

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、精神科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福祉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あること。

(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（請求等があったから概ね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っ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科病院の管理者又は当該精神科病院に勤務（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、精神科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）精神科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、精神科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、精神科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よ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に基づく定期的報告
- 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科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科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て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。

(ア) 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、精神科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、精神科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科病院の管理者、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、精神科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、当該精神科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科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、精神科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実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実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科病院に勤務（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、適切な運用を図られたい。

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、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。

ロ 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たいこと。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たいこと。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・救急受付件数	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) (非常勤)	人 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	(平成 年 月 日現在)	人
⑯ うち措置入院者数		人
⑰ うち医療保護入院者数		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相当と認められる者」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)

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、「㉑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。

(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>

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 認定年月日	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 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、「〇24特記事項」の欄に、その旨を記載すること。
- 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。

(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、機を逸さ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、病棟は耐震耐火的構造とし、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的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で

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き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……シヨツク療法後の休養のためのものであるが、シヨツ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、洗濯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す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してきればよい。

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スペースは狭くともよい。

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、
食 堂 ……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のように設備する。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のように棚を設け、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の、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當になるであろう。

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、療養中の生活にうるお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23㎡（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いようであるので、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しゃ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日障発第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。

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つ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、以下「医規」という。)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。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 各部室のドアー又は引違い戸は，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，患者の種類によっては，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いで堅固なものとする。

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。顔倒等を考慮して病室の廊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、使用に当って便利ないように設備する。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もよい。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 その他各部の設計

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に設備する。

(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

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 政第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續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向向いたとき

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条の規定による手續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) 都道府県職員との同行

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

移送の手続において、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る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続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 移送の手續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) 移送の手續の終了

医療保護入院及び応急入院のための移送の手續は、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

移送手續中において、移送の対象者の所在が不明となった場合、移送の手續は一旦終了するが、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續を開始すること。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」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る者に対し、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。

この場合にあっては、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察の医療費

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		
	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	市区町村
	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	
	主治医意見		
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 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区町村
	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	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、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分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、この処分取消しの訴えは、その審査請求に対する判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判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判決の日から起算して1年を経過するとこの処分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
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られたい。

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。

ロ 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る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之、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实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に、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) 著しく適当でないと認められる場合

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) 適当でないと認められる場合

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当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) 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 障害者自立支援法に基づく通院公費負担について

自立支援医療機関に関する指導監査については、「指定障害福祉サービス事業者等の指導監査について」（平成19年4月26日障発第0426001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）において、その対象を全ての自立支援医療機関とし、基本的に2年に一度実施することとしているので、精神科病院に対しては、本実地指導の機会を活用して「指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程」（平成18年厚生労働省告示第66号）に基づく医療の適正な実施について、効率的な指導に努めること。

8 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	
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)	(16)	(17)	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
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満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って行われているか。

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。
- (イ) 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。

- (ウ) 他害行為や迷惑行為、器物破損行為の危険性が著しい場合。
- (エ) 不穏・多動・爆発性等が目立ち、一般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覧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覧性のある台帳（様式は一律には定めないが、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ないか。
- 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当されていないか。
- 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) 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。

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、当時利用する者が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受受してはならないものとする。

第6 利用の方法

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

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

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

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

- 6 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、速や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、密室な連携を保つこと。
 - (4) 特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知が発出されているので、これに基づき、適切な措置を講じること。
 - (5) 定期的に、調理に従事する者の検便等を行うこと。
- 11 精神障害者社会復帰施設は、食事の提供を行う場合にあつては、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4)

精神障害者社会復帰施設利用報告：(施設の種類) (設置主体及び施設名)

(平成 年 6月 30日)

番 号	利 用 者				通 所 事 業 所 等 の 区 分					通所等を行っていない	備 考	
	氏 名	性 別	生年月日	利用期間 ～	① 授産施設	② 福祉工場	③ 規模 作 所	一般事業所				通所期間 (か月)
								④ 通りハ	⑤ その他			
計												

* 医 師 氏 名
医療機関

注1 この報告は、毎年度6月30日現在の状況を、前年度6月30日以降の退所者を含め記載し、報告するものとする。
 2 通所事業所の区分欄及び「通所を行っていない」の欄は、その利用者が通所している事業所に該当する区分に○印を記入すること。また、授産施設、福祉工場、生活訓練施設のショートステイ施設に該当する場合の報告にあつては、本欄の記入の必要はないこと。
 3 備考欄には、退所後の状況(就労、入院等の別)等を記入する。
 4 ④欄は、通院患者リハビリテーション事業の適用を受けている場合、⑤欄は通院患者リハビリテーション事業の適用を受けない事業所を利用している場合を意味するもの。

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・援護局障害保健福祉部長通知

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

精神障害者退院促進支援事業実施要綱

1 目的

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

2 定義

(1) 対象者

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

(2) 協力施設等

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

(3) 自立支援員

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

3 実施主体

- (1) 本事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。
- (2) 実施主体は、本事業の一部を、希望する精神障害者地域生活支援センターの運営主体に委託をして実施するものとする。

4 自立支援員の委嘱

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

5 運営委員会の設置等

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

(以下「運営委員会」という。)を設置するものとする。

- ① 対象者数(利用見込者数)、協力施設等の数等に係る数値目標の設定
 - ② 6に規定する自立促進支援協議会からの報告の受領及び自立促進支援協議会への助言
 - ③ 実績報告を受けての事業効果の評価
 - ④ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議
- (2) 運営委員会は、以下に掲げる機関の責任者で構成する。会の長は都道府県等本庁の精神保健福祉部局の責任者とする。
- ① 都道府県等本庁、精神保健福祉センター及び保健所の精神保健福祉部局
 - ② 市町村の精神保健福祉、生活保護及び公営住宅の各部局
 - ③ 精神科病院
 - ④ 精神障害者社会復帰施設
 - ⑤ 精神障害者居宅生活支援事業における運営主体
 - ⑥ 小規模作業所
 - ⑦ 地域の医師会
 - ⑧ 地域の精神科病院協会
 - ⑨ 地域の家族会
 - ⑩ 地域の当事者団体
 - ⑪ その他知事等が適当と認める者
- (3) 運営委員会は年2回以上開催するものとする。
- (4) 本事業を複数の地域生活支援センターで行う場合であっても、運営委員会は都道府県・指定都市ごとに1か所とする。

6 自立促進支援協議会の設置等

- (1) 本事業の委託を受けた精神障害者地域生活支援センター(以下単に「地域生活支援センター」という。)は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会(以下「協議会」という。)を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。
- (2) 協議会は、対象者の退院訓練及び対象者への支援に直接関わる者(協議会を設置する地域生活支援センター・市町村・保健所・精神保健福祉センターの職員、主治医、協力施設の担当者及び自立支援員等)で構成するものとし、会の長は互選とする。なお、協議の対象者によって構成員を変更できるものとする。
- (3) 協議会の業務は以下のとおりとする。
 - ① 対象者の決定
 - ② 対象者の自立支援計画の決定(退院訓練中及び退院後の生活のためのケアマネジメントを実施するものとする)
 - ③ 対象者ごとの協力施設等の決定
 - ④ 事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに自立支援計画の見直し

- ⑤ 地域における社会資源の把握
- ⑥ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議

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

7 手続等

(1) 利用の手続等

- ① 当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て、主治医の意見書を添付の上、申込書を協議会に提出するものとする。
- ② 協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申込者に通知するものとする。

(2) 協力施設等への依頼等

- ① 協議会は、本事業の実施につき、地域の精神障害者社会復帰施設等協力施設等として相応しい者に対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。
- ② 協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする。

8 退院訓練の実施

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

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

- ① 開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築
- ② 当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援
- ③ 当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援
- ④ 協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集
- ⑤ その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援

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

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

(4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

9 退院訓練終了時の取扱い

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

する。

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

10 費用の補助

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

11 その他

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

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

協力事業所になら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

(イ) 対象者を酷使するおそれの有無

(ウ) 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

(イ) 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とっては、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で、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で、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りたい。

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つては、同法第19条の8の指定を受けた精神科病院を設置する法人に限る。

3 整備基準

次に掲げるいずれか又は全てを行う整備であること。

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

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、その効果的実施について十分留意すること。
- (3) 指導監査の実施時期については、監査対象施設の事情等を考慮して決定すること。

6 指導監査班の編成

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

7 指導監査の事前準備

- (1) 指導監査の実施に当たっては、その対象となる施設に対し、その期日、指導監査職員の氏名その他必要な事項を、特別な場合を除き事前に通知すること。
- (2) 指導監査職員は、前回の監査結果の問題点その他必要とする事項について事前に検討を加え、指導監査の実効を期すること。
- (3) 指導監査に必要な資料は、あらかじめ整備を行わせること。なお、提出資料等については、過重なものとならないよう配慮し必要なものに限ること。

8 指導監査項目

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

9 指導監査実施上の留意事項

- (1) 指導監査は、公正不偏に実施し、努めて指導援助の態度で関係者に接し理解と自発的協力が得られるよう配慮すること。
- (2) 指導監査の過程においては、相互信頼を基礎として十分意見交換を行い、一方的判断を押しつけることのないよう留意すること。
- (3) 指導監査の結果、問題点を認めるときは、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。

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

また、命令に従わないときは、その事業の停止等を命じること。

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

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

11 厚生省に対する報告

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

精神障害者社会復帰施設指導監査項目

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

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
<p>(運営管理に 関する事項)</p> <p>1 施設運営全般の状況</p> <p>(1) 基本方針及び組織等の状況</p> <p>(2) 利用者の施設利用に当たったの諸手続の状況</p> <p>(3) 就業規則制定等の状況</p> <p>2 職員の状況</p> <p>(1) 職員の配置状況</p> <p>(2) 職員の勤務状況</p> <p>(3) 給与支給の状況</p>	<p>ア 施設運営全般の方針の状況</p> <p>イ 運営に関する規程の状況</p> <p>ウ 職員の勤務体制の状況</p> <p>エ 事故発生時の連絡体制及び措置の状況</p> <p>オ 運営規程の概要等の掲示の状況</p> <p>カ 苦情に対する対応の状況</p> <p>キ 公告の状況</p> <p>ク 運営に関する情報の開示の状況</p> <p>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</p> <p>コ 職員の秘密保持に関する必要な措置の状況</p> <p>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</p> <p>イ 契約の締結の状況</p> <p>ウ 利用の申込みに当たったの意見書の提出の状況</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ア 就業規則の作成、届出の状況</p> <p>イ 36条、24条等の労使協定締結の状況</p> <p>ウ 就業規則、給与規程の職員への周知状況</p> <p>ア 職員の専従の状況</p> <p>イ 職員の(職種別定数)の配置及び充足状況</p> <p>ウ 職員の採用、異動の状況</p> <p>ア 職員の勤務時間の状況</p> <p>イ 夜間及び休日の勤務体制の状況</p> <p>ウ 休憩時間の状況</p> <p>エ 年次休暇等の状況</p> <p>ア 給与水準、初任給等の状況</p>

	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 利用者的一般的な状況（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（用途、管理方法等）の状況</p> <p>ク 利用者とその家族との交流の状況</p>
4 食事の提供の状況	<p>ア 必要な栄養所要量（栄養素のバランス、食料構成等）の確保の状況</p> <p>イ 特別な献立、調理を要する利用者に対する配慮の状況</p> <p>ウ 嗜好、廃棄量調査の実施状況</p> <p>エ 衛生管理の状況</p> <p>オ 検食、保存食の実施状況</p> <p>カ 給食材料及び食器等の保管の状況</p> <p>キ 利用者が自炊を行う場合の援助の状況</p>
5 健康管理の状況	<p>ア 顧問医等との連絡体制の整備状況</p> <p>イ 定期健康診断の状況</p> <p>ウ 健康診断の結果の記録、整理及び必要な措置の状況</p>
6 援助の提供に関する記録、検討等の状況	<p>ア 利用者記録票等の整備、活用の状況</p> <p>イ 援助の提供に関する日誌等の整備、活用の状況</p>
7 関係機関、地域住民等との連携の状況	<p>ア 地域住民、ボランティア等との連携の状況</p> <p>イ 医療機関、精神障害者地域生活支援センター、保健所等との連携体制の状況</p>
〔会計処理に関する事項〕	
1 経理規程の内容の状況	<p>ア 経理規程の内容の状況</p> <p>イ 会計単位及び経理区分の状況</p> <p>ウ 会計責任者と出納職員の分離の状況</p> <p>エ 経理についての帳簿組織の状況</p>
2 予算の作成、執行の状況	<p>ア 予算の作成の状況</p> <p>イ 予算の執行の状況</p>
3 決算の状況	<p>ア 収支計算書の状況</p> <p>イ 貸借対照表の状況</p>

4 経理事務及び資産管理の状況	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 か所)

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

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

きは、「その他」の欄を加えて整理すること。

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

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

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

I 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軽された有罪判決（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ところ、この場合は次のとおり事務を取り扱うものとする。
 - ① 通院対象者に対し措置入院等が行われた後、医療観察法第60条第1項前段の命令等を受けた場合、当該通院対象者を措置入院等を行っている各都道府県立病院又は指定病院（以下「都道府県立病院等」という。）から外に出し、医療観察法の手続に基づき鑑定入院を受け入れる医療機関への入院等が行われる必要があるところ、改正後の精神保健福祉法第44条第1項に基づき、都道府県立病院等は、医療観察法上の手続を行うためであれば、当該通院対象者を当該都道府県立病院等から外に出すこととして差し支えない（例えば、当該通院対象者が措置入院中であった場合であっても、医療観察法の手続に従っている限りにおいては、特に何らかの手続をすることなく当該通院対象者を都道府県立病院等の外に出してよい。）。
 - ② ①の場合、当該通院対象者が鑑定入院医療機関に入院した時点で措置入院の効力は消滅するため、当該都道府県立病院等におけるバックベッドの確保等は不要であり、また、各都道府県は措置解除等の行為も不要である。

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

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

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

(1) 改正後の精神保健福祉法第44条第2項について

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

なお、ここにいう「入院」とは医療観察法第100条の外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い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極電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、必要があっ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行い、これら以外の診療に要する時間は含まない。

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

- (5) 当該通院対象者の家族に対する医療観察通院精神療法は、当該家族に対し専門の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つ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つた医師をいう。）により初診時に医療観察通院精神療法が行われた場合に限り初診時のみ算定できる。

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

4. 医療観察通院集団精神療法

- (1) 医療観察通院集団精神療法とは、対象精神疾患を有する通院対象者に対して、治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。
- (2) 医療観察通院集団精神療法は、指定通院医療機関において精神科を担当する医師と、1人以上の精神保健福祉士又は心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者（以下「臨床心理技術者」という。）により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。
- (3) 1回に10人を限度とし、1日につき1時間以上実施した場合に、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月に限り週2回を、それ以外の場合には週1回を限度として算定する。
- (4) 医療観察通院集団精神療法を実施した場合は、診療開始日、その要点を個々の通院対象者の診療録に記載する。
- (5) 医療観察通院集団精神療法と同一日に行う他の医療観察精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、前期通院対象者通院医学管理料を算定した月において、医療観察通院集団精神療法の前後に医療観察精神科訪問看護・指導を行った場合にあつては、

この限りではない。

5 医療観察精神科作業療法

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

6 医療観察精神科デイ・ケア

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(5) 医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

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

(7) 注6に規定する交通費は実費とする。

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

10 医療観察持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

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

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

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

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、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (2) 看護師と入院対象者の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (3) 作業療法士、精神保健福祉士及び心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者（以下「臨床心理技術者」という。）と入院対象者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- 2 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には指定医療機関に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 3 届出事項については、地方厚生局において閲覧に供するとともに、指定医療機関においても院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導するものであること。

第3 施設基準

- 通則 施設基準の届出に当たって、入院対象者の数及び看護要員の数等の取扱いについて

は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成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。

I 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っては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。
 - イ アに規定する4人の従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。
- ② 医療観察精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は医療観察精神科ナイト・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、記憶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覽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・外泊に同伴し指定通院医療機関, 社会復帰施設, 関係機関等の見学を行う
- ・外泊に同伴し社会生活能力の確認と評価

- ・外泊に同伴し対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・地元等の障害者自立支援法による障害福祉サービス等の利用申請方法とその他の福祉制度の具体的な利用手続き等の社会復帰講座を企画し実施する
- ・社会復帰ミーティングを企画し実施する
- ・対象者のニーズを把握し社会復帰調整官と退院に向けての情報交換を行う
- ・保護観察所が作成する退院後の処遇実施計画書の作成に必要な、医師をはじめとする各職種からの情報を取りまとめ社会復帰調整官に提供する

(以下略)

急性期クリティカルパス (イメージ) (略)

回復期クリティカルパス (イメージ) (略)

社会復帰クリティカルパス (イメージ)

	1～6週目(通数59～64週)	7～12週目(通数55～60週)	13～18週目(通数41～46週)	19～19週目(通数61～67週)	20～24週目(通数68～72週)
本人の目途	健康で安全な生活イメージで 現在の自己管理ができる 他人の援助がなくなる	家族や医師等との関係を考える 病状の発現を理解する 行動の取方がわかる	社会資源を使っている 退院先に行っている 地域の人々と知り合う	退院先での生活に慣れる 地域での生活と向き合う 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・医療検討	基本評価の見直し、社会復帰期 治療方針の決定、改善点評価、 外泊の可能性評価、治療プログラ ムの満足度及び実施、薬物療法 の満足度、治療プログラムの実施、 本人家族への病状及び治療計画 の説明 治療は週2回	薬物療法の維持療法への移行、 評価、副作用のチェック 症状改善の評価及び治療内容の 見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム<個別精神療 法の導入、薬物療法、心理療法> の調整 入居施設の見直し等申し立て	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、個別精神療法、心理療法> の調整 家族相談<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、発現の可 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 退院後指定病院医療機関との情 報交換 退院申請報告書の作成 ケアマネジメント 職場所への退院の申し立て
検査	血液検査1/1月 E.C.G1/3月	血液検査1/1月 E.C.G1/3月	血液検査1/1月 E.C.G1/3月	血液検査1/1月 E.C.G1/3月	血液検査1/1月 E.C.G1/3月
心理検査	心理検査、病識尺度評価	自尊心自己効力感アセスメント	心理検査(退院準備)	病識尺度評価	
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プロ グラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病識の確認、生活技能と評価、 障害者自立支援法に規定する障 害福祉サービスを行う事業所等 の訪問に併発する	試験外泊に同伴、生活上の 課題の洗い出しと治療プログラ ムの再検討	社会復帰調整官及び指定医療機 関等との情報交換 家族の受け入れ状況の確認	生活上の課題を洗い出して 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 薬物の自己管理の評価及び指導 看護観察 看護ケア計画の作成 身体 職業適性検査(内)	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 ム後の観察フォロー	試験外泊に同伴し、課題の洗い 出しを行う 課題への対応をイメージで検討、 具体集を明示する	外泊時訪問観察等を行い、日常生 活維持可能性について評価する 退院後の生活について本人ニ ーズの確認	順症状況の確認、身体状況の確認、 退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る課題の洗 い出しと具体的な処置の明示 退院に向けた準備、不安への対応 具体的な生活に向けた安心感の 提供
社会復帰講座	法律・制度・資源活用	-	-	-	-
精神療法	社会の中で自分らしく生きるための イメージを養う。適切な自己表現ができる。	社会の中で自分らしく生きるための イメージを養う。適切な自己表現ができる。	社会の中で自分らしく生きるた めのイメージに合う。	-	-
認知行動療法	病状の発現の危険サインを認識、 対応行動の活用、適応の促進 行動起こるかもしれない問題への対応の仕方等を学ぶ、適切な社会的 スキルを身につける	-	-	対応行動の確認、自立した生活に対する自己効力感の向上	-
レクリエーション 全体ミーティング	加算実施(週2回定期) 初週実施(週1回定期)	-	-	-	-
ソーシャルワーク支援	家族・関係者の調整 外出に備え福祉施設等に同伴見 学する	家族に外泊準備を行う 退院プログラムを作成し、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・関係者の調整や生活能力に 応じた社会資源活用に関する課題 を解決する 社会復帰調整官が作成する処遇 の実施計画書作成への援助	家族・関係者の調整 退院に向けた社会生活・経済 上の課題について解決を援助 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	-	-	-	-	-
外出 外泊	週2回:1～2回	週2回:3～4回	試験外泊	週1回:1～3泊訪問観察	5泊1回:2泊1回
家族調整	家族面談 家族教育	-	-	-	-
退院計画	-	-	退院準備	退院調整	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	備考
共通評価項目	感 覚	具体的要素	優 秀
	精神医学的要素	精神病状	
		非精神病状	
	個人心理的要素	自殺企図	
		依存・高関	
		生活能力	
	対人関係的要素	衝動コントロール	
		共感性	
		非社会性	
	環境的要素	対人能力	
個人の支援			
治癒的要素	コミュニティ要因		
	ストレス		
合計	評価点		
生活機能	前 景	評価点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)
	セルフケア	身体快活性の確保	
		食事や睡眠の管理	
	社会的な適性	健康の維持	
		調 理	
		調理以外の家事	
		敬意と思いやり	
	対人関係	探 索	
		寛容さ	
		合 意	
日課の遂行	身体的機能		
	対人関係の形成		
	対人関係における行動の範囲		
ストレスと心の癒しの心理的要求への対処	社会的ルールに従った対人関係		
	社会的距離の維持		
継続生活	日課の管理		
	自身の活動レベルの管理		
現在の生活計画の実行状況を下記の項目により評価する。			
0: 完済(できない) (障害は0~4%、自分でしている)			
1: 概々できる (障害は5~24%、見まもりを要する程度)			
2: 多少はできる (障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する)			
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)			
4: まったくできない (障害は96~100%、常に介助が必要)			
5: 評価不明			
6: 非該当			
提供に寄与する環境因子	前 景	評価点	説明(介入の要点や手がかりを明確にする)
	生活品と用品	処方箋、自家用車、家、家具など	
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風気など	
	支援と関係(社会的側面)	家族・個人、医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価	
	態度(感情的側面)	家族・個人の態度、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		
環境因子が従事的・消極的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。			
評価点: 0:「従事的」1:「どちらかというに従事的」2:「どちらでもない」3:「どちらかというに従事的」4:「従事的」の5段階			
病院電話における関係者	退院後の担当医療関係者	指定病院医療機関	担 当 者
	指定福祉サービス事業者等		担 当 者
退院後治療			その他のサービス

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は移行)

(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)				
身体疾患(ICD)	()				
3ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点					
介入の内容：医療機関（訪問看護・指導も含む）、保護観察所、地域などに分けて記載					
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、アキ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、あっせん、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参与する。
- 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。

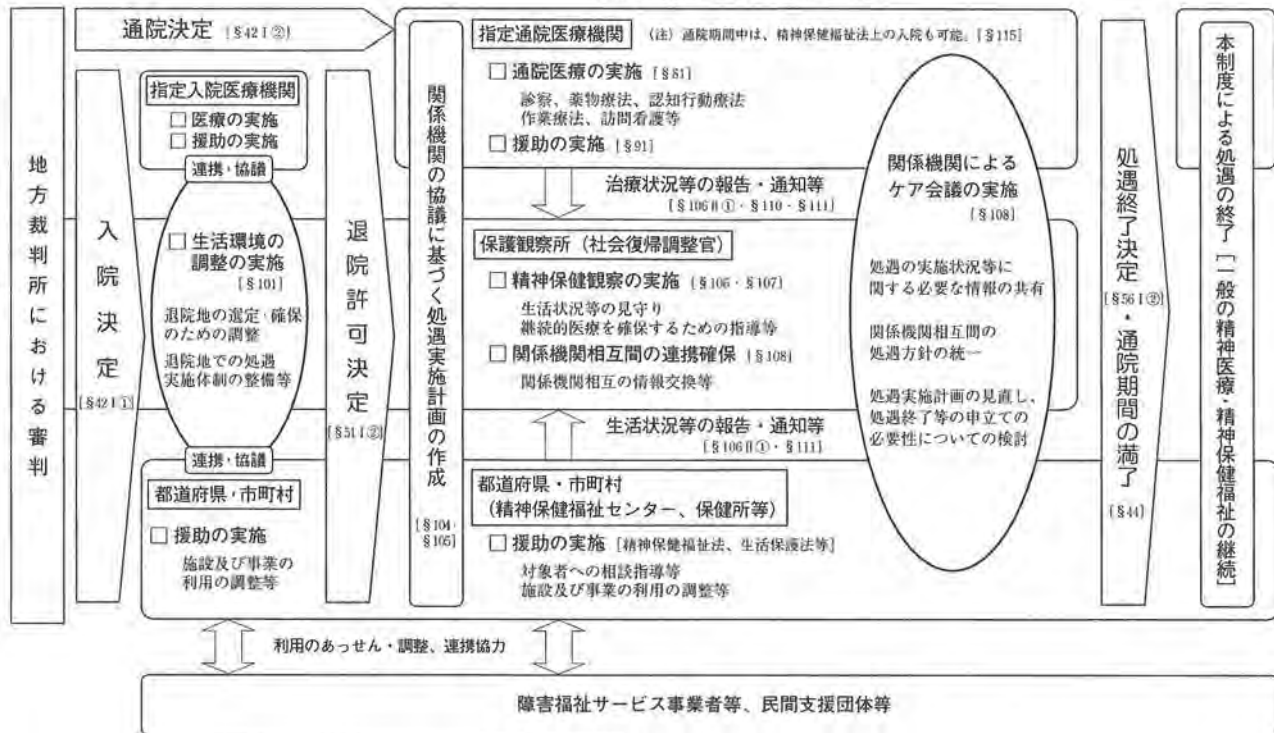
- ・ 指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインに基づき、継続的かつ適切な医療を提供し、その病状の改善を図る。
- ・ 保護観察所は、必要な医療の継続を確保するため、訪問又は出頭による面談や、指定通院医療機関、都道府県・市町村等からの生活状況の報告などにより、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活状況を見守り、通院や服薬を促したり、家族等からの相談に応じ、助言を行うなどの必要な指導等を行う。
- ・ 都道府県・市町村は、対象者やその家族等からの相談に応じ、必要な指導を行ったり、必要とされる障害者自立支援法による障害福祉サービス等の利用の調整を行うほか、生活保護等の福祉サービス等の援助を行う。

(以下略)

■ 地域社会における処遇の概要

[注] 図中の[§]は、心療養所等医療観察法の該当条文を示す。[§42 I ②]は、42条1項[等]

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覽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充たすだけの食事が提供されているか。

(7) 向精神薬の保管について、職員が実地で盗難の防止につき必要な注意をする場合を除き、かぎをかけた設備内で行われているか。

(8) 防火訓練及び避難訓練が適切に行われているか。

3 処遇について

(1) 入院対象者の通信面会の制限について

ア～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

(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	ID	対象者氏名	入院開始日	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△△△	H□□□	他	→	→	→	→	→	→	→	→	他解																									
2	2222	〇〇〇〇	H△△△	H□□□			隔開	→	→	隔解																													
3	3333	〇〇〇〇	H△△△	H□□□								隔拘	→	→	→	→	拘解	→	→	→	→	→	→	→	隔解														
4	4444	〇〇〇〇	H△△△	H□□□	隔離	→	→	→	→	→	→	→	→	隔解						隔開	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
5	5555	〇〇〇〇	H△△△	H□□□																隔開	隔解																		
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
18																																							
19																																							
20																																							

備考

隔	隔離	開	開始
拘	拘束	繼	継続(前月末から継続中)
他	その他の行動の制限	解	解除
		→	行動制限の継続

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で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経由して通知する。

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配慮する。

- (6) 都道府県知事は、障害等級に該当しない(手帳を更新しない)旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45⑥)

- (7) 更新後の有効期限は、更新前の有効期限の2年後の日とする。

2. 都道府県の区域を越える住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経て、新居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令7④)

届出に当たっては、別紙様式4による届出を行うとともに、別紙様式1による手帳の交付申請(都道府県間の居住地変更による手帳交付の申請)を行う。

- (2) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載した上、その届出書を受理した市町村長を経由して、旧手帳と引換えに、新たな手帳を当該者に交付するものとする。(令7⑤)

この場合、手帳の障害等級及び有効期限は、旧手帳と同一のものとし、精神障害者の写真、手帳番号及び手帳の交付日は、新たなものとする。

- (3) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、旧居住地の都道府県知事にその旨を通知しなければならない。

3. 氏名の変更及び都道府県の区域内の住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内にお

いて居住地を変更したときは、30日以内に、その居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令7②)

届出の様式は、別紙様式4とする。

- (2) 市町村長は、(1)の届出を受理したときは、手帳に変更内容を記載した上で、当該者に返還し、かつ、届出書にその旨を付記して、都道府県知事に送付する。(令7③)

また、都道府県知事は、台帳に必要な事項を記載する。

4. 障害等級の変更申請

- (1) 手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限の期間内においても、その精神障害の状態が重くなった(又は軽くなった)ことにより、手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至ったと考えるときは、障害等級の変更の申請を行い、判定を求めることができる。(令9①)

- (2) 障害等級の変更申請の手続きについては、「第三 1. 手帳の更新」に準ずる。(規則29)

すなわち、障害等級の変更申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に障害等級の変更の申請である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②と③の書類を添えて、申請者の居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、精神保健福祉センターで判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、精神保健福祉センターにおける判定が不要である。

- (3) 都道府県知事は、障害等級の変更を認めるときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載するとともに、さきに交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。(令9②)

この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とし、写真は提出されたものを貼付する。手帳の有効期限は、変更決定を行った日から2年が経過する日の属する月の末日とする。

5. 手帳の再交付

- (1) 都道府県知事は、手帳を破り、汚し、又は失った(紛失した)者から手帳の再交付の申請があったときは、手帳を交付しなければならない。(令10①)

申請の様式は別紙様式4とする。

- (2) 再交付の申請は、その居住地を管轄する市町村長を経て、居住地の都道府県知事に申請しなければならない。(令10③)

- (3) 手帳を破り、又は汚した者から再交付の申請があったときは、都道府県知事は、その居住地を管轄する市町村長を経て、その手帳と引換えに新たな手帳を交付するものとする。

- (4) 手帳の再交付を受けた者が、失った手帳を発見したときは、速やかに、これを、その居住地を管轄する市町村長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。

(令10②)

- (5) 有効期限が残存している旧様式(写真貼付無し)の手帳(平成18年9月30日以前に市町村が受理したもの)から新様式(写真貼付有り)の手帳へ変更を希望する者は別紙様式4に写真を添えて、居住地を管轄する市町村長を経て、居住地の都道府県知事に申請を行う。この場合において、手帳番号、手帳交付日、有効期限は旧手帳と同一とする。

6 手帳の返還等

- (1) 手帳の交付を受けた者は、政令で定める精神障害の状態がなくなったときは、速やかに都道府県に返還しなければならない。(法45の2①)

手帳の返還は、当該精神障害者保健福祉手帳に記載された居住地を管轄する市町村長を経て行わなければならない。(令10の2②)

- (2) 都道府県知事は、手帳の交付を受けた者について、政令で定める精神障害の状態がなくなったと認めるときは、その者に対し手帳の返還を命ずることができる。(法45の2③)

- (3) 都道府県知事が手帳の返還を命じようとするときは、あらかじめ精神保健指定医による診察を行わなければならない。(法45の2④)

なお、この場合における取り扱いは以下によること。

ア 都道府県知事が、精神病院への立ち入りを行い、指定医の診察の結果、入院中の者が政令で定める精神障害の状態でないことが判明し、手帳を所持していた場合には、6の(4)の手続きにより手帳の返還を命ずること。

イ 精神障害の状態でないことが著しく疑われる者、又は偽りその他不正の行為によって手帳を取得したことが著しく疑われる者であつては、あらかじめ別紙様式5により診察を行う日時等を本人に通知したうえで、指定医による診察を実施すること。

なお、診断書の様式は別紙様式2とする。

ウ イにより診察を行う旨を通知したにもかかわらず、これに応じない場合には、期限を定めて再度診察を受けるように督促すること。

- (4) 都道府県知事は、指定医の診察の結果、その者が政令で定める精神障害の状態でないことと診断された場合には、あらかじめ精神保健福祉センターの意見を聴き、理由を付して手帳の返還を命ずる旨を通知しなければならない。(法45の2⑤)

なお、通知の様式は別紙様式6とする。

7. その他

- (1) 手帳の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法第87条の規定による届出義務者は、速やかにその手帳を、手帳に記載された居住地の市町村長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。(令10の2①)

- (2) 都道府県知事は、次の場合には、手帳交付台帳からその手帳に関する記載事項を削除するものとする。(令7⑥)

- ① 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったために、手帳を都道府県に返還したとき。
 - ② 手帳の交付を受けた者が死亡したために、手帳を都道府県に返還したとき。
 - ③ 手帳の返還が無いが、手帳の交付を受けた者の死亡が判明したとき。
 - ④ 他の都道府県から、都道府県の区域を越える住所地の変更の通知を受けたとき
 - ⑤ 法第45条の2第3項の規定により、都道府県知事が手帳の返還を命じたとき。
- (3) 手帳の交付を受けた者は、手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。(法45の2②)

第四 手帳に基づく各種の援助施策の拡充について

1. 税制との関係

地方税法施行令、所得税法施行令及び法人税法施行令について、障害者控除等の税制措置の対象となる精神障害者の範囲は、手帳の交付を受けている者（特別障害者にあつては、手帳に障害等級が1級である者として記載されている者）とする。

なお、税制との関係については、別に通知する。

2. 生活保護との関係

(1) 生活保護法の障害者加算の認定に係る障害の程度の判定については、従来の障害年金証書の写し又は医師の診断書による判定に加えて、手帳の交付又は更新の年月日が当該障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けて1年6月を経過している者については、精神障害者保健福祉手帳（1級又は2級）による判定もできることとなる。

(2) なお、生活保護法の障害者加算の認定に当たっての精神障害者保健福祉手帳の利用については、別に通知する。

3. 各種の援助施策の拡充について

このほか、身体障害者手帳や療育手帳の交付を受けた者については、公共交通機関の運賃割引、公共施設の利用料割引、公営住宅に係る優遇等の各種の支援策が行われているところである。

精神障害者保健福祉手帳制度は、身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により各種の支援策を促進し、もって精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものであるので、各地方自治体においても、その趣旨を踏まえ、関係各方面の協力を得て、手帳に基づく各種の援助施策の拡充に努めるよう、特段のご尽力を図られたい。

(別紙様式1～4) 略

(別紙様式7) 略

(別記様式5)

第 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 年 月 号
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)	<ol style="list-style-type: none">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その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの	<ol style="list-style-type: none">調和のとれた適切な食事摂取ができない。洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持ができない。金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。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。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。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。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。 (上記1～8のうちいくつか該当するもの)

障害等級	障害の状況	
	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)	<ol style="list-style-type: none"> 1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため、人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験あるもの 2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの 3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの 4 てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの 5 中毒精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの 6 器質精神病によるものにあつては、認知症その他の精神神経症状があるもの 7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの 	<ol style="list-style-type: none"> 1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は援助なしにはできない。 3 金銭管理や、計画的で適切な買物は援助なしにはできない。 4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や、協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。 6 身の安全を保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。 7 社会的手続や、一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。 (上記1～8のうちいくつか該当するもの)

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
<p>3級</p> <p>（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>	<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、ひんばんに繰り返すもの</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、認知症は著しくはないが、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、認知症は著しくはないが、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、なお十分とはいえ援助を必要とする。</p> <p>（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、減裂思考、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、そうまたはうつ病の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、幻覚は感受性が著しく妄想は浮動的、非体系的なものが多い。発病にさいして精神的あるいは身体的誘因が認められることが多い。経過が周期的で欠陥を残す傾向が少ない点は、統合失調症よりもそううつ病に近い。

なお ICD-10 では F25 統合失調感情障害にはほぼあたる。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大脳疾患であり、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烈な精神神経症状を呈する。多くの場合、発作の持続時間は短い、時に反復・遷延することがある。発作は予期せずに突然起き、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・作業能力さらには行動のコントロールや日常生活の管理にも障害が現れる。てんかん患者は発作寛解に至るまで長期にわたり薬物治療を継続する必要がある。なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 発作

てんかんにおける障害の程度を判定する観点から、てんかんの発作を次のように分類する。

イ、意識障害はないが、随意運動が失われる発作

- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

(b) 知能障害

知能や記憶などの知的機能の障害の程度は、器質精神病の認知症の判定基準に準じて判定する。

(c) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状とは、注意障害、情動制御の障害、気分障害、思考障害（緩慢・迂遠等）、幻覚・妄想等の病的体験、知覚や言語の障害、対人関係・行動パターンの障害、あるいは脳器質症状としての行為や運動の障害（たとえば高度の不器用、失調等）を指す。

⑤ 中毒精神病

精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤などの産業化合物、アルコールなどの嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬などの医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。

(a) 認知症、その他の精神神経症状

中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、人格障害、気分障害、認知症、妄想症などがある。器質精神病の認知症、その他の精神神経症状を参照のこと。

⑥ 器質精神病

器質精神病とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中毒（一酸化炭素中毒、有機水銀中毒）、中枢神経の感染症、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる精神疾患であって、従来、症状精神病として区別されていた疾患を含む概念である。ただしここでは、中毒精神病、精神遅滞を除外する。

脳に急性の器質性異常が生じると、その病因によらず、急性器質性症状群（AOS）と呼ばれる一群の精神症状が見られる。AOSは多彩な意識障害を主体とし、可逆的な症状である場合が多い。AOSの消退後、または、潜在性に進行した器質異常の結果生じるのが慢性器質性症状群（COS）である。COSは、知的能力の低下（認知症）と性格変化に代表され、多くの場合非可逆的である。COSには、病因によらず、脳の広範な障害によって生じる非特異的な症状と、病因や障害部位によって異なる特異的な症状とがある。巣症状等の神経症状、幻覚、妄想、気分の障害など、多彩な精神症状が合併しうる。

初老期、老年期に発症する認知症も器質性精神症状として理解される。これらの

うち代表的なアルツハイマー型認知症と血管性認知症を例にとると、血管性認知症は、様々な原因で AOS（せん妄など）を起こし、そのたびに COS の一症状としての認知症が段階的に進行する。アルツハイマー型認知症では、急性に器質性変化が起こることはないで、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たしやすい。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。日常生活の中での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たしやすい。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法上の障害者控除の適用について」、同年4月21日付け健医精発第17号精神保健課長通知「精神障害者に対する所得税法上の利子等の非課税制度の取扱いについて」、同年5月29日健医発第723号当職通知「精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について」、同年12月6日健医精発第53号精神保健課長通知「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用等に関する留意事項について」及び平成2年4月3日健医発第497号当職通知「精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について」は、本月末をもって廃止する。

記

1. 手帳による優遇措置の実施について

(1) 証明方法の変更及び対象範囲の拡大

精神障害者については、平成元年から所得税の障害者控除及び利子等の非課税が、平成2年度からは住民税の障害者控除、相続税の障害者控除、贈与税の非課税及び自動車税等の減免が、また、平成5年からは、法人税について精神障害者を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税がそれぞれ創設され、実施されてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成7年政令第278号）により、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）、地方税法施行令（昭和25年政令第245号）及び法人税法施行令（昭和40年政令第97号）の一部が改正され、障害者控除等の対象となる精神障害者の範囲を、これまでの、障害年金1級から3級までの障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者（特別障害者にあつては障害年金1級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者）から、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者（特別障害者にあつては手帳に障害等級が1級である者として記載されている者）に改められたところである。

この改正により、証明手段が手帳に一本化されて事務手続の簡略化が図られるとともに、精神障害者保健福祉手帳の3級の対象範囲が、年金の3級の対象範囲よりも広

いため、税制上の優遇が受けられる精神障害者の範囲も拡大されるものである。

(2) 変更に伴う経過措置

これまでの証明書交付事業は、平成7年10月1日より、手帳制度に移行するものであるが、従来の証明書の有効期間が2年（自動車税等については1年）であることから、税制上の優遇措置については、既に発行した証明書がなお効力を有する間については、手帳のほかに、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号二）

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。

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

ナース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

認知症である老人の入浴に適した構造・設備、たとえばスロープ付き風呂や特殊浴槽などを有すること。

(6) 便所

ア 入院患者の昼間の行動範囲、夜間の居室からの距離、使用頻度等に配慮し、適切な箇所数設けること。

イ 認知症である老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。

ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(7) 在宅療養訓練指導室

ア 家族に対して、認知症である老人の日常生活介助の指導・訓練を行うのに必要な浴室・便所等を設置すること。

イ 家族が宿泊できるようにすること。

ウ 面積は、20平方メートル以上とすること。

(8) 廊下

ア おおむね全長50メートル以上の回廊部を有すること。

イ 両側に病室がある廊下の幅は、内法を2.7メートル（大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）並びに内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する100床以上の病院にあっては2.1メートル）以上、その他の廊下の幅は内法をおおむね1.8メートル以上とすること。

ウ 入院患者の安全を確保するため、段差の解消、手すりの設置等に留意すること。

(9) その他

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) 空調設備等により、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会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、打合会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、精神疾患や精神的な不健康状態の初期症状や前兆に対処することができるよう、また、精神的健康の保持増進ができるよう、心の健康づくりに関する知識の普及、啓発を行う。

(2) 精神障害に対する正しい知識の普及

精神障害者に対する誤解や社会的偏見を是正し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるため、講演会、地域交流会等の開催や、各種広報媒体の作成、活用などにより、地域住民に対して精神障害についての正しい知識の普及を図る。

(3) 家族や障害者本人に対する教室等

統合失調症、アルコール、薬物、思春期、青年期、痴呆等について、その家族や障害者本人に対する教室等を行い、疾患等についての正しい知識や社会資源の活用等について学習する機会を設ける。

3 研修

市町村、関係機関、施設、団体、事務所等の職員や、ボランティア等に対する研修を行う。

4 組織育成

患者会、家族会、断酒会等の自助グループや、職親会、ボランティア団体等の諸活動に対して必要な助言、援助又は指導を行い、これを積極的に育成、支援する。

5 相談

- (1) 所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談は随時応じる。相談指導従事者としては、医師（精神科嘱託医を含む）、精神保健福祉相談員、保健師、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する。
- (2) 相談の内容は、心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、痴呆等の相談など、保健、医療、福祉の広範にわたる。相談の結果に基づき、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設や、自助グループ等への紹介、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応することができる。

なお、自立支援法による障害福祉サービスや精神障害者社会復帰施設の利用を希望する者に対しては、利用者の居住地の市町村と密接に連携を図り、円滑な利用が行えるようにすること。

6 訪問指導

- (1) 訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。
- (2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。

7 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 保健所デイケアその他の訓練指導の実施

作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導等を行い社会復帰の促進、地域における自立と社会参加の促進のための訓練指導を行う。

なお、この場合においては、医療機関のデイケアや社会復帰施設等の事業との関係に留意する。

(2) 精神障害者社会復帰施設の届出等

精神障害者社会復帰施設については、ともすれば障害特性等から人権侵害を受けやすい精神障害者を対象とするものであること等に鑑み、施設の設置に先立って都道府県知事に届出をさせるとともに、施設の休止又は廃止についても同様の手続によることとした。

保健所は管内の精神障害者社会復帰施設の状況の把握に当たり、当該届出を活用すること。

(3) 精神障害者社会復帰施設の利用

従来、精神障害者社会復帰施設の利用に当たっては、保健所長が利用希望者に対し、利用の推薦状の交付を行っていたが、利用者の負担を軽減する観点から、

精神障害者社会復帰施設の長が医師の意見書の写しを添えて当該施設の所在地を管轄する保健所長に報告するものとされた。また、利用の終了に際しても同様の報告が求められ、さらに、施設を利用している者の状況について、年1回報告することとされた。

保健所長は、これらの報告を受けたときは必要に応じ技術的な助言等を行うとともにそれらの情報を適切に管理し、当該利用者の状況把握に役立てること。

(4) 関係機関の紹介

医療機関で行っている精神科デイケアや、作業所などの利用の紹介を行う。

また、社会的自立をめざし訓練から雇用へつながるよう、公共職業安定所等における雇用施策との連携を図る。

(5) 各種社会資源の整備促進及び運営支援

精神障害者社会復帰施設や作業所等の整備に当たって、地域住民の理解の促進や、整備運営のための技術支援などの協力を行い、保健所が中心となって、市町村、関連機関等との調整を図り、整備の促進を図る。

また、社会適応訓練事業の協力事業所の確保や、就労援助活動を行う。

(6) 精神障害者社会復帰施設等の指導監督

平成11年の法改正に伴い、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）を創設し、精神障害者社会復帰施設の運営を図ることとした。また、この基準とともに、平成12年3月31日第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が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、別紙のと通りの「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に資料を提供する。

(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、このと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ない。

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とされていることから、「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、それらと協力体制についても十分に検討され、効果的な相談体制の充実に取り組まれない。

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に開催する。(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0331013号 平成20年3月31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日から施行される場所であるが、標記について、自立支援医療費支給認定通則実施要綱（別紙1）、自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（別紙2）、自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（別紙3）及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（別紙4）を作成したので、本年4月1日から、これらを参考に支給認定を行うとともに、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮を願いたい。

なお、昭和62年7月3日児発第593号「身体に障害のある児童に対する育成医療の給付について」、平成5年3月30日社援更発第89号「更生医療の給付について」、昭和40年9月15日衛発第648号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」及び昭和59年10月25日社更発第169号「更生医療の給付に係るいわゆる自己負担額の算定方法について」は、本通知の施行に伴い廃止する。また、昭和45年10月21日社更発第89号「先天性心臓疾患による心臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和54年5月10日社更発第56号「じん臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和55年5月20日社更発第82号「更生（育成）医療における形成外科的治療を担当する医療機関の指定について」、昭和57年3月23日社更発第43号「音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正」の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について」、昭和61年9月22日社更発第158号「小腸機能障害者に対する更生医療の給付について」及び平成10年4月8日障発第230号「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害者に対する更生医療の給付について」に定める更生医療の給付の決定等については、本通知手続を参考にして行われたい。

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

自立支援医療費支給認定通則実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続については、法令の定めるところによるものであるが、本要綱を参照しつつ支給認定の適正な実施を図られたい。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「〔世帯〕」という。

第2 所得区分

自立支援医療費については、法第58条第3項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設け、所得区分ごとに負担上限月額（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1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。
 - ④' 中間所得層1 負担上限月額5,000円
 - ④'' 中間所得層2 負担上限月額10,000円
- 3 1の所得区分のうち④中間所得層に該当する受診者であって高額治療継続者に該当しない者が育成医療を受ける場合には、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法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）である場合であるものとする。

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。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である世帯をいう。

（注2） 「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。

（注3） 「公的年金等の収入金額」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。（注4）「その他厚生労働省令で定める給付」とは、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23万5千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。

9 1の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に

- 属する者の市町村民税額(所得割)の合計が23万5千円以上の場合であるものとする。
- 10 2の所得区分のうち④' 中間所得層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「高額治療継続者」に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円未満である場合であるものとする。
 - 11 2の所得区分のうち④" 中間所得層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「高額治療継続者」に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるものとする。
 - 12 3の所得区分のうち④' 中間所得層(育成医療)Ⅰの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が育成医療を受け、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円未満である場合であるものとする。
 - 13 3の所得区分のうち④" 中間所得層(育成医療)Ⅱの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が育成医療を受け、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるものとする。
 - 14 8から13までにおいて、市町村民税額(所得割)の合計を判断する場合には、第5の1に基づくこととなる。
 - 15 ⑤' 一定所得以上(重度かつ継続)の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が「高額治療継続者」に該当する場合であるものとする。

第3 「世帯」

- 1 「世帯」については、8の②を除き受診者と同じ医療保険に加入する者をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱うこととする。
- 2 家族の実際の居住形態にかかわらず、また、税制面での取扱いにかかわらず、8の②を除き医療保険の加入関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱う。
- 3 申請者から申請を受けた場合には、自立支援医療費支給認定申請書(別紙様式第1号。以下「申請書」という。)の他、受給者の氏名が記載(被保険者本人として記載又は被扶養者として記載)されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの(以下「被保険者証等」という。)の写し(受診者が18歳未満である場合は受給者のものに加えて受診者の氏名が記載されている被保険者証等の写しも同時に)を提出させるものとする(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)。あわせて、受診者の属する「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出させるものとする。
- 4 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが「世帯」全員のものかどうかにつき、申請者に住民票を提出させる、職種で調査する等の方法によって確認を行う。
- 5 「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しについては、被保険者証等の形式や加入している医療保険によって、第5のとおり所得区分の認定に際

して対象となる者の範囲が異なることから、提出する必要のある範囲が異なることとなる点に留意すること。

6 「市町村民税世帯非課税世帯」や市町村民税額（所得割）の「世帯」における合計額については、受診者の属する「世帯」の世帯員（世帯員の具体的な範囲は第5の1による。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）の課税状況を基準として判断することが基本となるが、自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であって、7月以降も継続して自立支援医療を受けることとなっているときには、これらに該当するかどうかにつき7月に再確認を行うことは必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは妨げない。

7 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、認定する。

8 「世帯」の範囲の特例

① 受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子どもがいる場合であっても、その親、兄弟、子どもが、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととしたときは、原則からいえば同一「世帯」であっても、特例として、受診者及びその配偶者を別の「世帯」に属するものとみなす取扱いを行うことを、受給者の申請に基づき選択できるものとする。

・ この特例を認め得る場合は、受診者及びその配偶者は市町村民税非課税である一方、これ以外に同一の「世帯」に属する者が市町村民税課税である場合のみとする。

・ この特例を認めるよう申請があった場合には、申請書の他、受診者及びその配偶者が扶養関係に基づく各種控除（以下「扶養控除」という。）の対象となっていないかどうかを確認するため、同一「世帯」に属する者の市町村民税に係る税情報に記載された適宜の書面又は書面の写し及び被保険者証の写しの提出を求め、その内容を確認するものとする。

・ なお、ある年度において扶養関係にあったものの、当該年度の途中で生計を別にしたような場合は、税の申告が年1回であることから、次年度の税申告時から扶養控除の対象から外れることとなる者については、本人から、その旨の確認を誓約書等適宜の方法によって得ることにより、別の「世帯」とみなす取扱いができるものとする。

② 受診者が18歳未満の場合については、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受診者と受給者を同一の「世帯」とみなすものとする。

9 加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合、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23万5千円未満であることについてのみ確認できた場合は、所得区分を④中間所得層として取り扱うこととし、第2の2に該当する場合は所得区分を④”中間所得層2と、第2の3に該当する場合は所得区分を④”中間所得層（育成医療）Ⅱとして取り扱うこととする。さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を③低所得2として取扱うこととする。
- 3 「世帯」の所得の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認するものとする。

第5 「世帯」の所得区分の認定

- 1 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定するものとする。また、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。なお、所得区分が②低所得1に該当するかどうかを判断する場合には、申請者の障害年金等、特別児童扶養手当等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定するものとする。
- 2 法第12条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面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際に受給者証とともに管理票を医療機関に提示する。
- 3 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載する。
- 4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

第8 医療の種類と負担上限月額、食事療養費及び生活療養費

- 1 自立支援医療の負担上限月額は、令第1条に規定される自立支援医療の種類（育成医療、更生医療又は精神通院医療）ごとに設定されるものである。例えば、同一の受診者が育成医療又は更生医療と精神通院医療とを同一月に受けた場合については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算を行わない。
- 2 所得区分が④中間所得層である育成医療又は更生医療の受給者が複数の疾病に関して支給認定を受けた場合において、高額治療継続者に該当する疾病等に係る認定を含む時は、当該複数疾病に係る育成医療又は更生医療の自己負担の合計額について、高額治療継続者に係る負担上限月額を適用する。
- 3 育成医療及び更生医療に係る入院時の食事療養費及び生活療養費については、所得区分

が①生活保護及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費等減免者」という。）以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる（健康保険の療養に要する費用の額の算定の例により算定した額が自立支援医療費の対象となりうるのだが、実際には医療保険が優先し、食事療養費及び生活療養費分が医療保険から支払われるため、自立支援医療費からは食事療養費及び生活療養費分が支払われないこととなる。）。

一方、食事療養費等減免者には、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、自立支援医療費から少なくとも医療保険の標準負担額相当部分が支給されることとなる（原則的に健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が自立支援医療費から支給されることとなるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、生保世帯等で医療保険に加入していない食事療養費等減免者については、健康保険の食事療養費及び生活療養費相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ自立支援医療費として支給されることとなる。）。

- 4 なお、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

第9 未申告者の取扱い

- 1 非課税であることから申告しておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を⑤一定所得以上として取り扱う。なお、この場合においては、第2の4の適用はないものとする。
- 2 ただし、精神通院医療については、従前の制度では所得確認がなかったことなどを勘案し、当分の間、申請者が、非課税であることを示す資料が添付されていないにも関わらず非課税であることを申し述べた場合には、例外的に、次のように取り扱うものとする。
 - ・ 申請者から申請書等の提出受けた市町村は、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のないよう、本人の収入状況等を十分に確認するなど配慮されたい。

第10 医療保険未加入者の取扱い

- 1 自立支援医療費の申請の審査の段階で加入医療保険の把握を行い、加入手続を行っていない場合には、受診者又は保護者に対して手続を促すとともに、被用者保険の加入者又は後期高齢者医療制度の被保険者となる場合や、生活保護世帯の医療扶助又は支援給付世帯の医療支援給付の対象となっている場合を除き、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 2 自立支援医療費の受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護世帯又は支援給付世帯となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 3 1及び2の加入手続を行っている途上における申請に際しての「世帯」の取扱いについては、加入手続が完了した場合の「世帯」に準じて取り扱うこと。
- 4 1及び2にかかわらず、申請者が正当な理由がなく医療保険の加入手続を行わない場合については、「世帯」の範囲及び所得の確認ができないことから、所得区分は⑤一定所得以上として取り扱うこと。なお、この場合においては、第2の4の適用はないものとする。

第11 指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額

- 1 受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。
- 2 所得区分が④中間所得層であるため負担上限月額が設定されていない者について、医療費総額の1割相当額が医療保険の自己負担限度額（高額療養費基準額）を超えた場合は、高額療養費基準額を徴収すること。この場合、高額療養費は医療機関に支給されるものであること。

第12 指定自立支援医療機関

都道府県知事は、法第59条第1項で定めるところにより指定を行った指定自立支援医療機関についての一覧を自立支援医療の種類ごとに作成する。また、指定自立支援医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定自立支援医療機関の一覧を、各月ごとに社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付する。

第13 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第2条に規定されておりであること。したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることとなるものであること。

第14 その他

本要綱に係る各種様式の例は別添のとおりであるので、参考とされたい。

自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（育成医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「〔世帯〕」という。

第2 自立支援医療（育成医療）の対象

自立支援医療（育成医療）（以下単に「育成医療」とする。）の対象となる児童は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、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、腎臓、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のものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法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、申請書に指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師の作成する自立支援医療意見書（以下「医師の意見書」という。別紙様式第6号。）、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付させること。
- 2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師が作成したものである必要があること。

第4 支給認定

- 1 都道府県知事（指定都市及び中核市の市長を含む。以下同じ。）が所定の手続による申請を受理した場合は、受診者について育成医療の要否等に関し、育成医療の対象となる障害の種類、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び育成医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に認定を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養の費用を除く。）について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。
- 2 都道府県知事は、当該申請について、育成医療を必要とすると認められた場合は、「世帯」の所得状況を確認の上、高額治療継続者（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）への該当・非該当、自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2に定める負担上限月額の認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。また、必要に応じ自己負担上限額管理票を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められる場合については、認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。
- 3 育成医療の具体的方針は、受給者証裏面に詳細に記入すること。
- 4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。
- 5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能

障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。

- 6 同一受診者に対し、当該受診者が育成医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。
- 7 受診者が死亡した場合又は身体の状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、申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証を添付の上、都道府県知事あて申請させること。都道府県知事は再認定の要否等について、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨を第4の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。
- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受給者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、都道府県知事あて申請すること。都道府県知事は育成医療の変更の要否等について変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては、認定しない旨を前記第4の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第6 自立支援医療費の支給の内容

- 1 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた育成医療に係る費用について、都道府県が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
 - (2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最少限度の治療材料及び治療装具のみを支給すること。
なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められ

ないこと。

- (3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。事前に都道府県知事に申請を行い、本人が歩行困難等により必要と認められる場合に支給することとすること。
 - (4) 治療材料費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、受給者から都道府県知事に申請させること。
- 2 支給認定の有効期間中において、育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合は、その併発病の治療についても自立支援医療費の支給の対象として差支えないこと。

第7 育成医療に係る診療報酬の請求、審査及び支払

診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和54年児発第564号通知「児童福祉法及び精神薄弱者福祉法の措置等に係る医療の給付に関する費用の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金に委託する契約について」及び昭和49年児発第655号通知「育成医療費等公費負担医療の給付にかかる診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」に定めるところによること。

第8 その他

都道府県は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給等について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておくこと。

自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（更生医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）についての事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「〔世帯〕」という。

第2 自立支援医療（更生医療）の対象

自立支援医療（更生医療）（以下単に「更生医療」とする。）の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体上の障害を有すると認められる者であつて、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以下のとおりとする。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護

- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

- 1 申請に当たっては、申請書に指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。）、身体障害者手帳の写し、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長（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的確な判定を行い、更生医療を必要とすると認められた者については、医療の対象となる障害の種類、高額治療継続者（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）の対象疾病であるか否か、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び更生医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に判断を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養及び生活療養の費用を除く。）について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。また、高齢者の医療の確保に関する法律の対象者の更生医療については、高齢者の療養の給付に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うものとする。

第5 支給認定

- 1 市町村長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要とする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額の認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、受給者証を交付すること。また、必要に応じ自己負担上限額管理票を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められる場合については認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。
- 3 更生医療の具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面に詳細に記入すること。
- 4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。
- 5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。
- 6 同一受診者に対し、当該受診者が更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。
- 7 受診者が死亡した場合又は医療を受けることを中止した場合は、交付していた受給者証を速やかに市町村長に返還させること。

第6 更生医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）、申請者は申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書及び被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長あて申請させること。市町村長は、更生相談所の長に対し、再認定の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。
- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受診者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、市町村長あて申

請すること。市町村長は、更生相談所の長に対し、変更の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第7 自立支援医療費の支給の内容等

- 1 市町村長は、支給認定を受けた者が更生医療を受けた指定自立支援医療機関に対し、必要に応じ、治療経過・予定報告書（以下「報告書」という。）の提出を求めること。ただし、当該指定自立支援医療機関が薬局である場合はその必要はないこと。
- 2 指定自立支援医療機関において、緊急かつやむを得ない事情により、支給認定の有効期間を延長する必要があると認める場合には、報告書にその旨を記入して提出させること。この場合において単なる期間延長として認められる期間は、2週間以内でかつ、1回に限ることとする。この場合、更生相談所における判定は要せず、市町村長の判断により期間延長の承認を行って差し支えないこと。それ以上の期間を要するものについては、再認定として第6の1の取扱いによること。
- 3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた更生医療に係る費用について、市町村が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
 - (2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最少限度の治療材料及び治療器具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められないこと。
 - (3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。移送費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、申請者から市町村長に申請させること。
 - (4) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ、その料金を支給すること。
 - (5) 施術料及び治療材料費の費用の算定は次によること。
 - ア 施術料は保険局長通知「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」により算定すること。

イ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

第8 指定自立支援医療機関における診療報酬の請求及び支払

診療報酬の請求は、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定自立支援医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出させること。

第9 診療報酬の審査、決定及び支払

- 1 診療報酬の審査については「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」及び「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」の通知によること。
- 2 診療報酬の額の決定は、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長が行うこと。

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定（以下「支給認定」という。本要綱において同じ。）についての事務手続運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定を申請しようとする者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯を「〔世帯〕」という。

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する医師）によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態とする。

ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。また、結核性疾患は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。

- 3 また、症状が殆ど消失している患者であっても、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、申請書に次の書類を添付して行う。
 - (1) 支給認定の申請のみを行う場合
 - ・ 指定自立支援医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する医師による別

紙様式第7号による診断書（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1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）」に該当する旨を申請する場合に限る。）

- ・ 受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）
 - ・ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）
- (2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合
- ・ 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師であって指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師による精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による診断書（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民長（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、現に支給認定を受けている者がその継続のために申請する場合には、支給認定の有効期間の終了する日の概ね3か月前から行うことができるものとする。

第4 支給認定

- 1 都道府県知事（指定都市にあっては市長。以下同じ。）は、所定の手続による申請書を受理したときは、次により審査を行う。
- (1) 自立支援医療費の支給認定の申請のみを行う場合精神通院医療の要否について精神保健福祉センターにおいて判定すること。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をしたときは別紙様式第2号による自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を、支給認定を行わない決定をしたときは、別紙様式第5号による通知書を受給者の居住地を管轄する市町村民長を経由して申請者に交付する。
- (2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合
- 速やかに精神障害者保健福祉手帳の交付の可否についての所定の審査を行い、手

帳の交付の決定をしたときは手帳を交付する。また、支給認定を行った場合は、受給者証を交付する。

なお、精神保健福祉センターが手帳の交付の適否について判定を行う際においては、手帳の交付については否とする場合でも、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに自立支援医療費の支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

この場合、手帳の交付又は支給認定の一方又は両方を行わないこととする場合には、精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による却下通知書を交付する。

- (3) 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、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）または、訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（平成4年厚生省令第5号）の定めるところによる。
- 3 2の請求書は、各月分について翌月10日までに社会保険診療報酬支払基金又は国民

健康保険団体連合会に送付しなければならない。

第6 診療報酬請求書の審査及び支払

都道府県知事は、法第73条第4項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、社会保険診療報酬支払基金の幹事長及び国民健康保険団体連合会の理事と、別途通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結する。

第7 受給者証の返還

支給認定の有効期間が満了したとき、受診者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において法第58条第1項の支給認定を行う理由がなくなったときは、速やかに受給者証をその交付を受けた際の居住地を管轄する市町村長を経由して都道府県知事に返還させる。

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（F 0～F 9 及び G 4 0 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がある場合は、精神通院医療の対象となる。

第2 精神通院医療の対象となる精神障害及びその状態像

1 躁および抑うつ状態

国際疾病分類 ICD-10 の気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害などでみられる病態である。疾患の経過において躁状態、およびうつ状態の両者がみられる場合と、いずれか一方のみの場合がある。躁状態においては、気分の高揚が続いて被刺激性が亢進し、多弁、多動、思考奔逸、誇大的言動などがみられる。一方、抑うつ状態では気分は沈み、精神運動制止がみられ、しばしば罪業妄想、貧困妄想、心気妄想などの妄想が生じ、ときに希死念慮が生じたり、昏迷状態に陥ることもある。躁状態で精神運動興奮が強い場合、抑うつ状態で希死念慮が強い場合、あるいは昏迷が持続する場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、躁、およびうつ状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

2 幻覚妄想状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。その主症状として、幻覚、妄想、させられ体験、思考形式の障害などがある。強度の不安、不穏、精神運動興奮がともなう場合や、幻覚妄想に支配されて著しく奇異な行動をとったり、衝動行為に及ぶ可能性がある場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、幻覚妄想状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

3 精神運動興奮及び昏迷の状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。この病態は、精神運動性の障害を主体とし、運動性が亢進した精神運動興奮状態

と、それが低下した昏迷状態とがある。しばしば、滅裂思考、思考散乱などの思考障害、拒絶、緘黙などの疎通性の障害、常同行為、衝動行為などの行動の障害を伴う。強度の精神運動性興奮がみられたり、昏迷状態が続く場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、精神運動興奮あるいは混迷状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

4 統合失調等残遺状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期、あるいは寛解期などにみられる病態である。この病態では、感情鈍麻、意欲低下、思路の弛緩、自発語の減少などがみられ、社会生活能力が病前に比べ、著しく低下した状態が続く。不食、不潔、寝たきりの状態が続くなどして身体の衰弱が著しい場合、通常、入院を要する。入院を要さない場合で、このような残遺状態が精神病か、それと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、日常生活の指導、社会性の向上、および疾患の再発予防のため、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。

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、心理的発達障害などでみられる病態である。情動の障害には、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動などの情動の障害などがあり、行動の障害には、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常、性行動の異常などがある。情動および行動の障害により、著しい精神運動興奮を呈する場合、あるいは行動制御の能力を失っている場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、情動および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

6 不安および不穏状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害などでみられる病態である。この病態は、長期間持続する強度の不安、あるいは恐怖感を主症状とし、強迫体験、心気症状、不安の身体化、および不安発作などを含む。強度の不安により、精神運動不穏を呈するか、あるいは心身の衰弱が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、不安および不穏状態が、精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

7 癡れんおよび意識障害

国際疾病分類 ICD-10 のてんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害などでみられる病態である。この病態には、痙れんや意識消失などのてんかん発作や、もうろう状態、解離状態、せん妄など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）						
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
	受診者氏名					生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	フリガナ					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					
	保護者氏名					受診者との関係
	フリガナ					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				
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名		所在地・電話番号			
受給者番号 ※5						
<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>平成 年 月 日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 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		遅延年月日		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 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
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	フリガナ				性別	生年月日
	氏名				男・女	明治 大正 平成 年 月 日
診	フリガナ					
	住所					
者	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	
特定疾病療養費受給証	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給証を医療機関窓口へ提出すること。

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	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									
	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					印					
〇〇〇〇市町村長										

※ 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		性別	男・女	年齢		昭和 平成	年	月	日	
受診者氏名										
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 機能障害 (8)その他内臓障害		(3)聴覚・平衡機能障害 (5)心臓機能障害 (9)免疫機能障害		(6)腎臓機能障害			
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						
	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	
治療後における障害の回復状況の見込										
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。										
平成 年 月 日										
指定自立支援医療機関名										
電話番号										
担当医師名										
印										

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICDカテゴリーは、F0～ F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () (2) 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () (3) 身体合併症 _____		
② 発病から現在までの 病歴(推定発病年月、精神 科受診歴等)			
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()			
(2) 躁状態 1 行為心拍 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 ()			
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 ()			
(7) 不安及び不穏 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。)

「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（F 0）
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F 1）
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F 2）
- ④ 気分障害（F 3）
- ⑤ てんかん（G 40）
- 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	62
	総 数	3,301	4,805	5,910	6,987	7,049	6,847	6,403	6,600
290～319	V 精神障害	67	113	207	247	269	290	315	339
295	精神分裂症(再掲)	…	…	130	151	165	172	184	185
300	神経症(再掲)	16	20	40	26	30	32	37	46
320～389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762	825	619	542	528
360～379	視器の疾患(再掲)	133	250	309	342	417	293	283	258
380～389	聴器の疾患(再掲)	102	161	193	160	202	205	146	150

平成2	平成5	国際基本 分類番号	傷病大分類	平成8	平成11	平成14	平成17	平成18
6,768	6,735	総数		7,000	6,566	6,222	6,696	
		F0～F9	V 精神及び行動の障害	383	386	415	431	
367	341	F2	統合失調症、統合失調型障害 及び妄想性障害(再掲)	210	206	204	205	
193	181							
51	46	F4	神経症性障害、ストレス関連 障害及び身体表現性障害(再掲)	40	37	42	44	
506	492	G00～G99	VI 神経系の疾患	148	145	160	188	
247	253	H00～H59	VII 眼と付属器官の疾患	283	281	252	271	
139	128	H60～H95	VIII 耳及び乳様突起の疾患	113	110	82	92	

資料：患者調査

注. 患者調査の周期は、昭和59年を最初の調査年として以後3年ごとの各年となった。

表2 傷病（小分類）・受療の種別にみた全国推計患者数

(1日あたり受療患者数)

(単位：千人)

推計入院患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	326	329	334	326
血管性及び詳細不明の痴呆	54	54	46	37
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	17	18	19	18
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	199	203	214	217
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	28	26	26	22
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5	6	7	7
精神遅滞	10	10	10	12
その他の精神及び行動の障害	13	12	13	13
アルツハイマー病	29	19	10	7
てんかん	7	7	8	8
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	353	345	341	329

(単位：千人)

推計外来患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	225	200	156	156
血管性及び詳細不明の痴呆	12	11	17	9
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6	6	5	9
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	63	57	47	48
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	77	65	39	38
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	50	47	39	43
精神遅滞	6	3	3	3
その他の精神及び行動の障害	11	12	8	6
アルツハイマー病	16	8	3	2
てんかん	20	20	17	23
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	255	224	173	177

(単位：千人)

推計総患者数	平成17年	平成14年	平成11年	平成8年
精神及び行動の障害合計	2,647	2,277	1,818	1,886
血管性及び詳細不明の痴呆	145	138	121	91
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	60	56	50	61
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	757	734	666	721
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	924	711	441	433
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	585	500	424	466
精神遅滞	68	40	41	42
その他の精神及び行動の障害	124	103	84	78
アルツハイマー病	176	89	29	20
てんかん	273	258	235	317
精神遅滞を除く精神関連疾患の合計	3,028	2,584	2,041	2,181

資料：精神保健福祉課調（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 (%)

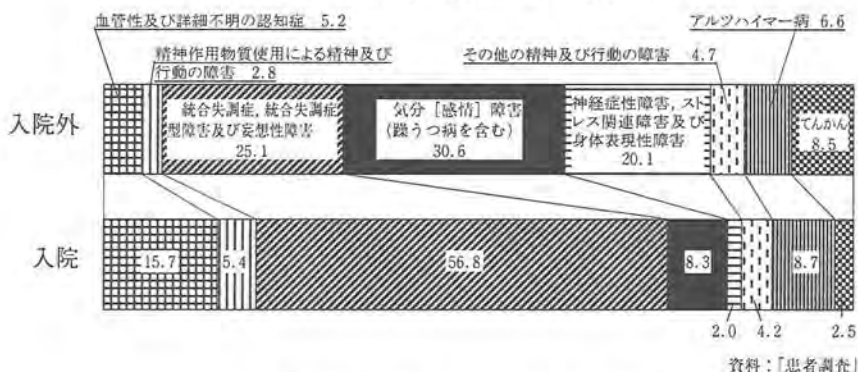


表4 年齢階級別精神及び行動の障害受療率

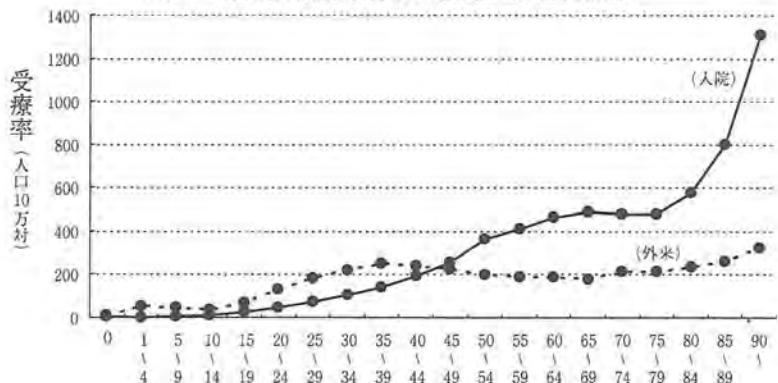


表5 主要傷病別受療率の年次推移

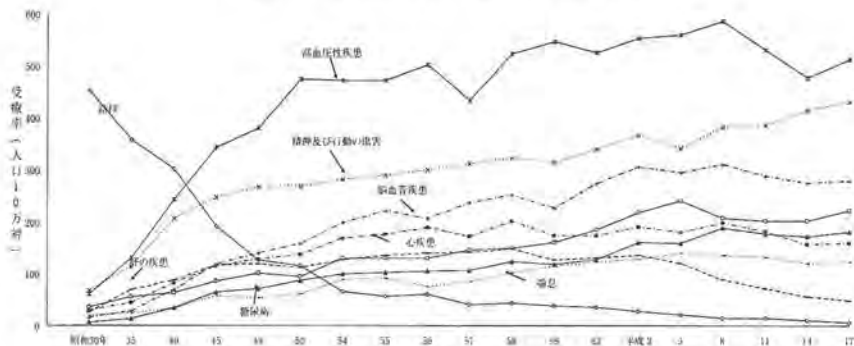


表6(1) 都道府県別精神科病院数・精神病床数及び在院患者数等の状況

(平成17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	人口万対 措置 入院者数	病床 利用率 (%)	措置率 B/A (%)
北海道	3,747	88	14,182	37.8	12,963	34.6	42	0.11	91.4	0.3
道 津	1,437	26	4,702	32.7	4,125	28.7	23	0.16	87.7	0.6
道 釧路	1,385	22	4,830	34.9	4,435	32.0	36	0.26	91.8	0.8
道 旭川	1,335	22	3,896	29.2	3,588	26.9	14	0.10	92.1	0.4
道 網走	1,146	27	4,352	38.0	4,073	35.5	10	0.09	93.6	0.2
山形県	1,216	19	3,767	31.0	3,250	26.7	19	0.16	86.3	0.6
山形 仙台	2,091	36	7,735	37.0	6,801	32.5	31	0.15	87.9	0.5
山形 福島	2,975	36	7,596	25.5	6,889	23.2	39	0.13	90.7	0.6
山形 秋田	2,017	28	5,303	26.3	4,760	23.6	82	0.41	89.8	1.7
山形 山形	2,024	20	5,261	26.0	4,928	24.3	15	0.07	93.7	0.3
埼玉県	5,878	55	12,914	22.0	11,126	18.9	145	0.25	86.2	1.3
埼玉 東京	5,132	47	11,766	22.9	10,847	21.1	48	0.09	92.2	0.4
埼玉 神奈川	12,577	119	24,992	19.9	22,340	17.8	232	0.18	89.4	1.0
埼玉 埼玉	3,885	33	7,335	18.9	6,585	16.9	31	0.08	89.8	0.5
埼玉 埼玉	2,431	31	7,093	29.2	6,653	27.4	27	0.11	93.8	0.4
富山県	1,112	32	3,534	31.8	3,448	31.0	23	0.21	97.6	0.7
富山 石川	1,174	21	3,868	32.9	3,671	31.3	11	0.09	94.9	0.3
富山 福山	822	15	2,405	29.3	2,202	26.8	16	0.19	91.6	0.7
富山 山形	885	11	2,514	28.4	2,307	26.1	16	0.18	91.8	0.7
富山 長野	2,196	33	5,293	24.1	4,854	22.1	58	0.26	91.7	1.2
岐阜県	2,107	20	4,310	20.5	4,033	19.1	27	0.13	93.6	0.7
岐阜 静岡	3,091	34	6,141	19.9	5,473	17.7	24	0.08	89.1	0.4
岐阜 愛知	5,040	39	8,719	17.3	8,353	15.6	52	0.10	95.8	0.6
岐阜 愛知	1,867	19	4,969	26.6	4,709	25.2	19	0.10	94.8	0.4
岐阜 滋賀	1,380	12	2,365	17.1	2,103	15.2	28	0.20	88.9	1.3
東京都	1,173	10	2,606	22.2	2,374	20.2	10	0.09	91.1	0.4
東京 大阪	6,188	54	19,328	31.2	17,968	29.0	98	0.16	93.0	0.5
東京 兵庫	4,065	29	8,214	20.2	7,845	19.3	32	0.08	95.5	0.4
東京 奈良	1,421	10	2,957	20.8	2,541	17.9	13	0.09	85.9	0.5
東京 和歌山	1,036	13	2,427	23.4	2,268	21.9	6	0.06	93.4	0.3
鳥取県	607	13	2,076	34.2	1,838	30.3	20	0.33	88.5	1.1
鳥取 島根	742	18	2,602	35.1	2,440	32.9	21	0.28	93.8	0.9
鳥取 岡山	1,957	24	5,858	29.9	5,218	26.7	26	0.13	89.1	0.5
鳥取 広島	1,722	29	6,504	37.8	6,107	35.5	70	0.41	93.9	1.1
鳥取 山口	1,493	33	6,190	41.5	6,043	40.5	18	0.12	97.6	0.3
徳島県	810	20	4,071	50.3	3,833	47.3	31	0.38	94.2	0.8
徳島 香愛	1,012	21	3,977	39.3	3,602	35.6	2	0.02	90.6	0.1
徳島 愛媛	1,468	24	5,209	35.5	4,684	31.9	55	0.37	89.9	1.2
徳島 高松	796	23	3,878	48.7	3,449	43.3	23	0.29	88.9	0.7
徳島 高松	2,655	63	13,641	51.4	12,907	48.6	99	0.37	94.6	0.8
佐賀県	866	19	4,440	51.3	4,165	48.1	55	0.64	93.8	1.3
佐賀 長門	1,479	38	8,138	55.0	7,557	51.1	57	0.39	92.9	0.8
佐賀 本分	1,842	46	9,004	48.9	8,491	46.1	86	0.47	94.3	1.0
佐賀 大宮	1,210	29	5,460	45.1	5,291	43.7	34	0.28	96.9	0.6
佐賀 大宮	1,153	26	6,225	54.0	5,702	49.5	6	0.05	91.6	0.1
鹿児島	1,753	51	9,982	56.9	9,548	54.5	96	0.55	95.7	1.0
鹿児島 鹿	1,362	24	5,620	41.3	5,320	39.1	41	0.30	94.7	0.8
鹿児島 市	1,881	37	7,316	38.9	6,938	36.9	37	0.20	94.8	0.5
鹿児島 市	1,025	15	2,372	23.1	1,954	19.1	4	0.04	82.4	0.2
鹿児島 市	1,176	6	1,285	10.9	1,138	9.7	12	0.10	88.6	1.1
鹿児島 市	924	9	1,580	17.1	1,374	14.9	24	0.26	87.0	1.7
鹿児島 市	3,580	27	5,509	15.4	4,992	13.9	40	0.11	90.6	0.8
川崎県	1,327	8	1,513	11.4	1,379	10.4	10	0.08	91.1	0.7
川崎 静岡	701	5	1,091	15.6	930	13.3	44	0.63	85.2	4.7
川崎 名古屋	2,215	15	4,723	21.3	4,307	19.4	4	0.02	91.2	0.1
川崎 京都	1,475	13	3,910	26.5	3,561	24.1	1	0.01	91.1	0.0
川崎 大阪	2,629	5	235	0.9	182	0.7	9	0.03	77.4	4.9
神奈川県	1,525	13	3,677	24.1	3,356	22.0	70	0.46	91.3	2.1
神奈川 市	1,154	14	3,000	26.0	2,840	24.6	23	0.20	94.7	0.8
神奈川 市	994	19	4,184	42.1	3,787	38.1	25	0.25	90.5	0.7
神奈川 市	1,401	23	4,077	29.1	3,890	27.8	26	0.19	95.4	0.7
合計	127,767	1,671	352,721	27.6	324,335	25.4	2,276	0.18	92.0	0.7
前年計	127,767	1,671	354,923	27.8	326,613	25.6	2,414	0.19	92.0	0.7

資料：1 人口は国勢調査による（総務庁統計局）。
 2 精神科病院数、精神病床数及び在院患者数は病院報告による。
 3 措置入院者数は精神・障害保健課調べ。

表6(2) 施設の状況

(平成17年6月30日現在)

	病院区分①			病院区分②					指定病院	応急入院 指定病院	精神科救急 システムへの 備事案への 参画
	大学附属 病院等	左記以外	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	5	83	0	1	4	20	58	5	37	28	53
青森	3	23	0	1	1	6	17	1	10	3	19
岩手	3	19	0	1	3	2	15	1	15	4	10
宮城	0	22	0	0	1	0	18	3	10	1	13
秋田	2	25	0	0	1	6	20	0	22	1	18
山形	1	18	1	0	1	3	13	1	10	6	6
福島	5	31	0	1	2	4	29	0	24	21	33
茨城	2	34	0	2	1	0	32	1	24	6	19
栃木	4	24	0	0	1	4	22	1	23	1	2
群馬	2	18	0	1	1	1	17	0	15	1	20
埼玉	4	50	1	0	1	1	48	3	28	3	34
千叶	4	43	1	0	0	3	43	0	24	8	21
東京都	23	93	8	4	10	1	84	9	27	17	23
神奈川県	3	29	0	3	0	0	28	1	21	1	15
新潟	3	28	0	2	3	2	23	1	16	5	26
富山	6	26	0	2	1	5	21	3	17	2	22
石川	6	15	0	2	1	3	15	0	13	4	15
福井	4	11	0	1	2	1	11	0	7	2	7
山梨	1	10	0	1	1	0	9	0	9	5	10
長野	7	26	0	1	2	6	23	1	23	11	12
岐阜	3	17	1	1	1	3	14	0	16	15	11
静岡県	4	30	0	1	0	3	29	1	25	10	14
愛知県	4	35	0	0	2	3	28	6	23	0	21
三重	1	18	0	2	3	2	9	3	13	5	13
滋賀	2	10	0	1	1	1	9	0	10	4	10
京都	1	8	0	1	1	0	6	1	4	5	4
大阪府	3	51	1	1	1	0	48	3	36	8	35
兵庫県	3	26	0	0	1	2	24	2	26	20	15
奈良	1	9	0	1	1	0	8	0	7	4	8
和歌山	3	10	0	0	2	3	7	1	10	5	8
鳥取	1	12	0	2	0	2	8	1	7	4	6
島根	3	15	0	1	2	3	12	0	10	2	10
岡山	2	22	0	1	1	0	21	1	11	2	10
広島	1	28	0	2	0	3	22	2	20	10	8
山口	2	31	0	2	1	0	28	2	19	4	29
徳島	3	17	0	1	1	2	16	0	17	3	12
香川	4	17	0	2	1	4	14	0	12	3	16
愛媛	2	22	0	1	1	2	20	0	18	5	7
高松	1	22	0	1	1	0	19	2	11	3	7
福岡	3	60	0	0	1	1	58	3	48	1	49
佐賀	1	18	0	2	0	0	14	3	12	12	17
長崎	2	36	1	1	1	3	30	2	25	2	38
熊本	6	40	1	2	1	0	42	0	35	24	41
大分	2	27	0	2	0	0	27	0	22	0	22
宮崎	2	23	0	1	1	0	23	0	17	15	20
鹿児島	1	50	0	1	1	0	47	2	29	1	43
沖縄	3	21	0	2	3	0	19	0	15	20	20
札幌	2	34	0	1	1	2	32	0	27	12	28
仙台	4	10	0	2	0	2	9	1	7	2	5
さいたま	0	6	0	0	0	0	5	1	3	0	5
千葉	1	8	0	3	1	1	4	0	4	2	4
横浜	6	21	0	3	3	0	19	2	16	3	11
川崎	1	7	0	0	0	1	6	1	6	0	4
静岡	0	5	0	0	1	0	4	0	3	3	2
名古屋	2	13	0	3	1	1	9	1	10	2	9
京都市	3	10	0	1	1	0	11	0	6	8	7
大阪市	5	0	0	0	1	2	2	0	3	1	1
神戸	1	12	0	1	1	0	9	2	11	7	7
広島市	3	11	0	1	1	1	10	1	9	4	3
北九州市	2	16	0	1	0	0	17	0	14	0	13
福岡	3	20	0	2	0	0	15	6	16	0	16
合計	185	1,476	15	73	77	115	1,300	81	1,008	361	987

資料：精神・障害保健課調

表8 在院患者数（疾患分類×年齢階級・入院形態×性）

（平成17年6月30日現在）

疾患名	総数	年齢階級別患者数										入院形態別患者数							
		20歳未満		20歳以上 40歳未満		40歳以上 65歳未満		65歳以上 75歳未満		75歳以上		措置入院		医療保護		任意入院		その他の入院	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
F0 症状性を含む器質性精神障害	60,608	20	25	385	216	5,133	2,278	7,199	5,920	12,528	26,904	33	9	12,841	16,621	12,182	18,503	209	210
F00 アルツハイマー病の認知症	21,399	0	0	0	12	689	539	1,801	2,272	4,562	11,524	6	1	4,246	7,687	2,785	6,640	15	19
F01 血管性認知症	19,767	0	1	15	5	1,042	371	2,556	1,630	4,816	9,331	4	2	4,123	4,745	4,292	6,573	10	18
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	19,442	20	24	370	199	3,402	1,368	2,842	2,018	3,150	6,049	23	6	4,472	4,189	5,105	5,290	184	173
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	16,492	7	16	972	377	8,173	837	4,261	337	1,341	171	117	15	3,513	464	11,112	1,257	12	2
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	15,017	2	0	543	222	7,624	733	4,157	268	1,318	150	42	5	3,046	308	10,553	1,060	3	0
覚せい剤による精神及び行動の障害	733	2	3	199	83	337	47	47	8	4	3	56	7	238	70	290	65	5	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	742	3	13	230	72	212	57	57	61	19	18	19	3	229	86	269	132	4	0
F2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	196,034	373	491	13,344	9,143	65,531	48,354	20,513	22,331	5,513	10,441	1,395	472	37,299	32,744	66,518	57,523	62	21
F3 気分（感情）障害	24,454	59	149	1,142	1,745	5,165	5,040	2,113	4,118	1,122	3,801	71	23	2,626	3,441	6,900	11,380	4	9
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5,937	108	216	503	829	1,014	1,177	381	687	189	833	10	5	537	771	1,635	2,958	13	8
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症状候群	918	7	98	62	272	116	158	65	46	32	62	1	1	120	192	158	436	3	7
F6 成人の人格及び行動の障害	2,019	8	34	221	508	450	284	199	102	103	110	28	18	328	331	619	685	6	4
F7 精神遅滞	8,333	48	33	832	421	2,862	1,927	870	764	242	334	20	4	1,990	1,375	2,618	1,928	226	172
F8 心理的発達障害	428	120	48	109	31	56	39	4	15	3	3	4	1	181	67	91	63	16	5
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	543	93	52	40	56	84	94	39	34	9	42	3	3	120	85	120	181	22	9
てんかん（F0に属さないものを計上する）	5,099	26	13	383	219	1,899	1,254	554	443	140	168	20	3	905	570	1,954	1,420	123	104
その他	3,470	27	55	267	213	712	529	321	347	316	683	14	6	449	499	909	1,081	271	241
合計	324,335	896	1,230	18,260	14,030	91,195	61,971	36,519	35,144	21,538	43,552	1,716	560	60,909	57,160	104,816	97,415	967	792

資料：精神・障害保健課

表9 精神病院在院患者数(年齢・性別)

(平成17年6月30日現在)

	總数	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	12,963	28	31	627	482	3,280	2,405	1,487	1,349	1,144	2,130
青森	4,125	14	18	251	182	1,184	838	469	426	258	485
岩手	4,435	14	15	267	213	1,389	878	537	419	238	465
宮城	3,588	3	7	186	140	988	716	365	364	240	579
秋田	4,073	9	14	149	143	1,077	738	564	505	336	538
山形	3,250	6	16	150	105	922	581	355	352	272	491
福島	6,801	14	11	295	205	2,121	1,271	813	664	452	955
茨城	6,889	12	32	387	286	2,441	1,466	802	610	311	542
栃木	4,760	5	9	284	209	1,504	1,092	491	512	255	399
群馬	4,928	7	11	287	231	1,561	1,083	603	518	239	388
埼玉	11,126	18	24	709	549	2,878	2,066	1,057	1,158	870	1,797
千葉	10,847	25	57	621	501	3,180	2,308	1,170	1,236	536	1,213
東京	22,340	163	168	1,530	1,364	5,832	4,409	2,442	2,599	1,259	2,374
神奈川	6,585	22	31	436	360	1,723	1,178	738	712	483	902
新潟	6,653	16	36	304	241	1,811	1,218	741	753	546	987
富山	3,448	3	13	194	122	1,013	657	355	345	265	481
石川	3,671	8	11	176	172	954	712	400	419	292	527
福井	2,202	8	11	120	91	598	375	221	251	177	350
山梨	2,307	8	10	117	78	710	435	314	295	118	222
長野	4,854	19	25	308	243	1,393	944	550	554	314	504
岐阜	4,033	13	15	237	234	1,191	874	437	470	222	340
静岡	5,473	12	16	326	249	1,716	1,077	625	555	328	569
愛知	8,353	31	24	800	500	2,739	1,703	823	759	335	639
三重	4,709	57	32	304	230	1,338	969	531	507	274	467
滋賀	2,103	2	8	130	118	508	388	250	269	140	290
京都	2,374	1	10	110	90	610	451	263	338	142	359
大阪	17,968	62	40	1,189	911	5,147	3,646	2,101	1,996	892	1,984
兵庫	7,845	28	34	463	312	2,131	1,508	903	885	524	1,057
奈良	2,541	7	6	157	140	606	547	271	278	190	339
和歌山	2,268	2	8	99	86	710	495	318	282	103	165
鳥取	1,838	3	10	71	73	526	347	197	166	164	281
島根	2,440	10	15	119	89	643	389	264	269	183	459
岡山	5,218	5	17	259	187	1,284	873	578	558	458	999
広島	6,107	10	6	303	214	1,662	971	738	652	522	1,029
山口	6,043	6	14	313	195	1,651	989	692	629	452	1,102
徳島	3,833	3	9	187	124	1,258	852	484	432	193	291
香川	3,602	3	7	168	144	1,060	689	412	373	262	484
愛媛	4,684	5	18	220	140	1,412	981	531	533	296	548
高知	3,449	2	5	134	93	1,004	607	407	372	278	547
福岡	12,907	18	32	669	439	3,512	2,203	1,554	1,424	937	2,119
佐賀	4,165	23	25	222	164	1,067	699	425	435	345	760
長崎	7,557	17	28	323	228	2,220	1,408	900	806	539	1,088
熊本	8,491	13	18	313	269	2,315	1,462	1,041	924	722	1,414
大分	5,291	11	12	212	189	1,468	919	566	572	426	916
宮崎	5,702	6	9	211	150	1,576	897	636	611	496	1,110
鹿児島	9,548	7	11	424	287	2,769	1,769	1,161	1,055	682	1,383
沖縄	5,320	6	8	329	192	1,665	990	624	432	376	698
札幌市	6,938	31	29	432	354	1,830	1,420	721	754	429	938
仙台市	1,954	3	12	86	91	335	325	154	230	218	500
さいたま市	1,138	2	3	88	74	383	300	101	121	27	39
千葉市	1,374	14	27	112	88	402	277	135	147	70	102
横浜市	4,992	21	46	382	308	1,350	964	549	607	243	522
川崎市	1,379	2	8	93	108	363	323	107	129	91	155
静岡市	930	13	16	53	54	298	185	129	99	31	52
名古屋市	4,307	8	22	386	240	1,396	908	482	480	136	249
京都市	3,561	5	10	99	63	578	467	385	365	353	1,236
大阪市	182	6	9	8	30	28	41	7	35	4	14
神戸市	3,356	6	18	219	164	1,076	708	369	308	176	312
広島市	2,840	9	16	211	179	773	572	280	302	151	347
北九州市	3,787	4	8	176	120	1,064	642	478	433	276	586
福岡市	3,890	7	19	225	193	972	766	416	511	247	534
合 計	324,335	896	1,230	18,260	14,030	91,195	61,971	36,519	35,144	21,538	43,552

資料：精神・障害保健課調

表10 都道府県別・入院形態別患者数

(平成17年6月30日現在)

	総数	措置入院		医療保護入院		任意入院		その他の入院	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
北海道	12,963	30	12	1,520	1,282	4,803	4,908	213	195
青森	4,125	21	2	703	626	1,450	1,321	2	0
岩手	4,435	27	9	451	320	1,967	1,660	0	1
宮城	3,588	9	5	513	554	1,260	1,245	0	2
秋田	4,073	9	1	926	826	1,200	1,111	0	0
山形	3,250	15	4	592	622	1,098	919	0	0
福島	6,801	25	6	1,267	1,213	2,401	1,884	2	3
茨城	6,889	30	9	1,221	877	2,702	2,050	0	0
栃木	4,760	58	24	941	909	1,540	1,288	0	0
群馬	4,928	13	2	1,102	957	1,582	1,271	0	1
埼玉	11,126	99	46	2,846	2,839	2,587	2,709	0	0
千葉	10,847	32	16	2,198	2,245	3,302	3,054	0	0
東京都	22,340	153	79	3,960	3,759	7,012	7,240	101	36
神奈川県	6,585	22	9	1,733	1,754	1,646	1,418	1	2
新潟	6,653	21	6	1,959	1,977	1,437	1,245	1	7
富山	3,448	19	4	982	906	829	708	0	0
石川	3,671	8	3	826	823	996	1,015	0	0
福井	2,202	14	2	374	354	736	722	0	0
山梨	2,307	11	5	536	446	720	589	0	0
長野	4,854	47	11	666	547	1,871	1,712	0	0
岐阜	4,033	16	11	676	692	1,408	1,230	0	0
静岡県	5,473	19	5	1,069	908	1,919	1,553	0	0
愛知県	8,353	42	10	1,447	1,034	3,141	2,502	98	79
三重	4,709	16	3	758	747	1,695	1,440	35	15
滋賀	2,103	18	10	487	474	525	589	0	0
京都	2,374	9	1	419	494	697	753	1	0
大阪	17,968	70	28	3,561	3,803	5,516	4,561	244	185
兵庫県	7,845	22	10	1,199	1,161	2,709	2,532	119	93
奈良	2,541	9	4	686	757	536	549	0	0
和歌山	2,268	2	4	545	331	685	701	0	0
鳥取	1,838	15	5	373	330	566	542	7	0
島根	2,440	14	7	541	626	656	582	8	6
岡山	5,218	23	3	1,010	923	1,527	1,664	24	44
広島	6,107	55	15	1,252	1,189	1,928	1,667	0	1
山口	6,043	12	6	1,450	1,472	1,652	1,451	0	0
徳島	3,833	26	5	446	314	1,652	1,388	1	1
香川	3,602	2	0	302	213	1,600	1,482	1	2
愛媛	4,684	40	15	953	963	1,471	1,242	0	0
高知	3,449	19	4	535	668	1,271	949	0	3
福岡	12,907	79	20	2,258	1,891	4,348	4,294	5	12
佐賀	4,165	47	8	750	643	1,282	1,421	3	11
長門	7,557	49	8	918	807	3,032	2,742	0	1
熊本	8,491	69	17	1,722	1,532	2,613	2,538	0	0
大分	5,291	28	6	1,070	852	1,585	1,750	0	0
宮崎	5,702	5	1	617	519	2,303	2,257	0	0
鹿児島	9,648	72	24	1,593	1,302	3,378	3,179	0	0
沖縄	5,320	39	2	881	731	2,080	1,587	0	0
札幌市	6,938	31	6	1,363	1,294	1,965	2,117	84	78
仙台市	1,954	3	1	389	499	402	656	2	2
さいたま市	1,138	7	5	328	259	266	273	0	0
千葉市	1,374	18	6	428	332	287	303	0	0
横浜市	4,992	25	15	1,422	1,377	1,098	1,055	0	0
川崎市	1,379	6	4	249	336	401	383	0	0
静岡市	930	4	2	159	113	361	291	0	0
名古屋市	4,307	38	6	900	759	1,470	1,134	0	0
京都市	3,561	4	0	461	773	955	1,368	0	0
大阪市	1,182	0	1	9	12	44	115	0	1
神戸市	3,356	8	1	701	615	1,137	894	0	0
広島市	2,840	57	13	552	535	802	858	13	10
北九州市	3,787	16	7	465	472	1,517	1,310	0	0
福岡市	3,890	19	6	649	572	1,197	1,444	2	1
合 計	324,335	1,716	560	60,909	57,160	104,816	97,415	967	792

資料：精神・障害保健課調

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)

市区町村	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F0)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F00)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F01)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F02-09)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F1)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F10)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F11)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F12)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F13)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F14)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F15)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F16)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F17)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F18)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F19)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F2)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F20)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F21)	統合失調症 気分障害 神経症 その他 (F22)
北海道	3,030	892	1,127	1,011	900	850	24	26	6,367										
青森県	829	221	361	247	192	184	2	6	2,438										
岩手県	623	148	189	286	278	273	3	2	2,773										
宮城県	748	265	327	155	121	113	2	6	2,024										
秋田県	913	337	431	145	196	190	3	3	2,269										
山形県	720	246	333	141	123	120	0	3	1,797										
福島県	1,267	399	458	410	259	241	9	9	4,128										
茨城県	861	204	256	401	251	222	16	13	4,873										
栃木県	505	92	115	298	125	108	10	7	3,402										
群馬県	524	121	183	220	193	167	9	17	3,548										
埼玉県	2,875	1,264	946	665	293	252	14	27	6,564										
千葉県	1,897	616	437	844	507	470	24	13	7,170										
東京都	3,199	1,303	869	1,027	999	862	72	65	14,278										
神奈川県	1,591	610	513	468	413	372	23	18	3,679										
新潟県	1,462	637	517	308	248	230	1	17	3,635										
富山県	667	249	202	216	100	96	0	4	2,095										
石川県	841	286	298	257	65	62	0	3	2,164										
福井県	422	207	95	120	90	82	1	7	1,260										
山梨県	268	121	56	91	93	80	7	6	1,566										
長野県	617	168	141	308	281	269	7	5	3,126										
岐阜県	516	174	191	151	143	134	3	6	2,703										
静岡県	814	295	272	247	341	298	24	19	3,529										
愛知県	910	256	225	429	497	435	27	34	5,442										
三重県	583	148	162	273	190	180	7	3	3,001										
滋賀県	390	179	81	130	59	53	3	3	1,218										
京都府	471	197	144	130	41	33	4	4	1,524										
大阪府	3,350	932	921	1,497	1,236	1,074	102	60	10,979										
兵庫県	1,500	405	486	609	284	268	8	8	4,862										
奈良県	505	220	161	124	71	50	8	13	1,575										
和歌山県	113	39	19	55	55	46	1	8	1,845										
鳥取県	430	186	116	128	90	89	1	0	1,093										
島根県	564	205	198	161	115	114	0	1	1,348										
岡山県	1,389	612	413	364	241	229	6	6	2,814										
広島県	1,383	508	451	424	557	546	4	7	3,294										
山口県	1,455	582	546	327	289	285	1	4	3,389										
徳島県	374	62	105	207	175	157	5	13	2,797										
香川県	567	209	189	169	217	190	15	12	2,332										
愛媛県	761	230	160	371	222	202	12	8	3,072										
高知県	637	257	187	193	309	294	5	10	2,050										
福岡県	2,903	920	935	1,048	1,005	862	91	52	6,681										
佐賀県	996	473	263	260	203	184	9	10	2,266										
長門県	1,159	438	345	376	514	508	4	2	4,556										
熊本県	1,898	547	799	552	389	351	18	20	4,812										
大分県	1,232	679	388	165	267	261	2	4	3,087										
宮崎県	1,429	414	612	403	368	360	3	5	2,947										
鹿児島県	1,822	701	710	411	440	427	4	9	5,858										
沖縄県	1,227	316	408	503	195	186	1	8	3,505										
札幌市	1,199	341	454	404	446	411	13	22	3,780										
仙台市	727	271	281	175	60	55	1	4	858										
さいたま市	21	7	4	10	29	28	0	1	981										
千葉市	131	38	15	78	72	31	32	9	925										
横浜市	807	378	140	289	271	237	18	16	3,174										
静岡市	173	64	50	59	23	20	1	2	977										
浜松市	41	4	20	17	22	19	2	1	714										
名古屋市	267	50	42	175	319	225	29	65	3,137										
京都市	1,497	740	597	160	137	126	6	5	1,539										
大阪市	10	3	1	6	1	1	0	0	59										
神戸市	446	104	75	267	301	286	6	9	2,185										
広島市	501	171	194	136	210	186	15	9	1,658										
北九州市	904	449	298	157	184	170	9	5	2,079										
福岡市	647	208	255	184	177	162	6	9	2,233										
合計	60,608	21,399	19,767	19,442	16,492	15,017	733	742	196,034										

資料：精神・障害保健課調

(平成17年6月30日現在)

気分(感情)障害 (F3)	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4)	生理的障害および身体関連症候群 (F5)	成人のパーソナリティ及び行動の障害 (F6)	精神遅滞 (F7)	心理的発達障害 (F8)	小児期及び青年期に発症し、小児期に診断された特定の精神障害 (F9)	てんかん	その他	合計
1,117	320	41	56	389	11	10	348	374	12,963
302	137	26	28	79	11	7	66	10	4,125
295	134	22	38	136	2	1	105	27	4,435
382	62	6	16	74	0	9	111	35	3,588
344	91	5	16	129	3	1	90	16	4,073
315	97	13	21	86	1	1	54	22	3,250
485	90	9	36	342	3	7	139	36	6,801
389	70	9	24	196	2	3	147	64	6,889
352	57	9	18	153	0	2	89	48	4,760
343	84	19	18	121	0	0	61	17	4,928
785	131	39	45	210	9	4	135	36	11,126
797	148	15	41	102	4	10	94	62	10,847
2,030	391	65	206	489	90	123	336	134	22,340
529	146	20	38	70	5	6	57	31	6,585
648	127	14	62	250	0	0	120	87	6,653
280	105	7	27	94	0	5	57	11	3,448
275	67	11	21	109	9	1	86	22	3,671
254	66	11	38	30	1	9	21	0	2,202
165	51	6	13	85	1	4	39	16	2,307
458	108	39	16	69	11	6	100	23	4,854
281	116	13	41	108	5	7	90	10	4,033
438	105	11	14	105	1	18	58	39	5,473
660	145	9	69	367	23	26	145	60	8,353
325	143	68	20	131	44	29	77	98	4,709
227	69	11	15	41	4	14	37	17	2,103
167	35	4	16	30	0	4	33	49	2,374
1,297	226	54	81	340	12	19	179	195	17,968
394	110	13	31	225	19	7	95	305	7,845
237	36	5	12	45	4	2	13	36	2,541
115	34	14	13	52	1	6	20	0	2,268
127	54	0	8	15	0	0	10	11	1,838
203	73	16	16	35	2	5	22	41	2,440
362	114	19	28	109	9	2	59	72	5,218
420	54	26	37	188	3	2	73	70	6,107
378	104	6	41	163	7	5	75	131	6,043
164	40	14	19	134	3	2	58	53	3,833
199	53	2	14	98	0	2	87	31	3,602
296	88	9	44	99	2	7	68	16	4,684
205	57	2	14	91	5	7	50	22	3,449
996	258	51	174	443	8	3	190	195	12,907
308	97	10	37	75	6	4	67	96	4,165
592	135	9	53	275	3	6	155	100	7,557
527	126	17	55	347	6	51	189	74	8,491
325	51	17	40	121	12	12	90	37	5,291
327	96	8	13	291	11	18	95	98	5,702
609	99	7	41	293	4	12	213	150	9,548
197	51	5	4	24	2	5	29	76	5,320
729	201	26	44	282	26	7	163	35	6,938
187	57	2	15	6	0	2	25	15	1,954
43	21	1	2	10	0	0	24	6	1,138
143	28	2	14	21	5	6	16	11	1,374
407	119	21	21	53	7	9	66	37	4,992
158	19	4	6	8	0	0	6	5	1,379
83	35	2	4	12	0	3	10	4	930
333	51	8	29	67	15	6	52	23	4,307
227	40	7	15	43	4	1	47	4	3,561
78	17	4	2	1	3	1	3	3	182
228	64	3	7	50	2	6	34	30	3,356
212	62	10	43	53	2	0	30	59	2,840
308	53	5	35	116	0	14	45	44	3,787
397	119	17	53	153	5	4	44	41	3,890
24,454	5,937	918	2,019	8,333	428	543	5,099	3,470	324,335

表12 平均残存率

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
北海道	31.3	31.3	31.4	30.6	30.6	30.1	30.3	28.2
青森	40.4	36.2	30.3	28.2	26.9	27.6	35.1	27.3
岩手	41.9	40.7	38.7	38.1	36.8	33.9	33.0	32.1
宮城	31.7	30.4	28.0	33.2	31.2	39.0	31.4	34.4
秋田	34.4	28.8	30.6	32.8	31.8	32.0	30.2	27.1
山形	26.9	28.0	27.7	28.2	26.2	25.2	28.2	23.9
福島	36.6	35.9	32.8	34.2	31.0	31.5	32.7	30.5
茨城	36.2	38.1	36.8	31.9	39.7	33.5	31.5	31.3
栃木	33.7	31.7	31.3	28.3	31.6	29.6	26.5	28.0
群馬	27.3	31.4	27.2	28.7	28.7	30.4	27.7	25.5
埼玉	36.4	38.5	34.3	35.8	34.9	40.7	32.6	32.1
千葉	43.2	32.1	32.5	31.9	32.9	30.6	27.9	27.5
東京	36.7	31.1	28.8	26.5	26.7	26.8	25.4	26.9
神奈川	35.2	35.1	33.1	31.8	33.1	30.2	29.2	30.2
新潟	32.0	31.8	31.0	30.1	31.4	30.3	26.1	28.9
富山	29.4	35.4	32.8	37.3	34.1	30.6	46.3	30.1
石川	34.9	32.2	37.7	29.6	30.7	29.0	32.7	29.0
福井	27.4	26.8	26.4	24.3	25.5	24.5	29.3	25.3
山梨	31.3	31.4	32.0	27.1	32.5	34.0	35.1	34.0
長野	28.5	27.6	24.8	21.4	25.2	25.4	24.3	24.8
岐阜	30.3	25.3	25.7	27.7	26.2	30.2	26.3	23.2
静岡	31.6	32.5	28.8	30.0	29.7	28.7	27.3	26.0
愛知	35.2	34.4	32.4	32.1	30.9	30.8	31.6	30.4
三重	31.8	32.0	30.2	28.8	31.1	27.9	29.2	25.8
滋賀	35.3	38.1	25.6	26.0	29.9	29.2	28.3	29.0
京都	30.8	31.8	32.5	32.7	30.0	32.1	30.8	28.7
大阪	33.0	30.7	31.6	27.8	29.2	29.1	27.7	28.4
兵庫	40.9	36.0	34.8	35.1	33.0	36.2	34.5	32.2
奈良	39.0	37.4	37.3	32.4	38.1	31.4	31.3	35.7
和歌山	32.3	25.9	26.1	32.4	25.7	31.2	31.0	26.4
鳥取	30.0	35.5	26.2	30.1	33.4	30.2	25.0	29.0
島根	30.2	26.6	30.1	30.2	28.1	30.6	23.3	26.3
岡山	29.6	33.1	26.1	31.2	27.1	27.2	24.1	24.0
広島	32.0	33.1	33.0	28.1	31.4	26.3	29.4	30.3
山口	34.3	37.7	35.1	36.4	36.9	34.6	33.8	32.3
徳島	37.9	42.4	32.4	31.9	38.6	35.0	32.7	30.4
香川	29.7	31.9	33.1	30.3	31.9	29.4	29.4	24.4
愛媛	34.5	35.1	33.9	27.2	35.0	32.2	30.4	30.3
高知	28.6	37.4	22.7	25.6	29.9	26.2	26.7	22.3
福岡	37.2	36.3	34.8	35.2	32.9	35.4	34.4	31.2
佐賀	39.0	34.4	31.8	34.6	36.7	35.5	36.0	38.9
長崎	40.8	39.1	36.4	37.3	34.2	31.8	32.8	33.2
熊本	34.2	28.9	28.9	28.3	30.0	30.3	29.9	31.2
大分	41.0	38.0	34.6	36.3	38.4	39.6	32.2	30.9
宮崎	32.7	31.4	29.0	31.1	31.3	32.6	33.4	33.6
鹿児島	42.6	40.6	40.6	39.6	40.8	37.9	40.1	38.3
沖縄	36.9	36.2	32.0	34.3	30.1	34.4	29.5	27.3
合計	34.8	33.4	31.6	30.9	31.2	31.1	30.1	29.2

資料：精神・障害保健課調

表13 退院率

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
北海道	25.7	26.1	24.6	23.6	24.8	22.4	24.4
青森	27.7	25.9	21.7	15.1	26.6	22.4	29.6
岩手	26.3	28.3	20.0	20.8	13.8	19.2	25.8
宮城	26.1	23.9	19.7	22.4	20.9	26.1	18.9
秋田	19.3	25.3	21.3	23.9	19.8	26.9	21.0
山形	22.6	18.3	23.3	26.5	27.8	22.4	22.0
福島	23.6	22.0	17.1	13.4	22.7	18.2	21.4
茨城	19.1	20.4	16.6	12.3	15.4	15.6	19.4
栃木	15.7	16.9	17.9	24.8	19.0	17.5	18.8
群馬	15.2	15.4	16.6	19.4	14.3	13.7	14.2
埼玉	27.1	38.1	20.4	39.3	21.2	20.7	24.6
千葉	19.1	19.0	14.8	18.2	16.1	17.4	15.2
東京	26.0	29.0	29.3	24.1	27.6	25.9	25.5
神奈川	25.4	25.6	27.4	20.8	24.3	25.2	29.4
新潟	17.3	18.5	21.0	18.7	17.5	16.7	26.0
富山	20.8	23.4	15.9	14.5	70.9	22.1	27.4
石川	26.3	29.0	17.5	20.2	28.6	21.6	19.0
福井	16.2	13.9	18.7	22.3	20.3	24.8	23.3
山梨	18.9	39.3	15.2	20.6	14.4	25.0	17.4
長野	21.3	20.4	17.0	18.6	17.4	21.0	16.5
岐阜	24.5	25.0	15.5	17.1	12.5	19.5	14.8
静岡	16.5	17.7	24.6	14.4	14.9	15.9	17.7
愛知	17.2	16.8	18.1	22.2	20.3	17.7	19.8
三重	21.7	26.1	20.2	30.9	21.2	23.6	27.8
滋賀	9.5	11.1	17.5	21.8	23.3	31.2	25.7
京都	18.5	18.6	27.5	18.8	22.5	17.1	16.5
大阪	24.2	21.0	21.1	18.0	23.0	20.1	22.6
兵庫	15.4	16.0	16.0	21.0	19.4	19.2	18.4
奈良	28.3	18.2	27.5	17.6	25.0	15.6	22.9
和歌山	16.6	17.9	13.0	18.0	19.0	18.9	22.9
鳥取	14.7	13.6	14.8	18.2	15.9	18.8	16.9
島根	20.5	20.7	36.2	26.7	25.0	30.4	17.0
岡山	23.3	24.6	23.3	22.0	29.9	28.4	23.2
広島	25.2	21.7	22.0	20.2	20.3	21.9	24.0
山口	20.2	22.6	22.9	16.9	19.7	17.0	22.8
徳島	12.8	13.0	15.9	19.2	17.5	16.3	16.5
香川	29.9	23.5	22.0	19.8	16.7	17.2	19.8
愛媛	16.1	16.4	19.8	22.0	16.2	16.4	17.7
高知	19.2	23.2	23.1	19.8	25.3	21.4	25.2
福岡	22.7	20.4	24.3	20.5	23.9	24.1	20.0
佐賀	27.8	25.3	27.2	24.8	24.2	22.5	23.0
長崎	17.3	19.7	17.6	15.0	20.0	19.0	15.0
熊本	20.5	21.3	21.5	13.6	16.3	19.2	21.3
大分	19.6	19.9	21.2	29.3	19.7	19.4	24.8
宮崎	17.2	17.1	11.5	11.1	20.0	23.5	22.3
鹿児島	21.9	21.6	17.6	15.7	17.6	21.3	17.7
沖縄	27.7	34.2	22.2	24.4	24.7	23.5	22.9
合計	21.7	22.3	21.0	20.6	21.6	20.9	21.4

資料：精神・障害保健課調

表14 都道府県別年間入退院患者数等

(平成17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	4,731,341	14,964	15,232	314.1
青森	1,508,607	5,131	5,182	292.6
岩手	1,614,860	4,697	4,828	339.1
宮城	1,306,513	3,672	3,678	327.1
秋田	1,488,564	4,810	4,951	305.0
山形	1,188,160	4,564	4,678	257.1
福島	2,490,882	6,375	6,577	384.6
茨城	2,503,806	5,595	5,687	443.9
栃木	1,735,590	4,329	4,513	392.6
群馬	1,804,179	5,160	5,106	351.5
埼玉	4,166,105	12,109	11,752	348.0
千葉	3,967,157	10,530	10,574	345.7
東京都	8,217,632	34,599	35,218	235.4
神奈川県	2,440,629	8,288	8,916	270.1
新潟	2,459,687	7,324	7,418	333.7
富山	1,270,457	3,603	3,714	347.3
石川	1,329,929	3,834	3,849	346.2
福井	801,640	3,028	3,015	265.3
山梨	839,035	2,718	2,766	306.0
長野	1,784,074	6,703	6,832	263.6
岐阜	1,464,585	4,536	4,605	320.4
静岡	1,994,395	6,356	6,406	305.6
愛知	3,034,068	8,813	8,913	348.0
三重	1,717,656	5,360	5,519	315.8
滋賀	766,482	2,632	2,682	288.5
京都	890,823	2,812	2,849	370.3
大阪	6,557,703	22,111	21,799	288.1
兵庫県	2,868,050	6,419	6,503	401.6
奈良	922,669	2,607	2,646	351.3
和歌山	829,623	1,755	1,862	458.7
鳥取	670,021	2,295	2,265	293.9
島根	886,550	3,561	3,598	247.7
岡山	1,900,587	7,406	7,488	255.2
広島	2,231,313	5,772	5,853	324.9
山口	2,198,116	5,487	5,610	396.2
徳島	1,401,845	2,575	2,688	532.7
香川	1,320,974	3,425	3,545	379.0
愛媛	1,695,612	4,715	4,654	262.0
高知	1,263,532	5,333	5,345	236.7
福岡	4,710,825	11,788	11,829	366.6
佐賀	1,524,206	3,815	3,861	397.1
長崎	2,761,474	7,403	7,703	365.6
熊本	3,108,462	9,050	9,212	340.4
大分	1,933,173	5,105	5,126	377.9
宮崎	2,069,641	5,274	5,288	391.9
鹿児島	3,493,982	6,375	6,456	544.6
沖縄	1,933,246	6,177	6,264	310.8
札幌市	2,533,752	8,024	8,046	315.3
仙台市	719,395	2,539	2,498	285.6
さいたま市	413,256	1,196	1,260	336.5
千葉市	497,630	2,333	2,392	210.6
横浜市	1,816,139	6,610	6,729	272.3
川崎市	494,886	2,335	2,312	213.0
静岡市	340,997	1,260	1,264	270.2
名古屋	1,564,668	4,295	4,409	359.5
京都市	1,313,594	3,116	3,128	420.8
大阪市	65,384	1,029	1,034	63.4
神戸市	1,225,629	3,741	3,726	328.3
広島市	1,039,080	4,236	4,269	244.3
北九州市	1,395,170	3,879	3,974	355.3
福岡市	1,416,909	4,747	4,830	295.9
全国	118,634,949	360,330	364,926	327.2

資料：精神・障害保健課調（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	0.9	93.1
14	356,621	330,666	2,767	0.8	92.7
15	355,269	329,555	2,566	0.8	92.8
16	354,923	326,613	2,414	0.7	92.0
17	352,721	324,335	2,276	0.7	92.0

資料：精神病床数・入院患者数は精神・障害保健課調（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・障害保健課調

表16 入院形態別入院患者数及び通院患者数の推移

(上段：実数(人)、下段：割合(%))

	平成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	平成17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)	330,060 (100.0)	329,096 (100.0)	326,125 (100.0)	324,335 (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)	2,276 (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)	118,069 (36.4)
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)	202,231 (62.4)
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)	1,759 (0.5)
通院患者数	472,268	484,565	587,203	634,661	727,839	796,732	855,875	933,381	1,073,342	1,145,734

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		精神科				
	精神科 デイケア	老人痴呆 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイケア	精神科 ナイトケア	
北海道	15	3	0	3	13	2	0	11	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
青森県	8	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岩手県	13	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宮城県	8	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田県	6	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	10	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	16	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
茨城県	14	3	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栃木県	11	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
群馬県	9	0	0	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
埼玉県	19	2	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
千葉県	17	0	1	0	14	1	0	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東京都	33	0	9	8	24	0	4	0	44	5	11	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神奈川県	15	2	3	4	6	0	1	0	11	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新潟県	16	2	1	0	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
富山県	11	1	1	5	3	2	0	1	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
石川県	10	1	0	4	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福井県	4	3	0	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福山県	7	2	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長野県	8	2	1	1	9	5	1	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岐阜県	10	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静岡県	23	1	2	4	3	0	0	0	10	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛知県	17	1	4	7	7	2	0	1	11	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岐阜県	10	1	3	4	4	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
滋賀県	4	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都府	32	3	4	8	5	0	1	1	22	1	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪府	14	2	2	2	1	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
奈良県	2	0	0	0	4	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
和歌山県	7	0	0	1	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
鳥取県	6	0	2	2	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
徳島県	5	3	0	0	3	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岡山県	10	4	0	1	6	1	0	0	8	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
広島県	13	5	0	3	3	1	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山口県	13	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
徳島県	7	1	0	2	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
香川県	7	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛媛県	11	3	2	4	2	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高知県	8	0	0	3	5	0	0	3	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡県	21	6	4	7	15	4	4	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
佐賀県	12	2	1	3	4	0	2	1	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長門県	15	1	0	4	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
熊本県	30	8	0	5	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大分県	16	1	1	3	2	0	0	0	5	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宮崎県	11	3	1	2	5	0	2	2	4	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
鹿児島県	21	3	3	6	5	0	0	3	6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
沖縄県	11	6	4	10	9	3	0	4	3	2	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
札幌市	16	2	3	5	6	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
仙台市	4	1	0	0	0	0	0	0	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宇都宮市	1	0	0	0	1	0	1	1	7	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
千葉市	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
横浜市	13	0	0	0	3	0	0	0	11	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
川崎市	4	2	2	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
名古屋市	8	0	2	5	1	0	0	0	7	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都市	4	0	0	1	3	0	0	1	14	1	3	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪市	6	1	0	1	0	0	0	0	18	0	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸市	6	0	0	1	2	0	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
広島市	6	5	0	5	2	0	0	0	3	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新潟市	10	1	0	0	0	0	0	0	8	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡市	6	1	1	0	6	3	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	672	99	70	154	340	41	20	39	338	63	58	73	22	0	0	0	2	3	0	0	1,274	206	148	266			

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うけている
1% 1.24万人

精神病院または精神病室に入っている
3% 3.72万人

在宅のまま精神科専門医以外の医師、保健所
により指導をうけている
5% 6.20万人

その他 91% 118万人

必要な処遇別精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総数	130万人	14
要収容治療	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

	医療を受けている	精神衛生相談所等その他の施設の指導をうけている	在宅の患者
総数	100	30.1	5.2
精神病	100	45.4	1.9
精神薄弱	100	6.0	13.0
その他	100	33.3	0.8

必要な処置別精神障害者・有病者

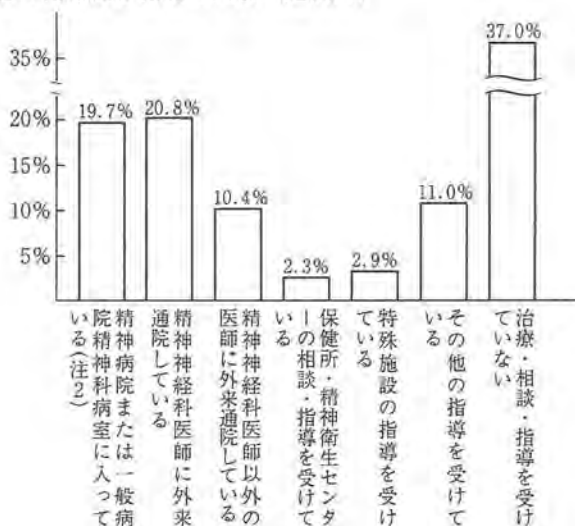
	人口千対有病率総数	精神病院に入院を要するもの	精神病院以外の施設に収容を要するもの	在宅の医療または指導を要するもの
総数	124 (12.9)	28 (3.0)	7 (0.7)	89 (9.3)
精神病	57 (5.9)	21 (2.2)	2 (0.1)	35 (3.6)
精神薄弱	40 (4.2)	3 (0.4)	5 (0.5)	32 (3.3)
その他	27 (2.8)	4 (0.4)	— (0.05)	22 (2.3)

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%

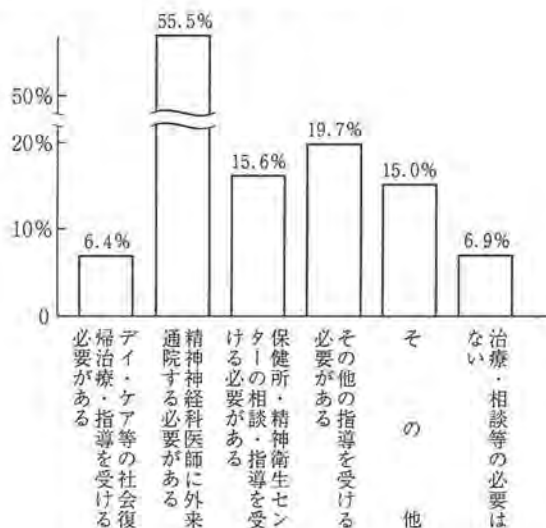
2. 現在の治療及び指導の内容 (延集計)



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・指導を受けているものは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的な精神障害についての診断が評価された。

- ・ 6つの気分（感情）障害

- i) 重症うつ病エピソード [F32.2-3]
- ii) 中等症うつ病エピソード [F32.1]
- iii) 軽症うつ病エピソード [F32.0]
- iv) 躁病エピソード [F30.1-2]
- v) 軽躁病 [F30.0]
- vi) 気分変調症 [F34.1]
- ・ 6つの神経症性・ストレス性障害
 - i) パニック障害 [F41.0]
 - ii) パニック障害をともなわない広場恐怖 [F40.00]
 - iii) 社会恐怖 [F40.1]
 - iv) 特定の恐怖症 [F40.2]
 - v) 全般性不安障害 [F41.1]
 - vi) 外傷後ストレス障害 [F43.1]
- ・ 4つの精神作用物質による精神および行動の障害
 - i) 有害な使用-アルコール [F10.1]
 - ii) アルコール依存症 [F10.2]
 - iii) 有害な使用-薬物 [F1x.1]
 - iv) 薬物依存症 [F1x.2]

[] はICD-10 コード

各精神障害（あるいは気分（感情）障害などの疾患グループ）について、調査時点までにこれを経験していた場合を生涯経験者とし、生涯経験者が全対象者に占める割合を「生涯有病率」とした。また過去12カ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去12カ月経験者とし、この割合を「12カ月有病率」、同様に過去30日間に診断基準を満たす状態であった場合に過去30日経験者とし、この割合を「30日有病率」とした。

限 界

精神障害で現在不調の者が調査に参加しなかった可能性があるため精神障害の有病率は本調査で示したよりも高い可能性がある。

調査地域が西日本に偏っており、調査地域に大都市部が含まれていないといった問題がある。

この集計では重み付を加えていない。このため以下の2つの影響がある。1つは、無回答者による対象の偏りを補正できていないため、有病率を過小もしくは過大に評価している可能性がある。もう1つは、一部の障害の診断（外傷後ストレス障害、および精神作用物質による精神および行動の障害全ての有病率は過小評価されている可能性がある。

調査結果

人口統計学的特徴

性： 男性1,314名，女性1,673名

年齢：20-34歳486名，35-44歳452名，45-54歳586名，55-64歳612名，
65歳以上851名

精神障害の有病率

地域住民の約6人に1人（16.2%）が、調査時点までの生涯に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。また、調査時点からの過去12カ月間では地域住民の約14人に1人（7.4%）が、調査時点からの過去30日間では地域住民の約22人に1人（4.5%）が、本調査で評価した何らかの精神障害をその期間に少なくとも1つ以上経験していた。

表 1 C D—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
気分変動症	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"> ・京都府洛東南禪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・ペール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ・名古屋監獄に日本最初の監獄病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、瘵児院等の設立を掌ること ・ベルツ E. Baelz 東京大学医学部で精神病学を講義 ・愛知医科大学の教師フォン・ローレツツ 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"> ・上野瘋癲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、加藤瘋癲病院に入院(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"> ・警視庁が精神病患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)	・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)	・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)	・精神病患者監護法公布																					
1901 (明治34年)	・ウォルフ、トリオナル持続睡眠法創始																					
1902 (明治35年)	・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)	・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 明治41年度入退院数 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <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)	・「医学校に精神科設置に関する建議案」可決																					
1908 (明治41年)	・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)	・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)	・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)	・国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ことを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の現地調査																					
1917 (大正6年)	・精神病患者全国一斉調査結果 総 数 64,941人 入 院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ・日本精神医学会創立 ・感化院法公布																					

年 代	精 神 保 健 事 項
1919 (大正8年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法公布 ・大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ・内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ・日本精神病医協会設立
1921 (大正10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、低能児教育調査会設置
1923 (大正12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生協会発足 ・日本心理学会発足
1930 (昭和5年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回国際精神衛生会議
1932 (昭和7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国公立及び代用精神病院院長会議、内務大臣により招集 ・精神薄弱児童研究会設置
1934 (昭和9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国民優生法公布
1943 (昭和18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立国府台病院、精神衛生センターとして発足、同病院にはじめて精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950 (昭和25年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法公布
1951 (昭和26年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所設置 ・精神衛生普及会発足 ・全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO顧問としてレムカウ Paul V. Lemkau 及びブレイン Daniel Blain 来日、わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 ・日本精神衛生連盟結成、世界精神衛生連盟に加盟 ・第1回全国精神衛生大会
1954 (昭和29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国精神衛生相談所長会議 ・精神衛生実態調査

年 代	精 神 保 健 事 項
1955 (昭和30年)	・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きる。(日本精神病院協会, 日本精神神経学会, 厚生省が検討を始める) ・全国精神衛生連絡協議会発足 ・精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ・精神衛生実態調査 ・国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	・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す ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学会理事会「精神病院に多発する不詳事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970 (昭和45年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について (公衆衛生局長、医務局長通知) ・心身障害者対策基本法公布 ・精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971 (昭和46年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ・法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972 (昭和47年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省精神衛生思想普及費，精神病院技術職員等研修費，児童精神科専門医研修費，A級精神衛生センターにおけるデイ・ケア事業運営費予算化 ・精神科カウンセリング科新設
1973 (昭和48年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ・第21回全国精神衛生大会（金沢）の開催中止
1974 (昭和49年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科作業療法，精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ・日本精神神経科診療所医会結成 ・デイ・ケア施設整備費予算化
1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における社会復帰相談指導事業の実施 ・アルコール中毒臨床医等研修費予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者措置入院制度の適正な運用について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科デイ・ケア研修を実施
1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費，精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会（大阪）の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人精神病棟に関する意見」 ・アルコール健康医学協会設立 ・職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 ・職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ・国際障害者年精神衛生国際セミナー開催 ・覚せい剤緊急対策策定

年 代	精 神 保 健 事 項
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院患者リハビリテーション事業実施 ・老人保健法成立 ・老人精神衛生相談事業予算化
1983 (昭和58年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「覚せい剤中毒者対策に関する意見，老人精神保健対策に関する意見」 ・公衆衛生審議会精神衛生部会に「緊急精神医療対策専門委員会，アルコール関連問題対策専門委員会」の設置
1984 (昭和59年)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における防火防災対策の強化について (公衆衛生局長，医務局長通知) ・精神病院に対する指導監督等の強化徹底について (公衆衛生局長，医務局長，社会局長通知) ・公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称 ・精神障害者の国立病院及び国立療養所への入院措置について (保健医療局長通知) ・精神障害者小規模保護作業所調査
1985 (昭和60年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康づくり推進事業予算化 ・国連経済社会理事会，国連人権委員会，差別防止及び少数者保護小委員会において精神衛生法の改正について精神保健課長発言 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「アルコール関連問題対策に関する意見」 ・精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて (保健医療局長通知) ・精神障害者共同同居調査
1986 (昭和61年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科集団精神療法，精神科ナイト・ケア，精神科訪問看護指導料等が社会保険診療報酬で点数化 ・精神障害回復者社会復帰施設の運営について〔デイ・ケア施設の名称変更〕(保健医療局長通知) ・保健所における精神科通院医療中断者保健サービス事業の実施について(保健医療局長通知) ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「精神障害者の社会復帰に関する意見」 ・国立精神・神経センター設立(国立精神衛生研究所廃止) ・公衆衛生審議会精神衛生部会の中間メモ「精神衛生法改正の基本的な方向について」
1987 (昭和62年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者小規模作業所運営助成事業の実施 ・精神衛生法改正案，国会で可決 ・保健所における精神衛生業務中のデイ・ケア事業について (保健医療局長通知) ・精神科デイ・ケア施設の運営について〔精神障害回復者社会復帰施設の名称変更〕(保健医療局長通知) ・精神障害者援護療の運営について〔精神衛生社会生活適応施設の名称変更〕(保健医療局長通知)

年 代	精 神 保 健 事 項
1988 (昭和63年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健法（昭62年、法律第98号）施行 ・精神保健法に基づく各基準等の告示 ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行について（依命通知・保健医療局長通知） ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行に伴う関係通知の見直しについて（保健医療局長通知） ・精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について（精神保健課長通知） ・精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について（保健医療局長通知）
1989 (平成元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について（保健医療局長通知） ・精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について（保健医療局長通知） ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について（保健医療局長通知）
1990 (平成2年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について（保健医療局長通知） ・心の健康づくり推進モデル事業実施要領について（保健医療局長通知）
1991 (平成3年)	<ul style="list-style-type: none"> ・老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について（保健医療局長通知） ・公衆衛生審議会意見具申「地域精神保健対策に関する中間意見」及び「処遇困難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、募張メッセ） ・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 ・国立療養所犀潟病院事件に対する改善命令(新潟県) ・性同一性障害による初の性転換手術 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の6第1項に基づき国が初めて国立精神病院・療養所に対し立入検査を実施
1999 (平成11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回精神保健福祉士試験実施 ・公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会報告 ・今後の精神保健福祉施策について(意見書・公衆衛生審議会) ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問・答申

年 代	精 神 保 健 事 項
1999 (平成11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（公衆衛生審議会）〔早稲病院事件関係〕 ・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) ・国立精神・神経センターに自殺予防総合対策センターを設置(6月1日設置) ・「自殺対策基本法」成立(6月15日)施行(10月)
2007 (平成19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺総合対策大綱策定(6月8日)

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20年4月1日現在)

都道府県	主管部(局)主管課	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
北海道	保健福祉部福祉局障害者保健福祉課	011(204)5455	001(232)4068	060-8588	札幌市中央区北3条西6丁目
青森	健康福祉部障害福祉課	017(734)9307	017(734)8092	030-8570	青森市長島1丁目1の1
岩手	保健福祉部障がい保健福祉課	019(629)5450	019(629)5454	020-8570	盛岡市内丸10番1号
宮城	保健福祉部障害福祉課	022(211)2543	022(211)2597	980-8570	仙台市青葉区本町3丁目8番1号
秋田	健康福祉部障害福祉課	018(860)1333	018(860)3866	010-8570	秋田市山王4丁目1番1号
山形	健康福祉部障がい福祉課	023(630)2240	023(630)2111	990-8570	山形市松波2の8の1
福島	保健福祉部障がい福祉課	024(521)7171	024(521)7929	960-8670	福島市杉妻町2の16
茨城	保健福祉部障害福祉課精神保健係	029(301)3368	029(301)3370	310-8555	水戸市笠原町978番6
栃木	保健福祉部障害福祉課	028(623)3093	028(623)3052	320-8501	宇都宮市埴田1の1の20
群馬	健康福祉局障害福祉課	027(226)2640	027(224)4776	371-8570	前橋市大手町1丁目1番1号
埼玉	保健医療部疾病対策課	048(830)3565	048(830)4809	330-9301	さいたま市浦和区高砂3-15-1
千葉	健康福祉部障害福祉課	043(223)2334	043(222)4133	260-8667	千葉市中央区市場町1の1
東京	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課	03(5320)4462	03(5388)1417	163-8001	新宿区西新宿二丁目8番1号
神奈川	保健福祉部障害福祉課	045(210)4727	045(201)2051	231-8588	横浜市中区日本大通1
新潟	福祉保健部障害福祉課	025(280)5201	025(283)2062	950-8570	新潟市中央区新光町4番地1
富山	厚生部健康課	076(444)3223	076(444)3496	930-8501	富山市新総曲輪1番7号
石川	健康福祉部障害者保健福祉課	076(225)1427	076(225)1429	920-8580	金沢市鞍月1丁目1番地
福井	健康福祉部障害福祉課	0776(20)0634	0776(20)0639	910-8580	福井市大手3丁目17番1号
山梨	福祉保健部健康増進課	055(223)1495	055(223)1464	400-8501	名古屋市中区1丁目6の1
長野	衛生部健康づくり支援課	026(235)7109	026(235)7170	380-8570	長野市大字南長野字轄下692の2
岐阜	健康福祉部保健医療課	058(272)8278	058(278)2624	500-8570	岐阜市藪田南2-1-1
静岡	厚生部障害者支援局精神保健福祉室	054(221)2920	054(221)3267	420-8601	静岡市葵区追手町9番6号
愛知	健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室	052(954)6621	052(954)6920	460-8501	名古屋市中区日本大通1
三重	健康福祉部障害福祉室	059(224)2273	059(228)2085	514-8570	津市広明町13
滋賀	健康福祉部障害者自立支援課	077(528)3618	077(528)4853	520-8577	大津市京町4丁目1番1号
京都	保健福祉部障害者支援室	075(414)4732	075(414)4597	602-8570	京都市京区下立売通新町西人蔵ノ内町
大阪	健康福祉部地域保健感察症室	06(6944)7524	06(4792)1722	540-8570	大阪市中央区大手町2の1の22
兵庫	健康福祉部障害福祉局障害福祉課	078(362)9498	078(362)3911	650-8567	神戸市中央区下山手通5の10の1
奈良	福祉部健康安全局健康増進課	0742(27)8680	0742(27)8262	630-8501	奈良市登大路町30番地
和歌山	福祉保健政策局障害福祉課	073(441)2641	073(432)5567	640-8269	和歌山市小松原通1の1
鳥取	福祉保健部障害福祉課	0857(26)7862	0857(26)8136	680-8570	鳥取市東町1の220
島根	健康福祉部障害者福祉課	0852(22)6321	0852(22)6687	690-8501	松江市殿町1番地
岡山	保健福祉部健康対策課	086(226)7330	086(225)7283	700-8570	岡山市内山下2の4の6
広島	健康福祉局保健医療部健康対策課	082(513)2154	082(228)5256	730-8511	広島市中区基町10の52
山口	健康福祉部健康増進課	083(933)2944	083(933)2969	753-8501	山口市滝町1番1号
徳島	健康福祉部健康増進課	088(621)2225	088(621)2841	770-8570	徳島市万代町1丁目1番地
香川	健康福祉部障害福祉課	087(832)3294	087(806)0209	760-8570	高松市番町4丁目1番10
愛媛	保健福祉部障害福祉課	089(912)2420	089(921)5609	790-8570	松山市一番町4の4の2
高知	障害福祉課	088(823)9669	088(823)9260	780-8570	高知市丸の内1の2の20
福岡	保健福祉部障害者福祉課	092(643)3265	092(643)3271	812-8570	福岡市博多区東公園7の7
佐賀	健康福祉部障害福祉課	0952(25)7064	0952(25)7302	840-8570	佐賀市城内1丁目1番59号
長崎	福祉保健部障害福祉課	095(895)2456	095(823)5082	850-8570	長崎市江戸町2番13号
熊本	健康福祉部障がい者支援室	096(333)2234	096(383)1739	862-8570	熊本市水前寺6の18の1
大分	福祉保健部障害福祉課	097(506)2733	097(506)1740	870-8501	大分市大手町3丁目1番1号
宮崎	福祉保健部障害福祉課	0985(32)4471	0985(26)7340	880-8501	宮崎市橋通東2丁目10番1号
鹿児島	保健福祉部障害福祉課	099(286)2754	099(286)5558	890-8577	鹿児島市鴨池新町10の1
沖縄	福祉保健部障害福祉課	098(866)2190	098(866)6916	900-8570	那覇市泉崎1-2-2

都道府県	主管部(局) 主管課	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
札幌	保健福祉局保健福祉部障がい福祉課	011(211)2936	011(218)5181	060-8611	札幌市中央区北1条西2
仙台	健康福祉局健康福祉部障害者支援課	022(214)8164	022(223)3573	980-8671	仙台市青葉区国分町3-7-1
さいたま市	保健福祉局福祉部障害福祉課	048(829)1306	048(829)1981	330-9588	さいたま市浦和区常盤6-4-4
千葉	保健福祉局高齢障害部障害者自立支援課	043(245)5211	043(245)5549	260-8722	千葉市中央区千葉港1-1
横浜	健康福祉局障害福祉部障害企画課	045(671)3603	045(671)3566	231-0017	横浜市中区港町1-1
川崎	健康福祉局障害福祉部精神保健課	044(200)3608	044(200)3932	210-8577	川崎市川崎区宮本町1
新潟	健康福祉部障がい福祉課	025(226)1243	025(223)1500	951-8550	新潟市中央区学校町通一番町602-1
静岡	健康衛生部静岡市保健所精神保健福祉課	054(249)3179	054(249)3149	420-0846	静岡市葵区城東町24-1
浜松	保健所保健予防課	053(453)6186	053(453)6230	432-8550	浜松市鳴江二丁目11-2
名古屋	健康福祉局障害福祉部障害企画課	052(972)2532	052(951)3999	460-8508	名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
京都	保健福祉部障害保健福祉課	075(222)4161	075(251)2940	604-8571	京都市中京区寺町通船場上る上本能寺前町488番地
大阪	健康福祉局健康推進部こころの健康センター	06(6922)8520	06(6922)8526	545-0051	大阪市阿倍野区旭町1-2-7-401
堺	健康福祉局健康部精神保健福祉課	072(228)7062	072(222)1406	590-0078	堺市堺区南瓦町3番1号
神戸	保健福祉局障害福祉部こころの健康センター	078(672)1033	078(672)6511	652-0897	神戸市兵庫区駅南通5-1-2-300
広島	健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課	082(504)2228	082(504)2256	730-8586	広島市中区国泰寺町1-6-34
北九州	保健福祉局障害福祉部障害福祉課	093(582)2424	093(582)2425	803-8501	北九州市小倉北区城内1-1
福岡	保健福祉局保健医療部保健予防課	092(711)4377	092(733)5535	810-8620	福岡市中央区天神1-8-1

2 精神保健福祉センター一覧

(平成19年6月15日現在)

都道府県 指定都市	センター名	開 年 設 月	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	北海道立精神保健福祉センター	昭43. 4	003-0027	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011-864-7121
青森県	青森県立精神保健福祉センター	平 6. 11	038-0031	青森市大字三内字沢部353番地92	017-787-3951
岩手県	岩手県精神保健福祉センター	昭48. 7	020-0015	盛岡市本町通3丁目19番1号	019-629-9617
宮城県	宮城県精神保健福祉センター	平13. 4	989-6117	大崎市古川旭5丁目7-20	0229-23-0021
秋田県	秋田県精神保健福祉センター	昭54. 7	019-2413	大仙市協和と渡川字五百刈田352番地	018-892-3773
山形県	山形県精神保健福祉センター	昭47. 4	990-0021	山形市小白町2丁目3-30	023-624-1217
福島県	福島県精神保健福祉センター	平 7. 10	960-8012	福島市御山町8-30	024-535-3556
茨城県	茨城県精神保健福祉センター	平 3. 6	310-0852	水戸市笠原町993-2	029-243-2870
栃木県	栃木県精神保健福祉センター	昭43. 4	329-1104	宇都宮市下岡本町2145-13	028-673-8785
群馬県	群馬県こころの健康センター	昭61. 1	379-2166	前橋市野中町368番地	027-263-1166
埼玉県	埼玉県立精神保健福祉センター	昭40. 7	362-0806	北足立郡伊奈町小室818-2	048-723-1111
千葉県	千葉県精神保健福祉センター	昭46. 2	260-0801	千葉市中央区仁戸名町666-2	043-263-3891
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	昭47. 10	156-0057	世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575
	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	平 4. 4	206-0036	多摩市中沢2-1-3	042-376-1111
	東京都立精神保健福祉センター	昭41. 7	110-0004	台東区下谷1-1-3	03-3842-0948
神奈川県	神奈川県精神保健福祉センター	昭35. 4	233-0006	横浜市港南区芹が谷2-5-2	045-821-8822
新潟県	新潟県精神保健福祉センター	昭43. 4	950-0994	新潟市中央区上所2丁目2-3	025-280-0111
富山県	富山県心の健康センター	昭40. 10	939-8222	富山市越川459番1	076-428-1511
石川県	石川県こころの健康センター	昭41. 10	920-8201	金沢市鞍月東2丁目6番地	076-238-5761
福井県	福井県精神保健福祉センター	昭47. 4	910-0005	福井市大手3丁目7-1織ビル2階	0776-26-7100
山梨県	山梨県立精神保健福祉センター	昭46. 4	400-0005	甲府市北新1丁目2-12	055-254-8644
長野県	長野県精神保健福祉センター	昭47. 10	380-0928	長野市若里7-1-7	026-227-1810
岐阜県	岐阜県精神保健福祉センター	昭33. 4	500-8385	岐阜市下奈良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	422-8001	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	462-0031	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号	052-962-5377
三重県	三重県こころの健康センター	昭61. 5	514-1101	津市久居神明町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	525-0072	草津市笠山8-4-25	077-567-5010

都道府県 指定都市	セ ン タ ー 名	開 設 年 月	郵便番号	所 在 地	電 話 番 号
京 都 府	京都府精神保健福祉総合センター	昭57. 6	612-8416	京都市伏見区竹田流池町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	558-0056	大阪市住吉区万代東3-1-45	06-6691-2811
兵 庫 県	兵庫県立精神保健福祉センター	昭41. 4	651-0073	神戸市中央区臨浜海岸通1-3-2	078-252-4980
奈良県	奈良県精神保健福祉センター	昭64. 1	633-0062	桜井市栗殿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	640-8319	和歌山市手平2丁目1-2	073-435-5194
鳥 取 県	鳥取県立精神保健福祉センター	平 3. 10	680-0901	鳥取市江津318番地1	0857-21-3031
島 根 県	島根県立心と体の相談センター	昭53. 10	690-0011	松江市東津田町1741-3	0852-32-5905
岡 山 県	岡山県精神保健福祉センター	昭46. 4	703-8278	岡山市古京町1-1-10-101	086-272-8839
広 島 県	広島県立総合精神保健福祉センター	昭62. 8	731-4311	安芸郡坂町北新地2-3-77	082-884-1051
山 口 県	山口県精神保健福祉センター	昭47. 4	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	770-0855	徳島市新蔵町3丁目80番地	088-625-0610
香 川 県	香川県精神保健福祉センター	昭42. 4	760-0068	高松市松島1丁目17番28号	087-831-3151
愛 媛 県	愛媛県心と体の健康センター	昭47. 4	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	780-0850	高知市丸ノ内2丁目4-1	088-821-4966
福 岡 県	福岡県精神保健福祉センター	昭41. 5	816-0804	春日市原町3丁目1番7	092-582-7500
佐 賀 県	佐賀県精神保健福祉センター	昭59. 1	845-0001	小城市小城市町178-9	0952-73-5060
長 崎 県	長崎こども・女性・障害者支援センター 障害者支援部 精神保健福祉課	昭44. 10	852-8114	長崎市橋口町10-22	095-846-5115
熊 本 県	熊本県精神保健福祉センター	昭47. 4	860-0844	熊本市水道町9-16	096-359-6401
大 分 県	大分県精神保健福祉センター	昭50. 4	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	880-0032	宮崎市霧島1-1-2	0985-27-5663
鹿 児 島 県	鹿児島県精神保健福祉センター	昭42. 4	890-0065	鹿児島市都元3丁目3-5	099-255-0617
沖 縄 県	沖縄県立総合精神保健福祉センター	昭49. 3	901-1104	南風原町字宮平212-3	098-888-1443
札 幌 市	札幌市精神保健福祉センター	平 9. 4	060-0042	札幌市中央区大通西19丁目	011-622-0556
仙 台 市	仙台市精神保健福祉総合センター	平 9. 4	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居1-6	022-265-2191
さいたま市	さいたま市こころの健康センター	平15. 4	338-0003	さいたま市中央区本町東4丁目4番3号	048-851-5665
千 葉 市	千葉市こころの健康センター	平13. 7	261-0003	千葉市美浜区高浜2-1-16	043-204-1582
横 浜 市	横浜市中心の健康相談センター	平14. 4	222-0035	横浜市港北区島山町1735	045-476-5512
川 崎 市	川崎市精神保健福祉センター	平14. 4	210-0004	川崎市川崎区宮前2-25-1 （川崎区宮前2-25-1）	044-200-3195
新 潟 市	新潟市中心の健康センター	平19. 4	951-8133	新潟市中央区川岸町1-57-1	025-232-5560
静 岡 市	静岡市中心の健康センター	平17. 4	422-8008	静岡市駿河区曲金三丁目1-30	054-285-0434
浜 松 市	浜松市精神保健福祉センター	平19. 4	430-0929	浜松市中央区12-1（静岡県浜松総合庁舎4F）	053-457-2709
名 古 屋 市	名古屋市精神保健福祉センター	平12. 12	453-0024	名古屋市千種区名瀬町4丁目7番地の18	052-483-2095
京 都 市	京都市こころの健康増進センター	平 9. 4	604-8845	京都市中京区壬生東高田町1番地の15	075-314-0355
大 阪 市	大阪市こころの健康センター	平12. 4	534-0027	大阪市東淀川区野田5丁目15番2号 （野田5丁目15番2号）	06-6922-8520
堺 市	堺市中心の健康センター	平18. 4	591-8021	堺市北区新金岡町5-1-4 北区役所5階	072-258-6646
神 戸 市	神戸市中心の健康センター	平13. 4	652-0897	神戸市兵庫区駒形通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	730-0043	広島市中区富士見町11番27号	082-245-7731
北 九 州 市	北九州市立精神保健福祉センター	平 9. 4	802-8560	北九州市小倉北区馬借1-7-1	093-522-8729
福 岡 市	福岡市精神保健福祉センター	平12. 11	810-0073	福岡市中央区舞鶴2丁目5-1	092-737-8825
合 計		6 4	都道府県・指定都市	6 6	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	精神科病院その他精神障害者に対する施設の 管理運営の改善・職員の教育指導	昭29. 7. 6
財団	日本精神衛生会	〒162-0851 新宿区弁天町91 3269-6932	(理事長) 広瀬 徹也	1. 精神衛生思想の普及活動 2. 精神衛生相談	昭25. 8. 14
財団	復 光 会	〒273-8540 千葉県船橋市市場3-3-1 0474-22-3509	(理事長) 土井 豊	1. 麻薬中毒者の収容治療施設の設置・運営 2. 薬物及びアルコール中毒者の医療の研究	昭27. 8. 11
社団	全日本断酒連盟	〒101-0032 千代田区岩本町3-2-2 エスコート神田岩本町101号 3863-1600	(理事長) 三田 義久	1. 酒害の啓蒙 2. 地域断酒組織の結成促進	昭45. 7. 15
社団	日本てんかん協会	〒162-0051 新宿区甲斐町2-8 全脳心臓病研究会ビル内 3202-5661	(会 長) 鶴井 啓司	てんかんに関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭56. 2. 4
財団	てんかん治療研究 振 興 財 団	〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8 06-6203-1819	(理事長) 宮武健次郎	てんかんに関する基礎・臨床研究に対する 助成	昭62. 9. 24
社団	日本精神神経科診療所協会	〒151-0053 渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル802号室 3320-1423	(会 長) 三野 進	診療所における地域精神保健事業についての 調査及び研究等	平 7. 3. 15
財団	神 経 研 究 所	〒162-0851 新宿区弁天町91 3260-9171	(理事長) 広瀬 徹也	精神医学の基礎的研究及び付属病院の経営	昭26. 2. 1
財団	明治安田こころの健康財団	〒171-0033 豊島区高田3-19-10 明治安田生命高田馬場第二ビル 3986-7021	(理事長) 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 信夫	神経症の精神療法等に関する研究や啓蒙活動 に対する助成	昭63. 7. 28
財団	精神・神経科学振興財団	〒187-8551 小平市小川東町4-1-1 042-347-5266	(会 長) 里吉榮二郎	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 新宿区四谷3-4 SCビル 6F 6号室 3350-9748	(理事長) 狩野力八郎	精神分析及び精神分析療法に関する研究等	平 5. 2. 2
財団	パブリックヘルス リサーチセンター	〒169-0051 新宿区西早稲田1-1-7 5287-5070	(理事長) 奥島 孝康	ストレスが心身の健康に及ぼす影響に関する 調査研究等	昭59. 2. 2

種類	名 称	主たる事務所の所在地(電話)	代 表 者	主たる事業の内容	設立年月日
社団	日本精神保健福祉士協会	〒160-0022 新宿区新宿1-11-1 T S Kビル7F-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 (秀都第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 江東区社丹2-13-1 3642-1566	(理事長) 前川 正雄	自然科学特に精神医学および身体障害者関係の医学の研究に従事する者に対する研究費の補助等	昭42. 12. 22
財団	日本ダウン症協会	〒162-0051 新宿区西早稲田2-2-8 全国心身障害児福祉財団ビル 5287-6418	(理事長) 玉井 邦夫	ダウン症等に関する調査研究等	昭43. 03. 29
財団	日母おぎゃー献金基金	〒162-0844 新宿区市谷八幡町1 4 番地 市ヶ谷中央ビル 3269-4787	(理事長) 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4F 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 ダウインチ築地2 6F 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・神経センター前)	(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19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。

ISBN978-4-906276-77-6 C3047