

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成24年2月20日(月)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

目 次

1	精神保健医療に関する検討状況について	1
2	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の検討状況について	4
3	医療計画（精神疾患）の策定について	31
4	精神科救急医療体制の整備の推進について	53
5	精神障害者アウトリーチ推進事業について	63
6	精神障害者地域移行・地域定着支援事業について	70
7	認知症疾患医療センターの整備について	75
8	自殺・うつ病対策の推進について	85
9	災害時等の心のケア対策について	96
10	性同一性障害について	103
11	高次脳機能障害支援普及事業について	106
12	自立支援医療について	109
13	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	112
14	障害程度区分認定等事務費の執行について	127
15	「障害程度区分の医師意見書の取扱い及びこれに係る施行事務費補助金について」の一部改正について	127

1 精神保健医療に関する検討状況について

精神保健医療の充実に関する検討

平成24年2月

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。

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月をめどに検討中**

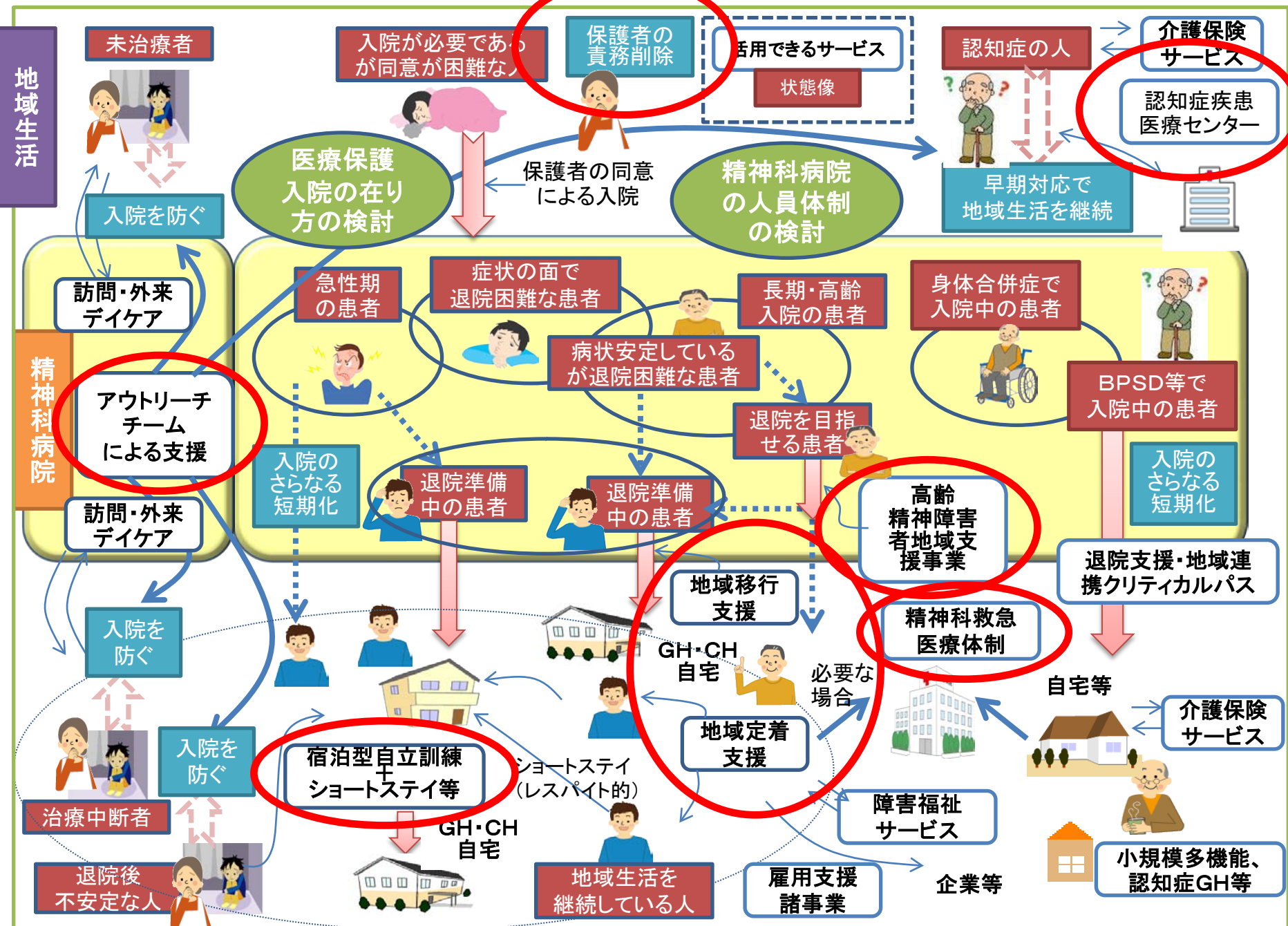
人員体制の充実

- ・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。

近日中に検討開始予定

地域生活を支える精神科医療体制の姿(イメージ図)

暫定版(随時更新予定)



2 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の検討状況について

(1) 新たな地域精神保健医療の構築に向けた検討チーム（第2R：認知症と精神科医療）のとりまとめについて

認知症と精神科医療については、平成22年9月以降、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）で議論を進め、平成23年11月29日に、最終とりまとめを行った。

とりまとめでは、「入院を前提とせず、地域での生活を支えるための精神科医療とする」ことを基本的な考えとして、具体的な提言がなされている。

この中で、認知症と精神科医療に関する目標値として、社会的入院の問題が繰り返されないことを目指し、新規入院患者50%が退院するまでの期間を現状の6ヶ月程度から2ヶ月とするべきとし、そのためには「退院支援・地域連携クリティカルパス」を通じて退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を行うべきとの方向性が出された。

一方、入院に着目した目標値については、入院を前提とせず、地域生活を支えるための地域支援の拡充に関する目標を設けるべきとの提言がなされた。

こうした内容は、「認知症と精神科医療」との問題だけにはとどまらないことから、平成23年12月、老健局が中心となって厚生労働省内に「認知症施策検討プロジェクトチーム」を設置し、医療、介護の連携方策を含め、認知症施策全体について年度末までを目途に引き続き議論を行っている。

(2) 保護者制度・入院制度に関する検討について

保護者制度については、検討チームの第3Rで、平成23年9月に、現行の精神保健福祉法の保護者に課せられる義務規定を削除するとの方向性について確認した。

さらに平成23年11月から、入院制度についての議論を開始し、医療保護入院のあり方について検討を進めている。

具体的には、平成24年1月11日の検討チームでは、措置入院、任意入院以外の入院形態をなくすことは困難であるが、保護者の同意を要件とすることには課題が多く、保護者の同意を要件としない入院手続きについて具体的に検討すべきとの考えが示され、現在作業チームで、保護者の同意を要件としない制度のあり方について、検討が進められている。

(3) 今後の検討課題について

平成22年6月の閣議決定では、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にしている。

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必要がある。

検討体制については、現在検討中である。

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～平成23年11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)
- 昨年7月の社会保障審議会医療部会で、現在の4疾病5事業に加え、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、「医療計画の見直し等に関する検討会」で具体的検討が進められ、昨年12月に「精神疾患の医療体制構築に係る指針(骨子案)」が示された。

I 「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 新たな取組と今後の検討課題

○ 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**

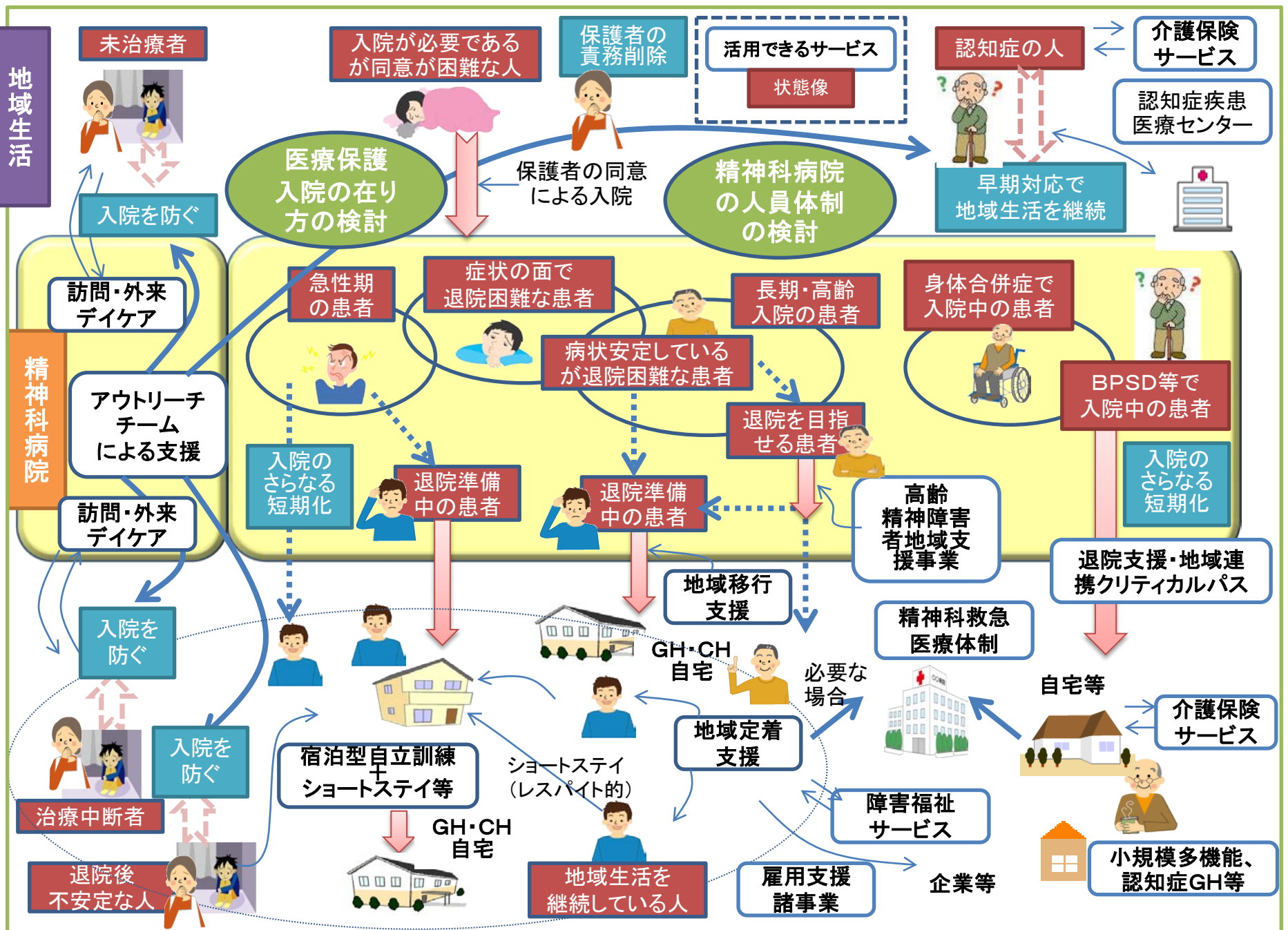
取組6 **地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどを合わせて実施**

◆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**

地域生活を支える精神科医療体制の姿(イメージ図)

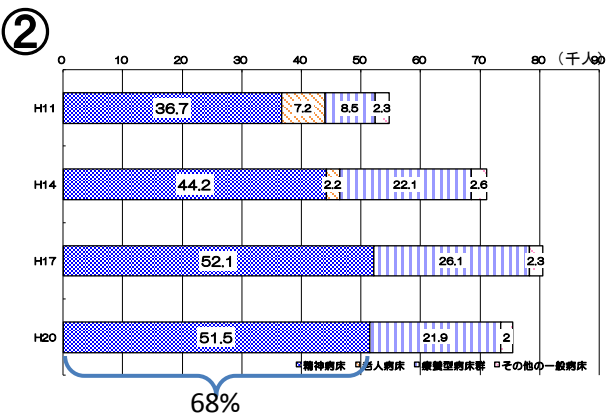
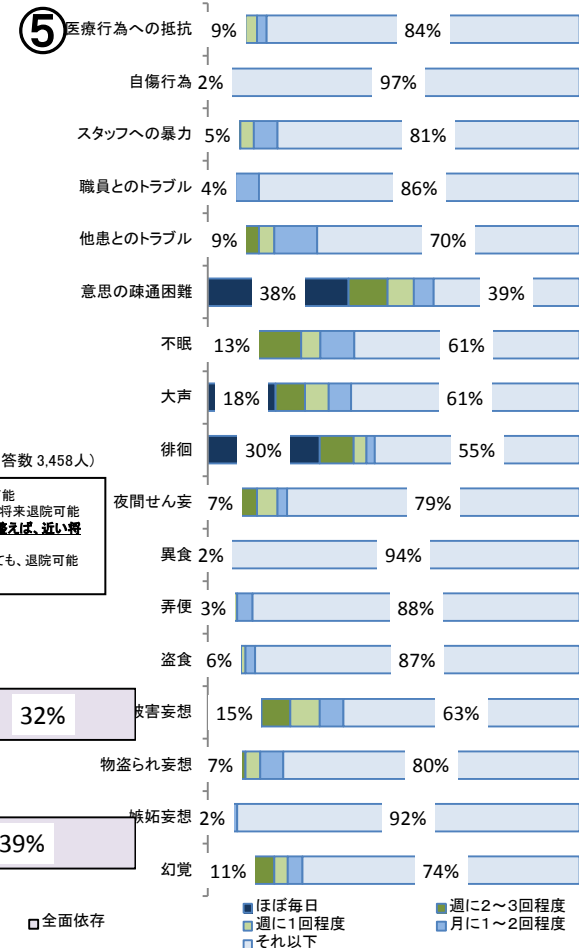
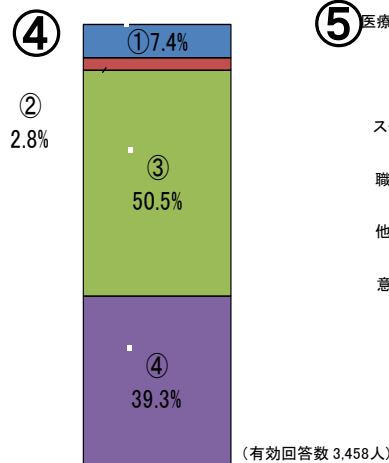
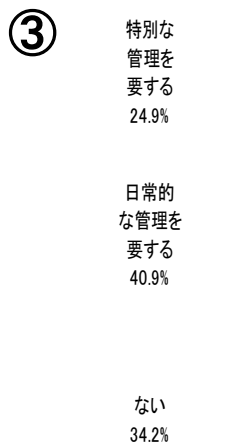
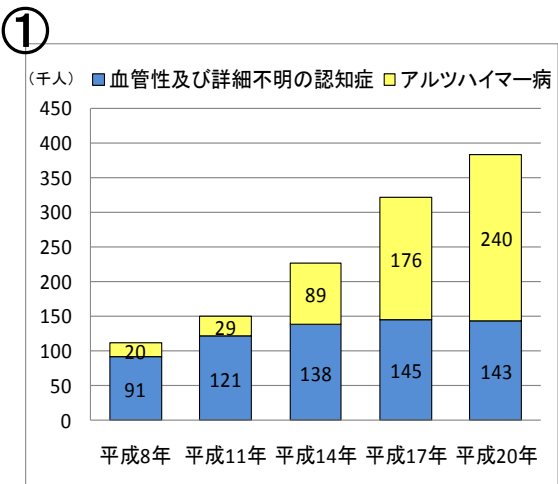
暫定版(随時更新予定)



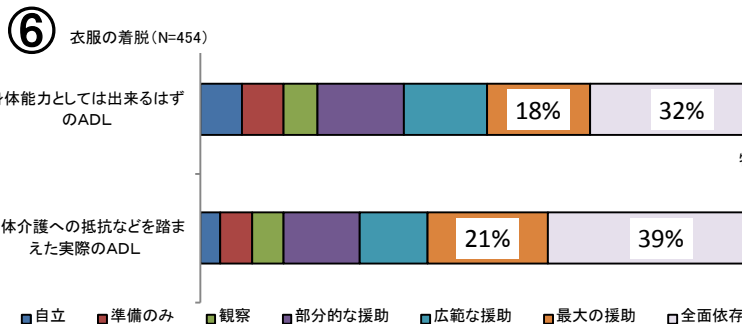
現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理(入院治療)または日常的な管理(外来治療)を要する身体合併症を有している*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割*2
- ⑤ 精神科病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である*3
- ⑥ 精神科病院に入院している認知症患者では、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加*3

*1 患者調査 *2 精神病床の利用状況に関する調査(平成19年度厚生労働科学研究) *3 精神病床における認知症入院患者に関する調査(平成22年9月精神・障害保健課)



(有効回答数 3,376人)



■ ほぼ毎日 ■ 週に2~3回程度 ■ 週に1回程度 ■ 月に1~2回程度 ■ それ以下

基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療 | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能 |

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

地域での生活を支えるための精神科医療

- 専門医療機関による早期の診断
- 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ(訪問支援)
- 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制の整備
- 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

地域全体の支援機能

- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

認知症疾患医療センター

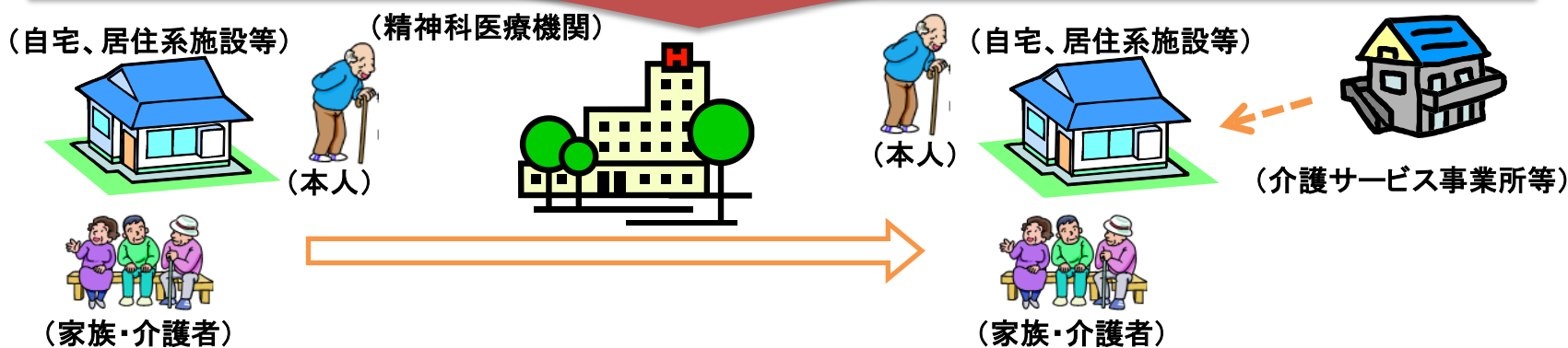
- 身近なところに新たなタイプの認知症疾患医療センターを整備
- 若年性認知症への対応

BPSDを有する患者への精神科医療

- BPSDへの適切な治療
- BPSDを伴う認知症患者への円滑な医療の提供
- 認知症患者に必要な入院医療
- 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先
- 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方



受け皿や支援の整備

認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- 医療・介護双方の理解の向上
- 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わり強化【再掲】
- 施設等で生活する認知症の方へのアウトリーチ(訪問支援)【再掲】

症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- 居住系施設等やサービス支援の整備
 - 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入
- ⇒当面の取組として、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を通じて、地域における取組を試行しながら、検討していくことが必要

退院に着目した目標値

- ①入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とすること、
 - ②BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院促進すること、との精神科医療の提供に係る基本的考え方を前提として、
- 平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月とする(現在の6ヶ月から大幅に短縮)

退院に着目した目標値の実現に向け、

- 「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、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めるとともに、介護保険事業計画への反映方法を検討し、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
- 取組の進み具合を定期的に把握する
- 障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていく

入院に着目した目標値

目標値に関する議論の過程において、

- 退院に着目した目標値だけでは不十分であり、入院に着目した目標値(例えば、精神病床での認知症による入院者数に関する目標値、入院が必要な人の状態像の明確化、できるだけ入院に至らないための地域支援の拡充に関する目標値)も併せて設定すべきとの強い意見があった。
- これに対して、「入院を前提とせず、地域生活を支えるための精神科医療とする」との前提の下、入院が必要な人を入院させるのであって、入院に着目した目標値は不要との強い意見が出され、賛否両論の議論が交わされた。

入院を前提とせず、地域生活を支えるための地域支援の拡充に関する目標値については、今後、老健局をはじめとして障害保健福祉部など関係部局が連携し、適切に検討が深められることを求める

認知症患者への退院支援

☆病状が安定しているにも関わらず、長期入院を続ける患者への退院支援☆
・家族としては在宅で支援したいが、負担が大きく退院させることを躊躇している等

入院

・病状安定のための治療と支援(服薬治療、精神科作業療法等)
・退院後の生活支援に向けた介護支援専門員(ケアマネージャー)との連絡調整
・家族や介護者への支援

退院

退院先が在宅の場合

退院先が施設の場合

ショートステイ

夜間対応型
訪問介護

特別養護
老人ホーム

介護老人
保健施設

認知症対応型
通所介護
(デイサービス)

訪問看護

居宅介護支援
(ケアプラン)

通所リハビリテーション
(デイ・ケア)

地域包括
支援センター

★認知症患者、家族・介護者の希望に添った支援を行う★

在宅介護
支援センター

小規模多機能型
居宅介護

認知症グループホーム

退院支援・地域連携クリティカルパスの活用



精神科医療機関等

(医療)
・服薬治療
・訪問診療
・訪問看護
・重度認知症
デイ・ケア

認知症
疾患医療
センター

認知症サポート
医、かかりつけ
の医師等

介護支援専門員等が居宅サービス計画等を作成し、
医療機関、事業者等との連絡調整を行う

保護者に対する責務規定の削除

○ 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

- 精神病患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

- (病識が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

保護者の同意要件の見直しに当たっての論点・考え方(案)

[今後の具体的な議論に資するため、入院に至る前の対応、入院の手続き、入院中の対応、退院支援の一連の過程においての考え方を網羅的に整理]

①入院に至る前の対応

②入院手続き

③入院中の対応

④退院時・退院後

◆現行制度

保健所、市町村、
相談支援事業所等
による対応



指定医1名
+
保護者による同意



入院時報告
定期病状報告(12月毎)
→精神医療審査会



障害福祉サービス
地域移行支援
・地域定着支援

◆保護者の同意要件の見直しに当たっての論点・考え方(案)

地域精神保健医療
福祉全体で検討



次ページ以降に整理



[考え方1]
入院期間の制限は設けない。

[考え方2]
入院期間の制限を設ける。

[考え方3]
入院期間の制限は設けないが、入院継続の必要性をより頻繁に審査する。

[考え方4]
一定期間の入院制限を設けつつ、審査の上更新可能とする。



現行(平成24年度以降)の障害福祉サービス、地域移行支援・地域定着支援の他に、どのような支援が必要か。

- ・継続通院処遇のような仕組み
- ・地域生活に向けた生活訓練の充実
- ・レスパイト、ショートステイの充実

等

※これらの考え方を組み合わせる考え方もあり得る

②入院手続きについて考えられる考え方(案)

1月26日の作業チームでの議論の整理

- 入院の判断なので、指定医の判断がベースになることが前提。
- その上で、
 - 【論点1】 保護者に代わる誰かの「同意」を必要とするかどうか。
 - 【論点2】 「同意」は必要ないとしても、「関与」を必要とするかどうか。
 - 【論点3】 「同意」又は「関与」する場合、入院時とするか、一定期間内でよいこととするか。
 - 【論点4】 誰が「同意」又は「関与」を行うか。

指定医1名の判断は前提

【論点1】「同意」を必要とするか

YES

NO

【論点3】「同意」のタイミング

入院時

一定期間内

【論点2】「関与」を必要とするか

YES

NO

【論点3】「関与」のタイミング

入院時

一定期間内

【論点4】 誰が「同意」又は「関与」をするか

- [考え方1] 指定医(又は医師)(外部/院内)
- [考え方2] 地域支援関係者(外部/院内)
- [考え方3] 本人の意思を代弁する人
- [考え方4] 行政又は裁判所

指定医1人
による判断
で入院

【論点1】 保護者に代わる誰かの「同意」を必要とするか。

○ 治療へのアクセスという制度の目的を考えた場合、現行制度は、指定医が入院の必要性があると判断していても、保護者の同意がなければ入院させることができないという課題がある。

保護者に代わる誰かの「同意」を必要とするなら、現行制度の課題が継続することとなるが、この点についてどのように考えるか。

○(【論点4】との関連)

指定医等の同意を要することとした場合には、入院の判断の客観性を確保するという意義があるとしても、指定医等以外の者(地域支援関係者、本人の意思を代弁する人、行政・裁判所)に、指定医の判断を覆す権限を与えることについてどのように考えるか。

【論点2】「同意」は必要ないとしても、「関与」を必要とするかどうか。

- 何らかの「関与」も必要ないとすると、入院時には指定医1名の判断のみで入院をさせることとなるが、現行制度で指定医1名の判断に加え保護者の同意を要件としていることとの関係で、どのように考えるか。
- 「関与」とは、具体的には指定医が判断するに当たり意見を聴くということによいか。

【論点3】「同意」又は「関与」する場合、入院時とするか、一定期間内でよいこととするか。

	入院時	一定期間内
同意	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指定医等が行う場合には、指定医の判断に客観性を付与する意義。 指定医等以外が行う場合、指定医等とは別の観点から入院の要否を判断する意義。 ○ 緊急に入院が必要な場合もあることを考慮すると、入院時に「同意」を求める手続きに実効性があるか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時の指定医の判断が適切であったかを事後的に確認する。 ○ 一定期間内に「同意」を得ればよい点で、実効性は向上する。
関与	<ul style="list-style-type: none"> ○ 指定医が判断するに当たり、別の観点から意見を述べる等 ○ 緊急に入院が必要な場合もあることを考慮すると、入院時に「関与」を求める手続きに実効性があるか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「関与」の場合、指定医の入院時の判断に影響を与えるわけではなく、「関与」の時点、又はそれ以降の支援の方針に影響を与えるためのもの。

- 一定期間内は指定医1名の判断で入院が可能であることを考えると、現行の応急入院との関係を整理する必要がある。

※ 緊急性がある場合とそうでない場合を分けて考える必要があるか。

【論点4】 誰が「同意」又は「関与」を行うか。

〔方法1〕 指定医 (又は病院の管理者)

- ① 同一院内の指定医
- ② 別の医療機関の指定医
- ③ 病院の管理者

〔方法2〕 地域支援関係者

- ① 院内の地域支援関係者
- ② 院外の地域支援関係者

※ 地域支援関係者の形態(個人、機関、委員会等)、職種等をどう考えるか。

〔方法3〕 本人の意思を代弁する人

- ① 本人の代理人
- ② 病前に本人が示した意思
- ③ 権利擁護の第三者機関

〔方法4〕 行政又は裁判所

- ① 都道府県知事
- ② 市町村長
- ③ 裁判所

③入院中の対応について考えられる考え方(案)

[考え方1] 入院期間の制限は設けない

- 入院の必要性があり、入院への同意ができない状態が続く以上、一律に入院期間を制限すべきではない、という考え方。
- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することとなる。

[考え方2] 入院期間の制限を設ける

- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することがないように、一定の期間制限を設ける(その期間を過ぎた場合、退院させるか、任意入院を選択する)、という考え方。
- 医療機関で退院に向けた取組を行うインセンティブになり得る。
- 病状の改善が十分ではないのに退院する状況が生じうる。
- この案の場合、退院後も何らかの形で医療(外来、訪問)を継続できる制度が必要となるか。

[考え方3] 入院期間の制限は設けないが、入院継続の必要性をより頻繁に審査する。

- 入院の必要性があり、入院への同意ができない状態が続く以上、一律に入院期間を制限すべきではない、という考え方を前提にしつつ、現在は定期病状報告に対して精神医療審査会が行っている審査の頻度を、より頻繁に行うこととする。
- どのような方法で審査を行うかが課題となる。

[考え方4] 一定の入院期間の制限を設けつつ、審査の上更新可能とする。

- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することがないように、一定の期間制限を設けつつ、病状の改善が十分ではないのに退院する状況が生じないように、審査の上更新を可能とする。
- どのような方法で審査を行うかが課題となる。
- 更新を制限なくできるようにするかどうかが課題となる。

◆審査の方法として考えられる具体的な方法 (医療機関外の主体が行う方法)

[方法1] 精神医療審査会による審査

考え方 現在の定期病状報告に対する精神医療審査会の審査の頻度を、12か月毎から短縮する。

課題 精神医療審査会による定期病状報告は審査が膨大になる。
前提として、精神医療審査会の審査の在り方自体も議論することが必要。

(参考) 精神医療審査会について

- ・ 事務は都道府県(指定都市)から独立性を有する精神保健福祉センターが実施(平成14年4月1日～)
- ・ 構成員(1合議体あたり5名)
 - ①精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)
 - ②法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検事等)
 - ③その他学識経験者 1名以上(社会福祉協議会の役員、公職経験者等)
- ・ 審査内容
 - ①医療保護入院の届出(10日以内)
 - ②措置入院(半年までは3月毎、それ以降は6月毎)、医療保護入院患者(12月毎)の定期病状報告
 - ③入院中の患者、保護者等からの退院請求、処遇改善請求
 に対して、入院の要否、処遇の適・不適の審査を行い、審査結果を都道府県知事(指定都市市長)に通知。
都道府県知事(指定都市市長)は、退院命令等の措置を取らなくてはならない。
- ・ また、都道府県(指定都市)は、年1回全ての精神科病院を実地指導することとなっており、その中で、定期病状報告等を踏まえながら、計画的、重点的に医療保護入院者の診察を行うこととされている。

[方法2] 市町村による審査を行う。

考え方 市町村は障害者自立支援法、介護保険法の実施主体であり、それらのサービスとの関連性という観点から、主体的な役割を果たすべき。

課題 市町村の限られた体制の中で、実効性のある関わりが可能か。

(医療機関における審査による方法)

[方法3] 病院の管理者を含む審査会

考え方 現在でも、多職種による院内での審査を行っている精神科病院があることを踏まえ、病院の管理者を含む多職種による院内審査を行う。

課題 院内の審査であるため、実効性のある審査が可能か。

[方法4] 本人の代理人を含む審査会

考え方 本人にとっての強制性のある入院状態であることから、本人に対する人権面での配慮を手厚くするため、院内審査に本人の代理人を参画させる。

課題 代理人が本人の意思を尊重するのみの役割だとすれば、治療にアクセスするという制度の目的を適切に果たし得なくなる可能性がある。

[方法5] 地域支援関係者を含む審査会

考え方 入院の継続の必要性を審査するに当たり、院内審査に地域支援関係者を参画させることにより、退院に向けた具体的な手段を想定しながら院内審査を行うことが可能となる。

地域移行支援、地域定着支援の利用への移行を円滑に行うことができる。

課題 地域支援関係者の量的、質的な確保が必要。

(本人の意思をできる限り踏まえる方法)

[方法6] 本人の代理人による審査を行う。

考え方 入院の継続については、できる限り本人の立場に立って検討する必要があることから、本人の代理人（例えば、本人が信頼し、指名する人）による審査を行う。

課題 適切な治療を継続することが困難になる可能性がある。

[方法7] 権利擁護の第三者機関による審査を行う。

考え方 入院の継続性の判断に当たっては、本人の権利を擁護する立場から検討する必要があることから、権利擁護の第三者機関による審査を行う。

課題 そのような役割を担う機関の量的、質的確保が現実的に可能か。

④退院時・退院後に関する論点(案)

- 退院支援に関しては、平成24年4月より、地域移行支援、地域定着支援が個別給付化されるほか、障害福祉サービスの報酬改定においても、充実が検討されているが、これらに加え、どのような支援が必要か。
- 具体的には、
 - ① 服薬管理等一定の医療的な支援が確保されれば地域で生活することが可能な人に対して、諸外国の「継続通院処遇」のような対応を行うことについて、どのように考えるか。
 - ② 地域での生活を継続していくため、生活訓練の充実や、状態が悪くなったときなどに駆け込み、専門的な観点からの支援を受けることができるレスパイト、ショートステイの場の拡充についてどのように考えるか。

今後の検討課題

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。

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、昨年7月に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、昨年12月に「精神疾患の医療体制構築に係る指針（骨子案）」が示され、本指針により、都道府県において、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が行われるよう促すことが必要であるとされたところである。

各都道府県においては、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、医療施設調査、患者調査、衛生行政報告、精神保健福祉に関する調査（いわゆる630調査）等を通じて、

- ① 患者動向に関する情報（疾患分類ごとの受診件数・入院患者数・退院患者数、福祉サービスの確保状況等）
- ② 医療資源・連携等に関する情報（精神病床数、職種毎の精神科医療従事者数、専門医・精神保健指定医数等）

を参考に情報を収集し、状況を把握していただくこととなるが、状況把握のために必要な指標については、本指針に示す予定をしており、各都道府県においては準備を進めていただくようお願いする。

本指針については、本年3月を目途に各都道府県に提示することとしており、各都道府県では、本指針に基づき、平成24年度中に医療計画の策定を行っていただき、平成25年度から策定された計画に基づき実施していただくこととなるので、医療関係部署等と連携の上、適切に実施いただきたい。

なお、具体的な作成方法については、指針をお示しした後、各都道府県を対象として、医療計画での精神疾患に関する記載について説明するための会議を随時開催するなど、各都道府県における作成が円滑に行われるよう支援していく予定である。（当面、第1回の医療計画担当者会議を3月中に開催する予定である。）

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

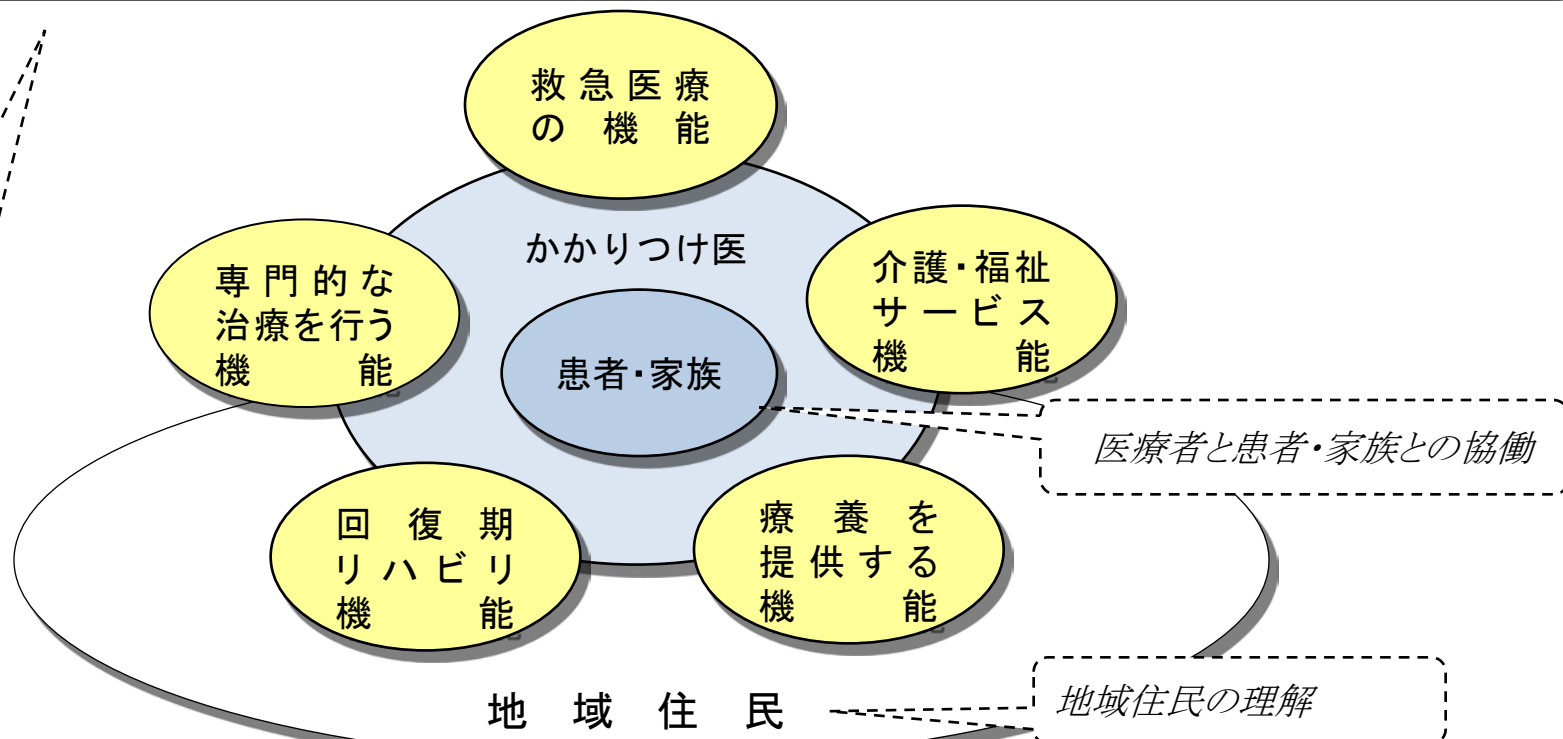
- 都道府県は、四疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築
- 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解

四疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

五事業

- ・ 救急医療
- ・ 災害医療
- ・ へき地医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療
(小児救急含む)



医療計画の基本方針(大臣告示)等について

【法第30条の3】
厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】
医療提供体制確保の基本的考え方

【法第30条の8】
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】
医療計画の作成
○留意事項
○内容、手順 等

疾病又は事業ごとの医療体制について【課長通知】

疾病・事業別の医療体制
○求められる医療機能
○構築の手順 等

【法第30条の4第1項】
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の
実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・急性心筋梗塞
 - ・糖尿病
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療(小児救急含む)
- 居宅等における医療
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 施設の整備目標
- 基準病床数 等

医療圏について

概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

三次医療圏

52医療圏(平成22年4月1日現在)

※都道府県ごとに1つ
北海道のみ6医療圏

【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

特殊な医療を提供

二次医療圏

349医療圏(平成22年4月1日現在)

【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

一般の入院に係る医療を提供

特殊な医療とは・・・

(例)

- ① 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療(高度救命救急センターなど)
- ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療(都道府県がん診療連携拠点病院など)
- ③ 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療 等

4疾病5事業について

○ 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき
省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

<医療法施行規則第30条の28>

- **がん**
- **脳卒中**
- **急性心筋梗塞**
- **糖尿病**

5 事業[=救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- **救急医療**
 - **災害時における医療**
 - **へき地の医療**
 - **周産期医療**
 - **小児医療(小児救急医療を含む)**
-
- 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

精神疾患患者やその家族等に対して、

1. **住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制**
2. **精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制**
3. **症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制**
4. **手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制**
5. **医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境**

を、提供することを目指す。

精神疾患に関する医療計画 イメージ① 【病期】

	【予防】	【アクセス】	【治療～回復】	【回復～社会復帰】
機能	精神疾患の発症予防	症状が出て精神科医に受診できる機能	適切な医療サービスの提供 退院に向けた支援を提供	再発を防止して地域生活を維持 社会復帰に向けた支援、外来医療や 訪問診療等を提供
目標	精神疾患の発症を防ぐ	<ul style="list-style-type: none"> ●症状が出て精神科医に受診できるまでの期間を短縮する ●精神科と地域の保健医療サービス等との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者に応じた質の高い精神科医療の提供 ●退院に向けて病状が安定するための支援を提供 	<ul style="list-style-type: none"> ●できるだけ長く、地域生活を継続できる ●社会復帰(就労・住居確保等)のための支援を提供 ●緊急時にいつでも対応できる
関係機関	保健所、精神保健福祉センター等の保健・福祉等の関係機関(地域保健・産業保健・介護予防・母子保健・学校保健・児童福祉・地域福祉)	一般の医療機関(かかりつけの医師)、精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所、薬局、保健所、精神保健福祉センター等	精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所、薬局、訪問看護ステーション等	<ul style="list-style-type: none"> ●精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所、在宅医療を提供する関係機関、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、職場の産業医、ハローワーク、地域障害者職業センター等
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ●国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 ●地域保健、産業保健領域等との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神科医との連携推進(GP(身体科と精神科)連携事業への参画等) ●かかりつけの医師等の対応力向上研修への参加 ●保健所や精神保健福祉センター等と連携 ●必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)の提供等 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供 ●医師、薬剤師、保健師、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チームによる支援体制 ●緊急時の対応体制や連絡体制の確保等 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の状況に応じて、適切な外来医療や訪問診療等を提供 ●必要に応じ、アウトリーチ(訪問支援)を提供 ●緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ●各種のサービス事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供等

精神疾患に関する医療計画 イメージ② 【状態像】

	急性増悪の場合	専門医療の場合	身体合併症 (急性疾患)の場合	身体合併症 (専門的な疾患)の場合
機能	急性増悪した患者に、速やかに精神科救急医療を提供	専門的な精神科医療を提供	身体合併症を有する精神疾患患者に、速やかに必要な医療を提供	専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供
目標	24時間365日、精神科救急医療を提供できる	児童精神医療(思春期を含む)、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	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必要な医療を提供できる
関係機関	保健所、精神保健福祉センター、精神医療相談窓口、精神科救急情報センター、精神科病院、精神病床を有する一般病院、精神科診療所等	各領域の専門医療機関 等	救命救急センター、一般の救急医療機関、精神科病院、精神科を標榜する一般病院 等	精神病床を有する一般病院、人工透析等が可能な専門医療機関、精神科病院、精神科診療所、一般病院、一般診療所、歯科診療所 等
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ●精神科救急患者の受け入れできる設備を有する(検査、保護室等) ●地域の精神科救急医療システムに参画 ●地域の医療機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ●各領域における、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有する ●各領域ごとに必要な保健、福祉等の行政機関等と連携 ●他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する等 	<ul style="list-style-type: none"> ●身体合併症と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般救急医療機関と精神科医療機関とが連携) ●精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師や医療機関の診療協力を有する ●一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム(多職種チーム)や精神科医療機関の診療協力を有する ●地域の医療機関と連携 等 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神病床については、身体科や身体疾患に対応できる医師や医療機関の診療協力を有する ●一般病床については、精神科リエゾンチーム(多職種チーム)や精神科医療機関の診療協力を有する ●地域の医療機関と連携 等

精神疾患に関する医療計画 イメージ③ 【うつ病の場合】

	【予防】	【アクセス】	【治療～回復】	【回復～社会復帰】
機能	うつ病の発症予防	症状が出てから精神科医に受診できる機能	適切な医療サービスの提供 退院に向けた支援を提供	再発を予防して地域生活を維持 社会復帰(復職等)に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供
目標	うつ病の発症を防ぐ	<ul style="list-style-type: none"> ●症状が出てから精神科医に受診できるまでの期間を短縮する ●うつ病の可能性について判断ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた質の高い医療の提供 ●退院に向けて病状が安定するための支援を提供 	<ul style="list-style-type: none"> ●できるだけ長く、地域生活を継続できる ●社会復帰(復職等)のための支援を提供 ●急変時にいつでも対応できる
関係機関	保健所、精神保健福祉センター等の保健・福祉等の関係機関(地域保健・産業保健・学校保健等)	一般の医療機関(かかりつけの医師)、精神科病院、精神病床を有する一般病院、精神科診療所、救急医療機関、薬局保健所、精神保健福祉センター、職場の産業医等	精神科病院、精神病床を有する一般病院、精神科診療所、薬局、訪問看護ステーション等	精神科医療機関、薬局、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職場の産業医、ハローワーク、地域障害者職業センター等
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病に関する知識の普及啓発、一次予防に協力する ●地域保健、産業保健領域等との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ●内科等身体疾患を担当する医師(救急医、産業医を含む。)と精神科医との連携会議等(GP連携事業等)への参画 ●自殺未遂者やうつ病等に対する対応力向上のための研修等への参加 ●保健所等の地域、職域等の保健医療サービス等との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病とうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できる ●うつ病の重症度を評価できる ●重症度に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む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 ●医師、薬剤師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種チームによる支援体制 ●産業医等を通じた連携により、復職に必要な支援を提供等 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の状況に応じて、適切な外来医療や訪問診療等を提供 ●生活習慣などの環境調整等に関する助言ができる ●緊急時の対応体制や連絡体制の確保 ●ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携により、就職、復職等に必要な支援を提供 ●産業医等を通じた連携により、就労継続に必要な支援を提供等

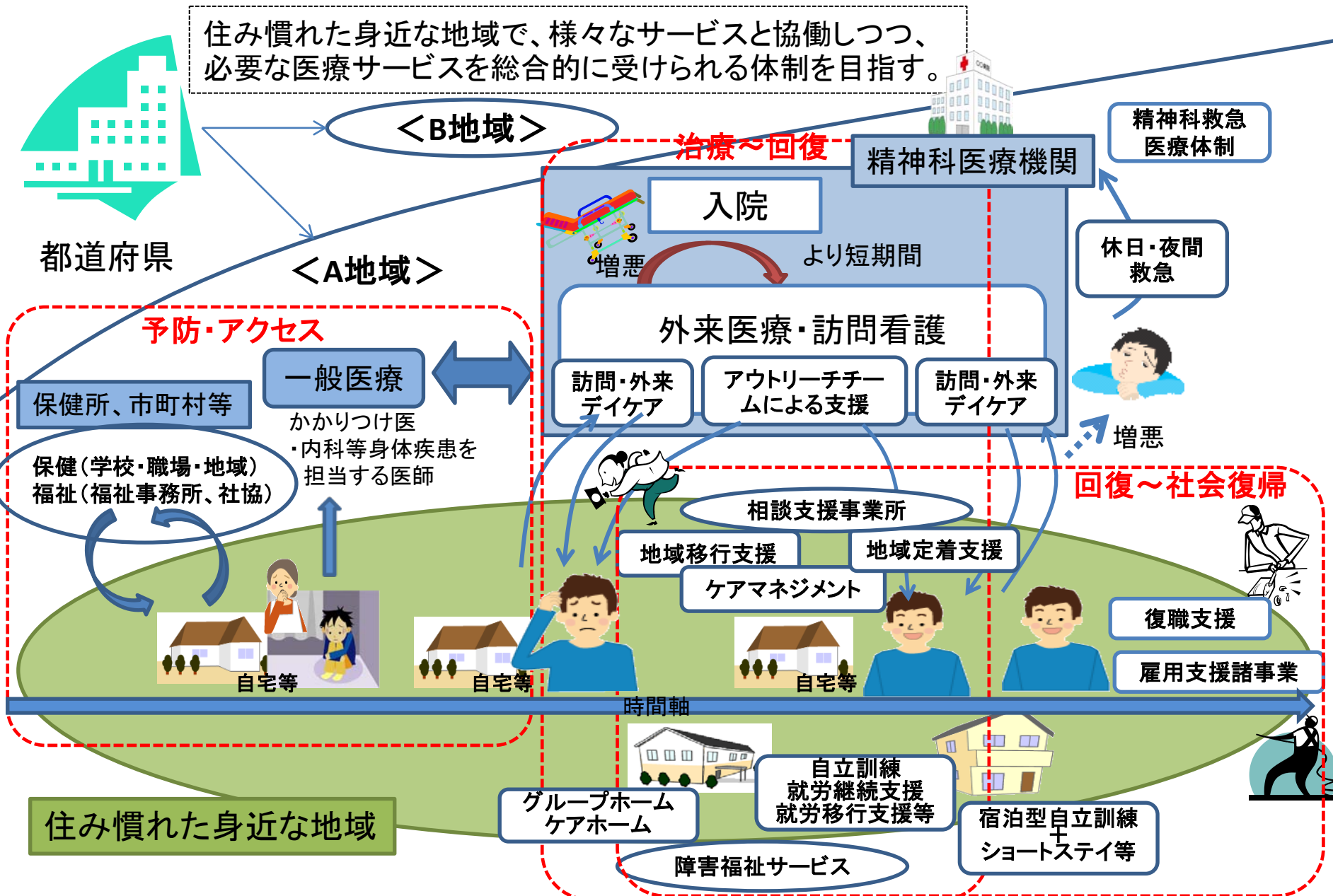
※うつ病に関連する施策:うつ病に対する医療などの支援体制の強化(G-P連携事業)、かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業、自殺未遂者・自殺者遺族ケア対策事業、認知行動療法研修事業等

精神疾患に関する医療計画【認知症のポイント】

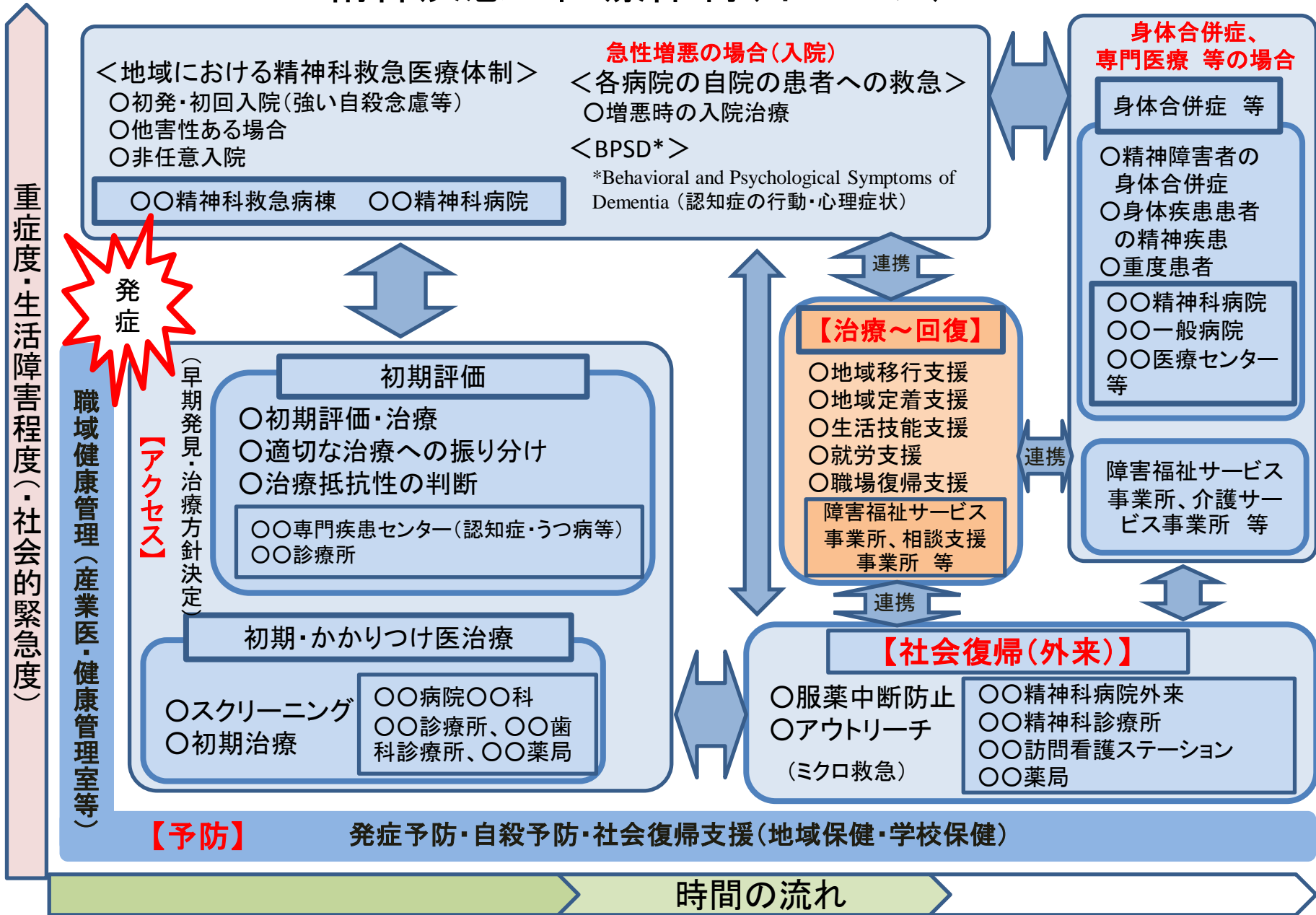
- 認知症の医療計画については、精神疾患の医療計画イメージ案を参考に、【病期】として ①認知症の進行予防、②専門医療機関へのアクセス、③地域生活維持【状態像】として ④BPSDや身体疾患等が悪化した場合に分け、それぞれの目標、医療機関に求められる事項等を作成する。
- 医療計画の内容については、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R)の検討を踏まえ、医療体制に関する以下のような方向性を盛り込んで作成する。
 - ① 認知症の方の地域での生活を支えられるような医療サービス(診断機能、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能、入院機能等)を、家族や介護者も含めて提供できるような医療体制とすることを目標とする。
 - ② 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関の整備について記載する。
 - ③ 認知症疾患医療センターには、早期の詳細な診断や、急性期の入院医療を提供するほか、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える役割を担うことが求められることについて記載する。
 - ④ 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの導入等を通じて、認知症の方の退院支援に当たって、精神科医療機関と介護サービス事業者等との連携を進める。
- 認知症の医療計画については、新たに省内関係部局によるプロジェクトチーム(「認知症施策検討プロジェクトチーム(主査:藤田政務官)」)を設置(11月29日)し、厚生労働省全体の認知症施策を検討する予定としており、その内容を踏まえて作成する。

精神疾患の患者を支えるサービス(イメージ) 福祉との連携

住み慣れた身近な地域で、様々なサービスと協働しつつ、必要な医療サービスを総合的に受けられる体制を目指す。



精神疾患の医療体制(イメージ)



<地域における精神科救急医療体制>

- 初発・初回入院(強い自殺念慮等)
- 他害性ある場合
- 非任意入院

- 精神科救急病棟
- 精神科病院

急性増悪の場合(入院)

<各病院の自院の患者への救急>

- 増悪時の入院治療

<BPSD*>

*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)

**身体合併症、
専門医療 等の場合**

身体合併症 等

- 精神障害者の身体合併症
- 身体疾患患者の精神疾患
- 重度患者

- 精神科病院
- 一般病院
- 医療センター等

発症

初期評価

- 初期評価・治療
- 適切な治療への振り分け
- 治療抵抗性の判断

- 専門疾患センター(認知症・うつ病等)
- 診療所

初期・かかりつけ医治療

- スクリーニング
- 初期治療
- 病院○○科
- 診療所、○○歯科診療所、○○薬局

【治療～回復】

- 地域移行支援
- 地域定着支援
- 生活技能支援
- 就労支援
- 職場復帰支援

障害福祉サービス事業所、相談支援事業所 等

障害福祉サービス事業所、介護サービス事業所 等

連携

【社会復帰(外来)】

- 服薬中断防止
- アウトリーチ(マイクロ救急)
- 精神科病院外来
- 精神科診療所
- 訪問看護ステーション
- 薬局

重症度・生活障害程度(・社会的緊急度)

職域健康管理(産業医・健康管理室等)

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」の骨子

第1 精神疾患の現状

(疫学や医療に関する現状を踏まえて作成)

1. 精神疾患の疫学

- ・ 精神疾患の範囲、精神疾患の受療者数の動向、自殺者数の動向 等

2. 精神疾患の医療

- ・ 予防、診断、治療 等

第2 医療機関とその連携

(検討会で示したイメージ案を踏まえて作成)

1. 目指すべき方向

前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関相互の連携及び保健・福祉サービス等との連携により、必要な医療が提供できる体制を構築する。

具体的には、精神疾患患者やその家族等に対して、以下の(1)～(5)を提供できる体制の構築を目指す。

- (1) 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
- (2) 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
- (3) 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
- (4) 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
- (5) 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図り、利用者がサービスを利用しやすい環境

2. 各医療機能と連携

「1. 目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記（1）から（9）に示す。

（1）から（4）は病期に応じた機能、（5）から（7）は状態に応じた機能、（8）はうつ病、（9）は認知症に対して専門的な精神医療を提供する機能である。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。なお、各医療機関の有すべき機能をいずれかに限定する趣旨のものではなく、一つの医療機関が複数の医療機能を有することを妨げるものではない。

（1）精神疾患の発症を予防するための機能【予防】

① 目標

- ・ 精神疾患の発症を防ぐこと

② 医療機関に求められる事項

- ・ 国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こと
- ・ 地域保健、産業保健等の関係機関と連携すること 等

③ 関係機関の例

- ・ 保健所、精神保健福祉センター等の保健・福祉等の関係機関（地域保健・産業保健・介護予防・母子保健・学校保健・児童福祉・地域福祉） 等

（2）症状が出て精神科医に受診できる機能【アクセス】

① 目標

- ・ 症状が出て精神科医に受診できるまでの期間を短縮すること
- ・ 精神科と地域の保健医療サービス等との連携を行うこと 等

② 医療機関に求められる事項

（一般の医療機関）

- ・ 精神科医との連携を推進すること（G P（身体科と精神科）連携事業への参画等）
- ・ 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すること

(精神科医療機関)

- ・ 保健所や精神保健福祉センター等の関係機関と連携すること
- ・ 必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること 等

※ アウトリーチ：保健・医療・福祉の様々なサービスのうち、訪問により行われるサービス支援を指す。医療では、訪問診療や訪問看護が含まれる。

③ 関係機関の例

(医療機関等)

- ・ 一般の医療機関（かかりつけの医師）、薬局 等

(精神科医療機関)

精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所

(医療機関以外の関係機関)

- ・ 保健所、精神保健福祉センター 等

(3) 適切な医療サービスの提供、退院に向けた支援を提供する機能【治療から回復】

① 目標

- ・ 患者に応じた質の高い精神科医療を提供すること
- ・ 退院に向けて病状が安定するための支援を提供すること 等

② 医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供すること
- ・ 医師、薬剤師、保健師、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チームによる支援体制を作ること
- ・ 緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること 等

③ 関係機関の例

- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所、薬局、訪問看護ステーション 等

(4) 再発を防止して地域生活を維持し、社会復帰に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供する機能【回復から社会復帰】

① 目標

- ・ できるだけ長く、地域生活を継続できること
 - ・ 社会復帰（就労・住居確保等）のための支援を提供できること
 - ・ 緊急時にいつでも対応できること
- 等

② 医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な外来医療や訪問診療等を提供すること
 - ・ 必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
 - ・ 緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
 - ・ 各種のサービス事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- 等

③ 関係機関の例

（医療機関等）

- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所、在宅医療を提供する関係機関、薬局、訪問看護ステーション 等

（医療機関以外の関係機関）

- ・ 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、職場の産業医、ハローワーク、地域障害者職業センター 等

※ 在宅医療一般については、「居宅等における医療体制の構築に係る指針」を参照。

（５）症状の急性増悪や身体合併症を有する精神疾患患者に、速やかに精神科救急医療や必要な医療を提供する機能【急性増悪、身体合併症（急性疾患）の場合】

① 目標

- ・ 24時間365日、精神科救急医療を提供できること
 - ・ 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こと
- 等

② 医療機関に求められる事項

- ・ 精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室等）
- ・ 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すること
- ・ 身体合併症に対応する医療機関については、身体合併症と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般救急医療機関と精神科医療機関とが連携できる）こと

- ・ 身体合併症に対応する医療機関であって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師や医療機関の診療協力を有すること
 - ・ 身体合併症に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム（多職種チーム）や精神科医療機関の診療協力を有すること
- 等

③ 関係機関の例

（医療機関）

- ・ 精神科病院、精神病床を有する一般病院、精神科診療所 等
- ・ 身体合併症については、上記に加え、救命救急センター、一般の救急医療機関、精神科を標榜する一般病院 等

（医療機関以外の関係機関）

- ・ 保健所、精神保健福祉センター、精神医療相談窓口、精神科救急情報センター 等

（6）専門的な治療が必要な身体疾患を合併する精神疾患患者に必要な医療を提供する機能【身体合併症（専門的な疾患）の場合】

① 目標

- ・ 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こと 等

② 医療機関に求められる事項

- ・ 精神病床については、身体科や身体疾患に対応できるや医療機関の診療協力を有すること
- ・ 一般病床については、精神科リエゾンチーム（多職種チーム）や精神科医療機関の診療協力を有すること
- ・ 地域の医療機関と連携できること 等

③ 関係機関の例

- ・ 精神病床を有する一般病院、人工透析等の可能な専門医療機関、精神科病院、精神科診療所、一般病院、一般診療所、歯科診療所 等

（7）専門的な精神医療を提供する機能【専門医療が必要な場合】

① 目標

- ・ 児童精神医療（思春期を含む）、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こと

② 医療機関に求められる事項

- ・ 各領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有すること
- ・ 領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携すること
- ・ 他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること 等

③ 関係機関の例

- ・ 各領域の専門医療機関 等

(8) うつ病に対して予防から社会復帰まで適切な医療サービスを提供できる機能【予防・アクセス～社会復帰】

① 目標

- ・ 症状が出てから、精神科医に受診できるまでの期間を短縮すること
- ・ うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた質の高い医療を提供できること

② 医療機関に求められる事項

(一般の医療機関)

- ・ 内科等身体疾患を担当する医師（救急医、産業医を含む）と精神科医との連携会議等（GP連携事業等）へ参画すること
- ・ 自殺未遂者やうつ病等に対する対応力向上のための研修等へ参加すること

(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疾患について鑑別診断できること
- ・ うつ病の重症度を評価できること
- ・ 重症度に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む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こと
- ・ 患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること
- ・ 産業医等を通じた連携により、復職・就労継続に必要な支援を提供すること
- ・ ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携し、就職、復職等に必要な支援を提供すること 等

③ 医療機関の例

(医療機関)

- ・ 救急医療機関、一般の医療機関（かかりつけの医師）、薬局
- ・ うつ病の診療を行う精神科医療機関 等

(医療機関以外の関係機関)

- ・ 保健所、精神保健福祉センター、職場の産業医、ハローワーク、地域障害者職業センター、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所 等

(9) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで適切な医療サービスを提供できる機能【進行予防～地域生活維持】

(以下の事項を盛り込むとともに、認知症施策全体の検討状況を踏まえて作成)

- ・ 認知症の方の地域生活を支える医療サービスの提供に関する事項
- ・ 認知症疾患医療センターの役割と整備に関する事項
- ・ 医療機関と介護・福祉サービス事業者等との連携に関する事項
- ・ 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの導入に関する事項

第3 構築の具体的な手順

(医療計画全体の見直しの方向性に沿って作成)

1. 現状の把握

都道府県は、別表〇に掲げるような指標により、地域の医療提供体制の現状をできるだけ客観的に把握し、医療計画に記載する。

その際、福祉・介護サービス等の施設や事業所等についても考慮する。

2. 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

圏域の設定に当たっては、「第2 2. 各医療機関と連携」(1)～(4)の病期に応じた医療機能については、二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して設定する。また、「第2 2. 各医療機関と連携」(5)～(9)の状態等に応じた医療機能については、それぞれの医療機能に応じ、地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。

3. 連携の検討及び計画への記載

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たっては、精神疾患患者の状態に応じた、総合的な支援が提供できるよう、医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

4. 課題の抽出

5. 数値目標の設定

6. 施策・事業

7. 評価

8. 公表

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	予防・アクセス	治療～回復*1	回復～社会復帰*1	急性増悪の場合	身体合併症の場合	専門医療の場合
ストラクチャー指標	○ かかりつけ医等対応力向上研修参加者数 【事業報告】	◎ 精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数 【医療施設調査(個票)】		◎ 精神科救急医療施設数 【事業報告】	◎ 精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	◎ 児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関 【診療報酬施設基準】
		○ 精神科病院の従事者数 【病院報告】		◎ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの 【事業報告】	◎ 精神科を標榜する救命救急センター数 【医療施設調査】	◎ 小児入院医療管理料5届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
		◎ 在宅医療サービスを提供する病院・診療所数 【医療施設調査】		◎ 精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料 【診療報酬施設基準】	◎ 精神科を標榜する救急入院可能な施設数 【医療施設調査】	◎ 重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療 【診療報酬施設基準】
		◎ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数 【医療施設調査(個票)】		◎ 精神科救急医療体制を有する診療所数 【医療施設調査】	◎ 精神病床を有する一般病院数 【医療施設調査】	
		◎ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数 【医療施設調査】				
プロセス指標	○ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 精神科地域移行実施加算 【診療報酬施設基準】	○ 精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数 【精神保健福祉資料】	◎ 精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院 【事業報告】	○ 副傷病に精神疾患を有する患者の割合 【患者調査(個票)】	○ 在宅通院精神療法の20歳未満加算 【データ解析】
	○ 精神保健福祉センターにおける相談等の活動 【衛生行政報告例】	○ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下) 【データ解析】	◎ 精神障害者手帳交付数 【衛生行政報告例】	◎ 精神科救急情報センターの夜間・休日の電話相談 【事業報告】	○ 精神科身体合併症管理加算 【データ解析】	
	○ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導 【地域保健・健康増進事業報告】	○ 精神科デイ・ケア等の利用者数 【精神保健福祉資料】		◎ 人口当たり年間措置患者・医療保護入院患者数 【衛生行政報告】		
	○ 精神保健福祉センター訪問指導 【衛生行政報告】	○ 精神科訪問看護の利用者数 【精神保健福祉資料】		○ 保護室の隔離、身体拘束の実施患者数 【精神保健福祉資料】		
	○		年齢調整受療率(精神疾患) 【患者調査(個票)】			
アウトカム指標	○ 心の状態 【国民生活基礎調査(個票)】					
		○		1年未満入院者の平均退院率 【精神保健福祉資料】		
		○		1年(5年*2)以上かつ65歳以上の入院患者の退院患者数 【精神保健福祉資料】		
		○		3カ月以内再入院率 【精神保健福祉資料】		
		◎		退院患者平均在院日数 【患者調査】		
◎			自殺率 【人口動態調査】			

*1 在宅医療(訪問診療、訪問看護、訪問指導等)に関する医療機関、訪問看護事業所、薬局等は、在宅医療の指標も参考とする。

*2 今後、調査項目の追加を検討。

4 精神科救急医療体制の整備の推進について

平成22年12月に成立した精神保健福祉法の一部を改正する法律においては、精神保健指定医の精神医療体制の確保に対する協力義務を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たことから、「精神科救急医療体制に関する検討会」を開催し、今後、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制について検討を行い、平成23年9月30日に報告書を取りまとめ公表したところである。

この報告書で、

- ・ 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・休日にも対応できる体制（マイクロ救急）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

等が指摘されている。

3月までには、この報告書を基に、各都道府県での精神科救急医療体制の整備に関する指針を作成し、お示しすることとしている。

平成24年度予算（案）においては前年度予算に対して2億円増の約20億円を計上しており、以下2つの事業を新設したので、各都道府県においては精神科救急医療体制の更なる強化を図っていただきたい。

（1）医療連携に係る研修会等運営事業

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、転院等を円滑に行うため、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組、事例検討会等の従事者の研修会等の実施

（2）マイクロ救急体制確保事業

継続して診療している自院の通院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の確保（※）

※ 補助事業の対象としては、現在の交付要綱上の病院群輪番型に参加している医療機関の当番日以外の夜間対応について予定している。

（予算（案）概要）

- ・ 24年度予算（案） 2,008,057千円
- ・ 補助先 都道府県・指定都市
- ・ 補助率 1/2

また、平成24年診療報酬改定においても、検討会の報告書を踏まえ、以下のような改定を予定しているため、今後、以下に関する施設基準や届出基準に係る通知に留意の上、各都道府県内で精神科救急医療体制の確保に努められたい。

- (1) 「通院・在宅精神療法1」について、精神保健指定医であることに加え、精神科救急医療体制の確保に協力していることを、要件に追加する。具体的には、当該精神保健指定医が、都道府県の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保に協力していること等を算定要件に盛り込む予定である。
- (2) 「精神療養病棟入院料の重症者加算1」について、GAFスコアが30以下であることに加え、精神科救急医療体制整備事業に協力していることを、要件に追加する。具体的には、当該保険医療機関が、都道府県が行う精神科救急医療体制整備事業に精神科救急医療施設として協力していること等を算定要件に盛り込む予定である。

(報酬改定概要)

・中央社会保険医療審議会 平成24年2月10日資料(抜粋)

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]

○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。

【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)

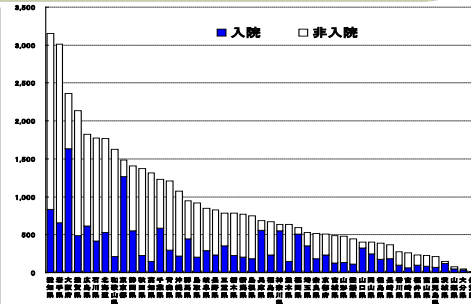


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

【今後の対策】

【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(ミ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、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

【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

精神科救急医療体制整備事業（補助イメージ）（平成24年度）

各都道府県

○精神科救急情報センター [精神保健福祉士（看護師）2人]

各都道府県

○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]

各都道府県

○医療連携に係る研修会等

新

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]

身体合併症救急医療確保事業

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]

各都道府県

○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]

ミクロ救急体制確保事業

各圏域

○ミクロ救急体制確保事業 [医師1人]

新

精神科救急医療体制整備事業費交付基準額（案）（平成24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〕

新 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

※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
(+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
(+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 〕
+
※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

新

精神科救急都道府県別 窓口設置状況

○：設置 ×：未設置

	相談 窓口	情報 センター		相談 窓口	情報 センター		相談 窓口	情報 センター		相談 窓口	情報 センター
1 北海道	○	○	14 神奈川県	○	○	27 大阪府	○	○	40 福岡県	×	○
2 青森県	×	×	15 新潟県	○	×	28 兵庫県	○	○	41 佐賀県	○	×
3 岩手県	×	○	16 富山県	○	○	29 奈良県	○	○	42 長崎県	○	○
4 宮城県	○	○	17 石川県	○	×	30 和歌山県	×	×	43 熊本県	×	×
5 秋田県	×	○	18 福井県	○	○	31 鳥取県	○	×	44 大分県	×	○
6 山形県	×	×	19 山梨県	○	○	32 島根県	○	○	45 宮崎県	×	○
7 福島県	×	○	20 長野県	○	○	33 岡山県	○	○	46 鹿児島県	×	○
8 茨城県	○	○	21 岐阜県	○	○	34 広島県	○	○	47 沖縄県	○	○
9 栃木県	○	○	22 静岡県	○	○	35 山口県	○	○			
10 群馬県	○	○	23 愛知県	○	○	36 徳島県	○	×			
11 埼玉県	○	○	24 三重県	○	○	37 香川県	×	○			
12 千葉県	○	○	25 滋賀県	○	○	38 愛媛県	○	○			
13 東京都	○	○	26 京都府	○	○	39 高知県	×	×			

47都道府県中

- 相談窓口設置 34/47
- 情報センター設置 37/47
- 両方設置 29/47
- " 未設置 5/47

精神科救急医療体制の都道府県別の状況

常時対応＋輪番 14カ所、 常時対応のみ 1カ所、 輪番のみ 31カ所

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	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
					合計	うち輪番病院	うち常時対応	
北海道	5,543,556	21	8	692,945	69	69	0	9
青森県	1,417,278	6	6	236,213	20	20	0	3
岩手県	1,355,205	9	4	338,801	11	11	0	3
宮城県	2,330,898	7	1	2,330,898	26	26	0	26
秋田県	1,118,735	8	5	223,747	14	13	1	3
山形県	1,185,100	4	3	395,033	7	7	0	2
福島県	2,063,769	7	4	515,942	32	32	0	8
茨城県	2,979,639	9	3	993,213	28	27	1	9
栃木県	2,003,954	5	1	2,003,954	1	0	1	1
群馬県	2,008,842	10	1	2,008,842	14	13	1	14
埼玉県	7,096,269	10	2	3,548,135	40	38	2	20
千葉県	6,124,453	9	4	1,531,113	34	33	1	9
東京都	12,548,258	13	4	3,137,065	38	37	1	10
神奈川県	8,848,329	11	1	8,848,329	47	45	2	47
新潟県	2,401,803	7	5	480,361	26	26	0	5
富山県	1,101,637	4	2	550,819	28	28	0	14
石川県	1,165,013	4	3	388,338	16	16	0	5
福井県	812,444	4	2	406,222	10	10	0	5
山梨県	867,122	4	1	867,122	9	8	1	9
長野県	2,168,926	10	3	722,975	17	17	0	6
岐阜県	2,089,413	5	2	1,044,707	14	14	0	7
静岡県	3,773,694	8	4	943,424	11	10	0(1)	3
愛知県	7,218,350	11	3	2,406,117	42	42	0	14
三重県	1,854,050	4	2	927,025	13	13	0	7

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	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
					合計	うち輪番病院	うち常時対応	
滋賀県	1,382,321	7	3	460,774	10	10	0	3
京都府	2,555,650	6	2	1,277,825	11	10	1	6
大阪府	8,676,622	8	8	1,084,578	32	32	0	4
兵庫県	5,586,254	10	5	1,117,251	36	35	1	7
奈良県	1,414,970	5	1	1,414,970	9	8	1	9
和歌山県	1,038,729	7	3	346,243	7	7	0	2
鳥取県	598,485	3	3	199,495	7	7	0	2
島根県	727,793	7	7	103,970	9	9	0	1
岡山県	1,943,864	5	2	971,932	12	12	0	6
広島県	2,859,300	7	2	1,429,650	7	6	1	4
山口県	1,471,715	8	3	490,572	28	28	0	9
徳島県	800,825	6	3	266,942	14	14	0	5
香川県	1,016,540	5	2	508,270	14	13	0(1)	7
愛媛県	1,464,307	6	1	1,464,307	7	7	0	7
高知県	777,080	4	1	777,080	7	7	0	7
福岡県	5,031,870	13	4	1,257,968	78	78	0	20
佐賀県	862,156	5	3	287,385	16	16	0	5
長崎県	1,458,404	9	6	243,067	36	35	1	6
熊本県	1,839,309	11	2	919,655	40	40	0	20
大分県	1,211,042	6	2	605,521	22	22	0	11
宮崎県	1,155,844	7	3	385,281	20	20	0	7
鹿児島県	1,728,554	9	4	432,139	41	41	0	10
沖縄県	1,397,812	5	4	349,453	20	20	0	5
合計	127,076,183	349	148	858,623	1,050	1,032	16(2)	7

※2次医療圏数については、平成22年4月現在。

※人口については、住民基本台帳人口(平成21年3月末現在)による。

※精神科救急医療施設数は、平成22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。

(H23年10月更新)

【I-3（充実が求められる領域／精神医療の充実）-②】

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【I-3-(2)】

第1 基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現 行	改定案
【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）	【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）
重症者加算 40点	1 重症者加算1 60点(改)
	2 重症者加算2 30点(改)
[算定要件]	[算定要件]
GAFスコアが40以下の患者について算定する。	1 重症者加算1 <u>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であつて、GAFスコアが30以下の患者について算定する。</u>
	2 重症者加算2 <u>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</u>

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整備事業に協力しているものとみなす。

【I-3（充実が求められる領域／精神医療の充実）-③】

地域における精神医療の評価

骨子【I-3-(3)】

第1 基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第2 具体的な内容

3. 通院・在宅精神療法の見直し

(1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。

(2) 略

現 行		改定案	
【通院・在宅精神療法】（1日につき）		【通院・在宅精神療法】（1日につき）	
1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	500点	1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	700点(改)
2 1以外の場合		2 1以外の場合	
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点

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、精神疾患が疑われるが未治療の者や治療を中断している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23年度は、15自治体（24箇所の病院等）で実施されており、平成24年度も各都道府県で積極的な取組をお願いしたい。

【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)

- | | |
|------------|-----------------|
| ・24年度予算(案) | 785,148千円 |
| ・補助先 | 都道府県 |
| ・補助率 | 定額(28,041千円/箇所) |

平成23年度精神障害者アウトリーチ推進事業実施機関等

都道府県名	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
青森県	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
	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
	西北五	精神科病院	布施病院			
	上十三	精神科病院	青南病院			
山形県	置賜	精神科病院	佐藤病院	置賜	民間	佐藤病院
	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	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
	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	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
三重県	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
滋賀県	湖南	相談支援事業所	地域生活支援センター風	湖北	日本赤十字社	長浜赤十字病院
和歌山県	和歌山	精神科病院	医療法人田村病院		民間	県内の精神科病院
奈良県	奈良	精神科病院	吉田病院	奈良	民間	吉田病院
				奈良	民間	五条山病院
				南和	民間	下市病院
京都府	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
				中丹	独立行政法人	舞鶴医療センター
岡山県	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うの丘ホスピタル
	県南東部	精神科診療所	大和診療所	県南東部	民間	山陽病院
	津山・英田	精神科病院	積善病院			
島根県	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
	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	福山・府中	精神科病院	下永病院	福山・府中	民間	下永病院
高知県	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
	高知市	相談支援事業所	地域生活支援センター広場そよかぜ			
長崎県	長崎	精神科病院	田川療養所	長崎	民間	田川療養所
鹿児島県	鹿児島	精神科病院	尾辻病院	鹿児島	民間	尾辻病院

計 15府県 24機関

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

平成24年度予算(案) 7.9億円

★ 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。

想定されるチーム構成



ピアサポーター
(当事者)



作業療法士



看護師

【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



精神科医



臨床心理技術者
(臨床心理士等)



相談支援専門員



精神保健福祉士

(都道府県)

- ・医療法人等に事業委託(モデル事業)
- ・事業運営に係る評価委員会を設置



対象者の紹介

情報交換等
による連携

家族等からの
相談

受付・受理

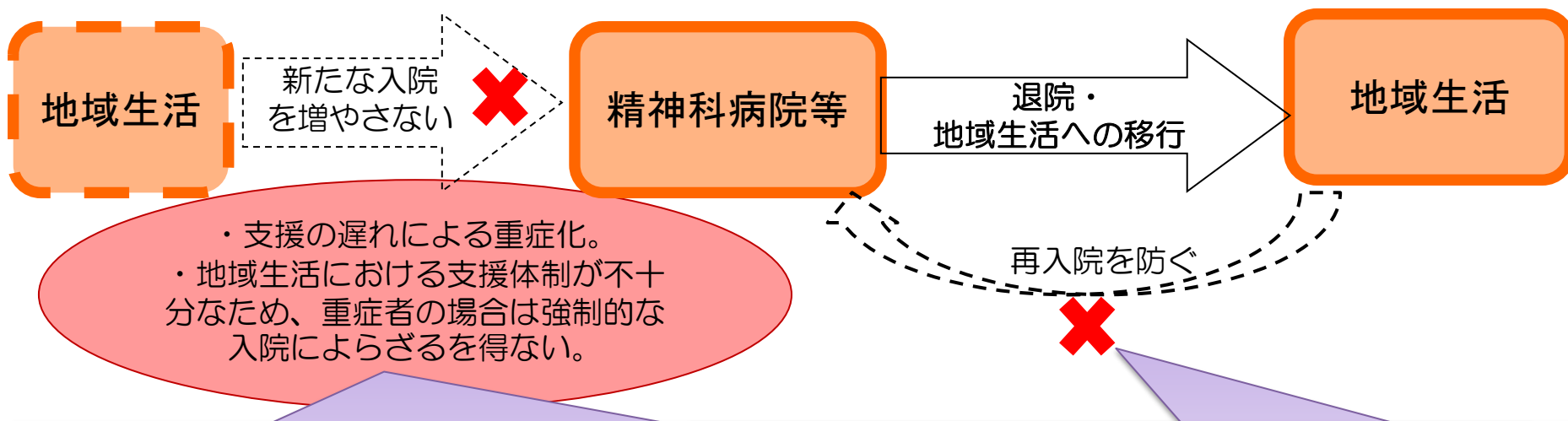
(地域の関係機関)

- ・保健所、市町村
- ・医療機関
- ・障害福祉サービス事業所
- ・介護保険事業所
- ・教育機関
- ・地域自立支援協議会等

【特徴】・医療や福祉サービスにつながない(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

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。

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業に係るスケジュール

- ・事業実施に際し、各都道府県においては事業内容等に係る照会等を随時行われたいこと。
- ・事業評価の観点から定期的に委託事業者の情報交換会等を行う予定であること。

	24年 3月	24年 4月	24年 5月	24年 6月 ～7月	24年 8月 ～10月	24年 11月 ～12月	25年 1月 ～2月	25年 3月
国	事業要綱 発出	事業承認		実施事業者等 情報交換会		実施事業者等 情報交換会		事業要綱 発出
都道府県本庁	・国庫補助 協議 ・委託事業 者の選定 ・契約事務	事業の進捗管理・検証(国・都道府県)						
		評価委員会の開催(3ヶ月に1回以上)等						
保健所			事業報 告提出					
		事業への協力、ケース・カンファレンスへの参加等						
委託法人等		事業実施、ケース・カンファレンスの開催、厚生労働科学研究に係る調査報告等						



平成 24 年 1 月 31 日
精神・障害保健課

平成 24 年度精神障害者アウトリーチ推進事業採択方針等について

標記事業については、平成 23 年度は 15 自治体 24 ヶ所の病院等で実施されており、同一病院内で病床削減とチーム設置を行っているのが 12 ヶ所、同一圏域内で病床削減とチーム設置を行っているのが 7 ヶ所となっています。

今回の会議開催にあたり、平成 24 年度の各自治体の所要見込額をご報告いただきましたが、当該事業については既に全国 24 ヶ所で実施されている一方、平成 24 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 24 年度から新規で実施される事業については、当課の方針に沿ったものを優先的に補助採択したいと考えております。

つきましては、平成 24 年度の補助採択方針等につきましては下記のとおりと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。

記

1. 平成 23 年度から事業を実施している自治体の場合

- ①. 平成 24 年 3 月 9 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を送付（4 月まで）、その後交付申請

※ ただし、平成 24 年度から新たにチームを増やして事業を実施する場合には、下記「2. 平成 24 年度から事業の実施を予定している自治体の場合」と同じ手順で、国庫補助協議を実施します。

2. 平成 24 年度から事業の実施を予定している自治体の場合

- ①. 平成 24 年 3 月 9 日（金）までに実施計画書を当課あて提出
- ②. 当課と日程調整後、自治体担当者に来課していただき国庫補助協議を実施
[実施計画書提出後、「4. 平成 24 年度補助採択優先順位」に沿って、順次実施]
- ③. 当課から実施計画の承認通知を送付（4 月まで）、その後交付申請

※実施圏域の概要及び実施病院等の状況を把握できる資料を持参して下さい。

3. 平成 24 年 4 月以降に、事業の実施を計画した場合

予算の執行状況を踏まえて 2 次募集（未定）を実施する。

4. 平成 24 年度補助採択優先順位

- 【1位】： 同一病院内で病床削減とチーム設置を行う場合
- 【2位】： 同一圏域内で病床削減とチーム設置を行う場合
- 【3位】： 異なる圏域でそれぞれ病床削減とチーム設置を行う場合

5. 平成 24 年度補助基準額、補助率、補助対象経費

- 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。

【平成 24 年度の補助金執行について】

	平成24年度国庫補助基準額等	平成24年度の実施形態	実施計画の提出	国庫補助協議	優先順位適用有無
平成23年度から事業を実施している自治体	基準額：28,041千円 (1自治体) 補助率：10/10	平成23年度と全く同じチームで実施	要	不要	適用無
		平成24年度から新たにチームを増やす場合	要	要	<u>適用有</u>
平成24年度から事業を実施する自治体	基準額：28,041千円 (1自治体) 補助率：10/10	平成24年度から新規でチームを設置して、実施する場合	要	要	<u>適用有</u>

6 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

精神保健医療福祉施策においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を推進し、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていくとの認識の下、地域生活への移行及び地域生活の支援に関する施策を講じている。

平成24年4月からは、本事業における「地域移行推進員の配置」及び「個別支援会議の開催」については、相談支援として個別給付化されることとなっている。具体的には、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・地域定着支援）として位置付けられるので、同制度を積極的にご活用いただきたい。

なお、地域相談支援を実施する事業者は、当該事業所の所在地を管轄する都道府県知事・指定都市市長・中核市市長から指定を受ける必要があるが、現行の精神障害者地域移行・地域定着支援事業を実施している事業者については、当面の間、相談支援専門員の配置の有無に関わらず指定できる経過措置を設けることとしているので、念のため申し添える。

平成24年度からの精神障害者地域移行・地域定着支援事業としては、協議会の設置、相談支援事業者等への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、地域住民との交流事業については、引き続き本事業の補助対象とし、精神障害者の退院促進及び地域定着に向けた支援を行う事業として実施するので、障害福祉計画に基づく精神障害者の地域移行を着実に進めていただきたい。

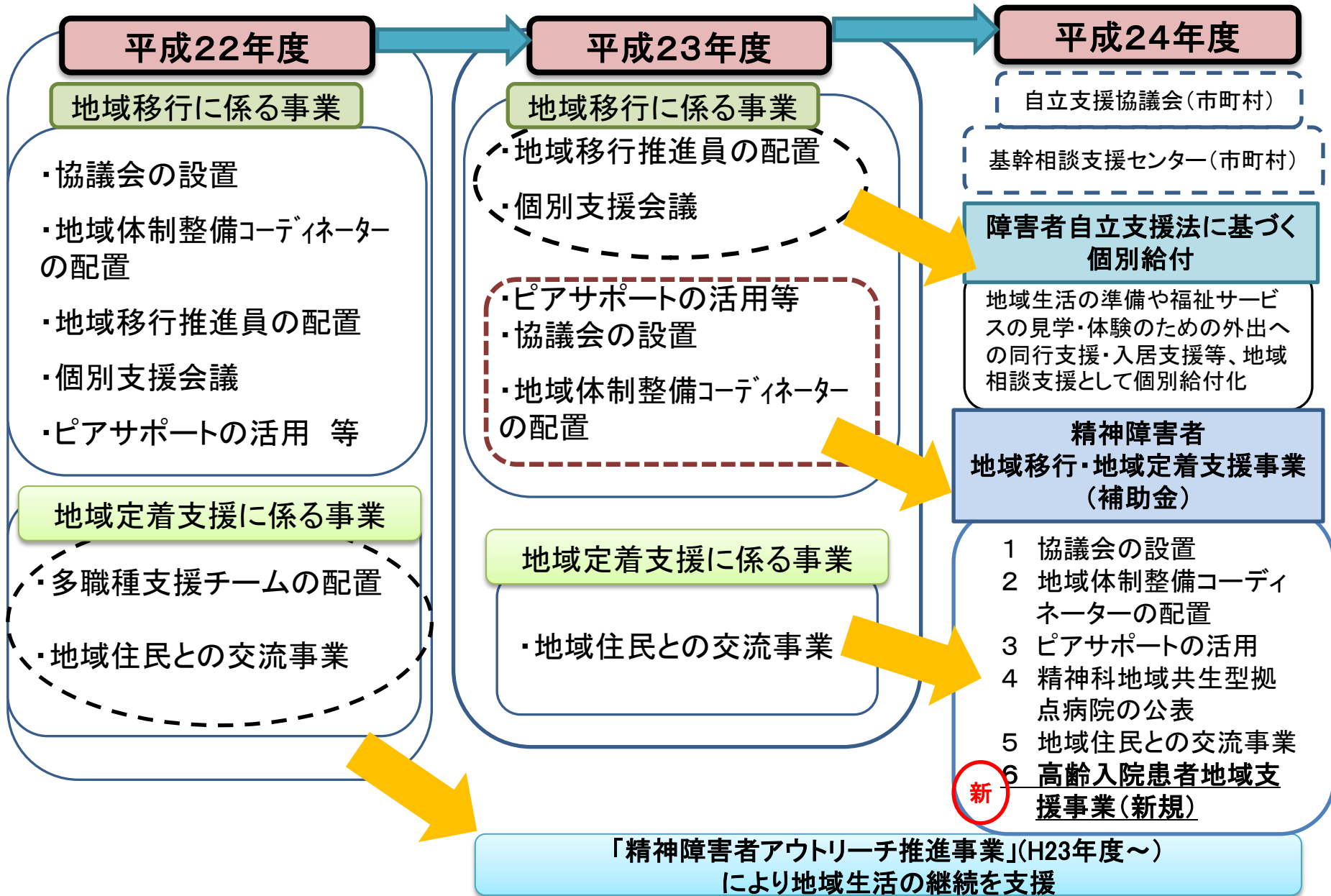
また、精神科病院の高齢長期入院患者を対象に、病院内の医師、看護師、精神保健福祉士等が連携し、担当職員を配置し、相談支援専門員や介護支援専門員といった地域の関係者とチームを組むことで、退院に向けた治療や支援、地域の関係機関との連携強化を行い、地域移行に向けた退院支援を行う「高齢入院患者地域支援事業」を新設することとしている。

各都道府県等におかれては、地域移行を一層強力に推進する観点から、本事業の実施に必要な予算の確保をお願いする。

(予算(案)概要)

- | | |
|------------|-----------|
| ・24年度予算(案) | 318,547千円 |
| ・補助先 | 都道府県・指定都市 |
| ・補助率 | 1/2 |

平成24年度「精神障害者地域移行・地域定着支援事業(補助金)」の概算要求について



平成24年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業(一部新規)
予算(案)：3,3億円、実施主体：都道府県、指定都市(補助率：1/2)

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることができるよう関係機関の連携の下で医療、福祉等の支援を行うという観点から、従来の地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活移行後の定着支援についても実施する。

事業内容

- 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(新規)

地域生活

精神科病院・診療所

訪問看護
精神科デイケア

相談支援事業
・計画相談支援
・地域相談支援

障害福祉サービス事業等
・自立訓練
・グループホーム
・ケアホーム
・就労移行支援
・就労継続支援
・地域活動支援センター等

基幹相談支援センター

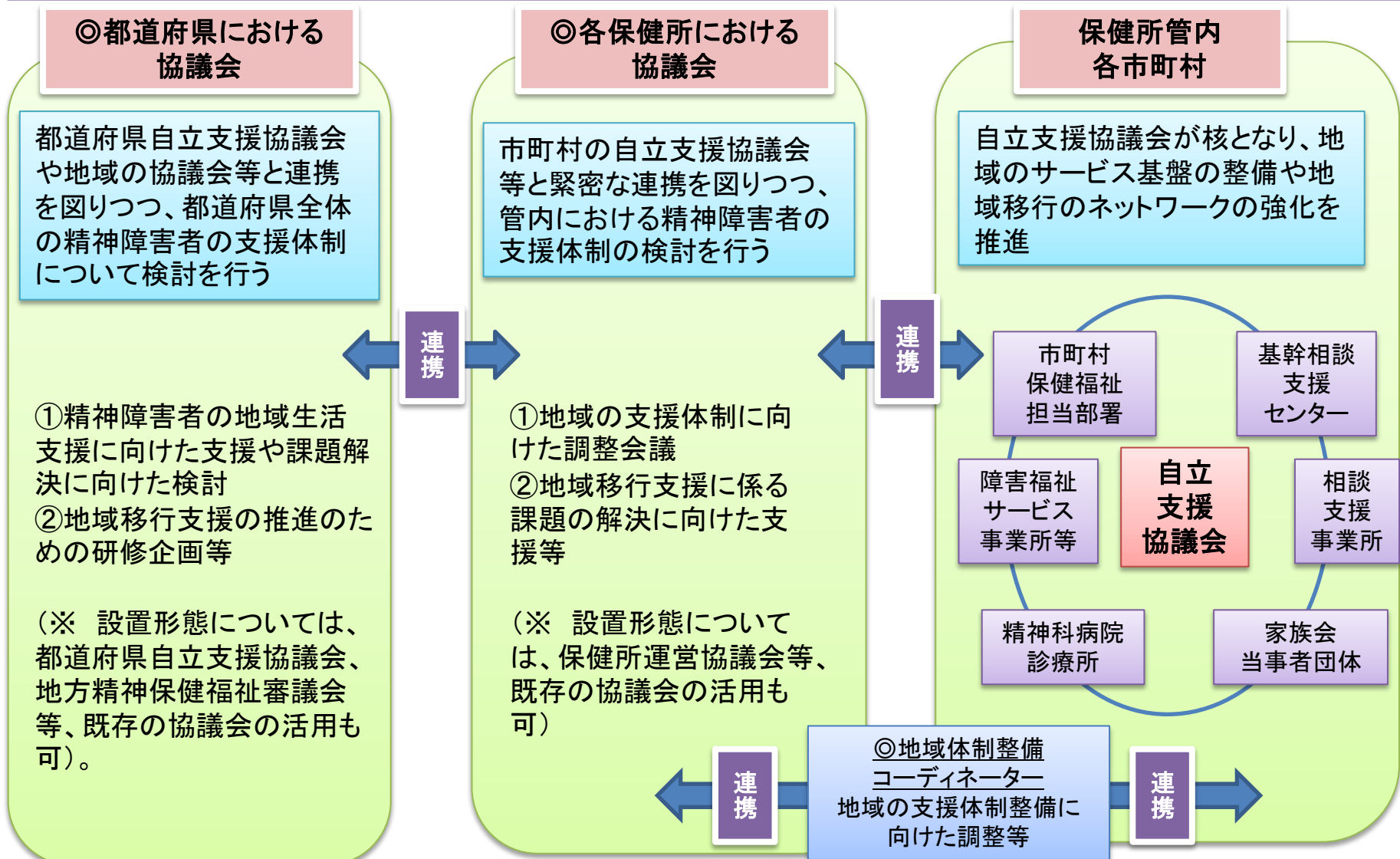
自立支援協議会

緊密な連携

【新】

協議会等の役割について

平成23年度までは都道府県等が主催する協議会において対象者の選定等を実施してきたところであるが、平成24年度からの地域相談支援の個別給付化に伴い、関係機関の連携強化に努め、地域の支援体制を構築する



※◎については、平成24年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業による対象経費となること

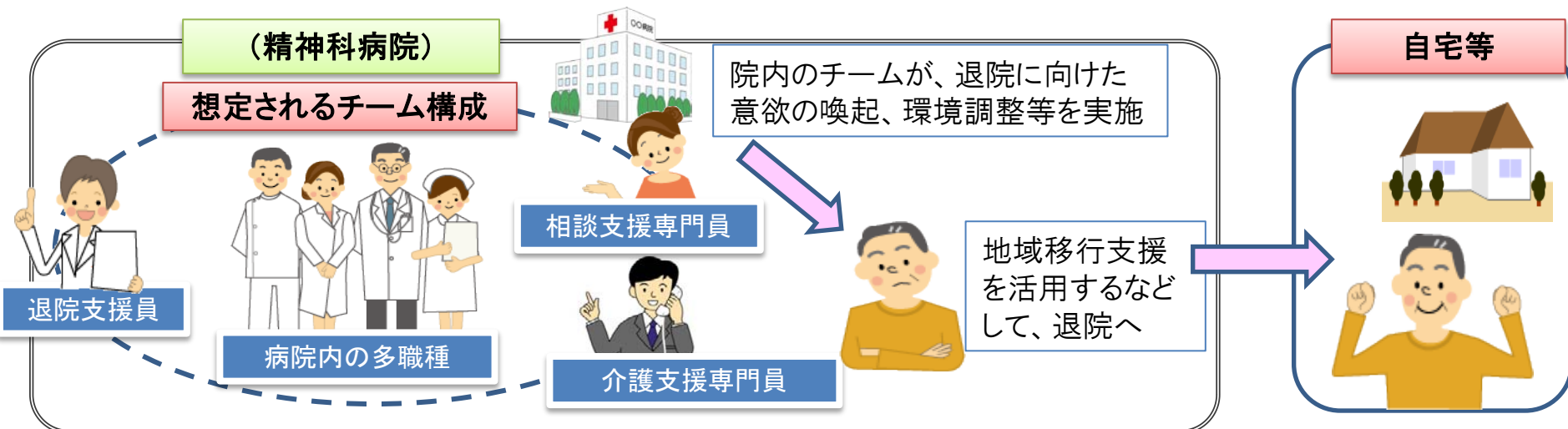
高齢入院患者地域支援事業について

【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年度予算案）新

- ・ 平成24年度予算案において、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 認知症疾患医療センターの整備について

(1) 認知症疾患医療センター運営事業の概要

認知症疾患に係る医療については、各施設の機能のばらつきや地域における関係諸機関の連携の中心として十分な機能を果たしていないといった課題が明らかとなっていたため、平成20年度予算から「認知症疾患医療センター運営事業」を計上し、全国150か所の設置を目指し、整備を行ってきた。

認知症疾患医療センターは、

- ① 認知症疾患について、診断や精神症状等への対応、身体合併症への対応を行う専門医療機関としての機能
- ② 精神症状等への対応や身体合併症への対応を行う医療施設の空床情報の把握と情報提供、患者の病態に応じた他の医療機関への紹介、かかりつけ医等地域の医療関係者への専門的な医療研修の実施、協議会の開催や専門的な相談への対応など地域の医療機関や介護施設等の関係者との連携を行うなど、認知症疾患に関わる地域の医療機能の中核的機関としての機能
- ③ 地域住民に対する普及啓発や相談への対応など、認知症疾患に係る医療に関する情報センターとしての機能
- ④ 連携担当者を配置することにより地域包括支援センターとの連携機能を強化し、地域における医療と介護の連携の拠点としての機能
- ⑤ 認知症の周辺症状や身体合併症に対する双方の医療を担う基幹的（総合病院型）な機能

を有する医療機関を対象とし、平成24年2月1日現在、40道府県、10指定都市の146か所設置されている。平成24年度予算（案）では、これを設置する都道府県、指定都市に対する運営費（診療報酬で対応する内容は除く。）の補助として、約3.6億円を計上し設置数を175か所に増加することになっているので、未整備の自治体におかれては、最低1か所の整備をお願いします。

なお、整備に当たっては、同じ地域に集中することがないように地域バランスや地域の交通事情に配慮した整備をお願いします。

(予算(案)概要)

- | | |
|--------------|------------------------|
| ・平成24年度予算（案） | 356,328千円 |
| ・補助先 | 都道府県、指定都市 |
| ・か所数 | 175か所（基幹型5か所、地域型170か所） |
| ・補助率 | 1/2 |

(2) 地域連携の体制の強化について

認知症疾患医療センターの実施要綱には、「地域連携の機能」として、研修会、連携協議会に積極的に取り組むよう規定している。これまでは、各地域の実情に応じて、研修会、連携協議会が行われてきたが、認知症疾患医療センターの設置数が一定数に至り、今後は、研修会、連携協議会の質の確保が求められる。

【参考】認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（抜粋）

3 設置基準

(1) 基幹型センターの基準について

ウ 地域連携の機能

(イ) 研修会、連携協議会

サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。

また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連絡協議会を組織し、開催していること。（ただし、5（3）による場合は、その会議等に参画していること。）

注）地域型センターも同様の内容である。

認知症の方への支援に当たっては、本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることが必要である。このため、今後の認知症対策は、認知症の方が地域で暮らしていくために、様々なサービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築が必要である。

このため、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、介護事業者等のサービス提供者、患者・家族等の当事者、地域住民、及び地方自治体が「顔の見える関係」を構築する必要がある。認知症疾患医療センターが実施する研修会や連携協議会は、「顔の見える関係」を築くためのツールとして有効に活用していただきたい。

以下に、認知症疾患医療センター運営事業による研修会、連携協議会の方法について例示するので、今後は、各都道府県・指定都市が積極的に関与し、取組を行っていただきたい。

① 研修会への取り組み

趣 旨

地域において認知症に対して専門知識を有する認知症疾患医療センターが、自治体の協力の下に、一般の医療機関（かかりつけ医）、地域包括支援センターなどの介護関係者、地域住民等に対し、地域での認知症対策に対してそれぞれが果たす役割等について理解を深めるため、実施するもの。

例として

（一般の医療機関（かかりつけ医）に対する研修）

- ・ かかりつけ医は、認知症の症状をいち早く発見し、家族や本人からきめ細かく状況を聞くことができ、また、地域でその人の生活を継続して支えていく上では重要な役割を果たす。かかりつけ医が認知症に対する知識を深め、かかりつけ医

と専門医の連携を深める意味でも、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」とも連携しながら、認知症疾患医療センターが研修を行う。

(地域包括支援センター等介護事業者に対する研修)

- ・ 認知症の方が地域で暮らしていくためには、様々なサービスが切れ目なく、提供される必要があり、介護事業者にもBPSDへの適切な対応など、医療機関との連携や対応力の向上を図ることが重要である。

このため、認知症疾患医療センターが、地域包括支援センター、介護サービス事業者、介護支援専門員、かかりつけの医師、認知症サポート医などと相互に情報共有できるよう介護事業者を対象にした研修を行う。

(地域住民に対する研修)

- ・ 認知症の人が住み慣れた自宅や地域で安心して生活を続けられるようにするには、地域住民が、認知症を正しく理解することによって、認知症を疑う症状に気づき早期からの相談や受診につながることを期待でき、また、認知症の人と認知症の人を介護する家族を支援する役割を果たすことができる。

このため、認知症の症状、認知症の方への対応のしかた、認知症の方が辿るプロセス、認知症に対応できる医療機関、受けられる介護サービス等、地域で認知症の方と共に生きていくために地域住民が持っているべき知識についての研修を行う。

② 連絡協議会での取り組み

趣 旨

認知症の方をできる限り地域で支えていくためには、家族や介護者等が24時間365日安心感を持って認知症の方を支えていくことができる体制を整えることが重要である。

このため、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、介護サービス事業所、介護支援専門員（ケアマネジャー）、かかりつけの医師、認知症サポート医や精神科医療機関等がお互いの存在や活動内容、立場（限界、可能性）を相互に認識し、情報共有を図り、それぞれの機能が発揮できる体制を構築するための協議の場として定期的を開催する。

例として

(「事例検討」を通じた連携)

- ・ 連携協議会の方法としては、「事例検討」の手法が考えられる。医学的な診断以外に、生活歴や生き方、家族構成等を含めて支援策を検討することで、認知症疾患医療センターのスタッフのみではなく、かかりつけ医、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、社会福祉士などの専門職のほか、自治体の担当者を含め様々な視点から意見を出し合い「顔の見える関係」が構築され、実際の場面での連携に繋がっていくことが期待される。

(認知症疾患への円滑な医療の提供)

- ・ 上記の事例検討のような取組を通じ、継続的な診療の充実を図るとともに、訪問診療や訪問看護の充実、多職種チームによるアウトリーチ（訪問支援）の推進

等により、地域包括ケアシステムの中で、医療面でどのような支援が必要かを協議する。

(退院支援・地域連携クリティカルパス)

- ・ こうした取組を行う中で、精神科医療機関と地域包括支援センター、介護支援専門員、介護事業者、介護に関する地域の相談機関等が協力して活用できるような、入院時から退院に向けた治療や支援に関する情報を円滑に共有するための認知症の「退院支援・地域連携クリティカルパス」の作成に向けた協議を行う。

(3) 運営状況に関するアンケート調査について

認知症疾患医療センター運営事業は、開始から5年目を迎え、既に当初の目標（150か所）を達成した。今後、さらなる量の確保が必要であるとともに、質の確保も重要になる。このため、それぞれのセンターで実施されている取組について把握したいと考えている。今後、毎年、運営状況に関する調査を実施することとしたので、ご協力をお願いする。調査結果は、とりまとめ次第センター毎に公表する予定である。

なお、調査は、業務の実態、研修会等の実施状況や地域での連携体制を中心に、本年5月を目途に行う予定である。

[調査の内容（例）]

○業務の実態について

- ・ 他医療機関から認知症疾患医療センターへの紹介状況
- ・ 認知症疾患医療センターから他医療機関への逆紹介状況
- ・ 認知症疾患医療センター受診患者の身体合併症の状況
- ・ 認知症疾患医療センターにおける入院状況
- ・ 認知症疾患医療センターにおける往診状況
- ・ 認知症疾患医療センターにおける退院支援・地域連携クリティカルパスの使用状況

○研修会、地域の医療機関等との連携状況について

- ・ 認知症疾患医療センター職員を対象とした研修会の実施状況
 - ・ 認知症疾患医療センター主催の研修会の開催状況
 - ・ 認知症疾患医療センター主催の事例検討会の開催状況
 - ・ 認知症疾患医療センターと地域の医療機関等の連携状況
 - ・ 他の認知症疾患医療センターとの連携状況
- 等

※調査内容は現時点での例であり、今後変更があり得る。

認知症疾患医療センター運営事業

平成23年度 363,615千円 → 平成24年度 356,328千円

認知症疾患医療センター

設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数；全国（都道府県・指定都市）に約175ヶ所設置予定

人員；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

〔基幹型（総合病院）〕

専門医療の提供

周辺症状や身体合併症に対応する双方の医療の提供
入院治療のための空床の確保

認知症疾患医療センター

情報センター

普及啓発
認知症に関する情報発信
一般相談
住民からの相談に対応

専門医療の提供

詳細な鑑別診断
急性精神症状への対応
身体合併症への対応

地域連携の強化

顔の見える連携体制の構築
研修会の実施
専門相談
連携担当者の配置による地域介護との連携

連携担当者の配置

〔地域型（単科精神科病院等）〕

地域包括支援センター

介護職
ホームヘルパー等

介護サービス

- ・特養
- ・老健
- ・認知症グループホーム
- ・居宅

紹介
周辺症状により専門医療が必要な認知症疾患患者

サポート医

物忘れ外来




精神科外来

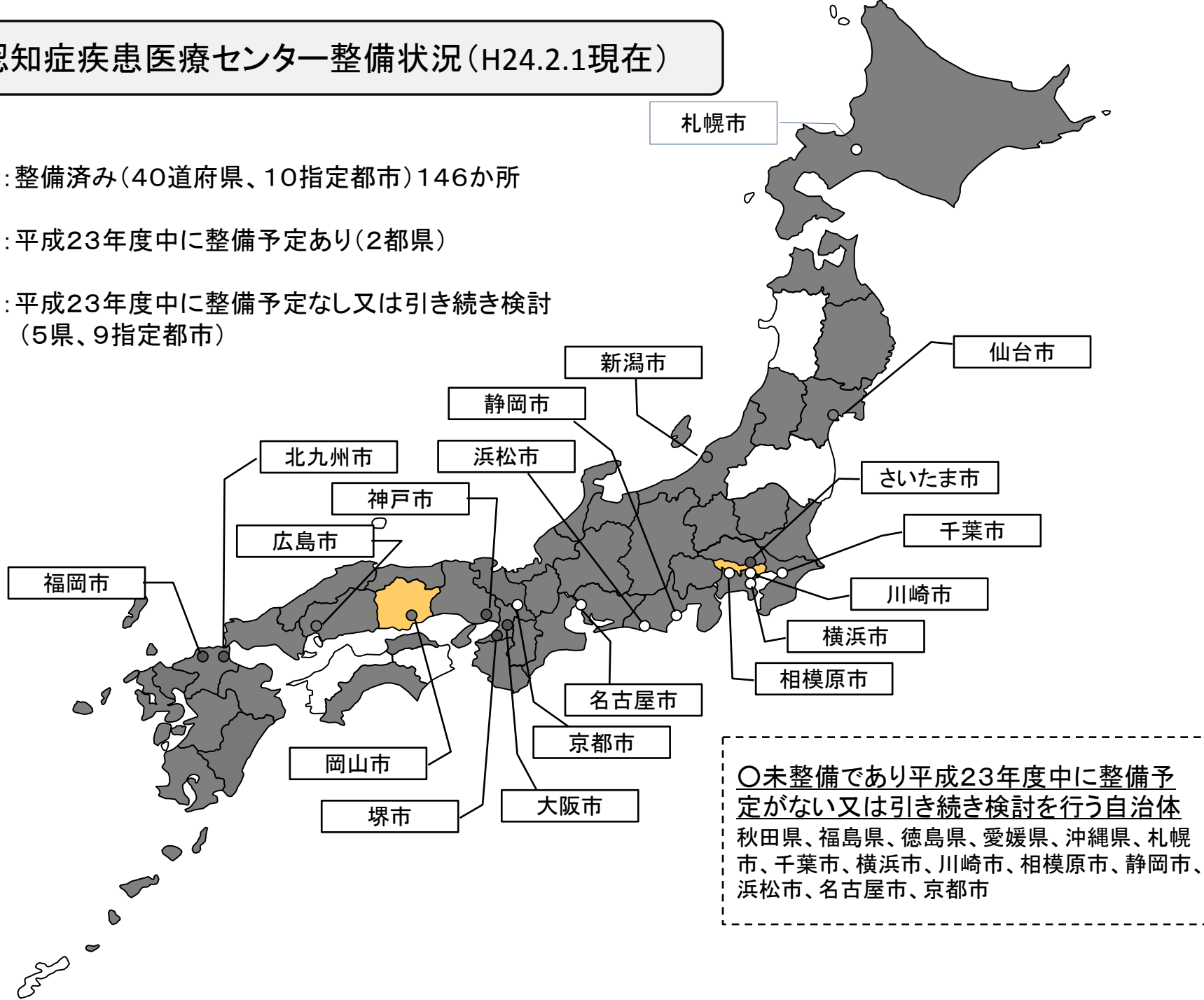
内科医等のいわゆる「かかりつけ医」

医療（うち入院1/4）

介護

認知症疾患医療センター整備状況(H24.2.1現在)

-  :整備済み(40道府県、10指定都市)146か所
-  :平成23年度中に整備予定あり(2都県)
-  :平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)



○未整備であり平成23年度中に整備予定がない又は引き続き検討を行う自治体
秋田県、福島県、徳島県、愛媛県、沖縄県、札幌市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市

認知症疾患医療センター整備状況

(平成24年2月1日現在)

都道府県 指定都市	医療機関名	開設者 (設立法人等)	指定年月日 (最初の指定年月日)	住所	基幹型
1 北海道	道央佐藤病院	医療法人社団玄洋会	H22.6.1	苫小牧市字樽前234番地	
2 北海道	砂川市立病院	砂川市	H22.6.1	砂川市西4条北2-1-1	
3 北海道	恵愛病院	医療法人社団友愛会	H22.10.22	登別市鷺別町2丁目31番地1	
4 北海道	三愛病院	医療法人社団千寿会	H22.10.22	登別市中登別町24番地12	
5 北海道	伊達赤十字病院	日本赤十字社	H22.10.22	伊達市末永町81番地	
6 青森県	青森県立つくしが丘病院	青森県	H21.4.1	青森市大字三内沢部353番地92	
7 青森県	弘前愛成会病院	財団法人愛成会	H23.11.1	青森県弘前市大字北園1-6-2	
8 青森県	青南病院	医療法人財団青仁会	H23.11.1	青森県八戸市大字田面木字赤坂16-3	
9 岩手県	岩手医科大学附属病院	学校法人岩手医科大学	H22.4.1(基幹型へ移行) (H21.4.1)	岩手県盛岡市内丸19番1号	○
10 宮城県	三峰病院	医療法人移川哲仁会	H23.6.1	宮城県気仙沼市松崎柳沢216-5	
11 山形県	篠田総合病院	医療法人篠田好生会	H22.4.1 (H21.9.1)	山形市桜町2番68号	
12 山形県	佐藤病院	社会医療法人公德会	H23.4.1	山形県南陽市柵塚948-1	
13 山形県	日本海総合病院	地方独立行政法人山形・酒田市病院機構	H23.4.1	山形県酒田市あきほ町30番地	
14 茨城県	日立梅ヶ丘病院	医療法人圭愛会	H21.12.1	茨城県日立市大久保町2409番地3	
15 茨城県	栗田病院	医療法人社団有朋会	H21.12.1	茨城県那珂市豊喰505	
16 栃木県	獨協医科大学病院	学校法人獨協学園	H21.4.1	栃木県下都賀郡壬生町北小林880	
17 栃木県	足利富士見台病院	医療法人根岸会	H21.4.1	栃木県足利市大前町1272	
18 栃木県	烏山台病院	医療法人薫会	H21.4.1	栃木県那須烏山市滝田1868-1	
19 群馬県	群馬大学医学部付属病院	国立大学法人群馬大学	H22.9.1	群馬県前橋市昭和町三丁目39番15号	
20 群馬県	内田病院	医療法人大誠会	H22.9.1	群馬県沼田市久屋原町345-1	
21 群馬県	上毛病院	医療法人中沢会	H22.9.1	群馬県前橋市下大島町596-1	
22 群馬県	老年病研究所附属病院	財団法人老年病研究所	H22.9.1	群馬県前橋市大友町3-26-8	
23 群馬県	サンビエール病院	医療法人山崎会	H22.9.1	群馬県高崎市上佐野町786-7	
24 群馬県	篠塚病院	医療法人育生会	H22.9.1	群馬県藤岡市篠塚105-1	
25 群馬県	岸病院	医療法人岸会	H22.9.1	群馬県桐生市相生町2-277	
26 群馬県	西毛病院	医療法人大和会	H23.2.1	群馬県富岡市神農原559番地1	
27 群馬県	田中病院	医療法人群栄会	H23.2.1	群馬県北群馬郡吉岡町大字陣場98番地	
28 群馬県	原病院	医療法人原会	H23.2.1	群馬県伊勢崎市境上武士898-1	
29 埼玉県	秩父中央病院	医療法人全和会	H21.12.1	埼玉県秩父市寺尾1404番地	
30 埼玉県	武里病院	医療法人社団みどり会	H21.12.1	埼玉県春日部市下大増新田字東耕地9番地3	
31 埼玉県	毛呂病院	社会福祉法人毛呂病院	H22.7.1	埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38番地	
32 埼玉県	西熊谷病院	財団法人 西熊谷病院	H22.7.1	埼玉県熊谷市石原572	
33 埼玉県	戸田病院	医療法人高仁会	H23.10.1	埼玉県戸田市新曾南3-4-25	
34 千葉県	袖ヶ浦さつき台病院	社会医療法人社団さつき会	H23.2.15	千葉県袖ヶ浦市長浦駅前5丁目21番地	
35 神奈川県	東海大学医学部付属病院	学校法人 東海大学	H22.1.1	神奈川県伊勢原市下糟屋143	
36 神奈川県	久里浜アルコール症センター	独立行政法人国立病院機構	H24.1.1	神奈川県横須賀市野比5-3-1	
37 新潟県	三島病院	医療法人楽山会	H21.4.1 (H20.4.1)	新潟県長岡市藤川1713番地の8	
38 新潟県	柏崎厚生病院	医療法人立川メディカルセンター	H21.4.1 (H20.6.23)	新潟県柏崎市大字茨目字ニツ池2071番地の1	
39 新潟県	黒川病院	医療法人白日会	H21.4.1 (H20.9.5)	新潟県胎内市下館大開1522	
40 新潟県	高田西城病院	医療法人高田西城会	H21.4.1	新潟県上越市西城町2丁目8番30号	
41 新潟県	ゆきぐに大和病院	南魚沼市	H23.4.1	新潟県南魚沼市浦佐4115	
42 富山県	魚津緑ヶ丘病院	医療法人社団弘仁会 魚津緑ヶ丘病院	H22.8.2	富山県魚津市大光寺287番地	
43 富山県	谷野呉山病院	医療法人社団 和敬会	H22.8.2	富山県富山市北代5200番地	
44 石川県	石川県立高松病院	石川県	H21.4.1	石川県かほく市内高松ヤ36	
45 石川県	加賀こころの病院	医療法人社団 長久会	H22.10.1	石川県加賀市幸町2丁目63番地	
46 福井県	敦賀温泉病院	医療法人敦賀温泉病院	H23.4.1 (H21.4.1)	福井県敦賀市吉河41号1番地5号	
47 福井県	松原病院	財団法人松原病院	H23.4.1 (H21.4.1)	福井県福井市文京2丁目9-1	
48 山梨県	山梨県立北病院	山梨県	H21.4.1	山梨県韭崎市旭町上條南割3314-13	
49 山梨県	日下部記念病院	医療法人財団 加納岩	H21.4.1	山梨県山梨市上神内川1363	

都道府県 指定都市	医療機関名	開設者 (設立法人等)	指定年月日 (最初の指定年月日)	住所	基幹型
50	長野県 飯田病院	医療法人栗山会	H21.4.1	長野県飯田市大通1丁目15番地	
51	長野県 安曇総合病院	長野県厚生農業協同組合連合会	H22.4.1	長野県北安曇郡池田町池田3207-1	
52	長野県 佐久総合病院	長野県厚生農業協同組合連合会	H23.10.1	長野県佐久市臼田197	
53	岐阜県 岐阜病院	社団法人岐阜病院	H23.4.21	岐阜市日野東3-16-3	
54	岐阜県 黒野病院	医療法人香風会	H23.4.21	岐阜市洞1020	
55	岐阜県 大垣病院	医療法人静風会	H23.4.21	大垣市中野町1-307	
56	岐阜県 のぞみの丘ホスピタル	医療法人清仁会	H23.4.21	美濃加茂市蜂屋町上蜂屋3555	
57	岐阜県 慈恵中央病院	医療法人香陽会	H23.4.21	郡上市美並町大原1	
58	岐阜県 大湫病院	医療法人仁誠会	H23.4.21	瑞浪市大湫町121	
59	岐阜県 須田病院	医療法人人生仁会	H23.4.21	高山市国府町村山235-5	
60	静岡県 NTT東日本伊豆病院	東日本電信電話株式会社	H22.10.1	静岡県田方郡函南町平井750	
61	静岡県 掛川市立総合病院	掛川市	H24.1.1	静岡県掛川市杉谷南1-1-1	
62	愛知県 独立行政法人国立長寿医療研究センター	独立行政法人国立長寿医療研究センター	H23.4.1	愛知県大府市森岡町源吾35	
63	三重県 松阪厚生病院	齋藤 純一	H23.4.1 (H21.4.1)	三重県松阪市久保町1927-2	
64	三重県 三重県立こころの医療センター	三重県	H23.4.1 (H21.4.1)	三重県津市城山1丁目12番1号	
65	三重県 東員病院	医療法人康誠会	H23.4.1 (H21.4.1)	三重県員弁郡東員町穴太2400	
66	滋賀県 瀬田川病院	医療法人社団 瀬田川病院	H23.4.1 (H22.4.1)	滋賀県大津市玉野浦4-21	
67	滋賀県 琵琶湖病院	医療法人明和会	H23.4.1 (H22.4.1)	滋賀県大津市坂本1-8-5	
68	滋賀県 豊郷病院	財団法人豊郷病院	H23.4.1 (H22.4.1)	滋賀県犬上郡豊郷町大字八目12	
69	滋賀県 水口病院	社団法人水口病院	H23.4.1 (H22.4.1)	滋賀県甲賀市水口町本町2-2-43	
70	京都府 国立病院機構舞鶴医療センター	独立行政法人国立病院機構	H23.10.1	京都府舞鶴市字行永2410	○
71	京都府 京都府立医科大学附属病院	京都府公立大学法人	H23.10.1	京都府京都市上京区河原町通広小路上の梶井町465	○
72	京都府 京都府立洛南病院	京都府	H23.10.1	京都府宇治市五ヶ庄広岡谷2	
73	大阪府 水間病院	医療法人河崎会	H20.4.1	大阪府貝塚市水間51	
74	大阪府 さわ病院	医療法人北斗会	H20.4.1	大阪府豊中市城山町1-9-1	
75	大阪府 山本病院	医療法人清心会	H20.4.1	大阪府八尾市天王寺屋6-59	
76	大阪府 大阪さやま病院	医療法人六三会	H20.4.1	大阪府大阪狭山市岩室3-216-1	
77	大阪府 新阿武山病院	特定医療法人大阪精神医学研究所	H20.4.1	大阪府高槻市奈佐原4-10-1	
78	兵庫県 兵庫医科大学病院	学校法人兵庫医科大学	H21.4.1	兵庫県西宮市武庫川町1番1号	
79	兵庫県 兵庫県立淡路病院	兵庫県	H21.4.1	兵庫県洲本市下加茂1丁目6番6号	
80	兵庫県 大塚病院	特定医療法人敬愛会	H21.4.1	兵庫県丹波市氷上町絹山513番地	
81	兵庫県 リハビリテーション西播磨病院	兵庫県	H21.11.1	兵庫県たつの市新宮町光都1丁目7番1号	
82	兵庫県 公立豊岡病院組合立豊岡病院	公立豊岡病院組合	H22.4.1	兵庫県豊岡市戸牧1094	
83	兵庫県 兵庫県立姫路循環器病センター	兵庫県	H23.4.1	兵庫県姫路市西庄甲520番地	
84	兵庫県 独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院	独立行政法人国立病院機構	H23.7.1	兵庫県三田市大原1314番地	
85	奈良県 信貴山病院 ハートランドしぎさん	財団法人信貴山病院	H21.4.1	奈良県生駒郡三郷町勢野北4丁目13番1号	
86	奈良県 秋津鴻池病院	医療法人鴻池会	H21.4.1	奈良県御所市大字池之内1064番地	
87	和歌山県 国保日高総合病院	御坊市外五ヶ町病院経営事務組合	H23.3.23 (H21.12.1)	和歌山県御坊市藪116番地の2	
88	和歌山県 和歌山県立医科大学附属病院	公立大学法人和歌山県立医科大学	H23.3.23 (H22.10.4)	和歌山県和歌山市紀三井寺811番地1	
89	鳥取県 渡辺病院	社会医療法人明和会	H21.4.1	鳥取県鳥取市東町3丁目307番地	
90	鳥取県 倉吉病院	社会医療法人仁厚会	H21.4.1	倉吉市山根43番地	
91	鳥取県 養和病院	特定・特別医療法人養和会	H21.4.1	米子市上後藤3丁目5番地1	
92	鳥取県 南部町国民健康保険西伯病院	南部町	H21.4.1	西伯分南部町倭397番地	
93	島根県 島根大学医学部附属病院	国立大学法人島根大学	H23.7.1	島根県出雲市塩治町89-1	
94	広島県 三原病院	医療法人大慈会	H22.7.20	三原市中之町6丁目31-1	
95	広島県 メーブルヒル病院	医療法人知仁会	H22.7.20	大竹市玖波5丁目2-1	
96	山口県 山口県立こころの医療センター	地方独立行政法人山口県立病院機構	H21.7.1	山口県宇部市大字東岐波4004-2	
97	香川県 小豆島病院	医療法人社団宝樹会	H23.9.22	香川県小豆郡小豆島町池田2519-4	
98	香川県 香川大学医学部附属病院	国立大学法人香川大学	H23.9.22	香川県木田郡三木町大字池戸1750-1	
99	香川県 大西病院	財団法人大西精神衛生研究所	H23.9.22	香川県高松市上天神町336	
100	香川県 いわき病院	医療法人社団以和貴会	H23.9.22	香川県高松市香南町由佐113-1	
101	香川県 総合病院回生病院	社会医療法人財団大樹会	H23.9.22	香川県坂出市室町3-5-28	

都道府県 指定都市	医療機関名	開設者 (設立法人等)	指定年月日 (最初の指定年月日)	住所	基幹型
102 香川 県	三豊市立西香川病院	三豊市	H23.9.22	香川県三豊市高瀬町比地中2986-3	
103 高知 県	高知鏡川病院	医療法人武田会	H23.4.1	高知県高知市城山町27	
104 福岡 県	久留米大学病院	学校法人久留米大学	H23.11.15	福岡県久留米市旭町67	
105 福岡 県	牧病院	医療法人牧和会	H23.11.15	福岡県筑紫野市大字永岡976-1	
106 福岡 県	大牟田病院	独立行政法人国立病院機構	H23.11.15	福岡県大牟田市大字橋1044の1	
107 福岡 県	宗像病院	医療法人光風会	H23.11.15	福岡県宗像市光岡130	
108 福岡 県	見立病院	医療法人昌和会	H23.11.15	福岡県田川市弓削田3237	
109 佐賀 県	佐賀大学医学部附属病院	国立大学法人佐賀大学	H23.12.1	佐賀県佐賀市鍋島5-1-1	○
110 佐賀 県	肥前精神医療センター	独立行政法人国立病院機構	H23.12.1	佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160	
111 佐賀 県	嬉野温泉病院	医療法人財団友朋会	H23.12.1	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919	
112 佐賀 県	河畔病院	医療法人松籟会	H23.12.1	佐賀県唐津市松南町2-55	
113 長崎 県	出口病院	医療法人昌生会	H21.7.1	長崎県長崎市柿泊町2250番地	
114 長崎 県	佐世保中央病院	医療法人白十字会	H21.10.1	長崎県佐世保市大和町15番地	
115 熊本 県	熊本大学医学部附属病院	国立大学法人熊本大学	H23.4.1 (基幹型へ移行) (H21.5.1)	熊本市本荘1-1-1	○
116 熊本 県	山鹿回生病院	医療法人回生会	H23.4.1 (H21.8.1)	熊本県山鹿市古閑1500-1	
117 熊本 県	阿蘇やまなみ病院	医療法人高森会	H23.4.1 (H21.7.1)	熊本県阿蘇市一の宮町宮地115-1	
118 熊本 県	くまもと青明病院	財団法人杏仁会	H23.4.1 (H21.7.1)	熊本県熊本市渡鹿5-1-37	
119 熊本 県	益城病院	医療法人ましき会	H23.4.1 (H21.7.1)	熊本県上益城郡益城町惣領1530	
120 熊本 県	平成病院	医療法人社団平成会	H23.4.1 (H21.7.1)	熊本県八代市大村町720-1	
121 熊本 県	くまもと心療病院	特別医療法人再生会	H23.4.1 (H21.7.1)	熊本県宇土市松山町1901	
122 熊本 県	天草病院	医療法人天草病院	H23.4.1 (H21.7.1)	熊本県天草市佐伊津町5789	
123 熊本 県	荒尾こころの郷病院	医療法人洗心会	H23.4.1	熊本県荒尾市荒尾1992	
124 熊本 県	吉田病院	医療法人精翠会	H23.4.1	熊本県人吉市下城本町1501	
125 大分 県	緑ヶ丘保養園	医療法人社団淵野会	H21.7.7	大分県大分市大字丹生1747	
126 宮崎 県	大悟病院	社団法人八日会	H23.12.1	宮崎県北諸県郡三股町大字長田1270	
127 宮崎 県	野崎病院	一般財団法人弘潤会	H23.12.1	宮崎県宮崎市恒久5567	
128 宮崎 県	協和病院	医療法人 向洋会	H23.12.1	宮崎県日向市大字財光寺1194-3	
129 鹿児島 県	谷山病院	財団法人慈愛会	H21.12.1	鹿児島市小原町8番1号	
130 鹿児島 県	松下病院	医療法人仁心会	H21.12.1	鹿児島県霧島市隼人町真孝998番地	
131 鹿児島 県	宮之城病院	医療法人博仁会	H21.12.1	鹿児島県薩摩郡さつま町船木34番地	
132 鹿児島 県	栗野病院	医療法人永光会	H21.12.1	鹿児島県始良郡湧水町北方1854	
133 仙台 市	仙台市立病院	仙台市	H20.4.1	仙台市若林区清水小路3番地の1	
134 仙台 市	東北厚生年金病院	社団法人 全国社会保険協会連合会	H22.4.1	仙台市宮城野区福室1-12-1	
135 さいたま市	埼玉精神神経センター	社会福祉法人毛呂病院	H23.4.1 (H21.4.1)	さいたま市中央区本町東6-11-1	
136 新潟 市	白根緑ヶ丘病院	医療法人敬成会	H23.7.1	新潟県新潟市南区西白根41番地	
137 大阪 市	大阪市立大学医学部附属病院	公立大学法人大阪市立大学	H21.4.1	大阪市阿倍野区旭町1丁目5番7号	
138 大阪 市	ほくとクリニック病院	医療法人北斗会	H21.4.1	大阪市大正区三軒家西1丁目18番7号	
139 大阪 市	大阪市立弘済院附属病院	大阪市	H21.4.1	吹田市古江台6丁目2番1号	
140 堺 市	浅香山病院	財団法人浅香山病院	H23.4.1 (H20.12.1)	堺市堺区今池3-3-16	
141 堺 市	阪南病院	医療法人杏和会	H23.4.1 (H22.7.1)	堺市中区八田南之町277番地	
142 神戸 市	神戸大学医学部附属病院	国立大学法人神戸大学	H21.11.1	神戸市中央区楠町7丁目5番2号	
143 岡山 市	総合病院岡山赤十字病院	日本赤十字社岡山県支部	H23.10.1	岡山県岡山市北区青江2丁目1番1号	
144 広島 市	草津病院	医療法人社団更生会	H23.10.1	広島県広島市西区草津梅が台10番1号	
145 北九州 市	小倉蒲生病院	医療法人(財団)小倉蒲生病院	H23.4.1 (H20.6.23)	北九州小倉南区蒲生五丁目5番1号	
146 福岡 市	九州大学病院	国立大学法人九州大学	H21.11.1	福岡市東区馬出3丁目1番1号	

40道府県・10指定都市整備済み

認知症患者への退院支援

☆病状が安定しているにも関わらず、長期入院を続ける患者への退院支援☆
・家族としては在宅で支援したいが、負担が大きく退院させることを躊躇している等

入院

・病状安定のための治療と支援(服薬治療、精神科作業療法等)
・退院後の生活支援に向けた介護支援専門員(ケアマネージャー)との連絡調整
・家族や介護者への支援

退院

退院支援・地域連携クリティカルパスの活用



精神科医療機関等

(医療)
・服薬治療
・訪問診療
・訪問看護
・重度認知症
デイ・ケア

認知症
疾患医療
センター

認知症サポート
医、かかりつけ
の医師等

介護支援専門員等が居宅サービス計画等を作成し、
医療機関、事業者等との連絡調整を行う

退院先が在宅の場合

ショートステイ

認知症対応型
通所介護
(デイサービス)

居宅介護支援
(ケアプラン)

夜間対応型
訪問介護

訪問看護

通所リハビリテーション
(デイ・ケア)

小規模多機能型
居宅介護

退院先が施設の場合

特別養護
老人ホーム

介護老人
保健施設

地域包括
支援センター

在宅介護
支援センター

認知症グループホーム

★認知症患者、家族・介護者の希望に添った支援を行う★

8 自殺・うつ病対策の推進について

我が国の自殺者数は、昨年まで14年連続して年間3万人を超える水準で推移している。政府としては、平成18年10月に自殺対策基本法が施行され、平成19年6月には同法に基づき自殺総合対策大綱が策定され、各府省にまたがる自殺対策について、内閣府を中心に自殺対策に取り組んでいる。

平成22年1月には厚生労働省に自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを設置、同年9月には政府に「自殺対策タスクフォース」が設置され、自殺対策の取組の強化を行っているところである。

昨年の自殺者数は、3万人を超えた平成10年以降初めて3万1千人を下回る、30,513人であったが、なお3万人を超える高い水準にあり、各都道府県市においても、自殺対策基本法、並びに自殺総合対策大綱の基本理念・基本方針を踏まえて、より一層の自殺対策の推進をお願いしたい。

(1) 自殺・うつ病対策等プロジェクトチームについて

自殺・うつ病対策等プロジェクトチームの下に、ワーキングチームを設置し、向精神薬に関する処方の実態把握・分析等について検討を行い、昨年11月に報告をとりまとめた。

①調査概要

健保加入33万人の診療報酬データから、抗不安薬、睡眠薬を処方された人のデータを抽出し、分析を行った結果、

1 処方量については、9割前後の受診者で基準薬の添付文書に示された用量内の処方が行われていた。

2009年受診者に対して処方される抗不安薬、睡眠薬を、ある基準薬の1日当たりに換算した値（処方力価）でみると、

- ・抗不安薬のジアゼパム換算で15mg以内の処方が95.8%
- ・睡眠薬のフルニトラゼパム換算で2mg以内の処方が86.4%であった。

2 処方薬剤数については、ほとんどは単剤処方が行われていた。

- ・抗不安薬が、1種類の割合が83.6%、3種類以上の割合が1.9%
- ・睡眠薬が、1種類の割合が72.7%、3種類以上の割合が6.1%であった。

②調査結果を受けての対応

1 医療従事者に対しては、以下のような情報提供を行う。

- ・抗不安薬や睡眠薬の処方に際しては、残薬の有無や他の医療機関からの処方の有無について確認する等、十分に注意を払っていただくこと。
- ・抗不安薬や睡眠薬については、薬物依存の可能性等に注意し、同種の薬剤を3種類以上処方する必要性について十分に考慮していただくこと。

2 一般の方に対しては、以下のような情報提供を行う。

- ・1回の処方で抗不安薬が3種類以上、又は、1回の処方で睡眠薬が3種類以上のいずれかの処方を受けている場合には、主治医に処方の内容について十分な確認をすること、あるいは、かかりつけの薬剤師等に確認すること等について、必要に応じ、検討していただくこと。

上記とりまとめに関しては、各都道府県・指定都市へ事務連絡により情報提供を行ったところであり、下記（２）（３）の事業で実施する研修等の参考にしていただきたい。

（２）うつ病に対する医療等の支援体制の強化について（平成２２年度補正予算）

自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめ（平成２２年５月）において、今後推進すべき課題として、柱２の中で、かかりつけ医と精神科医との地域連携の強化が挙げられており、また、過量服薬問題に関するとりまとめにおいても、③研修事業に過量服薬への留意事項を追加、④一般医療と精神科医療の連携強化を挙げている。これを受けて、平成２２年度補正予算により、各都道府県に設置されている「地域自殺対策緊急強化基金」の中で、一般かかりつけ医と精神科医療機関との連携体制の構築のための事業、及び精神科医療機関の従事者に対する研修事業を実施していただいている。厚生労働省の本事業は平成２３年度末までとなっているが、内閣府分の当基金の期限は平成２４年度までとなっており、これを活用するなどして引き続き、事業の実施についてお願いしたい。

（３）かかりつけ医等うつ対応力向上研修

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事業であるが、平成２３年度より、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おり、精神疾患の早期発見、早期治療の推進のために、当該研修の実施について、より一層のご協力をお願いしたい。

（４）地域自殺予防情報センター運営事業

平成２１年度から、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地域自殺予防情報センター運営事業を実施しているところであるが、当センターが未設置である県市が多く見受けられる。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、当該事業及び平成２１年に造成された「地域自殺対策緊急強化基金」（内閣府）をあわせて活用の上、地域における自殺防止対策を推進していただきたい。

（５）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り組みは、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、こうした取り組みは、善意の寄付、熱心なボランティア、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、平成２１年度から「自殺防止対策事業」を実施しており、平成２３年度は１７団体を採択している。平成２４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が、全国各地で活動するこれらの団体を国でくまなく支援することは困難であるから、「地域自殺対

策緊急強化基金」の活用等により、当事業への推薦と都道府県等からの直接補助をあわせて、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したい。

(6) 自殺予防総合対策センターへの情報提供協力をお願い

日頃から、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）における調査研究にご協力いただき感謝申し上げたい。今後も、同センターにおいて、各自治体における自殺対策の推進に資するよう情報収集・情報提供を強化していくこととしており、各都道府県におかれては、引き続き同センターの実施する情報収集や研究調査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、各都道府県におかれては、これらの研修に対しての周知にご協力いただくとともに、関係機関に所属する職員の参加について、特段の配慮をお願いしたい。

(7) 自殺対策強化月間について

政府では、平成22年までは例年、月別自殺者数がもっとも多くなっていた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されており、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、通常保健所・精神保健福祉センター等で行っている心の健康相談について、より積極的に実施していただき、失業者に対するワンストップサービスとなるよう、相談活動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したい。

なお、都道府県労働局に対しては、地方公共団体が実施する心の健康相談等に積極的に協力するよう、職業安定局より通知される予定である。

誰もが安心して生きられる温かい社会づくりを目指して

～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告
(平成22年5月28日)

- 自殺者数は32,845人(平成21年)と深刻な状況
- 厚労省は、医療、福祉、労働、年金など、一生を支える責務を有し、自殺対策に重要な役割

自殺の実態の分析

<様々な統計データの分析を実施>

- 自殺には多くの要因が関連
- 自殺率の高いハイリスク者

無職者
離婚者など独居者
生活保護受給者
精神疾患患者

- 有職者の自殺率も上昇
- 地域・時節など様々な要因をとらえた効果的な対策が求められる

うつ病等の精神疾患

- うつ病の受診患者数の急激な増加
- 治療を受けていない重症者の存在
- 自殺の背景に、様々な精神疾患が関連することが多い
- 精神科医療の改革と診療の質の向上が求められている

今後の厚生労働省の対策 五本柱

柱1

普及啓発の重点的实施

～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

柱2

ゲートキーパー機能の充実と 地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

柱3

職場におけるメンタルヘルス対策・ 職場復帰支援の充実

～一人一人を大切にする職場づくりを進める～

柱4

アウトリーチ（訪問支援）の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

柱5

精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

柱1

普及啓発の重点的实施

～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

- 睡眠キャンペーンの継続的实施
- 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信
- うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発
- 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充
- 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知
- ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

柱2

ゲートキーパー機能の充実と
地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

<うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に>

- 都道府県・市町村における精神保健体制の充実
- かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化

<主として、求職中の方を対象に>

- ハローワーク職員の相談支援力の向上
- 都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力
- 求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施
- 生活福祉・就労支援協議会の活用

<主として、一人暮らしの方を対象に>

- 地域における孤立防止等のための支援

<生活保護を受給している方を対象に>

- 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

柱3

職場におけるメンタルヘルス対策・
職場復帰支援の充実

～一人一人を大切に作る職場づくりを進める～

- 管理職に対する教育の促進
- 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実
- 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応
- メンタルヘルス不調者に適切に対応出来る産業保健スタッフの養成
- 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化
- 職場環境に関するモニタリングの実施
- 労災申請に対する支給決定手続きの迅速化
- うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施
- 地域・職域の連携の推進

柱4

アウトリーチ（訪問支援）の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

- 精神疾患の未治療・治療中断者等へのアウトリーチの充実

柱5

精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

- 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実
- 自殺未遂者に対する医療体制の強化
- 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立
- 精神保健医療改革の方向性の具体化

過量服薬への取組

～ 薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて ～

過量服薬の実態と背景

○自殺既遂者(76名)の遺族に対する調査

- ・受診歴のある者が約50%、受診群のうち39歳以下が約7割弱
- ・受診群の約6割が処方された向精神薬を過量服薬

○向精神薬の処方に関する調査

- ・2005年～2007年の約30万件のレセプト調査で、向精神薬を処方されている患者の割合は増加傾向

○患者側の要因

- ・症状が改善せずやむを得ず服薬量を増量したり長期間継続してしまう
- ・薬物への依存という認識が不足しており、医師に処方を求めてしまう

○診療側の要因

- ・患者との治療関係を築きにくい診療環境
- ・薬物の処方を強く望む患者に対して説得が困難な状況にある
- ・説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまう恐れ

様々な要素が複雑に絡み合った根深い問題

当面の対策

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム (平成22年9月9日)

取組1

薬剤師の活用

- ・薬剤師によるリスクの高い患者への声かけ等の取組を推進
- ・薬剤師に対する薬物依存等に関する研修機会の提供

取組2

ガイドラインの作成・普及啓発の推進

- ・最新の診療ガイドラインの普及啓発を推進
- ・境界性パーソナリティ障害に関する診療ガイドラインの普及啓発
- ・多剤処方の是正に関するガイドライン等の作成

取組3

研修事業に過量服薬への留意事項を追加

- ・厚生労働省や関係団体が行う研修事業を活用

取組4

一般医療と精神科医療の連携強化

- ・救命救急センターにおける精神科ケアの対応能力の向上を推進
- ・一般医療と精神科医療との連携を強化する取組を周知

取組5

チーム医療で患者と良好な関係を築くための取組

- ・チーム医療を担える人材育成を推進

今後検討していく対策
(ワーキングチームを設置)

検討1 向精神薬に関する処方の実態把握・分析

- ・処方した診療科名、処方量・種類、疾患名等についての実態把握と分析の方法について検討

検討2 患者に役立つ医療機関の情報提供の推進

- ・医師の診療経験に関する情報など、どのような情報が患者にとって、適切な医療機関の選択に役立つのか慎重に検討し、その情報公開の仕組みを検討

検討3 不適切な事例の把握とそれへの対応

- ・明らかに不適切と思われる事例を把握・確認する方策を検討
- ・加えて、そのような場合の医療機関や患者への助言・指導の方法を検討

検討4 過量服薬のリスクの高い患者への細やかな支援体制の構築

- ・患者や家族に対する訪問支援等のチームによる細やかな支援体制の構築のため、モデル事業や人材育成の方策を検討
- ・医療機関や薬局による、患者への薬剤に関する効果的な情報提供について検討

検討5 患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保

- ・診療時間を十分に確保するために必要な支援を検討

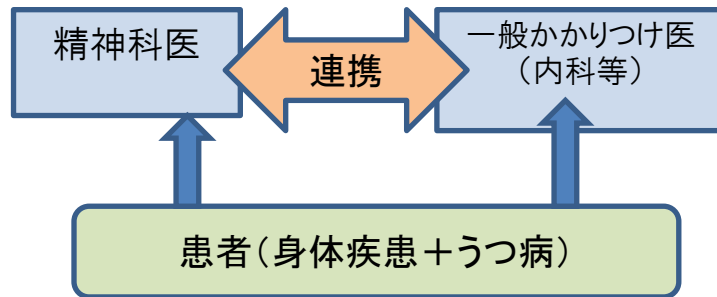
うつ病に対する医療等の支援体制の強化

- 平成8年に約43万人だったうつ病患者が平成20年には約104万人と、12年間に2.4倍と増加の一途をたどっており、より効果的な治療対策が急務となっている。

精神科医療の質の向上を図るために研修と医療機関の連携体制構築を実施
(地域自殺対策緊急強化基金の積み増し)

精神科医と一般かかりつけ医の連携強化

- 地域レベルでの定期的な連絡会議の開催
- ・一般医でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築
- ・ケーススタディ
- (具体的な事業内容: 連携内容の検討、確認紹介等の連携事業の実施)



精神医療関係者への研修

- 精神医療関係者への研修により診療・支援についての質の向上を図る。特に向精神薬の過量服薬の防止についての徹底を図る。

(対象)

精神科に係る医師、看護師、薬剤師等

(研修内容)

- ・うつ病の診断・治療
- ・うつ病患者の支援方法
- ・薬剤の処方 等

- 服薬状況の情報収集

地域自殺対策緊急強化基金(うつ病医療連携事業)実施状況

事業実施:平成23年度 事業予算7.5億円

○OGP連携強化のための会議

一般かかりつけ医と精神科医の連携のための会議が行われている地区
110か所

○精神科医への紹介

基金活用により、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を行っている地区
17か所

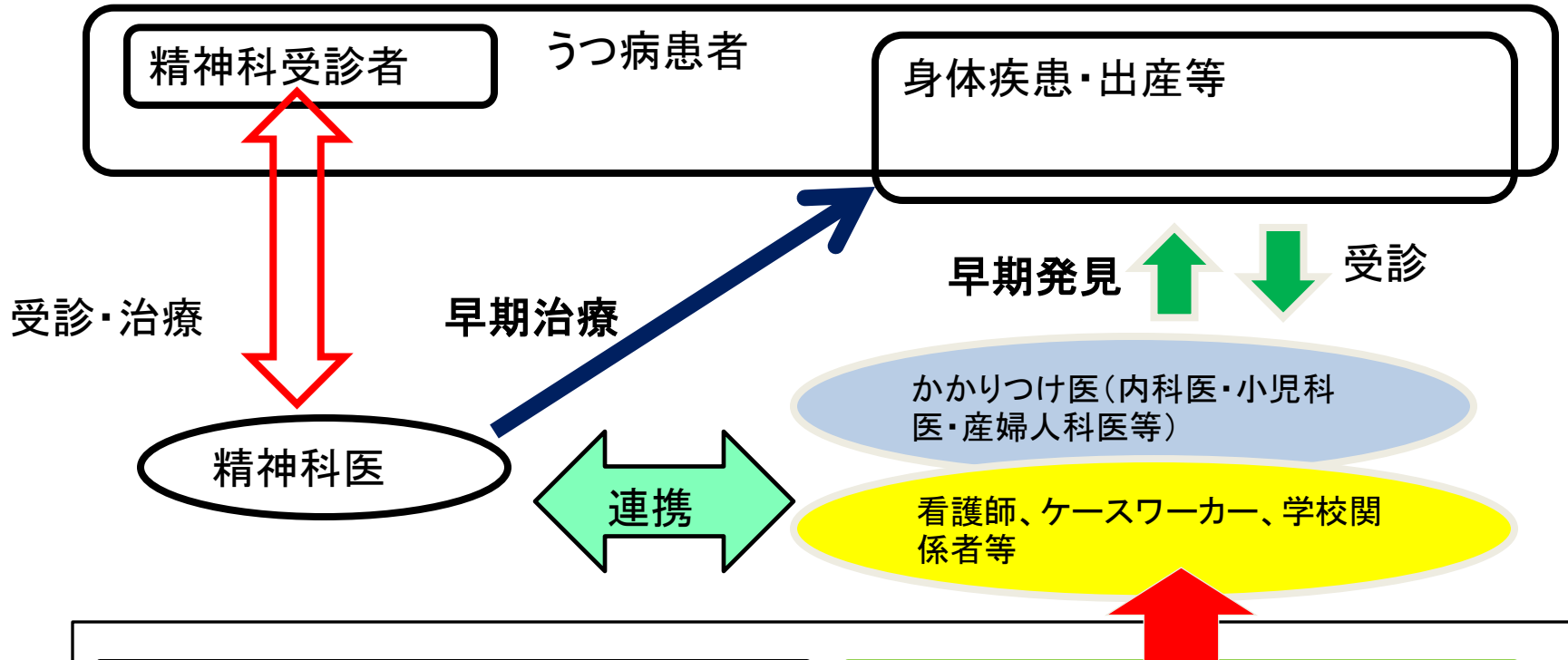
岩手中部(花巻周辺)、山形県上山市、山形県小国市、富士市、愛知県、兵庫県(たつの市周辺・篠山市周辺)、神戸市、和歌山県御坊市、鳥取県、広島市、香川県、高知市、福岡県久留米市周辺、佐賀県、鹿児島市、鹿児島県始良市

○精神医療従事者研修

- ・これまでに精神医療従事者(医師、看護師、薬剤師等)に対して行われた研修
160回
- ・平成24年2~3月(自殺対策強化月間)に実施される予定の精神医療従事者研修
58回

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修

24年度予算案 40百万円



かかりつけ医うつ病対応力向上研修
(対象：一般かかりつけ医(内科等))

思春期精神疾患対応力向上研修
(対象：小児科かかりつけ医等)

精神保健福祉等関係者うつ病対応力向上研修
(対象：看護師・ケースワーカー・学校関係者等)

・うつに関する基礎知識 診断方法、治療方法等

・早期支援の概論、評価方法
家族支援、心理社会的支援
薬物療法等

・うつに関する基礎知識 対処方法、心理社会的支援等

地域自殺予防情報センター運営事業

【事業概要】

24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。

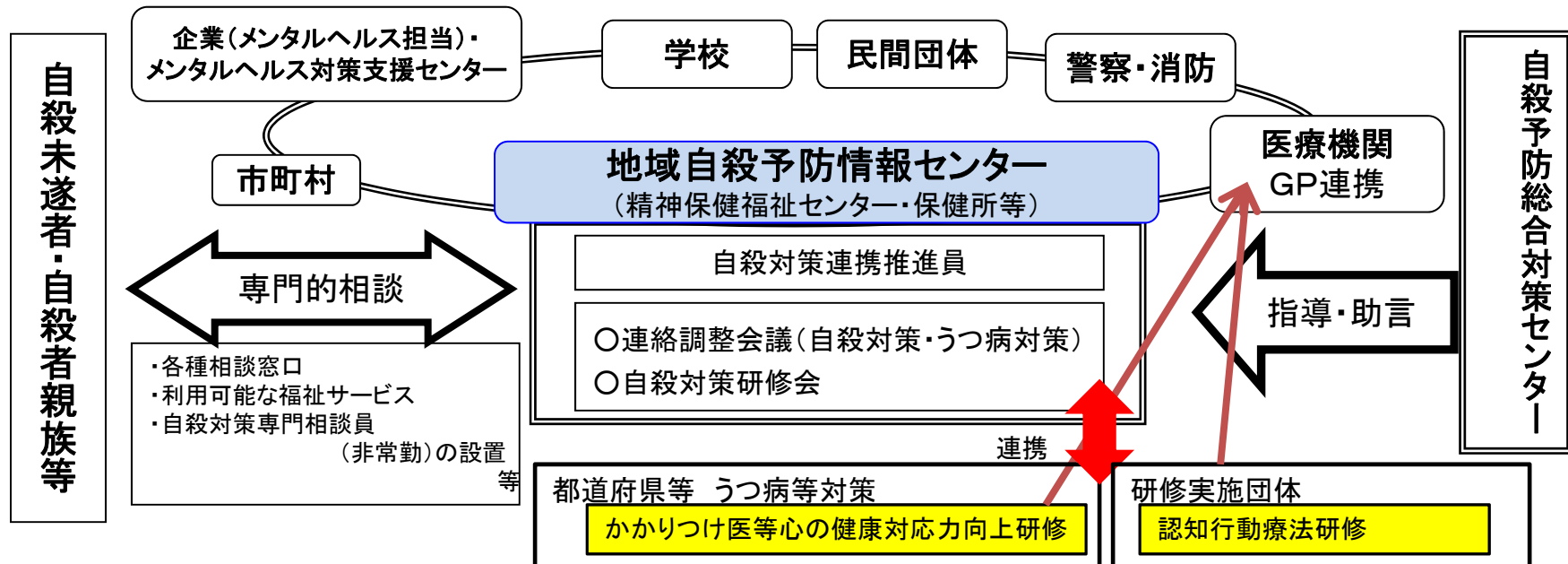
【現状の課題と対応】

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。



認知行動療法研修事業

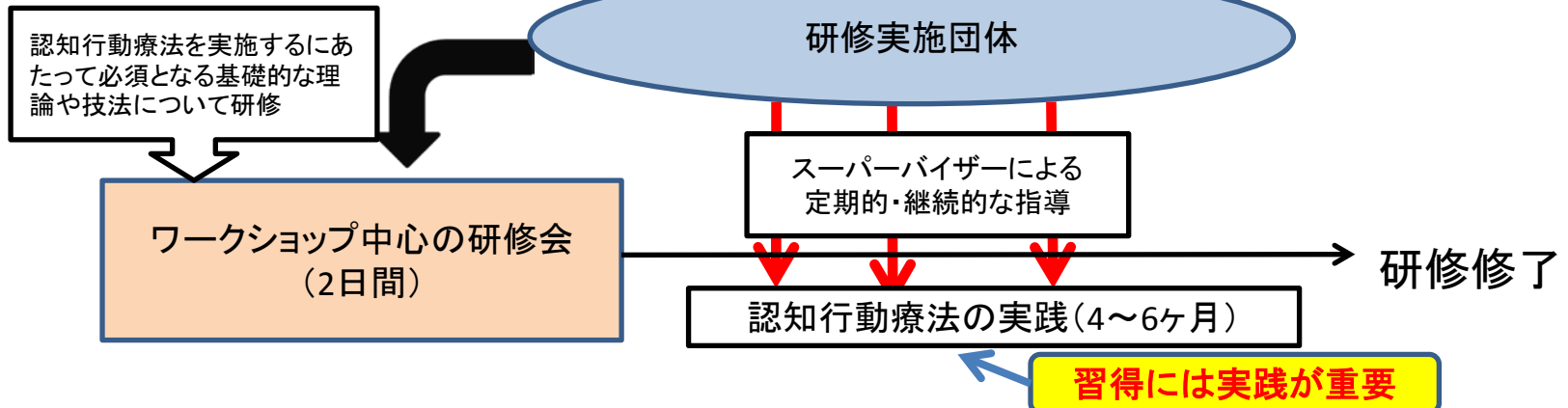
【認知行動療法とは】

物事の捉え方や考え方の歪みに自ら気づかせ、修正していくことにより、不快な感情の改善を図る精神療法であり、海外ではうつ病等の精神疾患に対する有効性が示され、広く用いられている一方、国内では十分に普及しておらず、各方面から普及についての要望が出されている。

【研修事業の趣旨】

- 認知行動療法を実施できる医師等の増加により、うつ病患者の治療を進め、患者数を減らすこと。
- 当療法は薬物療法と併せて実施することによって自殺のリスクを下げることが知られており、自殺対策としての有用性が高いと考えられること。
- 向精神薬の過量服薬による自殺企図事例が増えていることもあり、薬物治療のみにたよらない治療法の普及が必要であること。

平成23年度～



研修は厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」で作成された認知行動療法のマニュアルに沿ったものとする。

9 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、ひいては口蹄疫まで、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、合わせてご活用頂きたい。

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

また、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」を平成24年度予算（案）に新規に計上した。

さらに、今後の防災対策及び災害発生時のPTSD対策に関して、各自治体に専門的な技術的支援を行うことを目的とした「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、今後、当センターで、災害時の心のケアチーム参加予定者を対象とした研修等を実施する予定である。

また、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、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、従前同様取り組んでいただくようお願いしたい。

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に対する心のケア対策として、岩手県、宮城県、福島県への心のケアチームの派遣を行ってきたが、3月以降現在まで合計57チーム、約3,400人の方に活動いただき、派遣に協力をいただいた各都道府県、指定都市等には厚く御礼申し上げます。

心のケアについては、今後も長期的に支援が必要であるから、平成23年度3次補正予算において、被災者の心のケア支援事業を、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実施できることとした。(約28億円)

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、相談支援専門員などの専門職が、被災者の自宅や仮設住宅等を訪問支援し、また、各保健所及び市町村の保健活動を支援する、などにより心の健康面での支援を行うこととしている。

本事業に従事するこれら各職種の確保が必要になるが、厚生労働省としても、各職種の団体に構成する「心のケア人材確保ネットワーク」を設置し、人材の確保に努めている。

また、各都道府県及び指定都市あてに管内の医療機関及び事業所に所属する職員が本事業に参加する場合への配慮をお願いした。3県で心のケアが充分に行われるよう、引き続きご協力をお願いしたい。

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、広く心のケアに対応する公的部門を設置している自治体は2か所、特定の対象に対する心のケア対応の公的部門が設置されている自治体は9か所にとどまっており、自治体の体制は十分とは言えない状況。

都道府県・政令市

24年度予算案 53百万円 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
- ・県内の緊急事故発生時に対応する緊急対応チームの設置（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・配布・改訂

緊急対応チーム研修会の開催

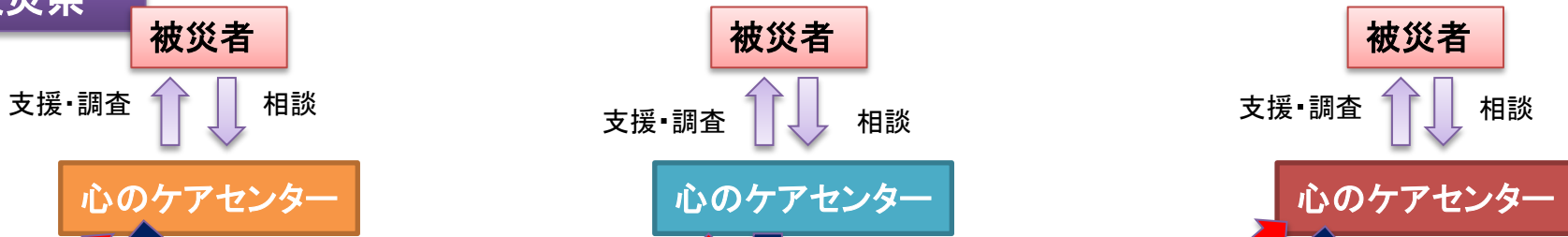
- ・チームへの参加希望者向けの研修や、チーム間の情報交換等のための研修会を実施

災害時こころの情報支援センターについて

目的

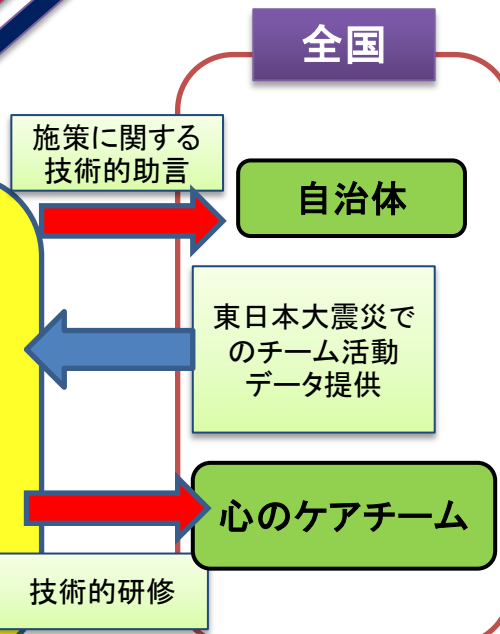
東日本大震災における心のケア対策については、強い不安やフラッシュバックなどのPTSD症状等が長期間継続する患者がいることから、総合的な調整・助言指導、データ分析を行う、全国的な機関として「災害時こころの情報支援センター」を設置することにより、短期間のみならず中長期的にもPTSD症状や治療内容等の把握や分析を行い、被災3県（岩手・宮城・福島）のメンタルヘルス支援の質の向上に活用するとともに、今後も災害に備える必要があることから、その結果をもとに、全国の災害時における心のケア対応力の向上を目指す。

被災県



災害時こころの情報支援センター 国立精神・神経医療研究センターに設置(23年12月)

- 被災地で心のケア活動を行う専門職に対して、対応・支援に関する技術的指導・助言
- 被災地の心のケア支援活動により得られる精神症状等のデータ等の情報を効率的に集約整理、専門的分析を行い、被災県にフィードバック
- 被災地の心の健康状況に関する調査・分析、研究事業等の窓口機能
- 東日本大震災における心のケアチーム活動の検証、及び、今後の大規模災害発生時に備えた、全国の心のケアチームの活動手法の研究及び技術的研修



被災者の心のケア(3次補正)の概要

28億円

被災地では、PTSDの症状の長期化、生活への不安等も重なり、うつ病や不安障害が増大することが考えられることから、**中長期的な対応が必要**となり、そのための地域精神保健医療を担う人材の確保等が必要。

被災県内外より人材確保

被災県

①地域精神保健活動の継続的な実施

○看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、社会福祉士、作業療法士等による、被災者への心のケアの支援(自宅及び仮設訪問・相談対応)

市町村

情報共有・連携

保健所

②地域精神医療機能の回復・充実

○被災した精神障害者、医療的支援が必要な被災者に対して、病院を拠点とした訪問診療、訪問看護

心のケアセンター
(各県の活動拠点)

情報提供・技術指導・調査

実態報告
データ提供

③心のケアセンター整備事業

○震災に関連する精神症状等への対応に関する連携と統括・管理
○被災地の心のケアに関する情報を効率的に集約し、被災県に提供
○被災地関係の研究等の窓口
○被災地における心のケアや調査結果の公表等の総合的な調整、助言指導、データ分析

災害時こころの情報支援センター
独立行政法人国立精神・神経医療研究センターに設置

被災者の心のケア支援事業(3次補正)について

11月21日 三次補正予算成立(約28億円)

11月24日 障害者自立支援対策臨時特例交付金交付要綱・管理運営要領改正通知

12月16日 障害者自立支援対策臨時特例交付金交付決定



	岩手県	宮城県	福島県
現在の状況	県補正予算、12月13日議会可決	県補正予算、12月21日議会可決	県補正予算、12月27日議会可決
事業開始	平成24年2月	平成23年12月	平成24年2月
拠点	岩手県こころのケアセンターを開設(2月15日:盛岡市) 沿岸各地域に地域心のケアセンターを設置予定(3月)	みやぎ心のケアセンター開設(12月1日:仙台市) 地域センターを24年度より設置予定	ふくしま心のケアセンター(基幹センター)を開設(2月1日:福島市) 各地域に心のケアセンター(支部)を設置予定
事業内容	PTSD等精神疾患に関する相談支援、仮設住宅等の巡回相談等	災害関連の精神保健医療福祉対策の総合的コーディネート、PTSD等精神疾患に関する相談支援、仮設住宅等の巡回相談、震災型アウトリーチ事業の実施等	PTSD等精神疾患に関する相談支援、仮設住宅等の巡回相談、こころのケアに関する調査研究、情報収集、普及啓発、人材育成等

被災地の心のケアを担う人材確保策について

- ・仮設住宅への訪問支援等に際し、より一層の精神保健面での健康支援の充実強化が必要
- ・被災自治体においては、従来業務に加え、被災者への支援を引き続き行うことから、保健師等の専門職が人材不足

関係団体の協力を得ながら、全国から中長期的に支援できる専門職の人材確保を行う

心のケア人材確保ネットワーク

- ・職能関係団体を通じて、活動できる支援者（専門職）の照会
- ・被災県に対して、支援者に係る情報提供

（構成団体）

- ・日本作業療法士会
- ・日本社会福祉士会
- ・日本精神保健福祉士会
- ・日本臨床心理士会
- ・日本精神科看護技術協会
- ・全国精神障害者地域生活支援協議会

※事務局：厚生労働省

被災自治体

岩手県	宮城県
福島県	

【支援に係る経費については、各県において、障害者自立支援対策臨時特例交付金に積み増し対応する】
（想定される活動例）

- ・仮設住宅等への訪問
- ・市町村や保健所等における精神保健相談の強化
- ・心のケアセンターの設置や活動に係る経費
- ・地域住民に対する講習会
- ・支援職員への研修会等
- ・医療機関からのアウトリーチ支援

情報提供・協力

10 性同一性障害について

性同一性障害については、我が国では、日本精神神経学会が取りまとめたガイドラインに基づき診断と治療が行われており、性同一性障害を理由とする名の変更もその多くが家庭裁判所に許可されているほか、「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」の施行により、平成16年7月から家庭裁判所に対して、性別の取扱いの変更の審判を請求することができることとなった。

しかしながら、①性同一性障害にはうつ病等の精神疾患が合併することが多いこと、②性同一性障害の相談ができることの周知が図れていないこと、③相談できる医療機関等が少ないこと等から、悩んでいる方が相談しやすい体制整備が重要であると考えており、各自治体において性同一性障害に係る相談支援の更なる拡充をお願いしたい。

性同一性障害の現状と課題について

概要

性同一性障害は生物学的な性と心理的な性の不一致を来している状態であり、

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

ことが特徴的である。

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

現状と課題

性同一性障害について、我が国では、日本精神神経学会がまとめたガイドラインに基づき診断と治療が行われており、性同一性障害を理由とする名の変更もその多くが家庭裁判所により許可されているほか、「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」の施行により、平成16年7月から家庭裁判所に対して、性別の取扱いの変更の審判を請求することができるようになっている。

しかし、

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

自治体での取組例

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

- ・川崎市では、平成22年5月から、精神保健福祉センター、児童相談所、教育委員会における相談窓口を周知している。精神保健福祉センターにおいては、性同一性障害の専門医師と連携した取組を行っている。
- ・鹿児島市では、平成23年4月から相談を開始し、必要に応じて当事者団体への紹介を行っている。



悩んでいる方が相談しやすい体制整備は重要であると考えており、各自治体で性同一性障害の相談対応の更なる拡充をお願いしたい。

川崎市の性同一性障害に対する先進的取組事例

経緯

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

川崎市内における性同一性障害の相談体制

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

相談員・関係者等への研修会

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

実際のホームページ

川崎市
KAWASAKI CITY

キーワード検索: 検索
すべてのキーワードを含む / 別のキーワードを含む

市民の方へ 事業者の方へ ようこそ川崎へ 広報別イニシアチブ フォトマップ

お問い合わせ 外部リンク

性同一性障害についてのお悩みをお持ちの方へ

からだの性どころの性が一致しない(性同一性障害)のある人は、多くの場合、誰にも相談ができず、ひとり悩んでいます。からだの性どころの性が一致しないことに戸惑い、悩んでいる人や、家族などの身近な人のことで戸惑い、悩んでいる人は、ひとりではありません。困った時にはお電話ください。

※次に記載した相談窓口は、いずれも「性同一性障害」専用の相談機関ではありませんが、お話を聞いてあげます。

※原則的に「川崎市在住・在学・在勤の方」を対象として、相談をお受けしています。川崎市外の方からのお問い合わせにつきましては、お住まいの地域の相談機関を紹介する場合があります。

○主に高校生年齢以上を対象に、精神保健相談として御相談をお受けしています。
なお、おかけつけの精神科等がある場合は、そちらに御相談ください。
精神保健福祉センター

思春期精神保健相談	044-200-3246	月曜日～金曜日 9:30～12:00 12:45～17:00
相談担当(主に成人)	044-201-3242	

○学齢期の子どもを対象に、からだところの悩みについて御相談をお受けしています。
児童相談所

子ども家庭センター (川崎区、幸区、中原区)	044-542-1234	
中部児童相談所 (高津区、宮前区)	044-877-8111	月曜日～金曜日 9:30～12:00 12:45～17:00
北部児童相談所 (多摩区、麻生区)	044-931-4300	

教育委員会

教育相談センター(漢口相談室)	044-844-3700	月曜日～金曜日 9:00～15:30
教育相談センター(保瀬相談室)	044-541-3633	年末年始を除く毎日 9:00～18:00
教育相談室	044-200-3288・3289	月曜日～金曜日 9:00～12:00 12:45～16:15

(<http://www.city.kawasaki.jp/25/25inken/home/seidouitsu/seidouitsu.html>)

11 高次脳機能障害支援普及事業について

高次脳機能障害支援普及事業については、障害者自立支援法における地域生活支援事業の一環として、都道府県に高次脳機能障害者への支援拠点機関を置き、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、高次脳機能障害に関する研修等を行い、高次脳機能障害者に対して適切な支援が提供される体制の整備等を行うこととして、平成19年4月より実施しているところである。

高次脳機能障害に関し、各都道府県拠点機関との連携、各種支援プログラムの検証と改正、取組を促す研修事業、普及啓発活動に加え、様々な情報を収集・整理・発信し、また諸機関に対する相談を実施するなど、中央拠点として総合的な支援を行う機能を担うことを目的として、平成23年11月に国立障害者リハビリテーションセンターに「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置（当該支援センターのホームページについては、平成23年12月に開設）したので、高次脳機能障害者に対する各種支援において御活用いただくとともに、支援拠点機関等において周知広報等に努めていただきたい。

高次脳機能障害情報・支援センターについて

センターの機能

高次脳機能障害情報・支援センターは、高次脳機能障害に関し、各都道府県拠点機関との連携、各種支援プログラムの検証と改正、取組を促す研修事業、普及啓発活動に加え、様々な情報を収集・整理・発信し、また諸機関に対する相談を実施するなど、中央拠点として総合的な支援を行う機能を担う。

高次脳機能障害情報・支援センター

国立障害者リハビリテーションセンターに設置

従来の取組

- ・ 全国連絡協議会等を開催し各都道府県拠点と連携
- ・ 各都道府県等で実践されている各種支援プログラムの成果を検証し、必要に応じてよりよいものに改正
- ・ 拠点機関職員等に対し、支援技術習得等に関する研修を実施・シンポジウム等による普及啓発

+

新規の取組

情報収集・発信機能の強化

- ・ 国立障害者リハビリテーションセンターが高次脳機能障害に関する情報を集約し、支援体制の情報を収集し、ホームページで発信
- ・ 一般国民がわかりやすい障害の解説等をホームページで発信
- ・ 医療従事者に対する高次脳機能障害への専門的な解説等をホームページで発信
- ・ 支援拠点機関からの各種の相談の実施・情報の還元

高次脳機能障害に対する総合的な支援を行い、
高次脳機能障害支援拠点機関を含めた医療・福祉サービス等の向上を目指す

高次脳機能障害支援普及事業 平成24年度予算(案)

○国立障害者リハビリテーションセンター実施分 14百万円(26百万円)

都道府県職員や地方支援拠点機関の支援コーディネーターを対象とした全国会議の開催、研修事業を含む普及啓発活動等を引き続き実施するとともに、同センター内に設置した「高次脳機能障害情報・支援センター」(※)において、高次脳機能障害者に関する様々な情報や最新の高次脳機能障害者支援情報を集約し、高次脳機能障害者やその家族及び支援関係者等に役立つ情報をホームページで発信する等、情報提供機能の強化を図る。

※ ホームページ http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/index.html

○都道府県実施分 地域生活支援事業費450億円(445億円)の内数

- ア. 支援拠点機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院等)に相談支援コーディネーター(社会福祉士、保健師、作業療法士等、高次脳機能障害者に対する専門的相談支援を行うのに適切な者)を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行う。
- イ. 自治体職員、福祉事業者等を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、また、地域における高次脳機能障害支援の普及を図る。

12 自立支援医療について

(1) 地域主権改革への対応について

①育成医療の権限委譲

育成医療の支給認定等の事務をすべての市町村へ委譲することについては、平成24年4月前後に政令で定めることとしており、平成25年4月1日に施行される予定である。

②今後の対応について

今後は、主に、市区町村での審査体制の構築の検討を早急に進めていただきたい。具体的には、それぞれの市区町村では、公正中立な立場から医学的な判断を行う審査体制の整備を行う必要があり、特に医学的な判定が可能である医師及び医療関係者の確保、専門家からなる審査会等の設置など、適切な事務処理が平成25年4月1日から行えるよう、人員等の整備に向けて準備を進めていただきたい。

また、そのような独自の整備が困難である場合も考えられるので、その場合には、複数の自治体による審査会等の共同設置、都道府県による市区町村への支援などにより、円滑な事務処理のための工夫をする必要があるので、関係機関との連携を図り、準備を進めていただきたい。

なお、平成24年度中に、支給認定を受けた者で権限移譲後の平成25年度に有効期限を迎える（権限委譲をまたぐ場合の支給認定）場合の取扱い等については、改めて連絡する予定である。

(参考)

- ・ 障害者医療費負担金における負担割合
更生医療と同様（国1／2、都道府県1／4、市町村1／4）

(2) 扶養控除の一部廃止に伴う自立支援医療の負担上限月額について

所得税・個人住民税の扶養控除については、平成22年度税制改正において、「所得控除から手当へ」等の観点から、子ども手当の創設とあわせて、年少扶養親族（～15歳）に対する扶養控除（38万円）が廃止されるとともに、高校の実質無償化に伴い、16歳～18歳までの特定扶養親族に対する扶養控除の上乗せ部分（25万円）が廃止された。

それに伴い、現行制度において、個人住民税の税額と連動している自立支援医療の利用者負担上限額の算定に影響が生じることから、「市町村等の事務負担に留意しつつ、控除見直し前の旧税額を計算する等により、控除見直しの影響が生じないようにする」という厚生労働省として打ち出した方向性にに基づき、今後の対応については、扶養控除の見直しがなかったものとみなした上で、自立支援医療の負担上限額の算定を行うものとするので、本年7月以降の負担上限額の算定に当たっては、別途配布予定の『旧税額計算シート』を活用の上、扶養控除見直し前の旧税額を算出し適宜対処いただくようお願いする。

(3) 指定自立支援医療機関の指定の更新について

指定自立支援医療機関の指定については、「指定自立支援医療機関の指定について」（平成18年3月3日障精発第0303005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）を参考に運用されているが、平成24年4月以降、指定から6年が経過する指定自立支援医療機関が存在すると思われることから、指定の更新手続について、改めて、指定自立支援医療機関をはじめ関係者への周知を図り更新手続に遺漏なきようお願いする。

(4) 自立支援医療の支給認定時の投薬状況の確認と支給認定後の対応

昨年11月に、厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム：過量服薬対策ワーキングチームにおいて、「抗不安薬・睡眠薬の処方実態に関する報告」等をまとめ、貴管内の医療機関及び薬局等関係者に対して、周知をお願いしたところである。

自立支援医療（精神通院医療）における向精神薬の処方に関しても、これを踏まえた対応として、また、自立支援医療費の適正化の観点からも、各都道府県・指定都市において、以下の対応をお願いしたい。

① 支給認定時の投薬状況の確認

- ・各都道府県・指定都市の支給認定審査会等において、支給認定の申請者から提出される診断書の投薬内容欄に、同一種類の向精神薬が3種類以上処方されているか確認する。
- ・同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合には、指定自立支援医療機関（病院・診療所）から理由を求める。
- ・不適正な事例が認められる場合は、過去の投薬状況を確認し、治療方針等を十分に確認する。

② 支給認定後の対応

- ・支給認定の際に①に該当した者等、今後も引き続き確認が必要であると判断された者がいた場合については、指定自立支援医療機関から診療録（又はレセプト）の提出を求め、支給認定期間中の治療状況を把握する
- ・投薬状況が明らかに不適切と思われる場合は、指定自立支援医療機関から治療（向精神薬の処方）に関する理由書の提出を求め、必要に応じ改善に向けた助言や指導等を実施

なお、本件については、別途通知（「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年3月3日障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知））の一部を改正する予定であることを申し添える。

(5) 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が図られていないものが見受けられるとの決算検査報告（平成20年度）による指摘があった。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。

(6) 障害者医療費国庫負担金の適正な執行について

過去の決算検査報告において、

○本来であれば本負担金の支出対象とはならない法施行以前の平成18年3月診療分の自立支援医療に係る経費を本負担金の実績として報告

○対象経費の実支出額の算定に当たり、自立支援医療に係る対象経費の集計を誤って報告

したことにより、本負担金の経理が不当と認められるとの報告がなされた。各自治体におかれては、制度改正等の際、本負担金の対象期間に十分注意いただくとともに、毎年の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。

13 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

「医療観察法（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法対象者に対して、適切な医療を提供し、社会復帰の促進を図っている。

（1）指定入院医療機関の現状

医療観察法に基づく指定入院医療機関の整備については、現状としては全国で720床程度（予備病床を含め800床程度）を目標として整備を進めている。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（478床）の整備を、都道府県関係については、13の自治体（188床）の協力を得て、整備を行ってきた。引き続き、指定入院医療機関の整備を推進する。

（2）地域社会における処遇の円滑な実施等について

法に基づく地域社会における処遇については、「地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日障精発0714003号）（以下、「ガイドライン」という。）」に基づき行われているが、法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。

厚生労働省としては、医療観察法の地域処遇体制の強化を図られるよう、通院対象者通院医学管理料の改定や障害福祉サービス報酬改定並びに障害者自立支援対策臨時特例交付金（平成23年度第4次補正予算で、平成24年度までの延長を図っている。）による事業（医療観察法地域処遇体制強化事業等）による対応を実施しており、法の目的である継続的な医療の提供と社会復帰の促進に努めている。

なお、障害者の退院・退所後の住宅の確保や地域移行に関する経済的支援制度については、「障害者の地域生活への移行を促進するための経済的支援施策について（平成22年3月31日社援保発0331第4号（社会・援護局保護課、地域福祉課、障害保健福祉部企画課、精神・障害保健課長連名通知）」で既にお知らせしているところであるが、医療観察法の対象者の地域移行に当たってもこれらの制度の一層の活用を図り、円滑な地域移行にご協力をいただきたい。

最後に、通院対象者の状況に応じて専門的な医療を提供する指定通院医療機関については、社会復帰の観点から、法対象者の居住地の近郊において指定通院医療機関を確保することが重要であると考えている。

このため、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のうえ、ガイドラインに基づく地域連携体制の基盤構築の充実を図るとともに、法対象者が居住する地域において適切な通院処遇が図られるよう、指定通院医療機関を引き受ける医療機関の確保について、ご理解とご協力をいただきたい。

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り、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

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

不起訴

(心神喪失等を認定)

無罪等

(心神喪失等を理由)

検察官による申し立て

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)

地方裁判所における審判

入院決定

通院決定

入院医療の提供

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

退院決定

入院・再入院決定

地域での支援

- ・精神保健観察(保護観察所)
- ・入院によらない医療(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)

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

1. 国関係

平成23年12月31日現在

※ は稼働中の指定入院医療機関

①国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床	
②国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床	
③国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）	66床	
④国立病院機構久里浜アルコール症センター（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国立病院機構榊原病院（三重県）	17床	
⑩国立病院機構やまと精神医療センター（奈良県）	33床	
⑪国立病院機構鳥取医療センター（鳥取県）	8床	（将来17床で運営予定）
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

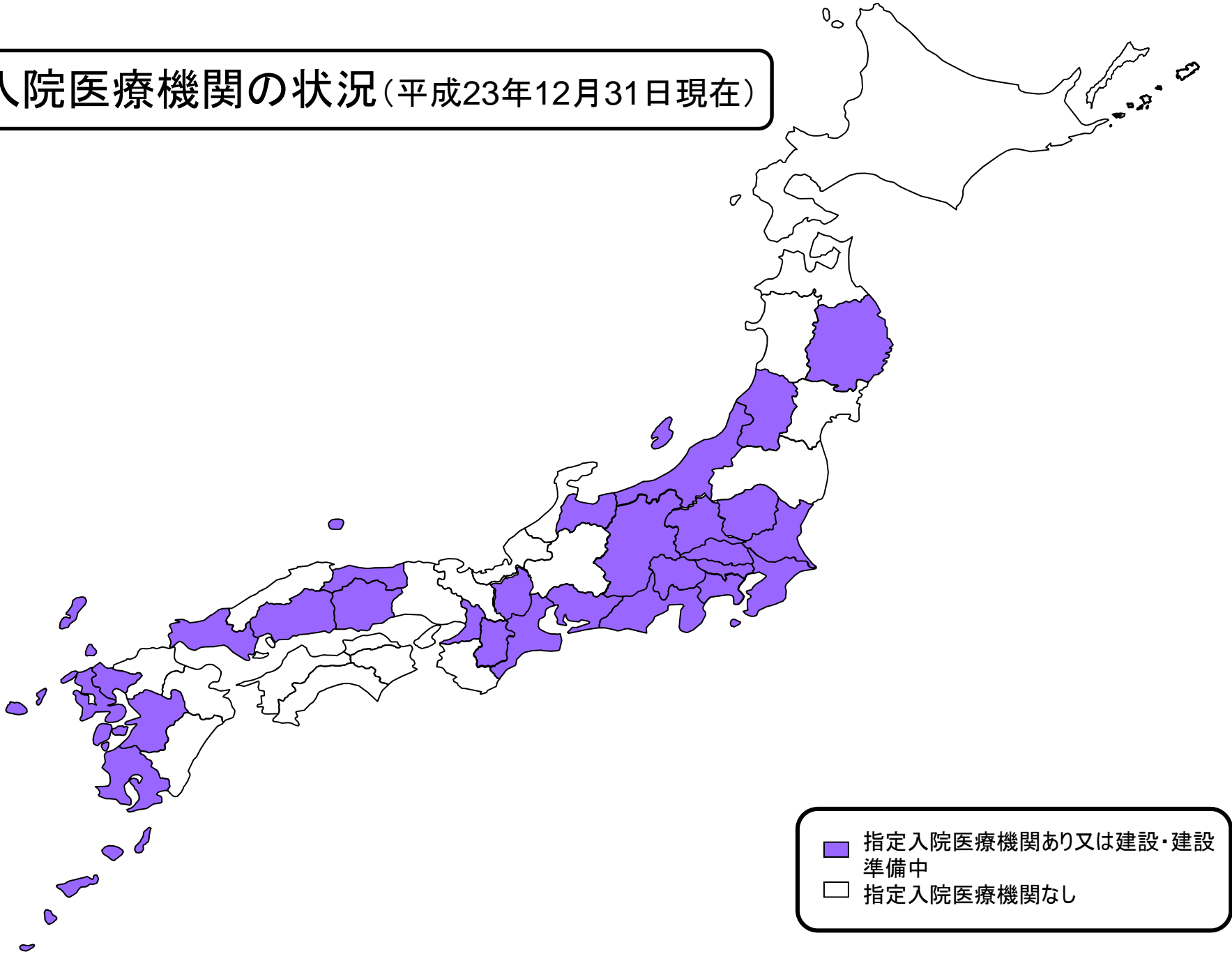
※ は稼働中の指定入院医療機関

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	6床	(将来16床で運営予定)
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	2床	(将来33床で運営予定)
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		建設準備中
⑮栃木県立岡本台病院		建設準備中
⑯愛知県立城山病院		建設準備中
⑰滋賀県立精神医療センター		建設準備中

※病床整備の現状:666床 [うち国関係:478床 都道府県関係188床](平成23年12月31日現在)

(病床数は予備病床を含む)

指定入院医療機関の状況(平成23年12月31日現在)



指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	平成23年12月31日現在指定数				
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	計
北海道	30	2	15	1	48
青森県	8	1	142	1	152
岩手県	5	0	4	0	9
宮城県	9	3	6	4	22
秋田県	3	0	335	1	339
山形県	8	2	8	2	20
福島県	8	1	169	2	180
茨城県	14	0	380	0	394
栃木県	6	0	1	0	7
群馬県	3	0	147	0	150
埼玉県	10	0	100	3	113
千葉県	10	0	76	2	88
東京都	17	2	14	10	40
神奈川県	14	1	1	2	18
新潟県	10	0	453	1	464
山梨県	3	0	2	0	5
長野県	11	0	45	4	60
富山県	3	0	10	2	15
石川県	4	0	5	1	10
岐阜県	7	1	39	0	47
静岡県	11	0	8	0	19
愛知県	10	2	5	2	19
三重県	6	0	0	3	9
福井県	4	0	48	0	52

都道府県名	平成23年12月31日現在指定数				
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	計
滋賀県	8	1	5	0	14
京都府	5	0	33	4	42
大阪府	25	0	17	17	59
兵庫県	16	1	6	7	30
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	9	1	14
岡山県	6	0	3	0	9
広島県	6	1	8	5	20
山口県	8	0	15	0	23
徳島県	6	1	0	0	7
香川県	3	0	6	0	9
愛媛県	8	0	4	2	14
高知県	6	2	87	3	98
福岡県	16	1	5	4	26
佐賀県	7	0	5	0	12
長崎県	6	0	8	4	18
熊本県	3	0	0	1	4
大分県	3	0	3	0	6
宮崎県	4	0	0	0	4
鹿児島県	9	0	0	1	10
沖縄県	7	0	5	1	13
合計	381	24	2,360	93	2,858

平成24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 H23年度予算 208億円 → H24年度予算案 236億円(+28億円)

・指定入院医療機関施設整備費 44.6億円 → 33.7億円

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 1.2億円 → 1.5億円

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 17.3億円 → 23.6億円

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

・指定入院医療機関地域共生事業費 2.7億円 → 0.5億円

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

写

社 援 保 発 0 3 3 1 第 4 号
社 援 地 発 0 3 3 1 第 1 号
障 企 発 0 3 3 1 第 5 号
障 精 発 0 3 3 1 第 3 号
平 成 2 2 年 3 月 3 1 日

各 都道府県
指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局保護課長

厚生労働省社会・援護局地域福祉課長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長

障害者の地域生活への移行を促進するための経済的支援施策について（通知）

平素より、障害保健福祉行政の推進にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、精神保健医療福祉の改革については、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「改革ビジョン」という。）がとりまとめられ、これまで、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の実現に向けた施策を展開してきたところです。

また、平成20年4月から、改革ビジョンの後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示することを目的として、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催し、平成21年9月には報告書が取りまとめられました。

本報告書においては、地域を拠点とする共生社会の実現に向けて、入院医療中心から地域

生活中心へという基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速すべきとし、その一環として、「地域生活への移行の際に必要な経済的な支援をより円滑に利用できるよう、その一層の周知等を図るべき」、また、「病院からの地域移行だけでなく、家族と同居しての生活から、グループホーム・ケアホームや民間賃貸住宅等でのより自立した生活への移行が円滑に行われるようにするという視点も持つべき」という提言がされています。

また、入所施設についても、障害福祉計画において福祉施設の入所者の地域生活への移行に関する目標値を定め推進することとされているなど、障害者施策において、障害者の地域生活への移行支援は最重要の課題の一つとなっています。

そこで、今般、障害者の地域生活への移行支援に資するよう、関連する経済的支援施策について下記のとおり取りまとめましたので、各都道府県及び指定都市におかれましては、十分にご理解のうえ、制度の一層の活用を図っていただくとともに、都道府県におかれましては、管内市町村へも周知していただきますようお願いいたします。

なお、本通知に示すもののほか、住宅の確保に関する施策については、平成 21 年 11 月 12 日付け社援地発 1112 第 3 号、障企発 1112 第 1 号、障障発 1112 第 1 号、国住備第 84 号「障害者の住まいの場の確保のための福祉部局と住宅部局の連携について」もご参照下さい。

また、本通知は、障害者の地域移行に係る経済的支援施策について、全国共通の取扱いを示したものであり、従前より各地域において生活保護部局等と連携して行っている先進的な取組みについては、引き続き積極的な推進を図っていただきますようお願いいたします。

記

1 住宅の確保に関する経済的支援について

(1) 生活保護法による住宅入居費等の支給について

長期にわたり精神科病院等に入院中の精神障害者又は入所施設に入所中の障害者(以下「入院患者等」という。)が退院・退所し地域生活へ移行する場合や、家族と同居している障害者が家族から独立し新たに地域生活を始める場合において、生活保護を申請し、その後、生活保護が開始された場合には、民間賃貸住宅の賃貸借契約に際し必要な敷金、礼金及び賃借料等並びに生活保護の申請から開始までの間の必要経費について、生活保護の住宅扶助費等の基準額の範囲内で支給されることとなります。

(2) 生活福祉資金貸付制度による住宅入居費の貸付について

入院患者等が退院・退所し地域生活へ移行する場合や、家族と同居している障害者が家族から独立し新たに地域生活を始める場合において、民間賃貸住宅の賃貸借契約に際し、預貯金等の状況から敷金、礼金及び賃借料等の確保が困難な場合には、生活福祉資金貸付制度(別紙 1)における福祉費の活用により、原則連帯保証人が必要となるが、連帯保証人がいない場合でも、当該費用を借入れることができるので、当該制度について周知していただくようお願いいたします。

また、入院・入所中又は家族と同居中に生活福祉資金貸付制度の利用申請を行った上で、退院・退所後又は独立後、速やかに生活保護を申請し、その後、生活福祉資金が交付されて敷金、礼金及び賃借料等を支払い、後日生活保護が開始された場合には、当該費用について住宅扶助費の基準額の範囲内で遡って支給されることとなるので、ご了承下さい。

その際、本人が負担を感じることなく地域生活への移行支援を行う観点からは、本来予定している住居への入居及び生活の開始が速やかに行われることが重要であるため、退院日と生活保護の申請と生活福祉資金の貸付は同日になされることが望ましいが、生活保護の申請後、生活福祉資金が支払われ入居するまで、できる限り期間が短くなるよう、3に示す地域移行推進員等は、入院・入所中又は家族と同居中から都道府県社会福祉協議会や生活保護部局及び不動産会社・家主等と敷金、礼金等の支払い時期も含めて、十分連携し計画的な支援を行うようお願いいたします。

2 地域移行に関する経済的支援について

(1) 地域移行支度経費支援事業について

入院患者等については、地域生活に移行する際に、地域生活で新たに必要となる物品を購入するための費用がかかることから、当該費用に対して助成することを目的として、障害者自立支援対策臨時特例交付金において地域移行支度経費支援事業（別紙2）を創設したところですので、当該事業の積極的な実施について検討していただくようお願いいたします。

(2) 公的な家賃債務保証制度について

民間賃貸住宅の賃貸借契約に際し、保証人の確保が困難な者については、障害者等の入居を受け入れることとしている賃貸住宅に対し、未払い家賃の債務保証を（財）高齢者住宅財団が実施する「家賃債務保証制度」（別紙3）があるので、当該制度を周知していただくとともに、本人の意向を十分に確認したうえで、制度の活用を図るようお願いいたします。なお、以下のとおり、平成21年度から対象となる障害者の範囲が拡充されるとともに、滞納家賃にかかる保証月数も延長されておりますので、ご留意下さい。

〈障害者の対象〉

身体障害者（改正前）1～4級→（改正後）1～6級

精神障害者（改正前）1～2級→（改正後）1～3級

〈保証月数〉

（改正前）家賃の6ヶ月→（改正後）家賃の12ヶ月

3 精神障害者地域移行支援特別対策事業について

精神障害者地域移行支援特別対策事業（平成20年5月30日付け障発第0530001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知により実施する事業をいう。）では、受入条件が整えば退院可能な精神障害者の地域生活への移行を支援するため、地域移行推進員及び地域体制整備コーディネーターを配置しているところですが、本人が退院・退所後に民間賃貸住宅への入居を希望している場合には、本人の意向を十分に確認の上、退院・退所前から病院、家主・不動産会社、都道府県社会福祉協議会及び生活保護部局等と十分に連携を図り、上記の経済的支援施策に止まらず、円滑な支援が行われるようご配慮をお願いいたします。

別紙1

生活福祉資金貸付制度の概要

- 1 実施主体
都道府県社会福祉協議会
- 2 貸付対象
低所得者世帯：必要な資金を他から借り受けることが困難な世帯（市町村民税非課税程度）
障害者世帯：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者等の属する世帯
高齢者世帯：65歳以上の高齢者の属する世帯
- 3 貸付資金の種類
総合支援資金、福祉資金（福祉費）、教育支援資金、不動産担保型生活資金
- 4 連帯保証人
原則、連帯保証人を立てるものとする。ただし、連帯保証に立てない場合も貸付可能。
- 5 貸付金利子
連帯保証人を立てる場合は無利子
連帯保証人を立てない場合は年1.5%
※緊急小口資金、教育支援資金は無利子
不動産担保型生活資金は年3%又は長期プライムレートのいずれか低い利率
- 6 貸付決定等
市町村社協において貸付要件等の必要な確認をしたうえで、都道府県社協において、審査決定する。

地域移行支度経費支援事業

1 事業の目的

入所施設の入所者や精神科病院の入院患者の地域生活への移行を促進するため、地域での生活において必要となる物品の購入について支援を行うことを目的とする。

2 事業の内容

(1) 実施主体 都道府県

(2) 事業の内容

入所施設の入所者又は精神科病院の入院患者が地域生活に移行するに当たって、地域生活で新たに必要となる物品を購入するための費用の助成を行う。

- ・対象施設：障害者支援施設、宿泊型自立訓練事業所、精神障害者退院支援施設、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病床を有するものを含む。）、身体障害者療護施設、身体障害者入所更生施設、身体障害者入所授産施設、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設、知的障害者通勤寮、精神障害者生活訓練施設、精神障害者入所授産施設
- ・対象者：対象施設に2年以上入所等している障害者（宿泊型自立訓練事業所、精神障害者退院支援施設、知的障害者通勤寮及び精神障害者生活訓練施設を除く対象施設に2年以上入所・入院していた者に限る。）であって、居宅（賃貸住宅を含み、家族等との同居の場合を除く。）、ケアホーム、グループホーム又は福祉ホームに移行する者。
- ・対象物品：地域生活を開始するに当たり必要となる物品類（布団・枕・シーツ等の寝具、タオル、照明器具、食器類等であってグループホーム等の共用物品は除く。）

(3) 補助単価 1人あたり 30,000 円以内

3 補助割合 国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4

※（精神科病院、精神障害者生活訓練施設及び精神障害者入所授産施設からの退院・退所については、国 1/2、都道府県（政令指定都市） 1/2）

4 実施年度 平成 21 年度～23 年度

5 留意事項

事業を行うに当たっては、都道府県が対象施設に助成を行い、原則対象施設が対象者に現物をもって支給若しくは購入の支援又は現金の支給を行うこと。

家賃債務保証制度の概要

1 対象住宅

高齢者世帯または障害者世帯、子育て世帯、外国人世帯もしくは解雇等による住居退去者世帯の入居を敬遠しないものとして、高齢者住宅財団と家賃債務保証制度の利用に関する基本約定を締結した賃貸住宅

2 対象世帯

(1) 高齢者世帯

高齢者円滑入居賃貸住宅に入居する満60歳以上の高齢者の世帯（同居者は、配偶者を除き原則として満60歳以上の親族に限る。）

(2) 障害者世帯

障害の程度が次に該当する者が入居する世帯

①身体障害：1～6級（改正前1～4級）

②精神障害：1～3級（改正前1～2級）

③知的障害：精神障害に準ずる

(3) 子育て世帯

18歳以下の扶養義務のある者が同居する世帯（収入階層の50%未満の世帯に限る）

(4) 外国人世帯

外国人登録証明書の交付を受けた者が入居する世帯

(5) 解雇等による住居退去者世帯

平成20年4月1日以降、解雇等により住居から退去を余儀なくされた世帯（その後の就労等により賃料を支払える収入があるものに限る。）

3 保証の対象

(1) 滞納家賃（共益費及び管理費を含む）

(2) 原状回復費用および訴訟費用

※（1）（2）ともに、家賃滞納により賃貸住宅を退去する場合に限る。

4 保証限度額

(1) 滞納家賃：月額家賃の12ヶ月分に相当する額（改正前6ヶ月分）

(2) 原状回復費用および訴訟費用：月額家賃の9ヶ月分に相当する額

5 保証期間

原則2年間（賃貸借契約期間に合わせて変更可能。更新も可能。）

6 保証料

2年間の保証で月額家賃の35%を一括払い（原則入居者負担）

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（抜粋）
「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）

IV 精神保健医療福祉の改革について

3. 地域生活支援体制の強化

(3)改革の具体像

②障害福祉サービス等の拡充

エ 入院中から退院までの支援等の充実について

- 精神保健医療福祉に従事する者について、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等において、相互に連携・協力を図り、精神障害者の地域生活への移行や地域生活の支援に取り組む責務を明確化すべきである。
- 病院等から地域生活への移行を目指す精神障害者に対する個別支援の充実強化とともに、自立支援協議会等の機能の活性化等を通じて、地域資源の開発や地域における連携の構築など、地域生活に必要な体制整備を行う機能についても、引き続き充実を図るべきである。
- 長期にわたり入院している精神障害者をはじめとして地域生活への移行が円滑に行われるよう、入院中の段階から地域生活への移行に先立って、グループホーム等での生活の体験など、地域移行に向けた体験利用の活用を進めるとともに、地域移行の際に必要な経済的な支援をより円滑に利用できるよう、その一層の周知等を図るべきである。
- また、上記のような支援においては、本人と家族との自立した関係を築く観点を踏まえ、病院からの地域移行だけでなく、家族と同居しての生活から、グループホーム・ケアホームや民間賃貸住宅等でのより自立した生活への移行が円滑に行われるようにするという視点も持つべきである。

生活福祉資金貸付制度と生活保護

【入院・入所又は家族と同居】

- ・退院・退所、単身生活等に向けた計画の作成
- ・精神障害者地域移行特別対策事業により配置された地域移行推進員等による地域移行支援の開始
 - －住まいの場の調整
 - －地域生活を見据えた地域への同行支援 等

【単身生活等】

- ・地域定着に向けた支援
 - －地域移行推進員等から障害福祉サービス等の地域の支援者への橋渡し
 - －相談支援事業者等による必要なサービスの調整 等

生活福祉資金貸付制度
・敷金、礼金、賃借料等の確保が困難な場合

生活保護

相談・申請

貸付

※貸付は生活保護の申請後

返済

敷金、礼金、賃借料等住宅扶助費を遡って支給

相談

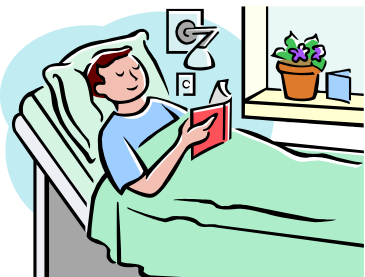
申請

決定

退院・退所又は地域における単身生活等の開始

生活保護と生活福祉資金(福祉費)貸付を申請する場合の留意事項

入院・入所中又は家族と同居中から、地域移行推進員、地域体制整備コーディネーター、MSW、PSW等により、ケースワーカー及び社協相談員等に対する相談、調整が必須。
具体的には、退院・退所後に速やかに生保の申請、貸付が行われ、地域移行が円滑に行われるよう調整すること。



14 障害程度区分認定等事務費の執行について

標記事務費は、市町村が行う障害程度区分認定に係る事務に要する費用の2分の1を国が補助するものである。先般、一部の市町村において標記事務費の執行にあたり、実際は執行対象外である備品を購入したにもかかわらず、執行対象である消耗品等を購入したように請求書を偽って作成するといった不適正な執行が確認された。

また、以前、財務省が実施した標記事務費の「平成21年度予算執行調査」について、先般、一部の都道府県及びその管内市町村に対し、フォローアップ調査を実施した。この調査では、「単価契約の推進」として、「認定調査の委託にあたっては、人件費相当額での委託契約とするのではなく、認定調査に特化した単価契約とすることにより、委託額を認定調査件数に比例させる等コストの明確化を図るべきこと」と指摘された。

補助金の執行にあたっては、公正かつ効率的な執行に努めなければならない、標記事務費の使用に関し、改めてその執行の適正化について、各都道府県より管内市町村に対し、周知徹底をお願いしたい。

<参考>

○ 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律

第3条（関係者の責務）

第1項 各省各庁の長は、その所掌の補助金等に係る予算の執行に当っては、補助金等が国民から徴収された税金その他の貴重な財源でまかなわれるものであることに特に留意し、補助金等が法令及び予算で定めるところに従って公正かつ効率的に使用されるように努めなければならない。

第2項 補助事業者等及び間接補助事業者等は、補助金等が国民から徴収された税金その他の貴重な財源でまかなわれるものであることに留意し、法令の定及び補助金等の交付の目的又は間接補助金等の交付若しくは融通の目的に従って誠実に補助事業等又は間接補助事業等を行うよう努めなければならない。

第11条（補助事業等及び間接補助事業等の遂行）

補助事業者等は、法令の定並びに補助金等の交付の決定の内容及びこれに附した条件その他法令に基く各省各庁の長の処分に従い、善良な管理者の注意をもって補助事業等を行わなければならない、いやしくも補助金等の他の用途への使用をしてはならない。

15 「障害程度区分の医師意見書の取扱い及びこれに係る施行事務費補助金について」の一部改正について

標記については、平成18年2月21日付事務連絡において示しているが、今般、平成24年度診療報酬改定に伴い、一部の項目について改正を予定している、ご留意いただきたい（現在、省内で協議中のため、内容が分かり次第、速やかに周知する予定）。各都道府県におかれては、管内の市町村に対し、周知をお願いしたい。

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22年10月から平成23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18.1万件について、データをとりとめました。

・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	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%	6.9%	19.7%	22.1%	17.5%	15.6%	18.1%	

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
	0.2%	5.4%	16.6%	18.9%	14.4%	16.4%	28.1%	

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%	4.1%	12.8%	20.6%	22.1%	20.1%	20.3%	

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%	15.1%	40.1%	29.1%	9.9%	3.3%	2.3%	

(参考)

・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	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%	6.9%	20.3%	22.8%	17.3%	14.0%	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	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%	7.5%	20.8%	22.8%	17.1%	13.5%	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	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%	6.4%	18.5%	20.5%	14.8%	15.1%	24.5%	

・平成19年度障害程度区分認定状況調査(平成18年10月～平成19年9月)

全体	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
	0.3%	8.3%	22.5%	25.0%	17.4%	12.3%	14.0%	

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（2011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	231	730	99	16	3	1	1	1,081	78.6%	850	0	850
区分1	9	11,550	7,217	1,377	145	8	0	20,306	43.1%	8,747	9	8,756
区分2	6	112	28,399	17,122	2,885	179	9	48,712	41.5%	20,195	118	20,313
区分3	2	3	91	21,355	15,186	2,710	150	39,497	45.7%	18,046	96	18,142
区分4	0	0	2	59	13,399	9,279	1,187	23,926	43.7%	10,466	61	10,527
区分5	1	0	0	12	98	15,767	7,435	23,313	31.9%	7,435	111	7,546
区分6	0	0	1	3	22	321	24,104	24,451	0.0%	0	347	347
合計件数	249	12,395	35,809	39,944	31,738	28,265	32,886	181,286	36.3%	65,739	742	66,481
割合	0.1%	6.8%	19.8%	22.0%	17.5%	15.6%	18.1%	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	126	240	23	4	2	1	0	396	68.2%	270	0	270
区分1	7	3,353	1,112	176	15	0	0	4,663	27.9%	1,303	7	1,310
区分2	5	63	10,150	3,065	351	12	1	13,647	25.1%	3,429	68	3,497
区分3	2	2	52	9,677	3,193	307	19	13,252	26.6%	3,519	56	3,575
区分4	0	0	1	31	6,239	2,127	154	8,552	26.7%	2,281	32	2,313
区分5	1	0	0	7	54	8,568	2,666	11,296	23.6%	2,666	62	2,728
区分6	0	0	0	2	9	180	16,380	16,571	0.0%	0	191	191
合計件数	141	3,658	11,338	12,962	9,863	11,195	19,220	68,377	19.7%	13,468	416	13,884
割合	0.2%	5.3%	16.6%	19.0%	14.4%	16.4%	28.1%	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	28	170	10	4	1	0	1	214	86.9%	186	0	186
区分1	1	3,911	2,320	453	44	3	0	6,732	41.9%	2,820	1	2,821
区分2	0	19	10,658	8,889	1,822	125	6	21,519	50.4%	10,842	19	10,861
区分3	0	1	37	11,632	12,318	2,464	138	26,590	56.1%	14,920	38	14,958
区分4	0	0	0	31	8,287	8,127	1,122	17,567	52.6%	9,249	31	9,280
区分5	0	0	0	5	58	9,597	6,200	15,860	39.1%	6,200	63	6,263
区分6	0	0	0	0	17	197	13,214	13,428	0.0%	0	214	214
合計件数	29	4,101	13,025	21,014	22,547	20,513	20,681	101,910	43.4%	44,217	366	44,583
割合	0.0%	4.0%	12.8%	20.6%	22.1%	20.1%	20.3%	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	88	346	68	9	0	0	0	511	82.8%	423	0	423
区分1	2	4,828	4,204	854	99	5	0	9,992	51.7%	5,162	2	5,164
区分2	1	35	9,552	6,811	1,042	56	3	17,500	45.2%	7,912	36	7,948
区分3	0	0	8	2,358	1,584	222	12	4,184	43.5%	1,818	8	1,826
区分4	0	0	1	2	680	352	36	1,071	36.2%	388	3	391
区分5	0	0	0	1	3	499	172	675	25.5%	172	4	176
区分6	0	0	1	2	0	7	569	579	0.0%	0	10	10
合計件数	91	5,209	13,834	10,037	3,408	1,141	792	34,512	46.0%	15,875	63	15,938
割合	0.3%	15.1%	40.1%	29.1%	9.9%	3.3%	2.3%	100.0%				

上位区分変更率(%)

都道府県別の上位区分変更率(平成23年度)

