

II 通知・審議会意見等

1. 今後の精神保健医療福祉施策について（報告書）

平成14年12月19日
社会保障審議会障害者部会
精神障害分会

1 はじめに

- 我が国の精神保健医療福祉施策は、昭和62年の精神衛生法改正において、精神医療における人権の確保及び精神障害者の社会復帰対策が位置付けられて以来、一定の向上が図られてきている。
- しかし、我が国の精神保健医療福祉の状況については、依然として次のような課題があることが指摘されている。
 - ・人口当たりの精神病床数（ただし、精神病床の定義は国によって異なる場合がある。）が諸外国に比べて多いこと
 - ・医療技術の進歩等により、最近入院した者については比較的短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者が減らないこと
 - ・精神病床の機能分化が未だ成熟しておらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること
 - ・入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと
 - ・精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと
- このように、我が国の精神障害者対策が施設処遇を中心として発達してきた背景には、歴史的に、精神保健医療福祉サービスの提供体制が不十分であった時代に生じていた、私宅監置等の自宅や地域における処遇の問題を改善するために、施設処遇が進められてきたという経緯がある。
- 精神保健法（昭和62年）、障害者基本法（平成5年）、精神保健福祉法（平成7年）等の成立を経て、施設処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきた。しかし、その成果はいまだ十分ではなく、いわゆる社会的入院者の退院も進んでいない。
- しかし、今後は、上に掲げた課題の解決を図りつつ、ノーマライゼーションの考え方を踏まえ、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要である。
- このため、今後の進むべき方向を明示した上で、可能な限り各種施策の目標数値を設定し、計画的に推進を図ることが必要である。
- なお、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案の審議の過程で、こうした新たな施策の推進とともに精神保健医療福祉施策全般

の充実向上が不可欠として、ともに重要な課題であることが指摘されている。

- 本分会においては、平成14年1月28日の第1回会議以来、11回の会議を重ね、精神保健医療福祉施策全般の充実向上のための基本的な考え方及び具体的な方策について検討を進めてきた。この検討結果が、障害者基本計画及び障害者プランに可能な限り盛り込まれ、順次実現が図られることを期待するものである。

2 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉施策を進めるに当たっては、まず、精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきであるとする考えに基づき、これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換するための、各種施策を進めることが重要である。

具体的な施策を推進するに当たっては、各施策に共通する視点として次の事項を常に念頭に置くべきである。

- ① 精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること
- ② 「受入条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと
- ③ 当事者が主体的に選択できるよう、多様なサービスの充実を図ること
- ④ 良質な精神保健医療福祉サービスの提供とアクセスの改善を図ること
- ⑤ 精神保健医療福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと
- ⑥ さまざまな心の健康問題の予防と早期対応を図ること
- ⑦ 客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること

厚生労働省においては、今後、ここに掲げた各種施策について進行状況を本分会に定期的に報告し、施策の評価・再検討を行うことが重要である。また、各種施策を効果的に推進するため、障害者施策を担当する都道府県、市町村においても、地域の実情を踏まえ、計画的に諸施策を推進することが期待される。

3 具体的な施策のあり方について

厚生労働省においては、次に示す施策を進めることが必要である。なお、本分会が行うべきことや、都道府県・市町村、関係機関等に期待されることについても併せて記載することとする。

1) 精神障害者の地域生活の支援

① 在宅福祉サービスの充実

<現状>

- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)の改正により、居宅生活支援事業を平成14年度から市町村単位で実施知ることとなった。

- ・社会復帰施設等の利用に関する相談，あっせん，調整業務の市町村実施に合わせて，精神障害者ケアガイドラインを一部改正した。（平成12年度）

<方向>

- ・精神障害者ができる限り地域で生活できるよう，居宅生活支援事業の普及を図るとともに，ケアマネジメント手法の活用を推進し，総合的，計画的なサービス提供を行う。
- ・特に，今後10年のうちに，「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の退院・社会復帰を目指すため，必要なサービスを整備する。
- ・退院・社会復帰を目指すために必要なサービスの整備にあたっては，精神病床数の動向を見つつ，効率的に進めていくものとする。

<具体的な対応等>

- ・平成14年度から市町村単位で実施することとなった居宅生活支援事業については，早急に，全ての市町村において受入れ体勢を整えることが必要である。このため，引き続き，都道府県等を通じて取組状況を把握しつつ，必要な支援，助言等を行う。
- ・地域において生活する精神障害者のうち，居宅生活支援を必要とする者にサービスを提供できるよう，サービス提供量の充実を進める（数値目標を引き続き検討）。
- ・短期入所事業（ショートステイ）について，介護等に当たる者が一時的に不在となる場合のほか，精神障害者本人が一時的に休息する場合の利用を可能とする方向で必要な対応を検討する。
- ・都道府県及び市町村の障害者計画において，精神障害者施策を含めたものとするとともに，在宅福祉サービスの確保，精神疾患・精神障害者への正しい理解の普及等に関する記載を充実するよう要請する。
- ・ケアマネジメント従事者（三障害）養成研修事業を推進する。
- ・社会的入院患者等の退院を促進するため，ケアマネジメント手法を活用した支援を行うことを検討する。
- ・多職種による訪問支援を活用したケア体制について，諸外国で実施され成果を上げていることを踏まえ，厚生労働科学研究事業の活用等により検討を進める。

② 地域における住まいの確保

<現状>

- ・平成8年度から，精神障害者保健福祉手帳1，2級の所持者について，公営住宅入居に関し収入要件緩和による優遇措置が行われている。

<方向>

- ・住まいの確保は，精神障害者の社会復帰，地域生活への移行の促進に当たって重要な課題の一つである。退院後，直接，又は精神障害者社会復帰施設等を経て，地域で生活しようとする精神障害者が，円滑に住まいを確保できるような支援策を推進する。

<具体的な対応>

- ・引き続き，グループホームの確保を推進する（数値目標を引き続き検討）。
- ・住まいの確保に関する支援方策について，厚生労働省科学研究事業の活用等により検討

を進める。

- ・地域における日常生活上の支援を踏まえ、公営住宅の優先入居やグループホームとしての活用等について、関係部局との連携を図る。

③ 地域医療の確保

<現状>

- ・精神障害者の地域生活への移行及び心の健康問題への早期対応を図る観点から、地域における精神医療への適切なアクセスの確保や、医療機関間の連携強化が重要な課題になってきている。
- ・精神病床は、都道府県の区域ごとに整備されることとなっているが、都道府県内及び都道府県間において地域偏在がみられる。また、精神科診療所は増加しているものの、精神科間の病診連携や、精神科と他科の連携は不十分な状況にある。
- ・一方、精神障害者の訪問看護の利用は徐々に増加している。

<方向>

- ・地域医療を確保するため、二次医療圏では、精神保健・医療の一般的な需要（一般的な身体合併症への対応を含む。）に対応し、三次医療圏では、重大な身体合併症を有する精神障害者の医療等、専門的な精神医療に対する需要に対応できるようにすることが望ましい。
- ・精神科病院（精神病床を有する病院。以下同じ。）と一般病院、精神科病院と精神科診療所、精神科診療所と他科（内科等）診療所等の連携を進めることが必要である。

<具体的な対応等>

- ・精神医療における地域医療の考え方、二次医療圏単位で整備が必要な精神医療の機能及びその確保方策（身体合併症治療のあり方を含む。）、精神科プライマリケアの普及、精神病床の基準病床数算定式について検討会を設置して検討を進め、早急に結論を得る。
- ・一般医療における高次救急医療機関においても精神的介入を要する患者が多くみられることから、精神科との連携等によりこれらの患者への対応の充実を図る。
- ・訪問看護師養成講習会の活用等により、精神疾患にも対応可能な訪問看護師の増加を図る。
- ・ケアマネジメント手法等を活用したチーム医療を進め、地域ケアの充実を図る。

④ 精神科救急システムの確立

<現状>

- ・精神障害者の地域生活への移行及び心の健康問題への早期対応を図る観点から、精神科救急システムの整備が重要な課題となってきている。特に、措置入院等の非自発的入院を要するような重傷例への対応だけでなく、自らの意志で医療相談や受診をしようとする者に対応する体制の重要性が指摘されている。
- ・厚生労働省においては、精神科救急医療システムの整備事業を実施しており、1県を除き何らかの取組はなされているが、夜間・休日の体制、自らの意思で受診をしようとする者への対応、住民への周知等の面で十分ではない。このため、救急医療システムを拡

充し、緊急的な精神医療相談等に対応するため、「24時間医療相談体制整備事業」を開始している。

<方向>

- ・措置入院等の非自発的入院を要する場合から、相談への対応のみの場合まで、さまざまな精神科救急ニーズに対応できるよう、地域への実情に応じた精神科救急システムの整備を推進する。

<具体的な対応>

- ・行政による精神科救急システムを充実するため、都道府県・指定都市における「精神科救急医療システム整備事業」及び「24時間医療相談体制事業」への取組を強力に推進するとともに、精神科初期救急医療施設（輪番制）の整備に着手することを検討する。
- ・行政による精神科救急システム以外にも、かかりつけの医療機関、地域生活支援センター等、地域の多様な資源による支援が重要であることから、各機関が期待される役割を果たすとともに、互いに連携を図ることが必要である。

⑤ 地域保健及び多様な相談体制の確保

<現状>

- ・精神保健福祉センター、保健所、市町村等の行政機関において、精神保健福祉に関する相談・指導、組織育成、社会復帰支援等を実施している。
- ・地域生活支援センターにおいて、職員による相談支援のほか、利用者間の相互支援を実施している。

<方向>

- ・精神障害者及び家族のニーズに対応した、多様な相談・支援体制を構築する。

<具体的な対応等>

- ・精神保健福祉センターによる、技術指導・援助、精神保健福祉相談、組織育成等の活動を推進する。
- ・保健所による相談・指導、自助グループ等の組織育成、広域的・専門的な調製及び市町村への技術的支援、社会資源の開発等を推進する。
- ・当事者による組織活動（ピアサポート）に取り組む市町村を支援することを検討する。
- ・精神障害者のうち介護保険サービスの利用を希望する者に対しては、精神障害者の社会復帰支援に当たる者や介護保険のサービス事業者等において、相談支援、情報提供等、適切な援助を実施する。

⑥ 就労支援

<現状>

- ・精神障害者の福祉的な就労支援策として、社会復帰施設の設定・運営のほか、社会適応訓練事業を実施している。
- ・身近な地域で、就業面の支援と生活面の支援を一体的に行うため、「障害者就業・生活支援センター」による支援事業を実施している。

<方向>

- ・授産施設等における活動から一般就労への移行を促進する。

<具体的な対応等>

- ・一般就労への移行に向けた訓練の場としての機能を十分に果たすべく、授産施設等の福祉的な就労支援策の適切な実施を図る。
- ・障害者就業・生活曳船センターにおける支援事業、職場適応援助者（ジョブコーチ）事業について推進を図る。
- ・法定雇用率適用のあり方について、「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」において検討する。

2) 社会復帰施設の充実

<現状>

- ・平成8年から開始された障害者プランに基づき概ね目標を達成している。

<方向>

- ・精神障害者の社会復帰を支援するため、地域移行の推進を前提とした上で、精神障害者社会復帰施設を計画的に整備し、その適切な活用を推進する。
- ・特に、今後10年のうちに、「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の退院・社会復帰を目指すために必要な施設を整備する。
- ・社会復帰施設の整備等に当たっては、精神病床数の動向を見つつ、効率的に進めていくものとする。

<具体的な対応等>

○ 社会復帰施設整備の考え方

- ・整備等に関する各種型別の考え方は、次のとおりとする。
 - ・生活訓練施設は、比較的若年で日常生活に適應するための訓練等を要する者の通過施設として、引き続き整備する。
 - ・福祉ホームは、生活の場として引き続き整備する。
 - ・通所授産施設は、将来就労を希望する者の作業訓練の場として、引き続き整備する。
 - ・入所授産施設及び福祉工場の整備については、ノーマライゼーション推進等の観点から見直す。
 - ・地域生活支援センターについては、引き続き整備が必要である。
 - ・小規模作業所については、その運営の安定を図るため、小規模痛助授産施設への移行を促進する。
- ・なお、数値目標の設定に当たっては、「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の退院・社会復帰を目指すことを念頭におき、入院者の態様に応じて、それぞれ次の点を留意する。
 - ・症状性を含む器質性精神障害を有する者については、精神保健福祉施策と介護保険等の連携による対応が望ましい。
 - ・その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的短期の入院（概ね5年未満）のものについては、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、大部分は直

接、住宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行うことが望ましい。

- ・その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的長期の入院（概ね5年以上）のものについても、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、その他は直接、住宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行うことが望ましい。ただし、比較的短期入院の者の場合と比較し、生活訓練施設における訓練を要する者が多いと想定される。

- ・その他の精神疾患を有する高齢者（概ね55歳以上）については、心身の障害程度、自宅の保有状況等に応じて、住宅、グループホーム、福祉ホーム等での生活を送ることができるよう、支援を行うことが望ましい。また、介護保険のサービスの利用を希望する者については、適切な援助を実施する。

- ・精神障害者社会復帰施設を設置する場合の整備費の補助について、病床削減と関連付けることを検討する。

○ 都道府県・市町村の役割

- ・施設整備の推進に当たっては、都道府県・市町村の積極的な取組が欠かせないことから、都道府県・市町村障害者計画において、その具体的な目標を定めることや、地域住民の理解が必要であることから、精神疾患及び精神障害者への正しい理解の普及等についても記載を充実するよう要請する。
- ・都道府県・指定都市に対し、地方障害者施策推進協議会の活用等により、いわゆる社会的入院・長期入院の改善方策について検討するよう要請する。

○ 今後さらに検討を要する課題等

- ・地域生活支援センターについては、地域で生活する精神障害者を支援する身近な施設であることから、他の障害者施策との関連、これまでの活動実績の評価等も考慮し、地域生活支援センター相互や市町村との連携も含め、検討会等の場でそのあり方をさらに検討する。
- ・入院は要さないが介護や医療に対するニーズの比較的高い精神障害者の処遇に適する施設のあり方について、新たな施設類型も含め、検討会等の場でさらに検討する。
- ・授産施設等については、一般就労への移行に向けた訓練機能を果たすよう、適切な運営を図るとともに、そのあり方について検討する。

3) 適切な精神医療の確保

① 精神医療における人権の確保

<現状>

- ・専門性・中立性の確保を図る観点から、精神医療審査会の事務を、都道府県・指定都市本庁から精神保健福祉センターに移管した。
- ・精神医療審査会の機能については、退院請求の処理期間等からみて、不十分な点がある。

<方向>

- ・引き続き、精神医療審査会の機能の充実と適正化等を図る。

<具体的な対応等>

- ・都道府県・指定都市に対し、審査件数に対応した適切な数の合議体を設置する等、精神医療審査会の機能の充実・適正化を図るよう要請する。
- ・厚生労働科学研究事業の活用等により、精神医療審査会の機能の評価を行う。
- ・精神保健指定医に対する研修の充実等により、措置入院や医療保護入院の要否の判断等の一層の適正化を図る。
- ・厚生労働科学研究事業の活用等により、措置入院制度、医療保護入院制度の運用状況について調査・検討を進める。

② 精神病床の機能分化

<現状>

- ・精神病床の人員配置基準については、平成13年に「大学附属病院等の精神病床」と「その他の精神病床」という2種類の人員基準が規定されたところである。
- ・平成12年12月13日の公衆衛生審議会報告において、「精神病床の機能分化や長期入院患者の療養のあり方を含め、21世紀の精神医療の方向性について別途、検討を開始し、人員配置に関する経過措置の機関とされている医療法施行後5年の間に一定の方向を示すべきである」とされている。
- ・精神病床の約3割は、急性期医療、老人痴呆等の特徴をもった病床となっている。
- ・診療報酬においては、人員配置、対象となる患者、医療内容等に着目した点数が設けられている。この結果、精神科病院の約7割で看護配置が4：1以上となっている。

<方向>

- ・今後10年のうちに、「受入れ条件が整えば退院可能」な者の退院・社会復帰を目指すこと及び最近の入院期間短縮化の傾向からみて、入院患者数は今後減少する見込みである。これらに伴う精神病床の集約化を踏まえ、人員配置を含めた精神病床の機能分化を推進する。

<具体的な対応等>

- ・精神病床の機能分化について、検討会を設置し、前回医療法改正に伴い新設された「大学附属病院等の精神病床」と「その他の精神病床」の2種類の人員配置基準について、それぞれ適用すべき精神病床の範囲等に関しさらに検討を進め、早急に結論を得る。その際、3.2)社会復帰施設の充実の項で指摘した、入院は要さないが介護や医療に対するニーズの比較的高い精神障害者の処遇に適する施設のあり方についても留意する。
- ・機能分化を推進するため、医療法上の精神病床の区分に加えて、引き続き、診療報酬上もよりきめ細やかな対応が求められる。
- ・引き続き、老人性痴呆疾患センター事業の着実な実施を図る。

③ 精神医療に関する情報提供

<現状>

- ・平成14年4月に、医療法に基づく広告規制が緩和された。
- ・(財)日本医療機能評価機構が第三者評価を実施しており、この結果については、広告可

能となっている。

<方向>

- ・患者・家族による医療機関の選択に資するよう、精神医療や精神科病院に関する情報の提供を推進する。

<具体的な対応等>

- ・原則として、良質の医療を提供する医療機関がその情報を積極的に提供することにより、患者・家族に選択されるというあり方が望ましいため、個々の病院、病院関係団体等による自主的な情報公開の推進が期待される。
- ・併せて、(財)日本医療機能評価機構による評価の受審を促進する。個々の病院、病院関係団体等において、積極的な受審、その結果の公開等の取組がなされることが期待される。
- ・情報提供推進に当たっては、医療機関を利用する者の評価に基づいた情報提供の有用性にも留意することが望ましい。
- ・改善が認められない等の問題を有する精神科病院に対し、精神保健福祉法に基づき国の立入検査が行われた場合は、その結果について公表することを原則とする。また、都道府県等の立入検査の結果や、通常の実施指導であっても指導に対して改善が認められない場合については、公表が望ましいという考え方をとる。
- ・精神医療におけるインフォームド・コンセントやカルテ開示の推進方策については、本分会で引き続き検討を行う。
- ・「医療提供体制の改革の基本的方向」で示された対策の一環として、精神科病院についても、インターネット等を通じた公的機関等による適切な情報提供の充実・促進を図るとともに、電子カルテ、レセプト電算処理等のIT化の推進を図る。

④ 根拠に基づく医療の推進と精神医療の安全対策

<現状>

- ・根拠に基づく医療の推進方策の一つとして、精神分裂病（統合失調症）及び気分障害の治療ガイドライン並びに電気痙攣療法のガイドラインの策定に向けた調査研究等を実施している。
- ・平成14年4月に、「医療安全推進総合対策」が策定された。

<方向>

- ・精神医療の質の向上を図るため、治療研究の推進とともに、治療ガイドライン等の作成・普及を進める。
- ・「医療安全推進総合対策」に基づく安全対策を実施するとともに、精神医療の特性を踏まえた安全対策を推進する。

<具体的な対応等>

- ・平成15年度に終了予定の厚生労働科学研究事業「精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究」及び精神・神経疾患研究委託費研究「アルコール・薬物関連障害の病態に関する総合的研究」の成果等を踏まえ、根拠に基づく医療の普及のために必要な対応を

進める。

- ・「医療安全推進総合対策」において、国として当面取り組むべき課題とされた事項を着実に実施する。また、自傷、他害、無断離院、隔離・拘束等、精神医療に特有な課題もあることから、精神医療の特性を踏まえた安全対策の必要性やあり方について、平成15年度から厚生労働科学研究事業の活用等により検討を進める。

4) 精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上

<現状>

- ・精神医療に携わる医師、看護職員の数は増加している。精神保健福祉士は、平成9年に資格制度が創設されて以来、順調に増加している。

<方向>

- ・精神保健・医療・福祉に携わる医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等について、その確保と資質の向上を図る。

<具体的な対応等>

- ・医師臨床研修の必修化により、精神疾患を含むプライマリケアの基本的診療能力の向上を図る。
- ・精神保健指定医の資格審査を引き続き厳正に実施するとともに、指定医研修内容の充実により、資質の確保向上を図る。
- ・看護基礎教育及び卒業後の充実等により、看護職員の資質の向上を図るとともに、看護職員の確保を図る。
- ・社会復帰施設の職員（精神保健福祉士を含む。）に対する研修を引き続き実施する。

5) 心の健康対策の充実

① 精神障害及び心の健康問題に関する健康教育等

<現状>

- ・保健所、市町村等において、心の健康づくりに関する知識や、精神疾患に対する正しい知識の普及・啓発を実施している。
- ・小・中学校、高等学校における体育・保健体育に関する学習指導要領において、「心の健康」について記載され、これに沿った教育がなされている。

<方向>

- ・精神疾患及び心の健康問題に関する正しい知識の普及・啓発（一次予防）及び相談事業等による早期診断・早期介入（二次予防）を推進する。

<具体的な対応等>

- ・引き続き、保健所、市町村や職域における啓発事業等を通じ、心の健康問題、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の推進を図る。
- ・精神障害者社会復帰施設における「地域交流スペース」の普及を図り、地域ぐるみで精神障害者の自立と社会参加への理解と支援を促す。この際、利用者の負担にならないよう配慮が必要との意見にも留意する。
- ・文部科学省と連携して、児童等の健やかな心の成長を促す一助として、精神疾患及び精

神障害者への正しい理解を進め、差別・偏見の解消を図る手法の開発を進める。当面、厚生労働科学研究事業（「精神保健の健康教育に関する研究」）を活用して、検討を進める。

- ・精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業等を通じ、引き続き、薬物乱用による精神障害について、知識の普及等を行う。
- ・厚生労働科学研究事業を活用し、青少年のための飲酒・アルコール問題に関する健康教育プログラムの作成を進める。

② 自殺予防とうつ病対策

<現状>

- ・自殺による死亡者は、平成10年に、前年の23,494人から急増して、3万人を越え、その後も横ばいの状態である。特に中年男性の自殺死亡数が増加しているが、若年者の自殺も近年、増加している。高齢者の自殺死亡数も従来から多く、人口の高齢化を考慮に入れると今後も増加が懸念される。
- ・自殺には多くの背景が関与しているが、自殺者の多くがうつ病、精神分裂病（統合失調症）及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有し、中でもうつ病の割合が高いと指摘されている。
- ・自殺防止対策有識者懇談会では、自殺予防対策の理念が確認され、うつ病対策及び心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発が早急に取り組むべき対策として位置付けられた。
- ・厚生労働科学研究事業においては、地域等におけるかかりつけ医、保健師等による自殺予防のための介入手法等の検討や、自殺や自殺予防の実態把握が行われている。
- ・職域においては、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の普及を通じ、メンタルヘルスの充実が促されている。

<方向>

- ・自殺防止対策有識者懇談会の報告を踏まえ、うつ病対策を中心とする自殺予防に着手する。

<具体的な対応等>

- ・自殺を予防するためには、うつ病などの心の健康問題やそれに起因する自殺の問題は、誰もが抱える身近な問題であることを国民一人ひとりが認識することが重要であることから、この点について国民への普及・啓発を実施する。
- ・精神科を専門としない医師を対象とする、自殺予防及びうつ病に関する啓発について、医師会等が中心となって積極的に取り組むことが期待される。
- ・うつ病対策として、うつ病等を早期に発見し、適切な対応ができるように、地域保健医療福祉関係者向けマニュアルを作成・普及することを検討する。
- ・職域における心の健康づくり体制の整備及び自殺予防マニュアルの普及等を推進する。
- ・引き続き、厚生労働科学研究事業の活用等により、適切な自殺予防対策の基盤として、自殺死亡、うつ病の有病率、相談内容等の自殺に関する実態把握を行う。

- ・これらの自殺防止対策を、国立研究機関等が中心となって、精神保健福祉センター、保健所、救命救急センターを含む医療機関、事業場、医師会等との連携により多角的に推進する。

③ 心的外傷体験へのケア体制

<現状>

- ・災害被災者や犯罪被害者に対して、身近な地域において、災害・事件等の性質に応じ、関係者が連携して、PTSD（心的外傷後ストレス障害）等に対する精神的ケアを実施している。
- ・通常の地域精神保健医療体制では対応が困難な場合には、関係省庁等の連携の下、スーパーバイズ等を行う専門家の派遣、各方面への応援要請などが必要に応じて実施されている。

<方向>

- ・種々の災害・事件等が生じた際に、適切に精神的ケアを実施する対応体制の確保を進める。

<具体的な対応等>

- ・災害被災者や犯罪被害者のPTSD等に対する専門的なケアを行う人材を確保するため、医師、看護職員、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象とするPTSD専門家養成研修を引き続き行うとともに、研修修了者の名簿を関連する行政機関に配布し活用する。また、精神保健福祉センター、保健所、医療機関等でこれらの専門家を活用する。
- ・厚生労働科学研究事業により、地域精神保健医療従事者向けの対応マニュアルを作成中であり、その普及に努める。
- ・広域、大規模又は特異な災害や事件等であって、通常の地域精神保健医療体制では対応が困難な事例の発生時において、当該地域の専門家の活動に対する技術的支援・助言・研修などの実施、他地域からの専門家応援の調整、活動状況の評価、PTSD等に関する正しい知識の普及・啓発等、機動的で適切な体制を確保するための、組織・人材活用等のあり方について、厚生労働科学研究事業の活用等により、引き続き検討する。

④ 睡眠障害への対応

<現状>

- ・睡眠に何らかの問題を持つ人は、成人の約20%とされる。

<方向>

- ・健康日本21で掲げられている「2010年までに睡眠によって休養が十分にとれていない人の割合を（1996年23.1%）、及び眠りを助けるために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の割合（14.1%）を1割以上減少」という目標に向けた取組を推進する。
- ・睡眠に問題を持つ人のうち、特に治療を要する者に対する適切な相談体制の確保を進める。

<具体的な対応等>

- ・睡眠に問題を持つ人のうち治療を要する者が適切に治療に至るように、厚生労働科学研

究事業の成果を活用し、地域精神保健医療従事者用マニュアル等の作成及び普及を行い、保健指導の充実を図る。

⑤思春期の心の健康

<現状>

- ・「社会的ひきこもり」、「キレる子」、「被虐待による心的外傷」、「不登校」、「家庭内暴力」など、思春期児童等の心の健康問題が、社会的問題と関連して注目されている。

<方向>

- ・児童思春期の心の健康問題に係る専門家の確保、地域における児童思春期精神保健・医療・福祉等に関わる相談体制の充実を図る。

<具体的な対応等>

- ・思春期の心の健康問題に対応できる専門家を確保するため、医師、看護職員、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象とする思春期精神保健福祉対策研修を引き続き行うとともに、研修修了者の名簿を関連する行政機関に配布し、活用する。また、精神保健福祉センター、保健所、児童相談所、学校、医療機関等でこれらの専門家を活用すること等により、各施設において思春期の心の健康問題に対する相談への対応の充実を図る。
- ・精神保健福祉センター、保健所、児童相談所、市町村、警察、学校等、思春期の心の健康問題に関するさまざまな機関の効果的な連携を推進するため、平成15年度をめぐりに「思春期精神保健ケースマネジメントモデル事業」の結果を基にした事例集を作成し、各地域に配布し活用を図る。
- ・厚生労働科学研究事業の成果を基に、平成14年度中に、「社会的ひきこもり」の人を抱える家族に対するパンフレットを作成するとともに、平成15年度の初めには、地域精神保健分野における対応の指針として、10代・20代を中心とした「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン（最終版）を普及する。

6) 精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進

<現状>

- ・精神科病院の状況については、厚生労働省精神保健福祉課と国立精神・神経センター精神保健研究所の協力により、毎年調査を実施し、その結果を公表している。
- ・地域の有病率については、厚生労働科学研究事業（「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」）において、WHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究プログラム（WMH）に準拠した疫学調査の実施について検討中である。
- ・地域や国の精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する手法（指標）は未開発である。
- ・精神保健医療福祉施策の推進のため、必要な研究への補助を行っており（厚生労働科学研究事業）、平成14年度には、「こころの健康科学研究事業」を新設した。

<方向>

- ・客観的指標に基づき、現状や施策の推進状況を評価する。
- ・施策の策定及び推進の過程を公開する。

<具体的な対応等>

- ・厚生労働省において、ここに掲げた各種施策の進捗状況を定期的に取りまとめ、本分会に報告することとし、本分会は必要に応じて施策の見直しを検討する。当面、平成14年度に実施中の、「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」がまとまりしだい、報告を受けることとする。
- ・WHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究プログラム（WMH）に準拠した疫学調査を、厚生労働科学研究事業において検討中であり、これを引き続き推進する。
- ・厚生労働科学研究事業の活用等により、地域や国全体でみた精神保健医療福祉の水準を評価する手法（指標）の開発を推進する。
- ・既存の統計資料については、都道府県・指定都市別の比較可能な形で提供を進める。
- ・引き続き、厚生労働科学研究事業（こころの健康科学研究事業等）により、精神保健医療福祉施策に資する研究を推進する。
- ・都道府県・市町村における精神保健医療福祉施策についても、客観的な指標を活用した計画的な推進や、支援ニーズをもった当事者を企画・立案の場へ参画させる等の方法による、当事者の意見の十分な反映について必要な助言等を行う。

2. 障害者基本計画

平成14年12月24日
閣議決定

はじめに

我が国では、昭和57年(1982)年、「国連障害者の十年」の国内行動計画として、障害者施策に関する初めての長期計画である「障害者対策に関する長期計画」が策定され、平成4(1992)年には、その後継計画として平成5(1993)年度からおおむね10年間を計画期間とする「障害者対策に関する新長期計画」(以下「新長期計画」という。)が策定された。新長期計画は、その後同年12月に改正された「障害者基本法」により同法に基づく障害者基本計画と位置付けられた。

我が国の障害者施策は、これらの長期計画に沿ってノーマライゼーションとリハビリテーションの理念の下に着実に推進されてきた。すなわち平成7(1995)年には、新長期計画の後期重点施策実施計画として「障害者プラン」が策定され、障害者施策の分野で初めて数値による施策の達成目標が掲げられた。

また、「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律(平成6年法律第44号)」及び「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律(平成12年法律第68号)」が制定され、建物、交通分野でのバリアフリー化に向けた制度が整備されるとともに、障害者の社会参加を阻む「欠格条項」の見直しが行われた。さらに、平成15(2003)年には、障害者福祉サービスの利用を従来の措置から利用者の選択による契約に改めるなど、障害者の自己決定に向けた取組を強化することとされている。

他方、国連においては、1992(平成4)年、「国連障害者の十年」の終了を受けて、アジア太平洋地域における国連「障害者に関する世界行動計画」を更に推進するため、E S C A P「アジア太平洋障害者の十年」がスタートした。この「十年」は2002(平成14)年5月のE S C A P総会において我が国の主唱により、更に10年延長され、同年10月に滋賀県で開催されたハイレベル政府間会合において、すべての人のための障壁のないかつ権利に基づく社会に向けた行動課題「びわこミレニアムフレームワーク」が採択された。

我が国では、少子高齢化やIT革命の進展など社会経済の大きな変化に直面する中で、21世紀を活力に満ち、国民一人一人にとって生きがいのある安全で安心な社会とすることを目指して、経済・財政、社会、行政の各分野において抜本的な構造改革が推進されている。

新しい世紀における我が国の障害者施策は、これまでの国際的な取組の成果を踏まえ、また我が国の将来のあるべき社会像を視野に入れて策定する必要がある。

この障害者基本計画(以下「基本計画」という。)においては、新長期計画における「リハビリテーション」及び「ノーマライゼーション」の理念を継承するとともに、障害者の社会への参加、参画に向けた施策の一層の推進を図るため、平成15(2003)年度から24(2012)

年度までの10年間に講ずべき障害者施策の基本的方向について定めるものである。

I 基本的な方針

(考え方)

21世紀に我が国が目指すべき社会は、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会とする必要がある。

共生社会においては、障害者は、社会の対等な構成員として人権を尊重され、自己選択と自己決定の下に社会のあらゆる活動に参加、参画するとともに、社会の一員としてその責任を分担する。

他方、障害者の社会への参加、参画を実質的なものとするためには、障害者の活動を制限し、社会への参加を制約している諸要因を除去するとともに障害者が自らの能力を最大限発揮し自己実現できるよう支援することが求められる。

人権が尊重され能力が発揮できる社会の実現を図ることは、少子高齢化の進展する我が国において、将来の活力を維持向上させる上でも重要である。

国民誰もが同等に参加、参画できる共生社会は、行政だけでなく企業、NPO等すべての社会構成員がその価値観を共有し、それぞれの役割と責任を自覚して主体的に取り組むことにより初めて実現できるものであり、国民一人一人の理解と協力を促進し、社会全体としてその具体化を着実に推進していくことが重要である。

この基本計画では、以下のような考え方によって、政府が関係者の理解と協力の下に取り組むべき障害者施策の基本的方向を定めるものとする。

(横断的視点)

1 社会のバリアフリー化の推進

障害の有無にかかわらず、国民誰もがその能力を最大限発揮しながら、安全に安心して生活できるよう、建物、移動、情報、制度、慣行、心理など、ソフト、ハード両面にわたる社会のバリアフリー化を強力に推進する。

また、ユニバーサルデザインの観点から、すべての人にとって生活しやすいまちづくり、ものづくりを推進する。

社会全体でのバリアフリー化を推進する観点から、企業、市民団体等の取組を積極的に支援する。

2 利用者本位の支援

地域での自立した生活を支援する事を基本に、障害者一人一人のニーズに対応してライフサイクルの全段階を通じ総合的かつ適切な支援を実施する。

利用者が自らの選択により、適切にサービスを利用できる相談、利用援助などの体制づくりを推進する。

利用者のニーズに沿った多様かつ十分なサービスを確保するため、企業等の積極的活用も含め、供給主体の拡充を図る。

また、地域の実情に即した適切なサービス体制を構築するため、NPOや地域住民団

体との連携・協力を推進する。

3 障害の特性を踏まえた施策の展開

個々の障害に対応したニーズを的確に把握し、障害の特性に応じた適切な施策を推進する。

また、現在障害者施策の対象となっていない障害等に対しても必要性を踏まえ適切に対応する。

WHO（世界保健機関）で採択されたICF（国際生活機能分類）については、障害の理解や適切な施策推進等の観点からその活用方策を検討する。

4 総合的かつ効果的な施策の推進

(1) 行政機関相互の緊密な連携

国及び地方公共団体における教育、福祉、医療、雇用・就業等の関係行政機関相互の緊密な連携を確保する。

(2) 広域的かつ計画的観点からの施策の推進

地域間、障害種別によりサービス水準の格差が生じないように計画的・総合的に施策を推進するほか、適切な圏域設定の下で効果的な相談支援、サービス提供体制の整備を図る。

また、地域における効果的かつ効率的な施策推進の観点から、高齢者、児童等に関する他の計画との整合性に留意する。

(3) 施策体系の見直しの検討

障害者福祉施設サービスの再構築を図るなど適宜必要な施策・事業の見直しを行う。

また、個々の障害者に適切なサービスを提供する観点から、高齢者施策など他の関連制度との連携の在り方について検討する。

II 重点的に取り組むべき課題

1 活動し参加する力の向上

(1) 疾病、事故等の予防・防止と治療・医学的リハビリテーション

障害の原因となる疾病等の予防、早期発見・治療や交通・労災事故等の防止対策を推進する。

障害の重度化を予防し、その軽減を図るため、障害の早期発見及び障害に対する医療、医学的リハビリテーションの提供を推進する。

障害の原因となる疾病等の予防・治療、障害の軽減等に関する研究開発を推進する。

(2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進

障害者一人一人の多様なニーズに適合する各種福祉用具や機器等の研究開発を推進するとともに、国際標準によるガイドラインの策定等により障害の有無にかかわらず誰もが利用しやすい製品、サービスの普及を促進する。

(3) IT革命への対応

急速に進展する高度情報通信社会において障害者の社会参加を一層推進するため、

デジタル・ディバイド（ITの利用機会及び活用能力による格差）解消のための取組を推進する。

特に、ITの利用・活用が障害者の働く能力を引き出し経済的自立を促す効果は大きいことから、その積極的な活用を図る。

また、障害者が地域で安全に安心して生活できるよう、ITの活用による地域のネットワークを構築する。

2 活動し参加する基盤の整備

(1) 自立生活のための地域基盤の整備

障害者が地域において自立し安心して生活できることを基本にその基盤となる住宅、公共施設、交通等の基盤整備を一層推進するとともに、障害者の日常生活の支援体制を充実する。

支援体制は、障害者本人、ボランティア、地域住民の参加の下に関係機関の緊密な地域的協力により構築する。

また、障害者の自立に重要な役割を担う家族に対する支援策の充実を図り、家庭における障害者の自立への取組を支援する。

(2) 経済自立基盤の強化

地域での自立した生活を可能とするためには経済的な基盤の確立が不可欠であり、雇用・就業、年金、手当等により経済的に自立した生活を総合的に支援する。

このため、IT等の活用や企業との連携による職業能力開発を強化するとともに、福祉、医療、教育など関係分野の連携による支援体制を構築することにより、障害者の働く力の向上を図る。

また、年金、手当等による所得保障を引き続き推進する。

3 精神障害者施策の総合的な取組

精神障害者に係る保健・医療、福祉など関連施策の総合的かつ計画的な取組を促進する。

入院医療中心から、地域における保健・医療・福祉を中心とした施策を推進し、退院・社会復帰を可能とするためのサービス基盤の整備を目指す。

4 アジア太平洋地域における域内協力の強化

「アジア太平洋障害者の十年」の次の10年の行動課題である「びわこミレニアムフレームワーク」の推進に積極的に貢献するとともに、技術協力や障害者団体の交流等を通じてアジア太平洋地域の各国・地域との協力関係の強化に主導的な役割を果たす。

III 分野別施策の基本的方向

1 啓発・広報

(1) 基本方針

障害の有無にかかわらず、相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会の理念の普及を図るとともに、障害及び障害者に関する国民理解を促進するため、幅広い国民の

参加による啓発活動を強力に推進する。

(2) 施策の基本的方向

① 啓発・広報活動の推進

共生社会の理念の普及を図るため、行政はもとより企業、NPO等民間団体との連携による啓発活動を推進するとともに、インターネット上に障害者理解のためのホームページを作成するなどITを積極的に活用し国民理解の推進を図る。

テレビ、ラジオ、新聞、雑誌等のマスメディアの協力を得て、国民理解促進のための広報活動を計画的かつ効果的に実施する。

障害者の日、障害者週間等の各種行事を中心に一般市民、ボランティア団体、障害者団体など幅広い層の参加による啓発活動を推進する。

② 福祉教育等の推進

交流教育の実施など小・中学校等における学校の教育活動を通じ、障害者に対する理解を深める福祉教育を積極的に推進する。

福祉講座や講演会の開催、ビデオテープ、映画等のライブラリーの充実等により、社会一般の理解を深めるとともに、福祉事務所、更正相談所、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター等の福祉、保健サービスの実施機関と連携しながら、地域住民への啓発・広報を展開する。

③ 公共サービス従事者に対する障害者理解の促進

障害者が地域において安全に安心して生活できるよう、公務員を始めとする各種公共サービス従事者への障害者に関する理解の促進とその徹底を図る。

④ ボランティア活動の推進

児童生徒や地域住民等のボランティア活動に対する理解を深め、その活動を支援するよう努めるとともに、企業等の社会貢献活動に対する理解と協力を促進する。

2 生活支援

(1) 基本方針

利用者本位の考え方に立って、個人の多様なニーズに対応する生活支援体制の整備、サービスの量的・質的充実を努め、すべての障害者に対して豊かな地域生活の実現に向けた体制を確立する。

(2) 施策の基本的方向

① 利用者本位の生活支援体制の整備

ア 身近な相談支援体制の構築

身近な相談支援体制の構築するため、各種の生活支援方策を中心として、ケアマネジメント実施体制の整備やケアマネジメント従事者の養成を図る。なお、これらの相談窓口は、様々な障害種別に対応して、総合的な運営を図る。

利用者によるサービス選択に資するため、福祉サービスについて情報提供の促進を図る。特に、都道府県レベルにおいて、各サービス提供事業者に関する情報のデータベース化とこれにアクセスするためのネットワーク体制の構築を図る。

家族と暮らす障害者について、その家庭や家族を支援することとし、特に、障害児の健全な発達を支援する観点から、家族に対し、療育方法などの情報提供やカウンセリング等の支援を行う。

障害者相談員が地域で生活する障害者の多様なニーズに身近に対応できるようにするため、相談員の養成・研究を行うとともに、相談員相互のネットワーク化等を図り、その活用を推進する。また24時間体制の電話相談等を普及させるとともに、インターネットを利用した相談体制の実施も検討する。

難病患者及びその家族の療養上又は生活上の悩み、不安等の解消を図るため、難病に関する専門的な相談支援体制の充実に努める。

児童相談所、更生相談所、保健所等の公的相談機関と、地方公共団体が実施する生活支援方策について、都道府県、障害保健福祉圏域及び市町村の各レベルでのネットワーク化を図り、障害者が身近な地域で専門的相談を行うことができる体制を構築する。

イ 権利擁護の推進

障害者の財産権や人権に関する実態を踏まえ、判断能力が不十分な者に対応する地域福祉権利擁護事業、成年後見制度など障害者の権利擁護に関する事業及び財産管理を支援するシステムについて、利用の促進を図る。

障害者の権利侵害等に対応するため、福祉制度や福祉サービスに係る権利擁護システムを地域において導入していくことを促進する。また、当事者等により実施される権利擁護のための取組を支援することを検討する。

ウ 障害者団体や本人活動の支援

知的障害者本人や精神障害者本人の意見が適切に示され、検討されるよう支援を強化する。特に、様々なレベルの行政施策に当事者の意見が十分反映されるようにするため、当事者による会議、当事者による政策決定プロセスへの関与等を支援することを検討する。

ボランティアを育成し、障害者がニーズに応じて派遣を受けることのできる体制の整備を検討する。また、障害者自身がボランティアとして活動できるよう支援する。

② 在宅サービス等の充実

ア 在宅サービスの充実

ホームヘルプサービス等の在宅サービスを障害者がニーズに応じて利用できるよう、その量的・質的充実に努める。このため、既存事業者の活用とともに、新規事業者が参入しやすい仕組みとする。

ホームヘルプサービスについては、障害特性を理解したホームヘルパーの養成及び研修を行う。

豊かな地域生活のためには、日中の活動の場としてのデイサービスを身近な地域で利用できることが重要であり、デイサービスセンターに加え、学校の空き教室等

を利用して、その充実を図る。また、重症心身障害児（者）通園事業については、充実を図る。

イ 住居の確保

障害者の地域での居住の場であるグループホーム及び福祉ホームについて、重度障害者などのニーズに応じて利用できるよう量的・質的充実を努める。

ウ 自立及び社会参加の促進

地域での自立生活を支援するため、情報提供、訓練プログラムの作成、当事者による相談活動等の推進を図る。特に、当事者による相談活動は、障害者同士が行う援助として有効かつ重要な手段であることから、更なる拡充を図る。

障害者が社会の構成員として地域で共に生活することができるようにするとともに、その生活の質的向上が図られるよう、生活訓練、コミュニケーション手段の確保、外出のための移動支援など社会参加促進のためのサービスを充実する。

障害者の社会参加を一層推進するため、身体障害者補助犬の利用を促進する。

エ 精神障害者施策の充実

精神障害者ができる限り地域で生活できるようにするため、居宅生活支援事業の普及を図るとともに、ケアマネジメントの手法の活用を検討する。特に、条件が整えば退院可能とされる者の退院・社会復帰を目指すため、必要なサービスを整備する。

精神障害者及び家族のニーズに対応した多様な相談体制の構築を図る。当事者による相談活動に取り組む市町村への支援を検討する。

オ 各種障害への対応

盲ろう等の重度・重複障害者、高次脳機能障害者、強度行動障害者等への対応の在り方を検討する。また、難病患者及びその家族に対し、地域における難病患者等支援対策の充実を努める。さらに、自閉症の特性を踏まえた支援の在り方について検討するとともに、自閉症・発達障害支援センターを中心とした地域生活支援体制の充実を努める。

③ 経済的自立の支援

ノーマライゼーションの理念を実現し、障害者が地域で質の高い自立した生活を営むことができるよう、雇用・就業に関する施策を進めるとともに、年金や手当等の給付により、地域での自立した生活を総合的に支援する。

年金を受給していない障害者の所得保障については、拠出制の年金制度をはじめとする既存制度との整合性などの問題に留意しつつ、福祉的観点からの措置で対応することを含め、幅広い観点から検討する。

障害年金など個人の財産については、障害者が成年後見制度等を利用して適切に管理できるよう支援する。

④ 施設サービスの再構築

ア 施設等から地域生活への移行の推進

障害者本人の意向を尊重し、入所（院）者の地域生活への移行を促進するため、地域での生活を念頭に置いた社会生活技能を高めるための援助技術の確立などを検討する。

「障害者は施設」という認識を改めるため、保護者、関係者及び市民の地域福祉への理解を促進する。

授産施設等における活動から一般就労への移行を推進するため、施設外授産の活用や関係機関と連携した職場適応援助者（ジョブコーチ）事業の利用を推進する。

イ 施設の在り方の見直し

施設体系について、施設機能の在り方を踏まえた上で抜本的に検討する。

入所施設は、地域の実情を踏まえて、真に必要なものに限定する。

障害者が身近なところで施設を利用できるよう、小規模通所授産施設等の通所施設や分場の整備を図るとともに、障害種別を越えて相互利用を進める。

障害者施設は、各種在宅サービスを提供する在宅支援の拠点として地域の重要な資源と位置付け、その活用を図る。

障害の重度化・重複化、高齢化に対応する専門的ケア方法の確立について検討する。また、高次脳機能障害、強度行動障害等への対応の在り方を検討する。

入所者の生活の質の向上を図る観点から、施設の一層の小規模化・個室化を図る。

⑤ スポーツ、文化芸術活動の振興

障害者自身が多様なスポーツ、文化芸術に親しみやすい環境を整備するという観点から、障害者の利用しやすい施設・設備の整備の促進及び指導員等の確保を図る。

また、文化芸術活動の公演・展示等において、字幕や音声ガイドによる案内サービス、利用料や入館料の軽減などの様々な工夫や配慮等を促進する。

全国障害者スポーツ大会や障害者芸術・文化祭の充実に努めるとともに、民間団体等が行う各種のスポーツ関連行事や文化・芸術関連行事を積極的に支援する。

（財）日本障害者スポーツ協会を中心として障害者スポーツの振興を進める。特に、身体障害者や知的障害者に比べて普及が遅れている精神障害者のスポーツについて、振興に取り組む。

⑥ 福祉用具の研究開発・普及促進と利用支援

福祉用具に関する情報の提供や相談窓口の整備を推進する。特に、専門的な相談に対応していくため、情報提供機関や相談機関のネットワーク体制の構築を図る。

福祉用具の相談等に従事する専門職員の資質向上のため、研修の充実を図る。

国立身体障害者リハビリテーションセンター、NEDO（新エネルギー・産業技術総合開発機構）における福祉用具開発のための先進的研究を推進するとともに、研究機関、大学、企業等の連携により、福祉用具の開発等を進める。また、研究成果の安全かつ適切な普及を図るために、積極的に標準化を進めるとともに、国際規格提案を行う。

⑦ サービスの質の向上

質の高いサービスを確保する観点から、「障害者・児施設のサービス共通評価基準」等を活用し、自己評価を更に進めるとともに、第三者評価機関等による客観的なサービス評価の実施も検討する。

サービスに関する苦情に対応するため、事業者や都道府県社会福祉協議会が設けている苦情解決体制の積極的な周知を図り、円滑な利用を支援する。

⑧ 専門職種の養成・確保

社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士など社会福祉の専門的相談・支援、介護等に従事する者の養成を行う。また、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士などリハビリテーションに従事する者、ホームヘルパー等の質的・量的充実を図る。

障害に係る専門的な研究を行うとともに障害保健福祉に従事する職員を養成・研修するため、国立専門機関等を更に積極的に活用する。

3 生活環境

(1) 基本方針

誰もが、快適で生活しやすいユニバーサルデザインに配慮した生活環境の整備を推進する。

このため、障害者等すべての人が安全に安心して生活し、社会参加できるよう、住宅、建築物、公共交通機関、歩行空間など生活空間のバリアフリー化を推進し、自宅から交通機関、まちなかまで連続したバリアフリー環境の整備を推進する。

また、防災、防犯対策を推進する。

(2) 施策の基本的方向

① 住宅、建築物のバリアフリー化の推進

障害者の特性やニーズに対応した適切な設備・仕様を有する障害者向けの公共賃貸住宅の供給を推進するとともに、バリアフリー化された住宅ストックの形成を推進する。

また、「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」に基づく多数の者が利用する一定の建築物についてのバリアフリー対応の義務付け、設計者等向けのガイドラインの作成・周知などにより、障害者等すべての人が円滑に利用できる建築物のバリアフリー化を推進する。さらに、窓口業務を行う官庁施設等について、障害者等すべての人の利用に配慮した高度なバリアフリー化を推進する。

② 公共交通機関、歩行空間等のバリアフリー化等の推進

「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律」及び旅客施設や車両等のバリアフリー化に関するガイドライン等により、鉄軌道駅、バスターミナル、旅客船ターミナル及び航空旅客ターミナル並びに鉄軌道車両、バス車両、旅客船及び航空機のバリアフリー化を推進する。また、道路については、道路の移動円滑化に関するガイドライン等を整備し、幅の広い歩道の整備

や歩行者等を優先するエリアの形成、歩行者のためのITS（高度道路交通システム）の研究開発を通じて誰もが安全で安心なバリアフリーな歩行空間ネットワークの形成を図る。

特に、旅客施設を中心とした一定の地区においては、旅客施設、道路等のバリアフリー化を重点的・一体的に推進する。

また、単独では公共交通機関を利用できないような障害者等の輸送といった、公共交通機関による輸送サービスが十分に提供されないおそれのある分野での移動の確保については、利用者のニーズや地域の実情等を踏まえ、STS（スペシャル・トランスポート・サービス）の活用を含め適切な対応を図る。

さらに、障害者等すべての人が公共交通機関を円滑に利用できるよう、バリアフリー情報の統一的な提供や障害特性に配慮した情報提供を推進するとともに、交通バリアフリー教室等の普及・啓発活動の展開により、国民の理解の浸透を図る。

また、障害者等すべての人が快適に利用でき、親しめる環境を整備するため、公園、水辺空間等におけるバリアフリー化を推進する。

③ 安全な交通の確保

「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律」に基づき、音響信号機等のバリアフリー対応型信号機等の整備を推進する。

また、交通事故が多発している住居地区や商業地区を中心に、信号機や道路標識等の整備を重点的に推進することにより、生活道路における通過車両の進入や速度の抑制、幹線道路における交通の流れの円滑化等を図り、自動車事故の防止と障害者の安全かつ円滑な通行を確保する。

さらに、自動車と歩行者の通行を時間的に分離する歩車分離式信号の運用、携帯端末を活用した安全な通行に必要な情報の提供、歩行者青時間の延長を行うPICS（歩行者等支援システム）の整備を推進するとともに、障害特性に配慮した見やすく分かりやすい標識・標示の整備を図る。

④ 防災、防犯対策の推進

ア 災害対策

自力避難の困難な障害者等の災害弱者に関連した施設が立地する土砂災害危険箇所等において、治山、砂防、地すべり対策及び急傾斜地崩壊対策事業を強力に推進する。

イ 住宅等の防災対策

行政機関と福祉関係者等の防火対策推進協力者とが連携し、障害者等の所在の積極的な把握や訪問診断等役割に応じた防火対策を推進する。

消防用設備等の技術基準等の改正など障害者等が利用する防火対象物における消防用設備等の技術基準の在り方について検討を行う。

自力避難の困難な障害者等が居住する住宅及び避難所となる公的施設や利用施設等における障害者の特性に配慮した防災設備の整備・充実を図るとともに、自

主防災組織等による協力体制の確立，地域における住民，消防署等による防災ネットワークの確立など地域における災害対策を推進する。

また，地域防災計画において，自力避難の困難な障害者等に対する防災知識の普及や災害時の適切な情報提供・避難誘導等の支援について位置付けるとともに，障害者関係者団体の参加による防災訓練の実施を推進する。

緊急通報システム，ファックス，Eメール等による消防，警察への緊急通信体制の一層の充実を図るとともに，聴覚障害者など音声による意思疎通が困難な者へのEメール等による緊急連絡等のためのシステム検討や関係する民間活動への支援など，障害者に対する災害時・緊急時の情報伝達に配慮した施策を推進する。

ウ 防犯対策

緊急通報，ファックス，Eメール等による警察への緊急通信体制の一層の充実を図る。

また，手話のできる警察官の交番等への配置等の施策を引き続き推進する。

地域における住民と警察署による防犯・防災ネットワークの確立に努め，障害者に対する防犯知識の普及及び事故時における障害者への援助に関する知識の普及に努める。

障害者の生活施設や障害者が居住する住宅等における犯罪や事故の発生を警戒・防止するための民間の防犯システムの普及を図る。

4 教育・育成

(1) 基本方針

障害のある子ども一人一人のニーズに応じてきめ細かな支援を行うために乳幼児期から学校卒業後まで一貫して計画的に教育や療育を行うとともに，学習障害，注意欠陥／多動性障害，自閉症などについて教育的支援を行うなど教育・療育に特別のニーズのある子どもについて適切に対応する。

(2) 施策の基本的方向

① 一貫した相談支援体制の整備

障害のある子どもの発達段階に応じて，関係機関が適切な役割分担の下に，一人一人のニーズに対応して適切な支援を行う計画（個別の支援計画）を策定して効果的な支援を行う。

乳幼児期における家庭の役割の重要性を踏まえた早期対応，学校卒業後の自立や社会参加に向けた適切な支援の必要性にかんがみ，これまで進められてきた教育・療育施策を活用しつつ，障害のある子どもやそれを支える保護者に対する乳幼児期から学校卒業まで一貫した効果的な相談支援体制の構築を図る。さらに，思春期の児童生徒についても，必要な支援を行う。

また，精神疾患について，関係機関が連携して早期発見のための相談支援体制を確立するとともに，学校等における正しい知識の普及を図る。

② 門機関の機能の充実と多様化

近年の障害の重度・重複化や多様化の状況を踏まえ、教育・療育機関の機能の充実を図り、地域や障害のある子どもの多様なニーズにこたえる地域の教育・療育のセンターとしての役割を担うための体制整備を図る。

盲・聾・養護学校については、その在籍する児童生徒等への教育や指導に加えて、地域の保護者等への相談支援や小・中学校等における障害のある児童生徒等への計画的な教育的支援等を行う地域の障害のある子どもの教育センター的な役割も果たす学校へ転換を図る。

療育機関については、施設の入所者だけではなく地域で生活する障害のある子ども にも 関しても有用で専門的な技術を有しており、これらの機関を活用してショートステイ、ホームヘルプサービス等のサービスの充実を図る。

③ 指導力の向上と研究の推進

学校外の専門家等の人材の活用、組織として一体的な取組を可能とする支援体制の構築、関係機関との有機的な連携協力体制の構築等により、一人一人の教員及び療育にかかわる専門職員の教育・療育、相談等に対する専門性や指導力の向上を図る。

児童生徒等の障害の重度・重複化、多様化等を踏まえ、そのニーズに応じた教育の効果的な実施を確保するため、現在盲・聾・養護学校の学校ごとに特定されている特殊教育に係る免許制度の改善を図る。

独立行政法人国立特殊教育総合研究所、大学等において、先導的な指導方法の開発や体制等に関する研究を一層推進するとともに、その成果等を教育現場等に円滑に普及するための情報提供を推進する。

④ 社会的及び職業的自立の促進

障害のある子どもの社会的・職業的自立を促進するため、教育、福祉、医療、労働等の幅広い観点から適切な支援を行う個別の支援計画の策定など障害のある子ども一人一人のニーズに応じた支援体制を構築する。

また、後期中等教育及び高等教育への就学を支援するため、各学校や地域における支援の一層の充実を図るとともに、在宅で生活する重症心身障害児(者)に対し、適切な医学的リハビリテーションや療育を提供し、日常生活動作等にかかわる療育を行うほか、保護者等の家庭における療育技術の習得を図るための支援を行う。

地域における学校卒業後の学習機会の充実のため、教育・療育機関は、関係機関と連携して生涯学習を支援する機関としての役割を果たす。

⑤ 施設のバリアフリー化の促進

教育・療育施設において、障害の有無にかかわらず様々な人々が、適切なサービスを受けられ、また、利用する公共的な施設であるという観点から、施設のバリアフリー化を推進する。

障害のある児童生徒の学習や生活のための適切な環境を整える観点から施設に加えて情報機器等学習を支援する機器・設備等の整備を推進する。

5 雇用・就業

(1) 基本方針

雇用・就業は、障害者の自立・社会参加のための重要な柱であり、障害者が能力を最大限発揮し、働くことによって社会に貢献できるよう、その特性を踏まえた条件の整備を図る。

(2) 施策の基本的方向

① 障害者の雇用の場の拡大

ア 障害者雇用率制度を柱とした施策の推進

障害者雇用率制度は、障害者の雇用促進策の根幹となる柱であり、障害者に自立や社会参加の機会を提供する強力な後ろ盾となる制度である。今後とも当該制度を中心として、障害者雇用の一層の促進を図る。

個別の企業に対する日常的な指導の充実や、実雇用率の低い企業に対する雇入れ計画の作成命令等の指導の厳格化を図る一方、障害者雇用のための企業の取組を後押しするため、各種助成金についても、より効果的な活用が図られる方向で改善を図る。

精神障害者については、今後障害者雇用率制度の対象とするための検討を進めることとし、そのために、関係者の理解を図りつつ、精神障害者の把握・確認方法の確立、企業における精神障害者雇用の実態把握など障害者雇用率制度を適用するために必要な検討、準備を着実に進める。また、採用後に発病した精神障害者については、円滑な職場復帰や雇用の安定のための施策の充実を図る。

除外率制度については、平成16（2004）年度より段階的に縮小を進め、一定の準備期間を置いて廃止を目指す。

国及び地方公共団体の除外職員制度についても、企業との均衡を考慮して同様の方向で進める。

企業に対する啓発活動の充実を図るとともに、雇用管理のノウハウの情報提供に努める。

経営者団体においても、障害者雇用についての相談に応じるなど、障害者の雇用管理のノウハウの提供が行われることが望まれる。

障害者の教員免許取得状況等を踏まえつつ、教育委員会における実雇用率上昇のための取組について検討する。また、国、地方公共団体において障害者雇用の取組を行いやすくするため、より広い職域での雇用が可能となるよう、関係する行政機関等で合算して実雇用率を算定する方式の活用を進める。

イ 障害者の能力・特性に応じた職域の拡大

重度障害者多数雇用事業所や特例子会社における障害者雇用の取組を支援するとともに、その蓄積されたノウハウをいかし、障害者の能力・特性に応じた更なる職域の拡大に努める。また、障害者がその能力にふさわしい処遇を受け、労働条件面を含む職業生活の質の向上を図ることができるよう、諸条件の整備に努め

る。

重度障害者多数雇用事業所については、今後とも障害者雇用の先駆的な取組を促すべく助成金制度による支援を行う。

特例子会社制度を積極的に活用し、グループ内企業に共通する業務の集中処理等による障害者雇用の拡大を図るとともに、グループ企業全体の雇用を促進する。

ウ 障害者の働きやすい多様な雇用・就業形態の促進

短時間雇用、在宅就業等の普及は障害者とその能力や特性に応じて働くための機会の増大につながるものであり、必要な支援、環境づくりに取り組む。

直ちにフルタイムで働くことが困難な障害者等を念頭に、短時間雇用のための支援策の充実を図る。

通勤の困難な重度障害者等を念頭に、在宅就業におけるIT活用を推進する。

エ ITを活用した雇用の促進

障害者の職域の拡大、雇用・就業形態の多様化、職業能力の開発などの面でITを最大限活用する。

就業を可能にする機器やソフトの開発及び普及を行い、就業機会の拡大を図るとともに、障害の部位・特性等に配慮しつつ、IT技術を活用し、障害者がこれらの支援機器等の操作に習熟するための効果的な職業訓練を推進する。

在宅就業を行う障害者の仕事の受発注や技能の向上に係る援助を行う支援機関の育成、支援等の充実を図る。

オ 障害者の雇用・就業を行う事業の活性化

障害者雇用等の社会的意義を踏まえ、国の行う契約の原則である競争性、経済性、公平性等の確保に留意しつつ、官公需における障害者多数雇用事業所等及び障害者雇用率達成状況への配慮の方法について検討する。

カ 障害者の創業・起業等の支援

自ら創業・起業を行うような挑戦意欲のある障害者を支援するため、その実情や実態に係る調査を実施するなど具体的ニーズの把握に努めるとともに、その結果を踏まえ、障害者の創業・起業に必要な資金調達の円滑化に資する施策など必要な方策を検討する。

また、障害者によるNPO等の非営利団体の設立、創業・起業等の活動に対する支援策等を検討する。

② 総合的な支援施策の推進

ア 保健福祉、教育との連携を重視した職業リハビリテーションの推進

障害者の雇用促進を効果的に行うため、障害者の職業生活全般にわたり福祉、教育等の関係機関が連携を図りながら施策を推進する。

障害者総合職業センター、広域障害者職業センター及び地域障害者職業センターが連携し、その特色をいかしつつ、中途障害者も含めた職業リハビリテーションを推進するとともに、医療、福祉、教育等との連携の強化を図る。特に地域障

害者職業センターにおいては、社会福祉法人や保健福祉行政機関等の連携して職業適応援助者事業や職業準備訓練等の効果的な実施を図る。

また、障害者職業総合センターにおいて、障害の特性に応じた職業リハビリテーション技法等の研究開発を推進する。

障害者の就業面と生活面での支援を一体的に行うため、障害者就業・生活支援センターを通じた支援の促進を図る。

イ 雇用への移行を進める支援策の充実

トライアル雇用（一定期間の試行的雇用）の活用、授産施設等における支援、盲・聾・養護学校の在学中から卒業後までを通じた支援等により、雇用への移行の促進を図る。

トライアル雇用を更に拡充、実施するとともに、あわせて、短期間の職場適応訓練等を活用しながら事業主に障害者雇用への理解を深め、常用雇用への移行を進める。

授産施設及び小規模作業所がその本来の機能を十分に果たし、企業等における雇用に一層効果的につなげていくことができるよう、障害者就業・生活支援センターや職場適応援助者事業を活用するほか、適切な方法で施設外授産を行う。

盲・聾・養護学校卒業生の企業への雇用を進めるため、労働機関、福祉機関等との十分な連携の下、生徒一人一人の将来の就業に向けた個別の支援計画を策定、活用するなど、在学中から卒業後を通じた適切な支援を行う。

また、障害者が、就業を行う上で必要な各種の資格の取得において不利にならないよう、高等教育機関等の試験等で必要な配慮を進める。

ウ 障害者の職業能力開発の充実

多様な職業能力開発資源を活用し、新たに就業を希望する障害者及び在職障害者並びに離職を余儀なくされた障害者の早期再就職を図るための職業訓練を推進する。また、障害者の職業能力の開発・向上の重要性に対する事業主や国民の理解を高めるための啓発に努める。

障害者の職業能力開発については、一般の公共職業能力開発施設における障害者の受入れを一層促進するとともに、施設のバリアフリー化を推進するなど障害者の受入体制の整備を図る。

これらの施設で受入れが困難な重度障害者等については、障害者職業能力開発校において、障害の特性や程度に応じた訓練科目を設定し職業訓練を推進する。その際、障害の重度化・重複化、障害者の高齢化など訓練ニーズの多様化に留意するとともに、サービス経済化や情報化の進展、また、除外率制度の縮小に伴う雇用ニーズの動向を踏まえるものとする。

また、ITに係る教育訓練ソフトをインターネットを通じて配信し在宅でも随時能力開発ができるようにするための遠隔訓練システムを開発し、公共職業能力開発施設等への通所に制約がある障害者への活用を図る。

技術革新に伴う職務内容の多様化等に対応し、職業能力の向上を図るため在职障害者向け訓練を実施するほか、事業所においても在职障害者に対する効果的な職業能力開発が行われるよう、関係機関との密接な連携の下に、事業主や障害者に対し相談、援助等の支援を行う。

障害者が高度なレベルの職業能力を身につけ、その能力にふさわしい処遇を受けることが重要であることから、可能な限り多くの訓練機会を得られるよう、民間の教育訓練機関等多様な職業能力開発資源を活用した委託訓練を幅広く実施する。

また、民間外部講師についても一層積極的に活用し、多様化する訓練ニーズに対応していくものとする。

エ 雇用の場における障害者の人権の擁護

企業等において雇用差別など障害を理由とした人権の侵害を受けることがないように、適切な措置を講ずる。

6 保健・医療

(1) 基本方針

障害者に対して、適切な保健サービス、医療、医学的リハビリテーション等を充実するとともに、障害の原因となる疾病等の予防・治療が可能なものについては、これらに対する保健・医療サービスの適切な提供を図る。

(2) 施策の基本的方向

① 障害の原因となる疾病等の予防・治療

障害の原因となる疾病等の適切な予防及び早期発見・治療の推進を図り、出生から高齢期に至る健康保持・増進等のため、健康診査等の各種施策を推進する。

ア 障害の原因となる疾病等の予防・早期発見

妊産婦の健康教育、健康指導及び健康診査、周産期医療等の充実、新生児や乳幼児に対する健康診査等の適切な実施について、「健やか親子21」等に基づき推進を図る。

脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の予防等について、「21世紀における国民の健康づくり運動（健康日本21）」等に基づき推進を図る。

学校、職域及び地域における健康診査等の適切な実施、疾患等に関する相談、カウンセリング等の提供機会の充実を図る。

イ 障害の原因となる疾病等の治療

周産期集中治療管理室や新生児集中治療管理室を含む周産期・小児医療施設の施設及び設備の整備を図る。

障害の原因となる疾患、特に精神疾患、難治性疾患等について適切な治療を行うため、専門医療機関、身近な地域における医療機関及び在宅における医療の提供、適切な入院医療の確保、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、市町村等による相談指導、訪問指導等の保健サービス等の提供体制の充実及びこれら

の連携を促進する。

障害の原因となる外傷等に対する適切な治療を行うため、救急医療、急性期医療等の提供体制の充実及び関係機関の連携を促進する。

精神疾患や難治性疾患患者に対する治療及び保健サービスについて、福祉サービスとの連携を踏まえたサービスの提供体制について検討し、その充実を図る。

ウ 正しい知識の普及等

障害の原因となる精神疾患、難治性疾患等の疾病、外傷等について、その予防や治療について、国民、保健・医療従事者等に対する正しい知識の普及を図るとともに、これらの疾病等に対する不当な偏見・差別や過剰な不安の除去を図る。

② 障害に対する適切な保健・医療サービスの充実

障害の早期発見及び障害に対する適切な医療、医学的リハビリテーションの提供により、障害の軽減並びに重度化・重複化、二次障害及び合併症の防止を図るとともに、障害者に対する適切な保健サービスを提供する。

特に、小児に対しては、障害に対応した発達を支援する。

ア 障害の早期発見

「健やか親子21」等の推進等により、妊産婦、新生児及び乳幼児の健康診査、学校における健康診査等の健診の適切な実施及びこれらの機会の活用を図り、障害の早期発見を徹底する。

イ 障害に対する医療、医学的リハビリテーション

治療やリハビリテーションにより軽減が期待される障害については、適切な医療、医学的リハビリテーションの提供並びにサービス提供拠点の整備及び確保を図る。

障害の早期発見と早期療育は、その後の障害の軽減や発達に及ぼす影響が大きいことから、療育に知見と経験を有する医療・福祉の専門職と療育の場の確保を図るとともに、障害に対応した発達を支援する。

人工透析を要する慢性腎不全、精神疾患、難治性疾患など障害に対する継続的な医療が必要な障害者に対しては、身近な医療機関等における医療の提供、医学的相談体制の整備等、治療のために適切な保健・医療サービス提供の充実を図る。

骨、関節等の機能や感覚器機能の障害及び高次脳機能障害など医学的リハビリテーションによる機能の維持、回復が期待されるものについて、適切な評価、病院から地域等への一貫した医学的リハビリテーションの確保を図る。

障害に起因して合併しやすい疾患、外傷、感染症等の予防と、これらを合併した際の障害及び合併症に対して適切な医療の確保を図る。

ウ 障害者に対する適切な保健サービス

障害を有する者の健康の保持・増進、精神疾患及び難治性疾患に対する保健サービスについて、福祉サービスとの連携を踏まえたサービスの提供体制について検討し、その充実を図る。

保健所等において、障害児の発達について相談・指導を行う。

エ 保健・医療サービス等に関する適切な情報提供

保健・医療サービス等の提供機関による自主的な情報公開と、第三者評価を推進するとともに、医療サービスの提供機関、その内容や評価、各種行政サービス等に関する情報を集約し、障害者等が入手しやすい情報提供体制の充実を図る。

③ 精神保健・医療施策の推進

一般国民の心の健康づくり対策とともに、精神障害者に対する保健・医療施策を一層推進する。

ア 心の健康づくり

学校、職域及び地域における心の健康に関する相談、カウンセリング等の提供機会の充実を図る。

うつ対策を中心とした自殺予防対策を講じる。また、職場における心の健康づくり体制を整備する。

睡眠障害を有する者のうち、特に治療を要する者に対する適切な相談体制を確保する。また、児童思春期における心の問題及び心的外傷体験を受けた者の心のケアに係る専門家の確保並びに地域における相談体制の充実を図る。

イ 精神疾患の早期発見・治療

精神疾患の早期発見方法の確立及び発見機会の確保・充実を図る。

専門診療科以外の診療科、保健所、健診の実施機関等と専門診療科との連携を促進するとともに、様々な救急ニーズに対応できる精神科救急システムを確立するなど地域における適切な精神医療提供体制の確立を推進する。

精神医療における人権の確保を図るため、都道府県及び指定都市に対し、精神医療審査会の機能の充実・適正化を促す。

精神疾患について、患者の病態に応じた適切な医療の提供を確保し、患者・家族による医療機関の選択に資するよう、精神病床の機能分化、精神医療に関する情報提供、E B M（提供に基づく医療）及び安全対策の推進を図る。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する適切な医療の確保を推進する。

④ 研究開発の推進

最新の知見や技術を活用し、倫理的側面に配慮しつつ、障害の原因となる疾病等の病因・病態の解明、予防、治療、再生医療等に関する研究開発を推進する。

障害の予防、治療、障害者のQOL（生活の質）の向上等を推進するためには、基礎となる技術の開発が重要であり、最新の知見や技術を活用した研究開発を推進する。

障害の原因となる先天性又は後天性の疾患の発症の病因・病態の解明並びにその予防、診断及び治療のための研究について推進を図る。特に、近年、急速に研究の進展が期待されるゲノムやプロテオーム技術、画像技術等の先端技術と疫学研究等

を総合的に活用して学際的研究開発を推進する。

難治性疾患に関し、病因・病態の解明、画期的な治療法の開発及び生活の質の改善につながる研究開発を推進する。

障害のある身体機能、感覚器機能、臓器機能等の改善、再生、補完を行うことによって、障害の軽減を図ることが期待できることから、低侵襲手術やコンピューター技術等を活用した外科的治療、筋骨格系の維持や疾病治療等のための再生医療、身体機能や内蔵機能の代替・補完等の支援機器に関する研究開発等を推進する。

脳機能研究の推進により、高次脳機能障害、感覚認知機能障害等に関し、新たな新療法の開発、医学的リハビリテーションの効率化及び訓練プログラムの改善を進める。

「キレる子」、「社会的ひきこもり」など心の健康に関連する問題の予防と対応のため、脳及び精神機能の発達と行動形成過程の解明、教育等の対応手法等に関する研究開発を推進する。

⑤ 専門職種 の 養成・確保

理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、言語聴覚士、精神保健福祉士及び司法精神医療、児童精神医療等に係る医師、看護師等の養成と適切な配置を図る。

地域の保健・医療・福祉事業従事者の連携を図り、障害の原因となる疾病等の予防から福祉施策まで適切に提供できる体制を整備するための基礎となる専門職員の資質の向上を図る。

医師等の臨床研修及び生涯教育の充実等を図る。

7 情報・コミュニケーション

(1) 基本方針

IT（情報通信技術）の活用により障害者の個々の能力を引き出し、自立・社会参加を支援するとともに、障害によりデジタル・ディバイドが生じないようにするための施策を積極的に推進するほか、障害特性に対応した情報提供の充実を図る。

(2) 施策の基本的方向

① 情報バリアフリー化の推進

障害者のリテラシー（情報活用能力）の向上のため、研修・講習会の開催、障害者のITの利用を支援する支援技術者の養成・育成を推進するための施策を促進するとともに、障害者のIT利用を総合的に支援する拠点の整備を推進する。

障害者が容易に情報を発信し、情報にアクセスできるよう、使いやすい情報通信機器、システム等の開発・普及等を促進するとともに、ISO/IECガイド71（高齢者・障害者のニーズへの配慮ガイドライン）に基づき、障害者にとって、使いやすいように配慮した情報通信機器設計の指針等をJIS（日本工業規格）化する。

各省庁、地方公共団体は公共調達において、障害者に配慮した情報通信機器、シ

システムの調達に努力する。

行政情報について、ホームページ等のバリアフリー化を推進する。

- ② 社会参加を支援する情報通信システムの開発・普及
選挙における障害者の投票を容易にする手段として、電子投票の導入を推進する。
障害者のITの利用を促進するため、情報通信機器の取得を支援する施策を推進する。

SOHO（在宅や小規模は事務所での勤務）、テレワーク（情報通信を利用した在宅勤務等）などITの活用による障害者の就業のための取組を推進する。

- ③ 情報提供の充実

聴覚障害者情報提供施設について、全都道府県での整備を促進する。

放送事業者の協力も得て、字幕番組、解説番組、手話番組など障害者に配慮した情報提供の一層の拡充のための施策を推進する。

点字図書、字幕付きビデオなど視聴覚障害者への情報提供サービスの充実を図るとともに、公共サービスにおいては、点字、録音物等による広報の促進を図る。また、字幕付きビデオ作成に係る著作権の運用改善を図る。

- ④ コミュニケーション支援体制の充実

コミュニケーション支援を必要とする視聴覚障害者に対する手話通訳者、要約筆記者及び盲ろう通訳者の養成研修を推進するとともに、これらの派遣体制の充実強化を推進する。

各種サービス窓口における手話のできる職員の育成、配置を働きかけるとともに、国民の手話に対する理解と協力を促進する。

8 国際協力

(1) 基本方針

「アジア太平洋障害者の十年」が2003（平成15）年から更に10年間延長されたこと等も踏まえ、障害者団体間の交流、政府や民間団体による各種協力の実施等によるアジア太平洋地域への協力関係の強化に努める。

(2) 施策の基本的方向

① 国際協力等の推進

ネットワークづくりや推進体制の整備により、リハビリテーション等の技術交流、情報の交換、技術指導者の養成等の国際協力を一層推進する。特に、アジア太平洋地域における国際協力に積極的に取り組む

また、国際協力に当たっては、相手国の実態やニーズを十分把握するとともに、援助を受ける国の文化を尊重し、その国のニーズに応じ柔軟に対応する。

② 障害者問題に関する国際的な取組への参加

国連や各種の国際的な非政府機関における障害者問題についての条約や行動計画、ガイドラインの作成等の取組等に積極的に参加する。

③ 情報の提供・収集

我が国の国内施策を諸外国へ紹介するとともに、各国の施策の現状に関する情報の収集、提供等に努める。

④ 障害者等の国際交流の支援

障害者問題に関する国際的な取組等に貢献する観点から、障害者団体等による国際交流を支援する。

IV 推進体制等

1 重点施策実施計画

重点的に取り組むべき課題について、基本計画に基づく諸施策の着実な推進を図るため、具体的な目標及びその達成期間を定めた重点施策実施計画を策定し実施する。重点施策実施計画を策定したときは、速やかに公表し、広く関係者に周知を図るとともに、その進捗よく状況を断続的に調査して公表する。

2 連携・協力の確保

効果的かつ総合的な施策の推進を図るため、障害者施策推進本部を中心として、内閣総理大臣のリーダーシップの下に関係行政機関の間の施策連携を強化する。

また、地域における総合的、計画的な施策の推進を図るため、都道府県との連携も図りつつ、複数市町村による広域の対応も含め市町村計画の策定を支援する。

全国的に均衡あるサービス水準の実現を図るため、地方公共団体との連携を図るとともに、地域福祉推進の観点から、障害者関係団体、NPO等民間団体、事業者団体、地方公共団体との連携・協力を推進する。

3 計画の評価・管理

障害者関係団体との意見交換やニーズ調査の実施等を通じて施策・事業の有効性についての検証を行い、効果的かつ適切な施策・事業を実施する。

また、障害者施策推進本部において基本計画の推進状況を継続的に点検するとともに、障害者のニーズや社会経済状況の変化等を踏まえて、必要に応じ計画を見直す。

4 必要な法制的整備

障害者関係の各種法令の見直し等による将来的に必要な法制的整備について検討する。

5 調査研究、情報提供

ニーズ調査、国内外の障害者施策の先進事例の収集・提供など調査研究、情報提供の充実を図る。

用語（注）

1. ノーマライゼーション： 障害者を特別視するのではなく、一般社会の中で普通の生活が送れるような条件を整えるべきであり、共に生きる社会こそノーマルな社会であるとの考え方。

2. リハビリテーション： 障害者の身体的、精神的、社会的な自立能力向上を目指す総合的なプログラムであるとともに、それにとどまらず障害者の

ライフステージのすべての段階において全人間的復権に寄与し、障害者の自立と参加を目指すとの考え方。

3. バリアフリー

: 障害のある人が社会生活をしていく上で障壁（バリア）となるものを除去するという意味で、もともと住宅建築用語で登場し、段差等の物理的障壁の除去をいうことが多いが、より広く障害者の社会参加を困難にしている社会的、制度的、心理的なすべての障壁の除去という意味でも用いられる。

4. ユニバーサルデザイン

: バリアフリーは、障害によりもたらされるバリア（障壁）に対処するとの考え方であるのに対し、ユニバーサルデザインはあらかじめ、障害の有無、年齢、性別、人種等にかかわらず多様な人々が利用しやすいよう都市や生活環境をデザインする考え方。

3. 重点施策実施五か年計画

平成14年12月24日
障害者施策推進本部決定

障害者基本計画（平成14年12月24日閣議決定）に沿って、同基本計画の前期5年間に
おいて重点的に実施する施策及びその達成目標並びに計画の推進方策を以下のとおり定める。

I 重点的に実施する施策及びその達成目標

1 活動し参加する力の向上のための施策

(1) 障害の原因となる疾病の予防及び治療・医学的リハビリテーション

- ・ 難治性疾患に関し、病因・病態の解明、治療法の開発及び生活の質につながる研究開発を推進する。
- ・ 周産期医療ネットワークを全都道府県に整備する。
- ・ 生活習慣の改善により循環器病等の減少を図る。
- ・ 糖尿病について、検診を受ける者の増加、有病者数の減少及び有病者の治療継続率の向上を図る。
- ・ 医療刑務所等に機能回復訓練に必要なリハビリテーション機器を更新整備する。

8 施設

(2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進

- ・ 基準やガイドライン等の作成における高齢者・障害者のニーズへの配慮指針である国際規格ISO/IECガイド71（規格作成における高齢者・障害者のニーズへの配慮ガイドライン）を平成15年度までにJIS規格化する。
- ・ 障害の特性に配慮したセキュリティシステム、防犯・防災設備の研究開発、普及を行う。
- ・ 個人適合型の生活環境・就業環境創出のためのデータベース整備・研究開発を行う。
- ・ ユニバーサルデザインに配慮した設計に必要な人間の寸法・形態に関する知的基盤を整備するため、平成16年度までに人体寸法を、約10分間（従来約90分）で測定する技術開発を行うとともに、少なくとも100人程度の人体寸法・形態を測定する。

(3) 情報バリアフリー化の推進

① デジタル・デバイドの解消

- ・ 高齢者・障害者の利用するIT機器の設計ガイドラインを平成15年度までに作成し、以降IT機器別のJIS規格を順次整備する。
- ・ 障害者のIT利用を支援する技術者の養成・育成研修等の開催を推進し、平成19年度までに10,000人以上が受講することを目指す。
- ・ 障害者のIT活用を総合的に支援する拠点を整備する。
- ・ ホームページ等のバリアフリー化の推進のための普及・啓発を推進する。

② 情報提供の充実

- ・ 字幕番組、解説番組及び手話番組の制作費に対する必要な助成を行う。
- ・ 効率的な番組製作技術の研究開発等の推進により障害者向け放送番組の拡充を図る。
- ・ 障害者の自立した食生活の実現のための関連情報の提供を推進する。

③ 研究開発

- ・ 障害者が使いやすい情報通信機器、システム等の開発・普及支援を行う。
- ・ 障害者ナビゲーションシステムを開発する。
- ・ ユビキタスネットワークとロボットを結ぶネットワーク技術等の研究開発を行う。
- ・ 視覚障害者に音声情報を提供し、歩行、移動等を支援する案内システムを設計するための指針に関する J I S 規格を、平成15年度までに調整する。

(4) 欠格条項見直しに伴う環境整備

障害者施策推進本部申合せ（平成13年6月12日）に沿って、障害者に係る欠格事由の見直しに伴う教育、就業環境等の整備に努める。

2 地域基盤の整備

(1) 生活支援

① 利用者本位の相談支援体制の充実

市町村を中心とした相談・支援体制の充実を図り、これを拠点としてケアマネジメント体制を整備する。

② 在宅サービス

- ・ ホームヘルパーを約60,000人確保する。
- ・ ショートステイを約5,600人分整備する。
- ・ デイサービスを約1,600か所整備する。
- ・ 障害児通園（児童デイサービス）事業を約11,000人分整備する。
- ・ 重症心身障害児（者）通園事業を約280か所整備する。
- ・ グループホームを約30,400人分整備する。
- ・ 福祉ホームを約5,200人分整備する。
- ・ 市町村における社会参加促進事業を着実に推進する。

③ 施設サービス

- ・ 通所授産施設を約73,700人分整備する。
- ・ 施設サービスについては、通所施設の整備に努めるとともに、入所施設は真に必要なものに限定し、地域資源として有効に活用する。

(2) 生活環境

① ユニバーサルデザインによるまちづくり

地方公共団体が行うユニバーサルデザインによるまちづくりを支援する。

② 住宅、建築物のバリアフリー化の推進

- ・ 新設させるすべての公共賃貸住宅について、バリアフリー化を実施する。
- ・ 手すりの設置、広い廊下幅の確保、段差の解消等がなされた住宅ストックの形

成を推進する。

平成27年度までに全住宅ストックの2割

- ・ ハートビル法の利用円滑化基準に適合する特別特定建築物（新・増改築工事に係る部分の床面積が2,000㎡以上のもの）の建築を推進する。 100%
- ・ ハートビル法に基づいて、新営する国土交通省所管の官庁施設を、利用円滑化誘導基準に適合した施設として整備する。 100%
- ・ 窓口業務を行う官署が入居する国土交通省所管の既存官庁施設について、手すり、スロープ、視覚障害者誘導用ブロック、身体障害者用便所、自動ドア、エレベーター（延床面積1,000㎡以上のもの）等の改善を実施する。

平成22年度までに100%

- ・ 地方公共団体が行う公共施設等のバリアフリー化を支援する。

③ 公共交通機関、歩行空間等のバリアフリー化等の推進

- ・ 一日当たりの平均利用者数が、5,000人以上である鉄軌道駅、バスターミナル、旅客船ターミナル及び航空旅客ターミナルに関し、原則すべてについて、段差の解消、視覚障害者誘導用ブロックの整備、便所がある場合には身体障害者用便所の設置を推進する。 平成22年までに100%

そのうち、段差解消につき、平成17年までに

鉄軌道駅については約60%

バスターミナルについては約80%

旅客船ターミナルについては約70%

航空旅客ターミナルについては約70%

- ・ バリアフリー化された鉄軌道車両の導入を推進する。
平成17年までに約20%、平成22年までに約30%
- ・ 低床化されたバス車両の導入を推進する。
平成17年までに約30%、平成27年までに100%
- ・ ノンステップバスの導入を推進する。
平成17年までに約10%、平成22年までに20~25%
- ・ バリアフリー化された旅客船の導入を推進する。
平成17年までに約25%、平成22年までに約50%
- ・ バリアフリー化された航空機の導入を推進する。
平成17年までに約35%、平成22年までに約40%
- ・ 福祉タクシーの導入を推進する。

平成17年度までに2,600台

- ・ 主要な鉄道駅等周辺における主な道路のバリアフリー化を実施する。
平成19年度までに53%
- ・ 今後整備する高速道路等のサービスエリア及びパーキングエリア並びに主要な幹線道路の道の駅については、身体障害者用便所、身体障害者用駐車スペースの整備を推進する。

- ・ 直轄河川において新設される水辺プラザ等の河川利用の拠点において、手すり・緩傾斜スロープ等の設置、堤防・護岸の緩傾斜化等を実施する。
- ・ 人の利用に供するすべての新設港湾緑地において、手すり、スロープ、休憩施設、身体障害者用便所、身体障害者用駐車スペース等を整備する。
- ・ バリアフリーに配慮した森林総合利用施設の整備を推進する。
- ・ 移動支援バリアフリーマップを提供する。

④ 交通安全の確保

- ・ バリアフリー対応型信号機の整備を推進し、交通バリアフリー法の特定経路を構成する道路上の信号機の約8割をバリアフリー対応型信号機とすることを目指す。
- ・ 「あんしん歩行エリア」の形成を進め、エリア内の死傷事故の約2割を抑止、うち歩行者・自転車事故については約3割を抑止することを目指す。

⑤ 運転免許所得希望者等に対する利便の向上

- ・ 特定自動車教習所に対する持ち込み車両等を使用した教習の実施等の指導を行う。
- ・ 持ち込み車両等に対する技能試験の実施等を推進する。
- ・ 免許申請時等における障害者等のプライバシー保護への配慮及び運転適性相談等に係る態勢の充実を図る。

⑥ 生活の安全の確保

- ・ Eメール、ファックス等による安全ネットワークを推進する。
- ・ 「手話交番」を推進する。
- ・ 地域における防犯ネットワークを確立する。
- ・ 自主防災組織による支援体制を整備する。
- ・ 行政機関と福祉関係者等による防火指導等を一層推進する。
- ・ 緊急通報システムによる消防への緊急通報体制の一層の充実など障害者に係る火災予防体制を強化する。
- ・ 砂防、地すべり対策及び急傾斜地崩壊対策事業の実施により、土砂災害のおそれのある自力避難の困難な障害者等の災害弱者が24時間入院・入居している施設を保全する。
平成19年度までに240施設
- ・ 障害者等災害弱者関連施設に係るきめ細やかな治山対策を実施する。
- ・ 防災情報を住民等に一斉に伝達するための送信装置のモデルシステムを平成15年度に開発する。

3 精神障害者施策の充実

条件を整えば退院可能とされる約72,000人の入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指す。このため、今後、更に総合的な推進方策を検討する。

(1) 保健・医療

- ・ 精神科救急医療システムを全都道府県に整備する。
- ・ うつ病対策、心的外傷体験へのケア対策及び睡眠障害への対策について、それぞれ

れ平成15年度までに地域保健医療福祉関係者向けマニュアルを作成し、普及させる。

- ・ 「思春期精神保健ケースマネジメントモデル事業」事例集を平成15年度までに作成し、普及させる。
- ・ 若年層の「社会的ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドラインを平成15年度までに作成し、普及させる。
- ・ 心的外傷体験へのケア対策及び思春期の心の健康対策に従事する専門家を養成する。

(2) 福祉

① 在宅サービス

- ・ 精神障害者地域生活支援センターを約470か所整備する。
- ・ 精神障害者ホームヘルパーを約3,300人確保する。
- ・ 精神障害者グループホームを約12,000人分整備する。
- ・ 精神障害者福祉ホーム約4,000人分整備する。

② 施設サービス

- ・ 精神障害者生活訓練施設（援護寮）を約6,700人分整備する。
- ・ 精神障害者通所授産施設を約7,200人分整備する。

* 精神障害者ホームヘルパー、精神障害者グループホーム、精神障害者福祉ホーム及び精神障害者通所授産施設の達成目標については、2（1）に掲げた達成目標の内数を掲げたものである。

4 アジア太平洋地域における域内協力の強化

(1) 政府開発援助における障害者に対する配慮

- ・ JICA等を通じた研修員の受入れ等を実施する。
- ・ 草の根無償資金協力を通じた支援を実施する。
- ・ 日本NGO支援無償資金協力及びNGO事業補助金を通じた支援を実施する。

(2) 国際機関を通じた協力の推進

- ・ 平成16年開所に向けてアジア・太平洋障害者センターに対する支援を推進する。
- ・ 日本・エスキャップ協力基金への拠出を実施する。
- ・ 国連障害者基金への拠出を実施する。

5 啓発・広報

(1) 共生社会に関する国民理解の向上

「共生社会」の用語、考え方の周知度を障害者基本計画の計画期間中に成人国民の50%以上とする。

(2) 関係機関・団体との連携による公共サービス事業者に対する障害者理解を促進する。

6 教育・育成

(1) 一貫した相談支援体制の整備

- ・ 地域において一貫して効果的な相談支援を行う体制を整備するためのガイドラインを平成16年度までに策定する。
- ・ 小・中学校における学習障害（LD）、注意欠陥／多動性障害（ADHD）等の児

児童生徒への教育支援を行う体制を整備するためのガイドラインを平成16年度までに策定する。

- ・ 盲・聾・養護学校において個別の支援計画を平成17年度までに策定する。

(2) 専門機関の機能の充実と多様化

- ・ 盲・聾・養護学校に関して地域における教育のセンター的役割を果たす学校についての制度的検討を行い、平成15年度中に結論を得るとともに、その検討状況も踏まえて特殊教育に係る免許制度についても改善を図る。
- ・ 大学と国立特殊教育総合研究所の連携協力の下に自閉症の教育研究を行う学校を平成16年度までに設置する。

(3) 指導力の向上と研究の推進

- ・ 盲・聾・養護学校に関して地域における教育のセンター的役割を果たす学校についての制度的検討を行い、平成15年度中に結論を得るとともに、その検討状況も踏まえて特殊教育に係る免許制度についても改善を図る。
- ・ 国立特殊教育総合研究所において、教育現場のニーズに応じた障害のある児童生徒の教育の総合的な教育情報提供体制を平成16年度までに整備する。

(4) 施設のバリアフリー化の推進

小・中学校等の施設のバリアフリー化の参考となる指針を平成15年度中に取りまとめるとともに、計画・設計手法等に関する事例集を平成16年度中に作成する。

7 雇用・就業の確保

トライアル雇用、職場適応援助者（ジョブコーチ）、各種助成金等の活用、職業訓練の実施などにより平成19年度までにハローワークの年間障害者就職件数を30,000人に、平成20年度の障害者雇用実態調査において雇用障害者数を600,000人にすることを目指す。

II 計画の推進方策

- ・ 本計画の推進に当たっては、個々の障害に係るニーズや社会・経済の状況等に適切に対応するとともに、必要に応じ計画の見直しを行う。
- ・ 本計画の着実かつ効果的な推進を図るため、障害者施策推進本部において、障害者関係団体等との意見交換を毎年実施するとともに計画の進捗状況を毎年度調査し公表する。
- ・ 障害を理由とした不当な差別的取扱い等に対する救済措置を整備する。
- ・ 本計画の推進に当たり、地方公共団体と緊密な連携協力を図るため、全国都道府県会議を毎年開催するとともに、障害者計画未策定市町村に対する技術的協力を積極的に行い、全市区町村における障害者計画の策定を目指す。
- ・ 障害者に関する総合的データベースを平成16年度までに構築する。

4. 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向

平成15年5月15日
精神保健福祉対策本部中間報告

○精神疾患を取り巻く状況の認識

精神疾患は、誰でも罹る可能性のある疾患であると同時に、適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定化させ、寛解又は治癒することも可能な疾患である。近年では、うつ、ストレス疾患、痴呆等精神医療の対象となる患者は増えており、精神疾患は、より一般的な病気となっている。また、代表的な精神疾患の一つである統合失調症も、放置すれば多くの場合に症状が悪化、再発するが、一方、継続的に治療を行うことにより長期的に症状の安定を図ることが可能であることは、糖尿病等の慢性疾患と同様である。

従って、精神疾患を発症した者についても、早期に適切な対応を行うことにより、当事者は地域において社会生活を継続することが可能であり、また、症状が悪化し入院が必要な状態になっても、手厚い急性期治療を行うことにより、多くは早期の退院を見込むことができる。たとえ10年、20年を越える長期入院を余儀なくされていた場合であっても、適切な社会生活訓練等のリハビリテーションや退院支援、退院後の居住先の確保及び地域生活支援により、社会生活が可能となる場合もある。

こうした入院予防、早期退院、社会復帰の可能性の拡大は、近年の薬物治療の進歩、リハビリテーション等の治療技術の向上に負うところが大きく、精神病床においても、できるだけ早期に地域生活を可能とするようその機能を明確化し、例えば急性期集中治療、積極的リハビリテーション治療、専門治療の提供等の機能分化を図る必要がある。このことは当事者が可能な限り地域で生活できる途を広げていくことを可能とする。一方、当事者が地域において安心かつ安定した社会生活を送るためには、地域ケア体制の整備とともに、住居を確保し、働く場を提供し、地域生活を支援する体制を整えることが不可欠である。欧米諸国においては、こうした精神医療の改革や地域の支援体制の整備を進めた結果、入院医療中心から地域生活中心へと変ってきたが、我が国においては、制度のあり方も含めてこのような流れに未だ十分対応できていない。

こうした認識に立ち、世界的趨勢を踏まえて、わが国の精神保健福祉対策の各分野について、改革に向けた具体的施策の方向を提案する。(別添1及び2)

○基本的方向と重点施策

社会保障審議会障害者部会精神障害分會報告書において示された「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を押し進めていくために、精神障害者が可能な限り地域において生活することができるよう、必要な保健医療福祉サービスの資源を確保し、適切に配分していく必要がある。そのための重点施策として、次の事項について優先的に取り組む。

1 普及啓発

精神疾患は誰でも罹りうる疾患であり、又、適切な治療により症状の安定化を図るこ

とが可能な疾患であるが、一般にこうした認識が充分とは言えず、「精神障害者」ということを理由に偏見を持たれ、そのために社会的な差別を受けることが少なくない。精神障害者に対する無理解、誤った認識を改めるべく積極的な普及活動を行うため、あらゆる機会を通じて精神疾患及び精神障害者に対する理解の促進を図るとともに、当事者参加活動の機会を増やす。

- ① 普及啓発指針の策定
- ② 国民の理解を深めるイベント活動、広報の実施
- ③ 当事者主体の活動の支援
- ④ 政策決定への当事者の関与の推進
- ⑤ 家族への啓発、家族の支援
- ⑥ 精神保健事業への住民の参加

医療・福祉関係者、当事者のみならず、教育関係者、経済界、マスコミ関係者等の参加を求め、広範な媒体を利用した普及活動を平成15年度より推進する。

2 精神医療改革

ア 精神病床の機能強化について

急性期の入院治療の充実及び専門病床の整備等を進めることにより、入院医療の質を向上させる。

- ① 入院治療の充実を図るため、病床の機能分化のあり方を検討するとともに、人員配置基準の見直しと診療報酬上の評価のあり方を検討
- ② アルコール、薬物等の専門病床のあり方を検討するとともに、これを整備する方策を検討
- ③ うつ、ストレス疾患、精神科的治療を要する痴呆の治療のあり方を検討
- ④ 高度な治療を要する急性期患者、重度患者等、病状に適した治療体制を検討
- ⑤ 長期入院患者の退院や新たな長期入院患者の発生防止を図るための集中的リハビリテーションの実施体制を検討
- ⑥ 看護教育の充実等により看護職員の資質の向上を図るとともに、チーム医療を推進

イ 地域ケアの充実について

地域生活への移行及び地域生活を支える地域ケアを行う体制整備を進める。また、緊急時に24時間対応できる救急体制を整える。この際、身近な地域で適切な精神科医療が受けられるよう精神科診療所も活用する。さらに、地域ケアの充実を図るため、診療報酬上の評価のあり方についても検討する。

- ① 地域医療及び各種生活支援を含めた包括的地域生活支援プログラム(ACT事業)のモデル事業の実施を検討
- ② 精神科救急医療体制の全国的整備
- ③ 精神科訪問看護の充実

ウ 精神病床数について

近年精神病床入院患者は自然減しているが、さらに急性期治療の充実による入院期間短縮、退院促進、地域ケアの充実による入院の予防等を進めることにより、入院患者の減少が促進されることとなる。精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。

- ① 医療計画の見直しに反映させるため、病床のあり方を検討
- ② 病床機能及び病床数見直しに向けた医療機関によるアクション・プログラムの作成、実行を促進する助成措置や診療報酬による対応の検討

3 地域生活の支援

ア 住居について

地域における居住先の確保を支援する。

- ① 公営住宅、民間住宅における精神障害者の入居支援策の検討
- ② グループホーム及び福祉ホーム等の充実の検討
 - ・ 新障害者プランの着実な実行を図り、必要に応じ見直しも検討
 - ・ 付加的サービスの提供を含めた質の向上
- ③ 居宅生活を支援するホームヘルプサービス等の充実の検討

イ 雇用について

精神障害者の雇用支援を進めるとともに、雇用の機会を増やしていく。

- ① 採用後精神障害者、短期労働精神障害者も含めた納付金制度に基づく助成金の効果的な活用
- ② 障害者就業・生活支援センターによる相談支援機能の充実
- ③ 障害者雇用促進法における雇用率の検討

ウ 気軽な相談機関や仲間・生き甲斐づくりについて

地域の相談支援機関の充実及び当事者同士の相談活動等を通じた支えあいの場を設ける。

- ① 地域生活支援センターにおいて個々の精神障害者のための各種地域生活支援サービスプログラムの提供等の機能充実を検討
- ② ピアサポート（当事者自身による相談活動）、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援

上記の住居、雇用等地域における生活の場の確保、地域ケア、在宅福祉サービス、相談事業等地域生活を支える多様なプログラムを、個々の当事者の意向を踏まえつつ総合的に調整する仕組みを検討。

なお、平成15年度からは「退院促進支援事業」（地域生活支援センターを拠点とし、個々の入院患者の地域生活移行に必要な各種サービスプログラムを作成）を実施することとしている。

4 「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策

上記各施策の推進と併せ、「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の早期退院、社会復帰の実現を図る。このため、「退院促進支援事業」の全国への拡充を検討する。退院後の

院期
院患
医療
の作

受け皿については、新障害者プランを着実に実施し、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設を確保するとともに、在宅生活者についてはホームヘルプサービス等の充実による支援を行う。これにより入院患者の減少が促進されることにあわせ、精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。なお、これらについては、現在実施中の精神障害者ニーズ調査の結果及び今後の退院の状況を踏まえて必要に応じ見直しも検討する。精神病床の機能分化と地域精神医療及び福祉の確保、病院と地域との中間的な機能を有する社会復帰施設の体系的整備の検討など、社会復帰促進策を計画的に進めることとする。

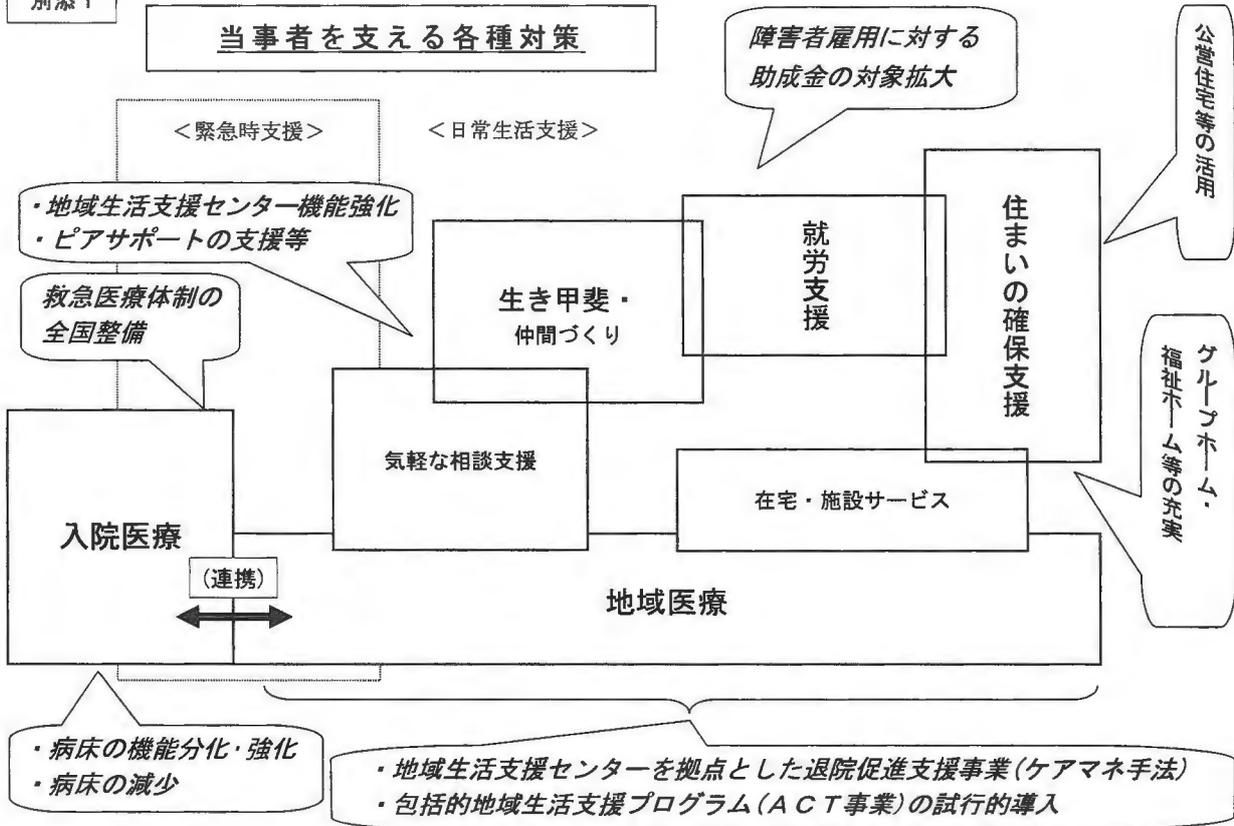
5 具体的検討の進め方について

平成15年度より以下の検討会を開催し、それぞれの課題に対応する。(別添3)

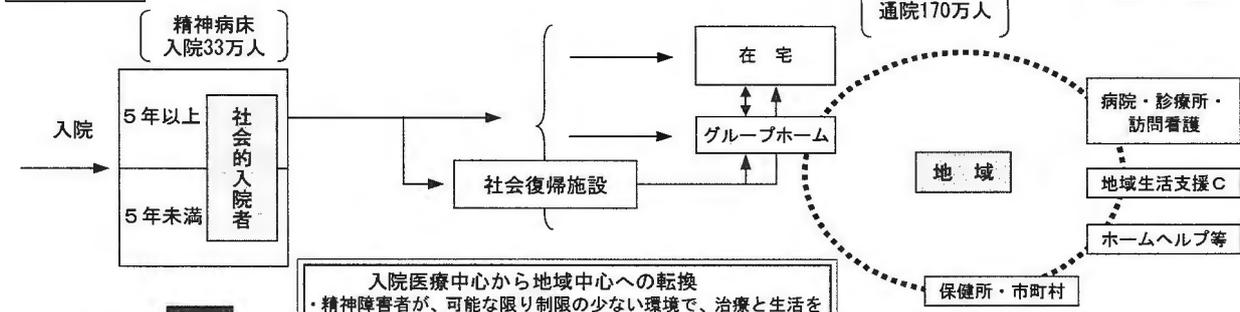
- ・ 普及啓発に関しては、普及啓発指針検討会(仮称)において指針策定
- ・ 病床の機能分化及び病床数の見直し等精神医療の改革については、精神病床等検討会(仮称)において検討
- ・ 地域ケアの充実、社会復帰施設の体系的整備、グループホーム等の充実、地域生活支援センターの機能等に関しては、在宅福祉・地域ケア体制等検討会(仮称)において検討

別添1

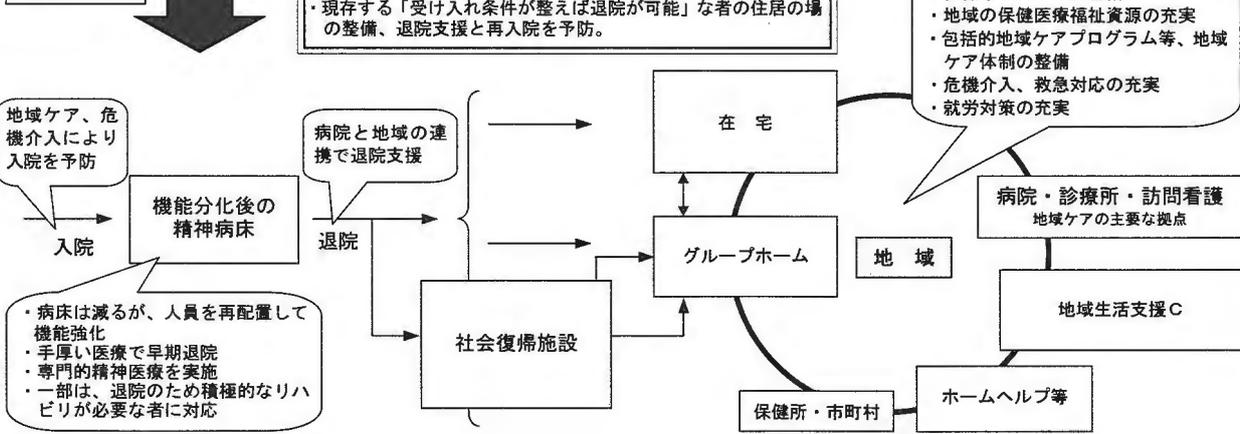
当事者を支える各種対策



現在

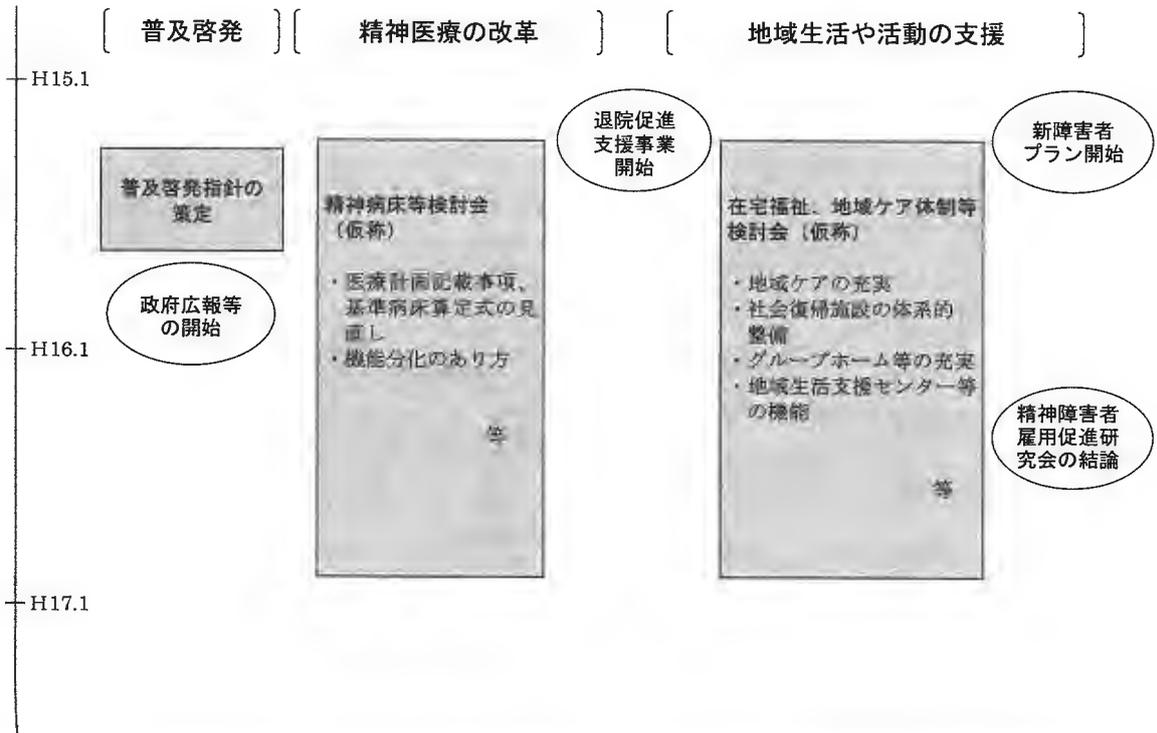


将来の姿



精神保健福祉の改革の段取り

別添 3



5. 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

平成16年9月
精神保健福祉対策本部

精神保健福祉対策本部中間報告に基づき設置された3検討会の結論を踏まえ、精神保健医療福祉の改革ビジョンを提示する。今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる。

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

<受入条件が整えば退院可能な者の動態>

- ・ 1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上の入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。
- ・ 平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、うち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

① 国民意識の変革の達成目標

（目標）

- 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

（考え方）

- 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(目標)

- 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする。
- 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする。
- ※ この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。
この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。
また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。
- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。
- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

- ① 精神疾患に関する国民意識の現状
- ② 施策の基本的方向
 - 精神疾患に関する基本的な情報の提供を通じた主体的な理解を促進
 - 精神疾患の正しい理解に基づく態度の変容や適切な行動を促進
 - 訴求対象者に応じて地域単位の活動とメディアを通じた活動を推進
- ③ 当面（改革第一期）の重点施策群
 - 「こころのバリアフリー宣言」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力を行う。

- 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。
- 検討会でとりまとめた主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。
- 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る。

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

② 施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を平成17年度から導入する。
- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室（ユニット）単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。
- 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。
- 精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。
- 精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF30点以下程度を目安）に対して、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所（院）、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を明確化する。
- 措置入院を受け入れる病院について、病棟の看護職員配置を3：1以上にする等の医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みを導入する。

(3) 地域生活支援体系の再編

① 地域生活支援体制の現状

② 施策の基本的方向

ア ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

イ 重層的な相談支援体制の確立

ウ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系として、重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備する。
- 相談支援体制については、市町村による相談支援体制を基盤に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造の体制を標準として、各主体の機能の強化や事業者の制度的位置付けを図る。
- 障害者の単身入居を推進するため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応する体制を障害保健福祉圏域ごとに確保する。
- 精神障害者の雇用を促進するとともに、既存の授産施設等を継続的就労、就労移行支援、自立訓練、憩いの場と機能面から再編する。
- 社会復帰施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す。
- 市町村等が、ケアマネジメントを活用し総合的な「自立生活支援計画」を策定した上で、給付決定等がなされる仕組みとする。

（市町村等への必要な支援措置が必要不可欠）

- 相談支援の質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となる尺度を明確にする。また、精神障害者保健福祉手帳の信頼性向上のため写真を貼付する。

(4) 精神保健医療福祉施策の基盤強化

① 人材・財源配分の現状

② 今後の基本的方向

- 病床や施設機能の再編状況等に応じた人材の確保、再教育・再配置
- 既存の精神保健福祉施策における医療・福祉双方の重点化・効率化
- 必要となる支援の内容やその費用を明示し、新規財源確保につき社会的合意を獲得

③ 当面の検討事項

- 都道府県単位の計画策定や病床機能分化の進捗状況を踏まえつつ、必要な人員の将来見通し等を行い、その育成・再教育等の方策を検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化や障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を通じて、国民が納得し得るような障害程度別の必要な費用額について検討する。
- 費用が急増している通院公費負担について、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、必要な対応について検討し早急に結論を得る。
- 入院者数（対人口）に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れる病院の医療体制の見直し等による影響を見極め、格差の解消策につ

いて検討し早急に結論を得る。

- 社会復帰施設や居宅支援事業について、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランスや受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応について検討し早急に結論を得る。

6. 精神病床に係る基準病床数の算定式について

平成18年6月2日 障発第0602001号
各都道府県知事あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

医療計画における基準病床数の算定に関する標準については、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成17年厚生労働省令第119号。以下「改正省令」という。別添1参照）が平成17年7月19日に公布され、また、医療法第30条の3第2項第3号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等を定める件（平成18年厚生労働省告示第161号。以下「告示」という。別添2参照）が平成18年3月28日に告示されたところである。

これらの改正省令及び告示については、平成18年4月1日を施行日とするものであるが、その改正の趣旨及び内容は下記のとおりであるので、ご了解いただきたい。

なお、本通知については、医政局と協議済みであるので、念のため申し添える。

記

第一 改正の趣旨

我が国の精神保健医療福祉施策においては、近年、入院医療中心から地域生活中心へと方向転換が図られたきたものの、精神病床数については諸外国が減少傾向を示す中で我が国は概ね横ばいで推移しており、また、病床数の地域間格差も生じていることから、良質かつ適切な医療を効率的に提供し、退院を促進する体制を構築する必要がある。

このため、精神病床に係る基準病床数の算定式について、都道府県の実態に応じて各都道府県が将来の目標値を設定するなど、入院患者の早期退院を促進するとともに、地域差の解消を促すよう所要の改正を行うものである。

第二 改正の内容

良質な医療を効率的に提供し、退院を促進する体制づくりに向け、各都道府県が将来目標を設定し、それを達成することを目指すための計算式へと見直す。具体的には、入院した患者ができる限り1年以内に速やかに退院できるような、良質かつ効率的な地域医療体制の整備を促すため、平均残存率の減少を目指すとともに、すでに1年以上入院している患者についても、本人の病状や意向に応じて、段階的・計画的に地域生活へ移行することを促すため、退院率の増加を目指す算定式とする。これにより、概ね10年後における精神医療の水準として、各都道府県の平均残存率を24%以下、退院率を29%以上とすることを目標とする。

【算定式の基本部分】

$$\frac{(\Sigma AB + C - D) \times F}{E_1} + \frac{\Sigma G (1 - H) + I - J}{E_2}$$

- A : 年齢階級別人口
 B : 年齢階級別新規入院率
 C : 他都道府県から当該都道府県への流入患者数
 D : 当該都道府県から他都道府県への流出患者数
 E₁ : 入院期間が1年未満である者に係る病床利用率
 E₂ : 入院期間が1年以上である者に係る病床利用率
 F : 平均残存率
 G : 年齢階級別1年以上入院患者数
 H : 退院率
 I : 新規1年以上入院患者数
 J : 長期入院患者退院促進目標数

【流入患者・流出患者数】

流入患者・流出患者数については、各都道府県の実情に応じ、特に設定する必要がないと認める場合にあっては、当分の間、これらをゼロとしても差し支えないこと。

【病床利用率】

病床利用率 (E₁, E₂) については、0.95とする。(告示第4条参照)

【平均残存率】

精神病院に入院した患者が入院後1年以内で退院せずに入院している割合を示し、当該年に入院した患者のうち、当該年の各月末に入院している患者の数を当該年に入院した患者の数で除した値をいう。

基準病床数の算定に当たっては、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値を用いる。ただし、(1)の値が(2)の値を下回る都道府県にあっては、

(1)の値とする。(告示第5条参照)

- (1) 各都道府県の平均残存率
- (2) 全国の平均残存率の目標値

【退院率】

1年以上入院している患者のうち、1年間で退院する患者の割合を示し、入院期間が1年以上の患者のうち当該年において退院した患者の数を入院期間が1年以上の患者の

数で除した値をいう。

基準病床数の算定に当たっては、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値を用いる。ただし、(1)の値が(2)の値を上回る都道府県にあつては、

(1)の値とする。(告示第6条参照)

(1) 各都道府県の入院期間が1年以上である入院患者の年齢階級別年間退院率(以下「現退院率」という。)

(2) 全国の退院率の目標値

[長期入院患者退院促進目標数]

各都道府県の実情に応じて都道府県知事が定める値とする。ただし、次の(1)及び(2)のいずれにも該当する都道府県にあつては、当該都道府県における入院期間が1年以上である精神病床における入院患者の数から当該都道府県の人口に0.001811を乗じた値を減じた値に0.15を乗じた値以上の値とする。(告示第7条参照)

(1) 当該都道府県における入院期間が1年以上である精神病床における入院患者の数を当該都道府県の人口で除した値が0.002以上であること

(2) 当該都道府県の現退院率が0.2以下であること

【算定式の加算部分】

都道府県知事は、当該都道府県に所在する病院の入院患者のうち当該都道府県に住所を有する者の数が

$$\text{当該都道府県の年齢階級別人口} \times \text{当該都道府県の年齢階級別入院率の総和}$$

により算定される数を下回っている都道府県については、

$$(\text{他の都道府県への流出入院患者数}) \times \frac{1}{\text{病床利用率}}$$

で得られた数の3分の1を限度として適当と認められる数をその都道府県における前記の算定式により算定した基準病床数に加えることができる。

なお、医療計画には、算定式により得られた基準病床数とともに、平均残存率及び退院率についても、将来的に達成すべき目標として明記することが望ましい。

第三 目標達成のための方策

(1) 現状分析

精神病院入院患者の入院期間、疾患、年齢等の実態を把握するとともに、精神障害者に対する医療提供体制、地域生活支援体制について分析すること。

(2) 精神医療の充実

平均残存率が高い都道府県にあつては、精神科救急医療体制の整備を始めとする急性期医療等の充実について検討し、早期退院を実現する体制づくりを図ること。退院率が低い都道府県にあつては、社会復帰に向けた地域生活支援体制の強化を図ること。

また、各都道府県における精神病院の現地検査等の場において、入院の長期化を防止し、早期の退院を促進する観点から適宜の指導を行うこと。

(3) 地域生活支援の充実

精神障害者の退院を促進するためには、医療面の施策とともに、精神障害者が地域で生活する環境を整備するための福祉施策との連携が重要であり、特に、障害者自立支援法に基づき各都道府県が定める障害福祉計画との整合性について留意すること。

7. 精神科救急医療体制整備事業の実施について

平成20年5月26日 障発第0526001号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生労働省社旗・援護局障害保健福祉部長通知

精神科救急に関する事業については、「精神科救急医療システム整備事業」及び「精神科救急医療センター事業」により実施してきたところであるが、今般、精神障害者の地域生活を支える医療提供体制を充実させるため、地域の実情に応じた精神科救急医療施設を強化し、緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的として、これを見直し、別紙のとおり、新たに「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」を定め、平成20年4月1日から適用することとしたので通知する。

なお、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知「精神科救急医療システム整備事業の実施について」、平成17年12月6日障発第1206002号「精神科救急医療センター事業の実施について」については、平成20年3月31日をもって廃止する。

精神科救急医療体制整備事業実施要綱

1 目的

精神科救急医療体制整備事業（以下「事業」という。）は、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）が地域の実情に応じて輪番制病院群も含めて全ての精神科救急医療圏域に空床確保を行う精神科救急医療施設の整備、24時間対応の精神科救急情報センターの機能強化、診療所に勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化し、緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする。

2 事業の実施主体

本事業の実施主体は、都道府県等とする。ただし、事業の内容に応じて、その一部を都道府県等が適当と認める団体に委託できるものとする。

3 事業の内容

本事業は、一般の救急医療体制の中で実施することを原則とするが、精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとし、概ね以下の内容を有する精神科救急医療体制を構築するものとする。

また、医療計画等における救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制として、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図るものとする。

なお、指定都市を有する道府県においては、当該市と有機的連携をもって本事業の実施に努めるものとする。

(1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会

精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会を設けること。この委員会は、都道府県、指定都市、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防機関等の関係者によって行われるものである。

なお、この委員会は、医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ること。

(2) 精神科救急情報センター

ア 精神科救急情報センター

精神障害者又は保護者等からの相談窓口や精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）に基づく移送を適正かつ円滑に実施するための精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整機能等を、「精神科救急情報センター」として公立病院、精神保健福祉センター、保健所など精神科救急医療体制の中核となる同一の機関に常時整備（ただし、時間帯により固定の担当機関を置き、適切に情報を引き継ぐ体制を整備することも可とする。）するものとし、

当該機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉施策に精通した者を置くものとする。

なお、一般の救急情報センターや消防機関の救急救命士等と十分な連携を図ることにより、身体的疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関の円滑な調整に努めるものとする。

イ 24時間精神医療相談

上記アに掲げる精神科救急情報センターにおいて、精神障害者等の疾病の重篤化を軽減する観点から、次に掲げる24時間精神医療相談窓口を併せて実施し、相談体制を強化すること。

(ア) 24時間精神医療相談窓口

24時間精神医療相談窓口（以下「相談窓口」という。）は、休日、夜間等における精神障害者及び家族等からの緊急的な相談に対して、当該精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行うものとする。

(イ) 相談体制

相談窓口は、原則24時間365日体制をとることとし、休日、夜間は確実に対応できるものとする。

相談窓口には、相当程度の精神科診療経験を有する医師、精神保健福祉士等の精神保健福祉施策に精通した者を置くものとする。ただし、医師を常時配置することが困難な場合においては、医師以外の相談窓口に従事する者が受けた精神医療相談に、迅速かつ適切に対応できるような体制（精神科医のオンコール等による。）を整えるものとする。

(ウ) 24時間精神医療相談窓口の周知

相談窓口は、管内の行政機関や医療機関等を通じて広報し、精神障害者及び家族等が十分に活用できるよう周知に努めるものとする。

なお、当該機能の整備に当たっては、既に整備されている相談窓口等の活用を妨げるものではない。

(3) 精神科救急医療施設

精神科救急医療施設は、本事業が実施可能な医療機関の中から、地域の実情に応じて都道府県知事又は指定都市市長が指定し、実施することとする。

精神科救急医療施設として指定された医療機関は、入院治療を必要とする者を含む重症の精神科救急患者の医療対応ができる体制（精神保健指定医のオンコール等による。）を整えるものとし、入院を必要とする場合には入院させることができるよう空床を確保することとする。

なお、法第33条の4の規定により都道府県知事又は指定都市市長が指定した応急入院指定病院については、本事業の趣旨に鑑み原則として精神科救急医療施設として指定を行い、本事業に積極的に参画することとする。

精神科救急医療施設には、以下のような類型を置くこととする。

なお、都道府県が設定した精神科救急医療圏域（以下「圏域」という。）ごとに病院群輪番施設や常時対応施設を確保すること等により、24時間365日精神科急性期患者に円滑に対応できる体制を整備すること。また、身体合併症対応施設は少なくとも2つの圏域に1か所整備すること。

さらに、圏域において外来診療による初期精神科救急患者への対応を行うための体制が充分ではない場合においては、外来対応施設を設置することが望ましい。

ア 病院群輪番施設

休日、夜間における精神科急性期患者に対応するため、複数の病院で輪番制により医師・看護師を常時配置（診療所を始めとした当該医療機関以外の医師が診療に一時的に協力することも含むものとする。）し、受入れ態勢を整備した病院を病院群輪番施設として指定を行うものとする。また、1床以上の空床を確保するとともに、診療応需の態勢を整えていること。

なお、保護室、診察室、面会室（ただし、場合により診察室と兼用とすることができる。）及び処置室（酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置しているものに限る。）を有していることを要件とする。

イ 常時対応施設

24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置（診療所を始めとした当該医療機関以外の医師が診療に一時的に協力することも含むものとする。）し、受入れ態勢を整備した病院は常時対応施設として指定を行うものとする。ただし、診療報酬において、「精神科救急入院料」又は「精神科救急・合併症入院料」の算定を行っていること（同一都道府県等に前述の入院料を算定する病院が存在しない場合にあっては、当該入院料の算定を計画しており、当該都道府県等が地域の中核的なセンター機能を持つ精神科救急医療施設であると認めた場合に限り、暫定的に認めることができる。）。なお、暫定的に認められた病院の管理者は当該入院料を算定するための計画書を作成し、その進捗状況を毎年度3月末日までに都道府県知事又は指定都市市長へ報告すること。

また、2床以上の空床を確保するとともに、診療応需の態勢を整えていることを要件とする。

なお、保護室、診察室、面会室（ただし、場合により診察室と兼用とすることができる。）及び処置室（酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置しているものに限る。）を有するものとする。

このうち、精神疾患を有しながら、身体合併症を併発している患者（精神疾患及び身体合併症それぞれについて入院治療が必要な程度の患者）に対応できる病院は、身体合併症対応施設として指定を行うものとする。当該施設は、診療報酬において、「精神科救急・合併症入院料」の算定を行っていること（ただし、同一都道府県等

に前述の入院料を算定する病院が存在しない場合にあつては、当該入院料の算定を計画しており、当該都道府県等が地域の中核的なセンター機能を持つ精神科救急医療施設であつて精神疾患を有しながら、身体合併症を併発している患者に対応できると認めた場合に限り、暫定的に認めることができる。なお、暫定的に認められた病院の管理者は当該入院料を算定するための計画書を作成し、その進捗状況を毎年度3月末日までに都道府県知事又は指定都市市長へ報告すること。)とし、さらに、1床以上の空床を確保するとともに、診療応需の態勢を整えていることを要件とする。

ウ 外来対応施設

外来対応施設においては、外来診療によつて初期精神科救急患者の医療対応ができる体制を整えるものとする。なお、診療所にあつては、精神病床を有する医療機関とその連携により体制確保を図るものとする。

外来対応施設のうち、夜間、休日、全時間帯を同一の医療機関において、対応する体制を整えている場合は、「常時型外来対応施設」として指定するものとする。

(4) 搬送体制

法第34条に関する搬送体制の整備を図るとともに、消防機関又は精神科救急医療施設等の協力を得ながら、患者を速やかに搬送することが可能な体制を整備するものとする。

(5) 支援病院の確保

本事業の円滑な運営を図るため、精神科救急医療を終了した者については転院させることができるよう、必要に応じ支援病院を指定するなどその確保に努めること。

4 報告

都道府県により指定された精神科救急医療施設は、月単位で都道府県に別紙様式1により報告することとする。また、都道府県は、報告内容に基づき各医療機関の稼働状況を把握するとともに、別紙様式を用いて、精神科救急医療体制連絡調整委員会などに対して適宜提示すること。また、各都道府県は、翌年度4月末までに、各都道府県における精神科救急医療体制の状況を厚生労働省に報告すること。

5 経費の負担

都道府県等がこの実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、厚生労働大臣が別に定める「精神保健費等国庫負担(補助)交付要綱」に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

8. 精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施について

平成20年5月30日 障発第053001号

各都道府県知事あて

厚生労働社会・援護局障害保健福祉部長通知

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、受入条件が整えば退院可能な精神障害者の地域生活への移行に向けた支援をより一層進めることを目的として地域生活支援事業の「精神障害者退院促進支援事業」を見直し、別紙のとおり、「精神障害者地域移行支援特別対策事業実施要綱」を定め、平成20年4月1日から適用することとしたので通知する。

精神障害者地域移行支援特別対策事業実施要綱

1. 目的

障害福祉計画に基づく受入条件が整えば退院可能な精神障害者（以下「退院可能精神障害者」という。）の減少目標値の着実な達成を目指し、病院・施設等と連携し、精神障害者の地域生活への移行に向けた支援を推進する。

2. 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県とする。

なお、指定都市又は中核市で事業を実施した方が適切に事業実施できる場合については、指定都市又は中核市に事業の一部を委託することができるものとする。

また、事業の全部又は一部を団体等に委託して実施することができるものとする。

3. 圏域

都道府県は、本事業を行うにあたり、二次医療圏域などを踏まえ、適切な圏域を設定することとする。

4. 事業内容等

(1) 協議会の設置

都道府県（委託して実施する場合は当該委託先の実施主体を含む。以下同じ。）は、以下に掲げる業務を行うため、都道府県、市町村、精神科病院の医師、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する協議会（既存の協議会を活用することも妨げない。）を設置するものとする。

なお、協議会を運営するに当たっては、都道府県自立支援協議会や地域自立支援協議会との連携を図ることとする。

(ア) 客観的な視点に立った対象者の決定（病院・施設等と退院・退所について合意を得るなど十分に調整を図った上で行うこと。）

- (イ) 体制整備のための調整
 - (ウ) 困難事例の解決に向けた調整
 - (エ) 事業の評価（地域における支援体制等に関する課題が明らかになった場合には、地域自立支援協議会に報告するなど、課題解消に向けた方策を検討するよう努めること。）
 - (オ) その他本事業の実施に当たって必要な事項
- (2) 地域体制整備コーディネーターの配置
- 都道府県は各圏域に1名以上精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者のうち精神障害者の地域生活への移行に必要な体制整備の総合調整の能力を有する者を地域体制整備コーディネーターとして相談支援事業者等に配置し、主に以下のような業務を行う。
- (ア) 圏域の市町村、病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対する周知等、本事業の円滑な実施のための体制整備に向けた調整
 - (イ) 病院・施設等の関係機関に対する本事業への参加等必要な協力の要請及び地域の資源に係る情報提供、資源開発等に関する病院・施設等からの要請への対応
 - (ウ) 下記(3)の地域移行推進員（以下同じ。）と連携した各圏域市町村における必要な事業、資源（インフォーマルなものを含む。）の点検・開発に関する助言、指導
 - (エ) 地域移行推進員が作成する個別支援計画（以下「個別支援計画」という。）への必要な助言・指導
 - (オ) 個別支援計画に基づき地域移行推進員が実施する支援に対する必要な助言・指導
 - (カ) 複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言
 - (キ) 関係者と協働した研修、シンポジウム等の企画、調整など地域移行に向けた普及啓発の推進等
- (3) 地域移行推進員の配置
- 対象者の個別支援等に当たる精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者を地域移行推進員として相談支援事業者等に配置し、対象者の入院・入所する精神科病院等の精神保健福祉士等と連携を図るとともに必要に応じ当事者による支援（ピアサポート）等を活用しつつ、退院・退所及び地域定着に向けて主に次の支援を行う。なお、個別支援計画については、地域体制整備コーディネーターの助言・指導を受けながら策定及び支援を実施するものとする。
- なお、入院・入所中から一定期間関与することとし、退院・退所後の支援期間は原則6か月を上限とする。
- (ア) 利用対象者に対する退院・退所に向けた相談・助言
 - (イ) 主治医との調整に基づいた医療・福祉にまたがる個別支援計画の作成
 - (ウ) 個別支援計画に基づく院外活動（福祉サービス体験利用、保健所グループワーク参加等）に係る同行支援等
 - (エ) 対象者、家族に対する地域生活移行に関する情報提供及び相談・助言

(オ) 地域体制整備コーディネーターと連携した、退院後の生活に係る関係機関との連絡・調整等

(4) 個別支援会議の開催

協議会において選定された対象者について必要に応じ適宜支援内容の検討や地域移行個別支援計画の見直しを行うための個別支援会議を当該対象者を担当する地域移行推進員が中心となって地域体制整備コーディネーター及び必要な支援関係者を集め、開催するものとする。

(5) その他の事業

地域移行支援のため特に必要と認められる事業。実施に当たっては、個別に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課に協議すること。

5. 留意事項

(1) 関係機関への周知

都道府県は圏域内の市町村、精神科病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対して広く周知し、本事業の実施に係る対象者の申請、協力施設の拡充及び支援体制の充実等事業の円滑な実施を図ること。

(2) 関係機関との連携

都道府県は対象者の円滑な地域移行を図る観点から、相談支援事業者、その他福祉サービス提供者、保健医療サービス事業者等と連携を図ること。また、4 (2) のほか、地域体制整備コーディネーターは、医療観察法に基づく指定入院医療機関に入院中の対象者について、社会復帰調整官が行う退院に向けた生活環境の調整に必要な協力を行うこと。

(3) 精神保健福祉センター及び保健所の役割

精神保健福祉センター及び保健所は、地域体制整備コーディネーター及び地域移行推進員に対して、地域の社会資源等の地域移行のために必要となる情報や医療機関との連携に必要なノウハウ等を提供するとともに、医療機関への働きかけを行う際などにおいて必要な協力を行うこと。

6. 報告

地域体制整備コーディネーターの活動については、月単位で都道府県に報告することとする。なお、様式は別途定めることとし、報告については、報告様式を定めた日以降とする。

7. 国の助成

国は、都道府県がこの実施要綱に基づき実施する経費については、厚生労働大臣が別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

9. 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の一部改正に伴う取扱いについて

平成12年3月31日 障第247号
最終改正 平成18年3月31日 障発第0331008号
厚生労働省大臣官房障害保健福祉部長通知

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律(平成11年法律65号)による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき創設することとなった精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第87号)については、本日付けで公布され、平成12年4月1日から施行されるところであるが、その施行に当たっては、下記に掲げる事項に十分留意の上、関係制度の円滑な実施につき遺憾なきを期されたい。

なお、精神障害者社会復帰施設における設備及び運営については、この基準によるほか、別紙のとおり「精神障害者社会復帰施設運営要綱」を定め、平成12年4月1日から実施することとしたので、施設の適正かつ円滑な運営を図られたい。

これらについて、貴職におかれては、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

おって、これに伴い、昭和63年2月17日健医発第143号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」、平成8年5月10日健医発第573号「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」及び昭和63年5月13日健医精発第17号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営の留意事項について」は廃止する。

精神障害者社会復帰施設運営要綱

第1 精神障害者社会復帰施設の処遇について

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第87号。以下「設備運営基準」という。)に規定する処遇とは、利用者の依頼や相談に応じて、助言、指導、訓練その他の利用者に必要な援助を提供することである。本要綱における「援助の提供」の用語は、精神障害者社会復帰施設の在り方に鑑みて、設備運営基準における「処遇」の用語に代えて使用するものである。

第2 「医師」について

設備運営基準第16条第1項第3号、第26条第1項第3号、第33条第1項第2号及び第37条第1項第5号に規定する医師(以下「医師」という。)は、昭和63年2月17日健医発第143号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」において規定されていた「顧問医」に当たるものである。

従前、「顧問医」は、利用者の医学上の相談に応じるため、利用者の心身の状況を把握し、必要に応じて精神障害者社会復帰施設の長に助言を行う、精神科の診療に相当の経験を有する非常勤の医師とされていたが、今後においても、医師に期待される役割は、「顧問医」に期待される役割と同様である。

なお、常時利用する者が10人以上20人未満の通所の精神障害者授産施設(以下「精神障害者小規模通所授産施設」という。)を始め、医師を必置としない施設においては、必要に応じ、医療機関、保健所、精神障害者地域生活支援センター等との連絡体制を整備するとともに、利用者の主治医と相互に連絡を取り、常に利用者の健康の状況に注意し、健康保持のための適切な措置を採るよう努められたい。

第3 精神障害者社会復帰施設の設置

医療法人等が精神障害者社会復帰施設を病院の敷地内に設置する場合にあつては、施設の独立性を保つため、病院と施設の境界及び施設専用の出入口を設けるものとする。

第4 精神障害者社会復帰施設の職員

- 1 精神障害者社会復帰施設の職員のうち利用者に対する援助の提供に係る業務に従事する者は、精神障害者の福祉に熱意のある者であつて、できる限り精神障害者の福祉の理論及び実際について訓練を受けたものとする。
- 2 精神障害者社会復帰施設の長は、職員の管理並びに業務の実施状況の把握及び管理を一元的に行うものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設の長は、設備運営基準において職員に係る事項を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。
- 4 精神障害者小規模通所授産施設は、利用者に対する援助の提供に関する責任体制を確立するため、職員のうち1名は常勤の職員でなければならない。

第5 秘密の保持、利益供与等の禁止

- 1 精神障害者社会復帰施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないものとする。
- 2 精神障害者社会復帰施設は、職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならないものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、利用者の援助の提供に係る事業者又はその職員が利用者に当該社会復帰施設を紹介することの対償として、これらの者に対し金品その他財産上の利益を供与してはならないものとする。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、当該社会復帰施設の利用者を紹介することの対償として、利用者の援助の提供に係る事業者又はその職員から金品その他財産上の利益を受受してはならないものとする。

第6 利用の方法

- 1 精神障害者社会復帰施設（精神障害者地域生活支援センターを除く。以下3を除き第6において同じ。）は、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、職員の勤務の体制その他利用者の援助の提供に係る重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該援助の提供の開始について利用申込者の同意を得、書面によって契約を締結するものとする。

なお、説明又は契約の締結については、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第77条第2項の規定に基づき、一定の場合には、電磁的方法によることも可能である。

- 2 精神障害者社会復帰施設（精神障害者小規模通所授産施設を除く。）は、利用の申込みに当たって、利用者に対し、主治医により当該施設利用時の留意事項等が記載された別記様式1による意見書の提出を求めるものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、利用の開始に際し、利用者の意向、心身の状況、環境及び病歴等の把握に努め、適切な援助の提供を行うこととし、正当な理由がなく、援助の提供を行うことを拒んではならないものとする。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、利用者からの求めがある場合には、精神障害者地域生活支援センター等関係機関に対して利用者に関する情報を提供し、密接に連携するよう努めるものとする。
- 5 精神障害者社会復帰施設は、利用の開始に際し、2の意見書の写しを添えて、速やかに当該施設の所在地を管轄する保健所長にその開始を別記様式2により報告するものとする。

ただし、精神障害者小規模通所授産施設においては、2の意見書の写しの添付は不要である。

- 6 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、速かに当該施設の所在地を管轄する保健所長にその終了を別記様式3により報告するものとする。
- 7 精神障害者社会復帰施設を利用している利用者の状況等について、当該施設の所在

地を管轄する保健所長に年に一回、別記様式4及び別記様式5により報告するものとする。

第7 利用者の負担

- 1 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供に要する費用の一部として当該施設が定めた利用料を利用者から徴収することができる。
- 2 精神障害者社会復帰施設は、当該施設の維持管理等に必要な経費として当該施設が定めた利用料を利用者から徴収することができる。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、飲食物費、日用品費、光熱水料その他個人に係る費用を実費として利用者から徴収することができる。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、利用料を徴収する場合、利用者個人の負担能力に配慮するよう努めるものとする。

第8 利用期間

- 1 精神障害者生活訓練施設の利用期間は、原則として2年以内とする。ただし、設備運営基準に規定する医師等の意見を聞いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認められる場合は、1年を超えない範囲内で、1回に限り利用期間を延長できるものとする。
- 2 精神障害者授産施設の利用期間は、利用者各人の作業能力、医師等の意見等を勘案して、当該施設において決定するものとする。
- 3 精神障害者福祉ホームの利用期間は、原則として2年以内とする。ただし、医師等の意見を聞いた結果、利用期間の延長が必要と認められる場合は、利用期間を延長できるものとする。

第9 その他運営に関する事項

- 1 精神障害者社会復帰施設は、施設及び居室の定員を超えて、利用者を利用させてはならないものとする。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- 2 精神障害者社会復帰施設は、1の規定にかかわらず、過去3月間の平均利用者数が当該施設の定員を下回っている場合であって、利用者に対する援助の提供に支障をきたさない場合には、当該施設が定める定員を超えて利用者を受け入れることができる。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、当該施設の見やすい場所に、運営規程の概要、職員の勤務の体制、利用料その他の援助の提供に関する重要事項を掲示するものとする。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、当該施設について広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならないものとする。
- 5 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供の内容その他の施設の運営に関する情報を開示し、運営の透明性を確保するよう努めるものとする。
- 6 精神障害者社会復帰施設は、受付者を明確にすること、施設内に窓口を設置すること等、利用者の苦情に対応する態勢を整えるものとする。
- 7 精神障害者社会復帰施設は、利用者に援助を提供するに当たって事故が発生した場

合は、速やかに保健所等関係機関及び利用者の家族等に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、利用者及びその家族に対して誠実に応対するものとする。

- 8 精神障害者社会復帰施設は、当該施設が本来的な業務として行う事業の会計をその他の事業の会計と区分するものとする。
- 9 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供に当たって、常に利用者の心身の状況、環境等の的確な把握に努め、利用者及びその家族に対して相談に応じるとともに、必要な助言、指導等を行うよう努めるものとする。また、利用者に対して、生活技術の習得、対人関係、通院等に関して必要な助言、指導等を行うとともに、利用者相互間の交流に配慮するよう努めるものとする。
- 10 精神障害者社会復帰施設の衛生管理等に当たっては、次の点に留意するものとする。
 - (1) 水道法（昭和32年法律第177号）の適用されない小規模の水道についても、市営水道、専用水道等の場合と同様、水質検査、塩素消毒法等衛生上必要な措置を講じること。
 - (2) つねに施設内外を清潔に保つとともに、毎年1回以上大掃除を行うこと。
 - (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、密室な連携を保つこと。
 - (4) 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。
 - (5) 定期的に、調理に従事する者の検便等を行うこと。
- 11 精神障害者社会復帰施設は、食事の提供を行う場合にあっては、利用者の心身の状況及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行うものとする。

第10 経費の補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が設置する精神障害者社会復帰施設の整備又は運営に要する経費について、別に定める国庫補助交付基準により補助するものであること。

(別記様式1)

医 師 の 意 見 書

精神障害者社会復帰施設の利用を希望する者	医 師					
	氏 名		性 別	男 女	生 年 月 日	
病 名	①主たる精神障害					
	②従たる精神障害					
	③身体合併症					
病 歴	入 院	過 去	回 程 度	通 算	年 位	
		前回入院期間		年 月	～	年 月
	病院名					
通 院		1月当たり				日位通院 (直近について記載)
最近の病状又は状態像						
精神障害者社会復帰施設利用時の留意事項	必要通院日数					
	共同生活について		①可能 ②条件がととのえば可能 ()			
	生活指導の必要性について		①なし ②ほとんど不要 ③時々必要 ()			
	昼間作業の適性について		①職業訓練 () ②作業訓練 ()			
(その他参考となる意見)						
平成 年 月 日			医療機関所在地 _____			
			名 称 _____			
			電 話 _____			
			医師の氏名 _____ 印			

(注) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

(別記様式2)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

施設名
施設長名 印

精神障害者社会復帰施設入所報告について

標記について、下記のとおり当施設へ入所しましたので、報告致します。

入 所 者	氏 名				
	住 所				
	性 別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	
利用契約年月日	平成	年	月	日	
利用開始年月日	平成	年	月	日	
援 助 計 画					

注1 援助計画欄には、生活訓練施設・福祉ホームへの入所については、施設での指導・訓練内容、通所事業（通所授産施設・通院患者リハビリテーション事業等）の利用予定、就労（アルバイト的なものを含む。）の予定等を記載し、授産施設、福祉工場においては、訓練予定期間等を記載すること。

2 ショートステイ施設については当様式の提出は不要である。

(別記様式3)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

施設名
施設長名 印

精神障害者社会復帰施設退所報告について

標記について、下記のとおり当施設を退所しましたので、報告致します。

退 所 者	氏 名				
	住 所				
	性 別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	
入 所 年 月 日	平成	年	月	日	
退 所 年 月 日	平成	年	月	日	
退所理由及び退所後の援助（退所後の援助は予定を含む。）					
留 意 事 項					

注 ショートステイ施設については当様式の提出は不要である。

別記様式5

精神障害者社会復帰施設利用報告（定員関係）（平成 年度分）

施設の種類：

設置主体及び施設名：

定 員：

月別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平均利用者数 (1日あたり)													
定員に対する割合													

※ この報告は、毎年度終了後、当該年度の利用状況について記載し、報告するものとする。

3 右にあつては、本館の取人の必要は必要がない(別)を記入する
 4 ④欄には、退所後の状況(職名、入職業の別)等を記入している場合、⑤欄は通院患者リハビリテーションセンター事業の運用を要するもの、の運用を要しない、で事業所を利用している場合を要するもの、

10. 精神障害者退院促進支援事業の実施について

平成15年5月7日 障第0507001号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

精神障害者の保健福祉施設については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神障害者の社会的自立を促進することを目的として別紙のとおり、「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」を定め、平成15年4月1日から適用することとしたので通知する。

精神障害者退院促進支援事業実施要綱

1 目的

本事業は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練（以下「退院訓練」という。）を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とする。

2 定義

(1) 対象者

「対象者」は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者をいう。

(2) 協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者に活動の場を提供し、退院訓練を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業所、小規模作業所をいう。

(3) 自立支援員

「自立支援員」は、精神障害者の福祉に理解を有する者であつて、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者をいう。

3 実施主体

(1) 本事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

(2) 実施主体は、本事業の一部を、希望する精神障害者地域生活支援センターの運営主体に委託をして実施するものとする。

4 自立支援員の委嘱

都道府県知事及び指定都市市長（以下「知事等」という。）は、対象者の退院訓練を支援するため、自立支援の委嘱を行うものとする。

5 運営委員会の設置等

(1) 知事等は、以下に掲げる業務を行うため、精神障害者退院促進支援事業運営委員会

(以下「運営委員会」という。)を設置するものとする。

- ① 対象者数（利用見込者数）、協力施設等の数等に係る数値目標の設定
- ② 6に規定する自立促進支援協議会からの報告の受領及び自立促進支援協議会への助言
- ③ 実績報告を受けての事業効果の評価
- ④ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議

(2) 運営委員会は、以下に掲げる機関の責任者で構成する。会の長は都道府県等本庁の精神保健福祉部局の責任者とする。

- ① 都道府県等本庁、精神保健福祉センター及び保健所の精神保健福祉部局
- ② 市町村の精神保健福祉、生活保護及び公営住宅の各部局
- ③ 精神科病院
- ④ 精神障害者社会復帰施設
- ⑤ 精神障害者居宅生活支援事業における運営主体
- ⑥ 小規模作業所
- ⑦ 地域の医師会
- ⑧ 地域の精神科病院協会
- ⑨ 地域の家族会
- ⑩ 地域の当事者団体
- ⑪ その他知事等が適当と認める者

(3) 運営委員会は年2回以上開催するものとする。

(4) 本事業を複数の地域生活支援センターで行う場合であっても、運営委員会は都道府県・指定都市ごとに1か所とする。

6 自立促進支援協議会の設置等

(1) 本事業の委託を受けた精神障害者地域生活支援センター（以下単に「地域生活支援センター」という。）は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。

(2) 協議会は、対象者の退院訓練及び対象者への支援に直接関わる者（協議会を設置する地域生活支援センター・市町村・保健所・精神保健福祉センターの職員、主治医、協力施設の担当者及び自立支援員等）で構成するものとし、会の長は互選とする。なお、協議の対象者によって構成員を変更できるものとする。

(3) 協議会の業務は以下のとおりとする。

- ① 対象者の決定
- ② 対象者の自立支援計画の決定（退院訓練中及び退院後の生活のためのケアマネジメントを実施するものとする）
- ③ 対象者ごとの協力施設等の決定
- ④ 事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに自立支援計画の見直し

⑤ 地域における社会資源の把握

⑥ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議

(4) 協議会は、原則として月1回以上開催するものとする。なお、自立支援計画を策定する場合その他の必要と認められる場合においては、当該対象者の同意を得て当該対象者の意見を聞くことができる。

7 手続等

(1) 利用の手続等

① 当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て、主治医の意見書を添付の上、申込書を協議会に提出するものとする。

② 協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申込者に通知するものとする。

(2) 協力施設等への依頼等

① 協議会は、本事業の実施につき、地域の精神障害者社会復帰施設等協力施設等として相応しい者に対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。

② 協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする。

8 退院訓練の実施

(1) 対象者は、自立支援計画に基づいて、協力施設等における訓練（精神障害者通所授産施設における授産活動、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）における体験入居、小規模作業所における作業等）、日常生活を営むのに必要な活動等の退院訓練を行う。

(2) 自立支援員は、当該対象者が退院訓練を実施するにあたり、必要に応じて次に掲げる業務を行うものとする。

① 開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築

② 当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援

③ 当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援

④ 協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集

⑤ その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援

(3) 退院訓練の期間は原則として6か月以内とし、必要に応じて更新することができる。ただし、対象者の症状の悪化の場合にあっては主治医が、その他の場合にあっては協議会が、本事業の継続が困難になったと判断したときは、退院訓練を中止し、この旨を当該精神科病院の管理者及び当該対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。

また、地域生活への移行にあたって引き続き自立支援員による支援が必要と協議会が認める場合には、退院後1か月間に限り、支援を継続することができる。

(4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

9 退院訓練終了時の取扱い

(1) 退院訓練は、当該対象者が退院若しくは訓練を中止することにより終了するものと

する。

- (2) 協議会は、関係機関と連携を密にし、当該対象者が円滑に地域生活を継続できるよう支援に努めるものとする。
- (3) 協議会は、退院訓練を中止した場合にはその要因分析を行うものとする。
- (4) 自立支援員は、退院訓練終了後、協議会に対し、当該対象者に係る退院訓練についての報告書を提出するものとする。
- (5) 協議会は、毎年度末までに運営委員会に事業実績報告を提出するものとする。
- (6) 運営委員会は、毎年度末に知事等に事業実績報告を提出するものとする。

10 費用の補助

国は、都道府県等に対し、本事業に要する費用について、別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」により補助するものとする。

11 その他

- (1) 協議会の構成員は、その業務を行うにあたっては、対象者の人格を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を守らなければならないものとする。
- (2) 都道府県等は、本事業の実施について、地域住民及び関係機関に対して周知を図るとともに、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図るものとする。
- (3) 地域生活支援センターは、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分することとする。
- (4) 協議会は、保健所が実施する地域精神保健福祉連絡協議会の場を活用する等により、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業の事業所、医療機関等関係機関と連携して本事業を実施するものとする。
- (5) 自立支援員は、支援にあたって、定期的に主治医に状況を報告し、指示があった場合にはそれに従うものとする。
- (6) 都道府県等は、本事業に係る実績報告書を、別に定める様式により翌年度の4月30日までに提出すること。

11. 精神障害者社会適応訓練事業の実施について

平成12年3月31日 障第250号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生大臣官房障害保健福祉部長通知
最終改正 15.4.10 障発第0410001号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第50条の4に規定する精神障害者社会適応訓練事業については、昭和57年4月16日衛発第360号公衆衛生局長通知「通院患者リハビリテーション事業の実施について」の別添「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により行われているところであるが、今般、実施要綱の一部が別紙新旧対照表のとおり改正され、平成12年4月1日から適用することとされたので通知する。

1 目的

精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に対する持久力、環境適応能力等の涵養を図るための社会適応訓練を行い再発防止と社会的自立を促進し、もって精神障害者の社会復帰を図ることを目的とする。

2 定義

(1) 協力事業所

「協力事業所」は、精神障害者に対する理解が深く、精神障害者に仕事の場を提供し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意を有する事業所であって、都道府県知事又は指定都市市長（以下「知事等」という。）が適当と認めたものをいう。

(2) 対象者

「対象者」は、明らかに回復途上にあり、社会的規範を受けいられる状態にあるが、作業遂行の機能が不十分であるか、恒常的に維持されない通院中の精神障害者（知的障害者を除く。）であって知事等が、本事業の効果が期待されると認めた者をいう。

3 実施主体

この事業の実施主体は、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

4 社会適応訓練事業運営協議会の設置

知事等は、協力事業所の選定、対象者の決定、委託期間終了後の指導本事業の運用等について意見を聞くため、精神保健福祉センター長、保健所長、福祉事務所長、精神科医師等からなる協議会を設置する。

5 協力事業所登録の手続等

(1) 協力事業所の申込

協力事業所になるうとする事業所の代表者は、協力事業所申込書（別添第1号様式）を事業所所在地を管轄する保健所長を経て、知事等に提出するものとする。

(2) 調査及び登録

知事等は、協力事業所申込書を受理した時は、その記載事項、その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ事業所の代表者に通知する。

また、知事等は適当と認めた事業所については、協力事業所登録簿（別添第2号様式）に登録する。

(3) 協力事業所選定の基準

知事等は協力事業所の選定に当たって、次の事項について調査し、その適否を決定するものとする。

ア 事業所の環境等の適否

(7) 作業場の人的、物的環境の良否

(4) 対象者を酷使するおそれの有無

(5) 経営の安定性

イ 精神障害者に対する理解とその社会適応促進に対する熱意の程度

ウ 作業の適否

(7) 作業の難易性及び適応性

(4) 危険性の有無

エ その他必要な事項

6 対象者登録の手続等

(1) 社会適応訓練の申込

社会適応訓練を希望する者は、社会適応訓練申込書（別添第3号様式）に主治医の意見書（別添第4号様式）を添えて居住地を管轄する保健所長を経て知事等に提出するものとする。

(2) 調査及び登録

知事等は、社会適応訓練申込書を受理した時は、その記載事項その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ申込者に通知する。

また、知事は適当と認めた者については、対象者登録簿（別添第5号様式）に登録する。

7 委託の手続等

(1) 協力事業所に対する委託

知事等は、対象者についてその能力等を勘案し、社会適応訓練事業運営協議会の意見を聞いたうえで適切な協力事業所を選定し、対象者の同意を得たうえで、協力事業所との間で委託契約を結ぶものとする。

(2) 期間の決定

委託期間は、原則として6か月とし、3年を限度として更新することができる。

ただし、対象者の症状等により本事業の継続が不能又は不要になったときは委託契約を解除するものとし、合わせてその結果を社会適応訓練事業運営協議会に報告するとともに、必要に応じその意見を聞くものとする。

(3) 協力事業所と対象者の相互理解

委託に際して知事等は、対象者の特性、事業の内容等を協力事業所に十分説明し、また、対象者及びその保護者についても必要な注意を与え、協力事業所及び対象者が相互に理解を深めるよう努める。

(4) 登録簿の記載等

知事等が委託契約を結んだときは、必要事項を協力事業所登録簿及び対象者登録簿に記載するとともに、当該協力事業所及び対象者を管轄するそれぞれの保健所長にその旨を通知する。

8 訓練期間中の指導等

知事等は、訓練期間中においても常に対象者の現況をは握するため、主治医の意見を聞き保護者等との連携を密にしながら担当職員を協力事業所に訪問させ必要な連絡指導を行う。

9 委託期間終了後の取扱

知事等は、委託期間が終了したときは協力事業所から訓練の結果、報告書を提出させるとともに、主治医の意見を合わせて聞き、これらを社会適応訓練事業運営協議会に提出し、対象者の指導方法等につき同運営協議会の意見を聞いた上で適切に対処するものとする。

12. 知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度について

平成11年9月22日 障第619号
平成18年4月3日 障発第0403007号

標記については、引き続き支援費制度とは別の国庫補助事業として継続するため、別紙のとおり「身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る授産施設の相互利用制度実施要綱」を定め、平成18年4月1日から適用することとしたので、了知の上、円滑かつ適切な実施につき配慮するとともに、管内各福祉事務所、保健所及び市町村等に周知願いたい。

なお、平成15年6月4日障発第0604003号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る授産施設の相互利用制度について」は廃止する。

(別紙)

身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る授産施設の相互利用制度実施要綱

1. 目的

身体障害、知的障害及び精神障害の障害種別を超えた授産施設（通所）を相互に利用する制度（以下「相互利用制度」という。）は、これらの施設において、一定割合の身体障害者、知的障害者及び精神障害者が相互に通所利用することによって、障害者の身近な地域での自活の訓練や働く場を確保し、自立を促進するとともに施設の効果的運営を図ることを目的とする。

2. 実施主体

- (1) 身体障害者の知的障害者授産施設及び精神障害者通所授産施設の利用については、身体障害者福祉法第9条に定める援護の実施者とする。
- (2) 知的障害者の身体障害者授産施設及び精神障害者通所授産施設の利用については、知的障害者福祉法第9条に定める更生援護の実施者とする。
- (3) 精神障害者の身体障害者通所授産施設及び知的障害者授産施設（通所）の利用については、都道府県及び指定都市とする。

3. 対象施設

- (1) 相互利用制度を実施することができる施設は、次の施設種別（以下「対象施設」という。）に通所する場合とする。
 - ア 身体障害者授産施設（分場を含む。）
 - イ 身体障害者通所授産施設
 - ウ 身体障害者福祉工場
 - エ 知的障害者授産施設（分場を含む。）
 - オ 知的障害者福祉工場
 - カ 精神障害者通所授産施設

ただし、ア、ウ、オについては、精神障害者による利用を除く。

- (2) 相互利用制度を実施しようとする対象施設の長は、制度を実施する定員についてあらかじめ、身体障害者施設及び知的障害者施設においては、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長に協議し、承認を得るものとし、精神障害者通所授産施設においては、都道府県知事又は指定都市市長に協議し、承認を得るものとする。

4. 利用形態

通所による利用とする。ただし、身体障害者福祉工場については、当該施設の居住部門の利用を認めて差し支えない。

5. 利用の決定

(1) 申請

- ① 本制度の利用を希望する身体障害者又は知的障害者は、施設訓練等支援費の支給に係る申請に準じて実施主体に申請するものとする。ただし、利用を希望する施設名についても併せて申請するものとする。

- ② 本制度の利用を希望する精神障害者にあつては、利用申請書（別紙様式1）に、医師の意見書を添えて、居住地を所管する保健所長に申請する。

(2) 審査及び調整

- ① 実施主体は、身体障害者又は知的障害者からの申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者について、施設訓練等支援費の支給の要否を決定するにあつての勘案事項を準用し、本制度の利用の適否を判断したうえ、対象施設との間において利用の調整を行うこと。
- ② 実施主体又は保健所長は、精神障害者からの申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者の稼働能力、健康状態等を審査し、本制度の利用の適否を判断したうえ、対象施設との間において利用の調整を行うこと。

(3) 利用の決定

- ① 実施主体が、申請を行った身体障害者又は知的障害者について、利用を適当と認める場合は、施設訓練等支援費の支給決定を行う際に定める当該利用申請者の障害種別に基づく障害程度区分の判定を行ったうえで、当該利用申請者に対し利用決定通知書（別紙様式2）を交付するとともに、施設の長に対し利用依頼書（別紙様式3）を交付するものとする。
- ② 実施主体又は保健所長が、申請を行った精神障害者について、利用を適当と認める場合は、当該利用申請者に対し利用決定通知書（別紙様式2）を交付するとともに、施設の長に対し利用依頼書（別紙様式3）を交付するものとする。
- ③ なお、利用が不相当と認める場合は、当該利用申請者に対し、（別紙様式4）によりその理由を通知するものとする。

6. 利用料の負担

利用者は、次に定める額を、施設に対し納付するものとする。

- (1) 身体障害者が知的障害者の施設（知的障害者福祉工場を除く。）を利用する場合

身体障害者福祉法第17条の10第2項第2号、同条第3項及び第17条の13の2に準じて算定した額（ただし、社会福祉法人等軽減事業対象者が軽減措置を実施する通所授産施設を利用するときは、「社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減等事業の実施について」（平成18年4月3日障発第0403002号社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減等事業実施要綱」（以下「軽減措置実施要綱」という。）に基づき算定した額）並びに身体障害者福祉法施行規則第9条の15第二号で定める特定費用の額

- (2) 知的障害者が身体障害者の施設（身体障害者福祉工場を除く。）を利用する場合

知的障害者福祉法第15条の11第2項第二号、同条第3項及び第15条の14の2に準じて算定した額（ただし、社会福祉法人等軽減事業対象者が軽減措置を実施する通所授産施設を利用するときは、軽減措置実施要綱に基づき算定した額）並びに知的障害者福祉法施行規則第20条第二号で定める特定費用の額

- (3) 身体障害者及び知的障害者が精神障害者通所授産施設を利用する場合、精神障害者が身体障害者通所授産施設及び知的障害者授産施設（通所）を利用する場合、身体障

害者が知的障害者福祉工場を利用する場合並びに知的障害者が身体障害者福祉工場を利用する場合

援助の提供に要する費用の一部として当該施設が定めた額並びに施設利用に係る飲食物費、日用品費、光熱水料等の実費相当額

7. 利用にかかる経費の支弁

(1) 実施主体は、対象施設（身体障害者福祉工場及び知的障害者福祉工場を除く。）に対し、次の算式により算定した額を支弁するものとする。

ア 6の(1)及び(2)で社会福祉法人等軽減事業に該当しない場合

[別表中の「支弁基準額」に定める額] - [6に定める利用料のうち特定費用の額を除いた額]

イ 6の(1)及び(2)で社会福祉法人等軽減事業に該当する場合

[別表中の「支弁基準額」に定める額] - [6に定める利用料のうち特定費用の額を除いた額] - [軽減措置実施要綱に基づき軽減した額]

ウ 6の(3)の場合

[別表中の「支弁基準額」に定める額]

なお、「支弁基準額」の障害程度区分ごとの単価については、5の(3)の決定により適用するものとし、定員区分、地域区分については、受け入れ先の施設に応じた区分を適用する。

(2) また、実施主体は、身体障害者又は知的障害者を受け入れた実施施設（身体障害者福祉工場及び知的障害者福祉工場を除く。）が、「身体障害者福祉法に基づく指定施設支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成15年厚生労働省告示第28号）及び「知的障害者福祉法に基づく指定施設支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成15年厚生労働省告示第30号）に定める入所時特別支援加算、退所時特別支援加算、利用者負担上限額管理加算、栄養管理体制加算（ただし、知的障害者の通所施設（41人以上）を既に運営している社会福祉法人であって、栄養士の配置を行っている場合に限る。）及び食事提供体制加算が算定される場合と同様の行為を実施する場合は、当該加算相当額を支弁するものとする。

(3) 身体障害者が知的障害者福祉工場を利用した場合は知的障害者と、知的障害者が身体障害者福祉工場を利用した場合は身体障害者とみなし、別途通知する国庫負担（補助）金交付要綱（以下「交付要綱」という。）に定める額をそれぞれ支弁する。

8. 国の補助

国は実施主体に対し、7により支弁した額の一部を交付要綱に基づき算定した額により補助するものとする。

9. 国の補助の調整

精神障害者通所授産施設が対象施設となった場合の当該精神障害者通所授産施設運営費の補助金の算定額については、交付要綱に定める相互利用の基準額に受け入れた身体障害者数及び知的障害者数を乗じた額を控除して行うものとする。

(別表)

利用者	利用施設	支弁基準額
身体障害者	知的障害者入所授産施設（通所）	「身体障害者福祉法に基づく指定施設支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成15年厚生労働省告示第28号）の別表「身体障害者施設訓練等支援費額算定表」（以下、「身体障害者施設訓練等支援費額算定表」という。）の第3の1のイの(2)の(一)に準じた額。
	知的障害者入所授産施設（分場）	「身体障害者施設訓練等支援費額算定表」の第3の1のイの(2)の(二)に準じた額。
	知的障害者通所授産施設	「身体障害者施設訓練等支援費額算定表」の第3の1のロの(1)に準じた額。
	知的障害者通所授産施設（分場）	「身体障害者施設訓練等支援費額算定表」の第3の1のロの(2)に準じた額。
	精神障害者通所授産施設	「身体障害者施設訓練等支援費額算定表」の第3の1のロの(1)に準じた額。
知的障害者	身体障害者授産施設（通所及び分場）	「知的障害者福祉法に基づく指定施設支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成15年厚生労働省告示第30号）の別表「知的障害者施設訓練等支援費額算定表」（以下、「知的障害者施設訓練等支援費額算定表」という。）の第2の1のイの(2)に準じた額。
	身体障害者通所授産施設	「知的障害者施設訓練等支援費額算定表」の第2の1のロの(1)に準じた額。
	身体障害者通所授産施設（分場）	「知的障害者施設訓練等支援費額算定表」の第2の1のロの(2)に準じた額。
	精神障害者通所授産施設	「知的障害者施設訓練等支援費額算定表」の第2の1のロの(1)に準じた額。
精神障害者	身体障害者通所授産施設（分場を含む） 知的障害者入所授産施設（通所及び分場。） 知的障害者通所授産施設（分場含む。）	「交付要綱」に定める相互利用の額とする。

(別紙様式1)

利 用 申 請 書

次のとおり施設を利用したいので申請します。

平成 年 月 日

申請者
住 所
氏 名

(実施主体の長又は保健所長) 殿

利用の 状況	氏 名				
	住 所				
	生 年 月 日				
	性 別	男 ・ 女			
手帳の 所持等	手 帳 等	有・無(程度等)			
	各更生相談所の証明 書類又は医師の意見書	有・無 ()			
	そ の 他				
家族の 状況	氏 名	続柄	年齢	備 考	
連絡先	氏名			利用者との続柄	
	住所			電 話 番 号	
希 望 施 設 名					

(別紙様式2)

利 用 決 定 通 知 書

平成 年 月 日に申請のあった下記の者の施設利用については、次により 決定されたので通知します。

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

利用者氏名	
利用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
障害程度区分	
利用者負担 上限月額	
施設名	
所在地	
利用に際しての 注意事項	
(備考) 次の各号に掲げる場合は、施設の定める利用料を納付して下さい。 一 利用者が身体障害者又は知的障害者であって、精神障害者通所授産施設を利用する場合 二 利用者が精神障害者であって、身体障害者又は知的障害者の施設を利用する場合 三 利用者が身体障害者であって、知的障害者福祉工場を利用する場合 四 利用者が知的障害者であって、身体障害者福祉工場を利用する場合	

(別紙様式3)

利 用 依 頼 書

今般、下記の者に貴施設を利用させることが適当と認められるので通知します。

平成 年 月 日

(実施主体の長又は保健所長)

(施設名・施設長) 殿

利用者の状況	氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所		性別	男・女
手帳の所持等	手 帳 等	有・無 (程度等)		
	各更正相談所の証明書類又は医師の意見書	有・無 ()		
	障 害 程 度 区 分			
	そ の 他			
連絡先	氏名		利用者との続柄	
	住所		電 話 番 号	
利用者負担上限月額				
(備考) 施設利用料は、利用者から徴収してください。				

(別紙様式4)

授産施設等利用調整結果について

平成 年 月 日に申請のあった授産施設の利用について、次の理由により不承認となりましたので通知します。

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

氏 名	
住 所	
(不承認の理由)	
(備考)	

13. 精神障害者福祉ホームB型の取扱いについて

平成14年1月22日 障発第0122002号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

長期在院患者の療養体制整備事業として実施してきた「精神障害者福祉ホームB型」について、平成13年4月1日から試行的に、同施設を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の2第1項第3号に規定する精神障害者福祉ホームとして取り扱うこととし、「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生労働省令第87号）」及び「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について（平成12年3月31日障第247号本職通知）」によるほか、別紙「精神障害者福祉ホームB型実施要綱」によることとしたので、施設の適正かつ円滑な運営を図られたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添える。

おって、これに伴い、「長期在院患者の療養体制整備事業の実施について」（平成11年8月10日障第514号大臣官房障害保健福祉部長通知）は廃止する。

〔別紙〕

精神障害者福祉ホームB型実施要綱

1 目的

精神障害者福祉ホームB型（以下「福祉ホームB型」という。）は、症状が相当程度改善している精神障害者の社会復帰及び家庭復帰の援助をするために、生活の場を与えるとともに、社会復帰のために必要な指導等を行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立の促進を図ることを目的とするものである。

2 実施主体

実施主体は、都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人その他の者とする。

なお、地方公共団体が実施する場合は、営利を目的としない法人にその運営を委託できるものとする。

3 利用対象者

福祉ホームB型の利用対象者は、病床は安定していて必ずしも入院治療を必要としないが、意欲面の障害若しくは逸脱行為の症状を有する、又は高齢化による一定程度の介助を必要とする状態にある精神障害者で、一定程度の介助があれば、日常生活を営むことができるものとする。

4 定員

福祉ホームB型の定員は、おおむね20人とする。

5 利用期間

福祉ホームB型の利用期間は、5年以内を原則とする。ただし、実施主体の長は、連携する医療機関の医師の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が適当と認める場合には、利用期間を延長することができるものとする。

6 構造・設備

(1) 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年3月31日厚生労働省令第87号）（以下「省令」という。）第32条に定める設備のほか次の設備を設けることとする。

ア 相談・指導室

イ 事務室

(2) 居室は、原則として1人部屋とし、入居者1人当たりの居室の床面積は収納設備、調理設備等を除き8.0m²以上とすること。

ただし、長期療養の環境に配慮されていれば複数人の居室を設置することができる。

7 職員の配置

(1) 省令第33条に定める職員のほか指導員3名以上の職員を置かなければならない。

(2) 指導員のうち1名は精神保健福祉士とする。

8 職員の専従

福祉ホームB型の職員は、専ら当該施設の職務に従事することができる者をもって充てなければならない。

9 職員の業務

- (1) 管理人は、施設の管理業務のほか、必要に応じ指導員の業務を補助するものとする。
- (2) 指導員は、入居者が疾病等により生活に困難を生じるおそれがある場合には、入居者本人の意向を尊重しつつ、医療機関と速やかに連絡をとるなど、入居者の生活に支障をきたさないよう適切な配慮を行うとともに、入居者に対し介助及び以下の指導等を行うものとする。
 - ア 生活技術（掃除、洗濯等）の習得のために必要な助言、指導及び介助
 - イ 対人関係についての助言、指導
 - ウ 通院等に対する助言、支援
 - エ 金銭の使途の指導
 - オ 余暇の活用の指導
 - カ 就労についての助言、指導
 - キ その他独立自活を行うために必要な助言、指導及び介助
- (3) 管理人又は指導員の中から施設の総括責任者を置くものとする。

10 給食等

福祉ホームB型においては、原則として自炊によるものとするが、入居者の必要に応じて給食業務を行うことができるものとする。

14. 精神科病院療養環境改善整備事業の実施について

平成10年12月11日 障第710号

最終改正 平成18年12月22日 障発第1222003号

精神障害者に対する適切な保健及び福祉の確保については、かねてより特段の御配慮を賜っているところであるが、精神科病院における入院患者の療養環境の改善を図るため、今般、別紙のとおり「精神科病院療養環境改善整備事業実施要綱」を定め、平成10年12月11日から適用することとしたので、その適正かつ円滑な実施を図られたく通知する。

精神科病院療養環境改善整備事業実施要綱

1 目的

この事業は、精神科病院における鉄格子の撤去又は保護室若しくは病棟出入口扉の改修等を行い、入院患者の人権確保及び療養環境の改善を図ることを目的とする。

2 事業の実施主体

この事業の実施主体は、精神保健福祉法第19条の10第1項に規定する精神科病院を設置する都道府県及び同法第19条の10第2項に規定する精神科病院を設置する市町村、公的医療機関又は営利を目的としない法人とする。

ただし、営利を目的としない法人にあつては、同法第19条の8の指定を受けた精神科病院を設置する法人に限る。

3 整備基準

次に掲げるいずれか又は全てを行う整備であること。

- (1) 鉄格子を撤去し、強化ガラスへの更新等を行う整備(鉄格子撤去と併せて行う、病棟の療養環境改善を図るための改修を含む。)であること
- (2) 保護室を改修し、療養環境の改善(水洗便所、冷暖房設備の設置、床壁等内装の改修等)を図るとともに、改修後は個室で一室当たりの面積が内法で10㎡以上(保護室専用の前室又は通路を含む。)となる整備であること
- (3) 病棟出入口扉を自動開閉扉に替えること等により、任意入院患者の開放処遇の促進に資する整備であること
- (4) 病棟出入口扉を鉄扉から透明ガラス製扉等に改修する整備であること

15. 精神障害者社会復帰施設に係る指導監査の実施について

平成12年3月31日 障第248号
各都道府県知事・各指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害者保健福祉部長通知

精神障害者社会復帰施設に係る指導監査の実施については、昭和63年5月13日健医精発第17号精神保健課長通知等に基づき、実施されているところであるが、今般精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）が公布されるとともに、その施行に伴い、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）が創設されたことにより別紙のとおり精神障害者社会復帰施設指導監査要綱を定め、平成12年4月1日から適用することとしたので、次の事項に留意の上、遺憾のないよう配慮されたい。

- 1 精神障害者社会復帰施設の運営に当たっては、精神障害者の人権の尊重に特に配慮が必要であることから、指導監査の実施に際しては、利用者の意思及び人格を尊重した援助の提供の状況について、特に留意すること。
- 2 社会福祉法人が経営する施設については、法人監査と施設監査を同時に実施してその実効をあげるよう配慮すること。

精神障害者社会復帰施設指導監査要綱

1 指導監査の目的

指導監査は、都道府県知事が精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第87号)等の実施状況について、関係法令等に照らし適正に実施されているかどうかを個別的に詳らかにし、必要な是正措置を講ずることなどにより、精神障害者社会復帰施設の適正な運営を確保しようとするものである。

2 指導監査の方針

精神障害者社会復帰施設に対する指導監査は、利用者に対する援助の提供、職員の配置及び勤務条件、経理状況、設備の状況、補助事業の適正な運用状況等施設の運営管理全般にわたって総合的に実施すること。

また、精神障害者社会復帰施設の運営の基本は、利用者に対する適切な援助を提供することにあるので、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って援助の提供が行われているかに重点を置いて実施すること。

なお、実施に当たっては、精神障害者社会復帰施設の種別、立地条件、その他の事情による個々の施設の運営努力をも勘案し、形式的、画一的指導に陥らないよう留意すること。

3 指導監査の対象

指導監査の対象は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設とする。

4 指導監査の方式及び回数

指導監査は、原則として年1回全施設に対し実施することとし、前回の指導監査等によって問題が認められる施設や不祥事の発生した施設に対する指導監査は年1回に止まらず、特別監査を実施するなどにより、重点的かつ継続的に実施すること。

全施設に対する実地指導監査の実施が困難な場合は、前回の指導監査の結果から、施設運営、職員処遇及び利用者に対する援助の提供の内容等の全般について良好と認められる施設に限り、選定根拠を明確にしたうえで、書面監査等の実施を検討するなど監査の実施方法を工夫し実施率の向上に努められたい。

なお、この場合にあっても、当該施設に対しては、2年に1回は実地に指導監査を行うこと。

5 指導監査の実施計画の策定

(1) 指導監査の実施計画は、毎年度当初に策定すること。

(2) 指導監査実施計画を策定するに当たっては、行政運営の方針、前年度の指導監査の結果等を勘案して当該年度の重点項目を定め、その効果的实施について十分留意すること。

(3) 指導監査の実施時期については、監査対象施設の事情等を考慮して決定すること。

6 指導監査班の編成

指導監査班は、関係法令について十分な知識及び経験を有する者2名以上をもって編成するものとし、そのうち1名は原則として係長以上の職にあるものとする。

7 指導監査の事前準備

(1) 指導監査の実施に当たっては、その対象となる施設に対し、その期日、指導監査職員の氏名その他必要な事項を、特別な場合を除き事前に通知すること。

(2) 指導監査職員は、前回の監査結果の問題点その他必要とする事項について事前に検討を加え、指導監査の実効を期すること。

(3) 指導監査に必要な資料は、あらかじめ整備を行わせること。なお、提出資料等については、過重なものとならないよう配慮し必要なものに限ること。

8 指導監査項目

指導監査は、別紙1に示す「精神障害者社会復帰施設指導監査項目」に準拠して実施することとし、別紙2に示す「指導監査項目に係る主な着眼点」を基に、効果的な指導監査の実施に努められたい。

9 指導監査実施上の留意事項

(1) 指導監査は、公正不偏に実施し、努めて指導援助の態度で関係者に接し理解と自発的協力が得られるよう配慮すること。

(2) 指導監査の過程においては、相互信頼を基礎として十分意見交換を行い、一方的判断を押しつけることのないよう留意すること。

(3) 指導監査の結果、問題点を認めたときは、できる限りその発生原因の究明を行うよう努めること。

10 指導監査結果の指示及び措置

(1) 講評及び口頭指示

指導監査職員は、指導監査終了後、幹部及び関係職員の出席を求めて講評及び必要な指示を行うこと。

ただし、人事に関する事項等特に幹部のみに講評を行うことを相当とする事項については、その者に対し、別途講評及び指示を行うこと。

(2) 指導監査結果の措置

ア 指導監査の結果、利用者に対する援助の提供等の状況について次に掲げる度合いに応じて、必要な措置を講ずること。

(7) 著しく適当でないと認められる場合には、措置を講ずべき事項及び期限を示して、適切な援助の提供等を確保するための改善計画書の提出を求め、必要に応じ提出された改善計画書の変更を命じ、又は、その援助の提供等の改善のために必要な措置を採ることを命じ、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。

また、命令に従わないときは、その事業の停止等を命ずること。

(4) 適当でないと認められる場合には、措置を講ずべき事項及び期限を示して、そ

の改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。
イ 指導監査で指摘事項が多いか重大な問題があるような施設については、確認のため特別指導監査等の措置を採ること。

11 厚生省に対する報告

都道府県知事は、指導監査実施状況を翌年度5月末日までに、様式1及び2により厚生省に報告願いたい。

精神障害者社会復帰施設指導監査項目

事 項	指 導 監 査 項 目
〔 運 営 管 理 に 関 する 事 項 〕	1 施設運営全般の状況 (1) 基本方針及び組織等の状況 (2) 利用者の施設利用に当たっての諸手続の状況 (3) 就業規則制定の状況 2 職員の状況 (1) 職員の配置状況 (2) 職員の勤務状況 (3) 給与支給の状況 (4) 職員健康管理の状況 (5) 職員研修の状況 3 建物、設備の管理等の状況 4 非常災害対策の状況
〔 利用者に対する援助の提供に関する事項 〕	1 利用者の実態把握の状況 2 援助の提供の方針及び援助の提供に関する計画作成の状況 3 相談及び助言等の援助の提供の状況 4 食事の提供の状況 5 健康管理の状況 6 援助の提供に関する記録、検討等の状況 7 関係機関、地域住民等との連携の状況
〔 会 計 処 理 に 関 する 事 項 〕	1 経理規程の内容の状況 2 予算の作成、執行の状況 3 決算の状況 4 経理事務及び資産管理の状況
〔 施 設 個 別 事 項 〕	1 精神障害者生活訓練施設の援助の提供の内容等の状況 2 精神障害者授産施設の援助の提供の内容等の状況 3 精神障害者福祉ホームの援助の提供の内容等の状況 4 精神障害者福祉工場の援助の提供の内容等の状況 5 精神障害者地域生活支援センターの援助の提供の内容等の状況

別紙2

指導監査項目に係る主な着眼点

指導監査項目	主な着眼事項
〔運営管理に 関する事項〕	
1 施設運営全般の状況	
(1) 基本方針及び組織 等の状況	ア 施設運営全般の方針の状況 イ 運営に関する規程の状況 ウ 職員の勤務体制の状況 エ 事故発生時の連絡体制及び措置の状況 オ 運営規程の概要等の掲示の状況 カ 苦情に対する対応の状況 キ 公告の状況 ク 運営に関する情報の開示の状況 ケ 職員、設備及び会計に関する諸記録並びに利用者の援助に関する諸記録の整備状況 コ 職員の秘密保持に関する必要な措置の状況
(2) 利用者の施設利用 に当たっての諸手続 の状況	ア 利用申込者又はその家族に対する援助の提供の内容等の説明の状況 イ 契約の締結の状況 ウ 利用の申込みに当たっての意見書の提出の状況 エ 利用の開始及び終了に際しての、保健所長に対する報告の状況 オ 利用の状況についての、保健所長に対する年次報告の状況
(3) 就業規則制定等の 状況	ア 就業規則の作成、届出の状況 イ 36条、24条等の労使協定締結の状況 ウ 就業規則、給与規程の職員への周知状況
2 職員の状況	
(1) 職員の配置状況	ア 職員の専従の状況 イ 職員の（職種別定数）の配置及び充足状況 ウ 職員の採用、異動の状況
(2) 職員の勤務状況	ア 職員の勤務時間の状況 イ 夜間及び休日の勤務体制の状況 ウ 休憩時間の状況 エ 年次休暇等の状況
(3) 給与支給の状況	ア 給与水準、初任給等の状況

	イ 超過勤務手当，夜勤手当，宿日直手当，特殊業務手当等諸手当の支給状況
	ウ 健康保険，厚生年金，労働保険及び退職手当共済加入の状況
(4) 職員の健康管理の状況	ア 健康診断の実施状況 イ 給食関係者の検便（月1回以上）の実施状況 ウ 採用時の健康診断の実施状況 エ 休憩室等の確保の状況
(5) 職員研修の状況	ア 施設内研修の実施状況 イ 地方公共団体等の実施する研修会等への参加状況
3 建物，設備の管理等の状況	ア 基準に定める設備の状況 イ 衛生設備（特に調理室等）の状況 ウ 給水設備（水道水以外の場合の水質検査を含む），排水設備及び汚物処理設備の状況 エ ボイラー，電気設備等の保守点検及び危険物の安全管理の状況 オ 居室等の清掃，衛生管理，保温，換気，採光及び照明の状況
4 非常災害対策の状況	ア 非常災害に対処する組織的活動体制の状況 イ 非常災害に対処する消火，通報，避難等の訓練の定期的実施の状況 ウ 消防設備，警報設備及び避難設備等の点検の状況 エ 所轄消防機関との連絡の状況 オ 防犯についての配慮の状況
〔利用者に対する援助〕 の提供に関する事項	
1 利用者の実態把握の状況	ア 定員と現員との開差の状況 イ 利用者の一般的な状況（性別，年齢別等） ウ 利用者の特性の状況（疾病の種類別，程度別等）
2 援助の提供の方針及び援助の提供に関する計画作成の状況	ア 援助の提供の基本方針（考え方，目標，方法等）設定の状況 イ 援助の提供に関する計画の（年間，月間，週間，日課等）設定の状況 ウ 利用者の心身の状況等に応じた援助の提供に関する計画の見直しの実施状況 エ 援助の提供に関する検討会等の開催状況 オ 援助の提供に関する計画の利用者及びその家族に対する周知徹底の状況

3 相談及び助言等の援助の提供の状況	<p>ア 基本的生活の指導（起床、洗面、食事、入浴、睡眠等）の状況</p> <p>イ 自主活動（清掃、洗濯、身の回りの整理整頓等）の状況</p> <p>ウ 医師の処方に基づく、服薬に関する助言の状況</p> <p>エ レクリエーション（行事、テレビ、音楽、読書等）の状況</p> <p>オ 保健衛生（健康、身体の清潔、衣類、寝具、便所等の清潔）の状況</p> <p>カ 対人関係及び通院等に関する助言の状況</p> <p>キ 利用者の預り金等の管理（使途、管理方法等）の状況</p> <p>ク 利用者とその家族との交流の状況</p>
4 食事の提供の状況	<p>ア 必要な栄養所要量（栄養素のバランス、食料構成等）の確保の状況</p> <p>イ 特別な献立、調理を要する利用者に対する配慮の状況</p> <p>ウ 嗜好、廃棄量調査の実施状況</p> <p>エ 衛生管理の状況</p> <p>オ 検食、保存食の実施状況</p> <p>カ 給食材料及び食器等の保管の状況</p> <p>キ 利用者が自炊を行う場合の援助の状況</p>
5 健康管理の状況	<p>ア 顧問医等との連絡体制の整備状況</p> <p>イ 定期健康診断の状況</p> <p>ウ 健康診断の結果の記録、整理及び必要な措置の状況</p>
6 援助の提供に関する記録、検討等の状況	<p>ア 利用者記録票等の整備、活用の状況</p> <p>イ 援助の提供に関する日誌等の整備、活用の状況</p>
7 関係機関、地域住民等との連携の状況	<p>ア 地域住民、ボランティア等との連携の状況</p> <p>イ 医療機関、精神障害者地域生活支援センター、保健所等との連携体制の状況</p>
〔 会 計 処 理 に 関 する 事 項 〕	
1 経理規程の内容の状況	<p>ア 経理規程の内容の状況</p> <p>イ 会計単位及び経理区分の状況</p> <p>ウ 会計責任者と出納職員の分離の状況</p> <p>エ 経理についての帳簿組織の状況</p>
2 予算の作成、執行の状況	<p>ア 予算の作成の状況</p> <p>イ 予算の執行の状況</p>
3 決算の状況	<p>ア 収支計算書の状況</p> <p>イ 貸借対照表の状況</p>

4 経理事務及び資産管理の状況	<p>ア 予算、決算の監事の監査、理事会承認の状況</p> <p>イ 会計諸帳簿の記帳、整理及び保管の状況</p> <p>ウ 物品等契約（指定競争、随意契約）事務の状況</p> <p>エ 固定資産及び物品等の管理状況（財産目録との関連、処分又は担保提供等）</p>
〔施設個別事項〕	
1 精神障害者生活訓練施設の援助の提供の内容等の状況	<p>ア 生活技術の習得、対人関係に関する助言、指導の状況</p> <p>イ 通院に関する助言の状況</p> <p>ウ 金銭の管理、余暇の活用に関する指導の状況</p> <p>エ 作業訓練及び退所後の就労等に関する助言、指導の状況</p> <p>オ 利用期間の状況</p>
2 精神障害者授産施設の援助の提供の内容等の状況	<p>ア 生活技術の習得、対人関係に関する助言、指導の状況</p> <p>イ 通院に関する助言の状況</p> <p>ウ 金銭の管理、余暇の活用に関する指導の状況</p> <p>エ 退所後の就労等に関する助言、指導の状況</p> <p>オ 授産種目の選定の状況</p> <p>カ 利用者の状態、作業能力等に応じた作業時間、作業量等の設定の状況</p> <p>キ 授産事業に係る収入・支出の状況</p> <p>ク 工賃の支払いの状況</p> <p>ケ 利用期間の状況</p>
3 精神障害者福祉ホームの援助の提供の内容等の状況	<p>ア 住居及び就労等に関する相談、助言の状況</p> <p>イ 利用者からの求めに応じた食事等に関する援助の提供の状況</p> <p>ウ 利用期間の状況</p>
4 精神障害者福祉工場の援助の提供の内容等の状況	<p>ア 就労規則の作成の状況</p> <p>イ 公共職業安定所及び労働基準監督所との連絡体制の状況</p> <p>ウ 従業員の家族との連絡体制の状況</p>
5 精神障害者地域生活支援センターの援助の提供の内容等の状況	<p>ア 事業計画の作成の状況</p> <p>イ 事業計画に定めた援助の提供の実施状況</p> <p>ウ 利用度に応じた時間帯の設定の状況</p> <p>エ 利用者の登録の状況</p> <p>オ 緊急の対応時における関係機関との連絡方法の状況</p>

(様式 1)

平成 年度 精神障害者社会復帰施設指導監査実施状況報告書

(都道府県・指定都市名)

1 指導監査結果に基づく問題点の概要

(例) 本年度は、特に利用者に対する援助の提供に関する事項について、監査の重点項目として実施した結果、定員に比した利用率が低く改善を要するもの、援助の提供に関する計画が作成されておらず改善を要するものについて指摘が多かった。

これらの指摘について、援助の提供に関する計画については早急に作成するよう指導し、利用率については関係機関等との連携を密にし、地域における精神障害者の実態を把握すること等により利用率の向上に向けた検討を行うよう指導したところである。

これらを踏まえ、今後、利用者に対する適切な援助の提供について指導監査の徹底を図るものとする。

2 指導監査実施表

区 分	対 象 数 (A)	監査実施数 (B)	同左に対す る文書指摘 施設数(C)	監査実施率	文書指摘率
				(C)/(A) %	(C)/(B) %
生活訓練施設					
授産施設					
福祉ホーム					
福祉工場					
地域生活支援 センター					
計					

(注) 「指導監査結果に基づく問題点の概要」は、総括的に記載するものとし、指摘事項の主な問題点、指摘に対する是正改善の状況及び今後における指導監査の重点項目、方法等について記述すること。

(様式2)

平成 年度 精神障害者社会復帰施設指導監査実施状況報告書

(都道府県・指定都市名)

(指導監査実施施設数 か所)

指 摘 事 項	指摘件数	指摘率	備 考
<記 載 例>			
(運営管理に関する事項)			
1 施設運営全般の状況	15	/	※記載例は監査 実施施設数を 20か所とした 場合とした。
(1) 基本方針及び組織等の状況	5	25.0	
(2) 利用者の施設利用に当たっての諸 手続の状況	7	35.0	
(3) 就業規則制定の状況	3	15.0	
(その他)			
2 職員の状況	21	/	
(1) 職員の配置状況	5	25.0	
(2) 職員の勤務状況	3	15.0	
(3) 給与支給の状況	2	10.0	
(4) 職員健康管理の状況	7	35.0	
(5) 職員研修の状況	4	20.0	
(その他)			
3 建物、設備の管理等の状況	4	20.0	
4 非常災害防止の状況	3	15.0	
計	43	/	

(注) 1 「指摘事項」の欄は、本通知別紙1に定める指導監査項目をそのまま指摘事項として記載すること。なお、指導監査項目以外の事項について文書指摘があると

きは、「その他」の欄を加えて整理すること。

- 2 「指摘件数」の欄は、指導監査を実施した結果、上記1の項目について文書指摘した件数を記載すること。なお、この場合における件数の計上は、たとえば、
 - ① 指導監査を行った施設が同一の場合であって「指摘事項」欄の同一事項に属する指摘が1件以上あっても1件として計上すること。
 - ② 指導監査を行った施設が同一の場合であって、指摘の内容が「指摘事項」の欄の2事項以上にわたるものであるときは、それぞれ該当する事項ごとに1件として計上すること。
- 3 「指摘率」の欄は、次の算式により算出された数値につき、小数点以下2位の数値を四捨五入して計上すること。

$$\text{指摘率} = \frac{\text{指摘事項別指摘件数}}{\text{指導監査実施施設数}} \times 100$$

16. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行について

平成17年7月14日 法務省保総第594号 障発第0714001号
法務省保護局長 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知
各都道府県知事 各指定都市市長あて

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）は、本月6日に公布された心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行期日を定める政令（平成17年政令第232号）に基づき、本年7月15日に施行されることとなった。

これに伴い、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令の一部を改正する政令（平成17年政令第233号）により改正された心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令（平成16年政令第310号）及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行規則（平成17年法務省令・厚生労働省令第2号）等の省令等がいずれも同日に施行されることとなったところである。

法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰を促進することを目的としており、法及びその関係法令の施行に当たっては、関係制度の円滑な実施について遺憾なきを期されるとともに、貴管内市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

(参考資料)

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の概要

1 目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する適切な処遇を決定するための
手続の定め



- 継続的、かつ、適切な医療
- その確保のために必要な観察及び指導



病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、
もってその社会復帰を促進する

2 入院又は通院の決定手続

殺人、放火等の重大な罪に当たる行為について

- 不起訴（心神喪失又は心神耗弱を認定）
- 心神喪失を理由とする無罪判決
- 心神耗弱により刑を減輕された有罪判決（実刑を除く）



地方裁判所の審判

処遇の要否は、裁判官と精神保健審判員（精神科医）の合議体で、その意見の一致したところにより決定する。精神保健参与員（精神障害者福祉等に関する専門家）の意見を聴く。

- ※ 検察官の申立てにより、審判を開始する。
- ※ 対象者には、弁護士である付添人を付する。
- ※ 不起訴処分を受けた者については、対象行為を行ったこと等、本制度の対象者であることの確認を行う。
- ※ 鑑定入院命令を発し、専門家である医師が、対象者の精神状態等について鑑定する。
- ※ 検察官、付添人等は、資料を提出し、意見を陳述する。
- ※ 保護観察所による生活環境の調査を行うことができる。



処遇の決定

- 医療を受けさせるために入院をさせる決定（入院決定）

→ 指定入院医療機関における処遇へ

- 入院によらない医療を受けさせる決定（通院決定）

→ 地域社会における処遇へ

※ 決定に不服の場合は、高等裁判所に抗告できる。

3 指定入院医療機関における医療

- 入院決定を受けた者は、厚生労働省令で定める基準に適合する指定入院医療機関（国公立病院）において、入院による手厚い専門的な医療を受ける。

- 保護観察所は、入院中の対象者について、退院後の生活環境の調整等を行う。

- 裁判所は、対象者、保護者又は指定入院医療機関の管理者の申立てによって、退院を許可することができる。

→ 地域社会における処遇へ

- 指定入院医療機関の管理者は、原則として6か月ごとに、裁判所に対し、退院許可の申立て又は入院継続の確認の申立てをしなければならない。

→ 退院許可の決定 地域社会における処遇へ

→ 入院継続の確認の決定

4 地域社会における処遇

- 通院決定を受けた者及び退院を許可された者は、厚生労働省令で定める基準に適合する指定通院医療機関において通院医療を受けるとともに、保護観察所（社会復帰調整官）による精神保健観察を受ける。

- 保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県知事等と協議の上、処遇に関する実施計画を定める。

- 通院医療、精神保健観察及び援助は、処遇の実施計画に基づいて行う。

- 保護観察所は、対象者の円滑な社会復帰を図るため、関係機関及び民間団体等との連携の確保に努める。

- 精神保健観察の下での通院医療を行う期間は、3年間とする（裁判所は、通じて2年を超えない範囲で、この期間を延長できる。）。

- 裁判所は、対象者、保護者又は保護観察所の長の申立てによって、精神保健観察の下での通院医療を終了することができる。

- 裁判所は、通院医療を受けている者につき、保護観察所の長の申立てにより、（再）入院決定をすることができる。

17. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく入院と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との関係等について

平成17年7月14日 障精発第0714004号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の施行については、別途本日付け法務省保総第594号・障発第0714001号をもって法務省保護局長及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から通知されたところであるが、医療観察法に基づく入院と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和23年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）に基づく入院との関係と事務取扱いについては別添のとおりとすることとしたので、貴管内市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

(別添)

医療観察法に基づく入院と精神保健福祉法に基づく入院との関係と事務取扱いについて

- 1 医療観察法に基づく入院と精神保健福祉法に基づく入院との関係に係る法規定
医療観察法と精神保健福祉法との関係については、法律上次のとおり整理されている。
 - ① 医療観察法第115条により、入院によらない医療（通院医療）を受けている者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により入院（任意入院、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院又は応急入院。以下「措置入院等」という。）が行われることを妨げない。
 - ② 医療観察法附則第5条による改正（改正年月日は平成17年7月15日）後の精神保健福祉法第44条第2項の規定により、この章の規定は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の対象者について、同法又は同法に基づく命令の規定による手続又は処分をすることを妨げるものではない。
 - ③ 改正後の精神保健福祉法第44条第2項の規定により、措置入院等や措置診察などに関する規定が、医療観察法に基づく鑑定入院中の者及び入院決定に基づき入院している者については適用されない。
- 2 医療観察法に基づく通院中の者が精神保健福祉法に基づく入院となり、その後医療観察法第60条第1項の前段の命令を受ける等により医療観察法に基づく入院となった場合の取扱い
医療観察法により通院医療を受けている者（以下「通院対象者」という。）に対し、措置入院等が行われる場合、改正後の精神保健福祉法第44条第2項に基づき、鑑定入院先に入院した時点で当該措置入院等の効力が消滅することとなるところ、この場合は次のとおり事務を取り扱うものとする。
 - ① 通院対象者に対し措置入院等が行われた後、医療観察法第60条第1項前段の命令等を受けた場合、当該通院対象者を措置入院等を行っている各都道府県立病院又は指定病院（以下「都道府県立病院等」という。）から外に出し、医療観察法の手続に基づき鑑定入院を受け入れる医療機関への入院等が行われる必要があるところ、改正後の精神保健福祉法第44条第1項に基づき、都道府県立病院等は、医療観察法上の手続を行うためであれば、当該通院対象者を当該都道府県立病院等から外に出すこととして差し支えない（例えば、当該通院対象者が措置入院中であった場合であっても、医療観察法の手続に従っている限りにおいては、特に何らかの手続をすることなく当該通院対象者を都道府県立病院等の外に出してよい。）。
 - ② ①の場合、当該通院対象者が鑑定入院医療機関に入院した時点で措置入院の効力は消滅するため、当該都道府県立病院等におけるバックベッドの確保等は不要であり、また、各都道府県は措置解除等の行為も不要である。

③ ただし、当該都道府県立病院等は、当該通院対象者に対して行われていた入院が措置入院であった場合には、当該措置入院を行った都道府県等に対し、当該都道府県等に当該通院対象者が措置入院状態ではなくなったことを知らせるため、入院以降の病状又は状態像の経過欄に「医療観察法に基づく入院となった」等適宜の記載をした措置症状消退届を提出することとする（当然、この措置症状消退届は、当該都道府県が通院対象者に係る事実関係を把握するために使用するものであって、当該都道府県は当該措置消退届を受けたことにより措置解除を行う必要はない。）。

また、当該通院対象者に対して行われていた入院が医療保護入院であった場合には、退院後の処置欄の「5. その他」部分に「医療観察法に基づく入院となった」等適宜の記載をした医療保護入院者の退院届を提出することとする。

3 医療観察法に基づき指定入院医療機関に入院中の者が無断退去し、その後精神保健福祉法に基づく入院となった場合の取扱い

(1) 改正後の精神保健福祉法第44条第2項について

本条項については、「現に鑑定入院中の者及び入院決定に基づき入院している者に対して適用しない」ものとして取り扱うこととする。

なお、ここにいう「入院」とは医療観察法第100条の外泊等している場合も含む。

したがって、医療観察法の入院決定を受けていたとしても、無断退去して現に医療機関にいない者については、本条項は適用にならない（このため、無断退去した者に対しては精神保健福祉法に基づき措置診察等を行うことができることとなる。）。

(2) 運用

① 各地方厚生局は、指定入院医療機関からの届出を受け、無断退去事例が発生したことを認知した場合、直ちにその者の情報（氏名や無断退去したと推定される日時）を無断退去事例が発生した指定入院医療機関の所在する都道府県・政令指定都市に知らせる。

当該都道府県等は、無断退去したと推定される日時以後の措置診察事案を再チェックし、無断退去した入院対象者が含まれていないかを確認、また、連絡を受けた時点以後、措置通報を受けた場合には、当該地方厚生局からの連絡の内容に基づき無断退去した入院対象者であるかどうかを確認する。

② 48時間経過後（つまり医療観察法第99条第5項の規定により連戻状なくして本人を連れ戻せなくなった時点以後）になってもなお本人の所在が不明である状況であれば、当該地方厚生局は、各都道府県等に本人の情報を知らせる（なお、自らの管轄する地域の都道府県には自ら連絡し、その他の都道府県には、他の地方厚生局に連絡するよう依頼することとする。）。

連絡を受けた各都道府県等は、無断退去したと推定される日時以後の措置診察事案を再チェックし、無断退去した入院対象者が含まれていないかを確認、また、当該地方厚生局から当該連絡を受けた時点以後、措置通報を受けた場合には、当該地方厚生局からの連絡の内容に基づき無断退去した者であるかどうかを確認する。

③ ①又は②の結果、措置通報の対象となっている者が、無断退去した入院対象者であることが明らかになった場合には、各都道府県等は当該地方厚生局に連絡。

当該地方厚生局は、無断退去した入院対象者が入院していた指定入院医療機関に連絡し、当該指定入院医療機関が連戻しを図る。

④ 当該指定入院医療機関が連戻しを実行するまでの間、各都道府県等は、精神保健福祉法に基づき、措置診察等の手続を進め、必要に応じて措置入院等を行う。

なお、措置入院等を行った場合は、入院先の医療機関を、各都道府県等から当該指定入院医療機関に連絡することとする。

⑤ 当該指定入院医療機関は、入院先等に赴いて連戻しを実行する。

※ 措置入院等を受け入れた医療機関は、当該指定入院医療機関が連戻しに着手するまでの間の当該措置入院等に対する診療報酬を通常どおり請求する。

また、指定入院医療機関は、本人が戻った時点以後、医療観察法に基づく診療報酬を請求する。

4 医療観察法に基づき通院中の対象者の所在が不明になり、その後精神保健福祉法に基づく入院になった場合の運用

保護観察所が通院中の対象者本人の所在を把握できなくなった場合に、当該対象者が措置入院になったときは、以下のとおり取り扱うものとする。

- ・ 措置診察や措置入院等の過程で、通院中の対象者であることが分かった場合には、各都道府県は当該都道府県に所在する保護観察所に連絡する。
- ・ 各都道府県に対して、当該都道府県に所在する保護観察所から、ある者が措置入院になっていないかどうか照会があった場合には、対応することとする（措置入院になっていなければ、措置入院先の医療機関の連絡先を伝達、なっていないければその旨を回答する。）。

なお、当該都道府県に所在しない保護観察所からの照会には回答する必要はない（保護観察所側内部で、当該都道府県に所在する保護観察所から照会するよう調整されることとなっている。）。

(参照条文)

・ 医療観察法

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との関係)

第115条 この法律の規定は、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定により入院によらない医療を受けている者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により入院が行われることを妨げない。

・ 改正後の精神保健福祉法

第44条 この章の規定は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の対象者について、同法又は同法に基づく命令の規定による手続又は処分をすることを妨げるものではない。

2 この章第2節から前節までの規定は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第34条第1項前段若しくは第60条第1項前段の命令若しくは第37条第5項前段若しくは第62条第2項前段の決定により入院している者又は同法第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号の決定により指定入院医療機関に入院している者については、適用しない。

18. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行に係る公費負担医療の事務取扱いについて

平成17年8月2日 障精発第0802007号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の施行については、平成17年7月14日付け法務省保総第594号・障発第0714001号をもって厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から通知されたところであるが、公費負担医療に係る事務の取扱を下記のとおり定めたので、本制度が円滑に運営されるよう遺漏なきを期されたい。

なお、貴職におかれては、関係者に対する周知方願いただきたい。

記

I 公費負担の対象者及び医療の範囲について

1 公費負担の対象者

法第42条第1項第1号若しくは第2号、第51条第1項第2号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者（以下「対象者」という。）であること。

2 公費負担の医療の範囲

公費負担の行われる医療の範囲は、精神障害及び当該疾病に起因した疾病に罹患した場合の合併症に対して、対象者の医療を実施するために選定された指定入院医療機関又はその連携する医療機関若しくは選定された指定通院医療機関で行われる医療とする。

なお、具体的な医療の範囲については別添1及び別添2を参照のこと。

II 公費負担番号の設定について

1 公費負担番号

	法 別 番 号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検 証 番 号
北海道厚生局	30	01	100	1
東北厚生局	30	04	100	8
関東信越厚生局	30	11	100	9
東海北陸厚生局	30	23	100	5
近畿厚生局	30	27	100	1
中国四国厚生局	30	34	100	2
九州厚生局	30	40	100	4

2 各地方厚生局管轄地域

- (1) 北海道厚生局 北海道
- (2) 東北厚生局 青森県, 岩手県, 宮城県, 秋田県, 山形県, 福島県
- (3) 関東信越厚生局 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, 山梨県, 長野県
- (4) 東海北陸厚生局 富山県, 石川県, 岐阜県, 静岡県, 愛知県, 三重県
- (5) 近畿厚生局 福井県, 滋賀県, 京都府, 大阪府, 兵庫県, 奈良県, 和歌山県
- (6) 中国四国厚生局 鳥取県, 島根県, 岡山県, 広島県, 山口県, 徳島県, 香川県, 愛媛県, 高知県
- (7) 九州厚生局 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

III 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

- 1 医療に要する費用の額については、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第八十三条第二項の規定により医療に要する費用の額の算定方法（平成17年厚生労働省告示第365号）を定めたところであるので、これに基づき算定する。

なお、当該告示の別表「医療観察診療報酬点数表」に定められていない診療を行った場合には、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例により、また、70歳以上の者及び65歳以上70歳未満の者であって老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）別表に定める程度の障害にあるものについては、老人保健の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。

- 2 対象者が受けた医療について指定医療機関が費用を請求するときは、療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）及び老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求に関する省令（平成4年厚生省令第5号）の定めるところによるものとするが、公費負担医療の範囲外の医療が行われた場合には、同一の診療報酬明細書では請求せず、別の診療報酬明細書で請求するものとする。
- 3 2の請求書は、各月分について翌月10日までに、当該指定医療機関の所在する都道府県にある社会保険診療報酬支払基金支部に送付しなければならない。

19. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行に伴う医療関係業務手順等について

平成17年8月2日 障精発第0802011号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各地方厚生局健康福祉部長あて

標記について、業務手順等を下記のとおり定めたので、関係制度の円滑な実施について遺憾なきを期されたい。

記

1 診療報酬関係等について

(1) 病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションからの指定医療機関の指定申請に基づき、当該医療機関を心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）第16条第1項又は第2項に基づき指定入院医療機関又は指定通院医療機関として指定した時には、当該医療機関を指定した旨の指定通知書の写し又は指定医療機関の名簿を、当該医療機関の所在する都道府県にある社会保険診療報酬支払基金支部に対して通知する。

(2) 施設基準の届出関係

○ 指定医療機関からの「施設基準」届出に係る審査

基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等（平成17年厚生労働省告示第366号）においては、指定医療機関は一定の条件（施設基準）を満たしている旨を各地方厚生局に届出することとしているので、この届出書の内容について審査する。

○ 届出の受理後の措置

届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、受理番号を決定し、当該医療機関に受理番号を付して通知するとともに、当該指定医療機関の所在する都道府県にある社会保険診療報酬支払基金支部（以下「当該支払基金支部」という。）に対しても、その旨通知する。（別添様式参照）

(3) 診療報酬明細書の点検等について

○ 診療報酬の請求

指定医療機関は、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）」に基づいて、各月分の診療に係る診療報酬請求書（診療報酬明細書を添付）を翌月10日までに、当該支払基金支部に提出する。

○ 診療報酬明細書の審査

当該支払基金支部において審査が終了した後、診療の翌々月の10日までに保険者である地方厚生局へ請求書及び診療報酬明細書が送付されるので、診療報酬明細書について、別紙1に基づき早急に審査をする。

- 当該支払基金支部に対する診療報酬の支払い

地方厚生局は、診療報酬明細書の審査終了後、診療報酬明細書の送付を受けた月の20日までに、当該支払基金支部に対して請求額を支払う。

地方厚生局から支払いを受けた当該支払基金支部は、指定医療機関に診療報酬を支払うこととなっている。

(4) 査定・返戻と再請求等について

- 増減点連絡書

当該支払基金支部において、請求内容が妥当でないと考えられるものについては減点（査定）、算定誤りによる過少請求については、増点が行われ、その月の末日までに指定医療機関に増減点連絡書が通知されることとなっている。

- 診療報酬明細書の返戻

記載事項の不備や請求内容に疑義がある診療報酬明細書は、当該支払基金支部により指定医療機関に返戻されることとなっている。

- 再審査等請求

地方厚生局において、診療報酬明細書を審査した結果、当該支払基金支部の審査誤りや不正又は不当と思われる診療報酬明細書について、当該支払基金支部に対し、再審査及び過誤調整を請求する。再審査等請求が認められた場合には、次回に指定医療機関に支払う診療報酬からその額が控除されることとなっている。

なお、再審査又は過誤調整の必要が生じた場合の取扱いについては、別紙2「政府管掌健康保険及び船員保険の診療報酬明細書等に係る再審査等請求について（平成8年2月15日庁文発第608号）」の例による。

2 指定医療機関に対する指導監査について

指導監査については、指定医療機関における精神科医療の質的向上や診療及び診療報酬請求の適正化を図るため、指定入院医療機関については原則として年1回実地により行い、指定通院医療機関については、原則として5年に1回実地により行う。具体的な実施については、指定医療機関指導監査要綱及び指導監査の事務処理要領（本日付け精障発第0802010号）に基づき行うものとする。

4 その他

(1) 地方厚生局は、病院又は診療所を指定通院医療機関として指定した場合については、当該指定通院医療機関の所在する都道府県内に所在する、指定通院医療機関として指定を受けた薬局の名簿を当該指定通院医療機関に対し送付する。

(2) また、指定医療機関に対して、診療報酬関係関係告示及び通知を送付する。

(別添様式)

発第 号
平成 年 月 日

県社会保険診療報酬
支払基金幹事長 殿

厚生局長

届出の受理について

標記について、別紙のとおり受理したので通知します。

別添様式

医療観察法届出医療機関（指定入院）

コード	医療機関名称	医療機関所在地	病床数	受理内容

(別紙1)

診療報酬明細書の審査・点検について

第一 目的

診療報酬明細書(医科, 歯科), 調剤報酬明細書(以下「レセプト」という。)の点検を行うことにより, 医療観察法による医療費の適正な支出を図るものとする。

第二 レセプトの点検

1 単月点検内容

- (1) 医療観察法に規定する精神障害及び当該疾病に起因した疾病に罹患した場合の合併症に対する医療が行われているか。また, 指定通院医療機関に通院中の対象者が, 当該医療機関以外において行われた医療が公費負担で請求されていないか。
- (2) 診療実日数について
 - ・ 入院の場合, 診療実日数と入院日数が一致しているか。
 - ・ 通院の場合診療実日数と通院日数が一致しているか。
- (3) 傷病名に対する投薬等について
傷病名に基づいた投薬, 注射, 検査, 処置, 手術, 麻酔, 画像診断等がなされているか。
- (4) 包括点数について
入院対象者入院医学管理料及び通院対象者通院医学管理料に含まれている項目(費用)を算定していないか。
- (5) 入院対象者入院医学管理について
急性期, 回復期, 社会復帰期について, 各期別の入院期間に従いそれぞれ算定しているか。
- (6) 通院処遇対象者医療管理について
前期, 中期, 後期について, 各期別の通院期間(通院決定日が基準日)に従いそれぞれ算定しているか。急性増悪包括管理料が1月を超えて算定されていないか。
- (7) 医療観察精神科専門療法について, 回数要件を超えて算定していないか。
- (8) 調剤レセプトについて
 - ・ 調剤月日は処方交付月日から4日以内か。

2 縦覧点検内容

単月点検により特異な診療傾向が認められる指定医療機関, 連続月あるいは一定期間内に重複算定できない診療内容, 単月ではその適否が判断できない診療内容等にかかるレセプトについて, 対象者別に, 概ね3か月以上の期間にわたってレセプトを縦覧し, 点検すること。なお, 点検に当たっては, 医療観察法による全額医療給付であることから, 診療内容が過剰ではないか, 漫然と長期にわたる診療がなされていないか等についても点検すること。

(別紙2) ※ 添付省略

20. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による診療方針及び医療による療養に要する費用の額の算定方法の施行に伴う実施上の留意事項について

平成17年8月2日 障精発第0802001号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて

標記については、本日、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による診療方針及び医療による療養に要する費用の額の算定方法」（平成17年厚生労働省告示第365号）が公布され、本日から適用されることとなったところであるが、この実施に伴う留意事項は下記のとおりであるので、貴管内市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

記

第1部 基本診療料

第1節 入院料

1 入院対象者入院医学管理料

(1) 入院対象者入院医学管理料については、多職種チームにより、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定により入院している者（以下「入院対象者」という。）ごとに個別の治療プログラムを策定し、各職種が連携を図りながら医療を提供するとともに、入院対象者の治療段階をそれぞれ「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3期に分け評価することにより、早期退院（概ね18ヶ月以内）を目指すものである。

(2) 入院対象者の各期別の評価は、多職種チームによる新病棟治療評価会議において行い、その評価結果については、新病棟運営会議において報告聴取を行うものとする。当該評価結果に基づき、当該指定入院医療機関の管理者は、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行についての決定を行うものとする。これら、各期別の一連の評価結果については、その旨を診療録に記載するとともに、毎月、診療報酬明細書に、「入院処遇ガイドライン」（平成17年7月14日障精発0714002号）Ⅱの4の3）記録等の標準化による関係するシート（以下「シート」という。）の写しを添付する。

また、19か月以上にわたり入院している場合にも、その理由等必要な事項を診療録に記載するとともに、毎月、診療報酬明細書にシートの写しを添付する。

(3) 当該入院医学管理料には、医療観察精神科電気けいれん痙攣療法、医療観察退院前訪問指導料並びに1000点以上の画像診断、処置及び手術並びにそれに係る薬剤料及び特定保険医療材料は含まれていない。

- (4) 入院対象者が、治療の一環として外泊した場合にも、当該入院医学管理料を算定することができる。
- (5) 入院対象者が、当該入院の原因となった疾病に起因した疾病に罹患し、当該指定入院医療機関の別の診療科又は別の医療機関において診療を行った場合は、その診療にかかる費用は、(3)に掲げた費用を除き、当該入院医学管理料に含まれるものとする。
- このとき、費用の請求に当たっては、当該指定入院医療機関が行うものとし、診療報酬明細書の摘要欄に当該指定入院医療機関の別の診療科又は別の医療機関において診療に要した費用について所定点数及び合計点数を併せて記載するとともに、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- なお、この場合に、診療を行う必要を認めた日、その理由等必要な事項を診療録に記載するとともに、診療報酬明細書にもその旨記載する。
- (6) 入院対象者入院医学管理料を算定する病棟における入院対象者の処遇については、「入院処遇ガイドライン」(平成17年7月14日障精発第0714002号)を参考とする。

第2節 通院料

1 通院対象者通院医学管理料

- (1) 通院対象者通院医学管理料については、多職種チームによる、法第42条第1項第2号又は第51条第1項第二号による決定を受けた対象者(以下「通院対象者」という。)ごとに個別の治療プログラムを策定し、各職種が連携を図りながら医療を提供するとともに、通院対象者の治療段階をそれぞれ「通院前期」、「通院中期」、「通院後期」の3期に分け評価することにより、概ね3年以内に一般精神医療への移行を目指すものである。
- (2) 通院対象者の各期別の評価は、多職種チーム会議において行うものとする。これら一連の評価結果については、その旨を診療録に記載するとともに、毎月、診療報酬明細書に、「通院処遇ガイドライン」(平成17年7月14日障精発第0714002号)Ⅱの3の3)記録等の標準化による「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」のうち当該月に係る部分の写しを添付する。
- (3) 当該通院医学管理料には、初・再診料、指導管理等(特定薬剤治療管理料及びびんかん指導料を除く。)、在宅医療、投薬(処方せん料に限る。)並びに100点未満の処置並びにそれに係る薬剤料及び特定保険医療材料が含まれている。
- (4) 通院対象者が、当該通院の原因となった疾病に起因した疾病に罹患し、当該医療機関の別の診療科において診療を行った場合は、その診療にかかる費用は、(3)に掲げた費用を除き、別途算定することができる。
- (5) 急性増悪包括管理料の算定対象となる通院対象者は、
- ① 行動は相当に妄想や幻覚に影響されている
 - ② 意思の伝達や判断に著しい障害がある
 - ③ 殆ど全ての生活領域で機能することができない

- ④ 当該通院対象者について法第33条に基づく申立てがなされた際における他害行為時の精神状態と同様に病状が悪化している場合のいずれかの病状が認められ、精神保健指定医により集中的な精神医学管理（毎日通院対象者の状態を観察し服薬を確認する等）を行う必要があると判断された者に限る。
- (6) 急性増悪包括管理料は、精神保健指定医の診察に基づき急性増悪等により集中的な精神医学管理を開始した日から1月を限度として算定することとしている。この場合において、算定期間が1月以内の場合又は算定開始日が月の途中となる場合は、1日につき1300点で算定する。
- なお、1月の期間の計算は、暦によるものであり、例えば、7月15日～8月14日、11月20日～12月19日等と計算する。
- (7) 急性増悪包括管理料を算定した日の属する月においては、1月間に16日以上通院中期通院対象者医学管理料又は通院後期通院対象者医学管理が行われている場合に限り、同月において通院中期通院対象者通院医学管理料又は通院後期通院対象者通院医学管理料を算定することができる。
- (8) 急性増悪包括管理料を算定し1月を経過した場合には、法第42条第1項第2号又は第51条第1項第二号の決定（以下「通院決定」という。）がなされた日から経過した期間に応じて通院中期通院対象者通院医学管理料又は通院後期通院対象者通院医学管理料を算定するものとする。
- (9) 急性増悪包括管理料を算定している通院対象者が入院（法のみならず精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）等に基づく全ての入院を含む。）した場合には、入院した日以降、急性増悪包括管理料は算定できない。
- (10) 急性増悪包括管理料を算定した場合には、必要と認めた日（算定開始日）、その理由等必要な事項を診療録に記載するとともに、診療報酬明細書にもその旨を記載する。
- (11) 通院対象者医学管理料を算定する指定通院医療機関における通院対象者の処遇については、「通院処遇ガイドライン」（平成17年7月14日障精発第0714002号）を参考とする。

第2部 医療観察精神科専門療法

1 医療観察精神科電気痙攣療法

- (1) 医療観察精神科電気痙攣療法は、症状から特に必要があると判断する場合に行うものとする。
- (2) 医療観察精神科電気痙攣療法とは、100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴い、精神科を担当する医師が行った場合に限り、1日1回を限度として算定する。
- (3) 医療観察精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立会いの下に、何らかの副作用が生じた

際に適切な処置がとり得る準備の下に行わなければならない。

- (4) 医療観察精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料は別途算定できる。
- (5) 当該療法を行った場合には、その必要性等について診療録に記載するとともに、診療報酬明細書にもその旨を記載する。

2 医療観察精神科退院前訪問指導料

- (1) 医療観察精神科退院前指導料は、入院対象者の退院に先立ち、患者又は精神障害者社会復帰施設、小規模作業所等を訪問し、当該入院対象者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、当該入院対象者の家族等、退院後当該入院対象者の看護や相談に当たる者に対して、退院後の療養に係る調整又は療養上の指導を行った場合に算定する。

なお、医師の指示を受けて指定入院医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

- (2) 医療観察精神科退院前訪問指導料は、1回の入院につき3回を限度として指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
- (3) 注2にかかる加算は、入院対象者の社会復帰に向けた調整等を行うにあたり、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。
- (4) 医療観察精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。
- (5) 医療観察精神科退院前訪問指導に当たっては、指定入院医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。

3 医療観察通院精神療法

- (1) 医療観察通院精神療法（簡便型精神分析療法を含む。以下同じ。）とは、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下「対象精神疾患」という。）のため通院対象者（通院対象者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては、当該通院対象者の家族）に対して、医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。
- (2) 医療観察通院精神療法は、精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。また、対象精神疾患の合併症である知的障害、認知症、心身症及びびてんかんに対して医療観察通院精神療法が行われた場合にも算定できる。
- (3) 医療観察通院精神療法は、同時に複数の通院対象者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。
- (4) 医療観察通院精神療法は、通院決定を受けた後に初めて指定通院医療機関において

診療を行った時（以下「初診時」という。）には、診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが通院対象者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診）及び当該通院精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

なお、初診時に医療観察通院精神療法を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

(5) 当該通院対象者の家族に対する医療観察通院精神療法は、当該家族に対し専門的見地から精神療法を行うことが当該通院対象者の社会復帰を促進するために重要であると推定される場合に限り、週1回に限り算定する。このとき、当該通院対象者に対して医療観察通院精神療法を行った日と同一の日に別途行った場合も算定できる。ただし、当該通院対象者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して医療観察通院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。

(6) 医療観察通院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。

(7) 「イ」は精神保健指定医又はこれに準ずる者（精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。）により初診時に医療観察通院精神療法が行われた場合に限り初診時のみ算定できる。

なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。

4 医療観察通院集団精神療法

(1) 医療観察通院集団精神療法とは、対象精神疾患を有する通院対象者に対して、治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。

(2) 医療観察通院集団精神療法は、指定通院医療機関において精神科を担当する医師と、1人以上の精神保健福祉士又は心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者（以下「臨床心理技術者」という。）により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。

(3) 1回に10人を限度とし、1日につき1時間以上実施した場合に、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に限り週2回を、それ以外の場合には週1回を限度として算定する。

(4) 医療観察通院集団精神療法を実施した場合は、診療開始日、その要点を個々の通院対象者の診療録に記載する。

(5) 医療観察通院集団精神療法と同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月において、医療観察通院集団精神療法の前後に医療観察精神科訪問看護・指導を行った場合にあつては、

この限りではない。

5 医療観察精神科作業療法

- (1) 医療観察精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は通院対象者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
- (2) 医療観察精神科作業療法は、1人の作業療法士が、1人以上の助手とともに通院対象者を含む精神障害者に対して当該医療観察精神科作業療法を実施した場合に、当該通院対象者について算定する。この場合の1日当たりの取扱い精神障害者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い精神障害者数は1日3単位75人以内を標準とする。
- (3) 医療観察精神科作業療法を実施した場合は、その要点を個々の通院対象者の診療録に記載する。
- (4) 医療観察精神科作業療法に要する消耗材料及び作業衣等については、指定通院医療機関の負担とする。

6 医療観察精神科デイ・ケア

- (1) 医療観察精神科デイ・ケアは精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の通院対象者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は通院対象者1人当たり1日につき6時間を標準とする。

なお、この実施に当たっては、当該通院対象者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

- (2) 医療観察精神科デイ・ケアは入院（法のみならず精神保健福祉法等に基づく全ての入院を含む。）中の者以外の通院対象者に限り算定する。

なお、医療観察精神科デイ・ケアを算定している通院対象者に対しては、同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、前期通院対象者医学管理料を算定した月において、医療観察精神科デイ・ケアの前後に医療観察精神科訪問看護・指導が行われる場合にあつては、この限りではない。

- (3) 加算の対象となる食事の提供は、あくまでも医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われた場合に算定する。
- (4) 食事の提供の実施に当たっては、健康保険及び老人保健の例により、概ね入院時食事療養（Ⅰ）の基準に準じるものとし、関係帳簿を整備する。
- (5) 同一の通院対象者に対して同一日に医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを併せて実施した場合は、医療観察精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。
- (6) 医療観察精神科デイ・ケアに要する消耗材料等については、当該指定医療機関の負担とする。

7 医療観察精神科ナイト・ケア

- (1) 医療観察精神科ナイト・ケアは、通院対象者の症状から特に必要があると判断される場合に算定するものとする。
- (2) 医療観察精神科ナイト・ケアは精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は通院対象者1人当たり1日につき4時間を標準とする。
- (3) 医療観察精神科ナイト・ケアを算定している通院対象者に対しては、同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、別に算定できない。
- (4) その他医療観察精神科ナイト・ケアの取扱いについては、医療観察精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

8 医療観察精神科デイ・ナイト・ケア

- (1) 医療観察精神科ナイト・ケアは、通院対象者の症状から特に必要があると判断される場合に算定するものとする。
- (2) 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアは精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は通院対象者1人当たり1日につき10時間を標準とする。
- (3) 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと医療観察精神科デイ・ケア又は医療観察精神科ナイト・ケアを行っている指定通院医療機関にあっては、医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと医療観察精神科デイ・ケア又は医療観察精神科ナイト・ケアを各々の通院対象者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、医療観察精神科デイ・ケア又は医療観察精神科ナイト・ケアを算定する通院対象者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。

なお、同一日に実施される医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを受ける通院対象者数と医療観察精神科デイ・ケア又は医療観察精神科ナイト・ケアを受ける通院対象者数の合計は、医療観察精神科デイ・ケア又は医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る通院対象者数の限度を超えることはできない。

- (4) 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを算定している通院対象者に対しては、同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、別に算定できない。
- (5) その他医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、医療観察精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

9 医療観察精神科訪問看護・指導料

- (1) 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）は、精神科を担当している医師の指示を受けた指定通院医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神障害者である入院法のみならず精神保健福祉法等に基づく全ての入院を含む。）中以外の通院対象者又はその家族等の了解を得て患家等を訪問し、個別に当該通院対象者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

(2) 注3に係る加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等による患者等への訪問が必要と判断し、当該医師の指示を受けた指定通院医療機関の複数の保健師等が、通院対象者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

なお、保健師又は看護師の訪問に、准看護師が同行した場合には、注3に係る加算が算定できる。

(3) 医療観察精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)は、精神科を担当する医師の指示を受けた保健師等が、グループホーム又は医師若しくは看護師の配置を義務付けられていない精神障害者社会復帰施設の了解の下にこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、指定通院医療機関で診療を行っている複数の通院対象者又はその介護を担当する者等に対して同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。

(4) (3)に規定する医療観察精神科訪問看護・指導は、1名の保健師等が同時に行う看護・指導の対象となる通院対象者等の数は5名程度を標準とし、1回の訪問看護・指導に8名を超えることはできない。

(5) 医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

(6) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録にとどめておく。

(7) 注6に規定する交通費は実費とする。

(8) 医療観察精神科訪問看護・指導料を算定している通院対象者に対しては、同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月において、医療観察精神科訪問看護・指導の前後に医療観察精神科集団療法又は医療観察精神科デイ・ケアを行う場合にあっては、この限りではない。

10 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

(1) 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院(法のみならず精神保健福祉法等に基づく全ての入院を含む。)中の通院対象者以外の統合失調症を有する通院対象者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

(2) 持続性抗精神病注射薬剤とは、デカン酸ハロペリドール、エナント酸フルフェナジン及びデカン酸フルフェナジンをいう。

(3) 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理を行った場合は、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

21. 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準及びその届出に関する 手続の取扱いについて

平成17年8月2日 障精発第0802003号
一部改正 平成17年11月16日 障精発第1116003号
一部改正 平成20年3月31日 障精発第0331003号
一部改正 平成21年3月31日 障精発第0331001号
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知

標記については、本日「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による診療方針及び医療による療養に要する費用の額の算定方法（平成17年厚生労働省告示第365号）が公布され、本日から適用されることとなったところであるが、指定医療機関からの届出を受理する際の留意事項は下記のとおりであるので、貴管内市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

記

第1 届出に関する手続

- 1 各施設基準に係る届出を行おうとする指定医療機関の開設者は、当該指定医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長に対して、別添の当該施設基準に係る届出書を正副2通提出するものであること。
- 2 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等入院料等の施設基準」（平成17年厚生労働省告示第366号）及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。

なお、この要件審査に要する時間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1ヶ月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

- 3 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準に係る届出を行う指定医療機関が、当該届出を行う前6ヶ月間において、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）第85条第1項、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合も含む。）及び老人保健法（昭和57年法律第80号）第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合にあっては、当該届出の受理は行わないものであること。

なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成7年12月22日保発第117号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はそ

の他の処分を受けた場合をいうものとする。

- 4 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、当該指定医療機関の所在する都道府県にある社会保険診療報酬支払基金支部に対して受理番号を付して通知するものであること。

入院対象者入院医学管理料	(入処医管) 第〇〇号
通院対象者通院医学管理料	(通処医管) 第〇〇号
通院対象者社会復帰連携体制強化加算	(通社連強) 第〇〇号
医療観察精神科作業療法	(医精神作業) 第〇〇号
医療観察精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(医精ショ大) 第〇〇号
医療観察精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(医精ショ小) 第〇〇号
医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(医精デイ大) 第〇〇号
医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(医精デイ小) 第〇〇号
医療観察精神科ナイト・ケア	(医精ナイト) 第〇〇号
医療観察精神科デイ・ナイト・ケア	(医デイナイ) 第〇〇号

- 5 要件審査を終え、届出を受理した場合は、届出日に遡って算定することができるものとする。
- 6 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第2 届出受理後の措置

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、指定医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。次に掲げる事項についての一時的な変動については、この限りではないこと。
 - (1) 医師と法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者（以下「入院対象者」という。）の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
 - (2) 看護師と入院対象者の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
 - (3) 作業療法士、精神保健福祉士及び心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者（以下「臨床心理技術者」という。）と入院対象者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- 2 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には指定医療機関に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 3 届出事項については、地方厚生局において閲覧に供するとともに、指定医療機関においても院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導するものであること。

第3 施設基準

通則 施設基準の届出に当たって、入院対象者の数及び看護要員の数等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成20年3月5日保医発第0305002号）」別添2入院基本料等の施設基準等第1病院の入院基本料に関する施設基準4の例によること。

1 入院対象者入院医学管理料

(1) 入院対象者入院医学管理料に関する施設基準

① 当該指定入院医療機関の専ら入院対象者に医療を実施するための病棟に係る病床は全て個室で、床面積は10平方メートル以上であり、以下に掲げる施設を有していることを標準とする。ただし、病院の病棟の一部であって、法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者であって集中的な治療を要する者を入院させるための精神病床（14床を超えないものに限る。）により構成される病棟（以下「小規格病棟」という。）にあつてはこの限りでない。

ア 2カ所以上の診察室

イ 酸素吸入装置・吸引装置等を有する処置室

ウ 床面積10平方メートル以上の保護室

エ 集団精神療法室、作業療法室

オ 入院対象者が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話

② 当該指定入院医療機関には、医療の質を確保するため、「新病棟外部評価会議」、「新病棟運営会議」、「新病棟倫理会議」、「新病棟治療評価会議」及び「地域連携を確保するための会議」が設置され、定期的開催されていること。

③ 緊急時の対応のため、「事故・火災発生対応マニュアル」及び「無断退去等対応マニュアル」が整備されていること。

④ 無断退去を防止するため、安全管理体制が整備されていること。

⑤ 当該入院医学管理の実施等については、「指定入院医療機関運営ガイドライン」（平成17年7月14日障精発第0714001号）を参考とすること。

⑥ 病院の病棟の一部に小規格病棟を有している場合においては、小規格病棟に勤務する常勤看護師として、当該小規格病棟の入院対象者の数に1.3を乗じた数以上を配置すること。なお、当該常勤看護師については当該医療機関の病棟における小規格病棟以外の部分に係る看護職員として算定してはならないこと。

(例) 60床からなる精神病棟入院基本料3の届出を行っている病棟の場合

i. 小規格病棟を有さない場合

(a) 元来の看護職員の最小必要員数

$$60人 \times 1/3 = 20人$$

(b) 元来の看護職員の最小必要員数（精神病棟入院基本料3は、看護職員のうち看護師40%以上が基準）

$$60人 \times 40\% = 24人$$

ii. 小規格病棟10床を設ける場合

(c) 小規格病棟に勤務する常勤看護師の数

$$10人 \times 1.3 = 13人$$

(d) (c) 以外の看護職員の数

$$50人 \times 1/3 = 16.7人 \approx 17人$$

(e) 看護職員の合計必要数

$$13人 + 17人 = 30人$$

(f) 看護師の最小必要員数

$$17人 \times 40\% + 13人 = 19.8人 \approx 20人$$

- ⑦ 100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を含む病院において、当該病棟における常勤の作業療法士、精神保健福祉士及び臨床心理技術者の数の合計が1に当該病棟の入院対象者の数が5又はその端数を増すごとに1を加えた数に満たない場合にあっては、入院対象者の状態に応じた入院医学管理を行うにつき以下の体制を整備していること。

ア 重度の身体合併症を有する対象者については、他の診療科等と連携し、精神障害の治療と相まって、身体合併症に対する適切な医療を提供できる体制を確保していること。

イ 重度の身体合併症を有さない対象者（治療により身体合併症が治療した者を含む。）については、当該対象者の社会復帰を促進するために適当な指定入院医療機関に当該対象者を転院させるための必要な連絡調整を行うなど、他の指定入院医療機関との綿密な連携対を確保していること。

- (2) 急性期入院対象者入院医学管理料の入院対象者

「入院処遇ガイドライン」（平成17年7月14日障精発第0714001号。

以下「処遇ガイドライン」という。）に示される、「急性期の到達目標」の各項目を満たした又はそれに準ずる状態であると指定入院医療機関の新病棟運営会議において判断されたことがなく、かつ、入院後間もない期間であって、当該医療機関の管理者により、急性期における医療を提供する必要性があると認められた入院対象者であること。

- (3) 回復期入院対象者入院医療管理料の入院対象者

処遇ガイドラインに示される、「急性期の到達目標」の各項目を満たした又はそれに準ずる状態であると指定入院医療機関の新病棟運営会議において判断され、指定入院医療機関の管理者により、回復期における医療を提供する必要性があると認められた入院対象者であること。

- (4) 社会復帰期入院対象者入院医療管理料の入院対象者

処遇ガイドラインに示される、「回復期の到達目標」の各項目を満たし又はそれに準ずる状態であると指定入院医療機関の新病棟運営会議において判断され、指定入

院医療機関の管理者により、社会復帰期における医療を提供する必要があると認められた入院対象者であること。

(5) 急性期入院対象者入院医学管理料に係る施設基準

入院対象者の入院決定日を起算日として91日以上180日以内の期間であり、以下のいずれも満たしていること。

- ① 隔離又は身体拘束が行われている状況下で当該医療機関内に設置された行動制限最小化委員会による評価を受けてから7日以内であること。
- ② 入院対象者の同意によらない医療行為が行われている状況下で当該医療機関に設置された新病棟倫理会議による評価を受けてから7日以内であること。

(6) 届出に関する事項

入院対象者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添の様式1及び様式1-2、当該病棟に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を様式2を用いること。なお、注2に該当した場合についても同様式を用いて届け出ること。また、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。

2 通院対象者通院医学管理料

(1) 通院対象者通院医学管理料に関する施設基準

- ① 当該指定通院医療機関に、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- ② 当該指定通院医療機関には、医療の質を確保するため「多職種チーム会議」が設置され、定期的で開催されていること。また、保護観察所が設置する「ケア会議」に参加し、処遇の実施計画に協力するなど緊密な連携体制が整備されていること。
- ③ 法第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号による決定を受けた対象者（以下「通院対象者」という。）の病状急変等により、通院対象者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制があること。
- ④ 当該指定通院医療機関は、医療観察精神科デイ・ケア及び医療観察精神科訪問看護・指導を実施できる体制を整えているか、若しくはそのような他の指定通院医療機関との連携体制を有していること。また、通院対象者の急性増悪等による入院における診療に対処するため、当該指定通院医療機関の1つの精神病棟における常勤の看護師若しくは准看護師の数が、当該病棟の入院患者数の数の3若しくはその端数を増すごとに1以上であり、かつ、当該病棟の看護師の割合が4割以上であるか、又は前述と同等の機能を有する医療機関との連携体制を有していること。ただし、当該指定通院医療機関における精神障害を有する者に対する医療及び保護の体制、当該指定通院医療機関の管理運営の状況、当該指定通院医療機関の地域における役割等を勘案し指定通院医療機関として指定することが適当であると認められる医療機関については、この限りでないこと。

⑤ 通院医学管理の実施等については、「指定通院医療機関運営ガイドライン」(平成17年7月14日障精発第0714001号)を参考とすること。

(2) 通院対象者社会復帰連携体制強化加算に関する施設基準

① 「通院対象者を常時3名以上受け入れる体制を確保していること」とは、過去3年間において同時期に、通院対象者を3名以上受入れた実績があり、かつ、地方厚生局等からの受入れに関する協力要請があった時点において、現に受入れている通院対象者が3名に満たない場合に、受け入れ要請に応じることができる体制であること。

なお、地方厚生局等からの受入れに関する協力要請があった時点において、現に受入れている通院対象者が3名以上の場合にあっても、できるかぎり受入れ要請に応じることが望ましい。

② 当該指定通院医療機関に専任の作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者を2名以上配置していること。

(3) 届出に関する事項

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出は、別添の様式3を、通院対象者社会復帰連携体制強化加算の施設基準に係る届出は様式7を、当該治療に従事する作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専任・非専任の別)及び勤務時間に係る届出は様式8をそれぞれ用いること。

3 医療観察精神科作業療法

(1) 医療観察精神科作業療法に関する施設基準

- ① 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。
- ② 患者数は、作業療法士1人に対して、1日75人を標準とすること。
- ③ 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して75平方メートルを基準とすること。
- ④ 医療観察精神科作業療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準(例示)
手工芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木工	作業台、塗装具、工具等
印刷	印刷機具、タイプライター等
日常生活動作	各種日常生活動作作用設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科作業療法の施設基準に係る届出は別添の様式4を、当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤

務時間に係る届出は様式6をそれぞれ用いること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

4 医療観察精神科ショート・ケア「大規模なもの」

(1) 医療観察精神科ショート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

① 医療観察精神科ショート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科の医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術者、精神保健福祉士のいずれか1人を含む。）の4人で構成される場合にあつては、患者数は、当該従事者4人に対して1回50人を限度とすること。

イ アに規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあつては、患者数は、当該従事者6人に対して1回70人を限度とすること。

② 医療観察精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は4.0平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する医療観察精神科デイ・ケア、医療観察精神科ナイト・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科ショート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

5 医療観察精神科ショート・ケア「小規模なもの」

(1) 医療観察精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

① 精神科医師及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の2人で構成される場合には、患者数は、当該従事者2人に対しては1回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

② 医療観察精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ30平方メートル以上とし、患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する医療観察精神科デイ・ケア、医療観察精神科ナイト・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出について

は別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

6 医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」

(1) 医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

① 医療観察精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人及び臨床心理技術者又は精神保健福祉士のいずれか1人）の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。

イ アに規定する4人の従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。

② 医療観察精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ショート・ケア、医療観察精神科ナイト・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、60平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は4.0平方メートルを標準とすること。

③ なお、医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する指定医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

7 医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」

(1) 医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

① 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1人、看護師1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とすること。

なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有してい

ることが望ましい。

- ② 医療観察精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ショート・ケア、医療観察精神科ナイト・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。
- ③ なお、医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する指定医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

8 医療観察精神科ナイト・ケア

(1) 医療観察精神科ナイト・ケアに関する施設基準

- ① 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師又は精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者等のいずれか1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対して、1日20人を限度とすること。
- ② 医療観察精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ショート・ケア、医療観察精神科デイ・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。
- ③ なお、医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する指定医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載す

ること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

9 医療観察精神科デイ・ナイト・ケア

(1) 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

① 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の3人で構成する場合にあつては、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とすること。

イ 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は准看護師のいずれか1人及び精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の4人で構成する場合にあつては、患者数は、当該従事者4人に対して、1日50人を限度とすること。

ウ イに規定する4人に、イに規定する精神科医師以外の従事者2人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあつては、患者数は、当該従事者6人に対して、1日70人を限度とすること。ただし、イにおいていずれか1人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が2人を超えないこと。

なお、看護師又は准看護師の代わりに、1名に限り、看護補助者をもって充てることができる。

② 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ショート・ケア、医療観察精神科デイ・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。

なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

別添

施設基準に係る届出書

届出番号	
------	--

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第85条第1項、健康保険法第78条第1項及び老人保健法第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「√」を記入すること。

3 届出書は、正副2通提出のこと。

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

医療機関の概要	病床数	床						
	精神保健指定医	常勤	人	非常勤	人			
	薬剤師	常勤	人	非常勤	人			
当該病棟の概要	病床数	床						
	精神保健指定医	常勤	人	非常勤	人			
	医師(准医師含む)	常勤	人	非常勤	人			
	看護師	常勤	人	非常勤	人			
	作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者	} 常勤	人	非常勤	人			
個室	室					床	1床当たり床面積	平方メートル
診察室	室							
当該病棟の構造設備	処置室	室	常設されている装置・器具等の名称・台数等					
	保護室	室	床	1床当たり床面積	平方メートル			
	集団精神療法室	平方メートル						
	作業療法室	平方メートル						
	談話室	平方メートル						
	食堂	平方メートル	浴室の有無	有・無				
	面会室	平方メートル	公衆電話の有無	有・無				
	会議の設置状況	別紙						
	マニュアル関係	事故・火災発生対応マニュアルの有無			有・無			
無断退去等対応マニュアルの有無			有・無					
当該病棟の安全管理体制	構造設備面							
	人員面							

注1) 有無については、いずれかに○で囲むこと。

注2) 当該病棟の安全管理体制については、具体的に講じている安全管理体制を記載すること。

(例：無断退去等を防止するため、モニター及び保安照明を設置 等)

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

会議名	会議メンバー等
<p>新病棟外部評価会議</p>	<p>開催予定回数 () 回/週・月・年</p> <p>参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>新病棟運営会議</p>	<p>開催予定回数 () 回/週・月・年</p> <p>参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>新病棟倫理会議</p>	<p>開催予定回数 () 回/週・月・年</p> <p>参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>新病棟治療評価会議</p>	<p>開催予定回数 () 回/週・月・年</p> <p>参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>地域連携を確保するための会議</p>	<p>開催予定回数 () 回/週・月・年</p> <p>参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>

様式 2

入院対象者入院医学管理を行う精神病棟に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

様式 3

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

医療機関の概要	病床数	床								
	精神保健指定医	常勤	人	非常勤	人					
	看護師	常勤	人	非常勤	人					
	作業療法士	常勤	人	非常勤	人					
	精神保健福祉士	常勤	人	非常勤	人					
	臨床心理技術者	常勤	人	非常勤	人					
当該医療機関における精神病棟の入院基本料等の届出区分	精神病棟入院基本料	区分	1	2	3	4	5	6	7	
			特別1	特別2						
	指定入院料	区分	精神科救急入院料							
			精神科急性期治療病棟入院料						1	2
			精神療養病棟入院料						1	2
当該施設基準を下回っている場合の連携医療機関	医療機関名 所在地 担当医師の氏名									
多職種チーム会議	開催予定回数 () 回/週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・									
ケア会議	参加予定メンバー (氏名・職種) ・									
訪問看護の体制	担当医師数	人	看護師数	人	その他	人				
訪問看護の体制がない場合の連携体制	連携訪問看護ステーション名 所在地 看護師数 人									
精神科デイ・ケアの体制	医科診療報酬点数表による届出の有無 有・無									
精神科デイ・ケアの体制がない場合の連携体制	医療機関名 所在地 医科診療報酬点数表による届出の有無 有・無									
緊急時の連絡・対応方法										

注) 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。

様式 4

医療観察精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に 従事する作 業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専 用 施 設 の 面 積							平方メートル
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
手 工 芸							
木 工							
印 刷							
日常生活動作							
農耕又は園芸							

様式 5

医療観察精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	精神保健福祉 士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨床心理技術 者等	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄養士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護補助者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		患者1人当たり				平方メートル	平方メートル

注1) [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトと記入すること。

注2) 経験を有する看護師とは、精神科ショート・ケアにあつては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科デイ・ケアにあつては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科ナイト・ケアにあつては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を、精神科デイ・ナイト・ケアにあつては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師をいう。

[] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

様式7

通院対象者社会復帰連携体制強化加算の施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	作業療法士	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	精神保健福祉士	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	臨床心理技術者等	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
過去3年間の 受入れ実績		・同時期に3名以上の受入れ実績 有 ・ 無					
		・受入れ時期 年 月 日 ～ 年 月 日					

様式8

通院対象者社会復帰連携体制強化を行う精神病棟に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		
			{常勤 {専任 非常勤 {非専任		

注) 職種の欄には、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者と記入すること。

22. 障害者自立支援法の一部の施行に伴う関係通知の改正について

平成18年9月29日 障精発第0929007号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健課長通知
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の一部が本年10月1日から施行されることに伴い、当課所管の関係通知について、下記のとおり改正し、本年10月1日から適用することとしたので、これらの運用に遺漏なきを期されるとともに、貴管内関係者に対する周知につき、格別の御配慮をお願いしたい。

なお、下記第三号に掲げる通知の改正については、法務省保護局総務課と協議済みであるので、念のため申し添える。

記

次の各号に掲げる通知は、当該各号に掲げるとおりとする。

一 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について（平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項

1 （略）

2 精神疾患（機能障害）の状態の判定について

(1)～(3) （略）

(4) 「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状について、以下の事項について留意する必要がある。

①～③ （略）

④ 器質精神病について

(a) 標準的な知能指数が著しく低い場合、知的能力の障害が高度であると判断してよい。知能指数が比較的高い場合にも、知能検査の下位検査項目の得点プロフィールや、記憶、記銘力検査の結果を総合的に判断してこれらが高度であると判断されれば、これを高度な認知症と判断してよい。

3 （略）

二 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行について（平成17年7月14日障精発第0714001号障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）

指定入院医療機関運営ガイドライン

目次（略）

1 はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めるとともに、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。
- 次のような枠組の本法が適切に実施されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等並びに障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害者福祉サービス事業を行う者、障害者支援施設、地域活動支援センター及び福祉ホーム等（以下「障害福祉サービス事業者等」という。））相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。

(2) (略)

2～4 (略)

5 地域連携体制の確保

(1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携

① (略)

② 関係機関等との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

- 対象者の処遇に関する一般的連携、処遇の決定の手続等に関する事項
 - ・ 保護観察所
- 入院中の医療に関する事項
 - ・ 地方厚生局
- 外出・外泊
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地元自治体
- 退院の許可又は入院継続の確認の申立て
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 地方裁判所
- 転院
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
- 精神障害以外の医療のために他の医療施設に入院する場合の連絡

- ・ 地方厚生局
- 処遇改善請求に関する事項
 - ・ 地方厚生局
- その他の業務
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 都道府県主管課
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 保健所
 - ・ 市町村等主管課
 - ・ 福祉事務所
 - ・ 指定通院医療機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等
 - ・ 社会保険診療報酬支払基金等

(2) (略)

6 (略)

指定通院医療機関運営ガイドライン

目次 (略)

1 はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めるとともに、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによつて、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もつてその社会復帰を促進することを目的としている。
- 次のような枠組の本法が適切に実施されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等、障害福祉サービス事業者等）相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。

2～4 (略)

5 地域連携体制の確保

(1) 通常時における関係機関等との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

なお、地元自治体との関係については、指定入院医療機関とは異なり、通常のケア会議の中で必要な情報交換を行う。

- 通院対象者の処遇に関する一般的連携，処遇の決定の手続等に関する事項
 - ・ 保護観察所その他のケア会議のメンバー
- 通院中の医療に関する事項
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 指定入院医療機関
- 処遇終了又は通院期間延長の申立て
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 地方裁判所
- 指定医療機関の変更
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
- 監査等
 - ・ 地方厚生局
- 診療報酬等
 - ・ 支払基金等
- その他の業務
 - ・ 都道府県主管課
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 保健所
 - ・ 市町村等主管課
 - ・ 福祉事務所
 - ・ 指定通院医療機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等

(2) (略)

6 (略)

入院処遇ガイドライン

目次 (略)

I 総論 (略)

II 入院処遇の留意事項

1～3 (略)

4 治療評価と記録

1)～2) (略)

3) 記録等の標準化

- 本法における入院対象者の医療に当たって必要とされる診療情報が関係機関内で円滑に共有されるようにする目的から，指定入院医療機関の管理者は，入院対

象者における下記の情報が一覧できるように診療録等を整備することとする。様式は例を参考に各医療機関において整備すること。

「対象者の入院時に整備すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院時基本情報管理シート」とする。）」

- ・ 個人情報（略）
- ・ 社会福祉・保険関係（略）
- ・ 管理情報（略）
- ・ 法的情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 入院時における治療方針（略）
- ・ 基本情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 総括（略）
- ・ 今後の治療方針（略）
- ・ 基本情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 診療行為に関する症状詳記（略）
- ・ 総括（略）
- ・ 今後の治療方針（略）
- ・ 個人情報（略）
- ・ 社会福祉・保険関係（略）
- ・ 管理情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 今後の方針（略）
- ・ 個人情報（略）
- ・ 社会福祉・保険関係（略）
- ・ 管理情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 今後の方針（略）

ケアメンバー：退院後担当保護観察所名・社会復帰調整官名・指定通院医療機関名・障害福祉サービス事業者等名・他想定されるサービスに関する情報退院後の治療方針

- 指定入院医療機関の管理者が入院継続の確認の申立てまたは退院の許可の申立てを行う際には、下記の各書面を一括して裁判所に提出するものとする。

「入院の継続の確認又は退院の許可の申立書（様式別添）」

「直近半年間の診療及び病状経過の要約」

「入院時基本情報管理シート」の写し

「新病棟治療評価会議シート」の写し（前回報告後）

「新病棟運営会議シート」の写し（前回報告後）

「入院継続情報管理シート」又は「退院前情報管理シート」の写し

5 (略)

Ⅲ 指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

1 (略)

2 回復期

(治療目標；36週（通算48週）で社会復帰へ移行)

- 日常生活能力の回復
- 病識の獲得と自己コントロール能力の獲得
- 評価に基づき計画された多職種チームによる多様な治療
- 病状の安定による外出の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

(略)

(看護業務の概要)

(略)

(心理業務の概要)

(略)

(作業療法業務の概要)

(略)

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・ 外出プログラムの作成（外出目的と課題の設定，訪問先の選定）
- ・ 外出プログラムを社会復帰調整官に報告し外出結果についても報告する
- ・ 外出・外泊に関連した生活技能講座を企画し実施する
- ・ 外出時訪問先との調整
- ・ 外出に伴い社会生活能力の確認と評価
- ・ 外出に伴い対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・ 地元等の障害者自立支援法による障害福祉サービス等やその他の福祉制度を紹介する等の社会復帰講座を企画し実施する
- ・ 保護観察所が行う退院予定地の選定に際し，社会復帰調整官と対象者との面談に同席し対象者のニーズを踏まえ必要な情報を提供する
- ・ 社会復帰調整官が作成した調整方針について対象者の同意を得る際，対象者の自己決定を支援する
- ・ 社会復帰調整官が調査した社会資源について情報提供を受け，対象者の意向を確認

し社会復帰調整官に伝える

3 社会復帰期

(治療目標；24週(通算72週)で退院)

- 社会生活能力(服薬管理, 金銭管理等)の回復と安定
- 社会復帰の計画に沿ったケアの実施
- 継続的な病状の安定による外泊の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

(略)

(看護業務の概要)

(略)

(心理業務の概要)

(略)

(作業療法業務の概要)

- ・ 定期的・積極的な集団活動の利用(他者との共感体験を通し, 自他の違いや役割を認識し, 共同作業ができる能力を高める)
- ・ 体力を回復するための作業療法
- ・ 継続的な作業活動の積み重ねによる自己確認と自己ペースの理解を促進
- ・ 外出訓練を通して社会生活能力を獲得する
- ・ 退院後の生活を想定した生活能力のアセスメントと課題解決
- ・ 退院後の生活支援のための連携(障害福祉サービス事業者等の職員など)
- ・ 外出(歩道の清掃などボランティア体験など他者の役にたつ体験)を通して, 自己効力感を高め, 社会的役割を認識することにより, 社会の中で自分らしく生きるための力を養う
- ・ 職業適性検査(作業療法士が実施する検査(モダブツ法, タワー法, 一般職業適性検査など), 障害者職業センターとの連携によるもの)
- ・ 就労準備(退院後の就労先を具体的に想定した, 一時的, 作業内容, 作業工程数, コミュニケーション能力一準備を行う)

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・ 外泊プログラムの作成(外泊目的と課題の設定, 訪問先の選定)
- ・ 外泊プログラムを社会復帰調整官に報告し外泊結果についても報告する
- ・ 外泊に関連した生活技能講座を企画し実施する
- ・ 外泊時訪問先との調整
- ・ 外出・外泊に同伴し指定通院医療機関, 社会復帰施設, 関係機関等の見学を行う
- ・ 外泊に同伴し社会生活能力の確認と評価

- ・外泊に同伴し対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・地元等の障害者自立支援法による障害福祉サービス等の利用申請方法とその他の福祉制度の具体的な利用手続き等の社会復帰講座を企画し実施する
- ・社会復帰ミーティングを企画し実施する
- ・対象者のニーズを把握し社会復帰調整官と退院に向けての情報交換を行う
- ・保護観察所が作成する退院後の処遇実施計画書の作成に必要な、医師をはじめとする各職種からの情報を取りまとめ社会復帰調整官に提供する

(以下略)

急性期クリティカルパス (イメージ) (略)

回復期クリティカルパス (イメージ) (略)

社会復帰クリティカルパス (イメージ)

	1～6週目(通算49～64週)	7～12週目(通算65～80週)	13～14週目(通算81～82週)	15～19週目(通算83～87週)	20～24週目(通算88～92週)
本人の目安	療養で安全な生活をイメージできる 職業の自己管理ができる 他人の期待がわかる	家族や援助者との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 援助の求めがわかる	社会資源を使ってみる 退院先に行ってみる 地域の関係者を知り合う	退院先での生活に慣れる 地域との関係者となじむ 退院後の生活を計画する	社会生活に自信をもつ 退院に向けた具体的な準備をすすめる
評価・治療検討	基本評価の見直し、社会復帰期治療方針の決定、改善度評価、外泊の可能性評価、治療プログラムの適応及び実施、薬物療法 本人・家族への病状及び治療計画の説明 診療は週2回	薬物療法の維持療法への移行、評価、副作用のチェック 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊プログラムの検討の開催、治療プログラムの実施、社会資源状況の評価 入院継続の裁判断所への申し立て	外泊の実施 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム<個別精神療法・集団精神療法・心理療法>の実施 家族面談<外泊評価>	外泊に伴う変化に対応、薬物療法の評価、退院後活用する社会資源について社会復帰調整官と情報交換 退院後指定通院医療機関との情報交換 退院申請報告書の作成 リスクアセスメント 裁判所への退院の申し立て	社会復帰調整官との退院後処遇について情報交換 退院後指定通院医療機関との情報交換 退院申請報告書の作成 リスクアセスメント 裁判所への退院の申し立て
検査	血液検査1/月 E.C.G1/3月	血液検査1/月 E.C.G1/3月	血液検査1/月 E.C.G1/3月	血液検査1/月 E.C.G1/3月	血液検査1/月 E.C.G1/3月
心理検査	心理検査・病識尺度評価	自尊心自己効力感アセスメント	心理検査(退院準備)	病識尺度評価	
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プログラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病識の確認、生活技能と評価、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所等の助言に開示する	試験外泊に同伴、生活上の課題の洗い出しと治療プログラムの再検討	社会復帰調整官及び通院医療機関等との情報交換 家族の受け入れ状況の確認	生活上の課題克服について評価し退院可能性について検討
看護活動	言語的コミュニケーションによる表現の能力回復に基づく人間関係の改善、日常生活の自立に向けた援助 職業の自己管理の評価及び指導 看護面接・看護ケア計画の作成	外泊準備及び外泊に対する不安による表現の能力回復に基づく人間関係の改善、日常生活の自立に向けた援助 看護面接・看護ケア計画の作成	試験外泊に同伴し、課題の洗い出しを行う 課題への対応をチームで検討し、具体案を明示する	外泊時訪問観察を行い、日常生活維持可能性について評価する 退院後の生活に向けて本人・ニーズの確認	服薬状況の確認、身体状況の確認、通院医療機関への情報提供(ファミリー)の作成 外泊時訪問観察により課題の洗い出しと具体的な対応策の明示 退院に向けた準備、不安への対応 具体的な生活に向けた安心感の提供
作業療法	社会生活について自己管理する体験 職業適性検査(内)	就労準備作業 職業適性検査(外)	→	→	→
社会復帰講座	法律・制度・資源活用	→	→	→	→
精神療法	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを養う、適切な自己表現ができる。 病状の再発の危険サインを理解する	対処法を学ぶ	→	→	→
認知行動療法	病状の再発の危険サインを認識、対処行動の活用、適応の促進	→	→	→	→
レクリエーション	得ることからしれない困難への対処の仕方を知り、適切な社会的スキルを身につける	→	→	→	→
治療実施(週2回定例)	→	→	→	→	→
全体ミーティング	→	→	→	→	→
ソーシャルワーク業務	→	→	→	→	→
家族調整	→	→	→	→	→
退院計画	→	→	→	→	→

新病棟 対象者別1週間の治療プログラムのイメージ (略)

共通評価項目の解説とアンカーポイント

(略)

入院時基本情報管理シート (略)

新病棟治療評価会議シート (略)

入院継続情報管理シート (略)

退院前情報管理シート 1/2 (略)

退院前情報管理シート

患者番号 () シート番号 () 2/2

総合的な生活機能 (GAP)		点	生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。
共通評価項目	要 素	具 体 的 要 素	前 考
	精神医学的要素	精神症状	
		非精神科性症状	
	個人心理的要素	内容・範囲	
		生活能力	
	対人関係的要素	行動コントロール	
		共感性	
	環境的要素	非社会性	
		対人暴力	
	治療的要素	個人的支援	
コミュニティ要因			
合 計 得 点			
機能に影響する環境因子	領 域	評 価 点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)
	セルフケア	身体快楽性の確保	
		食事や仕立の管理	
	社会的な適性	調 理	
		調理以外の家事	
	対人関係	敬意と思いやり	
		喜 び	
	日課の遂行	寛容さ	
		批 判	
	ストレスその他の心理的要求への対応	各 司	
		主体的関与	
	経済生活	対人関係の形成	
		対人関係の維持	
	セルフケア	対人関係における行動の調整	
		社会的ルールに従った対人関係	
社会的な適性	社会的影響の維持		
	日課の管理		
対人関係	日課の達成		
	自分の活動レベルの管理		
日課の遂行	責任への対応		
	ストレスへの対応		
セルフケア	ストレスへの対応		
	高橋への対応		
経済生活	基本的な経済的取引		
	複雑な経済的取引		
現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。			
評価点: 0: 完全にできない (障害は0~4%、自立している) 4: まったくできない (障害は96~100%、常に介助が必要)			
1: ほぼできる (障害は5~24%、見まもりや指導する程度) 5: 詳細不明			
2: 多少はできる (障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する) 6: 非該当			
3: ほとんどできない (障害は50~95%、指示・介助・介入を要することが多い)			
機能に影響する環境因子	領 域	評 価 点	説明(介入の要点や手がかりを明確にする)
	生産品と用具	処方薬、自家用意薬、薬、器具など	
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など	
	支援と関係(量的な側面)	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価	
	支援と関係(感情的な側面)	家族・知人の態度、治療や生活施設などの人的環境の質的な評価	
	サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など	
	環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。		
評価点: 0: 「促進的」 1: 「どちらかという」と阻害的 2: 「どちらでもない」 3: 「どちらかという」と阻害的 4: 「阻害的」 5: 5段階			
通院先における関係者	退院後の担当保護観察所	社会復帰準備官	その他のサービス
	指定通院医療機関	管 理 官	
	障害福祉サービス事業等	管 理 官	
退院後治療:			

以下 (略)

通院処遇ガイドライン

目次 (略)

I・II (略)

III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ

1 (略)

2 通院開始後

1) 前記通院医療

(治療目標；通院開始後6カ月で中期通院医療へ移行)

(略)

(通院対象者の到達レベルの目安)

(略)

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

(略)

「訪問援助における留意事項」

○ 通院対象者との信頼関係の構築に重きを置く。

○ 通院対象者の自立生活能力（パーソナルケア・安全管理等）のアセスメントを行う。

○ 通院対象者の居住環境を把握し、通院対象者が在宅（又はグループホーム等）生活に早くなれるよう、医学的見地からの相談・援助を行う。

○ 必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、通院対象者と協働して服薬管理に携わる。

○ 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。

○ 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。

○ 訪問ごとに予定時間を確認するなど、通院対象者や関係機関との連絡を密に行う。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

(略)

2) 中期通院医療

(治療目標；通院開始後24カ月で後期通院医療へ移行)

(略)

(対象者の到達レベルの目安)

(略)

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

(略)

「訪問援助における留意事項」

- 通院前期に引き続き、通院対象者が独りでできることの確認と向上を促す（衣替え、公共料金の支払い等）。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。
- 日常生活行動（衣・食）や健康管理に関する支援を行う。
- 必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、通院対象者と協働して服薬管理に携わる。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

(略)

3) 後期通院医療

（治療目標；通院決定又は退院許可決定から36カ月で処遇終了（通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最大60カ月まで延長））

(略)

（通院対象者の到達レベルの目安）

(略)

（提供される医療サービスごとの留意事項）

(略)

「外来診察における留意事項」

(略)

「訪問援助における留意事項」

- 通院対象者の自立的活動を促すことに重きを置いた援助を行う。
- 通院対象者に自らの社会的役割を意識させるような援助を行う。
- 処遇終了に向けての通院対象者の気持ちの変化に注目する。
- 通院対象者の社会における対人関係（他者との協調性・自発性等）を評価する。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保健所、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

(略)

4) (略)

IV・V (略)

通院基本情報管理シート (略)

指定通院医療機関 治療評価会議シート（1ヶ月毎）

患者番号（ ） シート番号（ ） 1 / 2 作成日

フリガナ		性別		現在年齢	
本人氏名		生年月日			
治療期	左記治療期の開始(年月日)				
保護観察所	社会復帰調整官				
指定入院	通院開始年月日	施設名	管理者	多職種チームの担当者	
医療機関	医師	精神保健福祉士	看護師		
	臨床心理技術者	作業療法士	その他		
主診断(ICD)	(F)				
副診断(ICD)	(F)				
身体疾患(ICD)	()				
1ヶ月間の特記すべき状態、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点 介入の内容：医療機関（訪問看護・指導も含む）、保護観察所、地域などに分けて記載					
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す			効果と問題点		
2) 保護観察所			効果と問題点		
3) 地域(保健所、障害福祉サービス事業者等)			効果と問題点		
1ヶ月間の地域における生活状況等					
日常生活、就労状況、対人関係など					

以下 (略)

指定通院医療機関 治療評価会議シート（3ヶ月毎）

患者番号（ ） シート番号（ ） 1 / 2 作成日

フリガナ			性別			現在年齢
本人氏名			生年月日			
治療期	中期	左記治療期の開始(年月日)				
保護観察所			社会復帰調整官			
指定入院	通院開始年月日	施設名				管理者
医療機関	多職種チームの担当者					
	医師	精神保健福祉士				看護師
	臨床心理技術者	作業療法士				その他
主診断(ICD)	(F)					
副診断(ICD)	(F)		(F)			
身体疾患(ICD)	()					
3ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点						
介入の内容：医療機関（訪問看護・指導も含む）、保護観察所、地域などに分けて記載						効果と問題点
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す						
2) 保護観察所						効果と問題点
3) 地域(保健所、障害福祉サービス事業者等)						効果と問題点
3ヶ月間の地域における生活状況等						
生活状況、日常生活、就労状況、対人関係など						

以下（略）

三 地域社会における処遇のガイドラインについて（平成17年7月14日法務省保総第595号障精発第0714003号法務省保護局総務課長，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）

地域社会における処遇のガイドライン

目次

1 （略）

2 総論

(1)～(4) （略）

(5) 関係機関の基本的な役割

ア （略）

イ 各関係機関の基本的な役割

(ア)～(キ) （略）

(ク) 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービス事業を行う者，障害者支援施設，地域活動支援センター及び福祉ホーム等（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）

(ケ) （略）

(6)・(7) （略）

3 （略）

1 （略）

2 総論

(1) 基本用語の定義

○ 本ガイドラインにおいて、「地域社会における処遇」とは、本制度の対象者に対し、関係機関が相互に連携し、地域社会において、継続的かつ適切な医療を提供するとともに、その生活状況の見守りと必要な指導を行い、また、必要な精神保健福祉サービス等の援助を提供する等の処遇をいう。

○ 本ガイドラインにおいて「関係機関」とは、地方厚生局，指定医療機関及び保護観察所のほか，精神障害者の保健及び福祉に携わる以下の機関をいう。

- ・ 都道府県・市町村（特別区を含む。以下同じ。）の主管課
- ・ 都道府県・市町村の設置する精神保健福祉センター，保健所等の専門機関
- ・ 障害福祉サービス事業者等の精神障害者の地域ケアに携わる機関

○ 本ガイドラインにおいて、「入院」とは，指定入院医療機関への入院をいい，「入院医療」とは，指定入院医療機関における入院による医療をいう。

○ 本ガイドラインにおいて、「退院」とは，指定入院医療機関における入院医療が終了し，地域社会における処遇に移行することをいい，「通院医療」とは，指定入院医療機関による入院によらない医療をいう。

○ 本ガイドラインにおいて、「ケア会議」とは、個々の対象者（入院医療を受けている者を含む。）に対する地域社会における処遇の実施体制、実施状況等に関する情報の共有と処遇方針の統一を図るため、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県・市町村（その設置する保健所等の専門機関を含む。以下同じ。）のほか、必要に応じ、障害福祉サービス事業者等の関係機関の参加を得て主催する会議をいう。

○ 「地域社会における処遇」の概要については、図1のとおり。

(2) (略)

(3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項（精神保健福祉法との関係を含む。）

ア 関係機関相互間の連携確保及び役割の明確化

○ 地域社会における処遇が円滑に実施されるためには、そのためのシステムとして、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村、障害福祉サービス事業者等）相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関の役割の明確化を図ることが必要である。

イ～エ (略)

(4) 関係機関相互間の連携

ア 法務省及び厚生労働省における連携

○ 法務省及び厚生労働省（以下「両省」という。）は、連携して本制度の円滑な運用の確保に努める。

○ 両省は、指定医療機関の指定状況や保護観察所による関係機関相互間の協力体制の整備状況など、地域社会における処遇の実施体制についての情報を共有する。

○ 両省は、地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等の関係機関相互の連携協力が円滑に行われるよう、具体的方策を講ずる。

○ 両省は、地域社会における処遇の運用状況についての情報を共有するとともに、常に評価を行い、必要に応じ、本ガイドラインの見直しを行う。

○ 両省は、地域社会における処遇の実施において支障を生じた場合には、速やかに協議し、その対応策を講ずる。

イ 地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等

○ 保護観察所と都道府県とは相互に協力しつつ、地域社会における処遇に携わる関係機関と協議して、本ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を定める運営要領等を作成し、実際の地域処遇が各都道府県の実情に応じて円滑に行われるよう配慮する。

○ 各関係機関は、地域精神保健福祉連絡協議会等の既存のネットワークを活用するほか、平素から各関係機関が行う会議等に相互に職員を派遣するなどし、その緊密な連携に努める。

○ 本制度の地域社会における処遇の実施においては、都道府県・市町村、障害福

社サービス事業者等は、精神保健福祉業務の一環として各種の援助業務等を行うものであり、これら関係機関等の協力体制を強化する必要がある。

- 各関係機関は、地域における精神障害者に対する医療・保健・福祉の実情について情報を共有する。
- 各関係機関は、当該地域における処遇の円滑な推進のため、あらかじめ役割分担を明確にし、それぞれ関係機関相互間の必要な連絡調整を行うための窓口を設ける。
- 地域社会における処遇の実施に当たっては、関係機関の担当者のみならず、必要に応じ、対象者の社会復帰を支援する家族等のキーパーソンとの連携にも配慮する。

(5) 関係機関の基本的な役割

ア (略)

イ 各関係機関の基本的な役割

(ア)～(エ) (略)

(ウ) 市町村主管課

- 精神保健福祉サービスの利用の窓口となり、あつせん、調整を行う。
- 当該市町村の関係機関及び障害福祉サービス事業者等が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど、必要な調整を行う。
- 保健所と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。

(カ)・(キ) (略)

(ク) 障害福祉サービス事業者等

- 個別事例に応じ、地域社会における処遇に携わる関係機関との連携・協力関係に基づく精神保健福祉サービスの提供を行う。
- 個別事例に応じ、処遇の実施計画における援助の内容の作成に関与する。
- 個別事例に応じ、地域活動支援センターにおいて相談対応を行う。

(ケ) (略)

(6) (略)

3 各論

(1)・(2) (略)

(3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応

ア・イ (略)

ウ 処遇の実施(通院医療、精神保健観察、援助等)

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、対象者及びその家族等の関係者に対し、本制度による処遇の在り方や内容について、懇切・丁寧に説明し、理解を得よう努める。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、通院期間中、処遇の実施計画に基

づいて、概ね次のとおり処遇を行う。

- ・ 指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインに基づき、継続的かつ適切な医療を提供し、その病状の改善を図る。
- ・ 保護観察所は、必要な医療の継続を確保するため、訪問又は出頭による面談や、指定通院医療機関、都道府県・市町村等からの生活状況の報告などにより、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活状況を見守り、通院や服薬を促したり、家族等からの相談に応じ、助言を行うなどの必要な指導等を行う。
- ・ 都道府県・市町村は、対象者やその家族等からの相談に応じ、必要な指導を行ったり、必要とされる障害者自立支援法による障害福祉サービス等の利用の調整を行うほか、生活保護等の福祉サービス等の援助を行う。

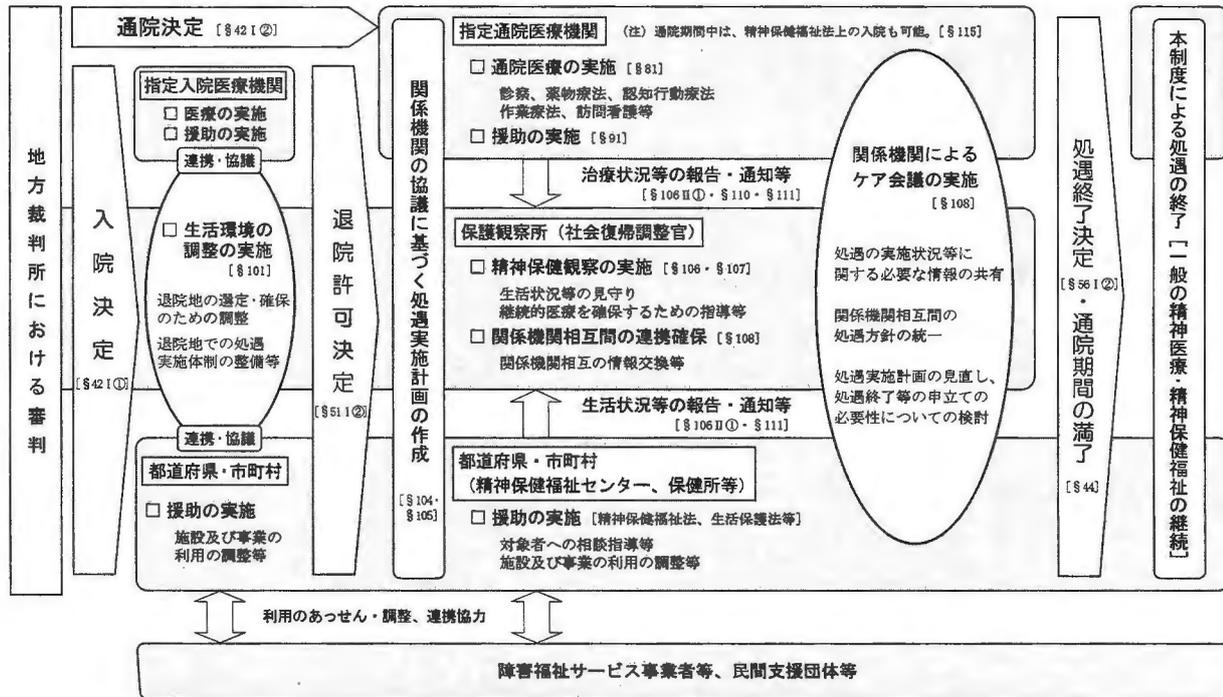
(以下略)

(図1)

■ 地域社会における処遇の概要

(注) 図中の[§]は、心神喪失者等医療観察法の該当条文を示す。([§42 I ②]は、42条1項1号)

地域社会における処遇
(処遇実施計画に基づく処遇の実施)



23. 指定医療機関指導監査要綱等について

平成18年10月4日 障精発第1004001号
一部改正 平成21年3月31日 障精発第0331005号
各地方厚生局健康福祉部長あて
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

本日、指定医療機関指導監査要綱を別添1のとおり定め、指導監査の事務処理要領を別添2のとおり定めたので、関係制度の円滑な実施について遺憾なきを期されたい。

指定医療機関指導監査要綱

第一 目的

この指導監査要綱は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）第85条第1項及び第97条第1項の規定に基づき、指定医療機関に対する指導監査の基本的事項を定めることにより、もって、指定医療機関における精神科医療の質的向上や診療及び診療報酬請求の適正化を図ることを目的とする。

第二 指導監査方法等

1 指導監査の対象

- (1) 法第85条第1項の規定により対象となる指定医療機関
法第2条第5項の指定入院医療機関及び同条第6項の指定通院医療機関
- (2) 法第97条第1項の規定により対象となる指定医療機関
法第2条第5項の指定入院医療機関

2 指導監査は、「一般指導監査」及び「特別指導監査」とする。

(1) 一般指導監査

- ア 指定入院医療機関については、原則として年1回は、実地により行うものとする。
- イ 指定通院医療機関については、原則として5年に1回は、実地により行うものとする。

(2) 特別指導監査

特別指導監査は、次のいずれかに該当する場合に随時行うものとする。

- ア 診療内容及び診療報酬の不正又は著しく不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。
- イ 法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者（以下「入院対象者」という。）の病状に照らして、明らかに入院による医療が必要ないにもかかわらず、指定入院医療機関の管理者が裁判所に対して法第49条第1項の退院の許可の申立てを行わない場合。
- ウ 入院対象者への処遇に法令等に違反していると疑うに足りる理由があるとき。
- エ 度重なる一般指導監査によっても是正の改善がみられないとき。
- オ 正当な理由がなく、一般指導監査を拒否したとき。

3 指導監査の実施等

(1) 事前準備

指導監査に必要な資料は、指定医療機関にあらかじめ準備させることとし、事務の効率性の観点から事前に資料提出の協力を求めるものとする。

なお、資料を提出させるに当たっては、指導監査の必要性に鑑み過重なものとな

らないよう配慮し必要なものに限ること。

(2) 法第85条第1項による指導監査に係る事前調査

指導監査の実施に当たっては、実施する前に診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。）による書面審査を行うとともに、必要と認められる場合には、入院対象者等指定医療機関において医療を受けている者に対する実地調査を行う。

(3) 実施通知

実施の時期が確定したときは指導監査の対象となった指定医療機関に対し、次に掲げる事項を文書により通知する。

ア 指導監査の根拠規定

イ 指導監査の日時及び場所

ウ 指導監査を担当する者（以下「指導監査担当者」という。）

エ 出席者

オ 準備すべき書類等

(4) 指導監査の実施体制

指導監査は、原則として地方厚生局の職員が行い、精神保健指定医を同行させることとする。また、必要に応じて厚生労働本省の職員と共同で実施する。

(5) 指導監査の実施方法

ア 指定入院医療機関については、原則として精神保健指定医が入院対象者に対して診察を行うものとする。

イ 入院対象者の行動制限等に関する聞き取り調査については、指定入院医療機関の職員に対するものだけでなく、入院対象者に対しても適宜行うようにする。

ウ 指導監査を行うに当たっては、医療監視と併せて行うなど、連携を十分に図ること。

(6) 出席者

指導監査対象となる指定医療機関の開設者及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて医師、薬剤師、看護師、診療報酬請求事務担当者その他関係者の出席を求める。

(7) 関係団体への立会いの依頼等

指導監査の方法等について事前に関係団体と調整し、指導監査の実施時には立会いの協力を求めるものとする。

4 指導監査実施上の留意事項

(1) 指導監査は、公正かつ懇切丁寧な態度で実施し、努めて関係者の理解と自発的協力が得られるよう配慮すること。

(2) 指導監査の過程においては、直接の担当者からの事情聴取のみに終始することなく、責任者を中心に進めるようにし、相互信頼を基礎として十分意見の交換を行い、一方的判断を押しつけることのないよう留意すること。

(3) 指導監査の結果、問題点を認めたときは、できる限りその発生の原因の究明を行

うよう努めること。

5 指導監査項目について

別添2「指導監査の事務処理要領」に基づき、次の事項について指導監査を行うこと。

- (1) 指定医療機関の人員、設備等に関する基準について
- (2) 医療環境について
- (3) 処遇について
- (4) 医療の提供について
- (5) 診療録等について
- (6) その他

第三 指導監査後の措置

1 講評及び指示

指導監査終了後、出席者に対して講評及び必要な助言又は指示を行うこと。

2 指導監査調書の作成

指導監査終了後、指導監査調書を作成すること。

3 指導監査結果の通知

指導監査結果の指示は、具体的に改善を要すると認められた事項について、速やかに文書により通知を行うものとする。

4 改善報告書の提出

- (1) 文書で指摘した事項については、改善報告書の提出を求めるものとし、必要に応じて職員を派遣し、その実行を確認すること。

5 行政上の措置

- (1) 法第97条第1項の規定に基づく指導監査結果の改善通知の事項について、改善の措置が講じられない場合は、個々の内容に応じ、法第98条の規定により改善命令等所要の措置を講ずるものとする。
- (2) 法第85条第1項の規定に基づく指導監査結果により、診療内容及び診療報酬請求に不当又は不正のあった場合には、不当又は不正のあった部分に係る医療費の全部又は一部について返還させるものとする。

なお、当該部分の支払いが未だ行われていない場合には、社会保険診療報酬支払基金に速やかに通知し、支払いを停止すること。

さらに、診療内容及び診療報酬請求に不当又は不正があり、指定医療機関として不適当と認められるものについては、法第18条の規定に基づき指定の取消しを行うものとする。

- (3) 実地指導を行った際には、その都度別紙1の報告書を作成すること。また、別紙2及び3により4月1日から翌年3月31日までを一括して取りまとめ、同年4月末日までに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長まで報告すること。

ただし、法律上適正を欠く等の疑いが発見された場合には、速やかに連絡するとともに、別紙1による報告書についても早急に提出すること。

指導監査の事務処理要領

1 指定医療機関の人員、設備等に関する基準

(1) 指定入院医療機関の基準について

- ア 医療法(昭和23年法律第205号)第21条及び第23条第1項の基準を満たしているか。ただし、当該指定入院医療機関における精神障害を有する者に対する医療及び保護の体制、当該指定入院医療機関の管理運営の状況、当該指定入院医療機関の地域における役割等を勘案し指定入院医療機関として指定することが適当であると認められた指定入院医療機関についてはこの限りでないこと。
- イ 指定入院医療機関の専ら入院対象者に医療を実施するための病棟(以下「専門病棟」という。)に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されており、かつ、当該専門病棟を有する指定入院医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されているか。
- ウ 医療法施行規則(昭和23年厚生労働省令第50号)第19条第1項第3号に定める薬剤師の員数以上の員数が配置されているか。
- エ 専門病棟における医師の数は、当該病棟に法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受け現に入院している者(以下「入院対象者」という。)の数が8又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、当該専門病棟に勤務する医師の過半数は常勤の医師であるか。
- オ 専門病棟における常勤の看護師の数は、4に、当該専門病棟の入院対象者の数に1.3を乗じた数を加えた数以上であるか。
- カ 専門病棟における常勤の作業療法士、精神保健福祉士並びに臨床心理技術者の数の合計は、1に当該専門病棟の入院対象者の数が5又はその端数を増すごとに1を加えた数以上であるか。
- キ 専門病棟に係る病床は全て個室で、床面積は10平方メートル以上あるか。
- ク 2カ所以上の診察室を有しているか。
- ケ 酸素吸入装置・吸引装置等を有する処置室を有しているか。
- コ 床面積10平方メートル以上の保護室を有しているか。
- サ 集団精神療法室、作業療法室を有しているか。
- シ 入院対象者が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話を設置しているか。
- ス 当該指定入院医療機関には、医療の質を確保するため、「新病棟外部評価会議」、「新病棟運営会議」、「新病棟倫理会議」、「新病棟治療評価会議」及び「地域連絡会議」が設置され、定期的開催されているか。
- セ 緊急時に対応するため、「事故・火災発生対応マニュアル」及び「無断退去等対応マニュアル」が整備されているか。

ソ 無断退去を防止するため、安全管理体制が整備されているか。

(2) 指定通院医療機関の基準について

ア 指定通院医療機関に通院対象者通院医学管理を担当する常勤の精神保健指定医が1名以上配置されているか。

イ 当該医療機関に、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されているか。

ウ 当該医療機関には、医療の質を確保するため「多職種チーム会議」が設置され、定期的に開催されているか。

エ 保護観察所が設置する「ケア会議」に参加しているか。また、処遇の実施計画に協力するなど緊密な連携体制が整備されているか。

オ 患者の病状急変等により、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制があるか。

カ 当該医療機関は、医療観察精神科デイ・ケア及び医療観察精神科訪問看護・指導を実施できる体制を整えているか若しくはそのような他の指定通院医療機関と連携をとっているか。また、通院対象者の急性増悪等による入院における診療に対処するため、当該医療機関の1つの精神病棟における常勤の看護師若しくは准看護師の数が、当該病棟の入院患者の数の3若しくはその端数を増すごとに1以上であり、かつ、当該病棟の看護師の割合が4割以上であるか、又は前述と同等の機能を有する医療機関との連携体制を有しているか。ただし、当該医療機関における精神障害を有する者に対する医療及び保護の体制、当該医療機関の管理運営の状況、当該医療機関の地域における役割等を勘案し指定通院医療機関として指定することが適当であると認められた医療機関については、この限りではないこと。

2 医療環境について

(1) 入院対象者の具合が悪い際には、要求に応じて医師の診察がなされる等の体制になっているか。

(2) 作業療法等の社会復帰に向けた努力を行っているか。

(3) 病棟内において苦情・相談等の処理は行われているか。

(4) 病室、寝具等は清潔に保たれているか。

(5) 入浴の回数、方法等は適切か。

(6) 給食について、入院対象者の栄養所要量を充たすだけの食事が提供されているか。

(7) 向精神薬の保管について、職員が実地で盗難の防止につき必要な注意をする場合を除き、かぎをかけた設備内で行われているか。

(8) 防火訓練及び避難訓練が適切に行われているか。

3 処遇について

(1) 入院対象者の通信面会の制限について

ア 医療機関の管理者が信書の発受の制限を行っていないか。(刃物・薬物等の異物

が同封されていると判断される場合を除く。)

- イ 医療機関の管理者が、付添人、都道府県、市町村及び保護観察所等の職員との電話制限及び面会制限を行っていないか。
 - ウ 入院対象者に対して、通信・面会は基本的に自由であることを文書又は口頭により伝えているか。
 - エ 入院対象者の医療の必要性を慎重に判断することなく、通信・面会の制限を行っていないか。
 - オ 電話・面会制限を行った場合、その事実及び理由を診療録に記載するとともに、入院対象者、付添人及び保護者に知らせているか。
 - カ 電話機は、入院対象者が自由に使える場所に設置されているか。その際、硬貨収納式電話機(旧ピンクの電話)等の設置や状況に応じて携帯電話の活用を図っているか。
 - キ 当該指定入院医療機関の所在地を管轄する保護観察所、裁判所、法務局又は地方法務局及び地方厚生局の電話番号を入院対象者の見やすいところに掲示しているか。
 - ク 入院後、入院対象者の症状に応じてできる限り早期に入院対象者に面会の機会を与えているか。
 - ケ 面会について、入院対象者若しくは面会者の希望のある場合又は医療のため特に必要がある場合を除いて、医療機関の職員の立会いを条件に行っているようなことはないか。
- (2) 入院対象者の隔離について
- ア 入院対象者の隔離は、当該入院対象者の症状からみて、その医療を実施する上でやむを得ずなされるものであり、次の場合以外に行っていないか。
 - (ア) 他の入院対象者との人間関係を著しく損なう場合。
 - (イ) 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。
 - (ウ) 他害行為や迷惑行為、器物破損行為の危険性が著しい場合。
 - (エ) 不穏・多動・爆発性等が目立ち、一般個室では治療できない場合。
 - (オ) 身体合併症治療の検査及び処置等のために隔離が必要な場合。
 - (カ) 入院対象者本人の意思による入室である旨の書面を得て、閉鎖的環境の部屋に入室させている場合。
 - イ 入院対象者の12時間以上の隔離を行う場合には、精神保健指定医の診察に基づいているものか。
 - ウ 12時間を超えない隔離については、医師の判断に基づくものか。
 - エ 隔離を行った場合には、入院対象者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診療録に記載することにより確認することができるようにされているか。
 - オ 隔離を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。

- カ 隔離が複数日に及ぶ場合、1日1回は医師による診察が行われているか。
- キ 保護室に2名以上の入院対象者を入院させていないか。
- ク 隔離を行っている間も、洗面、入浴、清掃等入院対象者及び部屋の衛生が確保されているか。
- ケ 保護室を医療の目的外に使用していないか。
- コ 機械的に期間を設定する等、必要以上に入院対象者を保護室に隔離させているようなことはないか。

(3) 入院対象者の身体拘束について

- ア 入院対象者の身体拘束は、当該入院対象者の生命の保護及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、次の場合以外行っていないか。
 - (ア) 自殺又は自傷の危険性が高い場合。
 - (イ) 多動・不穏が顕著である場合。
 - (ウ) そのまま放置すれば入院対象者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。
- イ 入院対象者の身体拘束は精神保健指定医の診察に基づいているか。
- ウ 身体拘束を行った場合、入院対象者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診療録に記載することにより確認することができるようにされているか。
- エ 身体拘束を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。
- オ 身体拘束を行った入院対象者について、頻回に医師による診察が行われているか。
- カ 身体拘束に当たっては、衣類又は綿入り帯等を使用しているか。

(4) 入院対象者の隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳整備について

指定入院医療機関への入院対象者に対する隔離・身体拘束その他の行動制限（以下「行動制限」という。）が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるように、行動制限を受けている対象者や対象者ごとの行動制限の期間を記載した一覧性のある台帳（様式は一律には定めないが、入院対象者氏名、行動制限開始日及び行動制限内容（平成17年7月14日厚生労働省告示第337号に定める隔離・身体拘束については、必須記載）について記載すること。）が月毎に1枚整備され、行動制限を行った際に直ちに記入されているか。

(5) その他の処遇について

- ア 入院対象者に対し、暴行を加えて人権を侵害している等の事実はないか。
- イ 回復期及び社会復帰期にある入院対象者については、原則として本人が金銭の管理を行っているか。急性期にある入院対象者については、必要な場合に限り、保護者等の同意を得て、当該指定入院医療機関が預り金として管理しているか。
- ウ 実費徴収の取扱いについては、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号）に準じた取扱いとしているか。

エ 将来発生することが予想される債権（実費徴収等）を適正に管理するため、当該指定入院医療機関が金銭を管理する預り金については、入院対象者（急性期の場合には保護者等）への十分な情報提供と同意の下、内容、金額、精算方法等が提示できるようにしてあるか。

オ 預り金は、原則として個人毎に口座を設けて管理し、収支状況についても個人毎に整理、把握され、入院対象者や保護者等から要請があった場合は、速やかに提示できるようにしてあるか。

カ 預り金の管理にかかる費用については、必要最低限の実費として積算した経費に限って徴収しているか。徴収する場合には、預り金に関する契約を締結し、約定書として保存しているか。

キ 作業療法の限界を超え、又は作業療法という名目の下に入院対象者を使役するようなことはしていないか。

ク 作業療法の結果として生じた果実により得た副次的な収益について、入院対象者の福利厚生又は当該入院対象者自身のため以外に充当されていないか。

4 医療の提供について

（指定入院医療機関）

(1) 全入院対象者に共通的な治療指針を新病棟運営会議において策定し、新病棟外部評価会議で適宜評価を受けているか。

(2) 入院対象者の症状が重篤であり治療の開始を遅らせることにより当該入院対象者の心身に著しい不利益を来すおそれが高いと判断する際の評価基準を新病棟運営会議であらかじめ設けており、本基準に基づき緊急的な治療を行った事例を集積し、定期的に見直しを行っているか。

(3) 新病棟治療評価会議の多職種チームにより入院対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供しているか。

(4) 入院対象者の治療段階（「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」）の各評価は、多職種チームによる新病棟治療評価会議において行われているか。

(5) 当該評価結果に基づいて当該指定入院医療機関の管理者は、入院対象者の治療段階（「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」）の移行決定を行っているか。また、当該管理者の移行の決定は、診療録その他諸記録に照らして妥当・適切か。

(6) 入院処遇ガイドラインに沿った急性期医療、回復期医療及び社会復帰期医療が適切に提供されているか。

(7) 多職種チームにおいて入院対象者の院内散歩、院外外出及び外泊の計画が作成されているか。

(8) 入院対象者の院内散歩、院外外出及び外泊の実施に当たっては多職種チームによる協議及び精神保健指定医の診察を経て、当該指定入院医療機関の管理者の責任により行われているか。

(9) 当該指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指

定医の診察に基づき、入院による医療を行う必要性を認めることができなくなった場合、速やかに法第49条第1項の退院の許可の申立てを行っているか。

- (10) 当該指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医の診察に基づき、入院による医療の必要性が認められる場合には、前の決定から6か月が経過する以前に、法第49条第2項の入院継続の確認の申立てを行っているか。
 - (11) 他の指定入院医療機関への転院については、指定入院医療機関運営ガイドラインの要件を満たしているか。
 - (12) 合併症治療のための他医療機関への一時的な入院については、入院対象者の医療上の必要に基づき、当該指定入院医療機関の管理者の責任により行われているか。
 - (13) 当該指定入院医療機関で行われる医療行為について治療者は十分な説明を行い、入院対象者の理解による同意を得られるように努めているか。
 - (14) 入院対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお当該入院対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について当該入院対象者とよく相談し、また多職種チームにより入院対象者の治療意欲を引き出す取組みを行っているか。
 - (15) 十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取組みを行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、当該入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行っているか。
 - (16) 同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組みを継続しているか。
 - (17) 同意によらない治療を継続している入院対象者に関しては、各回の新病棟倫理会議において報告を行い、その必要性について評価を受けているか。
 - (18) 別途定められている緊急性評価の基準に基づき、入院対象者の症状が重篤であり治療の開始を遅らせることにより当該入院対象者の心身に著しい不利益を来すおそれが高いと判断され、緊急的に同意によらない治療行為を行う場合、事後開催される新病棟倫理会議において当該判断及び治療行為の内容について報告し評価を受けているか。
- (指定通院医療機関)
- (1) 多職種チームにより通院対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供しているか。
 - (2) 通院対象者の治療段階（「前期通院」、「中期通院」、「後期通院」）の各評価は、多職種チーム会議において行われているか。
 - (3) 通院処遇ガイドラインに沿った前期通院医療、中期通院医療、後期通院医療が適切に提供されているか。
 - (4) 当該指定通院医療機関の管理者は、通院処遇ガイドラインに従い「処遇の終了」、「通院期間の延長」及び「(再)入院」の意見書を作成し、保護観察所の長に提出しているか。

- (5) 転居等による指定通院医療機関の変更については、指定通院医療機関運営ガイドラインの要件を満たしているか。
- (6) 当該指定通院医療機関の管理者は、指定通院医療機関運営ガイドラインに従い通院対象者の長期旅行への対応について必要な情報提供を保護観察所に行っているか。
- (7) 急性増悪包括管理料を算定した月にあつては、集中的な医学管理が行われているか（なお、急性増悪包括管理料が頻回（概ね年に2回以上）に算定されている場合は、別途監査を行うなどして、適正化に努めること）。
- (8) 通院対象者社会復帰体制強化加算の届出をしている場合には、当該施設基準を満たしているか。

(診療報酬関係)

- (1) 診療内容について以下の不正が行われていないか。
 - ア 診断名（誤診の場合を除く。）に基づく診療とは異なる不実の診療行為をなすこと。（例えば、診断名とは異なる検査、処置、投薬等を行うこと。）
 - イ 違法の診療行為をなすこと。（例えば、法に基づく診療報酬及び健康保険・老人保健に基づく診療報酬において認められていない特殊療法又は新療法が行われ、これが別の名称で請求されていないこと。）
 - ウ 診療録に必要な事項を記載しないこと及び実際の診療行為と異なるものを記載すること。
- (2) 診療内容について以下の不当な行為が行われていないか。
 - ア 実質的に妥当を欠く診療行為をなすこと。（例えば、診療方針又は医学通念にてらして、必要の限度を超え、又は適切若しくは合理的でない診療を行うこと。即ち、濃厚診療、過剰診療、過小診療等を行うこと。）
 - イ 診療録の記載が乱雑であったり、不明確であること。
- (3) 診療報酬の請求について以下の不正が行われていないか。
 - ア 不実の請求をすること。（例えば、診療の事実がないのに請求すること。）

5 診療録等について

- (1) 適切に作成された診療録が適切に管理、保存されているか。
- (2) 入院処遇ガイドラインによる「入院時基本情報管理シート、新病棟治療評価会議シート、新病棟運営会議シート、入院継続情報管理シート又は退院前情報管理シート」並びに通院処遇ガイドラインによる「対象者の通院開始時に整備すべき情報、指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」が適正に整理保管されているか。
- (3) 診療録の開示に当たっては、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）に基づいて適切に行われているか。

6 その他

- (1) 心身喪失者等医療観察法指定入院医療機関運営負担金が交付の目的どおり適切に使用されているか。

指定入院・通院医療機関実地指導結果報告書

実地指導日時等	平成 年 月 日 () : ~ :		実地指導担当者		精神保健指定医の同行 有 無	
医療機関名						
所在地						
病床数等	床 入院患者数 (実地指導日現在)				人	
従事者数	名 (うち常勤 名、非常勤 名)					
医師	名 (うち常勤 名、非常勤 名) うち精神保健指定医数 名 (うち常勤 名、非常勤 名)					
薬剤師	名 (うち常勤 名、非常勤 名)					
看護師	名 (うち常勤 名、非常勤 名)					
その他	作業療法士 名 (うち常勤 名、非常勤 名) 精神保健福祉士 名 (うち常勤 名、非常勤 名) 臨床心理技術者 名 (うち常勤 名、非常勤 名)					
実地指導結果の概要						
区分	項目内訳	概 要			改善計画	改善命令
1 指定入院医療機関の基準について						
2 指定通院医療機関の基準について						
3 医療環境について						
4 入院対象者の通信面会の制限について						

注) 「病床数等」及び「従事者数」欄については、医療観察病棟について記載する。

実地指導結果の概要

区分	項目 内訳	概 要	改善 計画	改善 命令
5 入院対象者の隔離について				
6 入院対象者の拘束について				
7 その他の処遇について				
8 医療の提供について(指定入院医療機関)				
9 医療の提供について(通院入院医療機関)				
10 医療の提供について(診療報酬関係)				
11 診療録等について				
12 その他				

注)「改善計画」、「改善命令」欄については、該当する欄に○印を付すこと。

実地指導の結果に基づき採った措置

その他特記すべき事項

指定入院・通院医療機関実地指導結果総括表

地方厚生局名

医療機関名	実地指導人員	指 摘 事 項	改 善 事 項
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		

指定入院・通院医療機関実地指導結果集計表

地方厚生局名

医療機関名	区 分											合 計		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	指摘なし	改善計画	改善命令

注)「区分」欄については、別紙1の「実地指導結果の概要区分」欄毎の結果に基づいて「指定事項なしの場合は1」、「改善計画書の提出を求める場合は2」、「改善命令を行った場合は3」をそれぞれ記載するとともに、「合計」欄にそれぞれの件数を記載すること。

24. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について

平成7年9月12日 健医発第1132号
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段のご配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、また、施行令及び施行規則の関連規定も整備されたところである。

このため、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」を定め、平成7年10月1日から適用されることとしたので、この制度の適正かつ円滑な実施を図るとともに、手帳に基づく生活支援策の推進を図られるよう、特段の配慮をお願いする。

精神障害者保健福祉手帳制度実施要領

第一 目的

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

これは、これまで身体障害者については身体障害者手帳が、精神薄弱者については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることにかんがみ、障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置付けられたことを契機に、精神保健法を「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「法」という。）」に改め、同法第45条により、手帳制度を創設することとしたものである。

第二 手帳の交付手続き

1. 交付申請

- (1) 精神障害者（知的障害者を除く。以下同じ。）は、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地とする。以下同じ。）の都道府県知事に、精神障害者保健福祉手帳の交付を申請することができる。（法45①）
- (2) 手帳の申請は、別紙様式1による申請書に、次の①又は②と③の書類等を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事（指定都市市長を含む。以下同じ。）に提出することにより行う。（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（以下「令」という。）5の3）

① 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書（精神障害に係る初診日から6か月を経過した日以後における診断書に限る。）

② 精神障害を支給事由とする次の年金給付を現に受けていることを証する書類の写し

ア. 国民年金法による障害基礎年金及び昭和60年改正法による改正前の国民年金法による障害年金

イ. 厚生年金保険法による障害厚生年金及び昭和60年改正法による改正前の厚生年金保険法による障害年金

ウ. 国家公務員等共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の国家公務員等共済組合法による障害年金

エ. 地方公務員等共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の地方公務員等共済組合法による障害年金

オ. 私立学校教職員共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の私立学校教職員共済組合法による障害年金

カ. 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律（平成13年法律第101号。以下「平成13年統合法」という。）附則第16条第1項規定によりなおその効力を有するものとされた同法附則第2条第1項第1号に規定する廃止前農林共済法による障害共済年金及び平成13年統合法附則第16条第2項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法附則第2条第1項第5号に規定する旧制度農林共済法による障害年金並びに平成13年統合法附則第25条第4項第11号に規定する特例障害農林年金

キ. 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律による特別障害給付金

③ 精神障害者の写真

ア. 写真（縦4cm×横3cm）は脱帽して上半身を写したものであること。

イ. 手帳の申請のときから一年以内に撮影したものであること。

(3) (2) ①の医師の診断書は、別紙様式2による。

この診断書は、精神障害の診断又は治療に従事する医師によるものであり、これは、精神保健指定医を中心とし、精神科医を原則とするが、てんかんの患者について内科医などが主治医となっている場合のように、他科の医師であっても、精神障害の診断又は治療に従事する医師は含まれる。

(4) (2) ②の「精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写し」は、次のアの書類の写し又はイの書類の写しとする。

ア. 年金証書（年金裁定通知書と一体となっている証書についてはその部分を含む）及び直近の年金振込通知書又は年金支払通知書

イ. 特別障害給付金受給資格者証（特別障害給付金支給決定通知書）及び直近の

国庫金振込通知書又は国庫金送金通知書

- (5) 手帳の交付は、申請主義によるものとし、精神障害者本人が申請するものとするが、家族、医療機関職員等が手帳の申請手続の代行をすることはさしつかえない。

2. 障害等級

- (1) 手帳には、障害等級を記載するものとする。障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから1級、2級及び3級とし、各級の障害の状態は、それぞれ次に定めるとおりである。(令6)

1級 日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

3級 日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

- (2) 障害等級の判定に当たっては、精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に判定を行うものとし、その基準については、別に通知するところによる。

3. 審査及び判定

- (1) 都道府県知事は、1の申請に基づいて審査し、申請者が2(1)の障害等級で定める精神障害の状態にあると認めるときは、申請者に手帳を交付しなければならない。(法45②)

- (2) 都道府県知事は、1(2)①の医師の診断書が添付された申請について手帳の交付の可否及び障害等級の判定、当該都道府県（指定都市を含む。）に置かれている精神保健福祉センターに行わせるものとする。(法6②四)

- (3) 1(2)②の年金証書等の写しが添付された申請については、精神保健福祉センターによる判定を要することなく、手帳の交付を行うものとする。

この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば、手帳2級、年金3級であれば手帳3級であるものとする。

交付の可否の決定に当たっては、必要に応じ、申請者から同意書の提出を求め、社会保険事務所又は共済組合に精神障害の状態について該当する等級を照会する。

なお、年金証書を有する者であっても、医師の診断書により申請を行い、精神保健福祉センターの判定により手帳の交付を受けることができるものとする。

- (4) 都道府県知事は、申請書を受理したときは、交付の可否の決定を、概ね1か月以内に行うことが望ましい。

- (5) 都道府県知事は、手帳を交付しない旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45③)

通知の様式は、別紙様式3とし、居住地の市町村長を經由して通知する。

4. 手帳の様式及び記載事項

- (1) 手帳は、表紙に「障害者手帳」と標記し、その記載事項は、氏名、性別、住所、

生年月日、障害等級、手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限とし、様式は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（以下「規則」という。）別記様式第3号によるものとする。（規則25）

- (2) 手帳に記載する手帳の交付日は、市町村長が申請を受理した日とし、手帳に記載する手帳の有効期限は、交付日から2年が経過する日の属する月の末日とする。
- (3) 各都道府県において、精神保健福祉センター、保健所をはじめ各種の施設の所在地・電話番号や、手帳に関連して享受できる利益等について記載した資料を手帳に付加して交付することが望ましい。
- (4) 手帳番号は、各都道府県ごとの一連の番号とすること。

5. 手帳の交付

- (1) 手帳の交付は、その申請を受理した市町村長を経て申請者に対して交付する。（令6の2）

なお、家族、医療機関職員等が受領の代行をすることはさしつかえない。

- (2) 手帳の申請を受理する際に、申請書控えや、交付が可能となる予定日を記入をした申請受理書を交付しておき、手帳の交付に当たっては、それと引換えに交付するなどの方法により、受領者の身分確認に配慮する。

6. 手帳の交付台帳

- (1) 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳交付台帳（以下「手帳交付台帳」という。）を備え、次の事項を記載するものとする。（令7①，規則26）
 - ア. 精神障害者の氏名、性別、住所及び生年月日
 - イ. 障害等級
 - ウ. 手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限
 - エ. 手帳の再交付をしたときはその年月日及び理由
 - オ. その他必要な事項
- (2) 台帳の標準的な様式は、別紙様式7とする。

第三 手帳の更新、変更等

1. 手帳の更新

- (1) 手帳の有効期限は2年間であって、有効期間の延長を希望する者は、手帳の更新の手続を行うことが必要である。すなわち、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、2年ごとに、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければならない。（法45②）
- (2) 更新の手続きについては、「第二、1. 手帳の交付申請」に準ずる。（法45⑥，規則28①）

すなわち、手帳の更新の申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に更新である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②の書類、必要に応じ③（障害等級の変更の申請をする場合及び有効期限の更新欄がなくなった場合）を添えて、申請者の居住地

を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、精神保健福祉センターで判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、精神保健福祉センターにおける判定が不要である。

- (3) (1) の認定を受けるに当たっては、手帳の有効期限の日の3カ月前から申請を行うことができる。(規則28②)

なお、有効期限の経過後であっても、更新の申請を行うことができる。

- (4) 都道府県知事は、更新の申請を行った者が、障害等級に定める精神障害の状態であると認めるときは、保健所長を経由して、次のいずれかにより、手帳の更新を行う。(令8②, ③)

① その者の精神障害者保健福祉手帳に記載した有効期限を訂正の上、その者に返還する。

② 障害等級が変更した場合及び有効期限の更新欄がなくなった場合には、その者の精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とする。

- (5) なお、申請の際においては、あらかじめ手帳を添付させる必要は無く、更新を認める決定をした後に、市町村において(4)①又は②の取り扱いをする際に手帳を提出させることで足りるものであり、申請者が手元に手帳を有しない期間が長く生じないよう配慮する。

- (6) 都道府県知事は、障害等級に該当しない(手帳を更新しない)旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45⑥)

- (7) 更新後の有効期限は、更新前の有効期限の2年後の日とする。

2. 都道府県の区域を越える住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経て、新居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令7④)

届出に当たっては、別紙様式4による届出を行うとともに、別紙様式1による手帳の交付申請(都道府県間の居住地変更による手帳交付の申請)を行う。

- (2) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載した上、その届出書を受理した市町村長を経由して、旧手帳と引換えに、新たな手帳を当該者に交付するものとする。(令7⑤)

この場合、手帳の障害等級及び有効期限は、旧手帳と同一のものとし、精神障害者の写真、手帳番号及び手帳の交付日は、新たなものとする。

- (3) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、旧居住地の都道府県知事にその旨を通知しなければならない。

3. 氏名の変更及び都道府県の区域内の住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内にお

いて居住地を変更したときは、30日以内に、その居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令7②)

届出の様式は、別紙様式4とする。

- (2) 市町村長は、(1)の届出を受理したときは、手帳に変更内容を記載した上で、当該者に返還し、かつ、届出書にその旨を付記して、都道府県知事に送付する。(令7③)

また、都道府県知事は、台帳に必要な事項を記載する。

4. 障害等級の変更申請

- (1) 手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限の期間内においても、その精神障害の状態が重くなった(又は軽くなった)ことにより、手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至ったと考えるときは、障害等級の変更の申請を行い、判定を求めることができる。(令9①)
- (2) 障害等級の変更申請の手続きについては、「第三 1. 手帳の更新」に準ずる。(規則29)

すなわち、障害等級の変更申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に障害等級の変更の申請である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②と③の書類を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、精神保健福祉センターで判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、精神保健福祉センターにおける判定が不要である。

- (3) 都道府県知事は、障害等級の変更を認めるときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載するとともに、さきに交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。(令9②)

この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とし、写真は提出されたものを貼付する。手帳の有効期限は、変更決定を行った日から2年が経過する日の属する月の末日とする。

5. 手帳の再交付

- (1) 都道府県知事は、手帳を破り、汚し、又は失った(紛失した)者から手帳の再交付の申請があったときは、手帳を交付しなければならない。(令10①)

申請の様式は別紙様式4とする。

- (2) 再交付の申請は、その居住地を管轄する市町村長を経て、居住地の都道府県知事に申請しなければならない。(令10③)
- (3) 手帳を破り、又は汚した者から再交付の申請があったときは、都道府県知事は、その居住地を管轄する市町村長を経て、その手帳と引換えに新たな手帳を交付するものとする。
- (4) 手帳の再交付を受けた者が、失った手帳を発見したときは、速やかに、これを、その居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。

(令10②)

- (5) 有効期限が残存している旧様式(写真貼付無し)の手帳(平成18年9月30日以前に市町村が受理したもの)から新様式(写真貼付有り)の手帳へ変更を希望する者は別紙様式4に写真を添えて、居住地を管轄する市町村長を経て、居住地の都道府県知事に申請を行う。この場合において、手帳番号、手帳交付日、有効期限は旧手帳と同一とする。

6 手帳の返還等

- (1) 手帳の交付を受けた者は、政令で定める精神障害の状態がなくなったときは、速やかに都道府県に返還しなければならない。(法45の2①)

手帳の返還は、当該精神障害者保健福祉手帳に記載された居住地を管轄する市町村長を経て行わなければならない。(令10の2②)

- (2) 都道府県知事は、手帳の交付を受けた者について、政令で定める精神障害の状態がなくなったと認めるときは、その者に対し手帳の返還を命ずることができる。(法45の2③)

- (3) 都道府県知事が手帳の返還を命じようとするときは、あらかじめ精神保健指定医による診察を行わなければならない。(法45の2④)

なお、この場合における取り扱いは以下によること。

ア 都道府県知事が、精神病院への立ち入りを行い、指定医の診察の結果、入院中の者が政令で定める精神障害の状態でないことが判明し、手帳を所持していた場合には、6の(4)の手続きにより手帳の返還を命ずること。

イ 精神障害の状態でないことが著しく疑われる者、又は偽りその他不正の行為によって手帳を取得したことが著しく疑われる者であつては、あらかじめ別紙様式5により診察を行う日時等を本人に通知したうえで、指定医による診察を実施すること。

なお、診断書の様式は別紙様式2とする。

ウ イにより診察を行う旨を通知したにもかかわらず、これに応じない場合には、期限を定めて再度診察を受けるように督促すること。

- (4) 都道府県知事は、指定医の診察の結果、その者が政令で定める精神障害の状態でないことと診断された場合には、あらかじめ精神保健福祉センターの意見を聴き、理由を付して手帳の返還を命ずる旨を通知しなければならない。(法45の2⑤)

なお、通知の様式は別紙様式6とする。

7. その他

- (1) 手帳の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法第87条の規定による届出義務者は、速やかにその手帳を、手帳に記載された居住地の市町村長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。(令10の2①)

- (2) 都道府県知事は、次の場合には、手帳交付台帳からその手帳に関する記載事項を消除するものとする。(令7⑥)

- ① 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったために、手帳を都道府県に返還したとき。
 - ② 手帳の交付を受けた者が死亡したために、手帳を都道府県に返還したとき。
 - ③ 手帳の返還が無いが、手帳の交付を受けた者の死亡が判明したとき。
 - ④ 他の都道府県から、都道府県の区域を越える住所地の変更の通知を受けたとき
 - ⑤ 法第45条の2第3項の規定により、都道府県知事が手帳の返還を命じたとき。
- (3) 手帳の交付を受けた者は、手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。(法45の2②)

第四 手帳に基づく各種の援助施策の拡充について

1. 税制との関係

地方税法施行令、所得税法施行令及び法人税法施行令について、障害者控除等の税制措置の対象となる精神障害者の範囲は、手帳の交付を受けている者（特別障害者にあつては、手帳に障害等級が1級である者として記載されている者）とする。

なお、税制との関係については、別に通知する。

2. 生活保護との関係

(1) 生活保護法の障害者加算の認定に係る障害の程度の判定については、従来の障害年金証書の写し又は医師の診断書による判定に加えて、手帳の交付又は更新の年月日が当該障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けて1年6月を経過している者については、精神障害者保健福祉手帳（1級又は2級）による判定もできることとなる。

(2) なお、生活保護法の障害者加算の認定に当たっての精神障害者保健福祉手帳の利用については、別に通知する。

3. 各種の援助施策の拡充について

このほか、身体障害者手帳や療育手帳の交付を受けた者については、公共交通機関の運賃割引、公共施設の利用料割引、公営住宅に係る優遇等の各種の支援策が行われているところである。

精神障害者保健福祉手帳制度は、身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により各種の支援策を促進し、もって精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものであるので、各地方自治体においても、その趣旨を踏まえ、関係各方面の協力を得て、手帳に基づく各種の援助施策の拡充に努めるよう、特段のご尽力を図られたい。

(別紙様式1～4) 略

(別紙様式7) 略

(別記様式5)

第 号
年 月 日

診 察 通 知 書

殿

都道府県知事

印

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2第4項の規定に基づく精神保健指定医による診察を、下記のとおり実施することとなりましたので通知します。

なお、診察を受けられない理由がある場合は、あらかじめ下記の連絡先へ申し出て下さい。また、当日は本書を持参し提示して下さい。

記

- 1 診察を行う理由
- 2 診察予定日時
- 3 場 所
(備考) 案内図等を表記

- 4 連 絡 先

(別記様式6)

第 号
年 月 日

障 害 者 手 帳 返 還 通 知 書

殿

都道府県知事

印

平成 年 月 日に実施された、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2第4項の規定に基づく診察の結果、施行令第6条の規定による精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しなかったので、同法第45条の2第3項の規定により速やかに〇〇〇保健所長に返還することを命ずる。

25. 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について

〔平成7年9月12日 健医発第1133号〕
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、その実施要領については、本日付け健医発第1132号本職通知により通知したところである。

この実施要領における障害等級の判定の基準を、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」定めたので通知する。

(別紙)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、(1) 精神疾患の存在の確認、(2) 精神疾患(機能障害)の状態の確認、(3) 能力障害の状態の確認、(4) 精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる。障害の状態の判定に当たっての障害等級の判定基準を下表に示す。

なお、精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明(別添1)、障害等級の基本的な考え方(別添2)を参照のこと。

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患(機能障害)の状態	能力障害の状態
1級 (精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの)	<p>1 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの</p> <p>2 そううつ病(気分(感情)障害)によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状が高度であるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持ができない。</p> <p>3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。</p> <p>4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協動的な対人関係を作れない。</p> <p>6 身の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。</p> <p>7 社会的手続をしたり、一般の公共施設を利用することができない。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。</p> <p>(上記1～8のうちいくつか該当するもの)</p>

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
2級 （精神障害であつて、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの）	1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため、人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験あるもの 2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの 3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの 4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの 5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの 6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの 7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの	1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は援助なしにはできない。 3 金銭管理や、計画的で適切な買物は援助なしにはできない。 4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や、協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。 6 身の安全を保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。 7 社会的手続や、一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。 （上記1～8のうちいくつかに該当するもの）

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
3級 (精神障害であつて、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの)	<ol style="list-style-type: none"> 1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があり、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの 2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その病状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返すもの 3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの 4 てんかんによるものにあつては、発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの 5 中毒精神病によるものにあつては、認知症は著しくないが、その他の精神神経症状があるもの 6 器質精神病によるものにあつては、認知症は著しくないが、その他の精神神経症状があるもの 7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの 	<ol style="list-style-type: none"> 1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。 2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。 3 金銭管理や計画的で適切な買物は概ねできるがなお援助を必要とする。 4 規則的な通院・服薬は概ねできるがなお援助を必要とする。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいえず不安定である。 6 身の安全保持や危機的状況での対応は概ね適切であるが、なお援助を必要とする。 7 社会的手続や一般の公共施設の利用は概ねできるが、なお援助を必要とする。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいえず援助を必要とする。 (上記1～8のうちいくつか該当するもの)

(別添 1)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明

精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」及び「能力障害の状態」により構成しており、その適用に当たっては、総合判定により等級を判定する。

(1) 精神疾患（機能障害）の状態

精神疾患（機能障害）の状態は、「統合失調症」、「そううつ病（気分（感情）障害）」、「非定型精神病」、「てんかん」、「中毒精神病」、「器質精神病」、及び「その他の精神疾患」のそれぞれについて精神疾患（機能障害）の状態について判断するためのものであって、「能力障害の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

① 統合失調症

統合失調症は障害状態をもたらす精神疾患の中で頻度が高く、多くの場合思春期前後に発症する疾患である。幻覚などの知覚障害、妄想や思考伝播などの思考の障害、感情の鈍麻などの感情の障害、無関心などの意志の障害、興奮や昏迷などの精神運動性の障害などが見られる。意識の障害、知能の障害は通常見られない。急激に発症するものから、緩徐な発症のために発病の時期が不明確なものまである。経過も変化に富み、慢性化しない経過をとる場合もあり、障害状態も変化することがある。しかしながら、統合失調症の障害は外見や行動や固定的な一場面だけからでは捉えられないことも多く、障害状態の判断は主観症状や多様な生活場面を考慮して注意深く行う必要がある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 残遺状態

興奮や昏迷を伴う症状は一過性に経過することが多く急性期症状と呼ばれる。これに対し、急性期を経過した後に、精神運動の緩慢、活動性の低下（無為）、感情鈍麻、受動性と自発性欠如、会話量とその内容の貧困、非言語的コミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的役割遂行能力の低下といった症状からなる陰性症状が支配的になった状態を残遺状態という。これらは決して非可逆的というわけではないが、長期間持続する。

(b) 病状

「精神疾患（機能障害）の状態」の記述中に使用されている「病状」という用語は残遺状態に現れる陰性症状と対比的に使用される陽性症状を指している。陽性症状は、幻覚などの知覚の障害、妄想や思考伝播、思考奪取などの思考の障害、興奮や昏迷、緊張などの精神運動性の障害などのように目立ちやすい症状からなる。陽性症状は残遺状態や陰性症状に伴って生じる場合もある。

(c) 人格変化

陰性症状や陽性症状が慢性的に持続すると、連合弛緩のような持続的な思考過程の障害や言語的コミュニケーションの障害が生じ、その人らしさが失われたり変化したりする場合がある。これを統合失調症性人格変化という。

(d) 思考障害

思考の障害は、思考の様式や思路の障害と内容の障害に分けられる。様式の障害には、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの統合失調症に特有な障害の他に強迫思考などがある。思路の障害には、観念奔逸、思考制止、粘着思考、思考保続、滅裂思考、連合弛緩などがある。内容の障害は、主に妄想を指すが、その他に思考内容の貧困、支配観念なども含まれる。単に思考障害といった場合は妄想等の思考内容の障害は含まず、主に思考様式の障害を指す。

(e) 異常体験

幻覚、妄想、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの陽性症状を指している。

② そううつ病（気分（感情）障害）

ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回改正）では気分（感情）障害と呼ばれ、気分及び感情の変動によって特徴づけられる疾患である。主な病相期がそう状態のみであるものをそう病、うつ状態のみであるものをうつ病、そう状態とうつ状態の二つの病相期を持つものをそううつ病という。病相期以外の期間は精神症状が無いことが多いが、頻回の病相期を繰り返す場合には人格変化を来す場合もある。病相期は数カ月で終了するものが多い。病相期を繰り返す頻度は様々で、一生に一回しかない場合から、年間に十数回繰り返す場合もある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 気分の障害

気分とは持続的な基底をなす感情のことであり、情動のような強い短期的感情とは区別する。気分の障害には、病的爽快さである爽快気分と、抑うつ気分がある。

(b) 意欲・行動の障害

そう状態では、自我感情の亢進のため行動の抑制ができない状態（行為心迫）、うつ状態では、おっくうで何も手につかず、何もできない状態（行動抑制）である。

(c) 思考の障害

思考の障害については統合失調症の記載を参照のこと。そうやうつの場合には、観念奔逸や思考制止などの思考過程の障害や、思考内容の障害である妄想が出現しやすい。

また、そうまたはうつ病状がある病相期は、長期にわたる場合もあれば短期

間で回復し、安定化する場合もある。病相期の持続期間は、間欠期に障害を残さないことが多いそううつ病の障害状態の持続期間である。間欠期にも障害状態を持つ場合は病相期の持続期間のみが障害状態であることにはならない。一般にそううつ病の病相期は数カ月で軽快することが多い。

病相期が短期間であっても、頻回に繰り返せば、障害状態がより重くなる。一年間に一回以上の病相期が存在すれば、病相期がひんぱんに繰り返し、通常の社会生活は送りにくいというべきだろう。

③ 非定型精神病

非定型精神病の発病は急激で、多くは周期性の経過を示し、予後が良い。病像は意識障害（錯乱状態、夢幻状態）、情動障害、精神運動性障害を主とし、幻覚は感覚性が著しく妄想は浮動的、非体系的なものが多い。発病にさいして精神的あるいは身体的誘因が認められることが多い。経過が周期的で欠陥を残す傾向が少ない点は、統合失調症よりもそううつ病に近い。

なお ICD-10 では F25 統合失調感情障害にほぼあたる。この統合失調感情障害とは、統合失調症性の症状とそううつ気分障害性の症状の両者が同程度に同時に存在する疾患群を指す。

④ てんかん

てんかんは反復する発作を主徴とする慢性の脳疾患であり、特発性および症候性てんかんに二分される。症候性てんかんの発作ならびに精神神経学的予後は、特発性てんかんにくらべて不良のことが多い。てんかんの大半は小児期に年齢依存性に発病し、発作をもったまま青年・成人期をむかえる。

てんかん発作は一般に激しい精神神経症状を呈する。多くの場合、発作の持続時間は短い、時に反復・遷延することがある。発作は予期せず突然起き、患者自身は発作中の出来事を想起できないことが多い。姿勢が保てなくなる発作、意識が曇る発作では、身体的外傷の危険をとまなう。

発作に加えててんかんには、発作間欠期の精神神経症状を伴うことがある。脳器質性障害としての知的機能の障害や、知覚・注意・情動・気分・思考・言語等の精神機能、および行為や運動の障害がみられる。発作間欠期の障害は小児から成人に至る発達の途上で深甚な欠陥をこうむる。それは精神生活の脆弱性や社会適応能力の劣化を引き起こし、学習・作業能力さらに行動のコントロールや日常生活の管理にも障害が現れる。てんかん患者は発作寛解に至るまで長期にわたり薬物治療を継続する必要がある。なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 発作

てんかんにおける障害の程度を判定する観点から、てんかんの発作を次のように分類する。

イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

(b) 知能障害

知能や記憶などの知的機能の障害の程度は、器質精神病の認知症の判定基準に準じて判定する。

(c) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状とは、注意障害、情動制御の障害、気分障害、思考障害（緩慢・迂遠等）、幻覚・妄想等の病的体験、知覚や言語の障害、対人関係・行動パターンの障害、あるいは脳器質症状としての行為や運動の障害（たとえば高度の不器用、失調等）を指す。

⑤ 中毒精神病

精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤などの産業化合物、アルコールなどの嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬などの医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。

(a) 認知症、その他の精神神経症状

中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、人格障害、気分障害、認知症、妄想症などがある。器質精神病の認知症、その他の精神神経症状を参照のこと。

⑥ 器質精神病

器質精神病とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中毒（一酸化炭素中毒、有機水銀中毒）、中枢神経の感染症、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる精神疾患であって、従来、症状精神病として区別されていた疾患を含む概念である。ただしここでは、中毒精神病、精神遅滞を除外する。

脳に急性の器質性異常が生じると、その病因によらず、急性器質性症状群（AOS）と呼ばれる一群の精神症状が見られる。AOSは多彩な意識障害を主体とし、可逆的な症状である場合が多い。AOSの消退後、または、潜在性に進行した器質異常の結果生じるのが慢性器質性症状群（COS）である。COSは、知的能力の低下（認知症）と性格変化に代表され、多くの場合非可逆的である。COSには、病因によらず、脳の広範な障害によって生じる非特異的な症状と、病因や障害部位によって異なる特異的な症状とがある。巣症状等の神経症状、幻覚、妄想、気分の障害など、多彩な精神症状が合併しうる。

初老期、老年期に発症する認知症も器質性精神症状として理解される。これらの

うち代表的なアルツハイマー型認知症と血管性認知症を例にとると、血管性認知症は、様々な原因でAOS（せん妄など）を起こし、そのたびにCOSの一症状としての認知症が段階的に進行する。アルツハイマー型認知症では、急性に器質性変化が起こることはないので、AOSを見る頻度は比較的少なく、COSとしての認知症が潜在的に発現し、スロープを降りるように徐々に進行する。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 認知症

慢性器質性精神症状の代表的な症状の一つは、記憶、記憶力、知能などの知的機能の障害である。これらは記憶、記憶力検査、知能検査などで量的評価が可能である。

(b) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状には、意欲発動性の低下または病的亢進、気分障害、情動制御の障害、思考障害、幻覚・妄想等の病的体験、人格レベルの低下など、様々な精神症状のほか、精神機能の発現、日常生活行動の遂行に影響する、大脳巣症状のような神経症状がある。

⑦ その他の精神疾患

その他の精神疾患にはICD-10に従えば、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、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害などを含んでいる。

(2) 能力障害の状態

「能力障害の状態」は、精神疾患（機能障害）による日常生活あるいは社会生活の支障の程度について判断するものであって、「精神疾患（機能障害）の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

この場合、日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは、助言、指導、介助などをいう。

① 適切な食事摂取や洗面、入浴、更衣、清掃など身の清潔保持

洗面、洗髪、排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣（清潔な身なりをする）清掃などの清潔の保持について、あるいは、食物摂取（栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる）の判断などについての能力障害の有無を判断する。これらについて、意志の発動性という観点から、自発的に適切に行うことができるかどうか、援助が必要であるかどうか判断する。

② 金銭管理や適切な買い物

金銭を独力で適切に管理し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうか判断する。（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する。）

- ③ 規則的な通院・服薬
自発的に規則的に通院・服薬を行い、病状や副作用などについてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断する。
- ④ 適切な意志伝達や協調的な対人関係
他人の話聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切につきあう能力に着目する。
- ⑤ 身の安全保持・危機対応
自傷や危険から身を守る能力があるか、危機的状況でパニックにならずに他人に援助を求めるなど適切に対応ができるかどうか判断する。
- ⑥ 社会的手続や公共施設の利用
各種の申請など社会的手続きを行ったり、銀行や福祉事務所、保健所などの公共施設を適切に利用できるかどうか判断する。
- ⑦ 趣味・娯楽等への関心、文化的社会的活動への参加
新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、地域の講演会やイベントなどに参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断する。

(別添2)

障害等級の基本的なとらえ方

障害等級を判定基準に照らして判定する際の各障害等級の基本的なとらえ方を参考として示すと、概ね以下のとおりである。

(1) 1級

精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの。この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。

例えば、入院患者においては、院内での生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的に行えず、常時援助を必要とする。

親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

(2) 2級

精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものである。この日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は困難な程度のものである。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自律訓練(生活訓練)、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランス良く用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

(3) 3級

精神障害の状態が、日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生

活に制限を加えることを必要とする程度のものである。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自律訓練(生活訓練)、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることもある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは病状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

26. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について

平成7年9月18日 健医発第1154号
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであるが、精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置については、下記のとおりであるので、精神障害者やその家族がその活用を図ることができるよう、十分な周知に努められたい。

なお、平成元年3月17日付け健医発第288号当職通知「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について」、同年4月21日付け健医精発第17号精神保健課長通知「精神障害者に対する所得税法上の利子等の非課税制度の取扱いについて」、同年5月29日健医発第723号当職通知「精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について」、同年12月6日健医精発第53号精神保健課長通知「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用等に関する留意事項について」及び平成2年4月3日健医発第497号当職通知「精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について」は、本月末をもって廃止する。

記

1. 手帳による優遇措置の実施について

(1) 証明方法の変更及び対象範囲の拡大

精神障害者については、平成元年から所得税の障害者控除及び利子等の非課税が、平成2年度からは住民税の障害者控除、相続税の障害者控除、贈与税の非課税及び自動車税等の減免が、また、平成5年からは、法人税について精神障害者を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税がそれぞれ創設され、実施されてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成7年政令第278号）により、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）、地方税法施行令（昭和25年政令第245号）及び法人税法施行令（昭和40年政令第97号）の一部が改正され、障害者控除等の対象となる精神障害者の範囲を、これまでの、障害年金1級から3級までの障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者（特別障害者にあつては障害年金1級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者）から、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者（特別障害者にあつては手帳に障害等級が1級である者として記載されている者）に改められたところである。

この改正により、証明手段が手帳に一本化されて事務手続の簡略化が図られるとともに、精神障害者保健福祉手帳の3級の対象範囲が、年金の3級の対象範囲よりも広

いため、税制上の優遇が受けられる精神障害者の範囲も拡大されるものである。

(2) 変更に伴う経過措置

これまでの証明書交付事業は、平成7年10月1日より、手帳制度に移行するものであるが、従来の証明書の有効期間が2年（自動車税等については1年）であることから、税制上の優遇措置については、既に発行した証明書がなお効力を有する間については、手帳のほか、従来の証明書でも対象とするものとする経過措置が設けられている。

2. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置の内容

(1) 所得税：

① 障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、27万円（特別障害者は35万円）を所得金額から控除する。（所得税法79条、同法施行令第10条）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで（手帳1級は特別障害者）

② 配偶者控除及び扶養控除の同居特別障害者加算控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況している者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に加えて30万円を所得金額から控除する（租税特別措置法第41条の14第1項）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

③ 郵便貯金、預貯金等及び公債の利子所得等の非課税（老人等マル優） 障害者の

ア. 元本350万円以下の郵便貯金（所得税法9条の2、租税特別措置法3条の4）

イ. 元本350万円以下の預貯金、貸付信託、金銭信託、公社債、公社債投資信託、その他の証券投資信託（所得税法第10条、租税特別措置法3条の4）

ウ. 額面350万円以下の国債及び地方債（租税特別措置法4条）に係る利子等については、所得税を課さない。

ア、イ、ウそれぞれ上記の額を上限とするので、合計1050万円まで非課税。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(2) 法人税：障害者等を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税

公益法人等が行う事業のうち、その事業に従事する者の総数の半数以上が障害者等であり、これらの者の生活の保護に寄与している事業については、課税対象の収益事業に含まれない。（法人税法施行令第5条第2項第1号ニ）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(3) 相続税：障害者控除

相続又は遺贈により財産を取得した者が、その相続又は遺贈に係る法定相続人に該当し、かつ、障害者である場合は、その者に係る相続税額から、その者が70歳に達す

るまでの年数各1年につき6万円(特別障害者については12万円)の税額を控除する。
(相続税法19条の4、同法施行令第4条の4)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで(手帳1級は、特別障害者)

(4) 贈与税：特別障害者扶養信託契約に係る贈与税の非課税

特別障害者が、他の個人と信託銀行との間で、その特別障害者を信託の利益の全部の受益者とする特別障害者扶養信託契約が締結され、その契約に係る財産が信託されることにより信託受益権を有することとなる場合には、その契約に基づいてその信託がされる日までに、信託銀行の営業所等を経由して納税地の所轄税務署長に「障害者非課税信託申告書」を提出したときは、その信託受益権のうち、6000万円までの贈与税が非課税となる。(相続税法第21条の4)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

(5) 住民税：

① 障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、26万円(特別障害者である場合には28万円)を所得金額から控除する。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで(手帳1級は特別障害者)

② 同居特別障害者配偶者控除及び扶養控除

控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に代えて54万円を所得金額から控除する。(21万円の加算に相当)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

③ 障害者の非課税限度額

障害者であって、分離課税とされる退職所得を除外した前年中の所得が125万円以下の者については、住民税に係る所得割を課さない。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(6) 自動車税、軽自動車税及び自動車取得税：障害者に対する自動車税等の減免

障害者又はその生計同一者が取得し、又は所有する自動車等で、当該障害者の通院等のためにその生計同一者が運転するものについては、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税を全額減免する。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

手続きについては、平成2年3月30日健医精第16号精神保健課長通知(平成7年9月18日健医精発第49号通知により改正)を参照のこと。

27. 老人性認知症疾患治療病棟及び老人性認知症デイ・ケア施設の施設整備基準について

〔昭和63年7月5日 健医発第785号〕
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

最終改正 平成18年12月22日障発第1222003号

痴呆性老人対策の推進については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、痴呆性老人対策の一環に資するため、別添のとおり「老人性痴呆疾患治療病棟施設整備基準」及び「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設施設整備基準」を定め、昭和63年度から実施することとしたので、その適正かつ円滑な整備を図られたく通知する。

なお、貴管下市町村、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

[別添]

老人性認知症疾患治療病棟施設整備基準

第1 老人性認知症疾患治療病棟の基本的な考え方

- 1 老人性認知症疾患治療病棟の目的は、精神症状や問題行動が特に著しいにもかかわらず、寝たきり等の状態にない認知症である老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療と手厚いケアを短期集中的に提供するものであること。
- 2 老人性認知症疾患治療病棟を有する医療機関は、認知症である老人に関する相談、家族に対する在宅療養の指導、認知症である老人に対するデイ・ケアなどを実施し、地域に開かれた施設として機能するよう努めるとともに、認知症である老人に対する高度専門医療機関として、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

- (1) 老人性認知症疾患治療病棟の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法、老人精神病棟に関する公衆衛生審議会の意見、精神科病院建築基準（昭和44年衛発第431号公衆衛生局長通知）等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等につき十分考慮したものとし、入院患者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 老人性認知症疾患治療病棟の環境及び立地については、入院患者の入院生活を健全に維持するため騒音、振動等による影響を極力排除すること。
- (3) 本基準は、老人性認知症疾患治療病棟がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めること。

2 規模

- (1) 一病棟はおおむね40～60床とすること。
- (2) 患者1人あたりの病棟面積はおおむね25平方メートル程度（平成13年3月1日に既に存するものにあつては、おおむね23平方メートル以上）とすること。

3 施設に関する基準

(1) 病室

- ア 定員は4人以下とすること。
- イ 個室はおおむね総病床数の10%以上設けること。
- ウ 患者1人あたりの病室の床面積6.4平方メートル（平成13年3月1日に既に存するものにあつては、6平方メートル）以上とすること。ただし、個室の場合は、8平方メートル以上とすること。

(2) 観察室

- ア ナーステーションに隣接して設けるとともに、ベッド4床程度を収容可能な面積を確保すること。
 - イ 酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置すること。
- (3) 生活機能回復訓練室
- ア 専用の広さ60平方メートル以上の面積を有すること。
 - イ 生活機能回復訓練に必要な専用のリハビリテーション機器を備えること。
- (4) デイルーム
- ア ナーステーションから直接観察できる位置に設けること。
- (5) 浴室
- ア 認知症である老人の入浴に適した構造・設備、たとえばスロープ付き風呂や特殊浴槽などを有すること。
- (6) 便所
- ア 入院患者の昼間の行動範囲、夜間の居室からの距離、使用頻度等に配慮し、適切な箇所数設けること。
 - イ 認知症である老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。
 - ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。
- (7) 在宅療養訓練指導室
- ア 家族に対して、認知症である老人の日常生活介助の指導・訓練を行うのに必要な浴室・便所等を設置すること。
 - イ 家族が宿泊できるようにすること。
 - ウ 面積は、20平方メートル以上とすること。
- (8) 廊下
- ア おおむね全長50メートル以上の回廊部を有すること。
 - イ 両側に病室がある廊下の幅は、内法を2.7メートル（大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）並びに内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する100床以上の病院にあっては2.1メートル）以上、その他の廊下の幅は内法をおおむね1.8メートル以上とすること。
 - ウ 入院患者の安全を確保するため、段差の解消、手すりの設置等に留意すること。
- (9) その他
- ア いわゆる保護室は必要としない。
- 4 構造整備の基準
- (1) 老人性認知症疾患治療病棟は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
 - (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
 - (3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気

対策に配慮すること。

- (4) 新築の場合は、天井高を2.7メートル以上とすること。
- (5) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (6) 窓には、いわゆる鉄格子を設置しないこと。
- (7) 高さが簡単に調節できる寝台（ギャッジベッド）、車椅子、ストレッチャー等の設備を必要数確保すること。

老人性認知症疾患デイ・ケア施設設備整備基準

第1 老人性認知症疾患デイ・ケア施設の基本的な考え方

老人性認知症疾患デイ・ケア施設は、地域に開かれた施設として、在宅の認知症である老人やその家族に対する支援、通院医療の普及、老人性認知症疾患治療病棟から退院した患者の継続的医学管理の確保と退院の円滑化等を図ることを目的に、精神症状や問題行動が激しい認知症である老人を対象とするデイ・ケアを実施し、生活機能を回復させるための訓練及び指導、家族に対する介護指導等を実施するものであること。

第2 施設及び整備に関する事項

1 一般原則

- (1) 老人性認知症疾患デイ・ケア施設の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等について十分考慮したものとし、通所者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 本基準は、老人性認知症疾患デイ・ケア施設がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めなければならない。

2 規模

- (1) 当該施設の面積は、60平方メートル以上とし、かつ利用者1人あたりおおむね4平方メートル以上とすること。
- (2) 1回のデイ・ケアの利用者は、25名以内とすること。

3 施設に関する基準

- (1) デイ・ケアに必要なリハビリテーション機器を備えること。
- (2) 便所
 - ア 1箇所以上設置すること。
 - イ 認知症である老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。
 - ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(3) その他

デイ・ケア利用者のための休憩室を設けること。

4 構造整備の基準

- (1) 老人性認知症疾患デイ・ケア施設は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
- (3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。
- (4) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (5) 車椅子等の設備を必要数確保すること。

28-1. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について

平成20年3月31日 障発第0331009号

各都道府県知事・指定都市市長あて

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

認知症疾患対策については、かねてから特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、認知症疾患対策の一環として、別紙のとおり「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」を定め、平成20年4月1日から実施することとしたので通知する。

なお、貴管下市町村、公的医療機関、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

[別紙]

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

1 目的

この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、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、専門医療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ことを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院で、事業を行うものとする。

なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。

3 設置基準

センターは、平日、週5日の稼働を原則とし、以下(1)及び(2)の基準を満たすものとする。

(1) 専門医療機関としての機能

ア 専門医療相談が実施できる専門の部門を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

イ 人員配置について、以下の(ア)から(ウ)を満たしていること。

(ア) 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

(イ) 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

(ウ) 専門医療相談が実施できる専門の部署に、常勤専従の精神保健福祉士等が1名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

ウ 検査体制について、以下を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（CT）又は磁気共鳴画像装置（MRI）を有していること。

ただし、コンピュータ断層撮影装置（CT）を有している場合であっても、磁気共鳴画像装置（MRI）を活用できる体制（他の保健医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を活用できる体制（他の保健医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

エ 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病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の(ア)又は(イ)のいずれかを満たしていること。

(ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の保健医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

(イ) 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができ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病床における入院医療等を行うことができる他の保健医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

(2) 地域連携の機能

ア 情報センター機能

鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療に関する連携の中核として機能していること。

イ 研修会、連携協議会

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

また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し、開催していること。

4 事業内容

(1) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

(ア) 患者家族等の電話・面談照会

(イ) 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

地域包括支援センター、保健所、福祉事務所等との連絡・調整

ウ 介護サービスとの連絡調整

(2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応

ア 初期診断

イ 鑑別診断

ウ 治療方針の選定

エ 入院先紹介

(3) 合併症・周辺症状への急性期対応

ア 合併症・周辺症状の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）

イ 合併症及び周辺症状の急性期入院医療を要する認知症患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報を把握

(4) かかりつけ医等への研修会の開催

かかりつけ医を始めとする保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修を実施

(5) 認知症患者医療連携協議会の開催

地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センターなど介護関係者、有識者等から組織された協議会の開催

(6) 情報発信

認知症医療に関する情報発信

5 実績報告

実施主体の長は、以下の(1)から(3)に係る年間の実績を、別紙様式により翌年度の4月末までに、厚生労働大臣あてに報告するものとする。

(1) 認知症患者に係る外来件数及び鑑別診断件数

(2) 入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）

(3) 専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）

6 国の助成

国は、この実施要綱に基づき都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院の開設者が運営するセンターの運営に必要な経費（診療報酬により支出される内容は除く）については、厚生労働大臣が別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

7 その他

平成元年7月11日付健医発第850号厚生労働省保健医療局長通知「老人性認知症センター事業実施要綱について」に基づき指定されている老人性認知症センターは、3年内を目途に、本実施要綱に基づく機能となるよう努めるものとする。

28-2. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について

平成21年4月22日 障発第0422003号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

認知症疾患医療センター運営事業については、平成20年3月31日付け障発第0331009号当職通知「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」により、実施しているところであるが、今般、地域包括支援センターとの連携体制を整備すること等に伴い、別添新旧対照表のとおり一部改正し、平成21年4月1日から適用することとしたので通知する。

なお、貴管下市町村、公的医療機関、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

〔別紙〕

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

1 目的

この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、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、専門医療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ことを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院で、事業を行うものとする。ただし、当該病院は、事業の内容に応じて、その一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。

3 設置基準

センターは、平日、週5日の稼働を原則とし、以下(1)及び(2)の基準を満たすものとする。

(1) 専門医療機関としての機能

ア 専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

イ 人員配置について、以下の(ア)から(ウ)を満たしていること。

(ア) 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

(イ) 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

(ウ) 医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

ウ 検査体制について、以下を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（CT）又は磁気共鳴画像装置（MRI）を有していること。

ただし、コンピュータ断層撮影装置（CT）を有している場合であっても、磁気共鳴画像装置（MRI）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

なお、コンピュータ断層撮影装置（CT）については、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがコンピュータ断層撮影装置（CT）を有していることとする。

また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

エ 認知症患者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病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の(7)又は(イ)のいずれかを満たしていること。

(7) 認知症患者の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

(イ) 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症患者の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

(2) 地域連携の機能

ア 情報センター機能

鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療に関する連携の中核として機能していること。

イ 研修会、連携協議会

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

また、地域の連携体制強化のための認知症患者医療連携協議会を組織し、開催していること。

4 事業内容

(1) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

(7) 患者家族等の電話・面談照会

(4) 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

保健所、福祉事務所等との連絡・調整

ウ 地域包括支援センターとの連絡調整

(2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応

ア 初期診断

イ 鑑別診断

ウ 治療方針の選定

エ 入院先紹介

(3) 合併症・周辺症状への急性期対応

ア 合併症・周辺症状の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）

イ 合併症及び周辺症状の急性期入院医療を要する認知症患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報を把握

(4) かかりつけ医等への研修会の開催

かかりつけ医を始めとする保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修を実施

(5) 認知症患者医療連携協議会の開催

地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センターなど介護関係者、有識者等から組織された協議会の開催

(6) 情報発信

認知症医療に関する情報発信

5 事業の分担

都道府県知事又は指定都市市長が複数の病院を当該センターに指定する場合、4(4)及び(5)の事業については、指定された当該センターのうちその一部で実施することも可能とする。

また、都道府県又は指定都市において、4(5)と同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

6 実績報告

実施主体の長は、以下の(1)から(3)に係る年間の実績を、別紙様式により翌年度の4月末までに、厚生労働大臣あてに報告するものとする。

(1) 認知症患者に係る外来件数及び鑑別診断件数

(2) 入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）

(3) 専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）

7 国の補助

国は、この実施要綱に基づき都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院の開設者が運営するセンターの運営に必要な経費（診療報酬により支出される内容は除く）については、厚生労働大臣が別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

8 その他

平成元年7月11日付け健医発第850号厚生労働省保健医療局長通知「老人性認知症センター事業実施要綱について」に基づき指定されている老人性認知症センターは、平成22年度末を目途に、本実施要綱に基づく機能となるよう努めるものとする。

また、平成20年3月31日付け障発第0331009号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」に基づき指定されている認知症疾患医療センターについては、本一部改正通知発出後1年以内に4(1)ウの事業を実施できるようにすること。

29. 若年性認知症対策の推進について

平成21年3月19日 職高発第0319001号
障発第0319006号
老発第0319001号
各都道府県知事あて
厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部長、
社会・援護局障害保健福祉部長、老健局長通知

若年性認知症（本通知において65歳未満の者の認知症をいう。以下同じ。）は、多くの場合進行性であるとともに、現役世代が発症し、身体機能の低下が少ないため介護の負担が大きく、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難な状況になりやすいことが特徴であり、社会的な関心が高まっている。

若年性認知症については、40歳以上であれば介護保険サービスの利用が可能であり、また、精神障害者保健福祉手帳の取得や障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービスの利用、雇用継続等に向けた職業リハビリテーションサービス等、活用可能なサービスが数多くあるが、これらのサービスは多種多様で担当する行政の部局も多岐にわたることや、認知症高齢者に比べると若年性認知症者は少数でありこれまで行政としての関心も必ずしも充分に払われてこなかったことなどから、若年性認知症者が必要とするサービスを適切に利用できていない可能性がある。

また、認知症は高齢者特有の疾患であるという誤解もあり、他の精神疾患と混同されたり、若年性認知症と診断される前に勤務先企業を離職したりする等、若年性認知症に関する理解の不足によるものと考えられる事例の発生も見受けられるところである。

このような中、今後の認知症対策を更に効果的に推進し、適切な医療や介護、地域ケア等の総合的な支援により、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要との認識の下、平成20年5月に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が設置され、同年7月に報告が取りまとめられた。

この中において、若年性認知症対策については、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実とともに、雇用継続や就労の支援、精神障害者保健福祉手帳の早期取得や障害基礎年金の受給等に対する支援を行い、これらの施策の中から若年性認知症者一人ひとりの状態に応じた支援体制を構築することが喫緊の課題である旨の提言がなされたところである（「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」における若年性認知症対策については別添を参照されたい。）。

このため、まずは若年性認知症者の支援に活用可能な現行の施策を担当する各行政部局、サービス事業者その他の関係団体等が相互に若年性認知症対策に関する理解を深め、有機的な連携の下で、一人ひとりの状態に応じた多様なサービスが総合的に提供されるよう努めることが必要である。

また、平成21年度から、若年性認知症に関する相談体制の構築や関係者の連携によるサービス提供等を支援するための国庫補助事業を創設するとともに、同年度の介護報酬改定

においては、若年性認知症者の受入れを促進するための措置を講じることとしている。

これらの若年性認知症者の支援に活用可能な施策や国庫補助事業の内容等については、各都道府県衛生主管部(局)長及び民生主管部(局)長宛に通知しているところであるが、貴職においても、本通知の内容を管内市町村、関係団体その他の関係者に広く周知いただくとともに、関係者との協力・連携の下、若年性認知症者に対する適切な支援の実現に向けて、遺漏なきよう取り組まれない。

なお、本件については、別途、都道府県労働局長あてに通知していることを申し添える。

(参考) 若年性認知症者数の推計について

平成18年度から平成20年度に長寿科学総合研究事業において筑波大学を中心とした研究班が実施した「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」によると、若年性認知症を18歳以上40歳未満で発症する「若年期認知症」及び40歳以上65歳未満で発症する「初老期認知症」の総称と定義し、その人数は全国に3.78万人(人口10万人当たり47.6人)との推計結果が報告された。

(別添)

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」(平成20年7月10日)
における若年性認知症対策(抜粋)

5 若年性認知症対策

(1) 現状・課題

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する認識が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となるケースや、本人やその家族、企業及び医療機関等が若年性認知症を知っていても、活用が可能な福祉や雇用の施策があまり知られていないことなどから、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難な状況になりやすいことが指摘されている。

このため、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実はもとより、雇用継続や就労の支援、障害者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を行い、これらの施策の中から若年性認知症の一人一人ひとりの状態に応じた支援を図る体制を構築することが喫緊の課題となっている。

(2) 今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は若年性認知症の特性や実態を速やかに明らかにするとともに、①若年性認知症に係る相談コールセンターの設置、②診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成、③若年性認知症就労支援ネットワークの構築、④若年性認知症ケアの研究・普及、⑤若年性認知症に関する国民への広報啓発等を総合的に実施することにより、若年性認知症対策を推進するものとする。

(3) 短期的対策

ア 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置

誰もが気軽に相談できて、早期に認知症疾患医療センター、認知症連携担当者を配置した地域包括支援センター、障害者就労の支援機関等へ適切に結びつけられるよう、若年性認知症に係る相談コールセンターを全国に1か所設置する。

イ 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成

若年性認知症の人の支援に必要な施策を迅速かつ適切に結びつけ、活用するため、地域包括支援センターに配置する認知症連携担当者が中心となり、認知症疾患医療センター等の医療機関において若年性認知症との確定診断を受けた人を対象に、

(ア) 就労中で雇用継続が可能な人については、ハローワーク及び地域障害者職業センター等と連携し、本人及び企業に対する職場適応援助者(ジョブコーチ)支援や障害者手帳の取得による障害者法定雇用率への算定等の雇用継続に向けた施策について周知し、活用を図ることができるようにする。

(イ) 雇用継続が困難な人については、若年性認知症対応型のデイサービス、障害者福祉施策の就労継続支援B型事業所や地域活動支援センターの利用など、日中活動の場の確保に向けて支援する。

(ウ) 自宅での生活が困難な人については、認知症グループホームなどの介護保険サービスや障害者グループホーム・ケアホームの利用など、住まいの確保に向けて支援する。

(エ) 若年性認知症の本人や家族の会を紹介するなど、身近に相談できる先が確保できるよう支援する。

等若年性認知症の一人一人ひとりの状態やその変化に応じ、適切な支援施策が活用できるよう支援する。

ウ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築

各都道府県に設けられている障害者就労支援ネットワーク（就労継続支援事業所等の障害者福祉施策、ハローワークや地域障害者職業センター等の労働施策、商工会議所等の経済団体、医療機関、自治体等で構成）を活用し、認知症連携担当者が調整役として参画することにより、医療・福祉と雇用・就労の関係者が連携した「若年性認知症就労支援ネットワーク」を新たに構築する。

当該ネットワークの構成員は、個別事例への対応を通じて若年性認知症の人に対する雇用継続・就労支援に係るノウハウを集積するとともに、当該ネットワークの構成員や加盟企業等に対し、若年性認知症に関する理解を深めるための研修を行う。

エ 若年性認知症ケアの研究・普及

若年性認知症ケアの開発・普及を促進するため、モデル事業の実施により、若年性認知症の人の身体機能やニーズにあったケアの研究・普及を行う。

オ 若年性認知症に関する国民への広報啓発

○ 若年性認知症の早期発見や企業等を含めた早期対応を促進するため、若年性認知症に関する理解の普及、早期診断の重要性、雇用継続や就労の支援、障害者サービスの活用等発症後の支援策及び相談窓口の周知等について国民に広く広報啓発する。

○ 認知症の確定診断直後からの支援を機能させるため、特に、医師に対する若年性認知症早期診断の重要性及び支援施策の周知を推進する。

(4) 中・長期的対策

ア 若年性認知症対応の介護サービスの評価

若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入れのあり方等について検討する。

イ 若年性認知症発症者の就労継続に関する研究の実施

障害者職業総合センターにおいて、「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究（平成20年～平成21年）」を実施し、就労継続や就労支援ニーズ、事業主におけるニーズを明らかにするとともに、障害特性に対応した課題を取りまとめ、雇用継続の支援への活用を推進する。

30. 若年性認知症対策の推進に当たっての留意事項について

平成21年3月19日 職高障発第0319001号
障企発第0319001号
老推発第0319001号
各都道府県衛生主管部・民生主管部(局)長あて
厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課長
社会・援護局障害保健福祉部企画課長
老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室長通知

若年性認知症対策の推進については「若年性認知症対策の推進について」(平成21年3月19日付け職高発第0319001号,障発第0319006号及び老発第0319001号厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部長,社会・援護局障害保健福祉部長及び老健局長連名通知(以下「局長通知」という。))により通知しているところであるが,併せて,下記の事項について,担当部局や関係団体等間で理解の共有を図った上で,若年性認知症者に対する支援の適正かつ円滑な実施を図りたい。

また,本通知の内容については管内の市町村,関係機関・関係団体等へ周知を図られたい。

なお,本件については,別途,各都道府県労働局職業安定部長あてに通知していることを申し添える。

記

1 若年性認知症支援体制の現状と課題

若年性認知症者が活用可能な支援は,認知症の確定診断,治療等の医療に関する支援,精神障害者保健福祉手帳の取得に係る支援,障害基礎年金の受給支援等経済的な問題に対する支援,障害福祉サービスの活用等日中活動支援,就労中の者に対する雇用継続支援及び認知症対応型デイサービス,認知症対応型グループホーム等の介護保険サービスによる支援等多種多様であり,担当部局が緊密に連携し,各サービスを有機的に組み合わせ,若年性認知症者が一人ひとりのその時の状態に応じたサービスを利用できるようなサービス提供体制の構築が急務となっている。

2 現行の施策を活用した若年性認知症者に対する積極的な取組の推進

若年性認知症者が活用可能な主な支援施策として次のようなものがあるので,各都道府県においては,管内の認知症疾患医療センター,ハローワーク,地域障害者職業センター,障害者福祉サービス事業所,介護保険サービス事業所等との連携を蜜にした支援の展開を図られるようお願いする。

また,ここに記載する事業のみならず,各自治体等で若年性認知症者の支援に活用可能な事業があれば,その積極的な活用についても特段の配慮をお願いする。

(1) 医療に関する支援

ア 認知症疾患医療センター

認知症疾患に関する確定診断（鑑別診断）、周辺症状と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談を実施する。

イ 自立支援医療（精神通院医療費）

若年性認知症の患者が通院等による精神医療を継続的に必要とする場合、病院又は診療所に入院しないで行われる医療に対しては、病状の程度により障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づき、自立支援医療の対象となり健康保険の自己負担が軽減される。

(2) 精神障害者保健福祉手帳の取得による支援

認知症の確定診断を受けた場合、日常生活や社会生活の障害の状態に応じて精神障害者保健福祉手帳の取得が可能である。また、手帳取得により所得税、住民税に係る税制上の優遇措置、NHKの受信料の免除の他、自治体によっては公共交通機関の交通費助成、公営住宅使用料の減免などを受けられる場合がある。

(3) 障害年金

傷病等により一定の障害状態になった場合、加入している年金の種別に応じ、障害基礎年金、障害厚生（共済）年金等が支給される場合がある。

(4) 障害福祉施策を活用した支援

若年性認知症者は、障害福祉サービスを利用することが可能である。障害福祉サービスは、障害者自立支援法に基づき全国統一的に実施される障害福祉サービスと、自治体の判断により実施される地域生活支援事業があり、若年性認知症者のその時の障害の状況に応じた利用が可能である。

各都道府県及び市町村においては、企業やハローワークと連携したサービスの展開を図られたい。

なお、介護保険法（平成9年法律第123号）における第2号被保険者（40歳以上の者）の場合は、介護保険サービスを優先して受けることとなるが、利用可能な介護保険サービスが身近にないなど介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合、就労継続支援等の障害福祉サービスに固有のサービスを利用する場合、また、40歳未満の者である場合等は、障害福祉サービスの利用が可能である。

ア 主な障害福祉サービス等

(ア) 相談支援事業

障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の障害福祉サービスの利用支援等、必要な支援を行う。

(イ) 就労支援を含む日中活動系サービス

① 就労移行支援事業

就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対し、就労に必要な知識、訓練及び就職後における職場定着などに必要な支援を行う。

② 就労継続支援事業（A（原則雇用有）型，B（雇用無）型）

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に対し，就労の機会を提供するとともに，生産活動その他の活動の機会の提供を通じて，その知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。

③ 生活介護

常時介護を要する障害者に対し，入浴，排せつ又は食事の介護，創作的活動又は生産活動の機会を提供する。

④ 自立訓練（生活訓練）

知的障害者又は精神障害者につき，自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう，生活能力の向上のために必要な訓練を行う。

(ウ) 訪問系サービス

① 居宅介護

障害者等に対し，居宅において入浴，排せつ又は食事等の介護等を行う。

② 行動援助

知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要する者に対し，当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護，外出時における移動中の介護等を行う。

③ 重度障害者等包括支援

常時介護を要する障害者等であって，その介護の程度が著しく高い者に対し，居宅介護その他の障害福祉サービスを包括的に提供する。

(エ) 居宅系サービス

① 共同生活介護（ケアホーム）

障害者につき，主として夜間において，共同生活を営むべき住居において入浴，排せつ又は食事の介護を行う。

② 共同生活援助（グループホーム）

地域において共同生活を営むのに支障のない障害者につき，主として夜間において，共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う。

イ 地域生活支援事業

(ア) 地域活動支援センター

創作的活動又は生産活動の機会の提供，社会との交流の促進などの機会を提供する。

(イ) 移動支援事業

障害者等が円滑に外出することができるよう，障害者等の移動を支援する。

(5) 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援

若年性認知症者で雇用継続が見込まれる場合，障害者雇用施策を活用した支援が有効である。

各都道府県においては、障害者雇用支援策の活用により、状況に応じて、確定診断後の若年性認知症者の雇用継続を始めとする支援が提供できるよう、指導・助言をお願いする。

ア 事業主に対する支援制度

(7) 確定診断後、精神障害者保健福祉手帳を取得することにより、障害者雇用率に算定することができること。(問合せ：ハローワーク)

(4) 障害者雇用納付金制度に基づく助成金が利用できること。(問合せ：ハローワーク、各都道府県障害者雇用開発協会等)

イ 障害者本人に対する支援

(7) ハローワーク

障害者の態様に応じた職業紹介、職業指導、求人開拓 等

(4) 地域障害者職業センター

専門的な職業リハビリテーションサービスの実施（職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援等）

(参考) ジョブコーチ支援とは、障害者の円滑な就職及び職場適応を図るため、事業所にジョブコーチを派遣し、障害者及び事業主に対して、雇用の前後を通じて障害特性を踏まえた直接的、専門的な援助を実施するもの。

(9) 障害者就業・生活支援センター

障害者の身近な地域において、雇用、保健福祉等の関係機関と連携し、就業面及び生活面における一体的な支援を実施する。

(6) 介護保険サービス

介護保険サービスは、40歳以上の若年性認知症者において基本的に全てのサービスが利用可能であるが、以下に主なサービスを例示する。

ア 訪問介護

要介護者であって、居宅において介護を受けるものについて、その者の居宅において行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行う。

イ 訪問看護

居宅の要介護者について、その者の居宅において看護師等により行われる療養上の世話又は必要な診療を行う。

ウ 通所介護・認知症対応型通所介護

居宅の要介護者又は居宅の要介護者で認知症である者を老人デイサービスセンターに通わせ、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行う。

エ 通所リハビリテーション

居宅の要介護者について、介護老人保健施設、病院、診療所等に通所し、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を高めるために行われる理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行う。

オ 短期入所生活介護、短期入所療養介護（ショートステイ）

居宅の要介護者について、特別養護老人ホーム、老人短期入所施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設等に短期間入所させ、入浴、排せつ、食事等の介護や看護、機能訓練その他日常生活上の世話等を行う。

カ 小規模多機能型居宅介護

居宅の要介護者について、心身の状況、環境等に応じて訪問居宅や通所、短期間の宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の世話を行う。

キ 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

要介護者であって認知症である者について、共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話を行う。

ク 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。

ケ 介護老人保健施設

要介護者に対し、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う。

コ 介護療養型医療施設

療養病床を有する病院又は診療所であって、入院する要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行う。

なお、平成21年度介護報酬改定において、若年性認知症者を受け入れた施設や事業所に対し、報酬上評価する「若年性認知症利用者受入加算（※）」を創設したところであるので、若年性認知症利用者本人や家族の要望を踏まえた積極的な受入れをお願いする。

-----（※）若年性認知症利用者受入加算 -----

若年性認知症利用者に対して個別の担当者を定め、介護保険サービスを行った場合に加算する。

- ・ 加算単位 入所の場合1日120単位 通所の場合1日60単位
（介護予防通所介護、介護予防通所リハは240単位/月）
- ・ 対象施設、事業所

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期利用共同生活介護、地域密着型介護福祉施設、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防認知症対応型生活介護、介護予防短期利用共同生活介護、通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション

3 今後の若年性認知症対策

厚生労働省においては、平成21年4月から次の国庫補助事業を創設し、相談から具体的な支援に至るまでの施策の充実を図ることとしているので、積極的に実施されたい。

特に、認知症対策連携強化事業においては、2に例示したようなサービスを若年性認知症者一人ひとりの状態に応じて適切に組み合わせて提供するための認知症連携担当者を認知症疾患医療センターが所在する市町村の地域包括支援センターに配置することとしたので、特段の配慮をお願いする。

(1) 認知症対策連携強化事業（若年性認知症支援に関する抜粋）

地域包括支援センターに配置された認知症連携担当者が、認知症疾患医療センター等から提供された情報に基づき、若年性認知症の確定診断を受けた者及びその家族に対し、在宅介護の方法や地域の保健医療サービス及び介護サービス等に関する情報を提供するとともに、必要なサービスの利用に関する相談に応じ、必要な支援を行う。

また、就労継続に関する支援や障害福祉サービスの利用等介護サービス以外の支援が必要な場合は、ハローワーク、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、障害福祉サービスの相談支援事業者、就労継続支援B型事業者等若年性認知症者の状態や本人・家族の要望等を踏まえ、適切な支援機関と連携し、具体的なサービスにつなげる。

(2) 若年性認知症コールセンター運営事業（平成21年10月実施予定）

若年性認知症に関して、誰もが気軽に相談でき、早期に認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの認知症連携担当者、雇用・就労、障害福祉、介護等の各種サービスへ適切に結びつけられるよう、若年性認知症コールセンターを全国に1か所開設することとしたところである（認知症介護研究・研修大府センターに開設予定）。

(3) 若年性認知症自立支援ネットワーク構築事業

本事業においては、若年性認知症者の発症初期から高齢期に至るまでの各期において適切な支援を行う各事業者へつなぐことができるよう、地域包括支援センターに新たに配置する認知症連携担当者が中心となり、都道府県の区域内を担当する若年性認知症自立支援ネットワークを構築することとしたところである。

本ネットワークは、都道府県や障害保健福祉圏域毎に設置されている障害者就労支援ネットワークの活用を想定しており、今後、各都道府県の関連部局、各都道府県労働局及び認知症連携担当者は緊密な連携を図ることが求められるところである。

なお、若年性認知症ネットワーク研修事業によって、ネットワーク構成員に対する若年性認知症に関する研修の実施についても受講者の募集、研修場所の提供等、円滑な実施が図られるよう併せて協力をお願いする。

(4) 広報・啓発

若年性認知症に関する理解を促進するため、各都道府県においては、「若年性認知症自立ネットワーク」を活用し、若年性認知症の症状や活用可能な施策及び認知症連携担当者の役割等に関するパンフレットを作成し、ネットワーク参加団体に申し周知す

るなど、積極的に実施されたい。

(5) 若年性認知症ケア・モデル事業

本事業は若年性認知症者の身体機能やニーズにあったケアの研究・開発、普及を目的としていることから、本事業を実施又は実施を予定している都道府県においては、若年性認知症ケア・モデル事業所の選定に当たり、従来の介護保険サービスや障害福祉サービスにとらわれない若年性認知症対応型のサービスを展開している事業所に対し、本事業の活用を促すなどにより、積極的に実施されたい。

健
の
こ
精
者
法

律
害
れ
平

と
本
推
策
あ

件
狼

要
上

別

31. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について

平成12年3月31日 障第251号
各都道府県知事・各指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

一部改正 平成14年3月29日 障発第0329008号
平成17年7月14日 障発第0714004号
平成18年3月31日 障発第0331005号
平成18年12月22日 障発第1222003号

保健所及び市町村における精神保健福祉業務については、これまで、平成8年1月19日健医発第58号保健医療局長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」の別紙「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に基づき行われているところであるが、近年の精神病院における人権侵害事案の頻発、在宅の精神障害者の増加、精神障害者を支える家族の高齢化や単身の精神障害者の増加などの精神医療及び精神障害者の福祉をめぐる状況等を踏まえ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の一部が改正されたところである。

一般の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行により緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項、精神障害者の居宅生活支援に関する事項等、保健所及び市町村が関わることとなる事業が創設された。改正法の施行は平成12年4月1日であるが、居宅生活支援に関する事項については平成14年4月1日の施行となっている。

また、保健所のあり方については、地域保健法（昭和22年法律第101号）により、保健所と市町村による地域保健の基盤整備が進められ、さらに、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部を変更する件」（平成12年厚生省告示第143号）により、地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号）の一部が変更され、地域保健対策を推進するための中核としての保健所等の今後の取組の基本的方向が示されたところである。

さらに、うつ病患者の増加、自殺者の増加等にみられるような、最近の社会の複雑化に伴う心の健康づくり対策の重要性が再認識されているところであり、また、大規模災害や犯罪被害者に対する心の健康づくり対策が社会問題化している。

このような施策の進展に鑑み、今般、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領を別紙のように定め、平成12年4月1日より適用することとしたので、これに留意の上、精神保健福祉業務の運営の充実を図り、精神保健福祉施策の推進に万全を期されたい。

なお、平成8年1月19日健医発第58号各都道府県知事、指定都市市長あて厚生省保健医療局長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」は廃止する。

おって、管下市町村及び関係機関に対する周知及び指導についてご配慮願いたい。

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

第1部 保健所

第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務（精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。以下同じ。）の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

なお、最近、自殺の増加や他者に危害を加えるという事例が社会問題化しており、こうした精神的、心理的な問題を背景に持つ者に適切に対応する心の健康づくり対策等保健所の行う地域精神保健福祉業務の役割はより高まっている。

なお、今般の法改正においては、緊急に入院を必要とするにもかかわらず、精神障害のため同意に基づいた入院を行う状態にないと判定された精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院に移送する移送制度の創設、精神病院に対する指導監督の強化、精神障害者社会復帰施設の指導監督の強化等の改正が行われ、保健所の積極的な関わりが期待されている。

さらに、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、在宅の精神障害者に対する支援施策を市町村が実施することとしており、保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑に実施できるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要である。

また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、保健所においても保健観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

さらに、平成18年には、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「自立支援法」という。）が施行され、身体障害、知的障害及び精神障害に係る各種福祉サービス等の提供主体が市町村に一元化されたところであるが、保健所においても地域精神保健福祉の充実に向け、市町村への専門的、広域的支援など積極的な役割を果たしていくことが重要である。

第2 実施体制

1 体制

精神保健福祉に関する業務は、原則として、単一の課において取り扱うものとし、

精神保健福祉課あるいは少なくとも精神保健福祉係を設ける等、その業務推進体制の確立を図るものとする。

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を遂行するには、保健所全職員のチームワークが必要である。この業務を担当するため、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、事務職等の必要な職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努めること。

なお、精神保健福祉法第48条の規定に基づき、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせることが必要である。この場合、精神保健福祉士に加え、臨床心理技術者や保健師で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとする。

3 会議等

(1) 精神保健福祉企画会議など企画に関する所内の連絡調整

管内の精神保健福祉事業の推進計画、月別業務計画等の策定のため、所長及び精神保健福祉業務関係者により構成される所内精神保健福祉企画会議を開催する等の方法を講ずる。

(2) ケース会議など相談指導等に関する所内の連絡調整

相談指導業務等の適正かつ円滑な遂行を図るため精神保健福祉相談指導業務担当者会議又は関係者連絡会議を開催し、ケースの総合的な支援内容の検討及び役割の分担、相互連絡協力等について協議する。

(3) 市町村、関係機関、団体との連絡調整

管内の市町村、福祉事務所、児童相談所、社会福祉協議会、職業安定所、教育委員会、警察、消防等の関係機関や、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設、医療団体、家族会等の各種団体、あるいは、産業、報道関係等との連絡調整を図る。

精神保健相談、社会復帰、社会参加、就労援助、精神科救急、啓発普及等において、これらの機関等の協力を円滑ならしめるため、平常より、技術的援助、協力、助言、指導等を積極的に行うほか、精神保健福祉に関する資料等を配布する等のサービスを提供し、打合せを行うなど連絡調整に努める。

(4) 地域精神保健福祉連絡協議会及び担当者連絡会議等

地域精神保健福祉連絡協議会を設置する等により、関係機関、市町村、施設、団体の代表者による連絡会議を定期的に行う。また、これと併せて、地域精神保健福祉担当者連絡会議を設ける等により、関係機関、市町村、施設、団体の実務者による連絡会議を定期的に行う。

第3 業務の実施

1 企画調整

(1) 現状把握及び情報提供

住民の精神的健康に関する諸資料の収集、精神障害者の実態（有病率、分布状況、入院院の状況、在宅患者の受療状況、地域における生活状況、福祉ニーズ、就労状況等）及び医療機関、精神障害者社会復帰施設、自立支援法の障害福祉サービスや地域生活支援事業、小規模作業所など、精神保健福祉に関係ある諸社会資源等についての基礎調査又は臨時特別調査を行い、地区の事情、問題等に関する資料を整備し、管内の精神保健福祉の実態を把握する。

また、これらの資料の活用を図り、精神保健福祉に関する事業の企画、実施、効果の判定を行うとともに、一般的な統計資料についての情報提供を行う。

(2) 保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進

障害者基本法に基づく障害者計画や、医療法に基づく地域保健医療計画などの策定・実施の推進に当たっては、保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関という立場から、その企画立案や、業務の実施、評価及び市町村への協力を積極的に行う。

2 普及啓発

(1) 心の健康づくりに関する知識の普及、啓発

地域住民が心の健康に関心を持ち、精神疾患や精神的不健康状態の初期症状や前兆に対処することができるよう、また、精神的健康の保持増進ができるよう、心の健康づくりに関する知識の普及、啓発を行う。

(2) 精神障害に対する正しい知識の普及

精神障害者に対する誤解や社会的偏見を是正し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるため、講演会、地域交流会等の開催や、各種広報媒体の作成、活用などにより、地域住民に対して精神障害についての正しい知識の普及を図る。

(3) 家族や障害者本人に対する教室等

統合失調症、アルコール、薬物、思春期、青年期、痴呆等について、その家族や障害者本人に対する教室等を行い、疾患等についての正しい知識や社会資源の活用等について学習する機会を設ける。

3 研修

市町村、関係機関、施設、団体、事務所等の職員や、ボランティア等に対する研修を行う。

4 組織育成

患者会、家族会、断酒会等の自助グループや、職親会、ボランティア団体等の諸活動に対して必要な助言、援助又は指導を行い、これを積極的に育成、支援する。

5 相談

(1) 所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談は随時応じる。相談指導従事者としては、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神保健福祉相談員、保健師、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する。

(2) 相談の内容は、心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、痴呆等の相談など、保健、医療、福祉の広範にわたる。相談の結果に基づき、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設や、自助グループ等への紹介、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応することができる。

なお、自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の利用を希望する者に対しては、利用者の居住地の市町村と密接に連携を図り、円滑な利用が行えるようにすること。

6 訪問指導

(1) 訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。

(2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。

7 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 保健所デイケアその他の訓練指導の実施

作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導等を行い社会復帰の促進、地域における自立と社会参加の促進のための訓練指導を行う。

なお、この場合においては、医療機関のデイケアや社会復帰施設等の事業との関係に留意する。

(2) 精神障害者社会復帰施設の届出等

精神障害者社会復帰施設については、ともすれば障害特性等から人権侵害を受けやすい精神障害者を対象とするものであること等に鑑み、施設の設置に先立って都道府県知事に届出をさせるとともに、施設の休止又は廃止についても同様の手続によることとした。

保健所は管内の精神障害者社会復帰施設の状況の把握に当たり、当該届出を活用すること。

(3) 精神障害者社会復帰施設の利用

従来、精神障害者社会復帰施設の利用に当たっては、保健所長が利用希望者に対し、利用の推薦状の交付を行っていたが、利用者の負担を軽減する観点から、

精神障害者社会復帰施設の長が医師の意見書の写しを添えて当該施設の所在地を管轄する保健所長に報告するものとされた。また、利用の終了に際しても同様の報告が求められ、さらに、施設を利用している者の状況について、年1回報告することとされた。

保健所長は、これらの報告を受けたときは必要に応じ技術的な助言等を行うとともにそれらの情報を適切に管理し、当該利用者の状況把握に役立てること。

(4) 関係機関の紹介

医療機関で行っている精神科デイケアや、作業所などの利用の紹介を行う。

また、社会的自立をめざし訓練から雇用へつながるよう、公共職業安定所等における雇用施策との連携を図る。

(5) 各種社会資源の整備促進及び運営支援

精神障害者社会復帰施設や作業所等の整備に当たって、地域住民の理解の促進や、整備運営のための技術支援などの協力を行い、保健所が中心となって、市町村、関連機関等との調整を図り、整備の促進を図る。

また、社会適応訓練事業の協力事業所の確保や、就労援助活動を行う。

(6) 精神障害者社会復帰施設等の指導監督

平成11年の法改正に伴い、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）を創設し、精神障害者社会復帰施設の運営を図ることとした。また、この基準とともに、平成12年3月31日障第247号当職通知「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について」の別紙「精神障害者社会復帰施設運営要綱」が定められたところであり、都道府県知事又は指定都市市長（以下「都道府県知事等」という。）は、これらに基づき精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する指導監督を実施することとされたため、保健所においても、都道府県知事等の行う指導監督に必要に応じて参画すること。

また、精神障害者小規模作業所についても同様に、必要に応じて指導監査を行い、保健所においても参画することが望ましい。

さらに、指導監査のみならず、あらゆる機会を通じて、管内の精神障害者社会復帰施設、精神障害者小規模作業所に対して指導を行うこと。

(7) 精神障害者保健福祉手帳の普及

精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法についての周知を図る。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため、市町村、関係機関、事業者等に協力を求めるなど積極的支援を行い、諸福祉サービスの充実を図る。

8 入院及び通院医療関係事務

(1) 関係事務の実施

精神保健福祉法では、保健所を地域における精神保健業務の中心的行政機関として、以下のような手続事務を委ねている。

ア 措置入院関係（一般人からの診察及び保護の申請，警察官通報，精神科病院の管理者からの届出の受理とその対応，申請等に基づき行われる指定医の診察等への立ち合い）

イ 医療保護入院等関係（医療保護入院届及び退院届の受理と進達，応急入院届の受理と進達）

ウ 定期病状報告等関係（医療保護入院，措置入院）

エ その他関係業務

(2) 移送に関する手続きへの参画

都道府県知事等は，今回の改正により創設された移送を適切に行うため，事前調査，移送の立ち会い等の事務を行うが，これらの事務の実施に当たっては対象者の人権に充分配慮することが必要である。

特に，事前調査における対象者の状況の把握に当たっては，保健所の積極的な関与が求められることから，相談，訪問指導等日常の地域精神保健福祉活動の成果を活用し，迅速かつ確に行う必要があること。

また，精神障害者，保護者等からの相談窓口や精神保健指定医，応急入院指定病院等との連絡調整機能等を担う「精神科救急情報センター」を保健所に置く場合には，当該機能を的確に実施するための体制を整備する必要がある。

(3) 関係機関との連携

関係事務を処理するに当たっては，医師，精神保健福祉相談員，保健師等における連携を図ることはもとより，医療関係，社会福祉関係等の行政機関，医療機関，精神障害者社会復帰施設等と密接な連携を保つ必要がある。

(4) 人権保護の推進

医療及び保護の関連事務は，精神障害者の人権に配慮されたよりよい医療を確保するために重要な事務であるから，適切確実に行うことが必要である。

(5) 精神病院に対する指導監督

精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や社会復帰の一層の促進を図るため，精神病院に対する指導監督の徹底を図る。都道府県知事，指定都市市長が精神科病院に対する指導監督を行う際には，保健所においても，都道府県知事，指定都市市長の行う指導監督に必要に応じて参画すること。

9 ケース記録の整理及び秘密の保持等

(1) 相談指導，訪問指導，社会復帰指導その他のケース対応に当たっては，対象者ごとに，相談指導等の記録を整理保管し，継続的な相談指導等のために活用する。

本人が管轄区域外に移転した場合は，必要に応じ，移転先を管轄する保健所に当該資料等を送付して，相談指導等の継続性を確保する。

また，主治医からの訪問指導の依頼に対し，訪問先が当該保健所の管轄区域外であるときは，必要に応じて住所地の保健所に連絡するなど，適切な相談指導が確保されるよう配慮する。

(2) ケースの対応については、患者及び家族の秘密に関する事項の取扱いに十分注意する。

(3) なお、相談指導に当たっては、市町村、関係機関その他の関係者との連携に留意する。

10 市町村への協力及び連携

地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、在宅の精神障害者に対する支援施策を市町村が実施することとしている。保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑にできるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要である。

さらに、平成18年には、自立支援法により、精神障害者居宅生活支援事業が自立支援法の障害福祉サービスとして統合されるなど諸々の制度改正が行われたところであり、市町村が精神障害者に対する一般的な相談支援事業を行うこととなるなど、各市町村においては、地域精神保健福祉により積極的に取り組むことが求められるところであり、精神障害者に対する障害福祉サービスや相談支援事業の実施に当たり、保健所は、市町村への情報提供、技術的協力・支援を行うことが必要である。

また、市町村が障害者基本法に基づく障害者計画や自立支援法に基づく障害福祉計画を策定する場合に当たっても、必要な協力支援及び連携を図る。

なお、保健所の管轄区域が広い場合に、保健所から遠隔な区域で市町村の役割分担を充実させる等の連携方策をとることも考慮する。

第2部 市町村

第1 地域精神保健福祉における市町村の役割

これまでの精神保健福祉行政は、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、入院医療中心の施策から、社会復帰や福祉施策にその幅が広がるにつれて、身近な市町村の役割が大きくなってきた。

平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針においても、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

さらに平成11年の法改正において、在宅の精神障害者に対する支援を図る観点から、平成14年度より、市町村が、精神障害者社会復帰施設又は精神障害者居宅生活支援事業若しくは精神障害者社会適応訓練事業の利用の相談・調整、精神保健福祉手帳及び通院医療費公費負担に関する手続きの受理の事務等を行うこととされた。また、精神障害者居宅生活支援事業については市町村を中心として行うこととされていることから、当該事務を円滑に行えるよう、保健所等の協力を得ながら事業を推進していく必要がある。

また、市町村における精神保健福祉業務の実施方法については、保健所の協力と連携の下で、その地域の実情に応じて第1部の第2及び第3に準じてその義務を行うよ

う努めるものとする。

なお、保健所を設置する市及び特別区においては第1部によるものとする。

また、平成17年には、医療観察法が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

さらに、平成18年には、自立支援法により、精神障害者居宅生活支援事業が自立支援法に基づく障害福祉サービスとして統合されるなど諸々の制度改正が行われたところであり、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなるなど、各市町村においては、地域精神保健福祉により積極的に関与することが求められる。

第2 実施体制

1 体制

市町村においては、その実情に応じて、精神保健福祉業務の推進体制を確保する。身体障害者など他の障害者行政との連携や、社会福祉及び保健衛生行政の総合的推進等を勘案し、市町村の特性を活かした体制に配慮する。

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を担当する職員については、都道府県等が行う障害者ケアマネジメント従事者研修を受講した者が望ましい。また、職員が研修を受講できるような配慮が必要である。

なお、精神保健福祉法第48条の規定に基づき、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせることが必要である。この場合、精神保健福祉士に加え、保健師や臨床心理技術者で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとする。

3 会議等

企画、相談指導等に関する所内の会議や、市町村内の連絡会議の実施など、市町村の特性を活かした体制に配慮する。

第3 業務の実施

1 企画調整

地域の実態把握に当たっては、保健所に協力して調査等を行うとともに、保健所の有する資料の提供を受ける。地域の実態に合わせて精神保健福祉業務の推進を図る。

2 普及啓発

普及啓発については、他の地域保健施策の中における精神保健福祉的配慮を含め、関係部局との連携により、きめ細かな対応を図る。

3 相談指導

精神障害者社会復帰施設，精神障害者社会適応訓練事業，自立支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に，精神保健福祉に関する基本的な相談を行う。

4 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 自立支援法の障害福祉サービス

自立支援法の障害福祉サービスは，地域における精神障害者の日常生活を支援することにより，精神障害者の自立と社会参加を促進する観点から実施する。市町村においては，事業を円滑に実施するため，利用者のニーズに十分に対応できるように，サービス提供体制を構築する。

(2) 精神障害者社会復帰施設等の利用の調整等

精神障害者の希望に応じ，その精神障害の状態，社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘案し，当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設，精神障害者社会適応訓練事業，自立支援法の障害福祉サービス等の利用ができるよう，相談に応じ，必要な助言を行う。この場合においては，できるだけ民間の専門家の能力を活用していくことが効率的であることから，市町村は当該事務を精神障害者地域生活支援センターに委託することができることとされたので，これを活用するとともに，市町村においても利用者の状況を把握すること。

また，市町村は，助言を受けた精神障害者から求めがあった場合には，必要に応じて自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の利用についてのあつせん又は，調整を行うとともに，必要に応じて，自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の設置者に対し，当該精神障害者の利用の要請を行う。

この場合，精神保健福祉法の規定に基づき，精神障害者社会復帰施設の設置者は，あつせん，調整及び要請に対し，できる限り協力しなければならないこととされている。

市町村を超えた利用が必要な場合には，保健所の協力を得て，市町村間の連絡調整を行う。

(3) 市町村障害福祉計画の策定

自立支援法88条に基づく市町村障害福祉計画については，都道府県，精神保健福祉センター，保健所及び地域の医療機関，精神障害者社会復帰施設その他の関係機関の協力を得て，その策定及び推進を図る。

(4) 各種社会資源の整備

社会復帰の促進や生活支援のための施設や事業の整備のためには地域住民の理解と協力が重要であることから，市町村が積極的にその推進を図るとともに，自ら主体的にその整備を図る。

(5) 精神障害者保健福祉手帳関係事務

精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法の周知を図るとともに，申請の受理と

手帳の交付などの事務処理の手続を円滑に実施する。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため、関係機関、事業者等に協力を求めるなど積極的支援を行い、諸福祉サービスの充実を図る。

5 入院及び自立支援医療費（精神通院医療）

(1) 自立支援法の自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定の申請の受理と進達を行う。

(2) 保護者がいないとき等においては、精神障害者の居住地の市町村長が保護者となる（法第21条）が、医療保護入院の同意を市町村長が行う際には、人権保護上の十分な配慮が必要である。

6 ケース記録の整理及び秘密の保持

(1) 相談指導その他のケース対応に当たっては、対象者ごとに、相談指導等の記録を整理保管し、継続的な相談指導のために活用する。

(2) 精神障害者やその家族のプライバシーの保護については、市町村が地域に密着した行政主体であるがゆえに一層の配慮が必要である。

(3) なお、相談指導に当たっては、保健所、関係機関その他の関係者との連携に留意する。

7 その他

(1) 障害者基本法第7条の2に基づく市町村障害者計画については、都道府県、精神保健福祉センター、保健所及び地域の医療機関、精神障害者社会復帰施設その他の関係機関の協力を得て、その策定及び推進に努める。

(2) その他、地域の実情に応じて、創意工夫により施策の推進を図る。

前文（第4次改正）抄

〔前略〕平成18年12月23日から適用する。

32. 精神保健福祉センター運営要領について

平成8年1月19日 健医発第57号
各都道府県知事・各指定都市市長あて
厚生省保健医療局長通知

最終改正 平成18年12月22日障発第1222003号

精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改められ、精神障害者の福祉が法体系上に位置付けられ、精神保健センターは「精神保健福祉センター」に改められたところである。

精神保健センターの運営については、これまで、「精神保健センター運営要領」（昭和44年3月24日衛発第194号公衆衛生局長通知）により行われてきたが、今般の法律改正を踏まえて、これを廃止し、別紙のとおり「精神保健福祉センター運営要領」を定めたので通知する。

なお、貴管下市町村及び関係機関に対する周知についてご配慮願いたい。

精神保健福祉センター運営要領

精神保健福祉センター（以下「センター」という。）は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）第6条に規定されているとおり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに法第45条第1項の申請及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第52条第1項の支給認定に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う施設であって、次により都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない。

1 センターの目標

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっている。

この目標を達成するためには、保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、積極的に技術指導及び技術援助を行うほか、その他の医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関（以下「関係諸機関」という。）と緊密に連携を図ることが必要である。

2 センターの組織

センターの組織は、原則として総務部門、地域精神保健福祉部門、教育研修部門、調査研究部門、精神保健福祉相談部門、精神医療審査会事務部門及び自立支援医療（精神通院医療）・精神障害者保健福祉手帳判定部門等をもって構成する。

職員の構成については、所長のほか、次の職員を擁することとするが、業務に支障がないときは、職務の共通するものについて他の相談機関等と兼務することも差し支えないこと。

なお、ここで示す職員の構成は、標準的な考え方を示すものである。

医師（精神科の診療に十分な経験を有する者であること。）

精神保健福祉士

臨床心理技術者

保健師

看護師

作業療法士

その他センターの業務を行うために必要な職員

また、その職員のうち精神保健福祉相談員の職を置くよう努めるとともに、所長には、精神保健福祉に造詣の深い医師を充てることが望ましいこと。

3 センターの業務

センターの業務は、企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談、組織の育成、精神医療審査会の審査に関する事務並びに自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定などに大別されるが、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神保健福祉活動の実践が行われなければならない。

(1) 企画立案

地域精神保健福祉を推進するため、都道府県の精神保健福祉主管部局及び関係諸機関に対し、専門的立場から、社会復帰の推進方策や、地域における精神保健福祉施策の計画的推進に関する事項等を含め、精神保健福祉に関する提案、意見具申等をする。

(2) 技術指導及び技術援助

地域精神保健福祉活動を推進するため、保健所、市町村及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導及び技術援助を行う。

(3) 人材育成

保健所、市町村、福祉事務所、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所等その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、技術的水準の向上を図る。

(4) 普及啓発

都道府県規模で一般住民に対し精神保健福祉の知識、精神障害についての正しい知識、精神障害者の権利擁護等について普及啓発を行うとともに、保健所及び市町村が行う普及啓発活動に対して専門的立場から協力、指導及び援助を行う。

(5) 調査研究

地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等についての調査研究をするとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう資料を提供する。

(6) 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なものを行う。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。センターは、これらの事例についての相談指導を行うためには、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

(7) 組織育成

地域精神保健福祉の向上を図るためには、地域住民による組織的活動が必要である。このため、センターは、家族会、患者会、社会復帰事業団体など都道府県単位の組織の育成に努めるとともに、保健所、市町村並びに地区単位での組織の活動に協力する。

(8) 精神医療審査会の審査に関する事務

精神医療審査会の開催事務及び審査遂行上必要な調査その他当該審査会の審査に関する事務を行うものとする。

また、法第38条の4の規定による請求等の受付についても、精神保健福祉センターにおいて行うなど審査の客観性、独立性を確保できる体制を整えるものとする。

(9) 自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定

センターは、法第45条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務及び障害者自立支援法第52条第1項の規定による自立支援医療（精神通院医療）の支給認定を行うものとする。

4 その他

(1) センターは、診療機能や、デイケア、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービス等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい。診療機能及びリハビリテーション機能をもつに際しては、精神医療審査会事務並びに自立支援医療（精神通院医療）費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の判定を行うことから、その判定等が公正に行われるよう、透明性及び公平性の確保に配慮する必要がある。

(2) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）による地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

(3) その他、センターは、地域の実情に応じ、精神保健福祉の分野における技術的中枢として、必要な業務を行う。

33. 自殺総合対策大綱

平成19年6月8日閣議決定

平成20年10月31日一部改正

第1 はじめに

1. 自殺をめぐる現状

我が国の自殺者数は、平成10年に一挙に8,000人余り増加して3万人を越え、その後も高い水準が続いている。人口10万人当たりの自殺による死亡率（以下「自殺死亡率」という。）も欧米の先進諸国と比較して突出して高い水準にある。

世代別に見ると、将来ある子どもの自殺や20歳代、30歳代を中心にインターネット自殺が問題となっている。中高年、特に男性は、自殺者急増の主要因であり、今後、この世代が高齢者層に移行するにつれ、さらに問題が深刻化することが懸念されている。高齢者は、従来自殺死亡率が高く、今後、高齢化、核家族化が一層進行するにつれ、健康問題に加え、老々介護による介護・看病疲れ等が課題となる。

このような状況に対し、政府としても、相談体制の整備、自殺防止のための啓発、調査研究の推進等に取り組んできたが、自殺者数の減少傾向が見られないことから、平成18年10月、国を挙げて自殺対策を総合的に推進することにより、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図るため、自殺対策基本法（以下「基本法」という。）が施行された。

この自殺総合対策大綱（以下「大綱」という。）は、基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として策定するものである。

人の「命」は何ものにも代えがたい。また、自殺は、本人にとってこの上ない悲劇であるだけでなく、家族や周りの人々に大きな悲しみと生活上の困難をもたらし、社会全体にとっても大きな損失である。国を挙げて自殺対策に取り組み、自殺を考えている人を一人でも多く救うことによって、日本を「生きやすい社会」に変えていく必要がある。今後、大綱に基づき、地方公共団体をはじめ、医療機関、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体等との密接な連携を図りつつ、自殺対策を強力に推進する。

2. 自殺対策の基本認識

<自殺は追い込まれた末の死>

自殺は、個人の自由な意思や選択の結果と思われがちであるが、実際には、倒産、失業、多重債務等の経済・生活問題の外、病気の悩み等の健康問題、介護・看病疲れ等の家庭問題など様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係している。

自殺に至る心理としては、このような様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ってしまったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程を見ることができる。

また、自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数は、様々な悩みにより心理的に追い詰められた結果、うつ病、アルコール依存症等の精神疾患を発症しており、これらの精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態となっていることが明らかになってきた。

このように、多くの自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、様々な悩みにより心理的に「追い込まれた末の死」ということができる。

<自殺は防ぐことができる>

世界保健機関が「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」であると明言しているように、自殺は社会の努力で避けることのできる死であるというのが、世界の共通認識となりつつある。

すなわち、経済・生活問題、健康問題、家庭問題等自殺の背景・原因となる様々な要因のうち、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因については、制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組により自殺を防ぐことが可能である。

また、健康問題や家庭問題等一見個人の問題と思われる要因であっても、専門家への相談やうつ病等の治療について社会的な支援の手を差し伸べることにより自殺を防ぐことが可能である。世界保健機関によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症には有効な治療法があり、この3種の精神疾患の早期発見、早期治療に取り組むことにより自殺死亡率を引き下げることができるとされている。

このように、心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する社会の適切な介入により、また、自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができる。

<自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している>

我が国では精神疾患や精神科医療に対する偏見が強く、自殺を図った人が精神科医等の専門家を受診している例は少ない。特に、自殺者が多い中高年男性は、心の問題を抱えやすい上、相談することへの抵抗感から問題を深刻化しがちと言われている。

他方、死にたいと考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠、原因不明の体調不良など自殺の危険を示すサインを発している。

自殺を図った人の家族や職場の同僚など身近な人は、自殺のサインに気づいていることも多く、このような国民一人ひとりの気づきを自殺予防につなげていくことが課題である。

第2 自殺対策の基本的考え方

1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む

自殺は、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因を含む様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係している。

このため、自殺を予防するためには、社会的要因に対する働きかけとともに、心の健康問題について、個人に対する働きかけと社会に対する働きかけの両面から総合的に取り組むことが必要である。

<社会的要因に対する働きかけ>

第一に、失業、倒産、多重債務、長時間労働などの社会的要因は深刻な心の悩みを引き起こしたり、心の健康に変調をもたらしたりして自殺の危険を高める要因となる。

このような社会的要因が関係している自殺を予防するためには、先ず、長時間労働を余儀なくさせている現在の日本人の働き方を見直したり、失敗しても何度でも再チャレンジすることができる社会を創り上げていくなど社会的要因の背景にある制度・慣行そのものの見直しを進めることが重要である。また、問題を抱えた人に対する相談・支援体制の整備・充実を図るとともに、相談機関の存在を知らないため十分な社会的支援が受けられないことがないよう関係機関の幅広い連携により相談窓口等を周知するための取組を強化する必要がある。

また、社会に対する働きかけとして、危険な場所の安全確保や危険な薬品等に対する適正な取り扱いの徹底も重要である。

<うつ病の早期発見、早期治療>

第二に、自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数がうつ病等の精神疾患に罹患しており、中でもうつ病の割合が高いこと、世界保健機関によればうつ病等については有効な治療法が確立していること、諸外国や我が国の一部の地域ではうつ病対策の実施により自殺予防の効果をあげていることから、うつ状態にある人の早期発見、早期治療を図るための取組が重要である。

このため、自殺の危険性の高い人を発見する機会の多いかかりつけの医師等をゲートキーパーとして養成し、うつ病対策に活用するとともに、精神科医療提供体制の整備を図る必要がある。

<自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組>

第三に、国民全体に対し、命の大切さの理解を深めるとともに、悩みを抱えたときに気軽に心の健康問題の相談機関を利用できるよう、自殺や精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていく取組が重要である。困ったときは誰かに助けを求めることが適切な方法であることなどを周知する必要がある。

<マスメディアの自主的な取組への期待>

また、マスメディアによる自殺報道では、事実関係を併せて自殺の危険を示すサインやその対応方法等自殺予防に有用な情報を提供することにより大きな効果が得られる一方で、自殺手段の詳細な報道、短期集中的な報道は他の自殺を誘発する危険性もある。このため、国民の知る権利や報道の自由も勘案しつつ、適切な自殺報道が行われるようマスメディアによる自主的な検討のための取組を期待する。

2. 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む

現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、核

家族化や都市化の進展に伴い従来家族、地域のきずなが弱まりつつあり、誰もが心の健康を損なう可能性がある。

このため、まず、国民一人ひとりが、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処することができるようにすることが重要である。

また、心の問題を抱えて自殺を考えている人は、専門家に相談したり、精神科医を受診したりすることは少ないが、何らかの自殺のサインを発していることが多いことから、全ての国民が、身近にいるかもしれない自殺を考えている人のサインに早く気づき、精神科医等の専門家につなぎ、その指導を受けながら見守っていけるようにすることが重要である。日常の心の健康の変化に気づくことができる身近な家族、同僚の果たす役割は大きい。

国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう広報活動、教育活動等に取り組む必要がある。

3. 自殺の事前予防、危機対応に加え未遂者や遺族等への事後対応に取り組む

自殺対策は、

- 1) 事前予防：心身の健康の保持増進についての取組、自殺や精神疾患についての正しい知識の普及啓発等自殺の危険性が低い段階で予防を計ること。
- 2) 自殺発生の危機対応：現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと。
- 3) 事後対応：不幸にして自殺や自殺未遂が生じてしまった場合に家族や職場の同僚等他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと。

の段階ごとに効果的な施策を講じる必要がある。

未遂者や遺族等への事後対応については、再度の自殺や後追い自殺を防ぐことも期待され、将来の事前予防にもつながる、これまで十分な取組が行われていないことを踏まえ、今後、事後対応について積極的に取り組むことにより、段階ごとの施策がバランスよく実施されることが重要である。

4. 自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える

自殺は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題の外、地域・職場のあり方の変化など様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係しており、自殺を考えている人を支え、自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が重要である。また、このような包括的な取組を実施するためには、様々な分野の人々や組織が密接に連携する必要がある。

例えば、うつ病等自殺の危険性の高い人や自殺未遂者の相談、治療に当たる保健・医療機関においては、心の悩みの原因となる社会的要因に対する取組も求められることから、問題に対応した相談窓口を紹介できるようにする必要がある。また、経済・生活問題の相談窓口担当者も、自殺の危険を示すサインやその対応方法、支援が受けられる外部の保健・医療機関など自殺予防の基礎知識を有していることが求められる。

また、このような連携を確保するためには、国だけでなく、地域においても民間団体も含めた様々な分野の関係機関・団体のネットワークを確立することが重要である。

5. 自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する

自殺対策を進めるに当たっては、まず、どのような問題が、どの程度深刻な問題であるかを把握した上で、自殺の実態に即して、科学的根拠に基づき実施する必要がある。しかしながら、このような実態解明のための調査研究は取組が始まったばかりであり、自殺の実態は未だ明らかでない部分が多い。

このため、これまでの調査研究の成果や世界保健機関、諸外国の知見を基に、効果があると考えられる施策から実施することとし、並行して、実態解明のための調査研究を進める必要がある。

6. 中長期的視点に立って、継続的に進める

自殺対策は、社会的要因の背景にある制度・慣行の見直しや相談・支援体制の整備・充実を図るとともに、国民全体に対する啓発活動等を通じて正しい知識を普及させ、自殺や精神疾患に対する偏見を減らし、併せて、精神科医療全体の改善を図っていくことが必要であるが、直ちに効果を発揮するものではない。諸外国の例を見ても、自殺予防に即効性のある施策はないといわれており、中長期的な視点に立って継続的に実施する必要がある。

第3 世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向

1. 青少年（30歳未満）

思春期は精神的な安定を損ないやすく、また、青少年期に受けた心の傷は生涯にわたって影響することから、自殺者数は少ないものの、青少年の自殺対策は重大な課題である。

青少年の心の健康の保持・増進や良好な人格形成への支援を行うことが、適切な自殺予防につながることから、児童生徒及び教職員に対する児童生徒の自殺予防に資する教育や普及啓発の実施と学校で自殺や自殺未遂が発生した場合の児童生徒等の心理的ケアに取り組む必要がある。

2. 中高年（30歳～64歳）

中高年は、家庭、職場の両方で重要な役割を占める一方、親との死別や退職などの大きな喪失体験を迎え、心理的にも、社会的にも負担を抱えることが多い世代である。特に、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が多い。また、女性は、出産や更年期において心の健康を損ないやすい。

心理的、社会的ストレスに対応するための心の健康づくりとともに、ストレスの原因となる長時間労働、失業等の社会的要因に対する取組が重要である。また、ストレスによるうつ病が多いことから、うつ病の早期発見、早期治療が重要である。

3. 高齢者（65歳以上）

高齢者の自殺の背景には、慢性疾患による継続的な身体的苦痛や将来への不安、身体機能の低下に伴う社会や家庭での役割の喪失感、近親者の喪失体験、介護疲れ等によるうつ病が多い。

高齢者は、身体的不調により医療機関を受診する機会も多く、かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断技術の向上、健康診査等を活用したうつ病の早期発見、早期治療とともに、高齢者の生きがいづくり対策が重要である。また、在宅介護者に対する支援の充実も重要である。

第4 自殺を予防するための当面の重点施策

「第2 自殺対策の基本的考え方」、「第3 世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向」を踏まえ、当面、特に集中的に取り組むべき施策として、基本法の9つの基本的施策に沿って、以下の施策を設定する。

なお、今後の調査研究の成果等により新たに必要となる施策については、逐次実施することとする。

また、地方公共団体においては、本大綱を踏まえつつ、地域の実情に応じた施策を設定する必要がある。

1. 自殺の実態を明らかにする

自殺者や遺族のプライバシーに配慮しつつ、社会的要因を含む自殺の実態を把握するための調査研究とともに、自殺対策に関する情報の提供等を推進する。

(1) 実態解明のための調査の実施

社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する。

また、地方公共団体、民間団体等が実施する自殺の実態解明のための調査を支援する。

(2) 情報提供体制の充実

国、地方公共団体等における自殺対策の企画、立案に資するため、自殺予防総合対策センターの機能強化を図るなど、自殺の実態、自殺に関する内外の調査研究等自殺対策に関する情報の収集・整理・分析、提供を推進する。

また、同センターと関係機関との連携を強化する。

(3) 自殺未遂者、遺族等の実態及び支援方策についての調査の推進

自殺未遂者、遺族等の実態及び支援方策についての調査研究を進める。

(4) 児童生徒の自殺予防についての調査の推進

児童生徒の自殺について、教育委員会や学校による調査等に限界がある場合に、必要に応じて第三者による実態把握を進める。

また、児童生徒の自殺の特徴や傾向などを分析しながら、自殺予防のあり方について調査研究を行う。

(5) うつ病等の精神疾患の病態解明及び診断・治療技術の開発

うつ病等の精神疾患の病態を脳科学等様々な分野にわたる研究により解明し、治療法の研究開発を進めるとともに、簡便で客観的な指標を用いたうつ病の診断技術の研

究開発を進め、その結果について普及を図る。

(6) 既存資料の利活用の促進

各都道府県警察が保有する自殺統計資料や関係機関が保有する資料等について、自殺の実態解明のための調査研究への活用を促進する。

2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

自分の周りにもいるかもしれない自殺を考えている人の存在に気づき、専門家につなぎ、見守っていくという自殺対策における国民一人ひとりの役割等について国民の理解の促進を図るため、教育活動、広報活動等を通じた啓発事業を展開する。

(1) 自殺予防週間の設定と啓発事業の実施

自殺や精神疾患についての正しい知識の普及を図るとともに、これらに対する偏見をなくすため、9月10日の世界自殺予防デーに因んで、毎年、9月10日からの一週間を自殺予防週間として設定し、国、地方公共団体が連携して、幅広い国民の参加による啓発活動を強力に推進し、命の大切さとともに、自殺の危険を示すサインや危険に気づいたときの対処方法等について国民の理解を促進する。

(2) 児童生徒の自殺予防に資する教育の実施

学校において、体験活動、地域の高齢者との世代間交流等を活用するなどして、児童生徒が命の大切さを実感できる教育を推進するとともに、児童生徒に対する自殺予防を目的とした教育の実施に向けた環境づくりを進める。

さらに、メディアリテラシー教育とともに、情報モラル教育及び違法・有害情報対策を推進する。

(3) うつ病についての普及啓発の推進

「新健康フロンティア戦略」に基づき、ライフステージ別のうつに対する知識の普及・啓発、うつ病の認識、受診の啓発を推進する。

3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する

自殺の危険性の高い人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図ることができる「ゲートキーパー」の役割を担う人材等を養成する。

(1) かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上

うつ病等の精神疾患患者は身体症状が出ることも多く、かかりつけの医師等を受診することも多いことから、臨床研修等の医師を養成する過程や生涯教育等の機会を通じ、かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上を図る。

(2) 教職員に対する普及啓発等の実施

児童生徒と日々接している学級担任、養護教諭等の教職員に対し、自殺の危険性の高い児童生徒に気づいたときの対応方法などについて普及啓発を実施するため、研修に資する教材の作成などにより取組の支援を行う。自殺者の遺児に対するケアも含め教育相談を担当する教職員の資質向上のための研修等を実施する。

(3) 地域保健スタッフや産業保健スタッフの資質の向上

精神保健福祉センター、保健所等における心の健康問題に関する相談機能を向上させるため、保健師等の地域保健スタッフに対する心の健康づくりや自殺予防についての研修を実施する。

また、職場におけるメンタルヘルス対策を推進するため、産業保健スタッフの資質向上のための研修等を充実する。

(4) 介護支援専門員等に対する研修の実施

介護支援専門員等の介護事業従事者の研修等の機会を通じ、心の健康づくりや自殺予防に関する知識の普及を図る。

(5) 民生委員・児童委員等への研修の実施

住民主体の見守り活動を支援するため、民生委員・児童委員等に対する心の健康づくりや自殺予防に関する施策についての研修を実施する。

(6) 地域でのリーダー養成研修の充実

国立保健医療科学院や自殺予防総合対策センターなどにおける地域での自殺対策におけるリーダー的存在となる専門職の研修を推進する。

(7) 社会的要因に関連する相談員の資質の向上

消費生活センターの多重債務相談窓口、商工会・商工会議所等の経営相談窓口、ハローワークの相談窓口等の相談員に対しメンタルヘルスについての正しい知識の普及を促進する。

(8) 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上

警察官、消防職員等に対して、適切な遺族対応等に関する知識の普及を促進する。

(9) 研修資料の開発等

国、地方公共団体等が開催する自殺防止等に関する様々な人材の養成、資質の向上のための研修を支援するため、研修資料の開発を推進するとともに、自殺予防総合対策センターにおいて公的機関や民間団体の相談員の研修事業を行う。

(10) 自殺対策従事者への心のケアの推進

民間団体の活動に従事する人も含む自殺対策従事者の心の健康を維持するための対応方法の普及を図る。

4. 心の健康づくりを進める

自殺の原因となる様々なストレスについて、ストレス要因の軽減、ストレスへの適切な対応など心の健康の保持・増進のための職場、地域、学校における体制整備を進める。

(1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

職場におけるメンタルヘルス対策の充実を推進するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発を図る。また、管理・監督者を始め労働者に対し心の健康問題への誤解や偏見をなくすための正しい知識の普及、産業保健スタッフの資質の向上等による相談体制の充実等事業場に対する支援を実施し、労働者が職場内で相談しやすい環境整備を図る。特に、メンタルヘルス対策の取組が進んでいない小規模事業場に対しては、産業保健と地域保健との連携などにより支援を充実する。

また、過重労働による健康障害防止のための労働基準監督署による監督指導を強化する。

(2) 地域における心の健康づくり推進体制の整備

精神保健福祉センター、保健所等における心の健康問題に関する相談機能を向上させるとともに、心の健康づくりにおける地域保健と産業保健との連携を推進する。

また、心身の健康の保持・増進に配慮した公園整備など高齢者が地域で集い、憩うことのできる場所の整備を進める。

農村における高齢者福祉対策を推進するとともに、高齢者の生きがい発揮のための施設整備を行うなど、快適で安心な生産環境・生活環境づくりを推進する。

(3) 学校における心の健康づくり推進体制の整備

保健室やカウンセリングルームなどをより開かれた場所として活用し、養護教諭の行う保健相談活動を推進するとともに、スクールカウンセラーや「子どもと親の相談員」の配置など学校における相談体制の充実を図る。

また、事業場としての学校の労働安全衛生対策を推進する。

5. 適切な精神科医療を受けられるようにする

うつ病等の自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、これらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制を充実する。

(1) 精神科医をサポートする人材の養成など精神科医療体制の充実

各都道府県が定める保険、医療、福祉に関する計画等における精神保健福祉対策を踏まえ、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉のネットワークの構築を促進する。

また、必要な研修等を実施し、精神科医をサポートできる心理職等の養成を図る。その上で、こうした心理職等のサポートを受けて精神科医が行う診療の普及状況を踏まえ、診療報酬での取扱いを含めた精神科医療体制の充実のための方策を検討する。

(2) うつ病の受診率の向上

「新健康フロンティア戦略」に基づき、うつ病についての正しい知識を普及し偏見をなくすための普及啓発を行う。

また、かかりつけの医師等がうつ病と診断した人を専門医につなげるための診療報酬上の評価を含む仕組みづくりについて検討する。

(3) かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上【再掲】

(4) 子どもの心の診療体制の整備の促進

子どもの心の問題に対応できる医師等の養成を推進するなど子どもの心の診療体制の整備を推進する。

(5) うつ病スクリーニングの実施

保健所、市町村の保健センター等による訪問指導や住民健診、健康教育・健康相談の機会を活用することにより、地域で、うつ病の懸念がある人の把握を進める。

特に、高齢者については、介護予防事業の一環としての基本チェックリストの結果をうつ病の1次スクリーニングとして活用するなどうつ病の懸念がある人を早期に発見し、適切な相談等につなげるための体制を整備する。

(6) うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進

うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う。

また、思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を利用できるよう支援する等、精神疾患の早期発見、早期介入のための取組を推進する。

(7) 慢性疾患患者等に対する支援

重篤な慢性疾患に苦しむ患者等からの相談を適切に受けることができる看護師を養成するなど、心理的ケアが実施できる医療体制の整備を図る。

6. 社会的な取組で自殺を防ぐ

社会的要因を含む様々な要因により自殺の危険性が高まっている人に対し、社会的な支援の手を差し伸べることにより、自殺を防止する。

(1) 地域における相談体制の充実

地方公共団体による自殺の危険を示すサインとその対応方法、相談窓口のわかりやすい一覧表等を掲載した住民向けの自殺予防のためのパンフレット等の作成・配布や相談しやすい体制の整備を促進する。

(2) 多重債務の相談窓口の整備とセーフティーネット融資の充実

「多重債務問題改善プログラム」に基づき、多重債務者に対するカウンセリング体制の充実、セーフティーネット貸付の充実を図る。

(3) 失業者等に対する相談窓口の充実等

失業者に対して早期再就職支援等の各種雇用対策を推進するとともに、ハローワーク等の窓口においてきめ細やかな職業相談を実施するほか、失業に直面した際に生じる心の悩み相談など様々な生活上の問題に関する相談に対応する。

また、「地域若者サポートステーション」において、地域の関係機関とも連携し、ネット状態にある若者等の自立を個別的・継続的・包括的に支援する。

(4) 経営者に対する相談事業の実施等

商工会・商工会議所等と連携し、経営の危機に直面した中小企業を対象とした相談事業、中小企業の一般的な経営相談に対応する相談事業を引き続き推進する。

また、全都道府県に設置している中小企業再生支援協議会で、相談から再生計画の策定支援まで、地域の金融機関など地域の総力を結集して中小企業の再生を支援する。

さらに、事業に失敗した人など経済的に困難な状況にある経営者が事業に再チャレンジできるよう支援すべく、早期撤退や新たな事業への再挑戦について専門家による

相談対応を行う窓口を全国各地に設置するとともに、政府系金融機関等における本人保証・第三者保証や不動産担保を求めない保証・融資の拡充、個人保証に過度に依存しない融資について金融機関へ要請等を行う。

(5) 法的問題解決のための情報提供の充実

日本司法支援センター（法テラス）の法的問題解決のための情報提供の充実及び国民への周知を図る。

(6) 危険な場所、薬品等の規制等

自殺の名所や高層建築物等における安全確保の徹底や鉄道駅におけるホームドア・ホーム柵の普及を図る。

また、危険な薬品の譲渡規制を遵守するよう周知の徹底を図るとともに、従来から行っている自殺するおそれのある家出人に関する家出人発見活動を継続して実施する。

(7) インターネット上の自殺関連情報対策の推進

第三者に危害を及ぼすおそれの高い物質の製造方法を教示し、その製造を誘引する情報について、プロバイダ等が契約約款に基づき削除するよう依頼するインターネット・ホットラインセンターの取組に対する支援を行う。

また、第三者に危害の及ぶおそれのある自殺の手段等を紹介するなどの情報等への対応の在り方について、明確化を図る等の対策を推進する。

青少年が安全に安心してインターネットを利用できる環境の整備等に関する法律に基づく取組を促進し、同法に基づく基本計画等により、青少年へのフィルタリングの普及を図るとともに、インターネットの適切な利用に関する教育及び啓発活動の推進等を行う。

(8) インターネット上の自殺予告事案への対応等

インターネット上の自殺予告事案に対する迅速・適切な対応を継続して実施する。

また、インターネットにおける自殺予告サイトや電子掲示板への特定個人を誹謗中傷する書き込み等の違法・有害情報について、フィルタリングソフトの普及、プロバイダにおける自主的措置への支援、相談者への対処方法の教示等を実施する。

(9) 介護者への支援の充実

高齢者を介護する者の負担を軽減するため、地域包括支援センターその他関係機関等との連携協力体制の整備や介護者に対する相談等が円滑に実施されるよう、相談事務等に従事する職員の確保や資質の向上などに関し、必要な支援の実施に努める。

(10) いじめを苦にした子どもの自殺の予防

子どもがいつでも不安や悩みを打ち明けられるような全国統一ダイヤルによるいじめなどの問題に関する電話相談体制について地方公共団体を支援するとともに、学校、地域、家庭が連携して、いじめを早期に発見し、適切に対応できる地域ぐるみの体制整備を促進する。

(11) 報道機関に対する世界保健機関の手引きの周知

世界保健機関の自殺予防の手引きのうち「マスメディアのための手引き」の報道各

社に対する周知を図る。

7. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

自殺未遂者の再度の自殺を防ぐため、入院中及び退院後の心理的ケア、自殺の原因となった社会的要因に対する取組を支援する。

(1) 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実

精神科救急体制の充実を図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるよう救急医療体制の整備を図る。

また、自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成する。

(2) 家族等の身近な人の見守りに対する支援

自殺の原因となる社会的要因に関する各種相談機関とのネットワークを構築することにより精神保健福祉センターや保健所の保健師等による自殺未遂者に対する相談体制を充実するとともに、退院後は、家族等の身近な人の見守りを支援するため、地域において精神科医療機関を含めた医療保健福祉のネットワークを構築するなど継続的なケアができる体制の整備を図る。

8. 遺された人の苦痛を和らげる

自殺や自殺未遂の発生直後に遺された人の心理的影響を和らげるためのケアを行うとともに、遺族のための自助グループ等の地域における活動を支援する。

(1) 自殺者の遺族のための自助グループの運営支援

精神保健福祉センターや保健所の保健師等による遺族への相談体制を充実するとともに、遺族等のケアに関するガイドラインを作成することにより、地域における民間団体が主催する自助グループ等の運営、相談機関の遺族等への周知を支援する。

(2) 学校、職場での事後対応の促進

学校、職場での自殺や自殺未遂の発生直後の周りの人々に対する心理的ケアが的確に行われるよう自殺発生直後の職場における対応マニュアルや学校の教職員向けの資料を作成する。

(3) 遺族のためのパンフレットの作成・配布の促進

遺族のための地方公共団体による各種相談窓口の一覧表、民間団体の連絡先等を掲載したパンフレットの作成と、遺族と接する機会が多い関係機関等での配布を促進する。

(4) 自殺遺児へのケアの充実

自殺者の遺児に対するケアも含め教育相談を担当する教職員の資質向上のための研修等を実施する。【再掲】

9. 民間団体との連携を強化する

自殺対策を進める上で、民間団体の活動は不可欠である。宗教家、遺族やその支援者などが、ボランティアとして参加している民間団体の相談活動などの取組は、多くの自殺の危機にある人を援助している。国及び地域の自殺対策において、このような民間団

体の活動を明確に位置づけること等により、民間団体の活動を支援する。

(1) 民間団体の人材育成に対する支援

遺族のための自助グループの進行役（ファシリテーター）、電話相談事業の相談員等の養成のための研修資材を開発する。

(2) 地域における連携体制の確立

地域において、自殺対策活動を行っている公的機関、民間団体等の確かな連携体制の確立を促す。

(3) 民間団体の電話相談事業に対する支援

民間団体の電話相談事業に対する支援を引き続き実施するとともに、相談窓口電話番号の全国共通化について検討する。

(4) 民間団体の先駆的・試行的取組に対する支援

地域における取組を酢視診するため、民間団体の実施する先駆的・試行的な自殺対策を支援する。

第5 自殺対策の数値目標

平成28年までに、平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させることを目標とする。

なお、自殺対策の目的は、一人でも多くの自殺を考えている人を救うことであり、できるだけ早期に目標を達成できるよう努めるものとし、目標が達成された場合は、大綱の見直し期間にかかわらず、数値目標を見直すものとする。

第6 推進体制等

1. 国における推進体制

大綱に基づく施策を総合的かつ効果的に推進するため、自殺総合対策会議を中心として、内閣官房長官（自殺対策を担当する内閣府特命担当大臣が置かれている場合には当該内閣府特命担当大臣とする。以下同じ）のリーダーシップの下に関係行政機関相互の緊密な連携・協力を図るとともに、施策相互間の十分な調整を図る。

また、同会議の事務局が置かれている内閣府において、関係府省が行う対策を支援、促進するとともに、関係者による協議の場を通じ、地方公共団体や自殺防止等に関する活動を行っている民間団体とも連携しつつ総合的な自殺対策を実施していく。特異事案の発生等の通報体制を整備するとともに、関係府省緊急連絡会議を機動的に開催し、適切に対応する。

さらに、男女共同参画、高齢社会、少子化社会、青少年育成、障害者に関する施策など関連する分野との連携にも留意しつつ、施策を推進する。

2. 地域における連携・協力の確保

自殺対策は、家庭や学校、職場、地域など社会全般に深く関係しており、総合的な自殺対策を推進するためには、地域の多様な関係者の連携・協力を確保しつつ、地域の特性に応じた実効性の高い施策を推進していくことが重要である。

このため、都道府県及び政令指定都市において、様々な分野の関係機関・団体によって構成される自殺対策連絡協議会等の自殺対策の検討の場の設置とどう協議会等により地域における自殺対策の計画づくり等が推進されるよう、積極的に働きかけるとともに、情報の提供等適切な支援を行うこととする。また、市町村においても自殺対策担当の部局等が設置されるよう、積極的に働きかける。

3. 施策の評価及び管理

自殺総合対策会議により、本大綱に基づく施策の実施状況、目標の達成状況等を把握し、その効果等を評価するとともに、これを踏まえた施策の見直しと改善に努める。

このため、内閣官房長官の下に、本大綱に基づく施策の実施状況の評価及びこれを踏まえた施策の見直し、改善等についての検討に民間有識者等の意見を反映させる仕組みを作り、総合的な自殺対策の推進につなげる。

4. 大綱の見直し

本大綱については、政府が推進すべき自殺対策の指針としての性格にかんがみ、社会経済情勢の変化、自殺をめぐる諸情勢の変化、本大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね5年を目途に見直しを行う。

34. 自立支援医療費の支給認定について

平成18年3月3日 障発第0303002号
各都道府県知事・指定都市市長・中核市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知
最終改正：障発0401第1号 平成22年4月1日

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づく自立支援医療については、本年4月1日から施行されるところであるが、標記について、自立支援医療費支給認定通則実施要綱（別紙1）、自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（別紙2）、自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（別紙3）及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（別紙4）を作成したので、本年4月1日から、これらを参考に支給認定を行うとともに、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮を願いたい。

なお、昭和62年7月3日児発第593号「身体に障害のある児童に対する育成医療の給付について」、平成5年3月30日社援更発第89号「更生医療の給付について」、昭和40年9月15日衛発第648号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」及び昭和59年10月25日社更発第169号「更生医療の給付に係るいわゆる自己負担額の算定方法について」は、本通知の施行に伴い廃止する。

また、昭和45年10月21日社更発第89号「先天性心臓疾患による心臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和54年5月10日社更発第56号「じん臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和55年5月20日社更発第82号「更生（育成）医療における形成外科的治療を担当する医療機関の指定について」、昭和57年3月23日社更発第43号「「音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正」の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について」、昭和61年9月22日社更発第158号「小腸機能障害者に対する更生医療の給付について」及び平成10年4月8日障発第230号「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害者に対する更生医療の給付について」に定める更生医療の給付の決定等については、本通知手続を参考にして行われたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

自立支援医療費支給認定通則実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続については、法令の定めるところによるものであるが、本要綱を参照しつつ支給認定の適正な実施を図られたい。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「世帯」という。

第2 所得区分

自立支援医療費については、法第58条第3項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設け、所得区分ごとに負担上限月額（障害者自立支援法施行令（以下「令」という。）第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。

- 1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。

- ① 生活保護 負担上限月額 0円
- ② 低所得1 負担上限月額 2,500円
- ③ 低所得2 負担上限月額 5,000円
- ④ 中間所得層 負担上限月額設定なし
- (⑤ 一定所得以上：自立支援医療費の支給対象外)

- 2 1の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が高額治療継続者（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

- ④' 中間所得層1 負担上限月額 5,000円
- ④" 中間所得層2 負担上限月額 10,000円

- 3 1の所得区分のうち④中間所得層に該当する受診者であって高額治療継続者に該当しない者が育成医療を受ける場合には、平成24年3月31日までの間は、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

- ④' 中間所得層（育成医療）Ⅰ 負担上限月額 5,000円
- ④" 中間所得層（育成医療）Ⅱ 負担上限月額 10,000円

- 4 1の所得区分のうち⑤一定所得以上については、受診者が「高額治療継続者」に該当する場合には、平成24年3月31日までの間は、自立支援医療費の支給対象とし、次のとおり別途所得区分及び負担上限月額を設ける。

⑤' 一定所得以上（重度かつ継続） 負担上限月額20,000円

5 1の所得区分のうち①生活保護の対象は、受診者の属する世帯が生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）である場合とする。

6 1の所得区分のうち②低所得1の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であって、受給者に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護の対象ではない場合であるものとする。

・地方税法上の合計所得金額（注2）

（合計所得金額がマイナスとなる者については、0とみなして計算する）

・所得税法上の公的年金等の収入金額（注3）

・その他厚生労働省令で定める給付（注4）

（注1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、受診者の属する「世帯」の世帯員（世帯員の具体的な範囲は、第5の1による。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である世帯をいう。

（注2）「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。

（注3）「公的年金等の収入金額」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

（注4）「その他厚生労働省令で定める給付」とは、障害者自立支援法施行規則（以下「施行規則」という。）第28条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

7 1の所得区分のうち③低所得2の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（均等割及び所得割双方の非課税）である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護及び②低所得1の対象ではない場合であるものとする。

8 1の所得区分のうち④中間所得層の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が23万5千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。

- 9 1の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が23万5千円以上の場合であるものとする。
- 10 2の所得区分のうち④' 中間所得層1の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円未満である場合であるものとする。
- 11 2の所得区分のうち④" 中間所得層2の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるものとする。
- 12 3の所得区分のうち④' 中間所得層(育成医療)Ⅰの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が育成医療を受け、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円未満である場合であるものとする。
- 13 3の所得区分のうち④" 中間所得層(育成医療)Ⅱの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が育成医療を受け、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるものとする。
- 14 8から13までにおいて、市町村民税額(所得割)の合計を判断する場合には、第5の1に基づくこととなる。
- 15 ⑤' 一定所得以上(重度かつ継続)の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当する場合であるものとする。

第3 「世帯」

- 1 「世帯」については、8の②を除き受診者と同じ医療保険に加入する者をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱うこととする。
- 2 家族の実際の居住形態にかかわらず、また、税制面での取扱いにかかわらず、8の②を除き医療保険の加入関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱う。
- 3 申請者から申請を受けた場合には、自立支援医療費支給認定申請書(別紙様式第1号。以下「申請書」という。)の他、受給者の氏名が記載(被保険者本人として記載又は被扶養者として記載)されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの(以下「被保険者証等」という。)の写し(受診者が18歳未満である場合は受給者のものに加えて受診者の氏名が記載されている被保険者証等の写しも同時に)を提出させるものとする(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)。あわせて、受診者の属する「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出させるものとする。
- 4 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが「世帯」全員のものかどうかにつき、申請者に住民票を提出させる、職権で調査する等の方法によって確認を行う。
- 5 「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しについては、被保

険者証等の形式や加入している医療保険によって、第5のとおり所得区分の認定に際して対象となる者の範囲が異なることから、提出する必要のある範囲が異なることとなる点に留意すること。

- 6 「市町村民税世帯非課税世帯」や市町村民税額（所得割）の「世帯」における合計額については、受診者の属する「世帯」の世帯員（世帯員の具体的な範囲は第5の1による。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）の課税状況を基準として判断することが基本となるが、自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であって、7月以降も継続して自立支援医療を受けることとなっているときには、これらに該当するかどうかにつき7月に再確認を行うことは必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは妨げない。
- 7 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。

8 「世帯」の範囲の特例

- ① 受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子どもがいる場合であっても、その親、兄弟、子どもが、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととしたときは、原則からいえば同一「世帯」であっても、特例として、受診者及びその配偶者を別の「世帯」に属するものとみなす取扱いを行うことを、受給者の申請に基づき選択できるものとする。
 - ・ この特例を認め得る場合は、受診者及びその配偶者は市町村民税非課税である一方、これ以外に同一の「世帯」に属する者が市町村民税課税である場合のみとする。
 - ・ この特例を認めるよう申請があった場合には、申請書の他、受診者及びその配偶者が扶養関係に基づく各種控除（以下「扶養控除」という。）の対象となっていないかどうかを確認するため、同一「世帯」に属する者の市町村民税に係る税情報の記載された適宜の書面又は書面の写し及び被保険者証の写しの提出を求め、その内容を確認するものとする。
 - ・ なお、ある年度において扶養関係にあったものの、当該年度の途中で生計を別にしたような場合は、税の申告が年1回であることから、次年度の税申告時から扶養控除の対象から外れることとなる者については、本人から、その旨の確認を誓約書等適宜の方法によって得ることにより、別の「世帯」とみなす取扱いができるものとする。
 - ② 受診者が18歳未満の場合については、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受診者と受給者を同一の「世帯」とみなすものとする。
- 9 加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合は、新たな被保険者証の写し等必要な書面を添付の上、速やかに変更の届出をさせるもの

とする。なお、「世帯」の状況の変化に伴い支給認定の変更が必要となった場合には、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意すること。

第4 「世帯」の所得の認定

1 「世帯」の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。

2 申請があつたとしても、提出資料や申請者からの聞き取りから、所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこととする。

また、市町村民税額（所得割）が23万5千円未満であることについてのみ確認できた場合は、所得区分を④中間所得層として取り扱うこととし、第2の2に該当する場合は所得区分を④”中間所得層2と、第2の3に該当する場合は所得区分を④”中間所得層（育成医療）Ⅱとして取り扱うこととする。

さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を③低所得2として取扱うこととする。

3 「世帯」の所得の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認するものとする。

第5 「世帯」の所得区分の認定

1 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定するものとする。また、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。

なお、所得区分が②低所得1に該当するかどうかを判断する場合には、申請者の障害年金等、特別児童扶養手当等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定するものとする。

2 法第12条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面得るような取扱い等を行うことは差し支えない。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、保護者等から同意を得てもよいこととする。

3 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。

4 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。

なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

第6 支給認定の変更

1 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、自立支援医療受給者証（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を添えて提出させることとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、負担上限月額（所得区分及び高額治療継続者の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関以外の変更については、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（別紙様式第3号）をもって届出させることとする。

2 受診者が精神通院医療を受けている場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。

3 申請を受け、所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更することを決定した日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した受給者証を交付する。また、必要に応じ自己負担上限額管理票（別紙様式第4号。以下「管理票」という。）を交付する。所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（別紙様式第5号）を申請者に交付すること。

4 申請を受け、指定自立支援医療機関の変更の必要があると判断した場合は、変更することを決定した日以降より新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定自立支援医療機関を記載した受給者証を交付する。指定自立支援医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。

第7 負担上限月額管理の取扱い

1 自立支援医療において負担上限月額が設定された者については、管理票を交付する。

2 管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療機関で指定自立支援医療を受けの際に受給者証とともに管理票を医療機関に提示する。

3 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載する。

4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

第8 医療の種類と負担上限月額、食事療養費及び生活療養費

1 自立支援医療の負担上限月額は、令第1条に規定される自立支援医療の種類（育成医療、更生医療又は精神通院医療）ごとに設定されるものである。例えば、同一の受診者が育成医療又は更生医療と精神通院医療とを同一月に受けた場合については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算を行わない。

2 所得区分が④中間所得層である育成医療又は更生医療の受給者が複数の疾病に関して支給認定を受けた場合において、高額治療継続者に該当する疾病等に係る認定を含む時は、当該複数疾病に係る育成医療又は更生医療の自己負担の合計額について、高額治療継続者に係る負担上限月額を適用する。

3 育成医療及び更生医療に係る入院時の食事療養及び生活療養については、所得区分が①生活保護及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費等減免者」という。）以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる（健康保険の療養に要する費用の額の算定の例により算定した額が自立支援医療費の対象となりうるのだが、実際には医療保険が優先し、食事療養費及び生活療養費分が医療保険から支払われるため、自立支援医療費からは食事療養費及び生活療養費分が支払われないこととなる。）。

一方、食事療養費等減免者には、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、自立支援医療費から少なくとも医療保険の標準負担額相当部分が支給されることとなる（原則的に健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が自立支援医療費から支給されることとなるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、生保世帯等で医療保険に加入していない食事療養費等減免者については、健康保険の食事療養費及び生活療養費相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ自立支援医療費として支給されることとなる。）。

4 なお、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

第9 未申告者の取扱い

1 非課税であることから申告しておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を⑤一定所得以上として取り扱う。なお、この場合においては、第2の4の適用はないものとする。

2 ただし、精神通院医療については、従前の制度では所得確認がなかったことなどを勘案し、当分の間、申請者が、非課税であることを示す資料が添付されていないにも関わらず非課税であることを申し述べた場合には、例外的に、次のように取り扱うものとする。

- ・ 申請者から申請書等の提出を受けた市町村は、非課税であるとみなすことができるかどうかの意見を付して、都道府県に關係資料を送付する。
- ・ 都道府県は、市町村からの意見を参考に、非課税とみなしてよいと判断すれば、非課税とみなすことができる。

- 3 上記取扱いを受けた者は、原則として、所得区分を③低所得2と認定するものとするが、都道府県の判断により、所得区分を②低所得1と認定しても差し支えない。

ただし、この場合には、障害基礎年金1級を受給する者とのバランスを失するこのないよう、本人の収入状況等を十分に確認するなど配慮されたい。

第10 医療保険未加入者の取扱い

- 1 自立支援医療費の申請の審査の段階で加入医療保険の把握を行い、加入手続を行っていない場合には、受診者又は保護者に対して手続を促すとともに、被用者保険の加入者又は後期高齢者医療制度の被保険者となる場合や、生活保護世帯の医療扶助又は支援給付世帯の医療支援給付の対象となっている場合を除き、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 2 自立支援医療費の受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護世帯又は支援給付世帯となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 3 1及び2の加入手続を行っている途上における申請に際しての「世帯」の取扱いについては、加入手続が完了した場合の「世帯」に準じて取り扱うこと。
- 4 1及び2にかかわらず、申請者が正当な理由がなく医療保険の加入手続を行わない場合については、「世帯」の範囲及び所得の確認ができないことから、所得区分は⑤一定所得以上として取り扱うこと。なお、この場合においては、第2の4の適用はないものとする。

第11 指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額

- 1 受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。
- 2 所得区分が④中間所得層であるため負担上限月額が設定されていない者について、医療費総額の1割相当額が医療保険の自己負担限度額（高額療養費基準額）を超えた場合は、高額療養費基準額を徴収すること。この場合、高額療養費は医療機関に支給されるものであること。

第12 指定自立支援医療機関

都道府県知事は、法第59条第1項で定めるところにより指定を行った指定自立支援医療機関についての一覧を自立支援医療の種類ごとに作成する。

また、指定自立支援医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定自立支援医療機関の一覧を、各月ごとに社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付する。

第13 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第2条に規定されていると

おりであること。したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることとなるものであること。

第14 その他

本要綱に係る各種様式の例は別添のとおりであるので、参考とされたい。

自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（育成医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「世帯」という。

第2 自立支援医療（育成医療）の対象

自立支援医療（育成医療）（以下単に「育成医療」とする。）の対象となる児童は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、当該障害又は疾患に係る医療を行わないときは、これを放置するときは、将来において同別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であって、確実な治療の効果が期待できるものとして、

- 1 育成医療の対象となる障害は、次のとおり施行規則第6条の13で定めるものであること。
 - (1) 視覚障害によるもの
 - (2) 聴覚、平衡機能の障害によるもの
 - (3) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの
 - (4) 肢体不自由によるもの
 - (5) 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸又は小腸の機能の障害によるもの
 - (6) 先天性の内臓の機能の障害によるもの（(5)に掲げる者を除く。）
 - (7) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの
- 2 内臓の機能の障害によるものについては、手術により、将来、生活能力を維持できる状態のものに限ることとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法及び心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。
- 3 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、次のとおりとする。
 - (1) 診察
 - (2) 薬剤又は治療材料の支給
 - (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
 - (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護

(5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

- 1 申請に当たっては、申請書に指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師の作成する自立支援医療意見書（以下「医師の意見書」という。別紙様式第6号。）、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付させること。
- 2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師が作成したものである必要があること。

第4 支給認定

- 1 都道府県知事（指定都市及び中核市の市長を含む。以下同じ。）が所定の手続による申請を受理した場合は、受診者について育成医療の要否等に関し、育成医療の対象となる障害の種類、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び育成医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に認定を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養の費用を除く。）について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。

- 2 都道府県知事は、当該申請について、育成医療を必要とすると認められた場合は、「世帯」の所得状況を確認の上、高額治療継続者（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）への該当・非該当、自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2に定める負担上限月額額の認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。また、必要に応じ自己負担上限額管理票を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められる場合については、認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。
- 3 育成医療の具体的な方針は、受給者証裏面に詳細に記入すること。
- 4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。
- 5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に

戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。

- 6 同一受診者に対し、当該受診者が育成医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。
- 7 受診者が死亡した場合又は身体の状態から育成医療を受ける必要がなくなった場合は、交付していた受給者証を速やかに都道府県知事に返還させること。
- 8 受診者が、支給認定の有効期間内に満18歳になった場合であっても、当初の支給認定の有効期間中は育成医療の支給認定の取消しは行わないものとする。なお、当初の支給認定の有効期間を超えて再度の育成医療の支給認定を行うことはできないものとする。

第5 育成医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）、申請者は、申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証を添付の上、都道府県知事あて申請させること。都道府県知事は再認定の要否等について、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨を第4の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。
- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受給者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、都道府県知事あて申請すること。都道府県知事は育成医療の変更の要否等について変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。
なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては、認定しない旨を前記第4の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第6 自立支援医療費の支給の内容

- 1 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた育成医療に係る費用について、都道府県が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
 - (2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最限度の治療材料及び治療装具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められないこと。

(3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。事前に都道府県知事に申請を行い、本人が歩行困難等により必要と認められる場合に支給することとすること。

(4) 治療材料費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、受給者から都道府県知事に申請させること。

2 支給認定の有効期間中において、育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合は、その併発病の治療についても自立支援医療費の支給の対象として差支えないこと。

第7 育成医療に係る診療報酬の請求、審査及び支払

診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和54年児発第564号通知「児童福祉法及び精神薄弱者福祉法の措置等に係る医療の給付に関する費用の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金に委託する契約について」及び昭和49年児発第655号通知「育成医療費等公費負担医療の給付にかかる診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」に定めるところによること。

第8 その他

都道府県は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給等について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておくこと。

自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（更生医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）についての事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「**「世帯」**」という。

第2 自立支援医療（更生医療）の対象

自立支援医療（更生医療）（以下単に「更生医療」とする。）の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体上の障害を有すると認められる者であって、確実な治療の効果が期待できるものとする。

- 1 更生医療の対象となる障害は、次のとおり施行規則第6条の14で定めるものであること。
 - (1) 視覚障害によるもの
 - (2) 聴覚、平衡機能の障害によるもの
 - (3) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの
 - (4) 肢体不自由によるもの
 - (5) 心臓、腎臓、又は小腸の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
 - (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
- 2 更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られること。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないこと。内臓の機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法及び心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。

- 3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は以下のとおりとする。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

- 1 申請に当たっては、申請書に指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。）、身体障害者手帳の写し、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村民長（特別区にあつては区長。以下同じ。）に申請させること。
- 2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したものである必要があること。
- 3 市町村民長は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの自立支援医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討し、申請の資格を有すると認められた者については、身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）の長に対し、更生医療の要否等についての判定（以下「判定」という。）を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を指示し、更生相談所に来所させること。

第4 更生医療の要否の判定

- 1 判定の依頼を受けた更生相談所の長は申請者について判定を行い、判定書及び付属書類を作成し市町村民長に送付すること。
- 2 判定は、申請者について、医学的に支給認定を行うかどうかについての的確な判定を行い、更生医療を必要とすると認められた者については、医療の対象となる障害の種類、高額治療継続者（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）の対象疾病であるか否か、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び更生医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に判断を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機

関において実施する医療の費用（食事療養及び生活療養の費用を除く。）について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。また、高齢者の医療の確保に関する法律の対象者の更生医療については、高齢者の療養の給付に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うものとする。

第5 支給認定

1 市町村長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。

また、判定の結果、更生医療を必要としないと認められた者については第3の3の却下手続に準じて通知書を交付すること。

なお、支給認定の際に指定自立支援医療機関において実施する医療以外に移送等を必要とすると認められた者については、それらに要する費用額の算定を行った調査書を作成すること。

2 受給者証の交付に当たっては、「世帯」の所得状況及び更生相談所の判定書に基づき高額治療継続者への該当・非該当、自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2に定める負担上限月額認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、受給者証を交付すること。また、必要に応じ自己負担上限額管理票を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められる場合については認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。

3 更生医療の具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面に詳細に記入すること。

4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。

5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗H I V療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。

6 同一受診者に対し、当該受診者が更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。

7 受診者が死亡した場合又は医療を受けることを中止した場合は、交付していた受給者証を速やかに市町村長に返還させること。

第6 更生医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

1 支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）、申請者は申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書及び被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長あて申請させること。市町村長は、更生相談所の長に対し、再認定の要否等

についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受診者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、市町村長あて申請すること。市町村長は、更生相談所の長に対し、変更の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第7 自立支援医療費の支給の内容等

- 1 市町村長は、支給認定を受けた者が更生医療を受けた指定自立支援医療機関に対し、必要に応じ、治療経過・予定報告書（以下「報告書」という。）の提出を求めること。ただし、当該指定自立支援医療機関が薬局である場合はその必要はないこと。
- 2 指定自立支援医療機関において、緊急かつやむを得ない事情により、支給認定の有効期間を延長する必要があると認める場合には、報告書にその旨を記入して提出させること。この場合において単なる期間延長として認められる期間は、2週間以内でかつ、1回に限ることとする。この場合、更生相談所における判定は要せず、市町村長の判断により期間延長の承認を行って差し支えないこと。それ以上の期間を要するものについては、再認定として第6の1の取扱いによること。
- 3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた更生医療に係る費用について、市町村が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
 - (2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最少限度の治療材料及び治療器具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められないこと。
 - (3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。移送費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、申請者から市町村長に申請させること。

(4) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ、その料金を支給すること。

(5) 施術料及び治療材料費の費用の算定は次によること。

ア 施術料は保険局長通知「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」により算定すること。

イ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

第8 指定自立支援医療機関における診療報酬の請求及び支払

診療報酬の請求は、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定自立支援医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出させること。

第9 診療報酬の審査、決定及び支払

1 診療報酬の審査については「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」及び「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」の通知によること。

2 診療報酬の額の決定は、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長が行うこと。

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定（以下「支給認定」という。本要綱において同じ。）についての事務手続運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「世帯」という。
- 6 精神障害者保健福祉手帳（精神障害者保健福祉手帳用の診断書に基づくものに限る。）を「手帳」という。

第2 自立支援医療（精神通院医療）の対象及び医療の範囲

- 1 自立支援医療（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の対象となる者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第5条に規定する精神障害者又はてんかんを有する者で、精神通院医療の対象となる障害は、施行規則第6条の15に定めるとおり通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害（てんかんを含む。）とする。
- 2 精神通院医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療とする。

ここで、当該精神障害に起因して生じた病態とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態とし、指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師（てんかんについては、てんかんの医療を担当する医師）によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態とする。

ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。また、結核性疾患は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。
- 3 また、症状が殆ど消失している患者であっても、障害の程度が軽減している状態を維持し、又は障害の再発を予防するために入院によらない治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

1 支給認定の申請については、申請書に次の書類を添付して行う。

(1) 支給認定の申請のみを行う場合

- ・ 指定自立支援医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する医師による別紙様式第7号による診断書（以下「医師の診断書」という。）及び別紙様式第8号による「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）（高額治療継続者（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）に該当する旨を申請する場合に限る。以下「「重度かつ継続」に関する意見書」という。）
- ・ 受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）
- ・ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）

(2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合

- ・ 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師であって指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師による精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による診断書（以下「精神障害者保健福祉手帳用の診断書」という。）及び「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）（高額治療継続者に該当する旨を申請する場合に限る。）
- ・ 被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

- (3) (1) 又は (2) における医師の診断書又は精神障害者保健福祉手帳用の診断書（高額治療継続者に該当者にあつては、医師の診断書及び「重度かつ継続」に関する意見書、又は精神障害者保健福祉手帳用の診断書及び「重度かつ継続」に関する意見書）（以下「診断書等」という。）については、直近の支給認定に係る申請において、これを添付している障害者又は障害児の保護者が、当該支給認定の有効期間満了後も引き続き当該精神通院医療に係る自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合であつて、直近の支給認定に係る申請時点から当該申請に係る障害者等に病状の変化及び治療方針の変更がない場合は、診断書等の添付を省略することができる。

但し、直近の支給認定に係る申請の際に所得区分が生活保護、低所得1又は低所得2で「重度かつ継続」に関する意見書を添付していなかった場合であつて、今回、「重度かつ継続」の申請を行う場合は、当該意見書の添付の省略はできないものとする。

- 2 申請書は、受給者の居住地を管轄する市町村長（特別区にあつては区長。以下同じ。）に提出するものとする。提出を受けた市町村においては、申請書、添付資料等を確認の上、該当する所得区分等を記入して都道府県に進達するものとする。

- 3 支給認定の申請は、現に支給認定を受けている者がその継続のために申請する場合には、支給認定の有効期間の終了する日の概ね3か月前から行うことができるものとする。

第4 支給認定

1 都道府県知事（指定都市にあっては市長。以下同じ。）は、所定の手続による申請書を受理したときは、次により審査を行う。

(1) 自立支援医療費の支給認定の申請のみを行う場合

精神通院医療の要否について精神保健福祉センターにおいて判定すること（第3の1の(3)に基づき、診断書等の添付が省略されている場合はこの限りでない。）精神保健福祉センターは、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに支援認定を行うかどうかを決定するものとする。

都道府県知事は、支給認定を行うことを決定をしたときは別紙様式第2号による自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を、支給認定を行わない決定をしたときは、別紙様式第5号による通知書を受給者の居住地を管轄する市町村長を経由して申請者に交付する。

(2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合

速やかに精神障害者保健福祉手帳の交付の可否についての所定の審査を行い、手帳の交付の決定をしたときは手帳を交付する。また、支給認定を行った場合は、受給者証を交付する。

なお、精神保健福祉センターが手帳の交付の適否について判定を行う際においては、手帳の交付については否とする場合でも、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに自立支援医療費の支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

この場合、手帳の交付又は支給認定の一方又は両方を行わないこととする場合には、精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による却下通知書を交付する。

(3) 手帳を所持している者が自立支援医療費の支給認定の新規の申請を行う場合

① 手帳の有効期間の満了日までの期間内を有効期間とする支給認定を行う場合

- ・ 高額治療継続者に該当する新規の申請を行う場合は、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況が確認できる資料等により所得の状況及び「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）において高額治療継続者に該当するかを確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに受給者証を交付することができる。
- ・ 高額治療継続者に該当しない新規の申請を行う場合は、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況が確認できる資料等により所得の状況を確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに受給者証を交付することができる。

② ①以外の場合

(1) に準じて行うこと。

2 受給者証の「有効期間」欄には、支給認定の有効期間を記入すること。支給認定の有効期間は、新規の申請の場合には、市町村が申請を受理した日を始期とし、その始

期から1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。また、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合には、前回支給認定の有効期間の満了日の翌日を始期とし、始期より1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。

- 3 受給者証の交付を受けた者が氏名を変更したとき、同一の都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の区域内において居住地を移したとき、所得の状況に変化が生じたとき、「世帯」の状況が変化したとき、又は保険の種類に変更が生じた場合については、申請と同様に市町村長を経由して、都道府県知事に届け出させるものとする。
- 4 同一の受診者に対し、当該受診者が精神通院医療を受ける指定自立支援医療機関については、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合、複数指定することを妨げない。この場合においては、必要に応じて適切な指導を行う。

第5 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

- 1 医療費の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。
- 2 指定自立支援医療機関が都道府県に対し自立支援医療費を請求するときは、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）または、訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（平成4年厚生省令第5号）の定めるところによる。
- 3 2の請求書は、各月分について翌月10日までに社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に送付しなければならない。

第6 診療報酬請求書の審査及び支払

都道府県知事は、法第73条第4項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、社会保険診療報酬支払基金の幹事長及び国民健康保険団体連合会の理事と、別途通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結する。

第7 受給者証の返還

支給認定の有効期間が満了したとき、受診者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において法第58条第1項の支給認定を行う理由がなくなったときは、速やかに受給者証をその交付を受けた際の居住地を管轄する市町村長を経由して都道府県知事に返還される。

第8 支給台帳

- 1 都道府県は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておくこと。
- 2 支給の状況については、精神通院医療の対象となった疾病名及び国際疾病死因分類ICD-10コード（F0～F9及びG40の別）を付記しておくこと。

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針

第1 精神通院医療の対象となる精神障害者

自立支援医療（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の対象となる精神障害者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第5条に定める統合失調症、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で、以下の病状を示す精神障害のため、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものである。なお、現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要のある場合は、精神通院医療の対象となる。

第2 精神通院医療の対象となる精神障害及びその状態像

1 躁および抑うつ状態

国際疾病分類 ICD-10 の気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害などでみられる病態である。疾患の経過において躁状態、およびうつ状態の両者がみられる場合と、いずれか一方のみの場合がある。躁状態においては、気分の高揚が続いて被刺激性が亢進し、多弁、多動、思考奔逸、誇大的言動などがみられる。一方、抑うつ状態では気分は沈み、精神運動制止がみられ、しばしば罪業妄想、貧困妄想、心気妄想などの妄想が生じ、ときに希死念慮が生じたり、昏迷状態に陥ることもある。躁状態で精神運動興奮が強い場合、抑うつ状態で希死念慮が強い場合、あるいは昏迷が持続する場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、躁、およびうつ状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

2 幻覚妄想状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。その主症状として、幻覚、妄想、させられ体験、思考形式の障害などがある。強度の不安、不穏、精神運動興奮がともなう場合や、幻覚妄想に支配されて著しく奇異な行動をとったり、衝動行為に及ぶ可能性がある場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、幻覚妄想状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

3 精神運動興奮及び昏迷の状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。この病態は、精神運動性の障害を主体とし、運動性が亢進した精神運動興奮状態

と、それが低下した昏迷状態とがある。しばしば、滅裂思考、思考散乱などの思考障害、拒絶、緘黙などの疎通性の障害、常同行為、衝動行為などの行動の障害を伴う。強度の精神運動性興奮がみられたり、昏迷状態が続く場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、精神運動興奮あるいは混迷状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

4 統合失調等残遺状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期、あるいは寛解期などにみられる病態である。この病態では、感情鈍麻、意欲低下、思路の弛緩、自発語の減少などがみられ、社会生活能力が病前に比べ、著しく低下した状態が続く。不食、不潔、寝たきりの状態が続くなどして身体の衰弱が著しい場合、通常、入院を要する。入院を要さない場合で、このような残遺状態が精神病か、それと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、日常生活の指導、社会性の向上、および疾患の再発予防のため、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

5 情動および行動の障害

国際疾病分類 ICD-10 の成人の人格および行動の障害、症状性を含む器質性精神障害、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、精神遅滞、心理的発達の障害などでみられる病態である。情動の障害には、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動などの情動の障害などがあり、行動の障害には、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常、性行動の異常などがある。情動および行動の障害により、著しい精神運動興奮を呈する場合、あるいは行動制御の能力を失っている場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、情動および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

6 不安および不穏状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害などでみられる病態である。この病態は、長期間持続する強度の不安、あるいは恐怖感を主症状とし、強迫体験、心気症状、不安の身体化、および不安発作などを含む。強度の不安により、精神運動不穏を呈するか、あるいは心身の衰弱が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、不安および不穏状態が、精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

7 癡れんおよび意識障害

国際疾病分類 ICD-10 のてんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害などでみられる病態である。この病態には、痙れんや意識消失などのてんかん発作や、もうろう状態、解離状態、せん妄など該識の障害などがある。痙れんおよび意識障害が遷延する場合は、入院医療を要する。入院を要さない場合で、痙れん、または意識障害が挿間性に発現し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

8 精神作用物質の乱用および依存

国際疾病分類 ICD-10 の精神作用物質による精神および行動の障害のうち、精神作用物質の有害な使用、依存症候群、精神病性障害などでみられる病態である。当該物質の乱用および依存には、しばしば、幻覚、妄想、思考障害、情動あるいは行動の障害などが生じ、さまざまな社会生活上の問題がともなう。依存を基礎として生じた急性中毒、離脱状態、あるいは精神病性障害において、精神運動興奮が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、乱用、依存からの脱却のため通院医療を自ら希望し、あるいは精神作用物質による精神および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

9 知能障害

精神遅滞及び認知症については、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合に、精神通院医療の対象となる。

別紙様式第1号

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）						
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
	受診者氏名					生年月日 ※1 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	フリガナ				電話番号	
	受診者住所					
受診者が16歳未満の種	フリガナ				受診者との関係	
	保護者氏名					
	フリガナ				電話番号 ※2	
	保護者住所					
負担額に関する事	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者					
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続 ※4		該当・非該当	
	身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名		所在地・電話番号			
	受給者番号 ※5					
治療方針の変更 ※6	有・無		診断書の添付 ※6、※7		有・無	
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
申請者氏名			印 ※8			
平成		年	月	日		
〇〇〇〇都道府県知事						
〇〇〇〇市町村長			殿			

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入。
 ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		設定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続		該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続		該当・非該当	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証		）
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規				
備考					

別紙様式第2号（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療・精神通院）											
公費負担者番号											
自立支援医療費受給者番号											
受	フリガナ						性別	生年月日			
	氏名						男・女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	フリガナ										
診	住所										
	被保険者証の記号及び番号					保険者名					
	重度かつ継続	該当・非該当									
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ							続柄			
	氏名										
	フリガナ										
	住所										
指定 医療 機関	病院・診療所				所在地・ 電話番号						
	薬局				所在地・ 電話番号						
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号						
自己負担上限額	月額		円								
有効期間	平成 年 月 日		から		平成 年 月 日		まで				
上記のとおり認定する。											
平成 年 月 日											
〇〇〇〇知事					〇〇〇〇市町村長						
					印						

別紙様式第2号（裏面）

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養費受療証	有 ・ 無

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養費受療証を医療機関窓口へ提出すること。

支給要件の確認方法	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規
-----------	---

※ 精神通院医療に限り支給認定時に実施した支給要件の確認方法を記載すること。

別紙様式第3号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院）										
受 診 者	フリガナ								性別	生年月日
	氏名								男・女	年 月 日
	フリガナ								明治 大正 昭和 平成	
保 護 者 （ <small>受診者が18歳未満の場合記入</small> ）	フリガナ								続柄	
	氏名									
	フリガナ									
	住所									
自立支援医療費受給者番号										
受給者証の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで									
変 更 内 容	事 項	変 更 前				変 更 後				
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)									
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)									
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)									
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号									
備 考										
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。										
届出者氏名 印										
平成 年 月 日										
○○○○都道府県知事 ○○○○市町村長										
印										

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

番
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇都道府県知事

印

〇〇〇〇市町村長

印

障害者自立支援法第58条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他 ()

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市町村を被告として（訴訟において都道府県・市町村を代表する者は都道府県知事・市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

別紙様式第6号

自立支援医療（育成医療）意見書					
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	昭和 平成 年 月 日
受診者住所					
病名		発症年月日	平成 年 月 日		
障害の種類 (該当するものに○をつける)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害				
医療の具体的方針					
療	治療見込期間	入院治療期間	日間	}	通算 日間
	療	医療費概算額	通院治療回数並びに期間		
		訪問看護予定回数並びに期間	回		
		入院治療費	円	}	計 円
		通院治療費	円		
		訪問看護等	円		
移送費見込額					円
医療費及び移送費合計額					円
治療後における障害の回復状況の見込					
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 平成 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印					

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICDカテゴリーは、F0～ F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () (2) 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () (3) 身体合併症 _____		
② 発病から現在までの 病歴(推定発病年月、精神 科受診歴等)			
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()			
(2) 躁状態 1 行為心拍 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 ()			
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 ()			
(7) 不安及び不穩 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 ()			
(8) 癡れんおよび意識障害 1 癡れん 2 意識障害 3 その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 ()			
(10) 知能障害 1 知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症			

④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状等

⑤ 現在の治療内容

1 投薬内容

[]

2 精神療法等

[]

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況

(社会復帰施設等、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)

⑧ 備考

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

医師氏名 (自署または記名捺印) _____

(この用紙は日本工業規格A列3番を標準とする。)

35. 精神保健福祉士養成施設等指導要領について

平成20年6月24日 障発第0624002号
各都道府県知事・指定都市市長
関係団体の長・地方厚生（支）局長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第7条第二号若しくは第三号の規定に基づく学校、職業能力開発校等又は養成施設（以下「精神保健福祉士養成施設等」という。）の指定の基準については、精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則（平成10年厚生省令第12号。以下「指定規則」という。）に定められているところであるが、さらに具体的な運用基準を示すため、今般、別添のとおり精神保健福祉士養成施設等指導要領を定め、精神保健福祉士養成施設等の指定に際しては、指定規則によるほか、これらの要領に基づき行うこととし、平成21年4月1日（平成21年4月1日に施行される指定規則の一部改正に基づく精神保健福祉士養成施設等の指定等を施行前に行う場合にあっては、平成20年7月1日）より適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の施行に伴い、「精神保健福祉士養成施設等指導要領について」（平成10年2月24日付障第92号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）及び「精神保健福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容について」（平成10年2月24日付障第91号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）は平成21年3月31日をもって廃止する。

[別添]

精神保健福祉士養成施設等指導要領

1 設置計画書に関する事項

- (1) 精神保健福祉士法（平成9年法律第131号。以下「法」という。）第7条第二号若しくは第三号の規定に基づく学校、職業能力開発校等又は養成施設（以下「精神保健福祉士養成施設等」という。）を設置しようとする者は、授業を開始しようとする日の1年前までに様式1による精神保健福祉士養成施設等設置計画書（以下「設置計画書」という。）を地方厚生（支）局長に提出すること。
- (2) 精神保健福祉士短期養成施設等の学生の定員を増加しようとする者は、学則を変更しようとする日の1年前までに様式1に準ずる精神保健福祉士養成施設等定員変更計画書（以下「定員変更計画書」という。）を地方厚生（支）局長に提出すること。
- (3) 設置計画書及び定員変更計画書の提出部数は1部とすること。
- (4) 精神保健福祉士養成施設等に係る広告等は、専修学校等認可権者に確認を行った上で、設置計画書等の提出以降行って差し支えないこと。

2 一般的事項

- (1) 精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等指定規則（以下「指定規則」という。）第3条の指定の申請並びに第4条第1項及び第2項の変更の承認の申請は、授業を開始しようとする日（変更の承認にあつては変更を行おうとする日）の6か月前までに、様式2による精神保健福祉士養成施設等指定申請書（以下「指定申請書」という。）又は様式2に準ずる精神保健福祉士養成施設等変更承認申請書（以下「変更承認申請書」という。）を地方厚生（支）局長に提出すること。
- (2) 指定申請書及び変更承認申請書の提出部数は1部とすること。
- (3) 学生の募集（募集要項の配布や入学試験の実施等をいう。以下同じ。）は、専修学校等認可権者に確認を行った上で、指定申請書等の提出以降行って差し支えないこと。ただし、学生の募集に当たっては次の点に留意しなければならないこと。
 - ア 申請者の責任において行うこと。
 - イ 指定等が確定したと誤解されるような表現は避けること。
 - ウ 指定等の前に教育内容や教員等に関する情報を公表する場合にあつては、必ず予定である旨を明示すること。
- (4) 昼間課程及び夜間課程においては、校舎、その他の諸設備は、原則として設置者が所有するものであること。また、通信課程については、契約等により面接授業実施期間において講義室、演習室その他の諸設備の使用が確保されていること。
- (5) 精神保健福祉士養成施設等の経理が他と明確に区別されていること。
- (6) 会計帳簿、決算書等収支状況を明らかにする書類が整備されていること。
- (7) 入学料、授業料及び実習費等は適当な額であり、寄附金その他の名目で不当な金額を徴収しないこと。

(8) 指定規則第7条の報告は、確実かつ遅滞なく行うこと。

3 学則に関する事項

学則には少なくとも次に掲げる諸事項が明示されていること。

ア 設置目的

イ 名称

ウ 位置

エ 修業年限

オ 学生定員、学級数（通信課程にあつては、学生定員）

カ 養成課程、履修方法

キ 学年、学期、休日

ク 入学時期

ケ 入学資格

コ 入学者の選考

サ 入学手続

シ 休学、復学、退学

ス 成績考査、卒業

セ 入学検定料、入学金、授業料、実習費等

ソ 教職員の組織

タ 賞 罰

4 学生に関する事項

(1) 学則に定められた学生の定員を厳守すること。

(2) 入学志願者に対しては、入学願書に併せて、それぞれ次の書類を提出させること。

なお、法第7条第二号に基づく精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目の読替えの範囲並びに指定規則別表第1及び第3に定める科目の読替えの範囲については別途示す。

ア 法第7条第2号に該当する者

大学卒業証明書及び様式3による法第7条第二号に基づく精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目の履修証明書（以下「基礎科目履修証明書」という。）

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

イ 法第7条第三号に該当する者

大学等卒業証明書

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

ウ 法第7条第五号に該当する者

短期大学等卒業証明書、基礎科目履修証明書及び様式4による法第7条第四号に規定する指定施設における実務経験証明書（以下「実務経験証明書」という。）

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

エ 法第7条第六号に該当する者

短期大学等卒業証明書及び実務経験証明書

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

オ 法第7条第八号に該当する者

短期大学等卒業証明書、基礎科目履修証明書及び実務経験証明書

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

カ 法第7条第九号に該当する者

短期大学等卒業証明書及び実務経験証明書

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

キ 法第7条第十号に該当する者

実務経験証明書

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

ク 法第7条第十一号に該当する者

社会福祉士登録証の写し

履修科目の免除を行う場合にあつては、当該科目の履修証明書

(3) 入学資格の審査は、法令の定めるところに従い適正に行うこと。

(4) 入学の選考は、学力検査の成績等を勘案して適正に行うこと。

(5) 学生の出席状況は、出席簿等の書類により、確実に把握すること。

(6) 精神保健福祉援助実習の出席時間数が指定規則に定める時間数の5分の4に満たない者については、当該科目の履修の認定をしないこと。

(7) 指定規則別表第1に掲げる各科目（精神保健福祉援助実習を除く。）の出席時間数が指定規則に定める時間数の3分の2に満たない者については、当該科目の履修の認定をしないこと。

(8) 入学、卒業、成績、出席状況等学生に関する書類が確実に保存されていること。

(9) 健康診断の実施、疾病の予防措置等学生の保健衛生に必要な措置を講ずること。

5 教員に関する事項

(1) 教員の数は、指定規則別表1に定める各科目（通信課程については、別表第3に定める各科目及び精神保健福祉援助実習）を担当するのに適当な数であること。

(2) 原則として、教員は、1の精神保健福祉士養成施設等（1の精神保健福祉士養成施設等に2以上の課程がある場合は、1の課程）に限り、専任教員となるものであること。

(3) 指定規則第6条第一号に定める専任教員となることができる者は、次のとおりであること。

ア 精神保健福祉論、精神保健福祉援助技術総論又は精神保健福祉援助技術論の専任教員になることができる者

(ア) 大学院、大学、短期大学及びこれらに準ずる教育機関において、法令の規定に従い、精神保健福祉論、精神保健福祉援助技術総論又は精神保健福祉援助技術各論を担当する教授、准教授、助教又は講師（非常勤を含む。）として選考された者

- (イ) 専修学校の専門課程の専任教員として、精神保健福祉論、精神保健福祉援助技術総論又は精神保健福祉援助技術各論を3年以上担当した経験のある者
 - (ウ) 大学院において、精神保健福祉論、精神保健福祉援助技術総論又は精神保健福祉援助技術各論に関する研究領域を専攻した者で修士又は博士の学位を有する者
 - (エ) 精神保健福祉士の資格取得後、5年以上相談援助業務に従事した経験のある者
 - イ 精神保健福祉援助実習の専任教員になることができる者
 - (ア) 大学院、大学、短期大学及びこれらに準ずる教育機関において、法令の規定に従い、精神保健福祉援助を担当する教授、准教授、助教又は講師（非常勤を含む。）として選考された者
 - (イ) 専修学校の専門課程の専任教員として、精神保健福祉援助実習を3年以上担当した経験のある者
 - (ウ) 精神保健福祉士の資格取得後、5年以上相談援助業務に従事した経験のある者
- (4) 指定規則第6条第二号に定める専任教員は、精神保健福祉論、精神保健福祉援助技術総論、精神保健福祉援助技術各論又は精神保健福祉援助実習を担当できる者であり、かつ、(3)に掲げる資格要件のいずれかに該当するものであること。
- (5) 指定規則第5条第一号に定める専任教員は、それぞれ(3)に掲げる資格要件に該当するものであること。
- (6) 指定規則第5条第二号に定める専任教員は、精神保健福祉論、精神保健福祉援助技術総論、精神保健福祉援助技術各論又は精神保健福祉援助実習を担当できる者であり、かつ、(3)に掲げる資格要件のいずれかに該当するものであること。
- (7) 精神医学又は精神保健学の教員になることができる者
- 精神障害者の保健及び福祉に関する業務に5年以上従事した経験のある医師
- (8) 精神科リハビリテーション学の教員になることができる者は、次に掲げる資格要件のいずれかに該当する者であることが望ましいこと。
- ア 精神障害者の保健及び福祉に関する業務に5年以上従事した経験のある医師
- イ 精神保健福祉士の資格取得後、5年以上相談援助業務に従事した経験のある者
- (9) 精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等をあわせて設置する場合は、両施設の学生総定員を足した数を指定規則別表第2の「学生総定員の区分」欄に当てはめて算出した数以上の専任教員を有すること。
- (10) その他の教員については、担当する科目について相当の学識経験者を有する者であること。
- 6 教育に関する事項
- (1) 指定規則別表第1に定める教育内容は、別表の内容以上であること。
- (2) 昼間課程及び夜間課程においては、指定規則別表に定める科目について、合併授業又は合同授業を行わないこと。
- (3) 昼間課程及び夜間課程においては、指定規則別表第1に定める科目に関する専門図

書を1,000冊以上、学術雑誌10種類以上備えていること。

7 履修科目の免除に関する事項

- (1) 指定規則別表第1及び第3に定める科目について、学校教育法に基づく大学若しくは高等専門学校、職業能力開発促進法第15条の6第1項各号に掲げる施設若しくは同法第27条第1項に規定する職業能力開発大学校又は厚生労働大臣の定める学校、文教研修施設若しくは養成所において既に履修した科目については、免除することができるものであること。
- (2) 履修科目の免除を行う場合は、入学志願者に対し、入学願書にあわせて、別に定める指定規則別表第1及び第3に基づく科目の読替えの範囲により認定された科目の履修証明書提出をさせること。
- (3) 指定施設において1年以上相談援助の業務に従事した後、入学又は入所する者については、精神保健福祉援助実習の履修を免除するものであること。

8 施設整備に関する事項

- (1) 普通教室の広さは、内法による測定で、学生1人当たり1.65平方メートル以上であること。
- (2) 実習教室には、視聴覚機器を備え付けること。
- (3) 図書室を有すること。

9 実習に関する事項

- (1) 各実習室における実習計画が、当該実習施設との連携の下に定められていること。
- (2) 実習指導者は、精神保健福祉士の資格取得後、3年以上相談援助業務に従事した経験のある者であること。
- (3) 実習施設は、実習担当教員による定期的巡回指導が可能な地域に存すること。
- (4) 実習は、学生1人に対し、精神科病院等保健・医療施設と主として精神障害者にサービスを提供する障害福祉サービス事業所等その他の施設とで実施するなど、機能の異なる2以上の実習施設で実施することが望ましいこと。
- (5) 実習施設のうち精神科病院及び病院（精神病床を有するものに限る。）については、精神病棟ごとに1施設として取扱うことができるものであること。
- (6) 実習において知り得た個人の秘密の保持について、実習生が十分配慮するよう指導すること。

10 経過措置に関する事項

- (1) 平成21年3月31日において現に存する精神保健福祉士養成施設等（以下「既存養成施設等」という。）において、平成21年4月1日から入学する者に適用する養成課程（教育カリキュラム等）に関する変更の承認の申請は、平成20年12月1日までに行わなければならないこと。
- (2) 平成21年度において、定員の変更等を行う既存養成施設等及び新規に開設する精神保健福祉士養成施設等については、1の設置計画書等に関する規定は適用しないものであること。

別表

科目名	教育内容	
	ねらい(目標)	教育に含むべき事項(内容)
人体の構造と機能及び疾病	① 心身機能と身体構造及び様々な疾病や障害の概要について、人の成長・発達や日常生活との関係を踏まえて理解する。 ② 国際生活機能分類(ＩＣＦ)の基本的考え方と概要について理解する。 ③ リハビリテーションの概要について理解する。 ※ 精神保健福祉士に必要な内容となるよう留意すること。	① 人の成長・発達 ② 心身機能と身体構造の概要 ③ 国際生活機能分類(ＩＣＦ)の基本的考え方と概要 ④ 健康の捉え方 ⑤ 疾病と障害の概要 ⑥ リハビリテーションの概要
心理学理論と心理的支援	① 心理学理論による人の理解とその技法の基礎について理解する。 ② 人の成長・発達と心理の関係について理解する。 ③ 日常生活と心の健康との関係について理解する。 ④ 心理的支援の方法と実際について理解する。 ※ 精神保健福祉士に必要な内容となるよう留意すること。	① 人の心理学的理解 ② 人の成長・発達と心理 ③ 日常生活と心の健康 ④ 心理的支援の方法と実際
社会理論と社会システム	① 社会理論による現代社会の捉え方を理解する。 ② 生活について理解する。 ③ 人と社会の関係について理解する。 ④ 社会問題について理解する。 ※ 精神保健福祉士に必要な内容となるよう留意すること。	① 現代社会の理解 ② 生活の理解 ③ 人と社会の関係 ④ 社会問題の理解
現代社会と福祉	① 現代社会における福祉制度の意義や理念、福祉政策との関係について理解する。 ② 福祉の原理をめぐる理論と哲学について理解する。 ③ 福祉政策におけるニーズと資源について理解する。 ④ 福祉政策の課題について理解する。 ⑤ 福祉政策の構成要素(福祉政策における政府、市場、家族、個人の役割を含む。)について理解する。 ⑥ 福祉政策と関連施策(教育政策、住宅政策、労働政策を含む。)の関係について理解する。 ⑦ 相談援助活動と福祉政策との関係について理解する。	① 現代社会における福祉制度と福祉政策 ② 福祉の原理をめぐる理論と哲学 ③ 福祉制度の発達過程 ④ 福祉施策におけるニーズと資源 ⑤ 福祉政策の課題 ⑥ 福祉政策の構成要素 ⑦ 福祉施策と関連政策 ⑧ 相談援助活動と福祉施策の関係
地域福祉の理論と方法	① 地域福祉の基本的考え方(人権尊重、権利擁護、自立支援、地域生活支援、地域移行、社会的包摂等を含む。)について理解する。 ② 地域福祉の主体と対象について理解する。	① 地域福祉の基本的考え方 ② 地域福祉の主体と対象 ③ 地域福祉に係る組織、団体及び専門職や地域住民 ④ 地域福祉の推進方法

	<ul style="list-style-type: none"> ③ 地域福祉に係る組織、団体及び専門職の役割と実際について理解する。 ④ 地域福祉におけるネットワークング（多職種・多機関との連携を含む。）の意義と方法及びその実際について理解する。 ⑤ 地域福祉の推進方法（ネットワークング、社会資源の活用・調整・開発、福祉ニーズの把握方法、地域トータルケアシステムの構築方法、サービスの評価方法を含む。）について理解する。 	
福祉行財政と福祉計画	<ul style="list-style-type: none"> ① 福祉の行財政の実施体制（国・都道府県・市町村の役割、国と地方の関係、財源、組織及び団体、専門職の役割を含む。）について理解する。 ② 福祉行財政の実際について理解する。 ③ 福祉計画の意義や目的、主体、方法、留意点について理解する。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 福祉行政の実施体制 ② 福祉行財政の動向 ③ 福祉計画の意義と目的 ④ 福祉計画の主体と方法 ⑤ 福祉計画の実際
社会保障	<ul style="list-style-type: none"> ① 現代社会における社会保障制度の課題（少子高齢化と社会保障制度の関係を含む。）について理解する。 ② 社会保障の概念や対象及びその理念等について、その発達過程も含めて理解する。 ③ 公的保険制度と民間保険制度の関係について理解する。 ④ 社会保障制度の体系と概要について理解する。 ⑤ 年金保険制度及び医療保険制度の具体的内容について理解する。 ⑥ 諸外国における社会保障制度の概要について理解する。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 現代社会における社会保障制度の課題（少子高齢化と社会保障制度の関係を含む。） ② 社会保障の概念や対象及びその理念 ③ 社会保障の財源と費用 ④ 社会保険と社会扶助の関係 ⑤ 公的保険制度と民間保険制度の関係 ⑥ 社会保障制度の体系 ⑦ 社会保障制度の具体的内容 ⑧ 医療保険制度の具体的内容 ⑨ 諸外国における社会保障制度の概要
低所得者に対する支援と生活保護制度	<ul style="list-style-type: none"> ① 低所得階層の生活実態とこれを取り巻く社会情勢、福祉需要とその実際について理解する。 ② 相談援助活動において必要となる生活保護制度や生活保護制度に係る他の法制度について理解する。 ③ 自立支援プログラムの意義とその実際について理解する。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 低所得者層の生活実態とこれを取り巻く社会情勢、福祉需要と実際 ② 生活保護制度 ③ 生活保護制度における組織及び団体の役割と実際 ④ 生活保護制度における専門職の役割と実際 ⑤ 生活保護制度における多職種連携、ネットワークングと実際 ⑥ 福祉事務所の役割と実際 ⑦ 自立支援プログラムの意義と実際 ⑧ 低所得者対策 ⑨ 低所得者への住宅政策 ⑩ ホームレス対策
保健医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> ① 相談援助活動において必要となる医療保険制度（診療報酬に関する内容を含む。）や保健医療サービスについて理解する。 ② 保健医療サービスにおける専門職の役割と実際、多職種協働について理解する。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 医療保険制度 ② 診療報酬 ③ 保健医療サービスの概要 ④ 保健医療サービスにおける専門職の役割と実際 ⑤ 保健医療サービス関係者との連携と実際
権利擁護と成年後見制度	<ul style="list-style-type: none"> ① 相談援助活動と法（日本国憲法の基本原理、民法・行政法の理解を含む。）との関わりについて理解する。 ② 相談援助活動において必要となる成 	<ul style="list-style-type: none"> ① 相談援助活動と法（日本国憲法の基本原理、民法・行政法の理解を含む。）との関わり ② 成年後見制度

	<p>年後見制度（後見人等の役割を含む。）について理解する。</p> <p>③ 成年後見制度の実際について理解する。</p> <p>④ 社会的排除や虐待などの権利侵害や認知症などの日常生活上の支援が必要な者に対する権利擁護活動の実際について理解する。</p>	<p>③ 日常生活自立支援事業</p> <p>④ 成年後見制度利用支援事業</p> <p>⑤ 権利擁護に係る組織、団体の役割と実際</p> <p>⑥ 権利擁護活動の実際</p>
精神医学	<p>1 精神医学、精神医療の歴史を理解させる。</p> <p>2 脳および神経の生理・解剖の基礎を理解させる。</p> <p>3 精神医学の概念について理解させる。</p> <p>4 精神医学診断の基本的な方法について理解させる。</p> <p>5 代表的な精神障害について理解させる。</p> <p>6 治療の概要について理解させる。</p> <p>7 病院精神医学および地域精神医学について理解させる。</p>	<p>1 精神医学、精神医療の歴史</p> <p>2 脳および神経の生理・解剖</p> <p>3 精神医学の概念</p> <p>1) 精神医学の概念</p> <p>2) 精神障害の成因と分類</p> <p>4 診断法</p> <p>1) 診断の手順と方法</p> <p>2) 精神症状と状態像</p> <p>3) 心理検査と身体的検査</p> <p>5 代表的な精神障害</p> <p>1) 症状性を含む器質性精神障害（老人性認知症を含む）</p> <p>2) 精神作用物質使用による精神および行動の障害</p> <p>3) 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害</p> <p>4) 気分（感情）障害</p> <p>5) 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害</p> <p>6) 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群</p> <p>7) 成人の人格および行動の障害</p> <p>8) 精神遅滞（知的障害）</p> <p>9) 心理的発達の障害</p> <p>10) 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害</p> <p>11) 神経系の疾患（てんかんを含む）</p> <p>6 治療法</p> <p>1) 身体的療法</p> <p>①薬物療法とその副作用</p> <p>②電気ショック療法</p> <p>2) 精神療法</p> <p>3) 環境・社会療法</p> <p>4) 精神科リハビリテーション</p> <p>7 病院精神医療および地域精神医療</p> <p>1) 病院精神医療（身体合併症医療、インフォームドコンセントを含む）</p> <p>2) 精神科救急医療（インフォームドコンセントを含む）</p> <p>3) 地域精神医療</p>
精神保健学	<p>1 精神保健についての基本知識について理解させる。</p> <p>2 ライフサイクルにおける精神保健について理解させる。</p> <p>3 精神保健における個別課題への取り組みと実際について理解させる。</p> <p>4 地域精神保健と地域保健について理解させる。</p> <p>5 諸外国における精神保健の概要につ</p>	<p>1 精神保健についての基本知識</p> <p>1) 精神保健の概要</p> <p>2) 精神保健の意義と課題</p> <p>2 ライフサイクルにおける精神保健</p> <p>1) 胎児期および乳幼児期における精神保健</p> <p>2) 学童期における精神保健</p> <p>3) 思春期における精神保健</p> <p>4) 青年期における精神保健</p>

	<p>いて理解させる。</p> <p>6 関連法規および施設について理解させる。</p>	<p>5) 成人期における精神保健 6) 老年期における精神保健</p> <p>3 精神保健における個別課題への取り組み</p> <p>1) 精神障害者対策 2) 老人性認知症疾患対策 3) アルコール関連問題対策 4) 薬物乱用防止対策 5) 思春期精神保健対策 6) 地域精神保健対策 7) ターミナルケアと精神保健</p> <p>4 精神保健活動の実際</p> <p>1) 家庭における精神保健 2) 学校における精神保健 3) 職場における精神保健 4) 地域における精神保健</p> <p>5 地域精神保健と地域保健</p> <p>1) 地域精神保健施策の概要 2) 地域保健施策の概要 3) 関連法規 4) 関連施策</p> <p>6 諸外国における精神保健</p>
<p>精神科リハビリテーション学</p>	<p>1 精神科リハビリテーションの概念について理解させる。</p> <p>2 精神科リハビリテーションの構成について理解させる。</p> <p>3 精神科リハビリテーションのプロセスと技術について理解させる。</p> <p>4 精神保健福祉士が行うリハビリテーションについて理解させる。</p> <p>5 精神科リハビリテーションにおける連携について理解させる。</p>	<p>1 精神科リハビリテーションの概念</p> <p>1) リハビリテーションの概念と歴史 2) リハビリテーションの理念、意義と基本原則 3) 精神科リハビリテーションの概念 4) 精神科リハビリテーションの理念と意義 5) 精神科リハビリテーションの基本原則と技法 6) わが国及び諸外国の精神科リハビリテーションの現状</p> <p>2 精神科リハビリテーションの構成</p> <p>1) 精神科リハビリテーションの対象 2) 精神科リハビリテーションにおける精神保健福祉士の役割 3) 精神科リハビリテーションに関わる専門職等との連携 4) 精神科リハビリテーションの施設</p> <p>①病院リハビリテーション施設等 ②障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所等及びその他の社会資源 ③精神保健福祉センター及び保健所 ④その他の協力機関、支援団体</p> <p>5) 精神科リハビリテーションの関連領域</p> <p>3 精神科リハビリテーションのプロセス</p> <p>1) リハビリテーション計画 2) アプローチの方法</p> <p>①病院におけるリハビリテーション</p>

		<p>②障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所等及びその他の社会資源におけるリハビリテーション</p> <p>③地域におけるリハビリテーション</p> <p>3) 疾病の経過、ライフサイクルと精神科リハビリテーション</p> <p>4 医療機関におけるリハビリテーション</p> <p>1) 作業療法およびレクリエーション療法</p> <p>2) 集団精神療法</p> <p>3) 行動療法</p> <p>4) 認知行動療法（生活技能訓練を含む）</p> <p>5) 家族教育プログラム</p> <p>6) デイケアおよびナイトケア</p> <p>7) 精神科退院時指導、退院前訪問、訪問看護・指導</p> <p>5 精神保健福祉士が行うリハビリテーション</p> <p>1) 精神保健福祉士が関わる医学的リハビリテーション</p> <p>①集団精神療法における精神保健福祉士</p> <p>②生活技能訓練における精神保健福祉士</p> <p>③デイケアおよびナイトケアにおける精神保健福祉士</p> <p>④訪問看護・指導における精神保健福祉士</p> <p>2) 社会的リハビリテーション</p> <p>①日常生活への適応のための訓練</p> <p>②社会復帰のための相談・助言・指導</p> <p>6 精神科リハビリテーションの総合体</p> <p>1) 地域リハビリテーション</p> <p>①地域ネットワーク</p> <p>②ケアマネジメント</p> <p>③地域生活支援事業と訪問援助</p> <p>④家族会および自助グループ</p> <p>⑤ボランティアの育成と活用</p> <p>2) 職業リハビリテーション</p> <p>3) 精神保健福祉施策と精神科リハビリテーション</p>
精神保健福祉論	<p>1 障害者福祉の理念と意義及び障害者基本法等全ての障害者に共通の福祉施設の概要について理解させる。</p> <p>2 精神障害者の人権について理解させる。</p> <p>3 精神保健福祉士の理念、意義、対象について理解させる。</p> <p>4 精神障害者に対する相談援助活動等を理解させる。</p> <p>5 精神保健福祉法、障害者自立支援法、精神保健福祉士法等精神障害者に関する法律の意義と内容を理解させる。</p>	<p>1 障害者福祉の理念と意義</p> <p>1) 障害者福祉の理念</p> <p>①障害者福祉の発達</p> <p>②ノーマライゼーション</p> <p>③リハビリテーション</p> <p>④生活の質（QOL）</p> <p>⑤生活支援</p> <p>2) 障害及び障害者</p> <p>①障害の概念</p> <p>②障害分類（国際障害分類を含む）</p> <p>③精神障害の特性</p> <p>3) 障害者福祉の基本施策</p>

	<p>6 精神保健福祉施策の概要について理解させる。</p> <p>7 精神保健福祉の関連施策について理解させる。</p>	<p>①障害者基本法 ②障害者プラン</p> <p>4) 現代社会と精神障害者 ①精神障害者の概念 ②精神障害者と家族 ③精神障害者と地域社会 ④精神障害者のノーマライゼーション</p> <p>2 精神障害者の人権 1) 精神障害者の権利擁護 2) 精神医療における権利擁護 3) インフォームドコンセント 4) 地域社会における精神障害者の人権</p> <p>3 精神保健福祉士の理念と意義 1) 精神保健福祉の歴史と理念 2) 精神保健福祉士の意義 3) 精神保健福祉士の対象 4) 精神保健福祉士の専門性と倫理</p> <p>4 精神障害者に対する相談援助活動 1) 精神障害者を取りまく社会的障壁(バリアー) 2) 精神障害者の主体性の尊重 3) 相談援助活動の方法 ①医療施設における相談援助活動 ②障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設等における相談援助活動 ③地域社会における相談援助活動 4) 相談援助活動の事例</p> <p>5 精神保健福祉法、障害者自立支援法、精神保健福祉士法等精神障害者に関する法律 1) 精神保健福祉法の意義と内容 2) 障害者自立支援法の意義と内容 3) 精神保健福祉士法の意義と内容 4) 関連法について</p> <p>6 精神保健福祉施策の概要 1) 精神保健福祉に関する行政組織 2) 精神保健福祉に係る公的負担制度(公費負担医療等) 3) 精神保健福祉施策の課題 ①精神障害者福祉対策 ②社会復帰対策 4) 精神保健福祉における社会資源 ①精神障害者保健福祉に関わる専門職との連携 ②社会資源</p> <p>7 精神保健福祉の関連施策 1) 雇用・就業(障害者雇用促進法等)の概要を含む 2) 所得保障 3) 経済負担の軽減 4) 生活環境の改善</p>
精神保健福祉援助技術総論	<p>1 精神障害者を中心とした社会福祉サービスと援助活動について理解させる。</p> <p>2 精神障害者を中心とした社会福祉援助活動の目的・価値等を具体的事例に基づいて理解させる。</p>	<p>1 精神障害者を中心とした社会福祉サービスと援助活動 1) 援助の適用と対象 2) 社会福祉サービスと援助活動</p> <p>2 精神障害者を中心とした社会福祉</p>

	<p>3 社会福祉援助活動における専門的援助技術の体系について理解させる。</p> <p>4 精神保健福祉士と専門的援助技術について理解させる。</p>	<p>援助活動の目的・価値・原則及び諸過程と共通課題</p> <p>1) 社会福祉援助活動の目的と価値</p> <p>2) 社会福祉援助活動の原則</p> <p>3) 社会福祉援助活動の方法と過程</p> <p>①医学モデル</p> <p>②生活モデル</p> <p>4) 社会福祉援助活動の共通課題</p> <p>①契約・介入・課題の意義と方法</p> <p>②面接の意義と方法</p> <p>③記録の意義と方法</p> <p>④評価の意義と方法</p> <p>⑤スーパービジョンの意義と方法</p> <p>⑥自助グループ及びボランティアとの協力</p> <p>⑦ケアマネジメントの意義と方法</p> <p>3 専門的援助技術の体系</p> <p>1) 直接援助技術の内容と機能</p> <p>①個別援助技術（ケースワーク）</p> <p>②集団援助技術（グループワーク）</p> <p>2) 間接援助技術の内容と機能</p> <p>①地域援助技術（コミュニティワーク）</p> <p>②社会福祉調査法（ソーシャルワーク・リサーチ）</p> <p>③社会福祉運営管理（ソーシャル・アドミニストレーション）</p> <p>④社会計画（ソーシャル・プランニング）</p> <p>⑤その他（ソーシャル・アクション、患者権利擁護、エンパワーメント）</p> <p>4 精神保健福祉士と専門的援助技術</p> <p>1) チームアプローチと専門的援助技術</p> <p>2) 生活支援と専門的援助技術</p>
<p>精神保健福祉援助技術各論</p>	<p>1 精神障害者の疾病及び障害に配慮した個別援助技術（ケースワーク）について具体的事例に基づき理解させる。</p> <p>2 精神障害者の疾病及び障害に配慮した集団援助技術（グループワーク）について具体的事例に基づき理解させる。</p> <p>3 精神障害者ケアマネジメントについて具体的事例に基づき理解させる。</p> <p>4 精神障害者を対象とした地域援助技術（コミュニティワーク）について具体的事例に基づき理解させる。</p> <p>5 精神障害者を対象とした援助技術について具体的事例に基づき理解させる。</p>	<p>1 精神障害者を対象とした個別援助技術（ケースワーク）</p> <p>1) 疾病及び障害に配慮した個別援助技術</p> <p>2) 個別援助技術の実際と適用分野</p> <p>3) 個別援助技術におけるスーパービジョン</p> <p>4) 具体的事例検討</p> <p>2 精神障害者を対象とした集団援助技術（グループワーク）</p> <p>1) 疾病及び障害に配慮した集団援助技術</p> <p>2) 集団援助技術の実際と適用分野（生活技能訓練を含む）</p> <p>3) 集団援助技術におけるスーパービジョン</p> <p>4) 具体的事例検討</p> <p>3 精神障害者を対象とした地域援助技術（コミュニティワーク）</p> <p>1) 地域援助技術の概念と基本的性格</p> <p>2) 地域援助技術の具体的展開</p> <p>①ノーマライゼーションの推進と</p>

		<p>住民参加</p> <p>②社会資源の活用と開発</p> <p>③地域社会における連携と調整機能</p> <p>④家族会、自助グループの支援</p> <p>⑤ボランティア等地域マンパワーの育成と活用</p> <p>⑥地域援助</p> <p>3) 具体的事例検討</p> <p>4 精神障害者のケアマネジメント</p> <p>1) ケアマネジメントの原則</p> <p>①ケアマネジメント</p> <p>②適用と対象</p> <p>③人権への配慮</p> <p>2) ケアマネジメントの意義と留意点</p> <p>①ケアマネジメントの意義と留意点</p> <p>②関係機関との連携</p> <p>3) ケアマネジメントのプロセス</p> <p>①受理面接（インテーク）</p> <p>②ニーズの把握とその評価</p> <p>③目標設定と計画的実施</p> <p>④包括的サービスの実現</p> <p>4) チームケアとチームワーク</p> <p>5) 具体的事例検討</p> <p>5 精神障害者援助と関連専門職種との連携</p> <p>1) チーム医療における精神保健福祉士の役割</p> <p>2) 専門職等の役割と機能</p> <p>3) タームアプローチ及び生活支援の理念と精神保健福祉士の役割</p> <p>4) 協力・連携による包括的保健・医療・福祉サービス</p>
<p>精神保健福祉援助演習</p>	<p>1 精神保健福祉士の専門的援助技術及びリハビリテーション技法について、実技指導を中心とする演習形態により具体的事例を取り上げ、個別指導及び集団指導を通してその精度を高めつつ習得させる。</p> <p>2 学生自身が自分自身で学習し、考え、主体的に行動する態度を養成する。</p>	<p>精神障害者に対する援助技術及びリハビリテーション技法が学生個々人に身につくよう、精神障害者の社会復帰に対する援助事例を取り上げるなどして、担当教員による個別指導並びに集団指導の下で、学生自身が積極的に報告し議論しあう形で事例研究およびロールプレイ等を行う。その際、次の点に留意すること。</p> <p>1 実習前においては、少なくとも精神科病院等保健・医療施設及び障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設等福祉施設における精神障害者援助技術のモデル的な事例を取り上げ、講義の内容を深め、実習の教育効果が高がるようにする。</p> <p>2 実習を通して援助関係の実際及びチーム医療の実践を身につけるようにする。</p> <p>3 実技指導等</p> <p>① 面接実技指導</p> <p>② 記録実技指導</p> <p>③ 集団実技指導</p>

		④ 評価・効果測定実技指導 4 精神保健福祉士としての、職業倫理についての理解を身につけるようにする。 5 実習後においては、実習総括をふまえて、精神障害者に対する援助技術及びリハビリテーション技法をより深めて身につけさせるようにする。
精神保健福祉援助実習	1 現場体験を通して精神保健福祉士として必要な知識及び技術並びに関連知識の理解を深める。 2 精神保健福祉士として必要な知識及び技術並びに関連知識を実際に活用し、精神障害者に対する相談援助及びリハビリテーションについて必要な資質・能力・技術を修得する。 3 職業倫理を身につけ、専門職としての自覚に基づいた行動ができるようにする。 4 具体的な体験や援助活動を、専門的援助技術として概念化し理論化し体系だてていくことができる能力を涵養する。 5 関連分野の専門職種との連携のあり方を理解する。	精神科病院等保健・医療施設及び障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設等福祉施設における精神障害者援助実習には、精神障害者のプライバシーに十分配慮しつつ、下記の内容を必ず含めることとする。但し、4は必要に応じて行うこととする。 1 実習オリエンテーション 2 視聴覚学習 3 現場体験学習 4 見学実習（急性期病棟など） 5 専門援助技術実習指導 6 リハビリテーション実習指導 7 配属実習 8 全体総括

備考

人体の構造と機能及び疾病、心理学理論と心理的支援、社会理論と社会システムについては、精神保健福祉士に必要な内容となるよう留意すること。

様式 1

精神保健福祉士養成施設等設置計画書

1	名 称						5	連 絡 者			
2	位 置						氏 名				
3	設 置 者 (法人の場合は 名称・所在地)	氏 名					役 職 名				
		住 所					電 話 番 号				
4	設 置 年 月 日										
6	種 類 等	種 類	1 学 年 の 定 員	学 級 数	1 学 級 の 定 員	修 業 年 限	授 業 開 始 予 定 年 月 日				
		(1) 短期養成施設等 (昼間課程・夜間課程・通信課程)									
		(2) 一般養成施設等 (昼間課程・夜間課程・通信課程)									
7	養成施設等の 長の氏名				8	専任事務 職員氏名					
9	専 任 教 員 (教務に関する主 任者には氏名の 前に○印をす ること)	氏 名	年 齢	担 当 す る 科 目	養成施設等指導要領該当番号	教員調書 頁 番 号					
10	その他の教員										

11	土地面積	教室等の名称 (各室毎に記入すること)	面積	共用先 (共用する場合についてのみ記入)	教室等の名称 (各室毎に記入すること)	面積	共用先 (共用する場合についてのみ記入)	
		m ²	m ²			m ²		
	建物	建物延面積		m ²			m ²	
				m ²			m ²	
		m ²		m ²			m ²	
				m ²			m ²	
				m ²			m ²	
				m ²			m ²	
12	施設名及び施設種別		氏名(法人にあっては名称)	設置年月日	位置	入所定員	実習指導者	実習指導者調書頁番号
13	整備に要する経費	区分	整備方法			金額		
		土地	自己所有・寄付・買収・その他()			千円		
		建物				千円		
		設備				千円		
		合計				千円		
14	資金計画	区分	金額					
		自己資金	千円					
		借入金	千円					
		その他(具体的に)	千円					
		合計	千円					
15	図書	専門図書	冊	学術雑誌	種類			

- (注) 1 9の専任教員の養成施設等指導要領該当番号の欄には、精神保健福祉士養成施設等指導要領中の専任教員の要件のうち条項を記入すること。(〈例〉5-(3)-ア-(イ))
2 13の設備に要する経費及び14の資金計画については、地方公共団体が設置する場合は記入不要。

教員に関する調査

養成施設名				
氏名		性別	男・女	
生年月日	年齢 (歳)			
最終学歴 (学部、学科、 専攻)				
担当予定科目				
職 員 資 格 要 件	養成施設等指導要領該当番号			
	名称	教育内容又は業務内容	年月	
	教育 歴・ 職 歴			
		合 計		
	資 格・ 免 許・ 学 位	名称	取得機関	取得年月日
担当予定科目に関する研 究発表又は論文(主なもの)		名称	年月	

- (注) 1 各教員ごとに作成する。
2 養成施設等指導要領該当番号の欄は、専任教員についてのみ記入すること。

実習指導者に関する調査

実習施設名			
氏名		性別	男・女
生年月日	年齢 (歳)		
従事している 業務内容			
最終学歴 (学部、学科、 専攻)			
実習指導者 資格要件	養成施設等指導要領該当番号		
	名称	教育内容又は業務内容	年月
	合 計		
	名称	取得機関	取得年月日

(注) 各実習指導者ごとに作成する。

添付書類（精神保健福祉士養成施設等）

1 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

- ア 法人の寄附行為又は定款
- イ 役員名簿
- ウ 法人認可官庁に提出した前年度の事業概要報告書、収支決算書及び財産目録
- エ 申請年度の事業計画及び収支予算書
- オ 精神保健福祉士の養成について議決している旨を記載した議事録
- カ 養成施設等の長の履歴、就任承諾書

(2) 設置者が法人の設立を予定している場合

認可官庁に提出した申請書類のうちア、イ、エ、オ、カ

2 建物に関する書類

設置図及び平面図（建築予定の場合は設計図）

3 整備に関する書類

(1) 土地

登記簿謄本（寄附を受ける場合にあっては寄附予定地のもの）、寄附確約書、買収又は貸借の場合は契約書

(2) 建物

登記簿謄本（寄附を受ける場合にあっては寄附予定地のもの）、寄附確約書、買収の場合は契約書

(3) 設備

備品一覧表

4 資金計画に関する書類

(1) 自己資金

金融機関による残高証明書等

(2) 借入金

- ア 融資予定額、金融機関名、返済期間及び償還計画等を記載した書類
- イ 融資内諾書等の写

(3) 寄附金

- ア 寄附申込書
- イ 寄附をする者の財産を証明する書類

5 実習施設の設置者の承諾書及び実習指導者の履歴

6 図書目録（専門分野ごとに分類したもの）

7 学 則

8 実習施設における実習用設備の概要

9 教員の履歴、就任承諾書

10 教育用機械機器及び模型の目録

- 11 時間割及び授業概要
- 12 養成施設等にかかる収支予算及び向こう2年間の財政計画
- 13 実習計画
- 14 実習施設に関する都道府県知事の意見書

※通信課程を設ける場合は以下の書類を添付すること

- 15 通信養成を行う地域
- 16 添削その他の指導の方法
- 17 面接授業実施期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書
- 18 課程修了の認定方法
- 19 通信養成に使用する教材

様式2

番 号
年 月 日

地方厚生（支）局長 殿

申 請 者

印

精神保健福祉士養成施設等指定申請書

標記について、精神保健福祉士法第7条第二号（第三号）の規定に基づき申請します。

精神保健福祉士養成施設等指定申請書

1	名 称						
2	位 置						
3	設 置 者 (法人の場合は 名称・所在地)	氏 名					
		住 所					
4	設 置 年 月 日						
5	種 類 等	種 類	1 学年 の定員	学級数	1 学級 の定員	修業 年限	授業開始 予定年月日
		(1) 短期養成施設等 (昼間課程・夜間課程・通信課程)					
		(2) 一般養成施設等 (昼間課程・夜間課程・通信課程)					
6	養成施設等の 長の氏名			7 専任事務 職員氏名			
8	専 任 教 員 (教務に関する主 任者には氏名の 前に○印をする こと)	氏 名	年 齢	担 当 する 科 目	養成施設等指導要領該当番号	教員調書 頁 番 号	
9	そ の 他 の 教 員						

10 建 物	土地面積	教室等の名称 (各室毎に記入すること)	面積	共用先 (共用する場合に のみ記入)	教室等の 名称 (各室毎 に記入す ること)	面積	共用先 (共用す る場合に ついで のみ記入)
		m ²	m ²			m ²	
			m ²			m ²	
	建物延面積		m ²			m ²	
			m ²			m ²	
			m ²			m ²	
			m ²			m ²	
11 実 習 施 設	施設名及び施設種別	氏名 (法人に あつては名称)	設置 年月日	位 置	入所 定員	実 習 指導者	実習指導者 調書頁番号
12	図 書	専門図書	冊	学術雑誌			種類

- (注) 1 8の専任教員の養成施設等指導要領該当番号の欄には、精神保健福祉士養成施設等指導要領中の専任教員の要件のうち条項を記入すること。(＜例＞5-(3)-ア-(イ))
- 2 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜用紙の枚数を増加し、この様式に準じた申請書を作成すること。

教員に関する調書

養成施設名				
氏名		性別	男・女	
生年月日		年齢 (歳)		
最終学歴 (学部、学科、 専攻)				
担当予定科目				
職 員 資 格 要 件	養成施設等指導要領該当番号			
	教育 歴・ 職 歴	名 称	教育内容又は業務内容	年 月
	合 計			
	資 格・ 免 許・ 学 位	名 称	取 得 機 関	取得年月日
担当予定科目に関する研 究発表又は論文 (主なもの)		名 称	年 月	

- (注) 1 各教員ごとに作成する。
2 養成施設等指導要領該当番号の欄は、専任教員についてのみ記入すること。

実習指導者に関する調書

実習施設名				
氏名		性別	男・女	
生年月日	年齢 (歳)			
従事している 業務内容				
最終学歴 (学部、学科、 専攻)				
実習指導者 資格要件	養成施設等指導要領該当番号			
	名称	教育内容又は業務内容	年月	
	教育歴・ 職歴			
		合 計		
	名称	取得機関	取得年月日	
	資格・ 免許			

(注) 各実習指導者ごとに作成する。

添付書類（精神保健福祉士養成施設等）

1 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

ア 法人の寄附行為又は定款

イ 役員名簿

ウ 法人認可官庁に提出した前年度の事業概要報告書、収支決算書及び財産目録

エ 申請年度の事業計画及び収支予算書

オ 精神保健福祉士の養成について議決している旨を記載した議事録

カ 養成施設等の長の履歴、就任承諾書

(2) 設置者が法人の設立を予定している場合

認可官庁に提出した申請書類のうちア、イ、エ、オ、カ

2 建物に関する書類

設置図及び平面図（建築予定の場合は設計図）

3 整備に関する書類

(1) 土地

登記簿謄本（寄附を受ける場合にあっては寄附予定地のもの）、寄附確約書、買収又は貸借の場合は契約書

(2) 建物

登記簿謄本（寄附を受ける場合にあっては寄附予定地のもの）、寄附確約書、買収の場合は契約書

(3) 設備

備品一覧表

4 資金計画に関する書類

(1) 自己資金

金融機関による残高証明書等

(2) 借入金

ア 融資予定額、金融機関名、返済期間及び償還計画等を記載した書類

イ 融資内諾書等の写

(3) 寄附金

ア 寄附申込書

イ 寄附をする者の財産を証明する書類

5 実習施設の設置者の承諾書及び実習指導者の履歴

6 図書目録（専門分野ごとに分類したもの）

7 学 則

8 実習施設における実習用設備の概要

9 教員の履歴、就任承諾書

10 教育用機械機器及び模型の目録

- 11 時間割及び授業概要
- 12 養成施設等にかかる収支予算及び向こう2年間の財政計画
- 13 実習計画
- 14 実習施設に関する都道府県知事の意見書

※通信課程を設ける場合は以下の書類を添付すること

- 15 通信養成を行う地域
- 16 添削その他の指導の方法
- 17 面接授業実施期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書
- 18 課程修了の認定方法
- 19 通信養成に使用する教材

様式3

精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目履修証明書

フリガナ		
氏名		
	基礎科目	大学等における履修科目
1	人体の構造と機能及び疾病、心理学理論と心理的支援、社会理論と社会システム	
2	社会保障	
3	低所得者に対する支援と生活保護制度	
4	福祉行財政と福祉計画	
5	保健医療サービス	
6	権利擁護と成年後見制度	
7	精神保健福祉援助技術総論	

上記の者は、当大学等において精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目を修めたことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

大学等・代表者氏名



(注) 基礎科目と履修科目が異なる場合において、読替えの範囲にないものについてはその履修科目の内容がわかるものを添付すること。

様式 4

実 務 経 験 証 明 書

平成 年 月 日

殿

申告者

住 所

氏 名

印

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、所属長等の証明書を添えて、申告します。

所属していた（している） 機関・施設等	職 種	期 間	証明権者
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	

- (注) 1 所属長等の証明事項は、上記本欄の内容と一致すること。
 2 精神保健福祉士養成施設等指導要領4の(2)のウからカまでに該当するものについては、短期大学等卒業後の実務経験に限る。

実務経験証明書（個票）

フリガナ		生年月日（年齢）
氏名		
職歴		
<p>(1) 上記の者は、平成 年 月 日より当施設・機関において勤務している者であることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、平成 年 月 日より平成 年 月 日まで当施設・機関において勤務していたことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地 施設・機関名 施設・機関代表者</p> <div data-bbox="815 906 904 997" style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 57px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;"> 印 </div>		

36. 精神保健福祉士法第7条第一号に基づく指定科目、 同条第二号に基づく基礎科目の読替えの範囲について

平成20年6月24日 障発第0624003号
各都道府県知事・指定都市市長
関係団体の長・地方厚生（支）局長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第7条第一号の規定に基づく精神障害者の保健及び福祉に関する科目、同条第二号の規定に基づく精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目については、それぞれ平成20年厚生労働省告示第307号及び平成20年厚生労働省告示第308号（以下「新告示」という。）により示したところであるが、各科目について読替えのできる範囲等を別添の通り定め、平成21年4月1日（平成21年4月1日に施行される新告示に基づく科目の読替えの個別審査の照会を施行前に行う場合にあつては、平成20年7月1日）より適用することとしたので、通知する。

また、本通知の施行に伴い精神保健福祉士法第7条第一号に基づく指定科目、同条第二号に基づく基礎科目の読替えの範囲について（平成10年3月31日付障第208号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）（以下「旧通知」という。）は、平成21年3月31日をもって廃止する。

なお、旧通知に基づき、既に読替えられた科目については、なお従前の例によることとする。

〔別添〕

精神保健福祉士法第7条第一号に基づく指定科目、
同条第二号に基づく基礎科目の読替えの範囲等について

1 精神保健福祉士の指定科目及び基礎科目の読替えの範囲

精神保健福祉士法第7条第一号の規定に基づく精神障害者の保健及び福祉に関する科目、同条第二号の規定に基づく精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目については、それぞれ、平成20年厚生労働省告示第307号及び平成20年厚生労働省告示308号により示したところであるが、各科目について読替えのできる範囲は次のとおりとする。

(1) 人体の構造と機能及び疾病

ア 社会福祉に関する科目を定める省令（平成20年文部科学省令・厚生労働省令第3号。以下「科目省令」という。）に規定する「人体の構造と機能及び疾病」

イ 「社会福祉士及び介護福祉士法第7条第一号に規定する社会福祉に関する科目等の読替の範囲について」（平成20年3月28日厚生労働省社発第0328005号。以下「読替の範囲について」という。）に規定する「人体の構造と機能及び疾病」について読替えのできる科目

(2) 心理学理論と心理的支援

ア 「科目省令」に規定する「心理学理論と心理的支援」

イ 「読替の範囲について」に規定する「心理学理論と心理的支援」について読替えのできる科目

(3) 社会理論と社会システム

ア 「科目省令」に規定する「社会理論と社会システム」

イ 「読替の範囲について」に規定する「社会理論と社会システム」について読替えのできる科目

(4) 現代社会と福祉

ア 「科目省令」に規定する「現代社会と福祉」

イ 「読替の範囲について」に規定する「現代社会と福祉」について読替えのできる科目

(5) 地域福祉の理論と方法

ア 「科目省令」に規定する「地域福祉の理論と方法」

イ 「読替の範囲について」に規定する「地域福祉の理論と方法」について読替えのできる科目

(6) 福祉行財政と福祉計画

ア 「科目省令」に規定する「福祉行財政と福祉計画」

イ 「読替の範囲について」に規定する「福祉行財政と福祉計画」について読替えのできる科目

(7) 社会保障

ア 「科目省令」に規定する「社会保障」

イ 「読替の範囲について」に規定する「社会保障」について読替えのできる科目

(8) 低所得者に対する支援と生活保護制度

ア 「科目省令」に規定する「低所得者に対する支援と生活保護制度」

イ 「読替の範囲について」に規定する「低所得者に対する支援と生活保護制度」について読替えのできる科目

(9) 保健医療サービス

ア 「科目省令」に規定する「保健医療サービス」

イ 「読替の範囲について」に規定する「保健医療サービス」について読替えのできる科目

(10) 権利擁護と成年後見制度

ア 「科目省令」に規定する「権利擁護と成年後見制度」

イ 「読替の範囲について」に規定する「権利擁護と成年後見制度」について読替えのできる科目

(11) 精神医学

保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和26年文部省，厚生省令第1号。以下「指定規則」という。）別表3に規定する「精神看護学」に相当する科目

(12) 精神保健学

ア 社会福祉主事の資格に関する科目指定（昭和25年厚生省告示第226号）に規定する「精神障害者保健福祉論」に相当する科目

イ 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令（平成8年文部省，厚生省令第1号）による改正前の指定規則別表3に規定する「精神保健」に相当する科目

(13) 精神保健福祉援助技術総論

ア 「科目省令」に規定する「相談援助の基盤と専門職」及び「相談援助の理論と方法」

イ 「読替の範囲について」に規定する「相談援助の基盤と専門職」及び「相談援助の理論と方法」について読替えのできる科目

(14) 精神保健福祉援助演習

精神保健福祉援助技術及び精神科リハビリテーション技法の実技指導をまじえた事例研究を中心とする演習に限る。

(15) 精神保健福祉援助実習

実習施設の種類の，実習及びその前後の指導の内容・方法から「精神保健福祉援助実習」に該当するものに限る。

2 前記1の読替えの範囲に含まれない名称の科目であっても，授業内容が指定科目等に合致するものについては，個別に審査のうえ認定することとするので，該当する大学等

は、原則として読替えを行おうとする科目を含むカリキュラムを開講しようとする日の6か月前までに別記様式により社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長あて照会されたいこと。

なお、個別審査は、精神保健福祉士養成施設等指導要領に示す教育内容に対応しているか否かを判断基準とするので、留意されたいこと。

別記様式

番 号
平成 年 月 日

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 殿

学校名
代表者 ○○ ○○ 印

指定科目等の読替えについて（照会）

標記について、下記のとおり読替えてよろしいか照会いたします。

記

本校開講科目名	指定科目等名	備考（開講年度）

担当者名： _____
電話番号： _____
電子メールアドレス： _____
学校所在地： _____

（添付書類）

- 1 該当科目ごとに授業内容を詳しく記載した授業科目の概要書
- 2 授業進度計画（別表）
- 3 全体のカリキュラム

別 表

授 業 進 度 計 画

指定科目等 _____

本校開講科目 _____

	指導要領	本校講義概要
ねらい (目標)		
教育に含む べき事項 (内容)		

(注1)「指導要領」欄には、該当科目について「精神保健福祉士養成施設等指導要領について」(平成20年6月24日付障発第0624002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)(以下「指導要領」という。)別表に規定するねらい(目標)及び教育に含むべき事項(内容)を記載すること。

(注2)「本校講義概要」欄には、該当科目に係る講義概要を記載すること。

なお、記載に当たっては、各項目と指導要領の該当部分を矢印で結んで対応関係を明らかにするとともに、各項目に授業順序を示す番号を付すこと。

III 参 考 資 料

表 1 傷病（大分類）・年次別受療率（人口10万対）

国際基本 分類番号	傷病大分類	昭和 30年	35	40	45	50	55	59	62
	総 数	3,301	4,805	5,910	6,987	7,049	6,847	6,403	6,600
290~319	V 精神障害	67	113	207	247	269	290	315	339
295	精神分裂症(再掲)	…	…	130	151	165	172	184	185
300	神経症(再掲)	16	20	40	26	30	32	37	46
320~389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762	825	619	542	528
360~379	視器の疾患(再掲)	133	250	309	342	417	293	283	258
380~389	聴器の疾患(再掲)	102	161	193	160	202	205	146	150

平成2	平成5	国際基本 分類番号	傷病大分類	平成8	平成11	平成14	平成17
6,768	6,735	総数		7,000	6,566	6,222	6,696
		F0~F9	V 精神及び行動の障害	383	386	415	431
367	341	F2	統合失調症, 統合失調型障害 及び妄想性障害(再掲)	210	206	204	205
193	181						
51	46	F4	神経症性障害, ストレス関連 障害及び身体表現性障害(再掲)	40	37	42	44
506	492	G00~G99	VI 神経系の疾患	148	145	160	188
247	253	H00~H59	VII 眼と付属器官の疾患	283	281	252	271
139	128	H60~H95	VIII 耳及び乳様突起の疾患	113	110	82	92

資料：患者調査

注. 患者調査の周期は, 昭和59年を最初の調査年として以後3年ごとの各年となった.

表2 傷病（小分類）・受療の種別にみた全国推計患者数

(1日あたり受療患者数)

(単位：千人)

推計入院患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	326	329	334	326
血管性及び詳細不明の痴呆	54	54	46	37
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	17	18	19	18
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	199	203	214	217
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	28	26	26	22
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5	6	7	7
精神遅滞	10	10	10	12
その他の精神及び行動の障害	13	12	13	13
アルツハイマー病	29	19	10	7
てんかん	7	7	8	8
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	353	345	341	329

(単位：千人)

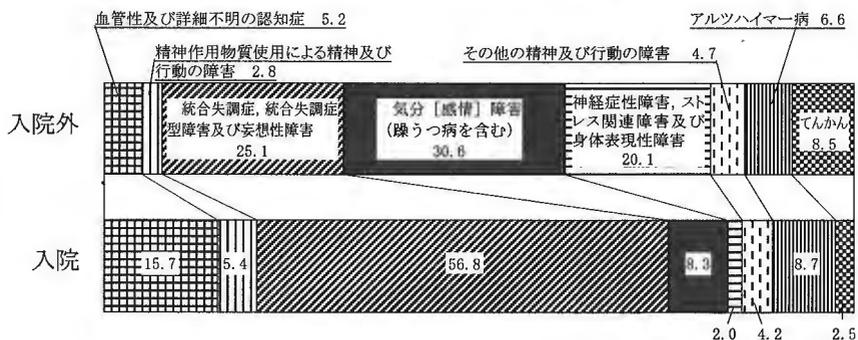
推計外来患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	225	200	156	156
血管性及び詳細不明の痴呆	12	11	17	9
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6	6	5	9
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	63	57	47	48
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	77	65	39	38
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	50	47	39	43
精神遅滞	6	3	3	3
その他の精神及び行動の障害	11	12	8	6
アルツハイマー病	16	8	3	2
てんかん	20	20	17	23
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	255	224	173	177

(単位：千人)

推計総患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	2,647	2,277	1,818	1,886
血管性及び詳細不明の痴呆	145	138	121	91
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	60	56	50	61
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	757	734	666	721
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	924	711	441	433
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	585	500	424	466
精神遅滞	68	40	41	42
その他の精神及び行動の障害	124	103	84	78
アルツハイマー病	176	89	29	20
てんかん	273	258	235	317
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	3,028	2,584	2,041	2,181

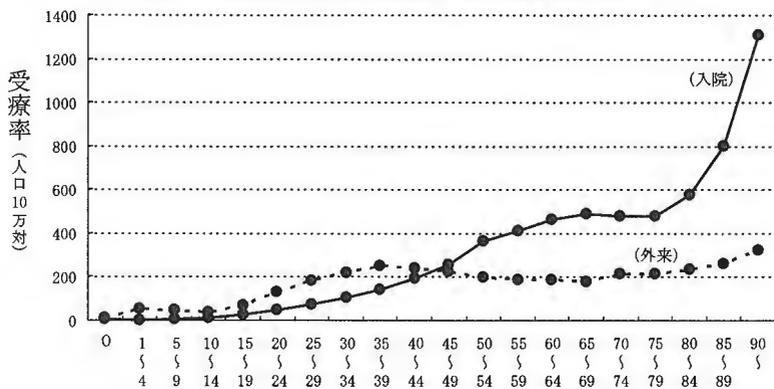
資料：精神・障害保健課調（平成17年患者調査より作成）

表3 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)



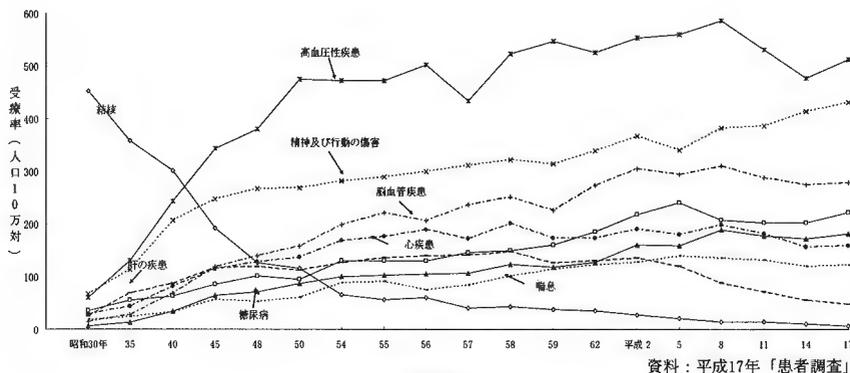
資料：「患者調査」

表4 年齢階級別精神及び行動の障害受療率



資料：平成17年「患者調査」

表5 主要傷病別受療率の年次推移



資料：平成17年「患者調査」

表6(1) 都道府県別精神科病院数・精神病床数及び在院患者数の状況

(平成18年6月30日現在)

		人口 千人 (19.3.31)	精神科 病院数	精神 病床数	人口万対 病床数	在院 患者数 A	人口万対 在院患者数	措置 入院者数 B	人口万対 措置入院者数	病 床 利用 率 (%)	措置 率 B/A (%)
北海道	道	3,726	88	14,182	38.1	12,705	34.1	35	0.09	89.6	0.3
	青森	1,448	26	4,702	32.5	4,112	28.4	24	0.17	87.5	0.6
	岩手	1,378	22	4,830	35.1	4,384	31.8	28	0.20	90.8	0.6
東北	宮城	1,339	22	3,896	29.1	3,473	25.9	11	0.08	89.1	0.3
	秋田	1,144	27	4,352	38.0	3,938	34.4	16	0.14	90.5	0.4
	山形	1,204	20	3,767	31.3	3,334	27.7	15	0.12	88.5	0.4
関東	福島	2,089	36	7,735	37.0	6,716	32.1	29	0.14	86.8	0.4
	茨城	2,986	35	7,596	25.4	6,702	22.4	32	0.11	88.2	0.5
	栃木	2,006	28	5,303	26.4	4,717	23.5	53	0.26	88.9	1.1
中部	群馬	2,016	20	5,261	26.1	4,905	24.3	16	0.08	93.2	0.3
	埼玉	5,863	58	12,914	22.0	11,790	20.1	128	0.22	91.3	1.1
	千葉	5,148	48	11,766	22.9	10,798	21.0	67	0.13	91.8	0.6
近畿	東京	12,362	116	24,992	20.2	22,089	17.9	218	0.18	88.4	1.0
	神奈川	3,862	32	7,335	19.0	6,515	16.9	37	0.10	88.8	0.6
	新潟	2,426	31	7,093	29.2	6,627	27.3	21	0.09	93.4	0.3
中国	富山	1,111	31	3,534	31.8	3,380	30.4	21	0.19	95.6	0.6
	石川	1,169	21	3,868	33.1	3,633	31.1	20	0.17	93.9	0.6
	福山	818	15	2,405	29.4	2,199	26.9	12	0.15	91.4	0.5
四国	岡山	876	11	2,514	28.7	2,256	25.8	10	0.11	87.7	0.4
	広島	2,185	33	5,293	24.2	4,813	22.0	65	0.30	90.9	1.4
	山口	2,100	20	4,310	20.5	3,972	18.9	21	0.10	92.2	0.5
九州	岐阜	3,063	34	6,141	20.0	5,439	17.8	23	0.08	86.6	0.4
	静岡	4,991	39	8,719	17.5	8,206	16.4	55	0.11	94.1	0.7
	愛知	1,857	18	4,969	26.8	4,595	24.7	18	0.10	92.5	0.4
沖縄	滋賀	1,372	12	2,365	17.2	2,104	15.3	12	0.09	89.0	0.6
	京都	1,173	10	2,606	22.2	2,421	20.6	7	0.06	92.9	0.3
	大阪	5,323	47	16,418	30.8	15,249	28.6	56	0.11	92.9	0.4
北海道	兵庫	4,078	29	8,214	20.1	7,828	19.2	20	0.05	95.3	0.3
	奈良	1,425	10	2,957	20.8	2,435	17.1	8	0.06	82.3	0.3
	和歌山	1,054	13	2,427	23.0	2,196	20.8	6	0.06	90.5	0.3
中国	鳥取	607	13	2,076	34.2	1,880	31.0	15	0.25	90.6	0.8
	岡山	739	18	2,602	35.2	2,398	32.4	16	0.22	92.2	0.7
	岡山	1,951	24	5,858	30.0	5,121	26.2	21	0.11	87.4	0.4
四国	岡山	1,723	29	6,504	37.7	6,048	35.1	66	0.38	93.0	1.1
	山口	1,489	33	6,190	41.6	5,936	39.9	19	0.13	95.9	0.3
	徳島	812	19	4,071	50.1	3,732	46.0	28	0.34	91.7	0.8
九州	香川	1,023	21	3,977	38.9	3,558	34.8	7	0.07	89.5	0.2
	愛媛	1,480	24	5,209	35.2	4,656	31.5	44	0.30	89.4	0.9
	高松	792	23	3,878	49.0	3,409	43.0	13	0.16	87.9	0.4
九州	福岡	2,680	63	13,641	50.9	12,861	48.0	98	0.37	94.3	0.8
	佐賀	869	19	4,440	51.1	4,122	47.4	52	0.60	92.8	1.3
	熊本	1,482	38	8,138	54.9	7,455	50.3	40	0.27	91.6	0.5
九州	鹿儿岛	1,852	46	9,004	48.6	8,473	45.8	82	0.44	94.1	1.0
	鹿児島	1,218	29	5,460	44.8	5,286	43.4	36	0.30	96.8	0.7
	宮崎	1,168	26	6,225	53.3	5,621	48.1	7	0.06	90.3	0.1
九州	鹿児島	1,752	51	9,982	57.0	9,495	54.2	78	0.45	95.1	0.8
	沖縄	1,388	25	5,620	40.5	5,228	37.7	47	0.34	93.0	0.9
	沖縄	1,874	37	7,316	39.0	6,887	36.8	24	0.13	94.1	0.3
九州	札幌	1,001	15	2,372	23.7	1,989	19.9	5	0.05	83.9	0.3
	仙台	1,179	6	1,285	10.9	1,112	9.4	11	0.09	86.5	1.0
	さいたま	910	9	1,580	17.4	1,286	14.1	19	0.21	81.4	1.5
九州	横濱	3,563	27	5,509	15.5	4,844	13.6	38	0.11	87.9	0.8
	川崎	1,316	8	1,513	11.5	1,365	10.4	15	0.11	90.2	1.1
	横浜	712	5	1,091	15.3	903	12.7	9	0.13	82.8	1.0
九州	静岡	2,154	15	4,723	21.9	4,225	19.6	37	0.17	89.5	0.9
	名古屋	1,390	13	3,910	28.1	3,579	25.7	3	0.02	91.5	0.1
	大阪	2,510	5	235	0.9	157	0.6	1	0.00	66.8	0.6
九州	堺	832	6	2,910	35.0	2,661	32.0	17	0.20	91.4	0.6
	神戸	1,503	13	3,677	24.5	3,346	22.3	9	0.06	91.0	0.3
	広島	1,145	14	3,000	26.2	2,842	24.8	66	0.58	94.7	2.3
九州	北九州	987	19	4,184	42.4	3,788	38.4	23	0.23	90.5	0.6
	福岡	1,364	23	4,077	29.9	3,839	28.1	31	0.23	94.2	0.8
	合計	127,053	1,668	352,721	27.8	321,634	25.3	2,061	0.16	91.2	0.6
前年計	127,767	1,671	354,313	27.7	325,027	25.4	2,276	0.18	91.7	0.7	

資料：1 人口は住民基本台帳人口（前年度人口は国勢調査）による（総務庁統計局）。
 2 精神科病院数、精神病床数及び在院患者数は病院報告による。
 3 措置入院者数は国立精神・神経センター精神保健研究所、精神・障害保健課調べ。

表 6 (2) 施設の状況

(平成18年6月30日現在)

	病院区分①			病院区分②							指定病院	応急入院指定病院	精神科救急システム整備事業への参画
	大学病院	大学附属病院等	大学附属病院以外の総合病院	国立	独立行政法人国立病院機構	都道府県立	その他の公立	医療法人	個人	その他の法人			
北海道	1	11	75	0	1	3	15	54	3	11	38	28	49
青森	1	4	21	0	0	1	4	11	1	9	12	3	19
岩手	1	2	19	0	1	3	2	13	1	2	15	4	12
宮城	0	0	22	0	0	1	0	18	3	0	10	1	18
秋田	1	4	20	0	0	1	5	17	0	2	22	1	17
山形	1	2	17	0	0	1	3	14	1	1	10	6	6
福島	1	7	28	0	0	3	3	20	0	10	24	20	33
茨城	1	2	32	0	1	1	0	30	1	2	24	6	17
栃木	2	3	22	0	0	1	2	20	1	3	23	1	1
群馬	1	1	18	0	0	1	1	13	0	5	14	1	20
埼玉	3	1	53	1	0	1	0	44	6	5	28	3	31
千葉	0	6	40	1	0	0	2	39	0	4	24	9	23
東京都	14	12	88	5	1	10	1	61	8	28	26	18	24
神奈川県	1	2	28	0	2	0	0	24	2	3	20	1	23
新潟	1	3	27	0	1	3	3	23	0	1	17	5	24
富山	1	7	22	0	1	1	5	21	1	1	17	2	22
石川	2	4	15	0	1	1	3	13	0	3	13	4	14
福井	1	4	10	0	0	2	1	10	0	2	7	2	8
山梨	1	0	10	0	0	1	0	6	0	4	9	5	10
長野	1	3	29	0	1	2	0	22	1	7	23	12	12
岐阜	1	4	15	1	0	1	2	13	0	3	15	18	12
静岡県	1	3	29	0	0	0	2	24	1	6	24	14	12
愛知県	2	3	34	0	0	2	3	27	5	2	25	1	19
三重	1	2	15	0	1	3	0	9	3	2	13	5	13
滋賀	1	2	9	0	0	1	0	4	0	7	10	4	9
京都府	0	1	8	0	1	1	0	5	1	1	4	5	5
大阪府	3	0	45	0	0	0	0	41	0	7	30	7	27
兵庫県	1	3	25	1	0	1	1	21	2	3	24	21	16
奈良	1	0	9	0	1	1	0	6	0	2	7	4	8
和歌山	1	2	10	0	0	1	3	7	1	1	11	5	8
鳥取	1	0	11	0	1	0	1	8	1	1	7	4	6
島根	1	5	12	0	0	2	3	11	0	2	10	1	12
岡山	2	0	22	0	0	1	0	15	0	8	11	2	10
広島	0	2	27	0	2	0	3	22	1	1	19	10	5
山口	1	1	31	0	1	1	0	28	2	1	18	4	27
徳島	1	1	17	0	0	1	1	15	0	2	17	3	14
香川	1	3	16	0	1	1	4	13	0	1	11	4	14
愛媛	1	2	21	0	0	1	2	13	0	8	18	5	7
高知	1	0	22	0	0	1	0	20	1	1	10	3	8
福岡	1	3	59	1	0	1	0	57	3	1	48	2	49
佐賀	1	0	18	0	1	0	0	14	3	1	12	12	14
長崎	1	3	34	0	1	1	3	31	1	1	25	2	38
熊本	1	2	43	0	2	1	0	42	0	1	36	23	36
大分	1	1	27	0	1	0	0	26	0	2	22	0	22
宮崎	1	1	22	0	0	1	0	19	0	4	17	14	19
鹿児島	1	1	48	0	0	1	0	42	3	4	30	1	33
沖縄	1	2	21	0	1	3	0	19	0	1	15	19	20
札幌市	2	2	32	1	0	1	1	30	0	3	25	12	25
仙台市	1	2	11	1	1	0	1	6	1	4	6	2	6
さいたま市	0	0	6	0	0	0	0	5	1	0	3	1	5
千葉市	1	2	6	0	2	1	1	4	0	1	4	2	5
横浜市	3	2	20	0	0	3	1	15	2	4	14	3	12
川崎市	1	1	6	0	0	0	1	5	1	1	6	0	4
静岡市	0	0	5	0	0	1	0	4	0	0	3	3	3
名古屋市	2	1	12	0	2	1	0	8	1	3	10	2	9
東京都	2	1	10	0	0	1	0	10	0	2	6	8	7
大阪市	1	4	0	0	0	1	2	0	0	2	2	1	0
堺市	0	0	6	1	0	0	0	4	0	1	4	2	4
神戸市	1	0	12	0	0	1	0	8	2	2	11	7	8
広島市	1	2	11	0	0	1	1	11	0	1	9	2	2
北九州市	1	1	16	0	1	0	0	16	0	1	13	0	12
福岡市	2	2	19	0	1	0	0	13	6	3	15	0	14
合計	82	145	1,418	13	31	75	86	1,164	71	205	996	370	962

資料：精神・障害保健課調

表7 精神科病院の病棟／病床の状況

(18年6月30日現在)

道庁	精神科 病棟数	指定 病床数	精神科救急		急性期治療		老人認知症 疾患治療		精神療養		老人精神		アルコール		薬物		アルコール・ 薬物混合		児童思春期		合併症		医療観察法 (指定入院医療機関)		
			病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数
北海道	14,004	554	0	0	2	120	19	958	39	2,120	17	920	2	80	1	70	0	0	0	0	2	30	0	0	
青森県	4,732	260	3	204	1	60	10	524	14	757	4	204	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
岩手県	4,800	288	0	0	0	0	2	100	2	100	2	100	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	34	
宮城県	3,896	115	0	0	1	57	8	399	16	913	1	58	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	
秋田県	4,250	79	0	0	2	88	5	250	14	776	9	396	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
山形県	3,707	375	1	60	2	114	7	403	11	618	4	226	0	0	0	0	0	0	0	0	1	44	0	0	
福島県	7,735	217	0	0	4	196	9	483	27	1,532	7	396	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	63	0	0
茨城県	7,622	235	0	0	2	89	7	341	43	2,340	7	323	0	0	0	0	0	0	1	31	0	0	0	0	
栃木県	5,182	285	1	43	2	75	3	160	41	2,183	2	112	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	
群馬県	5,261	260	1	38	2	105	3	163	31	1,751	2	116	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	
埼玉県	12,646	590	0	0	9	463	40	2,119	55	2,921	3	170	0	0	0	0	1	40	1	30	1	30	0	0	
千葉県	11,686	224	2	94	7	365	9	467	97	5,316	13	652	1	60	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	
東京都	24,728	266	10	536	13	662	19	993	63	3,583	29	1,418	11	522	0	1	46	8	264	11	473	1	34		
神奈川県	7,721	498	0	0	3	158	12	596	45	2,444	8	389	3	157	0	0	1	46	0	0	1	25	1	17	
新潟県	7,091	463	0	0	3	106	15	813	41	2,324	7	382	2	107	0	0	0	1	40	1	2	1	16		
富山県	3,402	287	0	0	1	36	11	534	16	927	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40	1	34		
石川県	3,868	76	1	44	2	90	8	412	34	1,833	3	145	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
福井県	2,398	25	0	1	1	60	5	254	14	644	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
山梨県	2,514	100	0	0	2	110	2	110	14	758	2	102	1	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
長野県	5,252	350	0	0	4	178	3	140	23	1,252	1	47	1	48	0	0	0	0	0	0	0	1	15	0	
岐阜県	4,310	150	0	0	1	56	8	423	16	959	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
静岡県	6,081	270	2	90	3	135	13	741	38	2,060	2	82	3	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
愛知県	8,711	310	0	0	6	306	5	253	32	1,779	5	301	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
三重県	4,929	300	2	78	2	108	9	460	19	1,076	0	1	50	0	0	0	0	2	80	0	0	0	0	0	
滋賀県	2,365	209	0	0	2	100	4	218	16	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	54	0	0	0	
京都府	2,539	40	2	72	2	110	3	456	3	456	9	490	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
大阪府	16,537	324	5	239	14	795	20	1,134	88	5,071	14	773	5	336	1	48	0	0	2	89	0	0	0	0	
兵庫県	8,214	240	0	0	3	149	14	703	42	2,295	9	436	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
奈良県	2,963	90	0	0	3	136	3	147	18	872	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	
和歌山県	2,427	140	0	0	0	0	0	0	18	1,058	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
鳥取県	2,011	37	0	0	0	0	7	388	18	977	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
徳島県	2,602	58	0	0	2	81	5	259	16	877	2	122	0	0	0	0	0	0	1	32	0	0	0	0	
香川県	5,765	150	0	1	50	3	119	13	699	27	1,431	4	224	1	51	0	0	1	50	0	0	0	0	0	
岡山県	6,492	250	0	0	2	105	13	666	31	1,760	3	159	6	331	0	0	0	0	0	2	34	0	0	0	
広島県	6,190	191	0	0	2	112	15	765	28	1,539	7	396	2	127	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
山口県	4,071	170	0	0	1	60	2	95	20	1,162	2	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
徳島県	3,870	343	0	0	0	0	3	174	21	1,161	3	161	1	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
香川県	5,233	280	1	39	3	129	11	580	27	1,438	2	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
高松市	3,878	95	1	60	3	137	5	266	28	1,565	1	55	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
愛媛県	13,566	547	1	32	10	498	25	1,360	60	3,381	15	802	2	128	1	72	5	324	0	1	30	0	0	0	
佐賀県	4,490	190	1	50	0	0	5	274	13	734	4	196	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50	1	16	
長門県	6,158	232	0	0	5	265	9	489	54	3,092	6	358	2	106	0	0	0	0	0	2	125	0	0	0	
長門県	9,006	346	0	0	7	326	16	792	47	2,564	5	282	0	0	1	60	0	0	0	0	0	0	0	0	
長門県	5,460	200	0	0	1	54	17	926	32	1,782	1	50	1	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
宮崎県	5,904	224	0	0	2	86	6	303	36	1,948	5	307	1	68	0	0	0	0	0	0	1	13	0	0	
鹿児島県	9,843	345	0	0	1	30	20	999	40	2,235	1	50	2	137	0	0	0	0	0	0	3	17	0	0	
沖縄県	5,559	155	1	45	9	394	11	570	37	2,046	5	288	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
札幌市	7,306	730	0	0	5	247	12	628	63	3,590	5	271	1	52	0	0	0	0	1	28	0	0	0	0	
仙台市	2,318	160	0	0	1	50	4	197	15	868	6	256	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
さいたま市	1,285	60	0	0	1	50	0	0	5	233	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
千葉市	1,580	32	1	50	2	85	0	6	360	1	50	0	0	0	0	0	0	1	32	1	40	0	0	0	
横浜市	5,055	365	1	25	2	110	7	314	18	963	3	149	2	80	0	0	0	0	1	40	0	0	0	0	
横浜市	1,521	127	0	0	1	60	1	52	8	407	2	111	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
静岡市	1,091	30	1	40	1	50	0	0	6	344	1	50	0	0	0	0	0	1	50	1	4	0	0	0	
名古屋市	4,690	655	0	0	5	260	0	25	1,437	2	115	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24	
大阪市	3,829	60	0	0	2	90	2	120	13	734	21	1,362	0	0	0	0	0	0	0	0	1	63	0	0	
大阪市	225	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	22	0	0	0	0	
大阪市	2,910	45	0	0	3	175	3	130	10	547	2	120	1	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
堺市	3,857	101	0	0	3	143	3	160	9	529	4	178	2	111	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
堺市	3,000	183	1	60	1	59	7	380	19	1,024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
北九州市	4,102	180	0	0	6	239	13	655	19	1,064	3	176	1	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
福岡市	4,072	161	0	0	2	80	0	28	1,495	3	185	1	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	349,851	14,876	41	1,989	183	9,013	509	26,646	1,713	94,871	280	14,943	61	3,294	3	190	10	566	22	788	39	1,256	8	190	

資料：精神・障害保健課

資料：精神・障害保健課調

表 8 在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態×性）

（平成18年6月30日現在）

疾患名	総数	年齢階級別患者数										入院形態別患者数							
		20歳未満		20歳以上 40歳未満		40歳以上 65歳未満		65歳以上 75歳未満		75歳以上		措置入院		医療保護		任意入院		その他の入院	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
F0 症状性を含む器質性精神障害	61,027	23	23	355	221	5,178	2,283	7,084	5,746	12,877	27,237	27	7	13,449	17,338	11,841	17,950	200	215
F00 アルツハイマー病の認知症	22,356	0	0	17	7	712	580	1,891	2,249	4,954	11,946	2	0	4,657	8,156	2,907	6,601	8	25
F01 血管性認知症	19,001	1	0	12	6	1,089	371	2,366	1,485	4,684	8,987	1	0	4,179	4,753	3,960	6,081	12	15
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	19,670	22	23	326	208	3,377	1,332	2,827	2,012	3,239	6,304	24	7	4,613	4,429	4,974	5,268	180	175
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	16,115	3	8	939	362	7,796	843	4,272	345	1,391	156	92	15	3,575	458	10,710	1,238	24	3
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	14,548	0	1	535	210	7,127	707	4,152	304	1,367	145	36	3	3,063	313	10,072	1,050	10	1
覚せい剤による精神及び行動の障害	762	0	1	196	84	356	56	52	4	11	2	41	9	258	59	305	77	11	2
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	805	3	6	208	68	313	80	68	37	13	9	15	3	254	86	333	111	3	0
F2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	192,329	375	411	12,719	8,976	62,391	46,297	20,989	22,982	5,966	11,223	1,306	404	36,805	33,113	64,155	56,331	174	41
F3 気分（感情）障害	25,335	58	137	1,156	1,782	5,163	5,215	2,226	4,157	1,271	4,170	60	26	2,733	3,698	7,067	11,731	14	6
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	6,026	94	204	511	821	1,008	1,189	374	729	216	680	9	7	538	780	1,646	3,033	10	3
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	890	17	122	44	283	110	147	38	50	22	57	4	2	63	202	163	452	1	3
F6 成人の人格及び行動の障害	1,917	4	41	206	483	419	295	189	92	97	91	18	19	325	331	570	650	2	2
F7 精神遅滞	7,774	50	33	734	370	2,623	1,776	842	753	257	336	20	2	1,889	1,247	2,369	1,850	228	169
F8 心理的発達障害	479	130	49	119	41	63	44	12	15	3	3	3	0	188	72	121	73	15	7
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	486	92	51	47	35	87	71	33	28	10	32	4	4	116	88	128	117	21	8
てんかん（F0に属さないものを計上する）	4,741	21	15	347	196	1,679	1,153	547	451	146	186	14	5	804	518	1,803	1,376	119	102
その他	3,189	36	51	227	201	655	539	294	283	266	637	10	3	382	426	792	1,046	294	236
合計	320,308	903	1,145	17,404	13,771	87,172	59,852	36,900	35,631	22,522	45,008	1,567	494	60,867	58,271	101,365	95,847	1,102	795

資料：精神・障害保健課調

表9 精神科病院在院患者数(年齢・性別)

(平成18年6月30日現在)

	総数	20歳未満		20～40歳未満		40～65歳未満		65～75歳未満		75歳以上	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	12,688	27	26	569	418	3,093	2,281	1,540	1,355	1,128	2,251
青森	4,121	10	6	241	188	1,136	808	466	467	313	486
岩手	4,399	10	10	243	216	1,377	854	516	441	261	471
宮城	3,455	10	8	143	123	949	708	353	374	229	558
秋田	3,878	11	9	145	133	1,008	685	533	496	315	543
山形	3,330	6	11	143	110	902	577	370	336	303	572
福島	6,720	8	12	302	214	2,004	1,220	824	660	511	965
茨城	6,713	12	25	427	310	2,294	1,432	766	605	319	523
栃木	4,753	7	8	282	205	1,439	1,069	511	512	273	447
群馬	4,911	6	14	262	226	1,499	1,060	597	536	269	442
埼玉	11,513	27	27	677	544	2,724	1,981	1,195	1,148	1,061	2,129
千葉	10,797	46	48	677	500	3,013	2,197	1,203	1,323	651	1,239
東京	22,017	142	167	1,479	1,278	5,618	4,265	2,601	2,721	1,251	2,495
神奈川	6,549	20	23	452	356	1,640	1,184	795	766	462	851
新潟	6,616	19	32	274	242	1,721	1,215	738	742	559	1,074
富山	3,273	2	9	189	119	957	629	345	331	248	444
石川	3,621	4	9	190	147	897	685	401	422	310	556
福井	2,169	5	4	100	67	575	381	231	252	202	352
山梨	2,287	9	8	119	78	647	436	320	279	146	245
長野	4,821	22	35	297	218	1,293	856	553	598	358	591
岐阜	3,976	8	16	223	230	1,154	835	434	471	220	385
静岡	5,433	5	13	292	241	1,680	1,017	625	609	328	623
愛知	8,198	21	16	693	483	2,658	1,682	882	776	364	623
三重	4,597	52	35	284	235	1,291	892	506	511	303	488
滋賀	2,122	3	7	118	110	475	391	274	263	159	322
京都	2,364	1	5	110	98	581	448	267	328	136	390
大阪	15,285	46	46	1,002	785	4,241	3,070	1,746	1,740	841	1,768
兵庫	7,808	38	42	461	316	2,057	1,459	916	901	550	1,068
奈良	2,436	6	7	156	117	548	490	252	309	216	335
和歌山	2,186	9	2	85	77	668	462	322	307	97	157
鳥取	1,871	6	6	71	97	517	323	193	188	170	300
島根	2,393	9	23	115	101	623	365	257	261	207	432
岡山	5,162	10	14	228	203	1,218	886	578	555	443	1,027
広島	6,017	11	7	269	173	1,604	933	739	630	558	1,093
山口	5,911	6	24	288	184	1,546	938	711	613	490	1,111
山形	3,696	0	1	179	106	1,211	788	467	429	207	308
香川	3,537	6	3	178	141	1,030	652	387	363	280	497
愛媛	4,667	9	12	212	163	1,324	994	530	531	313	579
高知	3,400	3	3	109	111	948	555	415	364	281	611
福岡	12,861	25	37	659	432	3,389	2,170	1,568	1,388	997	2,196
佐賀	4,124	14	19	221	150	1,055	678	431	430	366	760
長崎	7,465	22	36	318	234	2,101	1,399	918	807	567	1,063
熊本	8,492	11	19	305	271	2,244	1,426	1,041	930	748	1,497
大分	5,291	6	9	203	202	1,432	883	572	610	458	916
宮崎	5,317	8	5	179	135	1,432	808	607	577	489	1,077
鹿児島	9,381	10	19	398	280	2,715	1,674	1,108	1,045	702	1,430
沖縄	5,240	6	7	298	180	1,573	946	667	464	402	697
札幌市	6,843	38	30	427	354	1,791	1,343	731	824	396	909
仙台市	2,000	6	6	81	89	348	317	147	228	227	551
さいたま市	1,132	2	1	88	68	369	303	98	129	37	37
千葉市	1,275	12	20	103	78	363	260	143	144	61	91
横浜市	4,504	26	43	304	284	1,197	853	524	504	228	541
川崎市	1,382	7	3	73	109	337	312	152	159	84	146
静岡市	892	9	20	59	45	287	183	116	102	23	48
名古屋	4,217	13	20	380	261	1,374	938	462	431	115	223
京都市	3,580	0	8	87	77	549	437	388	386	363	1,285
大阪市	167	9	13	11	21	23	42	6	28	5	9
堺市	2,652	4	5	162	154	715	550	271	362	127	302
神戸市	3,371	3	12	221	178	1,037	693	387	338	181	321
広島市	2,868	11	13	194	180	752	558	315	287	171	387
北九州市	3,730	4	6	164	119	988	627	479	439	288	616
福岡市	3,834	5	21	185	207	941	749	410	506	255	555
合計	320,308	903	1,145	17,404	13,771	87,172	59,852	36,900	35,631	22,522	45,008

資料：精神・障害保健課調

表10 都道府県別・入院形態別患者数

(平成18年6月30日現在)

	総数	措置入院		医療保護入院		任意入院		その他の入院	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	12,688	27	8	1,557	1,308	4,561	4,823	212	192
青森	4,121	21	3	725	685	1,419	1,267	1	0
岩手	4,399	22	6	418	345	1,944	1,637	23	4
宮城	3,455	7	4	518	558	1,150	1,190	9	19
秋田	3,878	14	2	859	870	1,137	994	2	0
山形	3,330	10	5	629	626	1,085	973	0	2
福島	6,720	26	3	1,258	1,232	2,363	1,830	2	6
茨城	6,713	26	6	1,232	893	2,558	1,995	2	1
栃木	4,753	41	12	965	909	1,506	1,318	0	2
群馬	4,911	11	5	1,112	1,003	1,509	1,270	1	0
埼玉	11,513	99	29	3,035	3,193	2,550	2,606	0	1
千葉	10,797	53	14	2,283	2,303	3,154	2,990	0	0
東京都	22,017	133	85	3,885	3,688	6,961	7,132	112	21
神奈川県	6,549	30	7	1,718	1,714	1,612	1,454	9	5
新潟	6,616	14	7	1,934	2,069	1,357	1,225	6	4
富山	3,273	20	1	951	883	757	640	13	8
石川	3,621	13	7	818	850	970	962	1	0
福井	2,169	11	1	359	339	743	716	0	0
山梨	2,287	8	2	508	506	723	538	2	0
長野	4,821	48	17	722	588	1,751	1,693	2	0
岐阜	3,976	13	8	675	706	1,351	1,223	0	0
静岡県	5,433	17	6	1,074	915	1,839	1,580	0	2
愛知	8,198	49	6	1,376	998	3,093	2,500	100	76
三重	4,597	12	6	770	747	1,626	1,396	28	12
滋賀	2,122	9	3	495	496	525	594	0	0
京都	2,364	5	2	430	549	657	717	3	1
大阪府	15,285	35	21	3,048	3,336	4,561	3,865	232	187
兵庫県	7,808	15	5	1,263	1,206	2,606	2,474	138	101
奈良	2,436	7	1	627	697	544	560	0	0
和歌山	2,186	4	2	474	331	702	672	1	0
鳥取	1,871	10	5	374	396	571	510	2	3
島根	2,393	12	4	556	608	637	566	6	4
岡山	5,162	18	3	1,076	1,030	1,374	1,628	9	24
広島	6,017	47	19	1,241	1,184	1,892	1,633	1	0
山口	5,911	14	5	1,381	1,449	1,646	1,416	0	0
徳島	3,696	21	7	438	279	1,604	1,346	1	0
香川県	3,537	4	3	322	196	1,555	1,457	0	0
愛媛	4,667	33	11	963	1,008	1,391	1,260	1	0
高知県	3,400	12	1	608	698	1,127	939	9	6
福岡	12,861	71	27	2,295	1,990	4,266	4,197	6	9
佐賀	4,124	47	5	780	704	1,245	1,323	15	5
長崎	7,465	32	8	907	774	2,986	2,756	1	1
熊本	8,492	69	13	1,718	1,519	2,561	2,611	1	0
大分	5,291	30	6	1,090	904	1,551	1,709	0	1
宮崎	5,317	6	1	568	483	2,140	2,118	1	0
鹿児島	9,381	59	19	1,471	1,236	3,401	3,193	2	0
沖縄	5,240	44	3	897	729	2,003	1,561	2	1
札幌市	6,843	19	5	1,376	1,301	1,903	2,079	85	75
仙台市	2,000	2	3	387	514	420	673	0	1
さいたま市	1,132	6	5	329	272	259	261	0	0
千葉市	1,275	16	3	396	297	269	293	1	0
横浜	4,504	28	10	1,281	1,266	969	949	1	0
川崎市	1,382	11	4	268	329	374	396	0	0
静岡	892	9	0	145	121	339	276	1	1
名古屋	4,217	32	5	856	730	1,434	1,134	22	4
京都市	3,580	2	1	459	776	926	1,413	0	3
大阪市	167	1	0	8	12	45	100	0	1
堺	2,652	12	5	578	658	675	710	14	0
神戸	3,371	6	3	771	655	1,051	884	1	0
広島	2,868	50	16	552	543	821	854	20	12
北九州	3,730	19	4	437	477	1,466	1,326	1	0
福岡	3,834	25	6	621	590	1,150	1,442	0	0
合計	320,308	1,567	494	60,867	58,271	101,365	95,847	1,102	795

資料：精神・障害保健課調

表11 精神科病院疾患分類別入院患者数

	症状性を含む器質性精神障害(F0)				精神作用物質による精神及び行動の障害(F1)				統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)
	計	アルツハイマー病型認知症(F00)	血管性認知症(F01)	上記以外の症状性を含む器質性精神障害(F02-09)	計	アルコール使用による精神及び行動の障害(F10)	覚せい剤による精神及び行動の障害	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	
北海道	3,028	981	1,204	843	865	816	17	32	6,101
青森	858	327	295	236	172	165	1	6	2,426
岩手	630	168	210	252	236	229	3	4	2,747
宮城	670	259	246	165	116	114	1	1	1,945
秋田	889	327	388	174	175	171	1	3	2,142
山形	789	266	398	125	126	124	2	0	1,838
福島	1,303	413	429	461	223	199	14	10	4,059
茨城	691	235	203	253	216	187	17	12	4,857
栃木	552	203	127	222	150	132	9	9	3,262
群馬	539	169	195	175	184	155	13	16	3,560
埼玉	3,288	1,388	1,126	774	277	242	17	18	6,507
千葉	1,843	496	423	924	535	472	37	26	7,065
東京都	3,113	1,273	747	1,093	1,015	871	79	65	14,120
神奈川	1,426	560	403	463	432	380	15	37	3,821
新潟	1,425	698	469	258	232	223	2	7	3,590
富山	626	276	161	189	83	80	0	3	2,032
石川	861	337	289	235	69	64	2	3	2,122
福山	449	204	67	178	88	85	0	3	1,238
山梨	280	144	53	83	71	64	3	4	1,548
長野	681	189	223	269	272	261	5	6	3,068
岐阜	508	178	164	166	159	145	3	11	2,660
静岡県	794	280	195	319	344	300	24	20	3,562
愛知	877	253	188	436	490	429	25	36	5,313
三重	578	131	112	335	177	168	6	3	2,988
滋賀	420	185	102	133	64	58	3	3	1,196
京都	496	204	174	118	38	32	2	4	1,479
大阪	3,141	824	881	1,436	1,080	940	102	38	9,109
兵衛	1,515	442	462	611	322	259	12	51	4,735
奈良	522	254	145	123	69	54	8	7	1,490
和歌山	112	45	9	58	51	48	1	2	1,775
鳥取	483	152	165	166	71	68	1	2	1,073
島根	580	247	181	152	106	105	1	0	1,307
岡山	1,377	597	467	313	240	218	8	14	2,809
広島	1,391	563	331	497	571	559	6	6	3,204
山口	1,391	624	470	297	277	271	1	5	3,367
徳島	368	57	87	224	162	145	8	9	2,700
香川	580	214	234	132	210	187	13	10	2,289
愛媛	809	284	182	343	200	180	9	11	3,003
高松	708	312	222	174	276	262	6	8	1,977
福岡	3,076	1,082	939	1,055	981	826	100	55	6,645
佐賀	998	473	287	238	180	164	11	5	2,224
長崎	1,223	439	359	425	495	486	4	5	4,141
熊本	1,931	544	765	622	388	361	14	13	4,795
大分	1,234	671	345	218	268	263	1	4	3,074
宮崎	1,345	439	503	403	343	335	2	6	2,733
鹿児島	1,676	711	547	418	430	418	2	10	5,892
沖縄	1,252	354	490	408	208	204	1	3	3,438
札幌	1,173	333	441	399	407	368	24	15	3,715
仙台	753	308	276	169	66	63	1	2	862
さいたま	37	9	3	25	34	32	2	0	973
千葉	131	43	16	72	65	29	31	5	840
横浜	765	294	94	377	245	209	14	22	2,817
川崎	190	88	43	59	23	21	2	0	959
静岡	24	14	3	7	20	15	4	1	695
名古屋	228	54	39	135	442	307	32	103	2,968
京都市	1,534	692	618	224	138	134	3	1	1,518
大阪市	7	1	0	6	3	1	0	2	55
堺市	356	131	49	176	87	71	5	11	1,801
神戸市	464	115	81	268	284	274	4	6	2,153
広島市	481	194	155	132	196	172	16	8	1,706
北九州市	941	396	298	247	168	144	8	16	2,017
福岡市	617	212	223	182	200	189	4	7	2,224
合計	61,027	22,356	19,001	19,670	16,115	14,548	762	805	192,329

資料：精神・障害保健課調

(平成18年6月30日現在)

気分 (感情) 障害 (F3)	神経症性障 害、ストレ ス関連障害 および身体 表現性障害 (F4)	生理的障害 及び身体弱 要因に関連 した行動症 候群 (F5)	成人のパー ソナリティ 及び行動の 障害 (F6)	精神遅滞 (知的障害) (F7)	心理的発達 の障害 (F8)	小児期及び 青年期に通 常発症する 行動及び情 緒の障害及 び特定不能 の精神障害 (F9)	てんかん	その他	合 計
1,141	326	46	44	405	12	6	363	351	12,688
342	131	9	26	69	13	5	65	5	4,121
369	117	18	46	135	1	2	72	26	4,399
407	61	11	14	70	1	5	118	37	3,455
328	94	5	14	122	4	0	97	8	3,878
302	85	5	19	88	0	1	52	25	3,330
502	76	12	29	303	8	9	149	47	6,720
382	74	5	26	172	1	7	139	143	6,713
371	63	6	22	172	0	3	106	46	4,753
352	68	14	13	103	2	2	65	9	4,911
863	148	20	36	196	7	8	112	51	11,513
826	165	35	45	110	9	15	88	61	10,797
2,098	370	90	171	436	85	114	313	92	22,017
526	122	15	36	79	3	9	58	22	6,549
706	142	19	57	228	0	2	113	102	6,616
271	88	4	20	75	0	6	50	18	3,273
271	76	10	19	100	6	7	64	16	3,621
247	82	6	17	21	2	2	16	1	2,169
184	53	8	12	75	5	0	36	15	2,287
438	111	39	18	76	3	1	90	24	4,821
311	75	7	43	96	4	3	82	28	3,976
405	116	12	18	75	6	2	57	42	5,433
693	171	13	47	323	22	12	141	96	8,198
324	132	31	27	149	30	36	80	45	4,597
250	66	14	12	38	6	13	37	6	2,122
197	43	3	8	20	7	6	28	39	2,364
1,108	195	51	73	270	26	15	125	92	15,285
416	138	21	68	173	6	14	95	305	7,808
233	29	8	6	40	4	1	13	21	2,436
130	34	2	11	46	1	5	18	1	2,186
137	52	4	3	19	0	1	16	12	1,871
215	61	13	22	41	5	4	19	20	2,393
368	98	9	33	102	10	2	69	45	5,162
416	50	13	34	166	9	5	77	81	6,017
370	102	15	51	146	13	0	47	132	5,911
155	45	14	22	121	3	3	40	63	3,696
175	61	1	16	96	1	2	80	26	3,537
321	83	10	29	105	3	6	66	32	4,667
185	65	5	13	89	8	2	48	24	3,400
976	256	62	178	384	13	10	162	118	12,861
363	97	7	31	80	9	6	36	93	4,124
788	244	16	45	274	9	11	140	79	7,465
570	138	10	38	325	6	33	159	99	8,492
325	62	5	38	132	6	11	93	43	5,291
318	78	3	16	295	7	4	101	74	5,317
618	89	10	41	290	4	7	198	126	9,381
187	47	7	4	23	2	0	33	39	5,240
719	248	38	32	267	25	10	168	41	6,843
184	75	11	11	8	0	7	15	8	2,000
36	16	0	2	13	0	0	19	2	1,132
122	26	5	12	19	0	11	8	36	1,275
397	86	18	35	39	9	9	41	43	4,504
151	16	5	4	5	1	1	8	19	1,382
102	27	4	3	5	1	2	4	5	892
342	65	7	48	66	12	7	31	1	4,217
229	45	6	8	38	2	0	53	9	3,580
65	22	3	1	0	3	2	3	3	167
272	32	7	14	45	2	0	29	7	2,652
249	79	13	17	49	3	7	28	25	3,371
254	54	8	45	53	7	1	28	35	2,868
344	41	11	32	92	1	9	42	32	3,730
389	115	11	42	122	31	2	38	43	3,834
25,335	6,026	890	1,917	7,774	479	486	4,741	3,189	320,308

表12 平均残存率

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
北海道	31.3	31.4	30.6	30.6	30.1	30.3	28.2	30.9
青森	36.2	30.3	28.2	26.9	27.6	35.1	27.3	33.6
岩手	40.7	38.7	38.1	36.8	33.9	33.0	32.1	29.4
宮城	30.4	28.0	33.2	31.2	39.0	31.4	34.4	32.6
秋田	28.8	30.6	32.8	31.8	32.0	30.2	27.1	28.6
山形	28.0	27.7	28.2	26.2	25.2	28.2	23.9	27.3
福島	35.9	32.8	34.2	31.0	31.5	32.7	30.5	30.9
茨城	38.1	36.8	31.9	39.7	33.5	31.5	31.3	30.0
栃木	31.7	31.3	28.3	31.6	29.6	26.5	28.0	26.5
群馬	31.4	27.2	28.7	28.7	30.4	27.7	25.5	30.4
埼玉	38.5	34.3	35.8	34.9	40.7	32.6	32.1	34.8
千葉	32.1	32.5	31.9	32.9	30.6	27.9	27.5	29.7
東京	31.1	28.8	26.5	26.7	26.8	25.4	26.9	26.2
神奈川	35.1	33.1	31.8	33.1	30.2	29.2	30.2	29.7
新潟	31.8	31.0	30.1	31.4	30.3	26.1	28.9	30.2
富山	35.4	32.8	37.3	34.1	30.6	46.3	30.1	30.6
石川	32.2	37.7	29.6	30.7	29.0	32.7	29.0	27.4
福井	26.8	26.4	24.3	25.5	24.5	29.3	25.3	23.9
山梨	31.4	32.0	27.1	32.5	34.0	35.1	34.0	24.6
長野	27.6	24.8	21.4	25.2	25.4	24.3	24.8	24.8
岐阜	25.3	25.7	27.7	26.2	30.2	26.3	23.2	25.8
静岡	32.5	28.8	30.0	29.7	28.7	27.3	26.0	28.4
愛知	34.4	32.4	32.1	30.9	30.8	31.6	30.4	29.1
三重	32.0	30.2	28.8	31.1	27.9	29.2	25.8	31.5
滋賀	38.1	25.6	26.0	29.9	29.2	28.3	29.0	26.0
京都	31.8	32.5	32.7	30.0	32.1	30.8	28.7	31.5
大阪	30.7	31.6	27.8	29.2	29.1	27.7	28.4	27.9
兵庫	36.0	34.8	35.1	33.0	36.2	34.5	32.2	33.5
奈良	37.4	37.3	32.4	38.1	31.4	31.3	35.7	34.6
和歌山	25.9	26.1	32.4	25.7	31.2	31.0	26.4	25.2
鳥取	35.5	26.2	30.1	33.4	30.2	25.0	29.0	34.7
島根	26.6	30.1	30.2	28.1	30.6	23.3	26.3	26.1
岡山	33.1	26.1	31.2	27.1	27.2	24.1	24.0	22.9
広島	33.1	33.0	28.1	31.4	26.3	29.4	30.3	30.4
山口	37.7	35.1	36.4	36.9	34.6	33.8	32.3	34.5
徳島	42.4	32.4	31.9	38.6	35.0	32.7	30.4	28.0
香川	31.9	33.1	30.3	31.9	29.4	29.4	24.4	30.6
愛媛	35.1	33.9	27.2	35.0	32.2	30.4	30.3	30.9
高知	37.4	22.7	25.6	29.9	26.2	26.7	22.3	26.0
福岡	36.3	34.8	35.2	32.9	35.4	34.4	31.2	32.8
佐賀	34.4	31.8	34.6	36.7	35.5	36.0	38.9	33.1
長崎	39.1	36.4	37.3	34.2	31.8	32.8	33.2	29.9
熊本	28.9	28.9	28.3	30.0	30.3	29.9	31.2	28.5
大分	38.0	34.6	36.3	38.4	39.6	32.2	30.9	33.0
宮崎	31.4	29.0	31.1	31.3	32.6	33.4	33.6	33.2
鹿児島	40.6	40.6	39.6	40.8	37.9	40.1	38.3	37.2
沖縄	36.2	32.0	34.3	30.1	34.4	29.5	27.3	28.6
合計	33.4	31.6	30.9	31.2	31.1	30.1	29.2	29.7

資料：精神・障害保健課調

表13 退院率

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
北海道	25.7	26.1	24.6	23.6	24.8	22.4	24.4	32.0
青森	27.7	25.9	21.7	15.1	26.6	22.4	29.6	28.2
岩手	26.3	28.3	20.0	20.8	13.8	19.2	25.8	20.4
宮城	26.1	23.9	19.7	22.4	20.9	26.1	18.9	30.0
秋田	19.3	25.3	21.3	23.9	19.8	26.9	21.0	30.2
山形	22.6	18.3	23.3	26.5	27.8	22.4	22.0	19.6
福島	23.6	22.0	17.1	13.4	22.7	18.2	21.4	18.4
茨城	19.1	20.4	16.6	12.3	15.4	15.6	19.4	19.1
栃木	15.7	16.9	17.9	24.8	19.0	17.5	18.8	15.5
群馬	15.2	15.4	16.6	19.4	14.3	13.7	14.2	16.7
埼玉	27.1	38.1	20.4	39.3	21.2	20.7	24.6	22.2
千葉	19.1	19.0	14.8	18.2	16.1	17.4	15.2	22.3
東京	26.0	29.0	29.3	24.1	27.6	25.9	25.5	28.8
神奈川	25.4	25.6	27.4	20.8	24.3	25.2	29.4	23.7
新潟	17.3	18.5	21.0	18.7	17.5	16.7	26.0	20.8
富山	20.8	23.4	15.9	14.5	70.9	22.1	27.4	29.7
石川	26.3	29.0	17.5	20.2	28.6	21.6	19.0	18.1
福井	16.2	13.9	18.7	22.3	20.3	24.8	23.3	23.2
山梨	18.9	39.3	15.2	20.6	14.4	25.0	17.4	14.1
長野	21.3	20.4	17.0	18.6	17.4	21.0	16.5	23.1
岐阜	24.5	25.0	15.5	17.1	12.5	19.5	14.8	19.5
静岡	16.5	17.7	24.6	14.4	14.9	15.9	17.7	17.8
愛知	17.2	16.8	18.1	22.2	20.3	17.7	19.8	24.4
三重	21.7	26.1	20.2	30.9	21.2	23.6	27.8	31.6
滋賀	9.5	11.1	17.5	21.8	23.3	31.2	25.7	20.5
京都	18.5	18.6	27.5	18.8	22.5	17.1	16.5	25.2
大阪	24.2	21.0	21.1	18.0	23.0	20.1	22.6	19.8
兵庫	15.4	16.0	16.0	21.0	19.4	19.2	18.4	22.5
奈良	28.3	18.2	27.5	17.6	25.0	15.6	22.9	25.0
和歌山	16.6	17.9	13.0	18.0	19.0	18.9	22.9	21.8
鳥取	14.7	13.6	14.8	18.2	15.9	18.8	16.9	23.0
島根	20.5	20.7	36.2	26.7	25.0	30.4	17.0	20.5
岡山	23.3	24.6	23.3	22.0	29.9	28.4	23.2	27.3
広島	25.2	21.7	22.0	20.2	20.3	21.9	24.0	21.4
山口	20.2	22.6	22.9	16.9	19.7	17.0	22.8	21.2
徳島	12.8	13.0	15.9	19.2	17.5	16.3	16.5	17.6
香川	29.9	23.5	22.0	19.8	16.7	17.2	19.8	15.0
愛媛	16.1	16.4	19.8	22.0	16.2	16.4	17.7	18.9
高知	19.2	23.2	23.1	19.8	25.3	21.4	25.2	37.7
福岡	22.7	20.4	24.3	20.5	23.9	24.1	20.0	20.5
佐賀	27.8	25.3	27.2	24.8	24.2	22.5	23.0	26.4
長崎	17.3	19.7	17.6	15.0	20.0	19.0	15.0	18.6
熊本	20.5	21.3	21.5	13.6	16.3	19.2	21.3	23.7
大分	19.6	19.9	21.2	29.3	19.7	19.4	24.8	27.2
宮崎	17.2	17.1	11.5	11.1	20.0	23.5	22.3	18.3
鹿児島	21.9	21.6	17.6	15.7	17.6	21.3	17.7	15.9
沖縄	27.7	34.2	22.2	24.4	24.7	23.5	22.9	30.3
合計	21.7	22.3	21.0	20.6	21.6	20.9	21.4	23.0

資料：精神・障害保健課調

表14 都道府県別年間入院患者数等

(平成19年)

	年間入院患者延数(人)	年間新入院患者数(人)	年間退院患者数(人)	平均在院日数(日)
北海道	7,031,593	23,191	23,221	303.0
青森	1,454,204	5,246	5,386	273.6
岩手	1,572,195	4,759	4,872	326.5
宮城	1,972,344	5,740	5,817	341.3
秋田	1,428,644	4,889	5,000	288.9
山形	1,262,675	4,757	4,691	267.3
福島	2,418,343	6,240	6,468	380.6
茨城	2,372,351	5,684	5,863	411.3
栃木	1,712,014	4,272	4,310	399.0
群馬	1,784,565	5,044	5,055	353.4
埼玉	4,771,597	14,682	14,634	325.5
千葉	4,328,606	12,490	12,739	343.1
東京都	7,862,736	32,855	33,649	236.5
神奈川県	4,521,752	17,321	17,897	256.8
新潟	2,378,592	6,791	6,873	348.2
富山	1,201,745	3,452	3,426	349.4
石川	1,320,317	4,163	4,162	317.2
福井	804,669	3,421	3,438	234.6
山梨	798,754	2,396	2,505	326.0
長野	1,734,702	6,868	6,970	250.7
岐阜	1,426,033	4,548	4,589	312.1
静岡県	2,286,796	7,330	7,578	306.8
愛知県	4,463,055	14,369	14,533	308.8
三重	1,643,006	4,934	5,022	330.1
滋賀	771,396	2,731	2,733	282.4
京都市	2,167,718	6,207	6,257	347.8
大阪府	6,569,589	23,589	23,510	279.0
兵庫県	4,024,268	10,587	10,764	377.0
奈良	870,447	2,727	2,688	321.5
和歌山	774,413	1,977	2,032	386.3
鳥取	681,697	2,032	2,053	333.8
島根	862,867	3,456	3,455	249.7
岡山	1,861,952	7,371	7,603	248.7
広島	3,186,091	10,180	10,360	310.2
山口	2,149,381	5,449	5,529	391.6
徳島	1,319,040	2,731	2,876	470.5
香川県	1,243,909	3,214	3,438	374.0
愛媛	1,652,369	4,620	4,655	356.3
高知県	1,233,288	5,425	5,443	227.0
福岡	7,407,802	20,504	20,605	360.4
佐賀	1,488,232	3,736	3,770	396.5
長崎	2,714,952	6,988	7,183	383.2
熊本	3,070,159	9,626	9,820	315.8
大分	1,885,747	4,663	4,758	400.3
宮崎	2,029,513	5,136	5,152	394.5
鹿児島	3,418,693	7,012	7,051	486.2
沖縄	1,898,016	6,420	6,481	294.2
札幌市	(2,477,711)	(7,921)	(7,950)	(312.2)
仙台市	(728,408)	(2,476)	(2,477)	(294.1)
さいたま市	(399,154)	(1,184)	(1,165)	(339.9)
千葉市	(443,898)	(2,314)	(2,370)	(189.5)
横浜市	(1,720,422)	(7,140)	(7,266)	(238.8)
川崎市	(492,032)	(2,455)	(2,433)	(201.3)
新潟市	(937,393)	(2,261)	(2,295)	(411.5)
静岡市	(311,970)	(1,300)	(1,348)	(235.6)
浜松市	(655,550)	(2,251)	(2,385)	(282.8)
名古屋市	(1,510,157)	(4,706)	(4,788)	(318.1)
京都市	(1,298,126)	(3,157)	(3,167)	(410.5)
大阪市	(47,114)	(1,068)	(1,080)	(43.9)
堺市	(964,923)	(4,093)	(4,118)	(235.0)
神戸市	(1,198,189)	(3,861)	(3,925)	(307.8)
広島市	(1,026,024)	(4,433)	(4,448)	(231.1)
北九州市	(1,379,792)	(3,992)	(4,028)	(344.1)
福岡市	(1,384,863)	(4,689)	(4,660)	(296.3)
全国	115,832,827	361,823	366,904	317.9

資料：平成19年病院報告（※政令市の（ ）書の数値は再掲）

表15 精神病床数・在院患者数・措置入院者数・措置率・病床利用率の推移
(各年6月末)

年次	精神病床数	在院患者数	措置入院者数	措置率	病床利用率
	床	人	人	%	%
昭和45年	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7
50	275,468	281,127	65,571	23.3	102.1
55	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3
60	333,570	339,989	30,543	9.0	101.9
63	351,469	344,818	18,368	5.3	98.1
平成元年	355,334	346,540	15,036	4.3	97.5
2	358,251	348,859	12,572	3.6	97.4
3	360,303	349,052	10,011	2.9	96.9
4	361,896	346,776	8,550	2.5	95.8
5	363,010	343,718	7,223	2.1	94.7
6	362,692	343,156	6,418	1.9	94.6
7	362,154	340,812	5,905	1.7	94.1
8	361,073	339,822	5,436	1.6	94.1
9	360,432	336,685	4,772	1.4	93.4
10	359,563	335,845	4,293	1.3	93.4
11	358,609	333,294	3,472	1.0	92.9
12	348,966	333,712	3,247	1.0	95.6
13	357,388	332,759	3,083	0.9	93.1
14	356,621	330,666	2,767	0.8	92.7
15	355,269	329,555	2,566	0.8	92.8
16	354,923	326,613	2,414	0.7	92.0
17	354,313	324,851	2,276	0.7	91.7
18	352,721	321,067	2,061	0.6	91.0

資料：精神病床数は病院報告「病床数、病床の種類・開設者別」（6月末現在）より
 在院患者数は病院報告「月末在院患者数、月・病院-病床の種類別」の6月の数値より
 措置入院者数は、平成8年までは厚生省報告例、平成9年から精神・障害保健課調

表16 入院形態別入院患者数及び通院患者数の推移

(上段：実数(人)、下段：割合(%))

	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
入院患者数	335,847 (100.0)	332,930 (100.0)	333,033 (100.0)	332,714 (100.0)	330,050 (100.0)	329,096 (100.0)	326,125 (100.0)	324,335 (100.0)	320,308 (100.0)
措置入院	4,293 (1.3)	3,472 (1.0)	3,247 (1.0)	3,083 (0.9)	2,767 (0.8)	2,586 (0.8)	2,414 (0.7)	2,276 (0.7)	2,061 (0.6)
医療保護入院	92,367 (27.5)	91,699 (27.5)	105,359 (31.6)	110,930 (33.3)	112,661 (34.1)	114,145 (34.7)	115,297 (35.4)	118,069 (36.4)	119,138 (37.2)
任意入院	233,861 (69.6)	233,509 (70.1)	220,840 (66.3)	215,438 (64.8)	212,015 (64.2)	209,924 (63.8)	206,209 (63.2)	202,231 (62.4)	197,212 (61.6)
その他	5,326 (1.6)	4,250 (1.3)	3,557 (1.1)	3,263 (1.0)	2,607 (0.8)	2,461 (0.7)	2,205 (0.7)	1,759 (0.5)	1,897 (0.6)
通院患者数	587,203	634,661	727,839	796,732	855,875	933,381	1,073,342	1,145,734	1,174,857

資料：精神・障害保健課調（各年6月末現在）

注：四捨五入の関係で、入院患者数全体の割合と措置入院からその他までの割合の合計が一致しないところがある。

表17 精神科デイ・ケア等実施状況

実施 日数 (1ヶ月 平均)	精神科ショート・ケア										精神科デイ・ケア										精神科ナイト		
	延利用 者数	平成18 年6月1 3ヶ月間 の新規 利用者	利用実人員					実施 日数 (1ヶ月 平均)	延 利 用 者 数	平成18 年6月1 3ヶ月間 の新規 利用者	利用実人員					実施 日数 (1ヶ月 平均)	延 利 用 者 数	平成18 年6月1 3ヶ月間 の新規 利用者	利 用				
			平成18年6月30日における 利用実人員の居住地								平成18年6月30日における 利用実人員の居住地												
			在宅	社会復 帰施設	高齢者 施設	その他	不明				在宅	社会復 帰施設	高齢者 施設	その他	不明								
北海道	16.8	1,431	27	315	331	42	0	2	0	20.9	22,097	83	2,086	1,791	268	7	20	0	8.0	93	1	34	
青森	13.5	50	0	32	29	3	0	0	0	21.8	7,781	29	791	653	153	4	4	0	17.3	571	1	61	
岩手	18.5	81	30	30	28	2	0	0	0	20.2	7,150	48	888	567	115	5	1	0					
宮城	12.3	43	6	18	16	2	0	0	0	19.5	3,636	12	349	296	52	1	0	0					
秋田	19.2	229	38	75	52	17	6	0	0	18.2	5,207	40	458	335	117	4	2	0					
山形	20.1	785	14	72	63	9	0	0	0	23.1	9,056	17	703	626	69	7	1	0	13.0	55	0	15	
福島	15.6	284	5	79	60	19	0	0	0	18.9	12,818	38	1,126	914	191	0	4	17	9.0	154	4	19	
茨城	21.0	506	4	102	94	3	5	0	0	21.1	10,121	44	956	739	74	139	4	0	26.0	2	0	0	
栃木	21.6	236	5	68	59	9	0	0	0	21.0	8,352	24	688	540	147	1	0	0	22.0	80	1	6	
群馬	22.5	356	4	61	26	35	0	0	0	22.9	8,265	22	649	439	205	0	5	0	14.3	527	0	92	
埼玉	17.4	236	8	122	114	8	0	0	0	22.1	20,228	72	1,942	1,754	171	0	1	16	21.8	505	1	46	
千葉	18.3	246	3	64	63	1	0	0	0	22.1	20,438	78	1,993	1,819	131	17	26	0					
東京	20.1	2,050	37	543	519	22	0	2	0	21.4	56,625	286	5,580	5,345	184	4	44	3	18.5	2,898	25	427	
神奈川	16.5	642	8	110	102	8	0	0	0	22.1	16,520	84	1,669	1,561	99	5	4	0	14.3	555	2	66	
新潟	15.8	489	10	119	77	42	0	0	0	20.8	13,055	43	1,375	1,149	220	4	2	0	15.5	460	0	49	
富山	13.2	280	8	95	89	6	0	0	0	22.2	6,961	41	590	428	139	3	20	0	9.5	69	0	21	
石川	21.9	369	44	102	83	19	0	0	0	20.7	6,770	20	541	403	137	0	1	0	22.0	334	2	20	
福井	12.7	30	2	9	9	0	0	0	0	23.1	4,758	33	735	707	27	1	0	0	18.0	39	0	8	
山梨	23.0	3	0	2	2	0	0	0	0	22.4	5,290	25	494	415	78	0	1	0	22.7	446	0	32	
長野	20.9	411	13	105	93	11	0	1	0	23.2	11,744	28	929	760	157	0	12	0	13.0	196	0	16	
岐阜	11.8	71	2	28	21	7	0	0	0	21.9	7,719	24	650	542	103	2	3	0	7.0	31	0	15	
静岡	12.8	105	8	33	29	4	0	0	0	21.4	12,520	42	1,130	984	132	1	3	0	21.0	1,271	2	94	
愛知	20.3	67	7	24	23	1	0	0	0	21.5	19,189	90	1,511	1,235	102	11	113	50	21.4	1,121	7	130	
三重	17.6	1,390	20	160	141	19	0	0	0	19.6	7,255	28	601	496	85	19	1	0	24.0	328	0	59	
滋賀	18.5	71	10	22	19	3	0	0	0	18.5	2,623	21	430	351	58	0	1	20					
京都	21.0	35	2	11	10	1	0	0	0	23.0	4,615	12	326	291	35	0	0	0					
大阪	20.3	636	46	149	134	15	0	0	0	21.7	42,014	129	3,089	2,703	351	31	4	0	14.2	1,123	5	119	
兵庫	21.2	76	3	51	47	4	0	0	0	20.9	6,741	31	563	443	93	0	29	0	11.0	414	2	27	
奈良	22.5	32	0	15	15	0	0	0	0	22.0	5,447	24	749	675	36	38	0	0	26.0	3	0	3	
和歌山	16.3	826	2	41	38	3	0	0	0	21.9	3,998	8	296	252	44	0	0	0					
鳥取	14.7	192	2	40	29	11	0	0	0	20.1	3,046	3	441	416	25	0	0	0	26.0	63	0	4	
島根	23.1	448	11	135	131	4	0	0	0	20.5	4,725	38	499	390	63	2	0	44					
岡山	18.0	112	0	35	15	20	0	0	0	23.4	13,157	31	1,216	999	210	2	4	1	19.8	356	1	42	
広島	20.0	52	1	12	12	0	0	0	0	20.2	7,418	19	658	538	117	1	2	0	22.0	1,202	0	59	
山口	14.7	96	1	13	11	1	0	1	0	20.5	8,050	33	852	707	135	9	1	0	9.0	88	4	23	
徳島	12.0	47	2	20	14	6	0	0	0	19.4	3,927	29	359	272	86	1	0	0					
香川	9.0	12	0	8	8	0	0	0	0	20.1	4,474	13	993	363	29	1	0	0					
愛媛	18.8	77	5	32	26	6	0	0	0	21.8	7,833	30	819	758	51	3	7	0	22.0	745	0	59	
高知	21.5	93	6	21	21	0	0	0	0	22.8	6,560	27	630	503	123	4	0	0					
福岡	15.6	242	20	80	80	0	0	0	0	21.7	19,722	61	1,871	1,743	121	1	6	0	18.4	1,674	7	123	
佐賀	14.3	37	2	12	6	6	0	0	0	21.1	8,199	38	929	833	79	6	1	10	18.5	566	3	53	
長崎	22.0	890	8	113	72	29	0	12	0	20.3	5,194	24	557	463	73	2	19	0	22.0	401	1	29	
熊本	15.5	506	9	71	64	6	0	1	0	20.7	14,496	49	1,603	1,205	114	0	84	0					
大分	19.4	266	12	74	68	6	0	0	0	21.7	11,834	27	1,020	883	135	2	0	0	19.0	342	2	36	
宮崎	18.0	515	5	71	56	15	0	0	0	23.0	9,045	29	692	579	65	5	44	0	26.0	364	1	38	
鹿児島	15.0	507	18	101	95	6	0	0	0	21.4	11,409	62	1,108	889	136	10	67	0	20.7	387	3	54	
沖縄	4.0	4	0	4	4	0	0	0	0	21.3	13,909	44	1,274	1,299	64	0	1	0	21.8	1,475	4	111	
札幌市	16.6	1,719	64	320	309	11	0	0	0	20.8	21,871	203	1,681	1,490	195	6	0	0	13.7	1,127	8	108	
仙台市	2.0	2	0	1	1	0	0	0	0	19.8	3,578	31	431	396	26	7	0	0	5.0	31	0	6	
さいたま市	14.0	109	6	49	49	0	0	0	0	19.9	4,623	20	532	531	1	0	0	0	18.0	56	0	9	
千葉市	9.5	98	0	44	44	0	0	0	0	17.2	2,959	9	292	287	5	0	0	0					
横浜市	22.2	517	11	158	131	27	0	0	0	21.0	11,970	58	1,284	1,215	58	5	6	0	16.3	384	1	21	
川崎市	18.0	5	0	0	0	0	0	0	0	20.4	3,604	17	388	378	9	0	1	0	23.0	179	0	25	
静岡市	22.0	43	0	3	3	0	0	0	0	29.8	2,574	11	217	179	16	0	22	0					
名古屋市	13.7	141	7	44	44	0	0	0	0	20.6	11,468	50	990	960	30	0	0	0	19.0	461	1	19	
京都市	19.6	662	5	168	158	1	0	0	0	20.8	9,470	30	946	917	28	0	1	0	14.2	514	1	98	
大阪市	22.7	44	5	13	11	2	0	0	0	22.5	7,498	25	624	598	19	7	0	0	17.2	692	0	59	
堺市	22.0	33	0	7	7	0	0	0	0	23.5	5,062	27	422	382	39	1	0	0	13.0	133	0	14	
神戸市	17.0	28	1	8	8	0	0	0	0	22.7	6,783	21	707	660	46	0	1	0					
広島市	21.8	196	15	80	79	1	0	0	0	21.8	3,884	18	309	299	10	0	0	0					
北九州市	13.2	132	2	46	43	3	0	0	0	20.7	5,577	22	552	509	39	2	2	0	16.5	136	2	21	
福岡市	15.8	223	14	99	94	4	0	1	0	21.4	6,690	54	804	761	40	2	1	0	13.7	193	0	21	
合計	17.7	19,674	598	4,590	4,079	480	11	20	0	21.3	629,663	2,629	58,590	51,494	5,960	389	386	161	17.6	22,844	92	2,391	

資料：精神・障害保健課調

(平成18年6月30日現在)

・ケア		精神科デイ・ナイト・ケア										重度認知症患者デイ・ケア													
実人員		実施日数 (1ヶ月平均)		延用者数		平成18年6月1か月間の新規利用者		利用実人員		平成18年6月30日における利用実人員の居住地		実施日数 (1ヶ月平均)		延用者数		平成18年6月1か月間の新規利用者		利用実人員		平成18年6月30日における利用実人員の居住地					
在宅	社会復帰施設	高齢者施設	その他	不明	在宅	社会復帰施設	高齢者施設	その他	不明	在宅	社会復帰施設	高齢者施設	その他	不明	在宅	社会復帰施設	高齢者施設	その他	不明	在宅	社会復帰施設	高齢者施設	その他	不明	
22	8	0	4	0	10.3	1,724	20	188	116	35	0	7	0	21.5	5,053	24	376	361	5	10	0	0	0	0	
34	27	0	0	0	21.8	3,449	7	247	94	153	0	0	0	22.0	74	3	13	6	0	7	0	0	0	0	
					22.0	596	1	47	29	18	0	0	0	26.0	731	1	34	17	0	0	17	0	0	0	
15	0	0	0	0	17.5	1,051	0	64	57	7	0	0	0	26.6	5,488	8	376	361	7	8	0	0	0	0	
11	8	0	0	0	17.5	1,527	0	106	13	93	0	0	0	22.0	353	0	31	31	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	24.2	2,859	3	145	47	97	1	0	0	24.5	1,653	1	146	121	25	0	0	0	0	0	
2	4	0	0	0	23.3	1,391	2	70	13	57	0	0	0												
27	65	0	0	0	18.0	2,293	0	164	71	89	0	4	0												
31	15	0	0	0	24.7	2,097	2	179	117	62	0	0	0	23.0	2,372	17	164	153	7	4	0	0	0	0	
					26.9	979	1	75	34	41	0	0	0	22.8	345	0	38	38	0	0	0	0	0	0	
387	38	0	2	0	19.8	19,803	47	1,406	1,262	85	2	57	0	26.3	3,582	12	260	205	0	55	0	0	0	0	
56	10	0	0	0	18.0	2,276	1	180	168	12	0	0	0												
28	21	0	0	0										26.0	389	1	38	35	0	0	0	0	0	0	
3	15	0	3	0	15.9	2,104	7	176	62	96	0	18	0	26.0	473	0	26	20	3	3	0	0	0	0	
0	90	0	0	0	22.0	1,732	8	174	48	56	0	0	0	23.3	1,583	1	87	87	0	0	0	0	0	0	
6	2	0	0	0	18.0	222	0	18	13	5	0	0	0	24.8	3,320	24	258	253	0	2	3	0	0	0	
24	8	0	0	0	22.7	617	0	35	24	12	0	0	0	22.0	233	0	16	16	0	0	0	0	0	0	
16	0	0	0	0	18.7	779	0	52	42	10	0	0	0	24.9	4,079	26	334	315	2	14	3	0	0	0	
10	5	0	0	0	9.0	60	0	17	11	6	0	0	0	26.0	796	3	30	24	2	0	4	0	0	0	
47	35	0	12	0	22.8	1,057	0	66	33	33	0	0	0	26.0	460	1	42	40	0	0	2	0	0	0	
112	17	0	0	1	19.4	3,058	10	217	147	59	0	5	6	23.3	1,162	4	80	65	5	0	2	8	0	0	
5	1	0	0	53	22.4	6,508	13	353	216	137	0	0	0	22.0	701	3	55	49	3	3	0	0	0	0	
														22.5	644	1	57	57	0	0	0	0	0	0	0
					22.0	1,444	4	75	75	0	0	0	0	22.0	479	0	35	35	0	0	0	0	0	0	0
103	16	0	0	0	16.7	4,802	5	358	219	139	9	0	0	26.5	2,247	4	128	115	7	6	8	0	0	0	
14	13	0	0	0	11.7	874	3	38	29	9	0	0	0	27.0	1,149	11	52	52	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	28.0	1,594	1	103	103	0	0	0	0	24.0	670	2	46	45	0	1	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	24.0	1,834	1	103	44	59	0	0	0	23.3	914	8	62	62	0	0	0	0	0	0	0
														23.8	1,639	6	128	117	1	9	1	0	0	0	0
34	8	0	0	0	19.8	547	3	53	45	8	0	0	0	24.7	5,172	13	376	362	5	9	0	0	0	0	
11	48	0	0	0	21.7	6,083	4	265	153	56	0	56	0	24.4	7,161	15	478	425	40	5	8	0	0	0	
7	16	0	0	0	20.7	2,624	2	151	34	117	0	0	0	26.0	4,089	8	235	209	0	4	2	0	0	0	
					22.0	187	0	9	0	9	0	0	0	22.0	183	0	13	13	0	0	0	0	0	0	0
					24.7	2,171	2	123	54	69	0	0	0	27.3	3,293	5	247	244	0	3	0	0	0	0	0
22	35	0	2	0	22.0	2,766	1	165	108	47	0	10	0	25.3	2,998	12	165	153	3	9	0	0	0	0	
					22.0	2,086	4	151	116	33	2	0	0	23.3	1,467	3	100	76	0	25	0	0	0	0	0
75	48	0	0	0	20.2	7,143	12	420	214	178	0	28	0	24.8	7,429	21	444	436	2	6	0	0	0	0	
49	4	0	0	0	17.5	1,167	2	103	87	16	0	0	0	27.3	1,594	4	100	94	4	2	0	0	0	0	
4	23	0	2	0	20.8	2,886	4	220	133	87	0	0	0	24.0	868	0	40	37	2	0	1	0	0	0	
					21.1	3,903	32	253	91	105	0	57	0	23.3	3,227	10	203	194	0	3	6	0	0	0	
28	8	0	0	0	21.9	2,536	5	173	138	35	0	0	0	26.0	5,599	9	234	211	0	22	1	0	0	0	
26	3	0	9	0	21.8	3,319	1	186	108	47	0	31	0	23.6	2,398	6	152	146	3	1	2	0	0	0	
23	14	0	17	0	19.8	6,969	5	421	212	142	0	67	0	19.0	594	1	42	41	1	0	0	0	0	0	0
29	82	0	0	0	23.1	16,317	42	1,152	1,029	88	0	35	0	24.8	6,831	15	346	324	0	8	13	1	0	0	
70	38	0	0	0	18.8	5,019	9	255	151	104	0	0	0	22.8	2,612	13	209	107	1	98	3	0	0	0	
6	0	0	0	0										30.0	2,690	14	90	77	7	6	0	0	0	0	
9	0	0	0	0	19.0	505	2	79	79	0	0	0	0	26.0	1,661	8	118	118	0	0	0	0	0	0	
13	8	0	0	0	14.7	569	0	89	87	2	0	0	0	21.5	627	3	75	73	0	2	0	0	0	0	
25	0	0	0	0	23.0	350	0	37	36	1	0	0	0	24.0	436	4	43	37	1	5	0	0	0	0	
					22.0	636	0	41	16	25	0	0	0												
17	0	0	2	0	18.7	3,245	11	207	163	40	0	4	0												
97	1	0	0	0	16.9	2,149	4	299	282	7	0	0	0	26.0	2,970	10	204	204	0	0	0	0	0	0	0
53	8	0	0	0	15.0	687	1	97	87	10	0	0	0												
14	0	0	0	0	17.5	186	2	18	17	1	0	0	0												
					21.0	381	0	28	28	0	0	0	0	22.0	526	6	24	23	0	1	0	0	0	0	0
					24.7	7,697	19	356	207	128	0	21	0	25.4	5,766	7	341	281	23	37	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	6.0	148	0	55	44	11	0	0	0	24.9	2,377	5	202	193	0	7	2	0	0	0	
15	6	0	0	0	16.8	503	0	58	45	13	0	0	0	26.0	3,488	10	218	218	0	0	0	0	0	0	0
1,607	677	0	53	54	19.8	149,408	303	9,991	6,831	2,749	5	400	6	24.6	116,245	363	7,608	6,995	159	375	70	9	0	0	

18 精神衛生実態調査結果概要

— 昭和29年 —

人口 88,293,000人

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	130万人	14.8
精 神 病	45万人	5.2
精神薄弱	58万人	6.6
そ の 他	27万人	3.0

処遇の状況

在宅のまま精神科専門の指導をうけている
1% 1.24万人

精神病院または精神病室に入っている
3% 3.72万人

在宅のまま精神科専門医以外の医師、保健所
により指導をうけている
5% 6.20万人

そ の 他 91% 118万人

必要な処遇別精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	130万人	14
要收容治療	46万人	5
要家庭治療	38万人	4
要家庭指導	46万人	5

— 昭和38年 —

人口 96,156,000人

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	124万人	12.9
精 神 病	57万人	5.9
精神薄弱	40万人	4.2
そ の 他	27万人	2.8

年齢階級別 有病率人口千対

0~9歳	7.7
10~19歳	11.4
20~29歳	7.8
30~39歳	15.7
40~49歳	19.3
50~59歳	16.4
60歳以上	19.9

処遇別精神障害者百分率

	総 数	医療を 受けて いる	精神衛生 相談所等 その他の 施設の指 導をうけ ている	在宅の 患者
総 数	100	30.1	5.2	64.7
精 神 病	100	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	100	6.0	13.0	81.0
そ の 他	100	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病者

	人口 千対 有病 率 総数 万人	精神病 院に入 院を要 するも の 万人	精神病院 以外の施 設に收容 を要する もの 万人	在宅のま ま医療ま たは指導 を要する もの 万人
総 数	(12.9) 124	(3.0) 28	(0.7) 7	(9.3) 89
精 神 病	(5.9) 57	(2.2) 21	(0.1) 2	(3.6) 35
精神薄弱	(4.2) 40	(0.4) 3	(0.5) 5	(3.3) 32
そ の 他	(2.8) 27	(0.4) 4	(0.05) —	(2.3) 22

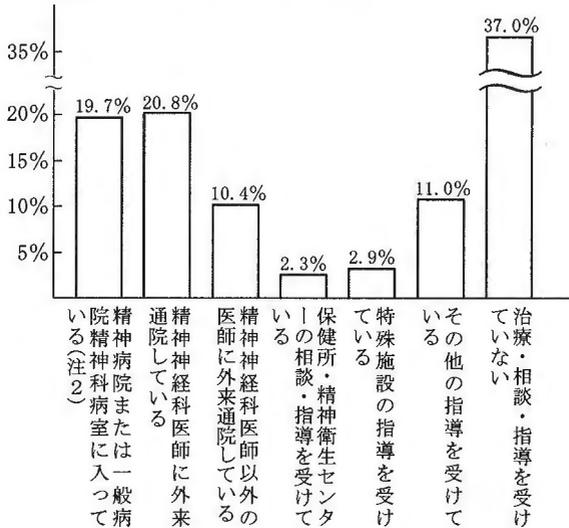
—昭和48年—

人口108,079,000人 (注1)

1. 精神障害者の内訳

精神病によるもの	57.8%
精神薄弱によるもの	20.8%
その他によるもの	21.4%

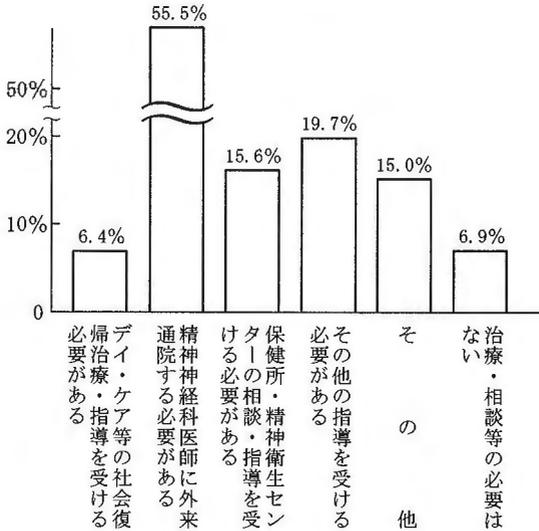
2. 現在の治療及び指導の内容 (延集計)



現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (1) 現在、精神神経科医師に外来通院しているものは20.8%、また、精神神経科医師以外の医師に外来通院しているものは10.4%で、この両者を加えると、31.2%が現在、医療機関に外来通院している。
- (2) 保健所・精神衛生センターの相談・指導をうけているものは2.3%、特殊施設の指導を受けているものは2.9%、または、その他の指導を受けているものは11.0%で、これを加えると16.2%が、現在、指導を受けている。
- (3) 治療・相談・指導を受けていないものは37.0%である。

3. 必要な治療及び指導の内容（延集計）



必要な治療及び指導の内容を延集計すると、

- (1) デイ・ケア等の社会復帰治療・指導を受ける必要があるものは6.4%であり、その重要性を示した。
- (2) 精神神経科医師に外来通院する必要があるものは55.5%であり、前2項の(1)現在、医療機関に外来通院しているものにくらべて、必要性が高いことを示した。
- (3) 保健所・精神衛生センターの相談・指導を受ける必要があるものは15.6%、またその他の指導を受ける必要があるものは19.7%で、この両者を加えると35.3%が指導を必要としており、前項2(2)の現在、指導をうけているものにくらべて、必要性が高いことを示した。

注1 各年とも厚生省統計情報部人口動態統計による。

注2 48年12月末入院患者数 268,546人（厚生省統計情報部病院報告による）に対応するもの。

1. 都道府県の実施状況

47都道府県中37道府県で実施

2. 医療施設の実施状況

全国の施設実施率 50.5%

調査が行われた37道府県での施設実施率 87.2%

3. 調査票の回収状況

回収率 69.6%

4. 調査結果の概要

(1) 基本的事項

ア. 年齢階層

入院、通院とも25～54歳の青壮年期が3分の2を占める。

イ. 診断分類

入院では、精神分裂病、老年期器質性精神病、アルコール精神疾患、躁うつ病が多い。通院では、精神分裂病、神経症、躁うつ病、てんかんが多い。

ウ. 診断分類別の年齢階層

入院、通院とも精神分裂病は総数の場合とほとんど同じであるが、躁うつ病、アルコール精神病は壮年期を山として高年層に傾いている。神経症は入院では各年齢層にわたって幅広く分布し、通院では高年層に傾いている。

エ. 罹病期間

10年以上が入院では65%、通院では47%。

オ. 受療期間

10年以上が入院では53%、通院では30%。

(2) 受療方法に関する事項

ア. 紹介の有無と紹介機関

紹介により受療した者は、入院、通院ともに30%程度。紹介機関は、医療施設、福祉事務所・保健所等、友人・知人等が多い。

イ. 通院医療費公費負担

公費負担を受けている者は30%（昭和45年13%）。

ウ. 入院形式

同意入院80%、措置入院14%、自由入院5%。

エ. 保護義務者

父母44%、兄弟姉妹25%、配偶者12%。なお市町村長は5%。

オ. 通院片道時間

30分未満39%、1時間未満78%。

カ. 通院間隔

2週に1回が60%、月に1回が23%。

(3) 治療、社会復帰に関する事項

ア. 他機関等の利用

受療している医療機関のほかに他機関等を利用している者は13%。

そのうち、保健婦等の訪問42%（全体の5%）、福祉事務所員の訪問18%、保健所で行う社会復帰事業9%。

イ. 日常生活介助の必要性

介助を必要とする者は、入院で64%、通院で23%。

ウ. 開放、閉鎖病棟の利用

閉鎖病棟が64%、開放・半開放病棟35%。

エ. 身体合併症

合併症を有する者は37%。

オ. 入院回避条件

どのような条件が満たされれば入院を回避できたかについては、家族の協力、治療指導の継続、早期相談・早期治療が優先的に考えられている。

カ. 近い将来の退院の見込み

退院の可能性のある者57%、退院の困難な者41%。

キ. 退院促進条件

どのような条件が満たされれば退院を促進できるかについては、家族の受入れ、保健婦等の訪問指導、社会復帰施設、職親制度、共同作業所が優先的に考えられている。

ク. 利用させたい社会復帰機能

通院で、今すぐにでも利用させたい社会復帰機能については、保健婦等の訪問指導、精神科デイ・ケア、保健所で行う社会復帰事業、共同作業所、社会復帰施設が優先的に考えられている。

19. こころの健康に関する疫学調査（中間報告）

調査期間

平成14年度から15年度

調査地域

平成14年度調査地域：岡山県岡山市，長崎県長崎市，鹿児島県串木野市および同吹上町

平成15年度調査地域：岡山県玉野市および鹿児島県市来町，東市来町，栃木県佐野市

[市町村合併により現在では名称が変わった地域もあるがここでは調査当時の名称で記載した]

調査方法

各調査地域の20歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出し，調査参加に同意した対象者に対して，専門の訓練を受けた調査員が構造化面接調査を実施した。

対象者数と回収率

抽出された5,622名から対象外の者（日本語が理解できない者および調査時点で死亡，転居，入院または入所していた者）479名を除いた5,143名を対象に調査を実施し2,987名（平均回答率58.1%）の有効回答を得た。

調査内容

本調査では統合失調症などを除く以下の非精神病的な精神障害についての診断が評価された。

- ・ 6つの気分（感情）障害

- i) 重症うつ病エピソード [F32. 2-3]
- ii) 中等症うつ病エピソード [F32. 1]
- iii) 軽症うつ病エピソード [F32. 0]
- iv) 躁病エピソード [F30. 1-2]
- v) 軽躁病 [F30. 0]
- vi) 気分変調症 [F34. 1]
- 6つの神経症性・ストレス性障害
 - i) パニック障害 [F41. 0]
 - ii) パニック障害をともなわない広場恐怖 [F40. 00]
 - iii) 社会恐怖 [F40. 1]
 - iv) 特定の恐怖症 [F40. 2]
 - v) 全般性不安障害 [F41. 1]
 - vi) 外傷後ストレス障害 [F43. 1]
- 4つの精神作用物質による精神および行動の障害
 - i) 有害な使用-アルコール [F10. 1]
 - ii) アルコール依存症 [F10. 2]
 - iii) 有害な使用-薬物 [F1x. 1]
 - iv) 薬物依存症 [F1x. 2]

[] はICD-10 コード

各精神障害（あるいは気分（感情）障害などの疾患グループ）について、調査時点までにこれを経験していた場合を生涯経験者とし、生涯経験者が全対象者に占める割合を「生涯有病率」とした。また過去12カ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去12カ月経験者とし、この割合を「12カ月有病率」、同様に過去30日間に診断基準を満たす状態であった場合に過去30日経験者とし、この割合を「30日有病率」とした。

限 界

精神障害で現在不調の者が調査に参加しなかった可能性があるため精神障害の有病率は本調査で示したよりも高い可能性がある。

調査地域が西日本に偏っており、調査地域に大都市部が含まれていないといった問題がある。

この集計では重み付を加えていない。このため以下の2つの影響がある。1つは、無回答者による対象の偏りを補正できていないため、有病率を過小もしくは過大に評価している可能性がある。もう1つは、一部の障害の診断（外傷後ストレス障害、および精神作用物質による精神および行動の障害全ての有病率は過小評価されている可能性がある。

調査結果

人口統計学的特徴

性： 男性1,314名，女性1,673名

年齢：20-34歳486名，35-44歳452名，45-54歳586名，55-64歳612名，
65歳以上851名

精神障害の有病率

地域住民の約6人に1人（16.2%）が、調査時点までの生涯に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。また、調査時点からの過去12カ月間では地域住民の約14人に1人（7.4%）が、調査時点からの過去30日間では地域住民の約22人に1人（4.5%）が、本調査で評価した何らかの精神障害をその期間に少なくとも1つ以上経験していた。

表 ICD-10診断による精神障害の生涯・12カ月・30日有病率

	生涯		12カ月		30日	
	%	人数	%	人数	%	人数
気分(感情)障害						
重症うつ病エピソード	2.6	78	0.9	27	0.2	7
中等症うつ病エピソード	2.7	82	0.9	26	0.0	1
軽症うつ病エピソード	1.3	38	0.1	4	0.0	0
全てのうつ病エピソード	6.6	198	1.9	57	0.3	8
躁病エピソード	0.4	13	0.2	6	0.1	4
軽躁病エピソード	0.2	5	0.1	3	0.0	1
気分変調症	1.1	34	0.5	14	0.2	6
いずれかの気分(感情)障害	7.6	228	2.4	72	0.6	18
神経症性・ストレス性障害						
パニック障害	1.1	34	0.5	15	0.3	9
パニック障害をともなわない広場恐怖	1.0	31	0.5	16	0.4	11
社会恐怖	1.8	53	0.7	22	0.6	17
特定の恐怖症	5.3	159	3.3	98	2.9	87
全般性不安障害	2.0	59	1.0	30	0.3	8
外傷後ストレス障害	1.3	40	0.7	20	0.3	8
いずれかの神経症性・ストレス性障害	9.5	284	5.5	164	4.1	121
精神作用物質による精神および行動の障害						
有害な使用-アルコール	2.4	72	0.3	9	0.2	5
アルコール依存症	0.6	17	0.2	5	0.0	0
有害な使用-薬物	0.2	5	0.0	1	0.0	0
薬物依存症	0.1	2	0.0	1	0.0	0
いずれかの精神作用物質による障害	2.9	88	0.5	15	0.2	5
上記いずれかの精神障害	16.2	484	7.4	222	4.5	134

n = 2,987

IV 精神保健関係年表

年 代	精 神 保 健 事 項
1874 (明治7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、東京、京都、大阪の3府に医制(76条)を通知する。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に微毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ・東京衛戍病院に精神科病室設置 極貧の独身者にて廢疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米1石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらずと雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢疾に罹り窮迫のものは本文に準じ給与すべし。貧窮な精神病者にもこれを準用するとある。
1875 (明治8年)	<ul style="list-style-type: none"> ・京都府洛東南禅寺に京都癲狂院を設け京都府療病院の所轄とする。 (日本最初の公立精神病院) ・京都府、岩倉村の宿屋に精神病者の宿泊を禁止 ・デーニツが警視庁において裁判医学(精神病学を含む)を講義
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸文哉著抄訳「精神病約説三卷」(Henry Maudsley, 1872) ・マックス・ペール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ・名古屋監獄に日本最初の監獄病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄児院等の設立を掌ること ・ベルツ E. Baelz 東京大学医学部で精神病学を講義 ・愛知医学校の教師フォン・ローレッツ A. von Roretz, 生徒開業医、警察官に訴訟医学講義、精神病院の必要を県に建議
1882 (明治15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・上野癲癩人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。
1884 (明治17年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視府布達乙第12号 許可のない患者を私立癲狂院に入院させることを禁止 ・相馬誠胤、加藤癲癩病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府癲狂院に入院の子爵相馬誠胤(元相馬藩主)を錦織剛清が夜中に病院に侵入し連れ出した。 相馬事件は明治27年まで訴訟が続いた日本で最も有名な精神病関係の訴訟である。 ・東京大学医学部精神病学教室開設、榊淑が教授となり日本人による初めての精神医学講義
1891 (明治24年)	<ul style="list-style-type: none"> ・石井亮一、白痴教育施設設立(わが国初の精神薄弱児収容施設)
1894 (明治27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁が精神病者取扱心得を發布する。
1895 (明治28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロイト精神分析を提唱する。 ・呉秀三纂訳「精神病学集要」が完結

年 代	精 神 保 健 事 項																					
1896 (明治29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・クレペリン, 近代精神病学を確立 ・陸軍省, 精神病を一等症に編入 																					
1899 (明治32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・政府精神病患者監護法案衆議院通過, 貴族院にて否決 																					
1900 (明治33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者監護法公布 																					
1901 (明治34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォルフ, トリオナル持続睡眠法創始 																					
1902 (明治35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本神経学会 (日本精神神経学会の前身) 創立 ・精神病患者慈善救済会成立 ・幼年者飲酒禁止法案議会提出 ・日本神経学会機関紙として『神経学雑誌』発刊 																					
1906 (明治39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁, 警察医員制度改正, 「精神病診断所」を職務事項に加う。 ・東京府巣鴨病院, 患者の作業室を新築, 農業, 園芸, 牧畜に乗り出す。 ・精神障害者調査 (1906年末) 総数 24,166人, 監置患者 4,658人, 仮監置 116人 <p>明治41年度入退院数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院</th> <th>退院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東京</td> <td>959</td> <td>902</td> </tr> <tr> <td>京都</td> <td>475</td> <td>470</td> </tr> <tr> <td>大阪</td> <td>493</td> <td>488</td> </tr> <tr> <td>兵庫</td> <td>175</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>275</td> <td>259</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>2,377</td> <td>2,249</td> </tr> </tbody> </table>		入院	退院	東京	959	902	京都	475	470	大阪	493	488	兵庫	175	130	その他	275	259	計	2,377	2,249
	入院	退院																				
東京	959	902																				
京都	475	470																				
大阪	493	488																				
兵庫	175	130																				
その他	275	259																				
計	2,377	2,249																				
1907 (明治40年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「医学校に精神病科設置に関する建議案」可決 																					
1908 (明治41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央慈善協会設立 ・文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。 																					
1909 (明治42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・片山, 呉ら, 中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議 																					
1910 (明治43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者の公費収容, 委託監置始まる。 ・内務省衛生局長が地方長官会議において, 府県立病院に精神病患者収容施設の設置を勧奨 																					
1911 (明治44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・官立精神病院設置建議案を提出 ・内務省衛生局長, 地方長官に通牒して警察巡閲規則の巡閲事項に精神病に関するものを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の実地調査 																					
1917 (大正6年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者全国一斉調査結果 総数 64,941人 入院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ・日本精神医学会創立 ・感化院法公布 																					

年 代	精 神 保 健 事 項
1919 (大正8年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法公布 ・大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ・内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ・日本精神病医協会設立
1921 (大正10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省, 低能児教育調査会設置
1923 (大正12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生協会発足 ・日本心理学会発足
1930 (昭和5年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回国際精神衛生会議
1932 (昭和7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国公立及び代用精神病院院長会議, 内務大臣により招集 ・精神薄弱児童研究会設置
1934 (昭和9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国民優生法公布
1943 (昭和18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立国府台病院, 精神衛生センターとして発足, 同病院にはじめて精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950 (昭和25年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法公布
1951 (昭和26年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所設置 ・精神衛生普及会発足 ・全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO顧問としてレムカウ Paul V. Lemkau 及びブレイン Daniel Blain来日, わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 ・日本精神衛生連盟結成, 世界精神衛生連盟に加盟 ・第1回全国精神衛生大会
1954 (昭和29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国精神衛生相談所長会議 ・精神衛生実態調査

年 代	精 神 保 健 事 項
1955 (昭和30年)	<ul style="list-style-type: none"> ・覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 ・在院精神障害者実態調査
1957 (昭和32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病の治療指針 (保険局長・公衆衛生局長通知) ・新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 ・病院精神医学懇話発足
1958 (昭和33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱者福祉法 ・第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	<ul style="list-style-type: none"> ・酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ・精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正の動きが起きる。(日本精神病院協会、日本精神神経学会、厚生省が検討を始める) ・全国精神衛生連絡協議会発足 ・精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ・精神衛生実態調査 ・国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ライシャワー駐日米国大使刺傷事件、警察庁から厚生省に対し、法改正の意見を具申 ・精神衛生法改正に関する精神衛生審議会の中間答申
1965 (昭和40年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正案、国会で可決 ・精神衛生センターの設置、保健所の業務に精神衛生が加わる。 ・精神障害者家族会発足 ・緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)
1967 (昭和42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域精神医学会設立 ・日本精神病院協会精神衛生法改正委員会社会復帰施設についての委員会答申まとめる。
1968 (昭和43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO技術援助計画に基づく勧告 ・医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申 —— 精神病床1万対25床 ・中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。 ・精神障害関係医療費、結核のそれをはじめて凌駕
1969 (昭和44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生センター運営要領について (公衆衛生局長通知) ・精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案を中央精神衛生審議会に諮問

年 代	精 神 保 健 事 項
1969 (昭和44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会保安処分に関する意見をただす ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学会理事会「精神病院に多発する不詳事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970 (昭和45年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・心身障害者対策基本法公布 ・精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971 (昭和46年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ・法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972 (昭和47年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省精神衛生思想普及費, 精神病院技術職員等研修費, 児童精神科専門医研修費, A級精神衛生センターにおけるデイ・ケア事業運営費予算化 ・精神科カウンセリング科新設
1973 (昭和48年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ・第21回全国精神衛生大会(金沢)の開催中止
1974 (昭和49年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科作業療法, 精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ・日本精神神経科診療所医会結成 ・デイ・ケア施設整備費予算化
1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における社会復帰相談指導事業の実施 ・アルコール中毒臨床医等研修費予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者措置入院制度の適正な運用について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科デイ・ケア研修を実施
1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費, 精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会(大阪)の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人精神病棟に関する意見」 ・アルコール健康医学協会設立 ・職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 ・職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ・国際障害者年精神衛生国際セミナー開催 ・覚せい剤緊急対策策定

年 代	精 神 保 健 事 項
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院患者リハビリテーション事業実施 ・老人保健法成立 ・老人精神衛生相談事業予算化
1983 (昭和58年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「覚せい剤中毒者対策に関する意見, 老人精神保健対策に関する意見」 ・公衆衛生審議会精神衛生部会に「緊急精神医療対策専門委員会, アルコール関連問題対策専門委員会」の設置
1984 (昭和59年)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における防火防災対策の強化について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・精神病院に対する指導監督等の強化徹底について (公衆衛生局長, 医務局長, 社会局長通知) ・公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称 ・精神障害者の国立病院及び国立療養所への入院措置について (保健医療局長通知) ・精神障害者小規模保護作業所調査
1985 (昭和60年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康づくり推進事業予算化 ・国連経済社会理事会, 国連人権委員会, 差別防止及び少数者保護小委員会において精神衛生法の改正について精神保健課長発言 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「アルコール関連問題対策に関する意見」 ・精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて (保健医療局長通知) ・精神障害者共同住居調査
1986 (昭和61年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科集団精神療法, 精神科ナイト・ケア, 精神科訪問看護指導料等が社会保険診療報酬で点数化 ・精神障害回復者社会復帰施設の運営について【デイ・ケア施設の名称変更】(保健医療局長通知) ・保健所における精神科通院医療中断者保健サービス事業の実施について(保健医療局長通知) ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「精神障害者の社会復帰に関する意見」 ・国立精神・神経センター設立(国立精神衛生研究所廃止) ・公衆衛生審議会精神衛生部会の中間メモ「精神衛生法改正の基本的な方向について」
1987 (昭和62年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者小規模作業所運営助成事業の実施 ・精神衛生法改正案, 国会で可決 ・保健所における精神衛生業務中のデイ・ケア事業について (保健医療局長通知) ・精神科デイ・ケア施設の運営について【精神障害回復者社会復帰施設の名称変更】(保健医療局長通知) ・精神障害者援護療の運営について【精神衛生社会生活適応施設の名称変更】(保健医療局長通知)

年 代	精 神 保 健 事 項
1988 (昭和63年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健法(昭62年, 法律第98号)施行 ・精神保健法に基づく各基準等の告示 ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行について(依命通知・保健医療局長通知) ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行に伴う関係通知の見直しについて(保健医療局長通知) ・精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について(精神保健課長通知) ・精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について(保健医療局長通知)
1989 (平成元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について(保健医療局長通知) ・精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について(保健医療局長通知) ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について(保健医療局長通知)
1990 (平成2年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について(保健医療局長通知) ・心の健康づくり推進モデル事業実施要領について(保健医療局長通知)
1991 (平成3年)	<ul style="list-style-type: none"> ・老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について(保健医療局長通知) ・公衆衛生審議会意見具申「地域精神保健対策に関する中間意見」及び「処遇困難者に関する中間意見」 ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の改正について(保健医療局長通知)
1991 (平成3年)	<ul style="list-style-type: none"> ・性に関する心の悩み相談事業の実施について(保健医療局長通知) ・精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰相談窓口)の実施について(保健医療局長通知) ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱の一部改正について(保健医療局長通知) ・地域保健医療計画作成に当たっての老人性痴呆疾患対策に関する留意事項について(精神保健課長, 計画課長通知)
1992 (平成4年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の改正について(保健医療局長通知) ・第40回精神保健全国大会開催
1993 (平成5年)	<ul style="list-style-type: none"> ・今後における精神保健対策について(意見書, 公衆衛生審議会) ・精神保健法等の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問, 同答申 ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を社会保障制度審議会に諮問(答申4.28) ・精神保健法等の一部を改正する法律の成立(公布6月18日) ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の一部改正について(精神障害者ショートステイ施設の追加, 保健医療局長通知) ・世界精神保健連盟1993年世界会議の開催(～27, 幕張メッセ) ・今後におけるアルコール関連問題予防対策について(提言, 公衆衛生審議会アルコール関連問題専門委員会)

年 代	精 神 保 健 事 項
1994 (平成 6 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心身障害者対策基本法の一部を改正する法律の成立（公布12月3日） ・精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について（事務次官通知） ・精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について（保健医療局長通知） ・精神病院における常勤の指定医の確保の徹底等について（保健医療局長通知） ・精神障害者社会復帰促進センターとして、(財)全国精神障害者家族会連合会を指定 ・初老期における痴呆対策検討委員会報告（初老期における痴呆対策検討委員会） ・当面の精神保健対策について（意見書，公衆衛生審議会） ・厚生省内に事務次官を本部長として障害者保健福祉施策推進本部を設置
1995 (平成 7 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・阪神・淡路大震災発生（担当官の現地派遣，メンタルヘルス対策等） ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問，同答申 ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を社会保障制度審議会に諮問（答申2.3） ・市町村の障害者計画策定に関する指針について（市町村障害者計画ガイドラインの策定）（内閣総理大臣官房内政審議室長通知） ・精神保健法の一部を改正する法律の成立（公布5月19日） ・精神保健法の一部を改正する法律の施行について（事務次官通知） ・精神保健法の一部を改正する法律の施行について（保健医療局長通知） ・「障害者週間」の設定について（障害者対策推進本部決定） ・厚生省障害者保健福祉施策推進本部中間報告 ・障害者週間の実施について（保健医療局長，社会・援護局長，児童家庭局長通知） ・精神障害者保健福祉手帳の試案に関して当事者に対する説明及び意見聴取を実施（東京，札幌，名古屋，長崎の4か所で実施，大阪では開催できず） ・地域精神保健福祉対策促進事業の実施について（保健医療局長通知） ・精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について ・精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について（保健医療局長通知） ・精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について（保健医療局長通知） ・精神病院入院患者と来院との面会に関する疑義照会について（精神保健課長通知） ・精神障害者保健福祉手帳制度の施行のお知らせ及び手帳の交付を受けた者に対する関連施策の協力依頼について（保健医療局長通知） ・精神科救急医療システム整備事業の実施について（健医療局長通知） ・精神保健相談の円滑実施について（精神保健課長通知） （オウム真理教問題の関連として，各都道府県担当部（局）長あて通知） ・総務庁行政監察局による定期調査結果（精神保健対策に関する調査）に基づく勧告 ・障害者プラン（ノーマライゼーション7か年戦略）の策定（障害者対策推進本部決定）

年 代	精 神 保 健 事 項
1996 (平成 8 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉センター運営要領について (保健医療局長通知) ・ 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について (保健医療局長通知) ・ 精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件の告示 ・ 厚生大臣の定める指定病院の基準を定める件の告示 ・ 大阪市特例の施行について (保健医療局長通知) ・ 精神保健福祉法施行規則の一部改正等 (精神保健指定医関係) について (保健医療局長通知) ・ 精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について (精神保健福祉課長通知) ・ 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について (保健医療局長通知) ・ 応急入院指定病院の指定の促進について (精神保健福祉課長通知) ・ 大都市特例の施行に係る留意事項について (事務連絡) ・ 精神保健福祉法第29条及び第32条の公費負担者番号について (精神保健福祉課長通知) ・ 障害保健福祉部の創設 ・ 精神保健福祉課に名称変更
1997 (平成 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉士法案要綱を公衆衛生審議会に諮問、同答申 ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申 (公衆衛生審議会) [大和川病院関係] ・ 今後の障害保健福祉施策の在り方について中間報告 (障害三審議会合同企画分科会) ・ 精神保健福祉士法の成立 (公布12月19日)
1998 (平成10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉士法施行 (4月1日) ・ 光感受性発作に関する研究報告 ・ 公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会を設置 ・ 精神病院に対する指導監督等の徹底について (障害保健福祉部長, 健康政策局長, 医薬安全局長, 社会・援護局長通知) ・ 第1回ケアマネージメント指導者養成研修事業実施 ・ 精神保健福祉士指定試験機関及び登録機関として(財)社会福祉振興・試験センターを指定 ・ 精神保健福祉士の指定講習会 (現任者の経過措置) を実施 ・ 国立療養所犀潟病院事件に対する改善命令 (新潟県) ・ 性同一性障害による初の性転換手術 ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の6第1項に基づき国が初めて国立精神病院・療養所に対し立入検査を実施
1999 (平成11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1回精神保健福祉士試験実施 ・ 公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会報告 ・ 今後の精神保健福祉施策について (意見書・公衆衛生審議会) ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問・答申

年 代	精 神 保 健 事 項
1999 (平成11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（公衆衛生審議会）[厚潟病院事件関係] ・精神病院においてインフルエンザにより患者が多数死亡（多度病院） ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の成立（公布6月4日） ・精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行事業の実施について（障害保健福祉部長通知） ・長期在院患者の療養体制整備事業の実施について（障害保健福祉部長通知）
2000 (平成12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回精神保健福祉士試験実施 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行について（障害保健福祉部長通知） ・精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の公布 ・精神障害者の移送に関する事務処理基準について（障害保健福祉部長通知） ・精神病床の設備構造等の基準について（意見書、公衆衛生審議会）
2001 (平成13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省と労働省が統合し、厚生労働省に ・第3回精神保健福祉士試験実施 ・第1回全国こころの美術展開催 ・「社会的ひきこもり」対応ガイドラインの作成、「ひきこもり」の相談状況についての調査結果発表（厚生科学研究） ・精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（医道審議会）[朝倉病院関係]
2002 (平成14年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健指定医の取り消し処分について答申（医道審議会）[指定医の不正申請関係] ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行（在宅福祉事業に、精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプサービス）及び精神障害者短期入所事業（ショートステイ）を追加） ・「今後の精神保健医療福祉施策について」（報告書：社会保障審議会障害者部会精神障害分会） ・精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）設置 ・「自殺予防に向けての提言」（報告書：自殺防止対策有識者懇談会）
2003 (平成15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告：精神保健福祉対策本部） ・心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の成立（公布7月16日） ・司法精神医療専門病棟整備事業の実施について（障害保健福祉部長通知）

年 代	精 神 保 健 事 項
2004 (平成16年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「こころのバリアフリー宣言」(報告:心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会) ・「精神保健福祉の改革ビジョン」(報告:精神保健福祉対策本部) ・「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」公表 ・発達障害者支援法の成立(公布12月10日)
2005 (平成17年)	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者自立支援法の成立(公布11月7日)(同法附則において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部も改正され、精神分裂病から統合失調症への名称変更、特定医師による応急入院の特例等が設けられる。)
2006 (平成18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神・障害保健課に課名変更 ・精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し(4月1日施行) ・精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の成立(公布6月23日)(精神病院から精神科病院への名称変更) ・精神障害者保健福祉手帳へ写真貼付欄を追加(10月1日施行) ・国立精神・神経センターに自殺予防総合対策センターを設置(6月1日設置) ・「自殺対策基本法」成立(6月15日)施行(10月)
2007 (平成19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺総合対策大綱策定(6月8日)
2008 (平成20年)	<ul style="list-style-type: none"> ・発達障害情報センターを設置(3月28日設置)

V そ の 他

1 各都道府県・政令指定都市精神保健福祉担当課一覽 (平成22年4月1日現在)

都道府県	主管部(局)主管課	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
北海道	保健福祉部福祉障がい保健福祉課	011(204)5279	001(232)4068	060-8588	札幌市中央区北3条西6丁目
青森	健康福祉部障害福祉課	017(734)9307	017(734)8092	030-8570	青森市長島1丁目10-1
岩手	保健福祉部障がい保健福祉課	019(629)5448	019(629)5454	020-8570	盛岡市内丸10番1号
宮城	保健福祉部障害福祉課	022(211)2518	022(211)2597	980-8570	仙台市青葉区本町3丁目8番1号
秋田	健康福祉部障害福祉課	018(860)1333	018(860)3866	010-8570	秋田市山王4丁目1番1号
山形	健康福祉部障がい福祉課	023(630)3372	023(630)2111	990-8570	山形市松波2の8の1
福島	保健福祉部障がい福祉課	024(521)7171	024(521)7929	960-8670	福島市杉妻町2の16
茨城	保健福祉部障害福祉課精神保健係	029(301)3368	029(301)3371	310-8555	水戸市笠原町978番6
栃木	保健福祉部障害福祉課	028(623)3093	028(623)3052	320-8501	宇都宮市鳩田1の1の20
群馬	健康福祉部障害政策課	027(226)2640	027(224)4776	371-8570	前橋市大手町1丁目1番1号
埼玉	保健医療部疾病対策課	048(830)3565	048(830)4809	330-9301	さいたま市浦和区高砂3-15-1
千葉	健康福祉部障害福祉課	043(223)2334	043(222)4133	260-8667	千葉市中央区市場町1の1
東京	福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課	03(5320)4451	03(5388)1417	163-8001	新宿区西新宿二丁目8番1号
神奈川	保健福祉局保健医療部保健予防課	045(210)4727	045(201)2051	231-8588	横浜市中区日本大通1
新潟	福祉保健部障害福祉課	025(280)5201	025(283)2062	950-8570	新潟市中央区新光町4番地1
富山	厚生部健康課	076(444)3223	076(444)3496	930-8501	富山市新総曲輪1番7号
石川	健康福祉部障害保健福祉課	076(225)1427	076(225)1429	920-8580	金沢市鞍月1丁目1番地
福井	健康福祉部障害福祉課	0776(20)0634	0776(20)0639	910-8580	福井市大手3丁目17番1号
山梨	福祉保健部障害福祉課	055(223)1495	055(223)1464	400-8501	甲府市丸の内1丁目6の1
長野	健康福祉部健康長寿課	026(235)7109	026(235)7170	380-8570	長野市大字南長野字幅下692の2
岐阜	健康福祉部保健医療課	058(272)8275	058(278)2624	500-8570	岐阜市藪田南2-1-1
静岡	健康福祉部障害者支援局障害福祉課	054(221)3267	054(221)3267	420-8601	静岡市葵区追手町9番6号
愛知	健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室	052(954)6622	052(954)6920	460-8501	名古屋市中区三の丸3丁目1番2号
三重	健康福祉部障害福祉課	059(224)2273	059(228)2085	514-8570	津市広明町13
滋賀	健康福祉部障害者自立支援課	077(528)3618	077(528)4853	520-8577	大津市京町4丁目1番1号
京都	健康福祉部障害者支援課	075(414)4606	075(414)4597	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町
大阪	健康医療部保健医療室地域保健感染症課	06(6944)7524	06(4792)1722	540-8570	大阪市中央区大手町2の1の22
兵庫	健康福祉部障害福祉局障害福祉課	078(362)9498	078(362)3911	650-8567	神戸市中央区下山手通5の10の1
奈良	医療政策部保健予防課	0742(27)8683	0742(27)8262	630-8501	奈良市登大路町30番地
和歌山	福祉保健政策局障害福祉課	073(441)2641	073(432)5567	640-8269	和歌山市小松原通1の1
鳥取	福祉保健部障がい福祉課	0857(26)7862	0857(26)8136	680-8570	鳥取市東町1の220
島根	健康福祉部障がい福祉課	0852(22)6321	0852(22)6687	690-8501	松江市殿町1番地
岡山	保健福祉部健康推進課	086(226)7330	086(225)7283	700-8570	岡山市内山下2の4の6
広島	健康福祉局保険医療部健康対策課	082(513)3069	082(228)5256	730-8511	広島市中区基町10の52
山口	健康福祉部健康増進課	083(933)2944	083(933)2969	753-8501	山口市滝町1番1号
徳島	保健福祉部医療健康総局健康増進課	088(621)2225	088(621)2841	770-8570	徳島市万代町1丁目1番地
香川	健康福祉部障害福祉課	087(832)3294	087(806)0209	760-8570	高松市藩町4丁目1番10
愛媛	保健福祉部健康衛生局健康増進課	089(912)2403	089(921)2399	790-8570	松山市一番町4の4の2
高知	地域福祉部障害保健福祉課	088(823)9669	088(823)9260	780-8570	高知市丸の内1の2の20
福岡	保健医療介護部健康増進課	092(643)3265	092(643)3271	812-8577	福岡市博多区東公園7の7
佐賀	健康福祉本部障害福祉課	0952(25)7064	0952(25)7302	840-8570	佐賀市城内1丁目1番59号
長崎	福祉保健部障害福祉課	095(895)2456	095(823)5082	850-8570	長崎市江戸町2番13号
熊本	健康福祉部障がい者支援総室	096(333)2234	096(383)1739	862-8570	熊本市水前寺6の18の1
大分	福祉保健部障害福祉課	097(506)2733	097(506)1740	870-8501	大分市大手町3丁目1番1号
宮崎	福祉保健部障害福祉課	0985(32)4471	0985(26)7340	880-8501	宮崎市橋通東2丁目10番1号
鹿児島	保健福祉部障害福祉課	099(286)2754	099(286)5558	890-8577	鹿児島市鴨池新町10の1
沖縄	福祉保健部障害保健福祉課	098(866)2190	098(866)6916	900-8570	那覇市泉崎1-2-2

都道府県名	主管部(局) 主管課	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
札幌	保健福祉局保健福祉部障がい福祉課	011(218)2936	011(218)5181	060-8611	札幌市中央区北1条西2
仙台	健康福祉局健康福祉部障害者支援課	022(214)8164	022(223)3573	980-8671	仙台市青葉区国分町3-7-1
さいたま市	保健福祉局保健部健康増進課	048(829)1294	048(829)1967	330-9588	さいたま市浦和区常磐6-4-4
千葉	保健福祉局高齢障害部障害者自立支援課	043(245)5211	043(245)5549	260-8722	千葉市中央区千葉港1-1
横浜	健康福祉局障害企画課	045(671)3603	045(671)3566	231-0017	横浜市中区港町1-1
川崎	健康福祉局障害保健福祉部精神保健課	044(200)3608	044(200)3932	210-8577	川崎市川崎区宮本町1
相模原	健康福祉局福祉部精神保健福祉課	042(769)9813	042(759)4395	252-5277	相模原市中央区中央2-11-15
新潟	福祉部障がい福祉課	025(223)1500	025(223)1500	951-8550	新潟市中央区学校町通一番町602-1
静岡	保健衛生部静岡市保健所精神保健福祉課	054(249)3179	054(249)3149	420-0846	静岡市葵区城東町24-1
浜松	健康医療部保健予防課	053(453)6126	053(453)6230	432-8550	浜松市鳴江二丁目11-2
名古屋	健康福祉局障害福祉部障害企画課	052(972)2532	052(951)3999	460-8508	名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
京都	保健福祉部障害保健福祉課	075(222)4161	075(251)2940	604-8571	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地
大阪	健康福祉局健康推進部健康センター	06(6922)8520	06(6922)8526	545-0051	大阪市阿倍野区旭町1-2-7-401
堺	健康福祉局健康部精神保健福祉課	072(228)7062	072(222)1406	590-0078	堺市堺区南瓦町3番1号
神戸	保健福祉局障害福祉部健康センター	078(672)6500	078(672)6511	652-0897	神戸市兵庫区駅南通5-1-2-300
岡山	保健福祉局保健管理課	086(803)1250	086(803)1756	700-8544	岡山市北区大供一丁目1番1号
広島	健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課	082(504)2228	082(504)2256	730-8586	広島市中区国泰寺町1-6-34
北九州	保健福祉局障害福祉部障害福祉課	093(582)2424	093(582)2425	803-8501	北九州市小倉北区内1-1
福岡	保健福祉局保健医療部保健予防課	092(711)4377	092(733)5535	810-8620	福岡市中央区天神1-8-1

2 精神保健福祉センター一覧

(平成22年 5月10日現在)

都道府県指定都市	センター名	開 設 年 月	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	北海道立精神保健福祉センター	昭43. 4	003-0027	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011-864-7121
青森県	青森県立精神保健福祉センター	平 6. 11	038-0031	青森市大字三内字沢部353番地92	017-787-3951
岩手県	岩手県精神保健福祉センター	昭48. 7	020-0015	盛岡市本町通3丁目19番1号	019-629-9617
宮城県	宮城県精神保健福祉センター	平13. 4	989-6117	大崎市古川旭5丁目7-20	0229-23-0021
秋田県	秋田県精神保健福祉センター	昭54. 7	010-0001	秋田市中通二丁目1番51号	018-831-3946
山形県	山形県精神保健福祉センター	昭47. 4	990-0021	山形市小白川町2丁目3-30	023-624-1217
福島県	福島県精神保健福祉センター	平 7. 10	960-8012	福島市御山町8-30	024-535-3556
茨城県	茨城県精神保健福祉センター	平 3. 6	310-0852	水戸市笠原町993-2	029-243-2870
栃木県	栃木県精神保健福祉センター	昭43. 4	329-1104	宇都宮市下岡本町2145-13	028-673-8785
群馬県	群馬県こころの健康センター	昭61. 1	379-2166	前橋市野中町368番地	027-263-1166
埼玉県	埼玉県立精神保健福祉センター	昭40. 7	362-0806	北足立郡伊奈町小室818-2	048-723-1111
千葉県	千葉県精神保健福祉センター	昭46. 2	260-0801	千葉市中央区仁戸名町666-2	043-263-3891
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	昭47. 10	156-0057	世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575
	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	平 4. 4	206-0036	多摩市中沢2-1-3	042-376-1111
	東京都立精神保健福祉センター	昭41. 7	110-0004	台東区下谷1-1-3	03-3842-0948
神奈川県	神奈川県精神保健福祉センター	昭35. 4	233-0006	横浜市港南区芹が谷2-5-2	045-821-8822
新潟県	新潟県精神保健福祉センター	昭43. 4	950-0994	新潟市中央区上所2丁目2-3	025-280-0111
富山県	富山県心の健康センター	昭40. 10	939-8222	富山市姥川459番1	076-428-1511
石川県	石川県こころの健康センター	昭41. 10	920-8201	金沢市鞍月東2丁目6番地	076-238-5761
福井県	福井県精神保健福祉センター	昭47. 4	910-0005	福井市大手3丁目7-1 織島ビル2階	0776-26-7100
山梨県	山梨県立精神保健福祉センター	昭46. 4	400-0005	甲府市北新1丁目2-12	055-254-8644
長野県	長野県精神保健福祉センター	昭47. 10	380-0928	長野市若里7-1-7	026-227-1810
岐阜県	岐阜県精神保健福祉センター	昭33. 4	500-8385	岐阜市下森良2-2-1 福祉・農業会館内	058-273-1111
静岡県	静岡県精神保健福祉センター	昭41. 4	422-8031	静岡市駿河区有明町2-20	054-286-9245
愛知県	愛知県精神保健福祉センター	昭46. 4	460-0001	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号	052-962-5377
三重県	三重県こころの健康センター	昭61. 5	514-8567	津市桜橋3丁目446-34	059-223-5241

都道府県 指定都市	セ ン タ ー 名	開 設 年 月	郵便番号	所 在 地	電 話 番 号
滋賀県	滋賀県立精神保健福祉センター	平 4. 9	525-0072	草津市笠山8-4-25	077-567-5010
京 都 府	京都府精神保健福祉総合センター	昭57. 6	612-8416	京都市伏見区竹田流地町120	075-641-1810
大 阪 府	大阪府こころの健康総合センター	平 6. 4	558-0056	大阪市住吉区万代東3-1-46	06-6691-2811
兵 庫 県	兵庫県立精神保健福祉センター	昭41. 4	651-0073	神戸市中央区臨浜海岸通1-3-2	078-252-4980
奈良県	奈良県精神保健福祉センター	昭64. 1	633-0062	桜井市粟敷1000番地	0744-43-3131
和歌山県	和歌山県精神保健福祉センター	昭56. 4	640-8319	和歌山市手平2丁目1-2	073-435-5194
鳥 取 県	鳥取県立精神保健福祉センター	平 3. 10	680-0901	鳥取市江津318番地1	0857-21-3031
島 根 県	島根県立心と体の相談センター	昭53. 10	690-0011	松江市東津田町1741-3	0852-32-5905
岡 山 県	岡山県精神保健福祉センター	昭46. 4	703-8278	岡山市中区古京町1-1-10-101	086-272-8839
広 島 県	広島県立総合精神保健福祉センター	昭62. 8	731-4311	安芸郡坂町北新地2-3-77	082-884-1051
山 口 県	山口県精神保健福祉センター	昭47. 4	747-0801	防府市駅南町13-40	0835-27-3480
徳 島 県	徳島県精神保健福祉センター	昭28. 12	770-0855	徳島市新蔵町3丁目80番地	088-625-0610
香 川 県	香川県精神保健福祉センター	昭42. 4	760-0068	高松市松島町1丁目17番28号	087-804-5565
愛 媛 県	愛媛県心と体の健康センター	昭47. 4	790-0811	松山市本町7-2 愛媛県総合保健福祉センター	089-911-3880
高 知 県	高知県立精神保健福祉センター	昭48. 4	780-0850	高知市丸ノ内2丁目4-1	088-821-4966
福 岡 県	福岡県精神保健福祉センター	昭41. 5	816-0804	春日市原町3丁目1番7	092-582-7510
佐 賀 県	佐賀県精神保健福祉センター	昭59. 1	845-0001	小城市小城市178-9	0952-73-5060
長 崎 県	長崎こども・女性・障害者支援センター 障害者支援部 精神保健福祉課	昭44. 10	852-8114	長崎市橋口町10-22	095-846-5115
熊 本 県	熊本県精神保健福祉センター	昭47. 4	860-0844	熊本市水道町9-16	096-359-6401
大 分 県	大分県こころからだの相談支援センター	昭50. 4	870-1155	大分市大字玉沢字平石908番地	097-541-5276
宮 崎 県	宮崎県精神保健福祉センター	昭49. 10	880-0032	宮崎市霧島1-1-2	0985-27-5663
鹿 児 島 県	鹿児島県精神保健福祉センター	昭42. 4	890-0065	鹿児島市郡元3丁目3-5	099-255-0617
沖 縄 県	沖縄県立総合精神保健福祉センター	昭49. 3	901-1104	南風原町字宮平212-3	098-888-1443
札幌市	札幌市精神保健福祉センター	平 9. 4	060-0042	札幌市中央区大通西19丁目 WEST19 4F	011-622-0256
仙台市	仙台市精神保健福祉総合センター (はあとぼーと仙台)	平 9. 4	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居沢1-6	022-265-2191
さいたま市	さいたま市こころの健康センター	平15. 4	338-0003	さいたま市中央区本町東4丁目4番3号	048-851-5665
千葉市	千葉市こころの健康センター	平13. 7	261-0003	千葉市美浜区高浜2-1-16	043-204-1582
横浜市	横浜市こころの健康相談センター	平14. 4	222-0035	横浜市港北区鳥山町1735	045-476-5512
川崎市	川崎市精神保健福祉センター	平14. 4	210-0004	川崎市磯区宮本町2-32 JAとみなみ4階	044-200-3195
相模原市	相模原市精神保健福祉センター	平22. 4. 1	252-5277	相模原市中央区富士見6-1-1 (相模原市総合保健医療センター7F)	042-769-9818
新潟市	新潟市こころの健康センター	平19. 4	951-8133	新潟市中央区川岸町1-57-1	025-232-5551
静岡市	静岡市こころの健康センター	平17. 4	422-8006	静岡市駿河区曲金三丁目1-30	054-285-0434
浜松市	浜松市精神保健福祉センター	平19. 4	430-0929	浜松市中区平丸1-12-1 (静岡県浜松総合庁舎4F)	053-457-2709
名古屋	名古屋市精神保健福祉センター	平12. 12	453-0024	名古屋市中村区名楽町4丁目7番地の18	052-483-2095
京都市	京都市こころの健康増進センター	平 9. 4	604-8845	京都市中京区壬生東高田町1番地の15	075-314-0355
大阪市	大阪市こころの健康センター	平12. 4	534-0027	大阪市都島区中野町5丁目5番21号島センタービル3F	06-6922-8520
堺市	堺市こころの健康センター	平18. 4	591-8021	堺市北区新金岡町5-1-4 北区役所5階	072-258-6646
神戸市	神戸市こころの健康センター	平13. 4	652-0897	神戸市兵庫区駅南通5丁目1番2-300号	078-672-6500
岡山市	岡山市こころの健康センター	平21. 4. 1	700-8546	岡山市北区鹿田町1丁目1-1	086-803-1273
広島市	広島市精神保健福祉センター	平 5. 4	730-0043	広島市中区富士見町11番27号	082-245-7731
北九州市	北九州市立精神保健福祉センター	平 9. 4	802-8560	北九州市小倉北区馬借1-7-1	093-522-8729
福岡市	福岡市精神保健福祉センター	平12. 11	810-0073	福岡市中央区舞鶴2丁目5-1	092-737-8825
合 計		6 6	都道府県・指定都市	6 8	施設

3. 主な関係団体一覧

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	設立年月日
社団	日本精神保健福祉連盟	〒108-0023 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3308	(会 長) 保崎 秀夫	1. 精神保健福祉諸団体との相互連絡と事業調整 2. 精神保健福祉に関する広報他	昭45. 9. 17
社団	日本精神科病院協会	〒108-8854 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3311	(会 長) 山崎 學	精神科病院その他精神障害者に対する施設の 管理運営の改善・職員の教育指導	昭29. 7. 6
財団	日本精神衛生会	〒162-0851 新宿区弁天町91 3269-6932	(理事長) 広瀬 徹也	1. 精神衛生思想の普及活動 2. 精神衛生相談	昭25. 8. 14
財団	復 光 会	〒273-8540 千葉県船橋市市場3-3-1 0474-22-3509	(理事長) 土井 豊	1. 麻薬中毒者の収容治療施設の設置・運営 2. 薬物及びアルコール中毒者の医療の研究	昭27. 8. 11
社団	全日本断酒連盟	〒101-0032 千代田区岩本町3-2-2 エスコート神田岩本町101号 3863-1600	(理事長) 三田 義久	1. 酒害の啓蒙 2. 地域断酒組織の結成促進	昭45. 7. 15
社団	日本てんかん協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害者福祉センタービル内 3202-5661	(会 長) 鶴井 啓司	てんかんに関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭56. 2. 4
財団	てんかん治療研究 振 興 財 団	〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8 06-6203-1819	(理事長) 宮武健次郎	てんかんに関する基礎・臨床研究に対する 助成	昭62. 9. 24
社団	日本精神神経科診療所協会	〒151-0053 渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル802号室 3320-1423	(会 長) 三野 進	診療所における地域精神保健事業についての 調査及び研究等	平 7. 3. 15
財団	神 經 研 究 所	〒162-0851 新宿区弁天町91 3260-9171	(理事長) 広瀬 徹也	精神医学の基礎的研究及び付属病院の経営	昭26. 2. 1
財団	明治安田こころの健康財団	〒171-0033 豊島区高田3-19-10 明治安田生命高田馬場第二ビル 3986-7021	(理事長) 山本 和雄	子供の精神衛生に関する啓蒙奉仕活動	昭40. 4. 1
社団	日本精神科看護技術協会	〒103-0002 中央区日本橋馬喰町2-3-2 セントアビル8F 3667-8661	(会 長) 末安 民生	精神科看護の充実向上・精神衛生思想の普 及等	昭51. 5. 15
財団	メンタルヘルス 岡 本 記 念 財 団	〒541-0056 大阪市中央区久太郎町1-9-18 (三栄ビル内) 06-6262-6862	(理事長) 岡本 信夫	神経症の精神療法等に関する研究や啓蒙活 動に対する助成	昭63. 7. 28
財団	精神・神経科学振興財団	〒187-8551 小平市小川東町4-1-1 042-347-5266	(会 長) 杉田 秀夫	精神・神経疾患等に関する基礎的、臨床的 調査研究及び精神保健に関する調査研究に 対する助成	平 3. 9. 1
財団	小寺記念精神分析 研 究 財 団	〒151-0051 新宿区四谷3-4 SCビル6F6号室 3350-9748	(理事長) 狩野力八郎	精神分析及び精神分析療法に関する研究等	平 5. 2. 2
財団	パブリックヘルス リサーチセンター	〒169-0051 新宿区西早稲田1-1-7 5287-5070	(理事長) 奥島 孝康	ストレスが心身の健康に及ぼす影響に関す る調査研究等	昭59. 2. 2

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	設立年月日
社団	日本精神保健福祉士協会	〒160-0022 新宿区新宿1-11-1 T S Kビル7 F-B 5366-3152	(会 長) 竹中 秀彦	精神保健福祉士に関する情報誌の発行、精神保健福祉士に対する各種研修の実施等	平16. 6. 1
財団	日本知的障害者福祉協会	〒105-0013 港区浜松町2-7-19 3438-0466 (秀和第2浜松町ビル6階)	(会 長) 中原 強	知的障害に関する調査研究等	昭42. 8. 8 (9. 10)
財団	前川報恩会	〒135-0046 江東区社丹2-13-1 3642-1566	(理事長) 前川 正雄	自然科学特に精神医学および身体障害者関係の医学の研究に従事する者に対する研究費の補助等	昭42. 12. 22
財団	日本ダウン症協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害児福祉財団ビル 5287-6418	(理事長) 玉井 邦夫	ダウン症等に関する調査研究等	昭43. 03. 29
財団	日母おぎゃー献金基金	〒162-0844 新宿区市谷八幡町1 4 番地 市ヶ谷中央ビル 3269-4787	(理事長) 寺尾 俊彦	心身障害児施設に対する助成等	昭54. 08. 01
社団	日本発達障害福祉連盟	〒102-0074 千代田区九段南3-7-7 九段南グリーンビル5 F 5275-1128	(会 長) 金子 健	知的障害関係団体との相互連絡と事業調整等	昭49. 10. 01
社団	日本重症児福祉協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害児福祉財団ビル 3204-2202	(理事長) 江草 安彦	重症心身障害児施設の運営に関する調査研究等	昭52. 03. 24
社団	日本自閉症協会	〒104-0044 中央区明石町6-22 ダウンシティ築地2 6 F 3545-3380	(会 長) 石井 哲夫	自閉症児・者の援護・育成及び自閉症に関する社会一般への啓蒙等	平01. 10. 06
社福	全日本手をつなぐ育成会	〒105-0003 港区西新橋2-16-1 3431-0668 (全国たばこセンタービル8F)	(理事長) 副島 宏克	1. 知的障害者の世話 2. 親と子のための相談活動	昭34. 3. 23
	全国精神保健福祉連絡協議会	〒187-0031 小平市小川東町4-1-1 042-346-1942 (国道精神センター内)	(会 長) 吉川 武彦	1. 各都道府県精神保健協(議)会間の連絡 2. 会報の発行	昭38. 11. 21
社団	アルコール健康医学協会	〒113-0033 文京区本郷3-25-13 5802-8761	(理事長) 玉木 武	アルコール飲料に関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭55. 7. 1
財団	矯正協会	〒165-0026 中野区新井町3-37-2 3319-0640	(会 長) 但木 敬一	矯正行政の運営に対する協力及び矯正活動に対する一般の認識の向上を図ること等	昭21. 3. 7

我が国の精神保健福祉

(平成22年度版) (精神保健福祉ハンドブック)

定価 2,500円(本体2,381円)

送料 実費

発行所 株式会社太陽美術

東京都江東区清澄2-7-11 太陽・清澄ビル

TEL (03) 3642-6045

FAX (03) 3643-0851

印刷・製本/株太陽美術/TEL(3642)8045(代) 落丁・乱丁本はおとりかえます。

ISBN978-4-906276-81-3 C3047