

聴覚障害の認定方法に関する検討会(第3回)	
平成26年10月30日	資料1

聴覚障害の認定方法の見直しに係る議論のまとめ(案)

聴覚障害の認定方法に関する検討会

【これまでの経緯】

- 平成26年2月に、聴覚障害の認定が適正に行われたのか疑念を生じさせるような事案の報道がなされたことを契機に、認定方法の見直しについて検討することが、課題となった。
- 本検討会において、今後同様の事案を生じさせないための方策について検討を行ってきた。

(検討会の開催状況)

- 第1回 3月26日：現状の認定方法について、今後の進め方 等
- 第2回 9月 2日：関係団体ヒアリング、研究班からの報告 等

【現状での対応】

- 聴覚障害の認定における聴力測定は、純音オーディオメータを主体として行うこととされている。

※ 純音オーディオメータ

電氣的に発生した検査音を聞かせ、対象者の認知応答(聞こえたらボタンを押す)により、聴力を検査する。

- 障害程度の認定においては、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベルが妥当性のあるものであるかを十分に検討する必要があるとされており、必要に応じて(指定医等の判断で)、他覚的聴力検査(ABR検査等)が実施されている。

※ ABR(聴性脳幹反応検査: auditory brainstem response)

耳と頭部等に電極を取り付け、ヘッドホンからの音による脳波の変化(聞こえると脳が反応して脳波に変化が生じる)により、聴力を検査する。

【検討会における議論】

- 検討会においては、
 - ・ 詐聴や機能性難聴が疑われる場合のA B R等の他覚的聴力検査の実施について、どのように考えるか
 - ・ 指定医の専門性の向上を目指すべきではないか等の意見があった。

- 一方、認定を受ける方の負担が過度にならないといった点にも留意する必要があるとの意見もあった。

- これらを踏まえ、本検討会においては、今後の対応策として、
 - (1) 詐聴や機能性難聴が疑われる場合の他覚的聴力検査の実施
 - (2) 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上が考えられるのではないかと認識に至った。

【今後の対応（案）】

上記2点についての具体的な対応（案）としては、以下のような対応が考えられる。

(1) 他覚的聴力検査の実施について

- 詐聴や機能性難聴が疑われる場合には、A B R等の他覚的聴力検査等を実施し、総合的に判断することが必要である。

 - しかしながら、定期的な検査の実施や申請者全員への検査の義務付けについては、以下の理由により、現実的ではないのではないかと。
 - ・ 認定を受ける方の負担感（関係団体ヒアリングでの意見）
 - ・ 医療機関における他覚的聴力検査機器の設置状況
- ※ A B Rの設置状況
指定医のいる医療機関全体で23.1%（うち、病院68.4%、診療所4.9%）
- ・ 通常、聴力は段階を追って低下していくことが多く、突然2級（両耳全ろう）の申請を行うことは非常に稀であり、そのような方は専門性の高い医療機関を既に受診していることが多い。

- このため、以下の場合について、他覚的聴力検査を行うこととはどうか。

(案)

過去に聴覚障害に係る身体障害者手帳の取得歴のない者に対し、2級（両耳全ろう）の診断をする場合はA B R等の他覚的聴力検査を実施し、申請の際には必ず検査結果を添付することとする。

(2) 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について

- 聴覚障害の診断は専門的な技能を要し、現在においても耳鼻咽喉科医が指定医の中核を担っていると考えられるため、指定医の中でも耳鼻咽喉科医の専門性を向上させる必要がある。

(参考)

- ・ 例えば、横浜市の平成 22 年度の調査によれば、聴覚障害の申請 789 件は、全て耳鼻咽喉科の指定医が診断書・意見書を記載している。
- ・ 横浜市で平成 25 年度に新規に指定した聴覚障害の指定医（12 名）は全て耳鼻咽喉科医である。

- 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定については、指定を受ける障害種別の診断に関する相当の学識経験を有する医師について行うこととなっているが、聴覚障害に係る指定医の新規の指定に当たっては、以下の条件を加えてはどうか。

(案)

聴覚障害に係る指定医を新規に指定する場合には、原則として、日本耳鼻咽喉科学会の専門医であることを推奨する。
ただし、地域の実情等に十分配慮するものとする。

- なお、新規以外のすべての指定医の専門性の向上を図るため、講習会等を活用することも考えられるのではないか。

(例) 日本聴覚医学会の聴力測定技術講習会（聴覚医学・医師講習会）

国立障害者リハビリテーションセンターの補聴器適合判定医師研修会 等

追加資料 2

16 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
取りまとめを踏まえた主な取組について

長期入院精神障害者の地域生活への移行を促進するための 介護保険担当部局等との連携について

- 長期入院精神障害者については、その約半数が 65 歳以上の高齢者であり、地域移行する精神障害者にも高齢者が含まれていると考えられる。退院後には介護保険サービスを利用することも考えられることから、長期入院精神障害者の地域移行に関する検討会取りまとめにおいて「都道府県及び市町村において、介護保険事業（支援）計画を策定するに当たって算出する必要なサービス量を見込む際に、入院中の精神障害者のニーズを踏まえたものとするよう取り組む。」という提言がされた。
- これを踏まえ、平成 26 年 10 月 24 日に都道府県の精神保健福祉担当部局に対し、事務連絡「長期入院精神障害者の地域移行を促進するための介護保険担当部局等との連携について」を発出し、介護保険担当部局と連携を図り、長期入院精神障害者の地域移行による必要な介護サービス量を介護保険事業（支援）計画で見込むための方法例を提示したところ。
- 各都道府県におかれては、これらを参考に介護保険担当部局、管内市町村と連携を図りながら適切に取り組んでいただくようお願いしたい。

事 務 連 絡
平成26年10月24日

各都道府県精神保健福祉担当者 様

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

長期入院精神障害者の地域生活への移行を促進するための
介護保険担当部局等との連携について

精神保健福祉行政の推進につきまして、日頃より御協力賜り厚く御礼申し上げます。

さて、1年以上の長期にわたり入院している精神障害者（以下「長期入院精神障害者」という。）については、その地域生活への移行を更に進めるため、本年3月から「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」を開催し、本年7月に具体的方策の今後の方向性が取りまとめられました。

本取りまとめにおける提言については、本年度中に取り組むもの、中長期的課題として取り組むもの等様々ありますが、可能なものから可及的速やかに取り組んでいく必要があると考えています。

精神障害者については、約20万人の長期入院精神障害者のうち、約半数が65歳以上の高齢者であることから、地域移行する精神障害者にも高齢者が含まれると考えられます。退院後には、介護保険サービスを利用することも考えられることから、同検討会における「都道府県及び市町村において、介護保険事業（支援）計画を策定するに当たって算出する必要サービス量を見込む際に、入院中の精神障害者のニーズを踏まえたものとするよう取り組む。」という提言を踏まえ、各都道府県におかれましては、下記を参考に介護保険担当部局、管内市町村と連携を図っていただきながら適切に取り組んでいただきますようお願いいたします。

精神障害者の地域生活への移行を促進するためには、退院後の居住の場の確保や地域生活を支えるサービスの確保等も必要であることから、現在その方策を検討中であり、今後具体化したものから順次示す予定としておりますが、本事務連絡は、まずは、地域移行する高齢精神障害者数、それに伴う介護サービスの見込量、その推計に当たっての都道府県及び市町村の役割について整理したものであることを御承知おきください。

なお、本事務連絡については、厚生労働省老健局介護保険計画課と協議済みであることを申し添えます。

担当：厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 企画法令係 TEL：03-5253-1111（内線：3055、2297）
--

記

1 全国で地域移行する精神障害者の目標数及びそのうちの高齢の精神障害者の推計数について

第4期障害福祉計画（平成27年度から平成29年度）に係る国の基本指針においては、精神科病院から地域生活への移行促進に向け、以下の成果目標（平成29年度までの目標）を設定することが適当としている。

- ①入院後3ヶ月時点の退院率を64%以上とする。（平成21年から23年の平均58.4%）
- ②入院後1年時点の退院率を91%以上とする。（平成21年から23年の平均87.7%）
- ③入院期間が1年以上の長期在院者数を平成24年6月末時点から18%以上減少。

③を達成した場合、全国で地域移行する精神障害者数は3.6万人（平成24年6月末時点の長期在院者数（約20万人^{*1}）の18%）であり、仮に、各年齢層で同じ割合で退院するという仮定（退院者の年齢構成＝長期在院者の年齢構成＝約半数^{*2}）を置くと、全国で地域移行する高齢精神障害者数は1.8万人（3.6万人の約半数、総人口1億2,700万人との比から人口1万対約1.4人）となる。ただし、この中には、認知症患者を含むとともに、要介護認定非該当や要支援の者も含まれる。

*1 平成24年度精神保健福祉資料（630調査、精神科病院及び精神科診療所等を利用する患者の実態等を把握し、精神保健福祉施策推進のための資料を得ることを目的に、当課が毎年6月30日現在の状況報告を都道府県及び指定都市に依頼するもの。）による。

*2 平成23年患者調査による。

2 各都道府県で地域移行する高齢の精神障害者の推計数及びその状況の参考指標について

各都道府県においては、障害福祉計画において長期入院精神障害者の減少目標を設定する。

その際、目標設定した退院者数には、高齢の精神障害者が含まれることから、設定した目標値に応じて、市町村別に見込まれる高齢の精神障害者の退院者数とその状況の参考指標（例えば、要介護度別の内訳等の推計）を都道府県の介護保険担当部局に情報提供する。この時、介護保険のサービス量の見込みは、介護保険の保険者が年度ごとに見込むことから、計画期間中の各年度の退院者数の配分等も示すこと。

各都道府県で地域移行（退院）する高齢の精神障害者の推計数及びその状況の参考指標の推計に当たっては、別添1に示す在院期間別患者数を踏まえ、地域の実情に応じて別添2の1枚目に示す推計手法例などを参考に推計されたい。

3 高齢長期入院精神障害者の地域移行による必要な介護サービスの見込量の推計について

介護保険事業（支援）計画は、保健福祉医療に関する計画と調和を図ることとされていることから、障害福祉計画において定められた地域生活への移行に係る成果目標との調和を図るため、それぞれの保険者ごとに見込まれる高齢の精神障害者の退院者数や状況に応じて、認定者数や必要と見込まれる介護サービスの量を見込むものとする。

その際、介護保険計画課より介護保険の保険者に配布されている「（確定版）介護保険事業計画用ワークシート」についても活用が可能である。

また、介護保険の保険者が必要な介護サービスの見込量を推計するに当たっては、地域移行する高齢の精神障害者は精神症状が一定程度安定している場合も多いことから、例えば、管内の高齢者のサービス利用の現状等を参考にすることが考えられる。

上記2及び3については、都道府県精神保健福祉担当部局が、都道府県介護保険担当部局を通じて、予測される退院者数等の状況を介護保険の保険者に情報提供するなど担当部局間の連携を図って適切に取り組む必要があることから、それぞれの役割と一連の流れについてその一例を別添2のとおり推計手法例として作成したので、参考としていただきたい。

4 介護保険事業（支援）計画の基本指針について

第6期介護保険事業（支援）計画（平成27年度から平成29年度）に係る基本指針については、その（案）が平成26年7月28日に開催された全国介護保険担当課長会議において示されているところであるが、今後、上記を踏まえて次のように、都道府県障害福祉計画及び市町村障害福祉計画との調和を図る旨の規定を盛り込む予定であるので御了知いただきたい。

併せて、老健局介護保険計画課から各都道府県の介護保険担当部局宛ての別添3の事務連絡も御参照いただきたい。

<介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（案）>

○市町村障害福祉計画との調和（第二 一 6 他の計画との関係）

市町村障害福祉計画においては、高齢者を含む障害者の自立支援の観点から、精神科病院から地域生活への移行を進めることとしており、高齢の障害者が地域生活へ移行し、又は地域生活を維持及び継続するため、介護給付等対象サービス等を必要に応じて提供していくことも重要である。

こうした観点から、市町村介護保険事業計画については、市町村障害福祉計画との調和が保たれたものとするとともに、都道府県障害福祉計画（障害者総合支援法第八十九条第一項に規定する都道府県障害福祉計画をいう。以下同じ。）における高齢者を含む入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の達成に向けた取組に留意すること。

○都道府県障害福祉計画との調和（第三 一 6 他の計画との関係）

都道府県障害福祉計画においては、高齢者を含む障害者の自立支援の観点から、精神科病院から地域生活への移行を進めることとしており、高齢の障害者が地域生活へ移行し、又は地域生活を維持及び継続するため、介護給付等対象サービス等を必要に応じて提供していくことも重要である。

こうした観点から、都道府県介護保険事業支援計画については、都道府県障害福祉計画における高齢者を含む入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標等との調和が保たれたものとする。

別添1

都道府県別・指定都市別の在院期間別患者数

	在院期間別在院患者数(平成24年6月末時点)									
	1ヶ月未満	1ヶ月以上3ヶ月未満	3ヶ月以上6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上20年未満	20年以上	合計	うち1年以上(長期入院精神障害者数)
北海道	1,642	1,949	1,310	1,717	5,448	2,461	1,898	2,027	18,452	11,834
青森	422	472	326	372	1,127	498	300	395	3,912	2,320
岩手	307	398	298	334	1,043	540	532	415	3,867	2,530
宮城	482	636	416	508	1,838	728	469	436	5,513	3,471
秋田	372	475	285	354	1,094	540	436	446	4,002	2,516
山形	366	476	269	344	1,031	352	298	224	3,360	1,905
福島	436	493	340	516	1,591	692	551	815	5,434	3,649
茨城	447	522	389	440	1,578	895	900	1,091	6,262	4,464
栃木	312	350	269	332	1,324	692	606	779	4,664	3,401
群馬	302	384	307	373	1,221	699	669	721	4,676	3,310
埼玉	1,137	1,443	1,017	1,289	4,030	1,803	1,165	1,300	13,184	8,298
千葉	835	1,062	649	846	3,074	1,894	1,516	1,373	11,249	7,857
東京	2,430	2,713	1,707	1,961	5,727	2,593	1,925	1,515	20,571	11,760
神奈川	1,257	1,410	980	1,057	3,314	1,508	1,143	786	11,455	6,751
新潟	449	595	369	523	1,741	861	775	838	6,151	4,215
富山	235	261	181	237	1,000	547	366	296	3,123	2,209
石川	329	366	246	344	1,013	424	335	434	3,491	2,206
福井	174	189	187	183	579	241	185	298	2,036	1,303
山梨	152	206	116	152	516	302	247	324	2,015	1,389
長野	423	487	334	396	1,158	514	540	471	4,323	2,683
岐阜	320	353	237	212	964	517	451	585	3,639	2,517
静岡	546	614	419	450	1,647	777	760	772	5,985	3,956
愛知	943	1,209	769	887	3,101	1,663	1,534	1,357	11,463	7,655
三重	311	390	293	341	1,262	672	515	510	4,294	2,959
滋賀	192	227	137	172	593	273	232	252	2,078	1,350
京都	459	508	336	415	1,606	743	536	522	5,125	3,407
大阪	1,792	1,987	1,322	1,474	5,168	2,409	1,979	1,353	17,484	10,909
兵庫	912	1,107	810	904	3,017	1,568	1,410	1,064	10,792	7,059
奈良	237	260	158	201	660	313	293	286	2,408	1,552
和歌山	145	134	93	115	511	258	256	398	1,910	1,423
鳥取	149	165	125	167	518	199	191	204	1,718	1,112
島根	217	258	164	220	660	283	206	187	2,195	1,336
岡山	476	560	462	416	1,372	570	443	392	4,691	2,777
広島	728	857	585	698	2,392	1,176	904	822	8,162	5,294
山口	377	507	415	523	1,789	817	558	619	5,605	3,783
徳島	191	228	194	207	887	603	589	543	3,442	2,622
香川	232	280	230	264	938	442	336	344	3,066	2,060
愛媛	365	429	299	322	1,163	624	442	594	4,238	2,823
高知	298	357	218	257	1,007	439	268	270	3,114	1,984
福岡	1,500	1,984	1,433	1,729	6,001	2,721	2,222	1,936	19,526	12,880
佐賀	300	375	323	354	1,262	525	397	407	3,943	2,591
長崎	514	591	474	589	2,126	1,082	864	854	7,094	4,926
熊本	661	828	552	699	2,457	1,169	863	986	8,215	5,475
大分	302	414	353	418	1,577	731	558	552	4,905	3,418
宮崎	382	496	365	441	1,554	765	593	636	5,232	3,548
鹿児島	571	746	610	733	2,699	1,187	1,139	1,373	9,058	6,398
沖縄	464	498	393	482	1,712	632	504	349	5,034	3,197
合計	26,093	31,249	21,764	25,968	88,090	41,942	33,899	33,151	302,156	197,082

うち指定都市

札幌市	608	714	444	576	1,939	878	779	631	6,569	4,227
仙台市	224	268	197	237	884	287	139	126	2,362	1,436
さいたま市	111	103	64	95	292	145	116	113	1,039	666
千葉市	124	192	85	100	236	135	122	146	1,140	639
横浜市	523	484	358	434	1,104	433	402	231	3,969	2,170
川崎市	180	163	106	108	338	129	97	120	1,241	684
相模原市	93	115	81	87	315	148	62	40	941	565
新潟市	143	231	117	172	644	347	363	432	2,449	1,786
静岡市	85	102	47	77	224	94	73	118	820	509
浜松市	167	189	115	130	531	222	155	147	1,656	1,055
名古屋市	332	435	247	310	1,110	596	490	476	3,996	2,672
京都市	230	277	205	242	1,156	498	310	269	3,187	2,233
大阪市	87	70	15	4	0	1	0	0	177	1
堺市	322	349	178	180	595	305	297	319	2,545	1,516
神戸市	331	438	263	302	876	426	343	225	3,204	1,870
岡山市	261	297	222	236	767	303	188	159	2,433	1,417
広島市	300	348	197	218	752	389	263	252	2,719	1,656
北九州市	299	359	287	314	1,153	506	453	382	3,753	2,494
福岡市	345	434	287	330	1,056	472	374	318	3,616	2,220
熊本市	323	357	223	265	801	370	259	327	2,925	1,757

(注)都道府県別在院期間別精神障害者数は、平成24年度精神保健福祉資料による平成24年6月30日時点の値。

長期入院精神障害者の退院促進による介護サービスの見込み量の推計手法例

1. 退院する高齢の長期入院精神障害者数(市町村別)を推計

(①～④都道府県精神保健福祉担当部局→⑤都道府県介護保険担当部局→市町村介護保険担当部局等介護保険者)

① 精神保健福祉資料(630調査)から、各都道府県の長期入院精神障害者数を把握。

② 各都道府県の第4期都道府県障害福祉計画(H27～29)における長期入院精神障害者の減少目標(H29まで)に基づき、平成29年までに退院する高齢の長期入院精神障害者数を推計。

(留意点)

※ 平成24年から平成26年までに長期入院精神障害者が減少していると見込まれる場合は、その減少分を勘案。

※ 65歳以上高齢者の割合は各都道府県の実情を踏まえて推計することが望ましいが、これに依りがたい場合は、退院する者の年齢層は、入院中の者と同じ割合(全国ベースで約半数:参考を参照)という仮定を置いて、推計しても差し支えない。

※ 第4期障害福祉計画における国の長期入院精神障害者数の減少目標を達成した場合、全国で退院する長期入院高齢精神障害者数は1.8万人であり、総人口1億2,700万人との比から人口1万対約1.4人である。

③ 各都道府県内(※)の市町村人口比率等に基づき、市町村別の退院する高齢の長期入院精神障害者数を推計。

※ 指定都市の推計については別添1の指定都市別の内訳を活用し、他の市町村については、市町村の人口比率等に基づき推計しても差し支えない。

④ 市町村別に退院する長期入院精神障害者の状況(要介護度別の内訳等)を推計。その際、各年度の配分も示す。

(留意点)

※ 退院者の状況の推計に当たっては、都道府県に既存の独自調査があれば、それを利用しても差し支えない。なお、高齢の長期入院精神障害者(入院期間が5年以上)の要介護度の分布については、【別紙1】を参照。

※ 各年度の配分については、例えば、均等に3分の1ずつなど、地域の実情に応じて配分されたい。

⑤ 推計値を都道府県介護保険担当部局を通じて介護保険者へ提供。

2. 退院する高齢精神障害者の介護サービス見込み量の推計（市町村介護担当部局等介護保険者）

- 退院する高齢精神障害者は精神症状が一定程度安定している場合も多いことから、例えば、管内の高齢者の介護サービス利用の現状等を参考に、退院する高齢精神障害者の介護サービス見込み量を推計。
- この際、介護保険計画課より介護保険の保険者に配布されている「（確定版）介護保険事業計画用ワークシート」においては、次のような活用方法が考えられる。
 - ・ 認定者数の推計に当たっては、Aシートで「要支援1、2、要介護1～2、3～5」の区分で認定者数を増減させる機能があるので、提供を受けた各年度の要介護度ごとの認定者の増加数について、この区分で整理して認定者数を増加させる。
 - ・ 施設・居住系サービスの見込み量の推計に当たっては、Bシートで要介護度ごとに各年度の利用者数を入力する仕組みであるので、利用が見込まれるサービスの利用者数を増加させる
 - ・ 在宅サービスの見込み量の推計に当たっては、Cシートで「要支援1、2、要介護1～2、3～5」の区分で利用者数を調整する機能があるので、利用が見込まれるサービスの利用者数をこの区分ごとに整理して利用者数を増加させる

※ 要介護度別の状況等から介護サービス量を見込む際には、高齢精神障害者の介護サービス利用の現状に係る既存の独自調査があれば、それを利用しても差し支えない。

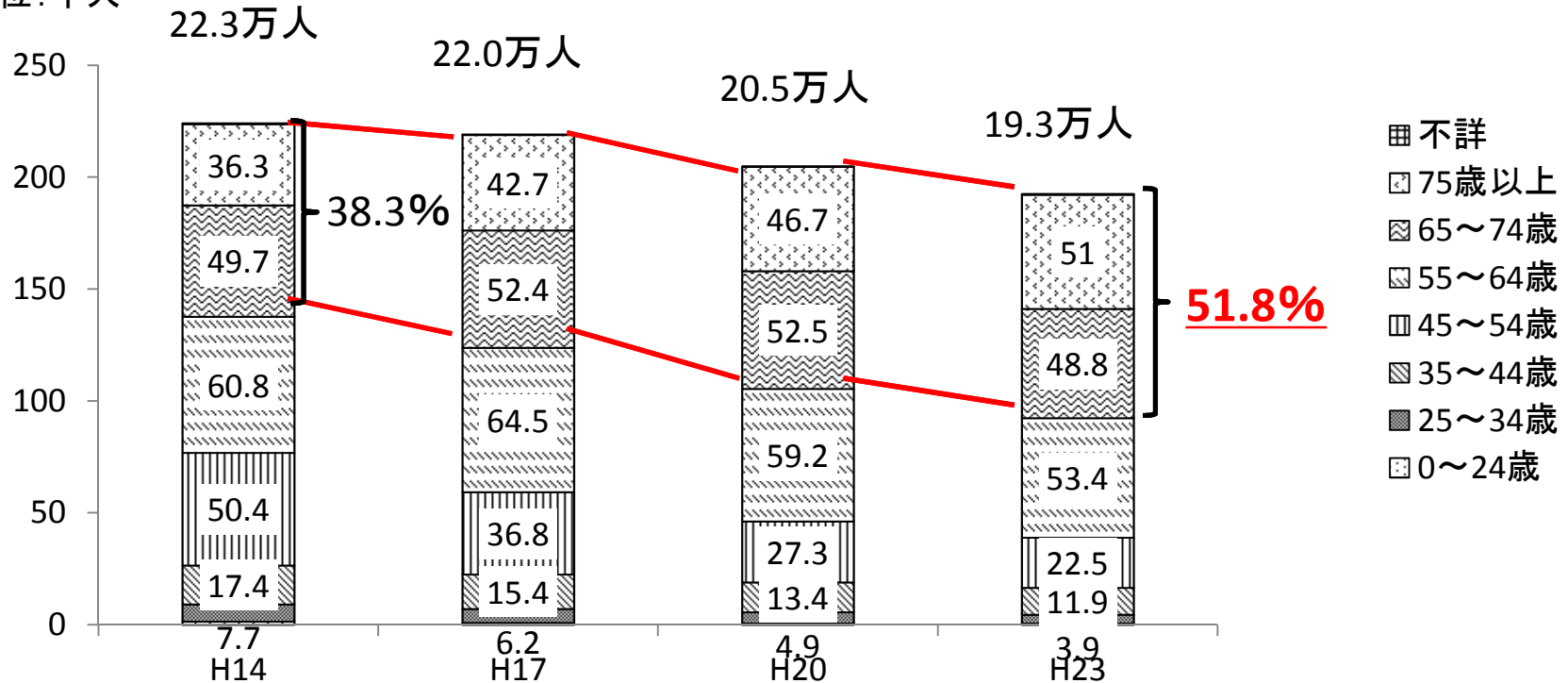
※ 高齢の長期入院精神障害者の退院実例（退院先、要介護度等）については、【別紙2】を参照。

※ 退院が見込まれる高齢精神障害者の一部に認知症の者が含まれる場合は、管内の認知症高齢者の介護サービス利用の状況を参考にすることも考えられる。なお、介護サービスを利用する認知症高齢者の割合（全国状況）については【別紙3】を参照。

(参考) 精神病床に1年以上入院している患者の年齢構成

1年以上入院患者数は減っているが、高齢者の割合は増加

単位:千人



資料：患者調査H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
 図中には認知症患者を含むとともに、要介護認定非該当や要支援の者も含まれる。

※第4期障害福祉計画（平成27年度～29年度）においては、平成29年6月末時点の長期在院者数を平成24年6月末時点から18%以上減少することを成果目標としており、これに基づき、地域生活への移行を図ることとしている。

5年以上入院している高齢精神障害者の 要介護認定状況（認知症除く）

平成24年度厚生労働省 障害者総合福祉推進事業
「高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査について」

【目的】

高齢長期入院精神障害者の地域移行の支援を行うために、病院職員間や病院職員と地域の関係者との間での情報の共有と連携の方法論や、実態調査で現状での問題点や改善の方向性を模索する。

【対象と方法】

364医療機関、入院精神障害者4,440人を対象に、アンケート調査を実施。

申請なし	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
3,724人 83.9%	355人 8.0%	35人 0.8%	21人 0.5%	81人 1.8%	48人 1.1%	76人 1.7%	39人 0.9%	61人 1.4%	4,440人 100%

未申請者について、調査を行った各医療機関が当該精神障害者の介護度を予想した結果を基に再配分

非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
1,012人 22.8%	510人 11.5%	480人 10.8%	620人 14.0%	491人 11.1%	506人 11.4%	413人 9.3%	408人 9.2%	4,440人 100%

高齢の長期入院精神障害者の退院実例

A病院

○過去数年間の長期入院精神障害者の退院者：71人

うち 65歳以上の者 : 7人

うち 地域生活へ移行した者 : 5人

○地域生活へ移行した5人の概要は、以下のとおり(他の2人は転院)。

	退院時の年齢	性別	入院年数	主病名	退院先	要介護度	介護保険サービスの利用状況
1	75歳	男	1年	認知症	アパート	要介護1	なし
2	66歳	男	1年	広汎性発達障害	有料老人ホーム	要介護1	訪問介護
3	63歳	女	2年	統合失調感情障害	サービス付き高齢者向け住宅	要介護3	なし
4	78歳	男	26年	統合失調症	有料老人ホーム	要介護2	訪問介護
5	76歳	男	26年	統合失調症	老健施設	要介護3	老健施設

B相談支援事業者

○過去数年間の65歳以上の長期入院精神障害者で地域生活へ移行した者：6人

○その概要は、以下のとおり。(要介護度及び介護保険サービスの利用状況は把握していない)

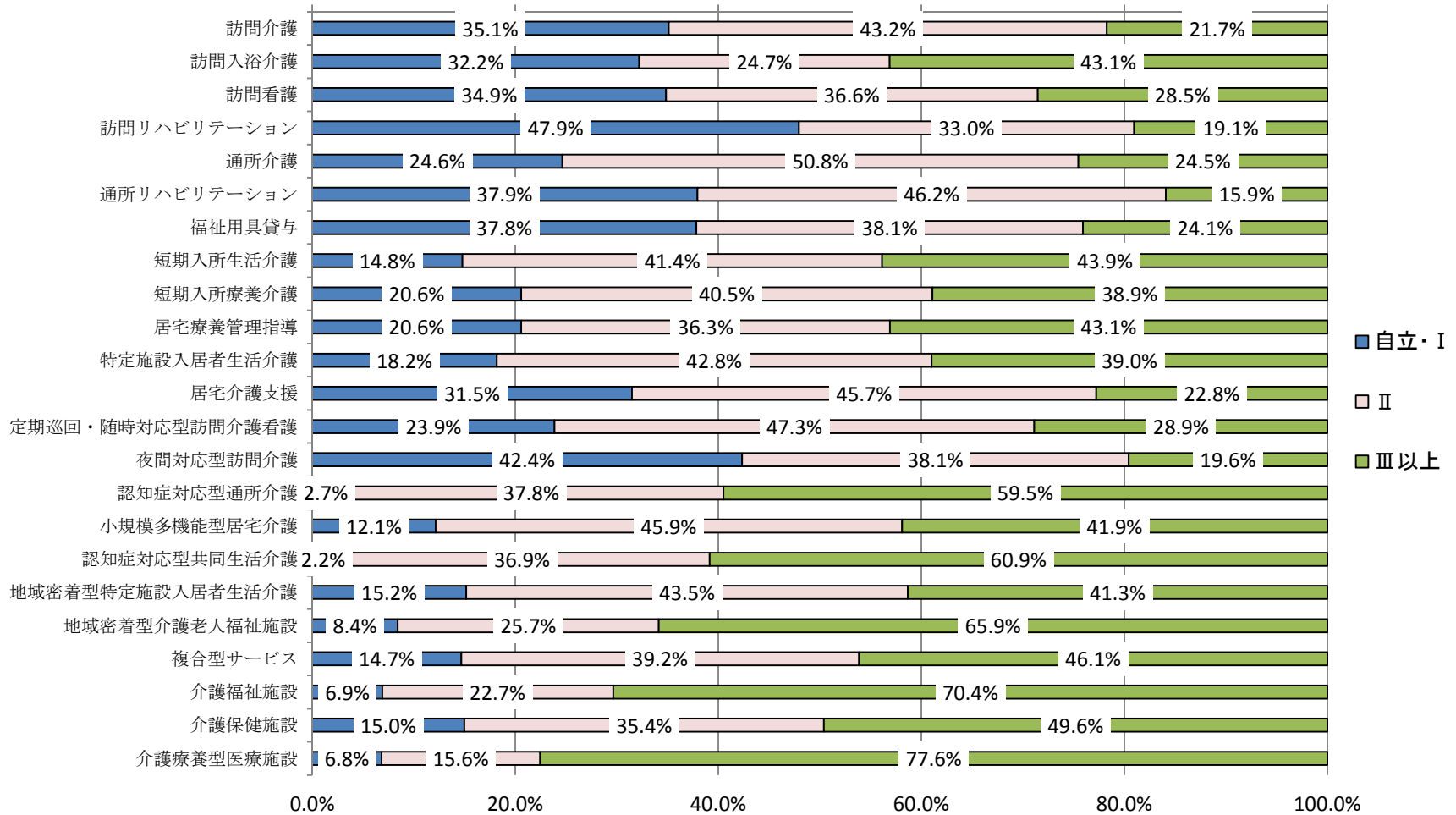
	退院時の年齢	性別	入院年数	主病名	退院先
1	67歳	男	38年	統合失調症	養護老人ホーム
2	73歳	女	8年	統合失調症	ケアハウス
3	72歳	女	16年	統合失調症	養護老人ホーム
4	81歳	女	7年	うつ病	特別養護老人ホーム
5	65歳	男	7年	統合失調症	救護施設
6	72歳	女	27年	躁うつ病	宿泊型自立訓練事業所

介護サービス利用する認知症高齢者の割合

【別紙3】

介護給付費分科会 第102回 (H26.6.11) 資料より

○ 各介護サービスを利用する要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度のⅡ以上の割合は、各サービスにおいて多く占めている。



※介護サービスについては平成25年12月の利用実績について集計

※介護認定結果データについては平成26年4月15日時点で集計

※認定結果データを保険者から受信している被保険者を対象に集計しているため、認定結果を受信していない場合は、サービスを利用していても集計に反映されない

※認知症高齢者の日常生活自立度は、認定結果データにおける審査時点の状態

事務連絡
平成26年10月24日

各都道府県介護保険事業（支援）計画担当者様

厚生労働省老健局介護保険計画課 計画係

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための
基本的な指針」の改正（案）について

高齢者保健福祉行政の推進につきまして、日頃より格別のご理解を賜り厚く御礼申し上げます。

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」の改正（案）については、本年7月28日に開催された全国介護保険担当課長会議においてお示ししたところですが、今般、障害保健福祉部精神・障害保健課より、別添の事務連絡が発出されたことに伴い、改正（案）に障害福祉計画との調和に関する規定を別紙のとおり追加する方向で検討を進めておりますので、お知らせします。

また、介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、障害（精神保健福祉）担当部局とも連携を図りつつ、別添の事務連絡を参考に必要な介護サービス量を見込むとともに、養護老人ホーム及び軽費老人ホームなどの活用も検討されるよう、あわせて保険者への周知をお願いいたします。

なお、今後、標記の指針（案）については、先般告示された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」等を踏まえ、必要な修正をした上で、年内から年明けを目途に告示する方向で検討を進めてまいります。

（問い合わせ先）

厚生労働省老健局介護保険計画課 内山
計画係 林・岡

TEL : 03-5253-1111 (内 2175)

Mail : oka-hiroyuki@mhlw.go.jp

追加箇所一覧

全国介護保険担当課長会議資料① p 8 1

6 他の計画との関係・・・(____追加)

市町村介護保険事業計画は、市町村老人福祉計画と一体のものとして作成され、市町村計画との整合性が確保されたものとし、市町村地域福祉計画(社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)第七十条に規定する市町村地域福祉計画をいう。以下同じ。)、市町村障害福祉計画(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第二百二十三号。以下「障害者総合支援法」という。)第八十八条第一項に規定する市町村障害福祉計画をいう。以下同じ。)又は健康増進計画(健康増進法(平成十四年法律第百三号)第八条第二項に規定する市町村健康増進計画をいう。)その他の法律の規定による・・・

(四) 市町村障害福祉計画との調和・・・(6 (四) として追加し、従来の(四)～(七)を(五)～(八)に変更)

市町村障害福祉計画においては、高齢者を含む障害者の自立支援の観点から、精神科病院から地域生活への移行を進めることとしており、高齢の障害者が地域生活へ移行し、又は地域生活を維持及び継続するため、介護給付等対象サービス等を必要に応じて提供していくことも重要である。

こうした観点から、市町村介護保険事業計画については、市町村障害福祉計画との調和が保たれたものとするとともに、都道府県障害福祉計画(障害者総合支援法第八十九条第一項に規定する都道府県障害福祉計画をいう。以下同じ。)における高齢者を含む入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の達成に向けた取組に留意すること。

全国介護保険担当課長会議資料① p 1 0 4

6 他の計画との関係・・・(____追加)

都道府県介護保険事業支援計画は、都道府県老人福祉計画と一体のものとして作成され、都道府県計画及び医療計画(医療法第三十条の四に規定する医療計画をいう。以下同じ。)との整合性が確保されたものとし、地域福祉計画(社会福祉法第八十条に規定する都道府県地域福祉支援計画をいう。以下同じ。)、都道府県障害福祉計画、都道府県医療費適正化計画(高齢者医療確保法第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。以下同じ。)、健康増進計画・・・

(五) 都道府県障害福祉計画との調和・・・(6 (五) として追加し、従来の(五)～(十)を(六)～(十一)に変更)

都道府県障害福祉計画においては、高齢者を含む障害者の自立支援の観点から、精神科病院から地域生活への移行を進めることとしており、高齢の障害者が地域生活へ移行し、又は地域生活を維持及び継続するため、介護給付等対象サービス等を必要に応じて提供していくことも重要である。

こうした観点から、都道府県介護保険事業支援計画については、都道府県障害福祉計画における高齢者を含む入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標等との調和が保たれたものとする。

刑の一部の執行猶予制度の創設について

法務省保護局観察課

刑法の改正等

平成25年6月、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする「刑法等の一部を改正する法律」及び「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が成立。平成28年6月までに施行されることとなった。

刑の一部の執行猶予制度の概要

現行制度

◎ 刑期の全部を実刑とするか、刑期の全部を執行猶予とするかの2つしか選択肢がない

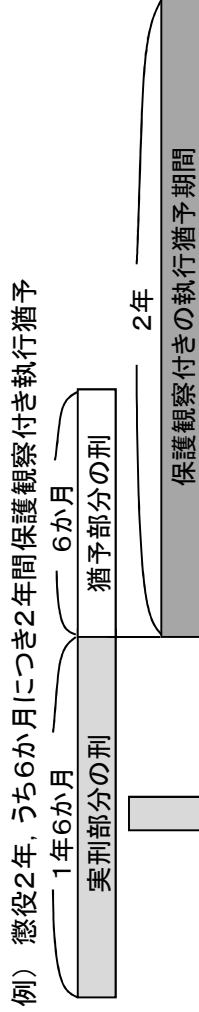
◎ 刑務所出所者の再犯防止・社会復帰のための仕組みとして仮釈放制度があるが、期間が短く十分な地域移行ができずに再犯に至るケースが多数

例) 刑務所出所者のうち、5年以内に約5割の者が刑務所へ再入所
(寛せい刑取締法違反の者の場合。平成25年犯罪白書による。)

刑の一部の執行猶予制度

◎ 3年以下の懲役・禁錮を言い渡すとき、判決で1～5年の間その一部の執行を猶予することができる

[・前に禁錮以上の実刑に処せられたことがない初入者等...猶予中、保護観察に付すことができる(裁判所の裁量)
・薬物使用等の罪を犯した者で初入者でないもの(累犯者)...猶予中は必ず保護観察に付す



刑務所内における処遇 + 地域社会における処遇(保護観察)

保護観察とは、刑務所出所者等の再犯を防止、社会復帰を図るため、保護観察所の保護観察官が、地域の保護司等と協力して、保護観察中のの人に対して指導や支援を行うもの。

制度導入に当たってのポイント

- ◎ 薬物依存のある保護観察対象者の増加、保護観察期間の長期化が見込まれる
- ◎ 保護観察終了後も、必要な支援等(薬物依存に対する治療・相談支援、家族支援など)を受けられる体制を整えておくことが特に重要

保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関等との連携が不可欠

刑の一部の執行猶予制度の導入を見据え、薬物依存のある保護観察対象者等への指導・支援について、より一層の御理解・御協力を願います。(御不明な点がございましたら、最寄りの保護観察所までお問い合わせください。)