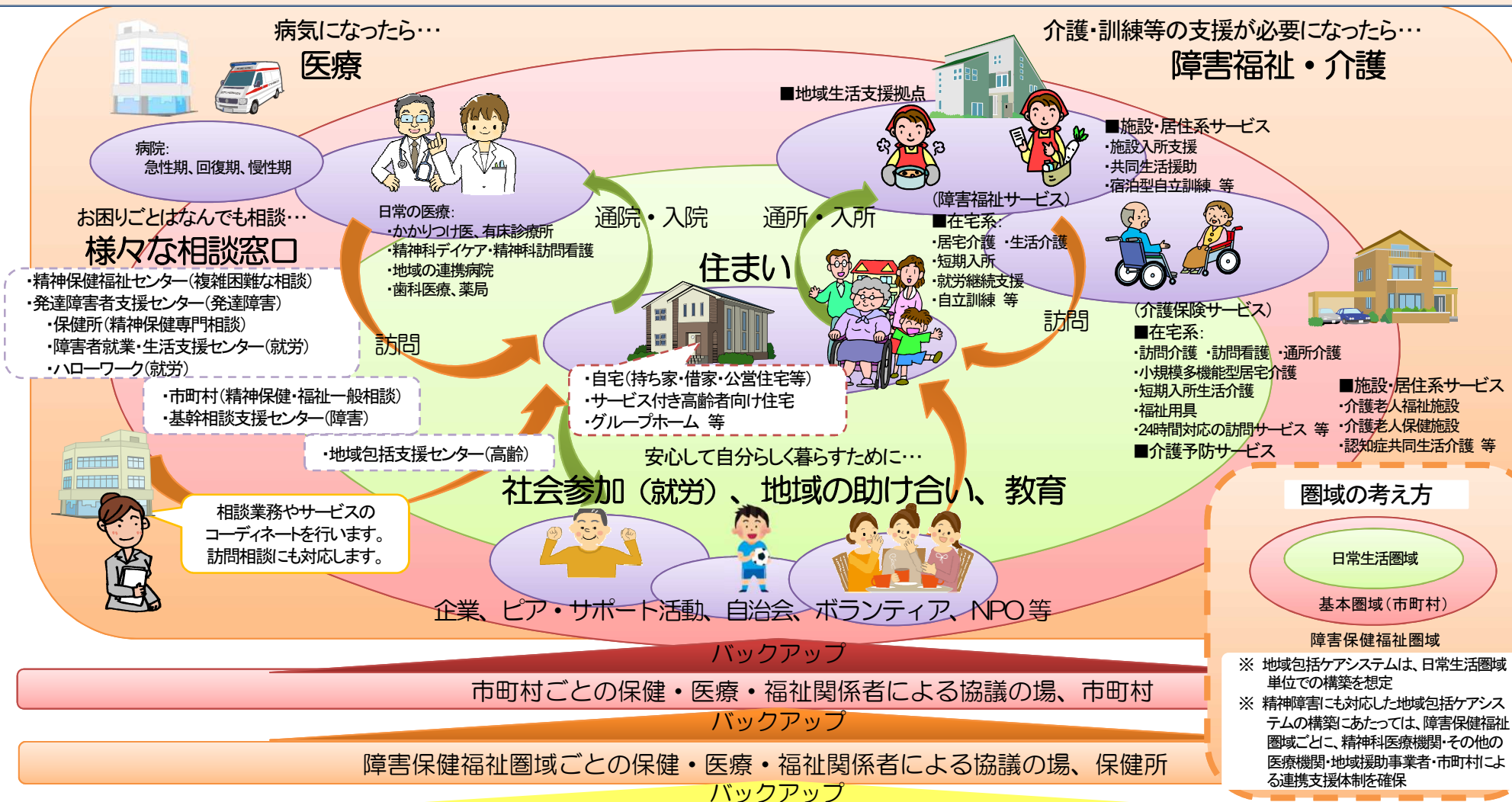


参考資料

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。

○このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体の実践例

関係機関の役割		千葉県	大阪府	兵庫県
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【旭市の場合】 旭市精神障害者支援部会 (総合支援法第89条の3)	【枚方市の場合 中核市1市1圏域】 枚方市自立支援協議会精神障害者地域生活支援部会 (総合支援法第89条の3)	【新温泉町の場合】 新温泉町障がい者自立支援協議会全体会 ・運営会議 ・実務者会議(街づくり部会・こども支援部会) (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	- 関係機関の情報交換・情報共有 - 社会資源の開発に向けた検討 - ピアサポーター普及啓発 - 当事者家族の支援	- 対象者を把握し地域移行へのきっかけづくりとして、圏域内の精神科病院の入院患者に対して訪問面接を実施 - 訪問面接対象者のうち継続支援をしている方への地域移行・地域定着に関する情報共有と課題検討 - 市民啓発、研修 - 地域移行、定着に関する施策検討 等	- 地域活動支援センターの充実について - 通院、買物等の移動支援について - 当事者による座談会の開催 - G H等住まいの確保
障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【海匝圏域の場合】 海匝圏域精神障害者地域移行支援協議会 (総合支援法第78条第1項)		【但馬圏域の場合】 1 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会 (但馬圏域精神障害者地域移行・地域定着推進協議会開催要綱) 2 精神障害者地域移行・地域定着戦略会議 (精神障害者地域移行・地域定着戦略会議実施要領)
	協議の内容	- 圏域内医療機関の状況(長期入院者の状況、地域移行希望者の状況等)の情報共有 - 圏域内社会資源の状況(グループホーム空室状況・新設事業所等)の情報共有 - 市町村単位で解決できない課題について対応策を検討		1 圏域内の事業推進方針の決定 - 各機関の役割分担と連携の確認、共有 - 具体的な目標の設定 2 個別患者の情報を関係者で共有 - 個別支援方策の検討 - 各機関の進捗状況を共有 - ピアサポーターの活動把握
都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	精神障害者地域移行推進専門部会 (総合支援法第89条の3)	大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ (総合支援法第89条の3)	兵庫県障害者自立支援連絡協議会 相談支援部会 (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	- 精神障害のある人の地域移行等に係る施策を推進するための検討 - 市町村、病院及び障害福祉サービス事業者等との連携を図るための方策を検討	- 市町村の協議の場の設置・開催状況の把握 - 市町村自立支援協議会専門部会で協議された地域課題を集約し、市町村単位での解決が難しい広域的な課題について検討 - 医療、住宅等関連部署との連携 - 精神科在院患者調査を実施し、データを加工・分析し、関係機関へ提供 等	障害分野の各相談支援分野において中心を担っている事業所等から構成 - 相談支援・権利擁護関連事業の状況 - 相談支援体制の構築・充実に向けた課題 - 障害者差別解消法施行後の状況 等

精神疾患に関連する各都道府県の圏域設定の状況について

(平成28年10月31日現在)

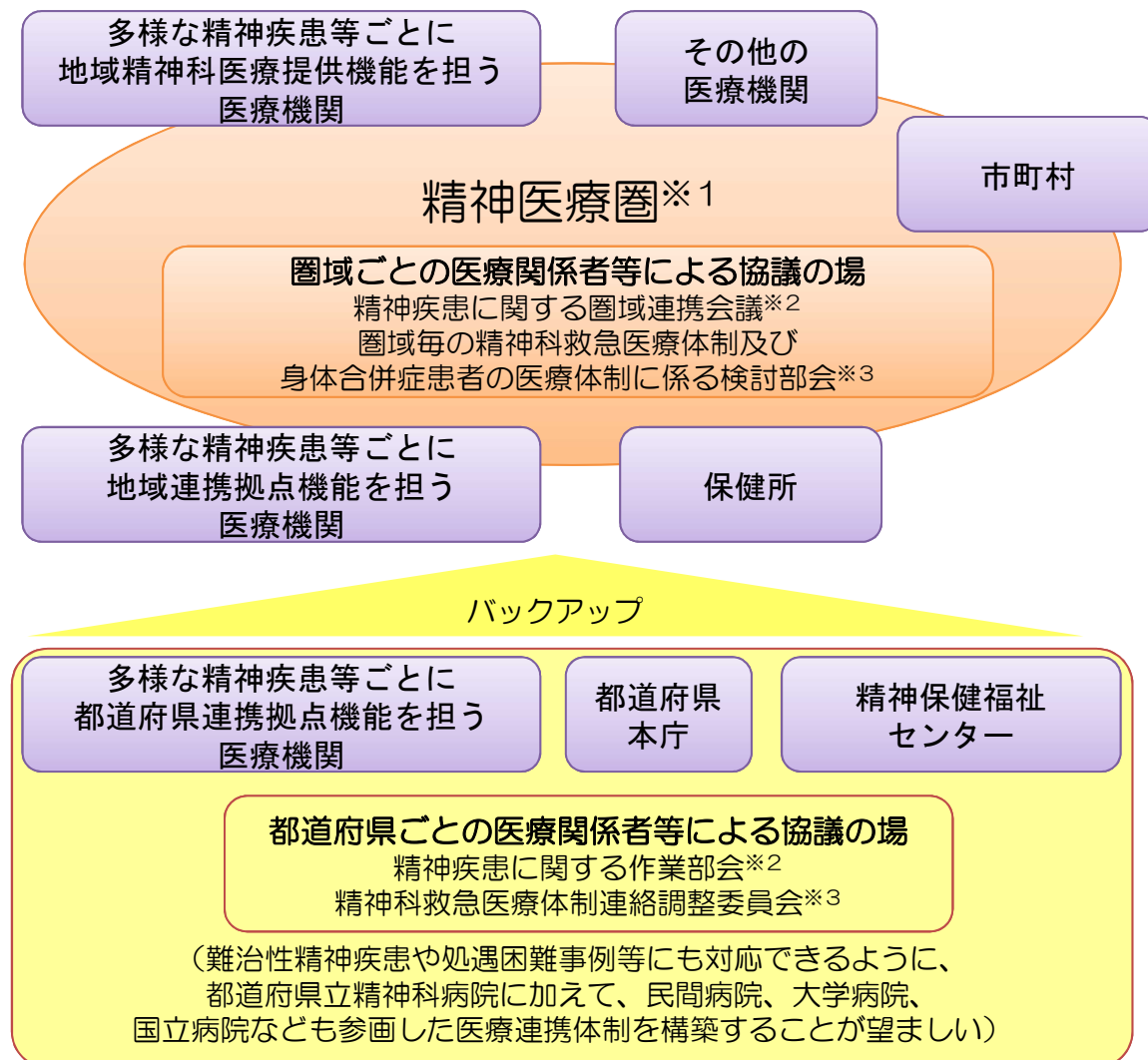
都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	3	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	－	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	－	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	－	1	8	7	30
福島県	7	－	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	－	2	5	5	27
群馬県	10	－	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	－	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	－	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	－	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	－	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	－	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	－	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	－	3	12	12	54	沖縄県	5	－	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	152	354	343	1,741

各圏域設定の考え方について

	圏域設定の考え方	根拠
➤ 二次医療圏	- 一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する ・ 地理的条件等の自然的条件 ・ 日常生活の需要の充足状況 ・ 交通事情 等	・ 医療法第30条の4第2項第12号 ・ 医療法施行規則第30条の29第1項 ・ 「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）
➤ 精神医療圏	・ 第6次医療計画（平成25年4月～）において、新たに精神疾患が追加され、医療連携体制を構築 ・ 二次医療圏を基本としつつ、地域の実情に応じて弾力的に設定することとされている	・ 「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）
➤ 精神科救急医療圏	・ 都道府県が精神科救急医療の整備を図るべき地域的単位として設定した区域 ・ 精神科救急医療体制整備事業を通じて、圏域毎の実態に応じた身体合併症患者を含む精神科救急医療体制機能を整備	・ 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱の一部改正について」（平成28年9月20日障発0920第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
➤ 障害保健福祉圏域	・ 広域的な視点から障害福祉サービス等の提供体制の確保を図るため、都道府県の行政機関の管轄区域等を勘案しつつ、市町村より広域的な行政単位として複数市町村を含む広域圏域として、障害福祉計画において設定	・ 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第89条
➤ 老人福祉圏域	・ 福祉サービス及び保健医療サービスの一体化・総合化を図る観点から、介護保険施設等の適正配置の目安として、介護保険事業支援計画において設定	・ 老人福祉法第20条の9 ・ 介護保険法第118条

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

地域精神科医療の提供

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
- ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整

〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の都道府県拠点、
- ②情報収集発信の都道府県拠点、
- ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化について①

○平成30年度からの第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化する。

現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
都道府県拠点機能	役割	①医療連携の都道府県拠点,②情報収集発信の都道府県拠点,③人材育成の都道府県拠点,④地域連携拠点機能支援													
	要件(例)	①地域連携会議の運営,②都道府県民・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③専門職に対する研修プログラムの提供(卒後専門領域研修など) ④地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域連携拠点機能	役割	①医療連携の地域拠点,②情報収集発信の地域拠点,③人材育成の地域拠点,④地域精神科医療提供機能支援													
	要件(例)	①地域連携会議の運営支援,②地域・患者への積極的な情報発信(予防・治療に関する内容,地域資源に関する情報など) ③研修の企画運営(個別事例の検討、多職種研修など) ④地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ													
地域精神科医療提供機能	役割	①医療連携への参画,②情報発信への参画,③人材育成への参画,④地域精神科専門医療の提供													
	要件(例)	①地域連携会議への参画,②患者への情報提供、拠点機能を情報収集への協力 ③研修への参加,④多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供													

多様な精神疾患等ごとの都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等ごとに都道府県拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。
※疾患等ごとに地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。 7

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化について②

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
〇〇圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	
	K病院	○	○		○			○		○				○	
	L診療所	○	○								○				
	M診療所	○						○					○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎		○	○		◎		○	○	○		○	
	O診療所	○	○									○	○		

☆：都道府県拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関 8

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床（入院患者3.6万人）減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針（推計式の開発）

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す（※）とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3～12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

平成26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	
平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	地域移行に伴う基盤整備量
平成37年 (2025年)	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	地域移行に伴う基盤整備量

目標値を算出する推計式 急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3～12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times (1 + \text{重度かつ慢性の割合}) / 2 \times \alpha^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \beta^3 \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times \{1 - (1 + \text{重度かつ慢性の割合}) / 2 \times \alpha^3\} \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \beta^3) \times \text{H32年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成37年（2025年）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率} \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times \text{重度かつ慢性の割合} \times \alpha^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times \beta^7 \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

○平成37年（2025年）における地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の推計式のイメージ

$$\begin{aligned}
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症以外)} \times (1 - \text{重度かつ慢性の割合} \times \alpha^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口} \\
 & + \\
 & \text{H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率(認知症)} \times (1 - \beta^7) \times \text{H37年の性・年齢階級別推計人口}
 \end{aligned}$$

※治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案して「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 α 】」を算出。

※これまでの認知症施策の実績を勘案して「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 β 】」を算出。

※H30年度からの計画実施期間による影響を算出するため、H32年度末の推計では α β それぞれ3乗、H37年の推計では α β それぞれ7乗で計算。

※都道府県ごとの目標値の推計にあたっては、それぞれの都道府県の入院受療率、推計人口を用いて計算。

※基盤整備量（利用者数）には、自立して一人暮らしを送る退院患者等も含まれる。

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

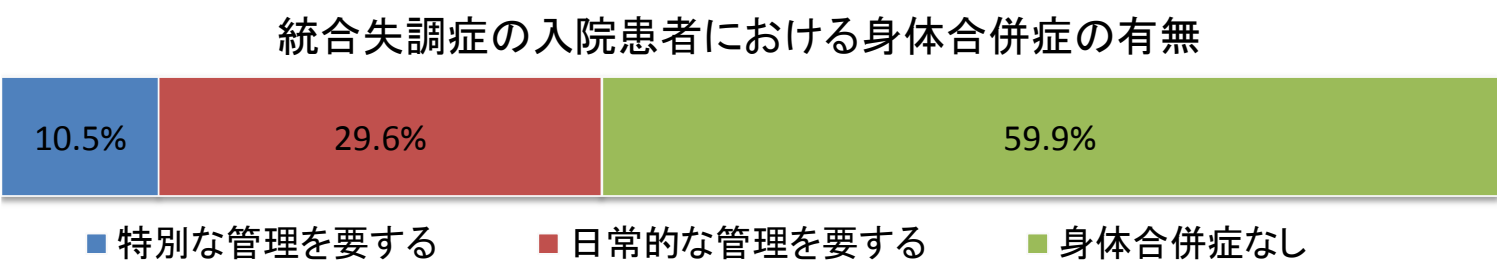
⇒ 「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、6～7割で設定（推奨）

- 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

在院日数	1年 ～1年6ヶ月	1年6ヶ月 ～3年	3年 ～5年	5年 ～10年	10年 ～20年	20年～	合計
調査対象者数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
該当者数	209	414	439	664	659	710	3095
該当割合	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏 ヒアリング資料から一部改変

- 統合失調症の入院患者のうち、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、10.5%である。



※有効回答数 9,781名
特別な管理：入院治療が適当な程度、日常的な管理：外来通院が適当な程度

○治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案した
「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【α】」の算出について

⇒ 2025年までに治療抵抗性統合失調症治療薬を国内全体に普及することを目指し、各都道府県の実情を踏まえて、αを95～96%※で設定（推奨） ※25～30%程度普及した場合に相当

- 先行している国では、統合失調症患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬の使用割合は、25～30%程度である。

クロザピン処方率	
ドイツ2004（外来患者）	14%
中国2004（入院患者）	24.6%
オーストラリア2007（外来患者）	26%
ニュージーランド2004（外来患者）	32.8%
日本	0.6%

出典：厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

- 国内で先行している医療機関における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用実績を踏まえると、統合失調症で入院している患者のうち治療抵抗性統合失調症治療薬を継続している割合は、20～40%程度である。

継続投与人数（割合）	
A病院	30人（31%）
B病院	46人（41%）
C病院	37人（22%）

出典：それぞれの病院からの報告

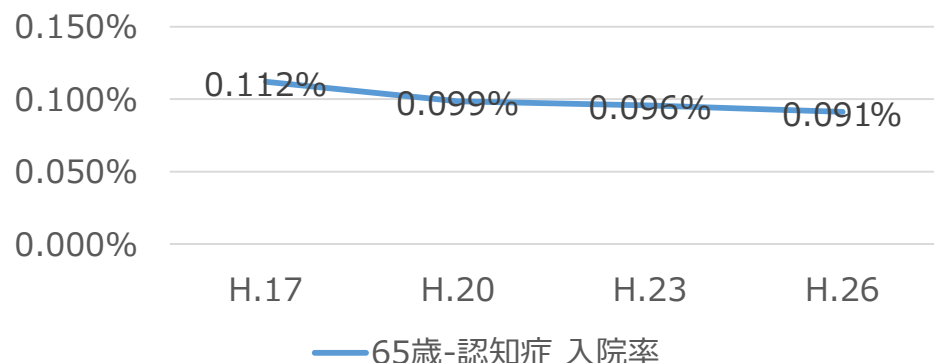
○これまでの認知症施策の実績を勘案した

「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【 β 】」の算出について

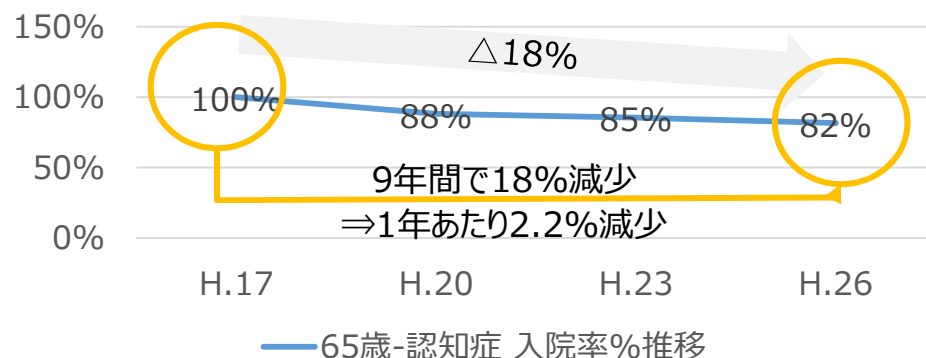
⇒ これまでの実績を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、 β を97～98%で設定（推奨）

- 65歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17～H.26で18%減少。1年あたり2.2%減少。

65歳-認知症 入院率

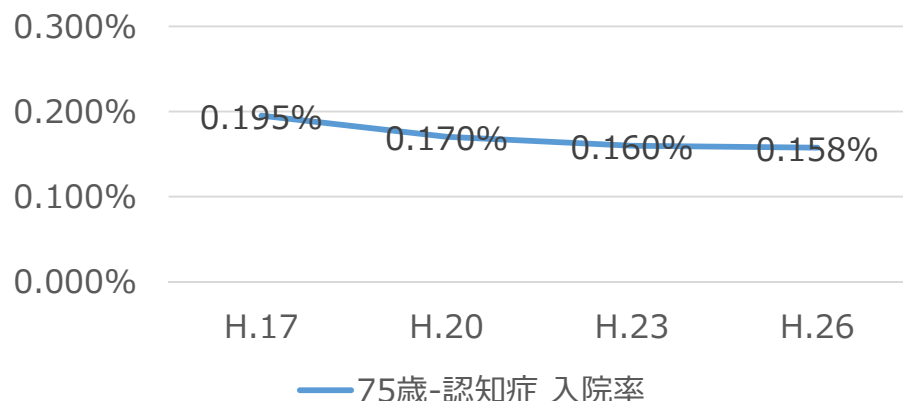


65歳-認知症 入院率%推移

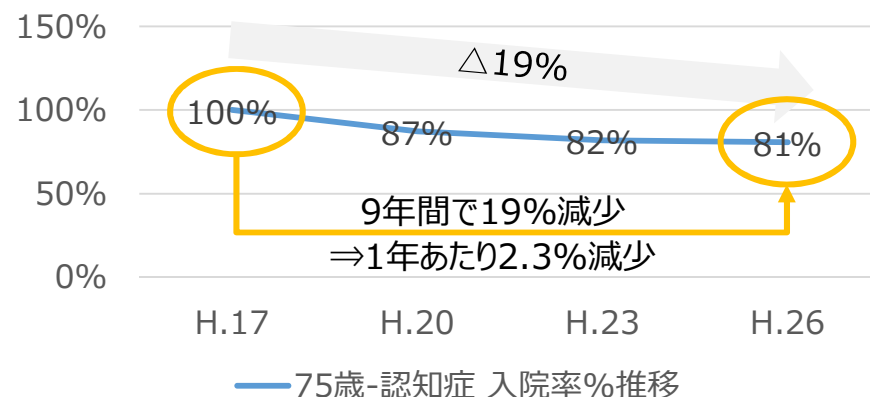


- 75歳以上の慢性期入院受療率（認知症）は、H.17～H.26で19%減少。1年あたり2.3%減少。

75歳-認知症 入院率



75歳-認知症 入院率%推移



○精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標

平成26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	
平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	地域移行に伴う基盤整備量
平成37年 （2025年）	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要	地域移行に伴う基盤整備量

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3～12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院

➤ 平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)における全国目標値(見込み)

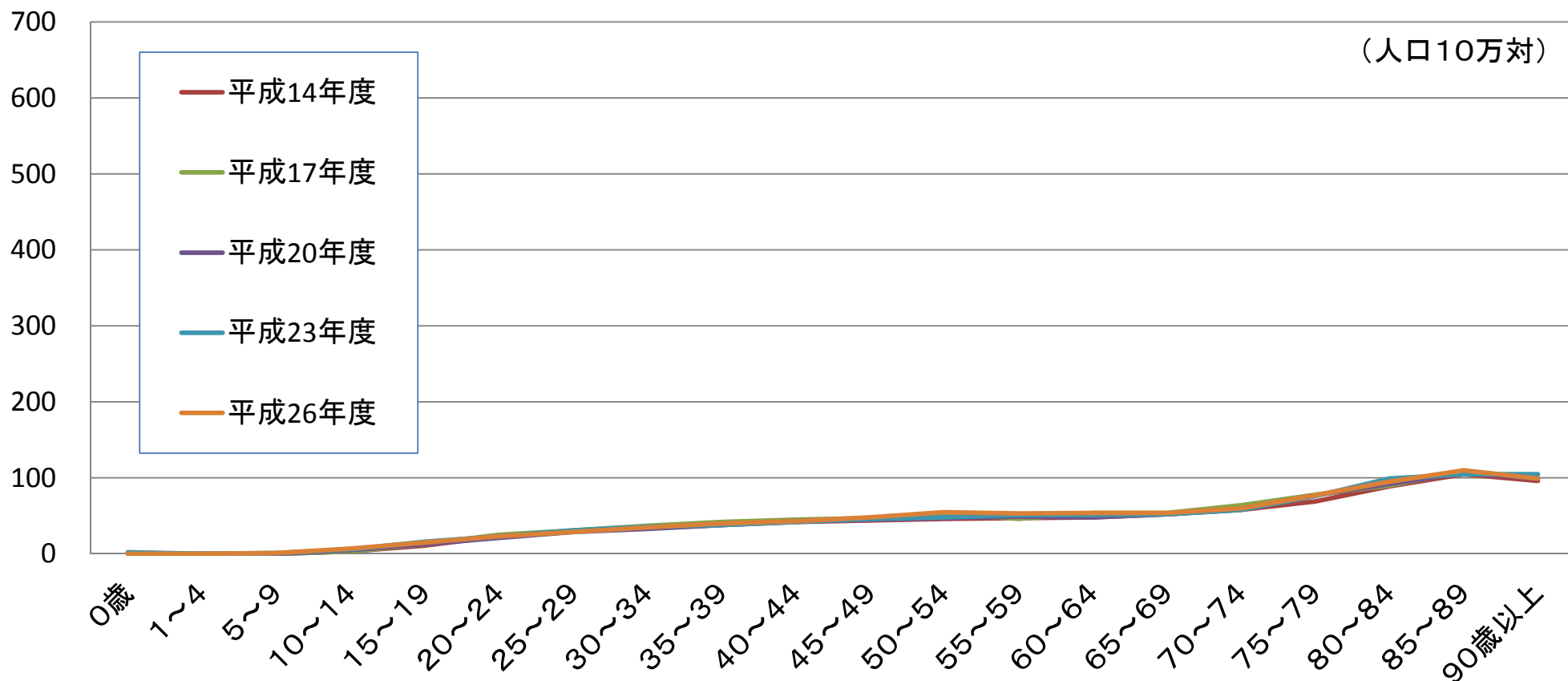
平成32 年度末	急性期 入院需要	回復期 入院需要	慢性期 入院需要	うち 65歳以上	うち 65歳未満	合計 入院需要	地域移行に伴う 基盤整備量	うち 65歳以上	うち 65歳未満
最大	5.8万人	4.9万人	14.6万人	9.2万人	5.4万人	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
最小	5.8万人	4.9万人	15.7万人	9.8万人	5.8万人	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人

➤ 平成37年(2025年)における全国目標値(見込み)

平成37 年(2025年)	急性期 入院需要	回復期 入院需要	慢性期 入院需要	うち 65歳以上	うち 65歳未満	合計 入院需要	地域移行に伴う 基盤整備量	うち 65歳以上	うち 65歳未満
最大	5.8万人	5.0万人	9.7万人	6.5万人	3.2万人	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
最小	5.8万人	5.0万人	11.6万人	7.6万人	4.0万人	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人

精神病床における急性期入院患者(3ヶ月未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

- 精神病床における急性期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、ほとんど変わらない。

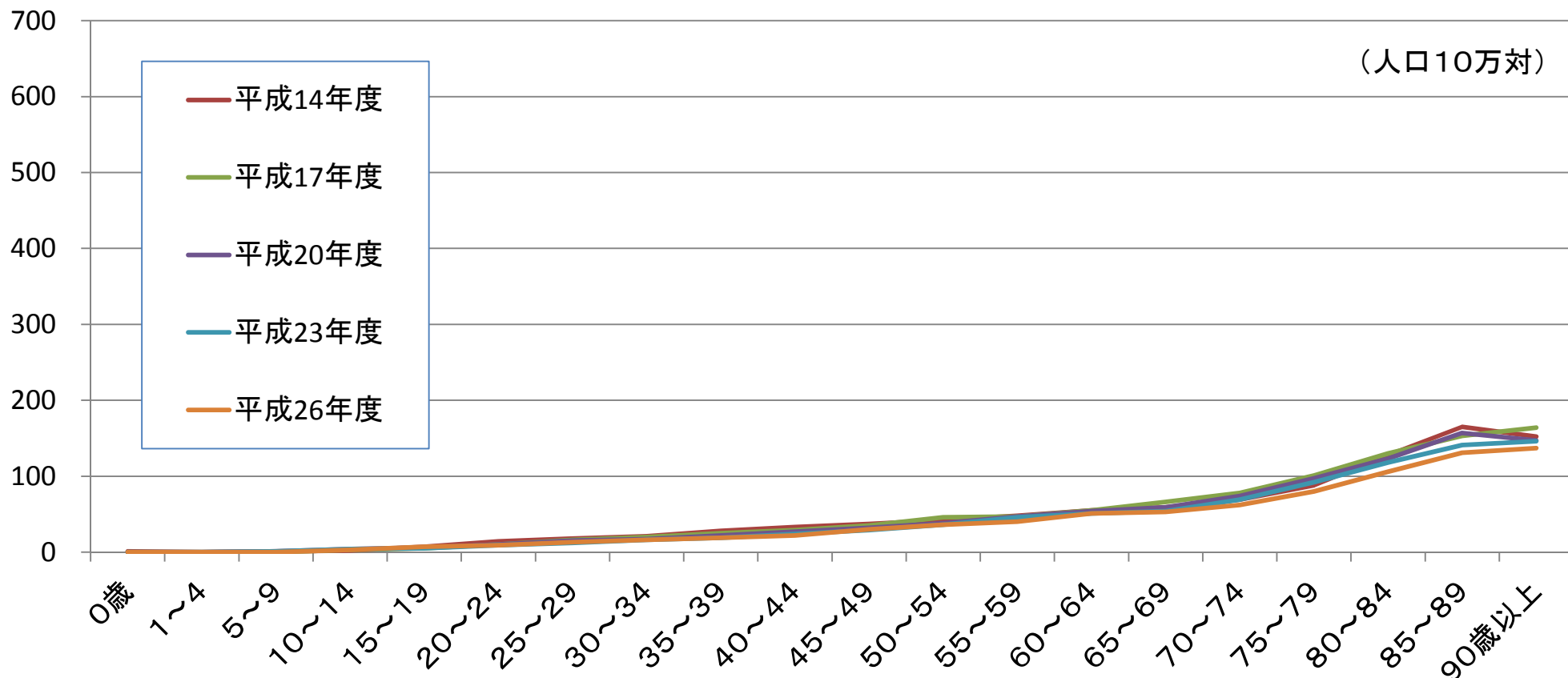


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 15

精神病床における回復期入院患者(3ヶ月以上1年未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

- 精神病床における回復期入院患者の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、緩やかな減少傾向にある。

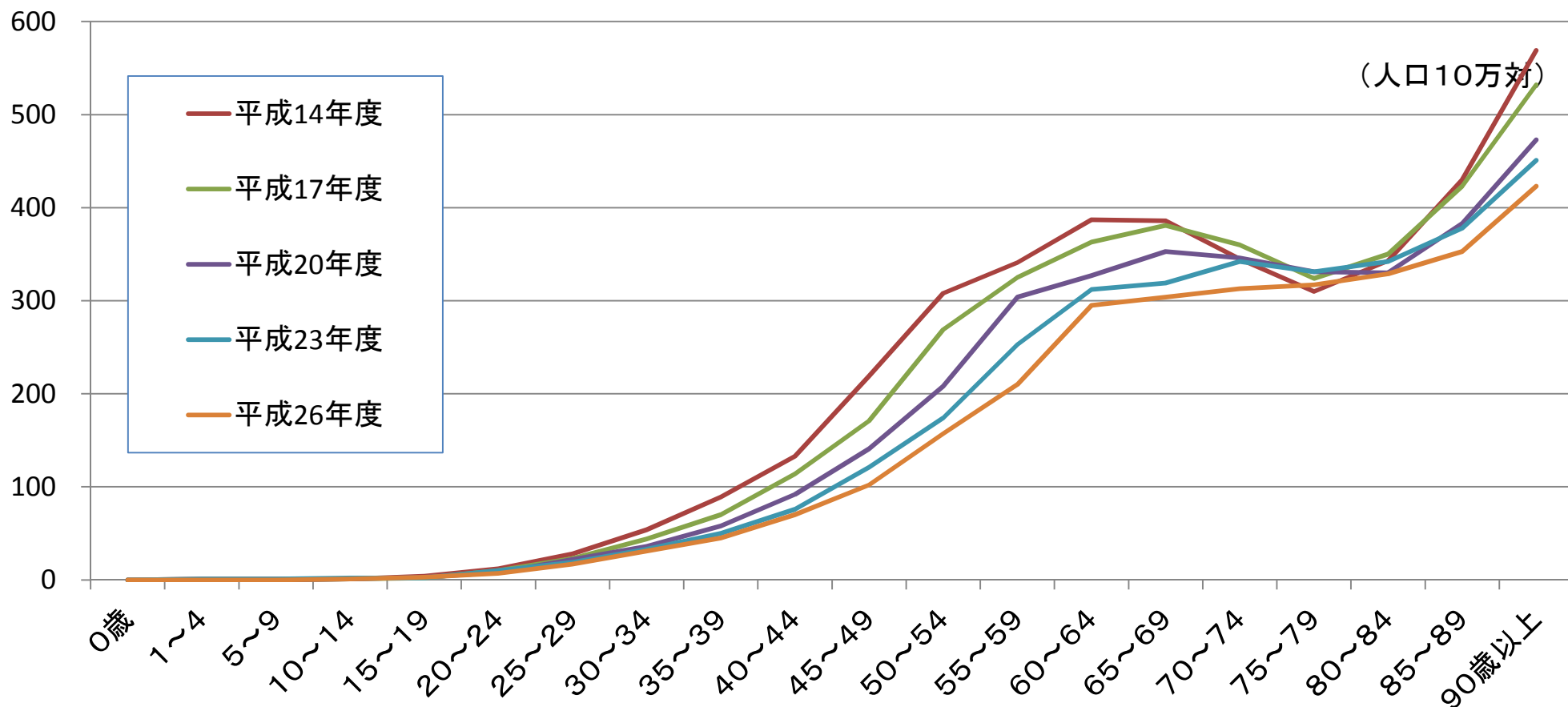


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 16

精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。

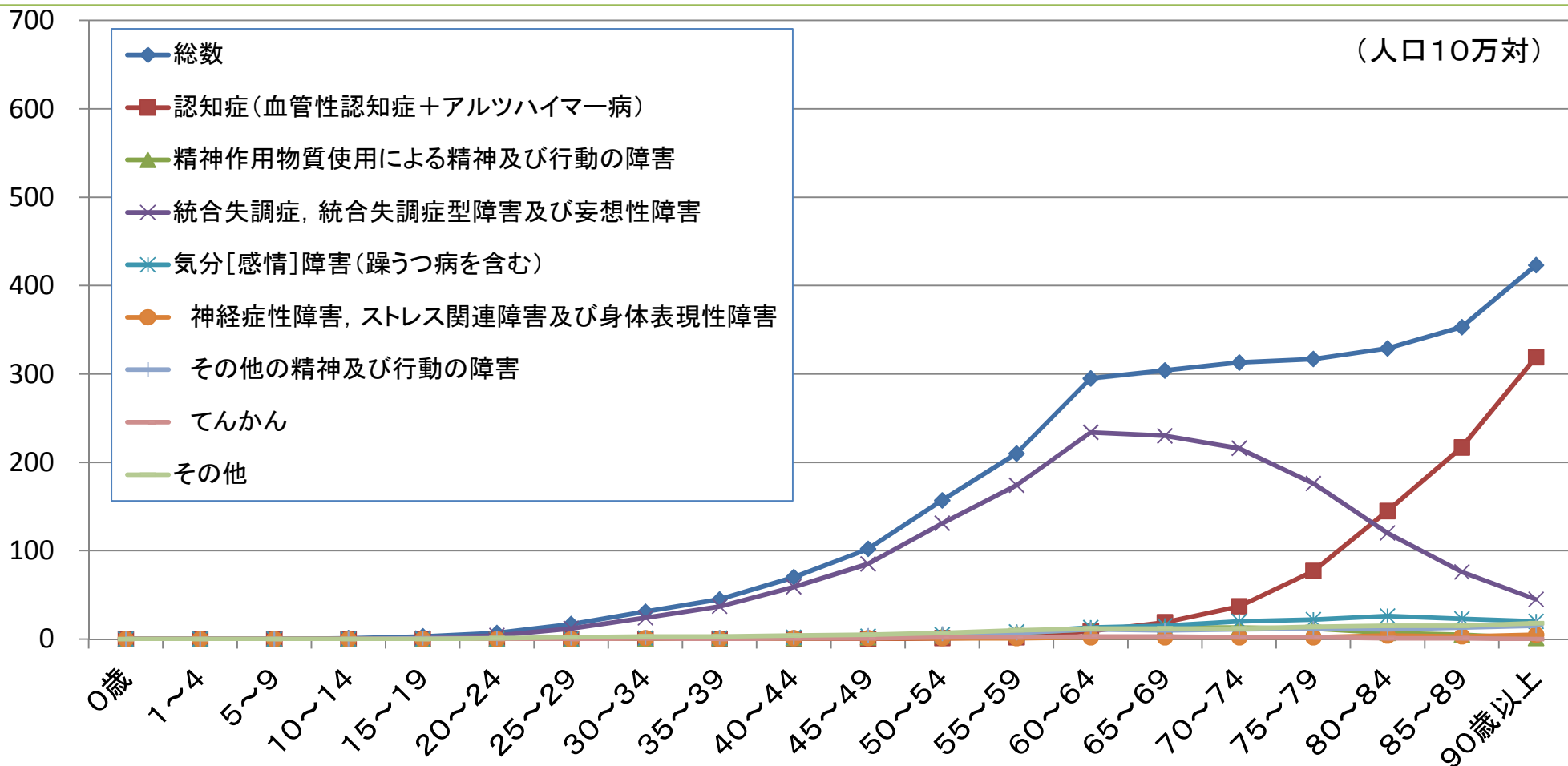


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 17

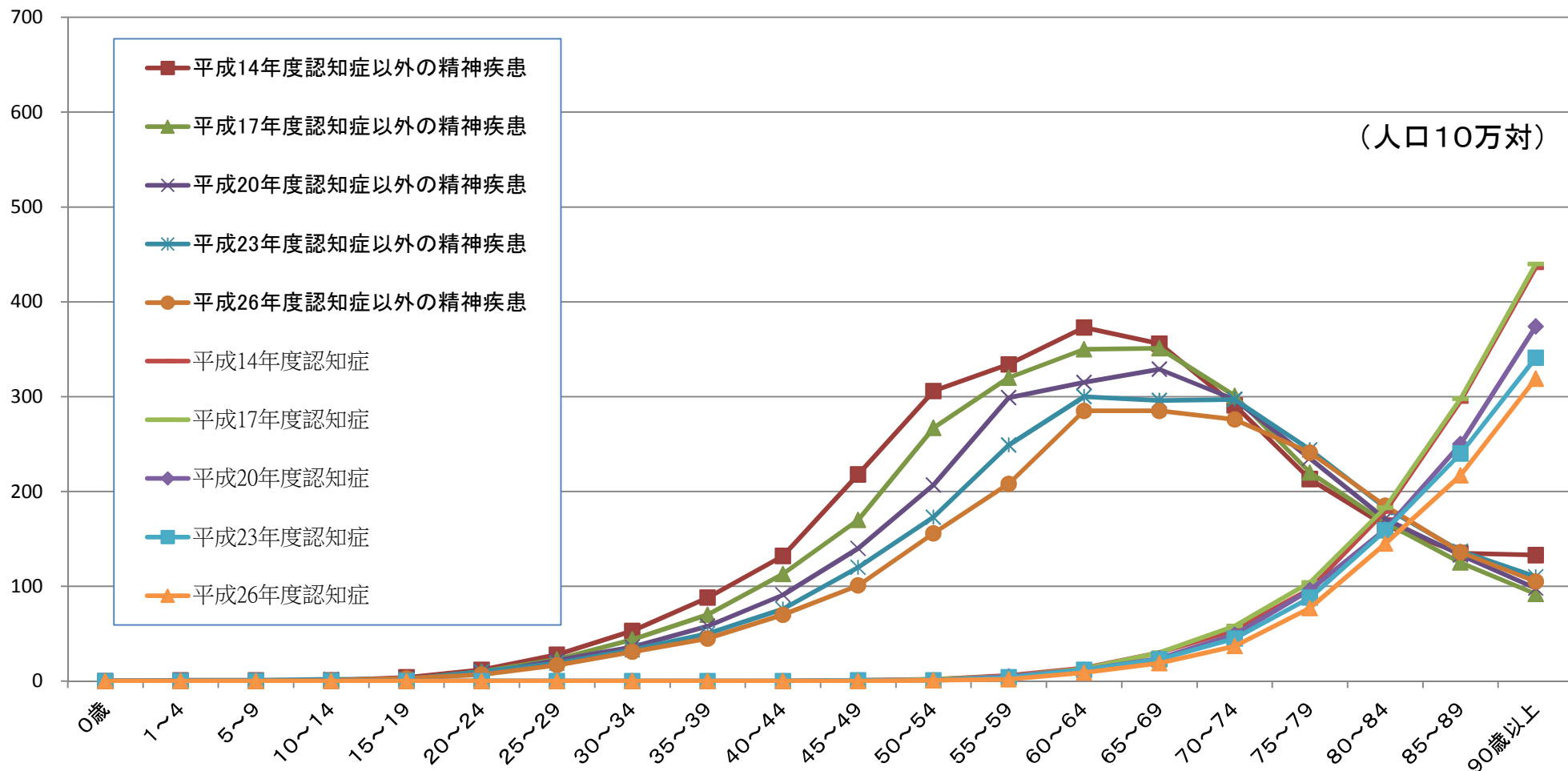
精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率(疾病別内訳)【平成26年度】

- 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、主に統合失調症入院患者、認知症入院患者から構成されている。
- 統合失調症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は60代に入院受療率のピークがあり、認知症による1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)は高齢になるにつれて入院受療率は高くなる。



精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率の推移

○ 精神病床における1年以上長期入院患者(慢性期入院患者)の年齢階級別入院受療率は、認知症以外の精神疾患(主に統合失調症、気分障害)であっても、認知症であっても、平成14年度から平成26年度にかけて、減少傾向にある。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 19

精神病床における基準病床数の算定式の見直しについて

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

現状・課題

- 現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年）」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率（1年未満群）24%以下、②退院率（1年以上群）29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。
- この際、平成30年度から開始する医療計画と障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要（患者数）との整合性を図る必要がある。

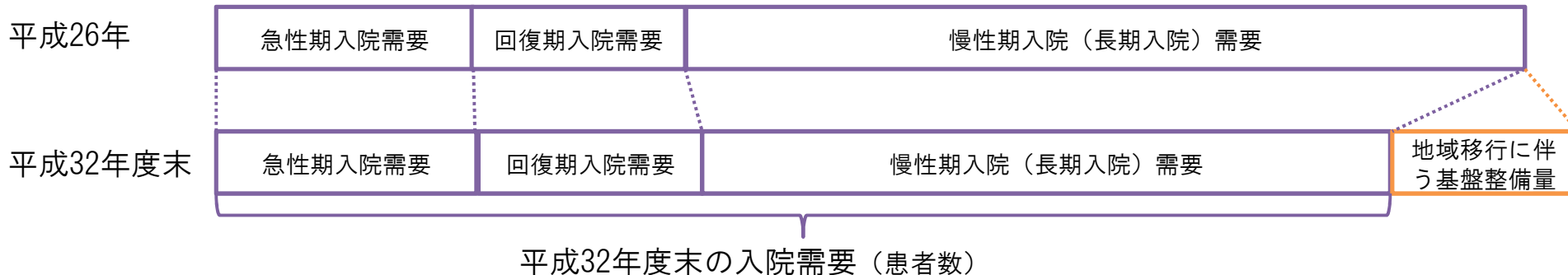
対応方針（新たな算定式への見直し）

- 平成30年度から開始する医療計画では、精神病床における基準病床数の算定式を以下の通り見直す。

新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要（患者数）} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3～12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



※第7次医療計画の中間年において、第6期障害福祉計画と整合性が図られるように基準病床数を見直す。

精神病床における基準病床数の算定式の変遷

1 第一次医療法改正以前(昭和60年以前) 公的医療機関等の開設等の規制

精神病床の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (病床の種別に応じて厚生大臣が定める数値)

2 第一次医療法改正(昭和60年～) 医療計画制度の創設

精神病床の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率)
+ (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率 + 加算部分(*)

* 加算部分 = (流入入院患者) ÷ (流出入院患者) × 1/3
を限度として、都道府県知事が適当と認める数を加えることができる

3 第四次医療法改正(平成12年～)

精神病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率)
+ (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率 + 加算部分
(※) 算定式は変更なし。入院受療率及び病床利用率について更新。

4 第五次医療法改正(平成18年～現行の算定式)

- 在院1年未満群の基準病床数 = ((年齢階級別人口) × (年齢階級別新規入院率) + (流入入院患者) - (流出入院患者))
× (平均残存率) ÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率)
- 在院1年以上群の基準病床数 = ((入院期間が一年以上である年齢階級別入院患者数) × (1 - (年齢階級別退院率))
+ (入院期間が1年に達した患者数) - (退院する長期入院患者の目標値))
÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率)
- 在院1年未満群と在院1年以上群の合計数に流出超過加算を加える ※次ページ参照

現行の精神病床における基準病床数の算定式

以下の合算値を基準病床数として算定

1. 在院1年未満群

$$\left\{ \left(\text{年齢階級別人口} \right) \times \left(\text{年齢階級別精神病床新規入院率} \right) + \left(\text{入院患者のうち当該都道府県以外の都道府県に住所を有する者の数} \right) - \left(\text{当該都道府県以外に所在する病院の精神病床における入院患者のうち当該都道府県に住所を有する者の数} \right) \right\} \times \left(\text{厚生労働大臣が定める当該都道府県の平均残存率又は全国の平均残存率の目標値} \right)$$

$$\left(\text{入院期間が一年未満である者についての病床利用率} \right)$$

2. 在院1年以上群

$$\left(\text{当該都道府県の入院期間が一年以上である年齢階級別入院患者の数} \right) \times \left\{ 1 - \left(\text{厚生労働大臣の定める当該都道府県の年齢階級別年間退院率又は全国の退院率の目標値} \right) \right\} + \left(\text{当該年において入院期間が一年に達した入院患者の数} \right) - \left(\text{退院する長期入院患者数の目標値} \right)$$

$$\left(\text{入院期間が一年以上である者についての病床利用率} \right)$$

3. 流出超過加算

都道府県外入院患者数を病床利用率で除して得た数の3分の1を限度に加算

※当該区域に住所を有するものの数が、(年齢階級別人口) × (年齢階級別精神病床入院率) の総和を下回る場合に加算可能。

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて①

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する。

現状・課題

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画が連動するように、都道府県単位及び二次医療圏単位の共通のアウトカム指標を設定する必要がある。
- 精神保健福祉資料(630調査)を用いた指標は、現時点で入手可能な最新のデータは3年前(平成25年度)となっており、計画の進捗管理に課題がある。このため、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともにNDBを用いて、新たなアウトカム指標を設定する必要がある。

対応方針(新たな指標への見直し)

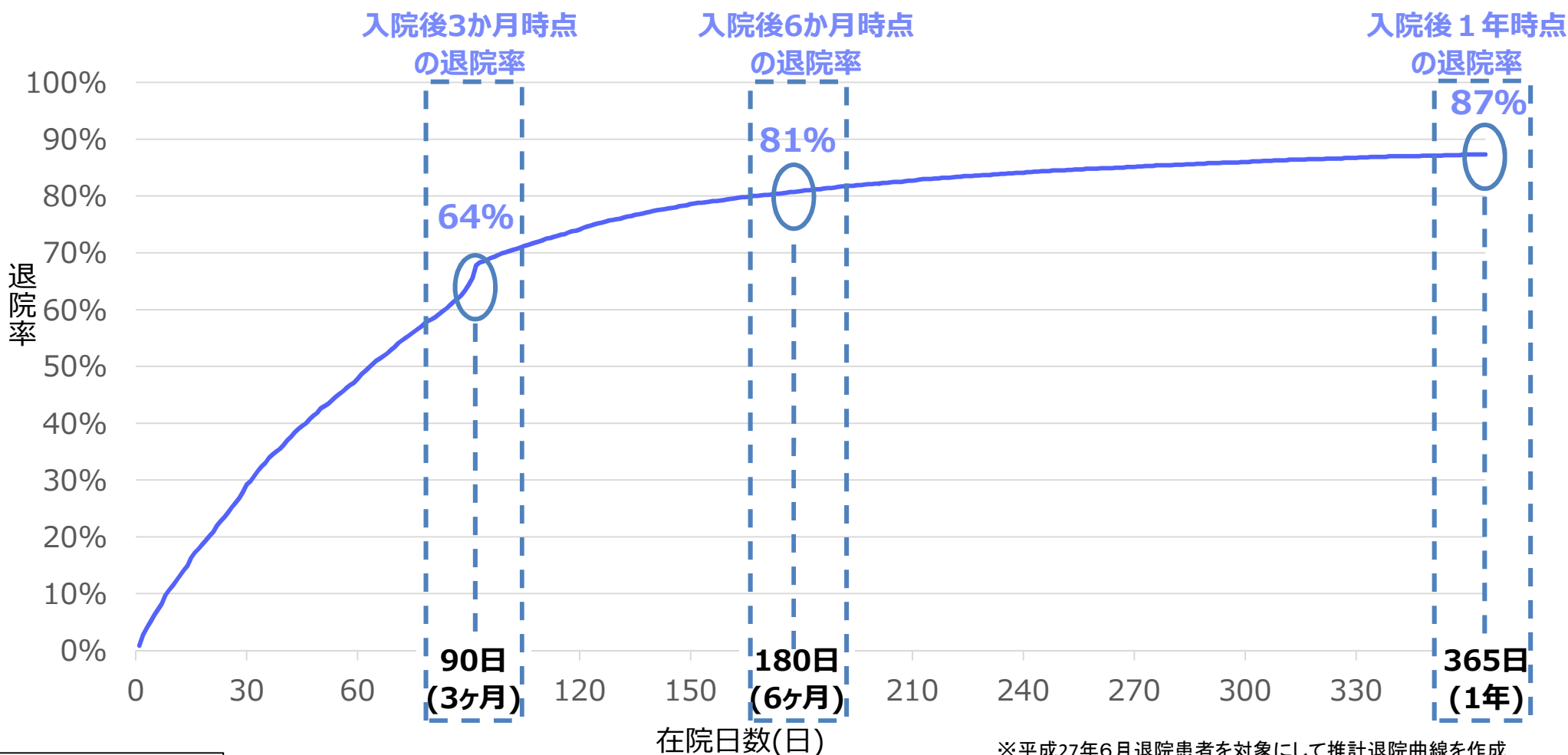
現状	指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	地域移行の 進捗状況を評価する観点
	医療計画	1年未満入院患者の平均退院率【630調査】 退院患者平均在院日数【患者調査】	3か月以内再入院率【630調査】 在院期間5年以上65歳以上の退院患者数【630調査】 認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率【630調査】
	障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【630調査】 入院後1年時点の退院率【630調査】	長期在院者数の減少割合【630調査】
H30から	指標	早期退院支援の 取組状況を評価する観点	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの 進捗状況を評価する観点
	医療計画 障害福祉計画	入院後3か月時点の退院率【※】 入院後6か月時点の退院率【※】 入院後1年時点の退院率【※】 ※630調査/NDB	精神病床における1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳以上1年以上長期入院患者数【※】 精神病床における65歳未満1年以上長期入院患者数【※】 ※630調査/NDB

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて②

○早期退院支援の取組状況を評価する観点

⇒平成27年における上位10%の都道府県が達成している「精神病床における早期退院率（推計値）」の水準以上を目指して、各都道府県において平成32年度末の目標を設定

全国の退院率（推計値）



※平成27年6月退院患者を対象にして推計退院曲線を作成

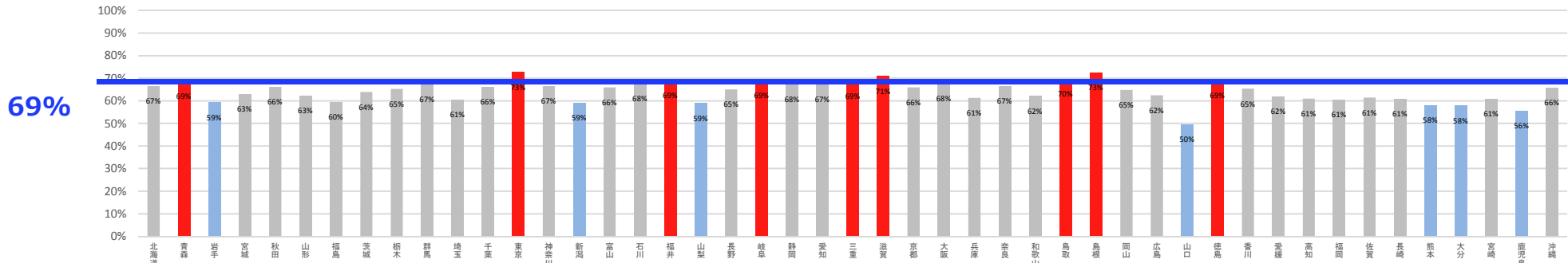
出典：平成 28 年度厚生労働行政推進調査「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：山之内芳雄）からの報告

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて③

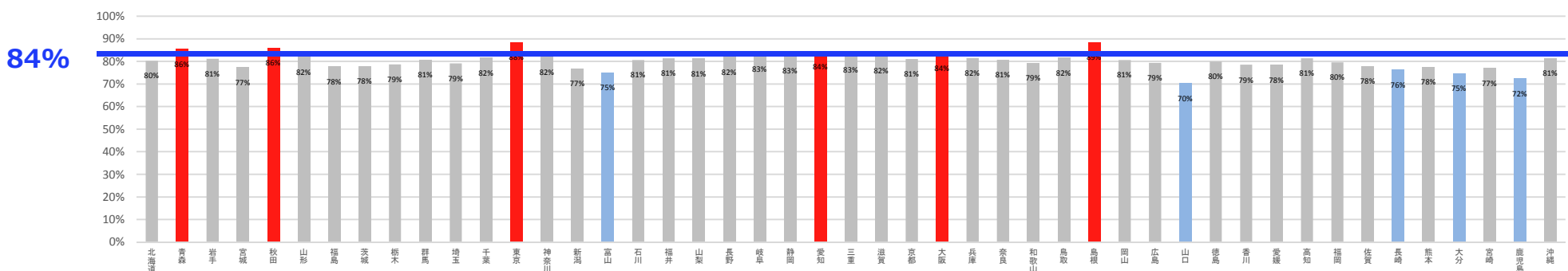
(目標値)

都道府県別の入院後3か月時点の退院率(推計値)

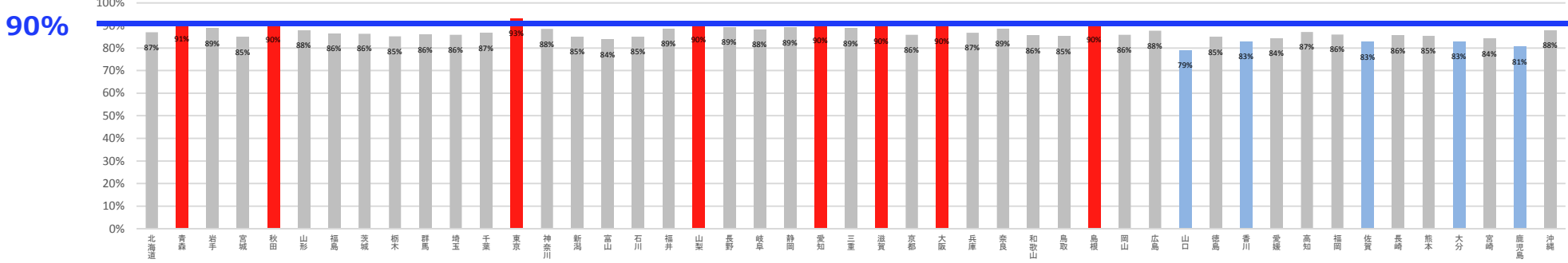
上位10%



都道府県別の入院後6か月時点の退院率(推計値)



都道府県別の入院後12か月時点の退院率(推計値)



※平成27年6月退院患者を対象に作成した推計退院曲線から算出

※NDBを活用して計算

出典:平成28年度厚生労働行政推進調査「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:山之内芳雄)からの報告

医療計画、障害福祉計画におけるアウトカム指標の見直しについて④

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点

⇒国が提示する推計式を用いて、各都道府県において、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）の目標を設定

➤ 平成26年

平成26年	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要
	5.7万人	4.6万人	18.5万人	10.6万人	7.8万人	28.9万人

▲ 3.9～2.8万人

➤ 平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）における全国目標値（見込み）

平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	4.9万人	14.6万人	9.2万人	5.4万人	25.3万人	4.6万人	2.5万人	2.0万人
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
最小	5.8万人	4.9万人	15.7万人	9.8万人	5.8万人	26.3万人	3.5万人	1.9万人	1.6万人

➤ 平成37年（2025年）における全国目標値（見込み）

※障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備を実施。

平成37年（2025年）	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院需要	うち65歳以上	うち65歳未満	合計入院需要	地域移行に伴う基盤整備量	うち65歳以上	うち65歳未満
最大	5.8万人	5.0万人	9.7万人	6.5万人	3.2万人	20.6万人	9.8万人	5.5万人	4.3万人
〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
最小	5.8万人	5.0万人	11.6万人	7.6万人	4.0万人	22.5万人	7.9万人	4.4万人	3.5万人

「重度かつ慢性」の基準案について

- 平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)において長期入院患者の実態調査を実施。
- 平成25年度から「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(厚生労働科学研究 研究代表者 安西信雄)を実施し、平成25年度には「重度かつ慢性」暫定基準案を作成。
- 平成27年度において、「重度かつ慢性」暫定基準案の妥当性の検証等の研究を実施し、「重度かつ慢性」基準案を作成。

「重度かつ慢性」基準案

精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を越えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準に満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて①行動障害 ②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

1. 精神症状

BPRS総得点45点、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver.1)」に準拠する。

2. 行動障害

問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。

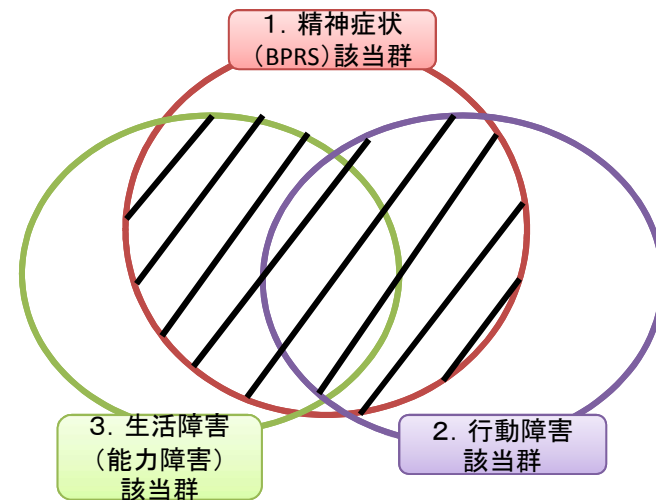
3. 生活障害

障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。

4. 身体合併症

精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

- ①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎
- ④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いてください:_____)



※表1～3については研究報告書参照のこと

出典:厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成25年度～27年度 総合研究報告書の結果を基に作成

「重度かつ慢性」の基準案に基づく調査結果について

- 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

研究1の5000人データでの重度かつ慢性の暫定基準案 × 在院期間のクロス表

			問13 調査日現在における在院日数						
			1年以上～1年6ヶ月未満	1年6ヶ月以上～3年未満	3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
暫定基準案 (ただし身体基準は除く)	非該当	人数	146	320	261	381	346	385	1839
		列の%	41.1%	43.6%	37.3%	36.5%	34.4%	35.2%	37.3%
	該当	人数	209	414	439	664	659	710	3095
		列の%	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%
	合計	人数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
		列の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

1 任意入院(法第20条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者

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

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

3 医療保護入院(法第33条)

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

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

(特定医師による診察の場合は12時間まで)

3 応急入院(法第33条の7)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に制限される。

(特定医師による診察の場合は12時間まで)

措置入院の流れ(第29条)

- ・一般人(第22条)、
- ・警察官(第23条)、
- ・検察官(第24条)、
- ・保護観察所の長(第25条、第26条の3)、
- ・矯正施設の長(第26条)、
- ・精神科病院の管理者(第26条の2)等

通報

自傷他害のおそれのある者

②④移送(適宜、指定医による行動制限の判断)

①③指定医による診察

※二名以上

都道府県知事＝措置入院の決定

実地審査

(第38条の6)

指定医による診察

(第29条の4)
自傷他害のおそれの消失

症状消退届の提出

(第29条の5)

指定医による診察

定期報告

(第38条の2第1項)
→半年までは3ヶ月ごと
→半年以降は6ヶ月ごと

退院請求
又は
処遇改善請求

(第38条の4)

・都道府県知事に対し、本人又は家族等が請求可能

精神医療審査会における審査

都道府県知事の決定(措置解除＝退院)

通院

任意入院

医療保護入院

措置入院
継続

医療保護入院の流れ(第33条)

精神障害者であつて、医療及び保護のため入院の必要があるが、自ら同意して入院する状態にない者

②家族等のうち
いずれかの者の同意

②家族等の全員がその意思を
表示することができない場合等は
市町村長同意

①指定医による診察

③移送(適宜、指定医に
よる行動制限の判断)

医療保護入院

【精神科病院の管理者の責務】

- ◆退院後生活環境相談員の選任(第33条の4)
- ◆地域援助事業者との連携(第33条の5)
- ◆医療保護入院者退院支援委員会での審議(第33条の6)

・精神科病院の管理者の判断

入院の届出

(第33条第7項)

・入院後10日以内に精神科病院の
管理者が保健所長経由で提出

入院予定期間を記載した
入院診療計画を提出

(施行規則第13条の4)

定期報告

(第38条の2第2項)
→12ヶ月ごと

退院請求
又は
処遇改善請求

(第38条の4)

・都道府県知事に対し、本人又は
家族等が請求可能

精神医療審査会における審査

退院

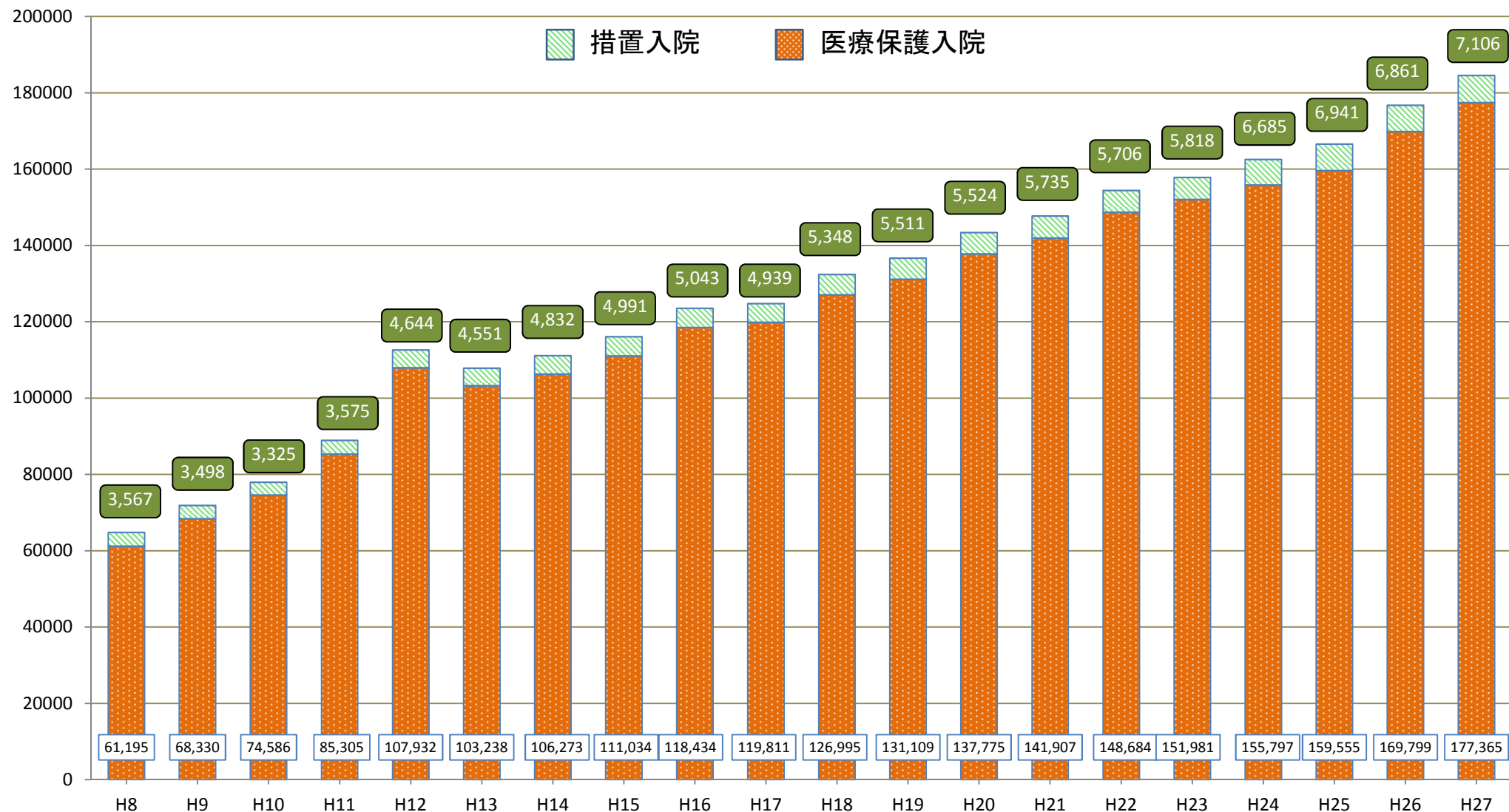
通院

任意入院

医療保護
入院継続

※入院中も適宜、指
定医による行動制限
の可否を判断

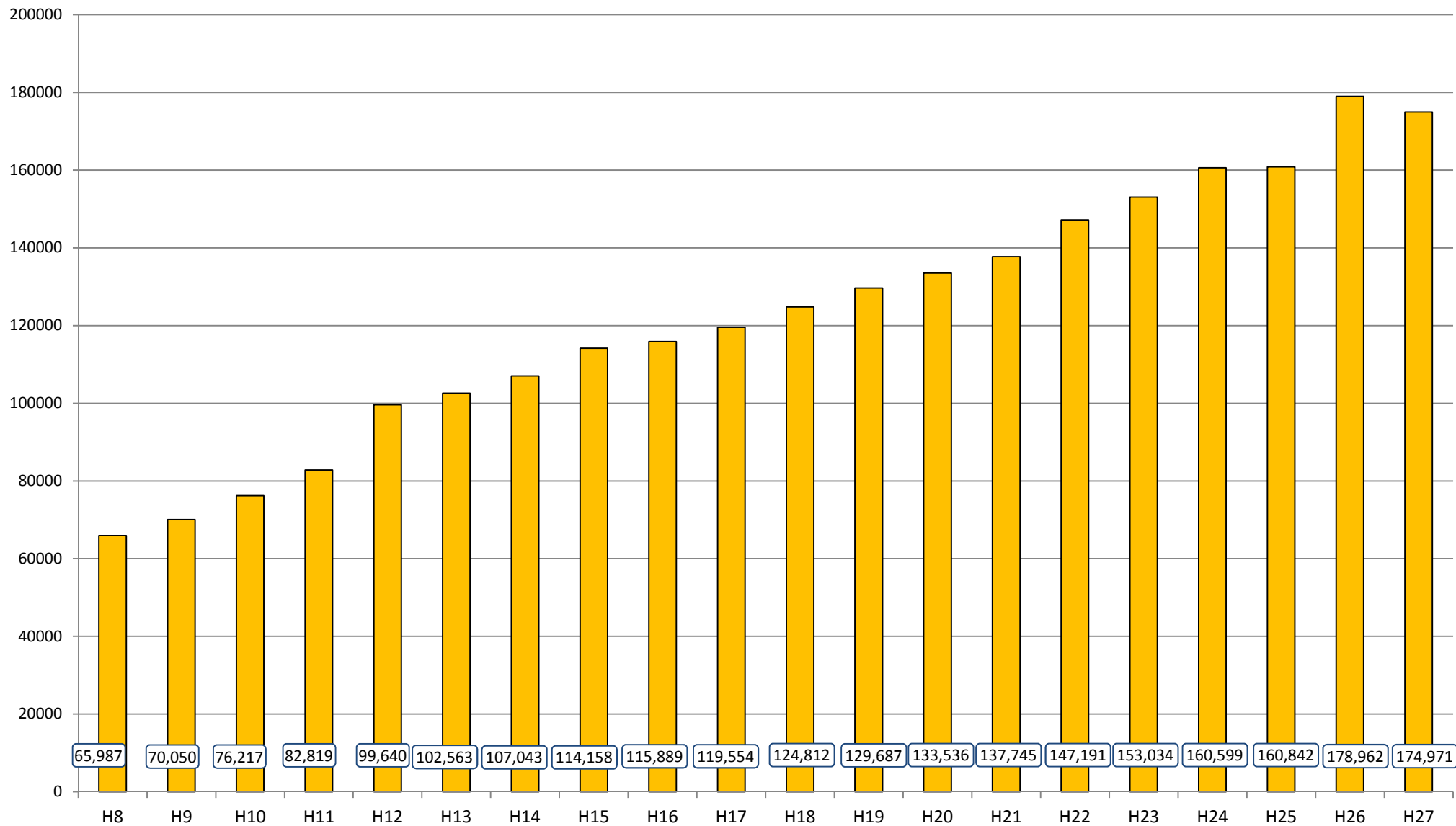
措置入院・医療保護入院の届出数の推移



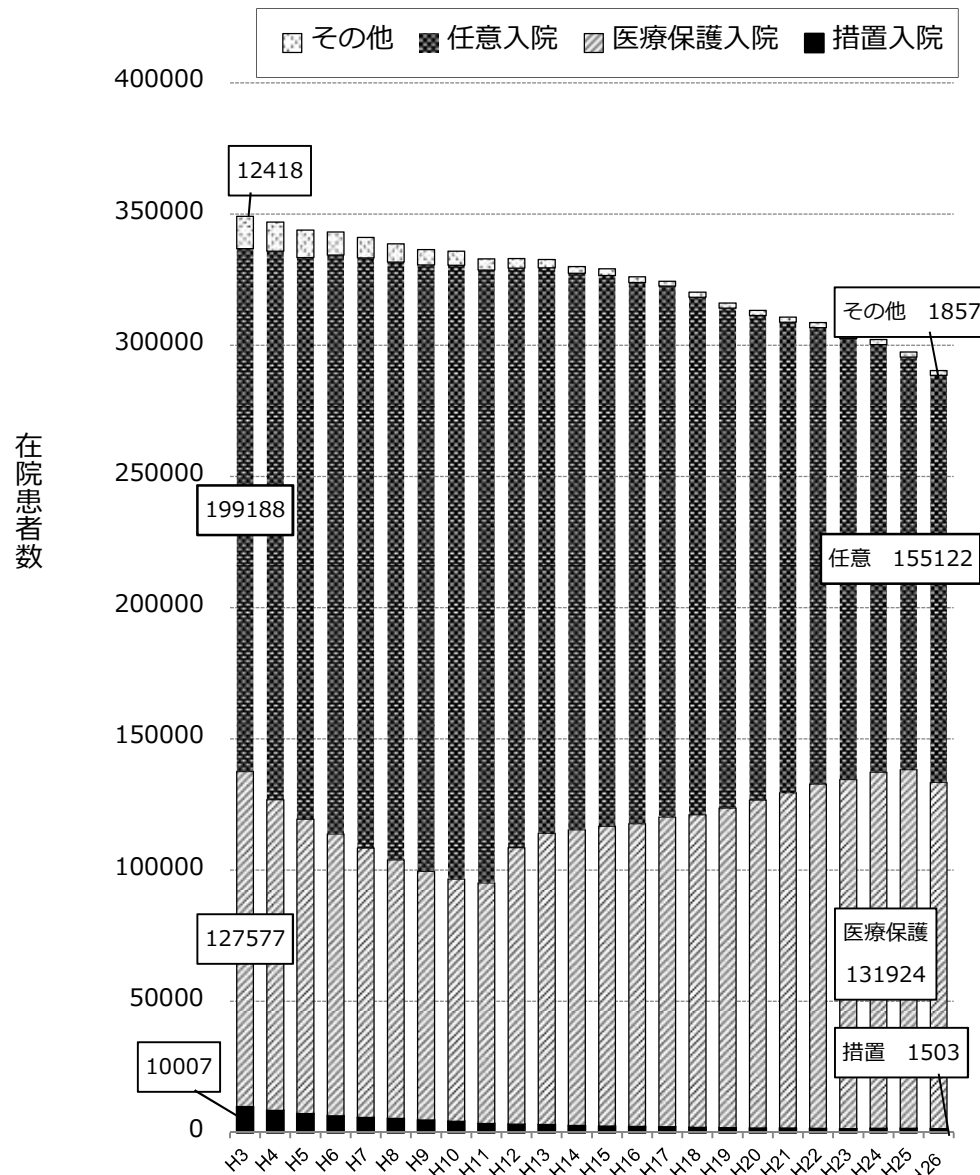
※平成25年度以前の医療保護入院においては、保護者として選任されていない扶養義務者の同意による4週間に限った入院制度があったが、この制度による入院者数は計上していない。

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

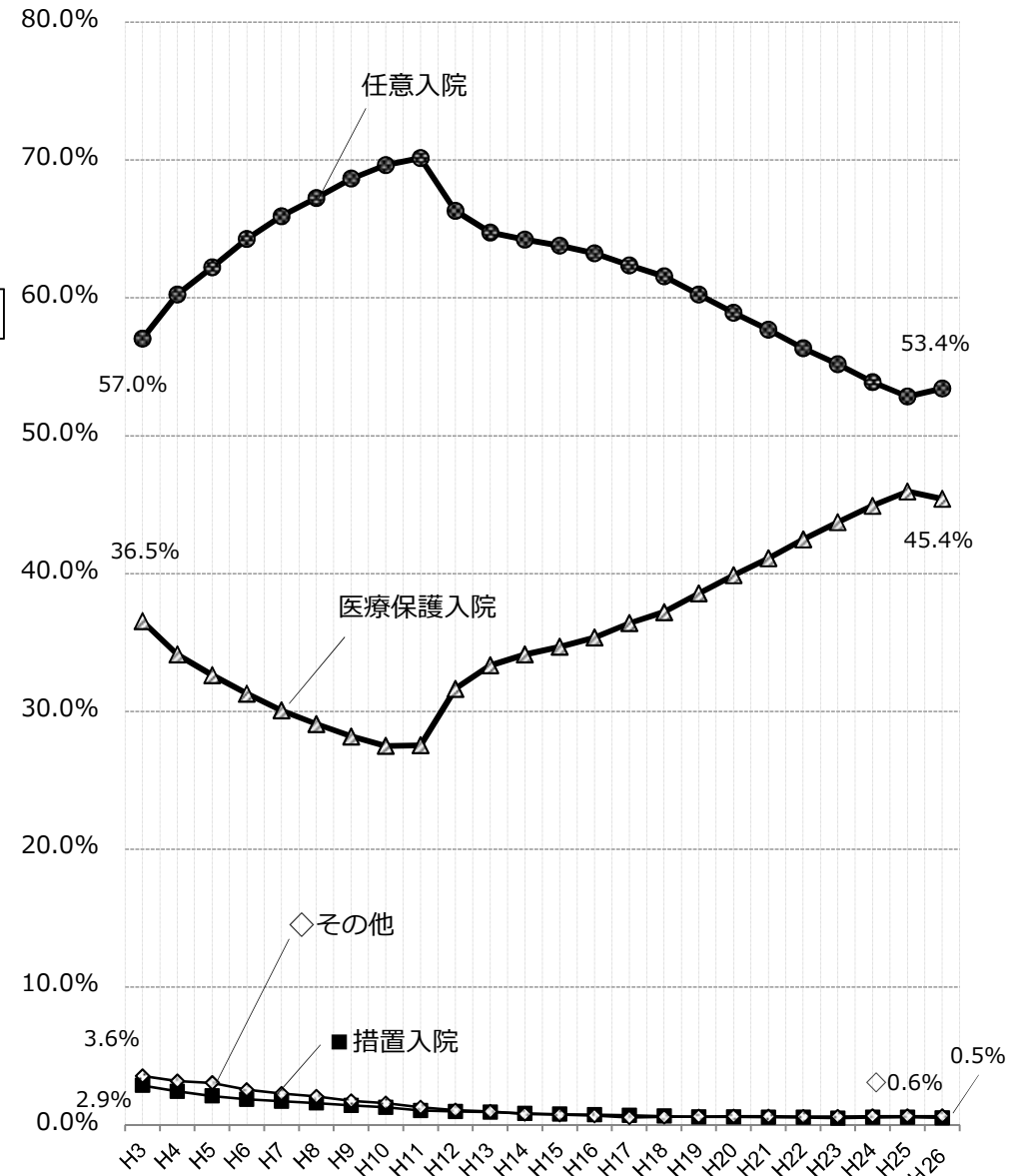
医療保護入院の退院届出数の推移



入院形態別在院患者数の推移(平成3年度～平成26年度)

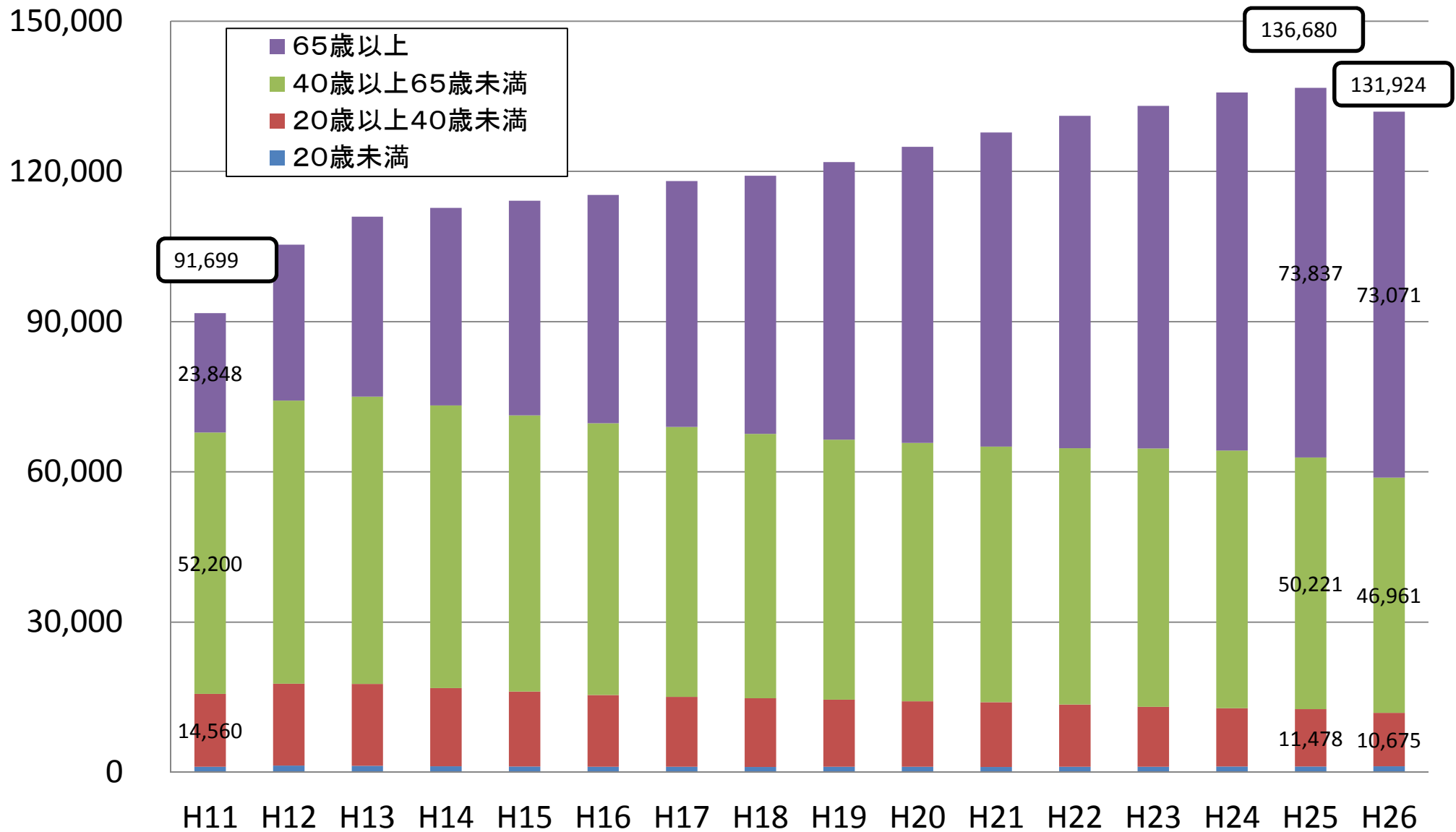


※平成11年精神保健福祉法改正において医療保護入院の要件を明確化
(任意入院の状態にない旨を明記)

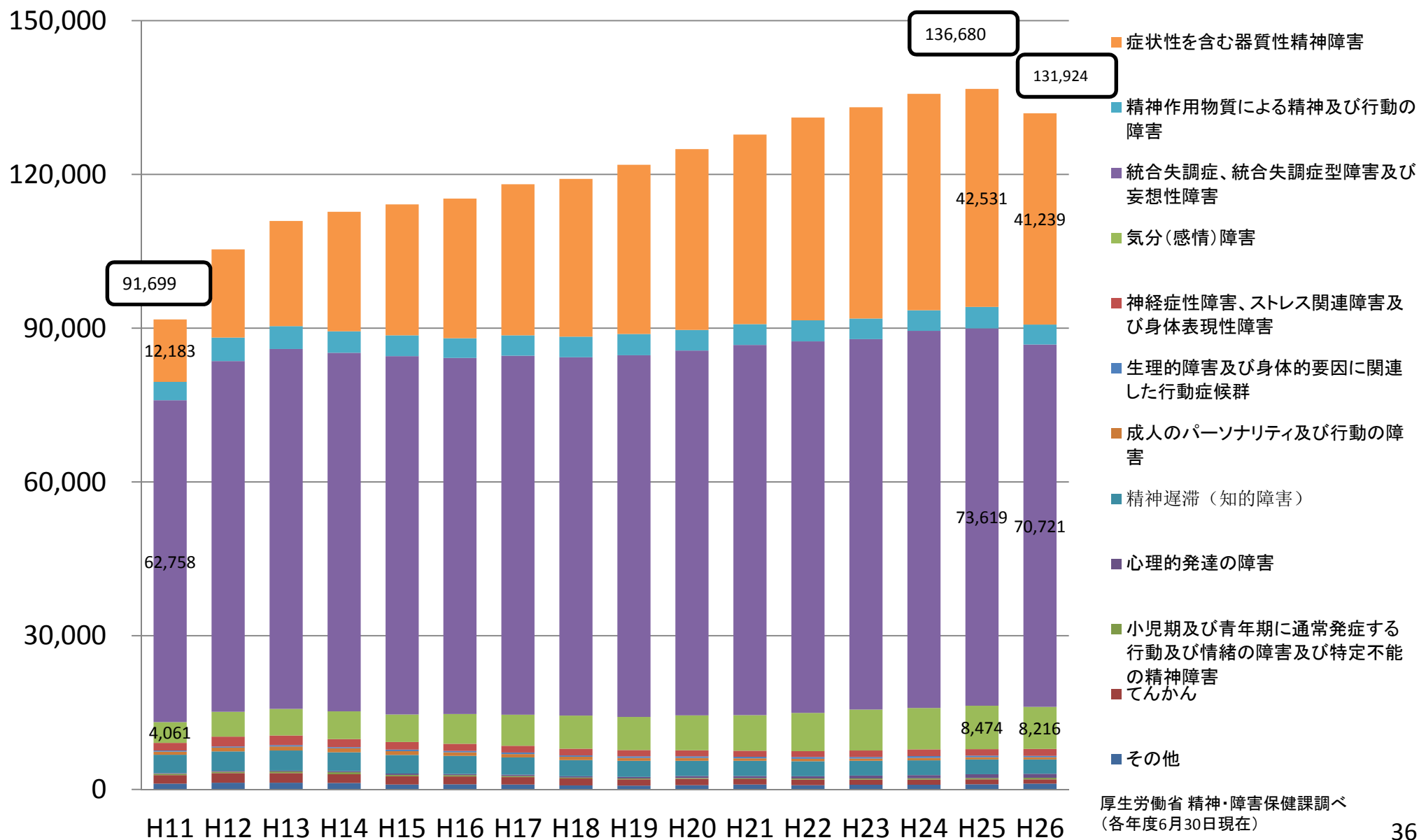


厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課調べ(各年度6月30日現在)

医療保護入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

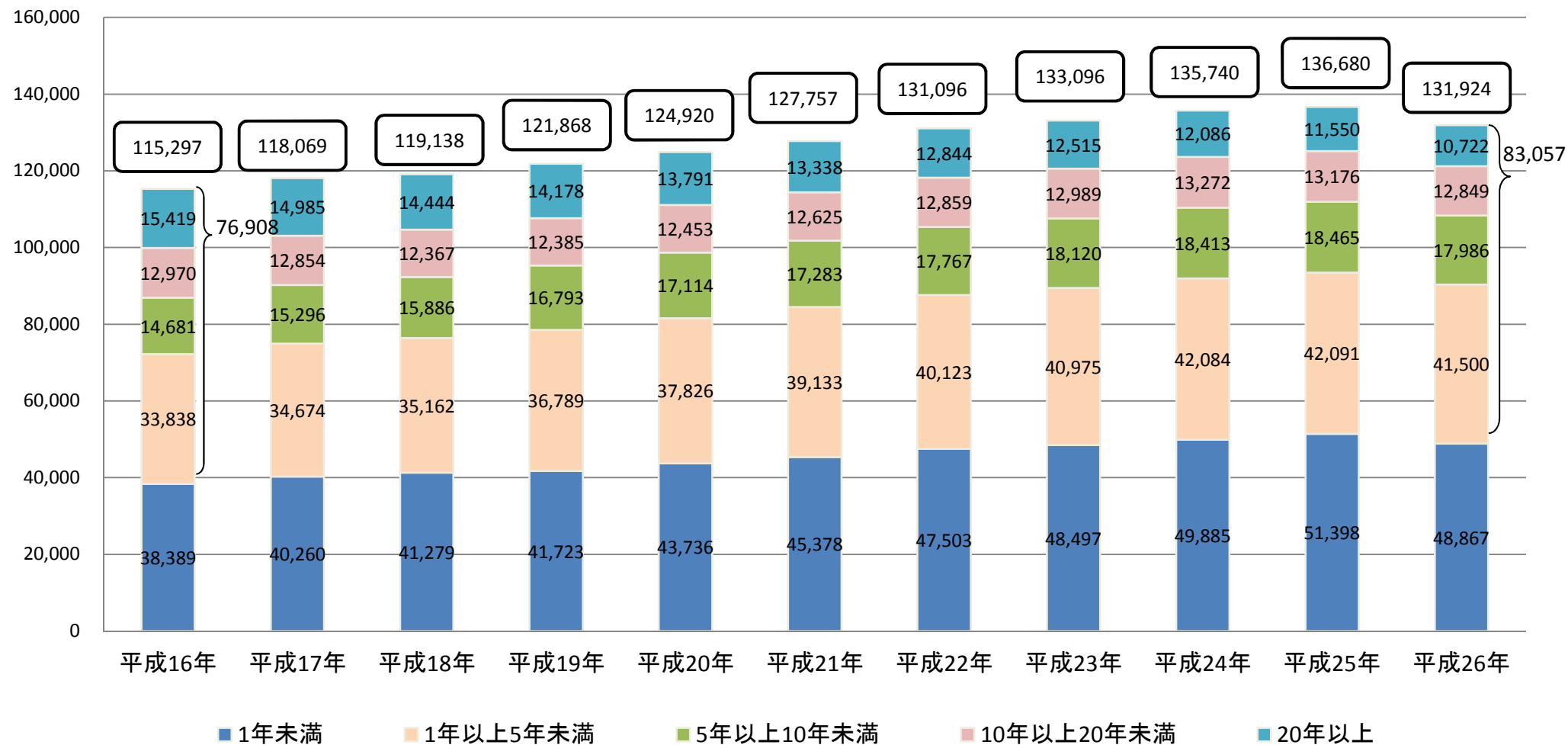


医療保護入院患者数の推移(疾患別内訳)



医療保護入院患者数の推移(在院期間別内訳)

(人)



平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院の同意要件の見直し

○ 医療保護入院は、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のため入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者が対象。

改正前

○精神保健指定医の診察及び保護者(※)の同意が要件。

※以下の①～④の順位で1名のみ。上位の者がいない場合や所在地不明の場合等は下位の者。

- ① 後見人又は保佐人
- ② 配偶者
- ③ 親権者
- ④ ②③の者以外の扶養義務者のうち家庭裁判所が保護義務を履行すべき者として選任した者（扶養義務者は改正後に同じ）

○市町村長同意による入院が可能なのは、保護者がいない場合又は保護者になり得る者の全員が本人に治療を受けさせる等の義務を行うことができない場合(※)。

※所在地不明、長期間の疾病、破産など

※扶養義務者の同意が得られないときも含む

○退院請求は、本人のほか、保護者となった者(1名のみ)が行うことができる。

改正後

○精神保健指定医の診察及び家族等(※)の同意が要件。

※以下に該当する者のうちいずれかの者。順位はない。

- ・ 後見人又は保佐人
- ・ 配偶者
- ・ 親権者
- ・ 扶養義務者（民法の規定により、直系血族、兄弟姉妹及び家庭裁判所に選任された三親等以内の親族とされている）

○市町村長同意による入院が可能なのは、家族等がない場合又は家族等の全員が意思を表示することができない場合(※)。

※所在地不明など

○退院請求は、本人のほか、家族等の全員が行うことができる。



医療保護入院における家族等の同意に関する運用の考え方

(平成26年1月24日精神・障害保健課長通知)

1. 今回の法改正においては、保護者制度の廃止に伴い、医療保護入院について精神保健指定医1名の判定とともに、家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人をいう。以下同じ。)のうちいずれかの者の同意を必要とすることとした。(法第33条第1項及び第2項)
2. 当該改正の趣旨は、適切な入院医療へのアクセスを確保しつつ、医療保護入院における精神障害者の家族等に対する十分な説明とその合意の確保、精神障害者の権利擁護等を図るものである。
3. なお、医療保護入院は、本人の同意を得ることなく入院させる制度であることから、その運用には格別の慎重さが求められる。本人の同意が求められる状態である場合には、可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるように努めなければならない。
4. 医療保護入院においては、その診察の際に付き添う家族等が、通例、当該精神障害者を身近で支える家族等であると考えられることから、精神科病院の管理者(以下「管理者」という。)は、原則として、診察の際に患者に付き添う家族等に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、当該家族等から同意を得ることが適当である。
5. 管理者が家族等の同意を得る際には、当該家族等の氏名、続柄等を書面で申告させて確認する。その際には、可能な範囲で運転免許証や各種医療保険の被保険者証等の提示による本人確認を行うことが望ましい。
また、家族等の同意に関する書面の様式例を参考までに添付するので、適宜活用されたい。

6. 管理者が家族等の同意を得る際に、後見人又は保佐人の存在を把握した場合には、これらの者の同意に関する判断を確認することが望ましい。
7. また、当該医療保護入院者に係る精神障害者が未成年である場合に管理者が親権者から同意を得る際には、民法(明治29年法律第89号)第818条第3項の規定にしたがって、原則として父母双方の同意を要するものとする。
8. 精神障害者に対する医療やその後の社会復帰には家族等の理解と協力が重要であることを踏まえると、医療保護入院は、より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい。
このため、管理者が医療保護入院の同意についての家族等の間の判断の不一致を把握した場合においては、可能な限り、家族等の間の意見の調整が図られることが望ましく、管理者は、必要に応じて家族等に対して医療保護入院の必要性等について説明することが望ましい。
9. 管理者が家族等の間の判断の不一致を把握した場合であって、後見人又は保佐人の存在を把握し、これらの者が同意に反対しているときには、その意見は十分に配慮されるべきものと解する。
10. また、管理者が家族等の間の判断の不一致を把握した場合において、親権を行う者の同意に関する判断は、親権の趣旨に鑑みれば、特段の事情があると認める場合を除き、尊重されるべきものと解する。
11. 医療保護入院後に管理者が当該入院に反対の意思を有する家族等(医療保護入院の同意を行った家族等であって、入院後に入院に反対することとなったものを含む。)の存在を把握した場合には、当該家族等に対して入院医療の必要性や手続の適法性等について説明することが望まれる。その上で、当該家族等が依然として反対の意思を有するときは、管理者は、都道府県知事(精神医療審査会)に対する退院請求を行うことができる旨を教示する。

市町村長同意について(平成25年精神保健福祉法改正の前後の比較)

改正前	改正後
第二十条 (略) 2 保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。ただし、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人又は保佐人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立てによりその順位を変更することができる。 - 一 後見人又は保佐人 - 二 配偶者 - 三 親権を行う者 - 四 前二号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者 第二十一条 前条第二項各号の保護者がいないとき又はこれらの保護者がその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。)、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護者となる。	(医療保護入院) 第三十三条 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。 - 一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第二十条の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの - 二 (略) 2 (略) 3 精神科病院の管理者は、第一項第一号に掲げる者について、<u>その家族等</u>(前項に規定する家族等をいう。以下同じ。)<u>がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合</u>において、その者の居住地(居住地がないか、又は明らかでないときは、その者の現在地。第四十五条第一項を除き、以下同じ。)を管轄する市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。)<u>の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。</u>第三十四条第二項の規定により移送された者について、その者の居住地を管轄する市町村長の同意があるときも、同様とする。 4～7 (略)

○改正後において入院時に市町村長の同意の対象となる者

病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと(これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。)

※「その意思を表示することができない」・・・心神喪失の場合等のことをいう。

(家族等が反対している場合や家族等が反対しないが同意もしない場合は含まれない。)

医療保護入院の必要性を審査するプロセス(イメージ)

入院開始時

入院中

家族等

家族等同意

(本人に最も身近な者による
入院の必要性の判断)

必要に応じ、退院請求の実施

精神保健
指定医

指定医の診断

(医学的な見地からの入院
の必要性の判断)

定期的な診察に基づく定期病状報告の作成、
入院継続の必要性の判断

精神医療
審査会

医療保護入院
の届出の審査

(指定医による診断の妥当
性を第三者が審査)

退院請求の審査

(本人又は家族等による請求により、必要性を第三者が審査)

定期病状報告の審査

(入院継続の必要性を定期的に第三者が審査)

医療機関

入院届の作成等の
適正な手続の実施

病院内における退院促進措置

(入院継続の必要性を治療担当者が定期的に審査)

上記の各プロセスが総体となって入院の妥当性について審査。

平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院者の退院促進措置

平成25年の精神保健福祉法改正により、精神科病院の管理者に以下の事項を義務付けている。

1. 退院後生活環境相談員の選任

- 医療保護入院者の退院に向けた相談支援や地域援助事業者等の紹介、円滑な地域生活への移行のための退院後の居住の場の確保等の調整等の業務を行う『退院後生活環境相談員』を精神保健福祉士等から選任しなければならない。

2. 地域援助事業者の紹介

- 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う『地域援助事業者』を紹介するよう努めなければならない。

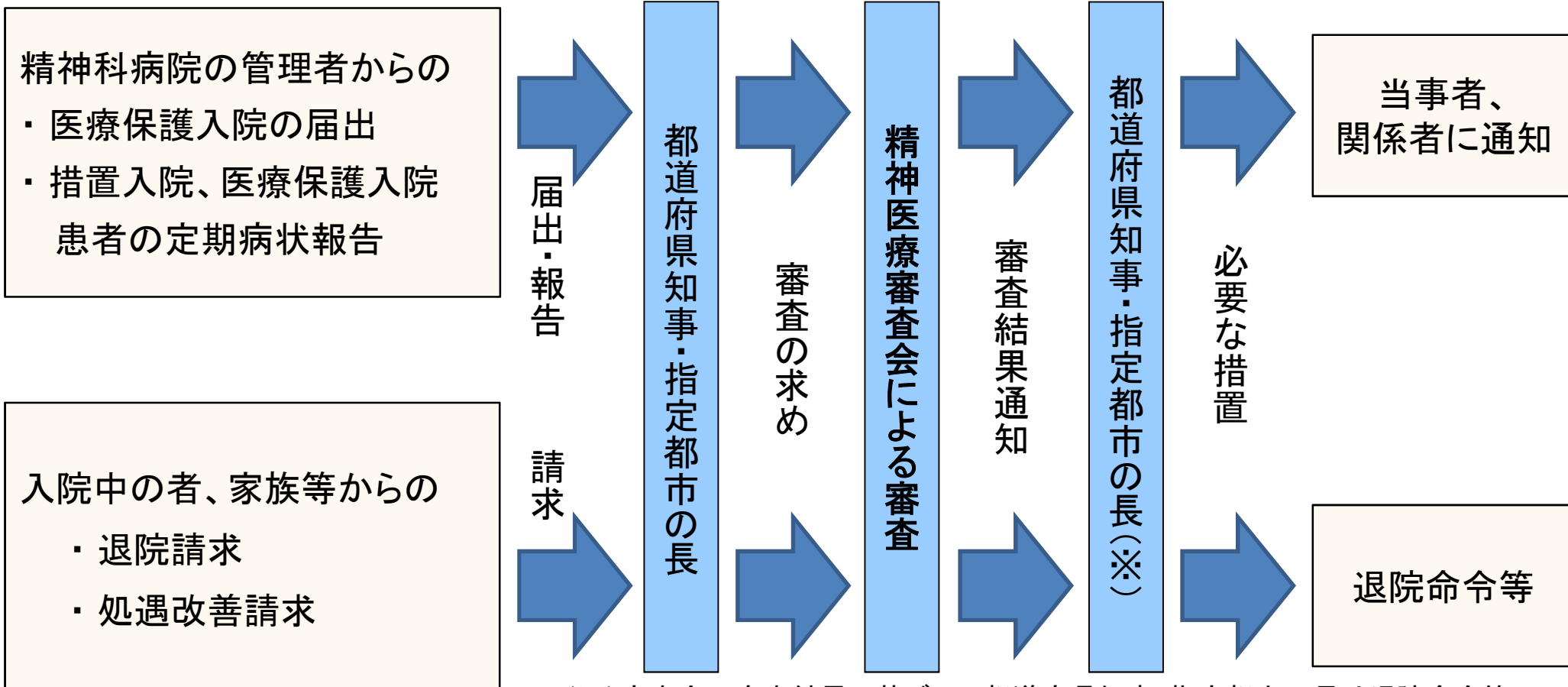
3. 医療保護入院者退院支援委員会の設置

- 主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、医療保護入院者及び家族等が出席し、医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間及び当該期間における退院に向けた取組等を審議する『医療保護入院者退院支援委員会』を設置しなければならない。

精神医療審査会について

委員構成員(1合議体あたり5名)は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行
都道府県知事が下記の者を任命(任期は原則2年)

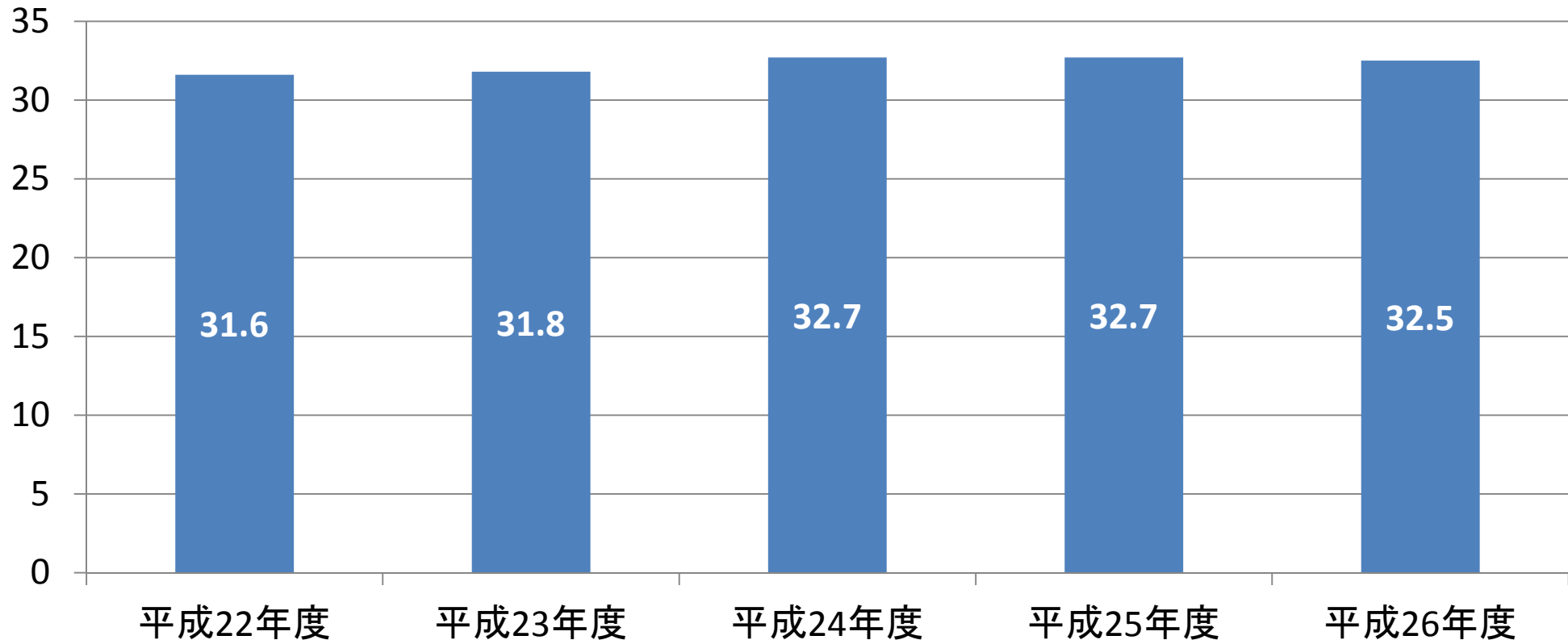
- 精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上(精神保健福祉士等)
- 法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検事等)



(※) 審査会の審査結果に基づいて都道府県知事・指定都市の長は退院命令等の措置を採らなければならない。(審査会決定の知事への拘束性)

精神医療審査会の審査 (請求受理から審査結果通知までの日数)

単位(日)



資料：厚生労働科学研究費補助金「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」平成23年度

厚生労働科学研究費補助金「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」平成24年度～平成26年度

厚生労働科学研究費補助金「地域のストレングスを活かした精神保険医両改革プロセスの明確化に関する研究」平成27年度

都道府県別精神医療審査会の構成(平成25年)

	合議体				
	合議体数	委員数			
		計	精神障害者の医療に関し学識経験を有するもの	法律に関し学識経験を有するもの	その他の学識経験を有するもの
北海道	3	15	9	3	3
青森	3	15	9	3	3
岩手	3	15	9	3	3
宮城	3	17	9	5	3
秋田	4	20	12	4	4
山形	1	19	10	4	5
福島	4	20	12	4	4
茨城	2	15	7	5	3
栃木	3	15	9	3	3
群馬	4	26	17	4	5
埼玉	4	20	12	4	4
千葉	4	20	11	4	5
東京	6	32	19	7	6
神奈川	3	15	9	3	3
新潟	4	20	12	3	3
富山	2	15	8	5	2
石川	2	10	6	2	2
福井	3	15	9	3	3
山梨	3	15	9	3	3
長野	4	23	15	4	4
岐阜	3	16	10	3	3
静岡	3	21	9	6	6
愛知	4	20	12	4	4
三重	3	18	12	3	3

	合議体				
	合議体数	委員数			
		計	精神障害者の医療に関し学識経験を有するもの	法律に関し学識経験を有するもの	その他の学識経験を有するもの
滋賀	4	24	14	5	5
京都	3	15	9	3	3
大阪	8	40	24	8	8
兵庫	5	25	20	5	5
奈良	4	20	12	4	4
和歌山	3	21	12	3	6
鳥取	2	12	5	3	4
島根	1	23	14	3	6
岡山	3	15	8	3	4
広島	4	20	12	4	4
山口	3	17	9	4	4
徳島	2	13	8	2	3
香川	3	20	9	5	6
愛媛	2	30	24	2	4
高知	2	30	16	5	9
福岡	4	20	12	4	4
佐賀	2	16	6	5	5
長崎	3	20	12	4	4
熊本	2	18	8	6	4
大分	3	16	9	4	3
宮崎	2	17	8	6	3
鹿児島	3	25	14	4	7
沖縄	2	13	5	4	4

精神医療審査会の審査結果(退院請求)

	審査結果数	入院又は処遇は適当(%)	入院又は処遇は不適当(%)
H20	2,135件	2,024件(94.8%)	111件(5.2%)
H21	2,078件	2,016件(97.0%)	62件(3.0%)
H22	2,157件	2,081件(96.5%)	76件(3.5%)
H23	2,231件	2,159件(96.8%)	72件(3.2%)
H24	2,238件	2,145件(95.8%)	93件(4.2%)
H25	2,269件	2,153件(94.9%)	116件(5.1%)
H26	2,437件	2,333件(95.7%)	104件(4.3%)
H27	2,512件	2,402件(95.6%)	110件(4.4%)

精神医療審査会の審査結果（処遇改善請求）

	審査結果数	入院又は処遇は適当（％）	入院又は処遇は不適当（％）
H20	249件	235件（94.4％）	14件（5.6％）
H21	263件	251件（95.4％）	12件（4.6％）
H22	278件	254件（91.4％）	24件（8.6％）
H23	250件	238件（95.2％）	12件（4.8％）
H24	356件	339件（95.2％）	17件（4.8％）
H25	308件	290件（94.2％）	18件（5.8％）
H26	322件	308件（95.7％）	14件（4.3％）
H27	360件	328件（91.1％）	32件（8.9％）

精神医療審査会の審査結果（医療保護入院の入院届）

	審査結果数	現在の入院形態が適当(%)	他の入院形態への移行が適当(%)	入院継続不要(%)
H20	138,443件	138,435件(100.0%)	4件(0.0%)	4件(0.0%)
H21	141,544件	141,541件(100.0%)	1件(0.0%)	2件(0.0%)
H22	148,864件	148,860件(100.0%)	2件(0.0%)	2件(0.0%)
H23	157,326件	157,321件(100.0%)	1件(0.0%)	4件(0.0%)
H24	160,269件	160,264件(100.0%)	－件(－%)	5件(0.0%)
H25	163,403件	163,399件(100.0%)	1件(0.0%)	3件(0.0%)
H26	173,797件	173,789件(100.0%)	4件(0.0%)	4件(0.0%)
H27	183,168件	183,161件(100.0%)	4件(0.0%)	3件(0.0%)

精神医療審査会の審査結果(定期病状報告)

	審査結果数	現在の入院形態が適当(%)	他の入院形態への移行が適当(%)	入院継続不要(%)
H20	90,263件	90,253件(100.0%)	7件(0.0%)	3件(0.0%)
H21	91,026件	91,017件(100.0%)	5件(0.0%)	4件(0.0%)
H22	92,765件	92,753件(100.0%)	5件(0.0%)	7件(0.0%)
H23	95,037件	95,033件(100.0%)	3件(0.0%)	1件(0.0%)
H24	95,024件	95,013件(100.0%)	7件(0.0%)	4件(0.0%)
H25	93,846件	93,841件(100.0%)	5件(0.0%)	一件(0.0%)
H26	93,051件	93,041件(100.0%)	9件(0.0%)	1件(0.0%)
H27	90,378件	90,366(100.0%)	11件(0.0%)	1件(0.0%)

精神障害者の意思決定支援に関する調査研究（障害者総合福祉推進事業）

平成24年度

『精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について』

- ・ 団体及び当事者へのインタビュー調査、日中系事業所利用者等へのアンケート調査を実施し、検討委員会において検討。



代弁者の必要性を明らかにするとともに、代弁者の定義を提案

平成25年度

『精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について』

- ・ 先行事例の調査研究（医療機関へのアンケート調査、訪問インタビュー調査）を実施し、意思決定の助言・支援のフロー（案）を作成。
- ・ 支援フロー（案）における精神障害者の意思決定の助言・支援の具体的な実施方法や実施に当たっての留意点について、分析・考察。



意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討と支援フロー案を提案

平成26年度

『入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業』

- ・ 平成25年度に作成された「精神障害者に対する意思決定及び意思表明に関するフロー」に基づき、モデル事業を実施。
- ・ 事業の課題を把握し、それを踏まえた事業実施マニュアルを作成。



精神障害者の意思決定及び意思の表明についての今後の在り方に関する政策提言について取りまとめ

平成27年度

『入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業』

- ・ 検討委員会を設置し、モデル事業の実施状況及び調査・検討状況の客観性や妥当性について評価や助言を得ながら、平成26年度研究で明らかとなった課題等を踏まえ、①意思決定についてのモデル事業を実施し、精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアルの作成を行い、②精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修を行い、③アドボケーター機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケーターガイドラインを作成。



精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方策等を提示

措置入院者の退院に係る支援の現状について①

措置入院した患者について、措置解除にあたってあらかじめ保健所等の行政職員が患者との面談を実施しているのは、都道府県及び政令指定都市のうち10%程度。

①＝京都府、福岡県、浜松市

②＝宮城県、千葉市、相模原市、福岡市

	n	%
1 明文化されたルール※があり、実施している	7	10.4%
① 全ての措置入院患者に実施している	3	4.5%
② 必要に応じて実施している	4	6.0%
(②の具体的な内容) ○ 措置入院者が退院する際には必ず面談を実施しているが、面談の時期については、措置解除後に他入院形態に切り替わることもあるため、必ずしも措置解除と同時とは限らない。 ○ 患者との面接については、本市において実施している措置入院患者の退院後支援の中で、退院後支援の対象者となった際に、退院前関係者会議の中で実施している。関係者会議においては、患者同席のもと、主治医、看護師、PSW、各区役所福祉担当者、福祉サービス事業者、保健所職員等が出席している。会議内で、患者の様子や意思を確認し、退院後の支援方針を協議している。 ○ 「措置入院者に対する支援のあり方ガイドライン」に基づき、必要に応じて実施。 ○ 消退届の疾患名や、家族等への虐待等のリスクがあるか等で実施を検討している。		
2 明文化されたルール※はないが、必要に応じて実施している	52	77.6%
3 実施していない	8	11.9%

※ 厚生労働省が全国の都道府県及び政令指定都市（計67カ所）に対し、平成28年8月1日時点の措置入院者の退院に係る支援の実態について調査を行い、全67カ所より回答が得られたもの。

※ 明文化されたルールとは、マニュアルやガイドラインなど、自治体で定めたルールをいう。

措置入院者の退院に係る支援の現状について②

措置入院した患者について、他入院形態を経ずに地域へ退院した場合、退院に係る支援（退院後のフォローアップを含む）を実施しているのは、都道府県及び政令指定都市のうち10%程度。

①＝兵庫県 ②＝宮城県、神奈川県、広島県、千葉市、相模原市、浜松市、福岡市		n	%
1	明文化されたルール※があり実施している	8	11.9%
	① 予算事業として実施している	1	1.5%
	② (通常)業務の一環として実施している(病院からの訪問指導依頼を含む)	7	10.4%
2	明文化されたルール※はないが、必要に応じて実施している	56	83.6%
3	実施していない	3	4.5%
(3の具体的な理由)			
○ 症状消退届にて、地域へ退院する情報を把握することが多く、退院後に患者との支援関係を構築することは困難。			

※ 厚生労働省が全国の都道府県及び政令指定都市（計67カ所）に対し、平成28年8月1日時点の措置入院者の退院に係る支援の実態について調査を行い、全67カ所より回答が得られたもの。

※ 明文化されたルールとは、マニュアルやガイドラインなど、自治体で定めたルールをいう。

措置入院者の退院に係る支援の現状について③

退院後の措置入院者が他入院形態を経ずに地域へ退院した場合に支援のルールを定めている都道府県及び政令市のうち、地域への退院後のフォローアップ中に居所が変更となった場合に、引継等の自治体間の情報共有の仕組みをルールとして定めているのは、10%程度。

		n	%
1	定めている	1	12.5%
(1の具体的な内容)			
○ 措置入院患者継続支援チーム設置要綱の様式1「引継連絡票」により情報提供を実施			
2	定めていない	7	87.5%
(2の具体的な理由)			
○ 理由は特になし。ルールとしては定めていないが、本人の同意を得た上で自治体間で情報共有を図っている。			
○ ルールとしてはないが、個々のケースで必要に応じて実施しているため			
○ 県の保健所間であれば、継続した支援が行えるよう情報共有を行っているが、県外及び管外への転居については、個人情報保護の観点から情報提供していない。取扱いについては「保健所管外に住所を有する措置入院者等に関する事務取扱要領」に準じて実施している。			
○ 自治体間の情報共有については、個人情報保護の観点から取扱いに苦慮している。なお、現時点においては自治体をまたがる居住地の変更となったケースはない。			
○ ルールとして定めてはいないが、地区の相談窓口（各区障害福祉相談課等）における通常業務の一環として、必要に応じ、本人もしくは家族等の同意を得たうえで引継等の支援を実施している。			
○ 法的根拠がないため。また、保有個人情報保護の観点からも一律に定めるのは難しいと考えるため。			
○ 明文化されていないが、フォロー終了時は保健所内カンファレンスを実施することとなっており、その際の検討事項となる。			

退院後の医療等の継続支援の実施のために必要な対応について

従来

退院後の支援
について、
制度的な
対応なし

措置入院先病院



症状消退届
訪問指導等に
関する意見等
(任意)

都道府県
知事等



- 症状消退届を踏まえて措置解除
- 必要に応じて相談指導

※ 退院後支援のルールを明文化しているのは約1割の都道府県等

措置入院中

(措置解除の手續)

退院後



都道府県知事・政令市長

- 都道府県知事等が、全ての措置入院患者を対象に、退院後支援計画の案を作成

※ 他の入院を経由せずに通院となる患者は、原則として精神科医の意見を聴いて作成

- 計画案の作成に当たり退院後支援の関係者が参加する調整会議を開催

※ 帰住先の保健所設置自治体、入院先病院、通院先医療機関
(必要に応じて、福祉サービス事業者、本人・家族)等



参加・調整

- 都道府県知事等は、症状消退届を踏まえて、措置解除

※ 疑義があれば、原則として精神科医の意見を聴く

症状消退届

- 措置入院先病院からの意見を踏まえて退院後支援計画を決定(関係者で共有)

※ 措置解除後の移行先
「医療保護入院」(約5割)、「任意入院」(約2割)、「通院等」(約3割)
引き続き入院する場合は、最後の退院時に計画を見直し



引き継ぎ
(通知)

見直し後



措置入院先病院

- 病院管理者が措置入院先病院の退院後生活環境相談員を選任(病院における退院後支援の中心的役割)



- 病院管理者が、院内の多職種で退院後支援ニーズアセスメントを実施



- 症状消退届に以下を記入
①アセスメント結果
②退院後支援計画案に関する意見

帰住先の保健所設置自治体(都道府県、保健所設置市、特別区)

帰住先の保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って支援全体を調整(転出後も確実に引き継ぎ)

精神保健指定医制度

【制度の趣旨】

- 人権上適切な配慮を要する精神科医療に当たる医師について、患者の人権にも十分に配慮した医療を行う必要な資質を備えていることが求められることから、昭和62年の改正で、一定の精神科実務経験を有し法律等に関する研修を終了した医師のうちから、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として、厚労大臣が「精神保健指定医」を指定する制度を創設。

【精神保健福祉法】

- 第十八条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に指定する。
- 一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前一年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

〈指定医として必要な精神科医療の各分野にわたる実務経験の確認方法〉

- 指定に必要な実務の内容は、申請時に添付された、①統合失調症、②躁うつ病、③中毒性精神障害、④児童・思春期精神障害、⑤症状性又は器質性精神障害及び⑥老年期認知症のそれぞれの圏内にある精神障害について実務を経験したことを示すケースレポート（※）によって、医道審議会において審査。

ケースレポートより、指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技術を有しているかについて確認。

※ケースレポートの要件（精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領からの抜粋）

ア 精神科実務経験告示に定める八例以上の症例については、精神病床を有する医療機関において常時勤務し、当該医療機関に常時勤務する指定医の指導のもとに、自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例について報告するものであり、少なくとも一週間に四日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならない。

イ 原則として、当該患者の入院から退院までの期間、継続して診療に従事した症例についてケースレポートを提出するものとする。

ク 同一症例について、入院期間のうちの同一の期間に関して複数の医師がケースレポートを作成することは認められないものであること。

指導医について（「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領について」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）

（1）指導医は以下の役割を担うものとする

ア ケースレポートに係る症例の診断又は治療について申請者を指導すること。

イ ケースレポートの作成に当たり、申請者への適切な指導及びケースレポートの内容の確認を行い、指導の証明を行うこと。

（2）その他

ア 診療期間の途中で指導医が交代した場合、当該ケースレポートに係る全ての指導医の氏名と指導期間をケースレポートの表紙に記載すること。

イ その場合、原則として、ケースレポートの対象とする期間中の最後に指導した指導医が当該ケースレポートの内容について確認を行い、指導の証明を行うこと。

精神保健指定医に対する行政処分等について

【概要】

○平成27年1月下旬

聖マリアンナ医科大学病院に勤務する医師による指定医の指定申請のために提出されたケースレポートが、過去の指定申請に使用されたケースレポートの内容と酷似している旨、申請を受理した関東信越厚生局より情報提供があった。

○平成27年4月及び6月

厚生労働省において指定医の申請を行った聖マリアンナ医科大学病院に勤務する医師の調査を行った結果、不正申請が疑われる指定医がいることが判明した。医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に参与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、23人の指定医(申請者11人、指導医12人)の指定の取消を行った。

○平成27年10月

医道審議会医道分科会の意見を聴いた上で、指定医取消処分を受けた12人(指導医)に対して2ヶ月の医業の停止処分、11人(申請者)に対して1ヶ月の医業の停止処分を行った。

○平成28年10月及び11月

聖マリアンナ医科大学病院の指定医の取消処分を契機に、平成21年1月から平成27年7月に指定医の申請を行った者3,374人について調査をした結果、不正申請が疑われる指定医がいることが判明した。このため、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に参与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、89人の指定医(申請者49人、指導医40人)の指定の取消、4人の医師の新規指定申請の却下を行った。また、指定医を辞退した医師の中に、不正申請に関与した医師6人(申請者4人、指導医2人)が含まれていた。

(精神保健福祉法)精神保健指定医の指定及び指定の取消し

第十八条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。

二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。

三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。

四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修(申請前一年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。

第十九条の二 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

2 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる。

3 厚生労働大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。