

障害保健福祉関係主管課長会議資料

平成29年3月8日(水)

社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課／
心の健康支援室／
医療観察法医療体制整備推進室／
公認心理師制度推進室

目 次

【精神・障害保健課】

1	精神保健福祉法の見直しについて……………	1
2	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について……………	9
3	精神科救急医療体制の整備について……………	55
4	自立支援医療について……………	57
5	障害支援区分の認定について……………	59

【心の健康支援室】

6	依存症対策について……………	71
7	てんかん対策等について……………	92
8	精神保健福祉手帳について……………	97
9	災害時等の心のケア対策について……………	100
10	性同一性障害の相談窓口について……………	109

【医療観察法医療体制整備推進室】

11 心神喪失者等医療観察法の地域連携等について……………113

【公認心理師制度推進室】

12 公認心理師法について……………123

【参考資料】

13 平成29年度精神・障害保健課予算案の概要……………127

1 精神保健福祉法の見直しについて

昨年7月に相模原市の障害者支援施設で発生した殺傷事件を受けて、厚生労働省に設置した「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」の報告書において、事件の再発防止のため、措置入院者への退院後の医療等の継続的な支援を行うこと等が報告されている。

また、昨年10月に精神保健指定医の指定の不正申請を行った者などの指定取消処分を行っており、再発防止を図る必要がある。加えて、平成25年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の附則に医療保護入院の入院手続の在り方等について施行後3年の見直し規定が置かれていることを踏まえて、制度見直しを行う必要がある。

こうしたことについて、厚生労働省に設置した「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」における精神保健福祉法の見直しの議論を踏まえ、本年2月28日に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」を国会に提出しているため、その内容についてご承知置きいただきたい。

なお、本改正により措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入することに関しては、保健所及び精神保健福祉センターにおいて退院後支援計画の企画・立案や計画に基づく支援の調整等に必要となる精神保健福祉士の配置に要する経費について、平成29年度から地方財政措置を講じることとしている。各地方自治体におかれては、平成29年度から可能な範囲において、措置入院者の退院後支援の実施や、実施に向けた準備を進めていただきたい。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

- 相模原市の障害者支援施設の事件では、犯罪予告通り実施され、多くの被害者を出す惨事となった。二度と同様の事件が発生しないよう、以下のポイントに留意して法整備を行う。
- 医療の役割を明確にすること ― 医療の役割は、治療、健康維持推進を図るもので、犯罪防止は直接的にはその役割ではない。
 - 精神疾患の患者に対する医療の充実を図ること ― 措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、地方公共団体が退院後支援を行う仕組みを整備する。
 - 精神保健指定医の指定の不正取得の再発防止 ― 指定医に関する制度の見直しを行う。

改正の概要

改正の趣旨を踏まえ、以下の措置を講ずる。

1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化

国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

2. 措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備

措置入院者が退院後に社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けることができるよう、以下のような退院後支援の仕組みを整備する。

- (1) 措置を行った都道府県・政令市が、患者の措置入院中から、通院先の医療機関等と協議の上、退院後支援計画を作成することとする。(患者の帰住先の保健所設置自治体が別にある場合は、当該自治体と共同して作成)
- (2) 退院後は、患者の帰住先の保健所設置自治体が、退院後支援計画に基づき相談指導を行うこととする。
- (3) 退院後支援計画の対象者が計画の期間中に他の自治体に居住地を移転した場合、移転元の自治体から移転先の自治体に対して、退院後支援計画の内容等を通知することとする。
- (4) 措置入院先病院は、患者等からの退院後の生活環境の相談に応じる「退院後生活環境相談員」を選任することとする。

3. 精神障害者支援地域協議会の設置

保健所設置自治体は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられるよう、精神障害者支援地域協議会を設置し、(1)精神科医療の役割も含め、精神障害者の支援体制に関して関係行政機関等と協議するとともに、(2)退院後支援計画の作成や実施に係る連絡調整を行う。

4. 精神保健指定医制度の見直し

指定医の指定の不正取得の再発防止を図り、その資質を担保するため、指定医の指定・更新要件の見直しや、申請者が精神科医療の実務を行うに当たり指導する指導医の役割の明確化等を行う。

5. 医療保護入院の入院手続等の見直し

患者の家族等がない場合等に加え、家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切な医療の提供を確保する。

施行期日

公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日(1.については公布の日)(予定)

1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化

精神障害者に対する医療の役割を明確化する必要



国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

2. 措置入院者等に対する退院後の医療等の支援を継続的に行う仕組みの整備



都道府県・政令市

- 都道府県等は、措置入院者が退院後に社会復帰の促進等のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けられるよう、原則として措置入院中に(※1)、精神障害者支援地域協議会(※2)において関係者と協議の上、退院後支援計画を作成

※1 措置入院の期間が短い場合は、措置解除後速やかに退院後支援計画を作成

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



参加・調整



措置入院先病院



- 病院管理者が退院後生活環境相談員を選任(病院における退院後支援の中心的役割)
- 病院管理者が、院内の多職種で退院後支援ニーズアセスメントを実施(省令改正)



- 症状消退届に以下を記入(省令改正)

①アセスメント結果

②退院後支援計画に関する意見

- 都道府県知事等は、症状消退届を踏まえて、措置解除

- 都道府県等は、

- ・患者本人に退院後支援計画を交付
- ・協議した関係者に計画の内容を通知



帰住先の保健所設置自治体(都道府県、保健所設置市、特別区)

帰住先の保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って相談指導を実施し、支援全体を調整

※計画の期間中に患者が転出した場合、転出先に計画内容等を通知するとともに、その求めに応じ、相談支援に必要な情報を提供

3. 精神障害者支援地域協議会の設置

- 保健所設置自治体は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられるよう、**精神障害者支援地域協議会を設置し、**
(1) **精神科医療の役割も含め、精神障害者の支援体制に関して関係行政機関等と協議するとともに**(代表者会議)
(2) **退院後支援計画の作成や実施に係る連絡調整**(個別ケース検討会議)を行う。

精神障害者支援地域協議会（運用のイメージ）

○ 代表者会議

地域における精神障害者の支援体制の構築を目的として開催。

① 協議内容

- ・ 地域の精神科医療機関の役割分担や連携
- ・ 関係機関間の情報の共有方法
- ・ 措置入院の適切な運用の在り方 等

いわゆる「グレーゾーン事例」への対応について
→ 行政、医療、警察の間の連携について協議

- ・ 確固たる信念を持って犯罪を企画する者への対応
- ・ 入院後に薬物使用が認められた場合の連絡体制
- ⇒ 該当する場合は別途個別に連携して対応

② 参加者

- ・ 市町村、警察等の関係機関
- ・ 精神科医療関係者
- ・ 障害福祉サービス事業者
- ・ 障害者団体、家族会 等

○ 個別ケース検討会議（調整会議）

措置入院患者について、退院後支援計画の作成や、実施に係る連絡調整を行うことを目的として開催。

① 協議内容

退院後支援計画の作成、実施に係る連絡調整

② 参加者

- ・ 都道府県・政令市の職員（計画作成時）
- ・ 措置入院先病院（計画作成時）
- ・ 措置入院者の帰住先の保健所設置自治体の職員
- ・ 措置入院者の帰住先の市町村の職員
- ・ 退院後の通院先医療機関
- ・ 必要に応じて、障害福祉サービス事業者、本人・家族 等

※ 両会議における課題や結論を相互に反映

4. 精神保健指定医制度の見直し

精神保健指定医の指定の不正取得の再発防止を図り、その資質を担保するため、以下の改正を行う。

- ① **指定の不正取得の防止【通知改正】**
指定医の指定に係る診断・治療に関する経験を、ケースレポートのみではなく、口頭試問により実践的に確認。
- ② **指定医の資質の確保**
指定更新（5年）に当たり、研修受講だけでなく、措置診察や精神医療審査会への参加などの指定医業務の実績を要件とするともに、指定・更新時の研修内容について、グループワークを用いた参加型研修を充実。
- ③ **指導医の位置づけの明確化**
指導医を一定の要件を満たす指定医として位置づけ、指定申請時の実務経験は、指導医の指導の下に行われるべきことを法律上明確化。
- ④ **処分対象者等への対応**
 - ・ 指定医の職務停止や取消処分を受けた者に対する再教育研修の仕組みを導入。
 - ・ 行政処分に当たって行う聴聞通知後に指定医を辞退する者に対して、指定医の取消処分を受けた者と同様に5年間は再指定しないことができる旨を明確化。

5. 医療保護入院の入院手続等の見直し

平成25年改正精神保健福祉法の施行後3年後見直しの規定等を踏まえ、以下の改正を行う。

- ① **医療保護入院に係る手続の見直し**
医療保護入院の手続において、患者本人との関係悪化等を理由に家族等が同意、不同意の意思表示を行わない場合に、患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、市町村長同意による医療保護入院を行うことを可能とする。
- ② **措置入院者・医療保護入院者に対する入院措置を採る理由の告知**
都道府県知事又は政令市長が措置入院を行った場合に、措置入院者に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。病院管理者が医療保護入院を行った場合も医療保護入院者に対して同様の告知を行うこととする。
※現行では、入院措置を採る旨、退院請求に関すること、入院中の行動制限に関することを告知。
- ③ **措置入院が行われた場合の精神医療審査会による審査の実施**
都道府県知事又は政令市長は、措置入院を行った場合に、措置入院の必要性について精神医療審査会（指定医、精神障害者の保健福祉に関する学識経験者、法律家による三者構成）の審査を求めなければならないこととする。

措置入院者の退院後支援の実施に係る平成29年度の財政措置

- 措置入院者の退院後支援に係る地方自治体の人員体制については、
 - ・ 退院後支援の企画・調整に必要な専門人材（精神保健福祉士）の person 費
 - ・ 退院後支援計画に関する調整会議の開催に係る謝金等

として、法施行前の平成29年度から、必要な経費について地方交付税が措置される予定。

- 各地方自治体におかれては、平成29年度から可能な範囲において、措置入院者の退院後支援の実施や、実施に向けた準備を進めていただきたい。
- 平成29年度の自治体の状況を見ながら、平成30年度に向け対応を検討し、地域で適切な医療等の支援が行える体制を確保できるように努めてまいりたい。

精神保健指定医の取消処分について

本日、厚生労働大臣からの諮問を受け、当部会において、精神保健指定医(以下、「指定医」という。)89名について取消処分を行うことが妥当との答申を行った。

指定医については、昨年4月及び6月に聖マリアンナ医科大学病院において、23名の指定取消処分が行われており、その後厚生労働省において過去の申請について調査を行った結果、今般、指定の取消に相当する事案が多数確認された。

指定医は患者の意思によらない入院や行動制限の必要性について判定を行う医師であり、精神保健福祉法第18条に掲げるとおり、精神障害について厚生労働大臣が定める各分野にわたる実務経験など、患者の人権に十分に配慮した医療を行うに当たって必要な資質を備えていることが求められている。こうした資質を備えるに必要な実務経験の有無を確認するために、指定申請に当たってケースレポートの提出を求めているが、今般の事案は申請者自らの主体的な関わりのない症例のケースレポートが提出され、これに基づいて指定が行われたことが明らかになったものである。

こうした行為は、指定医制度に対する国民の信頼を揺るがすような行為であり、言語道断である。また、故意であるか否かにかかわらず、申請者による不正な申請を指定の要件を満たす申請であると証明した指導医の責任も重大である。指定医に係る審査を行ってきた当部会として、今回の事案を重く受け止めるとともに、事案の再発防止に向けた取組が必要と考える。例えば、指定医に求められる精神障害の診断又は治療に従事した経験の有無を確実に審査できる手法を導入するなど、適切な対応が行われなければならない。

最後に、このような事案を契機に、指定医に課せられた役割の重要性について改めて認識するとともに、精神科医療に対する国民の信頼が確保されるよう、厚生労働省をはじめ関係者に強く求めるものである。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

(1) 基本的な考え方

わが国の地域精神保健医療については、平成 16 年 9 月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念を明確にし、様々な施策を行ってきた。この間、長期入院患者の年齢階級別の入院受療率は、保健・医療・福祉の関係者の努力も相まって低下傾向にある。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。このため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として、平成 30 年度からの次期医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の実施に向けて、共通のアウトカム指標によって政策を推進していく必要がある。これまで地域の実情を踏まえ展開されてきた好事例やモデル事業等による成果を踏まえ、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるような方策を推進していく必要がある。

(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について

ア) 第 5 期障害福祉計画の基本指針の見直しについて

平成 30 年度からの第 5 期障害福祉計画の基本指針では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として位置づける。具体的な取組は、以下の通り。

- ① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築すること。
- ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成 32 年度末（第 5 期障害福祉計画の最終年度）の精神病床における入院需要（患者数）、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進めること。入院需要の目標値（患者数）は、政策効果を見込まない将来の入院需要（患者数）を推計し、「地域移行を促す基盤整備」、「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて算出すること。

また、新たな成果目標として、①障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況、②市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況、③精神病床における 1 年以上長期入院患者数

(65歳以上、65歳未満)、④精神病床における早期退院率(入院後3ヶ月時点の退院率、入院後6ヶ月時点の退院率、入院後1年時点の退院率)に関する目標値を掲げること。加えて、平成32年度末における地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)を障害福祉計画に明記すること。

成果目標の設定にあたっては、平成30年度からの医療計画における精神病床の基準病床数の算定式に、「平成32年度末における入院需要」が含まれていることから、精神科医療所管部局と連携しながら取り組むこと。また、地域移行に伴う基盤整備については、障害福祉計画及び介護保険事業計画に基づき進める必要があることから、介護保険所管部局とも連携しながら取り組むこと。

イ) 第7次医療計画における精神疾患の医療体制の構築に係る指針の見直しについて

平成30年度からの第7次医療計画における精神疾患の医療体制の構築に係る指針では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を政策理念として位置づける。加えて、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を目指す。統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進し、患者本位の医療を実現していけるよう、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築すること。

具体的には、医療計画の策定を通じて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確化する。医療機能は、①都道府県連携拠点機能、②地域連携拠点機能、③地域精神科医療提供機能に区分する。医療機関ごとの医療機能について、住民目線の分かりやすい形式でとりまとめること。

また、第5期障害福祉計画に明記される、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の精神病床における入院需要(患者数)、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標値を共有した上で、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や、医療介護連携に伴う基盤整備などを推し進めること。

ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

平成27・28年度は精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業を実施し、平成28年度は平成27年度からの静岡県、大阪府、熊本市に加え、三重県、兵庫県、香川県、千葉市、神戸市の計8自治体において実施された。

平成29年度からは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すため、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置促進や平成30年度からの医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき、計画的に推し進められるよう必要な取組等を行うものとして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業を

実施する。

具体的な実施内容の例については、①保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置②精神障害者の住まいの確保支援に係る事業③ピアサポートの活用に係る事業④入院中の精神障害者の退院促進に係る事業⑤精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業⑥精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業⑦措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業⑧その他（上記②～⑦以外で精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する事業）を想定している。各都道府県又は指定都市（以下、「都道府県等」という。）の実情に応じて、実施内容を検討いただきたい。

なお、当該事業については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を更に推進させるものである。したがって、平成 28 年度からの実施圏域の拡大又は実施内容の充実に対して補助するものとし、単なる予算の振替は想定していないことに留意されたい。また、⑦措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業については、措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備等に向け準備を進めていただきたい。なお、当該事業の実施主体については、都道府県等であるが、事業の一部を市町村又は団体等に委託できることとし、また合わせて保健所設置市及び特別区への補助を可能とする予定である。

（予算（案）概要）

- ・平成 29 年度予算（案）192,893 千円
 - ※ 地域生活支援事業、社会福祉施設等設備整備費計上分除く
- ・補助先 都道府県・指定都市
- ・補助率 1 / 2

エ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたり、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じた、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築が重要である。このような取組を各都道府県等に育むために、平成 29 年度から新規事業を立ち上げる。

具体的には、都道府県等においてモデル障害保健福祉圏域（以下、「モデル圏域」）を設定し、モデル圏域内の保健・医療・福祉関係者に対して、地域包括ケア推進の実践経験を有するアドバイザーによる技術的支援を行う。実際に、モデル圏域内の保健・医療・福祉関係者が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築プロセスを経験しながら、アドバイザーのノウハウの共有を図るものである。当該事業では、国に広域アドバイザーと都道府県等密着アドバイザーからなる組織を設置する。

平成 29 年度は、平成 30 年度からの医療計画、障害福祉計画、介護保険事

業（支援）計画の策定に向けた大変重要な準備期間であり、地域包括ケア推進の実践経験のある保健・医療・福祉の有識者からなる広域アドバイザーからの技術的支援や他の都道府県等との情報共有を得られる機会でもあるため、積極的に参加していただきたい。

なお、現在、当該事業参加にあたっての最終意向調査及び都道府県等密着アドバイザーの推薦依頼書を送付しているところであり、期日までのご返送をお願いしたい。

（予算（案）概要）

- ・平成 29 年度予算（案）37,500 千円
- ・補助先 委託

オ）難治性精神疾患地域連携体制整備事業

平成 26 年度より難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や mECT 等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施している。平成 28 年度は、大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

平成 30 年度からの医療計画の実施に向けて、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制の構築を検討すること。なお、精神病床における入院需要（患者数）、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）、精神病床における基準病床数を設定する際に、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及効果を勘案していることに留意すること。

カ）精神障害者地域生活支援広域調整等事業

平成 26 年度より、長期入院患者や入退院を繰り返す患者に対して医療機関等が行う支援については、精神科重症患者早期集中支援管理料として診療報酬で評価されることとなった。一方で、医療機関への未受診者やひきこもり状態の者に対する支援については、都道府県が実施主体となって、保健所、精神保健福祉センター又は相談支援事業所等により地域生活支援事業のアウトリーチ事業として実施されることとなった。

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（平成 29 年 2 月）において、医療へのアクセスのあり方として、医療導入を検討するための訪問は、保健所を中心に、アウトリーチ事業の活用や福祉を担う市町村と保健所の連携など、行政による対応（保健的アウトリーチ）が考えられるとされており、より積極的にアウトリーチ事業を活用していただきたい。

また、平成 29 年度より精神障害者地域移行・地域定着推進協議会の設置

については、実施主体として都道府県及び指定都市のほか、保健所設置市及び特別区まで拡大する予定である。次期障害福祉計画においては、成果目標の一つとして障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を示すこととしており、積極的に活用いただきたい。

◆ アウトリーチ事業

保健所等に、保健師や精神保健福祉士等の職員を配置し、協力医とともに地域の精神障害者等に対する相談対応、訪問による早期支援、地域定着支援を行う。関係機関との連絡、調整を図りながら支援を進めるためのケース・カンファレンスの開催等を行う。

◆ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会（一部改変）

都道府県、指定都市、保健所設置市又は特別区は、設定した実施圏域における精神障害者の地域移行支援に係る体制整備のための調整業務を行うため、都道府県、市町村、精神科病院の医師、相談支援事業所、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置することとしている。

協議会を活用して精神科病院の医師や福祉サービス事業者等の関係機関と自治体が連携をとることが必要である。

◆ ピアサポートの活用

都道府県等は、精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めるものとする。

当事者としての経験を持ち、障害者の相談に応じアドバイス等を行うことが重要である。

キ) 地域移行担当者等会議（会議名称変更予定）

一昨年度から全国研修を開催し、平成 28 年度からは地域移行担当者等会議として、6 月及び 2 月に開催したところである。（第 1 回（6 月 30 日開催）：60 自治体、218 名の参加、第 2 回（2 月 16 日開催）：58 自治体、207 名の参加）

平成 29 年度からは、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向け、各自自治体の先駆的な取組から得られる知見を共有することが重要と考えており、今後も、情報交換の機会等を設ける予定としている。また、制度改正、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に関する最新の情報を提供する場としても活用する予定である。都道府県・政令市においては、ぜひご参加いただきたい。（平成 29 年春～夏頃に実施予定）

ク) 精神保健福祉資料の見直し（630 調査の改善）

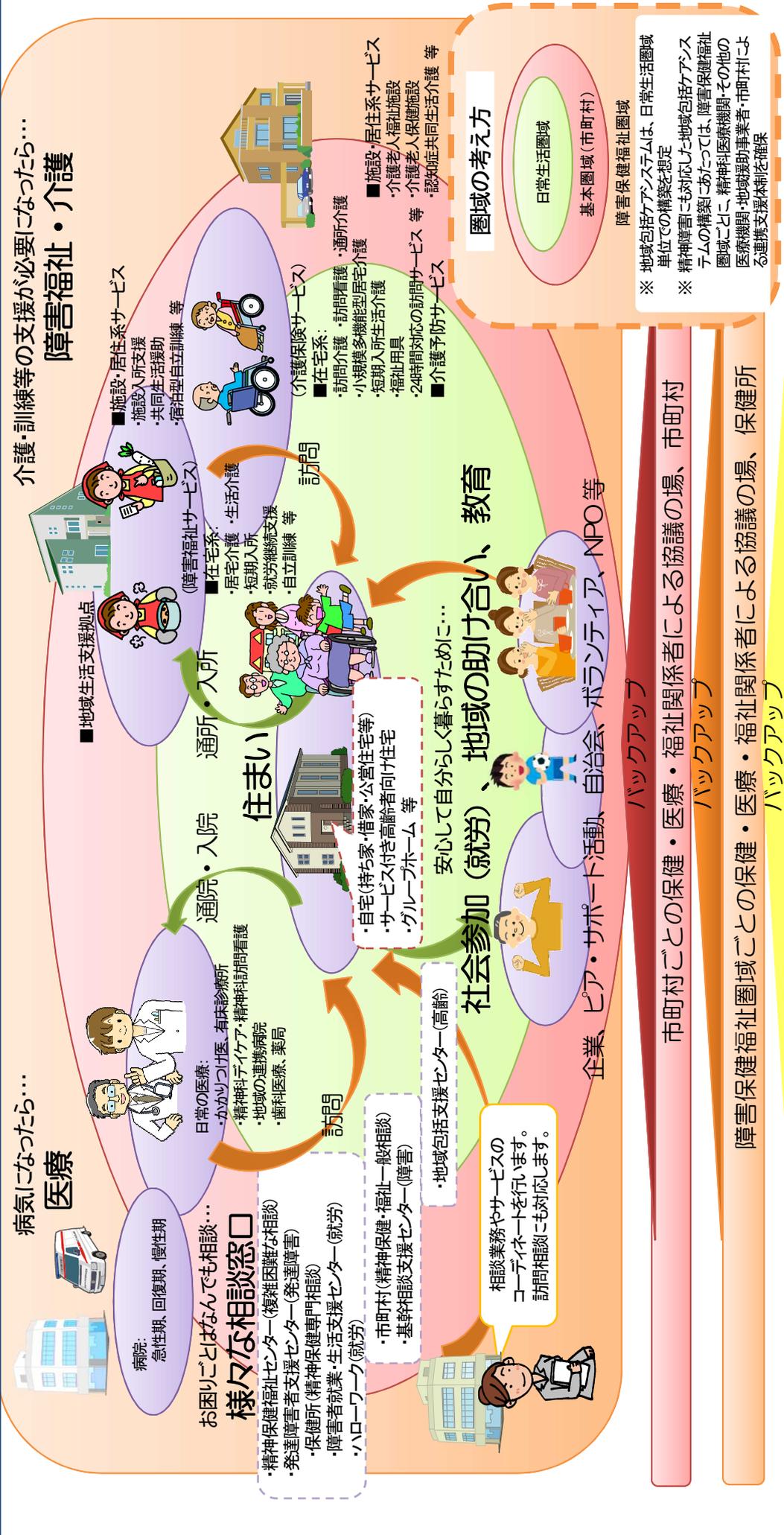
医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる指標の開発が必要である。このため、平成 29 年度より実施する 630 調査は、医療計画、障害福祉計

画、介護保険事業（支援）計画に活用できるように、調査票や調査フローなどの抜本の見直しを行い、当該年度中に精神保健福祉資料として結果を公表できるように調整しているところである。加えて、6月までにNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）を用いた分析結果についても精神保健福祉資料として公表できるように調整しているところであり、引き続き、630調査へご協力いただきたい。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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

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



都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県本庁・精神保健福祉センター・発達障害者支援センター

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体の実践例

関係機関の役割		千葉県	大阪府	兵庫県
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【旭市の場合】 旭市精神障害者支援部会 (総合支援法第89条の3)	【枚方市の場合 中核市1市1圏域】 枚方市自立支援協議会精神障害者地域生活支援部会 (総合支援法第89条の3)	【新温泉町の場合】 新温泉町障がい者自立支援協議会全体会 ・運営会議 ・実務者会議(街づくり部会・こども支援部会) (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関の情報交換・情報共有 社会資源の開発に向けた検討 ピアサポーター普及啓発 当事者家族の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者を把握し地域移行へのきっかけづくりとして、圏域内の精神科病院の入院患者に対して訪問面接を実施 訪問面接対象者のうち継続支援をしている方への地域移行・地域定着に関する情報共有と課題検討 市民啓発、研修 地域移行、定着に関する施策検討 等 	<ul style="list-style-type: none"> 地域活動支援センターの充実について 通院、買物等の移動支援について 当事者による座談会の開催 G H等住まいの確保
障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	【海匝圏域の場合】 海匝圏域精神障害者地域移行支援協議会 (総合支援法第78条第1項)	/	【但馬圏域の場合】 1精神障害者地域移行・地域定着推進協議会 (但馬圏域精神障害者地域移行・地域定着推進協議会開催要綱) 2精神障害者地域移行・地域定着戦略会議 (精神障害者地域移行・地域定着戦略会議実施要領)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 圏域内医療機関の状況(長期入院者の状況、地域移行希望者の状況等)の情報共有 圏域内社会資源の状況(グループホーム空室状況・新設事業所等)の情報共有 市町村単位で解決できない課題について対応策を検討 		<ol style="list-style-type: none"> 圏域内の事業推進方針の決定 <ul style="list-style-type: none"> 各機関の役割分担と連携の確認、共有 具体的な目標の設定 個別患者の情報に関係者で共有 <ul style="list-style-type: none"> 個別支援の方策の検討 各機関の進捗状況を共有 ピアサポーターの活動把握
都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称 設置根拠	精神障害者地域移行推進専門部会 (総合支援法第89条の3)	大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ (総合支援法第89条の3)	兵庫県障がい者自立支援連絡協議会 相談支援部会 (総合支援法第89条の3)
	協議の内容	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害のある人の地域移行等に係る施策を推進するための検討 市町村、病院及び障害福祉サービス事業者等との連携を図るための方策を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の協議の場の設置・開催状況の把握 市町村自立支援協議会専門部会で協議された地域課題を集約し、市町村単位での解決が難しい広域的な課題について検討 医療、住宅等関連部署との連携 精神科在院患者調査を実施し、データを加工・分析し、関係機関へ提供 等 	<ul style="list-style-type: none"> 障害分野の各相談支援分野において中心を担っている事業所等から構成 <ul style="list-style-type: none"> 相談支援・権利擁護関連事業の状況 相談支援体制の構築・充実に向けた課題 障害者差別解消法施行後の状況 等

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。次期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 就労定着に向けた支援
- ・ 障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・ 地域共生社会の実現に向けた取組
- ・ 発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

- ① 施設入所者の地域生活への移行
・ 地域移行者数: H28年度末施設入所者の9%以上
・ 施設入所者数: H28年度末の2%以上削減
※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定
- ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】
・ 保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
・ 精神病床の1年以上入院患者数: 146万人～157万人に
(H26年度末の185万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
・ 退院率: 入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)
- ③ 地域生活支援拠点等の整備
・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

4. その他の見直し

- ・ 障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・ 障害を理由とする差別の解消の推進
- ・ 難病患者への一層の周知
- ・ 意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・ 一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・ 就労移行支援事業利用者: H28年度の2割増
- ・ 移行率3割以上の就労移行支援事業所: 5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・ 就労定着支援1年後の就労定着率: 80%以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・ 医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

基本的な考え方

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。
- このため、精神障害者が、地域の一員として安心して暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを、新たな基本指針に政策理念として掲げてはどうか。

主なポイント

- ① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する。
- ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、2020年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める。



成果目標について

○「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議論を踏まえて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指して、成果目標の設定を次のとおり行うこととはどうか。

成果目標

①障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況

・精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての障害保健福祉圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場（例：精神障害者地域移行・地域定着推進協議会など）を設置することを原則として設定する。

※この際、都道府県単位で解決すべき課題にも対応できるように、都道府県ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場（例：都道府県（自立支援）協議会専門部会など）を設置することが望ましい。

②市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況

・住民に最も身近な基礎的自治体である市町村が中心となり、当事者及び保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、平成32年度末までに全ての市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場（例：市町村（自立支援）協議会、専門部会など）を設置することを原則として設定する。

③精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）

・地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、1年以上長期入院患者のうち一定数は地域生活への移行が可能になることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）を設定する。なお、平成32年度末の精神病床における1年以上長期入院患者数の全国の目標値は、平成26年と比べて3.9万人から2.8万人減少になる見込みである。

※計画の実行管理にあたっては、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レセプト情報等データベースを活用する。

④精神病床における早期退院率（入院後3か月時点の退院率、入院後6か月時点の退院率、入院後1年時点の退院率）

・それぞれの地域における保健・医療・福祉の連携支援体制が強化されることによって、早期退院が可能になることを踏まえて、平成32年度末までに、入院後3か月時点の退院率は69%以上、入院後6か月時点の退院率は84%以上、入院後1年時点の退院率は90%以上とすることを成果目標（※）として設定する。

※レセプト情報等データベースより算出した平成27年度の推計値に基づき、上位10%の都道府県が達成している早期退院率以上を成果目標とする。計画の実行管理にあたっては、レセプト情報等データベースを活用する。

活動指標について

○ 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、国が提示する推計式を用いて、平成32年度末の地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を障害福祉計画に明確に記載する。

※ 計画の実行管理にあたっては、より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レポート情報等データベースを活用する。

医療計画との連携について

○ 医療計画における基準病床数の見直しについて
基本指針における目標の達成状況を踏まえつつ、医療計画の次期見直し（平成30年度からの実施分）において、基準病床数（の算定式）の見直しを行うことができるよう、現在の指針にある医療計画における基準病床数の見直しに係る記載を残すこととする。

※ 現行指針の抜粋

「…またこれと併せ、医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）における基準病床数の見直しを進める。」

○ 医療計画との関係について

入院中の精神障害者の地域生活への移行に係る成果目標の達成に当たっては、地域の医療サービスに係る体制の整備が重要であり、特に医療計画との関係に留意する旨を記載する。

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

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価する観点

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

➤ 平成26年

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

▲ 3.9～2.8万人

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

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

➤ 平成37年（2025年）における全国の目標値（見込み）

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

※障害福祉計画等に基づき地域の基盤整備を実施。

※四捨五入で端数処理しているため、合計値は一致しない場合がある。

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

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

現状・課題

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

対応方針(推計式の開発)

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

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

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

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

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

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

H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×（1+重度かつ慢性の割合）/2× α^3 ×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）× β^3 ×H32年の性・年齢階級別推計人口

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

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×{1-(1+重度かつ慢性の割合)/2× α^3 }×H32年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）×（1- β^3 ）×H32年の性・年齢階級別推計人口

○平成37年（2025年）における入院需要（患者数）の推計式のイメージ

H26年の性・年齢階級別急性期入院受療率×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別回復期入院受療率×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×重度かつ慢性の割合× α^7 ×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）× β^7 ×H37年の性・年齢階級別推計人口

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

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症以外）×（1-重度かつ慢性の割合× α^7 ）×H37年の性・年齢階級別推計人口

+

H26年の性・年齢階級別慢性期入院受療率（認知症）×（1- β^7 ）×H37年の性・年齢階級別推計人口

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

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

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

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

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

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

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

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

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

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

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

統合失調症の入院患者における身体合併症の有無



■ 特別な管理を要する ■ 日常的な管理を要する ■ 身体合併症なし

※有効回答数 9,781名

特別な管理：入院治療が適当な程度、日常的な管理：外来通院が適当な程度

○治療抵抗性統合失調症治療薬の普及による効果を勘案した

「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【α】」の算出について

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

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

クロザピン処方率

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

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

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

継続投与人数(割合)

A病院	30人 (31%)
B病院	46人 (41%)
C病院	37人 (22%)

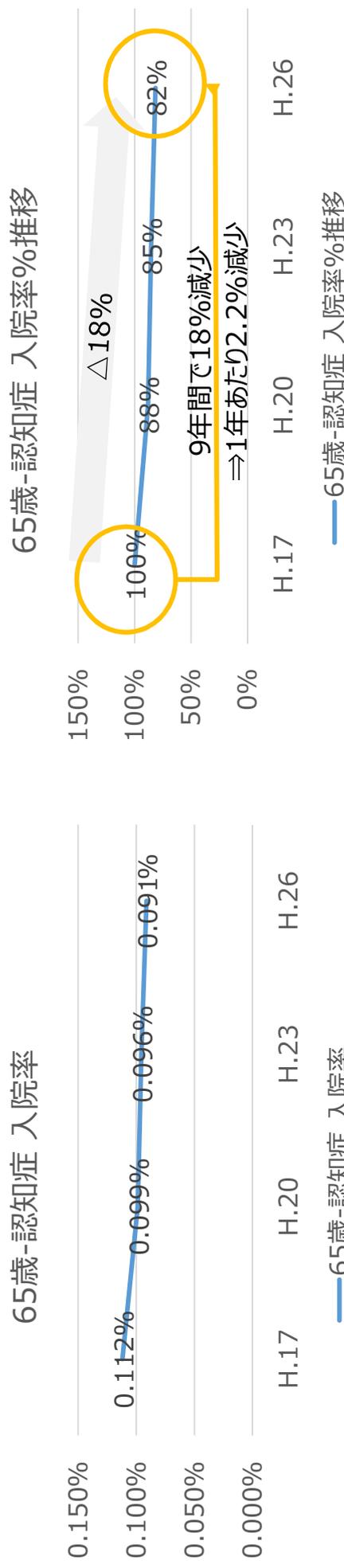
出典：それぞれの病院からの報告

○これまでの認知症施策の実績を勘案した

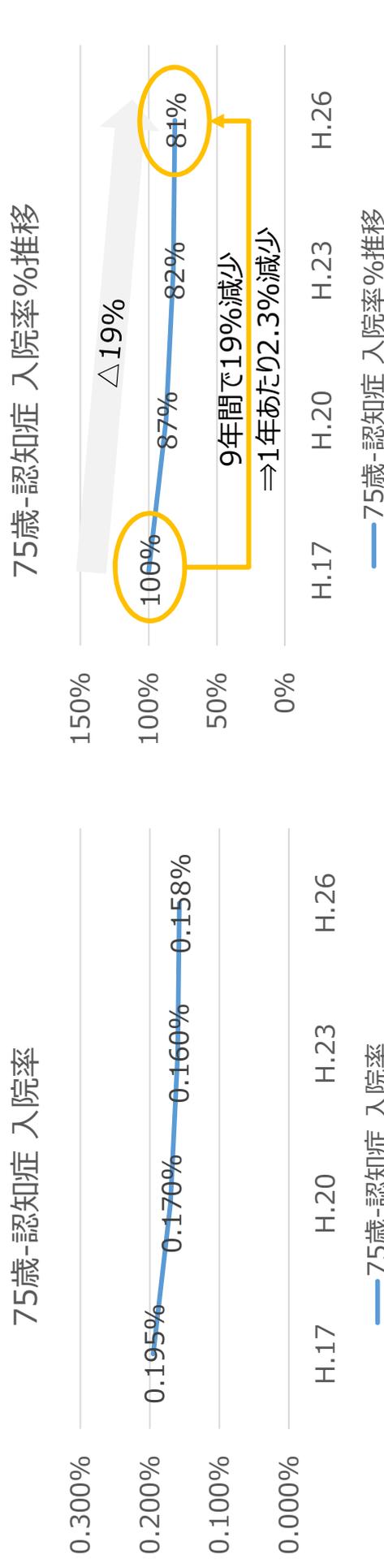
「1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響【β】」の算出について

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

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



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



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

	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要
平成26年			
平成32年度末	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要
平成37年（2025年）	急性期入院需要	回復期入院需要	慢性期入院（長期入院）需要

地域移行に伴う基盤整備量

地域移行に伴う基盤整備量

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

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

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

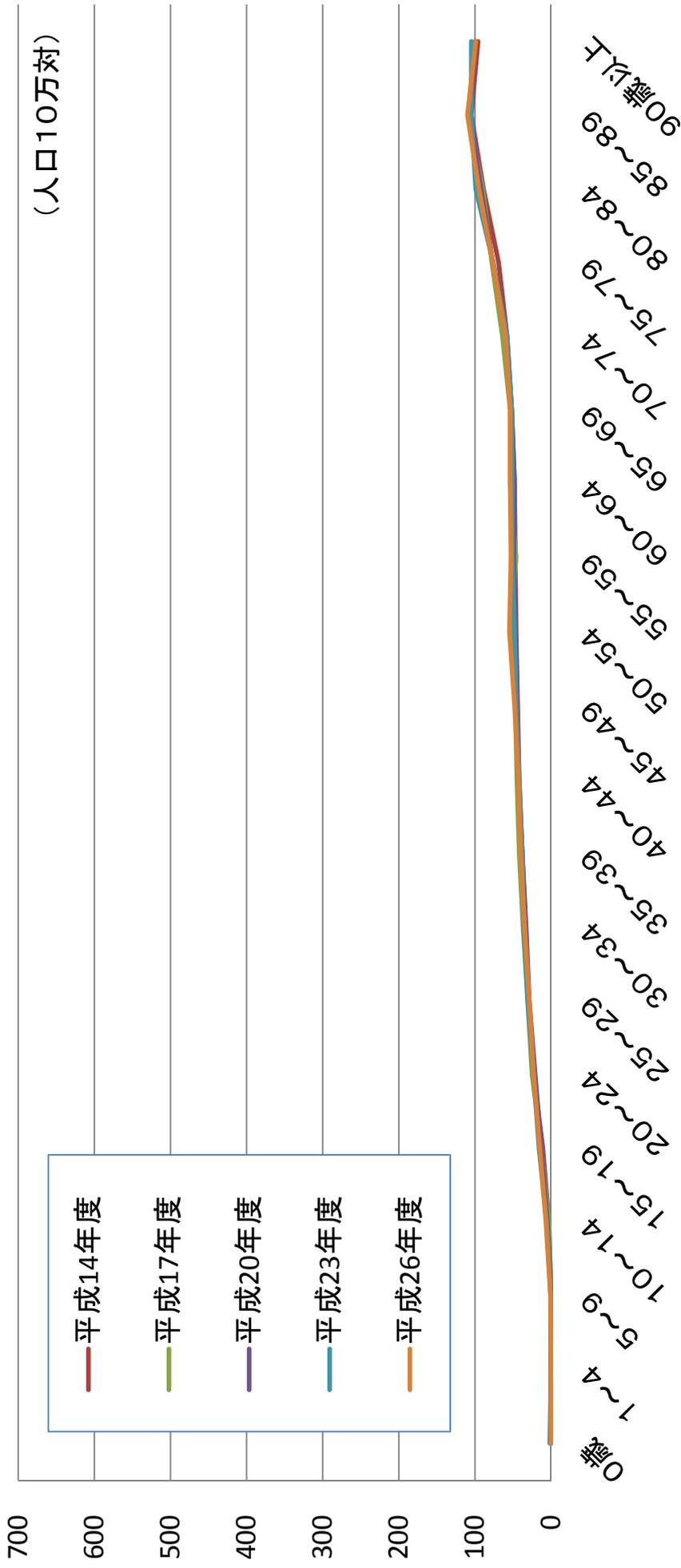
➤ 平成37年（2025年）における全国の目標値（見込み）

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

※四捨五入で端数処理しているため、合計値は一致しない場合がある。 13

精神病床における急性期入院患者(3ヶ月未満)の 年齢階級別入院受療率の推移

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

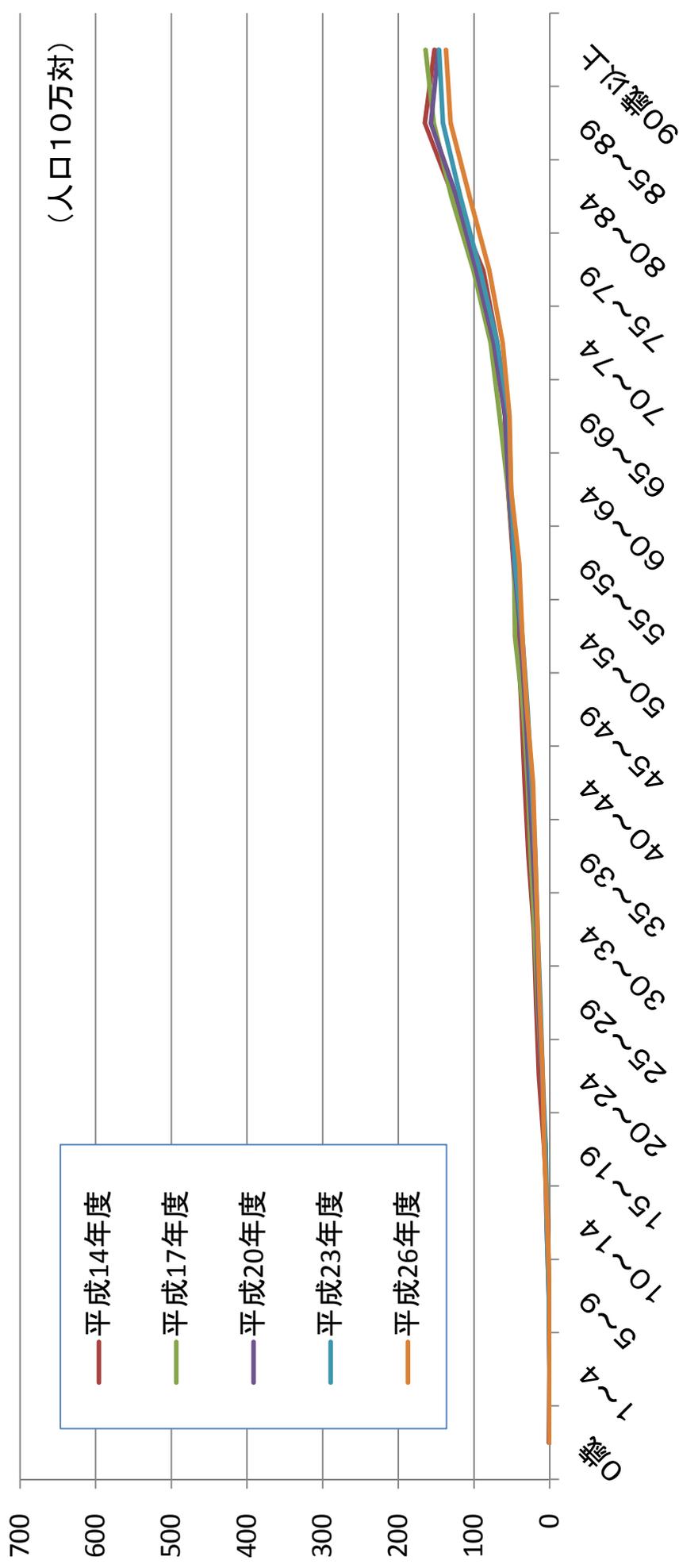


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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

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

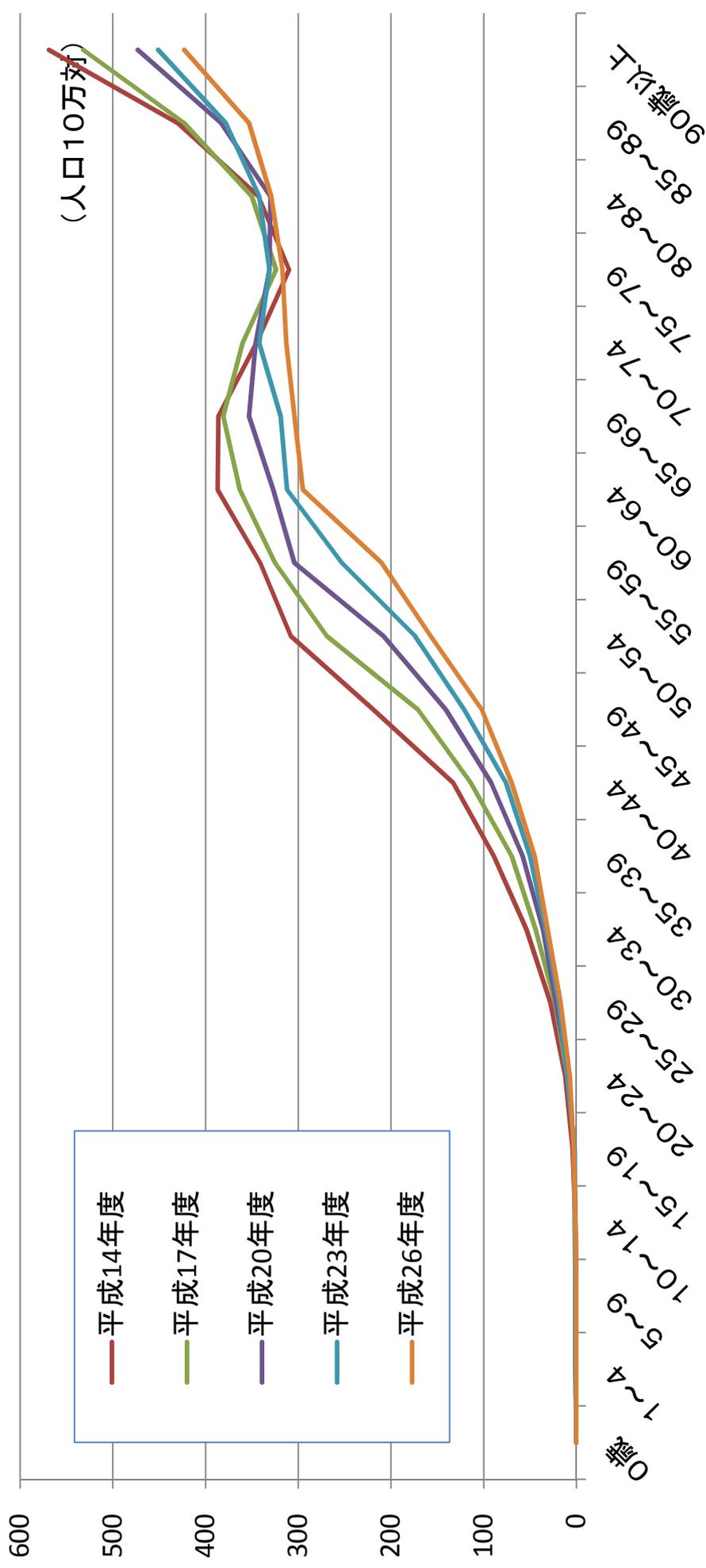


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 15

精神病床における慢性期入院患者（1年以上）の 年齢階級別入院受療率の推移

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

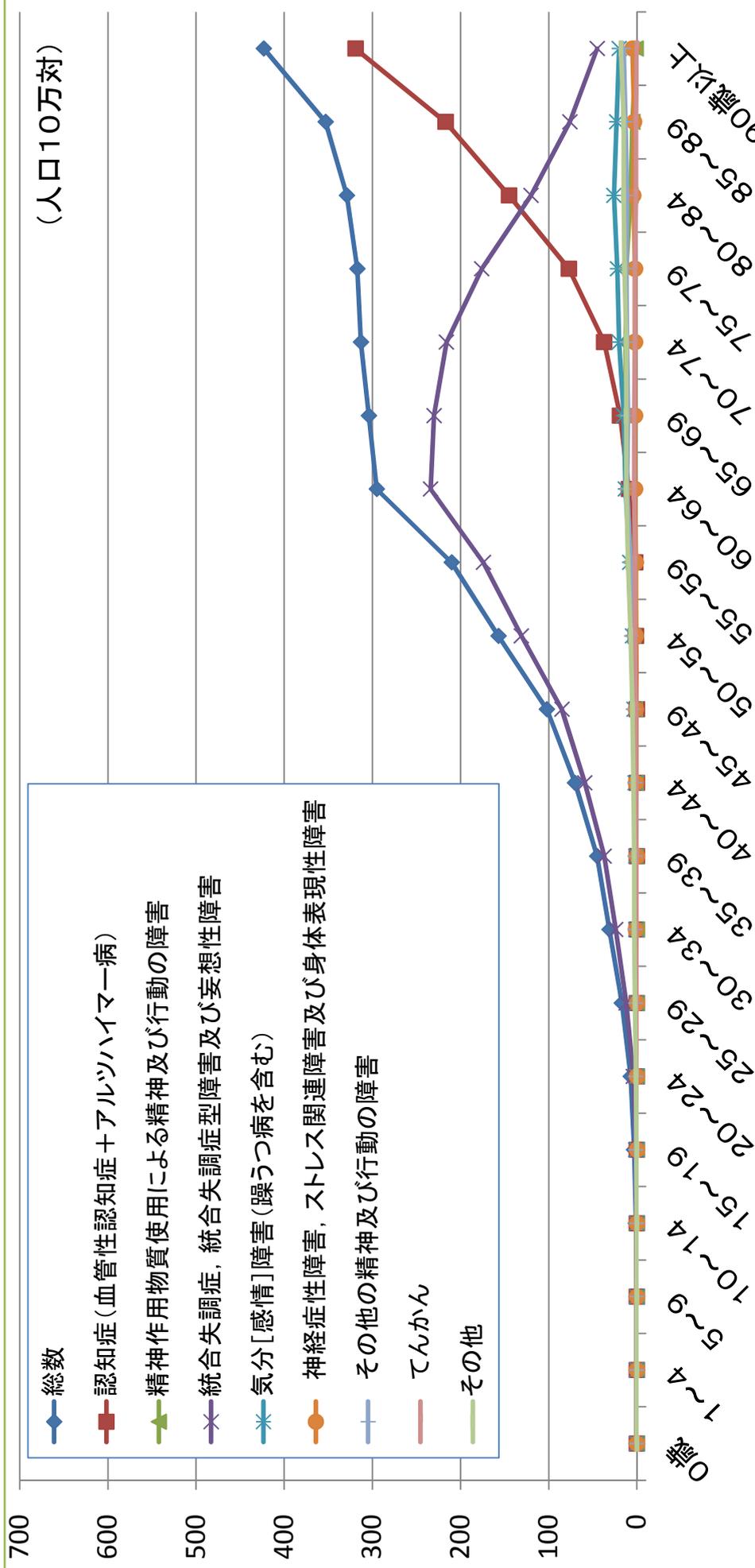


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている 16

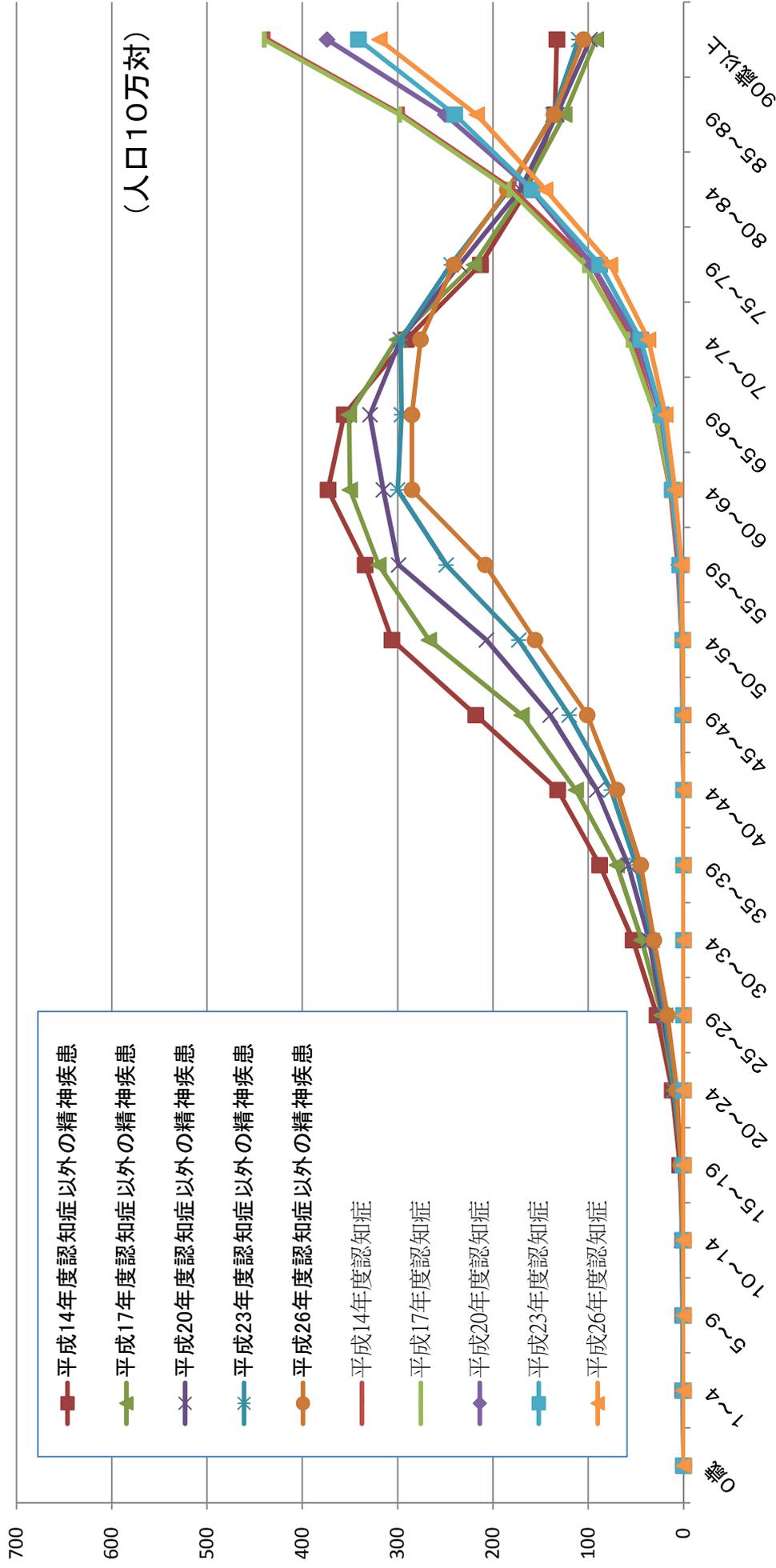
精神病床における慢性期入院患者（1年以上）の 年齢階級別入院受療率（疾病別内訳）【平成26年度】

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



精神病床における慢性期入院患者(1年以上)の 年齢階級別入院受療率の推移

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



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

医療計画の見直し等に関する検討会

1. 目的

医療計画は、医療機能の分化・連携の推進を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることを目的としている。

本検討会は、現行の医療計画の課題等について整理を行うことにより、平成30年度からの次期医療計画をより実効性の高いものとするため、医療計画の作成指針等の見直しについて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医療計画の作成指針等について
- ・ 医療計画における地域医療構想の位置付けについて
- ・ 地域包括ケアシステムの構築を含む医療介護の連携について
- ・ その他医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項について

3. 構成員(○は座長)

相澤 孝夫(日本病院会会長)
安部 好弘(日本薬剤師会常任理事)
今村 知明(奈良県立医科大学医学教授)
○遠藤 久夫(学習院大学経済学部教授)
尾形 裕也(東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
加納 繁照(日本医療法人協会会長)
齋藤 訓子(日本看護協会常任理事)
櫻木 草司(日本精神科病院協会理事)

佐藤 保(日本歯科医師会副会長)
鈴木 邦彦(日本医師会常任理事)
田中 滋(慶應義塾大学名誉教授)
西澤 寛俊(全日本病院協会会長)
野原 勝(岩手県保健福祉部副部長)
藤井 康弘(全国健康保険協会理事)
本多 伸行(健康保険組合連合会理事)
山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長)

4. スケジュール

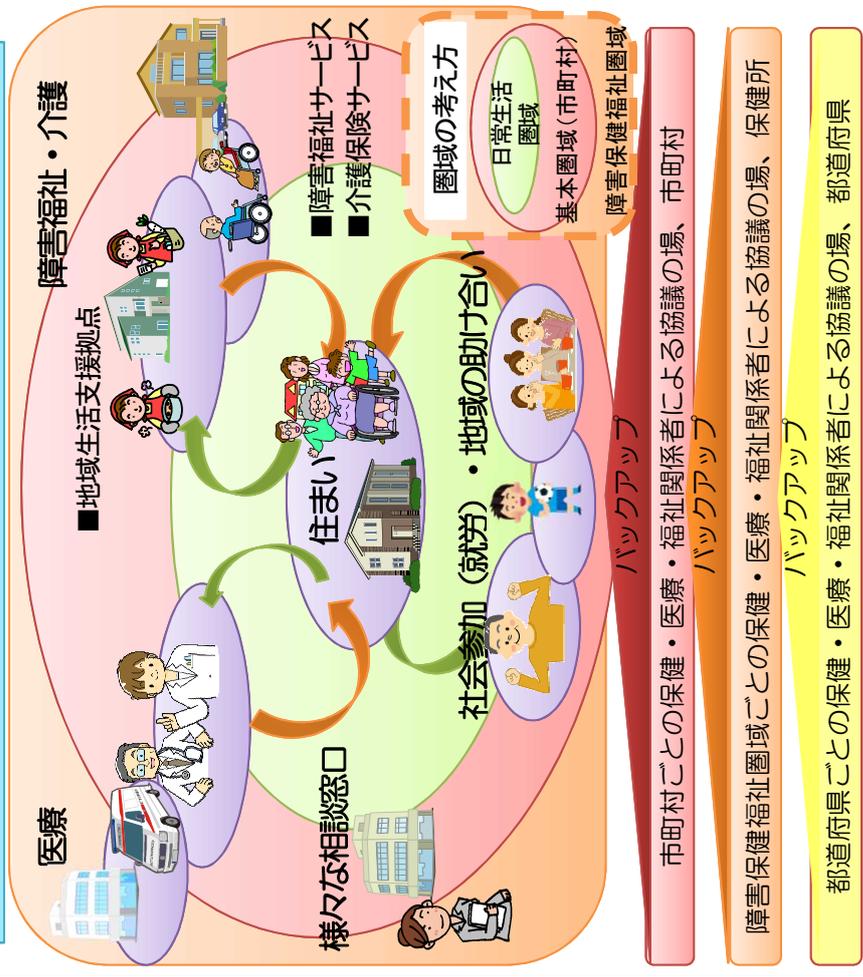
- ・ 平成28年5月より計8回開催、12月にとりまとめ
- ・ 療養病床の取扱い等、一部課題については、平成29年も引き続き検討を予定

精神疾患の医療体制

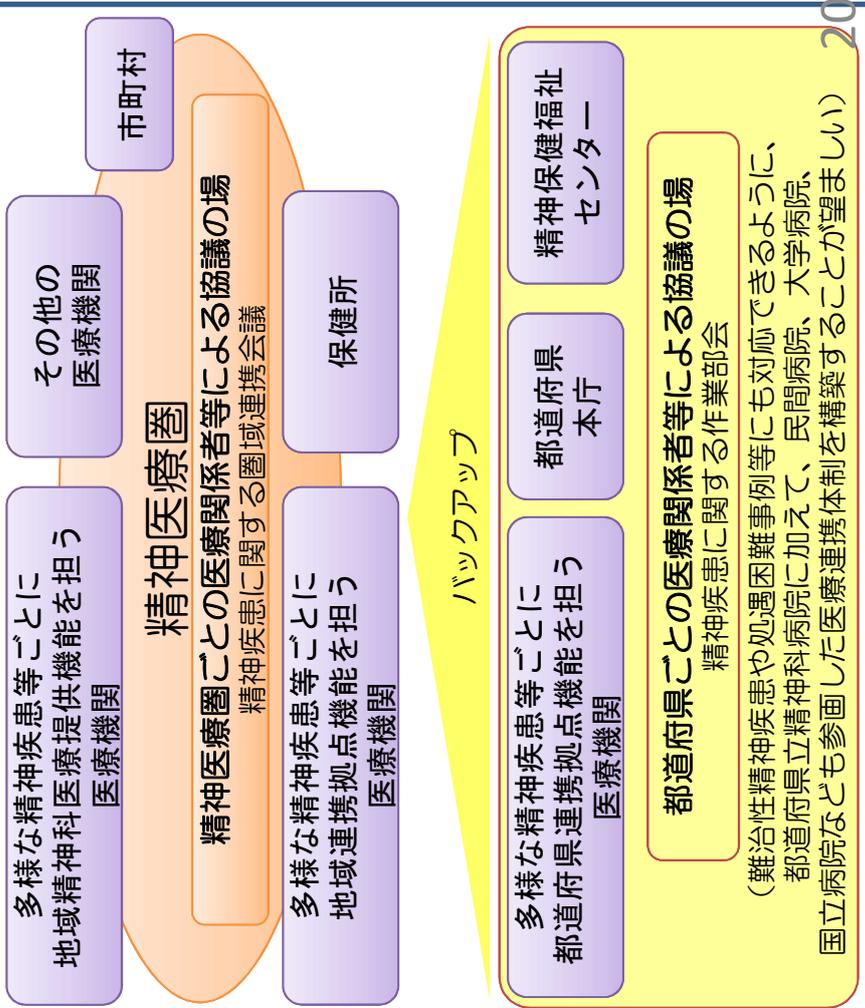
【概要】

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していきけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築

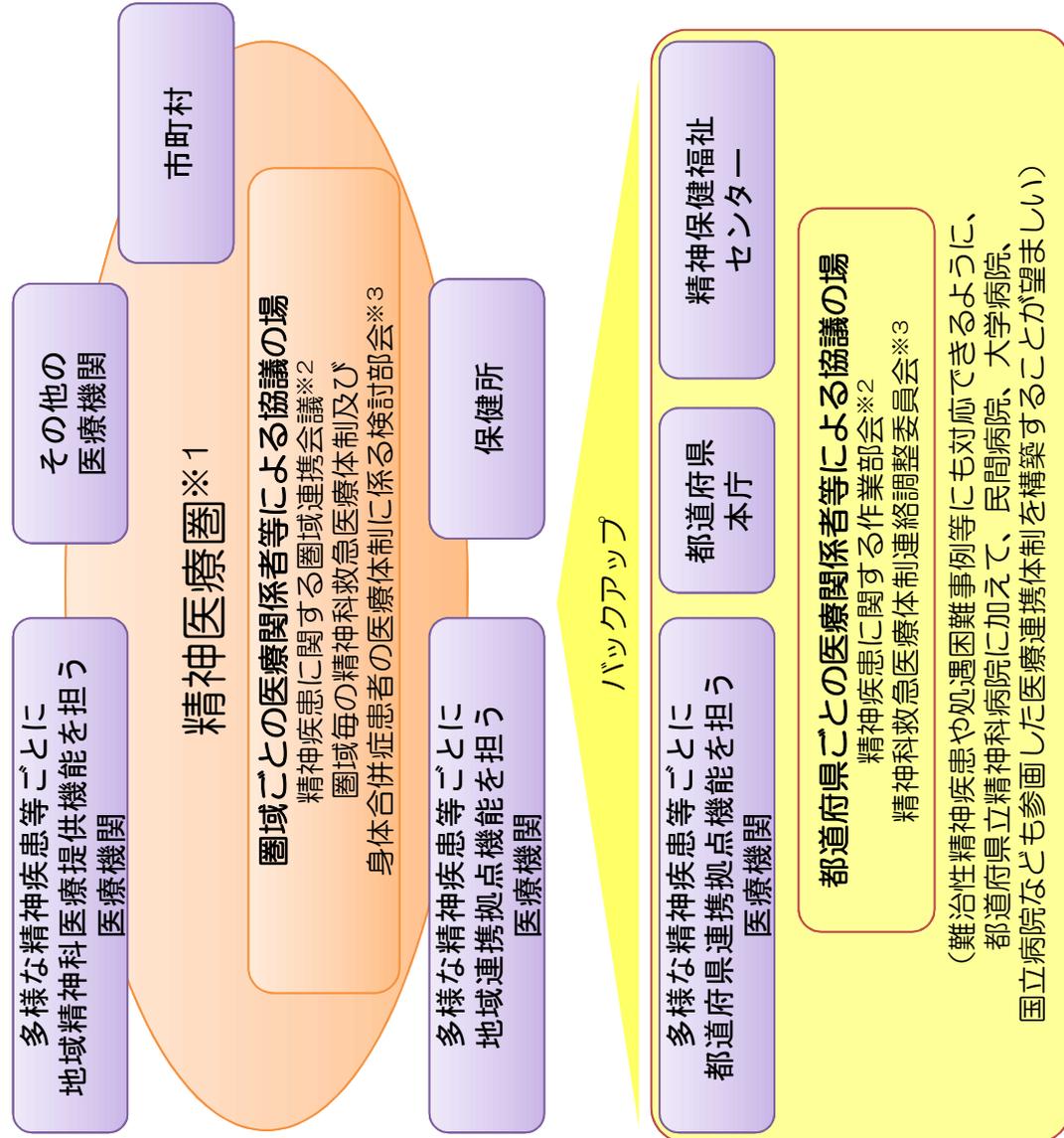


多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

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



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。
 ※2 医療計画作成指針に基づく協議の場
 ※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

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

〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉

〈地域精神科医療の提供〉

〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

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

〈市町村の主な役割〉

精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
 〈保健所の主な役割〉

圏域内の医療計画の企画立案実行管理

圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】

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

〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉

- ①医療連携の都道府県拠点、
- ②情報収集発信の都道府県拠点、
- ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援
- 〈精神保健福祉センターの主な役割〉
- 保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）
- 〈都道府県本庁の主な役割〉

都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理

都道府県全体の医療関係者間の総合調整

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

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

現状・課題

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

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

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

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

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。
 ※疾患等毎に地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。22

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

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

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

☆：都道府県連携拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関 23

精神病床における基準病床数の算定式の見直しについて

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

現状・課題

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

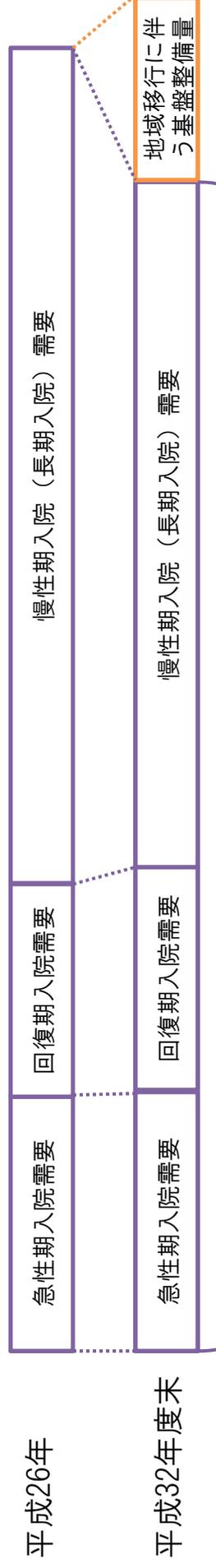
対応方針（新たな算定式への見直し）

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

新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要 (患者数)} + \text{流入入院患者 一 流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

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



平成32年度末の入院需要（患者数）

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

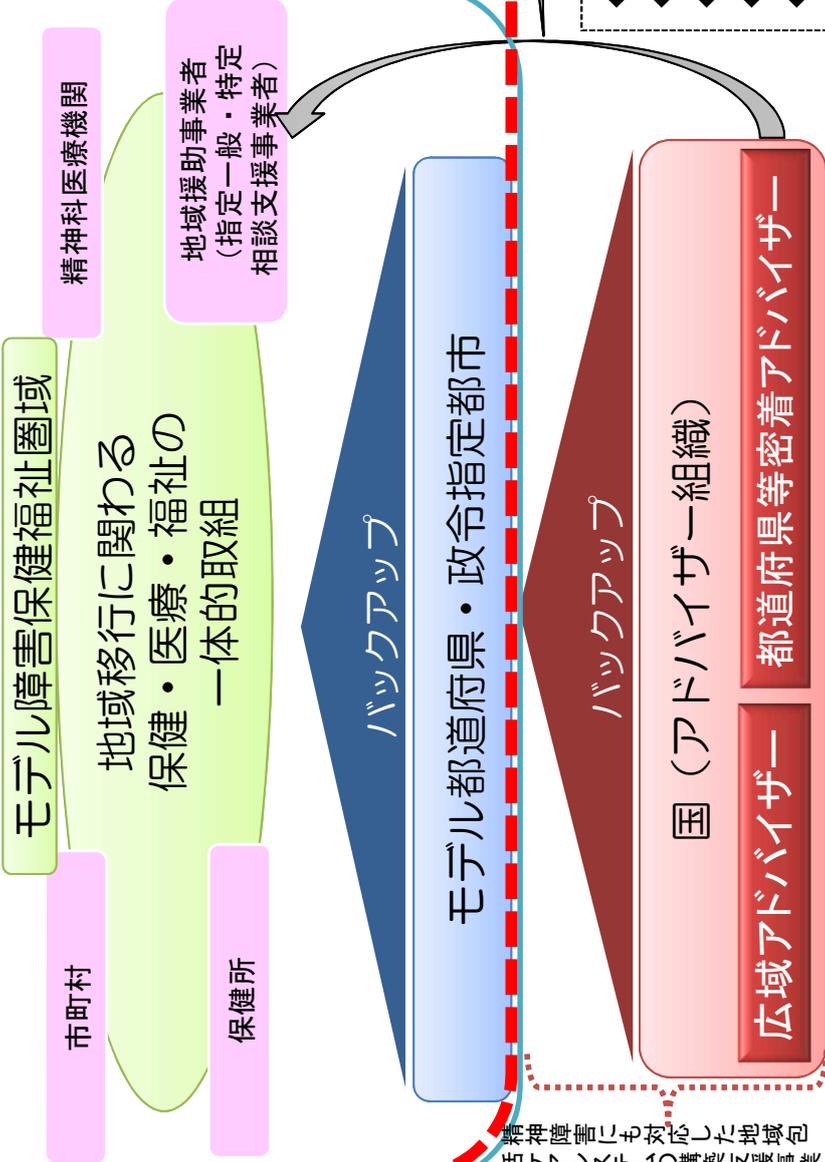
①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 【新規 平成29年度予算案192,893千円】

※地域生活支援事業 社会福祉施設整備費等計上分限

○国は、都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等）と連携しながらモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）を支援する取組を段階的に拡大し、好事例のノウハウの蓄積と横展開により精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を支援する。

○都道府県等は計画的に地域の基盤を整備するとともに、推薦した都道府県等密着アドバイザーと連携しながらモデル圏域における保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、地域移行の推進の仕組みづくりに携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築する。また、都道府県等全域への普及を図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業の実施



- 事業内容（保健・医療・福祉による協議の場の実施は必須）
- ①精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
 - ②ピアサポートの活用に係る事業
 - ③入院中の精神障害者の退院促進に係る事業
 - ④地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
 - ⑤精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業
 - ⑥措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
 - ⑦その他

- ◆都道府県等研修の企画、実施
- ◆相談・支援（課題の明確化、戦略策定）
- ◆地域マネジメント 等

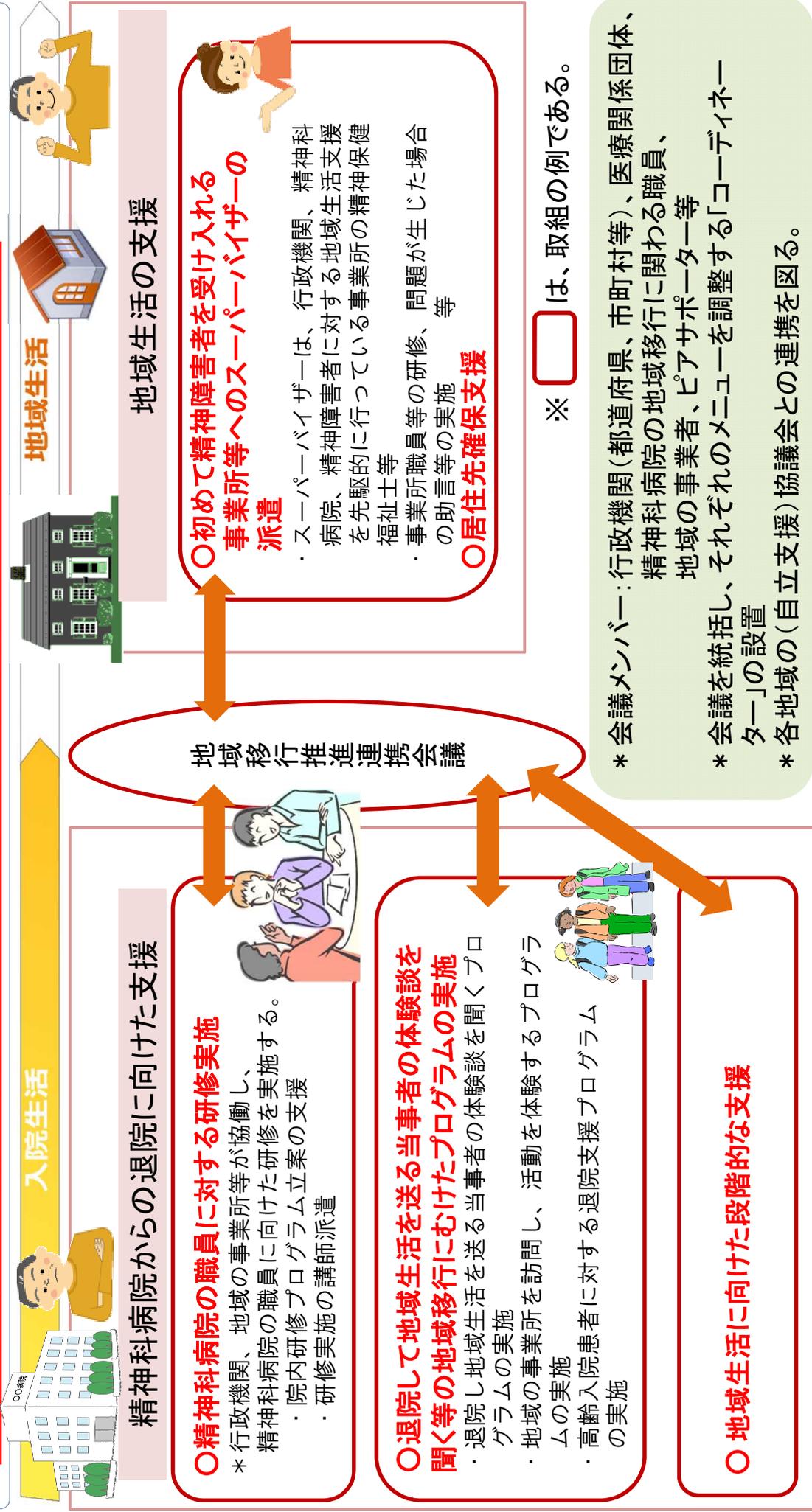
現地支援・電話・メール相談

- ◆全国会議の企画、実施
- ◆個別相談・支援（電話、メール）
- ◆現地での技術的助言 ◆都道府県等研修への協力
- ◆地域包括ケアシステム構築に係る手引の作成
- ◆地域包括ケアシステム構築状況の評価 等

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業

平成28年度予算 75,128千円(※社会福祉施設等施設整備費 31,387千円を含む。)

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、検討会取りまとめで提示された地域移行方策及び病院の構造改革に係る取組を総合的に実施し、その効果について検証する。



期待される効果: 長期入院患者の地域移行数の増、地域福祉事業者の活動の増、地域で生活する精神障害者のQOLの改善

長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業 平成27年度事業実施結果

<事業概要>

長期入院精神障害者の地域移行への取組に積極的な地域において、精神障害者の地域移行を進めるために必要な地域移行方策である「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」及び「病院の構造改革に係る取組」を総合的に実施し、その効果について検証するモデル事業。

具体的には、都道府県等において、行政機関、医療関係団体、精神科病院の地域移行に関わる職員、地域の事業者、ピアサポーター等から構成する地域移行推進連携会議を設置し、長期入院精神障害者の現状の把握等を行い、精神科病院における地域移行に向けたプログラム内容等の検討や事業実施状況の把握、事業実施後の評価等を実施するもの。また、精神科病院職員に対する研修や、退院支援プログラムの実施として体験談プログラムの実施、事業所体験プログラムの実施、スーパーバイザーの派遣などを行う。

<目的>

○ 長期入院精神障害者の地域移行を進めるために必要な地域移行方策の効果を検証し、効果的な取組を明らかにする。

<事業内容と結果> 3自治体において以下の事業を実施(※各自治体の事業内容の詳細については別紙参照)

	静岡県	大阪府	熊本市
事業実施圏域数(全圏域数)	1(7)	16(18)	1(1)
支援対象となる精神科病院数(全精神科病院数)	1(38)	50(62)	7(20)
事業内容	実施 (1)精神科病院職員研修 (2)体験談プログラム (3)高齢入院患者地域支援プログラム	実施 (1)精神科病院職員研修 (体験談プログラム、事業所体験プログラム、医療保護入院者退院支援委員会推進については、地域生活支援事業で実施)	実施 (1)精神科病院職員研修 (2)体験談プログラム (3)高齢入院患者地域支援プログラム
3. 地域生活の支援	賃貸住宅を利用した外出泊体験	スーパーバイザーの派遣	スーパーバイザーの派遣 長期入院者への意向調査
事業実施圏域の地域移行支援利用者数	平成27年度 新規利用者数 2人 平成27年度末 利用者数 3人	平成27年度 新規利用者数 31人 平成27年度末 利用者数 21人	平成27年度 新規利用者数 0人 平成27年度末 利用者数 0人
事業実施圏域の入院精神障害者数(各年6月30日現在)	平成26年度 1年未満 338人(39.6%) 1年以上 516人(60.4%) 平成27年度 1年未満 313人(39.7%) 1年以上 476人(60.3%)	平成26年度 1年未満4,378人(39.67%) 1年以上6,679人(60.4%) 平成27年度 1年未満4,421人(40.4%) 1年以上6,526人(59.6%)	平成26年度 1年未満1,091人(39.0%) 1年以上1,709人(61.0%) 平成27年度 1年未満1,162人(41.3%) 1年以上1,649人(58.7%)
ピアサポーターの養成(研修)状況(実人員)	平成20年から「退院促進ピアサポーター事業」を実施しているか統一した養成研修は実施せず、各委託事業所が独自に養成している状況。 平成27年「退院促進ピアサポーター強化事業」により活動したピアサポーター数 126人	平成20年から「退院促進ピアサポーター事業」を実施しているか統一した養成研修は実施せず、各委託事業所が独自に養成している状況。 平成27年「退院促進ピアサポーター強化事業」により活動したピアサポーター数 126人	養成(研修)開始時期 平成24年 養成(研修受講)者数(累計) 88人 うち平成27年度新規養成者数 15人

(別紙) 平成27年度 長期入院精神障害者地域移行 実施内容

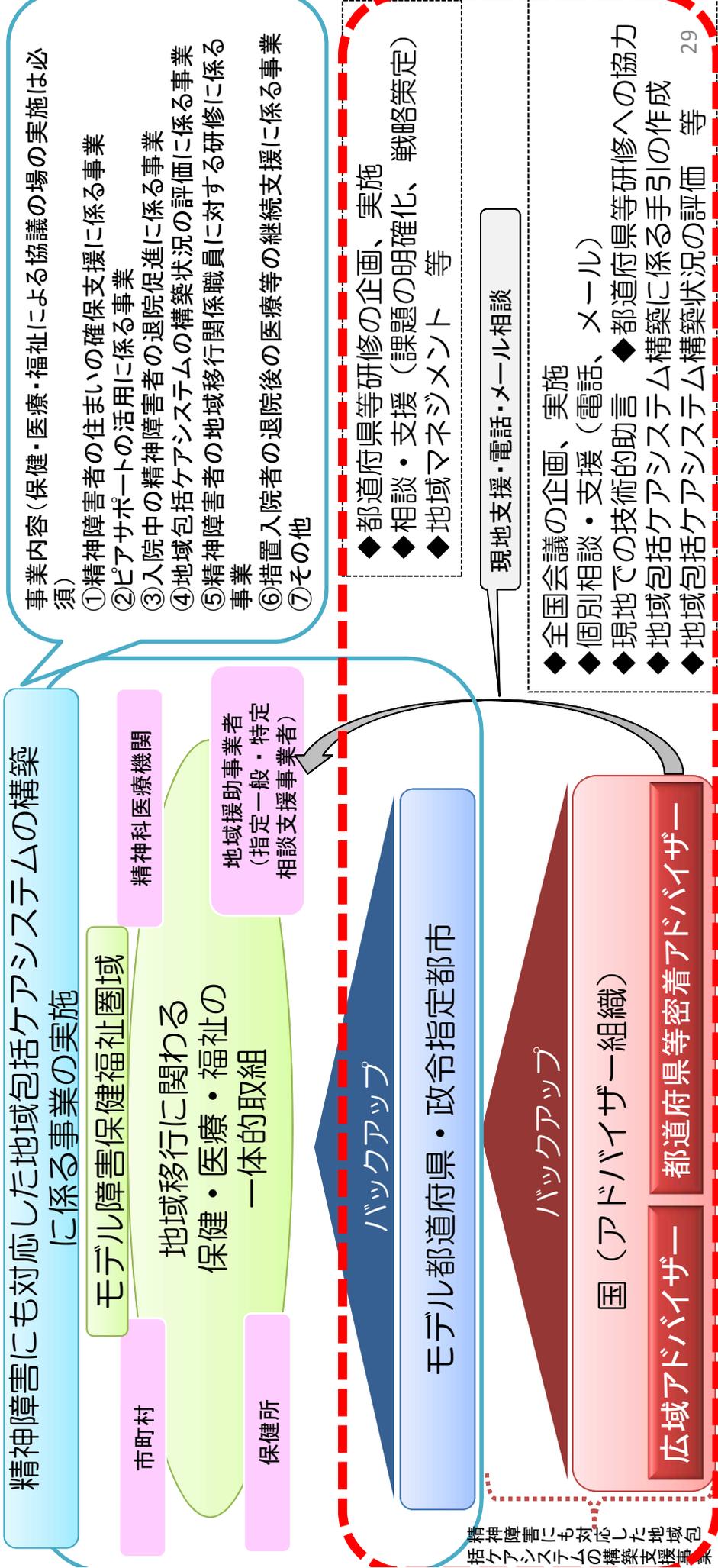
1. 地域移行連携推進会議	
静岡県	県自立支援協議会地域移行部会及び圏域自立支援協議会地域移行推進連携会議として位置づけ。それぞれ、事業評価会議及び担当者会議として実施。会議のメンバーは、各関係団体、学識経験者、保健師、自治体職員等。
大阪府	府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループを本事業の地域移行推進連携会議として位置づけ。会議のメンバーは相談支援事業者、学識経験者、看護師、医師、自治体職員等。
熊本市	市精神障がい者地域移行支援部会及び地域移行支援協議会を本事業の地域移行推進連携会議として位置づけ。会議のメンバーは、各医療機関の精神保健福祉士、看護師等、相談支援専門員、保健師、市職員等。
2. 精神科病院からの退院に向けた支援	
(1) 精神科病院職員研修	
静岡県	支援対象となる精神科病院の職員に対し、地域生活に移行可能な入院中の精神障害者の地域移行を促進するために、医療機関において地域移行を促進していく中核的な人材を育成することを目的に「地域移行支援における看護職員の役割と多職種連携」として1回実施。
大阪府	府内の精神病床を有する病院の職員に対し、全体研修として「長期入院患者の地域移行の取り組みの視点について・精神科病院(5病院)からの実践報告」をテーマに1回実施。また、各病院ごとに地域移行に関する理解促進等を目的とした院内研修を実施。
熊本市	連携会議参加者に対し、「看護の視点による地域移行・地域定着支援について」「相談支援事業所の活動紹介」「地域移行支援のポイント説明」「医療機関における地域移行支援について(実践報告)」のテーマで計4回実施。
(2) 体験談プログラム	
静岡県	実際の退院者から退院までの経緯、現在の生活等についての体験談を聞く座談会を月1回(計12回)開催。当プログラムと個別の外出支援を合わせること、退院に対する患者の言動に変化認められている。
大阪府	(都道府県地域生活支援事業により、退院促進ピアサポーター活動として「体験談プログラム」「病棟訪問プログラム」「事業所体験プログラム」を実施)
熊本市	精神科病院からの依頼に対してピアサポーターを派遣。入院患者との茶話会・体験談発表・レクレーション等を通しての交流の機会を2医療機関等で計9回開催。ピアサポーターと入院患者との交流が深まり、地域生活をイメージするきっかけづくりにつながっている。
(3) 高齢入院患者地域支援プログラム	
静岡県	本事業参加病院は平成25年度より高齢入院患者地域支援事業※を実施していた。
熊本市	多職種の支援スタッフがチームとなり、退院支援を48名に実施し(平成25年度からの支援開始を含む)、うち13名が退院した。 本事業参加病院のうち当該プログラム参加病院は3病院あり、平成24年度より高齢入院患者地域支援事業※を実施していた。長期入院高齢患者に対し多職種チームによる退院支援を3名に実施し(平成24年度からの支援開始を含む)、うち1名が退院した。
※高齢入院患者地域支援事業:精神科病院に入院している概ね60歳以上の高齢入院患者(主診断名が統合失調症の者)を対象に、病院内の医師、看護師、精神保健福祉士等の多職種と、相談支援専門員や介護支援専門員といった地域の関係者がチームとなり、障害福祉サービス事業者等と十分に連携の下、退院に向けた支援を行う。	
3. 地域生活の支援	
静岡県	<賃貸住宅を利用した外出、外泊体験> 地域の賃貸住宅の一室を体験用の部屋として借り上げ、見学ツアーの実施、食事、調理、テレビ視聴、家事体験(掃除洗濯等)等の日中体験、外泊体験等の体験プログラムを13名に実施し、うち1名が退院した。
大阪府	<スーパーバイザーの派遣> 「精神障がい者地域移行アドバイザー」を各圏域に配置し、地域からの精神科病院への働きかけに加え、精神科病院が企画する退院支援プログラムへの支援や、新たに地域移行の働きかけを行う事業所(基幹相談支援センターなど)や市町村自立支援協議会などに対して、これまでのノウハウをもとにアドバイザーを提供。各圏域17事業所がアドバイザーを受託し、計1,759回の活動を実施。
熊本市	<スーパーバイザーの派遣> 関係機関からの相談や講師派遣依頼時に、スーパーバイザーを派遣する(地域体制整備アドバイザー3名で対応)。また、デイケア・地域活動支援センターへピアサポーターを派遣し、利用者との日常生活に関する意見交換を行い再発予防を図る。
熊本市	<長期入院者への意向調査> 市内の精神科病院の長期入院者に対し、地域移行に関する意向調査(抽出調査)として、退院の希望と時期、退院後の住まい、サービス、支援等について調査を実施。18病院(約350名)より回答が得られた。

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

【新規 平成29年度予算案：37,500千円】

○国は、都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等）と連携しながらモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）を支援する取組を段階的に拡大し、好事例のノウハウの蓄積と横展開により精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を支援する。

○都道府県等は計画的に地域の基盤を整備するとともに、推薦した都道府県等密着アドバイザーと連携しながらモデル圏域における保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、地域移行の推進の仕組みづくりに携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築する。また、都道府県等全域への普及を図る。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

アドバイザーの役割

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業の実施に取り組むモデル障害保健福祉圏域（以下、モデル圏域）に対し、都道府県及び政令指定都市（以下、都道府県等とする）の担当者と連携して、モデル圏域の関係機関等に対し研修及び個別相談等の技術的支援を行う

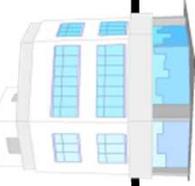
① 広域アドバイザー

- ・ 1～3都道府県等を広域的に担当、国（委託先）が選任
- ・ 地域移行推進の実践経験のある保健・医療・福祉関係者を想定
- ・ 地域移行の実践経験をいかし、保健・医療・福祉による協議の場の体制整備、住まいの確保支援、ピアサポーターの養成、退院支援プログラム、地域包括ケアシステムの実態把握等について、都道府県等の担当者及び都道府県等密着アドバイザーに具体的にアドバイスする。

② 都道府県等密着アドバイザー

- ・ 所在（モデル圏域）の1都道府県等を担当、都道府県等の推薦を受け、国（委託先）が選任
- ・ 行政、医療、福祉分野から各1名程度（計3名程度の複数名のチーム）
- ・ 担当都道府県等のモデル圏域（3圏域程度を想定）の担当者が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向け精神障害者の地域移行を実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援を行う。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援とは



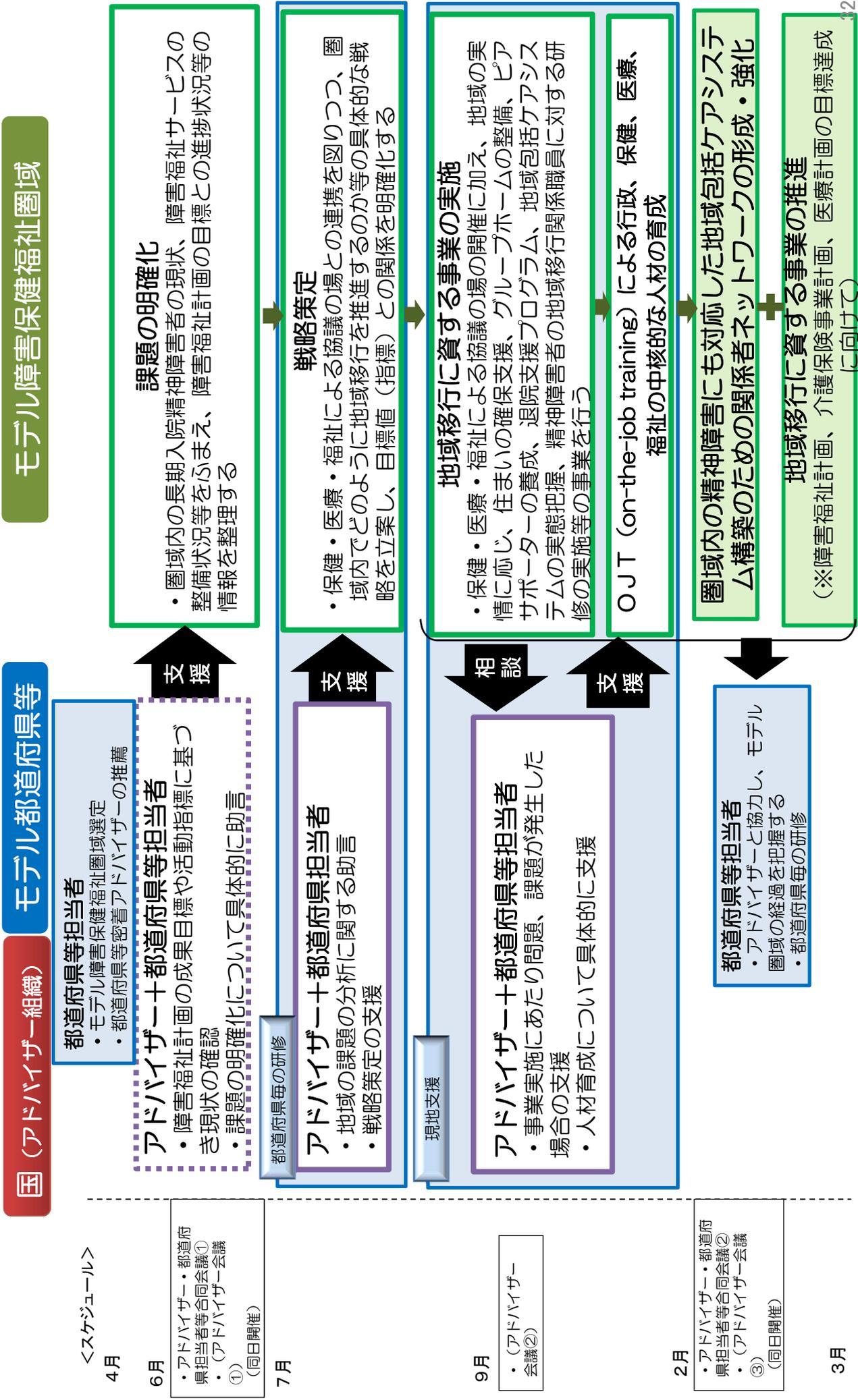
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築強化プログラム

<コンセプト>

- ◆ 保健・医療・福祉関係者が情報共有や連携を行う協議の場の構築
- ◆ 障害保健福祉圏域及び市町村ごとの協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制の構築の推進
- ◆ 障害福祉計画、医療計画で示された目標の達成に向けた取り組みの強化
- 保健・医療・福祉による協議の場は定期的な開催を原則とする（1ヶ月に1回程度）
- 協議の場においては個別事例の検討、各計画の進捗状況の確認（PDCAサイクルの実施）等を行う
- ピアサポーターの活躍の場の拡大のためのピアサポーターの養成等に取り組み



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 都道府県・政令指定都市（都道府県等）の役割



難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

28年度予算 4,800千円 → 29年度予算案 4,136千円

難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院しても、クロザピンやmECT等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、地域の実情に応じた複数の地域連携モデルを明らかにする。

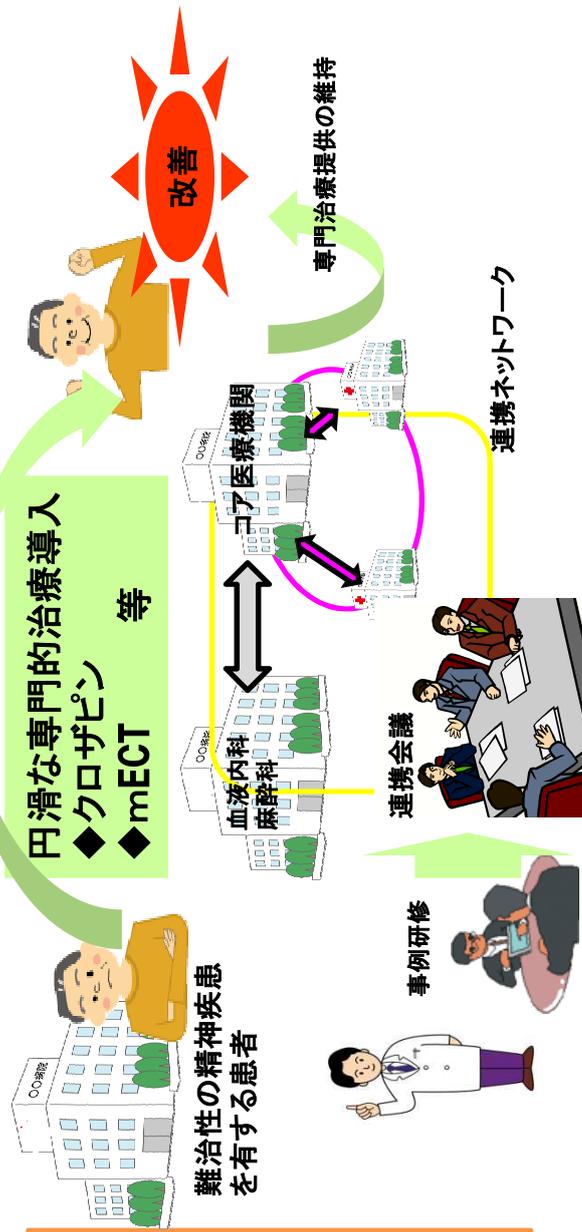
現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないといわれている。これら治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
- ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
- ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

クロザピン(CLZ)について(参考)

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。
治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症(※)で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→ **緊急入院治療を血液内科で行う必要がある**

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。

(参考:クロザピン処方率)

ドイツ	14%
中国	24.6%
オーストラリア	26%
ニュージーランド	32.8%
日本	0.6%

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

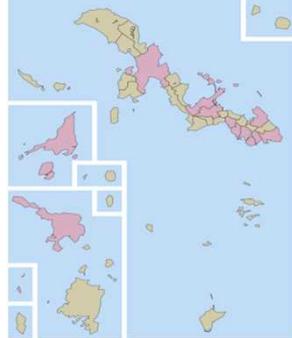
沖縄県の取り組み

～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

○CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
 ○連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロナズピン[®]の導入・使用維持が可能となる。
 ○入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロナズピン[®]使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

人口	1,414,120	人
面積	2,281	km ²
市町村の数	41	自治体
単科精神科病院の数	18	病院
精神病床数	5,412	床
入院後3ヶ月時点の退院率	69.2	%
入院後1年時点の退院率	86.8	%
平均在院日数	274.1	日



【沖縄県の役割】

○ 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整

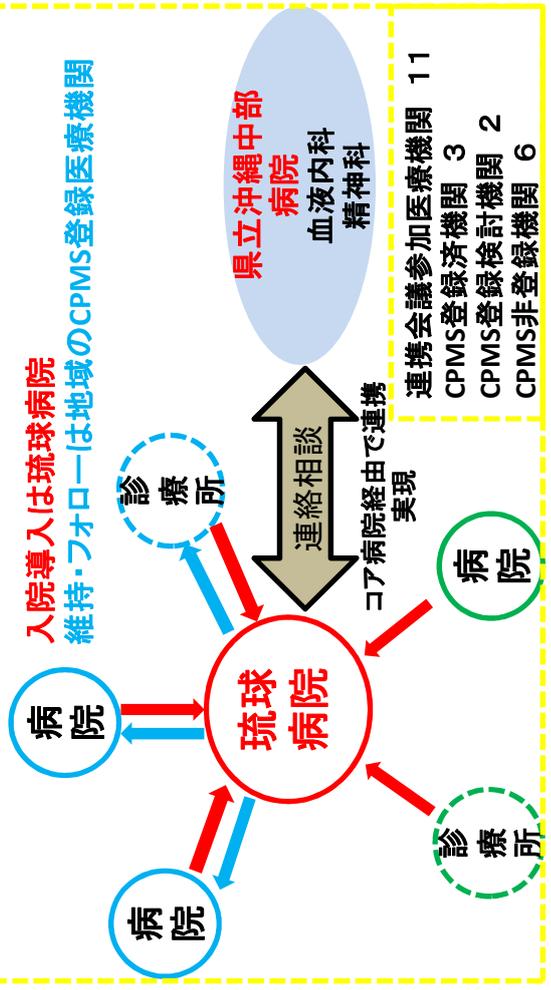
【琉球病院（コア医療機関）の役割】

○ CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率(一般精神病床)	63.2	%
入院後1年時点の退院率(一般精神病床)	90.4	%
平均在院日数(一般精神病床)	201	日

【具体的体制】

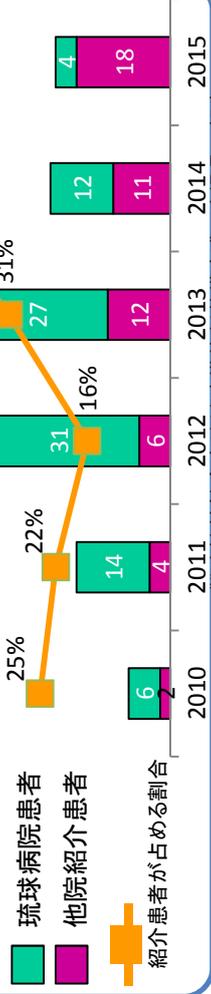
○ コア医療機関 ○ CPMS登録医療機関
 ○ CPMS非登録医療機関



【地域連携の効果】

○ 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。

CLZ導入症例数の推移



(参考：国立病院機構
琉球病院の基本情報)

- 単科精神科病院(リングホスピタル)で不安なくクロザピンを使用できるよう、①連携総合病院(コアホスピタル)のいずれかが無顆粒球症患者を必ず受け入れる体制、②単科精神科病院と、連携総合病院で担当者同士の顔の見える関係を維持し、重篤な副作用を発生する前から各総合病院との情報共有・相談、という2つの安心を実現することによって、難治性精神疾患地域連携体制を構築。(クロザピン・サターンプロジェクト)
- 千葉県は医療計画に治療抵抗性統合失調症治療薬の適切な使用の普及を明記し、連携体制を推進。

【千葉県の基本情報(平成27年10月現在)】

人口	6,207,990	人
面積	5,158	km ²
市町村の数	54	自治体
単科精神科病院の数	40	病院
精神病床数	12,936	床

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】

院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入

【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】

コアホスピタルへの早期の情報提供や相談

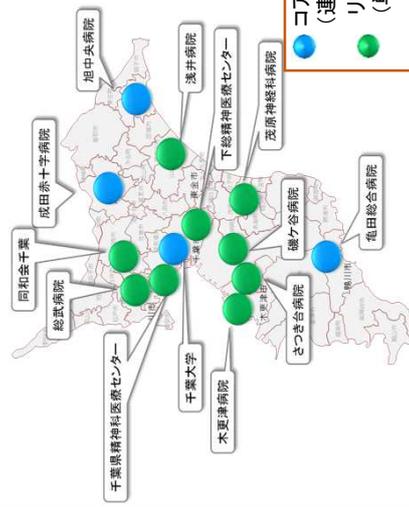
【千葉県】

各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かし

て、連携体制構築における課題を解決

【県】

医療計画等の医療政策へ反映



【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

【連携総合病院(コアホスピタル)の取組】

精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

【単科精神科病院(リングホスピタル)の取組】

大学病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

【既存の取組のサターンプロジェクトによる統合】

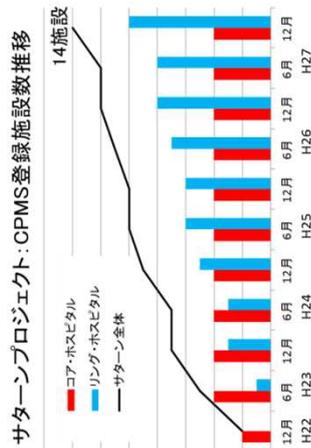
- ・ 千葉大研修参加者有志にプロジェクト協力の呼びかけを行い、連携体制を構築
- ・ 千葉大病院の病棟主任実務者が、コアホスピタル他科担当から現場連携の相談をメールで受け付け、課題をリスト化して各リングホスピタル担当者に配布共有することで、総合病院リエゾン連携のような顔の見える連携を、プロジェクト内他科・精神科間連携にも拡大
- ・ 定期的派遣訪問で連携に係る問題の解決を図り、良好な関係を維持

プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

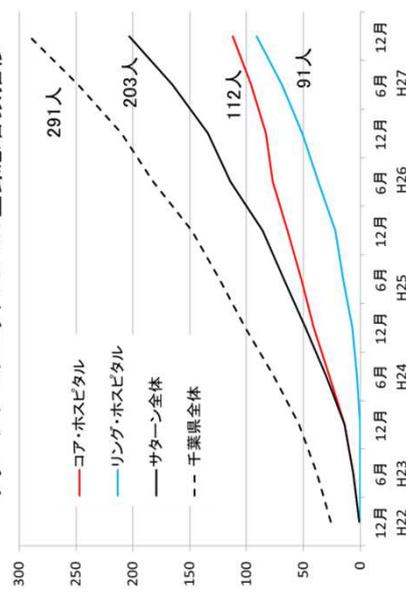
【アウトカム】(平成27年12月現在)

CPMS登録施設: 14施設

CPMS登録患者数203名



サターンプロジェクト: CPMS登録患者数推移



精神障害者地域生活支援広域調整等事業
（地域生活支援広域調整会議等事業）（改正）

【精神障害者地域移行・地域定着推進協議会】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場として、都道府県、市町村、精神科病院の医師、相談支援事業所、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を設置することとしている。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指し、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築が重要であり、第5期障害福祉計画の成果目標としても圏域ごとの協議の場の設置が求められる予定である。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を更に推進させるため協議会の設置主体を保健所設置市及び特別区まで拡大する予定。

実施主体

平成28年度

都道府県又は指定都市



平成29年度

都道府県、指定都市、保健所設置市又は特別区

主な精神障害者地域生活支援広域調整等事業の平成27年度の実施状況

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
1	北海道	×	×	×
2	青森県	×	×	×
3	岩手県	○	×	×
4	宮城県	○	×	×
5	秋田県	○	×	×
6	山形県	×	×	×
7	福島県	×	×	×
8	茨城県	○	×	×
9	栃木県	○	×	○
10	群馬県	○	×	○
11	埼玉県	○	×	○
12	千葉県	○	×	○
13	東京都	○	○	○
14	神奈川県	○	×	○
15	新潟県	○	×	○
16	富山県	○	○	○
17	石川県	○	×	○
18	福井県	×	×	×
19	山梨県	×	×	×
20	長野県	○	×	×
21	岐阜県	○	×	○
22	静岡県	×	○	×
23	愛知県	○	×	○

番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
24	三重県	○	×	○
25	滋賀県	×	×	×
26	京都府	×	×	×
27	大阪府	×	×	○
28	兵庫県	○	×	×
29	奈良県	×	×	×
30	和歌山県	×	×	○
31	鳥取県	×	×	×
32	島根県	×	×	○
33	岡山県	○	×	○
34	広島県	×	×	×
35	山口県	×	×	×
36	徳島県	×	×	○
37	香川県	○	×	×
38	愛媛県	×	×	○
39	高知県	×	×	○
40	福岡県	○	×	×
41	佐賀県	×	×	×
42	長崎県	×	×	×
43	熊本県	×	×	×
44	大分県	○	×	×
45	宮崎県	○	×	×
46	鹿児島県	○	×	×
47	沖縄県	○	×	○

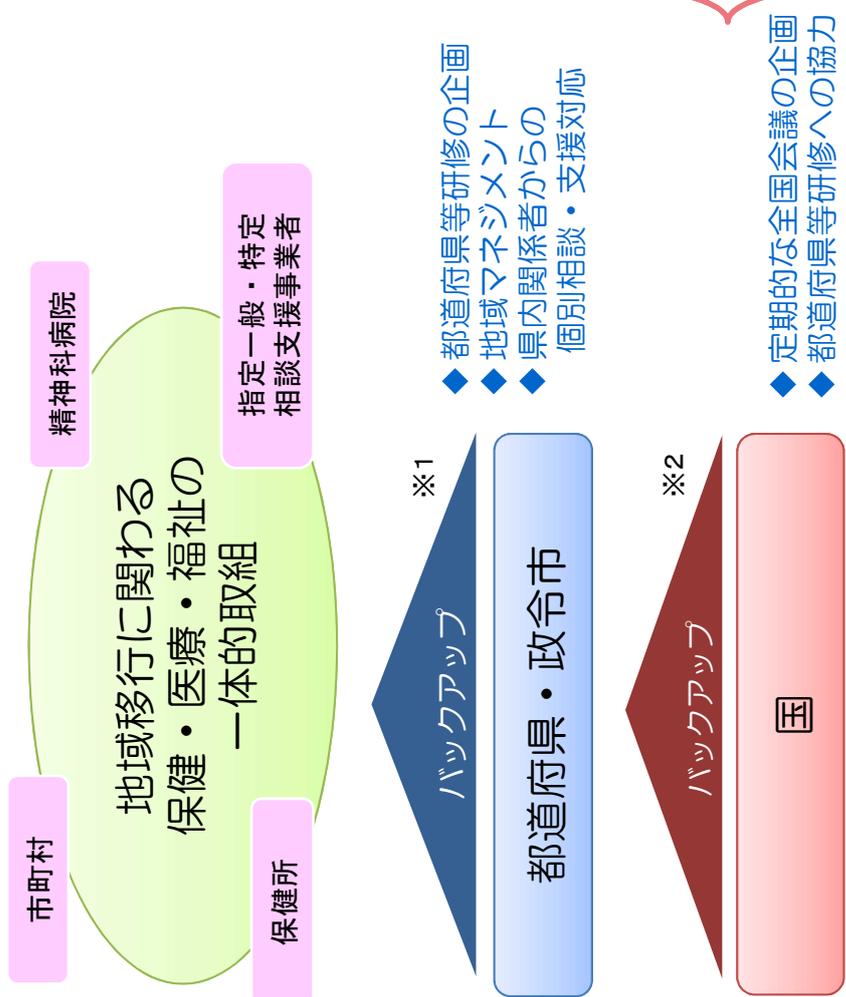
番号	自治体	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会	アウトリーチ事業	ピアサポートの活用
48	札幌市	×	×	○
49	仙台市	×	×	×
50	さいたま市	×	×	×
51	千葉市	×	×	×
52	横浜市	×	×	×
53	川崎市	×	×	×
54	相模原市	×	×	×
55	新潟市	×	×	×
56	静岡市	×	×	×
57	浜松市	×	×	×
58	名古屋市	×	×	×
59	京都市	○	×	○
60	大阪市	○	×	○
61	堺市	×	×	×
62	神戸市	×	×	○
63	岡山市	×	×	○
64	広島市	×	×	×
65	北九州市	○	×	×
66	福岡市	×	×	×
67	熊本市	×	×	×
合計		28	3	25

平成27年度地域生活支援事業費補助金及び障害者総合支援事業費補助金の事業実績報告書より

精神障害者の地域移行の推進

○長期入院精神障害者の地域移行推進のため、都道府県等（都道府県・政令市）の実践的な取組を共有するとともに、他の都道府県等とのネットワーク形成を支援することにより好事例の横展開を図る

○都道府県等において、関係者による協議の場の設置、ピアサポーターの活躍の場の拡大、地域移行に取り組む人材の育成、市町村支援の強化等に関する取組を推進する



※1 障害者総合支援法第2条第2項第1号第2条第2項 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。
第1号 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。

※2 障害者総合支援法第2条第3項第2条第3項 国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他のこの法律に基づき業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

- 平成28年3月2日「中核的人材育成研修フオロワーアップ会議」(44自治体、161名の参加)
 <プログラム(例)>
 【報告】テーマ「自治体における人材育成・地域移行の取組」
 【講義】「地域移行を進めるために保健所を中心とした取組み」 など
- 平成28年6月30日「精神障害者の地域移行担当者等会議」(60自治体、218名の参加)
 <プログラム>
 【報告】「長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業の取組と成果～地域移行推進連絡会議の効果的な進め方～」
 【発表】「精神障害者地域移行・地域定着推進協議会(協議会の専門部会含む)の設置の進め方と課題」
 【講義】「地域移行を進めるための仕組み作り～保健所と事業者とピアの協働～」 「相談支援事業所の活動の実際」 など

資料掲載ホームページ: <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000004473.html>

- 平成29年2月16日「第2回 精神障害者の地域移行担当者等会議」(58自治体、207名の参加)
 <プログラム>
 【講義】「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた協議会の活用について」
 ～行政・病院・福祉・ピアの取組推進～ パネルディスカッション
 【演習・発表】「地域で地域移行を推進し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のための戦略をブラッシュアップしよう」 など

精神保健福祉資料の見直し（630調査の改善）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が連動するように、より速やかに地域の実態を把握することのできる指標を盛り込んだ精神保健福祉資料へと見直しを行う。

現状・課題

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

対応方針（精神保健福祉資料の見直し、630調査の改善、NDBの活用）

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

現状

H30から

※3ヶ月以内再入院率を含めモニタリングに有用な指標の活用を検討する 40

3 精神科救急医療体制の整備について

(1) 平成29年度精神科救急医療体制整備事業の実施について

精神科救急医療体制整備事業については、平成20年5月26日付け障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神障害保健課長通知の別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により実施しているところであり、平成28年9月20日付け障発第0920第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知により実施要綱の一部改正をお知らせしたところである。

当該事業に関して、以下の3点をご留意いただくようお願いしたい。

1点目、平成28年12月8日にとりまとめられた「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」報告書を踏まえ、当該事業の精神科救急医療体制連絡調整委員会等を活用し、措置入院の適切な運用の在り方について、精神科医療関係者や都道府県、市町村、警察等の関係者の相互理解を推進するよう努められたい。

2点目、身体合併症を有する精神障害者が必要な医療を受けられるよう、精神科救急医療圏域毎に、身体科と精神科との連携体制の構築が図られるよう取り組んでいただきたい。この際、圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会を活用されたい。

3点目、関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対して、精神科救急医療体制連絡調整委員会等で検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルールの周知徹底を図られたい。また、個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解に努められたい。

各都道府県におかれては、本事業を通して、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に引き続き努めていただきたい。

(2) 精神科救急における消防機関と関係他機関の連携について

今般、消防庁主催の「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会」において、精神疾患と身体疾患の合併症の困難事例の解消に向けた検討をしており、円滑な救急搬送のためには、精神科の医療関係者や救急の医療関係者をはじめ、消防関係者等が、平時から、会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの意見がとりまとめられた。

当該趣旨を踏まえ、平成28年12月26日障精発1226第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神障害保健課長通知により、各都道府県・指定都市に対して、精神科救急医療体制の確保にあたり、積極的に消防関係者等との連携を図っていただくよう、関係者への周知を依頼したところである。

引き続き、消防関係者等との連携強化に努めていただきたい。

精神科救急医療体制整備事業

平成28年度予算額 14億円 → 平成29年度予算案 16億円

【目的】 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(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

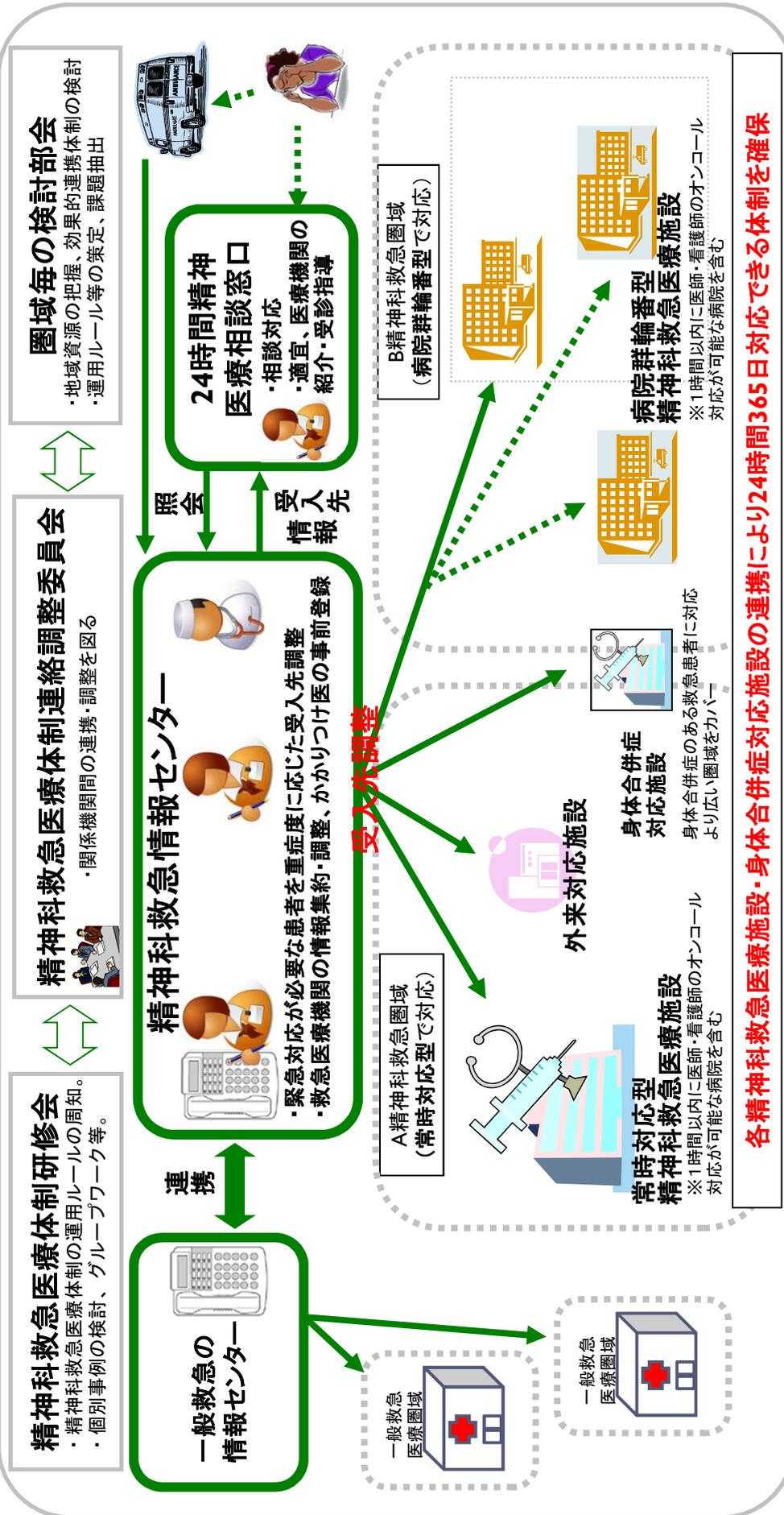
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

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

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



4 自立支援医療について

(1) 負担上限額の経過的特例措置について

障害者総合支援法施行令附則第 12 条及び第 13 条に基づく、自立支援医療の支給認定に係る政令で定める基準及び負担上限月額 of 経過的特例※については、平成 30 年 3 月 31 日までとされており、この経過的特例の平成 30 年 4 月 1 日以降の取扱いについては、平成 29 年末頃までに決定する予定である。

平成 29 年度の支給認定に関して、経過的特例の対象となる方が、平成 30 年 4 月 1 日以降も自立支援医療を受けることが必要と判断される場合は、平成 28 年 12 月 22 日付事務連絡のとおり、受給者証に経過的特例が延長された場合の有効期間を別途記載することで、仮に平成 30 年 4 月 1 日以降も経過的特例が延長された場合の手続きを不要とすることができることとしているので、適宜の対応をよろしくお願いしたい。

※経過的特例

- 1 高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）の方については、市町村民税の所得割の額が 23 万 5 千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象としている経過的特例
- 2 負担上限月額を、高額治療継続者で市町村民税所得割の額が 23 万 5 千円以上の方については 2 万円、育成医療の中間所得層（市町村民税所得割額が 23 万 5 千円未満）の方については、市町村民税所得割 3 万 3 千円未満の世帯は 5 千円、市町村民税所得割 3 万 3 千円以上 23 万 5 千円未満の世帯は 1 万円としている経過的特例

(2) 精神通院医療の支給認定等におけるマイナンバーの取扱いについて

自立支援医療（精神通院医療）の支給認定等の事務（以下、「当該事務」という。）における市町村の個人番号の取扱いについて、平成 27 年 12 月 28 日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課／障害福祉課／精神・障害保健課事務連絡「障害保健福祉分野における番号制度の取扱いに係る留意事項等について」（以下「12 月 28 日付事務連絡」という。）の Q & A 9 番において、「実態として市町村が事務を行っている場合には、都道府県と市町村の間に委託関係が成立していると考えられることから、市町村を個人番号利用事務実施者と解して問題ない。」と整理していたところである。

この取扱いについて、今般、内閣官房番号制度推進室との調整を行った結果、市町村が個人番号を利用して当該事務を行うためには、実態として市町村が事務を行っているだけでなく、各都道府県において、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 17 の 2 第 1 項に基づく事務処理特例条例を制定する等、明文の規定に基づいて、市町村が当該事務を行う者

として位置づけることが必要との整理を行ったところである。

このため、市町村が当該事務を行うこととする都道府県におかれては、早期に事務処理特例条例を制定し、当該事務を市町村に移譲していただくようお願いする。

なお、12月28日付事務連絡のQ & A 9番については、このことを踏まえた所要の対応が各自治体において行われた後に廃止することとするので、併せて御承知願いたい。

5 障害支援区分の認定について

(1) 障害支援区分の適切な認定の推進について

障害支援区分については、社会保障審議会障害者部会等において審査判定実績に地域差が見られる等の指摘があったことを受け、平成27年度に制度の運用における課題を把握するための実態調査を行い、

- ①制度の趣旨や運用を周知徹底し、市町村審査会による適正な審査を担保すること
 - ②都道府県が実施する研修の充実と参加促進を図り、認定調査員・審査会委員・主治医の質的担保を図ること
 - ③上位区分への構成割合のシフト等、障害支援区分の審査判定の傾向について引き続き分析を行うこと
- が今後の課題として把握された。

これらの結果を受け、国としても、市町村の実際の認定状況を調査する事業や、市町村審査会を訪問し実態を把握する事業に平成28年度より取り組んでおり、平成29年度においても引き続き実施する予定である。

平成28年度事業の結果については今後とりまとめの上、情報提供する予定だが、平成29年度事業の実施について引き続きご理解をお願いしたい。

なお、平成28年度事業において把握された、障害支援区分の適切な認定のための自治体独自の取組について参考資料に添付しているので、管内市区町村へ情報提供されたい。

また、障害支援区分の適切な運営のためには、制度の趣旨や障害への理解を深めた上で、法令等の規定に従って認定調査及び審査判定を行うことが重要である。

管内市区町村に対し、法令の規定や制度の趣旨・運用についてあらためて周知し、認定事務を遺漏なく実施できる体制の整備を徹底いただくとともに、都道府県研修会への積極的な参加を呼びかけ、認定調査員及び市町村審査会委員の理解促進に努めるようお願いしたい。

(2) 難病患者等に対する認定マニュアルの活用について

「難病患者等に対する認定マニュアル」は、全国の市町村において難病等に配慮した障害支援区分の認定調査及び市町村審査会における審査判定が円滑に行われるよう、「難病の基本的な情報」、「難病の特徴」、「認定調査の留意点」等を整理し、実際に認定業務に携わる者を対象に作成したものである。

障害者総合支援法の対象となる難病等の範囲については、現在見直しを行っており、平成29年4月施行予定としている。施行後は速やかに本マニュアルを改訂する予定であるので、各都道府県におかれては、管内市町村、関係機関等へ周知いただくとともに、本マニュアルを活用した研修会を開催するなど、障害支援区分認定の適切な実施に向けた取組について御協力をお願い

いしたい。

(3) 障害支援区分認定事務費の一般財源化

市町村における障害支援区分の認定事務に係る経費については、平成27年度まで地域生活支援事業費補助金のメニューとして補助してきたところであるが、

- ・すべての市町村で認定事務が行われ、すでに市町村の事務として同化定着していること、
- ・介護の認定事務に係る経費については、既に一般財源化されていることから、当該経費について平成28年度から一般財源化を行っている。

当該経費に要する所要額については、地方交付税措置を講じているので、管内市区町村へ周知の上、引き続き、円滑な認定事務の実施をお願いする。

障害支援区分の審査判定実績（平成27年10月～平成28年9月※速報値）

1. 全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

二次判定 一次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
		件数	件数	件数	件数	件数	件数		変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	53	23	1	0	0	0	0	77	24	31.2%	-	-
区分1	9	5,932	1,006	74	4	0	0	7,025	1,084	15.4%	9	0.1%
区分2	7	190	45,445	5,970	301	4	2	51,919	6,277	12.1%	197	0.4%
区分3	1	13	422	46,613	4,542	154	6	51,751	4,702	9.1%	436	0.8%
区分4	1	2	19	519	41,155	4,382	156	46,234	4,538	9.8%	541	1.2%
区分5	0	0	1	20	428	32,588	4,764	37,801	4,764	12.6%	449	1.2%
区分6	0	0	0	11	32	399	54,540	54,982	-	-	442	0.8%
合計件数	71	6,160	46,894	53,207	46,462	37,527	59,468	249,789	21,389	8.6%	2,074	0.8%
割合	0.0%	2.5%	18.8%	21.3%	18.6%	15.0%	23.8%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

支援 区分	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
		件数	件数	件数	件数	件数	件数			変更件数	変更率	変更件数	変更率
H26.10 ～H27.9	62	6,078	44,929	51,651	45,554	37,535	63,658	249,467	-	23,361	9.4%	2,066	0.8%
割合	0.0%	2.4%	18.0%	20.7%	18.3%	15.0%	25.5%	-	100.0%				
H26.4 ～H26.9	18	1,896	14,287	15,884	13,973	11,508	16,908	74,474	-	7,839	10.5%	743	1.0%
割合	0.0%	2.5%	19.2%	21.3%	18.8%	15.5%	22.7%	-	100.0%				
H25.10 ～H26.6	155	9,034	27,194	27,605	20,435	19,199	25,750	129,372	-	44,638	34.5%	448	0.3%
割合	0.1%	7.0%	21.0%	21.3%	15.8%	14.8%	19.9%	-	100.0%				
H24.10 ～H25.9	215	15,905	48,899	50,781	36,986	32,476	48,357	233,619	-	81,460	34.9%	773	0.3%
割合	0.1%	6.8%	20.9%	21.7%	15.8%	13.9%	20.7%	-	100.0%				

※データは現在精査中のため今後修正があり得る。

2. 身体障害

一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	26	10	0	1	0	0	0	0	37	11	29.7%	-	-
区分1	2	1,868	20	308	0	0	0	0	2,198	328	14.9%	2	0.1%
区分2	1	48	9,093	929	39	0	0	0	10,110	968	9.6%	49	0.5%
区分3	0	8	170	16,246	1,357	54	2	2	17,837	1,413	7.9%	178	1.0%
区分4	0	2	10	176	11,671	953	28	28	12,840	981	7.6%	188	1.5%
区分5	0	0	0	8	154	12,979	1,353	1,353	14,494	1,353	9.3%	162	1.1%
区分6	0	0	0	0	5	13	187	36,617	36,822	-	-	205	0.6%
合計件数	29	1,936	9,582	17,384	13,234	14,173	38,000	94,338	94,338	5,054	5.4%	784	0.8%
割合	0.0%	2.1%	10.2%	18.4%	14.0%	15.0%	40.3%	100.0%	100.0%	-	-	-	-

(参考) 二次判定結果の実績

支援区分	程度区分	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分		
											変更件数	変更率	変更件数	変更率	
H26.10	件数	38	2,012	9,918	17,479	12,871	13,993	42,269	98,580	-	-	-	-	-	
~H27.9	割合	0.0%	2.0%	10.1%	17.7%	13.1%	14.2%	42.9%	100.0%	-	-	5,624	5.7%	826	0.8%
H26.4	件数	11	673	3,444	5,530	3,925	4,194	9,642	27,419	-	-	-	-	-	
~H26.9	割合	0.0%	2.5%	12.6%	20.2%	14.3%	15.3%	35.2%	100.0%	-	-	1,732	6.3%	324	1.2%
H25.10	件数	65	2,242	7,467	8,446	6,166	7,505	14,954	46,845	-	-	-	-	-	
~H26.6	割合	0.1%	4.8%	15.9%	18.0%	13.2%	16.0%	31.9%	100.0%	-	-	8,673	18.5%	263	0.6%

3. 知的障害

一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	7	5	0	0	0	0	0	0	12	5	41.7%	-	-
区分1	1	2,144	292	11	0	0	0	0	2,448	303	12.4%	1	0.0%
区分2	2	62	15,120	1,826	92	1	1	1	17,104	1,920	11.2%	64	0.4%
区分3	1	4	174	21,118	2,407	76	5	5	23,785	2,488	10.5%	179	0.8%
区分4	0	0	4	310	28,551	3,607	132	132	32,604	3,739	11.5%	314	1.0%
区分5	0	0	1	12	304	23,470	4,116	4,116	27,903	4,116	14.8%	317	1.1%
区分6	0	0	0	0	18	279	34,934	35,235	35,235	-	-	301	0.9%
合計件数	11	2,215	15,591	23,281	31,372	27,433	39,188	139,091	139,091	12,571	9.0%	1,176	0.8%
割合	0.0%	1.6%	11.2%	16.7%	22.6%	19.7%	28.2%	100.0%	100.0%	-	-	-	-

(参考) 二次判定結果の実績

支援区分	程度区分	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分		
											変更件数	変更率	変更件数	変更率	
H26.10	件数	6	2,132	14,830	22,350	31,003	27,537	42,327	140,185	-	-	-	-	-	
~H27.9	割合	0.0%	1.5%	10.6%	15.9%	22.1%	19.6%	30.2%	100.0%	-	-	13,649	9.7%	1,109	0.8%
H26.4	件数	1	525	4,054	6,099	9,035	8,268	10,959	38,941	-	-	-	-	-	
~H26.9	割合	0.0%	1.3%	10.4%	15.7%	23.2%	21.2%	28.1%	100.0%	-	-	4,308	11.1%	389	1.0%
H25.10	件数	25	2,942	9,809	14,201	14,472	13,991	16,964	72,404	-	-	-	-	-	
~H26.6	割合	0.0%	4.1%	13.5%	19.6%	20.0%	19.3%	23.4%	100.0%	-	-	29,978	41.4%	185	0.3%

4. 精神障害

一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	18	9	0	0	0	0	0	0	27	9	33.3%	-	-
区分1	6	2,112	443	4	46	4	0	0	2,611	493	18.9%	6	0.2%
区分2	4	83	24,037	3,729	199	3	3	1	28,056	3,932	14.0%	87	0.3%
区分3	0	1	112	13,518	1,401	42	2	2	15,076	1,445	9.6%	113	0.7%
区分4	1	0	6	84	6,291	511	18	18	6,911	529	7.7%	91	1.3%
区分5	0	0	0	0	1	60	1,896	154	2,111	154	7.3%	61	2.9%
区分6	0	0	0	4	4	4	26	1,452	1,486	-	-	34	2.3%
合計件数	29	2,205	24,598	17,382	7,959	2,478	1,627	1,627	56,278	6,562	11.7%	392	0.7%
割合	0.1%	3.9%	43.7%	30.9%	14.1%	4.4%	2.9%	2.9%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

支援区分	H26.10 ~H27.9	件数	割合	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
													変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分	H26.4 ~H26.9	5	0.0%	764	7,663	5,502	2,664	766	563	3.1%	17,927	-	2,634	14.7%	115	0.6%
程度区分	H25.10 ~H26.6	71	0.3%	4,264	11,682	7,820	2,477	948	671	2.4%	27,933	-	11,456	41.0%	56	0.2%
				23	2,179	22,752	16,305	7,355	2,375	1,669	52,658	-	7,058	13.4%	338	0.6%
				0.0%	4.1%	43.2%	31.0%	14.0%	4.5%	3.2%	100.0%					
				0.0%	4.3%	42.7%	30.7%	14.9%	4.3%	3.1%	100.0%					
				71	4,264	11,682	7,820	2,477	948	671	27,933	-	11,456	41.0%	56	0.2%
				0.3%	15.3%	41.8%	28.0%	8.9%	3.4%	2.4%	100.0%					

5. 難病

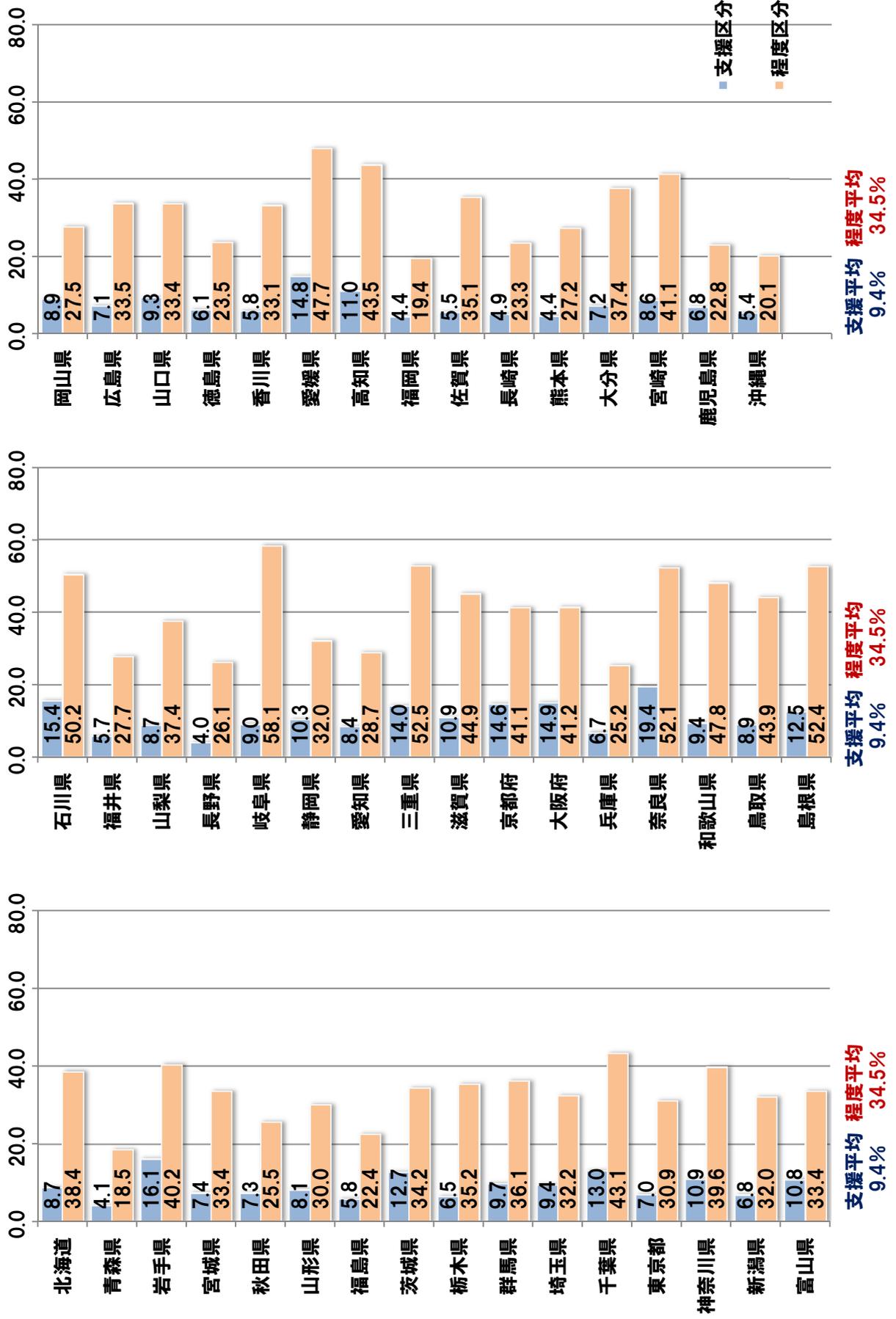
一次判定	二次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0.0%	-	-
区分1	0	97	20	0	0	0	0	0	117	20	17.1%	0	0.0%
区分2	1	4	407	48	2	0	0	0	462	50	10.8%	5	1.1%
区分3	0	0	8	646	62	4	1	1	721	67	9.3%	8	1.1%
区分4	0	0	0	0	8	398	46	0	452	46	10.2%	8	1.8%
区分5	0	0	0	0	0	3	333	38	374	38	10.2%	3	0.8%
区分6	0	0	0	0	0	0	4	894	898	-	-	4	0.4%
合計件数	3	101	435	702	465	387	933	933	3,026	221	7.3%	28	0.9%
割合	0.1%	3.3%	14.4%	23.2%	15.4%	12.8%	30.8%	30.8%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

支援区分	H26.10 ~H27.9	件数	割合	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
													変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援区分	H26.4 ~H26.9	1	0.1%	35	114	181	105	80	151	22.6%	667	-	53	7.9%	6	0.9%
程度区分	H25.10 ~H26.6	2	0.6%	38	90	91	41	34	55	15.7%	351	-	70	19.9%	1	0.3%
		0	0.0%	70	320	563	317	246	534	26.0%	2,050	-	171	8.3%	21	1.0%
				0.0%	3.4%	15.6%	27.5%	15.5%	12.0%	26.0%	100.0%					
				0.1%	5.2%	17.1%	27.1%	15.7%	12.0%	22.6%	100.0%					
				2	38	90	41	34	55	15.7%	351	-	70	19.9%	1	0.3%
				0.6%	10.8%	25.6%	25.9%	11.7%	9.7%	15.7%	100.0%					

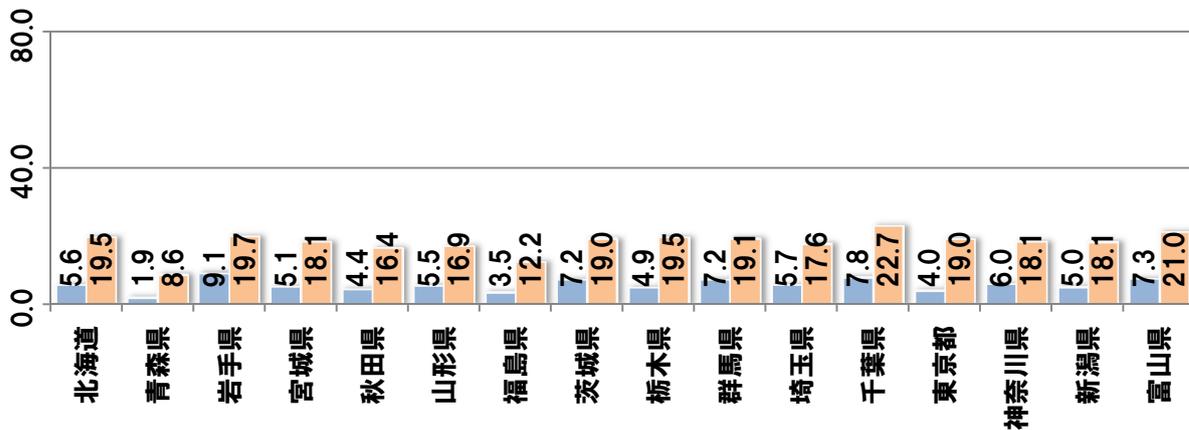
都道府県別 上位区分変更率（二次判定での引き上げ率）※速報値

全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

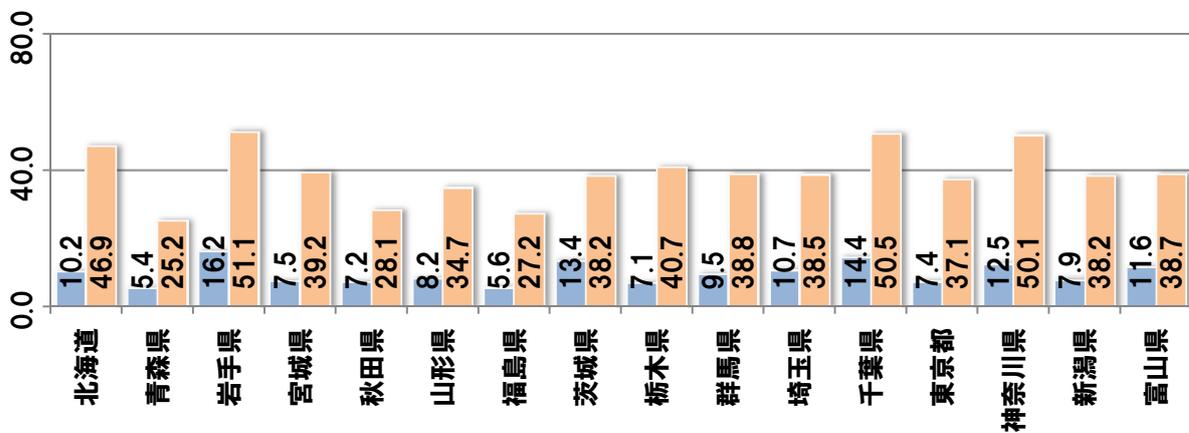


障害種別 上位区分変更率

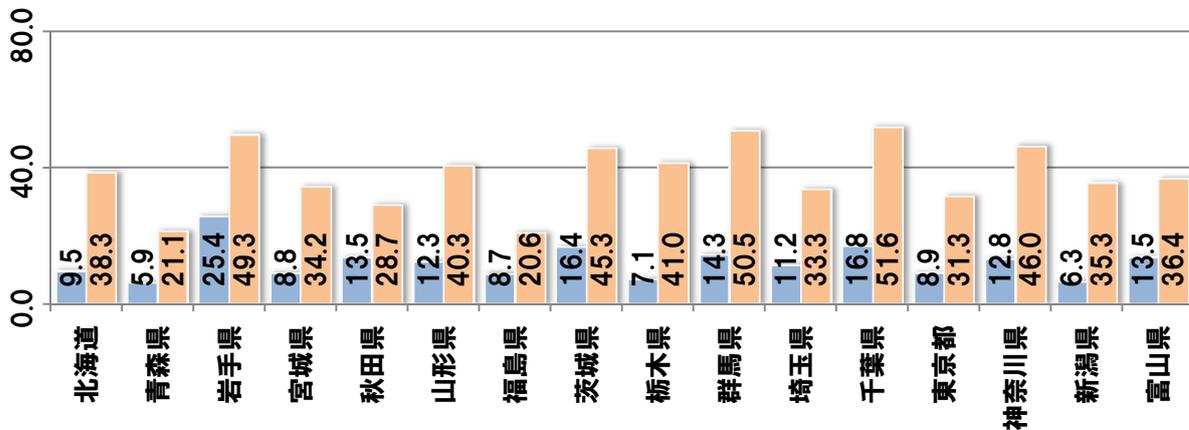
身体障害



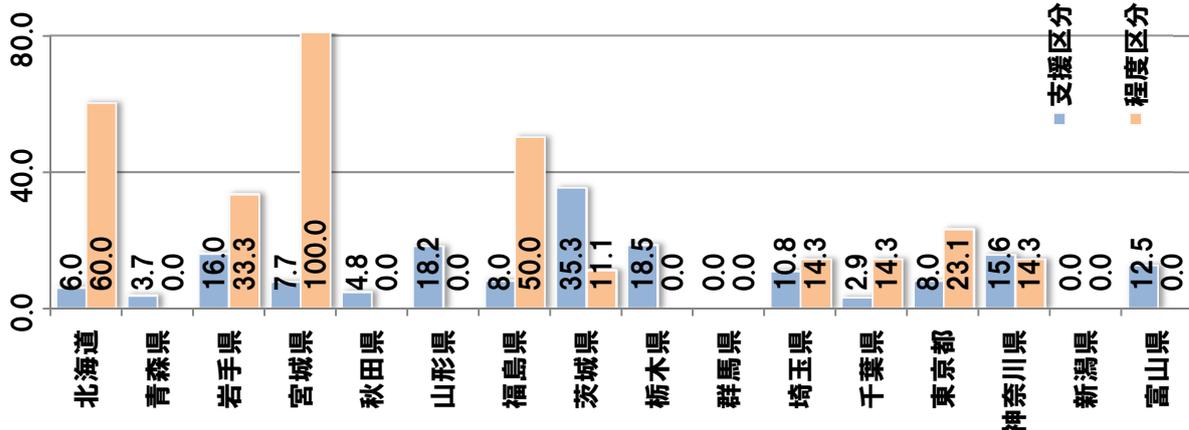
知的障害



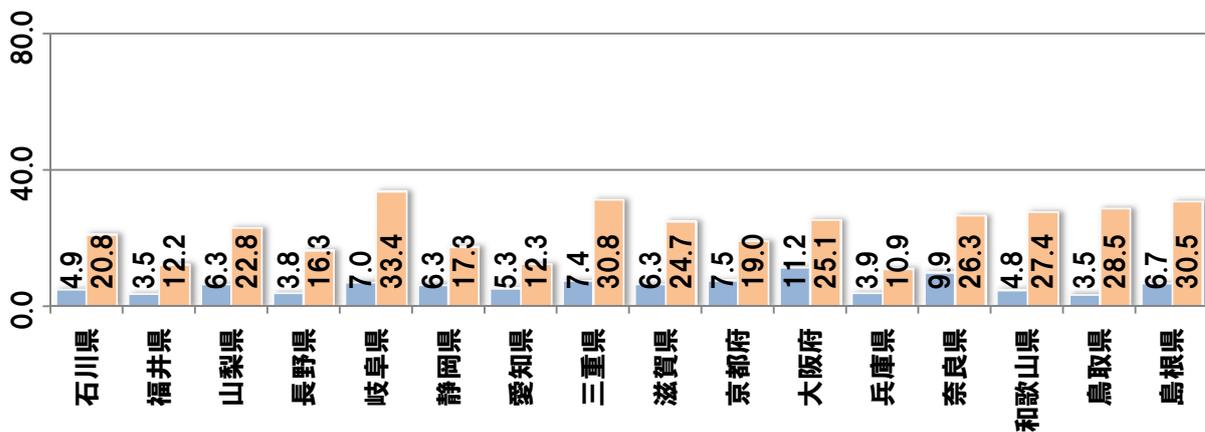
精神障害



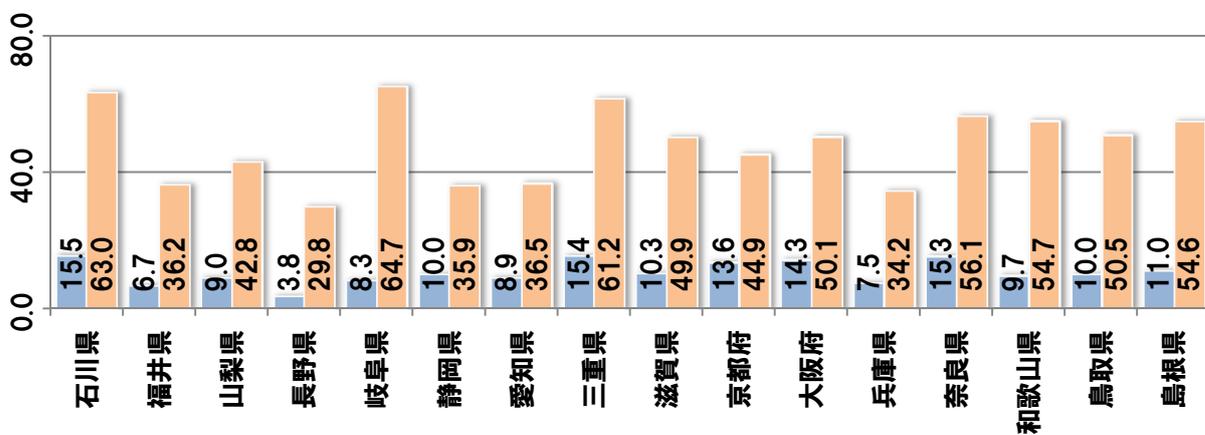
難病



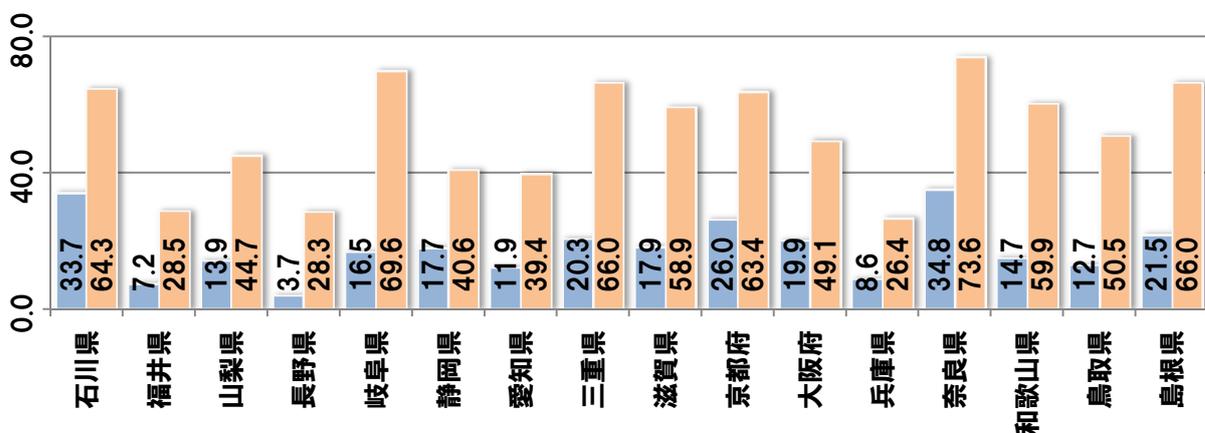
身体障害



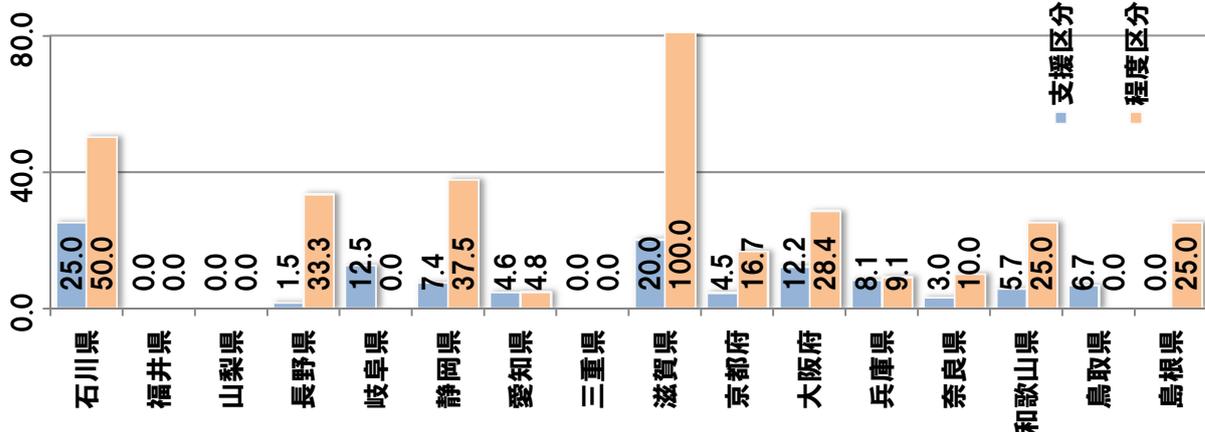
知的障害



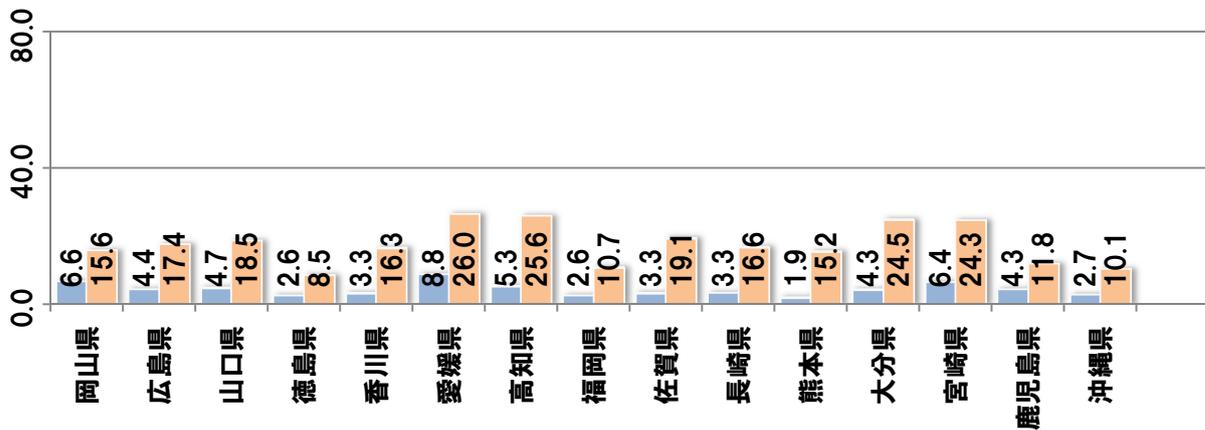
精神障害



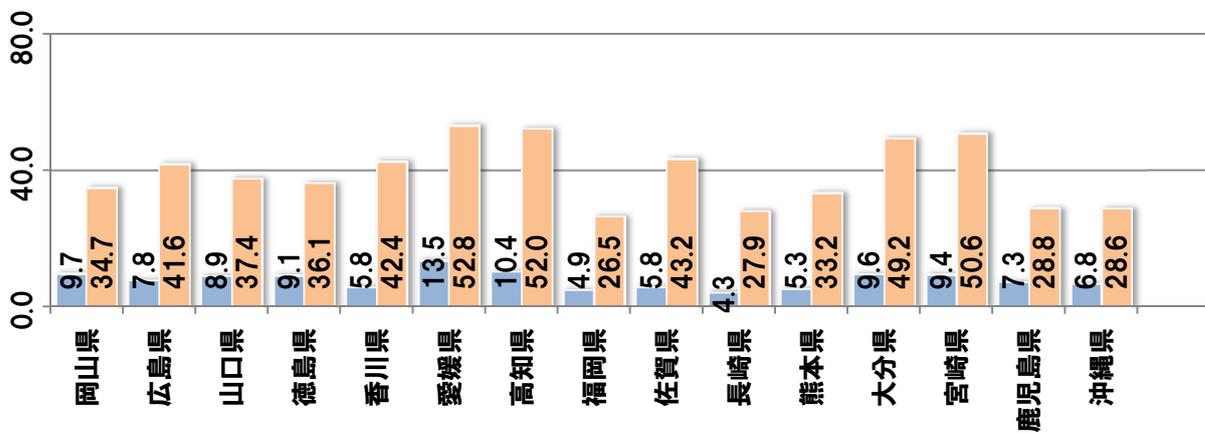
難病



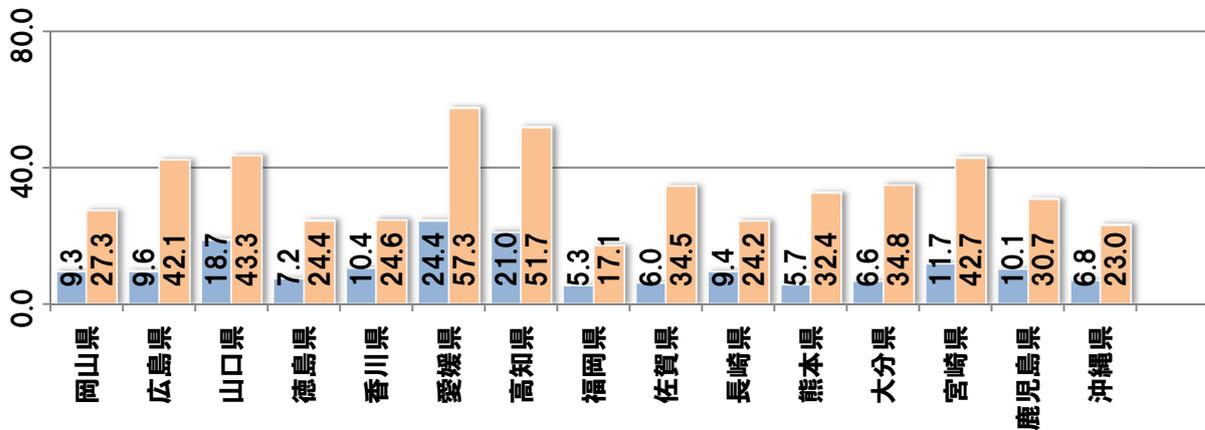
身体障害



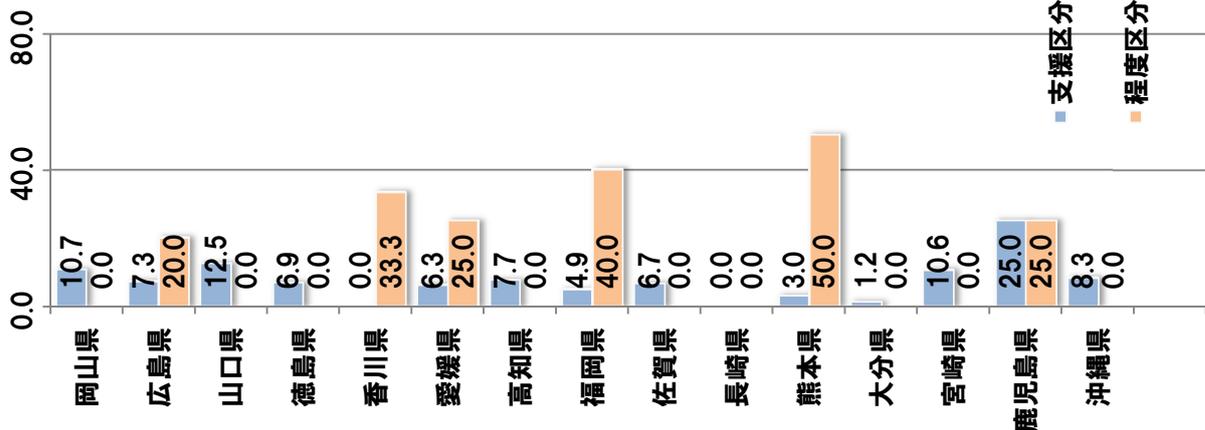
知的障害



精神障害



難病



「障害支援区分の認定状況の実態に関する分析」調査 (平成27年度障害者支援状況等調査研究事業)

1. 調査の目的

制度運用における課題を把握するため、障害支援区分の構成割合が全国平均と比較して乖離のある自治体等について個別にその認定状況等を調査し、2次判定における引き上げ割合の高い要因等について分析・検証する。

2. 調査実施主体

みずほ情報総研株式会社（厚生労働省の委託事業として実施）

3. 調査方法

(1) 過去の障害程度区分及び障害支援区分の認定データの分析

(2) アンケート調査

・ 全国から100自治体を抽出し、自治体調査票、認定調査員調査票、審査委員会調査票を配布、自治体の障害支援区分担当者及び認定調査員・審査委員会に回答を依頼。

(100自治体の内訳)

- ① 一次判定の障害支援区分構成割合が高い自治体 25市町村
- ② " 低い自治体 25市町村
- ③ 二次判定の区分の変更率が高い自治体 25市町村
- ④ " が低い自治体 25市町村

※一定の規模を確保するため、平成26年度に報告された認定件数が30件以上である584自治体から抽出

(3) 審査会資料調査

・ アンケート調査の対象とした100自治体について、実際の審査会資料等を収集し、二次判定における区分変更の根拠等を調査。

4. 回収率等

○アンケート調査

	配布数	回収数	回収率
自治体調査票	100	98	98.0%
認定調査員調査票	各自治体より配布	835	-
審査委員会調査票	各自治体より配布	871	-

○審査会資料調査

	依頼数	回収数	回収率
市町村審査会資料	2,000	1,868	93.4%
特記事項	2,000	1,909	95.5%
医師意見書	2,000	1,908	95.4%

「障害支援区分の認定状況の実態に関する分析」調査結果概要

○過去の認定データの分析結果及びアンケートの回答内容の集計結果等をもとに検証を行った結果、以下の課題が示唆された。

①制度の趣旨や運用を周知徹底し、市町村審査会による適正な審査を担保することが必要。

- ・審査会において、更新前の区分や利用者の利用希望サービスを参考に区分を引き上げる、一次判定ですでに評価されている内容を根拠に区分を引き上げる等、運用上適切ではないと考えられる事例が存在した。
- ・市町村担当者においても、「二次判定の区分変更率が高い自治体」では更新前の区分と異なる一次判定結果が出た場合に引き上げが検討されていることを把握している自治体が7自治体/24自治体存在した。

②都道府県が実施する研修の充実と参加促進を図り、認定調査員・審査会委員・主治医の質的担保を図ることが必要。

- ・都道府県が実施する市町村審査会委員研修へ障害支援区分施行以降に参加した割合は、「③二次判定の区分変更率が高い自治体」の審査会委員が調査対象者全体より低かった。
- ・「③二次判定の区分変更率が高い自治体」では、医師意見書や認定調査票の特記事項の記載の有無に有意差が見られた。
- ・認定調査員が判断に迷う調査項目に一定の傾向が見られたほか、特に知的障害・精神障害の方について調査に困難を感じる部分があると回答した者が多数存在した。
- ・都道府県が実施する認定調査員等向け研修について内容が不十分、受講が困難等の意見があった。

③上位区分への構成割合のシフト等、障害支援区分の審査判定の傾向については、引き続き分析が必要。

- ・認定実績データの経年変化の比較では、障害支援区分の一次判定結果は、障害程度区分の二次判定よりも区分1が少なく、区分4が多い傾向が見られたが、その他の区分の構成割合は過去の増加・減少傾向を引き継ぐ傾向であった。
- ・有識者からは障害支援区分では一次判定の時点で障害程度区分の二次判定とほぼ同じ結果が出ており、障害特性をより反映した一次判定ができてきているとの意見があった。
- ・65歳以上で平均区分が上昇する傾向が障害程度区分・障害支援区分で同様に見られ、全申請者に占める65歳以上の割合は、平成25年度から平成26年度にかけて増加していた。対象者の高齢化の影響を一定程度受けていると考えられた。

障害支援区分の適切な認定を推進するための取組例

認定調査の平準化

○認定調査員に対する自治体独自研修の開催	
自治体規模	人口約15万人、年間認定件数約270件、認定調査員数61名
取組の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施しており、委託先の認定調査員を対象に自治体独自で研修を開催。 ・調査員の数も多く調査結果のバラツキが見られること、障害程度区分から障害支援区分への変更点についてなかなかな理解が進まなかったことが実施のきっかけ。 ・研修内容としては、個々の障害者に必要な支援をいかに拾い上げることができるかという視点から、実際の審査会で具体的に指摘された事項を説明するなどしている。

認定調査・医師意見書の記載充実

○審査会合議体全体会の開催	
自治体規模	人口約56万人、年間認定件数約540件、認定調査員数30名、審査会合議体数10、審査会委員数24人
取組の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・年に1回、各合議体の審査会委員と事務局が出席する協議会を開催。 ・審査会委員の視点で認定調査や医師意見書に記載して欲しいことや要望を伝える場となっており、認定調査や医師意見書の記載の内容充実につながっている。

審査判定の平準化

○審査会委員への自治体独自研修	
自治体規模	人口約55万人、年間認定件数620件、審査会合議体数6、審査会委員数30人
取組の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・審査会委員を対象とした自治体独自の研修を実施。普段とは違う合議体での模擬審査を行ったところ、合議体による審査方法の違いを各々の委員が実感でき、審査の平準化に役立っている。 ・年2回、各合議体が集まる審査会全体会を開催し、合議体毎の審査判定実績を共有している。

6 依存症対策について

(1) 依存症対策の総合的な推進について

依存症対策については、保健医療分野から就労支援、生活分野まで広範な支援策が求められ、対象者も幅広い年齢層にわたることから、依存症対策に係る普及啓発、予防、専門的医療、社会復帰支援、就労支援、相談支援等の各種施策を総合的かつ計画的に推進するため、平成28年12月に厚生労働大臣を本部長とする「依存症対策推進本部」を設置するとともに、その下に大臣官房審議官(健康担当)を座長とする「アルコール健康障害対策チーム」、障害保健福祉部長を座長とする「薬物依存症対策チーム」、「ギャンブル等依存症対策チーム」をそれぞれ設け、省内横断的に施策を進めることとしている。

このような状況も踏まえ、総合的な依存症対策を実施するため、平成29年度予算(案)において、アルコール健康障害や薬物依存症、ギャンブル等依存症への対策のための全国拠点機関として独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターを指定し、地域における指導者の養成や依存症回復施設職員への研修、都道府県等に対する情報提供等を行うこととしている。また、都道府県及び指定都市において、

- ・ 地域における支援体制の検討
- ・ 全国拠点機関で養成された指導者を活用した人材養成
- ・ 相談員の配置による相談拠点の充実
- ・ 関係機関との定期的な協議
- ・ 専門医療機関の選定

等を行うことにより、地域の相談・支援体制づくりを推進することとしている。

なお、専門医療機関を選定する際の基準等については、追って通知によりお示しする予定としており、当該通知に基づき、早急に選定されたい。

この他、地域生活支援事業において、地域で依存症対策に取り組む民間団体の支援を行うこととしている。

各自治体におかれては、これらの事業の活用により、依存症対策に資する人材の養成や、関係機関との連携強化など、各地域における依存症対策の一層の推進をお願いしたい。

(2) アルコール健康障害対策基本法について

「アルコール健康障害対策基本法」に基づくアルコール健康障害対策基本計画が、平成28年5月に閣議決定された。

基本計画においては、

- ・ アルコール健康障害の発生予防
- ・ 予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備を重点課題とし、目標として、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒してい

る者の割合を低下させることや、すべての都道府県において、地域の相談拠点及び専門医療機関を1か所以上定めることを掲げている。

都道府県においても、国の計画を基本として、都道府県アルコール健康障害対策推進計画を策定する努力義務があることから、計画の策定に努めていただくよう、お願いしたい。

なお、平成29年4月から、アルコール健康障害対策に関する業務は、内閣府から厚生労働省に移管される予定となっているので、留意されたい。

(3) 薬物依存症対策について

刑法の改正等による薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度が、平成28年6月に施行されたことにより、薬物依存のある保護観察対象者が、地域で必要な支援を受けられる体制の整備が求められている。

薬物依存のある刑務所出所者等に対し、自治体、保護観察所、医療機関などの関係機関や民間支援団体が効果的に支援を実施できるよう、地域連携のためのガイドラインを、平成27年11月に法務省と厚生労働省の連名で発出した。各自治体におかれては、本ガイドラインに則った取組により、薬物依存のある刑務所出所者等に対して切れ目のない支援が実施できるよう、ご協力をお願いしたい。

また、平成28年12月に成立した「再犯の防止等の推進に関する法律」において、都道府県及び市町村は、国が策定した計画を勘案して「地方再犯防止推進計画」を策定することが努力義務とされており、適切な取組をお願いしたい。

(4) ギャンブル等依存症対策について

特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律（IR推進法）が平成28年12月に成立した。IR推進法案の参議院内閣委員会の附帯決議（平成28年12月13日）において、ギャンブル等依存症に総合的に対処するための仕組・体制を設けるとともに、関係省庁が十分に連携して包括的な取組を構築し、強化することとされた。

政府としては、こうした附帯決議や国会での審議を踏まえ、関係省庁が一体となった包括的な対策を推進するため、「ギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議」を立ち上げるとともに、内閣官房に「ギャンブル等依存症対策推進チーム」を設置し、実務的な検討を行うこととしている。

(5) 依存症に関する普及啓発について

厚生労働省では、平成28年度より、民間事業者への委託により、依存症への理解を深めるための普及啓発事業を実施しており、依存症に関する特設サイトの開設やリーフレットの配布、シンポジウムの開催等に取り組んでいるところである。

下記URLの特設サイトからリーフレットのダウンロードが可能である

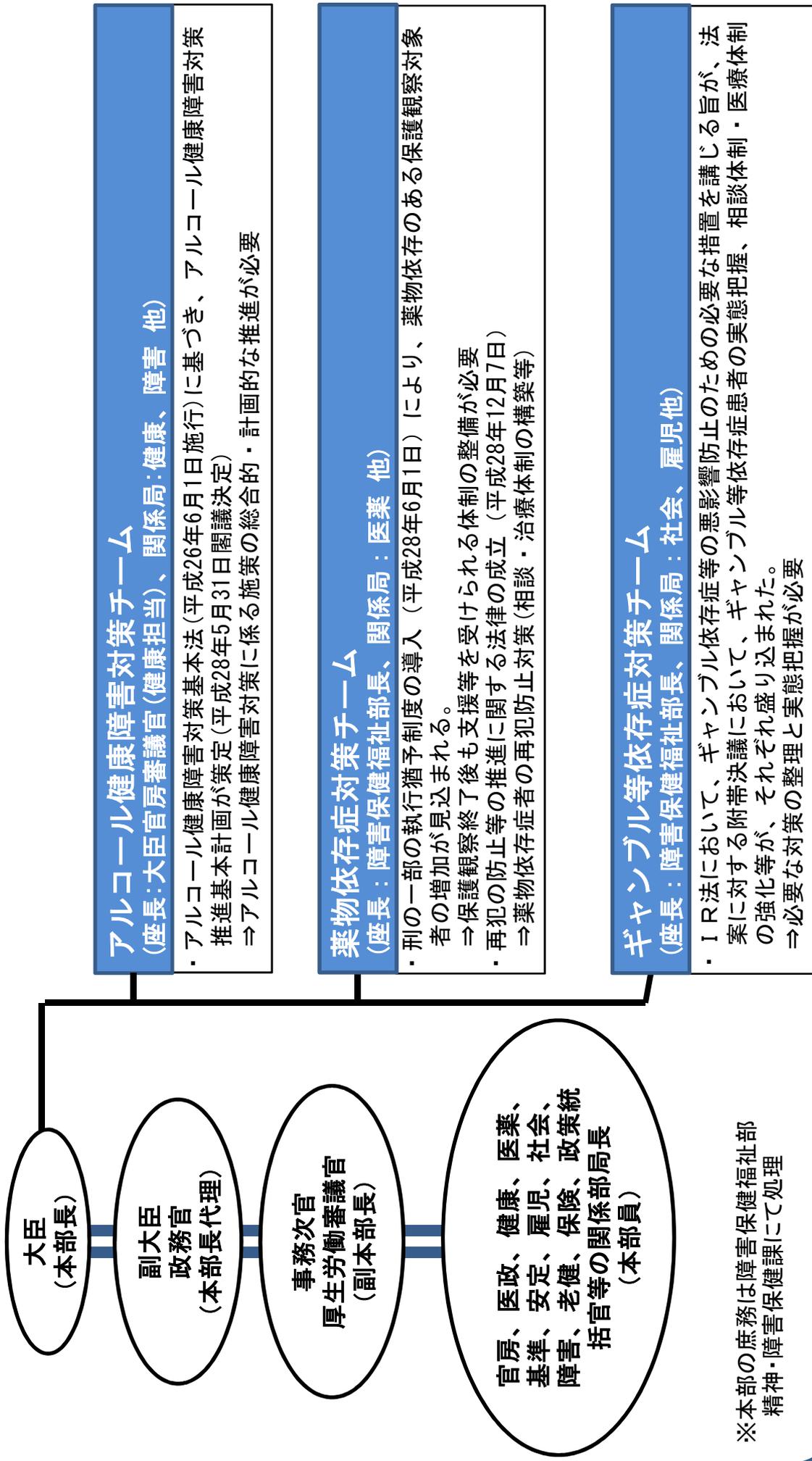
ので、各自治体におかれては、管内の関係機関で配布するなど、依存症に関する普及啓発について、ご協力をお願いしたい。

【特設サイトURL】 <http://www.izonshou.com/>

厚生労働省における依存症対策の推進体制について

依存症対策推進本部

(平成28年12月設置)



大臣
(本部長)

副大臣
政務官
(本部長代理)

事務次官
厚生労働審議官
(副本部長)

官房、医政、健康、医薬、
基準、安定、雇児、社会、
障害、老健、保険、政策統
括官等の関係部局長
(本部員)

アルコール健康障害対策子チーム

(座長：大臣官房審議官(健康担当)、関係局：健康、障害 他)

- ・アルコール健康障害対策基本法(平成26年6月1日施行)に基づき、アルコール健康障害対策推進基本計画が策定(平成28年5月31日閣議決定)
⇒アルコール健康障害対策に係る施策の総合的・計画的な推進が必要

薬物依存症対策子チーム

(座長：障害保健福祉部長、関係局：医薬 他)

- ・刑の一部の執行猶予制度の導入(平成28年6月1日)により、薬物依存のある保護観察対象者の増加が見込まれる。
⇒保護観察終了後も支援等を受けられる体制の整備が必要
- ・再犯の防止等の推進に関する法律の成立(平成28年12月7日)
⇒薬物依存症者の再犯防止対策(相談・治療体制の構築等)

ギャンブル等依存症対策子チーム

(座長：障害保健福祉部長、関係局：社会、雇児他)

- ・IR法において、ギャンブル依存症等の悪影響防止のための必要な措置を講じる旨が、法案に対する附帯決議において、ギャンブル等依存症患者の実態把握、相談体制・医療体制の強化等が、それぞれ盛り込まれた。
⇒必要な対策の整理と実態把握が必要

※本部の庶務は障害保健福祉部
精神・障害保健課にて処理

28年度予算額

29年度予算(案)

依存症対策の推進に係る平成29年度予算(案)

1.1億円

→ 5.3億円

+ 地域生活支援促進事業 34億円の内数

全国拠点機関における依存症医療・支援体制の整備

160万円 → 600万円

アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症対策の『依存症対策全国拠点機関』（仮称）において、地域における指導者の養成（トレーナー研修）等を実施し、依存症医療・支援体制の整備を推進する。

地域における依存症の支援体制の整備

770万円 → 4490万円

都道府県等において、『依存症専門医療機関』（仮称）の指定等による医療体制の整備を図るとともに、相談拠点の充実を図るなど、地域の支援体制づくりのための取組を推進する。

（主な取組の内容）

- ・ 依存症の専門医療機関の指定（現在5か所 → 全国67か所）
- ・ 精神保健福祉センター等への依存症相談員の配置（0人 → 67人）
- ・ 相談支援対応者、医療従事者等への研修 等

依存症に関する普及啓発の実施

160万円 → 160万円

アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症になった者を早期に医療機関や精神保健福祉センターなどの相談窓口等につなげるため、依存症の正しい理解を広める啓発活動を行う。

アルコール・薬物・ギャンブル等の民間団体支援

地域生活支援促進事業 34億円の内数

アルコール・薬物・ギャンブル等各依存症の関連問題に取り組み民間団体の支援を行う。

依存症対策の全体像

依存症に関する普及啓発事業
(H29予算(案) 15,600千円)

民間団体による普及啓発

委託

国

補助金の交付
(全国拠点機関の指定)

全国拠点機関
(久里浜医療センター)

新 地域の指導者の養成

新 情報収集、提供

新 普及啓発

回復施設職員への研修

依存症対策全国拠点機関
設置運営事業(H29予算(案) 60,243千円)

平成28年度予算
1.1億円

平成29年度予算(案)
5.3億円

→
+ 地域生活支援促進事業
34億円の内数

依存症対策総合支援事業(H29予算(案) 448,643千円)

補助金の交付

47都道府県・20指定都市

指定

相談
拠点

支援

* 依存症の専門医療機関の指定

① モデル事業5か所 → 全国67か所

* 精神保健福祉センター等

① 依存症相談員の配置(0人 → 67人)

① 支援者に対する研修

① 家族支援(5か所 → 67か所)

※ 精神保健福祉センター
(都道府県 + 政令指定都市 = 69箇所)

指導者
養成

治療
拠点

相談
拠点

研修
支援

専門的医療の提供

医療機関

保健所・市町村等

支援

情報提供・普及啓発等

民間団体・回復施設

支援

① * 民間団体支援
(地域生活支援促進事業34億円の内数)

研修

地域支援ネットワークの構築

国民

支援

アルコール健康障害対策基本法について

(平成25年12月 議員立法により成立)

基本認識

酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与え、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高い

定義

アルコール健康障害：アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害

基本理念

アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施するとともに、日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるように支援
飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

責務

国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務を規定

アルコール関連問題啓発週間

国民の間に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めるため、アルコール関連問題啓発週間(11月10日から同月16日まで)を規定

アルコール健康障害対策推進基本計画等

アルコール健康障害対策推進基本計画：内閣総理大臣が関係行政機関の長と協議するとともに、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、案を作成し、法施行後2年以内に閣議決定

都道府県アルコール健康障害対策推進計画：都道府県に対し、策定の努力義務を規定

基本的施策

教育の振興・不適切な飲酒の誘引の防止・健康診断及び保健指導・アルコール健康障害に係る医療の充実等・アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等・相談支援等・社会復帰の支援・民間団体の活動に対する支援・人材の確保等・調査研究の推進等を規定

アルコール健康障害対策推進会議・関係者会議

内閣府、法務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、警察庁その他の関係行政機関の職員をもって構成し、連絡調整を行うアルコール健康障害対策推進会議の設置を規定

アルコール健康障害対策推進会議の連絡調整に際して、専門家、当事者等の意見を聴くアルコール健康障害対策関係者会議の設置を規定

※ 法律の施行当初は、内閣府において基本計画の策定及び推進に関する事務を所掌し、基本計画の策定後3年以内に当該事務を厚生労働省に移管(平成29年4月を予定)

アルコール健康障害対策推進基本計画の概要

(平成28年5月 閣議決定)

基本理念

- 発生・進行・再発の各段階での防止対策／当事者やその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むための支援
- アルコール健康障害に関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携への配慮

基本的な方向性

- 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり
- 誰もが相談できる相談窓口と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり
- 医療における質の向上と連携の促進
- アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり

基本計画で取り組むべき重点課題

- 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

- (1)特に配慮を要する者に対する教育・啓発
※未成年者、妊産婦、若い世代
- (2)アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発

(計画対象期間：平成28年度から平成32年度まで)

- アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

- (1)アルコール健康障害への早期介入
- (2)地域における相談拠点の明確化
- (3)アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
- (4)アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

基本的施策

- ①教育の振興等
- ②不適切な飲酒の誘引の防止
- ③健康診断及び保健指導
- ④アルコール健康障害に係る医療の充実等
- ⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

その他推進体制等

関連施策との有機的な連携

⑥相談支援等

⑦社会復帰の支援

⑧民間団体の活動に対する支援

⑨人材の確保等

⑩調査研究の推進等

都道府県における都道府県推進計画の策定

基本計画策定後3年以内に、厚生労働省に移管（H29.4予定）

実態把握とともに次期に向け数値目標の設定について検討

アルコール健康障害対策推進基本計画〈第1期〉 (平成28年5月31日閣議決定) におけるポイントについて

計画対象期間：平成28年度～平成32年度

発生予防	進行予防	再発予防
<p>重点課題</p>	<p>1. 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 飲酒に伴うリスクに関する知識等を普及し、国民自らが発生を予防 ○ 酒類関係事業者等と連携し、社会全体で不適切な飲酒の誘引を防止 等 	<p>2. アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域におけるアルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備を促進 等
<p>数値目標</p>	<p>① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 【男性：13.0% 女性：6.4% (平成32年)】 (現状) 男性：15.3% 女性：7.5% (平成22年)</p> <p>② 未成年者の飲酒をなくす (現状) 高校3年男性16.1% 高校3年女子16.6%</p> <p>③ 妊娠中の飲酒をなくす (現状) 8.7% (目標値は健康日本21(第2次)に準拠)</p> <p>なお、平成28年度以降も、アルコール依存症の実態把握に関する調査研究等を継続するとともに、次期基本計画の数値目標の設定について検討を進める。 アルコール依存症の総患者数：4.9万人(平成26年度) アルコール依存症が疑われる者の数：1.09万人(平成25年推計)</p>	<p>④ 地域における相談拠点 アルコール問題に関する相談 (現状) 平成26年度 保健所 16,583件 精神保健福祉センター 9,724件</p> <p>⑤ アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関</p> <p>をそれぞれ1箇所以上定めている都道府県の数：47</p>
<p>主な具体的施策 (平成28年度予算)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ アルコール健康障害対策理解促進経費 (16百万円) ○ たばこ・アルコール対策推進費(29百万円の内数) 等 ・ 本人への教育・啓発/周囲の大人への啓発 ・ 女性特有のリスク/依存症の正しい理解 ・ 広告の自主基準の見直し等の業界の取組 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 依存症治療拠点機関設置運営事業費 (11百万円) ・ 専門医療機関が備えるべき機能の検討 ・ 平成28年度中に結果を取りまとめ、都道府県に提示

「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」策定(予定)状況(内閣府調べ)

	H27年度 策定済み	H28年度 策定予定	H29年度 策定予定	H30年度 策定予定	未定	未回答	H27年度 策定済み	H28年度 策定予定	H29年度 策定予定	H30年度 策定予定	未定	未回答	
1 北海道			●				滋賀県		●				
2 青森県				●			京都府	●					
3 岩手県			●				大阪府		●				
4 宮城県				●			兵庫県			●			
5 秋田県				●			奈良県				●		
6 山形県				●			和歌山県		●				
7 福島県			●				鳥取県	●					
8 茨城県			●				島根県		●				
9 栃木県				●			岡山県		●				
10 群馬県					●		広島県	●					
11 埼玉県			●				山口県	●					
12 千葉県					●		徳島県	●					
13 東京都					●		香川県				●		
14 神奈川県			●				愛媛県		●				
15 新潟県					●		高知県		●				
16 富山県			●				福岡県	●					
17 石川県					●		佐賀県		●				
18 福井県					●		長崎県			●			
19 山梨県					●		熊本県			●			
20 長野県			●				大分県		●				
21 岐阜県			●				宮崎県			●			
22 静岡県			●				鹿児島県				●		
23 愛知県		●					沖縄県		●				
24 三重県	●	●					合計	1	7	20	9	10	0

刑の一部の執行猶予制度の創設について

刑法の改正等

平成25年6月、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする「刑法等の一部を改正する法律」及び「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が成立し、平成28年6月1日に施行された。

刑の一部の執行猶予制度の概要

制度施行前

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

◎ 刑務所出所者の再犯防止・社会復帰のための仕組みとして、以前から仮釈放制度があるが、仮釈放期間が短く十分な地域移行ができずに、期間の経過後再犯に至るケースが多数見られた。

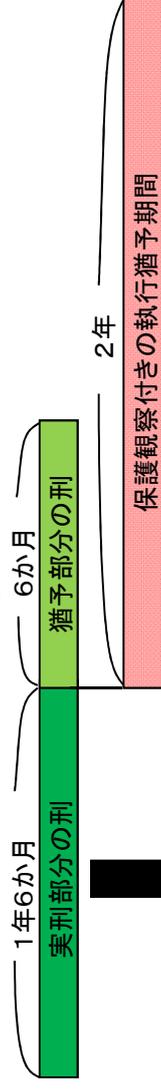
例) 刑務所出所者のうち、5年以内約5割の者が刑務所へ再入所(覚せい剤取締法違反の者の場合。平成27年版犯罪白書による。)

刑の一部の執行猶予制度

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

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

例) 懲役2年、うち6か月につき2年間保護観察付き執行猶予



刑務所内における処遇 + 地域社会における処遇(保護観察)

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

制度導入に当たったポイント

◎ 薬物依存のある保護観察対象者の増加、保護観察期間の長期化が見込まれる。

◎ 保護観察終了後も、必要な支援等(薬物依存に対する治療・相談支援、家族支援など)を受けられる体制を整えておくことが特に重要

保護観察所と地域の医療・保健・福祉機関等との連携が不可欠

「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」の概要

策定の背景

- ・危険ドラッグを含め、薬物依存は大きな社会問題となっており、その対策は政府の重要な政策課題の一つ。そうした中、薬物依存者等を対象とした刑の一部の執行猶予制度が平成28年6月に施行。
- ・薬物依存者の再犯（再使用）の防止は、刑事司法機関のみでは不十分。保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠。

ガイドラインの概要

総論

基本方針

- ・精神疾患としての認識共有
- ・シームレスな支援
- ・民間支援団体との連携

関係機関

保護観察所、都道府県等、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、市町村（特別区を含む）障害保健福祉主管課、刑事施設、地方更生保護委員会、依存症治療拠点機関及び薬物依存者に対する医療的支援を行うその他の医療機関

地域支援体制の構築

- ・定期的に連絡会議を開催する。
- ・薬物依存者の支援に関する人材の育成に努める。
- ・知見の共有等により、地域における薬物乱用に関する問題解決能力の向上を図る。
- ・相互の取組に関する理解及び支援の促進に努める。

情報の取扱い

- ・必要な情報は、他の機関又は団体における情報の取扱方針等に配慮しつつ、共有する。
- ・支援対象者に関する情報共有は、原則として本人の同意を得る。

各論

薬物依存者本人に対する支援

（刑事施設入所中の支援）

- ・刑事施設、地方更生保護委員会及び保護観察所は、出所後に必要な支援等に関するアセスメントを行う。
- ・保護観察所は、アセスメントの結果を踏まえ、出所後の社会復帰上の課題と対応方針を検討する。等

（保護観察中の支援）

- ・保護観察所は、支援対象者に対する指導監督を行うとともに、必要な支援を受けられることができるよう調整する。
- ・医療機関は、支援対象者の治療や、必要に応じて関係機関に対する情報提供等を行う。
- ・都道府県、精神保健福祉センター又は保健所は、支援対象者の希望に応じ、回復プログラム等を実施する。
- ・福祉事務所又は市町村障害保健福祉主管課は、支援対象者の希望に応じ、必要な福祉的支援を実施する。
- ・関係機関は、保護観察所等の求めに応じ、支援対象者に対する支援に関するケア会議等に出席する。等

（保護観察終了後の支援）

- ・保護観察所は、支援対象者の希望に応じ、精神保健福祉センターその他の関係機関に支援を引き継ぐ。等

家族に対する支援

- ・関係機関は、支援対象者に対する支援に当たっては、本人の意向とともに家族の意向を汲む。
- ・関係機関は、相互に協力して効果的に家族支援を行うとともに、希望に応じ、保護観察終了後も支援を行う。等

ガイドラインを踏まえた薬物依存者に対する支援等の流れ（イメージ図）

刑事施設
入所

仮釈放又は
実刑期間の満了

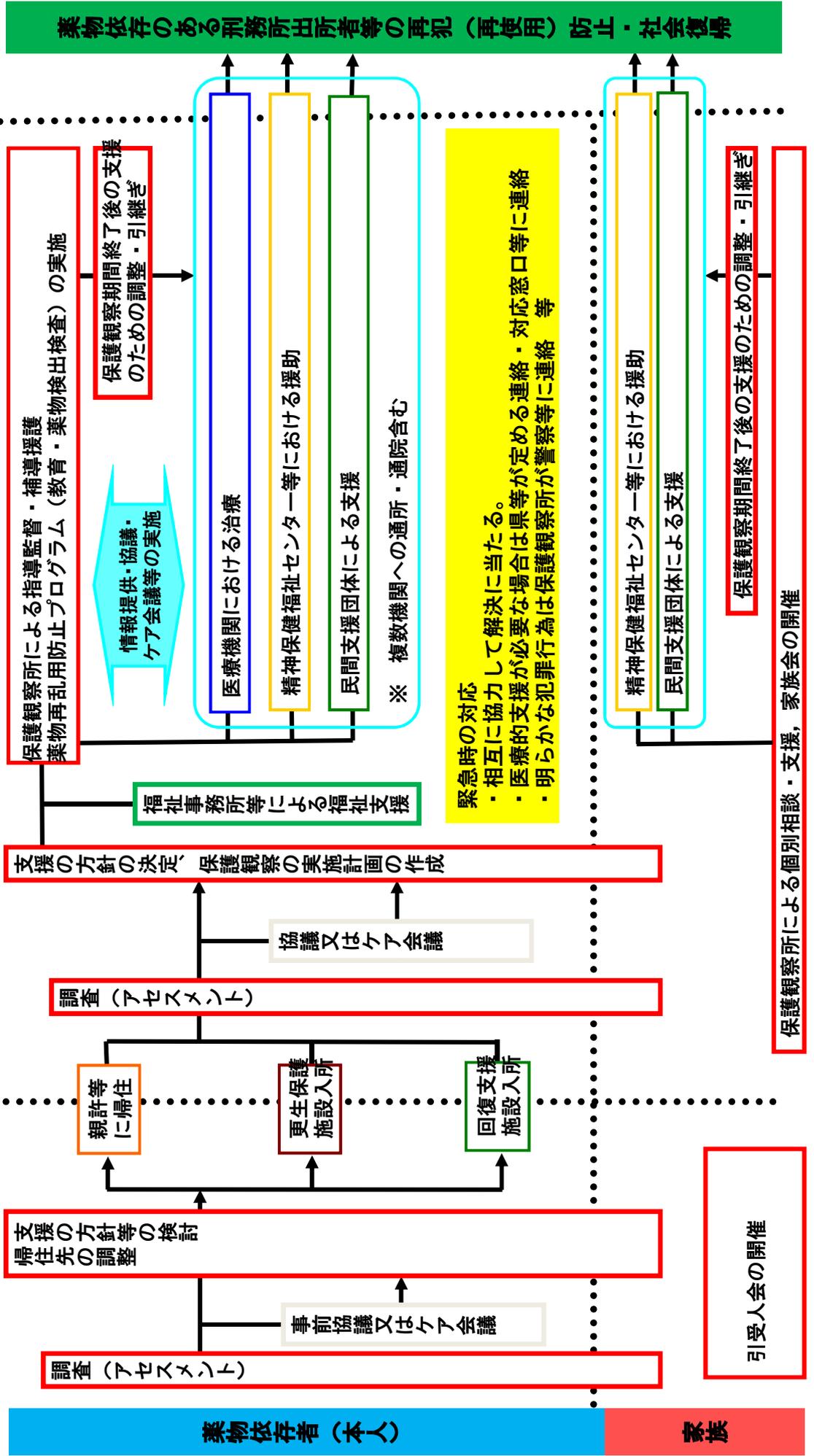
保護観察
期間終了

刑事施設 収容中

社会内

薬物依存者（本人）

家族



再犯の防止等の推進に関する法律 概要

1. 目的（第1条）

国民の理解と協力を得つつ、犯罪をした者等の円滑な社会復帰を促進すること等による再犯の防止等が犯罪対策において重要であることに鑑み、再犯の防止等に関する施策に関し、基本理念を定め、国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、再犯の防止等に関する施策の基本となる事項を定めることにより、再犯の防止等に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、もって国民が犯罪による被害を受けることを防止し、安全で安心して暮らせる社会の実現に寄与することを目的とする

2. 定義（第2条）

- 1 犯罪をした者等 犯罪をした者又は非行少年（非行のある少年をいう。）若しくは非行少年であった者
- 2 再犯の防止等 犯罪をした者等が犯罪をすることを防ぐこと（非行少年の非行をなくすこと及び非行少年であった者が再び非行少年となることを防ぐことを含む。）

3. 基本理念（第3条）

- 1 犯罪をした者等の多くが、定職・住居を確保できない等のため、社会復帰が困難なことを踏まえ、犯罪をした者等が、社会において孤立することなく、国民の理解と協力を得て再び社会を構成する一員となることを支援する
- 2 犯罪をした者等が、その特性に応じ、矯正施設に收容されている間のみならず、社会復帰後も途切れることなく、必要な指導及び支援を受けられるようにする
- 3 犯罪をした者等が、犯罪の責任等を自覚すること及び被害者等の心情を理解すること並びに自ら社会復帰のために努力することが、再犯の防止等に重要である
- 4 調査研究の成果等を踏まえ、効果的に施策を講ずる

4. 国等の責務（第4条）

- 1 国は、再犯の防止等に関する施策を総合的に策定・実施する責務
- 2 地方公共団体は、再犯の防止等に関し、国との適切な役割分担を踏まえて、その地域の状況に応じた施策を策定・実施する責務

5. 連携、情報の提供等（第5条）

- 1 国及び地方公共団体の相互の連携
- 2 国及び地方公共団体と民間団体その他の関係者との緊密な連携協力の確保
- 3 国及び地方公共団体から民間団体その他の関係者への情報提供
- 4 民間の団体その他の関係者は、犯罪をした者等の個人情報適切に取り扱う義務

6. 再犯防止啓発月間（第6条）

国民の関心と理解を深めるため、再犯防止啓発月間（7月）を設ける

7. 再犯防止推進計画（第7条）

- 1 政府は、再犯の防止等に関する施策の推進に関する計画(再犯防止推進計画)を策定(閣議決定)
- 2 再犯防止推進計画において定める事項
 - (1) 再犯の防止等に関する施策の推進に関する基本的な事項
 - (2) 再犯の防止等に向けた教育・職業訓練の充実に係る事項
 - (3) 犯罪をした者等の社会における職業・住居の確保、保健医療・福祉サービスの利用に係る支援に関する事項
 - (4) 矯正施設における収容・処遇、保護観察に関する体制の整備等に関する事項
 - (5) その他再犯の防止等に関する施策の推進に関する重要事項
- 3 法務大臣は、関係大臣と協議して、再犯防止推進計画の案を作成し、閣議請議
- 4 少なくとも5年ごとに、再犯防止推進計画に検討を加え、必要に応じ変更

8. 地方再犯防止推進計画（第8条）

都道府県及び市町村は、再犯防止推進計画を勘案して、地方再犯防止推進計画を定める努力義務

9. 法制上の措置等（第9条）

政府は、必要な法制上、財政上又は税制上の措置その他の措置を講ずる

10. 年次報告（第10条）

政府は、毎年、政府が講じた施策について、国会に報告

11. 基本的施策

【国の施策】

再犯防止に向けた教育・職業訓練の充実等

- 1 特性に応じた指導及び支援等（第11条）
- 2 就労の支援（第12条）
- 3 非行少年等に対する支援（第13条）

再犯防止推進の人的・物的基盤の整備

- 8 関係機関における体制の整備等（第18条）
- 9 再犯防止関係施設の整備（第19条）

社会における職業・住居の確保等

- 4 就業の機会の確保等（第14条）
- 5 住居の確保等（第15条）
- 6 更生保護施設に対する援助（第16条）
- 7 保健医療サービス及び福祉サービスの提供（第17条）

再犯防止施策推進に関する重要事項

- 10 情報の共有、検証、調査研究の推進等（第20条）
- 11 社会内における適切な指導及び支援（第21条）
- 12 国民の理解の増進及び表彰（第22条）
- 13 民間の団体等に対する援助（第23条）

【地方公共団体の施策】（第24条）

国との適切な役割分担を踏まえて、その地方公共団体の地域の状況に応じ、上記の施策を講ずる努力義務

12. 施行期日等（附則）

- 1 公布の日から施行
- 2 国は、この法律の施行後5年を目途として、この法律の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする

特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律(平成28年法律第115号)(抄)

第10条 政府は、カジノ施設の設置及び運営に関し、カジノ施設における不正行為の防止並びにカジノ施設の設置及び運営に伴う有害な影響の排除を適切に行う観点から、次に掲げる事項について必要な措置を講ずるものとする。

一～七 (略)

八 カジノ施設の入場者がカジノ施設を利用したことに伴いギャンブル依存症等の悪影響を受けることを防止するために必要な措置に関する事項

2 (略)

※下線部は「特定複合観光区域の整備の推進に関する法律案に対する修正案」による修正。

衆議院内閣委員会（平成28年12月2日）

- 八 依存症予防等の観点から、カジノには厳格な入場規制を導入すること。その際、諸外国におけるカジノ入場規制の在り方やその実効性等を十分考慮し、我が国にふさわしい、清廉なカジノ運営に資する法制上の措置を講ずること。
- 九 入場規制の制度設計に当たっては、個人情報情報の保護との調整を図りつつ、個人番号カード(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第二条第七項に定める「個人番号カード」をいう。)の活用を検討すること。
- 十 ギャンブル等依存症患者への対策を抜本的に強化すること。我が国におけるギャンブル等依存症の実態把握のための体制を整備するとともに、ギャンブル等依存症患者の相談体制や臨床医療体制を強化すること。加えて、ギャンブル等依存症に関する教育上の取組を整備すること。また、カジノにとどまらず、他のギャンブル等に起因する依存症を含め、関係省庁が十分連携して包括的な取組を構築し、強化すること。
- 十一 法第九条及び第十条に定める各種規制等の検討に当たっては、諸外国におけるカジノ規制の現状等を十分踏まえるとともに、犯罪防止・治安維持、青少年の健全育成、依存症防止等の観点から問題を生じさせないよう、世界最高水準の厳格なカジノ営業規制を構築すること。

特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律案に対する附帯決議(抄)

参議院内閣委員会（平成28年12月13日）

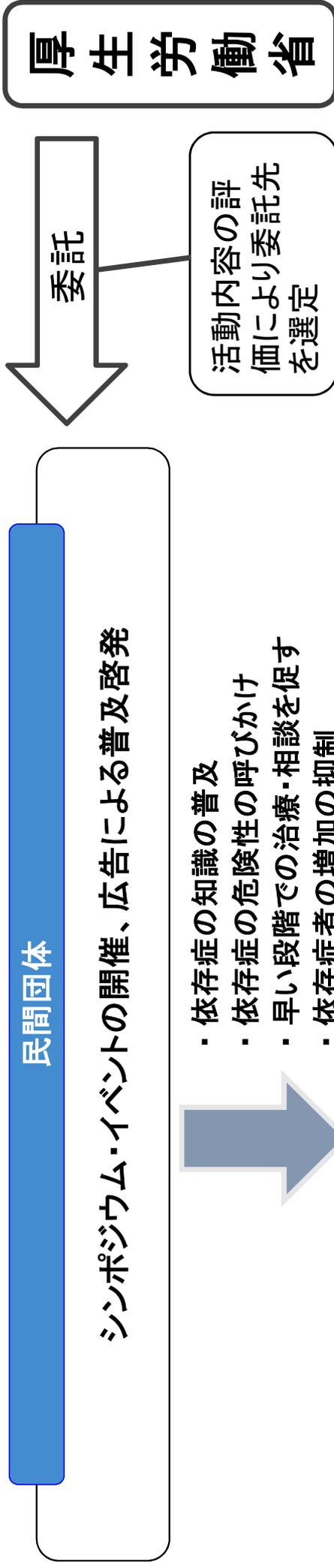
- 八 依存症予防等の観点から、カジノには厳格な入場規制を導入すること。その際、自己排除、家族排除プログラムの導入、入場料の徴収等、諸外国におけるカジノ入場規制の在り方やその実効性等を十分考慮し、我が国にふさわしい、清廉なカジノ運営に資する法制上の措置を講ずること。
- 九 入場規制の制度設計に当たっては、個人情報保護との調整を図りつつ、個人番号カード（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第二条第七項に定める「個人番号カード」をいう。）の活用を検討すること。
- 十 ギャンブル等依存症患者への対策を抜本的に強化すること。我が国におけるギャンブル等依存症の実態把握のための体制を整備し、その原因を把握・分析するとともに、ギャンブル等依存症患者の相談体制や臨床医療体制を強化すること。加えて、ギャンブル等依存症に関する教育上の取組を整備すること。また、カジノにとどまらず、他のギャンブル・遊技等に起因する依存症を含め、ギャンブル等依存症対策に関する国の取組を抜本的に強化するため、ギャンブル等依存症に総合的に対処するための仕組・体制を設けるとともに、関係省庁が十分連携して包括的な取組を構築し、強化すること。また、このために十分な予算を確保すること。
- 十一 法第九条及び第十条に定める各種規制等の検討に当たっては、諸外国におけるカジノ規制の現状等を十分踏まえるとともに、犯罪防止・治安維持・青少年の健全育成、依存症防止等の観点から問題を生じさせないよう、世界最高水準の厳格なカジノ営業規制を構築すること。なお、諸外国におけるいわゆる「ジヤンケット」の取扱についてはきわめて慎重に検討を行うこと。

依存症に関する普及啓発事業

平成28年度予算額 15,598千円 → 平成29年度予算(案) 15,600千円

【事業概要】

- 民間団体への委託により行い、依存症問題に関するポスターの作成やシンポジウムを開催する。
- アルコール、薬物、ギャンブルを含む依存症について、依存症についての弊害をわかりやすく伝えることにより、依存症の予防を図るとともに、医療機関を受診しない依存症者が、早期に相談機関や医療機関、自助団体に赴くことを促すような内容とする。
- DARCやMAC等の自助団体との連携も視野に入れる。



依存症者本人・依存症者の家族・一般市民 等

【平成28年度のシンポジウムについて】

日時:平成29年3月11日(土)13時～17時

場所:月島社会教育会館

〒104-0052東京都中央区月島4丁目1番1号(月島区民センター4階、5階)

基調講演者:松本俊彦(国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 薬物依存研究部長) ほか

「依存症」って どんなイメージ？

意思が
弱い人が
なるもの？

だらしない？

本人は
やめる気が
ない？

一生治らない？

それは
誤解です。
依存症は誰でも
なりえる
病気です。

正しい理解を深めましょう！

中面へGO！

周りに「依存症かも」という人がいたら…

依存症は、欲求をコントロールできなくなる「病気」です。しかし本人は自覚がなく気づかないため、気持ちだけでコントロールしようとして何度も失敗します。そのため、周囲がいくら根性論で本人を責めても、問題は解決しません。「叱責」や「処罰」だけでは、むしろ状況を悪化させてしまいます。

本人が回復の必要性を自覚するまでには時間がかかることも多いため、まずは、周囲の方が専門の機関に相談して、「適切なサポート」のしかたを知ることから始めましょう。



相談窓口・支援機関はこちら

依存症は誰でも陥る可能性のある病気であり、決して恥ずかしいものではありません。本人や家族だけで抱え込まないで、早めに専門の機関に相談しましょう。

保健所・精神保健福祉センター

医師、看護師、保健師などの専門家への相談が可能です。

自助グループ・リハビリ施設・家族会・家族の自助グループ

依存症本人またはその家族同士が体験を共有しながら、回復に向けて支えあっているグループです。

詳しくはこちら



www.izonshou.com



2017年4月1日以降はこちら

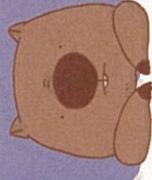
©SUNLEMON

つい〇〇しちやっけてない？ ～それって依存症かも～



中面に続く

3分で分かる依存症



Q 依存症って何？

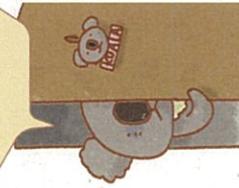
人が「依存」する対象は様々ですが、特定の物質や行為・過程に対して、「**やめたくても、やめられない**」状態を「依存症」といいます。そのことにとらわれあまり、本人や家族が苦痛を感じていないか、生活に困りごとが生じていないか、という点が大切です。

代表例

- アルコール ● 薬物 ● ギャンブル等

※医学的定義では、ある特定の「物質の使用」に関して「やめたくても、やめられない」状態を依存症と呼びますが、本リーフレットでは「行為や過程」に関してそのような状態に陥ることも含めて「依存症」として表現しています。

本当は
やめたいて
思ってるんだね



Q どうやってなるの？

人は、不安や緊張を和らげたり、嫌なことを忘れたりするために、ある特定の行為をすることがあります。それを繰り返しているうちに**その特定の行動をコントロールする脳の機能が弱くなり、自分の意思ではやめられない状態**になってしまふという考え方があります。

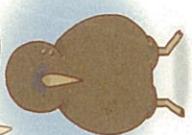
自分では
コントロール
できなくなっ
てしまふんだね



Q どんな人になるの？

いろいろな病気と同じように、**条件さえ揃えば、誰でもなる可能性**があります。「根性が弱い」とか「意志が弱い」からなるわけではありません。

誰でもなる
可能性が
あるんだね



Q どんなことが起きるの？

だんだんと飲酒や薬物使用、ギャンブルなどの行為を第一に考えるようになり、他のことがおろそかになっていきます。その結果、**自分や家族の健全な社会生活に悪影響を及ぼす可能性**があります。

悪影響の例

- 睡眠や食事が疎かになり、本人の健康を害す。
- 賭について、家族との関係を悪化させる。
- 仕事や学校を休みがちになり、続かなくなる。
- 隠れて借金をしたり、お金を工面するために手段を選ばなくなる。

それは
困るなあ...



Q なおるの？

様々な助けを借りながら止め続けることで、「**飲酒や薬物使用、ギャンブルなどに頼らない生き方**」をしていくことは可能で、依存症は糖尿病や高血圧のような慢性疾患といわれています。そのため、しっかりととした付き合い方が大切です。

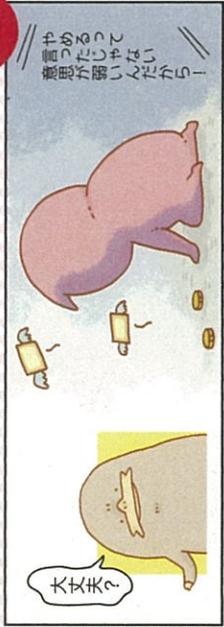
周りにいたら
どうしたら
いいんだろ？

相談機関が
あるよ！



裏面へGO！

つづき



カガパットさんたち ©SUNLEMON

フェアリー さん コアラ さん キウイ さん ウォンバット さん カモノハシ さん デビル さん

ぼくたちと一緒に 依存症について学んでいこう

7 てんかん対策等について

(1) てんかん対策について

これまでわが国のてんかん医療は、精神科、神経内科、脳神経外科、小児科など複数の診療科が担ってきたが、どの診療科の医師がどのようなてんかん診療をしているのか、患者のみならず医師にも分かりづらい状況が生まれている。さらに、てんかん診療に関する情報が、てんかんを専門としない医師に十分理解されていない面もあり、患者が地域で専門医療に結びつかない要因のひとつと考えられる。

また、平成26年に「改正道路交通法」及び「自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律」が施行され、てんかん患者が適切な治療を受けることがますます重要となっている。

このような現状を踏まえ、地域におけるてんかん診療の体制整備を目的として、「てんかん地域診療連携体制整備事業」を実施している。

具体的には、てんかんの治療を専門的に行っている全国8箇所の医療機関を、「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかんに関する知識・技術の普及啓発や他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族会への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整等を行うとともに、「てんかん診療全国拠点機関」を全国で1箇所指定し、都道府県及び各拠点機関への技術的支援や、各拠点機関で得られた知見の集積を通して、共通した地域支援モデルガイドラインの開発等を行うこととしている。

事業実施自治体におかれては、てんかんの支援体制モデルの確立に向けて、各拠点機関との連携の下、教育機関を含む関係機関間での情報共有の促進や、地域住民への普及啓発など、事業の円滑な実施に努めていただくようお願いしたい。

併せて、各自治体におかれては、様々な機会を捉え、正しいてんかんの知識についての普及啓発を行っていただくよう、お願いしたい。

(2) 摂食障害対策について

摂食障害は、精神疾患の中でも重症化による死亡率が高い疾患である。また、若年女性の発症が多く、痩せによって起こる身体変化は回復に時間を要し、その後の発達、出産、育児への影響も大きい。しかし、未だ痩せすぎが病気であるという認識が社会全体に浸透しておらず、地域社会における疾病への問題意識が希薄である。また、疾病を有している本人が痩せから来る精神症状のために医療機関への受診を拒否する傾向が強く、医療につながりにくい。摂食障害は早期に発見し、治療することによって治療効果が上がるとされているが、上記のような現状においては、早期発見・早期支援に大きな課題がある。

早期発見の観点からは、身近な人の疾病を発見できるよう、住民への啓発を行い摂食障害への理解を深めるとともに、発見後の確実な対応に繋げるた

めの行政等を含めた地域における関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、摂食障害の治療ができる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための地域連携支援体制の構築が必要であり、これらの構築に当たっては、地域の関係者間の調整役として自治体の主体的な関わりが不可欠である。

このため、平成26年度から、精神科又は心療内科の外来を有する救急医療体制が整備された3箇所の総合病院に「摂食障害治療支援センター」を都道府県が設置し、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整等を行うとともに、摂食障害についての知見の集積を行っている。

また、併せて都道府県の活動をバックアップするため、摂食障害の治療・研究を行っている医療機関を全国拠点機関に指定し、各摂食障害治療支援センターで得られた知見を集積し、共通した有効な摂食障害の支援プログラムや地域支援モデルガイドラインの開発等を行うとともに、都道府県・各支援センターへの技術的支援を行っている。

今後、来年度早期を目途に、本事業において普及啓発に活用できる資料を作成し、提供していく予定であるので、各自治体におかれては、これらを活用いただき、各地域での普及啓発に努めていただくようお願いしたい。

(3) 高次脳機能障害対策について

高次脳機能障害については、地域生活支援事業の「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」において、各都道府県により設置された「高次脳機能障害支援拠点機関」を中心とした支援体制づくりのための取組を行っているところである。

一方、高次脳機能障害の支援に関しては、様々な組織や人が関わることとなるが、当事者の方が支援を利用しようとする際に、窓口担当者の高次脳機能障害に対する理解の不足により、適切な支援が受けられない現状があるとの声が寄せられている。

例えば、市町村の窓口担当者が、高次脳機能障害そのものや、高次脳機能障害のある方が障害福祉サービスの対象者に含まれることを知らなかったために、サービスを受けられなかったという事例が報告されている。

各都道府県におかれては、高次脳機能障害のある方が身近な場所でその特性を踏まえた支援を受けられるよう、市町村職員を含めた幅広い支援関係者に対する研修や、地域住民への普及啓発の実施などを通して、より一層の高次脳機能障害に対する理解の促進に努めていただくよう、お願いしたい。

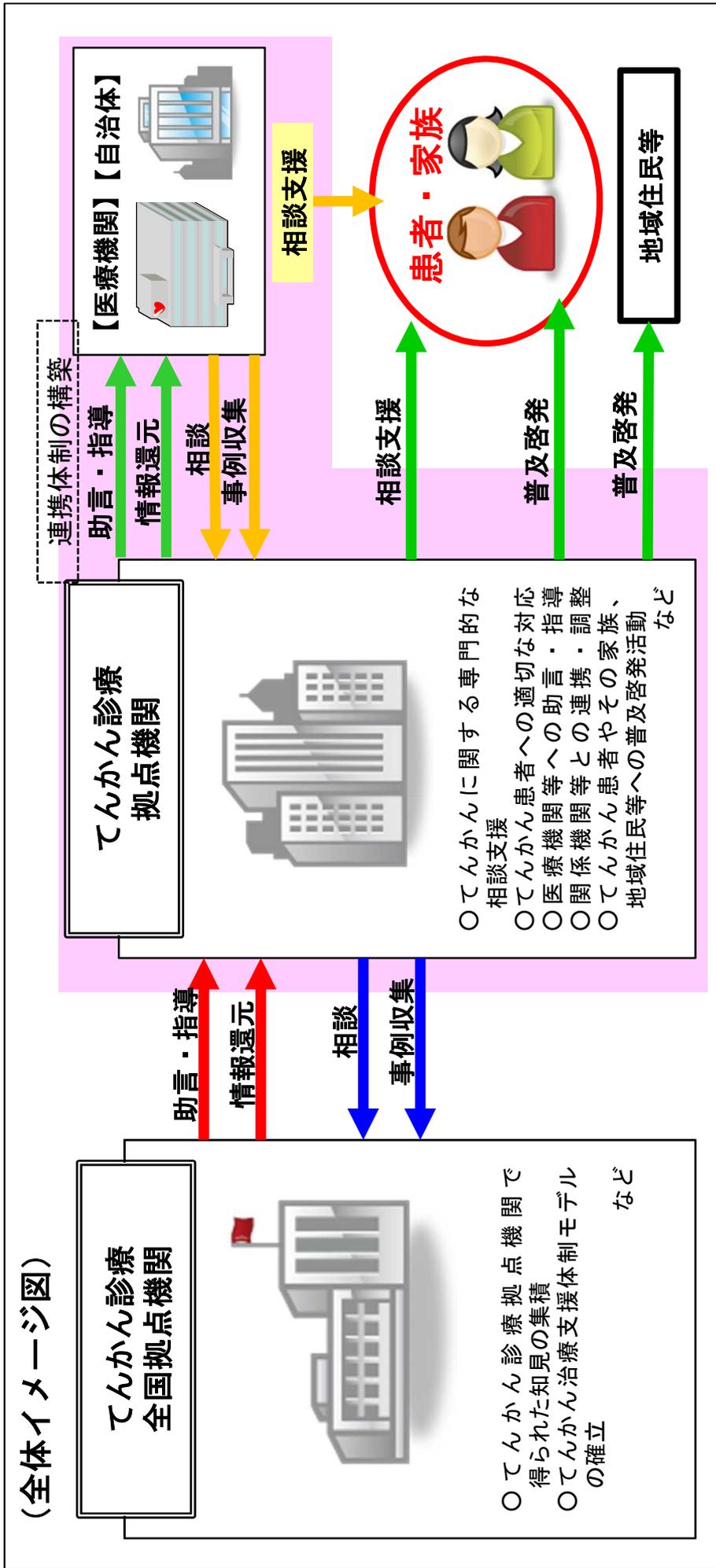
てんかん地域診療連携体制整備試行事業

平成27年度予算額 7,125千円 → 平成28年度予算(案) 9,014千円

【目的】

- てんかん患者は地域で必ずしも専門医療に結びついていない中、本年6月に「改正道路交通法及び自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律」が施行され、てんかん患者がますます治療から遠ざかることが懸念される。
- また、これまでわが国のてんかん診療をしていくのか、患者のみならず医師同士にも分かりづらい状況が生まれている。さらに、一般の医師へのてんかん診療に関する情報提供や教育の体制は整備されているのか、患者の継続も患者が地域で専門医療に結びつかない要因と考えられる。
- このような現状を踏まえ、発作時ビデオ脳波モニタリングを行って他、てんかんの外科治療や、複数の診療科による集学的治療を行える医療機関を「てんかん診療拠点機関」として8か所指定し、専門的な相談支援、てんかん患者への適切な対応、他の医療機関、自治体等や患者の家族との連携・調整を図るほか、治療や相談支援等に携わる関係機関の医師等に対し、てんかんについでてんかん診療拠点機関において集積した知見の評価・検討を行う「てんかん診療全国拠点機関」(1か所)を設置し、てんかんの支援体制モデルの確立を行う。

(全体イメージ図)



摂食障害治療支援センター設置運営事業

平成27年度予算額 18,901千円 → 平成28年度予算(案) 13,486千円(▲5,415千円)

摂食障害患者が、早期に適切な支援を受けられるように、都道府県と摂食障害治療支援センターの協働による地域連携支援体制のモデルを具体化する。

現状と課題

摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透していないことから、早期発見・早期支援に課題がある。早期発見の観点からは、若年女性に多く発症することを踏まえると、住民への普及啓発に加えて地域・行政等含めた関係者間の連携を構築していくことが必要である。また、早期支援の観点からは、摂食障害の治療ができる医療機関の充実を図るとともに、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築が必要である。

事業概要

【地域】

摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会の多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県・摂食障害治療支援センター】

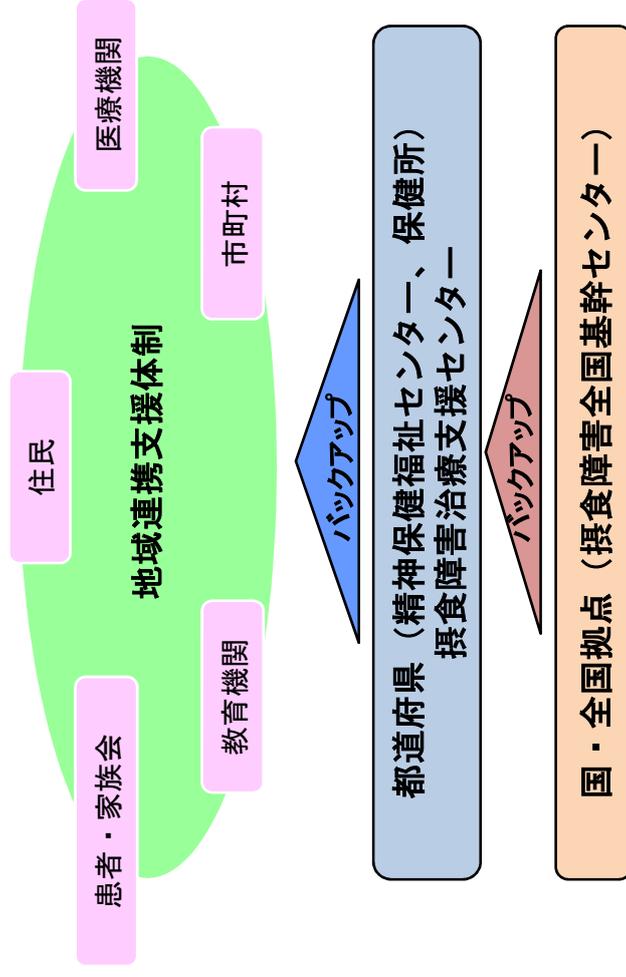
摂食障害治療支援センターを設置し、都道府県との協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点（摂食障害全国基幹センター）】

各摂食障害治療支援センターで得られた知見を集積し、共通した有効な摂食障害支援プログラム、地域支援モデルガイドラインの開発等を行うと共に、都道府県・各センターへの技術的支援を行う。

期待される成果

- ①効果的な摂食障害に関する地域連携支援体制の「見える化」とその横展開
- ②摂食障害への早期発見・早期支援の実現



高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業

【概要】

都道府県に高次脳機能障害者への支援拠点機関を置き、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、高次脳機能障害に関する研修等を行い高次脳機能障害者に対して適切な支援が提供される体制を整備する。
(都道府県地域生活支援事業として実施)

【事業の具体的内容】

- 支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行う
- 講演・シンポジウムの開催及びポスター、リーフレットの作成・配布をする等の普及啓発活動を行う
- 自治体職員、福祉事業者等を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域での高次脳機能障害支援体制の整備を行う
- 支援拠点等全国連絡協議会への協力
- 高次脳機能障害情報・支援センターにおいては、各都道府県拠点機関との連携、各種支援プログラムの検証と改正、取組を促す研修事業、普及啓発活動に加え、様々な情報を収集・整理・発信し、また諸機関に対する相談を実施するなど、中央拠点として総合的な支援を行う

【支援拠点機関の例】

リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院 等

【相談支援コーディネーターの例】

社会福祉士、保健師、作業療法士、心理技術者等、高次脳機能障害者に対する専門的相談支援を行うのに適切な者

8 精神障害者保健福祉手帳について

精神障害者保健福祉手帳所持者に係る公共交通機関の運賃割引については、これまで、手帳の様式を見直して写真の貼付欄を設けるとともに、国土交通省等へ働きかけを行っているところであるが、一部の公共交通機関において、依然として運賃割引の適用を受けられない状況にある。

今般、各自治体で行っていただいている精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの実施状況について取りまとめ、別添のとおりお示しさせていただくので、各自治体におかれては、当該資料を参考としていただき、精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの拡充や、交通担当部局との連携による公共交通機関等への運賃割引の実施の働きかけ等、引き続きご協力をお願いしたい。

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳に基づく主なサービス一覧

平成28年12月末現在

都道府県名	主 な サ ー ビ ス の 内 容
北海道	公共施設利用料の減免、医療費助成制度(1級)、バス・タクシーの運賃助成、施設等通所交通費助成、通院交通費助成、公営住宅単身入居・所得制限・当選率の優遇、水道料金の減免
青森県	県有施設等の使用料の免除・減免、県バス協会加盟民間及び市営バスの県内路線バス運賃割引、JRを除く県内民間鉄道3社の鉄道運賃割引制度、1級所持者の医療費助成、県営住宅優先入居
岩手県	公共施設等の利用料の減免、県内路線バス運賃減免、県営住宅優先入居、タクシー券等交付(一部市町村)、通所等交通費助成(一部市町村)、県内民間鉄道(いわて銀河鉄道)の運賃割引、パーキングパーミット制度に基づく利用者証の交付(1級)
宮城県	公共施設等の利用料の割引、県営住宅の一般向住宅の入居申込者に対する抽選での優遇、若しくは特別割当住宅への申込、一般路線バス運賃の割引
秋田県	公共施設等の利用料の無料・割引、県内民営バス4社運賃割引、タクシー運賃の割引(一部)
山形県	医療費助成(1級)、県営住宅優先抽選、公共施設利用料の減免、県内路線バス(民営)運賃割引、市町村営路線バス運賃減免(一部市町村)、タクシー利用券の交付(一部市町村)、自家用自動車のガソリン料金助成(一部市町村)
福島県	全等級共通: 県立施設(美術館、博物館、アクアマリン等)の利用料減免、住民税の障害者控除、生活福祉資金の貸付、県路線バス3社・飯坂線・会津鉄道の運賃割引等 その他: 医療費助成制度(1級、2・3級かつ身体障害者手帳又は療育手帳所持)
茨城県	県立施設等の入館料等の減免、県内民営バス11社運賃割引、県内私鉄1社運賃割引、県営住宅の優先入居(1、2級)
栃木県	県立施設等の利用料金の割引、県営住宅の入居に係る優遇措置、一部私営鉄道の運賃割引、一部路線バスの運賃割引、バス・タクシー利用助成(一部市町)
群馬県	公共施設等の利用料の減免、私営鉄道(JR・東武除く)の運賃割引、路線バス(公営・民営)の運賃割引
埼玉県	公営住宅優先入居、公共施設使用料等の減免、県バス協会加盟バスの運賃割引、福祉タクシー券・自動車燃料費助成(一部市町村)、市町村営循環バス運賃減免(一部市町村)、在宅重度心身障害者手当(1級 所得制限等あり)、自動車運転免許取得費・自動車改造費助成(一部市町村)、手帳申請時の診断書料助成(一部市町)
千葉県	公共施設等の入園料等の減免、県営住宅の入居申込者に対する抽選での優遇(1、2級)、県営水道料金の一部免除(1級)
東京都	都営住宅の優先入居・特別減額、都立施設使用料無料、都営交通乗車証の発行、都内路線バス運賃割引、都立公園内駐車場の無料利用、一部タクシー運賃割引、全国37ヶ所の宿泊施設利用料金の一部助成
神奈川県	県営住宅優先入居・家賃減免、タクシー券の交付(一部市町村)、公共施設利用料金免除、県営水道料金の減免、在宅重度障害者等手当(身体・知的障害との重度重複の方に限る)、医療費助成制度(1級、通院医療のみ対象)
新潟県	県立8施設の利用料の免除、県内路線バス運賃割引、佐渡汽船運賃割引
富山県	県立施設等の個人利用料金の減免(専用利用を除く)、私営鉄道(JR除く)、私営バスの運賃割引、県営住宅優先入居
石川県	一部バス・鉄道・タクシーの運賃割引、公共施設等利用料の免除・割引、公営住宅入居時の優先措置、パーキングパーミット制度(いしかわ支え合い駐車場制度)に基づく利用者証の交付(1級)
福井県	医療費助成制度(1級、2級)、私営鉄道(JR除く)の割引、私営バスの運賃割引、市営バスの運賃割引(一部市町)、タクシー利用券の交付(一部市町)、公営住宅の優先入居および家賃の減免(一部市町)、県立施設等の入場料の免除・減免
山梨県	県有施設の無料・割引、医療費助成制度(1、2級)、公営住宅の優先入居、タクシー利用券の交付(一部市町村実施)、県内路線バスの運賃割引、パーキングパーミット制度(やまなし思いやりパーキング制度)に基づく利用者証の交付(1級)
長野県	県立施設の利用料等の減免、県営住宅の家賃の減免及び優先入居(単身も可)、タクシー利用料金・医療費助成制度(一部市町村)、路線バス運賃割引、一部民間鉄道の運賃割引
岐阜県	県有施設の利用料の減免、免除、医療費助成制度(1、2級)、県営住宅の優先入居(1、2級)、県バス協会加盟バスの運賃割引
静岡県	県バス協会加盟バス運賃割引、一部県内私営鉄道運賃割引、タクシー券交付(県内一部を除く)、県立施設等の利用料の減免、県営住宅の入居条件の優遇、医療費助成制度(1級)
愛知県	公共住宅の優先入居・家賃の軽減、公共施設等の利用料免除・軽減、医療費助成制度(1、2級)、一部バス・タクシーの料金の減免・助成(市町村・バス会社独自制度)
三重県	県立施設等の利用料免除・減額、県営住宅の優先入居(1、2級)、バス・タクシー利用助成(一部市町を除く)、医療費助成制度(1級)
滋賀県	自立支援医療(精神通院)自己負担分の助成(精神手帳1・2級)、公共施設の利用料減免、県営住宅入居抽選優先倍率適用、一部路線バスの運賃割引(バス会社独自サービス)
京都府	公共施設の利用料減免、府営住宅の優先入居
大阪府	公共施設の利用料減免、府営住宅の福祉世帯向け応募、一部府内バス・タクシー料金の減免
兵庫県	県立施設等の利用料の減免、県営住宅の優先入居(1、2級)、医療費助成制度(1級)、パーキングパーミット制度(兵庫ゆずりあい駐車場制度)に基づく利用者証の交付(1級所持者でありかつ歩行が困難な者に限る)
奈良県	県立施設等の利用料の免除、民営バス運賃割引(バス会社独自サービス)、県営住宅自動車駐車場料金免除、医療費助成制度(1、2級)
和歌山県	県有施設入場料・使用料の無料・減免、県営住居・入居所得基準の優遇(1、2級)、県営住宅優先抽選、県営駐車場の使用料の減免、県立医科大学付属病院受診時の駐車場使用料免除、バス運賃割引(一部を除く)
鳥取県	県立施設等の利用料の減免、県内路線バスの運賃割引、医療費助成制度(1級)、県営住居入居優遇制度、自動車運転免許取得費助成事業(一部市町村のみ実施・所得制限等あり)
島根県	県立施設等の利用料の減免、一部市町営バスの運賃割引、県内民営鉄道(JR除く)の運賃割引、タクシー券交付(一部市町)、一部民営旅客船の運賃割引、県営住居入居優遇制度、一部市町営住宅入居優遇制度、医療費助成制度(①1級の方、②2級の方で身体障害者手帳3級又は4級の方、③2級の方で知的障がいのある方)
岡山県	公共施設等の利用料の減免、路線バス運賃の減免、JR以外の一部私鉄の運賃の減免、県営住宅入居抽選における優遇

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳に基づく主なサービス一覧

平成28年12月末現在

都道府県名	主 な サ ー ビ ス の 内 容
広島県	旅客運賃割引(バス、電車(JR除く)、アストラムライン)、県立施設等利用料の減免、県営住宅入居当選率の優遇(1、2級)、思いやり駐車場利用証の交付(1級)
山口県	公共施設利用料の減免、バス運賃割引、医療費助成(1級)、県営住宅入居抽選における優遇、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)、自動車取得税・自動車税の減免
徳島県	路線バス運賃の減免、公共施設の利用料減免、県営住宅優先入居、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)、自動車取得税・自動車税の減免(1級かつ通院医療)
香川県	県内公共施設等入園料等の免除・減免、タクシー(一部を除く)10%割引、路線バス等(一部を除く)運賃割引、パーキングパーミット制度(かがわ思いやり駐車場制度)に基づく利用証の交付(1級)
愛媛県	公共施設等利用料の減免、公営住宅への優先入居、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付、公営バス等運賃割引、フェリー等運賃割引(民間)、タクシー(一部を除く)10%割引(民間)、映画館割引(民間)
高知県	県立施設入場料・利用料の免除・減免、県営住宅の優先入居、パーキングパーミット制度(こうちあったかパーキング制度)に基づく利用証の交付、とさでん交通(電車)運賃割引、土佐くろしお鉄道運賃割引、一部タクシー運賃10%割引、路線バス運賃割引
福岡県	県立施設等の利用料の減免、県営住宅の優先入居、県内第三セク鉄道2社の運賃割引制度、医療費助成制度(1級)、県内民間バス事業者1社の運賃割引制度、「ふくおか・まごころ駐車場」制度(1級)
佐賀県	公共施設等の利用料割引、県外第3セク鉄道2社の運賃割引、県内3社県外1社の県内路線バス運賃割引、乗船運賃割引、県営住宅入居当選率の優遇、タクシー(一部を除く)10%割引
長崎県	公共施設の利用料減免、県内バス・路面電車運賃割引、タクシー(一部を除く)10%割引、乗船運賃割引(一部航路)、鉄道運賃割引(JR除く)、公営住宅の優先入居、障害者福祉医療制度(通院医療費助成、1級)
熊本県	県内バス・電車運賃割引(1～3級)(熊本市内在住者のバス・市電運賃の割引)、医療費助成(1級)、県立施設使用料等の免除、県営住宅入居時抽選の倍率優遇、県立劇場主催事業の割引
大分県	公共施設の一部利用料減免、医療費助成(1級)、県営住宅入居抽選時の優遇
宮崎県	路線バス運賃割引、公営住宅の優先入居、県立施設の利用料減免
鹿児島県	路線バス等(一部を除く)の割引、県立施設等の使用料等減免・免除、タクシー(一部を除く)10%割引、県営住宅入居優先制度(抽選回数2回)、パーキングパーミット制度に基づく利用証の交付(1級)、肥薩おれんじ鉄道利用割引(1・2級)
沖縄県	公共施設等の利用料の免除・割引、モノレール、路線バス、タクシーの運賃割引(民間会社独自制度)、県営住宅入居抽選時に優遇措置(1、2級)
指定都市名	主 な サ ー ビ ス の 内 容
札幌市	公共施設の使用料等の減免、交通費助成(タクシー利用券、バス・地下鉄乗車券、自家用車燃料券の3つから選択)、通所交通費助成、市営住宅入居申込時の優遇措置、医療費助成(1級)
仙台市	交通費助成(タクシー利用券、バス・地下鉄乗車券、自家用車燃料費助成券の3つから選択交付)、市営駐車場料金一部割引、市営住宅入居申込時の優遇措置、公共施設の使用料等の免除
さいたま市	福祉手当(1、2級)、手帳申請時の診断書料助成、医療費助成制度(1級又は2級かつ65歳以上で後期高齢者医療加入者)、福祉タクシー利用券(1級)、自動車燃料費助成(1級)、通所交通費助成、資源やごみの排出支援、公共施設の使用料減免、市営住宅の抽選における優遇措置(1、2級)
千葉市	通所交通費助成、福祉タクシー利用券(1級)または自動車燃料費助成(1級)、市営住宅入居の優遇措置(1、2級)、公共施設の利用料免除、医療費助成(1級)、福祉手当(1級)、路線バス運賃割引、モノレール運賃割引、市営駐車場・駐輪場利用料の免除、上下水道料金の減免(1級)
横浜市	水道料金等の減免、バス・地下鉄等特別乗車券の交付、住み替え家賃助成、民間住宅あんしん入居(保証人がいない方)に対する民間住宅への入居支援)、市営住宅入居優遇、医療費助成
川崎市	交通費助成(市内運行バス乗車券、タクシー利用券(1級)から選択交付)、タクシー10%割引、公営施設等の入場料割引、医療費助成(1級対象、入院除く)、市営住宅入居優遇制度、居住支援制度(保証人がいない方)に対する民間住宅の入居支援)
相模原市	福祉手当支給、交通費助成(タクシー券・ガソリン券)【1、2級】、医療費助成【1、2級】、公共施設等の利用料優遇、公共下水道使用料減免【1級】、市営駐輪場の割引、市営駐車場の割引【1級】、市営住宅入居優遇
新潟市	市立施設の利用料・入場料の減免、市営住宅の入居抽選の優遇(1、2級)、重度障がい者医療費助成(1級)、精神科入院医療費の助成(1、2級、重度障がい者医療費助成の対象とならない者、所得制限あり)、路線バスの運賃割引
静岡市	交通費助成(市内バス電車又はJR乗車券の交付)、市立施設のうち減免規定のある施設で入場料等を減免、医療費助成(1級)
浜松市	交通費助成(バス・電車券、タクシー券、ガソリン券等から選択交付)、市立施設のうち減免規定のある施設で入場料等を減免、重度心身障害者医療費助成(1級)
名古屋市	福祉特別乗車券の交付(市バス、地下鉄)、福祉タクシー利用券(1級)、市営交通料金の割引、障害者医療費助成(1、2級、所得制限あり)、障害者自立支援配食サービス、市営住宅の入居、市営施設等利用料の免除・割引、資源やごみの排出支援
京都市	公共施設の利用料減免、福祉乗車証(市バス、市営地下鉄、一部民営バス)、タクシー利用券(1級)、市営住宅の優先選考、自立支援医療負担額の軽減
大阪市	市営交通運賃の免除・割引、市内文化施設への入場優待、本市公営自動車駐車場・自転車駐輪場利用料の減免
堺市	市立施設等の利用料の減免、手帳申請時の診断書料助成(市民税非課税世帯の方)
神戸市	福祉乗車証(市バス・地下鉄等無料バス)、有料施設等利用料減免、市立駐車場の割引(1級、介護者運転)、重度障害者医療費助成(1級、所得制限あり)、市営住宅の優遇抽選、障害者特別給付金(1、2級、制度的無年金者、所得制限あり)、
岡山市	市立施設使用料等の減免・割引、駐車場使用料金の減免・割引、市営住宅入居抽選時の優遇措置、路線バス運賃の割引、市内中心部の路面電車運賃の割引、家庭ごみ有料化減免制度、岡山市の許可保育園の保育料免除、生活福祉資金貸付制度
広島市	バス・市内電車の運賃の割引、公共交通機関利用助成(所得制限)、福祉タクシー利用助成(1級、所得制限)、上下水道料金の減免(1、2級)、公共施設利用料の減免、大型ごみ排出支援(単身者)、自動車運転免許取得助成、市営駐車場等の駐車料金の減免(1級)、市営駐輪場の駐輪料金の減免、市営住宅の入居抽選の優遇(1、2級)
福岡市	市営住宅の優遇措置及び家賃の減免、市立施設等の利用料の減免、市営地下鉄運賃の助成、交通費の助成(70歳以上)、自動車運転免許取得の助成、医療費助成(1級)、移動支援(1・2級、児童、自己負担あり)
北九州市	公営住宅専用募集枠、市営バス福祉優待乗車証、市営渡船運賃割引、公共施設利用料減免、障害者あんしん法律相談、自動車運転免許取得助成、タクシー利用券(1級)、モノレール乗車券割引、医療費助成、交通費助成
熊本市	市営住宅の優遇措置、医療費助成(1級)、優待証(施設入場料の免除、市内運行の路線バス・電車の利用料の減額)の交付、施設入場料等の減免、タクシー券(1、2級)の交付、自動車運転免許取得の助成

9 災害時等の心のケア対策について

(1) 大規模な災害・事件・事故の際の心のケア対策について

近年、地震、水害、火山の噴火等、災害の発生に伴い、住民等に対する心のケアを求められる局面が増えている。また、犯罪、事故等の人為災害においても、心のケアの必要性が強く認識されている。

平成 28 年熊本地震では、発災直後から DMHISS を活用して災害派遣精神医療チーム (DPAT) の情報集約、派遣調整を行い、熊本県からの派遣要請に基づき、震災発生当日に DPAT を派遣し、広範な地域のチームが現地入りした。

現地では、精神科医療機関への支援として、被災した精神科医療機関から県内及び県外の医療機関に患者搬送を行うとともに、避難所内の巡回活動、被災者の精神面に関する相談や健康調査、不眠に係るリーフレットの配布等の活動を実施し、現地支援者の支援として、地方公共団体の行政職員等を対象としたメンタルヘルス相談等も行われた。

こうした活動の一方で、平成 28 年熊本地震では、被災規模が大きく、多くの自治体からの DPAT 派遣が必要となったため、専門的研修を受けていない DPAT も活動せざるを得なかったこと、自治体職員への支援者支援、精神科医療機関における訪問診療の依頼等の中長期の支援について、従来想定していた活動の範疇を越える広範な依頼があり対応に苦慮したこと、などの課題点も明らかとなった。

平成 28 年熊本地震で課題となった事例や今後の災害時に向けて早急に対応すべき事項については、今回の事例を教訓に体制整備を早急に進める必要があることから、平成 29 年度予算案において、DPAT 事務局関係経費として 0.4 億円 (対前年比 0.2 億円増) を確保している。これにより、DPAT の司令塔機能と自治体支援機能が強化され、平成 28 年熊本地震の活動経験を活かした専門的な研修・訓練を実施し、DPAT の体制を全国的に整備することとしており、各自治体におかれては、DPAT 事務局による DPAT 関連研修への参加や「災害派遣精神医療チーム体制整備事業」を活用するなどして、災害時等の心のケア体制の整備を推進していただくようお願いする。

更に、平成 27 年 7 月に一部修正された防災基本計画では、国〔厚生労働省〕及び都道府県は、DPAT 等の整備に努めるものとされているため、地域防災計画の改訂時においても、防災担当部局と連携し、DPAT 等の整備について明記していただくようお願いする。

また、DPAT の運用に資するよう、平成 25 年 4 月 (平成 26 年 1 月改訂) に「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」を作成しているところであるが、平成 28 年熊本地震での対応を踏まえ、平成 28 年 3 月末までに改訂を行う予定である。

なお、厚生労働省では、精神保健福祉センター、保健所、病院等に勤務している医師、看護師、精神保健福祉士等を対象とした PTSD に関する専門的な養成研修を実施し、精神保健活動の充実の推進を図っているところである

が、平成 29 年度予算案において 12 百万円(対前年比 6 百万円増)を確保し、研修内容の更なる充実を図ることとしており、関係機関に所属する職員の研修への参加について配慮いただきたい。

(2) 東日本大震災の被災地の心のケアについて

東日本大震災の被災者の心のケア対策については、平成 23 年度から、被災 3 県に心のケアセンターを設置し、専門職による、心の不調を訴える被災者の自宅や仮設住宅への訪問支援、各保健所及び市町村の保健活動への支援等を実施している。

被災者一人ひとりが直面している課題は、個人の置かれた環境、復興の進捗状況等に応じて様々で、避難生活の長期化や恒久住宅への移転に伴う被災者の心のケアについて、復興のステージに応じたきめ細かな支援が必要となっている。

このため、平成 29 年度に、「心のケアセンター連携強化会議(仮称)」を開催し、心のケアセンター間の取組の情報交換を行い、連携の強化を図ることとしており、被災 3 県におかれては、関係者の会議への参加と必要な協力についてお願いします。

また、原子力発電所事故により福島県外へ避難している方への心のケアについては、福島県の「被災者の心のケア支援事業」において、福島県から委託を受けた民間団体等が、福島県外避難者を対象とした電話相談窓口を設置して取り組んでいる。今後は、福島県外避難者に対する心のケア相談体制の充実の観点から、福島県におかれては、当該相談窓口の更なる周知方策について、速やかに検討を行うとともに、福島県から委託を受けた民間団体等の関係者の取組の情報交換による連携の推進を目的とした会議の速やかな開催をお願いします。

(3) 平成 28 年熊本地震の心のケアについて

平成 28 年熊本地震心のケア対策については、平成 28 年予備費により、心のケアを行う活動拠点として「熊本こころのケアセンター」を設置し、心のケアに関する相談支援、訪問支援等を支援している。

平成 29 年度予算案において 59 百万円を確保しており、熊本県におかれては、引き続き関係市町村及び医療機関等の関係機関と連携し、変化するニーズに的確に対応し、被災者の心の健康の維持・向上に向けた事業の効果的な実施をお願いします。

(4) 災害等によるストレス関連疾患対策情報支援センターの設置について

近年、地震・風水害などの自然災害、大規模事故、犯罪被害等において、いわゆる「心のケア」の重要性は精神保健医療関係者のみならず、一般社会においても強く認識されている。こうしたストレス状況下においては PTSD

のみならず、適応障害、うつ等のストレス関連疾患全般に対して包括的な対策を行う必要があるため、被災者・被害者等に対して適切なケアを提供していける体制が広く求められている。

このため、災害等によるストレス関連疾患に係る関係機関への総合的な助言指導、データ分析、情報発信を一体的に行う、全国的な調査分析機関（シンクタンク）として、「災害等によるストレス関連疾患対策情報支援センター」を設け、経時的な症状や治療内容等の把握及び分析、エビデンスの蓄積、積極的な発信を行い、我が国の災害等ストレス関連疾患対策の底上げを図ることとしており、平成 29 年度予算案において 15 百万円（対前年比 5 百万円増）を確保している。

なお、心のケアセンターや精神保健福祉センター、民間団体等による福島県避難者の相談情報を集約し効果的に活用する観点から、「災害等によるストレス関連疾患対策情報支援センター」において、平成 29 年度中に当該データの分析を行い、当該分析結果の発信と、災害等避難者の心のケアに係る専門研修の開催を予定していることから、相談情報の提供、関係者の研修への参加と必要な協力についてお願いする。

DPAT（災害派遣精神医療チーム）

● 現状

平成28年度予算額：20,296千円 ⇒ 平成29年度予算案：37,297千円

- ✓ 災害精神保健医療体制については、東日本大震災を契機として、災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）の養成、災害時の派遣調整等を行ってきたが、今般発生した平成28年熊本地震での対応において、課題点も見られた。

● 課題

- ✓ 平成28年熊本地震では、被災規模が大きく、多くの自治体からのDPAT派遣が必要となつたため、専門的研修を受けていないDPATも活動せざるをなかつた。
- ✓ また、首都直下はもとより、南海トラフ海等の大規模災害発生時に、DPATが災害精神保健医療活動を迅速かつ的確に行うためには、今般の活動経験を活かした専門的な研修・訓練を実施し、DPATの体制を全国的に整備する必要がある。

● 対策の強化（DPAT事務局経費の拡充）

- 活動経験を踏まえた専門的研修及び実地訓練
- 研修・訓練を通じたDPATの全国的な整備
- DPATの司令塔機能・自治体支援機能の強化

- 災害時等において、国民に適切な医療を提供することは**国の基本的責務**
- 首都直下型地震など災害等リスクの増大に対し、**災害精神保健医療体制の充実**を図り、**危機管理体制を強化する**



平成28年熊本地震におけるDPATの活動

● 災害概要

- ⇒ H28 4/14 21:26頃発生：マグニチュード6.5
- ⇒ 4/16 1:25頃発生：マグニチュード7.3

● 人的被害 (H28 6/7現在)

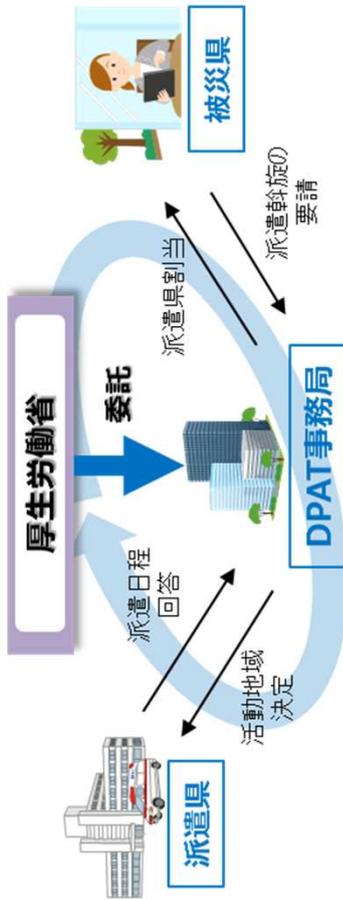
- ⇒ 死者69人、行方不明1人、重軽傷者1,737人
- ⇒ 避難者6,904人、建物損壊13万2,209棟



➤ 平成28年熊本地震における派遣調整

● 広域派遣調整の流れ

- ⇒ 被災県の被害が甚大で自県のみで広域派遣調整が不可能な時は、被災県はDPAT事務局に派遣斡旋要請
- ⇒ DPAT事務局は派遣可能県と連絡を取り、派遣県と派遣可能日程の調整を行う
- ⇒ DPAT事務局は派遣県に日程を割り振り、被災県にその旨を回答した上で、派遣DPATが被災県に支援に入る



➤ 平成28年熊本地震における活動概要

● DPAT活動概要 (H28 6/6現在)

- ⇒ 県外DPAT延941隊が活動
- ⇒ 巡回した避難所の延数は2,439力所
- ⇒ 被災した精神科医療機関から合計595人(県内321人、県外274人)の患者を搬送
- ⇒ 支援者支援を実施

● 広島土砂災害 (H26 8/20～)

- ⇒ 断続的な大雨で土砂災害
- ⇒ 広島県・広島市DPAT7隊が活動

● 御嶽山噴火 (H26 9/27～)

- ⇒ 3kmを超える噴煙、多くの噴石飛散
- ⇒ 長野県DPAT1隊が活動

DPAT先遣隊チーム数

36チーム (30自治体)

(平成28年8月16日時点)



自治体	登録機関名	自治体	登録機関名
青森県	青森県立つくしが丘病院	三重県	三重県立こころの医療センター
岩手県	医療法人青仁会青南病院	大阪府	国立病院機構精神原病院
宮城県	学校法人 岩手医科大	兵庫県	大阪府立精神医療センター
山形県	宮城県立精神医療センター	和歌山県	兵庫県こころのケアセンター
福島県	山形県立こころの医療センター	島根県	和歌山県立こころの医療センター
茨城県	福島県立矢吹病院	岡山県	島根県立こころの医療センター
栃木県	茨城県立こころの医療センター	広島県	岡山県精神科医療センター
埼玉県	筑波大学附属病院	山口県	医療法人せのがわ 瀬野川病院
千葉県	県立岡本台病院	徳島県	山口県立こころの医療センター
神奈川県	埼玉県立精神医療センター	佐賀県	徳島県立中央病院
新潟県	千葉県精神科医療センター	長崎県	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター
石川県	神奈川県精神保健福祉センター	宮崎県	長崎県精神医療センター
福井県	神奈川県精神医療センター	沖縄県	県立宮崎病院
静岡県	新潟県精神保健福祉センター	北九州市	社会医療法人同心会 古賀総合病院
愛知県	石川県立高松病院		宮崎大学
	福井県立病院		国立病院機構琉球病院
	静岡県立こころの医療センター		産業医科大学病院
	愛知県精神医療センター		医療法人清陵会 南ヶ丘病院

東日本大震災に係る心のケアの取組の充実について

■ 取組の背景

- 被災者一人ひとりが直面している課題は、個人の置かれた環境、復興の進捗状況等に応じて様々で、避難生活の長期化や恒久住宅への移転に伴う被災者の心のケアについて、復興のステージに応じたきめ細かな支援が必要
- 福島の子力災害被災地域は、避難指示解除準備区域・居住制限区域の避難指示の解除に向けた取組が本格化する一方、帰宅困難区域の復興の在り方については、政府全体の課題
- ふるさとへの思いを持ちながら、地元を離れて生活をすすめる方々に対して、中長期にわたるきめ細かい心のケアが必要
- 昨年、原子力発電所事故により福島県外へ避難されている児童生徒がいじめに遭う事案が発生



■ 対応方策

- いじめ事案及び心のケアの重要性に鑑み、今後の東日本大震災により被災した方々への心のケアの方策を実施

● 平成29年度からの対応

1

心のケアセンター間の連携強化

- 心のケアセンター間の取組の情報交換を行い、連携の強化に資することを目的に「心のケアセンター連携強化会議（仮称）」を開催

2

県外避難者に対する相談の充実

- 福島県外避難者を対象とした専門電話相談窓口の更なる周知方策に速やかに実施
- 民間団体等の関係者が、取組の情報交換を行い、連携の推進に資することを目的とした会議を速やかに開催

3

県外避難者の相談事例の共有と活用

- 福島県外避難者の相談情報を集約し効果的に活用するため、災害等によるストレス関連疾患対策情報支援センターにおいて、データ分析を行い、結果を発信
- 分析の知見を活用した専門研修を開催

熊本こころのケアセンター

平成29年度予算額:59百万円

- 平成28年熊本地震による被災者の精神的健康の保持及び増進を図るため、「熊本こころのケアセンター」を設置・運営する熊本県に財政措置を行う。

熊本こころのケアセンターの設置・運営

- 平成28年熊本地震の被災者に対する精神保健面での支援のため、熊本県が精神疾患に関する相談支援や心のケアを行う拠点整備、心のケアに関する相談支援、仮設住宅入居者等への訪問支援等を行う。

● 事業概要

1. 実施主体

- 熊本県

2. 事業内容

- 災害時の復興期のプロセスでは、PTSDを主体とするトラウマ反応だけでなく、生活再建プロセスで生じる二次的ストレスから生じる心身の変調が大きな課題となる。
- このため、地域のネットワークの形成、仮設住宅入居者等への訪問支援等(アウトリーチ)が必要。
- 中・長期間継続した精神保健活動を行う拠点として「熊本こころのケアセンター」を設け、災害後の環境への不適應をもたらず被災者の精神疾患や症状を最小化していく。

● 事業スキーム



10 性同一性障害の相談窓口について

性同一性障害は、生物学的な性と心理的な性の不一致を来している状態であり、自らの性別に対する不快感・嫌悪感、反対の性別に対する強く持続的な同一感、反対の性役割を求めることが特徴的である。

性同一性障害については、各自治体の精神保健福祉センターなどで相談等の対応が行われているが、性同一性障害の相談ができることの周知が図れていないことや、相談が出来る医療機関等が少ないことが課題となっている。このため、普及啓発を促進する観点から、厚生労働省のホームページの「みんなのメンタルヘルス総合サイト」に「性同一性障害」の説明を掲載しており、ご活用いただきたい。

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

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

しかしながら、①性同一性障害にはうつ病等の精神疾患が合併することが多いこと、②性同一性障害に関する相談についての周知が図れていないこと、③相談できる専門の医療機関等が少ないこと等が課題となっている。

そのため、悩んでいる方が相談しやすい体制整備が重要であると考えており、具体的な取組を行っている別添の自治体における取組例なども参考に、各自治体での性同一性障害の相談体制を整えるとともに、その周知をお願いしたい。

性同一性障害の現状と課題について

概要

性同一性障害は生物学的な性と心理的な性の不一致を来している状態であり、

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

ことが特徴的である。

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

現状と課題

【診断・治療】

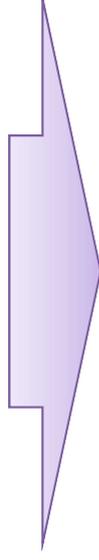
- ・性同一性障害について、我が国では、日本精神神経学会がまとめたガイドラインに基づき診断と治療が行われている。
- 診断：性同一性障害に十分な理解と経験をもつ2名の精神科医が一致した診断を下すことで確定。
- 治療：精神科領域の治療（精神的サポート、実生活経験）、身体的治療（ホルモン療法、乳房切除術、性別適合手術）

【課題】

- ・性同一性障害にはうつ病等の精神疾患が合併することが多いこと
- ・各自治体の精神保健福祉センターなどで相談等の対応が行われているが、性同一性障害の相談ができることの周知が図れないことや、相談が出来る医療機関等が少ないことが課題となっている。

自治体での取組例

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



悩んでいる方が相談しやすい体制整備は重要であると考えられており、各自治体で性同一性障害の相談対応の更なる拡充をお願いするとともに、厚生労働省として、ホームページ（「みんなのメンタルヘルス総合サイト」）を通じた普及啓発に取り組んでいるところ。

鳴門市の取組事例

開設経緯及び相談体制

- ・平成24年9月より人権推進課の女性子ども支援センター『ぱあとな一』内に「性同一性障害」に関する相談窓口を開設した。
- ・相談窓口は「性同一性障害」専用の相談機関ではない。
- ・相談対象者は、鳴門市在住の方に限らず、広く受け付けている。
- ・相談体制として、電話とメール、来庁による手段がある。
- ・相談内容に応じ、各種相談機関、医療機関を紹介をしている。
- ・その他の取組として、性同一性障害についての講演を年1回行っている。

実際のホームページ

性同一性障害に関するお問い合わせの方へ
To the direction of the trouble to 010

『ぱあとな一』では、性同一性障害（GID）に関してお悩みの方のために相談窓口を設けました。かららの性どころの性が一致しない「性同一性障害」で悩んでいる人は数多く存在します。性別に違和感があるが一人で戸惑い悩んでいる人、差別や偏見を恐れ、誰にも相談できずにいる人、家族が厄介んでいるのをどうすればいいか悩んでいる人、性同一性障害に関するあらゆることでお悩みの方は是非一度『ぱあとな一』にご相談ください。GIDの専門家が相談をお伺いします。あなただけが悩まらなく生きていく方法を一緒に探しませんか？（あなただけの情報が他に漏れることはありません。）

〇来庁相談
鳴門市役所
〒772-8501
徳島県鳴門市撫養町南浜字東浜170
受付時間 土・日・祝日
8時30分～17時 年末年始

〇電話相談
088-684-1408
088-684-1413
受付時間 土・日・祝日
8時30分～17時 年末年始

〇メール相談
迷惑メール設定をされている方はドメインを解除しておいてください。
迷惑メール設定を解除していただく、相談フォームが開きます。
<http://www.city.naruto.tokushima.jp/contents/joseishien/pdf/gid.pdf>

日置市の取組事例

開設経緯及び相談体制

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

実際のホームページ

ホームページ > 男女共同参画 > 性同一性障がい

性同一性障がいについての相談窓口

担当部署：本庁・総務企画部地域づくり課

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

※この相談窓口は「性同一性障がい」専用の相談機関ではありませんが、お話を伺いしております。原則として、日置市在住・在学・在勤の方を対象として、相談を受け付けています。日置市がかららのお問い合わせにつきましては、お住まいの地域の相談機関等をご紹介する場合があります。

【男女共同参画相談窓口】 電話 099-273-2160（直通）
電話相談 月～金曜日 8時30分～16時30分受付
面談相談 月～金曜日 8時30分～16時30分受付

各窓口のご案内はこちらどうぞ

3
(<http://www.city.nioki.kagoshima.jp/modules/content001/index.php?id=188>)

11 心神喪失者等医療観察法の地域連携等について

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

（１）指定入院医療機関の現状

法に基づく指定入院医療機関の整備については、全国で予備病床を含め 800 床程度を目標として整備を進めてきており、これまでに 32 箇所 825 床の整備が行われたところである。

また、今年度（平成 28 年度）における平均在院者数は運用病床数（747 床）内で推移している状況にある。

指定入院医療機関については、地域偏在を解消し、入院対象者の円滑な社会復帰に必要な医療環境を整備するため、指定入院医療機関の整備が必要である地域（北海道など）に対して引き続き、協力要請を行っていくこととしているので、ご協力をお願いする。

（２）地域処遇の円滑な実施のための指定通院医療機関の確保等について

法に基づく地域社会における処遇については、「地域社会における処遇のガイドライン」（平成 17 年 7 月 14 日障精発第 0714003 号）に基づき、都道府県の主管課をはじめ地域で精神保健福祉に携わる関係機関にご協力をいただいているところであるが、より円滑な実施のためには、地域処遇体制の基盤構築及びその充実を図ることが重要である。

とりわけ、指定通院医療機関の確保については、通院対象者の住み慣れた地域から容易にアクセスできる範囲に確保する必要があることや、大都市部において不足していることが指摘されているところであり、対象者の円滑な社会復帰を促進する上で、極めて重要な課題となっている。

指定通院医療機関の拡充に向けては、法務省と連携して取組を続けているところであるが、今年度（平成 28 年度）から、指定通院医療機関の確保に向けた課題の解決や関係機関相互の更なる連携強化等を目的とした指定医療機関地域連携体制強化に関する意見交換会を実施した（今年度は、関東信越厚生局ブロック及び近畿厚生局ブロックで開催）。

次年度（平成 29 年度）においても引き続き実施する予定であり、今後参画の依頼をさせていただくので積極的なご協力をお願いする。

また、法対象者への処遇が適切に図られるよう、市町村や地方厚生局とも緊密に連携の上、①必要数の他、クロザピンが使用可能な指定通院医療機関を中心に、地域バランスを踏まえた指定の推薦、②居住支援をはじめとする障害福祉サービス等の提供の推進、③ケア会議や地域連絡会議への参加を通じた関係機関との連携の強化について、引き続きご理解とご協力をいただく

とともに、医療観察法による処遇終了後の社会生活が円滑に行われるため、保健所を中心とした継続的な相談指導等を行うとともに、必要な医療や福祉による支援を適切に行うための「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組みを推進するよう併せてお願いする。

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仕組み

(制度は、法務省・厚生労働省共管)

平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

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

重大な他害行為

- ①殺人 ②放火 ③強盗 ④強姦
- ⑤強制わいせつ ⑥傷害
- ※①～⑤は未遂を含む

逮捕・送検

検察官

起訴

裁判所

実刑判決

刑務所

不起訴

(心神喪失等を認定)

無罪等

(心神喪失等を理由)

医療観察法における入院医療及び
通院医療は厚生労働大臣が行う

裁判官と精神保健審判員の合議制
精神保健参与員が必要な意見を述べる

検察官による申立て

鑑定入院

不処遇

地方裁判所における審判

入院決定

通院決定

入院医療の提供

- ・入院医療(指定入院医療機関)
- ・設置主体は、国、都道府県、特定地方独立行政法人(公務員型)に限定。
- ・入院期間の上限は定められていないが、ガイドラインで18ヶ月程度を標準としている。

退院決定

再入院決定

地域での支援

- ・精神保健観察(保護観察所)
- ・入院によらない医療(通院医療)
- ・指定通院医療機関については設置主体制限はなし
(通院は、原則3年。必要があれば2年を超えない範囲で延長可)
- ・精神保健福祉法等に基づく援助(都道府県・市町村等)

処遇終了

一般の精神保健福祉

鑑定入院は、精神科病院で実施
(期間は2ヶ月が原則・最長3ヶ月)

指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

平成29年1月1日現在

※ □ は整備中の医療機関

①国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床
②国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床
③国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）	66床
④国立病院機構久里浜医療センター（神奈川県）	50床
⑤国立病院機構さいがた医療センター（新潟県）	33床
⑥国立病院機構北陸病院（富山県）	33床
⑦国立病院機構小諸高原病院（長野県）	17床
⑧国立病院機構東尾張病院（愛知県）	33床
⑨国立病院機構榊原病院（三重県）	17床
⑩国立病院機構やまと精神医療センター（奈良県）	33床
⑪国立病院機構鳥取医療センター（鳥取県）	17床
⑫国立病院機構賀茂精神医療センター（広島県）	33床
⑬国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県）	33床
⑭国立病院機構菊池病院（熊本県）	23床
⑮国立病院機構琉球病院（沖縄県）	33床

（病床数は予備病床を含む）

指定入院医療機関の整備状況

2. 都道府県関係

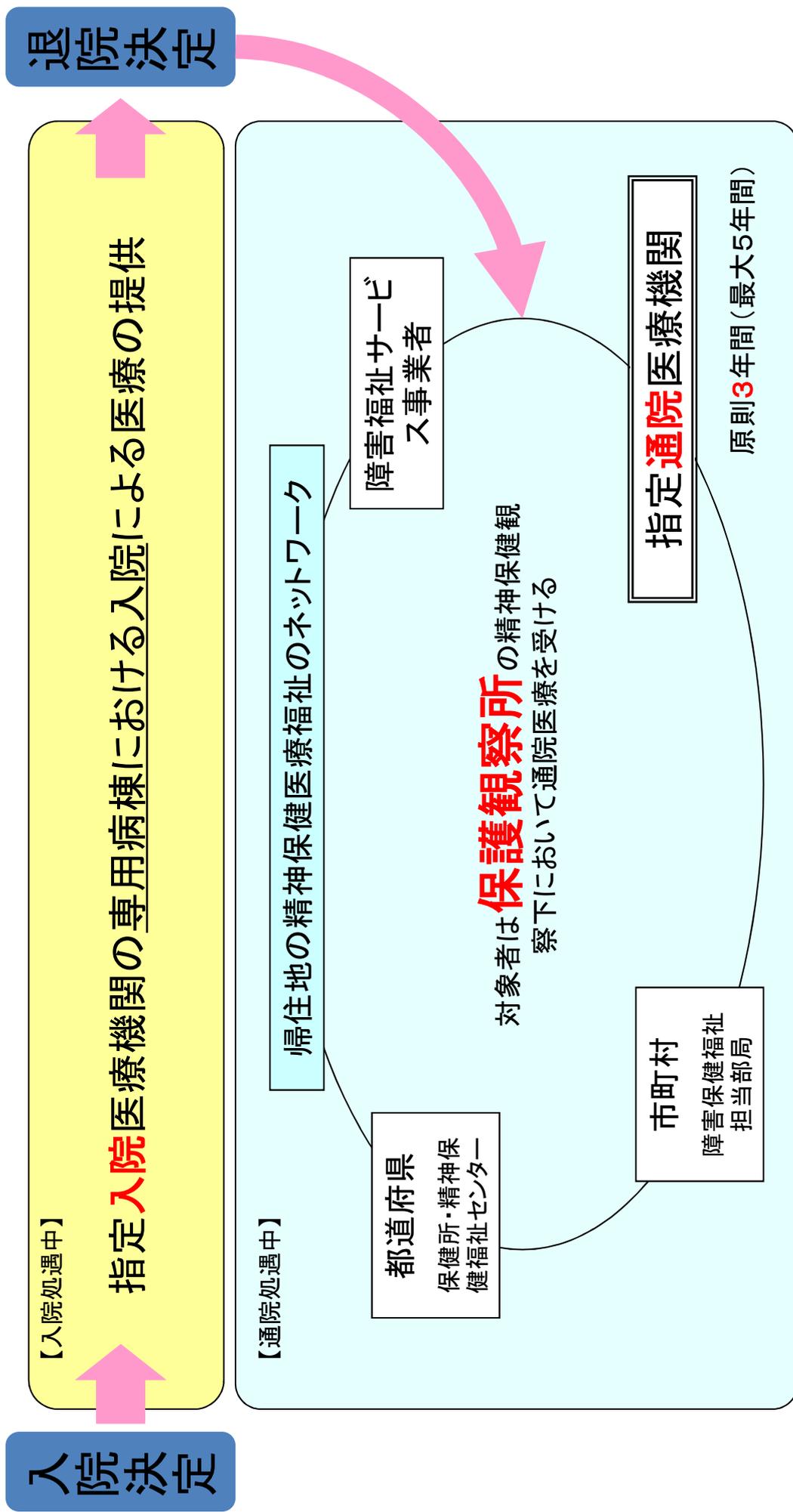
※□は整備中の医療機関

①山形県立ころの医療センター	17床	
②茨城県立ころの医療センター	17床	
③栃木県立岡本台病院	18床	
④群馬県立精神医療センター	16床	
⑤埼玉県立精神医療センター	33床	
⑥東京都立松沢病院	33床	
⑦神奈川県立精神医療センター	33床	
⑧山梨県立北病院	5床	
⑨長野県立ころの医療センター駒ヶ根	6床	
⑩静岡県立ころの医療センター	12床	
⑪滋賀県立精神医療センター	23床	
⑫大阪府立精神医療センター	33床	
⑬岡山県精神科医療センター	33床	
⑭山口県立ころの医療センター	8床	
⑮長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
⑯鹿児島県立始良病院	17床	
⑰愛知県精神医療センター	17床	
⑱島根県立ころの医療センター		整備中(平成29年開棟予定、8床)

※病床整備の現状:825床 [うち国関係:487床 都道府県関係338床](平成29年1月1日現在)

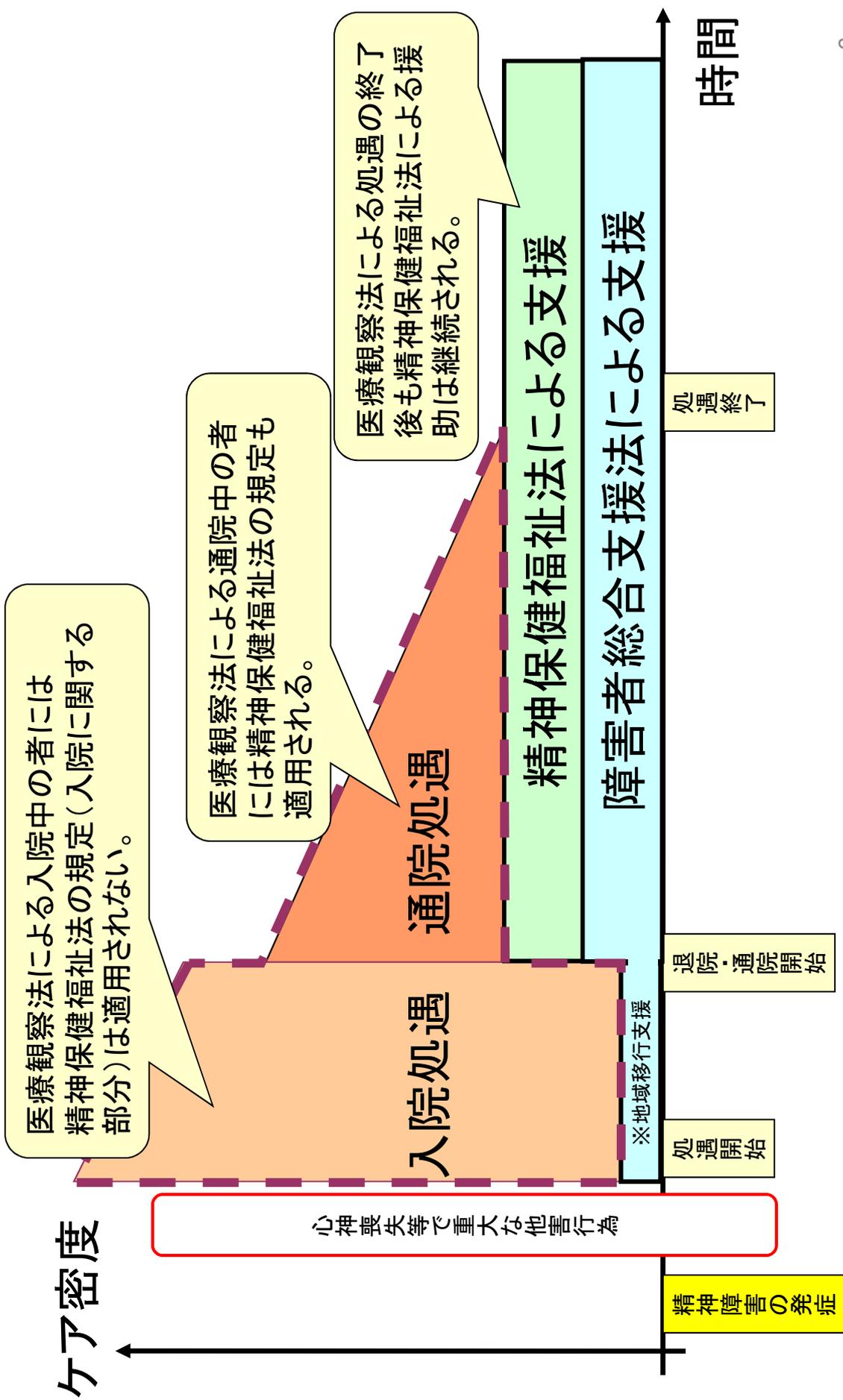
(病床数は予備病床を含む)

医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ



※ 通院期間終了後は、地域の精神保健医療福祉の枠組みに移行

医療観察法と精神保健福祉法との関係



※ 指定入院医療機関入院中から障害者総合支援法に基づく地域移行支援制度の活用は可能。

指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	必要数	平成28年12月31日現在指定数				計
		病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	
北海道	17	45	5	27	8	85
青森県	4	10	1	148	2	161
岩手県	4	8	0	8	1	17
宮城県	7	12	4	9	7	32
秋田県	4	5	0	322	1	328
山形県	4	8	2	10	3	23
福島県	6	10	2	172	3	187
茨城県	9	15	0	375	5	395
栃木県	6	8	0	4	1	13
群馬県	6	4	1	151	3	159
埼玉県	21	17	3	101	16	137
千葉県	18	15	1	90	10	116
東京都	37	21	11	29	45	106
神奈川県	26	17	5	14	5	41
新潟県	7	12	1	461	4	478
山梨県	3	3	0	3	2	8
長野県	7	13	1	41	4	59
富山県	3	5	0	9	3	17
石川県	4	5	1	4	4	14
岐阜県	6	8	1	38	4	51
静岡県	11	17	0	15	3	35
愛知県	21	15	1	8	10	34
三重県	6	10	0	1	3	14
福井県	2	5	0	51	1	57

都道府県名	必要数	平成28年12月31日現在指定数				計
		病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	
滋賀県	4	9	2	6	5	22
京都府	8	6	2	39	7	54
大阪府	26	28	4	32	47	111
兵庫県	17	22	2	10	16	50
奈良県	4	5	0	8	5	18
和歌山県	3	8	2	7	0	17
鳥取県	2	4	0	119	0	123
島根県	2	6	2	11	2	21
岡山県	6	7	0	5	3	15
広島県	9	8	1	9	6	24
山口県	5	9	1	15	1	26
徳島県	2	7	2	3	0	12
香川県	3	4	0	6	0	10
愛媛県	4	10	0	4	3	17
高知県	2	9	1	93	5	108
福岡県	15	23	2	12	14	51
佐賀県	3	9	0	6	4	19
長崎県	5	9	0	8	7	24
熊本県	6	6	0	3	2	11
大分県	4	4	0	6	0	10
宮崎県	4	6	0	0	1	7
鹿児島県	5	13	1	1	3	18
沖縄県	4	11	1	9	4	25
合計	382	511	63	2,503	283	3,360

※必要数には病院、診療所を含み、薬局、訪問看護ステーションは含まない。
 ※ は、指定数が必要病院数に達していない都道府県。

平成29年度医療観察法関係予算(案)の概要

心身喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保等

H28年度予算 H29年度予算(案)
186億円 → 178億円(▲8億円)
173.4億円 → 169.6億円

・入院等決定者医療費

医療観察法に基づく入院・通院医療の決定を受けた者に対し、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療費

・指定入院医療機関施設・設備整備費

5.8億円 → 2.5億円

医療観察法に基づく指定入院医療機関の新設、増設等施設・設備整備に係る経費について負担(負担率:10/10)

・指定入院医療機関地域共生事業費

0.3億円 → 0.2億円

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

・指定入院医療機関運営費

5.3億円 → 4.5億円

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

・指定入院医療機関医療評価・向上事業費

4百万円 → 5百万円

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

・指定医療機関地域連携体制強化検討会開催経費

5百万円

医療観察法に基づく指定医療機関と地域の関係機関等による検討の場を設置し、相互の連携体制の更なる強化を図るために必要な経費

12 公認心理師法について

公認心理師法（平成 27 年法律第 68 号）は、平成 27 年 9 月 9 日に可決・成立し、指定試験機関に関する規定が平成 28 年 3 月 15 日に施行され、その他の部分の規定（カリキュラム関係等）は、公布の日（平成 27 年 9 月 16 日）から 2 年以内に施行されることとなっている。

平成 28 年 4 月 1 日に、指定試験機関として、一般社団法人日本心理研修センターを指定した。

また、法の全面施行に向けて、公認心理師となるために必要な科目や国家試験に関する事項等について、平成 28 年 9 月 20 日から、公認心理師カリキュラム等検討会を開催し、検討を行っている。

公認心理師は様々な分野での活躍が期待されており、自治体の事務においても活用が見込まれるので、御承知おきいただきたい。

公認心理師法について

平成27年9月 9日成立
平成27年9月16日公布

公認心理師法（概要）

- 一 目的
公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする。
- 二 定義
「公認心理師」とは、公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。
 - ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
 - ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
 - ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
 - ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供
- 三 試験
公認心理師として必要な知識及び技能について、主務大臣が公認心理師試験を実施する。受験資格は、以下の者に付与する。
 - ① 大学において主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、かつ、大学院において主務大臣指定の心理学等の科目を修めてその課程を修了した者等
 - ② 大学で主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、卒業後一定期間の実務経験を積んだ者等
 - ③ 主務大臣が①及び②に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めたる者

四 義務

- 1 信用失墜行為の禁止
- 2 秘密保持義務（違反者には罰則）
- 3 公認心理師は、業務を行うに当たっては、医師、教員その他の関係者との連携を保たねばならず、心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治医があるときは、その指示を受けなければならない。

五 名称使用制限

公認心理師でない者は、公認心理師の名称又は心理師という文字を用いた名称を使用してはならない。（違反者には罰則）

六 主務大臣

文部科学大臣及び厚生労働大臣

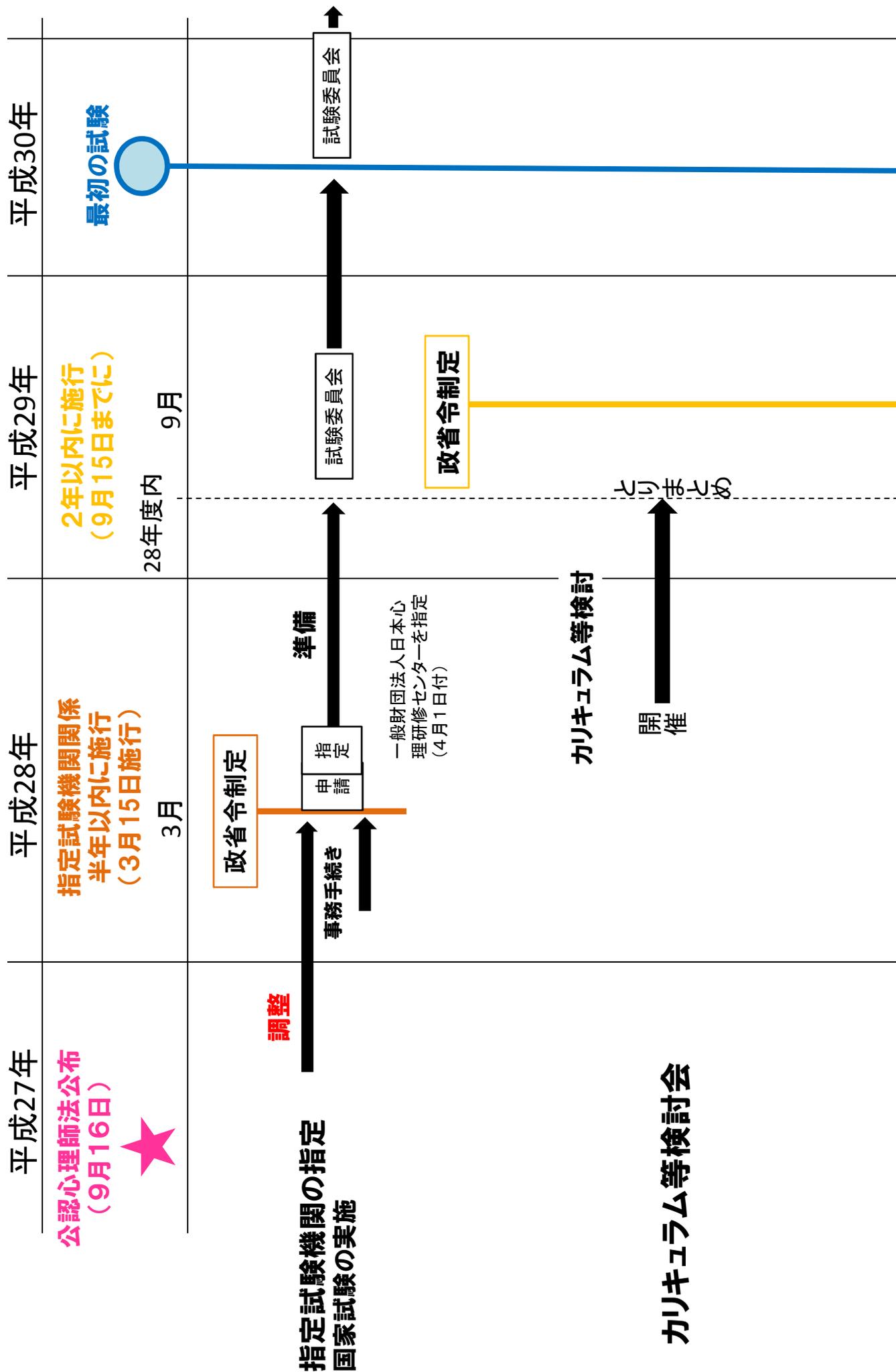
七 施行期日

一部の規定を除き、公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

八 経過措置

既存の心理職資格者等に係る受験資格等について、所要の経過措置を設ける。

公認心理師法 施行スケジュール(予定)



公認心理師カリキュラム等検討会について

- 公認心理師となるために必要な科目、実務経験の施設・期間、国家試験に関する事項などを検討するため、有識者からなる公認心理師カリキュラム等検討会を開催し、検討を行っている。
- 検討項目
 1. 公認心理師のカリキュラムに関する基本的な考え方
 2. 公認心理師のカリキュラム
 3. 大学卒業後の実務経験の範囲（実施する施設及び期間）
 4. 国家試験
 5. 現任者講習会科目と時間数
 6. 公認心理師試験の受験資格（法に規定されている者に準ずるもの）
- 今後の予定
 - 3月以降 ・ワーキングチームにおいて素案のとりまとめ
 - ・公認心理師カリキュラム等検討会報告のとりまとめ9月15日までに政省令制定

13 平成29年度精神・障害保健課予算案の概要（東日本大震災復興特別会計を含む）

平成28年度予算額 2,573億89百万円 (年金・医療、復興特会を除く)	↑	平成29年度予算案 2,582億94百万円	差引増減額 9億5百万円 (3.5%)
31億2百万円		34億64百万円	3億62百万円 (111.7%)

義務的経費（年金・医療） 2,534億69百万円 〔2,529億26百万円〕 (0.2%)	義務的経費（その他） 6億64百万円 〔7億54百万円〕 (Δ11.9%)	裁量的経費・公共事業関係費 28億00百万円 〔23億48百万円〕 (119.3%)	復興特会 13億61百万円 〔13億61百万円〕 (100.0%)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 自立支援医療費 5百万円 〔2,309億5百万円〕 〔2,300億51百万円〕 ◇ 精神通院医療費 15百万円 〔1,342億15百万円〕 〔1,319億46百万円〕 ◇ 更生医療費 44百万円 〔948億44百万円〕 〔962億60百万円〕 ◇ 育成医療費 39百万円 〔16億39百万円〕 〔18億44百万円〕 ◆ 措置入院費 38百万円 〔52億38百万円〕 〔51億40百万円〕 ◆ 医療保護入院費 66百万円 〔3億66百万円〕 〔3億96百万円〕 ◆ 心神喪失者等医療観察法入院等決定者医療費 60百万円 〔169億60百万円〕 〔173億39百万円〕 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 措置入院移送費 7百万円〔1億5百万円〕 ◆ 精神保健福祉センター特定相談等事業費 90百万円〔90百万円〕 ◆ 心神喪失者等医療観察法入院等決定者医療費支払事務費 4百万円〔3百万円〕 ◆ 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関運営費 48百万円〔5億25百万円〕 ◆ 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関整備費 15百万円〔30百万円〕 	<ul style="list-style-type: none"> 《主な事業》 ◆ 精神科救急医療体制整備事業費 15億50百万円〔14億4百万円〕 ◆ 依存症対策総合支援事業費 4億49百万円〔0百万円〕 ◆ 依存症対策全国拠点機関設置運営事業費 60百万円〔0百万円〕 ◆ 依存症に関する普及啓発事業費 16百万円〔16百万円〕 ◆ 精神障害者地域移行・地域定着支援事業費 2億30百万円〔43百万円〕 ◆ てんかん地域診療連携体制整備試行事業費 8百万円〔9百万円〕 ◆ 摂食障害治療支援センター設置運営事業費 11百万円〔13百万円〕 ◆ 精神科医療体制確保研修事業費 9百万円〔10百万円〕 ◆ 認知行動療法研修事業費 66百万円〔74百万円〕 ◆ 熊本県心のケア事業 59百万円〔0百万円〕 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 被災者の心のケア支援事業費 13億61百万円 〔13億61百万円〕

