

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成24年10月22日(月)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

目 次

1 「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」及び「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」のとりまとめについて	1
2 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について	30
3 障害支援区分の施行について	37
4 精神科救急医療体制整備の推進について	39
5 育成医療の市町村への権限移譲について	42
6 心神喪失者等医療観察法の施行状況について	46
7 性同一性障害の相談窓口について	54
(参考資料)	
・ 精神障害者アウトリーチ推進事業について	57
・ 保護室の構造設備について	58
・ 医療計画について	62

1 「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」及び「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」のとりまとめについて

(1) 精神保健医療福祉施策の改革の課題について

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

ア 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、在り方を検討し、平成 24 年内を目途に結論を得る。

イ 「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。

ウ 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成 24 年内を目途に結論を得る。

こととされた。

これを踏まえ、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」や、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」を立ち上げ、検討を行ってきた。

(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」とりまとめ

本年 6 月 28 日に「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」のとりまとめが行われた。検討チームの議論においては、

保護者制度の見直しとして、

- 権利規定である退院等の請求の規定を除き、保護者に課せられた各義務規定は原則として存置しないこととする

医療保護入院の見直しとして、

- 保護者による同意を必要としない入院手続きとする
- 入院当初から院外の地域支援関係者が関与し、入院期限の設定と更新を実施することなど、入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する
- 権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選ぶこととする
- 精神医療審査会に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与し、必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査する等により、早期の退院を促進するよう、入院に関する審査を見直す

退院後の地域生活の支援として、

- 本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入
- 急に症状が悪化した場合、1 週間など期間限定で医療的支援を行う

短期宿泊支援の導入

入院の契機について

○ 事前調査の明確化と地域支援関係者の参画

措置入院に関して

○ 入院中・退院時への関与を明確化するなど保健所の関わりを強化する

等が今後の方向性とされた。

(3) 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」とりまとめ

本年6月28日に「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」のとりまとめが行われ、

○ 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。

○ 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。

○ 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

○ 上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする。

等が今後の方向性とされた。

(4) 今後の方針

精神保健福祉法改正法案の国会への提出に向けて、検討を進めていくこととしている。

精神保健医療福祉の充実に関する検討

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

(4) 医療

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

退院支援 地域生活支援

平成23年内に概ね検討済み

- ・病院からの退院に関する目標値の設定
- ・アウトリーチ(訪問支援)の充実
- ・精神科救急医療体制の充実
- ・医療計画への精神疾患の追加
- ・相談支援の充実
(地域移行支援・地域定着支援)
- ・宿泊型自立訓練の充実
- ・認知症と精神科医療等

強制入院 保護者制度

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

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

人員体制の充実

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

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

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)

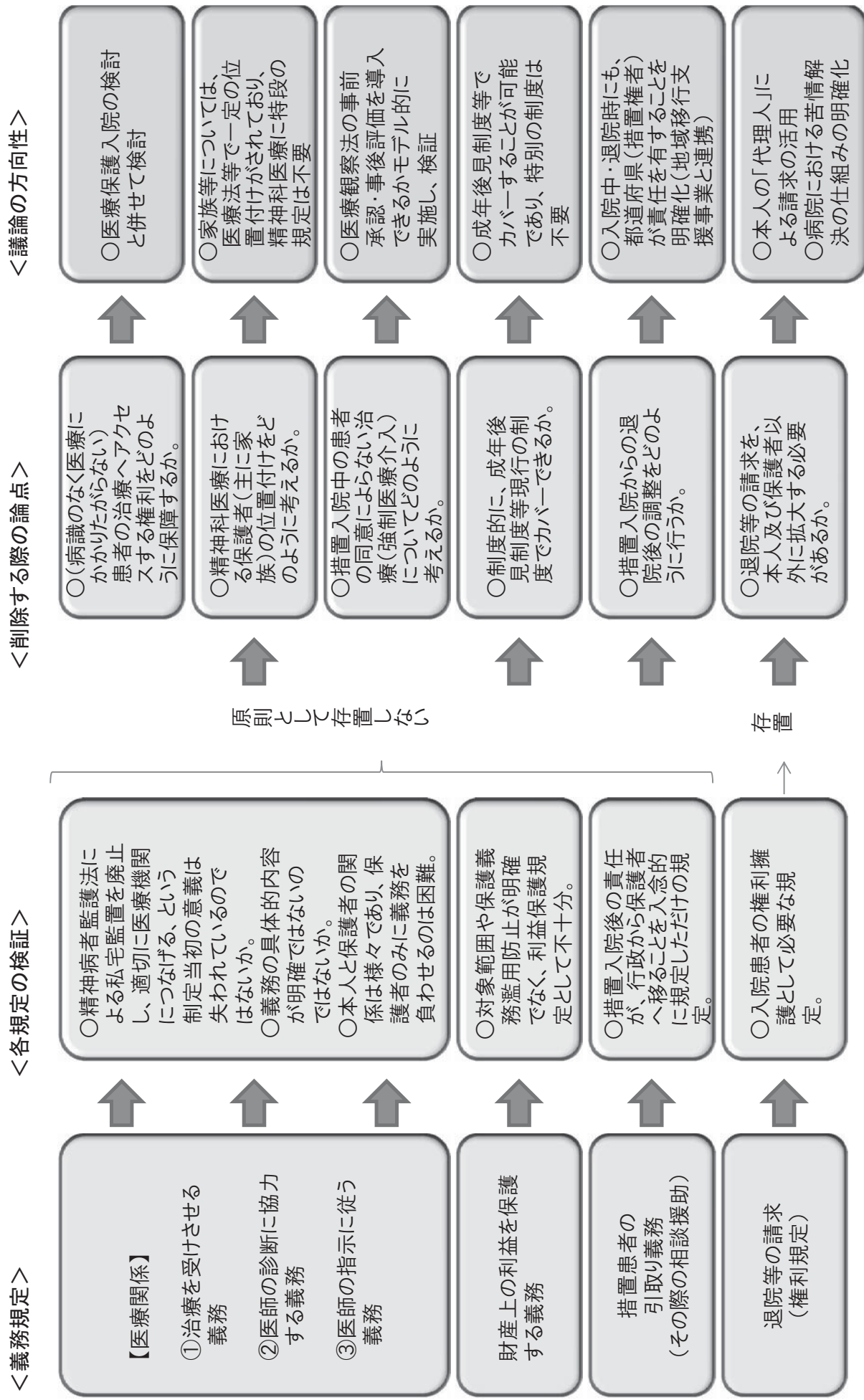
○保護者になり得る人とその順位

- ① 後见人又は保佐人(※ 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



入院制度に関する議論の整理（平成24年6月28日）

（概要）

<精神保健福祉法で定める入院制度>

- 自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。
（※）「保護者」は、精神保健福祉法に基づき精神疾患のある人につき一人決められることになっている。
- 1年間に精神科病院に入院する38万人の4割（14万人）が医療保護入院による入院
- このほか、本人の同意を得られない場合に、医療保護入院のために移送させる仕組みもある（「34条移送」）

<医療保護入院の課題>

- 本人の同意なく入院させている患者に対する**権利擁護が十分か。**
- 入院の必要性があっても**保護者の同意がなければ入院できない。**
- 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、**入院が長期化しやすい。**
- 本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間にあつれきが生まれやすく、**保護者には大きな負担。**

医療保護入院の見直し

- ① **保護者による同意を必要としない入院手続きとする。**
- ② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、**入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する。**
 - ◆ 入院当初からの院外の地域支援関係者の関与
 - ◆ 入院期限の設定と更新の審査の実施 等
- ③ **権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べる**こととする。
- ④ **早期の退院を促進するよう、入院に関する審査を見直す。**
 - ◆ 精神医療審査会（都道府県の精神保健福祉センターに設置）に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与
 - ◆ 必要な人には精神医療審査会が病院に向いて審査 等

退院後の地域生活の支援

- ・ 本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入
- ・ 急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定で医療的支援を行う短期宿泊支援の導入

入院の契機（34条移送関係）

- ・ 34条移送の保護者の同意要件は外す。
- ・ 対象者の緊急性の要件の撤廃
- ・ 事前調査の明確化と地域支援関係者の参画

措置入院

- ・ 保健所の関わりの強化（入院中・退院時への関与を明確化）と相談支援との連携 等

〔今後、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めて行くことが必要。また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行う必要がある。〕

(参考資料)

医療保護入院の見直し

(「入院制度」に関する議論の整理)(平成24年6月28日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3R))で示された具体的内容)

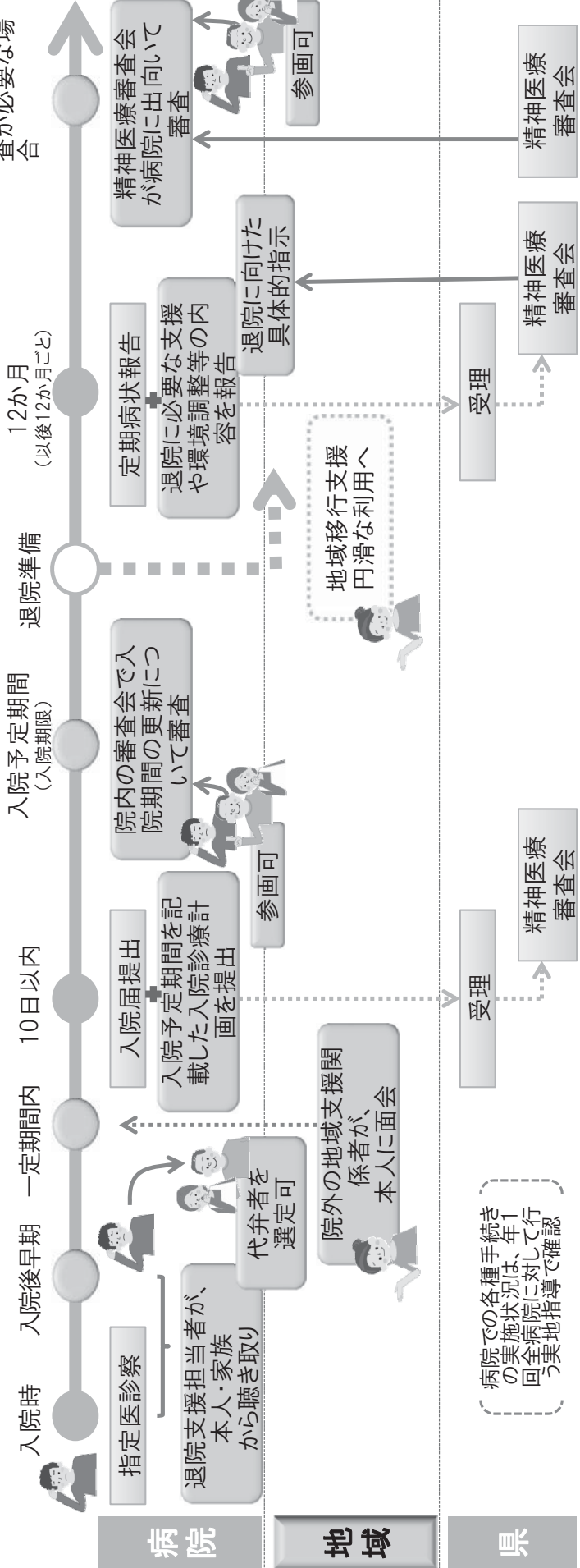
現在の医療保護入院の手続き

保護者に大きな負担・入院長期化しやすい状況



見直し後の手続き

入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入



入院制度に関する議論の整理

この資料は、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3R)及び「保護者制度・入院制度の検討」に係る作業チームにて、平成23年11月から本格的に行われてきた入院制度に関する議論で示された方向性や意見や意見について、今後の政策決定に資するため、網羅的に整理を行ったものである。

1 医療保護入院の見直しに関する基本的な考え方

- 保護者による同意を要する医療保護入院については、
 - ・ 本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か、といった問題意識に加え、
 - ・ 入院の必要性があっても保護者の同意がなければ入院できない
 - ・ 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすい
 - ・ 本人の意思に反して保護者の判断で入院させるため、本人との間にあつれきが生まれやすく、保護者にとっては大きな負担となる、といった制度的な課題がある。
- 一方で、自らが病気であるという自覚を持ってないときもある精神疾患では、入院して治療する必要がある場合に、本人に適切な入院治療を受けられるようにすることは、治療へのアクセスを保証する観点から重要である。
- こうしたことから、措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度は維持しつつ、現在の医療保護入院に替えて、保護者の同意を要件としない入院手続きとすることで、検討チーム・作業チームの意見は一致した。
- また、今回の医療保護入院の見直しにより、措置入院、任意入院、応急入院などの入院制度について、どのような影響が生じるのか、検討が必要である。
- 医療保護入院が14万人いるという現実を追認するのではなく、地域精神保健医療福祉の充実により非自発的入院を減らしていくことを目指すことが前提である。

2 保護者の同意を要件としない入院制度

(1) 保護者の同意を要件としない入院制度

- 保護者の同意を要件としない入院制度は、治療へアクセスする権利を保障しつつ、本人の権利を擁護するための仕組みが盛り込まれたものであるべきである。
- 検討チーム、作業チームの議論を踏まえると、具体的には、以下を柱とする手続きとすることが考えられる。
 - ① 精神保健指定医1名による診察での入院開始とするが、本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、入院当初から早期の退院を目指した取組を求め、そのために必要となる手続きとする。【→具体的には(2)、保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とするかとの論点については(5)】
 - ② 本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者(アドボケーター)を、選ぶことができることとする。【→具体的には(4)】
 - ③ 入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続きの一環と位置付けるとともに、本人又は代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す。【→具体的には(3)】

(※) 国際人権B規約第9条第4項では、「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」を求めているが、この「裁判所(原文ではcourt)」は、昭和63年に出された国際法律家委員会第2次調査団の「結論及び勧告」では、「このような裁判所は通常の裁判所(ordinary courts)である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュートナルであつてもよいし、より正式にとらわれぬ手続きで運営されてもよい」とされている。日本の制度では、入院届に対する精神医療審査会の審査で、国際人権B規約第9条第4項は満たされていると解されている。

(2) 入院当初から早期の退院を目指した手続き

○ 「入院当初から早期の退院を目指した手続き」としては、入院手続きに関する論点（保護者に替わる誰かの同意を必要とするかどうか、同意は必要ないとしても何らかの関与が必要ではないか、その時期は入院時とするか一定期間内で良いこととするか、誰が同意又は関与を行うか）、入院時の審査に関する論点、入院期間の制限に関する論点について、検討を行った。

○ 検討チーム・作業チームの議論を踏まえると、具体的には、以下のような仕組みとすることが考えられる。

- ① 入院後早期（例えば、72時間以内）に、院内で退院支援を担当する担当者が、本人（又は代弁者）や家族から、入院に至った状況、本人を取り巻く生活環境や、今後の生活に関する考えなどについて聞き取りを行い、退院支援を行う立場であることを本人や家族に対して明確にする。
- ② 病院は、医師、看護師、退院支援を担当する担当者などにより、入院予定期間を記載した入院診療計画^(※1)を策定し、本人や家族に説明する。
- ③ 入院から10日以内に都道府県に対して行う入院届（現行制度にもあり）と同時に、入院診療計画を都道府県に提出することとし^(※2)、第三者的な立場からの審査として、精神医療審査会で審査^(※3)を行う。
- ④ 退院に当たって住まいも含め様々な支援の調整を行うなど退院後の受け皿となる地域の支援関係者との関係を本人が入院当初から築くことができるよう、本人又は家族の求めに応じ、入院後一定の期間内に、院外の地域支援関係者^(※4)が本人に面会することとする。
- ⑤ 入院から1年までの間は、入院診療計画に記載した入院予定期間を経過する月を入院期限とし、院内の審査会で、必要に応じて本人（又は代弁者）の参画の下、院外の地域支援関係者との連携も図りつつ、入院期間の更新の必要性を審査^(※5)する。

(2) 入院当初から早期の退院を目指した手続き(続き)

○ この論点については、

院外の地域支援関係者の関与に関して、外から人が入るのではなく、病院の中に信頼できるPSWをしっかりとつけて、退院するまでの支援を院内で責任を持って行う形とすべき、との意見があった。

(※1) 入院診療計画は、医療法第6条の4第1項等の規定に基づき、医療機関が患者を入院させる際に作成と患者又は家族への説明が義務付けられているものであり、その中では「推定される入院期間」を記載することとなっている。

(※2) 都道府県が入院予定期間について把握することによって、入院期間が一律に長期になっている場合など、病院に対して、都道府県が毎年全病院に対して行っている実地指導の際、適切な指導を行うことが可能となる。

(※3) 国際人権B規約第9条第4項では、「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」を求めているが、この「裁判所(原文ではcourt)」は、昭和63年に出された国際法律家委員会第2次調査団の「結論及び勧告」では、「このような裁判所は通常の裁判所(ordinary courts)」である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュジュアルでもよいし、より正式にとらわれぬ手続きで運営されてもよいとされている。国際人権B規約との関係では、精神医療審査会は「裁判所(原文ではcourt)」に当たると解されている。

(※4) 院外の地域支援関係者は、医療機関に属さず、地域支援に知識・経験を有する人であり、例えば、相談支援事業所や地域活動支援センターの精神保健福祉士などが想定されるが、退院後の調整に円滑に結びつけることが目的であり、そのような資質を有した人が適切に業務を行うことを担保するため、必要な研修や都道府県による指定などの仕組みを整備することが必要である。その際、公的機関の責務についても明確にすることが必要である。

(※5) 病院における審査が適切に実施されているかどうかについては、都道府県が毎年全病院に対して行っている実地指導の際、確認し、必要な指導を行うことが可能である。

(3) 入院中の審査の在り方

- 現在の精神医療審査会は、当事者の権利を擁護するため機関として設けられているが、次のような課題がある。
 - ・ 審査件数が膨大であるため、形式的な審査にならざるを得ない。
 - ・ 書面審査が中心であり本人の参画の機会が十分に確保されているとは言えない。
 - ・ 病院からの定期病状報告に記載される内容は入院患者の病状のみであり、退院に向けたプロセスや必要となる支援を踏まえて審査を行うことができない。
 - ・ 退院命令の効力が極めて強い(従わなければ懲役を含む刑罰の対象)一方、審査結果として退院に向けた助言ができる仕組みになっていない。
 - ・ 構成員に、当事者の権利を代弁する人が入っていない。
- 現在の精神医療審査会に関する課題の解決を目指し、早期の退院を目指した手続きの一環としての審査とするためには、検討チーム・作業チームの議論を踏まえ、具体的には、以下のような仕組みとすることが考えられる。
 - ① 入院時の審査 【→(2)③を再掲】
 - ・ 入院から10日以内に都道府県に対して行う入院届(現行制度にもあり)と同時に、入院診療計画を都道府県に提出することとし、第三者的な立場からの審査として、精神医療審査会で審査を行う。
 - ② 入院から1年まで 【→(2)⑤を再掲】
 - ・ 入院から1年までの間は、入院診療計画に記載した入院予定期間を経過する月を入院期限とし、院内の審査会で、必要に応じて本人(又は代弁者)の参画の下、院外の地域支援関係者との連携も図りつつ、入院期間の更新の必要性を審査する。
 - ③ 入院から1年経過すること
 - ・ 病院から都道府県に対し、現在の定期病状報告の内容である入院患者の病状に加え、退院に必要なとなる支援や環境調整等の内容を記載した報告を行うこととする。
 - ・ 精神医療審査会では、病院からの報告を受けて、入院の必要性があるかどうかを審査するとともに、退院のために必要となる支援についても検討し、地域相談支援の利用、退院支援計画の作成など退院に向けた具体的な指示を行うことができるようにする。

- ④ 入院から1年経過後、特に慎重な審査を要する場合
- ・ 特に慎重な審査を要する人については、精神医療審査会は、その病院に向き、本人やその代弁者及び医療関係者の意見を聴いた上で審査を行う。
 - また、より機動的に運用できるよう、精神医療審査会の構成を見直すことが考えられる。
 - なお、現在の都道府県が行う実地指導の中での診察のほかに、精神医療審査会が任意にピックアップした患者について病院に向いて審査を行うことを検討すべき、との意見があった。

(4) 本人の考えを代弁する人の関わり

- 本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者(アドボケーター)を、選ぶことができる仕組みを導入するべきであることについては意見は一致した。
- 検討チーム・作業チームの議論の中では、保護者の同意要件が外れ、保護者の責務規定が削除された場合でも、家族も本人とともに治療に関わることができるとの仕組を残しておく必要があるとの意見があった。家族は医療保護入院の同意を本人の意思に反して行うことを余儀なくされてきたが、本人が代弁者として家族を選ぶとすれば、文字どおりの家族として本人と関わる事が可能になる。
- また、代弁者の仕組みがあることで、入院中の審査の手続きに本人が参画することも容易になる。
- こうした仕組みを実施するに当たっては、家族など代弁者になるべき人がいない人についても、適切に選ぶことができるよう、代弁者を選ぶ際に必要な手続きについて具体的に検討することが必要であると考えられる。
- 代弁者には本人が同席する、同席できない場合は代弁者から本人に情報提供するなど、本人が不在にならないような仕組みとすることが必要である。

(5) 保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とすかどうかとの論点

- 検討チーム・作業チームでは、保護者による同意を削除する以上、精神保健指定医1名の診断のほかに誰かの同意が必要ではないかとの意見があった。
 - ・ 精神保健指定医1名の診断と同時に、別の精神保健指定医による診断が必要とする意見（すなわち、精神保健指定医2名による診断が必要とする意見）
 - ・ 入院してから一定期間内に、別の精神保健指定医又は別の医師（病院の管理者等）による診断が必要とする意見
 - ・ 精神保健指定医1名の診断と同時に、地域支援関係者の同意又は関与を必要とする意見
 - ・ 精神保健指定医1名の診断のほかに、裁判所による承認が必要とする意見^(※1)
- これに対しては、以下のような意見があった。
 - ・ 入院の判断を厳しくするよりも、入院をさせた上で適切な医療を提供し、早期に退院させることを目指すべき。
 - ・ 医療に関しては医師が全責任を負っており、その法的責任を免れることはできず、医師以外の誰かの同意がなければ入院させられないというのではない。
 - ・ 新たに誰かの同意を必要とすれば、入院の必要性がある場合でも、保護者が同意しなければ適切な医療に結びつかないという医療保護入院の制度的課題を解決できない。
 - ・ 現に医療保護入院者数が年に14万人に上っている現状、精神保健指定医や地域支援関係者の確保の面から、こうした仕組みの導入は現実的ではない。

(※1) 国際人権B規約第9条第4項では、「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」を求めているが、この「裁判所(原文ではcourt)」は、昭和63年に出された国際法律家委員会第2次調査団の「結論及び勧告」では、「このような裁判所は通常の裁判所(ordinary courts)である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュートナルであつてもよいし、より正式にとらわれぬ手続きで運営されてもよい」とされている。日本の制度では、入院届に対する精神医療審査会の審査で、国際人権B規約第9条第4項は満たされていると解されている(こまでは(1)※1を再掲)おり、これに加え、さらに裁判所(ordinary courts)による審査を必要とする国際規範上の要請は存在しない。現に、イギリス、フランスなどには、司法を介さない非同意入院の仕組みが存在している。

(6) その他の論点

(医療保護入院の法的性格と医療費の支払い)

○ 医療保護入院の法的性格については、下級審判例では、患者を受益者とする病院と保護者との間の「第三者のためにする契約」との判例があるが、「第三者のためにする契約」の条件である受益者の受益の意思表示がない(医療を受けることを拒否している場合もある)ため、学説上それだけで固まっているわけではない。

○ また、医療保険各法及び精神保健福祉法の規定によれば、医療保護入院に関する医療費は、あくまで本人(又は間接的には扶養義務者)が負担することになっており、病院と保護者の間の契約に基づき、保護者が支払いの義務を負うという構成は取っていない。^(※1)

○ 保護者の同意によらない入院制度を導入した場合でもこうした法的整理には変わりはないことから、必然的に医療費を公費負担することにはならない。

○ こうした法的整理とは別に、本人の同意によらない入院であることや、保護者の同意を外すと病院が自己負担を支払ってもらえないことへの懸念から、医療費を公費負担とすべきとの意見も、関係団体のヒアリングの中では見られた。これに対しては、元来保護者が支払い義務を負っていたわけではなく、また、検討チーム・作業チームでは、医療費の公費負担化は入院期間の長期化につながる可能性もあること、現在の財政状況から考えると国民の理解を得るのは困難との意見があった。

(認知症の人の位置づけ)

○ 検討チーム・作業チームの議論の中では、認知症の人については、一般医療との関係も含めて、別の仕組みにすべきではないかとの意見もあった。これに対し、統合失調症の人と認知症の人の判断能力を異なるものとして判断するのは、診療の現場では困難との意見もあった。

○ 認知症と統合失調症、うつ病その他の精神疾患との間で、判断能力の観点からどのような違いがあるのかについては、極めて根本的な議論が必要であることから、今回の議論の対象にはしていないが、今後、検討していくべき課題であると考えられる。

(※1) 医療保険制度に基づけば、療養の給付に伴う負担金は、療養を受けた者が負担することとされており、結果的に、入院医療の行われた精神障害者本人が負担することとなる。

この点、精神保健福祉法第42条(保護者が精神障害者の医療又は保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。)でも、保護者が自己負担金を支払うのは事実上の行為であり、あくまで最終的に負担するのは精神障害者本人又はその扶養義務者であることが明確になっている。

3 退院後の地域生活の支援

(1) 退院後の通院・訪問治療を継続させるための仕組み

- 本人の同意によらない入院をしている人でも、確実に通院ができたり、訪問による医療が受けられれば、退院して地域生活を行うことができる人もいる。検討チーム・作業チームでは、こうした人の退院を促進するため、通院・訪問治療を継続させるための仕組みについて検討を行った。
- その際、諸外国の「継続通院処遇」の仕組みを参考にしたが、諸外国の仕組みには2つの側面がある。一つは、退院時に患者と病院などの間で治療に関する計画を作成し、患者も納得の下、通院・訪問治療を行うことであり、もう一つは、患者が計画とかい離れた状態になったとき（治療中断など）には入院させることを計画に盛り込んでおくこと（いわば入院の事前同意）で、通院・訪問をある意味強制させること、である。
- 諸外国の「継続通院処遇」の一つ目の側面に関しては、特に長期入院者や頻回入院者などが退院する際、退院後の治療を本人や家族に委ねるのではなく、本人を含め病院など関係者が治療計画を作ることで、本人の治療をより重層的に支えていくことができることから、わが国でも取り入れていく必要があるとのことで意見は一致した。
その際、障害者自立支援法のケアマネジメントの中で医療をどのように位置づけるかについても検討をすることが必要である。
- 諸外国の「継続通院処遇」の二つ目の側面に関しては、医療観察法の通院医療の仕組みを一般精神科医療へ導入するともとらえられるが、本人への強制性という観点からも、慎重に考えるべきであるとのことで意見は一致した。

(2) 退院後の状態の変化への対応

- 精神障害のある人が退院した後、地域での生活を送るためには、状態が変わりやすい、ちょっとした刺激で急激に悪化することもある、一人だけでは周囲の状態の変化に対応するのが困難、という精神障害のある人の特徴に配慮した支援の充実が必要である。
- このためには、常に訪問してくれるためのアウトリーチ(訪問支援)が必要となるが、これについては、平成23年度から一般制度化を目指してモデル事業が進められている。
また、障害者自立支援法では、平成24年4月から、宿泊型自立訓練やグループホーム・ケアホームの空室を活用し、ショートステイを受けることができるような規制緩和が行われ、レスパイト的な利用も含めて短期宿泊支援が可能となっている。
- これに加え、急に症状が悪化した場合への対応として、1週間など期間限定で、医療的支援を行うことができる短期宿泊支援が必要であることについては、意見は一致した。
このような短期宿泊支援については、医療の仕組みの中で対応すべきとの意見と、宿泊型自立訓練の機能を拡充するなど福祉の仕組みの中で医療面での体制を強化する形での対応すべきとの意見の両方があった。

4 入院の契機

- 保護者の同意によらない入院制度の手続きを開始するに当たっては、諸外国でみられるように、申請の行為を契機とする方法も考えられるが、そのような仕組みにすれば、誰が申請の主体となるかで新たな課題となりうる。特段の申請制度は設けず、患者が病院に来た時に手続きが始まることを原則とすべきであることについて、意見は一致した。
- ただし、入院医療を受ける必要があるにもかかわらず、どうしても患者を病院に連れてこられない場合への対応として、いわゆる「34条移送」のような仕組みは維持すべきであり、その際、できる限り移送手段を使わなくても地域生活を継続できるようにするための仕組みを制度の中に織り込むべきことについても、意見は一致した。
- 具体的には、以下のような仕組みとすることについても、意見は一致した。
 - ① 34条移送の際の保護者の同意要件は、医療保護入院の見直しに合わせて外す。
 - ② 入院医療を受ける必要があるにもかかわらず、どうしても病院に連れてこられないような人については、事前調査を経ることを明確にし、「直ちに」とする34条移送の要件は撤廃する。保健所は、事前調査をより積極的に行う。(※1)
 - ③ 事前調査には地域支援関係者が参画し、地域支援関係者が、できる限り移送手段を使わなくてもよくなるよう、医療、福祉サービスの利用調整など必要な調整を行うことを含め、本人の地域生活継続の可能性を検討することとする。
 - ④ その上で、地域支援関係者の意見と精神保健指定医による診察を受けて、都道府県知事が移送を発動することとする。

(※1) 現在の34条移送は、運用上事前調査を経ることを義務付けているが、一方で移送の対象者として「直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある」とされている。実際には事前調査に数か月かかる場合もあり、「直ちに」の要件との関係で、どのような人について事前調査をすべきかが明確ではなく(直ちに入院が必要な人であれば、丁寧な事前調査を行うことと形式的には矛盾する)、都道府県でも運用しにくい仕組みとなっている。

5 措置入院の在り方

(1) 措置入院への保健所の関わりと相談支援との連携 ※保護者制度の検討の中で検討済

- 措置入院中の患者の権利・利益を擁護する主体は都道府県知事であり、また、入院措置の解除を行う主体も都道府県知事であるにもかかわらず、入院中及び退院時における都道府県(保健所)の関与の内容については、具体的に示されていない。
- このため、措置入院については、入院時のみならず、入院中及び退院時についても、都道府県(保健所)の関わりを具体的にし、措置権者である都道府県(保健所)が責任を有することを明確にすべきということについて、意見は一致した。
また、その際、本人の意向に応じ、サービス利用計画の作成、地域移行支援、地域定着支援等の障害者自立支援法に基づく相談支援を適切に組み合わせて、住居の確保を含めた退院支援を行うことが必要ということについても、意見は一致した。

(2) 措置入院の下での強制医療介入 ※保護者制度の検討の中で検討済

- 強制入院での手続き面での保障を充実する観点から、措置入院中に同意によらない治療を行う場合に、より手厚い手続きを経る仕組みとすることが考えられる。このため、医療観察法の倫理会議のような手続きを設けることについて試行的に研究を進めることが必要である。

(3) 措置入院の入院時の精神医療審査会での審査

- 措置入院については、医療保護入院のような入院時の精神医療審査会での審査は行われていない。しかしながら、国際人権B規約との関係では、措置入院についても同様の手続きを求めめることが必要であるとの意見があった。

(4) 措置入院の適用と運用

- 措置入院は、現在では年間約5,000件程度であり、精神科病院への入院者全体(約38万人)の中では、極めて限定的な適用がなされているが、団体ヒアリングの中では、措置入院の適用について都道府県間のばらつきがあるとの指摘があった。この点については、今後分析、検討を深めていくことが必要である。

6 終わりに

- 今回の入院制度の検討では、1950(昭和25)年の精神衛生法以来基本的な仕組みを変えておらず、1900(明治33)年に制定された精神病患者監護法にその起源を持つ医療保護入院を見直すべく、検討を進めてきた。先に(平成23年9月8日の第21回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム)でまとめた保護者の責務規定の廃止と併せ、精神疾患のある人の支えを家族だけが担う仕組みから、地域住民や、医療、保健、福祉を担う様々な関係者を含めた地域全体で支えていく仕組みへの転換を図ることは、精神病患者監護法以来110年にわたる精神保健医療制度の大きな転換を意味するものであり、今後の地域精神保健福祉の充実のためには、必要不可欠である。
- 一方で、今回の検討は、現に医療保護入院による入院が年間14万人いるという現実、住宅をはじめ地域で精神障害のある人が暮らせる資源や、相談支援をはじめ地域で精神障害のある人を支える資源が十分とは言えないこと、地域で医療と福祉の連携体制が必ずしも確立している状況ではないこと、財政上一定の限界があることなど、様々な制約の下での検討にならざるを得なかったのも事実である。
- 今後、新たな入院制度の中で入院当初から早期の退院を目指した仕組みとすることや、地域精神保健医療福祉の充実によりできる限り本人の同意によらない入院を減らしていく努力を関係者が行っていく中で、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めていくことが必要である。
- また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行っていくことが必要である。

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 構成員

	氏名(敬称略)	所属・役職
構 成 員	新垣 元	医療法人卯の会 新垣病院 院長
	岡崎 祐士	東京都立松沢病院院長
	小川 忍	公益社団法人日本看護協会常任理事
	河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会副会長(水間病院院長)
	佐久間 啓	医療法人安積保養園 あさかホスピタル院長
	田尾 有樹子	社会福祉法人巢立ち会理事
	高木 俊介	たかぎクリニック院長
	中島 豊爾	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター理事長
	長野 敏宏	特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事
	西田 淳志	財団法人東京都医学総合研究所
	野澤 和弘	毎日新聞社論説委員
	野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会会長
	広田 和子	精神医療サバイバー
	福田 正人	国立大学法人群馬大学医学部准教授
堀江 紀一	特定非営利活動法人世田谷さくら会理事	
ピア スピーカー	小杉 己江子	
	山田 諒平	
法律等 アドバイザー	磯部 哲	慶應義塾大学法科大学院准教授
	久保野 恵美子	東北大学大学院法学研究科教授
	白石 弘巳	東洋大学ライフデザイン学部教授
	町野 朔	上智大学法学研究科教授

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

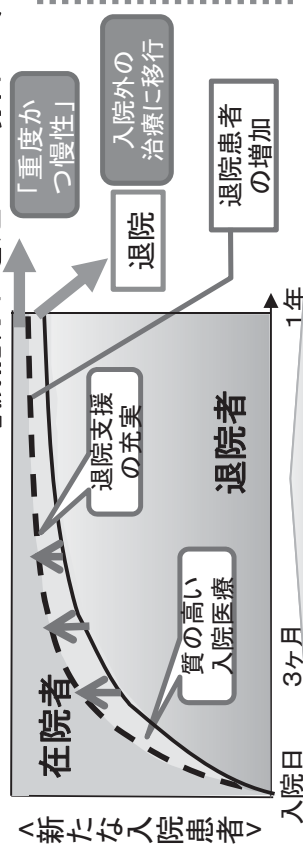
<精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）
- 精神科病棟の人員配置は、医療法施行規則上、一般病棟よりも低く設定（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

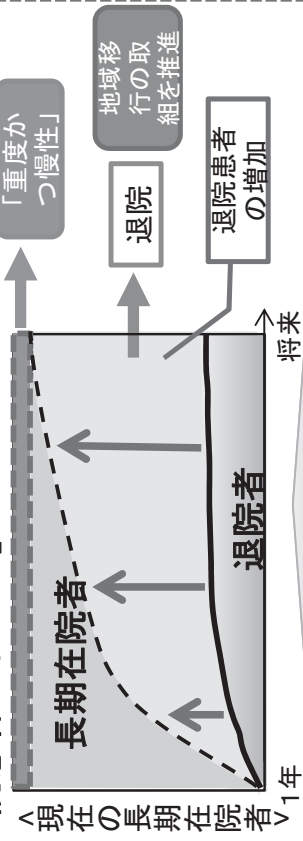
<精神科病棟の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神科病棟の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神科病棟は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



- 3か月未満について、医師・看護職員は一般病棟と同等の配置とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 3か月～1年未満について、医師は現在の精神科病棟と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 重度かつ慢性について、調査研究等を通じ患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。
- 精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。



- 現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。
 医師は現在の精神科病棟の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。
 さらに、開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病棟と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

精神科医療の機能分化と質の向上等に 関する検討会

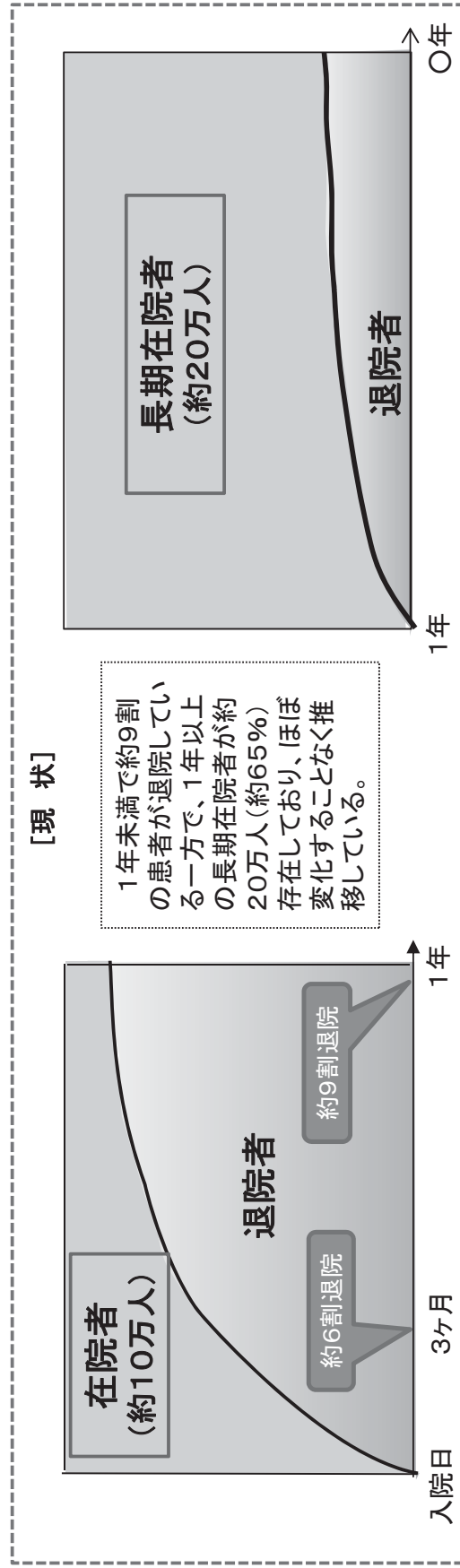
〈今後の方向性に関する意見の整理〉

平成24年6月28日

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する。
- ・退院支援のための人員体制を充実する。
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院患者をつくらない。

- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する。

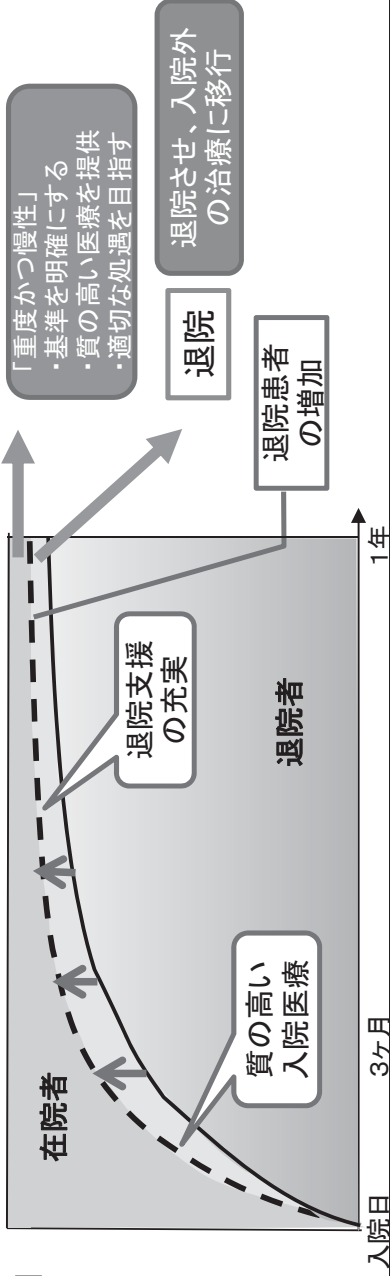
現在の長期入院患者への対応

- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する。
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする。
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする。

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

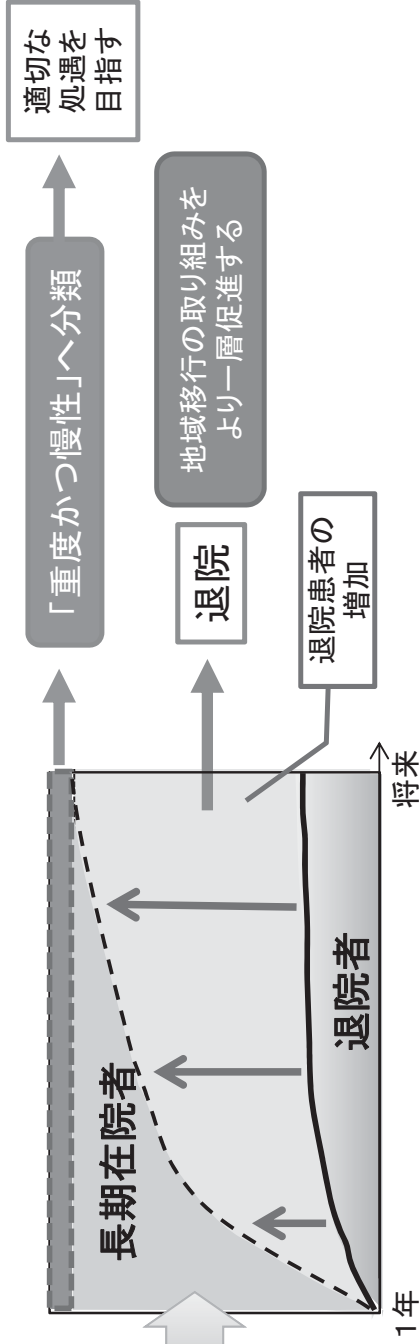


<p>3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)</p>	<p>3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)</p>
<p>人員体制、地域移行の取組など</p>	<p>○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</p> <p>重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)</p> <p>○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期入院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった</p>
<p>その他</p>	<p>○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期入院患者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期入院患者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直ししていく</p>

現在の長期在院者への対応

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



適切な
処遇を
目指す

<p>地域移行の取組</p>	<p>現在の長期在院者（「重度かつ慢性」を除く）（精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期在院者の地域移行を推進するため、 ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすいようになるような方策を検討する 	<p>人員体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする
<p>その他の意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などだけでなく選択肢が多い方がよい ○地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき ○長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等で対応すべきとの意見があった。 ○地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である ○長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき 	<p>療養環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

2. 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

(1) 行政事業レビュー※（公開プロセス）の結果と対応について

精神障害者地域移行・地域定着支援事業については、入院している医療機関単独では退院させることが難しく、退院のために支援を必要とする入院患者を対象に実施してきた。しかし、平成24年6月14日に行われた行政事業レビュー（公開プロセス）において、事業内容について「抜本的な改善が必要」と評価された（外部有識者6名の評価は、「事業の廃止」が2名、「抜本的改善」が2名、「一部改善」が2名）。

この結果を踏まえ、以下のとおり抜本的改善を行う。

- ・ 地域体制整備コーディネーターについては、（平成25年度から）補助メニューから廃止する。
- ・ 高齢入院患者地域支援事業については、モデル事業として実施し、事業効果を検証した上で、3年（平成28年）を目途に一般制度化を目指す。

当事業は、精神障害者の地域移行を推進するための重要な事業として、衛生主管部局と福祉主管部局が連携し、実施していただいていたところである。上記のとおり、地域体制整備コーディネーターを補助メニューから廃止するなど、抜本的改善が行われることとなったが、精神障害者の地域移行は引き続き重要な課題である。

このため、各都道府県等におかれては、引き続き両部局が連携し、施策を進め
ていただくとともに、平成24年4月より法定給付化された地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の支給決定を行う市町村及び関係機関（自立支援協議会等）と連携することなどにより、精神障害者の地域移行の推進に努めていただきたい。

(2) 平成25年度からの高齢入院患者地域支援事業について

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」を平成24年度に新設した。しかし、上述の行政事業レビューの結果を受け、今後、3年後の一般制度化に向けたモデル事業として実施し、事業効果を検証していくこととなった。本事業は、高齢長期入院者に対する退院支援を精神科病院の外部から地域の関係者が入り、院内のスタッフとチームを組み、実施することになる。

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、本事業の実施に御協力いただきたい。

(3) 平成 25 年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業の予算要求について
平成 25 年度からの精神障害者地域移行・地域定着支援事業としては、協議会の設置、高齢入院患者地域支援事業、ピアサポートの活用、精神科地域共生型拠点病院の公表、地域住民との交流事業については、引き続き本事業の補助対象とすべく予算要求を行っているところであるので、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るために、引き続き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ご活用いただきたい。

なお、平成 25 年度の予算執行に関しては、予算額が大幅減額となる見込みであることから、予算額の確定後、各自治体の所要額を調査させていただき予定であるので予め御承知おきいただきたい。

(平成 25 年度概算要求の概要)

- ・ 25 年度予算要求額 約 2. 1 億円
- ・ 補助先 都道府県・指定都市
- ・ 補助率 1 / 2

※行政事業レビューとは：

各府省自らが、自律的に、概算要求前の段階において、原則すべての事業について、予算が最終的にどこに渡り（支出先）、何に使われたか（使途）といった実態を把握し、これを国民に明らかにした上で、事業仕分けの手法も用いながら事業の内容や効果の点検を行い、その結果を予算の概算要求や執行等に反映させる取組であり、平成 23 年 6 月 7 日の閣議決定において、各府省における政策効果の高い事業の立案、効率的な予算の執行等を不断に進めるとともに、国の行政に関する国民への説明責任と透明性を確保するため、政府において、これを毎年実施していくこととされている。

行政事業レビューの結果を受けた「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」の抜本的改善案

行政事業レビュー公開プロセス（平成24年6月14日開催）コメント結果

外部有識者の主なコメント

抜本的改善

- 地域体制整備コーデイネーター制度については、見直し案どおり廃止すべき
- 成果目標（アウトカム）において、効果（退院率）の発生が、本事業によるか、診療報酬の改定（退院促進への加算）によるか、他の施策によるかの要因分析が不十分
- 本来、診療報酬で対応すべき。
- 本事業と精神障害者アウトリーチ推進事業を一本化し、効率化を図るべき

平成25年度予算要求への反映

H24年度予算額3.2億円 → H25年度要求額2.1億円

1. 「地域体制整備コーデイネーター」を廃止

「地域体制整備コーデイネーター」を補助メニューから廃止するとともに、予算の減額を実施

2. 高齢入院患者地域支援事業（モデル事業）については、事業効果を検証するために対照群を設定し、対照群調査による比較検証をするなど、事業効果を検証

本年度から比較データの検討を開始
事業効果検証のための調査費を計上
精神障害者アウトリーチ推進事業との連携モデルも設定し、事業効果を検証

効果の検証を踏まえ、3年（平成28年）を目途に一般制度化を目指す。検証の結果、事業の効果が十分に認められない場合には、高齢・長期入院患者の地域移行を進めるための別の方策について検討する。

1. 今後の“地域体制整備コーディネーター”について

【見直しの方向】

- 地域体制整備コーディネーターがこれまで担ってきた役割については、行政機関あるいは病院自らが行う退院支援の仕組みの中で実施することとする。
- これまでの実績で主に支援対象となっていた在院期間1年以上5年未満かつ65歳未満の入院患者だけではなく、高齢長期の入院患者に対する退院支援のことが難しい患者に対して精神科病院が集中的に支援できるような事業としていく。

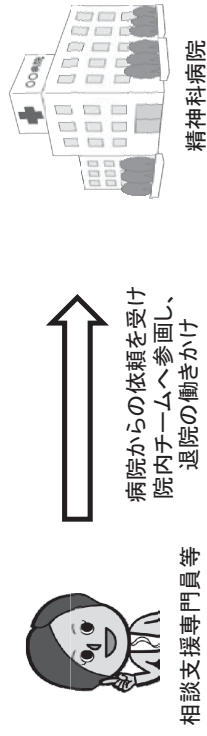
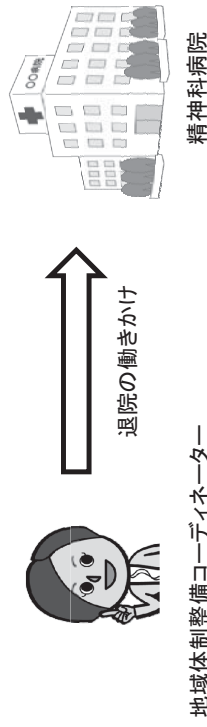
【支出等の流れ】

コーディネーター

廃止

高齢入院患者地域支援事業

・院内の専門職等だけでなく、院外から相談支援専門員等が加わったチームを作り、退院に向けたプログラムを作成し、退院(法定給付)につなげるための環境整備を行う。

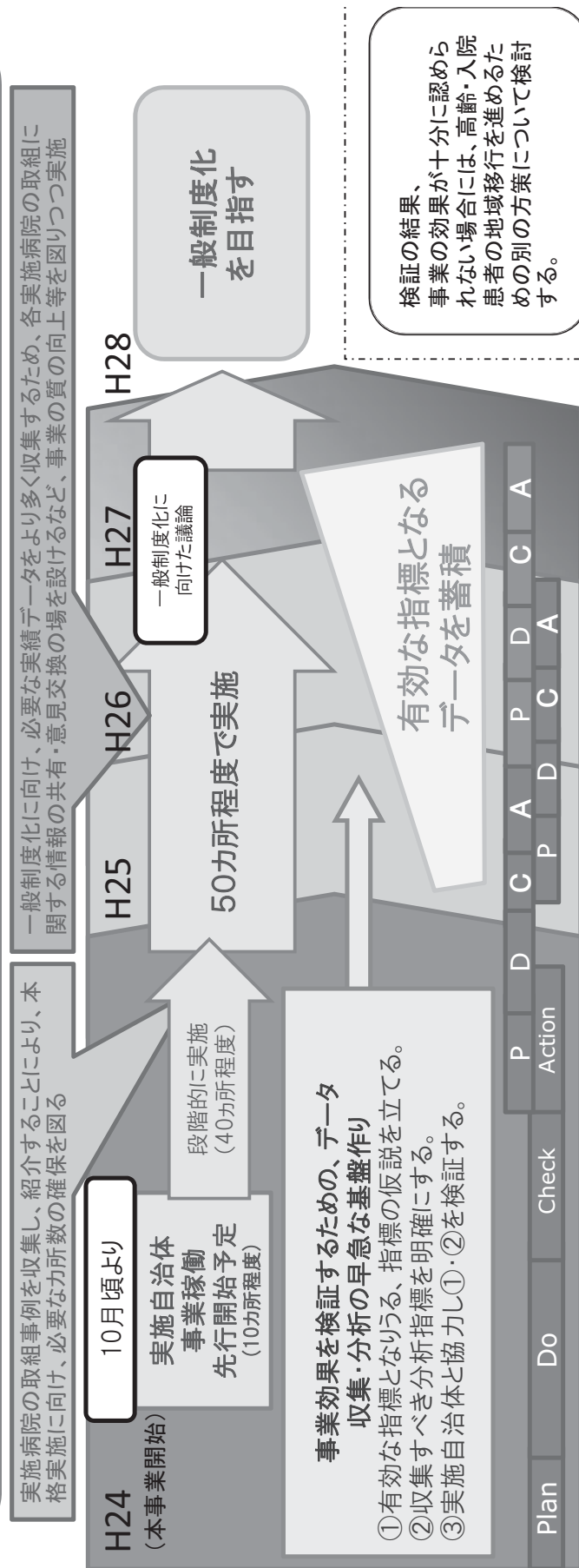


2. 高齢入院患者地域支援事業の今後の工程について

○公開プロセスにおいて、精神科医療の向上そのものは必要であるという理解は得たが、

- ①成果として根拠となるように分析指標を工夫すること
 - ②複数ある事業や診療報酬など、成果を生み出した要因を特定できるようにすること
 - ③結論の先送り(無駄な期間をつくらない)はしないこと
- について抜本的な改善を求めるとご指摘をいただいた。このご指摘を改善するために、PDCAサイクルに沿った行程で事業を進める。

○高齢長期入院患者の退院促進は、本人の意欲の喚起、退院に向けた生活環境の調整などが難しく、これまでの地域移行の促進のための施策を行う中でも、十分対応が行われず、長年の課題となっていた。「高齢入院患者地域支援事業」は、その課題に踏み込む事業であることから、事業の効果を見極めるには、まず、各自治体や病院での取組を促し、事業の定着を図ることが必要であり、効果を検証するためには一定の期間を要するが、可能な限り速やかに効果の検証を行い、3年を目途に一般制度化を目指す。
なお、事業の実施に当たってはモデル事業として、対象力所数を絞って実施する。



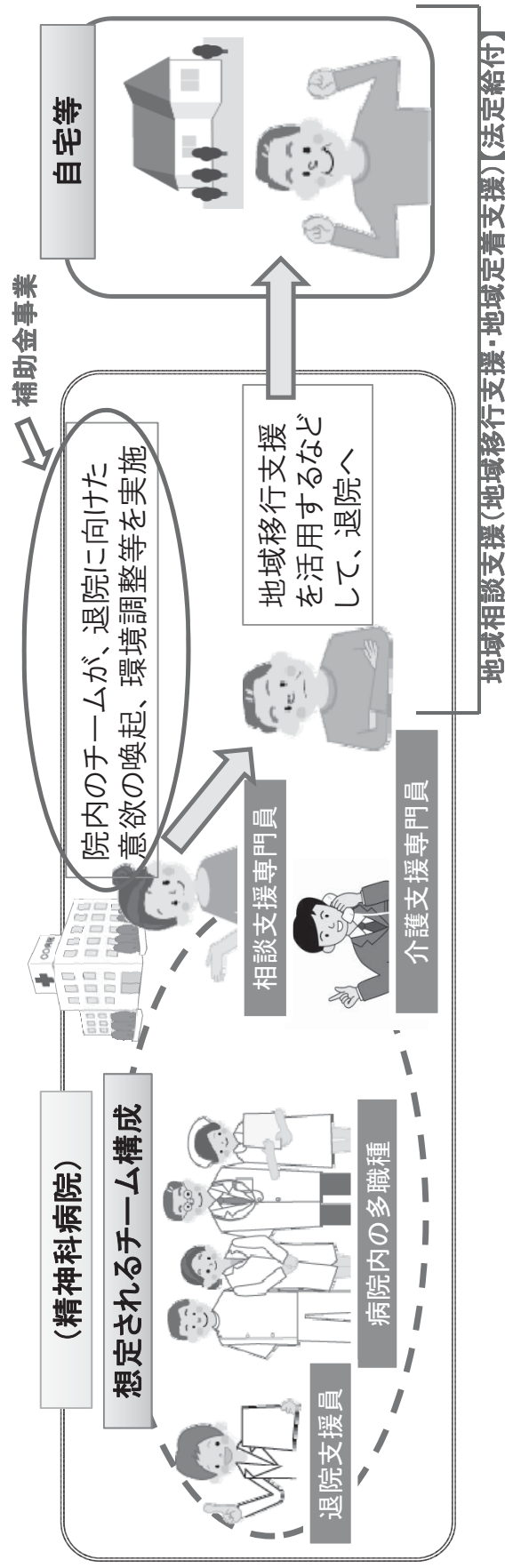
高齢入院患者地域支援事業（平成24年度～）について

【現状】

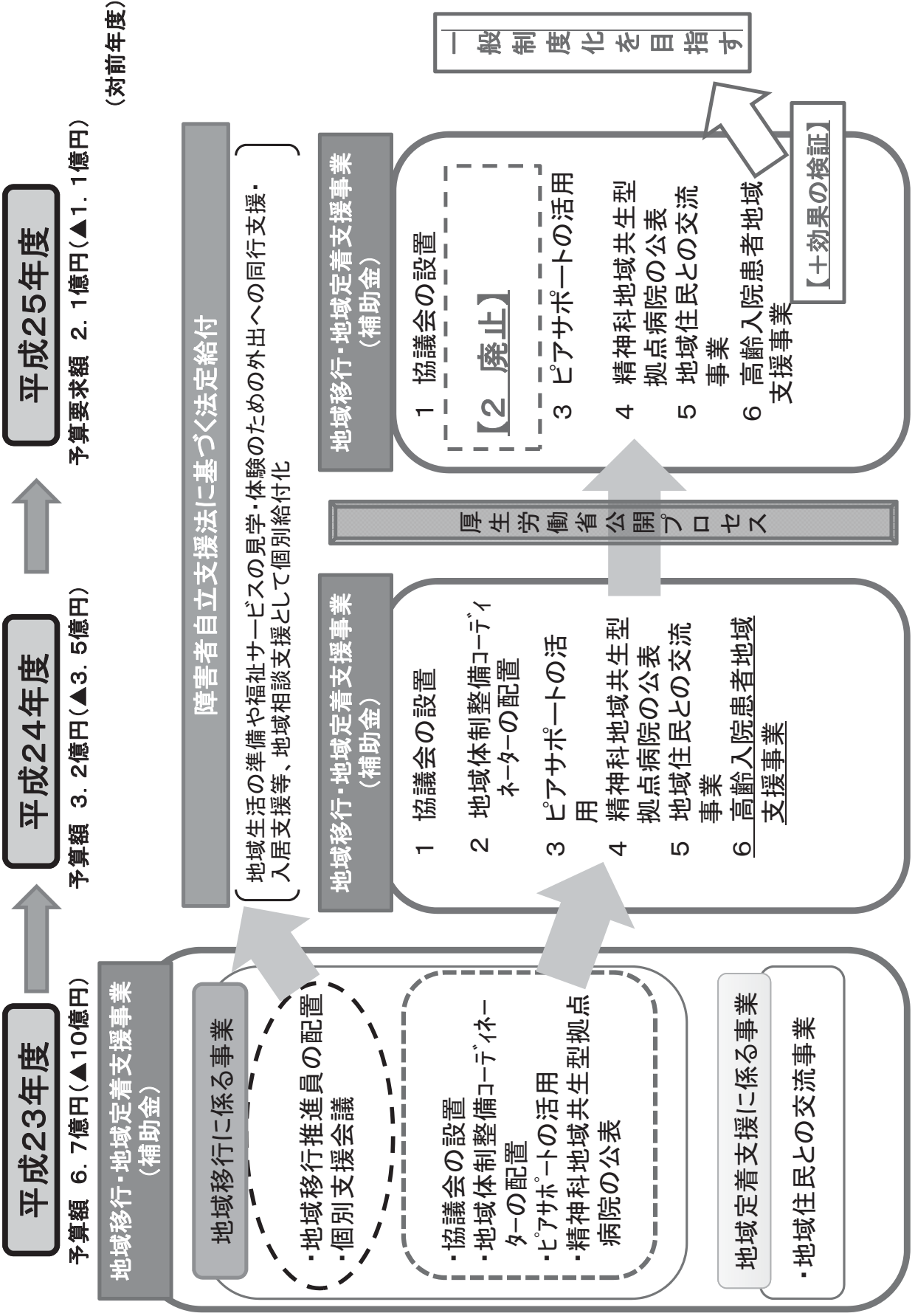
- ・ 65歳以上の入院患者が45.4%、うち5年以上の入院患者は39.7%（平成19年精神・障害保健課調べ）
- ・ ※5年以上かつ65歳以上の入院患者の多くは、統合失調症患者。
- ・ 高齢精神障害者に特化した退院支援に向けた専属の職員や専門部署が設置されている病院は少なく、病院独自の取組に委ねられてきた。
- ・ 高齢精神障害者の場合、入院期間の長期化等や高齢化による生活機能や意欲の低下から、退院に向けた支援に時間や人手を要するケースが多い。

◆ 高齢入院患者地域支援事業（平成24年度～）

- ・ 平成24年度予算において、精神障害者地域移行・地域定着支援事業のメニューとして、長期高齢の入院患者に対して、院内の専門職種と地域の関係者がチームとなり、退院に向けた包括的な支援プログラムを実施し、地域移行を目指すための事業を新設



3. 平成25年度「精神障害者地域移行・地域定着支援事業(補助金)」の概算要求について



3 障害支援区分の施行について

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

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

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

【二次判定で引き上げられた割合（22年10月～23年9月）】

身体：20.3%、知的：43.6%、精神：46.2%

厚生労働省では、知的障害者・精神障害者の特性に応じた「障害支援区分」とするため、まず、平成24年度において、約200市区町村の協力のもと、障害程度区分の認定に関する詳しいデータを収集し、知的障害・精神障害の二次判定での引上げ要因の詳細な分析等を行う「障害程度区分調査・検証事業」を実施しているところである。

また、平成25年度においては、「障害支援区分」の平成26年4月1日からの円滑な施行に向け、新たな調査項目による認定調査や調査結果に基づく障害支援区分の判定（一次、二次）に関するモデル事業や、市区町村が使用する判定ソフトの開発など、所要の準備を行うこととしているので、各都道府県におかれては、御承知おきいただくとともに、管内市区町村に御周知願いたい。

障害支援区分への見直し

障害程度区分 (障害者自立支援法)

【定義】

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

【課題】

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

※二次判定で引き上げられた割合（22年10月～23年9月）
身体：20.3%、知的：43.6%、精神：46.2%

障害支援区分 (障害者総合支援法)

【定義】

障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じた必要とされる標準的な支援の度を総合的に示すもの。
〔平成26年4月1日施行〕

※ 政府は、障害支援区分の認定が知的障害者及び精神障害者の特性に応じて適切に行われるよう、区分の制定に当たっての適切な配慮その他の必要な措置を講ずるものとする。（附則第2条）

【見直しに向けた作業】

知的障害・精神障害者の特性に応じた「障害支援区分」とするため、

- ① 二次判定で引上げの要因となる事項の抽出
- ② 106項目の調査項目の追加等の検討
- ③ 一次判定(コンピュータ判定)の抜本的な見直しを行う。

スケジュール

24年度	→	25年度	→	26年度
区分認定データ の収集、分析等		モデル事業、 ソフト開発等		障害支援区分 施行(26.4.1～)

【法施行後3年目途の検討】

「障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方」については、障害者総合支援法の施行後3年(障害支援区分の施行後2年)を目途に検討。

4 精神科救急医療体制整備の推進について

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

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

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

また、身体疾患を合併する精神疾患患者について救急医療機関との連携強化等による受入体制の確保も依頼しており、平成24年度予算から、医療連携に係る研修会等運営事業を新設しているため、各都道府県においては身体合併症患者への対応強化のため、精神科救急医療体制整備事業を活用しつつ、体制整備を進めていただくようお願いする。

(平成25年度概算要求の概要)

- | | |
|----------|-----------|
| ・25年度要求額 | 約20億円 |
| ・補助先 | 都道府県・指定都市 |
| ・補助率 | 1／2 |

(参考)

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

○指定医の公務員職務への参画義務を規定

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

○都道府県の救急医療体制整備の努力義務を規定

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

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

精神科救急都道府県別 窓口設置状況

○：設置 △：（年度内）設置予定 ×：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	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	×	×			

4 7 都道府県中

■ 相談窓口設置 29 / 47

■ 情報センター設置 40 / 47

■ 両方設置 28 / 47

■ " " 未設置 5 / 47

精神科救急医療体制の都道府県別の状況

常時対応十輪番 17カ所、常時対応のみ 1カ所、輪番のみ 24カ所

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数		1精神科救急圏域当たり施設数	
					うち輪番病院	うち常時対応		
北海道	5,498,916	21	8	687,365	67	67	0	8
青森県	1,395,886	6	6	232,648	22	22	0	4
岩手県	1,334,814	9	4	333,704	14	9	4(1)	4
宮城県	2,318,956	7	1	2,318,956	25	25	0	25
秋田県	1,097,588	8	5	219,518	19	13	1(5)	4
山形県	1,168,752	4	3	389,584	7	7	0	2
福島県	2,036,146	7	4	509,037	25	25	0	6
茨城県	2,973,174	9	1	2,973,174	28	27	1	28
栃木県	1,995,901	6	1	1,995,901	1	0	1	1
群馬県	1,998,558	10	1	1,998,558	-	13	1	-
埼玉県	7,140,929	10	2	3,570,465	40	38	2	20
千葉県	6,161,921	9	4	1,540,480	43	42	1(4)	11
東京都	12,662,461	12	4	3,165,615	40	37	2(1)	10
神奈川県	8,906,590	11	1	8,906,590	52	46	6	52
新潟県	2,378,853	7	2	1,189,427	26	26	0	13
富山県	1,092,885	4	2	546,443	28	28	0	14
石川県	1,160,206	4	3	386,735	16	16	0	5
福井県	806,428	4	2	403,214	10	10	0	5
山梨県	860,559	4	1	860,559	9	9	0	9
長野県	2,153,802	10	3	717,934	17	16	1	6
岐阜県	2,076,675	5	2	1,038,338	15	15	0	8
静岡県	3,760,801	16	8	470,100	12	11	1(2)	2
愛知県	7,249,626	12	3	2,416,542	43	42	0(1)	14
三重県	1,844,293	4	2	922,147	13	13	0	7
合計	126,923,410	354	150	846,156	1,071	1,033	29(31)	7

※2次医療圏数については、平成24年4月現在。

※人口については、住民基本台帳人口(平成23年3月末現在)による。

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

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数		1精神科救急圏域当たり施設数	
					うち輪番病院	うち常時対応		
滋賀県	1,390,927	7	3	463,642	10	9	0	3
京都府	2,547,225	6	2	1,273,613	13	11	2	7
大阪府	8,681,623	8	4	2,170,406	38	27	0(11)	10
兵庫県	5,580,139	10	5	1,116,028	36	35	1	7
奈良県	1,406,701	5	1	1,406,701	9	8	1(1)	9
和歌山県	1,025,613	8	3	341,871	7	6	1	2
鳥取県	592,213	3	3	197,404	8	8	0	3
島根県	718,218	7	7	102,603	12	12	0	2
岡山県	1,934,057	5	2	967,029	12	12	0	6
広島県	2,852,728	7	7	407,533	8	6	1(1)	1
山口県	1,455,401	8	3	485,134	27	27	0	9
徳島県	791,242	6	3	263,747	13	12	0(1)	4
香川県	1,009,794	1	2	504,897	13	13	1(1)	7
愛媛県	1,450,262	6	1	1,450,262	7	7	0	7
高知県	766,426	4	4	191,607	8	8	0	2
福岡県	5,043,494	13	4	1,260,874	78	78	0	20
佐賀県	855,968	5	3	285,323	16	16	0	5
長崎県	1,440,853	8	6	240,142	35	34	1	6
熊本県	1,828,471	11	2	914,236	43	43	0	22
大分県	1,201,901	6	1	1,201,901	23	22	0(1)	23
宮崎県	1,147,867	7	3	382,622	21	20	0(1)	7
鹿児島県	1,713,984	9	4	428,496	42	42	0	11
沖縄県	1,413,583	5	4	353,396	20	20	0	5
合計	126,923,410	354	150	846,156	1,071	1,033	29(31)	7

(H24年10月1日現在)

5 育成医療の市町村への権限移譲について

(1) 審査支払の契約について

ア 社会保険診療報酬支払基金との契約

- ① 都道府県知事と社会保険診療報酬支払基金都道府県支部長の間において診療報酬の審査及び支払に関する事務について契約を締結。
※指定都市・中核市はそれぞれ契約を締結。
- ② 契約事務の簡素化の観点から市町村の支払に関する契約権限の都道府県知事への委任。
- ③ 事務費の負担については、医科、歯科分は、都道府県と市町村との折半、調剤分は、市町村が単独で負担。
※指定都市・中核市はいずれも単独で負担。
- ④ 契約に関する通知については、現行の「自立支援医療（更生医療）の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託要領」（平成 24 年 3 月 22 日社援発 0322 第 4 号厚生労働省社会・援護局長通知）の一部改正を行う予定。

イ 国民健康保険団体連合会との契約

- ① 都道府県知事と都道府県国民健康保険団体連合会の間において診療報酬の審査及び支払に関する事務について契約を締結。
※指定都市・中核市はそれぞれ契約を締結。
- ② 契約事務の簡素化の観点から市町村の支払に関する契約権限の都道府県知事への委任。
- ③ 事務費の負担については、都道府県と市町村との折半。
※指定都市・中核市は単独で負担。
- ④ 契約に関する通知については、現行の「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（平成 5 年 2 月 15 日社援更第 25 号厚生省社会・援護局長通知）の一部改正を行う予定。

(2) 公費負担者番号（実施機関番号）について

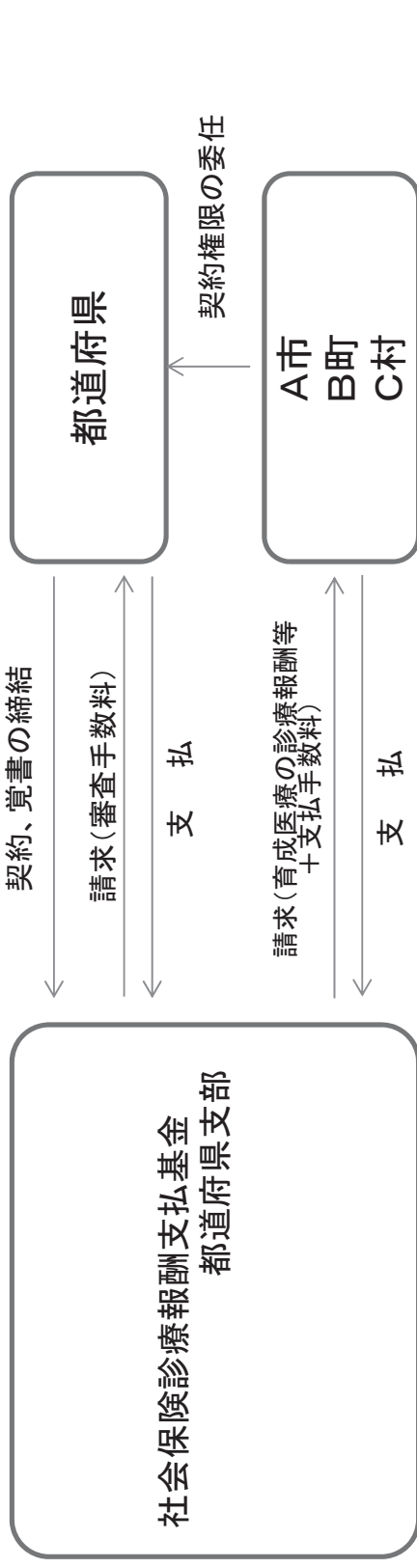
育成医療の公費負担者番号については、「診療報酬等請求事務の簡素化に伴う育成医療費等公費負担医療の取り扱いについて」（昭和 49 年 10 月 14 日児企第 46 号児童家庭局企画課長・母子衛生課長通知）により設定しているところであるが、権限移譲に伴い市町村の実施機関番号の設定が必要となる。現在、関係部局と調整中であるので、方針が決まり次第改めて御連絡する。

(3) 旧受給者証に係る取扱いについて

都道府県知事が発行した受給者証については、平成 25 年 3 月 31 日までの有効期間とするようお願いしているところであるが、旧受給者証が権限移譲後に使用されることのないよう、受給者や指定自立支援医療機関への周知をお願いします。

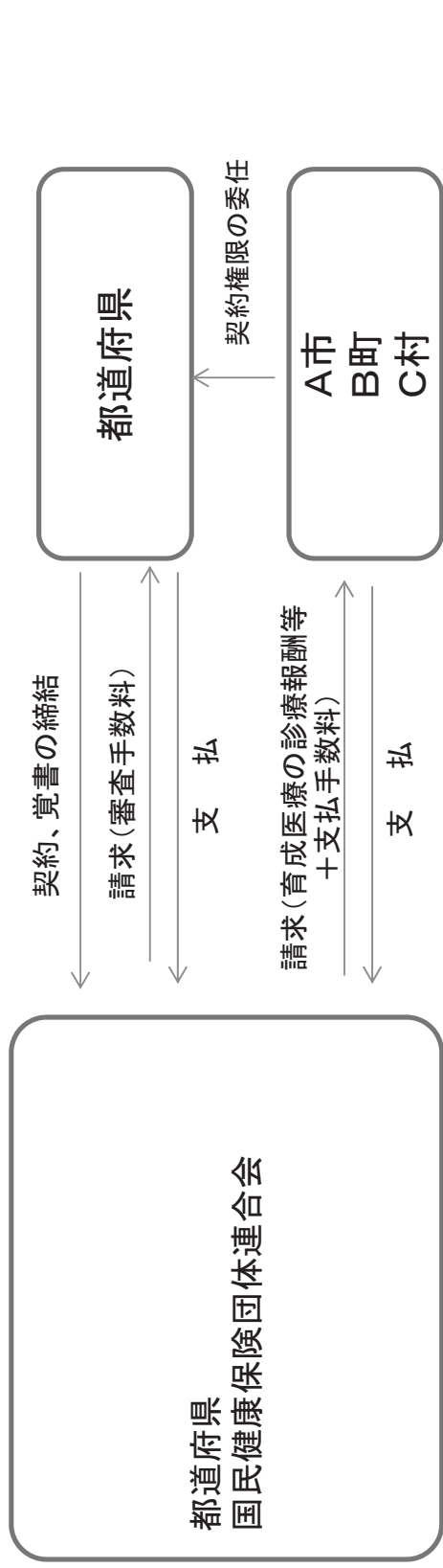
育成医療に係る診療報酬等の審査支払事務の契約について

【社会保険診療報酬支払基金の場合】



※ 医科・歯科については、都道府県と市町村がそれぞれ1/2を負担。(都道府県が審査手数料を負担し、市町村が支払手数料を負担する)調剤分については、市町村が負担。
 (指定都市・中核市は都道府県への委任を行わず、支払基金と契約し手数料を単独で負担。)

【国民健康保険団体連合会の場合】



※ 手数料は、都道府県と市町村がそれぞれ1/2を負担。(都道府県が審査手数料を負担し、市町村が支払手数料を負担する)
 (指定都市・中核市は都道府県への委任を行わず、国保連合会と契約し手数料を単独で負担。)

平成24事業年度 審査支払手数料

(1) 審査支払事務費手数料

医療機関からの請求形態	保険者の受取形態	手数料		付加手数料
		医科・歯科	調剤	
電子レセプト	オンライン	99.40円	49.60円	
	電子媒体	100.70円	50.90円	1.30円
	紙媒体	111.40円	61.60円	12.00円
紙レセプト	紙媒体	99.40円	49.60円	

(2) 審査支払事務費手数料(連名簿で受取る場合)

保険者の受取形態	手数料		付加手数料
	医科・歯科	調剤	
オンライン	99.40円	49.60円	
電子媒体	100.70円	50.90円	1.30円
紙媒体	102.50円	52.70円	3.10円
電子媒体+紙媒体	103.80円	54.00円	4.40円

6 心神喪失者等医療観察法の施行状況について

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、「法」という。）」は、平成 15 年 7 月に公布、平成 17 年 7 月に施行され、心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った対象者に対して、適切な医療を提供し、社会復帰の促進を図っている。

平成 22 年 11 月に法附則第 4 条の規定に基づき施行状況について国会報告を行うとともに、平成 24 年 7 月に法務省及び厚生労働省において、同条の規定に基づき施行状況について検討し、その結果をとりまとめたところである。

(1) 指定医療機関の確保等について

ア 指定入院医療機関の整備について

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（198 床）の協力を得て、計画的に整備を進めている。

しかし一方で、指定入院医療機関が設置されていない地域に居住する対象者は、他の地域の指定入院医療機関に入院せざるを得ず、家族との面会や、見知らぬ地域での生活に関することについて不安を感じる対象者も多いのではないかと指摘がある。対象者の円滑な社会復帰を図るため、整備計画の見通しのない地域においても整備が進むよう、引き続き御協力をいただきたい。

イ 指定通院医療機関の確保等について

法に基づく指定通院医療機関については、対象者の居住地から遠い場合には、通院のための交通費の負担等から、通院等の継続意欲の低下を招く恐れもあり、住み慣れた地域から容易にアクセスできる範囲に指定通院医療機関を確保する必要があることや、大都市部における指定通院医療機関の不足が指摘されている。そのため、指定通院医療機関の指定について、関係機関に引き続き協力を求めるとともに、都道府県におかれては、地方厚生局、保護観察所等の関係機関と連携し、指定通院医療機関の確保に、引き続き御協力をいただきたい。

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

(2) 地域社会における処遇の円滑な実施等について

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

ける処遇をより円滑に進めるためには、精神保健福祉に携わる地域関係者の協力の下に、ガイドラインに基づく地域処遇体制の基盤構築及びその充実を図ることが重要であると考えている。

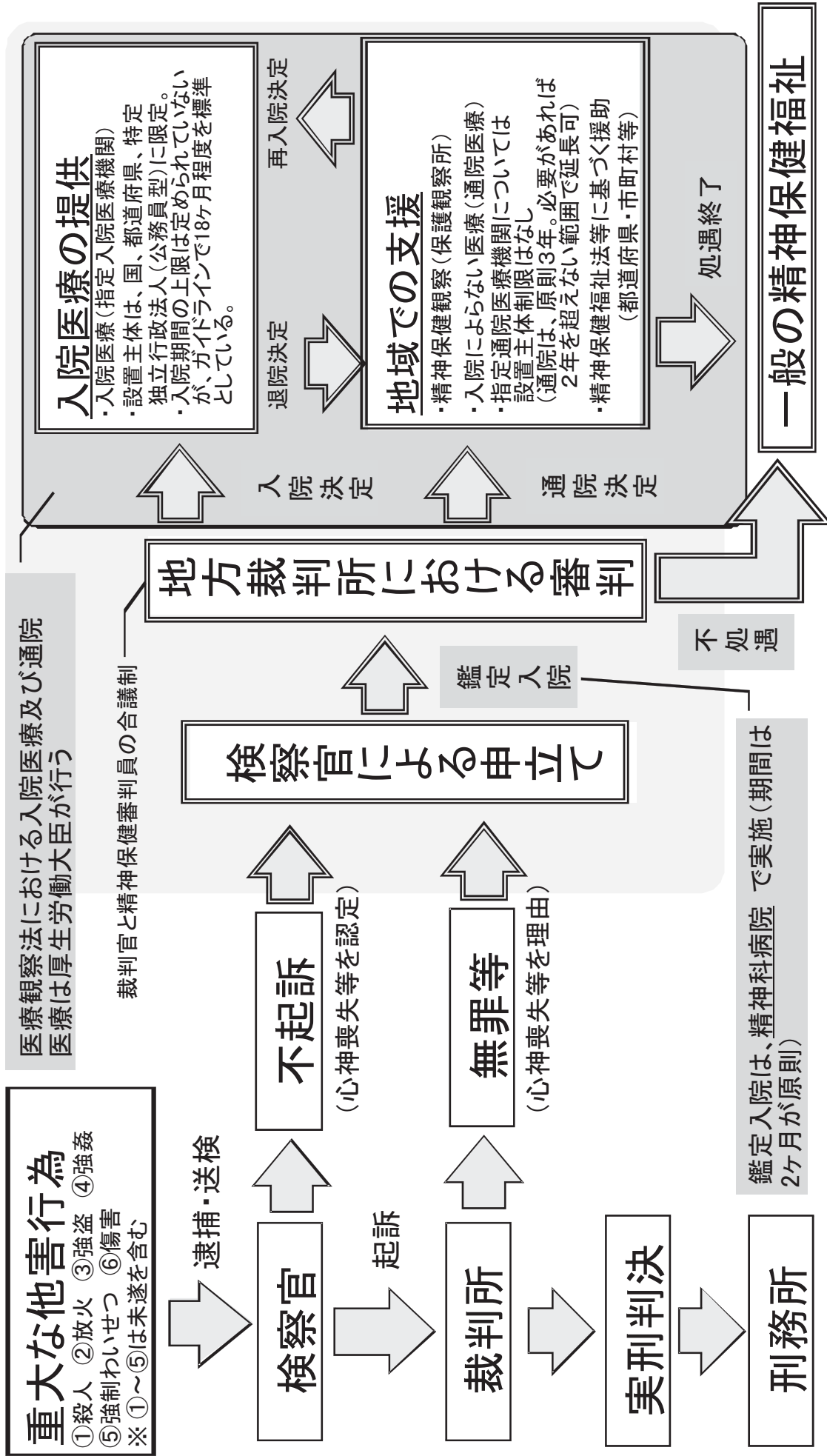
都道府県におかれては、市町村等の関係機関と平素から緊密に連携のうえ、ガイドラインに基づく地域連携体制の基盤構築の充実を図るとともに、対象者が居住する地域において適切な通院処遇が図られるよう、指定通院医療機関の確保に御協力をいただきたい。

医療観察法の仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管)

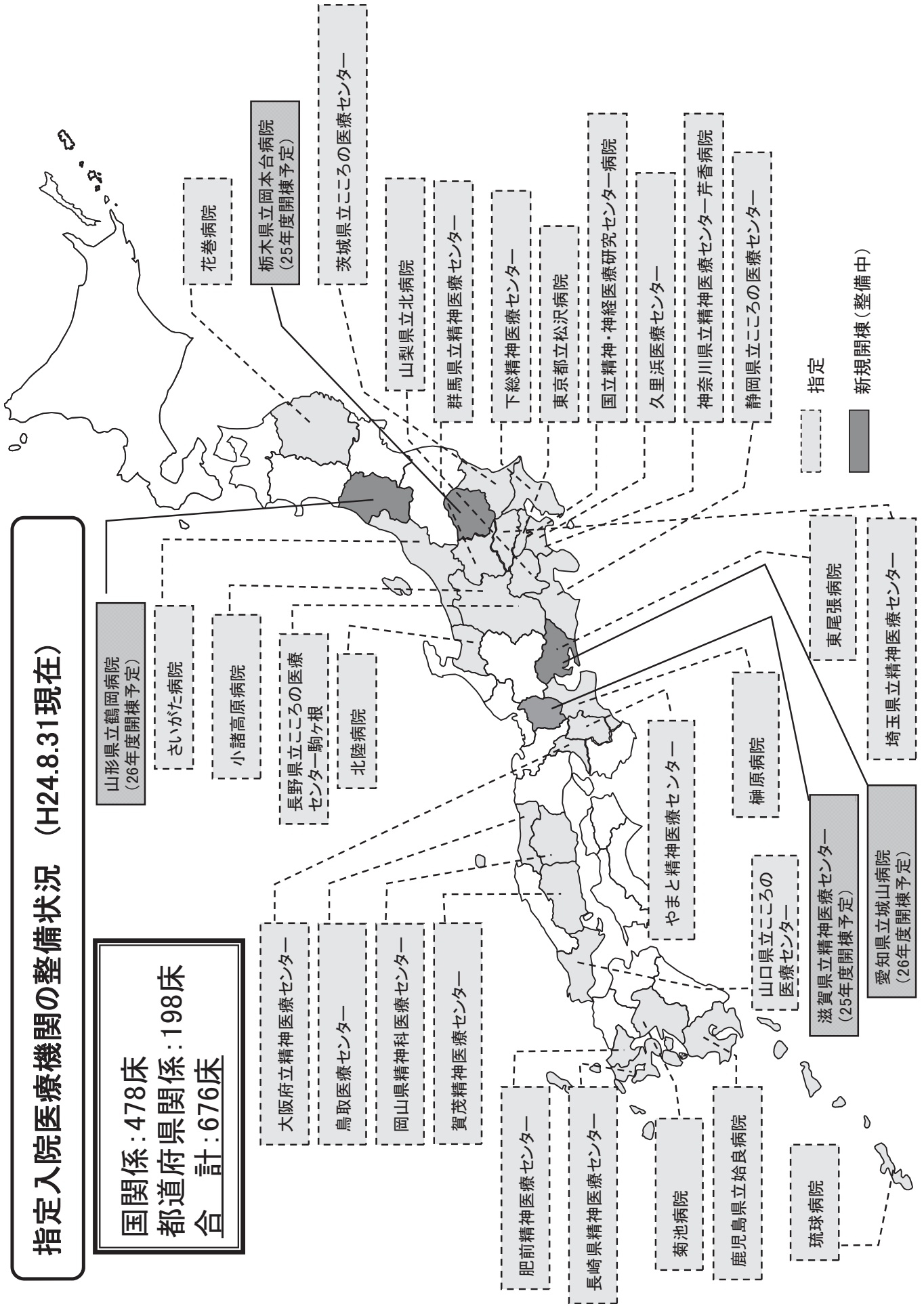
平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

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



指定入院医療機関の整備状況 (H24.8.31現在)

国関係: 478床
都道府県関係: 198床
合計: 676床



指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

平成24年8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	16床	
③埼玉県立精神医療センター	33床	
④東京都立松沢病院	33床	
⑤神奈川県立精神医療センター―芹香病院	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		整備中
⑮栃木県立岡本台病院		整備中
⑯愛知県立城山病院		整備中
⑰滋賀県立精神医療センター		整備中

※病床整備の現状：676床〔うち国関係：478床 都道府県関係198床〕(平成24年8月31日現在)

(病床数は予備病床を含む)

指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	平成24年6月30日現在指定数				計
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	
北海道	32	2	16	2	52
青森県	9	1	142	1	153
岩手県	6	0	5	0	11
宮城県	9	3	6	4	22
秋田県	3	0	333	1	337
山形県	8	2	8	2	20
福島県	8	1	169	2	180
茨城県	14	0	378	0	392
栃木県	6	0	1	0	7
群馬県	4	0	147	0	151
埼玉県	11	0	100	3	114
千葉県	11	0	76	2	89
東京都	17	2	17	13	49
神奈川県	14	2	4	2	22
新潟県	10	0	447	1	458
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	37	0	45
静岡県	11	0	9	0	20
愛知県	10	1	5	2	18
三重県	6	0	0	3	9
福井県	4	0	49	0	53

都道府県名	平成24年6月30日現在指定数				計
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	
滋賀県	8	1	5	0	14
京都府	5	0	33	4	42
大阪府	25	0	17	20	62
兵庫県	18	1	8	7	34
奈良県	4	0	6	2	12
和歌山県	4	1	5	0	10
鳥取県	4	0	120	0	124
島根県	3	1	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	5	27
佐賀県	7	0	5	0	12
長崎県	6	0	8	5	19
熊本県	3	0	0	1	4
大分県	3	0	3	0	6
宮崎県	5	0	0	0	5
鹿児島県	10	1	0	2	13
沖縄県	7	0	5	1	13
合計	392	25	2,363	103	2,883

(医療観察法医療体制整備推進室調)

平成25年度医療観察法関係予算の概算要求の概要

- 心身喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保等 H24年度予算 H25年度概算要求
236億円 → 235億円(▲1.5億円)
- ・指定入院医療機関施設整備費 33.7億円 → 20.2億円

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

- ・指定入院医療機関設備整備費 1.5億円 → 0.6億円

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

- ・指定入院医療機関運営費 23.6億円 → 17.2億円

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

- ・指定入院医療機関地域共生事業費 0.5億円 → 0.6億円

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

- ・指定入院医療機関医療評価・向上事業 0.2億円 → 0.2億円

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

7 性同一性障害の相談窓口について

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

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

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

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られていないこと、③相談できる専門の医療機関等が少ないこと等が課題となっている。

そのため、悩んでいる方が相談しやすい体制整備は重要であると考えており、具体的な取組を行っている自治体を参考に、各自治体での性同一性障害の相談対応の周知をお願いしたい。

性同一性障害の現状と課題について

概要

性同一性障害は生物学的な性と心理的な性の不一致を来している状態であり、

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

ことが特徴的である。

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

現状と課題

【診断・治療】

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

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

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

【課題】

・性同一性障害にはうつ病等の精神疾患が合併することが多いこと

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

自治体での取組例

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

・また、今年度より日置市、鳴門市でも性同一性障害の相談窓口のホームページを新たに開設した。



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。


鳴門市の取組事例

開設経緯及び相談体制

- ・平成24年9月より人権推進課の女性子ども支援センター『ぱあとな一』内に「性同一性障害」に関するお悩みの方へ」という相談窓口を開設した。
- ・相談窓口は「性同一性障害」専用の相談機関ではない。
- ・相談対象者は、鳴門市在住の方に限らず、広く受け付けている。
- ・相談体制として、電話とメール、来庁による手段がある。
- ・平成24年9月からの開設のため、現在実績はないが、昨年度は3～4件ほどあり、相談内容に応じ、各種相談機関、医療機関を紹介していた。
- ・その他の取組として、性同一性障害についての講演を年1回行っている。

実際のホームページ

性同一性障害に関するお悩みの方へ
In the direction of the trouble to GID



『ぱあとな一』では、性同一性障害（GID）に属してお悩みの方のために相談窓口を設けました。からだの性どころの性が一致しない「性同一性障害」で悩んでいる人は数多く存在します。性別に違和感があるが一人で戸惑い悩んでいる人、差別や偏見を恐れ、誰にも相談できずにいる人、意味が通じかたの言葉をどうすればいいかわからない人、性同一性障害に関するあらゆることでお悩みの方は是非一度『ぱあとな一』にご相談ください。GIDの専門家がお話を伺います。あなたがあなたらしく生きていく方法を一緒に探しませんか？（あなたの情報が他に漏れることは決してありません。）

〇来庁相談

鳴門市役所 8772-8501 徳島県鳴門市鳴門町西浜字東浜1170	受付時間 8時30分～17時 年末年始	受付日 土・日・祝日 年末年始
--	---------------------------	-----------------------

〇電話相談

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

〇メール相談
迷惑メール対応をされている方はドメインを解決してください。
ご連絡をクリックしていただくと、相談フォームが開きます。
(<http://www.city.naruto.tokushima.jp/contents/joseishien/pdf/gid.pdf>)

日置市の取組事例

開設経緯及び相談体制

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

実際のホームページ

〇ホーム > 男女共同参画 > 性同一性障がい

性同一性障がいについての相談窓口

担当部署：本庁・総務企画部地域づくり課

からだの性どころの性が一一致しない「性同一性障がい」で悩んでいる人や、家族などの身近な人のことで相談を希望される方は、次の男女共同参画相談窓口へご連絡ください。

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

【男女共同参画相談窓口】 電話 095-273-2160（直通）
電話相談 月～金曜日 8時30分～16時30分受付
面談相談 月～金曜日 8時30分～16時30分受付

各窓口のご案内はこちらからどうぞ
(<http://www.city.hioki.kagoshima.jp/modules/content001/index.php?id=188>)

平成24年度精神障害者アウトリーチ推進事業実施機関等

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
北海道	十勝	相談支援事業所	十勝障がい者総合相談支援センター	十勝	道立	道立緑ヶ丘病院
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			
岩手県	盛岡	精神科病院	岩手晴和病院	盛岡	民間	岩手晴和病院
秋田県	横手	相談支援事業所	地域生活支援センターのぞみ	横手	民間	横手興生病院
山形県	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
神奈川県	横須賀・三浦	精神科病院	福井記念病院	横須賀・三浦	民間	福井記念病院
山梨県	中北	精神科病院	住吉病院	中北	民間	住吉病院
静岡県	駿東田方	精神科病院	沼津中央			
	駿東田方	精神科病院	伊豆函南病院	駿東田方	民間	伊豆函南病院
三重県	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	湖南	民間	湖南病院
				湖北	日本赤十字社	長浜赤十字病院
	大津	精神科病院	琵琶湖病院	大津	民間	琵琶湖病院
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
	乙訓	精神科病院	長岡病院			
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
香川県	高松	精神科病院	いわき病院	高松	民間	いわき病院
徳島県	東部 I	精神科病院	城西病院	東部 I	民間	城西病院
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
	長崎	精神科病院	三和中央病院	長崎	民間	三和中央病院
熊本県	熊本市	精神科病院	向陽台病院	熊本市	民間	向陽台病院
鹿児島県	鹿児島	精神科病院	尾辻病院	鹿児島	民間	尾辻病院

計 24道府県 37機関

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

障発0822第1号
平成24年8月22日

各
〔都道府県知事
指定都市市長〕
殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

「精神病院の保護室の構造設備について」

(昭和37年医発第670号各都道府県知事宛厚生省医務局長通知)の廃止について

精神科病院の保護室については、「精神科病院建築基準の改正について」(昭和44年6月23日付衛発第431号各都道府県知事宛厚生省公衆衛生局長通知)等でお示ししているところですが、精神科病院の保護室の構造設備について、別添1「精神病院の保護室の構造設備について」(昭和37年医発第670号各都道府県知事宛厚生省医務局長通知。以下「本通知」という。)をもって、保護室に鉄棒を設置しなければならない、という誤解が生じている例が散見されるため、すでに本通知は昭和60年9月5日の医療法施行規則の一部を改正する省令の施行(別添2「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について」(昭和60年9月5日健政発第607号各都道府県知事宛厚生省健康政策局長通知))により効力を失っていますが、改めて本通知の廃止についてお知らせいたしますので、管下行政機関及び管下関係医療機関に周知方お願い申し上げます。

なお、本件については、関係団体(別紙)の長にも同様に通知し、周知方依頼しているもので申し添えます。

【別紙】

社団法人 日本医師会

公益社団法人 日本精神科病院協会

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

公益社団法人 全国自治体病院協議会

一般社団法人 日本総合病院精神医学会

精神医学講座担当者会議

国立精神医療施設長協議会

社団法人 日本精神神経学会

○精神病院の保護室の構造設備について

〔昭和三十七年七月二十日 医務第六七〇号〕
〔各都道府県知事宛 厚生省医務局長通知〕

標記のことについて別紙(1)の照会に対し、別紙(2)のとおり回答したので御了知ありたい。

別紙(1)

〔昭和三十七年六月二十七日 医第二、二三五号〕
〔厚生省医務局長宛 兵庫県知事照会〕

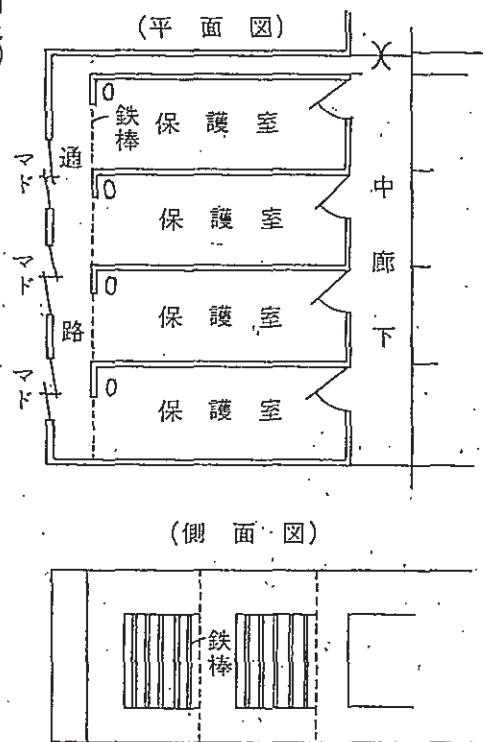
本県において、最近次図のような保護室と直接外気に面する窓との間に通路のある構造のものが申請されました。この構造は、収容患者の保護および監視に必要かつ便利なものと認められ、希望する向きも多いようでありますから、許可することが適当かと考えられます。しかし、この構造は、医療法施行規則第十六条に規定する「直接外気に面して開放できる」ものに該当しないと解される点もあります。つきましては、左記の点に関する貴官のご意見をお聞かせ願いたい。

記

- 1 通路幅が狭く、鉄棒の箇所が窓でない（扉はない）構造の場合も、保護室が直接外気に面して開放しているものと解してよいか。
- 2 前号の解釈により許可するとしても、次のような条件を具備した場合にだけ許可することにしてどうか。
 - (1) 保護室の通路側は鉄棒だけの構造とし壁を設けないこと。
 - (2) 通路は、幅一メートル程度とし、保護患者の監視にだけ使用すること。

(3) 窓は、各室に一つの割で設け、その開放面積は、保護室の床面積の一〇分の一以上とすること（建築基準法施行令第二十条 参照 $\frac{1}{14} \div \frac{7}{10} = \frac{1}{9.8}$ ）

別紙(2)



〔昭和三十七年七月二十日 医務第六七〇号〕
〔兵庫県知事宛 厚生省医務局長回答〕

昭和三十七年六月三十日医第二、二三五号で照会のあつた標記について、記の2にかかる条件をみたす場合は記の1のとおり取り扱いとして差し支えない。

医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について（抄）

（昭和六〇年九月五日）

（健政発第六〇七号）

（各都道府県知事あて厚生省健康政策局長通知）

今般、病院、診療所及び助産所の構造設備に関し、医療法施行規則の一部を改正する省令が昭和六〇年九月五日厚生省令第三七号として公布され、同日から施行されることとなった。（別添参照）

この省令の改正内容及びその施行に当たつての留意事項は左記のとおりであるので、御了知の上、その取扱いに遺憾なきを期されたい。

記

1 病院、診療所に関する規定(第一六条第一項関係)

(1) 病室の外気開放に関する事項(第五号)

ア 病室の換気に関する特別な規制を廃止し、一般の住宅の居室と同様の取扱いとしたこと。

なお、建築基準法(昭和二五年法律第二〇一号)第二八条及び建築基準法施行令(昭和二五年政令第三三八号)第二〇条の二の規定に基づき、換気基準及び換気設備の技術的基準が定められていることに留意されたいこと。

イ 伝染病室、結核病室又は病理細菌検査室について、機械換気設備の換気系統の区分が必要である旨明記したこと。

なお、既に設置されている機械換気設備(設置工事中のものを含む。)については、昭和六一年九月一日までは適用しないこと。

(2) 防蠅設備に関する事項(第一六号)

防蠅設備を不要としたこと。

2 助産所に関する規定(第一七条第一項関係)

(略)

3 病院に関する規定(第二〇条関係)

(略)

4 その他

(略)

別添 略

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:認知症と精神科医療)

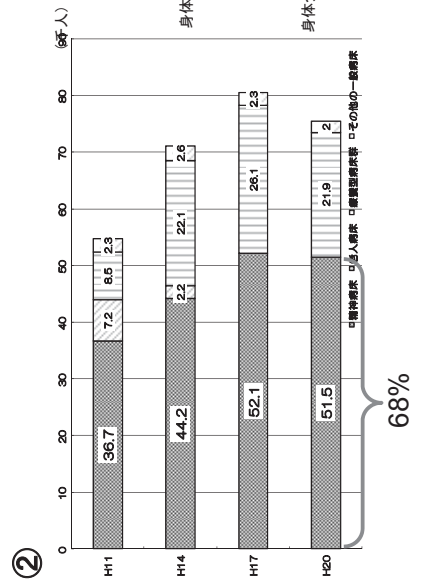
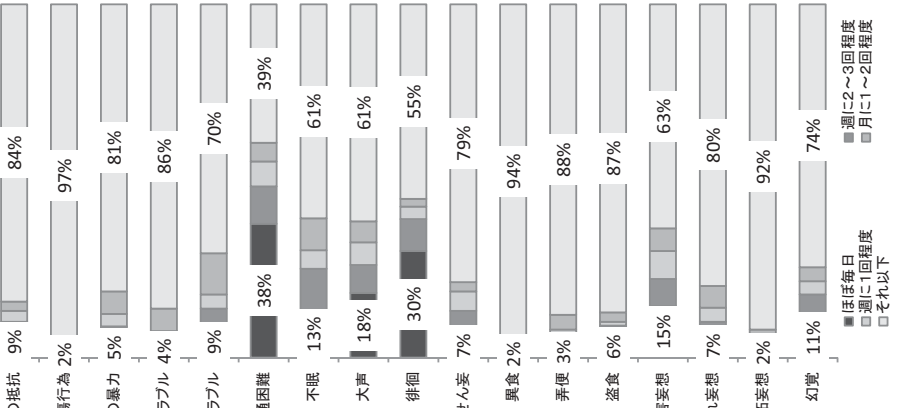
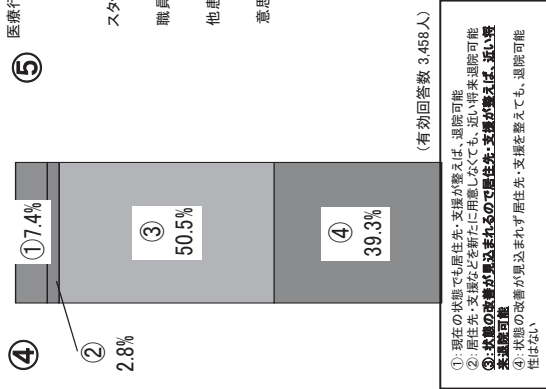
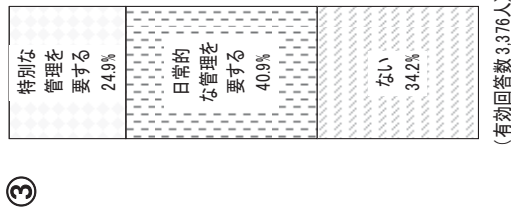
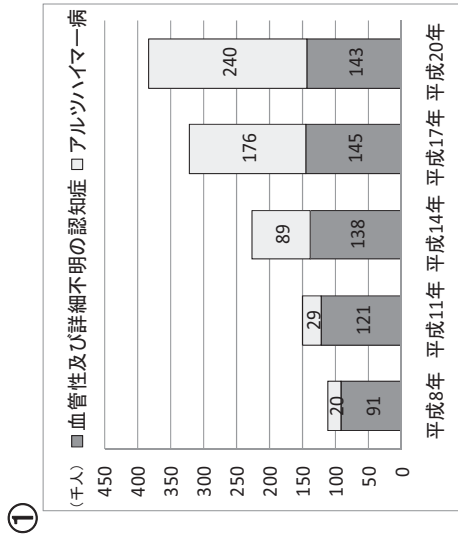
とりまとめ 概要 ①現状と課題

平成23年11月29日

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 精神科病院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)



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:認知症と精神科医療)

とりまとめ 概要 ② 基本的な考え方

平成23年11月29日

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、本人だけでなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ **BPSD**(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 認知症による行動・心理症状)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み

- (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み
- (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

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:認知症と精神科医療) とりまとめ 概要 ③ 具体的な方向性

平成23年11月29日

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

認知症患者医療センター

- 身近なところに新たな類型の認知症患者医療センターを整備
- 若年性認知症への対応

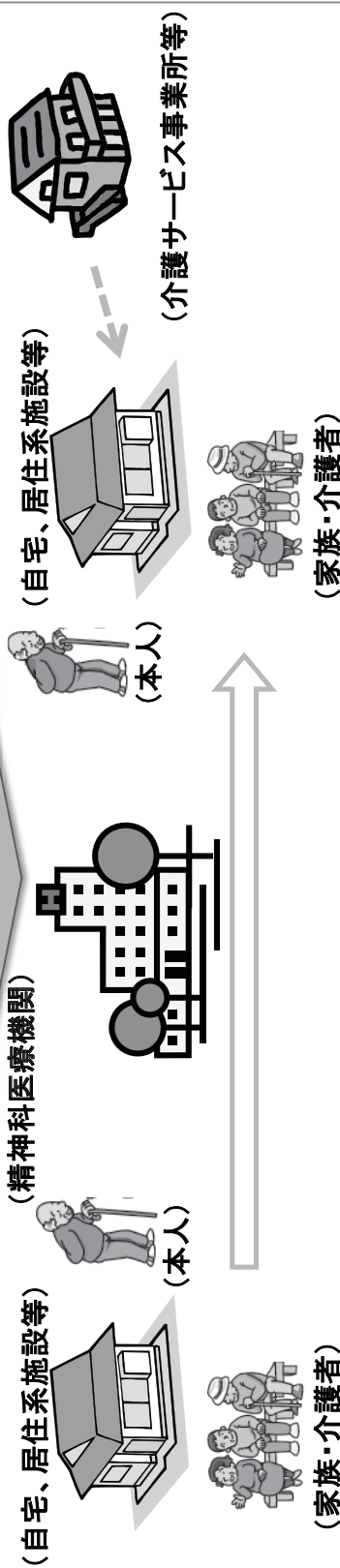
認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

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しながら、検討していくことが必要

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:認知症と精神科医療) とりまとめ 概要 ④認知症を考慮した目標値

平成23年11月29日

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

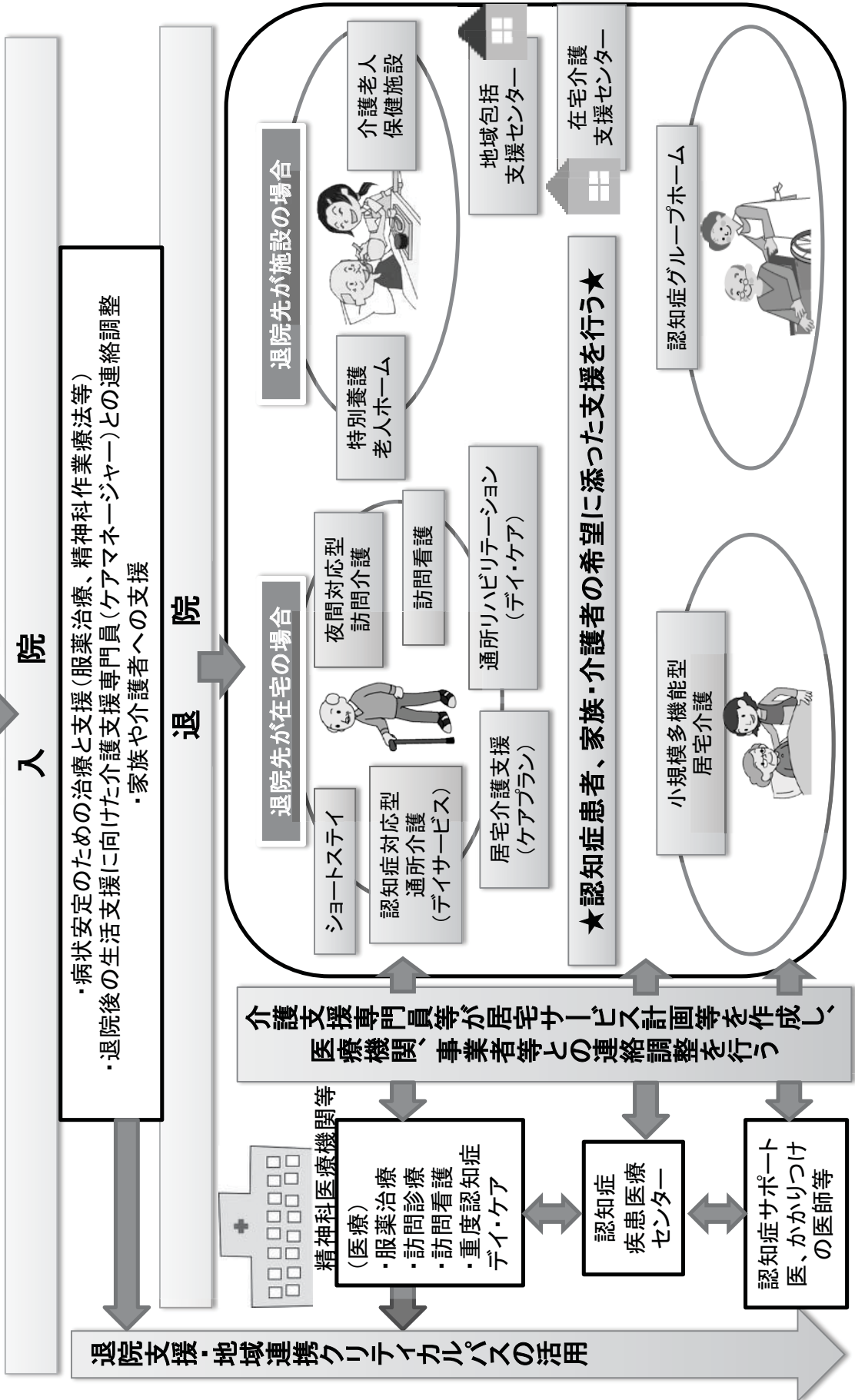
目標値に関する議論の過程において、

- 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



「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」 （平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。
※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成 24 年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
 - ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
 - ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
 - ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
 - ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数

平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人

【考え方】5つの中学校区当たり1人配置（合計約 2,200 人）、当面5年間で700人配置。

※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）

平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 600 万人

- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
平成24年度見込 40市町村
将来的に、すべての市町村(約 1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成24年度 調査・研究を実施
 - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
 - ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
 - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
【考え方】すべての介護保険施設(約 15,000)とグループホーム(約 14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約 11,000)内で1人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
新規 → 平成29年度末 87,000人
【考え方】病院(約 8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。

(別紙)

認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

(単位:万人)

認知症高齢者の居場所別内訳	平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
認知症高齢者数	305	373
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居住系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等 (介護療養型医療施設を含む。)	41	46
医療機関	38	38



※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

[推計の考え方]

1. 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計。

2. 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」(以下、「一体改革試算」という。)における各サービスごとの利用者増加率等(※)を乗じて推計した。

(※)増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。

[平成24年度]介護施設の入所者に占める認知症者割合を増加。

[平成29年度]認知症高齢者数の増加(平成22年度:208万人→280万人)及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。

①認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。

②特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。

③在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。

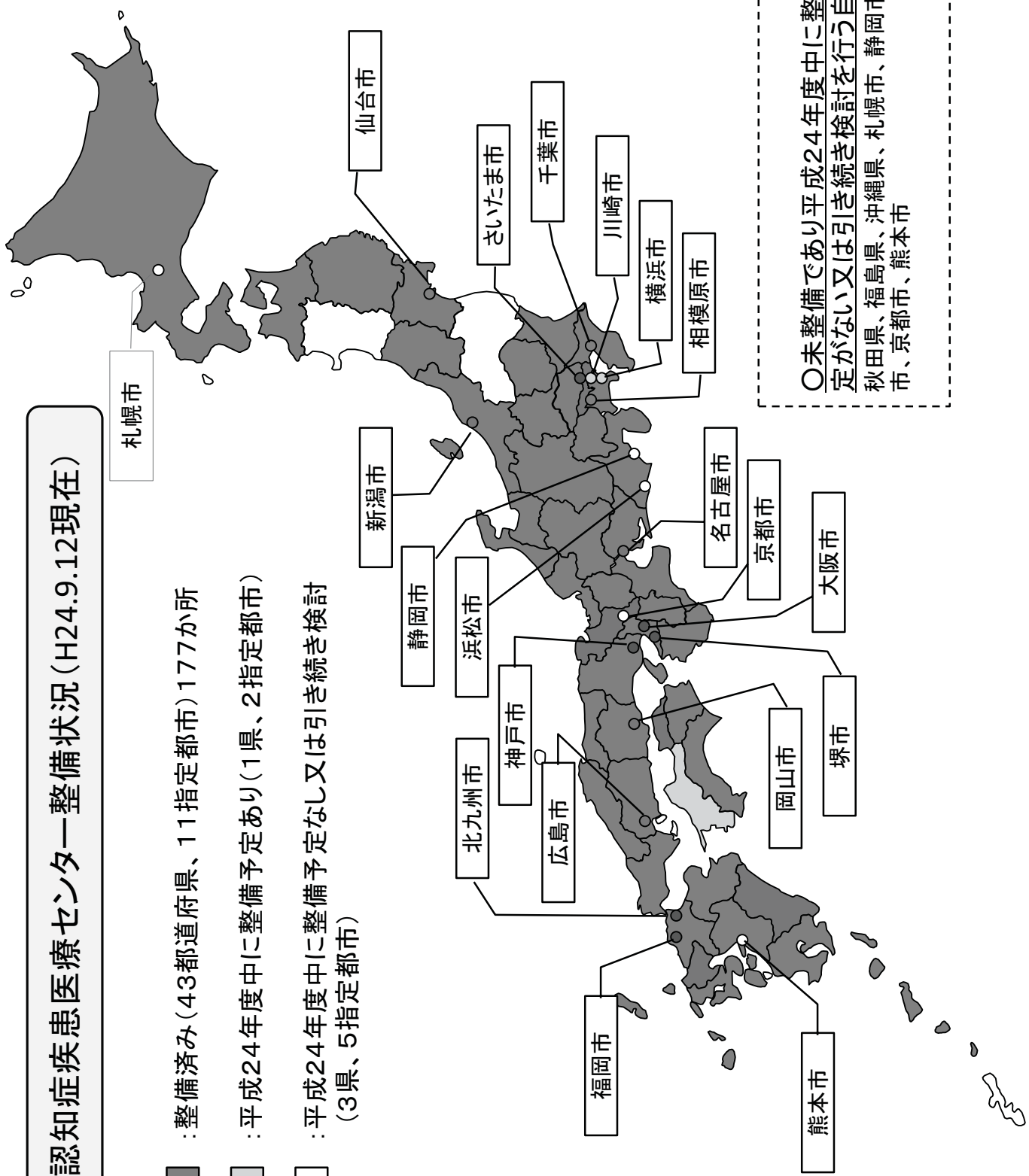
3. 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

(注)医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人(患者調査)となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいますので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。

認知症患者医療センター整備状況 (H24.9.12現在)

- : 整備済み(43都道府県、11指定都市)177か所
- : 平成24年度中に整備予定あり(1県、2指定都市)
- : 平成24年度中に整備予定なし又は引き続き検討
(3県、5指定都市)



○未整備であり平成24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、沖縄県、札幌市、静岡市、浜松市、京都市、熊本市

