

**全国厚生労働関係部局長会議  
(厚生分科会) 詳細資料**

**社会・援護局 障害保健福祉部**

**平成23年1月21日(金)**

<b>【重点事項】</b>	頁
1 障害者自立支援法等の改正について(企画課、障害福祉課、精神・障害保健課) . . . . .	2
2 障がい者制度改革推進会議等の状況について(企画課) . . . . .	26
3 障害者の地域生活移行について(障害福祉課) . . . . .	34
4 精神障害者アウトリーチ(訪問支援)推進事業について(精神・障害保健課) . . . . .	39
5 自殺・うつ病対策の推進について(精神・障害保健課) . . . . .	40
6 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームについて(精神・障害保健課) . . . . .	51
7 介護職員等によるたんの吸引等の実施について(障害福祉課) . . . . .	73
8 発達障害者への支援について(障害福祉課) . . . . .	85
9 障害者虐待防止対策等について(障害福祉課) . . . . .	95
10 新体系サービスへの移行について(障害福祉課) . . . . .	99
11 第3期障害福祉計画について(企画課) . . . . .	114
12 全国障害児・者等実態調査の実施について(企画課) . . . . .	115
13 障害保健福祉分野における地域主権改革の推進について(企画課、障害福祉課、精神・障害保健課) . . . . .	121

## **【予算概要】**

1 平成23年度予算案等の概要(企画課) . . . . .	124
--------------------------------	-----

## **【連絡事項】**

### **〈企画課〉**

1 身体障害者福祉法における肝臓機能障害に係る障害認定について . . . . .	137
2 特別児童扶養手当の認定基準の改正について . . . . .	142
3 特別障害者手当の認定基準の改正について . . . . .	142
4 特別児童扶養手当・特別障害者手当等の額について . . . . .	142

5	特別障害給付金制度の周知について	143
6	平成23年度税制改正大綱の主な事項について（障害保健福祉部関係抜粋）	143
<b>〈企画課監査指導室〉</b>		
1	平成23年度における障害保健福祉行政事務指導監査の実施について	147
<b>〈企画課自立支援振興室〉</b>		
1	地域生活支援事業の円滑な実施等について	149
2	障害者の社会参加の促進について	155
3	補装具について	158
4	障害者自立支援対策臨時特例基金の積み増しについて	159
<b>〈障害福祉課〉</b>		
1	重症心身障害児（者）通園事業について	161
2	障害福祉関係施設の整備について	163
3	障害福祉サービス事業所等における適正な運営等について	164
4	訪問系サービスに係る適切な支給決定事務について	169
5	自立訓練と就労移行支援に係る訓練等給付費の支給決定の取扱いについて	171
6	障害者の就労支援について（工賃倍増5か年計画の推進について）	171
<b>〈精神・障害保健課〉</b>		
1	認知症疾患医療センターの整備について	173
2	精神科救急医療体制の整備の推進について	176
3	依存症対策の推進について	177
4	高次脳機能障害対策の推進について	178
5	心身喪失者等医療観察法指定入院医療機関の整備等について	180
6	精神科病院に対する指導監督等について	184
7	精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）の診断書改正等について	185

# 【重点事項】

## 1 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要について

昨年12月3日に衆議院厚生労働委員長提案である「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、同月10日に公布された。

この法律の施行に向けたスケジュールや概要等については、次ページからのとおりであるので、参照願いたい。

なお、本法律については、同法と併せて行われた衆議院の決議及び同法に対する参議院の附帯決議がそれぞれ付されているので、その趣旨を踏まえ、その施行に当たっていただきたい。

本法律については、その施行まで期間が限られていることから、各自治体におかれても円滑な施行に向けた準備をよろしく願いたい。

# 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要

## ① 趣旨

公布日施行

- 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ける障害者等の地域生活支援のための法改正であることを明記

## ② 利用者負担の見直し

平成24年4月1日までの政令で定める日（平成24年4月1日（予定））から施行

- 利用者負担について、応能負担を原則に
- 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減

## ③ 障害者の範囲の見直し

公布日施行

- 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化

## ④ 相談支援の充実

原則として平成24年4月1日施行（予定）

- 相談支援体制の強化（市町村に基幹相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化）
- 支給決定プロセスの見直し（サービス等利用計画案を勘案）、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大

## ⑤ 障害児支援の強化

平成24年4月1日施行

- 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実（障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ移行）
- 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設
- 在園期間の延長措置の見直し（18歳以上の入所者については、障害者自立支援法で対応するよう見直し。その際、現に入所している者が退所させられることのないようにする。）

## ⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実

平成24年4月1日までの政令で定める日（平成23年10月1日（予定））から施行

- グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設
  - 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設（同行援護。個別給付化）
- （その他）(1)「その有する能力及び適性に応じ」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業への格上げ、(3)児童デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討

(1)(3)(6)：公布日施行  
(2)(4)(5)：平成24年4月1日までの政令で定める日（平成24年4月1日（予定））から施行

# 障害者自立支援法一部改正法の施行に向けた当面のスケジュール案(主なもの)

	平成23年				平成24年
	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月	1月～3月
平成23年10月施行分					
グループホーム・ケアホーム利用の際の助成		○事務処理要領改訂案等の提示	○政省令・告示の公布	(施行)	
同行援護の創設		○同行援護に係る基準、報酬等の案の提示	○政省令・告示の公布 ・事業者の準備指定	(施行)	
平成24年4月施行分					
利用者負担の見直し					○政省令の公布 ○利用者負担認定の手引き改訂案の提示
相談支援体制の充実		○地域相談支援及び計画相談支援に係る基準、報酬等の基本的な考え方の提示 ○基幹相談支援センターの役割等の基本的な考え方の提示		○地域相談支援及び計画相談支援に係る基準省令の公布	○地域相談支援及び計画相談支援に係る報酬告示の公布 ・事業者の準備指定
障害児支援の強化		○施設体系の一元化に係る基準、報酬等の基本的な考え方の提示		○施設体系の一元化に係る基準省令の公布	○施設体系の一元化に係る報酬告示の公布 ・事業者の準備指定
事業者の業務管理体制の整備		○業務管理体制の整備に係る基準等の基本的な考え方の提示			○政省令の公布 ○業務管理体制データ管理システム整備(～平成24年9月) ○確認検査指針等の発出

※「○」は厚生労働省において実施する事項。「・」は地方自治体において実施する事項。

## ① 趣旨

(施行期日)  
公布日施行

### 趣旨

(課題) 改正の趣旨を明確にする必要。

→ 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及び障害児の地域生活を支援するため、関係法律を整備するものであることを明記。



## ② 利用者負担の見直し

(施行期日)

平成24年4月1日までの政  
令で定める日(平成24年4月  
1日(予定))から施行

### 利用者負担の規定の見直し

(課題) 累次の対策により、負担上限額は大幅に引き下げられており、実質的に負担能力に応じた負担になっているが、法律上は1割負担が原則となっている。

→ 法律上も負担能力に応じた負担が原則であることを明確化。  
(ただし、サービス利用量が少なく、1割負担の方が低い場合には1割)

※ 例えば、現在、市町村民税非課税世帯については、利用者負担は無料。

※ 利用者の実質負担率0.37%(H22.9国保連データ)。

### 利用者負担の合算

(課題) 障害福祉サービスと補装具の利用者負担の上限額は、それぞれに別に設定されている。

→ 高額障害福祉サービス費について補装具費と合算することで、利用者の負担を軽減。

# 利用者負担に係る規定の見直しについて

## ○市町村が障害者に対して支給する給付費の月額

=

かかった費用の額

-

一部負担の額

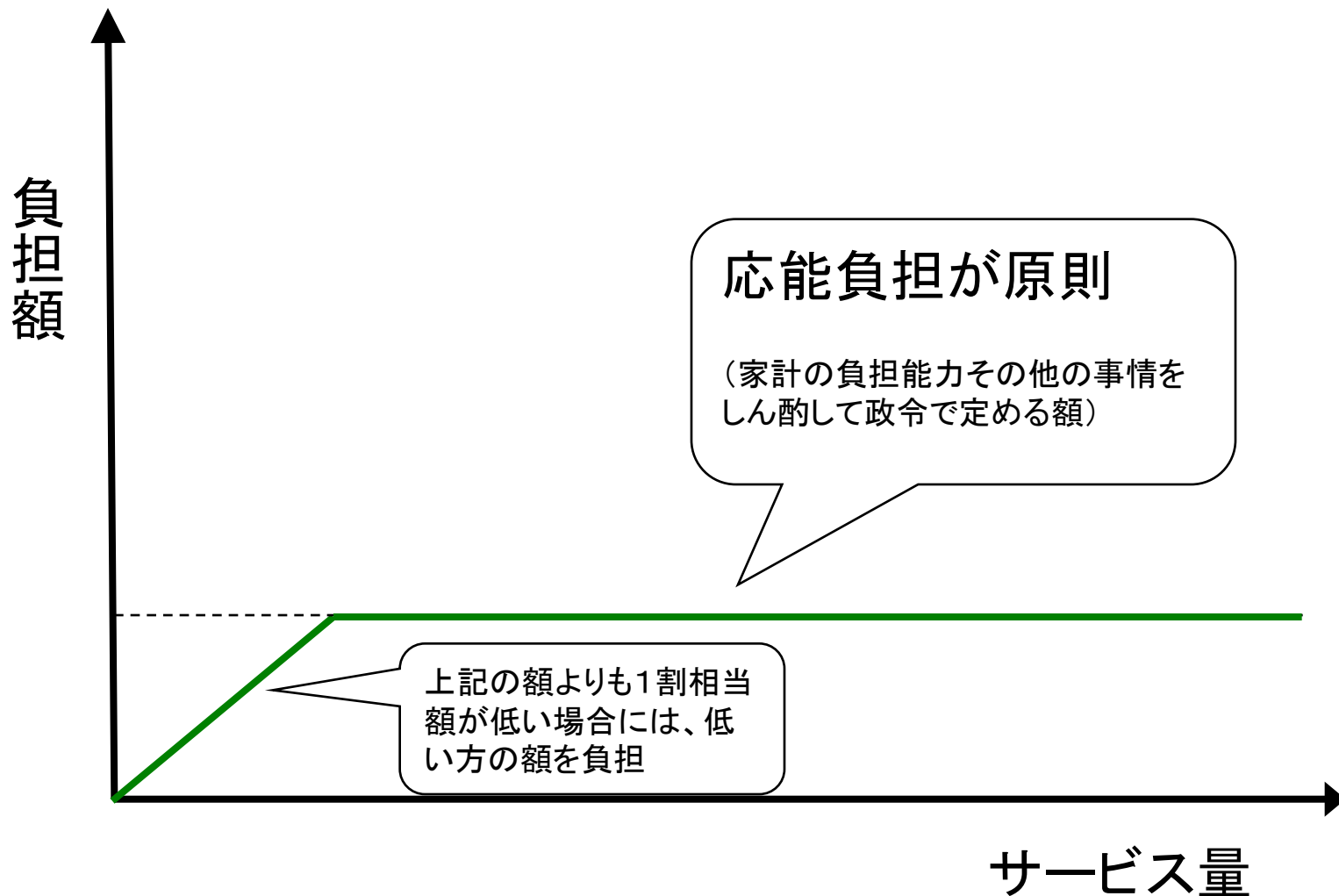
### ・応能負担が原則

〔 家計の負担能力その他の事情を  
しん酌して政令で定める額 〕

〔 上記の額よりも1割相当額が低い  
場合には、低い方の額を負担 〕

※ 条文の考え方は支援費をベース( かかった費用の額 - 一部負担の額 )

# 利用者負担の規定の見直し



# 高額障害福祉サービス費の補装具費との合算

○ 現在、「高額障害福祉サービス費」は、次の各サービスの利用者負担額を合算した額が基準額を超える場合に、基準額を超える額を償還して給付する制度。

- ① 同一世帯の他の者が利用する障害福祉サービスに係る費用
- ② 障害福祉サービス利用者本人が利用する介護保険法上のサービスに係る費用
- ③ 同一世帯の児童が利用する児童福祉法に基づく障害児支援に係るサービスに係る費用

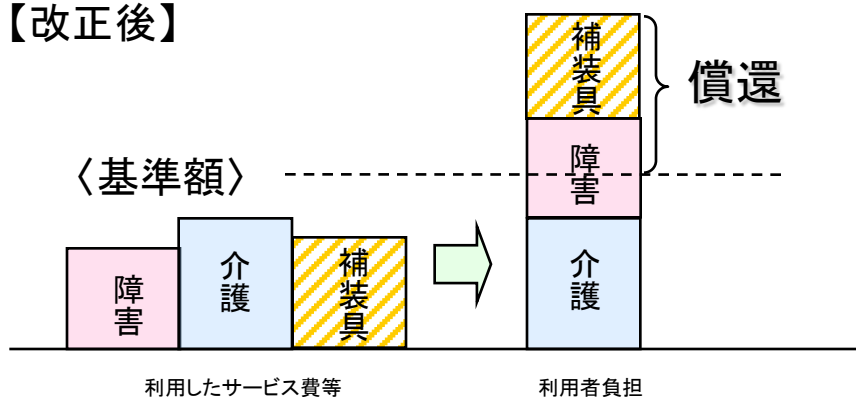
**新たに補装具費も合算対象となる費用とする(※)**

○ 補装具費支給制度の利用者負担は、原則として定率(1割)負担。負担上限月額あり。

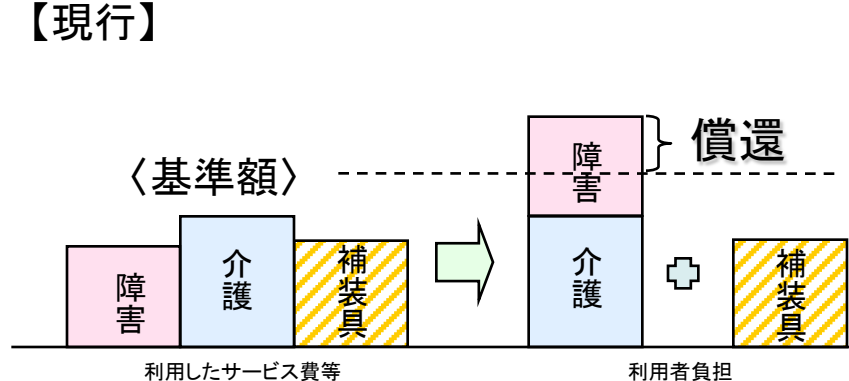
※補装具費は、世帯の中に市町村民税所得割額が46万以上の者がいる場合は公費負担の対象外(現行どおり)。

<例:同一人が障害福祉と介護保険のサービスを利用及び補装具費の支給を受けている場合>

【改正後】



【現行】



(施行期日)  
公布日施行

### ③ 障害者の範囲の見直し

#### 障害者の範囲の見直し

(課題) 発達障害は、概念的には精神障害に含まれるが、そのことが明確にされていない。

→ 障害者自立支援法のサービスをより受けやすくする観点から、発達障害者が障害者の範囲に含まれることを法律上明示。

- ※ 発達障害については、発達障害者支援法が整備され、発達障害の定義規定も置かれている。
- ※ あわせて、高次脳機能障害が対象となることについて、通知等で明確にする。

## ④ 相談支援の充実

(施行期日)  
原則として平成24年4月  
1日施行(予定)

### 相談支援体制の強化

(課題) 障害者の地域生活にとって相談支援は不可欠であるが、市町村ごとに取り組状況に差がある。  
また、地域の支援体制づくりに重要な役割を果たす自立支援協議会の位置付けが法律上不明確。

- 地域における相談支援体制の強化を図るため中心となる総合的な相談支援センター(基幹相談支援センター)を市町村に設置。
- 自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化のため、法律上に根拠を設ける。
- 地域移行や地域定着についての相談支援の充実(地域移行支援・地域定着支援の個別給付化)。

### 支給決定プロセスの見直し等

(課題) サービス利用計画の作成については、①計画の作成が市町村の支給決定後となっている、②対象が限定されている、などの理由からあまり利用されていない。

- 支給決定の前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定の参考とするよう見直し。
- サービス等利用計画作成の対象者を大幅に拡大。  
※ 現在のサービス利用計画作成費の対象者は、重度障害者等に限定されており、利用者数は2,731人(H21.4)。

# 相談支援事業の現状

## 障害者相談支援事業

- 一般的な相談支援（情報提供、助言、障害福祉サービスの利用支援等）

【財源】 一般財源（交付税）

### 機能強化

- 市町村相談支援機能強化事業（専門職員の配置等）
- 住宅入居等支援事業（居住サポート事業）
- 成年後見制度利用支援事業

【財源】 地域生活支援事業費補助金

国1/2、県1/4、市町村1/4

- 相談支援充実・強化事業

（家庭訪問等）

【財源】 基金事業

（市町村／相談支援事業者に委託可）

（広域的・専門的な支援）

都道府県

一般的な相談支援

## サービス利用計画作成費の支給 （指定相談支援事業者）

- サービス利用のあっせん・調整

【財源】 自立支援給付

国1/2、県1/4、市町村1/4

障害者自立支援法  
第32条による  
「サービス利用計  
画作成費」の支給

障害者自立支援法  
第77、78条による  
「地域生活支援事  
業」として実施

※サービス利用計画作成費の対象者は特に計画的な自立支援を必要とする者に限定

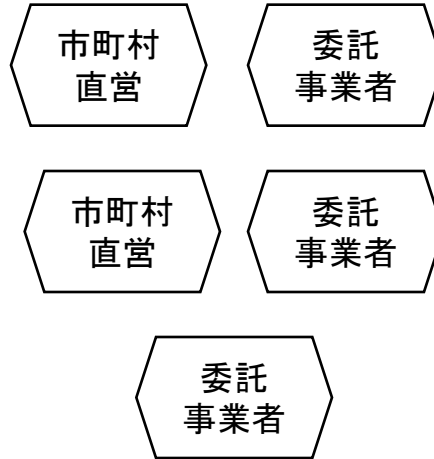
サービス利用計画

# 相談支援の見直しについて

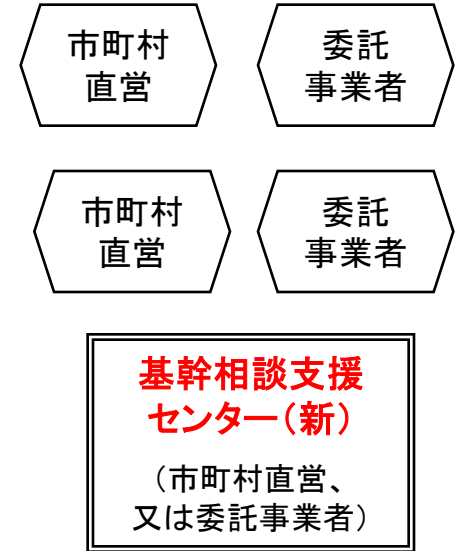
## 一般的な相談支援

- 障害者等からの相談に応じ、必要な情報提供や助言等を行う。
- 市町村の直営の場合と、事業者に委託して実施する場合がある。

現 行



見直し後



## サービス利用計画作成

- 個々の障害者が必要とする障害福祉サービスの利用計画を作成する。

指定相談支援事業者

指定相談支援事業者

一定の基準を満たす相談支援事業者を指定。

指定相談支援事業者

指定相談支援事業者

指定については同左。

サービス利用計画を作成する対象者の拡大等の見直し。



# 地域移行支援・地域定着支援について

## 1. 地域移行支援

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

→ 現行の「精神障害者地域移行支援特別対策事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を個別給付に。

## 2. 地域定着支援

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

→ 現行の「居住サポート事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を個別給付に。

施設・病院内

地域

地域移行・地域生活のためのコーディネート機能

サービス利用計画

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

地域移行・地域生活のための支援

地域相談支援として個別給付化

地域移行支援

(地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援・入居支援等)

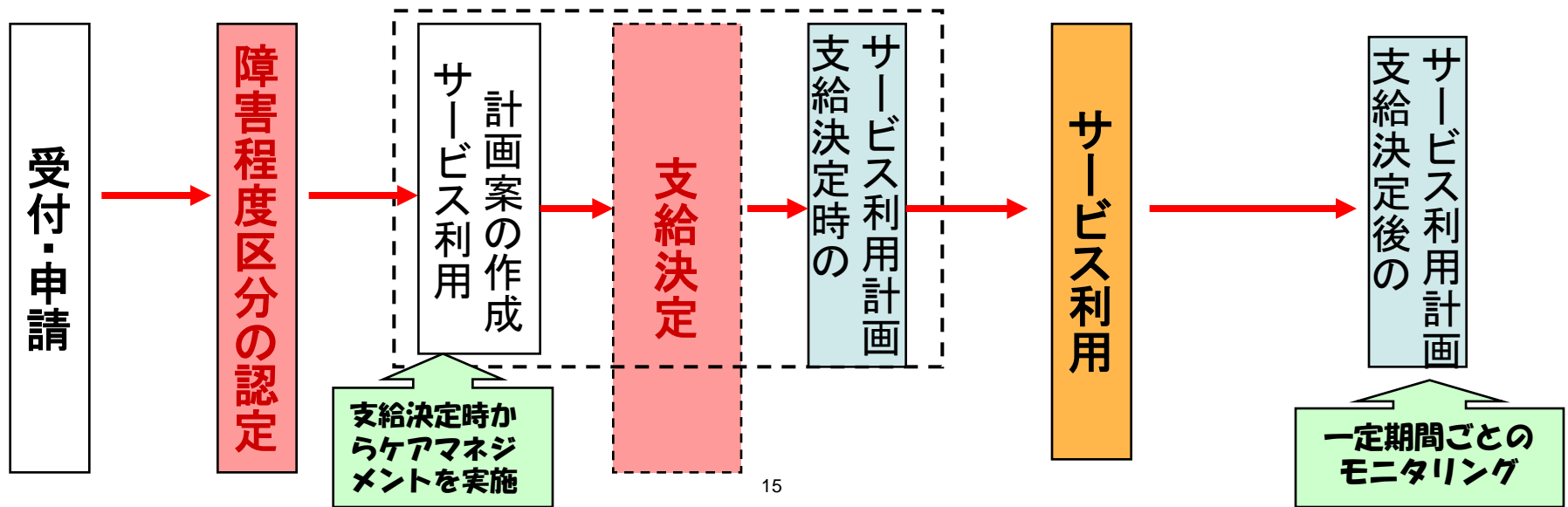
地域定着支援

(24時間の相談支援体制等)

退所・退院を希望する者

# 支給決定プロセスの見直し

- 市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた相談支援事業者が作成するサービス利用計画案の提出を求め、これを勘案して支給決定を行うこととする。
  - \* 上記の計画案に代えて、省令で定める計画案(セルフケアプラン等)を提出できることとする。
  - \* 相談支援事業者の指定は、総合的に相談支援を行う者として省令で定める基準に該当する者について市町村が指定することとする。
  - \* サービス利用計画作成対象者を拡大する。
- 支給決定時のサービス利用計画の作成、及び支給決定後のサービス利用計画の見直し(モニタリング)について、計画相談支援給付費を支給する。



## ⑤ 障害児支援の強化

(施行期日)  
平成24年4月1日施行

### 児童福祉法を基本とした身近な支援の充実

(課題) 障害を持つ子どもが身近な地域でサービスを受けられる支援体制が必要。

- 重複障害に対応するとともに、身近な地域で支援を受けられるよう、障害種別等にわかれている現行の障害児施設(通所・入所)について一元化。
- 在宅サービスや児童デイサービスの実施主体が市町村になっていることも踏まえ、通所サービスについては市町村を実施主体とする(入所施設の実施主体は引き続き都道府県)。

### 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設

(課題) 放課後や夏休み等における居場所の確保が必要。

- 学齢期における支援の充実のため、「放課後等デイサービス」を創設。

(20歳に達するまで利用できるように特例を設ける。)

(課題) 保育所等に通う障害児に対して、集団生活への適応のための支援が必要。

- 保育所等を訪問し、専門的な支援を行うため、「保育所等訪問支援」を創設。

## 在園期間の延長措置の見直し

(課題) 18歳以上の障害児施設入所者について、障害者施策として対応すべきとの意見。  
(障害児支援の関係者で構成された『障害児支援の見直しに関する検討会』の中での議論)

→ 18歳以上の障害児施設入所者については障害者施策(障害者自立支援法)で対応するよう見直し。

(その際、必要な支援の継続措置に関する規定や、現に入所している者が退所させられることがないよう  
にするための必要な規定を設ける。特に重症心身障害者については十分に配慮する。)

# 障害児支援の強化

## (1) 障害児通所支援 (児童福祉法第6条の2等)

- ① 通所支援・児童デイサービスについて、障害種別による区分をなくし、「児童発達支援事業(センター)」「医療型児童発達支援事業(センター)」として一元化して、多様な障害の子どもを受け入れられるようにする。その際、障害特性に応じた対応ができるよう配慮。
- ② 新たに、「放課後等デイサービス事業」、「保育所等訪問支援事業」を創設する。
- ③ 給付についての実施主体を、市町村とする。

## (2) 障害児入所支援 (児童福祉法第7条等)

- ① 入所支援について、障害の重複化等を踏まえ、障害種別による区分をなくし、「福祉型障害児入所施設」「医療型障害児入所施設」として一元化する。その際、障害特性に応じた対応ができるよう配慮。
- ② 在園期間の延長措置を見直し、満18歳以上の入所者(いわゆる加齢児)については、児童福祉法ではなく障害者施策で対応するように見直す。

その際、支援の継続のための措置や、現に入所している者が退所させられることがないように附則に必要な規定を設ける。特に、重症心身障害者については十分に配慮する。

# 障害児支援施策の見直し

<< 障害者自立支援法 >> 【市町村】

児童デイサービス

<< 児童福祉法 >> 【都道府県】

知的障害児通園施設

盲ろうあ児施設  
・難聴幼児通園施設

肢体不自由児施設  
・肢体不自由児通園施設(医)

重症心身障害児・者通園事業(補助事業)

知的障害児施設  
・知的障害児施設  
・第一種自閉症児施設(医)  
・第二種自閉症児施設

盲ろうあ児施設  
・盲児施設  
・ろうあ児施設

肢体不自由児施設  
・肢体不自由児施設(医)  
・肢体不自由児療護施設

重症心身障害児施設(医)

通所サービス

入所サービス

(医)とあるのは医療の提供  
を行っているもの

<< 児童福祉法 >> 【市町村】

障害児通所支援

- ・児童発達支援
- ・医療型児童発達支援
- ・放課後等デイサービス
- ◎ 保育所等訪問支援

【都道府県】

障害児入所支援

- ・福祉型
- ・医療型

## ⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実

(施行期日)  
平成24年4月1日までの  
政令で定める日(平成23年  
10月1日(予定))から施行

### グループホーム・ケアホーム利用の際の助成の創設

(課題) 障害者の地域移行を促進するため、障害者が安心して暮らせる「住まいの場」を積極的に確保する必要がある。

→ グループホーム・ケアホーム入居者への支援を創設(居住に要する費用の助成)。

### 重度の視覚障害者の移動支援の個別給付化

(課題) 移動支援について、重度の肢体不自由者や知的障害者及び精神障害者については、自立支援給付とされているが、重度の視覚障害者については、地域生活支援事業(補助金)の中で行われているのみ。

→ 重度の視覚障害者の移動支援についても、地域での暮らしを支援する観点から、自立支援給付の対象とする。

# グループホーム・ケアホームの利用の際の助成

## 1 目的

グループホーム・ケアホームの家賃について、障害者の地域移行をさらに進めるため、その一定額を助成するもの。

## 2 対象者

グループホーム・ケアホーム利用者(市町村民税課税世帯を除く)

## 3 助成額(月額)

家賃を助成対象とし、利用者1人当たり月額1万円を上限

※ 家賃が1万円未満の場合は、当該家賃の額を助成。

※ 月の途中で入退居した場合は、1万円を上限として実際に支払った額を助成。

※ 家賃に対する助成は、他の障害福祉サービスに係る報酬と同様に、翌々月となる。

(例:平成23年10月分は平成23年12月に支給)

## 4 負担率

1/2 (負担割合 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)

## 5 施行期日

平成23年10月1日



# 重度視覚障害者に対する移動支援の個別給付化（同行援護の創設）

## 1 目的

地域における自立した生活の支援を充実させるため、重度視覚障害者（児）の移動支援について、「同行援護」として障害福祉サービスに位置付け、自立支援給付費の対象とするもの。

※ 対象者やサービス内容の範囲、事業者の指定基準の内容、国庫負担基準等については、今後検討を行う。

## 2 負担率

1/2（負担割合 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）

## 3 施行期日

平成23年10月1日

## ⑦ その他

(施行期日)

(1)(3)(6): 公布日施行

(2)(4)(5): 平成24年4月1日までの  
政令で定める日(平成24年  
4月1日(予定))から施行

### (1) 「その有する能力及び適性に応じ」の削除

(課題) 能力及び適性に応じたサービス量しか支給しないように読まれるおそれ。

→ 目的規定等にある「その有する能力及び適性に応じ」との文言を削除。

### (2) 成年後見制度利用支援事業の必須事業への格上げ

(課題) 成年後見制度利用支援事業は、相談支援事業の事業内容の一つであり、実施していない市町村がある。

→ 法律上、市町村の地域生活支援事業の必須事業に格上げ。

### (3) 児童デイサービスに係る利用年齢の特例

(課題) 児童デイサービスの利用は、18歳未満。在学中に、利用できなくなる。

→ 児童デイサービスを20歳に達するまで利用できるように特例を設ける。

## (4) 事業者の業務管理体制の整備等

(課題) 障害福祉サービス事業の運営をより適正化することが必要。

→ 事業者における法令遵守のための業務管理体制の整備、事業廃止時のサービス確保対策等。

## (5) 精神障害者の地域生活を支える精神科救急医療の整備等

(課題) 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援を推進することが必要。

→ 都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け等。

【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正】

→ 精神保健福祉士が、精神障害者の地域生活における相談支援を担っていることの明確化等。

【精神保健福祉士法の改正】

## (6) 検討

(課題) 難病の者等に対する支援及び障害者等に対する全般的な移動支援の充実が必要。

→ 政府は、障害保健福祉施策を見直すに当たって、難病の者等に対する支援及び障害者等に対する移動支援の在り方について必要な検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

## 衆議院厚生労働委員会決議 平成22年11月17日

### 障害保健福祉の推進に関する件

政府は、今後の障害保健福祉施策の実施に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 平成二十五年八月までの実施を目指して、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すなど検討すること。
  - 二 指定特定相談支援事業者がサービス等利用計画案を作成する際に、障害者等の希望等を踏まえて作成するよう努めるようにすること。
- 右決議する。

## 参議院厚生労働委員会附帯決議 平成22年12月3日

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案に対する附帯決議

政府は、今後の障害保健福祉施策の実施に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、平成二十五年八月までの実施を目指して、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すなど検討すること。
  - 二、指定特定相談支援事業者がサービス等利用計画案を作成する際に、障害者等の希望等を踏まえて作成するよう努めるようにすること。
- 右決議する。

## 2 障がい者制度改革推進会議等の状況について

障害者制度改革については、平成21年12月8日、障がい者制度改革推進本部が設置され、本部の下で昨年1月から「障がい者制度改革推進会議」において、制度改革に向けた議論が行われているところである。

また、「障がい者制度改革推進会議」の下に4月から「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」が設置され、障害者自立支援法に代わる障害者総合福祉法（仮称）の制定に向けて検討が行われている。

昨年6月29日には、政府として「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」を閣議決定したところである。今後、政府において、この閣議決定に沿って取り組みを進めていくこととしている。

この閣議決定においては、本年の通常国会に障害者基本法の改正案の提出を目指すこととされている。また、障害者総合福祉法（仮称）については、平成24年通常国会への法案提出、平成25年8月までの施行を目指すこととされている。

この障害者総合福祉法（仮称）については、「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」において検討を行い、本年8月を目途に新法の骨格が提言される予定となっており、厚生労働省としては、これを踏まえて平成24年の通常国会に法案を提出できるよう検討を進めていく予定としている。

「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」等の資料については、内閣府及び厚生労働省のホームページに掲載しているので参照いただきたい。

# 【障害者保健福祉について】

- 「障害者自立支援法」は廃止し、「制度の谷間」がなく、サービスの利用者負担を応能負担とする障害者総合福祉法(仮称)を制定することとされている。
  - ※ 「障害者総合福祉法(仮称)」は遅くとも平成25年8月までに実施。
- この「障害者総合福祉法(仮称)」の検討のために、平成22年4月に障がい者制度改革推進会議の下に総合福祉部会を設置し、検討を開始したところであり、障害者の方々や事業者など現場の方々をはじめ、様々な関係者の御意見などを十分に聞きながら、検討を進めていく。
  - ・平成21年12月8日、閣議決定により内閣に「障がい者制度改革推進本部」が設置。
  - ・平成22年1月12日、第1回「障がい者制度改革推進会議」が開催。
  - ・平成22年4月27日、第1回「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」が開催。⇒平成22年6月7日、推進会議において、「障害者制度改革の推進のための基本的方向(第1次意見)」を取りまとめ。同月29日、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」を閣議決定。
- この新たな制度ができるまでの間、平成22年4月から低所得(市町村民税非課税)の障害者及び障害児につき、障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料としている。
- また、平成22年12月に「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」が成立したところ。

# 障害者制度改革の推進体制

## 障がい者制度改革推進本部

(内閣総理大臣を本部長としすべての  
国務大臣で構成)

## 障がい者制度改革推進会議

(障害者、障害者の福祉に関する事業  
に従事する者、学識経験者等)

## 部会(施策分野別)

- 障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革を行うため、H21年12月8日閣議決定により設置。
- 当面5年間で障害者制度改革の集中期間と位置付け、
  - ・改革推進に関する総合調整
  - ・改革推進の基本的な方針の案の作成及び推進
  - ・「障害」の表記の在り方に関する検討等を行う。

- 障害者に係る制度の改革を始め、障害者施策の推進に関する事項について意見。  
(H22年1月以降29回開催。6月7日に第一次意見、12月17日に第二次意見取りまとめ。)

- 必要に応じ、部会を開催
- ・総合福祉部会をH22年4月以降10回開催
  - ・差別禁止部会をH22年11月に設置

※開催回数は平成23年1月21日現在

### 【新たな推進体制の下での検討事項の例】

- ・障害者権利条約の実施状況の監視等を行う機関(モニタリング機関)
- ・障害を理由とする差別等の禁止に係る制度(差別禁止部会をH22年11月に設置)
- ・教育
- ・労働・雇用
- ・障害福祉サービス(総合福祉部会をH22年4月以降10回開催)

等

# 障がい者制度改革推進会議構成員名簿

(敬称略 五十音順)

※◎は議長、○は議長代理

大久保 常明	(福)全日本手をつなぐ育成会常務理事	竹下 義樹	(福)日本盲人会連合副会長
大谷 恭子	弁護士	土本 秋夫	ピープルファースト北海道会長
大濱 真	(社)全国脊髄損傷者連合会副理事長	堂本 暁子	前千葉県知事
◎ 小川 榮一	日本障害フォーラム代表	中島 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
尾上 浩二	(NPO)障害者インターナショナル日本会議 事務局長	中西 由紀子	アジア・ディスアビリティ・インスティテート代表
勝又 幸子	国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長	長瀬 修	東京大学大学院特任准教授
門川 紳一郎	(福)全国盲ろう者協会評議員	久松 三二	(財)全日本ろうあ連盟常任理事・事務局長
川崎 洋子	(NPO)全国精神保健福祉会連合会理事長	○ 藤井 克徳	日本障害フォーラム幹事会議長
北野 誠一	(NPO)おおさか地域生活支援ネットワーク 理事長	松井 亮輔	法政大学教授
清原 慶子	三鷹市長	森 祐司	(福)日本身体障害者団体連合会 常務理事・事務局長
佐藤 久夫	日本社会事業大学教授	山崎 公士	神奈川大学教授
新谷 友良	(社)全日本難聴者・中途失聴者団体連合会 常務理事	オブザーバー	
関口 明彦	全国「精神病」者集団運営委員	遠藤 和夫	日本経済団体連合会労働政策本部主幹
		福島 智	東京大学先端科学技術研究センター教授



# 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会構成員名簿

(敬称略 五十音順)

※◎は部会長、○は副部会長

朝比奈 ミカ	中核地域生活支援センター「がじゅまる」センター長	末光 茂	社団法人日本重症児福祉協会常務理事
荒井 正吾	全国知事会社会文教常任委員会委員、奈良県知事	竹端 寛	山梨学院大学准教授
伊澤 雄一	特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会代表	田中 伸明	社会福祉法人日本盲人会連合
石橋 吉章	社団法人全国肢体不自由児者父母の会 連合会理事	田中 正博	特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク代表理事
伊東 弘泰	特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会会長	中西 正司	全国自立生活センター協議会常任委員
○茨木 尚子	明治学院大学教授	中原 強	財団法人日本知的障害者福祉協会会長
氏田 照子	日本発達障害ネットワーク副代表	奈良崎 真弓	ステージ編集委員
大久保 常明	社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会常務理事	西滝 憲彦	財団法人全日本ろうあ連盟
大濱 眞	社団法人全国脊髄損傷者連合会副理事長	野沢 和弘	毎日新聞論説委員
岡部 耕典	早稲田大学准教授	野原 正平	日本難病・疾病団体協議会副代表
小澤 温	東洋大学教授	橋本 操	特定非営利活動法人ALS/MNDサポートセンター さくら会理事長
小田島 栄一	ピープルファースト東久留米代表	東川 悦子	特定非営利活動法人日本脳外傷友の会理事長、 日本障害者協議会副代表
小野 浩	きょうされん常任理事	平野 方紹	日本社会事業大学准教授
○尾上 浩二	特定非営利活動法人 障害者インターナショナル日本会議事務局長	広田 和子	精神医療サバイバー
柏女 霊峰	淑徳大学教授	福井 典子	社団法人日本てんかん協会常任理事
河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会副会長	福島 智	東京大学先端科学技術研究センター教授
川崎 洋子	特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会理事長	藤井 克徳	日本障害フォーラム幹事会議長
門屋 充郎	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会代表理事	藤岡 毅	弁護士・障害者自立支援法訴訟弁護団事務局長
北野 誠一	特定非営利活動法人おおさか地域生活支援 ネットワーク理事長	増田 一世	社団法人やどかりの里常務理事
君塚 葵	全国肢体不自由児施設運営協議会会長	三浦 貴子	全国身体障害者施設協議会地域生活支援推進委員会 委員長
倉田 哲郎	箕面市市長	光増 昌久	障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会 副代表
駒村 康平	慶応義塾大学教授	三田 優子	大阪府立大学准教授
近藤 正臣	全国社会就労センター協議会会長	宮田 広善	全国児童発達支援協議会副会長
斎藤 縣三	特定非営利活動法人共同連事務局長	森 祐司	社会福祉法人日本身体障害者団体連合会常務理事・ 事務局長
坂本 昭文	鳥取県西伯郡南部町長	山本 眞理	全国「精神病」者集団
◎佐藤 久夫	日本社会事業大学教授	渡井 秀匡	社会福祉法人全国盲ろう者協会評議員
佐野 昇	社団法人全日本難聴者・中途失聴者団体連合会 事務局長		
清水 明彦	西宮市社会福祉協議会障害者生活支援グループ グループ長		
水津 正紀	社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会理事		

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

## 目的・基本的考え方

●障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)を最大限に尊重し、我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図る。 → 障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現

## 障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

### 工程表

### 基礎的な課題における改革の方向性

#### (1) 地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築

- ・障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充
- ・実、及び平等な社会参加、参画を柱に据えた施策の展開
- ・虐待のない社会づくり

#### (2) 障害のとらえ方と諸定義の明確化

障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非音声言語の定義の明確化

### 横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

#### (1) 障害者基本法の改正と改革の推進体制

- ・障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し・追加
- ・改革の集中期間内における改革の推進等を担う審議会組織の設置
- ・改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視等を担ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け 等

→ 第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

#### (2) 障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等

- ・障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築

→ 第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す  
これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるよう検討

#### (3) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定

- ・制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度の構築

→ 第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

	平成21年12月～平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
横断的課題のスケジュール等	障がい者制度改革推進本部の設置(平成21年12月)	●障害者基本法抜本改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	●次期障害者基本計画決定(12月目途) ●障害者総合福祉法(仮称)の提出	●障害者差別禁止法案(仮称)の提出(改革の推進に必要な他の関係法律の整備法案も検討)	8月までの施行
個別分野における基本的方向と今後の進め方 ※主な事項について記載					
(1) 労働及び雇用	・福祉的就労への労働法規の適用の在り方 ・雇用率制度についての検証・検討 ・職場での合理的配慮確保のための方策	(～23年内)	(～24年内目途) (～24年内目途)		
(2) 教育	・障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けるインクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえた制度改革の基本的方向 ・手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策	(～22年度内)		(～24年内目途)	
(3) 所得保障	・障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討 ・住宅の確保のための支援の在り方			(～24年内目途)	
(4) 医療	・医療費用負担の在り方(応能負担) ・社会的入院を解消するための体制 ・精神障害者の強制入院等の在り方	(～23年内) (～23年内)		(～24年内目途)	
(5) 障害児支援	・相談・療育支援体制の改善に向けた方策	(～23年内)			
(6) 虐待防止	・虐待防止制度の構築に向けた必要な検討				※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を設定
(7) 建物利用・交通アクセス	・地方のバリアフリー整備の促進等の方策	(～22年度内目途)			
(8) 情報アクセス・コミュニケーション保障	・情報バリアフリー化のための環境整備の在り方 ・障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策			(～24年内)	
(9) 政治参加	・選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組 ・投票所のバリア除去等	(～22年度内)			
(10) 司法手続	・刑事訴訟手続における障害の特性に応じた配慮方策			(～24年内目途)	
(11) 国際協力	・アジア太平洋での障害分野の国際協力への貢献				

# 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について

(抜粋)

平成22年6月29日  
閣議決定

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

## 第2 障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

### 2 横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

#### (3)「障害者総合福祉法」(仮称)の制定

応益負担を原則とする現行の障害者自立支援法(平成17年法律第123号)を廃止し、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法」(仮称)の制定に向け、第一次意見に沿って必要な検討を行い、平成24年常会への法案提出、25年8月までの施行を目指す。

### 3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

#### (1)労働及び雇用

○ いわゆる福祉的就労の在り方について、労働法規の適用と工賃の水準等を含めて、推進会議の意見を踏まえるとともに、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会(以下「総合福祉部会」という。)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。

#### (4)医療

○ 自立支援医療の利用者負担について、法律上の規定を応能負担とする方向で検討し、平成23年内にその結論を得る。

#### (5)障害児支援

○ 障害児やその保護者に対する相談や療育等の支援が地域の身近なところで、利用しやすい形で提供されるようにするため、現状の相談支援体制の改善に向けた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23年内にその結論を得る。

○ 障害児に対する支援が、一般施策を踏まえつつ、適切に講じられるようにする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23年内にその結論を得る。

#### (6)虐待防止

○ 障害者に対する虐待防止制度の構築に向け、推進会議の意見を踏まえ、速やかに必要な検討を行う。

# 総合福祉部会2010年から2011年活動スケジュール(案)

	2010年							2011年							
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
<b>部会 全体会</b>	● 22 日	● 27 日	● 31 日	● 21 日	● 26 日	● 19 日	● 7 日	● 25 日	● 15 日	●基本的に毎月1回開催					
	新法の論点について の共通理解を深める			第1期課題別作業 チーム検討案を議論				第2期課題別作業 チーム検討案を議論				新法の骨格整理		新法の 骨格提言	
<b>部会作業 チーム</b>	新法策定にあたり、より 詰めた議論や検討が 必要な課題について、 課題別作業チームを 編成し、全体会議に 諮る検討案を作成する。 (部会全体会の後に、 作業チームに別れて 協議検討)			第1期作業チーム 1月に報告書提出			第2期作業チーム 5月に報告書提出				第2期作業チーム報告・討議				
	検討状況の報告 毎回の部会で「議事 概要」提出			法の理念・目的 【藤井克徳座長】	障害の範囲 【田中伸明座長】	選択と決定・相談支援 プロセス(程度区分) 【茨木尚子座長】	施策体系(訪問系) 【尾上浩二座長】	第1期作業チーム報告・討議	地域移行 【大久保常明座長】	地域生活の資源整備 【森祐司座長】	利用者負担 【田中伸明座長】	報酬や人材確保等 【藤岡毅座長】			
				日中活動とGH・CH・ 住まい方支援 【大久保常明座長】	地域生活支援事業の 見直しと自治体の役割 【森祐司座長】										
<b>障がい者 制度改革 推進会議 との合同 作業チ ーム</b>	就労、医療、児童分野に ついては合同作業チ ームで論点の整理・検討を行 う。			就労(労働及び雇用) 【松井亮輔座長】			医療(主に精神分野) 医療(その他の医療一般) 【堂本暁子座長】			障害児支援 【大谷恭子座長】					

### 3 障害者の地域生活移行について

障害があっても自ら選んだ地域で暮らしていけるよう地域生活への移行や地域生活を支援する体制の整備が必要である。

このため、平成23年度予算案において、地域生活支援事業費補助金のメニューの一つとして、市町村で、障害者が地域で安心して暮らすための地域支援策を盛り込んだプランを作成し、夜間も含めた緊急対応や緊急一時的な宿泊等の事業を面的に一体的に行う体制を整備するとともに、移動支援やコミュニケーション支援等、地域での活動支援を更に必要とする場合にその経費を重点的に支援する「地域移行のための安心生活支援事業」(仮称)を創設することとしたところである。

併せて、障害者の地域で暮らす「住まいの場」であるグループホームやケアホームの施設整備費について、来年度における障害福祉計画の目標8.3万人を達成できるよう、必要な予算を計上したところである。

各都道府県におかれては、管内市町村や関係団体に対して本事業を周知いただくとともに、障害者の地域生活への移行や地域生活を支える各種取組に対する支援をお願いします。

なお、「精神障害者アウトリーチ推進事業」を実施する地域において、管内市町村が「地域移行のための安心生活支援事業」を実施する場合にあっては、医療的な支援が必要な精神障害者を「精神障害者アウトリーチ推進事業」につなげるなどの効果的な支援がなされるよう当該市町村との緊密な連携をお願いします。

# 障害者の地域移行・地域生活支援のための緊急体制整備事業

特別枠措置  
100億円

## (1) 地域移行のための安心生活支援 (障害者の地域移行・地域生活の推進に意欲のある自治体で実施)

①～③の事業について、市町村単位で実施 10億円 (実施か所数:100か所)

### ① 地域移行推進重点プランの作成

各市町村で障害者が地域で安心して暮らすための地域支援策を盛り込んだプランを作成する。  
(地域移行支援計画の作成費)

### ② 地域安心生活支援体制強化事業

プランに基づき、各市町村で夜間も含めた緊急対応や緊急一時的な宿泊等の事業を面的に一体的に行う体制を整備する。  
(支援体制を確保するための人件費)

### ③ 地域移行特別支援事業

②の事業を市町村が実施するにあたり、障害者が移動支援やコミュニケーション支援等、地域での活動支援を更に必要とする場合には、その経費を重点的に支援する。  
(既存の各種事業の必要量を確保)

④の事業について、県単位で実施 7億円 (実施か所数:25か所)

### ④ 精神障害者アウトリーチ(訪問支援)推進事業

各都道府県で地域での精神保健福祉に経験と実績のある多職種チームを設置し、在宅で未治療の者、治療を中断している重症の患者などに対し、アウトリーチ(訪問支援)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。  
(アウトリーチチームの活動費(人件費等)等)

## (2) 地域で暮らす場の整備促進 83億円

### 地域移行する障害者に対応(都道府県の障害福祉計画の目標8.3万人を達成)

障害者の地域移行支援の核となる、グループホーム・ケアホーム等の地域で暮らす「住まいの場」や、「日中活動の場」等を整備する。  
(グループホーム、ケアホーム/昼夜別で選択して利用できる新体系サービス/就労支援等の日中活動系サービス)



# (1) 地域移行のための安心生活支援

23予算案:10億円

障害者の地域での安心した暮らしを支える体制整備等を推進する。(実施箇所数:100か所)

## ① 地域移行推進重点プランの作成

- 各市町村において、障害者の地域移行を総合的かつ重点的に進めるためのプランを作成する。

プランには、②の i ~ iv に掲げる事業など、面的な地域生活支援策を盛り込む

## ② 地域安心生活支援体制強化事業

- 既存事業の谷間を埋めるとともに、既存事業を強化し、障害者の地域生活を面的に支援する体制を整備する。

### i 緊急時相談支援事業

- 夜間も含めた緊急時の対応

短期入所事業

ホームヘルプ事業

相談支援事業

### ii 緊急時ステイ事業

- 緊急一時的な宿泊の提供  
※ 既存事業の対象にならない者を対象

### iii 地域生活体験事業

- 一人暮らしの体験的宿泊の提供

### iv コーディネート事業

- 事業者間の調整を図る  
コーディネーターを配置

## ③ 地域移行特別支援事業

※ 移動やコミュニケーションの支援を特に必要とする場合、既存事業の必要量を確保

移動支援事業

コミュニケーション支援事業



グループホーム等「住まいの場」



就労支援等の「日中活動の場」

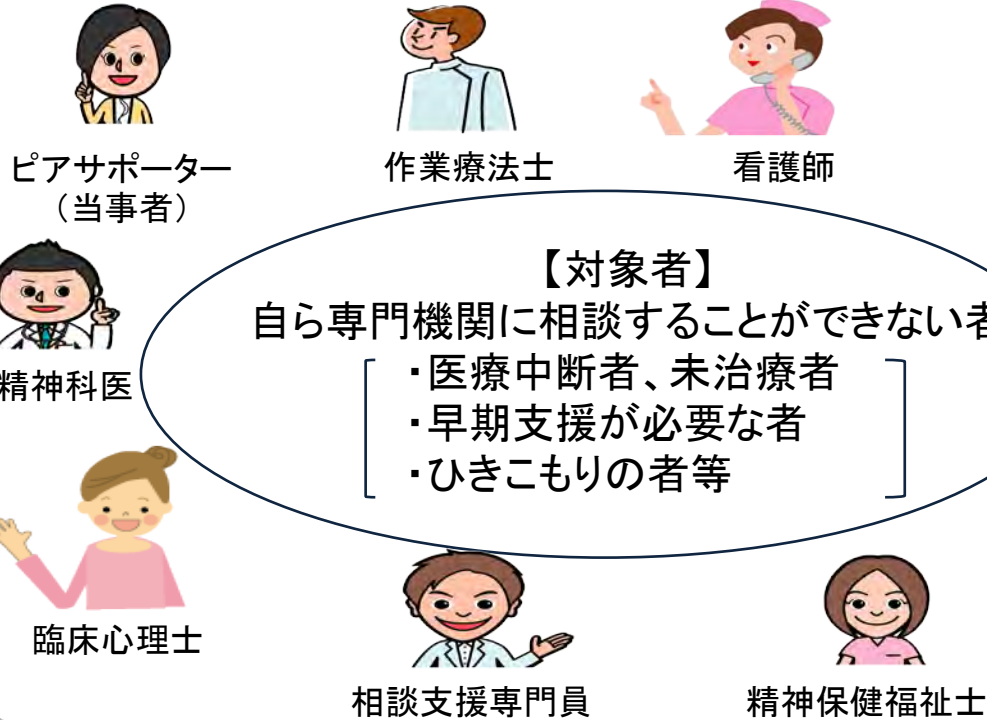
一人暮らしや家族と同居する障害者(児)等の地域生活をしっかり支える

# ④精神障害者アウトリーチ推進事業

23予算案:7億円

精神障害者の在宅での生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。(実施箇所数:25か所)

## こころの総合支援チーム (想定されるチーム構成)



(都道府県)  
・医療法人等に事業委託  
・事業運営に係る評価



家族等からの  
相談

受付・受理

対象者  
の紹介

情報交換等  
による連携

(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っていない段階からアウトリーチ(訪問)による支援を行う。  
・精神科病院、地域活動支援センター等に専従の多職種チームを設置し、対象者及びその家族に対し支援を行う。



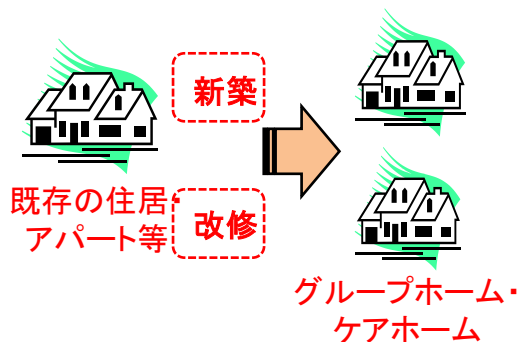
## (2) 地域で暮らす場の整備促進

23予算案: 83億円

(1)の地域移行推進重点プランと事業と連携しながら、グループホーム等の「住まいの場」や「日中活動の場」など、障害者が地域で暮らす場の整備を進める。(都道府県の障害福祉計画の目標8.3万人を達成)

### 住まいの場

障害者が実際に地域で暮らす場となる  
**グループホーム・ケアホームの整備**



### 日中活動の場

昼夜別に障害者が選択して利用できる  
**新体系サービスへの移行**

【旧体系施設】



改築等

新体系事業へ移行  
(23年度まで)

【新体系事業所】



新体系サービスへの移行状況 **54.2%**  
(平成22年4月1日現在)  
**⇒23年度末100%に**

生活訓練、就労支援等の  
**日中活動系サービス等の整備**

グループホーム・  
ケアホーム入居者

在宅の障害児・者



通所

【日中活動系事業所】



障害者の就労支援、児童デイサービス等の地域生活支援の充実

**障害者の就労等**に向けた支援

- ※1 グループホーム等の8.3万人分整備は、都道府県の障害福祉計画の目標値
- ※2 既存の住居・アパート等についても、国土交通省の「高齢者等居住安定化推進事業」と連携
- ※3 NPO法人等を新たに補助事業者とする。(新しい公共に対応)

## 4 精神障害者アウトリーチ（訪問支援）推進事業について

本事業は、精神疾患が疑われるが未治療の者、治療を中断している重症の患者などに対し、アウトリーチ（訪問支援）により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行うため、多職種チームによる訪問活動やこれらに従事する者への研修等、以下の（１）及び（２）の事業を実施するものである。

なお、詳細については、今後、実施要綱等により示すこととするが、本事業の積極的な実施をお願いする。

### 主な事業内容

#### （１）多職種チームによるアウトリーチ（訪問支援）の体制整備

- ・ 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ア会議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）医療機関による地域移行の支援

- ・ 医療機関による地域移行の支援のため（１）の事業に併せ、精神科病院の精神病床数を減少する取組みを行う。

### （予算(案)概要)

- |             |           |
|-------------|-----------|
| ・ 23年度予算（案） | 701,025千円 |
| ・ 補助先       | 都道府県      |
| ・ 補助率       | 定額        |

## 5 自殺・うつ病対策の推進について

我が国の自殺者数は平成9年までは年間2万5千人前後で推移していたが、平成10年には年間3万人を超え、以降昨年まで13年連続してその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を策定し、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。

昨年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、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。

各都道府県においても、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・うつ病等対策プロジェクトチームについて

昨年1月に厚生労働省内にプロジェクトチームを設置し、有識者からのヒアリングを行い5月に、厚生労働分野において今後講ずべき重点的な対策をとりまとめた。

#### 柱1 普及啓発の重点的実施

～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

～一人一人を大切に作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～

以後、当該とりまとめに基づき省内各部局で施策の検討や予算要求等を行っているところである。

あわせて、昨年9月には、自殺・うつ対策の経済的便益（自殺やうつによる社会的損失）についての推計を行い、公表した。自殺やうつ病がなくなった場合の経済的便益（自殺やうつによる社会的損失）の推計額は、2009年の単年度で約2.7兆円、2010年でのGDP引き上げ効果は約1.7兆円という推計結果が出た。自殺・うつ病の問題は経済的な換算で割り切れる問題ではないが、このようなデータもあるということも参考の上、社会全体で取り組むべき重大な問題であると認識し、各地域における自殺防止対策に取り組んでいただきたい。

また、最近の実態調査結果や報道においては、うつ病等により医療機関を受診している患者について、医師から処方された向精神薬（抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬）を、指示された服薬量よりも過量に摂取する例が指摘されている。この過量服薬に関する問題について取り組んでいくために6月にいわゆる向精神薬の投与日数や投与量に一層の配慮をすべきとの注意を喚起する通知を、地方自治体や医療関係団体あて発出するとともに、この課題に取り組む第一歩として当プロジェクトチーム

において、有識者からヒアリングを行い、実態把握を行うとともに、9月に今後取り組むべき対策についてとりまとめた。

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

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

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

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

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

現在、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っている。

(2) うつ病に対する医療等の支援体制の強化について（22年度補正予算）

前述のプロジェクトチームとりまとめにおいて、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年度補正予算において、既に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できることとし、積み増しに必要な交付金を交付することとした。ついては、交付申請及び当該基金への積み増しの手続を滞りなく行っていただくとともに事業の実施について十分なお活用をお願いしたい。

(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、23年度予算（案）においては、研修対象を新たに、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いる。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・自殺者親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、当該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。

# 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

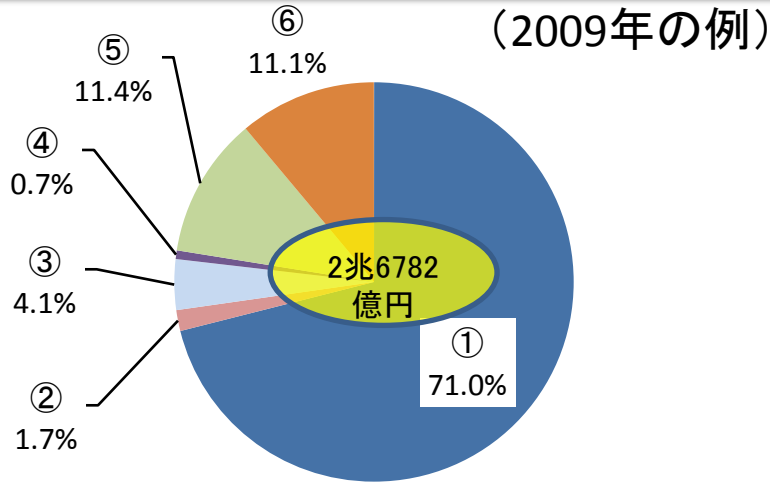
### 検討5 患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保

- ・診療時間を十分に確保するために必要な支援を検討



# 自殺・うつ対策の経済的便益(自殺・うつによる社会的損失)の推計の概要 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 金子能宏氏・佐藤格氏)

自殺やうつ病がなくなった場合、経済的便益の推計額は単年で約2兆7千億円



◆単年の推計額は、その年に自殺で亡くなった方が亡くならずに働き続けた場合に得ることが出来る生涯所得の推計額(①)と、うつ病によってその年に必要となる失業給付・医療給付等の減少額等(②~⑥)の合計

- ① 自殺死亡がゼロになることによる稼働所得の増加(1兆9028億円)
- ② うつ病による自殺と休業がなくなることによる労災補償給付(労災年金を含む)の減少(456億円)
- ③ うつ病による休業がなくなることによる賃金所得の増加(1094億円)
- ④ うつ病がきっかけとなって失業することがなくなることによる求職者給付の減少(187億円)
- ⑤ うつ病がきっかけとなって生活保護を受給することがなくなることによる給付の減少(3046億円)
- ⑥ うつ病がなくなることによる医療費の減少(国民医療費ベース)(2971億円)

注)医療費削減額は国民医療費の精神疾患医療費総額(男女計)のうち、生活保護医療扶助の重複を除く額

自殺やうつ病がなくなった場合、2010年でのGDP引き上げ効果は約1兆7千億円

年	GDPの引き上げ額(兆円)		
	ケース2	ケース3	ケース4
1998	0.154		
1999	0.188		
2000	0.234		
2001	0.266		
2002	0.31		
2003	0.357		
2004	0.405		
2005	0.452		
2006	0.509		
2007	0.559		
2008	0.595		
2009	0.631		
2010	0.686	1.657	0.202
2011	0.732	1.978	0.244
2012	0.777	2.129	0.287
2013	0.821	2.254	0.329
2014	0.868	2.387	0.373
2015	0.919	2.53	0.42
2016	0.969	2.669	0.465
2017	1.018	2.808	0.511
2018	1.067	2.95	0.558
2019	1.119	3.097	0.605
2020	1.172	3.248	0.654

ケース2 1998年以後の自殺死亡者数(約3万1千人)が、1998年以後も、1997年以前の自殺死亡者数(約2万2千人)と同程度の水準で推移していたと仮定

ケース3 約3万1千人で推移している自殺死亡者数が、2010年以降、ゼロになると仮定

ケース4 約3万1千人で推移している自殺死亡者数が、2010年以降、1997年以前の自殺死亡者数(約2万2千人)と同程度の水準で推移すると仮定

左記の単年の推計による、②、④~⑥はこの推計には含まれない。

# うつ病の発見から社会復帰までの対策

～施策の概観～

## 早期発見

### ◆睡眠キャンペーン

「2週間以上続く不眠はうつサイン」をキャッチフレーズに、うつ病の早期発見を促進

→**自殺対策強化基金**の活用  
(内閣府予算:21~23年度で100億円)

### ◆精神疾患に関する普及啓発

→厚生労働省ホームページに精神疾患に関する**ウェブサイト**を開設  
(22年9月~)

### ◆ゲートキーパー機能の充実

→かかりつけ医、ハローワークの職員、福祉事務所ケースワーカー等、状況に応じたきめ細かな**ゲートキーパー機能**(\*)を充実。

(\*) うつのサインに気づき、相談支援等につなぐ役割

### ◆職場におけるメンタルヘルス対策の充実

- ・医師が労働者の**ストレスに関する症状・不調を確認し面接を行う仕組み**の導入
- 労働政策審議会から厚生労働大臣に対する**建議(H22.12)**を踏まえ具体的な対応を検討中
- ・管理職に対する**教育の促進等**、職場のメンタルヘルス対策に取り組む事業場への支援の充実

22補正・23で  
重点的に強化

## 適切な治療

### ◆精神科医療の質の向上

①薬物治療を含めた適切な治療の実施  
→**精神科医等への研修【22補正】**  
→自殺・うつ病等対策PT(厚生労働省)で検討中(薬剤師の活用等)

②**認知行動療法**の普及【23予算案】  
→22年度から研修を開始。  
23年度予算案で大幅拡充を盛り込む。

③**アウトリーチ(訪問支援)**の充実【23予算案】  
(精神障害者アウトリーチ推進事業)

### ◆精神科医療の早期受診

うつ病患者の9割以上が内科医等精神科以外の診療科を受診。早期に精神科医療につなぐことが重要。

→**かかりつけ医等うつ対応力向上研修【20年度~】**  
→**かかりつけ医と精神科医の連携強化【22補正】**

## 社会復帰支援

### ◆企業への就労支援

精神障害のある方への様々な雇用支援を実施

→**ハローワーク(専門のサポーター)**による職業紹介等

→様々な支援制度(例)

- ・**ジョブコーチの派遣**
- ・地域障害者職業センターでの**リワーク(職場復帰)支援**
- ・**トライアル雇用**や**ステップアップ雇用**(\*)に対する助成

(\*)短時間就労から始め、一定の期間をかけて就業時間を延長する仕組み

- ・精神障害者が**働きやすい職場環境づくり**を行う企業に対する助成

↑ 障害福祉サービスの利用から企業への就労へ移行する場合も

### ◆障害福祉サービスの利用

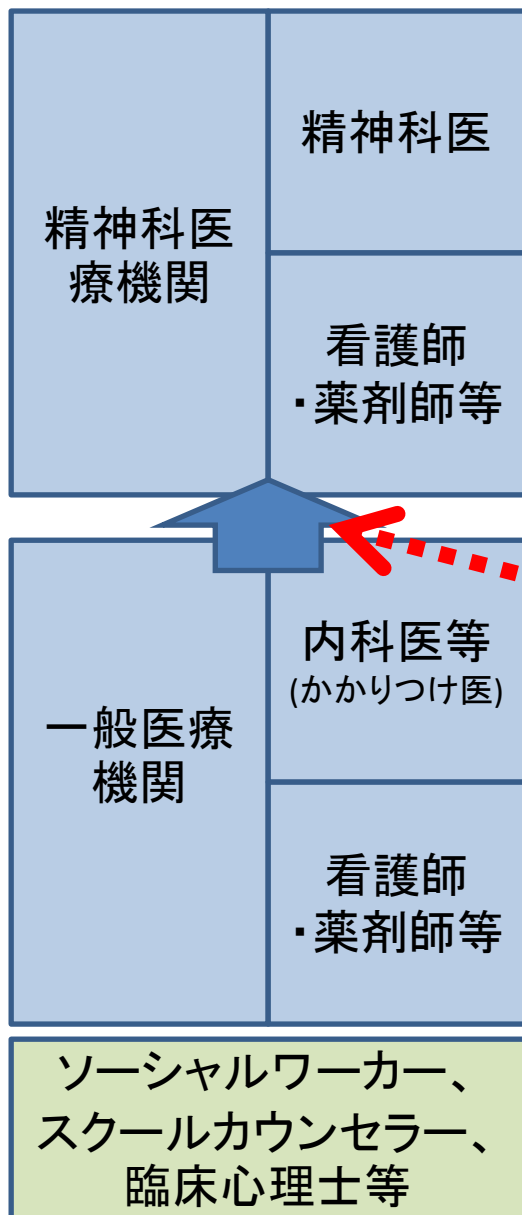
障害福祉サービスのうち**就労系サービス**(\*)の利用の促進

(\*)就労移行支援、就労継続支援

検討中

# うつ病対策関連研修一覧

(研修対象者)



23  
拡充

## 認知行動療法研修 (拡充)

精神科医を対象とした「認知行動療法」の研修  
(22年度実施した研修を大幅拡充) (98百万円)

うつ病の治療に関する基礎的な知識についての研修を行うことで、**より専門的な認知行動療法研修を受ける裾野を広げる。**

22  
補正

22  
補正

## 医療従事者向けうつ病研修

精神科医療機関従事者を対象とした、精神医療の質の向上を図る研修  
(7.5億円 内閣府自殺対策基金への積み増しの一部)

22  
補正

## かかりつけ医と精神科医の連携強化

かかりつけ医と精神科医の定期的な連絡会議等により連携を強化し、地域で「顔の見える関係」を構築する。  
(7.5億円 内閣府自殺対策基金への積み増しの一部)

既存

23  
追加

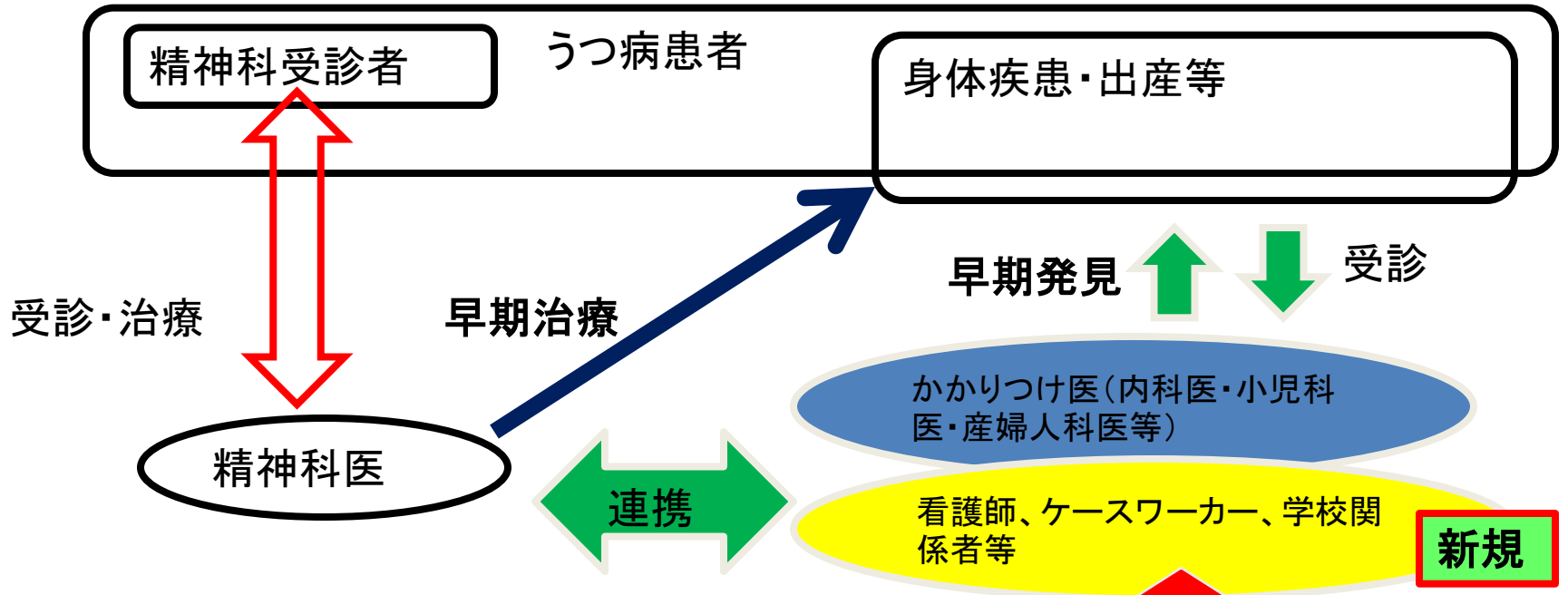
## かかりつけ医等うつ対応力向上研修

早期にうつ病に気づき、専門的な治療に結びつけるため、一般かかりつけ医等対象とした、うつ病に関する基礎知識、診断方法、対処方法等についての研修を実施  
(23年度要求では、対象にソーシャルワーカー等を追加)  
(91百万円)

23  
追加

# かかりつけ医等心の健康対応力向上研修

平成23年度予算(案) 91百万円



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)

(新) 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】

平成23年度予算(案) 132百万円

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。

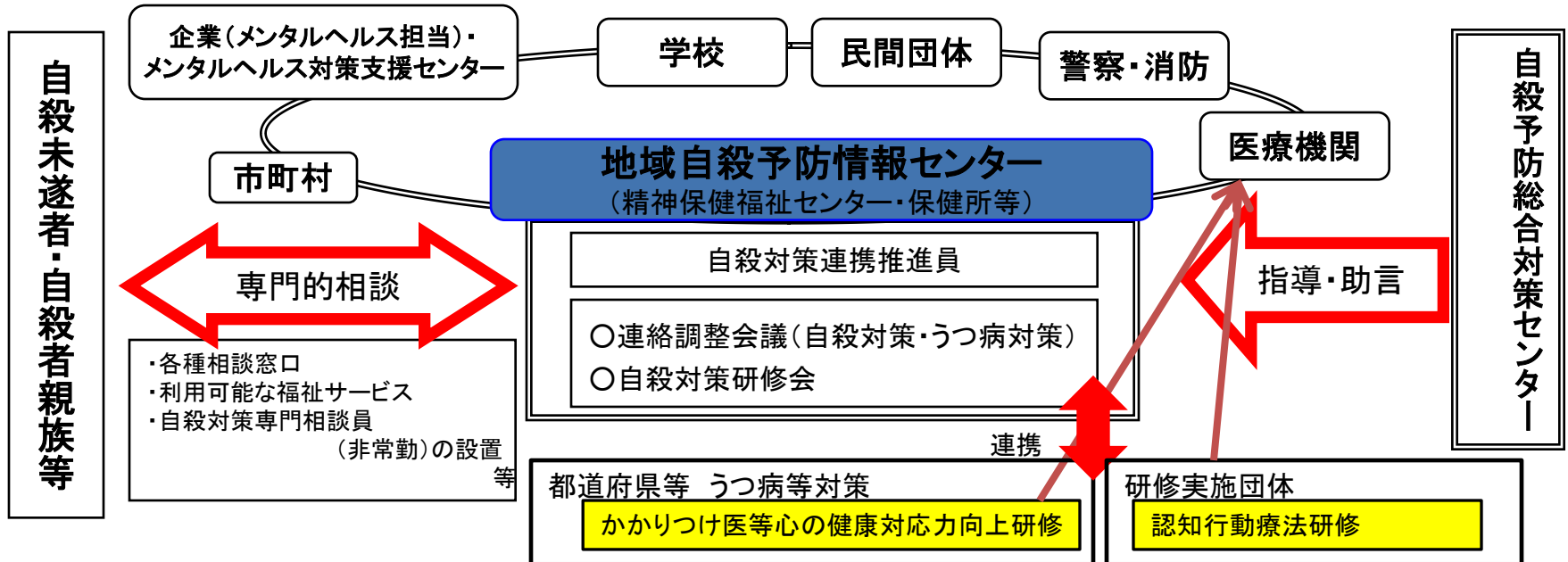
## 【現状の課題と対応】

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。





## 6 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームについて

### (1) 精神保健医療福祉施策の改革に向けたこれまでの経緯について

平成 16 年 9 月に、精神保健福祉施策の改革ビジョンを決定（精神保健福祉対策本部）、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本理念とし、10 年間で、受入条件が整えば退院可能な者約 7 万人について、解消を図ることとした。

前期 5 年を経過するに当たり平成 20 年 4 月 11 日から開催されていた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」では、前期 5 年の取組状況とその成果について検討が加えられ、平成 21 年 9 月にとりまとめられた報告書において、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念をさらに推進することを基本に、精神保健医療体系の再構築や精神医療の質の向上などに関し、様々な提言が行われた。平成 22 年の診療報酬改定や予算の中で対応しているものもあるが、報告の中では、①アウトリーチ（訪問支援）など地域生活の支援体制、②認知症患者への取組、③保護者制度・入院制度のあり方等については引き続き検討課題とされた。

### (2) 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」について

「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成 22 年 6 月 29 日閣議決定）において、①「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、平成 23 年内に結論を得ること、②精神障害者に対する強制入院等について、保護者制度の見直し等も含め、平成 24 年内を目途に結論を得ること、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、平成 24 年内に結論を得ること等とされた。

### (3) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームについて

こうした状況を背景として、平成 22 年 5 月に厚生労働省に「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」を立ち上げ（現在は岡本政務官主担当）、検討課題について順次検討を実施している。

#### 第 1 R：アウトリーチ（訪問支援）支援について

5～6 月に実施。アウトリーチ（訪問支援）実現に向けた考え方をとりまとめ。

平成 23 年度予算案に「精神障害者アウトリーチ（訪問支援）推進事業」を盛り込んだ。

#### 第 2 R：認知症と精神科医療について

9 月～。12 月に中間とりまとめを公表（P 53 参照）

#### 第 3 R：保護者制度・入院制度について

10 月～。平成 23 年 1 月より作業チームでの検討を開始（P 70 参照）

### (4) 第 2 R について

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書で宿題となっている認知症に関する目標値や、中間とりまとめで提言された事項の具体化に向けた議論を行うため、本年春より検討を再開する予定。

### (5) 第 3 R について

平成 24 年内に結論を得ることを目指し、本年夏を目途に保護者制度について検討を行う。その後入院制度のあり方について検討する。

### 【基本的な考え方】

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

### 【具体的な方向性】

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

# 新たな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

### 中間とりまとめ

平成22年12月22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



## 目次

はじめに	3
Ⅰ 基本的な考え方	4
Ⅱ 具体的な方向性	5
1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化	5
(1) 地域での生活を支えるための精神科医療	5
① 専門医療機関による早期の診断	5
② 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	7
③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援	7
④ 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）	7
⑤ 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	7
⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供	8
(2) BPSDを有する患者への精神科医療	8
① BPSDへの適切な治療	8
② BPSDを伴う認知症患者への円滑な医療の提供（地域との連携）	8
③ 認知症患者に必要な入院医療	8
④ 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	8
(3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療	9
① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）	9
② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応	9
③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方	9
(4) 地域全体の支援機能	9
① 地域住民や地域の他施設との連携強化	9
② 地域住民への啓発活動	10
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	10
(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	10
① 医療・介護双方の理解の向上	10
② 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】	11
③ 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】	11
(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	11
① 居住系施設等やサービス支援の整備	11
② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入	12
今後に向けて	12
(参考) 追加調査結果の概要	14

## はじめに

今後さらに進行する高齢化の中で、認知症の方をどのように支援していくかは、大変大きな課題である。

認知症で医療機関を受療している患者数は、平成8年の11万人から、平成20年には38万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。これに伴い、精神病床において認知症のために入院している患者数も、平成8年の2.8万人から、平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。

また、認知症による精神病床入院患者の退院可能性については、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6ヶ月以内）の退院の可能性はない」が約4割、「居住先・支援を整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果（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「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究））もあり、認知症患者が退院し、地域生活を継続できるような社会資源・環境整備の必要性が指摘されている。

統合失調症のために入院している患者は、平成8年の21.5万人から平成20年の18.5万人へと減少（いずれも患者調査）している中で、場合によっては、認知症患者について、いわゆる「社会的入院」の問題が再び繰り返される可能性があり、そのようなことのないようにしなければならない、という指摘がなされている。

一方で、家族がぎりぎりまで介護をした結果の入院であり、退院後に自宅に戻ることが容易ではない場合も多いこと、退院患者を受け入れる介護資源が限られていること、必ずしも地域において精神科医療と介護の間の連携が充分に取られてはいない状況もあること、精神科医療が入院中心でありアウトリーチ（訪問支援）機能や外来機能など地域生活を支える機能がまだ充分ではないことなどから、認知症患者が退院して、または、できる限り入院をせずに地域で生活を継続していくためには、多くの解決しなければならない課題があることも事実である。

こうした状況認識の下、今後の高齢化に伴い認知症の方が増加していく中で、認知症に対する精神科医療の果たす役割を検討し、認知症の方に適切な精神科医療を提供することにより、できる限り地域の生活の場で暮らしていけるようにすることが必要であり、「社会的入院」を生み出さないことにもつながると考えられる。

「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」（主担当：厚生労働大臣政務官）においては、本年5月に設置後、6月にかけて、第1ラウンドの議論として、アウトリーチ（訪問支援）の充実について議論を行い、第4回会合（6月17日）において、「ア

ウトリーチ支援実現に向けた考え方」をとりまとめた。

本検討チームでは、前述のような必要性と、第1ラウンドの議論の際、認知症に関しての指摘が多数されたことから、第2ラウンドの議論として、認知症と精神科医療について検討を行うこととしたものである。

本年9月2日以降、医療提供者、介護事業者、患者・家族及び行政といった様々な視点から、これまで9回にわたる議論を重ねてきた。

議論においては、認知症の方に対しては、ご本人の尊厳に配慮したケアの重要性への指摘や、家族の介護力、必要なサービス支援、受け皿の不足等の理由によって、地域での生活を実現できなくなるような状況を作り出してはならないといった指摘がなされるなど、様々な意見が出されたが、いずれも共通しているのは、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が重要であるとの考えであった。

また、既存の調査では明確になっていなかった、認知症の入院患者の状態像と退院可能性について、先行調査（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「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究））を踏まえた追加調査を行った（追加調査結果の概要は「参考」に記載）。

それらを踏まえ、認知症患者への精神科医療の役割や、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に関し、今後の基本的な方向性について、以下のようにとりまとめを行った。

なお、今回の基本的な方向性のとりまとめを踏まえ、さらに詳細に検討すべき点については、改めて本検討チームで検討を行うこととしており、その意味では、今回のとりまとめは、中間的なとりまとめという位置づけとなる。

## I 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はじ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け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。

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

## Ⅱ 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

##### ① 専門医療機関による早期の診断

BPSDが生じてから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、専門医療機関を受診して、正確な診断・治療を行うことができる体制整備が必要である。

このため、当面、150カ所を目標としている認知症疾患医療センター（平成22年12月13日現在、95カ所、29道府県、7指定都市）の整備を加速化するとともに、地域において認知症疾患医療センターが有機的に機能するよう、一般の精神科医療機関、認知症サポート医や地域包括支援センター等との連携強化を図るべきである。

なお、認知症疾患医療センターについて、150カ所では不十分であるとの意見、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見、があった。また、本検討チームの直接の検討テーマではないが、認知症についても、他の疾病と同様、予防が重要であるとの意見があった。

(参考)

◆**社会保障審議会介護保険部会（平成22年11月30日）介護保険制度の見直しに関する意見抜粋**

認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保し、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。その際、認知症サポート医について、適切に評価すべきとの意見があった。

◆**認知症疾患医療センター運営事業**

保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医両相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る

**基幹型** 身体合併症に対する救急医療機関としての機能

- (ア) 身体合併症に関する三次救急又は二次救急医療の機能
- (イ) 精神科と一般身体科のとの院内連携の機能
- (ウ) 休日、夜間においても入院患者に対応できる病床の確保

以上の機能に加え、地域型同様の人員配置とし、検査体制においてはCT及びMRI双方を所有し、病床においては一般病床と精神科病床の双方を有することとする。

**地域型** 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神科病床を有していること。

ただし、同一の施設において上記の一般病床と精神科病床の確保が困難である場合は、以下のいずれかを満たしていれば差し支えない。

- (ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行える精神科病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。
- (イ) 身体合併症の急性期入院治療を行える一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神科病床における入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

◆**認知症サポート医養成研修事業**

認知症にかかる地域医療体制構築に中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成事業（平成17～21年度 1,273名のサポート医を養成）

◆**かかりつけ医認知症対応力向上研修事業**

認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知

識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う事業（平成 18～21 年度 25,986 人が研修を修了）

## ② 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

本人、家族、介護者等からの生活上の不安や疑問等にしっかりと対応することができるようにするためには、精神科医療機関は、早期の正確な診断により判明した原因疾患や、認知症の経過や状態に応じた診断を適宜行うこと等により、予測される症状や経過を踏まえて、適時適切な生活のアドバイスを与えることが必要である。

このため、外来での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、本人、家族、介護者等を包括的に支援できる体制の確保を進めるべきである。

※ 多職種チーム：医師、看護師、保健師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士、ソーシャルワーカーのほか、地域包括支援センターの専門職、介護福祉士等

## ③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

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、地域の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）、かかりつけ医、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を相互に認識し、情報共有に努めるなどの連携を図ること等により、家族や介護者が随時相談することができる体制や、必要に応じアウトリーチ（訪問支援）を提供できる体制を確保すべきである。

## ④ 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）

施設等において安心して認知症の方を受け止めることができるようにするため、精神科医療機関から、施設等で生活する認知症の方への訪問診療や訪問看護等を積極的に行うことが必要であり、このことは、その施設等で介護に携わる職員への支援にもつながる。

このため、施設等に対するアウトリーチ（訪問支援）の推進策を検討すべきである。

## ⑤ 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

精神科医療機関等によるアウトリーチ（訪問支援）や精神科の救急外来機能等による支援を充実することにより、在宅等であっても精神症状等に対応できる体制（ソフト救急）の構築を図るべきである。

## ⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養に円滑に移行し、療養を継続できるよう、精神科医療機関が精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアなどの必要な外来医療を提供する体制の充実やそのための方策について検討すべきである。

## (2) BPSDを有する患者への精神科医療

### ① BPSDへの適切な治療

BPSDに対しては、患者の生活歴や生活状況などを考慮し環境調整を行った上で、精神科医療が必要なものであるかどうか判断し、必要最小限の適切な薬物治療を行えるようにすべきである。

また、認知症患者への治療に習熟した精神科医や精神科医療スタッフ等の人材養成を推進すべきである。

### ② BPSDを伴う認知症患者への円滑な医療の提供（地域との連携）

BPSDに適切に対応していくことにより、入院をせずに地域の生活の場で暮らすことが可能になり得ることから、日頃から、外来診療等を通じて認知症の方や家族、介護者等との関係を築き、BPSDの兆候がみられた場合には、早期から訪問支援等の適切な医療を円滑に提供できるようにすべきである。

また、入院治療が必要になった場合の円滑な入院と適切な医療の提供、及び円滑な退院ができるようにすべきである。さらに、病院の精神保健福祉士等の地域連携担当者や、受け皿となる地域の介護支援専門員や各種施設の支援相談員が中心となって、地域において入退院の状況を把握し、担当医と連携の上で、必要に応じて、入退院のタイミングや連携先について調整や見直しを行うべきである。

### ③ 認知症患者に必要な入院医療

BPSDへの対応のための入院では、短期間でBPSDの症状の軽減をはかり退院につなげる質の高い入院医療を提供できるよう、例えば、看護・介護職員の充実、作業療法士、精神保健福祉士等の病棟への配置、退院支援のためのソーシャルワーカー等の病院への配置等マンパワーの充実やそのための方策について検討すべきである。また、患者の症状や入院目的に応じて適切に受け入れられるよう、機能に応じた適切な職員配置や療養環境の要件について検討すべきである。

### ④ 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

重度のBPSDを有する認知症患者の状態像を整理し、その条件に該当する患者については十分な入院医療が提供できるよう、適切な精神科病棟のマンパワーの配置やそのための方策について検討すべきである。

加えて、重度のBPSDを有する認知症患者へ、質の高い入院医療を提供するために、身体合併症も診られるような診療体制の確保や地域の医療機関との連携確保等のための方策について検討すべきである。

### (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- ① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）  
身体疾患を合併している認知症患者については、合併症の状態像に応じて対応可能な受入先の確保が重要である。骨折等の急性疾患の治療には、他の専門診療科とリエゾン可能な総合病院精神科などの受入先の確保が必要であり、このための支援策の検討や、基幹型認知症疾患医療センター運営事業の活用等により、急性疾患を合併している認知症患者の受入れができる体制を確保すべきである。
- ② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応  
慢性疾患を合併している認知症患者が、入院治療が必要となった場合には、精神科病院での円滑な入院加療が可能となるよう、慢性疾患を合併している認知症患者の受入れに対する評価や、地域型認知症疾患医療センター運営事業について、慢性疾患を合併している認知症患者への対応も考慮した内容に見直す等の対応を検討すべきである。
- ③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方  
認知症患者が、精神科以外の専門医療が必要となった場合には、他の専門診療科との連携が容易な精神科を有する医療機関がその受け皿となると考えられるが、他の専門診療科を有しない精神科医療機関が多い。また、精神科を有しない医療機関において、入院後に生じたBPSDやせん妄状態のために身体疾患の治療に支障をきたす場合も多く存在している。  
このため、地域の医療資源も考慮し、必要に応じ、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が訪問診療を行うことや、精神科の医師が他の一般医療機関に訪問診療を行うなど、医療機関間の連携を円滑に行えるような取組について、検討すべきである。

### (4) 地域全体の支援機能

- ① 地域住民や地域その他施設との連携強化  
精神科医療機関は、地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の介護事業者等との会合に参加するなどして、情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化に努めるべきである。その際、退院支援・地域連携クリティカルパス



(2-(2)-②を参照。)の活用も積極的に進めていくべきである。

また、ケアマネジメント機能を拡充するため、介護支援専門員が中心となって行うサービス担当者会議などにも精神科医療機関の参加を望む声が多く、積極的に参加すべきである。

## ② 地域住民への啓発活動

行政機関等が主催する地域住民向けの認知症に関する説明会などへ、精神科医療機関も積極的に参画し、地域住民と顔の見える関係を構築するとともに、BPSDの内容、BPSDが発生した場合の治療・回復プロセス、認知症に対応できる医療機関、退院後に受けられるサービス等に関する説明等を望む声が多いことから、これらに積極的に協力すべきである。

## 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

医療機関側からみれば、認知症患者を介護施設や事業者が受け入れてくれないのが現実であるとの指摘がある一方、介護事業者側からみれば、医療機関の認知症患者への退院後の医療的支援が不十分であるとの指摘もある。認知症の方を地域で受け入れるためには、医療と介護が連携してサービスを提供する体制が必要であることから、医療側と介護側との認識を共有化するための取組が重要である。

#### ① 医療・介護双方の理解の向上

医療側においては、認知症の方を地域で支えるために活用できる介護サービスや生活支援に対する理解を深めることが重要であるため、医療従事者が、地域の介護サービス資源に関する情報を得ることが必要である。

一方で、介護側においても、精神科病院を退院する認知症患者を積極的に受け止められるよう、BPSDへの適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上を図ることが必要である。

こうした医療・介護双方の認識の共有化を推進するため、地域において、医療従事者と介護従事者とがともに参加できる研修の実施について検討すべきである。

加えて、地域の認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、介護サービス事業者、介護支援専門員、かかりつけ医、認知症サポート医や精神科医療機関等がお互いの存在を認知し、情報共有することにより、相互に紹介できる機能を持てるよう、地域において顔の見える関係構築のための取組が必要である。

## ② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化【再掲】

BPSDに適切に対応していくことにより、入院をせずに地域の生活の場で暮らすことが可能になり得ることから、日頃から、外来診療等を通じて認知症の方や家族、介護者等との関係を築き、BPSDの兆候がみられた場合には、早期から訪問支援等の適切な医療を提供できるようにすべきである。

## ③ 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】

施設等において安心して認知症の方を受け止めることができるようにするため、精神科医療機関から、施設等で生活する認知症患者への訪問診療や訪問看護等を積極的に行うことが必要であり、このことは、その施設等で介護に携わる職員への支援にもつながる。

このため、施設等に対するアウトリーチ（訪問支援）の推進策を検討すべきである。

## (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

### ① 居住系施設等やサービス支援の整備

症状の面から見て退院可能と判断される認知症患者が、再び地域で生活することができるようになるためには、そのために必要な介護サービスや医療サービス等が存在していることが必要不可欠である。

今回の調査では、入院した認知症患者が退院して自宅に戻ることが極めて難しい状況にあり、退院する認知症患者の生活環境や居住環境、必要な医療・介護サービスの提供を考慮に入れた居住系施設等の整備が重要である。

またそれとともに、出来る限り入院せずに生活を継続できる支援や、速やかに症状の軽減を目指し退院を促進する精神科医療の推進とあわせ、入院をしてもできる限り自宅での生活に戻れるような方向性を目指していく必要がある。

検討チームの議論の中でも、小規模多機能型居宅介護事業所の「泊まり」や「訪問」を活用した退院支援、老健施設の在宅復帰支援機能の活用、在宅と入所を交互に繰り返していく支援形態、緊急時のレスパイト的なショートステイの活用など、入院と地域生活との中間的な位置づけにあり、入院から地域生活へのソフトランディングを図るために有効と考えられる支援の類型がいくつも紹介された。また、介護支援専門員や、在宅復帰支援を行う老健施設の支援相談員が、入院時も継続的に支援していくことの重要性も指摘された。

こうした取組を参考にしつつ、②の退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及を通じ、入院から地域生活に至る実現可能な道筋について、実証を積み重ねながら、検討していくことが必要である。

国においては、当面の取組として、②の退院支援・地域連携クリティカルパスの導

入を通じて、地域において退院に向けた道筋を明らかにしていく取組を試行しながら、第6期介護保険事業計画期間（平成27年度から平成29年度まで）以降の各自治体の介護保険事業（支援）計画等への反映方法、医療計画や障害福祉計画との連携について検討していくことが必要である。

こうした取組を踏まえ、各地域においては、症状の面からみて退院可能な認知症患者が自らの希望に応じて住み慣れた自宅や地域で安心・安全・健康な生活を続けられるよう、各自治体がその実情を踏まえた工夫を凝らして、認知症の方を地域で受け入れていくためのシステムづくりにつなげていくべきである。

具体的には、そのニーズに応じた①生活の場の確保や、②介護保険サービス、③医療サービス、④その他の生活を支える様々なサービス（配食サービス、地域での見守り、買物支援等）の包括的（ニーズに応じた①～④の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）な供給を推進していくことが重要である。

なお、具体的な内容の検討にあたっては、社会資源を効率的に活用する観点から、既存の精神病床の活用の是非についても検討する必要がある。

## ② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

BPSD等が改善した後、退院先での生活が円滑に行えることも重要であるため、入院早期に、症状が改善するまでの診療計画、退院先、退院後の医療的支援等を含めた退院支援・地域生活医療支援計画（認知症版退院支援・地域連携クリティカルパス（※））が作れるよう、モデルとなる退院支援・地域連携クリティカルパスを開発・普及させるべきである。その際、連携パスはできるだけ簡素で使いやすいものにするべきである、地域の特性も考慮する必要がある、入院に至る前からの支援も含めたものにするべきである、地域に存在しないサービス資源の整備につなげていくことを検討すべきである、等の意見があったことに留意する必要がある。

※ 地域連携クリティカルパス：入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な退院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。医療計画に定める疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）や、大腿骨頸部骨折等で既に地域において導入・活用されている。

## 今後に向けて

本検討チームにおいては、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した上で、認知症患者に対する精神科医療の役割について検討し、「Ⅰ 基本的な考え方」及び「Ⅱ 具体的な方向性」をまとめた。

今後、この中間とりまとめの内容の実現に向けて必要な施策が検討される必要があるが、まずは国においては、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入へ向けた調査研究に早急に着手する必要がある。さらに、それぞれの地域における取組を着実に進めていく必要がある。

本検討チームでは、認知症と精神科医療について検討を行っているが、これは、今後増加する認知症の方をめぐる様々な課題のうちの一つとして重要である。さらに、これと併せて、10年、20年といった長期展望を描きながら、認知症の方が地域で安心して暮らせる社会を作ることも重要であり、そのためには、認知症の方を地域で見守っていける社会になるよう、国民全体で認識を共有していくことが必要である。

## (参考) 追加調査結果の概要

### (1) 調査の概要

調査対象として、地域性を考慮しつつ協力の得られた計9病院（10病棟）から、454人について回答が得られた。調査は、アンケート方式により、平成22年9月15日現在を調査日として行った。

### (2) 患者の属性

454人のうち、アルツハイマー型認知症が約6割、脳血管性認知症が約3割であった。平均年齢は78歳であり、平均在院日数は944日（中央値336日）と患者調査に比べて長い結果であった。要介護度は、申請なし（25%）を除くと、要介護3～5が約7割、認知症高齢者の日常生活自立度は、M型34%、IV型32%であった。

### (3) 結果の概要

#### ①精神症状等の発生頻度と精神科医療の状況

- 99%の患者に、過去1カ月間に何らかの精神症状があるが、その発生頻度は、「ほぼ毎日」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」38%、「徘徊」30%、「大声」18%である一方、「月1～2回程度よりも少ない（月1回未満）」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」39%、「徘徊」55%、「大声」61%であり、BPSD症状の激しい患者は半数以下である。
- 過去1週間に薬物を使用している患者の割合は、身体疾患治療薬82%、抗精神病薬56%、抗精神病薬以外の向精神薬56%、抗認知症薬7%であり、精神症状に対する薬物療法を行う患者は半数以上いる。一方、使用されている薬物の種類数をみると、抗精神病薬については、「1種類」70%、「2種類」22%、抗精神病薬以外の向精神薬については、「1種類」58%、「2種類」32%であり、いずれも、2種類以下が約9割である。
- 過去1カ月に精神科専門療法を行っている患者の割合は、「音楽療法、その他の精神科リハビリテーション」51%、「入院精神療法」31%である。

#### ②身体疾患を合併している患者とその医療の状況

- 約9割の患者が、何らかの身体疾患を合併しており、そのうち「特別な管理（入院治療が必要な程度）を要する身体疾患を合併している」患者の割合は26%、「日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体疾患を合併している」患者の割合は61%である。

- 調査日における身体的管理の割合では、「行っていない」45%、「身体疾患に対する薬物療法」44%が高く、次いで「胃瘻・経管栄養管理」5.7%、「頻回の血糖検査」3.7%、「喀痰吸引」3.5%であった。
- 「過去1ヶ月間に他科を受診している」患者の割合は、20%であり、うち8割が内科、2割が皮膚科であった。

### ③精神症状等による抵抗を踏まえた介護の状況

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護への抵抗などを踏まえた実際のADL」との比較では、「入浴」、「衣服の着脱」のADLにおいて、「最大の援助」と「全面依存」を併せた割合は、それぞれ52%→63%、50%→60%に困難度が増加しており、精神症状等による抵抗が、介護を一層困難にしている状況が明らかとなった。
- 入院の理由については、「精神症状が著明となり、在宅医療又は介護施設等での対応が困難となったため」との回答が約7割で最も多く、認知症患者については、身体疾患を合併している患者が多いことから、精神症状等による抵抗によって、服薬や身体的管理などの医療ケアの継続も困難になっている状況がうかがわれる。

### ④必要となる居住先・支援について

- 居住先・支援が整った場合の退院可能性について、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」又は「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来には可能になる」割合は37%であり、先行調査よりも低い結果であった。
- そのうち、退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」は、「特養」65%、「老健」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」13%との回答であった。また、家族や友人などから得られる支援の程度については、「支援を得られない」24%、「助言・精神的な支援」51%であり、ADLやIADLに関する支援を受けられる患者は約2割にとどまっている。
- 退院先を問わず、退院後に必要な支援については、1番目に必要と回答された支援の項目は、「精神科の定期的な通院」32%、「小規模多機能型居宅介護」23%、「自宅を訪問して行われる支援」7%、「訪問診療」2%、「短期入所をして行われる支援」2%があがっている。

### ⑤在院日数等とのクロス解析について

- 在院日数別の患者数の分布は、1年以下が約5割、3年以下で約8割であった。

- 在院日数別に「入浴」、「衣服の着脱」のADLの状況をみると、1日～30日について、身体能力としては出来るはずのADLと、抵抗などをふまえた実際のADLとで、困難度の差が大きく、入院初期については、身体介護への抵抗が大きいと考えられた。なお、在院日数が長くなればなるほど、ADLの困難度は増加している。
- 在院日数別に薬物療法の使用状況をみると、いずれの在院日数の場合も、使用の有無には同様の傾向がみられた。薬剤種類数については、1日～30日については、抗精神病薬及び抗精神病薬以外の向精神薬「1種類」の割合が54%となっているが、31日～90日では、抗精神病薬「1種類」96%、抗精神病薬以外の向精神薬「1種類」76%で種類数は減少している。91日以降については、抗精神病薬「1種類」約7割、抗精神病薬以外の向精神薬「1種類」約6割であった。
- 在院日数別に退院の可能性をみると、いずれの在院日数の場合も、「退院の可能性はない」約6割であった。1日～30日では、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来には退院が可能になる」8%で、最も多かった。
- 「居住先・支援が整った場合に退院は可能」と回答した場合で、「退院できると仮定した場合に適切と考えられる生活・療養の場」の回答項目別に、「退院後に必要な支援」の回答項目をみると、「特養」「老健」と回答した場合でも、在宅系サービスを多く回答しており、回答者は、仮に自宅に退院出来た場合を想定して回答している可能性が推察された。
- 自宅における介助者の有無別に「適切と考えられる生活・療養の場」の回答状況をみると、いずれの場合も同様に「特養」、「老健」の回答数が多かった。「退院後に必要な支援」でも、いずれの場合も同様に「精神科の定期的な通院」、「小規模多機能型居宅介護」が多かった。
- 在院日数別の精神症状等の発生頻度をみると、1日～30日について、「徘徊」、「不眠」の割合が多くなるが、全体の傾向としては、いずれの在院日数でもほぼ同様であった。

## 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）

### <構成員>

朝田 隆	筑波大学大学院人間総合科学研究科（臨床医学系）疾患制御医学専攻精神病態医学分野	教授
阿式 明美	特別養護老人ホーム長春苑	施設長
岡崎 祐士	東京都立松沢病院	院長
河岸 光子		
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）
栗林 孝得	社会福祉法人雄勝福社会平成園	施設長
柴田 範子	特定非営利活動法人 楽	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研究機構	東京都精神医学総合研究所
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
東 憲太郎	医療法人緑の風	理事長
広田 和子	精神医療サバイバー	
瀧野 勝弘	医療法人社団淵野会緑ヶ丘保養園	院長
松浦美知代	医療法人財団青山会介護老人保健施設なのはな苑	看護部長
松本 均	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課	課長
三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事	（東香里病院理事長）
三根浩一郎	医療法人幸明会新船小屋病院	院長

### <検討経緯>

第5回（平成22年9月2日）

議題 認知症と精神科医療の現状について

第6回（平成22年9月13日）、第7回（平成22年9月16日）

議題 構成員からのヒアリング

第8回（平成22年9月30日）

議題 構成員及び有識者からのヒアリング  
有識者 上野秀樹氏（海上寮療養所）

第9回（平成22年10月14日）、第10回（平成22年10月21日）

議題 検討すべき論点について

第11回（平成22年11月4日）、第12回（平成22年11月18日）

議題 認知症と精神科医療について

第14回（平成22年12月15日）

議題 中間とりまとめ（案）について



# 保護者制度・入院制度についての検討

(検討チーム第3R)

## 1 趣旨

- 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(平成22年6月29日閣議決定)を踏まえ、保護者制度、入院制度のあり方について検討を進める。

3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

(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。

### 【論点】

- (1) 保護者に課せられた義務の法的意義とあり方
- (2) 医療保護入院等入院制度のあり方
- (3) その他

## 2 第3Rの検討の体制

- 第1Rのメンバーで実施。

(※) 効果的に検討をすすめるため、ピアスピーカー及び法律等アドバイザーに参加していただく。

(※) 論点を整理し、第3Rの議論に資するため、作業チームを設置。

## 3 検討の進め方

- 上記閣議決定のとおり、平成24年内を目途に結論を得ることを目指す。
- 当面、本年夏を目途に、保護者制度について検討を行う。その際、精神保健福祉法に規定される保護者の義務ごとに、その法的意義(当該義務の対象者、適用範囲等)について法制的観点も含めて詳細に分析・検討し、各義務のあり方(規定の削除可能性等)について検討する。
- 入院制度のあり方については、それに続いて検討する。

## 検討チーム第3R 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	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	社会福祉法人巣立ち会理事
	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研究機構東京都精神医学総合研究所
	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准教授
	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

## (参考) 保護者制度・入院制度に関する作業チーム構成

磯部 哲 (慶應大学法科大学院 准教授)

岩上 洋一 (特定非営利活動法人 じりつ 代表理事)

上原 久 (社会福祉法人 聖隷福祉事業団地域活動支援センターナルド センター長)

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))

久保野恵美子 (東北大学大学院法学研究科 准教授)

鴻巣 泰治 (埼玉県立精神保健福祉センター 主幹)

白石 弘巳(東洋大学ライフデザイン学部教授)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 理事長)

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)

堀江 紀一 (特定非営利活動法人世田谷さくら会理事)

町野 朔 (上智大学法学研究科教授)

良田 かおり (特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会事務局長)

六本木 義光 (岩手県県央保健所長)

(敬称略)

## 7 介護職員等によるたんの吸引等の実施について

### (1) 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会について

これまで、介護職員等によるたんの吸引・経管栄養の取扱については、当面のやむを得ない措置（実質的違法性阻却）として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引等のうちの一定の行為を実施することを一定の要件の下、運用上認めてきた。

しかしながら、こうした運用による対応について、そもそも法律において位置付けるべきではないか、グループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないかと、在宅でもホームヘルパーの業務として位置付けるべきではないか等の課題が指摘されている。

介護職員等がたんの吸引等を実施できるようにすることは、今後、たんの吸引等の医行為が必要な重度の障害者等が地域において安心して暮らせる社会を実現していく上で不可欠であり、このことは、平成22年6月に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」の中でも、「たん吸引や経管栄養等の日常における医療的ケアについて、介助者等による実施ができるようにする方向で検討し、平成22年度内にその結論を得る」とされたところである。

また、平成22年9月に菅総理からも、「介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医療的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めること」との指示が厚生労働省に対してあったところである。

こうしたことから、平成22年7月、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」（座長・大島伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター総長）を設置し、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方や介護現場等において、たんの吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するための方策について検討を行ってきたところであり、同年12月に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について（中間まとめ）」が取りまとめられたところである。

#### ※基本的な考え方（中間まとめから抜粋）

- ・介護の現場等におけるたんの吸引等のニーズや実態を踏まえ、必要な人に必要なサービスを安全かつ速やかに提供することを基本とすべきである。
- ・介護職員等によるたんの吸引等については、介護サービス事業者等の業務として実施することができるよう位置付け、現在の実質的違法性阻却論に伴う介護職員等の不安や法的な不安定を解消することを目指す。
- ・その際、現在の実質的違法性阻却論による運用の下で行われていることができなくなるなど、不利益な変更が生じないよう十分に配慮することが必要である。
- ・まずは、たんの吸引及び経管栄養を対象として制度化を行うが、将来的な拡大の可能性も視野に入れた仕組みとする。ただし、その際には、関係者を含めた議論を経て判断するこ

とが必要である。

- ・安全性の確保については、医学や医療の観点からはもちろん、利用者の視点や社会的な観点からも納得できる仕組みによるものとする。
- ・介護職員等に対する教育・研修の在り方については、不特定多数の者を対象とする場合と、特定の者を対象とする場合を区別して取り扱うものとする。後者については、特定の利用者ごとに行う実地研修を重視した研修体系を設けるなど配慮するものとする。

その結果、介護福祉士及び一定の研修を修了した介護職員等が一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとし、「社会福祉士及び介護福祉士法」を改正する方向で検討しているところである。

なお、平成22年10月から実施している「試行事業」を通して、その結果の評価と検証を行い、教育・研修や安全確保措置の具体的内容等について、さらに検討を進めることとしており、検討結果がまとまり次第情報提供を行うこととしたい。

※ 老健局作成の全国厚生労働関係部局長会議資料「重点事項」の「4 介護職員等によるたんの吸引等の実施について」も併せて参照されたい。

## (2) 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の創設

介護職員等がたんの吸引等の一部医行為を安全に実施できるよう、全都道府県において介護職員等に対する研修を実施するために必要な経費及びその研修の指導を行う者を養成する研修の受講に要する経費を補助することについて、平成23年度予算（案）に計上したところである。

また、平成22年度補正予算においては、介護職員等に対する研修を行うための体制整備に必要な経費を計上したところである。

本研修事業の具体的内容等については、今後「試行事業」の評価と検証を行い、その結果等を踏まえ改めてお知らせすることとしているが、各都道府県においては、在宅の障害（児）者や障害福祉事業所等のニーズを十分に踏まえ、これらの補助事業を活用し、本研修事業の実施に向けての積極的な取組をお願いしたい。

なお、全都道府県における本研修事業の実施に先立ち、厚生労働省では、都道府県単位でたんの吸引等に関する研修指導を行う医師・看護師等に対し、必要な講習を実施することとしており、改めて開催案内等をお知らせすることとしているので、受講者の人選や派遣等についてご留意願いたい。

## (3) 「特定の者を対象とした研修」の実施

「中間まとめ」において、筋萎縮性側索硬化症（ALS）等の重度障害者の介護等については、利用者とのコミュニケーションなど、利用者や介護職員等との個別の関係性がより重視されることから、これらの特定の利用者ごとに行う実地研修を重視した研修体系を設けるなど、教育・研修（基本研修及び実地研修）の体系には複数の類型を設けることとされている。

現在、「特定の者を対象とした研修」についても「試行事業」を実施しているところであり、今後、その結果について評価と検証を行い、教育・研修や安全確保措置の具体的内容等について改めてお知らせすることとしている。各都道府県におかれては、特定の利用者ごとに行う実地研修を重視した研修の実施についても、各都道府県内の関係団体の意見を踏まえ、十分な配慮をお願いする。

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について(中間まとめ)の概要

(平成22年12月13日 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会)

## 趣旨

- 介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。(※「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正)
- ☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

## 実施可能な行為の範囲

- たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
  - ☆口腔内・鼻腔内については、咽頭の手前までを限度とする
- 経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)
  - ☆胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブ挿入状態の確認は、看護職員が行う。

## 介護職員等の範囲

- 介護福祉士
  - ☆養成カリキュラムにたんの吸引等の内容を追加
- 介護福祉士以外の介護職員等
  - ☆一定の研修を修了した者

## 教育・研修

- 教育・研修を行う機関を特定
- 基本研修・実地研修(※試行事業を実施中)
  - ☆既存の教育・研修歴等を考慮
  - ☆知識・技能の評価を行った上で研修修了
- 教育・研修の体系には複数の類型を設ける
  - ☆特定の者(ALS等の重度障害者等の介護や施設、特別支援学校など)を対象とする場合
  - ☆たんの吸引のみ、経管栄養のみの場合

## 実施の要件

- 一定の基準を満たす施設、事業所等を特定(※医療機関を除く)
  - <対象となる施設、事業所等の例>
  - ・介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
  - ・障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
  - ・在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
  - ・特別支援学校
- 医師・看護職員と介護職員等の適切な連携・協働の確保
- 安全確保に関する基準の設定と指導・監督

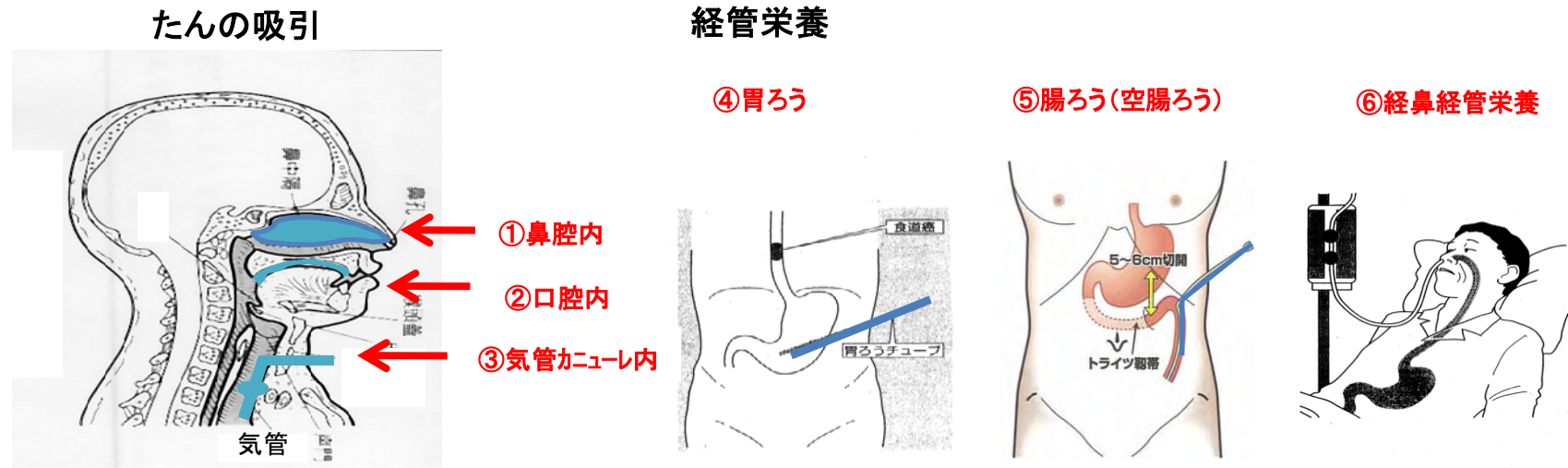
## 実施時期等

- 介護保険制度等の見直しの時期も踏まえ、平成24年度の実施を目指す。
- 現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるよう必要な経過措置を設ける

※教育・研修や安全確保措置等の具体的内容については、「試行事業」の結果等を踏まえて、今後、さらに検討する。

# 介護職員等によるたんの吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

- たんの吸引・経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能



- 例外として、一定の条件下（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認（実質的違法性阻却論）

- ◆在宅の患者・障害者・・・①②③
- ◆特別支援学校の児童生徒・・・①②+④⑤⑥
- ◆特別養護老人ホームの利用者・・・②+④

※ ①～⑥のそれぞれの行為の中に、部分的にヘルパー等が行えない行為がある。  
（例：特養での胃ろうにおけるチューブ等の接続と注入開始は×）



# 介護職員等によるたんの吸引等の現在の取扱い（実質的違法性阻却）

		在宅（療養患者・障害者）	特別支援学校（児童生徒）	特別養護老人ホーム（高齢者）
対象範囲	たんの吸引	口腔内 ○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)
		鼻腔 ○	○	—
		気管カニューレ内部 ○	—	—
	経管栄養	胃ろう —	○ (胃ろうの状態確認は看護師)	○ (胃ろうの状態確認・チューブ接続・注入開始は看護職)
		腸ろう —	○ (腸ろうの状態確認は看護師)	—
		経鼻 —	○ (チューブ挿入状態の確認は看護師)	—
要件等	①本人との同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が、方法を習得した家族以外の者に依頼し、当該者が行うことについて文書による同意（ヘルパー個人が同意）</li> <li>ホームヘルパー業務と位置づけられていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保護者が、学校に依頼し、学校の組織的対応を理解の上、教員が行うことについて書面による同意</li> <li>主治医が、学校の組織的対応を理解の上、書面による同意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者（入所者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、施設に依頼し、施設の組織的対応を施設長から説明を受け、それを理解の上、介護職員が行うことについて書面による同意</li> </ul>
	②医療関係者による的確な医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医、訪問看護職員による定期的な診療、訪問看護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医から看護師に対する書面による指示</li> <li>看護師の具体的指示の下で実施</li> <li>在校時は看護師が校内に常駐</li> <li>保護者、主治医、看護師、教員の参加下で、個別具体的な計画の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>配置医から看護職員に対する書面による指示</li> <li>看護職員の指示の下で実施</li> <li>配置医、看護職員、介護職員の参加の下、個別具体的な計画の整備</li> </ul>
	③医行為の水準の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医、訪問看護職員による家族以外の者への技術指導</li> <li>かかりつけ医、訪問看護職員との間において同行訪問や連絡・相談・報告などにより手技を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師及び教員が研修を受講</li> <li>主治医による担当教員、実施範囲の特定</li> <li>マニュアルの整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師及び介護職員が研修を受講</li> <li>配置医による担当介護職員・実施範囲の特定</li> <li>マニュアルの整備</li> </ul>
	④施設・地域の体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時の家族、かかりつけ医、訪問看護職員、家族以外の者等との間の連絡・支援体制の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>学校長の統括の下、関係者からなる校内委員会の設置</li> <li>指示書、実施記録の作成・保管</li> <li>緊急時対応の手順、訓練の実施 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長の統括の下、関係者からなる施設内委員会の設置</li> <li>指示書、実施記録の作成・保管</li> <li>緊急時対応の手順、訓練の実施 等</li> </ul>

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会について

## 1. 趣旨

これまで、当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為を実施することを運用によって認めてきた。

しかしながら、こうした運用による対応については、そもそも法律において位置づけるべきではないか、グループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないかと、在宅でもホームヘルパーの業務として位置づけるべきではないか等の課題が指摘されている。

こうしたことから、たんの吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するため、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方等について、検討を行う。

## 2. 検討課題

- ①介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方
- ②たんの吸引等の適切な実施のために必要な研修の在り方
- ③試行的に行う場合の事業の在り方

## 3. 構成員（敬称略、50音順）

岩城節子	社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会評議員	齋藤訓子	日本看護協会常任理事
因利恵	日本ホームヘルパー協会会長	島崎謙治	政策研究大学院大学教授
内田千恵子	日本介護福祉士会副会長	白江浩	全国身体障害者施設協議会副会長
大島伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター総長	中尾辰代	全国ホームヘルパー協議会会長
太田秀樹	医療法人アスムス理事長	橋本操	NPO法人さくら会理事長・日本ALS協会副会長
川崎千鶴子	特別養護老人ホームみずべの苑施設長	平林勝政	國學院大學法科大学院長
河原四良	UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン会長	榊田和平	全国老人福祉施設協議会介護保険委員会委員長
川村佐和子	聖隷クリストファー大学教授	三上裕司	日本医師会常任理事
黒岩祐治	ジャーナリスト、国際医療福祉大学大学院教授	三室秀雄	東京都立光明特別支援学校校長

# 総理指示「介護・看護人材の確保と活用について」 (平成22年9月26日)

[トップ](#) > [菅総理の演説・記者会見等](#)

### 介護・看護人材の確保と活用について 総理指示

○ 介護・看護現場では、依然として人材が不足している。このため、以下の点について取組を行うよう、厚生労働省に指示をした。

※有効求人倍率(22年7月)介護 1.23倍、看護 2.36倍、全職業平均0.45倍

1. 人材確保のため、介護・看護職員の処遇改善に向けて今後とも取り組むこと。
2. 介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医療的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めること。  
また、あわせて、介護職員がこうした「医療的ケア」を適切に実施することができるよう、レベルアップ研修事業を本年度中に前倒しで実施すること。

※これら「医療的ケア」は、現在は、医学的管理など一定条件の下で運用によって認められているが、あくまでも「当面のやむをえず必要な措置」としての位置づけ。このため、介護現場では実施を躊躇する傾向があり、また、医学的管理の条件では、グループホームや有料老人ホームでの実施は困難。さらに、介護現場では研修等の機会を充実してほしいとの要望が強い。



# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について

- 在宅、特別養護老人ホームや障害者（児）施設等において、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員（※）の養成に必要な研修事業を実施する。

※ 対象となる介護職員等の例・・・ホームヘルパー、介護福祉士、生活支援員、指導員、保育士、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員等

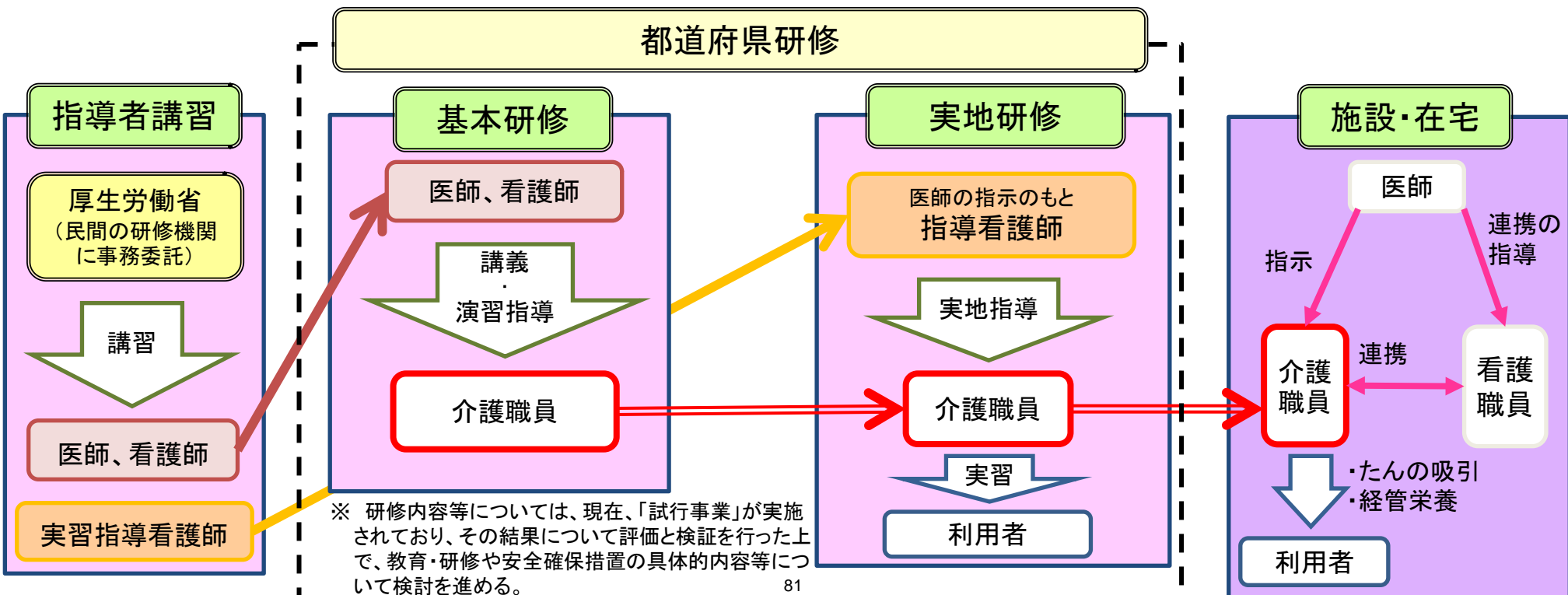
- 平成23年度予算（案） 940,329千円（老健局、障害保健福祉部の合計額）

## 【指導者講習】

- ・ 都道府県が行う、たんの吸引等に関する基本・実地研修において指導を行う医師・看護師等に対し、必要な講習を行う。
- ・ 予算案 23,829千円 ・ 実施主体 国

## 【都道府県研修】

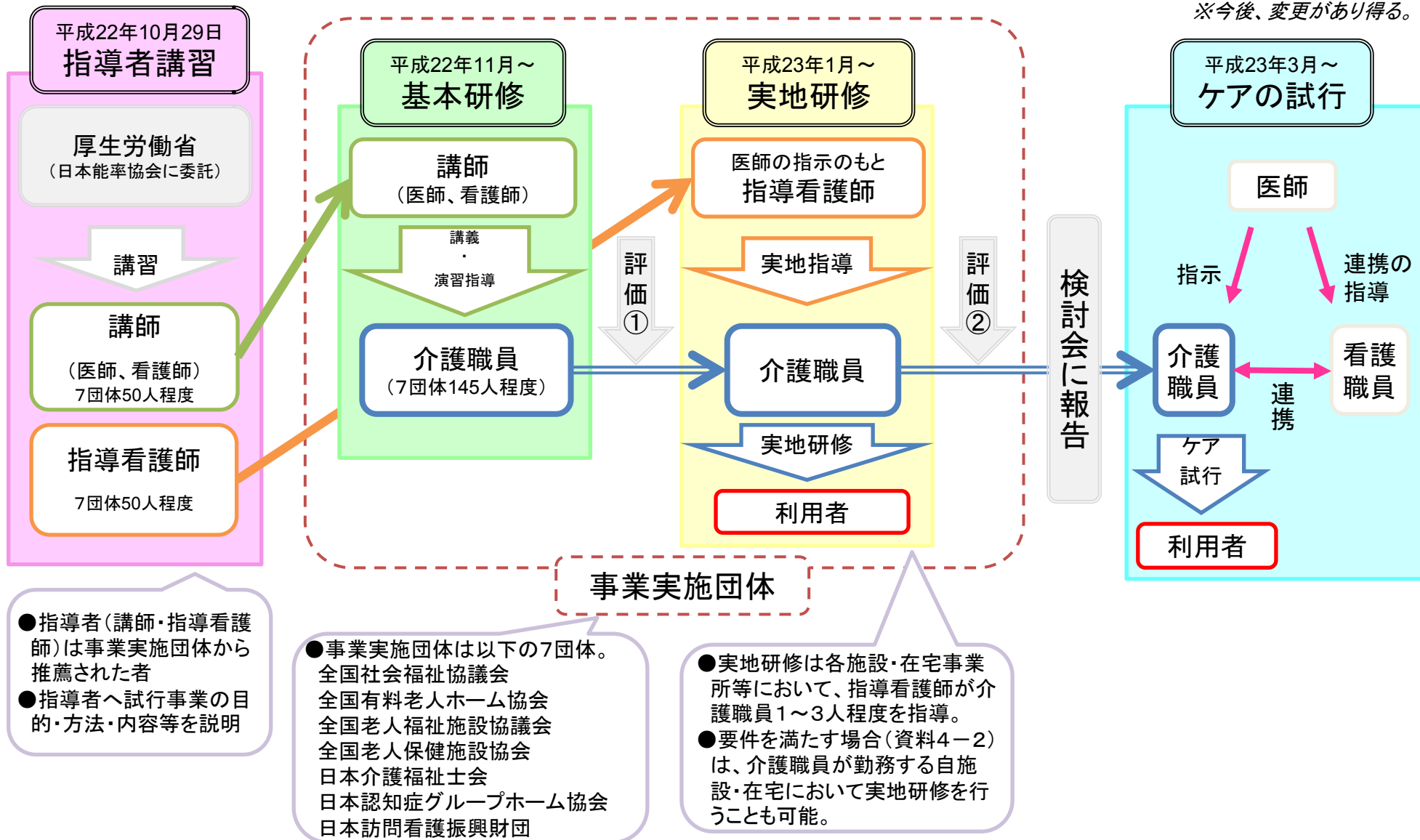
- ・ たんの吸引等を行う介護職員等を養成するため、都道府県において研修を行う。
- ・ 予算案 916,500千円（内訳） 老健局計上（施設関係） 611,000千円（1県あたり事業費26,000千円、養成者数100人）  
障害部計上（在宅関係） 305,500千円（1県あたり事業費13,000千円、養成者数50人）
- ・ 実施主体 都道府県（民間団体に委託可） ・ 補助率（補助割合） 国1/2、都道府県1/2



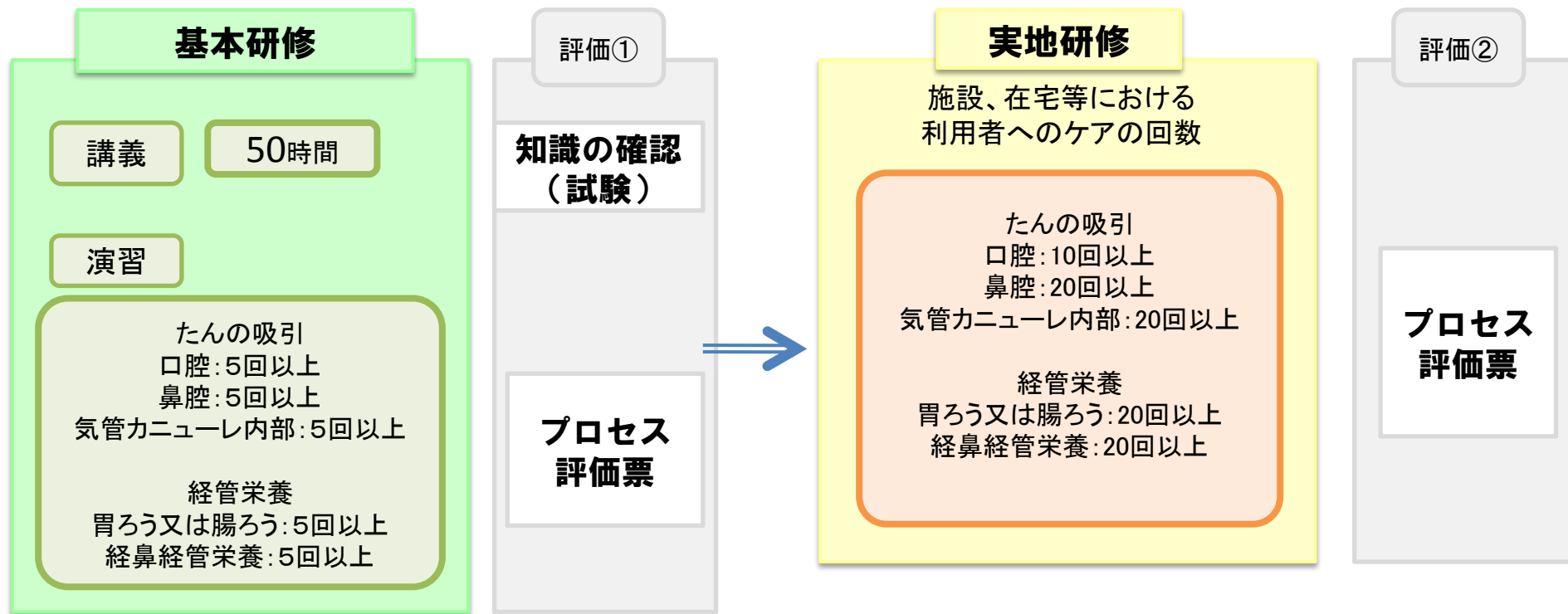
# 介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）の概要

※ 試行事業の実施にあたっては、基本的内容について検討会で御議論いただいた上で、具体的な研修の実施内容・方法等については、検討会から大島座長、内田委員、太田委員、川崎委員、川村委員、橋本委員にアドバイザーをお願いしている。

※今後、変更があり得る。



# 介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）の 研修カリキュラム



※救急蘇生法演習(1回以上)も必要。  
※シミュレーターが必要であるがやむを得ず模擬患者も可。

※実地研修を実施する施設・在宅等は基本要件(＃)を満たすことが必要。

## #実地研修を実施する際に必要とされる基本要件

- ①組織的対応を理解の上、介護職員等が実地研修を行うことについて書面による同意
- ②医師から指導看護師に対する書面による当該行為の指示
- ③指導看護師の具体的な指導
- ④患者(利用者)ごとの個別計画の作成
- ⑤マニュアルの整備
- ⑥関係者による連携体制の確保
- ⑦指示書や実施記録の作成・保管
- ⑧緊急時対応の手順、訓練の実施
- ⑨たんの吸引及び経管栄養の対象となる患者が適当数入所又は利用している
- ⑩介護職員を受け入れる場合には、介護職員数名につき指導看護師が1名以上配置
- ⑪介護職員を指導する指導看護師は臨床等での実務経験を3年以上有し、指導者講習を受講している

# 介護職員によるたんの吸引等の試行事業(特定の者対象)の事業イメージ

## 試行事業(特定の者)

### 指導者講習

試行事業  
実施事業者  
説明

看護師

・基本研修の講師となる看護師及び実地研修の際、指導を行う看護師(指導看護師)に対し、本事業の説明を実施。

・「不特定多数」と「特定の者」の違い(基本研修で教える範囲、評価基準等)を中心に説明。

11月上旬

### 基本研修

- ・重度訪問介護従業者養成研修と合わせ20.5時間(重度訪問介護従業者養成研修修了済みの者は9時間程度)
- ・「在宅における特定の者」に特化したテキストを使用し、研修時には基本的内容に絞って講義を実施。
- ・講義部分の評価については、「在宅における特定の者」に特化した試験を実施。
- ・演習については、一連の流れが問題なくできるようになるまで繰り返し行う。

講義

評価

演習

評価

11月中旬

### 実地研修

(特定の利用者の居宅で実施)

#### 指導看護師

指導看護師と連携した熟練介護職員及び本人、家族が医療連携の下

指導

評価

介護職員(20人程度)

実地研修

評価

特定の利用者

- ・試行事業においては、たん吸引及び経管栄養の知識・技術を集中的に学習する。(通常はコミュニケーションや他の介護技術を先に習得。)
- ・実地研修については、指導看護師(必要に応じ指導看護師と連携した熟練介護職員)が指導を行い、指導看護師による評価により、問題ないと判断されるまで実施。
- ・指導看護師の指導は、初回及び状態変化時以外については「定期的」に実施。
- ・評価については、「在宅における特定の者」に特化した評価票を使用。
- ・評価を行う際には、利用者の意見を聴取することが可能な場合は、利用者の意見も踏まえた上で評価を実施。

11月下旬~1月下旬

ケアの試行  
(特定の利用者の  
居宅で実施)

医師

指示

連携の  
指導

介護職員

連携

看護職員

ケア  
試行

特定の利用者

検討会に報告

※ 試行事業実施事業者は公募の結果、「NPO法人さくら会」に決定。

## 8 発達障害者への支援について

「発達障害者支援法」（平成17年4月より施行）に基づき、厚生労働省においては、知的障害の有無によらず、発達障害者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援の推進を図ってきたところである。

今後は、現在支援が不足している分野に重点を置いて施策を実施する等、発達障害者支援の一層の充実に向けて、取り組みを行っていくこととしている。

### (1) 障害者自立支援法との関係

発達障害は従来より障害者自立支援法の対象として取り扱われてきたところであるが、今般「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（平成22年法律第71号）により、障害者自立支援法第4条第1項において、発達障害は精神障害に含まれるものとして法律上に明記されたところである。

また、身体障害者を除き、手帳所持は同法の個々のサービス提供の要件とされていないため、手帳所持の有無によらず発達障害者に関してもサービスの対象となるので、各都道府県等におかれては、発達障害者へのサービスの適用について、再度管内市町村及び発達障害者支援センター等の関係機関への周知をお願いする。

#### ◆発達障害の定義

広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群等）、学習障害、注意欠陥・多動性障害等の通常低年齢で発現する脳機能の障害（発達障害者支援法第2条）

※ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）におけるF80-98に含まれる障害（平成17年4月1日付文部科学事務次官、厚生労働事務次官連名通知）

### (2) 平成23年度予算案に計上した発達障害者支援に関する事業

#### ① 巡回支援専門員整備事業

発達障害等に関する知識を有する専門員（市町村に配置）が、保育所等の子どもやその親が集まる施設を巡回し、施設のスタッフや親に対し助言等の支援を行うことにより、障害の早期発見・早期対応ができる体制を整備する事業（H23年度は66市町村分（都道府県・指定都市に1か所程度）、国・市町村で1/2）を計上したところなので、積極的な事業実施について検討されたい。

#### ② ペアレントメンター・コーディネーターの配置

平成22年度の発達障害者支援体制整備事業において、ペアレントメンターの養成や、発達障害特有のアセスメントツールの導入を促進する研修会の実施を盛り込んだところである。

平成23年度においては、養成されたペアレントメンターの活動を円滑にコーディネ



ネットする者を配置し、発達障害児（者）及びその家族に対する支援体制の一層の強化を図ることとしており、この事業の活用を検討されたい。

### ③ 発達障害者支援開発事業

都道府県・指定都市において、発達障害者支援の取組みをモデル的に実践・検証評価を行うことによって有効な支援手法を開発し、開発した手法を全国に普及させることを目的としている。

平成22年度から、これまで不足していた成人期における手法の開発を行っているところである。

平成23年度からは、新たに、総合的かつ先駆的な取組を行う市町村（5市町村程度）を指定し、その取組内容をマニュアルやプログラムとしてとりまとめ、モデル都市として全国に情報発信していくこととしているので、市町村において、この事業の積極的な活用をお願いしたい。また、今後、取組を推進していく上での参考としていただきたい。

### (3) 発達障害者に対する情報支援体制の整備事業の創設

平成22年度補正予算において、発達障害の特性を勘案し、書類の音声化等のための機器の整備や情報支援体制の整備を発達障害者支援センターやNPO等の当事者団体と連携して実施するための経費を、障害者自立支援対策臨時特例交付金に積み増しを行ったところであるので、本事業の積極的な活用をお願いする。

### (4) 「世界自閉症啓発デー」への対応

「世界自閉症啓発デー」（4月2日）は平成19年12月に国連が制定した日であり、自閉症をはじめとする発達障害に関する知識の浸透を図る機会として捉え、厚生労働省においても東京都内において、“私たちの育ちを信じて！愛して！”をテーマにしたシンポジウムを行うこととしている。都道府県、市区町村におかれても、関係機関や関係団体等と協力のもと、発達障害に関する普及啓発の推進に取り組んでいただきたい。（厚生労働省では、ホームページ等での普及啓発や、関係団体等との共催によるシンポジウムを開催予定。）

◇世界自閉症啓発デー・日本実行委員会公式サイト

<http://www.worldautismawarenessday.jp/htdocs/index.php?action>

# ○ 発達障害者への支援について

## ◆ 障害者自立支援法との関係について

発達障害については、「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(平成22年法律第71号)」により、障害者自立支援法第4条第1項において、精神障害に含まれるものとして明記されたところであり、各種サービスの対象となるので、改めて管内市区町村及び関係機関等へ周知願いたい。

### 【 発達障害の定義 】

広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群等）、学習障害、注意欠陥・多動性障害等、通常低年齢で発現する脳機能の障害（発達障害者支援法第2条）

※ ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）におけるF80-98に含まれる障害  
（平成17年4月1日付文部科学事務次官、厚生労働事務次官連名通知）

(参考) ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）

### 第5章 精神及び行動の障害（F00-F99）

		＜法律＞	＜手帳＞	
F00-F69	統合失調症や気分（感情）障害など	精神保健福祉法	精神保健福祉手帳	
F70-F79	知的障害<精神遅滞>		知的障害者福祉法 療育手帳	
F80-F89	心理的発達の障害 (自閉症・アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害など)		発達障害者支援法	精神保健福祉手帳
F90-F98	小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (注意欠陥多動性障害、トゥレット症候群など)			

## 【 精神保健福祉法における精神障害者の定義 】

統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者  
(精神保健福祉法第5条)



※神経症性障害、ストレス関連障害、成人の人格および行動の障害、食行動異常や睡眠障害を含む生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害(F8)、小児(児童)期および青年期に生じる行動及び情緒の障害(F9)など

## 【 障害者自立支援法における障害者の定義 】

この法律において「障害者」とは、身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち18歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者(発達障害者支援法(平成16年法律第167号)第2条第2項に規定する発達障害者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。)のうち18歳以上である者をいう。

(障害者自立支援法第4条第1項)

<発達障害児(者)の利用が見込まれる主なサービス>

(1) 相談支援事業

(2) 日中活動系サービス

① 就労移行支援

② 就労継続支援

③ 自立訓練(生活訓練)

④ 児童デイサービス

(3) 訪問系サービス

① 行動援護

② 短期入所(ショートステイ)

(4) 居住系サービス

共同生活援助(グループホーム)

(5) 地域生活支援事業

① 移動支援

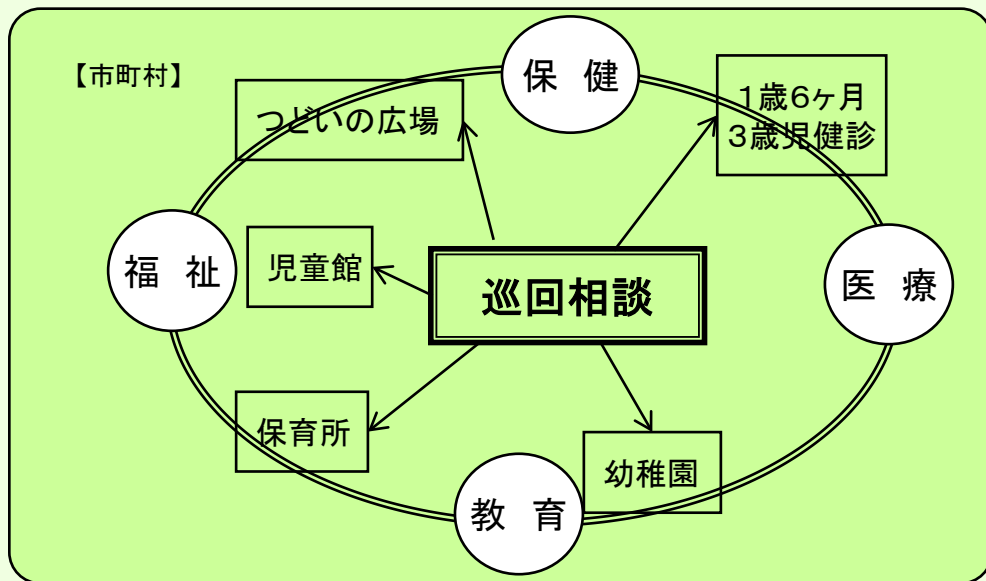
# 厚生労働省における発達障害者支援施策（平成23年度予算(案)）

課 題	平成23年度予算(案) (障害保健福祉部のみ抜粋)	【752百万円(737百万円)】 ( )内は平成22年度予算
1 地域支援体制の確立 ●支援ネットワークの形成   ●全県的な相談支援の充実	<b>①発達障害者支援体制整備事業 【202百万円(201百万円)】</b> 発達障害のある方や家族に、ライフステージ支援の体制を構築強化を図るため、都道府県、指定都市において、「ペアレントメンター」の養成とその活動をコーディネートする者の配置、「アセスメントツール」の導入の促進を実施	
2 支援手法の開発	<b>②発達障害者支援センターの設置、運営 【地域生活支援事業の内数】</b> 発達障害者やその家族などに対して、発達障害に関する相談支援、発達支援、就労支援及び情報提供などを実施	
4 人材の育成	<b>③発達障害者支援開発事業 【298百万円(395百万円)】</b> 先駆的な発達障害者支援の取り組みをモデル的に実践し、その分析・検証を通じて有効な支援手法を開発・確立	
5 情報提供・普及啓発	<b>④巡回支援専門員配置事業(新規) 【156百万円( 0百万円)】</b> 発達障害等に関する知識を有する専門員が、保育所等の子どもやその親が集まる施設を巡回し、スタッフや親に助言等を実施	
	<b>⑤発達障害研修事業 【(独)国立精神・神経医療研究センター運営費交付金の内数等】</b> 小児医療、精神医療、療育の3分野について、発達障害支援に携わる職員に対する研修を行い、各支援現場における対応を充実	
	<b>⑥発達障害者支援実地研修事業(新規) 【22百万円(23百万円)】</b> 地域において指導的な役割を担うことができる専門的な人材を育成するための中期の実地研修を実施	
	<b>⑦発達障害情報センター 【52百万円(54百万円)】</b> 発達障害に関する知見を集積し、全国にインターネット等により情報提供・普及啓発を図る	
	<b>⑧「世界自閉症啓発デー」普及啓発事業 【13百万円(15百万円)】</b> 「世界自閉症啓発デー」の周知と、自閉症をはじめとする発達障害に関する正しい知識の浸透を図るための普及啓発活動を行う	

# 平成23年度予算案における発達障害支援施策の充実について

## ① 巡回支援専門員整備事業〔新規〕 156百万円

発達障害等に関する知識を有する専門員(※)を配置して、保育所等の子どもやその親が集まる場を巡回し、施設のスタッフや親に対し、障害の早期発見・早期対応のための助言等の支援を行う体制を整備する。



※「発達障害等に関する知識を有する専門員」

- ・ 学校教育法に基づく大学において、児童福祉、社会福祉、児童学、心理学、教育学、社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者
- ・ 相談員として必要な学識経験を有する者
- ・ 秩父学園で実施している発達障害に関する研修を受講した者又は障害児施設等において発達障害児の支援に携わっている者

などを想定

## ② パARENTメンターコーディネーター配置事業〔新規〕 60百万円

発達障害者やその家族などに対して家族の立場での相談を行うペアレントメンターについて、派遣する場所や日時、派遣する者などの企画・調整を行う者を配置することにより、ペアレントメンターが発達障害者支援センター等の関係機関と連携して、支援を行うことができるようにする。

### ③ 発達障害者等支援都市システム事業〔新規〕

60百万円

発達障害者等の支援に対して、ライフステージを一貫してサポートするため、保健、医療、福祉、教育、労働等の様々な領域が連携して取組むシステムを構築し、「まち」全体で発達障害をサポートする取り組みを行う。

#### 〔事業内容〕

全般的に取り組んでいる先駆的な市町村をモデル都市として指定して、次に掲げる取り組みについて組織的に展開し、その成果をマニュアルやプログラムとしてとりまとめ、全国に普及させる。

- (1) 発達障害に対する正しい理解の浸透
- (2) 発達障害の支援に関わる者の間の情報共有
- (3) 専門的な助言を行える環境の整備
- (4) その他発達障害者の支援に関する創意工夫のある取組み



# 平成22年度補正予算 発達障害者に対する情報支援体制の整備

(障害者自立支援対策臨時特例基金の積み増しにて対応)

障害保健福祉部障害福祉課

発達障害の特性を勘案し、市町村等で用いられている書類の音声化等を実施することにより、発達障害者に対する情報支援体制を整備する。

113,750千円

※ 発達障害者の中には、書かれたものの内容を読み取ることや文字を書くことが障害のために極端に苦手であって(読み書き障害)、日常生活上の不利益を被る者がいる。

市役所等において、発達障害の特性を勘案し確実に情報が提供される環境の整備

## 【 都道府県 】

発達障害者支援センターやNPO法人等の当事者団体と連携して、発達障害に対する情報支援体制を整備。

都道府県

- ・書類の音声化等のための機器の整備
- ・発達障害の特性を勘案した情報提供の支援についての啓発 など



連携

発達障害者支援センター

NPO(当事者団体等)

## 【 窓口 】

市役所等の窓口における情報支援機器の整備等

(例)



- 読み取り支援ソフト  
音声と同時に画像・テキスト・文章をシンクロさせて表示することにより、読むことが困難な者も書かれている内容をわかりやすくするもの。



- コミュニケーションボード  
言葉によるコミュニケーションが苦手な者に対して、絵記号などわかりやすい方法によりコミュニケーションを行うもの。



- 音声化機器  
テキスト化された文章を指定する箇所ごとに音声で読み上げ、長文の文章等をわかりやすく 聞くためのもの。

情報の確実な伝達を図る。

発達障害者

※ 国においては、この取組の拡大を図るため、既存の研修会等を活用して、情報支援体制の整備に関する周知と使用方法等の研修を都道府県等(発達障害者支援センター)に対し実施する予定。

# 「発達障害者支援体制整備事業」、「発達障害者支援開発事業」実施状況一覧

※平成19年度～22年度の左欄は「発達障害者支援体制整備事業」、右欄は「発達障害者支援開発事業」。

自治体名	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
北海道	○	○	○	○	○	○
青森県	○	○	○	○	○	○
岩手県	○	○	○	○	○	○
宮城県	○	○				
秋田県						
山形県	○	○	○	○	○	○
福島県			○	○	○	○
茨城県	○	○	○			
栃木県	○	○	○	○	○	○
群馬県						○
埼玉県	○	○	○	○	○	○
千葉県	○	○	○	○	○	
東京都	○	○	○	○	○	
神奈川県	○	○	○			○
新潟県		○	○	○	○	○
富山県	○	○	○	○	○	○
石川県	○	○	○	○	○	○
福井県	○	○				○
山梨県	○	○	○	○	○	○
長野県	○	○	○	○	○	○
岐阜県		○	○	○	○	○
静岡県	○	○	○	○	○	○
愛知県	○	○	○	○	○	○
三重県	○	○	○	○	○	○
滋賀県		○	○	○	○	○
京都府	○	○	○	○	○	○
大阪府	○	○	○	○	○	○
兵庫県	○					○
奈良県	○	○	○	○	○	○
和歌山県	○	○	○			
鳥取県			○	○	○	○
島根県	○	○				○
岡山県		○	○	○	○	○

自治体名	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
広島県		○	○	○	○	○
山口県	○	○	○	○	○	○
徳島県	○	○	○	○	○	○
香川県	○	○	○	○	○	○
愛媛県						
高知県	○	○	○	○	○	○
福岡県		○	○	○	○	○
佐賀県		○	○	○	○	○
長崎県	○	○	○	○	○	○
熊本県	○	○	○	○	○	○
大分県		○	○			
宮崎県				○	○	○
鹿児島県	○	○	○			○
沖縄県		○	○	○	○	○
札幌市	○	○	○	○	○	○
仙台市	○	○	○	○	○	○
さいたま市	○	○	○	○	○	○
千葉市	○	○	○			
横浜市	○	○	○	○	○	○
川崎市		○	○	○	○	○
相模原市						○
新潟市				○	○	○
静岡市			○	○	○	○
浜松市						○
名古屋市		○	○	○	○	○
京都市	○	○	○	○	○	○
大阪市	○	○	○	○	○	○
堺市			○	○	○	○
神戸市	○	○	○	○	○	○
岡山市					○	○
広島市	○	○	○	○	○	○
北九州市	○	○	○	○	○	○
福岡市		○	○	○	○	○

※「発達障害者支援体制整備事業」は平成17年度から、「発達障害者支援開発事業」は平成19年度から実施。  
 ※この一覧は、国からの補助事業の一覧であり、それ以外にも、自治体独自の取り組みが行われている場合がある。



# 「世界自閉症啓発デー」(4月2日)について

## 【背景】

平成19年12月、国連総会においてカタル国が提出した議題である4月2日を世界自閉症啓発デーに定める決議をコンセンサス(無投票)採択。



### ○決議事項

- ・4月2日を「世界自閉症啓発デー」とし、2008年以降毎年祝うこととする。
- ・全ての加盟国や、国連その他の国際機関、NGOや民間を含む市民社会が、「世界自閉症啓発デー」を適切な方法によって祝うことを促す。
- ・それぞれの加盟国が、自閉症のこどもについて、家庭や社会全体の理解が進むように意識啓発の取り組みを行うように促す。
- ・事務総長に対し、この決議を全ての加盟国及び国連機関に注意喚起するよう要請する。

平成20年 4月、国連事務総長がメッセージを発出。併せて、世界各地で当事者団体等がイベント等を開催。

## 【啓発活動】

### ○シンポジウムの開催

[平成23年度 開催(案)]

- ・日時 平成23年4月2日(土曜日) 10:00~17:00
- ・場所 灘尾ホール(千代田区)
- ・主催 厚生労働省 ・ 日本自閉症協会
- ・共催 日本発達障害ネットワーク ・ 日本自閉症スペクトラム学会 ・ 全国自閉症者施設協議会  
発達障害者支援センター全国連絡協議会 ・ 国立特別支援教育総合研究所
- ・後援(予定) 内閣府 ・ 法務省 ・ 外務省 ・ 文部科学省 ・ 国土交通省 他
- ・大会実行組織 世界自閉症啓発デー・日本実行委員会

○4月2日から8日を発達障害啓発週間として、全国各地において啓発活動に取り組む。

### ○「世界自閉症啓発デー」の周知及び発達障害への理解促進

- ・4月2日のシンポジウムについて
  - ・4月2日~8日の発達障害啓発週間にあわせて取り組まれる、全国各地の啓発活動について
- これらについて、世界自閉症啓発デー・日本実行委員会作成 WEBサイト <http://www.worldautismawarenessday.jp> に動画配信及び取組内容を掲載。

## 9 障害者虐待防止対策等について

### (1) 障害者虐待防止対策支援事業について

障害者に対する虐待防止の取組については、従来より機会あるごとに要請してきているところであるが、近年においても数々の事件が報告されており、地域における協力体制の整備や支援体制の強化等障害者虐待防止への取組強化が喫緊の課題となっている。

このため、厚生労働省としては、平成22年度から、「障害者虐待防止対策支援事業」を創設したところであるが、事業の実施状況が非常に低調であり、一部の自治体による実施に限られたところである。

このような状況を踏まえ、平成23年度においては、障害者虐待防止の取組を推進するため、

- ・障害者虐待防止に関する法整備がなされていないため、各自治体において予算措置が極めて困難な状況にあることを踏まえ、暫定的に補助率を定額化（1／2相当）するとともに
- ・実施主体を都道府県から市町村にも拡大

することとしている。

については、全都道府県において研修などの事業を積極的に実施していただくとともに、新たに実施主体となる市町村に対しての事業実施に当たっての支援をお願いする。

なお、平成23年度についても、国において障害者の虐待防止や権利擁護に関して各都道府県で指導的役割を担う者を養成する「障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修事業」を実施することとしており、具体的な日程等については、別途連絡する予定である。

### (2) 障害者（児）福祉施設における人権侵害等の防止等

#### ①障害者（児）福祉施設における人権侵害等の防止

今年度、複数の障害者（児）福祉施設において、職員による利用者への性的虐待や身体的虐待などの権利侵害行為が行われていたことが都道府県の指導監査により確認され、これらの施設に対し「障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第172号）に違反するとして都道府県知事が改善勧告を行った事例が報告されているところである。

障害者（児）の人権が擁護され適切な支援がなされるべき施設においてこのような事件が起きることは、適切な施設運営に真摯に取り組んでいる同種施設までもが社会の不信感を被ることともなり、看過し難い問題である。

このような事件を未然に防止するため、これまで「障害者（児）施設における虐待の防止について」（平成17年10月20日障発第1020001号）、「障害者（児）施設等の利用者の権利擁護について」（平成20年3月31日障発0331018号）により、従前からお願いしてきたところであるが、今年度に入り複数の障害者（児）福祉施設において権利侵害行為が発生をしたことから、「障害者（児）施設等の利用者の権利擁護について」

(平成 22 年 9 月 21 日事務連絡) を発出し、利用者の権利擁護の周知徹底並びに適切な指導及び助言をお願いしたところである。

各都道府県等におかれては、引き続き、障害者(児)に対する権利侵害行為の未然防止に努めていただくとともに、虐待に関する情報を得たときは、虐待を受けた障害者(児)の保護、施設内の調査、虐待の行われた施設に対して、改善命令、事業停止、許可取消等の厳正な対応をとられたい。

また、障害児施設における被措置児童等の権利擁護を図るため「被措置児童等虐待対応ガイドラインについて」(平成 21 年 3 月 31 日雇児福発第 0331002 号、障障発第 0331009 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長連名通知)を発出しているところであり、都道府県等におかれては、引き続き関係部局等と連携し、被措置児童等虐待の発生予防から早期発見、迅速な対応、再発防止等のための取組を総合的に進めていただくようお願いする。

## ②苦情解決の取組

障害者(児)施設の最低基準において、利用者等の権利擁護の観点から、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならないことを明記しているところである。

利用者が苦情を申し出られない事態が、結果として権利侵害に至り得ることを考えた場合、苦情解決の仕組みは、利用者の権利を擁護する上で極めて重要な位置を占めるものである。

各都道府県におかれては、各施設において苦情解決の仕組みが整えられることはもとより、障害者(児)やその家族には、支援を受けている施設への遠慮から直接苦情を言いにくいという指摘があることから、都道府県、市町村、児童相談所などの行政相談における苦情の受付、都道府県社会福祉協議会の運営適正化委員会における苦情解決制度の活用などの周知を図られたい。

## ③障害者(児)施設のサービスに関する福祉サービス第三者評価事業

障害者(児)施設を始めとする福祉施設等においては、そのサービスの質を担保し、サービスの透明性を高め、不祥事防止を図る観点から積極的に福祉サービス第三者評価事業を活用することが重要である。

各都道府県におかれては、第三者評価の推進体制の整備を進めるとともに、管内施設に対して、第三者評価の実施を促すよう指導願いたい。

# 平成23年度予算における障害者虐待防止対策等について

## ○障害者虐待防止対策支援事業費(平成23年度予算案) 403,260千円

### 1 事業目的

障害者虐待の未然防止や早期発見、迅速な対応、その後の適切な支援を行うため、地域における関係機関等の協力体制の整備や支援体制の強化を図る。

### 2 事業内容

(1)に示した体制を整備(既存の体制の充実を含む。)するとともに、(2)から(4)までの事業について、地域の実情を踏まえ、実施する。

#### (1)連携協力体制整備事業

地域における関係機関等の協力体制の整備・充実を図る。

#### (2)家庭訪問等個別支援事業

過去に虐待のあった障害者の家庭等に対する訪問、24時間・365日の相談窓口の体制整備、虐待が発生した場合の一時保護のための居室の確保等、虐待を受けた障害者等に対するカウンセリング、その他地域の実情に応じた事業を実施する。

#### (3)障害者虐待防止・権利擁護研修事業

障害福祉サービス事業所等の従事者や管理者、相談窓口職員に対する障害者虐待防止に関する研修を実施する。

#### (4)専門性強化事業

医師や弁護士等による医学的・法的な専門的助言を得る体制を確保するとともに、有識者から構成されるチームを設置し、虐待事例の分析等を行う。

3 実施主体 都道府県又は市町村(社会福祉法人又はNPO法人等に委託可)(※(3)(4)は、都道府県のみ)

4 補助率 定額(1/2相当)

## ○障害者虐待防止・権利擁護事業費(平成23年度予算案) 3,450千円

### 1 事業内容

国において、障害者の虐待防止や権利擁護に関して各都道府県で指導的役割を担う者を養成するための研修を実施。

2 実施主体 国

# 障害者虐待防止対策支援事業

障害者虐待の未然防止や早期発見、迅速な対応、その後の適切な支援を行う

## (1)連携協力体制整備事業

- 地域における関係機関等の協力体制の整備・充実を図る。

連携協力体制を整備した上で、  
(2)から(4)を地域の実情を踏まえ、実施

## (3)研修事業

- 障害福祉サービス事業所等の**従事者や管理者、相談窓口職員**に対する**障害者虐待防止に関する研修を実施**する。

## (2)家庭訪問等個別支援事業

(※①から⑤までの事業を適宜組み合わせて実施)

### ① 家庭訪問

- 過去に虐待のあった障害者の家庭やそのおそれのある障害者の家庭に対し、**相談支援専門員等を訪問させる**ことにより、家族関係の修復や家族の不安の解消に向けた支援を行う。

### ③ 一時保護のための居室の確保等

- 事前に障害者支援施設や短期入所事業所等に依頼し、**居室の確保**を行うとともに、**緊急一時保護を要する虐待が発生した場合に虐待を受けた障害者の受入れ**について支援する。

### ② 相談窓口の強化

- 障害者虐待に係る**24時間・365日の相談体制を整備**する。

### ④ カウンセリング

- 医師、臨床心理士等が、虐待を受けた障害者、障害者虐待を目撃した者、障害者虐待を行った家族等に対して、**カウンセリング**を行う。

## ⑤ その他地域の実情に応じて行う事業

## (4)専門性強化事業

- 医師や弁護士等による医学的・法的な**専門的助言を得る体制を確保**する。
- 有識者から構成されるチームを設置し、**虐待事例の分析等**を行う。

※ 障害者虐待防止・権利擁護事業(平成23年度予算案:3,450千円)

別途、国において、障害者の虐待防止や権利擁護に関して各都道府県で指導的役割を担う者を養成するための研修を実施。

## 10 新体系サービスへの移行について

### (1) 新体系サービスの理念

障害者が地域で安心して暮らすためには、施設中心のこれまでのサービスから、地域生活中心の新たなサービス体系へと変えていく必要がある。このため、障害者自立支援法に基づく新たなサービス体系（新体系サービス）は、24時間を同じ施設の中で過ごすのではなく、日中の活動の支援と居住の支援を組み合わせるよう「昼夜分離」を進め、障害者が自分の希望に応じて、複数のサービスを組み合わせる利用することを可能とし、地域生活への移行を進めることを目指している。

障害者が自ら選択する地域生活へ移行すること、移行後も安心して地域で暮らすことができるよう支援することは「障がい者制度改革推進会議」の中でも最重要な課題として提言され、閣議決定（「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））されたところである。

障害者が、一日中施設の中で生活するのではなく、昼夜の生活の場の分離等を図り、自ら選んでサービスを組み合わせる地域において生活できるようにする新体系の理念と方向性は、このような閣議決定等の方向に沿うものであり、厚生労働省としては、引き続き新体系移行を進める方針である。

### (2) 新体系サービスへの移行状況

新体系サービスへの移行率については、各都道府県別に見るとばらつきがあるが、平成22年10月1日現在、全国平均では56.5%となっており、平成21年同月に比べ11.1ポイントの増加となっている。

施設種別の移行率を見ると、平成22年10月1日現在、身体障害福祉分野については、前年同月に比べ14.2ポイント増加し64.8%となり、精神障害福祉分野については、精神障害者生活訓練施設の移行率が平均値の半分以下であるものの、全体としては前年同月に比べ9.6ポイント増加し60.4%となっている。また、知的障害福祉分野については、知的障害者通勤寮が32.5%、知的障害者入所授産施設が36.1%と平均値を20ポイント以上下回っているが、全体としては前年同月に比べ10.5ポイント増加し53.0%となったところ。

一方、昨年、各都道府県のご協力の下、旧体系の施設に対し、新体系サービスへの移行予定についてアンケート調査を行ったところであるが、これによると回答のあった旧体系施設2,262か所の約74%に当たる1,663か所が具体的な移行時期を決めているという結果だった。（平成22年4月1日時点）

（参考）移行時期を決めている旧体系施設の割合（主な施設種別）

具体的な移行時期を決めている施設の割合（該当施設数/回答総数）

・精神障害者生活訓練施設	53.9%（69施設／128施設）
・精神障害者通所授産施設	63.0%（51施設／81施設）
・知的障害者小規模通所授産施設	65.6%（21施設／32施設）

・知的障害者通勤寮	69.6% (39施設 / 56施設)
・知的障害者通所授産施設	70.9% (423施設 / 597施設)
・身体障害者通所授産施設	71.1% (81施設 / 114施設)
・身体障害者療護施設	76.4% (126施設 / 165施設)
・知的障害者入所更生施設	79.0% (470施設 / 595施設)

各都道府県におかれては、管内市区町村への移行状況等の照会、結果の取りまとめ等のご協力をいただいているところであるが、平成23年4月1日時点の移行率等、引き続き移行状況の把握を行いたいと考えているので、特段のご協力をお願いします。

### (3) 新体系サービスへの移行支援策

平成23年度末の経過措置期間を経過した旧体系事業所は、障害者自立支援法における法的な位置づけを失うこととなるため、万一新体系への移行がなされない場合には介護給付費又は訓練等給付費（報酬）の支払や運営費補助を行うことが困難となる。

このため、事業者への移行支援として、これまで、各都道府県に設置した障害者自立支援対策臨時特例交付金による基金等において、いわゆる従前額保障や新体系サービスへ移行する場合に必要な施設改修や設備整備に対する財政支援等の措置を講じてきたところである。

また、平成21年4月の報酬改定において、全体でプラス5.1%の改定を行い、新体系サービスにつき、手厚いサービスを提供した際などに、「重度障害者支援加算」、「医療連携体制加算」、「土日等日中支援加算」等のきめ細かな加算を設けるなど、報酬の充実を図ったところ。

これにより、旧体系施設と比べ新体系サービス事業所の方が、収支差率（事業支出に対する報酬等事業収入と事業支出の差額の割合）の高い位置に分布する傾向にあるとともに、従前額保障が適用される新体系サービス事業所の割合は報酬改定前後（平成21年3月→同年4月）で4.5ポイント減少している。

このような取組の中、平成22年10月に閣議決定された「円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策」においては、「誰もが地域に必要な支援を受け、自立した生活が営める環境を整備する」とこととされ、新体系移行の支援等として「障害者関連施設等が就労支援等の新体系サービスへ移行するための施設改修等を推進する」とこととされた。また、平成22年11月19日の参議院予算委員会において、厚生労働大臣から、新体系移行について、混乱のないように移行をしていく旨の答弁がなされたところである。

これらのことから、平成22年度補正予算において、新体系サービスへの移行に必要な施設改修や設備の充実を推進するため、都道府県によっては、基金の財源が不足することが見込まれることを踏まえ、区分間流用ができるよう基金執行の弾力化を図るとともに、約39億円の積み増しを行ったところである。

さらに、平成23年度予算（案）においては、社会福祉施設等施設整備費補助金として108.8億円（対前年度比+8.0億円）を計上し、障害者の地域移行支援の核と

すべく、グループホーム・ケアホーム（都道府県の障害福祉計画の目標 8. 3 万人を達成するよう措置）等地域で暮らす「住まいの場」の整備及び、生活介護、自立訓練、就労移行支援等の「日中活動の場」の整備を推進することとしている。

平成 23 年度は、旧体系施設の新体系サービスへの移行経過措置期間の最終年度であり、各都道府県におかれては、管内旧体系施設の移行予定を把握し、新体系移行支援策の全体像をまとめた「障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス等事業所への移行促進について」（平成 22 年 7 月 30 日事務連絡）等を参考にするとともに、基金による支援策を最大限活用することにより、平成 23 年度末までに全ての旧体系施設が新体系サービスに移行するよう、事業者の個々の状況に応じたきめ細かな指導・助言をお願いする。

施設入所者の地域生活への移行を進めるためには、入所施設の機能が、単に入所機能だけに止まるのではなく、相談支援事業の実施、通所・訪問サービスの提供、グループホーム・ケアホームの整備、福祉人材の育成などの機能を地域に開かれた形で併せ持つことが重要である。旧体系の入所施設が新体系サービスに移行することにより、入所施設が地域社会のニーズに対応し、地域社会に開かれた形で事業展開されていくことが望ましいので、併せて配慮をお願いする。

なお、新体系サービスに移行する以前からその施設に入所している方については、新体系サービス移行後においても引き続き入所を可能としており、新体系への移行により、利用者が施設から出て行かなければならないということはないので留意願いたい。（詳細は前出「障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス等事業所への移行促進について」（平成 22 年 7 月 30 日事務連絡）を参照されたい。）



# 障害者自立支援法に基づく新体系サービスが目指すもの

## 3障害一元化

身体、知的、精神障害者たてわりのサービス  
(精神障害者は支援費制度の対象外)

- **3障害の制度格差を解消**し、障害の種別を問わず利用可能
- **重複障害者**なども総合的かつ効率的なサービスを受けられる

## 昼夜分離

24時間同一施設で生活

日中活動と居住に係るサービスの分離により、複数のサービスと組み合わせが可能  
**「障害者の選択に基づく多様なライフスタイル」へ**

## 地域移行

施設中心の処遇により、障害者が地域で自立するためのサービスが不十分

地域生活支援や就労支援といった**地域で生活していくために必要なサービスを創設**

## サービス名称

「更生」、「授産」などの国民にわかりにくいサービス名称

「介護」、「訓練」、「就労支援」といった国民にわかりやすいサービス名称に変更

# 利用者本位のサービス体系へ再編

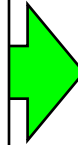
※ 旧体系から新体系への移行は平成24年3月まで。

## <再編前:旧体系>

- 重症心身障害児施設  
(年齢超過児)
- 進行性筋萎縮症療養等給付事業
- 身体障害者療護施設
- 更生施設(身体・知的)
- 授産施設(身体・知的・精神)
- 小規模通所授産施設(身体・知的・精神)
- 福祉工場(身体・知的・精神)
- 精神障害者生活訓練施設
- 精神障害者地域生活支援センター  
(デイサービス部分)
- 障害者デイサービス

### 新体系 へ移行

- ① ② ③
- 3 障害一元化
- 昼夜分離
- 地域移行等の促進



## <再編後:新体系>

### 日中活動の場

以下から一又は複数の事業を選択

#### 【介護給付】

- ① 療養介護(医療型)  
※ 医療施設で実施
- ② 生活介護(福祉型)

#### 【訓練等給付】

- ③ 自立訓練(機能・生活訓練)
- ④ 就労移行支援
- ⑤ 就労継続支援

#### 【地域生活支援事業】

- ⑥ 地域活動支援センター



### 居住支援の場

#### 居住支援サービス

- ケアホーム
- グループホーム
- 福祉ホーム

又は

施設への入所

# 第174回通常国会・衆・予算委員会〔平成22年2月15日(月)〕

## (公)高木美智代議員質疑【新体系移行関係部分を抜粋】

(高木美智代議員)

大臣、これは緊急的な課題でございますが、その中で新体系の移行の問題があります。今、これもやっと50%が移行したと聞いています。法律では、24年の3月までに移行するということが定められております。しかし、先程申し上げた遅くとも3年半ということですが、そうなりますとこれは、25年の8月、その間、事業者の方達は自立支援法改正の在り方など、先が見えてこない、戸惑っていると、どうしたらいいのかと、これはまさに悲鳴です。今後、どういう風にしていくのか、移行するのか、しないのか、はっきり方針を示していただきたい。これは多くの事業者のお声でございます。明快な答弁を求めます。

(長妻厚生労働大臣)

今、おっしゃられた点はですね、障害者の皆様方への施策というのは、かつて昔は措置ということでございまして、その後契約支援費ということになりましたけれども、ただその時代の障害者施設が細かく分かれているという、この考え方を統合しようということで3障害一元化とか、昼夜分離とか、いろんな考え方がその後生まれ、それに徐々に移行しているところで、今おっしゃられるように、まだ移行率は半分ということでございます。これについて、我々はもちろん推進をする立場でございます。

ただですね、これも拙速というか、きちっと議論をしなければならないのは、この障害者自立支援法の、私共、野党時代も申し上げたんですが、その当事者、障害者のまさにその当事者の方の議論がなかなか反映されなかったんじゃないかという深い反省に立っておりまして、今後、推進会議、あるいは部会等でも十分に障害者の皆様方の当事者のお考えを十二分に聞いた上で、法律等の中でも、この推進を反映できるように取り組んでまいりたいと考えています。

(高木美智代議員)

事業者は新体系の移行をどうするのか。まさにこれは生活がかかっている問題であり、また障害者の方達にとってみたら自分達の働いている所が存続できるのかどうか、その今瀬戸際なわけです。それが、この年限があるわけですので、確かに今ちょっと大臣がおっしゃった3障害一元化とか、違うことをお考えなのかと、一瞬思ってしまったんですが、いずれにしても移行することが法律上決められている。24年の3月まで移行しなければ、今度は政府からの様々な支援を受けられないという状況があります。これに対して、どのように対応されますか。このまま放置しておいていいということですか。事業者の方達に当事者の意見を聞くから、このまま待ってくれという、今の大臣の答弁でよろしいのでしょうか。

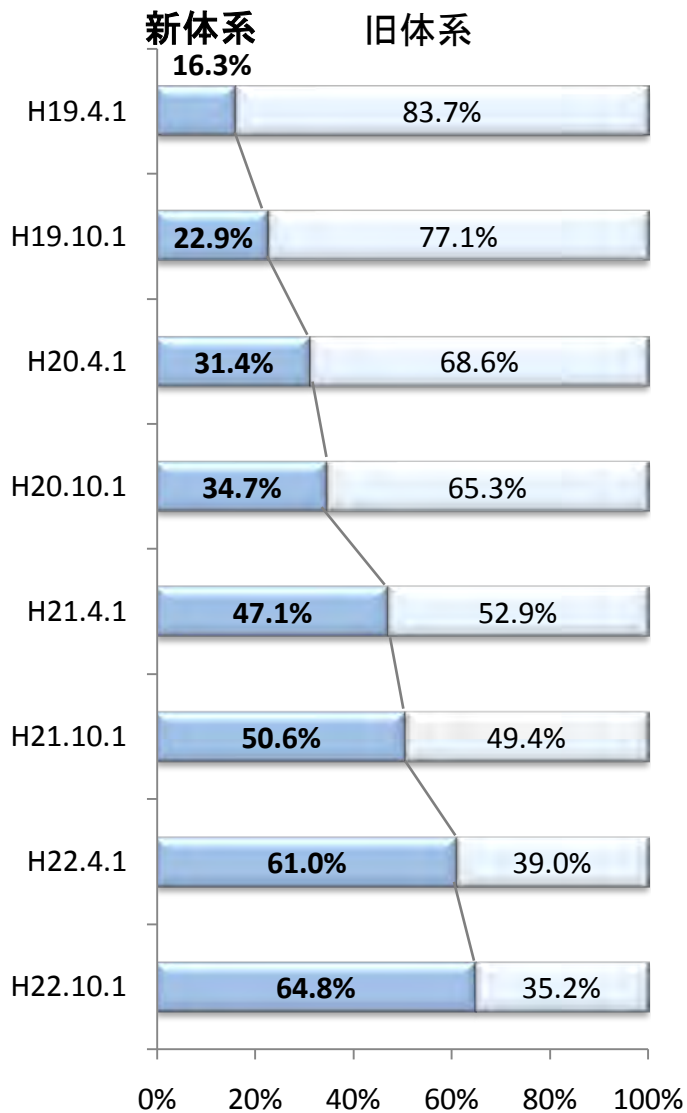
(長妻厚生労働大臣)

先程も申し上げましたように、今の点については移行を我々も後押しして進めていくということでありまして。そしてもう一つの議論としては、全体ですね、そういう施設の在り方、全体についても、新しい法律体系の中で、見直すべきところは見直し、障害者の皆様のご意見を十分に反映して、それも法案の中で位置付けられるものは位置付けていきたい、こういうことでもあります。

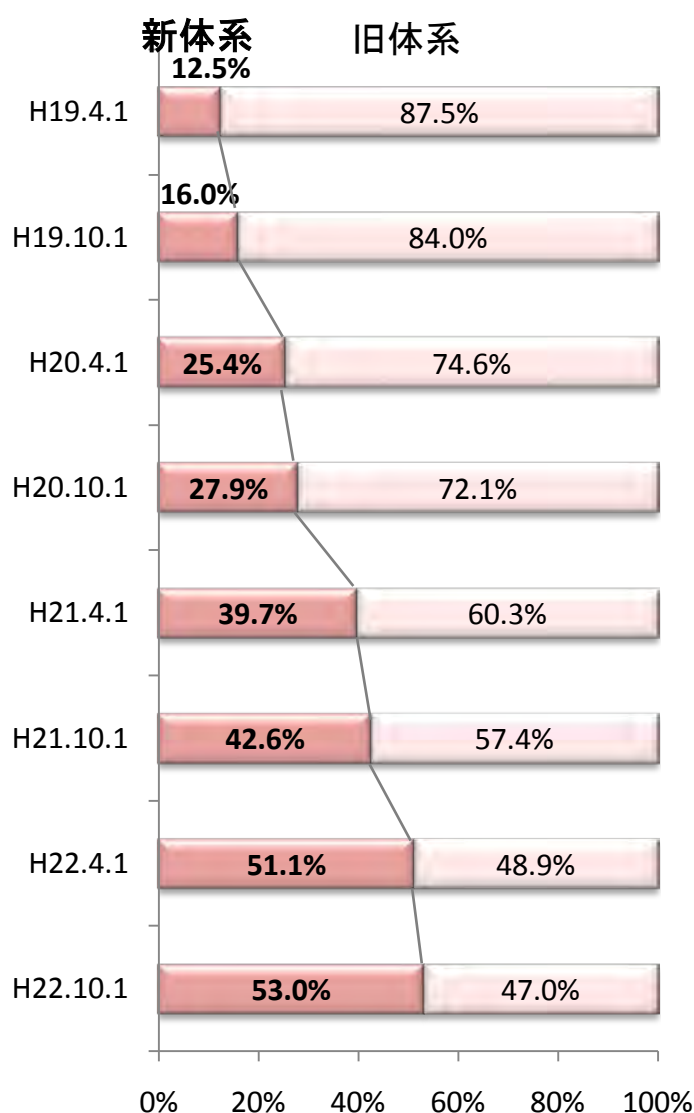
# 新体系サービスへの移行について

新体系サービスへの移行率は、平成22年10月1日時点で**56.5%**。

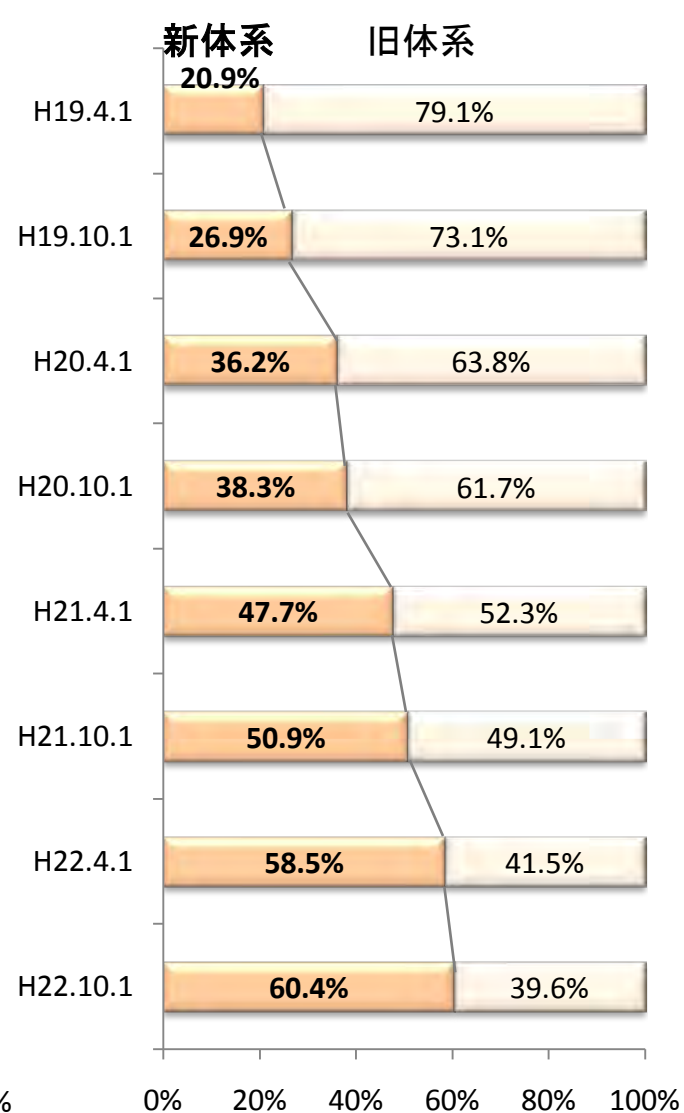
## 身体障害者更生援護施設



## 知的障害者援護施設



## 精神障害者社会復帰施設



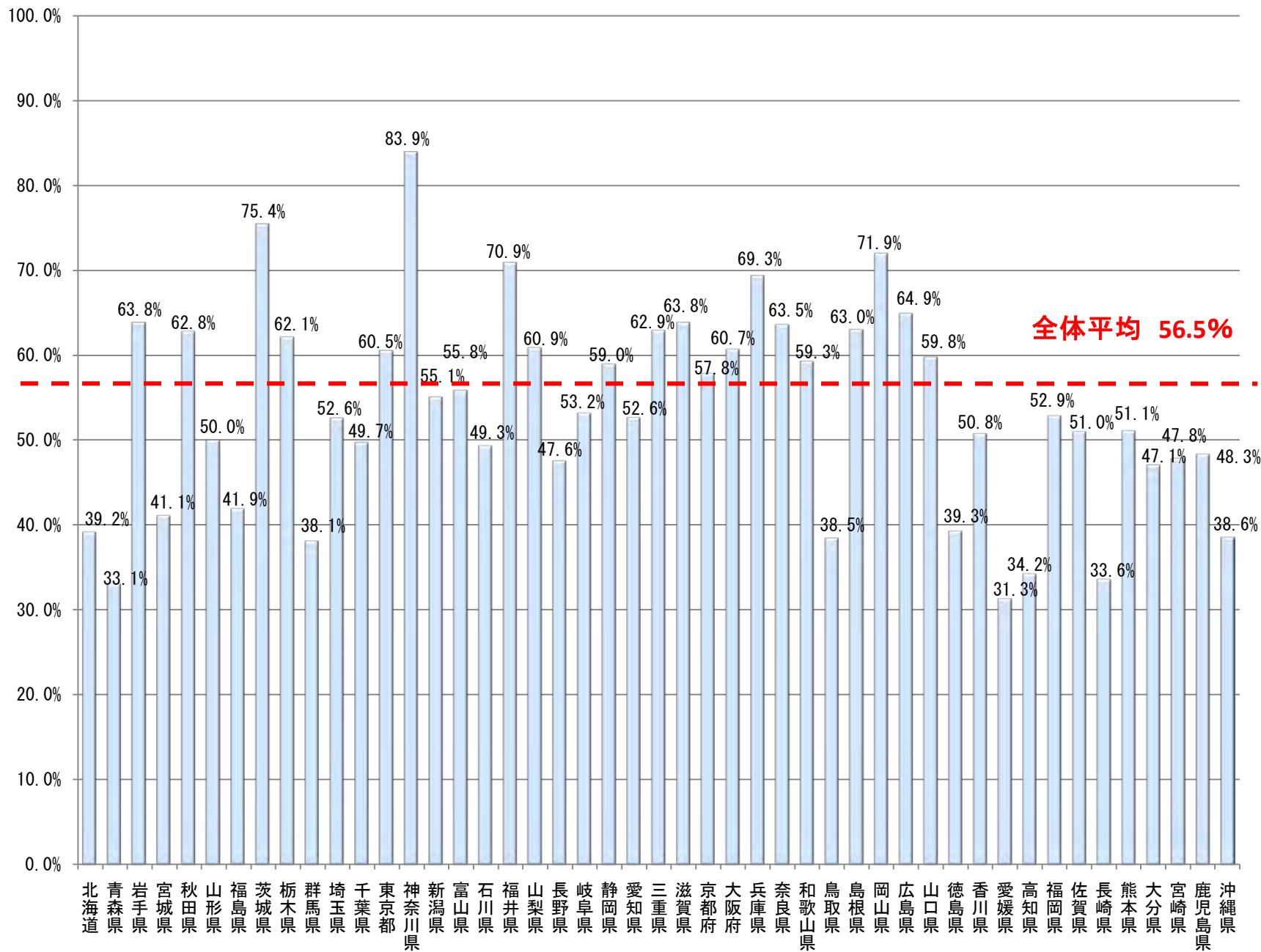
# ○新体系サービスへの移行状況（施設種別の内訳）

	平成18年	平成19年				平成20年				平成21年				平成22年				差し引き 指定数 (旧体系)
	9月30日 指定数	4月1日		10月1日		4月1日		10月1日		4月1日		10月1日		4月1日		10月1日		
		新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	新体系 移行数	(移行率)	
<b>(1) 身体障害者更生援護施設</b>																		
身体障害者療護施設	503	43	8.55%	68	13.52%	101	20.08%	116	23.06%	179	35.59%	205	40.76%	272	54.08%	302	60.04%	201
身体障害者更生施設	106	15	14.15%	19	17.92%	29	27.36%	33	31.13%	49	46.23%	50	47.17%	64	60.38%	67	63.21%	39
身体障害者入所授産施設	202	20	9.90%	26	12.87%	44	21.78%	53	26.24%	73	36.14%	83	41.09%	104	51.49%	109	53.96%	93
身体障害者通所授産施設	343	70	20.41%	102	29.74%	133	38.78%	143	41.69%	178	51.90%	181	52.77%	208	60.64%	218	63.56%	125
身体障害者小規模通所授産施設	239	72	30.13%	99	41.42%	124	51.88%	135	56.49%	175	73.22%	182	76.15%	200	83.68%	206	86.19%	33
身体障害者福祉工場	34	12	35.29%	13	38.24%	17	50.00%	15	44.12%	18	52.94%	21	61.76%	23	67.65%	23	67.65%	11
合計	1,427	232	16.26%	327	22.92%	448	31.39%	495	34.69%	672	47.09%	722	50.60%	871	61.04%	925	64.82%	502
<b>(2) 知的障害者援護施設</b>																		
知的障害者入所更生施設	1,453	74	5.09%	107	7.36%	224	15.42%	264	18.17%	438	30.14%	496	34.14%	646	44.46%	687	47.28%	766
知的障害者入所授産施設	227	12	5.29%	18	7.93%	33	14.54%	38	16.74%	57	25.11%	68	29.96%	80	35.24%	82	36.12%	145
知的障害者通勤寮	126	6	4.76%	9	7.14%	13	10.32%	15	11.90%	23	18.25%	28	22.22%	39	30.95%	41	32.54%	85
知的障害者通所更生施設	604	93	15.40%	119	19.70%	188	31.13%	189	31.29%	270	44.70%	283	46.85%	331	54.80%	340	56.29%	264
知的障害者通所授産施設	1,634	182	11.14%	235	14.38%	398	24.36%	440	26.93%	651	39.84%	683	41.80%	813	49.76%	842	51.53%	792
知的障害者小規模通所授産施設	434	166	38.25%	199	45.85%	254	58.53%	272	62.67%	314	72.35%	325	74.88%	361	83.18%	364	83.87%	70
知的障害者福祉工場	70	35	50.00%	40	57.14%	46	65.71%	49	70.00%	52	74.29%	53	75.71%	54	77.14%	56	80.00%	14
合計	4,548	568	12.49%	727	15.99%	1,156	25.42%	1,267	27.86%	1,805	39.69%	1,936	42.57%	2,324	51.10%	2,412	53.03%	2,136
<b>(3) 精神障害者社会復帰施設</b>																		
精神障害者生活訓練施設	293	19	6.48%	29	9.90%	40	13.65%	42	14.33%	62	21.16%	66	22.53%	78	26.62%	82	27.99%	211
精神障害者入所授産施設	29	5	17.24%	6	20.69%	8	27.59%	9	31.03%	12	41.38%	13	44.83%	14	48.28%	14	48.28%	15
精神障害者通所授産施設	305	71	23.28%	87	28.52%	119	39.02%	123	40.33%	151	49.51%	157	51.48%	181	59.34%	184	60.33%	121
精神障害者小規模通所授産施設	347	107	30.84%	138	39.77%	184	53.03%	195	56.20%	236	68.01%	255	73.49%	293	84.44%	303	87.32%	44
精神障害者福祉工場	19	6	31.58%	7	36.84%	8	42.11%	11	57.89%	13	68.42%	14	73.68%	15	78.95%	17	89.47%	2
合計	993	208	20.95%	267	26.89%	359	36.15%	380	38.27%	474	47.73%	505	50.86%	581	58.51%	600	60.42%	393
<b>(4) 合計</b>																		
合計	6,968	1,008	14.47%	1,321	18.96%	1,963	28.17%	2,142	30.74%	2,951	42.35%	3,163	45.39%	3,776	54.19%	3,937	56.50%	3,031

※平成18年9月末日に事業をおこなっていた旧法施設等のうち、新体系に移行した施設数及びその割合（厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課調べ）

# 新体系サービスへの移行率(都道府県別) H22.10.1時点

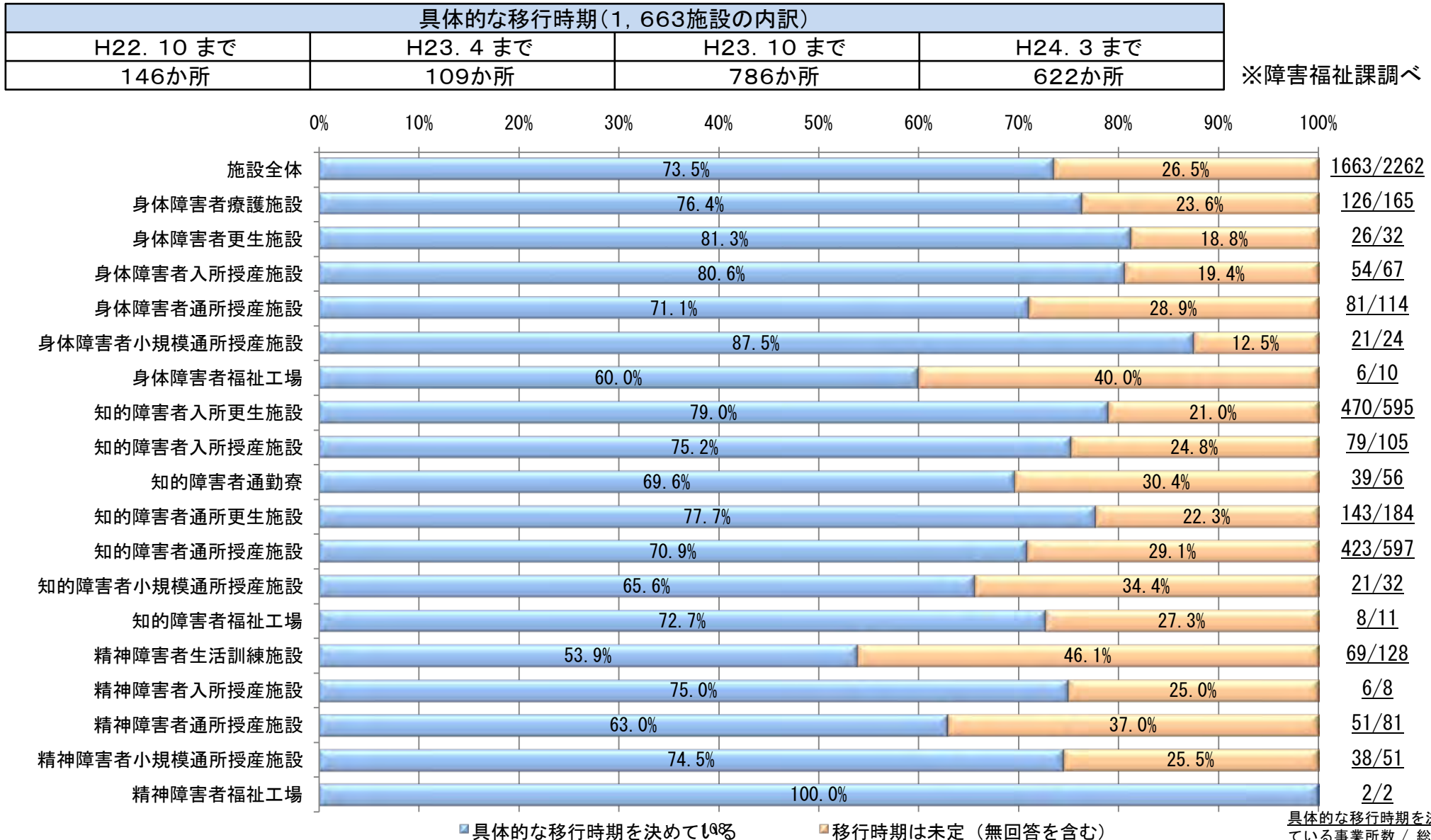
都道府県名	平均
北海道	39.2%
青森県	33.1%
岩手県	63.8%
宮城県	41.1%
秋田県	62.8%
山形県	50.0%
福島県	41.9%
茨城県	75.4%
栃木県	62.1%
群馬県	38.1%
埼玉県	52.6%
千葉県	49.7%
東京都	60.5%
神奈川県	83.9%
新潟県	55.1%
富山県	55.8%
石川県	49.3%
福井県	70.9%
山梨県	60.9%
長野県	47.6%
岐阜県	53.2%
静岡県	59.0%
愛知県	52.6%
三重県	62.9%
滋賀県	63.8%
京都府	57.8%
大阪府	60.7%
兵庫県	69.3%
奈良県	63.5%
和歌山県	59.3%
鳥取県	38.5%
島根県	63.0%
岡山県	71.9%
広島県	64.9%
山口県	59.8%
徳島県	39.3%
香川県	50.8%
愛媛県	31.3%
高知県	34.2%
福岡県	52.9%
佐賀県	51.0%
長崎県	33.6%
熊本県	51.1%
大分県	47.1%
宮崎県	47.8%
鹿児島県	48.3%
沖縄県	38.6%
全体平均	56.5%





# 新体系へ移行していない事業所の今後の移行予定(アンケート調査結果) H22.4.1時点

新体系サービスへの今後の移行予定については、回答のあった2,262か所の事業所のうち、73.5%に当たる1,663施設が**具体的な時期を決めている**。



# 新体系へ移行していない事業所の今後の移行予定等についてのアンケート結果

## 1. アンケート実施概要

- 送付事業数 3,298か所(全ての旧体系サービスの事業所)
- 回答事業所数 2,262か所
- 回答率 68.6%
- 調査方法 都道府県を通じ全ての旧体系サービスの事業所にアンケート用紙を送付し、平成22年4月30日までに回答があったものについて集計を行った。

## 2. 今後の移行時期を決めている事業所の割合

	総数	具体的な移行時期を決めている	移行時期は未定	無回答
か所数	2,262か所	1,663か所	595か所	4か所
割合	100%	73.5%	26.3%	0.2%

## 3. 具体的な移行時期

移行予定時期	H22. 10まで	H23.4まで	H23.10まで	H24.3まで	(合計)
か所数	146か所	109か所	786か所	620か所	1,663か所
割合	8.8%	6.6%	47.3%	37.3%	100%

※合計には、無効回答の2か所を含む

## 4. 未だ新体系へ移行していない理由

	総数	利用者の希望・意向による	検討材料が不足している	具体的なイメージがわからない	他施設の移行の様子を見たい	旧体系でぎりぎりまで様子を見たい	報酬の増減が読めない	都道府県・市町村との協議による	その他	無回答
か所数	2,262か所	71か所	228か所	88か所	167か所	780か所	499か所	142か所	494か所	85か所
割合	100%	3.1%	10.1%	3.9%	7.4%	34.5%	22.1%	6.3%	21.8%	3.8%



# 新体系サービスへの移行支援策

## 1. 新体系サービスの報酬

- 新体系サービスでは、各種加算や手厚いサービスの提供に応じた報酬額の設定がされていることから、これらを活用した収入の増が図られる。
  - ・ 重度障害者支援(体制)加算（重度障害者に対し、手厚いサービスを提供した場合）  
10～735単位/日 施設入所支援、短期入所、就労継続支援
  - ・ 医療連携体制加算（医療機関との契約により訪問看護が提供された場合）  
利用者1人につき 500単位/日 児童デイ、ケアホーム、生活訓練、就労継続支援 等
  - ・ 土日等日中支援加算（土日等にサービスを提供した場合） 90単位/日 施設入所支援
  - ・ 就労継続支援B型について、手厚い支援体制（職員配置）を本体報酬により評価  
定員20～40人の場合 （7.5：1） 527単位/日 （参考）（10：1） 481単位/日

## 2. 移行後の収入の保障

### ○ 従前額保障

新体系サービスに移行した後、想定より利用者数等が確保できなかったことにより、収入が減少した場合に、移行前の報酬水準との差額を助成

基金事業：「移行時運営安定化事業」 21年度補正予算において、基盤整備分を含み355億円積増し

## 3. その他

### ○ 新体系サービスで必要となる改修・増築工事費や生産設備費等を助成

助成額：2,000万円以内（1施設当たり）

### ○ 新体系サービスへの移行に伴うコストの増加等を踏まえて、移行した月に限り、利用者数に応じた額を助成

基金事業：「新事業移行促進事業」施設入所支援の場合<sub>110</sub> 5,700円（利用者1人当たり）※22年度の単価

# 新体系事業所の経営状況の改善について

旧体系より新体系の事業者等の方が、収支差率の高い施設が多い（平成20年経営実態調査）

## ○ 収支差率の分布割合

収支差率	-60%	-40%	-20%	0%	+20%	+40%	+60%
新体系	0.8%	1.6%	3.1%	33.0%	13.1%	3.1%	1.0%
旧体系	0.4%	0.6%	1.9%	51.3%	10.4%	1.2%	0.3%

従前額保障（※）が適用される新体系の事業所等の割合が、報酬改定後には減少しており、報酬改定により経営状況が改善されたことが伺える。

※ 新体系事業所等の報酬が、移行前の報酬水準を下回った場合、その差額を助成する制度（基金事業）

## ○ 従前額保障の対象事業所の割合（新体系）

平成21年3月

9.1%

→

平成21年4月

4.6%

(△4.5%)

# 「円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策」について（抜粋）

〔平成22年10月8日  
閣議決定〕

## 円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策 ～新成長戦略実現に向けたステップ2～

菅内閣は、急速な円高の進行等の厳しい経済情勢にスピード感を持って対応し、デフレ脱却と景気の自律的回復に向けた道筋を確かなものとしていくために、平成23年度までの政策展開を定めた「新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策」を9月10日に決定した。

その「ステップ1」として、急速な円高、デフレ状況に対して、即効性のある雇用対策や特に需要・雇用創出効果の高い施策に重点を置き、平成22年度経済危機対応・地域活性化予備費（9,179億円）を活用した緊急的な対応策を実行に移したところである。同対策では、これに続く形で、「ステップ2」として、景気・雇用動向を踏まえ、必要に応じ、補正予算の編成等、機動的・弾力的な対応を行い、さらに「ステップ3」として予算や税制等、平成23年度における新成長戦略の本格実施を図ることにより、デフレ脱却と雇用を起点とした経済成長の実現を目指すこととしている。

本経済対策は、この「3段階」のステップ2を実施するものである。

### （4）福祉等

誰もが地域で必要な支援を受け、自立した生活が営める環境を整備する。

#### <具体的な措置>

##### ○障害福祉サービスの新体系移行の支援等

障害者関連施設等が就労支援等の新体系サービスへ移行するための施設改修等を推進する。

# 障害者自立支援対策臨時特例交付金による基金事業の拡充について

## 基金事業の経過

- 障害者自立支援法の円滑な実施を図るため、新法体系での事業への円滑な移行を促進すること等を目的として、平成18年度補正予算により各都道府県に基金を創設したところ。(補正予算額960億円:平成20年度まで)
- 平成20年度補正予算においては、事業所支援及び新法移行支援等の観点から、基金の延長及び積増しの措置を講じたところ。(補正予算額855億円:平成23年度まで延長)
- 平成21年度補正予算においては、更なる基金の積増しを行い、福祉・介護人材の処遇改善等を図り、障害者の自立支援を推進することとしたところ。(補正予算額:1,523億円)



## H22補正予算における対応

障害者の地域生活を支援するため、施設サービスの昼夜分離や就労支援等の新体系サービスへの移行に必要な施設改修や設備の充実を推進するとともに、発達障害者に対する情報支援の普及や障害者自立支援機器の開発・普及を図るため、障害者自立支援対策臨時特例基金の積み増しを行う。

※基金の区分間流用ができるよう執行の弾力化を行う。

### 基金の積み増し 39億円

- 1 新体系サービスへの移行の際に必要な備品購入等の設備整備
- 2 新体系サービスへの移行のための整備
- 3 発達障害者に対する情報支援体制の整備
- 4 障害者自立支援機器普及促進事業

## 11 第3期障害福祉計画について

各都道府県及び市町村におかれては、第1期障害福祉計画（平成18年度～平成20年度）、第2期障害福祉計画（平成21年度～平成23年度）を作成いただき、現在、第2期障害福祉計画の実践に鋭意取り組んでいただいているところであるが、第3期障害福祉計画については、基本指針（平成18年6月26日厚生労働省告示第395号）のとおり、「平成23年度中に平成24年度から平成26年度までを期間として作成する」こととしているため、次の点に留意の上、作成作業に着手されたい。

### 【作成にあたり留意する点】

① 「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（平成22年法律第71号）が平成22年12月10日に公布されたことに伴い、同法で改正された内容（地域移行支援・地域定着支援の個別給付化、同行援護の創設、障害児施設の見直し等）を第3期障害福祉計画に反映する必要があること。

② 現在、新たな制度である障害者総合福祉法（仮称）について、平成25年8月までの実施を目指して検討しているところであることから、計画期間中に計画を見直すこととなる可能性があること。

### 【国の対応方針】

厚生労働省においては、上記の留意点を踏まえ、第3期障害福祉計画の作成に当たっての基本的な考え方を検討しているところであるが、今後、課長会議等において示していく予定であるので、都道府県・市町村におかれては、第2期障害福祉計画の実績値の把握や地域の課題の整理などに着手されたい。

なお、WAMネット (<http://www.wam.go.jp/ca70/ca70b10.html>) に、第2期障害福祉計画作成時に開催した「全国障害福祉計画担当者会議資料（平成20年7月29日）」等の会議資料が掲載されているので、第3期障害福祉計画作成の参考とされたい。

## 12 全国障害児・者等実態調査（仮称）について

平成23年度においては、制度の谷間のない「障害者総合福祉法（仮称）」の実施等の検討の基礎資料を得るため、障害児・者（これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む。）の生活実態やニーズを把握することを目的とする全国障害児・者等実態調査（仮称）を実施することとしている。

全国障害児・者等実態調査（仮称）の調査の名称、調査の内容、調査の方法等については、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会（以下「総合福祉部会」という。）の意見を聴きながら、「全国障害児・者実態調査（仮称）に関するワーキンググループ（以下「ワーキンググループ」という。）」において検討しているところである。

また、来年度実施する調査において信頼度の高い調査結果を得るため、調査方法及び調査項目等の有効性を検証することを目的として、厚生労働科学研究「障害者の生活実態及びニーズ等を把握するための調査手法の開発に関する研究」研究班（研究代表者：平野方紹日本社会事業大学准教授）（以下「研究班」という。）において試行調査を実施しているところである。

平成22年7月27日の総合福祉部会において、ワーキンググループでの検討を踏まえた調査の基本骨格（案）についてご議論いただいたところ。また、10月26日の総合福祉部会において、ワーキンググループにおける議論及び障害者団体等からのご意見を踏まえ作成された試行調査の調査票（案）についてご議論いただいた。現在、それらを踏まえて、研究班において試行調査が実施されているところである（調査の基本骨格（案）については、別添参照）。

今後、研究班においてとりまとめる予定の試行調査の結果を踏まえ、調査の名称、調査の内容、調査の方法等については、さらに検討を行うこととしている。

なお、調査の詳細については、来年度の調査実施前に説明会を開催することとしている。

（参考）

- ・総合福祉部会の資料等のHPアドレス  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/index.html>
- ・ワーキンググループの資料等のHPアドレス  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html#shingi36>

## 全国障害児・者等実態調査（仮称）の基本骨格（案）について

### 1. 調査の目的

障害者自立支援法廃止後の制度の谷間を生まない「障害者総合福祉法」（仮称）の実施等の検討の基礎資料とするため、在宅の障害児・者（これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む。）の生活実態とニーズを把握する。

- ※1 施設入所者、入院患者等の在宅の障害児・者以外の者については、在宅者と同じの調査で行うことは難しいため、今回の実態調査の対象とはしない。
- ※2 今回の実態調査の名称については、今後検討。
- ※3 今回の実態調査については、障害福祉行政の企画・推進の基礎資料であり、今後も定期的実施することを想定。

### 2. 調査の方法

#### A 案

- ・抽出した調査対象地区の全世帯に調査票を郵送し、調査票記入後、郵送により返送する方法とする。

#### B 案

- ・調査員が調査地区内の世帯を訪問し、調査の趣旨等を説明の上、調査対象の有無を確認する。
- ・調査対象者がいる場合は、調査票を手渡し、記入及び郵送による返送を依頼する自計郵送方式。

- ・調査票は原則、調査対象者本人が記入する。

- ※4 記入の支援方法等について、今後検討。

### 3. 調査の内容

#### (1) 調査の内容を検討するに当たっての考え方

今回の実態調査については、新しい総合的な福祉制度の対象者が明らかでないことから、その調査対象となる範囲を幅広く設定することが適当である。また、このような調査の基本的な性格の下で、障害の状況に対応したサービス提供のあり方の検討に資する調査とするためには、障害の状態その他の調査対象者の基本

的な属性と必要とされる支援内容との関連について分析が可能となるような調査項目の設定が必要である。

(2) 具体的な調査項目とその必要性

①回答者の基本的属性に関する調査項目

調査項目	具体的な調査内容	必要性
障害の状況	・ 障害の状態及びそれに伴う日常生活又は社会生活上の支障について一定程度分類した選択肢を示して選択（障害の重複状態についても調査）	・ 障害の状態及びそれに伴う日常生活又は社会生活上の支障の程度について分析するために必要
障害の原因等	・ 障害の原因について選択肢を示して名称を選択 （名称の例：脊椎損傷、統合失調症等） ・ 発作など症状が断続的に生じるものについてはその頻度 ・ 障害の原因が生じた年齢又は診断を受けた年齢	・ 障害の状況を分類するために必要
日常生活又は社会生活上の支障の継続期間	・ 障害に伴う日常生活又は社会生活上の支障を生じることとなってからの期間を選択（区分の例：6ヶ月以上1年未満、1年以上2年未満、2年以上5年未満、5年以上）	・ 障害の継続期間により、福祉サービスの利用状況や利用希望等に差があるのか検証するために必要
日常生活又は社会生活上の支障の発生頻度	・ 日常生活又は社会生活上の支障が発生する頻度を選択 （毎日、週〇回、等）	・ 日常生活又は社会生活の制限の程度の目安として確認が必要
年齢及び性別	・ 年齢（〇歳）及び男女の別	・ 調査対象者の年齢構成等について把握することが必要
居住形態及び同居者の状況	・ 居住形態（自宅、GH・CH等の別）、同居者の本人との関係	・ 居住形態、同居者の状況と福祉サービスの利用状況との関係等の検証を行うために必要
障害者手帳等の種類	・ 身体障害者手帳（障害の種類、等級別）、療育手帳（程度別）、精神障害者保健福祉手帳（程度別）、特定疾患医療受給者症、小児慢性特定疾患医療受診券の有無 ・ 障害程度区分又は要介護認定の状況	・ 障害のある者がどの程度、現行制度による支援の対象となっているか等について検証するために必要。



収入の状況	・ 1ヶ月当たりの収入内訳を記載（就労収入〇円、公的年金〇円、手当〇円等）	・収入の現状を把握するために必要
課税状況等	・ 所得税・住民税の課税状況、生活保護受給の有無等	・収入状況を補完する情報として必要
支出の状況	・ 1ヶ月当たりの支出内訳を記載（医療費〇円、福祉サービス利用者負担〇円（うち食費等実費負担〇円、サービス利用料〇円）、家賃〇円等）	・収入に対する支出状況を把握するために必要
日中の活動状況等	・ 日中の主な活動内容について例を示して選択（就労、就学、居宅等） ・ 外出の状況	・日中の活動状況等の把握のために必要

## ②現在利用しているサービスと今後利用を希望するサービス等

障害福祉サービス等の利用状況	・ 居宅介護、生活介護その他の障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の有無及び利用量等	・どのようなサービスを利用しているのか現状を把握するために必要
障害福祉サービス等の希望	・利用を希望するサービスの内容及び量（居宅内の介護等の支援、外出時の支援、日中の介護、就労の支援、生活の場等）	・どのようなサービスにどの程度の利用希望があるのか把握するために必要
その他	・ 今後暮らしたい場所、困っていること、相談相手等	・今後どこで暮らしたいか等を把握するために必要

※5 調査項目については、過不足等について今後更に検討。

## (3) 調査対象者の範囲について

障害者権利条約第1条を踏まえ、今回の調査の対象者については、以下のとおりとする。

### 【参考1】障害者権利条約第1条（政府仮訳抜粋）

「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な障害を有するものであって、様々な障壁との相互作用により他のものと平等に社会に完全かつ効果的に参加することを妨げられることのあることのあるものを含む。」

障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）の交付を受けている者又は交付を受けていないものの、以下のような長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害に伴い、日常生活又は社会生活が制限される状

態が継続する者若しくは継続することが見込まれる者

<例>

- ①眼鏡等の機器を使用しても、見ることに困難（difficulty）を伴う
- ②聞くことに困難を伴う
- ③歩行や階段の上り下りに困難を伴う
- ④思い出すことや集中することに困難を伴う
- ⑤入浴、衣服の着脱のような自身で行う身の回りのことに困難を伴う
- ⑥話し言葉を使用して、意思の疎通（例えば、理解したり、理解してもらうこと）を行うことに困難を伴う
- ⑦ものの持ち上げや小さなものをつまんだり、容器の開閉をすることに困難を伴う
- ⑧日常的な脱力感、疲れやすさ、しびれ、や痛みがある
- ⑨金銭管理や日常の意思決定に困難を伴う
- ⑩幻覚・妄想、そう・うつ、けいれん、薬物などの中毒その他の精神の障害がある
- ⑪対人関係やコミュニケーションの困難さ、パターン化した興味や活動、読み書き能力や計算力などに特化された困難さ、不注意、多動・衝動的な行動のいずれかがある
- ⑫外出、登校、行事など人のいるところへ出かけることに困難がある
- ⑬児童の場合は、発達状況などからみて特別の支援や配慮をしている

【参考2】

上記の例示は、ワシントングループが障害統計に関し国勢調査用等に作成した質問内容（six question set）等を参考に例示した。なお、ワシントングループは、「国連障害測定に関する国際セミナー（2001年6月）」において障害データが国際比較できるような統計的・手法的作業が国際レベルで必要とされたことから、非公式・一時的に組織された市民の集まり（CITYGROUP）であり、会合はこれまでに9回行われその概要が国連統計委員会に報告されている。

4. スケジュール等  
別紙

時 期	全 体（総合福祉部会の動き）	ワーキンググループ	研究班
22年5月		調査対象、調査方法、調査項目等についての基本的な考え方について検討 （この間、数回にわたり議論）	ワーキンググループの検討結果をもとに、具体的な調査設計の骨格（案）を作成
		22年夏	調査設計の骨格（案）を総合福祉部会に提示し、意見聴取
22年冬	調査票案を総合福祉部会に提示し、意見聴取	調査設計の骨格（案）をとりまとめ 総合福祉部会の意見を踏まえて、調査設計の骨格（案）を修正 調査票の案について当事者団体の意見聴取（書面及び必要に応じヒアリング） 意見聴取の結果を踏まえて、試行調査の調査票案をとりまとめ	試行調査の実施 ↓ 試行調査の結果の集約 試行調査の結果を踏まえた調査対象、調査方法、調査票の案の作成
		試行調査の集計結果の報告 調査対象、調査方法、調査票の案を総合福祉部会に提示し、意見聴取	総合福祉部会の意見を踏まえて、試行調査の調査票案を確定 試行調査の集計結果の報告 調査対象、調査方法、調査票の案をとりまとめ 総合福祉部会の意見を踏まえて、調査票等の内容を確定

## 13 障害保健福祉分野における地域主権改革の推進について

- 地域主権戦略大綱（平成22年6月22日閣議決定）には、障害保健福祉分野に関して、以下の内容について記載されている。
- このうち法律改正が必要なものについては、平成23年通常国会に改正法案が提出される予定であり、これが成立した場合、その内容、施行日、経過措置等の詳細について、随時情報提供を行っていく予定であるので、その動向について御留意願いたい。  
※ 法案の施行期日については、基本的に平成24年4月1日（それ以前の施行分もあり）で検討されている。（第10回地域主権戦略会議（平成22年12月27日）資料より）

### 1 義務付け・枠付けの見直し

#### (1) 施設・公物設置管理の基準の見直し

- ① 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定に関する基準及び児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定に関する基準のうち、申請者の法人格の有無に係る基準を、条例（制定主体は都道府県、指定都市及び中核市（指定知的障害児施設等の指定に関する基準については児童相談所設置市））に委任する。条例制定の基準については、「従うべき基準」とする。
- ② 都道府県知事が処理している指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の指定について、指定都市及び中核市へ移譲することとしない、指定障害福祉サービスに従事する従業者に関する基準、当該サービスの事業の設備及び運営に関する基準、指定障害者支援施設が有する従業者に関する基準並びに当該施設の設備及び運営に関する基準を、条例（制定主体は指定都市及び中核市）に委任する。条例制定の基準については、「地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」により改正することとなる改正後の障害者自立支援法に基づき都道府県が制定する条例に対する基準と同様とする。

#### (2) 計画等の策定及びその手続の見直し

- ① 市町村障害福祉計画の内容のうち、各年度における指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの必要な見込量の確保のための方策、地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項及びその他障害福祉サービス、相談支援及び市町村の地域生活支援事業の提供体制の確保に関し必要な事項に係る規定は、廃止、例示化又は目的程度の内容へ大枠化する。
- ② 市町村障害福祉計画を策定又は変更する場合における住民の意見を反映させるために必要な措置を講ずる義務に係る規定は、廃止又は努力・配慮義務化する。
- ③ 市町村障害福祉計画を策定又は変更する場合における都道府県の意見の聴取に係る規定に関し、当該計画の内容のうち、各年度における指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの必要な見込量の確保のための方策、地域生活支援事業の

種類ごとの実施に関する事項並びにその他障害福祉サービス、相談支援及び市町村の地域生活支援事業の提供体制の確保に関し必要な事項に係る都道府県の意見の聴取は、廃止する。

- ④ 都道府県障害福祉計画の内容のうち、都道府県が定める区域ごとの指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの必要な見込量の確保のための方策及び指定障害福祉サービス又は指定相談支援に従事する者の確保又は資質の向上のために講ずる措置に関する事項、指定障害者支援施設の施設障害福祉サービスの質の向上のために講ずる措置に関する事項、地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項並びにその他障害福祉サービス、相談支援及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の確保に関し必要な事項に係る規定は、廃止、例示化又は目的程度の内容へ大枠化する。

## 2 基礎自治体への権限移譲

### (1) 身体・知的障害者相談員への委託による相談対応、援助

都道府県知事並びに指定都市及び中核市の長が処理している身体障害者相談員への委託による身体に障害のある者の相談への対応及び身体に障害のある者の更生のための援助並びに知的障害者相談員への委託による知的障害者等の相談への対応及び知的障害者の更生のための援助については、すべての市町村へ移譲する。なお、これらの事務（指定都市及び中核市の長が処理するものを除く。）に関して、広域的に行う必要があるものについては、都道府県知事が自らその事務を行うことを妨げないこととする。

### (2) 育成医療の支給認定等

都道府県並びに指定都市及び中核市が処理している育成医療に係る自立支援医療費の支給の認定及び自立支援医療費の支給については、すべての市町村へ移譲する。

### (3) 指定障害福祉サービス事業者等の指定、報告命令、立入検査等

① 都道府県知事が処理している指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の指定並びに指定相談支援事業者の指定については、指定都市及び中核市へ移譲する。なお、これらの指定に際して都道府県知事の同意を要することとする（指定障害福祉サービス事業者の指定については、特定障害福祉サービスに係るものに限る。）。

② 都道府県知事が処理している指定障害福祉サービス事業者等、指定障害者支援施設の設置者等及び指定相談支援事業者等に対する報告の命令及び立入検査等、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者及び指定相談支援事業者に対する勧告並びに指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定の取消し等については、指定都市及び中核市へ移譲する。