないため受入先の選択が困難となること等が指摘されている。

○ 身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられる。

○ 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、それぞれのモデルの機能の違いおよび地域性を勘案しながら、実現可能な連携体制を整備することによって、各都道府県において身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できる体制を全医療圏で確保する必要がある。

なお、どちらかの連携モデルを選択するということではなく、両者の併存で体制を整備する方法も選択し得るものであることに留意して、各医療圏での整備を進める。また、連携モデルは確保すべき精神科救急医療体制についての概念であり、個々の事例において必ず適用すべきものではない。

○ なお、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保は、精神科救急医療体制の充実だけでなく、一般の救急医療体制の後方支援として、精神疾患患者を受け入れる役割を果たす上でも重要である。

○ **縦列モデル**：精神疾患患者については、長期的・継続的な診療が必要となる。そのため、すでに精神科医療機関を受診している患者については、当該精神科医療機関が、主治医として支援することを前提に、身体疾患の治療が必要になった場合には、精神症状及び身体症状の程度に応じて、連携医療機関と調整を行い、受入先の確保等を行う必要がある。

また、身体疾患で救急医療機関を受診した患者が、精神科医療が必要と考えられる場合には、救急医療機関での身体疾患の治療後に患者を円滑に受け入れられるよう、精神科医療機関は、日頃から、地域の救急医療機関との情報共有や連携を図る必要がある。

- **並列モデル**：精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者、特殊な疾患により専門医療が必要な精神疾患患者については、精神科を有する救急対応可能な総合病院（救急病棟の患者に対する精神科の診療協力が可能な総合病院）において受け入れることを原則とすべきである。

なお、総合病院精神科については、地域の実情に応じて、救急医療機関から急性期後の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる後方支援医療機関としての役割を担う必要がある。

（２）各論

１）精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

身体疾患を合併する精神疾患患者への救急対応については、身体症状及び精神症状の状態を評価した上で、治療を優先すべき症状に対応できる一般又は精神科の救急医療機関が患者を受け入れるとともに、他方（精神科又は一般）の医療機関がその診療を支援する体制を構築する必要がある。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体疾患の治療を優先させる必要がある患者（入院医療が必要な患者等）の場合は、身体疾患の状態に応じて対応可能な救急医療機関が受け入れを行い、精神症状の状態に応じて精神科医療機関が診療支援を行うことや、精神科の入院医療が必要な場合には、後方支援医療機関として、身体疾患の治療後の患者を受け入れることを原則とすべきである。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体症状が軽症であり、精神症状の治療を優先させる必要が有る患者は、必要に応じて一般医療機関が

診療支援を行いつつ、精神科医療機関が対応することを原則とすべきである。

このため、精神科医療機関は、地域の救急医療機関と連携体制を構築し、連携先の医療機関との間では、転院の判断基準や患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整しておく必要がある。

しかし、精神科医療機関と一般医療機関では、医療機関が有する診療体制が異なるため、受け入れ可能な患者の状態の判断等についても、現状では異なる場合が多いと考えられる。

したがって、連携体制の構築にあたっては、身体疾患の治療後の精神疾患患者の受入れや転院の判断基準について、各地域において、精神科医療機関と一般医療機関間でそれぞれの診療体制や医療機能を確認し合いながら事例を積み重ねていくことが重要である。

また併せて、精神科医療機関は、必要に応じて連携先の救急医療機関への診療支援を行う（精神科医の訪問等による診療協力）とともに、身体疾患の治療後は精神疾患患者を円滑に受け入れる必要がある。

なお、精神科医療機関での受け入れ後に、身体症状が再び重症化する可能性がある場合には、精神科医療機関と一般医療機関は診療連携を一層強化して、個々の事例に応じた最適な医療環境を提供できるよう努めるべきである。

以上のような、精神科医療機関と一般医療機関との間で、患者紹介、診療支援、転院等が円滑に行われるための対応策を検討すべきである。

都道府県は、医療機関間での有機的な連携体制構築のため、地域又は連携医療機関間において、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取り組み（GP連携事業等）、事例検討会等の従事者の研修、精神科と身体科との連携のためのクリティカルパス作成等の取り組みを推進すべきである。

※ GP連携事業とは、一般診療医と精神科医との間での情報交換等や、紹介・相談・連絡の仕組みを作り患者紹介を円滑にする取組（大阪府）、精神医療の情報センターを設置し、一般診療科等からの相談に応じて、精神科の専門医を紹介する取組（神戸市）などの取組を指す。

地域の連絡調整委員会等においては、「精神科救急患者」、「身体疾患の合併」、身体症状や精神症状の「重症度」等に関する定義を明確にしつつ、受入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有する取り組みが必要である。

なお現在でも、都道府県は、消防法第35条の5第1項による「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」において、地域の実情に応じて、精神疾患の基準を策定できる取り扱いとなっている。（平成23年9月現在の各都道府県の策定状況：基準策定済45カ所、うち、精神疾患の基準有り32カ所）。

2) 総合病院精神科の役割の明確化

総合病院精神科が徐々に減少しているという状況を踏まえ、総合病院精神科がその役割を十分発揮できるよう、精神科を有する救急対応可能な総合病院で受け入れる救急患者は、精神症状と身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者や、複合的な専門治療等が必要な患者等が優先されることを明確にする必要がある。また、総合病院精神科での治療後は、地域の精神科医療機関がその後方支援医療機関として円滑に患者を受け入れ、長期的・継続的な視点から患者の診療を担うべきである。なおその際、身体疾患の状態によっては、必要な診療を継続できるよう調整する必要がある。

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、精神疾患患者の退院調整等を円滑に行えるよう救急病棟等に精神保健福祉士等の配置を推進し、また、精神科病棟以外の精神疾患患者への診療について、精神症状の評

価や治療、退院調整等で積極的に協力できるよう精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる精神科専門チームの配置についても検討すべきである。

総合病院精神科である大学病院等は、重症の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる精神科救急医療機関として、地域の精神科救急医療システムに協力し、一定の役割を担うべきであり、そのための対応策を検討すべきである。

3) 従事者の対応力向上

身体疾患を合併した精神疾患患者の受け入れを促進するためには、精神科と身体科の両方の従事者の対応力の向上が求められる。このため、精神科の医療従事者向けの身体疾患への対応力向上の取り組み、及び身体科の医療従事者向けの精神疾患への対応力向上の取り組みを推進する必要がある。

例えば、すでに救命救急センター等における自殺未遂者への対応マニュアルが作成されているが、その他の領域についても、研究等を通じてマニュアルや研修カリキュラム等の作成を検討すべきである。

3. 評価指標の導入

(1) 基本的考え方

- 精神科救急医療は、地域の実情に応じて、ニーズは様々であり、求められる医療機能も多様であるが、どの地域においても、患者・家族や地域住民が安心して生活を送れるような体制を整備する必要がある。そのため、一定の目安となる指標を開発・導入し、各地域において指

標を活用して評価を行うことで、各都道府県においてより質の高い精神科救急医療体制の整備を推進する必要がある。

(2) 各論

1) 精神科救急医療体制整備事業の整備状況の公表

厚生労働科学研究班で示された評価項目等を参考とし、各都道府県の精神科救急医療体制事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表することを検討すべきである。

※ 事業内容の評価項目の例：対応事例の範囲、相談窓口の体制、情報公開、連絡調整委員会の状況、情報センターの運営・時間・対応手順・対応件数等の状況、精神科救急医療圏ごとの状況、身体合併症対応体制 等

2) 精神科救急医療機関の医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング

三次救急を担う精神科救急医療機関（常時対応型精神科救急医療施設、精神科救急入院料届出医療機関）については、措置診察や隔離・身体拘束等に係る精神科医療を担う主な医療機関であるため、医療の質の向上とその標準化を図る観点から、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できるような体制（例えば、行動制限データベース（eCODO（※））の活用等）の推進や、それらの評価指標の活用等について検討すべきである。

※ eCODO センターシステム（**C**oercive measures **D**atabase for **O**ptimization）：日本精神科救急学会と国立精神・神経医療研究センターが共同で開発した、精神科における臨床指標を用いた質管理のためのシステム。精神科急性期病棟群の患者データベース（PQR）と行動制限データベース（SRD）がある。

3) 精神科医療機関の精神科救急医療システムへの参画の評価

精神科救急医療システムに参画している精神科医療機関については、受入実績等の報告を求めているが、それらの分析を行い、精神科救急医療体制の充実に活用することが望ましい。具体的には、調査研究を通じて、精神科救急医療体制への貢献の状況等が把握できるような評価指標の開発が必要である。

また、精神科医療機関の評価にあたっては、質の高い精神科医療サービスや福祉サービス等が提供されている地域や、精神科救急医療システムを介さずに自院の患者を受け入れている地域等においては、夜間・休日に受診する精神疾患患者や措置入院等は必ずしも多くないと考えられることから、救急の受診件数や措置入院等の件数に着目するよりむしろ、精神科救急医療システムに参画していること、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること、マイクロ救急として自院の患者に対応していること、一般医療機関と連携して救急患者に対応していること等の質の向上につながる新たな評価指標を検討すべきである。

なおその際、精神科救急医療機関から急性期後の患者の受け入れに協力している後方支援医療機関についても、精神科救急医療システムの維持に一定の役割を担っていることに留意する必要がある。

今後に向けて

本検討会において、有識者のヒアリングを踏まえながら、今後、各都道府県で整備すべき精神科救急医療体制の具体的内容、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保、精神科救急医療機関の質の評価等について、専門的見地からの意見をとりまとめた。

精神保健医療福祉分野では、現在、精神障害者アウトリーチ推進事業や、相談支援等の福祉サービスの充実など、地域での生活を支えるための様々な取り組みが進められている。こうした中で、精神科救急医療体制は、緊急時の医療対応の受け皿となるものであり、地域生活を支える医療サービスとして、今後ますます、その重要性が高まると考えられる。

今後は、本報告書の内容を踏まえて、地域の精神科医療機関、一般医療機関、保健所、精神保健福祉センター、地方自治体等の関係者が協力・連携して、ひとつひとつ着実に実践されていくことを期待する。

構成員

木下 栄作	岐阜県健康福祉部保健医療課長
杉山 直也	財団法人復康会沼津中央病院 院長
千葉 潜	医療法人（財団）青仁会青南病院 理事長
平田 豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
平安 良雄	横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長
三上 裕司	社団法人日本医師会 常任理事
三野 進	みのクリニック 院長
吉邨 善孝	社会福祉法人済生会横浜市東部病院 精神科部長
渡 路子	宮崎県福祉保健部精神保健福祉センター 所長

(五十音順)

検討経緯

第1回 平成23年5月26日

議題 精神科救急医療体制の整備状況について

第2回 平成23年6月17日

議題 医療機能としての精神科救急の現状と課題について

有識者 三宅康史氏（昭和大学医学部救命救急センター）

野田寿恵氏（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）

第3回 平成23年7月28日

議題 公的機能としての精神科救急医療の役割について

有識者 横川弘明氏（医療法人二本松会山形さくら町病院）

澤温氏（医療法人北斗会さわ病院）

第4回 平成23年9月9日

議題 とりまとめに向けた議論について

2 精神障害者社会適応訓練事業について

「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」の制定により、精神保健福祉法の改正が行われ、精神障害者社会適応訓練事業については削除されることになった。

社会適応訓練事業については、現在、全国で6千超の事業者の方々にご協力いただいているとともに、当該事業における訓練を修了した者が一定程度就職に結びついているなど、精神障害者の社会復帰支援を通じ、結果として就労支援としても高い効果が得られているので、この現状を踏まえ、各自治体においては社会適応訓練事業の継続的な実施にご協力いただきたい。

なお、今後の精神障害者社会適応訓練事業の取扱い等については「精神障害者社会適応訓練事業の今後の取扱い等について」の通知を発出しているので、参照していただきたい。

障 発 1020 第 3 号
平成23年10月20日

各 $\left[\begin{array}{l} \text{都道府県知事} \\ \text{指定都市市長} \end{array} \right]$ 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長

精神障害者社会適応訓練事業の今後の取扱い等について

精神障害者社会適応訓練事業（以下「社適事業」という。）については、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第50条及び「精神障害者社会適応訓練事業の実施について」（昭和57年4月16日衛発第360号。以下「実施通知」という。）に基づき、貴自治体において実施いただいているところですが、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（平成22年法律第71号）の制定により、精神保健福祉法の改正が行われ、その中で、社適事業については政令で定める日（平成24年4月1日）をもって精神保健福祉法から削除されることとなったところです。

社適事業については、昭和57年度の事業開始以降、現在において全国で6千超の事業者の方々に御協力いただいているとともに、当該事業における訓練を修了した者が一定程度就職に結びついているなど、精神障害者の社会復帰支援を通じ、結果として就労支援としても高い効果が得られているところです。

つきましては、このような効果を得ている現状等を踏まえ、貴自治体における社適事業の継続的な実施を御検討いただき、精神障害者の社会復帰支援の推進に御理解、御協力いただきますようお願い申し上げます。

また、貴自治体において社適事業を継続実施いただく場合において、別添1のとおり実施要綱の例をお示しいたしますので、当該要綱を策定する際の参考にしていただくとともに、社適事業と併せて、厚生労働省が実施している精神

障害者の就労及び雇用支援に係る各種事業の概要等を別添2のとおりお示しします。これらの事業を御活用いただくことで、精神障害者の地域におけるノーマライゼーションの実現に向け、引き続き御協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的助言であることを申し添えます。

また、精神保健福祉法の改正に伴い、実施通知及び「精神障害回復者等に対する職場適応訓練の実施について」（昭和61年4月5日職発第173号）別紙2「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」については政令で定める日（平成24年4月1日）をもって廃止します。

〇〇県精神障害者社会適応訓練事業実施要綱

(目的)

第 1 条 この要綱は、回復途上にある精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に対する持久力及び環境適応能力等の涵養を図るための社会適応訓練事業を実施するに当たって必要な事項を定め、再発防止と社会的自立を促進し、もって精神障害者の社会復帰を図ることを目的とする。

(定義)

第 2 条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 協力事業所 精神障害者に対する理解が深く、精神障害者に仕事の間を提供し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意を有する事業所であつて、知事が適当と認めたものをいう。
- (2) 対象者 本県に住所を有する者で、明らかに回復途上にあり、社会的規範を受け入れられる状態にあるが、作業遂行の機能が不十分であるか、恒常的に維持されない通院中の精神障害者（知的障害者を除く。）であつて、知事が本事業の効果期待されると認めた者をいう。

(協力事業所選定の基準)

第 3 条 協力事業所選定の基準は、次のとおりとする。

- (1) 事業所の環境等の適否
 - ア 作業場の人的、物的環境の良否
 - イ 対象者を酷使するおそれの有無
 - ウ 経営の安定性
- (2) 精神障害者に対する理解とその社会適応促進に関する熱意の程度
- (3) 作業の適否
 - ア 作業の難易性及び適応性
 - イ 危険性の有無
- (4) その他必要な事項

(協力事業所の決定及び登録)

第 4 条 協力事業所となろうとする事業所の代表者は、協力事業所登録申請書

- (別記様式第1号。以下「申請書」という。)を知事に提出するものとする。
- 2 知事は、前項の規定による申請書を受理したときは、前条の規定に基づき必要な事項を調査し、協力事業所調査書(別記様式第2号)を作成するものとする。
 - 3 知事は、前項の規定による調査の後、事業所登録の適否を決定し、適当と認めたときは協力事業所登録決定通知書(別記様式第3号)により、不適当と認めたときは協力事業所不承認通知書(別記様式第4号)により、申請者に通知するものとする。
 - 4 知事は、前項の規定により適当と認められた協力事業所について、協力事業所登録簿(別記様式第5号)に登録するものとする。

(協力事業所の登録内容の変更等)

第5条 協力事業所の登録内容を変更しようとする場合は、前条の規定を準用する。この場合において、前条中「登録」とあるのは「変更登録」と読み替えるものとする。

(対象者の申込み、決定等)

- 第6条 社会適応訓練を希望する者は、社会適応訓練申込書(別記様式第6号。以下「訓練申込書」という。)に主治医の意見書(別記様式第7号。以下「意見書」という。)を添えて、知事に提出するものとする。
- 2 知事は、前項の規定による訓練申込書を受理したときは、必要な事項を調査し、対象者調査票(別記様式第8号)を作成するものとする。
 - 3 知事は、前項の規定による調査の後、訓練の適否及び対象者と協力事業所との組合せについて決定し、適当と認められたときは社会適応訓練決定通知書(別記様式第9号)により、不適当と認められたときは社会適応訓練不承認通知書(別記様式第10号)により、申込者に通知するものとする。
 - 4 前項の決定を行うに当たっては、必要に応じ、精神保健福祉センター長、保健所長その他精神科医師等外部有識者の意見を聴取するものとする。

(訓練実施期間)

第7条 対象者の訓練実施期間は、原則として、年度を超えない6ヶ月以内の期間とし、3年を限度として延長することができる。

(作業時間等)

第8条 対象者の作業時間は1日につき8時間以内、作業日数は1月につき20日以内とする。ただし、作業時間及び作業内容等について、主治医等から

特に指示があった場合は、その指示に従うものとする。

(訓練の延長等)

- 第9条 対象者は、訓練期間の延長を希望するときは、訓練期間終了日の20日前までに社会適応訓練期間延長申込書・同意書（別記様式第11号。以下「期間延長申込書」という。）に意見書を添えて、知事に提出するものとする。
- 2 知事は、期間延長申込書及び意見書を受理したときは、協力事業所と連携の上、その適否について調査し、対象者調査票を作成するものとする。
- 3 知事は、前項の調査の後、必要があると認めたときは、第6条第3項の規定を準用し、申込者に通知するものとする。この場合において、第6条第3項中「訓練」とあるのは「訓練期間延長」と読み替えるものとする。

(訓練に係る契約)

- 第10条 知事は、第6条及び前条の規定により社会適応訓練の実施又は延長を決定したときは、精神障害者社会適応訓練事業に係る契約書（別記様式第12号）により契約を締結する。

(実績報告書の提出)

- 第11条 契約を締結した協力事業所は、毎月10日までにその前月分の訓練の実績を社会適応訓練実績報告書（別記様式第13号。以下「実績報告書」という。）により、知事に報告するものとする。

(協力奨励金)

- 第12条 協力事業所に対し支払う協力奨励金は、対象者1人につき日額※円（月額※円）とする。
- 2 知事は、前条の規定による実績報告書を受理し、内容を審査した結果適当と認めたときは、実績報告書を受理した日から30日以内に協力奨励金を支払うものとする。ただし、特別の理由がある場合は、支払期限を延長することができる。

(訓練手当)

- 第13条 対象者に対し支払う訓練手当は、対象者1人につき日額※円（月額※円）とする。
- 2 知事は、第11条の規定による実績報告書を受理したときは、実績報告書を受理した日から30日以内に訓練手当を支給する。ただし、特別の理由がある場合は、支給期限を延長することができる。

(訓練期間中の指導)

第14条 知事は、訓練期間中においても対象者の現況を把握するため、主治医等との連携を密にしながら、担当職員を協力事業所に訪問させ、必要な連絡指導を行うものとする。

(訓練の終了等)

第15条 協力事業所の代表者は、対象者が社会適応訓練を終了又は中止したとき、社会適応訓練終了(中止)報告書(別記様式第14号。以下「終了報告書」という。)を知事に提出するものとする。

(事故の処理)

第16条 訓練中に対象者の故意又は重大な過失によって発生した事故は、対象者及びその保護者の責任と負担により解決するものとする。

2 訓練中に対象者の故意又は重大な過失によらず発生した事故は、関係者で協議の上、解決するものとする。

3 知事は、前項の事故に備えて、傷害保険に加入するものとする。なお、保険の適用はを受ける場合は、別に定めるところによる。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか、社会適応訓練に関し必要な事項は、知事が別に定める。

様式第1号

平成 年 月 日

〇〇県知事 殿

事業所所在地
事業所名
代表者
電 話

協力事業所登録申請書

〇〇県精神障害者社会適応訓練事業実施要綱に基づく協力事業所となるため、次のとおり申請します。

記

事業内容	
事業開始時期	年 月 (年間継続)
従業員	名 (男 名、女 名)
事業所の規模 及び構造	土地面積： m ² 総床面積： m ² 構造（鉄筋・ブロック・木造）： 階建て

過去に精神障害者を 使用した経験の有無	
受入希望者数・年齢	男 人（年齢 歳 ～ 歳位） 女 人（年齢 歳 ～ 歳位）
作業内容	
主として指導する者	
協力事業所を希望す る理由	

様式第 2 号

協力事業所調査書

調査年月日		
調査者職氏名		
調査回答者		
事業所名		
事業の 状態	規模	
	安定性	
	作業環境	
対象者酷使のおそれ		
事業主の理解度		
作業の 適否	難易度	
	危険性	
その他		

様式第3号

平成 年 月 日
第 号

様

〇〇県知事 印

協力事業所登録決定通知書

平成 年 月 日付け申請のあった協力事業所の登録について、下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 登録番号
2. 事業所名
3. 代表者氏名
4. 所在地

様式第4号

平成 年 月 日
第 年 月 日 号

様

〇〇県知事 印

協力事業所登録不承認通知書

平成 年 月 日付け申請のあった協力事業所の登録について、下記理由により不承認と決定したので通知します。

記

(理由)

様式第6号

平成 年 月 日

〇〇県知事 殿

住所
氏名
年 月 日生 (印
歳)

社会適応訓練申込書

〇〇県精神障害者社会適応訓練事業実施要綱に基づく社会適応訓練を受けたいため、次のとおり申請します。

記

	氏名	続柄	年齢	職業	備考
家族の状況					
	社会適応訓練についての希望				
	その他参考事項				

様式第7号

主治医等の意見書

対象者氏名	
対象者住所	
現在の状態及び 将来の見通し	
社会適応訓練に ついての意見	
作業内容・環境等 について注意 すべき事項	

平成 年 月 日

医療機関名
医師氏名

印

様式第9号

平成 年 月 日
第 号

様

〇〇県知事 印

社会適応訓練決定通知書

平成 年 月 日付け申請のあった社会適応訓練について、下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 協力事業所名
事業所所在地

2. 作業内容

3. 条件

(1) 期間 平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで

(2) 遵守事項

- ア 協力事業所における規則などを守ること。
- イ 主治医等の指示に従うこと。

様式第10号

平成 第 年 月 日

様

〇〇県知事 印

社会適応訓練不承認通知書

平成 年 月 日付け申請のあった社会適応訓練について、下記理由により不承認と決定したので通知します。

記

(理由)

様式第11号

平成 年 月 日

〇〇県知事 殿

住所

氏名

印

社会適応訓練期間延長申込書

〇〇県精神障害者社会適応訓練事業実施要綱に基づく社会適応訓練の期間延長を申請します。

記

1. 対象者氏名

(年 月 日生 (歳))

2. 対象者住所

3. 現在の訓練期間

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

4. 延長を希望する期間 (6ヶ月以内)

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

平成 年 月 日

〇〇県知事 殿

事業所所在地

協力事業所名

代表者氏名

印

同意書

上記社会適応訓練の期間延長について同意します。

様式第12号

精神障害者社会適応訓練事業に係る契約書

〇〇県（以下「甲」という。）と （以下「乙」という。）
とは、精神障害者の社会適応訓練について、次のとおり契約を締結する。

（訓練の実施）

第1条 乙は、甲の行う精神障害者社会適応訓練事業に協力して、精神障害者
（以下「丙」という。）に対して〇〇県精神障害者社会適応訓練事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく社会適応訓練（以下「訓練」という。）を行うものとする。

（訓練の実施）

第2条 訓練の内容は、 とする。

（協力奨励金）

第3条 甲は、乙に対して協力奨励金として、丙が訓練を実施した日数（月数）
に応じて1日※円（1月※円）の割合で計算した金額を支払うものとする。

（訓練の期間）

第4条 訓練の期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日
までとする。

（実績報告）

第5条 乙は、毎月10日までに、その前月分の訓練の実績を社会適応訓練実績報告書（要綱別記様式第13号）を甲に提出しなければならない。

（協力奨励金の支払）

第6条 甲は、前条の報告の内容を審査し適当と認めるときは、報告のあった
日から30日以内に協力奨励金を支払うものとする。ただし、特別の理由がある場合は、支払期限を繰り下げることができる。

（状況報告、調査及び指示）

第7条 甲は、訓練の適正な実施を確保するため必要があると認めるときは、
その実施状況について、乙から報告を求め、又は関係機関に調査させ、必要な事項を指示させることができるものとする。

(遵守事項)

第8条 乙は、次の各号に掲げる事項を守らなければならない。

- (1) 丙は安全及び衛生には十分注意すること。
- (2) 訓練を他の事業主に委託してはならないこと。
- (3) 丙について業務上知り得た情報を他に漏らしてはならないこと。
- (4) 前条に規定する甲の指示に従うこと。

(契約の解除)

第9条 乙は、この契約締結後、特別の事情によりこの契約を変更し、又は解除しようとするときは、甲に協議しなければならない。

第10条 甲は、乙が次の各号の一に該当する場合には、この契約の全部又は一部を解除することができる。

- (1) 訓練を行わないとき、又は行う見込みがないとき。
- (2) 訓練を行うに当たって不正な行為があったとき。
- (3) 前2号のほか、この契約条項に違反したとき。

(関係書類の整理及び保存)

第11条 乙は、訓練の実績を明らかにした書類を整理し、5年間保存する者とする。

(疑義の決定等)

第12条 この契約の各条項の解釈について疑義が生じたとき、又はこの契約に定めのない事項については、その都度、甲乙協議の上、定めるものとする。

この契約書を証するため本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を保有する。

平成 年 月 日

甲 ○○県○○市○○1-2-3
○○県知事 ○○ ○○

乙 住 所
事業所名
代表者

様式第13号

平成 年 月 日

〇〇県知事 殿

事業所所在地
事業所名
代表者

社会適応訓練実績報告書

年 月分の実績について、下記のとおり報告します。

記

対象者氏名	決定通知年月日 発 番 号	訓 練 期 間	本月中訓練 実施日数	備 考
	年 月 日 第 号		日	
	年 月 日 第 号		日	
	年 月 日 第 号		日	
	年 月 日 第 号		日	
	年 月 日 第 号		日	
計 (人)			日	

様式第14号

平成 年 月 日

〇〇県知事 殿

事業所所在地
事業所名
代表者

社会適応訓練終了（中止）報告書

下記の者について、社会適応訓練を終了（中止）したので報告します。

記

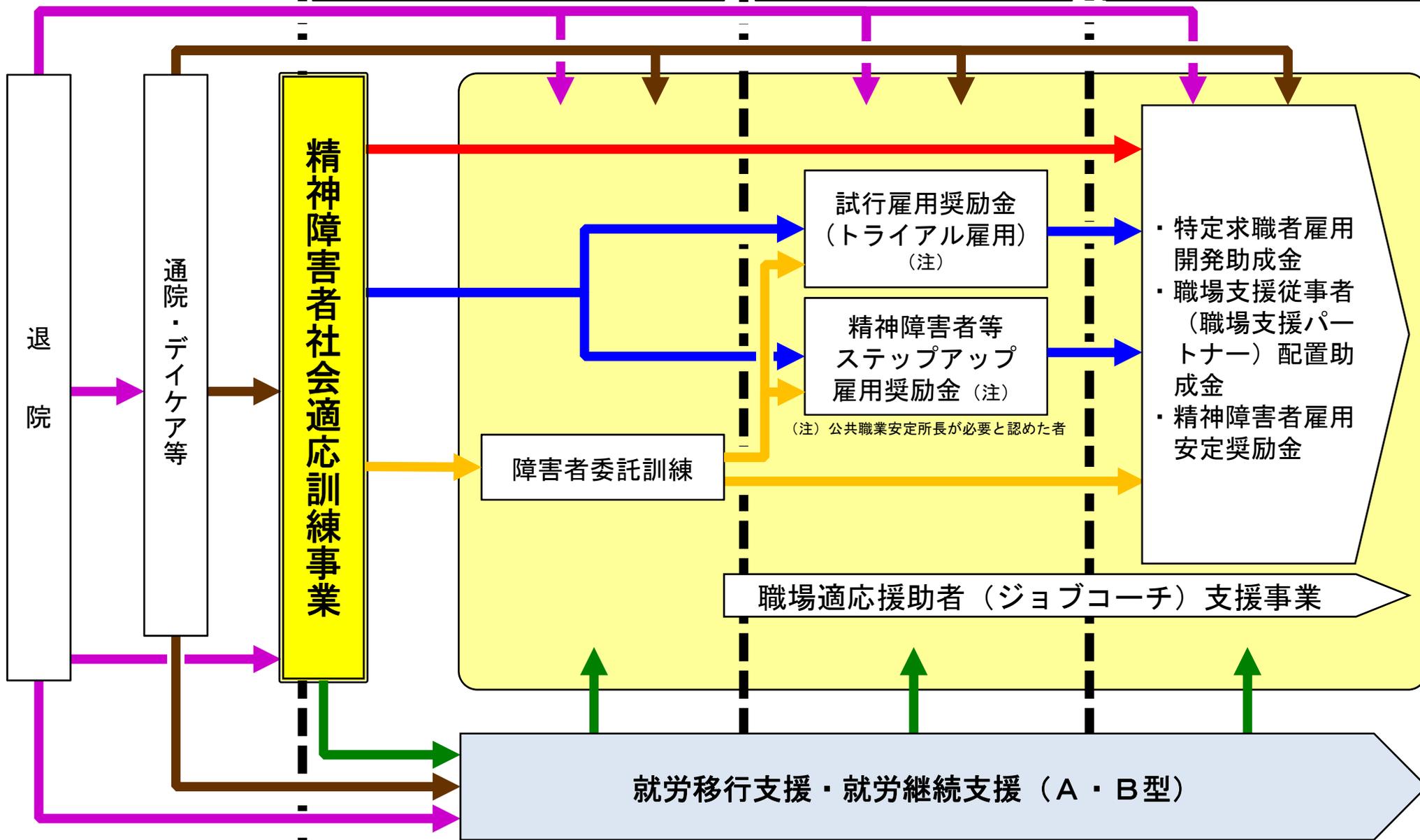
対象者氏名	決定通知年月日 発 番 号	訓 練 期 間	備 考
	年 月 日 第 号		
	年 月 日 第 号		
	年 月 日 第 号		
	年 月 日 第 号		
	年 月 日 第 号		
計 (人)			

精神障害者への就労支援事業の活用例 (イメージ)

雇用前
(社会復帰支援)

試行雇用

雇用後
(就労継続支援)



精神障害者に対する就労支援一覧

○雇用に向けた支援

制 度	実施主体	期間及び金額	備 考
施設外就労	就労支援事業所 (A・B・移行)	期間の定めなし ※就労移行支援については標準(24ヶ月)内での利用 福祉事業所と受入先事業所との契約による	・1ユニット当たりの最低定員は3人 ・1ユニット当たり必要な職員の同行
精神障害者社会適応訓練事業	都道府県	原則6ヶ月(最長3年) 実施自治体により異なる	都道府県知事が認める協力事業所において実施
障害者委託訓練	都道府県	原則3ヶ月(最長6ヶ月) 1人につき月額60,000円(6ヶ月の場合は30,000円)	3ヶ月の場合は月60~100時間以上、6ヶ月の場合は月30~50時間以上の訓練が必要

○試行雇用時における支援

試行雇用奨励金(トライアル雇用)	公共職業安定所	最長3ヶ月 1人につき月額40,000円	公共職業安定所長が必要と認めた者
精神障害者等ステップアップ雇用奨励金	公共職業安定所	3ヶ月以上12ヶ月以内 1人につき月額25,000円	公共職業安定所長が必要と認めた者

○雇用後の就労支援

特定求職者雇用開発助成金	公共職業安定所	短時間労働者以外(精神障害者の場合) 1年6ヶ月(2年) 1事業所につき100(240)万円 短時間労働者(精神障害者の場合) 1年(1年6ヶ月) 1事業所につき30(90)万円	()内は中小企業に対する期間・金額
職場支援従事者(職場支援パートナー)配置助成金	公共職業安定所	最長3年 1人につき月額30,000(40,000)円 ※短時間労働者は半額支給	・()内は中小企業に対する金額 ・職場支援パートナー1人当たりの対象者の上限は3名まで
精神障害者雇用安定奨励金 (精神障害者支援専門家活用奨励金)	公共職業安定所	雇用する場合:1年、限度額180万円 ※短時間労働者は120万円 委嘱する場合:1年、1回につき10,000円(年24回を限度)	左記の他、以下の奨励金制度あり ・社内精神障害者支援専門家養成奨励金 ・社内理解促進奨励金 ・ピアサポート体制整備奨励金

○雇用前・雇用後における支援

職場適応援助者(ジョブコーチ)支援事業	地域障害者職業センター等	最長1年8ヶ月 助成額は活動内容により異なる	
---------------------	--------------	---------------------------	--