

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成18年度版

監修 精神保健福祉研究会

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成18年度版

監修 精神保健福祉研究会

目 次

第一章 精神保健の基礎知識

1. 精神保健とは	1
2. ライフサイクルからみた精神保健	3
(1) 胎児期の精神保健	3
(2) 乳幼児期の精神保健	4
(3) 学童期の精神保健	5
(4) 思春期（青・少年期）の精神保健	6
(5) 成人期の精神保健	7
(6) 老年期の精神保健	8
3. 生活の場からみた精神保健	11
(1) 家庭、家族との精神保健	11
(2) 学校と精神保健	12
(3) 職場と精神保健	13
4. 精神障害に関する知識	15
(1) 症状性を含む器質性精神障害	15
(2) 精神作用物質使用による精神および行動の障害	15
(3) 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	15
(4) 気分（感情）障害	16
(5) 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	16
(6) 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	16
(7) 成人のパーソナリティおよび行動の障害	17
(8) 精神遅滞	17
(9) 心理的発達の障害	17
(10) 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 および特定不能の精神障害	18

第二章 精神保健福祉行政のあらまし

1. 精神保健福祉行政の歩み	19
(1) 黎明期	19
(2) 精神病患者監護法の制定	20
(3) 精神病院法の制定	21
(4) 精神衛生法の制定	23
(5) 精神衛生法40年改正	24
(6) 精神保健法の成立	26
(7) 精神保健法の改正	28
(8) 精神保健福祉法の成立	31
(9) 障害者プランの策定	33
(10) 障害保健福祉部の設置	33
(11) 精神保健福祉士法の制定	34
(12) 精神保健福祉法平成11年改正	38
(13) 平成13年1月の省庁再編に伴う厚生労働省の設置	40
(14) 新障害者基本計画及び重点施策実施5か年計画(新障害者プラン) の策定について	40
(15) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」及び「今後の障害保健福祉 施策について(改革のグランドデザイン案)」の策定について	43
(16) 平成17年精神保健福祉法の改正の概要	43
(17) 障害者自立支援法の制定	47
(18) 障害者自立支援法の施行に伴う障害保健福祉部内の所掌変更	54
(19) 精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律 の成立	54
2. 精神保健福祉に関する行政組織	55
(1) 国	55
(2) 都道府県・指定都市	56
(3) 保健所	57

(4) 市町村	58
3. 地域精神保健福祉	60
(1) 地域精神保健福祉活動の目標と計画	61
(2) 地域精神保健福祉活動の主体	63
ア 精神保健福祉センターの役割	63
イ 保健所の役割	63
ウ 市町村	63
4. 精神保健福祉に関する財政	65
(1) 国民医療費における精神医療費	65
(2) 精神保健福祉関係予算	65
ア 精神保健対策費等	66
(7) 措置入院費	66
(イ) 医療保護入院費	66
(ウ) 精神障害者通院医療費	66
(エ) 精神障害者保健福祉対策費等補助	66
(オ) 精神科病院等の施設整備費助成費	67
(カ) 精神科病院等の設備整備費補助	69
(キ) 医療施設近代化施設整備事業	69
イ 障害者自立支援関係経費	70
(7) 障害者自立支援医療費	70
(イ) 障害者自立支援法関係経費	70
ウ 地方交付税	72
エ 貸金融資	73
(7) 融資対象者	73
(イ) 融資の種類	73
(ウ) 融資額	74

第三章 精神障害者支援施策

1. 精神医療対策	82
-----------------	----

(1) 医療施設	82
ア 精神科病院の現状	82
イ 患者	82
ウ 地域医療計画	83
エ 都道府県の設置義務	83
オ 指定病院	84
カ 精神科診療所	85
(2) 保護者	86
(3) 入院制度	87
ア 精神保健指定医	87
イ 診療及び保護の申請等	88
ウ 入院形態	89
エ 医療保護入院時の移送制度	96
オ 入院時の告知	96
カ 入院患者の処遇	97
キ 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告	98
ク 精神医療審査会	98
ケ 精神科病院等に対する監督	100
(4) 通院医療	101
ア 自立支援医療（精神通院医療）	101
イ 精神科デイ・ケア等	103
2. 社会復帰・福祉対策	108
I 障害者自立支援法における新たな障害福祉サービス	108
(1) 自立支援給付（障害福祉サービス）の一覧	108
(2) 介護給付サービス	109
(3) 訓練等給付サービス	111
(4) 地域生活支援事業	114
(5) 相談支援事業	115
(6) 地域活動支援センター事業	116

Ⅱ 精神障害者社会復帰施設	118
Ⅲ その他	119
(1) 精神障害者手帳交付事業	119
ア 手帳の対象者と障害等級	119
イ 交付手続	120
ウ 手帳に基づく支援施策	121
(2) 保健所における社会復帰促進事業	122

第四章 精神保健における個別課題への取り組み

1. 自殺対策	124
(1) 我が国における自殺の現状	124
(2) 我が国における自殺予防対策	127
2. 老人性認知症疾患対策	133
(1) 認知症の疫学調査, 将来推計	133
(2) 認知症(痴呆)対策の経緯	133
(3) 老人性認知症疾患対策	137
3. アルコール関連問題対策	139
(1) アルコールの疫学	139
(2) アルコール関連問題	142
ア アルコールに起因する身体的障害	143
イ アルコールに起因する精神的障害	144
ウ アルコールに起因する社会的問題	146
(3) アルコール関連問題対策	146
ア 一次予防	146
イ 二次予防	147
ウ 三次予防	147
(4) アルコール依存症の研修	148
4. 薬物乱用防止対策	149
(1) 薬物乱用の現状と対策	149

(2) 薬物の乱用, 依存および中毒	152
(3) 薬物乱用についての疫学調査の結果	154
(4) 覚せい剤慢性中毒者に対する医療及び保護	156
(5) 薬物乱用・依存者に対する対応の現状	157
(6) 精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業の実施	159
(7) 今後の課題	159
5. 心神喪失者等医療観察法の概要	161
6. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律	166
(1) 性同一性障害者とは	166
(2) 性同一性障害特例法の内容	166
(3) 厚生労働省令	167
7. 発達障害者基本法	169
(1) 発達障害者支援法	169
(2) 発達障害者支援の推進について	171
8. 犯罪被害者等基本法	173
(1) 犯罪被害者等基本法	173
(2) 犯罪被害者等基本計画	173
9. その他の地域精神保健対策	175
(1) 精神障害者の正しい理解のための普及啓発事業	175
ア 指針・行動計画に基づいた普及啓発事業	175
イ 普及・啓発活動を行う当事者（スピーカー・ビューロー） 育成のための専門家養成事業	175
(2) 思春期精神保健対策	175
ア 精神保健福祉センターにおける相談指導等	176
イ 専門職に対する研修	176
(3) 心の健康づくり対策	177
ア 心の健康づくり対策の経緯	178
イ 心の健康づくり対策に関連する事業	178
(4) 「ひきこもり」に関する対策	148

10. 精神保健福祉に関する調査研究	179
(1) 研究の推進	181
(2) 国立精神・神経センターの組織	181
ア 研究部門	182
イ 病院部門	182
ウ 運営局	182
(3) 精神保健研究所	182
ア 沿革	182
イ 研究内容	183
ウ 研修	188
エ 技術交流	191
オ その他	192

第五章 諸外国における精神医療

1. アメリカ合衆国の精神保健福祉サービス	194
2. ヨーロッパの精神保健福祉サービス	196
3. アジア諸国の精神保健福祉サービス	200
4. オーストラリアの精神保健福祉サービス	202

第六章 関連法規及び施設

1. 厚生労働省関係	204
(1) 社会福祉法	204
(2) 生活保護法	205
(3) 児童福祉法	206
(4) 老人福祉法	207
(5) 国民年金法及び厚生年金保険法	208
2. 文部科学省関係	209
3. 法務省関係	210

(資料編)

I 精神保健福祉関係法令

1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（S 25. 5. 1法律第123号） … 211
2. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令
（S 25. 5. 23政令第155号） …………… 261
3. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則
（S 25. 6. 24厚生省令第31号） …………… 271
4. 精神保健福祉士法（H9. 12. 19法律第131号） …………… 294
5. 精神保健福祉士法施行令（H10. 1. 8政令第5号） …………… 306
6. 精神保健福祉士法施行規則（H10. 1. 30厚生省令第11号） …………… 308
7. 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準
（H12. 3. 31厚生省令第87号） …………… 321
8. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項の
規定に基づき厚生労働大臣が定める基準
（S 63. 4. 8厚生省告示第127号） …………… 333
9. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項の規定に
基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
（S 63. 4. 8厚生省告示第128号） …………… 335
10. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に
基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
（S 63. 4. 8厚生省告示第129号） …………… 336
11. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に
基づき厚生労働大臣が定める基準（S 63. 4. 8厚生省告示第130号） …… 337
12. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に
基づき厚生労働大臣が定める指定病院の基準
（H8. 3. 21厚生省告示第90号） …………… 342
13. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項
の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

(H12.3.28厚生省告示第96号)	344
14. 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 (H15.7.16法律第110号)	345
15. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等 に関する法律施行令 (H16.10.14政令第310号)	381
16. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等 に関する法律第6条第2項の名簿及び同法第15条第2項の名簿に関 する省令 (H16.10.14省令第150号)	388
17. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律 (H15.7.16法律第111号)	394
18. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第3条第2項 に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令 (H16.7.16厚生労働省令第99号)	396
19. 発達障害者支援法 (H16.12.10法律第167号)	397
20. 発達障害者支援法施行令 (H17.4.1政令第150号)	403
21. 発達障害者支援法施行規則 (H17.4.1厚生労働省令第81号)	404
22. 自殺対策基本法 (平成18年法律第85号)	405
23. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律施行規則 (H17.7.14法務・厚生労働省令第2号)	409
24. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行 った者の医療及び観察等に関する法律施行令第15条の規定により地方 厚生局長に委任する権限を定める省令 (H17.7.14厚生労働省令第118号)	417
25. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第92条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の 制限 (H17.7.14厚生労働省告示第336号)	419
26. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第92条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の	

制限（H17.7.14厚生労働省告示第337号）	420
27. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準（H17.7.14厚生労働省告示第338号）	421
28. 医療観察指定医療機関医療担当規程 （H17.8.2厚生労働省告示第367号）	425
29. 基本診療科及び医療観察精神科専門療法の施設基準等 （H17.8.2厚生労働省告示第366号）	427
30. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令 （H17.7.14厚生労働省告示第117号）	430
31. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法（H17.8.2厚生労働省告示第365号）	435

II 通知・審議会意見等

（審議会意見等）

1. 覚せい剤中毒者対策に関する意見（S57.11.12公衛審）	442
2. 今後におけるアルコール関連問題予防対策について （H5.10.1公衛審）	447
3. 今後の精神保健医療福祉施策について（H14.12.19社保審）	452
4. 障害者基本計画（H14.12.24閣議決定）	466
5. 重点施策実施5か年計画（H14.12.24障害者施策推進本部決定）	488
6. 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 （H15.5.15精神保健福祉対策本部）	494
7. 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要） （H16.9精神保健福祉対策本部）	501
8. 精神病床に係る基準病床数の算定式について （H18.6.2障発第0602001号）	506

(医 療)

9. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する
精神医療審査会について (H12.3.28障第209号) 510
10. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法第33条に規定する医療保
護入院に際して市町村長が行う入院同意について
(S63.6.22健医発第743号) 521
11. 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について
(H8.3.21健医発第325号) 525
12. 応急入院指定病院の指定等について (H12.3.30障精第23号) 528
13. 特定病院の認定等について (H18.9.29障精発第0929001号) 543
14. 一般病院における併設精神科病棟(室)建築基準について
(S36.8.7衛発第644号) 557
15. 精神病室の構造, 設備について (S40.8.5医発第961号) 564
16. 精神科病院建築基準の改正について (S44.6.23衛発第431号) 565
17. 精神障害者の移送に関する事務処理規準について
(H12.3.31障第243号) 578
18. 精神病院に対する指導監督等の徹底について (H10.3.3障第113号,
健政発第232号, 医薬発第176号, 社援第491号) 595
19. 精神病院に対する指導監督等の徹底について
(H10.3.3障精第16号) 608
- (社会復帰)
20. 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の一部改正
に伴う取扱いについて (H12.3.31障第247号) 616
21. 精神障害者退院促進支援事業の実施について
(H15.5.7障第0507001号) 626
22. 精神障害者社会適応訓練事業の実施について
(H12.3.31障第250号) 630
23. 知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度に
ついて (H11.9.22障第619号) 633

24. 精神障害者福祉ホームB型の取扱いについて (H14.1.22障発第0122002号)	642
25. 精神科病院療養環境改善整備事業の実施について (H10.12.11障第710号)	645
26. 精神障害者社会復帰施設に係る指導監査の実施について (H12.3.31障第248号)	647
27. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律の施行について (H17.7.14法務省保総第594号, 障発第0714001号)	659
28. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律に基づく入院と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 に基づく入院との関係等について (H17.7.14障精発第0714004号)	662
29. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律の施行に係る公費負担医療の事務取扱いについて (H17.8.2障精発第0802007号)	667
30. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律の施行に伴う医療関係業務手順等について (H17.8.2障精発第0802011号)	670
31. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第83条第2項の規定による診療方針及び医療による療養に 要する費用の額の算定方法の施行に伴う実施上の留意事項について (H17.8.2障精発第0802001号)	675
32. 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準及びその届出に 関する手続の取扱いについて (H17.8.2障精発第0802003号)	683
33. 障害者自立支援法の一部の施行に伴う関係通知の改正について (H18.9.29障精発第0929007号)	692
34. 「指定医療機関指導監査要綱等について」の一部改正について (H18.10.4障精発第1004001号)	710

(手 帳)

35. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について (H7.9.12健医発第1132号)	720
36. 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について (H7.9.12健医発第1133号)	730
37. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について (H7.9.18健医発第1154号)	742
(老人)	
38. 老人性認知症疾患治療病棟及び老人性認知症デイ・ケア施設の施設 整備基準について (S63.7.5健医発第785号)	745
39. 老人性認知症センター事業実施要綱について (H1.7.11健医発第850号)	750
40. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について (H12.3.31障第251号)	753
41. 精神保健福祉センター運営要領について (H8.1.19健医発第57号) ...	764
42. 自殺予防に向けての総合的な対策の推進について (H18.3.31障発第0331010号)	768
43. 自殺予防に向けての政府の総合的な対策について (H17.12.26自殺対策関係省庁連絡会議)	771
44. 自立支援医療費の支給認定について (H18.3.3障発第0303002号) ...	775

Ⅲ 参考資料

Ⅳ 精神保健関係年表

Ⅴ その他

第1章 精神保健の基礎知識

1. 精神保健とは

「健康とは身体的にも精神的にも社会的にも完全に良い状態を意味するものであって、ただ単に病気や虚弱でないというだけではない」(WHO憲章)

精神疾患はどこ国でもありふれた疾患であり、はかりしれない苦しみの原因となっているとされる。それは我が国も例外ではない。

精神保健とは人々の健康のうち主として精神面の健康を対象とし、精神障害を予防・治療し、また精神的健康を保持・向上させるための諸活動をいう。

ここで精神的に健康な状態とはどういう状態をいうのであろうか。これは精神的な疾病にかかっていないことはもちろん、個人が社会の中で良い適応の状態において生活できていることと考えられる。この場合の適応というのは単に環境に順応するという意味ではなく、健康な社会生活を営むために環境を選択し、時にはこれを働きかけて積極的により良い環境に作りかえていくことをも意味している。

この意味で精神保健が取り扱う対象には狭義の精神疾患だけではなく、いわゆる不適応事例も含まれる。それはまた「ある集団と時代の平均からの逸脱」として浮かび上がってくる事例であり、このような事例を取り扱う際には、その背後にある社会的環境との関連を合わせて考える必要がある。

変化の激しい現代社会において、国民の一人ひとりがさまざまな欲求不満や不安を体験しつつ著しい不適応状態に陥ることなく、精神の健康を維持し向上させていくことは容易なことではない。それには個人の力だけでは不十分であり、社会全体の組織的な努力による活動が必要である。これが公衆衛生の一分野としての精神保健であり、母子保健や老人保健等とともに、今日の大きな課題の一つとなってきた。

以上はいわば広義の精神保健といわれるものであるが、精神の健康を損なっ

た人々に対しては、早期治療等によって精神障害の発生・増悪をできるだけ防止するとともに、社会参加を促進するための活動が必要であり、これは狭義の精神保健ともいわれる。ところで公衆衛生の第一の目標は予防といわれるが、疾病そのものの予防（第一次予防）のほかに、早期に治療を加えて増悪や再発を防止する活動（第二次予防）およびリハビリテーション活動によって社会復帰を促進すること（第三次予防）まで含めて考えねばならない。精神疾患の多くはその原因のすべてが明らかになっていないが、第二次予防や第三次予防のための具体的な活動を推し進めることは十分できるし、現実的かつ重要な活動でもある。

精神保健の領域はこのように幅広いものであるが、これを人の生活史の面から見ると、胎児期、乳幼児期、学童期、青年期、壮年期、老年期等のそれぞれの時期における精神保健が問題になる。また社会生活の各場面から見ると、家庭、学校、職場、地域社会等における精神保健が問題になる。これらの縦横にわたって必要な精神保健上の配慮が払われ、総合的な精神保健サービスが展開されることにより、精神保健の向上が実現できるわけである。

2. ライフサイクルからみた精神保健

(1) 胎児期の精神保健

母胎内にある約40週間は、人間の精神機能を司る脳の発育にとってきわめて重要な時期である。脳の実質である神経細胞の数自体はすでにそろっていて、後にふえることはないといわれている。ただ、この時期の神経細胞はまだ未熟で神経線維や間質の発達も少なく、これらは出産後に発達する。

胎児期に重要なことは直接胎児に、あるいは母体に加わるさまざまな有害因子から胎児の健全な発育を守ることである。強い外力、過度の精神的緊張、放射線、感染症（風疹、トキソプラズマ、サイトメガロウイルス、梅毒、肝炎、HIV）、ドラッグ、処方薬や市販薬の一部、喫煙、アルコール、有害化学物質、栄養障害などが脳の発育に影響を与えることはよく知られており、とりわけ妊娠の初期に影響が大きいので注意が肝要である。

出産をめぐる周産期の問題も脳障害に密接なかかわりを持つ。難産や未熟児産、仮死、低酸素症、血液型不適合による重症黄疸などがその原因となることが多い。胎児期におけるさまざまな外因による脳障害は、脳の全体的な発育不全であり、麻酔や産後せんなどの神経症状や知能障害を起こす。これらの外因の多くは予防可能であり、その意味で胎児期への配慮は重要である。

また、最近の医学の進歩により内分泌異常、代謝異常、染色体異常などによる脳障害の実態も次第に明らかになってきており、その中には早期発見による特殊治療が効果を示す疾患もあることがわかってきた。

この意味で出生前後、乳児期早期の健康診査は重要といえる。保健所では母子保健活動の一環として、新婚学級、母親学級等の保健教育、妊娠婦への保健指導などを行っているが、今後精神保健面での指導にも特に力を入れて推進される必要がある。

また、出産後1ヶ月以内に1,000人に1～2人位の割合で母親に起こるといわれる産褥性精神障害がある。未経験な母親の一過性不安として見のがされやす

いが、母子心中の50%以上は「育児への自信喪失」を理由とし、対象となる子どもは0歳児がもっとも多いといわれている。専門医の診断と周囲の迅速な処置が必要である。

いずれにしても、精神保健的にみて妊産婦や若い母親への指導・援助や電話相談などの活動は、今後ますます必要になると思われる。

(2) 乳幼児期の精神保健

この時期は子どもの心身の発達が急速に進む時期で脳の発育はことにめざましい。6歳までに身長は出生時の約2倍、体重は4～5倍に達すると共に脳は重量で約3倍となり、構造もかなり複雑化する。したがって胎生期と同様に交通事故などによる頭部外傷や、脳炎などの感染症、栄養・代謝・内分泌障害などが、脳や神経などに影響を与える場合は、後に知能障害や種々の脳器質障害をひき起こすことがあるので、注意が必要である。

一方、この時期に精神保健上きわめて重要なことは、適切な養育を通して確立される乳幼児と養育者との心理的な結びつきを通じて、知能、言語、情緒、性格、社会性など、人間としての基本的な精神機能が育ってゆくことである。われわれの脳は可塑性を持っており人生後期の学習も可能であるけれども、“三つ子の魂は百まで”といわれるように人生早期の養育者の愛情やしつけなどの養育環境が後年の人格形成に与える影響は甚大である。ただし、3歳までというような明確な臨界期（感受性期ともいう）が存在するかどうかについてはまだ見解の一致をみない。

乳児は母親（主たる養育者の意）に受けいれられ、十分に乳を与えられ、眠り、排泄し、やがて母子の信頼関係の中で、適切な時期に離乳や排泄のしつけが行われ、自由な遊びや運動の機会を与えられて初めて健全な精神発達が可能になる。そのためには両親自身の心の健康が保たれていることが不可欠の条件である。親の不在や不和、子どもへの拒否、虐待、放任、無視、あるいは強迫的、厳格な育児態度が子どもの情緒や行動の問題の発生に関与することは多くの児童精神保健専門家の指摘するとおりである。

殊に近年の都市化，核家族化の進行に伴い，若い母親が育児についての個人的な指導を受ける機会が乏しくなり，マスメディアによる過剰な情報の中でひとり孤立し過度の不安や子どもへの過度の期待を抱き，これが子どもに反映していろいろの問題をひき起こしていることが多い。

一般に乳幼児の精神保健上の問題は，子ども自身が言語で訴えることが出来ず，症状も身体症状や問題行動の形をとることが多く，環境条件の影響に左右されやすいなどの特徴があり，成人とは異なる児童精神医学の専門的な診断・治療・指導の技術が必要になる。わが国において受診率の高い乳児健診，1歳6ヶ月児健診，3歳児健診，5歳児健診等の機会を活用し，保健所，児童相談所，医療・教育・福祉機関などの協力による地域精神保健ネットワークをつくり，知的障害，言語発達遅滞，自閉症，情緒障害や問題行動などの早期発見と早期指導を行うことがとりわけ重要である。平成17年4月には発達障害者支援法が施行され，自閉症やアスペルガー症候群などの広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害を対象として，早期発見と早期からの支援の必要性が強調されるようになった。

(3) 学童期の精神保健

学童期に入ると心身の発達はますます進み，ことに脳はこの時期の終りまでにすでに成人に近い構造を持つようになる。精神保健上，この時期は，前の乳幼児期や次の思春期にくらべると比較的安定した時期であり，その特徴は学校生活を通じての社会化と旺盛な知的発達にあるといえる。それまでは主として家庭内での両親や同胞との関係が中心であり，保護されていた状況にあったのが，次第に家族から離れ，人間関係は教師や友人に広がり，子どもは其中で一定の役割を果たすようになる。特にこの時期の子どもにとっては，仲間どうしの遊びや交際は，後の社会における対人関係の基礎ともなり，子どもにとって非常に大切な意味をもつ。

学童期の精神保健の問題は，学校という集団場面への不適応や行動異常としてあらわれることが多い。近年，教育相談や児童精神科外来相談への主訴とし

でもっとも多い不登校を初めとして、さまざまな形の心身症、チックなどの習癖、情緒障害、問題行動、学業不振、いじめ、緘黙などの形であらわれることが多い。これらの問題の発生には教師・友人との関係や、学校の雰囲気も関与するが、家庭における親子関係の歪みはその基底にあることも多い。学童期後半は、統合失調症や成人型神経症性障害の発症の他、非行傾向などが起こり始める時期であり、学校保健を中心とした早期の対応が必要である。いずれにせよ学童期の精神保健対策としては、校医や養護教諭による保健活動との協力や、PTAなどを通じての家庭と学校との連携・協力が不可欠であり、そのためには学校や地域が日常から精神保健についての理解をもっていることが必要となる。

知的障害、言語障害、情緒障害、さまざまの身体的障害や慢性疾患などをもつ児童のための治療・教育も今後一層推進されなければならない。加えて自閉症やアスペルガー症候群などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害も含めた発達障害への理解は大きく前進し、特別支援教育として、就学前の発達支援に続いて一人一人の教育的ニーズに応じた適切な学校教育の実施が推進されている。今後、ますます児童精神保健と、学校、福祉、労働等の連携が重要となる。

(4) 思春期（青・少年期）の精神保健

思春期は人間の一生の中でも、身体的、心理的、社会的にもっとも変動の著しい時期である。生物学的には、生殖器官、内分泌系の成熟に伴って本能衝動がたかまり、第二性徴があらわれ、この変化は少年少女の心理を強く動揺させ不安定にさせる。

このような内的不安定は、一方において彼らの知的活動を刺戟し、抽象的、観念的な思考力を飛躍的に発達させる。少年少女は親を初めとする成人の世界の現実を改めて見直しながら、自己の同一性を確立しようとする。社会の矛盾を批判し、それに抗して理想を実現しようとするが、そのような願望はしばしばあまりに理想主義的であり、主観的、自己中心的な色彩が強いこともあり、

彼らの理想や願望は複雑な現実社会の中で挫折や失敗に出会うことが少なくない。こうして少年少女は次第に成長してゆくのだが、時には適応に失敗して現実逃避の非社会的行動や、社会に敵対的な反社会的行動に走る場合も出てくるであろう。この時期には同性の親しい友人、先輩だけでなく異性の友人も求めて対人関係が広がり、親への依存的な精神生活からの独立と、真実の対象愛の発達が起こる。これまでのさまざまな対人関係や経験を統合して、社会の中における、男性あるいは女性としての役割や価値を見出し、成人としての自己を確立してゆくことは、複雑な近代社会にあってはなかなか困難な過程であり、統合と主体性確立の過程でおこる葛藤や失敗のあらわれが、あるいは不登校、家庭内暴力、校内暴力、ひきこもり、自殺企図、摂食障害、あるいは性的非行、薬物乱用などの社会的逸脱行為といったさまざまな適応障害としてあらわれる。この時期は統合失調症、うつ病、さまざまなタイプの神経症性障害の好発年齢でもある。とりわけ統合失調症の初期症状は、思春期の心性の特徴と似ている点が多いのでその対応には専門的な判断が重要になる。

思春期に初発する統合失調症や神経症性障害に対しては早期に専門的に治療を行い、学業を続けながら治療を行いリハビリテーションを目指すためにも、親や教師や学校当局の理解と協力がことに必要である。軽度発達障害者の高等教育進学も増えており、今後一層学校精神保健やカウンセリングの充実および医療との連携が必要である。

(5) 成人期の精神保健

この時期は、人生における初期の修練期をおえ、一定の地位や基盤を確立し、さらに発展・拡充が期待されている時期である。人生各期で達成されるべき課題があるとすれば、この時期は、就職・結婚・出産・育児・家庭や社会に対する義務の遂行といったものがあげられる。

生活の内容が充実した時期である反面、身体的にも精神的にも、また経済的にも職場や家庭においては、かなり無理が強いられ、ストレスも大きい。これに加えて、40歳代から徐々に顕在化してくる老化現象、例えば体力や感覚機能

の衰えの自覚、さらには更年期障害と一般に言われている内分泌系の失調は様々な精神保健上の問題を惹起する要因となっている。この時期にこうした問題に遭遇することは、家族や周囲の人々にとってかなり重荷になるという意味で、社会的な影響も大きく、精神保健上の問題を引き起こす。

中高年の管理者層を襲ういわゆる「職場不適応状態」は、高度に専門技術化され、年功序列の秩序が崩壊してきている企業ではよくみられる現象であり、職場環境に由来する心身機能の失調も多い。また、疲労や不眠といった半健康状態を訴える企業人はことのほか多い。こうした問題と並んで、神経症性障害、うつ病、統合失調症や心身症といった疾病と診断されるものも存在する。このうち、昇進、同僚に対する遅れ、定年退職などのライフイベントに伴って発症したうつ病には特に注意する必要がある。また自殺・アルコール依存症や覚せい剤中毒も、この時期には多く発生する。さらに事故、犯罪被害、自然災害等によるPTSDのために長期的な社会的不適応が生じることがある。

一方女性では、いくつかの特徴的な精神保健上の問題がみられる。特に現在では多くの主婦が育児や児童の家庭教育を一通り終えた時が精神的な危機となる。また嫁、姑の問題や年老いた親の世話、近隣との問題なども精神的不健康のきっかけとなり得るし、更年期障害といわれる自律神経の失調状態は、上記の心理的要因と相まって出現することがしばしばある。さらにまた最近、産後うつ病や女性のアルコール症・覚せい剤乱用の問題がクローズアップされてきているが、こうした傾向は欧米での傾向と軌を一にしている。家庭内暴力(DV)のように家族からの身体・精神的暴力の報告も増加しているが、相談先に乏しく、専門家の育成が望まれる。

このように成人期には特有な精神保健上の問題が多いため、身体的な面への配慮とともに精神健康に関する教育や啓発は特に重要である。

(6) 老年期の精神保健

わが国においては平均寿命の延長とともに諸外国に類をみない程の速度で高齢化が進行しつつある一方、高齢者を取り巻く社会環境の変化や高齢者に対す

る家族や社会の意識の変ぼうと相まって、高齢者における心身の問題に強い関心もたれてきている。なかでも身体的に虚弱な、いわゆる寝たきりの高齢者の増加、認知症性障害を中心とする精神障害の増加、高齢者の扶養・介護に関わる課題、高齢者の生きがいや家庭及び社会のあり方などさまざまな問題が注目されている。このような状況の中で、高齢者がより健やかな老年期を送るためには身体の健康の保持の重要性はいうまでもないことであるが、精神の健康の保持・向上や精神障害の予防、早期発見、早期治療など老年期の精神保健の重要性も十分認識しておく必要がある。この問題に対しては広く保健、医療、福祉を含めた総合的な対策が必要である。

老年期には、身体面ばかりでなく精神面でも加齢に伴う変化が生じてくる。それは脳の加齢性変化によるもので、記憶力の低下が起これ、新しい知識を身につけてゆくことができにくく、理解力や計算力も悪くなる。思考力の柔軟性や、新しい事態への適応性も低下する。性格も若い頃の性格の偏りがとれ円満となる場合もあるが、時に表面化しなかった性格上の個性が一層顕著になることもある。

高齢者を取り巻く環境にも変化が起これ、社会や職場からの引退、それに伴って社会的地位の喪失、収入の減少、対人関係の狭小化、家庭内での中心的地位の喪失、嫁や婿との葛藤、配偶者との死別、疾病などが生じやすい。このように心身の加齢に伴う変化と環境の変化の影響を受け、高齢者の心理は不安、孤独、抑うつに傾きやすく、心理的危機を生みやすい時期でもある。

高齢者が精神健康を保ち、健やかな老年期を送れるためには身体および環境の両面からの配慮がとくに必要とされるが、高齢者が家庭や社会の中で常に役割をもって活動できるような方策、高齢者の自立意識の育成や生きがい対策は精神保健対策からみても重要な課題である。

老年期は精神障害が高率に発生する時期であり、認知症、うつ病、妄想性障害などが好発する。なかでも血管性認知症やアルツハイマー病などの認知症性障害が増加してきており、これら高齢者に対する保健、医療、福祉面からの総

合的な施策および地域対策は緊急な課題となっている。

早期発見，早期治療の必要性はいうまでもないが，脳の老化防止や認知症発生の防止のためには成人期からの健康管理，高血圧，心臓病，糖尿病などの成人病対策や栄養の管理も重要である。

老年期の精神健康の基礎づくりは成人期からであることを銘記し，将来に向けて予防を中心として生涯を通しての一貫した精神保健対策を論じてゆく必要がある。

3. 生活の場からみた精神保健

生活の場からみた精神保健は基本的には家庭、学校、職場およびそれらを含む地域社会全般の精神保健とすることができるが、社会の急激な変化に伴い生活の場も多様化し、それにしたがって精神保健の課題もさらに広がりを示すようになった。その広がりには、海外駐在生活、留學生活など国と国との交流に基づくもの、アパート、マンション等の集合住宅における生活、単身生活など都市化と密接に関連するものなどである。わが国の場合、第二次世界大戦後の人口移動、年齢構成の変化などで示される社会の変貌が精神保健の問題にも強く反映しており、今後もさまざまな形で拡大することが予想される。以下、それらのうち、問題をしぼり、家庭、学校、職場の精神保健の現状と課題について略述する。

(1) 家庭、家族と精神保健

胎児期から老年期までの各年代それぞれでふれているように、精神保健にとって家庭の占める役割はきわめて大きいものである。そしてそれらは都市化、工業社会化に伴う核家族化あるいは家庭の崩壊など、家族構成の変化が著しい国々で、一層明らかになっている。家族や家庭は社会を構成する基本単位であるだけに、その検討はもとより多角的でなければならないが、最も重要な課題として精神保健面からのアプローチがあるとよいらう。

さて精神保健にとって家族や家庭は、一つには精神的不健康に対する予防的な観点から、そしてもう一つは家族の精神的不健康の回復（世話の担い手）の観点からみることができる。

予防的な観点とは、ともすれば各ライフサイクルそれぞれに応じた精神保健問題の発生を促しがちな家庭の弱体化に対して、家庭の本来有する心理的な力の強化を図ろうとするもので、それには一般的な施策に委ねなければならない分野と、いわゆる地域社会の組織化および家族や家庭に陥った困難な状況に対する効果的な援助法の確立などがあり、これらが総合して行われることが重要

な前提となる。少子化時代を迎えた今日では、家庭で減弱した育児機能は種々の子どもの精神発達に悪影響を及ぼし、極端な場合は虐待となるため、すべての家庭の子育てを地域でサポートすることを目的に、平成17年には改正児童福祉法が施行された。これより、子ども家庭支援センターが児童相談の一般的な窓口として、また特に要保護児童に対する支援ではネットワークの中核機関としてより専門的な児童相談所などの後方支援と迅速な連携を行い十分にその役割を果たすことが期待される。

一方、病人の回復過程における家族の果たす役割については、病人と家族双方のかかえている問題を可能な限り統合して考えることが望ましいこととなる。一般に病人は家族や家庭の情緒的な支持、日常的な相互交流を望んでおり、家族もまたそれを望みながらも病人が慢性化するにしたがって負担が増し困難となる。この問題を解決するためには、従来のように家族や家庭から切り離された施設収容、専門家の手が及ばない家庭内での介護という現状をなるべく打破して医療と家庭が直結できるようにしなければならないが、これは今やわが国に限らず広く世界全体の課題となりつつある。この場合のポイントは、家族の情緒的な支えと世話の経験を施設でも活かせること、慢性の病人を世話している家庭にも専門家などの技術援助が及び、かつ世話する家族の精神的・物理的ストレスへの援助を行うこととされ、いわゆる地域社会精神保健プログラムにとって、家庭機能の強化は理念のレベルを越えて大きな鍵となっている。現在、わが国はもちろん多くの国で家庭の規模が小さくなり、単身生活者が増加しているが、これに平行して精神的ストレスを解消する力が低下することはもはや定説化している。家族と精神保健の問題は、すでに述べたようにその国の文化によって異なる面も多く、今後の研究に委ねなければならない点ももちろん少なくないが、これらを含めた研究の成果が広く社会政策に反映されるべき時代を迎えはじめたといつてよいであろう。

(2) 学校と精神保健

いわゆる学校保健といわれるものの中で精神保健の問題がさまざまな形であ

られることは、学童期、思春期（青・少年期）の精神保健の項で述べられているとおりである。そして、それら近來発生した問題の多くが 個人要因、家庭要因、学校要因などが複雑に絡んだ精神医学的な障害と認識されずに、教育相談、児童相談の分野から一般医療まで多種の機関が個々にかかわっているのが特徴である。そのために身体疾患を主とする一般の学校保健に比べ、諸機関の連携体制が整えにくく、積極的に取り組みにくいことは否定できない点である。

とはいえ、小学校、中学校、高等学校さらに今日では大学や専門学校などの場は、実際問題として多くの学童、青少年にとって同世代の人たちと集団で過ごす場であり、知識を与えられ、交流し、友人関係を作り、社会的な規制を受ける場であるから、大学や大学院教育等が普及し、教育年限が延びるにしたがって、精神保健の問題も増加し多様化するのは必至のこととなる。そしてそれらに対しては教育の場で第一義的に解決がはかられるのが当然とはいえ、問題の多様化とともにさまざまな領域への波及も起きる。典型的にはいわゆる不登校、家庭内暴力、ひきこもり、学業不振などの現象がそれであるが、軽重の度合いもさまざまなこの種の問題についてどのような専門領域が共同して関与し、その対応に当たるのかなど、多くの課題が残されている。

(3) 職場と精神保健

合理化と技術革新が急速に進み、労働の質、量、密度の変化など労働環境に大きな変貌が起きつつある昨今、職場と精神保健の関係もまた次第に重要な課題になりはじめている。その状況は、労働が集約化され他律的となり、いわゆる人間疎外が進行しているということで表現できるが、それは一方では効率を主な尺度とするためにいわゆる精神的弱者が除かれることで問題視され、他方では職場関係で「人間の心がすさむ」ということで問題視され、しばしば共に精神保健の問題としてとらえられる。しかしながら、問題に対する受け手を明確にできない限り、不用意に幅を広げることもできない。

そこでここでは、疾病ないしそれに準ずるものに対する予防的立場からの検討、個々の問題発生に際しての職場としての世話、受け入れの二面に主として

問題をしほりたい。

もともと職場と精神保健の問題には基本的なところできわめて困難な問題がある。たとえば、早期発見といってもその精神保健活動が誰のためにあるかということ、より積極的な活動目標として情緒的な成熟とか社会的能力の開発などを取り上げるとしても、それは結果的に弱い個人を救うとは限らないということなどがこれにあたる。また前述のように、精神保健の範囲を主観的な満足感、士気などまで広げてしまえば、精神保健という概念があまり広くなり過ぎるという批判も起きるであろう。

とはいえ、企業にとっての生産性の問題、その一方で個々の病者、障害者の社会復帰にとっての企業の存在の重要性そのものは無視することができず、その間の矛盾を埋めるために、一つには社会的行動に及ぼす疾病の影響、機能不全の防止などの研究が要請され、二つには一般の形態の雇用が困難な人々に対する幅広い雇用保障制度の確立などが不可欠の問題となってくる。わが国の場合、社会の成り立ち、雇用のあり方からみて必ずしも先進諸国に対して職場の壁が厚いとのみはいえないが、リハビリテーションに関する技術面、制度面の早急な検討を迫られているとみるべきであろう。

4. 精神障害に関する知識

精神障害の診断は、国によって診断分類が異なり、国際的な共同研究は困難であった。このため、精神疾患の診断の信頼性を向上させ、国際的な診断治療研究を進める目的で操作的診断基準が開発されるようになった。操作的診断基準は、1980年の米国精神医学会（APA）のDSM-Ⅲにはじまるが、WHOでも第10版（ICD-10）の第V章「精神および行動の障害」において操作的診断基準が用いられるようになった。ICD-10の「精神および行動の障害」は、日本でも公式統計に使用されているので、その分類にしたがって簡潔に説明する。

(1) 症状性を含む器質性精神障害（F0）

脳疾患、脳外傷、何らかの疾患による大脳の機能不全という病因を証明できる一群の精神障害をいう。そのうち器質性精神障害は脳の器質病変を原因とするもので、意識障害、人格変化や認知症が出現することが多い。症状性精神障害は、全身疾患または脳以外の身体疾患によっておこる精神障害である。

アルツハイマー病型認知症、血管性認知症、器質性健忘症候群、せん妄（精神作用物質によらないもの）などがある（アルツハイマー病、てんかんは第VI章「神経系の疾患」に分類されている）。

(2) 精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）

精神作用物質（摂取すると酩酊などの快反応が得られ、ついには依存状態を呈する薬物）に使用によっておこる精神障害をいう。単純な中毒や有害な物質使用から、依存症候群、明らかな精神障害、認知症に至るまでのさまざまな程度の精神障害を含む。

アルコール、アヘン、大麻類、鎮痛剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインを含む精神刺激剤、幻覚剤、タバコ、有機溶剤などによる精神障害がある（覚醒剤は、ICD-10では「カフェインを含む精神刺激剤」に含まれる）。

(3) 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害（F2）

統合失調症を中核に、知覚、思考、情動の統制、意欲などの障害によって特徴づけられる一群をいう。統合失調症には、妄想型（比較的固定した妄想が優勢。通常、幻覚とりわけ幻聴をとまなう）、破瓜型（感情の平板化と意欲低下が急速に進行する）、緊張型（急性期や増悪期に強い興奮や混迷がおこる）などがある。統合失調症型障害は、統合失調症の診断基準を満たさないが、統合失調症類似の状態が持続するものである。妄想性障害は、長期にわたる妄想があるものの、それに直接関連するような行動や態度を除くと、感情、会話および行動は正常のものをいう。

統合失調症、統合失調症型障害、持続性妄想性障害、感性性妄想性障害、分裂感情障害などがある。

(4) 気分（感情）障害（F 3）

気分あるいは感情の障害が基本にあり、これに基づいて思考面、行動面の症状が引き起こされる精神障害をいう。うつ病では、抑うつ気分、意欲や活動性の低下、罪責感、将来への悲観、悔恨、不眠、食欲低下、体重減少を生じる。そう状態では、気分の高揚と易変性、睡眠欲求の減少、意欲や活動性の亢進（多弁・多動で動きまわることがとまらない状態）、誇大的思考が認められる。

そう病、双極性感情障害（躁うつ病）、うつ病、持続性気分（感情）障害などがある。

(5) 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F 4）

脳に器質的な病変はなく、側面側の要因（パーソナリティ）と環境要因（心因）とのかねあいで発症する精神身体反応をいう。

恐怖症性不安障害（広場恐怖、社会恐怖）、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害（強迫神経症）、重度ストレス障害（急性ストレス反応、外傷後ストレス障害、適応障害など）、解離性障害、身体表現性障害などがある。

(6) 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F 5）

摂食行動、睡眠、性行動、出産、身体機能などに影響があらわれる精神障害をいう。

摂食障害（神経性無食欲症、神経性大食症など）、非器質性睡眠障害（不眠症、過眠症、睡眠・覚醒スケジュール障害、夢遊病など）、性機能不全、産褥に関連した精神障害、心身症（身体疾患で、その発生や経過に心理社会的要因が深くかかわるもの）などがある。

(7) 成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）

本人の独特な生活様式や他者との関わり方によって、臨床上問題となる行動のパターンが比較的長期間にわたって変化することなく生じているもの。明らかな脳病変や精神障害とは判断されないものを除く。

パーソナリティ障害（妄想性パーソナリティ障害、非社会性パーソナリティ障害、情緒不安定性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害など）、習慣および衝動の障害（病的賭博、放火癖、窃盗癖、抜毛症など）、性同一性障害、性嗜好障害（フェティシズム、サドマゾヒズムなど）などがある。

(8) 精神遅滞（F7）

精神の発達停止あるいは発達不全の状態をいう。認知、言語、運動および社会的能力のように、発達期に明らかになる全体的な知能水準と関係する能力が障害されており、同時に、通常の世界環境での日常的な要求に適応する能力が乏しい。

知的機能の水準によって、軽度精神遅滞、中等度精神遅滞、重度精神遅滞、最重度精神遅滞などに区分される。

(9) 心理的発達の障害（F8）

乳幼児あるいは小児期に明らかになる中枢神経系の成熟の遅れによる障害であり、明らかな回復や増悪を伴わない。言語、視空間スキル、協調運動などが障害されることが多い。加齢に伴って目立たなくなることが多いが、ごく軽度の異常は認められることが多い。

会話および言語の特異的発達障害（会話構音障害、表出性言語障害、受容性言語障害など）、学力（学習能力）の特異的発達障害（読字障害、書字障害、算数能力障害など）、広汎性発達障害（小児自閉症、アスペルガー症候群など）な

どがある。

(10) 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害 (F 9)

精神遅滞、心理的発達の障害以外の、小児期および青年期に通常発症する精神障害などはF 9に分類される。

多動性障害、行為障害、行為および情緒の混合性障害、情緒障害 (分離不安障害、恐怖性不安障害など)、社会的機能の障害 (選択性緘黙など)、チック障害、非器質性遺尿症、吃音症などがある。

Fコードのいずれにも分類できない精神障害は、F 9 9としてここに分類される。

I C D - 10 F 0 - F 9

- | | |
|-----|--|
| F 0 | 症状性を含む器質性精神障害 |
| F 1 | 精神作用物質使用による精神および行動の障害 |
| F 2 | 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 |
| F 3 | 気分 (感情) 障害 |
| F 4 | 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 |
| F 5 | 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 |
| F 6 | 成人のパーソナリティおよび行動の障害 |
| F 7 | 精神遅滞 |
| F 8 | 心理的発達の障害 |
| F 9 | 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害 |

第2章 精神保健福祉行政のあらまし

1. 精神保健福祉行政の歩み

(1) 黎明期

明治初期までは、精神保健の分野に全く法的規制のないままに推移していた。この時期においては、我が国の精神医学は進歩しておらず、精神病の治療は、そのほとんどが加持祈とうに頼っており、社寺の楼塔は精神病患者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、明治6年、文部省の医務課が医務局となり、7年に医制が發布されてからであり、この医制の一つに癲狂院てんきやういんの設立に関する規定があった。しかし、癲狂院の設置は遅々として進まず、精神病患者の大多数は、私宅に監置されて、家族の世話に任されていた。

公立の精神病院としては、明治8年に南禅寺境内に建設された京都癲狂院が最初である。私立精神病院では、加藤瘋癲病院が11年に東京府から開設許可された。

明治12年になると医育機関で精神病学が教えられるようになった。この年、東京大学ではベルツが、愛知医学校ではロレッツが初めて近代精神病学を講義した。13年には医学校初の精神病舎が愛知医学校に設置された。19年には帝国大学医科大学に精神病学教室が置かれ、初代の榊淑教授が日本人として初の講義を行った。更に30年に榊の後を継いだ呉秀三教授によって日本における近代精神医学の基礎が固められた。

[相馬事件]

明治12年に旧相馬藩主相馬誠胤まごまのまことが精神病を発病し、父充胤に監禁された。これをのっつりの陰謀だと考えた錦織剛清にしきごうせいは明治19年、東京府癲狂院に入院中の誠胤を病院に侵入して連れ出したが、途中で取り押さえられた。錦織は顛末を新聞に投書し、世間の注目を浴びた。錦織は明治25年に誠胤が死亡すると、毒殺であると主張した。この間10年以上にも渡って起訴が乱発された。

一方、明治17年に始まった相馬事件によって、精神病患者に対する社会の関心が高まり、このころから癲狂院に代わって精神病院という名称が一般に用いられるようになった。

(2) 精神病患者監護法の制定

明治30年代になると、これまで相当長い間、精神障害者に関する規制については、専ら各地方にゆだねられていたものが、ようやく全国的規制として法律が制定されるに至った。すなわち、路頭にさまよう救護者のない精神病患者の保護の規制として、32年に「行旅病人および行旅死亡人取扱法」が公布され、次いで相馬事件などが重要なきっかけとなって、33年3月に精神病患者の保護に関する最初の一般的法律「精神病患者監護法」が公布、同年7月1日から施行された。

精神病患者監護法の内容は、

- ① 後见人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会で選任した4親等以内の親族を精神病患者の監護義務者として、その順位を定める。また監護義務者がいないか、いてもその義務を履行できないときは住所地、所在地の市区町村長に監護の義務を負わせる
- ② 精神病患者を監置できるのは監護義務者だけで、病者を私宅、病院などに監置するには、監護義務者は医師の診断書を添え、警察署を経て地方長官に願い出て許可を得なくてはならない
- ③ 行政官庁に監置を監督する権限を与える
- ④ 監護に要する費用は被監護者の負担で、被監護者にその能力がないときは扶養義務者の負担とする、などを骨子としていた。

しかしながら、監置の方法において私宅監置をも許していたので、医療保健の面では、きわめて不十分であり、社会の変化に伴う精神病患者の漸増と精神医学の進歩により、精神障害者対策をこのような消極的な範囲にとどまらせて置くことができなくなった。すなわち、明治34年には本邦精神医学の先駆者といわれる呉秀三が東大教授として帰国した。翌35年には精神病患者救済会が設立さ

れて日本で初めて精神保健運動が行われるようになり、更に、日本神経学会も発足し、39年、「官立医学校ニ精神科設置」の決議を行った。40年には北海道に道府県立以外の公立精神病院として、初めて公立函館区立精神病院が開設された。42年に、41年1月以降公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行った結果、患者数2万5千人、病床2千5百床、私宅監置約3千人というような精神病者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかったため、44年に、「官立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の制定

明治末年に至ってようやく近代国家としての体制を整えた我が国は、衛生行政の面においても新たな段階に入り、精神障害者対策は監護から医療へと前進することとなった。

更に、大正5年保健衛生調査会が設置され、6年6月30日、精神障害者の全国一斉調査会が行われた。その結果、精神病者総数は約6万5千人、そのうち精神病院等に入院中のものが約5千人に過ぎず、私宅監置を含めて約6万人の患者が医療の枠外にあるという実状、病院を含む精神病者収容施設をもたない県が28県もあり、在院患者のほぼ4分の3が東京、京都、大阪にあり、東京にはその2分の1が収容されていることが明らかとなった。この結果から、保健衛生調査会は、治療上及び公安上の理由から、精神病者監護法の改正を決めた。

また日本神経学会も全国的に精神病者保護治療の設備を整えるよう、内務大臣に対して建議した。

このような状況の中で大正8年、精神病院法、結核予防法、トラホーム予防法は同じ委員会で審議可決された。

精神病院法の内容は、

- ① 内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができ、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって前項の命令により設置したものとみなすことができる。また内務大臣は第1条の精神病院に代用するため公私立精神病院を指定することができる（代用精神病院）

② 本法により精神病院に入院させるべき精神病患者は、監護法によって市区町村長が監護すべき者、罪を犯したもので司法官庁がとくに危険があると認める者、療養の道なき者、地方長官が入院の必要を認める者である

③ 地方長官は入院した者（あるいはその扶養義務者）から入院費の全部または一部を徴収できる。また本法による精神病院に対し建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫が補助する、などを骨子としていた。

この精神病院法によって、精神病に対する公共の責任として公的精神病院を設置する考え方がはじめて明らかにされた。

しかしながら、公立精神病院の建設は予算不足等のため遅々として進まず、わずかに大正14年の鹿児島保養院、昭和元年の大阪中宮病院、4年の神奈川芹香院、6年の福岡筑紫保養院、7年の愛知城山病院を数えるのみであった。

公立精神病院の建築が遅々としてはかどらない一方、在野精神障害者数は増加し、昭和6年の調査によれば患者総数7万余人に対し、収容数は約1万5千人であった。人口当たり病床数は諸外国に比して10分の1の低さを示し、病院数は約90、病院法による施設をもつ府県は僅か3府17県であった。

昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、13年には厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにもかかわらず、精神保健対策は十分な効果を挙げるに至らなかった。殊に戦時中においては精神病の保護は全く顧みられず、15年には約2万5千床もあった病床は、戦火による消失や経営難により閉鎖され、終戦時には約4千床にまで減少した。

表1 昭和6年末の精神病患者数

精神病院法適用	{ 公立病院	1,535人
	{ 代用病院	2,055
精神病患者監護法適用	{ 病院監護	3,997
	{ 病院外施設	6,472
	{ 一時監置	136
その他の		59,536

表 2 昭和 6 年末の施設数と収容人員

施 設 の 種 類	施 設 数	収 容 人 員
公 立 精 神 病 院	6	1,712
医 育 機 関 附 属 精 神 科 病 室	14	904
私 立 精 神 病 院	78	10,525
公 私 立 精 神 病 者 収 容 所	81	517
公 私 立 病 院 精 神 科 病 室	10	188
計	189	13,844
神 経, 瀑 布 の 保 養 所	50	714
総 計	239	14,561

(4) 精神衛生法の制定

戦後は、欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり、かつ、公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により、精神障害者に対し、適切な医療・保護の機会を提供するため、昭和25年に「精神衛生法」が制定された。

精神衛生法の特徴は次のとおりである。

- ① 精神病院の設置を都道府県に義務付けたこと
- ② 長期拘束を要する精神障害者は、精神病院、精神科病室その他法律によって収容することを求められている施設に収容することとし、私宅監置制度はその後1年間で廃止することとした
- ③ 従来は狭義の精神病患者だけを対象にしていたが、新たに精神薄弱者、精神病質者も施策の対象として位置付けたこと
- ④ 精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上の考え方が取り入れられ、精神衛生相談所や訪問指導の規定が置かれたこと
- ⑤ 精神衛生審議会を新設して、関係官庁と専門家との協力による精神保健行政の推進を図ったこと
- ⑥ 精神障害者を拘束することが必要かどうかを決定するため精神衛生鑑定医制度が設けられたこと
- ⑦ 医療保護の必要がある精神障害者については、国民が都道府県知事あて

に診断及び必要な保護を申請できることとした

⑧ 仮入院制度及び、仮退院制度が設けられたこと

昭和27年には国立精神衛生研究所が設置され、精神保健に関する総合的な調査研究が行われることになった。

昭和28年には日本精神衛生連盟が結成され、同年11月には第1回全国精神衛生大会が開催された。

一方、この年の精神病床は約3万床で、昭和15年の約2万5千床に比べ、ようやく戦前程度までに回復したが、29年7月の全国精神障害者実態調査によって、精神障害者の全国推定数は130万人、うち要入院は35万人で、病床はその10分の1にも満たないことが判明した。このため同年、法改正により非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対し、国庫補助の規定が設けられ、これが重要な契機となって、病床は急速に増加、いわゆる精神病院ブームの現象を呈し、5年後の35年には約8万5千床に達するなど、精神障害者に対する医療保護は飛躍的に発展するに至った。

また、治療についても従来の療法に加えて薬物療法、更には精神療法や作業療法等の治療方法の進歩によって寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮され、かつ、これに伴い予防対策や在宅障害者対策が次第に注目されるようになった。

他方、昭和31年4月1日、厚生省公衆衛生局に精神衛生課が新設され、精神保健行政は一段と強化されることになった。

(5) 精神衛生法40年改正

昭和38年には画期的な精神障害の実態調査が行われた。この調査によって全国的な精神障害者の数、医療の普及度等が明らかになり、25年制定の精神衛生法は、このような状況の推移、社会情勢の著しい変化、精神医学の目ざましい進歩という新しい事態に対応し得なくなってきたので、精神障害の発生予防から、治療、社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正の準備がなされていた。その折しも、39年3月、ライシャワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、そのために準備中の法改正の

必要性に一層の拍車が掛けられた結果、精神衛生法の一部改正が40年6月に行われた。

この法改正の特徴は、

- ① 保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化したこと
- ② 保健所に対する技術指導援助などを行う各都道府県の精神保健に関する技術的中核機関として、精神衛生センターを設けたこと
- ③ 在宅精神障害者の医療の確保を容易にするために、通院医療費公費負担制度を新設したこと
- ④ 措置入院制度に関連した手続上の改善として、病院管理者による届出の制度、緊急措置入院制度、入院措置の解除規定、守秘義務規定などを新たに加え、適正な医療保護の充実を図ったこと

等である。

昭和40年の法改正に伴って41年に「保健所における精神衛生業務運営要領」が示され、44年の「精神衛生センター運営要領」と共に地域精神保健活動の整備が図られることとなった。

一方、昭和40年の精神病床は17万床、人口万対17.6床であったものが、昭和50年には28万床、万対24.9床となり、51年には医療法に規定された万対25床を上回るまでに整備されてきた。

また、通院患者の増加も著しく、単科精神病院において昭和40年に1日9千人の通院患者であったものが、昭和50年には2.2万人、昭和59年には2.9万人にもなり、通院医療費公費負担申請者数も、昭和41年、6.6万件から昭和60年48.1万件と7倍になっている。

[ライシャワー事件]

当時の駐日大使ライシャワーが統合失調症の少年に刺されて負傷した事件

一方、措置入院患者は徐々に減少し、昭和45年の7.7万人をピークに昭和50年には6.4万人、60年には3.1万人となった。これらの変化は医療技術の進歩とともに地域医療の推進に負うところが大きいものと考えられる。

昭和40年の法改正以後は社会復帰制度・施設の進展が著しく、44年、精神障害回復者社会復帰施設要綱案を中央精神衛生審議会が答申して以降、50年には「精神障害回復者社会復帰施設」及び「デイ・ケア施設」、55年には「精神衛生社会生活適応施設」の運営要領が示され、施設対策を充実していった。

施設対策以外の面では49年に作業療法、精神科デイ・ケアの点数化が実現し、57年からは職親制度の一形態として「通院患者リハビリテーション事業」を実施した。また、61年には集団精神療法、精神科ナイト・ケア、精神科訪問看護指導料等の点数化が実現し、公衆衛生審議会精神衛生部会より「精神障害者の社会復帰に関する意見」が出された。保健所においても昭和50年度に「精神障害者社会復帰相談指導事業」を開始し、集団指導等を通して社会復帰活動に取り組んできている。

このほか、酒害対策等の一環として各精神衛生センターにおいて「酒害相談事業」が開設され、また、昭和57年8月老人保健法の制定に伴って新たに保健所において「老人精神衛生相談指導事業」が始まった。

(6) 精神保健法の成立

このように40年改正以後における精神保健行政は、精神医学の進歩等に伴い「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」という大きな流れを踏まえて展開されてきたところであるが、その流れの中で、精神障害者の医療及び保護の確保を主な目的とする精神衛生法について、諸状況の変化に十分対応すべく、特に入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護と適正な精神科医療の確保という観点から見直しを行うべきであるとの機運が生ずるに至った。

このような中で、いわゆる宇都宮病院事件などの精神病院の不祥事件を契機に精神衛生法改正を求める声が国内外から強く示されるに至り、厚生省におい

ては、通信・面会に関するガイドライン等により指導が強化されるとともに、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、精神衛生法が改正されることとなった。

昭和62年における精神衛生法の改正の概要は、次のとおりである。

- ① 国民の精神的健康の保持増進を図る観点から、法律の名称を精神保健法としたこと
- ② 精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられたこと
- ③ 入院時等における書面による権利等の告知制度が設けられたこと
- ④ 従来の精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度に改められたこと
- ⑤ 入院の必要性や処遇の妥当性を審査する精神医療審査会制度が設けられたこと
- ⑥ 精神科救急に対応するため、応急入院制度が設けられたこと
- ⑦ 精神病院に対する厚生大臣等による報告徴収・改善命令に関する規定が設けられたこと
- ⑧ 入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設（日常生活を営むのに支障のある精神障害者が日常生活に適応できるように、訓練・指導を行う精神障害者生活訓練施設及び雇用されることの困難な精神障害者が自活できるように訓練等を行う精神障害者授産施設）に関する規定を設けたこと等である。

精神保健法は、昭和62年9月に公布され、翌昭和63年7月から施行された。

精神保健法の施行とともに、各般の事業が展開されることとなった。

社会復帰対策については、その予算額は昭和62年度において約6億円であったが、平成5年度においては約28億円に増加した。しかし、社会復帰施設の未

〔宇都宮病院事件〕

昭和59年3月医師や看護婦等の医療従事者が不足する中で、無資格者による診察やレントゲン撮影が行なわれたり、看護助手らの暴行により患者が死亡したりしたとされる事件

設置の府県があるなど、社会復帰対策の一層の推進を図る必要があった。

(7) 精神保健法の改正

昭和62年における精神衛生法の改正においては、立法府における法案の修正によって、改正法の附則に「政府は、この法律の施行後5年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」との検討規定が設けられた。

厚生省においては、この検討規定を踏まえ、精神保健法の施行後5年目に当たる平成5年7月を目途として、政府として必要となる措置を講ずるべく、平成4年10月から公衆衛生審議会精神保健部会において、同法の施行状況等に関する検証作業等を開始した。

公衆衛生審議会においては、その後、半年間にわたって審議が行われ、その結果、平成5年3月17日、公衆衛生審議会の意見書が取りまとめられた。

また、国際連合においては、1991年（平成3年）12月に、国連総会において精神障害者に対し人権に配慮された医療を提供するとともに、その社会参加・社会復帰の促進を図ること等が盛り込まれた「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（国連原則）が採択された。

また、平成5年3月には、国連・障害者の十年を経て、今後の新たな取組みを定めた「障害者対策に関する新長期計画」が障害者対策推進本部において決定された。こうした精神保健を取り巻く諸状況の推移等を踏まえ、精神保健法が、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るとともに、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護を実施する観点から、再度見直しが行われることとなった。

精神保健法の改正法案は、平成5年5月21日に政府から国会に提出され、同6月4日に衆議院において可決され、同11日に参議院において可決、成立した。

新精神保健法の主な内容等については、次のとおりである。

- ① 新たに「医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業

を行う者は、その施設を運営し、又は事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民の理解と協力を得るように努めなければならない」とする規定が設けられたこと

- ② 「国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」とする規定が設けられたこと
- ③ 精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化されるとともに、第2種社会福祉事業として位置付けられたこと
- ④ 都道府県の地方精神保健審議会の委員として、新たに、精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業に従事する者が追加されたこと
- ⑤ 精神障害者の社会復帰施設等における処遇ノウハウの研究開発や精神障害者に対する理解を得るための啓発広報活動等を行う、厚生大臣の指定法人として精神障害者社会復帰促進センターが設けられたこと
- ⑥ 保護義務者の名称が保護者とされたこと
- ⑦ 入院措置が解除された精神障害者を引き取る保護者については、当該精神病院の管理者又は当該精神病院と関連する社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、援助を求めることができるとの保護者に関する権利規定が設けられたこと
- ⑧ 入院措置が解除された精神障害者と同居する保護者等については、その負担の軽減を図る等の観点から、保健所の訪問指導等の対象として、位置付けられたこと
- ⑨ 仮入院の期間が3週間から1週間に短縮されたこと
- ⑩ 精神保健法における精神障害者の定義規定が、医学上の用語にあわせて見直され、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」とされたこと

⑪ 政令指定都市における社会経済環境の変化等を踏まえ、平成8年4月1日から、道府県（知事）の事務を政令指定都市（市長）に委譲することとされたこと

⑫ 精神疾患の治療法等の進展等を踏まえ、精神疾患を絶対的欠格事由とする栄養士、調理師、製菓衛生師、診療放射線技師、けしの栽培の資格制度等が相対的欠格事由に改められたこと

以上の事項を内容とする新精神保健法に係る改正法は、平成5年6月18日法律第74号として公布され、平成6年4月1日から施行された。

また、平成5年12月には、「心身障害者対策基本法の一部を改正する法律」が法律第94号として公布され、新たに、障害者基本法が成立した。

障害者基本法においては、

① 施策の対象となる障害者の範囲に、精神障害者が明確に位置付けられたこと

② 法律の基本理念として、「社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられる」こととされたこと

③ 国民の理解を深めるため、12月9日が「障害者の日」とされたこと

④ 国は、「障害者基本計画」を策定するとともに、都道府県・市町村においても「障害者計画」を策定するよう努めることとされたこと

⑤ 政府は、毎年、障害者施設に関する報告書を作成し、国会に提出することとされたこと

⑥ 従来の中央心身障害者対策協議会が、中央障害者施策推進協議会とされるとともに、その委員に、障害者又は障害者の福祉に関する事業に従事する者が追加されたこと

等が盛り込まれた。

障害者基本法に基づき、政府全体において、精神障害者を含めた障害者対策が、保健、医療、福祉に加え、教育、就労、年金・手当、住宅、公共施設・交通施設の利用、民間事業者の協力等の環境整備に関しても、総合的に推進され

ることとなった。

(8) 精神保健福祉法の成立

精神保健の施策については、これまで、昭和62年及び平成5年の法律改正により、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や、社会復帰の促進を図るための所要の措置を講じてきたところであるが、平成5年12月に障害者基本法が成立し、精神障害者が基本法の対象として明確に位置付けられたこと等を踏まえ、これまでの保健医療施策に加え、福祉施策の充実を図ることが求められることとなった。

また、平成6年7月には地域保健法が成立し、国、都道府県及び市町村の役割分担を始め、地域保健対策の枠組みの見直しが行われており、地域精神保健の施策の一層の充実が求められることとなった。

このような中、公衆衛生審議会においては、平成6年3月以降こうした諸課題について審議が行われ、平成6年8月10日、「当面の精神保健対策について」の意見書が取りまとめられた。

こうした状況を踏まえ、精神障害者の福祉施策や地域精神保健施策の充実を図るとともに、適正な精神医療の確保を図るための所要の措置を講じ、併せて、公費負担医療について、制度発足当時以来の医療保険制度の充実や、精神医療を取り巻く諸状況の変化を踏まえ、これまでの公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改める等の観点から、精神保健法が改正されることとなった。

精神保健法の改正法案は、平成7年2月10日に政府から国会に提出され、同年4月26日に衆議院において可決され、同年5月12日に参議院において可決、成立した。

精神保健法の改正の概要は、次のとおりである。

① 精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実

(7) 法体系全体における福祉施策の位置付けの強化

・法律名の変更

「精神保健法」→「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精

神保健福祉法)

・法律の目的

これまでの「医療及び保護」「社会復帰の促進」「国民の精神的健康の保持増進」に加え、「自立と社会参加の促進のための援助」という福祉の要素を位置付ける。

・「保健及び福祉」の章を新たに設ける。

・精神保健センター，地方精神保健審議会，精神保健相談員に福祉の業務を加え，名称も変更。

(4) 精神障害者保健福祉手帳の制度の創設

(9) 社会復帰施設，事業の充実

・社会復帰施設として，生活訓練施設（援護寮），授産施設，福祉ホーム，福祉工場の4施設類型の規定を法律上明記する。

・通院患者リハビリテーション事業の法定化（社会適応訓練事業）

(15) 正しい知識の普及啓発や相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実，市町村の役割の明示

② より良い精神医療の確保等

(7) 精神保健指定医制度の充実

・医療保護入院等を行う精神病院では常勤の指定医を置くこととする。

・指定医の5年ごとの研修の受講を促進するための措置を講じる。

(4) 医療保護入院の際の告知義務の徹底

・人権保護のための入院時の告知義務について，精神障害者の症状に照らして告知を延期できる旨の例外規定に，4週間の期間制限を設ける。

(9) 通院公費負担医療の事務等の合理化

・認定の有効期限を延期（6か月→2年）

・手帳の交付を受けた者については通院公費の認定を省略

③ 公費負担医療の公費優先の見直し（保険優先化）

制度発足当時以来の精神医療の進歩や，医療保険制度の充実等の諸状況

の変化を踏まえ、これまでの公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改める。

④ 施行期日

平成7年7月1日施行。ただし、精神保健指定医に関する改正規定（②（ア））は、平成8年4月1日施行。

なお、精神障害者保健福祉手帳は、施行日後に準備を進め、平成7年10月1日から実施。

以上の事項を内容とする精神保健福祉法に係る改正法は、平成7年5月19日法律第94号として公布され、平成7年7月1日から施行された。

なお、一部（精神保健指定医に係る事項）については、平成8年4月1日から施行された。

（9）障害者プランの策定

総理府（現：内閣府）に設置された障害者施策推進本部において、「国連・障害者の10年」以降の障害者施策の在り方が検討され、平成5年度より今後10年間における「障害者対策に関する新長期計画」を策定し、障害者施策の一層の推進を図ることとされた。

さらに、平成7年12月には、「障害者プラン」として、平成8年から14年度までの7か年計画による障害者対策に関する新長期計画の重点施策実施計画が策定され、その着実な推進を図ることとされた。

このプランには、関係省庁の施策を横断的に盛り込み、可能な限り具体的な数値目標を設定するなど、各種の政策目標が明記された。

精神障害者施策については、社会復帰施設やグループホームなどの整備の推進や各種福祉施策の拡充を図るほか、保健医療施策の充実を図るため、より良い精神医療の確保についても併せて推進していくこととされた。

（10）障害保健福祉部の設置

障害者施策の総合的推進を図るため、厚生省内の組織的体制を整備することとされ、これまで3局3課（保健医療局精神保健課，社会・援護局更生課，児

童家庭局障害福祉課)にまたがっていた障害者組織を一元化し、平成8年7月1日から大臣官房に「企画課」,「障害福祉課」及び「精神保健福祉課」の3課からなる「障害保健福祉部」が設置された。

この組織改正に伴い、障害者施設の総合的企画調整等については企画課が、身体障害児(者)及び精神薄弱児(者)の福祉施策については障害福祉課が、その事務を所掌することとなり、精神保健福祉課については、「国民の精神的健康の保持及び増進」など他局の所掌事務となった事務を除く「精神障害者の保健医療及び福祉施策」に加え、新たに「更生医療」及び「育成医療」の事務を所掌することとなった。

(11) 精神保健福祉士法の制定

○精神保健福祉士法制定までの経緯

精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策としては、昭和62年に精神障害者社会復帰施設の一部が法定化されて以来、ハード面の整備に重点をおいた施策に積極的に取り組んできたものであるが、これらのハード面を中心とした社会復帰施策の充実強化を行う一方で、社会復帰のための支援を行う人材(ソフト面)の充実をあわせて行うことが不可欠となっていた。

そのため、精神科ソーシャルワーカーの資格化については、昭和62年の精神衛生法の改正時以来、衆参両院より数回にわたり附帯決議が行われ、公衆衛生審議会からも数度にわたりその必要性が指摘されてきた。

平成6年には、厚生科学研究による精神科ソーシャルワーカー資格化の報告研究書が取りまとめられ、平成7年から8年にかけては、同じく厚生科学研究の「精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の業務と資格化に関する研究班」において検討が重ねられてきた。

このような流れを受けて、精神障害者が社会復帰を果たす上で障害となっている諸問題を解決し、医師等の医療従事者が行う診療行為に加えて、退院のための環境整備などについての様々な支援を行う人材の養成・確保を図るため、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者

の社会復帰に関する相談援助を行う者として、精神保健福祉士の資格制度を創設することとしたものである。

精神保健福祉士法は、平成9年5月6日に第140回通常国会に提出、継続審議の結果、12月に臨時国会において可決され、平成10年の4月1日から全面的に施行された。

○法律の概要

1. 業務内容

① 精神障害者に対する種々の相談、助言、指導

(1) 精神障害者に対する政策的な支援に関する相談、助言、指導

精神障害者の社会復帰に向けた自助努力を支援する観点から、精神障害者の求めに応じて、精神障害者が地域において生活していく上で活用可能な様々な選択肢（精神障害者に対する各種給付制度や税の減免措置等の経済的支援施策、精神障害者社会復帰施設や精神障害者が優先的に入居できる公営住宅等の社会資源等）を提供するとともに、当該精神障害者にとって、どのような選択肢を利用することが有利であり最も適しているのか、そのような制度を利用する上で満たすべき条件は何なのか等をよく考慮した上で、精神障害者が望む社会復帰の方向に沿って支援していくこと等である。

(2) 精神障害者が日常生活を営んで行く上での種々の相談、助言、指導

精神障害者が社会生活を営んでいく上で支障がないよう、精神障害者を取り巻く家庭環境や友人関係等の生活状況を的確に把握し、精神障害者の求めに応じて相談に応じるとともに、家庭の問題により発病した者に対する家庭環境改善のための助言や退院後の住居や再就労の場の選択等についての提案を行い、精神障害者が安心して社会生活を営めるような種々の配慮を行うこと。

② 精神障害者に対する日常生活への適応のために必要な訓練を行うこと

精神障害者については、精神疾患のために能力障害を有することがあり、

急性期の精神症状を抑え入院医療を要さない程度に症状が軽快したとしても、生活能力に障害を持ったまま退院する患者も多い。

そのため、精神障害者に対する日常生活への適応のために必要な訓練を行うこととは、社会復帰の途上にある精神障害者に対し、規則的な生活や金銭の自己管理の訓練をさせる、会話や日常生活上のマナーを修得させる、清掃、洗濯、買い物等の習慣を付けさせる、公共交通機関の利用に慣れさせる等の生活技能を身に付けるための訓練を行うことを指すものである。

③ 精神障害者に対するその他の援助を行うこと

精神障害者がすることが出来ない各種の手続き（休業・休学に関する手続き、医療費の確保の手続き等）を代行するとともに、社会復帰を目指す精神障害者を受け入れる側の家族、学校、会社等に精神障害に関する理解を求めるなど、個々の精神障害者の求めに応じて多様な支援を行うこと。

2. 受験資格

4年制大学において、厚生労働大臣の指定する精神障害者の保健及び福祉に関する科目を修めて卒業した者を原則としているが、精神保健福祉士試験の受験の機会を幅広いものとするため、これらの者と同等の養成課程として評価することが出来る者（精神保健福祉士法第7条に定める者）についても、受験資格を与えている。

3. 試験事務及び登録事務の委託

精神保健福祉士試験の実施及び精神保健福祉士の登録の実施に関する事務については、平成10年6月以降財団法人社会福祉振興・試験センターが厚生労働大臣の指定を受け実施している。

4. 義務

(1) 信用失墜行為禁止義務

精神保健福祉士が、その業務を円滑に遂行し、精神障害者の社会復帰に貢献するためには、相談援助の相手方である精神障害者及び国民一般との信頼関係を確立する必要がある。そのため、精神保健福祉士の信用を失墜

させる行為を行うことを禁じている。

(2) 守秘義務

精神保健福祉士の業務上、精神障害者の精神疾患の状態、病歴・経歴、その家族関係等の個人の秘密に当たるような事情について知る場合があるが、一方でこれらの個人情報是不用意に外部に漏洩すれば、精神障害者に対する誤解や差別を生みかねないものである。そのため、精神障害者のプライバシーを保護し、精神障害者が安心して精神保健福祉士の相談援助を受けられるようにするため、精神保健福祉士には、守秘義務が課せられている。

5. 医師との関係

精神症状の安定していない社会復帰途上の精神障害者の円滑な社会復帰のためには、個々の精神障害者の精神疾患の状態や治療計画、医学的に必要となる配慮等についても十分に把握した上で、相談援助を行うことが必要である。そのため、精神保健福祉士は、業務を行うに当たって、精神障害者に主治医があるときは、個々の精神障害者の精神疾患の状態や治療計画、医学的に必要となる配慮等について、主治医より必要な助言を受けなければならないものとしたものであり、そのことを精神保健福祉士法上は「医師の指導」と規定している。

6. 名称独占

精神保健福祉士は、いわゆる名称独占資格であり、精神保健福祉士の資格を有していないものが、精神保健福祉士という名称を使用してはならない。

7. 精神保健福祉士国家試験について

	第1回 (10年度)	第2回 (11年度)	第3回 (12年度)	第4回 (13年度)	第5回 (14年度)	第6回 (15年度)	第6回 (16年度)	第7回 (17年度)	第8回 (18年度)	計
受験者数 (人)	4,866	3,535	4,282	5,480	9,039	5,831	6,711	7,289	7,434	54,467
合格者数 (人)	4,338	2,586	2,704	3,415	5,799	3,589	4,111	4,470	4,482	35,494
合格率 (%)	89.1	73.2	63.1	62.3	64.2	61.6	61.3	61.3	60.3	65.2

○精神保健福祉士養成施設について

精神保健福祉士の養成課程においては、大学等において指定科目、基礎科目のいずれも履修していない者について、精神保健福祉士として必要な知識及び技術を修得させるための施設として「精神保健福祉士一般養成施設等」を、大学等において基礎科目を履修しているが指定科目の一部を履修していない者について、指定科目を欠ける部分を修得させるための施設として「精神保健福祉士短期養成施設等」を、指定することとしている。

(12) 精神保健福祉法平成11年改正

平成5年の精神保健法改正において、立法府における法案の修正によって、改正法の附則に「政府は、この法律の施行後5年を目途として、改正後の精神保健法の規定の施行の状況及び精神保健を取り巻く環境の変化を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果について所要の措置を講じるものとする」との検討規定が設けられた。

また、障害保健福祉部の創設後、平成8年10月より、障害者関係3審議会（身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会）の合同企画分科会を設け、主として各障害者施策の統合化の観点から論議を行ってきた。

このような状況を踏まえ、5年改正法の施行後5年目にあたる平成11年4月を目途として政府として必要な措置を講じるべく、平成10年3月に、公衆衛生審議会精神保健福祉部会に「精神保健福祉法に関する専門委員会」を設け、精神保健福祉行政全体のあり方について検討を行った。

専門委員会は、その後半年にわたって審議が行われ、平成10年8月に公衆衛生審議会に報告を行った。その後公衆衛生審議会において、専門委員会報告書をベースとして論議が行われ、その結果、平成11年1月14日に公衆衛生審議会の意見書が取りまとめられた。

精神保健福祉法の改正法案は、平成11年3月9日の閣議決定の後、同日10日に国会に提出され、同年4月28日の参議院本会議における可決を経て、5月28

日に衆議院本会議で可決、成立した。

改正精神保健福祉法の概要は次のとおりである。

- ① 医療保護入院の要件に、その対象者が精神障害によりその同意に基づいた入院を行う状態にない（法第22条の3の規定による入院が行われる状態にない）ものであることを追加したこと
- ② 精神医療審査会の委員数に関する制限を廃止することとしたほか、精神医療審査会に、カルテ等の関係書類の提出、医療委員による患者の診察、関係者に出頭を命じて審問を行う等の独自の調査権限を付与したこと
- ③ 精神保健指定医の診療録記載義務を、指定医の職務全般（公務員としての職務を除く）に拡充することとしたほか、指定医が違法な処遇を発見した場合に管理者に報告して適切な対応を求めるなど、処遇の改善のための努力する義務が規定されたこと。また、指定医に対する処分として、職務の一時停止処分を追加したこと
- ④ 精神病院に対する厚生労働大臣等による入院医療の提供の制限命令、改善計画の提出命令に関する規定が設けられたこと
- ⑤ 医療保護入院・応急入院のための移送制度が設けられたこと
- ⑥ 保護者の自傷他害防止監督義務の廃止、自らの意志で継続して医療を受けている患者の保護者の義務の免除等を行ったこと
- ⑦ 精神障害者地域生活支援センターを法定化したこと
- ⑧ 精神障害者社会復帰施設の設備・運営基準の法定化など、社会復帰施設の質の確保のための措置を講じたこと
- ⑨ 在宅福祉事業として、現行の精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）に加え、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプ）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）を創設し、前記3事業を精神障害者居宅生活支援事業として分類したこと。また居宅生活支援事業については、市町村を単位として事業を実施することとしたこと
- ⑩ 福祉サービスの利用に関する相談・助言を市町村を窓口として実施し、保

健所，都道府県が専門的な支援を行うこととしたこと。また，精神障害者保健福祉手帳，通院医療費公費負担の申請窓口を市町村に移管することとしたこと

⑪ 精神保健福祉センターの名称を弾力化するとともに，その機能を有する機関を必置とすること。そのうえで，精神医療審査会の事務等の新たな業務を行うこととしたこと

⑫ 平成12年4月1日施行。但し，市町村，精神保健福祉センターの機能強化に関する規定（⑨～⑩）は，平成14年4月1日施行

(13) 平成13年1月の省庁再編に伴う厚生労働省の設置

中央省庁等改革基本法により，平成13年1月6日に厚生省と労働省が統合し厚生労働省が設置された。これに伴い，これまで大臣官房にあった障害保健福祉部は社会・援護局の中に置かれることとなった。

また，公衆衛生審議会については廃止され，精神保健指定医の指定及び指定の取消し等については，医道審議会の医師分科会の中に精神保健指定医資格審査部会を設け，調査審議することとなり，その他の精神保健福祉行政に係るものについては，社会保障審議会で引き続き審議することとなった。

(14) 新障害者基本計画及び重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）の策定について

○新障害者基本計画及び重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）の策定
障害者基本計画（障害者対策に関する新長期計画）及び障害者プランが平成14年度に最終年度を迎えたことから，平成15年度を初年度とする新障害者基本計画及びその重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）が，平成14年12月24日に策定された。

○新障害者基本計画について

1 新障害者基本計画は，障害者基本法第7条の2第1項に基づく法定計画として，平成14年12月24日に閣議決定された。計画期間は，平成15年

度から平成24年度までの10年間である。

- 2 新障害者基本計画は、現行の障害者基本計画における「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」の理念を継承するとともに、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う「共生社会」の実現を目指している。
- 3 また、施策推進の基本的な方針として、「社会のバリアフリー化」、「利用者本位の支援」、「障害の特性を踏まえた施策の展開」、「総合的かつ効果的な施策の推進」という4つの横断的視点を取り上げている。

さらに、重点的に取り組むべき4つの課題として、「活動し参加する力の向上」、「活動し参加する基盤の整備」、「精神障害者施策の総合的な取組」、「アジア太平洋地域における域内協力の強化」を掲げている。

- 4 分野別施策としては、「啓発・広報」、「生活支援」、「生活環境」、「教育・育成」、「雇用・就業」、「保健・医療」、「情報・コミュニケーション」、「国際協力」の8分野について、それぞれの施策の基本的な方向を示している。

このうち「生活支援」分野においては、

- (1) 身近な相談支援体制の構築
- (2) ホームヘルプサービス等地域生活を支える在宅サービスの充実
- (3) 入所施設は真に必要なものに限定する等の施設サービスの再構築等を施策の基本的方向として掲げている。

また、「保健・医療」分野においては、

- (1) 障害の原因となる疾病等の予防・治療
- (2) 障害に対する適切な保健・医療サービスの充実
- (3) 精神保健・医療施策の推進等を施策の基本的方向として掲げている。

○重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）について

1 重点施策実施5か年計画（以下、「新障害者プラン」という。）は、新障害者基本計画に基づき、その前期5年間（平成15年度から平成19年度）において、重点的に実施する施策及びその達成目標等を定めたものであり、平成14年12月24日、障害者施策推進本部において決定された。

2 その基本的な考え方は、新障害者基本計画に掲げた「共生社会」の実現を目的として、

(1) 障害のある方々が活動し、社会に参加する力の向上を図るとともに、

(2) 福祉サービスの整備やバリアフリー化の推進など、自立に向けた地域基盤の整備

等に取り組むものである。

3 精神保健医療福祉施策の総合的な推進については、条件を整えば退院可能とされる約7万2千人の入院患者（いわゆる「社会的入院者」）について、10年間で退院・社会復帰を目指す。

〔保健・医療面の対応〕

- ・精神科救急医療システムの整備（全都道府県）
- ・うつ病、心的外傷体験ケア及び睡眠障害への対策
- ・思春期精神保健や若齢層の「社会的ひきこもり」への対応

〔福祉サービスの充実〕

○在宅サービス

- ・精神障害者地域生活支援センターの整備
- ・精神障害者ホームヘルパーの確保
- ・精神障害者グループホームの整備
- ・精神障害者福祉ホームの整備

○施設サービス

- ・精神障害者生活訓練施設（援護寮）の整備
- ・精神障害者通所授産施設の整備

(15) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」及び「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」の策定について

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」（平成14年12月）を契機に、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が発足し、平成15年5月には精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が示された。この中間報告をもとに、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」，「精神病床等に関する検討会」，「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」の3検討会が設けられ、その報告をもとに平成16年9月には精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示された。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示した。平成16年10月には厚生労働省障害保健福祉部から「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が示された。改革のグランドデザイン案は、平成16年10月に社会保障審議会障害者部会において障害種別を超えた共通の新たな障害保健福祉サービス体系の構築を目指すための厚生労働省としての試案を提示したものである。これをもとに、平成17年10月に障害者自立支援法が成立し、これに伴って精神保健福祉法も改正されるなど精神保健福祉施策の見直しが行われた。改正の概要は下記のとおりである。

(16) 平成17年精神保健福祉法等の改正の概要

I 精神科病院等に対する指導監督体制の見直し

1. 医療内容に係るチェック体制の見直し

○精神医療審査会の委員構成の見直し（法改正）

退院請求等を審査するために都道府県に置かれる精神医療審査会について、審査事務の増大等を踏まえ、都道府県の裁量を拡大する観点から、合議体を構

成する5名の委員を一定の条件の範囲内で定めることができるものとされた。

(18年10月施行)

	(現行)		(見直し後)
精神保健指定医	3人	精神保健指定医	2人以上
法律家	1人	→ 法律家	1人以上
その他	1人	その他	1人以上

○措置入院に係る定期病状報告の頻度の見直し(省令)

措置入院患者の入院期間の短縮化等を踏まえ、従来の6ヶ月後以降の報告に加え、措置入院の3ヶ月後に定期病状報告を求めることとされた。

○医療保護入院患者の定期病状報告の様式の見直し(省令)

医療保護入院患者の病状を適切に確認し、早期に退院や任意入院への移行を促すよう、定期病状報告の様式を見直し、「任意入院に移行できない理由」「病識獲得の取組」等の欄を追加し、記載を求めることとされた。

○隔離及び身体拘束等の行動制限について一覧性のある台帳の整備(告示)

精神科病院への入院患者に対する行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるよう、行動制限について一覧性のある台帳を整備することとされた。

2. 改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度等の導入(法改正)

厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神科病院の管理者が改善命令等に従わない場合において、現行の入院医療の提供に関する制限措置に加え、当該精神科病院の名称等の情報を公表することができるものとする。また、その後入院医療の制限を命じた場合には、その旨を公示しなければならないものとされた。(18年10月施行)

II 精神障害者の適切な地域医療等の確保(救急医療体制・退院促進)

1. 精神科救急医療体制の確立に向けた法的整備

○緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入(法改正)

精神科救急医療体制のセンター的機能を都道府県単位で整備することに併せて、緊急時における運営面でのルールを明確化することにより、救急体制の早期の整備に資することを目的として、一定の要件（事後審査委員会の設置等）を満たす医療機関において、医療保護入院、応急入院等に係る診察につき、緊急やむを得ない場合において、精神保健指定医以外の一定の要件を満たす医師の診察により、その適否を判断し、12時間に限り入院等させることができる枠組みの整備（18年10月施行）

○措置入院の指定病院に係る指定に関する基準の見直し（告示）

指定病院における看護配置の基準が入院患者対看護師・准看護師で6：1（病院基準）→3：1（病棟基準）に引き上げられた。（ただし、平成23年2月28日までの間は、入院患者対看護師・准看護師・看護補助者4：1（看護師・准看護師が8割以上）でも可。）

2. 任意入院患者の適切な処置の確保

○任意入院患者に関する病状報告制度の導入（法改正）

任意入院患者の退院及び社会復帰を促進する観点から、都道府県知事が、条例で定めるところにより、一定の要件を満たす任意入院患者を入院させている精神科病院の管理者に対し、病状等の報告を求めることができるものとする。

（18年10月施行）

○任意入院の入院後も一定期間ごとに同意書を提出させる仕組みの導入（省令等）

長期間任意入院している患者の病状を適切に確認するとともに、入院目的や退院できるかどうかを再確認するため、任意入院患者について、入院後1年経過時及び以後2年ごとに同意書の提出を求め、入院に係る同意の再確認を行うものとされた。

3. 市町村における相談体制の強化（法改正）

市町村における相談体制を強化するため、市町村は精神障害者の福祉に関する相談等に応じなければならないものとするとともに、精神保健福祉に関

する相談等を行う精神保健福祉相談員を置くことができるものとされた。(18年4月施行)

Ⅲ その他の改正事項

1. 精神保健指定医関係の見直し

○精神保健指定医の指定に関する政令委任事務の明確化(法改正)

精神保健指定医の指定の申請に限らず、指定医に指定に係る事項について政令に委任できることとした。これを受けて、指定医証の書換交付や再交付の申請、返納等の事項について政令に位置づけるもの。(18年10月施行)

○精神保健指定医の要件に係るケースレポートの対象症例の見直し(告示)

医療観察法に関する症例を精神保健指定医の要件に係るケースレポートの対象症例に加えた。

2. 地方精神保健福祉審議会の必置規制の見直し(法改正)

現在、各都道府県に必置を義務付けている地方精神保健福祉審議会について、その設置を都道府県の裁量に委ねるとともに、指定病院の取消しの際の意見聴取機関について、同審議会が置かれなかった場合には医療法に規定する都道府県医療審議会が担当するものとする等の改正を行う。(18年1月施行)

3. その他

○「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称の変更(法改正)

精神障害者の定義規定中の「精神分裂病」という用語について、関係学会等における呼称変更やその定着状況を踏まえ、「統合失調症」に改める。(公布日(17年11月7日)施行)

○精神障害者保健福祉手帳への写真の貼付(省令)

精神保健福祉法改正により法から削除される主な項目

<改正前>

<改正後>

		平成18年4月施行
・通院医療に関する事項（第32条～第32条の4）	→	障害者自立支援法において自立支援医療として規定
・精神障害者居宅生活支援事業に関する事項（第50条の3～第50条の3の4）	→	障害者自立支援法において障害福祉サービス等として規定
・地方精神保健福祉審議会に関する事項（第10条・第11条，第50条の2の5第2項）	→	都道府県の任意設置に転換
		平成18年10月施行
・精神障害社会復帰施設に関する事項（第50条～第50条の2の5）	→	障害者自立支援法において障害福祉サービス等として規定

(17) 障害者自立支援法の制定

1. 障害保健福祉施策が直面していた課題

わが国の障害保健福祉施策は、障害者のノーマライゼーションや自己決定の理念の実現を図り、障害者の地域生活を支援するため展開されてきた。障害者福祉サービス（身体障害・知的障害）においては、平成15年度よりいわゆる「支援費制度」が実施された。これは、措置という行政処分サービスを提供していた従来の仕組みを、介護保険と同様に、サービスを利用する障害者自身がサービス事業者と契約することにより、サービスを提供する仕組みに改めたものであり、障害者自らがサービスを選択していくという考え方に基づくものであった。

この支援費制度の実施により、新たにサービスの利用者が増え、特に、地域の中で暮らして行こうとする障害者に対する支援は大きく前進したが、その一方で、制度面で様々な問題点、課題が生じることとなった。

まず、新たな利用者の急増に伴うサービス費用が増大である。例えば、支援費施行後サービスの利用者が増加し、平成15年4月から平成16年10月までの半年間でホームヘルプサービスの支給決定を受けた方が、1.6倍に増加した。また、支援費施行後はホームヘルプサービスを実施する市町村数も、特に知的障害者については大きく増加したところである。

その一方でいまだサービスを実施していない市町村が多いことや、精神障害者は支援費制度では制度の対象外となっており、今後、精神障害者についても制度の対象として福祉サービスを充実していくことが必然であるという流れを考えると、今後もサービス量の増加、それに応じた費用の増加が見込まれるといった問題があった。

さらに、支援費制度には、サービス量などの決定に関する全国共通のルールがなかったことなどから、サービスの水準について全国的に大きな地域格差が課題となっていた（人口当たり最も多くの方がサービスを受けている県と最も少ない県を比較した場合、介護保険では1.7倍の差にとどまっているのに対し、支援費制度では7.8倍もの格差）。

また、身体・知的・精神という障害種別ごとにも大きなサービス格差があり、既に述べたように、精神障害者の福祉サービスについては支援費制度の対象となっていないため、他の障害と比べ、サービス水準が極めて低いままにとどまっているという問題も存在していた。

障害者自立支援法は、障害者が地域で自立して暮らせるようにするという支援費制度の理念を継承した上で、支援費制度が抱える財源不足問題や地域格差の問題、障害者種別により不公平という問題等を解決し、我が国のどこの地域に住んでいたとしても、障害者が必要に応じて一定水準のサービスを安定的に受けられるようにするための法律である。

2. 障害者自立支援法の経緯

障害者施策を抜本的に改革するための項目を盛り込んだ障害者自立支援法は、平成17年2月に第162回通常国会に提出されたが、同年8月衆議院の解散に伴い審議未了のまま廃案となった。

このため、施行期日など法律案の一部を修正した上で、平成17年9月に第163回特別国会に再提出され、同年10月参議院において、原案どおり可決後、衆議院に送付され、10月31日に可決成立、同年11月7日付けで、法律第123号として公布された。本法は、二段階の施行となっており、新たな利用手続き、在宅福祉サービスに係る国等の負担（義務的経費化）に関する事項、福祉サービスや公費負担医療の利用者負担の見直しに関する事項等については、平成18年4月1日施行に、新たな施設・事業体系への移行に関する事項等については、平成18年10月1日施行に施行された。

3. 障害者自立支援法の概要

i. 障害者施策の三障害一元化

障害の種別（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供することとし、三障害の制度格差を解消し、これまで制度上支援の対象外となっていた精神障害者も対象に加えることとした。また、これまでサービス提供主体は、都道府県と市町村に分立していたが、住民に最も近い市町村にサービスの実施主体を一元化し、都道府県はこれを広域的な観点からバックアップする仕組みとしている。

ii. 就労支援の抜本的強化

働く意欲や能力のある障害者の方々の就労支援を強化するため、福祉施設から一般就労への移行を進めるための事業である「就労移行支援事業」等を創設し、福祉と雇用が連携して、障害者の適性に合った就職の斡旋等を行うこととしている。なお、雇用施策においても、平成17年6月に障害者雇用促進法の一部改正がなされ、精神障害者に対する雇用対策の強化

(障害者雇用率制度、障害者雇用納付金制度の適用)、在宅就業者に対する支援、障害福祉施策との有機的連携を図る等、障害者雇用を進めるための改正がなされたところである。

iii. 運営基準・施設基準の見直し

地域の限られた社会資源を活用し、地域の身近な場所において、サービスを提供できるよう、一つの施設で異なる障害を持つ人にサービス提供できるよう運営基準の規制緩和や、障害福祉サービスの拠点として、空き教室や空き店舗の活用ができるよう施設基準の緩和を図ることとしている。また、通所サービスについては、社会福祉法人のみならず、NPO法人等も参入可能となるよう運営主体の規制を緩和することとしている。

iv. 利用者本位のサービス体系に再編

障害種別ごとに複雑で使いづらかった施設・事業体系や、入所施設における入所期間の長期化などによる本来の施設目的と利用者の実態との乖離の問題を解消するため、障害者の状態やニーズに応じた適切な支援が効率的に行われるよう、サービスは、個々の障害のある人々の障害程度や勘案すべき事項(社会活動や介護者、居住等の状況)を踏まえ、個別に支給決定が行われる「障害福祉サービス」と、市町村の創意工夫により、利用者の方々の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」に大別することとしている。「障害福祉サービス」は、介護の支援を受ける場合には、「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合は、「訓練等給付」に位置づけられることとなる。

また、入所施設サービスについても、24時間施設での生活から、地域での自立支援という観点から、地域と交わる暮らしへと移行するため、日中活動の場と生活の場を分け、利用者のニーズに応じた組み合わせができるよう見直しを行うこととした。

v. 支給決定の透明化、明確化(サービス利用の手続とケアマネ)

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各

段階において、①障害者の心身の状況（障害程度区分¹⁾）、②社会活動や介護者、居住等の状況、③サービスの利用意向、④訓練・就労に関する評価を把握し、支給決定を行うこととした。その際、サービスの長時間利用のケース等については、市町村は、住民に対する説明責任が果たせるよう、審査会を設置して意見を求めることができることとし、支給決定の一層の透明化を図ることとした。

また、障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを踏まえ、①適切な支給決定がなされるようにするとともに、②様々なサービスが適切に組み合わせられ、計画的に利用されるようにするため、ケアマネジメントが制度化された。

vi. 安定的な財源の確保

○福祉サービスについて

福祉サービスについては、新たにサービスを利用し始める方も多く、現状のままでは制度を維持することが困難であることから、必要なサービス量を確保するため、サービスの利用者を含めて、皆で費用を負担し支え合う必要がある。このため、利用者負担の見直しを行うとともに、これまで予算の範囲内で補助できるに過ぎなかった国の不確実な費用負担の仕組みを改め、サービスに必要な費用を国が責任を持って義務的に負担する仕組みを導入し、新たにサービスを利用される方がサービスを受けるために必要な財源が確保されるよう財政基盤の強化を図ることとした。

利用者負担については、これまでの所得に着目した応能負担から、サービス量と所得双方に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた月額上限額の設定）に見直すとともに、自宅で暮らしていても施設で暮らしていても、費用負担が公平になるよう障害種別で異なる食費・光熱水

¹⁾ 障害者に対する障害福祉サービスの必要性を明らかにするため当該障害者の心身の状態を総合的に示す区分（非該当、区分1～区分6まで）であり、市町村がサービスの種類や提供する量を決定する場合に勘案すべき事項のひとつ。

費等の実費負担も見直すこととし、3障害共通した利用者負担の仕組みとすることとしている。

しかしながら、生まれついて障害のある方など稼得機会が少なく負担能力の乏しい方への一層の軽減措置を講じることとしている。

障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じないこととしている。この際、所得を判断する際の世帯の範囲は、住民基本台帳での世帯が原則であるが、障害者の自立という観点から、税制と医療保険で被扶養者でなければ、障害のある方とその配偶者を別世帯の扱いとすることができることとした。

○障害に係る公費負担医療制度について

障害に係る公費負担医療制度については、精神保健福祉法に基づき、精神疾患の方に医療費の公費助成を行う「精神通院医療」、身体障害者福祉法に基づき身体障害者の方に対して、身体の機能障害を軽減又は改善するために給付を行う「更生医療」、児童福祉法に基づき身体に障害のある児童又は現存する疾患が将来障害を残すと認められる児童であって、比較的短期間の治療により効果が期待される児童に対し給付を行う「育成医療」が存在していたが、これらそれぞれの制度は、同じ障害者であるのに、制度の違いにより負担軽減の仕組みが異なっていることから、公平性の観点から、その統一が課題とされていた。また、近年、精神通院医療、更生医療の対象者（全人口の約1%）は急増し、引き続き必要な医療を提供すべく制度を持続していくためには、財政的に極めて厳しい状況となっていた。

障害者自立支援法では、障害に係る公費負担医療制度である上記3つの制度を「自立支援医療」という共通の制度に統合し、支給認定の手続、利用者負担の仕組みのそれぞれを共通化することとした。さらに、福祉サービスと同様、必要な医療を確保するため、費用を皆で負担し支え合うこと

により、中長期的な制度の持続可能性を確保することを目指している。

自立支援医療の利用者負担については、原則は、1割の定率負担としているが、所得が少ない世帯の方だけでなく、一定の負担能力があっても継続的に相当額の医療費負担が生じる方々（高額治療継続者²いわゆる「重度かつ継続」）にもひと月当たりの負担に上限額を設定するなどの負担軽減策を講じている。

所得の水準を決める上での世帯の単位は、住民票上の家族ではなく、同じ医療保険に加入している家族を同一世帯とすることとしている。ただし、医療保険に加入している場合であっても、配偶者以外であれば、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととした場合は、別の世帯と見なすことを可能としている。

入院時の食費（標準負担額²相当）については、入院と通院の公平を図る視点から原則自己負担としている。

vi. 障害福祉計画

障害者サービスは、各自治体において提供体制が様々であり、サービスの実施内容に地域によって、大きな差が生じていたことから、今回の改革では、必要かつ十分なサービスが障害者に提供されるよう、将来に向けて計画的なサービス提供体制の整備を進める観点から、国の定めた基本的な指針に基づき、自治体は、必要なサービス量とそれを確保するための方策を記載した障害福祉計画の策定することとし、自治体に対し、障害福祉計画の義務づけることとしている。

² 平均的な家計における一人当たりの食費に相当する額。

(18) 障害者自立支援法の施行に伴う障害保健福祉部内の所掌変更

障害者自立支援法の平成18年4月1日の施行に伴い、障害保健福祉部内各課の所管事務の変更が行われた。精神保健福祉課は、精神・障害保健課となり、障害者自立支援法の施行により、3障害共通の仕組みで福祉サービスを提供することとなったこと等により、精神障害者の福祉に関することは障害福祉課に移管することとし、精神・障害保健課は障害者の保健の向上に関すること、国民の精神的健康に関すること、障害者自立支援法の障害程度区分に関すること等を所管することとなった。

(19) 精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の成立

精神病者を収容する施設というイメージを払拭するため、精神保健福祉法等で用いられている「精神病院」という用語について、専門的医療を提供する施設であることが明らかとなり、かつ、患者や患者の家族が心理的抵抗を感じることの少ない「精神科」という診療科名を用いて、「精神科病院」という用語に改めることで、精神科医療機関に対する国民の正しい理解の深化を促すとともに、患者が受診しやすい環境を醸成することを目的として、「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律案」が議員立法という形で、平成18年の第164回通常国会に提出され、同年6月16日の衆議院本会議で可決・成立し、同月23日、法律第94号として公布された（平成18年12月23日施行）。

2. 精神保健福祉に関する行政組織

(1) 国

精神保健福祉行政の推進組織として、国においては、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課及び精神・障害保健課が主管課となっており、附属機関として国立精神・神経センター精神保健研究所並びに社会保障審議会及び医道審議会が置かれている。

国立精神・神経センター精神保健研究所は、昭和27年に国立精神衛生研究所として千葉県市川市の国立国府台病院敷地内に設置された。精神疾患、知的障害、発達障害及び精神保健についての調査研究や技術者の研修を行う機関として、国レベルにおける精神保健に関する科学技術の中核的役割を担っている。

現在の組織は、精神保健計画部、薬物依存研究部、心身医学研究部、児童・思春期精神保健部、成人精神保健部、老人精神保健部、社会精神保健部、精神生理部、知的障害部、社会復帰相談部、司法精神医学研究部の研究11部からなっており、研究職37人（定員）を擁している。

社会保障審議会は、厚生労働大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要事項を調査審議し、また、医道審議会は、医療法や精神保健福祉法等の規定により権限に属する事項を処理するものである。委員は、それぞれ30人以内で任期は2年であるが、必要に応じて、臨時委員や専門委員を置くことができる。これらの委員は、学識経験者のある者などから任命される。

精神保健福祉法第18条及び第19条の2に係るものについては、医道審議会で、また、その他の精神保健福祉行政に係るものについては、社会保障審議会でも調査審議することとしている。

なお、障害者の雇用の促進等については、職業安定局で主管しており、障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「障害者雇用促進法」という。）に基づき、従来から実施している統合失調症、躁うつ病、てんかんの患者に対する職場適応訓練に加え、平成4年度からは、一般の職業能力開発校における職業訓練を

対象としている。

また、障害者雇用促進法の改正等により、障害者雇用納付金制度に基づく助成金や特定求職者雇用開発助成金の対象としており、平成18年度からは精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者に限る。）についても障害者雇用率の算定対象としている。

その他、支援機関としては、まず、ハローワーク（公共職業安定所）においては、障害者の求人を受理するとともに、就職を希望する障害者の求職登録を行い（就職後のアフターケアまで一貫して利用）、障害者担当の職員がケースワーク方式により、精神障害者も含めて、障害の種類・程度に応じたきめ細やかな職業相談・職業紹介等を実施している。

また、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構では、全国47都道府県に設置されている地域障害者職業センターにおいて、平成17年10月より「精神障害者総合雇用支援」を実施し、精神障害者及び精神障害者を雇用しようとする又は雇用している事業主に対して、主治医との連携のもとで、職場復帰・雇用促進・雇用継続の雇用の各段階において、専門的な支援を行っている。

（2）都道府県・指定都市

都道府県及び指定都市における精神保健福祉行政は、衛生主管部局等の精神保健福祉主管課（保健予防課，健康増進課等）で担当されている。

精神保健法の全面改正によって平成7年に成立した精神保健福祉法において、従来の保健医療施策に加え、精神障害者の福祉施策の法制化が図られ、さらに、平成18年度より施行された障害者自立支援法においては、従来都道府県と市町村に分立していた福祉サービスの提供主体を、住民に最も近い市町村に一元化し、都道府県はこれを広域的な観点からバックアップする仕組みとされるなど担うべき役割が変化してきている。保健医療施策と福祉施策の総合的推進の観点から、精神保健福祉施策として、一体的に担っていくとともに、福祉関係機関と連携を図っていくことが必要である。

都道府県・指定都市には、

- ① 都道府県・指定都市における精神保健福祉に関する総合技術センターとしての機能をもった精神保健福祉センター（法第6条。全国で64施設）が置かれている。業務は、関係諸機関に対する技術指導・援助、関係職員のエド育研修、知識や思想の広報普及、精神保健福祉に関する調査研究や関係情報の収集、複雑困難な事例についての相談・指導の実施、家族会、精神医療審査会の事務等を行っている。
- ② 精神保健福祉法では、条例に基づき、精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項の調査審議機関として、地方精神保健福祉審議会（法第9条）が置くことができるとされている。本審議会では、都道府県知事又は指定都市市長の諮問に答え、又は自らの意見の具申を行うことになっている。
- ③ 都道府県知事又は指定都市市長に対して行われる措置入院者、医療保護入院者及び任意入院者（条例で定める場合に限る。）に係る定期病状報告、医療保護入院の入院届並びに退院又は処遇改善の請求に基づき、入院又は処遇改善の要否の審査を行う機関として都道府県及び指定都市に精神医療審査会（法第12条）が置かれている。精神医療審査会は、都道府県知事又は指定都市市長により指名された5名（精神障害者の医療に関し学識経験を有する者2名以上、法律に関し学識経験を有する者1名以上、その他学識経験を有する者1名以上から指名）からなる合議体によって審査を行っている。

(3) 保健所

一方、各地域における精神保健福祉行政の中心的な実施機関は保健所（平成18年10月1日現在536カ所）である。保健所は、精神保健福祉法をはじめ関係法令に基づく事務を処理するだけでなく、地域住民の需要に応じ、広範にわたる精神保健福祉サービス事業を実施している。また保健所には、精神障害者等に対する保健医療福祉サービスの徹底を図る等のため、必要に応じて相談・指導のための訪問を行う精神保健福祉相談員が配置されており、その任命は都道府県知事又は保健所設置市長によって行われている。今後は、この制度の一層の充

実が望まれている。

(4) 市町村

近年、基本的な住民サービスは、住民に最も身近な市町村で行うのが望ましいとされ、精神保健福祉行政においても、実施主体が段階的に市町村へ移されてきたところである。精神保健行政については、従来、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針において、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

精神保健福祉法においては、正しい知識の普及について、都道府県と市町村の両者が努めなければならないと規定（法第46条）し、さらに、相談指導について、都道府県、保健所設置市及び特別区については、その実施を義務付けるとともに、その他の市町村についても、都道府県に対する必要な協力をするとともに、相談指導の実施に努めなければならない旨の規定（法第47条）が設けられている。

また、精神保健福祉法第2条（国及び地方公共団体の義務）においては、「国及び地方公共団体は、障害者自立支援法の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業と相まって、医療施設及び教育施設を充実する等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによつて精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。」とされており、市町村についてもその義務が課せられている。

平成11年の精神保健福祉法改正において、精神障害者居宅生活支援事業（ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム）を市町村単位で実施すること、精神障害者福祉サービスの利用に関する相談・調整等や精神障害者保健福祉手

帳，通院医療費公費負担の窓口となる等の規定が設けられた。したがって，当該規定の施行後は，市町村が都道府県とともに精神障害者の福祉施策の責任主体としての役割を担っていくこととされた。

さらに，平成18年度より新たに施行された障害者自立支援法においては，障害の種別（身体障害，知的障害，精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした福祉サービスを共通の制度により提供することとし，都道府県と市町村に分立していた福祉サービス提供主体は，住民に最も近い市町村に一元化されることとなった。

今後，保健所の協力と連携の下に，身体障害者など他の障害者行政との連携や民生・衛生行政の総合的推進等，市町村の実情に応じ特性を生かした精神保健福祉業務の一層の推進を図る必要がある。

3. 地域精神保健福祉

地域精神保健福祉活動の基本的な考え方は、地域社会で発生した様々な精神保健福祉上の問題を、その地域社会全体の人々の活動によって解決していこうとすることである。

このような考え方があらためて強調されるようになってきた背景には、大家族から核家族へと家族集団の変化、都市化、工業化等による伝統社会の崩壊と大衆化社会への移行といった地域社会の急激な変化があげられる。それに伴って様々な問題に対する地域社会の解決能力が低下し、その結果、問題解決のための地域社会における新しい取組が必要となっている。

このことは単に精神保健福祉の問題だけでなく、総合的な対策が必要なことは言うまでもないが、これに一步でも近づく活動を精神保健福祉の分野で展開していくことが当面の課題となる。

近年、精神科医療の分野では、精神科病院の開放化、短期入院と早期退院、「ナイトホスピタル」等を通じて地域社会との接触を増やすと同時に、通院治療やデイ・ケア等により、できるだけ患者が社会生活を送りながら治療を進める方法が取り入れられ、またそれが治療上も社会復帰のためにも有効であることが認められてきた。このため、地域社会においても医療側と協力して治療やアフターケアを進め、積極的に受け入れる体制を整備する必要が生じてきた。

アルコール依存症、薬物依存、非行、高齢者の問題等も、単に専門施設を作ってそれに依存するのではなく、地域社会全体で「ささえていく」体制の確立が必要であることが認識されてきている。

このような地域ぐるみの活動は本来地域住民自らの組織的な活動によって盛り上げるのが理想である。この入院治療から地域精神保健福祉活動へという考えは、わが国だけでなく、世界的な傾向である。既に1960年代のアメリカでは、ケネディ教書において次のように述べている。

「ここ数年、次第に増えていた施設へのつめこみ傾向が、逆を向いてきたこ

とである。それは、新薬の使用、精神病の本質に対する公衆の理解の増大、総合病院における精神病床、昼間通院施設（デイ・ケアセンター）、外来精神科施設などを含む地域社会施設が設置されるようになったことによる。

私は確信する。もし医学的知識と社会の理解が十分に活用されるなら、精神障害者はごく少数を除いてほとんどすべてが、健全な社会適応を勝ちとることができる。」

(1) 地域精神保健福祉活動の目標と計画

地域精神保健福祉活動の具体的内容は

- ① 社会諸資源の活用によって、精神障害者の地域生活を支援する体制を整える
- ② 精神科通院治療、精神医学的ケースワークの普及を図る
- ③ 障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス等社会資源の充実と形成を図る
- ④ 精神障害者が社会復帰可能であることを、地域住民に理解してもらうことである。

地域精神保健福祉活動を始める際には、まずどのような地域を設定するかが前提になるが、それには一定の地域内の住民であることと、そこに生活上の何らかの共同意識があることが必要である。農漁村等の伝統的な村や町はまさにこれにあてはまるが、人口流動の激しい大都市では通勤圏・診療圏等を考慮した別の工夫も必要になってくる。

次に、その地域内の住民の精神保健福祉上のニーズを的確につかみ、それに対応した計画を立てることが必要である。精神保健福祉活動に対するニーズは必ずしも顕在化しているとは限らず、サービスの充実に伴って増加してくる面もある。実際に保健所では、本人はもとより、本人をかかえて困惑している家族の相談にのって、必要に応じて適切な診断と治療ルートを確保するといった指導や援助、また入院や外来等の医療を受けながら様々な社会的・経済的問題をかかえている事例、就職や就学等の社会復帰についての不安や困難等、精神

障害者の医療や福祉を巡るいわゆる狭義の精神保健に関する要望に応じる場合も多い。

地域を設定し、重点となる精神保健活動の目標を定め、計画を立てたら、次にはサービスのための厚いネットワークを整備する必要がある。数少ない専門家に任せるだけでは、たとえその数を増やしたとしても到底地域住民のニーズに応えることはできないし、地域精神保健福祉の理念からいっても、地域内のあらゆる立場の人々がその持場持場で精神保健福祉上の配慮を働かせ、役割の一端を担い合う体制を作ることが要請されている。

病院・診療所等の医療機関、福祉事務所・児童相談所等の社会福祉機関、学校等の教育機関・団体は、サービス・ネットワークの中でも中心的な役割を担う。また家族会や断酒会等の民間の関係団体や自治会等の地域の一般団体の参加・協力も貴重な力となる。地域の理解者・援助者の層を厚くすることは専門家による対象者への適時・適切な援助・助力を一層効果的にするものである。

狭義の精神保健つまり精神障害者の第二次・第三次予防を推進するに当たっては、保健所や精神保健福祉センター等の公衆衛生機関による活動と、医療機関による臨床活動とがうまく結びつくことが最大のポイントである。

保健所や精神保健福祉センター等の公衆衛生側では、与えられた使命を果たすのに十分な実施体制を確立することが第一の課題である。精神保健福祉センターは平成6年をもってすべての都道府県に設置されたが、障害福祉サービスについては、市町村等の障害福祉計画に基づき早急な整備拡充が望まれる。これらの機関・施設の整備とともに期待されることは、地域精神保健福祉活動が行いやすいような諸制度の整備・充実であろう。

医療側については、何よりも地域精神保健福祉活動の考え方を生かした臨床活動が期待される。

具体的には精神科病院等における外来治療や院外活動の充実・発展が第一であろう。地域の必要性に応じた総合病院精神科や精神科診療所の普及も必要である。また一般開業医が精神障害者の治療や指導の一翼を担うことも期待され

る。

(2) 地域精神保健福祉活動の主体

地域精神保健福祉活動は、保健所、市町村、精神保健福祉センター等を中心として行われているが、あくまでも地域社会の人々が主体となるべきものであり、地域住民の参加をできるだけ求めて行わなければならない。

ア 精神保健福祉センターの役割

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づいて都道府県・指定都市における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動の中核となる機関であり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及、調査研究並びに複雑困難な相談指導事業を行うとともに、保健所、市町村その他精神保健福祉関係機関に対し、技術指導、技術援助を行う施設である。

イ 保健所の役割

精神保健福祉法及び地域保健法を受けた「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」において保健所は、地域における中心的な行政機関として、精神保健福祉活動の中心となり、精神保健福祉センター・市町村・医療機関・社会福祉関係機関・社会復帰施設等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の早期治療の促進及び精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持向上を図るための諸活動を行うものとされている。

ウ 市町村

平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針において、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

このような施策の進展から、平成7年に改正された精神保健福祉法において、正しい知識の普及、相談指導の実施及び社会復帰施設の整備等市町村における精神保健福祉業務の役割が盛り込まれたところである。

また、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」において市町村は、精神保健福祉活動を実施するにあたり、保健所の協力と連携の下で、その実情に応じた、精神障害者の早期治療の促進及び精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持向上を図るための諸活動を行うものとされている。

平成14年度からは住民に身近なサービスである精神障害者居宅生活支援事業の実施、精神障害者保健福祉手帳に関する手続きの申請受理、通院医療公費負担に関する手続きの申請受理等の業務を主体的に実施し、保健所と協力して各市町村の実情に応じた各種社会資源の整備等を行うこととされた。

4. 精神保健福祉に関する財政

(1) 国民医療費における精神医療費

平成16年度における国民医療費の推計額は32兆1,111億円で、前年度よりも5,736億円、1.8%の増となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は8.89%であり、国民一人当たりの医療費は25万1,500円である。精神医療費の推計額は1兆9,506億円で、国民医療費に占める割合は6.1%となっている。(表4)

次に傷病大分類別にみると、「循環系の疾患」の医療費が最大で、「精神及び行動の障害」は第5位に位置しているが、入院医療費では「循環系の疾患」「新生物」に次いで第3位となっている。

また、精神医療費を入院、入院外の別についてみると、入院医療費が1兆4,859億円で精神医療費総額の76.2%を占めている。

(2) 精神保健福祉関係予算

精神保健福祉対策の推進に必要な経費については、従来から各般にわたる国の助成措置が講じられている。これを大別すると、

- ① 精神保健福祉法の理念を達成するための各種施策推進費に対する補助金等助成措置
 - ② 都道府県の施策推進に必要な財源確保のための地方交付税交付金制度
 - ③ 精神科病院等の施設・設備等のための資金融資制度
- がある。

従来の精神保健福祉対策は精神保健福祉法に基づき行われていたが、障害者自立支援法の施行を踏まえ、予算体系について所用の見直しを行ったところである。

平成18年度における国の精神保健福祉関係予算の主な内訳及び年次推移は表3-1、3-2のとおりである。

ア 精神保健対策費等

(ア) 措置入院費

都道府県知事又は指定都市の市長が講じた入院措置（法第29条）と緊急入院措置（法第29条の2）の対象となった患者の医療費（患者の護送費を含む。）について、各医療保険制度を適用し、残りの部分について公費で負担する。（所得に応じ費用徴収がある。）

国庫補助率 3/4（負担割合 国3/4，都道府県・指定都市1/4）

(イ) 医療保護入院費等

「沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律」の施行に伴い、沖縄県については、「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令（昭和47年政令第108号）」第3条の規定により、医療保護入院（法第33条）等及び通院に要する医療費の本人負担分についても全額を公費負担する特別措置が講じられている。

国庫補助率 8/10（負担割合 国8/10，沖縄県2/10）

(ロ) 精神障害者通院医療費

通院医療の適正な普及を図り、社会復帰を促進する観点から、昭和40年の法改正により講じられた制度であり、医療費全体に対し、各医療保険制度を適用し、患者の自己負担分を5%とし、その残りを公費で負担する。

平成18年度においては、障害者自立支援法の施行に伴う制度の見直しに伴い1月分のみ計上（11月分は障害者自立支援医療費として計上）

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

(ハ) 精神障害者保健福祉対策費等補助

精神科救急医療システム整備事業，精神科救急医療センター事業，

心の健康づくり地域関係者研修事業及び普及啓発事業に要する経費及び法第7条の規定に基づく精神保健福祉センターの特定相談等に対する補助金。

a 精神科救急医療システム整備費業

精神障害者等の休日、夜間等における緊急時の精神医療の確保のため「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」（平7. 10. 27健医発第1321号厚生省保健医療局長通知）により都道府県・指定都市が行う精神科救急医療システム整備に要する経費及び法第34条に基づく移送に要する経費などに対して補助を行う。

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

b 精神科救急医療センター事業費

重度の症状を呈する精神科旧跡患者に対し良質な医療を効率的に提供するため「精神科救急医療センター事業実施要綱」（平17. 12. 6障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、都道府県・指定都市が行う精神科救急医療センター整備事業に要する経費に対して補助を行う。

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

c 心の健康づくり地域関係者研修事業及び普及啓発事業費

地域における自殺予防対策の強化を図るとともに心の健康問題に対する正しい理解を促進するなど「心の健康づくり地域関係者研修事業及び普及啓発事業実施要綱」（平18. 1. 26障発0126001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、都道府県・指定都市が行う研修事業及び普及啓発に要する経費に対して補助を行う。

(4) 精神科病院等の施設整備費助成費

精神科病院，精神保健福祉センター，精神科デイ・ケア施設の施設整備に要する経費に対する補助金である。

(7) 精神科病院

精神保健福祉法第19条の10の規定に基づき，精神科病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室（以下「精神科病院等」という。）の施設整備費に補助を行うこととされているが，その対象は現在次のようになっている。

◀医療法（昭和23年法律第205号）第31条に規定する公的医療機関▶

病棟及び作業・生活療法部門等の新設，増設及び改築に必要な工事費について2分の1の国庫補助（ただし「医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者を定める告示」に定める日本赤十字社，社会福祉法人恩賜財団済生会，全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生（医療）農業協同組合連合会，社会福祉法人北海道社会事業協会にあっては3分の1）を行っている。

◀営利を目的としない法人であって，精神保健福祉法第19条の8の指定を受けた精神科病院等▶

木造老朽病棟の改築，特殊病棟（老人，アルコール依存症等）の増改築，作業・生活療法部門の整備のうち厚生労働大臣が認めたものの施設整備費について3分の1の国庫補助を行っている。

(4) 精神保健福祉センター等

◀精神保健福祉センター▶

精神保健福祉法第7条の規定により都道府県が設置する精神保健福祉センターの施設整備費について2分の1の国庫補助を行っている。

◀精神科デイ・ケア施設▶

地方公共団体，公的医療機関，医療法人等の非営利法人が設置する精神科デイ・ケア施設〔独立施設型，病院付設型（痴呆性老人デ

イ・ケア施設を含む。)] の施設整備事業及び地方公共団体が設置する精神科デイ・ケア施設の設備整備事業が国庫補助の対象になる。

(カ) **精神科病院等の設備整備費補助**

この経費は、精神科病院、精神保健福祉センター等の施設整備の新設及び増設に伴って必要となる設備整備に必要な経費について補助を行っている。

(キ) **医療施設近代化施設整備事業**

医療資源の効率的な再編及び地域医療の確保に配慮しつつ、精神病院における患者の療養環境、医療従事者の職場環境、衛生環境等の改善等を図るため、平成5年度より精神科病院の建て替え整備に対し、主として次の要件を満たす事業を交付金の対象としている。

- ① 整備区域は、築後概ね30年以上経過しているもの
- ② 病棟の1床当たり病室面積を6.4㎡以上（改修の場合5.8㎡以上）、かつ、1床当たり病室面積を18㎡以上（改修の場合16㎡以上）とするもの
- ③ 医師・看護師の現員数の比率が、いずれか一方が医療法上の標準を満たしており、かつ、他方が80%以上であるもの
- ④ 常勤の精神保健指定医が2名以上配置されているもの
（ただし、100床未満のものにあつては、1名以上）
- ⑤ 整備区域の病棟の病床数を20%以上削減すること
（ただし、精神保健福祉に関する政策的な医療等を実施しているものは10%以上の削減。また、病床非過剰地域にあつて、政策医療を実施しているものは、削減を要しないが、増床を伴わないこと。）
- ⑥ 整備区域の病棟は最低20床以上の病棟であること
- ⑦ 高齢者・障害者に配慮した整備を行うこととするほか、畳部屋、6床を超える病室及び原則として鉄格子を設けないこと

※ なお、患者サービスの向上等を図るものについては、国庫補助対

象基準面積を加算

イ 障害者自立支援関係経費

(7) 障害者自立支援医療費（精神障害者通院医療費分）

精神障害者に対する通院医療の適正な普及を図り、社会復帰を促進する観点から、医療費全体に対し、各医療保険制度を適用し、患者の自己負担は原則1割（所得等に応じて上限負担額を軽減）とし、その残りを公費で負担する。

平成18年度においては、障害者自立支援法の施行に伴う制度の見直しに伴い11月分のみ計上

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

※障害者自立支援医療は、精神通院医療のほか、更生医療、育成医療が対象

(4) 障害者自立支援法関係経費

障害者自立支援法に基づき、障害福祉サービス等に要する経費について、補助等を行っている。

○介護給付費・訓練等給付費

・概要：障害者が身近な地域で自立した生活を送られるよう、新たな障害福祉サービス体系として、ホームヘルプサービスや生活介護等の「介護給付」、自立訓練や就労移行支援等の「訓練等給付」を提供する。

・実施主体：市町村

・負担割合：国1/2，都道府県1/4，市町村1/4

○サービス利用計画作成費

・概要：障害者自立支援法における障害福祉サービスの利用に当たり、長期入院・入所から地域生活に移行する者や単身で生活している者で自ら福祉サービスの利用調整を行

うことが困難な者等のうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者に対し、指定相談支援事業者からサービス利用計画の作成等の相談支援を受けたときは、当該利用者に対し、サービス利用計画作成費を支給する。

- ・実施主体：市町村
- ・負担割合：国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4

○地域生活支援事業費

- ・概要：障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的・効果的に実施し、障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

【市町村地域生活支援事業】

- ・相談支援事業（成年後見制度利用支援事業、居住サポート事業 等）
- ・地域活動支援センター 等
- ・実施主体：市町村
- ・負担割合：国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4

【都道府県地域生活支援事業】

- ・精神障害者退院促進支援事業 等
- ・実施主体：都道府県
- ・負担割合：国 1/2，都道府県 1/2

○精神障害者社会復帰施設等運営費補助金

- ・概要：生活訓練施設・授産施設・福祉ホーム（B型）（精神障害者）、小規模通所授産施設・福祉工場（身体・知的・

精神障害者)が、介護給付・訓練等給付費の対象となる障害福祉サービスを提供する事業所等に移行するまでの間(18年10月から24年3月末)、旧施設体系として存続する場合の運営費を補助する。

・各事業の実施主体等

(1) 精神障害者生活訓練施設等の運営費

・実施主体：都道府県・指定都市

・補助率：1/2(負担割合 国1/2, 都道府県・指定都市1/2)

(2) 小規模通所授産施設運営事業費

【直接補助事業】

・実施主体：都道府県・指定都市・中核市

・補助率：1/2(負担割合 国1/2, 都道府県・指定都市・中核市1/2)

【間接補助事業】

・実施主体：市町村

・補助率：2/3(負担割合 国1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4)

(3) 福祉工場運営事業費

【身体障害者福祉工場、知的障害者福祉工場】

・実施主体：都道府県・指定都市・中核市

・補助率：1/2(負担割合 国1/2, 都道府県・指定都市・中核市1/2)

【精神障害者福祉工場】

・実施主体：都道府県・指定都市

・補助率：1/2(負担割合 国1/2, 都道府県・指定都市1/2)

ウ 地方交付税

都道府県の精神保健福祉行政の推進に必要な経費については、その財

源確保の一環として、毎年度の地方交付税交付金の算定基礎となる衛生費の単位費用中に、精神保健費の所要額が組み込まれている。この単位費用の積算は、精神保健福祉審議会費、精神障害者社会復帰促進費、精神医療適正化対策・新障害者プラン関係経費及び精神保健福祉センター運営費の所要経費から事業収入を控除した自己負担財源について行われている。

一般財源化とは、国庫補助金を廃止し、廃止した補助金で実施していた事務事業をなお地方公共団体が実施しなければならない場合、補助金に変わる十分な財源の確保が必要なことから、地方公共団体の一般財源にその財政措置を行うことをいう。この場合の財政措置としては、地方税の拡充、国税から地方税への税源移譲、地方交付税措置などがある。

なお、地方交付税は、本来地方公共団体の税収とすべきであるが、地方公共団体間における財政力の格差を解消し均てん化を図るという見地から、国税として徴収し地方に配分される地方固有の財源であり、その使途は地方公共団体の自主的な判断に任されており、国がその使途を制限したり条件を付けたりすることは禁じられている。

エ 資金融資

精神科病院を設置する場合には、独立行政法人福祉医療機構からの融資を受けられるようになっている。

(7) 融資対象者

個人、医療法人、民法法人、社会福祉法人又は医学部歯学部を置く学校法人

(1) 融資の種類

- a 新築資金（土地取得資金も対象）
- b 増改築資金（病床不足地域における増改築の場合等は土地取得資金も対象）
- c 機械購入資金

d 長期運転資金

(7) 融資額

資金ごとの融資額については基本的に以下のとおりであるが、特定病院（精神保健福祉法に基づく指定病院であって精神病床を200床以上有している病院など）については、その融資条件が有利となっている。

a 新築資金，増改築資金

標準建設費（融資対象面積×建築単価＋設計監理費）の80%以内で、建築資金にあつては限度額7億2千万円，土地取得資金にあつては限度額3億円となっている。

b 機械購入資金

購入価格の80%以内で病床規模別限度額以内

c 長期運転資金

- ・新築・増床に伴い必要な場合及びその他災害復旧等に必要な場合
所要資金の80%以内で、限度額1,500万円（ただし、病床数×15万円の範囲内）
- ・経営安定化を図るため必要とする資金
限度額1億円

表3-1 精神保健対策費等予算

(単位:千円)

区 分	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
1. 精神障害者措置入院費等負担金				
精神障害者措置入院費負担金	5,727,713	6,117,627	6,146,799	5,901,837
2. 通所授産事業助成費等補助金				
精神障害者小規模作業所運営事業等助成費	-	-	-	-
精神障害者小規模作業所運営助成費	-	-	-	-
精神障害者社会復帰促進事業助成費	-	-	-	-
精神障害者訪問介護指導者研修事業費	-	-	-	-
3. 精神保健対策費補助金	21,184,451	34,075,489	39,989,331	44,642,715
精神障害者通院医療費補助金	12,984,020	24,118,274	30,266,986	33,264,605
精神障害者医療保護入院費等補助金	1,134,639	1,105,496	967,777	962,028
精神障害者社会復帰促進費等補助金	7,065,792	8,851,719	8,754,568	10,416,082
精神障害者社会復帰促進費	1,996,761	2,262,390	2,398,105	2,649,108
精神障害者社会適応訓練事業費	669,924	706,080	723,769	763,127
精神障害者短期入所事業費	-	-	-	-
精神障害者小規模作業所運営事業等助成費	643,754	779,515	840,416	906,889
精神障害者地域生活援助事業費	652,525	745,688	827,564	971,211
精神障害者手帳交付事業費	30,558	31,107	6,356	7,881
精神保健福祉担当職員特別研修事業費	-	-	-	-
地域精神保健福祉対策費	800,000	800,000	13,500	86,269
地域精神保健福祉対策促進事業費	800,000	800,000	-	-
障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業費	-	-	13,500	-
精神障害者訪問介護試行的事業費	-	-	-	86,269
社会的入院解消のための退院促進支援事業費	-	-	-	-
こころの健康づくり対策	-	-	-	-
精神科救急医療センター事業	-	-	-	-
精神障害者社会復帰施設等運営費	4,269,031	5,789,329	6,342,963	7,680,705
精神障害者生活訓練施設	1,604,496	2,164,145	2,552,349	3,122,789
精神障害者短期入所施設	26,404	39,921	47,975	67,760
精神障害者福祉ホーム	121,132	142,290	142,632	156,197
精神障害者通所授産施設	1,036,928	1,331,523	1,409,746	1,690,218
精神障害者入所授産施設	256,182	450,627	486,116	527,730
精神障害者小規模通所授産施設	-	-	-	-
精神障害者福祉工場	68,790	211,689	216,436	290,292
精神障害者地域生活支援センター	341,244	519,093	742,867	1,000,872
精神科救急医療システム整備事業	296,499	385,925	433,635	473,411
精神障害者身体合併症治療体制整備試行的事業	-	-	16,800	16,814
老人性認知症センター	266,805	284,984	294,407	311,485
高次脳機能障害支援モデル事業	-	-	-	-
施設外授産の活用による就職促進モデル事業	-	-	-	-
長期入院患者の療養体制整備事業	-	-	-	23,137
精神保健福祉センター運営費	250,551	259,132	-	-
精神保健福祉センター特定相談等事業費	-	-	-	-
4. 精神医療適正化対策費等補助金	224,855	354,138	296,923	311,483
精神医療適正化対策費	224,855	210,372	188,719	202,630
精神保健福祉センター運営費	-	143,766	108,204	108,853
5. 精神保健福祉関係研修委託費	-	-	-	-
司法精神医療等人材養成研修委託事業費	-	-	-	-
6. 保健事業費等補助金(精神保健対策費)	390,549	331,094	307,491	302,110
7. 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金	-	-	-	-
8. 精神保健医療研究費	94,000	94,000	-	-
計	27,621,568	40,972,348	46,740,544	51,158,145

(注) 1. 各年度とも当初予算ベース。

2. 精神保健福祉センターの運営費のうち「心の健康づくり推進事業費」については、平成8年度より保健医療局へ所管替えを行った。

3. 精神障害者社会復帰促進費のうち「精神障害者社会復帰推進事業費」については、平成8年度より精神障害者社会復帰促進事業費が精神障害者地域生活支援事業に統合され、平成9年度より精神障害者社会適応訓練事業と名称変更を行った。

4. 地域精神保健対策費のうち「地域精神保健福祉対策促進事業費」については、平成10年度より「障害者の明るいくらし」促進事業費・市町村障害者社会参加促進事業費に統合。

5. 平成10年度よりカタカナ語使用適正化により名称変更を行った。

6. 平成10年度より(目)分割により、精神保健対策費等補助金を精神保健対策費補助金に改め、新たに精神医療適正化対策費等補助金を立目し、精神医療適正化対策費補助金及び精神保健福祉センター運営費を精神医療適正化対策費等補助金へ組み替えを行った。

平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
5,531,681	4,082,185	3,927,067	4,320,752	4,758,002	4,619,635	4,550,230
-	999,997	996,967	882,083	793,006	792,035	7,990
-	968,000	968,000	871,200	783,200	783,200	-
-	17,774	18,091	10,883	9,806	8,835	7,990
-	14,223	10,876	-	-	-	-
51,803,322	59,191,617	62,372,242	67,991,114	71,656,171	57,484,049	8,512,866
36,333,349	41,456,069	41,926,456	44,773,451	47,646,840	32,587,157	6,074,241
1,001,250	941,682	886,224	900,690	862,607	852,223	802,672
14,468,723	16,793,866	19,559,562	22,316,973	23,146,724	24,044,669	1,635,953
3,020,728	2,206,763	2,324,211	1,954,281	2,112,566	1,858,191	0
802,449	841,743	743,378	-	-	-	-
-	-	131,916	141,181	143,446	113,376	-
992,737	-	-	-	-	-	-
1,152,487	1,313,309	1,436,456	1,798,940	1,969,120	1,744,815	-
9,440	10,868	12,461	14,160	-	-	-
63,615	40,843	-	-	-	-	-
111,215	177,863	51,749	92,216	96,326	397,003	294,763
-	-	-	-	-	-	-
111,215	127,390	-	-	-	-	-
-	-	-	43,792	63,075	161,670	-
-	50,473	51,749	48,424	33,251	104,921	100,856
-	-	-	-	-	130,412	193,907
11,223,517	14,279,675	17,049,645	20,138,509	20,804,616	21,699,209	1,251,132
4,157,489	5,202,947	5,927,317	6,285,861	6,360,092	6,615,096	-
105,237	131,812	-	-	-	-	-
172,134	340,224	524,426	779,431	993,035	1,099,174	-
2,413,598	3,113,218	3,753,409	4,367,968	4,555,945	4,846,293	-
666,373	734,968	764,218	779,195	741,938	716,835	-
-	189,750	418,000	1,171,500	1,328,250	1,643,250	-
326,504	335,575	362,863	408,320	337,682	338,265	-
1,764,324	2,484,063	3,204,473	4,109,937	4,622,845	4,826,630	-
1,204,281	1,291,563	1,986,699	2,142,401	1,784,829	1,539,666	1,251,132
16,814	16,814	-	-	-	-	-
325,430	341,089	-	-	-	-	-
-	70,000	80,000	80,000	80,000	74,000	-
-	27,652	28,240	13,896	-	-	-
71,333	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
113,263	129,565	133,957	131,967	133,216	90,266	90,058
182,286	182,286	182,286	0	0	0	0
182,286	182,286	182,286	-	-	-	-
-	-	-	100,570	91,292	-	-
295,465	269,300	237,703	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
57,812,754	64,725,385	67,716,265	73,294,519	77,298,471	62,895,719	13,071,086

7. 平成12年度より精神障害者地域生活支援事業を精神障害者地域生活支援センターと名称変更し、精神保健福祉センター運営費を(目)精神保健対策費へ組み替え、精神保健福祉センター特定相談等事業費と名称変更を行った。

8. 平成13年度より精神障害者小規模作業所運営事業等助成費は(目)通所支援事業助成費等補助金となった。

9. 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金についてはメニュー化予算である。

10. 精神障害者通院医療費補助金は障害者自立支援法の施行を踏まえ、平成18年度においては7か月分、平成18年度においては1か月分を計上。

11. 精神障害者短期入所事業費、精神障害者地域生活援助事業費、社会的入院改称のための退院促進支援事業費、精神障害者社会復帰施設運営費、高次脳機能障害支援モデル事業については、それぞれ障害者自立支援法に基づく予算として組み替え。

表 3-2 障害者自立支援関係経費（精神障害者に関する事項に限る）

（単位：千円）

区 分	平成17年度	平成18年度
1. 障害者医療費負担金		
精神障害者通院医療費分	22,078,729	64,336,372
2. 障害者自立支援給付費負担金	13,507,258	228,241,333
介護給付費・訓練等給付費	0	227,578,333
サービス利用計画作成費	0	663,000
居宅介護等事業費（ホームヘルプサービス）	9,609,400	0
短期入所事業費（ショートステイ）	1,207,899	0
地域生活援助事業（グループホーム）	2,689,959	0
3. 地域生活支援事業費等補助金	0	24,500,000
地域生活支援事業費	0	20,000,000
障害者地域生活推進事業費	0	4,500,000
4. 障害程度区分認定等事業費補助金	0	7,920,734
障害程度区分認定等事務費	0	2,201,736
不服審査会	0	37,601
障害者就労訓練設備等整備事業	0	2,039,000
社会福祉法人等減免事業	0	3,642,397
※障害者保健福祉推進事業等、障害者自立支援給付 支払システム開発事業は除く		
5. 精神障害者社会復帰施設等運営費補助金	0	21,650,873
計	35,585,987	346,649,312

- (注) 1. 各年度とも当初予算ベース。
 2. 障害者自立支援法においては、障害区分に関係なくサービス等を提供することから、
 全体額を計上。

表4 国民医療費に占める精神病医療の割合（過去10年）

（単位：億円）

区 分	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
国民医療費	269,577	284,542	289,149	295,823	307,019
精神医療費 ¹⁾	13,703	14,648	14,595	15,649	16,157
比 率(%)	5.1	5.1	5.0	5.3	5.3
公費負担医療費	12,953	13,405	14,008	14,686	15,567
精神保健及び精神障害者 福祉に関する法律 ²⁾	554	543	627	711	785

（単位：億円）

区 分	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
国民医療費	301,418	310,998	309,507	315,375	321,111
精神医療費 ¹⁾	16,574	17,150	17,675	18,281	19,506
比 率(%)	5.5	5.5	5.7	5.8	6.1
公費負担医療費	16,051	16,899	17,218	18,206	18,698
精神保健及び精神障害者 福祉に関する法律 ²⁾	853	963	1,047	1,134	1,242

資料：国民医療費

注：1）精神医療費は、一般診療医療費に限ったため、薬局調剤医療費及び歯科診療医療費を含まない。

2）平成7年6月までは「精神保健法」。

表5 措置入院患者数及び措置入院費の推移

年 度	措置入院者数 人	措 置 入 院 費		
		総 額 億円	国 庫 負 担 億円	都道府県負担 億円
昭和45年度	76,597	438	351	87
50	65,571	1,017	814	203
55	47,400	960	768	192
60	30,543	737	516	221
平成元年度	15,036	463	347	116
5	7,223	225	169	56
6	6,418	201	151	50
7	5,905	113	85	28
8	5,436	76	57	19
9	4,772	81	61	20
10	4,293	81	61	20
11	3,472	79	59	20
12	3,247	74	55	18
13	3,083	54	41	14
14	2,767	52	40	13
15	2,566	58	43	14
16	2,414	63	48	16

注1. 措置入院者数は各年6月末現在（精神・障害保健課調）

2. 措置入院費は当初予算額（医療費のみ）

表6 通院患者数及び通院医療費（予算額）

年 度	通 院 患 者 数 人	通 院 医 療 費 百万円
50	97,500	2,298
55	137,768	5,218
60	194,386	10,478
平成元年度	295,296	15,409
5	305,762	18,262
6	317,462	21,458
7	337,910	16,661
8	365,382	12,984
9	409,052	24,118
10	411,825	30,267
11	473,363	33,265
12	509,722	36,333
13	576,150	41,456
14	639,645	42,783
15	738,153	44,773
16	773,665	47,647
17	841,023	54,666

注. 各年度当初予算人員，当初国庫予算額

第3章 精神障害者支援施策

「精神障害者」とは、統合失調症（旧精神分裂病）、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいい（法第5条）、その数は平成17年10月に厚生労働省大臣官房統計情報部が実施した患者調査から約303万人と推計されている。

精神障害者支援施策としては、精神保健福祉法（以下この章において「法」という。）や障害者自立支援法等に基づき様々な施策を実施しているが、精神障害者の人権に配慮した医療の推進、訪問指導等の地域精神保健活動の充実とともに、精神障害者に対する障害福祉施策の充実・推進が重要なものとなってきている。

法第5条に該当する者が、「精神障害者」として法に定める入院措置や障害者自立支援法に定める障害福祉サービス及び自立支援医療（精神通院医療）等の対象とされるが、「神経症」についてもいわゆる精神症状を有する状態の場合にはこれらの対象とされている。また、知的障害者については、知的障害者福祉法及び障害者自立支援法に基づいて福祉的観点からの取組みが行われており、精神保健福祉法においては主として医療保健対策を行っている。

1. 精神医療施策

(1) 医療施設

ア 精神科病院の現状

医療法においては、病院の病床の種別として精神病床、一般病床等が定められており、開設者は都道府県知事の許可を受けることとなっている。平成16年6月30日現在の精神病床数は354,923床であり、全病院病床に占める割合は約21.8%である。

精神病床を有する病院は、1,671（平成16年6月末現在）である。このうち主として精神病床を有する病院は1,076であり、また、1,021病院が医療法人または個人病院である。

精神科病院については、厚生省公衆衛生局長通知（昭和44.6.23）により建築基準が定められており、同基準により整備するよう指導がなされている。同基準では、病院内の施設を病棟部、中央診療部、外来診療部、生活療養施設部、サービス部、管理部、宿舎部の部門に分けることとなっている。病棟部は30床～50床を基本とし、面積は一床当たり約25平方メートル程度とされている。

病院の従事者の人員については、医療法上その基準が定められており（医療法第21条）、具体的には、医師の数は、最初の3名に加えて入院患者（－156名）が48名増加する毎に1名必要（一般病床では入院患者（－52名）が16名増加する毎に1名必要）である。看護婦と准看護婦の数は、4名増加する毎に1名必要（一般病床では入院患者が4名増加する毎に1名必要）である（医療法施行規則第19条、平13.2.22 厚生労働省医政局長通知）。なお、大学附属病院等の精神病床については、より手厚い基準が設けられている。

イ 患者

精神科病院の在院患者数は326,125人であり病床利用率は91.9%となっ

ている（平成16年6月末現在）。疾患別には、統合失調症が197,753人で最も多く、昭和45年約15万人、昭和55年約17万人と増加しているが、最近は減少傾向である。これに対して、最近は脳器質性精神障害、特に老人性認知症疾患の増加が著しい。この他中毒性精神障害、知的障害、てんかんを有する者も相当数入院している。年齢別には、老人において増加し、他の年齢層では減少している。

外来患者は、平成17年現在の推計で、約269万人である。疾患別には、統合失調型障害及び妄想性障害が、20.7%、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が21.5%、気分（感情）障害（躁うつ病を含む）が33.3%等である。外来患者のなかでは、特に中高年層を中心とした気分（感情）障害が増加している。

ウ 地域医療計画

医療法において、都道府県は医療圏の設定、基準病床数、医療施設の連係等に関する医療計画を策定することとされており（法第30条の3）、医療計画作成指針が定められている（平成10年6月1日健政発第689号）。

基準病床数は、一般病床については二次医療圏毎に定められているが、精神病床は都道府県区域毎に定められている。基準病床数の算定式については、平均残存率（新規入院した患者の中で1年を超えて入院するに至った者の割合）の低下と退院率（1年以上入院している患者の中で退院する者の割合）の向上を図り、早期退院を支援する精神医療提供体制を目指すため、平成18年4月に見直されたところである（平成18年6月2日障発第0602001号）。平成17年10月現在の精神病床数は、354,296床であり、見直し後の算定式による基準病床数と比較すると、ほとんどの都道府県が病床数過剰となると推測される。なお、老人性精神疾患、中毒性精神疾患、小児性精神疾患等に関する診療機能についての精神病床は、病床規制の特例となっている。

エ 都道府県の設置義務

都道府県は、精神保健福祉法第19条の7により、精神科病院を設置する義務が課せられており（当該都道府県が設立した地方独立行政法人（都道府県立独法）が精神科病院を設立している場合は除く。）、精神障害者の医療及び保護のための施設として重要な位置を占めている。

この趣旨は、自己の病状に關し的確妥當な判断を下すことが困難と思われる状態にある精神障害者（特に措置患者）はできるだけ公的機関、特に地方公共団体としての都道府県の管理運営する医療機関で医療保護を受けることが妥當であるとする思想に基づくものである。

オ 指定病院

都道府県には精神科病院の設置義務が課せられているが、措置患者を入院させるために必要な病床が確保できない場合があるため、都道府県立精神科病院に代わる施設として、国、都道府県及び都道府県立独法以外の者が設置した精神科病院（精神科病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。）の全部または一部をその設置者の同意を得て都道府県知事が指定する病院を指定病院という。指定病院の指定は、指定基準（平成8年3月21日厚生省告示第90号）により行われており、平成16年6月30日現在の指定病院は985施設となっている。

表1 疾患名別在院患者数

疾 患	平成7年6月	平成8年6月	平成9年6月
統合失調症	208,877	206,166	204,700
躁うつ病	18,694	19,113	19,576
脳器質性精神障害	44,122	44,768	44,573
中毒性精神障害	19,616	19,551	19,175
その他の精神病	14,224	14,038	14,003
精神遅滞	11,651	11,144	10,896
人格障害	1,773	1,833	1,910
神経症	8,198	7,888	7,735
てんかん	8,997	8,574	8,332
その他	4,889	5,639	5,679
合 計	341,041	338,714	336,475

疾患	平成10年6月	平成11年6月	平成12年6月	平成13年6月	平成14年6月	平成15年6月	平成16年6月
統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	211,264	207,958	205,352	204,132	202,012	200,935	197,753
気分（感情）障害	19,857	20,447	21,331	22,265	22,605	22,962	24,041
症状性を含む器質性精神障害	47,505	48,723	50,783	52,388	55,678	57,729	59,092
精神作用物質による精神および行動の障害	19,634	19,580	20,024	19,506	18,047	17,462	16,845
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1,060	928	705	685	785	840	801
心理的発達の障害	431	371	354	327	367	394	406
小児期及び青年期に通常発生する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	964	727	614	688	836	660	936
精神遅滞〔知的障害〕	10,905	11,043	10,504	10,337	9,658	9,184	8,751
成人のパーソナリティおよび行動の障害	2,373	2,262	2,474	2,330	2,326	2,332	2,110
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	8,697	8,424	8,477	8,041	7,237	6,811	6,296
てんかん	7,852	7,188	7,105	6,785	6,256	5,856	5,413
その他	5,305	5,279	5,280	5,230	4,243	3,931	3,681
合計	335,847	332,930	333,003	332,714	330,050	329,096	326,125

資料：精神・障害保健課調

（注）疾患名の区分は平成9年度まではICD-9 平成10年度からはICD-10による。

表2 年齢階級別在院患者数

年齢区分	平成7年6月	平成8年6月	平成9年6月	平成10年6月	平成11年6月	平成12年6月	平成13年6月	平成14年6月	平成15年6月	平成16年6月
20歳未満	3,010	3,055	2,057	2,444	2,295	2,445	2,359	2,229	2,189	2,093
20歳以上65歳未満	246,856	240,714	235,188	229,641	222,804	218,417	213,279	204,683	198,543	191,345
65歳以上	91,175	94,945	98,780	103,762	107,831	112,141	117,076	123,138	128,364	132,687
総数	341,041	338,714	336,025	335,847	332,930	333,003	332,714	330,050	329,096	326,125

資料：精神・障害保健課調

なお、都道府県知事は、指定病院の運営方法等が不当であると認めるときは指定を取り消すことができることとされている。

カ 精神科診療所

精神科病院の開放化、早期退院等を通じて地域社会との接触をふやすと同時に通院治療やデイ・ケア等により、できるだけ患者が社会生活を送りながら治療を進める方法が取り入れられ、また、それが治療上も社会復帰

のためにも有効であることが認められてきた。平成17年10月現在、精神科を標榜する診療所は5,144である。

一般診療所数

	45年	50年	56年	59年	62年	平成4年	平成5年	平成8年	平成11年	平成14年	平成17年
一般診療所数	68,997	73,114	77,909	78,332	79,134	80,852	84,128	87,909	91,500	94,819	97,442
内精神科	657	779	1,159	1,425	1,765	2,159	2,644	3,198	3,682	4,352	5,144

(医療施設調査)

一般診療所の患者数推計 (外来1日)

	50年	55年	58年	59年	62年	平成2年	平成5年	平成8年	平成11年	平成14年	平成17年
精神及び行動の障害	人 24,200	人 18,900	人 24,000	人 24,500	人 35,400	人 46,400	人 37,400	人 67,900	人 62,900	人 92,500	人 112,600
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	人 300	人 500	人 1,600	人 1,400	人 3,000	人 5,100	人 3,900	人 13,800	人 11,400	人 12,100	人 17,500

平成8年から「ICD-10」に基づき推計

(患者調査)

(2) 保護者 (法第20条)

精神障害者について、特にその受療の促進、その他日常生活上の支援を行うとともに、精神障害者の権利を擁護する役割を担う者として保護者を制度化している。

(7) 保護者となるべき者

精神障害者の①後見人又は保佐人、②配偶者、③親権を行う者、④その他の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者、の順に保護者としての義務を行うことになるが、②、③、④については、本人の保護のため特に必要があれば家庭裁判所において順位を変更することができる。なお、保護者がいない場合や、いる場合であってもその義務を行うことができないときは、その精神障害者の居住地 (又は現在地) の市長村長 (特別区にあつては区長) が保護者となる。

(1) 保護者の一般的義務等

① 精神障害者 (自らの意思で医療を受けている者や病院等に入院しな

いで医療を受けている者を除く)に治療を受けさせること

- ② 精神障害者の財産上の利益を保護すること
- ③ 医師の診断に対する協力及び医療を受けさせるに当たっての医師の指示に従うこと
- ④ 措置入院患者又は仮退院する者を引き取ること (第41条)

①～④のほか、保護者が行うことができるものとして定められているものとしては、入院患者についての退院等の請求(第38条の4)がある。

(3) 入院制度

ア 精神保健指定医 (法第18～19条の6)

精神医療においては、患者本人が病識を欠きがちであるという精神疾患の特徴のために、その意思に反して入院措置を行い、あるいは行動の制限を行いつつ医療を行う面が少なくなく、その医療に当たる医師には、患者の人権を擁護する上で一定の資質が要請されると考えられる。このため、精神障害者に対して医療を行うに当たってその人権という面にも十分配慮をしつつ適正な医療を行うことができるようにとの観点に立って、昭和62年改正において新たに設けられたのが「精神保健指定医制度」である。

なお、改正法施行の際、精神衛生鑑定医の指定を受けている者は、施行の日において、精神保健指定医の指定を受けたものとみなされている。

(7) 指定の要件

厚生労働大臣が、次に該当する医師のうち必要な知識及び技能を有すると認められる者を、その者の申請に基づき、医道審議会の意見を聴いて「精神保健指定医」(以下「指定医」という。)を指定するものとされている。

- ① 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること
- ② 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること
- ③ 厚生労働大臣が定める一定の精神科臨床経験を有すること
- ④ 関係法規や精神医療に関して厚生労働大臣の登録を受けた者が行う

研修（申請前1年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること

- ・ 指定医は5年ごとの研修の受講が義務付けられているが、その受講を促進するため、研修を受講しない場合には、研修を受けなかったことについて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を除き、その指定は効力を失うこととされている。

(4) 指定の取消し

- ① 指定医が医師免許を取り消され、又は医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣はその指定を取り消すものとされている。
- ② 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその業務に関し著しく不適当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生労働大臣は、医道審議会の意見を聴いて、その指定を取り消し、又は期限を定めてその職務の停止を命ずることができる。

(5) 常勤の指定医の必置義務

措置入院、医療保護入院等を行う精神科病院（任意入院のみを行う精神科病院を除く）には、常勤の指定医を置かなければならないこととされている。

イ 診療及び保護の申請等

(7) 一般人からの申請（法第23条）

精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事又は指定都市市長（以下「都道府県知事等」という。）に申請することができ、一定の事項について保健所長を経由して都道府県知事等に申請することとされている。

この申請は、必ず文書によることとされ、かつ罰則を設けることによってその慎重性を要求し、障害者の人権の保護を図っている。

(4) 警察官等からの通報（法第24条～第26条）

警察官は、職務を執行するに当たり、精神障害のため自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に通報しなければならないとされている。

また、検察官、保護観察所の長、矯正施設の長は、精神障害者又はその疑いがある者について、その者を不起訴処分、釈放等にするとき都道府県知事等に通報しなければならないとされている。

(ウ) 精神科病院の管理者の届出（法第26条の2）

精神科病院の管理者は、入院中の精神障害者であって、法第29条第1項の要件に該当すると認められる者から退院の申出があったときは、直ちに、その旨を最寄りの保健所長を経由して都道府県知事等に届け出なければならないこととされている。

(エ) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報（法第26条の3）

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に規定する指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、同法の対象者であって指定入院医療機関に入院していないものがその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたとときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に通報しなければならないことと規定されている。

精神医療における入院においては、疾病の性格上、患者の意思に反して行動に制限を加えることが少なくないため、人権に対して格段の配慮を要する。このため、入院形態及び入院中の処遇に関しては、精神保健福祉法上、詳細な規定が置かれている。

ウ 入院形態

(7) 任意入院

(概要)

任意入院とは、本人の同意に基づく入院である。人権擁護の観点からも、また医療を円滑かつ効果的に行うという観点からも、法においてはこれを原則的な入院形態として、精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならないことと規定している。

(退院制度)

任意入院の患者については、退院も、患者本人の意思に基づくのが原則であり、任意入院者から退院の申出があった場合には、その者を退院させなければならない。患者が退院を申し出た場合において、精神科病院の管理者は、その者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると指定医が認めたときは、当該患者に対し、退院制限を行う旨、退院等の請求に関すること及びその他の事項を書面で知らせ、72時間に限り退院制限を行うことができる。

この72時間の退院制限は、患者が入院時に同意しても、入院中に間に症状が変化し、入院の継続が必要であっても退院を申し出ることがあり、このような患者に対し継続して入院治療する必要性の説明、説得を行う、医療保護入院に移行するための家族等の同意を得る、あるいは、退院について家族等との連絡、調整等に充てることのできるようにとの趣旨によるものである。この「72時間」は、患者が医師に対して退院を希望する意思を明らかにした時点から起算するものであって、その時点が夜間又は休日等であることにより扱いが異なるものではない。

なお、一定の要件を満たすと都道府県知事等が認める精神科病院（特定病院）において、緊急やむを得ない場合、一定の要件を満たす医師（特定医師）の診察により、12時間に限り退院制限を行うことができる。

特定病院の基準は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第5条の2において、以下の事項を規定している。

- ① 応急入院指定病院の指定を受けていること又は受ける見込みが十分であること
- ② 地方公共団体の救急医療（精神障害の医療に係るものに限る。）の確保に関する施策に協力して、休日診療及び夜間診療を行っていること
- ③ 2名以上の常時勤務する指定医を置いていること
- ④ 特定医師の診察による退院制限の措置について審議を行うため、事後審査委員会を設けていること
- ⑤ 精神科病院に入院中の者に対する行動の制限がその症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているかどうかを審議するため、行動制限最小化委員会を設けていること

特定医師の基準は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第5条の3において、以下の事項を規定している。

- ① 4年以上診断又は治療に従事した経験を有すること
- ② 2年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること
- ③ 精神障害の診断又は治療に従事する医師として著しく不相当と認められる者でないこと

表3 年次別精神障害者に係る申請・通報・届出件数及びその処理状況

年次	申請・通報・届出件数						総計	調査に より診 察が必 要いと 認め た者	診察を受けた者		
	一般 からの 申請	警察官 からの 通報	検察官 からの 通報	保護鑑 察所の 長から の通報	矯正施 設の長 からの 通報	精神病 院の管 理者か ら届 出			精神障害者		精神障 害な かつ た者
									法第29 条該当 の者	法第29 条当 てな 者	
昭和45年	17,163	5,981	997	125	487	908	25,661	1,766	16,820	6,625	76
50	9,084	5,107	1,156	38	364	720	16,469	1,930	9,383	4,617	126
55	3,525	4,152	1,137	30	341	371	9,556	1,956	4,791	2,433	82
56	3,036	4,150	1,126	32	328	292	8,964	2,277	4,110	2,452	66
57	2,213	4,394	1,169	30	327	257	8,390	2,405	3,438	2,376	69
58	2,056	3,761	1,100	24	279	260	7,480	2,007	3,293	2,030	62
59	1,744	3,611	1,090	26	250	231	6,952	1,977	3,060	1,851	54
60	1,336	3,510	1,190	16	263	165	6,480	1,990	2,727	1,715	45
61	1,125	3,485	1,007	14	264	145	6,040	2,037	2,313	1,639	43
62	790	3,270	1,077	18	234	91	5,480	1,905	1,947	1,582	44
63	740	3,644	1,100	13	276	91	5,864	1,913	2,239	1,629	48
平成元年	734	3,511	1,071	26	295	65	5,702	1,850	2,246	1,624	—
2	581	3,665	1,058	12	278	52	5,646	1,902	2,164	1,586	—
3	533	3,581	1,026	19	246	55	5,460	1,745	2,283	1,421	—
4	458	3,710	1,029	16	277	54	5,544	1,655	2,530	1,370	—
5	463	3,788	1,077	13	253	48	5,642	1,769	2,643	1,257	—
6	501	3,859	1,096	12	230	60	5,758	1,721	2,732	1,230	—
7	394	4,202	1,031	10	231	61	5,929	1,612	3,074	1,196	—
8	470	4,547	1,080	14	257	49	6,417	1,815	3,430	1,156	—
9	386	4,827	1,028	13	237	49	6,540	2,004	3,358	1,164	—
10	414	4,707	977	11	311	52	6,472	2,126	3,240	1,091	—
11	434	5,245	951	14	325	45	7,014	2,323	3,497	1,177	—
12	511	7,557	1,075	7	397	44	9,591	3,402	4,546	1,641	—
13	480	8,012	1,041	9	495	60	10,097	3,716	4,497	1,875	—
14	563	8,487	1,096	10	852	45	11,053	4,252	4,792	2,009	—
15	526	8,876	1,055	16	1,266	37	11,776	4,768	4,965	2,028	—
16	405	10,527	1,150	17	1,562	29	13,690	6,470	5,038	2,175	—
17	355	10,386	985	25	1,909	27	13,687	6,728	4,904	2,081	—

資料：衛生行政報告例

(同意書)

任意入院にあたっては、精神科病院の管理者は、患者から、自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。この場合、患者が任意入院に当たって行う「同意」とは、民法上の法律行為としての同意と必ずしも一致するものではなく、患者が自らの入院について積極的に拒んではない状態をいうとされている。なお、未成年者、成年被後見人又は被保佐人である精神障害者の入院の場合、精神保健福祉法上の入院同意書は、精神科病院の管理者との間の入院契約と異なり、未成年後見人、成年後見人又は保佐人の副書を求めたり、患者本人の同意書にこれらの者の同意書を添付させることは必要ない。

なお同意書は、入院後1年経過時及び以後2年ごとに患者から提出を求めることとしている。

(処遇)

任意入院によって入院する患者については、自らの同意による入院であることに鑑み、その症状に応じて、開放病棟での処遇や、閉鎖病棟においても例えば本人の申出により病棟外への出入りを可能とするなどにより、原則開放的な環境で処遇することが望ましい。

(4) 措置入院

(概要)

措置入院とは、入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して都道府県知事等の権限で行われる入院である。措置入院の必要性については、厚生労働大臣の定める基準に従って、2人以上の指定医の診察の結果認められることが必要である。

なお、都道府県知事等は、自傷他害のおそれのある精神障害者について、急速を要する場合には、72時間を限って、指定医1名の診察の結果に基づいて、緊急措置入院させることができる。

(自傷他害の判定)

自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、厚生労働大臣の定める基準によるが、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等が考慮される。

措置入院のための診察は都道府県知事等が警察官等の申請・通報届出等に基づいて調査のうえ、必要と認められた時に、都道府県知事等が指定する指定医によって行われる。

(措置の解除)

措置の解除は、指定医の診察の結果、都道府県知事等が行う。措置入院患者の仮退院は、指定医の診察の結果、都道府県知事等の許可を得て、精神科病院又は指定病院の管理者が行う。

(ウ) 医療保護入院

(概要)

医療保護入院とは、自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得られない場合に、指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院が必要と認められた者であって法第22条の3の規定による入院が行われる状態ないと判定された患者又は法第34条第1項の規定により移送された者について、保護者（後见人又は保佐人、親権者、配偶者、扶養義務者（2人以上の場合は家庭裁判所から保護者として選任された者に限る。）、市町村長（市町村長以外に保護者がいないか、保護を行うことができないときに限る。）の同意により行われる入院である（特定病院において、緊急やむを得ない場合、特定医師の診察により、12時間に限り入院させることができる。）。このうち、市町村長が保護者として入院の同意を行う手続については通知（昭63.6.22健医発第743号）により定められている。

(扶養義務者の同意による入院)

保護者につき家庭裁判所の選任を要する場合であって、かつ、当該選任がなされていないときは、当該選任までの間、4週間に限り扶養義務者の同意を得て入院させることができる。これは家庭裁判所による選任を受け

るまでには一定の日時を要すること等を考慮してのいわば経過的な措置であり、扶養義務者の同意を得て入院が行われている間においてもできるだけ早期に保護者の選任を受けた上、その者の同意を得て入院を行うことが望ましい。

(入院の要否の審査)

医療保護入院は、本人の同意によらない入院形態であるため、精神科病院の管理者は、入院措置を採った場合は、10日以内に、その者の症状を記入した入院届を、保護者の同意書を添えて、最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に届け出なければならない。都道府県知事等は、入院届を精神医療審査会に通知し、精神医療審査会が入院の必要について審査を行い、審査の結果、入院が必要でないと認められた者については審査結果に基づき、都道府県知事等はその退院を精神科病院の管理者に命じなければならない。

(退院届)

精神科病院の管理者は、医療保護入院により入院している者を退院させたときは、10日以内にその旨を最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に届け出なければならない。この「退院」は医療保護入院の終了を意味し、入院医療の必要性がなくなり病院から離れることのほか、他の入院形態へ移行することも含む。

(エ) 応急入院

(概要)

応急入院とは、本人及び保護者の同意が得られないが、直ちに入院させなければ患者の医療及び保護を図る上で著しい支障があり、当該者が法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定された者について、精神保健指定医の診察の結果認められる場合に行われる入院である。入院期間は72時間以内に限られる（法第33条の4第2項に規定する特例措置を採ることができる応急入院指定病院において、緊急やむを得ない場合、

特定医師の診察により、12時間以内に限り入院させることができる。)。精神科病院の管理者は、応急入院の措置を採った場合には、直ちに当該措置を採った理由等を最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に届け出なければならぬ。

応急入院は精神科救急への対応の一環として設けられた入院形態であるが、本制度は、入院に当たって、患者本人の同意はもとより保護者等の同意が得られないような状況において、専ら医学的判断のみにより入院が決められるものであるため、本制度の運用に当たっては厳に適正な運用が要請される。

(応急入院指定病院)

応急入院を行うことが認められる精神科病院として都道府県知事等が指定する精神科病院の基準については、告示（昭和63年4月8日厚生省告示第127号）により定められている。

また、応急入院指定病院の運用基準については、「応急入院指定病院の指定等について」（平成12年3月30日障精第23号厚生省保健医療局精神保健課長通知）において、示されている。

エ 医療保護入院時の移送制度

都道府県知事等は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって、その精神障害のため本人の同意に基づいた入院が行われる状態にないと判定された者につき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくとも、医療保護入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができる。また、この要件に該当するものにつき、急速を要する場合には、保護者の同意を得ることができない場合でも応急入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができる。

オ 入院時の告知

入院を行う場合においては、精神科病院の管理者等は、当該入院措置に

係る者に対し、入院措置を採る旨、入院中は、行動に制限等がとられうる旨、退院等の請求に関する事項及びその他の事項について、書面で知らせなければならない。(ただし、医療保護入院の患者については、当該入院措置を採った日から4週間を経過する日までの間であって、症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間はこの限りではない。)

カ 入院患者の処遇

行動の制限であって特に人権上重要な厚生労働大臣の定めるものについては、これを行うことができない。このような行動制限として、厚生省告示により次の3種類が定められている(法第36条第2項、昭和63年4月厚生省告示第128号)。

- 1 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 2 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限
- 3 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限

また、行動の制限のうち、厚生労働大臣が定める制限については、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。このような行動制限として、厚生省告示により次の2種類が定められている。(法第36条第3項、昭和63年4月厚生省告示第129号)

- 1 患者の隔離(内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。)
- 2 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身

体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

この他、厚生労働大臣は、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができることとし、精神科病院の管理者は、この基準を遵守しなければならないものとされており、基準が厚生労働省告示により定められている。(法第37条第1項、昭和63年4月厚生省告示第130号)

キ 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告

精神科病院の管理者は、措置入院者及び医療保護入院者の症状を、厚生労働省令で定めるところにより、措置入院者は入院後6月(入院後6月を経過するまでの間は3月)ごとに、医療保護入院者は入院後1年ごとに、定期に最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に報告しなければならない(法第38条の2)。報告を受けた都道府県知事等は後述する精神医療審査会に対し、報告を受けた入院患者について入院の要否の審査を求めなければならない。また、都道府県知事等は、精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は精神科病院の管理者に対しその者を退院させることを命じなければならない。

ク 精神医療審査会

患者の人権擁護の観点に立って、入院患者の入院継続の要否又は入院中の患者からの退院等の請求について、公正かつ専門的な見地から判断を行う機関を設けるべきであるとする要請を踏まえて昭和62年改正により新しく設けられることとなったのが精神医療審査会である。

a 精神医療審査会の設置(法第12条～第14条)

精神障害者の入院の要否及び処遇の適否に関する審査を行うため、都道府県及び指定都市に、精神医療審査会(以下「審査会」という)を設置することとされている。

- ① 審査会委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事等が任命することとされている。

- ② 審査会は、5人の委員でもって構成される合議体により審査を行う。尚、合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験者のうちから任命された委員がそれぞれ1人出席すれば、議事を開き、議決することができる。

b 審査（法第38条の3、第38条の5）

- ① 都道府県知事等は、次の場合には、審査会に審査を求めなければならないこととされている。
- (7) 定期の報告及び医療保護入院に関する入院時の届出を受けた場合
—— その入院の必要があるかどうかについての審査
- (イ) 退院又は処遇の改善のための請求を受けた場合 —— その入院の必要があるかどうか又はその処遇が適切であるかどうかについての審査
- ② 審査会は、必要があると認めるときは、関係者の意見を聴くことができることとされている。また、①(イ)の審査をするに当たっては、原則として当該請求を行った者及び当該審査に係る患者の入院している精神科病院の管理者の意見を聴かななければならない。
- ③ 都道府県知事等は、審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は精神科病院の管理者にその者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならないものとされている。また、退院等の請求を行った者に対しては、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとされている。

この審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保する観点から設けられたものであり、この運営に当たっては、公正かつ迅速な対応が必要とされるものである。したがって、審査会の委員はその学識経験に基づき独立してその職務を行わなければならない。なお、

審査会の運営については、その適正な運営のため、厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知により運営マニュアルが示されており、審査会はマニュアルの考え方に沿って審査会運営規則を定めることとされている。

ケ 精神科病院に対する監督（法第38条の6、第38条の7）

(7) 報告徴収等

厚生労働大臣又は都道府県知事等は、必要があると認めるときは、精神科病院の管理者に対し、当該精神科病院に入院中の者の症状又は処遇に関し、報告を求め、立入調査等を行うことができることとされている。また、精神科病院の管理者又は入院についての同意をした者等に対し、その入院のための必要な手続きに関し、報告等を求めることができることとされている。

(イ) 改善命令等

厚生労働大臣又は都道府県知事等は、精神科病院の管理者に対し、厚生労働大臣が定める処遇の基準に適合しないと認める等のときは、その処遇の改善のために必要な措置を採ること等を命ずることができることとされている。

また、平成11年改正によって、従来行政指導の一環として行っていた改善計画の提出についても法律に規定することとしたほか、改善命令に従わない等の病院について、厚生労働大臣又は都道府県知事等が入院医療の提供を制限する命令を出すことができる旨の改正が行われたところである。更にこれに加え、平成18年10月より当該病院の名称等を公表することができることとされている。

(ウ) 指導監督のあり方について

精神科病院に対する指導監督等については、「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」(平成10月3月3日障精第16号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知)により、実施されてきたところであるが、今般、精神科病院の入院患者の処遇改善の観点から『精神科病

院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について』（平成18年9月29日付け医政発第0929012号・社援発第0929001号）等により必要
な見直しが行われ、平成18年10月1日から適用されている。

（実地指導の見直しのポイント）

- ・ 隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備
- ・ 任意入院による長期入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入
- ・ 特例措置の適正な運用等
- ・ 任意入院患者は開放的な環境で処遇を受けるという原則を踏まえた適切な指導

（4）通院医療

精神障害者のうち、入院医療を要しない者は、通院することによって医療を受けることができる。

なお、通院による精神医療を継続的に要する方に対しては、障害者自立支援法に基づく自立支援医療（精神通院医療）という公費負担医療制度により、都道府県及び指定都市がその医療に要する費用の一部について、公費負担を行っている。また精神障害者に対して昼間の一定時間通院し、通常の外来診療に併用して行う社会復帰集団治療を精神科デイ・ケアといい、午後4時以降に開始される社会復帰集団治療は精神科ナイト・ケアという。

ア 自立支援医療（精神通院医療）

a 制度の概要

本制度は障害者自立支援法第58条を根拠としており、その運用について具体的には「自立支援医療費の支給認定について」（平成18.3.3障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）、「指定自立支援医療機関の指定について」（平成18.3.3障精発第0303005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）等で定めている。

① 精神障害者の通院医療費の100分の90に相当する額を支給すること

となっている（ただし、医療保険等の法令により給付を受ける場合は、その限度において支給を行わないこととしている。）。

- ② 精神障害者本人の自己負担は原則1割となるが、低所得者や高額な医療費が継続的に発生する方（高額治療継続者（いわゆる重度かつ継続））については、月当たりの負担に上限を設定し、負担の軽減を図っている。
- ③ 自立支援医療（精神通院医療）を担当する医療機関は障害者自立支援法第59条に基づき、指定自立支援医療機関（精神通院医療）として都道府県及び指定都市より指定を受ける必要がある。
- ④ 自立支援医療（精神通院医療）の対象となる医療の範囲は、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱等で定めており、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して通院で行われる医療である。したがって、精神障害と直接関係のない医療については対象外となる。
- ⑤ 公費負担される医療費の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。

b 自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定の手続

- ① 支給認定の申請は精神障害者本人（本人が18歳未満の場合はその保護者）が申請書に医師の診断書（「重度かつ継続」に関する意見書も含む。）、医療保険の被保険者証（同じ医療保険に加入する者全員分）、市町村民税の課税状況が分かる資料を添えて居住地を管轄する市町村長に提出。
- ② 市町村長は、申請書、添付書類、所得区分を確認の上、都道府県に進達する。
- ③ 都道府県知事は、精神保健福祉センターにおいて精神通院医療の要否を判定した上で支給認定を行うかどうかを決定する。
- ④ 支給認定を行うことを決定したときは支給認定受給者証に有効期間（市町村長受理日を始期とし、1年以内の日で月の末日たる日を終期と

する。)を記載し、当該受給者証及び自己負担上限額管理表(低所得者及び「重度かつ継続」の対象者のみ)を市町村長を経由して申請者に交付する。

イ 精神科デイ・ケア等

a 精神科デイ・ケアの概要

精神科デイ・ケアは、第二次大戦後、英国、カナダ等で研究的に始まり、その後治療技術の確立等により1950年代から1960年代にかけて実用化されている。

我が国では昭和37年に国立精神衛生研究所で研究が始められ、その後各地の精神衛生センターでパイロット事業として普及し現在では、1,380か所(平成16年6月30日現在)で精神科デイ・ケアが行われている。

また、昭和49年に社会保険診療報酬に「精神科デイ・ケア」料、昭和61年には「精神科ナイト・ケア」料、平成6年に「精神科デイ・ナイトケア」料、平成18年に「精神科ショート・ケア」が新設された。

精神科デイ・ケアは精神科通院医療の一形態であり、精神障害者等に対し昼間の一定時間、医師の指示及び十分な指導・監督のもとに一定の医療チーム(作業療法士、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等)によって行われる。その内容は、集団精神療法、作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導、療養指導等であり、通常の外来診療に併用して計画的かつ定例的に行う。

このデイ・ケアの治療対象は、統合失調症から神経症性障害等まで幅広く適応され、入院医療ほどではないが、今までの通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行うことができる。

b 精神科デイ・ケアの施設基準

実施時間は患者1人あたり1日につき6時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定される。

施設基準の主な内容は次のとおりである。

① 大規模なもの

イ. 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、精神保健福祉士、臨床心理技術者の1人）の4人で構成される従事者が必要である。

ロ. 患者数は、当該従事者4人に対しては、1日50人を限度とするものである。

ハ. イ. に規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びイ. に規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、ロ. の規定にかかわらず、当該従事者6人に対して、1日70人を限度として精神科デイ・ケアを行うことができるものである。

ニ. 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専門の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、4.0平方メートルを標準とするものである。

② 小規模なもの

イ. 精神科医師及び専従する2名の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1名、看護師1名）の3人で構成される従事者が必要である。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

ロ. 患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とするものである。

ハ. 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専門の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、3.3平方メートルを標準とするもので

ある。

c 精神科ナイト・ケアの施設基準

開始時間は午後4時以降とし、実施時間は患者1人あたり1日につき4時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

施設基準の主な内容は次のとおりである。

- ① 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者等のいずれか1人）の3人で構成される従事者が必要である。
- ② 患者数は当該従事者3人に対しては、1日20人を限度とするものである。
- ③ 精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、3.3平方メートルを標準とするものである。

d 精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準

実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

施設基準の主な内容は次のとおりである。

- ① 従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。
 - ア 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の3人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者3人に

対して1日30人を限度とする。

イ 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は准看護師のいずれか1人及び精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日50人を限度とする。

ウ イに規定する4人に、イに規定する精神科医師以外の従事者2人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者6人に対して1日70人を限度とする。ただし、イにおいていずれか1人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が2人を越えないこと。なお、看護師又は准看護師の代わりに、1名に限り、看護師補助者をもって充てることができる。

② 精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当りの面積は、3.3平方メートルを標準とする。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

e 精神科ショート・ケアの施設基準

実施時間は患者1人あたり1日につき3時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

施設基準の主な内容は次のとおりである。

① 大規模なもの

イ. 精神科医師及び専従する3人の従事者の4人で構成される従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術

者、精神保健福祉士のいずれか1人を含む。)が必要である。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

ロ. 患者数は、当該従事者4人に対しては、1日50人を限度とするものである。

ハ. イ. に規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びイ. に規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、ロ. の規定にかかわらず、当該従事者6人に対して、1日70人を限度として精神科ショート・ケアを行うことができるものである。

ニ. 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専門の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、4.0平方メートルを標準とするものである。

② 小規模なもの

イ. 精神科医師及び専従する1名の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1人)の2人で構成される従事者が必要である。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

ロ. 患者数は、当該従事者2人に対しては1日20人を限度とするものである。

ハ. デイ・ケアを行うにふさわしい専門の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、30平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、3.3平方メートルを標準とするものである。

2 社会復帰・福祉対策

I 障害者自立支援法における新たな障害福祉サービス

従来の障害福祉サービスは、障害種別や在宅と施設といった区分になっていたが、障害者自立支援法においては、それぞれのサービスの機能や目的に着目した体系に再編された。全体のサービスは、個々の障害のある人々の障害程度や勘案すべき事項を踏まえて、個別に支給決定が行われる「自立支援給付」と、市町村の創意工夫により、利用者個々の状況に応じて柔軟なサービス提供を行う「地域生活支援事業」で構成されている。

(1) 自立支援給付（障害福祉サービス）の一覧

自立支援給付（障害福祉サービス）には介護給付と訓練等給付がある。

○介護給付

サービス名	サービス内容
居宅介護 (ホームヘルプ)	居宅における入浴、排せつ、食事の介護などのサービスを提供
重度訪問介護	重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障害者につき、居宅における入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜及び外出時における移動中の介護を総合的に供与する
行動援護	知的障害者又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等の便宜を供与する
療養介護	医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院等において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を供与する
生活介護	常時介護を要する障害者につき、主として昼間において、障害者支援施設等において行われる入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供等の便宜を供与する
児童デイサービス	障害児につき、肢体不自由児施設等に通わせ、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等の便宜を供与する
短期入所 (ショートステイ)	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を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する
重度障害者等 包括支援	常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要の程度が著しく高いものにつき、居宅介護等の障害福祉サービスを包括的に提供する
共同生活介護 (ケアホーム)	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の便宜を供与する
施設入所支援	施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する

○訓練等給付

サービス名	サービス内容
自立訓練	自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力向上のために必要な訓練等の便宜を供与する
就労移行支援	就労を希望する障害者につき、一定期間、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の便宜を供与する
就労継続支援	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者につき、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練等の便宜を供与する
共同生活援助 (グループホーム)	地域において共同生活を営むものに支障のない障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う

(2) 介護給付サービス（精神障害者関係）

居宅介護（ホームヘルプ）

対象者 ○障害程度区分：**区分1**以上の者

サービス内容 ○居宅において、入浴・排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する

行動援護

対象者 ○精神障害・知的障害により行動上著しい困難があり、常に介護の必要な者

○障害程度区分：**区分3**以上の者で、認定調査の行動関連項目の合計が10点以上の者

サービス内容 ○行動する際に生じる危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等の便宜を供与する

生活介護

対象者 ○常時介護が必要な障害者であって、次のいずれかに該当する者

①障害程度区分：**区分3**以上

②年齢が50歳以上の場合は、
障害程度区分：**区分2**以上

サービス内容 ○食事や入浴、排せつ等の介護や日常生活上の支援

○軽作業等の生産活動や創作的活動の機会提供

○利用期間：制限なし

短期入所（ショートステイ）

対象者 ○居宅において介護を行う人が病気などの理由により、障害者支援施設等へ短期間の入所が必要な者

○障害程度区分：**区分1**以上の者

サービス内容 ○施設に短期間入所させ、入浴・排せつ・食事の介護等の便宜を供与する

共同生活介護（ケアホーム）

対象者 ○日中は就労継続支援や生活介護等のサービスを利用している精神障害者・知的障害者であって、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介護を必要とする者（18歳以上が対象）

○障害程度区分：**区分2**以上の者

サービス内容 ○主として夜間、共同生活を営む住居において入浴・排せつ・食事の介護等の便宜を供与する

施設入所支援

対象者 ○夜間に介護が必要な者、通所が困難な自立訓練または就労移行支援のサービスの利用者

①障害程度区分：**区分4**以上の者

50歳以上の場合は、**区分3**以上

②自立訓練・就労移行支援の利用者で、地域の資源状況から通所が困難な者

サービス内容 ○夜間における入浴・排せつ・食事の介護等の便宜を供与する

○利用期間：生活介護の利用者は制限なし、自立訓練・就労移行支援の利用者は当該の期間に限定

(3) 訓練等給付サービス

自立訓練（生活訓練）

対 象 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精神障害者・知的障害者

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養護学校を卒業した者、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 ○食事や家事等日常生活能力向上のための支援，日常生活上の相談支援

○日中の通所訓練が原則，個別支援計画に応じて訪問訓練を組み合わせ

○標準利用期間：24カ月～36カ月

自立訓練（機能訓練）

対 象 者 ○地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者

サービス内容 ○身体的リハビリテーションや，日常生活上の相談支援等を行う

○日中の通所訓練が原則，個別支援計画に応じて訪問訓練を組み合わせ

○標準利用期間：18カ月

共同生活援助（グループホーム）

対 象 者 ○日中は就労や就労継続支援等のサービスを利用している精神障害者・知的障害者であって、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

- サービス内容 ○地域の共同生活の場において、相談や日常生活上の援助を行う
- 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の連絡調整等

就労移行支援

- 対象者 ○一定期間にわたる計画的なプログラムに基づき、就労に必要な知識及び能力の向上、企業等とのマッチング等を図ることにより、企業等への雇用又は在宅就労等が見込まれる者（65歳未満の者に限る）で、次の者
- ①企業等への就労を希望する者
- ②技術を修得し、在宅で就労・起業を希望する者

- サービス内容 ○事業所内や企業において、作業や実習を実施
- 適性に合った職場探しや就労後の職場定着のための支援
- 日中の通所訓練が原則、個別支援計画の進捗状況に応じて職場訪問等を組み合わせ
- 標準利用期間：24カ月

就労継続支援（A型）

- 対象者 ○就労の機会を通じ、就労に必要な知識及び能力の向上を図ることにより、当該事業所において雇用契約に基づく就労が可能と見込まれる者（利用開始時65歳未満の者に限る）で、次の者
- ①就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ②盲・ろう・養護学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ③企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者

- サービス内容 ○事業所内において、雇用契約に基づいて就労の機会を提供
- 一般就労に必要な知識・能力が高まった者は一般就労への移行に向けて支援
- 利用定員：10人から実施、一定範囲内で障害者以外の者の雇用が可能
- 利用期間：制限なし

就労継続支援（B型）

- 対象者 ○就労等の機会を通じ、就労に必要な知識及び能力の向上・維持が期待される者で、次の者
- ①就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者
- ②就労移行支援事業を利用（暫定支給決定での利用を含む）した結果、B型の利用が適当と判断された者
- ③①，②に該当しない者であって、50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者
- ④①，②，③に該当しない者であって、地域に一般就労の場やA型の事業所による雇用の場が乏しく雇用されることが困難、または就労移行支援事業者が少なく利用することが困難と市町村が判断した者（平成20年までの経過措置）

- サービス内容 ○事業所内において、就労の機会や生産活動の機会を提供（雇用契約は結ばない）
- 知識・能力が高まった者について、就労への移行に向けて支援
- 平均工賃水準（月額3,000円）を上回ることが事業者指定の要件
- 利用期間：制限なし

(4) 地域生活支援事業

障害者自立支援法では、障害福祉サービス利用者に関して給付する自立支援給付と共に、地方自治体が地域の実情に応じて柔軟に実施することが望ましい事業を地域生活支援事業として法定化した。

これにより、市町村及び都道府県は、障害福祉計画において、地域生活支援事業の提供体制について必要な事項を定めることになる。

表 地方自治体が行う地域生活支援事業

市町村が行う事業（①～⑤は必須事業）

事業名	摘要
① 相談支援事業	福祉サービス利用の相談・情報提供 住宅入居支援（居住サポート）成年後見制度利用支援
② コミュニケーション支援事業	手話通訳者の派遣等
③ 日常生活用具給付等事業	障害者の特性に応じた用具の給付
④ 移動支援事業	一人で外出するのが困難な者への支援
⑤ 地域活動支援センター事業	通所による創作的な活動や生産活動、社会との交流促進など、多様な活動の場の提供
⑥ その他の事業	福祉ホーム事業・生活訓練等事業 生活サポート事業・社会参加促進事業 他

都道府県が行う事業（①～②は必須事業）

事業名	摘要
① 専門性の高い相談支援事業	発達障害者支援センター運営事業 障害者就業・生活支援センター事業 高次脳機能障害支援普及事業 他
② 広域的な支援事業	都道府県の相談支援体制整備事業 精神障害者退院促進支援事業
③ サービス・相談支援者、指導者育成事業	障害程度区分認定調査員等研修事業 相談支援従事者研修事業 サービス管理責任者研修事業 他
④ その他の事業	情報支援等事業 社会参加促進事業 他

(5) 相談支援事業

障害者自立支援法において、相談支援事業は、地方自治体の地域生活支援事業において必須事業とされ、障害者に対する一般的な相談支援事業は市町村に一元化された。

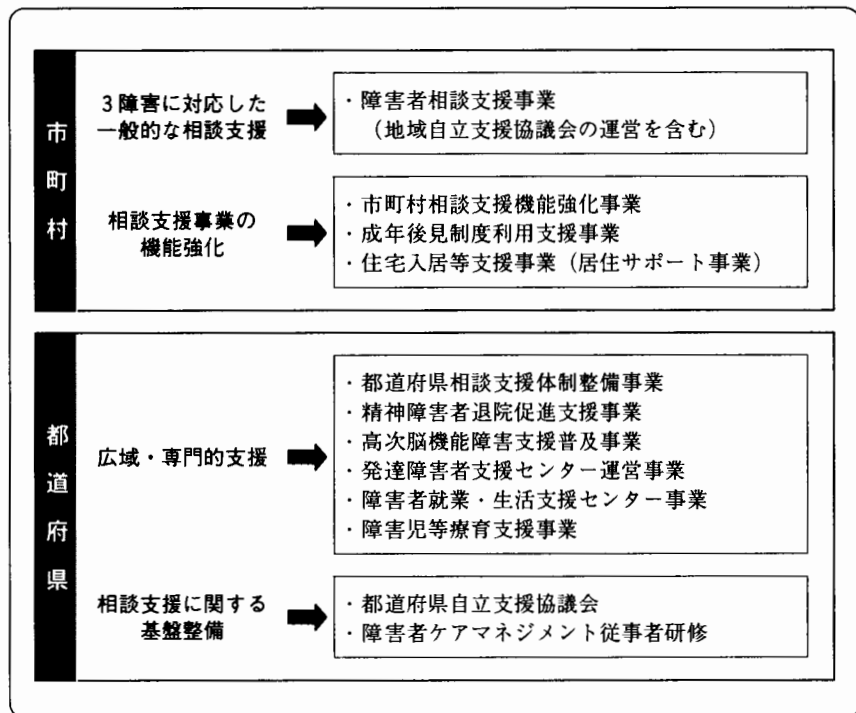
事業の内容は図のとおりである。

市町村は相談支援事業を都道府県から指定を受けた指定相談支援事業者に委託することができる（これまでの精神障害者地域生活支援センターは、地域活動支援センターⅠ型と併せて、相談支援事業を委託されることになる）。

利用者本位のサービス提供を目指す障害者自立支援法の下では、障害福祉サービスを受けようとする障害者のサービスの利用申請等における相談ニーズは高まることが予想される。さらに就労支援も含めた、サービス利用計画を作成することが必要になることもある。そのようなサービス利用計画を指定相談支援事業者が作成する場合、対象者と認められれば作成費が給付される仕組みも創設された。

また、地方自治体は、相談支援をはじめとした地域の障害者支援体制について協議するために、さまざまな関係者からなる自立支援協議会を設置することになっている。

図 地域生活支援事業における相談支援事業



(6) 地域活動支援センター事業

従来の精神障害者地域生活支援センター，小規模作業所等に代わり，地域で運営されるのが，地域活動支援センターである。

今回の改正の趣旨は，次の2点である。

- ①これまでの小規模作業所は法律上の裏付けがなかったが，何らかの法人格を持たせて，第二種社会福祉事業に位置付ける。
- ②不安定であった財源について，従来の地方交付税に加え，市町村を通じて国庫補助が行われる。

表 地域活動支援センター事業の概要について

<p>【概要】</p> <p>障害者等を通わせ、創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等地域の実情に応じ、市町村がその創意工夫により柔軟に事業を実施。</p>
<p>【事業の具体的内容】</p> <p>① 「基礎的事業」として、創作的活動、生産活動、社会との交流の促進等の事業を実施。</p> <p>② ①に加え、事業の例として以下のような類型を設け実施することが考えられる。</p> <p>a I型：相談事業や専門職員（精神保健福祉士等）の配置による福祉及び地域の社会基盤との連携強化、地域住民ボランティア育成、普及啓発等の事業を実施。</p> <p>b II型：機能訓練、社会適応訓練等、自立と生きがいを高めるための事業を実施。</p> <p>c III型：実利用人員が一定数以上の小規模作業所の支援を充実。 （このほか、III型には個別給付事業所に併設するタイプの施設を想定。）</p>
<p>【留意事項】…補助額、補助方法について</p> <p>① 基礎的事業の補助 地方交付税による、小規模作業所に対する自治体補助事業の一部を財源とする。</p> <p>② I型～III型 ①に加え、「地域活動支援センター機能強化事業費」として国庫補助を実施。 （国1/2、都道府県1/4、市町村1/4以内）</p>

II 精神障害者社会復帰施設

精神障害者社会復帰施設については、障害者自立支援法に基づく事業・施設体系の見直しに伴い、平成18年10月から平成23年度末までの経過措置期間内に新たな障害福祉サービスへ移行することとされた。

精神障害者の社会復帰の促進を図るため都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人等は、次に掲げる精神障害者社会復帰施設を設置することができることとされている（平成17年改正前精神保健福祉法第50条）。なお、精神障害者社会復帰施設を経営する事業は社会福祉法上第2種社会福祉事業として位置付けられている（平成17年改正前社会福祉法第2条）。

(7) 精神障害者生活訓練施設

精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者に対し日常生活に適応することができるように、低額な料金で居室その他の施設を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設。

(4) 精神障害者授産施設

雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、低額な料金で必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設。

(7) 精神障害者福祉ホーム

現に住居を求めている精神障害者に対し、低額な料金で、居室その他の施設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ことにより、その者の社会復帰の促進及び自立の促進を図ることを目的とする施設。

(イ) 精神障害者福祉工場

通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を雇用し、及び社会生活への適応のために必要な指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進を図ることを目的とする施設。

Ⅲ その他

(1) 精神障害者手帳交付事業

精神障害者保健福祉手帳は、一定の精神障害の状態にあることを証する手段となることにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものである。

これまで、身体障害者については身体障害者手帳が、知的障害については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることにかんがみ、平成5年に障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置付けられたことを契機に、平成7年に精神保健法を精神保健福祉法に改め、同法第45条により、手帳制度を創設したものである。

さらに、従来の精神障害者保健福祉手帳は、写真貼付欄がなく、本人確認が困難であるため、公共施設の入場料や公共交通機関の運賃に対する割引等の支援の協力を得にくいという実態があったことから、本人確認を容易にすることで、手帳の信頼性の向上を図り、もって精神障害者保健福祉手帳に係るサービスの充実に資するよう、平成18年10月より写真を貼付することとされた。

ア 手帳の対象者と障害等級

(7) 手帳の対象者

精神疾患を有する者(精神保健福祉法第5条の定義による精神障害者)のうち、精神障害のため長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある者(障害者基本法の障害者)を対象とする。

統合失調症、躁うつ病、非定型精神病、てんかん、中毒性精神病、器質精神病及びその他の精神疾患の全てが対象であるが、知的障害は含まれない。

(4) 障害等級

1級、2級、3級の三等級とする。手帳の1級及び2級は、国民年金の障害基礎年金の1級及び2級と同程度。手帳の3級は、厚生年金の3

級よりも広い範囲のものとする。

1級—精神障害であって日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級—精神障害であって日常生活が著しい制限を受けるか、又は制限を加えることを必要とする程度のもの

3級—精神障害であって日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

(ウ) 判定基準

「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」(平成7.9.12健医発第1133号厚生省保健医療局長通知)で定める判定基準により、精神疾患(機能障害)の状態と能力障害の状態の両面から総合的に判定する。

イ 交付手続

(ア) 交付主体

都道府県知事又は指定都市市長が交付する。

(イ) 申請

① 手帳の交付は申請主義とし、精神障害者本人の申請に基づき行う。但し、家族や医療機関職員等が申請書の提出や手帳の受け取りの手続を代行することができる。

② 申請窓口は、市町村とする。

③ 申請書類は、申請書のほか、医師の診断書又は障害年金の年金証書の写しに精神障害者本人の写真を添付する。

(診断書は、精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師によるもので、初診日から6か月以上経過した時点の診断書とし、写真は、縦4cm×横3cmで、脱帽して上半身を写したもので、手帳の申請のときから一年以内に撮影したものであること。)

(ウ) 判定

- ① 医師の診断書が添付された申請については、都道府県又は指定都市の精神保健福祉センターにおいて判定する。
- ② 障害年金の年金証書の写しがある場合には、精神保健福祉センターの判定を要せず交付できる。年金１級であれば手帳１級、年金２級であれば手帳２級、年金３級であれば手帳３級とする。(年金を有する者でも、希望により診断書による判定も可能である。)

(エ) 手帳の様式

手帳の表紙は、単に「障害者手帳」とし、記載事項は、氏名、住所、生年月日、性別、障害等級、手帳番号、交付日、有効期限とする。医療機関名や、疾患名は記載しない。

(オ) 更新等

- ① 手帳の有効期限は２年。２年ごとに障害の状態を再認定し、更新する。
- ② 住所又は氏名が変更した場合の届出
- ③ 手帳を破り、汚しまたは紛失した場合の再交付
- ④ 障害等級の変更申請
- ⑤ 非該当となったとき等の返還

ウ 手帳に基づく支援施策

- (7) 税制の優遇措置「精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について」(平成7. 9. 18健医発第1154号)

所得税及び住民税の障害者控除(本人、配偶者、扶養親族)、預貯金の利子所得の非課税、低所得の障害者の住民税の一部非課税、相続税の障害者控除、贈与税の一部非課税、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税の非課税等の適用が、手帳に基づき受けられる。

- (4) 生活保護の障害者加算

精神障害者保健福祉手帳の１級又は２級の場合においては、生活保護

の障害者加算の判定が受けられる。

(ウ) 生活福祉資金の貸付

精神障害者世帯は生活福祉資金のうち、身体障害者更生資金、生活資金、福祉資金、住宅資金の貸付が受けられる。

(エ) NTT番号案内無料措置

精神障害者保健福祉手帳（1級～3級）の交付を受けた者はNTT番号案内無料サービスが受けられる。

(オ) 携帯電話割引

精神障害者保健福祉手帳（1級～3級）の交付を受けた者は携帯電話の割引が受けられる。

(カ) 公共交通機関の運賃割引きや各種施設の利用料割引等

身体障害者手帳や療育手帳については、公共交通機関の運賃割引き、公共施設の利用料の割引き、公営住宅の優先入居等が行われており、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者についても、関係方面の協力を得て、順次優遇措置を増やしていくこととしている。

また、地方自治体においても、関係方面の協力を得て、公共施設等の利用料の減免等を行っている。

(2) 保健所における社会復帰促進事業

保健所は地域における精神保健福祉に関する第一線の行政機関として精神保健福祉活動を実施しているところである。昭和50年度からは、回復途上にある精神障害者の社会復帰に関する相談指導を積極的に推進するための「精神障害者社会復帰相談指導」を実施している。

また、回復途上にある精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るため、昭和62年度から保健所において「デイ・ケア事業」を実施している。なお、デイ・ケア事業が実施される保健所は、原則として社会復帰相談指導事業を実施している保健所とされており、社会保険診療報酬における「精神科デイ・ケア」の承認を受けている医療機関が地域にないこと、又はあっても地域のニーズに応

じる余裕がないこと等により、回復途上にある精神障害者が医療機関における「精神科デイ・ケア」を利用することができない地域の保健所とされている。

表4 保健所における精神保健福祉相談等事業実績

a 保健所における精神保健福祉相談等及び精神保健訪問指導の状況（一般対策分）

区分	年								
	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年	5年	6年
精神保健福祉相談等	472,388件	525,646件	655,886件	720,267件	785,410件	838,477件	896,876件	924,064件	980,678件
精神保健訪問指導	274,630	281,309	296,250	317,115	308,900	314,451	309,330	294,778	296,197

7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年
1,037,484件	1,109,956件	1,393,422件	1,399,953件	1,443,062件	1,517,341件	1,515,653件	1,518,422件	1,451,530件	1,362,809件
283,334	276,337	235,933	224,465	210,287	220,157	214,520	206,984	198,798	185,299

資料：平成8年まで 保健所運営報告（各年1月～12月）
平成9年から 地域保健事業報告（各年4月～3月）

第4章 精神保健における個別課題への取り組み

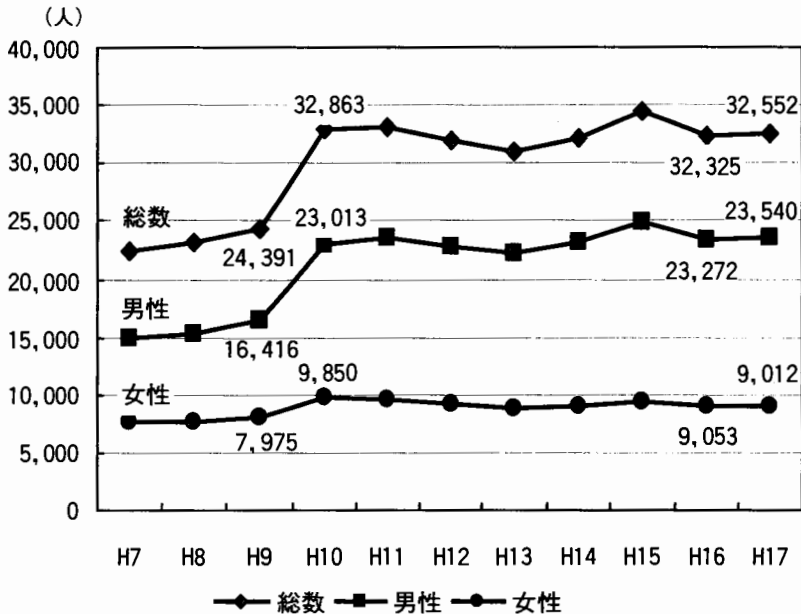
1. 自殺対策

(1) 我が国における自殺の現状

①自殺者数

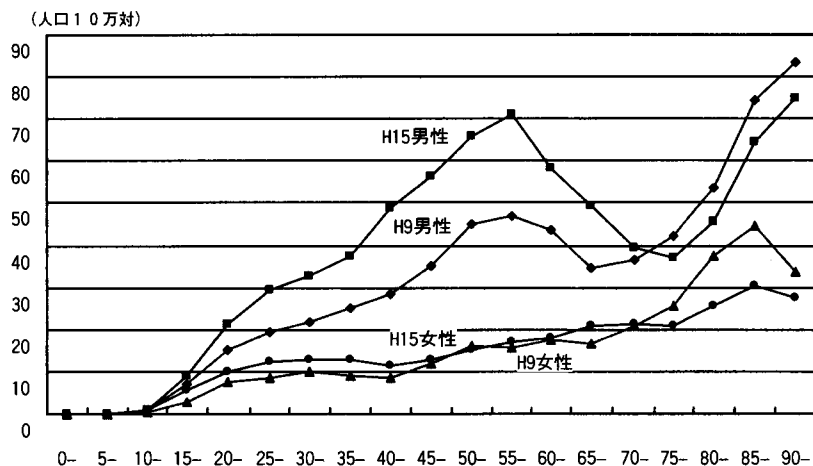
我が国における自殺者数は、警察庁の「自殺概要資料」によると、平成9年に2万4,391人であったものが、10年に3万2,886人に急増し、その後も3万人前後で推移しており、17年の自殺者数は3万2,552人となっている。これは、単純に平均して、毎日80人以上の者が自殺により死亡していることになる。

近年の自殺死亡実数の推移



平成10年に自殺者数が急増したのは、主として男性の自殺が急増したことによるものであり、特に働き盛りである40代、50代を中心とした中高年の男性の自殺者数の増加が顕著である。自殺は中高年男性の問題にとどまらず、男性の20歳から44歳までの死因の第1位となっており、女性でも15歳から34歳までの死因の第1位となっている。

年齢階層別にみた自殺死亡率の変化

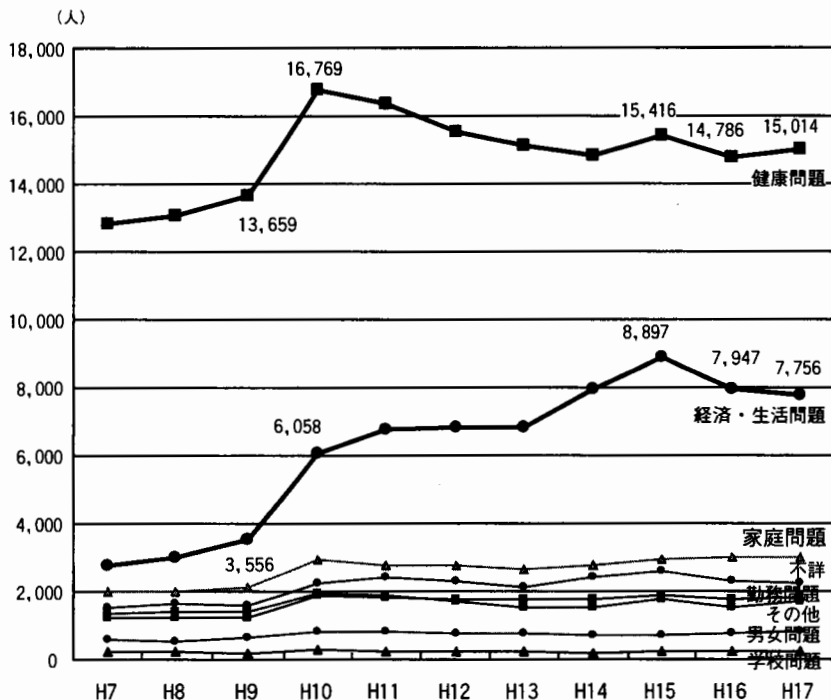


また、自殺の危険性が高いとされている自殺未遂者は、少なくとも自殺者の数倍から数十倍以上は存在するとされている。自殺は、本人にとってこの上ない悲劇であるだけでなく、家族や周囲の者に大きな悲しみや困難をもたらし、また、社会全体にとっても大きな損失である。

②自殺の原因

自殺の原因・動機としては、健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題がこれに続く（警察庁「自殺の概要」）。人が自殺に至るまでには、さまざまな背景と複雑な心理的過程があるとされる。

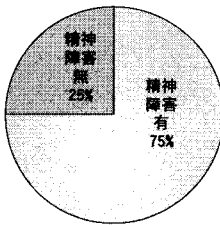
自殺の原因・動機（年次推移）



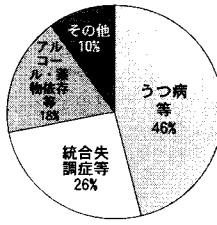
③自殺の背景としての精神疾患

生命的危険性の高い手段により自殺を図ったものの、幸い救命された者について、うつ病、統合失調症及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有する者の割合が75%で、うちうつ病の割合が46%と報告されており（出典；自殺の危険因子としての精神障害 — 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討 — 飛鳥井望（精神神経誌 96：415-443, 1994）、自殺は、精神疾患と強い相関関係があることが示唆されている。

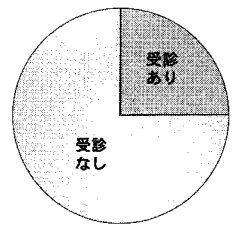
自殺の背景としての精神疾患



自殺企図者の
75%に精神障害



精神障害の約半数が
うつ病等



うつ患者は急増中。しかし、4人に3人は医療機関で治療を受けていない

自殺の危険因子としての精神障害
— 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討 —
飛鳥井望 (精神神経誌 96: 415-443, 1994)

心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 主任研究者 川上憲人
(平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

このように、自殺の背景は、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、精神疾患の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑に関係しているとされており、自殺予防対策を推進していくに当たっては、多角的な検討と包括的な対策が必要になる。

(2) 我が国における自殺予防対策

① これまでの経緯

厚生労働省は、平成10年に自殺者が急増しその後も減少しないことから、平成13年度予算において、自殺予防対策は喫緊の課題であるとし、自殺予防対策として、

- a) 有識者による自殺防止対策の懇談会の開催
- b) 相談体制等の整備
- c) 自殺防止の普及啓発
- d) 研究の推進

のための経費を総額約3億5,000万円計上し、その後も毎年計上し、平成18年度

は総額約9億1,000万円を計上している。

平成14年2月には、自殺予防についての基本的な考え方の提言を行うことを目的とする「自殺防止対策有識者懇談会」を開催し、同年12月に「自殺予防に向けての提言」を取りまとめた。この提言では、多角的な検討と包括的な自殺予防活動の必要性が指摘され、具体的な自殺予防対策として、

- a) 自殺の実態把握
- b) 心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発
- c) 危機介入として、早急にうつ病等への対策の充実に取り組むべきこと等
- d) 事後対策として、自殺未遂者や自殺者の遺族等に対する相談・支援の必要性

などが、指摘された。この中で、効果が期待でき早急に取り組むべき課題としてうつ病等への対策の充実が指摘されたため、厚生労働省は自殺対策としてうつ病等の対策の充実を行ってきた。

この一環として、「地域におけるうつ対策検討会」(平成15年8月～16年1月)において「うつ対策推進方策マニュアル」、「うつ対応マニュアル」を作成し、都道府県、全国市町村、保健所等に送付し活用を促しているところである。

また、同時期、「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」(平成15年10月～16年3月)において、国民の間では、自殺に関連する精神疾患の基本的な認識は未だ不十分であるとし、普及啓発を目的とした「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」を作成しその中で、「こころのバリアフリー宣言」を行っている。

厚生労働省を中心にして、自殺対策に取り組んでいたところであるが、平成17年7月19日参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。この前文で自殺を「個人の問題に帰することなく社会に関わる問題」と位置づけた上で、個人を対象とした精神医学的観点からの対策では不十分であると指摘されている。また、関係省庁が

一体となって総合的な対策を推進すること、自殺予防総合対策センターの設置を求めるなど5項目に及ぶ自殺総合対策についての施策提言がなされている。

これをうけ、平成17年9月に内閣官房副長官の下に局長級の自殺対策関係省庁連絡会議が設置され、平成17年12月26日に、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が取りまとめられた。

この「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」の中で、自殺の実態分析の推進、自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発、ライフステージ別の相談体制の充実、地域における相談体制の充実、相談員の育成支援、インターネット上の有害サイト対策、鉄道駅のホームドア・ホーム柵の整備促進、自殺未遂者・自殺者遺族のケアなどを行うこととしている。また、各都道府県において自殺問題を担当する部署を明確化するとともに自殺対策連絡協議会の設置を促しており、自殺対策活動を行っている公的機関・民間団体等の確かな連携体制の確立を促すこととしている。これらの施策を講ずることにより、今後10年間で自殺者数を平成10年の急増以前の水準に戻すこととしている。

政府の自殺予防対策が取りまとめられたことを受け、厚生労働省は平成18年3月に都道府県・政令指定都市に対して、障害保健福祉部長より「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」を通知した。この中で、各自治体に対して自殺対策連絡協議会の設置、相談体制の充実、情報発信・普及啓発等のお願いをしている。

さらに、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図ることを目的とする自殺対策基本法が超党派の議員立法で提出され全会一致で平成18年6月に成立し、同年10月に施行となった。自殺対策基本法では、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めなければならないとされている。大綱案の作成に資するため、高市内閣府特命担当大臣の下に「自殺総合対策の在り方検討会」が内閣府にて開催され、総合的な自殺対策の在り方について、同年11月から議論を重ねている。この検討会からの報告書も参考に平成19年6月までに

自殺総合対策大綱が策定される予定である。

②厚生労働省における主な取り組み

a) 実態把握

自殺の背景は複雑であり、本人に属する要因（性格、年齢、疾患、職業等）、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境が複合的に関係していると考えられる。このため、自殺の実態を正確かつ継続的に把握するための調査研究が必要である。現在、厚生労働省では、自殺の実態調査や予防対策の検討に関する研究、自殺と関連があるといわれる精神疾患に関する研究、そして自殺未遂者・自殺者遺族等のケアに関する研究、心理学的剖検に関する研究を行っている。また、平成17年度より「自殺対策のための戦略研究」を行っている。「戦略研究」とは成果（アウトカム）と研究方法の骨格を事前に設定し、選定された実施委託機関から公募する「成果契約型研究」であり、厚生労働省における新しい研究支援制度である。この研究のアウトカムは

○地域の自殺率を20%減少させるための介入方法を開発するための「地域特性に応じた自殺予防地域介入研究」

○自殺未遂者の再企図率を30%減少させるための「自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果 ～多施設共同による無作為化比較試験」

である。

b) 心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発

うつ病等の心の健康問題やそれに起因する自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であり、こうした点を国民一人ひとりが認識することは、自殺予防にとって重要である。このためには、自ら心の健康に関心を持ち、問題が生じた場合には、家族や周囲の者に相談したり、悪化する前に地域・職域の適切な機関に相談したりするように普及・啓発が必要である。この取り組みの一環として、

・インターネットを用いた活動

自殺対策支援ホームページ「いきる」：平成17年8月より、自殺予防教育や普及啓発教材として使用される情報の提供、各地域における自殺予防対策の事例等を収集し、総合的な情報提供をしている。

<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/>

・研修事業

地域の精神保健従事者等に対して、心の健康問題に関する知識や対応方法の習得等のための研修会を行っている。

また、産業医等を対象にメンタルヘルスに関する知識、対応方法等について研修を実施している。

・こころの健康づくり普及啓発事業（平成19年度から新事業となる予定）

各種PRにより地域における普及・啓発活動を促進するための事業である。

・「いのちの日（12月1日）」の行事開催

・政府公報

等を行っている。また、自殺対策基本法を踏まえ今後は内閣府においても自殺対策に関する普及啓発を行うこととなっている。

c) 相談体制の整備

保健所や精神保健福祉センター等の公的機関において、心の健康問題についての相談事業を行っている。また、メンタルヘルス相談実施体制の整備として、地域産業保健センターにおいて、保健所等地域の保健機関と協力し、労働者及びその家族を対象としたセミナーや相談会を実施している。

また相談事業の他、「いのちの電話（いのちの電話連盟ホームページ <http://www.find-j.jp/>）」等、自殺を考えている人が24時間相談できる、専用の電話相談を行っている。自殺を考えている人を思いとどまらせ、さらに、関係機関を適切に紹介することにより、自殺予防に寄与してい

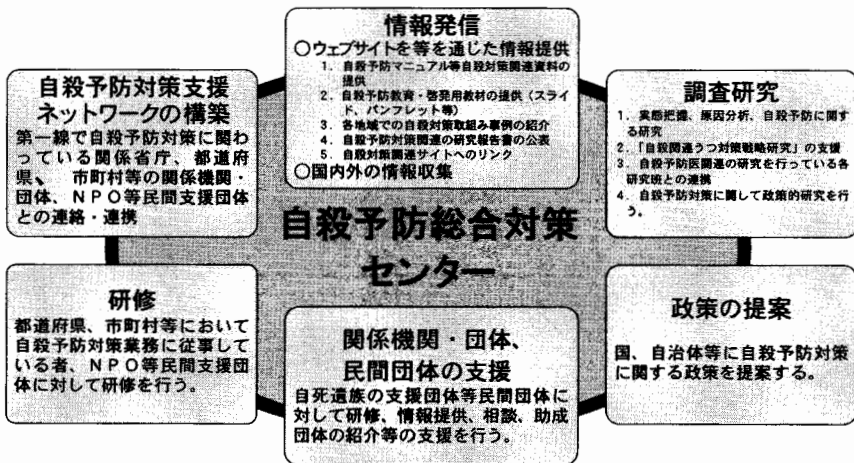
る。

d) 自殺予防総合対策センターの設置

情報の収集、発信、調査研究の支援、対策支援ネットワークの構築、関係団体等への支援、研修、政策の提案を行うことを目的とした、自殺予防総合対策センターが平成18年10月に国立精神・神経センター精神保健研究所内に設置された。実施予定事業としては、下記のものがあげられる。

- 研究の促進
- 相談体制の整備
- 相談事業
- 普及啓発

自殺予防総合対策センター



2. 老人性認知症疾患対策

(1) 認知症の疫学調査、将来推計

(ア) 認知症高齢者の推計

要介護認定データを基に推計した我が国の認知症高齢者数の症例見直し（高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」）によると、2002年9月現在、介護保健の要支援・要介護認定を受けている314万人のうち、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のⅡ以上に相当）は149万人に上る。更に、高齢者全体に占める後期高齢者の割合が増加することから、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者の数も増加の一途をたどることになる。いわゆる団塊の世代が全て65歳以上の高齢期に到達する2015年頃には380万人に達するものと見込まれる。増え続ける認知症の高齢者の暮らしをどのように支えていけばよいのかは、日本が乗り越えなければならない最重要課題の1つである。

(イ) 初老期における認知症の疫学

初老期における認知症疾患に関する疫学調査は、我が国はもちろん欧米においても数少なく、特に地域における調査は極めて少ない状況であるが、不十分ながら現在あるデータを整理すると、我が国における65歳未満の認知症疾患患者数は5万～10万人程度と推定される。若年発症例においては経過が急速であることが多く、またPick病のように特徴的な精神症状・行動異常を伴う例も存在するといった病状面での問題の他に、社会的損失や家族・介護者の経済的負担の問題、医療・介護サービスにおいて受け入れ環境が整っていないなど、多くの解決しなくてはならない問題がある。

(2) 認知症（痴呆）対策の経緯

昭和57年、新たに制定された老人保健法の国会審議の過程で、「痴呆を主とし

た老人の精神障害に対応するため、精神病床その他の施設の整備を行うとともに、老人精神障害者対策に関する専門的な調査研究を進める等総合的な対策を講ずること」との附帯決議がなされた。

昭和57年11月、公衆衛生審議会から「老人精神保健対策に関する意見」が具申され、予防と普及啓発、地域精神保健対策（訪問指導、デイ・ケア、家族の組織化等）、精神科病院における入院医療対策、従事者の確保、研究の推進、保健医療と福祉の連携など、総合的な観点からの提言がなされた。

昭和58年2月からは、保健所において、老人精神保健相談指導事業として、連絡会議を通じた関係機関の調整を図りながら、老人性認知症疾患等に関する普及啓発、相談窓口での相談、訪問指導等を行うこととなった。

昭和61年8月には、厚生省内に「痴呆性老人対策推進本部」が設置され、外部の有識者からなる「痴呆性老人対策専門委員会」における専門的事項に関する検討結果をも踏まえて、昭和62年8月に報告を取りまとめた。この報告においては、認知症の概念、実態、介護の在り方等について、当時の所見を整理した上で、①調査研究の推進と予防体制の整備（長寿科学研究における痴呆研究の推進、症状に応じたきめ細かな医療・介護ニーズの把握、脳卒中発生率の低減等）、②介護家族に対する支援方策の拡充（相談窓口の強化、デイ・サービスやショートステイなどの在宅福祉事業の拡充、病院や老人保健施設におけるデイ・ケアの促進等）、③施設対策の推進（個々の痴呆性老人の必要とする医療や介護の種類・程度に応じた各種施設の役割分担、精神科病院における痴呆性老人専門治療病棟の整備、老人保健施設の整備促進等）、④その他（職員の研修の充実、連携確保のための会議の活用、普及啓発の促進等）の4項目にわたって総合的な施策の在り方が示された。

さらに、この本部報告を受け、地域において対策を具体的に展開するための方策を検討するため設けられた「痴呆性老人対策専門家会議」は、昭和63年8月に提言を取りまとめた。この提言においては、ケアの基本的な在り方として、地域的ケア（地域ぐるみで支えること、痴呆性老人とともに生きること、一定

の圏内に多様な施設を整備すること等)、包括的ケア(予防から診断、治療、リハビリテーション、社会復帰までを含めた包括的な体系づけ、精神科的医療、身体的医療、日常生活介護を含めた幅広い対応等)、全人的ケア(個々の心理状態、生活歴、嗜好等に配慮し、尊厳やプライバシーを尊重すること等)を挙げた上で、対策の企画・立案に当たっての視点として、限りある社会資源の有効活用、個々のニーズへの多様な対応、住民参加、補完的な私的サービスの活用等を指摘している。具体的な提言としては、①相談や処遇判定等の体制(高齢者総合相談センターなどの一般的相談窓口の充実、多種類の機関への相談窓口の設置、医学的鑑別診断の体制充実、客観的な処遇方針策定のための痴呆性老人の総合的評価基準の作成等)、②在宅ケア(24時間対応可能な緊急時対応施設の確保、保健所における情報収集・分析機能の拡大、デイ・サービスセンターなどの拡充と弾力的運用、医療機関等における在宅ケアの積極的实施、家族会の支援等)、③施設ケア(各施設間の機能分化と連携強化、施設ごとの必要量の検討、ケアの行いやすい処遇環境の整備、地域に開かれた施設運営の努力、生活機能回復訓練の積極的实施、痴呆性老人の人権への配慮等)、④マンパワーの確保、研修、その他の基礎整備(マンパワーの計画的確保、潜在的な人的資源の活用、施設内マンパワーの地域への積極的な展開、医師等に対する研修の充実、事例検討などの実施、ボランティア活動を支援する活動費への配慮や事故等に対する保険の普及、連絡会議を活用したネットワークづくり等)の4項目にわたってきめ細かな施策展開のアイデアが示された。

これらの報告・提言を受けて老人性痴呆疾患治療病棟(昭和63年から)、老人性痴呆疾患センター(平成元年から)等、今日の老人性認知症疾患対策の中心的事業が開始された。

平成元年12月、高齢者保健福祉促進十か年戦略(ゴールドプラン)が策定され、高齢者の保健福祉全般にわたる公共サービスの基盤整備について、厚生大臣、大蔵大臣、自治大臣、の3大臣合意事項として、平成11年までの10か年の目標が示された。

平成2年には、老人福祉法等福祉関係8法の改正が行われ、すべての市町村及び都道府県において、地域の高齢者のニーズを踏まえ、将来の保健福祉サービスの具体的な目標を設定する老人保健福祉計画を平成5年度中に策定することなどが規定された。

このように、高齢者の保健福祉全般にわたってサービス提供の制度基盤が整備されたことを背景として、認知症性老人対策についても、年を追って新たな対策メニューが設けられるなど、充実が図られた。

また、平成5年11月からは、認知症性老人対策を総合的に検討するため、高齢者対策関係3審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の合同委員会として「痴呆性老人対策に関する検討会」が開催され、所要の検討が行われた。

平成6年2月には、「初老期における痴呆対策検討委員会」が報告をまとめ、従来必ずしも社会的に関心が向けられていなかった65歳未満の認知症の問題について、現状と今後の対応に関する指摘がなされた。

平成6年12月には、平成元年12月に策定した高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）を全面的に見直し、平成11年までを計画期間とする新たな整備計画（新ゴールドプラン）を策定し、政府全体としてその着実な実現を図ることとした。

平成11年12月には、我が国の高齢化率が世界最高の水準に達することが予想されるとともに、平成12年度から介護保険法が施行されることなどから、高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るため、介護サービス基盤の整備を含む総合的なプラン（ゴールドプラン21）を策定した。

平成15年3月、厚生労働省老健局内に高齢者介護研究会が設置され、当研究会委員により高齢者介護のあり方などについて検討がなされ、平成15年6月に報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」がまとめられ、その中では、認知症高齢者ケアが高齢者介護の中心的な課題であるとの提言がなされ、認知症高齢者ケアを中心とした新しいケアモデルを確

立するための課題が示された。

平成17年6月には、「痴呆」という用語を「認知症」に改めることや認知症高齢者等を身近な地域で支えるための新たなサービス体系の確立等を内容とする介護保険法の改正が行われ、平成18年4月より本格施行された。

(3) 老人性認知症疾患対策

(7) 相談事業

認知症の相談窓口は、医療・保健関係、介護・福祉関係等に分けられる。医療・保健関係では、精神保健福祉センター、保健所における相談事業や、老人性認知症疾患センターがあり、保健師、精神保健福祉士等の専門スタッフが相談に応じ、関係機関とも連携する体制がある。介護・福祉関係では、市町村に設置される地域包括支援センターに、地域を核とした支援体制の強化の期待が寄せられている。

(4) 専門医療

① 老人性認知症疾患センター

この事業は、都道府県が、保健医療・福祉機関等と連携を図りながら、老人性認知症疾患患者の専門医療相談、鑑別診断・治療方針選定、夜間や休日の救急対応を行うとともに、地域保健医療・福祉関係者に技術援助等を行うことにより、地域の老人性認知症疾患患者等の保健医療・福祉サービスの向上を図ることを目的としています。

② 老人性認知症疾患治療病棟

- ・ 精神症状や問題行動（認知症に伴う行動と心理症状）が特に著しい認知症で、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、短期集中的に精神科的治療と手厚いケアを提供する施設。
- ・ 当該病棟を有する医療期間は、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つ。
- ・ 1病棟は概ね40～60床で、原則として1階に設置し、窓には鉄格子は用いない。

③ 重度認知症患者デイ・ケア

- ・ 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症である老人の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、患者1人当たり1日につき6時間以上行った場合に、1日につき1,000点算定できる。
- ・ 60㎡以上かつ利用者1人当たり4㎡以上の床面積。
- ・ 精神科医が1人以上勤務。
- ・ 専従する「作業療法士及び看護師」それぞれ1人以上勤務。
- ・ 専従する「精神科病棟勤務経験を持つ看護師，精神保健福祉士，又は臨床心理技術者」のいずれか1人勤務。
- ・ 1単位利用者25人以内で、1日2単位が限度。

④ 精神病床における重度認知症加算

- ・ 精神病棟入院基本料を算定している病棟において、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算できる。

3. アルコール関連問題対策

アルコール関連問題とは、アルコールの有害な使用により生じた害全般のことを指し、疾患だけでなく、飲酒運転や労働生産性の低下などの社会問題も含む概念である。アルコール関連問題は、アルコール消費量と密接な関連が見られる。課税数量から推測されるわが国のアルコール消費量は、戦後一貫して増大傾向であったが、ここ数年間でようやく停滞～減少傾向となった。しかし平成16年の段階でも成人人口一人あたり年間8.2リットル（アルコール分100%換算）であり、様々な飲酒問題が見られる。

(1) アルコールの疫学

わが国でのアルコール関連問題は従来中年男性が中心であった。しかし、近年、女性の飲酒習慣の定着化にともなう女性アルコール依存症者の増加や高齢者の飲酒問題など新たなアルコール関連問題が出現している。

一般成人人口における飲酒パターンおよびアルコール関連問題の実態に関しては、平成15年度厚生労働科学研究「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」研究班（主任研究者：樋口進久里浜アルコール症センター副院長）が全国調査を実施した結果から、有害な使用に該当するものが男性の4.8%、女性の0.5%（この場合アルコール依存症を含む）、うちアルコール依存症が、それぞれ1.9%、0.1%であり、81万人となっていることが報告されている。一方、厚生労働省の患者調査では、「アルコールによる精神・行動の障害」の総患者数は約5万人前後で推移しており（表3）、調査が1年間のある時点での受療者の数であることを考慮しても未治療の患者が多く存在することを示唆している。

また、飲酒は、周囲の人々に対しても、時に酩酊時の暴言や暴力、セクシャルハラスメントなどさまざまな悪影響を及ぼす。日本では伝統的に酩酊時の問題行動に関して寛容であるが、前記調査では飲酒による被害者の数が、3040万人に上ると推測されている。

未成年者の飲酒に関しては、平成8年度厚生労働科学研究「未成年者の飲酒行

動に関する実態調査」研究班(主任研究者:箕輪眞澄国立公衆衛生院疫学部長),平成12年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する実態調査」研究班(主任研究者:上畑鉄之丞澄国立公衆衛生院疫学次長),平成16年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する実態調査」研究班(主任研究者:林謙治国立保健医療科学院次長)で全国の学校を対象に継続的に調査が行われている。それによると,月飲酒者率(この30日間に1日でも飲酒した者の割合)に関しては,中・高生では,すべての学年・性別で減少傾向にあることが報告されている(表4)。原因としては,親などの飲酒率の減少,友人のネットワークの縮小,喫煙率の減少に伴うもの,学校や自治体の対策の効果,携帯電話への支出のシフトなどが仮説として考えられている。

表1 アルコール消費量と飲酒習慣者数の推移

年	飲酒習慣者の年次推移(男性)(%)	飲酒習慣者の年次推移(女性)(%)	酒類のアルコール分100度換算課税数量合計	人口1人当たり酒類のアルコール分100度換算課税数量	成人人口1人当たり酒類のアルコール分100度換算課税数量
昭和40年			373,372	3.80	6.00
昭和45年			516,752	4.98	7.40
昭和50年			629,682	5.63	8.20
昭和55年			682,761	5.83	8.40
昭和60年			753,838	6.23	8.76
昭和61年	51.4	5.3	762,005	6.26	8.79
昭和62年	50.8	5.9	780,060	6.38	8.88
昭和63年	53.4	6.3	813,164	6.62	9.15
元年	51.5	6.3	773,795	6.28	8.59
2年	52.1	6.1	837,107	6.77	9.19
3年	48.5	6.5	820,673	6.62	8.90
4年	50.4	6.7	833,435	6.70	8.92
5年	46.3	5.8	868,846	6.96	9.18
6年	43.6	6.0	849,753	6.95	9.07
7年	54.4	7.4	862,135	6.87	8.89
8年	52.5	7.6	880,776	7.03	9.00
9年	51.6	8.8	869,889	6.93	8.82
10年	52.2	9.4	868,958	6.90	8.73
11年	52.7	8.1	880,197	6.98	8.80
12年	50.8	9.0	861,731	6.82	8.56
13年	53.3	9.1	871,538	6.89	8.61
14年	49.0	8.5	856,615	6.76	8.42
15年	42.9	9.3	857,522	6.72	8.35
16年	38.2	7.1	846,660	6.63	8.20

- 注1) 単位：飲酒習慣の年次推移は%，酒類のアルコール分100度換算課税数量はキロリットル，人口・成人1人当たりアルコール分100度換算課税数量はリットル/年。
- 注2) 飲酒習慣の年次推移は，厚生労働省栄養調査に基づき作成。昭和61年以前は栄養調査での飲酒習慣の調査は行われていない。また平成15年以降の値に関しては習慣飲酒の質問形式が変わったため，それ以前の値との単純な比較はできない。
- 注3) 酒類のアルコール分100度換算課税数量，人口・成人1人当たりアルコール分100度換算課税数量は国税庁調べに基づき作成。

表2 各国別人口1人あたりアルコール飲料消費数量の推移(アルコール分100%換算)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ドイツ	11.0	10.8	10.6	10.6	10.5	10.4	10.4	10.2
フランス	11.2	10.9	10.8	10.7	10.5	10.5	10.3	9.3
米国	6.6	6.6	6.5	6.7	6.7	6.8	6.7	6.8
南アフリカ	4.9	4.8	4.8	5.0	4.7	4.8	4.7	4.6
タイ	4.5	4.4	4.3	3.9	4.4	4.5	4.3	4.3
ブラジル	4.1	4.1	4.0	4.2	4.5	4.1	4.2	4.2
中国	3.7	3.8	3.7	3.8	4.0	3.9	3.9	4.0

資料：国税庁「酒のしおり」。単位リットル/年

表3 「アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害」総患者数推移

	総数	男性	女性
平成8年	5.5万人	5.0万人	0.5万人
平成11年	4.4万人	3.9万人	0.5万人
平成14年	4.9万人	4.3万人	0.6万人
平成17年	5.1万人	4.4万人	0.7万人

資料：厚生労働省患者調査

表4 学年別月飲酒者率推移(%)

		1996	2000	2004			1996	2000	2004
男	中学1年	26.0	24.5	16.5	女	中学1年	22.2	22.8	17.4
	中学2年	30.4	29.1	21.6		中学2年	24.6	26.7	20.8
	中学3年	32.1	33.1	23.6		中学3年	25.4	26.9	21.6
	高校1年	43.9	43.3	30.5		高校1年	34.9	38.8	30.1
	高校2年	52.5	50.1	37.2		高校2年	43.3	42.5	35.3
	高校3年	54.9	53.4	41.5		高校3年	43.4	45.2	37.4

(2) アルコール関連問題

アルコール依存症は重大な疾患で、アルコール関連問題の頂点に位置するものである。しかし、アルコール関連問題の真の重大さは、裾野部分の広がり

ある。その全体像を疫学データとして捉えることはなかなか困難であるが、一年間にアルコール関連問題全体に対してわが国の社会が支払っている金額は約6兆6千億円（1987年）（表5）と推定されており、そのうち8割以上は欠勤や生産性低下、事件・犯罪に関わる費用など医療以外の部分が占めており、社会問題としてのアルコール関連問題の大きさを示している。

(ア) アルコールに起因する身体的障害

アルコールは全身あらゆる臓器の障害を引き起こす。特に消化器疾患との関わりは深く、消化器疾患の医療費の約34%を占めていると推定されている。それ以外にも糖尿病などの代謝性疾患の18.9%、感染症の16.4%が飲酒に起因し、その他の医療費も含めると、国民医療費全体の6.9%（1987年）がアルコール関連と推定されている。（表6）

表5 日本におけるアルコール乱用による社会的費用：1987年

	(100万円)
主費用	
直接費用	
治療	1,174,190
医療費	(1,095,687)
その他の治療費用	(78,503)
支援	88,586
間接費用	
死亡	923,081
有病	4,415,597
生産性の低下	4,257,277
労働不能による損失	(158,320)
関連費用	
直接費用	
自動車事故（物損）	3,498
犯罪	151
社会福祉プログラム	23,477
その他	8,915
合計	6,637,495

資料：我が国のアルコール関連問題の現状

表6 傷病分類別の飲酒に起因する医療費：1987年

傷病分類	傷病分類別医療費 (十億円)	飲酒に起因する医療費 (十億円)
感染症及び寄生虫症	456	74.7
新生物	1,174	74.0
精神障害	1,114	53.2
循環系の疾患	3,780	1.6
消化系の疾患	1,881	639.5
神経系及び感覚器の疾患	978	17.2
内分泌、栄養及び代謝疾患並 びに免疫障害	669	126.4
損傷及び中毒	1,091	109.1
合計	15,816	1,095.7

資料：我が国のアルコール関連問題の現状

(イ) アルコールに起因する精神障害

アルコールは脳への作用があり、多幸感や、入眠の助けなどの好ましい作用をもつ一方で、依存性薬物としての性質、すなわち精神毒性や、身体依存（離脱症状）、精神依存、耐性などの性質もあり、さまざまな障害を引き起こす。

精神毒性とは、薬物のもつ中枢神経系への毒性を意味し、認知症や幻覚・妄想などを引き起こす作用のことである。また、身体依存は、俗に禁断症状といわれる離脱症状と密接にかかわりがあり、身体依存が形成されると離脱症状が出現する。またそれ以外にも、慢性反復使用による耐性とよばれる薬理効果（酩酊感）が減弱する性質も有しており、多量飲酒の原因のひとつとなっている。

a アルコール依存症

アルコール依存症とはアルコールに対するコントロール喪失を来たした状態であり、多くは長年にわたる多量飲酒の結果として生じる。診断には世界保健機関が作成したICD-10の依存症候群の診断基準を用いる（表7）。

表7 ICD-10による「依存症候群」の診断ガイドライン（概要）

依存症の診断基準確定診断は、通常過去の1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上がともに存在した場合にのみみくすべきである。

- (A) 物質を摂取したいという強い欲望あるいは強迫感。
- (B) 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難。
- (C) 物質使用を中止もしくは減量したときの生理学的離脱状態。その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質（もしくは近縁の物質）を使用することが証拠となる。
- (D) はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果をj得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠。
- (E) 精神作用物質使用のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。
- (F) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する。たとえば、過度の飲酒による肝臓障害、ある期間物質を大量使用した結果としての抑うつ気分状態、薬物に関連した認知機能の障害などの害、使用者がその害の性質と大きさに実際気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない。

b アルコールの有害な使用

有害な使用とは、飲酒者自身の健康に害を及ぼす飲酒パターンのなかで、依存症をのぞいたものを指す。通常はアルコール依存症より症状が少なく、重症度が低い。

c 急性アルコール中毒

中毒とは、生理学的には物質摂取後の生理学的・心理学的変化全般を指すが、臨床的には、急性アルコール中毒とは酪酊により生命が危険

にさらされた状態の事を指す。日本では、東京都だけでも毎年1万人以上が救急搬送されており、10代、20代の若者で約半数を占める。特に、花見や歓迎会のある4月、夏休み前の7月、忘年会シーズンの12月に多く発生する傾向がある。

d アルコールに関連したその他の精神障害

うつや認知症といった精神疾患の発症や増悪にもアルコールは関わっている。

(7) アルコールに起因する社会的問題

家庭内における虐待、離婚、夫婦間暴力や、職場における欠勤、生産性低下、さらには事故や犯罪に至るまで、さまざまな社会的問題がアルコールによって引き起こされている。特に若年者では、飲酒と事件・事故の関係性が高い。

(3) アルコール関連問題対策

アルコール関連問題対策は、アルコール依存症のように専門医療機関での対策が必要となることもあるが、基本的に地域や教育現場での予防活動が中心となる。予防活動の基本方針となっているのが平成12年に厚生労働省で定められた「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」である。

健康日本21でのアルコール分野の目標

1. 1日に平均純アルコールで60gを超え多量に飲酒する人の減少
2. 未成年者の飲酒をなくす
3. 「節度ある適度な飲酒」としては、1日平均純アルコールで約20g程度である旨の知識を普及する。

(7) 1次予防

病気の原因をもとから絶つ1次予防は3つに分けられる。第一には、個人の生活スタイルの改善を通じた健康増進、第二に環境における危険

因子の削減を目指す健康保護、第三に病気の発生の予防を目指す疾病予防である。各個人への働きかけは、生活スタイルの改善を図る健康増進が中心となる。例として、未成年者への学校でのアルコール教育、一般成人への地域や企業を通じた啓発活動がある。健康日本21の「節度ある適度な飲酒」も、これに該当するが、飲酒習慣のない人やアルコール依存症者に飲酒を奨励するものではない。

また、環境における危険因子を削減するという健康保護の対策として、未成年者が酒類を入手しづらくするような環境作りや、飲酒を強要するような社会環境を変えていくことも重要である。

(イ) 2次予防

病気の早期発見、早期治療である。アルコール関連問題ではアルコール依存症まで至っていない問題飲酒者とその対象となる。アルコール関連問題の特徴としては、問題が深刻化するに従って本人の問題を否認する傾向が強まり、治療導入が困難となることが挙げられる。そのため、早期発見、早期介入は他の疾患にもまして重要であり、医療機関や地域、企業でのネットワークが必要となってくる。

(ウ) 3次予防

アルコール依存症になると飲酒コントロールが回復することはない。そのためアルコール依存症者に対しては、飲酒コントロールの回復ではなく、飲酒コントロールを喪失した状態での飲酒問題の再燃・悪化防止と社会復帰が目標となり、断酒による3次予防が中心となってくる。断酒導入には入院治療が必要となることが多い。入院治療は、3ヶ月を基本とし、通常は、急性期のアルコール離脱管理と内科的検査、治療を中心とするⅠ期治療（通常は約1ヶ月）、その後の再飲酒防止のためのリハビリテーションプログラムを中心とするⅡ期治療（通常は約2ヶ月）に分けて行われる。Ⅱ期治療のプログラムとしては、集団治療、作業療法、AAや断酒会など自助グループへの参加などがあり、病識を深め断酒へ

の動機付けを強化していく。これらの治療法は、昭和38年にわが国で最初のアルコール専門病院として設立された久里浜病院（現国立病院機構独立行政法人久里浜アルコール症センター）で確立され、研修会などを通して全国に広まり、現在でもアルコール依存症治療の主流となっている。最近では、それに加え認知行動療法や外来での断酒導入なども新たな治療も行われるようになってきている。またアルコール依存症は再発の多い疾患（1年断酒率は約3割）であることから、一旦断酒した後も、通院、抗酒剤服用、自助グループへの参加といった治療的取組を継続することが必要である。

（4）アルコール依存症の研修

現在わが国の医学部にはアルコールの講座は存在せず、以上の対策を実施するためにはマンパワーの養成の場が必要である。この目的のため、厚生労働省精神・障害保健課が実施主体となり久里浜アルコール症センターにおいて「アルコール依存症臨床医等研修」が昭和50年度から行われている。これは、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士等を対象とし、春と秋の年2回実施され、平成18年9月までに合計4,747人が修了している。

4. 薬物乱用防止対策

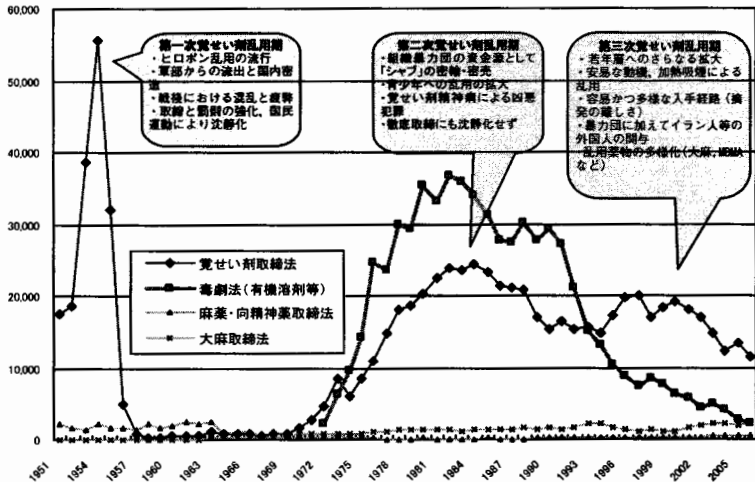
(1) 薬物乱用の現状と対策

近年、我が国の薬物乱用状況は国際化の進行の中で大きな節目を迎えている。主要な乱用薬物は、相変わらず覚せい剤と有機溶剤であり、特に覚せい剤乱用は依然として大きな社会問題である。

そもそも、我が国の薬物乱用は昭和20年代の覚せい剤（いわゆるヒロポン）の流行、30年代のヘロイン及び睡眠薬の乱用を経て、40年代後半からシンナー等有機溶剤の乱用及び再び覚せい剤の流行を迎え、今日に至っている。さらに最近では、MDMA等錠剤型麻薬や大麻の乱用が拡大するとともに、違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）乱用も問題となるなど、乱用薬物の多様化がみられる。

昭和20年代の第一次覚せい剤乱用期から現在に至るまでの薬物事犯検挙人員の推移を図1に示す。

図1 薬物事犯検挙者数の推移



(厚生労働省、警察庁、海上保安庁、財務省の統計資料による)

第一次覚せい剤乱用期は昭和29年をピークとして薬事法改正、あるいは覚せい剤取締法制定及び改正、国民の広範な覚せい剤撲滅運動等によって、32年前後に一応の鎮静化をみた。しかし昭和40年代半ばから再び覚せい剤乱用は流行の兆しを見せ始め、検挙人員は55年以降2万人を超え、59年には24,372人とピークに達した。その後、減少傾向、平衡状態にあったものの、平成7年には17,364人と再び増加に転じた。平成9年1月、従来の総理府を中心とする薬物乱用防止対策推進本部が首相を本部長とする組織へと格上げされた。平成10年1月、警察庁より「第三次覚せい剤乱用期」への突入が宣言されたが、この第三次乱用期は、①一部外国人による密売の増加、②乱用の中学生・高校生までの浸透、③携帯電話やインターネットなどの新しい通信技術の悪用、④密造拠点の海外での新たな展開に特徴づけられる（表1）。

表1 覚せい剤事犯における中学・高校生の検挙者数の推移

区分	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
中学生	19	21	43	39	24	54	45	44	16	7	23	11
高校生	93	220	219	103	81	105	83	66	36	41	55	44
合計	112	241	262	142	105	159	128	110	52	48	78	55

(厚生労働省、警察庁、海上保安庁、財務省の統計資料による)

覚せい剤は、アンフェタミン、メタンフェタミンを中心とする中枢神経興奮薬であり、我が国では後者が主に乱用されている。覚せい剤は、依存形成がきわめて強く、乱用により容易に依存状態を生みだし、さらには幻覚・妄想状態を伴う中毒性精神病を高頻度にもたらす。覚せい剤依存の中心は精神依存であり、その強さは、自己コントロールを遥かに凌ぐもので、入手に絡む犯罪と幻覚・妄想による凄惨な事件が後を絶たない。

一方、シンナー等有機溶剤の乱用は、昭和42年、東京の新宿で始まった若者による接着剤吸入の流行が全国へと拡散したものである。昭和47年に毒物及び劇物取締法が一部改正され、有機溶剤の摂取・吸引等が規制の対象として付け

加えられた。シンナー等有機溶剤の乱用は、一時期ほどの勢いはないものの、低年齢からの有機溶剤吸引によってもたらされる心身にわたる健康被害および心理・社会的障害はきわめて深刻であり、またその後の覚せい剤等の薬物乱用へのつながりも指摘されており、決して予断を許さない。

また最近では、未成年者及び若年層を中心としてMDMA等錠剤型麻薬の乱用が急激に拡大しており、平成18年の麻薬及び向精神薬取締法違反における検挙人員の約70%を占めるなど、検挙者数、押収量ともに増加傾向にある。大麻も、平成15～18年における検挙人員は2,000人を超え、検挙者数、押収量（乾燥大麻・大麻樹脂）ともに高水準にあり、確実に乱用が拡大していると推定される。

これらの規制薬物以外では、向精神薬を中心とする医薬品の乱用も一部に根強くみられている。医療機関からの処方薬としては睡眠薬、抗不安薬が中心だが、メチルフェニデートの乱用・依存例も従来より報告されている。これらの処方薬乱用ではそもそも医原性の要因が強い例が多いが、症状を偽るなどして乱用を目的として複数の医療機関から処方を受ける例もあり、医療機関側の診断技術や乱用・依存問題に関する知識の向上と情報共有等が求められる。このほか、市販薬（OTC）としては鎮咳薬、鎮痛薬、鎮静薬などが乱用されることが多い。

このような覚せい剤等の薬物乱用防止対策においては、児童・青少年を中心に未だ薬物乱用に至っていない若者への薬物乱用防止教育および啓発活動が重要である。同時に、取締りの強化が必要である。しかし、現実には予防教育と取締りの強化だけでは十分とはいえない。次に述べるように、乱用の多くは基礎に依存状態が存在することを考えれば、乱用の反復を阻止するためには、依存症に対する有効な治療プログラムの存在が不可欠である。乱用・依存者の多くが、別の乱用・依存者から誘われて薬物を乱用し始めているという事実を目を向ければ、既存の依存症者に対する治療的対応が、新たな乱用・依存者を減らすことにもつながることが容易に理解される。

(2) 薬物の乱用、依存および中毒

「薬物乱用」とは社会的常識あるいは規範から逸脱した目的又は方法で薬物を使用することを言う。これには、違法薬物の使用や、医薬品の非治療的な使用などが含まれる。「薬物依存」とは、生体と薬物の相互作用によって生じた、薬物摂取をやめようと思ってもやめられない状態をさし、そこでは薬物使用に関するコントロールがすでに失われている。依存は、依存性薬物の反復使用によりもたらされ、すべての依存性薬物は、薬物使用への強い心理的欲求である「精神依存」を引き起こす。「薬物中毒」とは、薬物の摂取によって人体にもたらされる心身の医学的障害で、急性中毒と慢性中毒とがある。急性中毒は、多くは乱用によって薬物の直接的な薬理効果が一過性に発現したもので、意識・認知・情動面等にさまざまな障害が出現する。慢性中毒は、幻覚・妄想状態を中心とする精神病性障害が中心で、中毒性精神病とよばれ、しばしば遷延化する。つまり、急性中毒は乱用の結果生じ、依存は乱用の繰り返しの結果生じる。そして、依存を基盤として乱用をさらに反復することにより、中毒性精神病等の慢性中毒状態が生じる。

初期の乱用に対しては、基本的に刑事司法機関が関与するとともに、乱用予防のためには、薬物乱用防止教育ならびに啓発活動が必要となる。また、急性・慢性中毒は医療の対象である。一方、依存からの回復には、依存者自身の治療への動機づけがまず必要であり、断薬と同時に、薬物使用に関連した一切の生活様式を改め、断薬を維持する必要がある。そのためには、医療だけでは対処しきれない側面が多々あり、医療、福祉、教育、取り締まり及び司法領域等の相互連携が必要となる。

なお、薬物乱用者および中毒性精神障害者、慢性中毒者注)に関連した法律は以下の通りである。

ア 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

この法律には、精神障害者が「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」と

定義されており、覚せい剤、有機溶剤、向精神薬、アルコール等の精神作用物質による中毒性精神障害者と、精神病状態をきたしていない慢性中毒者（依存症者）に対する医療及び保護、福祉について規定している。

イ 麻薬及び向精神薬取締法

この法律で規定される麻薬には、ヘロイン、モルヒネなどのオピエート類のみならず、中枢刺激剤であるコカイン、幻覚作用をもつMDMA、LSD、サイロシビン、トリプタミン類などの多様な物質が含まれる。同法では、「麻薬中毒者（麻薬、大麻及びあへんの慢性中毒の状態にある者）」に対する医療および保護が規定されている点が他の薬物法令と異なる。

精神保健指定医は、麻薬中毒者又はその疑いのある者についての診察と、麻薬中毒の有無および入院措置の必要性についての診断を、都道府県知事より求められることがある。同法施行令によれば、精神保健指定医による「麻薬中毒者」の診断は、「麻薬の施用に起因する身体または精神の異常」と「麻薬に対する精神的身体的依存」の有無に基づいて行われる。麻薬中毒者と診断した医師には、患者の居住地または現在地の都道府県知事への届出義務が課されている。診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、その者を入院させなければ精神的身体的依存により麻薬、大麻、あへんの使用を繰り返すおそれが著しいと認められたときは、都道府県知事は麻薬中毒者医療施設（省令で定められる）における入院措置および必要な医療を行うことができる。

ウ 覚せい剤取締法

覚せい剤の使用、製造、所持、譲渡の取締りについて規定している。医師の届出義務についての規定はない。

エ 毒物及び劇物取締法

トルエン、シンナーなどの有機溶剤の吸引、所持、製造、輸入、販売について規定している。医師の届出義務についての規定はない。

オ 大麻取締法

大麻の所持，栽培，譲渡の取締りについて規定している。

カ あへん法

けしの栽培とあへん，けしの所持，譲渡の取締りについて規定している。

(3) 薬物乱用についての疫学調査の結果

ア 薬物乱用経験について（全国住民調査）（表2，表3）

表2 薬物乱用に誘われたことのある者の割合（％）と推計人数

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	2.00 (208万±46万)	1.72 (181万±44万)	2.87 (306万±57万)	3.87 (416万±57万)	3.03 (328万±51万)	3.14 (342万±53万)
大 麻	1.31 (136万±37万)	1.59 (167万±42万)	1.64 (175万±43万)	2.06 (221万±42万)	1.46 (158万±36万)	2.42 (264万±46万)
覚せい剤	0.66 (69万±26万)	0.41 (43万±21万)	0.95 (101万±33万)	1.10 (118万±31万)	0.93 (101万±29万)	1.02 (111万±30万)
ヘロイン	0.16 (17万±13万)	0.20 (21万±15万)	0.20 (21万±15万)	0.24 (26万±15万)	0.18 (20万±13万)	0.18 (20万±13万)
コカイン	0.22 (23万±15万)	0.11 (12万±11万)	0.47 (50万±23万)	0.33 (35万±17万)	0.29 (31万±16万)	0.33 (36万±17万)
L S D	— —	— —	0.42 (45万±22万)	0.26 (28万±15万)	— —	— —
MDMA	— —	— —	— —	— —	0.34 (37万±17万)	0.17 (19万±12万)
上記いずれか	2.88 (299万±54万)	3.24 (341万±59万)	4.09 (435万±67万)	5.03 (541万±65万)	4.16 (451万±60万)	4.43 (483万±62万)
有機溶剤を 除いたいずれか	1.74 (181万±42万)	2.00 (210万±47万)	2.30 (245万±51万)	2.30 (247万±45万)	2.04 (221万±42万)	2.94 (321万±51万)

(国立精神・神経センター精神保健研究所，薬物依存研究部による)

表3 薬物乱用を経験したことのある者の割合(%)と推計人数

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	1.70 (177万±42万)	1.89 (199万±46万)	1.74 (185万±44万)	1.95 (210万±49万)	1.68 (182万±39万)	1.48 (161万±36万)
大 麻	0.54 (56万±24万)	0.61 (64万±26万)	0.98 (104万±33万)	1.06 (114万±36万)	0.54 (59万±22万)	1.34 (146万±35万)
覚せい剤	0.29 (30万±17万)	0.30 (32万±18万)	0.43 (46万±22万)	0.32 (34万±20万)	0.40 (43万±19万)	0.31 (34万±17万)
ヘロイン	0.03*	0.02*	0.07*	0.05*	0.06*	0.03*
コカイン	0.09*	0.06*	0.16 (17万±14万)	0.14 (15万±13万)	0.10 (11万±9万)	0*
L S D	—	—	0.18 (19万±14万)	0.11 (12万±12万)	—	—
MDMA	—	—	—	—	0.05*	0.10 (11万±10万)
上記いずれか	2.17 (225万±42万)	2.53 (266万±53万)	2.59 (276万±54万)	2.68 (288万±57万)	2.14 (232万±43万)	2.43 (265万±47万)
有機溶剤を 除いたいずれか	0.75 (78万±25万)	0.82 (86万±30万)	1.33 (142万±39万)	1.33 (143万±40万)	0.83 (90万±27万)	1.55 (169万±37万)

(* 統計誤差以内) (国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部による)

イ 中学生の「シンナー遊び」の状況について(全国中学生調査)(表4, 表5)

表4 有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)に誘われたことのある中学生の割合(%)

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
1年生	1.2	0.9	1.2	1.2	1.2	0.9
2年生	1.6	1.7	1.6	1.7	1.3	1.3
3年生	2.2	2.5	2.4	1.9	1.8	1.5
全 体	1.7	1.7	1.8	1.6	1.5	1.2

(国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部による)

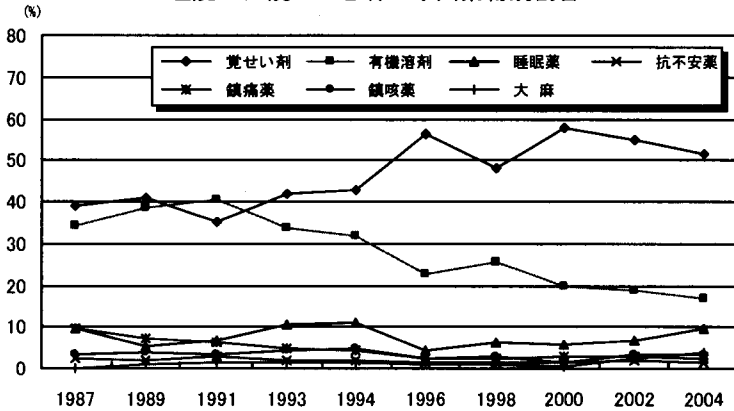
表5 有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)を経験したことのある中学生の割合(%)

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
1年生	0.9	1.1	1.1	1.2	1.1	0.8
2年生	1.0	1.2	1.2	1.3	1.1	0.8
3年生	1.3	1.7	1.5	1.3	1.3	1.0
全 体	1.1	1.3	1.3	1.2	1.1	0.9

(国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部による)

ウ 全国の有床精神病院に薬物使用が原因で通院・入院した患者の原因薬物別割合

図3 全国の有床精神病院に薬物使用が原因で通院・入院した患者の原因薬物別割合



(国立精神・神経センター精神保健研究所、薬物依存研究部による)

(4) 覚せい剤慢性中毒者に対する医療及び保護

覚せい剤の慢性中毒者又はその疑いのある者(以下、「覚せい剤の慢性中毒者等」という。)についての医療及び保護は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づいて行われている。覚せい剤の第一次乱用期中の昭和26年に、覚せい剤取締法が制定されるとともに、昭和29年に精神衛生法が改正され、覚せい剤、麻薬、あへんの慢性中毒者又はその疑いのある者に対する医療及び保護に限り、精神障害者の規定が準用された。その後、ヘロイン等の流行により、昭和38年に麻薬取締法が改正され、麻薬と大麻、あへんの慢性中毒者又はその疑いのある者の措置入院制度が設けられた。

平成11年の精神保健福祉法改正により上記の準用規定が廃止され、「精神作用物質による急性中毒又はその依存症」が同法における本来の精神障害者として位置づけられたため、覚せい剤も他の精神作用物質と同様の扱いとなるに至っている。

(5) 薬物乱用・依存者に対する対応の現状

我が国における薬物乱用・依存者に対する対応の現状については、平成6年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）総合研究報告書「薬物依存者に対する相談・治療・処遇並びにアフターケアのあり方に関する研究班」（主任研究者：小沼杏坪）によると、以下の通りである。

ア 矯正の領域

矯正施設は本来医療を目的とするわけではないが、断薬への動機づけへの端緒を与えるという点で、依存の治療に重要な機会を提供する。種々の「薬物犯教育」がなされているが、初犯者には有効であっても、再犯者（慢性乱用者）に対してどこまで有効であるか、検討の余地がある。矯正の領域と医療の領域とは連携は欠かせないが、今後精神医学が積極的な役割を担う一つの条件は、従来の中毒性精神病に偏した立場から、薬物依存の問題に射程を延ばすことである。

イ 教育の領域

ほとんどの「教育センター」では、教育相談がなされている。シンナー等有機溶剤乱用ケースへの対応としては、「関係機関へ紹介する」という対応が目立った。この関係機関としては、病院、精神保健福祉センター、保健所および警察への紹介となることが多かった。また、民間教育施設の中には、プレホスピタル的機能を果たしている施設があることが確認された。

ウ 精神医療の領域

わが国においては、アルコールを含む薬物関連精神疾患の専門病棟数は81で、病床数の合計は4,336床である（平成16年6月現在）。

全国の精神科医療施設における薬物関連精神障害の実態調査によれば、以下のような点が指摘されている。

- ① 約1/3に矯正施設入所歴がみられ、覚せい剤、有機溶剤症例で特に高い。

- ② 50～60%で非自発的入院が選択されていた。
- ③ 30～40%が「精神病性障害」の診断であり、覚せい剤症例では症状の長期化、遷延化が目立つ。
- ④ 「依存症候群」を主診断とする症例は全体の1/3であるが、医薬品症例では2/3～3/4と高い割合を占める。
- ⑤ 女性症例において「依存症候群」がより重症で、他の精神科的障害や生活史的問題を併存する割合も高い傾向がみられ、より複雑な病像を呈することが示唆される。
- ⑥ 治療としては薬物療法、個人精神療法が中心で、依存症に焦点を当てた治療プログラムの実施、院外の自助グループや民間リハビリ施設との連携が不十分である。

薬物使用による中毒性精神病性障害の治療については、現在の精神医療で概ね対応可能であると考えられるが、多くはその基礎に依存状態が存在する。つまり、幻覚・妄想状態を中心とする精神病状態が改善してくると、依存に基づく強い薬物使用欲求（渴望）、精神依存に関連するさまざまな情動障害や行動障害が表面化してくる。一方、依存からの回復は狭義の精神医療的対応のみで完結するものではなく、関係機関とのより緊密な連携とともに、地域の回復資源の整備が求められる。

また、覚せい剤等の規制薬物使用に関連した精神障害への対応において、とくに精神科救急医療の現場を中心として少なからず混乱がみられてきた。刑事司法、精神医療の双方の観点から両者の関係を十分に整理し共有することが、適切な精神医療サービスの提供のために必要である。

エ 自助グループの活動

自助グループとしては、薬物依存症から回復したいと願う依存者たちの活動としてNA（Narcotics Anonymous）があり、全国各地で定期的な匿名ミーティングが開かれている。NAは、北米を中心に世界各国に広がる非営利的で国際的な組織であり、2002年現在で、世界113カ国に約20,000の

グループが活動しているとされている。

民間リハビリ施設としては、薬物依存の当事者達の組織としてダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center) がある。ダルクの活動は、昭和60年に東京都内で始まって以来、全国的に展開し、その数は既に40カ所を越えている。通所デイケア、入寮ナイトケアの両方があり、入寮の場合は3ヶ月間を原則としている。各ダルクによってプログラムの内容は多少異なるが、12ステップを基本とし、ダルク内ミーティングと地域でのNA (Narcotics Anonymous) ミーティングへの参加を軸としている。依存者自身が過去の薬物中心の生活を振り返り、現在を見つめ直し、断薬及びその維持に向けて努力する姿勢をサポートしている。一部のダルクでは精神保健福祉施設の認可を受けているものの全般的に財政的に厳しい状況で、ほかにも精神科的合併症の問題や、地域の関連機関との連携などの点で、さまざまな課題を抱えているのが実情である。

(6) 精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業の実施

平成11年度より、薬物乱用防止対策実施要綱に基づき、各都道府県、指定都市は精神保健福祉センターにおいて薬物乱用による精神障害について、技術指導及び技術援助、知識の普及、家族教室の開催等を行うことにより薬物関連問題への対応を図ることとしている。

(7) 今後の課題

ア 平成10年5月に、総務庁行政監察局より「麻薬、覚せい剤等に関する実態調査結果に基づく勧告」が発表されている。

勧告内容は、

- ① すべての精神保健福祉センターにおける専門相談及び家族教室の実施
- ② 国公立病院等を中心とした専門病棟・病床の整備。医療スタッフに対する専門的な研修の充実。治療の在り方に関する研究
- ③ リハビリ施設への助成等アフターケア対策の検討。訪問指導の在り方の検討

となっている。

イ 同じく平成10年5月に、内閣に設置された薬物乱用対策推進本部において「薬物乱用防止五か年戦略」（旧五か年戦略。平成10年～14年。）が策定された。そこでは、薬物乱用対策の基本目標と具体的な4つの目標を掲げ、それぞれについての現状と問題点及び対策を示した。

旧五か年戦略に基づき諸施策により一定の成果は現れたものの、青少年の覚せい剤事犯検挙人員の高水準、薬物入手可能性等の社会環境の未改善など、依然として国内外における薬物乱用状況は続いていたことから、「薬物乱用防止五か年戦略」（新五か年戦略。平成15年～19年。）が策定された。新五か年戦略は、旧五か年戦略において残された課題の解決を図るとともに、近年の状況の変化や旧五か年戦略のフォローアップ結果を的確に反映している。新五か年戦略の中では、基本目標と具体的な4つの目標を掲げ、それぞれについて問題点及び対策を示しているが、そのうち精神保健福祉の関連では、「薬物依存・中毒者の治療、社会復帰の支援によって再乱用を防止するとともに、薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する。」として、以下の対策を講ずることとしている。

- ① 薬物依存・中毒者に対する治療の充実
- ② 薬物依存・中毒者の社会復帰の支援
- ③ 治療、社会復帰支援のための関係機関の連携の強化
- ④ 薬物依存・中毒者の家族に対する支援等

5. 心神喪失者等医療観察法の概要

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(心神喪失者等医療観察法)は、心神喪失等の状態で殺人、放火等の重大な他害行為を行った者に対し、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ための手続等を定めるものであり、平成15年7月16日に公布され、平成17年7月15日に施行された。

○ 主な内容

- ① 地方裁判所において、裁判官と精神保健審判員(精神科医)による合議体が、医療的判断と併せて法的判断を行うことにより、個々の対象者に最も適切と考えられる処遇を決定する仕組みを導入する。
- ② 入院による医療を受けることとなった者に対して、一定の施設基準・人員配置基準を満たす指定入院医療機関において、手厚い専門的な医療を実施する。なお、入院・通院にかかる医療費は全額国費により支弁する。
- ③ 退院後についても、対象者の状況に応じて、通院による医療を受けることを義務付けるとともに、保護観察所の社会復帰調整官が観察・指導等を行うことにより、医療の継続・円滑な社会復帰を確保する。
- ④ 全国に所在する保護観察所が、コーディネーターとして指定通院医療機関の管理者や都道府県知事等と協議の上で対象者に関する処遇の実施計画を策定する。対象者が転居しても保護観察所のネットワークにより都道府県を超えた緊密な連携を確保する。
- ⑤ 被害者や遺族に審判手続の傍聴を認め、また、審判の結果を被害者や遺族に通知する仕組みを導入する。

「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」の概要

1 目的

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



- 継続的、かつ、適切な医療
- その確保のために必要な観察及び指導



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

2 入院又は通院の決定手続

殺人、放火等の重大な罪に当たる行為について

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



地方裁判所の審判

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

- ※ 検察官の申立てにより、審判を開始する。
- ※ 対象者には、弁護士である付添人を付する。
- ※ 不起訴処分を受けた者については、対象行為を行ったこと等、本制度の対象者であることの確認を行う。

※ 鑑定入院命令を發し，専門家である医師が，対象者の精神状態等について鑑定する。

※ 検察官，付添人等は，資料を提出し，意見を陳述する。

※ 保護観察所による生活環境の調査を行うことができる。



処遇の決定

○ 医療を受けさせるために入院をさせる決定（入院決定）

→ 指定入院医療機関における処遇へ

○ 入院によらない医療を受けさせる決定（通院決定）

→ 地域社会における処遇へ

※ 決定に不服の場合は，高等裁判所に抗告できる。

3 指定入院医療機関における医療

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

○ 保護観察所は，入院中の対象者について，退院後の生活環境の調整等を行う。

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

→ 地域社会における処遇へ

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

→ 退院許可の決定 地域社会における処遇へ

→ 入院継続の確認の決定

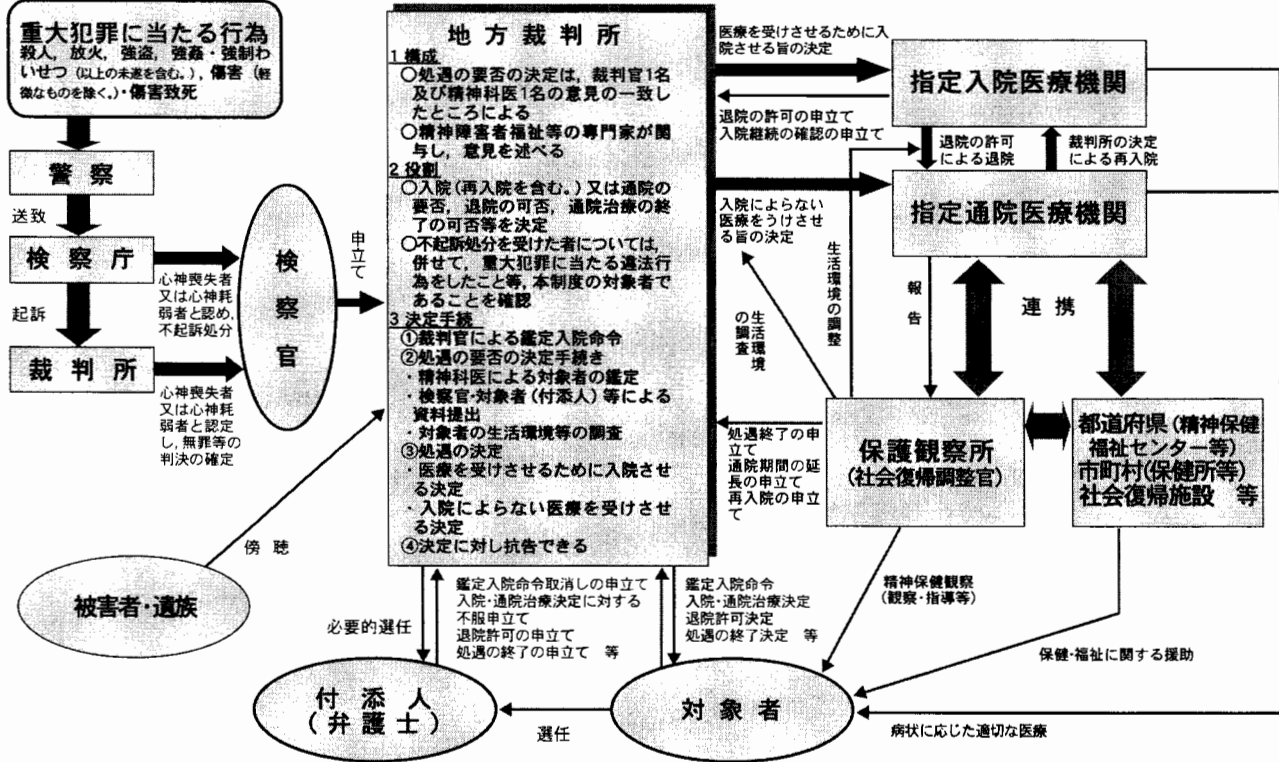
4 地域社会における処遇

○ 通院決定を受けた者及び退院を許可された者は，厚生労働省令で定める基準に適合する指定通院医療機関において通院治療を受けるとともに，保

護観察所（社会復帰調整官）による精神保健観察に服する。

- 保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県知事等と協議の上、処遇に関する実施計画を定める。
- 保護観察所（社会復帰調整官）は、対象者の円滑な社会復帰を図るため、関係機関及び民間団体等との連携の確保に努める。
- 精神保健観察の下での通院治療を行う期間は、3年間とする（裁判所は、通じて2年を超えない範囲で、この期間を延長できる。）。
- 裁判所は、対象者、保護者又は保護観察所の長の申立てによって、精神保健観察の下での通院治療を終了することができる。
- 裁判所は、精神保健観察を受けている者につき、保護観察所の長の申立てにより、（再）入院決定をすることができる。

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



6. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律

(1) 性同一性障害者とは

性同一性障害とは、生物学的な性と性の自己意識が一致しない疾患であり、性同一性障害を有する者は、諸外国の統計等から、おおよそ男性3万人に1人、女性10万人に1人の割合で存在するといわれているといわれ、我が国では2200～7000人程度存在していると推測されている。(※国際疾病分類(ICD-10)では精神及び行動の障害の1つと位置づけられている。)

国内での診断と治療は、日本精神神経学会がまとめた「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」に基づき、原則的に次のような治療が行われている。

- 精神的サポート
- ホルモン療法
- 乳房切除術
- 性別適合手術

※ 日本精神神経学会がまとめた「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」によると、性同一性障害が自らの心理的な性の変更を希望するケースはほとんどなく、本人が希望しない心理的な性の変更を行う治療は、非倫理的かつ非現実的であり、そもそも、そのような治療は治療として成立しないとされている。

※ 平成18年1月に性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインが第3版に改訂された。改訂第3版ガイドラインでは倫理委員会の個別承認を撤廃し、それに対応すべき医療チームの改組が必要であるとした。また原則的に自己決定と自己責任の理念のもとに性同一性障害の治療を選択できるように変更された。

(2) 性同一性障害特例法の内容

「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」は、議員立法により

第156回通常国会において成立、平成15年7月16日に公布され、平成16年7月16日に施行された。法律の主な内容は以下のとおり。

- 1) 本法律において「性同一性障害者」とは、
 - ① 生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、
 - ② 自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者であって、
 - ③ そのことについてその診断を的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う診断が一致しているものをいう。
- 2) 家庭裁判所は、以下の①から⑤の要件を満たす性同一性障害者について、その者の請求に基づいて性別の取扱いの変更の審判をすることができる。
 - ① 20歳以上であること。
 - ② 現に婚姻をしていないこと。
 - ③ 現に子がいないこと。
 - ④ 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。
 - ⑤ その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。
- 3) 2) の請求をするには、性同一性障害者に係る1) の診断の結果並びに治療の経過及び結果その他の厚生労働省令で定める事項が記載された医師の診断書を提出しなければならない。
- 4) 性別の取扱いの変更の審判を受けた者は、民法（明治29年法律第89号）その他の法令の規定の適用については、法律に別段の定めがある場合を除き、その性別につき他の性別に変わったものとみなす。

(3) 厚生労働省令

上記(2) 3) の厚生労働省令（「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する

る法律第三条第二項に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令」(平成十六年省令第九十九号))に定める医師の診断書の記載事項については以下のとおり。

- ① 住所、氏名及び生年月日
- ② 生物学的な性別及びその判定の根拠
- ③ 家庭環境、生活歴及び現病歴
- ④ 生物学的な性別としての社会的な適合状況
- ⑤ 心理的には生物学的な性別とは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有すること並びにその判定の根拠
- ⑥ 医療機関における受診歴並びに治療の経過及び結果
- ⑦ 他の性別としての身体的及び社会的な適合状況
- ⑧ 診断書の作成年月日
- ⑨ その他参考となる事項

なお、当該診断書の記載例が社団法人日本精神神経学会によってとりまとめられている。

7. 発達障害者への支援

1. 発達障害者支援法

発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とした発達障害者支援法（平成16年法律第167号）は平成16年12月3日に成立し、平成16年12月10日に公布、平成17年4月1日に施行された。

○主な内容

(1) 発達障害の定義

発達障害者支援法における「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。発達障害の定義が定まったことにより、支援の対象が明確になった。発達障害者支援法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうち、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害（F80-F89）」および「小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」に含まれる障害の範囲である。一般的には、発達障害には発達期における知的障害、脳性麻痺等の様々な障害が含まれるが、発達障害者支援法は、従来の制度が真正面から対象にして来なかった発達の障害を対象としていることとなる。

(2) ライフステージを通した一貫した支援

発達障害者支援法においては、「国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるもの」とされている。

児童の発達障害の早期発見，早期の発達支援，保育，教育，放課後児童健全育成事業（学童保育）の利用，就労支援，地域での生活支援，権利擁護及び家族への支援など，発達障害者のライフステージにおける一貫した支援の流れが明確にされるとともに，これにかかる国や地方公共団体の責務が明らかにされた。

(3) 関係機関の連携

発達障害者支援法においては、「国及び地方公共団体は，発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては，医療，保健，福祉，教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに，犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため，これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協力体制の整備を行うもの」とされている。発達障害者の地域におけるライフステージを通した一貫した支援を行うために，多岐にわたる関係機関の連携やネットワークを構築して発達障害者への支援体制を構築することが必要である。

(4) 発達障害者支援センター等

発達障害者支援法においては，次のような業務を行う発達障害者支援センターを都道府県等が設置できるとされている。

- ① 発達障害の早期発見，早期の発達支援に資するよう，発達障害者及び家族に対し，専門的に，その相談に応じ，又は助言を行うこと
- ② 発達障害者に対し，専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと
- ③ 医療，保健，福祉，教育等に関する業務を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと
- ④ 発達障害に関して，関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと

(5) 発達障害の理解の促進

発達障害者支援法においては，発達障害者の福祉についての理解，発達障害者の社会参加への協力が国民の責務とされている。また，国及び地方公共団体は，発達障害に関する国民の理解を深めるため，必要な広報その他の啓発活動

を行うものとされている。

(6) 専門家の養成等

発達障害者支援法においては、専門的な医療機関の確保、専門的知識を有する人材の確保、調査研究等が定められており、今後、都道府県等においても専門的知識を有する人材が養成されることが期待される。

また国は、発達障害者の実態の把握に努めるとともに、発達障害の原因の究明、発達障害の診断及び治療、発達支援の方法等に関する必要な調査研究を行うものとされている。

発達障害者支援法のねらいと概要

I ねらい

- 発達障害の定義と発達障害への理解の促進
- 発達障害者に対する生活全般にわたる支援の促進
- 発達障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保

II 概要

定義：発達障害＝広汎性発達障害（自閉症等）、学習障害、注意欠陥・多動性障害等、通常低年齢で発現する脳機能の障害

就学前(乳幼児期)	就学中(学童期等)	就学後(若壮年期)
<ul style="list-style-type: none">○早期の発達支援○乳幼児健診等による早期発見	<ul style="list-style-type: none">○就学时健康診断における発見○適切な教育的支援・支援体制の整備○放課後児童健全育成事業の利用○専門的発達支援	<ul style="list-style-type: none">○発達障害者の特性に応じた適応と能力の発達の確保○職業生活の支援○発達障害者の権利保護
発達障害者支援センター 専門的な医療機関の確保（都道府県）		
専門的知識を有する人材確保 調査研究（国）		

2. 発達障害者支援の推進について

厚生労働省における発達障害者支援施策は次のとおりである。

(1) 発達障害対策戦略推進本部

発達障害者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を推進するため、平成18年6月、厚生労働省に発達障害対策戦略推進本部が設置された。厚生労働事務次官を本部長、医療施策、保健施策、福祉施策、

就労施策等の担当者を本部員としており、制度横断的な関連施策の調整及び推進を図ることとしている。

(2) 発達障害者支援体制整備事業

発達障害支援法の成立及び施行を受け、文部科学省の「特別支援教育推進体制推進事業」と共同して、各ライフステージに対応する一貫した支援体制を整備する事業。都道府県、指定都市に発達障害の検討委員会を設置し、圏域で個別支援計画の作成等の早期発見、早期発達支援体制の構築を図っている。

(3) 発達障害者支援センター運営事業

都道府県又は指定都市が地域で発達障害者の相談支援、就労支援等を行う拠点となる「発達障害者支援センター」の運営費を補助する事業である。平成18年9月30日現在、48自治体に設置されている。

(4) 研修事業

発達障害者支援センター職員等発達障害施策に携わる職員に対する研修や自閉症に関するセミナー等を行い支援の充実を図る事業である。

(5) その他

児童関係では乳幼児期における早期発見・発達支援のための取組、就労関係では発達障害者の雇用促進・就労継続のための取組を実施している。

8. 犯罪被害者等基本法

(1) 犯罪被害者等基本法

犯罪被害者等（犯罪やこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす行為の被害者及びその家族又は遺族）のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって犯罪被害者等の権利利益の保護を図ることを目的とした犯罪被害者等基本法（平成16年法律第161号）は平成16年12月に成立し、平成17年4月から施行されている。

(2) 犯罪被害者等基本計画

犯罪被害者等基本法において、政府は、総合的かつ長期的に講ずべき犯罪被害者等のための施策の大綱等を盛り込んだ犯罪被害者等基本計画を策定することとされ、被害者からのヒアリング、パブリックコメント等の手続を経て、犯罪被害者等施策推進会議（会長：内閣官房長官）において、平成17年12月26日に、基本計画案が決定され、翌日（12月27日）に閣議された。

基本計画の概要は以下の通り。

1) 基本方針

- ① 尊厳にふさわしい処遇を権利として行われること（犯罪被害者等の尊厳を重んじ、個人の尊厳にふさわしい処遇を権利として保障すること）
- ② 個々の事情に応じて適切に行われること（犯罪被害者等のための施策を、被害の状況及び原因、犯罪被害者等が置かれている状況その他の事情に応じて適切に講ずること）
- ③ 途切れることなく行われること（犯罪被害者等のための施策を、犯罪被害者等が、被害を受けたときから再び平穏な生活を営むことができるようになるまでの間、必要な支援等を途切れることなく受けることができるよう、講ずること）
- ④ 国民の総意を形成しながら展開されること（国、地方公共団体はもとよ

り、国民一人ひとりが犯罪被害者等への理解を深め、配慮し、社会全体が協力し合って犯罪被害者等の権利利益の保護に取り組んでいくこと)

2) 重点課題

- ① 損害回復・経済的支援等への取組
- ② 精神的・身体的被害者の回復・防止への取組
- ③ 刑事手続への関与拡充への取組
- ④ 支援等のための体制整備への取組
- ⑤ 国民の理解の増進と配慮、協力の確保への取組

3) 計画期間

平成17年12月～平成22年度

犯罪被害者等基本計画に従い、厚生労働省では、地域の医療関係者等に対し、こころの健康づくり対策事業としてPTSD対策専門委員会（犯罪被害者対策を含む）の実施、思春期精神保健対策専門研修会の実施、厚生労働科学研究における犯罪被害者に関する研究の推進等に取り組んでいる。

また、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実、強化し、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進していくこととしている。

9. その他の地域精神保健対策

(1) 精神障害の正しい理解のための普及啓発事業

精神保健福祉施策を推進するうえで、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解を持つことは重要かつ必要不可欠な視点であるが、未だ国民の精神疾患等に対する正しい理解の普及啓発は十分でない状況にある。

こうした状況を改善すべく「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」を設置し、精神疾患等の正しい理解のための普及啓発の具体的な方策等について検討したところであり、平成16年3月25日に普及啓発指針「こころのバリアフリー宣言」がまとめられた。

今後、本指針に基づく普及啓発として各種PR活動を展開することにより、地域における普及啓発活動を支援し、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の普及啓発を促進し、精神疾患の予防、精神障害者の社会的自立の促進を図ることとしている。

ア 指針・行動計画に基づいた普及啓発事業

メディアを活用したPR・広告活動（ポスター・パンフレットの作成、配布）を行うことにより、地域における普及・啓発活動の支援を行う。

イ 普及・啓発活動を行う当事者（スピーカー・ビューロー）育成のための専門家養成事業

精神障害者等に対する正しい理解の促進及び精神障害者の自立と社会参加を目的として、当事者が自らの体験を地域住民や事業場で働く従業員等に話すなど、その普及・啓発活動の重要な担い手として地域・職場で活躍することは重要であり、このような当事者の育成及び当事者が活躍できる場の開発ができる専門家を養成するための研修を行う。

(2) 思春期精神保健対策

青少年を取り巻く生育環境は様々に変化しており、思春期を中心に不登校、家庭内暴力、校内暴力等の適応障害や不安、抑うつ、無気力等の神経症的症状、

過換気，拒食，嘔吐等の心身症的症状をもつ青少年が増加し，あるいは有機溶剤，鎮咳剤等の薬物依存が広がっている。これらの問題に対処するため，次のような対策を進めている。

ア 精神保健福祉センターにおける相談指導等

精神保健福祉センターでは，地域精神保健福祉業務の一環として，思春期精神保健に関する地域の普及や相談指導等の総合的対策を実施することによって，精神発達の途上にある者の精神的健康の保持・増進及び適応障害の予防と早期発見を図ることを目的として事業を行っている。

思春期精神保健にかかわる専門医師等の職員の取り組みは以下の通りである。

(7) 思春期精神保健に関する知識の普及

一般住民，特に精神発達の途上にある者及びその家族，並びに教育関係者に対して思春期精神保健に関する知識を普及することによって，適応障害の発生予防を図る。

(イ) 相談指導及び適応障害の早期発見等

精神発達の途上にある者及びその家族に対する相談指導等を行うとともに，適応障害の早期発見に努め，児童相談所や教育機関への連絡，医療機関への紹介等必要な処置を行う。

(ウ) 技術指導及び技術援助

児童相談所，教育機関等の関係諸機関に対し，従事者の研修，実地指導を通じて，専門的立場からの積極的な技術指導及び援助を行う。

(エ) 関係機関との連携の強化

思春期精神保健対策の円滑な推進を図るため，児童相談所，教育機関，保健所，医療機関，社会福祉機関，PTA等との連携を強化する。

イ 専門職に対する研修

(7) 思春期精神保健にかかわる専門技術者に対して，専門知識の習得や技術向上を図り，あわせて学校や教育相談所，指導相談所，保健所，精神

保健福祉センター、病院等で地域精神保健のネットワークを一層展開していく連携技法の体得を目的として、思春期精神保健特別講座（主催：財団法人明治安田こころの健康事業団、協賛：厚生労働省）を開催している。

受講資格者は思春期精神保健の業務に従事する医師、看護師、臨床心理技術者、保健師、精神保健福祉相談員、教諭等で、規定の経験をもつ者である。講座についての照会先は（財）明治安田こころの健康事業団思春期精神保健特別講座係（〒170-0013東京都豊島区東池袋1-34-5、電話03(3986)7021）。

- (4) 精神保健福祉センター、病院、児童相談所、学校等で思春期児童の専門相談等を取り入れ、各機関での活動の充実を図ることを目的として、（社）日本精神科病院協会において、思春期児童の心のケアの専門家の養成研修等を実施している。

受講資格者は、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士等である。

(3) 心の健康づくり対策

社会の変化は近年、著しいものがある。急速に発達する技術とそれによってもたらされる技術革新の波、流通・情報などを始めとする社会産業構造の変化、人々や産業の都市集中化やモータリゼーションに代表される生活環境の変化、そして否応なしに進む国際化の波等々、現代人はかつて経験したことのない急速な変化の渦中にある。

また、家庭環境の変化としては、核家族化、女性の職場進出に伴う共稼ぎ世帯の増大等により、家庭の機能が低下していることや、高齢化の進行に伴って老人世帯、特に老人単身世帯が増加していることも見逃すことのできない現象である。

このように、おびただしい量の情報の処理や急激な変化に適応するためのストレスが増大するにもかかわらず、逆にストレスを緩和するために重要な役割を果たす職場や家庭等での人間的接触がむしろ希薄化するという現代社会にお

いては、ストレス対策を含む心の健康づくり対策の推進が精神保健福祉行政の大きな課題とされている。

ア 心の健康づくり対策の経緯

心の健康づくり対策が施策に取り入れられるようになったのは、近年のことである。これは、従来、精神保健（衛生）行政は統合失調症を中心とした医療施策を推進することが中心で、予防や相談等の保健施策を展開することや統合失調症以外の精神障害を対象とする施策については視野の外に置かれがちであったことによる。この背景としては、精神科領域では、一般疾病に比べて病因や発生機序に解明されていない部分が大きく、予防施策を講ずることが困難なことなどが挙げられる。

しかし、冒頭に記したように、社会生活環境の変化に伴ってストレス対策を含む心の健康づくり対策に取り組むことが、国民の精神的健康の維持・向上を図るために重要な課題と認識されるに至った。このため、昭和60年度より精神保健福祉センターにおいて、「心の健康づくり推進事業」を開始している。

イ 心の健康づくり対策に関連する事業

(7) 心の健康づくり推進事業

精神保健福祉センターにおいては、昭和60年度から地域住民を対象とした心の健康づくりに関する事業を実施しており、平成17年度においては、保健所等に対する技術援助・指導2,325件、精神保健相談28,493件実施している。

また、平成2年度からは専門の知識を有する者による専用電話「こころの電話」を新設し、相談体制の充実を図っている。

(4) 「こころの健康づくり対策」研修会

1. 地域における精神保健福祉活動の充実を推進していくため、精神医療及び精神保健福祉業務に従事している者に対し、思春期精神保健対策専門研修及びPTSD(心的外傷後ストレス障害)対策専門研修を行い、

こころの健康づくり対策に従事する者の資質の向上を図る厚生労働省補助金事業である。

2. 実施主体：日本精神科病院協会

3. 対象；病院，診療所，精神保健福祉センター，保健所，児童相談所等に勤務し，精神医療，精神保健福祉業務に従事する医師，看護師，保健師，精神保健福祉士，臨床心理技術者などを対象としている。

4. 研修内容：

1) 思春期精神保健対策専門研修

近年，少子化，家族形態の変化，高度情報化等，子どもやその家族を取り巻く環境が急速に変化し，また虐待，学級崩壊，不登校，いじめ等，子どもの心に影響する多様な問題事象が増加しており，思春期精神保健の充実が求められている。そのため，思春期児童の心のケアの専門家を養成し，精神保健福祉センター，病院，保健所，児童相談所，学校等で思春期児童の専門相談を取り入れていくことにより各機関での活動の充実を図るための研修である。

2) PTSD（心的外傷後ストレス障害）対策専門研修

近年，新潟県中越地震やJR福知山線列車事故などの災害被害者及び犯罪被害者において，いわゆる「こころのケア」の必要性が一般社会においても，また精神保健医療関係者においても強く認識されている。こうした災害被害者，犯罪被害者はPTSDをはじめとする様々な心理的反応が生じることから，各専門家による専門的なケアが必要となる。この活動の中心となる医師，看護師，保健師，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の資質の向上を図るための研修である。

(4) 「ひきこもり」に関する対策

いわゆる「ひきこもり」は，単一の疾患や障害の観念ではなく，一つの社会的状況を呈する状態を指すものと考えられている。また，本人のみならず家族

の苦しみや不安は大きく、精神保健福祉センター等においても男性や青年からの相談が多くなっており、社会的にも問題となっている。

「ひきこもり」については、以下のような対策を講じているところである。

- ①保健所、精神保健福祉センターによる相談支援
- ②相談支援の質的向上のため、「ひきこもり」対応ガイドライン（厚生労働科学研究班）を作成
- ③児童における「ひきこもり」に対しては、大学生を家庭に派遣し援助する事業 等

10. 精神保健福祉に関する調査研究

(1) 研究の推進

精神医療領域に関する厚生労働省の研究費としては、国立精神・神経センターの「精神・神経疾患研究委託費」があり、難治性の精神・神経・筋疾患及び知的障害その他の発達障害の原因の究明、治療法の確立、発生予防等に関するプロジェクト方式による研究が基礎と臨床の両面から推進されてきている。また、精神保健医療にかかる広範な行政的課題の解決を目指して、昭和62年度に「精神保健医療研究費」が創設され、より良い精神医療の確保及び精神障害者の社会復帰の促進や自立と社会参加の促進を図るため、精神保健医療制度、実態の把握、社会復帰、福祉対策、サービスの実状の評価、精神医療の機能に関する研究等を行っている他、地域住民の心の健康についての研究やアルコール関連問題に関する研究等を行っている。

平成10年度からは、精神保健医療研究費を、障害者等保健福祉総合研究費及び心身障害研究費（障害保健福祉分）と統合し、精神障害、身体障害、知的障害の総合的な障害者の保健福祉に関する研究を推進している。

また、平成14年度には「こころの健康科学研究経費」を新設し、最先端の神経科学、分子生物学等の技術を用いた精神・神経疾患の病因及び病態の解明、これらの知見に基づいた治療方法の開発等の推進に資することを目的とした研究を行っている。

(2) 国立精神・神経センターの組織

国立精神・神経センターは、精神疾患、神経疾患、筋疾患、知的障害その他の発達障害及び精神保健に関する全国の中心的機関として高度先駆的な診断及び治療、調査研究並びに技術者の研修を三位一体的に実施する高度専門医療センターであり、国立がんセンター（昭和37年設立）及び国立循環器病センター（昭和52年設立）に続く三番目の国立高度専門医療センターとして位置づけられている。

ア 研究部門

(7) 神経研究所

精神疾患，神経疾患，筋疾患及び発達障害に関して主として生物学的研究を行う。

(1) 精神保健研究所

精神疾患，発達障害及び精神保健に関して主として心理学的，社会的的研究を行う。

イ 病院部門

武蔵病院は，研究所と密接な連携のもとに精神疾患，神経疾患，筋疾患，発達障害に関する高度先駆的医療を行う。

国府台病院は，総合病院機能を活かし，研究所との連携のもとに精神疾患，心身症，神経難病等の特色ある医療を行う。

ウ 運営局

病院及び研究所の事務をつかさどるとともに，両者の連絡調整を行い，センターとして一体化した運営を行う。

また，医療情報の収集及び処理並びに研究及び研修の外部諸機関との連携交流を行う。

(3) 精神保健研究所

ア 沿革

精神保健研究所は，昭和25年の精神衛生法制定の際，国会において設立すべき旨の付帯決議が採択され，昭和27年1月に設立された。

設立当時の組織は，総務課，心理学部，生理学形態学部，優生学部，児童精神衛生部及び社会学部の1課5部であった。その後，知的障害に対する対策の確立の必要性が社会的に高まったことに伴い，昭和35年10月新たに精神薄弱部が設置された。

昭和40年には，精神医療の発展に伴い，地域精神医療，社会復帰等を内容とする精神衛生法の大改正が行われ，これに伴い，社会復帰部が新設さ

れた。また、昭和48年には、人口の高齢化に伴い、認知症老人等いわゆる「恍惚の人」が社会問題化したのを背景に、老人精神衛生部を新設した。

昭和61年10月、国立精神衛生研究所、国立武蔵療養所及び同神経センターの3施設を発展的に改組し、国立精神・神経センターが設立された。この組織改正により、精神身体病理部と優生部を統合し精神生理部としたほか、精神保健計画部及び薬物依存研究部が新たに設けられた。

昭和62年4月からは国立国府台病院が加わり、2病院、2研究所のナショナルセンターとして名実ともに体制が整えられた。

昭和62年10月には、心身医学研究部の新設が認められ10部となった。また平成11年4月には、精神薄弱部が知的障害部と名称変更されさらに、薬物依存研究部の組織改正により1室新設された。平成14年1月に創立50周年を迎え、公開市民シンポジウムを行った。平成15年10月には、司法精神医学研究部が新設され、3室体制で、研究員の増員も認められ、研究所の組織は、11部26室となった。

平成17年4月には武蔵病院や神経研究所がある東京都小平市に移転し、研究活動を開始した。平成18年10月には自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため、精神保健研究所の内部組織として自殺予防総合対策センターが設置された。また成人精神保健部に犯罪被害者等支援研究室、災害時等支援研究室が設置され、研究所の組織は11部31室となった。

イ 研究内容

国民の健康増進を図るうえで、肉体の健康増進と同様に精神の健康増進のための技術を開発する精神保健の基礎的研究の果たす役割は、ますます重要なものとなっている。それは、単に統合失調症や神経症性障害の治療技術の開発にとどまらず、精神障害の発生予防から、早期発見、早期治療、再発防止、リハビリテーションに至る一貫した総合的な精神保健福祉に関する技術開発の研究が行われなければならない。これを、人間のライフサ

イクルの観点から見ると、胎生期、乳幼児期、学童期、成年期、壮年期、老年期のそれぞれの段階に応じた研究が必要であり、社会生活の観点から見ると、家庭、学校、職場、地域社会等における精神保健福祉技術開発が必要である。また、その方法論においては、精神医学のみならず、脳外科学、内科学、小児科学、産科学等の他の医学の分野をはじめとして、心理学、社会学、教育学等、幅広い分野の学問と協力しながら、学際的立場に立った総合的研究が必要である。当研究所は、こうした考え方にに基づき、精神保健福祉に関する広義及び狭義の分野の精神保健福祉問題について、各研究部において、次のような調査研究を行っている。

(1) 精神保健計画部

精神保健計画に関する計画の調査および研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 精神科病院・社会復帰施設等の全国データの分析
- ② 精神・行動障害の疫学調査に関する研究
- ③ 自殺の心理学的剖検のフィージビリティスタディ
- ④ 臨床疫学研究（精神科面接評価研究等）

(2) 薬物依存研究部

薬物乱用・依存等の実態調査、予防、診断、治療、リハビリテーション、並びに向精神薬の薬効上の諸特徴等の調査研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 薬物乱用に関する全国中学生調査
- ② 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査
- ③ 違法ドラッグの精神作用及び行動薬理学的研究
- ④ 有機溶剤・覚せい剤に関する分子生物学的・行動薬理学的研究

(3) 心身医学研究部

心身症やストレス関連身体疾患あるいはその病態生理としての心身相関に関する社会科学的・生物学的研究及び心身の健康度の測定法の開発を行

っている。

- ① 心身症の発症機序と病態、治療に関する基礎的ならびに臨床的研究
- ② 心身症患者におけるアレキシサイミアの脳内認知プロセスの解明
- ③ 節食障害の診断・治療ガイドライン開発および病態の解明
- ④ ストレスと血漿蛋白のプロテオーム解析

(4) 児童・思春期精神保健部

児童期に発症する種々の行動および情緒の発達異常についての有効な治療法の確立および長期的な社会適応の改善を目標とする。発達最早期から発症し、生涯を通じて精神発達に深刻な影響を与え、思春期以降は種々の精神医学的障害を合併する発達障害は、今後の重点研究対象である。なかでも広汎性発達障害は病因や病態形成メカニズムも明らかでなく、早期診断も未確立である。平成18年からは、広汎性発達障害の諸症状が発達過程でどのように形成されるのか、あるいは予防や代償がどのようにして可能となるのかについて、縦断的および横断的にトランスディシプリナリーなアプローチを用いて明らかにする予定である。

現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 自閉症スペクトラム（ASD）の乳幼児から成人までの診断・治療に関する研究：早期発見・早期支援法（親への支援を含む）の開発、青年への認知ハビリテーション、未診断成人の診断法
- ② 社会的発達に関する研究：行動、認知、脳の定型および非定型発達（自閉症スペクトラムなど）についての縦断的および横断的研究～遺伝要因と環境要因の交絡について
- ③ 行為障害の診断及び治療・援助に関する研究
- ④ 児童期の強迫症状の評価法に関する研究
- ⑤ 対人コミュニケーション能力の評価法に関する研究

(5) 成人精神保健部

成人及び成年期の適応障害，神経症，精神障害の発生要因，診断，予防

に関する研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 交通外傷患者のコホート研究
- ② PTSDに対するエクスポージャー法の臨床研究
- ③ 精神科医療機関における犯罪被害者への治療および司法的関与の実態に関する研究
- ④ 救命救急センターにおける精神保健ニーズに関する研究

(6) 老人精神保健部

高齢化社会において重要な精神疾患の成因，診断，治療，予後について研究を行っている。現在の主な研究課題は次の通りである。

- ① 診断及び治療技術の向上と向精神薬臨床開発に関する研究
- ② 向精神薬の奏効機転を探り創薬に役立てる研究
- ③ 統合失調症及び気分障害に対する個別化療法の開発
- ④ 自殺予防対策のための研究

(7) 社会精神保健部

社会に還元できる研究テーマのもとに、精神科医療における保健医療サービス研究や評価研究を行っている。現在の主な研究課題は次の通りである。

- ① 精神科医療における診療報酬のあり方に関する政策研究
- ② 自殺未遂者および自死遺族等へのケアに関する政策研究
- ③ 薬剤処方および行動制限の最適化に関する医療評価研究
- ④ 心疾患等と精神障害や向精神薬との関係に関する研究

(8) 精神生理部

人間の意識，認知，感情などの精神活動や睡眠および生物リズムを脳科学的にとらえ，その制御メカニズムを明らかにするため研究を推進している。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① ヒトの生物時計、睡眠覚醒の調節機序に関する基盤研究
- ② 睡眠と記憶・認知・情動の機能的相互連関に関する研究

- ③ 精神医療における睡眠障害管理のあり方に関する臨床医学的研究
- ④ 高齢者の睡眠問題とその効果的な治療法の開発に関する研究

(9) 知的障害部

精神遅滞を中心とする発達障害の発生原因及び予防対策並びに臨床診断・治療（処遇）法その他の調査研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 発達期高次脳機能障害の病態解明研究
- ② 発達障害児の行動異常モデルにおける研究
- ③ 学習障害に関する研究
- ④ 自閉症の病態に関する研究

(10) 社会復帰相談部

地域社会における各種の活動を通じて包括的な精神障害者リハビリテーションモデルに関する実証研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 重度精神障害者に対する包括的地域生活支援プログラム開発に関する研究（ACT研究）
- ② 精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究
- ③ 精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究
- ④ 統合失調症に関する心理教育モデルの開発に関する研究

(11) 司法精神医学研究部

司法精神医学，特に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」に基づく制度に関する研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 触法精神障害者処遇のモニタリングに関する研究
- ② 触法精神障害者に対する治療プログラムの開発と治療効果に関する研究

- ③ 行為障害の治療技法と治療効果に関する研究
- ④ 刑事責任能力の評価に関する研究

ウ 研修

精神保健研究所においては、国、地方公共団体、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条8の規定による指定病院等において精神保健福祉の業務に従事する医師、保健師、看護師、臨床心理業務に従事する者、作業療法士、精神保健福祉士等の方々を対象に、精神保健福祉技術者として必要な資質の向上を図ることを目的として、精神保健福祉各般にわたる専門的な知識及び技術修得に関する研修を行っている。昭和34年度から平成17年度までの修了者数は8,598名に達し、その多くは全国各地において精神保健福祉分野の専門技術者として活躍し、精神保健福祉分野の均てん化に貢献している。

平成18年度は、それまでの研修を改組し、社会的に重要性が高い研修を充実させるとともに、新たな研修を開始した。また、受講者がどの課程を受講すればよいかの判断を容易にするため、各課程に入門者・中級者・専門家向けの分類を付するよう努めた。

以下に18年度に実施された各研修課程の概要について述べる。なお、現在までの修了者数は別表の通りである。

(7) 第43回 精神保健指導課程 (昭和54年度より開始)

精神保健福祉行政の計画的・組織的推進に関する専門的知識及び技術の修得を目的とする。受講者には今後、業務を通じて、本省や精神保健研究所等との連携、情報交換や精神保健行政の推進を図ることが期待される。

(4) 第12回 精神科デイ・ケア研修 (中堅者コース)

地域生活支援における精神科デイ・ケアの治療機能を高めるために必要な専門的知識及び技術を習得し、精神科デイ・ケアの臨床活動を活性化させることのできる中堅者を育成することを目的とする。

注) 平成19年度より「精神科医療評価・均てん化研修」に改組予定

(ウ) 第95回 精神科デイ・ケア研修 (昭和54年度より開始)

精神科デイ・ケア等に係る専門的知識及び技術の修得を目的とする。

注) デイ・ケアの普及という研修の目的を達成したことから、平成19年度からは実施しない予定としている。

(エ) 第2回 発達障害支援研修 (平成17年度より開始)

各都道府県において、発達障害支援に関する情報や技能を伝達できる指導者を養成することを目的とする。受講者には研修の成果を派遣元の自治体に普及することが期待される。

(オ) 第4回 摂食障害治療研修 (平成15年度より開始)

摂食障害の治療に必要な専門的知識及び技術の修得を目的とする。

(カ) 第2回 社会復帰リハビリテーション研修 (平成17年度より開始)

精神保健福祉の改革ビジョンを理解し、精神科長期在院患者の退院を支援し、地域生活を実現すること及び新たな長期在院患者を生まないようにすることを目指し、精神科病院における効果的な社会復帰リハビリテーション等の実施に必要な知識及び技術の修得を目的とする。

(キ) 第3回 摂食障害看護研修 (平成16年度より開始)

摂食障害についての基礎、臨床及び疫学の修得により、摂食障害の治療と予防の質的向上を図ることを目的とする。看護師は摂食障害のチーム医療で重要な役割を果たしていることから、本研修を通じて、摂食障害患者の急増、低年齢化及び慢性例・難治例の増加に対応できる人材の養成を目指す。

(ク) 第4回 ACT研修 (平成15年度より開始)

重症精神障害者の退院促進・再発予防・地域生活支援を目指した包括地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) を我が国に定着させるため、必要な技術や課題の修得を目的とする。

(ケ) 第20回 薬物依存臨床医師研修 (昭和62年度より開始)

国内外の薬物乱用・依存をめぐる情勢を考えると、我が国の精神医療、精神保健の中で薬物依存問題は今後ますます重要性を増しているため、薬物依存に関心を持つ医師を対象に、薬物依存の基礎、臨床及び疫学にわたる研修を行い、薬物依存の診断、治療及び予防に資することを目的とする。

(コ) 第8回 薬物依存臨床看護等研修（平成10年度より開始）

国内外の薬物乱用・依存をめぐる情勢を考えると、我が国の精神医療、精神保健の中で薬物依存問題は今後ますます重要性を増しているため、薬物依存に関心を持つ看護師を対象に、薬物依存の基礎、臨床及び疫学にわたる研修を行い、薬物依存の診断、治療及び予防に資することを目的とする。

(サ) 第1回 司法精神医学研修（平成18年度より新規実施）

系統だったトレーニングを提供することによって、医療観察法下における指定医療機関はもとより、刑務所等の行刑施設も含めた広範な領域において、重大な他害行為を行った精神障害者に対する治療を適切に行うことができる技能の習得を目的とする。特に、アセスメントや司法精神療法（幻覚妄想及び重大な他害行為に関する認知行動療法、物質使用障害に基づく重大な他害行為に対する精神療法等）について実際的な基本研修を行う。

（備考）平成19年度から開始予定の研修

(7) 第1回 精神科医療評価・均てん化研修

（従来の精神科デイ・ケア研修（中堅者コース）から改組）

精神科医療の質の評価とその活用に関する専門的知識および技能を修得することを目的とする。精神疾患治療を担う精神科救急・急性期医療施設をとりまく現状を理解し、精神科医療の質を高めるための専門的知識および技能を活用できる人材の育成を目指す。

(イ) 第1回 発達障害早期発見・早期支援のための医師・保健師等研修

乳幼児健診の取り組み等を通じて発達障害児や家族への早期総合支援をシステム構築できる指導者を養成することを目的とする。発達障害の児の乳幼児から成人までのライフステージを通じた種々のメンタルな問題を理解し、早期幼児期における早期発見・早期支援の意義や留意点についての理解を深め、その方法についての最新の知識を習得することを目指す。

表 課程別研修終了者数

(平成19年3月31日)

区分 課程	県・市・本庁	保健所	精神保健福祉センター	精神科病院等	児童相談所	その他	計	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
医学課程	40	476	149	708	14	63	1,450	35	25	91	83	221	340
精神保健指導課程	99	389	469	16	3	10	986	26	27	23	24	22	41
社会福祉学課程	8	396	180	336	49	98	1,067	17	20	15			
心理学課程	1	23	121	213	438	131	927	17	23	19			
精神科デイ・ケア課程	6	15	56	3,482	0	39	3,598	121	92	136	82	128	46
(中堅者研修)	1	10	22	184	0	5	222	20	31	27	35	20	39
薬物依存臨床医師研修	3	9	43	189	0	0	244	20	31	27	21	15	14
薬物依存臨床看護研修	6	12	74	178	0	4	274	21	30	36	26	16	34
外傷性ストレス反応課程	6	17	30	67	6	39	165	53					
計	170	1,347	1,144	5,373	510	389	8,933	330	279	374	271	422	514

備考：社会福祉学課程は昭和34年度から、医学課程及び心理学課程は昭和36年度から、精神保健指導課程は昭和39年度から、精神科デイ・ケア課程は昭和53年度から、また、精神科デイ・ケア課程（リーダー研修）は平成10年度から平成13年度まで、精神科デイ・ケア課程（中堅者研修）は平成14年度から18年度まで、特別コースの薬物依存臨床医師研修、薬物依存臨床看護研修は平成11年度から、外傷性ストレス反応課程は平成11年度から平成13年度である。18年度から改組した研修は医学課程に含めた。区分の修了者数は、平成18年度末までの延実人員である。

エ 技術交流

精神保健研究所は、厚生労働省、特に精神・障害保健課と密接な協力関係を立ち、我が国の精神保健福祉行政の推進に協力するとともに、常に精

神保健に関する研究及び研修において、主導的立場に立っており、数多くの医科大学、あるいは関係機関等のスタッフたちと共同研究を行っている。

オ その他

当所では、研究・研修効果の向上を図ることを目的として、職員以外の者を当所に受け入れ、相互知見の交流及び共同もしくは、分担の研究を行わせるため、客員研究員の制度を設けている。また、精神保健福祉に関して研究又は実習を希望する者を選考のうえ、研究生又は実習生として受け入れ、指導に当たっている。

また、平成4年4月から新たな研究員制度として、流動研究員の制度を設け、国内及び国外から広く研究者を受け入れることになった。

さらに、日本学術振興会、長寿科学振興財団、精神神経科学振興財団などからの特別研究員や外来研究員も受け入れている。

客員研究員は、大学及び研究機関における教授、助教授及び講師等又は、これに準ずるものと認められる者で、研究等に従事する期間は、1年以内である。

研究生は、大学において医学、心理学、社会学、社会福祉学等の課程を修めて卒業した者で、当所において指導部長の指導を受け研究を行うもので、期間は1年である。

実習生は、大学において上記の課程を履修中の者で、指導部長の指導を受けて実習に従事するものであり、期間は3ヶ月以内である。

流動研究員は、大学卒業後2年以上の研究歴を有する者で、研究等に従事する期間は1年以内である。なお、最長3年迄の延長が認められている。

第5章 諸外国における精神保健福祉サービス

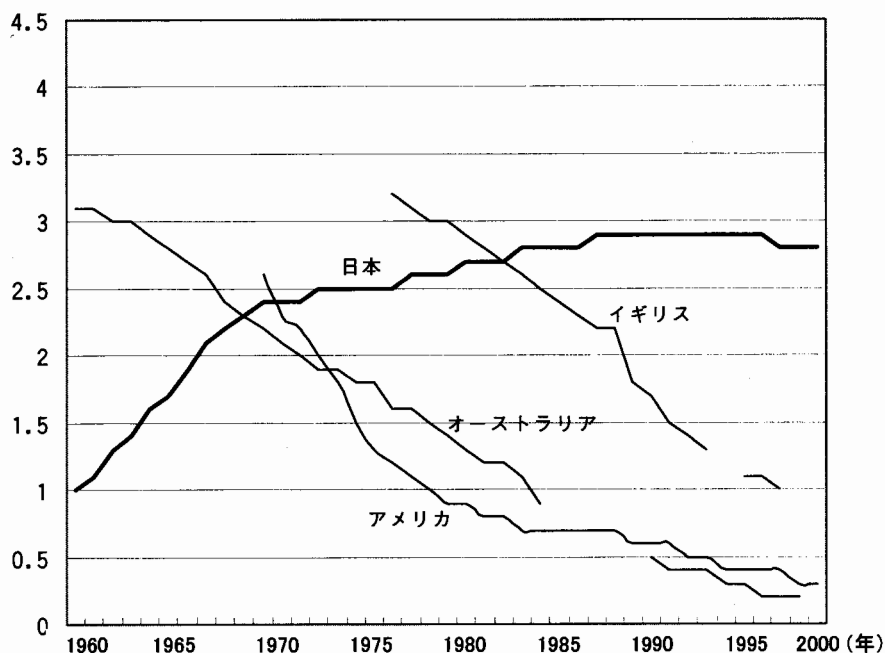
かつて精神医療とは患者を専門病院等の施設に治療のためとはいえ隔離収容するものであった。しかし、過去30年間に欧米を中心とした改革運動が起こり、脱施設化として入院中心医療から外来通院や地域ケアを主とした地域精神医療へと移行している。図1に、日本と、脱施設化が急速に進められたアメリカ、イギリス、オーストラリアの人口1,000人あたりの精神科病床数の推移を示す。各国での精神科病床の定義、運用の仕方が異なるので慎重な解釈が必要であるが、この点を考慮しても、各国が脱施設化を進めている時期にわが国では病床数は増加し、対照的な傾向をとっている。それぞれの国で脱施設化、地域ケアの展開への政策転換、そしてその結果の是非は問われており、当事者の人権擁護と適切な治療へのアクセスの保障とのバランスを模索し続けているのが現状といえよう。

一方、発展途上国ではこれまで精神医療全体の進展は遅かったため、精神科の医療施設、専門家が少なく、精神障害者に対する医療と支援の提供は不十分であった。しかし近年では、精神保健サービスの提供は、精神医療を一般医療や地域医療に統合する形で進められ、精神科病床数の増加以外の方法で、医療や支援制度の充実を目指す取り組みもある。

近年の精神障害をもつ人をめぐる施策は、精神医療のみならず、保健・福祉、さらには当事者主体の活動まで幅広く展開されつつある。そこで、本編では、海外のいくつかの国の精神保健福祉施策における近年の変化を通して、世界の精神保健福祉の流れを紹介したい。

図1. わが国と諸外国における精神科病床数の年次推移 (OECD)

人口1,000人対精神科病床数



OECD Health Data 2002 をもとに作成

1. アメリカ合衆国の精神保健福祉サービス

かつては巨大な州立病院を中心とした精神科病院が精神医療の中心であり、1960年における全国の州立精神病床数は50万床に達していたと言われる。しかし、そこで治療の質が保障されていたとは言いがたい。1963年には、ケネディ教書により脱施設化、地域精神医療への展開が法制化され、連邦政府が主導して地域精神保健センター (CMHC) を拠点として地域ケアが進められることになった。1965年には公的医療制度であるメディケアとメディケイドが策定され老人および貧困者の福祉施設が整うようになると脱施設化は加速され、1976年の州立精神科病院総病床数は22万床となった。しかし、同時期には、退院後のケ

アや中間的なりハビリテーション施設等の地域側での受け皿が十分でなく、精神疾患患者が入退院を繰り返す回転ドア現象やホームレス化が問題となった。これらの問題への対応として、1970年代には、地域において積極的に治療と支援を提供するケースマネジメントや包括型地域生活支援プログラム (ACT) モデルが試験的に実施されるようになった。1980年代には、ケースマネジメント、住居ケア、各種中間施設などの地域ケアの社会資源の整備が進められたが、依然精神障害をもつもののホームレス化などが問題として残っていた。1990年代には、精神保健の領域にもマネージドケアの導入が広がった。入院治療はあくまでも地域治療につなげるための社会資源と位置づけられ、精神症状を呈していても地域の治療チームに紹介が可能となった段階で早期に退院が決まり、退院後は地域で入院の代替サービスを受ける。在院日数の短縮化が進み、1998年には平均7.6日となった (OECD, 2002)。一方で、頻回入院者、既存のサービスではニーズが満たされないもの、具体的にはホームレス、物質依存の併存疾患をもつものの問題が顕在化し、ケースマネジメントや包括型地域生活支援プログラムもよりニーズの高いものを対象として実施されるようになった。しかし、連邦、州、郡、民間と様々な機関がサービスの提供にあたり、その質やアクセスのしやすさについては地域格差が存在していた。

2003年には、大統領の諮問委員会により「約束の達成：アメリカの精神保健ケアの変革」が発表された。精神保健に関する大統領の諮問委員会の設置は実に25年ぶりであり、今後の方針として、断片化されたサービスの統合と、回復（リカバリー）を目指した精神保健システムの変革を掲げた。精神保健の重要性の理解、当事者や家族により決定されるケア、精神保健サービスの格差の是正、早期発見・評価・紹介、良質のサービスの提供、研究の促進、精神保健ケアと情報のための技術の活用などがゴールとして設けられた。近年の地域ケアのサービスは、医療モデルのみによらず、生活モデルや地域生活の統合を志向している。また、当事者や家族が主体的に治療や政策提言へ参加している。

2. ヨーロッパの精神保健福祉サービス

過去30年にわたりほとんどのヨーロッパ諸国は精神医療改革を行い、その結果として、精神科病院と精神病床は減少した。ヨーロッパ諸国は、入院資源の縮小を補うように地域医療を中心にして外来治療部門、デイケア、居住及び療養施設の拡充を計っている。しかしながら、地域サービス推進には財源や法的問題が複雑に絡んでおり、また、精神疾患に対する一般住民の偏見は残り、高齢化した慢性患者は認知症や身体疾患を併発しているため精神医療の枠内だけでは対応が困難になっている。以下にヨーロッパ諸国の精神保健福祉サービスの状況について概説する。

2-1. 英国（イングランド）

18世紀中期までは、精神障害者に対して特別なサービスは提供されず、貧民院や私宅監置での処遇が中心であった。道徳療法やヨーク療養所など、拘束的でないケアを行う動きもみられたが、1845年の精神障害者法（Lunatic Act）が制定され、施設の建設が始まり、隔離収容主義が一般的であった。イングランドの保健サービスは1948年に制定された国民保健サービス制度（NHS）を基盤にしており、この制度のもとでは、保健省、地方保健局（14の地域で各200～500万人を管轄）、地域保健局（192カ所、25万人程度を管轄）によって運営され、プライマリーケアを担当する一般家庭医（GP）、病院、アフターケアを包括している。1955年にはクロールプロマジンが導入され、このころの作業療法、治療共同体、デイホスピタルなどの非薬物療法の開発とあいまって精神科病院入院者数の減少がみられた。1960年代に精神病床数削減の数値目標を掲げて、精神科病院中心の医療から地域ケアを重視した精神保健サービスへの転換が行われた。この脱施設化により、人口1万人あたりの在院患者数は1954年に35人、1970年に23人、1993年に10人となった。これに伴う地域精神医療の提供は、第一次ケアでは精神科医ではないGP、地域精神科看護者（CPN）、ソーシャルワーカー、臨床心理士らが包括的チームを組み管轄地域を設定して担当しており、イング

ランドではGPが精神障害者の地域ケアに大きな役割を果たしている。

このように、イングランドの地域ケアシステムはNHSが基盤となり、NHSと精神保健サービスのあり方を切り離して考えることはできない。しかし、NHSは、長期化した低医療費政策、巨大化・官僚化した構造、繰り返される制度改革による混乱、職員の士気の低下など制度疲労をきたしていた。1991年以降のサッチャー政権では、NHS費用の増大に対して引き締め政策が取られ、つまり、医療の効率化による医療の質の向上が目指され、結果として医療費の抑制には成功したが、医療の質は低下した。1997年に誕生したブレア政権は、改革ビジョンとして「第1級のサービス、新NHSにおける質」を掲げて、効率とともに質の向上を目指し、必要とするすべての国民にサービスを提供することを明示した。この方策は、サービスの品質管理、効率の重視、現場への権限委譲に要約される。更に、2000年にはブレア政権はむこう5年間で医療費を1.5倍にすると発表し、医療・福祉政策に着手した。

このようなNHS改革のなかで、精神保健サービスの改革も進められた。地域におけるケアの調整にはCPAと呼ばれるケアマネジメントが1990年に導入された。近年ではこのCPAはサービスの仲介や調整にとどまらず、直接サービスの提供、サービスのモニターの実施などが求められている。1999年には地域のケアマネジメント当局にCPAは統合されて、その機能は標準型CPAと強化型CPAに分化した。また、同年、精神保健サービスの改革の具体的な課題として、精神保健領域でのナショナルサービス・フレームワーク（NSF）を発表し、ヘルスプロモーション、プライマリーケアへのアクセスとサービス、効果的な治療、ケア提供者へのケア、自殺対策などを含む7つのスタンダードを示した。この中で、保障すべきサービス水準が明記され、サービスの質の管理が行われる。ここでは、精神保健サービスの費用対効果、アクセス、科学的根拠に基づくサービスの実施の程度、および政府のイニシアチブなどを重視したサービスの実施状況の把握を含んでいる。また、同時期にNHS計画2000が発表され、この中で急性期のクライシスハウスの利用、発病初期の早期介入、積極的訪問型チームの利用を促進す

るための計画が定められた。また、精神疾患を有するものの社会での障害を除くためのイニシアチブが発表された。また、近年では司法精神保健サービス、人格障害を持つものへの適切な治療に関する積極的な研究と政策の提言を行っている。

2-2. フランス

行政は1838年の早期に精神保健サービスに関する法律を成立させて、精神障害を持つひとへの人権保護に対応した。1960年以降、精神医療は中央集権化した精神科病院主体の方式から分離的政策によるセクター制に移行した。一般医が精神科医のコンサルタントを受けながら、非精神病圏の患者の治療にあたっている。人口1万人あたりの精神科病床数を見ると、1960年代の20床後半から1990年の17床と減少は緩やかである。各セクターは約7万人の住民を包含し、精神科の専門病院センター（CHS）を有している。そこでは、1人の精神科医を責任者とする専門チームが各種の精神医療関連施設と協力しながら精神疾患の予防、発見、治療、アフターケアを実施している。セクター制は地理的区分として定義され、その中で公立私立を問わず精神科病院は公的サービスに従事し、CHSの他に医学心理センターが外来診察と地域活動の拠点となっている。入院に代わる治療形態としてはデイホスピタル、グループホーム、里親制度が挙げられる。セクター制の問題点として、住所不定の患者、外国人患者、対応困難な患者等が境界事例となりセクター間で排除しあう傾向が指摘されている。

2-3. ドイツ

北欧、英国、イタリア等の他の欧州諸国と異なり精神医療改革前のドイツの精神科病院は超過状態にはなかった。従って改革は緩徐なものであった。しかし、これはナチス時代に10万人余りの精神科関連患者が殺害されたためでもある。精神科病床数は1970年から88年にかけて30%減少したが人口1万人あたりの病床数としてみると1990年が11床で60年代の10床後半から変動はそれほど大きくない。しかし、入院期間は半分以下となった州も多く90年代初頭の平均在院日数は80日程度となっている。長期入院患者は脱施設化にあたり、旧結核病

院等を改修した居住施設に移され、ホームレスの増加は見られなかった。しかしながら、1989年の時点で外来中心の地域精神医療のための滞在型ホームは計画の70%程度しか達成されていない。

2-4. イタリア

精神科病院及び精神病患者に関するイタリアの法律は1904年に強制入院を規定し、1909年に人道的及び福祉的配慮を加えた。この法律が第二次大戦後も運用され2,000床以上を有する精神科病院が乱立した。1960年代の初めから、北イタリアを中心に脱施設化を目指した改革が始まり1968年によく自由入院が法制化され、精神保健センターも設置されるようになった。1973年、精神医療従事者による団体が結成され改革は一層推進されるようになった。1978年、イタリア議会は法律第180号（バザーリア法）として知られる精神医療改革に関する急進的な法律を公布し、まず新たな入院を、次いで精神科病院の設立を禁じ、各州に対し公立精神科病院を廃止する権限を与えた。そして地区社会保健単位（ULSS）における地域精神医療サービスを行い、総合病院内に精神科病棟を設立した。ちなみに、このサービスでは認知症と知的障害は扱わない。

精神科病院の病床と患者数は60年代から減少傾向にあったが人口1万人あたりの病床数は1963年が17.3、1977年12.4、1983年7.6、1990年7.6床と推移している。但し、閉鎖の対象となったのは公立精神科病院であり、民間精神科病院の方あたりの病床数は改革前の1997年4.3から1990年の3.4床と変化は少ない。また、このような減少はイタリア北部で大きい。しかしながら、精神科病床数の減少に伴う中間施設は必ずしも整備されておらず24時間体制で機能している施設は5%に過ぎない。法律第180号はイタリア全土では部分的にしか適応されていないことから1994年、イタリア議会は精神保健防衛法を可決してデイケアや中間施設の充実を計ろうとしている。

3. アジア諸国の精神保健福祉サービス

アジア・環太平洋諸国の精神保健サービスは、オーストラリア、ニュージーランドなどサービスモデルを提示する国々が一端にあるものの、多くの国々では精神保健に関する法整備、施設、人材、教育体制など全般にわたって精神保健サービスは不足している。しかし、これらの専門的サービスの不足を克服するために、一般医療に精神保健を統合させて、そのサービスの普及を進める取り組みなども散見される。また、スマトラ島沖地震、および津波による被災はこの地域にとって不幸な経験であったが、人々の精神保健と被災地域の精神保健サービスの改善に目を向けるきっかけともなった。

元来、これらの地域では病床数が少ないために医療資源を充実させる必要があるが、地域精神医療サービスも整備し、住民や家族への教育を同時に推進し、バランスの良い精神保健サービスの発展が期待される。表1に日本とオーストラリアも含めたアジア諸国の精神科病床数の推移を示す。

表1. アジア・オセアニア諸国における精神科病床数

国名	精神科病床数 (対人口10,000)			
	1983年	1990年	1994年	2005年
日本	27.4	29.1	28.7	28.4
韓国	1.7	2.9	2.8	13.8
中国	0.6	0.7	0.7	1.06
マレーシア	3.9	2.3	3.5	2.7
ニュージーランド	16.3	8.6	4.4	3.8
オーストラリア	9	7.4	5.1	3.9
パプアニューギニア	—	0.6	0.5	0.24
フィリピン	1.8	1.1	1	0.9
ベトナム	—	0.8	0.8	0.63

Atlas2005(WHO)をもとに作成

3-1. 韓国

韓国における西洋の精神医学の導入は1889年にさかのぼる。しかし、精神障害者への処遇は施設や収容所が中心であり、ここでは人権的な問題もあった。1985年に政府が精神医療に関する包括的な政策を制定したことにより、精神保健専門家・治療施設の充実、地域ケアの重視、関連機関の強化、精神保健法の制定が進んだ。この結果、これまで精神保健に関する社会資源は乏しかったが、公的、民間においても病床数が飛躍的に増加した。2000年代初頭には、精神科病院における病床数は60,733床となり、また収容所には13,960床を数えるに至った。しかし精神疾患患者の入院の長期化が顕在化してきた。特に民間の精神科病院、収容所における入院患者の増加がみられ、これらの多くは社会的入院であることが明らかとなり、一層の地域精神保健サービスの充実が望まれている。1990年代半ばからは多職種の精神保健専門家らによる心理社会的リハビリテーション学会の設立、家族会の組織化などの動きとともに、地域精神保健サービスのモデルの構築が進められているが、この動きの全国的な普及促進という点では課題も抱えている。1995年には、精神保健法が制定された。また、近年ではWHOの共同センターの精力的な仕事により、ソウル地域における地域精神保健サービスの整備が戦略的に行われている。

3-2. 中国

狂気概念と現象記述、及び治療には3,000年以上の伝統を有するが、アヘン戦争前後から西洋医学が浸透し始め、1898年に米国人により広州に100床規模の西洋医学式の精神科病院が設立された。その後、いくつかの大都市にも精神科病院は設立されたが長い戦乱の影響もあり1949年の新中国建国時の病院数は8カ所程度、総病床数は1,000床余りにすぎなかった。1958年、全国の病床数は11,000となり以後、文化大革命など混乱にもかかわらず増加して1978年には45,300床となった。1955年度の衛生部（厚生省）管轄の精神科病院数482、病床数95,300であり、公安部と民生部の病院を合計すると病床数は142,500となる。しかし、人口1万人あたりの精神科病床数は1床程度である。

これに対して、地域精神保健サービスは、中国では基本的にプライマリーヘルスケアの一部として提供されてきた伝統がある。その基本は再発も含めた予防と危機介入にあり、衛生部主導による三級防治網、或いは三級保健網と呼ばれるネットワークである。都市では市、区、町、3つの衛生管理組織が連携し精神科病院入院治療、外来診療、リハビリテーション、訪問看護、指導を行っている。1999年からは、WHOの協力により、医師、看護師、病院、学校、メディア関係者を対象に短期研修が提供されている。また、急激な価値観、ライフスタイルの変化、都市化に伴う精神保健問題が広がり、精神保健サービスへのニーズも変貌しつつある。

4. オーストラリアの精神保健福祉サービス

オーストラリアでは、1990年代から精力的な精神保健改革が行われている。1992年から国家精神保健戦略、および国家精神保健5年計画に従って、戦略的に改革が進められている。政策的には、地域において精神に関するヘルスプロモーションを促進し、可能な限り精神保健問題の進展を防ぎ、精神保健問題による当事者、家族、地域への影響を減らす、精神障害を有するものの権利を保障する、といった内容になっている。

精神保健サービスは、プライマリーヘルスケアの一部として統合して提供されている。2001年からは「精神保健ケアにおけるよりよいアウトカム」というイニシアチブのもとに、プライマリーケアでの精神保健サービスの質の向上に焦点が当てられている。この中では、一般家庭医が精神保健サービスを提供したり、心理社会療法を提供することにインセンティブが与えられている。また、1997年には精神保健サービスに関する国家スタンダードが定められ、サービスの質が測定され、質の向上に寄与している。

むすび

世界の国々の精神医療・保健・福祉サービスについて、近年の政策の変化を中心に概観した。まず、精神医療資源の指標として精神病床数の変化をみると、わが国では1993年をピークにわずかであるが減少傾向を示しているが他国に比して依然高水準にある。この精神病床数の多さは、病床機能分化が進んでいないことに一因がある。他に精神医療の指標の1つとして在院日数があるが、日本は欧米の1～2カ月と比べ突出している。しかし他国の統計指標と比較する際には、各指標の定義、また入院治療、外来治療、地域ケアそれぞれのプログラムでの目標、運用の仕方が異なっているので解釈には注意を払う必要がある。日本は1990年代後半から、地域精神保健福祉に向けた施策、法改正が行われ、2004年に精神保健福祉施策の改革ビジョンの発表、2006年に障害者自立支援法の施行と精神保健改革を起す基盤は整備されてきている。その成果を示すことが日本の精神医療・保健・福祉にたずさわる行政、専門家、家族、当事者の課題であると思われる。

第6章 関連法規及び施設

精神保健福祉施策に関連する法令の中心をなすものは精神保健福祉法、障害者自立支援法であるが、その他にも精神障害者に対する、福祉措置、教育指導等を目的とした法令が数多く制定されており、これらの法令に基づいて多くの機関が設置されている。

1. 厚生労働省関係

- (1) 社会福祉法 ……………社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とした法律である。

(社会福祉事業) ……障害者自立支援法に規定する障害者支援施設を経営する事業が第一種社会福祉事業に、同法に規定する障害福祉サービス事業、相談支援事業、地域活動支援センター、同法附則において、なお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設等を経営する事業が第二種社会福祉事業に位置づけられている。

(福祉事務所) ……総合的な社会福祉行政の第一線機関であり、生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法、及び知的障害者福祉法に定める援護、育成又は更生の措置に関する事務を司り、その業務を行うために必要な福祉主事、知的障害者福祉司等の職員が配置されている。

(2) 生活保護法 ……………生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保証するとともに、その自立を助長することを目的とした法律であり、生活保護法第38条に定める保護施設には次の施設がある。

(救護施設) ……身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設である。

(更生施設) ……身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設である。

(医療保護施設) ……医療を必要とする要保護者に対して、医療の給付を行うことを目的とする施設である。

(授産施設) ……身体上若しくは精神上の理由又は世帯

の事情により就業能力の限られている
要保護者に対して、就労又は技能の修
得のために必要な機会及び便宜を与
えて、その自立を助長することを目的
とする施設である。

(宿所提供施設) ……住居のない要保護者の世帯に対して、
住宅扶助を行うことを目的とする施設
である。

(3) 児童福祉法 ……………児童が心身ともに健やかに生まれ、且
つ、育成されるよう努め、すべての児
童は、ひとしくその生活を保障され愛
護されることを目的とした法律であり、
次のような機関・施設がある。

(児童相談所) ……児童福祉行政の第一線現業機関として
各県に設置されており、その業務は18
歳未満の児童の福祉に関して次の様
な業務を行っている。

(1) 児童に関する各般の問題につき、
家庭その他からの相談に応ずること。

(2) 児童及びその家庭につき、必要な
調査並びに医学的、心理学的、教育学
的、社会学的及び精神保健上の判定を
行うこと。

(3) 児童及びその保護者につき、(2)
の調査又は判定に基づいて必要な指
導を行うこと。

(4) 児童の一時保護を行うこと。

(情緒障害児短期治療施設) ……軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童を短期間入所させ、又は保護者の下から通わせて、その情緒障害を治すことを目的とする施設である。

(4) 老人福祉法 ……………老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする法律であり、同法に定める老人福祉施設には次のような施設がある。

(養護老人ホーム) ……65歳以上の者であって、環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なものを入所させ、養護するとともに、その者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設である。

(特別養護老人ホーム) ……65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難であり、やむを得ない事由により地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所することが著しく困難なもの

を入所させ、養護することを目的とする施設である。

(老人福祉センター) ……無料又は低額な料金で、老人に関する各種の相談に応ずるとともに、老人に対して、健康の増進、教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与することを目的とする施設である。

(5) 国民年金法及び厚生年金保険法

国民皆年金制度により、すべての国民はいずれかの年金制度に加入しており高齢や障害者等になったときには、生活の安定を図るため年金の保障が行われるようになっている。

ア. 国民年金法

障害の原因となった病気やけがの初診日に、国民年金の被保険者であって、当該初診日から1年6ヶ月を経過した日（その期間内に傷病が治った場合はその日、又は直らなくても、症状が固定し、治療の効果が期待できない状態に至った場合にはその日。ともに「障害認定日」という。）における障害の程度が障害等級表に該当する場合であって、一定の保険料納付要件を満たしているときに障害基礎年金が給付される。また、20歳前の傷病による障害者についても、その者が20歳に達したときから障害基礎年金が支給される。年金額は1級障害で990,100円、2級障害で792,100円（平成18年度年額）となっている。

イ. 厚生年金保険法

厚生年金保険法では、厚生年金の被保険者期間中に初診日のある傷病により国民年金の障害基礎年金対象となる障害（1級・2級）が発生した場合には、障害基礎年金に加えて、障害厚生年金が支給される。また、障害基礎年金に該当しない軽い障害であっても厚生年金の障害等級（3

級)に該当するときは、独自の障害厚生年金が支給され、最低保障額は594,200円(平成18年度年額)となっている。

なお、年金について詳しいことは、最寄りの社会保険事務所に問い合わせること。

2. 文部科学省関係

特別支援学校……視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者(身体虚弱者を含む。)に対して、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けることを目的とするものである。

このほか、特別支援学校においては、幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の要請に応じて、教育上特別の支援を必要とする児童、生徒又は幼児の教育に関し必要な助言又は援助を行うよう努めることとされている。

近年、児童生徒等の障害の重複化や多様化に伴い、一人一人の教育的ニーズに応じた適切な教育の実施や、学校と福祉、医療、労働等の関係機関との連携がこれまで以上に求められているという状況に鑑み、児童生徒等の個々のニーズに柔軟に対応し、適切な指導及び支援を行う観点から、盲学校、聾学校、養護学校と種別ごとに分かれていた従来の制度を改め、複数の障害種別に対応した教育を実施することができる特別支援学校の制度を創設することとしたものである

(平成19年4月1日より施行)。

3. 法務省関係

医療少年院……心身に著しい故障のある14歳以上26歳未満の者を収容し、社会生活に適応させるため、職業の補導、適当な訓練及び医療を授ける施設である。

資 料 編

I 精神保健福祉関係法令

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

〔昭和25年5月1日〕
〔法律第123号〕

最終改正：平成18年6月23日法律第94号

第1章 総則（第1条—第5条）

第2章 精神保健福祉センター（第6条—第8条）

第3章 地方精神保健福祉審議会及び精神医療審査会（第9条—第17条）

第4章 精神保健指定医，登録研修機関及び精神科病院

第1節 精神保健指定医（第18条—第19条の6）

第2節 登録研修機関（第19条の6の2—第19条の6の17）

第3節 精神科病院（第19条の7—第19条の10）

第5章 医療及び保護

第1節 保護者（第20条—第22条の2）

第2節 任意入院（第22条の3・第22条の4）

第3節 指定医の診察及び措置入院（第23条—第32条）

第4節 医療保護入院等（第33条—第35条）

第5節 精神科病院における処遇等（第36条—第40条）

第6節 雑則（第41条—第44条）

第6章 保健及び福祉

第1節 精神障害者保健福祉手帳（第45条・第45条の2）

第2節 相談指導等（第46条—第51条）

第7章 精神障害者社会復帰促進センター（第51条の2—第51条の11）

第8章 雑則（第51条の11の2—第51条の15）

第9章 罰則（第52条—第57条）

附則

第1章 総則

（この法律の目的）

第1条 この法律は，精神障害者の医療及び保護を行い，障害者自立支援法（平成17年法律第123号）と相まってその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援助を行い，並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて，精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る

ことを目的とする。

(国及び地方公共団体の義務)

第2条 国及び地方公共団体は、障害者自立支援法の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業と相まって、医療施設及び教育施設を充実する等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによつて精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。

(国民の義務)

第3条 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者とその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

(精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮)

第4条 医療施設の設置者又は社会適応訓練事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たつては、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。

2 国、地方公共団体、医療施設の設置者及び社会適応訓練事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

(定義)

第5条 この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

第2章 精神保健福祉センター

(精神保健福祉センター)

第6条 都道府県は、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための機関（以下「精神保健福祉センター」という。）を置くものとする。

2 精神保健福祉センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、及び調査研究を行うこと。
- 二 精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行うこと。
- 三 精神医療審査会の事務を行うこと。
- 四 第45条第1項の申請に対する決定及び障害者自立支援法第52条第1項に規定する支給認定（精神障害者に係るものに限る。）に関する事務のうち専門的な知識及び技術を

必要とするものを行うこと。

五 障害者自立支援法第22条第2項の規定により、市町村が同条第1項に規定する支給要否決定を行うに当たり意見を述べること。

六 障害者自立支援法第26条第1項の規定により、市町村に対し技術的事項についての協力その他必要な援助を行うこと。

(国の補助)

第7条 国は、都道府県が前条の施設を設置したときは、政令の定めるところにより、その設置に要する経費については2分の1、その運営に要する経費については3分の1を補助する。

(条例への委任)

第8条 この法律に定めるもののほか、精神保健福祉センターに関して必要な事項は、条例で定める。

第3章 地方精神保健福祉審議会及び精神医療審査会

(地方精神保健福祉審議会)

第9条 精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項を調査審議させるため、都道府県は、条例で、精神保健福祉に関する審議会その他の合議制の機関（以下「地方精神保健福祉審議会」という。）を置くことができる。

2 地方精神保健福祉審議会は、都道府県知事の諮問に答えるほか、精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項に関して都道府県知事に意見を具申することができる。

3 前2項に定めるもののほか、地方精神保健福祉審議会の組織及び運営に関し必要な事項は、都道府県の条例で定める。

第10条 削除

第11条 削除

(精神医療審査会)

第12条 第38条の3第2項(同条第6項において準用する場合を含む。)及び第38条の5第2項の規定による審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置く。

(委員)

第13条 精神医療審査会の委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（第18条第1項に規定する精神保健指定医である者に限る。）、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する。

2 委員の任期は、2年とする。

(審査の案件の取扱い)

第14条 精神医療審査会は、その指名する委員5人をもつて構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。

2 合議体を構成する委員は、次の各号に掲げる者とし、その員数は、当該各号に定める

員数以上とする。

- 一 精神障害者の医療に関し学識経験を有する者2
- 二 法律に関し学識経験を有する者1
- 三 その他の学識経験を有する者1

(政令への委任)

第15条 この法律で定めるもののほか、精神医療審査会に関し必要な事項は、政令で定める。

第16条 削除

第17条 削除

第4章 精神保健指定医、登録研修機関及び精神科病院

第1節 精神保健指定医

(精神保健指定医)

第18条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第19条の4に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

- 一 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 二 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修(申請前1年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定にかかわらず、第19条の2第1項又は第2項の規定により指定医の指定を取り消された後5年を経過していない者その他指定医として著しく不適当と認められる者については、前項の指定をしないことができる。
- 3 厚生労働大臣は、第1項第3号に規定する精神障害及びその診断又は治療に従事した経験の程度を定めようとするとき、同項の規定により指定医の指定をしようとするとき又は前項の規定により指定医の指定をしないものとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

(指定後の研修)

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つたときは、当該研修を受けるべき年度の終了の日にその効力を失う。ただし、当該

研修を受けなかつ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るときは、この限りでない。

(指定の取消し等)

第19条の2 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

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

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

4 都道府県知事は、指定医について第2項に該当すると料料するときは、その旨を厚生労働大臣に通知することができる。

第19条の3 削除

(職務)

第19条の4 指定医は、第22条の4第3項及び第29条の5の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定、第33条第1項及び第33条の4第1項の規定による入院を必要とするかどうか及び第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定、第36条第3項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定、第38条の2第1項(同条第2項において準用する場合を含む。)に規定する報告事項に係る入院中の者の診察並びに第40条の規定により1時退院させて経過を見るのが適當かどうかの判定の職務を行う。

2 指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、次に掲げる職務を行う。

一 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定による入院を必要とするかどうかの判定

二 第29条の2の2第3項(第34条第4項において準用する場合を含む。)に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定

三 第29条の4第2項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

四 第34条第1項及び第3項の規定による移送を必要とするかどうかの判定

五 第38条の3第3項(同条第6項において準用する場合を含む。)及び第38条の5第4項の規定による診察

六 第38条の6第1項の規定による立入検査、質問及び診察

七 第38条の7第2項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

八 第45条の2第4項の規定による診察

(診療録の記載義務)

第19条の4の2 指定医は、前条第1項に規定する職務を行つたときは、遅滞なく、当該指定医の氏名その他厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

(指定医の必置)

第19条の5 第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項、第2項若しくは第4項又は第33条の4第1項若しくは第2項の規定により精神障害者を入院させている精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。第19条の10を除き、以下同じ。)の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、その精神科病院に常時勤務する指定医(第19条の2第2項の規定によりその職務を停止されている者を除く。第53条第1項を除き、以下同じ。)を置かなければならない。

(政令及び省令への委任)

第19条の6 この法律に規定するもののほか、指定医の指定に関して必要な事項は政令で、第18条第1項第4号及び第19条第1項の規定による研修に関して必要な事項は厚生労働省令で定める。

第2節 登録研修機関

(登録)

第19条の6の2 第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録(以下この節において「登録」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、第18条第1項第4号又は第19条第1項の研修(以下この節において「研修」という。)を行おうとする者の申請により行う。

(欠格条項)

第19条の6の3 次の各号のいずれかに該当する者は、登録を受けることができない。

- 一 この法律若しくはこの法律に基づく命令又は障害者自立支援法若しくは同法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から2年を経過しない者
- 二 第19条の6の13の規定により登録を取り消され、その取消の日から2年を経過しない者
- 三 法人であつて、その業務を行う役員のうち前2号のいずれかに該当する者があるもの

(登録基準)

第19条の6の4 厚生労働大臣は、第19条の6の2の規定により登録を申請した者が次に掲げる要件のすべてに適合しているときは、その登録をしなければならない。

- 一 別表の第1欄に掲げる科目を教授し、その時間数が同表の第3欄又は第4欄に掲げる時間数以上であること。
 - 二 別表の第2欄で定める条件に適合する学識経験を有する者が前号に規定する科目を教授するものであること。
- 2 登録は、研修機関登録簿に登録を受ける者の氏名又は名称、住所、登録の年月日及び登録番号を記載してするものとする。

(登録の更新)

第19条の6の5 登録は、5年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によつて、その効力を失う。

2 前3条の規定は、前項の登録の更新について準用する。

(研修の実施義務)

第19条の6の6 登録を受けた者(以下「登録研修機関」という。)は、正当な理由がある場合を除き、毎事業年度、研修の実施に関する計画(以下「研修計画」という。)を作成し、研修計画に従つて研修を行わなければならない。

2 登録研修機関は、公正に、かつ、第18条第1項第4号又は第19条第1項の厚生労働省令で定めるところにより研修を行わなければならない。

3 登録研修機関は、毎事業年度の開始前に、第1項の規定により作成した研修計画を厚生労働大臣に届け出なければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

(変更の届出)

第19条の6の7 登録研修機関は、その氏名若しくは名称又は住所を変更しようとするときは、変更しようとする日の2週間前までに、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

(業務規程)

第19条の6の8 登録研修機関は、研修の業務に関する規程(以下「業務規程」という。)を定め、研修の業務の開始前に、厚生労働大臣に届け出なければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 業務規程には、研修の実施方法、研修に関する料金その他の厚生労働省令で定める事項を定めておかななければならない。

(業務の休廃止)

第19条の6の9 登録研修機関は、研修の業務の全部又は1部を休止し、又は廃止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

(財務諸表等の備付け及び閲覧等)

第19条の6の10 登録研修機関は、毎事業年度経過後3月以内に、当該事業年度の財産目録、貸借対照表及び損益計算書又は収支計算書並びに事業報告書(その作成に代えて電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。以下同じ。))の作成がされている場合における当該電磁的記録を含む。次項及び第57条において「財務諸表等」という。)を作成し、5年間事務所に備えて置かななければならない。

2 研修を受けようとする者その他の利害関係人は、登録研修機関の業務時間内は、いつでも、次に掲げる請求をすることができる。ただし、第2号又は第4号の請求をするには、登録研修機関の定めた費用を支払わなければならない。

一 財務諸表等が書面をもつて作成されているときは、当該書面の閲覧又は謄写の請求

二 前号の書面の謄本又は抄本の請求

三 財務諸表等が電磁的記録をもつて作成されているときは、当該電磁的記録に記録された事項を厚生労働省令で定める方法により表示したものの閲覧又は謄写の請求

四 前号の電磁的記録に記録された事項を電磁的方法であつて厚生労働省令で定めるものにより提供することの請求又は当該事項を記載した書面の交付の請求

(適合命令)

第19条の6の11 厚生労働大臣は、登録研修機関が第19条の6の4第1項各号のいずれかに適合しなくなつたと認めるときは、その登録研修機関に対し、これらの規定に適合するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(改善命令)

第19条の6の12 厚生労働大臣は、登録研修機関が第19条の6の6第1項又は第2項の規定に違反していると認めるときは、その登録研修機関に対し、研修を行うべきこと又は研修の実施方法その他の業務の方法の改善に関し必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(登録の取消し等)

第19条の6の13 厚生労働大臣は、登録研修機関が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録を取り消し、又は期間を定めて研修の業務の全部若しくは1部の停止を命ずることができる。

一 第19条の6の3第1号又は第3号に該当するに至つたとき。

二 第19条の6の6第3項、第19条の6の7、第19条の6の8、第19条の6の9、第19条の6の10第1項又は次条の規定に違反したとき。

三 正当な理由がないのに第19条の6の10第2項各号の規定による請求を拒んだとき。

四 第19条の6の11又は前条の規定による命令に違反したとき。

五 不正の手段により登録を受けたとき。

(帳簿の備付け)

第19条の6の14 登録研修機関は、厚生労働省令で定めるところにより、帳簿を備え、研修に関し厚生労働省令で定める事項を記載し、これを保存しなければならない。

(厚生労働大臣による研修業務の実施)

第19条の6の15 厚生労働大臣は、登録を受ける者がいないとき、第19条の6の9の規定による研修の業務の全部又は1部の休止又は廃止の届出があつたとき、第19条の6の13の規定により登録を取り消し、又は登録研修機関に対し研修の業務の全部若しくは1部の停止を命じたとき、登録研修機関が天災その他の事由により研修の業務の全部又は1部を実施することが困難となつたときその他必要があると認めるときは、当該研修の業務の全部又は1部を自ら行うことができる。

2 前項の規定により厚生労働大臣が行う研修を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める金額の手数料を納付しなければならない。

3 厚生労働大臣が第1項の規定により研修の業務の全部又は1部を自ら行う場合にお

る研修の業務の引継ぎその他の必要な事項については、厚生労働省令で定める。

(報告の徴収及び立入検査)

第19条の6の16 厚生労働大臣は、研修の業務の適正な運営を確保するために必要な限度において、登録研修機関に対し、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、その事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 前項の規定により立入検査を行う当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係者の請求があつたときは、これを提示しなければならない。

3 第1項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(公示)

第19条の6の17 厚生労働大臣は、次の場合には、その旨を公示しなければならない。

一 登録をしたとき。

二 第19条の6の7の規定による届出があつたとき。

三 第19条の6の9の規定による届出があつたとき。

四 第19条の6の13の規定により登録を取り消し、又は研修の業務の停止を命じたとき。

五 第19条の6の15の規定により厚生労働大臣が研修の業務の全部若しくは1部を自ら行うものとするとき、又は自ら行っていた研修の業務の全部若しくは1部を行わないこととするとき。

第3節 精神科病院

(都道府県立精神科病院)

第19条の7 都道府県は、精神科病院を設置しなければならない。ただし、次条の規定による指定病院がある場合においては、その設置を延期することができる。

2 都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人(地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)第2条第1項に規定する地方独立行政法人をいう。次条において同じ。)が精神科病院を設置している場合には、当該都道府県については、前項の規定は、適用しない。

(指定病院)

第19条の8 都道府県知事は、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人(以下「国等」という。)以外の者が設置した精神科病院であつて厚生労働大臣の定める基準に適合するものの全部又は1部を、その設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神科病院に代わる施設(以下「指定病院」という。)として指定することができる。

(指定の取消し)

第19条の9 都道府県知事は、指定病院が、前条の基準に適合しなくなつたとき、又はその運営方法がその目的遂行のために不適當であると認めるときは、その指定を取り消すことができる。

- 2 都道府県知事は、前項の規定によりその指定を取り消そうとするときは、あらかじめ、地方精神保健福祉審議会（地方精神保健福祉審議会が置かれていない都道府県にあつては、医療法（昭和23年法律第205号）第71条の2第1項に規定する都道府県医療審議会）の意見を聴かなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、第1項に規定する都道府県知事の権限に属する事務について、指定病院に入院中の者の処遇を確保する緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事に対し同項の事務を行うことを指示することができる。

（国の補助）

- 第19条の10 国は、都道府県が設置する精神科病院及び精神科病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営に要する経費（第30条第1項の規定により都道府県が負担する費用を除く。次項において同じ。）に対し、政令の定めるところにより、その2分の1を補助する。
- 2 国は、営利を目的としない法人が設置する精神科病院及び精神科病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営に要する経費に対し、政令の定めるところにより、その2分の1以内を補助することができる。

第5章 医療及び保護

第1節 保護者

（保護者）

- 第20条 精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は保護者とならない。
- 一 行方の知れない者
 - 二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
 - 三 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人
 - 四 破産者
 - 五 成年被後見人又は被保佐人
 - 六 未成年者
- 2 保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。ただし、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人又は保佐人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立てによりその順位を変更することができる。
 - 一 後見人又は保佐人
 - 二 配偶者
 - 三 親権を行う者
 - 四 前2号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

3 前項ただし書の規定による順位の変更及び同項第4号の規定による選任は家事審判法（昭和22年法律第152号）の適用については、同法第9条第1項 甲類に掲げる事項とみなす。

第21条 前条第2項各号の保護者がなく又はこれらの保護者がその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護者となる。

第22条 保護者は、精神障害者（第22条の4第2項に規定する任意入院者及び病院又は診療所に入院しないで行われる精神障害の医療を継続して受けている者を除く。以下この項及び第3項において同じ。）に治療を受けさせ、及び精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。

2 保護者は、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない。

3 保護者は、精神障害者に医療を受けさせるに当たっては、医師の指示に従わなければならない。

第22条の2 保護者は、第41条の規定による義務（第29条の3又は第29条の4第1項の規定により退院する者の引取りに係るものに限る。）を行うに当たり必要があるときは、当該精神科病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神科病院若しくは指定病院と関連する障害者自立支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスに係る事業（以下「障害福祉サービス事業」という。）を行う者に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、及び必要な援助を求めることができる。

第2節 任意入院

（任意入院）

第22条の3 精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

第22条の4 精神障害者が自ら入院する場合においては、精神科病院の管理者は、その入院に際し、当該精神障害者に対して第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせ、当該精神障害者から自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。

2 精神科病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（以下「任意入院者」という。）から退院の申出があつた場合においては、その者を退院させなければならない。

3 前項に規定する場合において、精神科病院の管理者は、指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めるときは、同項の規定にかかわらず、72時間を限り、その者を退院させないことができる。

4 前項に規定する場合において、精神科病院（厚生労働省令で定める基準に適合すると都道府県知事が認めるものに限る。）の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて指定医以外の医師（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の4第

1項の規定による登録を受けていることその他厚生労働省令で定める基準に該当する者に限る。以下「特定医師」という。)に任意入院者の診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めるときは、前2項の規定にかかわらず、12時間を限り、その者を退院させないことができる。

- 5 第19条の4の2の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同条中「指定医は、前条第1項」とあるのは「第22条の4第4項に規定する特定医師は、同項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。
- 6 精神科病院の管理者は、第4項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。
- 7 精神科病院の管理者は、第3項又は第4項後段の規定による措置を採る場合においては、当該任意入院者に対し、当該措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

第3節 指定医の診察及び措置入院

(診察及び保護の申請)

第23条 精神障害者又はその疑いのある者を知つた者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当たっている者があるときはその者の住所及び氏名

(警察官の通報)

第24条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を見つけたときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

(検察官の通報)

第25条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判(懲役、禁錮又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判を除く。)が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。ただし、当該不起訴処分をされ、又は裁判を受けた者について、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(平成15年法律第110

号) 第33条第1項の申立てをしたときは、この限りでない。

2 検察官は、前項本文に規定する場合のほか、精神障害者若しくはその疑いのある被疑者若しくは被告人又は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の対象者(同法第2条第3項に規定する対象者をいう。第26条の3及び第44条第1項において同じ。)について、特に必要があると認めたときは、速やかに、都道府県知事に通報しなければならない。

(保護観察所の長の通報)

第25条の2 保護観察所の長は、保護観察に付されている者が精神障害者又はその疑いのある者であることを知つたときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

(矯正施設の長の通報)

第26条 矯正施設(拘置所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院をいう。以下同じ。)の長は、精神障害者又はその疑いのある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、左の事項を本人の居住地(居住地がない場合は当該矯正施設の所在地)の都道府県知事に通報しなければならない。

- 一 本人の居住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要
- 三 釈放、退院又は退所の年月日
- 四 引取人の住所及び氏名

(精神科病院の管理者の届出)

第26条の2 精神科病院の管理者は、入院中の精神障害者であつて、第29条第1項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があつたときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報)

第26条の3 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第2条第6項に規定する指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、同法の対象者であつて同条第5項に規定する指定入院医療機関に入院していないものがその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

(申請等に基づき行われる指定医の診察等)

第27条 都道府県知事は、第23条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせるなければならない。

2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第23条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。

- 3 都道府県知事は、前2項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち合わせなければならない。
- 4 指定医及び前項の当該職員は、前3項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 5 第19条の6の16第2項及び第3項の規定は、前項の規定による立入りについて準用する。この場合において、同条第2項中「前項」とあるのは「第27条第4項」と、「当該職員」とあるのは「指定医及び当該職員」と、同条第3項中「第1項」とあるのは「第27条第4項」と読み替えるものとする。

(診察の通知)

第28条 都道府県知事は、前条第1項の規定により診察をさせるに当つて現に本人の保護の任に当つている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。

- 2 後見人又は保佐人、親権を行う者、配偶者その他現に本人の保護の任に当つている者は、前条第1項の診察に立ち会うことができる。

(判定の基準)

第28条の2 第27条第1項又は第2項の規定により診察をした指定医は、厚生労働大臣の定める基準に従い、当該診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの判定を行わなければならない。

(都道府県知事による入院措置)

第29条 都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

- 2 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する2人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。
- 3 都道府県知事は、第1項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 4 国等の設置した精神科病院及び指定病院の管理者は、病床(病院の1部について第19条の8の指定を受けている指定病院にあつてはその指定に係る病床)に既に第1項又は次条第1項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合のほかは、第1項の精神障害者を入院させなければならない。

第29条の2 都道府県知事は、前条第1項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第27条、第28条及び前条の規定による手続を

採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を前条第1項に規定する精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

- 2 都道府県知事は、前項の措置をとつたときは、すみやかに、その者につき、前条第1項の規定による入院措置をとるかどうかを決定しなければならない。
- 3 第1項の規定による入院の期間は、72時間を超えることができない。
- 4 第27条第4項及び第5項並びに第28条の2の規定は第1項の規定による診察について、前条第3項の規定は第1項の規定による措置を採る場合について、同条第4項の規定は第1項の規定により入院する者の入院について準用する。

第29条の2の2 都道府県知事は、第29条第1項又は前条第1項の規定による入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に移送しなければならない。

- 2 都道府県知事は、前項の規定により移送を行う場合においては、当該精神障害者に対し、当該移送を行う旨その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 3 都道府県知事は、第1項の規定による移送を行うに当たつては、当該精神障害者を診察した指定医が必要と認めるときは、その者の医療又は保護に欠くことのできない限度において、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限を行うことができる。

第29条の3 第29条第1項に規定する精神科病院又は指定病院の管理者は、第29条の2第1項の規定により入院した者について、都道府県知事から、第29条第1項の規定による入院措置を採らない旨の通知を受けたとき、又は第29条の2第3項の期間内に第29条第1項の規定による入院措置を採る旨の通知がないときは、直ちに、その者を退院させなければならない。

(入院措置の解除)

第29条の4 都道府県知事は、第29条第1項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至つたときは、直ちに、その者を退院させなければならない。この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、その者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者の意見を聞くものとする。

- 2 前項の場合において都道府県知事がその者を退院させるには、その者が入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められることについて、その指定する指定医による診察の結果又は次条の規定による診察の結果に基づく場合でなければならない。

第29条の5 措置入院者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至つたときは、直ちに、その旨、

その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(入院措置の場合の診療方針及び医療に要する費用の額)

第29条の6 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者について国等の設置した精神科病院又は指定病院が行う医療に関する診療方針及びその医療に要する費用の額の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。

2 前項に規定する診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例によることができないとき、及びこれによることを適当としないときの診療方針及び医療に要する費用の額の算定方法は、厚生労働大臣の定めるところによる。

(社会保険診療報酬支払基金への事務の委託)

第29条の7 都道府県は、第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者について国等の設置した精神科病院又は指定病院が行った医療が前条に規定する診療方針に適合するかどうかについての審査及びその医療に要する費用の額の算定並びに国等又は指定病院の設置者に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

(費用の負担)

第30条 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により都道府県知事が入院させた精神障害者の入院に要する費用は、都道府県が負担する。

2 国は、都道府県が前項の規定により負担する費用を支弁したときは、政令の定めるところにより、その4分の3を負担する。

(他の法律による医療に関する給付との調整)

第30条の2 前条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、健康保険法(大正11年法律第70号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号。他の法律において準用し、又は例による場合を含む。)、地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)又は介護保険法(平成9年法律第123号)の規定により医療に関する給付を受けることができる者であるときは、都道府県は、その限度において、同項の規定による負担をすることを要しない。

(費用の徴収)

第31条 都道府県知事は、第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院させた精神障害者又はその扶養義務者が入院に要する費用を負担することができることを認めるときは、その費用の全部又は一部を徴収することができる。

第32条 削除

第4節 医療保護入院等

(医療保護入院)

第33条 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの

二 第34条第1項の規定により移送された者

2 精神科病院の管理者は、前項第1号に規定する者の保護者について第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合又は第34条第2項の規定により移送された場合において、前項第1号に規定する者又は同条第2項の規定により移送された者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくても、当該選任がされるまでの間、4週間を限り、その者を入院させることができる。

3 前項の規定による入院が行われている間は、同項の同意をした扶養義務者は、第20条第2項第4号に掲げる者に該当するものとみなし、第1項の規定を適用する場合を除き、同条に規定する保護者とみなす。

4 第1項又は第2項に規定する場合において、精神科病院（厚生労働省令で定める基準に適合すると都道府県知事が認めるものに限る。）の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師に診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、第1項又は第2項の規定にかかわらず、本人の同意がなくても、12時間を限り、その者を入院させることができる。

5 第19条の4の2の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同条中「指定医は、前条第1項」とあるのは「第22条の4第4項に規定する特定医師は、第33条第4項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。

6 精神科病院の管理者は、第4項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。

7 精神科病院の管理者は、第1項、第2項又は第4項後段の規定による措置を採つたときは、10日以内に、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を当該入院について同意をした者の同意書を添え、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

第33条の2 精神科病院の管理者は、前条第1項の規定により入院した者（以下「医療保護入院者」という。）を退院させたときは、10日以内に、その旨及び厚生労働省令で定め

る事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

第33条の3 精神科病院の管理者は、第33条第1項、第2項又は第4項後段の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。ただし、当該入院措置を採つた日から4週間を経過する日までの間であつて、当該精神障害者の症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間においては、この限りでない。この場合において、精神科病院の管理者は、遅滞なく、厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。
(応急入院)

第33条の4 厚生労働大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神科病院の管理者は、医療及び保護の依頼があつた者について、急速を要し、保護者(第33条第2項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、その者が、次に該当する者であるときは、本人の同意がなくても、72時間を限り、その者を入院させることができる。

- 一 指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの
 - 二 第34条第3項の規定により移送された者
- 2 前項に規定する場合において、同項に規定する精神科病院の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師に同項の医療及び保護の依頼があつた者の診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、その者が、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、同項の規定にかかわらず、本人の同意がなくても、12時間を限り、その者を入院させることができる。
- 3 第19条の4の2の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同条中「指定医は、前条第1項」とあるのは「第22条の4第4項に規定する特定医師は、第33条の4第2項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。
- 4 第1項に規定する精神科病院の管理者は、第2項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。
- 5 第1項に規定する精神科病院の管理者は、同項又は第2項後段の規定による措置を採つたときは、直ちに、当該措置を採つた理由その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。
- 6 都道府県知事は、第1項の指定を受けた精神科病院が同項の基準に適合しなくなつたと認めるときは、その指定を取り消すことができる。

7 厚生労働大臣は、前項に規定する都道府県知事の権限に属する事務について、第1項の指定を受けた精神科病院に入院中の者の処遇を確保する緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事に対し前項の事務を行うことを指示することができる。

第33条の5 第19条の9第2項の規定は前条第6項の規定による処分をする場合について、第29条第3項の規定は精神科病院の管理者が前条第1項又は第2項後段の規定による措置を採る場合について準用する。

(医療保護入院等のための移送)

第34条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたものにつき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第1項の規定による入院をさせるため第33条の4第1項に規定する精神科病院に移送することができる。

2 都道府県知事は、前項に規定する者の保護者について第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合において、その者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第2項の規定による入院をさせるため第33条の4第1項に規定する精神科病院に移送することができる。

3 都道府県知事は、急速を要し、保護者(前項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、その指定する指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、本人の同意がなくてもその者を第33条の4第1項の規定による入院をさせるため同項に規定する精神科病院に移送することができる。

4 第29条の2の2第2項及び第3項の規定は、前3項の規定による移送を行う場合について準用する。

第35条 削除

第5節 精神科病院における処遇等

(処遇)

第36条 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の

意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第37条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

(指定医の精神科病院の管理者への報告等)

第37条の2 指定医は、その勤務する精神科病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると思料するとき又は前条第1項の基準に適合していないと認めるときその他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該精神科病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

(相談、援助等)

第38条 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は、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護者等との連絡調整を行うように努めなければならない。

(定期の報告等)

第38条の2 措置入院者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者は、措置入院者の症状その他厚生労働省令で定める事項（以下この項において「報告事項」という。）を、厚生労働省令で定めるところにより、定期に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならない。この場合においては、報告事項のうち厚生労働省令で定める事項については、指定医による診察の結果に基づくものでなければならない。

2 前項の規定は、医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者について準用する。この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは、「医療保護入院者」と読み替えるものとする。

3 都道府県知事は、条例で定めるところにより、精神科病院の管理者（第38条の7第1項、第2項又は第4項の規定による命令を受けた者であつて、当該命令を受けた日から起算して厚生労働省令で定める期間を経過しないものその他これに準ずる者として厚生労働省令で定めるものに限る。）に対し、当該精神科病院に入院中の任意入院者（厚生労働省令で定める基準に該当する者に限る。）の症状その他厚生労働省令で定める事項について報告を求めることができる。

(定期の報告等による審査)

第38条の3 都道府県知事は、前条第1項若しくは第2項の規定による報告又は第33条第7項の規定による届出（同条第1項の規定による措置に係るものに限る。）があつたとき

は、当該報告又は届出に係る入院中の者の症状その他厚生労働省令で定める事項を精神医療審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めなければならない。

- 2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。
- 3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者に対して意見を求め、若しくはその者の同意を得て委員（指定医である者に限る。第38条の5第4項において同じ。）に診察させ、又はその者が入院している精神科病院の管理者その他関係者に対して報告若しくは意見を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。
- 4 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は精神科病院の管理者に対しその者を退院させることを命じなければならない。
- 5 都道府県知事は、第1項に定めるもののほか、前条第3項の規定による報告を受けたときは、当該報告に係る入院中の者の症状その他厚生労働省令で定める事項を精神医療審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めることができる。
- 6 第2項及び第3項の規定は、前項の規定により都道府県知事が審査を求めた場合について準用する。

（退院等の請求）

第38条の4 精神科病院に入院中の者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

（退院等の請求による審査）

- 第38条の5** 都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を精神医療審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。
- 2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。
 - 3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たつては、当該審査に係る前条の規定による請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神科病院の管理者の意見を聴かなければならない。ただし、精神医療審査会がこれらの者の意見を聴く必要がないと特に認めるときは、この限りでない。
 - 4 精神医療審査会は、前項に定めるもののほか、第2項の審査をするに当たつて必要が

あると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て委員に診察させ、又はその者が入院している精神科病院の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

5 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないとして認められた者を退院させ、又は当該精神科病院の管理者に対しその者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。

6 都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る精神医療審査会の審査の結果及びこれに基づき採つた措置を通知しなければならない。

(報告徴収等)

第38条の6 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神科病院の管理者に対し、当該精神科病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類(その作成又は保存に代えて電磁的記録の作成又は保存がされている場合における当該電磁的記録を含む。)を検査させ、若しくは当該精神科病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神科病院に立ち入り、当該精神科病院に入院中の者を診察させることができる。

2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神科病院の管理者、精神科病院に入院中の者又は第33条第1項、第2項若しくは第4項の規定による入院について同意をした者に対し、この法律による入院に必要な手続に関し、報告を求め、又は帳簿書類の提出若しくは提示を命じることができる。

3 第19条の6の16第2項及び第3項の規定は、第1項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。この場合において、同条第2項中「前項」とあるのは「第38条の6第1項」と、「当該職員」とあるのは「当該職員及び指定医」と、同条第3項中「第1項」とあるのは「第38条の6第1項」と読み替えるものとする。

(改善命令等)

第38条の7 厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神科病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると認めるとき又は第37条第1項の基準に適合していないと認めるときその他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないとして認めるときは、当該精神科病院の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、第22条の4第3項の規定により入院している者又は第33条第1項、第2項若しくは第4項若しくは第33条の4第1項若しくは第2項の規定により入院した者について、その指定する2人以上の指定医に診察させ、各指定医の診察の結果がその入院を継続する必要があることに1致し

ない場合又はこれらの者の入院がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反して行われた場合には、これらの者が入院している精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命ずることができる。

- 3 都道府県知事は、前2項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた精神科病院の管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。
- 4 厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神科病院の管理者が第1項又は第2項の規定による命令に従わないときは、当該精神科病院の管理者に対し、期間を定めて第22条の4第1項、第33条第1項、第2項及び第4項並びに第33条の4第1項及び第2項の規定による精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は1部を制限することを命ずることができる。
- 5 都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合においては、その旨を公示しなければならない。

(無断退去者に対する措置)

第39条 精神科病院の管理者は、入院中の方で自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になつたときは、所轄の警察署長に次の事項を通知してその探索を求めなければならない。

- 一 退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
 - 二 退去の年月日及び時刻
 - 三 症状の概要
 - 四 退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
 - 五 入院年月日
 - 六 保護者又はこれに準ずる者の住所及び氏名
- 2 警察官は、前項の探索を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該精神科病院の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該精神科病院の管理者がその者を引き取るまでの間、24時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設等の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

(仮退院)

第40条 第29条第1項に規定する精神科病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者の症状に照らしその者を1時退院させて経過を見るのが適当であると認めるときは、都道府県知事の許可を得て、6月を超えない期間を限り仮に退院させることができる。

第6節 雑則

(保護者の引取義務等)

第41条 保護者は、第29条の3若しくは第29条の4第1項の規定により退院する者又は前条の規定により仮退院する者を引き取り、かつ、仮退院した者の保護に当たつては当該精神科病院又は指定病院の管理者の指示に従わなければならない。

(医療及び保護の費用)

第42条 保護者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。

(刑事事件に関する手続等との関係)

第43条 この章の規定は、精神障害者又はその疑いのある者について、刑事事件若しくは少年の保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行ない、又は刑若しくは補導処分若しくは保護処分の執行のためこれらの者を矯正施設に収容することを妨げるものではない。

2 第25条、第26条及び第27条の規定を除く外、この章の規定は矯正施設に収容中の者には適用しない。

(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る手続等との関係)

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

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

第6章 保健及び福祉

第1節 精神障害者保健福祉手帳

(精神障害者保健福祉手帳)

第45条 精神障害者(知的障害者を除く。以下この章及び次章において同じ。)は、厚生労働省令で定める書類を添えて、その居住地(居住地を有しないときは、その現所在地)の都道府県知事に精神障害者保健福祉手帳の交付を申請することができる。

2 都道府県知事は、前項の申請に基づいて審査し、申請者が政令で定める精神障害の状態にあると認めるときは、申請者に精神障害者保健福祉手帳を交付しなければならない。

3 前項の規定による審査の結果、申請者が同項の政令で定める精神障害の状態にないと認めるときは、都道府県知事は、理由を付して、その旨を申請者に通知しなければならない。

4 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、厚生労働省令で定めるところにより、2年ごとに、第2項の政令で定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければならない。

5 第3項の規定は、前項の認定について準用する。

- 6 前各項に定めるもののほか、精神障害者保健福祉手帳に関し必要な事項は、政令で定める。

(精神障害者保健福祉手帳の返還等)

第45条の2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、前条第2項の政令で定める精神障害の状態がなくなつたときは、速やかに精神障害者保健福祉手帳を都道府県に返還しなければならない。

- 2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、精神障害者保健福祉手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。
- 3 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者について、前条第2項の政令で定める状態がなくなつたと認めるときは、その者に対し精神障害者保健福祉手帳の返還を命ずることができる。
- 4 都道府県知事は、前項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の返還を命じようとするときは、あらかじめその指定する指定医をして診察させなければならない。
- 5 前条第3項の規定は、第3項の認定について準用する。

第2節 相談指導等

(正しい知識の普及)

第46条 都道府県及び市町村は、精神障害についての正しい知識の普及のための広報活動等を通じて、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるように努めなければならない。

(相談指導等)

第47条 都道府県、保健所を設置する市又は特別区(以下「都道府県等」という。)は、必要に応じて、次条第1項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長(以下「都道府県知事等」という。)が指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

- 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。
- 3 精神保健福祉センター及び保健所は、精神障害者の福祉に関する相談及び指導を行うに当たっては、福祉事務所(社会福祉法(昭和26年法律第45号)に定める福祉に関する事務所をいう。)その他の関係行政機関との連携を図るように努めなければならない。
- 4 市町村(保健所を設置する市及び特別区を除く。次項において同じ。)は、第1項及び第2項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。
- 5 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて、精神保健に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するように努めなければならない。

い。

(精神保健福祉相談員)

第48条 都道府県及び市町村は、精神保健福祉センター及び保健所その他これらに準ずる施設に、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ、並びに精神障害者及びその家族等を訪問して必要な指導を行うための職員(次項において「精神保健福祉相談員」という。)を置くことができる。

2 精神保健福祉相談員は、精神保健福祉士その他政令で定める資格を有する者のうちから、都道府県知事又は市町村長が任命する。

(事業の利用の調整等)

第49条 市町村は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた精神障害者から求めがあつたときは、当該精神障害者の希望、精神障害の状態、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘案し、当該精神障害者が最も適切な障害福祉サービス事業又は精神障害者社会適応訓練事業(以下「障害福祉サービス事業等」という。)の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。この場合において、市町村は、当該事務を障害者自立支援法第5条第17項に規定する相談支援事業を行う者に委託することができる。

2 市町村は、前項の助言を受けた精神障害者から求めがあつた場合には、必要に応じて、障害福祉サービス事業等の利用についてあつせん又は調整を行うとともに、必要に応じて、障害福祉サービス事業等を行う者に対し、当該精神障害者の利用についての要請を行うものとする。

3 都道府県は、前項の規定により市町村が行うあつせん、調整及び要請に関し、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助及び市町村相互間の連絡調整を行う。

4 障害福祉サービス事業等を行う者は、第2項のあつせん、調整及び要請に対し、できる限り協力しなければならない。

(精神障害者社会適応訓練事業)

第50条 都道府県は、精神障害者の社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進を図るため、精神障害者社会適応訓練事業(通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を精神障害者の社会経済活動への参加の促進に熱意のある者に委託して、職業を与えるとともに、社会生活への適応のために必要な訓練を行う事業をいう。以下同じ。)を行うことができる。

(国の補助)

第51条 国は、予算の範囲内において、都道府県に対し、都道府県が行う精神障害者社会適応訓練事業に要する費用の一部を補助することができる。

第7章 精神障害者社会復帰促進センター

(指定等)

- 第51条の2 厚生労働大臣は、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと等により精神障害者の社会復帰を促進することを目的とする一般社団法人又は一般財団法人であつて、次条に規定する業務を適正かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、全国を通じて1個に限り、精神障害者社会復帰促進センター（以下「センター」という。）として指定することができる。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。
- 3 センターは、その名称、住所又は事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。
- 4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があつたときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

(業務)

- 第51条の3 センターは、次に掲げる業務を行うものとする。
- 一 精神障害者の社会復帰の促進に資するための啓発活動及び広報活動を行うこと。
 - 二 精神障害者の社会復帰の実例に即して、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと。
 - 三 前号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰の促進に関する研究を行うこと。
 - 四 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、第2号の規定による研究開発の成果又は前号の規定による研究の成果を、定期的に又は時宜に応じて提供すること。
 - 五 精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業の業務に関し、当該事業に従事する者及び当該事業に従事しようとする者に対して研修を行うこと。
 - 六 前各号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰を促進するために必要な業務を行うこと。

(センターへの協力)

- 第51条の4 精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の設置者及び障害福祉サービス事業等を行う者は、センターの求めに応じ、センターが前条第2号及び第3号に掲げる業務を行うために必要な限度において、センターに対し、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導に関する情報又は資料その他の必要な情報又は資料で厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

(特定情報管理規程)

- 第51条の5 センターは、第51条の3第2号及び第3号に掲げる業務に係る情報及び資料（以下この条及び第51条の7において「特定情報」という。）の管理並びに使用に関する規程（以下この条及び第51条の7において「特定情報管理規程」という。）を作成し、厚

生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 厚生労働大臣は、前項の認可をした特定情報管理規程が特定情報の適正な管理又は使用を図る上で不適当となつたと認めるときは、センターに対し、当該特定情報管理規程を変更すべきことを命ずることができる。

3 特定情報管理規程に記載すべき事項は、厚生労働省令で定める。

(秘密保持義務)

第51条の6 センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、第51条の3第2号又は第3号に掲げる業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(解任命令)

第51条の7 厚生労働大臣は、センターの役員又は職員が第51条の5第1項の認可を受けた特定情報管理規程によらないで特定情報の管理若しくは使用を行つたとき、又は前条の規定に違反したときは、センターに対し、当該役員又は職員を解任すべきことを命ずることができる。

(事業計画等)

第51条の8 センターは、毎事業年度の事業計画書及び収支予算書を作成し、当該事業年度の開始前に厚生労働大臣に提出しなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 センターは、毎事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、当該事業年度経過後3月以内に厚生労働大臣に提出しなければならない。

(報告及び検査)

第51条の9 厚生労働大臣は、第51条の3に規定する業務の適正な運営を確保するために必要な限度において、センターに対し、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、その事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第19条の6の16第2項及び第3項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第2項中「前項」とあるのは「第51条の9第1項」と、同条第3項中「第1項」とあるのは「第51条の9第1項」と読み替えるものとする。

(監督命令)

第51条の10 厚生労働大臣は、この章の規定を施行するため必要な限度において、センターに対し、第51条の3に規定する業務に関し、監督上必要な命令をすることができる。

(指定の取消し等)

第51条の11 厚生労働大臣は、センターが次の各号のいずれかに該当するときは、第51条の2第1項の規定による指定を取り消すことができる。

一 第51条の3に規定する業務を適正かつ確実に実施することができないと認められるとき。

二 指定に関し不正な行為があつたとき。

三 この章の規定又は当該規定による命令若しくは処分違反したとき。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定を取り消したときは、その旨を公示しなければならない。

第8章 雑則

(審判の請求)

第51条の11の2 市町村長は、精神障害者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法（明治29年法律第89号）第7条、第11条、第13条第2項、第15条第1項、第17条第1項、第876条の4第1項又は第876条の9第1項に規定する審判の請求をすることができる。

(大都市の特例)

第51条の12 この法律の規定中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）においては、政令の定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律の規定中都道府県に関する規定は、指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。

- 2 前項の規定により指定都市の長がした処分（地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務に係るものに限る。）に係る審査請求についての都道府県知事の裁決に不服がある者は、厚生労働大臣に対し再審査請求をすることができる。

(事務の区分)

第51条の13 この法律（第1章から第3章まで、第19条の2第4項、第19条の7、第19条の8、第19条の9第1項、同条第2項（第33条の5において準用する場合を含む。）、第29条の7、第30条第1項及び第31条、第33条の4第1項及び第6項並びに第6章を除く。）の規定により都道府県が処理することとされている事務は、地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務（次項及び第3項において「第1号法定受託事務」という。）とする。

- 2 この法律（第6章第2節を除く。）の規定により保健所を設置する市又は特別区が処理することとされている事務（保健所長に係るものに限る。）は、第1号法定受託事務とする。

- 3 第21条の規定により市町村が処理することとされている事務は、第1号法定受託事務とする。

(権限の委任)

第51条の14 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

- 2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

(経過措置)

第51条の15 この法律の規定に基づき命令を制定し、又は改廃する場合においては、その命令で、その制定又は改廃に伴い合理的に必要と判断される範囲内において、所要の経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）を定めることができる。

第9章 罰則

第52条 次の各号のいずれかに該当する者は、3年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処する。

- 一 第38条の3第4項の規定による命令に違反した者
- 二 第38条の5第5項の規定による退院の命令に違反した者
- 三 第38条の7第2項の規定による命令に違反した者
- 四 第38条の7第4項の規定による命令に違反した者

第53条 精神科病院の管理者、指定医、地方精神保健福祉審議会の委員、精神医療審査会の委員、第22条の4第4項、第33条第4項若しくは第33条の4第2項の規定により診察を行った特定医師若しくは第47条第1項の規定により都道府県知事等が指定した医師又はこれらの職にあつた者が、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処する。

2 精神科病院の職員又はその職にあつた者が、この法律の規定に基づく精神科病院の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、前項と同様とする。

第53条の2 第51条の6の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処する。

第54条 次の各号のいずれかに該当する者は、6月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

- 一 第19条の6の13の規定による停止の命令に違反した者
- 二 虚偽の事実を記載して第23条第1項の申請をした者

第55条 次の各号のいずれかに該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

- 一 第19条の6の16第1項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者
- 二 第27条第1項又は第2項の規定による診察を拒み、妨げ、若しくは忌避した者又は同条第4項の規定による立入りを拒み、若しくは妨げた者
- 三 第29条の2第1項の規定による診察を拒み、妨げ、若しくは忌避した者又は同条第4項において準用する第27条第4項の規定による立入りを拒み、若しくは妨げた者
- 四 第38条の3第3項（同条第6項において準用する場合を含む。以下この号において同じ。）の規定による報告若しくは提出をせず、若しくは虚偽の報告をし、同条第3項

の規定による診察を妨げ、又は同項の規定による出頭をせず、若しくは同項の規定による審問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

五 第38条の5第4項の規定による報告若しくは提出をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による診察を妨げ、又は同項の規定による出頭をせず、若しくは同項の規定による審問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

六 第38条の6第1項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による検査若しくは診察を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

七 第38条の6第2項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、又は虚偽の報告をした精神科病院の管理者

八 第51条の9第1項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者

第56条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第52条、第54条第1号又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

第57条 次の各号のいずれかに該当する者は、10万円以下の過料に処する。

一 第19条の4の2（第22条の4第5項、第33条第5項及び第33条の4第3項において準用する場合を含む。）の規定に違反した者

二 第19条の6の9の規定による届出をせず、又は虚偽の届出をした者

三 第19条の6の10第1項の規定に違反して財務諸表等を備えて置かず、財務諸表等に記載すべき事項を記載せず、若しくは虚偽の記載をし、又は正当な理由がないのに同条第2項各号の規定による請求を拒んだ者

四 第19条の6の14の規定に違反して同条に規定する事項の記載をせず、若しくは虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつた者

五 第22条の4第7項の規定に違反した者

六 第33条第7項の規定に違反した者

七 第33条の4第5項の規定に違反した者

八 第38条の2第1項又は同条第2項において準用する同条第1項の規定に違反した者

附 則 抄

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から施行する。

(精神病患者監護法及び精神病院法の廃止)

2 精神病患者監護法（明治33年法律第38号）及び精神病院法（大正8年法律第25号）は廃止する。但し、この法律施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

附 則（昭和26年3月30日法律第55号）

この法律は、公布の日から施行する。

附 則（昭和27年7月31日法律第268号）抄

- 1 この法律は、昭和27年8月1日から施行する。

附 則（昭和28年8月15日法律第213号）抄

- 1 この法律は、昭和28年9月1日から施行する。

附 則（昭和29年6月1日法律第136号）抄

（施行期日）

- 1 この法律は、公布の日から施行する。
（罰則に関する経過規定）
- 4 この法律の施行前になした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

附 則（昭和29年6月8日法律第163号）抄

（施行期日）

- 1 この法律中、第53条の規定は交通事件即決裁判手続法の施行の日から、その他の部分は、警察法（昭和29年法律第162号。同法附則第1項但書に係る部分を除く。）の施行の日から施行する。

附 則（昭和29年6月14日法律第179号）

この法律は、公布の日から施行する。

附 則（昭和33年3月25日法律第17号）抄

（施行期日）

- 1 この法律は、昭和33年4月1日から施行する。

附 則（昭和34年3月31日法律第75号）抄

- 1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、第1条中補助金等の臨時特例等に関する法律第2条、第3条及び第5条の改正規定は、社会教育法等の一部を改正する法律（昭和34年法律第158号）による社会教育法（昭和24年法律第207号）第35条及び第36条、図書館法（昭和25年法律第118号）第20条及び第22条並びに博物館法（昭和26年法律第285号）第24条及び第25条の改正規定の施行の日から、第1条中補助金等の臨時特例等に関する法律第10条の改正規定並びに第2条及び附則第2項の規定は、昭和34年4月1日から施行する。

附 則 (昭和36年4月18日法律第66号) 抄
(施行期日)

- 1 この法律は、昭和36年10月1日から施行する。

附 則 (昭和38年6月21日法律第108号) 抄
(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から起算して20日を経過した日から施行する。

附 則 (昭和40年6月30日法律第139号) 抄
(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、第50条の次に1条を加える改正規定は、公布の日から起算して20日を経過した日から、第32条の改正規定及び同条の次に3条を加える改正規定は昭和40年10月1日から施行する。

附 則 (昭和53年5月23日法律第55号) 抄
(施行期日等)

- 1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
 - 一 第49条中精神衛生法第16条の3第3項及び第4項の改正規定並びに第59条中森林法第70条の改正規定公布の日から起算して6月を経過した日
 - 二 第1条(台風常襲地帯対策審議会に係る部分を除く。)及び第6条から第9条までの規定、第10条中奄美群島振興開発特別措置法第7条第1項の改正規定並びに第11条、第12条及び第14条から第32条までの規定 昭和54年3月31日までの間において政令で定める日

附 則 (昭和57年8月17日法律第80号) 抄
(施行期日)

- 第1条 この法律は、公布の日から起算して1年6月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。

附 則 (昭和58年12月3日法律第82号) 抄
(施行期日)

- 第1条 この法律は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則 (昭和59年8月14日法律第77号) 抄
(施行期日)

- 第1条 この法律は、公布の日から起算して3月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。

(その他の経過措置の政令への委任)

第64条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (昭和60年5月18日法律第37号) 抄
(施行期日等)

1 この法律は、公布の日から施行する。

3 この法律による改正後の法律の昭和60年度の特例に係る規定は、同年度の予算に係る国の負担又は補助(昭和59年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和60年度に支出される国の負担又は補助及び昭和59年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和60年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助を除く。)並びに同年度における事務又は事業の実施により昭和61年度以降の年度に支出される国の負担又は補助、昭和60年度の国庫債務負担行為に基づき昭和61年度以降の年度に支出すべきものとされる国の負担又は補助及び昭和60年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和61年度以降の年度に繰り越されるものについて適用し、昭和59年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和60年度に支出される国の負担又は補助、昭和59年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和60年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助及び昭和59年度以前の年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和60年度に繰り越されたものについては、なお従前の例による。

附 則 (昭和61年5月8日法律第46号) 抄

1 この法律は、公布の日から施行する。

2 この法律(第11条、第12条及び第34条の規定を除く。)による改正後の法律の昭和61年度から昭和63年度までの各年度の特例に係る規定並びに昭和61年度及び昭和62年度の特例に係る規定は、昭和61年度から昭和63年度までの各年度(昭和61年度及び昭和62年度の特例に係るものにあつては、昭和61年度及び昭和62年度。以下この項において同じ。)の予算に係る国の負担(当該国の負担に係る都道府県又は市町村の負担を含む。以下この項において同じ。)又は補助(昭和60年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和61年度以降の年度に支出される国の負担又は補助及び昭和60年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和61年度以降の年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助を除く。)並びに昭和61年度から昭和63年度までの各年度における事務又は事業の実施により昭和64年度(昭和61年度及び昭和62年度の特例に係るものにあつては、昭和63年度。以下この項において同じ。)以降の年度に支出される国の負担又は補助、昭和61年度から昭和63年度までの各年度の国庫債務負担行為に基づき昭和64年度以降の年度に支出すべきものとされる国の負担又は補助及び昭和61年度から昭和63年度までの各年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和64年度以降の年度に繰り越されるものについ

て適用し、昭和60年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和61年度以降の年度に支出される国の負担又は補助、昭和60年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和61年度以降の年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助及び昭和60年度以前の年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和61年度以降の年度に繰り越されたものについては、なお従前の例による。

附 則 （昭和62年 9 月26日法律第98号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、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から施行する。ただし、次条の規定は、公布の日から施行する。

（施行前の準備）

第2条 第1条の規定による改正後の精神保健法（以下「新法」という。）第18条第1項第3号の精神障害及びその診断又は治療に従事した経験の程度、新法第28条の2第1項（新法第51条において準用する場合を含む。）及び新法第29条の2第4項（新法第51条において準用する場合を含む。）において準用する新法第28条の2第1項の基準、新法第36条第2項及び第3項（これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。）の行動の制限並びに新法第37条第1項（新法第51条において準用する場合を含む。）の基準の設定については、厚生大臣は、この法律の施行前においても公衆衛生審議会の意見を聴くことができる。

（経過措置）

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正前の精神衛生法（以下「旧法」という。）第18条第1項の規定による指定を受けている者は、この法律の施行の日（以下「施行日」という。）において、新法第18条第1項の規定により指定を受けたものとみなす。

第4条 この法律の施行の際現に、旧法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条若しくは第34条（これらの規定を旧法第51条において準用する場合を含む。）の規定により精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院し、又は旧法第40条（旧法第51条において準用する場合を含む。）の規定により仮に退院している者は、それぞれ、新法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第34条第1項（これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により入院し、又は新法第40条（新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により仮に退院したものとみなす。

第5条 前条の規定により新法第29条の2第1項（新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により入院したものとみなされた者についての新法第29条の2第3項（新法第51条において準用する場合を含む。）の規定の適用については、同項中「72時間」とあるのは、「48時間」とする。

第6条 附則第4条の規定により新法第33条第1項又は第34条第1項（これらの規定を新

法第51条において準用する場合を含む。)の規定により入院したものとみなされた者については、新法第33条第4項及び新法第34条の2において準用する新法第33条第4項(これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。)の規定を適用せず、旧法第36条第1項(旧法第51条において準用する場合を含む。)の規定は、なおその効力を有する。

第7条 この法律の施行前にした行為及び前条の規定によりなおその効力を有することとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

第8条 この附則に定めるもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成元年4月10日法律第22号) 抄
(施行期日等)

1 この法律は、公布の日から施行する。

3 第13条(義務教育費国庫負担法第2条の改正規定に限る。)、第14条(公立養護学校整備特別措置法第5条の改正規定に限る。)及び第16条から第28条までの規定による改正後の法律の規定は、平成元年度以降の年度の予算に係る国の負担又は補助(昭和63年度以前の年度における事務又は事業の実施により平成元年度以降の年度に支出される国の負担又は補助を除く。)について適用し、昭和63年度以前の年度における事務又は事業の実施により平成元年度以降の年度に支出される国の負担又は補助及び昭和63年度以前の年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で平成元年度以降の年度に繰り越されたものについては、なお従前の例による。

附 則 (平成5年6月18日法律第74号)
(施行期日)

第1条 この法律は、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から施行する。ただし、第1条中精神保健法の目次の改正規定(「第5章医療及び保護(第20条—第51条)」を「第8章雑則(第51条の12)」に改める部分に限る。)及び第5章の次に2章を加える改正規定(第5章の3に係る部分に限る。)並びに附則第6条中地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項第11号の次に1号を加える改正規定は、平成8年4月1日から施行する。

第2条 削除
(経過措置)

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正後の精神保健法第10条の2第1項に規定する精神障害者地域生活援助事業を行っている国及び都道府県以外の者について社会福祉事業法第64条第1項の規定を適用する場合においては、同項中「事業開始の日から1月」とあるのは、「精神保健法等の一部を改正する法律(平成5年法律第74号)の施行の日から起算して3月」とする。

附 則 (平成5年11月12日法律第89号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、行政手続法(平成5年法律第88号)の施行の日から施行する。

(諮問等がされた不利益処分に関する経過措置)

第2条 この法律の施行前に法令に基づき審議会その他の合議制の機関に対し行政手続法第13条に規定する聴聞又は弁明の機会の付与の手続その他の意見陳述のための手続に相当する手続を執るべきことの諮問その他の求めがされた場合においては、当該諮問その他の求めに係る不利益処分の手続に関しては、この法律による改正後の関係法律の規定にかかわらず、なお従前の例による。

(罰則に関する経過措置)

第13条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(聴聞に関する規定の整理に伴う経過措置)

第14条 この法律の施行前に法律の規定により行われた聴聞、聴問若しくは聴聞会(不利益処分に係るものを除く。)又はこれらのための手続は、この法律による改正後の関係法律の相当規定により行われたものとみなす。

(政令への委任)

第15条 附則第2条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に関して必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成6年6月29日法律第56号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成6年10月1日から施行する。

附 則 (平成6年7月1日法律第84号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から施行する。ただし、第3条中母子保健法第18条の改正規定(「又は保健所を設置する市」を「保健所を設置する市又は特別区」に改める部分を除く。)は平成7年1月1日から、第2条、第4条、第5条、第7条、第9条、第11条、第13条、第15条、第17条、第18条及び第20条の規定並びに第21条中優生保護法第22条の改正規定(「及び保健所を設置する市」を「保健所を設置する市及び特別区」に改める部分を除く。)及び同法第30条の改正規定並びに附則第3条から第11条まで、附則第23条から第37条まで及び附則第39条の規定並びに附則第41条中厚生省設置法第6条の改正規定(「優生保護相談所の設置を認可し、及び」を削る部分に限る。)は平成9年4月1日から施行する。

(その他の処分、申請等に係る経過措置)

第13条 この法律(附則第1条ただし書に規定する規定については、当該規定。以下この

条及び次条において同じ。)の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定によりされた許可等の処分その他の行為(以下この条において「処分等の行為」という。)又はこの法律の施行の際現に改正前のそれぞれの法律の規定によりされている許可等の申請その他の行為(以下この条において「申請等の行為」という。)に対するこの法律の施行の日以後における改正後のそれぞれの法律の適用については、附則第5条から第10条までの規定又は改正後のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。)の経過措置に関する規定に定めるものを除き、改正後のそれぞれの法律の相当規定によりされた処分等の行為又は申請等の行為とみなす。

(罰則に関する経過措置)

第14条 この法律の施行前にした行為及びこの法律の附則において従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

第15条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は政令で定める。

附 則 (平成7年5月19日法律第94号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成7年7月1日から施行する。ただし、第19条の改正規定及び同条に1項を加える改正規定並びに第19条の4の次に1項を加える改正規定は、平成8年4月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この法律の施行の際現に改正前の第5条の規定による指定を受けている精神病院(精神病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。)についての改正後の第19条の9第1項の規定の適用については、平成7年7月1日から平成8年3月31日までの間は、同項中「指定病院が、前条の基準に適合しなくなったとき、又はその」とあるのは、「指定病院の」とする。

第3条 前条に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成8年6月14日法律第82号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成9年4月1日から施行する。

附 則 (平成9年12月17日法律第124号) 抄

この法律は、介護保険法の施行の日から施行する。

附 則 (平成10年9月28日法律第110号)
この法律は、平成11年4月1日から施行する。

附 則 (平成11年6月4日法律第65号) 抄
(施行期日)

第1条 この法律は、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から、施行する。ただし、第2条から第4条までの規定並びに附則第4条及び第11条の規定は、平成14年4月1日から施行する。

(第1条の規定による改正に伴う経過措置)

第2条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下この条及び次条において「新法」という。)第50条の2に規定する精神障害者社会復帰施設(同条第6項に規定する精神障害者地域生活支援センターを除く。)を設置している市町村、社会福祉法人その他の者であって、社会福祉事業法第64条第1項の規定による届出をしている者は、新法第50条第2項の規定による届出をしたものとみなす。

2 この法律の施行の際現に新法第50条の2第6項に規定する精神障害者地域生活支援センターを設置している市町村、社会福祉法人その他の者について、新法第50条第2項の規定を適用する場合においては、同項中「あらかじめ」とあるのは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の1部を改正する法律(平成11年法律第65号)の施行の日から起算して3月以内に」とする。

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下この条において「旧法」という。)第44条において準用する旧法第19条の4、第20条から第43条まで及び第47条第1項の規定の適用を受けている者は、それぞれ新法第19条の4、第20条から第43条まで及び第47条第1項の規定の適用を受けているものとみなす。

(第2条の規定による改正に伴う経過措置)

第4条 この法律の施行の際現に第2条の規定による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下この条において「新法」という。)第50条の3の2第4項に規定する精神障害者地域生活援助事業を行っている国及び都道府県以外の者であって、社会福祉法第69条第1項の規定による届出をしている者は、新法第50条の3第1項の規定による届出をしたものとみなす。

2 この法律の施行の際現に新法第50条の3の2に規定する精神障害者居宅生活支援事業(同条第4項に規定する精神障害者地域生活援助事業を除く。)を行っている国及び都道府県以外の者について新法第50条の3第1項の規定を適用する場合においては、同項中「あらかじめ」とあるのは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の1部を改正する法律(平成11年法律第65号)附則第1条ただし書に規定する規定の施行の日から起算して3月以内に」とする。

(罰則に関する経過措置)

第5条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(検討)

第6条 政府は、この法律の施行後5年を目途として、この法律による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下この条において「新法」という。)の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

附 則 (平成11年7月16日法律第87号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

- 一 第1条中地方自治法第250条の次に5条、節名並びに2款及び款名を加える改正規定(同法第250条の9第1項に係る部分(両議院の同意を得ることに係る部分に限る。)に限る。)、第40条中自然公園法附則第9項及び第10項の改正規定(同法附則第10項に係る部分に限る。)、第244条の規定(農業改良助長法第14条の3の改正規定に係る部分を除く。))並びに第472条の規定(市町村の合併の特例に関する法律第6条、第8条及び第17条の改正規定に係る部分を除く。))並びに附則第7条、第10条、第12条、第59条ただし書、第60条第4項及び第5項、第73条、第77条、第157条第4項から第6項まで、第160条、第163条、第164条並びに第202条の規定公布の日

(従前の例による事務等に関する経過措置)

第69条 国民年金法等の1部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第32条第1項、第78条第1項並びに第87条第1項及び第13項の規定によりなお従前の例によることとされた事項に係る都道府県知事の事務、権限又は職権(以下この条において「事務等」という。)については、この法律による改正後の国民年金法、厚生年金保険法及び船員保険法又はこれらの法律に基づく命令の規定により当該事務等に相当する事務又は権限を行うこととされた厚生大臣若しくは社会保険庁長官又はこれらの者から委任を受けた地方社会保険事務局長若しくはその地方社会保険事務局長から委任を受けた社会保険事務所長の事務又は権限とする。

(新地方自治法第156条第4項の適用の特例)

第70条 第166条の規定による改正後の厚生省設置法第14条の地方社会保険事務局及び社会保険事務所であって、この法律の施行の際旧地方自治法附則第8条の事務を処理するための都道府県の機関(社会保険関係事務を取り扱うものに限る。)の位置と同1の位置に設けられるもの(地方社会保険事務局にあつては、都道府県庁の置かれている市(特別区を含む。)に設けられるものに限る。))については、新地方自治法第156条第4項の規

定は、適用しない。

(社会保険関係地方事務官に関する経過措置)

第71条 この法律の施行の際現に旧地方自治法附則第8条に規定する職員（厚生大臣又はその委任を受けた者により任命された者に限る。附則第158条において「社会保険関係地方事務官」という。）である者は、別に辞令が発せられない限り、相当の地方社会保険事務局又は社会保険事務所の職員となるものとする。

(地方社会保険医療協議会に関する経過措置)

第72条 第169条の規定による改正前の社会保険医療協議会法の規定による地方社会保険医療協議会並びにその会長、委員及び専門委員は、相当の地方社会保険事務局の地方社会保険医療協議会並びにその会長、委員及び専門委員となり、同一性をもって存続するものとする。

(準備行為)

第73条 第200条の規定による改正後の国民年金法第92条の3第1項第2号の規定による指定及び同条第2項の規定による公示は、第200条の規定の施行前においても行うことができる。

(厚生大臣に対する再審査請求に係る経過措置)

第74条 施行日前にされた行政庁の処分に係る第149条から第151条まで、第157条、第158条、第165条、第168条、第170条、第172条、第173条、第175条、第176条、第183条、第188条、第195条、第201条、第208条、第214条、第219条から第221条まで、第229条又は第238条の規定による改正前の児童福祉法第59条の4第2項、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第12条の4、食品衛生法第29条の4、旅館業法第9条の3、公衆浴場法第7条の3、医療法第71条の3、身体障害者福祉法第43条の2第2項、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の12第2項、クリーニング業法第14条の2第2項、狂犬病予防法第25条の2、社会福祉事業法第83条の2第2項、結核予防法第69条、と畜場法第20条、歯科技工士法第27条の2、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第20条の8の2、知的障害者福祉法第30条第2項、老人福祉法第34条第2項、母子保健法第26条第2項、柔道整復師法第23条、建築物における衛生的環境の確保に関する法律第14条第2項、廃棄物の処理及び清掃に関する法律第24条、食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律第41条第3項又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第65条の規定に基づく再審査請求については、なお従前の例による。

(厚生大臣又は都道府県知事その他の地方公共団体の機関がした事業の停止命令その他の処分に関する経過措置)

第75条 この法律による改正前の児童福祉法第46条第4項若しくは第59条第1項若しくは第3項、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第8条第1項（同法第12条の2第2項において準用する場合を含む。）、食品衛生法第22条、医療法第5条第2項若しくは第25条第1項、毒物及び劇物取締法第17条第1項（同法第22条第4項及び第5項で準用する場合を含む。）、厚生年金保険法第100条第1項、水道法第39条第1項、

国民年金法第106条第1項、薬事法第69条第1項若しくは第72条又は柔道整復師法第18条第1項の規定により厚生大臣又は都道府県知事その他の地方公共団体の機関がした事業の停止命令その他の処分は、それぞれ、この法律による改正後の児童福祉法第46条第4項若しくは第59条第1項若しくは第3項、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第8条第1項(同法第12条の2第2項において準用する場合を含む。)、食衛生法第22条若しくは第23条、医療法第5条第2項若しくは第25条第1項、毒物及び劇物取締法第17条第1項若しくは第2項(同法第22条第4項及び第5項で準用する場合を含む。)、厚生年金保険法第100条第1項、水道法第39条第1項若しくは第2項、国民年金法第106条第1項、薬事法第69条第1項若しくは第2項若しくは第72条第2項又は柔道整復師法第18条第1項の規定により厚生大臣又は地方公共団体がした事業の停止命令その他の処分とみなす。

(国等の事務)

第159条 この法律による改正前のそれぞれの法律に規定するもののほか、この法律の施行前において、地方公共団体の機関が法律又はこれに基づく政令により管理し又は執行する国、他の地方公共団体その他公共団体の事務(附則第161条において「国等の事務」という。)は、この法律の施行後は、地方公共団体が法律又はこれに基づく政令により当該地方公共団体の事務として処理するものとする。

(処分、申請等に関する経過措置)

第160条 この法律(附則第1条各号に掲げる規定については、当該各規定。以下この条及び附則第163条において同じ。)の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定によりされた許可等の処分その他の行為(以下この条において「処分等の行為」という。)又はこの法律の施行の際現に改正前のそれぞれの法律の規定によりされている許可等の申請その他の行為(以下この条において「申請等の行為」という。)で、この法律の施行の日においてこれらの行為に係る行政事務を行うべき者が異なることとなるものは、附則第2条から前条までの規定又は改正後のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。)の経過措置に関する規定に定めるものを除き、この法律の施行の日以後における改正後のそれぞれの法律の適用については、改正後のそれぞれの法律の相当規定によりされた処分等の行為又は申請等の行為とみなす。

2 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定により国又は地方公共団体の機関に対し報告、届出、提出その他の手続をしなければならない事項で、この法律の施行の日前にその手続がされていないものについては、この法律及びこれに基づく政令に別段の定めがあるもののほか、これを、改正後のそれぞれの法律の相当規定により国又は地方公共団体の相当の機関に対して報告、届出、提出その他の手続をしなければならない事項についてその手続がされていないものとみなして、この法律による改正後のそれぞれの法律の規定を適用する。

(不服申立てに関する経過措置)

第161条 施行日前にされた国等の事務に係る処分であつて、当該処分をした行政庁(以下

この条において「処分庁」という。)に施行日前に行政不服審査法に規定する上級行政庁(以下この条において「上級行政庁」という。)があったものについての同法による不服申立てについては、施行日以後においても、当該処分庁に引き続き上級行政庁があるものとみなして、行政不服審査法の規定を適用する。この場合において、当該処分庁の上級行政庁とみなされる行政庁は、施行日前に当該処分庁の上級行政庁であった行政庁とする。

- 2 前項の場合において、上級行政庁とみなされる行政庁が地方公共団体の機関であるときは、当該機関が行政不服審査法の規定により処理することとされる事務は、新地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務とする。

(手数料に関する経過措置)

第162条 施行日前においてこの法律による改正前のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。)の規定により納付すべきであった手数料については、この法律及びこれに基づく政令に別段の定めがあるもののほか、なお従前の例による。

(罰則に関する経過措置)

第163条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

第164条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)は、政令で定める。

- 2 附則第18条、第51条及び第184条の規定の適用に関して必要な事項は、政令で定める。
(検討)

第250条 新地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務については、できる限り新たに設けることのないようにするとともに、新地方自治法別表第1に掲げるもの及び新地方自治法に基づく政令に示すものについては、地方分権を推進する観点から検討を加え、適宜、適切な見直しを行うものとする。

第251条 政府は、地方公共団体が事務及び事業を自主的かつ自立的に執行できるよう、国と地方公共団体との役割分担に応じた地方税財源の充実確保の方途について、経済情勢の推移等を勘案しつつ検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第252条 政府は、医療保険制度、年金制度等の改革に伴い、社会保険の事務処理の体制、これに従事する職員の在り方等について、被保険者等の利便性の確保、事務処理の効率化等の視点に立って、検討し、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

附 則 (平成11年12月8日法律第151号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。

第4条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例によ

る。

附 則 （平成11年12月22日法律第160号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律（第2条及び第3条を除く。）は、平成13年1月6日から施行する。

附 則 （平成12年6月7日法律第111号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から施行する。

附 則 （平成14年2月8日法律第1号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から施行する。

附 則 （平成14年8月2日法律第102号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律は、平成14年10月1日から施行する。

附 則 （平成15年7月2日法律第102号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律は、平成16年3月31日までの間において政令で定める日から施行する。

ただし、第6条の規定は平成16年4月1日から、附則第2条第1項、第3条第1項、第4条第1項、第5条第1項及び第6条第1項の規定は公布の日から施行する。

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正に伴う経過措置）

第2条 この法律による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「新精神保健福祉法」という。）第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けようとする者は、この法律の施行前においても、その申請を行うことができる。新精神保健福祉法第19条の6の6第3項の規定による研修計画の届出及び新精神保健福祉法第19条の6の8第1項の規定による業務規程の届出についても、同様とする。

2 この法律の施行の際現にこの法律による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「旧精神保健福祉法」という。）第18条第1項第4号又は第19条第1項の指定を受けている者は、この法律の施行の日から起算して6月を経過する日までの間は、新精神保健福祉法第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けているものとみなす。

3 この法律の施行の際現に旧精神保健福祉法第18条第1項第4号又は第19条第1項の研修の課程を修了している者は、それぞれ新精神保健福祉法第18条第1項第4号又は第19条第1項の研修の課程を修了しているものとみなす。

(罰則の適用に関する経過措置)

第7条 この法律の施行前にした行為及びこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

第8条 附則第2条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に関し必要となる経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)は、政令で定める。

(検討)

第9条 政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、この法律の規定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。

附 則 (平成15年7月16日法律第110号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、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。

附 則 (平成15年7月16日法律第119号)抄

(施行期日)

第1条 この法律は、地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)の施行の日から施行する。

(その他の経過措置の政令への委任)

第6条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成16年12月1日法律第147号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から起算して6月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。

附 則 (平成16年12月1日法律第150号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成17年4月1日から施行する。

(罰則に関する経過措置)

第4条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

附 則 （平成17年 7月15日法律第83号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、平成19年 4月 1日から施行する。

附 則 （平成17年 7月26日法律第87号） 抄

この法律は、会社法の施行の日から施行する。

附 則 （平成17年11月 7日法律第123号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、平成18年 4月 1日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 附則第24条、第44条、第101条、第103条、第116条から第118条まで及び第122条の規定 公布の日

二 第5条第1項（居宅介護、行動援護、児童デイサービス、短期入所及び共同生活援助に係る部分を除く。）、第3項、第5項、第6項、第9項から第15項まで、第17項及び第19項から第22項まで、第2章第1節（サービス利用計画作成費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、療養介護医療費、基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給に係る部分に限る。）、第28条第1項（第2号、第4号、第5号及び第8号から第1号までに係る部分に限る。）及び第2項（第1号から第3号までに係る部分に限る。）、第32条、第34条、第35条、第36条第4項（第37条第2項において準用する場合を含む。）、第38条から第40条まで、第41条（指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定に係る部分に限る。）、第42条（指定障害者支援施設等の設置者及び指定相談支援事業者に係る部分に限る。）、第44条、第45条、第46条第1項（指定相談支援事業者に係る部分に限る。）及び第2項、第47条、第48条第3項及び第4項、第49条第2項及び第3項並びに同条第4項から第7項まで（指定障害者支援施設等の設置者及び指定相談支援事業者に係る部分に限る。）、第50条第3項及び第4項、第51条（指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者に係る部分に限る。）、第70条から第72条まで、第73条、第74条第2項及び第75条（療養介護医療及び基準該当療養介護医療に係る部分に限る。）、第2章第4節、第3章、第4章（障害福祉サービス事業に係る部分を除く。）、第5章、第92条第1号（サービス利用計画作成費、特定障害者特別給付費及び特例特定障害者特別給付費の支給に係る部分に限る。）、第2号（療養介護医療費及び基準該当療養介護医療費の支給に係る部分に限る。）、第3号及び第4号、第93条第2号、第94条第1項第2号（第92条第3号に係る部分に限る。）及び第2項、第95条第1項第2号（第92条第2号に係る部分を除く。）及び第2項第2号、第96条、第110条（サービス利用計画作成費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、療養介護医療費、基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給に係る部分に限る。）、第111条及び第112条（第48条第1項の規定を同条第3項及び第4項において準用する

場合に係る部分に限る。)並びに第114条並びに第115条第1項及び第2項(サービス利用計画作成費,特定障害者特別給付費,特例特定障害者特別給付費,療養介護医療費,基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給に係る部分に限る。)並びに附則第18条から第23条まで,第26条,第30条から第33条まで,第35条,第39条から第43条まで,第46条,第48条から第50条まで,第52条,第56条から第60条まで,第62条,第65条,第68条から第70条まで,第72条から第77条まで,第79条,第81条,第83条,第85条から第90条まで,第92条,第93条,第95条,第96条,第98条から第100条まで,第105条,第108条,第110条,第112条,第113条及び第115条の規定平成18年10月1日

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第47条 施行日前に行われた附則第45条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条第1項の規定による医療に必要な費用の負担については,なお従前の例による。

第48条 附則第1条第2号に掲げる規定の施行の日において現に存する附則第46条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(次条及び附則第50条において「旧法」という。)第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設(政令で定めるものを除く。以下この条において「精神障害者社会復帰施設」という。)の設置者は,附則第1条第3号に掲げる規定の施行の日の前日までの間は,当該精神障害者社会復帰施設につき,なお従前の例により運営をすることができる。

第49条 旧法第50条の2第6項に規定する精神障害者地域生活支援センターの職員に係る旧法第50条の2の2の規定による個人の身上に関する秘密を守らなければならない義務については,附則第1条第2号に掲げる規定の施行の日以後も,なお従前の例による。

第50条 附則第1条第2号に掲げる規定の施行の前に行われた旧法附則第3項から第7項までの規定による国の貸付けについては,旧法附則第8項から第13項までの規定は,同日以後も,なおその効力を有する。この場合において,旧法附則第8項中「附則第3項から前項まで」とあるのは「障害者自立支援法附則第46条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「旧法」という。)附則第3項から第7項まで」と,旧法附則第9項中「附則第3項から第7項まで」とあるのは「旧法附則第3項から第7項まで」と,旧法附則第10項中「附則第3項」とあるのは「旧法附則第3項」と,旧法附則第11項中「附則第4項」とあるのは「旧法附則第4項」と,旧法附則第12項中「附則第5項から第7項まで」とあるのは「旧法附則第5項から第7項まで」と,旧法附則第13項中「附則第3項から第7項まで」とあるのは「旧法附則第3項から第7項まで」とする。

(罰則の適用に関する経過措置)

第121条 この法律の施行前にした行為及びこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については,なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

第122条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 （平成18年6月2日法律第50号） 抄
（施行期日）

- 1 この法律は、一般社団・財団法人法の施行の日から施行する。
（調整規定）
- 2 犯罪の国際化及び組織化並びに情報処理の高度化に対処するための刑法等の1部を改正する法律（平成18年法律第 号）の施行の日が施行日後となる場合には、施行日から同法の施行の日の前日までの間における組織的な犯罪の処罰及び犯罪収益の規制等に関する法律（平成11年法律第136号。次項において「組織的犯罪処罰法」という。）別表第62号の規定の適用については、同号中「中間法人法（平成13年法律第49号）第157条（理事等の特別背任）の罪」とあるのは、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（平成18年法律第48号）第334条（理事等の特別背任）の罪」とする。
- 3 前項に規定するもののほか、同項の場合において、犯罪の国際化及び組織化並びに情報処理の高度化に対処するための刑法等の一部を改正する法律の施行の日の前日までの間における組織的犯罪処罰法の規定の適用については、第457条の規定によりなお従前の例によることとされている場合における旧中間法人法第157条（理事等の特別背任）の罪は、組織的犯罪処罰法別表第62号に掲げる罪とみなす。

附 則 （平成18年6月21日法律第83号） 抄
（施行期日）

- 第1条 この法律は、平成18年10月1日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、それぞれ当該各号に定める日から施行する。
- 一 第10条並びに附則第4条、第33条から第36条まで、第52条第1項及び第2項、第105条、第124条並びに第131条から第133条までの規定公布の日
 - 二 第22条及び附則第52条第3項の規定 平成19年3月1日
 - 三 第2条、第12条及び第18条並びに附則第7条から第11条まで、第48条から第51条まで、第54条、第56条、第62条、第63条、第65条、第71条、第72条、第74条及び第86条の規定 平成19年4月1日
 - 四 第3条、第7条、第13条、第16条、第19条及び第24条並びに附則第2条第2項、第37条から第39条まで、第41条、第42条、第44条、第57条、第66条、第75条、第76条、第78条、第79条、第81条、第84条、第85条、第87条、第89条、第93条から第95条まで、第97条から第100条まで、第103条、第109条、第114条、第117条、第120条、第123条、第126条、第128条及び第130条の規定 平成20年4月1日
 - 五 第4条、第8条及び第25条並びに附則第16条、第17条、第18条第1項及び第2項、第19条から第31条まで、第80条、第82条、第88条、第92条、第101条、第104条、第107

条、第108条、第115条、第116条、第118条、第121条並びに第129条の規定 平成20年10月1日

六 第5条、第9条、第14条、第20条及び第26条並びに附則第53条、第58条、第67条、第90条、第91条、第96条、第111条及び第111条の2の規定 平成24年4月1日
(罰則に関する経過措置)

第131条 この法律（附則第1条各号に掲げる規定については、当該各規定。以下同じ。）の施行前にした行為並びにこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合及びこの附則の規定によりなおその効力を有することとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(処分、手続等に関する経過措置)

第132条 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律（これに基づく命令を含む。以下この条において同じ。）の規定によってした処分、手続その他の行為であって、改正後のそれぞれの法律の規定に相当の規定があるものは、この附則に別段の定めがあるものを除き、改正後のそれぞれの法律の相当の規定によってしたものとみなす。

2 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定により届出その他の手続をしなければならない事項で、この法律の施行の日前にその手続がされていないものについては、この法律及びこれに基づく命令に別段の定めがあるものを除き、これを、改正後のそれぞれの法律中の相当の規定により手続がされていないものとみなして、改正後のそれぞれの法律の規定を適用する。

(その他の経過措置の政令への委任)

第133条 附則第3条から前条までに規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 （平成18年6月23日法律第94号）

この法律は、公布の日から起算して6月を経過した日から施行する。

別表 (第19条の6の4関係)

科 目	教授する者	第18条第1項第4号に規定する研修の課程の時間数	第19条第1項に規定する研修の課程の時間数
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び障害者自立支援法並びに精神保健福祉行政概論	この法律及び障害者自立支援法並びに精神保健福祉行政に関し学識経験を有する者であること。	8時間	3時間
精神障害者の医療に関する法令及び実務	精神障害者の医療に関し学識経験を有する者として精神医療審査会の委員に任命されている者若しくはその職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者であること。		
精神障害者の人権に関する法令	法律に関し学識経験を有する者として精神医療審査会の委員に任命されている者若しくはその職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者であること。		
精神医学	学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において精神医学の教授若しくは准教授の職にある者若しくはこれらの職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者であること。	4時間	
精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉	精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉に関し学識経験を有する者であること。	2時間	1時間
精神障害者の医療に関する事例研究	次に掲げる者が共同して教授すること。	4時間	3時間
備考 第1欄に掲げる精神障害者の医療に関する事例研究は、最新の事例を用いて教授すること。			

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令

〔昭和25年5月23日〕
政令第155号

最終改正：平成18年11月10日政令第355号

内閣は、精神衛生法（昭和25年法律第123号）第6条、第8条及び第30条の規定に基づき、この政令を制定する。

第1条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）第7条の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が精神保健福祉センターの設置のために支出した費用の額及び運営のために支出した費用のうち次に掲げる事業に係るもの（職員の給与費を除く。）の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した精算額につき、厚生労働大臣が総務大臣及び財務大臣と協議して定める算定基準に従つて行うものとする。

一 児童及び精神作用物質（アルコールに限る。）の依存症を有する者の精神保健の向上に関する事業

二 精神障害者の社会復帰の促進に関する事業

2 前項の規定により控除しなければならない金額がその年度において都道府県が支出した費用の額を超過したときは、その超過額は、後年度における支出額から同項の規定による控除額と併せて控除する。

第2条 精神医療審査会（以下「審査会」という。）に会長を置き、委員の互選によつてこれを定める。

2 会長は、会務を総理する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめ委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

4 審査会は、会長が招集する。

5 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決することができない。

6 審査会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

7 審査の案件を取り扱う合議体に長を置き、合議体を構成する委員の互選によつてこれを定める。

8 合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者の中から任命された委員、法律に関し学識経験を有する者の中から任命された委員及びその他の学識経験を有する者の中から任命された委員がそれぞれ1人出席しなければ、議事を開き、議決することができない。

9 合議体の議事は、出席した委員の過半数で決する。

10 前各項に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、審査会が定める。

第2条の2 精神保健指定医（以下「指定医」という。）の指定を受けようとする者は、申請書に厚生労働省令で定める書類を添え、住所地の都道府県知事を経由して、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

第2条の2の2 厚生労働大臣は、法第18条第1項の指定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該指定を受けた者に、住所地の都道府県知事を経由して指定医証を交付しなければならない。

第2条の2の3 指定医は、指定医証の記載事項に変更を生じたときは、その書換交付を申請することができる。

2 指定医は、指定医証を破損し、汚し、又は失つたときは、その再交付を申請することができる。

3 前2項の申請をしようとする者は、申請書に厚生労働省令で定める書類を添え、住所地の都道府県知事を経由して、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

4 指定医は、指定医証の再交付を受けた後、失つた指定医証を発見したときは、直ちにその住所地の都道府県知事を経由して、厚生労働大臣にこれを返納しなければならない。

第2条の2の4 指定医は、法第19条の2第1項の規定によりその指定を取り消され、又は同条第2項の規定によりその指定を取り消され若しくは職務の停止を命じられたときは、直ちにその住所地の都道府県知事を経由して、厚生労働大臣に指定医証を返納しなければならない。

第2条の2の5 法第19条第2項ただし書の規定による厚生労働大臣の認定を受けようとする者は、申請書に厚生労働省令で定める書類を添え、住所地の都道府県知事を経由して、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

第2条の3 法第19条の10第1項の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が精神科病院及び精神科病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営のために支出した費用（法第30条第1項の規定により都道府県が負担する費用を除く。）の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した精算額につき、厚生労働大臣が総務大臣及び財務大臣と協議して定める算定基準に従つて行うものとする。

2 第1条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

第3条 法第30条第2項の規定による国庫の負担は、各年度において都道府県が同条第1項の規定により負担した費用の額から、その年度における法第31条の規定により徴収する費用の額の予定額（徴収した費用の額が予定額を超えたときは、徴収した額）及びその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額について行うものとする。

2 前項に規定する予定額は、厚生労働大臣があらかじめ総務大臣及び財務大臣と協議して定める基準に従つて算定する。

3 第1条第2項の規定は、第1項の場合に準用する。

第4条 削除

第5条 法第45条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付の申請は、精神障害者

の居住地（居住地を有しないときは、その現在地。以下同じ。）を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）を経由して行わなければならない。

第6条 法第45条第2項に規定する政令で定める精神障害の状態は、第3項に規定する障害等級に該当する程度のものとする。

2 精神障害者保健福祉手帳には、次項に規定する障害等級を記載するものとする。

3 障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから1級、2級及び3級とし、各級の障害の状態は、それぞれ次の表の下欄に定めるとおりとする。

障害等級	精神障害の状態
一級	日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
二級	日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
三級	日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

第6条の2 法第45条第2項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付は、その申請を受理した市町村長を経由して行わなければならない。

第7条 都道府県知事は、当該都道府県の区域内に居住地を有する精神障害者に係る精神障害者保健福祉手帳交付台帳を備え、厚生労働省令で定めるところにより、精神障害者保健福祉手帳の交付に関する事項を記載しなければならない。

2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同1の都道府県の区域内において居住地を移したときは、30日以内に、精神障害者保健福祉手帳を添えて、その居住地を管轄する市町村長を経由して、都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

3 前項の規定による届出があつたときは、その市町村長は、その精神障害者保健福祉手帳にその旨を記載するとともに、その者に返還しなければならない。

4 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経由して、新居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

5 都道府県知事は、前項の届出を受理したときは、旧居住地の都道府県知事にその旨を通知するとともに、新居住地を管轄する市町村長を経由して、旧居住地の都道府県知事が交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに、新たな精神障害者保健福祉手帳をその者に交付しなければならない。

6 都道府県知事は、次に掲げる場合には、精神障害者保健福祉手帳交付台帳から、その精神障害者保健福祉手帳に関する記載事項を削除しなければならない。

一 法第45条の2第1項若しくは第10条の2第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還を受けたとき、又は同項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還がなく、

かつ、精神障害者本人が死亡した事実が判明したとき。

二 法第45条の2第3項の規定により精神障害者保健福祉手帳の返還を命じたとき。

三 前項の規定による通知を受けたとき。

第8条 法第45条第4項の規定による認定の申請は、その居住地を管轄する市町村長を経由して行わなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定による申請を行つた者が第6条第3項で定める精神障害の状態であると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、その申請を受理した市町村長においてその者の精神障害者保健福祉手帳に必要な事項を記載した後に当該精神障害者保健福祉手帳をその者に返還し、又は先に交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たな精神障害者保健福祉手帳をその者に交付しなければならない。

3 前項の規定による新たな精神障害者保健福祉手帳の交付は、その申請を受理した市町村長を経由して行わなければならない。

第9条 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、その精神障害の状態が精神障害者保健福祉手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至つたときは、障害等級の変更の申請を行うことができる。

2 都道府県知事は、前項の申請を行つた者の精神障害の状態が精神障害者保健福祉手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至つたと認めるときは、先に交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに、新たな精神障害者保健福祉手帳をその者に交付しなければならない。

3 第1項の規定による申請及び前項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付は、その居住地を管轄する市町村長を経由して行わなければならない。

第10条 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳を破り、汚し、又は失つた者から精神障害者保健福祉手帳の再交付の申請があつたときは、精神障害者保健福祉手帳を交付しなければならない。

2 精神障害者保健福祉手帳を失つた者が、前項の規定により精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けた後、失つた精神障害者保健福祉手帳を発見したときは、速やかにこれを居住地の都道府県知事に返還しなければならない。

3 第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請及び交付並びに前項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還は、その居住地を管轄する市町村長を経由して行わなければならない。

第10条の2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法（昭和22年法律第224号）の規定による届出義務者は、速やかに当該精神障害者保健福祉手帳を都道府県知事に返還しなければならない。

2 法第45条の2第1項又は前項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還は、当該精神障害者保健福祉手帳に記載された居住地を管轄する市町村長を経由して行わなければならない。

第11条 第6条から前条までに定めるもののほか、精神障害者保健福祉手帳について必要

な事項は、厚生労働省令で定める。

第12条 法第48条第2項に規定する政令で定める資格を有する者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- 一 学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において社会福祉に関する科目又は心理学の課程を修めて卒業した者であつて、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識及び経験を有するもの
- 二 医師
- 三 厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した保健師であつて、精神保健及び精神障害者の福祉に関する経験を有するもの
- 四 前三号に準ずる者であつて、精神保健福祉相談員として必要な知識及び経験を有するもの

第13条 地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。)において、法第51条の12第1項の規定により、指定都市が処理する事務については、地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第174条の36の2に定めるところによる。

第14条 第2条の2、第2条の2の2、第2条の2の3第3項及び第4項、第2条の2の4並びに第2条の2の5の規定により都道府県が処理することとされている事務は、地方自治法第2条第9項第一号に規定する第1号法定受託事務とする。

2 第5条、第6条の2、第7条第2項から第5項まで、第8条、第9条第3項、第10条第3項及び第10条の2第2項の規定により市町村が処理することとされている事務は、地方自治法第2条第9項第2号に規定する第2号法定受託事務とする。

第15条 この政令に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

附 則

- 1 この政令は、公布の日から施行し、法施行の日から適用する。
- 2 左の勅令は、廃止する。

精神病患者監護法第6条及び第8条第3項に依る監護に関する件(明治33年勅令第282号)

精神病院法施行令(大正12年勅令第325号)

附 則 (昭和35年6月30日政令第185号)

この政令は、自治庁設置法の一部を改正する法律の施行の日(昭和35年7月1日)から施行する。

附 則 (昭和36年 8 月 7 日政令第288号)

この政令は、昭和36年10月 1 日から施行する。

附 則 (昭和40年 6 月30日政令第230号) 抄

(施行期日)

- 1 この政令は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和40年 9 月25日政令第310号)

この政令は、昭和40年10月 1 日から施行する。

附 則 (昭和41年 1 月27日政令第 8 号) 抄

(施行期日)

- 1 この政令は、昭和41年2月1日から施行する。

附 則 (昭和49年 9 月30日政令第342号)

この政令は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和51年 8 月 2 日政令第215号)

この政令は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和59年 3 月17日政令第35号) 抄

(施行期日)

- 第1条 この政令は、国家公務員及び公共企業体職員に係る共済組合制度の統合等を図るための国家公務員共済組合法等の一部を改正する法律の施行の日(昭和59年 4 月 1 日)から施行する。

附 則 (昭和59年 9 月 7 日政令第268号) 抄

(施行期日)

- 第1条 この政令は、健康保険法等の一部を改正する法律の施行の日(昭和59年10月 1 日)から施行する。

附 則 (昭和60年 5 月18日政令第127号) 抄

- 1 この政令は、公布の日から施行する。
- 2 第3条の規定による改正後の精神衛生法施行令第2条及び第4条の規定による改正後の婦人相談所等に関する政令第4条の規定は、昭和60年度以降の年度の予算に係る国の補助又は負担(昭和59年度以前の年度における事務の実施により昭和60年度以降の年度に支出される国の補助又は負担を除く。)について適用し、昭和59年度以前の年度にお

る事務の実施により昭和60年度以降の年度に支出される国の補助又は負担については、なお従前の例による。

附 則 (昭和62年3月20日政令第54号) 抄
(施行期日)

第1条 この政令は、昭和62年4月1日から施行する。

附 則 (昭和63年4月8日政令第89号) 抄
(施行期日)

1 この政令は、精神衛生法等の1部を改正する法律の施行の日(昭和63年7月1日)から施行する。

附 則 (平成6年9月2日政令第282号) 抄
(施行期日)

第1条 この政令は、平成6年10月1日から施行する。

附 則 (平成7年6月30日政令第278号) 抄
(施行期日)

第1条 この政令は、平成7年7月1日から施行する。

附 則 (平成8年1月4日政令第1号)
(施行期日)

1 この政令は、平成8年4月1日(次項において「施行日」という。)から施行する。
(経過措置)

2 この政令の施行の際精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により都道府県若しくは都道府県知事その他の都道府県の機関がした処分その他の行為で現にその効力を有するもの又は施行日前に同法の規定により都道府県知事に対してなされた申請、届出その他の行為(以下「申請等」という。)で、施行日以後において地方自治法第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。)又は指定都市の市長その他の機関が処理し又は管理し及び執行することとなる事務に係るものは、施行日以後においては、指定都市若しくは指定都市の市長その他の機関のした処分その他の行為又は指定都市の市長に対してなされた申請等とみなす。ただし、施行日前に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき行われ、又は行われるべきであった措置に関する費用の支弁、負担及び徴収については、なお従前の例による。

附 則 （平成9年3月28日政令第84号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成9年4月1日から施行する。

附 則 （平成9年12月10日政令第355号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成10年1月1日から施行する。

附 則 （平成10年1月8日政令第5号） 抄
（施行期日）

1 この政令は、平成10年4月1日から施行する。ただし、附則第3項の規定は、法の1部の施行の日（平成10年2月1日）から施行する。

附 則 （平成10年4月9日政令第146号）

この政令は、公布の日から施行し、改正後の第1条の規定は、平成10年度分の国の補助金から適用する。

附 則 （平成11年9月3日政令第262号）

この政令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 （平成11年12月8日政令第393号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 （平成12年1月21日政令第11号）

この政令は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の1部を改正する法律の施行の日（平成12年4月1日）から施行する。

附 則 （平成12年6月7日政令第309号） 抄
（施行期日）

1 この政令は、内閣法の1部を改正する法律（平成11年法律第88号）の施行の日（平成13年1月6日）から施行する。

附 則 （平成13年10月19日政令第333号）
（施行期日）

第1条 この政令は、平成14年4月1日から施行する。

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令の1部改正に伴う経過措置）

第2条 この政令の施行の日前に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の1部を改正する法律第2条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び第1条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令の規定により保健所長を經由して行われた申請で、同日以後において市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）を經由して行われることとなるものは、同日以後においては、当該申請を行った者のその際の居住地（精神障害者保健福祉手帳に係る申請については、当該申請を行った者が居住地を有しないときは、その現在地）を管轄する市町村長を經由して行われた申請とみなす。

附 則 （平成14年1月17日政令第4号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日（平成14年3月1日）から施行する。

附 則 （平成14年2月8日政令第27号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、公布の日から施行する。

附 則 （平成14年8月30日政令第282号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成14年10月1日から施行する。

附 則 （平成18年1月25日政令第10号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成18年4月1日から施行する。

附 則 （平成18年9月26日政令第319号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成18年10月1日から施行する。

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令の一部改正に伴う経過措置）

第3条 施行日前に行われた障害者自立支援法附則第46条の規定による改正前の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）附則第3項から第7項までの規定による国の貸付けについては、第4条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令附則第3項から第7項までの規定は、同日以後も、なおその効力を有する。この場合において、同令附則第3項中「法附則第8項」とあるのは「障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第50条の規定によりなおその効力を有することとされた精神保健及び精神障害者福祉に関する法律附則第8項」と、同令附則第4項中「前

項」とあるのは「障害者自立支援法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第319号）附則第3条の規定によりなおその効力を有することとされた前項」と、「法附則第3項から第7項まで」とあるのは「障害者自立支援法附則第46条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律附則第3項から第7項まで」と、同令附則第6項中「前3項」とあるのは「障害者自立支援法施行令等の一部を改正する政令附則第3条の規定によりなおその効力を有することとされた前3項」と、同令附則第7項中「法附則第13項」とあるのは「障害者自立支援法附則第50条の規定によりなおその効力を有することとされた精神保健及び精神障害者福祉に関する法律附則第13項」と、「前項」とあるのは「障害者自立支援法施行令等の一部を改正する政令附則第3条の規定によりなおその効力を有することとされた前項」とする。

附 則 （平成18年11月10日政令第355号）

この政令は、精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の施行の日（平成18年12月23日）から施行する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則

〔昭和25年6月24日〕
厚生省令第31号

最終改正 平成18年12月22日厚生労働省令第193号

精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づき、精神衛生法施行規則を次のように制定する。

（申請書に添える書類）

第1条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号。以下「令」という。）第2条の2の厚生労働省令で定める書類は、次のとおりとする。

- 一 履歴書
- 二 医師免許証の写し
- 三 5年以上診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 四 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 五 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第18条第1項第3号に規定する厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 六 法第18条第1項第4号に規定する研修の課程を修了したことを証する書面（精神保健指定医証の様式）

第1条の2 令第2条の2の2の指定医証の様式は、別記様式第1号によるものとする。
（研修受講義務の特例に関する書類）

第1条の3 令第2条の2の5の厚生労働省令で定める書類は、法第19条第1項の研修を受けなかったことにつきやむを得ない理由が存することを証する書類とする。

（研修の課程）

第2条 法第18条第1項第四号及び第19条第1項に規定する研修（第4条を除き、以下「研修」という。）の課程は、法別表のとおりとする。

（研修課程修了証の交付）

第3条 研修の実施者は、その研修の課程を修了した者に対して、研修の課程を修了したことを証する書面（以下「研修課程修了証」という。）を交付するものとする。

（指定後の研修受講義務の特例）

第4条 法第19条第2項の厚生労働省令で定めるやむを得ない理由は、同条第1項の研修を受けるべき年度において実施されるいずれの研修をも受けることができないことについて、災害、傷病、長期の海外渡航その他の事由があることとする。

（診療録の記載事項）

第4条の2 法第19条の4の2の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる記載の

区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

一 法第22条の4第3項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定に係る記載

イ 法第22条の4第3項の規定による措置を採った年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻

ロ 当該措置を採ったときの症状

二 法第29条の5の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定に係る記載

イ 入院後の症状又は状態像の経過の概要

ロ 今後の治療方針

三 法第33条第1項の規定による入院を必要とするかどうか及び法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定に係る記載

イ 法第33条第1項の規定による措置を採ったときの症状

ロ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由

四 法第33条の4第1項の規定による入院を必要とするかどうか及び法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定に係る記載

イ 法第33条の4第1項の規定による措置を採った年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻

ロ 当該措置を採ったときの症状

ハ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由

五 法第36条第3項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定に係る記載

イ 法第36条第3項の規定による指定医（法第18条第1項に規定する指定医をいう。以下同じ。）が必要と認めて行った行動の制限の内容

ロ 当該行動の制限を開始した年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻

ハ 当該行動の制限を行ったときの症状

六 法第38条の2第1項に規定する報告事項に係る入院中の者の診察に係る記載

イ 症状

ロ 過去6月間の病状又は状態像の経過の概要

ハ 生活歴及び現病歴

ニ 今後の治療方針

七 法第38条の2第2項において準用する同条第1項に規定する報告事項に係る入院中の者の診察に係る記載

イ 過去12月間の病状又は状態像の経過の概要

ロ 前号イ、ハ及びニに掲げる事項

八 法第40条の規定により一時退院させて経過を見ることが適当かどうかの判定に係る記載 第二号に掲げる事項

（常時勤務する指定医の条件）

第4条の3 法第19条の5に規定する精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設

けられているものを含む。以下同じ。)に常時勤務する指定医は、1日に8時間以上、かつ、1週間に4日以上当該精神科病院において精神障害の診断又は治療に従事する者でなければならない。

(登録の申請)

第4条の4 法第19条の6の2の登録の申請をしようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 氏名及び住所（法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）
- 二 研修の業務を行おうとする事務所の名称及び所在地
- 三 研修の業務を開始しようとする年月日
- 四 研修の種類

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- 一 申請者が法人である場合は、その定款又は寄附行為及び登記事項証明書
- 二 申請者が個人である場合は、その住民票の写し（外国人にあっては、外国人登録証明書の写し）
- 三 申請者が法第19条の6の3各号の規定に該当しないことを説明した書面
- 四 次の事項を記載した書面
 - イ 申請者が法人である場合は、その役員の氏名及び略歴
 - ロ 研修の業務を管理する者の氏名及び略歴
- 五 研修の業務を開始する初年度の研修計画（法第19条の6の6第1項に規定する研修計画をいう。）を記載した書面

(登録の更新)

第4条の5 前条の規定は、法第19条の6の5第1項の登録の更新について準用する。

(業務規程)

第4条の6 法第19条の6の8第2項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 研修の実施方法
- 二 研修に関する料金
- 三 前号の料金の収納の方法に関する事項
- 四 研修課程修了証の発行に関する事項
- 五 研修の業務に関して知り得た秘密の保持に関する事項
- 六 研修の業務に関する帳簿及び書類の保存に関する事項
- 七 法第19条の6の10第2項第二号及び第四号の請求に係る費用に関する事項
- 八 その他研修の業務の実施に関し必要な事項

(業務の休廃止の届出)

第4条の7 法第19条の6の6第1項に規定する登録研修機関（以下「登録研修機関」という。）は、法第19条の6の9の届出をしようとするときは、次の事項を記載した書面を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 休止し、又は廃止しようとする研修の業務の範囲
- 二 休止し、又は廃止しようとする年月日
- 三 休止又は廃止の理由
- 四 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間

(電磁的記録に記録された情報の内容を表示する方法)

第4条の8 法第19条の6の10第2項第三号の厚生労働省令で定める方法は、当該電磁的記録に記録された事項を紙面又は出力装置の映像面に表示する方法とする。

(情報通信の技術を利用する方法)

第4条の9 法第19条の6の10第2項第四号の厚生労働省令で定める電磁的方法は、次に掲げるいずれかの方法とする。

- 一 送信者の使用に係る電子計算機と受信者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用する方法であって、当該電気通信回線を通じて情報が送信され、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報が記録されるもの
- 二 磁気ディスクその他これに準ずる方法により一定の情報を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに情報を記録したものを交付する方法

2 前項各号に掲げる方法は、受診者がファイルへの記録を出力することによる書面を作成できるものでなければならない。

(研修結果の報告)

第4条の10 登録研修機関は、研修を行ったときは、当該研修が終了した日の属する月の翌月末日までに、受講申込者数及び受講者数を記載した研修結果報告書並びに研修の修了者の氏名、生年月日、住所、勤務先、修了年月日、研修課程修了証の番号及び修了した研修の種類を記載した研修修了者一覧表を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(帳簿の備付け)

第4条の11 登録研修機関は、研修を行ったときは、研修の修了者の氏名、生年月日、住所、勤務先、修了年月日、研修課程修了証の番号及び修了した研修の種類を記載した帳簿を作成し、研修の業務を廃止するまで保存しなければならない。

(研修業務の引継ぎ等)

第4条の12 登録研修機関は、法第19条の6の15第1項の規定により厚生労働大臣が研修の業務の全部又は一部を自ら行う場合には、次に掲げる事項を行わなければならない。

- 一 研修の業務の厚生労働大臣への引継ぎ
- 二 研修の業務に関する帳簿及び書類の厚生労働大臣への引継ぎ
- 三 その他厚生労働大臣が必要と認める事項

(身分を示す証票)

第4条の13 法第19条の6の16第2項に規定する当該職員の身分を示す証票は、別記様式第2号によらなければならない。

(任意入院に際しての告知事項)

第5条 法第22条の4第1項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 患者の同意に基づく入院である旨
- 二 法第36条に規定する行動の制限に関する事項
- 三 処遇に関する事項
- 四 法第22条の4第2項に規定する退院の申出により退院できる旨及び同条第3項前段の規定による措置に関する事項

(法第22条の4第4項の厚生労働省令で定める精神科病院の基準)

第5条の2 法第22条の4第4項の厚生労働省令で定める精神科病院の基準は、次のとおりとする。

- 一 法第33条の4第1項の規定による都道府県知事の指定を受けていること又は受ける見込みが十分であること。
- 二 地方公共団体の救急医療(精神障害の医療に係る者に限る。)の確保に関する施策に協力して、休日診療及び夜間診療を行っていること。
- 三 2名以上の常時勤務する指定医を置いていること。
- 四 法第22条の4第4項後段の規定による措置について審議を行うため、事後審査委員会を設けていること。
- 五 精神科病院に入院中の者に対する行動の制限がその症状に応じて最も制限に少ない方法により行われているかどうかを審議するため、行動制限最小化委員会を設けていること。

(法第22条の4第4項の厚生労働省令で定める医師の基準)

第5条の3 法第22条の4第4項の厚生労働省令で定める医師の基準は、次のとおりとする。

- 一 4年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 二 2年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 三 精神障害の診断又は治療に従事する医師として著しく不適当と認められる者でないこと。

(法第22条の4第5項において準用する厚生労働省令で定める事項)

第5条の4 法第22条の4第5項において準用する法第19条の4の2に規定する厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる事項とする。

- 一 法第22条の4第4項後段の規定による措置を採った年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻
- 二 当該措置を採ったときの症状
(任意入院に関する措置の記録)

第5条の5 法第22条の4第4項後段の規定による措置を採った精神科病院の管理者は、当該措置を採った日から1月以内に、次の各号に掲げる事項に関する記録を作成し、保存しなければならない。

- 一 精神科病院の名称及び所在地

二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日

三 診察した法第22条の4第4項に規定する特定医師（以下「特定医師」という。）の氏名

四 入院年月日及び時刻

五 病名

六 生活歴及び現病歴

七 当該措置から12時間以内に法第22条の4第3項の規定による診察をした指定医の氏名及び診察した日時

八 前号の診察の結果、法第22条の4第3項の措置は必要ないと認めたときは、その理由

九 第5条の2第四号の事後審査委員会による審議を行った結果

（入院等に関する告知事項）

第6条 法第22条の4第7項、第29条第3項（法第29条の2第4項及び第33条の5において準用する場合を含む。）及び第33条の3本文の厚生労働省令で定める事項は、第5条第二号に掲げる事項とする。

（身分を示す証票）

第7条 法第4条の13の規定は、法第27条第5項及び第38条の6第3項において読み替えて準用する法第19条の6の16第2項に規定する指定医及び当該職員の身分を示す証票について準用する。この場合において、第4条の13中「別記様式第2号」とあるのは、「それぞれ別記様式第1号及び第2号」と読み替えるものとする。

（移送の告知）

第8条 法第29条の2の2第2項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 移送先の精神病院の名称及び所在地

二 移送の方法

三 法第29条の2の2第3項に規定する行動の制限に関する事項

（入院措置の解除が認められるに至ったときの届出事項）

第9条 法第29条の5の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 精神科病院の名称及び所在地

二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日

三 入院年月日

四 病名及び入院後の病状又は状態像の経過の概要

五 退院後の処置に関する事項

六 退院後の帰住先及びその住所

七 診察した指定医の氏名

八 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄

第10条及び第11条 削除

（診療報酬の請求）

第12条 国等の設置した精神科病院又は指定病院は、療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)、老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求に関する省令(平成4年厚生省令第5号)又は介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令(平成12年厚生省令第20号)の定めるところにより、当該精神科病院又は指定病院が行った医療に係る診療報酬を請求するものとする。

(法第33条第4項の厚生労働省令で定める基準)

第13条 第5条の2の規定は、法第33条第4項の厚生労働省令で定める基準について準用する。この場合において、第5条の2第四号中「法第22条の4第4項」とあるのは、「法第33条第4項」と読み替えるものとする。

(法第33条第5項において準用する法第19条の4の2に規定する厚生労働省令で定める事項)

第13条の2 法第33条第5項において準用する法第19条の4の2に規定する厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる事項とする。

- 一 法第33条第4項後段の規定による措置を採ったときの症状
- 二 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
(医療保護入院措置に関する記録)

第13条の3 法第33条第1項の規定による措置を採ろうとする場合において、同条第4項後段の規定による措置を採った精神科病院の管理者は、当該措置を採った日から1月以内に、次の各号に掲げる事項に関する記録を作成し、保存しなければならない。

- 一 精神科病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 診察した特定医師の氏名
- 四 入院年月日及び時刻
- 五 病名
- 六 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- 七 生活歴及び現職歴
- 八 当該措置から12時間以内に法第33条第1項の規定による診察をした指定医の氏名及び診察した日時
- 九 前号の診察の結果、法第33条第1項の措置は必要ないと認めたときは、その理由
- 十 第5条の2第1項第四号の事後審査委員会による審議を行った結果
- 十一 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
- 十二 保護者が法第20条第2項第四号に掲げる者(以下「選任保護者」という。)であるときは、その選任年月日

2 法第33条第2項の規定による措置を採ろうとする場合において、同条第4項後段の規定による措置を採った精神科病院の管理者は、当該措置を採った日から1月以内に、次の各号に掲げる事項に関する記録を作成し、保存しなければならない。

- 一 前項第一号から第十号までに掲げる事項
- 二 入院について同意した扶養義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
- 三 法第20条第2項第四号の規定による家庭裁判所の選任の申立年月日
(医療保護入院の措置を採ったときの届出事項)

第13条の4 法第33条第7項の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 法第33条第1項の規定による措置に係る届出
 - イ 精神科病院の名称及び所在地
 - ロ 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
 - ハ 入院年月日
 - ニ 病名
 - ホ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態ないと判定した理由
 - ヘ 生活歴及び現職歴
 - ト 診察した特定医師の氏名
 - チ 法第34条第1項の規定による移送の有無
 - リ 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
 - ヌ 保護者が選任保護者であるときは、その選任年月日
 - 二 法第33条第2項の規定による措置に係る届出
 - イ 入院について同意した扶養義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
 - ロ 法第20条第2項第四号の規定による家庭裁判所の選任の申立年月日
 - ハ 法第34条第2項の規定による移送の有無
 - ニ 前号イからホまで及びトに掲げる事項
 - 三 法第33条第1項の規定による措置を採ろうとする場合において、同条第4項後段の規定による措置を採った場合の届出
 - イ 診察した特定医師の氏名
 - ロ 入院年月日及び時刻
 - ハ 当該措置から12時間以内に法第33条第1項の規定による診察をした指定医の氏名及び診察した日時
 - ニ 前号の診察の結果、法第33条第1項の措置は必要ないと認めたときは、その理由
 - ホ 第一号イ、ロ、二からへまで、リ及びヌに掲げる事項
 - 四 法第33条第2項の規定による措置を採ろうとする場合において、同条第4項後段の規定による措置を採った場合の届出
 - イ 第一号イ、ロ、二からへまでに掲げる事項
 - ロ 第二号イ及びロに掲げる事項
 - ハ 前号イから二までに掲げる事項
- (医療保護入院者を退院させたときの届出事項)

第14条 法第33条の2の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 退院年月日
- 四 病名
- 五 退院後の処置に関する事項
- 六 退院後の帰住先及びその住所
- 七 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
(医療保護入院に係る告知を行わなかった場合の診療録への記載事項)

第15条 法第33条の3の規定により診療録に記載しなければならない事項は、次のとおりとする。

- 一 法第33条の3本文に規定する事項（以下「医療保護入院に係る告知事項」という。）のうち知らせなかったもの
- 二 症状その他医療保護入院に係る告知事項を知らせることがその者の医療及び保護を図る上で支障があると認められた理由
- 三 医療保護入院に係る告知事項を知らせた年月日
(法第33条の4第3項において準用する法第19条の4の2に規定する厚生労働省令で定める事項)

第16条 法第33条の4第3項において準用する法第19条の4の2に規定する厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる事項とする。

- 一 法第33条第2項後段の規定による措置を採った年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻
- 二 当該措置を採ったときの症状
- 三 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
(応急入院の措置に関する記録)

第16条の2 法第33条の4第2項後段の規定による措置を採った精神科病院の管理者は、当該措置を採った日から1月以内に、次の各号に掲げる事項に関する記録を作成し、保存しなければならない。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 診察した特定医師の氏名
- 四 入院年月日及び時刻
- 五 病名
- 六 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- 七 生活歴及び現病歴
- 八 当該措置から12時間以内に法第33条第1項の規定による診察をした指定医の氏名及び診察した日時

九 前号の診察の結果、法第33条第1項の措置は必要ないと認めるときは、その理由
十 法第33条の4第1項の厚生労働大臣の定める基準に基づき設置された事後審査委員会による審議を行った結果

十一 医療及び保護を依頼した者の患者との関係
(法第33条の4第5項の厚生労働省令で定める事項)

第16条の3 法第33条の4第5項の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

一 法第33条の4第1項の規定による措置に係る届出

- イ 精神科病院の名称及び所在地
- ロ 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- ハ 入院年月日及び時刻
- ニ 病名及び症状
- ホ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- ヘ 診察した指定医の氏名
- ト 法第34条第3項の規定による移送の有無
- チ 医療及び保護を依頼した者の患者との関係

二 法第33条の4第1項の規定による措置を採ろうとする場合において、法第33条の4第2項後段の規定による措置を採った場合の当該措置に係る届出

- イ 診察した特定医師の氏名
- ロ 病名
- ハ 当該措置から12時間以内に法第33条の4第1項の規定による診察をした指定医の氏名及び診察した日時
- ニ 前号の診察の結果、法第33条の4第1項の措置は必要ないと認めるときは、その理由
- ホ 前号イからハまで、ホ及びチに掲げる事項

(準用)

第17条 第8条の規定は、法第34条第4項において準用する法第29条の2の2第2項の厚生労働省令で定める事項について準用する。この場合において、第8条第三号中「法第29条の2の2第3項」とあるのは、「法第34条第4項において準用する法第29条の2の2第3項」と読み替えるものとする。

第18条 削除
(措置入院に係る定期報告事項等)

第19条 法第38条の2第1項前段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 入院年月日及び前回の法第38条の2第1項前段の規定による報告の年月日
- 四 病名及び過去6月間（入院年月日から起算して6月を経過するまでの間は、過去3

月間)の病状又は状態像の経過の概要

- 五 処遇に関する事項
 - 六 生活歴及び現病歴
 - 七 過去6月間の法第40条の規定による措置の状況
 - 八 今後の治療方針
 - 九 診察年月日及び診察した指定医の氏名
 - 十 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
 - 十一 保護者が選任保護者であるときは、その選任年月日
- 2 法第38条の2第1項後段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。
- 一 症状
 - 二 前項第四号、第六号及び第八号に掲げる事項
- 3 法第38条の2第1項前段の規定による報告は、法第29条第1項の規定による措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の6月ごとの各月に行わなければならない。

(医療保護入院者に係る定期報告事項等)

第20条 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 入院年月日及び前回の法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告の年月日
 - 二 病名及び過去12月間の病状又は状態像の経過の概要
 - 三 過去12月間の外泊の状況
 - 四 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの検討
 - 五 前条第1項第一号、第二号、第六号及び第八号から第十号までに掲げる事項
- 2 法第38条の2第2項において準用する同条第1項後段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 症状
 - 二 前項第二号及び第四号並びに前条第1項第六号及び第八号に掲げる事項
- 3 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告は、法第33条第1項の規定による措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の12月ごとの各月に行わなければならない。

(法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める期間)

第20条の2 法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める期間は、5年間とする。

(法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める者)

第20条の3 法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める者は、法第38条の7第1項の規定による命令を受けた後、相当の期間を経過してもなお当該精神科病院に入院中の者の処遇が改善されないと認められる者とする。

(法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める基準)

第20条の4 法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める基準は、法第22条の3の規定により入院している者が次に掲げる要件のいずれかを満たすこととする。

- 一 入院後1年以上経過していること。
- 二 入院後6月を経過するまでの間に法第36条第3項に規定する行動の制限を受けたこと又は夜間以外の時間帯に病院から自由に外出することを制限されたこと（前号に該当する場合を除く。）。

（法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める事項）

第20条の5 法第38条の2第3項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 入院年月日及び前回の法第38条の2第3項の規定による報告の年月日
- 二 第19条第1項第一号、第二号、第六号、第八号及び第九号並びに第20条第1項第二号及び第三号に掲げる事項

（精神医療審査会への通知事項）

第21条 法第38条の3第1項の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる報告又は届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 法第38条の2第1項前段の規定による報告 第19条第1項各号に掲げる事項
- 二 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告 第20条第1項各号に掲げる事項
- 三 法第33条第4項の規定による届出 第13条第1号イからヌまでに掲げる事項
- 四 法第38条の2第3項の規定による報告 第20条の5各号に掲げる事項

（退院等の請求）

第22条 法第38条の4の規定による請求は、次に掲げる事項に関し申し立てることにより行うものとする。

- 一 患者の住所、氏名及び生年月日
- 二 請求人が患者本人でない場合にあっては、その者の住所、氏名及び患者との続柄
- 三 患者が入院している精神病院の名称
- 四 請求の趣旨及び理由
- 五 請求年月日

（手帳の申請）

第23条 法第45条第1項の厚生労働省令で定める書類は、第一号又は第二号に掲げる書類及び第三号に掲げる書類とする。

- 一 指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書（初めて医師の診療を受けた日から起算して6月を経過した日以後における診断書に限る。）
- 二 次に掲げる精神障害を支給事由とする年金たる給付を現に受けていることを証する書類の写し

イ 国民年金法（昭和34年法律第141号）による障害基礎年金及び国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「昭和60年改正法」という。）第1条の規定による改正前の国民年金法による障害年金

- ロ 厚生年金保険法（昭和29年法律第115号）による障害厚生年金及び昭和60年改正法第3条の規定による改正前の厚生年金保険法による障害年金
- ハ 国家公務員共済組合法による障害共済年金及び国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第105号）第1条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法による障害年金
- ニ 地方公務員等共済組合法による障害共済年金及び地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第108号）第1条の規定による改正前の地方公務員共済組合法による障害年金
- ホ 私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）による障害共済年金及び市立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第106号）第1条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法による障害年金
- ヘ 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合法の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律（平成13年法律第101号。以下この号において「平成31年統合法」という。）附則第16条第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法附則第2条第1項第1号に規定する廃止前農林共済法による障害共済年金及び平成13年統合法附則第16条第2項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法附則第2条第1項第5号に規定する旧制度農林共済法による障害年金並びに平成13年統合法附則第25条第4項第11号に規定する特例障害農林年金
- ト 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律（平成16年法律第166号）に基づく特別障害給付金

三 精神障害者の写真

第24条 削除

（手帳の様式）

第25条 精神障害者保健福祉手帳の様式は、別記様式第3号のとおりとする。

（手帳交付台帳の記載事項）

第26条 令第7条第1項の規定により精神障害者保健福祉手帳交付台帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者の氏名、性別、住所及び生年月日
- 二 障害等級
- 三 精神障害者保健福祉手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限
- 四 通院医療費受給者番号
- 五 精神障害者保健福祉手帳の再交付をしたときは、その年月日及び理由

第27条 削除

（手帳の更新）

第28条 法第45条第4項の規定による政令で定める精神障害の状態にあることについての認定の申請は、第23条第1項各号のいずれかに該当する書類を添えて行うものとする。

2 前項の申請は、精神障害者保健福祉手帳に記載された有効期限の到来する日の3月前から行うことができる。

(障害等級の変更の申請)

第29条 令第9条第1項の規定による障害等級の変更の申請については、第28条第1項の規定を準用する。

(手帳の再交付の申請)

第30条 都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下この条において「指定都市」という。))においては、指定都市の長)は、精神障害者保健福祉手帳を破り、又は汚した者に対する令第10条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の再交付については、先に交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに行わなければならない。

第31条から第34条まで 削除

(精神障害者社会復帰促進センター指定申請書)

第35条 法第51条の2第1項の規定により指定を受けようとする法人は、次の事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 名称、住所及び事務所の所在地
- 二 代表者の氏名

2 前項の申請書には、次に掲げる書面を添付しなければならない。

- 一 定款又は寄附行為
- 二 登記簿の謄本
- 三 役員の氏名、住所及び略歴を記載した書面
- 四 法第51条の3各号に掲げる業務の実施に関する基本的な計画
- 五 資産の総額並びにその種類及びこれを証する書類

(名称等変更の届出)

第36条 法第51条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰促進センター(以下「センター」という。)は、同条第3項の規定により届出をしようとするときは、次の事項を記載した書面を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 変更後の名称、住所又は事務所の所在地
- 二 変更しようとする年月日
- 三 変更の理由

(センターへの協力)

第37条 法第51条の4の厚生労働省令で定める情報又は資料は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者の社会復帰の促進を図るための相談並びに訓練及び指導に関する情報又は資料
- 二 前号に掲げる相談並びに訓練及び指導を受けた精神障害者の性別、生年月日及び家族構成並びに状態像の経過に関する情報又は資料(当該精神障害者を識別できるものを除く。)

(特定情報管理規程の認可申請等)

第38条 センターは、法第51条の5第1項前段の規定により特定情報管理規程の認可を受けようとするときは、その旨を記載した申請書に当該特定情報管理規程を添えて、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

2 センターは、法第51条の5後段の規定により特定情報管理規程の変更の認可を受けようとするときは、次に掲げる事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

一 変更しようとする事項

二 変更の理由

(特定情報管理規程記載事項)

第39条 法第51条の5第3項の規定により特定情報管理規程に記載すべき事項は、次のとおりとする。

一 特定情報（法第51条の5第1項に規定する特定情報をいう。以下この条において同じ。）の適正な管理及び使用に関する職員の意識の啓発及び教育に関する事項

二 特定情報の適正な管理及び使用に係る事務を統括管理する者に関する事項

三 特定情報の記録された物の紛失、盗難及びき損を防止するための措置に関する事項

四 特定情報の使用及びその制限に関する事項

五 特定情報の処理に関し電子計算機を用いる場合には、当該電子計算機及び端末装置を設置する場所の入出場の管理その他これらの施設への不正なアクセスを予防するための措置に関する事項

六 その他特定情報の適正な管理又は使用を図るための必要な措置に関する事項

(身分を示す証票)

第40条 法第51条の9第2項の規定において準用する法第27条第5項の規定による当該職員身分を示す証票は、別記様式第4号によらなければならない。

(権限の委任)

第41条 令第15条第1項の規定により、令第2条の2から第2条の2の5までにきていする厚生労働大臣の権限は、地方厚生局長に委任する。

附 則

1 この省令は、公布の日（昭和25年6月24日）から施行し、法施行の日（昭和25年5月1日）から適用する。

2 精神病患者監護法施行規則（明治33年内務省令第35号）及び精神病院法施行規則（大正12年内務省令第17号）は廃止する。

附 則（第1次改正）

この省令は、公布の日（昭和28年10月2日）から施行し、昭和28年9月1日から適用する。

附 則（第2次改正）

この省令は、公布の日（昭和29年7月17日）から施行する。

附 則（第3次改正）

この省令は、公布の日（昭和40年6月30日）から施行する。

附 則（第4次改正） 抄

1 この省令は、昭和40年10月1日から施行する。

附 則（第5次改正）

この省令は、公布の日（昭和51年7月1日）から施行する。

附 則（第6次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、昭和51年11月1日から施行する。（以下略）

附 則（第7次改正）

この省令は、公布の日（昭和53年5月23日）から施行する。

附 則（第8次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、公布の日（昭和58年2月1日）から施行する。

附 則（第9次改正） 抄

（施行期日）

1 この省令は、昭和58年3月1日から施行する。

附 則（第10次改正）

この省令は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則（第11次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、昭和59年10月1日から施行する。

附 則（第12次改正）

1 この省令は、精神衛生法等の一部を改正する法律の施行の日（昭和63年7月1日）から施行する。

2 この省令の施行の際現に交付されているこの省令による改正前の様式による精神衛生鑑定医の身分を示す証票は、この省令による改正後の様式による精神保健指定医の身分を示す証票とみなす。

附 則（第13次改正） 抄

1 この省令は、公布の日（平成元年3月24日）から施行する。

2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙及び板については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

4 この省令による改正後の省令の規定にかかわらず、この省令により改正された規定であって改正後の様式により記載することが適当でないものについては、当分の間、なお

従前の例による。

附 則（第14次改正）

- 1 この省令は、平成6年4月1日から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを使用することができる。

附 則（第15次改正）

この省令は、精神保健法等の一部を改正する法律の施行の日（平成6年4月1日）から施行する。

附 則（第16次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成6年10月1日から施行する。（以下略）

附 則（第17次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、公布の日（平成6年10月14日）から施行する。

（経過措置）

第2条 平成6年10月1日に行われた療養の給付、老人医療及び公費負担医療、指定老人訪問看護並びに施設療養に関する費用の請求については、なお従前の例による。

附 則（第18次改正）

- 1 この省令は、平成7年7月1日から施行する。
- 2 この省令の施行の際この省令による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則別記様式第1号、別記様式第2号又は別記様式第4号により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則別記様式第3号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（第19次改正）

この省令は、公布の日（平成7年9月26日）から施行する。

附 則（第20次改正）

- 1 この省令は、平成8年4月1日から施行する。
- 2 この省令の施行の際改正前の様式により使用されている書類は、改正後の様式によるものとみなす。

附 則（第21次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成9年4月1日から施行する。

附 則（第22次改正） 抄

- 1 この省令は、公布の日（平成10年1月13日）から施行する。

附 則（第23次改正） 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、平成12年4月1日から施行する。(以下略)

附 則 (第24次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 (第25次改正)

この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 (第26次改正) 抄

(施行期日)

1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律(平成11年法律第88号)の施行の日(平成13年1月6日)から施行する。

(様式に関する経過措置)

3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

4 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (第27次改正)

1 この省令は、平成14年4月1日から施行する。

2 この省令の施行の際この省令による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則別記様式第2号により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則別記様式第3号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (第28次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、平成14年4月1日から施行する。

附 則 (第29次改正)

この省令は、平成16年3月31日から施行する。

附 則 (第30次改正)

この省令は、平成16年4月1日から施行する。

附 則 (第31次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、不動産登記法(平成16年法律第123号)の施行の日(平成17年3月7日)から施行する。

附 則 (第32次改正)

(施行期日)

第1条 この省令は、平成18年4月1日から施行する。

附 則 (第33次改正)

(施行期日)

第1条 この省令は、平成18年10月1日から施行する。

(様式の経過措置)

第2条 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

第3条 障害者自立支援法(平成17年法律第123号。以下この条において「法」という。)附則第1条第三号に掲げる規定の施行の日の前日までの間、法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設を利用している者が、障害者自立支援法施行規則第7条第1項の申請を行う場合には、当該精神障害者社会復帰施設の利用の状況を申請書に記載するものとする。

附 則 (第34次改正)

(施行期日)

1 この省令は、精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の施行の日(平成18年12月23日)から施行する。

(様式に関する経過措置)

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

(表 面)

<p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の証</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 生</p> <p>住 所</p> <p>勤務先</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 印</p>	<p style="text-align: center;">写 真 ち ょ う 付 面</p> <p>交付日</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>有効期限</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>
---	---

(日本工業規格A列6番)

(裏 面)

<p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律抜すい</p> <p>(報告の徴取及び立入り検査)</p> <p>第19条の6の16 略</p> <p>2 前項の規定により立入り検査を行う当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係者の請求があったときは、これを提示しなければならない。</p> <p>3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p> <p>(申請等に基づき行われる指定医の診察等)</p> <p>第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。</p> <p>2 都道府県知事は、入院させなければ精神的障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察させることができる。</p> <p>3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。</p> <p>4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たって必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。</p> <p>5 前項の規定によってその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係者の請求があるときはこれを提示しなければならない。</p>	<p>6 第四項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p> <p>(報告徴取等)</p> <p>第三十八条の六 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。</p> <p>2 略</p> <p>3 第十九条の六第二項及び第三項の規定は、第一項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。この場合において、同条第二項中「前項」とあるのは「第三十八条の六第一項」と、「当該職員」とあるのは「当該職員及び指定医」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第三十八条の六第一項」と読み替えるものとする。</p> <p>(注意)</p> <p>一 この証票の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失ったときは直ちに厚生労働大臣に届け出ること。</p> <p>二 精神保健医でなくなったときは、厚生労働大臣に返還すること。</p> <p>三 この証票の記載事項に変更が生じたときは、直ちに厚生労働大臣に届け出ること。</p>
---	--

(表 面)

<p>第 号</p> <p>(職) 氏 名</p> <p>年 月 日生</p> <p>精神保健福祉職員の証</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>厚生労働省(都道府県又は指定都市)</p> <p style="text-align: left;">(印)</p>	<p>写真ちよう付面</p>
---	----------------

(日本工業規格A列6番)

(裏 面)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律抜すい

(報告の徴収及び立入り検査)

第十九条の六の十六 略

- 2 前項の規定により立入り検査を行う当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係者の請求があつたときは、これを提示しなければならない。
- 3 第二項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(申請等に基づき行われる指定医の診察等)

- 1 第二十七条都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出があつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。
- 2 都道府県知事は、入院させなければ精神病者のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。
- 3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。
- 4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要を限度において、その者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 5 第十九条の六の十六第二項及び第三項の規定は、前項の規定による立入りについて準用する。この場合において、同条第二項中「前項」とあるのは「第二十七条第四項」と、当該職員」とあるのは「指定医及び当該職員」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第二十七条第四項」と読み替へるものとする。

(報告徴収等)

第三十八条の六 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは経過に關し、報告を求め、若しくは診察録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、これらの事項に關し、診察録その他の帳簿書類(その作成又は保存に代へる電子的記録の作成又は保存がされている場合における当該電子的記録を含む。)を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。

- 2 (略)
- 3 第十九条の六の十六第二項及び第三項の規定は、前項の規定による立入り検査、質問又は診察について準用する。この場合において、同条第二項中「前項」とあるのは「第三十八条の六第一項」と、当該職員」とあるのは「第三十八条の六第一項」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第三十八条の六第一項」と読み替へるものとする。

(注意)

- 一 この証票の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失つたときは直ちに厚生労働大臣(都道府県知事又は指定都市市長)に届け出ること。
- 二 精神保健福祉職員でなくなつたときは、厚生労働大臣(都道府県知事又は指定都市市長)に返還すること。

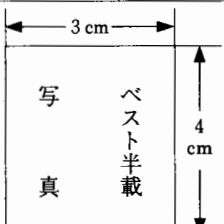
(裏表紙)

(表表紙)

備 考	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療や生活などのことで相談したいときは、市町村役場、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所などに御相談下さい。 2. 住所や氏名が変わったときは、変更届を出して下さい。 3. この手帳を万一なくしたりしたときは、再交付を申請して下さい。 4. この手帳は、他人に譲ったり、貸したりすることはできません。 5. 更新の申請は、有効期限の3か月前から市町村役場で行うことができます。 	<p>障害者手帳</p> <p>都道府県（指定都市）名</p>

(内面左)

(内面右)

 <p>氏名</p> <p>住所</p> <p>生年月日 性別</p> <p>障害等級</p> <p>手帳番号 号</p>	<p>交付日 年 月 日</p> <p>有効期限 年 月 日 (更新) (更新) (更新) (更新)</p> <p>都道府県(指定都市)名 印</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">精神保健及び精神障害者福祉 に関する法律第45条の保健福 祉手帳</p>
---	--

(注意) 縦9cm×横6cmを標準とすること。

<p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">(職) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p style="text-align: center;">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五十一条の九第一項の規定による立入検査を行う職員</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 印</p>	<p style="text-align: center;">写真ちよう付面</p>
--	--

(日本工業規格A列6番)

<p style="text-align: center;">(裏)</p>	<p style="text-align: center;">(面)</p> <p style="text-align: right;">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律抜すい</p> <p style="text-align: right;">(報告の徴収及び立入り検査)</p> <p style="text-align: right;">第十九条の六の十六 (略)</p> <p>2 前項の規定により立入り検査を行う当該職員は、その身分を示す証書を携帯し、関係者の請求があつたときは、これを提示しなければならない。</p> <p>3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p> <p style="text-align: right;">(報告及び検査)</p> <p>第五十一条の九 厚生労働大臣は、第五十一条の三に規定する業務の適正な運営を確保するために必要な限度において、センターに対し必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、その事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。</p> <p>2 第十九条の六の十六第二項及び第三項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第二項中「前項」とあるのは「第五十一条の九第一項」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第五十一条の九第一項」と読み替えるものとする。</p> <p style="text-align: right;">(注意)</p> <p>一、この証書の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失つたときは直ちに厚生労働大臣に届け出ること。</p> <p>二 精神保健福祉職員でなくなつたときは、厚生労働大臣に返還すること。</p>
--	--

○精神保健福祉士法

〔平成9年12月19日〕
法律第131号

改正 平成9年5月9日法律第45号 平成9年12月19日法律第131号
同 11年12月8日同 第151号 同 11年12月22日同 第160号
同 18年6月2日同 第50号 同 18年6月23日同 第94号

精神保健福祉士法をここに公布する。

目次

- 第1章 総則（第1条—第3条）
- 第2章 試験（第4条—第27条）
- 第3章 登録（第28条—第38条）
- 第4章 義務等（第39条—第43条）
- 第5章 罰則（第44条—第48条）
- 附則

第1章 総則

（目的）

第1条 この法律は、精神保健福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

（定義）

第2条 この法律において「精神保健福祉士」とは、第28条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと（以下「相談援助」という。）を業とする者をいう。

（欠格事由）

第3条 次の各号のいずれかに該当する者は、精神保健福祉士となることができない。

- 一 成年被後見人又は被保佐人
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者

四 第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者

第2章 試験

(資格)

第4条 精神保健福祉士試験（以下「試験」という。）に合格した者は、精神保健福祉士となる資格を有する。

(試験)

第5条 試験は、精神保健福祉士として必要な知識及び技能について行う。

(試験の実施)

第6条 試験は、毎年1回以上、厚生労働大臣が行う。

(受験資格)

第7条 試験は次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない。

- 一 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学（短期大学を除く。以下この条において同じ。）において厚生労働大臣の指定する精神障害者の保健及び福祉に関する科目（以下この条において「指定科目」という。）を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者
- 二 学校教育法に基づく大学において厚生労働大臣の指定する精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目（以下この条において「基礎科目」という。）を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校、厚生労働大臣の指定した職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）第15条の6第1項各号に掲げる施設若しくは同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合大学校（以下「職業能力開発校等」という。）又は厚生労働大臣の指定した養成施設（以下「精神保健福祉士短期養成施設等」という。）において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 三 学校教育法に基づく大学を卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校、厚生労働大臣の指定した職業能力開発校等又は厚生労働大臣の指定した養成施設（以下「精神保健福祉士一般養成施設等」という。）において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 四 学校教育法に基づく短期大学（修業年限が3年であるものに限る。）において指定科目を修めて卒業した者（夜間において授業を行う学科又は通信による教育を行う学科を卒業した者を除く。）その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、厚生労働省令で定める施設（以下この条において「指定施設」という。）において1年以上相談援助の業務に従事したもの
- 五 学校教育法に基づく短期大学（修業年限が3年であるものに限る。）において基礎科目を修めて卒業した者（夜間において授業を行う学科又は通信による教育を行う学科

を卒業した者を除く。)その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、指定施設において1年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士短期養成施設等において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したものの

六 学校教育法に基づく短期大学(修業年限が3年であるものに限る。)を卒業した者(夜間において授業を行う学科又は通信による教育を行う学科を卒業した者を除く。)その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、指定施設において1年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士一般養成施設等において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したものの

七 学校教育法に基づく短期大学において指定科目を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、指定施設において2年以上相談援助の業務に従事したものの

八 学校教育法に基づく短期大学において基礎科目を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、指定施設において2年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士短期養成施設等において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したものの

九 学校教育法に基づく短期大学又は高等専門学校を卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、指定施設において2年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士一般養成施設等において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したものの

十 指定施設において4年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士一般養成施設等において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したものの

十一 社会福祉士であって、精神保健福祉士短期養成施設等において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したものの

(試験の無効等)

第8条 厚生労働大臣は、試験に関して不正の行為があった場合には、その不正行為に関係のある者に対しては、その受験を停止させ、又はその試験を無効とすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定による処分を受けた者に対し、期間を定めて試験を受けることができないものとするすることができる。

(受験手数料)

第9条 試験を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の受験手数料を国に納付しなければならない。

2 前項の受験手数料は、これを納付した者が試験を受けない場合においても、返還しない。

(指定試験機関の指定)

第10条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者(以下「指定試験機関」という。)に、試験の実施に関する事務(以下「試験事務」という。)を行

わせることができる。

- 2 指定試験機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、試験業務を行おうとする者の申請により行う。
- 3 厚生労働大臣は、他に指定を受けた者がなく、かつ、前項の申請が次の要件を満たしていると認めるときでなければ、指定試験機関の指定をしてはならない。
 - 一 職員、設備、試験事務の実施の方法その他の事項についての試験事務の実施に関する計画が、試験事務の適正かつ確実な実施のために適切なものであること。
 - 二 前号の試験事務の実施に関する計画の適正かつ確実な実施に必要な経理的及び技術的な基礎を有するものであること。
- 4 厚生労働大臣は、第2項の申請が次のいずれかに該当するときは、指定試験機関の指定をしてはならない。
 - 一 申請者が、民法（明治29年法律第89号）第34条の規定により設立された法人以外の者であること。
 - 二 申請者がその行う試験事務以外の業務により試験事務を公正に実施することができないおそれがあること。
 - 三 申請者が、第22条の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者であること。
 - 四 申請者の役員のうち、次のいずれかに該当する者があること。
 - イ この法律に違反して、刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者
 - ロ 次条第2項の規定による命令により解任され、その解任の日から起算して2年を経過しない者

（指定試験機関の役員を選任及び解任）

第11条 指定試験機関の役員を選任及び解任は、厚生労働大臣の認可を受けなければ、その効力を生じない。

- 2 厚生労働大臣は、指定試験機関の役員が、この法律（この法律に基づく命令又は処分を含む。）若しくは第13条第1項に規定する試験事務規程に違反する行為をしたとき、又は試験事務に関し著しく不適当な行為をしたときは、指定試験機関に対し、当該役員を解任を命ずることができる。

（事業計画の認可等）

第12条 指定試験機関は、毎事業年度、事業計画及び収支予算を作成し、当該事業年度の開始前に（指定を受けた日の属する事業年度にあっては、その指定を受けた後遅滞なく）、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

- 2 指定試験機関は、毎事業年度の経過後3月以内に、その事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、厚生労働大臣に提出しなければならない。

（試験事務規程）

第13条 指定試験機関は、試験事務の開始前に、試験事務の実施に関する規程（以下この章において「試験事務規程」という。）を定め、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 試験事務規程で定めるべき事項は、厚生労働省令で定める。

3 厚生労働大臣は、第1項の認可をした試験事務規程が試験事務の適正かつ確実な実施上不適當となったと認めるときは、指定試験機関に対し、これを変更すべきことを命ずることができる。

（精神保健福祉士試験委員）

第14条 指定試験機関は、試験事務を行う場合において、精神保健福祉士として必要な知識及び技能を有するかどうかの判定に関する事務については、精神保健福祉士試験委員（以下この章において「試験委員」という。）に行わせなければならない。

2 指定試験機関は、試験委員を選任しようとするときは、厚生労働省令で定める要件を備える者のうちから選任しなければならない。

3 指定試験機関は、試験委員を選任したときは、厚生労働省令で定めるところにより、厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。試験委員に変更があったときも、同様とする。

4 第11条第2項の規定は、試験委員の解任について準用する。

（規定の適用等）

第15条 指定試験機関が試験事務を行う場合における第8条第1項及び第9条第1項の規定の適用については、第8条第1項中「厚生労働大臣」とあり、及び第9条第1項中「国」とあるのは、「指定試験機関」とする。

2 前項の規定により読み替えて適用する第9条第1項の規定により指定試験機関に納められた受験手数料は、指定試験機関の収入とする。

（秘密保持義務等）

第16条 指定試験機関の役員若しくは職員（試験委員を含む。次項において同じ。）又はこれらの職にあった者は、試験事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

2 試験事務に従事する指定試験機関の役員又は職員は、刑法（明治40年法律第45号）その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

（帳簿の備付け等）

第17条 指定試験機関は、厚生労働省令で定めるところにより、試験事務に関する事項で厚生労働省令で定めるものを記載した帳簿を備え、これを保存しなければならない。

（監督命令）

第18条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、指定試験機関に対し、試験事務に関し監督上必要な命令をすることができる。

（報告）

第19条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、厚生労働省令で定めるところにより、指定試験機関に対し、報告をさせるこ

とができる。

(立入検査)

第20条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、その職員に、指定試験機関の事務所に立ち入り、指定試験機関の帳簿、書類その他必要な物件を検査させ、又は関係者に質問させることができる。

2 前項の規定により立入検査を行う職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第1項に規定する権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。
(試験事務の休廃止)

第21条 指定試験機関は、厚生労働大臣の許可を受けなければ、試験事務の全部又は一部を休止し、又は廃止してはならない。

(指定の取消し等)

第22条 厚生労働大臣は、指定試験機関が第10条第4項各号(第3号を除く。)のいずれかに該当するに至ったときは、その指定を取り消さなければならない。

2 厚生労働大臣は、指定試験機関が次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、その指定を取り消し、又は期間を定めて試験事務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。

一 第10条第3項各号の要件を満たさなくなったと認められるとき。

二 第11条第2項(第14条第4項において準用する場合を含む。)、第13条第3項又は第18条の規定による命令に違反したとき。

三 第12条、第14条第1項から第3項まで又は前条の規定に違反したとき。

四 第13条第1項の認可を受けた試験事務規程によらないで試験事務を行ったとき。

五 次条第1項の条件に違反したとき。

(指定等の条件)

第23条 第10条第1項、第11条第1項、第12条第1項、第13条第1項又は第21条の規定による規定、認可又は許可には、条件を付し、及びこれを変更することができる。

2 前項の条件は、当該指定、認可又は許可に係る事項の確実な実施を図るため必要な最小限度のものに限り、かつ、当該指定、認可又は許可を受ける者に不当な義務を課すこととなるものであってはならない。

(指定試験機関がした処分等に係る不服申立て)

第24条 指定試験機関が行う試験事務に係る処分又はその不作為について不服がある者は、厚生労働大臣に対し、行政不服審査法(昭和37年法律第160号)による審査請求をすることができる。

(厚生労働大臣による試験事務の実施等)

第25条 厚生労働大臣は、指定試験機関の指定をしたときは、試験事務を行わないものとする。

2 厚生労働大臣は、指定試験機関が第21条の規定による許可を受けて試験事務の全部若

しくは一部を休止したとき、第22条第2項の規定により指定試験機関に対し試験事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき、又は指定試験機関が天災その他の事由により試験事務の全部若しくは一部を実施することが困難となった場合において必要があると認めるときは、試験事務の全部又は一部を自ら行うものとする。

(公示)

第26条 厚生労働大臣は、次の場合には、その旨を官報に公示しなければならない。

- 一 第10条第1項の規定による指定をしたとき。
- 二 第21条の規定による許可をしたとき。
- 三 第22条の規定により指定を取り消し、又は試験事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき。
- 四 前条第2項に規定により試験事務の全部若しくは一部を自ら行うこととするとき、又は自ら行っていた試験事務の全部若しくは一部を行わないこととするとき。

(試験の細目等)

第27条 この章に規定するもののほか、試験、精神保健福祉士短期養成施設等、精神保健福祉士一般養成施設等、指定試験機関その他この章の規定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第3章 登録

(登録)

第28条 精神保健福祉士となる資格を有する者が精神保健福祉士となるには、精神保健福祉士登録簿に、氏名、生年月日その他厚生労働省令で定める事項の登録を受けなければならない。

(精神保健福祉士登録簿)

第29条 精神保健福祉士登録簿は、厚生労働省に備える。

(精神保健福祉士登録証)

第30条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士の登録をしたときは、申請者に第28条に規定する事項を記載した精神保健福祉士登録証（以下この章において「登録証」という。）を交付する。

(登録事項の変更の届出等)

第31条 精神保健福祉士は、登録を受けた事項に変更があったときは、遅滞なく、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

2 精神保健福祉士は、前項の規定による届出をするときは、当該届出に登録証を添えて提出し、その訂正を受けなければならない。

(登録の取消し等)

第32条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士が次の各号のいずれかに該当する場合には、その登録を取り消さなければならない。

- 一 第3条各号（第4号を除く。）のいずれかに該当するに至った場合

二 虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けた場合

- 2 厚生労働大臣は、精神保健福祉士が第39条、第40条又は第41条第2項の規定に違反したときは、その登録を取り消し、又は期間を定めて精神保健福祉士の名称の使用の停止を命ずることができる。

(登録の消除)

第33条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士の登録がその効力を失ったときは、その登録を消除しなければならない。

(変更登録等の手数料)

第34条 登録証の記載事項の変更を受けようとする者及び登録証の再交付を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国に納付しなければならない。

(指定登録機関の指定等)

第35条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者(以下「指定登録機関」という。)に、精神保健福祉士の登録の実施に関する事務(以下「登録事務」という。)を行わせることができる。

- 2 指定登録機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、登録事務を行おうとする者の申請により行う。

第36条 指定登録機関が登録事務を行う場合における第29条、第30条、第31条第1項、第33条及び第34条の規定の適用については、これらの規定中「厚生労働省」とあり、「厚生労働大臣」とあり、及び「国」とあるのは、「指定登録機関」とする。

- 2 指定登録機関が登録を行う場合において、精神保健福祉士の登録を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を指定登録機関に納付しなければならない。
- 3 第1項の規定により読み替えて適用する第34条及び前項の規定により指定登録機関に納められた手数料は、指定登録機関の収入とする。

(準用)

第37条 第10条第3項及び第4項、第11条から第13条まで並びに第16条から第26条までの規定は、指定登録機関について準用する。この場合において、これらの規定中「試験事務」とあるのは「登録事務」と、「試験事務規程」とあるのは「登録事務規程」と、第10条第3項中「前項の申請」とあり、及び同条第4項中「第2項の申請」とあるのは「第35条第2項の申請」と、第16条第1項中「職員(試験委員を含む。次項において同じ。)」とあるのは「職員」と、第22条第2項第2号中「第11条第2項(第14条第4項において準用する場合を含む。)」とあるのは「第11条第2項」と、同項第3号中「第14条第1項から第3項まで又は前条」とあるのは「又は前条」と、第23条第1項及び第26条第1号中「第10条第1項」とあるのは「第35条第1項」と読み替えるものとする。

(厚生労働省令への委任)

第38条 この章に規定するもののほか、精神保健福祉士の登録、指定登録機関その他この章の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第4章 義務等

(信用失墜行為の禁止)

第39条 精神保健福祉士は、精神保健福祉士の信用を傷つけるような行為をしてはならない。

(秘密保持義務)

第40条 精神保健福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。精神保健福祉士でなくなった後においても、同様とする。

(連携等)

第41条 精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない。

2 精神保健福祉士は、その業務を行うに当たって精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない。

(名称の使用制限)

第42条 精神保健福祉士でない者は、精神保健福祉士という名称を使用してはならない。

(権限の委任)

第42条の2 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任するこきができる。

(経過措置)

第43条 この法律の規定に基づき命令を制定し、又は改廃する場合においては、その命令で、その制定又は改廃に伴い合理的に必要と判断される範囲内において、所要の経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)を定めることができる。

第5章 罰則

第44条 第40条の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

第45条 第16条第1項(第37条において準用する場合を含む。)の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

第46条 第22条第2項(第37条において準用する場合を含む。)の規定による試験事務又は登録事務の停止の命令に違反したときは、その違反行為をした指定試験機関又は指定登録機関の役員又は職員は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

第47条 次の各号のいずれかに該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

一 第32条第2項の規定により精神保健福祉士の名称の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、精神保健福祉士の名称を使用したもの

二 第42条の規定に違反した者

第48条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした指定試験機関又は指定登録機関の役員又は職員は、20万円以下の罰金に処する。

- 一 第17条（第37条において準用する場合を含む。）の規定に違反して帳簿を備えず、帳簿に記載せず、若しくは帳簿の虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかったとき。
- 二 第19条（第37条において準用する場合を含む。）の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。
- 三 第20条第1項（第37条において準用する場合を含む。）の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽を陳述をしたとき。
- 四 第21条（第37条において準用する場合を含む。）の許可を受けずに試験事務又は登録事務の全部を廃止したとき。

附 則

（施行期日）

第1条 この法律は、平成10年4月1日から施行する。ただし、第7条第2号及び第3号の規定（学校、職業能力開発校等又は養成施設の指定に係る部分に限る。）、第27条の規定（精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等に係る部分に限る。）並びに附則第7条の規定は、公布の日（平成9年12月19日）から起算して9月を超えない範囲内において政令で定める日（平成10年2月1日）から施行する。

（受験資格の特例）

第2条 この法律の施行の際現に病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設において相談援助を業として行っている者であつて、次の各号のいずれにも該当するに至つたものは、平成15年3月31日までは、第7条の規定にかかわらず、試験を受けることができる。

- 一 厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した者
- 二 病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設において、相談援助を5年以上業として行った者

（名称の使用制限に関する経過措置）

第3条 この法律の施行の際現に精神保健福祉士という名称を使用している者については、第42条の規定は、この法律の施行後6月間は、適用しない。

（検討）

第4条 政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律の規定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。

第5条 登録免許税法（昭和42年法律第35号）の一部を次のように改正する。

別表第1第二十三号中（7の5）を（7の6）とし、（7の4）の次に次のように加える。

（7の5）精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第28条（登録）の精神保健福祉士の登録	登録件数	1件につき 1万5千円
---	------	----------------

(職業能力開発促進法及び雇用促進事業団法の一部を改正する法律の一部改正)

第6条 職業能力開発促進法及び雇用促進事業団法の一部を改正する法律(平成9年法律第45号)の一部を次のように改正する。

附則第1条ただし書き中「第22条まで」を「第23条まで」に改める。

附則に次の1条を加える。

(精神保健福祉士法の一部改正)

第23条 精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)の一部を次のように改正する。

第7条第二号中「職業能力開発大学校」を「職業能力開発総合大学校」に改める。

(厚生省設置法の一部改正)

第7条 厚生省設置法(昭和24年法律第151号)の一部を次のように改正する。

第5条第十号の次に次の一号を加える。

十の二 精神保健福祉士の身分及び業務について、指導監督を行うこと。

第6条第十二号の次に次の二号を加える。

十二の二 精神保健福祉士の養成施設を指定し、試験及び登録を行い、登録を取り消し、並びに名称の使用の停止を命ずること。

十二の三 精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)の規定に基づき、指定試験機関及び指定登録機関を指定し、並びにこれらに対し、認可その他監督を行うこと。

附則(第1次改正)

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日(平成9年5月9日)から起算して3月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。ただし、(中略)附則第23条の規定は、平成11年4月1日から施行する。

附則(第2次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。(以下略)

附則(第3次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この法律(第2条及び第3条を除く。)は、平成13年1月6日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 (前略)第1344条の規定 公布の日(平成11年12月23日)

第16章 経過措置等

(処分、申請等に関する経過措置)

第1301条 中央省庁等改革関係法及びこの法律(以下「改革関係法等」と総称する。)の施行前に法令の規定により従前の国の機関がした免許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて、相当の国の機関がした免

許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為とみなす。

- 2 改革関係法等の施行の際現に法令の規定により従前の国の機関に対してされている申請、届出その他の行為は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて、相当の国の機関に対してされた申請、届出その他の行為とみなす。
- 3 改革関係法等の施行前に法令の規定により従前の国の機関に対し報告、届出、提出その他の手続をしなければならないとされている事項で、改革関係法等の施行の日前にその手続がされていないものについては、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、これを、改革関係法等の施行後の法令の相当規定により相当の国の機関に対して報告、届出、提出その他の手続をしなければならないとされた事項についてその手続がされていないものとみなして、改革関係法等の施行後の法令の規定を適用する。

(従前の例による処分等に関する経過措置)

第1302条 なお従前の例によることとする法令の規定により、従前の国の機関がすべき免許、許可、認可、承認、指定その他の処分若しくは通知その他の行為又は従前の国の機関に対してすべき申請、届出その他の行為については、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の規定に基づくその任務及び所掌事務の区分に応じ、それぞれ、相当の国の機関がすべきものとし、又は相当の国の機関に対してすべきものとする。

(罰則に関する経過措置)

第1303条 改革関係法等の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(命令の効力に関する経過措置)

第1304条 改革関係法等の施行前に法令の規定により発せられた国家行政組織法の一部を改正する法律による改正前の国家行政組織法(昭和23年法律第120号。次項において「旧国家行政組織法」という。)第12条第1項の総理府令又は省令は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて発せられた相当の内閣府設置法第7条第3項の内閣府令又は国家行政組織法の一部を改正する法律による改正後の国家行政組織法(次項及び次条第1項において「新国家行政組織法」という。)第12条第1項の省令としての効力を有するものとする。

(政令への委任)

第1344条 第71条から第76条まで及び第1301条から前条まで並びに中央省庁等改革関係法に定めるもののほか、改革関係法等の施行に関し必要な経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)は、政令で定める。

○精神保健福祉士法施行令

〔平成10年1月8日〕
政令第5号

改正 平成12年6月7日改令第334号
平成14年1月17日政令第4号
平成18年1月25日政令第10号
平成18年3月27日政令第71号

精神保健福祉士法施行令をここに公布する。

内閣は、精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第3条第三号、第9条第一号、第34条及び第36条第2項の規定に基づき、この政令を制定する。

（法第3条第三号の政令で定める精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定）

第1条 精神保健福祉士法（以下「法」という。）第3条第三号の政令で定める精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定は、医師法（昭和23年法律第201号）、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）、生活保護法（昭和25年法律第144号）、社会福祉法（昭和26年法律第45号）、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）及び社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の規定とする。

（受験手数料）

第2条 法第9条第1項の受験手数料の額は、1万千5百円とする。

（変更登録等の手数料）

第3条 法第34条の手数料の額は、4千8百円とする。

（登録手数料）

第4条 法第36条第2項の手数料の額は、5千3百円とする。

附 則

（施行期日）

1 この政令は、平成10年4月1日から施行する。ただし、附則第3項の規定は、法の一部の施行の日（平成10年2月1日）から施行する。

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令の一部改正）

2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）の一部を次のように改正する。

第12条中第四号を第五号とし、第一号から第三号までを一号ずつ繰り下げ、同条に第一号として次の一号を加える。

一 精神保健福祉士

（厚生省組織令の一部改正）

3 厚生省組織令（昭和27年政令第388号）の一部を次のように改正する。

第5条第1項中第二十七号を第二十八号とし、第二十六号の次に次の一号を加える。
二十七 精神保健福祉士の身分及び業務について、指導監督を行うこと。

第5条第3項中「第二十六号まで」を「第二十七号まで」に改める。

第24条の3第一号中「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の下に「及び精神保健福祉士法」(平成9年法律第131号)」を加える。

附 則 (第1次改正)

この政令は、公布の日(平成12年6月7日)から施行する。

附 則 (第2次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この政令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日(平成14年3月1日)から施行する。

附 則 (第3次改正) 抄

(施行期日)

第1条 この政令は、平成18年4月1日から施行する。(以下略)

附 則 (第4次改正)

この政令は、平成18年4月1日から施行する。

○精神保健福祉士法施行規則

〔平成10年1月30日〕
厚生省令第11号

改正	平成11年3月26日厚生省令第26号	平成11年9月14日厚生省令第81号
	同 12年3月28日同 第49号	同 12年3月31日同 第72号
	同 12年10月20日同 第127号	同 14年2月22日厚生労働省令第14号
	同 14年3月26日厚生労働省令第38号	同 14年7月8日同 第94号
	同 15年8月29日同 第137号	同 18年3月31日同 第78号

精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第7条第3号から第9号まで、第28条、第38条及び同法附則第2条の規定に基づき、精神保健福祉士法施行規則を次のように定める。

精神保健福祉士法施行規則

（厚生労働省令で定める者の範囲）

第1条 精神保健福祉士法（平成9年法律第131号。以下「法」という。）第7条第一号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法（昭和22年法律第26号）による大学（短期大学を除く。次項について同じ。）において、同号に規定する指定科目を修めて、同法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者とする。

2 法第7条第二号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による大学において同号に規定する基礎科目を修めて、同法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者とする。

3 法第7条第三号の厚生労働省令で定める者は、次のとおりとする。

一 学校教育法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者

二 旧大学令（大正7年勅令第388号）による大学を卒業した者

三 旧高等師範学校規程（明治27年文部省令第11号）による高等師範学校専攻科を卒業した者

四 旧師範教育令（昭和18年勅令第109号）による高等師範学校又は女子高等師範学校の修業年限1年以上の研究科を修了した者

五 旧中等学校令（昭和18年勅令第36号）による中学校若しくは高等女学校を卒業した者又は旧専門学校入学検定規程（大正13年文部省令第22号）により、これと同等以上の学力を有するものと検定された者を入学資格とする旧専門学校令（明治36年勅令第61号）による専門学校（以下「専門学校」という。）で修業年限（予科の修業年限を含む。以下この号において同じ。）5年以上の専門学校を卒業した者又は修業年限4年以上の専門学校を卒業し修業年限4年以上の専門学校に置かれる修業年限1年以上の研究科を修了した者

六 防衛庁設置法（昭和29年法律第164号）による防衛大学校又は防衛医科大学校を卒業した者

七 職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）による職業能力開発大学校の長期課程

を修了した者（旧職業訓練法（昭和33年法律第133号）による中央職業訓練所又は職業能力開発大学の長期指導員訓練課程を修了した者、職業訓練法の一部を改正する法律（昭和60年法律第56号）による改正前の職業訓練法（昭和44年法律第64号。以下「新職業訓練法」という。）による職業訓練大学の長期指導員訓練課程を修了した者、職業能力開発促進法の一部を改正する法律（平成4年法律第67号）による改正前の職業能力開発促進法（以下「旧職業能力開発促進法」という。）による職業訓練大学の長期課程を修了した者及び職業開発促進法及び雇用促進事業団法の一部を改正する法律（平成9年法律第45号）による改正前の職業能力開発促進法による職業開発大学の長期課程を修了した者を含む。）

- 4 法第7条第4号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程（修業年限3年以上のものに限る。次項及び第四項において同じ。）又は各種学校（学校教育法第56条第1項に規定する者を入学資格とするものであって、修業年限3年以上のものに限る。次項及び第4項において同じ。）において法第7条第1号に規定する指定科目（第5項において「指定科目」という。）を修めて卒業した者（夜間において授業を行う学科若しくは課程又は通信による教育を行う課程を卒業した者を除く。）とする。
- 5 法第7条第5号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程又は各種学校において法第7条第2号に規定する基礎科目（第6項において「基礎科目」という。）を修めて卒業した者（夜間において授業を行う学科若しくは課程又は通信による教育を行う課程を卒業した者を除く。）とする。
- 6 法第7条第6号の厚生労働省令で定める者は、次のとおりとする。
 - 一 学校教育法による高等学校若しくは中等教育学校の専攻科（修業年限3年以上のものに限る。）盲学校、聾学校若しくは養護学校の専攻科（修業年限3年以上のものに限る。）、専修学校の専門課程又は各種学校を卒業した者（夜間において授業を行う専攻科、学科若しくは課程又は通信による教育を行う課程を卒業した者を除く。）
 - 二 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第21条第2号に規定する厚生労働大臣が指定する看護婦養成所（修業年限3年以上のものに限る。）を卒業した者
 - 三 理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）第12条第1号に規定する厚生労働大臣が指定する作業療法士養成施設（修業年限3年以上のものに限る。）を卒業した者
 - 四 職業能力開発促進法による職業能力開発総合大学の専門課程（訓練期間3年以上のものに限る。）若しくは応用課程、職業能力開発大学の専門課程（訓練期間3年以上のものに限る。）若しくは応用課程又は職業能力開発短期大学の専門課程（訓練期間3年以上のものに限る。）を修了した者（旧職業能力開発促進法による職業訓練短期大学の専門課程（訓練期間3年以上のものに限る。）を修了した者を含む。）
- 7 法第7条第七号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程（修業年限2年以上のものに限る。次項及び第7項において同じ。）又は各種学校（学校教育法第56条第1項に規定する者を入学資格とするものであって、修業年限2年以上の

ものに限る。次項及び第7項において同じ。)において指定科目を修めて卒業した者とする。

8 法第7条第八号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程又は各種学校において基礎科目を修めて卒業した者とする。

9 法第7条第九号の厚生労働省令で定める者は、次のとおりとする。

一 学校教育法による高等学校若しくは中等教育学校の専攻科（修業年限2年以上のものに限る。）、盲学校、聾学校若しくは養護学校の専攻科（修業年限2年以上のものに限る。）、専修学校の専門課程又は各種学校を卒業した者

二 保健師助産師看護師法第22条第二号に規定する都道府県知事が指定する准看護師養成所（修業年限2年以上のものに限る。）を卒業した者（学校教育法第56条第一項に該当する者に限る。）

三 職業能力開発促進法による職業能力開発総合大学校、職業能力開発大学校又は職業能力開発短期大学校の専門課程を修了した者（新職業訓練法による職業訓練短期大学校の専門訓練課程又は特別高等訓練課程を修了した者及び旧職業能力開発促進法による職業訓練短期大学校の専門課程を修了した者を含む。）

（指定施設の範囲）

第2条 法第7条第四号の厚生労働省令で定める施設は、次のとおりとする。

一 精神病院

二 病院又は診療所（精神病床を有するもの又は精神科若しくは心療内科を広告しているものに限る。）

三 保健所

四 地域保健法（昭和22年法律第101号）に規定する市町村保健センター

五 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）に規定する精神保健福祉センター、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場、精神障害地域生活支援センター及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第45条の規定による改正前の精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者地域生活援助事業を行う施設

六 障害者自立支援法に規定する共同生活援助を行う施設（主として精神障害者（同法第4条第1項に規定する精神障害者をいう。）に対してサービスを提供する施設に限る。）

七 前各号に掲げる施設に準ずる施設として厚生労働大臣が認める施設

（試験施行期日等の公告）

第3条 精神保健福祉士試験を施行する期日、場所その他精神保健福祉士試験の実施に必要な事項は、厚生労働大臣があらかじめ、官報で公告する。

（精神保健福祉士試験の方法）

第4条 精神保健福祉士試験は、筆記の方法により行う。

（精神保健福祉士試験の科目）

第5条 精神保健福祉士試験の科目は、次のとおりとする。

- 一 精神医学
- 二 精神保健学
- 三 精神科リハビリテーション学
- 四 精神保健福祉論
- 五 社会福祉原論
- 六 社会保障論
- 七 公的扶助論
- 八 地域福祉論
- 九 精神保健福祉援助技術
- 十 医学一般
- 十一 心理学
- 十二 社会学
- 十三 法学

(試験科目の免除)

第6条 社会福祉士であつて、精神保健福祉士試験を受けようとする者に対しては、その申請により、第5条に規定する精神保健福祉士試験の科目のうち、社会福祉原論、社会保障論、公的扶助論、地域福祉論、医学一般、心理学、社会学及び法学を免除する。

(精神保健福祉士試験の受験手続き)

第7条 精神保健福祉士試験を受けようとする者は、様式第1による精神保健福祉士試験受験申込書を厚生労働大臣（法第10条第1項に規定する指定試験機関が精神保健福祉士試験の実施に関する事務を行う場合にあつては、指定試験機関、第9条において同じ。）に提出しなければならない。

2 前項の精神保健福祉士試験受験申込書には、法第7条各号のいずれかに該当する者であることを証する書面を添付しなければならない。

(受験手数料の納付)

第8条 法第9条第1項に規定する受験手数料は、国に納付する場合にあつては前条第1項に規定する精神保健福祉士試験受験申込書に当該受験手数料の額に相当する額の収入印紙をはるることにより、法第10条第1項に規定する指定試験機関に納付する場合にあつては法第13条第1項に規定する試験事務規程で定めるところにより納付しなければならない。

(合格証書の交付)

第9条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士試験に合格した者には、合格証書を交付する。

(登録事項)

第10条 法第28条の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 登録番号及び登録年月日
- 二 本籍地都道府県名（日本国籍を有しない者については、その国籍）

三 精神保健福祉士試験に合格した年月

(登録の申請)

第11条 精神保健福祉士の登録を受けようとする者は、様式第2による精神保健福祉士登録申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(登録)

第12条 厚生労働大臣は、前条の申請があったときは、精神保健福祉士登録申請書の記載事項を審査し、当該申請者が精神保健福祉士となる資格を有すると認めるときは、精神保健福祉士登録簿に登録し、かつ、当該申請者に精神保健福祉士登録証を交付する。

2 厚生労働大臣は、前項の審査の結果、当該申請者が精神保健福祉士となる資格を有しないと認めるときは、その理由を付し、精神保健福祉士登録申請書を当該申請者に返却する。

(登録事項の変更の届出)

第13条 精神保健福祉士は、登録を受けた事項に変更があったときは、様式第3による登録事項変更届出書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(精神保健福祉士登録証再交付の申請等)

第14条 精神保健福祉士は、精神保健福祉士登録証を汚損し、又は失ったときは、遅滞なく、様式第4による登録証再交付申請書を、汚損した場合にあっては、当該精神保健福祉士登録証を添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

2 精神保健福祉士は、前項の申請をした後、失った精神保健福祉士登録証を発見したときは、速やかにこれを厚生労働大臣に返納しなければならない。

(変更登録等の手数料の納付)

第15条 国に納付する法第34条に規定する手数料については、第13条に規定する登録事項変更届出書又は前条第1項に規定する登録証再交付申請書に、それぞれ当該手数料の額に相当する額の収入印紙をはることにより、法第35条第1項に規定する指定登録機関に納付する法第34条及び法第36条第2項に規定する手数料については、法第37条の規定により読み替えられた法第13条第1項に規定する登録事項規程で定めるところにより納付しなければならない。

2 前項の規定により納付された手数料は、これを返還しない。

(死亡等の届出)

第16条 精神保健福祉士が次のいずれかに該当するに至った場合には、当該精神保健福祉士又は戸籍法(昭和22年法律第224号)に規定する届出義務者若しくは法定代理人は、遅滞なく、精神保健福祉士登録証を添え、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

一 死亡し、又は失踪の宣告を受けた場合

二 法第3条各号(第四号を除く。)のいずれかに該当するに至った場合

(登録の取消しの通知等)

第17条 厚生労働大臣は、法第32条第1項又は第2項の規定により精神保健福祉士の登録

を取り消し、又は精神保健福祉士の名称の使用の停止を命じたときは、理由を付し、その旨を登録の取消し又は名称の使用の停止の処分を受けた者に通知しなければならない。

- 2 法第32条第1項又は第2項の規定により精神保健福祉士の登録を取り消された者は、前項の通知を受けた日から起算して10日以内に、精神保健福祉士登録証を厚生労働大臣に返納しなければならない。

(登録簿の登録の訂正等)

- 第18条 厚生労働大臣は、第13条の届出があったとき、第16条の届出があったとき、又は法第32条第1項若しくは第2項の規定により精神保健福祉士の登録を取り消し、若しくは精神保健福祉士の名称の使用の停止を命じたときは、精神保健福祉士登録簿の当該精神保健福祉士に関する登録を訂正し、若しくは消除し、又は当該精神保健福祉士の名称の使用の停止をした旨を精神保健福祉士登録簿に記載するとともに、それぞれ登録の訂正若しくは消除又は名称の使用の停止の理由及びその年月日を記載するものとする。

(規定の適用)

- 第19条 法第35条第1項に規定する指定登録機関が精神保健福祉士の登録の実施に関する事務を行う場合における第11条から第14条まで、第16条（同条第二号に該当する場合を除く。）、第17条第2項及び前条の規定の適用については、これらの規定中「厚生労働大臣」とあるのは「法第35条第1項に規定する指定登録機関」と、前条中「法第32条第1項若しくは第2項の規定により」とあるのは「法第32条第1項若しくは第2項の規定により厚生労働大臣が」と、「停止をした」とあるのは「停止があった」とする。

附 則

(施行期日)

- 1 この省令は、平成10年4月1日から施行する。

(受験資格の特例)

- 2 法附則第2条の厚生労働省令で定める施設は、次のとおりとする。

一 精神病院

二 病院又は診療所（精神病床を有するもの又は精神科若しくは心療内科を広告しているものに限る。）

三 保健所

四 地域保健法に規定する市町村保健センター

五 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神保健福祉センター、精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場及び精神障害者地域生活援助事業を行う施設

六 前5号に掲げる施設に準ずる施設として厚生労働大臣が認める施設

- 3 平成15年3月31日までは、第7条第2項中「法第7条各号のいずれか」とあるのは、「法第7条各号のいずれか又は法附則第2条」とする。

附 則（第1次改正）

- 1 この省令は、平成11年4月1日から施行する。

- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（第2次改正）

この省令は、公布の日（平成11年9月14日）から施行する。

附 則（第3次改正）

この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（第4次改正）

（施行期日）

- 1 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

- 3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（第5次改正） 抄

（施行期日）

- 1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律（平成11年法律第88号）の施行の日（平成13年1月6日）から施行する。

（様式に関する経過措置）

- 3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

- 4 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（第6次改正） 抄

- 1 この省令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日（平成14年3月1日）から施行する。

附 則（第7次改正） 抄

（施行期日）

- 1 この省令は、平成14年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

- 3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（第8次改正）

この省令は、公布の日（平成14年7月8日）から施行する。

附 則（第9次改正）

この省令は、公布の日（平成15年8月29日）から施行する。

附 則（第10次改正） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成18年4月1日から施行する。（以下略）

様式第一（第7条関係）（表面）

収入印紙 (消印しないこと。)		精神保健福祉士試験受験申込書													
フリガナ		氏名 (姓)						(名)						※整理番号	
生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				年	月	日	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
郵便番号		本籍地 (外国籍の場合はその国籍)						都道府県		本籍地コード					
フリガナ		現住所													
電話番号		都道府県													
受験地		都道府県													
受験資格 (裏面を参照のこと。)	<input type="checkbox"/> 大学校		大学等名			卒業年月(見込み)			<input type="checkbox"/> 平成		年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 短大等 (3年制) + 実務経験 (1年以上)		短大等名			卒業年月			<input type="checkbox"/> 平成		年	月	日		
			勤務先名 (実務経験)			職		種		従業期間		年 月 ~ 年 月			
										年 月 ~ 年 月					
										年 月 ~ 年 月					
<input type="checkbox"/> 短大等 [指定科目] (2年制) + 実務経験 (2年以上)		短大等名			卒業年月			<input type="checkbox"/> 平成		年	月	日			
		勤務先名 (実務経験)			職		種		従業期間		年 月 ~ 年 月				
									年 月 ~ 年 月						
									年 月 ~ 年 月						
<input type="checkbox"/> 養成施設		養成施設名			卒業年月(見込み)			<input type="checkbox"/> 平成		年	月	日			
<input type="checkbox"/> 受験資格に係る証 明書に代わる受験 票の提出		提出する受験 票の試験 実施回			第	回	提出する 受験票の 番号								
社会福祉士であって 試験科目免除申請の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		社会福祉士登録番号											
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希 望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
上記により、精神保健福祉士試験を受験したいので申し込みます。 平成 年 月 日 厚生労働大臣 指定試験機関代表者															
氏名												印			

(裏面)

連絡先

勤務先 (昼間等の 連絡先)	名称		所 属
			電 話 番 号
その他 (帰省先等 の連絡先)	名称は 名又氏		受験者との関係
			電 話 番 号

受験資格及び添付書類一覧

区 分	受 験 資 格	提 出 書 類
大学等	指定科 大学の卒業者又は学校教育法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者(精神保健福祉法(以下「法」という。)第7条第1号)	・卒業証明書若しくは卒業見込証明書又は学校教育法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者であることを証明する書面 ・指定科目履修証明書又は指定科目履修見込証明書
短大等(3年制) + 実務経験(1年以上)	目履修者 短期大学等(3年制)の卒業者で1年以上の実務経験を有するもの(法第7条第4号)	・卒業証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
短大等(2年制) + 実務経験(2年以上)	短期大学等(2年制)の卒業者で2年以上の実務経験を有するもの(法第7条第7号)	・卒業証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
養成施設	養成施設(短期又は一般)の卒業者(法第7条第2号、第3号、第5号、第6号、第8号、第9号、第10号又は第11号)	・卒業証明書または卒業見込証明書

- 備考
- 1 該当する□は、☑と記入すること。
 - 2 整理番号欄には、記入しないこと。
 - 3 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
 - 4 この受験申込書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
 - 5 学校教育法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者は、卒業年月に代えて、学校教育法第67条第2項の規定による大学院への入学年月を記載すること。
 - 6 過去の精神保健福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者(実務経験見込証明書、卒業見込証明書、指定科目履修見込証明書の提出より当該受験票の交付を受けた者であって、実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書を提出していないもの及び法附則第2条(5年以上の実務経験者で、厚生労働大臣の指定する講習会を修了したもの)の規定により受験票の交付を受けたものを除く。)については、当該受験票の提出をもって実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書の提出に代えることができる。
 - 7 実務経験証明書にあっては、勤務先の長が、卒業証明書及び指定科目履修証明書にあっては、学校等の長が、発行したものであること。
 - 8 実務経験見込証明書を提出をもって申し込む者は、実務経験後、遅滞なく、実務経験証明書を提出すること。
 - 9 卒業見込証明書又は指定科目履修見込証明書の提出をもって申し込む者は、卒業後、遅滞なく、卒業証明書又は指定科目履修証明書を提出すること。
 - 10 社会福祉士であって、試験科目の免除を申請する者は、社会福祉士登録証の写しを提出すること。
 - 11 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
 - 12 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

様式第二（第11条関係）

精神保健福祉士登録申請書																	
フリガナ	氏名						(姓)				(名)				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	本籍地 (外国籍の場合は、その国籍)	都道府県	本籍コード							
フリガナ	都道府県																
郵便番号					電話番号												
精神保健福祉士試験に合格した年月	平成	年	月	試験合格証書番号													
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士法（以下「法」という。）の規定その他精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるもの（法施行令第1条）により、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者																
<p>私は、精神保健福祉士の登録を受けたいので、上記の事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、精神保健福祉士法施行規則第11条の規定により申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>厚生労働大臣 殿 指定登録機関代表者</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p>																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 収入印紙 (消印しないこと。) </div> <p>又は領収証書をはること。</p>																	

- 備考
- 1 該当する□は、☑と記入すること。
 - 2 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。
 - 3 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により登録手数料を納付すること。
 - 4 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないよう完全に消すこと。
 - 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
 - 6 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

様式第三（第13条関係）

精神保健福祉士登録事項変更届出書

収入印紙
(消印しない
こと。)

住 所
登録年月日
登録番号
(フリガナ)
氏 名

年 月 日生

精神保健福祉士法第28条の登録事項に下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

登 録 事 項	変 更 前	変 更 後	変 更 の 年 月 日	備 考

平成 年 月 日

厚生労働大臣
殿
指定登録機関代表者

氏 名 印

備考1 指定登録機関が行う登録証の訂正を受けようとする場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。

2 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

3 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

様式第四（第14条関係）

精神保健福祉士登録証再交付申請書

収入印紙
(消印しない
こと。)

住 所

登録年月日

登録番号

(フリガナ)

氏 名

年 月 日生

精神保健福祉士法施行規則第14条第1項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

理由

平成 年 月 日

厚生労働大臣

殿

指定登録機関代表者

氏 名

印

備考1 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。

2 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

3 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

○精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準

〔平成12年3月31日〕
〔厚生省令第87号〕

改正 平成12年8月11日厚生省令第112号
同 12年11月20日同 第132号
同 14年2月22日厚生労働省令第14号
同 14年3月26日同 第38号
同 16年1月20日同 第1号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第50条の2の3第1項の規定に基づき、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準を次のように定める。

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準

目次

- 第1章 総則（第1条—第12条）
 - 第2章 精神障害者生活訓練施設（第13条—第22条）
 - 第3章 精神障害者授産施設（第23条—第29条）
 - 第4章 精神障害者福祉ホーム（第30条—第34条）
 - 第5章 精神障害者福祉工場（第35条—第38条）
 - 第6章 精神障害者地域生活支援センター（第39条—第43条）
- 附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第50条の2の3第1項の規定による精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準は、この省令の定めるところによる。

（基本方針）

第2条 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な処遇を行うよう努めなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って処遇を行うよう努めなければならない。

（構造設備の一般原則）

第3条 精神障害者社会復帰施設の配置、構造及び設備は、日照、採光、換気等の利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分考慮されたものでなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設の建物（利用者の日常生活のために使用しない附属の建物を

除く。)は、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第九号の2に規定する耐火建築物又は同条第九号の3に規定する準耐火建築物でなければならない。

(設備の専用)

第4条 精神障害者社会復帰施設の設備は、専ら当該精神障害者社会復帰施設の用に供するものでなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

(職員の専従)

第5条 精神障害者社会復帰施設の職員は、専ら当該精神障害者社会復帰施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

(勤務体制の確保等)

第6条 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対し、適切な処遇を行うことができるよう、職員の勤務の体制を定めておかななければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、当該精神障害者社会復帰施設の職員によって処遇を行わなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

3 精神障害者社会復帰施設は、職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。

(運営規程)

第7条 精神障害者社会復帰施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。

- 一 施設の目的及び運営の方針
- 二 職員の職種、数及び職務の内容
- 三 利用定員
- 四 利用者の処遇の内容及び利用料その他の費用の額
- 五 施設の利用に当たっての留意事項
- 六 非常災害対策
- 七 その他施設の運営に関する重要事項

(医療機関等との連携)

第8条 精神障害者社会復帰施設は、利用者の意向を尊重しつつ、必要に応じ、医療機関、保健所、精神障害者地域生活支援センターその他の関係機関との連絡体制を整備しなければならない。

(地域との連携等)

第9条 精神障害者社会復帰施設は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との積極的な交流に努めなければならない。

(苦情への対応)

第10条 精神障害者社会復帰施設は、その行った処遇に関する利用者からの苦情に迅速か

つ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第83条に規定する運営適正化委員会が行う同法第85条第1項の規定による調査にできる限り協力しなければならない。

（平12厚令112・全改）

（非常災害対策）

第11条 精神障害者社会復帰施設は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立てておかななければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

（記録の整備）

第12条 精神障害者社会復帰施設は、設備、職員及び会計に関する諸記録を整備しておかななければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇の状況に関する諸記録を整備し、その完了の日から2年間保存しなければならない。

第2章 精神障害者生活訓練施設

（規模）

第13条 精神障害者生活訓練施設は、20人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

（建築面積）

第14条 精神障害者生活訓練施設は、利用者1人当たり14.9平方メートル以上の建築面積を有するものでなければならない。

（設備の基準）

第15条 精神障害者生活訓練施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 一 居室
- 二 相談室
- 三 静養室
- 四 食堂
- 五 調理場
- 六 集会室兼娯楽室
- 七 浴室
- 八 洗面所
- 九 便所
- 十 事務室

- 2 前項第一号の居室は、次の基準を満たさなければならない。

- 一 一の居室の定員は、2人以下とすること。
 - 二 地階に設けてはならないこと。
 - 三 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、4.4平方メートル以上とすること。
 - 四 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。
- 3 第1項各号に掲げる設備のうち、同項第六号の集会室兼娯楽室にあっては、同項第四号の食堂と兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第16条 精神障害者生活訓練施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

- 一 施設長 1
 - 二 精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が39までは4以上、それ以上10又はその端数を増すごとに2を加えた数以上
 - 三 医師 1以上
- 2 前項第一号の施設長及び同項第二号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員は、常勤でなければならない。
- 3 第1項第二号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員のうち1人以上は、精神保健福祉士でなければならない。
- 4 第1項第三号の医師は、精神科の診療に相当の経験を有する者でなければならない。

(職員の資格要件)

第17条 施設長は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に5年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であって、施設を運営する能力を有すると認められるものでなければならない。

- 2 精神障害者社会復帰指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。
- 一 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、心理学若しくは教育学の課程を修めて卒業した者又は同法に基づく大学において、心理学若しくは教育学の課程において優秀な成績で単位を取得したことにより、同法第67条2項の規定により大学院への入学を認められた者。
 - 二 学校教育法に基づく大学において、社会福祉に関する科目を修めて卒業した者又は同法に基づく大学において、社会福祉に関する科目を修めて、同法第67条第2項の規定により大学院への入学を認められた者
 - 三 学校教育法の規定による高等学校若しくは中等教育学校を卒業した者、同法第56条第2項の規定により大学への入学を認められた者若しくは通常の課程による12年の学校教育を修了した者（通常の課程以外の課程によりこれに相当する学校教育を修了した者を含む。）又は文部科学大臣がこれと同等以上の資格を有すると認定した者であって、2年以上精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に従事したもの
- 四 前二号に掲げる者のほか、精神保健及び精神障害者の福祉に関し相当の学識経験を有すると認められる者

(平12厚令132・平14厚労令38・一部改正)

(利用者の処遇に関する計画)

第18条 精神障害者生活訓練施設は、利用者について、その心身の状況及び病歴、その置かれている環境、その者及びその家族の希望等を勧案し、その者の同意を得て、その者の処遇に関する計画を作成しなければならない。

2 精神障害者生活訓練施設は、利用者の処遇に関する計画について、利用者の処遇の状況等を勧案し、必要な見直しを行わなければならない。

(平16厚労令1・一部改正)

(処遇の方針)

第19条 精神障害者生活訓練施設は、利用者について、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

2 利用者の処遇は、利用者の処遇に関する計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して、行わなければならない。

3 精神障害者生活訓練施設の職員は、利用者の処遇に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

4 精神障害者生活訓練施設は、利用者の処遇に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。

(平16厚労令1・一部改正)

(生活指導等)

第20条 精神障害者生活訓練施設は、利用者が生活習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるようあらゆる機会を通じて生活指導を行わなければならない。

2 精神障害者生活訓練施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

3 精神障害者生活訓練施設は、常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

(平16厚労令1・一部改正)

(健康管理)

第21条 精神障害者生活訓練施設の医師は、利用者の主治医と相互に密接な連絡を取り合い、常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

(衛生管理)

第22条 精神障害者生活訓練施設は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

2 精神障害者生活訓練施設は、当該精神障害者生活訓練施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

第3章 精神障害者授産施設

(規模)

第23条 精神障害者授産施設は、次の各号の区分に従い、それぞれ当該各号に規定する規模を有するものでなければならない。

- 一 通所施設（精神障害者授産施設のうち通所による利用者のみを対象とする施設であつて、次号に規定する精神障害者小規模通所授産施設以外のものをいう。以下同じ。）
20人以上
- 二 精神障害者小規模通所授産施設（精神障害者授産施設のうち通所による利用者のみを対象とするものであつて、常時利用する者が20人未満のものをいう。以下同じ。）
10人以上
- 三 その他の施設 20人以上30人以下

(平1厚令132・一部改正)

(建築面積)

第24条 精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものは、次の各号の区分に従い、それぞれ当該各号に規定する建築面積を有するものでなければならない。

- 一 通所施設 利用者1人当たり15.8平方メートル以上
- 二 その他の施設 利用者1人当たり23.5平方メートル以上

(平12厚生令132・一部改正)

(設備の基準)

第25条 精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものには、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、通所施設にあつては、第二号、第三号、第六号及び第八号に掲げる設備を設けないことができる。

- 一 作業室又は作業場
- 二 居室
- 三 相談室
- 四 静養室
- 五 食堂
- 六 調理場
- 七 集会室兼娯楽室
- 八 浴室
- 九 洗面所
- 十 便所
- 十一 事務室

2 前項各号に掲げる設備の基準は、次のとおりとする。

一 作業室又は作業場

作業に従事する者の安全を確保するための設備を設けること。

二 居室

イ 一の居室の定員は、2人以下とすること。

ロ 地階に設けてはならないこと。

ハ 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、4.4平方メートル以上とすること。

ニ 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

3 第1項各号に掲げる設備のうち、同項第七号の集会室兼娛樂室にあっては、同項第五号の食堂と兼ねることができる。

4 精神障害者小規模通所授産施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、他の社会福祉施設等設備を利用することにより当該精神障害者小規模通所授産施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、次の各号に掲げる設備の一部を設けないことができる。

一 作業室又は作業場

二 静養室

三 食堂

四 洗面所

五 便所

5 第2項第一号の規定は、前項第一号に掲げる設備の基準について準用する。

6 第4項各号に掲げる設備のうち、同項第三号の食堂にあっては、同項第一号の作業室若しくは作業場又は同項第二号の静養室と兼ねることができる。

(平12厚令132・一部改正)

(職員の配置の基準)

第26条 精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものには、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

一 施設長 1

二 精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が39までは4以上、それ以上10又はその端数を増すごとに2を加えた数(通所施設にあっては、1を加えた数)以上

三 医師 1以上

2 前項第一号の施設長及び同項第二号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員は、常勤でなければならない。ただし、作業療法士及び精神障害者社会復帰指導員のうち1人は、非常勤とすることができる。

3 第1項第二号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員のうち、1人以上は精神保健福祉士、1人以上は作業療法士でなければならない。

4 精神障害者小規模通所授産施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

一 施設長 1

二 精神保健福祉士，作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員 2以上

5 前項第一号の施設長は，精神障害者の社会復帰に理解と熱意を有し，施設を運営する能力を有すると認められる者でなければならない。

6 第4項各号に掲げる職員のうち，1人以上は常勤でなければならない。

7 第4項各号に掲げる職員のうち，同項第一号の施設長にあっては，同項第二号の精神保健福祉士，作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員と兼ねることができる。

8 第16条第4項の規定は，精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものについて準用する。

(平12厚令132・一部改正)

(授産種目等)

第27条 精神障害者授産施設が与える職業(以下「職業」という。)の種目は，地域の実情，製品の需給状況等を考慮して選定するとともに，できるだけ多様な工程を用意し，利用者の作業能力及び適性に配慮しなければならない。

2 精神障害者授産施設は，職業に従事する者の作業時間，作業量等がその者に過重な負担とならないよう配慮しなければならない。

(工賃の支払)

第28条 精神障害者授産施設は，職業に従事している者に，事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければならない。

(準用)

第29条 第17条から第22条までの規定は，精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものについて準用する。

2 第18条，第19条，第20条第1項及び第3項並びに第22条の規定は，精神障害者小規模通所授産施設について準用する。

(平12厚令132・一部改正)

第4章 精神障害者福祉ホーム

(規模)

第30条 精神障害者福祉ホームは，10人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(建築面積)

第31条 精神障害者福祉ホームは，利用者1人当たり23.3平方メートル以上の建築面積を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第32条 精神障害者福祉ホームは，次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

一 居室

二 集会室兼娛樂室

- 三 調理室
- 四 浴室
- 五 洗面所
- 六 便所
- 七 管理人室

2 前項第一号の居室は、次の基準を満たさなければならない。

- 一 一の居室の定員は、原則1人とする事。
- 二 地階に設けてはならない事。
- 三 利用者一人当たりの床面積は、収納設備及び調理設備等を除き、6.6平方メートル以上とする事。
- 四 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設ける事。
(職員の配置の基準)

第33条 精神障害者福祉ホームには、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

- 一 管理人 1
 - 二 医師 1以上
- 2 前項第一号の管理人は、施設を運営する能力を有すると認められる者で、かつ、常勤でなければならない。
- 3 第16条第4項の規定は、精神障害者福祉ホームについて準用する。
(準用)

第34条 第18条から第22条までの規定は、精神障害者福祉ホームについて準用する。

第5章 精神障害者福祉工場

(規模)

第35条 精神障害者福祉工場は、20人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第36条 精神障害者福祉工場には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 一 作業所
- 二 更衣室
- 三 シャワー室
- 四 休憩室
- 五 食堂
- 六 相談室
- 七 静養室
- 八 医務室

(職員の配置の基準)

第37条 精神障害者福祉工場には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。ただ

し、食事の提供を行わない場合は、第四号の栄養士を置かないことができる。

- 一 施設長 1
 - 二 精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が29までは3以上、それ以上10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上
 - 三 看護婦 1以上
 - 四 栄養士 1以上
 - 五 医師 1以上
 - 六 事務員 1以上
- 2 前項第一号の施設長は、精神障害者の社会復帰に理解と熱意を有し、施設を運営する能力を有すると認められる者でなければならない。
- 3 第1項第二号の精神障害者社会復帰指導員は、その指導する業務について相当の知識及び技能を有する者でなければならない。
- 4 第1項第一号の施設長、同項第二号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員及び同項第四号の栄養士は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち1人は、非常勤とすることができる。
- 5 第16条第3項及び第4項の規定は、精神障害者福祉工場について準用する。

(平14厚労令14・一部改正)

(衛生管理等)

第37条の2 精神障害者福祉工場は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、治療に必要な機械器具等の管理を適性に行わなければならない。

- 2 精神障害者福祉工場は、当該精神障害者福祉工場において感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(平16厚労令1・一部改正)

(準用)

第38条 第17条第2項及び第18条から第21条までの規定は、精神障害者福祉工場について準用する。

(平16厚労令1・一部改正)

第6章 精神障害者地域生活支援センター

(設備の基準)

第39条 精神障害者地域生活支援センターには、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 一 相談室
- 二 静養室
- 三 談話室
- 四 食堂

- 五 調理場
- 六 地域交流活動室兼訓練室
- 七 便所
- 八 洗面所
- 九 事務室

2 前項各号に掲げる設備のうち、同項第二号の静養室にあつては同項第一号の相談室と、同項第四号の食堂にあつては同項第三号の談話室とそれぞれ兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第40条 精神障害者地域生活支援センターには、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

- 一 施設長 1
- 二 精神保健福祉士 1以上
- 三 精神障害者社会復帰指導員 3以上

2 前項各号に掲げる職員は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち2人は、非常勤とすることができる。

(事業計画等)

第41条 精神障害者地域生活支援センターは、年間及び月間の事業計画を定めなければならない。

2 精神障害者地域生活支援センターは、職員の勤務時間を調整すること等により、適切な処遇を行うことができるように努めなければならない。

(利用者の登録)

第42条 精神障害者地域生活支援センターは、利用者に対し、当該施設の利用に当たって、あらかじめ利用の登録をさせなければならない。ただし、利用者の意思に反して登録を強制してはならない。

(準用)

第43条 第17条から第20条まで及び第22条の規定は、精神障害者地域生活支援センターについて準用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この省令の施行の際現に存する精神障害者社会復帰施設については、第13条、第23条、第30条及び第35条の規定は、当分の間、適用しない。

第3条 この省令の施行の際現に存する精神障害者社会復帰施設の建物（基本的な設備が完成しているものを含み、この省令の施行の後に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。次条において同じ。）について第15条第2項第一号又は第25条第2項第二号イの規定を適用する場合においては、これらの規定中「2人」あるのは、「4人」とする。

第4条 この省令の施行の際現に存する精神障害者社会復帰施設の建物については、第15条、第25条、第32条、第36条及び第39条の規定は、平成17年3月31までの間は、適用しない。

第5条 平成17年3月31日までの間は、第16条第1項第二号、第26条第1項第二号、第37条第1項第二号又は第40条第1項第二号の規定を適用する場合においては、これらの規定中「精神保健福祉士」とあるのは、「精神保健福祉士又は精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を持って、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者」とする。

附 則 (平成12年8月11日厚生省令第112号)

この省令は、平成12年9月1日から施行する。

附 則 (平成12年11月20日厚生省令第132号)

(施行期日)

- 1 この省令は、平成12年12月1日から施行する。ただし、第1条中知的障害者援護施設の設備及び運営に関する基準第7条の5第二号の改正規定及び第3条中精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準第17条第2項第二号の改正規定は、内閣法の一部を改正する法律(平成11年法律第88号)の施行の日(平成13年1月6日)から施行する。
(精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の一部改正に伴う経過措置)
- 2 第3条の規定による改正後の精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準第23条第二号に規定する精神障害者小規模通所授産施設については、同基準第3条第2項の規定は、当分の間、適用しない。

附 則 (平成14年2月22日厚生労働省令第14号) 抄

- 1 この省令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日(平成14年3月1日)から施行する。

附 則 (平成14年3月26日厚生労働省令第38号) 抄

(施行期日)

- 1 この省令は、平成14年4月1日から施行する。

附 則 (平成16年1月20日厚生労働省令第1号)

この省令は、公布の日から施行する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第127号

改正	平成6年10月19日厚生省告示第349号	平成7年6月28日厚生省告示第134号
	同8年3月21日厚生省告示第91号	同12年3月30日厚生省告示第106号
	同12年12月28日厚生省告示第534号	同14年2月21日厚生労働省告示第29号
	同18年2月1日厚生労働省告示第13号	同18年9月29日厚生労働省告示第569号
	同18年12月22日厚生労働省告示第660号	

精神保健法（昭和25年法律第123号）第33条の4第1項の規定に基づき、厚生大臣の定める基準を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号以下「法」という。）第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医1名以上及び看護師その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第33条の4第1項第一号に掲げる者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送される者（以下「応急入院者等」という。）に対して診療応需できる態勢を整えていること。
- 2 当該精神病院の病棟において看護を行う看護師及び准看護師の数が当該病棟の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1を加えた数以上であること。ただし、地域における応急入院者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合にはこの限りでない。
- 3 応急入院者等のための病床として、第一号に規定する日に、1床以上確保していること。
- 4 応急入院者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる体制にあること。
- 5 法第33条の4第2項後段の規定による措置を採ろうとする精神科病院にあつては、次に掲げる要件を満たしていること。
 - イ 当該措置について審議を行うため、事後審査委員会を設けていること。
 - ロ 当該精神科病院に入院中の者に対する行動の制限がその症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているかどうかを審議するため、行動制限最小化委員会を設けていること。

前文（第2次改正）抄

〔前略〕平成7年7月1日から適用する。

前文（第3次改正）抄

〔前略〕平成8年4月1日から適用する。

前文（第4次改正）抄

〔前略〕平成12年4月1日から適用する。

前 文（第5次改正）抄

〔前略〕平成13年1月6日から適用する。

前 文（第6次改正）抄

〔前略〕平成14年3月1日から適用する。

前 文（第7次改正）抄

〔前略〕平成18年3月1日から適用する。ただし、平成23年2月28日までの間は、当該指定に係る精神病院の看護師その他の従業者の規準については、この告示による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準第二号本文の規定にかかわらず、当該精神病院の療養病床に係る病室の入院患者の数を6をもって除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を3をもって除した数と加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）に、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数（ただし、産婦人科又は産科においてはそのうちの適當数を助産師とするものとし、また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適當数を歯科衛生士と、精神病床においては精神病床に係る病室の入院患者の数を5をもって除した数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは1として計算する。）を精神病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは1として計算する。）から減じた数を看護補助者としてすることができる。）を満たすこととすることができる。

前 文（第8次改正）抄

〔前略〕平成18年10月1日から適用する。

前 文（第9次改正）抄

〔前略〕平成18年12月23日から適用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日

厚生省告示第128号

改正 平成6年3月14日厚生省告示第52号 平成12年12月28日厚生省告示第535号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第36条第2項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 信書の発受の制限（刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。）
- 2 都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限
- 3 都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限

前文（第1次改正）抄

〔前略〕平成6年4月1日から適用する。

前文（第2次改正）抄

〔前略〕平成13年1月6日から適用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日
厚生省告示第129号
改正 平成12年12月28日厚生省告示第536号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第36条第3項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 患者の隔離（内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。）
- 2 身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）

前文（第1次改正）抄

〔前略〕平成13年1月6日から適用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第130号

改正 平成6年3月14日厚生省告示第53号 平成7年6月28日厚生省告示第135号

改正 平成12年3月28日厚生省告示第97号 平成12年12月28日厚生省告示第537号

改正 平成18年12月22日厚生労働省告示第660号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第37条第1項の規定に基づき、厚生大臣が定める処遇の基準を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

第1 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第2 通信・面会について

1 基本的な考え方

- (1) 精神病院入院患者の院外にある者との通信及び来院者との面会（以下「通信・面会」という。）は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。
- (2) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及び保護者に伝えることが必要である。
- (3) 電話及び面会に関しては患者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であって、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の患者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

2 信書に関する事項

- (1) 患者の病状から判断して、家族等からの信書が患者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ患者の病状をみて当該主治医から患者に連絡させる等の方法に努めるものとする。
- (2) 刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、患者に当該受信信書を渡した場合におい

ては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

3 電話に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。
- (2) 電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

4 面会に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。
- (2) 入院後は患者の病状に応じできる限り早期に患者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。
- (3) 面会する場合、患者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳禁であってはならないものとする。
- (3) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、その場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不隠、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

- (1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨牀的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、2次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間にやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は締入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不隠が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診療を行うものとする。

第5 任意入院者の開放処遇の制限について

1 基本的な考え方

- (1) 任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇（本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。）を受けるとする。
- (2) 任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。
- (3) 任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (4) 任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね72時間以内に、精神保健指定医は、当該任意入院者の診察を行うものとする。また、精神保健指定医は、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努めるものとする。
- (5) なお、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合には開放処遇の制限に当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる任意入院者に関する事項

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合

ウ ア又はイのほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

3 遵守事項

- (1) 任意入院者の開放処遇の制限を行うに当たっては、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせるよう努めるとともに、開放処遇の制限を行

った旨及びその理由並びに開放処遇の制限を始めた日時を診療録に記載するものとする。

- (2) 任意入院者の開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努めるものとする。

前文（第1次改正）抄

〔前略〕平成6年4月1日から適用する。

前文（第2次改正）抄

〔前略〕平成7年7月1日から適用する。

前文（第3次改正）抄

〔前略〕平成12年4月1日から適用する。

前文（第4次改正）抄

〔前略〕平成13年1月6日から適用する。

前文（第5次改正）抄

〔前略〕平成18年12月23日から適用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣が定める指定病院の基準

平成8年3月21日
厚生省告示第90号
改正 平成12年12月28日厚生省告示第531号
同 14年2月21日厚生労働省告示第30号
同 18年2月1日厚生労働省告示第12号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第19条の8の規定に基づき、厚生大臣の定める指定病院の基準を次のように定め、平成8年4月1日から適用する。ただし、地域（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の3第2項第一号の区域をいう。）において次の基準に適合する複数の精神病院が無い場合にあっては、法第29条第1項の規定により入院する者（以下「措置入院者」という。）に対する医療及び保護のために指定する必要があると認められる精神病院については、第一号の基準を適用しないことができるものとし、平成8年3月31日において現に指定病院の指定を受けている精神病院については、平成11年3月31日まで、同号の基準を適用しないことができる。

- 一 次に掲げる人員を有し、かつ、都道府県知事又は指定都市の市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の態勢を整えていること。
 - 1 医師の数が、入院患者の数を3、外来患者の数を2.5をもって除した数との和が52までは3とし、それ以上16又はその端数を増すごとに1を加えた数以上であること。
 - 2 医師のうち2名以上は、常時勤務する法第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医であること。
 - 3 措置入院者を入院させる病棟において看護を行う看護師及び准看護師の数が、入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1及び外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 二 精神病床の数が100床以上であること。ただし、地域における措置入院者に対する医療及び保護のための体制、当該病院の管理運営の状況等を勘案し指定する必要があると認められる病院であって50床以上の精神病床を有するものについては、この限りでない。
- 三 措置入院者の医療及び保護を行うにつき必要な設備を有していること。

前文（第1次改正）抄

〔前略〕平成13年1月6日から適用する。

前文（第2次改正）抄

〔前略〕平成14年3月1日から適用する。

前文（第3次改正）抄

〔前略〕平成18年3月1日から適用する。ただし、平成23年2月28日までの間は、当

該指定に係る精神病院の看護師その他の従業者の人員の規準については、この告示による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準第一号3の規定にかかわらず、当該精神病院の療養病床に係る病室の入院患者の数を6をもって除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を3をもって除した数と加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）に、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数（ただし、産婦人科又は産科においてはそのうちの適當数を助産師とするものとし、また、齒科、矯正齒科、小兒齒科又は齒科口腔外科においてはそのうちの適當数を齒科衛生士と、精神病床においては精神病床に係る病室の入院患者の数を5をもって除した数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは1として計算する。）を精神病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは1として計算する。）から減じた数を看護補助者とすることができる。）を満たすこととすることができる。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

平成12年3月28日
厚生省告示第96号
改正 平成12年12月28日厚生省告示第533号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第29条の2の2第3項（同法第34条第4項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の規定に基づき厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、平成12年4月1日から適用する。

身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）

前文（第1次改正）抄

〔前略〕平成13年1月6日から適用する。

○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

〔平成15年7月16日〕
法律第110号

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をここに公布する。

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

目次

第1章 総則

- 第1節 目的及び定義（第1条・第2条）
- 第2節 裁判所（第3条－第15条）
- 第3節 指定医療機関（第16条－第18条）
- 第4節 保護観察所（第19条－第23条）

第2章 審判

- 第1節 通則（第24条－第32条）
- 第2節 入院又は通院（第33条－第48条）
- 第3節 退院又は入院継続（第49条－第53条）
- 第4節 処遇の終了又は通院期間の延長（第54条－第58条）
- 第5節 再入院等（第59条－第63条）
- 第6節 抗告（第64条－第73条）
- 第7節 雑則（第74条－第80条）

第3章 医療

- 第1節 医療の実施（第81条－第85条）
- 第2節 精神保健指定医の必置等（第86条－第88条）
- 第3節 指定医療機関の管理者の講ずる措置（第89条－第91条）
- 第4節 入院者に関する措置（第92条－第101条）
- 第5節 雑則（第102条・第103条）

第4章 地域社会における処遇

- 第1節 処遇の実施計画（第104条・第105条）
- 第2節 精神保健観察（第106条・第107条）
- 第3節 連携等（第108条・第109条）
- 第4節 報告等（第110条・第111条）
- 第5節 雑則（第112条・第113条）

第5章 雑則（第114条—第116条）

第6章 罰則（第1107条—第121条）

附則

第1章 総則

第1節 目的及び定義

（目的等）

- 第1条 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう。以下同じ。）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。
- 2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

（定義）

- 第2条 この法律において「保護者」とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第20条第1項又は第21条の規定により保護者となる者をいう。
- 2 この法律において「対象行為」とは、次の各号に掲げるいずれかの行為に当たるものをいう。
- 一 刑法（明治40年法律第45号）第108条から第110条まで又は第112条に規定する行為
 - 二 刑法第176条から第179条までに規定する行為
 - 三 刑法第199条、第202条又は第203条に規定する行為
 - 四 刑法第204条に規定する行為
 - 五 刑法第2036条、第238条又は第243条（第236条又は第238条に係るものに限る。）に規定する行為
- 3 この法律において「対象者」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。
- 一 公訴を提起しない処分において、対象行為を行ったこと及び刑法第39条第1項に規定する者（以下「心神喪失者」という。）又は同条第2項に規定する者（以下「心神耗弱者」という。）であることが認められた者
 - 二 対象行為について、刑法第39条第1項の規定により無罪の確定裁判を受けた者又は同条第2項の規定により刑を減輕する旨の確定裁判（懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるものを除く。）を受けた者
- 4 この法律において「指定医療機関」とは、指定入院医療機関及び指定通院医療機関を

いう。

- 5 この法律において「指定入院医療機関」とは、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者の入院による医療を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院（その1部を指定した病院を含む。）をいう。
- 6 この法律において「指定通院医療機関」とは、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者の入院によらない医療を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院若しくは診療所（これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。第16条第2項において同じ。）又は薬局をいう。

第2節 裁判所

（管轄）

第3条 処遇事件（第33条第1項、第49条第1項若しくは第2項、第50条、第54条第1項若しくは第2項、第55条又は第59条第1項若しくは第2項の規定による申立てに係る事件をいう。以下同じ。）は、対象者の住所、居所若しくは現在地又は行為地を管轄する地方裁判所の管轄に属する。

- 2 同1の対象者に対する数個の処遇事件が土地管轄を異にする場合において、1個の処遇事件を管轄する地方裁判所は、併せて他の処遇事件についても管轄権を有する。

（移送）

第4条 裁判所は、対象者の処遇の適正を期するため必要があると認めるときは、決定をもって、その管轄に属する処遇事件を他の管轄地方裁判所に移送することができる。

- 2 裁判所は、処遇事件がその管轄に属しないと認めるときは、決定をもって、これを管轄地方裁判所に移送しなければならない。

（手続の併合）

第5条 同1の対象者に対する数個の処遇事件は、特に必要がないと認める場合を除き、決定をもって、併合して審判しなければならない。

（精神保健審判員）

第6条 精神保健審判員は、次項に規定する名簿に記載された者のうち、最高裁判所規則で定めるところにより地方裁判所が毎年あらかじめ選任したものの中から、処遇事件ごとに地方裁判所が任命する。

- 2 厚生労働大臣は、精神保健審判員として任命すべき者の選任に資するため、毎年、政令で定めるところにより、この法律に定める精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師（以下「精神保健判定医」という。）の名簿を最高裁判所に送付しなければならない。

- 3 精神保健審判員には、別に法律で定めるところにより手当を支給し、並びに最高裁判所規則で定めるところにより旅費、日当及び宿泊料を支給する。

（欠格事由）

第7条 次の各号のいずれかに掲げる者は、精神保健審判員として任命すべき者に選任す

ることができない。

- 一 禁錮以上の刑に処せられた者
- 二 前号に該当する者を除くほか、医事に関し罪を犯し刑に処せられた者
- 三 公務員で懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない者
- 四 次条第2号の規定により精神保健審判員を解任された者

(解任)

第8条 地方裁判所は、精神保健審判員が次の各号のいずれかに該当するときは、当該精神保健審判員を解任しなければならない。

- 一 前条第1号から第3号までのいずれかに該当するに至ったとき。
- 二 職務上の義務違反その他精神保健審判員たるに適しない非行があると認めるとき。

(職権の独立)

第9条 精神保健審判員は、独立してその職権を行う。

2 精神保健審判員は、最高裁判所規則で定めるところにより、法令に従い公平誠実にその職務を行うべきことを誓う旨の宣誓をしなければならない。

(除斥)

第10条 刑事訴訟法(昭和23年法律第131号)第20条の規定はこの法律の規定により職務を執行する裁判官及び精神保健審判員について、刑事訴訟法第26条第1項の規定はこの法律の規定により職務を執行する裁判所書記官について準用する。この場合において、刑事訴訟法第20条第2号中「被告人」とあるのは「対象者(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第2条第3項に規定する対象者をいう。以下同じ。)」と、同条第3号中「被告人」とあるのは「対象者」と、同条第4号中「事件」とあるのは「処遇事件(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第3条第1項に規定する処遇事件をいう。以下同じ。)」と、同条第5号から第7号までの規定中「事件」とあるのは「処遇事件」と、同条第5号中「被告人の代理人、弁護士又は補佐人」とあるのは「対象者の付添人」と、同条第6号中「検察官又は司法警察員の職務を行つた」とあるのは「審判の申立てをし、又は審判の申立てをした者としての職務を行つた」と、同条第7号中「第266条第2号の決定、略式命令、前審の裁判」とあるのは「前審の審判」と、「第398条乃至第400条、第412条若しくは第413条」とあるのは「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第68条第2項若しくは第71条第2項」と、「原判決」とあるのは「原決定」と、「裁判の基礎」とあるのは「審判の基礎」と読み替えるものとする。

(合議制)

第11条 裁判所法(昭和22年法律第59号)第26条の規定にかかわらず、地方裁判所は、1人の裁判官及び1人の精神保健審判員の合議体で処遇事件を取り扱う。ただし、この法律で特別の定めをした事項については、この限りでない。

2 第4条第1項若しくは第2項、第5条、第40条第1項若しくは第2項前段、第41条第1項、第42条第2項、第51条第2項、第56条第2項又は第61条第2項に規定する裁判は、

前項の合議体の構成員である裁判官のみです。呼出状若しくは同行状を發し、対象者に出頭を命じ、若しくは付添人を付し、同行状の執行を囑託し、若しくはこれを執行させ、出頭命令を受けた者の護送を囑託し、又は第24条第5項前段の規定により対象者の所在の調査を求める処分についても、同様とする。

3 判事補は、第1項の合議体に加わることができない。

(裁判官の権限)

第12条 前条第1項の合議体がこの法律の定めるところにより職務を行う場合における裁判所法第72条第1項及び第2項並びに第73条の規定の適用については、その合議体の構成員である裁判官は、裁判長とみなす。

2 前条第1項の合議体による裁判の評議は、裁判官が開き、かつ、整理する。

(意見を述べる義務)

第13条 裁判官は、前条第2項の評議において、法律に関する学識経験に基づき、その意見を述べなければならない。

2 精神保健審判員は、前条第2項の評議において、精神障害者の医療に関する学識経験に基づき、その意見を述べなければならない。

(評決)

第14条 第11条第1項の合議体による裁判は、裁判官及び精神保健審判員の意見の1致したところによる。

(精神保健参与員)

第15条 精神保健参与員は、次項に規定する名簿に記載された者のうち、地方裁判所が毎年あらかじめ選任したものの中から、処遇事件ごとに裁判所が指定する。

2 厚生労働大臣は、政令で定めるところにより、毎年、各地方裁判所ごとに、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者の名簿を作成し、当該地方裁判所に送付しなければならない。

3 精神保健参与員の員数は、各事件について1人以上とする。

4 第6条第3項の規定は、精神保健参与員について準用する。

第3節 指定医療機関

(指定医療機関の指定)

第16条 指定入院医療機関の指定は、国、都道府県又は特定独立行政法人（独立行政法人通則法（平成11年法律第103号）第2条第2項に規定する特定独立行政法人をいう。）が開設する病院であつて厚生労働省令で定める基準に適合するものの全部又は1部について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行う。

2 指定通院医療機関の指定は、厚生労働省令で定める基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行う。

(指定の辞退)

第17条 指定医療機関は、その指定を辞退しようとするときは、辞退の日の1年前までに、

厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。

(指定の取消し)

第18条 指定医療機関が、第82条第1項若しくは第2項又は第86条の規定に違反したときその他第81条第1項に規定する医療を行うについて不相当であると認められるに至ったときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消すことができる。

第4節 保護観察所

(事務)

第19条 保護観察所は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 第38条(第53条、第58条及び第63条において準用する場合を含む。)に規定する生活環境の調査に関すること。
- 二 第101条に規定する生活環境の調整に関すること。
- 三 第106条に規定する精神保健観察の実施に関すること。
- 四 第108条に規定する関係機関相互間の連携の確保に関すること。
- 五 その他この法律により保護観察所の所掌に属せしめられた事務

(社会復帰調整官)

第20条 保護観察所に、社会復帰調整官を置く。

- 2 社会復帰調整官は、精神障害者の保健及び福祉その他のこの法律に基づく対象者の処遇に関する専門的知識に基づき、前条各号に掲げる事務に従事する。
- 3 社会復帰調整官は、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるものでなければならない。

(管轄)

第21条 第19条各号に掲げる事務は、次の各号に掲げる事務の区分に従い、当該各号に定める保護観察所がつかさどる。

- 一 第19条第1号に掲げる事務 当該処遇事件を管轄する地方裁判所の所在地を管轄する保護観察所
- 二 第19条第2号から第5号までに掲げる事務 当該対象者の居住地(定まった住居を有しないときは、現在地又は最後の居住地若しくは所在地とする。)を管轄する保護観察所

(照会)

第22条 保護観察所の長は、第19条各号に掲げる事務を行うため必要があると認めるときは、官公署、医療施設その他の公私の団体に照会して、必要な事項の報告を求めることができる。

(資料提供の求め)

第23条 保護観察所の長は、第19条各号に掲げる事務を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、裁判所に対し、当該対象者の身上に関する事項を記載した書面、第37条第1項に規定する鑑定経過及び結果を記載した書面その他の必要な資

料の提供を求めることができる。

第2章 審判

第1節 通則

(事実の取調べ)

第24条 決定又は命令をするについて必要がある場合は、事実の取調べをすることができる。

2 前項の事実の取調べは、合議体の構成員（精神保健審判員を除く。）にこれをさせ、又は地方裁判所若しくは簡易裁判所の裁判官にこれを嘱託することができる。

3 第1項の事実の取調べのため必要があると認めるときは、証人尋問、鑑定、検証、押収、搜索、通訳及び翻訳を行い、並びに官公署、医療施設その他の公私の団体に対し、必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求めることができる。ただし、差押えについては、あらかじめ所有者、所持者又は保管者に差し押さえるべき物の提出を命じた後でなければ、これをするできない。

4 刑事訴訟法中裁判所の行う証人尋問、鑑定、検証、押収、搜索、通訳及び翻訳に関する規定は、処遇事件の性質に反しない限り、前項の規定による証人尋問、鑑定、検証、押収、搜索、通訳及び翻訳について準用する。

5 裁判所は、対象者の行方が不明になったときは、所轄の警察署長にその所在の調査を求めることができる。この場合において、警察官は、当該対象者を発見したときは、直ちに、その旨を裁判所に通知しなければならない。

(意見の陳述及び資料の提出)

第25条 検察官、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長は、第33条第1項、第49条第1項若しくは第2項、第54条第1項若しくは第2項又は第59条第1項若しくは第2項の規定による申立てをした場合は、意見を述べ、及び必要な資料を提出しなければならない。

2 対象者、保護者及び付添人は、意見を述べ、及び資料を提出することができる。

(呼出し及び同行)

第26条 裁判所は、対象者に対し、呼出状を発することができる。

2 裁判所は、対象者が正当な理由がなく前項の呼出しに応じないときは、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

3 裁判所は、対象者が正当な理由がなく第1項の呼出しに応じないおそれがあるとき、定まった住居を有しないとき、又は医療のため緊急を要する状態にあつて必要があると認めるときは、前項の規定にかかわらず、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

(同行状の効力)

第27条 前条第2項又は第3項の同行状により同行された者については、裁判所に到着した時から24時間以内にその身体の拘束を解かなければならない。ただし、当該時間内に、第34条第1項前段若しくは第60条第1項前段の命令又は第37条第5項前段、第42条第1項第1号、第61条第1項第1号若しくは第62条第2項前段の決定があったときは、この限りでない。

(同行状の執行)

第28条 第26条第2項又は第3項の同行状は、裁判所書記官が執行する。ただし、裁判所は、必要があると認めるときは、検察官にその執行を囑託し、又は保護観察所の職員にこれを執行させることができる。

2 検察官が前項の囑託を受けたときは、その指揮により、検察事務官が同行状を執行する。

3 検察事務官は、必要があるときは、管轄区域外で同行状を執行することができる。

4 同行状を執行するには、これを当該対象者に示した上、できる限り速やかにかつ直接、指定された裁判所その他の場所に引致しなければならない。ただし、やむを得ない事由があるときは、病院、救護施設、警察署その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

5 同行状を所持しないためこれを示すことができない場合において、急速を要するとき、前項の規定にかかわらず、当該対象者に対し同行状が発せられている旨を告げて、その執行をすることができる。ただし、同行状はできる限り速やかに示さなければならない。

6 同行状を執行する場合には、必要な限度において、人の住居又は人の看守する邸宅、建造物若しくは船舶内に入ることができる。

(出頭命令)

第29条 裁判所は、第34条第1項前段若しくは第60条第1項前段の命令又は第37条第5項前段、第42条第1項第1号、第61条第1項第1号若しくは第62条第2項前段の決定により入院している者に対し、裁判所に出頭することを命ずることができる。

2 裁判所は、前項に規定する者が裁判所に出頭するときは、検察官にその護送を囑託するものとする。

3 前項の護送をする場合において、護送される者が逃走し、又は自身を傷つけ、若しくは他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、これを防止するため合理的に必要と判断される限度において、必要な措置を採ることができる。

4 前条第2項及び第3項の規定は、第2項の護送について準用する。

(付添人)

第30条 対象者及び保護者は、弁護士を付添人に選任することができる。

2 裁判所は、特別の事情があるときは、最高裁判所規則で定めるところにより、付添人の数を制限することができる。

- 3 裁判所は、対象者に付添人がない場合であって、その精神障害の状態その他の事情を考慮し、必要があると認めるときは、職権で、弁護士である付添人を付することができる。
- 4 前項の規定により裁判所が付すべき付添人は、最高裁判所規則で定めるところにより、選任するものとする。
- 5 前項の規定により選任された付添人は、旅費、日当、宿泊料及び報酬を請求することができる。

(審判期日)

第31条 審判のため必要があると認めるときは、審判期日を開くことができる。

- 2 審判期日における審判の指揮は、裁判官が行う。
- 3 審判期日における審判は、公開しない。
- 4 審判期日における審判においては、精神障害者の精神障害の状態に応じ、必要な配慮をしなければならない。
- 5 裁判所は、検察官、指定医療機関（病院又は診療所に限る。）の管理者又はその指定する医師及び保護観察所の長又はその指定する社会復帰調整官に対し、審判期日に出席することを求めることができる。
- 6 保護者（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第21条の規定により保護者となる市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）については、その指定する職員を含む。）及び付添人は、審判期日に出席することができる。
- 7 審判期日には、対象者を呼び出し、又はその出頭を命じなければならない。
- 8 対象者が審判期日に出席しないときは、審判を行うことができない。ただし、対象者が心身の障害のため、若しくは正当な理由がなく審判期日に出席しない場合、又は許可を受けずに退席し、若しくは秩序維持のために退席を命ぜられた場合において、付添人が出席しているときは、この限りでない。
- 9 審判期日は、裁判所外においても開くことができる。

(記録等の閲覧又は謄写)

第32条 処遇事件の記録又は証拠物は、裁判所の許可を受けた場合を除き、閲覧又は謄写をすることができない。

- 2 前項の規定にかかわらず、検察官、指定入院医療機関の管理者若しくはその指定する医師、保護観察所の長若しくはその指定する社会復帰調整官又は付添人は、次条第1項、第49条第1項若しくは第2項、第50条、第54条第1項若しくは第2項、第55条又は第59条第1項若しくは第2項の規定による申立てがあった後当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。

第2節 入院又は通院

(検察官による申立て)

第33条 検察官は、被疑者が対象行為を行ったこと及び心神喪失者若しくは心神耗弱者で

あることを認めて公訴を提起しない処分をしたとき、又は第2条第3項第2号に規定する確定裁判があったときは、当該処分をされ、又は当該確定裁判を受けた対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでないことを認める場合を除き、地方裁判所に対し、第42条第1項の決定をすることを申し立てなければならない。ただし、当該対象者について刑事事件若しくは少年の保護事件の処理又は外国人の退去強制に関する法令の規定による手続が行われている場合は、当該手続が終了するまで、申立てをしないことができる。

- 2 前項本文の規定にかかわらず、検察官は、当該対象者が刑若しくは保護処分の執行のため刑務所、少年刑務所、拘置所若しくは少年院に収容されており引き続き収容されることとなるとき、又は新たに収容されるときは、同項の申立てをすることができない。当該対象者が外国人であって出国したときも、同様とする。
- 3 検察官は、刑法第204条に規定する行為を行った対象者については、傷害が軽い場合であって、当該行為の内容、当該対象者による過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の現在の病状、性格及び生活環境を考慮し、その必要がないと認めるときは、第1項の申立てをしないことができる。ただし、他の対象行為をも行った者については、この限りでない。

(鑑定入院命令)

第34条 前条第1項の申立てを受けた地方裁判所の裁判官は、対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでないことを認める場合を除き、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ第40条第1項又は第42条の決定があるまでの間在院させる旨を命じなければならない。この場合において、裁判官は、呼出し及び同行に関し、裁判所と同1の権限を有する。

- 2 前項の命令を発するには、裁判官は、当該対象者に対し、あらかじめ、供述を強いられることはないこと及び弁護士である付添人を選任することができることを説明した上、当該対象者が第2条第3項に該当するとされる理由の要旨及び前条第1項の申立てがあったことを告げ、陳述する機会を与えなければならない。ただし、当該対象者の心身の障害により又は正当な理由がなく裁判官の面前に出頭しないため、これらを行うことができないときは、この限りでない。
- 3 第1項の命令による入院の期間は、当該命令が執行された日から起算して2月を超えないことができない。ただし、裁判所は、必要があると認めるときは、通じて1月を超えない範囲で、決定をもって、この期間を延長することができる。
- 4 裁判官は、検察官に第1項の命令の執行を囑託するものとする。
- 5 第28条第2項、第3項及び第6項並びに第29条第3項の規定は、前項の命令の執行について準用する。
- 6 第1項の命令は、判事補が1人で発することができる。

(必要的付添人)

第35条 裁判所は、第33条第1項の申立てがあつた場合において、対象者に付添人がないときは、付添人を付さなければならない。

(精神保健参与員の関与)

第36条 裁判所は、処遇の要否及びその内容につき、精神保健参与員の意見を聴くため、これを審判に関与させるものとする。ただし、特に必要がないと認めるときは、この限りでない。

(対象者の鑑定)

第37条 裁判所は、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならない。ただし、当該必要が明らかでないとする場合は、この限りでない。

2 前項の鑑定を行うに当たっては、精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の性格を考慮するものとする。

3 第1項の規定により鑑定を命ぜられた医師は、当該鑑定の結果に、当該対象者の病状に基づき、この法律による入院による医療の必要性に関する意見を付さなければならない。

4 裁判所は、第1項の鑑定を命じた医師に対し、当該鑑定の実施に当たって留意すべき事項を示すことができる。

5 裁判所は、第34条第1項前段の命令が発せられていない対象者について第1項の鑑定を命ずる場合において、必要があると認めるときは、決定をもって、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ第40条第1項又は第42条の決定があるまでの間在院させる旨を命ずることができる。第34条第2項から第5項までの規定は、この場合について準用する。

(保護観察所による生活環境の調査)

第38条 裁判所は、保護観察所の長に対し、対象者の生活環境の調査を行い、その結果を報告することを求めることができる。

(審判期日の開催)

第39条 裁判所は、第33条第1項の申立てがあつた場合は、審判期日を開かなければならない。ただし、検察官及び付添人に異議がないときは、この限りでない。

2 検察官は、審判期日に出席しなければならない。

3 裁判所は、審判期日において、対象者に対し、供述を強いられることはないことを説明した上、当該対象者が第2条第3項に該当するとされる理由の要旨及び第33条第1項の申立てがあつたことを告げ、当該対象者及び付添人から、意見を聴かなければならない。ただし、第31条第8項ただし書に規定する場合における対象者については、この限

りでない。

(申立ての却下等)

第40条 裁判所は、第2条第3項第1号に規定する対象者について第33条第1項の申立てがあった場合において、次の各号のいずれかに掲げる事由に該当するときは、決定をもって、申立てを却下しなければならない。

一 対象行為を行ったと認められない場合

二 心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないとする場合

2 裁判所は、検察官が心神喪失者と認めて公訴を提起しない処分をした対象者について、心神耗弱者と認めた場合には、その旨の決定をしなければならない。この場合において、検察官は、当該決定の告知を受けた日から2週間以内に、裁判所に対し、当該申立てを取り下げるか否かを通知しなければならない。

(対象行為の存否についての審理の特則)

第41条 裁判所は、第2条第3項第1号に規定する対象者について第33条第1項の申立てがあった場合において、必要があると認めるときは、検察官及び付添人の意見を聴いて、前条第1項第1号の事由に該当するか否かについての審理及び裁判を別の合議体による裁判所で行う旨の決定をすることができる。

2 前項の合議体は、裁判所法第26条第2項に規定する裁判官の合議体とする。この場合において、当該合議体には、処遇事件の係属する裁判所の合議体の構成員である裁判官が加わることができる。

3 第1項の合議体による裁判所は、対象者の呼出し及び同行並びに対象者に対する出頭命令に関し、処遇事件の係属する裁判所と同1の権限を有する。

4 処遇事件の係属する裁判所は、第1項の合議体による裁判所の審理が行われている間においても、審理を行うことができる。ただし、処遇事件を終局させる決定（次条第2項の決定を除く。）を行うことができない。

5 第1項の合議体による裁判所が同項の審理を行うときは、審判期日を開かなければならない。この場合において、審判期日における審判の指揮は、裁判長が行う。

6 第39条第2項及び第3項の規定は、前項の審判期日について準用する。

7 処遇事件の係属する裁判所の合議体の構成員である精神保健審判員は、第5項の審判期日に出席することができる。

8 第1項の合議体による裁判所は、前条第1項第1号に規定する事由に該当する旨の決定又は当該事由に該当しない旨の決定をしなければならない。

9 前項の決定は、処遇事件の係属する裁判所を拘束する。

(入院等の決定)

第42条 裁判所は、第33条第1項の申立てがあった場合は、第37条第1項に規定する鑑定を基礎とし、かつ、同条第3項に規定する意見及び対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

一 対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、

社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定

二 前号の場合を除き、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 入院によらない医療を受けさせる旨の決定

三 前2号の場合に当たらないとき この法律による医療を行わない旨の決定

2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

(入院等)

第43条 前条第1項第1号の決定を受けた者は、厚生労働大臣が定める指定入院医療機関において、入院による医療を受けなければならない。

2 前条第1項第2号の決定を受けた者は、厚生労働大臣が定める指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない。

3 厚生労働大臣は、前条第1項第1号又は第2号の決定があったときは、当該決定を受けた者が入院による医療を受けるべき指定入院医療機関又は入院によらない医療を受けるべき指定通院医療機関(病院又は診療所に限る。次項並びに第54条第1項及び第2項、第56条、第59条、第61条並びに第110条において同じ。)を定め、その名称及び所在地を、当該決定を受けた者及びその保護者並びに当該決定をした地方裁判所の所在地を管轄する保護観察所の長に通知しなければならない。

4 厚生労働大臣は、前項の規定により定めた指定入院医療機関又は指定通院医療機関を変更した場合は、変更後の指定入院医療機関又は指定通院医療機関の名称及び所在地を、当該変更後の指定入院医療機関又は指定通院医療機関において医療を受けるべき者及びその保護者並びに当該医療を受けるべき者の当該変更前の居住地を管轄する保護観察所の長に通知しなければならない。

(通院期間)

第44条 第42条第1項第2号の決定による入院によらない医療を行う期間は、当該決定があった日から起算して3年間とする。ただし、裁判所は、通じて2年を超えない範囲で、当該期間を延長することができる。

(決定の執行)

第45条 裁判所は、厚生労働省の職員に第42条第1項第1号の決定を執行させるものとする。

2 第28条第6項及び第29条第3項の規定は、前項の決定の執行について準用する。

3 裁判所は、第42条第1項第1号の決定を執行するため必要があると認めるときは、対象者に対し、呼出状を発することができる。

4 裁判所は、対象者が正当な理由がなく前項の呼出しに応じないときは、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

5 裁判所は、対象者が正当な理由がなく第3項の呼出しに応じないおそれがあるとき、

定まった住居を有しないとき、又は医療のため緊急を要する状態にあつて必要があると認めるときは、前項の規定にかかわらず、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

- 6 第28条の規定は、前2項の同行状の執行について準用する。この場合において、同条第1項中「検察官にその執行を囑託し、又は保護観察所の職員にこれを執行させることができる」とあるのは、「検察官にその執行を囑託することができる」と読み替えるものとする。

(決定の効力)

第46条 第40条第1項の規定により申立てを却下する決定(同項第1号に該当する場合に限る。)又は第42条第1項の決定が確定したときは、当該決定に係る対象行為について公訴を提起し、又は当該決定に係る対象行為に関し再び第33条第1項の申立てをすることができない。

- 2 第40条第1項の規定により申立てを却下する決定(同項第2号に該当する場合に限る。)が確定したときは、当該決定に係る対象行為に関し、再び第33条第1項の申立てをすることができない。ただし、当該対象行為について、第2条第3項第2号に規定する裁判が確定するに至った場合は、この限りでない。

(被害者等の傍聴)

第47条 裁判所(第41条第1項の合議体による裁判所を含む。)は、この節に規定する審判について、最高裁判所規則で定めるところにより当該対象行為の被害者等(被害者又はその法定代理人若しくは被害者が死亡した場合若しくはその心身に重大な故障がある場合におけるその配偶者、直系の親族若しくは兄弟姉妹をいう。以下同じ。)から申出があるときは、その申出をした者に対し、審判期日において審判を傍聴することを許すことができる。

- 2 前項の規定により審判を傍聴した者は、正当な理由がないのに当該傍聴により知り得た対象者の氏名その他当該対象者の身上に関する事項を漏らしてはならず、かつ、当該傍聴により知り得た事項をみだりに用いて、当該対象者に対する医療の実施若しくはその社会復帰を妨げ、又は関係人の名誉若しくは生活の平穩を害する行為をしてはならない。

(被害者等に対する通知)

第48条 裁判所は、第40条第1項又は第42条の決定をした場合において、最高裁判所規則で定めるところにより当該対象行為の被害者等から申出があるときは、その申出をした者に対し、次に掲げる事項を通知するものとする。ただし、その通知をすることが対象者に対する医療の実施又はその社会復帰を妨げるおそれがあり相当でない認められるものについては、この限りでない。

- 一 対象者の氏名及び住居
- 二 決定の年月日、主文及び理由の要旨

- 2 前項の申出は、同項に規定する決定が確定した後3年を経過したときは、することが

できない。

- 3 前条第2項の規定は、第1項の規定により通知を受けた者について準用する。

第3節 退院又は入院継続

(指定入院医療機関の管理者による申立て)

第49条 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定によりその職務を停止されている者を除く。第117条第2項を除き、以下同じ。）による診察の結果、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者について、第37条第2項に規定する事項を考慮し、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認めることができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない。

- 2 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者について、第37条第2項に規定する事項を考慮し、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長の意見を付して、第42条第1項第1号、第51条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定（これらが複数あるときは、その最後のもの。次項において同じ。）があった日から起算して6月が経過する日までに、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てをしなければならない。ただし、その者が指定入院医療機関から無断で退去した日（第100条第1項又は第2項の規定により外出又は外泊している者が同条第1項に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合における当該離れた日を含む。）の翌日から連れ戻される日の前日までの間及び刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定によりその身体を拘束された日の翌日からその拘束を解かれる日の前日までの間並びに第100条第3項後段の規定によりその者に対する医療を行わない間は、当該期間の進行は停止するものとする。

- 3 指定入院医療機関は、前2項の申立てをした場合は、第42条第1項第1号、第51条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定があった日から起算して6月が経過した後も、前2項の申立てに対する決定があるまでの間、その者の入院を継続してこの法律による医療を行うことができる。

(退院の許可等の申立て)

第50条 第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者、その保護者又は付添人は、地方裁判所に対し、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てをすることができる。

(退院の許可又は入院継続の確認の決定)

第51条 裁判所は、第49条第1項若しくは第2項又は前条の申立てがあつた場合は、指定入院医療機関の管理者の意見(次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定入院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定)を基礎とし、かつ、対象者の生活環境(次条の規定により鑑定を命じた場合は、対象者の生活環境及び同条後段において準用する第37条第3項に規定する意見)を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 退院の許可の申立て若しくはこの法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は入院を継続すべきことを確認する旨の決定
 - 二 前号の場合を除き、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定
 - 三 前2号の場合に当たらないとき この法律による医療を終了する旨の決定
- 2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。
- 3 第43条第2項から第4項までの規定は、第1項第2号の決定を受けた者について準用する。
- 4 第44条の規定は、第1項第2号の決定について準用する。

(対象者の鑑定)

第52条 裁判所は、この節に規定する審判のため必要があると認めるときは、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命ずることができる。第37条第2項から第4項までの規定は、この場合について準用する。

(準用)

第53条 第36条及び第38条の規定は、この節に規定する審判について準用する。

第4節 処遇の終了又は通院期間の延長

(保護観察所の長による申立て)

第54条 保護観察所の長は、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合は、当該決定を受けた者に対して入院によら

ない医療を行う指定通院医療機関の管理者と協議の上、直ちに、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをしなければならない。この場合において、保護観察所の長は、当該指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。

2 保護観察所の長は、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために当該決定による入院によらない医療を行う期間を延長してこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合は、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者と協議の上、当該期間が満了する日までに、地方裁判所に対し、当該期間の延長の申立てをしなければならない。この場合において、保護観察所の長は、当該指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。

3 指定通院医療機関及び保護観察所の長は、前2項の申立てがあった場合は、当該決定により入院によらない医療を行う期間が満了した後も、前2項の申立てに対する決定があるまでの間、当該決定を受けた者に対して医療及び精神保健観察を行うことができる。

(処遇の終了の申立て)

第55条 第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者、その保護者又は付添人は、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをすることができる。

(処遇の終了又は通院期間の延長の決定)

第56条 裁判所は、第54条第1項若しくは第2項又は前条の申立てがあった場合は、指定通院医療機関の管理者の意見(次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定通院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定)を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

一 対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 この法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は第42条第1項第2号若しくは第51条第1項第2号の決定による入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定

二 前号の場合に当たらないとき この法律による医療を終了する旨の決定

2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

3 裁判所は、第1項第1号に規定する期間を延長する旨の決定をするときは、延長する期間を定めなければならない。

(対象者の鑑定)

第57条 裁判所は、この節に規定する審判のため必要があると認めるときは、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識

経験を有すると認める医師に鑑定を命ずることができる。第37条第2項及び第4項の規定は、この場合について準用する。

(準用)

第58条 第36条及び第38条の規定は、この節に規定する審判について準用する。

第5節 再入院等

(保護観察所の長による申立て)

第59条 保護観察所の長は、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認めるに至った場合は、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者と協議の上、地方裁判所に対し、入院の申立てをしなければならない。この場合において、保護観察所の長は、当該指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。

2 第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者が、第43条第2項(第51条第3項において準用する場合を含む。)の規定に違反し又は第107条各号に掲げる事項を守らず、そのため継続的な医療を行うことが確保できないと認める場合も、前項と同様とする。ただし、緊急を要するときは、同項の協議を行わず、又は同項の意見を付さないことができる。

3 第54条第3項の規定は、前2項の規定による申立てがあった場合について準用する。
(鑑定入院命令)

第60条 前条第1項又は第2項の規定による申立てを受けた地方裁判所の裁判官は、必要があると認めるときは、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ次条第1項又は第2項の決定があるまでの間入院させる旨を命ずることができる。この場合において、裁判官は、呼出し及び同行に関し、裁判所と同1の権限を有する。

2 前項の命令を発するには、裁判官は、当該対象者に対し、あらかじめ、供述を強いられることはないこと及び弁護士である付添人を選任することができることを説明した上、前条第1項又は第2項の規定による申立ての理由の要旨を告げ、陳述する機会を与えなければならない。ただし、当該対象者の心身の障害により又は正当な理由がなく裁判官の面前に出頭しないため、これらを行うことができないときは、この限りでない。

3 第1項の命令による入院の期間は、当該命令が執行された日から起算して1月を超えることができない。ただし、裁判所は、必要があると認めるときは、通じて1月を超えない範囲で、決定をもって、この期間を延長することができる。

4 第28条第6項、第29条第3項及び第34条第4項の規定は、第1項の命令の執行について準用する。この場合において、第34条第4項中「検察官」とあるのは「保護観察所の職員」と、「執行を囑託するものとする」とあるのは「執行をさせるものとする」と読み替えるものとする。

5 第34条第6項の規定は、第1項の命令について準用する。

(入院等の決定)

第61条 裁判所は、第59条第1項又は第2項の規定による申立てがあった場合は、指定通院医療機関の管理者の意見（次条第1項の規定により鑑定を命じた場合は、指定通院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定）を基礎とし、かつ、対象者の生活環境（次条第1項の規定により鑑定を命じた場合は、対象者の生活環境及び同条第1項後段において準用する第37条第3項に規定する意見）を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定
- 二 前号の場合を除き、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 申立てを棄却する旨の決定
- 三 前2号の場合に当たらないとき この法律による医療を終了する旨の決定

2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

3 裁判所は、第1項第2号の決定をする場合において、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定による入院によらない医療を行う期間を延長する必要があると認めるときは、当該期間を延長する旨の決定をすることができる。第56条第3項の規定は、この場合について準用する。

4 第43条第1項、第3項及び第4項の規定は、第1項第1号の決定を受けた者について準用する。

5 第45条第1項から第5項までの規定は、第1項第1号の決定の執行について準用する。

6 第28条第1項及び第4項から第6項までの規定は、前項において準用する第45条第4項及び第5項に規定する同行状の執行について準用する。この場合において、第28条第1項中「検察官にその執行を嘱託し、又は保護観察所の職員にこれを執行させることができる」とあるのは、「保護観察所の職員にこれを執行させることができる」と読み替えるものとする。

(対象者の鑑定)

第62条 裁判所は、この節に規定する審判のため必要があると認めるときは、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命ずることができる。第37条第2項から第4項までの規定は、この場合について準用する。

2 裁判所は、第60条第1項前段の命令が発せられていない対象者について前項の鑑定を

命ずる場合において、必要があると認めるときは、決定をもって、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ前条第1項又は第2項の決定があるまでの間在院させる旨を命ずることができる。第60条第2項から第4項までの規定は、この場合について準用する。

(準用)

第63条 第36条及び第38条の規定は、この節に規定する審判について準用する。

第6節 抗告

(抗告)

第64条 検察官は第40条第1項又は第42条の決定に対し、指定入院医療機関の管理者は第51条第1項又は第2項の決定に対し、保護観察所の長は第56条第1項若しくは第2項又は第61条第1項から第3項までの決定に対し、それぞれ、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認又は処分の著しい不当を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。

2 対象者、保護者又は付添人は、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認又は処分の著しい不当を理由とする場合に限り、第42条第1項、第51条第1項若しくは第2項、第56条第1項若しくは第2項又は第61条第1項若しくは第3項の決定に対し、2週間以内に、抗告をすることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。

3 第41条第1項の合議体による裁判所の裁判は、当該裁判所の同条第8項の決定に基づく第40条第1項又は第42条第1項の決定に対する抗告があったときは、抗告裁判所の判断を受ける。

(抗告の取下げ)

第65条 抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、取り下げることができない。

(抗告裁判所の調査の範囲)

第66条 抗告裁判所は、抗告の趣意に含まれている事項に限り、調査をするものとする。

2 抗告裁判所は、抗告の趣意に含まれていない事項であっても、抗告の理由となる事柄に関しては、職権で調査をすることができる。

(必要的付添人)

第67条 抗告裁判所は、第42条の決定に対して抗告があった場合において、対象者に付添人がないときは、付添人を付さなければならない。ただし、当該抗告が第64条第1項又は第2項に規定する期間の経過後にあったものであることが明らかなきときは、この限りでない。

(抗告審の裁判)

第68条 抗告の手續がその規定に違反したとき、又は抗告が理由のないときは、決定をもって、抗告を棄却しなければならない。

2 抗告が理由のあるときは、決定をもって、原決定を取り消して、事件を原裁判所に差し戻し、又は他の地方裁判所に移送しなければならない。ただし、第40条第1項各号のいずれかに掲げる事由に該当するときは、原決定を取り消して、更に決定をすることができる。

(執行の停止)

第69条 抗告は、執行を停止する効力を有しない。ただし、原裁判所又は抗告裁判所は、決定をもって、執行を停止することができる。

(再抗告)

第70条 検察官、指定入院医療機関の管理者若しくは保護観察所の長又は対象者、保護者若しくは付添人は、憲法に違反し、若しくは憲法の解釈に誤りがあること、又は最高裁判所若しくは上訴裁判所である高等裁判所の判例と相反する判断をしたことを理由とする場合に限り、抗告裁判所のした第68条の決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。

2 第65条から第67条まで及び前条の規定は、前項の抗告に関する手続について準用する。

(再抗告審の裁判)

第71条 前条第1項の抗告の手続がその規定に違反したとき、又は抗告が理由のないときは、決定をもって、抗告を棄却しなければならない。

2 前条第1項の抗告が理由のあるときは、決定をもって、原決定を取り消さなければならない。この場合には、地方裁判所の決定を取り消して、事件を地方裁判所に差し戻し、又は他の地方裁判所に移送することができる。

(裁判官の処分に対する不服申立て)

第72条 裁判官が第34条第1項前段又は第60条第1項前段の命令をした場合において、不服がある対象者、保護者又は付添人は、当該裁判官が所属する地方裁判所に当該命令の取消しを請求することができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、この請求をすることができない。

2 前項の請求は、対象者が対象行為を行わなかったこと、心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないこと又は対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要がないことを理由としてすることができない。

3 第1項の規定による不服申立てに関する手続については、刑事訴訟法第429条第1項に規定する裁判官の裁判の取消し又は変更の請求に係る手続の例による。

(裁判所の処分に対する異議)

第73条 対象者、保護者又は付添人は、第34条第3項ただし書、第37条第5項前段、第60条第3項ただし書又は第62条第2項前段の決定に対し、処遇事件の係属する地方裁判所に異議の申立てをすることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、この申立てをすることができない。

2 前条第2項及び第3項の規定は、前項の場合について準用する。

第7節 雑則

(申立ての取下げ)

第74条 第50条、第55条並びに第59条第1項及び第2項の規定による申立ては、第1審の終局決定があるまで、取り下げることができる。

2 検察官は、第33条第1項の申立てをした後において、当該対象行為について公訴を提起したとき、又は当該対象者に対して当該対象行為以外の行為について有罪の裁判（懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であつて、執行すべき刑期があるものに限る。）が確定し、その裁判において言い渡された刑の執行をしようとするときは、当該申立てを取り下げなければならない。

(警察官の援助等)

第75条 第26条第2項若しくは第3項若しくは第45条第4項若しくは第5項（第61条第5項において準用する場合を含む。）の同行状、第34条第1項前段若しくは第60条第1項前段の命令又は第37条第5項前段、第42条第1項第1号、第61条第1項第1号若しくは第62条第2項前段の決定を執行する場合において、必要があるときは、裁判所又は当該執行を嘱託された者は、警察官の援助又は医師その他の医療関係者の協力を求めることができる。第29条第2項の嘱託を受けた検察官も、同様とする。

2 警察官は、第24条第5項前段の規定により所在の調査を求められた対象者を発見した場合において、当該対象者に対して同行状が発せられているときは、同行状が執行されるまでの間、24時間を限り、当該対象者を警察署、病院、救護施設その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に保護することができる。

(競合する処分の調整)

第76条 裁判所は、第42条第1項第1号若しくは第2号、第51条第1項第2号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者について、当該対象行為以外の行為について有罪の裁判（懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であつて、執行すべき刑期があるものに限る。）が確定し、その裁判において言い渡された刑の執行が開始された場合であつて相当と認めるときその他のこの法律による医療を行う必要がないと認めるに至ったときは、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長の申立てにより、この法律による医療を終了する旨の決定をすることができる。

2 裁判所は、対象者について、2以上の第42条第1項第1号若しくは第2号、第51条第1項第2号又は第61条第1項第1号の決定があつた場合において、相当と認めるときは、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長の申立てにより、決定をもって、これらの決定のうちのいずれかを取り消すことができる。

(証人等の費用)

第77条 証人、鑑定人、翻訳人及び通訳人に支給する旅費、日当、宿泊料その他の費用の額については、刑事訴訟費用に関する法令の規定を準用する。

- 2 参考人は、旅費、日当及び宿泊料を請求することができる。
- 3 参考人に支給する費用は、これを証人に支給する費用とみなして、第1項の規定を適用する。
- 4 第30条第5項の規定により付添人に支給すべき旅費、日当、宿泊料及び報酬の額については、刑事訴訟法第38条第2項の規定により弁護人に支給すべき旅費、日当、宿泊料及び報酬の例による。

(費用の徴収)

第78条 裁判所は、対象者又は保護者から、証人、鑑定人、翻訳人、通訳人、参考人及び第30条第4項の規定により選任された付添人に支給した旅費、日当、宿泊料その他の費用の全部又は1部を徴収することができる。

- 2 前項の費用の徴収については、非訟事件手続法(明治31年法律第14号)第208条の規定を準用する。

(精神保健判定医以外の医師に鑑定を命じた場合の通知)

第79条 地方裁判所は、第37条第1項、第52条、第57条又は第62条第1項に規定する鑑定を精神保健判定医以外の医師に命じたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

(最高裁判所規則)

第80条 この章に定めるもののほか、審判について必要な事項は、最高裁判所規則で定める。

第3章 医療

第1節 医療の実施

(医療の実施)

第81条 厚生労働大臣は、第42条第1項第1号若しくは第2号、第51条第1項第2号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対し、その精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を行わなければならない。

- 2 前項に規定する医療の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 医学的処置及びその他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 六 移送

- 3 第1項に規定する医療は、指定医療機関に委託して行うものとする。

(指定医療機関の義務)

第82条 指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、前条第1項に規定する医療を担当しなければならない。

2 指定医療機関は、前条第1項に規定する医療を行うについて、厚生労働大臣の行う指導に従わなければならない。

(診療方針及び診療報酬)

第83条 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。

2 前項に規定する診療方針及び診療報酬の例によることができないとき、又はこれによることを適当としないときの診療方針及び診療報酬は、厚生労働大臣の定めるところによる。

(診療報酬の審査及び支払)

第84条 厚生労働大臣は、指定医療機関の診療内容及び診療報酬の請求を随時審査し、かつ、指定医療機関が前条の規定により請求することができる診療報酬の額を決定することができる。

2 指定医療機関は、厚生労働大臣が行う前項の規定による診療報酬の額の決定に従わなければならない。

3 厚生労働大臣は、第1項の規定による診療報酬の額の決定に当たっては、社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)第16条第1項に規定する審査委員会、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第87条に規定する国民健康保険診療報酬審査委員会その他政令で定める医療に関する審査機関の意見を聴かなければならない。

4 国は、指定医療機関に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会その他厚生労働省令で定める者に委託することができる。

5 第1項の規定による診療報酬の額の決定については、行政不服審査法(昭和37年法律第160号)による不服申立てをすることができない。

(報告の請求及び検査)

第85条 厚生労働大臣は、前条第1項の規定による審査のため必要があるときは、指定医療機関の管理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員に、指定医療機関についてその管理者の同意を得て、実地に診療録その他の帳簿書類を検査させることができる。

2 指定医療機関の管理者が、正当な理由がなく前項の規定による報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の同意を拒んだときは、厚生労働大臣は、当該指定医療機関に対する診療報酬の支払を1時差し止めることができる。

第2節 精神保健指定医の必置等

(精神保健指定医の必置)

第86条 指定医療機関(病院又は診療所に限る。次条において同じ。)の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定医療機関に常時勤務する精神保健指定医を置か

なければならない。

(精神保健指定医の職務)

第87条 指定医療機関に勤務する精神保健指定医は、第49条第1項又は第2項の規定により入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定、第92条第3項に規定する行動の制限を行う必要があるかどうかの判定、第100条第1項第1号の規定により外出させて経過を見るのが適当かどうかの判定、同条第2項第1号の規定により外泊させて経過を見るのが適当かどうかの判定、第110条第1項第1号の規定によりこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定、同項第2号の規定により入院をさせてこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定及び同条第2項の規定により入院によらない医療を行う期間を延長してこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定の職務を行う。

2 精神保健指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、第96条第4項の規定による診察並びに第97条第1項の規定による立入検査、質問及び診察を行う。

(診療録の記載義務)

第88条 精神保健指定医は、前条第1項に規定する職務を行ったときは、遅滞なく、当該精神保健指定医の氏名その他厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

第3節 指定医療機関の管理者の講ずる措置

(指定医療機関への入院等)

第89条 指定入院医療機関の管理者は、病床(病院の1部について第16条第1項の指定を受けている指定入院医療機関にあっては、その指定に係る病床)に既に第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者が入院しているため余裕がない場合のほかは、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者を入院させなければならない。

2 指定通院医療機関の管理者は、正当な事由がなければ、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者に対する入院によらない医療の提供を拒んではならない。

(資料提供の求め)

第90条 指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、裁判所に対し、第37条第1項に規定する鑑定経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料の提供を求めることができる。

2 指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、他の医療施設に対し、対象者の診療又は調剤に関する情報その他の必要な資料の提供を求めることができる。

(相談、援助等)

第91条 指定医療機関の管理者は、第42条第1項第1号若しくは第2号、第51条第1項第

2号又は第61条第1項第1号の決定により当該指定医療機関において医療を受ける者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、並びにその保護者及び精神障害者の医療、保健又は福祉に関する機関との連絡調整を行うように努めなければならない。この場合において、指定医療機関の管理者は、保護観察所の長と連携を図らなければならない。

第4節 入院者に関する措置

(行動制限等)

第92条 指定入院医療機関の管理者は、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 前項の規定にかかわらず、指定入院医療機関の管理者は、信書の発受の制限、弁護士及び行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第93条 前条に定めるもののほか、厚生労働大臣は、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、指定入院医療機関の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かななければならない。

(精神保健指定医の指定入院医療機関の管理者への報告)

第94条 精神保健指定医は、その勤務する指定入院医療機関に第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者の処遇が第92条の規定に違反していると思料するとき、前条第1項の基準に適合していないと認めるときその他当該入院している者の処遇が著しく適当でないとき、当該指定入院医療機関の管理者にその旨を報告することにより、当該管理者において当該入院している者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

(処遇改善の請求)

第95条 第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により指定入院医療機関に入院している者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、厚生労働大臣に対し、指定入院医療機関の管理者に対して当該入院している者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることを求めることができる。

(処遇改善の請求による審査)

第96条 厚生労働大臣は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を社会保障審議会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2 社会保障審議会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者について、その処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を厚生労働大臣に通知しなければならない。

3 社会保障審議会は、前項の審査をするに当たっては、当該審査に係る前条の規定による請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している指定入院医療機関の管理者の意見を聴かなければならない。ただし、社会保障審議会がこれらの者の意見を聴く必要がないと特に認めるときは、この限りでない。

4 社会保障審議会は、前項に定めるもののほか、第2項の審査をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て、社会保障審議会が指名する精神保健指定医に診察させ、又はその者が入院している指定入院医療機関の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

5 厚生労働大臣は、第2項の規定により通知された社会保障審議会の審査の結果に基づき、必要があると認めるときは、当該指定入院医療機関の管理者に対し、その者の処遇の改善のための措置を採ることを命じなければならない。

6 厚生労働大臣は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る社会保障審議会の審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知しなければならない。

(報告徴収等)

第97条 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者に対し、第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する精神保健指定医に、指定入院医療機関に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者その他の関係者に質問させ、又はその指定する精神保健指定医に、指定入院医療機関に立ち入り、第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者を診察させることができる。

2 前項の規定により立入検査、質問又は診察を行う精神保健指定医及び当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3 第1項に規定する立入検査又は質問の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(改善命令)

第98条 厚生労働大臣は、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により指定

入院医療機関に入院している者の処遇が第92条の規定に違反していると認めるとき、第93条第1項の基準に適合していないと認めるときその他第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該指定入院医療機関の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

(無断退去者に対する措置)

第99条 第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により指定入院医療機関に入院している者が無断で退去した場合(第100条第1項又は第2項の規定により外出又は外泊している者が同条第1項に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合を含む。)には、当該指定入院医療機関の職員は、これを連れ戻すことができる。

2 前項の場合において、当該指定入院医療機関の職員による連戻しが困難であるときは、当該指定入院医療機関の管理者は、警察官に対し、連戻しについて必要な援助を求めることができる。

3 第1項の場合において、当該無断で退去し、又は離れた者の行方が不明になったときは、当該指定入院医療機関の管理者は、所轄の警察署長に対し、次の事項を通知してその所在の調査を求めなければならない。

- 一 退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 退去の年月日及び時刻
- 三 症状の概要
- 四 退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
- 五 入院年月日
- 六 退去者が行った対象行為の内容
- 七 保護者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

4 警察官は、前項の所在の調査を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該指定入院医療機関の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該指定入院医療機関の管理者がその者を引き取るまでの間、24時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

5 指定入院医療機関の職員は、第1項に規定する者が無断で退去した時(第100条第1項又は第2項の規定により外出又は外泊している者が同条第1項に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合においては、当該無断で離れた時)から48時間を経過した後は、裁判官のあらかじめ発する連戻状によらなければ、第1項に規定する連戻しに着手することができない。

6 前項の連戻状は、指定入院医療機関の管理者の請求により、当該指定入院医療機関の所在地を管轄する地方裁判所の裁判官が発する。

7 第28条第4項から第6項まで及び第34条第6項の規定は、第5項の連戻状について準用する。この場合において、第28条第4項中「指定された裁判所その他の場所」とあるのは、「指定入院医療機関」と読み替えるものとする。

8 前3項に規定するもののほか、連戻状について必要な事項は、最高裁判所規則で定める。

(外出等)

第100条 指定入院医療機関の管理者は、次の各号のいずれかに該当する場合には、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることができる。

一 指定入院医療機関の管理者が、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、その者の症状に照らし当該指定入院医療機関の敷地外に外出させて経過を見ることが適当であると認める場合

二 その者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に通院する必要がある場合

三 前2号に掲げる場合のほか、政令で定める場合において、指定入院医療機関の管理者が必要と認めるとき。

2 指定入院医療機関の管理者は、次の各号のいずれかに該当する場合には、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者を、前項に規定する医学的管理の下に、1週間を超えない期間を限り、当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させることができる。

一 指定入院医療機関の管理者が、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、その者の症状に照らし当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させて経過を見ることが適当であると認める場合

二 前号に掲げる場合のほか、政令で定める場合において、指定入院医療機関の管理者が必要と認めるとき。

3 指定入院医療機関の管理者は、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院する必要がある場合には、その者を他の医療施設に入院させることができる。この場合において、厚生労働大臣は、第81条第1項の規定にかかわらず、当該入院に係る医療が開始された日の翌日から当該入院に係る医療が終了した日の前日までの間に限り、その者に対する同項に規定する医療を行わないことができる。

4 前項の規定の適用に関し必要な事項は、政令で定める。

(生活環境の調整)

第1001条 保護観察所の長は、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定があったときは、当該決定を受けた者の社会復帰の促進を図るため、当該決定を受けた者及びその家族等の相談に応じ、当該決定を受けた者が、指定入院医療機関の管理者による第

91条の規定に基づく援助並びに都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条，第49条その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助を受けることができるようあつせんする等の方法により，退院後の生活環境の調整を行わなければならない。

- 2 保護観察所の長は，前項の援助が円滑かつ効果的に行われるよう，当該指定入院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し，必要な協力を求めることができる。

第5節 雑則

（国の負担）

第102条 国は，指定入院医療機関の設置者に対し，政令で定めるところにより，指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担する。

（権限の委任）

第103条 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は，厚生労働省令で定めるところにより，地方厚生局長に委任することができる。

- 2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は，厚生労働省令で定めるところにより，地方厚生支局長に委任することができる。

第4章 地域社会における処遇

第1節 処遇の実施計画

（処遇の実施計画）

第104条 保護観察所の長は，第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定があつたときは，当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長と協議の上，その処遇に関する実施計画を定めなければならない。

- 2 前項の実施計画には，政令で定めるところにより，指定通院医療機関の管理者による医療，社会復帰調整官が実施する精神保健観察並びに指定通院医療機関の管理者による第91条の規定に基づく援助，都道府県及び市町村による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条，第49条その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助その他当該決定を受けた者に対してなされる援助について，その内容及び方法を記載するものとする。
- 3 保護観察所の長は，当該決定を受けた者の処遇の状況等に応じ，当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長と協議の上，第1項の実施計画について必要な見直しを行わなければならない。

(処遇の実施)

第105条 前条第1項に掲げる決定があった場合における医療、精神保健観察及び援助は、同項に規定する実施計画に基づいて行われなければならない。

第2節 精神保健観察

(精神保健観察)

第106条 第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者は、当該決定による入院によらない医療を行う期間中、精神保健観察に付する。

2 精神保健観察は、次に掲げる方法によって実施する。

- 一 精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長から報告を求めるなどして、当該決定を受けた者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ること。
- 二 継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずること。

(守るべき事項)

第107条 精神保健観察に付された者は、速やかに、その居住地を管轄する保護観察所の長に当該居住地を届け出るほか、次に掲げる事項を守らなければならない。

- 一 1定の住居に居住すること。
- 二 住居を移転し、又は長期の旅行をするときは、あらかじめ、保護観察所の長に届け出ること。
- 三 保護観察所の長から出頭又は面接を求められたときは、これに応ずること。

第3節 連携等

(関係機関相互間の連携の確保)

第108条 保護観察所の長は、医療、精神保健観察、第91条の規定に基づく援助及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条、第49条その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助が、第104条の規定により定められた実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、あらかじめ指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならない。

2 保護観察所の長は、実施計画に基づく適正かつ円滑な処遇を確保するため必要があると認めるときは、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長に対し、必要な協力を求めることができる。

(民間団体等との連携協力)

第109条 保護観察所の長は、個人又は民間の団体が第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者の処遇の円滑な実施のため自発的に行う活動を促進するとともに、これらの個人又は民間の団体との連携協力の下、当該決定を受けた者の円滑な社会

復帰に対する地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならない。

第4節 報告等

(保護観察所の長に対する通知等)

第110条 指定通院医療機関の管理者は、当該指定通院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者について、第37条第2項に規定する事項を考慮し、次の各号のいずれかに該当すると認める場合は、直ちに、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。

- 一 対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を行う必要があると認めることができなくなったとき。
- 二 対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を行う必要があると認めるに至ったとき。

2 指定通院医療機関の管理者は、当該指定通院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者について、第37条第2項に規定する事項を考慮し、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために当該決定による入院によらない医療を行う期間を延長してこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。

第111条 指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長は、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者について、第43条第2項（第51条第3項において準用する場合を含む。）の規定に違反する事実又は第107条各号に掲げる事項を守らない事実があると認めるときは、速やかに、保護観察所の長に通報しなければならない。

第5節 雑則

(保護観察所の長による緊急の保護)

第112条 保護観察所の長は、第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者が、親族又は公共の衛生福祉その他の施設から必要な保護を受けることができないため、現に、その生活の維持に著しい支障を生じている場合には、当該決定を受けた者に対し、金品を給与し、又は貸与する等の緊急の保護を行うことができる。

2 保護観察所の長は、前項の規定により支払った費用を、期限を指定して、当該決定を受けた者又はその扶養義務者から徴収しなければならない。ただし、当該決定を受けた者及びその扶養義務者が、その費用を負担することができないと認めるときは、この限りでない。

(人材の確保等)

第113条 国は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し専門的知識に基づくより適切な処遇を行うことができるようにするため、保護観察所等関係機関の職員に専門的知識を有する人材を確保し、その資質を向上させるように努めなければならない。

第5章 雑則

(刑事事件に関する手続等との関係)

第114条 この法律の規定は、対象者について、刑事事件若しくは少年の保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行い、又は刑若しくは保護処分のため刑務所、少年刑務所、拘置所若しくは少年院に収容することを妨げない。

2 第43条第1項(第61条第4項において準用する場合を含む。)及び第2項(第51条第3項において準用する場合を含む。)並びに第81条第1項の規定は、同項に規定する者が、刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定によりその身体を拘束されている間は、適用しない。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との関係)

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

第116条 この法律に定めるもののほか、この法律の実施のため必要な事項は、政令で定める。

第6章 罰則

第117条 次の各号のいずれかに掲げる者が、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

- 一 精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあった者
 - 二 指定医療機関の管理者若しくは社会保障審議会の委員又はこれらの職にあった者
 - 三 第37条第1項、第52条、第57条又は第62条第1項の規定により鑑定を命ぜられた医師
- 2 精神保健指定医又は精神保健指定医であった者が、第87条に規定する職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、前項と同様とする。
- 3 指定医療機関の職員又はその職にあった者が、この法律の規定に基づく指定医療機関の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、第1項と同様とする。

第118条 精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあった者が、正当な理

由がなく評議の経過又は裁判官、精神保健審判員若しくは精神保健参与員の意見を漏らしたときは、30万円以下の罰金に処する。

第119条 次の各号のいずれかに該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

一 第96条第4項の規定による報告若しくは提出をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による診察を妨げ、又は同項の規定による出頭をせず、若しくは同項の規定による審問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

二 第97条第1項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による検査若しくは診察を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

第120条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても同条の刑を科する。

第121条 第88条の規定に違反した者は、10万円以下の過料に処する。

附 則

(施行期日)

第1条 この法律は、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。ただし、第6条、第7条及び第15条の規定は公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日から、附則第7条の規定は公布の日から施行する。

(経過規定)

第2条 この法律は、この法律の施行前に対象行為を行った者であつて、この法律の施行後になされた公訴を提起しない処分において当該対象行為を行ったこと及び心神喪失者若しくは心神耗弱者であることが認められた者又はこの法律の施行後に刑法第39条第1項の規定による無罪の裁判若しくは同条第2項の規定による刑を減輕をする旨の裁判が確定した者についても、適用する。

(精神医療等の水準の向上)

第3条 政府は、この法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする。

2 政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。

3 政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。

(検討等)

第4条 政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について国会に報告するとともに、その状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その検討の結果に基づいて法制の整備その他の所要の措置を講ずるものとする。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正)

第5条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を次のように改正する。

第25条を次のように改める。

(検察官の通報)

第25条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判(懲役、禁錮又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判を除く。)が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。ただし、当該不起訴処分をされ、又は裁判を受けた者について、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(平成15年法律第110号)第33条第1項の申立てをしたときは、この限りでない。

2 検察官は、前項本文に規定する場合のほか、精神障害者若しくはその疑いのある被疑者若しくは被告人又は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の対象者(同法第2条第3項に規定する対象者をいう。第26条の3及び第44条第1項において同じ。)について、特に必要があると認めるときは、速やかに、都道府県知事に通報しなければならない。

第26条の2の次に次の1条を加える。

(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報)

第26条の3 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第2条第6項に規定する指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、同法の対象者であつて同条第5項に規定する指定入院医療機関に入院していないものがその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。第32条第6項中「できる者」の下に「及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の規定によつて医療を受ける者」を加える。

第44条を次のように改める。

(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る手続等との関係)

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

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

(社会保険診療報酬支払基金法の1部改正)

第6条 社会保険診療報酬支払基金法の1部を次のように改正する。

第15条第2項中「又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第40条第5項」を「、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第40条第5項又は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第84条第3項」に、「又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第40条第6項」を「、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第40条第6項又は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第84条第4項」に改める。

(社会保険診療報酬支払基金法の1部を改正する法律の1部改正)

第7条 社会保険診療報酬支払基金法の1部を改正する法律（平成14年法律第168号）の1部を次のように改正する。

附則第16条を削る。

(法務省設置法の1部改正)

第8条 法務省設置法（平成11年法律第93号）の1部を次のように改正する。

第4条第18号の次に次の1号を加える。

18の2 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）の規定による精神保健観察その他の同法の対象者に対する地域社会における処遇並びに生活環境の調査及び調整に関すること（厚生労働省の所掌に属するものを除く。）。

第24条第1項中「犯罪者予防更生法第18条各号」の下に「及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第19条各号」を加える。

(厚生労働省設置法の1部改正)

第9条 厚生労働省設置法（平成11年法律第97号）の1部を次のように改正する。

第7条第1項第4号中「(昭和25年法律第123号)」の下に「、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）」を加える。

○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施行令

〔平成16年10月14日〕
〔政令第310号〕

最終改正年月日：平成17年7月6日政令第233号

内閣は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第6条第2項及び第15条第2項の規定に基づき、この政令を制定する。

（病院又は診療所に準ずる機関）

第1条 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。）第2条第6項の病院又は診療所に準ずるものとして政令で定めるものは、次に掲げるものとする。

- 一 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者
- 二 介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第7条第8項に規定する訪問看護を行う者に限る。）

（精神保健判定医名簿への記載）

第2条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を法第6条第2項の名簿（以下「精神保健判定医名簿」という。）に記載するものとする。

- 一 法第6条第2項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する際に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第1項の規定による指定を受けている者であって、当該精神保健判定医名簿を送付する年度の前年度の末日において、厚生労働省令で定める期間以上の期間当該指定を受けていたもの

二 次のいずれかに該当する者

- イ 精神保健福祉法第27条第1項若しくは第2項、第29条の2第1項又は第29条の4第2項の規定による診察に従事した経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者であって、厚生労働省令で定める研修（当該精神保健判定医名簿を送付する年の11月1日前3年以内に行われたものに限る。）の課程を修了したもの
- ロ 精神保健審判員として、法第42条第1項、第51条第1項、第56条第1項又は第61条第1項の裁判をした経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者
- ハ 法第37条第1項、第52条、第57条又は第62条第1項に規定する鑑定を行った経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者

2 厚生労働大臣は、前項各号のいずれにも該当する者のほか、当該者と同等以上の学識

経験を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、精神保健判定医名簿に記載することができる。

(精神保健参与員候補者名簿への記載)

第3条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を法第15条第2項の名簿（以下「精神保健参与員候補者名簿」という。）に記載するものとする。

一 法第15条第2項の規定に基づき精神保健参与員候補者名簿を送付する際に精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第28条の規定による登録を受けている者

二 次のいずれかに該当する者

イ 当該精神保健参与員候補者名簿を送付する年度の前年度の末日において、精神保健福祉士法第28条の規定による登録を受けて同法第2条に規定する相談援助の業務に従事している期間が厚生労働省令で定める期間以上である者であって、厚生労働省令で定める研修（当該精神保健参与員候補者名簿を送付する年の11月1日前3年以内に行われたものに限る。）の課程を修了したもの

ロ 精神保健参与員として、法第36条（法第53条、第58条及び第63条において準用する場合を含む。）の規定により審判に関与した経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者

2 厚生労働大臣は、前項各号のいずれにも該当する者のほか、当該者と同等以上の専門的知識及び技術を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、精神保健参与員候補者名簿に記載することができる。

(精神保健判定医名簿及び精神保健参与員候補者名簿の送付)

第4条 厚生労働大臣は、毎年11月1日までに、法第6条第2項の規定に基づく精神保健判定医名簿の送付及び法第15条第2項の規定に基づく精神保健参与員候補者名簿の送付をしなければならない。

(社会復帰調整官の資格)

第5条 法第20条第3項の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるものは、次の各号のいずれかに該当する者とする。

一 精神保健福祉士

二 次のイからニまでに掲げる者であって、精神障害者に関する当該イからニまでに定める業務に従事した経験を有するもの

イ 保健師 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第2条に規定する業務

ロ 看護師 保健師助産師看護師法第5条に規定する業務

ハ 作業療法士 理学療法士及び作業療法士法（昭和410年法律第137号）第2条第4項に規定する業務

ニ 社会福祉士 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第2条第1項に規定する業務

三 法務大臣が前2号に掲げる者と同等以上の精神障害者の保健及び福祉に関する専門

的知識を有すると認める者

(医療に関する審査機関)

第6条 法第84条第3項の政令で定める医療に関する審査機関は、社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)第21条第1項に規定する特別審査委員会及び国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第45条第6項に規定する厚生労働大臣が指定する法人に設置される診療報酬の審査に関する組織とする。

(入院対象者を外出させることができる場合)

第7条 法第100条第1項第3号の政令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

- 一 法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者(以下「入院対象者」という。)に適切な精神障害の医療を受けさせるために他の医療施設に通院させる必要がある場合
- 二 入院対象者の近親者の葬式へ出席する場合、近親者が負傷又は疾病により重態であって当該入院対象者を訪問させることが適当であると認められる場合その他の社会生活上の重要な用務がある場合であって、当該入院対象者が入院している指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、当該入院対象者の症状に照らし支障がないと認められるとき。

(入院対象者を外泊させることができる場合)

第8条 法第100条第2項第2号の政令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

- 一 入院対象者に適切な精神障害の医療を受けさせるために他の医療施設に入院させる必要がある場合
- 二 入院対象者の近親者の葬式へ出席する場合、近親者が負傷又は疾病により重態であって当該入院対象者を訪問させることが適当であると認められる場合その他の社会生活上の重要な用務がある場合であって、当該入院対象者が入院している指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、当該入院対象者の症状に照らし支障がないと認められるとき。

(他の医療施設への入院時における届出)

第9条 指定入院医療機関の管理者は、法第100条第3項の規定により入院対象者を他の医療施設に入院させたときは、速やかに、次に掲げる事項を厚生労働大臣及び主務省令で定める保護観察所の長に届け出なければならない。

- 一 当該入院対象者の氏名
- 二 当該他の医療施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先
- 三 当該他の医療施設に入院させた日時
- 四 当該他の医療施設に入院させた理由

2 指定入院医療機関の管理者は、法第100条第3項の規定により他の医療施設に入院させた入院対象者が当該他の医療施設から退院したときは、速やかに、その旨及び退院した

日時を厚生労働大臣及び前項の主務省令で定める保護観察所の長に届け出なければならない。

(国の負担)

第10条 指定入院医療機関の設置に要する費用に係る法第102条の規定による国の負担は、各年度において指定入院医療機関の設置者がその設置のために支弁した費用の額から、その年度におけるその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額につき、厚生労働大臣が定める基準に従って行う。

2 指定入院医療機関の運営に要する費用に係る法第102条の規定による国の負担は、各年度において指定入院医療機関の設置者がその運営のために支弁した費用の額から、その年度におけるその費用のための診療収入その他の収入の額を控除した額につき、厚生労働大臣が定める基準に従って行う。

3 前項の規定により控除しなければならない額が、その年度において指定入院医療機関の設置者がその運営のために支弁した費用の額を超過したときは、その超過額は、後年度における支弁額から控除する。

(処遇の実施計画の記載事項)

第11条 法第104条第1項に規定する実施計画には、次に掲げる事項を記載するものとする。

一 地域社会における処遇（指定通院医療機関の管理者による医療、社会復帰調整官が実施する精神保健観察並びに指定通院医療機関の管理者による法第91条の規定に基づく援助、都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）による精神保健福祉法第47条、第49条その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助その他法第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号の決定を受けた者（以下「通院対象者」という。）に対してなされる援助をいう。以下同じ。）の実施により達成しようとする目標

二 指定通院医療機関の管理者による医療に関する次に掲げる事項

- イ 指定通院医療機関の名称及び所在地
- ロ 医療を担当する医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士その他の者の氏名
- ハ 医療の内容及び方法
- ニ その他医療を行う上での留意事項

三 社会復帰調整官が実施する精神保健観察に関する次に掲げる事項

- イ 精神保健観察を実施する社会復帰調整官の氏名
- ロ 精神保健観察の内容及び方法
- ハ その他精神保健観察を行う上での留意事項

四 指定通院医療機関の管理者による法第91条の規定に基づく援助、都道府県及び市町村による精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助その他通院対象者に対してなされる援助に関する次に掲げる事項

- イ 援助を実施する機関の名称及び所在地
- ロ 援助を担当する者の氏名

ハ 援助の内容及び方法

ニ その他援助を行う上での留意事項

五 地域社会における処遇に関する通院対象者の希望

六 地域社会における処遇の実施に関する関係機関相互間の緊密な連携を確保するため必要な事項

七 その他地域社会における処遇の内容及び方法として主務省令で定める事項
(会議)

第12条 保護観察所の長は、法第104条第1項又は第3項に規定する協議を行うため会議を開催する必要があると認めるときは、通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該通院対象者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）又はこれらの者の指名する職員の出席を求めることができる。同条第1項に規定する実施計画に基づく地域社会における処遇の適正かつ円滑な実施のため会議を開催する必要があると認めるときも、同様とする。

2 保護観察所の長は、必要があると認めるときは、前項に規定する者のほか、通院対象者に対して援助を行う者その他の適当な者に対し、同項の会議への出席を依頼することができる。

3 通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該通院対象者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長は、必要があると認めるときは、保護観察所の長に対し、第1項の会議の開催を求めることができる。

(主務省令への委任)

第13条 この政令に定めるもののほか、法及びこの政令の実施について必要な事項は、主務省令で定める。

(主務省令)

第14条 この政令における主務省令は、法務省令・厚生労働省令とする。

(権限の委任)

第15条 この政令に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

附 則

(施行期日)

第1条 この政令は、法第6条、第7条及び第15条の規定の施行の日（平成16年10月15日）から施行する。

(精神保健判定医名簿への記載に関する経過措置)

第2条 平成16年において法第6条第2項の規定に基づき送付する精神保健判定医名簿については、第1条の規定にかかわらず、厚生労働大臣は、次の各号のいずれにも該当す

る者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を当該精神保健判定医名簿に記載するものとする。

一 当該精神保健判定医名簿を送付する際に精神保健福祉法第18条第1項の規定による指定を受けている者であって、平成16年3月31日において、第1条第1項第1号の厚生労働省令で定める期間以上の期間当該指定を受けていたもの

二 精神保健福祉法第27条第1項若しくは第2項、第29条の2第1項又は第29条の4第2項の規定による診察に従事した経験（第1条第1項第2号イの厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者

2 前項の精神保健判定医名簿については、厚生労働大臣は、同項各号のいずれにも該当する者のほか、当該者と同等以上の学識経験を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、当該精神保健判定医名簿に記載することができる。

第3条 平成19年において法第6条第2項の規定に基づき送付する精神保健判定医名簿に記載すべき者の要件に係る第2条第1項第2号イの規定の適用については、同号イ中「3年」とあるのは、「4年」とする。

（精神保健参与員候補者名簿への記載に関する経過措置）

第4条 平成16年において法第15条第2項の規定に基づき送付する精神保健参与員候補者名簿については、第3条の規定にかかわらず、厚生労働大臣は、当該精神保健参与員候補者名簿を送付する際に精神保健福祉法第28条の規定による登録を受けている者であって、平成16年3月31日において、同条の規定による登録を受けて同法第2条に規定する相談援助の業務に従事している期間が第3条第1項第2号イの厚生労働省令で定める期間以上であるもののうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を当該精神保健参与員候補者名簿に記載するものとする。

2 前項の精神保健参与員候補者名簿については、厚生労働大臣は、同項に該当する者のほか、当該者と同等以上の専門的知識及び技術を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、当該精神保健参与員候補者名簿に記載することができる。

第5条 第3条第1項第2号イ及び前条第1項の相談援助の業務に従事している期間には、当分の間、精神保健福祉法の施行前において同法第2条に規定する相談援助の業務に従事している期間を算入することができる。

第6条 平成19年において法第15条第2項の規定に基づき送付する精神保健参与員候補者名簿に記載すべき者の要件に係る第3条第1項第2号イの規定の適用については、同号イ中「3年」とあるのは、「4年」とする。

附 則 （平成17年7月6日政令第233号） 抄

（施行期日）

第1条 この政令は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に

関する法律の施行の日（平成17年7月15日）から施行し、改正後の第10条第2項の規定は、指定入院医療機関の円滑な運営を期するためにこの政令の施行前に支弁された指定入院医療機関の運営に要する費用（平成17年度において支弁されたものであって、厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）についても、適用する。

○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第6条第2項の名簿及び同法第15条第2項の名簿に関する省令

〔平成16年10月14日〕
〔省令第150号〕

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令(平成16年政令第3110号)第1条第1項、第2条第1項、附則第2条第1項及び附則第4条第1項の規定に基づき、並びに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)を実施するため、この省令を制定する。

(精神保健判定医名簿に記載すべき事項)

第1条 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令(以下「令」という。)第1条第1項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 氏名
- 二 生年月日
- 三 連絡先(電話番号を含む。)
- 四 精神保健指定医の指定を受けた年月日
- 五 精神保健指定医の指定を受けている期間
- 六 令第1条第1項各号のいずれにも該当する者にあつては、同項第2号イ、ロ又はハのいずれに該当するかの別
- 七 令第1条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が同条第1項各号のいずれにも該当する者と同等以上の学識経験を有すると認める者にあつては、当該学識経験を有すると認めた理由
- 八 勤務先の名称

(令第1条第1項の期間及び程度)

第2条 令第1条第1項第1号の厚生労働省令で定める期間は、5年(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。)第19条の2第2項の規定により精神保健指定医の職務を停止されていた期間を除く。)とする。

2 令第1条第1項第2号イの厚生労働省令で定める程度は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下「法」という。)第6条第2項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する年の4月1日前2年以内において、精神保健福祉法第27条第1項若しくは第2項、第29条の2第1項又は第29条の4第2項の規定による診察に従事した経験を有することとする。

3 令第1条第1項第2号口の厚生労働省令で定める程度は、法第6条第2項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する年の1月1日前2年以内において、精神保健審判員として、法第42条第1項、第51条第1項、第56条第1項又は第61条第1項の裁判をした経験を有することとする。

4 令第1条第1項第2号ハの厚生労働省令で定める程度は、法第6条第2項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する年の1月1日前2年以内において、法第37条第1項、第52条、第57条又は第62条第1項に規定する鑑定を行った経験を有することとする。

(精神保健判定医名簿に記載のある者の精神保健指定医の指定を取り消した場合等の最高裁判所への通知)

第3条 厚生労働大臣は、法第6条第2項の規定に基づき送付した精神保健判定医名簿に記載のある者について、当該精神保健判定医名簿を送付した年の翌年の末日までに、精神保健福祉法第19条の2第1項又は第2項の規定により、精神保健指定医の指定を取り消し、又は精神保健指定医の職務の停止を命じたときは、速やかに、その者の氏名及び処分年月日を最高裁判所に通知するものとする。

(精神保健参与員候補者名簿に記載すべき事項)

第4条 令第2条第1項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 氏名

二 生年月日

三 連絡先(電話番号を含む。)

四 精神保健福祉士の登録を受けた年月日

五 精神保健福祉士の登録を受けて相談援助の業務に従事している期間

六 令第2条第1項各号のいずれにも該当する者にあつては、同項第2号イ又はロのいずれに該当するかの別

七 令第2条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が同条第1項各号のいずれにも該当する者と同等以上の専門的知識及び技術を有すると認める者にあつては、当該専門的知識及び技術を有すると認めた理由

八 勤務先の名称

(令第2条第1項の期間及び程度)

第5条 令第2条第1項第2号イの厚生労働省令で定める期間は、5年(精神保健福祉法(平成9年法律第131号)第32条第2項の規定により精神保健福祉士の名称の使用を停止されていた期間を除く。)とする。

2 令第2条第1項第2号口の厚生労働省令で定める程度は、法第15条第2項の規定に基づき精神保健参与員候補者名簿を送付する年の1月1日前2年以内において、精神保健参与員として、法第36条(法第53条、第58条及び第63条において準用する場合を含む。)の規定により審判に関与した経験を有することとする。

(精神保健参与員候補者名簿に記載のある者の精神保健福祉士の登録を取り消した場合等の地方裁判所への通知)

第6条 厚生労働大臣は、法第15条第2項の規定に基づき送付した精神保健参与員候補者名簿に記載のある者について、当該精神保健参与員候補者名簿を送付した年の翌年の末日までに、精神保健福祉士法第32条第1項又は第2項の規定により、精神保健福祉士の登録を取り消し、又は精神保健福祉士の名称の使用の停止を命じたときは、速やかに、その者の氏名及び処分の日月日を当該精神保健参与員候補者名簿を送付した地方裁判所に通知するものとする。

(精神保健判定医養成研修等の実施等)

第7条 令第1条第1項第2号イの厚生労働省令で定める研修(以下「精神保健判定医養成研修」という。)及び第2条第1項第2号イの厚生労働省令で定める研修(以下「精神保健参与員候補者養成研修」という。)は、厚生労働大臣が実施するものとする。

2 精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修には、それぞれ、当該各研修の課程を修了したことの無い者のための課程(以下「初回研修」という。)及びその他の者のための課程(以下「継続研修」という。)を置くものとする。

3 精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修の初回研修及び継続研修の科目及び時間数は、別表のとおりとする。

4 厚生労働大臣は、精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修を、厚生労働大臣の指定する者(以下「研修実施者」という。)に行わせることができる。

(指定の申請)

第8条 前条第4項の指定は、精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修を行おうとする者の申請により行う。

2 前項の申請を行おうとする者(以下「申請者」という。)は、次の各号に掲げる書類を厚生労働大臣に提出しなければならない。

一 申請者の氏名及び住所(法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)を記載した申請書

二 申請者が法人であるときは、収支予算を記載した書類

三 申請者が法人であるときは、定款、寄附行為その他の基本約款

四 研修の実施に関する計画を記載した書類

五 その他指定に関し厚生労働大臣が必要と認める書類

(指定の基準等)

第9条 第7条第4項の指定は、次の各号のいずれにも適合していると認められる者について行う。

一 精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修を行うのに必要かつ適切な組織及び能力を有する者であること。

二 第8条第2項第4号の研修の実施に関する計画が適切なものであること。

(欠格事由)

第10条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合には、申請者を研修実施者として指定することができない。

- 一 申請者（法人にあっては、その役員）が法第7条各号のいずれかに該当する者である場合
- 二 申請者が、第13条の規定により指定を取り消され、その取消しの日から3年を経過しない場合
（変更の届出）

第11条 研修実施者は、第8条第2項各号に掲げる書類の記載内容に変更があったときは、その変更に係る事項を記載した書類を厚生労働大臣に提出しなければならない。
（報告の提出等）

第12条 研修実施者は、毎事業年度終了後2月以内に、事業報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 2 厚生労働大臣は、精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修の実施に関し必要があると認めるときは、研修実施者に対して報告を求めることができる。
- 3 厚生労働大臣は、精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修の内容その他の当該研修の実施に関する事項について適当でないとき、研修実施者に対して必要な指示をすることができる。
（指定の取消し）

第13条 厚生労働大臣は、研修実施者が次の各号のいずれかに該当するときは、その指定を取り消すことができる。

- 一 偽りその他不正の行為により指定を受けたとき。
- 二 第9条各号のいずれかに適合しなくなったとき。
- 三 第10条各号のいずれかに該当するとき。
- 四 正当な事由がないのに精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修を実施しなかったとき。
- 五 前条第2項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。
- 六 前条第3項の規定による指示に従わないとき。

（指定の辞退の届出）

第14条 研修実施者は、その指定を辞退しようとするときは、辞退の日の1年前までに、厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。

（修了証の交付等）

第15条 研修実施者は、その実施に係る精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修の課程を修了した者に対して、当該課程を修了したことを証する書面（以下「修了証」という。）を交付しなければならない。

- 2 研修実施者は、精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修を実施した時は、その終了後2週間以内に、前項の規定に基づき修了証を交付した者の氏名、生年月日、修了した研修の課程及び修了年月日を記載した名簿を厚生労働大臣に提出しなければならない。

附 則

(施行期日)

第1条 この省令は、法第6条、第7条及び第15条の規定の施行の日（平成16年10月15日）から施行する。

(精神保健判定医名簿の記載事項に関する経過措置)

第2条 令附則第2条第1項の厚生労働省令で定める事項については、第1条（第6号を除く。）の規定を準用する。この場合において、同条第7号中「令第1条第2項」とあるのは「令附則第2条第2項」と読み替えるものとする。

(精神保健判定医名簿への記載に関する経過措置)

第3条 平成16年において法第6条第2項の規定に基づき送付する精神保健判定医名簿に記載すべき者の要件に係る第2条第2項の規定の適用については、同項中「送付する年の4月1日」とあるのは「送付する年の翌年の4月1日」とし、「2年以内」とあるのは「3年以内」とし、「従事した経験を有する」とあるのは「従事した経験を有し、又は従事する見込みがある」とする。

(精神保健参与員候補者名簿の記載事項に関する経過措置)

第4条 令附則第3条第1項の厚生労働省令で定める事項については、第4条（第6号を除く。）の規定を準用する。この場合において、同条第7号中「令第2条第2項」とあるのは「令附則第4条第2項」と、「同条第1項各号のいずれにも該当する者」とあるのは「同条第1項に該当する者」と読み替えるものとする。

(相談援助の業務に従事している期間に関する経過措置)

第5条 第4条第5号の相談援助の業務に従事している期間には、当分の間、精神保健福祉士法の施行前において同法第2条に規定する相談援助の業務に従事している期間を算入することができる。

(研修に関する経過措置)

第6条 第7条第4項の指定を受けた者が平成16年度において当該指定を受ける前に行った研修の課程であって、その内容が同条第3項に規定する初回研修に準ずると認められるものは、同項に規定する初回研修とみなす。

別表 (第7条関係)

科 目	初回研修の時間数		継続研修の時間数	
	精神保健 判定医 養成研修	精神保健 参与員 候補者 養成研修	精神保健 判定医 養成研修	精神保健 参与員 候補者 養成研修
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及び精神保健福祉行政概論	2時間30分	4時間		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に関する法令及び実務	2時間	2時間		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく医療及び実務	8時間	5時間	3時間	1時間30分
司法精神医学	2時間30分	2時間30分		
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく地域社会における処遇	4時間	4時間		
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事例研究	3時間	4時間30分	3時間	4時間30分
備考 第1欄に掲げ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事例研究は、最新の事例を用いて教授すること。				

※平成17年7月14日改正。

○性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律

平成15年7月16日
法律 第111号

性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律をここに公布する。

性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律

(趣旨)

第1条 この法律は、性同一性障害者に関する法令上の性別の取扱いの特例について定めるものとする。

(定義)

第2条 この法律において「性同一性障害者」とは、生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者であつて、そのことについてその診断を的確に行うために必要な知識及び経験を有する2人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う診断が一致しているものをいう。

(性別の取扱いの変更の審判)

第3条 家庭裁判所は、性同一性障害者であつて次の各号のいずれにも該当するものについて、その者の請求により、性別の取扱いの変更の審判をすることができる。

- 一 20歳以上であること。
 - 二 現に婚姻をしていないこと。
 - 三 現に子がいないこと。
 - 四 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。
 - 五 その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。
- 2 前項の請求をするには、同項の性同一性障害者に係る前条の診断の結果並びに治療の経過及び結果その他の厚生労働省令で定める事項が記載された医師の診断書を提出しなければならない。

(性別の取扱いの変更の審判を受けた者に関する法令上の取扱い)

第4条 性別の取扱いの変更の審判を受けた者は、民法（明治29年法律第89号）その他の法令の規定の適用については、法律に別段の定めがある場合を除き、その性別につき他の性別に変わったものとみなす。

2 前項の規定は、法律に別段の定めがある場合を除き、性別の取扱いの変更の審判前に生じた身分関係及び権利義務に影響を及ぼすものではない。

(家事審判法の適用)

第5条 性別の取扱いの変更の審判は、家事審判法（昭和22年法律第152号）の適用については、同法第9条第1項甲類に掲げる事項とみなす。

附 則

(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から起算して1年を経過した日から施行する。
(検討)
- 2 性別の取扱いの変更の審判の請求をすることができる性同一性障害者の範囲その他性別の取扱いの変更の審判の制度については、この法律の施行後3年を目途として、この法律の施行の状況、性同一性障害者等を取り巻く社会的環境の変化等を勘案して検討が加えられ、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする。
(性別の取扱いの変更の審判を受けた者に係る老齢基礎年金等の支給要件の特例に関する措置)
- 3 国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第12条第1項第4号及び他の法令の規定で同号を引用するものに規定する女子には、性別の取扱いの変更の審判を受けた者で当該性別の取扱いの変更の審判前において女子であったものを含むものとし、性別の取扱いの変更の審判を受けた者で第4条第1項の規定により女子に変わったものとみなされるものを含まないものとする。
(戸籍法の一部改正)
- 4 戸籍法(昭和22年法律第224号)の一部を次のように改正する。
第20条の3の次に次の1条を加える。
第20条の4 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律(平成15年法律第111号)第3条第1項の規定による性別の取扱いの変更の審判があった場合において、当該性別の取扱いの変更の審判を受けた者の戸籍に在る者又は在った者が他にあるときは、当該性別の取扱いの変更の審判を受けた者について新戸籍を編製する。

○性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第3条第2項に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令

平成16年7月16日
厚生労働省令第99号

性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成15年法律第111号）第3条第2項に規定する医師の診断書に記載すべき事項は、当該医師による診断を受けた者に係る次の各号に掲げる事項とし、当該医師は、これに記名押印又は署名しなければならない。

- 一 住所、氏名及び生年月日
- 二 生物学的な性別及びその判定の根拠
- 三 家庭環境、生活歴及び現病歴
- 四 生物学的な性別としての社会的な適合状況
- 五 心理的には生物学的な性別とは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有すること並びにその判定の根拠
- 六 医療機関における受診歴並びに治療の経過及び結果
- 七 他の性別としての身体的及び社会的な適合状況
- 八 診断書の作成年月日
- 九 その他参考となる事項

附 則

この省令は、平成16年7月16日から施行する。

○発達障害者支援法

〔平成16年12月10日〕
法律第167号

最終改正：平成18年6月21日法律第80号

(最終改正までの未施行法令)

平成18年6月21日法律第80号(未施行)

第1章 総則(第1条—第4条)

第2章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策(第5条—第13条)

第3章 発達障害者支援センター等(第14条—第19条)

第4章 補則(第20条—第25条)

附則

第1章 総則

(目的)

第1条 この法律は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

2 この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち18歳未満のものをいう。

3 この法律において「発達支援」とは、発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、及び円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助をいう。

(国及び地方公共団体の責務)

- 第3条 国及び地方公共団体は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする。
- 2 国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるものとする。
- 3 発達障害者の支援等の施策が講じられるに当たっては、発達障害者及び発達障害児の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）の意思ができる限り尊重されなければならないものとする。
- 4 国及び地方公共団体は、発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては、医療、保健、福祉、教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに、犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため、これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協力体制の整備を行うものとする。

(国民の責務)

- 第4条 国民は、発達障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、発達障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

第2章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策

(児童の発達障害の早期発見等)

- 第5条 市町村は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。
- 2 市町村の教育委員会は、学校保健法（昭和33年法律第56号）第4条に規定する健康診断を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。
- 3 市町村は、児童に発達障害の疑いがある場合には、適切に支援を行うため、当該児童についての継続的な相談を行うよう努めるとともに、必要に応じ、当該児童が早期に医学的又は心理学的判定を受けることができるよう、当該児童の保護者に対し、第14条第1項の発達障害者支援センター、第19条の規定により都道府県が確保した医療機関その他の機関（次条第1項において「センター等」という。）を紹介し、又は助言を行うものとする。
- 4 市町村は、前3項の措置を講じるに当たっては、当該措置の対象となる児童及び保護者の意思を尊重するとともに、必要な配慮をしなければならない。

5 都道府県は、市町村の求めに応じ、児童の発達障害の早期発見に関する技術的事項についての指導、助言その他の市町村に対する必要な技術的援助を行うものとする。

(早期の発達支援)

第6条 市町村は、発達障害児が早期の発達支援を受けることができるよう、発達障害児の保護者に対し、その相談に応じ、センター等を紹介し、又は助言を行い、その他適切な措置を講じるものとする。

2 前条第4項の規定は、前項の措置を講じる場合について準用する。

3 都道府県は、発達障害児の早期の発達支援のために必要な体制の整備を行うとともに、発達障害児に対して行われる発達支援の専門性を確保するため必要な措置を講じるものとする。

(保育)

第7条 市町村は、保育の実施に当たっては、発達障害児の健全な発達が他の児童と共に生活することを通じて図られるよう適切な配慮をするものとする。

(教育)

第8条 国及び地方公共団体は、発達障害児（18歳以上の発達障害者であって高等学校、中等教育学校、盲学校、聾学校及び養護学校に在学する者を含む。）がその障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるようにするため、適切な教育的支援、支援体制の整備その他必要な措置を講じるものとする。

2 大学及び高等専門学校は、発達障害者の障害の状態に応じ、適切な教育上の配慮をするものとする。

(放課後児童健全育成事業の利用)

第9条 市町村は、放課後児童健全育成事業について、発達障害児の利用の機会の確保を図るため、適切な配慮をするものとする。

(就労の支援)

第10条 都道府県は、発達障害者の就労を支援するため必要な体制の整備に努めるとともに、公共職業安定所、地域障害者職業センター（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号）第19条第1項第3号の地域障害者職業センターをいう。）、障害者就業・生活支援センター（同法第33条の指定を受けた者をいう。）、社会福祉協議会、教育委員会その他の関係機関及び民間団体相互の連携を確保しつつ、発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保に努めなければならない。

2 都道府県及び市町村は、必要に応じ、発達障害者が就労のための準備を適切に行えるようにするための支援が学校において行われるよう必要な措置を講じるものとする。

(地域での生活支援)

第11条 市町村は、発達障害者が、その希望に応じて、地域において自立した生活を営むことができるようにするため、発達障害者に対し、社会生活への適応のために必要な訓練を受ける機会の確保、共同生活を営むべき住居その他の地域において生活を営むべき住居の確保その他必要な支援に努めなければならない。

(権利擁護)

第12条 国及び地方公共団体は、発達障害者が、その発達障害のために差別されること等権利利益を害されることがないようにするため、権利擁護のために必要な支援を行うものとする。

(発達障害者の家族への支援)

第13条 都道府県及び市町村は、発達障害児の保護者が適切な監護をすることができるようにすること等を通じて発達障害者の福祉の増進に寄与するため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族に対し、相談及び助言その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。

第3章 発達障害者支援センター等

(発達障害者支援センター等)

第14条 都道府県知事は、次に掲げる業務を、社会福祉法人その他の政令で定める法人であって当該業務を適正かつ確実に行うことができると認めて指定した者（以下「発達障害者支援センター」という。）に行わせ、又は自ら行うことができる。

- 一 発達障害の早期発見、早期の発達支援等に資するよう、発達障害者及びその家族に対し、専門的に、その相談に応じ、又は助言を行うこと。
- 二 発達障害者に対し、専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと。
- 三 医療、保健、福祉、教育等に関する業務（次号において「医療等の業務」という。）を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと。
- 四 発達障害に関して、医療等の業務を行う関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと。

五 前各号に掲げる業務に附帯する業務

2 前項の規定による指定は、当該指定を受けようとする者の申請により行う。

(秘密保持義務)

第15条 発達障害者支援センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、職務上知ることのできた個人の秘密を漏らしてはならない。

(報告の徴収等)

第16条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第14条第1項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その業務の状況に関し必要な報告を求め、又はその職員に、当該発達障害者支援センターの事業所若しくは事務所に立ち入り、その業務の状況に関し必要な調査若しくは質問をさせることができる。

2 前項の規定により立入調査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第1項の規定による立入調査及び質問の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(改善命令)

第17条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第14条第1項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その改善のために必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(指定の取消し)

第18条 都道府県知事は、発達障害者支援センターが第16条第1項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは同項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、若しくは質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした場合において、その業務の状況の把握に著しい支障が生じたとき、又は発達障害者支援センターが前条の規定による命令に違反したときは、その指定を取り消すことができる。

(専門的な医療機関の確保等)

第19条 都道府県は、専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができると認める病院又は診療所を確保しなければならない。

2 国及び地方公共団体は、前項の医療機関の相互協力を推進するとともに、同項の医療機関に対し、発達障害者の発達支援等に関する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

第4章 補則

(民間団体への支援)

第20条 国及び地方公共団体は、発達障害者を支援するために行う民間団体の活動の活性化を図るよう配慮するものとする。

(国民に対する普及及び啓発)

第21条 国及び地方公共団体は、発達障害に関する国民の理解を深めるため、必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(医療又は保健の業務に従事する者に対する知識の普及及び啓発)

第22条 国及び地方公共団体は、医療又は保健の業務に従事する者に対し、発達障害の発見のため必要な知識の普及及び啓発に努めなければならない。

(専門的知識を有する人材の確保等)

第23条 国及び地方公共団体は、発達障害者に対する支援を適切に行うことができるよう、医療、保健、福祉、教育等に関する業務に従事する職員について、発達障害に関する専門的知識を有する人材を確保するよう努めるとともに、発達障害に対する理解を深め、及び専門性を高めるため研修等必要な措置を講じるものとする。

(調査研究)

第24条 国は、発達障害者の実態の把握に努めるとともに、発達障害の原因の究明、発達

障害の診断及び治療，発達支援の方法等に関する必要な調査研究を行うものとする。

(大都市等の特例)

第25条 この法律中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは，地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）においては，政令で定めるところにより，指定都市が処理するものとする。この場合においては，この法律中都道府県に関する規定は，指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この法律は，平成17年4月1日から施行する。
(見直し)
- 2 政府は，この法律の施行後3年を経過した場合において，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見直しを行うものとする。

附 則（平成18年6月21日法律第80号） 抄

(施行期日)

第1条 この法律は，平成19年4月1日から施行する。

○発達障害者支援法施行令

平成17年4月1日政令第150号

内閣は、発達障害者支援法（平成16年法律第167号）第2条第1項、第14条第1項及び第25条の規定に基づき、この政令を制定する。

（発達障害の定義）

第1条 発達障害者支援法（以下「法」という。）第2条第1項の政令で定める障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものうち、言語の障害、協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害とする。

（法第14条第1項の政令で定める法人）

第2条 法第14条第1項の政令で定める法人は、発達障害者の福祉の増進を目的として設立された民法（明治29年法律第89号）第34条の法人、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第22条に規定する社会福祉法人又は特定非営利活動促進法（平成10年法律第7号）第2条第2項に規定する特定非営利活動法人とする。

（大都市等の特例）

第3条 地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）において、法第25条の規定により、指定都市が処理する事務については、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第174条の36の2に定めるところによる。

附 則 抄

（施行期日）

第1条 この政令は、公布の日から施行する。

○発達障害者支援法施行規則

平成17年4月1日厚生労働省令第81号

発達障害者支援法施行令（平成17年政令第150号）第1条の規定に基づき、発達障害者支援法施行規則を次のように定める。

発達障害者支援法施行令第1条の厚生労働省令で定める障害は、心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害（自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、言語の障害及び協調運動の障害を除く。）とする。

附 則

この省令は、公布の日から施行する。

○自殺対策基本法

(平成18年法律第85号)

目次

- 第1章 総則（第1条—第10条）
- 第2章 基本的施策（第11条—第19条）
- 第3章 自殺総合対策会議（第20条・第21条）
- 附則

第1章 総 則

(目的)

第1条 この法律は、近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移していることにかんがみ、自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

(基本理念)

第2条 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。

2 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。

3 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。

4 自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならない。

(国の責務)

第3条 国は、前条の基本理念（次条において「基本理念」という。）にのっとり、自殺対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

(地方公共団体の責務)

第4条 地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

(事業主の責務)

第5条 事業主は、国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(国民の責務)

第6条 国民は、自殺対策の重要性に対する関心と理解を深めるよう努めるものとする。

(名誉及び生活の平穏への配慮)

第7条 自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穏に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない。

(施策の大綱)

第8条 政府は、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めなければならない。

(法制上の措置等)

第9条 政府は、この法律の目的を達成するため、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

(年次報告)

第10条 政府は、毎年、国会に、我が国における自殺の概要及び政府が講じた自殺対策の実施の状況に関する報告書を提出しなければならない。

第2章 基本的施策

(調査研究の推進等)

第11条 国及び地方公共団体は、自殺の防止等に関し、調査研究を推進し、並びに情報の収集、整理、分析及び提供を行うものとする。

2 国は、前項の施策の効果的かつ効率的な実施に資するための体制の整備を行うものとする。

(国民の理解の増進)

第12条 国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じて、自殺の防止等に関する国民の理解を深めるよう必要な施策を講ずるものとする。

(人材の確保等)

第13条 国及び地方公共団体は、自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする。

(心の健康の保持に係る体制の整備)

第14条 国及び地方公共団体は、職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備に必要な施策を講ずるものとする。

(医療提供体制の整備)

第15条 国及び地方公共団体は、心の健康の保持に支障を生じていることにより自殺のおそれがある者に対し必要な医療が早期かつ適切に提供されるよう、精神疾患を有する者が精神保健に関して学識経験を有する医師（以下この条において「精神科医」という。）の診療を受けやすい環境の整備、身体の傷害又は疾病についての診療の初期の段階における当該診療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保、救急医療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保等必要な施策を講ずるものとする。

(自殺発生回避のための体制の整備等)

第16条 国及び地方公共団体は、自殺をする危険性が高い者を早期に発見し、相談その他の自殺の発生を回避するための適切な対処を行う体制の整備及び充実に必要な施策を講ずるものとする。

(自殺未遂者に対する支援)

第17条 国及び地方公共団体は、自殺未遂者が再び自殺を図ることのないよう、自殺未遂者に対する適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。

(自殺者の親族等に対する支援)

第18条 国及び地方公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者又は自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等に対する適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。

(民間団体の活動に対する支援)

第19条 国及び地方公共団体は、民間の団体が行う自殺の防止等に関する活動を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

第3章 自殺総合対策会議

(設置及び所掌事務)

第20条 内閣府に、特別の機関として、自殺総合対策会議（以下「会議」という。）を置く。

- 2 会議は、次に掲げる事務をつかさどる。
 - 一 第8条の大綱の案を作成すること。
 - 二 自殺対策について必要な関係行政機関相互の調整をすること。
 - 三 前二号に掲げるもののほか、自殺対策に関する重要事項について審議し、及び自殺対策の実施を推進すること。

(組織等)

第21条 会議は、会長及び委員をもって組織する。

- 2 会長は、内閣官房長官をもって充てる。
- 3 委員は、内閣官房長官以外の国務大臣のうちから、内閣総理大臣が指定する者をもって充てる。
- 4 会議に、幹事を置く。
- 5 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、内閣総理大臣が任命する。
- 6 幹事は、会議の所掌事務について、会長及び委員を助ける。
- 7 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から起算して六月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。

(内閣府設置法の一部改正)

第2条 内閣府設置法（平成11年法律第89号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項中「保護」の下に「、自殺対策の推進」を加え、同条第3項第四十六号の2の次に次の一号を加える。

四十六の3 自殺対策の大綱（自殺対策基本法（平成18年法律第85号）第8条に規定するものをいう。）の作成及び推進に関すること。

第40条第3項の表中

犯罪被害者等施策推進会議	犯罪被害者等基本法
--------------	-----------

を

犯罪被害者等施策推進会議	犯罪被害者等基本法
自殺総合対策会議	自殺対策基本法

に改める。

○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施行規則

平成17年7月14日
法務・厚生労働省令第2号

〔一部改正経過〕

第一次 平成18年3月31日法務・厚生労働省令第1号「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行規則の一部を改正する省令」による改正

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）を実施するため、並びに心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令（平成16年政令第310号）第9条第1項及び第11条第七号の規定に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行規則を次のように定める。

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 法律施行規則

目次

- 第1章 審判（第1条—第7条）
- 第2章 医療（第8条—第14条）
- 第3章 地域社会における処遇（第15条—第25条）
- 第4章 雑則（第26条）
- 附則

第1章 審判

（生活環境の調査）

第1条 保護観察所の長は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「法」という。）第38条（法第53条、第58条及び第63条において準用する場合を含む。）の規定により裁判所から法第2条第3項に規定する対象者の生活環境の調査及びその結果の報告を求められたときは、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による審判の手続等に関する規則（平成16年最高裁判所規則第十三号。以下「規則」という。）第58条第1項（規則第76条、第82条及び第88条において準用する場合を含む。）の規定による裁判所の指示に従い、当該対象者に関する次の各号に掲げる事項について調査を行うものとする。

- 一 住居の状況
- 二 生計の状況
- 三 家族の状況

- 四 近隣の状況
- 五 過去の生活及び治療の状況
- 六 住居周辺の地域における指定通院医療機関の状況
- 七 利用可能な精神障害者の保健又は福祉に関する援助等の内容
- 八 その他生活環境に関する事項

(医療を受けるべき指定医療機関の通知)

第2条 法第43条第3項(法第51条第3項及び第61条第4項において準用する場合を含む。)の通知は、次の各号に掲げる事項を記載した書面とするものとする。

- 一 医療を受けるべき指定医療機関の名称及び所在地
 - 二 医療を受けるべき指定医療機関を定めた年月日
 - 三 法第42条第1項第一号若しくは第二号、第51条第1項第二号又は第61条第1項第一号の決定を受けた者の氏名及び生年月日
 - 四 当該者が受けるべき医療が入院による医療又は入院によらない医療のいずれであるかの別
- 2 法第43条第4項(法第51条第3項及び第61条第4項において準用する場合を含む。)の通知は、次の各号に掲げる事項を記載した書面とするものとする。
- 一 変更後の指定医療機関の名称及び所在地
 - 二 指定医療機関を変更した年月日
 - 三 変更後の指定医療機関において医療を受けるべき者の氏名及び生年月日
 - 四 当該者が受けるべき医療が入院による医療又は入院によらない医療のいずれであるかの別
 - 五 変更前の指定医療機関の名称及び所在地
 - 六 変更前の指定医療機関を定めた年月日

(保護観察所の名称等の通知)

第3条 保護観察所の長は、法第43条第3項(法第61条第4項において準用する場合を含む。)の規定により法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定(以下「入院決定」という。)を受けた者が入院による医療を受けるべき指定入院医療機関について通知を受けたときは、速やかに、当該指定入院医療機関の管理者に対し、当該入院決定を受けた者について法第101条に規定する生活環境の調整(以下「生活環境の調整」という。)を行う保護観察所の名称及び所在地を通知するものとする。

- 2 入院決定を受けた者の生活環境の調整を行う保護観察所に変更があったときは、変更前の保護観察所の長は、速やかに、当該入院決定を受けた者が入院している指定入院医療機関の管理者に対し、変更後の保護観察所の名称及び所在地を通知するものとする。

(退院の許可の申立ての通知等)

第4条 指定入院医療機関の管理者は、入院決定により入院している者(以下「入院対象者」という。)について、法第49条第1項又は第2項の規定による申立てをしようとするときは、あらかじめ、当該入院対象者の生活環境の調整を行う保護観察所の長に対し、

その旨を通知するものとする。

- 2 前項の通知を受けた保護観察所の長は、速やかに、当該通知をした指定入院医療機関の管理者に対し、当該入院対象者について、法第49条第1項又は第2項に規定する場合に該当するか否かについての意見及びその理由を、書面で提出するものとする。
- 3 指定入院医療機関の管理者は、入院対象者について、法第49条第1項又は第2項の規定による申立てをしたときは、速やかに、当該入院対象者の生活環境の調整を行う保護観察所の長に対し、その旨を通知するものとする。当該申立てに対して法第51条第1項第一号若しくは第三号又は第2項の決定があったときも、同様とする。

第5条 指定入院医療機関の管理者は、入院対象者について、規則第74条の規定により法第50条の申立てがあった旨の通知を受けたときは、速やかに、当該入院対象者の生活環境の調整を行う保護観察所の長に対し、その旨を通知するものとする。当該申立てに対して法第51条第1項第一号若しくは第3号又は第2項の決定があったとき及び当該申立てが取り下げられたときも、同様とする。

(処遇の終了の申立てに関する通知等)

第6条 保護観察所の長は、法第42条第1項第二号または第51条第1項第二号の決定を受けた者（以下「通院対象者」という。）について、法第54条第1項若しくは第2項又は第59条第1項若しくは第2項の規定による申立てをしようとするときは、あらかじめ、当該通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関（病院又は診療所に限る。第3項、次条、第13条及び第14条第1項において同じ。）の管理者に対し、その旨を通知するものとする。ただし、緊急を要するとき及び法第110条第1項又は第2項の規定による通知を受けたときは、この限りでない。

2 前項本文の通知を受けた指定通院医療機関の管理者は、速やかに、当該通知をした保護観察所の長に対し、当該通院対象者について、法第110条第1項第一号若しくは第二号に該当するか否か、又は同条第2項に規定する場合に該当するか否かについての意見及びその理由を、書面で提出するものとする。

3 保護観察所の長は、通院対象者について、法第54条第1項若しくは第2項又は第59条第1項若しくは第2項の規定による申立てをしたときは、速やかに、当該通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者に対し、その旨を通知するものとする。当該申立てに対して法第56条第1項若しくは第2項又は第61条第1項若しくは第2項の決定があったとき及び当該申立てを取り下げたときも、同様とする。

第7条 保護観察所の長は、通院対象者について、規則第80条の規定により法第55条の申立てがあった旨の通知を受けたときは、速やかに、当該通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者に対し、その旨を通知するものとする。当該申立てに対して法第56条第1項又は第2項の決定があったとき及び当該申立てが取り下げられたときも、同様とする。

第2章 医療

(令第9条第1項の主務省令で定める保護観察所)

第8条 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令(以下「令」という。)第9条第1項の主務省令で定める保護観察所は、同項の入院対象者の生活環境の調整を行う保護観察所とする。

(保護観察所の長に対する通報)

第9条 指定入院医療機関の管理者は、入院決定を受けた者について、次の各号のいずれかの事実を知ったときは、速やかに、当該入院決定を受けた者の生活環境の調整を行う保護観察所の長に対し、その旨を通報するものとする。

- 一 当該指定入院医療機関から無断で退去したこと(法第100条第1項又は第2項の規定により外出又は外泊している者が同条第1項に規定する医学的管理の下から無断で離れたことを含む)。
- 二 当該指定入院医療機関から無断で退去した場合(前号に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合を含む。)において、その後再び指定入院医療機関に入院することとなったこと(法第99条第1項の規定により連れ戻されたことを含む)。
- 三 刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定によりその身体を拘束されたこと。
- 四 刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定による身体の拘束を解かれたこと。

(入院対象者の死亡に関する届出等)

第10条 指定入院医療機関の管理者は、入院対象者が死亡したときは、速やかに、当該指定入院医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長に対し、その旨を届け出なければならない。

- 2 前項の届出を受けた地方厚生局長は、速やかに、当該届出に係る入院対象者に対して法第42条第1項第一号又は第二号の決定をした地方裁判所及び当該入院対象者の生活環境の調整を行う保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。

(生活環境の調整計画)

第11条 保護観察所の長は、生活環境の調整を行うに当たっては、入院決定を受けた者から退院後の生活に関する希望を聴いた上で、調整計画を定めるとともに、生活環境の調整の状況に応じ、当該調整計画について必要な見直しを行うものとする。

- 2 保護観察所の長は、前項の調整計画の策定又は見直しを行うために必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者に協力を求めることができる。

- 3 第1項の調整計画には、次の各号に掲げる事項に関する調整の方針を記載するものとする。

- 一 退院後の住居
- 二 退院後の生計の確保
- 三 保護者その他家族との関係
- 四 退院後に必要となる医療の内容
- 五 退院後に必要となる援助の内容

六 その他調整すべき事項

(処遇の実施計画の案)

第12条 入院決定を受けた者の生活環境の調整を行う保護観察所の長は、当該生活環境の調整の状況に応じ、当該入院決定を受けた者について法第51条第1項第二号の決定があった場合における法第104条第1項に規定する実施計画(以下「処遇の実施計画」という。)の案を作成するものとする。

(指定通院医療機関の候補)

第13条 入院決定を受けた者の生活環境の調整を行う保護観察所の長は、処遇の実施計画の案の作成その他生活環境の調整を行うため必要があると認めるときは、当該入院決定を受けた者が入院している指定入院医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長に対し、当該入院決定を受けた者について法第51条第1項第二号の決定があった場合に入院によらない医療を行うことが相当と認められる指定通院医療機関を定めるよう求めるものとする。この場合において、保護観察所の長は、当該地方厚生局長に対し、当該入院決定を受けた者の生活環境の調整の状況を通知するものとする。

2 前項の求めを受けた地方厚生局長は、当該入院決定を受けた者について法第51条第1項第二号の決定があった場合に入院によらない医療を行うことを相当と認める指定通院医療機関を定め、当該指定通院医療機関の管理者に対し、その旨を通知するとともに、前項の保護観察所の長に対し、当該指定通院医療機関の名称及び所在地を通知するものとする。

(生活環境の調整のための会議)

第14条 入院決定を受けた者の生活環境の調整を行う保護観察所の長は、当該入院決定を受けた者について、処遇の実施計画の案の作成その他生活環境の調整を行うため会議を開催する必要があると認めるときは、前条第2項の規定により定められた指定通院医療機関の管理者並びに当該入院決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長(特別区の区長を含む。以下同じ。)又はこれらの者の指名する職員の出席を求めることができる。

2 入院決定を受けた者の生活環境の調整を行う保護観察所の長は、処遇の実施計画の案の作成その他生活環境の調整を行うため必要があると認めるときは、前項に規定する者のほか、当該入院決定を受けた者に対して援助を行う者その他の適当な者に対し、同項の会議への出席を依頼することができる。

第3章 地域社会における処遇

(処遇の実施計画の記載事項)

第15条 令第11条第七号の主務省令で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- 一 医療のため緊急を要する場合における対応方法
- 二 法による医療が終了した後における医療及び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)、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)その他の精

神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助等の確保に関し必要な事項
〔改正〕

一部改正（第一次改正）

（処遇の実施計画の作成等）

第16条 法第104条第1項又は第3項の規定により保護観察所の長から協議を求められた通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該通院対象者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長は、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める事項につき、意見を提出するものとする。

- 一 指定通院医療機関の管理者 令第11条第一号（指定通院医療機関の管理者による医療及び援助に関する事項に限る。）、第二号及び第四号（指定通院医療機関の管理者による援助に関する事項に限る。）に掲げる事項その他指定通院医療機関の管理者が実施する処遇に関する事項
- 二 都道府県知事及び市町村長 令第11条第一号及び第四号（いずれも都道府県及び市町村（特別区を含む。）による援助に関する事項に限る。）に掲げる事項その他都道府県知事及び市町村長が実施する処遇に関する事項

（処遇の実施計画の通知）

第17条 保護観察所の長は、処遇の実施計画を定めたときは、通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該通院対象者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し、当該処遇の実施計画の内容を通知するものとする。処遇の実施計画について見直しを行ったときも、同様とする。

（保護観察所の長による報告の求め）

第18条 保護観察所の長は、法第106条第1項に規定する精神保健観察を実施するため必要があると認めるときは、通院対象者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該通院対象者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し、当該通院対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況について報告を求めものとする。

（居住地の通知）

第19条 通院対象者から法第107条の規定による居住地の届出を受けた保護観察所の長は、速やかに、当該通院対象者に対して法第42条第1項第二号又は第51条第1項第二号の決定をした地方裁判所の所在地を管轄する地方厚生局長並びに当該通院対象者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し、その旨を通知するものとする。

（転居の届出）

第20条 法第107条第二号の規定による転居の届出をするときは、次の各号に掲げる事項を明らかにして行うものとする。

- 一 通院対象者の氏名、生年月日及び居住地
- 二 転居先
- 三 転居の理由

四 転居の予定日

- 2 前項の届出を受けた保護観察所の長は、速やかに、当該保護観察所の所在地を管轄する地方厚生局長並びに当該届出に係る転居先を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し、その旨を通知するものとする。
- 3 保護観察所の長は、第1項の届出に係る転居先における医療又は援助を確保するため必要があると認めるときは、法第108条第2項の規定により、指定通院医療機関の管理者並びに当該転居先を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し、必要な協力を求めるものとする。

(長期の旅行の期間)

第21条 法第107条第二号に規定する長期の旅行は、その期間が旅行の初日から起算して2週間以上のものをいうものとする。

(長期の旅行の届出)

第22条 法第107条第二号の規定による長期の旅行の届出をするときは、次の各号に掲げる事項を明らかにして行うものとする。

- 一 通院対象者の氏名、生年月日及び居住地
 - 二 旅行先
 - 三 旅行の目的
 - 四 旅行の予定期間
 - 五 旅行中に受ける医療及び援助の予定
- 2 保護観察所の長は、前項の届出に係る旅行先における医療又は援助を確保するため必要があると認めるときは、法第108条第2項の規定により、指定通院医療機関の管理者並びに当該旅行先を管轄する都道府県知事及び市町村長に対し、必要な協力を求めるものとする。

(保護観察所の長に対する通知等)

第23条 法第110条第1項の規定による通知は、次の各号に掲げる事項を記載した書面とするものとする。ただし、緊急を要するときは、この限りでない。

- 一 通院対象者の氏名及び生年月日
- 二 法第110条第1項第一号又は第二号に該当する旨及びその理由

第24条 法第110条第2項の規定による通知は、次の各号に掲げる事項を記載した書面とするものとする。

- 一 通院対象者の氏名及び生年月日
- 二 法第110条第2項に規定する場合に該当する旨及びその理由

第25条 法第111条の規定による通報は、次の各号に掲げる事項を記載した書面とするものとする。ただし、緊急を要するときは、この限りでない。

- 一 通院対象者の氏名及び生年月日
- 二 法第43条第2項(法第51条第3項において準用する場合を含む。)の規定に違反する事実又は法第107条各号に掲げる事項を守らない事実があると認める旨及びその事実の

内容

第4章 雑則

(社会復帰調整官の証票)

第26条 社会復帰調整官は、法第19条各号に掲げる事務に従事する場合には、その身分を示す証票を携帯し、関係人から請求があったときは、これを呈示しなければならない。

附 則

(施行期日)

この省令は、法の施行の日（平成17年7月15日）から施行する。

附 則（第一次改正）

この省令は、平成18年4月1日から施行する。

○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第103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令第15条の規定により地方厚生局長に委任する権限を定める省令

〔平成17年7月14日〕
〔厚生労働省令第118号〕

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103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令（平成16年政令第310号）第15条の規定に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令第15条の規定により地方厚生局長に委任する権限を定める省令を次のように定める。

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第103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令第15条の規定により地方厚生局長に委任する権限を定める省令

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。）第103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令（以下「令」という。）第15条第1項の規定により、次に掲げる厚生労働大臣の権限は、地方厚生局長に委任する。ただし、厚生労働大臣が第一号に掲げる権限（法第18条に係るものに限る。）及び第四号から第七号までに掲げる権限を自ら行うことを妨げない。

- 一 法第16条から第18条までに規定する権限
- 二 法第413条第3項及び第4項に規定する権限（第51条第3項及び第61条第4項において準用する場合を含む。）
- 三 法第79条に規定する権限
- 四 法第82条第2項に規定する権限
- 五 法第85条に規定する権限
- 六 法第97条第1項に規定する権限
- 七 法第98条に規定する権限
- 八 令第9条に規定する権限

附 則

（施行期日）

第1条 この省令は、法の施行の日（平成17年7月15日）から施行する。

(厚生労働省組織規則の一部改正)

第2条 厚生労働省組織規則（平成13年厚生労働省令第一号）の一部を次のように改正する。

第707条中第九十号を第九十三号とし、第七十五号から第八十九号までを三号ずつ繰り下げ、第七十四号の次に次の三号を加える。

七十五 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第6条第2項の精神保健判定医及び医療観察法第15条第1項の精神保健参与員に関する事。

七十六 医療観察法第16条の規定による指定医療機関の指定及び医療観察法第82条第2項の規定による指定医療機関の指導等に関する事。

七十七 医療観察法第43条第3項（医療観察法第51条第3項又は第61条第4項において準用する場合を含む。）の規定による指定入院医療機関又は指定通院医療機関の選定、医療観察法第45条第1項の規定による決定の執行その他医療観察法第42条第1項第一号若しくは第61条第1項第一号の決定又は医療観察法第42条第1項第二号若しくは第51条第1項第二号の決定を受けた者に対する医療に関する事。

第714条に次の三号を加える。

九 医療観察法第6条第2項の精神保健判定医及び医療観察法第15条第1項の精神保健参与員に関する事。

十 医療観察法第16条の規定による指定医療機関の指定及び医療観察法第82条第2項の規定による指定医療機関の指導等に関する事。

十一 医療観察法第43条第3項（医療観察法第51条第3項又は第61条第4項において準用する場合を含む。）の規定による指定入院医療機関又は指定通院医療機関の選定、医療観察法第45条第1項の規定による決定の執行その他医療観察法第42条第1項第一号若しくは第61条第1項第一号の決定又は医療観察法第42条第1項第二号若しくは第51条第1項第二号の決定を受けた者に対する医療に関する事。

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第92条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

〔平成17年7月14日〕
〔厚生労働省告示第336号〕

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92条第2項の規定に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第92条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、同法の施行の日（平成17年7月15日）から適用する。

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第92条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

- 1 信書の発受の制限（刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、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第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者（以下「入院対象者」という。）によりこれを開封させ、異物を取り出した上入院対象者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。）
- 2 裁判所及び地方厚生局の職員、法務局、地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに入院対象者の代理人又は付添人である弁護士との電話の制限
- 3 裁判所及び地方厚生局の職員、法務局、地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに入院対象者の代理人又は付添人である弁護士及び入院対象者又は保護者の依頼により入院対象者の代理人又は付添人となろうとする弁護士との面会の制限

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第92条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

〔平成17年7月14日〕
〔厚生労働省告示第337号〕

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92条第3項の規定に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第92条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、同法の施行の日（平成17年7月15日）から適用する。

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第92条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

- 1 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者（以下「入院対象者」という。）の隔離（内側から入院対象者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該入院対象者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。）
- 2 身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該入院対象者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準

平成17年7月14日
厚生労働省告示第338号

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93条第1項の規定に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準を次のように定め、同法の施行の日（平成17年7月15日）から適用する。

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第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準

第1 基本理念

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者（以下「入院対象者」という。）の処遇は、入院対象者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、入院対象者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を入院対象者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は入院対象者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第2 通信・面会について

1 基本的な考え方

- (1) 入院対象者の院外にある者との通信及び来院者との面会（以下「通信・面会」という。）は、入院対象者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、入院対象者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。
- (2) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、入院対象者及び保護者に伝えることが必要である。
- (3) 電話及び面会に関しては入院対象者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であって、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の入院対象者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

2 信書に関する事項

- (1) 入院対象者の病状から判断して、家族等からの信書が入院対象者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ入院対象者の病状をみて当該主治医から入院対象者に連絡させる等の方法に努めるものとする。
- (2) 刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、入院対象者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、入院対象者に当該受信信書を渡した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

3 電話に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を入院対象者及び保護者に知らせるものとする。
- (2) 電話機は、入院対象者が自由に利用できるような場所に設置される必要があるものとする。また、地方裁判所、地方厚生局担当部局及び法務局又は地方法務局の人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

4 面会に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を入院対象者及び保護者に知らせるものとする。
- (2) 入院後は入院対象者の病状に応じできる限り早期に入院対象者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。
- (3) 面会する場合、入院対象者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、入院対象者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

第3 入院対象者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 入院対象者の隔離は、入院対象者の症状からみて、入院対象者本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、入院対象者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、入院対象者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってもその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。
- (4) なお、入院対象者本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、入院対

象者本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 隔離の対象となる入院対象者に関する事項

隔離の対象となる入院対象者は、主として次のような場合に該当すると認められる入院対象者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が入院対象者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、他の方法では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する入院対象者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

- (1) 他の患者の隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に入院対象者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に入院対象者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該入院対象者に対して隔離を行う理由を知らせよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等入院対象者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、入院対象者本人の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用され

る紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 身体的拘束の対象となる入院対象者に関する事項

身体的拘束の対象となる入院対象者は、主として次のような場合に該当すると認められる入院対象者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば入院対象者本人の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

3 遵守事項

(1) 身体的拘束に当たっては、当該入院対象者に対して身体的拘束を行う理由を知らせよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。

(3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

○医療観察指定医療機関医療担当規程

平成17年8月2日
厚生労働省告示第367号

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82条第1項の規定に基づき、医療観察指定医療機関医療担当規程を次のように定める。

医療観察指定医療機関医療担当規程

（通則）

第1条 指定医療機関は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）に定めるところによるほか、この規程の定めるところにより、法第42条第1項第一号若しくは第二号、第51条第1項第二号又は第61条第1項第一号の決定を受けた者（以下「決定対象者」という。）の医療を担当しなければならない。

（診療開始時の注意等）

第2条 指定医療機関は、決定対象者の医療を担当するに際しては、当該決定対象者に対する裁判書の謄本を提示させること等により、当該者が当該指定医療機関で法による医療を受けるべき者であることを確かめなければならない。

（診療時間）

第3条 指定医療機関は、診療時間において診療を行うほか、決定対象者が、やむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療を行わなければならない。

（証明書等の交付）

第4条 指定医療機関は、決定対象者、保護者、裁判所、保護観察所及び精神障害者の医療、保健又は福祉に関する機関から、その行っている医療につき、必要な証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。

（診療録）

第5条 指定医療機関は、決定対象者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

（帳簿の保存）

第6条 指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及び書類をその完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、診療録にあっては、その完結の日から5年間とする。

（指定訪問看護事業者等に関する特例）

第7条 指定医療機関である健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する

指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第7条第8項に規定する訪問看護を行う者に限る。）にあつては、第5条中「関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（訪問看護に限る。）の提供に関する諸記録」と、「健康保険の例によつて」とあるのは「健康保険又は老人保健の例によつて（指定居宅サービス事業者にあつては介護保険の例によつて）」と、それぞれ読み替えて適用するものとする。

（薬局に関する特例）

第8条 指定医療機関である薬局にあつては、第5条及び第6条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用するものとする。

○基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等

平成17年8月2日
厚生労働省告示第366号

〔一部改正経過〕

第一次 平成17年11月16日厚生労働省告示第486号

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法（平成17年厚生労働省告示第365号）に基づき、基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等を次のように定める。

基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等

第1 届出の通則

- 1 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）第2条第4項に規定する指定医療機関は、第2及び第3に規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 2 指定医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 3 届出の内容又は届出の変更の内容が第2及び第3に規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。

第2 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準の通則

地方厚生局に対して当該届出を行う前6月間において、法第85条第1項、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項又は老人保健法（昭和57年法律第80号）第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

第3 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準等

1 入院対象者入院医学管理料の施設基準

(1) 次に掲げる病棟を単位として行うものであること。

- (一) 法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定を受けた者であって、集中的な治療を要するものを入院させる病棟
- (二) (1)に掲げるもののほか、病院の病棟の一部であって、法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定を受けた者であって集中的な治療を要するものを入院させるための精神病床（14床を超えないものに限る。）により構成される病棟（以下「小規模病棟」という。）

(2) 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第19条第1項第三号に定める薬剤師の員数以上の員数が配置されていること。

(3) 当該病棟における医師の数は、当該病棟に法第42条第1項第一号又は第61条第1

項第一号の決定を受け現に入院している者（以下「入院対象者」という。）の数が8又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、当該病棟に勤務する医師の過半数は常勤の医師であること。

- (4) 当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する指定入院医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟における常勤の看護師の数は、4に、当該病棟の入院対象者の数に1.3を乗じた数を加えた数以上であること。ただし、その一部に小規模病棟を有している病院の病棟にあっては、当該病院の病棟における看護職員の数が当該病院の病棟の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、その最小必要数の4割以上が看護師であって、当該小規模病棟について入院対象者の入院医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該病棟における常勤の作業療法士、精神保健福祉士及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令（平成17年厚生労働省令第117号）第2条第4項ホの臨床心理技術者の数の合計は、1に当該病棟の入院対象者の数が5又はその端数を増すごとに1を加えた数以上であること。ただし、100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を含む病院であって、入院対象者の状態に応じた入院医学管理を行うにつき十分な体制が整備されているものにあつてはこの限りでない。
- (7) 入院対象者入院医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (8) 入院対象者入院医学管理を行うにつき十分な構造設備を有していること。

2 入院対象者入院医学管理料の対象者

(1) 急性期入院対象者入院医学管理料の対象者

当該指定入院医療機関の管理者により、急性期における医療を提供する必要性があると認められた入院対象者

(2) 回復期入院対象者入院医学管理料の対象者

当該指定入院医療機関の管理者により、回復期における医療を提供する必要性があると認められた入院対象者

(3) 社会復帰期入院対象者入院医学管理料の対象者

当該指定入院医療機関の管理者により、社会復帰期における医療を提供する必要性があると認められた入院対象者

3 急性期入院対象者入院医学管理料に係る施設基準

病状が重度な入院対象者に対し、医学的管理を適切に行っていること。

4 通院対象者通院医学管理料の施設基準

- (1) 指定通院医療機関に通院対象者通院医学管理を担当する常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。
- (2) 通院対象者通院医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- 5 医療観察精神科作業療法，医療観察精神科デイ・ケア，医療観察精神科ナイト・ケア及び医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準
- (1) 医療観察精神科作業療法については作業療法士が，医療観察精神科デイ・ケア，医療観察精神科ナイト・ケア又は医療観察精神科デイ・ナイト・ケア（以下「医療観察デイ・ケア等」という。）については必要な従事者が，それぞれ適切に配置されていること。
 - (2) 患者数は，医療観察精神科作業療法については作業療法士の，医療観察デイ・ケア等については必要な従事者の，それぞれの数に対し適切なものであること。
 - (3) 医療観察精神科作業療法，医療観察デイ・ケア等を行うにつき十分な専用施設を有していること。

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令

平成17年7月14日
厚生労働省告示第117号

〔一部改正経過〕

第一次 平成18年3月14日厚生労働省令第32号「介護保険法施行規則等の一部を改正する省令」附則第22条による改正

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16条、第86条、第88条及び第95条の規定に基づき、並びに同法を実施するため、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令を次のように定める。

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に基づく指定医療機関等に関する省令

（指定医療機関の指定）

第1条 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。）第16条第1項の指定を受けようとする病院の開設者（国を除く。）は、次に掲げる事項を記載した書面をその所在地を管轄する地方厚生局長（以下「管轄地方厚生局長」という。）に提出しなければならない。

- 一 病院の名称及び所在地
- 二 開設者の名称及び住所
- 三 管理者の氏名
- 四 法第81条第1項の医療を主として担当する医師の氏名及び略歴
- 五 法第81条第1項の医療を行うために必要な設備の概要

2 法第16条第2項の指定を受けようとする病院若しくは診療所又は薬局の開設者（国を除く。）は、次に掲げる事項を記載した書面を管轄地方厚生局長に提出しなければならない。

- 一 病院若しくは診療所又は薬局の名称及び所在地
- 二 開設者の氏名又は名称及び住所
- 三 管理者の氏名
- 四 病院又は診療所にあつては、法第81条第1項の医療を主として担当する医師の氏名及び略歴

五 病院又は診療所にあつては、法第81条第1項の医療を行うために必要な設備の概要

六 薬局にあつては、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号の指定を受けている旨

七 法第81条第1項の医療を連携して行う他の指定通院医療機関がある場合は、当該指

定通院医療機関の名称、所在地及び連携して行う医療の内容の概要

3 法第16条第2項の指定を受けようと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施行令（平成16年政令第310号。以下「令」という。）第1条各号に掲げる事業者（以下「指定訪問看護事業者等」という。）であって国以外のもので、次に掲げる事項を記載した書面を管轄地方厚生局長に提出しなければならない。

- 一 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地
- 二 当該申請に係る指定訪問看護事業者等が当該指定に係る訪問看護事業又は居宅サービス事業（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第4項に規定する訪問看護を行う事業に限る。）若しくは介護予防サービス事業（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護を行う事業に限る。）を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の名称及び所在地
- 三 管理者の氏名
- 四 当該訪問看護ステーションにおいて当該指定に係る訪問看護若しくは老人訪問看護又は居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護若しくは同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数
- 五 法第81条第1項の医療を連携して行う指定通院医療機関の名称及び所在地

〔改正〕一部改正（第一次改正）

（指定入院医療機関の指定の基準）

第2条 法第16条第1項の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

- 一 医療法（昭和23年法律第205号）第21条第1項及び第23条第1項の基準を満たしていること。ただし、当該医療機関における精神障害を有する者に対する医療及び保護の体制、当該医療機関の管理運営の状況、当該医療機関の地域における役割等を勘案し指定入院医療機関として指定することが適当であると認められる病院については、この限りでない。
- 二 精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を適切に実施することができる態勢を整えていること。
- 三 専ら法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定を受けた者に医療を実施するための病棟を設置していること。
- 四 前号の病棟に次に掲げる者を置いていること。
 - イ 医師
 - ロ 看護師又は准看護師（常時勤務する者に限る。）
 - ハ 作業療法士
 - ニ 精神保健福祉士
 - ホ 心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者（以下「臨床心理技術者」という。）

（指定通院医療機関の指定の基準）

第3条 法第16条第2項の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

- 一 病院又は診療所にあつては、次に掲げる者を置いていること。
 - イ 看護師又は准看護師
 - ロ 作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者
- 二 病院又は診療所にあつては、精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を適切に実施することができる態勢を整えていること。
- 三 薬局にあつては、当該薬局が健康保険法第63条第3項第一号の指定を受けていること。
- 四 訪問看護ステーションにあつては、法第81条第1項の医療を連携して行う指定通院医療機関があること。

(指定医療機関の名称変更等の際の届出)

第4条 指定医療機関の開設者(国を除く。)は、次に掲げる事項に該当するに至ったときは、その事項及び年月日を、速やかに、管轄地方厚生局長に届け出なければならない。

- 一 病院又は診療所にあつては第1条第1項各号又は第2項第一号、第二号、第三号、第四号、第五号若しくは第七号に掲げる事項に、薬局にあつては同項第一号、第二号、第三号又は第六号に掲げる事項に、指定訪問看護事業者等にあつては同条第3項各号に掲げる事項に変更があつたとき。
- 二 指定医療機関の業務の全部又は一部を休止し又は再開しようとするとき。
- 三 医療法第24条、第28条若しくは第29条第1項、第2項、第3項若しくは第4項、健康保険法第95条、介護保険法第77条第1項又は薬事法(昭和35年法律第145号)第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分を受けたとき。

(診療報酬の請求)

第5条 厚生労働大臣が法第84条第1項の規定により診療報酬の審査を行うこととしている場合においては、指定医療機関は、療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)の定めるところにより、当該指定医療機関が行った医療に係る診療報酬を請求するものとする。

(常時勤務する精神保健指定医)

第6条 法第86条に規定する指定医療機関に常時勤務する精神保健指定医は、1日に8時間以上、かつ、1週間に4日以上当該指定医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する者でなければならない。

(診療録の記載事項)

第7条 法第88条の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる記載の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 法第49条第1項又は第2項の規定により入院を継続させて法による医療を行う必要があるかどうかの判定に係る記載
 - イ 入院後の症状又は状態像の経過の概要
 - ロ 今後の治療方針

- 二 法第92条第3項に規定する行動の制限を行う必要があるかどうかの判定に係る記載
 - イ 法第92条第3項の規定により精神保健指定医が必要と認めて行った行動の制限の内容
 - ロ 当該行動の制限を開始した年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻
 - ハ 当該行動の制限を行ったときの症状
 - 三 法第100条第1項第一号の規定により外出させて経過を見るのが適当かどうかの判定に係る記載
 - イ 入院後の症状又は状態像の経過の概要
 - ロ 今後の治療方針
 - 四 法第100条第2項第一号の規定により外泊させて経過を見るのが適当かどうかの判定に係る記載
 - イ 入院後の症状又は状態像の経過の概要
 - ロ 今後の治療方針
 - 五 法第110条第1項第一号の規定により法による医療を行う必要があるかどうかの判定に係る記載 入院によらない医療における症状又は状態像の経過の概要
 - 六 法第110条第1項第二号の規定により入院をさせて法による医療を行う必要があるかどうかの判定に係る記載 入院によらない医療における症状又は状態像の経過の概要
 - 七 法第110条第2項の規定により入院によらない医療を行う期間を延長して法による医療を行う必要があるかどうかの判定に係る記載
 - イ 入院によらない医療における症状又は状態像の経過の概要
 - ロ 今後の治療方針
- (処遇改善の請求)

第8条 法第95条の規定による請求は、次の各号に掲げる事項に関し、法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定により入院している者(以下「入院対象者」という。)が入院している指定入院医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長を経由して申し立てることにより行うものとする。

- 一 入院対象者の氏名及び生年月日
- 二 請求人が入院対象者本人でない場合にあっては、その者の住所、氏名及び入院対象者との続柄
- 三 入院対象者が入院している指定入院医療機関の名称
- 四 必要な措置の内容及び理由
- 五 請求年月日

附 則

(施行期日)

第1条 この省令は、法の施行の日(平成17年7月15日)から施行する。

(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第6条第2項の名簿及び同法第15条第2項の名簿に関する省令の一部改正)

第2条 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第6条第2項の名簿及び同法第15条第2項の名簿に関する省令（平成16年厚生労働省令第150号）の一部を次のように改正する。

第1条中「第1条第1項の」を「第2条第1項の」に改め、同条第六号中「第1条第1項各号」を「第2条第1項各号」に改め、同条第七号中「第1条第2項」を「第2条第2項」に改める。

第2条の見出しを「(令第2条第1項の期間及び程度)」に改め、同条第1項中「第1条第1項第一号」を「第2条第1項第一号」に改め、同条第2項中「第1条第1項第二号イ」を「第2条第1項第二号イ」に改め、同条第3項中「第1条第1項第二号ロ」を「第2条第1項第二号ロ」に改め、同条第4項中「第1条第1項第二号ハ」を「第2条第1項第二号ハ」に改める。

第4条中「第2条第1項の」を「第3条第1項の」に改め、同条第六号中「第2条第1項各号」を「第3条第1項各号」に改め、同条第七号中「第2条第2項」を「第3条第2項」に改める。

第5条の見出しを「(令第3条第1項の期間及び程度)」に改め、同条第1項中「第2条第1項第二号イ」を「第3条第1項第二号イ」に改め、同条第2項中「第2条第1項第二号ロ」を「第3条第1項第二号ロ」に改める。

第7条第1項中「第1条第1項第二号イ」を「第2条第1項第二号イ」に、「第2条第1項第二号イ」を「第3条第1項第二号イ」に改める。

附則第2条中「第1条第2項」を「第2条第2項」に改める。

附則第4条中「第3条第1項」を「第4条第1項」に、「第2条第2項」を「第3条第2項」に改める。

別表心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく医療及び実務の項中「1時間30分」を「3時間」に、「3時間」を「1時間30分」に改める。

附 則（第一次改正）抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成18年4月1日から施行する。

○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第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法

平成17年8月2日
厚生労働省告示第365号

〔一部改正経過〕

第一次 平成17年11月16日厚生労働省告示第487号

第二次 平成18年3月31日厚生労働省告示第255号

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83条第2項の規定に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法を次のように定める。

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第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法

- 1 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「法」という。）第2条第4項に規定する指定医療機関に係る医療に要する費用の額は、別表医療観察診療報酬点数表により算定するものとする。
- 2 指定医療機関に係る医療に要する費用の額は、1点の単価を10円とし、別表医療観察診療報酬点数表に定める点数を乗じて算定するものとする。
- 3 前二号の規定により指定医療機関が国に請求すべき医療に要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

別表

医療観察診療報酬点数表

第1章 基本診療料

通則

- 1 法第81条第2項第五号による入院及び看護の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 第1節に規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号による決定の日（以下「入院決定日」という。）から起算して計算する。

第1節 入院料

入院対象者入院医学管理料（1日につき）

- | | |
|---------------------|---------|
| イ 急性期入院対象者入院医学管理料 | 6, 680点 |
| ロ 回復期入院対象者入院医学管理料 | 4, 920点 |
| ハ 社会復帰期入院対象者入院医学管理料 | 5, 820点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、地方厚生局長に届け出た指定入院医療機関において、各区分の入院中の対象者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合している対象者に限る。）に対して入院対象者入院医学管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、当分の間、その旨を地方厚生局長に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している対象者について、当該基準に係る区分に従い入院対象者入院医学管理料を算定できる。ただし、1日につきそれぞれの所定点数から88点を減算する。

注3 急性期入院対象者入院医学管理料について、入院決定日から起算して91日以上1年以内の期間にあっては、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、1日につき所定点数から1, 170点を減算し、入院決定日から起算して1年を超える期間にあっては、1日につき所定点数から1, 760点を減算する。

注4 社会復帰期入院対象者入院医学管理料について、社会復帰期入院対象者入院医学管理料の算定を開始した日から起算して181日以上1年以内の期間にあっては、1日につき所定点数から310点（法第49条第1項に基づく退院の許可の申立てを行ってから180日を経過していない場合を除く。）を減算し、社会復帰期入院対象者入院医学管理料の算定を開始した日から起算して1年を超える期間にあっては、1日につき所定点数から900点（法第49条第1項に基づく退院の許可の申立てを行ってから180日を経過していない場合は、310点）を減算する。

注5 診療に係る費用（第2章の医療観察精神科電気^{（イ）}治療法に係る費用及び医療観察退院前訪問指導料並びに第3章特定治療科のうち、診療報酬の算定方法（平成

18年厚生労働省告示第92号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)第2章第4部画像診断,第9部処置及び第10部手術のうち,1,000点以上のものに係る費用を除く。)は,所定点数に含まれるものとする。

注6 入院対象者入院医学管理を行うための病床数が30床に満たない場合にあつては,当該病床数に応じ,次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ	15床の場合	565点
ロ	16床の場合	469点
ハ	17床の場合	532点
ニ	18床の場合	672点
ホ	19床の場合	493点
ヘ	20床の場合	333点
ト	21床の場合	374点
チ	22床の場合	237点
リ	23床の場合	112点
ヌ	24床の場合	313点
ル	25床の場合	381点
ヲ	26床の場合	326点
ワ	27床の場合	296点
カ	28床の場合	189点
ヨ	29床の場合	91点

第2節 通院料

通院対象者通院医学管理料(1月につき)

- イ 前期通院対象者通院医学管理料(法第42条第1項第二号又は第51条第1項第二号による決定の日(以下「通院決定日」という。)から起算して6月を経過する日の属する月までの期間) 5,500点
- ロ 中期通院対象者通院医学管理料(イで定める月の翌月から,通院決定日から起算して2年を経過する日の属する月までの期間) 4,500点
- ハ 後期通院対象者通院医学管理料(通院決定日から起算して2年を経過する日の属する月の翌月以降の期間) 3,500点
- ニ 急性増悪包括管理料 39,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た指定通院医療機関において,法第42条第1項第二号又は第51条第1項第二号による決定を受けた対象者(以下「通院対象者」という。)に対して通院対象者通院医学管理が行われた場合に,当該基準に係る区分に従い,1月に1回を限度として,それぞれ所定点数を算定する。

注2 中期通院対象者通院医学管理料又は後期通院対象者通院医学管理料を算定している通院対象者であつて,精神保健指定医の診察に基づき,急性増悪等により集

中的な精神医学管理を行う必要があると認めた場合にあっては、急性増悪包括管理料により1月を限度として算定する。ただし、急性増悪等の期間が1月に満たない場合には、1日につき1,300点で算定する。

注3 前期通院対象者通院医学管理料、中期通院対象者通院医学管理料及び後期通院対象者通院医学管理料の診療に係る費用（第2章医療観察精神科専門療法に係る費用並びに第3章特定治療料のうち、医科診療報酬点数表第2章第1部指導管理等（区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料及び区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料の費用に限る。）、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬（区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置（各区分に掲げる処置のうち、100点以上のものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、通院対象者通院医学管理料に含まれるものとする。

注4 急性増悪包括管理料の診療に係る全ての費用は、当該急性増悪包括管理料に含まれるものとする。

第2章 医療観察精神科専門療法

通則

医療観察精神科専門療法に当たって対象者に対して薬剤を使用した場合は、各区分により算定した点数及び薬剤料の所定点数を合算した点数により算定する。

1 医療観察精神科電気痙攣療法 3,000点

注1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に限り、1日に1回を限度として算定する。

注2 医科診療報酬点数表第2章第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

2 医療観察退院前訪問指導料 380点

注1 対象者の退院に先立って患家等を訪問し、当該対象者の家族等に対して、退院後の療養に係る調整又は療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する。

注2 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、所定点数に320点を加算する。

注3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

注4 対象者の外泊又は外出中に退院先を訪問し指導を行った場合には、入院対象者入院医学管理料に含まれるものとする。

3 医療観察通院精神療法（1回につき）

イ 法第42条第1項第二号又は第51条第1項第二号による決定を受けた後初めて指定通院医療機関において診療を行った日において精神保健指定医等が医療観察通院精神療法を行った場合 500点

- ロ イ以外の場合
- 1 病院の場合 330点
- 2 診療所の場合 360点
- 注1 通院対象者について、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。
- 注2 通院対象者の家族について、対象者本人とは別に専門的見地からカウンセリング等を行った場合は、注1の規定にかかわらず週1回を限度として別に算定することができる。
- なお、同一日の別の時間帯に対象者に対しても医療観察通院精神療法を行った場合には、併せて算定することができる。
- 注3 20歳未満の対象者に対して医療観察通院精神療法を行った場合（前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。
- 4 医療観察通院集団精神療法（1日につき） 270点
- 注1 通院対象者について、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に行われる場合にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。
- 注2 医療観察通院集団精神療法と同日に行う他の医療観察精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。ただし、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に行われる医療観察精神科訪問看護・指導料にあってはこの限りでない。
- 5 医療観察精神科作業療法（1日につき） 220点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た指定通院医療機関において行われる場合に算定する。
- 6 医療観察精神科デイ・ケア（1日につき）
- イ 小規模なもの 550点
- ロ 大規模なもの 660点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た指定通院医療機関において行われる場合に算定する。
- 注2 指定通院医療機関において、医療観察精神科デイ・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。
- 注3 指定通院医療機関において、医療観察精神科デイ・ケアと同1日に行う他の医療観察精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。ただし、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に行われる医療観察精神科訪問看護・指導料にあってはこの限りでない。
- 7 医療観察精神科ナイト・ケア（1日につき） 500点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た指定通院医療機関において行われる場合に算定する。

- 注2 指定通院医療機関において、医療観察精神科ナイト・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。
- 注3 指定通院医療機関において、医療観察精神科ナイト・ケアと同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
- 8 医療観察精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき） 1,000点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た指定通院医療機関において行われる場合に算定する。
- 注2 指定通院医療機関において、医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの場合に3食を提供したときは130点を、2食を提供したときは96点を加算する。
- 注3 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、医療観察精神科デイ・ケア及び医療観察精神科ナイト・ケアは算定しない。
- 注4 指定通院医療機関において、医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。
- 9 医療観察精神科訪問看護・指導料
- イ 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） 550点
- ロ 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） 160点
- 注1 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）については、通院対象者又は家族等に対して、指定通院医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- 注2 医療観察精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）については、通院対象者であって、精神障害者社会復帰施設等に入所している複数のものに対して、指定通院医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- 注3 注1に規定する場合であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、所定点数に450点を加算する。
- 注4 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。
- 注5 医療観察精神科訪問看護・指導料については、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月にあっては週5回、それ以外の場合にあっては週3回を限度として算定する。
- 注6 医療観察精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 注7 指定通院医療機関において、医療観察精神科訪問看護・指導と同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。ただし、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に行われる医療観察精神科デイ・ケア及び医療観察通院集団精神療法にあってはこの限りではない。
- 10 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点
- 注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している統合失調症の通院対象者に対して、計画

的に医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

11 薬剤料

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

注2 使用薬剤の薬価は、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成18年厚生労働省告示第95号）によるものとする。

第3章 特定治療料

医科診療報酬点数表第1章及び第2章、診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科診療報酬点数表」という。）並びに別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）において、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項に規定する保険医療機関又は保険薬局が行った場合に点数が算定される行為（第1章基本診療科及び第2章医療観察精神科専門療法に掲げる診療を除く。）を行った場合に、当該行為に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章、歯科診療報酬点数表並びに調剤報酬点数表に定める点数

前文（第二次改正）抄

〔前略〕平成18年4月1日から適用する。

II 通知・審議会意見等

1. 覚せい剤中毒者対策に関する意見

昭和57年11月12日
公衆衛生審議会

序

近年、覚せい剤の乱用は大きな社会問題となっており、昭和20年代の大流行に次ぐ第2次流行期を迎えている。覚せい剤に関する諸施策は、密輸・密造・密売者に対する取締り等による覚せい剤自体の根絶、乱用者に対する取締り、覚せい剤事犯者に対する厳正な処分、覚せい剤中毒者に対する医療、保護の充実等広く関係行政機関の協力があるのはじめて実効のあがるものであり、さらに、覚せい剤の乱用を許さない生活環境をつくるため、国民各層に対し覚せい剤乱用防止について広報、啓発を行わなければならない。

本審議会は、このような実情にかんがみ、覚せい剤中毒者の診断基準、入院治療、アフターケア体制等医療対策について検討を行い、以下の結論を得た。

1. 覚せい剤中毒に関連した用語の定義

覚せい剤中毒等薬物依存に関連した用語については、様々な用いられ方をされているのが現状である。

なお、燃えあがり効果、再現現象、逆耐性現象等定義の定まらないものについては今後の検討を必要とする。

乱用：社会的常識、特に医学的常識から逸脱した目的又は方法で薬物を使用することをいう。すなわち、乱用は薬物の性質に関係なく、ある社会が承認しないという基準で決められる。WHOはこの用語は医学的用語ではないとする。ちなみに、覚せい剤は、その使用が覚せい剤取締法で厳しく規制されているので、合法的な医療目的の使用でなければ、たとえ1回の使用であっても乱用に該当する。

中毒：最も広い概念であって、薬物の摂取によって人体にもたらされる何らかの危険な状態をいう。つまり、中毒は化学物質の生体に及ぼす侵害の表現であり、したがって、中毒学は化学物質の安全性の限界を明確にする科学であるとされている。

依存：生体と薬物の相互作用によって生じた薬物摂取をやめようと思ってもやめられない状態をいう。精神依存と身体依存がある。精神依存は、快感を求めたり、不快感を避けるために、ある薬物を周期的又は継続的に求める状態である。身体依存は、例えば離脱（退薬）症状を伴うような場合である。

嗜癖：薬物の反復使用によって生じた慢性の中毒状態で快楽的な目的等から薬物の使用をやめようとしてもやめられないこと（強迫的使用）、薬物の使用量の増加（耐性形成）、離脱（退薬）症状の出現等の特徴を有するものをいう。依存の概念と重複する部分がある。

中毒性精神病：薬物の急性又は慢性の使用によって生じた意識障害（もうろう，せん妄等）幻覚妄想状態等の精神病状態をいう。

フラッシュバック：薬物の使用によって生じた急性の精神異常状態が消滅し，ほぼ正常な状態に復した後に，当該薬物の再使用がないにもかかわらず薬物の使用によって生じた異常体験に類似した体験が一過性に再現することをいう。

なお，覚せい剤中毒というもっとも包括的な概念は，その中に乱用，依存，嗜癖，中毒性精神病を包含し覚せい剤中毒では耐性形成や離脱（退薬）症状が出現することがあるが，それらが一般に軽度であるので，嗜癖の概念にあまりそぐわないところがあり，依存の概念で十分であるとも考えられる。覚せい剤中毒の中毒性精神病の状態としては，せん妄もまれに見られるが，幻覚妄想状態がかなり特異的である。

2. 覚せい剤中毒者に対する入院医療の充実

(1) 医療及び保護の対象者の明確化

覚せい剤中毒者対策を行う上で最も重要かつ必要なことは，医療及び保護の対象者の範囲を明確にすることである。覚せい剤中毒においては，中毒性精神病の状態が医療の対象であることは言うまでもなく，依存状態も医療の対象とすべきであるとの考え方もある。しかし，我が国の精神医療の現状と覚せい剤中毒者の特性にかんがみれば，覚せい剤中毒の依存状態をすべて医療の対象にすることは極めて困難である。したがって，当面は入院治療の対象として中毒性精神病を中心に考えざるを得ないが，依存性除去については専門的検討を行う必要がある。

(2) 診断基準について

診断基準については別添に示すとおりである。このように覚せい剤中毒者の診断基準を明確にすることは関係機関相互の理解に資するものと考えられる。

なお，覚せい剤使用の疑いのある者については，医療及び保健関係機関においても時期を失せず検査等を行い得るよう，その機能面での整備を図る必要がある。

(3) 入院治療の充実

医療の対象となる覚せい剤中毒者の多くは，幻覚，妄想等の異常体験を持つ中毒性精神病の状態であるため，これらの者に対しては，適切な治療が行えるよう入院対象者の明確化及び看護面，施設面での配慮について検討する必要がある。

また，精神療法や作業療法等を積極的に行うことにより，覚せい剤中毒をより実社会に近い形で入院治療を行うことが望ましく，退院前には家族等と十分に連絡をとり，従前の汚染された環境から遠ざけるなど可能な限りの配慮を行うことが必要である。

3. 適切なアフターケアの実施

入院治療を終えた覚せい剤中毒者については，医療本来の理念に照らして，継続した治療の必要な者については，それを行うことが望ましい。

しかしながら，現段階では入院治療で精神症状の除去はできても依存性の除去を完全に行うことは困難であり，このため，覚せい剤の再使用，覚せい剤中毒の再発を招き，治療が中断してしまう場合が多い。また，覚せい剤使用が犯罪であると同時に，覚せい

剤中毒者の多くは何らかの形で暴力団等と関係していることから、精神衛生センター、保健所において現在行われている精神障害者のアフターケア体制の中で覚せい剤中毒者の社会復帰及び地域ケアを行うことは極めて困難であり、観察指導の方法及びその確保について検討する必要がある。

4. 総合施策の充実

(1) 総合対策等

覚せい剤中毒対策は、医療機関にのみゆだねられて足るべきものではなく、取締りの強化、覚せい剤事犯者に対する厳正な処分等総合施策の充実が必要であることは言うまでもない。また、覚せい剤が近隣諸国より日本本土に進入することを水際で防止して我が国から覚せい剤を一掃することが根本的で最上の予防法である。また、覚せい剤中毒については中毒性精神病につき措置入院を命ずることのできないケースもあり、依存性除去を治療の対象とすることにも困難な側面がある。こうした面を踏まえて、例えば麻薬取締法に倣って覚せい剤取締法に独自の通報届出制度、医療保護制度、アフターケア制度を設け、取締りと医療保護、アフターケアを一体的に行うなど、受け入れ体制の整備状況を勘案しつつ法制度上の整備についても検討する必要がある。

(2) 調査研究の充実強化

覚せい剤中毒者等に関する実態について調査、研究を早急に実施するとともに病院内処遇、治療技術の開発等を行う必要があり、覚せい剤中毒等薬物依存に関し研究体制を整備する必要がある。

(3) 啓発、普及の実施

覚せい剤の薬理作用、中毒症状、フラッシュバック等についての正しい知識を啓発、普及し、広く国民に覚せい剤に関する理解を求める必要がある。

覚せい剤中毒者の診断基準

覚せい剤中毒者の診断は以下に述べる諸点に留意して問診，言動の観察，視診等を行うほか，生活歴，性格，環境，職業等を参考として総合的に判断することになる。

1) 覚せい剤中毒者の精神症状

覚せい剤を使用すると，急性症状として多くは覚せい剤効果により何でも関心を持ち，運動促進，注意力散漫，不安気分になる。更に乱用する錯覚，幻覚，妄想が生じる。大量に使用すると激しい時は錯乱状態となる。

覚せい剤の薬効が消失すると疲労感，倦怠感を覚え，これから逃避するため，また使用時の快感を求め，再び使用したいという強い欲求が起きて反復使用することになり（精神依存）その結果覚せい剤中毒となる。

覚せい剤中毒症状は多彩であるが，中核は刺激性不安気分と能動性の減退である。抑制力は低下して爆発性となり，一方では情性が鈍麻して無気力，無精で社会的行動は無責任，無反省・自己中心的なものとなる。こういった傾向は，元来の性格の傾向が中毒のため一層顕著になったといえる場合が少なくない。

覚せい剤中毒者の多くは中毒性精神病像を呈する。主要なものは幻覚・妄想型で，被害・追跡・注察・嫉妬・妄想などを生じ，錯覚や幻覚，多くは幻聴を生じる。場面的な幻覚も見られる。次は遅鈍型で，茫乎としており能動性の低下を示す。他に譫妄型もあるが稀である。覚せい剤中毒者が更に大量の覚せい剤を使用すると，不安性の興奮状態や幻覚錯乱状態を示す。

覚せい剤の常用をやめると，通常一週間以内に異常な興奮状態は消える。ただし，1ヶ月ぐらいは焦燥性，易怒感，反抗性などの易刺激の状態が続く。更に幻覚，妄想といった分裂病様状態が1～3ヶ月から数年にわたって続くこともある。こうなると分裂病と症状の上では区別つけ難いが，覚せい剤中毒症では接触性が良好な場合が多い。常用を止めても再使用した場合，多くは比較的少量でも急速に激しい精神症状を呈する。

また，後遺症の一つとして一過性の再現現象がでて，幻覚，妄想状態を呈したりする。これは心痛，疲労，飲酒等により誘発され易い。

2) 覚せい剤中毒の身体症状

身体症状としては，麻薬中毒のような廃薬による禁断症状はおこらず，注射痕・硬結のほか全身倦怠・食欲不振・るいそう・肝機能障害などが取り上げられる。

注射痕・硬結については，多くの者に認められており，これが不潔にしかも頻回に注射したためであるものの診断の助けにはなるであろう。また，長期にわたり大量に乱用すれば衰弱消耗状態のくることが多い。

なお，自律神経機能，肝機能，中枢神経機能，内分泌系機能などの異常がみられることがあるが，これはいずれも覚せい剤中毒に特異的とはいえない。

また，診断にあたっては，覚せい剤の使用状況も重要な手掛りとなる。しかしながら，

不正に流通している覚せい剤を使用して中毒になる例が殆どであることから、使用の事実を否定する者も少なく、受診者の覚せい剤使用に確証が持てない場合が多い。

わが国の医療機関ではあまり行われていないが、諸外国で急性中毒の場合に尿検査を活発に行っており、診断にあたって臨床検査を導入することも検討の必要があろう。

いずれにしろ、覚せい剤中毒の臨床像のほとんどは精神症状からなり、身体症状としては注射痕・硬結のほか特記すべきものはないように思われる。

3) 分裂病との区別について

覚せい剤慢性中毒の精神症状が、分裂病のそれと区別つけ難いことがあることは既に述べたが、覚せい剤中毒の場合は疎通性が比較的よく保たれている場合が多い。また使用中止後の経過をみれば、通常一週間以内に症状の軽快がみられる。

また、覚せい剤使用に起因する身体症状の観察及び覚せい剤使用状況の調査、尿中覚せい剤の有無、生活歴、職業等が参考となる。

2. 今後におけるアルコール関連問題予防対策について

平成5年10月1日

公衆衛生審議会精神保健部会

アルコール関連問題専門委員会

1. 本提言の性格

近年、我が国においては、大量飲酒、アルコール関連疾患、未成年者の飲酒等の問題の深刻化が指摘され、これらのアルコール関連問題が、国民の健康の保持・向上を図る上で重大な課題となってきている。今後とも、あらゆる関係者の努力と協力によりこの課題に取り組んでいくことが必要となってきている。

本専門委員会は、昭和60年の公衆衛生審議会による「アルコール関連問題対策に関する意見」を基礎として、保健・医療の専門的立場から、その後における研究成果等を踏まえつつ、対策推進の基本的考え方、当面実施・検討すべき事項等について審議を進めてきたが、この度、その成果を中間的に取りまとめ、国民各位への問題提起を行うべく、提言として公にするものである。言うまでもなく、アルコール関連問題は保健・医療上の問題であると同時に、わが国の飲酒文化、商習慣等とも密接に関係する問題であり、これらの見地からもあわせ多角的な検討も必要とされる。本提言を契機として、今後、様々な立場の国民の間で幅広い議論を行っていく必要があると考えられる。

2. 提言の基となる科学的知見と背景状況

我が国において、酒は百薬の長とも言われ、適度な飲酒は疲労感を和らげ、食欲を増進させるなどの効果を持つことから、古来より人々の日常生活に密着し、生活文化の中で重要な部分を占めるにいたっている。また、複雑化した現代社会においても、適正な飲酒習慣は増大するストレスを緩和し、人間関係を円滑にする役割を果たす一面を持っており、我が国の文化の構成要素となっている。

しかし、一方でアルコール飲料は国民の健康の保持・向上という観点からの考慮を必要とする、他の一般物品にはない次のような特性を有している。

- ① 到酔性：飲酒は、意識状態の変容を引き起こす。このために交通事故をはじめ種々の事件・事故の原因の一つとなるほか、短時間内の大量飲酒による急性アルコール中毒は、死亡の原因となることもある。
- ② 慢性影響による臓器障害：過度の飲酒は、肝障害等多くの疾患の原因となるほか、糖尿病等の慢性疾患の治療を困難にする。
- ③ 依存性：長期にわたる大量飲酒は、アルコールへの依存を形成し、本人の精神的・身体的健康を損なうとともに、社会への適応力を低下させ、家族等周囲の人々にも深刻な影響を与える。
- ④ 未成年者への影響：アルコールの心身に与える影響は、特に、精神的・身体的な発達の上にある未成年者においては大きいとされており、このため、未成年者飲酒禁止法によって未成年者の飲酒が禁止されている。

我が国の国民一人当たり純アルコール消費量は、女性の社会進出による飲酒機会の増加等の背景のもと、昭和60年の5.7リットルから昭和63年の6.7リットルへと増加したが、以後ほぼ横ばいの状態にある。一方、いくつかの先進諸国においてはアルコール消費量が漸減ないしは頭打ちの状態にある。

我が国におけるアルコール関連問題の状況については、近年、多くの研究成果が発表されており、この問題の重大性を指摘するものがある。

- ① 我が国におけるアルコール関連問題の生物学的背景として、日本人の約半数がアルコール代謝能力の一部を欠くという人種の特徴のあることが分かっている。(注1)
 - ② 1日平均純アルコール摂取量150ミリリットル以上の大量飲酒者は、我が国において推計200万人を超える。(注2)
 - ③ 一般病院における全入院患者のうち、適正を欠いた飲酒によって病状が悪化したと考えられるものが推計で14.7%に及ぶとの調査結果が報告されている。(注3)
 - ④ アルコール症スクリーニングテストによる問題飲酒者が、職場における40歳以上の男性の14%に及ぶという調査結果が報告されている。(注4)
 - ⑤ 高校生の15%が週に1回以上飲酒するとの研究結果があり、未成年者の飲酒と、酒類の自動販売機設置や宣伝・広告を関連づける研究結果が報告されている。(注5)
- また、高齢者の飲酒問題の中には重篤な身体疾患や痴呆を合併し、介護を行う家族に多大な負担を課す例があることから、人口の高齢化に伴って大きな問題となることが危惧されている。

一方、適正な飲酒習慣は動脈硬化を防止する等、飲酒の身体に及ぼす効用を報告する知見もある。(注6)

平成3年4月、世界保健機関(WHO)は、我が国においてアルコール関連問題国際専門家会議を開催し、アルコールが健康上・社会上の多くの問題の原因となっているとの認識に立って、アルコール飲料の入手に関する規制の検討、健康教育の推進等を含む、アルコール関連問題対策に関する勧告を行った。

諸外国の中には、酒類の販売に加え、料飲店等における提供をも免許制としたり、酒類の宣伝・広告を規制するところもある。

小売酒販売業者の中には、平成4年以降、酒類自動販売機を撤廃する方向で検討しているところの動きが見られ、消費者団体等の中にもこれを支持するものが見られる。

3. 基本的な考え方

アルコール飲料は、食品としての性格に加え、上記2のとおり、国民の健康に大きな影響を与える蓋然性を有することから、アルコール飲料の販売・料飲店等における提供等に当たっては、国民の健康の保持・向上を図る観点から十分に配慮されなければならないと考える。

我が国におけるアルコール関連問題の重要性についての調査研究に基づく指摘や、国民の一部に健康の保持・向上という観点からアルコール飲料の販売・提供等の在り方を

見直そうとする動きが見られている今日、本専門委員会としては、今後のアルコール関連問題対策において次のような考え方を重視していくことが必要であると考えます。

- (1) アルコール関連問題対策のうち、特に、予防対策に一層の力点を置くことが必要であり、その推進のためには、健康教育等による個人の自覚・努力はもとより、社会環境を整備する必要がある、国民全体の参加、特にアルコール飲料の製造、販売、料飲店等における提供に関わるものの参加が重要である。
- (2) 今後は、・健康教育・健康相談の充実、・未成年者飲酒禁止法の趣旨の徹底、・アルコール飲料の販売・提供面からの効果的対策の3者を、相互の連携を図りながら、アルコール関連問題予防対策として、関係省庁の協力に基づき総合的に検討、実施していくことが重要である。

4. 当面検討、実施すべき事項

(1) 知識の普及及び健康教育について

過度の飲酒による健康影響や未成年者の飲酒等のアルコール関連問題の予防対策として、さまざまな場を活用して、知識の普及及び健康教育を推進していく必要がある。

現在、精神保健センター及び保健所において、アルコール関連問題に関する相談事業が実施されているが、飲酒問題を持つ者本人やその家族に対する相談が中心であり、地域住民全般への知識の普及については、いまだ不十分な現状にある。

以下に述べる手段等を通じて、可能なかぎり多くの国民に対して過度の飲酒の弊害や、適正飲酒に関する知識の普及を活発に行うことが必要である。

- ① 行政が、適正飲酒について、広報活動等を通して、普及・啓発を行うこと。
- ② 肝機能の異常等、アルコールと関連した異常を早期発見できる検査を、健康診断の一環として実施している事業所が多いが、有所見者に対する事後指導として、適正飲酒教育を充実すること。特に、退職後に飲酒が問題化する例があることから、退職を控えた勤労者に対し、飲酒についての生活指導を実施すること。
- ③ 未成年者の飲酒が増加しているとの指摘を考慮し、健康教育の一層の充実を図ること。

また未成年者の飲酒増加の背景には、親等の未成年者飲酒についての認識の低さがあることが推測されるため、親等に対する知識の普及を図ること。

- ④ 飲酒問題を持つ者は、初期には身体疾患の治療のため、アルコールの専門治療体制を備えていない内科等の医療機関を受診することが一般的であり、これらの者に対し早期から効果的な治療を行うためには、一般の医師のアルコール関連問題についての理解を高める必要がある。このため、医学教育の中でも所要の配慮を行い、医師全体のこの問題に対する意識の向上を図ること。

(2) 酒類の宣伝・広告について

近年、ビールを中心として、大規模メーカー間の競争の激化を反映し、テレビコマーシャル等の酒類の宣伝・広告が目立っている。アルコール飲料の特性や未成年者の飲酒問題に配慮しつつ、今後、以下の点に留意した、検討を引き続き行っていく必要

がある。

- ① テレビコマーシャルの放映時間
- ② 主として未成年者に人気のあるタレントを起用する等、未成年者の関心を強く引き付ける内容、大量飲酒を推奨する内容
- ③ 未成年者の飲酒に関する警告表示等

なお、直近では、平成5年4月、業界は国税庁の指導により、「未成年者飲酒禁止の注意表示等の自主基準」を改正したところである。また、現在いくつかの酒類関連業者が、適正飲酒や未成年者飲酒防止についての広告、キャンペーン等を自主的に実施しており、今後においても推奨されるべきものである。

(3) アルコール飲料の販売形態、特に酒類自動販売機について

酒類の自動販売機については、昭和60年の公衆衛生審議会意見書において、未成年者の飲酒に伴う身体発育面、精神面等の弊害を予防し、将来のアルコール依存症者を減少させるために、その効果的な規制を働きかけるべきことを述べている。また、昭和61年の中央酒類審議会においても未成年者飲酒防止の観点から適切な管理をすべきとの指摘がなされ、国税庁においても、平成2年に「未成年者飲酒防止に関する表示基準」が示され、稼働時間の制限、未成年者飲酒防止の表示の義務化等の対策が実施されてきたところであるが、なお、昭和60年以降も自動販売機の台数自体は増加し、20万台に達している。

アルコール飲料の持つ健康に影響を与えるという特性や、近年の未成年者の飲酒の増加傾向等を考慮すると、アルコール飲料の販売については、その特性を十分に理解した者が対面販売により責任を持って行うことが望ましい。

酒類の自動販売機については、消費者の利便、販売業者の省力化に資するという面もあるが、健康教育等による未成年者飲酒防止対策の効果を阻害することも考えられるため、一定の移行期間を設けて撤廃する方向で検討すべきである。

なお、その実施については関係各方面との調整が必要と考えられる。

(4) 研修体制について

アルコール医療に携わる専門スタッフの養成のため、現在、国立療養所久里浜病院において、医師、保健婦、看護婦、ケースワーカーに対する研修が行われているが、これをさらに拡充することが必要である。

また、精神保健センター等の機能を活用して、学校の保健担当教諭、職場の健康管理担当者及び酒類販売・料飲店等における提供に従事する者に対しても、アルコール飲料の特性及びアルコール関連問題についての知識を普及するための研修を行えるような体制を整える必要がある。

(5) 今後の課題について

国民の健康に大きな影響を与える蓋然性を有するアルコール飲料の特性を考慮すれば、アルコール関連問題を予防し国民の健康を保つという視点からアルコール飲料の販売・提供の在り方を考えていく必要がある。

今後、関係省庁においても、アルコール関連問題に適切に対処するため、諸外国の例等も参考にしつつ、消費者の利益等を踏まえ、また酒類関連業界の理解を得ながら、アルコール飲料の販売提供の在り方について検討を進めていくべきである。

- (注1) Low Km ALDHの有無と飲酒行動。アルコール研究と薬物依存, 22:p.236 (1987)
- (注2) アルコール消費量と飲酒者数の推移。我が国の精神保健, p.233 (1992)
- (注3) 潜在するアルコール関連問題者数の推定について。我が国のアルコール関連問題の現状, p.43 (1993)
- (注4) 職場におけるアルコール依存者の頻度。職場の精神保健に関する研究報告書, p.47 (1992)
- (注5) 高校生における飲酒問題。我が国のアルコール関連問題の現状, p.55 (1993)
- (注6) Does Moderate Alcohol Consumption Prolong Life
Ellison. R. American Council Science and Health, 1993, p.23

3. 今後の精神保健医療福祉施策について（報告書）

平成14年12月19日
社会保障審議会障害者部会
精神障害分会

1 はじめに

- 我が国の精神保健医療福祉施策は、昭和62年の精神衛生法改正において、精神医療における人権の確保及び精神障害者の社会復帰対策が位置付けられて以来、一定の向上が図られてきている。
- しかし、我が国の精神保健医療福祉の状況については、依然として次のような課題があることが指摘されている。
 - ・人口当たりの精神病床数（ただし、精神病床の定義は国によって異なる場合がある。）が諸外国に比べて多いこと
 - ・医療技術の進歩等により、最近入院した者については比較的短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者が減らないこと
 - ・精神病床の機能分化が未だ成熟しておらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること
 - ・入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと
 - ・精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと
- このように、我が国の精神障害者対策が施設処遇を中心として発達してきた背景には、歴史的に、精神保健医療福祉サービスの提供体制が不十分であった時代に生じていた、私宅監置等の自宅や地域における処遇の問題を改善するために、施設処遇が進められてきたという経緯がある。
- 精神保健法（昭和62年）、障害者基本法（平成5年）、精神保健福祉法（平成7年）等の成立を経て、施設処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきた。しかし、その成果ははまだ十分ではなく、いわゆる社会的入院者の退院も進んでいない。
- しかし、今後は、上に掲げた課題の解決を図りつつ、ノーマライゼーションの考え方を踏まえ、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要である。
- このため、今後の進むべき方向を明示した上で、可能な限り各種施策の目標数値を設定し、計画的に推進を図ることが必要である。
- なお、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案の審議の過程で、こうした新たな施策の推進とともに精神保健医療福祉施策全般の充実向上が不可欠として、ともに重要な課題であることが指摘されている。
- 本分会においては、平成14年1月28日の第1回会議以来、11回の会議を重ね、精神

保健医療福祉施策全般の充実向上のための基本的な考え方及び具体的な方策について検討を進めてきた。この検討結果が、障害者基本計画及び障害者プランに可能な限り盛り込まれ、順次実現が図られることを期待するものである。

2 基本的な考え方

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

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

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

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

3 具体的な施策のあり方について

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

1) 精神障害者の地域生活の支援

① 在宅福祉サービスの充実

<現状>

- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)の改正により、居宅生活支援事業を平成14年度から市町村単位で実施知ることとなった。
- ・社会復帰施設等の利用に関する相談、あっせん、調整業務の市町村実施に合わせて、精神障害者ケアガイドラインを一部改正した。(平成12年度)

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

② 地域における住まいの確保

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応>

- ・引き続き、グループホームの確保を推進する（数値目標を引き続き検討）。
- ・住まいの確保に関する支援方策について、厚生労働省科学研究事業の活用等により検討を進める。
- ・地域における日常生活上の支援を踏まえ、公営住宅の優先入居やグループホームとして

の活用等について、関係部局との連携を図る。

③ 地域医療の確保

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

④ 精神科救急システムの確立

<現状>

- ・精神障害者の地域生活への移行及び心の健康問題への早期対応を図る観点から、精神科救急システムの整備が重要な課題となってきている。特に、措置入院等の非自発的入院を要するような重傷例への対応だけでなく、自らの意志で医療相談や受診をしようとする者に対応する体制の重要性が指摘されている。
- ・厚生労働省においては、精神科救急医療システムの整備事業を実施しており、1県を除き何らかの取組はなされているが、夜間・休日の体制、自らの意思で受診をしようとする者への対応、住民への周知等の面で十分ではない。このため、救急医療システムを拡充し、緊急的な精神医療相談等に対応するため、「24時間医療相談体制整備事業」を開始している。

<方向>

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

<具体的な対応>

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

⑤ 地域保健及び多様な相談体制の確保

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

⑥ 就労支援

<現状>

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

<方向>

- ・授産施設等における活動から一般就労への移行を促進する。

<具体的な対応等>

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

2) 社会復帰施設の充実

<現状>

- ・平成8年から開始された障害者プランに基づき概ね目標を達成している。

<方向>

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

<具体的な対応等>

○ 社会復帰施設整備の考え方

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

- ・その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的長期の入院（概ね5年以上）のものについても、一部が生活訓練施設を経ることとなるが、その他は直接、住宅又はグループホームでの生活を送ることができるよう支援を行うことが望ましい。ただし、比較的短期入院の者の場合と比較し、生活訓練施設における訓練を要する者が多いと想定される。
 - ・その他の精神疾患を有する高年齢者（概ね55歳以上）については、心身の障害程度、自宅の保有状況等に応じて、住宅、グループホーム、福祉ホーム等での生活を送ることができるよう、支援を行うことが望ましい。また、介護保険のサービスの利用を希望する者については、適切な援助を実施する。
 - ・精神障害者社会復帰施設を設置する場合の整備費の補助について、病床削減と関連付けることを検討する。
- 都道府県・市町村の役割
- ・施設整備の推進に当たっては、都道府県・市町村の積極的な取組が欠かせないことから、都道府県・市町村障害者計画において、その具体的な目標を定めることや、地域住民の理解が必要であることから、精神疾患及び精神障害者への正しい理解の普及等についても記載を充実するよう要請する。
 - ・都道府県・指定都市に対し、地方障害者施策推進協議会の活用等により、いわゆる社会的入院・長期入院の改善方策について検討するよう要請する。
- 今後さらに検討を要する課題等
- ・地域生活支援センターについては、地域で生活する精神障害者を支援する身近な施設であることから、他の障害者施策との関連、これまでの活動実績の評価等も考慮し、地域生活支援センター相互や市町村との連携も含め、検討会等の場でそのあり方をさらに検討する。
 - ・入院は要さないが介護や医療に対するニーズの比較的高い精神障害者の処遇に適する施設のあり方について、新たな施設類型も含め、検討会等の場でさらに検討する。
 - ・授産施設等については、一般就労への移行に向けた訓練機能を果たすよう、適切な運営を図るとともに、そのあり方について検討する。

3) 適切な精神医療の確保

① 精神医療における人権の確保

<現状>

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

<方向>

- ・引き続き、精神医療審査会の機能の充実と適正化等を図る。

<具体的な対応等>

- ・都道府県・指定都市に対し、審査件数に対応した適切な数の合議体を設置する等、精神

医療審査会の機能の充実・適正化を図るよう要請する。

- ・厚生労働科学研究事業の活用等により、精神医療審査会の機能の評価を行う。
- ・精神保健指定医に対する研修の充実等により、措置入院や医療保護入院の可否の判断等の一層の適正化を図る。
- ・厚生労働科学研究事業の活用等により、措置入院制度、医療保護入院制度の運用状況について調査・検討を進める。

② 精神病床の機能分化

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

③ 精神医療に関する情報提供

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

④ 根拠に基づく医療の推進と精神医療の安全対策

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

- ・平成15年度に終了予定の厚生労働科学研究事業「精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究」及び精神・神経疾患研究委託費研究「アルコール・薬物関連障害の病態に関する総合的研究」の成果等を踏まえ、根拠に基づく医療の普及のために必要な対応を進める。
- ・「医療安全推進総合対策」において、国として当面取り組むべき課題とされた事項を着実

に実施する。また、自傷、他害、無断離院、隔離・拘束等、精神医療に特有な課題もあることから、精神医療の特性を踏まえた安全対策の必要性やあり方について、平成15年度から厚生労働科学研究事業の活用等により検討を進める。

4) 精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

・医師臨床研修の必修化により、精神疾患を含むプライマリケアの基本的診療能力の向上を図る。

・精神保健指定医の資格審査を引き続き厳正に実施するとともに、指定医研修内容の充実により、資質の確保向上を図る。

・看護基礎教育及び卒後教育の充実等により、看護職員の資質の向上を図るとともに、看護職員の確保を図る。

・社会復帰施設の職員（精神保健福祉士を含む。）に対する研修を引き続き実施する。

5) 心の健康対策の充実

① 精神障害及び心の健康問題に関する健康教育等

<現状>

・保健所、市町村等において、心の健康づくりに関する知識や、精神疾患に対する正しい知識の普及・啓発を実施している。

・小・中学校、高等学校における体育・保健体育に関する学習指導要領において、「心の健康」について記載され、これに沿った教育がなされている。

<方向>

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

<具体的な対応等>

・引き続き、保健所、市町村や職域における啓発事業等を通じ、心の健康問題、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の推進を図る。

・精神障害者社会復帰施設における「地域交流スペース」の普及を図り、地域ぐるみで精神障害者の自立と社会参加への理解と支援を促す。この際、利用者の負担にならないよう配慮が必要との意見にも留意する。

・文部科学省と連携して、児童等の健やかな心の成長を促す一助として、精神疾患及び精神障害者への正しい理解を進め、差別・偏見の解消を図る手法の開発を進める。当面、厚生労働科学研究事業（「精神保健の健康教育に関する研究」）を活用して、検討を進め

る。

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

② 自殺予防とうつ病対策

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

進する。

③ 心的外傷体験へのケア体制

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

④ 睡眠障害への対応

<現状>

- ・睡眠に何らかの問題を持つ人は、成人の約20%とされる。

<方向>

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

<具体的な対応等>

- ・睡眠に問題を持つ人のうち治療を要する者が適切に治療に至るように、厚生労働科学研究事業の成果を活用し、地域精神保健医療従事者用マニュアル等の作成及び普及を行い、保健指導の充実を図る。

⑤思春期の心の健康

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

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

6) 精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進

<現状>

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

<方向>

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

<具体的な対応等>

- ・厚生労働省において, ここに掲げた各種施策の進捗状況を定期的に取りまとめ, 本分会に報告することとし, 本分会は必要に応じて施策の見直しを検討する。当面, 平成14年

度に実施中の、「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」がまとまりしだい、報告を受けることとする。

- ・WHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究プログラム（WMH）に準拠した疫学調査を、厚生労働科学研究事業において検討中であり、これを引き続き推進する。
- ・厚生労働科学研究事業の活用等により、地域や国全体でみた精神保健医療福祉の水準を評価する手法（指標）の開発を推進する。
- ・既存の統計資料については、都道府県・指定都市別の比較可能な形で提供を進める。
- ・引き続き、厚生労働科学研究事業（こころの健康科学研究事業等）により、精神保健医療福祉施策に資する研究を推進する。
- ・都道府県・市町村における精神保健医療福祉施策についても、客観的な指標を活用した計画的な推進や、支援ニーズをもった当事者を企画・立案の場へ参画させる等の方法による、当事者の意見の十分な反映について必要な助言等を行う。

4. 障害者基本計画

〔平成14年12月24日〕
閣議決定

はじめに

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

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

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

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

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

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

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

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

I 基本的な方針

(考え方)

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

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

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

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

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

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

(横断的視点)

1 社会のバリアフリー化の推進

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

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

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

2 利用者本位の支援

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

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

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

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

体との連携・協力を推進する。

3 障害の特性を踏まえた施策の展開

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

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

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

4 総合的かつ効果的な施策の推進

(1) 行政機関相互の緊密な連携

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

(2) 広域的かつ計画的観点からの施策の推進

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

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

(3) 施策体系の見直しの検討

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

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

II 重点的に取り組むべき課題

1 活動し参加する力の向上

(1) 疾病、事故等の予防・防止と治療・医学的リハビリテーション

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

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

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

(2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進

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

(3) IT革命への対応

急速に進展する高度情報通信社会において障害者の社会参加を一層推進するため、

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

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

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

2 活動し参加する基盤の整備

(1) 自立生活のための地域基盤の整備

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

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

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

(2) 経済自立基盤の強化

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

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

また、年金、手当等による所得保障を引き続き推進する。

3 精神障害者施策の総合的な取組

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

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

4 アジア太平洋地域における域内協力の強化

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

III 分野別施策の基本的方向

1 啓発・広報

(1) 基本方針

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

参加による啓発活動を強力に推進する。

(2) 施策の基本的方向

① 啓発・広報活動の推進

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

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

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

② 福祉教育等の推進

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

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

③ 公共サービス従事者に対する障害者理解の促進

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

④ ボランティア活動の推進

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

2 生活支援

(1) 基本方針

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

(2) 施策の基本的方向

① 利用者本位の生活支援体制の整備

ア 身近な相談支援体制の構築

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

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

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

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

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

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

イ 権利擁護の推進

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

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

ウ 障害者団体や本人活動の支援

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

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

② 在宅サービス等の充実

ア 在宅サービスの充実

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

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

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

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

イ 住居の確保

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

ウ 自立及び社会参加の促進

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

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

障害者の社会参加を一層推進するため、身体障害者補助犬の利用を促進する。

エ 精神障害者施策の充実

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

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

オ 各種障害への対応

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

③ 経済的自立の支援

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

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

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

④ 施設サービスの再構築

ア 施設等から地域生活への移行の推進

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

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

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

イ 施設の在り方の見直し

施設体系について、施設機能の在り方を踏まえた上で抜本的に検討する。

入所施設は、地域の実情を踏まえて、真に必要なものに限定する。

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

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

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

入所者の生活の質の向上を図る観点から、施設の一層の小規模化・個室化を図る。

⑤ スポーツ、文化芸術活動の振興

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

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

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

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

⑥ 福祉用具の研究開発・普及促進と利用支援

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

福祉用具の相談等に従事する専門職員の資質向上のため、研修の充実を図る。

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

⑦ サービスの質の向上

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

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

⑧ 専門職種の養成・確保

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

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

3 生活環境

(1) 基本方針

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

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

また、防災、防犯対策を推進する。

(2) 施策の基本的方向

① 住宅、建築物のバリアフリー化の推進

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

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

② 公共交通機関、歩行空間等のバリアフリー化等の推進

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

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

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

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

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

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

③ 安全な交通の確保

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

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

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

④ 防災、防犯対策の推進

ア 災害対策

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

イ 住宅等の防災対策

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

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

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

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

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

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

ウ 防犯対策

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

また，手話のできる警察官の交番等への配置等の施策を引き続き推進する。

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

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

4 教育・育成

(1) 基本方針

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

(2) 施策の基本的方向

① 一貫した相談支援体制の整備

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

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

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

② 門機関の機能の充実と多様化

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

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

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

③ 指導力の向上と研究の推進

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

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

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

④ 社会的及び職業的自立の促進

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

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

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

⑤ 施設のバリアフリー化の促進

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

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

5 雇用・就業

(1) 基本方針

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

(2) 施策の基本的方向

① 障害者の雇用の場の拡大

ア 障害者雇用率制度を柱とした施策の推進

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

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

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

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

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

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

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

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

イ 障害者の能力・特性に応じた職域の拡大

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

る。

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

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

ウ 障害者の働きやすい多様な雇用・就業形態の促進

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

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

通勤の困難な重度障害者等を念頭に、在宅就業におけるIT活用を推進する。

エ ITを活用した雇用の促進

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

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

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

オ 障害者の雇用・就業を行う事業の活性化

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

カ 障害者の創業・起業等の支援

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

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

② 総合的な支援施策の推進

ア 保健福祉、教育との連携を重視した職業リハビリテーションの推進

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

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

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

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

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

イ 雇用への移行を進める支援策の充実

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

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

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

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

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

ウ 障害者の職業能力開発の充実

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

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

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

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

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

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

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

エ 雇用の場における障害者の人権の擁護

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

6 保健・医療

(1) 基本方針

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

(2) 施策の基本的方向

① 障害の原因となる疾病等の予防・治療

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

ア 障害の原因となる疾病等の予防・早期発見

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

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

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

イ 障害の原因となる疾病等の治療

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

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

の連携を促進する。

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

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

ウ 正しい知識の普及等

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

② 障害に対する適切な保健・医療サービスの充実

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

特に、小児に対しては、障害に対応した発達を支援する。

ア 障害の早期発見

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

イ 障害に対する医療、医学的リハビリテーション

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

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

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

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

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

ウ 障害者に対する適切な保健サービス

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

保健所等において、障害児の発達について相談・指導を行う。

エ 保健・医療サービス等に関する適切な情報提供

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

③ 精神保健・医療施策の推進

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

ア 心の健康づくり

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

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

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

イ 精神疾患の早期発見・治療

精神疾患の早期発見方法の確立及び発見機会の確保・充実を図る。

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

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

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

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

④ 研究開発の推進

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

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

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

を総合的に活用して学際的研究開発を推進する。

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

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

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

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

⑤ 専門職種の養成・確保

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

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

医師等の臨床研修及び生涯教育の充実等を図る。

7 情報・コミュニケーション

(1) 基本方針

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

(2) 施策の基本的方向

① 情報バリアフリー化の推進

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

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

各省庁、地方公共団体は公共調達において、障害者に配慮した情報通信機器、シ

システムの調達に努力する。

行政情報について、ホームページ等のバリアフリー化を推進する。

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

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

- ③ 情報提供の充実

聴覚障害者情報提供施設について、全都道府県での整備を促進する。

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

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

- ④ コミュニケーション支援体制の充実

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

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

8 国際協力

- (1) 基本方針

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

- (2) 施策の基本的方向

- ① 国際協力等の推進

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

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

- ② 障害者問題に関する国際的な取組への参加

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

- ③ 情報の提供・収集

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

④ 障害者等の国際交流の支援

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

IV 推進体制等

1 重点施策実施計画

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

2 連携・協力の確保

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

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

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

3 計画の評価・管理

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

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

4 必要な法制的整備

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

5 調査研究、情報提供

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

用語（注）

1. ノーマライゼーション： 障害者を特別視するのではなく、一般社会の中で普通の生活を送れるような条件を整えるべきであり、共に生きる社会こそノーマルな社会であるとの考え方。
2. リハビリテーション： 障害者の身体的、精神的、社会的な自立能力向上を目指す総合的なプログラムであるとともに、それにとどまらず障害者の

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

3. バリアフリー

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

4. ユニバーサルデザイン

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

5. 重点施策実施五か年計画

平成14年12月24日
障害者施策推進本部決定

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

I 重点的に実施する施策及びその達成目標

1 活動し参加する力の向上のための施策

(1) 障害の原因となる疾病の予防及び治療・医学的リハビリテーション

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

8 施設

(2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進

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

(3) 情報バリアフリー化の推進

① デジタル・デバイドの解消

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

② 情報提供の充実

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

③ 研究開発

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

(4) 欠格条項見直しに伴う環境整備

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

2 地域基盤の整備

(1) 生活支援

① 利用者本位の相談支援体制の充実

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

② 在宅サービス

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

③ 施設サービス

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

(2) 生活環境

① ユニバーサルデザインによるまちづくり

地方公共団体が行うユニバーサルデザインによるまちづくりを支援する。

② 住宅、建築物のバリアフリー化の推進

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

成を推進する。 平成27年度までに全住宅ストックの2割

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

平成22年度までに100%

- ・ 地方公共団体が行う公共施設等のバリアフリー化を支援する。

③ 公共交通機関、歩行空間等のバリアフリー化等の推進

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

そのうち、段差解消につき、平成17年までに

鉄軌道駅については約60%

バスターミナルについては約80%

旅客船ターミナルについては約70%

航空旅客ターミナルについては約70%

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

平成17年度までに2,600台

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

- ・ 直轄河川において新設される水辺プラザ等の河川利用の拠点において、手すり・緩傾斜スロープ等の設置、堤防・護岸の緩傾斜化等を実施する。
 - ・ 人の利用に供するすべての新設港湾緑地において、手すり、スロープ、休憩施設、身体障害者用便所、身体障害者用駐車スペース等を整備する。
 - ・ バリアフリーに配慮した森林総合利用施設の整備を推進する。
 - ・ 移動支援バリアフリーマップを提供する。
- ④ 交通安全の確保
- ・ バリアフリー対応型信号機の整備を推進し、交通バリアフリー法の特定経路を構成する道路上の信号機の約8割をバリアフリー対応型信号機とすることを目指す。
 - ・ 「あんしん歩行エリア」の形成を進め、エリア内の死傷事故の約2割を抑止、うち歩行者・自転車事故については約3割を抑止することを目指す。
- ⑤ 運転免許所得希望者等に対する利便の向上
- ・ 特定自動車教習所に対する持ち込み車両等を使用した教習の実施等の指導を行う。
 - ・ 持ち込み車両等に対する技能試験の実施等を推進する。
 - ・ 免許申請時等における障害者等のプライバシー保護への配慮及び運転適性相談等に係る態勢の充実を図る。
- ⑥ 生活の安全の確保
- ・ Eメール、ファックス等による安全ネットワークを推進する。
 - ・ 「手話交番」を推進する。
 - ・ 地域における防犯ネットワークを確立する。
 - ・ 自主防災組織による支援体制を整備する。
 - ・ 行政機関と福祉関係者等による防火指導等を一層推進する。
 - ・ 緊急通報システムによる消防への緊急通報体制の一層の充実など障害者に係る火災予防体制を強化する。
 - ・ 砂防、地すべり対策及び急傾斜地崩壊対策事業の実施により、土砂災害のおそれのある自力避難の困難な障害者等の災害弱者が24時間入院・入居している施設を保全する。 平成19年度までに240施設
 - ・ 障害者等災害弱者関連施設に係るきめ細やかな治山対策を実施する。
 - ・ 防災情報を住民等に一齐に伝達するための送信装置のモデルシステムを平成15年度に開発する。

3 精神障害者施策の充実

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

(1) 保健・医療

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

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

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

(2) 福祉

① 在宅サービス

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

② 施設サービス

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

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

4 アジア太平洋地域における域内協力の強化

(1) 政府開発援助における障害者に対する配慮

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

(2) 国際機関を通じた協力の推進

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

5 啓発・広報

(1) 共生社会に関する国民理解の向上

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

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

6 教育・育成

(1) 一貫した相談支援体制の整備

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

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

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

(2) 専門機関の機能の充実と多様化

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

(3) 指導力の向上と研究の推進

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

(4) 施設のバリアフリー化の推進

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

7 雇用・就業の確保

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

II 計画の推進方策

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

6. 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向

平成15年5月15日
精神保健福祉対策本部中間報告

○精神疾患を取り巻く状況の認識

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

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

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

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

○基本的方向と重点施策

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

1 普及啓発

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

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

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

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

2 精神医療改革

ア 精神病床の機能強化について

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

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

イ 地域ケアの充実について

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

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

ウ 精神病床数について

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

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

3 地域生活の支援

ア 住居について

地域における居住先の確保を支援する。

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

イ 雇用について

精神障害者の雇用支援を進めるとともに、雇用の機会を増やしていく。

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

ウ 気軽な相談機関や仲間・生き甲斐づくりについて

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

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

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

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

4 「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策

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

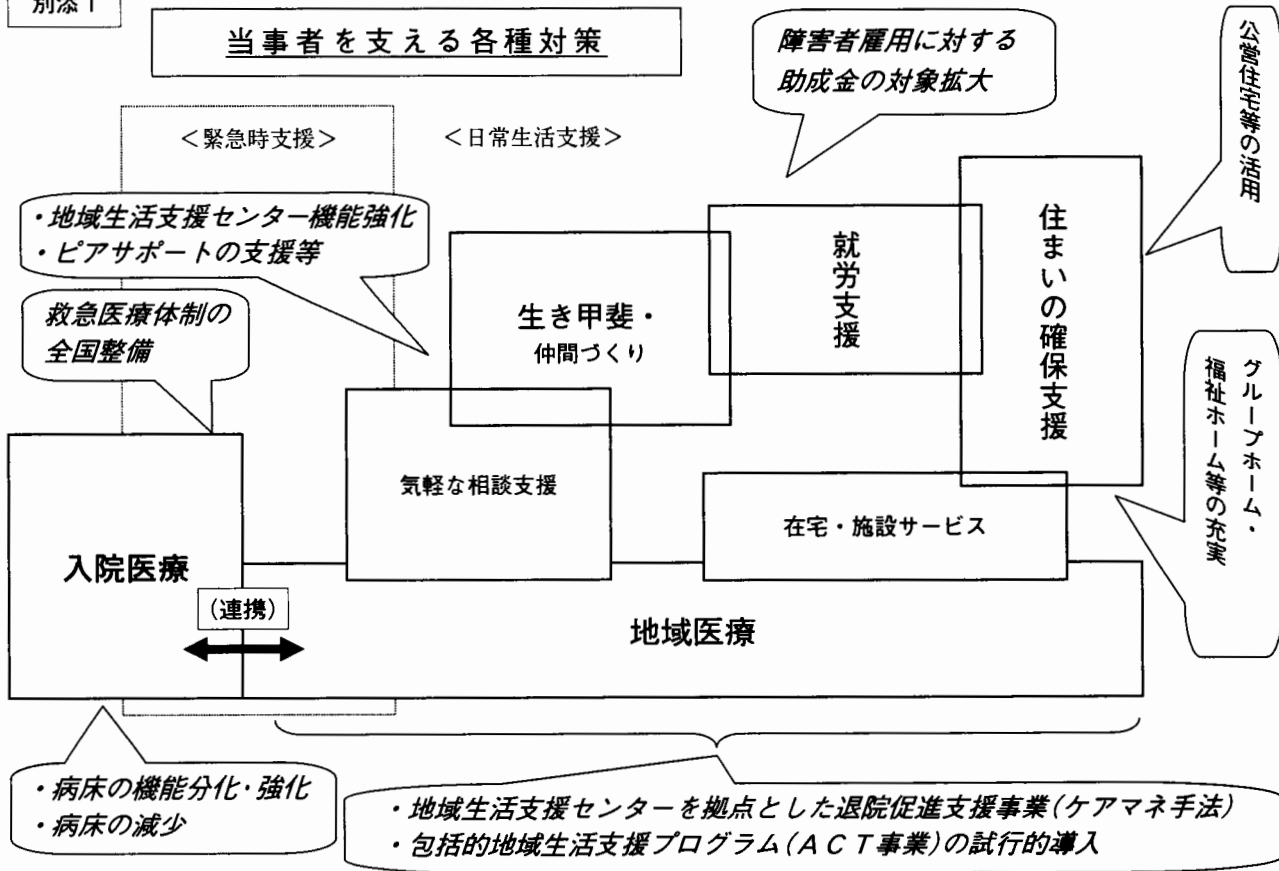
受け皿については、新障害者プランを着実に実施し、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設を確保するとともに、在宅生活者についてはホームヘルプサービス等の充実による支援を行う。これにより入院患者の減少が促進されることにあわせ、精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。なお、これらについては、現在実施中の精神障害者ニーズ調査の結果及び今後の退院の状況を踏まえて必要に応じ見直しも検討する。精神病床の機能分化と地域精神医療及び福祉の確保、病院と地域との中間的な機能を有する社会復帰施設の体系的整備の検討など、社会復帰促進策を計画的に進めることとす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

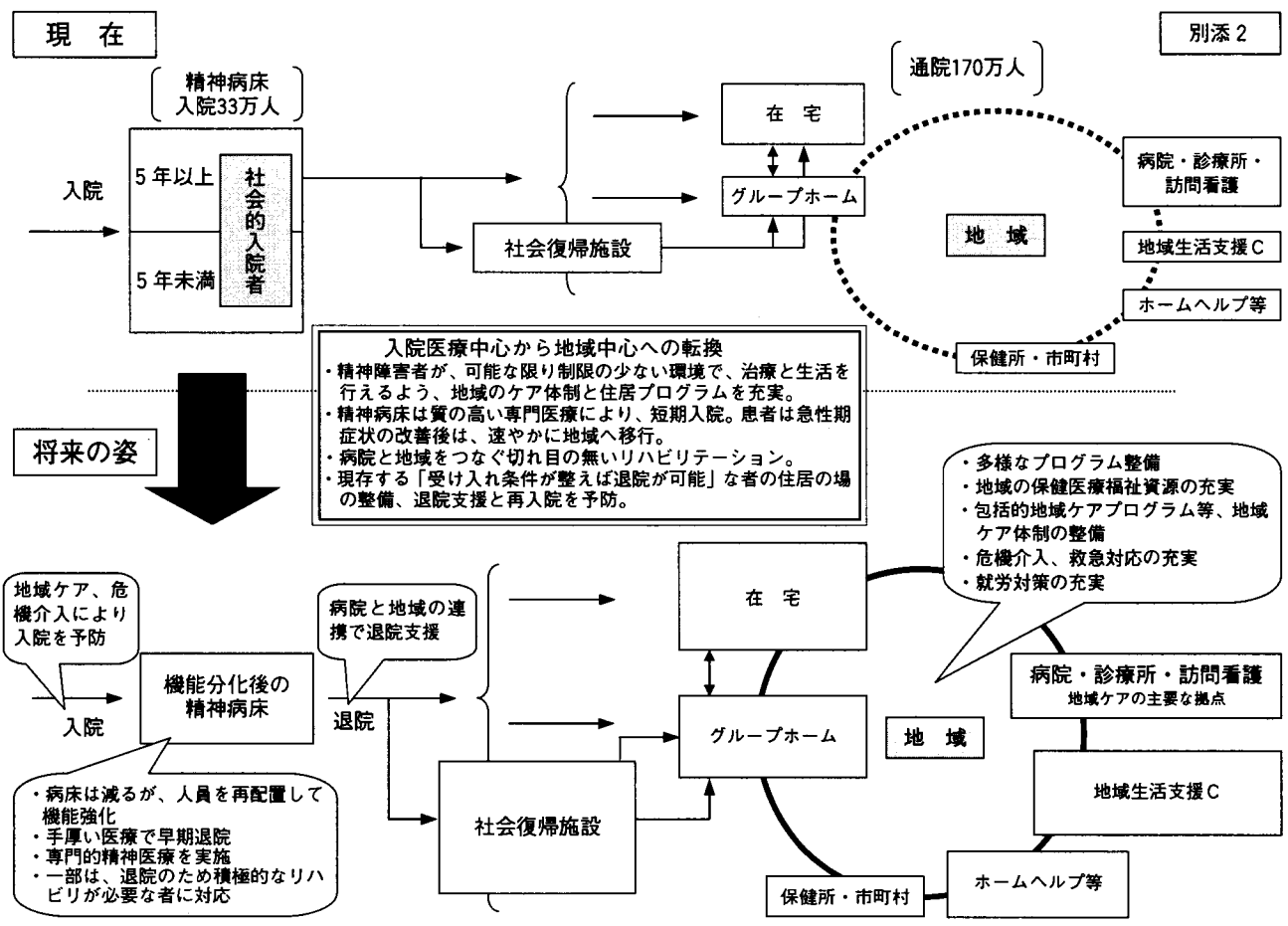
5 具体的検討の進め方について

平成15年度より以下の検討会を開催し、それぞれの課題に対応する。(別添3)

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

当事者を支える各種対策





精神保健福祉の改革の段取り

別添 3

[普及啓発] [精神医療の改革] [地域生活や活動の支援]

H 15.1

普及啓発指針の
策定

精神病床等検討会
(仮称)

- ・医療計画記載事項、
基準病床算定式の見直し
- ・機能分化のあり方

等

退院促進
支援事業
開始

在宅福祉、地域ケア体制等
検討会 (仮称)

- ・地域ケアの充実
- ・社会復帰施設の体系的
整備
- ・グループホーム等の充実
- ・地域生活支援センター等
の機能

等

新障害者
プラン開始

H 16.1

政府広報等
の開始

精神障害者
雇用促進研
究会の結論

H 17.1

7. 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）

平成16年9月
精神保健福祉対策本部

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

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

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

<受入条件が整えば退院可能な者の動態>

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

(2) 達成目標

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

① 国民意識の変革の達成目標

（目標）

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

（考え方）

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

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(目 標)

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

(考え方)

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

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

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

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

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

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

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

② 施策の基本的方向

- ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し
- イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備
- ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

- 都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を平成17年度から導入する。
- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室（ユニット）単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。
- 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。
- 精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。
- 精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばG A F 30点以下程度を目安）に対して、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所（院）、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を明確化する。
- 措置入院を受け入れる病院について、病棟の看護職員配置を3：1以上にする等の医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みを導入する。

(3) 地域生活支援体系の再編

① 地域生活支援体制の現状

② 施策の基本的方向

- ア ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編
- イ 重層的な相談支援体制の確立

ウ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

③ 当面（改革第一期）の重点施策群（主なもの）

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

（市町村等への必要な支援措置が必要不可欠）

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

(4) 精神保健医療福祉施策の基盤強化

① 人材・財源配分の現状

② 今後の基本的方向

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

③ 当面の検討事項

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

いて検討し早急に結論を得る。

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

8. 精神病床に係る基準病床数の算定式について

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

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

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

なお、本通知については、医政局と協議済みであるので、念のため申し添える。

記

第一 改正の趣旨

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

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

第二 改正の内容

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

【算定式の基本部分】

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

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

〔流入患者・流出患者数〕

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

〔病床利用率〕

病床利用率（E₁、E₂）については、0.95とする。（告示第4条参照）

〔平均残存率〕

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

基準病床数の算定に当たっては、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値を用いる。ただし、(1)の値が(2)の値を下回る都道府県にあっては、(1)の値とする。（告示第5条参照）

- (1) 各都道府県の平均残存率
- (2) 全国の平均残存率の目標値

〔退院率〕

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

数で除した値をいう。

基準病床数の算定に当たっては、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値を用いる。ただし、(1)の値が(2)の値を上回る都道府県にあっては、(1)の値とする。(告示第6条参照)

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

[長期入院患者退院促進目標数]

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

- (1) 当該都道府県における入院期間が1年以上である精神病床における入院患者の数を当該都道府県の人口で除した値が0.002以上であること
- (2) 当該都道府県の現退院率が0.2以下であること

【算定式の加算部分】

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

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

により算定される数を下回っている都道府県については、

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

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

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

第三 目標達成のための方策

(1) 現状分析

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

(2) 精神医療の充実

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

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

(3) 地域生活支援の充実

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

9. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する精神医療審査会について

平成12年3月28日 障第209号
各都道府県知事指定都市市長あて
厚生労働省大臣官房障害保健福祉部長通知

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律(平成11年法律第65号)による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第12条に規定する精神医療審査会については、同法及び同法施行令(昭和25年政令第155号)第2条に規定する事項のほか、その運営に関し必要な事項「以下、「その他事項」という。)について精神医療審査会が定めることとされているところであるが(同令第2条第10項)、今般、精神医療審査会がその他事項を定めるに当たって参考となる事項及び審査会の事務手続き上参考となる事項を、「精神医療審査会運営マニュアル」として、別添のとおり定め、平成12年4月1日より適用することとしたのでその適正な運営を期されたい。

また、精神医療審査会においては、適正な医療及び保護を確保するためには患者本人の意思によらない入院や行動の制限等を行わなければならない場合があるという精神医療の特殊性を踏まえ、医療の提供及び人権の擁護の観点から入院継続の適否等の審査を行うことが必要である。

よって、当該審査会委員のうち、「法律に関し学識経験を有する者」の任命に当たっては、公平な判断を期待しえる立場にある者を充てるとの観点に立って、司法関係者の意見を十分調整した上、裁判官の職にある者、検察官の職にある者、弁護士、5年以上大学(学校教育法による大学であって大学院の付置されているものに限る。)の法律学の教授又は助教である者のうちから行うこととされたい。

おって、「精神保健法第17条の2に規定する精神医療審査会について(昭和63年5月13日健医発第574号厚生省保健医療局長通知)」は平成12年3月31日をもって廃止する。

なお、本通知(別添「精神医療審査会運営マニュアル」Ⅱ、Ⅴ及びⅥの部分に限る。)は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の9第1項及び第3項に規定する都道府県及び指定都市が法定受託事務を処理するに当りよるべき基準であることを申し添える。

別添

精神医療審査会運営マニュアル

I 基本理念

精神医療審査会(以下「審査会」という。)は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するために、精神病院に入院している精神障害者の処遇等について専門的かつ独立的な機関として審査を行うために設置されたものである。したがって、審査会の運営に当たって、都道府県知事(指定都市市長を含む。以下同じ。)、審査

会委員，その他関係者は，審査会の設置の主旨を踏まえ，公平かつ迅速な審査を行う等，精神障害者の人権擁護のために最大限の努力を払わなければならない。

なお，精神障害者の保健医療福祉業務に従事する関係者は，わが国の精神病院において，深刻な人権侵害の事例が依然として発生している事を真摯に受け止め，日頃から精神障害者の人権擁護に配慮しつつ業務を行うことが求められるが，特に審査会は，精神障害者の人権擁護の礎として，委員の学識経験に基づき独立して，かつ積極的にその職務を行うとともに，ここに示す運営マニュアルの考え方に沿って審査会運営規則を定め，適切な運営を確保しなければならないものとする。

II 精神医療審査会の事務等について

審査会の審査に関する事務の専門性に配慮するとともに，審査の客観性，独立性の一層の確保を図るため，開催事務，審査の遂行上必要な調査その他審査会の審査に関する都道府県知事の事務は，都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の精神保健福祉主管部局ではなく精神保健副詞センターにおいて行うものとする。

また，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第38条の4の規定による退院等の請求の受付についても，精神保健福祉センターにおいて行うなど審査の客観性，独立性を確保できる体制を整えるものとする。

III 審査会について

審査会の所掌

(1) 合議体を構成する委員を定めること。

合議体を構成する委員を定めるに当たっては，委員の事故等の場合に臨時に合議体を構成する予備的な委員を，あらかじめ他の合議体の委員（合議体を構成しない委員を含む。）のうちから定めておくものとする。この場合，各合議体ごとに具体的な委員を定めておくこと，また審査会全体としてあらかじめ予備的な委員を定め，対応する順番を決めておくこと等，委員の事故のあった場合の対応方法を講じておくものとする。

なお，委員の選定に当たっては，精神保健福祉センター長を含めることは，運営の客観性，透明性等を図る観点から，望ましいものとは言えないので考慮する必要が有ること。

(2) 審査会に設置すべき合議体の数については，退院等の請求等の審査が迅速（請求等があつてから概ね1ヶ月以内）かつ適切に行われるよう設置しなければならない。

(3) 審査会の運営に関する事項のうち，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）に規定されているもの以外の事項であつて審査に必要な事項をあらかじめ定めること（例えば，複数の合議体が設けられている場合，それぞれの案件を取り扱うシステムを事前に定めておくこと等）。

IV 合議体について

1 合議体の所掌等

- (1) 個別の審査の案件に関してはすべて合議体において取り扱うものとする。
- (2) 審査を取り扱った合議体において決定された審査結果をもって、審査会の審査結果とする。
- (3) 複数の合議体を設けて審査会を運営する場合においては、あらかじめ定められた方法により選定された合議体により審査の案件を取り扱うものとする。なお、個別の案件の審査に関して、原則として単一の合議体により審査を行うものとする。
- (4) 都道府県知事が審査会の審査結果を通知した後、通知を受けた患者等から退院等に関して同様の内容と判断される請求がなされ、かつ都道府県知事が審査会で審査を行う必要があると判断した場合、当該請求の直近の審査を行った合議体を除いた単一又は直近の審査を行った合議体を含めた複数の合議体による合同審査を行うことができることとする。

2 定足数

合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験のある者のうちから任命された委員，法律に関し学識経験を有する委員のうちから任命された委員及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員がそれぞれ1人出席すれば議事を開き，議決することができるが，できる限り合議体を構成する5人の委員により審査を行うものとする。

3 議決

合議体の議事は出席した委員（合議体の長を含む。）の過半数で決するものとされているが，可否同数の場合においては，次回の会議において引き続き審査を行うか，又は，他の合議体において審査するかの方法によるものとする。

4 関係者の排除

(1) 合議体を構成する委員（以下「委員」という。）が，次に掲げるもののいずれかに該当するときは，当該審査に係る議事に加わることができない。

- ① 委員が，当該審査に係る入院中の者（以下「当該患者」という。）が入院している精神病院の管理者又は当該精神病院に勤務（非常勤を含む。）している者であるとき。
- ② 委員が，当該患者に係る直近の定期の報告に関して診察を行った精神保健指定医（以下「指定医」という。入院後，定期の報告を行うべき期間が経過していない場合においては，当該入院に係る診察を行った指定医。）であるとき。
- ③ 委員が，当該患者の保護者等であるとき。

「保護者等」とは，次の者をいう。

- ・ 精神保健法（昭和25年法律第123号，以下「法」という。）第33条第1項の同意を行った保護者
- ・ 法第33条第2項の同意を行った扶養義務者

- ・ 法第34条の同意を行った保護者又は扶養義務者
 - ④ 委員が、当該患者の配偶者又は3親等内の親族であるとき。
 - ⑤ 委員が、当該患者の代理人、後見人又は保佐人であるとき。
 - ⑥ 委員が、当該患者又はその保護者等の代理人であるとき。
- (2) 議事に加わることができない委員であるかどうかの確認については次によるものとする。
- ① (1)①・②については、精神病院の管理者又は指定医である委員について、あらかじめ所属先(あるいは診察を行っている)精神病院の名称を申し出てもらい、都道府県において、あらかじめ確認するものとする(合議体別に地域を分けて担当する等により、できるだけ議事に加わることができない委員が生じないように工夫するものとする)。
 - ② (1)③～⑥については、個別の患者の審査ごとに、委員からの申し出等により確認するものとする。
- (3) 委員は、前記①～⑥に掲げるもののほか、当該患者と特別の関係がある場合には、それを理由に議事に加わらないことができる。
- (4) 審査会は、当該審査に当たって関係者である委員の属する合議体での審査を事前に可能な限り避けることに留意して、当該審査を行う合議体を定める等の配慮を行うこととする。
- 5 合議体の審査は非公開とする。ただし、審査結果が報告された後は、精神障害者の個人情報以外の情報については公開することを原則とする。

V 退院等の請求の処理について

1 退院等の請求受理について

(1) 請求者

法第38条の4に定める者及びその代理人とする。ただし、代理人は弁護士とするが、精神病院に入院中の者が請求する場合で、弁護士を代理人に選任することが困難な場合は、弁護士でない者を代理人とすることができる。

(2) 請求方法

書面を原則とする。ただし、精神病院に入院中の患者が請求する場合で、当該患者が口頭(電話を含む。)による請求の受理を求めるときはそれを認めるものとする。

(3) 請求者に対する確認等

都道府県知事は、当該患者が当該病院に入院していること及び請求を行った者の意思を確認するものとする。ただし、その確認により請求者の請求の意思が制限を受けないう配慮するものとする。また、代理人による請求の場合には、代理権を有することを証する書面を確認するものとする。

2 都道府県知事の行う事前手続きについて

(1) 当該請求を受理したことの関係者への通知

都道府県知事は、速やかに当該請求を受理した旨を請求者、当該患者、保護者等及び病院管理者に対し、書面又は口頭により連絡するものとする。ただし、保護者等にあっては直ちに連絡先が判明しない場合は、この限りでない。

(2) 都道府県知事の行う事前資料の準備

ア 都道府県知事は、当該患者に関する資料として、以下の書類のうち、請求受理の直近1年以内のものについては当該書類を合議体へ提出できるよう準備するものとする。

- ① 法第27条に基づく措置入院時の診断書
- ② 法第33条第4項に基づく届出
- ③ 法第38条の2に基づく定期の報告
- ④ 法第38条の4に基づく退院等の請求に関する資料
- ⑤ 当該患者の入院する精神病院に対してなされた実地指導に関する資料（実地指導結果及び当該患者に関して診断がなされたときは当該診断結果を示す資料など）

イ 都道府県知事は、法第22条の3の規定による入院（任意入院）が行われる状態にないとの判定が適正に行われているか、法第33条第1項の同意が適正に行われているか、同条第4項に基づく届出が適正に行われているかなど手続的事項については、事前にチェックし、整理表を作成するなどにより、審査の便宜を図るものとする。

ウ また、同一人から同一趣旨の請求が多数ある場合には、審査の円滑な運営ができるよう、事前に十分整理しておくものとする。

3 合議体での審査等について

(1) 合議体が行う審査のための事前手続

ア 意見聴取

① 基本的な考え方

審査会は、審査をするに当たって、請求の内容を適切に把握するため法第38条の5第3項に基づき、退院等の請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神病院の管理者の意見（代理人を含む。）を聴かなければならないこととする。ただし、当該請求受理以前6カ月以内に意見聴取を行っている場合において、重ねて意見聴取を行う必要が乏しいと認められるときは、この限りでない。

② 実施時期

意見聴取は、審査を迅速に実施する観点から合議体での審査に先だって行うことが望ましい。

③ 意見聴取を行う委員

意見聴取を行う委員は2名以上、少なくとも1名は精神医療に関して学識経験を有する委員とする。

なお、意見聴取を行う委員については、あらかじめ定めておくことができる。

④ 意見聴取の方法

面接の上、当該請求に関しての意見聴取を行うことが望ましい。

⑤ その他の対象

合議体は、必要があると認めるときは、同項ア①に規定する者以外の者であっても以下の関係者の意見を聴くことができる。

(7) 当該患者

(イ) 当該患者の保護者等

⑥ 意見陳述の機会等についての告知

面接の際に審査を行う委員は意見聴取を受ける者に対して、合議体が実際の審査を行うときに意見陳述の機会のあることを知らせなければならない。なお、精神病院に入院中の患者が退院等を請求した場合は、当該患者に弁護士による権利擁護をうける権利のあることを知らせなければならない。

⑦ 保護者等の場合の取扱

請求者が当該患者の保護者等の場合であって、遠隔地に居住しているなどやむを得ない事情にある場合には、書面の提出をもって面接に代えることができる。

代理人から意見聴取を行う場合には、当該意見聴取に関して代理権を有することを確認するものとする。また、当該患者に代理人がいる場合で、代理人が当該患者の面接に立ち会うことを申し出たときは、その立ち会いを認めなければならないものとする。

⑧ 事前の準備

意見聴取を行うに当たって、あらかじめ用紙を面接による意見聴取を受ける者に送付し、記載を求めることができるものとする。

イ 委員による診察について

審査会は、審査をするに当たって、必要に応じて、請求の対象となった入院中の患者の同意を得たうえで、指定医である委員により診察を行うことができる。

ウ 診療録その他の帳簿書類の提出

審査会は、審査をするに当たって、必要に応じて、精神病院の管理者その他関係者に対して調査対象となった入院中の患者の診療録その他の帳簿書類の提出を命じることができる。

(2) 合議体の審査時における関係者からの意見聴取等

ア 関係者からの意見聴取等について

合議体は、審査をするに当たって、必要に応じて以下の関係者に対して意見を求めることができる。

① 当該患者

② 請求者

- ③ 病院管理者又はその代理人
- ④ 当該患者の主治医等
- ⑤ 当該患者の保護者等

また、上記③及び④の者に対しては報告を求めることができる。

イ 審問

合議体は審査をするに当たって、必要に応じて以下の者に対して出頭を命じて審問することができる。

- ① 病院管理者又はその代理人
- ② 当該患者の主治医等
- ③ その他の関係者

ウ 関係者の意見陳述について

請求者、病院管理者若しくはその代理人及び合議体が認めたその他の者は、合議体の審査の場で意見を陳述することができる。なお、請求者が当該患者である場合には、(1)による意見聴取により十分意見が把握できており、合議体が意見聴取をする必要がないと認めた場合にはこの限りでないが、当該患者に弁護士である代理人があり、当該患者が当該代理人による意見陳述を求めた場合には、合議体は当該代理人に審査の場で意見を述べる機会を与えなければならない。

(3) 合議体での審査に関するその他の事項

ア 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

合議体は、審査をするに当たって、特に必要と認める場合には都道府県知事に対して、法第38条の6に基づく報告徴収等を行うことを要請すること、及び指定医である合議体委員の同行を求めることができる。また、その結果については、報告を求めることができる。なお、合議体が当該審査の後の一定期間経過後の当該患者の状態確認が必要と判断したときも同じこととする。

イ 合議体における資料の扱いについて

合議体における資料については、これを開示しないものとする。ただし、請求者が当該患者であって弁護士である代理人がいる場合に、その代理人が意見を述べるうえで必要とするときは資料を開示するものとする。

(4) 都道府県知事への審査結果の通知

審査会は、審査終了後速やかに都道府県知事に対して、次に示した内容の結果を通知するものとする。

ア 退院の請求の場合

- ① 引き続き現在の入院形態での入院が適当と認められること
- ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
- ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
- ④ 入院の継続は適当でないこと

- ⑤ 合議体が退院の請求を認めない場合であっても、当該請求の処遇に関し適当でない事項があるときは、その処遇内容が適当でないこと前記通知には理由の要旨を付すものとする。

なお、別途、審査会は審査結果について、都道府県知事、当該患者が入院する精神病院の管理者、及び当該患者の治療を担当する指定医に対する参考意見を述べることができる。

イ 処遇の改善の請求の場合

- ① 処遇は適当と認めること

- ② 処遇は適当でないこと、及び合議体が求める処遇を行うべきこと

なお、別途、審査結果に付して、都道府県知事に対して参考意見を述べることができる。

4 都道府県知事の行う事後処理について

(1) 請求者等に対する結果通知

都道府県知事は、3(1)ア①及び⑤に規定する者に対して、速やかに審査の結果(請求者に対しては理由の要旨を付す。)及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

(2) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも5年間は保存するものとする。

(3) その他の事項

合議体での審査の結果、退院等の請求が適当との判断がなされた場合、都道府県知事はおおむね1か月以内に、当該病院管理者が採った措置を確認するものとし、当該措置について審査会に報告することとする。

5 その他退院等の請求の審査に関して必要な事項

- (1) 退院等の請求の審査中に、請求者から請求を取り下げたいとの申し出が書面又は口頭により都道府県知事になされた場合、又は当該患者が病院から退院した場合は、審査会はそれにより審査を終了する。ただし、特に審査会が取り下げ前または当該患者の退院前の入院等の適否の審査を行う必要があると認めた場合はこの限りではない。

- (2) 退院等の請求が都道府県知事になされた場合、当該患者の入院形態が他の入院形態に変更された場合であっても、その請求は入院形態にかかわらず有効とみなして審査手続きを進めるものとする。また、退院の請求には現在受けている処遇の改善の請求を含むものとして取り扱うことができる。

- (3) 都道府県知事は、請求を受理してからおおむね1か月、やむを得ない事情がある場合においてもおおむね3か月以内に請求者に対し、審査結果及び理由の要旨を通知するよう努めるものとする。

- (4) 処遇の改善の請求のうち、当該請求が法第36条又は第37条に基づく厚生労働大臣

の定める処遇の基準その他患者の人権に直接係わる処置に関する請求以外の請求である場合には、前記手続きのうち、2(2)、3(1)、(2)ア、イ、ウを省略し、直ちに審査を行うことができる。

- (5) 退院の請求がなされた場合においても、合議体における審査の結果、当該患者の処遇、社会復帰への指導方法、その他当該患者への適切な医療の提供のために合議体が必要と認める措置がある場合には、その旨を都道府県知事に通知するものとする。また、必要に応じて、当該患者が入院する精神病院の管理者、当該患者の治療を担当する指定医、及び当該患者の保護者と協議することができる。

6 電話相談の取扱について

都道府県知事は、精神病院に入院中の患者から電話相談を受けたときは、その内容及び対応を次の回の審査会に報告するものとする。合議体は、当該電話相談のうち口頭による退院等の請求として認めることが適当と判断される事例については、都道府県知事に対して当該電話相談を退院等の請求として受理するよう求めすることができる。その場合、次の合議体の審査において当該請求を審査することとする。

VI 定期の報告等の審査について

1 合議体での審査等について

(1) 合議体が行う審査のための事前手続

ア 資料の送付

審査会は、当該審査を行う合議体の委員に対して事前に当該審査資料を送付し、検討を依頼することができる。

イ 委員による診察

V院の請求の場合の2(1)イに準じる。

ウ 診療録その他の帳簿書類の提出

V退院の請求の場合の2(1)ウに準じる。

(2) 合議体の審査時における関係者からの意見聴取等

ア 関係者からの意見聴取等について

合議体は、審査をするに当たって、必要に応じて以下の関係者に対して意見を求めることができる。

- ① 当該患者
- ② 病院管理者又は代理人
- ③ 当該患者の主治医等

イ 審問

V退院の請求の場合の2(2)アに準じる。

(3) 合議体での審査に関するその他の事項

ア 入院時の届出の審査に当たっては直近の合議体で審査を行う等、迅速かつ適切な処理を行うよう留意するものとする。

イ 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

審査会は、合議体の審査に当たって必要な場合、及び合議体の審査の結果から必要と認める場合には、都道府県知事に対し、法第38条の6の規定に基づく実地審査を行うよう要請すること、及びその実地審査について指定医である合議体委員の同行を求めることができる。また、当該精神病院に対して都道府県知事が行う実地指導に指定医である合議体委員の同行を求めることができる。

(4) 審査結果の都道府県知事への通知

審査会は、審査終了後速やかに都道府県知事に対して、次に示した内容の結果を通知するものとする。

- ① 現在の入院形態での入院が適当と認められること
- ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
- ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
- ④ 合議体の定める期間経過後に、当該患者の病状、処遇等について報告を求めることが適当であること
- ⑤ 入院の継続は適当でないこと
- ⑥ 当該患者の入院中の処遇について適当でない事項が認められるときはその処遇内容が適当でないこと

前記通知には理由の要旨を付すものとする。

なお、別途、合議体は、審査結果について、都道府県知事に対する参考意見、及び当該患者が入院する精神病院の管理者又は当該患者の治療を担当する指定医に対する参考意見を述べることができる。

(5) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも5年間は保存するものとする。

2 都道府県知事からの病院管理者等への通知

- (1) 審査会の判断が前項(4)①である場合は、病院管理者等に対して、その旨を通知するに及ばない。
- (2) 審査会の判断が前項(4)②から⑥の場合は、都道府県知事は、審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、当該患者、保護者等及び病院管理者に対し、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

この場合、都道府県知事は、審査会に対し、審査結果に基づいて採った措置の内容及び結果を報告する。

Ⅶ その他

1 実地指導との連携について

審査会は、精神病院に入院中の患者の人権擁護を確保し、その適正な医療及び保護

を実現するために、退院等の請求及び定期の報告を審査する責務を負うものであり、審査会は、その責務を全うするために都道府県の実施する精神病院の实地指導と適切な連携をとるものとする。

- ① 審査会が都道府県の実施する实地指導に同行を求める指定医である委員は、1精神病院につき3名以内とする。
 - ② 都道府県職員は、実施指導を行った際に入院患者から入院の継続又は処遇に関して不適切な実態があることを聴取したとき、当該患者に対して審査会への退院等の請求手続をとることを助言するとともに、その場で請求の意思を明確に述べる者については口頭による請求として受理するものとする。
- 2 指定医の適正な職務執行の確保について

都道府県知事は審査会の審査の過程において、当該患者の入院する精神病院に勤務（非常勤を含む。）する指定医がその職務に関し不適切な行為を行ったことが明らかとなったときは、その内容等について精査をし、必要に応じて、法第19条の2第4項に基づき厚生労働大臣に通知しなければならないこととする。

10. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法第33条に規定する医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について

健医発第743号
昭和63年6月22日

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126号）第33条に規定する医療保護入院に必要な保護者の同意を市町村長が行う際の要領を別添のとおり定めたので、貴管内の市町村長に周知のうえ、その適正な運営に配慮されたい。

また、入院する者がどのような場合に市町村長の同意の対象者になるかを示す図を作成したので、参考にされたい。なお、別添の「市町村長同意事務処理要領」は、別紙1から3までを除き、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の9第3項に規定する市町村が法律受託事務を処理するに当たりよるべき基準であることを申し添える。

市町村長同意事務処理要領

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条に規定する医療保護入院に必要な保護者の同意を市町村長が行う場合の事務処理については、以下の要領によること。

1. 入院時に市町村長の同意の対象となる者

次のすべての要件を満たす者

- (1) 精神保健指定医（以下「指定医」という。）の診療の結果、精神障害者であって、入院の必要があると認められること。
- (2) 措置入院の要件に該当しないこと（措置入院の要件にあてはまるときには、措置入院とすること。）。
- (3) 入院について本人の同意が得られないこと（本人の同意がある場合には任意入院となること。）。
- (4) 病院側の調査の結果、後見人又は保佐人、配偶者、親権者その他選任された保護者のいずれもいないか、又は不明であること（これら保護者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。）。
- (5) 病院側の調査の結果、扶養義務者がいないか若しくは不明であること又は扶養義務者の同意が得られないこと。

注1）扶養義務者のうちから保護者を選任中の者については、4週間を限って扶養義務者の同意により入院させることができるが、4週間を超えても保護者が選任されない場合には、市町村長が保護者となり、その同意が必要であること。

2）応急入院で入院した者については、72時間を超えても保護者若しくは扶養義務者が判明しない場合又は扶養義務者の同意が得られない場合で、引き続き入院が必要な場合には、市町村長の同意が必要であること。

3）同意した者が死亡等により保護義務を行えなくなった場合には、次の保護者が

現れるまでの間は、市町村長が保護者となること。

2. 入院の同意を行う市町村長

(1) 本人の居住地を所管する市町村長とすること。

居住地とは、本人の生活の本拠が置かれている場所とすること。生活の本拠が置かれている場所が明らかでない場合においては、住民票に記載されている住所とすること。

(2) 居住地が不明な者については、その者の現在地を所管する市町村長とすること。

現在地とは、保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等をいうこと。

(3) 市町村長が同意を行うに当たっては、あらかじめ、決裁権を市町村の職員に委任することができること。

3. 病院からの連絡

病院は、入院する患者について、居住地、保護者や扶養義務者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、速やかに市町村長の同意の依頼を行うこと。

なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

ア. 患者の氏名、生年月日、性別

イ. 患者の居住地又は現在地

ウ. 患者の本籍地

エ. 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）

オ. 患者の家族構成及び家族に対する連絡先

カ. 患者を診察した指定医の氏名

キ. その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後速やかに同意依頼書（様式1）を市町村長にあて送付すること。

4. 市町村において行われる手続き

(1) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票（様式2）に記載して明らかにしておくこと。

ア. 患者が入院する病院の名称・所在地

イ. 患者の氏名、生年月日、性別

ウ. 患者の居住地又は現在地

エ. 患者の本籍地

オ. 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）

カ. 患者の家族構成及び家族に対する連絡先

キ. 患者を診察した指定医の氏名

ク。聴取した日

- (2) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のような手続きをとること。

ア。患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその確認を行うこと。

(注) 確認できない場合には、居住地が不明な者として2(2)のケースとして扱うこと。

イ。扶養義務者がいる場合には、同意を行わない旨の確認を電話等で行うとともに、市町村長が同意する旨を連絡すること。

- (3) (2)の手続きをとり、患者が市町村長の入院の同意の対象者であることを確認のうえ、市町村の担当者は速やかに同意の手続きを進めること。

- (4) 市町村長の同意が行われる場合は、速やかにその旨を病院に連絡すること。このため、口頭で病院に連絡することが可能であるが、口頭で連絡した場合においても、その後速やかに同意書(様式3)を作成して病院に交付すること。この場合、同意書の日付は口頭で連絡を行った日とすること。

- (5) 休日夜間等において市町村長の入院の同意の依頼を受けた場合においても、速やかに同意が行われるようにすること。

このため、休日夜間等においても迅速に対応できる体制を整えておくとともに、休日夜間等の緊急の場合の連絡方法については近くの病院にあらかじめ連絡しておくこと。

なお、聴取票の作成及び上記(2)の手続きをとることができなかった場合においては、その後速やかに手続きをとること。

5. 同意後の事務

- (1) 入院中の面会等

入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が保護者になっていること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。

なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握等に努めること。

(注) 本人が遠隔地の病院に入院した場合には、市町村間で連絡を取ってその状態動向等の把握に努めること。

- (2) 保護者の調査等

市町村の担当者は、市町村長の同意の後においても、保護者及び保護者になりうる者の調査等に努めること。

なお、病院及び関係機関は、市町村長の同意によって入院している患者について、市町村長以外に保護者及び保護者になりうる者がいることが明らかになった場合は、速やかに市町村の担当者に連絡すること。

- (3) 関係機関への連絡

市町村の担当者は、入院の同意を行った場合、必要に応じ、保健所、福祉事務所等

の関係機関に連絡を行うこと。

(4) 保護義務の終了

保護者の発見，選任等により市町村長が保護者でなくなったときは，市町村の担当者は，保護者の変更を確認した後，速やかに市町村長の保護義務終了について内部手続をとること。

(以下 略)

11. 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について

平成8年3月21日 健医発第325号
各都道府県知事・各指定都市長あて
厚生省保健医療局長通知

最近改正 平成18年12月22日障発第1222003号

精神保健法の一部を改正する法律(平成7年法律第94号)による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8に基づく指定病院については、都道府県知事は、厚生大臣の定める基準に適合する精神科病院の中から指定することとされたところであり、その基準については、平成8年3月21日厚生省告示第90号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき、厚生大臣の定める指定病院の基準を定める件」(以下「指定基準」という。)により定められ、平成8年4月1日より適用することとされたところである。

指定病院の指定基準については、これまで、昭和40年9月15日衛発第646号厚生省公衆衛生局長通知「精神衛生法第五条に基づく指定病院の取扱いについて」により定めていたが、以後30年以上の期間の経過にもかかわらず、この指定基準を下回る指定病院が3割を占める現状にあり、一方、措置入院者の数は近年では大幅に減少しているところであり、指定病院を措置入院医療にふさわしいものとしていくことが是非とも必要となっている。このため、この基準の施行に当たっては、下記に掲げる事項に留意の上、適切な運用を図らねたい。

なお、前記の昭和40年9月15日衛発第646号通知は廃止する。

記

1 指定基準の第一号柱書(基本的事項)関係

第1号柱書中「都道府県知事又は指定都市の市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の態勢を整えていること」については、措置入院者に対し適切な治療を行うための熱意と診療態勢により判断することとし、精神保健行政及び地域精神医療に対する協力と貢献、措置入院者の積極的な受け入れ、精神科救急や精神障害者の社会復帰の促進についての熱意、医師や看護職員の充実や作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者などのコメディカル職種の充実についての努力、入院患者の人権保護や療養環境の向上についての努力などを考慮して、優先的な指定を行うこと。

このため、医療法等各種法令を遵守していない精神科病院は、この基準に適合しないものであること。従って、医療法の人員配置基準を下回っている病院及び超過収容など医療法による使用許可を受けた病床以外の病床に患者を入院させている精神科病院につ

いては、指定病院の指定を行わないものであること。

また、3年間にわたり新規又は継続の措置入院者を受け入れていない精神科病院は、この基準に適合しないものであること。

2 指定基準の第1号1及び3（医師及び看護職員の配置）関係

第1号3の看護職員の配置基準は、平成23年2月28日までの間は、医療法昭和23年法律第205号）に基づく配置基準を満たすこととすることができる。

なお、措置入院者に対する医療を行う指定病院の基準としては、本来はより高いものが必要であることから、これよりも高い人員配置の精神科病院を優先して指定することが必要であり、第1号3の基準については、当該基準より高い配置であることが望ましいこと。また、指定基準を満たすものとして指定した場合においても、指定病院は、人員配置の充実に努力することが必要であること。

また、第1号1及び3中、「入院患者の数」及び「外来患者の数」は、前年1年間の平均の精神科入院患者数及び精神科外来患者数とする。また、「医師の数」及び「看護婦及び准看護婦の数」については、非常勤の者は医療法の例により常勤換算し、精神科病床と精神科病床以外の病床を有する病院にあっては、精神科病床及び精神科の外来に従事する人員（兼務の場合は業務割合に応じて按分）とする。

3 指定基準の第1号2（常勤指定医の配置）関係

第1号2中「常時勤務する精神保健指定医」については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の3によること。

4 指定基準の第3号（設備要件）関係

第3号中「必要な設備」については、措置入院者を入院させるのに適切な病床、デイルーム、食堂、作業療法用施設等のほか、保護室（隔離室）を適宜の数有すること。

5 基準の特例

指定基準の特例として、地域（おおむね二次医療圏）において指定基準の各号の全てに適合する複数の精神科病院が無い場合にあっては、措置入院者に対する医療及び保護のために特に指定する必要がある精神科病院については、第1号の基準を適用しないことができる。

これは、二次医療圏を単位とした地域において、基準の本則に適合する指定病院の数と国立又は都道府県立の精神科病院の数との合計が、2病院に満たない場合に、その数が2病院になるまで基準の第1号の基準を満たさない精神科病院の中から指定を行えることとしたものであること。

また、この場合においても、第1号1及び3の基準は、医療法の人員配置基準であるから、これを満たしていない病院の指定は特に慎重に行うこととし、やむを得ず指定した場合においては、指定の期限の間に基準を遵守できるよう改善を指導すること。

6 指定病院数及び指定病床数

指定病院数については、地域における精神科病院数に比べて多すぎる地域や、少なすぎる地域があるが、措置入院者数の状況や精神科病院の配置等の実情、精神科救急医療

システムの整備に当たっての必要性等に応じ、過不足のない数とすること。

指定病院ごとの指定病床数については、各病院における措置入院者数の実情に比べて多すぎる地域があるが、これは、特定の病棟や病室を指定するものではなく、当該病院に措置しうる患者数を定めるものであることから、地域における措置入院者の状況及び当該病院の実情に応じ、過不足のない数（1病院当たりおおむね10床から30床程度）とすること。

7 指定期限及び更新

指定病院の指定は、原則として3年の期限を付して指定し、3年ごとに見直しを行い、更新すること。この場合、更新時期は、平成8年4月1日以後の3年度ごととし、既指定のものや新規指定のものについては、指定期限を調整して、更新時期を合わせること。

12. 応急入院指定病院の指定等について

平成12年3月30日 障精第23号
各都道府県・各指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
最終改正 平成18年9月29日障精発第0929002号

今般、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第46条により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の一部が改正され、応急入院において、緊急その他やむを得ない理由があるときは、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に代えて特定医師に診察を行わせることができる特例措置が設けられ、また、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準の一部を改正する件（平成18年9月厚生労働省告示第569号）により、応急入院指定病院の指定基準が改正され、本年10月1日から施行されること等に伴い、「応急入院指定病院の指定等について」（平成12年3月30日障精第23号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）の一部を別添のとおり改正し、本年10月1日から適用することとしたので、適切な運用に努められるとともに、特例措置を採ることができる応急入院指定病院の指定に向けた関係団体、関係機関に対しての周知徹底及び精力的な助言指導をお願いしたい。

応急入院指定病院の指定等に係る事務取扱要領

1 応急入院指定病院の指定について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第33条の4第1項の規定による都道府県知事（指定都市にあってはその長。以下同じ。）の指定（以下「応急入院指定病院の指定」という。）は、法第33条の4第1項の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（昭和63年4月厚生省告示第127号。以下「指定基準」という。）に適合する精神科病院について行うこととされているところであるが、応急入院指定病院の指定に当たっては、特に次の事項について十分留意されたいこと。

(1) 指定基準の考え方について

ア 診療応需の体制について

指定基準の第1号中、法第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医（以下「指定医」という。）1名以上及び看護師その他の者3名以上が法第33条の4第1項第1号に掲げる者及び法第34条第1項から第3項までの規定により移送される者（以下「応急入院者等」という。）に対して「診療応需の態勢を整えていること」とは、当該精神科病院の医療従事者のうち指定医1名以上及び看護師その他の者3名以上が応急入院者等の医療及び保護を行う体制（オンコールを含む。）にあり、かつ、それぞれの医療従事者が応急入院者等の診療に当たることが、他の入院患者の医療及び保護に支障をきたすようなことがないものをいうこと。

なお、看護師その他の者とは、看護師、准看護師及び精神保健福祉士を指すこととしていること。

イ 例外規定について

指定基準の第2号ただし書中「やむを得ない事情」については、当該地域（おおむね2次医療圏）において同号の基準の本則を満たす精神科病院がなく、かつ、応急入院制度及び移送制度を適用する必要性が高いと認められる場合をいうものであること。

ウ 空床の確保について

指定基準の第3号中「第1号に規定する日」については、都道府県における精神科救急医療システム及び法第34条による移送が円滑に行われる圏域において、複数の応急入院指定病院が指定されている場合、当該圏域において、年間を通じて終日、患者が受け入れられるよう体制を整備するための規定であること。なお、このことは当該圏域において同日に複数の病院が患者を受け入れられる体制の整備を妨げるものではないこと。

エ 必要な検査について

指定基準の第4号中「必要な検査」とは、頭部コンピューター断層撮影（CT）、脳

波検査、基礎的な血液検査等をいうものであること。なお、これら検査については、必要に応じて他の医療機関の協力が得られていて速やかに検査が行われる体制がある場合には、当該精神科病院において整備することを要しないものであること。

オ 特例措置について

法第33条の4第2項後段の規定による特例措置を採る精神科病院を指定する場合については、都道府県において、精神科病院からの別添様式1及び別添様式2による申出に基づき、事後審査委員会及び行動制限最小化委員会の設置、特定医師の配置を確認の上指定すること。

都道府県知事は、指定を受けた精神科病院の開設者に対し、指定を受けた精神科病院名、指定を受けた年月日、所在地及び開設者名を記載した別添様式3に定める指定書を発行するものとする。

1 事後審査委員会について

指定基準の第5号中「事後審査委員会」とは、特例措置を採る場合の診察の判断の妥当性について検証する院内事後審査を行うための委員会（複数の職種により構成）をいうものであること。

2 行動制限最小化委員会

指定基準の第5号中「行動制限最小化委員会」とは、院内に設置する行動制限のモニタリング及び最小化を促すための委員会であり、月1回以上開催していること。なお、診療報酬点数の医療保護入院等診療料を算定するために設置する「行動制限最小化委員会」を当該委員会と見なすことが可能である。

3 特定医師について

特定医師（法第22条の4第4項に規定する特定医師をいう。以下同じ。）が配置されていること。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）（以下「規則」という。）第5条の3第2号中「精神障害の診断又は治療に従事した経験」を算定するに当たっての考え方は、法第18条第1項第2号において定める精神保健指定医におけるそれと同様とする。

規則第5条の3第3号中「精神障害の診断又は治療に従事する医師として著しく不相当と認められる者」とは、法第19条の2において定める精神保健指定医の取消し事由と同様の考え方とする。

指定後、申出時に届け出た特定医師に変更が生じた場合は、10日以内に都道府県知事に別添様式2及び別添様式3の別添を届け出ること。

(2) 指定基準の運用等について

ア 人員配置の基準について

医療法（昭和23年法律第205号）第21条第1項第1号の規定に基づく人員配置基準を下回っている精神科病院については、指定基準の第2号ただし書中「やむを得ない事情」に拘わらず、応急入院指定病院の指定を行わないものであること。

イ 指定医の数

指定医2名以上が常勤で勤務している病院を指定すること。ただし、地域における応急入院者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上で、やむを得ない事情があるような場合には、この限りではない。

ウ 精神科救急医療システムとの関連について

応急入院制度は、精神科救急医療システムを有効に運用することが必要となる入院形態であるから、「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」（平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知の別紙）による精神科救急医療施設であって、指定基準の本則を満たしている病院に対しては、応急入院指定病院の指定を行うことが望ましいこと。

エ 計画的な指定について

応急入院指定病院の指定に当たっては、応急入院者等の受入れ及び法第34条による移送が円滑に行われるために、都道府県ごとに必要な圏域で計画的に指定を行うこと。

オ 応急病院指定病院の指定に係る報告について

都道府県知事は、応急入院指定病院の指定を行った場合においては、別添様式4により本職に報告を行われないこと。また、指定後については、当該精神科病院の名称及び所在地を都道府県公報等により公告し、併せて関係機関に連絡するなど応急入院制度の適正かつ円滑な運営に必要な措置を講じられたいこと。

なお、指定基準の第2号ただし書の特例を適用して指定を行った場合は、その旨を別添様式4の特記事項の欄に記載されたいこと。

カ 応急入院指定病院の指定の見直しについて

応急入院指定病院の指定は、原則として3年の期限を付して指定し、3年ごとに見直しを行い、更新すること。

2 指定の取消し等について

都道府県知事は、指定の取消しを行った場合においては、別添様式5により、特例措置を採ることができる応急入院指定病院の基準を満たさなくなった場合においては、別添様式6により本職に報告を行われないこと。また、取消し等の後については、当該精神科病院の名称及び所在地を都道府県公報等により公告し、併せて関係機関に連絡するなど応急入院制度の適正かつ円滑な運営に必要な措置を講じられたいこと。

3 その他について

応急入院制度については厳に適正な運用が要請されることにかんがみ、都道府県知事は、各応急入院指定病院からの法第33条の4第5項の規定による届出の状況に十分留意し、応急入院の実態の把握に努められたいこと。

(様式1)

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

開設者名

印

特例措置を採ることができる応急入院指定病院指定申請書

今般下記の精神科病院につき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第2項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として同条第1項の規定に基づき指定されるよう、精神科病院の概要を添えて申請します。

記

申請する精神科病院の概要

① 精神科病院名		
② 所在地		
③ 開設者名		
④ 管理者名		
⑤ 許可病床数	(総数)	床
⑥ うち措置指定病床数	(うち精神病床)	床
⑦ 勤務医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑧ うち精神保健指定医数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑨ うち特定医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑩ 勤務看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑪ 勤務准看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑫ 勤務看護補助者数	(常勤)	人
	(非常勤)	人

⑬ 勤務精神保健福祉士数	(常 勤) 人 (非常勤) 人
⑭ 看 護 体 制	(1) 看護師及び准看護師の合計 (人) (2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率 (対 1) (3) 入院患者の数を 4 で割りその端数を繰り上げた数 () (4) 上記 (3) に 0.8 を乗じた数 () (5) (4) と「看護師及び准看護師の合計 (人)」を比較して大きい数 ()
⑮ 入 院 患 者 数 ⑯ うち措置入院者数 ⑰ うち医療保護入院者数	人 (平成 年 月 日現在) 人 人
⑱ 応急入院者のために確保する病床数	床
⑲ 応急入院指定病院	指定 (されている・されていない)
⑳ 精神科救急医療施設	精神科救急医療施設 (である・ではない)
㉑ 夜間・救急受入件数	年間約 件
㉒ 事後審査委員会	氏名 (職種) ・ ・ ・ ・

⑳ 行動制限最小化委員会	開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種)
	行動制限最小化基本指針の作成日時 平成 年 月 日作成
	研修会の実施頻度 開催回数 () 回/年
㉑ 特記事項	

- (注) 1 特定医師に該当するか否かを証する書類については、様式2を添付すること。
- 2 ㉑看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。なお、平成23年2月28日までの間に指定基準の経過措置を採る場合のみ(3)～(5)について記載すること。(この際(1)「看護師及び准看護師」について「看護師、准看護師及び看護補助者」と読み替えて記載すること。)
- 3 「㉑行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。
- 4 「㉑行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。
- 5 指定基準の第2号ただし書き中「やむを得ない事情」による指定の場合は、「㉑特記事項」の欄に、その旨を記載すること。

(様式2)

特定医師実務経験証明書 (本人用)

平成 年 月 日

氏名	Ⓜ		本籍地					
現住所								
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
最終学歴及び年月	年 月 卒業・中退			医籍登録年月日及び番号	年 月 日		第 号	
現在の勤務先	所在地							
	名称							
精神障害者の診断治療に従事した期間及び病院等名	従事した期間			従事した病院等の名称				
	年	月	日	～	年	月	日	
	年	月	日	～	年	月	日	
	年	月	日	～	年	月	日	
	年	月	日	～	年	月	日	
	計			年	ヶ月			
その他の診断治療に従事した期間及び病院等名	従事した期間			従事した病院等の名称				
	年	月	日	～	年	月	日	
	年	月	日	～	年	月	日	
	年	月	日	～	年	月	日	
	計			年	ヶ月			
合計			年	ヶ月				

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(様式3)

番 号
平成 年 月 日

○ ○ ○ ○ 病院長 殿
(都道府県知事名)

特例措置を採ることができる応急入院指定病院指定書

今般下記の精神科病院につき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第1項の規定に基づき同条第2項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として指定する。

なお、本条の特例措置を採る特定医師については、別添のとおりとする。

記

① 精神科病院名	
② 指定年月日	平成 年 月 日
③ 所在地	
④ 開設者名	

(別添)

特 定 医 師 一 覧 表

特 定 医 師 氏 名

注) 記載事項に変更があった時は、届け出ること。

(様式4)

番
番

号
号

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

応急入院指定病院指定報告書

今般下記の精神科病院につき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第1項の規定に基づき指定を行ったので、指定した精神科病院の概要を添えて報告します。

記

指定した精神科病院の概要

① 精神科病院名		
② 所在地		
③ 開設者名		
④ 管理者名		
⑤ 許可病床数	(総数)	床
⑥ うち措置指定病床数	(うち精神病床)	床
⑦ 勤務医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑧ うち精神保健指定医数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑨ うち特定医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑩ 勤務看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑪ 勤務准看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑫ 勤務看護補助者数	(常勤)	人
	(非常勤)	人

⑬ 勤務精神保健福祉士数	(常 勤) 人 (非常勤) 人
⑭ 看 護 体 制	(1) 看護師及び准看護師の合計 (人) (2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率 (対 1) (3) 入院患者の数を 4 で割りその端数を繰り上げた数 () (4) 上記 (3) に 0.8 を乗じた数 () (5) (4) と「看護師及び准看護師の合計 (人)」を比較して大きい数 ()
⑮ 入 院 患 者 数 ⑯ うち措置入院者数 ⑰ うち医療保護入院者数	人 (平成 年 月 日現在) 人 人
⑱ 応急入院者のために確保する病床数	床
⑲ 特例措置を採るための精神科病院としての指定	指定 (されている・されていない)
⑳ 精神科救急医療施設	精神科救急医療施設 (である・ではない)
㉑ 夜間・救急受入件数	年間約 件
㉒ 事後審査委員会	氏名 (職種) ・ ・ ・ ・

㉓ 行動制限最小化委員会	開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・
	行動制限最小化基本指針の作成日時 平成 年 月 日作成
	研修会の実施頻度 開催回数 () 回/年
㉔ 指定年月日	平成 年 月 日
㉕ 特記事項	

- (注) 1 1病院につき1表を作成すること。
- 2 ㉑、㉒～㉓は特例措置を採る精神科病院のみ記載すること。
- 3 ㉔看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。なお、平成23年2月28日までの間に指定基準の経過措置を採る場合のみ(3)～(5)について記載すること。(この際(1)「看護師及び准看護師」について「看護師、准看護師及び看護補助者」と読み替えて記載すること。)
- 4 「㉓行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。
- 5 「㉓行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。
- 6 指定基準の第2号ただし書き中「やむを得ない事情」による指定の場合は、「㉕特記事項」の欄に、その旨を記載すること。

(様式5)

番 号
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

応急入院指定病院指定取消報告書

今般下記の精神科病院につき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第6項の規定に基づき指定の取消しを行ったので報告します。

記

① 精神科病院名	
② 取消年月日	平成 年 月 日
③ 取消の理由	
④ 開設者名	

(様式6)

番 号
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

特例措置を採ることができる応急入院指定病院の基準を満たさなくなったこと
についての報告書

今般下記の精神科病院につき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25
年法律第123号）第33条の4第2項後段の規定による特例措置を採るための基準を満た
さなくなったので報告します。

記

① 精神科病院名	
② 基準を満たさな くなった年月日	平成 年 月 日
③ 基準を満たさな くなった事項	
④ 摘 要	

13. 特定病院の認定等について

平成18年9月29日 障精発第0929001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
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて

今般、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第46条により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）の一部が改正され、任意入院患者の退院制限及び医療保護入院において、緊急その他やむを得ない理由があるときは、精神保健指定医に代えて精神保健指定医以外の医師（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の4第1項の規定による登録を受けていることその他厚生労働省令で定める基準に該当する者。以下「特定医師」という。）に診察を行わせることができる特例措置が設けられた。当該特例措置を採ることができる病院は、法第22条の4第4項及び第33条第4項により厚生労働省令で定める基準に適合すると都道府県知事が認める病院（以下「特定病院」という。）となっており、障害者自立支援法施行規則等の一部を改正する省令（平成18年厚生労働省令第168号）における精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号。以下「規則」という。）の一部改正により当該基準等が定められ、本年10月1日から施行されること等に伴い、別添のとおり要領を定めたので、適切な運用に努められるとともに、特定病院の認定等に向けた関係団体、関係機関に対しての周知徹底及び精力的な助言指導をお願いしたい。

特定病院の認定等に係る事務取扱要領

1 特定病院の認定について

法第22条の4第4項及び第33条第4項の規定により都道府県知事（指定都市にあってはその長。以下同じ。）が認める精神科病院の基準は、規則第5条の2各号に定めるところによるが、特定病院の認定に当たっては、特に次の事項について十分留意されたいこと。

(1) 認定基準の考え方について

ア 厚生労働大臣の定める基準について

規則第5条の2第1号中「受ける見込みが十分であること」とは、法第33条の4第1項の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（昭和63年4月厚生省告示第127号。以下「指定基準」という。）を満たし、応急入院指定病院の指定を受けることを計画しており、当該都道府県知事がその必要性を認めている病院をいうこと。

なお、指定基準の第2号ただし書中「やむを得ない事情」については、当該地域（おおむね2次医療圏）において指定基準に適合する複数の精神科病院が無い場合とすること。

イ 救急医療の確保に関する施策について

規則第5条の2第2号中「地方公共団体の救急医療（精神障害の医療に係るものに限る。）の確保に関する施策に協力」とは「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」（平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知の別紙。以下「実施要綱」という。）による精神科救急医療施設その他これに類する入院治療を必要とする者を含む重症の精神科救急患者の医療対応ができる体制の整っている精神科病院であること。

ウ 事後審査委員会について

規則第5条の2第4号中「事後審査委員会」とは、任意入院患者の退院制限及び医療保護入院に係る診察の特例措置の判断の妥当性について検証する院内事後審査を行うための委員会（複数の職種により構成）をいうものであること。

エ 行動制限最小化委員会

規則第5条の2第5号中「行動制限最小化委員会」とは、院内に設置する行動制限のモニタリング及び最小化を促すための委員会であり、月1回以上開催していること。なお、診療報酬点数の医療保護入院等診療料を算定するために設置する「行動制限最小化委員会」を当該委員会と見なすことが可能である。

(2) 認定基準の運用等について

ア 人員配置の基準について

医療法（昭和23年法律第205号）第21条第1項第1号の規定に基づく人員配置基準

を下回っている精神科病院については、指定基準の第2号ただし書中「やむを得ない事情」に拘わらず、特定病院の認定を行わないものであること。

イ 認定について

都道府県において、精神科病院の開設者からの別添様式1及び別添様式2による申出に基づき、次に掲げる事項を確認の上認定すること。

- ① 当該精神科病院が規則第5条の2各号の要件を満たすこと。
- ② 当該精神科病院に規則第5条の3各号の要件を満たす特定医師が配置されていること。

規則第5条の3第2号中「精神障害の診断又は治療に従事した経験」を算定するに当たっての考え方は、法第18条第1項第2号において定める精神保健指定医におけるそれと同様とする。

規則第5条の3第3号中「精神障害の診断又は治療に従事する医師として著しく不適当と認められる者」とは、法第19条の2第2項において定める精神保健指定医の取消し事由と同様の考え方とする。

都道府県知事は、認定を受けた精神科病院の開設者に対し、認定を受けた精神科病院名、認定を受けた年月日、所在地及び開設者名を記載した別添様式3に定める認定書を発行するものとする。

認定後、申出時に届け出た特定医師に変更が生じた場合は、10日以内に都道府県知事に別添様式2及び別添様式3の別添を届け出ること。

ウ 特定病院の認定に係る報告について

都道府県知事は、特定病院の認定を行った場合においては、別添様式4により本職に報告を行われたいこと。また、認定後については、当該精神科病院の名称及び所在地を都道府県公報等により公告し、併せて関係機関に連絡するなど特例措置制度の適正かつ円滑な運営に必要な措置を講じられたいこと。

なお、指定基準の第2号ただし書の特例を適用して認定を行った場合は、その旨を別添様式4の特記事項の欄に記載されたいこと。

エ 特定病院の認定の見直しについて

特定病院の認定は、原則として3年の期限を付して認定し、3年ごとに見直しを行い、更新すること。

2 認定の取消しについて

都道府県知事は、特定病院の認定を受けた精神科病院が規則第5条の2各号の基準に適合しなくなったと認めるときは、その認定を取り消すことができる。

都道府県知事は、認定の取消しを行った場合においては、別添様式5により本職に報告を行われたいこと。また、取消し後については、当該精神科病院の名称及び所在地を都道府県公報等により公告し、併せて関係機関に連絡するなど特例措置制度の適正かつ円滑な運営に必要な措置を講じられたいこと。

3 その他について

特例措置制度については、誠に適正な運用が要請されることにかんがみ、都道府県知事は、各特定病院からの法第33条第7項の規定による届出の状況に十分留意し、特例措置の実態の把握に努められたいこと。

(様式1)

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

開設者名

印

特定病院認定申請書

今般下記の精神科病院につき精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第22条の4第4項後段及び第33条第4項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として認定されるよう、精神科病院の概要を添えて申請します。

記

申請する精神科病院の概要

① 精神科病院名		
② 所在地		
③ 開設者名		
④ 管理者名		
⑤ 許可病床数	(総数)	床
⑥ うち措置指定病床数	(うち精神病床)	床
⑦ 勤務医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑧ うち精神保健指定医数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑨ うち特定医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑩ 勤務看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑪ 勤務准看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑫ 勤務看護補助者数	(常勤)	人
	(非常勤)	人

⑬ 勤務精神保健福祉士数	(常 勤) 人 (非常勤) 人
⑭ 看 護 体 制	(1) 看護師及び准看護師の合計 (人) (2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率 (対 1) (3) 入院患者の数を 4 で割りその端数を繰り上げた数 () (4) 上記 (3) に0.8を乗じた数 () (5) (4) と「看護師及び准看護師の合計 (人)」を比較して大きい数 ()
⑮ 入 院 患 者 数 ⑯ うち措置入院者数 ⑰ うち医療保護入院者数	人 (平成 年 月 日現在) 人 人
⑱ 特例措置による入院者のために確保する病床数	床
⑲ 応急入院指定病院	指定 (されている・されていない)
⑳ 精神科救急医療施設	精神科救急医療施設 (である・ではない)
㉑ 夜間・救急受入件数	年間約 件
㉒ 事後審査委員会	氏名 (職種)

⑬ 行動制限最小化委員会	開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種)
	行動制限最小化基本指針の作成日時 平成 年 月 日作成
	研修会の実施頻度 開催回数 () 回/年
⑭ 特記事項	

- (注) 1 特定医師に該当するか否かを証する書類については、様式2を添付すること。
- 2 ⑭看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。なお、平成23年2月28日までの間に応急入院指定病院に係る指定基準の経過措置を採る場合のみ(3)～(5)について記載すること。(この際(1)「看護師及び准看護師」について「看護師、准看護師及び看護補助者」と読み替えて記載すること。)
- 3 看護配置について、応急入院指定病院に係る指定基準第2号ただし書き中「やむを得ない事情」と同様の事情により申請する場合は、「⑭特記事項」の欄に、その旨を記載すること。
- 4 「⑬行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。
- 5 「⑬行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。

(様式2)

特定医師実務経験証明書(本人用)

平成 年 月 日

氏名	Ⓔ 本籍地	
現住所		
生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 男・女
最終学歴及び年月	年 月 卒業・中退	医籍登録年月日及び番号 年 月 日 第 号
現在の勤務先	所在地 名称	
精神障害者の診断治療に従事した期間及び病院等名	従事した期間	従事した病院等の名称
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	計 年 ヶ月	
その他の診断治療に従事した期間及び病院等名	従事した期間	従事した病院等の名称
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
	計 年 ヶ月	
合計 年 ヶ月		

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(様式3)

番 号
平成 年 月 日

○ ○ ○ ○ 病院長 殿

(都道府県知事名)

特定病院認定書

今般下記の精神科病院につき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第22条の4第4項後段及び第33条第4項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として認定する。

なお、本条の特例措置を採る特定医師については、別添のとおりとする。

記

① 精神科病院名	
② 認定年月日	平成 年 月 日
③ 所在地	
④ 開設者名	

(別添)

特 定 医 師 一 覧 表

特 定 医 師 氏 名

注) 記載事項に変更があった時は、届け出ること。

(様式4)

番 号
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

特定病院認定報告書

今般下記の精神科病院につき精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第22条の4第4項後段及び第33条第4項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として認定を行ったので、認定した精神科病院の概要を添えて報告します。

記

認定した精神科病院の概要

① 精神科病院名		
② 所在地		
③ 開設者名		
④ 管理者名		
⑤ 許可病床数	(総数)	床
⑥ うち措置指定病床数	(うち精神病床)	床
⑦ 勤務医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑧ うち精神保健指定医数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑨ うち特定医師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑩ 勤務看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑪ 勤務准看護師数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑫ 勤務看護補助者数	(常勤)	人
	(非常勤)	人
⑬ 勤務精神保健福祉士数	(常勤)	人
	(非常勤)	人

<p>⑭ 看護体制</p>	<p>(1) 看護師及び准看護師の合計 () 人</p> <p>(2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率 () 対 1)</p> <p>(3) 入院患者の数を 4 で割りその端数を繰り上げた数 ()</p> <p>(4) 上記 (3) に 0.8 を乗じた数 ()</p> <p>(5) (4) と「看護師及び准看護師の合計 () 人」を比較して大きい数 ()</p>
<p>⑮ 入院患者数</p> <p>⑯ うち措置入院者数</p> <p>⑰ うち医療保護入院者数</p>	<p>人 (平成 年 月 日現在)</p> <p>人</p> <p>人</p>
<p>⑱ 特例措置による入院者のために確保する病床数</p>	<p>床</p>
<p>⑲ 応急入院指定病院</p>	<p>指定 (されている・されていない)</p>
<p>⑳ 精神科救急医療施設</p>	<p>精神科救急医療施設 (である・ではない)</p>
<p>㉑ 夜間・救急受入件数</p>	<p>年間約 件</p>
<p>㉒ 事後審査委員会</p>	<p>氏名 (職種)</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>

⑳ 行動制限最小化委員会	開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種)
	行動制限最小化基本指針の作成日時 平成 年 月 日作成
	研修会の実施頻度 開催回数 () 回/年
㉑ 認定年月日	平成 年 月 日
㉒ 特記事項	

- (注) 1 1病院につき1表を作成すること。
- 2 ㉑看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。なお、平成23年2月28日までの間に応急入院指定病院に係る指定基準の経過措置を採る場合のみ(3)～(5)について記載すること。(この際(1)「看護師及び准看護師」について「看護師、准看護師及び看護補助者」と読み替えて記載すること。)
- 3 看護配置について、応急入院指定病院に係る指定基準第2号ただし書き中「やむを得ない事情」による認定の場合は、「○24特記事項」の欄に、その旨を記載すること。
- 4 「㉑行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。
- 5 「㉑行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。

(様式5)

番 号
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿
(都道府県知事名)

特定病院認定取消報告書

今般下記の精神科病院につき精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第22条の4第4項後段及び第33条第4項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院としての認定を取消したので報告します。

記

① 精神科病院名	
② 取消年月日	平成 年 月 日
③ 取消の理由	
④ 適用	

14. 一般病院における併設精神科病棟（室）建築基準について

昭和36年8月7日 衛発第644号
各都道府県知事あて
厚生省公衆衛生局長通知

最近改正 平成18年12月22日障発第1222003号

単独精神科病院の建築基準については、昭和29年9月29日厚生省発第295号をもつて各都道府県知事あて公衆衛生局長名をもつて通知したところであるが、最近一般病院に精神科病棟（室）を設置する傾向が多くなってきたことにかんがみ、今般「一般病院における併設精神科病棟（室）建築基準」が精神衛生審議会の議を経て別添のとおり決定したので、今後、併設精神科病棟の計画及び建築に当つてはこの基準を活用するよう御指導願いたい。

なお、引き続き小児病棟、保護病室及び作業療法棟建築基準についても検討中であるので追つて送付する見込である。

一般病院における併設精神科病棟建築基準

第1 まえおき

この基準は、一般病院に精神科病棟（病室）を併設する場合における一つの望ましい標準を示すものであつて、最低基準のような性格をもつものではない。

一般病院に精神科病棟（病室）を併設する場合、ややもすると一般病院の建築様式や構造がそのまま反映されて、臥床を主体とする病院形式に陥つたり、又は精神科ということにこだわりすぎて、あまりに堅牢かつ閉鎖的になりすぎるおそれがあるので、最近における精神科領域の治療方法や患者の病態像等を勘案して様式や構造を患者治療に適正ならしめるとともに、建築費を最も有効に活用するための資料となることを目的として、この基準を作成したものである。

したがつて、ここに書かれている条件はその全部が満足されることを必ずしも期待するものではなく、その地域の事情、一般病棟部門との関連、計画の大小等によつてそれらの条件を或程度取捨選択することはもとより差し支えない。ただ、この基準の精神をできるだけ設計に生かされるよう計画することが望ましい。

第2 併設精神科病棟（病室）設置の意義と設計方針

1 意義

一般病院に精神科病棟（病室）及び同外来診療部を設けることの意義は、患者の早期受診の便を図り、機を逸しないで適切な治療を行なつて短期間に治療効果をあげることにある。したがつて、入院患者は初期、軽症で在院期間も短かい者を主な対象とし、かつ外来患者の診療に重点がおかれるべきである。そのためには、患者が積極的に診療を受ける気持になるように、親しみのある外観、構造及び整備された診療設備が望まれ、かつ、快適な環境とくつろいだふん囲気をかもし出すように配慮する必要がある。

2 設計方針

併設精神科病棟（病室）の配置、規模、設備等については、病院の所在する地域の事情、敷地の条件、一般病棟部門の規模、看護体制、設備等との関連を十分に考慮し、かつ、この基準の精神を生かすように企画設計することが望ましい。

併設精神科病棟（病室）は、あまりに小規模の場合には専門科としての運営上に支障があり、また、100床を越えるような場合には併設としての性格よりもむしろ単独精神科病院としての性格が強くなるので、この基準では一応50床前後の病床数のものを想定して作成したものである。

なお、企画設計に当たつては、病院長、精神科担当医師、精神科病棟管理に十分な経験を有する者、建築家等が密接な連絡をとることが必要であり、更に医療法、建築基準法、「精神科病院建築基準」及び本追補並びに別紙設計図を参照されたい。

第3 設計に当たつての具体的留意事項

1 一般的事項

入院患者は原則として初期、軽症で短期入院の患者とするが、それらの患者も時に興奮又は不潔の症状を示したり、或は身体的合併症を呈することもあり、また一時的にそのような患者を入院させなければならないこともあるので、それらのことも一応考慮において設計する必要がある。

なお、企画設計に当たつては、単に医療看護の都合のみでなく、患者の入院生活の立場が十分に尊重されなければならない。

2 病棟の意匠及び構造について

病棟の意匠並びに周辺的环境計画については、落ちつきがあつて親しみやすく、かつ清潔であることが必要であり、精神の休養と治療に適するように配慮し、患者が安心して治療を受けることができるようなふん囲気をかもし出すように努めなければならない。

また、病棟は耐震耐火の構造とし、患者の安全と保護に対する考慮が必要なことはいうまでもないが、そのために建物が堅牢になりすぎて威圧感を与えたり、患者を監視するというような設計にならないようにしなければならない。

また、内装及び外装についての仕上げや色彩のみならず、外廻りの樹木の植込み、庭園の造成等にも十分に配慮し、いやしくも牢獄式又は収容の体裁となることを厳に避けることが必要である。

3 入院患者の生活的施設について

入院患者の大部分は、他科の入院患者とは異なり、常時臥床の必要のない者が多く、日中の生活は殆んど起きているのが常態であるので、生活スペースを十分に考慮することが必要である。特に患者の私物を収納して置く場所を十分にとることは、生活の拠点を与えるという意味で重要である。したがつて、患者用の家具や調度品を入れて、入院生活を活動的でしかもくつろいだ家庭的ふん囲気の中で楽しくすごせるように配慮すべきである。

なお、精神科疾患の在院期間は、従来よりも著しく短縮されたとはいえ、まだ他科疾患よりは長期間にわたる者が多いので、患者のレクリエーションや作業のための室内外の設備等は当初よりも十分に考慮されることが望ましい。

4 病棟の配置について

精神科病棟（病室）は、他の一般病棟（病室）から離れた独立棟であることが望ましいが、敷地又は管理上等の都合でそれができない場合には、相互に悪影響を及ぼさないような配慮が必要である。例えば樹木その他の自然の障壁で区画するとか、建物の配置や向き等を考慮することが大切である。いかめしい塀や檻のような柵等は極力避けるべきである。

なお、2階以上に精神科病室を設ける場合には、危険防止のために窓に格子を必要とするが、室内からの感じや外観を損なわないように部材の断面や詳細の納りについ

ての工夫がほしい。

5 管理について

病棟の大部分を開放的にするか又は閉鎖的にするかは、管理者の意向、入院患者の病状、地域的事情等によつて定められるべきであるが、閉鎖的の部分については前項の趣旨を十分に生かすことが必要である。

6 病室の区分について

男女の患者の病室は原則として区分する。例えば、食堂又はデイルームを中心として両翼病棟に、或は1階と2階に分けて配置するようにする。ただし、小児、老人、合併症患者等で性的危険のおそれのない場合には、男女の病室が明確に区分されておれば同一病棟内でも差し支えないであろう。

7 衛生設備について

日照、採光、暖房、通風、換気等については全病室を通じて周到に計画されなければならない。

なお、暖房については、寒冷地方と温暖地方とではその設備程度を異にするであろうが、直接火気を使用する場合には、その構造と管理に細心の配慮がなされなければならない。

また汚水、汚物、し尿、じん埃等の処理及び洗濯、消毒等の処理設備については病院全体として考慮しなければならないが、精神科病棟においては特段の配慮が必要である。

第4 病棟平面計画要領

1 病棟内所要室

精神科病棟（病室）には大体次のような室又は機能を営む場所を必要とする。ただし、これらの室のうちには、病棟の規模又は一般病棟との関連から必ずしも別々に設ける必要はなく、取捨選択或は兼用することも差し支えないであろう。ただし、これらの室の機能が十分に発揮されるように活用されることが望ましい。

A 診療及び看護関係の施設

診療室、看護員室、処置・治療室、治療後の休養室、作業療法室、レクリエーション療法施設、汚物処理室、洗濯室、リネン室、看護員仮眠室、職員便所

B 患者の生活的施設

配膳室、食堂、デイルーム、洗面所、患者用洗濯室、便所（男女別）、浴室、面会室、患者私物格納室

C 病室

一般病室、保護室、合併症病室

2 病棟内各室の設計上の留意事項

A 診療及び看護関係の施設

看護員室

…一室にすることも可能であろう。

処置、治療室

治療後の休養室……シヨック療法後の休養のためのものであるが、シヨック療法は以前ほど利用されていないので、特別に一室を設けなくとも他室を利用してもよいであろう。

作業療法室……患者が数名で手芸、工作等の作業を行なう場所であるので、そのための材料や作業用テーブルを置くだけの広さを必要とする。このための特別の室を設けるのは望ましいが、病室、食堂、デイルーム等を利用してよい。

レクリエーション療法施設……ラジオ、テレビ等を備えるほか、運動競技やその他のレクリエーションのために病棟内、他の建物又は庭を極力利用すべきである。なお、病棟外に作業療法の施設があれば更により。

汚物処理室 ……同一室としてもよく、汚物が簡単に廃棄、消毒、洗滌され汚れ物が洗濯室 ……洗濯されるような設備が必要である。

看護員仮眠室……特別に設けなくとも看護員室又は処置室内にカーテン等で仕切る方法によつても設けることができる。

リネン室……一室が設けられればよいが、他病棟のものを利用できればよい。

B 患者の生活的施設

配膳室……厨房からの一給食の動線を考慮し、かつ病棟内食堂に近接して設置する。既に盛付の終つたものが病棟に運ばれるならばその所要ペースは狭くともよい。

食 堂 ……管理上から設ける方が便利であり、両者の兼用も考えられるが、デイルーム ……スペースの関係で別に設けることができない場合には、病室のスペースを広くとるように配慮することが必要である。

食堂とデイルームはそれぞれ目的が違うので別々に設けることが望ましいが、スペースや経費の関係でやむを得ず兼用する場合には、食事の際はテーブルやその周辺が不潔にならないように注意しなければならない。全体としてくつろいだふん囲気が必要である。

洗面所……必ずしも一室を設ける必要はなく、廊下の一側にアルコーブをとつたり、窓から流しを持ち出しにしたりして使用に当つて便利なように設備する。この場合、洗面介補の必要のある患者もいるので、それに便利であるように考慮する。

患者用洗濯室……患者の大部分は臥床の必要がないので自身の持物を簡単に洗える所があればよい。例えば洗面所等の利用も考えられる。また電気洗濯機を置くスペースが考慮されてあれば更に便利である。

面会室……別に一室が設けられればよいが、他の場所を利用してよい。例えば食堂、デイルームの一隅を衝立等を利用して使用することも考えられる。

浴室……病棟内に設けるようにする。できれば男女別に設けることが望ましいが患者の入浴日を替えれば一室でよい。なお、看護者が入浴の介補をする必要があるので広めに設計する。

患者用私物格納室……患者の在院期間が長くなると私物が多くなるので、それを格納する場所が必要となる。一室を設けて出し入れに便利なように棚を設け、かつ

換気を十分にすることがある。

C 病室部門

一般病室……患者相互の危険行為の防止又はそれに対する患者の恐怖心を除去するためにも、できるだけ個室が望ましい。特に入院初期においてはその必要が大である。

多床室の場合には、2床室は人間関係や危険行為のあつた場合等を考えるとあまり適当でなく、3床室は人間関係が1対2となり易いので好ましくないで、個室か4床室が望ましいことになる。これ以上の多床室になると、患者は雑居的に収容されているという感じを抱くようになり、病室が個人の生活場所となるには不適当になるであろう。

病室はベット式にするか和室（畳式）にするかは医師の方針にもよるが、いずれにしても生活場所としてのふん囲気を出すことが必要である。例えば、ベット式にする場合には、一般の病室によく見られるようにベットと床頭台だけというものでなくベットを寄せて配置し、残りのまとまつたスペースにはテーブル、椅子、戸棚、ロッカー等を置いて患者の日中の生活場所となるように配慮することが望ましい。

和室の場合には、押入れ、私物入れ場所、縁側等家庭に準じて考慮し、また部屋に机等をおいて日中も落ちつけるようにする。

また、病室には絵画、花瓶等を飾る場所もあらかじめ考え、療養中の生活にうまいがあるように配慮する。

保護室……他患者に悪影響がないように配慮しなければならない。室内の仕上げ、詳細設備に注意し、かつ、採光、換気、通風、暖房等の環境条件については特に考慮する必要がある。堅牢であることは大切であるが、そのために牢屋式になることは絶対に避けるべきで、時には普通病室として使用し得るような配慮も必要である。

保護室の数は、病院の所在する地域の事情、入院患者の病状、治療看護体制等によつて差はあるが、一般的傾向としてはできるだけ少なくする傾向にある。50床程度の病床数では一応2室位を予定し、前記の事情を考慮して増減するのが適当であろう。

合併症病室……保護室の場合と同様に、前記の事情によつて定めらるべきであるが、一応2～3床程度のものを考慮するようにする。この場合、位置は他の病室より離し、必要に応じて感染のおそれのないように配慮すべきである。

以上の各病室は、それぞれが厳格に区別された室ではなく、相互に融通して使用できるようにあらかじめ配慮して設計されることが望ましい。また各室の仕上げや配置についてはできるだけ単調を避け、変化に富み、しかも全体として統一と調和を保つように工夫すべきである。

病棟の面積は以上の各部門の所要室からすれば1床当たり約23m²（約7坪）程度が望まれる。ただし、一般病棟との関係又は前記の創意工夫によつて、これ以下で

も精神科病棟としての機能を果たすことも不可能とは思われないので設計に当つては十分に検討することが必要である。

第5 外来診療部

1 一般方針

精神科外来診療部は、他科の診療部から特に隔離する必要はなく、一般外来部に併置することも差し支えはない。もし、患者の症状が他患者に迷惑を及ぼすおそれのある場合には、精神科病棟に一時保護する措置をとればよい。精神科病棟に併設する場合には、病棟部門と明確に区分することが望ましい。

外来部門においても、病棟部門と同じように落ちつきがあり、親しみやすい外観と構造が必要である。

2 平面計画要領

外来診療に必要な室は概ね次のようである。

受付、待合室、診察室、処置室、シヨック療法室及び同休養室、面接室、心理検査室、脳波検査室、レントゲン室、臨床検査室、事務室、便所等。

これらの室は、精神科外来を一般外来部に併設するか精神科病棟に併設するか又はそれらの部門での設備の有無によつて適宜取捨選択や兼用を考えるべきである。

待合室……精神科の診察は他科にくらべて時間のかかるものであるため待合時間が長くなる。また、その間に患者の心が動揺して診察を受けたくなくなることも多いので待合場所は廊下等を利用するのではなく、できるだけ一室を設け、落ちつきのある、快適なふん囲気の出るように設備することが必要である。また、患者には附添人が多いことも念頭においてスペースを考えなければならない。

シヨック療法室及び同休養室……シヨック療法は以前ほど用いられなくなつてきているようであるので、その必要度や配置については、精神科担当医の意見を聞く必要があり、また他室を兼用する方法も考えられる。

15. 精神病室の構造、設備について

昭和40年8月5日 医発第961号

各都道府県知事あて

厚生省医務局長・公衆衛生局長通知

最近改正 平成18年12月22日障発第1222003

精神病室の構造設備については、医療法施行規則第16条第1項第6号、第7号その他に規定するところであるが、最近における精神医学の発達により精神科医療の内容も相当変化してきている状況に鑑み、精神障害者であっても、自傷他害のおそれがなく開放的な医療を行なうことが適当と認められる者のみを収容することを目的とする精神科病院又は精神病棟においては、精神病室の鉄格子等によるシャ断設備を必置のものとして取扱う必要はないと考えられるので、ナースステーションが適切に配置されている場合等必要な人的物的措置が講じられている場合には、医療法第27条の使用許可を与えて差し支えない。

16. 精神科病院建築基準の改正について

昭和44年6月23日 衛発第431号

各都道府県知事あて

厚生省公衆衛生局長通知

最近改正 平成18年12月22日降発第1222003号

精神科病院の建築基準については、昭和29年発衛第295号「精神科病院建築基準について」により指導されているところであるが、最近の精神医学ならびに建築技術の実情に合致させるため、中央精神衛生審議会において検討のうえ、その議をへて、今般別紙のとおり「精神科病院建築基準」を改めることとした。

改正の要点は次のとおりである。

- (1) 精神科病院の規模について、従来は病床数400床程度を標準としていたのを200床ないし300床を標準とすることとしたこと。
- (2) 患者の居室については、長期在院という実情にかんがみ、出来る限り家庭的雰囲気を持たせ、また開放的にするよう配慮したこと。
- (3) 保護室については、暖房装置のほか冷房装置をもうけるようにしたこと。
- (4) 基準の構成については、全般的に検討を加え、整理統合し、理解しやすいものとしたこと。

この「精神科病院建築基準」は、医療法および、建築基準法等に基づく基準のように拘束力を有するものではないが、精神科病院の設置および整備にあつては、なるべく本基準によるよう指導されたい。

なお、本通知に伴ない、昭和29年発衛第295号「精神科病院建築基準」は廃止する。

〔別紙〕

精神科病院建築基準

第1 まえがき

精神科病院建築基準は、昭和29年に定められたものであるが、その後の精神医学ならびに建築技術の進歩に伴い、必ずしも現状に適応しなくなつたので、今般、本改正基準を作成したものである。この基準はさらに今後も改善すべき点があれば修正して実情に即したものとしなければならないと考える。

この基準は、精神科病院を建築する場合の望ましい基準を示すものであつて、最低基準のような性格をもつものではない。また、この基準は、一応200床ないし300床程度の病院を想定して作成したので、実際に病院を建設するにあつては、病院の規模に応じてそれぞれその内容を適宜変更することは差し支えない。

建築にあつては、本建築基準によるもののほか、医療法、建築基準法及び消防法等の法令に準拠して実施されなければならないことはいうまでもない。

第2 基本事項

1 精神科病院においては、建築自体の医療に及ぼす影響が殊に大きいから、その企画設計は、病院長、精神科病院管理に経験のある者、精神科担当医師等と建築家との密接な連絡の下に行なわれなければならない。また医療看護の都合のみでなく、患者の入院生活の立場が十分に尊重されなければならない。

2 敷地

- (1) 敷地の選定にあつては、できるだけ社会とのつながりを保てるような土地を選定すること。
- (2) 選定する土地は、病院を建設するにふさわしい環境であることはいうまでもないが、特に交通機関が便利で水利がよく、かつ、排水の処理が可能な場所を選ぶこと。
- (3) 敷地の面積は、病院の特徴、地域的条件によつても異なるが、一般に建築面積以外に屋外運動場、作業用地等がとれるだけの広さが必要である。

3 配置

病院全体の配置計画としては、十分な敷地面積を有する場合には、平面に広がる方が自然との親しみ、開放感等が得られ、各病棟ごとにそれぞれの特徴を生かしやすい。しかし、敷地、設備等の関係で分散することができない場合は高層化するのもやむを得ないであろう。

いずれにせよ、全般的配置は、治療、管理、経費等の観点から十分検討したうえで、最も効率的に計画する必要がある。

4 建物

- (1) 建物全体として統一があり、精神医療に適する内容及び外観を備え、明るくて親しみやすいものとする。

内装及び外装についての仕上げや色彩のみならず、周辺の樹木の植込み、庭園計

画等環境造成にも周到的な配慮が必要である。

- (2) 建物は、耐震耐火構造とする。堅固であることは当然であるが、精神科病院ということにこだわりすぎて、あまりにも閉鎖的になりすぎないようにする。

5 設備

- (1) 保安、避難等の設備を完備することはいうまでもないが、患者の健康保持のため、換気、採光、照明、防湿等の設備に特に留意する。
- (2) 暖房は、温水、蒸気等を採用し、直接火気を使用することは避けること。
- (3) 基準看護、基準給食、基準寝具設備が行なえるよう配慮すること。

6 部門

- (1) 病院内の諸施設は、それぞれの機能に従って次の各部に分ける。
- ① 病棟部 ② 中央診療部 ③ 外来診療部 ④ 生活療法施設部
⑤ サービス部 ⑥ 管理部 ⑦ 宿舎部
- (2) 外来患者は、入院患者と明確に区分できるように考慮すること。

第3 病棟部の設計

1 基本事項

- (1) 病棟部は看護上、管理上30床ないし50床の看護単位を基本とし、性別、年齢別、病態別、病状別に応じた区分をする。男女の患者は分離するが、男女の病室が明確に区分されていれば同一病棟内でも差し支えない。
- (2) 患者の在院期間は、比較的長期にわたることが多く、肉体的には健康のものが多いため、医療面のみならず生活面についても細心の考慮を払わなければならない。そのため病室とデイルームは区別し、また、できるだけ戸外に出られやすいように設計し、生活が無味単調になることを避け、生活空間はなるべく変化ある豊かなものとする。
- (3) 病棟部には、次の室又は機能を営む場所を必要とする。ただし、これらの室の一部については、必ずしも別々に設ける必要はなく、兼用することも差し支えない。
- ア 病室
一般病室、保護室、合併症病室
- イ 患者の生活的施設
デイルーム、食堂、配膳室、浴室、便所、洗面所、足洗場、患者用洗濯室及び物干場、面会室、患者私物格納庫
- ウ 診療及び看護関係施設
診療室、処置室、看護員室、看護員仮眠室、汚物処理室、職員便所、リネン室
- エ その他の施設
倉庫、掃除具置場
- (4) 病棟部の面積は、病室以外に生活面のスペースを必要とするので、病棟共通部分を含めて、1床当たり約25平方メートル（平成13年3月1日に既に存するものにあつては、約20平方メートル）程度とする。

- (5) 合併症病棟を設ける場合は、一般病棟と区分し、種類の異なる合併症患者ごとに分離又は隔離できるよう配慮する。また、中央配膳、中央食器消毒方式を採用する場合でも伝染性の合併症患者のみは、病棟配膳、病棟消毒とする。
- (6) 保護室の数は、収容する患者の種類によつて異なるが、一般には全病床数の5パーセント程度とする。
- (7) 病棟内の開口部は、室内を明るくし夏の通風をよくするために開口部を十分に設ける必要があるが、同時に脱院等事故防止の方策を講じる必要がある。

注1 病室にあつては、その床面積の14分の1以上に相当する面積を直接外気に面して開放できるようにすること。(医規第16条、第16条)

注2 採光のための窓その他の開口部を設け、その採光に有効な部分の面積は、病室にあつては床面積の7分の1以上、病院のその他の居室にあつては床面積の10分の1以上とする。(建築基準法第28条)

- (8) 病棟の鍵は、非常の際の混乱を避けるためすべて共通のものとする。

参考Ⅰ 病室は、地階には設けないこと。第3階以上に病室を設ける場合は、その建物を耐火構造としなければならない。(医規第16条、建築基準法施行令(以下「建令」という。))第107条)

注1 病室の床面積は、内法によつて測定することとし、患者一人につき6.4平方メートル以上とすること。(医規第16条)

注2 小児だけを入院させる病室の床面積は、前注1に規定する病室の床面積の3分の2以上とすることができること。ただし、1の病室の床面積は、6.3平方メートル以下であつてはならない。(医規第16条)

Ⅱ 第2階以上に病室を設ける場合は、患者の使用する屋内の直通階段を2以上適当に配置しなければならない。(医規第16条、建令第121条)

注1 階段及び踊場の幅は、内法を1.2メートル以上とすること。(医規第16条) 4

注2 けあげは0.2メートル以下、踏面は0.24メートル以上とすること。(医規第16条)

注3 適当な手すりを設けること。(医規第16条)

Ⅲ 第3階以上に病室を設ける場合は、避難に支障がないように避難階段を2以上設けなければならない。

ただし、直通階段のうち1又は2を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。(医規第16条、建令第123条)

注1 この避難階段の出入口の戸にくぐり戸を設ける場合は、高さを1.3メートル以上、幅を0.8メートル以上とすること。(医規第16条)

Ⅳ 患者が使用する廊下の幅は、内法を1.8メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、内法を2.7メートル以上としなければならない。(医規第16条)

V 大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）並びに内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する100床以上の病院の精神病棟については、中廊下の幅は2.1メートル程度とすること。（医規第43条の2）

2 病室

(1) 一般病室

- ア 病室が個人の生活場所となるには4床ないし6床（最大）以下がのぞましい。
- イ 病室は洋室（ベッド式）、和室（畳式）を問わず、生活場所としての雰囲気を出すことが必要である。例えば、洋室にする場合には、テーブル、椅子、戸棚、ロッカー等を置き、和室の場合には、押入れ、私物入れ場所、縁側等を設ける。押入の内部は不燃性とし、天井は天井裏へ入れないように堅固なものとする。
- ウ 各部室のドア又は引違い戸は、病状視察の上からその一部を透明硝子にすることが便利である。しかし、患者の立場からいうと落ちつかない気分がするので、患者の種類によつては、遮へいしなければならないこともある。

(2) 保護室

- ア 保護室は、個室で10平方メートル（6畳）程度の広さとする。
- イ 他患者に悪影響がないように配慮する。堅固であることが必要であるが、そのために圧迫感を与えないように考慮し、時には普通病室として使用し得るような配慮も必要である。
- ウ 保護室のまわりでは細部設計に特別の注意を払い、採光、換気、通風、冷暖房等の環境条件には特に考慮する必要がある。
 - 窓は特に採光、通風、換気がよく操作容易で堅固なものであるよう考慮する。一般廊下側にはあまり露骨にのぞきこむ感じを与えない小窓をつける。壁は堅固で、外傷の危険が少なく、しかもやわらかい感じのするものがよい。例えば板張りとし部屋の4隅は丸くする。床は縁甲板張りで頑丈な板がよい。モルタル塗りは冬季に寒く、また、陰惨な感じを与えるのでよくない。掃除に便利であるように床面との境は丸くする。扉は外面開きとし、内面に把手をつけなくて堅固なものとする。

便所を設ける場合は水洗式とし、不潔にならないようにその設計には特に注意が必要である。

- エ 暖房設備は患者の暴行によつてラジエーターが破損したり、ラジエーターそのものによつて外傷を受けないようにするためカバーが必要である。また、2室の間仕切壁に埋込むことも双方からの会話のおそれがあるので、特別の考慮が必要である。室内の温度は廊下より調節できるようにするのがよい。

(3) 合併症病室

- ア 合併症病棟を設けない場合は、一般病棟内に合併症状、精神症状の別に収容できるように個室を多く設ける。この場合、洋式（ベッド式）が望ましい。

イ 伝染性の合併症患者を収容する病室は、他の病室と明確に遮断又は隔離しなければならない。

3 患者の生活的施設

入院患者の大部分は、他科の入院患者とは異なり、常時臥床の必要のない者が多く、日中の生活は殆んど起きているのが常態であるので、生活スペースを十分に考慮することが必要である。したがって、患者用の家具や調度品を入れて、入院生活を活動的でしかもくつろいだ家庭的雰囲気の中で楽しくすごせるように配慮すべきである。

(1) デイルーム

病室以外にもつばら患者の談話、娯楽、生活療法等の用に供するための室を設けること。

(2) 食堂

患者が一度に食事できるような広さが必要である。この場合、スペース等の関係で独立して設けることができない場合は、デイルームの一部を食堂としてもよい。

(3) 配膳室

ア 配膳室は、食堂と区切り、膳はカウンターから受渡しする。

イ 設備としては、食器洗場、配膳台、食器戸棚等を整備する。

(4) 浴室

ア 浴室は、各病棟内に設けることが望ましい。

イ 看護者が入浴の介補をする必要がある場合を考慮して、できるだけ広めに設計する。

ウ なるべく上がり湯及びシャワーを取付ける。脱衣場には、鏡、体重計等を設置することが望ましい。

(5) 便所

ア 便所は男女別に設ける。

イ 便所は、看護員室から出入りの監視ができる位置に設け、水洗式とし、防臭、換気には充分配慮する。職員用便所は別に設ける。

ウ ドアは、内部から鍵のかからないようにする。顛倒等を考慮して病室の廊下下面と同じ高さにし、下駄は用いないですむようにする。

(6) 洗面所

必ずしも一室を設ける必要はなく、廊下の一侧にアルコーブをとつたり、窓から流しを持ち出しにしたりして、使用に当って便利なように設備する。この場合、洗面介補の必要ある患者もいるので、それに便利であるように考慮する。

(7) 足洗場

屋外の出入口に近接して、なるべく設けるように考慮する。

(8) 患者用洗濯室

患者自身の持物を簡単に洗える場所を設ける。洗面所等を利用してよい。電気洗濯機を置くよう考慮されればさらに便利である。また、簡単な干し場を付設する。

- (9) 面会室
看護員室の近くに設ける。
- (10) 患者私物格納庫
一室を設けて出し入れに便利なような棚を設け、かつ換気を十分に必要がある。

4 診療及び看護関係施設

- (1) 診察室
看護員室に隣接した位置に設ける。
- (2) 処置室
診察室の隣に位置するよう設け、必要に応じ電気ショック治療室及びインシュリンショック室等として使用できるよう設備する。
- (3) 看護員室（ナースステーション）
常に患者と接し易いように、病棟中央部で特に見透しのよい所に設ける。外部との連絡は電話の外に非常ベル等を設ける。診療録、看護日誌及び薬品器具の戸棚、作業台、机、椅子、コンセント等を予め設け、戸棚にはすべて鍵がかかるようにする。
- (4) 看護員仮眠室
看護員室の近くに設け、通風には特に配慮する。
- (5) 職員便所
患者用便所とは別に設ける。
- (6) 汚物処理室
汚物が簡単に廃棄、消毒、洗浄され、失禁患者の汚染衣類等汚物が洗濯されるような設備が必要である。
- (7) リネン室

5 その他の施設

- (1) 倉庫
- (2) 掃除具置場

第4 其他各部の設計

以下の各部に設けるべき室及び施設は、次のとおりである。これらの各室は、必ずしも独立した室を意味するものではなく、数室をまとめてもよく、また機能に応じてさらに細分された室を設けてもよい。

1 中央診療部

高度の設備を有するものや、病棟部、外来診療部の各部から共用される諸施設は、外来診療部にも病棟部にも置かず、中央診療施設としていずれからの連絡にも便利な位置に設けることが望ましい。

(1) 検査室

ア 心理検査室 病棟部及び外来診療部の双方から使用できるようにする。

イ 脳波室 病棟部及び外来診療部の双方から使用できるようにし、電氣的にシールドすると共に特に湿気を避けるよう留意する。

ウ その他の検査室 一般臨床検査及びその他必要に応じ、病理組織、化学、細菌等の検査室を設ける。

注 臨床検査施設は、喀痰、血液、尿糞便等について通常行われる臨床検査のできるものでなければならない。(医規第20条第5号)

(2) X線室 病棟部及び外来診療部の双方から使用されるもので、透視室、撮影室、暗室、フィルム事務室等が必要である。

(3) 手術室 主として病棟部から使用されるもので手術室及び準備室を設ける。

(4) 中央滅菌材料室 医療器具材料の消毒はすべて一括してここで行なう。

(5) 歯科診療室 主として入院患者用のもので小規模病院では省略してもよい。

(6) 薬局 院内及び外来投薬に便利な位置に置く。調剤室、製剤室、薬品庫(冷暗所)等が必要である。

注 調剤所の構造設備は次によること。(医規第16条第1項第16号)

イ 採光及び換気を十分にし、且つ、清潔を保つこと。

ロ 冷暗所を設けること。

ハ 感量10ミリグラムの天秤及び500ミリグラムの上皿天秤その他調剤に必要な器具を備えること。

(7) 解剖室 霊安室、礼拝堂と接して設ける。

(8) 研究室

2 外来診療部

外来診療部においても病棟部と同じように落ちつきがあり、親しみやすい外観と構造が必要である。

外来診療部としては、外来診察室、相談室、処置室を主とし、特殊設備を要する診療施設、検査室等は、中央診療施設として中央化するのがよい。

(1) 待合室 一般待合、薬局待合、診察待合、入退院待合等諸種の性格を持つ。

精神科の診察は他科にくらべて時間がかかるので、待合時間が長くなる。

その間に患者の心が動揺して診察を受けにくくなることも多いので待合場所は廊下等を利用するのではなく、できるだけ一室を設け、落ちつきのある、快適な雰囲気の出るよう設備することが必要である。また、患者には附添人が多いことも考慮してスペースを考える必要がある。

(2) 相談室 室内は、落ちついた親しみのある雰囲気となるように配慮する必要がある。室数は2室程度がよい。

(3) 診察室 通常2室以上あればよい。一部に検査用の暗室スペースが必要である。

(4) 処置室 診察室の隣に位置するよう設け、必要に応じ電気ショック治療室及びインシュリンショック室等として使用できるよう設備する。

(5) その他 受付、案内、会計窓口、下足預り所、便所等必要な設備を設ける。

3 生活療法施設部

入院患者の生活療法として作業療法及びレクリエーション療法等を行なうための施設で病棟部とは別に設ける。これらの施設は病院の規模に応じて考慮する必要があるが、農場、運動場等は相当の面積を要するので、計画の当初から配慮されていなければならない。

(1) 作業療法施設

ア 治療施設 農場、園芸場、畜産舎、木工室、印刷室、手芸室、裁縫室等がある。

イ 付属施設 事務室、更衣室、休憩室、浴室、洗面所、便所、倉庫等がある。

(2) レクリエーション療法

ア 屋外施設 野球場、バレーコート、テニスコート、プール等がある。

イ 屋内施設 集会室、遊戯室、娯楽室、図書室、体育館等がある。

4 サービス部

サービス部は特に設備を能率的にし、従業員の働きやすい環境とする。

(1) 給食施設

ア 給食施設は、病棟配膳室との連絡を十分考慮して位置を定めなければならない。

イ 給食施設には、下拵室、調理室、特別調理室、食品庫、配膳室、配膳車置場、食器洗浄消毒室、事務室等を設ける。

注1 給食施設は入院患者のすべてに給食することのできる施設とし、調理室の床は耐水材料をもつて洗浄及び排水に便利な構造とし、直火式炊事の場合にはかまどの周囲2メートル以上にわたり防火構造とし、食器及び野菜の消毒施設をそなえなければならない。(医規第20条第8号)

注2 食堂、調理室、配膳室には、はえが入らないようにするため、窓に金網を張る等必要な設備を設けること。(医規第16条第1項第17号)

(2) 給水施設 自家給水の場合は、消毒設備を設ける。

(3) 暖房施設 ボイラー室、石炭庫、灰置場等を設ける。

(4) 消毒施設 S・K消毒室を含む。

注1 消毒施設は病室、食堂、調理室又は配膳室から相当な間隔を保つて設けること。ただし、これらの構造設備が完全で、かつ、他を汚染するおそれがない場合は、この限りでない。(医規第16条第1項第15号)

(5) 洗たく施設 仕分け整理室、アイロン室、乾燥機、物干し場を含む。

(6) 汚物処理施設 焼却炉、浄化槽、便槽、汚物溜等を含む。

注1 汚物処理施設又は便槽その他の汚物溜は、病室、食堂、調理室又は配膳室から相当な間隔を保つて設けること。ただし、これらの構造設備が完全で、かつ、他を汚染するおそれがない場合は、この限りではない。(医規第16条第1項第15号)

注2 汚物処理施設には、はえが入らないようにするため、窓に金網を張る等必要な設備を設けること。(医規第16条第1項第17号)

- (7) 消防用施設 消火器，簡易消火用具，消火栓その他の消火設備，火災警報設備，すべり台，避難はしご等の避難設備その他必要な設備を設けること。
- (8) 電気室
- (9) 機械室
- (10) ガレージ
- (11) 職員用諸施設 食堂，更衣室，洗面所，便所，休憩室等を設ける。
- (12) その他 売店，理容室，公衆電話室などは患者の利用に便利な場所に設ける。

5 管理部

管理部は従来のいわゆる「本館」式の観念にとらわれず，利用者が接近し易い位置に能率的に配置すべきである。

- (1) 院長（副院長）室 事務との連絡密なる位置におく。
- (2) 事務室 事務長はなるべく事務と同一室とする。文具類，書類倉庫を含む。
- (3) 看護事務室 外来診療部が小規模の場合には病棟部に近く位置する。
- (4) 応接室 院長用は院長室内の一部にとつてもよい。事務用は出入商人等の応接に当てるものであるから余り病院内に入り込まない位置が望ましい。医局員用は医局の近くに置く。
- (5) 会議室 診療，運営管理，研修等に使用する。
- (6) 講義室
- (7) 医局 医局員の執務が行なわれる。必要に応じソーシャルワーカー，心理技術者等の事務室を考慮する。
- (8) 図書室
- (9) 医療記録室 診療録その他の医療記録の整備保管を行なう。
- (10) 電話交換室 電池室，休憩室を含む。
- (11) 事務倉庫 管理部の用度，器材等を収める。
- (12) 宿直室
- (13) 守衛詰所
- (14) 用務員室 宿泊設備を考慮する。
- (15) 湯沸室
- (16) 浴室，洗面所，便所（職員専用）
- (17) 霊安室，礼拝室

6 宿舎部

宿舎部には医師，看護婦及び看護人その他職員のための宿舎を設ける。これらは病院との連絡容易なる位置に男女別に設ける。

- (1) 看護婦宿舎
- (2) 看護人宿舎
- (3) 職員宿舎

(様式5)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院が必要であるかどうかを判定するために〇〇〇に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇(例：車)で行います。
- 3 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます。
- 4 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するところの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

〇〇県知事〇〇〇〇

(様式6)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇（例：車）で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

〇〇県知事〇〇〇〇

(様式7)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、医療保護入院（応急入院）のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇（例：車）で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

〇〇県知事〇〇〇〇

17. 精神障害者の移送に関する事務処理基準について

平成12年3月31日 障第243号
都道府県知事・指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づき創設された精神障害者の移送制度について、別紙の通り「精神障害者の移送に関する事務処理基準」を定め、平成12年4月1日から実施することとしたので通知する。移送制度の実施に当たっては、別紙の事項に十分留意の上、円滑な実施につき遺憾なきを期されたい。

また、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の9第1項及び第3項に規定する都道府県及び指定都市が法定受託事務を処理するに当たりよるべき基準とし、貴職におかれては、市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

精神障害者の移送に関する事務処理基準

第一 措置入院のための移送について

1 移送制度の基本的考え方

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行に伴う精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）の改正により、医療保護入院等のために緊急を要する患者の移送が法定化されるとともに、措置入院（緊急措置入院を含む。以下同じ。）に付随して従来から行われていた措置入院のための移送についても法文上明確にされた。この制度において、措置入院のための移送に際して告知を義務づけ、移送に際しての行動の制限が不可避な場合の手続を明確にしたところであるので、こうした患者の人権に配慮した主旨を踏まえて移送を行うことが重要である。

2 指定医の診察に係る事前調査

(1) 職員の派遣

都道府県知事（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市においては、その長。以下同じ。）は、法第27条又は第29条の2に規定する精神保健指定医（以下「指定医」という。）の診察を受けさせる必要があると判断した場合、当該職員を速やかに事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に派遣することとする。

(2) 保護者等への連絡

(1)により都道府県職員を派遣する場合には、事前に保護者等に対してあらかじめその旨を連絡するものとする。

(3) 事前調査の実施

派遣された都道府県職員は、速やかに以下のいずれの場合においても指定医の診察の必要性を判断するための事前調査を行い、状況を把握するとともに、できる限り保護者若しくは扶養義務者並びに事前調査の対象者に主治医がいる場合には当該主治医と連絡をとり、それまでの治療状況等について把握に努めるものとする。

- ① 都道府県職員が事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に出向いたとき
- ② 事前調査の対象者が指定医の診察を行おうとする場所に既に搬送されたとき

(4) 緊急の場合における事前調査の実施

法第29条の2第1項に規定する措置について、急速を要し、法第27条、第28条及び第29条の規定による手続を採ることができない場合においても、都道府県知事は、できる限り事前調査を行うように努めるものとする。

(5) 事前調査票の記載

都道府県職員は、事前調査を行ったときは、次に掲げる事項について、様式1による「措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票に記

録するものとする。

- ① 措置入院のための診察が必要と考えられる者の氏名等
- ② 調査対象者の所在地
- ③ 調査時の状況
- ④ 主治医との連絡状況
- ⑤ 指定医の診察が必要であるか否かの判定結果
- ⑥ 保護者の氏名及び住所等
- ⑦ 調査年月日、担当者氏名及び所属

3 移送の実施

(1) 移送の手続の開始時期

都道府県知事が、上記2(3)の事前調査の上、指定医の診察及び移送が必要であると判断した時点から移送（指定医の診察等を含む一連の手続をいう。以下同じ。）の手続が始まるものとする。

(2) 移送に関する告知

派遣された都道府県職員は、移送の対象者を実際に搬送（車両等を用いて移動させることをいう。以下同じ。）する前に、書面により、移送の対象者に対して、法第29条の2の2第2項に規定する事項を知らせなければならないものとする。

(3) 移送の記録

都道府県職員は、移送を行ったときは、次に掲げる事項について、様式1による「措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の移送記録票に記録するものとする。

- ① 移送の対象者の氏名
- ② 指定医の第1回目の診察のための移送の有無
- ③ 移送の手続の開始年月日及び時刻
- ④ 補助者の氏名、職種及び所属
- ⑤ 移送を行う旨等に関する告知の確認
- ⑥ 搬送の概要（方法、経路、時刻等）
- ⑦ 移送先である国若しくは都道府県の設置した精神病院又は法第19条の8に規定する指定病院等（以下「指定病院等」という。）の名称及び所在地
- ⑧ 移送の手続の終了年月日及び時刻
- ⑨ 同行者の氏名
- ⑩ 行動の制限の有無
- ⑪ その他特記事項
- ⑫ 記録者の氏名及び所属

(4) 移送に用いる車両等の用意

都道府県知事は、以下のいずれの場合においても、速やかに移送の対象者を本人の現在場所から必要な場所に搬送できるよう、車両等を用意するものとする。

- ① 事前調査の結果、指定医の診察のための搬送が必要と判断されたとき
 - ② 指定医の診察の結果、次の指定医の診察が必要と判断されたとき
 - ③ 2人以上の指定医診察の結果、措置入院が必要と判断されたとき
- (5) 都道府県職員同行
移送は、都道府県知事の責務として行われることから、移送に当たっては、都道府県職員が移送の対象者に同行するものとする。
- (6) 搬送のための補助者
都道府県知事は、車両等を用いて移送の対象者を搬送する場合、必要に応じて補助者を同行させることができるものとする。
- (7) 移送の体制の整備
具体的な移送の体制については、都道府県知事の責務として整備するものである。ただし、移送の対象者を車両等を用いて搬送する部分については委託することができる。
- (8) 移送の手続の終了
措置入院のための移送の手続は、移送先の指定病院等に入院した時点又は措置入院が不要と判定された時点で終了する。
ただし、措置入院が不要と判定され、かつ、入院が不要と判断された場合、都道府県知事は、移送の対象者であった者の求めがあったときに、移送を開始した場所まで搬送するよう努めるものとする。
- (9) 他の入院形態による入院のための手続
措置入院のための指定医による診察の結果、措置入院は不要と判断されたが、医療保護入院又は応急入院のための移送が必要と判断される場合には、本通知第二の医療保護入院及び応急入院のための移送の手続を行うこととする。
- (10) 移送できなかった場合の取扱い
移送の手続中であって、第29条第1項又は第29条の2第1項に規定する措置の決定前において移送の対象者の所在が不明となった場合、移送の手続は一旦終了とするが、都道府県は当該移送の対象者の所在を確かめるよう努めなければならないこととする。当該入院措置の決定以後に移送の対象者の所在が不明となった場合には、当該入院措置は継続するものとする。
- 4 指定医の診察
- (1) 指定医の診察の補助者の派遣
都道府県知事は、指定医の求めがあったときに、診察に必要な補助者を派遣するものとする。
- (2) 診察記録票に記載する項目
指定医は、行動の制限その他の移送の手続に必要な診察を行ったときは、次に掲げる事項について、様式2による「措置入院のための移送に関する診察記録票」に記載するものとする。

- ① 指定医の診察を必要とする者の氏名
- ② 行動の制限を行った場合は、以下の項目
 - ア 行動の制限を行ったときの症状
 - イ 行動の制限を開始した年月日及び時刻
 - ウ 行動の制限を行う旨及びその理由に関する告知の確認
 - エ 指定医の氏名
- ③ その他の特記事項

(3) 行動の制限を行った場合の診察記録票への記載等

移送の手續において、指定医が法第29条の2の2第3項に規定する行動の制限を行うことが必要であると判断したときは、様式2による「措置入院のための移送に関する診察記録票」に記載しなければならない。

また、行動の制限を行うに当たっては、指定医は行動の制限を受ける者に対して行動の制限を行う旨及びその理由を知らせよう努めなければならない。

5 記録の保管

都道府県知事は、移送に関する事前調査票、移送記録票及び診察記録票を5年間保管しなければならないものとする。

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

1 移送制度の基本的考え方

医療保護入院及び応急入院のための移送は、緊急に入院を必要とする状態にあるにも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合に限り、本人に必要な医療を確保するため、都道府県知事が、公的責任において適切な医療機関まで移送するものである。したがって、この移送制度の対象とならない者に本制度が適用されることのないよう、事前調査その他の移送のための手續を適切に行うことが重要である。

2 移送に係る相談の受付

都道府県知事は、移送に係る相談を受け付ける体制を整備しなければならないものとする。また、移送制度及び相談の受付窓口について周知に努めるとともに、受付窓口は利用者が利用しやすい体制となるよう配慮するものとする。

3 指定医の診察に係る事前調査

(1) 職員の派遣

都道府県知事は、相談があった事例について法第34条に規定する移送に係る事前調査を行う必要があると判断した場合、職員を速やかに事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に派遣するものとする。

(2) 保護者等への連絡

措置入院の場合に準じるものとする。

(3) 事前調査の実施

措置入院の場合に準じるものとする。

(4) 事前調査票の記載

都道府県職員は、事前調査を行ったときは、次に掲げる事項について様式3による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票に記録するものとする。

- ① 医療保護入院及び応急入院のための移送が必要と考えられる者の氏名等
- ② 調査対象者の所在地
- ③ 調査時の状況（調査対象者への対応の内容を含む。）
- ④ 主治医との連絡状況
- ⑤ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にあるか否かの判断
- ⑥ 保護者の氏名及び住所等
- ⑦ 医療保護入院のための移送に係る保護者の同意の確認
- ⑧ 指定医の診察が必要であるか否かの判定結果
- ⑨ 診察が不要の場合の対応方針
- ⑩ 調査年月日、担当者の氏名及び所属
- ⑪ 指定医への報告の確認

4 移送の実施

(1) 移送の手続の開始時期

措置入院の場合に準じるものとする。

(2) 移送に関する告知

派遣された都道府県職員は、移送の対象となる者を実際に車両等を用いて搬送する以前に、書面により、移送の対象者に対して法第34条第4項に規定する事項を知らせなければならないこととする。また、保護者等に対しても移送を行う旨等を知らせよう努めるものとする。

(3) 移送の記録

都道府県職員は、移送を行ったときは、次に掲げる事項について、様式3による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の移送記録票に記録するものとする。

- ① 移送の対象者の氏名
- ② 移送の手続の開始年月日及び時刻
- ③ 指定医の氏名及び所属
- ④ 指定医の診察の開始及び終了の年月日及び時刻
- ⑤ 診察場所
- ⑥ 診察の立会い者の氏名及び移送の対象者との続柄
- ⑦ 診察の補助者の氏名、職種及び所属
- ⑧ 指定医の診察結果

- ⑨ 移送を行う旨等に関する告知の確認
- ⑩ 搬送の概要（方法、発着の住所、時刻等）
- ⑪ 移送先の応急入院指定病院の名称及び所在地
- ⑫ 移送の手続の終了年月日及び時刻
- ⑬ 移送の補助者の氏名
- ⑭ 同行者の氏名
- ⑮ 行動の制限の有無
- ⑯ その他特記事項
- ⑰ 記録者の氏名及び所属

(4) 移送に用いる車両等の用意

都道府県知事は、指定医の診察の結果、医療保護入院又は応急入院が必要と判断したときには、速やかに移送の対象者を本人の現在場所から応急入院指定病院に搬送できるよう、車両等を用意するものとする。

(5) 都道府県職員の同行

措置入院の場合に準じるものとする。

(6) 搬送のための補助者

措置入院の場合に準じるものとする。

(7) 移送体制の整備

措置入院の場合に準じるものとする。

(8) 移送の手続の終了

医療保護入院及び応急入院のための移送の手続は、移送先の応急入院指定病院に入院した時点又は医療保護入院等のための移送が不要と判定された時点で終了する。

(9) 移送ができなかった場合の取扱い

移送手続中において、移送の対象者の所在が不明となった場合、移送の手続は一旦終了するが、都道府県知事は移送の対象者の所在を確かめるよう努めなければならないものとする。

5 指定医の診察

(1) 指定医の選定

都道府県知事は、法第34条に規定する診察が必要であると判断した時、速やかに指定医の診察を行うために必要な手続を開始すること。なお、この診察は、移送の対象者が入院する応急入院指定病院の指定医以外によって行われることを原則とする。

(2) 事前調査結果の指定医への報告

事前調査を行った都道府県職員は、指定医の診察に当たって、指定医に事前調査結果の報告をするとともに、報告を行ったことについて指定医の確認を得るものとする。なお、指定医の確認は、様式3による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票にある「指定医への報告の確認

認」の欄に指定医が署名することによるものとする。

(3) 診察への立会い

医療保護入院及び応急入院のための移送に係る指定医の診察に当たっては、都道府県職員が立ち会うものとする。

また、後見人、保佐人、親権を行う者、配偶者その他の現に本人の保護の任に当たっている者は指定医の診察に立ち会うことができるものとする。

(4) 指定医の診察の補助

措置入院の場合に準じるものとする。

(5) 診察記録票への記載

指定医は、行動の制限その他の移送の手續に必要な診察を行ったときは、次に掲げる事項について、様式4による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票」に記載するものとする。

① 指定医の診察を必要とする者の氏名

② 病名

③ 生活歴及び現病歴

④ 現在の病状又は状態像の概要

⑤ 緊急性の判定

⑥ 判定理由(法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判断した理由等)

⑦ 判定結果

⑧ 行動の制限を行った場合は、以下の項目

ア 行動の制限を行ったときの症状

イ 行動の制限を開始した年月日及び時刻

ウ 行動の制限を行う旨及びその理由に関する告知の確認

⑨ その他の特記事項

⑩ 診察年月日及び指定医の氏名

(6) 行動の制限を行った場合の診察記録票への記載等

移送の手續において、指定医が法第34条第4項に規定する行動の制限を行うことが必要であると判断したときは、様式4による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票」に記載しなければならない。

また、行動の制限を行うに当たっては、指定医は行動の制限を受ける者に対して行動の制限を行う旨及びその理由を知らせるよう努めなければならない。

(7) 居宅への立ち入り

医療保護入院及び応急入院のための移送に係る診察を居宅において行うことについて、保護者、扶養義務者又は同居の親族がいる場合には、保護者等の協力を得て居宅で診察を行うことができるものとする。

保護者等が存在しない場合には、措置入院の手續をとる必要があると認められな

い限りは本人の了解を得ないで居宅で診察することはできないものとする。

6 入院

(1) 応急入院指定病院への事前連絡

指定医による診察の結果、医療保護入院又は応急入院させるため、移送の対象者を応急入院指定病院に実際に搬送するに当たって、都道府県知事は、入院をさせる応急入院指定病院にあらかじめ指定医の診察結果の概要等について連絡するよう努めるものとする。

(2) 入院手続

医療保護入院及び応急入院のための移送が行われた場合、応急入院指定病院が、都道府県職員から、移送に関する診察記録票の写しを受け取ることにより、医療保護入院及び応急入院を行うものとする。

また、移送の対象者の入院後72時間以内に、応急入院指定病院において、医療保護入院及び応急入院の病状にないと判断し退院手続を採る場合は、指定医の診察によるものとする。

(3) 入院届

医療保護入院者の入院届及び応急入院届の記載項目のうち、病名等指定医が記載する項目については、別途、記載する必要はない。ただし、これらの届出書の「第34条による移送の有無」の欄に移送があったことを記載しておくものとする。なお、これらの入院届の届出に当たっては、移送に関する事前調査票、移送記録票及び診察記録票を当該入院届に添付するものとする。

7 記録の保管

措置入院の場合に準じるものとする。

第三 その他の留意事項について

1 入院後に留意すべき事項

指定病院等及び応急入院指定病院において患者の治療方針を立てるに当たっては、入院以前の医療機関の主治医と十分な連絡をとるよう努めるものとする。

2 消防機関への協力要請

法に規定する移送を行おうとする場合、移送を要する者の状況及び地域における移送体制の実状から消防機関により移送することが適切と判断され、かつ、当該移送が救急業務と判断される場合については、この搬送を消防機関に協力を要請することができる。このため、都道府県知事は、事前に移送制度全般について、市町村の消防機関とあらかじめ協議しておく必要がある。

3 警察業務との関係

都道府県知事が法第27条又は第29条の2の規定による診察が必要であると認めたとに対し、法第27条の規定による1回目の診察又は第29条の2の規定による診察のために行う当該診察の場所までの移送は、都道府県知事の責務として行われるものである。

都道府県知事は、当該移送を適切に行うとともに、移送の安全を確保しなければならないものであるが、移送の対象者により現に犯罪が行われた場合又は犯罪がまさに行われようとしており、その行為により移送に係る事務に従事する者の生命又は身体に危険が及ぶおそれがある、急を要する事態に陥った場合には、警察官に臨場要請を行うなどの措置に配慮すること。

なお、臨場した警察官は移送用の車両の運転、対象者の乗降の補助その他の移送に係る事務に従事するものではないことに留意されたい。

4 書面による告知の様式

法第27条又は第29条の2に規定する指定医の診察のために搬送する場合に書面により告知する内容は様式5、措置入院のために指定病院等まで搬送する場合に書面により告知する内容は様式6、医療保護入院又は応急入院のために応急入院指定病院まで搬送する場合に書面により告知する内容は様式7によるものとする。

5 関係機関との連絡調整

都道府県知事は、法第29条の2の2及び法第34条に規定する移送を行う体制の整備に当たって、精神科救急医療システム連絡調整委員会の中で関係機関と連絡調整を行う等、円滑な移送が行われる体制を整備すること。また、実際に移送を行うに当たっても、精神科救急情報センター（仮称）等を整備することによって、都道府県職員の派遣から入院まで、移送に係る情報を収集し、円滑な移送が行われるための連絡調整機能を整備すること。

6 その他

(1) 診察を行った指定医による医療

移送に係る診察を行った指定医が、移送の対象者の病状から緊急に医療を提供した場合、様式2又は様式4による診察記録票の特記事項の欄にその内容を記載すること。

この場合にあつては、記載する項目を以下のとおりとする。

- ア 医療を提供した時の症状
- イ 提供した医療の内容
- ウ 医療を提供した年月日及び時刻

(2) 医療を提供した場合の指定医の同行

移送の手續において指定医が医療を提供した場合には、指定医が当該移送に同行しなければならないこと。

(3) 移送の手續上行った診療の医療費

医療保護入院及び応急入院のための移送の場合、移送の手續上行った医療に係る費用については、原則本人負担とする。

(様式1) 措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

措置入院のための診察が必要と考えられる者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
	職業			

◆事前調査票

調査対象者の所在地				
調査時の状況				
主治医との連絡	氏名		連絡先等	
	主治医意見			
事前調査の総合判定	1. 措置入院に関する診察が必要 2. 不必要			
調査年月日等	調査年月日	年 月 日	時 分 ~	時 分
	職員氏名		所属	

◆移送記録票

措置診察のための移送の有無	1. 措置診察のための移送を行った 2. 措置診察の後に移送を行った			
移送開始及び終了	年 月 日	時 分 ~	月 日	時 分
移送に関する告知	1 告知を行った			
搬送の概要 (方法, 経路, 時刻等)				
移送先の指定病院等	名称		所在地	
補助者	氏名		職種	所属
同行者の氏名				
行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行動制限を行わなかった			
その他特記事項				
記録者の氏名等			所属	

保 護 者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
	選任	年 月 日			

(様式2)

措置入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
移送の手續における 行動の制限	行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行わなかった	
	症状		
	開始日時	年 月 日 時 分	
	告知	1 告知を行った	
	指定医の氏名	署名	
その他の特記事項			
	指定医の氏名	署名	

(様式3) 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

医療保護入院及び応急入院のための移送が必要と考えられる者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所	都道府県	都市区	町村区
	職業			
相談者	1 保護者 2 扶養義務者 3 行政機関 () 4 その他 ()			

◆事前調査票

調査対象者の所在地				
調査時の状況				
主治医との連絡	氏名		連絡先等	
	主治医見			
本人の同意	1 可能 2 不可能			
保護者の同意の有無	1 有 2 無			
事前調査の総合判定	1. 移送を行うための診察が必要 2. 不必要			
診察が不要の場合の対応方針				
調査年月日等	調査年月日	年 月 日	時 分 ~ 時 分	
	職員氏名		所属	指定医の確認

◆移送記録票

移送開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分			
指定医の氏名所属	氏名		所属	
診察開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分			
診察場所				
診察の立会い者の氏名及び本人との続柄				
診察の補助者	氏名		職種	所属
指定医の診察結果				
移送に関する告知	1 告知を行った			
搬送の概要 (方法、経路、時刻等)				
移送先の応急入院指定病院	名称		所在地	
移送の補助者				
搬送の同行者				
行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行動制限を行わなかった			
その他特記事項				
記録者	氏名		所在地	
保護者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日
				年 (満 歳) 月 日
	住所	都道府県	都市区	町村区
選任	年 月 日			

(様式4) 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ 氏名			生年月日 (男・女)	年 月 日 (満 歳)
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
現在の病状又は状態像	医療保護入院者の入院届の「現在の病状又は状態像」の欄に準じる			
緊急性の判定	1 直ちに入院が必要	2 緊急を要しない		
本人の同意	1 可能	2 不可能		
判定理由				
判定結果	1 医療保護入院又は応急入院が必要		2 不必要	
移送の手続における行動の制限	行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行わなかった		
	症状			
	開始日時	年 月 日 時 分		
	告知	1 告知を行った		
その他の特記事項				
以上のとおり診断する。		精神保健指定医氏名		年 月 日 署名

(様式5)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院が必要であるかどうかを判定するために〇〇〇に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇(例：車)で行います。
- 3 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます。
- 4 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

〇〇県知事〇〇〇〇

(様式6)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇(例：車)で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

〇〇県知事〇〇〇〇

(様式7)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、医療保護入院(応急入院)のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇(例：車)で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

〇〇県知事〇〇〇〇

18. 精神病院に対する指導監督等の徹底について

平成10年3月3日 障第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長・健康政策・医薬安全・社会・援護局長連名通知
改正 平成12年3月29日 障第218号・健政発第363号・医薬発第338号・社援第764号
平成18年9月29日 医政発第0929012号・社援発第0929001号

精神科病院に対する指導監督等については、「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」(平成10年3月3日障第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号厚生省大臣官房障害保健福祉部長・厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省社会・援護局長通知)により、適正な実施をお願いしているところであるが、今般、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)附則第46条により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)の一部が改正され、本年10月1日から施行されることに伴い、別添のとおり当該通知の一部を改正し、本年10月1日から適用することとしたので、今後の指導監督等の実施に当たっては遺漏なきよう留意されたい。

別添

1 適正な精神医療の確保等について

精神保健福祉施策の推進については、人権に配慮した適正な精神医療の確保、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進するという観点から、地域において、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設等との連携を図りつつ、より良い精神医療を目指していくことが必要である。

特に、入院患者の処遇については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)等に基づき、行動制限、面会、信書、電話、金銭管理等にかかる処遇が適切に行われ、社会復帰に向けた様々な環境整備を積極的に推進していく必要があることから、管下精神医療機関に対して指導の徹底を図りたい。

2 入院制度等の適正な運用について

都道府県及び指定都市においては、以下の点に留意し、適正な運用を図られるようお願いする。

(1) 措置入院制度について

ア 入院手続について

入院に当たっては、精神保健指定医2名以上の診察により適切に行い、その診察を行う際には、保護者等の立ち会いが必要となるので、保護者等の所在を確認し、診察の通知を行うとともに、入院措置を採る場合には、法第29条第3項に基づく書面告知を患者に対して行うこと。

なお、精神保健指定医の選定に当たっては、原則として同一の医療機関に所属する者を選定しないこととするとともに、措置決定後の入院先については当該精神保健指定医の所属病院を避けるよう配慮すること。

また、都道府県立精神科病院については、法律の趣旨に照らし、進んで措置入院患者を受け入れること。

イ 通報申請等の取扱いについて

法第23条から第26条の2までの規定による通報申請等がなされた場合においては、速やかに法第27条の規定による所要の措置を講ずること。

ウ 病状報告について

各都道府県及び指定都市においては、精神科病院の管理者(以下「病院管理者」という。)に対し、常時措置入院患者の病状把握に努めるとともに、当該措置入院患者が自傷他害のおそれがないと認められるに至った場合には、直ちにその旨を最寄りの保健所長を経由して都道府県知事又は指定都市市長に届け出るよう指導するとともに、都道府県及び指定都市については、速やかに退院の手続をとること。

また、病状報告は、6カ月(ただし、入院後6ヶ月経過しない間については、3ヶ月)の範囲内で定期的に求めるとともに、それ以外にも必要に応じ随時これを求めること。

なお、患者台帳等を作成するなどにより措置入院患者についての現状把握に努め、病状報告が確実に提出されているかどうかについても確認すること。

エ 仮退院について

仮退院は、精神保健指定医による診察の結果、入院患者の症状に照らし、その者を一時退院させて経過を見ることが適当であると認める場合に限り行えるものであり、決して目的外に仮退院させることのないようにすること。

オ 緊急措置入院について

緊急措置入院は、急速を要し、通常の措置入院の手続によることができない場合において、その指定する精神保健指定医をして診察をさせた結果、直ちに入院させなければならないと認めたとときに行うものであり、72時間を超えて入院させることのないようにすること。

カ 措置入院患者の診察について

措置入院患者については、入院後概ね3カ月を経過した時に精神保健指定医による診察を行うこととする。

また、これ以外の場合にも必要に応じ積極的にこれを行うよう努めること。

キ 退院手続について

都道府県知事及び指定都市市長においては、措置入院患者が措置入院を継続しなくてもよいと認められたときは、直ちにその者を退院させること。

また、措置入院患者を退院させるに当たっては、保護者との連絡や医療機関、保健所、福祉事務所等との連携を密にし、その後の医療、保護及び社会復帰に支障が生じないよう十分配慮すること。

(2) 医療保護入院制度について

ア 入院手続について

病院管理者は、入院の要否について法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないことを必ず精神保健指定医に判断させるとともに、入院に際しての同意者が配偶者又は親権者以外の扶養義務者である場合には、家庭裁判所の選任を受けた者であることを確認するよう指導すること。

また、扶養義務者の同意による入院については、4週間以内に家庭裁判所の選任を受け選任書を速やかに送付するよう指導すること。なお、家庭裁判所の選任がやむを得ず遅れる場合には、選任が行われるまでの間は市町村長が保護者となるので、市町村長の同意を得よう病院管理者に指導するとともに、かかる場合において迅速な対応がなされるよう日頃から市町村長との連携を密にしておくこと。

なお、保護者となった市町村長においては、患者の病状を常に把握するとともに、退院後のフォローアップについても十分に配慮するよう指導すること。

イ 届出について

法第33条第4項の規定に基づく届出については、必ず法定の10日以内に行われるよう指導するとともに、入院に際しての同意者が家庭裁判所により選任された者で

あるときは届出書に選任書の写しを添付させること。

また、届出内容から判断して入院手続、入院の要否等に疑問があると認められるときは、法第38条の6に基づく報告徴収等を行うなど必要な措置を講ずること。

ウ 病状報告について

病状報告については、入院が行われてから1年ごとに報告するよう病院管理者に対し指導するとともに、患者台帳等を作成するなどにより医療保護入院患者の現状把握に努め、病状報告が確実に提出されているかどうかについても確認すること。

エ 退院手続について

病院管理者に対し、医療保護入院患者を退院させたときは、10日以内に最寄りの保健所長を経て都道府県知事又は指定都市市長に届け出るよう指導すること。

また、医療保護入院患者の退院に当たっては、病院管理者が保護者や医療機関、保健所、福祉事務所等との連携を十分に行い、退院後の患者の医療、保護及び社会復帰に支障が生じないように指導すること。

(3) 任意入院制度について

ア 入院手続きについて

人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するため、本人の同意に基づいて入院が行われるよう努めることは極めて重要なことであり、その旨を病院管理者に対して徹底させるとともに、その入院手続きについては、法に基づき適正に実施されているかどうかを確認すること。

イ 精神障害者が自ら入院する任意入院の場合においては、基本的に開放的な環境で処遇されるものである。これを制限する場合には、法第37条第1項の規定に基づく基準により適正に実施されているかどうかについても確認すること。

(4) 指定病院及び応急入院指定病院について

ア 厚生省告示に定める基準を満たす病院を3年の期限を付して指定することとし、3年ごとに見直しを行い更新すること。

イ 病床に余裕があるにもかかわらず、理由なく措置入院患者又は応急入院患者の受入の拒否を行っているような事実があった場合には、病院に対する指導を強化すること。

ウ 作業療法士、精神保健福祉士等の職種を配置し、入院患者の社会復帰に向けた努力を行うよう指導すること。

(5) 任意入院患者の退院制限、医療保護入院及び応急入院に係る特例措置について

ア 特定病院の認定について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第5条の2において定める基準を満たす病院を3年の期限を付して認定することとし、3年ごとに見直しを行い更新すること。

イ 入院手続について

病院管理者は、入院の要否について任意入院が行われる状態にないことを特定医

師に判断させ、任意入院患者の退院制限、医療保護入院又は応急入院を12時間以上継続する場合には、必ず精神保健指定医に判断させること。

また、特例措置についての事後審査委員会による審議を適切に行うよう指導すること。

ウ 届出及び記録について

医療保護入院の特例措置の届出については、必ず法定の10日以内に、応急入院の特例措置の届出については、直ちに行われるよう指導すること。

また、任意入院患者の退院制限、医療保護入院及び応急入院に係る特例措置の記録を作成し、保存するよう指導すること。

また、届出及び記録内容から判断して入院手続、入院の要否の判断等について適正を欠く疑いがあると認められるときは、法第38条の6に基づく報告徴収等を行うなど必要な措置を講ずること。

(6) 精神医療審査会について

ア 精神医療審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するため、病状報告等については、必要と認める場合においては、病院管理者等に対し意見を聴くことに加え、委員による診察、関係者に対して報告や意見を求めること、診療録その他の帳簿書類の提出、出頭を命じて審問するなど、慎重かつ速やかに審査を行うこと。

イ 都道府県知事及び指定都市市長は、病状報告の審査の過程、入院の必要性等につき問題があるという報告を受けた場合、法第38条の6による報告徴収等を行い、必要な調査・診察を行うこと。

ウ 精神科病院に入院中の者又は保護者から退院請求又は処遇改善請求があったときは、速やかに請求に関する審査を行い、都道府県知事及び指定都市市長においては、請求者に対し、遅滞なく審査結果を通知するようにすること。

エ 精神病床数、審査案件の数等地域の実情に応じて委員の増員等を行い、審査が迅速かつ適切に行われるよう所要の合議体数を整備すること。

オ 審査会の運営については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する精神医療審査会について(平成12年3月28日障第209号本職通知)の別添「精神医療審査会マニュアル」の考え方に沿って適切な運営を図ること。

3 実地指導等の実施方法について

(1) 実地指導の実施時期について

原則として1施設につき年1回行うこととするが、法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院については、数度にわたる実地指導を行うこと。

(2) 実地指導の方法について

ア 実地指導は、原則として都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局職員及び保健所の精神保健福祉担当職員とともに、精神保健指定医を同行させ実施することとし、病院間で指摘内容に格差が生じないよう、都道府県及び指定都市において実

地指導要領等を作成して実施するよう努めること。

また、法律上極めて適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対しては、国が直接実地指導を実施することもあり得ること。

イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、場合によっては予告期間なしに実施できること。

ウ 実地指導の際、措置入院患者については、原則として各患者に対して診察を行うものとする。また、医療保護入院患者については、病状報告や医療監視の結果等を踏まえるとともに、患者の入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に診察を行うようにすること。

エ 人権の保護に関する聞き取り調査については、病院職員に対するものだけでなく、入院患者に対しても適宜行うようにすること。

また、診療録を提出させ、内容を確認するとともに、定期病状報告と関係書類等の突合を行い、未提出の書類等がないかについても確認すること。

オ 医療監視を実施する際に併せて実地指導を行うなど医療監視との連携を十分に図ること。

また、生活保護法による指導等の実地との連携も図ること。

(3) 実地指導後の措置について

ア 実地指導の結果、入院中の者の処遇等の状況について次に掲げる度合いに応じて、法第38条の7に基づき病院管理者等に対して必要な措置を講じること。

(7) 著しく適当でない認められる場合

措置を講ずべき事項及び期限を示して、適切な処遇等を確保するための改善計画書の提出を求め、必要に応じ提出された改善計画書の変更を命じ、又は、その処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じ、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。

また、命令に従わない時は、適宜、①精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限することを命じ又は②当該精神科病院の名称及び住所並びに改善命令等を行った年月日及びその内容等を公表すること。(ただし、①及び②の両方の措置を採ることを妨げない。)

さらに法第19条の8に規定する指定病院である場合には「指定の取消し」、精神保健指定医に関して法第19条の2第2項に該当すると思慮される場合には「その旨を厚生労働大臣あて速やかに通知」する等厳正なる措置をとること。

(イ) 適当でない認められる場合

措置を講ずべき事項及び期限を示して、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。

イ 当該精神科病院の構造設備・人員配置が医療法に定める基準に著しく違反し、又はその運営が著しく不適當であると認められる場合は、改善指導を行うとともに

医療監視の実施機関や保健・福祉等関係部局に必ず連絡をとること。

ウ 公費負担医療費が不当に超過して支払われている事実を発見したときは、速やかに返還を命ずること。

エ 実地指導で指摘事項が多いか重大な問題があるような精神科病院については、確認のため再度実地指導を行うこと。

オ 実地指導を行った際には、その都度別記様式1による報告書を作成すること。

また、別記様式2及び3により4月1日から翌年3月31日までを一括して取りまとめ、同年4月末日までに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長あてに報告すること。

ただし、法律上適正を欠く等の疑いが発見された場合には、速やかに連絡するとともに、別記様式1による報告書についても早急に提出すること。

4 実地指導の指導項目について

実地指導を行う際には、左記の項目について十分留意し実施すること。

- (1) 過去の行政指導等に対する改善状況について
- (2) 精神科病院内の設備等について
- (3) 医療環境について
- (4) 精神保健指定医について
- (5) 指定病院について
- (6) 措置入院について
- (7) 医療保護入院について
- (8) 応急入院について
- (9) 任意入院について
- (10) 特例措置について
- (11) 入院患者の通信面会について
- (12) 入院患者の隔離について
- (13) 入院患者の身体拘束について
- (14) 入院患者の隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備について
- (15) 入院患者等のその他の処遇について
- (16) 通院公費負担について
- (17) その他

5 医療法第25条の規定に基づく立入検査の実施に当たっての技術的助言について

医療監視については、従来から厳正な実施をお願いしているところであり、特に、医療法上適正を欠く等の疑いのある医療機関については、平成9年6月27日指第72号厚生省健康政策局指導課長通知「医療監視の実施方法等の見直しについて」により厳正な対処が必要である旨通知しているところであるが、精神科病院についても同様とすることが適切であること。また、実際に際しては、①医療従事者の充足、②超過収容の解消、

③無資格者の医療行為の防止といった事項について、特に留意すること。

6 生活保護指定医療機関に対する指導の強化徹底等について

(1) 一般指導等の活用について

生活保護の指定医療機関に対する指導は、昭和36年9月30日付社発第727号社会局長通知に基づき行われているところであるが、一般指導、個別指導の機会を活用し、特に精神科病院に対しては、被保護者の適切な処遇の確保及び向上、自立助長並びに適正な医療が行われるよう、生活保護制度の趣旨、医療扶助の事務取扱方法、適切な入院患者日用品費等の管理などについて周知徹底を図ること。

(2) 患者委託に当たっての留意事項について

民主主管部局は、衛生主管部局と連携を密にして、医療監視や実地指導の結果を参考にしながら、管下指定医療機関の状況について実態の把握に努め、医療従事者が著しく不足している場合又は使用許可病床を著しく超過して患者を収容している場合には、原則としてその状態が解消されるまでの間、当該指定医療機関に対する患者委託を差し控えるよう、管下実施機関を指導すること。

7 精神医療に関する苦情等の適正な処理について

精神医療に関する苦情等については、精神保健福祉センター、保健所等において積極的に相談に応じるとともに、相談者と連携をとりながらそれぞれの事案の性質に応じた迅速、的確な処理を行い、その結果を相談者に通知すること。

別記様式 1

精神科病院実地指導結果報告書

都道府県・指定都市名				
施設名（管理者氏名）				
所在地				
病床数				
実地指導日時	平成 年 月 日（ ） : ~ :			
実地指導担当者				
精神保健指定医の同行	有 無			
入院患者数（実地指導日現在）	名			
任意入院患者数	名			
医療保護入院患者数	名			
措置入院患者数	名			
その他	名			
従業員数	名			
医師	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
（うち精神保健指定医）	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
看護婦（士）	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
准看護婦（士）	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
看護補助者	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
作業療法士	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
精神保健福祉士	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
精神科ソーシャルワーカー	名（うち常勤 名, 非常勤 名）常勤換算数 名			
その他	名（うち常勤 名, 非常勤 名）			
実地指導結果の概要				
区 分	項目内訳	概 要	改善計画	改善命令
過去の行政指導等に対する改善状況について				
精神科病院内の設備等について				
医療環境について				

精神保健指定医について	
指定病院について	
措置入院について	
医療保護入院について	
応急入院について	
任意入院について	
入院患者の通信面会について	
入院患者の隔離について	
入院患者の身体拘束について	
入院患者等のその他の処遇について	
通院公費負担について	
そ の 他	

実施指導の結果に基づき採った措置
その他特記すべき事項

注) 別途、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知により定める実地指導の指導項目に係る留意事項毎に、実地指導の状況について具体的かつ詳細に記載すること。
また、改善計画書の提出を求めた場合及び改善命令を行った場合には、該当する欄に○印を付すこと。

精神科病院実地指導結果総括表

都道府県・指定都市名

病 院 名	実地指導日数	実地指導人員	指 摘 事 項	改 善 事 項	備 考
〇〇病院－①		全体 うち本庁職員 名 うち保健所職員 名 うち精神指定医 名			
〇〇病院－②					
△△△病院					
××病院					

注) 法律上適正を欠く等の疑い等により、同一病院に複数回の実地指導を行った場合には、その実施毎に結果を記載することとし、病院名欄には回数表示（〇〇病院－①）をすること。

実地指導人員欄には、その内訳を記載すること。

法律第19条の8に基づく指定病院である場合は、「備考」欄にその旨記載すること。

精神科病院実地指導結果集計表

都道府県等名 _____

病院名	項 目															総 合 計		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	指摘 なし	改善 計画	改善 命令
〇〇病院																		
△△病院																		
××病院																		

注) 項目欄については、通知中 4 に示す指導項目毎に「指導なしの場合は 1」、「改善計画書の提出を求めた場合は 2」、「改善命令を行った場合は 3」を記載するとともに、総合計欄にそれぞれの件数を記載すること。
また、3 の場合については、その文書も添付すること。

19. 精神病院に対する指導監督等の徹底について

平成10年3月3日 障精第16号
厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて
一部改正 平成12年3月29日 障精第20号
一部改正 平成18年9月29日 障精発第0929003号

精神科病院に対する指導監督等については、「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」（平成10年3月3日障精第16号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）により、適正な実施をお願いしているところであるが、今般、精神科病院の入院患者の処遇改善の観点から、隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備、任意入院による長期入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入並びに特例措置の適正な運用等を図るため、別添のとおり当該通知の一部を改正し、本年10月1日から適用することとしたので、精神科病院に対する実地指導を行う際には、十分留意の上実施するようお願いする。

なお、任意入院患者は開放的な環境で処遇を受けるという原則（「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」（昭和63年4月8日厚生省告示第130号）及び本通知の1(9)カ～シ）を踏まえ、適切な指導方をお願いする。

別添

1 実地指導の指導項目について

(1) 過去の行政指導等に対する改善状況について

過去に関係法に基づき行政処分や行政指導等が行われた精神科病院については、その後、改善され適正に運営がなされているか。

(2) 精神科病院内の設備等について

ア 精神科病院の構造設備、従業員の配置等は、医療法等に沿った適切なものか。
また、入院患者に対する療養環境の改善に努めているか。

イ 夜間の管理体制については、病棟ごとに夜間勤務者を置くなど、十分に整備されているか。

ウ 緊急時の連絡体制の整備は適正に講じられているか。

(3) 医療環境について

ア 入院患者の具合が悪い際には要求に応じて医師の診察がなされる等の体制になっているか。

イ 作業療法等の社会復帰に向けた努力を行っているか。

ウ 病院内において苦情・相談等の処理は行われているか。

エ 病室、寝具、衣服等は清潔に保たれているか。

オ 暖房設備を設置し、適切に使用されているか。

カ 入浴の回数、方法等は適切か。

キ 給食について、入院患者の栄養所要量を充たすだけの食事が提供されているか。

(4) 精神保健指定医について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項、第33条の4第1項又は第34条の規定により精神障害者を入院させている精神科病院の管理者(以下「病院管理者」という。)は、その精神科病院に常時勤務する精神保健指定医を置いているか。

(5) 指定病院及び応急入院指定病院について

ア 指定病院及び応急入院指定病院について、厚生省告示に定める基準を満たしているか。

イ 最近3年間に、新規又は継続の措置入院患者又は応急入院患者の受入を行っているか。特に、病床に余裕があるにもかかわらず、理由なく措置入院患者又は応急入院患者の受入の拒否を行っているようなことはないか。

ウ 作業療法士、精神保健福祉士等の職種を配置し、患者の社会復帰に向けた努力を行っているか。

(6) 措置入院について

ア 自傷他害といった措置症状が消失しているにもかかわらず、措置入院を継続しているようなことはないか。

イ 患者本人の症状とは全く無関係に、益・年末年始時期等に定期的に仮退院の申請を行っているようなことはないか。

ウ 措置入院費の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正になされているか。

エ 措置入院者の定期病状報告は精神保健指定医の診察をもとに報告がなされているか。

(7) 医療保護入院について

ア 入院時の診察は精神保健指定医が行っているか。

また、その診察結果は、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であって、当該精神障害のために法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないとされているか。

イ 保護者は、法第20条に定める保護者であるか。また、病院管理者は、保護者であることが入院の事情等から疑わしいと思われるとき又は保護者たり得る者が数人あるときは、法第20条に定める順位に沿った者であるか確認しているか。

ウ 扶養義務者の同意のみによって、4週間以上の入院をさせていないか。

エ 市町村長同意の場合には、市町村長が保護すべき患者の状況を把握しているか確認しているか。

オ 法第33条の規定による入院があった場合、病院管理者は同条第4項の規定による報告書を10日以内に都道府県知事又は指定都市市長あて届け出をしているか。

カ 医療保護入院患者の定期病状報告は、精神保健指定医の診察をもとに報告がなされているか。

キ 医療保護入院患者が退院した場合に、10日以内にその旨を都道府県知事又は指定都市市長あて届け出ているか。

ク 保護者の同意書がなく、医療保護入院させているようなことはないか。

(8) 応急入院について

ア 応急入院をさせるにあたっては、精神保健指定医の判定により行っているか。

イ 応急入院患者について、72時間以上の入院をさせていないか。

(9) 任意入院について

ア 任意入院患者は、入院の同意を行っているか。

また、任意入院による入院後1年経過時及び以後2年ごとに入院に係る同意書の提出を求め、同意の再確認を行っているか。

イ 病院管理者は、入院に際し、任意入院患者に対して基本的に開放的な環境で処遇(以下「開放処遇」という。)されること及び退院の請求に関すること等について書面で知らせ、自ら入院する旨を記載した書面を受けているか。

ウ 任意入院患者を患者の医療及び保護の必要性なしに入院直後から、保護室に隔離しているようなことはないか。

エ 任意入院患者が退院請求をした場合に、医師による診察に基づき適切に対処し

- ているか。また、72時間以内の退院制限を行った場合、精神保健指定医の診察に基づき、診療録の記載を行っているか。
- オ 医療保護入院に切り替えを行った場合は、切り替えの診察は適切か。病状の悪化がないにもかかわらず家族の要望等によって医療保護入院に切り替えを行っているようなことはないか。
- カ 任意入院患者の開放処遇を制限する場合には、患者本人の医療及び保護を図る観点から、患者の症状からみて開放処遇を制限しなければ治療が確保できないと判断される場合に限り行われているか。
- キ 開放処遇の制限を制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われていないか。
- ク 開放処遇の制限が漫然と継続されることがないように処遇状況及び処遇方針について病院内での周知に努めているか。
- ケ 開放処遇の制限を行うに当たっては、医師は当該患者に対してその制限を行う理由を文書で知らせ理解を得るとともに、その制限を行った旨及びその理由並びにその制限を行った日時を診療録に記載しているか。
- コ 開放処遇の制限を行う場合には、医師の判断に基づくものか。
また、おおむね72時間以内に精神保健指定医による診察を行っているか。
さらに、精神保健指定医は、必要に応じて積極的に診察を行うように努めているか。
- サ 本人の意思によって開放処遇が制限される環境に入院する場合においても、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得ているか。
また、書面を得た後でも、本人の求めに応じていつでも開放処遇にしているか。
- シ 病院管理者は、当該患者がその制限について不服がある場合には、精神医療審査会等に処遇改善請求を行うことができる旨を院内の適切な場所に掲示しているか。
- (10) 任意入院患者の退院制限、医療保護入院及び応急入院に係る特例措置について
- ア 入院時の診察は特定医師が行っており、診療録の記載を行っているか。
また、その措置は夜間において患者を直ちに診察する必要があるにもかかわらず、精神保健指定医の不在等により速やかな診察が困難な場合など、緊急その他やむを得ない理由があるときに限られているか。
さらに、特例措置は12時間以内に限られているか。
- イ 任意入院患者の退院制限又は応急入院の特例措置を採った後、精神保健指定医の診察に基づく任意入院患者の退院制限又は応急入院を行った場合に特例措置時からの合計時間が72時間以上になっていないか。
- ウ 特例措置から他の入院形態に係る特例措置を採った場合も合計12時間以内となっているか。
- エ 病院管理者は、医療保護入院の特例措置を採った場合は10日以内に、応急入院の特例措置を採った場合は直ちに入院届を都道府県知事又は指定都市市長あて提出しているか。

- オ 特例措置を採った後、当該措置から1ヶ月以内に事後審査委員会において審議されているか。また、行動制限最小化委員会が月1回以上開催されているか。
- カ 特例措置を採って12時間以内に精神保健指定医の診察を経ずに退院制限解除又は退院した場合にも事後審査委員会における審議の対象となっているか。
- キ 特例措置を採った後、精神保健指定医による診察で入院が必要でないとされた場合、精神保健指定医による特例措置の検証内容が特例措置の入院届及び記録に記載されているか。
- ク 病院管理者は任意入院の退院制限、医療保護入院及び応急入院に係る特例措置の記録（事後審査委員会による事後検証を含む。）を作成し、保存しているか。
- ケ 特定病院の認定後、申出時に届け出た特定医師に変更が生じた場合は、10日以内に都道府県知事又は指定都市市長に届け出ているか。
- (11) 入院患者の通信面会について
- ア 病院管理者が、信書の発受の制限を行っていないか。（刃物・薬物等の異物が同封されていると判断される場合を除く。）
- イ 病院管理者が、都道府県、指定都市及び地方法務局等の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話制限及び面会制限を行っていないか。
- ウ 入院患者に対して、通信・面会は基本的に自由であることを文書又は口頭により伝えているか。
- エ 患者の医療又は保護の上で必要性を慎重に判断することなく、通信・面会の制限を行っていないか。
- オ 電話・面会制限を行った場合、その事実及び理由を診療録に記載するとともに患者及び保護者に知らせているか。
- カ 電話機は患者が自由に使える場所に設置されているか。閉鎖病棟内にも設置されているか。その際、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）等の設置や、状況に応じて携帯電話の活用を図っているか。
- キ 都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局、地方法務局人権擁護主管部局の電話番号を入院患者の見やすいところに掲示してあるか。
- ク 入院後、患者の症状に応じてできる限り早期に患者に面会の機会を与えているか。
- ケ 面会について、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合を除き、病院の職員の立ち会いを条件として行っているようなことはないか。
- (12) 入院患者の隔離について
- ア 入院患者の隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであり、次の場合以外に行っていないか。
- (7) 他の患者との人間関係を著しく損なう場合。
- (4) 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。

- (ウ) 他害行為や迷惑行為、器物破損行為の危険性が著しい場合。
 - (エ) 不穏・多動・爆発性等が目立ち、一般病室では治療できない場合。
 - (オ) 身体合併症治療の検査及び処置等のために隔離が必要な場合。
 - (カ) 患者本人の意思による入室である旨の書面を得て、閉鎖的環境の部屋に入室させている場合。
- イ 入院患者の12時間以上の隔離を行う場合には、精神保健指定医の診察に基づいているものか。
 - ウ 12時間を超えない隔離については、医師の判断に基づくものか。
 - エ 隔離を行った場合には、患者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診療録などに記載することにより確認することができるようにされているか。
 - オ 隔離を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。
 - カ 隔離が複数日に及ぶ場合、1日1回は医師による診察が行われているか。
 - キ 保護室に2名以上の患者を入院させていないか。
 - ク 隔離を行っている間も、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生が確保されているか。
 - ケ 保護室を医療及び保護の目的外に使用していないか。
 - コ 機械的に期間を設定する等、必要以上に患者を保護室に隔離させているようなことはないか。
- (13) 入院患者の身体拘束について
- ア 入院患者の身体拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、次の場合以外に行っていないか。
 - (ア) 自殺又は自傷の危険性が高い場合。
 - (イ) 多動・不穏が顕著である場合。
 - (ウ) そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。
 - イ 患者の身体拘束は精神保健指定医の診察に基づいているか。
 - ウ 身体拘束を行った場合、患者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診療録などに記載することにより確認することができるようにされているか。
 - エ 身体拘束を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。
 - オ 身体拘束を行った患者について、頻回に医師による診察が行われているか。
- (14) 入院患者の隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覽性のある台帳の整備について

精神科病院への入院患者に対する隔離・身体拘束その他の行動の制限（以下「行動制限」という。）が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるように、行動制限を受けている患者や患者ごとの行動制限の期間を記載した一覽性のある台帳（様式は一律には定めませんが、患者氏

名、行動制限開始日、入院形態及び行動制限内容（昭和63年4月8日厚生省告示第129号に定める隔離・身体拘束については必須記載）について記載すること。別紙様式例参照。）が月毎に整備され、行動制限を行った際に直ちに記入されているか。

(15) 入院患者等のその他の処遇について

- ア 入院患者に対し、暴行を加えて人権を侵害している等の事実はないか。
- イ 精神科病院が行う患者の搬送について、適切に行われているか。
- ウ 病院管理者が入院患者の金銭を管理する際に約定書を取り交わしているか。
- エ 病院管理者が入院患者の金銭を管理するにあたって、管理費を徴収する場合には、適正な価格となっているか。
- オ 入院患者全員に対して、病院が一括して金銭管理を行っているか。
- カ 預り金は、原則として個人毎に口座を設けて管理し、収支状況についても個人毎に整理、把握され、患者本人、保護者等から要請があった場合には、速やかに提示できるようにしてあるか。
- キ 生活保護法による入院患者については、収支状況について福祉事務所からの要請があった場合には、速やかに提示できるようにしてあるか。
- ク 身のまわり品等について、市場価格と比べ高額な金銭を受領していないか。
- ケ 作業療法の限界を超え、又は作業療法という名目の下に患者を使役するようなことはしていないか。
- コ 作業療法の結果として生じた果実により得た副次的な収益について、患者の福利厚生又は当該患者自身のため以外に充當されていないか。
- サ 退院患者について、病院職員としての雇用を行わないで、病院の業務に従事させていないか。

(16) 通院公費負担について

- ア 通院公費の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか
- イ 水増し、架空請求の事実、例えば診察しないにもかかわらず診察したように請求をしていないか。
- ウ 合併症の患者について、当該通院医療担当医では診療不可能な疾病にまで通院公費の請求を行っていないか。

(17) その他

- ア 精神科病院の職員の資質の向上のため各種の講習等を実施しているか。
- イ 精神科病院の職員は法律に基づく入院患者の処遇等について、十分に理解しているか。
- ウ 結核等の伝染性の合併症を有する患者は、他の患者と区別して入院させているか。
- エ 都道府県知事又は指定都市市長に届出義務のあるものについては、確実に届出がなされているか。

(別添様式)

行動制限に関する一覧性台帳（様式例）

〇〇〇〇病院 平成〇年〇月分

No	I D	患者氏名	入院開始日	入院形態	行動制限開始日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	1111	〇〇〇〇	H△.△.△	任	H□.□.□.	他	→	→	→	→	→	→	→	→	→	他解																							
2	2222	〇〇〇〇	H△.△.△	医保→18.8.7任	H□.□.□.			隔開	→	→		隔解																											
3	3333	〇〇〇〇	H△.△.△	措	H□.□.□.										隔拘開	→	→		拘解	→	→	→	→	→	→	隔解													
4	4444	〇〇〇〇	H△.△.△	医保	H□.□.□.	隔解	→	→	→	→	→	→	→	→	→		隔解					隔開	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
5	5555	〇〇〇〇	H△.△.△	特医保	H□.□.□.																	隔開	隔解																
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

備考

隔	隔離	開	開始	任	任意入院
拘	拘束	継	継続（前月末から継続中）	医保	医療保護入院
他	その他の行動の制限（外出制限など）	解	解除	措	措置入院
		→	行動制限の継続	応	応急入院
				緊	緊急措置入院
				特	特定医師の診察に基づく入院

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

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

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

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

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

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

精神障害者社会復帰施設運営要綱

第1 精神障害者社会復帰施設の処遇について

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

第2 「医師」について

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

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

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

第3 精神障害者社会復帰施設の設置

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

第4 精神障害者社会復帰施設の職員

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

第5 秘密の保持、利益供与等の禁止

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

第6 利用の方法

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

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

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

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

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

第7 利用者の負担

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

第8 利用期間

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

第9 その他運営に関する事項

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

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

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

第10 経費の補助

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

(別記様式1)

医 師 の 意 見 書

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

(注) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

(別記様式2)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

施設名
施設長名 印

精神障害者社会復帰施設入所報告について

標記について、下記のとおり当施設へ入所しましたので、報告致します。

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

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

2 ショートステイ施設については当様式の提出は不要である。

(別記様式3)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

施設名
施設長名 印

精神障害者社会復帰施設退所報告について

標記について、下記のとおり当施設を退所しましたので、報告致します。

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

注 ショートステイ施設については当様式の提出は不要である。

別記様式 5

精神障害者社会復帰施設利用報告（定員関係）（平成 年度分）

施設の種類：

設置主体及び施設名：

定 員：

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

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

21. 精神障害者退院促進支援事業の実施について

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

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

精神障害者退院促進支援事業実施要綱

1 目的

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

2 定義

(1) 対象者

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

(2) 協力施設等

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

(3) 自立支援員

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

3 実施主体

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

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

4 自立支援員の委嘱

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

5 運営委員会の設置等

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

(以下「運営委員会」という。)を設置するものとする。

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

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

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

(3) 運営委員会は年2回以上開催するものとする。

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

6 自立促進支援協議会の設置等

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

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

(3) 協議会の業務は以下のとおりとする。

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

⑤ 地域における社会資源の把握

⑥ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議

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

7 手続等

(1) 利用の手続等

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

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

(2) 協力施設等への依頼等

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

② 協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする。

8 退院訓練の実施

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

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

① 開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築

② 当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援

③ 当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援

④ 協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集

⑤ その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援

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

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

- (4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

9 退院訓練終了時の取扱い

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

する。

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

10 費用の補助

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

11 その他

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

22. 精神障害者社会適応訓練事業の実施について

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

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

1 目的

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

2 定義

(1) 協力事業所

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

(2) 対象者

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

3 実施主体

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

4 社会適応訓練事業運営協議会の設置

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

5 協力事業所登録の手続等

(1) 協力事業所の申込

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

(2) 調査及び登録

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

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

(3) 協力事業所選定の基準

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

ア 事業所の環境等の適否

(7) 作業場の人的、物的環境の良否

(4) 対象者を酷使するおそれの有無

(9) 経営の安定性

イ 精神障害者に対する理解とその社会適応促進に対する熱意の程度

ウ 作業の適否

(7) 作業の難易性及び適応性

(4) 危険性の有無

エ その他必要な事項

6 対象者登録の手続等

(1) 社会適応訓練の申込

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

(2) 調査及び登録

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

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

7 委託の手続等

(1) 協力事業所に対する委託

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

(2) 期間の決定

委託期間は、原則として6か月とし、3年を限度として更新することができる。

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

(3) 協力事業所と対象者の相互理解

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

(4) 登録簿の記載等

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

8 訓練期間中の指導等

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

9 委託期間終了後の取扱

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

23. 知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度について

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

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

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

(別紙)

身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係る授産施設の相互利用制度実施要綱

1. 目的

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

2. 実施主体

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

3. 対象施設

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

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

4. 利用形態

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

5. 利用の決定

(1) 申請

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

- ② 本制度の利用を希望する精神障害者にあつては、利用申請書（別紙様式1）に、医師の意見書を添えて、居住地を所管する保健所長に申請する。
- (2) 審査及び調整
- ① 実施主体は、身体障害者又は知的障害者からの申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者について、施設訓練等支援費の支給の要否を決定するにあつての勘案事項を準用し、本制度の利用の適否を判断したうえ、対象施設との間において利用の調整を行うこと。
- ② 実施主体又は保健所長は、精神障害者からの申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者の稼働能力、健康状態等を審査し、本制度の利用の適否を判断したうえ、対象施設との間において利用の調整を行うこと。
- (3) 利用の決定
- ① 実施主体が、申請を行った身体障害者又は知的障害者について、利用を適当と認める場合は、施設訓練等支援費の支給決定を行う際に定める当該利用申請者の障害種別に基づく障害程度区分の判定を行ったうえで、当該利用申請者に対し利用決定通知書（別紙様式2）を交付するとともに、施設の長に対し利用依頼書（別紙様式3）を交付するものとする。
- ② 実施主体又は保健所長が、申請を行った精神障害者について、利用を適当と認める場合は、当該利用申請者に対し利用決定通知書（別紙様式2）を交付するとともに、施設の長に対し利用依頼書（別紙様式3）を交付するものとする。
- ③ なお、利用が不適当と認める場合は、当該利用申請者に対し、（別紙様式4）によりその理由を通知するものとする。

6. 利用料の負担

利用者は、次に定める額を、施設に対し納付するものとする。

- (1) 身体障害者が知的障害者の施設（知的障害者福祉工場を除く。）を利用する場合
身体障害者福祉法第17条の10第2項第2号、同条第3項及び第17条の13の2に準じて算定した額（ただし、社会福祉法人等軽減事業対象者が軽減措置を実施する通所授産施設を利用するときは、「社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減等事業の実施について」（平成18年4月3日障発第0403002号社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減等事業実施要綱」（以下「軽減措置実施要綱」という。）に基づき算定した額）並びに身体障害者福祉法施行規則第9条の15第二号で定める特定費用の額
- (2) 知的障害者が身体障害者の施設（身体障害者福祉工場を除く。）を利用する場合
知的障害者福祉法第15条の11第2項第二号、同条第3項及び第15条の14の2に準じて算定した額（ただし、社会福祉法人等軽減事業対象者が軽減措置を実施する通所授産施設を利用するときは、軽減措置実施要綱に基づき算定した額）並びに知的障害者福祉法施行規則第20条第二号で定める特定費用の額
- (3) 身体障害者及び知的障害者が精神障害者通所授産施設を利用する場合、精神障害者が身体障害者通所授産施設及び知的障害者授産施設（通所）を利用する場合、身体障

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

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

7. 利用にかかる経費の支弁

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

ア 6の(1)及び(2)で社会福祉法人等軽減事業に該当しない場合

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

イ 6の(1)及び(2)で社会福祉法人等軽減事業に該当する場合

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

ウ 6の(3)の場合

[別表中の「支弁基準額」に定める額]

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

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

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

8. 国の補助

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

9. 国の補助の調整

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

(別表)

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

(別紙様式1)

利 用 申 請 書

次のとおり施設を利用したいので申請します。

平成 年 月 日

申請者
住 所
氏 名

(実施主体の長又は保健所長) 殿

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

(別紙様式2)

利 用 決 定 通 知 書

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

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

利 用 者 氏 名	
利 用 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
障 害 程 度 区 分	
利 用 者 負 担 上 限 月 額	
施 設 名	
所 在 地	
利 用 に 際 し て の 注 意 事 項	
(備考) 次の各号に掲げる場合は、施設の定める利用料を納付して下さい。 一 利用者が身体障害者又は知的障害者であって、精神障害者通所授産施設を利用する場合 二 利用者が精神障害者であって、身体障害者又は知的障害者の施設を利用する場合 三 利用者が身体障害者であって、知的障害者福祉工場を利用する場合 四 利用者が知的障害者であって、身体障害者福祉工場を利用する場合	

(別紙様式3)

利 用 依 頼 書

今般、下記の者に貴施設を利用させることが適当と認められるので通知します。

平成 年 月 日

(実施主体の長又は保健所長)

(施設名・施設長) 殿

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

(別紙様式4)

授産施設等利用調整結果について

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

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

氏 名	
住 所	
(不承認の理由)	
(備考)	

24. 精神障害者福祉ホームB型の取扱いについて

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

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

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

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

〔別紙〕

精神障害者福祉ホームB型実施要綱

1 目的

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

2 実施主体

実施主体は、都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人その他の者とする。

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

3 利用対象者

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

4 定員

福祉ホームB型の定員は、おおむね20人とする。

5 利用期間

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

6 構造・設備

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

ア 相談・指導室

イ 事務室

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

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

7 職員の配置

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

(2) 指導員のうち1名は精神保健福祉士とする。

8 職員の専従

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

9 職員の業務

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

10 給食等

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

25. 精神科病院療養環境改善整備事業の実施について

平成10年12月11日 障第710号
最終改正 平成18年12月22日 障発第1222003号

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

精神科病院療養環境改善整備事業実施要綱

1 目的

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

2 事業の実施主体

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

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

3 整備基準

次に掲げるいずれか又は全てを行う整備であること。

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

26. 精神障害者社会復帰施設に係る指導監査の実施について

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

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

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

精神障害者社会復帰施設指導監査要綱

1 指導監査の目的

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

2 指導監査の方針

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

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

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

3 指導監査の対象

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

4 指導監査の方式及び回数

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

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

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

5 指導監査の実施計画の策定

(1) 指導監査の実施計画は、毎年度当初に策定すること。

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

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

6 指導監査班の編成

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

7 指導監査の事前準備

- (1) 指導監査の実施に当たっては、その対象となる施設に対し、その期日、指導監査職員の氏名その他必要な事項を、特別な場合を除き事前に通知すること。
- (2) 指導監査職員は、前回の監査結果の問題点その他必要とする事項について事前に検討を加え、指導監査の実効を期すること。
- (3) 指導監査に必要な資料は、あらかじめ整備を行わせること。なお、提出資料等については、過重なものとならないよう配慮し必要なものに限ること。

8 指導監査項目

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

9 指導監査実施上の留意事項

- (1) 指導監査は、公正不偏に実施し、努めて指導援助的態度で関係者に接し理解と自発的協力が得られるよう配慮すること。
- (2) 指導監査の過程においては、相互信頼を基礎として十分意見交換を行い、一方的判断を押しつけることのないよう留意すること。
- (3) 指導監査の結果、問題点を認めたときは、できる限りその発生原因の究明を行うよう努めること。

10 指導監査結果の指示及び措置

(1) 講評及び口頭指示

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

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

(2) 指導監査結果の措置

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

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

また、命令に従わないときは、その事業の停止等を命じること。

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

の改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。

イ 指導監査で指摘事項が多いか重大な問題があるような施設については、確認のため特別指導監査等の措置を採ること。

11 厚生省に対する報告

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

精神障害者社会復帰施設指導監査項目

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

別紙2

指導監査項目に係る主な着眼点

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

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

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

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

(様式1)

平成 年度 精神障害者社会復帰施設指導監査実施状況報告書

(都道府県・指定都市名)

1 指導監査結果に基づく問題点の概要

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

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

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

2 指導監査実施表

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

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

(様式2)

平成 年度 精神障害者社会復帰施設指導監査実施状況報告書

(都道府県・指定都市名)

(指導監査実施施設数 所)

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

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

きは、「その他」の欄を加えて整理すること。

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

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

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

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

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

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

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

(参考資料)

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

1 目的

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

- ↓
- 継続的、かつ、適切な医療
 - その確保のために必要な観察及び指導
- ↓

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

2 入院又は通院の決定手続

殺人、放火等の重大な罪に当たる行為について

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

↓

地方裁判所の審判

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

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

↓

処遇の決定

- 医療を受けさせるために入院をさせる決定（入院決定）

- 指定入院医療機関における処遇へ
- 入院によらない医療を受けさせる決定（通院決定）
 - 地域社会における処遇へ
- ※ 決定に不服の場合は、高等裁判所に抗告できる。

3 指定入院医療機関における医療

- 入院決定を受けた者は、厚生労働省令で定める基準に適合する指定入院医療機関（国公立病院）において、入院による手厚い専門的な医療を受ける。
- 保護観察所は、入院中の対象者について、退院後の生活環境の調整等を行う。
- 裁判所は、対象者、保護者又は指定入院医療機関の管理者の申立てによって、退院を許可することができる。
 - 地域社会における処遇へ
- 指定入院医療機関の管理者は、原則として6か月ごとに、裁判所に対し、退院許可の申立て又は入院継続の確認の申立てをしなければならない。
 - 退院許可の決定 地域社会における処遇へ
 - 入院継続の確認の決定

4 地域社会における処遇

- 通院決定を受けた者及び退院を許可された者は、厚生労働省令で定める基準に適合する指定通院医療機関において通院医療を受けるとともに、保護観察所（社会復帰調整官）による精神保健観察を受ける。
- 保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県知事等と協議の上、処遇に関する実施計画を定める。
- 通院医療、精神保健観察及び援助は、処遇の実施計画に基づいて行う。
- 保護観察所は、対象者の円滑な社会復帰を図るため、関係機関及び民間団体等との連携の確保に努める。
- 精神保健観察の下での通院医療を行う期間は、3年間とする（裁判所は、通じて2年を超えない範囲で、この期間を延長できる。）。
- 裁判所は、対象者、保護者又は保護観察所の長の申立てによって、精神保健観察の下での通院医療を終了することができる。
- 裁判所は、通院医療を受けている者につき、保護観察所の長の申立てにより、（再）入院決定をすることができる。

28. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく入院と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院との関係等について

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

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

(別添)

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

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

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

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

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

(1) 改正後の精神保健福祉法第44条第2項について

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

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

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

(2) 運用

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

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

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

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

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

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

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

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

⑤ 当該指定入院医療機関は、入院先等に赴いて連戻しを実行する。

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

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

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

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

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

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

(参照条文)

・ 医療観察法

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との関係)

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

・ 改正後の精神保健福祉法

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

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

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

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

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

なお、貴職におかれては、関係者に対する周知方願いたい。

記

I 公費負担の対象者及び医療の範囲について

1 公費負担の対象者

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

2 公費負担の医療の範囲

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

なお、具体的な医療の範囲については別添1及び別添2を参照のこと。

Ⅱ 公費負担番号の設定について

1 公費負担番号

	法 別 番 号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検 証 番 号
北 海 道 厚 生 局	30	01	100	1
東 北 厚 生 局	30	04	100	8
関 東 信 越 厚 生 局	30	11	100	9
東 海 北 陸 厚 生 局	30	23	100	5
近 畿 厚 生 局	30	27	100	1
中 国 四 国 厚 生 局	30	34	100	2
九 州 厚 生 局	30	40	100	4

2 各地方厚生局管轄地域

- (1) 北海道厚生局 北海道
- (2) 東北厚生局 青森県, 岩手県, 宮城県, 秋田県, 山形県, 福島県
- (3) 関東信越厚生局 茨城県, 栃木県, 群馬県, 埼玉県, 千葉県, 東京都, 神奈川県, 新潟県, 山梨県, 長野県
- (4) 東海北陸厚生局 富山県, 石川県, 岐阜県, 静岡県, 愛知県, 三重県
- (5) 近畿厚生局 福井県, 滋賀県, 京都府, 大阪府, 兵庫県, 奈良県, 和歌山県
- (6) 中国四国厚生局 鳥取県, 島根県, 岡山県, 広島県, 山口県, 徳島県, 香川県, 愛媛県, 高知県
- (7) 九州厚生局 福岡県, 佐賀県, 長崎県, 熊本県, 大分県, 宮崎県, 鹿児島県, 沖縄県

Ⅲ 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

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

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

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

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

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

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

記

1 診療報酬関係等について

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

(2) 施設基準の届出関係

○ 指定医療機関からの「施設基準」届出に係る審査

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

○ 届出の受理後の措置

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

(3) 診療報酬明細書の点検等について

○ 診療報酬の請求

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

○ 診療報酬明細書の審査

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

- 当該支払基金支部に対する診療報酬の支払い

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

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

(4) 査定・返戻と再請求等について

- 増減点連絡書

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

- 診療報酬明細書の返戻

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

- 再審査等請求

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

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

2 指定医療機関に対する指導監査について

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

4 その他

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

(別添様式)

発第 号
平成 年 月 日

県社会保険診療報酬
支払基金幹事長 殿

厚生局長

届出の受理について

標記について、別紙のとおり受理したので通知します。

別添様式

医療観察法届出医療機関（指定入院）

コード	医療機関名称	医療機関所在地	病床数	受理内容

(別紙1)

診療報酬明細書の審査・点検について

第一 目的

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

第二 レセプトの点検

1 単月点検内容

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

2 縦覧点検内容

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

(別紙2) ※ 添付省略

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

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

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

記

第1部 基本診療料

第1節 入院料

1 入院対象者入院医学管理料

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

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

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

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

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

第2節 通院料

1 通院対象者通院医学管理料

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

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

第2部 医療観察精神科専門療法

1 医療観察精神科電気痙攣療法

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

際に適切な処置がとり得る準備の下に行わなければならない。

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

2 医療観察精神科退院前訪問指導料

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

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

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

3 医療観察通院精神療法

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

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

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

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

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

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

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

4 医療観察通院集団精神療法

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

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

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

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

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

この限りではない。

5 医療観察精神科作業療法

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

6 医療観察精神科デイ・ケア

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

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

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

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

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

7 医療観察精神科ナイト・ケア

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

8 医療観察精神科デイ・ナイト・ケア

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

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

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

9 医療観察精神科訪問看護・指導料

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

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

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

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

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

(5) 医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

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

(7) 注6に規定する交通費は実費とする。

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

10 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

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

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

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

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

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

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

記

第1 届出に関する手続

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

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

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

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

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

入院対象者入院医学管理料	(入処医管) 第〇〇号
通院対象者通院医学管理料	(通処医管) 第〇〇号
医療観察精神科作業療法	(医精神作業) 第〇〇号
医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(医精デイ大) 第〇〇号
医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(医精デイ小) 第〇〇号
医療観察精神科ナイト・ケア	(医精ナイト) 第〇〇号
医療観察精神科デイ・ナイト・ケア	(医デイナイ) 第〇〇号

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

第2 届出受理後の措置

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、指定医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。次に掲げる事項についての一時的な変動については、この限りではないこと。
- (1) 医師と法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定により入院している者（以下「入院対象者」という。）の比率については、歴月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (2) 看護師と入院対象者の比率については、歴月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (3) 作業療法士、精神保健福祉士及び心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者（以下「臨床心理技術者」という。）と入院対象者の比率については、歴月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- 2 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には指定医療機関に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 3 届出事項については、地方厚生局において閲覧に供するとともに、指定医療機関においても院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導するものであること。

第3 施設基準

通則 施設基準の届出に当たって、入院対象者の数及び看護要員の数等の取扱いについて

は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成16年3月30日保医発第0330006号）」別添2入院基本料等の施設基準等第1病院の入院基本料に関する施設基準4の例によること。

1 入院対象者入院医学管理料

(1) 入院対象者入院医学管理料に関する施設基準

① 当該指定入院医療機関の専ら入院対象者に医療を実施するための病棟に係る病床は全て個室で、床面積は10平方メートル以上であり、以下に掲げる施設を有していることを標準とする。ただし、病院の病棟の一部であって、法第42条第1項第一号又は第61条第1項第一号の決定を受けた者であって集中的な治療を要するものを入院させるための精神病床（14床を超えないものに限る。）により構成される病棟（以下「小規格病棟」という。）にあつてはこの限りでない。

ア 2カ所以上の診察室

イ 酸素吸入装置・吸引装置等を有する処置室

ウ 床面積10平方メートル以上の保護室

エ 集団精神療法室、作業療法室

オ 入院対象者が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話

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

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

④ 無断退去を防止するため、安全管理体制が整備されていること。

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

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

(例) 60床からなる精神病棟入院基本料3の届出を行っている病棟の場合

i. 小規格病棟を有さない場合

(a) 元来の看護職員の最小必要員数

$$60人 \times 1/3 = 20人$$

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

$$20人 \times 40\% = 8人$$

ii. 小規格病棟10床を設ける場合

(c) 小規格病棟に勤務する常勤看護師の数

$$10人 \times 1.3 = 13人$$

(d) (c) 以外の看護職員の数

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

(e) 看護職員の合計必要数

$$13人 + 17人 = 30人$$

(f) 看護師の最小必要人数

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

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

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

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

(2) 急性期入院対象者入院医学管理料の入院対象者

「入院処遇ガイドライン」（平成17年7月14日障精発第0714001号。以下「処遇ガイドライン」という。）に示される、「急性期の到達目標」の各項目を満たした又はそれに準ずる状態であると指定入院医療機関の新病棟運営会議において判断されたことがなく、かつ、入院後間もない期間であって、当該医療機関の管理者により、急性期における医療を提供する必要性があると認められた入院対象者であること。

(3) 回復期入院対象者入院医療管理料の入院対象者

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

(4) 社会復帰期入院対象者入院医療管理料の入院対象者

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

(5) 急性期入院対象者入院医学管理料に係る施設基準

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

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

(6) 届出に関する事項

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

2 通院対象者通院医学管理料

(1) 通院対象者通院医学管理料に関する施設基準

- ① 当該指定通院医療機関に、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- ② 当該指定通院医療機関には、医療の質を確保するため「多職種チーム会議」が設置され、定期的開催されていること。また、保護観察所が設置する「ケア会議」に参加し、処遇の実施計画に協力するなど緊密な連携体制が整備されていること。
- ③ 法第42条第1項第二号又は第51条第1項第二号による決定を受けた対象者（以下「通院対象者」という。）の病状急変等により、通院対象者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制があること。
- ④ 当該指定通院医療機関は、医療観察精神科デイ・ケア及び医療観察精神科訪問看護・指導を実施できる体制を整えているか、若しくはそのような他の指定通院医療機関との連携体制を有していること。また、通院対象者の急性増悪等による入院における診療に対処するため、当該指定通院医療機関の1つの精神病棟における常勤の看護師若しくは准看護師の数が、当該病棟の入院患者数の数の3若しくはその端数を増すごとに1以上であり、かつ、当該病棟の看護師の割合が4割以上であるか、又は前述と同等の機能を有する医療機関との連携体制を有していること。ただし、当該指定通院医療機関における精神障害を有する者に対する医療及び保護の体制、当該指定通院医療機関の管理運営の状況、当該指定通院医療機関の地域における役割等を勘案し指定通院医療機関として指定することが適当であると認められる医療機関については、この限りでないこと。
- ⑤ 通院医学管理の実施等については、「指定通院医療機関運営ガイドライン」（平成17年7月14日障精発第0714001号）を参考とすること。

(2) 届出に関する事項

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出は、別添の様式3を用いること。

3 医療観察精神科作業療法

(1) 医療観察精神科作業療法に関する施設基準

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

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

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科作業療法の施設基準に係る届出は別添の様式4を、当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出は様式6をそれぞれ用いること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

4 医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」

(1) 医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

- ① 医療観察精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。
 - ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人及び臨床心理技術者又は精神保健福祉士のいずれか1人）の4人で構成される場合にあつては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。
 - イ アに規定する4人の従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあつては、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。
- ② 医療観察精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ナイト・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、60平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は4.0平方メートルを標準とすること。
- ③ なお、医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを同一施設で実

施する指定医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

5 医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」

(1) 医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

① 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1人、看護師1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とすること。

なお、看護師は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

② 医療観察精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ナイト・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。

③ なお、医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する指定医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

6 医療観察精神科ナイト・ケア

(1) 医療観察精神科ナイト・ケアに関する施設基準

① 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師又は精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者等のいずれか1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対して、1日20人を限度とすること。

② 医療観察精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科デイ・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。

③ なお、医療観察精神科デイ・ケアと医療観察精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する指定医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

7 医療観察精神科デイ・ナイト・ケア

(1) 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

① 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の3人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とすること。

イ 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は准看護師のいずれか1人及び精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の4人で構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して、1日50人を限度とすること。

ウ イに規定する4人に、イに規定する精神科医師以外の従事者2人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して、1日70人を限度とすること。ただし、イにおいていずれか1人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が2人を超えないこと。

なお、看護師又は准看護師の代わりに、1名に限り、看護補助者をもって充てることができる。

② 医療観察精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科デイ・ケア若しくは医療観察精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、通院対象者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。

なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

(2) 届出に関する事項

医療観察精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については別添の様式5を、当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び

勤務時間に係る届出については様式6をそれぞれ用いること。

なお、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。また、当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

33. 障害者自立支援法の一部の施行に伴う関係通知の改正について

平成18年9月29日 障精発第0929007号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健課長通知
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）の一部が本年10月1日から施行されることに伴い、当課所管の関係通知について、下記のとおり改正し、本年10月1日から適用することとしたので、これらの運用に遺漏なきを期されるとともに、貴管内関係者に対する周知につき、格別の御配慮をお願いしたい。

なお、下記第三号に掲げる通知の改正については、法務省保護局総務課と協議済みであるので、念のため申し添える。

記

次の各号に掲げる通知は、当該各号に掲げるとおりとする。

一 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について（平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項

- 1 (略)
 - 2 精神疾患（機能障害）の状態の判定について
 - (1)～(3) (略)
 - (4) 「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状について、以下の事項について留意する必要がある。
 - ①～③ (略)
 - ④ 器質精神病について
 - (a) 標準的な知能指数が著しく低い場合、知的能力の障害が高度であると判断してよい。知能指数が比較的高い場合にも、知能検査の下位検査項目の得点プロフィールや、記憶、記銘力検査の結果を総合的に判断してこれらが高度であると判断されれば、これを高度な認知症と判断してよい。
 - 3 (略)
- 二 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行について（平成17年7月14日障精発第0714001号障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）

指定入院医療機関運営ガイドライン

目次 (略)

1 はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めるとともに、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。
- 次のような枠組の本法が適切に実施されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等並びに障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害者福祉サービス事業を行う者、障害者支援施設、地域活動支援センター及び福祉ホーム等（以下「障害福祉サービス事業者等」という。））相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。

(2) (略)

2～4 (略)

5 地域連携体制の確保

(1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携

① (略)

② 関係機関等との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

- 対象者の処遇に関する一般的連携、処遇の決定の手続等に関する事項
 - ・ 保護観察所
- 入院中の医療に関する事項
 - ・ 地方厚生局
- 外出・外泊
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地元自治体
- 退院の許可又は入院継続の確認の申立て
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 地方裁判所
- 転院
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
- 精神障害以外の医療のために他の医療施設に入院する場合の連絡

- ・ 地方厚生局
- 処遇改善請求に関する事項
 - ・ 地方厚生局
- その他の業務
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 都道府県主管課
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 保健所
 - ・ 市町村等主管課
 - ・ 福祉事務所
 - ・ 指定通院医療機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等
 - ・ 社会保険診療報酬支払基金等

(2) (略)

6 (略)

指定通院医療機関運営ガイドライン

目次 (略)

1 はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めるとともに、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。
- 次のような枠組の本法が適切に実施されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等、障害福祉サービス事業者等）相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。

2～4 (略)

5 地域連携体制の確保

(1) 通常時における関係機関等との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

なお、地元自治体との関係については、指定入院医療機関とは異なり、通常のケア会議の中で必要な情報交換を行う。

- 通院対象者の処遇に関する一般的連携，処遇の決定の手続等に関する事項
 - ・ 保護観察所その他のケア会議のメンバー
- 通院中の医療に関する事項
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 指定入院医療機関
- 処遇終了又は通院期間延長の申立て
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 地方裁判所
- 指定医療機関の変更
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
- 監査等
 - ・ 地方厚生局
- 診療報酬等
 - ・ 支払基金等
- その他の業務
 - ・ 都道府県主管課
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 保健所
 - ・ 市町村等主管課
 - ・ 福祉事務所
 - ・ 指定通院医療機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等

(2) (略)

6 (略)

入院処遇ガイドライン

目次 (略)

I 総論 (略)

II 入院処遇の留意事項

1～3 (略)

4 治療評価と記録

1)～2) (略)

3) 記録等の標準化

- 本法における入院対象者の医療に当たって必要とされる診療情報が関係機関内で円滑に共有されるようにする目的から，指定入院医療機関の管理者は，入院対

象者における下記の情報が一覧できるように診療録等を整備することとする。様式は例を参考に各医療機関において整備すること。

「対象者の入院時に整備すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院時基本情報管理シート」とする。）」

- ・ 個人情報（略）
- ・ 社会福祉・保険関係（略）
- ・ 管理情報（略）
- ・ 法的情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 入院時における治療方針（略）
- ・ 基本情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 総括（略）
- ・ 今後の治療方針（略）
- ・ 基本情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 診療行為に関する症状詳記（略）
- ・ 総括（略）
- ・ 今後の治療方針（略）
- ・ 個人情報（略）
- ・ 社会福祉・保険関係（略）
- ・ 管理情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 今後の方針（略）
- ・ 個人情報（略）
- ・ 社会福祉・保険関係（略）
- ・ 管理情報（略）
- ・ 診療情報（略）
- ・ 今後の方針（略）

ケアメンバー：退院後担当保護観察所名・社会復帰調整官名・指定通院医療機関名・障害福祉サービス事業者等名・他想定されるサービスに関する情報退院後の治療方針

- 指定入院医療機関の管理者が入院継続の確認の申立てまたは退院の許可の申立てを行う際には、下記の各書面を一括して裁判所に提出するものとする。

「入院の継続の確認又は退院の許可の申立書（様式別添）」

「直近半年間の診療及び病状経過の要約」

「入院時基本情報管理シート」の写し

「新病棟治療評価会議シート」の写し（前回報告後）

「新病棟運営会議シート」の写し（前回報告後）

「入院継続情報管理シート」又は「退院前情報管理シート」の写し

5 (略)

Ⅲ 指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

1 (略)

2 回復期

(治療目標；36週（通算48週）で社会復帰へ移行)

- 日常生活能力の回復
- 病識の獲得と自己コントロール能力の獲得
- 評価に基づき計画された多職種チームによる多様な治療
- 病状の安定による外出の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

(略)

(看護業務の概要)

(略)

(心理業務の概要)

(略)

(作業療法業務の概要)

(略)

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・ 外出プログラムの作成（外出目的と課題の設定，訪問先の選定）
- ・ 外出プログラムを社会復帰調整官に報告し外出結果についても報告する
- ・ 外出・外泊に関連した生活技能講座を企画し実施する
- ・ 外出時訪問先との調整
- ・ 外出に同伴し社会生活能力の確認と評価
- ・ 外出に同伴し対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・ 地元等の障害者自立支援法による障害福祉サービス等やその他の福祉制度を紹介する等の社会復帰講座を企画し実施する
- ・ 保護観察所が行う退院予定地の選定に際し，社会復帰調整官と対象者との面談に同席し対象者のニーズを踏まえ必要な情報を提供する
- ・ 社会復帰調整官が作成した調整方針について対象者の同意を得る際，対象者の自己決定を支援する
- ・ 社会復帰調整官が調査した社会資源について情報提供を受け，対象者の意向を確認

し社会復帰調整官に伝える

3 社会復帰期

(治療目標；24週（通算72週）で退院)

- 社会生活能力（服薬管理、金銭管理等）の回復と安定
- 社会復帰の計画に沿ったケアの実施
- 継続的な病状の安定による外泊の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

(略)

(看護業務の概要)

(略)

(心理業務の概要)

(略)

(作業療法業務の概要)

- ・ 定期的・積極的な集団活動の利用（他者との共感体験を通し、自他の違いや役割を認識し、共同作業ができる能力を高める）
 - ・ 体力を回復するための作業療法
 - ・ 継続的な作業活動の積み重ねによる自己確認と自己ペースの理解を促進
 - ・ 外出訓練を通して社会生活能力を獲得する
 - ・ 退院後の生活を想定した生活能力のアセスメントと課題解決
 - ・ 退院後の生活支援のための連携（障害福祉サービス事業者等の職員など）
 - ・ 外出（歩道の清掃などボランティア体験など他者の役にたつ体験）を通して、自己効力感を高め、社会的役割を認識することにより、社会の中で自分らしく生きるための力を養う
 - ・ 職業適性検査（作業療法士が実施する検査（モダブツ法、タワー法、一般職業適性検査など）、障害者職業センターとの連携によるもの）
 - ・ 就労準備（退院後の就労先を具体的に想定した、一時的、作業内容、作業工程数、コミュニケーション能力—準備を行う）
- (ソーシャルワーク業務の概要)
- ・ 外泊プログラムの作成（外泊目的と課題の設定、訪問先の選定）
 - ・ 外泊プログラムを社会復帰調整官に報告し外泊結果についても報告する
 - ・ 外泊に関連した生活技能講座を企画し実施する
 - ・ 外泊時訪問先との調整
 - ・ 外出・外泊に伴い指定通院医療機関、社会復帰施設、関係機関等の見学を行う
 - ・ 外泊に伴い社会生活能力の確認と評価

- ・ 外泊に同伴し対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・ 地元等の障害者自立支援法による障害福祉サービス等の利用申請方法とその他の福祉制度の具体的な利用手続き等の社会復帰講座を企画し実施する
- ・ 社会復帰ミーティングを企画し実施する
- ・ 対象者のニーズを把握し社会復帰調整官と退院に向けての情報交換を行う
- ・ 保護観察所が作成する退院後の処遇実施計画書の作成に必要な、医師をはじめとする各職種からの情報を取りまとめ社会復帰調整官に提供する

(以下略)

急性期クリティカルパス (イメージ) (略)

回復期クリティカルパス (イメージ) (略)

社会復帰クリティカルパス (イメージ)

	1～6週目(通算49～54週)	7～12週目(通算55～60週)	13～14週目(通算61～62週)	15～19週目(通算63～67週)	20～24週目(通算68～72週)
本人の目安	健康で安全な生活をイメージできる 服薬の自己管理ができる 他人の痛みがわかる	家族や援助者との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 援助の求め方がわかる	社会資源を使ってみる 退院先に行ってみる 地域の関係者と知り合う	退院先での生活に慣れる 地域の関係者となじむ 退院後の生活を計画する	社会生活に自信をもつ 退院に向けた具体的な準備をする
評価・治療検討	基本評価の見直し、社会復帰期 治療方針の決定、改善度評価 外泊の可能性評価、治療プログラ ムの選定及び実施、薬物療法 の評価 本人家族への病状及び治療計画 の説明 診察は週2回	薬物療法の維持療法への移行、 評価、副作用のチェック 症状改善の評価及び治療内容の 見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム<個別精神療 法の選定、治療プログラムの実施、 社会資源状況の評価 入院継続の意向所への申し立て	外泊の実施 症状改善の評価及び治療内容の 見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム<個別精神療 法の選定、治療プログラムの実施、 社会資源状況の評価 入院継続の意向所への申し立て 家族面談<外泊評価>	外泊に伴う変化に対応、薬物療 法の評価、退院後活用する社会 資源について社会復帰調整官と 情報交換 退院に向けての評価、再発の可 能性評価	社会復帰調整官との退院後処遇 について情報交換 退院後指定通院医療機関との情 報交換 退院申請報告書の作成 リスクアセスメント 裁判所への退院の申し立て
検査	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月
心理検査	心理検査・病識尺度評価	自尊自己効力感アセスメント	心理検査(退院準備)	病識尺度評価	
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プロ グラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病識の確認、生活技能と評価、 障害者自立支援法に規定する障 害福祉サービスを行う事業所等 の訪問に同伴する	試験外泊に同伴、生活上の支 援課題の洗い出しと治療プログラ ムの再検討	社会復帰調整官及び通院医療機 関等との情報交換 家族の受け入れ状況の確認	社会生活上の課題克服について 評価し退院可能性について検討
看護活動	言語的コミュニケーションによる 表現の能力回復に基づく人間 関係の改善、日常生活の自立に 向けた援助 服薬の自己管理の評価及び指導 看護面談・看護ケア計画の作成	外泊準備及び外泊に対する不安 への対応、多様な治療プログラ ムへの導入と観察及びプログラ ム後の個別フォロー	試験外泊に同伴し、課題の洗い 出しを行う 課題への対応をチームで検討、 具体策を明示する	外泊時訪問観察を行い、日常生活 継続可能性について評価する 退院後の生活について本人ニ ーズの確認	服薬状況の確認、身体状況の確認 、通院医療機関への情報提供 (ファミリー)の作成 外泊時訪問観察により課題の洗い 出しと具体的な対応策の明示
作業療法	社会生活について自己管理する 体験 職業適性検査(内)	職労働働作業 職業適性検査(外)	退院に向けた生活能力のアセ メントと課題の確認	生活能力に応じた課題の解決	具体的な生活に向けた安心感の 提供
社会復帰講座	法律・制度・資源活用				
精神療法	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを築く。適切な自己表現ができる。 病状の再発の危険サインを理解する	対処法を学ぶ	社会の中で自分らしく生きるた めのイメージと出会う	対応を促す	
認知行動療法	病状の再発の危険サインを認識、対処行動の活用、適応の促進				
レクリエーション	将来起こるかもしれない問題への対処の仕方を学ぶ、適切な社会的スキルを身につける			対処行動の確認、自立した生活に対する自己効力感の向上	
全体ミーティング	経過実施(週2回定期) 経過実施(週1回定期)	--	--	--	--
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整 外泊に備え福祉施設等に同伴見 学する 社会復帰、福祉関連の知識、手 続き方法等の習得を援助する	家族に外泊指導を行う 外泊に備え福祉施設等を作成し、社会 復帰調整官と協議する 外泊に同伴し退院医療機関等訪 問する	退院受け入れに向けた家族調整 のための対象者ニーズを確認する 外泊に同伴し、退院後の生活に 向けた情報収集を行う	家族・関係者の調整生活能力に 応じた社会資源活用に関する課題 上の諸問題について解決を援助 する	家族・関係者の調整 退院に向けた準備、不安への対応 上の諸問題について解決を援助 する
外出	週2回: 1～2h	週2回: 3～4h	試験外泊	週1回: 1～3泊訪問観察	5泊1回: 7泊1回
家族調整	家族面談 家族教室				
退院計画			退院準備	地域調整	退院の申立て・退院計画作成

新病棟 対象者別1週間の治療プログラムのイメージ (略)

共通評価項目の解説とアンカーポイント

(略)

入院時基本情報管理シート (略)

新病棟治療評価会議シート (略)

入院継続情報管理シート (略)

退院前情報管理シート 1/2 (略)

退院前情報管理シート

患者番号 () シート番号 () 2/2

総合的な生活機能 (GAF)		点	点	生活機能を全体的にとらえて0-100点で評価する。
共通 評価 項目	要素	具体的要素	点	備考
	精神医学的要素	精神障害症状		
		非精神障害症状		
	個人心理的要素	内省・洞察		
		生活能力		
		衝動コントロール		
	対人関係の要素	共感性		
		対人暴力		
	環境的要素	社会的支援		
		コミュニケーション要因		
	治療的要素	ストレス		
		治療効果		
合計得点				
生活 機能	領域	評価点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)	
	セルフケア	身体性適性の確保		
		食事や体質の管理		
		服薬の維持		
	社会的な適性	自理		
		調理以外の家事		
		洗濯と洗い物		
		感謝		
		寛容さ		
	対人関係	合意		
		身体的接触		
		対人関係の形成		
日課の遂行	対人関係の終結			
	対人関係における行動の制限			
	社会的ルールに受けた対人関係			
ストレスとその他の心理的要求への対処	社会的距離の維持			
	日課の管理			
軽微な生活	日課の達成			
	自分の活動レベルの管理			
環境因子	責任への対処			
	ストレスへの対処			
サービス・制度	危機への対処			
	基本的な経済的取引			
現在の生活場面の実行状況を下記の構点により評価する。				
評価点: 0:完全にできない(障害は0-4%、自立している) 4:まったくできない(障害は86-100%、常に介助が必要)				
1:概ねできる(障害は5-24%、見まもりを要する程度) 5:詳細不明				
2:多少はできる(障害は25-49%、時に指示・介助・介入を要する) 6:非該当				
3:ほとんどできない(障害は50-95%、指示・介助・介入を要することが多い)				
機能に 影響する 環境因子	領域	評価点	説明(介人の要点や手がかりを明確にする)	
	生産品と用具	処方薬、自家用車、家、家具など		
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と障壁(量的な側面)	家族・知人、医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度(感情的な側面)	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価		
サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など			
環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介人の方針を立てる資料とする。				
評価点: 0:「促進的」1:「どちらかという促進的」2:「どちらでもない」3:「どちらかという阻害的」4:「阻害的」5:「阻害的」の5段階				
通院処遇に関する関係者	退院後の担当保健観察所		社会復帰調整官	その他のサービス
	指定通院医療機関		管理者	
	障害福祉サービス事業者等		管理者	
退院後治療				

以下 (略)

通院処遇ガイドライン

目次 (略)

I・II (略)

III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ

1 (略)

2 通院開始後

1) 前記通院医療

(治療目標；通院開始後6カ月で中期通院医療へ移行)

(略)

(通院対象者の到達レベルの目安)

(略)

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

(略)

「訪問援助における留意事項」

○ 通院対象者との信頼関係の構築に重きを置く。

○ 通院対象者の自立生活能力（パーソナルケア・安全管理等）のアセスメントを行う。

○ 通院対象者の居住環境を把握し、通院対象者が在宅（又はグループホーム等）生活に早くなれるよう、医学的見地からの相談・援助を行う。

○ 必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、通院対象者と協働して服薬管理に携わる。

○ 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。

○ 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。

○ 訪問ごとに予定時間を確認するなど、通院対象者や関係機関との連絡を密に行う。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

(略)

2) 中期通院医療

(治療目標；通院開始後24カ月で後期通院医療へ移行)

(略)

(対象者の到達レベルの目安)

(略)

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

(略)

「訪問援助における留意事項」

- 通院前期に引き続き、通院対象者が独りでできることの確認と向上を促す（衣替え、公共料金の支払い等）。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。
- 日常生活行動（衣・食）や健康管理に関する支援を行う。
- 必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、通院対象者と協働して服薬管理に携わる。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

(略)

3) 後期通院医療

（治療目標；通院決定又は退院許可決定から36カ月で処遇終了（通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最大60カ月まで延長））

(略)

（通院対象者の到達レベルの目安）

(略)

（提供される医療サービスごとの留意事項）

(略)

「外来診察における留意事項」

(略)

「訪問援助における留意事項」

- 通院対象者の自立的活動を促すことに重きを置いた援助を行う。
- 通院対象者に自らの社会的役割を意識させるような援助を行う。
- 処遇終了に向けての通院対象者の気持ちの変化に注目する。
- 通院対象者の社会における対人関係（他者との協調性・自発性等）を評価する。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保健所、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

(略)

4) (略)

IV・V (略)

通院基本情報管理シート (略)

指定通院医療機関 治療評価会議シート（1ヶ月毎）

患者番号（ ） シート番号（ ） 1 / 2 作成日

フリガナ		性別		現在年齢	
本人氏名		生年月日			
治療期	左記治療期の開始(年月日)				
保護観察所		社会復帰調整官			
指定入院	通院開始年月日	施設名		管理者	
医療機関	多職種チームの担当者				
	医師	精神保健福祉士		看護師	
	臨床心理技術者	作業療法士		その他	
主診断(ICD)	(F)				
副診断(ICD)	(F)	(F)			
身体疾患(ICD)	()	()			
1ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点 介入の内容：医療機関（訪問看護・指導も含む）、保護観察所、地域などに分けて記載					
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す			効果と問題点		
2) 保護観察所			効果と問題点		
3) 地域(保健所、障害福祉サービス事業者等)			効果と問題点		
1ヶ月間の地域における生活状況等					
日常生活、就労状況、対人関係など					

以下（略）

指定通院医療機関 治療評価会議シート（3ヶ月毎）

患者番号（ ） シート番号（ ） 1 / 2 作成日

フリガナ		性別		現在年齢	
本人氏名		生年月日			
治療期	中期	左記治療期の開始(年月日)			
保護観察所		社会復帰調整官			
指定入院	通院開始年月日	施設名		管理者	
医療機関	多職種チームの担当者				
	医師	精神保健福祉士		看護師	
	臨床心理技術者	作業療法士		その他	
主診断(ICD)	(F)				
副診断(ICD)	(F)	(F)			
身体疾患(ICD)	()	()			
3ヶ月間の符記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点					
介入の内容：医療機関（訪問看護・指導も含む）、保護観察所、地域などに分けて記載					
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す			効果と問題点		
2) 保護観察所			効果と問題点		
3) 地域(保健所、障害福祉サービス事業者等)			効果と問題点		
3ヶ月間の地域における生活状況等					
生活状況、日常生活、就労状況、対人関係など					

以下（略）

三 地域社会における処遇のガイドラインについて（平成17年7月14日法務省保総第595号障精発第0714003号法務省保護局総務課長，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）

地域社会における処遇のガイドライン

目次

- 1 (略)
- 2 総論
 - (1)～(4) (略)
 - (5) 関係機関の基本的な役割
 - ア (略)
 - イ 各関係機関の基本的な役割
 - (ア)～(キ) (略)
 - (ク) 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービス事業を行う者，障害者支援施設，地域活動支援センター及び福祉ホーム等（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）
 - (ケ) (略)
 - (6)・(7) (略)
- 3 (略)
 - 1 (略)
 - 2 総論
 - (1) 基本用語の定義
 - 本ガイドラインにおいて、「地域社会における処遇」とは、本制度の対象者に対し、関係機関が相互に連携し、地域社会において、継続的かつ適切な医療を提供するとともに、その生活状況の見守りと必要な指導を行い、また、必要な精神保健福祉サービス等の援助を提供する等の処遇をいう。
 - 本ガイドラインにおいて「関係機関」とは、地方厚生局、指定医療機関及び保護観察所のほか、精神障害者の保健及び福祉に携わる以下の機関をいう。
 - ・ 都道府県・市町村（特別区を含む。以下同じ。）の主管課
 - ・ 都道府県・市町村の設置する精神保健福祉センター、保健所等の専門機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等の精神障害者の地域ケアに携わる機関
 - 本ガイドラインにおいて、「入院」とは、指定入院医療機関への入院をいい、「入院医療」とは、指定入院医療機関における入院による医療をいう。
 - 本ガイドラインにおいて、「退院」とは、指定入院医療機関における入院医療が終了し、地域社会における処遇に移行することをいい、「通院医療」とは、指定入院医療機関による入院によらない医療をいう。

- 本ガイドラインにおいて、「ケア会議」とは、個々の対象者（入院医療を受けている者を含む。）に対する地域社会における処遇の実施体制、実施状況等に関する情報の共有と処遇方針の統一を図るため、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県・市町村（その設置する保健所等の専門機関を含む。以下同じ。）のほか、必要に応じ、障害福祉サービス事業者等の関係機関の参加を得て主催する会議をいう。
- 「地域社会における処遇」の概要については、図1のとおり。

(2) (略)

- (3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項（精神保健福祉法との関係を含む。）

ア 関係機関相互間の連携確保及び役割の明確化

- 地域社会における処遇が円滑に実施されるためには、そのためのシステムとして、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村、障害福祉サービス事業者等）相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関の役割の明確化を図ることが必要である。

イ～エ (略)

(4) 関係機関相互間の連携

ア 法務省及び厚生労働省における連携

- 法務省及び厚生労働省（以下「両省」という。）は、連携して本制度の円滑な運用の確保に努める。
- 両省は、指定医療機関の指定状況や保護観察所による関係機関相互間の協力体制の整備状況など、地域社会における処遇の実施体制についての情報を共有する。
- 両省は、地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等の関係機関相互の連携協力が円滑に行われるよう、具体的方策を講ずる。
- 両省は、地域社会における処遇の運用状況についての情報を共有するとともに、常に評価を行い、必要に応じ、本ガイドラインの見直しを行う。
- 両省は、地域社会における処遇の実施において支障を生じた場合には、速やかに協議し、その対応策を講ずる。

イ 地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等

- 保護観察所と都道府県とは相互に協力しつつ、地域社会における処遇に携わる関係機関と協議して、本ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を定める運営要領等を作成し、実際の地域処遇が各都道府県の実情に応じて円滑に行われるよう配慮する。
- 各関係機関は、地域精神保健福祉連絡協議会等の既存のネットワークを活用するほか、平素から各関係機関が行う会議等に相互に職員を派遣するなどし、その緊密な連携に努める。
- 本制度の地域社会における処遇の実施においては、都道府県・市町村、障害福

社サービス事業者等は、精神保健福祉業務の一環として各種の援助業務等を行うものであり、これら関係機関等の協力体制を強化する必要がある。

- 各関係機関は、地域における精神障害者に対する医療・保健・福祉の実情について情報を共有する。
- 各関係機関は、当該地域における処遇の円滑な推進のため、あらかじめ役割分担を明確にし、それぞれ関係機関相互間の必要な連絡調整を行うための窓口を設ける。
- 地域社会における処遇の実施に当たっては、関係機関の担当者のみならず、必要に応じ、対象者の社会復帰を支援する家族等のキーパーソンとの連携にも配慮する。

(5) 関係機関の基本的な役割

ア (略)

イ 各関係機関の基本的な役割

(ア)～(エ) (略)

(オ) 市町村主管課

- 精神保健福祉サービスの利用の窓口となり、あつせん、調整を行う。
- 当該市町村の関係機関及び障害福祉サービス事業者等が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど、必要な調整を行う。
- 保健所と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。

(カ)・(キ) (略)

(ク) 障害福祉サービス事業者等

- 個別事例に応じ、地域社会における処遇に携わる関係機関との連携・協力関係に基づく精神保健福祉サービスの提供を行う。
- 個別事例に応じ、処遇の実施計画における援助の内容の作成に関与する。
- 個別事例に応じ、地域活動支援センターにおいて相談対応を行う。

(ケ) (略)

(6) (略)

3 各論

(1)・(2) (略)

(3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応

ア・イ (略)

ウ 処遇の実施(通院医療、精神保健観察、援助等)

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、対象者及びその家族等の関係者に対し、本制度による処遇の在り方や内容について、懇切・丁寧に説明し、理解を得るよう努める。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、通院期間中、処遇の実施計画に基

づいて、概ね次のとおり処遇を行う。

- ・ 指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインに基づき、継続的かつ適切な医療を提供し、その病状の改善を図る。
- ・ 保護観察所は、必要な医療の継続を確保するため、訪問又は出頭による面談や、指定通院医療機関、都道府県・市町村等からの生活状況の報告などにより、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活状況を見守り、通院や服薬を促したり、家族等からの相談に応じ、助言を行うなどの必要な指導等を行う。
- ・ 都道府県・市町村は、対象者やその家族等からの相談に応じ、必要な指導を行ったり、必要とされる障害者自立支援法による障害福祉サービス等の利用の調整を行うほか、生活保護等の福祉サービス等の援助を行う。

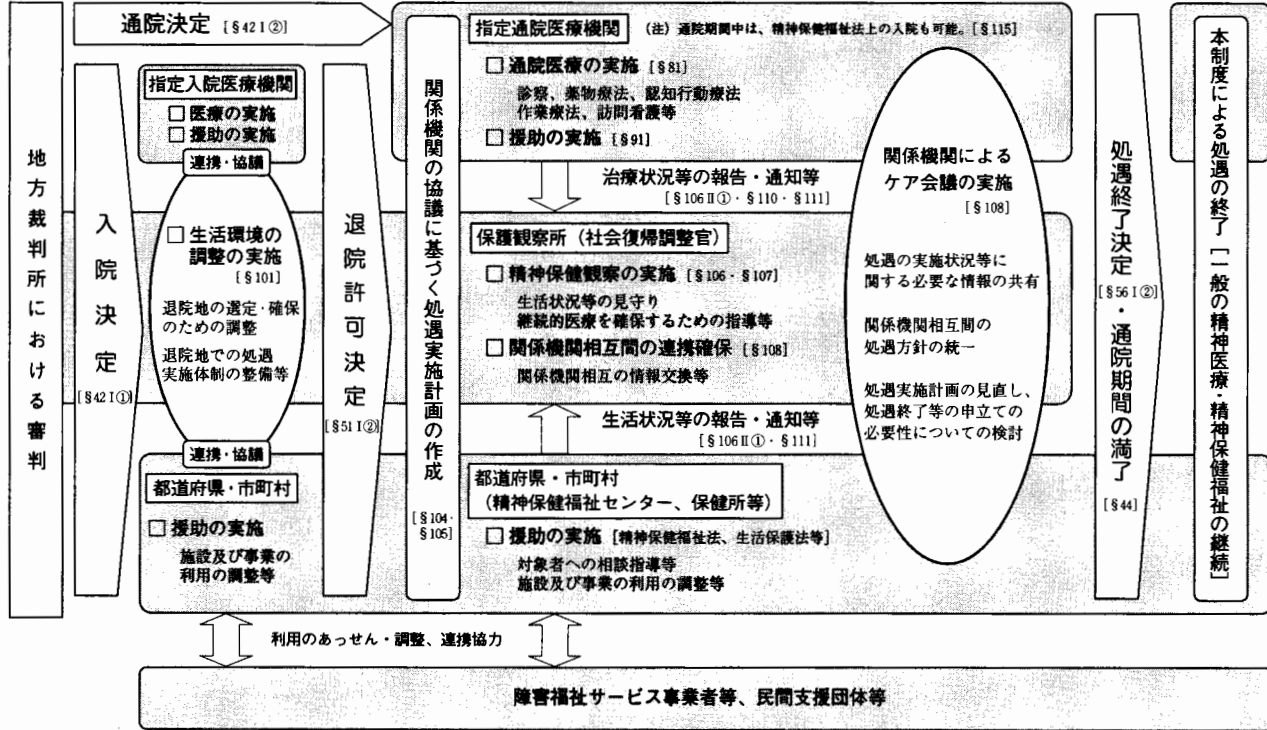
(以下略)

(図1)

■ 地域社会における処遇の概要

(注) 図中の{§}は、心神喪失者等医療観察法の該当条文を示す。(〔§421②〕は、42条1項1号)

地域社会における処遇
(処遇実施計画に基づく処遇の実施)



34. 「指定医療機関指導監査要綱等について」の一部改正について

平成18年10月4日 障精発第1004001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
各地方厚生局健康福祉部長あて

今般、「精神病院に対する指導監査等の徹底について」の一部改正について」（平成18年9月29日障精発第0929003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）において、各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長に対し、精神病院の入院患者の処遇改善の観点から、隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備について、管内精神病院に対して行う実地指導の際に十分留意して実施するよう依頼したところであるが、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第16条第1項に規定する指定入院医療機関においても同様の取扱いを行うこととしたほか、その他適正な指導監査を実施するための所要の見直しを図るため、「指定医療機関指導監査要綱等について」（平成17年8月2日障精発第0802010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）の一部を別添のとおり改正することとしたので、各地方厚生局におかれても今後の指導監査の実施に当たっては、遺憾なきよう留意されたい。

別紙1

指定入院・通院医療機関実地指導結果報告書

実地指導日 時等	平成 年 月 日 () : ~ :			
	実地指導担当者		精神保健指定医の同行 有 無	
医療機関名				
所在地				
病床数等	床 入院患者数 (実地指導日現在) 人			
従事者数	名 (うち常勤 名, 非常勤 名)			
医師	名 (うち常勤 名, 非常勤 名) うち精神保健指定医数 名 (うち常勤 名, 非常勤 名)			
薬剤師	名 (うち常勤 名, 非常勤 名)			
看護師	名 (うち常勤 名, 非常勤 名)			
その他	作業療法士 名 (うち常勤 名, 非常勤 名) 精神保健福祉士 名 (うち常勤 名, 非常勤 名) 臨床心理技術者 名 (うち常勤 名, 非常勤 名)			
実地指導結果の概要				
区分	項目 内訳	概 要	改善 計画	改善 命令
1 指定入院医療機関の基準について				
2 指定通院医療機関の基準について				
3 医療環境について				

注) 「病床数等」及び「従事者数」欄については、医療観察病棟について記載する。

実地指導結果の概要					
区分	項目内訳	概	要	改善計画	改善命令
4 入院対象者の通信面会の					
5 入院対象者の隔離について					
6 入院対象者の拘束について					
7 その他の処遇について					
8 医療の提供について (指定入院医療機関)					
9 医療の提供について (通院入院医療機関)					
10 医療の提供について (診療報酬関係)					
11 診療録等について					
12 その他					

注) 「改善計画」, 「改善命令」欄については, 該当する欄に○印を付すこと。

実地指導の結果に基づき採った措置

その他特記すべき事項

指定入院・通院医療機関実地指導結果総括表

地方厚生局名

医療機関名	実地指導人員	指 摘 事 項	改 善 事 項
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指 定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職 員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		
	全体 名 うち本省職員 名 うち厚生局職員 名 うち精神保健指定医 名		

指定入院・通院医療機関実地指導結果集計表

地方厚生局名 _____

医療機関名	区 分											合 計		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	指摘なし	改善計画	改善命令

注)「区分」欄については、別紙1の「実地指導結果の概要区分」欄毎の結果に基づいて「指定事項なしの場合は1」、「改善計画書の提出を求める場合は2」、「改善命令を行った場合は3」をそれぞれ記載するとともに、「合計」欄にそれぞれの件数を記載すること。

別添1

○指定医療機関指導監査要綱等について

平成17年8月2日 障精発0802010号
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各地方厚生局健康福祉部長あて

第一 (略)

第二 指導監査方法等

1・2 (略)

3 指導監査の実施等

(1)～(4) (略)

(5) 指導監査の実施方法

ア・イ (略)

ウ 指導監査を行うに当たっては、医療監視と併せて行うなど、連携を十分に図ること。

(6)・(7) (略)

4 (略)

5 指導監査項目について

(1) 指定医療機関の人員、設備等に関する基準について

(2) 医療環境について

(3) 処遇について

(4) 医療の提供について

(5) 診療録等について

(6) その他

第三 指導監査後の措置

1・2・3・4 (略)

5 行政上の措置

(1)・(2) (略)

(3) 実地指導を行った際には、その都度別紙1の報告書を作成すること。また、別紙2及び3により4月1日から翌年3月31日までを一括して取りまとめ、同年4月末日までに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長まで報告すること。

ただし、法律上適正を欠く等の疑いが発見された場合には、速やかに連絡するとともに、別紙1による報告書についても早急に提出すること。

第四 (削除)

指導監査の事務処理要領

1 指定入院医療機関の人員、設備等に関する基準

(1) 指定入院医療機関の基準について

ア～オ (略)

カ 専門病棟における常勤の作業療法士、精神保健福祉士並びに臨床心理技術者の数の合計は、1に当該専門病棟の入院対象者の数が5又はその端数を増すごとに1を加えた数以上であるか。

キ～セ (略)

ソ 無断退去を防止するため、安全管理体制が整備されているか。

(2) (略)

2 医療環境について

(1) 入院対象者の具合が悪い際には、要求に応じて医師の診察がなされる等の体制になっているか。

(2) 作業療法等の社会復帰に向けた努力を行っているか。

(3) 病棟内において苦情・相談等の処理は行われているか。

(4) 病室、寝具等は清潔に保たれているか。

(5) 入浴の回数、方法等は適切か。

(6) 給食について、入院対象者の栄養所要量を満たすだけの食事が提供されているか。

(7) 向精神薬の保管について、職員が実地で盗難の防止につき必要な注意をする場合を除き、かぎをかけた設備内で行われているか。

(8) 防火訓練及び避難訓練が適切に行われているか。

3 処遇について

(1) 入院対象者の通信面会の制限について

ア～オ (略)

カ 電話機は、入院対象者が自由に使える場所に設置されているか。その際、硬貨収納式電話機(旧ピンクの電話)等の設置や、状況に応じて携帯電話の活用を図っているか。

キ～ケ (略)

(2) (略)

(3) 入院対象者の身体拘束について

ア～オ (略)

カ 身体拘束に当たっては、衣類又は綿入り帯等を使用しているか。

(4) 入院対象者の隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳整備について指定入院医療機関への入院対象者に対する隔離・身体拘束その他の行動制限(以下「行動制限」という。)が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われているこ

とを病院・病棟内で常に確認できるように、行動制限を受けている対象者や対象者ごとの行動制限の期間を記載した一覧性のある台帳（様式は一律には定めないが、入院対象者氏名、行動制限開始日及び行動制限内容（平成17年7月14日厚生労働省告示第337号に定める隔離・身体拘束については、必須記載）について記載すること。）が月毎に1枚整備され、行動制限を行った際に直ちに記入されているか。

(5) その他の処遇について

ア・イ (略)

ウ 実費徴収の取扱いについては、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号）に準じた取扱いとしているか。

エ～カ (略)

キ 作業療法の限界を超え、又は作業療法という名目の下に入院対象者を使役するようなことはしていないか。

ク 作業療法の結果として生じた果実により得た副次的な収益について、入院対象者の福利厚生又は当該入院対象者自身のため以外に充当されていないか。

4 医療の提供について

5 診療録等について

6 その他

35. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について

平成 7 年 9 月 12 日 健医発第 1132 号
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段のご配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成 7 年法律第 94 号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、また、施行令及び施行規則の関連規定も整備されたところである。

このため、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」を定め、平成 7 年 10 月 1 日から適用されることとしたので、この制度の適正かつ円滑な実施を図るとともに、手帳に基づく生活支援策の推進を図られるよう、特段の配慮をお願いする。

精神障害者保健福祉手帳制度実施要領

第一 目的

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

これは、これまで身体障害者については身体障害者手帳が、精神薄弱者については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることにかんがみ、障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置付けられたことを契機に、精神保健法を「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「法」という。）」に改め、同法第 45 条により、手帳制度を創設することとしたものである。

第二 手帳の交付手続き

1. 交付申請

- (1) 精神障害者（知的障害者を除く。以下同じ。）は、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地とする。以下同じ。）の都道府県知事に、精神障害者保健福祉手帳の交付を申請することができる。（法 45①）
- (2) 手帳の申請は、別紙様式 1 による申請書に、次の①又は②と③の書類等を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事（指定都市市長を含む。以下同じ。）に提出することにより行う。（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（以下「令」という。） 5 の 3）

① 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書（精神障害に係る初診日から6か月を経過した日以後における診断書に限る。）

② 精神障害を支給事由とする次の年金給付を現に受けていることを証する書類の写し

ア. 国民年金法による障害基礎年金及び昭和60年改正法による改正前の国民年金法による障害年金

イ. 厚生年金保険法による障害厚生年金及び昭和60年改正法による改正前の厚生年金保険法による障害年金

ウ. 国家公務員等共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の国家公務員等共済組合法による障害年金

エ. 地方公務員等共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の地方公務員等共済組合法による障害年金

オ. 私立学校教職員共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の私立学校教職員共済組合法による障害年金

カ. 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律（平成13年法律第101号。以下「平成13年統合法」という。）附則第16条第1項規定によりなおその効力を有するものとされた同法附則第2条第1項第1号に規定する廃止前農林共済法による障害共済年金及び平成13年統合法附則第16条第2項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法附則第2条第1項第5号に規定する旧制度農林共済法による障害年金並びに平成13年統合法附則第25条第4項第11号に規定する特例障害農林年金

キ. 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律による特別障害給付金

③ 精神障害者の写真

ア. 写真（縦4cm×横3cm）は脱帽して上半身を写したものであること。

イ. 手帳の申請のときから一年以上以内に撮影したものであること。

(3) (2) ①の医師の診断書は、別紙様式2による。

この診断書は、精神障害の診断又は治療に従事する医師によるものであり、これは、精神保健指定医を中心とし、精神科医を原則とするが、てんかんの患者について内科医などが主治医となっている場合のように、他科の医師であっても、精神障害の診断又は治療に従事する医師は含まれる。

(4) (2) ②の「精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写し」は、次のアの書類の写し又はイの書類の写しとする。

ア. 年金証書（年金裁定通知書と一体となっている証書についてはその部分を含む）及び直近の年金振込通知書又は年金支払通知書

イ. 特別障害給付金受給資格者証（特別障害給付金支給決定通知書）及び直近の

国庫金振込通知書又は国庫金送金通知書

- (5) 手帳の交付は、申請主義によるものとし、精神障害者本人が申請するものとするが、家族、医療機関職員等が手帳の申請手続の代行をすることはさしつかえない。

2. 障害等級

- (1) 手帳には、障害等級を記載するものとする。障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから1級、2級及び3級とし、各級の障害の状態は、それぞれ次に定めるとおりである。(令6)

1級 日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

3級 日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

- (2) 障害等級の判定に当たっては、精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に判定を行うものとし、その基準については、別に通知するところによる。

3. 審査及び判定

- (1) 都道府県知事は、1の申請に基づいて審査し、申請者が2(1)の障害等級で定める精神障害の状態にあると認めるときは、申請者に手帳を交付しなければならない。(法45②)

- (2) 都道府県知事は、1(2)①の医師の診断書が添付された申請について手帳の交付の可否及び障害等級の判定、当該都道府県（指定都市を含む。）に置かれている精神保健福祉センターに行わせるものとする。(法6②四)

- (3) 1(2)②の年金証書等の写しが添付された申請については、精神保健福祉センターによる判定を要することなく、手帳の交付を行うものとする。

この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば、手帳2級、年金3級であれば手帳3級であるものとする。

交付の可否の決定に当たっては、必要に応じ、申請者から同意書の提出を求め、社会保険事務所又は共済組合に精神障害の状態について該当する等級を照会する。

なお、年金証書を有する者であっても、医師の診断書により申請を行い、精神保健福祉センターの判定により手帳の交付を受けることができるものとする。

- (4) 都道府県知事は、申請書を受理したときは、交付の可否の決定を、概ね1か月以内に行うことが望ましい。

- (5) 都道府県知事は、手帳を交付しない旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45③)

通知の様式は、別紙様式3とし、居住地の市町村長を經由して通知する。

4. 手帳の様式及び記載事項

- (1) 手帳は、表紙に「障害者手帳」と標記し、その記載事項は、氏名、性別、住所、

生年月日、障害等級、手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限とし、様式は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（以下「規則」という。）別記様式第3号によるものとする。（規則25）

- (2) 手帳に記載する手帳の交付日は、市町村長が申請を受理した日とし、手帳に記載する手帳の有効期限は、交付日から2年が経過する日の属する月の末日とする。
- (3) 各都道府県において、精神保健福祉センター、保健所をはじめ各種の施設の所在地・電話番号や、手帳に関連して享受できる利益等について記載した資料を手帳に付加して交付することが望ましい。
- (4) 手帳番号は、各都道府県ごとの一連の番号とすること。

5. 手帳の交付

- (1) 手帳の交付は、その申請を受理した市町村長を経て申請者に対して交付する。（令6の2）

なお、家族、医療機関職員等が受領の代行をすることはさしつかえない。

- (2) 手帳の申請を受理する際に、申請書控えや、交付が可能となる予定日を記入をした申請受理書を交付しておき、手帳の交付に当たっては、それと引換えに交付するなどの方法により、受領者の身分確認に配慮する。

6. 手帳の交付台帳

- (1) 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳交付台帳（以下「手帳交付台帳」という。）を備え、次の事項を記載するものとする。（令7①、規則26）

ア. 精神障害者の氏名、性別、住所及び生年月日

イ. 障害等級

ウ. 手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限

エ. 手帳の再交付をしたときはその年月日及び理由

オ. その他必要な事項

- (2) 台帳の標準的な様式は、別紙様式7とする。

第三 手帳の更新、変更等

1. 手帳の更新

- (1) 手帳の有効期限は2年間であって、有効期間の延長を希望する者は、手帳の更新の手続を行うことが必要である。すなわち、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、2年ごとに、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければならない。（法45②）

- (2) 更新の手続きについては、「第二、1. 手帳の交付申請」に準ずる。（法45⑥、規則28①）

すなわち、手帳の更新の申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に更新である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②の書類、必要に応じ③（障害等級の変更の申請をする場合及び有効期限の更新欄がなくなった場合）を添えて、申請者の居住地

を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、精神保健福祉センターで判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、精神保健福祉センターにおける判定が不要である。

- (3) (1) の認定を受けるに当たっては、手帳の有効期限の日の3カ月前から申請を行うことができる。(規則28②)

なお、有効期限の経過後であっても、更新の申請を行うことができる。

- (4) 都道府県知事は、更新の申請を行った者が、障害等級に定める精神障害の状態にあると認めるときは、保健所長を経由して、次のいずれかにより、手帳の更新を行う。(令8②, ③)

① その者の精神障害者保健福祉手帳に記載した有効期限を訂正の上、その者に返還する。

② 障害等級が変更した場合及び有効期限の更新欄がなくなった場合には、その者の精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とする。

- (5) なお、申請の際においては、あらかじめ手帳を添付させる必要は無く、更新を認める決定をした後に、市町村において(4)①又は②の取り扱いをする際に手帳を提出させることで足りるものであり、申請者が手元に手帳を有しない期間が長く生じないように配慮する。

- (6) 都道府県知事は、障害等級に該当しない(手帳を更新しない)旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45⑥)

- (7) 更新後の有効期限は、更新前の有効期限の2年後の日とする。

2. 都道府県の区域を越える住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経て、新居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令7④)

届出に当たっては、別紙様式4による届出を行うとともに、別紙様式1による手帳の交付申請(都道府県間の居住地変更による手帳交付の申請)を行う。

- (2) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載した上、その届出書を受理した市町村長を経由して、旧手帳と引換えに、新たな手帳を当該者に交付するものとする。(令7⑤)

この場合、手帳の障害等級及び有効期限は、旧手帳と同一のものとし、精神障害者の写真、手帳番号及び手帳の交付日は、新たなものとする。

- (3) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、旧居住地の都道府県知事にその旨を通知しなければならない。

3. 氏名の変更及び都道府県の区域内の住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内にお

いて居住地を変更したときは、30日以内に、その居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令7②)

届出の様式は、別紙様式4とする。

- (2) 市町村長は、(1)の届出を受理したときは、手帳に変更内容を記載した上で、当該者に返還し、かつ、届出書にその旨を付記して、都道府県知事に送付する。(令7③)

また、都道府県知事は、台帳に必要な事項を記載する。

4. 障害等級の変更申請

- (1) 手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限の期間内においても、その精神障害の状態が重くなった(又は軽くなった)ことにより、手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至ったと考えるときは、障害等級の変更の申請を行い、判定を求めることができる。(令9①)

- (2) 障害等級の変更申請の手続きについては、「第三 1. 手帳の更新」に準ずる。(規則29)

すなわち、障害等級の変更申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に障害等級の変更の申請である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②と③の書類を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、精神保健福祉センターで判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、精神保健福祉センターにおける判定が不要である。

- (3) 都道府県知事は、障害等級の変更を認めるときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載するとともに、さきに交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。(令9②)

この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とし、写真は提出されたものを貼付する。手帳の有効期限は、変更決定を行った日から2年が経過する日の属する月の末日とする。

5. 手帳の再交付

- (1) 都道府県知事は、手帳を破り、汚し、又は失った(紛失した)者から手帳の再交付の申請があったときは、手帳を交付しなければならない。(令10①)

申請の様式は別紙様式4とする。

- (2) 再交付の申請は、その居住地を管轄する市町村長を経て、居住地の都道府県知事に申請しなければならない。(令10③)

- (3) 手帳を破り、又は汚した者から再交付の申請があったときは、都道府県知事は、その居住地を管轄する市町村長を経て、その手帳と引換えに新たな手帳を交付するものとする。

- (4) 手帳の再交付を受けた者が、失った手帳を発見したときは、速やかに、これを、その居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。

(令10②)

- (5) 有効期限が残存している旧様式(写真貼付無し)の手帳(平成18年9月30日以前に市町村が受理したもの)から新様式(写真貼付有り)の手帳へ変更を希望する者は別紙様式4に写真を添えて、居住地を管轄する市町村長を経て、居住地の都道府県知事に申請を行う。この場合において、手帳番号、手帳交付日、有効期限は旧手帳と同一とする。

6 手帳の返還等

- (1) 手帳の交付を受けた者は、政令で定める精神障害の状態がなくなったときは、速やかに都道府県に返還しなければならない。(法45の2①)

手帳の返還は、当該精神障害者保健福祉手帳に記載された居住地を管轄する市町村長を経て行わなければならない。(令10の2②)

- (2) 都道府県知事は、手帳の交付を受けた者について、政令で定める精神障害の状態がなくなったと認めるときは、その者に対し手帳の返還を命ずることができる。(法45の2③)

- (3) 都道府県知事が手帳の返還を命じようとするときは、あらかじめ精神保健指定医による診察を行わなければならない。(法45の2④)

なお、この場合における取り扱いは以下によること。

ア 都道府県知事が、精神病院への立ち入りを行い、指定医の診察の結果、入院中の者が政令で定める精神障害の状態でないことが判明し、手帳を所持していた場合には、6の(4)の手続きにより手帳の返還を命ずること。

イ 精神障害の状態でないことが著しく疑われる者、又は偽りその他不正の行為によって手帳を取得したことが著しく疑われる者であつては、あらかじめ別紙様式5により診察を行う日時等を本人に通知したうえで、指定医による診察を実施すること。

なお、診断書の様式は別紙様式2とする。

ウ イにより診察を行う旨を通知したにもかかわらず、これに応じない場合には、期限を定めて再度診察を受けるように督促すること。

- (4) 都道府県知事は、指定医の診察の結果、その者が政令で定める精神障害の状態でない診断された場合には、あらかじめ精神保健福祉センターの意見を聴き、理由を付して手帳の返還を命ずる旨を通知しなければならない。(法45の2⑤)

なお、通知の様式は別紙様式6とする。

7. その他

- (1) 手帳の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法第87条の規定による届出義務者は、速やかにその手帳を、手帳に記載された居住地の市町村長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。(令10の2①)

- (2) 都道府県知事は、次の場合には、手帳交付台帳からその手帳に関する記載事項を消除するものとする。(令7⑥)

- ① 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったために、手帳を都道府県に返還したとき。
 - ② 手帳の交付を受けた者が死亡したために、手帳を都道府県に返還したとき。
 - ③ 手帳の返還が無いが、手帳の交付を受けた者の死亡が判明したとき。
 - ④ 他の都道府県から、都道府県の区域を越える住所地の変更の通知を受けたとき
 - ⑤ 法第45条の2第3項の規定により、都道府県知事が手帳の返還を命じたとき。
- (3) 手帳の交付を受けた者は、手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。(法45の2②)

第四 手帳に基づく各種の援助施策の拡充について

1. 税制との関係

地方税法施行令、所得税法施行令及び法人税法施行令について、障害者控除等の税制措置の対象となる精神障害者の範囲は、手帳の交付を受けている者（特別障害者にあつては、手帳に障害等級が1級である者として記載されている者）とする。

なお、税制との関係については、別に通知する。

2. 生活保護との関係

(1) 生活保護法の障害者加算の認定に係る障害の程度の判定については、従来の障害年金証書の写し又は医師の診断書による判定に加えて、手帳の交付又は更新の年月日が当該障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けて1年6月を経過している者については、精神障害者保健福祉手帳（1級又は2級）による判定もできることとなる。

(2) なお、生活保護法の障害者加算の認定に当たつての精神障害者保健福祉手帳の利用については、別に通知する。

3. 各種の援助施策の拡充について

このほか、身体障害者手帳や療育手帳の交付を受けた者については、公共交通機関の運賃割引、公共施設の利用料割引、公営住宅に係る優遇等の各種の支援策が行われているところである。

精神障害者保健福祉手帳制度は、身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により各種の支援策を促進し、もつて精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものであるので、各地方自治体においても、その趣旨を踏まえ、関係各方面の協力を得て、手帳に基づく各種の援助施策の拡充に努めるよう、特段のご尽力を図られたい。

(別紙様式1～4) 略

(別紙様式7) 略

(別記様式5)

第 年 月 日 号

診 察 通 知 書

殿

都道府県知事

㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2第4項の規定に基づく精神保健指定医による診察を、下記のとおり実施することとなりましたので通知します。

なお、診察を受けられない理由がある場合は、あらかじめ下記の連絡先へ申し出て下さい。また、当日は本書を持参し提示して下さい。

記

- 1 診察を行う理由
- 2 診察予定日時
- 3 場 所
(備考)案内図等を表記

- 4 連 絡 先

(別記様式6)

第 号
年 月 日

障 害 者 手 帳 返 還 通 知 書

殿

都道府県知事

㊦

平成 年 月 日に実施された、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2第4項の規定に基づく診察の結果、施行令第6条の規定による精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しなかったので、同法第45条の2第3項の規定により速やかに〇〇〇保健所長に返還することを命ずる。

36. 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について

平成7年9月12日 健医発第1133号
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、その実施要領については、本日付け健医発第1132号本職通知により通知したところである。

この実施要領における障害等級の判定の基準を、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」定めたので通知する。

(別紙)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、(1) 精神疾患の存在の確認、(2) 精神疾患(機能障害)の状態の確認、(3) 能力障害の状態の確認、(4) 精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる。障害の状態の判定に当たっての障害等級の判定基準を下表に示す。

なお、精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明(別添1)、障害等級の基本的な考え方(別添2)を参照のこと。

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患(機能障害)の状態	能力障害の状態
1級 (精神障害であつて、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの)	<p>1 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの</p> <p>2 そううつ病(気分(感情)障害)によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状が高度であるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持ができない。</p> <p>3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。</p> <p>4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人関係を作れない。</p> <p>6 身の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。</p> <p>7 社会的手続をしたり、一般の公共施設を利用することができない。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。</p> <p>(上記1～8のうちいくつかに該当するもの)</p>

障害等級	障害の状態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
2級 (精神障害であつて、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの)	<p>1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため、人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験あるもの</p> <p>2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は援助なしにはできない。</p> <p>3 金銭管理や、計画的で適切な買物は援助なしにはできない。</p> <p>4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や、協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。</p> <p>6 身の安全を保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。</p> <p>7 社会的手続や、一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。 (上記1～8のうちいくつか該当するもの)</p>

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
3級 （精神障害であつて、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの）	<p>1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があり、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの</p> <p>2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その病状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返すもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、認知症は著しくないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、認知症は著しくないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p> <p>3 金銭管理や計画的で適切な買物は概ねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>4 規則的な通院・服薬は概ねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいえず不安定である。</p> <p>6 身の安全保持や危機的状況での対応は概ね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続や一般の公共施設の利用は概ねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいえず援助を必要とする。 （上記1～8のうちいくつかに該当するもの）</p>

(別添1)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明

精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」及び「能力障害の状態」により構成しており、その適用に当たっては、総合判定により等級を判定する。

(1) 精神疾患（機能障害）の状態

精神疾患（機能障害）の状態は、「統合失調症」、「そううつ病（気分（感情）障害）」、「非定型精神病」、「てんかん」、「中毒精神病」、「器質精神病」、及び「その他の精神疾患」のそれぞれについて精神疾患（機能障害）の状態について判断するためのものであって、「能力障害の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

① 統合失調症

統合失調症は障害状態をもたらす精神疾患の中で頻度が高く、多くの場合思春期前後に発症する疾患である。幻覚などの知覚障害、妄想や思考伝播などの思考の障害、感情の鈍麻などの感情の障害、無関心などの意志の障害、興奮や昏迷などの精神運動性の障害などが見られる。意識の障害、知能の障害は通常見られない。急激に発症するものから、緩徐な発症のために発病の時期が不明確なものまである。経過も変化に富み、慢性化しない経過をとる場合もあり、障害状態も変化することがある。しかしながら、統合失調症の障害は外見や行動や固定的な一場面だけからでは捉えられないことも多く、障害状態の判断は主観症状や多様な生活場面を考慮して注意深く行う必要がある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 残遺状態

興奮や昏迷を伴う症状は一過性に経過することが多く急性期症状と呼ばれる。これに対し、急性期を経過した後に、精神運動の緩慢、活動性の低下（無為）、感情鈍麻、受動性と自発性欠如、会話量とその内容の貧困、非言語的コミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的役割遂行能力の低下といった症状からなる陰性症状が支配的になった状態を残遺状態という。これらは決して非可逆的というわけではないが、長期間持続する。

(b) 病状

「精神疾患（機能障害）の状態」の記述中に使用されている「病状」という用語は残遺状態に現れる陰性症状と対比的に使用される陽性症状を指している。陽性症状は、幻覚などの知覚の障害、妄想や思考伝播、思考奪取などの思考の障害、興奮や昏迷、緊張などの精神運動性の障害などのように目立ちやすい症状からなる。陽性症状は残遺状態や陰性症状に伴って生じる場合もある。

(c) 人格変化

陰性症状や陽性症状が慢性的に持続すると、連合弛緩のような持続的な思考過程の障害や言語的コミュニケーションの障害が生じ、その人らしさが失われたり変化したりする場合がある。これを統合失調症性人格変化という。

(d) 思考障害

思考の障害は、思考の様式や思路の障害と内容の障害に分けられる。様式の障害には、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの統合失調症に特有な障害の他に強迫思考などがある。思路の障害には、観念奔逸、思考制止、粘着思考、思考保続、滅裂思考、連合弛緩などがある。内容の障害は、主に妄想を指すが、その他に思考内容の貧困、支配観念なども含まれる。単に思考障害といった場合は妄想等の思考内容の障害は含まず、主に思考様式の障害を指す。

(e) 異常体験

幻覚、妄想、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの陽性症状を指している。

② そううつ病（気分（感情）障害）

ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回改正）では気分（感情）障害と呼ばれ、気分及び感情の変動によって特徴づけられる疾患である。主な病相期がそう状態のみであるものをそう病、うつ状態のみであるものをうつ病、そう状態とうつ状態の二つの病相期を持つものをそううつ病という。病相期以外の期間は精神症状が無いことが多いが、頻回の病相期を繰り返す場合には人格変化を来す場合もある。病相期は数カ月で終了するものが多い。病相期を繰り返す頻度は様々で、一生に一回しかない場合から、年間に十数回繰り返す場合もある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 気分の障害

気分とは持続的な基底をなす感情のことであり、情動のような強い短期的感情とは区別する。気分の障害には、病的爽快さである爽快気分と、抑うつ気分がある。

(b) 意欲・行動の障害

そう状態では、自我感情の亢進のため行動の抑制ができない状態（行為心迫）、うつ状態では、おっくうで何も手につかず、何もできない状態（行動抑制）である。

(c) 思考の障害

思考の障害については統合失調症の記載を参照のこと。そうやうつの場合には、観念奔逸や思考制止などの思考過程の障害や、思考内容の障害である妄想が出現しやすい。

また、そうまたはうつ病状がある病相期は、長期にわたる場合もあれば短期

間で回復し、安定化する場合もある。病相期の持続期間は、間欠期に障害を残さないことが多いそううつ病の障害状態の持続期間である。間欠期にも障害状態を持つ場合は病相期の持続期間のみが障害状態であることにはならない。一般にそううつ病の病相期は数カ月で軽快することが多い。

病相期が短期間であっても、頻回に繰り返せば、障害状態がより重くなる。一年間に一回以上の病相期が存在すれば、病相期がひんぱんに繰り返し、通常の社会生活は送りにくいというべきだろう。

③ 非定型精神病

非定型精神病の発病は急激で、多くは周期性の経過を示し、予後が良い。病像は意識障害（錯乱状態、夢幻状態）、情動障害、精神運動性障害を主とし、幻覚は感覚性が著しく妄想は浮動的、非体系的なものが多い。発病にさいして精神的あるいは身体的誘因が認められることが多い。経過が周期的で欠陥を残す傾向が少ない点は、統合失調症よりもそううつ病に近い。

なお ICD-10 では F 25 統合失調感情障害にほぼあたる。この統合失調感情障害とは、統合失調症性の症状とそううつ気分障害性の症状の両者が同程度に同時に存在する疾患群を指す。

④ てんかん

てんかんは反復する発作を主徴とする慢性の脳疾患であり、特発性および症候性てんかんに二分される。症候性てんかんの発作ならびに精神神経学的予後は、特発性てんかんにくらべて不良のことが多い。てんかんの大半は小児期に年齢依存性に発病し、発作をもったまま青年・成人期をむかえる。

てんかん発作は一般に激しい精神神経症状を呈する。多くの場合、発作の持続時間は短いが、時に反復・遷延することがある。発作は予期せずに突然起き、患者自身は発作中の出来事を想起できないことが多い。姿勢が保てなくなる発作、意識が曇る発作では、身体的外傷の危険をとまなう。

発作に加えててんかんには、発作間欠期の精神神経症状を伴うことがある。脳器質性障害としての知的機能の障害や、知覚・注意・情動・気分・思考・言語等の精神機能、および行為や運動の障害がみられる。発作間欠期の障害は小児から成人に至る発達の上で深甚な修飾をこうむる。それは精神生活の脆弱性や社会適応能力の劣化を引き起こし、学習・作業能力さらに行動のコントロールや日常生活の管理にも障害が現れる。てんかん患者は発作寛解に至るまで長期にわたり薬物治療を継続する必要がある。なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 発作

てんかんにおける障害の程度を判定する観点から、てんかんの発作を次のように分類する。

イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

(b) 知能障害

知能や記憶などの知的機能の障害の程度は、器質精神病の認知症の判定基準に準じて判定する。

(c) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状とは、注意障害、情動制御の障害、気分障害、思考障害（緩慢・迂遠等）、幻覚・妄想等の病的体験、知覚や言語の障害、対人関係・行動パターンの障害、あるいは脳器質症状としての行為や運動の障害（たとえば高度の不器用、失調等）を指す。

⑤ 中毒精神病

精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤などの産業化合物、アルコールなどの嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬などの医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。

(a) 認知症、その他の精神神経症状

中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、人格障害、気分障害、認知症、妄想症などがある。器質精神病の認知症、その他の精神神経症状を参照のこと。

⑥ 器質精神病

器質精神病とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中毒（一酸化炭素中毒、有機水銀中毒）、中枢神経の感染症、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる精神疾患であって、従来、症状精神病として区別されていた疾患を含む概念である。ただしここでは、中毒精神病、精神遅滞を除外する。

脳に急性の器質性異常が生じると、その病因によらず、急性器質性症状群（AOS）と呼ばれる一群の精神症状が見られる。AOSは多彩な意識障害を主体とし、可逆的な症状である場合が多い。AOSの消退後、または、潜在性に進行した器質異常の結果生じるのが慢性器質性症状群（COS）である。COSは、知的能力の低下（認知症）と性格変化に代表され、多くの場合非可逆的である。COSには、病因によらず、脳の広範な障害によって生じる非特異的な症状と、病因や障害部位によって異なる特異的な症状とがある。巢症状等の神経症状、幻覚、妄想、気分の障害など、多彩な精神症状が合併しうる。

初老期、老年期に発症する認知症も器質性精神症状として理解される。これらの

うち代表的なアルツハイマー型認知症と血管性認知症を例にとると、血管性認知症は、様々な原因でAOS（せん妄など）を起こし、そのたびにCOSの一症状としての認知症が段階的に進行する。アルツハイマー型認知症では、急性に器質性変化が起こることはないので、AOSを見る頻度は比較的少なく、COSとしての認知症が潜在的に発現し、スロープを降りるように徐々に進行する。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 認知症

慢性器質性精神症状の代表的な症状の一つは、記憶、記銘力、知能などの知的機能の障害である。これらは記憶、記銘力検査、知能検査などで量的評価が可能である。

(b) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状には、意欲発動性の低下または病的亢進、気分障害、情動制御の障害、思考障害、幻覚・妄想等の病的体験、人格レベルの低下など、様々な精神症状のほか、精神機能の発現、日常生活行動の遂行に影響する、大脳巣症状のような神経症状がある。

⑦ その他の精神疾患

その他の精神疾患にはICD-10に従えば、神経症性障害、ストレス関連障害、成人の人格および行動の障害、食行動異常や睡眠障害を含む生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害などを含んでいる。

(2) 能力障害の状態

「能力障害の状態」は、精神疾患（機能障害）による日常生活あるいは社会生活の支障の程度について判断するものであって、「精神疾患（機能障害）の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

この場合、日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは、助言、指導、介助などをいう。

① 適切な食事摂取や洗面、入浴、更衣、清掃など身辺の清潔保持

洗面、洗髪、排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣（清潔な身なりをする）清掃などの清潔の保持について、あるいは、食物摂取（栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる）の判断などについての能力障害の有無を判断する。これらについて、意志の発動性という観点から、自発的に適切に行うことができるかどうか、援助が必要であるかどうか判断する。

② 金銭管理や適切な買い物

金銭を独力で適切に管理し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうか判断する。（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する。）

- ③ 規則的な通院・服薬
自発的に規則的に通院・服薬を行い、病状や副作用などについてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断する。
- ④ 適切な意志伝達や協調的な対人関係
他人の話聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切につきあう能力に着目する。
- ⑤ 身の安全保持・危機対応
自傷や危険から身を守る能力があるか、危機的状況でパニックにならずに他人に援助を求めるなど適切に対応ができるかどうか判断する。
- ⑥ 社会的手続や公共施設の利用
各種の申請など社会的手続きを行ったり、銀行や福祉事務所、保健所などの公共施設を適切に利用できるかどうか判断する。
- ⑦ 趣味・娯楽等への関心、文化的社会的活動への参加
新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、地域の講演会やイベントなどに参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断する。

(別添2)

障害等級の基本的なとらえ方

障害等級を判定基準に照らして判定する際の各障害等級の基本的なとらえ方を参考として示すと、概ね以下のとおりである。

(1) 1級

精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの。この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。

例えば、入院患者においては、院内での生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的に行えず、常時援助を必要とする。

親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

(2) 2級

精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものである。この日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は困難な程度のものである。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自律訓練(生活訓練)、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランス良く用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

(3) 3級

精神障害の状態が、日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生

活に制限を加えることを必要とする程度のものである。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。デイケアにおける活動、障害者自立支援法に基づく自律訓練(生活訓練)、就労移行支援や就労継続支援、小規模作業所などに参加する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることもある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは病状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

37. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について

平成7年9月18日 健医発第1154号
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであるが、精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置については、下記のとおりであるので、精神障害者やその家族がその活用を図ることができるよう、十分な周知に努められたい。

なお、平成元年3月17日付け健医発第288号当職通知「精神障害者に対する所得税上の障害者控除の適用について」、同年4月21日付け健医精発第17号精神保健課長通知「精神障害者に対する所得税上の利子等の非課税制度の取扱いについて」、同年5月29日健医発第723号当職通知「精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について」、同年12月6日健医精発第53号精神保健課長通知「精神障害者に対する所得税上の障害者控除の適用等に関する留意事項について」及び平成2年4月3日健医発第497号当職通知「精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について」は、本月末をもって廃止する。

記

1. 手帳による優遇措置の実施について

(1) 証明方法の変更及び対象範囲の拡大

精神障害者については、平成元年から所得税の障害者控除及び利子等の非課税が、平成2年度からは住民税の障害者控除、相続税の障害者控除、贈与税の非課税及び自動車税等の減免が、また、平成5年からは、法人税について精神障害者を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税がそれぞれ創設され、実施されてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成7年政令第278号）により、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）、地方税法施行令（昭和25年政令第245号）及び法人税法施行令（昭和40年政令第97号）の一部が改正され、障害者控除等の対象となる精神障害者の範囲を、これまでの、障害年金1級から3級までの障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者（特別障害者にあつては障害年金1級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者）から、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者（特別障害者にあつては手帳に障害等級が1級である者として記載されている者）に改められたところである。

この改正により、証明手段が手帳に一本化されて事務手続の簡略化が図られるとともに、精神障害者保健福祉手帳の3級の対象範囲が、年金の3級の対象範囲よりも広

いため、税制上の優遇が受けられる精神障害者の範囲も拡大されるものである。

(2) 変更に伴う経過措置

これまでの証明書交付事業は、平成7年10月1日より、手帳制度に移行するものであるが、従来の証明書の有効期間が2年（自動車税等については1年）であることから、税制上の優遇措置については、既に発行した証明書がなお効力を有する間については、手帳のほかに、従来の証明書でも対象とするものとする経過措置が設けられている。

2. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置の内容

(1) 所得税：

① 障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、27万円（特別障害者は35万円）を所得金額から控除する。（所得税法79条、同法施行令第10条）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで（手帳1級は特別障害者）

② 配偶者控除及び扶養控除の同居特別障害者加算控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況している者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に加えて30万円を所得金額から控除する（租税特別措置法第41条の14第1項）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

③ 郵便貯金、預貯金等及び公債の利子所得等の非課税（老人等マル優）

障害者の

ア. 元本350万円以下の郵便貯金（所得税法9条の2、租税特別措置法3条の4）

イ. 元本350万円以下の預貯金、貸付信託、金銭信託、公社債、公社債投資信託、その他の証券投資信託（所得税法第10条、租税特別措置法3条の4）

ウ. 額面350万円以下の国債及び地方債（租税特別措置法4条）に係る利子等については、所得税を課さない。

ア、イ、ウそれぞれ上記の額を上限とするので、合計1050万円まで非課税。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(2) 法人税：障害者等を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税

公益法人等が行う事業のうち、その事業に従事する者の総数の半数以上が障害者等であり、これらの者の生活の保護に寄与している事業については、課税対象の収益事業に含まれない。（法人税法施行令第5条第2項第1号ニ）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(3) 相続税：障害者控除

相続又は遺贈により財産を取得した者が、その相続又は遺贈に係る法定相続人に該当し、かつ、障害者である場合は、その者に係る相続税額から、その者が70歳に達す

るまでの年数各1年につき6万円(特別障害者については12万円)の税額を控除する。

(相続税法19条の4、同法施行令第4条の4)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで(手帳1級は、特別障害者)

(4) 贈与税：特別障害者扶養信託契約に係る贈与税の非課税

特別障害者が、他の個人と信託銀行との間で、その特別障害者を信託の利益の全部の受益者とする特別障害者扶養信託契約が締結され、その契約に係る財産が信託されることにより信託受益権を有することとなる場合には、その契約に基づいてその信託がされる日までに、信託銀行の営業所等を経由して納税地の所轄税務署長に「障害者非課税信託申告書」を提出したときは、その信託受益権のうち、6000万円までの贈与税が非課税となる。(相続税法第21条の4)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

(5) 住民税：

① 障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、26万円(特別障害者である場合には28万円)を所得金額から控除する。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで(手帳1級は特別障害者)

② 同居特別障害者配偶者控除及び扶養控除

控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に代えて54万円を所得金額から控除する。(21万円の加算に相当)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

③ 障害者の非課税限度額

障害者であって、分離課税とされる退職所得を除外した前年中の所得が125万円以下の者については、住民税に係る所得割を課さない。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(6) 自動車税、軽自動車税及び自動車取得税：障害者に対する自動車税等の減免

障害者又はその生計同一者が取得し、又は所有する自動車等で、当該障害者の通院等のためにその生計同一者が運転するものについては、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税を全額減免する。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

手続きについては、平成2年3月30日健医精第16号精神保健課長通知(平成7年9月18日健医精発第49号通知により改正)を参照のこと。

38. 老人性認知症疾患治療病棟及び老人性認知症デイ・ケア施設の施設整備基準について

昭和63年7月5日 健医発第785号

各都道府県知事あて

厚生省保健医療局長通知

最終改正 平成18年12月22日障発第1222003号

痴呆性老人対策の推進については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、痴呆性老人対策の一環に資するため、別添のとおり「老人性痴呆疾患治療病棟施設整備基準」及び「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設施設整備基準」を定め、昭和63年度から実施することとしたので、その適正かつ円滑な整備を図られたく通知する。

なお、貴管下市町村、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

[別添]

老人性認知症疾患治療病棟施設整備基準

第1 老人性認知症疾患治療病棟の基本的な考え方

- 1 老人性認知症疾患治療病棟の目的は、精神症状や問題行動が特に著しいにもかかわらず、寝たきり等の状態にない認知症である老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療と手厚いケアを短期集中的に提供するものであること。
- 2 老人性認知症疾患治療病棟を有する医療機関は、認知症である老人に関する相談、家族に対する在宅療養の指導、認知症である老人に対するデイ・ケアなどを実施し、地域に開かれた施設として機能するよう努めるとともに、認知症である老人に対する高度専門医療機関として、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

- (1) 老人性認知症疾患治療病棟の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法、老人精神病棟に関する公衆衛生審議会の意見、精神科病院建築基準（昭和44年衛発第431号公衆衛生局長通知）等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等につき十分考慮したものとし、入院患者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 老人性認知症疾患治療病棟の環境及び立地については、入院患者の入院生活を健全に維持するため騒音、振動等による影響を極力排除すること。
- (3) 本基準は、老人性認知症疾患治療病棟がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めること。

2 規模

- (1) 一病棟はおおむね40～60床とすること。
- (2) 患者1人あたりの病棟面積はおおむね25平方メートル程度（平成13年3月1日に既に存するものにあつては、おおむね23平方メートル以上）とすること。

3 施設に関する基準

(1) 病室

- ア 定員は4人以下とすること。
- イ 個室はおおむね総病床数の10%以上設けること。
- ウ 患者1人あたりの病室の床面積6.4平方メートル（平成13年3月1日に既に存するものにあつては、6平方メートル）以上とすること。ただし、個室の場合は、8平方メートル以上とすること。

(2) 観察室

- ア ナーステーションに隣接して設けるとともに、ベッド4床程度を収容可能な面積を確保すること。
 - イ 酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置すること。
- (3) 生活機能回復訓練室
- ア 専用の広さ60平方メートル以上の面積を有すること。
 - イ 生活機能回復訓練に必要な専用のリハビリテーション機器を備えること。
- (4) デイルーム
- ア ナーステーションから直接観察できる位置に設けること。
- (5) 浴室
- ア 認知症である老人の入浴に適した構造・設備、たとえばスロープ付き風呂や特殊浴槽などを有すること。
- (6) 便所
- ア 入院患者の昼間の行動範囲、夜間の居室からの距離、使用頻度等に配慮し、適切な箇所数設けること。
 - イ 認知症である老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。
 - ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。
- (7) 在宅療養訓練指導室
- ア 家族に対して、認知症である老人の日常生活介助の指導・訓練を行うのに必要な浴室・便所等を設置すること。
 - イ 家族が宿泊できるようにすること。
 - ウ 面積は、20平方メートル以上とすること。
- (8) 廊下
- ア おおむね全長50メートル以上の回廊部を有すること。
 - イ 両側に病室がある廊下の幅は、内法を2.7メートル（大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）並びに内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する100床以上の病院にあつては2.1メートル）以上、その他の廊下の幅は内法をおおむね1.8メートル以上とすること。
 - ウ 入院患者の安全を確保するため、段差の解消、手すりの設置等に留意すること。
- (9) その他
- ア いわゆる保護室は必要としない。
- 4 構造整備の基準
- (1) 老人性認知症疾患治療病棟は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
 - (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
 - (3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気

対策に配慮すること。

- (4) 新築の場合は、天井高を2.7メートル以上とすること。
- (5) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (6) 窓には、いわゆる鉄格子を設置しないこと。
- (7) 高さが簡単に調節できる寝台（ギャッチベッド）、車椅子、ストレッチャー等の設備を必要数確保すること。

老人性認知症疾患デイ・ケア施設施設整備基準

第1 老人性認知症疾患デイ・ケア施設の基本的な考え方

老人性認知症疾患デイ・ケア施設は、地域に開かれた施設として、在宅の認知症である老人やその家族に対する支援、通院医療の普及、老人性認知症疾患治療病棟から退院した患者の継続的医学管理の確保と退院の円滑化等を図ることを目的に、精神症状や問題行動が激しい認知症である老人を対象とするデイ・ケアを実施し、生活機能を回復させるための訓練及び指導、家族に対する介護指導等を実施するものであること。

第2 施設及び整備に関する事項

1 一般原則

- (1) 老人性認知症疾患デイ・ケア施設の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等について十分考慮したものとし、通所者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 本基準は、老人性認知症疾患デイ・ケア施設がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めなければならない。

2 規模

- (1) 当該施設の面積は、60平方メートル以上とし、かつ利用者1人あたりおおむね4平方メートル以上とすること。
- (2) 1回のデイ・ケアの利用者は、25名以内とすること。

3 施設に関する基準

- (1) デイ・ケアに必要なリハビリテーション機器を備えること。

(2) 便所

ア 1箇所以上設置すること。

イ 認知症である老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。

ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(3) その他

デイ・ケア利用者のための休憩室を設けること。

4 構造整備の基準

- (1) 老人性認知症疾患デイ・ケア施設は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
- (3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。
- (4) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (5) 車椅子等の設備を必要数確保すること。

39. 老人性認知症センター事業実施要綱について

〔平成元年7月11日 健医発第850号〕
各都道府県知事あて
厚生省保健医療局長通知

最終改正 平成18年9月29日障発第0929004号

老人性痴呆疾患対策については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、老人性痴呆疾患対策の一環として、別添のとおり「老人性痴呆疾患センター事業実施要綱」を定め、平成元年度から実施することとしたので通知する。

なお、貴管下市町村、公的医療機関、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

[別添]

老人性認知症センター事業実施要綱

1 目的

この事業は、都道府県が老人性認知症センターを設置し、保健医療・福祉機関等と連携を図りながら、老人性認知症疾患患者の専門医療相談、鑑別診断・治療方針選定、夜間や休日の救急対応を行うとともに、地域保健医療・福祉関係者に技術援助等を行うことにより、地域の老人性認知症疾患患者等の保健医療・福祉サービスの向上を図ることを目的とする。

2 補助対象

都道府県又は都道府県知事が指定した病院の開設者が整備、運営する老人性認知症センターで、厚生大臣が適当と認めるものを対象とする。

3 設置基準

- (1) 老人性認知症センターは、精神科を有する総合病院又は精神科のほか、内科系及び外科系の診療科を有する病院とする。
- (2) 専門医療相談が実施できる相談窓口、専用電話等必要な設備を整備するとともに、その態勢を確保すること。
- (3) 常時、一床以上の空床を確保するとともに、診療応需の態勢を整えていること。

4 事業内容

(1) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

- ① 患者家族等の電話・面談照会
- ② 相談事例の登記（相談票記入・統計処理）
- ③ 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

- ① 高齢者総合相談センター、保健所、福祉事務所等との連絡・調整
 - ② 医療・福祉施設等の移動・空床状況把握
 - ③ 保健医療・福祉機関等関係機関との患者の処遇に関する会議の開催
- なお、会議の開催に当たっては、保健所保健・福祉サービス調整会議等との連携を十分図ること。

ウ 広報

事業案内等のパンフレットの作成配布

(2) 鑑別診断・治療方針の選定

- ア 初期治療（必要な場合のみ）
- イ 鑑別診断
- ウ 治療方針の選定
- エ 移送先紹介（必要な場合のみ）

(3) 救急対応

ア 救急対応受入事務

イ 緊急に収容を要する老人性認知症疾患患者のための病床として、常時、一床以上の空床確保

(4) 個別の患者の処遇に係る関係機関との調整（ケースワーク）

ア 医療ソーシャルワーカーによる患者家族との面談及び受診・受療の援助

イ 医療ソーシャルワーカーによる患者の適切な処遇のために必要な患者家族と移送先との調整

なお、本事業は、医療ソーシャルワーカーを配置している老人性認知症センターであって厚生大臣が適当と認めるものにおいて実施するものとする。

(5) 外部保健医療・福祉関係者への技術援助

ア 保健所、市町村等職員、地区医師会会員等に対する研修会の開催

イ 一般開業医を初めとする保健医療・福祉関係者からの電話照会

(6) センター機能の充実

ア センター職員の資質向上

医師、看護婦（士）、医療ソーシャルワーカー等に対する研修会・関連学会への出席

イ 文献収集

40. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について

	平成12年3月31日	障第251号
	各都道府県知事・各指定都市市長あて	
	厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知	
一部改正	平成14年3月29日	障発第0329008号
	平成17年7月14日	障発第0714004号
	平成18年3月31日	障発第0331005号
	平成18年12月22日	障発第1222003号

保健所及び市町村における精神保健福祉業務については、これまで、平成8年1月19日健医発第58号保健医療局長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」の別紙「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に基づき行われているところであるが、近年の精神病院における人権侵害事案の頻発、在宅の精神障害者の増加、精神障害者を支える家族の高齢化や単身の精神障害者の増加などの精神医療及び精神障害者の福祉をめぐる状況等を踏まえ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の一部が改正されたところである。

今般の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行により緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項、精神障害者の居宅生活支援に関する事項等、保健所及び市町村が関わることとなる事業が創設された。改正法の施行は平成12年4月1日であるが、居宅生活支援に関する事項については平成14年4月1日の施行となっている。

また、保健所のあり方については、地域保健法（昭和22年法律第101号）により、保健所と市町村による地域保健の基盤整備が進められ、さらに、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部を変更する件」（平成12年厚生省告示第143号）により、地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号）の一部が変更され、地域保健対策を推進するための中核としての保健所等の今後の取組の基本的方向が示されたところである。

さらに、うつ病患者の増加、自殺者の増加等にみられるような、最近の社会の複雑化に伴う心の健康づくり対策の重要性が再認識されているところであり、また、大規模災害や犯罪被害者に対する心の健康づくり対策が社会問題化している。

このような施策の進展に鑑み、今般、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領を別紙のように定め、平成12年4月1日より適用することとしたので、これに留意の上、精神保健福祉業務の運営の充実を図り、精神保健福祉施策の推進に万全を期されたい。

なお、平成8年1月19日健医発第58号各都道府県知事、指定都市市長あて厚生省保健医療局長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」は廃止する。

おって、管下市町村及び関係機関に対する周知及び指導についてご配慮願いたい。

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

第1部 保健所

第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務（精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。以下同じ。）の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

なお、最近、自殺の増加や他者に危害を加えるという事例が社会問題化しており、こうした精神的、心理的な問題を背景に持つ者に適切に対応する心の健康づくり対策等保健所が行う地域精神保健福祉業務の役割はより高まっている。

なお、今般の法改正においては、緊急に入院を必要とするにもかかわらず、精神障害のため同意に基づいた入院を行う状態にないと判定された精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院に移送する移送制度の創設、精神病院に対する指導監督の強化、精神障害者社会復帰施設の指導監督の強化等の改正が行われ、保健所の積極的な関わりが期待されている。

さらに、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、在宅の精神障害者に対する支援施策を市町村が実施することとしており、保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑に実施できるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要である。

また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、保健所においても保健観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

さらに、平成18年には、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「自立支援法」という。）が施行され、身体障害、知的障害及び精神障害に係る各種福祉サービス等の提供主体が市町村に一元化されたところであるが、保健所においても地域精神保健福祉の充実に向け、市町村への専門的、広域的支援など積極的な役割を果たしていくことが重要である。

第2 実施体制

1 体制

精神保健福祉に関する業務は、原則として、単一の課において取り扱うものとし、

精神保健福祉課あるいは少なくとも精神保健福祉係を設ける等、その業務推進体制の確立を図るものとする。

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を遂行するには、保健所全職員のチームワークが必要である。この業務を担当するため、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、事務職等の必要な職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努めること。

なお、精神保健福祉法第48条の規定に基づき、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせることが必要である。この場合、精神保健福祉士に加え、臨床心理技術者や保健師で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとする。

3 会議等

(1) 精神保健福祉企画会議など企画に関する所内の連絡調整

管内の精神保健福祉事業の推進計画、月別業務計画等の策定のため、所長及び精神保健福祉業務関係者により構成される所内精神保健福祉企画会議を開催する等の方法を講ずる。

(2) ケース会議など相談指導等に関する所内の連絡調整

相談指導業務等の適正かつ円滑な遂行を図るため精神保健福祉相談指導業務担当者会議又は関係者連絡会議を開催し、ケースの総合的な支援内容の検討及び役割の分担、相互連絡協力等について協議する。

(3) 市町村、関係機関、団体との連絡調整

管内の市町村、福祉事務所、児童相談所、社会福祉協議会、職業安定所、教育委員会、警察、消防等の関係機関や、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設、医療団体、家族会等の各種団体、あるいは、産業、報道関係等との連絡調整を図る。

精神保健相談、社会復帰、社会参加、就労援助、精神科救急、啓発普及等において、これらの機関等の協力を円滑ならしめるため、平常より、技術的援助、協力、助言、指導等を積極的に行うほか、精神保健福祉に関する資料等を配布する等のサービスを提供し、打合せを行うなど連絡調整に努める。

(4) 地域精神保健福祉連絡協議会及び担当者連絡会議等

地域精神保健福祉連絡協議会を設置する等により、関係機関、市町村、施設、団体の代表者による連絡会議を定期的に行う。また、これと併せて、地域精神保健福祉担当者連絡会議を設ける等により、関係機関、市町村、施設、団体の実務者による連絡会議を定期的に行う。

第3 業務の実施

1 企画調整

(1) 現状把握及び情報提供

住民の精神的健康に関する諸資料の収集、精神障害者の実態（有病率、分布状況、入退院の状況、在宅患者の受療状況、地域における生活状況、福祉ニーズ、就労状況等）及び医療機関、精神障害者社会復帰施設、自立支援法の障害福祉サービスや地域生活支援事業、小規模作業所など、精神保健福祉に関係ある諸社会資源等についての基礎調査又は臨時特別調査を行い、地区の事情、問題等に関する資料を整備し、管内の精神保健福祉の実態を把握する。

また、これらの資料の活用を図り、精神保健福祉に関する事業の企画、実施、効果の判定を行うとともに、一般的な統計資料についての情報提供を行う。

(2) 保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進

障害者基本法に基づく障害者計画や、医療法に基づく地域保健医療計画などの策定・実施の推進に当たっては、保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関という立場から、その企画立案や、業務の実施、評価及び市町村への協力を積極的に行う。

2 普及啓発

(1) 心の健康づくりに関する知識の普及、啓発

地域住民が心の健康に関心を持ち、精神疾患や精神的不健康状態の初期症状や前兆に対処することができるよう、また、精神的健康の保持増進ができるよう、心の健康づくりに関する知識の普及、啓発を行う。

(2) 精神障害に対する正しい知識の普及

精神障害者に対する誤解や社会的偏見を是正し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるため、講演会、地域交流会等の開催や、各種広報媒体の作成、活用などにより、地域住民に対して精神障害についての正しい知識の普及を図る。

(3) 家族や障害者本人に対する教室等

統合失調症、アルコール、薬物、思春期、青年期、痴呆等について、その家族や障害者本人に対する教室等を行い、疾患等についての正しい知識や社会資源の活用等について学習する機会を設ける。

3 研修

市町村、関係機関、施設、団体、事務所等の職員や、ボランティア等に対する研修を行う。

4 組織育成

患者会、家族会、断酒会等の自助グループや、職親会、ボランティア団体等の諸活動に対して必要な助言、援助又は指導を行い、これを積極的に育成、支援する。

5 相談

- (1) 所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談は随時応じる。相談指導従事者としては、医師（精神科嘱託医を含む）、精神保健福祉相談員、保健師、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する。
- (2) 相談の内容は、心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、痴呆等の相談など、保健、医療、福祉の広範にわたる。相談の結果に基づき、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設や、自助グループ等への紹介、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応することができる。

なお、自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の利用を希望する者に対しては、利用者の居住地の市町村と密接に連携を図り、円滑な利用が行えるようにすること。

6 訪問指導

- (1) 訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。
- (2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。

7 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 保健所デイケアその他の訓練指導の実施

作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導等を行い社会復帰の促進、地域における自立と社会参加の促進のための訓練指導を行う。

なお、この場合においては、医療機関のデイケアや社会復帰施設等の事業との関係に留意する。

(2) 精神障害者社会復帰施設の届出等

精神障害者社会復帰施設については、ともすれば障害特性等から人権侵害を受けやすい精神障害者を対象とするものであること等に鑑み、施設の設置に先立って都道府県知事に届出をさせるとともに、施設の休止又は廃止についても同様の手続によることとした。

保健所は管内の精神障害者社会復帰施設の状況の把握に当たり、当該届出を活用すること。

(3) 精神障害者社会復帰施設の利用

従来、精神障害者社会復帰施設の利用に当たっては、保健所長が利用希望者に対し、利用の推薦状の交付を行っていたが、利用者の負担を軽減する観点から、

精神障害者社会復帰施設の長が医師の意見書の写しを添えて当該施設の所在地を管轄する保健所長に報告するものとされた。また、利用の終了に際しても同様の報告が求められ、さらに、施設を利用している者の状況について、年1回報告することとされた。

保健所長は、これらの報告を受けたときは必要に応じ技術的な助言等を行うとともにそれらの情報を適切に管理し、当該利用者の状況把握に役立てること。

(4) 関係機関の紹介

医療機関で行っている精神科デイケアや、作業所などの利用の紹介を行う。

また、社会的自立をめざし訓練から雇用へつながるよう、公共職業安定所等における雇用施策との連携を図る。

(5) 各種社会資源の整備促進及び運営支援

精神障害者社会復帰施設や作業所等の整備に当たって、地域住民の理解の促進や、整備運営のための技術支援などの協力をを行い、保健所が中心となって、市町村、関連機関等との調整を図り、整備の促進を図る。

また、社会適応訓練事業の協力事業所の確保や、就労援助活動を行う。

(6) 精神障害者社会復帰施設等の指導監督

平成11年の法改正に伴い、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）を創設し、精神障害者社会復帰施設の運営を図ることとした。また、この基準とともに、平成12年3月31日第247号当職通知「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について」の別紙「精神障害者社会復帰施設運営要綱」が定められたところであり、都道府県知事又は指定都市市長（以下「都道府県知事等」という。）は、これらに基づき精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する指導監督を実施することとされたため、保健所においても、都道府県知事等の行う指導監査に必要に応じて参画すること。

また、精神障害者小規模作業所についても同様に、必要に応じて指導監査を行い、保健所においても参画することが望ましい。

さらに、指導監査のみならず、あらゆる機会を通じて、管内の精神障害者社会復帰施設、精神障害者小規模作業所に対して指導を行うこと。

(7) 精神障害者保健福祉手帳の普及

精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法についての周知を図る。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため、市町村、関係機関、事業者等に協力を求めるなど積極的支援を行い、諸福祉サービスの充実を図る。

8 入院及び通院医療関係事務

(1) 関係事務の実施

精神保健福祉法では、保健所を地域における精神保健業務の中心的行政機関として、以下のような手続事務を委ねている。

- ア 措置入院関係（一般人からの診察及び保護の申請、警察官通報、精神科病院の管理者からの届出の受理とその対応、申請等に基づき行われる指定医の診察等への立ち合い）
- イ 医療保護入院等関係（医療保護入院届及び退院届の受理と進達、応急入院届の受理と進達）
- ウ 定期病状報告等関係（医療保護入院、措置入院）
- エ その他関係業務

(2) 移送に関する手続きへの参画

都道府県知事等は、今回の改正により創設された移送を適切に行うため、事前調査、移送の立ち会い等の事務を行うが、これらの事務の実施に当たっては対象者の人権に十分配慮することが必要である。

特に、事前調査における対象者の状況の把握に当たっては、保健所の積極的な関与が求められることから、相談、訪問指導等日常の地域精神保健福祉活動の成果を活用し、迅速かつ的確に行う必要があること。

また、精神障害者、保護者等からの相談窓口や精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整機能等を担う「精神科救急情報センター」を保健所に置く場合には、当該機能を的確に実施するための体制を整備する必要がある。

(3) 関係機関との連携

関係事務を処理するに当たっては、医師、精神保健福祉相談員、保健師等における連携を図ることはもとより、医療関係、社会福祉関係等の行政機関、医療機関、精神障害者社会復帰施設等と密接な連携を保つ必要がある。

(4) 人権保護の推進

医療及び保護の関連事務は、精神障害者の人権に配慮されたよりよい医療を確保するために重要な事務であるから、適切確実に行うことが必要である。

(5) 精神病院に対する指導監督

精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や社会復帰の一層の促進を図るため、精神病院に対する指導監督の徹底を図る。都道府県知事、指定都市市長が精神科病院に対する指導監督を行う際には、保健所においても、都道府県知事、指定都市市長の行う指導監督に必要に応じて参画すること。

9 ケース記録の整理及び秘密の保持等

(1) 相談指導、訪問指導、社会復帰指導その他のケース対応に当たっては、対象者ごとに、相談指導等の記録を整理保管し、継続的な相談指導等のために活用する。

本人が管轄区域外に移転した場合は、必要に応じ、移転先を管轄する保健所に当該資料等を送付して、相談指導等の継続性を確保する。

また、主治医からの訪問指導の依頼に対し、訪問先が当該保健所の管轄区域外であるときは、必要に応じて住所地の保健所に連絡するなど、適切な相談指導が確保されるよう配慮する。

(2) ケースの対応については、患者及び家族の秘密に関する事項の取扱いに十分注意する。

(3) なお、相談指導に当たっては、市町村、関係機関その他の関係者との連携に留意する。

10 市町村への協力及び連携

地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、在宅の精神障害者に対する支援施策を市町村が実施することとしている。保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑にできるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要である。

さらに、平成18年には、自立支援法により、精神障害者居宅生活支援事業が自立支援法の障害福祉サービスとして統合されるなど諸々の制度改正が行われたところであり、市町村が精神障害者に対する一般的な相談支援事業を行うこととなるなど、各市町村においては、地域精神保健福祉により積極的に取り組むことが求められるところであり、精神障害者に対する障害福祉サービスや相談支援事業の実施に当たり、保健所は、市町村への情報提供、技術的協力・支援を行うことが必要である。

また、市町村が障害者基本法に基づく障害者計画や自立支援法に基づく障害福祉計画を策定する場合に当たっても、必要な協力支援及び連携を図る。

なお、保健所の管轄区域が広い場合に、保健所から遠隔な区域で市町村の役割分担を充実させる等の連携方策をとることも考慮する。

第2部 市町村

第1 地域精神保健福祉における市町村の役割

これまでの精神保健福祉行政は、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、入院医療中心の施策から、社会復帰や福祉施策にその幅が広がるにつれて、身近な市町村の役割が大きくなってきた。

平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針においても、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

さらに平成11年の法改正において、在宅の精神障害者に対する支援を図る観点から、平成14年度より、市町村が、精神障害者社会復帰施設又は精神障害者居宅生活支援事業若しくは精神障害者社会適応訓練事業の利用の相談・調整、精神保健福祉手帳及び通院医療費公費負担に関する手続きの受理の事務等を行うこととされた。また、精神障害者居宅生活支援事業については市町村を中心として行うこととされていることから、当該事務を円滑に行えるよう、保健所等の協力を得ながら事業を推進していく必要がある。

また、市町村における精神保健福祉業務の実施方法については、保健所の協力と連携の下で、その地域の実情に応じて第1部の第2及び第3に準じてその義務を行うよ

う努めるものとする。

なお、保健所を設置する市及び特別区においては第1部によるものとする。

また、平成17年には、医療観察法が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

さらに、平成18年には、自立支援法により、精神障害者居宅生活支援事業が自立支援法に基づく障害福祉サービスとして統合されるなど諸々の制度改正が行われたところであり、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなるなど、各市町村においては、地域精神保健福祉により積極的に関与することが求められる。

第2 実施体制

1 体制

市町村においては、その実情に応じて、精神保健福祉業務の推進体制を確保する。身体障害者など他の障害者行政との連携や、社会福祉及び保健衛生行政の総合的推進等を勘案し、市町村の特性を活かした体制に配慮する。

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を担当する職員については、都道府県等が行う障害者ケアマネジメント従事者研修を受講した者が望ましい。また、職員が研修を受講できるような配慮が必要である。

なお、精神保健福祉法第48条の規定に基づき、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせることが必要である。この場合、精神保健福祉士に加え、保健師や臨床心理技術者で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとする。

3 会議等

企画、相談指導等に関する所内の会議や、市町村内の連絡会議の実施など、市町村の特性を活かした体制に配慮する。

第3 業務の実施

1 企画調整

地域の実態把握に当たっては、保健所に協力して調査等を行うとともに、保健所の有する資料の提供を受ける。地域の実態に合わせて精神保健福祉業務の推進を図る。

2 普及啓発

普及啓発については、他の地域保健施策の中における精神保健福祉的配慮を含め、関係部局との連携により、きめ細かな対応を図る。

3 相談指導

精神障害者社会復帰施設，精神障害者社会適応訓練事業，自立支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に，精神保健福祉に関する基本的な相談を行う。

4 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 自立支援法の障害福祉サービス

自立支援法の障害福祉サービスは，地域における精神障害者の日常生活を支援することにより，精神障害者の自立と社会参加を促進する観点から実施する。市町村においては，事業を円滑に実施するため，利用者のニーズに十分に対応できるように，サービス提供体制を構築する。

(2) 精神障害者社会復帰施設等の利用の調整等

精神障害者の希望に応じ，その精神障害の状態，社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘案し，当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設，精神障害者社会適応訓練事業，自立支援法の障害福祉サービス等の利用ができるよう，相談に応じ，必要な助言を行う。この場合においては，できるだけ民間の専門家の能力を活用していくことが効率的であることから，市町村は当該事務を精神障害者地域生活支援センターに委託することができることとされたので，これを活用するとともに，市町村においても利用者の状況を把握すること。

また，市町村は，助言を受けた精神障害者から求めがあった場合には，必要に応じて自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の利用についてのあっせん又は，調整を行うとともに，必要に応じて，自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の設置者に対し，当該精神障害者の利用の要請を行う。

この場合，精神保健福祉法の規定に基づき，精神障害者社会復帰施設の設置者は，あっせん，調整及び要請に対し，できる限り協力しなければならないこととされている。

市町村を超えた利用が必要な場合には，保健所の協力を得て，市町村間の連絡調整を行う。

(3) 市町村障害福祉計画の策定

自立支援法88条に基づく市町村障害福祉計画については，都道府県，精神保健福祉センター，保健所及び地域の医療機関，精神障害者社会復帰施設その他の関係機関の協力を得て，その策定及び推進を図る。

(4) 各種社会資源の整備

社会復帰の促進や生活支援のための施設や事業の整備のためには地域住民の理解と協力が重要であることから，市町村が積極的にその推進を図るとともに，自ら主体的にその整備を図る。

(5) 精神障害者保健福祉手帳関係事務

精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法の周知を図るとともに，申請の受理と

手帳の交付などの事務処理の手続を円滑に実施する。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため、関係機関、事業者等に協力を求めるなど積極的支援を行い、諸福祉サービスの充実を図る。

5 入院及び自立支援医療費（精神通院医療）

- (1) 自立支援法の自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定の申請の受理と進達を行う。
- (2) 保護者がいないとき等においては、精神障害者の居住地の市町村長が保護者となる（法第21条）が、医療保護入院の同意を市町村長が行う際には、人権保護上の十分な配慮が必要である。

6 ケース記録の整理及び秘密の保持

- (1) 相談指導その他のケース対応に当たっては、対象者ごとに、相談指導等の記録を整理保管し、継続的な相談指導のために活用する。
- (2) 精神障害者やその家族のプライバシーの保護については、市町村が地域に密着した行政主体であるがゆえに一層の配慮が必要である。
- (3) なお、相談指導に当たっては、保健所、関係機関その他の関係者との連携に留意する。

7 その他

- (1) 障害者基本法第7条の2に基づく市町村障害者計画については、都道府県、精神保健福祉センター、保健所及び地域の医療機関、精神障害者社会復帰施設その他の関係機関の協力を得て、その策定及び推進に努める。
- (2) その他、地域の実情に応じて、創意工夫により施策の推進を図る。

前 文（第4次改正） 抄

〔前略〕平成18年12月23日から適用する。

41. 精神保健福祉センター運営要領について

平成8年1月19日 健医発第57号
各都道府県知事・各指定都市市長あて
厚生省保健医療局長通知

最終改正 平成18年12月22日障発第1222003号

精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改められ、精神障害者の福祉が法体系上に位置付けられ、精神保健センターは「精神保健福祉センター」に改められたところである。

精神保健センターの運営については、これまで、「精神保健センター運営要領」（昭和44年3月24日衛発第194号公衆衛生局長通知）により行われてきたが、今般の法律改正を踏まえて、これを廃止し、別紙のとおり「精神保健福祉センター運営要領」を定めたので通知する。

なお、貴管下市町村及び関係機関に対する周知についてご配慮願いたい。

精神保健福祉センター運営要領

精神保健福祉センター（以下「センター」という。）は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）第6条に規定されているとおり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに法第45条第1項の申請及び障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第52条第1項の支給認定に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う施設であって、次により都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない。

1 センターの目標

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっている。

この目標を達成するためには、保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、積極的に技術指導及び技術援助を行うほか、その他の医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関（以下「関係諸機関」という。）と緊密に連携を図ることが必要である。

2 センターの組織

センターの組織は、原則として総務部門、地域精神保健福祉部門、教育研修部門、調査研究部門、精神保健福祉相談部門、精神医療審査会事務部門及び自立支援医療（精神通院医療）・精神障害者保健福祉手帳判定部門等をもって構成する。

職員の構成については、所長のほか、次の職員を擁することとするが、業務に支障がないときは、職務の共通するものについて他の相談機関等と兼務することも差し支えないこと。

なお、ここで示す職員の構成は、標準的な考え方を示すものである。

医師（精神科の診療に十分な経験を有する者であること。）

精神保健福祉士

臨床心理技術者

保健師

看護師

作業療法士

その他センターの業務を行うために必要な職員

また、その職員のうち精神保健福祉相談員の職を置くよう努めるとともに、所長には、精神保健福祉に造詣の深い医師を充てることが望ましいこと。

3 センターの業務

センターの業務は、企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談、組織の育成、精神医療審査会の審査に関する事務並びに自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定などに大別されるが、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神保健福祉活動の実践が行われなければならない。

(1) 企画立案

地域精神保健福祉を推進するため、都道府県の精神保健福祉主管部局及び関係諸機関に対し、専門的立場から、社会復帰の推進方策や、地域における精神保健福祉施策の計画的推進に関する事項等を含め、精神保健福祉に関する提案、意見具申等をする。

(2) 技術指導及び技術援助

地域精神保健福祉活動を推進するため、保健所、市町村及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導及び技術援助を行う。

(3) 人材育成

保健所、市町村、福祉事務所、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所等その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、技術的水準の向上を図る。

(4) 普及啓発

都道府県規模で一般住民に対し精神保健福祉の知識、精神障害についての正しい知識、精神障害者の権利擁護等について普及啓発を行うとともに、保健所及び市町村が行う普及啓発活動に対して専門的立場から協力、指導及び援助を行う。

(5) 調査研究

地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等についての調査研究をするとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう資料を提供する。

(6) 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なものを行う。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。センターは、これらの事例についての相談指導を行うためには、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

(7) 組織育成

地域精神保健福祉の向上を図るためには、地域住民による組織的活動が必要である。このため、センターは、家族会、患者会、社会復帰事業団体など都道府県単位の組織の育成に努めるとともに、保健所、市町村並びに地区単位での組織の活動に協力する。

(8) 精神医療審査会の審査に関する事務

精神医療審査会の開催事務及び審査遂行上必要な調査その他当該審査会の審査に関する事務を行うものとする。

また、法第38条の4の規定による請求等の受付についても、精神保健福祉センターにおいて行うなど審査の客観性、独立性を確保できる体制を整えるものとする。

(9) 自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定

センターは、法第45条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務及び障害者自立支援法第52条第1項の規定による自立支援医療（精神通院医療）の支給認定を行うものとする。

4 その他

(1) センターは、診療機能や、デイケア、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービス等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい。診療機能及びリハビリテーション機能をもつに際しては、精神医療審査会事務並びに自立支援医療（精神通院医療）費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の判定を行うことから、その判定等が公正に行われるよう、透明性及び公平性の確保に配慮する必要がある。

(2) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）による地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

(3) その他、センターは、地域の実情に応じ、精神保健福祉の分野における技術的中枢として、必要な業務を行う。

42. 自殺予防に向けての総合的な対策の推進について

平成18年3月31日 障発第0331010号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

我が国における自殺の死亡者数は平成9年まで2万5千人前後で推移していたが、平成10年に3万人を超え以後その水準で推移している。自殺には、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場の在り方の変化など様々な社会的要因が複雑に関係しているとされており、自殺予防対策の推進に当たっては、多角的な検討と総合的な対策が必要になる。

こうした状況を踏まえて、平成17年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。これを受け、政府においても自殺問題を喫緊の課題と受け止め総合的な対策を推進するため、自殺対策関係省庁連絡会議を設置し、平成17年12月に「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」(別添1)をとりまとめ、関係省庁が一体となって自殺問題に取り組み、今後10年間で自殺者数を平成10年の急増以前の水準に戻すこととしている。

自殺予防対策については、この取りまとめの中にも記載されているように、地方自治体の取り組みも極めて重要である。貴職においても下記の点に留意しながら、関係部局・関係機関と連携を図りつつ自殺予防対策を充実し、地方自治体においても今後10年間で自殺者数を平成10年の急増以前の水準に戻すことを目標として一層の取組の強化をお願いする。また、取組の強化にあたっては、管内市町村及び関係機関に対する周知及び連携に留意し、地方自治体においても自殺予防対策に向けての総合的な対策をお願いしたい。

なお、労働基準局長より都道府県労働局長宛に「労働者の心の健康の保持増進のための指針について」(別添2)が発出されているところであるので、併せて留意いただきたい。

記

1. 自殺対策連絡協議会(仮称)の設置

自殺の発生状況やその背景(年齢層、性別、産業構造、地域特性等)には地域差があることから、各都道府県等におかれては、自殺予防対策を効果的に実施するために、自殺問題を担当する部署を明確化するとともに、様々な分野の関係機関・団体により構成される自殺対策の検討の場(自殺対策連絡協議会(仮称))を設けられたい。この際、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」においては、2年以内にすべての都道府県において設置していただくことを目途としていることに留意いただきたい。

同協議会では、各都道府県等における自殺の発生状況やその背景を調査・分析し、その特性に応じた具体的な取組の方向性を協議するとともに、取組の成果について定期的に検証を行い、その後の対策の推進に資する枠組みを構築することが重要である。その際、各関係機関・団体が担うべき役割を明確にするとともに、公的機関及び民間団体の連携体制

が確立されるよう配慮いただきたい。

関係機関・団体の構成については「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」取りまとめ時の別添資料及び平成16年に各都道府県に配布した「行政担当者のための自殺予防対策マニュアル」を参考にされたい。

なお、自殺対策連絡協議会を効果的に機能させるためには、関係団体の連絡・調整を担う自立的・中間的な民間団体との協働が有用であるとの意見もあることから、厚生労働省においては民間団体との協働の在り方等を検討することとしているが、各都道府県においては、民間団体との協働を含めた実践的な自殺対策連絡協議会の運営をお願いしたい。

2. 相談体制の充実

自殺に至った人の多くはうつ状態をはじめとする精神疾患を有していたとの報告もあり、保健所や精神保健福祉センター等の公的機関において、心の健康問題について相談事業を実施されているところであるが、これらについて、相談窓口の周知徹底、電子メールの活用等を含め、その更なる充実に積極的に取り組まれたい。

また、自殺に至る背景には、健康問題以外に、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑に関係していることから、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」にも記載されているように、各関係省庁が各種相談窓口（健康問題、経済問題、法律問題等）の整備に努めることとしている。各都道府県等においても、精神保健福祉担当部局にとどまらず他の関連部局と連携しながら、その整備・充実に努められたい。

さらに、自殺に関する相談窓口としては、概してのちの電話や、自殺未遂者や自殺遺族をケアする団体などの民間団体が存在するが、それらと協体制について十分に検討され、効果的な相談体制の充実に取り組まれたい。

3. 情報発信・普及啓発等

実行ある自殺予防対策のためには、住民一人ひとりが自殺の要因となるこころの健康問題に対処する方法や自殺に関する正しい知識を持つことが重要であるとともに、相談内容別（健康問題、生活問題、法律問題等）の相談窓口（公的機関及び民間団体）の連絡先等を把握していることが重要である。

このため、各都道府県におけるホームページや広報等を活用して、こうした情報の周知を図るよう努められたい。また、その際、国立精神・神経センター精神保健研究所のホームページに開設されている自殺予防対策支援ページ「いきる」を積極的に活用されたい。

また、各都道府県が実施する自殺予防対策については、住民の方々に情報発信する重要性は言うまでもないが、各都道府県等が自殺予防対策に関する情報・知見を共有することも重要であることから、国立精神・神経センター精神保健研究所に設置予定の「自殺予防総合対策センター（仮称）」にその対策及びその効果の検証結果等を情報提供されたい。得られた情報・知見については、各都道府県における自殺予防対策の企画や実施、自殺予

防教育・普及啓発教材の作成等にご活用いただけるよう同センターから情報発信する予定である。

なお、自殺と関連の強いとされるうつ対策においては、平成16年1月に各自治体へ配布した「都道府県・市町村向けうつ対策推進方策マニュアル」及び「保健医療従事者向けうつ対応マニュアル」を活用されたい。

4. その他

普及啓発の中心になる地域精神保健従事者等に対しては、平成16年度から、地域住民が抱えるうつ、ストレス等の心の健康問題に関する知識や対応方法を習得させるための研修会を実施しているところであり、関係機関職員の当研修会への参加を促されたい。

また、地域における実践的な自殺予防策等の在り方に関する研究を厚生労働科学研究において推進しているところである。この成果についても「自殺予防総合対策センター（仮称）」などを活用し地方自治体等に幅広く情報発信する予定であるので各地方自治体においても協力をお願いしたい。

43. 自殺予防に向けての政府の総合的な対策について

平成17年12月26日
自殺対策関係省庁連絡会議

我が国における自殺の死亡者数は平成9年まで2万5千人前後で推移していたが、平成10年に3万人を超え以後その水準で推移している。自殺者数が増加し、減少していないことに関しては、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑に関係しているとされており、自殺予防対策を推進していくに当たっては、多角的な検討と包括的な対策が必要になる。

こうした状況を踏まえて、平成17年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。政府においても自殺問題を喫緊の課題として総合的な対策を推進するため、自殺対策関係省庁連絡会議の場において、検討しているところであるが、今般、関係省庁が連携して、以下のとおり、対策を取りまとめた。今後とも、関係省庁が一体となってこの問題に取り組んでいく。

1. 自殺の実態分析の推進

- 統計調査等から得られたデータ（自殺者数、自殺率、原因・動機、手段等）を分析するとともに、予防対策に向けた必要な情報の不備を補完するための新たな調査を検討するなど、関係省庁の協力も得て、自殺の実態や要因の分析を社会的要因も含め多角的に進める。（厚生労働省）
- 自殺予防における対象、方法などの介入ポイントを明確化し、地域における自殺率（人口10万人あたりの自殺者数）を減少させるための対応方法の研究を推進する。（厚生労働省）
- 自殺と関連の強いと言われるうつ病等の精神疾患について、病態解明や治療法の開発などを推進する。（厚生労働省）

2. 自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発

- 国立精神・神経センター精神保健研究所に設置予定の自殺予防総合対策センター（仮称）等を活用し、国民に対する正しい知識の普及啓発を強化するとともに、一般向けの自殺に関する情報や行政担当者等向けの自殺予防対策に関する情報の提供を拡充する。（厚生労働省）

3. 相談体制等の充実

(1) ライフステージ別の対策

①児童生徒

- 学校において、体験活動を活用するなどして、児童生徒が命の大切さを実感できる教育を推進するとともに、スクールカウンセラーや、こどもと親の相談員の配置などを行い、相談体制の充実を図る。（文部科学省）
- 児童生徒の自殺の特徴や傾向などを分析しながら、自殺予防の取組の在り方につい

て調査研究を行う。(文部科学省)

○子どもの心の問題に対応できる医師等の養成を推進する。(厚生労働省)

②労働者等

○労働者に対するメンタルヘルスについての正しい知識の普及を推進するとともに、相談事業の充実を図る。(厚生労働省)

○事業場におけるメンタルヘルス対策についての指針を公表し、その普及啓発を図るとともに、事業場に対する支援を実施する等事業場内における対策の充実を推進する。(厚生労働省)

○失業者に対して早期再就職支援等の各種雇用対策を推進するとともに、ハローワーク等の窓口においてきめ細かな職業相談を実施するほか、失業に直面した際に生ずる心の悩み相談など様々な生活上の問題に関する相談に対応する。(厚生労働省)

③高齢者

○うつ状態にある高齢者を早期に発見し、適切な相談等につなげるための体制を整備する。(厚生労働省)

(2) 地域における対策

○保健所、精神保健福祉センターなどにおいて、心の健康問題に関する相談事業を充実する。(厚生労働省)

○地方自治体の自殺関連の担当者に対してうつ・自殺対策のマニュアル、等を配布し活用を促す。(厚生労働省)

○地方自治体が独自で対策を進めるに当たって、地方自治体ごとの特性(年齢層、性別、産業構造、地域性)に基づいて適切な対策をとることができるように基礎データの分析を行い、成功事例等とともに情報提供を強化する。(厚生労働省)

○自殺の危険性(リスク)が高いとされるうつ病等の患者が早期に医療を受けることができる体制や、精神科救急体制の整備を図る。(厚生労働省)

○法的なトラブル解決への道案内が受けられる体制を全国に整備する。(法務省)

○農村における高齢者福祉対策を農業協同組合やその助け合い組織等の協力を得て推進する。(農林水産省)

○農山漁村における高齢者の生きがい発揮のため、ハード整備や情報インフラ整備を行うなど、快適で安心な農業環境・生活環境づくりを推進する。(農林水産省)

○商工会・商工会議所等と連携し、経営の危機に直面した中小企業を対象とした相談事業、中小企業の一般的な経営相談に対応する相談事業を引き続き推進する。(経済産業省)

○商工会・商工会議所等の経営相談窓口を訪れた中小企業者に対して、その経営相談にとどまることなく適切な対応が取れるよう、相談員へのメンタルヘルスについての正しい知識の普及を推進する。(経済産業省)

(3) 相談員の育成支援

○自殺予防総合対策センター等で研修事業を行い、公的機関や、民間団体の相談員の

資質の向上を促す。(厚生労働省)

○教育相談を担当する教員の資質向上のための研修を行う。(文部科学省)

4. その他の自殺予防対策

○従来から行っている自殺するおそれのある家出人に関する家出人発見活動を継続して実施する。(警察庁)

○「インターネット上の自殺予告事案への対応に関するガイドライン(平成17年10月5日電気通信事業者団体において策定)」を踏まえた適切な措置に努めるとともに、普及啓発を推進する。(警察庁、総務省)

○インターネット上の違法・有害情報に関して、プロバイダ等による自主的措置及びこれを効果的に支援する方策等について検討する。(総務省)

○インターネット上にある自殺関連情報等のサイト閲覧を制限するフィルタリングソフトの無償提供や、フィルタリングソフト普及のための普及啓発セミナーの開催等を実施する。(経済産業省)

○児童を自殺関連サイト等から保護することを目的として、現在パソコン向けに実現・普及しているフィルタリング機能をモバイル(携帯電話等)向けにも実現するための研究開発を推進する。(総務省)

○違法・有害情報対策に関する情報モラル教育を推進する。(文部科学省)

○旅客の転落防止等のために設置している鉄道駅のホームドア・ホーム柵について、技術上設置可能な箇所について整備を促進する。(国土交通省)

○事業存続の可能性がある中小企業が、一時的な経営環境の悪化等の要因により安易に廃業・倒産に至らないようにするための支援を行う。(経済産業省)

○都市と農山漁村の交流を通じて、農山漁村地域の住民の生きがい発見と都市部住民への癒し・安らぎの場を提供するため、グリーン・ツーリズムを推進する。(農林水産省)

○倒産やリストラ等に伴う経済・生活問題について、雇用の創出・安定、中高年者をはじめ失業した場合の早期再就職支援等の総合的な雇用対策等を推進する。(厚生労働省)

○WHOや諸外国が示している自殺報道のガイドライン等の収集・分析を行い、その成果を広く情報提供する。(厚生労働省)

5. 自殺未遂者のケア

○民間団体とも連携し、救急病院に搬送された自殺未遂者が退院後も精神科医や相談機関によってフォローアップされる体制の充実を図る。(厚生労働省)

○自殺未遂者が再び自殺をしようとならないための働きかけの方法や、民間支援団体との連携方法について研究を強化する。(厚生労働省)

6. 自殺遺族・周囲の人のケア

○自殺遺族に対するケアのあり方等について精神保健研究所等の研究機関を中心に検討する。(厚生労働省)

○自殺遺児に対するケアが的確にできるよう学校教職員、スクールカウンセラーに対する研修等を行う。(文部科学省)

7. 連携

○自殺対策関係省庁連絡会議を定期的開催する。(関係省庁)

○政府における各省庁の、自殺対策の担当窓口のリストを作成し、公表する。(関係省庁)

○各都道府県において自殺問題を担当する部署を明確化するとともに、民間団体とも連携する自殺対策連絡協議会の設置を促す。(厚生労働省)

○各都道府県において、自殺対策活動を行っている公的機関・民間団体等が互いに連絡を取ることが出来る、確かな連携体制の確立を促す。(関係省庁)

○具体的な自殺の相談に対して適切に対応するため、関係団体の連絡・調整を担う自立的・中間的な民間団体の在り方等の研究を進め、その成果を普及させる。(厚生労働省)

8. 目標及び今後の推進スケジュール等

○定期的に開催する自殺対策関係省庁連絡会議にて、進捗状況について報告・公表するとともに、各省庁が自らそれまでの評価を行う。(関係省庁)

○2年以内を目途にすべての都道府県において自殺対策連絡協議会を設置されるよう促す。(関係省庁)

○自殺率を20%減少させるための地域における対応方法及び、自殺未遂者の再企凶率を30%減少させるための自殺未遂者への対応方法を5年以内に確立し、全国に展開する。(厚生労働省)

○5年後の中間期を目処に中間評価を行い、その結果を以後の政府としての自殺予防対策に反映させる。(関係省庁)

○以上のような種々の施策を講ずることにより、当面は、今後10年間で自殺者数を急増以前の水準に戻すこととする。

44. 自立支援医療費の支給認定について

平成18年3月3日 障発第0303002号
各都道府県知事・指定都市市長・中核市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知
最終改正：障発第0922001号 平成18年9月22日

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づく自立支援医療については、本年4月1日から施行されるところであるが、標記について、自立支援医療費支給認定通則実施要綱（別紙1）、自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（別紙2）、自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（別紙3）及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（別紙4）を作成したので、本年4月1日から、これらを参考に支給認定を行うとともに、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮を願いたい。

なお、昭和62年7月3日児発第593号「身体に障害のある児童に対する育成医療の給付について」、平成5年3月30日社援更発第89号「更生医療の給付について」、昭和40年9月15日衛発第648号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」及び昭和59年10月25日社更発第169号「更生医療の給付に係るいわゆる自己負担額の算定方法について」は、本通知の施行に伴い廃止する。

また、昭和45年10月21日社更発第89号「先天性心臓疾患による心臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和54年5月10日社更発第56号「腎臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和55年5月20日社更発第82号「更生（育成）医療における形成外科的治療を担当する医療機関の指定について」、昭和57年3月23日社更発第43号「[音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正]の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について」、昭和61年9月22日社更発第158号「小腸機能障害者に対する更生医療の給付について」及び平成10年4月8日障発第230号「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害者に対する更生医療の給付について」に定める更生医療の給付の決定等については、本通知手続を参考にして行われたい。

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

自立支援医療費支給認定通則実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続については、法令の定めるところによるものであるが、本要綱を参照しつつ支給認定の適正な実施を図られたい。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し用いる医療保険単位の世帯を「世帯」という。

※ 参考

法や障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号。以下「令」という。）、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）においては、次のとおりとされている。

- 1 受診者 : 「支給認定に係る障害者等」（法第57条第1項第一号等）
- 2 受給者 : 「支給認定障害者等」（法第54条第3項等）
- 3 申請者 : 「申請に係る障害者等」（法第54条第1項等）
- 4 世帯 : 直接示す文言はない。
- 5 「世帯」 : 直接示す文言はないが、「受診者」と「支給認定基準世帯員」（令第29条第1項）に加え、受診者と同じ医療保険に加入している者であって支給認定基準世帯員以外の者から構成される概念である。

第2 所得区分

自立支援医療費については、法第58条第3項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設け、所得区分ごとに負担上限月額（令第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。

- 1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。
 - ① 生活保護 負担上限月額0円
 - ② 低所得1 負担上限月額2,500円
 - ③ 低所得2 負担上限月額5,000円
 - ④ 中間所得層 負担上限月額設定なし
 - ⑤ 一定所得以上：自立支援医療費の支給対象外
- 2 1の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が高額治療継続者（令第35条

第1項第一号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。)に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

④' 中間所得層1 負担上限月額5,000円

④" 中間所得層2 負担上限月額10,000円

3 1の所得区分のうち④中間所得層に該当する受診者であって高額治療継続者に該当しない者が育成医療を受ける場合には、法の施行後3年の間は、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

④' 中間所得層(育成医療)Ⅰ 負担上限月額10,000円

④" 中間所得層(育成医療)Ⅱ 負担上限月額40,200円

4 1の所得区分のうち⑤一定所得以上については、受診者が「高額治療継続者」に該当する場合には、法の施行後3年の間は、自立支援医療費の支給対象とし、次のとおり別途所得区分及び負担上限月額を設ける。

⑤' 一定所得以上(重度かつ継続) 負担上限月額20,000円

5 1の所得区分のうち①生活保護の対象は、受診者の属する世帯が生活保護世帯である場合であるものとする。

6 1の所得区分のうち②低所得1の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯(注1)であって、受給者に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護の対象ではない場合であるものとする。

・ 地方税法上の合計所得金額(注2)

(合計所得金額がマイナスとなる者については、0とみなして計算する)

・ 所得税法上の公的年金等の収入金額(注3)

・ その他厚生労働省令で定める給付(注4)

(注1) 「市町村民税世帯非課税世帯」とは、受診者の属する「世帯」の世帯員(世帯員の具体的な範囲は、第5の1による。)が自立支援医療費を受ける日の属する年度(自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度)分の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。)が課されていない者又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者(当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。)である世帯をいう。

(注2) 「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第十三号に規定する合計所得金額をいう。

(注3) 「公的年金等の収入金額」とは、所得税法(昭和40年法律第33号)

第35条第2項第一号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

(注4) 「その他厚生労働省令で定める給付」とは、施行規則第28条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

- 7 1の所得区分のうち③低所得2の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯(均等割及び所得割双方の非課税)である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護及び②低所得1の対象ではない場合であるものとする。
- 8 1の所得区分のうち④中間所得層の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が20万円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。
- 9 1の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が20万円以上の場合であるものとする。
- 10 2の所得区分のうち④' 中間所得層1の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が2万円未満である場合であるものとする。
- 11 2の所得区分のうち④" 中間所得層2の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が2万円以上20万円未満の場合であるものとする。
- 12 3の所得区分のうち④' 中間所得層(育成医療)Ⅰの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が育成医療を受け、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が2万円未満である場合であるものとする。
- 13 3の所得区分のうち④" 中間所得層(育成医療)Ⅱの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が育成医療を受け、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が2万円以上20万円未満の場合であるものとする。
- 14 8から13までにおいて、市町村民税額(所得割)の合計を判断する場合には、第5の1に基づくこととなる。
- 15 ⑤' 一定所得以上(重度かつ継続)の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当する場合であるものとする。

第3 「世帯」

- 1 「世帯」については、医療保険の加入単位、すなわち受診者と同じ医療保険に加入する者をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱うこととする。
- 2 家族の実際の居住形態にかかわらず、また、税制面での取扱いにかかわらず、医療保険の加入関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱う。
- 3 申請者から申請を受けた場合には、自立支援医療費支給認定申請書(別紙様式第1号。以下「申請書」という。)の他、受給者の氏名が記載(被保険者本人として記載又は被扶養者として記載)されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの(以下「被保険者証等」という。)の写し(受診者が18歳未満である場合は受給者のものに加えて受診者の氏名が記載されている被保険者証等の

写しも同時に)を提出させるものとする(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)。あわせて、受診者の属する「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出させるものとする。

- 4 受診者が国民健康保険の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが「世帯」全員のものかどうかにつき、申請者に住民票を提出させる、職権で調査する等の方法によって確認を行う。
- 5 「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しについては、被保険者証等の形式や加入している医療保険によって、第5のとおりの所得区分の認定に際して対象となる者の範囲が異なることから、提出する必要のある範囲が異なることとなる点に留意すること。
- 6 「市町村民税世帯非課税世帯」や市町村民税額(所得割)の「世帯」における合計額については、受診者の属する「世帯」の世帯員(世帯員の具体的な範囲は第5の1による。)が自立支援医療を受ける日の属する年度(自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度)の課税状況を基準として判断することが基本となるが、自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であって、7月以降も継続して自立支援医療を受けることとなっているときには、これらに該当するかどうかにつき7月に再確認を行うことは必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは妨げない。
- 7 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。
- 8 「世帯」の特例

受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子どもがいる場合であっても、その親、兄弟、子どもが、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととしたときは、原則からいえば同一「世帯」であっても、特例として、受診者及びその配偶者を別の「世帯」に属するものとみなす取扱いを行うことを、受給者の申請に基づき選択できるものとする。

- ・ この特例を認め得る場合は、受診者及びその配偶者は市町村民税非課税である一方、これ以外に同一の「世帯」に属する者が市町村民税課税である場合のみとする。
- ・ この特例を認めるよう申請があった場合には、申請書の他、受診者及びその配偶者が扶養関係に基づく各種控除(以下「扶養控除」という。)の対象となっていないかどうかを確認するため、同一「世帯」に属する者の市町村民税に係る税情報の記載された適宜の書面又は書面の写し及び被保険者証の写しの提出を求め、その内容を確認するものとする。
- ・ なお、ある年度において扶養関係にあったものの、当該年度の途中で生計を別にしたような場合は、税の申告が年1回であることから、次年度の税申告時から扶養控除の対象から外れることとなる者については、本人から、その旨の確認を

誓約書等適宜の方法によって得ることにより、別の「世帯」とみなす取扱いができるものとする。

- 9 加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合は、新たな被保険者証の写し等必要な書面を添付の上、速やかに変更の届出をさせるものとする。なお、「世帯」の状況の変化に伴い支給認定の変更が必要となった場合には、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意すること。

第4 「世帯」の所得の認定

- 1 「世帯」の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。
- 2 申請があったとしても、提出資料や申請者からの聞き取りから、所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこととする。

また、市町村民税額（所得割）が20万円未満であることについてのみ確認できた場合は、所得区分を④中間所得層として取り扱うこととし、第2の2に該当する場合は所得区分を④”中間所得層2と、第2の3に該当する場合は所得区分を④”中間所得層（育成医療）Ⅱとして取り扱うこととする。

さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を③低所得2として取り扱うこととする。

第5 「世帯」の所得区分の認定

- 1 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定するものとする。また、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。

なお、所得区分が②低所得1に該当するかどうかを判断する場合には、申請者の障害年金等、特別児童扶養手当等の支給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定するものとする。

- 2 法第66条第1項に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、申請の際に税情報や手当の支給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行うことは差し支えない。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、保護者等から同意を得てもよいこととする。

- 3 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。

- 4 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。

なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

第6 支給認定の変更

- 1 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、自立支援医療受給者証（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を添えて提出させることとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、負担上限月額（所得区分及び高額治療継続者の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関以外の変更については、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（別紙様式第3号）をもって届出させることとする。

- 2 受診者が精神通院医療を受けている場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。
- 3 申請を受け、所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更することを決定した日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した受給者証を交付する。また、必要に応じ自己負担上限額管理票（別紙様式第4号。以下「管理票」という。）を交付する。所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（別紙様式第5号）を申請者に交付すること。
- 4 申請を受け、指定自立支援医療機関の変更の必要があると判断した場合は、変更することを決定した日以降より新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定自立支援医療機関を記載した受給者証を交付する。指定自立支援医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。

第7 負担上限月額管理の取扱い

- 1 自立支援医療において負担上限月額が設定された者については、管理票を交付する。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療機関で指定自立支援医療を受けるときに受給者証とともに管理票を医療機関に提示する。
- 3 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載する。
- 4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

第8 医療の種類と負担上限月額、食事療養費及び生活療養費

- 1 自立支援医療の負担上限月額は、令第1条に規定される自立支援医療の種類（育成医療、更生医療又は精神通院医療）ごとに設定されるものである。例えば、同一の受診者が育成医療又は更生医療と精神通院医療とを同一月に受けた場合については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算を行わない。

2 所得区分が④中間所得層である育成医療又は更正医療の受給者が複数の疾病に関して支給認定を受けた場合において、高額治療継続者に該当する疾病等に係る認定を含む時は、当該複数疾病に係る育成医療又は更生医療の自己負担の合計額について、高額治療継続者に係る負担上限月額を適用する。

3 育成医療及び更生医療に係る入院時の食事療養及び生活療養については、所得区分が①生活保護及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費等減免者」という。）以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる（健康保険の療養に要する費用の額の算定の例により算定した額が自立支援医療費の対象となりうるのだが、実際には医療保険が優先し、食事療養費及び生活療養費分が医療保険から支払われるため、自立支援医療費からは食事療養費及び生活療養費分が支払われないこととなる。）。

一方、食事療養費等減免者には、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、自立支援医療費から少なくとも医療保険の標準負担額相当部分が支給されることとなる（原則的に健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が自立支援医療費から支給されることとなるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、生保世帯等で医療保険に加入していない食事療養費等減免者については、健康保険の食事療養費及び生活療養費相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ自立支援医療費として支給されることとなる。）。

4 なお、入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

第9 未申告者の取扱い

1 非課税であることから申告しておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を⑤一定所得以上として取り扱う。なお、この場合においては、第2の4の適用はないものとする。

2 ただし、精神通院医療については、従前の制度では所得確認がなかったことなどを勘案し、当分の間、申請者が、非課税であることを示す資料が添付されていないにも関わらず非課税であることを申し述べた場合には、例外的に、次のように取り扱うものとする。

- ・ 申請者から申請書等の提出を受けた市町村は、非課税であるとみなすことができるかどうかの意見を付して、都道府県に関係資料を送付する。
- ・ 都道府県は、市町村からの意見を参考に、非課税とみなしてよいと判断すれば、非課税とみなすことができる。

3 上記取扱いを受けた者は、原則として、所得区分を③低所得2と認定するものとするが、都道府県の判断により、所得区分を②低所得1と認定しても差し支えない。

ただし、この場合には、障害基礎年金1級を受給する者とのバランスを失することのないよう、本人の収入状況等を十分に確認するなど配慮されたい。

第10 医療保険未加入者の取扱い

- 1 自立支援医療費の申請の審査の段階で加入医療保険の把握を行い、加入手続を行っていない場合には、受診者又は保護者に対して手続を促すとともに、被用者保険の加入者となる場合や、生活保護の医療扶助の対象となっている場合を除き、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 2 自立支援医療費の受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護の対象となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 3 1及び2の加入手続を行っている途上における申請に際しての「世帯」の取扱いについては、加入手続が完了した場合の「世帯」に準じて取り扱うこと。
- 4 1及び2にかかわらず、申請者が正当な理由がなく医療保険の加入手続を行わない場合については、「世帯」の範囲及び所得の確認ができないことから、所得区分は⑤一定所得以上として取り扱うこと。なお、この場合においては、第2の4の適用はないものとする。

第11 指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額

- 1 受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。
- 2 所得区分が④中間所得層であるため負担上限月額が設定されていない者について、医療費総額の1割相当額が医療保険の自己負担限度額（高額療養費基準額）を超えた場合は、高額療養費基準額を徴収すること。この場合、高額療養費は医療機関に支給されるものであること。

第12 指定自立支援医療機関

都道府県知事は、法第59条第1項で定めるところにより指定を行った指定自立支援医療機関についての一覧を自立支援医療の種類ごとに作成する。

また、指定自立支援医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定自立支援医療機関の一覧を、各月ごとに社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付する。

第13 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第2条に規定されておりであること。したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、医療保険の自己負

担部分を対象とすることとなるものであること。

第14 その他

本要綱に係る各種様式の例は別添のとおりであるので、参考とされたい。

自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（育成医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し用いる医療保険単位の世帯を「世帯」という。

※ 参考

法や障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号。以下「令」という。）、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）においては、次のとおりとされている。

- 1 受診者 : 「支給認定に係る障害者等」（法第57条第1項第一号等）
- 2 受給者 : 「支給認定障害者等」（法第54条第3項等）
- 3 申請者 : 「申請に係る障害者等」（法第54条第1項等）
- 4 世帯 : 直接示す文言はない。
- 5 「世帯」 : 直接示す文言はないが、「受診者」と「至急認定基準世帯員」（令第29条第1項）に加え、受診者と同じ医療保険に加入している者であつて支給認定基準世帯員以外の者から構成される概念である。

第2 自立支援医療（育成医療）の対象

自立支援医療（育成医療）（以下単に「育成医療」とする。）の対象となる児童は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、これを放置するときは、将来において同別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であつて、確実なる治療効果が期待しうるものとする。

- 1 育成医療の対象となる疾患を障害区分により示せば、次のとおりであること。
 - (1) 肢体不自由によるもの
 - (2) 視覚障害によるもの
 - (3) 聴覚、平衡機能障害によるもの
 - (4) 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの
 - (5) 内臓障害によるもの（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸及び小腸機能障害

を除く内臓障害については、先天性のものに限る。)

(6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの

2 内臓障害によるものについては、手術により将来生活能力を得る見込みのあるものに限ることとし、いわゆる内科的治療のみものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法及び小腸機能障害に対する中心静脈栄養法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。

3 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、次のとおりとする。

(1) 診察

(2) 薬剤又は治療材料の支給

(3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

(4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護

(5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

1 申請に当たっては、申請者に指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師の作成する自立支援医療意見書（以下「医師の意見書」という。別紙様式第6号。）、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付させること。

2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師が作成したものである必要があること。

第4 支給認定

1 都道府県知事（指定都市及び中核市の市長を含む。以下同じ。）が所定の手続による申請を受理した場合は、受診者について育成医療の要否等に関し、育成医療の対象となる障害の種類、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び育成医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に認定を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養の費用を除く。）について健康保険診療報

酬点数表によって行うものとする。

- 2 都道府県知事は、当該申請について、育成医療を必要とすると認められた場合は、「世帯」の所得状況を確認の上、高額治療継続者（令第35条第1項第一号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）への該当・非該当、自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2に定める負担上限月額認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。また、必要に応じ自己負担上減額管理票を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められる場合については、認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。
- 3 育成医療の具体的方針は、受給者証裏面に詳細に記入すること。
- 4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。
- 5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とする。
- 6 同一受診者に対し、当該受診者が育成医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。
- 7 受診者が死亡した場合又は身体の状況から育成医療を受ける必要がなくなった場合は、交付していた受給者証を速やかに都道府県知事に返還させること。
- 8 受診者が、支給認定の有効期間内に満18歳になった場合であっても、当初の支給認定の有効期間中は育成医療の支給認定の取消しは行わないものとする。なお、当初の支給認定の有効期間を超えて再度の育成医療の支給認定を行うことはできないものとする。

第5 育成医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）、申請者は、申請書に再認定に必要性を詳細に記した医師の意見書、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証を添付の上、都道府県知事あて申請させること。都道府県知事は再認定の要否等について、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨を第4の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。
- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受給者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、都道府県知事あて申請すること。都道府県知事は育成医療の変更の要否等について変更が必要である

と認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。

なお、医療の具体的な方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては、認定しない旨を前記第4の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第6 自立支援医療費の支給の内容

1 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。

(1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた育成医療に係る費用について、都道府県が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

(2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最小限度の治療材料及び治療器具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められないこと。

(3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。事前に都道府県知事に申請を行い、本人が歩行困難等により必要と認められる場合に支給することとすること。

(4) 治療材料費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、受給者から都道府県知事に申請させること。

2 支給認定の有効期間中において、育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合は、その併発病の治療についても自立支援医療費の支給の対象として差し支えないこと。

第7 育成医療に係る診療報酬の請求、審査及び支払

診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和54年児発第564号通知「児童福祉法及び精神薄弱者福祉法の措置等に係る医療の給付に関する費用の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金に委託する契約について」及び昭和49年児発第655号通知「育成医療費等公費負担医療の給付にかかる診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」に定めるところによること。

第8 その他

都道府県は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給等について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておくこと。

自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（更生医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）についての事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し用いる医療保険単位の世帯を「世帯」という。

※ 参考

法や障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号。以下「令」という。）、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）においては、次のとおりとされている。

- 1 受診者 : 「支給認定に係る障害者等」（法第57条第1項第一号等）
- 2 受給者 : 「支給認定障害者等」（法第54条第3項等）
- 3 申請者 : 「申請に係る障害者等」（法第54条第1項等）
- 4 世帯 : 直接示す文言はない。
- 5 「世帯」 : 直接示す文言はないが、「受診者」と「至急認定基準世帯員」（令第29条第1項）に加え、受診者と同じ医療保険に加入している者であって支給認定基準世帯員以外の者から構成される概念である。

第2 自立支援医療（更生医療）の対象

自立支援医療（更生医療）（以下単に「更生医療」とする。）の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体上の障害を有すると認められる者であって、確実なる治療効果が期待しうるものとする。

- 1 更生医療の対象となる疾患を障害区分により示せば、次のとおりであること。
 - (1) 肢体不自由によるもの
 - (2) 視覚障害によるもの
 - (3) 聴覚，平衡機能障害によるもの
 - (4) 音声，言語，そしゃく機能障害によるもの
 - (5) 内臓障害によるもの（心臓，腎臓，小腸機能障害に限る。）
 - (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの
- 2 更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られ

ること。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実なる治療効果が期待されるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないこと。内臓障害によるものについては、手術により障害の除去又は軽減が見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法及び小腸機能障害に対する中心静脈栄養法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。

3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、次のとおりとする。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

- 1 申請に当たっては、申請者に指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。）、身体障害者手帳の写し、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長（特別区にあっては区長。以下同じ。）に申請させること。
- 2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したものである必要があること。
- 3 市町村長は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの自立支援医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討し、申請の資格を有すると認められた者については、身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）の長に対し、更生医療の要否等についての判定（以下「判定」という。）を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を指示し、更生相談所に来所させること。

第4 更生医療の要否の判定

- 1 判定の依頼を受けた更生相談所の長は申請者について判定を行い、判定書及び付属

書類を作成し市町村長に送付すること。

- 2 判定は、申請者について、医学的に支給認定を行うかどうかについての確な判定を行い、更生医療を必要とすると認められた者については、医療の対象となる障害の種類、高額治療継続者（令第35条第1項第一号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）の対象疾病であるか否か、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び更生医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に判断を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養及び生活療養の費用を除く。）について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。また、老人保健法の対象者の更生医療については、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うものとする。

第5 支給認定

- 1 市町村長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。

また、判定の結果、更生医療を必要としないと認められた者については第3の3の却下手続に準じて通知書を交付すること。

なお、支給認定の際に指定自立支援医療機関において実施する医療以外に移送等を必要とすると認められた者については、それらに要する費用額の算定を行った調査書を作成すること。

- 2 受給者証の交付に当たっては、「世帯」の所得状況及び更生相談所の判定書に基づき高額治療継続者への該当・非該当、自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2に定める負担上限月額の設定を行った上で、施行規則の定めるところにより、受給者証を交付すること。また、必要に応じ自己負担上減額管理票を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められる場合については認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。
- 3 更生医療の具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面に詳細に記入すること。
- 4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。
- 5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗H I V療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とする。
- 6 同一受診者に対し、当該受診者が更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に

限り、例外的に複数指定することを妨げない。

- 7 受診者が死亡した場合又は医療を受けることを中止した場合は、交付していた受給者証を速やかに市町村長に返還させること。

第6 更生医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）、申請者は申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書及び被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長あて申請させること。市町村長は、更生相談所の長に対し、再認定の可否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。
- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受給者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、市町村長あて申請すること。市町村長は、更生相談所の長に対し、変更の可否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第7 自立支援医療費の支給の内容等

- 1 市町村長は、支給認定を受けた者が更生医療を受けた指定自立支援医療機関に対し、必要に応じ、治療経過・予定報告書（以下「報告書」という。）の提出を求めること。ただし、当該指定自立支援医療機関が薬局である場合はその必要はないこと。
- 2 指定自立支援医療機関において、緊急かつやむを得ない事情により、支給認定の有効期間を延長する必要があると認める場合には、報告書にその旨を記入して提出させること。この場合において単なる期間延長として認められる期間は、2週間以内でかつ、1回に限ることとする。この場合、更生相談所における判定は要せず、市町村長の判断により期間延長の承認を行って差し支えないこと。それ以上の期間を要するものについては、再認定として第6の1の取扱いによること。
- 3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた更生医療に係る費用について、市町村が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
 - (2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最小

限度の治療材料及び治療装具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められないこと。

(3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。移送費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、申請者から市町村長に申請させること。

(4) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立支援医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合のみ、その料金を支給すること。

(5) 施術料及び治療材料費の費用の算定は次によること。

ア 施術料は保険局長通知「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術にかかる療養費の支給について」により算定すること。

イ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

第8 指定自立支援医療機関における診療報酬の請求及び支払

診療報酬の請求は、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定自立支援医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出させること。

第9 診療報酬の審査、決定及び支払

1 診療報酬の審査については「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」及び「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」の通知によること。

2 診療報酬の決定は、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長が行うこと。

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定（以下「支給認定」という。本要綱において同じ。）についての事務手続運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し用いる医療保険単位の世帯を「世帯」という。

※ 参考

法や障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号。以下「令」という。）、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）においては、次のとおりとされている。

- 1 受診者 : 「支給認定に係る障害者等」（法第57条第1項第一号等）
- 2 受給者 : 「支給認定障害者等」（法第54条第3項等）
- 3 申請者 : 「申請に係る障害者等」（法第54条第1項等）
- 4 世帯 : 直接示す文言はない。
- 5 「世帯」 : 直接示す文言はないが、「受診者」と「至急認定基準世帯員」（令第29条第1項）に加え、受診者と同じ医療保険に加入している者であって支給認定基準世帯員以外の者から構成される概念である。

第2 自立支援医療（精神通院医療）の対象及び医療の範囲

- 1 自立支援医療（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の対象となる者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものとする。
- 2 精神通院医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療とする。

ここで、当該精神障害に起因して生じた病態とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態とし、指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師（てんかんについては、てんかんの医療を担当

当する医師)によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態とする。

ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。また、結核性疾患は、結核予防法(昭和26年法律第96号)に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。

- 3 また、症状が殆ど消失している患者であっても、軽快状態を維持し、再発を予防するためになお通院治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

- 1 支給認定の申請については、申請者に次の書類を添付して行う。

(1) 支給認定の申請のみを行う場合

- ・ 指定自立支援医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する医師による別紙様式第7号による診断書(自立支援医療(精神通院医療)の診断書)及び別紙様式第8号による「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)(「高額治療継続者(令第35条第1項第一号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。)」に該当する旨を申請する場合に限る。)
- ・ 受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの(以下「被保険者証等」という。)
- ・ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料(市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料)

(2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合

- ・ 精神保健指定医その他精神障害の診断または治療に従事する医師であって指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師による精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による診断書(精神障害者保健福祉手帳用の診断書)及び「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)(高額治療継続者に該当する旨を申請する場合に限る。)
- ・ 被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

- 2 申請書は、受給者の居住地を管轄する市町村長(特別区にあっては区長。以下同じ。)に提出するものとする。提出を受けた市町村においては、申請書、添付資料等を確認の上、該当する所得区分等を記入して都道府県に進達するものとする。

- 3 支給認定の申請は、現に支給を受けている者がその継続のために申請する場合には、支給認定の有効期間の終了する日の概ね3か月前から行うことができるものとする。

第4 支給認定

- 1 都道府県知事(指定都市にあっては市長。以下同じ。)は、所定の手続による申請書を受理したときは、次により審査を行う。

(1) 自立支援医療費の支給認定の申請のみを行う場合

精神通院医療の要否について精神保健福祉センターにおいて判定すること。

精神保健福祉センターは、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

都道府県知事は、支給認定を行うことを決定したときは別紙様式第2号による自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を、支給認定を行わない決定をしたときは、別紙様式第5号による通知書を受給者の居住地を管轄する市町村長を経由して申請者に交付する。

(2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合

速やかに精神障害者保健福祉手帳の交付の可否についての所定の審査を行い、手帳の交付の決定をしたときは手帳を交付する。また、支給認定を行った場合は、受給者証を交付する。

なお、精神保健福祉センターが手帳の交付の適否について判定を行う際においては、手帳の交付については否とする場合でも、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに自立支援医療費の支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

この場合、手帳の交付又は支給認定の一方又は両方を行なわないこととする場合には、精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による却下通知書を交付する。

(3) 既に手帳の交付を受けている者が高額治療継続者に該当しない自立支援医療費の支給認定の新規申請を行う場合

被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料等により所得の状況を確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに、受給者証を交付する。ただし、この取扱いは、自立支援医療費の支給認定の新規申請を行う場合で、当該受診者の所持している手帳が診断書（精神障害者保健福祉手帳用）に基づいて交付されたものであり、有効期間が支給認定日の時点で1年以上残っている場合に限る。

2 受給者証の「有効期間」欄には、支給認定の有効期間を記入すること。支給認定の有効期間は、新規の申請の場合には、市町村が申請を受理した日を始期とし、その始期から1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。また、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合には、前回支給認定の有効期間の満了日の翌日を始期とし、始期より1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。

3 受給者証の交付を受けた者が氏名を変更したとき、同一の都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の区域内において居住地を移したとき、所得の状況に変化が生じたとき、「世帯」の状況が変化したとき、又は保険の種類に変更が生じた場合については、

申請と同様に市町村長を経由して、都道府県知事に届け出させるものとする。

- 4 同一の受診者に対し、当該受診者が精神通院医療を受ける指定自立支援医療機関については、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合、複数指定することを妨げない。この場合においては、必要に応じて適切な指導を行う。

第5 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

- 1 医療費の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。
- 2 指定自立支援医療を受け受診者について指定自立支援医療機関が都道府県に対し自立支援医療費を請求するときは、療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）または、老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求に関する省令（平成4年厚生省令第5号）の定めるところによる。
- 3 2の請求書は、各月分について翌月10日までに社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に送付しなければならない。

第6 診療報酬請求書の審査及び支払

都道府県知事は、法第73条第4項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、社会保険診療報酬支払基金の幹事長及び国民健康保険団体連合会の理事と、別途通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結する。

第7 受給者証の返還

支給認定の有効期間が満了したとき、受診者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において法第58条第1項の支給認定を行う理由がなくなったときは、速やかに受給者証をその交付を受けた際の居住地を管轄する市町村長を経由して都道府県知事に返還させる。

第8 支給台帳

- 1 都道府県は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておくこと。
- 2 支給の状況については、精神通院医療の対象となった疾病名及び国際疾病死因分類ICD-10コード（F0～F9及びG40の別）を付記しておくこと。

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針

第1 精神通院医療の対象となる精神障害者

自立支援医療（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の対象となる精神障害者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第5条に定める統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者で、以下の病状を示す精神障害のため、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものである。なお、現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要のある場合は、精神通院医療の対象となる。

第2 精神通院医療の対象となる精神障害及びその状態像

1 躁および抑うつ状態

国際疾病分類ICD-10の気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害などでみられる病態である。疾患の経過において躁状態、およびうつ状態の両者がみられる場合と、いずれか一方のみの場合がある。躁状態においては、気分の高揚が続いて被刺激性が亢進し、多弁、多動、思考奔逸、誇大的言動などがみられる。一方、抑うつ状態では気分は沈み、精神運動制止がみられ、しばしば罪業妄想、貧困妄想、心気妄想などの妄想が生じ、ときに希死念慮が生じたり、昏迷状態に陥ることもある。躁状態で精神運動興奮が強い場合、抑うつ状態で希死念慮が強い場合、あるいは昏迷が持続する場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、躁、およびうつ状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院療法の対象となる。

2 幻覚妄想状態

国際疾病分類ICD-10の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。その主症状として、幻覚、妄想、させられ体験、思考形式の障害などがある。強度の不安、不穏、精神運動興奮がともなう場合や、幻覚妄想に支配されて著しく奇異な行動をとったり、衝動行為に及ぶ可能性がある場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、幻覚妄想状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

3 精神運動興奮及び昏迷の状態

国際疾病分類ICD-10の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質

性精神病，精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。この病態は，精神運動性の障害を主体とし，運動性が亢進した精神運動興奮状態と，それが低下した昏迷状態とがある。しばしば，減裂思考，思考錯乱などの思考障害，拒絶，緘黙などの疎通性の障害，常同行為，衝動行為などの行動の障害を伴う。強度の精神運動性興奮がみられたり，昏迷状態が続く場合などは，入院医療を要する。入院を要さない場合で，精神運動興奮あるいは昏迷状態が精神病，あるいはそれと同等の病態にあり，持続するか，あるいは消長を繰り返し，継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には，精神通院医療の対象となる。

4 統合失調等残遺状態

国際疾病分類ICD-10の統合失調症，統合失調型障害，精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期，あるいは寛解期などにみられる病態である。この病態では，感情鈍麻，意欲低下，思考の弛緩，自発語の減少などがみられ，社会生活能力が病前に比べ，著しく低下した状態が続く。不食，不潔，寝たきりの状態が続くなどして身体の衰弱が著しい場合，通常，入院を要する。入院を要さない場合で，このような残遺状態が精神病か，それと同等の病態にあり，持続するか，あるいは消長を繰り返し，日常生活の指導，社会性の向上，および疾患の再発予防のため，持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には，精神通院医療の対象となる。

5 情動および行動の障害

国際疾病分類ICD-10の成人の人格および行動の障害，症状性を含む器質性精神障害，生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群，小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害，精神遅滞，心理的発達の障害などでみられる病態である。情動の障害には，不機嫌，易怒性，爆発性，気分変動などの情動の障害などがあり，行動の障害には，暴力，衝動行為，常同行為，多動，食行動の異常，性行動の異常などがある。情動および行動の障害により，著しい精神運動興奮を呈する場合，あるいは行動制御の能力を失っている場合は，通常，入院医療を要する。入院を要さない場合で，情動および行動の障害が精神病，あるいはそれと同等の病態にあり，持続するか，消長を繰り返し，継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には，精神通院医療の対象となる。

6 不安および不穏状態

国際疾病分類ICD-10の統合失調症，統合失調型障害，妄想性障害，症状性を含む器質性精神病，精神作用物質による精神および行動の障害，神経症性障害，ストレス関連障害，身体表現性障害などでみられる病態である。この病態は，長期間持続する強度の不安，あるいは恐怖感を主症状とし，強迫体験，心気症状，不安の身体化，および不安発作などを含む。強度の不安により，精神運動不穏を呈するか，あるいは心身の衰弱が著しい場合は，通常，入院医療を要する。入院を要さない場合で，不安および不穏状態が，精神病，あるいはそれと同等の病態にあり，持続するか，あるいは消長を繰り返し，継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には，精神通院医療の対象とな

る。

7 痙れんおよび意識障害

国際疾病分類ICD-10のてんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害などでみられる病態である。この病態には、痙れんや意識消失などのてんかん発作や、もうろう状態、解離状態、せん妄など意識の障害などがある。痙れんおよび意識障害が遷延する場合は、入院医療を要する。入院を要さない場合で、痙れんまたは意識障害が挿間性に発現し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

8 精神作用物質の乱用および依存

国際疾病分類ICD-10の精神作用物質による精神および行動の障害のうち、精神作用物質の有害な使用、依存症候群、精神病性障害などでみられる病態である。当該物質の乱用および依存には、しばしば、幻覚、妄想、思考障害、情動あるいは行動の障害などが生じ、さまざまな社会生活上の問題がともなう。依存を基礎として生じた急性中毒、離脱状態、あるいは精神病性障害において、精神運動興奮が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、乱用、依存からの脱却のため通院医療を自ら希望し、あるいは精神作用物質による精神および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

9 知能障害

精神遅滞及び認知症については、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合に、精神通院医療の対象となる。

別紙様式第1号

自立支援医療（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）						
						※1 生 年 月 日
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	フリガナ 受診者住所				電話番号	
受診者が18歳未満の場合 負担額に関する事項	フリガナ 保護者氏名				受診者との 関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2	
負担額に関する事項	受診者の被保険者 証の記号及び番号	保険者名				
	受診者と同一保険 の加入者					
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ 継続※4	該当・非該当
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福 祉手帳番号			
	医療機関名			所在地・電話番号		
受診を希望する指定 自立支援医療機関（薬 局・訪問看護事業者を 含む）						
受給者番号 ※5						
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※6</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">○○○○都道府県知事 ○○○○市町村長 殿</p>						

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		設定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ 継続	該当・非該当		
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ 継続	該当・非該当		
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証	）	
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備 考					

別紙様式第2号(表面)

自立支援医療受給者証 (育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院)											
公費負担者番号											
自立支援医療費受給者番号											
受 診 者	フリガナ						性別	生年月日			
	氏名						男・女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	フリガナ										
	住所										
被保険者証の記号及び番号						保険者名					
重度かつ継続		該当 ・ 非該当									
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ								続柄		
	氏名										
	フリガナ										
	住所										
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所					所在地・電話番号					
	薬局					所在地・電話番号					
	訪問看護事業者					所在地・電話番号					
自己負担上限額		月額								円	
有効期間		平成 年 月 日			から		平成 年 月 日			まで	
上記のとおり認定する。											
平成 年 月 日											
						〇〇〇〇知事		〇〇〇〇市町村長		印	

※ 育成医療及び更生医療の受診者のみ裏面も記入のこと。

別紙様式第2号（裏面）

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養費受療証	有 ・ 無

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養費受療証を医療機関窓口に提出すること。

別紙様式第3号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院）									
受 診 者	フリガナ				性別	生年月日			
	氏名				男・女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	フリガナ								
住所									
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ								続柄
	氏名								
	フリガナ								
	住所								
自立支援医療費受給者番号									
受給者証の有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで									
変 更 内 容	事項	変更前				変更後			
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)								
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)								
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)								
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号								
備 考									
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。									
届出者氏名					印				
平成 年 月 日									
〇〇〇〇都道府県知事					〇〇〇〇市町村長				
					印				

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

番 号
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇都道府県知事
〇〇〇〇市町村長

印
印

障害者自立支援法第58条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他 ()

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市町村を被告として（訴訟において都道府県・市町村を代表する者は都道府県知事・市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てを下場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

別紙様式第6号

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ						
受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳 昭和 年 月 日 平成
受診者住所						
病名				発症年月日	平成 年 月 日	
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (7)小腸機能障害		(2)視覚障害 (5)心臓機能障害 (8)その他内臓障害		(3)聴覚・平衡機能障害 (6)腎臓機能障害 (9)免疫機能障害	
医療の具体的方針						
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	}	通算	日間
		通院治療回数並びに期間	回 日間			
		訪問看護予定回数並びに期間	回 日間			
療費	医療費概算額	入院治療費	円	}	計	円
		通院治療費	円			
		訪問看護等	円			
移送費見込額						円
医療費及び移送費合計額						円
治療における障害の回復状況の見込						
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。						
平成 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						印

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICDカテゴリーは、F 0～ F 9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () (2) 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () (3) 身体合併症 _____		
② 発病から現在までの 病歴(推定発病年月、精神 科受診歴等)			
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()			
(2) 躁状態 1 行為心拍 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 ()			
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 ()			
(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 ()			
(8) 痙れん及び意識障害 1 痙れん 2 意識障害 3 その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 ()			
(10) 知能障害 1 知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症			

④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状等

⑤ 現在の治療内容

1 投薬内容

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況

(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等)

⑧ 備考

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

医師氏名(自署または記名捺印) _____

(この用紙は日本工業規格A列3番を標準とする。)

別紙様式第8号

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

患者氏名	性別
住 所	年齢

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。）

- ① 症状性を含む器質性精神障害（F0）
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）
- ④ 気分障害（F3）
- ⑤ てんかん（G40）
- ⑥ その他： (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。

医師の略歴（精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。）

医師氏名

Ⅲ 参 考 資 料

表 1 傷病（大分類）・年次別受療率（人口10万対）

国際基本 分類番号	傷病大分類	昭和 30年	35	40	45	50	55	59
	総 数	3,301	4,805	5,910	6,987	7,049	6,847	6,403
290~319	V 精神障害	67	113	207	247	269	290	315
295	精神分裂症(再掲)	…	…	130	151	165	172	184
300	神経症(再掲)	16	20	40	26	30	32	37
320~389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762	825	619	542
360~379	視器の疾患(再掲)	133	250	309	342	417	293	283
380~389	聴器の疾患(再掲)	102	161	193	160	202	205	146

62	平成2	平成5	国際基本 分類番号	傷病大分類	平成8	平成11	平成14	平成17
6,600	6,768	6,735	総数		7,000	6,566	6,222	6,696
			F0~F9	V 精神及び行動の障害	383	386	415	431
339	367	341	F2	精神分裂病, 分裂病型障害 及び妄想性障害(再掲)	210	206	204	205
185	193	181						
46	51	46	F4	神経症性障害, ストレス関連 障害及び身体表現性障害(再掲)	40	37	42	44
528	506	492	G00~G99	VI 神経系の疾患	148	145	160	188
258	247	253	H00~H59	VII 眼と付属器官の疾患	283	281	252	271
150	139	128	H60~H95	VIII 耳及び乳様突起の疾患	113	110	82	92

資料：患者調査

注．患者調査の周期は，昭和59年を最初の調査年として以後3年ごとの各年となった。

表2 傷病（小分類）・受療の種別に応じた全国推計患者数

（1日あたり受療患者数）

（単位：千人）

推計入院患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	326	329	334	326
血管性及び詳細不明の痴呆	54	54	46	37
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	17	18	19	18
精神分裂病，分裂病型障害及び妄想性障害	199	203	214	217
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	28	26	26	22
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	5	6	7	7
精神遅滞	10	10	10	12
その他の精神及び行動の障害	13	12	13	13
アルツハイマー病	29	19	10	7
てんかん	7	7	8	8
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	353	345	341	329

（単位：千人）

推計外来患者数	平成17	平成14	平成11	平成8
精神及び行動の障害合計	225	200	156	156
血管性及び詳細不明の痴呆	12	11	17	9
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6	6	5	9
精神分裂病，分裂病型障害及び妄想性障害	63	57	47	48
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	77	65	39	38
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	50	47	39	43
精神遅滞	6	3	3	3
その他の精神及び行動の障害	11	12	8	6
アルツハイマー病	16	8	3	2
てんかん	20	20	17	23
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	255	224	173	177

（単位：千人）

推計総患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	2,647	2,277	1,818	1,886
血管性及び詳細不明の痴呆	145	138	121	91
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	60	56	50	61
精神分裂病，分裂病型障害及び妄想性障害	757	734	666	721
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	924	711	441	433
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	585	500	424	466
精神遅滞	68	40	41	42
その他の精神及び行動の障害	124	103	84	78
アルツハイマー病	176	89	29	20
てんかん	273	258	235	317
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	3,028	2,584	2,041	2,181

資料：精神保健福祉課調（平成17年患者調査より作成）

表3 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)

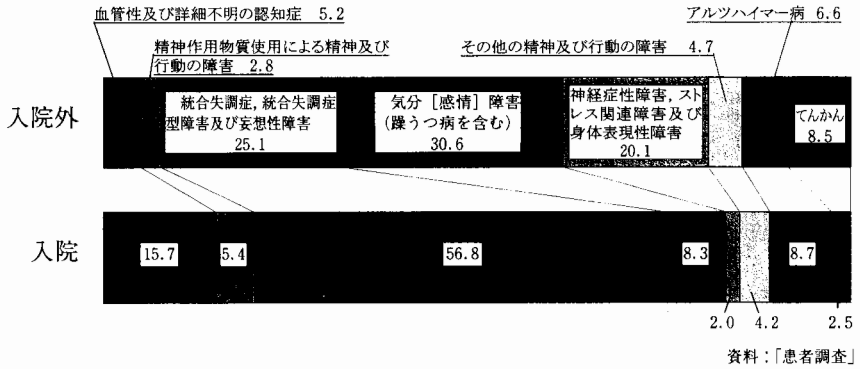


表4 年齢階級別精神及び行動の障害受療率

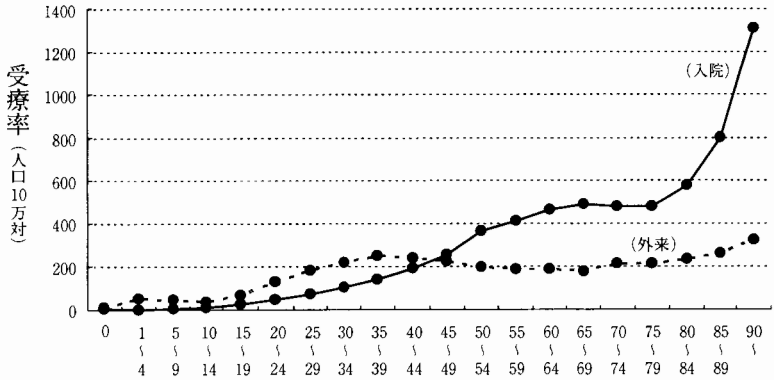


表5 主要傷病別受療率の年次推移

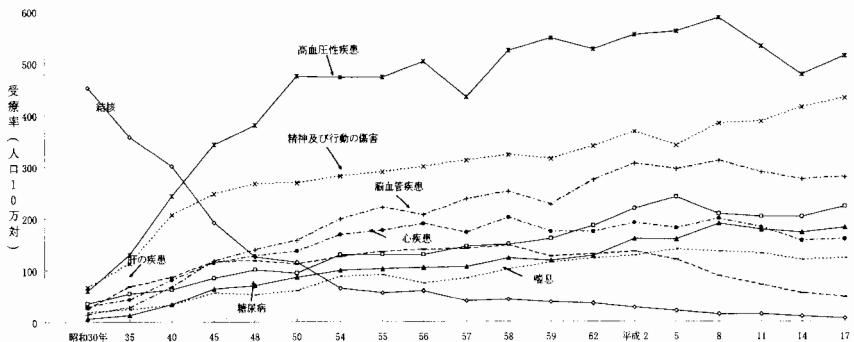


表6(1) 都道府県別精神科病院数・精神病床数及び在院患者数等の状況

(平成16年6月30日現在)

	人口 (千人) (17.10.1)	精神科 病院数	精神 病床数	人口万対 病床数	在院 患者 数 A	人口万対 在院患者数	措置 入院者数 B	措置 入院者数	人口万対 措置 入院者数	病 利 用 率 (%)	床 置 率 B/A
北海道	3,747	89	14,212	37.9	12,888	34.4	51	0.14	90.7		0.4
青森	1,437	25	4,715	32.8	4,131	28.7	23	0.16	87.6		0.6
岩手	1,385	22	4,840	34.9	4,526	32.7	47	0.34	93.5		1.0
宮城	1,335	22	3,847	28.8	3,477	26.0	13	0.10	90.4		0.4
秋田	1,146	27	4,437	38.7	4,137	36.1	13	0.11	93.2		0.3
山形	1,216	18	3,599	29.6	3,253	26.8	22	0.18	90.4		0.7
福島	2,091	37	8,062	38.6	6,968	33.3	38	0.18	86.4		0.5
茨城	2,975	37	7,697	25.9	6,987	23.5	55	0.18	90.8		0.8
栃木	2,017	28	5,400	26.8	4,901	24.3	74	0.37	90.8		1.5
群馬	2,024	20	5,388	26.6	4,954	24.5	19	0.09	91.9		0.4
埼玉県	5,878	54	11,803	20.1	11,137	18.9	145	0.25	94.4		1.3
千葉県	5,132	47	11,749	22.9	10,845	21.1	55	0.11	92.3		0.5
東京都	12,577	118	25,568	20.3	22,902	18.2	234	0.19	89.6		1.0
神奈川県	3,885	33	7,350	18.9	6,694	17.2	52	0.13	91.1		0.8
新潟	2,431	31	7,227	29.7	6,852	28.2	27	0.11	94.8		0.4
富山	1,112	32	3,600	32.4	3,468	31.2	32	0.29	96.3		0.9
石川	1,174	21	3,889	33.1	3,700	31.5	11	0.09	95.1		0.3
福井	822	15	2,391	29.1	2,203	26.8	15	0.18	92.1		0.7
山梨	885	11	2,599	29.4	2,332	26.4	12	0.14	89.7		0.5
長野	2,196	33	5,394	24.6	4,981	22.7	58	0.26	92.3		1.2
岐阜	2,107	20	4,320	20.5	4,055	19.2	28	0.13	93.9		0.7
静岡県	3,792	39	7,309	19.3	6,482	17.1	37	0.10	88.7		0.6
愛知県	5,040	39	8,924	17.7	8,434	16.7	60	0.12	94.5		0.7
三重	1,867	19	5,105	27.3	4,756	25.5	20	0.11	93.2		0.4
滋賀	1,380	12	2,417	17.5	2,108	15.3	29	0.21	87.2		1.4
京都府	1,173	10	2,673	22.8	2,499	21.3	12	0.10	93.5		0.5
大阪府	6,188	54	19,656	31.8	18,008	29.1	77	0.12	91.6		0.4
兵庫県	4,065	29	8,213	20.2	7,859	19.3	40	0.10	95.7		0.5
奈良	1,421	10	2,979	21.0	2,551	18.0	14	0.10	85.6		0.5
和歌山	1,036	13	2,587	25.0	2,335	22.5	10	0.10	90.3		0.4
鳥取	607	13	2,063	34.0	1,786	29.4	18	0.30	86.6		1.0
島根	742	18	2,659	35.8	2,454	33.1	22	0.30	92.3		0.9
岡山	1,957	25	5,860	29.9	5,212	26.6	21	0.11	88.9		0.4
広島	1,722	29	6,533	37.9	6,185	35.9	65	0.38	94.7		1.1
山口	1,493	33	6,297	42.2	6,305	40.4	22	0.15	95.8		0.4
徳島	810	20	4,213	52.0	3,895	48.1	32	0.40	92.5		0.8
香川	1,012	21	4,078	40.3	3,694	36.5	4	0.04	90.6		0.1
愛媛	1,468	23	5,156	35.1	4,626	31.5	53	0.36	89.7		1.1
高松	796	23	3,931	49.4	3,461	43.5	10	0.13	88.0		0.3
福岡	2,655	63	13,682	51.5	12,953	48.8	132	0.50	94.7		1.0
佐賀	866	19	4,477	51.7	4,178	48.2	54	0.62	93.3		1.3
長門	1,472	39	8,311	56.2	7,660	51.8	42	0.28	92.2		0.5
熊本	1,842	46	9,014	48.9	8,559	46.5	89	0.48	95.0		1.0
大分	1,210	29	5,460	45.1	5,325	44.0	36	0.30	97.5		0.7
宮崎	1,153	26	6,225	54.0	5,685	49.3	7	0.06	91.3		0.1
鹿児島	1,753	51	10,063	57.4	9,599	54.8	103	0.59	95.4		1.1
鹿儿	1,362	24	5,630	41.3	5,315	39.0	47	0.35	94.4		0.9
沖縄	1,881	37	7,228	38.4	6,863	36.5	33	0.18	95.0		0.5
札幌	1,025	14	2,129	20.8	1,781	17.4	2	0.02	83.7		0.1
仙台	1,176	6	1,267	10.8	1,143	9.7	8	0.07	90.2		0.7
さいたま	924	9	1,615	17.5	1,380	14.9	17	0.18	85.4		1.2
千葉	3,580	27	5,564	15.5	4,984	13.9	60	0.17	89.6		1.2
川崎	1,327	8	1,587	12.0	1,368	10.3	10	0.08	96.2		0.7
名古屋	2,215	16	4,807	21.7	4,322	19.5	55	0.25	89.9		1.3
京都	1,475	13	3,933	26.7	3,611	24.5	5	0.03	91.8		0.1
大阪	2,629	5	235	0.9	187	0.7	1	0.00	79.6		0.5
神戸	1,525	13	3,677	24.1	3,331	21.8	15	0.10	90.6		0.5
広島	1,154	14	3,000	26.0	2,862	24.8	69	0.60	95.4		2.4
北九州	994	19	4,193	42.2	3,857	38.8	30	0.30	92.0		0.8
福岡	1,401	23	4,086	29.2	3,879	27.7	29	0.21	94.9		0.7
合計	127,767	1,671	354,923	27.8	326,613	25.6	2,414	0.19	92.0		0.7
前年計	127,290	1,667	355,269	27.9	329,555	25.9	2,566	0.20	92.8		0.8

資料：1 人口は国勢調査による(総務庁統計局)。前年の人口は平成12年10月1日現在の数値。

2 精神科病院数、精神病床数及び在院患者数は病院報告による。

3 措置入院者数は精神・障害保健課調。

表6(2) 施設の状況

	病院区分①	病院区分②								大学病院	指定病院	応急入院指定病院	精神科救急システム整備事業への参加
		単科病院	単科病院以外	国立病院	独立行政法人	都道府県立病院	その他の公立病院	法人病院	個人病院				
北海道	49	38	1	1	4	21	55	5	1	39	29	55	
青森	15	10	0	1	1	6	17	0	1	10	3	18	
岩手	16	6	0	1	3	2	15	1	1	16	4	13	
宮城	20	2	0	0	1	0	18	3	0	10	1	17	
秋田	15	12	0	1	1	6	19	0	1	23	1	17	
山形	14	4	1	0	1	3	12	1	1	10	6	6	
福島	25	12	0	0	3	2	31	1	1	23	17	33	
茨城	23	14	1	1	1	0	33	1	2	24	6	28	
栃木	18	10	0	0	1	2	22	3	2	23	1	3	
群馬	14	6	0	1	1	1	17	0	1	15	1	20	
埼玉	39	14	1	0	1	1	47	3	3	28	3	34	
千葉	28	19	1	0	0	3	43	0	1	24	8	20	
東京	56	62	6	3	11	1	85	12	14	26	18	35	
神奈川	19	14	0	2	0	0	29	2	2	21	1	20	
新潟	20	11	0	2	3	3	21	2	1	17	5	24	
富山	21	11	0	2	1	6	19	4	1	17	2	23	
石川	12	9	0	2	1	3	15	0	2	13	4	14	
福井	10	5	0	1	2	1	11	0	1	7	1	9	
山梨	8	3	0	1	1	0	9	0	1	9	5	10	
長野	16	17	0	2	2	6	22	1	1	24	10	12	
岐阜	13	7	1	1	1	3	14	0	1	15	13	14	
静岡	32	7	0	1	1	3	33	1	1	28	13	12	
愛知	27	12	0	0	2	4	28	5	2	23	0	20	
三重	12	7	0	2	3	1	10	3	1	13	5	14	
滋賀	7	5	0	1	1	2	8	0	1	10	4	10	
京都	6	3	0	1	1	0	6	1	0	3	5	3	
大阪	44	10	1	1	1	0	48	3	3	35	8	33	
兵庫	21	8	1	0	1	1	24	2	1	24	19	16	
奈良	4	6	0	1	1	0	8	0	1	7	4	8	
和歌山	9	4	0	0	2	3	7	1	1	10	5	6	
鳥取	7	6	0	2	0	2	8	1	1	8	4	6	
島根	8	10	0	1	2	3	12	0	1	10	1	13	
岡山	19	5	0	1	1	0	21	1	2	12	1	10	
広島	21	8	0	2	0	4	21	2	0	20	11	4	
山口	29	4	0	2	1	0	28	2	1	18	3	25	
徳島	15	5	0	1	1	2	16	0	1	17	2	13	
香川	9	12	0	2	1	4	13	1	1	12	3	15	
愛媛	15	8	0	1	1	2	19	0	1	18	4	8	
高知	14	9	0	1	1	0	20	1	1	10	2	8	
福岡	34	29	0	0	2	1	57	3	1	47	1	47	
佐賀	14	5	0	2	0	0	14	3	1	12	12	17	
長崎	29	10	1	1	1	3	31	2	1	25	1	39	
熊本	39	7	1	2	1	0	41	1	1	35	23	31	
大分	25	4	0	2	0	1	26	0	1	22	0	22	
宮崎	16	9	0	1	1	0	20	3	1	18	13	18	
鹿児島	36	15	0	0	1	0	48	2	1	35	1	40	
沖縄	13	11	0	2	3	0	19	0	1	15	19	20	
札幌市	24	12	0	1	1	2	32	0	2	25	11	27	
仙台市	8	6	0	2	0	2	9	1	1	6	2	6	
さいたま市	4	2	0	0	0	0	5	1	0	3	0	5	
千葉市	6	3	0	3	1	1	3	1	1	4	2	2	
横浜市	18	7	0	0	3	2	16	4	3	15	3	16	
川崎市	5	3	0	0	0	1	6	1	1	6	0	4	
名古屋市	11	5	0	4	1	1	9	1	2	10	2	10	
京都市	6	7	0	1	1	0	11	0	2	6	8	8	
大阪市	0	5	0	0	1	2	2	0	1	3	1	1	
神戸市	11	2	0	1	1	0	9	2	1	11	6	7	
広島市	9	5	0	1	1	1	10	1	1	9	4	3	
北九州市	15	3	0	1	0	0	17	0	1	14	0	13	
福岡市	13	10	0	2	0	0	15	6	2	16	0	17	
合計	1,086	575	16	68	80	118	1,284	95	85	1,009	342	1,002	

表7 精神病院の病棟／病床の状況

	精神科 病棟数	定 額 病 床 数	急性期1		急性期2		老人性認知症 疾患治療		老人性認知症 疾患療養		精神療養1		精神療養2		老人精神		アルコール		薬物		アルコール ・薬物混合		児童思春期		合併症		
			病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数
北海道	14,038	524	2	62	0	0	6	315	0	0	29	1,533	0	0	13	630	2	85	1	70	1	65	0	0	1	6	
青森県	4,724	196	1	60	0	0	3	180	1	8	424	13	733	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
岩手県	4,240	275	0	0	0	0	1	50	1	1	50	0	0	0	0	0	53	0	0	0	0	16	0	0	0	0	
宮城県	3,847	115	1	57	0	0	7	355	1	6	12	675	1	54	2	104	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
秋田県	4,437	100	1	38	0	0	2	100	3	150	13	716	1	60	9	394	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
山形県	3,431	85	3	180	0	0	1	55	7	384	10	576	0	0	3	138	0	0	0	0	0	0	0	0	1	44	
福島県	8,066	221	4	196	0	0	8	413	4	224	20	1,089	3	152	4	264	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
茨城県	7,697	235	0	0	0	0	3	152	4	189	31	1,689	1	42	7	323	0	0	0	0	0	0	1	32	3	92	
栃木県	5,274	300	2	81	0	0	1	50	2	110	47	2,468	0	0	0	0	1	21	0	0	0	0	0	0	1	2	
群馬県	5,368	280	2	105	0	0	1	50	1	40	26	1,494	0	0	4	237	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
埼玉県	11,716	600	4	221	2	108	13	638	28	1,485	36	1,886	3	175	0	0	1	408	0	0	0	0	0	1	30		
千葉県	11,749	222	5	278	1	39	3	155	13	652	79	4,413	0	0	11	547	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0	
東京都	25,504	255	10	530	2	93	11	546	15	826	48	2,671	3	192	24	1,333	12	524	0	0	1	46	8	264	11	480	
神奈川県	7,292	528	2	101	0	0	7	343	15	785	35	1,919	0	0	5	221	3	157	0	0	0	0	0	0	0	0	
新潟県	7,227	454	3	106	0	0	9	493	13	651	31	1,812	0	0	5	269	2	107	0	0	0	0	1	40	0	0	
富山県	3,600	278	0	0	2	136	6	285	4	203	11	635	0	0	4	167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
石川県	3,889	80	1	48	0	0	6	286	6	326	22	1,195	0	0	5	228	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
福井県	2,405	205	1	60	0	0	3	140	3	138	13	580	0	0	2	97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
山梨県	2,590	128	1	60	0	0	2	98	1	60	9	437	0	0	2	114	1	32	0	0	0	0	0	0	0	0	
長野県	3,323	360	1	40	1	48	4	190	2	106	27	1,463	0	0	4	0	1	48	0	0	0	0	0	0	0	1	52
岐阜県	4,320	150	0	0	0	0	3	152	5	268	15	899	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
静岡県	7,306	320	3	150	0	0	3	170	11	629	30	1,636	0	0	2	60	3	247	0	0	0	0	0	0	0	0	
愛知県	8,924	335	4	190	0	0	3	133	2	120	31	1,728	0	0	4	269	2	103	0	0	0	0	0	0	1	20	
三重県	5,103	300	1	53	0	0	5	245	1	60	17	962	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2	104	0	0	
滋賀県	2,357	204	0	0	0	0	2	98	2	120	14	792	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	54	
京都府	2,627	30	3	151	0	0	1	56	1	53	6	336	0	0	9	493	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
大阪府	19,550	1,293	12	653	4	232	8	436	21	1,167	83	4,649	0	0	18	1,036	6	377	0	0	0	0	2	89	0	0	
兵庫県	8,213	500	1	52	0	0	7	356	9	455	39	2,075	1	45	9	434	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
奈良県	2,985	90	2	85	1	50	2	97	4	200	17	822	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
和歌山県	2,587	100	0	0	0	0	0	0	0	0	11	641	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
鳥取県	2,063	38	0	0	0	0	5	275	1	60	9	515	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
島根県	2,559	57	1	30	0	0	4	209	2	110	14	775	0	0	3	165	0	0	0	0	0	0	1	32	0	0	
岡山県	5,724	160	3	119	0	0	5	273	12	644	27	1,431	1	64	3	169	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	
広島県	6,533	273	1	60	0	0	9	455	6	301	28	1,740	0	0	5	269	6	331	0	0	0	0	0	0	2	94	
山口県	6,297	251	1	45	0	0	8	392	6	299	27	1,489	0	0	9	484	3	127	0	0	0	0	0	0	0	0	
徳島県	4,180	170	0	0	0	0	2	95	3	168	16	934	0	0	3	148	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
香川県	4,078	138	0	0	0	0	2	127	3	140	18	986	0	0	2	101	2	28	0	0	0	0	0	0	0	17	
愛媛県	3,556	350	2	88	0	0	4	218	5	258	26	1,400	0	0	3	146	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
高知県	3,931	100	4	197	0	0	3	154	2	105	26	1,463	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
福岡県	13,672	542	9	438	0	0	18	961	7	370	53	2,968	0	0	16	880	2	128	1	72	5	324	0	0	2	52	
佐賀県	4,477	180	0	0	0	0	4	214	3	180	12	686	0	0	4	205	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50	
長崎県	8,228	242	3	155	0	0	7	369	1	60	51	2,909	0	0	5	298	1	48	0	0	0	0	0	0	0	0	
熊本県	9,021	355	6	263	0	0	6	303	13	674	41	2,272	1	61	6	311	0	0	0	1	66	0	0	0	0	0	
大分県	5,460	330	1	54	0	0	16	863	4	228	29	1,626	0	0	1	50	1	69	0	0	0	0	0	0	0	0	
宮崎県	6,214	180	2	86	0	0	4	190	3	170	39	2,125	0	0	3	213	1	126	0	0	1	97	0	0	1	13	
鹿児島県	4,997	455	0	0	0	0	10	488	16	801	31	1,446	0	0	4	195	2	139	0	0	0	0	0	0	3	17	
沖縄県	5,530	152	7	298	0	0	10	510	3	168	31	1,762	0	0	6	336	1	50	0	0	0	0	0	0	2	4	
札幌市	7,052	563	3	143	1	58	5	264	9	479	54	3,071	0	0	8	375	1	52	0	0	0	0	1	28	0	0	
仙台市	2,273	132	1	50	0	0	2	66	2	100	14	818	0	0	6	304	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	
さいたま市	1,267	60	1	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
千葉市	1,615	31	3	90	0	0	0	0	0	0	3	180	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	32	1	50	
横浜市	5,360	395	5	236	0	0	3	133	6	294	13	669	0	0	1	46	2	80	0	0	0	0	1	40	0	0	
川崎市	1,521	127	0	0	0	0	1	52	2	111	3	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
名古屋市	4,909	170	4	201	0	0	0	0	0	0	170	0	0	4	226	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
京都市	3,852	60	0	50	0	0	1	60	3	180	10	585	0	0	22	1,409	1	40	0	0	0	0	0	0	0	0	
大阪市	2,335	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	22	0	0	
神戸市	3,677	141	1	60	3	160	3	160	0	0	7	412	0	0	1	55	3	173	0	0	0	0	0	0	0	0	
広島市	2,990	183	0	0	0	0	6	320	1	60	19	1,029	0	0	0	0	0	0	1	54	0	0	0	0	0	0	
北九州市	4,175	220	4	163	0	0	8	390	3	145	16	888	0	0	2	105	1	32	0	0	0	0	0	0	1	44	
福岡市	4,086	178	2	80	0	0	1	60	1	24	25	1,369	0	0	3	177	1	60	0	0	0	0	0	0	1	50	
合計	353,319	14,830	135	6,518	17	924	278	14,298	315	16,614	1,439	79,783	15	845	267	14,274	68	3,526	2	142	11	668	20	733	38	1,224	

表8 在院患者数(疾患分類×年齢階級・入院形態×性)

疾患名	総数	年齢階級別患者数										入院形態別患者数							
		20歳未満		20歳以上 40歳未満		40歳以上 65歳未満		65歳以上 75歳未満		75歳以上		措置入院		医療保護		任意入院		その他の入院	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
F0 症状性を含む器質性精神障害	59,092	18	18	395	217	5,316	2,296	7,146	6,168	11,842	25,676	41	7	11,904	15,338	12,515	18,781	257	249
F00 アルツハイマー病の痴呆	19,954	0	0	7	12	699	587	1,731	2,309	4,147	10,462	5	0	3,860	7,046	2,708	6,292	11	32
F01 血管性痴呆	20,352	0	0	9	4	1,174	421	2,697	1,845	4,694	9,508	2	1	3,959	4,672	4,583	7,046	30	59
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	18,786	18	18	379	201	3,443	1,288	2,718	2,014	3,001	5,706	34	6	4,085	3,620	5,224	5,443	216	158
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	16,845	7	13	1,037	354	8,708	848	4,210	315	1,195	158	134	13	3,444	412	11,557	1,259	22	4
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	15,407	0	2	600	208	8,138	753	4,097	285	1,179	145	53	3	2,980	306	10,975	1,082	6	2
覚せい剤による精神及び行動の障害	734	2	5	199	73	343	43	56	6	6	1	54	7	251	47	293	72	8	2
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	704	5	6	238	73	227	52	57	24	10	12	27	3	213	59	289	105	8	0
F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	197,753	399	420	14,009	9,412	67,081	49,634	20,218	21,742	5,038	9,800	1,491	487	37,134	32,335	68,044	58,164	76	22
F3 気分(感情)障害	24,041	54	122	1,079	1,723	5,246	5,072	2,045	4,005	1,109	3,586	69	24	2,541	3,269	6,913	11,198	10	17
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	6,296	118	236	557	881	1,067	1,278	399	719	223	818	11	5	575	834	1,759	3,080	19	13
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	801	12	92	46	244	97	130	46	57	25	52	1	0	80	179	142	394	3	2
F6 成人の人格及び行動の障害	2,110	13	41	252	483	491	304	212	114	103	97	31	10	370	308	668	720	2	1
F7 精神遅滞	8,751	48	26	865	463	3,036	2,053	869	815	225	351	23	5	2,111	1,443	2,696	2,086	213	174
F8 心理的発達障害	406	114	30	100	33	58	30	13	16	7	5	8	1	186	48	91	63	7	2
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	936	109	70	122	97	202	189	38	58	15	36	5	2	154	105	158	183	169	160
てんかん(F0に属さないものを計上する)	5,413	21	20	429	276	2,006	1,332	571	449	129	180	15	1	937	571	2,077	1,579	127	106
その他	3,681	38	54	262	209	765	561	372	364	306	750	22	8	480	539	971	1,111	270	280
合計	326,125	951	1,142	19,153	14,392	94,073	63,727	36,139	34,822	20,217	41,509	1,851	563	59,916	55,381	107,591	98,618	1,175	1,030

表9 精神病院在院患者数(年齢・性別)

	総数	20歳未満		20~40歳未満		40~65歳未満		65~75歳未満		75歳以上	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	12,787	40	41	626	454	3,401	2,371	1,465	1,340	1,013	2,036
青森	4,130	10	15	230	170	1,251	873	490	412	248	431
岩手	4,526	4	10	288	176	1,550	904	558	425	204	407
宮城	3,477	10	2	190	144	996	751	342	355	186	501
秋田	4,138	7	10	174	146	1,105	771	536	512	326	551
山形	3,250	10	10	149	126	934	628	350	308	227	508
福島	6,971	6	10	324	201	2,269	1,314	793	664	440	950
茨城	6,987	17	22	385	303	2,510	1,526	767	606	297	554
栃木	4,903	11	11	318	209	1,583	1,163	501	494	231	382
群馬	4,937	2	8	307	241	1,602	1,102	567	511	236	361
埼玉	11,093	34	42	807	641	2,983	2,125	1,043	1,113	780	1,525
千葉	10,851	32	32	655	537	3,244	2,268	1,112	1,194	549	1,228
東京都	22,965	177	173	1,641	1,373	6,140	4,581	2,475	2,597	1,305	2,503
神奈川	6,688	22	24	464	358	1,768	1,239	752	757	458	846
新潟	6,801	20	29	302	258	1,881	1,334	786	736	537	918
富山	3,468	3	6	205	136	1,050	683	364	357	250	414
石川	3,706	10	9	204	153	997	734	387	430	262	520
福井	2,201	5	14	123	80	613	419	232	255	153	307
山梨	2,331	11	12	129	89	730	464	286	281	110	219
長野	4,919	10	33	338	237	1,427	1,009	577	545	271	472
岐阜	4,058	9	14	291	246	1,213	859	446	467	201	312
静岡	6,480	17	32	413	315	2,080	1,297	757	646	315	608
愛知	8,434	31	19	790	528	2,753	1,731	837	771	327	647
三重	4,764	47	28	354	232	1,373	981	543	490	260	456
滋賀	2,108	6	9	145	111	515	423	240	262	138	259
京都	2,447	1	4	140	104	615	469	272	317	141	384
大阪	18,005	56	48	1,246	920	5,275	3,650	2,061	2,021	885	1,843
兵庫	7,859	32	29	471	317	2,237	1,524	873	869	503	1,004
奈良	2,550	4	9	175	118	661	548	256	280	176	323
和歌山	2,335	2	10	110	81	738	519	304	308	101	162
鳥取	1,786	2	9	78	88	555	354	189	165	118	228
島根	2,458	12	19	116	100	614	405	283	277	208	424
岡山	5,173	6	13	263	212	1,310	874	562	578	424	931
広島	6,181	11	7	315	185	1,713	1,012	725	608	540	1,065
山口	6,035	17	15	297	218	1,700	1,021	664	595	442	1,066
徳島	3,894	6	3	191	140	1,321	882	474	418	170	289
香川	3,694	4	3	184	145	1,114	707	425	377	267	468
愛媛	4,630	9	11	239	137	1,394	1,004	554	495	282	505
高知	3,465	2	11	150	101	997	609	414	375	260	546
福岡	12,978	22	30	689	478	3,638	2,269	1,496	1,439	861	2,056
佐賀	4,176	11	20	235	172	1,110	708	420	454	308	738
長崎	7,660	18	26	322	246	2,277	1,454	896	798	535	1,088
熊本	8,565	11	22	341	287	2,365	1,577	1,035	936	669	1,322
大分	5,323	15	15	242	196	1,517	967	561	571	381	858
宮崎	5,689	8	12	192	133	1,637	946	622	629	452	1,058
鹿児島	9,597	11	8	469	287	2,815	1,820	1,157	976	642	1,412
沖縄	5,315	7	9	313	210	1,750	1,008	610	430	345	633
札幌市	6,719	31	35	400	373	1,842	1,360	705	710	400	863
仙台市	1,781	2	13	89	84	348	332	142	227	147	397
さいたま市	1,144	4	2	92	63	397	323	94	106	27	36
千葉市	1,380	11	22	110	84	407	280	137	149	70	110
横浜市	4,925	32	33	400	294	1,331	1,025	504	563	242	501
川崎市	1,368	0	6	90	96	391	310	127	153	68	127
名古屋市	4,319	11	14	355	245	1,447	905	473	531	118	220
京都市	3,614	3	4	115	83	611	492	410	378	310	1,208
大阪市	184	6	15	15	43	17	54	5	18	2	9
神戸市	3,331	9	7	240	175	1,046	739	367	309	159	280
広島市	2,862	12	16	207	178	825	591	252	289	155	337
北九州市	3,831	4	5	178	113	1,104	663	465	452	275	572
福岡市	3,879	8	22	232	222	986	776	399	493	210	531
合計	326,125	951	1,142	19,153	14,392	94,073	63,727	36,139	34,822	20,217	41,509

表10 都道府県別・入院形態別患者数

	総数	措置入院		医療保護入院		任意入院		その他の入院	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	12,787	36	15	1,466	1,189	4,828	4,841	215	197
青森	4,130	21	2	678	573	1,529	1,325	1	1
岩手	4,526	36	11	467	303	2,101	1,608	0	0
宮城	3,477	12	1	506	525	1,205	1,224	1	3
秋田	4,138	13	0	856	775	1,279	1,215	0	0
山形	3,250	14	8	576	616	1,080	956	0	0
福島	6,971	30	8	1,292	1,138	2,510	1,984	0	9
茨城	6,987	42	13	1,182	909	2,751	2,089	1	0
栃木	4,903	55	19	1,003	912	1,585	1,327	1	1
群馬	4,937	16	3	1,097	934	1,601	1,285	0	1
埼玉	11,093	109	36	2,536	2,428	2,801	2,855	201	127
千葉	10,851	39	16	2,182	2,170	3,371	3,072	0	1
東京都	22,965	154	80	4,011	3,785	7,456	7,316	117	46
神奈川	6,688	33	19	1,750	1,717	1,681	1,487	0	1
新潟	6,801	16	11	2,050	1,951	1,456	1,306	4	7
富山	3,468	28	4	986	848	858	744	0	0
石川	3,706	5	6	818	814	1,037	1,026	0	0
福井	2,201	13	2	360	332	753	741	0	0
山梨	2,331	11	1	464	457	791	607	0	0
長野	4,919	42	16	636	522	1,945	1,758	0	0
岐阜	4,058	15	13	696	677	1,449	1,208	0	0
静岡	6,480	31	6	1,183	1,027	2,368	1,865	0	0
愛知	8,434	52	8	1,412	1,024	3,177	2,581	97	83
三重	4,764	19	1	779	767	1,779	1,419	0	0
滋賀	2,108	19	10	462	446	563	608	0	0
京都	2,447	9	3	419	441	741	834	0	0
大阪	18,005	63	14	3,457	3,664	5,759	4,594	244	210
兵庫県	7,859	26	14	1,216	1,112	2,758	2,535	116	82
奈良	2,550	10	4	708	787	554	486	0	1
和歌山	2,335	5	5	506	418	744	657	0	0
鳥取	1,786	13	5	358	295	563	531	8	13
岡山	2,458	19	3	543	593	667	620	4	9
広島	5,173	21	0	894	794	1,619	1,748	31	66
山口	6,181	51	14	1,289	1,150	1,964	1,713	0	0
山形	6,035	14	8	1,449	1,478	1,657	1,429	0	0
徳島	3,894	26	6	495	330	1,640	1,396	1	0
香川	3,694	3	1	314	206	1,676	1,493	1	0
愛媛	4,630	34	19	975	911	1,468	1,222	1	0
高知	3,465	10	0	525	641	1,288	990	0	11
福岡	12,978	106	26	2,167	1,793	4,417	4,418	16	35
佐賀	4,176	44	10	707	607	1,323	1,455	10	20
長崎	7,660	37	5	944	874	3,055	2,719	12	14
熊本	8,565	78	11	1,728	1,523	2,615	2,610	0	0
大分	5,323	29	7	1,063	800	1,624	1,800	0	0
宮崎	5,689	4	3	614	504	2,293	2,271	0	0
鹿児島	9,597	78	25	1,710	1,290	3,306	3,188	0	0
沖縄	5,315	42	5	836	682	2,147	1,603	0	0
札幌市	6,719	28	5	1,317	1,244	1,951	2,012	82	80
仙台市	1,781	2	0	294	398	432	655	0	0
さいたま市	1,144	7	1	318	270	289	259	0	0
千葉市	1,380	11	6	401	350	322	289	1	0
横浜市	4,925	46	14	1,325	1,330	1,138	1,072	0	0
川崎市	1,368	7	3	238	305	431	384	0	0
名古屋市	4,319	48	7	839	739	1,517	1,169	0	0
京都市	3,614	3	2	470	802	976	1,361	0	0
大阪市	184	0	1	7	22	38	115	0	1
神戸市	3,331	10	5	715	620	1,096	885	0	0
広島市	2,862	60	9	538	510	843	881	10	11
北九州市	3,831	23	7	494	476	1,509	1,322	0	0
福岡市	3,879	23	6	595	583	1,217	1,455	0	0
合計	326,125	1,851	563	59,916	55,381	107,591	98,618	1,175	1,030

表11 精神病院平成16年6月入院患者数の状況(疾患分類別)

	症状性を 含む 精神障 害(F0)	アルツハ イマー 病 型 認 知 症 (F00)	血管性 認 知 症 (F01)	上記以外 の 症 を 含 む 精 神 障 害 (F02-09)	精神作用 による 精神障 害 (F1)	アルコー ル 使用 に 関 連 した 精神障 害 (F10)	覚せい 剤 の 使用 に 関 連 した 精神障 害 (F11)	アルコー ル 覚せい 剤 の 併 用 に 関 連 した 精神障 害 (F12)	統合失 調 症 及 び 性 格 障 害 (F2)
北海道	2,862	760	1,151	951	884	834	19	31	6,359
青森	796	212	356	228	192	180	1	11	2,530
岩手	574	200	225	149	283	278	2	3	2,864
宮城	689	215	332	142	118	110	1	7	1,973
秋田	894	309	450	135	216	211	1	4	2,244
山形	655	204	304	147	123	121	0	2	1,841
福島	1,317	333	541	443	266	244	10	12	4,212
茨城	861	158	278	425	283	239	24	20	4,894
栃木	517	92	104	321	135	121	7	7	3,442
群馬	510	97	180	233	203	175	16	12	3,558
埼玉	2,889	1,069	881	939	275	250	14	11	6,524
千葉	1,959	601	521	837	569	539	20	10	7,030
東京都	3,234	1,309	920	1,005	1,051	906	71	74	14,668
神奈川県	1,587	646	537	404	441	401	24	16	3,789
新潟	1,465	593	614	258	236	220	1	15	3,701
富山	656	218	222	216	108	107	0	1	2,125
石川	833	274	342	217	82	80	0	2	2,221
福井	400	182	88	130	89	86	0	3	1,291
山梨	234	107	40	87	92	79	5	8	1,620
長野	583	204	165	214	286	276	3	7	3,242
岐阜	437	168	164	105	158	143	1	14	2,752
静岡県	824	236	187	401	393	353	22	18	4,290
愛知県	887	199	269	419	532	478	20	34	5,459
三重	526	155	92	279	202	188	6	8	3,074
滋賀	380	146	93	141	59	53	3	3	1,236
京都	486	101	193	192	41	36	3	2	1,526
大阪府	3,002	970	897	1,135	1,249	1,074	123	52	11,026
兵庫県	1,504	412	413	679	302	282	10	10	4,823
奈良	531	242	150	139	82	59	9	14	1,547
和歌山	133	57	16	60	58	51	3	4	1,866
鳥取	303	137	80	86	100	95	3	2	1,129
島根	608	221	242	145	103	101	1	1	1,338
岡山	1,426	456	544	426	213	194	7	12	2,814
広島	1,392	524	432	436	591	576	6	9	3,340
山口	1,425	573	549	303	298	292	2	4	3,488
徳島	411	61	111	239	181	169	4	8	2,810
香川県	588	192	224	172	239	218	18	3	2,389
愛媛	705	228	159	318	235	210	21	4	3,009
高知県	596	216	225	155	267	253	6	8	2,072
福岡	2,898	821	1,086	991	1,010	865	82	63	6,725
佐賀	1,010	424	286	300	189	165	10	14	2,216
長崎	1,247	457	385	405	511	502	4	5	4,585
熊本	1,834	524	731	579	421	385	19	17	4,911
大宮	1,178	627	390	161	282	273	0	9	3,206
児島	1,352	397	642	313	372	365	3	4	2,966
鹿嶋	1,743	609	689	445	447	427	7	13	5,906
沖繩	1,157	315	495	347	228	220	1	7	3,465
札幌市	1,112	304	476	332	437	400	17	20	3,738
仙台市	502	199	199	124	72	65	2	5	886
さいたま市	29	6	4	19	32	32	0	0	979
千葉市	164	40	19	105	64	34	28	2	960
横浜市	805	377	104	324	285	244	16	25	3,121
川崎市	174	81	71	22	19	18	0	1	993
名古屋市	251	43	38	170	217	190	13	14	3,184
京都市	1,469	738	621	110	149	143	3	3	1,577
大阪市	4	2	0	2	0	0	0	0	60
神戸市	477	148	74	255	276	256	10	10	2,156
広島市	484	173	180	131	204	184	15	5	1,666
北九州市	905	421	325	159	205	182	12	11	2,091
福岡市	618	191	246	181	190	175	5	10	2,246
合計	59,092	19,954	20,352	18,786	16,845	15,407	734	704	197,753

気分(感情)障害(F3)	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F4)	生理的障害および要因に関連した行動症候群(F5)	成人のパーソナリティ及び行動の障害(F6)	精神遅滞(知的障害)(F7)	心理的発達(発達の)の障害(F8)	小児期及び青年期に発症する行動的障害及び特定の精神障害(F9)	てんかん	その他	合計
1,078	354	46	48	401	14	17	348	376	12,787
269	134	10	33	80	10	6	62	8	4,130
364	102	12	24	163	1	2	105	32	4,526
381	70	8	19	73	0	0	111	35	3,477
399	99	5	18	147	0	1	87	28	4,138
300	108	6	24	103	0	0	60	30	3,250
474	115	4	45	328	2	6	143	59	6,971
384	89	30	22	207	5	4	147	61	6,987
365	50	3	17	163	2	3	112	94	4,903
319	90	15	22	121	4	1	80	14	4,937
764	166	33	44	197	9	7	138	47	11,093
715	194	28	42	109	10	6	108	81	10,851
2,088	415	66	214	480	74	173	343	159	22,965
515	119	10	45	73	5	6	71	27	6,688
674	144	15	80	256	0	3	123	104	6,801
274	92	6	30	104	2	4	62	5	3,468
236	86	1	19	114	8	2	73	31	3,706
265	71	7	16	32	0	6	22	2	2,201
151	52	6	18	95	3	1	45	14	2,331
431	114	15	23	83	4	5	100	33	4,919
322	102	10	34	119	6	3	95	20	4,058
523	144	8	17	121	5	4	67	84	6,480
661	161	6	63	383	20	11	167	84	8,434
341	207	14	21	138	38	52	86	65	4,764
229	46	23	14	49	3	13	34	22	2,108
206	47	4	13	38	3	33	32	18	2,447
1,271	212	60	89	358	58	335	196	149	18,005
385	155	11	36	245	3	14	99	282	7,859
233	41	6	14	54	7	3	26	6	2,550
118	35	1	15	75	2	12	20	0	2,335
148	39	4	8	24	1	0	13	17	1,786
192	78	7	12	44	4	8	28	36	2,458
341	127	33	21	103	11	3	54	27	5,173
389	69	23	25	186	2	2	82	80	6,181
288	86	10	45	167	1	10	81	136	6,035
153	41	16	30	139	0	2	68	43	3,894
181	46	5	15	109	1	4	76	41	3,694
302	85	10	56	111	3	9	85	26	4,630
227	63	4	15	80	4	3	74	60	3,465
949	285	65	187	459	3	25	211	161	12,978
296	160	18	38	88	3	5	61	92	4,176
552	122	22	45	333	2	4	140	97	7,660
549	119	10	61	346	1	33	194	86	8,565
320	57	5	41	123	0	11	92	8	5,323
326	93	4	24	288	10	2	117	135	5,689
648	92	5	47	311	4	27	232	135	9,597
172	69	3	6	26	2	1	46	140	5,315
631	224	20	45	278	25	13	170	26	6,719
189	60	7	8	8	0	1	22	26	1,781
43	13	0	1	15	0	0	23	9	1,144
112	23	2	12	17	3	0	12	11	1,380
377	96	18	25	68	6	15	66	43	4,925
134	19	1	6	5	0	0	13	4	1,368
358	56	3	40	77	7	1	72	53	4,319
229	55	5	14	40	5	0	53	18	3,614
77	26	7	1	2	1	3	2	1	184
202	50	3	4	52	2	11	43	55	3,331
256	43	9	52	59	2	0	31	56	2,862
296	55	4	53	113	2	8	46	53	3,831
369	131	9	60	171	3	2	44	36	3,879
24,041	6,296	801	2,110	8,751	406	936	5,413	3,681	326,125

表12 平均残存率

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
北海道	31.3	31.3	31.4	30.6	30.6	30.1	30.3
青森	40.4	36.2	30.3	28.2	26.9	27.6	35.1
岩手	41.9	40.7	38.7	38.1	36.8	33.9	33.0
宮城	31.7	30.4	28.0	33.2	31.2	39.0	31.4
秋田	34.4	28.8	30.6	32.8	31.8	32.0	30.2
山形	26.9	28.0	27.7	28.2	26.2	25.2	28.2
福島	36.6	35.9	32.8	34.2	31.0	31.5	32.7
茨城	36.2	38.1	36.8	31.9	39.7	33.5	31.5
栃木	33.7	31.7	31.3	28.3	31.6	29.6	26.5
群馬	27.3	31.4	27.2	28.7	28.7	30.4	27.7
埼玉	36.4	38.5	34.3	35.8	34.9	40.7	32.6
千葉	43.2	32.1	32.5	31.9	32.9	30.6	27.9
東京	36.7	31.1	28.8	26.5	26.7	26.8	25.4
神奈川	35.2	35.1	33.1	31.8	33.1	30.2	29.2
新潟	32.0	31.8	31.0	30.1	31.4	30.3	26.1
富山	29.4	35.4	32.8	37.3	34.1	30.6	46.3
石川	34.9	32.2	37.7	29.6	30.7	29.0	32.7
福井	27.4	26.8	26.4	24.3	25.5	24.5	29.3
山梨	31.3	31.4	32.0	27.1	32.5	34.0	35.1
長野	28.5	27.6	24.8	21.4	25.2	25.4	24.3
岐阜	30.3	25.3	25.7	27.7	26.2	30.2	26.3
静岡	31.6	32.5	28.8	30.0	29.7	28.7	27.3
愛知	35.2	34.4	32.4	32.1	30.9	30.8	31.6
三重	31.8	32.0	30.2	28.8	31.1	27.9	29.2
滋賀	35.3	38.1	25.6	26.0	29.9	29.2	28.3
京都	30.8	31.8	32.5	32.7	30.0	32.1	30.8
大阪	33.0	30.7	31.6	27.8	29.2	29.1	27.7
兵庫	40.9	36.0	34.8	35.1	33.0	36.2	34.5
奈良	39.0	37.4	37.3	32.4	38.1	31.4	31.3
和歌山	32.3	25.9	26.1	32.4	25.7	31.2	31.0
鳥取	30.0	35.5	26.2	30.1	33.4	30.2	25.0
島根	30.2	26.6	30.1	30.2	28.1	30.6	23.3
岡山	29.6	33.1	26.1	31.2	27.1	27.2	24.1
広島	32.0	33.1	33.0	28.1	31.4	26.3	29.4
山口	34.3	37.7	35.1	36.4	36.9	34.6	33.8
徳島	37.9	42.4	32.4	31.9	38.6	35.0	32.7
香川	29.7	31.9	33.1	30.3	31.9	29.4	29.4
愛媛	34.5	35.1	33.9	27.2	35.0	32.2	30.4
高知	28.6	37.4	22.7	25.6	29.9	26.2	26.7
福岡	37.2	36.3	34.8	35.2	32.9	35.4	34.4
佐賀	39.0	34.4	31.8	34.6	36.7	35.5	36.0
長崎	40.8	39.1	36.4	37.3	34.2	31.8	32.8
熊本	34.2	28.9	28.9	28.3	30.0	30.3	29.9
大分	41.0	38.0	34.6	36.3	38.4	39.6	32.2
宮崎	32.7	31.4	29.0	31.1	31.3	32.6	33.4
鹿児島	42.6	40.6	40.6	39.6	40.8	37.9	40.1
沖縄	36.9	36.2	32.0	34.3	30.1	34.4	29.5
合計	34.8	33.4	31.6	30.9	31.2	31.1	30.1

表13 退院率

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
北海道	25.7	26.1	24.6	23.6	24.8	22.4
青森	27.7	25.9	21.7	15.1	26.6	22.4
岩手	26.3	28.3	20.0	20.8	13.8	19.2
宮城	26.1	23.9	19.7	22.4	20.9	26.1
秋田	19.3	25.3	21.3	23.9	19.8	26.9
山形	22.6	18.3	23.3	26.5	27.8	22.4
福島	23.6	22.0	17.1	13.4	22.7	18.2
茨城	19.1	20.4	16.6	12.3	15.4	15.6
栃木	15.7	16.9	17.9	24.8	19.0	17.5
群馬	15.2	15.4	16.6	19.4	14.3	13.7
埼玉	27.1	38.1	20.4	39.3	21.2	20.7
千葉	19.1	19.0	14.8	18.2	16.1	17.4
東京都	26.0	29.0	29.3	24.1	27.6	25.9
神奈川県	25.4	25.6	27.4	20.8	24.3	25.2
新潟	17.3	18.5	21.0	18.7	17.5	16.7
富山	20.8	23.4	15.9	14.5	70.9	22.1
石川	26.3	29.0	17.5	20.2	28.6	21.6
福井	16.2	13.9	18.7	22.3	20.3	24.8
山梨	18.9	39.3	15.2	20.6	14.4	25.0
長野	21.3	20.4	17.0	18.6	17.4	21.0
岐阜	24.5	25.0	15.5	17.1	12.5	19.5
静岡県	16.5	17.7	24.6	14.4	14.9	15.9
愛知	17.2	16.8	18.1	22.2	20.3	17.7
三重	21.7	26.1	20.2	30.9	21.2	23.6
滋賀	9.5	11.1	17.5	21.8	23.3	31.2
京都	18.5	18.6	27.5	18.8	22.5	17.1
大阪	24.2	21.0	21.1	18.0	23.0	20.1
兵庫	15.4	16.0	16.0	21.0	19.4	19.2
奈良	28.3	18.2	27.5	17.6	25.0	15.6
和歌山	16.6	17.9	13.0	18.0	19.0	18.9
鳥取	14.7	13.6	14.8	18.2	15.9	18.8
島根	20.5	20.7	36.2	26.7	25.0	30.4
岡山	23.3	24.6	23.3	22.0	29.9	28.4
広島	25.2	21.7	22.0	20.2	20.3	21.9
山口	20.2	22.6	22.9	16.9	19.7	17.0
徳島	12.8	13.0	15.9	19.2	17.5	16.3
香川	29.9	23.5	22.0	19.8	16.7	17.2
愛媛	16.1	16.4	19.8	22.0	16.2	16.4
高知	19.2	23.2	23.1	19.8	25.3	21.4
福岡	22.7	20.4	24.3	20.5	23.9	24.1
佐賀	27.8	25.3	27.2	24.8	24.2	22.5
長崎	17.3	19.7	17.6	15.0	20.0	19.0
熊本	20.5	21.3	21.5	13.6	16.3	19.2
大分	19.6	19.9	21.2	29.3	19.7	19.4
宮崎	17.2	17.1	11.5	11.1	20.0	23.5
鹿児島	21.9	21.6	17.6	15.7	17.6	21.3
沖縄	27.7	34.2	22.2	24.4	24.7	23.5
合計	21.7	22.3	21.0	20.6	21.6	20.9

表14 都道府県別年間入退院患者数等

(平成15年)

	年間在院患者延数	年間新入院患者数	年間退院患者数	平均在院日数
北海道	4,796,321人	14,631人	14,940人	326.5日
青森県	1,523,265	4,889	4,999	308.1
岩手県	1,655,812	4,253	4,305	387.0
宮城県	1,260,160	3,609	3,476	327.9
秋田県	1,541,187	4,555	4,745	331.4
山形県	1,189,896	4,364	4,455	269.8
福島県	2,646,665	6,259	6,477	415.6
茨城県	2,586,520	5,303	5,450	481.1
栃木県	1,779,572	4,277	4,249	417.4
群馬県	1,839,626	5,054	5,140	360.9
埼玉県	4,055,904	10,952	10,792	375.0
千葉県	3,987,607	10,055	10,173	368.6
東京都	8,440,263	32,966	33,557	253.8
神奈川県	2,448,116	8,026	8,500	292.1
新潟県	2,534,363	7,243	7,391	346.4
富山県	1,276,620	3,654	3,712	346.6
石川県	1,366,141	3,683	3,793	365.5
福井県	808,864	2,942	2,926	275.7
山梨県	845,776	2,465	2,491	341.3
長野県	1,831,100	6,768	6,840	269.1
岐阜県	1,493,289	4,682	4,736	317.1
静岡県	2,409,381	7,652	7,708	313.7
愛知県	3,099,446	8,250	8,317	377.0
三重県	1,774,488	5,557	5,873	310.5
滋賀県	784,665	2,402	2,433	324.6
京都市	903,616	2,689	2,700	388.1
大阪府	6,673,028	20,245	20,508	313.7
兵庫県	2,899,590	6,195	6,217	420.8
奈良県	937,046	2,439	2,479	381.1
和歌山県	869,120	1,876	1,926	457.2
鳥取県	621,980	1,916	1,921	324.2
島根県	914,019	3,361	3,412	269.9
岡山県	1,966,757	7,118	7,321	272.4
広島県	2,279,772	5,624	5,720	340.1
山口県	2,197,536	5,109	5,204	426.2
徳島県	1,466,764	2,489	2,617	574.5
香川県	1,365,132	3,427	3,490	394.7
愛媛県	1,708,826	4,465	4,433	384.1
高知県	1,289,903	4,674	4,709	274.9
福岡県	4,755,510	11,226	11,416	380.9
佐賀県	1,543,781	3,659	3,744	417.1
長崎県	2,830,913	6,267	6,484	444.0
熊本県	3,131,668	8,210	8,328	378.7
大分県	1,941,955	4,723	4,710	411.7
宮崎県	2,117,220	4,667	4,748	449.8
鹿児島県	3,524,614	6,322	6,341	556.7
沖縄県	1,959,865	5,899	5,986	329.8
札幌市	2,559,436	7,743	7,748	330.4
仙台市	623,893	2,193	2,212	283.3
さいたま市	417,315	1,062	1,054	394.4
千葉市	524,404	2,103	2,151	246.5
横浜市	1,803,371	6,008	5,955	301.5
川崎市	501,969	2,030	2,033	247.1
名古屋市	1,627,812	4,193	4,315	382.7
京都市	1,317,592	3,011	3,026	436.5
大阪市	69,118	1,088	1,143	62.0
神戸市	1,249,251	3,614	3,691	342.0
広島市	1,049,947	4,127	4,108	255.0
北九州市	1,404,076	3,934	3,939	356.7
福岡市	1,424,543	4,607	4,696	306.3
全国	120,446,389	342,804	347,985	363.7

資料：精神保健福祉課調（病院報告より作成）

表15 精神病床数・入院患者数・措置入院者数・措置率・利用率の推移

(各年6月末)

年次	精神病床数 床	入院患者数 人	措置入院者数 人	措置率 %	病床利用率 %
昭和45年	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7
50	275,468	281,127	65,571	23.3	102.1
55	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3
60	333,570	339,989	30,543	9.0	101.9
63	351,469	344,818	18,368	5.3	98.1
平成元	355,334	346,540	15,036	4.3	97.5
2	358,251	348,859	12,572	3.6	97.4
3	360,303	349,052	10,011	2.9	96.9
4	361,896	346,776	8,550	2.5	95.8
5	363,010	343,718	7,223	2.1	94.7
6	362,692	343,156	6,418	1.9	94.6
7	362,154	340,812	5,905	1.7	94.1
8	361,073	339,822	5,436	1.6	94.1
9	360,432	336,685	4,772	1.4	93.4
10	359,563	335,845	4,293	1.3	93.4
11	358,609	333,294	3,472	1.0	92.9
12	348,966	333,712	3,247	1.0	95.6
13	357,388	332,759	3,083	1.0	93.1
14	356,621	330,666	2,767	1.0	92.7
15	355,269	329,555	2,566	1.0	92.8

資料：精神病床数・入院患者数は精神保健福祉課調（病院報告より作成）

措置入院患者数は平成8年まで厚生省報告例，平成9年から精神保健福祉課調

表16 入院形態別入院患者数及び通院患者数の推移

(上段：実数(人)、下段：割合(%))

	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年
入院患者数	338,714 (100.0)	336,475 (100.0)	335,847 (100.0)	332,930 (100.0)	333,033 (100.0)	332,714 (100.0)	330,050 (100.0)	329,096 (100.0)	326,125 (100.0)
措置入院	5,394 (1.6)	4,772 (1.4)	4,293 (1.3)	3,472 (1.0)	3,247 (1.0)	3,083 (0.9)	2,767 (0.8)	2,566 (0.8)	2,414 (0.7)
医療保護入院	98,528 (29.1)	94,827 (28.2)	92,367 (27.5)	91,699 (27.5)	105,359 (31.6)	110,930 (33.3)	112,661 (34.1)	114,145 (34.7)	115,297 (35.4)
任意入院	227,800 (67.3)	230,983 (68.6)	233,861 (69.6)	233,509 (70.1)	220,840 (66.3)	215,438 (64.8)	212,015 (64.2)	209,924 (63.8)	206,209 (63.2)
その他	6,992 (2.1)	5,893 (1.8)	5,326 (1.6)	4,250 (1.3)	3,557 (1.1)	3,263 (1.0)	2,607 (0.8)	2,461 (0.7)	2,205 (0.7)
通院患者数	472,268	484,565	587,203	634,661	727,839	796,732	855,875	933,381	1,073,342

資料：精神・障害保健課調（各年6月末現在）

注：四捨五入の関係で、入院患者数全体の割合と措置入院からその他までの割合の合計が一致しないところがある。

表17 精神科デイケア実施状況

施設	施設種別																合計							
	単科病院		単科病院以外				精神科診療所				精神保健福祉センター				その他									
	精神科 デイケア	老人保健施設 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア	精神科 ナイトケア				
北海道	15	3	0	3	13	2	0	0	11	3	3	3									39	8	3	6
青森県	4	0	0	2	3	1	0	2	1	0	0	0									17	1	3	4
岩手県	13	0	0	0	4	1	0	2	1	0	0	0									17	0	0	0
宮城県	8	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0									11	0	0	0
秋田県	6	1	0	1	5	0	0	0	3	0	0	0									14	1	0	1
山形県	10	5	0	1	2	0	0	0	5	2	1	1									17	7	1	2
福島県	16	1	0	1	4	0	0	0	7	0	1	1									27	1	1	2
茨城県	14	3	0	4	7	1	0	0	7	0	2	3									28	4	2	7
栃木県	13	0	0	3	5	0	0	0	3	0	1	1									17	0	0	3
群馬県	9	0	1	3	3	0	1	0	3	0	1	1									15	0	3	4
埼玉県	19	2	4	3	3	0	0	0	17	3	3	1									42	5	3	4
千葉県	17	0	1	0	14	1	0	1	9	1	0	0									40	2	1	1
東京都	33	0	9	8	24	0	4	0	44	5	11	15									102	5	24	23
神奈川県	15	2	3	4	6	0	1	0	11	1	1	2									32	3	5	6
新潟県	16	2	1	0	9	2	0	0	0	0	0	0									25	4	1	0
富山県	11	1	1	5	3	0	0	1	5	0	0	1									20	1	1	7
石川県	10	1	0	4	3	2	0	1	1	0	0	0									14	3	0	5
福井県	4	0	0	0	3	0	0	0	1	1	0	0									9	2	2	0
山梨県	7	2	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0									9	2	2	0
長野県	8	2	1	1	9	5	1	4	3	1	0	0									20	8	2	5
岐阜県	10	0	1	1	2	1	0	0	4	1	1	1									16	2	2	2
静岡県	23	1	2	4	3	0	0	0	10	0	2	0									37	1	4	4
愛知県	17	1	4	7	7	2	0	1	11	0	1	1									35	3	5	9
三重県	10	1	3	4	4	0	0	0	4	1	0	0									18	2	3	4
滋賀県	4	1	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0									10	2	0	0
京都府	3	0	0	1	2	1	0	1	1	0	0	1									6	1	0	3
大阪府	32	3	4	8	5	0	1	1	22	1	7	6									59	4	12	15
兵庫県	14	2	2	2	4	0	0	0	4	0	0	1									19	2	2	3
奈良県	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0									10	2	1	1
和歌山県	7	0	0	1	3	0	0	0	2	0	0	0									12	0	0	1
鳥取県	6	0	2	2	2	2	0	0	1	0	0	0									10	2	2	2
島根県	5	3	0	0	3	1	0	0	5	1	0	0									13	5	0	0
岡山県	10	4	0	1	6	1	0	0	8	7	3	3									18	11	3	4
広島県	13	5	0	6	1	1	0	0	1	3	2	0									18	7	1	7
山口県	13	3	1	0	3	1	0	0	1	2	0	0									15	6	1	4
徳島県	7	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0									12	0	0	0
香川県	7	1	0	2	3	2	0	0	1	0	0	0									12	3	0	2
愛媛県	11	3	2	4	2	1	0	0	1	2	0	0									14	6	2	4
高知県	8	0	0	3	5	0	0	3	2	1	0	1									15	1	0	7
福岡県	21	6	4	7	15	4	4	6	8	0	0	0									45	13	8	13
佐賀県	12	2	1	3	4	0	2	1	3	1	1	1									19	3	4	5
長崎県	15	1	0	4	2	1	0	0	2	0	0	0									20	1	0	5
熊本県	30	8	1	5	4	0	0	0	0	0	0	0									35	9	0	5
大分県	16	3	1	2	5	0	2	2	4	1	2	2									24	4	5	6
鹿児島県	21	3	3	6	5	0	0	3	6	0	0	2									32	3	3	11
沖縄県	11	6	4	10	9	3	0	4	3	2	0	5									24	11	4	19
札幌市	16	2	3	5	6	0	1	1	5	0	0	0									27	2	4	6
仙台市	4	1	0	0	4	1	0	0	4	3	1	0									8	4	1	0
さいたま市	1	0	0	0	1	0	1	1	7	3	1	1									9	3	2	2
千葉市	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0									7	0	0	3
横浜市	13	1	0	0	3	0	0	0	11	1	3	3									27	2	3	3
川崎市	4	2	2	5	1	0	0	0	7	0	1	0									7	3	1	1
名古屋市	8	0	2	5	1	0	0	0	3	1	0	1									17	0	3	6
京都市	4	0	0	1	3	0	0	1	14	1	3	5									23	1	3	7
大阪市									18	0	5	7									18	0	5	7
神戸市	6	1	0	1	3	0	0	1	3	0	0	1									9	1	0	2
広島市	6	0	0	5	1	2	0	1	3	7	0	0									11	9	0	6
北九州市	10	5	1	0	3	5	1	1	3	5	1	1									13	10	2	2
福岡市	6	1	1	0	8	3	1	1	8	1	1	1									20	5	3	7
合計	672	99	70	154	240	41	20	39	338	63	58	73									1,274	206	148	266

表18 精神科デイケア等実施状況

市町村	精神科デイケア										精神科ナイトケア										精神科デイナイトケア										老人性痴呆疾患デイケア									
	延用 用者数	利用実人員					延用 用者数	利用実人員					延用 用者数	利用実人員					延用 用者数	利用実人員																				
		計	在宅	社会福祉 施設等	高齢者 施設	その他		計	在宅	社会福祉 施設等	高齢者 施設	その他		計	在宅	社会福祉 施設等	高齢者 施設	その他		計	在宅	社会福祉 施設等	高齢者 施設	その他																
北海道	19,079	1,916	1,698	281	1	0	118	45	35	10	0	1,602	185	147	38	0	0	6,258	411	327	81	0																		
青森県	6,995	820	681	115	1	23	805	58	27	41	0	3,382	173	63	90	20	0	212	13	13	0	0																		
岩手県	5,564	686	575	109	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		
宮城県	2,731	272	241	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		
秋田県	5,616	497	339	157	1	0	0	0	0	0	414	20	15	5	0	0	632	48	27	0	21																			
山形県	8,885	823	729	71	1	22	38	10	10	0	767	58	57	1	0	0	6,049	356	349	2	5																			
福島県	10,750	1,014	859	152	0	3	124	20	8	14	0	1,595	115	10	17	0	88	0	388	35	33																			
茨城県	11,578	1,066	937	78	1	0	257	98	98	0	0	2,792	151	48	103	0	1,519	132	103	0	29																			
栃木県	7,777	504	460	114	0	24	0	0	0	0	0	671	47	6	41	0	0	0	0	0	0	0																		
群馬県	8,303	717	500	217	0	0	532	131	26	105	0	1,174	112	73	39	0	0	0	0	0	0	0																		
埼玉県	22,211	2,082	1,919	161	0	2	1,481	112	76	36	0	588	56	42	14	0	4,008	249	186	3	1																			
千葉県	17,968	1,978	1,807	155	1	15	32	13	13	0	0	952	78	15	58	0	5	468	66	6	0	0																		
東京都	56,077	5,947	5,713	131	36	37	3,987	496	455	39	2	17,196	1,510	1,421	49	40	3,287	318	292	0	10																			
神奈川県	16,935	1,495	1,397	98	0	0	640	74	57	16	0	2,073	152	136	16	0	910	108	97	1	10																			
新潟県	11,152	1,177	1,041	78	3	3	141	28	26	2	0	0	0	0	0	0	1,072	96	92	0	4																			
富山県	6,608	621	473	120	1	27	34	6	0	0	6	1,958	163	45	96	22	422	22	17	3	2																			
石川県	6,651	553	415	135	0	3	0	0	0	0	0	1,664	93	30	63	0	1,451	95	94	1	0																			
福井県	3,910	434	428	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,741	253	237	0	6																			
山梨県	4,109	389	336	37	1	15	269	37	31	6	0	906	31	19	12	0	540	44	44	0	0																			
長野県	12,399	943	743	182	1	17	653	31	31	0	0	733	71	56	13	2	3,062	263	240	0	11																			
岐阜県	7,240	716	597	118	1	0	26	17	11	6	0	85	23	18	0	0	969	35	35	0	0																			
静岡県	15,096	1,470	1,308	124	0	38	1,080	109	66	33	0	1,552	91	32	59	0	431	42	39	0	0																			
愛知県	18,443	1,565	1,460	87	0	18	1,300	101	80	21	0	2,021	186	150	36	0	1,274	93	87	6	0																			
三重県	7,971	878	757	117	2	2	718	59	33	26	0	3,829	191	115	21	55	0	383	45	41	2	2																		
滋賀県	2,430	303	282	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	567	48	48	0	0																			
京都府	3,698	337	300	28	0	9	0	0	0	0	0	1,596	93	91	0	2	735	49	49	0	0																			
大阪府	45,436	4,310	3,569	669	59	13	1,197	146	138	8	0	3,838	327	225	99	0	2,108	145	135	7	3																			
兵庫県	6,832	640	546	89	0	5	83	20	14	6	0	666	59	32	27	0	784	46	46	0	0																			
奈良県	5,518	428	388	21	19	0	38	13	2	0	11	1,412	95	31	0	64	512	39	38	0	1																			
和歌山県	3,800	328	307	20	1	0	0	0	0	0	0	21	10	8	2	0	0	0	0	0	0																			
鳥取県	3,420	339	313	21	1	4	378	29	10	19	0	1,040	68	29	39	0	800	51	50	0	1																			
島根県	4,416	470	411	57	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,055	160	149	2	6																			
徳島県	11,761	1,018	847	157	0	5	134	45	36	9	0	1,399	184	76	18	7	5,060	362	350	0	12																			
広島県	7,043	665	476	87	0	2	0	0	0	0	0	5,948	330	166	76	1	87	3,113	197	182	4	10																		
山口県	5,906	583	471	88	18	6	16	4	1	3	0	2,409	124	16	108	0	4,149	244	243	0	1																			
香川県	2,431	251	188	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																			
愛媛県	3,982	293	260	26	1	6	0	0	0	0	0	1,602	72	19	53	0	2,344	191	189	0	2																			
高知県	6,974	689	641	48	0	0	1,439	28	5	20	3	1,403	157	78	51	28	3,259	197	181	8	8																			
福岡県	5,115	661	464	97	0	0	0	0	0	0	0	1,968	169	156	13	0	0	194	13	13	0	0																		
佐賀県	19,161	1,973	1,769	158	2	44	1,588	110	42	44	24	4,452	341	296	135	24	0	5,803	385	382	0	3																		
熊本県	7,612	933	870	61	1	0	650	96	81	15	0	709	70	62	8	0	1,860	126	107	0	19																			
大分県	5,757	662	570	90	0	2	0	0	0	0	0	2,413	198	136	62	0	608	44	32	0	12																			
宮崎県	13,705	1,432	1,230	103	0	99	0	0	0	0	0	2,479	173	72	34	67	3,363	204	194	0	2																			
鹿児島県	11,450	1,024	907	106	5	6	300	59	48	11	0	1,566	125	104	21	0	3,803	154	147	0	7																			
沖縄県	8,995	739	635	62	0	41	1,036	118	53	49	16	2,836	200	121	50	29	1,434	92	89	1	2																			
計	5,033	1,158	995	151	1	7	982	73	15	49	0	4,452	353	247	98	0	784	70	60	0	24																			
中部圏	12,755	1,385	1,323	60	0	0	1,354	149	67	82	0	15,116	1,047	937	82	0	6,535	367	361	0	5																			
北関東圏	18,602	1,692	1,513	173	1	5	414	49	38	11	0	2,442	156	131	12	13	524	54	15	0	27																			
近畿圏	3,124	340	334	6	0	0	30	10	10	0	0	0	0	0	0	0	2,181	173	150	0	23																			
北九州圏	4,160	407	406	1	0	0	145	11	11	0	0	212	15	15	0	0	1,606	105	103	0	2																			
千葉県	3,277	370	368	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																			
東京都	12,905	1,331	1,260	30	1	5	35	551	78	77	1	0	0	0	0	0	522	63	61	0	12																			
神奈川県	3,097	350	309	19	0	0	0	153	17	16	0	291	14	12	2	0	446	61	49	3	9																			
埼玉県	9,703	859	854	5	0	0	0	0	20	10	0	2,610	169	148	21	0	0	0	0	0	0																			
東京都	10,594	1,047	1,005	41	1	0	201	49	48	1	0	2,168	301	284	17	0	210	12	12	0	0																			
大阪府	6,363	847	839	6	2	0	604	32	31	1	0	749	142	129	13	0	0	0	0	0	0																			
兵庫県	6,713	785	749	36	0	0	0	0	0	0	0	375	352	32	0	0	331	54	53	1	0																			
福岡県	4,289	361	348	13	0	0	0	0	0	0	0	7,978	373	322	251	7	0	6,015	358	330	8	20																		
九州圏	5,049	559	517	42	0	0	139	24	24	0	0	1,565	35	36	28	0	7,569	461	447	10	4																			
沖縄県	719	915	879	35	0	0	377	39	27	0	0	117	20	14	6	0	3,585	332	307	0	13																			
合計	596,867	58,799	52,480	5,550	182	519	68,248	6,684	1,890	712	82	122,327	8,890	6,346	1,982	1	561	109,513	7,478	6,891	61	402																		

19 精神衛生実態調査結果概要

— 昭和29年 —

人口 88,293,000人

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	130万人	14.8
精 神 病	45万人	5.2
精神薄弱	58万人	6.6
そ の 他	27万人	3.0

処遇の状況

在宅のまま精神科専門の指導を受けている
1% 1.24万人

精神病院または精神病室に入っている
3% 3.72万人

在宅のまま精神科専門医以外の医師、保健所
により指導を受けている
5% 6.20万人

そ の 他 91% 118万人

必要な処遇別精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	130万人	14
要収容治療	46万人	5
要家庭治療	38万人	4
要家庭指導	46万人	5

— 昭和38年 —

人口 96,156,000人

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	124万人	12.9
精 神 病	57万人	5.9
精神薄弱	40万人	4.2
そ の 他	27万人	2.8

年齢階級別 有病率人口千対

0～9歳	7.7
10～19歳	11.4
20～29歳	7.8
30～39歳	15.7
40～49歳	19.3
50～59歳	16.4
60歳以上	19.9

処遇別精神障害者百分率

	総 数	医療を受けている	精神衛生相談所等その他の施設の指導を受けている	在宅の患者
総 数	100	30.1	5.2	64.7
精 神 病	100	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	100	6.0	13.0	81.0
そ の 他	100	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病者

	人口千対有病率(総数)万人	精神病院に入院を要するもの万人	精神病院以外の施設に収容を要するもの万人	在宅のまま医療または指導を要するもの万人
総 数	(12.9) 124	(3.0) 28	(0.7) 7	(9.3) 89
精 神 病	(5.9) 57	(2.2) 21	(0.1) 2	(3.6) 35
精神薄弱	(4.2) 40	(0.4) 3	(0.5) 5	(3.3) 32
そ の 他	(2.8) 27	(0.4) 4	(0.05) —	(2.3) 22

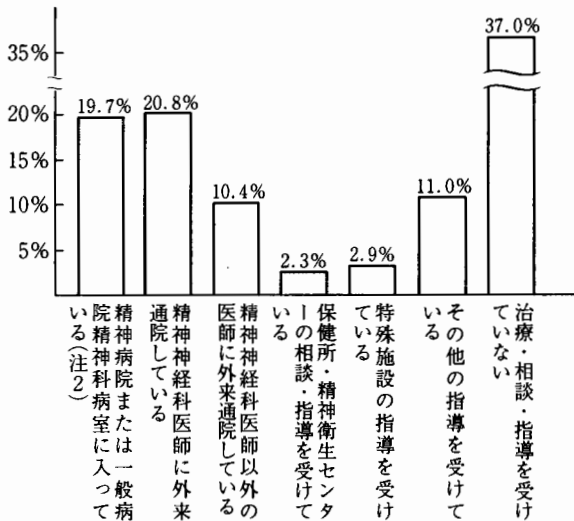
—昭和48年—

人口108,079,000人 (注1)

1. 精神障害者の内訳

精神病によるもの	57.8%
精神薄弱によるもの	20.8%
その他によるもの	21.4%

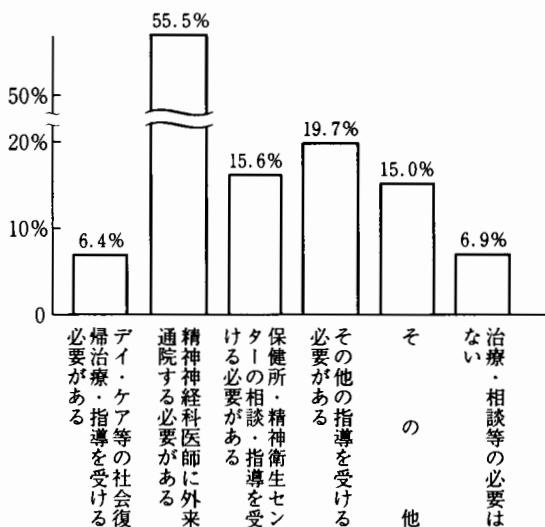
2. 現在の治療及び指導の内容 (延集計)



現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (1) 現在、精神神経科医師に外来通院しているものは20.8%、また、精神神経科医師以外の医師に外来通院しているものは10.4%で、この両者を加えると、31.2%が現在、医療機関に外来通院している。
- (2) 保健所・精神衛生センターの相談・指導をうけているものは2.3%、特殊施設の指導を受けているものは2.9%、または、その他の指導を受けているものは11.0%で、これを加えると16.2%が、現在、指導を受けている。
- (3) 治療・相談・指導を受けていないものは37.0%である。

3. 必要な治療及び指導の内容（延集計）



必要な治療及び指導の内容を延集計すると、

- (1) デイ・ケア等の社会復帰治療・指導を受ける必要があるものは6.4%であり、その重要性を示した。
- (2) 精神神経科医師に外来通院する必要があるものは55.5%であり、前2項の(1)現在、医療機関に外来通院しているものにくらべて、必要性が高いことを示した。
- (3) 保健所・精神衛生センターの相談・指導を受ける必要があるものは15.6%、またその他の指導を受ける必要があるものは19.7%で、この両者を加えると35.3%が指導を必要としており、前項2(2)の現在、指導をうけているものにくらべて、必要性が高いことを示した。

注1 各年とも厚生省統計情報部人口動態統計による。

注2 48年12月末入院患者数 268,546人（厚生省統計情報部病院報告による）に対応するもの。

1. 都道府県の実施状況

47都道府県中37道府県で実施

2. 医療施設の実施状況

全国の施設実施率	50.5%
調査が行われた37道府県での施設実施率	87.2%

3. 調査票の回収状況

回収率	69.6%
-----	-------

4. 調査結果の概要

(1) 基本的事項

ア. 年齢階層

入院、通院とも25～54歳の青壮年期が3分の2を占める。

イ. 診断分類

入院では、精神分裂病、老年期器質性精神病、アルコール精神疾患、躁うつ病が多い。通院では、精神分裂病、神経症、躁うつ病、てんかんが多い。

ウ. 診断分類別の年齢階層

入院、通院とも精神分裂病は総数の場合とほとんど同じであるが、躁うつ病、アルコール精神病は壮年期を山として高年層に傾いている。神経症は入院では各年齢層にわたって幅広く分布し、通院では高年層に傾いている。

エ. 罹病期間

10年以上が入院では65%、通院では47%。

オ. 受療期間

10年以上が入院では53%, 通院では30%。

(2) 受療方法に関する事項

ア. 紹介の有無と紹介機関

紹介により受療した者は, 入院, 通院ともに30%程度。紹介機関は, 医療施設, 福祉事務所・保健所等, 友人・知人等が多い。

イ. 通院医療費公費負担

公費負担を受けている者は30% (昭和45年13%)。

ウ. 入院形式

同意入院80%, 措置入院14%, 自由入院5%。

エ. 保護義務者

父母44%, 兄弟姉妹25%, 配偶者12%。なお市町村長は5%。

オ. 通院片道時間

30分未満39%, 1時間未満78%。

カ. 通院間隔

2週に1回が60%, 月に1回が23%。

(3) 治療, 社会復帰に関する事項

ア. 他機関等の利用

受療している医療機関のほかに他機関等を利用している者は13%。

そのうち, 保健婦等の訪問42% (全体の5%), 福祉事務所員の訪問18%, 保健所で行う社会復帰事業9%。

イ. 日常生活介助の必要性

介助を必要とする者は, 入院で64%, 通院で23%。

ウ. 開放, 閉鎖病棟の利用

閉鎖病棟が64%, 開放・半開放病棟35%。

エ. 身体合併症

合併症を有する者は37%。

オ. 入院回避条件

どのような条件が満たされれば入院を回避できたかについては、家族の協力、治療指導の継続、早期相談・早期治療が優先的に考えられている。

カ. 近い将来の退院の見込み

退院の可能性のある者57%、退院の困難な者41%。

キ. 退院促進条件

どのような条件が満たされれば退院を促進できるかについては、家族の受入れ、保健婦等の訪問指導、社会復帰施設、職親制度、共同作業所が優先的に考えられている。

ク. 利用させたい社会復帰機能

通院で、今すぐにでも利用させたい社会復帰機能については、保健婦等の訪問指導、精神科デイ・ケア、保健所で行う社会復帰事業、共同作業所、社会復帰施設が優先的に考えられている。

20. こころの健康に関する疫学調査（中間報告）

調査期間

平成14年度から15年度

調査地域

平成14年度調査地域：岡山県岡山市，長崎県長崎市，鹿児島県串木野市および同吹上町

平成15年度調査地域：岡山県玉野市および鹿児島県市来町，東市来町，栃木県佐野市

[市町村合併により現在では名称が変わった地域もあるがここでは調査当時の名称で記載した]

調査方法

各調査地域の20歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出し，調査参加に同意した対象者に対して，専門の訓練を受けた調査員が構造化面接調査を実施した。

対象者数と回収率

抽出された5,622名から対象外の者（日本語が理解できない者および調査時点で死亡，転居，入院または入所していた者）479名を除いた5,143名を対象に調査を実施し2,987名（平均回答率58.1%）の有効回答を得た。

調査内容

本調査では統合失調症などを除く以下の非精神病性精神障害についての診断が評価された。

- ・ 6つの気分（感情）障害

- i) 重症うつ病エピソード [F32.2-3]
- ii) 中等症うつ病エピソード [F32.1]
- iii) 軽症うつ病エピソード [F32.0]
- iv) 躁病エピソード [F30.1-2]
- v) 軽躁病 [F30.0]
- vi) 気分変調症 [F34.1]
- ・ 6つの神経症性・ストレス性障害
 - i) パニック障害 [F41.0]
 - ii) パニック障害をとまなわない広場恐怖 [F40.00]
 - iii) 社会恐怖 [F40.1]
 - iv) 特定の恐怖症 [F40.2]
 - v) 全般性不安障害 [F41.1]
 - vi) 外傷後ストレス障害 [F43.1]
- ・ 4つの精神作用物質による精神および行動の障害
 - i) 有害な使用-アルコール [F10.1]
 - ii) アルコール依存症 [F10.2]
 - iii) 有害な使用-薬物 [F1x.1]
 - iv) 薬物依存症 [F1x.2]

[] はICD-10 コード

各精神障害（あるいは気分（感情）障害などの疾患グループ）について、調査時点までにこれを経験していた場合を生涯経験者とし、生涯経験者が全対象者に占める割合を「生涯有病率」とした。また過去12カ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去12カ月経験者とし、この割合を「12カ月有病率」、同様に過去30日間に診断基準を満たす状態であった場合に過去30日経験者とし、この割合を「30日有病率」とした。

限 界

精神障害で現在不調の者が調査に参加しなかった可能性があるため精神障害の有病率は本調査で示したよりも高い可能性がある。

調査地域が西日本に偏っており、調査地域に大都市部が含まれていないといった問題がある。

この集計では重み付を加えていない。このため以下の2つの影響がある。1つは、無回答者による対象の偏りを補正できていないため、有病率を過小もしくは過大に評価している可能性がある。もう1つは、一部の障害の診断（外傷後ストレス障害、および精神作用物質による精神および行動の障害全ての有病率は過小評価されている可能性がある。

調査結果

人口統計学的特徴

性： 男性1,314名，女性1,673名

年齢：20-34歳486名，35-44歳452名，45-54歳586名，55-64歳612名，
65歳以上851名

精神障害の有病率

地域住民の約6人に1人（16.2%）が、調査時点までの生涯に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。また、調査時点からの過去12カ月間では地域住民の約14人に1人（7.4%）が、調査時点からの過去30日間では地域住民の約22人に1人（4.5%）が、本調査で評価した何らかの精神障害をその期間に少なくとも1つ以上経験していた。

表 ICD-10診断による精神障害の生涯・12カ月・30日有病率

	生涯		12カ月		30日	
	%	人数	%	人数	%	人数
気分(感情)障害						
重症うつ病エピソード	2.6	78	0.9	27	0.2	7
中等症うつ病エピソード	2.7	82	0.9	26	0.0	1
軽症うつ病エピソード	1.3	38	0.1	4	0.0	0
全てのうつ病エピソード	6.6	198	1.9	57	0.3	8
躁病エピソード	0.4	13	0.2	6	0.1	4
軽躁病エピソード	0.2	5	0.1	3	0.0	1
気分変調症	1.1	34	0.5	14	0.2	6
いずれかの気分(感情)障害	7.6	228	2.4	72	0.6	18
神経症性・ストレス性障害						
パニック障害	1.1	34	0.5	15	0.3	9
パニック障害をともなわない広場恐怖	1.0	31	0.5	16	0.4	11
社会恐怖	1.8	53	0.7	22	0.6	17
特定の恐怖症	5.3	159	3.3	98	2.9	87
全般性不安障害	2.0	59	1.0	30	0.3	8
外傷後ストレス障害	1.3	40	0.7	20	0.3	8
いずれかの神経症性・ストレス性障害	9.5	284	5.5	164	4.1	121
精神作用物質による精神および行動の障害						
有害な使用-アルコール	2.4	72	0.3	9	0.2	5
アルコール依存症	0.6	17	0.2	5	0.0	0
有害な使用-薬物	0.2	5	0.0	1	0.0	0
薬物依存症	0.1	2	0.0	1	0.0	0
いずれかの精神作用物質による障害	2.9	88	0.5	15	0.2	5
上記いずれかの精神障害	16.2	484	7.4	222	4.5	134

n = 2,987

IV 精神保健関係年表

年 代	精 神 保 健 事 項
1874 (明治7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、東京、京都、大阪の3府に医制(76条)を通知する。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に微毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ・東京衛戍病院に精神科病室設置 極貧の独身者にて廢疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米1石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらずと雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢疾に罹り窮迫のものは本文に準じ給与すべし。貧窮な精神病者にもこれを準用するとある。
1875 (明治8年)	<ul style="list-style-type: none"> ・京都府洛東南禅寺に京都癲狂院を設け京都府療病院の所轄とする。 (日本最初の公立精神病院) ・京都府、岩倉村の宿屋に精神病者の宿泊を禁止 ・デーニッツが警視庁において裁判医学(精神病学を含む)を講義
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸文哉著抄訳「精神病約説三卷」(Henry Maudsley, 1872) ・マックス・ベール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ・名古屋監獄に日本最初の監獄病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄兒院等の設立を掌ること ベルツ E. Baelz 東京大学医学部で精神病学を講義 ・愛知医学校の教師フォン・ローレツ A. von Roretz, 生徒開業医、警察官に訴訟医学講義、精神病院の必要を県に建議
1882 (明治15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・上野癲癪人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。
1884 (明治17年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視府布達乙第12号 許可のない患者を私立癲狂院に入院させることを禁止 ・相馬誠胤、加藤癲癪病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府癲狂院に入院の子爵相馬誠胤(元相馬藩主)を錦織剛清が夜中に病院に侵入し連れ出した。 相馬事件は明治27年まで訴訟が続いた日本で最も有名な精神病関係の訴訟である。 ・東京大学医学部精神病学教室開設、榊淑が教授となり日本人による初めての精神医学講義
1891 (明治24年)	<ul style="list-style-type: none"> ・石井亮一、白痴教育施設設立(わが国初の精神薄弱児収容施設)
1894 (明治27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁が精神病者取扱心得を發布する。
1895 (明治28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロイト精神分析を提唱する。 ・呉秀三纂訳「精神病学集要」が完結

年 代	精 神 保 健 事 項																					
1896 (明治29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・クレペリン, 近代精神病学を確立 ・陸軍省, 精神病を一等症に編入 																					
1899 (明治32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・政府精神病患者監護法案衆議院通過, 貴族院にて否決 																					
1900 (明治33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者監護法公布 																					
1901 (明治34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォルフ, トリオナル持続睡眠法創始 																					
1902 (明治35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本神経学会 (日本精神神経学会の前身) 創立 ・精神病患者慈善救済会成立 ・幼年者飲酒禁止法案議院提出 ・日本神経学会機関紙として『神経学雑誌』発刊 																					
1906 (明治39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁, 警察医員制度改正, 「精神病診断所」を職務事項に加う。 ・東京府巣鴨病院, 患者の作業室を新築, 農業, 園芸, 牧畜に乗り出す。 ・精神障害者調査 (1906年末) 総数 24,166人, 監置患者 4,658人, 仮監置 116人 <p>明治41年度入退院数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>入 院</th> <th>退 院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東京</td> <td>959</td> <td>902</td> </tr> <tr> <td>京都</td> <td>475</td> <td>470</td> </tr> <tr> <td>大阪</td> <td>493</td> <td>488</td> </tr> <tr> <td>兵庫</td> <td>175</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>275</td> <td>259</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>2,377</td> <td>2,249</td> </tr> </tbody> </table>		入 院	退 院	東京	959	902	京都	475	470	大阪	493	488	兵庫	175	130	その他	275	259	計	2,377	2,249
	入 院	退 院																				
東京	959	902																				
京都	475	470																				
大阪	493	488																				
兵庫	175	130																				
その他	275	259																				
計	2,377	2,249																				
1907 (明治40年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「医学校に精神病科設置に関する建議案」可決 																					
1908 (明治41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央慈善協会設立 ・文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。 																					
1909 (明治42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・片山, 呉ら, 中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議 																					
1910 (明治43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者の公費収容, 委託監置始まる。 ・内務省衛生局長が地方長官会議において, 府県立病院に精神病患者収容施設の設置を勧奨 																					
1911 (明治44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・官立精神病院設置建議案を提出 ・内務省衛生局長, 地方長官に通牒して警察巡閲規則の巡閲事項に精神病に関するものを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の実地調査 																					
1917 (大正6年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者全国一斉調査結果 総 数 64,941人 入 院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ・日本精神医学会創立 ・感化院法公布 																					

年 代	精 神 保 健 事 項
1919 (大正 8 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法公布 ・大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ・内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ・日本精神病医協会設立
1921 (大正10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省, 低能児教育調査会設置
1923 (大正12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生協会発足 ・日本心理学会発足
1930 (昭和 5 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回国際精神衛生会議
1932 (昭和 7 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回全国公立及び代用精神病院院主院長会議, 内務大臣により招集 ・精神薄弱児童研究会設置
1934 (昭和 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国民優生法公布
1943 (昭和18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立国府台病院, 精神衛生センターとして発足, 同病院にはじめて精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950 (昭和25年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法公布
1951 (昭和26年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所設置 ・精神衛生普及会発足 ・全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO顧問としてレムカウ Paul V. Lemkau 及びブレイン Daniel Blain来日, わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 ・日本精神衛生連盟結成, 世界精神衛生連盟に加盟 ・第 1 回全国精神衛生大会
1954 (昭和29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回全国精神衛生相談所長会議 ・精神衛生実態調査

年 代	精 神 保 健 事 項
1955 (昭和30年)	・ 覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	・ 厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 ・ 在院精神障害者実態調査
1957 (昭和32年)	・ 精神病の治療指針 (保険局長・公衆衛生局長通知) ・ 新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 ・ 病院精神医学懇話会発足
1958 (昭和33年)	・ 緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	・ 精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	・ 精神薄弱者福祉法 ・ 第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	・ 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ・ 精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	・ 精神衛生法改正の動きが起さる。(日本精神病院協会, 日本精神神経学会, 厚生省が検討を始める) ・ 全国精神衛生連絡協議会発足 ・ 精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ・ 精神衛生実態調査 ・ 国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	・ ライシャワー駐日米国大使刺傷事件, 警察庁から厚生省に対し, 法改正の意見を具申 ・ 精神衛生法改正に関する精神衛生審議会の中間答申
1965 (昭和40年)	・ 精神衛生法改正案, 国会で可決 ・ 精神衛生センターの設置, 保健所の業務に精神衛生が加わる。 ・ 精神障害者家族会発足 ・ 緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	・ 保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)
1967 (昭和42年)	・ 地域精神医学会設立 ・ 日本精神病院協会精神衛生法改正委員会社会復帰施設についての委員会答申まとめる。
1968 (昭和43年)	・ WHO技術援助計画に基づく勧告 ・ 医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申 —— 精神病床1万対25床 ・ 中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。 ・ 精神障害関係医療費, 結核のそれをはじめて凌駕
1969 (昭和44年)	・ 精神衛生センター運営要領について (公衆衛生局長通知) ・ 精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案を中央精神衛生審議会に諮問

年 代	精 神 保 健 事 項
1969 (昭和44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会保安処分に関する意見をただす ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学会理事会「精神病院に多発する不詳事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970 (昭和45年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・心身障害者対策基本法公布 ・精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971 (昭和46年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ・法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972 (昭和47年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省精神衛生思想普及費, 精神病院技術職員等研修費, 児童精神科専門医研修費, A級精神衛生センターにおけるアイ・ケア事業運営費予算化 ・精神科カウンセリング科新設
1973 (昭和48年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ・第21回全国精神衛生大会(金沢)の開催中止
1974 (昭和49年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科作業療法, 精神科アイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ・日本精神神経科診療所医会結成 ・アイ・ケア施設整備費予算化
1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における社会復帰相談指導事業の実施 ・アルコール中毒臨床医等研修費予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者措置入院制度の適正な運用について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科アイ・ケア研修を実施
1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費, 精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会(大阪)の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人精神病棟に関する意見」 ・アルコール健康医学協会設立 ・職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 ・職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ・国際障害者年精神衛生国際セミナー開催 ・覚せい剤緊急対策策定

年 代	精 神 保 健 事 項
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院患者リハビリテーション事業実施 ・老人保健法成立 ・老人精神衛生相談事業予算化
1983 (昭和58年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「覚せい剤中毒者対策に関する意見, 老人精神保健対策に関する意見」 ・公衆衛生審議会精神衛生部会に「緊急精神医療対策専門委員会, アルコール関連問題対策専門委員会」の設置
1984 (昭和59年)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における防火防災対策の強化について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・精神病院に対する指導監督等の強化徹底について (公衆衛生局長, 医務局長, 社会局長通知) ・公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称 ・精神障害者の国立病院及び国立療養所への入院措置について (保健医療局長通知) ・精神障害者小規模保護作業所調査
1985 (昭和60年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康づくり推進事業予算化 ・国連経済社会理事会, 国連人権委員会, 差別防止及び少数者保護小委員会において精神衛生法の改正について精神保健課長発言 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「アルコール関連問題対策に関する意見」 ・精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて (保健医療局長通知) ・精神障害者共同住居調査
1986 (昭和61年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科集団精神療法, 精神科ナイト・ケア, 精神科訪問看護指導料等が社会保険診療報酬で点数化 ・精神障害回復者社会復帰施設の運営について〔デイ・ケア施設の名称変更〕(保健医療局長通知) ・保健所における精神科通院医療中断者保健サービス事業の実施について(保健医療局長通知) ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「精神障害者の社会復帰に関する意見」 ・国立精神・神経センター設立(国立精神衛生研究所廃止) ・公衆衛生審議会精神衛生部会の中間メモ「精神衛生法改正の基本的な方向について」
1987 (昭和62年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者小規模作業所運営助成事業の実施 ・精神衛生法改正案, 国会で可決 ・保健所における精神衛生業務中のデイ・ケア事業について (保健医療局長通知) ・精神科デイ・ケア施設の運営について〔精神障害回復者社会復帰施設の名称変更〕(保健医療局長通知) ・精神障害者援護寮の運営について〔精神衛生社会生活適応施設の名称変更〕(保健医療局長通知)

年 代	精 神 保 健 事 項
1988 (昭和63年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健法(昭62年, 法律第98号)施行 ・精神保健法に基づく各基準等の告示 ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行について(依命通知・保健医療局長通知) ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行に伴う関係通知の見直しについて(保健医療局長通知) ・精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について(精神保健課長通知) ・精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について(保健医療局長通知)
1989 (平成元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について(保健医療局長通知) ・精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について(保健医療局長通知) ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について(保健医療局長通知)
1990 (平成2年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について(保健医療局長通知) ・心の健康づくり推進モデル事業実施要領について(保健医療局長通知)
1991 (平成3年)	<ul style="list-style-type: none"> ・老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について(保健医療局長通知) ・公衆衛生審議会意見具申「地域精神保健対策に関する中間意見」及び「処遇困難患者に関する中間意見」 ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の改正について(保健医療局長通知)
1991 (平成3年)	<ul style="list-style-type: none"> ・性に関する心の悩み相談事業の実施について(保健医療局長通知) ・精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰相談窓口)の実施について(保健医療局長通知) ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱の一部改正について(保健医療局長通知) ・地域保健医療計画作成に当たっての老人性痴呆疾患対策に関する留意事項について(精神保健課長, 計画課長通知)
1992 (平成4年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の改正について(保健医療局長通知) ・第40回精神保健全国大会開催
1993 (平成5年)	<ul style="list-style-type: none"> ・今後における精神保健対策について(意見書, 公衆衛生審議会) ・精神保健法等の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問, 同答申 ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を社会保障制度審議会に諮問(答申4.28) ・精神保健法等の一部を改正する法律の成立(公布6月18日) ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の一部改正について(精神障害者ショートステイ施設の追加, 保健医療局長通知) ・世界精神保健連盟1993年世界会議の開催(～27, 幕張メッセ) ・今後におけるアルコール関連問題予防対策について(提言, 公衆衛生審議会アルコール関連問題専門委員会)

年 代	精 神 保 健 事 項
1994 (平成 6 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心身障害者対策基本法の一部を改正する法律の成立 (公布12月3日) ・精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について (事務次官通知) ・精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について (保健医療局長通知) ・精神病院における常勤の指定医の確保の徹底等について (保健医療局長通知) ・精神障害者社会復帰促進センターとして, (財)全国精神障害者家族会連合会を指定 ・初老期における痴呆対策検討委員会報告 (初老期における痴呆対策検討委員会) ・当面の精神保健対策について (意見書, 公衆衛生審議会) ・厚生省内に事務次官を本部長として障害者保健福祉施策推進本部を設置
1995 (平成 7 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・阪神・淡路大震災発生 (担当官の現地派遣, メンタルヘルス対策等) ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問, 同答申 ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を社会保障制度審議会に諮問 (答申 2.3) ・市町村の障害者計画策定に関する指針について (市町村障害者計画ガイドラインの策定) (内閣総理大臣官房内政審議室長通知) ・精神保健法の一部を改正する法律の成立 (公布 5月19日) ・精神保健法の一部を改正する法律の施行について (事務次官通知) ・精神保健法の一部を改正する法律の施行について (保健医療局長通知) ・「障害者週間」の設定について (障害者対策推進本部決定) ・厚生省障害者保健福祉施策推進本部中間報告 ・障害者週間の実施について (保健医療局長, 社会・援護局長, 児童家庭局長通知) ・精神障害者保健福祉手帳の試案に関して当事者に対する説明及び意見聴取を実施 (東京, 札幌, 名古屋, 長崎の4か所で実施, 大阪では開催できず) ・地域精神保健福祉対策促進事業の実施について (保健医療局長通知) ・精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について ・精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について (保健医療局長通知) ・精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について (保健医療局長通知) ・精神病院入院患者と来院との面会に関する疑義照会について (精神保健課長通知) ・精神障害者保健福祉手帳制度の施行のお知らせ及び手帳の交付を受けた者に対する関連施策の協力依頼について (保健医療局長通知) ・精神科救急医療システム整備事業の実施について (保健医療局長通知) ・精神保健相談の円滑実施について (精神保健課長通知) (オウム真理教問題の関連として, 各都道府県担当部(局)長あて通知) ・総務庁行政監察局による定期調査結果 (精神保健対策に関する調査) に基づく勧告 ・障害者プラン (ノーマライゼーション7か年戦略) の策定 (障害者対策推進本部決定)

年 代	精 神 保 健 事 項
1996 (平成 8 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉センター運営要領について (保健医療局長通知) ・保健所及び市町村における精神保健福祉業務について (保健医療局長通知) ・精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件の告示 ・厚生大臣の定める指定病院の基準を定める件の告示 ・大阪市特例の施行について (保健医療局長通知) ・精神保健福祉法施行規則の一部改正等 (精神保健指定医関係) について (保健医療局長通知) ・精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について (精神保健福祉課長通知) ・精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について (保健医療局長通知) ・応急入院指定病院の指定の促進について (精神保健福祉課長通知) ・大都市特例の施行に係る留意事項について (事務連絡) ・精神保健福祉法第29条及び第32条の公費負担者番号について (精神保健福祉課長通知) ・障害保健福祉部の創設 ・精神保健福祉課に名称変更
1997 (平成 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士法案要綱を公衆衛生審議会に諮問, 同答申 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申 (公衆衛生審議会) [大和川病院関係] ・今後の障害保健福祉施策の在り方について中間報告 (障害三審議会合同企画分科会) ・精神保健福祉士法の成立 (公布12月19日)
1998 (平成10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士法施行 (4月1日) ・光感受性発作に関する研究報告 ・公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会を設置 ・精神病院に対する指導監督等の徹底について (障害保健福祉部長, 健康政策局長, 医薬安全局長, 社会・援護局長通知) ・第1回ケアマネージメント指導者養成研修事業実施 ・精神保健福祉士指定試験機関及び登録機関として(財)社会福祉振興・試験センターを指定 ・精神保健福祉士の指定講習会 (現任者の経過措置) を実施 ・国立療養所厚済病院事件に対する改善命令 (新潟県) ・性同一性障害による初の性転換手術 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の6第1項に基づき国が初めて国立精神病院・療養所に対し立入検査を実施
1999 (平成11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回精神保健福祉士試験実施 ・公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会報告 ・今後の精神保健福祉施策について (意見書・公衆衛生審議会) ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問・答申

年 代	精 神 保 健 事 項
1999 (平成11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（公衆衛生審議会）[厚済病院事件関係] ・精神病院においてインフルエンザにより患者が多数死亡（多度病院） ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の成立（公布6月4日） ・精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行事業の実施について（障害保健福祉部長通知） ・長期在院患者の療養体制整備事業の実施について（障害保健福祉部長通知）
2000 (平成12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回精神保健福祉士試験実施 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行について（障害保健福祉部長通知） ・精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の公布 ・精神障害者の移送に関する事務処理基準について（障害保健福祉部長通知） ・精神病床の設備構造等の基準について（意見書、公衆衛生審議会）
2001 (平成13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省と労働省が統合し、厚生労働省に ・第3回精神保健福祉士試験実施 ・第1回全国こころの美術展開催 ・「社会的ひきこもり」対応ガイドラインの作成、「ひきこもり」の相談状況についての調査結果発表（厚生科学研究） ・精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（医道審議会）[朝倉病院関係]
2002 (平成14年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健指定医の取り消し処分について答申（医道審議会）[指定医の不正申請関係] ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行（在宅福祉事業に、精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプサービス）及び精神障害者短期入所事業（ショートステイ）を追加） ・「今後の精神保健医療福祉施策について」（報告書：社会保障審議会障害者部会精神障害分会） ・精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）設置 ・「自殺予防に向けての提言」（報告書：自殺防止対策有識者懇談会）
2003 (平成15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告：精神保健福祉対策本部） ・心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の成立（公布7月16日） ・司法精神医療専門病棟整備事業の実施について（障害保健福祉部長通知）

年 代	精 神 保 健 事 項
2004 (平成16年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「こころのバリアフリー宣言」(報告：心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会) ・「精神保健福祉の改革ビジョン」(報告：精神保健福祉対策本部) ・「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」公表
2005 (平成17年)	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者自立支援法の成立(公布11月7日)(同法附則において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部も改正され、精神分裂病から統合失調症への名称変更、特定医師による応急入院の特例等が設けられる。)
2006 (平成18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神・障害保健課に課名変更 ・精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し(4月1日施行) ・精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の成立(公布6月23日)(精神病院から精神科病院への名称変更) ・精神障害者保健福祉手帳へ写真貼付欄を追加(10月1日施行)

V そ の 他

1 各都道府県・指定都市精神保健福祉担当課一覧 (平成18年4月1日現在)

都道府県	精神保健主管部(局) 主管課名	自立支援関係主管部(局) 主管課名(総合窓口)	電話番号(代表)	郵便番号	所在地
北海道	保健福祉部障害者保健福祉課	保健福祉部障害者保健福祉課	011(231)4111	060-8588	札幌市中央区北3条西6丁目
青森県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課	017(722)1111	030-8570	青森市長島1丁目1
岩手県	保健福祉部障害者保健福祉課	保健福祉部障害者保健福祉課	019(651)3111	020-8570	盛岡市内丸10番1号
宮城県	保健福祉部障害福祉課	保健福祉部障害福祉課企画推進課	022(211)2111	980-8570	仙台市青葉区本町3丁目8番1号
秋田県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課	018(860)1111	010-8570	秋田市山王4丁目1番1号
山形県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課	023(630)2211	990-8570	山形市松波2の8
福島県	保健福祉部障がい者支援グループ	保健福祉部障がい者支援グループ	024(521)1111	960-8670	福島市杉妻町2の16
茨城県	保健福祉部障害福祉課	保健福祉部障害福祉課	029(301)1111	310-8555	水戸市笠原町978の2
栃木県	保健福祉部健康増進課	保健福祉部障害福祉課	028(623)2323	320-8501	宇都宮市橋田1の1の20
群馬県	健康福祉局保健予防課	健康福祉局障害政策課	027(223)1111	371-8570	前橋市大手町1丁目1番1号
埼玉県	福祉部障害者福祉課	福祉部障害者福祉課	048(824)2111	330-9301	さいたま市浦和区高砂3-15-1
千葉県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課地域生活支援	043(223)2110	260-8667	千葉市中央区市場町1の1
東京都	福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課	福祉保健局障害者施策推進部計画課	03(5321)1111	163-8001	新宿区西新宿2丁目8番1号
神奈川県	保健福祉部障害福祉課	保健福祉部障害福祉課自立支援調整班	045(210)1111	231-8588	横浜市中区日本大通1
新潟県	福祉保健部健康対策課	福祉保健部障害福祉課	025(285)5511	950-8570	新潟市新光町4番地1
富山県	厚生部健康課	厚生部障害福祉課	076(431)4111	930-8501	富山市新総曲輪1番7号
石川県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害者保健福祉課	076(225)1111	920-8580	金沢市鞍月1の1
福井県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課	0776(21)1111	910-8570	福井市大野1丁目17番1号
山梨県	福祉保健部健康増進課	福祉保健部障害福祉課	055(237)1111	400-8501	甲府市丸の内1丁目6の1
長野県	社会部健康づくりチーム	社会部障害福祉チーム	026(232)0111	380-8570	長野市大字南長野字幅下692-2
岐阜県	健康福祉部保健医療課	健康福祉部障害福祉課	058(272)1111	500-8570	岐阜市藪田南2-1-1
静岡県	健康福祉部障害者支援総合精神保健福祉室	健康福祉部障害者支援総合障害者プラン推進室	054(221)2455	420-8601	静岡市葵区追手町9番6号
愛知県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課	052(961)2111	460-8501	名古屋市中区三の丸3丁目1番2号
三重県	健康福祉部障害福祉室	健康福祉部障害福祉室	059(224)3070	514-8570	津市広明町13
滋賀県	健康福祉部健康増進課	健康福祉部障害者自立支援課	077(524)1121	520-8577	大津市京町4丁目1番1号
京都府	保健福祉部障害者支援室	保健福祉部障害者支援室	075(451)8111	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入敷7内町
大阪府	健康福祉部精神保健疾病対策課	健康福祉部障害者保健福祉室計画推進課	06(6941)0351	540-8570	大阪市中央区大手前2の1の22
兵庫県	健康生活部福祉局障害福祉課	健康生活部福祉局障害福祉課	078(341)7711	650-8567	神戸市中央区下山手通5の10の1
奈良県	福祉部健康安全局健康増進課	福祉部障害福祉課	0742(22)1101	630-8501	奈良市登大路町30
和歌山県	福祉保健部健康局健康対策課	福祉保健部障害福祉課	073(432)4111	640-8269	和歌山市小松原通1の1
鳥取県	福祉保健部障害福祉課	福祉保健部障害福祉課地域生活支援室	0857(26)7111	680-8570	鳥取市東町1の220
島根県	健康福祉部障害者福祉課	健康福祉部障害者福祉課	0852(22)5111	690-8501	松江市殿町1番地
岡山県	保健福祉部健康対策課	保健福祉部障害福祉課	086(224)2111	700-8570	岡山市内山下2の4の6
広島県	保健福祉部福祉保健総務室保健対策	福祉保健部社会福祉局障害者支援室	082(228)2111	730-8511	広島市中区基町10の52
山口県	健康福祉部健康増進課	健康福祉部障害者支援課	083(922)3111	753-8501	山口市滝町1番1号
徳島県	健康福祉部健康増進課	健康福祉部障害福祉課	088(621)2500	770-8570	徳島市万代町1丁目
香川県	健康福祉部障害福祉課	健康福祉部障害福祉課	087(831)1111	760-8570	高松市番町4丁目1番10号
愛媛県	保健福祉部健康衛生局健康増進課	保健福祉部生きがい推進局障害福祉課	089(941)2111	790-8570	松山市一番町4の4の2
高知県	健康福祉部健康づくり課	健康福祉部障害福祉課	088(823)1111	780-8570	高知市丸の内1の2の20
福岡県	保健福祉部障害者福祉課	保健福祉部障害者福祉課	092(651)1111	812-8577	福岡市博多区東公園7の7
佐賀県	健康福祉本部健康増進課	健康福祉本部障害福祉課	0952(24)2111	840-8570	佐賀市城内1丁目1番59号
長崎県	福祉保健部障害福祉課	福祉保健部障害福祉課	095(824)1111	850-8570	長崎市江戸町2番13号
熊本県	健康福祉部障害者支援総合室	健康福祉部障害者支援総合室	096(383)1111	862-8570	熊本市水前寺6の18の1
大分県	福祉保健部障害福祉課	福祉保健部障害福祉課	097(536)1111	870-8501	大分市大手町3丁目1番1号
宮崎県	福祉保健部障害福祉課	福祉保健部障害福祉課	0985(26)1111	880-8501	宮崎市橋通東2丁目10番1号
鹿児島県	保健福祉部障害福祉課	保健福祉部障害福祉課	099(286)2111	890-8577	鹿児島市鴻池新町10の1
沖縄県	福祉保健部障害者保健福祉課	福祉保健部障害者保健福祉課	098(866)2333	900-8570	那覇市泉崎1-2-2

指定都市名	精神保健主管部(局) 主管課名	自立支援関係主管部(局) 主管課名(総合窓口)	電話番号(代表)	郵便番号	所在地
札幌市	保健福祉局保健福祉部障がい福祉課	保健福祉局保健福祉部障がい福祉課	011(211)2111	060-8611	札幌市中央区北1条西2丁目
仙台市	健康福祉局健康福祉部障害企画課	健康福祉局健康福祉部障害企画課	022(261)1111	980-8671	仙台市青葉区国分町3丁目7-1
さいたま市	保健福祉局福祉部障害福祉課/健康部健康増進課	保健福祉局福祉部障害福祉課	048(829)1111	330-9588	さいたま市浦和区常盤6-4-4
千葉市	保健福祉局高齢障害課 障害者自立支援課	保健福祉局高齢障害課 障害者自立支援課	043(245)5111	260-8722	千葉市中央区千葉港1番1号
横浜市	保健福祉局障害福祉部 精神保健福祉課	健康福祉局障害福祉部障害福祉課	045(671)2121	231-0017	横浜市中区港町1-1
川崎市	健康福祉局障害保健福祉部 精神保健福祉課	健康福祉局障害保健福祉部 精神保健福祉課	044(200)2111	210-8577	川崎市川崎区宮本町1番地
静岡市	保健福祉局保健衛生部 保健衛生総務課	保健福祉局福祉部障害者福祉課	054(254)2111	420-8602	静岡市葵区追手町5番1号
名古屋市	健康福祉局障害福祉部障害企画課	健康福祉局障害福祉部障害者支援課	052(961)1111	460-8508	名古屋市中区三の丸3丁目1番1号
京都市	保健福祉局保健福祉部 障害保健福祉課	保健福祉局保健福祉部障害企画課	075(222)3111	604-8571	京都市中京区寺町通御池上る 本能寺前町488
大阪市	健康福祉局健康推進部 健康推進部の健康センター	健康福祉局障害者施策部障害福祉課	06(6208)8181	530-8201	大阪市北区中之島1丁目3番20号
堺市	健康福祉局健康福祉部精神保健福祉課	健康福祉局福祉推進部障害福祉課	072(233)1101	590-0078	堺市堺区南瓦町3番1号
神戸市	保健福祉局障害福祉部 健康推進部の健康センター	保健福祉局障害福祉部自立支援課	078(672)6500 078(331)8181	652-0897 650-8570	神戸市兵庫区駅南通5-1-2-300(セナ) 神戸市中央区加納町6丁目5番1号(本庁)
広島市	社会局精神保健福祉室	社会局障害福祉課	082(245)2111 082(504)2228	730-8586	広島市中区国泰寺町1-6-34
北九州市	保健福祉局障害福祉部障害福祉課	保健福祉局障害福祉部 障害福祉課	093(582)2102	803-8501	北九州市小倉北区城内1番1号
福岡市	保健福祉局保健医療部保健予防課	保健福祉局障がい者部 障がい保健福祉課	092(711)4111	810-8620	福岡市中央区天神1丁目8番1号

2 精神保健福祉センター一覧

(平成18年4月1日現在)

都道府県指定都市	センター名	開設月	単独/合同/別	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	北海道立精神保健福祉センター	昭43.4	単独	003-0027	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011-864-7121
青森県	青森県立精神保健福祉センター	平6.11	単独	038-0031	青森市大字三内字沢部353番地92	017-787-3951
岩手県	岩手県精神保健福祉センター	昭48.7	合同	020-0015	盛岡市本町通3丁目19番1号	019-629-9617
宮城県	宮城県精神保健福祉センター	平13.4	単独	989-6117	大崎市古川旭5丁目7-20	0229-23-0021
秋田県	秋田県精神保健福祉センター	昭54.7	合同	019-2413	大仙市塩和上渡川字五百刈田352番地	118-892-3773
山形県	山形県精神保健福祉センター	昭47.4	単独	990-0021	山形市小白川町2丁目3-30	023-624-1217
福島県	福島県精神保健福祉センター	平7.10	合同	960-8012	福島市御山町8-30	024-535-3556
茨城県	茨城県精神保健福祉センター	平3.6	合同	310-0852	水戸市笠原町993-2	029-243-2870
栃木県	栃木県精神保健福祉センター	昭43.4	単独	329-1104	河内郡河内町下岡本2145-13	028-673-8785
群馬県	群馬県こころの健康センター	昭61.1	単独	379-2166	前橋市野中町368番地	027-263-1166
埼玉県	埼玉県立精神保健福祉センター	昭40.7	合同	362-0806	北足立郡伊奈町小室818-2	048-723-1111
千葉県	千葉県精神保健福祉センター	昭46.2	単独	260-0801	千葉市中央区仁戸名町666-2	043-263-3891
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	昭47.10	単独	156-0057	世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575
	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	平4.4	単独	206-0036	多摩市中沢2-1-3	042-376-1111
	東京都立精神保健福祉センター	昭41.7	単独	110-0004	台東区下谷1-1-3	03-3842-0948
神奈川県	神奈川県精神保健福祉センター	昭35.4	単独	233-0006	横浜市港南区芹が谷2-5-2	045-821-8822
新潟県	新潟県精神保健福祉センター	昭43.4	単独	950-0994	新潟市上所2丁目2-3	025-280-0111
富山県	富山県心の健康センター	昭40.10	合同	939-8222	富山市鱈川459番1	076-428-1511
石川県	石川県こころの健康センター	昭41.10	合同	920-8201	金沢市鞍月東2丁目6番地	076-238-5761
福井県	福井県精神保健福祉センター	平16.3	単独	910-0005	福井市大手3丁目7-1(磯城ビル2階)	0776-26-7100
山梨県	山梨県立精神保健福祉センター	昭46.4	合同	400-0005	甲府市北新1丁目2-12	055-254-8644
長野県	長野県精神保健福祉センター	昭47.10	合同	380-0928	長野市若里7-1-7	026-227-1810
岐阜県	岐阜県精神保健福祉センター	昭33.4	合同	500-8385	岐阜市下奈良2-2-1 福祉・農業会館内	058-273-1111
静岡県	静岡県精神保健福祉センター	昭41.4	合同	422-8031	静岡市駿河区有明町2-20	054-286-9245
愛知県	愛知県精神保健福祉センター	昭46.4	合同	460-0001	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号	052-962-5377

都道府県 指定都市	セ ン タ ー 名	開 設 年 月	単独 合同の 別	郵便番号	所 在 地	電 話 番 号
三重県	三重県こころの健康センター	昭61. 5	合同	514-1101	久居市明神町2501-1	059-255-2151
滋賀県	滋賀県立精神保健福祉センター	平 4. 9	合同	525-0072	草津市笠山8-4-25	077-567-5010
京都府	京都府精神保健福祉総合センター	昭57. 6	単独	612-8416	京都市伏見区竹田流池町120	075-641-1810
大阪府	大阪府こころの健康総合センター	平 6. 4	単独	558-0056	大阪市住吉区万代東3-1-46	06-6691-2811
兵庫県	兵庫県立精神保健福祉センター	昭41. 4	合同	651-0073	神戸市中央区臨浜海岸通1-3-2	078-252-4980
奈良県	奈良県精神保健福祉センター	昭64. 1	単独	633-0062	桜井市粟殿1000番地	0744-43-3131
和歌山県	和歌山県精神保健福祉センター	昭56. 4	単独	640-8319	和歌山市手平2丁目1-2	073-435-5194
鳥取県	鳥取県立精神保健福祉センター	平 3.10	合同	680-0901	鳥取市江津318番地1	0857-21-3031
鳥根県	鳥根県立心と体の相談センター	昭53.10	合同	690-0011	松江市東津田町1471-3	0852-32-5905
岡山県	岡山県精神保健福祉センター	昭46. 4	合同	703-8278	岡山市古京町1-1-10-101	086-272-8839
広島県	広島県立総合精神保健福祉センター	昭62. 8	単独	731-4311	安芸郡坂町北新地2-3-77	082-884-1051
山口県	山口県精神保健福祉センター	昭47. 4	合同	755-0241	宇部市東岐波東小沢4004-2	0836-58-3480
徳島県	徳島県精神保健福祉センター	昭28.12	単独	770-0855	徳島市南蔵町3丁目80番地	088-625-0610
香川県	香川県精神保健福祉センター	昭42. 4	合同	760-0068	高松市松島1丁目17番28号	087-831-3151
愛媛県	愛媛県精神保健福祉センター	昭47. 4	合同	790-0023	松山市末広町1-1	089-921-3880
高知県	高知県立精神保健福祉センター	昭48. 4	合同	780-0850	高知市丸ノ内2丁目4-1	088-821-4966
福岡県	福岡県精神保健福祉センター	昭41. 5	合同	816-0804	春日市原町3丁目1番7	092-582-7500
佐賀県	佐賀県精神保健福祉センター	昭59. 1	単独	845-0001	小城市小城町178-9	0952-73-5060
長崎県	長崎県精神保健福祉センター	昭44.10	単独	856-0825	大村市西三城町12番地	0957-54-9124
熊本県	熊本県精神保健福祉センター	昭47. 4	単独	860-0844	熊本市水道町9-16	096-359-6401
大分県	大分県精神保健福祉センター	昭50. 4	単独	870-1155	大分市大字玉沢字平石908番地	097-541-6290
宮崎県	宮崎県精神保健福祉センター	昭49.10	合同	880-0032	宮崎市霧島1-1-2	0985-27-5663
鹿児島県	鹿児島県精神保健福祉センター	昭42. 4	単独	890-0065	鹿児島市郡元3丁目3-5	099-255-0617
沖縄県	沖縄県立総合精神保健福祉センター	昭49. 3	単独	901-1104	南風原町字宮平212	098-888-1443
札幌市	札幌市精神保健福祉センター	平 9. 4	合同	060-0042	札幌市中央区大通西19丁目	011-622-0556
仙台市	仙台市精神保健福祉総合センター	平 9. 4	単独	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居沢1-6	022-265-2191
さいたま市	さいたま市こころの健康センター	平15. 4	合同	338-0003	さいたま市中央区本町東4丁目4番3号	048-851-5665
千葉市	千葉市こころの健康センター	平13. 7	単独	261-0003	千葉市美浜区高浜2-1-16	043-204-1582
横浜市	横浜市こころの健康相談センター	平14. 4	合同	231-0017	横浜市中区港町1-1	045-681-2525
川崎市	川崎市精神保健福祉センター	平14. 4	単独	210-0004	川崎市川崎区宮本町2-32 J A セレサみなみビル4階	044-200-3195
静岡市	静岡市こころの健康センター	平17. 4	合同	422-8006	静岡市駿河区曲金三丁目1-30	054-285-0434
名古屋	名古屋市精神保健福祉センター	平12.12	合同	453-0024	名古屋市中村区名東町4丁目7番地の18	052-483-2095
京都市	京都市こころの健康増進センター	平 9. 4	合同	604-8845	京都市中京区壬生東高田町1番地の15	075-314-0355
大阪市	大阪市こころの健康センター	平12. 4	単独	545-0051	大阪市阿倍野区旭町1-2-7-401	06-6636-7870
堺市	堺市こころの健康センター	平18. 4	単独	591-8021	堺市北区新金岡町5-1-4 北区役所5階	072-258-6646
神戸市	神戸市こころの健康センター	平13. 4	単独	652-0897	神戸市兵庫区駅南通5丁目1番2-300号	078-672-6500
広島市	広島市精神保健福祉センター	平 5. 4	合同	730-0043	広島市中区富士見町11番27号	082-245-7731
北九州市	北九州市立精神保健福祉センター	平 9. 4	単独	802-8560	北九州市小倉北区馬場1-7-1	093-522-8729
福岡市	福岡市精神保健福祉センター	平12.11	合同	810-0073	福岡市中央区舞鶴2丁目5-1	092-737-8825
合計 62都道府県・指定都市 64施設						

3. 主な関係団体一覧

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	設立年月日
社団	日本精神保健福祉連盟	〒108-0023 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3308	(会 長) 保崎 秀夫	1. 精神保健福祉諸団体との相互連絡と事業調整 2. 精神保健福祉に関する広報他	昭45. 9. 17
社団	日本精神科病院協会	〒108-8854 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3311	(会 長) 鮫島 健	精神病院その他精神障害者に対する施設の 管理運営の改善・職員の教育指導	昭29. 7. 6
財団	日本精神衛生会	〒162-0851 新宿区弁天町91 3269-6932	(理事長) 廣瀬 徹也	1. 精神衛生思想の普及活動 2. 精神衛生相談	昭25. 8. 14
財団	復 光 会	〒273-8540 千葉県船橋市市場3-3-1 0474-22-3509	(理事長) 正木 馨	1. 麻薬中毒者の収容治療施設の設置・運営 2. 薬物及びアルコール中毒者の医療の研究	昭27. 8. 11
財団	全国精神障害者 家族会連合会	〒110-0004 台東区下谷1-4-5 恵友記念会館 3845-5084	(理事長) 小松 正泰	1. 精神障害者及びその家族の指導と援護 2. 精神保健思想の普及・啓蒙	昭42. 2. 8
社団	全日本断酒連盟	〒101-0032 千代田区岩本町3-2-2 エスコート神田岩本町101号 3863-1600	(理事長) 三田 義久	1. 酒害の啓蒙 2. 地域断酒組織の結成促進	昭45. 7. 15
社団	日本てんかん協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-8 全国心身障害児福祉財団ビル内 3202-5661	(会 長) 鶴井 啓司	てんかんに関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭56. 2. 4
財団	てんかん治療研究 振興財団	〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8 06-6203-1819	(理事長) 宮武健次郎	てんかんに関する基礎・臨床研究に対する 助成	昭62. 9. 29
社団	日本精神神経診療所協会	〒151-0053 渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル302号室 3320-1423	(会 長) 三野 進	診療所における地域精神保健事業について の調査及び研究等	平 7. 3. 15
財団	神 経 研 究 所	〒162-0851 新宿区弁天町91 3260-9171	(理事長) 本多 裕	精神医学の基礎的研究及び付属病院の経営	昭26. 2. 1
財団	明治安田こころの健康財団	〒171-0033 豊島区高田3-19-10 明治安田生命高田馬場第二ビル 3986-7021	(理事長) 笹野 真民	子供の精神衛生に関する啓蒙奉仕活動	昭40. 4. 1
社団	日本精神科看護技術協会	〒103-0002 府中央区日本橋馬喰町2-3-2 セントアビル8 F 3667-8661	(会 長) 藤丸 成	精神科看護の充実向上・精神衛生思想の普及 等	昭51. 5. 15
財団	メンタルヘルス 岡本記念財団	〒541-0056 大阪市中央区久太郎町1-9-18 (三栄ビル内) 06-6262-6862	(理事長) 岡本 常男	神経症の精神療法等に関する研究や啓蒙活動 に対する助成	昭63. 7. 28
財団	精神・神経科学振興財団	〒187-8851 小平市小川東町4-1-1 042-347-5266	(会 長) 里吉栄二郎	精神・神経疾患等に関する基礎的、臨床的 調査研究及び精神保健に関する調査研究に 対する助成	平 3. 9. 1
財団	小寺記念精神分析 研究財団	〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷1-20-1 パークアベニュー505 3746-3377	(理事長) 狩野力八郎	精神分析及び精神分析療法に関する研究等	平 5. 2. 2
財団	パブリックヘルス リサーチセンター	〒169-0051 新宿区西早稲田1-18-9 早稲田平井ビル6 F 5287-5070	(理事長) 奥島 孝康	ストレスが心身の健康に及ぼす影響に関する 調査研究等	昭59. 2. 2

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	設立年月日
社団	日本精神保健福祉士協会	〒160-0022 新宿区新宿1-11-1 T S Kビル7 F-B 5366-3152	(会 長) 竹中 秀彦	精神保健福祉士に関する情報誌の発行、精神保健福祉士に対する各種研修の実施等	平16. 6. 1
財団	日本知的障害者福祉協会	〒105-0013 港区浜松町2-7-19 3438-0466 (秀和第2浜松町ビル6階)	(会 長) 小坂 孫次	知的障害に関する調査研究等	昭42. 8. 8 (9.10)
財団	前川報恩会	〒135-0046 江東区牡丹2-13-1 3642-1566	(理事長) 前川 正雄	自然科学特に精神医学および身体障害者関係の医学の研究に従事する者に対する研究費の補助等	昭42. 12. 22
財団	日本ダウン症協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害児福祉財団ビル 5287-6418	(理事長) 玉井 邦夫	ダウン症等に関する調査研究等	昭43. 03. 29
財団	日母おぎゃー献金基金	〒162-0844 新宿区市谷八幡町1 4 番地 市ヶ谷中央ビル 3269-4787	(理事長) 坂本 正一	心身障害児施設に対する助成等	昭54. 08. 01
社団	日本発達障害福祉連盟	〒102-0072 千代田区飯田橋2-4-3 ルート飯田橋ビル4 F 5275-1128	(会 長) 金子 健	知的障害関係団体との相互連絡と事業調整等	昭49. 10. 01
社団	日本重症児福祉協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害児福祉財団ビル 3204-2202	(会 長) 江草 安彦	重症心身障害児施設の運営に関する調査研究等	昭52. 03. 24
社団	日本自閉症協会	〒104-0044 中央区明石町6-22 ダヴィンチ築地2 6 F 3545-3380	(会 長) 石井 哲夫	自閉症児・者の援護・育成及び自閉症に関する社会一般への啓蒙等	平01. 10. 06
社福	全国精神障害者社会復帰施設協会	〒113-0034 文京区湯島3-14-8 加田湯島ビル5F 03-5812-0830	(理事長) 新保 祐元	1. 施設間の情報交換及び施設職員の研修 2. 精神保健並びに施設に関する調査・研究	平 6.12. 9
社福	全日本手をつなぐ育成会	〒105-0003 港区西新橋2-16-1 3431-0668 (全国たばこセンタービル8F)	(理事長) 藤原 治	1. 知的障害者の世話 2. 親と子のための相談活動	昭34. 3. 23
	全国精神保健福祉連絡協議会	〒187-0031 小平市小川東町4-1-1 042-346-1942 (国立精神センター1階)	(会 長) 吉川 武彦	1. 各都道府県精神保健協(議)会間の連絡 2. 会報の発行	昭38.11.21
社団	アルコール健康医学協会	〒113-0033 文京区本郷3-25-13 5802-8761	(理事長) 玉木 武	アルコール飲料に関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭55. 7. 1
財団	矯正協会	〒165-0026 中野区新井町3-37-2 3319-0640	(会 長) 北島 敬介	矯正行政の運営に対する協力及び矯正活動に対する一般の認識の向上を図ること等	昭21. 3. 7

我が国の精神保健福祉

(平成18年度版) (精神保健福祉ハンドブック)

定価 2,500円(本体2,381円)

送料 実費

監修 精神保健福祉研究会

発行所 株式会社太陽美術

東京都江東区清澄2-7-11 太陽・清澄ビル

TEL (03) 3642-6045

FAX (03) 3643-0851

印刷・製本/株太陽美術/TEL(3642)6045(代) 落丁・乱丁本はおとりかえします。

ISBN978-4-906276-75-2 C3047