

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会  
(第10回)

議 事 次 第

1. 日時 平成20年9月25日(木) 10:00~12:30
2. 場所 厚生労働省 専用第18会議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 17階
3. 議事
  - ① 地域生活への移行・地域生活の支援について
    - ・入院中から退院・退所までの支援の充実について
    - ・住まいの場の確保について
    - ・地域生活を支える福祉サービス等の充実について
  - ② 精神科救急・精神保健指定医について
    - ・精神科救急医療体制について
    - ・精神保健指定医の確保について

---

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

資料1 地域生活への移行・地域生活の支援について

資料2 精神科救急・精神保健指定医について

# 地域生活への移行・地域生活の支援について

入院中から退院・退所までの支援の充実について……2

住まいの場の確保について……………15

地域生活を支える福祉サービス等の充実について…31

# 入院中から退院・退所までの支援の充実について

## 今までの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理) 【抜粋】

### (1) 相談支援について

#### (地域生活の拡充のための相談支援について)

- 精神障害者の地域生活の支援を一層充実する観点から、現在、都道府県が行う「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が主に担っている病院や施設からの退院・退所時の支援に加え、民間住宅等への入居時や地域生活における緊急時の支援、成年後見制度等の精神障害者の権利擁護に関わる支援等、個々の精神障害者が適切な支援を受けられるよう、その評価や地域における体制のあり方も含め、障害者自立支援法に基づく相談支援の充実について検討すべきではないか。

### (4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について

#### (退院・退所する精神障害者への支援)

- 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」等による取組を踏まえ、入院・入所している精神障害者の退院・退所時の個別の支援や地域生活支援を行う機能や、地域資源の開発等、地域移行・地域定着に必要な体制整備を行う機能の充実について検討すべきではないか。

#### (長期入院・入所者に対する支援)

- 長期にわたり入院や入所している精神障害者については、退院後の生活について不安を抱く場合が少なくないと考えられることから、病院や施設から地域生活への移行に先立って、試行的にグループホームや民間賃貸住宅等での生活を体験できる仕組みについて検討を行うべきではないか。

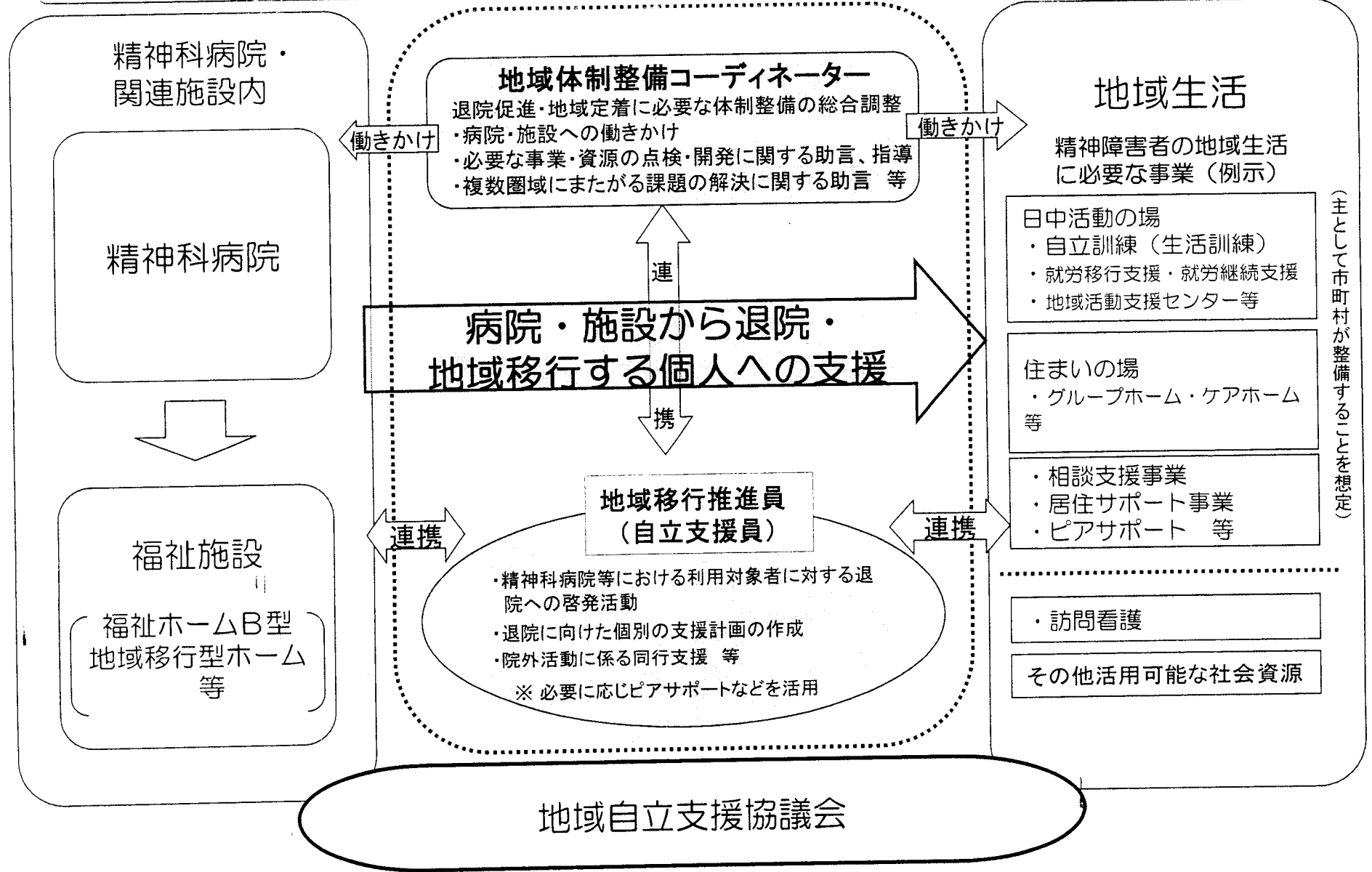
#### (病院における地域移行に向けた取組の推進)

- 退院に向けた支援を含めた病院における地域移行の取組について、これまでの診療報酬等における対応を踏まえつつ、その推進のための方策について更に検討すべきではないか。

# 精神障害者の地域移行支援に対する事業（概略）（徳田）

## 事業の概要

支人条件が整えば退院可能な精神障害者の退院促進や地域生活移行支援を行う地域移行推進員が活躍することにより、地域生活支援体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。

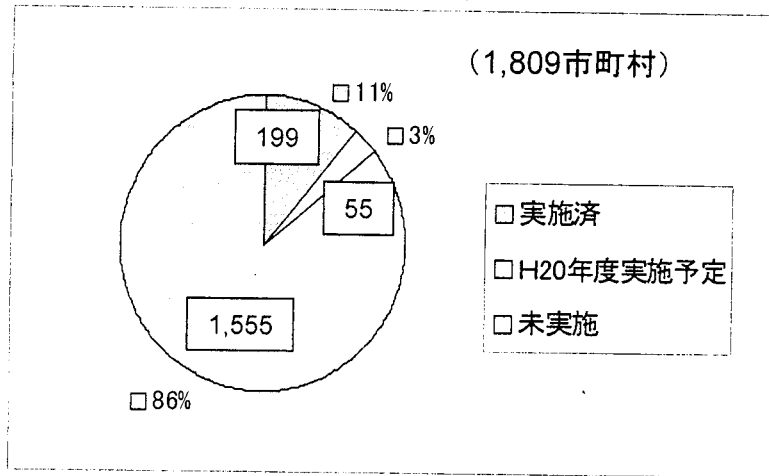


# 居住サポート事業の実施状況について

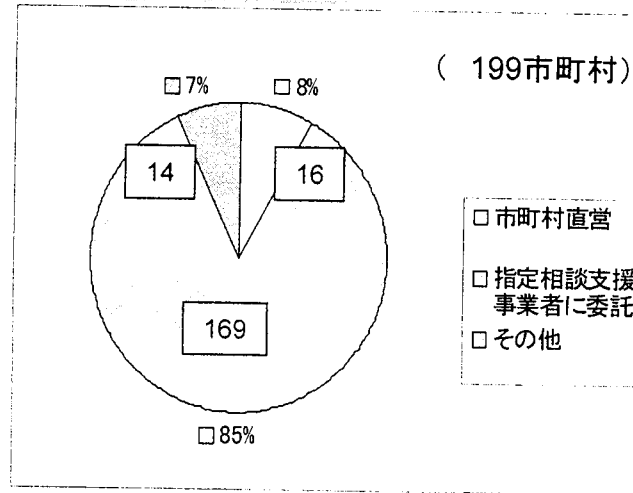
平成20年4月1日現在

○ 賃貸契約による一般住居（公営住宅及び民間の賃貸住宅）への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により入居が困難な障害者に対し、入居に必要な調整等に係る支援を行うとともに、家主等への相談・助言を通じて障害者の地域生活を支援する事業。

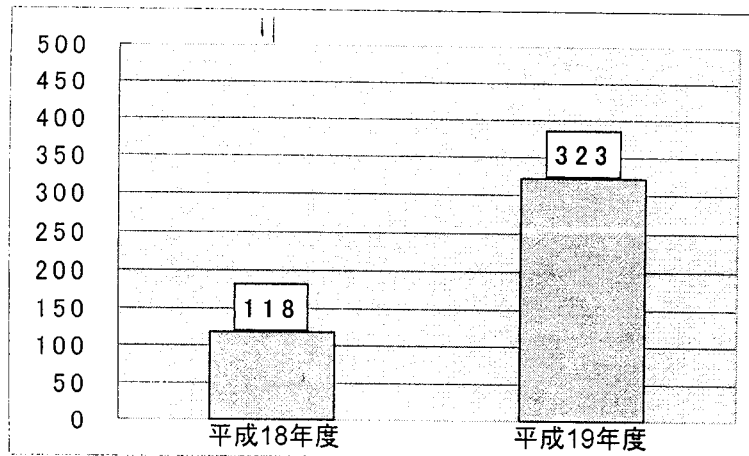
## 市町村の実施状況



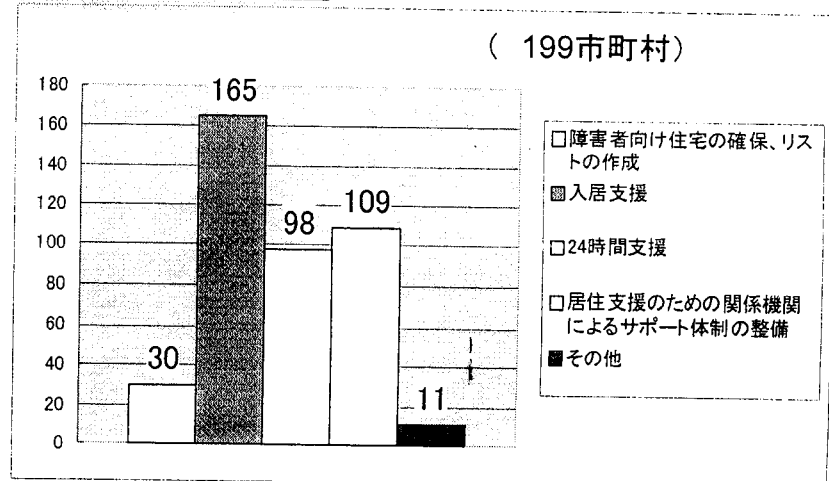
## 事業の実施方法



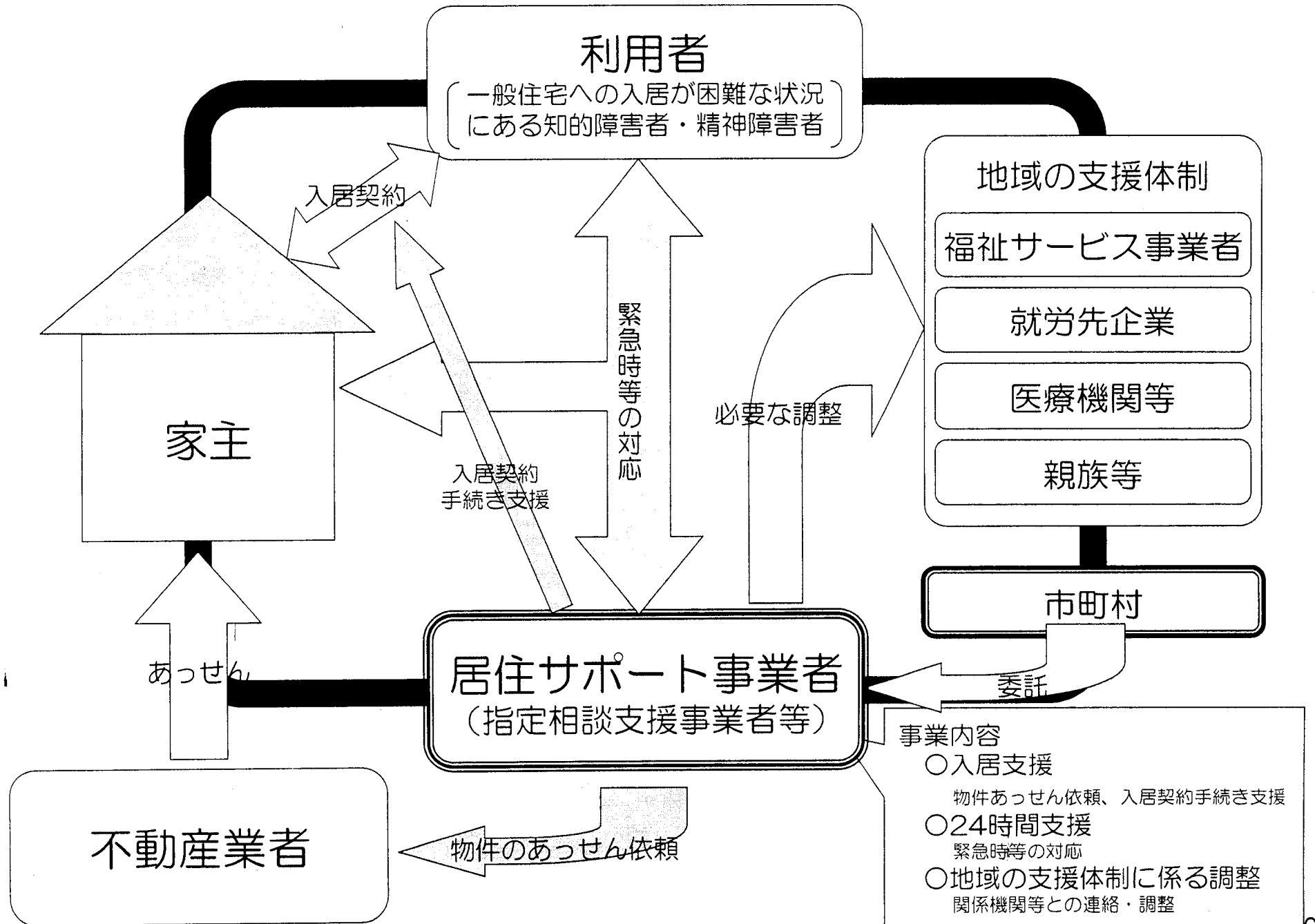
## 入居に結びついた件数(比較)



## 主な業務内容



# 居住サポート事業（イメージ図）





# 「住宅入居等支援事業（居住サポート事業）」と 「あんしん賃貸支援事業」の連携について

## 1 趣旨

障害者自立支援法が目指す地域生活移行の推進を実現するためには居住の場を確保することが重要であり、賃貸住宅への入居を促進する観点から、地域生活支援事業に「住宅入居等支援事業（居住サポート事業）」を創設したところです。

また、今般、国土交通省においては、高齢者、障害者、子育て世帯及び外国人の民間賃貸住宅への円滑入居を図るために「あんしん賃貸支援事業」を実施するところです。

事業の実施に当たっては、各自治体及び地域における福祉部門と住宅部門の連携が不可欠。

## 2 住宅入居支援事業（居住サポート事業）について

### （1）事業概要

民間賃貸住宅（アパート、一戸建て等）及び公営住宅への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により入居が困難な障害者に対し、入居に必要な調整等に係る支援を行うとともに、家主等への相談・助言を通じて障害者の地域生活を支援する。

### （2）実施主体

市町村（複数市町村による共同実施、相談支援事業者等への委託できる）

### （3）事業の具体的な内容

- ① 入居支援（不動産業者に対する物件あっせん依頼及び家主等との入居契約手続き支援）
- ② 24時間支援（夜間を含め、緊急に対応が必要となる場合における相談支援、関係機関との連絡・調整等必要な支援を行う。）
- ③ 居住支援のための関係機関等によるサポート体制の調整（利用者の生活上の課題に応じ、関係機関等から必要な支援を受けることができるよう調整を行う。）

### 3 「住宅入居等支援事業」と「あんしん賃貸支援事業」の関係

#### (1) 連携のあり方

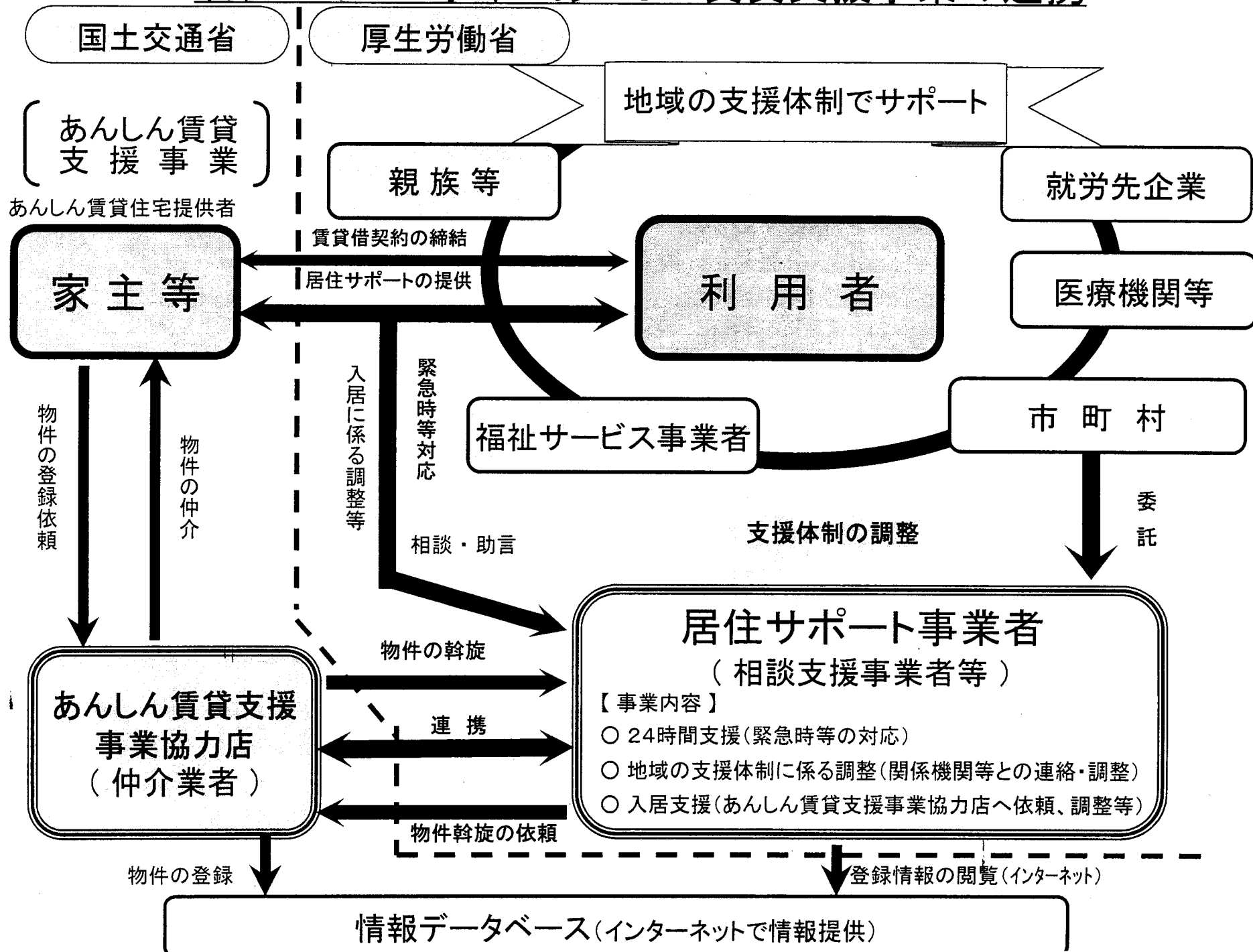
実施のイメージは別添「住宅入居等支援事業とあんしん賃貸支援事業の連携」のとおりであり、

- ① あんしん賃貸住宅の登録及び情報の提供等については、あんしん賃貸支援事業の事業協力店（仲介業者。以下「協力店」という。）が行う。【住宅部門が担当】
- ② 障害者の居住支援（緊急時等の対応、地域の支援体制に係る調整等）については、居住サポート事業者（相談支援事業者等）が行う。【福祉部門が担当】
- ③ 入居時の支援（入居に係る調整、契約時の立ち会いその他相談・助言等）は、必要に応じて協力店と居住サポート事業者が連携して行う。【連携】

#### ◎ 支援・連携の流れ（例）

- ① 利用希望者は居住サポート事業者に相談、利用申請
- ② 居住サポート事業者は、あんしん賃貸住宅の登録情報を確認するとともに、利用希望者のニーズに適合する物件がない等の場合は、協力店に物件斡旋の依頼をする。
- ③ 協力店は、依頼に応じて物件を探すことになるが、例えば、利用希望者のニーズに適合する物件（あんしん賃貸住宅として登録されていない）がある場合は、居住サポート事業者と連携して当該物件の賃貸人への説明等を行い、円滑な入居が図れるよう調整に努める。
- ④ 家主の了解が得られた場合は、居住サポート事業者を通じて物件を斡旋する。
- ⑤ 契約手続きに際して、居住サポート事業者は、協力店と連携し、契約内容等を利用者に分かり易く説明したり、契約手続きに立ち合うなどの入居の円滑化のための支援を行う。
- ⑥ 居住サポート事業者は、入居後において、利用者及び賃貸人からの相談支援、緊急時における対応、関係者等によるサポート体制の調整等の支援を行う。その際、必要に応じて協力店に協力を求めることとする。

# 居住サポート事業とあんしん賃貸支援事業の連携



# 退所・退院時における報酬上の評価について①

## 1. 障害者支援施設からの退所時

地域移行加算 500単位（退所前・退所後の2度の加算がそれぞれ）

【要件】(1) 対象者 : 入所期間が1月を超えると見込まれる利用者

(2) 要件 :

- ①退所前: 障害者支援施設の職員が、ア : 退所後の生活について相談援助を行い、  
イ : かつ、当該利用者が退所後生活する居宅を訪問し、  
当該利用者及びその家族等に対して退所後の生活についての相談援助及び連絡調整を行った場合
- ②退所後: 退所後30日以内に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族等に相談支援を行った場合

## 2. 精神科病院からの退院時

### ① 精神科地域移行実施加算 : 5点(1日につき)

【要件】(1) 対象者 : 精神病棟における入院期間が5年を超える患者

(2) 要件 : 地域移行を推進する専門の部門を設置する保険医療機関において、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟の入院患者について算定

(※保険医療機関は、精神病棟における入院期間が5年を超える患者数を直近の1年間5%以上減少させた実績がある機関をいう。)

### ② 精神科退院指導料: 320点(イの場合は、精神科地域移行支援加算として更に200点加算)

【要件】ア(ア)対象者 : 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等

(イ)要件 : 医師・看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合、入院中1回限り算定。

イ(ア)対象者 : 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等

(イ)要件 : 医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行い、当該患者が退院した場合、退院時1回限り算定

## 退所・退院時における報酬上の評価について②

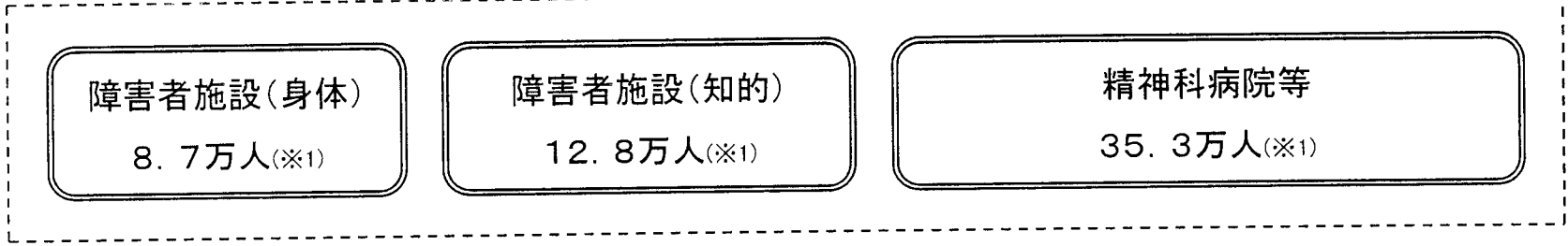
### ③ 精神科退院前訪問指導料： 380点

- 【要件】 (1) 対象者：退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する予定である入院中の精神障害者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者
- (2) 要件： (ア) 入院中の患者の退院に先立って、患家等を訪問し、当該患者又はその家族に対して、退院後の療養上の指導等を行った場合に、入院中3回(入院期間が6月を超えると見込まれる患者については、入院中6回)に限り算定。
- (イ) 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、更に320点加算。

# 障害者の所在「世計估」

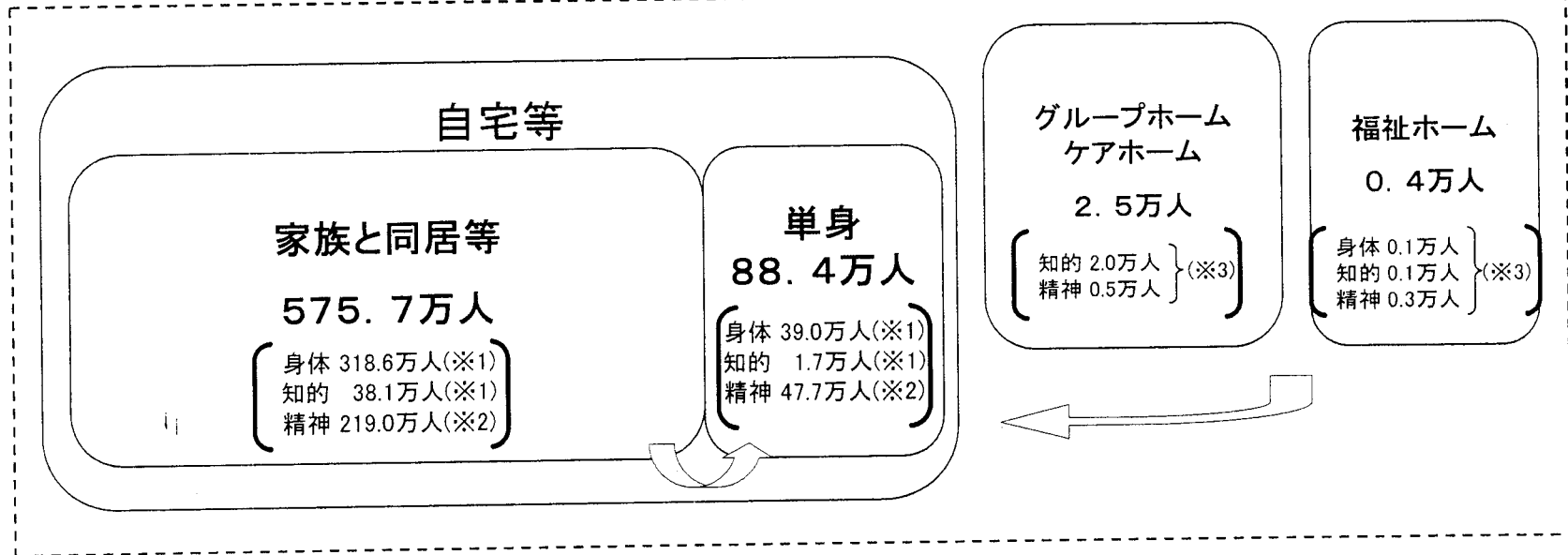
56.8万人

《施設・病院》



667.0万人(※1)

《在宅》



※1 身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成17年の調査等による推計。  
 なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。  
 ※2 (平成15年)精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査による推計。  
 ※3 平成18年社会福祉施設等調査より。

## 課題

### (地域移行を支えるコーディネート機能)

- 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」による地域移行推進員による支援
  - ・ 病院等を訪問し、利用者に対する相談・助言を行いながら「個別支援計画」を作成
  - ・ 計画に基づいて、退院に向けて、院外活動(福祉サービスの見学・体験、地域生活準備等)へ同行支援
- 病院等からの精神障害者の地域移行については、このような取組が全国的に展開されることが期待される。

### (居住サポート事業)

- 施設や病院に長期間入所・入院していた場合、将来を見据えて家族との同居から一人暮らしに移行する場合、また、グループホーム・ケアホームで生活習慣等を身につけた者が一人暮らしに移行する場合などに、住まいの場を確保するとともに、その後の生活においても、例えばトラブルが生じた場合にサポートしてくれる人がいれば、家主等にとっても、障害者本人にとっても、安心して地域で暮らすことができる。
- 現在の居住サポート事業の実施市町村は約1割であり、こうした入居支援や緊急時のサポートについて、充実を図っていくことが必要。

### (宿泊等の体験)

- 施設や病院に長期間入所、入院している者については、施設・病院の外での生活に、徐々に慣れていくことにより、円滑な移行や不安の解消が可能。
- 現行の仕組みでは、退所・退院後には自立訓練事業により生活訓練を受けることができるが、入所・入院中の段階に、グループホーム等を体験利用したり、居宅において障害福祉サービスを利用して過ごす体験をした場合、給付の対象外とされており、事業者等の任意の取組として行われている状況。

### (家族との同居からの地域移行)

- 例えば親と同居している障害者が、親が亡くなった後、地域生活の選択肢が考慮できないまま施設に入所せざるを得ないというケースや、家族に事故等があった場合に、地域生活を継続することが容易ではないというケースが考えられる。
- こうしたケースを含め、なるべく地域での生活を継続していくためには、家族と同居しているうちから障害福祉サービスを利用したり、グループホーム等での生活に移行したりすることが必要であり、そのための支援が重要。

(参考) ケアホームの入居前の住居                      入所施設 44.9%、病院3.3%、養護学校1.2%  
(平成19年度調査研究事業より)                      自宅 43.4% (\*回答者512人の内訳)

## 検討内容

(地域移行を支えるコーディネート機能)

- 障害者施設に入所している者や、精神科病院に入院している者であって、退所・退院が可能である者の地域移行を支えるため、入所・入院中の段階から、退所・退院に向けた相談や計画的な支援についての調整、更には実際の支援を行う取組について、全国的に実施されるよう、充実させていくことが必要ではないか。

(緊急時のサポートの充実)

- 障害者が地域において安心して暮らすことができるよう、入居に関する支援や、緊急時に対応できる24時間のサポート体制などについて、充実を図っていくべきではないか。

(移行のための宿泊等の体験を支える給付)

- 退所・退院後に自立訓練事業により生活訓練を受けることに加えて、地域移行を希望している者について、入所・入院中の段階から、宿泊等の地域生活の体験ができるような仕組みが必要ではないか。

(家族との同居からの地域移行)

- 地域移行を考えるに当たっては、施設や病院からの移行だけではなく、できるだけ地域生活を継続していくという観点から、家族と同居しているうちから障害福祉サービスを利用したり、グループホーム・ケアホーム等の地域での生活に移行したりするための支援が重要であり、ケアマネジメントを行う際などに、こうした取組を進めていくこととしてはどうか。



# 住まいの場の確保について

## 今までの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）【抜粋】

### 2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

#### (住まいの場の確保について)

- 住まいの場については、精神障害者が地域生活を営むに当たり最も重要な基盤の1つであるが、病床調査の結果をみると、実際に退院した患者の約8割は退院後自宅（家族と同居又は単身で入院前と同じ住居）に居住している。一方で、病床調査では、退院後に自宅以外に居住するニーズがあることが明らかとなっており、自宅への退院が困難な患者の退院が遅れている可能性が示唆されている。このことを踏まえると、自宅以外の居住の場の確保のための方策を講ずることが必要となっている。
- このような観点から、グループホーム、ケアホームについて、公営住宅の活用促進や、その評価の見直しを含め、その設置を推進するための具体的方策について、検討を行うべきではないか。  
また、民間住宅の活用を推進するための具体的方策や、公的保証人制度の更なる普及のための方策についても検討を行ってはどうか。
- 住まいの場の選択肢の1つである公営住宅については、現在、精神障害者の単身入居が認められているとともに、公営住宅をグループホームとして活用することも可能となっているが、今後、精神障害者の優先枠設定による入居促進、グループホーム活用促進等、精神障害者の入居を促進するための取組について、国土交通省や、自治体においても住宅部局との連携を強化し、更なる強化を図るべきではないか。

# 居住系サービスについて

	グループホーム	ケアホーム	福祉ホーム
制度の位置づけ	訓練等給付	介護給付	地域生活支援事業
対象者	・就労し又は就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であつて、地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要な者。	・生活介護や就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であつて、地域において自立した日常生活を営む上で、食事や入浴等の介護や日常生活上の支援を必要とする者。 ・障害程度区分が区分2(要介護1程度)以上である者。	・家庭環境、住宅事情等の理由により、居宅において生活することが困難な障害者(ただし、常時の介護、医療を必要とする状態にある者を除く)
サービス内容	・主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う。	・主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の介護等を行う。	管理人の業務 ・施設の管理 ・利用者の日常生活に関する相談、助言 ・福祉事務所等関係機関との連絡、調整
期限	期限なし		
日中活動	就労、就労継続支援等	生活介護又は就労継続支援等	就労、就労継続支援等
利用者負担	・1割負担 ・家賃、食材料費、光熱水費などの実費負担		・実施主体の判断による ・家賃、食材料費、光熱水費などの実費負担
居住環境	・居室は原則個室		
事業所数	3,289	2,433	380
総定員数	31,424人	27,211人	5,387人

※1 グループホーム及びケアホームの事業所数及び総定員数はH19. 10. 1現在(厚生労働省障害福祉課調べ)

※2 福祉ホームの事業所数及び総定員数はH18. 10. 1現在(平成18年度社会福祉施設等調査)による

(障害者自立支援法による改正前の身体障害者福祉法、知的障害者福祉法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく施設の事業所数及び総定員数。)

# グループホーム(共同生活施設)

## 【利用者】

- 就労し又は就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要な者。

- ① 障害程度区分1又は障害程度区分に該当しない知的障害者又は精神障害者
- ② 障害程度区分2以上の知的障害者又は精神障害者であっても、利用者が特にグループホームの利用を希望する場合

## 【サービス内容等】

- 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う。
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施。
- 利用期間の制限なし。

## 【人員配置】

- サービス管理責任者
- 世話人  
→ 6:1以上又は10:1以上

## 【報酬単価】

- 171単位 (世話人の配置基準6:1以上の場合)
- 116単位 (世話人の配置基準10:1以上の場合)

+

(主な加算(1月につき))

- ・入院時支援特別加算: 561単位(入院期間が3日以上~7日未満)  
1122単位(入院期間が7日以上)  
→ 事業所の従業者が病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服の準備など日常生活上の支援を行うとともに、退院後生活移行のため病院又は診療所との連絡調整を行った場合
- ・帰宅時支援加算: 187単位(帰宅期間が3日以上~7日未満)  
374単位(帰宅期間が7日以上)  
→ 事業所が利用者の帰省に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等を行った場合

# ケアホーム(共同生活介護)

## 【利用者】

- 生活介護や就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、食事や入浴等の介護や日常生活上の支援を必要とする者。

障害程度区分2以上に該当する知的障害者及び精神障害者

## 【サービス内容等】

- 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の介護等を行う。
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施。
- 利用期間の制限なし。

## 【人員配置】

- サービス管理責任者
- 世話人 6:1以上
- 生活支援員 2.5:1 ~ 9:1

(主な加算)

## 【報酬単価】

- 444単位 (障害程度区分6の場合)
- 210単位 (障害程度区分2の場合)

(1月につき)

+

(1日につき)

- ・入院時支援特別加算: 561単位(入院期間が3日以上~7日未満)  
1122単位(入院期間が7日以上)  
→ 事業所の従業者が病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服の準備など日常生活上の支援を行うとともに、退院後生活移行のため病院又は診療所との連絡調整を行った場合
- ・夜間支援体制加算: 97(区分5・6)、52(区分4)、24単位(区分2・3)  
→ 夜間、必要な職員を専任で配置する等夜間に介護等を行うための勤務体制等を確保する場合
- ・重度障害者支援加算: 26単位  
→ 区分6であって重症心身障害者等重度障害者等包括支援の対象者が2人以上であり、より手厚いサービスを提供する場合

# 福祉ホーム事業について

## 福祉ホームとは

現に住居を求めている障害者につき、低額な料金で、居室その他の設備を利用させるとともに、日常生活に必要な便宜を供与する施設。  
(法第5条第22項)

※地域生活支援事業として実施

## 福祉ホームの設備運営基準(概要)

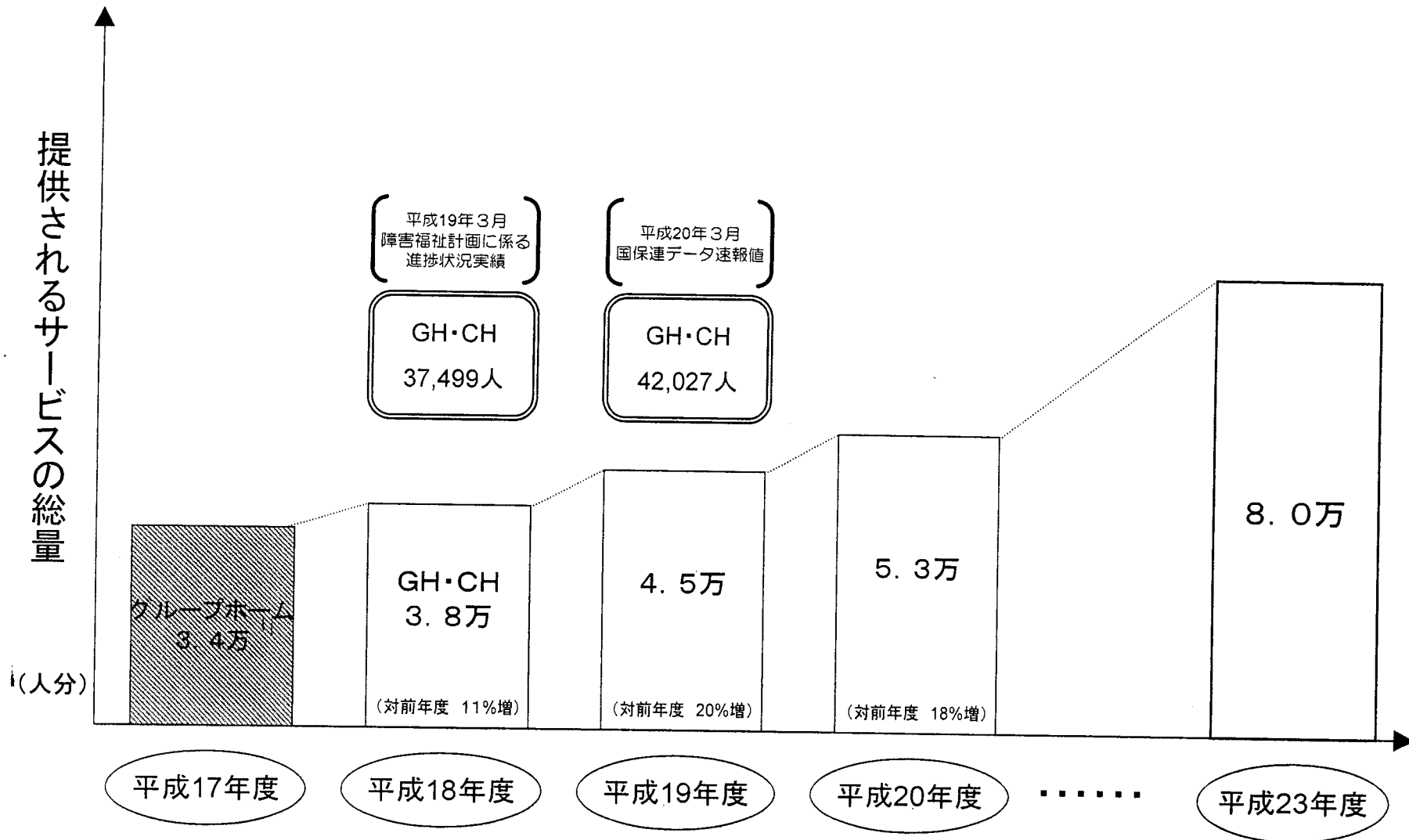
定員規模	5人以上
居室	原則として個室 1人あたり9.9㎡以上
設備	居室、浴室、便所、管理人室、共用室
職員配置	管理人
国庫補助	統合補助金であることから、個別事業の所要額に基づく配分は行っていない。

## 福祉ホームの設置数

380カ所 (平成18年 社会福祉施設等調査報告)

(身体障害者:71カ所、知的障害者:68カ所、精神障害者:241カ所)

# 障害福祉サービス見込量の推移（居住系サービス）



# 居住系サービスの実態等について

（参考）

グループホーム・ケアホーム・入所施設の利用者（人数）入所者数の障害種別内訳

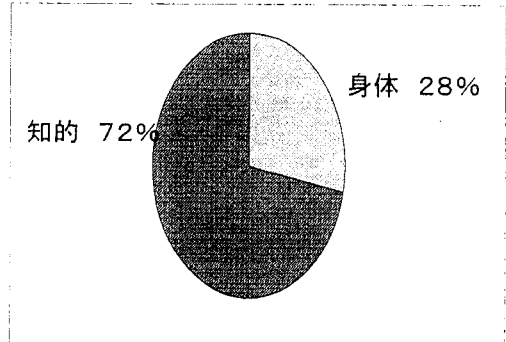
※平成20年6月 国保連データ速報値より

主な障害による分類（「旧入所施設」については、旧身体障害者更生施設、旧身体障害者療護施設、旧身体障害者授産施設、旧知的障害者更生施設、旧知的障害者授産施設及び旧知的障害者通勤寮を計上）

（単位：人） 〈参考〉

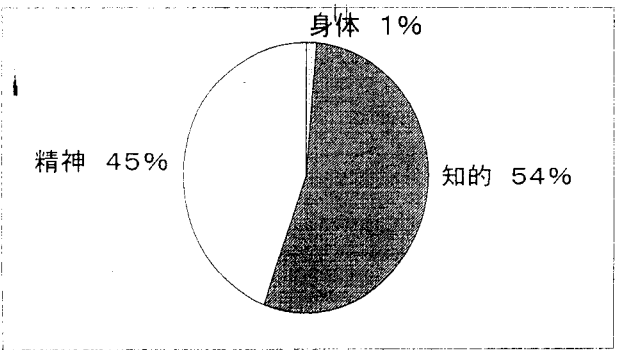
	グループホーム	ケアホーム	施設入所支援	計	旧入所施設
身体障害者	248 (+20)	1,190 (+124)	10,127 (+3,711)	11,565 (+3,855)	32,878 (-3,915)
知的障害者	10,280 (+435)	21,534 (+2,076)	15,922 (+6,753)	47,736 (+9,264)	83,995 (-7,675)
精神障害者	8,449 (+470)	3,041 (+416)	152 (+31)	11,642 (+917)	64 (+7)
計	18,977 (+925)	25,765 (+2,616)	26,201 (+10,495)	70,943 (+14,036)	116,937 (-11,583)

旧入所施設  
(3障害別利用者数比率)

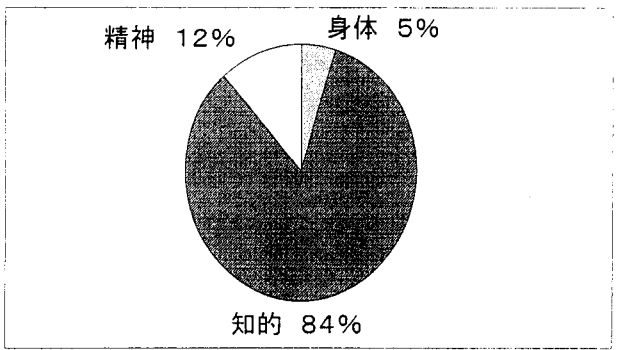


※1 括弧内については、平成20年1月におけるサービス提供量との差  
 ※2 利用者数に障害児は含まない。

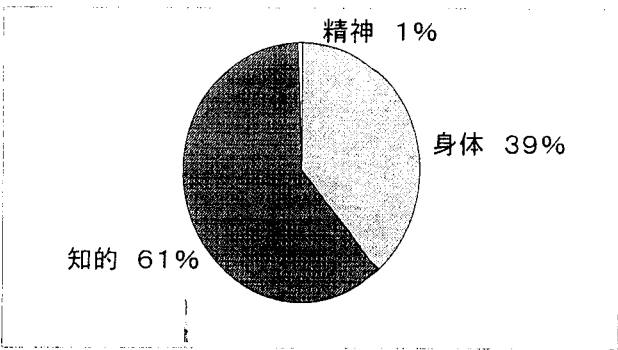
グループホーム  
(3障害別利用者数比率)



ケアホーム  
(3障害別利用者数比率)



施設入所支援  
(3障害別利用者数比率)





# グループホーム・ケアホームの整備推進について

## 1. グループホーム・ケアホームの実施に当たる敷金・礼金の助成

### (1) 事業内容

アパートや一般住宅等を借り上げてグループホーム・ケアホームを実施するに当たり、借上に伴う初度経費（敷金・礼金）の助成を行う。

(2) 実施主体 都道府県

(3) 補助単価 入居者1人あたり133千円以内

(4) 補助割合 定額（10/10）

(5) 実施年度 18年度～20年度

## 2. グループホーム・ケアホーム整備費の助成

障害者自立支援法の抜本的な見直し  
に向けた緊急措置（平成20年度～）

### (1) 事業内容

ア グループホーム・ケアホームの新設に要する整備費の助成を行う。

イ グループホーム・ケアホームを実施するアパート等においてバリアフリー化等に要する改修費の助成を行う。

(2) 実施主体 都道府県・指定都市・中核市

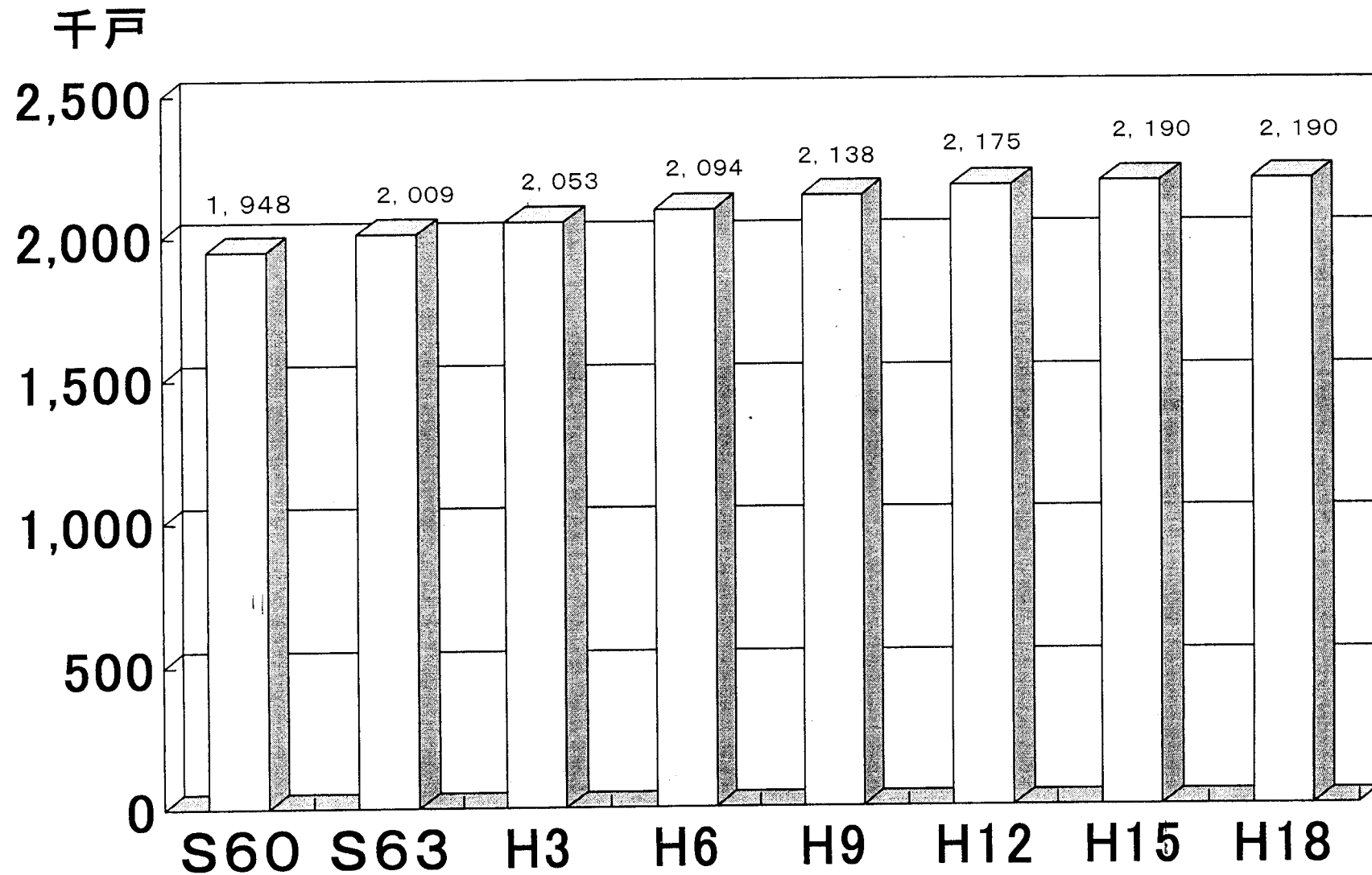
(3) 補助単価 ア 1共同生活住居あたり20,000千円以内

イ 1共同生活住居あたり 6,000千円以内

(4) 補助割合 1/2（都道府県(市) 1/4、法人1/4）

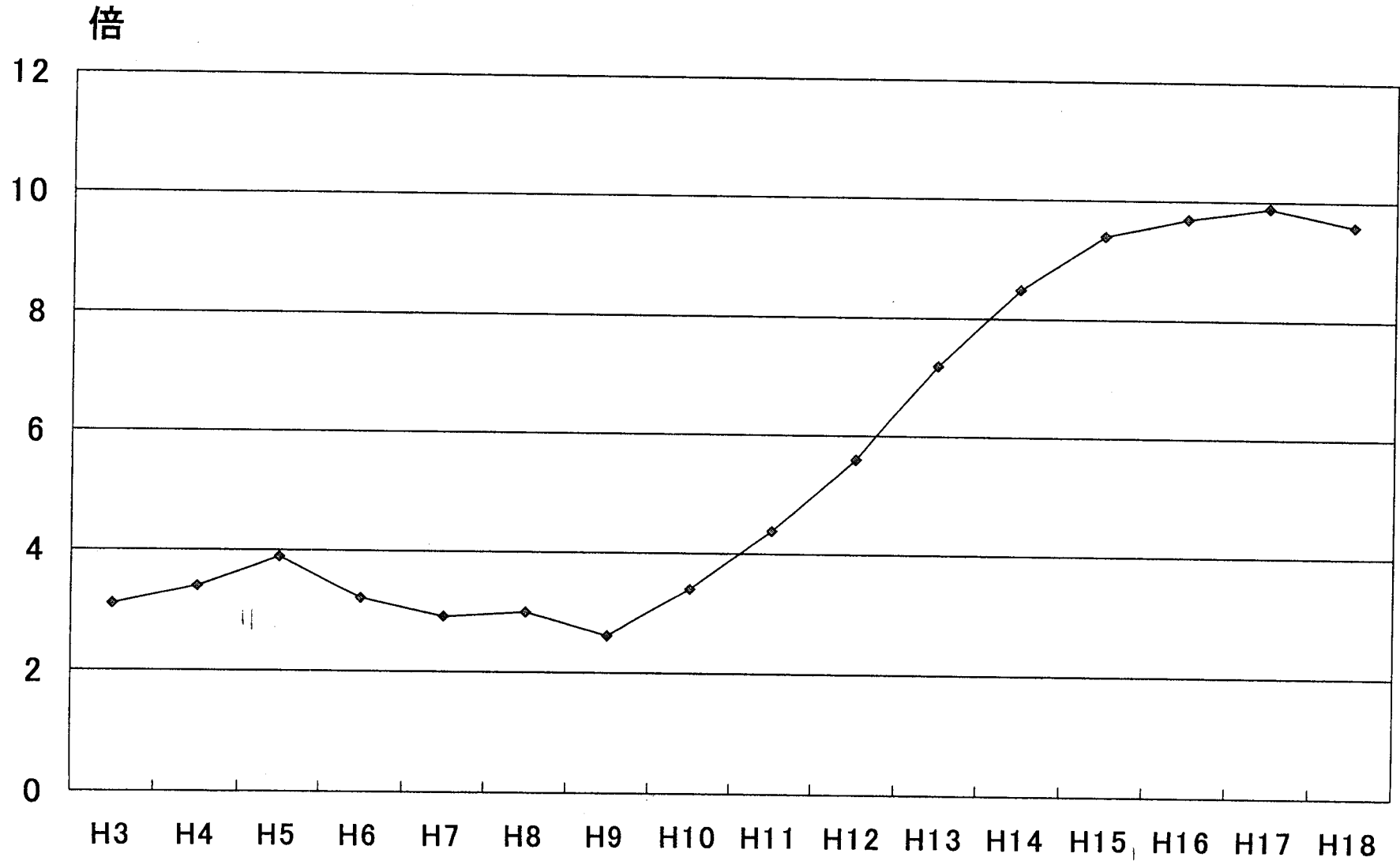
(5) 実施年度 20年度～

# 公営住宅管理戸数の推移



国土交通省資料より

# 公営住宅の応募倍率の推移



国土交通省資料より

## 公営住宅のグループホーム事業等への活用（公営住宅法第45条第1項）

公営住宅においては、知的障害者、精神障害者、地域での自立した生活が困難な高齢者等に対する生活支援を目的として、平成8年に公営住宅法を改正し、社会福祉法人等が「グループホーム事業」を実施する場合に公営住宅を活用することができるとした。

### 対象となる社会福祉事業

#### ①認知症高齢者グループホーム事業

：老人福祉法に規定する認知症対応型老人共同生活援助事業

#### ②知的障害者グループホーム事業、精神障害者グループホーム事業

：障害者自立支援法に規定する共同生活介護又は共同生活援助を行う事業（同法に規定する精神障害者又は知的障害者に対して行うものに限る。）

#### ③ホームレスの自立支援のための活用

：ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法に規定するホームレス自立支援事業により就業した者に対して生活上の支援を行う事業（地方公共団体が当該事業に要する費用の全部又は一部を負担してその推進を図るものに限る。）

### 公営住宅を活用することができる主体

#### ①社会福祉法第22条に規定する社会福祉法人

#### ②地方公共団体

#### ③医療法人

#### ④民法第34条の規定により設置された法人

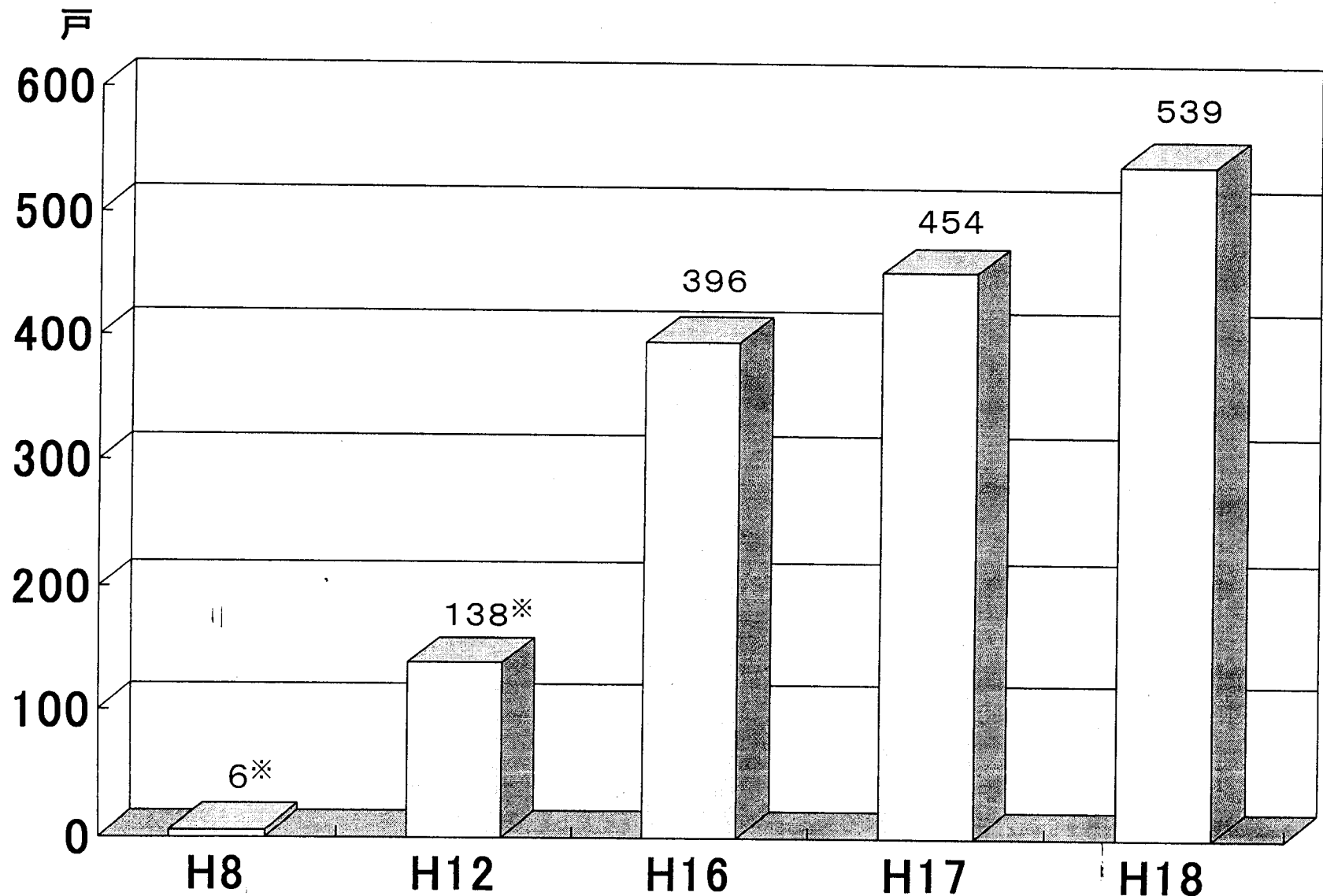
#### ⑤特定非営利活動促進に基づき設置された特定非営利活動法人

⑥介護保険法に規定する指定地域密着型サービス事業者で認知症対応型共同生活介護を行うもの又は指定地域密着型介護予防サービス事業者で介護予防認知症対応型共同生活介護を行うもの

### 活用実績

平成19年3月31日現在 539戸（参考）平成18年3月31日現在 454戸

# 公営住宅の障害者グループホーム事業活用実績の推移



※ 平成8年度、12年度については、認知症高齢者グループホーム事業を含む。

国土交通省資料より

# 家賃債務保証制度について

## 【制度の概要】

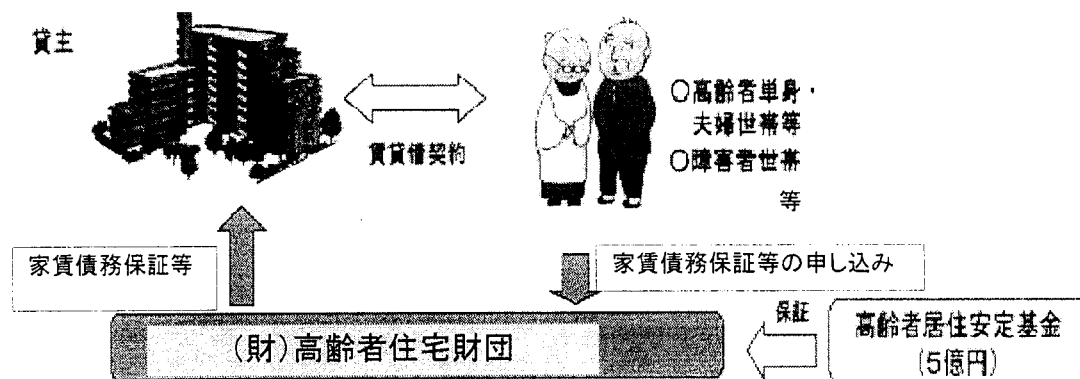
高齢者等の入居を受け入れることとしている賃貸住宅について未払い家賃等の債務保証を(財)高齢者住宅財団が実施し、大家の不安を解消することにより、高齢者等の入居の円滑化を図る。

### (1)対象者

高齢者世帯、障害者世帯(身体障害者:1~4級、精神障害者:1~2級、知的障害者:精神障害者に準ずる)、子育て世帯(収入階層の50%未満の世帯に限る)、外国人世帯

### (2)家賃債務保証の概要

- ①保証の対象 : 未払い家賃、原状回復費用、訴訟に要する費用
- ②保証限度額 : 【未払い家賃】家賃の6ヶ月分を限度  
【原状回復費用・訴訟に要する費用】家賃の9ヶ月分を限度
- ③保証期間 : 2年間(更新可)
- ④保証料 : 月額家賃の35%



### (3)実績(保証引受件数:件)

	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
当該年度	0	18	63	80	112	104	188
累計	0	18	81	161	273	377	565

### 【平成21年度予算概算要求内容】(国土交通省)

障害者の民間賃貸住宅への円滑な入居を図るため、民間賃貸住宅に入居する高齢者等の家賃の債務保証を行う高齢者居住安定基金について、比較的障害の程度が低い障害者についても保証対象とする等の拡充を要求しているところ。

## 課題

### (グループホーム等の整備促進)

- 平成19年度目標4.5万人に対し、20年度3月実績は4.2万人と、利用者は伸びているものの、目標は下回っている。

### (サービスの質の向上)

- グループホーム・ケアホームの人員体制やサービスの質について、夜間の体制を含めて充実を図るべきとの指摘がある。

### (公営住宅の入居促進)

- 低所得者の住宅のセーフティネットにあたる公営住宅については、依然として応募倍率は高い(平成18年度全国平均9.6倍)。一方、公営住宅においては、各自治体において、障害者世帯に対し、倍率優遇や戸数枠の設定などによる優先入居を進めており、障害者の地域移行の受け皿として、より積極的な役割が期待される。

### (公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進)

- 公営住宅をグループホーム・ケアホームとして活用することも可能であるが、グループホーム・ケアホームとして活用を希望する団地において空家が確保できないことや、自治体における福祉部局と住宅部局との連携が行われていない場合もあるなどの事情により、自治体毎に取り組みに差異が見られる。  
(平成18年度末実績539戸 うち上位5都府県387戸(72%))

### (民間賃貸住宅の入居促進)

- 障害者が入居可能な民間賃貸住宅の確保を進めることも重要な課題となっている。このため、国土交通省においては、障害者世帯等が入居可能な民間賃貸住宅に係る情報を提供する「あんしん賃貸支援事業」制度を進めているが、現時点ではその普及は十分進んでいない。(平成20年度実施都道府県数 12都府県)
- また、一人暮らしの障害者に対し民間賃貸住宅を提供するにあたっては、「保証人がいない」「家賃不払いが心配」などの声がある。

## 検討内容

(グループホーム・ケアホームの整備促進)

- 地域移行を進めていくため、グループホーム・ケアホームの整備について、整備費の助成制度や公営住宅の活用を図りながら、更に進めていくべきではないか。

(グループホーム・ケアホームのサービスの質の向上)

- 夜間支援体制を含めたサービスに必要な人員体制の確保、支援内容の向上など、質の面でも充実を図っていくべきではないか。

(公営住宅の入居促進)

- 公営住宅へのさらなる入居促進策を検討すべきでないか。
  - ・厚生労働省と国土交通省で入居が進んでいる事例の調査研究及びその成果の普及
  - ・民間アパート等の既存資源を公営住宅として借り上げ、不足している住宅の確保 等

(公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進)

- 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用をさらに促進すべきではないか。
  - ・厚生労働省と国土交通省で地方公共団体の住宅部局、福祉部局並びにグループホーム事業者との具体的な連携方策を示したマニュアルの作成
  - ・公営住宅をグループホームとして利用するための改良工事費に対する助成の充実 等

(民間賃貸住宅の入居促進)

- 民間賃貸住宅のさらなる入居促進策を検討すべきではないか。
  - ・『あんしん賃貸支援制度』の普及
  - ・公的家賃債務保証制度の拡充、普及 等



# 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

(2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

(生活支援等障害福祉サービス等の充実について)

- 精神障害者の地域生活においては、継続的に生活支援を行うことが重要であることから、来所による相談支援に加え、訪問を通じた生活支援を行う機能について、現行の生活訓練の訪問型を含め、その充実を検討すべきではないか。

さらに、緊急時の相談支援やケアマネジメント機能の充実、訪問看護等在宅医療の充実を踏まえて、精神症状が持続的に不安定な患者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべきではないか。

- 精神障害者本人による短期入所の利用の拡大を含め、精神障害者が入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するサービスのあり方について検討すべきではないか。

# 新しい訪問系サービスについて

- 新たに精神障害を個別に支給決定する仕組みに改めるとともに、「障害程度区分」の導入に合わせ、障害の状態やニーズに応じた支援が適切に行われるよう、訪問系サービスを再編する。
- 人員・運営基準や報酬基準については、短時間の集中的な利用と長時間の滞在による利用といったサービス利用の実態に適した内容とするとともに、特に重度の障害者について配慮する。
- 国庫負担基準については、サービスの地域格差が大きい中で、限られた国費を公平に配分する観点から、市町村の給付実績等を踏まえつつ、サービスの種類ごとに、障害程度区分に応じて設定する。

## 【支援費】

### 居宅介護

- ・身体介護
- ・家事援助
- ・日常生活支援
- ・行動援護
- ・移動介護

## 【精神障害者居宅生活支援事業】

### 居宅介護

- ・身体介護
- ・家事援助
- ・移動支援

## 【自立支援給付】

### 居宅介護

- ・身体介護
- ・家事援助

### 行動援護

### 重度訪問介護

### 重度障害者等包括支援

## 【地域生活支援事業】

### 移動支援事業

## 人員基準

- サービス利用実態に適した内容
- 著しく重度の障害者への配慮

## 国庫負担基準

- 限られた国費の公平な配分
- 障害程度区分ごとに設定

# 居宅介護

## 【利用者】

障害程度区分1以上の障害者等(身体障害、知的障害、精神障害)

## 【サービス内容】

居宅における

- 入浴、排せつ及び食事等の介護
- 調理、洗濯及び掃除等の家事
- 生活等に関する相談及び助言
- その他生活全般にわたる援助

※通院等介助や通院等乗降介助も含む。

## 【人員配置(指定要件)】

- 管理者:常勤(支障がない場合は兼務も可)
- サービス提供責任者:常勤ヘルパーのうち1名以上
  - ・介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1級
  - ・ヘルパー2級であって3年以上の実務経験がある者
- ヘルパー:常勤換算2.5人以上
  - ・介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1級、2級 等

## 【報酬単価】

### 【基本】

- 身体介護中心、通院等介助(身体介護有り)
  - ・230単位(30分)～805単位(3時間)      ・3時間以降、30分を増す毎に70単位加算
- 家事援助中心、通院等介助(身体介護なし)
  - ・80単位(30分)～225単位(1.5時間)      ・1.5時間以降、30分を増す毎に70単位加算
- 通院等乗降介助 1回99単位

### 【加算】

- 早朝又は夜間 25%加算
- 深夜 50%加算

# 行動援護

## 【利用者】

知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を有する者

障害程度区分3以上であって、区分の認定調査項目のうち、行動関連項目(11項目)等の合計点数が8点以上である者。

## 【サービス内容】

- 行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護
- 外出時における移動中の介護
- 排せつ及び食事等の介護その他の行動する際に必要な援助

- ・予防的対応  
...初めての場所で不安定になり、不適切な行動に  
でないよう、予め目的地での行動等を理解させる等
- ・制御的対応  
...行動障害を起こしてしまった時の問題行動を適切  
におさめること等
- ・身体介護的対応  
...便意の認識がでない者の介助等

## 【人員配置(指定要件)】

- 管理者:常勤(支障がない場合は兼務も可)
- サービス提供責任者:常勤ヘルパーのうち1名以上
  - ・介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1級
  - ・ヘルパー2級であって3年以上の実務経験があること
  - ・行動援護従事者養成研修修了者
- +
- 5年以上の知的障害、精神障害に関する直接処遇経験  
※平成21年3月までは3年(経過措置)
- ヘルパー:常勤換算2.5人以上
  - ・介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー1、2級
  - ・行動援護従事者養成研修修了者
- +
- 2年以上の知的障害、精神障害に関する直接処遇経験  
※行動援護従事者養成研修修了者は1年(当面の間)

## 【報酬単価】

230単位(30分)~1,616単位(4.5時間以上)

# 訪問系サービスの利用者数の推移

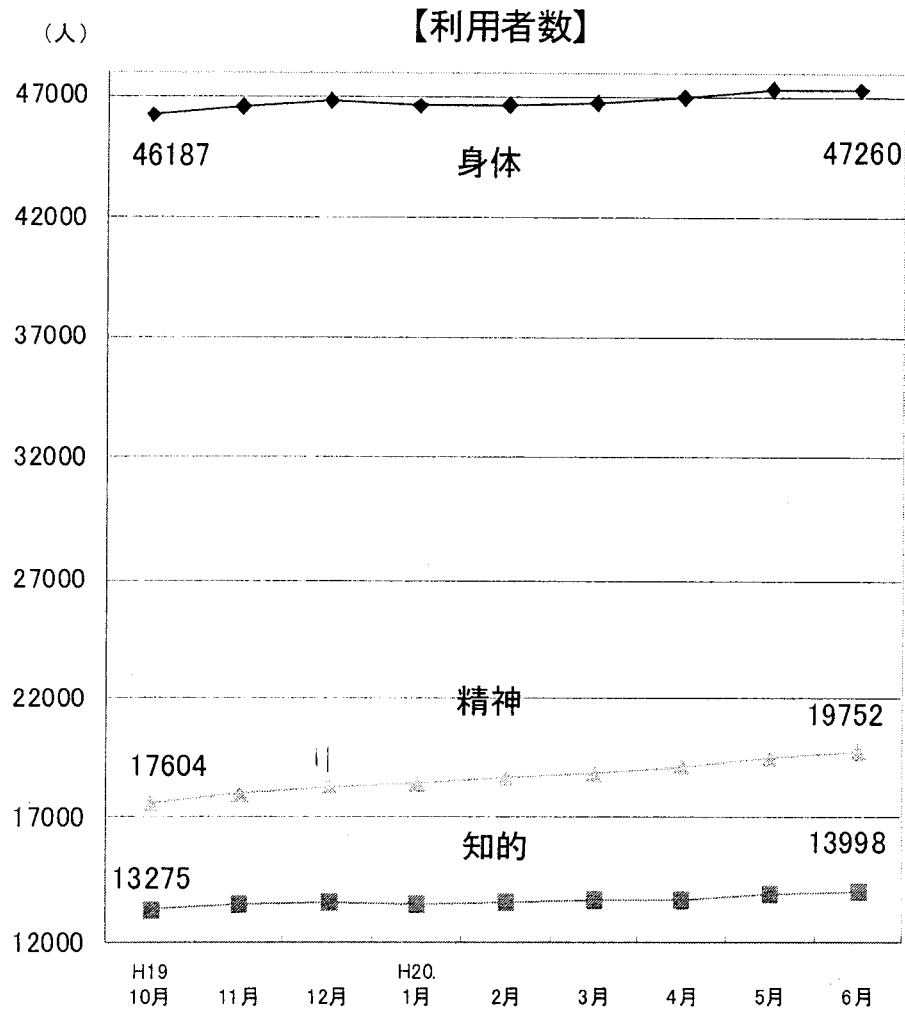
※平成20年6月 国保連データ速報値より

(単位:人)

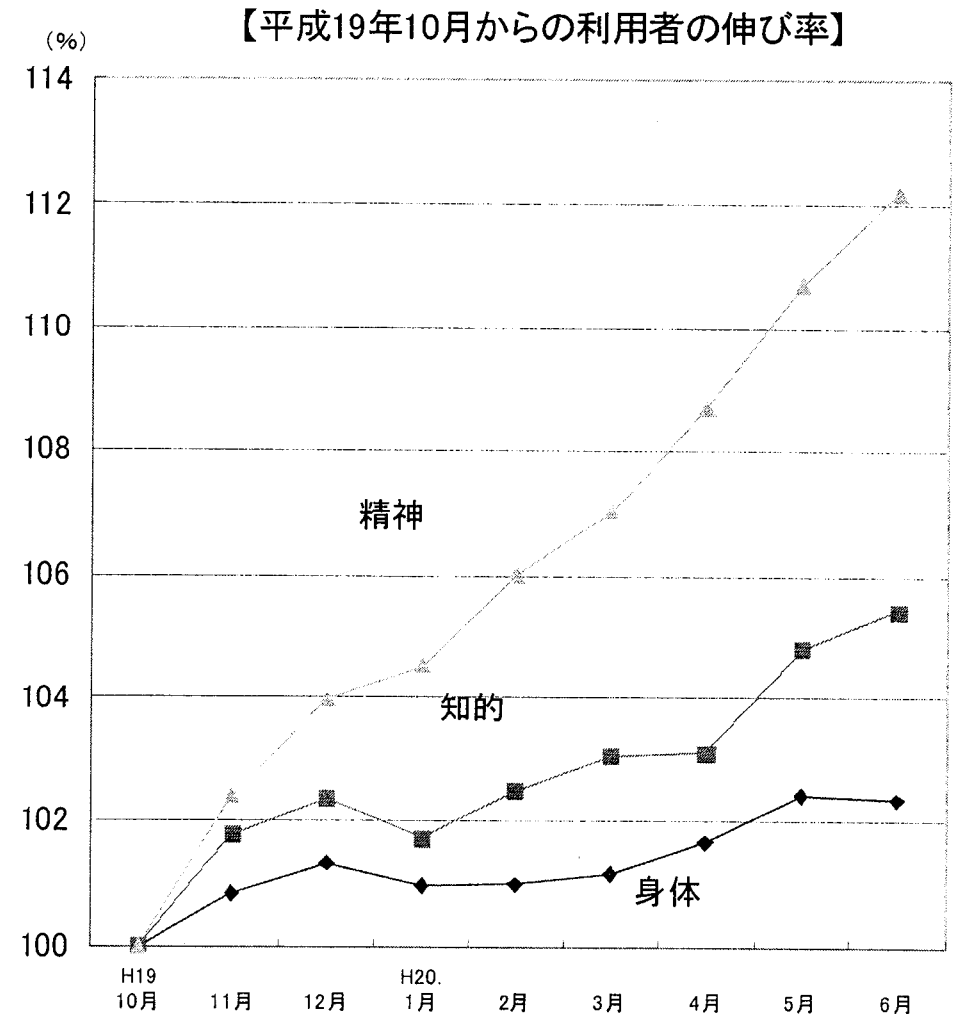
	平成19年			平成20年						H20.6とH19.10の利 用者数の差 (増減率)
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
居宅介護	87,216	88,206	88,941	88,325	88,680	89,379	89,755	90,314	90,741	+3,525 (104%)
重度訪問介護	7,006	7,062	7,074	7,018	7,010	7,007	7,043	7,084	7,071	+65 (101%)
行動援護	3,097	3,204	3,230	3,156	3,151	3,310	3,296	3,335	3,402	+305 (110%)
重度包括支援	22	26	28	27	27	28	24	24	24	+2 (109%)
計	97,341	98,498	99,273	98,526	98,868	99,724	100,118	100,757	101,238	+3,897 (104%)

※複数のサービスを利用している者については、利用者数として各々計上。

# 居宅介護事業の利用者数の推移



※利用者数に障害児は含まない。



## 自立訓練の実施状況

○ 自立した日常生活又は社会生活ができれば、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行うもの。

- ・ 自立訓練(機能訓練)

身体障害者につき、障害者支援施設若しくはサービス事業所又は当該身体障害者の居宅において行う理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援

- ・ 自立訓練(生活訓練)

知的障害者又は精神障害者につき、障害者支援施設若しくはサービス事業所又は当該知的障害者若しくは精神障害者の居宅において行う入浴、排泄及び食事等に関する自立した日常生活を行うために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援

	機能訓練	生活訓練	宿泊型自立訓練
事業所数	182	678	10
利用者数(人)	2,431	7,474	86
事業費(千円)	173,717	824,478	8,911

※平成20年6月 国保連データ速報値より



# 自立訓練(生活訓練)事業

## 【利用者】

○ 地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な知的障害者・精神障害者

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者 等

## 【サービス内容等】

- 食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施。
- 通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせ。
- 日中、一般就労や外部サービスを利用している者に対して、宿泊を通じて食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施。【宿泊型自立訓練】
- 利用者ごとに、標準期間(24ヶ月、長期入所者の場合は36ヶ月)内で利用期間を設定。

## 【人員配置】

- サービス管理責任者
- 【通所による自立訓練(生活訓練)】
  - 生活支援員 6:1以上 等
- 【訪問による自立訓練(生活訓練)】
  - 訪問支援員 1以上
- 【宿泊型自立訓練を実施する場合】
  - 生活支援員 10:1以上
  - 地域移行支援員 1以上

## 【報酬単価】

- 通所による訓練 668単位 (定員40人以下)
- 訪問による訓練 187単位(1時間以内)  
280単位(1時間以上)
- 宿泊型自立訓練 270単位  
※利用期間が1年を超える場合には162単位

## (主な加算等(1日につき))

- ・ 短期滞在加算: 115単位(宿直体制)又は180単位(夜勤体制)
- ・ 精神障害者退院支援施設加算(経過措置): 115単位(宿直体制)又は180単位(夜勤体制)
  - 精神科病院病棟の病床減少を伴う形で設置した施設等において、退院患者に対し、居住の場を提供した場合
- ・ 標準利用期間超過減算: 基本単位数の95% 等
  - 事業者単位の平均利用期間が標準利用期間を6ヶ月以上超える場合

# 生活介護事業

## 【利用者】

- 地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な身体・知的・精神障害者

- ① 障害程度区分3(施設へ入所する場合は区分4)以上である者
- ② 年齢が50歳以上の場合は、障害程度区分2(施設へ入所する場合は区分3)以上である者

## 【サービス内容等】

- 食事や入浴、排せつ等の介護や、日常生活上の支援、生産活動の機会等を提供。
- 利用者の障害程度に応じて、相応しいサービスの提供体制が確保されるよう、事業者ごとの利用者の平均障害程度区分等に応じた人員配置の基準を設け、これに応じた報酬単価を設定。
- 利用期間の制限なし。



## 【人員配置】

- サービス管理責任者
- 生活支援員 等  
→ 6:1~1.7:1以上

## 【報酬単価】

- 572単位(6:1)~1,320単位(1.7:1) (定員40人以下)
  - ・ 基本単位数は、事業者ごとに利用者の①平均障害程度区分又は②平均障害程度区分及び重度障害者の割合に応じて、設定。

# 短期入所

## 【利用者】

- 居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設等への短期間の入所が必要な者

- ① 障害程度区分1以上である障害者
- ② 障害児の障害の程度に応じて厚生労働大臣が定める区分における区分1以上に該当する障害児

## 【サービス内容等】

- 当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な保護を行う。
- 本体施設の利用者とみなした上で、本体施設として必要とされる以上の職員を配置(本体施設がない場合は必要な生活支援員を配置。)し、これに応じた報酬単価を設定。

## 【人員配置】

- サービス管理責任者の義務付けなし
- 生活支援員等については必要な数  
→ 本体施設の配置基準に準じる

## 【報酬単価】

- 障害者、障害児それぞれについて、障害程度区分に応じた単価設定。 490単位～890単位
- 医療施設で実施した場合 2,400単位(重症心身障害児・者)、1,400単位(遷延性意識障害児・者等)

# 短期入所事業形態について

事業所の種類	事業所の形態	人員基準	設備基準
併設事業所	障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設と一体的な運営を行う事業所	従業者…当該施設の入所者数及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の入所者数とみなした上で、当該施設として必要とされる数以上	サービス提供に支障がない場合には、当該施設の設備を短期入所の事業の用に供することができる。 (居室については当該短期入所について別に設けること。)
空床利用型事業所	障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設であって、その全部又は一部が入所者に利用されていない居室を利用した運営を行う事業所	管理者…常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（支障がない場合は兼務可）	当該施設として必要とされる設備を有することで足りる。
単独型事業所	障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設以外の施設であって、利用者に利用されていない居室を利用して入浴、排せつ等の支援を行う事業所	従事者…利用者数に応じて適切なサービスの提供を行うために必要な数の生活支援員を配置。（常勤かつ専従、ただし、支障がない場合はこの限りでない。）  管理者…常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（支障がない場合は兼務可）	居室…1の居室の定員は4人以下、床面積は8平方メートル以上等 食堂…支障がない広さ 浴室…利用者の特性に応じたもの 洗面所・便所…居室のある階ごと、利用者の特性に応じたもの

※障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設

→障害者支援施設、児童福祉施設その他の入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を適切に行うことができる施設

## 課題

(訪問系サービス)

- 訪問系サービス等、訪問による生活支援を行う機能は、障害者の在宅生活を支えていくために基本となるサービスであり、「行動援護」など新たな類型のサービスも含め、一層の活用を図っていくことが必要。
- また、重度の障害者についても、訪問系サービスや様々な支援を組み合わせ、地域での生活を支えていくことが必要。

(ショートステイ)

- 地域で暮らしていく中で、いざというときに支えてくれる場があることが本人にとっても家族にとっても重要であり、ショートステイ(短期入所)について、身近なところで利用できるようにするなど充実を図っていくことが必要。

## 検討内容

(訪問系サービス等の在り方)

- 訪問系サービス等、訪問による生活支援を行う機能は、重度の方を含め、障害者が地域で暮らしていく上で大切なサービスであり、引き続きその充実を図っていくべきではないか。  
また、こうした訪問による生活支援を行う機能と、訪問による医療を提供する機能との連携をはじめ、精神症状が持続的に不安定な患者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方に向けて、更に検討すべきではないか。

(ショートステイの充実)

- 同じく、障害者が地域において安心して暮らすことができるよう、ショートステイ(短期入所)について、単独型のショートステイを含め、更なる充実を図っていくべきではないか。

# 精神科救急・精神保健指定医について

精神科救急医療体制について.....2

精神保健指定医の確保について.....17

# 精神科救急医療体制について



## これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

### (精神科救急医療の充実について)

- 精神科救急医療については、都道府県によって、精神科救急医療体制の機能が異なっているが、地域の実状を踏まえつつどの地域でも適切な精神科救急医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による体制確保を制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。
- 自殺企図患者等、精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、一般救急医療と精神科救急医療との連携についても制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。
- また、いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとして、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて、Ⅴの精神保健医療の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。
- 精神科救急の機能評価や精神科救急にふさわしい人員・構造基準のあり方等、精神科救急の質の向上に関する議論については、Ⅴの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。

# 精神科救急事業の推進

(補助事業)

(診療報酬)

## 平成7年度 精神科救急システム整備事業 創設

精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための体制整備に必要な経費に対する補助事業(精神科救急情報センター機能の整備、搬送システムの確保、精神科救急医療施設の体制整備、精神科初期救急医療輪番システムの整備)(初期・2次救急)

H8 精神科急性期入院料創設

H14 精神科救急入院料創設

## 平成17年度 精神科救急医療センター事業 創設

幻覚・妄想・昏迷・興奮など激しい症状を呈する統合失調症の急性期、急性精神病や錯乱状態等の患者を24時間診療体制で受け入れることができる精神科救急医療センターを整備することにより、患者の受け入れ態勢の強化を図り、24時間、365日緊急受診者の受け入れを行い、個室での手厚い医療の提供により、患者の早期退院及び病床の減少を図る。(3次救急)

### 2つの事業を組み替え

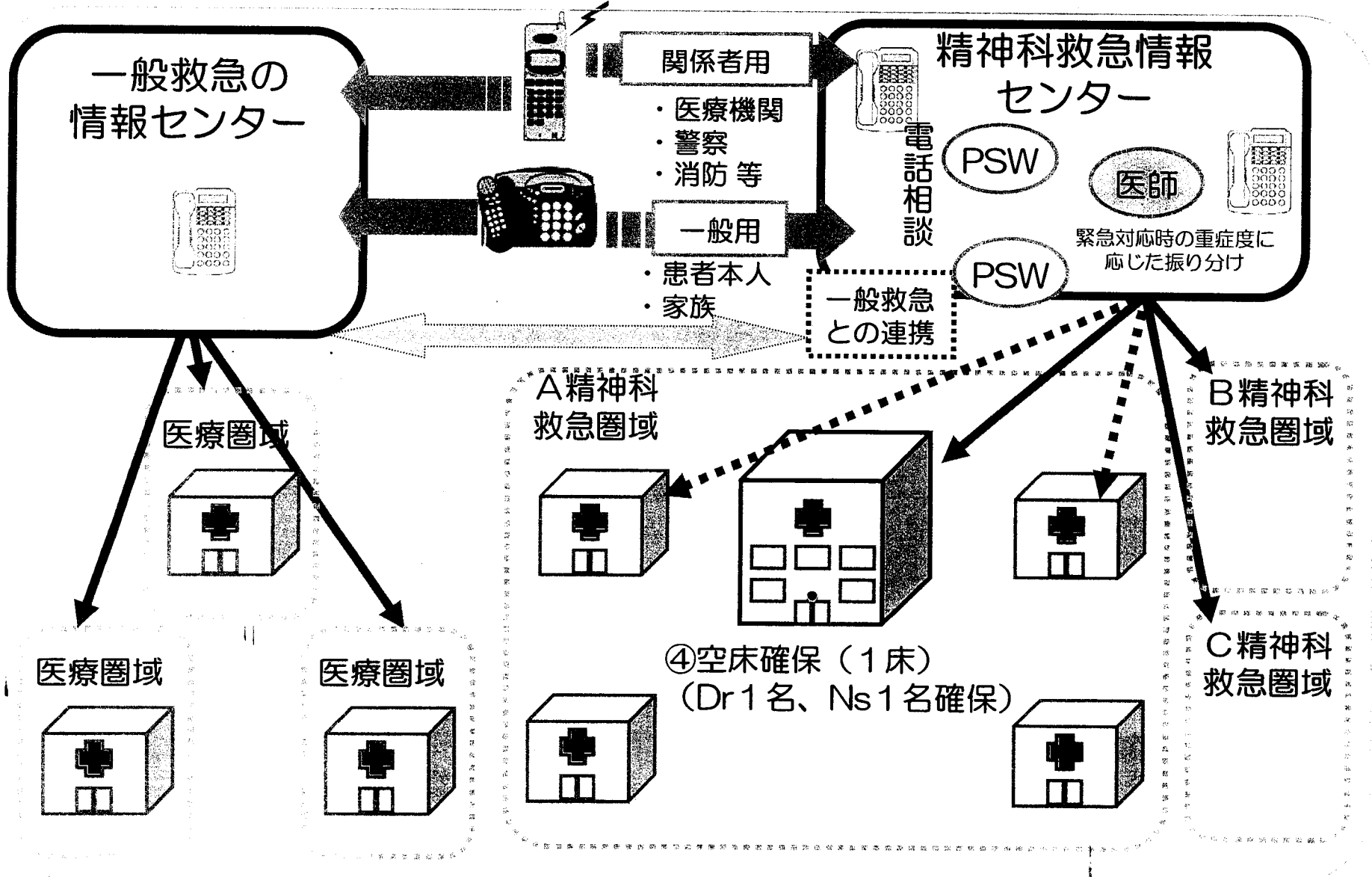
## 平成20年度 精神科救急医療体制整備事業 創設

急性期患者への適切な医療体制を更に充実させるため、身体合併症を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設、診療所などに勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化

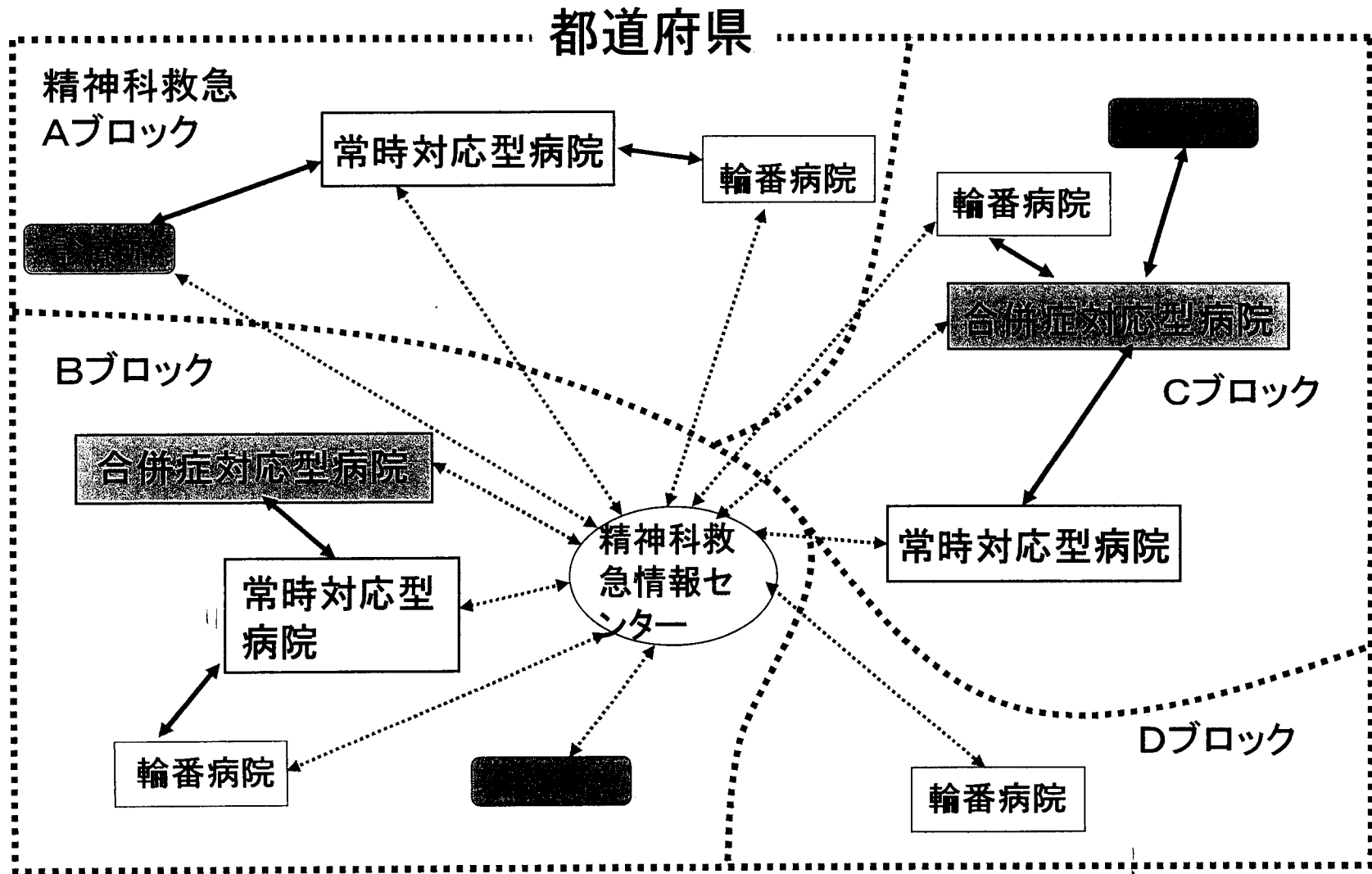
H20

- 精神科救急・合併症入院料創設
- 精神科救急入院料について人口規模を考慮した要件の緩和・在宅へ移行した実績に応じた評価を実施

# 精神科救急情報センターの役割



# 精神科救急医療体制(平成20年度以降のイメージ)



## 精神科救急の制度的位置づけ

現在精神保健福祉法では、「精神科救急医療システム整備事業」(平成20年度～「精神科救急医療体制整備事業」)が第47条第2項の「医療施設の紹介の事務」の一部をなすものとして位置づけられている。

(参照条文)

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)  
(抄)

(相談指導等)

第47条

2 都道府県等は、必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない。

「精神科救急医療体制整備事業の実施について」  
(平成20年5月26日精発第0526001号厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長通知)(抄)

### 3 事業の内容

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

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

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

#### (1)精神科救急医療体制連絡調整委員会

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

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

# 精神科医療の医療計画上の位置づけ

## 医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号) (抜粋)

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

2 事業ごとに配慮すべき事項

(一) 救急医療において、…(略)…。精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。

## 医療計画について(平成19年7月20日厚生労働省医政局長通知)(抜粋)

(別紙) 医療計画策定指針

第3 医療計画の内容

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

4疾病5事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認められる医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

(1) 精神保健医療対策

① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割

② 精神科救急医療(重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等)

③ うつ病対策(性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等)に関する取組

④ 精神障害者の退院の促進に関する取組

⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組

(2) 障害保健対策

障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組

(3) 認知症対策

① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制

② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制

疾病又は事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日厚生労働省医政局指導課長通知)(抜粋)

救急医療の体制構築に係る指針

第1 救急医療の現状

1 救急医療を取り巻く状況

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり、精神疾患、身体疾患ともに入院医療を要する程度のものは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。

2 救急医療の提供体制

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療、平成7年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制等による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきた。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに、休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連絡調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要がある。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要がある。

さらに、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要がある。



# 精神科救急医療体制の全国の状況

## ◆精神科救急医療体制

- 輪番制のある都道府県 44
- 基幹病院のある都道府県 15

## ◆精神科救急情報センターの対応時間

(自治体数)

24時間 365日	夜間 (翌朝まで)   ・休日	夜間・ 休日	夜間 (翌朝 まで)	夜 間	休 日	な し	合 計
11	11	7	2	1	3	12	47

# 精神科救急医療施設の実況

(平成20年2月1日現在)

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	1圏域当たり人口	精神科救急医療施設数	1精神科救急医療圏域当たり施設数
北海道	5,627,737	21	8	703,467	69	9
青森県	1,436,657	6	6	239,443	19	3
岩手県	1,385,041	9	4	346,260	4	1
宮城県	2,360,218	10	1	2,360,218	27	27
秋田県	1,145,501	8	5	229,100	18	4
山形県	1,216,181	4	2	608,091	7	4
福島県	2,091,319	7	4	522,830	34	9
茨城県	2,975,167	9	3	991,722	27	9
栃木県	2,016,631	5	1	2,016,631	26	26
群馬県	2,024,135	10	1	2,024,135	13	13
埼玉県	7,054,243	9	2	3,527,122	40	20
千葉県	6,056,462	9	4	1,514,116	30	8
東京都	12,576,601	13	4	3,144,150	69	17
神奈川県	8,791,597	11	1	8,791,597	49	49
新潟県	2,431,459	7	5	486,292	26	5
富山県	1,111,729	4	2	555,865	28	14
石川県	1,174,026	4	3	391,342	15	5
福井県	821,592	4	2	410,796	10	5
山梨県	884,515	4	1	884,515	10	10
長野県	2,196,114	10	3	732,038	12	4
岐阜県	2,107,226	5	2	1,053,613	14	7
静岡県	3,792,377	8	3	1,264,126	10	3
愛知県	7,254,704	11	3	2,418,235	39	13
三重県	1,866,963	4	2	933,482	13	7

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏域数	1圏域当たり人口	精神科救急医療施設数	1精神科救急医療圏域当たり施設数
滋賀県	1,380,361	7	3	460,120	10	3
京都府	2,647,660	6	2	1,323,830	14	7
大阪府	8,817,166	8	8	1,102,146	38	5
兵庫県	5,590,601	10	5	1,118,120	37	7
奈良県	1,421,310	5	1	1,421,310	9	9
和歌山県	1,035,969	7	3	345,323	7	2
鳥取県	607,012	3	3	202,337	6	2
島根県	742,223	7	7	106,032	12	2
岡山県	1,957,264	5	2	978,632	11	6
広島県	2,876,642	7	2	1,438,321	5	3
山口県	1,492,606	8	3	497,535	27	9
徳島県	809,950	6	3	269,983	14	5
香川県	1,012,400	5	2	506,200	13	7
愛媛県	1,467,815	6	1	1,467,815	7	7
高知県	796,292	4	1	796,292	7	7
福岡県	5,049,908	13	4	1,262,477	79	20
佐賀県	866,369	5	3	288,790	17	6
長崎県	1,478,632	9	6	246,439	38	6
熊本県	1,842,233	11	2	921,117	40	20
大分県	1,209,571	10	2	604,786	22	11
宮崎県	1,153,042	7	3	384,347	21	7
鹿児島県	1,753,179	12	4	438,295	42	11
沖縄県	1,361,594	5	4	340,399	20	5
合 計	127,767,994	358	146	875,123	1,105	8

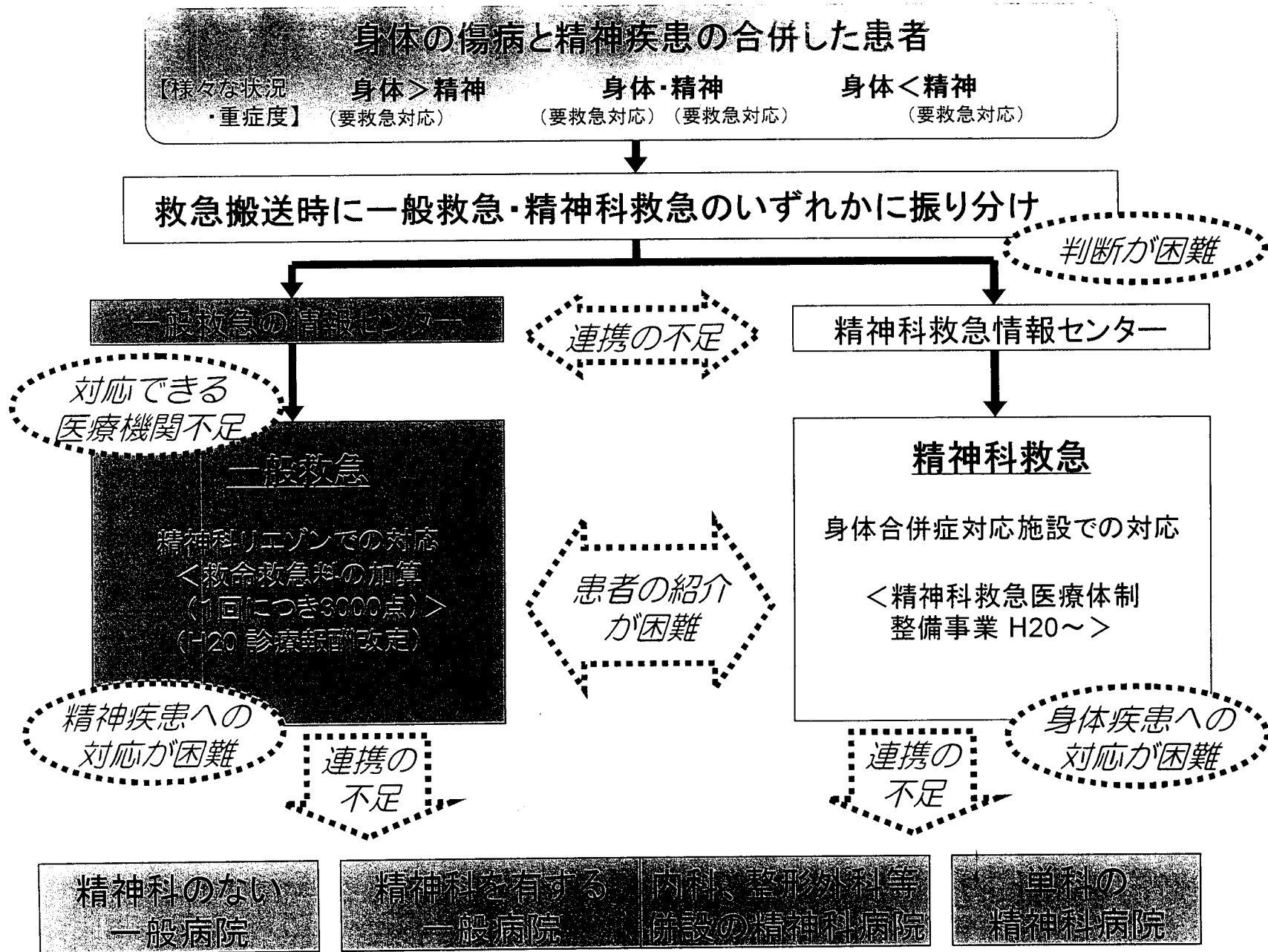
※人口については、国勢調査(平成17年10月現在)による  
 ※2次医療圏数については、平成19年9月現在

## 精神科救急医療システムの利用状況

	平成16年度	平成17年度
精神科救急医療圏域数	145	145
精神科救急医療施設数	1,073	1,084
精神科救急情報センター への夜間・休日の電話相 談件数	72,337	81,122
夜間・休日の受診件数	27,788	30,243
夜間・休日の入院件数	10,916	12,096

(精神・障害保健課調)

# 一般救急と精神科救急の連携のための課題



# 平成21年度概算要求における対応

## 精神科救急医療体制の強化

26億円(+9億円(+53%))

精神科救急情報センター及び精神科救急医療施設における精神保健福祉士等の増員等により、一般救急医療と精神科救急医療の連携のための連絡調整体制を都道府県ごとに整備するとともに、空きベッドの確保等により、精神・身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科救急体制の強化を図る。

## ① 精神科救急医療体制について

# 課題と検討の方向

### 課題

- 精神科救急医療体制整備事業の実施や、救急入院等への診療報酬上の評価により、精神科救急医療体制の確保が進められてきたが、都道府県によって、圏域の規模、医療施設の整備状況をはじめとして、精神科救急医療体制の機能が異なるなど、その整備が十分でない状況にある。
- 精神科救急体制と一般救急体制との連携が十分でなく、自殺企図患者等、精神疾患を有する救命救急患者や、身体合併症を有する精神疾患患者など、双方の治療が必要な患者に対する医療の提供がスムーズに行われていない。
- 精神科救急医療体制の確保は、精神保健福祉法上、医療施設の紹介の事務の一部として実施されており、医療計画においては、救急医療の確保に際して配慮すべき事項となっている。

### 検討

- 地域の実状を踏まえつつどの地域でも適切な精神科救急医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保やモニタリングについて、制度上位置付けることとしてはどうか。
- 精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、一般救急医療と精神科救急医療との連携についても制度上位置付けることとしてはどうか。

なお、以下の事項についても、今後の精神保健医療の再構築に関する検討の中で、更に検討してはどうか。

- いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとして、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付け
- 精神科救急の機能評価や精神科救急にふさわしい人員・構造基準のあり方等、精神科救急の質の向上

等

# 精神保健指定医の確保について

## これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

- 措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保に困難を伴っているとの意見があることも踏まえ、精神保健指定医の確保のための具体的方策、例えば、5年毎の資格更新時に、措置診察の実施状況等を要件とすることや、都道府県の精神科救急医療事業への参画に関する義務を設けること等について、検討すべきではないか。



## 精神保健指定医とは

- 精神保健指定医制度は、昭和62年の精神衛生法改正(精神保健法の成立)により創設された。
- 精神科医療においては、本人の意思によらない入院や、一定の行動制限を行うことがあるため、これらの業務を行う医師は、患者の人権に十分配慮した医療を行うに必要な知識を備えている必要がある。  
そのため、一定の精神科実務経験を有し、法律等に関する研修を終了した医師のうちから、厚生労働大臣が「精神保健指定医」を指定し、これらの業務を行わせることとしたものである。(精神保健福祉法第18条)
- 職務は、強制的な入院形態である措置入院及び医療保護入院時の判定、措置入院の解除の判定、一定の行動制限の判定、定期病状報告に係る診察等である。
- 精神保健指定医制度は、有資格者のみに一定の医療行為を業務独占的に行い得る権限を与えるいわゆる専門医制度(例えば、技術的高度性に着目して設けられる制度)とは異なる特別の法的資格制度である。

# 精神保健福祉法における指定医の職務

- 精神保健指定医は、下記の職務に従事することとされている。
- 措置入院の判断等、人権上適切な配慮を要する業務や、精神科病院への立入検査等権限の行使に関する業務については、都道府県知事の適正な権限行使を担保するため、精神保健指定医は、公務員として職務を行うこととされている。

## 医療機関等における職務 (第19条の4第1項)

- 任意入院者の退院制限における、入院継続の必要があるかどうかの判定(第22条の4第3項)
- 措置入院者の自傷他害のおそれ消失に伴う届け出における、入院継続の必要があるかどうかの判定(第29条の5)
- 医療保護入院又は応急入院を必要とするかどうかの判定(第33条第1項、第33条の4第1項)
- 任意入院が行われる状態にないかどうかの判定(第22条の3)
- 入院中の患者に対し、行動の制限を必要とするかどうかの判定(第36条第3項)
- 定期報告事項に係る措置入院患者の診察(第38条の2第1項)
- 定期報告事項に係る医療保護入院患者の診察(第38条の2第2項)
- 仮退院させて経過を見ることが適切かどうかの判定(第40条)

## 公務員としての職務 (第19条の4第2項)

- 措置入院及び緊急措置入院における、入院を必要とするかどうかの判定(第29条第1項、第29条の2第1項)
- 措置入院等における移送に係る行動制限を必要とするかどうかの判定(第29条の2の2第3項)
- 医療保護入院等における移送に係る行動制限を必要とするかどうかの判定(第34条第4項)
- 都道府県知事が実地審査の際、指定する指定医が措置入院の解除に関して、入院を継続する必要があるかどうかの判定(第29条の4第2項)
- 医療保護入院及び応急入院のための移送を必要とするかどうかの判定(第34条第1、3項)
- 定期報告又は退院等請求に係る診察(第38条の3第3項、第38条の5第4項)
- 精神科病院への立入検査、質問及び診察(第38条の6第1項)
- 改善命令に関して、精神科病院に入院中の任意入院患者、医療保護入院患者又は応急入院患者の入院を継続する必要があるかどうかの判定(第38条の7第2項)
- 精神障害者保健福祉手帳の返還を命じるための診察(第45条の2第4項)

# 精神保健指定医の業務に対する診療報酬上の評価

## 精神保健指定医が行う診療への直接的な評価

- 通院・在宅精神療法 指定医による初診: 500点
  - それ以外: 病院 30分超 360点、30分未満 330点  
診療所 30分超 360点、30分未満 350点
- 入院精神療法(Ⅰ): 360点
  - 指定医に限り入院日から3ヶ月以内で週3回まで算定可
- 入院精神療法(Ⅱ): 150点(6ヶ月以内)、80点(6ヶ月以上)
  - 通常は週1回算定可
  - 指定医が必要と認めた場合週2回まで算定可
- 精神保健指定医診断治療等加算(救命救急入院料): 3,000点
  - 救命救急センターでの指定医による精神疾患患者に対する診断治療等に対して加算

## 精神保健指定医の配置が施設基準等において必要とされているもの

	【配置基準】	【診療報酬】
• 精神科応急入院施設管理加算	病院1名以上	2,500点(入院初日)
• 児童・思春期精神科入院医療管理加算	病棟1名以上	650点
• 精神科隔離室管理加算	指定医による隔離	220点(月7日に限る)
• 精神科救急入院料1	病院5名、病棟1名以上	3,431/3,031点(30日以内/31日以上)
• 精神科救急入院料2	病院5名、病棟1名以上	3,231/2,831点(30日以内/31日以上)
• 精神科救急・合併症入院料	病棟3名以上	3,431/3,031点(30日以内/31日以上)
• 精神科急性期治療病棟入院料1	病棟1名以上	1,900/1,600点(30日以内/31日以上)
• 精神科急性期治療病棟入院料2	病棟1名以上	1,800/1,500点(30日以内/31日以上)
• 精神療養病棟入院料	病棟1名以上	1,090点

# 各都道府県・指定都市別精神保健指定医数

(人)

	指定医数	人口百万対	病床千対
北海道	273	73	19
青森県	103	72	22
岩手県	102	74	21
宮城県	57	43	15
秋田県	112	98	26
山形県	93	76	25
福島県	195	93	25
茨城県	158	53	21
栃木県	137	68	26
群馬県	165	82	31
埼玉県	287	49	22
千葉県	283	55	24
東京都	1,875	149	75
神奈川県	281	72	38
新潟県	195	80	27
富山県	87	78	25
石川県	145	124	37
福井県	68	83	28
山梨県	67	76	27
長野県	158	72	30
岐阜県	120	57	28

	指定医数	人口百万対	病床千対
静岡県	164	53	27
愛知県	189	38	22
三重県	137	73	28
滋賀県	92	67	39
京都府	75	64	29
大阪府	504	81	26
兵庫県	289	71	35
奈良県	144	101	49
和歌山県	89	86	37
鳥取県	72	119	35
島根県	68	92	26
岡山県	242	124	41
広島県	124	72	19
山口県	151	101	24
徳島県	122	151	30
香川県	125	124	31
愛媛県	127	87	24
高知県	110	138	28
福岡県	276	104	20
佐賀県	68	79	15
長崎県	177	120	22

	指定医数	人口百万対	病床千対
熊本県	224	122	25
大分県	126	104	23
宮崎県	143	124	23
鹿児島県	198	113	20
沖縄県	166	122	30
札幌市	311	165	43
仙台市	147	143	62
さいたま市	70	60	54
千葉市	123	133	78
横浜市	323	90	59
川崎市	79	60	52
静岡市	46	66	42
名古屋市	308	139	65
京都市	225	153	58
大阪市	193	73	821
神戸市	234	153	64
広島市	169	146	56
北九州市	105	106	25
福岡市	296	211	73
合計	11,792	92	33

(指定医数、病床数：平成18年6月30日現在、人口：17年10月現在)

※政令指定都市の指定医数は、都道府県別の数値に含まれず別掲されている。

# 精神科病院・精神科診療所等精神保健指定医数

(単位:人)

	精神科病院		精神科診療所等	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
北海道	223	41	39	31
青森	75	27	9	6
岩手	79	11	15	5
宮城	62	39	13	0
秋田	81	33	14	11
山形	59	24	23	23
福島	106	63	46	37
茨城	126	91	20	17
栃木	104	68	13	6
群馬	88	41	31	14
埼玉	212	169	41	61
千葉	188	144	51	42
東京	578	381	199	338
神奈川	122	115	57	38
新潟	126	56	23	39
富山	76	44	12	7
石川	88	41	15	21
福井	52	24	12	7
山梨	43	24	7	16
長野	104	42	25	16
岐阜	73	47	29	14

	精神科病院		精神科診療所等	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
静岡	97	63	44	28
愛知	144	50	52	26
三重	88	27	20	41
滋賀	55	27	11	13
京都	46	8	12	18
大阪	313	199	102	38
兵庫	121	96	62	45
奈良	53	24	29	26
和歌山	47	23	17	3
鳥取	40	7	13	8
島根	49	17	12	9
岡山	113	21	52	156
広島	90	50	25	11
山口	100	43	31	14
徳島	72	26	16	22
香川	78	25	18	4
愛媛	86	36	31	21
高知	78	27	11	5
福岡	200	124	18	7
佐賀	79	22	7	6
長崎	121	28	24	27

	精神科病院		精神科診療所等	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
熊本	168	29	25	8
大分	90	29	20	9
宮崎	107	22	13	4
鹿児島	142	41	16	4
沖縄	98	6	30	19
札幌市	151	42	35	4
仙台市	40	9	33	3
さいたま市	23	26	22	12
千葉市	48	15	18	14
横浜市	99	86	64	47
川崎市	34	41	28	17
静岡市	24	9	22	6
名古屋市	96	55	51	22
京都市	59	15	46	28
大阪市	20	6	89	77
神戸市	69	35	56	43
広島市	71	17	37	7
北九州市	56	26	23	7
福岡市	90	57	11	15
合計	6,220	3,034	1,940	1,623

※政令指定都市の指定医数は、都道府県別の数値に含まれず別掲されている。

(平成17年6月30日現在)

## 精神保健指定医新規指定・更新者数

(単位:人)

	新規指定者数	更新者数		新規指定者数	更新者数
平成8年度	387	1,228	平成14年度	403	2,241
平成9年度	403	1,868	平成15年度	434	2,219
平成10年度	442	1,890	平成16年度	349	1,699
平成11年度	381	1,590	平成17年度	470	1,884
平成12年度	496	1,494	平成18年度	516	1,893
平成13年度	418	1,544	平成19年度	551	2,514

# 関係者の意見

全国衛生部長会

「平成21年度衛生行政の施策及び予算に関する要望書」

(平成20年5月)

精神保健福祉施策の充実(抜粋)

⑨指定医の確保を図ること。

ア 精神保健指定医の確保(養成・公務への協力等)対策及び財政措置を講じること。

イ 公務員として措置診察を行う際の指定医の確保について財政措置を講じること。

ウ 指定医資格の更新の際に、精神保健福祉法第27条第1項、第29条の2及び第34条第1項に基づく診療の実績及び医療観察法に基づく鑑定の実績等を条件として加えること。

注: 第27条第1項に基づく診療とは、第29条第1項による、措置入院を必要とするかどうかの判定のための診察と同じである。

# 都道府県・政令指定都市へのアンケート調査結果

## (1) 調査方法

○ 平成20年8月に、都道府県・政令指定都市の精神保健所管課を対象に、平成19年度の措置診察等の実施状況及び精神保健指定医確保の状況についてアンケート調査を実施。

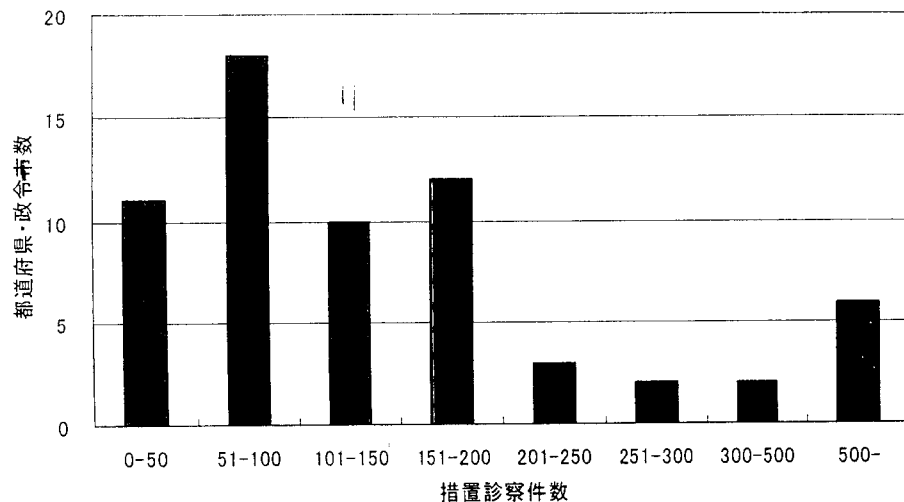
○ 有効回答数 100% (64/64自治体)

## (2) 措置診察・緊急措置診察の状況

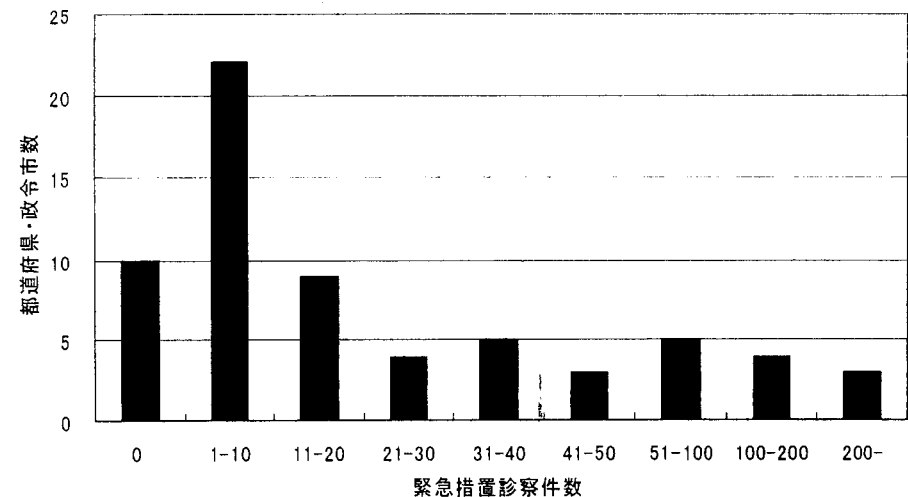
＜平成19年度＞ (単位:件)

	措置診察件数			緊急措置診察件数
		うち1次診察	うち2次診察	
1自治体当たり平均	207	111	96	46
合計	13,276	7,131	6,145	2,969

自治体当たり措置診察件数(1次・2次を含む)の分布＜平成19年度＞



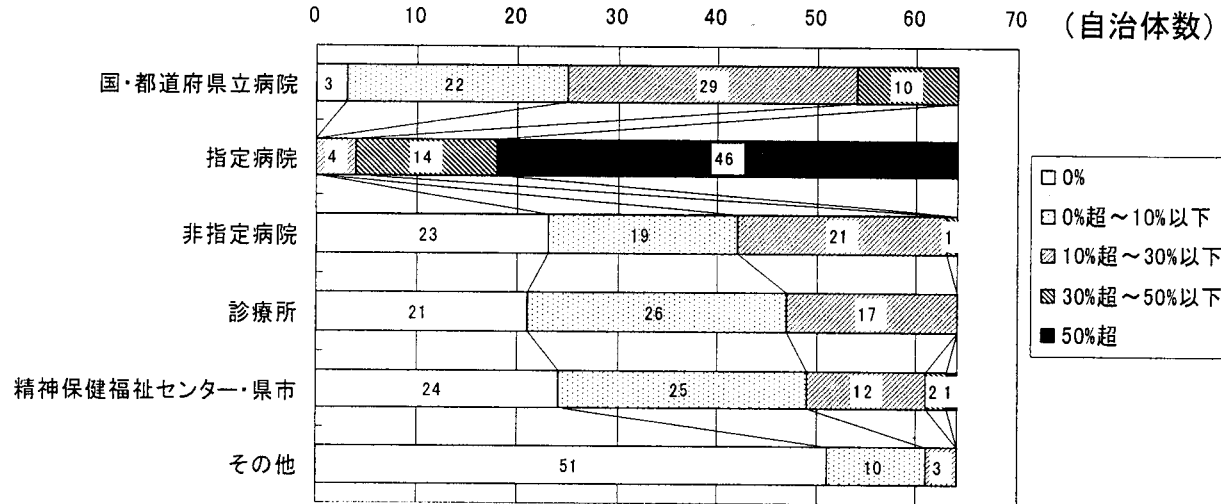
自治体当たり緊急措置診察件数の分布＜平成19年度＞



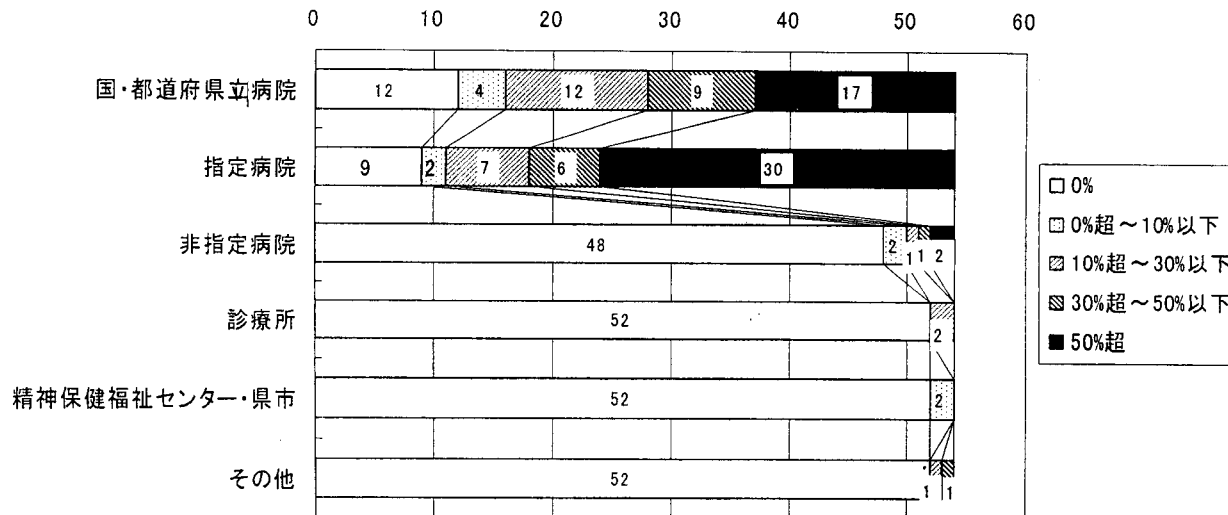


### (3) 措置診察・緊急措置診察に占める指定医所属先の割合

[措置診察の件数に占める指定医所属先の割合別自治体数]

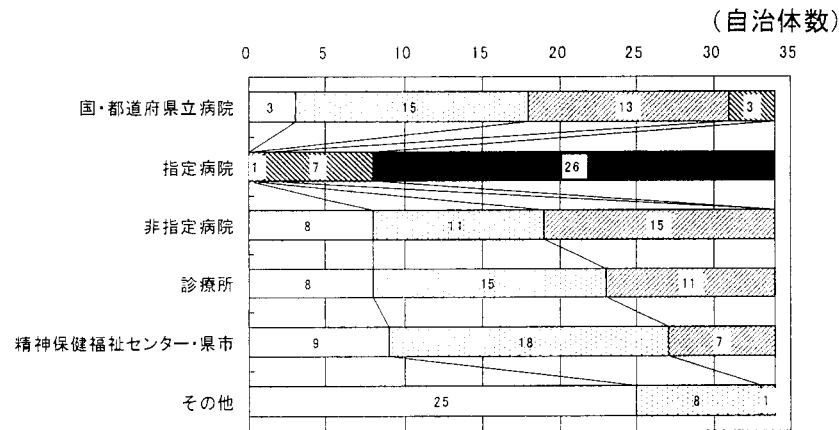


[緊急措置診察の件数に占める指定医所属先の割合別自治体数]

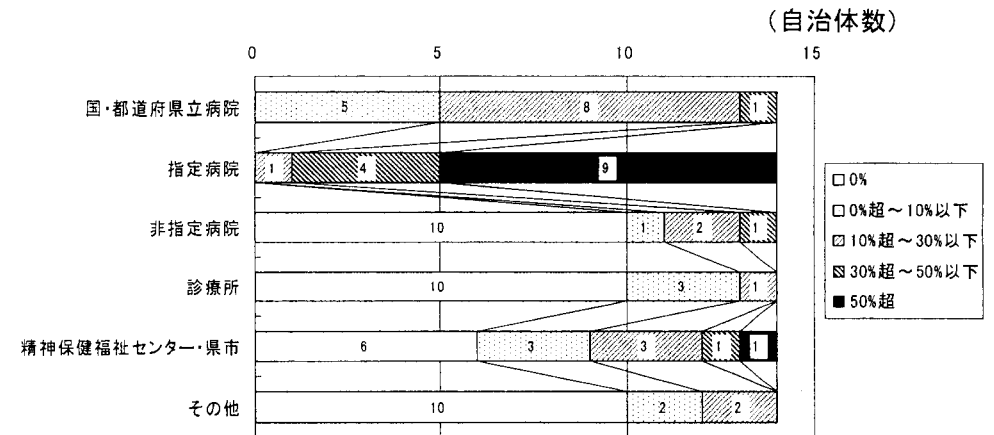


## 措置診察の件数に占める指定送致先先の割合が自治体数 (措置診察の実施場所別)

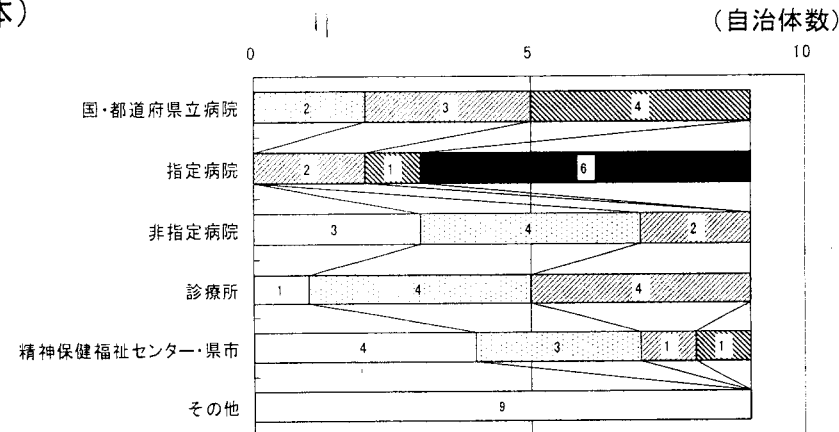
①1次・2次診察とも通報地(警察署等)において主に実施(34/64自治体)



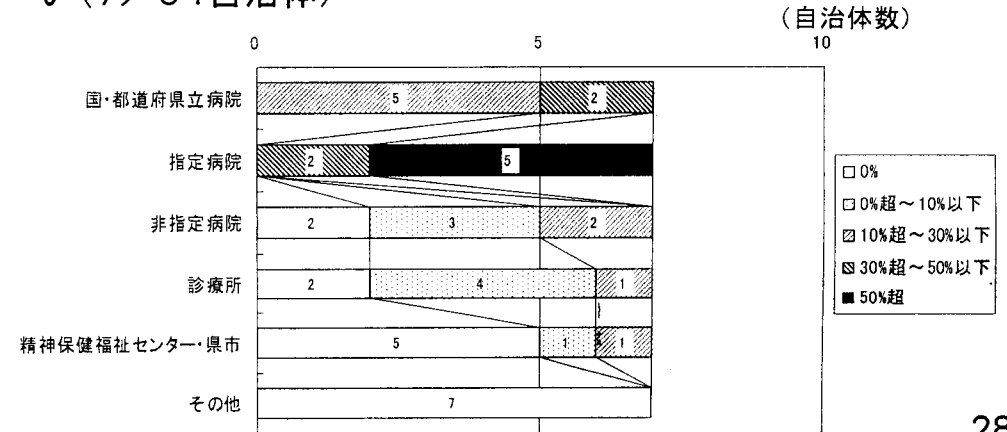
②1次・2次診察とも受け入れ病院において主に実施(14/64自治体)



③1次診察は通報地(警察署等)で実施、2次診察は受け入れ病院で実施することが多い(9/64自治体)



④1次・2次診察の少なくともいずれかを、診察する指定医の所属医療機関に移送して実施することが多い(7/64自治体)



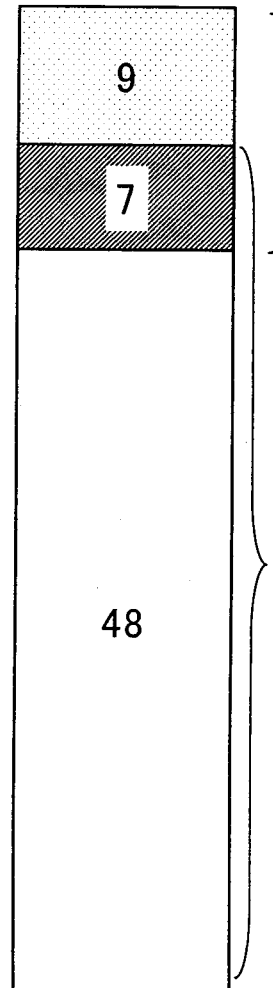
(4) 措置診察における指定医の選定方法

※具体的な方法（複数回答）

●指定医を常時確保

●常時確保・その都度選定の併用

●その都度指定医を選定



①指定医を職員として採用し、常時確保	7
②当番制を導入し、常時確保	13
③特定の公的機関等からその都度選定	4
④管轄地域全体からその都度選定	36
⑤近隣の病院の指定医にその都度依頼	34
⑥近隣の診療所の指定医にその都度依頼	14

(5) 措置診察における指定医確保のために実施している具体的な対策 様数(件数)

○措置診察へのインセンティブの強化										
	措置診察1件あたりの報酬を引き上げ	1								
	タクシーを使用した場合の料金を負担	1								
○協力依頼										
	実地指導において協力を依頼	4								
	会議等で協力を依頼	6								
	関連団体に対して協力を依頼(業務委託)	11								
	個別の医療機関に事前に協力を依頼	11								
	<table border="1"> <tr> <td>国立・都道府県立病院</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>指定病院</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>非指定病院</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>診療所</td> <td>7</td> </tr> </table>	国立・都道府県立病院	7	指定病院	8	非指定病院	6	診療所	7	
国立・都道府県立病院	7									
指定病院	8									
非指定病院	6									
診療所	7									
	アンケート等により協力可能な指定医をリスト化	4								
○指定医を職員として雇用										
	精神保健福祉センターの指定医を活用	6								
	非常勤職員として指定医を雇用(委嘱を含む)	4								
○その他										
	特定の医師や医療機関に偏らないよう工夫	3								
	検討の場を設けている	2								
	○特別な対策は行っていない	28								

## (6) 措置診察における指定医確保に係る問題点

### 体制の問題

- 医療資源の少ない圏域(郡部等)では指定医も少なく、確保が困難
  - 離島等では移送に多額の費用がかかる
- 都市部は医療資源は多いが、措置診察の件数も多いため、多くの指定医を確保する必要がある
- 2名の指定医を揃えるのが困難(特に夜間)
  - 緊急措置を多用せざるを得ない
- 連休中(年末年始等)緊急措置を行った場合の72時間以内の措置診察が困難
- 指定医の常時確保には多額の予算がかかる
- 措置診察に対する報酬が低い
- 通報件数・診察件数・措置件数が増加している

### 医療機関の問題

- 特定の指定医に依頼が偏る
  - 指定医が多い医療機関
  - 自治体病院
  - 協力的な指定医
- 診療所医師の協力が得にくい
  - 診療所協会等の団体に所属していない診療所も多く、依頼がしにくい
  - 一人での診療が多いため、診療時間帯における協力は事実上不可能
- 病院の指定医減少に伴い、措置診察に協力できる医師が減少
  - 業務を代わられる医師がおらず、診療時間に病院を離れることが困難
- 当直医師は措置診察のために病院を離れることができない

### 指定医の意識の問題

- 夜間(特に深夜帯)・休日に指定医と連絡が取れない
- 措置診察の意義や必要性を指定医が十分認識していない
- 措置診察への協力を拒否することにペナルティがないため、特に理由がなくても拒否される

# 精神保健指定医の更新手続きについて

- 精神保健指定医は、5年に1回更新することとなっており、登録研修期間における研修を受講した上で更新申請を行う必要がある。
- 災害、傷病、長期の海外渡航等のやむを得ない理由がある場合に限り、研修の受講を延期することができる。
- やむを得ない理由以外の場合については規定されておらず、更新を怠ると指定医資格が失効する。

## 精神保健福祉法

第19条 指定医は、5の年度(毎年4月1日から翌年3月31日までをいう。以下この条において同じ。)ごとに厚生労働大臣が定める年度において、厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修を受けなければならない。

2 前条第1項の規定による指定は、当該指定を受けた者が前項に規定する研修を受けなかったときは、当該研修を受けるべき年度の終了の日にはその効力を失う。ただし、当該研修を受けなかったことにつき厚生労働省令で定めるやむを得ない理由が存すると厚生労働大臣が認めたときは、この限りでない。

## (参考) 運転免許証が失効した場合の再取得手続きについて

### 失効から6か月以内の場合

- 失効の理由にかかわらず、学科・技能試験が免除される  
(視力検査等の適性試験と、講習により再取得が可能。)

### 失効から6か月を超え3年以内の場合

- 失効が海外旅行、災害等やむを得ない理由による場合に限り、理由が止んで1ヶ月以内に申請した場合は試験の一部が免除される

## 精神保健指定医失効者数

(人)

	失効者 総数	死亡	取消	辞退	その他 (失念等)
平成15年度	131	12	0	4	115
平成16年度	207	20	0	15	172
平成17年度	215	24	2	8	181
平成18年度	107	21	3	5	78
平成19年度	133	29	2	5	97

※その他(失念等)には「死亡」、「取消」、「辞退」以外の理由で期限切れにて失効になった(うっかり失効等)全ての者を含む。

## ② 精神保健指定医の確保について

### 課題と検討の方向

#### 課題

- 都道府県において、措置診察を行う精神保健指定医の確保に困難が生じている。
- 措置診察は、主として指定病院や公的機関に勤務する精神保健指定医によって行われており、診療所等に従事する精神保健指定医が指定医業務を行うことは少ない。
- 精神科の救急医療体制が円滑に機能するためには、救急医療機関における精神保健指定医の確保が重要である。

- 更新手続きの失念等により指定医資格が失効する例がみられ、その場合、新規に要件を満たして取得する必要がある。

#### 検討

○ 精神保健指定医の5年毎の資格更新時に、措置診察等、公務員として行う職務への参画(当面は当番制等への参加を含む。)を要件とし、指定医の参画を促してはどうか。

但し、救急医療を行う医療機関や、公的機関等に勤務する指定医の確保に困難をきたさないよう、このような勤務に従事する指定医についても、資格を更新できることとしてはどうか。

○ 措置診察等を行う指定医の確保について、都道府県の一層の努力も必要ではないか。

○ 精神保健指定医の救急医療への参画についても規定し、指定医の参画を促してはどうか。

○ なお、失念等により指定医資格の更新期限を超えた場合について、運転免許と同様、再取得の際に一定の配慮を行うこととしてはどうか。