

障がい福祉関係事業者等 説明会・集団指導資料

NO. 4

行政機関のみ配布

平成31年3月20日(水)・25日(月)

島根県健康福祉部障がい福祉課

資料 No. 4 目次

1	行政手続コストの削減について	・ ・ ・	1
2	障害福祉施設等における個別施設計画の策定について	・ ・ ・	4
3	(公財) ひかり協会による障害のある森永ひ素ミルク中毒被害者への適切なサービス提供に向けた取組に対する協力について	・ ・ ・	12
4	地方公共団体による退院後支援等について	・ ・ ・	24
5	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について	・ ・ ・	31
6	精神科救急医療体制の整備について	・ ・ ・	44
7	精神保健指定医制度の見直しについて	・ ・ ・	46
8	精神医療審査会について	・ ・ ・	52
9	障害支援区分の認定について	・ ・ ・	53
10	心神喪失者等医療観察法の地域連携等について	・ ・ ・	61
11	災害時等こころのケア対策について	・ ・ ・	66
12	自殺未遂者対策について	・ ・ ・	73
13	てんかん対策等について	・ ・ ・	75
14	精神障害者保健福祉手帳について	・ ・ ・	83
15	精神保健福祉士関係について	・ ・ ・	88
16	性同一性障害の相談窓口について	・ ・ ・	92
17	公認心理師について	・ ・ ・	95
18	依存症対策について	・ ・ ・	101
19	平成31年度精神・障害保健課予算案の概要	・ ・ ・	125
20	旧優生保護法に係る対応について	・ ・ ・	134
21	成年後見について	・ ・ ・	142
22	療育手帳のマイナンバー情報連携による住民と行政の負担軽減について	・ ・ ・	189
23	産科医療補償制度の周知について	・ ・ ・	192

8 行政手続コストの削減について

「行政手続部会取りまとめ～行政手続コストの削減に向けて～」(平成 29 年 3 月 29 日規制改革推進会議行政手続部会決定)等を踏まえ、政府全体として、行政手続コスト(行政手続に要する事業者の作業時間)を 2020 年までに 20%削減するため、行政手続ごとに削減方策等を記した基本計画を策定している。

障害保健福祉関係では、

- ①営業の許可・認可に係る手続、
- ②補助金の手続、
- ③調査・統計に対する協力に関する手続

について、行政手続ごとの基本計画を 2017 年 6 月に策定し、厚生労働省の HP に公表している。

その後、2020 年までに更なる取組の推進を図る観点から、2018 年 3 月末に基本計画の改定を行った。

2019 年度においても引き続き、各行政手続におけるコスト削減に取り組むこととしているので、各自治体においてはその内容を踏まえ、各取組を推進するための御理解・御協力をお願いしたい。

なお、事業者等へのヒアリング調査等や規制改革推進会議行政手続部会のヒアリング結果等を踏まえ、今後、基本計画の再改定を実施する予定である。

行政手続コストの削減について

経緯

「行政手続部会取りまとめ～行政手続コストの削減に向けて～」(平成29年3月29日規制改革推進会議行政手続部会決定)等において、行政手続簡素化の3原則(「行政手続の電子化の徹底」、「同じ情報は一度だけの原則」、「書式・様式の統一」)を踏まえ、政府全体として、行政手続コスト(行政手続に要する事業者の作業時間)を2020年までに20%削減するため、行政手続ごとに削減方策等を記した基本計画を策定。

基本計画概要

○障害保健福祉関係では、①営業の許可・認可に係る手続、②補助金の手続、③調査・統計に対する協力に関する手続で、かつ、事業者が行い、年間100件以上の手続を対象として基本計画を策定。
(2017年6月に当初計画を策定、2020年までに更なる取組の推進を図るため、2018年3月に計画を改定・公表。)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kansoka/>

○策定にあたっては、事業者等へヒアリング調査等を行い、コストを計測。

<基本計画を策定した手続>

①営業の許可・認可に係る手続

- ・障害福祉サービス等事業者等に関する手続(開始、変更、更新、廃止、休止)
- ・指定自立支援医療機関に関する手続(指定申請、変更、更新、辞退)
- ・指定障害福祉サービス事業者等の業務管理体制の整備に関する事項の届出等
- ・障害福祉サービス事業等の開始等(障害者総合支援法第79条1項第3号及び4号に限る。)に関する手続
- ・精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令に関する手続

②補助金の手続

- ・社会福祉施設等施設整備費補助金
- ・地域生活支援事業費等補助金(地域生活支援事業)

③調査・統計に対する協力に関する手続

- ・障害福祉サービス等経営実態調査
- ・障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査

基本計画の主な内容（障害福祉関係）

手続	主な現状	主な削減方策
①営業の許可・認可に係る手続	(1) 申請書や添付書類の作成時間について、申請書の記載事項や必要な添付書類の理解に時間を多く費している。 (2) 申請の度に自治体等を訪れており、移動時間・待ち時間にコストがかかっている。 (3) 事前相談や申請書類の不備により、自治体等に複数回訪れている事業主がおり、移動時間や待ち時間のコストがかかっている。	(1) 申請様式の簡略化や標準的な様式例の整備などにより、理解に要する時間等を削減する。 (2) 郵送による申請を受け付けることにより、これまで事業主が申請を行うに当たって、来所していた移動時間・待ち時間について、削減に取り組む。 (3) Eメール等の活用により、事業主が事前相談や書類の不備のために訪問する回数の削減を図る。
②補助金の手続	(1) 提出を求めている様式が一太郎やPDFであることが多いため、数値の計算等にミスが多く時間を要している。 (2) 申請の度に各自治体等を訪れており、移動時間・待ち時間にコストがかかっている。 (3) 申請書類の不備により、自治体等に複数回訪れている事業主がおり、移動時間や待ち時間のコストがかかっている。	(1) 申請様式のExcel化等により、自動計算等による効率的な書類作成を推進することで、書類作成時間の削減を図る。 (2) 郵送による申請を受け付けることにより、これまで事業主が申請を行うに当たって、来所していた移動時間・待ち時間について、削減に取り組む。 (3) Eメール等の活用により、事業主が事前相談や書類の不備のために訪問する回数の削減を図る。
③調査・統計に対する協力に関する手続	(1) 各調査のオンライン回答率 障害福祉サービス等経営実態調査 65.1%（平成29年調査） 障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査 59.1%（平成29年調査） (2) 記載要領等を参考に回答しているが、回答作成に時間を要している。	(1) 調査票発送時等におけるオンライン回答の推奨（電子回答率目標約70%）及びオンライン回答の利便性向上により、報告者のコストの削減を図る。 (2) 記入要領等を分かりやすいものに見直すことにより、報告者のコストの削減を図る。

○2019年度までに、手続に応じて削減方策を実施。

○事業者等へのヒアリング調査等や行政手続部会のヒアリング等を踏まえ、今後、基本計画の再改定を実施予定。

12 障害福祉施設等における個別施設計画の策定について

平成25年11月に策定された「インフラ長寿命化基本計画」（インフラ老朽化対策の推進に関する関係省庁連絡会議決定。以下「基本計画」という。）において、今後、公共施設等が一斉に更新時期を迎えることが見込まれる中で、中長期的な維持管理・更新等に係るトータルコストの縮減や予算の平準化を図る方向性が打ち出され、これを受け、厚生労働省では、所管又は管理する施設の維持管理等を着実に推進するための中期的な取組の方向性を明らかにするため、平成27年3月に「厚生労働省インフラ長寿命化計画（行動計画）」を策定しているところである。

また、各地方自治体においても、基本計画において、域内のインフラの維持管理・更新等を着実に推進するための中期的な取組の方向性を明らかにする計画として、「インフラ長寿命化計画」（＝「公共施設等総合管理計画」）を平成28年度までに策定するとともに、公立の社会福祉施設等を含め個別施設毎のメンテナンスサイクルの実施計画として、「対策の優先順位の考え方」、「個別施設の状態等」、「対策内容と時期」、「対策費用」等を記載した「個別施設毎の長寿命化計画（個別施設計画）」を2020年度までに策定することとなっている。

「公共施設等総合管理計画」については、総務省の平成30年9月30日時点の調査によれば、都道府県及び政令指定都市では100%、市区町村でも99.7%の団体において策定されているところである。

一方、公立の社会福祉施設等の「個別施設計画」については、毎年、策定状況を報告いただいているところであるが、公立の障害福祉施設等においては、平成30年3月末日時点の調査によれば、策定率は24%と低調な状況にある。

障害福祉施設等の計画的かつ効率的な修繕等の実施によって、障害福祉施設等の長寿命化を図り、トータルコストの縮減につなげていくことは重要であり、都道府県等においては、個別施設計画の策定について積極的な取組をお願いする。

なお、平成31年3月末時点の調査については、都道府県等ごとの策定状況の公表を含めて検討しているので、ご留意をいただきたい。

《参照資料》

- ・インフラ長寿命化基本計画（内閣官房HP内）
http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/infra_roukyuuka/index.html
- ・公共施設等総合管理計画及び個別施設計画関連資料の掲載先（総務省HP内）
<http://www.soumu.go.jp/iken/koushinhiyou.html>

厚生労働省

インフラ長寿命化計画（行動計画）（抄）

平成27年度～平成32年度

平成27年3月31日

厚生労働省

I. はじめに

厚生労働省は、「国民生活の保障・向上」と「経済の発展」を目指すため、「社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進並びに労働条件その他の労働者の働く環境の整備及び職業の確保を図ること」及び「引揚援護、戦傷病者、戦没者遺族、未帰還者留守家族等の援護及び旧陸海軍の残務の整理を行うこと」を任務としており、水道、医療、福祉、雇用、年金などの分野で地方公共団体、独立行政法人等が管理する各インフラについて、的確な維持管理・更新等が行われるよう、制度等を整備する立場と、検疫所、労働基準監督署、公共職業安定所等の各施設について、自らがインフラの管理者として、維持管理・更新等を実施する立場も担っている。

インフラ老朽化の状況については、各インフラによって異なるものの、法定耐用年数に達した水道管路の延長を表す管路経年化率は10.5%（平成25年度）^(※)に達していることや、厚生労働省が管理する官庁施設について、主要建築物が平均して築30年を超過しているなどを踏まえると、今後、これらのインフラの老朽化が急速に進行し、維持管理・更新等に係る費用が増大していくことが予想される。

一方、政府全体の取組としては、平成25年10月、関係府省庁が連携し、必要な施策を検討・推進するために、「インフラ老朽化対策の推進に関する関係省庁連絡会議」が設置され、同年11月には、戦略的な維持管理・更新等の方向性を示す基本的な計画として、「インフラ長寿命化基本計画（以下「基本計画」という。）」がとりまとめられた。

基本計画により、メンテナンスサイクルの構築等による安全・安心の確保や予防保全型維持管理の導入、必要性の低い施設の統廃合等によるトータルコストの縮減・予算の平準化等の取組を推進することとされ、また、各インフラの管理者及びインフラを所管する立場にある国等（以下「所管者」という。）は、インフラの維持管理・更新等を着実に推進するための中長期的な取組の方向性を明らかにするため、インフラ長寿命化計画の策定が求められている。

これらを踏まえ、厚生労働省が所管・管理する立場にあるインフラに関して、「厚生労働省インフラ長寿命化計画（以下「行動計画」という。）」を策定し、インフラの長寿命化に向けた取組を推進するものとする。

※厚生労働省調べ

II. 計画の範囲

1. 対象施設

厚生労働省が所管・管理するインフラについて、安全性、経済性及び重要性の観点から、計画的な維持管理・更新等の取組を実施する必要性が認められる施設を対象とする（具体的な対象施設は次表のとおり）。

分野	対象施設	備考
水道	水道施設（管路施設、浄水施設）	
医療	病院（独立行政法人国立病院機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人労働者健康福祉機構及び独立行政法人地域医療機能推進機構が開設する施設、公的医療機関）	
福祉	社会福祉施設等（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園及び都道府県・市町村等が設置する公立の入所・通所施設（保護施設、老人福祉施設、障害者支援施設、婦人保護施設、児童福祉施設、母子・父子福祉施設 等））	
雇用	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が設置する施設（職業能力開発短期大学校、職業能力開発大学校、職業能力開発促進センター、職業能力開発総合大学校、障害者職業総合センター、地域障害者職業センター）※借受施設を除く	
年金	年金事務所	
官庁施設	官庁施設（庁舎、宿舍 等（借受施設を除く））	

2. 計画期間

平成27年度（2015年度）を初年度とし、基本計画に示されたロードマップにおいて、一連の必要施策の取組に一定の目途を付けることとされた平成32年度（2020年度）までを計画期間とする。

Ⅲ. 対象施設の現状と課題

1. 及び2. （略）

3. 福祉

（1）点検・診断／修繕・更新等

社会福祉施設等については、維持管理、更新等に当たっては、各施設が有する機能や設備環境等に応じ、定期的な点検・診断、災害発生後の緊急点検等の不定期な点検等が行われている。引き続き対象施設の点検等を着実に進めていく必要がある。

（2）基準類の整備

社会福祉施設等の定期点検については、建築基準法等で定められた実施方法に基づいて行われており、これらの基準類の改定等について、特に社会福祉施設等に関わりが深いものについて情報収集し、各施設を管理する者へ周知する必要がある。

（3）情報基盤の整備と活用

社会福祉施設等の維持管理・更新等に必要情報は、法令等により台帳として整備・保管することとされている。

(4) 新技術の開発・導入

社会福祉施設等の長寿命化を図るためには、適切な点検・診断や施設の機能保全のための費用を低減させるための適時・的確な対策を行っていくことが重要であることから、社会福祉施設等を管理する者に対して情報提供する必要がある。

(5) 予算管理

社会福祉施設等の維持管理・更新等に必要な費用については、各施設において修繕の必要性等を考慮して、計画的な修繕、更新を行うための予算支出の平準化に努める等の対応を行っている。

(6) 体制の構築

社会福祉施設等において、維持管理・更新を実施するために必要な人材・体制の確保に努めている。

(7) 法令等の整備

該当なし。

4. ～6. (略)

IV. 中長期的な維持管理・更新等のコストの見通し

インフラの維持管理・更新等に係る費用の縮減、平準化を図り、必要な予算の確保を進めていくためには、中長期的な将来の見通しを把握し、それを一つの目安として、戦略を立案し、必要な取組を進めていくことが重要である。

しかし、実態が十分に把握されていない施設もあり、また、今後開発・導入される新技術や予防保全対策等による維持管理・更新等に係る費用の低減の可能性、長寿命化効果等については、不確定な要素が多い。

このため、今後、各インフラの管理者等により策定される個別施設計画に記載される対策費用等の必要な情報を把握の上、中長期的な維持管理・更新等のコストの見通しを推定することとする。

また、各施設管理者は、維持管理・更新等に係る予算の確保に関して十分な政策的対応を積極的に図る必要がある。その際、施設の長寿命化への取組や技術開発等による維持管理・更新等に係る費用の縮減・平準化を進めるとともに、今後の都市、地域の構造の変化に対応して施設の必要性自体を再検討するなど、効率的・効果的な維持管理・更新等に取り組む。

V. 必要施策に係る取組の方向性

「Ⅲ. 対象施設の現状と課題」を踏まえ、以下の取組を進める。

1. 及び2. (略)

3. 福祉

(1) 点検・診断／修繕・更新等

- ・法令等に基づき、社会福祉施設等の点検や更新等の取組が確実に実行されるよう、相談対応、支援策についての周知を行っていく。

(2) 基準類の整備

- ・社会福祉施設等において、基準、マニュアル等について周知が進むよう、必要に応じて情報提供等を行う。

(3) 情報基盤の整備と活用

- ・社会福祉施設等において、財産台帳に修繕等に関する情報を記載する等法令等に基づいた適切な管理が行われるよう、周知を行う。

(4) 個別施設計画の策定・推進

- ・対象となる社会福祉施設等については、定期的な点検のサイクルを踏まえて、個別施設計画を策定する。

(5) 新技術の開発・導入

- ・建築物全般に係る点検・診断、長寿命化に資する材料・構工法等について、特に社会福祉施設等に関わりが深い新技術が開発・導入された場合には、社会福祉施設等への情報の共有に努める。

(6) 予算管理

- ・社会福祉施設等の各施設において、計画的な維持管理・更新等を行い、予算の適正な執行に努める。
- ・また、国、地方公共団体等においては、維持管理・更新等が適切に行われるよう、必要な予算の安定的な確保に努める。

(7) 体制の構築

- ・社会福祉施設等の維持管理・更新等を着実に実施するために必要となる人材・体制を確保することを促す。

(8) 法令等の整備

- ・該当なし。

4. ～6. (略)

7. 個別施設計画の対象

(1) 対象施設

行動計画の対象施設について、予防保全型維持管理の考え方を前提とした個別施設計画の策定を推進する。ただし、次の①から③までの施設については、管理者等の判断により、対象から除くことができる。

なお、既に同種・類似の計画を策定している場合には、当分の間、当該計画をもって、個別施設計画に代えることができる。

- ①主たる構成部が精密機械・消耗部材である施設
- ②施設規模が小さく、予防保全型維持管理によるトータルコストの縮減効果が限定的であり、経済性・効率性に鑑みて、事後保全により対応する方が効果的な施設
- ③建設、更新等の実施後、間もない施設及び廃止が予定されている施設

上記を踏まえ、各分野において個別施設計画の策定を推進する対象施設は次表のとおりである。

分野	対象施設
水道	水道施設（管路施設、浄水施設）
医療	病院（独立行政法人国立病院機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人労働者健康福祉機構及び独立行政法人地域医療機能推進機構が開設する施設、公的医療機関）
福祉	社会福祉施設等（独立行政法人国立児童知的障害者総合施設のぞみの園及び都道府県・市町村等が設置する公立の入所・通所施設（保護施設、老人福祉施設、障害者支援施設、障害者保護施設、児童福祉施設、母子・父子福祉施設 等））
雇用	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が設置する施設（職業能力開発短期大学校、職業能力開発大学校、職業能力開発促進センター、職業能力開発総合大学校、障害者職業総合センター、地域障害者職業センター）※借受施設を除く
年金	年金事務所
官庁施設	庁舎、庁舎 等（建築基準法第12条第2項及び官公庁施設の建設等に関する法律第12条第1項に規定する定期点検の対象外の施設を除く。）

(2) 計画策定の推進と内容の充実

上記の対象施設について、全ての管理者によって早期に計画の策定が進むよう、策定方針や手引きの策定等を実施する。

その際、中長期的な予算管理に資する計画となるよう、蓄積された情報を基に、概算費用の算定や計画期間の考え方についても明記する。

また、個別施設計画を策定するためには、施設毎の点検・診断や、その結果を含む情報の蓄積が不可欠であることに鑑み、施設毎にメンテナンスサイクルの取組の進捗状況に応じた対策を講ずる。

Ⅵ. フォローアップ計画

本計画を継続し発展させるため、計画に関する進捗状況を把握し、「Ⅵ. 必要施策に係る取組の方向性」の「施設毎の具体的な取組」を引き続き充実・深化させるとともに、必要に応じて本計画の改定を行う。

また、計画に関する進捗状況等について、「インフラ老朽化対策の推進に関する関係省庁連絡会議」等において共有する。

なお、本計画の取組の進捗や、各分野における最新の取組状況等については、厚生労働省ホームページを通じて情報提供を図る。

事 務 連 絡
平成31年1月10日

各都道府県

〔	衛 生 主 管 部 (局)	〕 御中
	障害保健福祉主管部 (局)	
	介護保険主管部 (局)	

厚生労働省医薬・生活衛生局
生活衛生・食品安全企画課

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部
企画課
障害福祉課

厚生労働省老健局
介護保険計画課

(公財) ひかり協会による障害のある森永ひ素ミルク中毒被害者への適切なサービス提供に向けた取組に対する協力について (依頼)

(公財) ひかり協会が行う森永ひ素ミルク中毒被害者救済事業については、「三者会談確認書(昭和48年12月23日)」に基づき、「(公財) ひかり協会の行う事業に対する協力について(依頼)」(平成3年7月8日衛食第91号厚生省生活衛生局食品保健課長通知)により御協力をお願いしているところではありますが、事件発生から63年の歳月が経過し、被害者の高齢化が進むなか、適切なサービスが65歳以降にも提供されるかという点について、多くの被害者が不安を抱えております。

このため、現在、(公財) ひかり協会においては、障害のある被害者に対して、これまで障害福祉サービスを利用していた被害者が65歳以降も量・内容ともに同様のサービスを受けられるよう関連する通知の周知や要介護認定等申請を促すなどの相談活動を行っているところです。

一方で、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。)に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等については、その運用に関して個々の実態に即したものとなっていない等の声も寄せられています。

つきましては、こうした状況を踏まえ、障害のある被害者や(公財) ひかり協会から相談があった場合には、別添の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等について」(平成19年3月28日障企発第0328002号・障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知)及び「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」(平成27年2月18日付け事務連絡)に基づき、市町村において、障害者総合支援法に基づく介護給付費等を支給する場合の基準を設けている場合であっても、当該基準によって一律に判断するのではなく、障害保健福祉部局と介護保険部局とが連携し、介護保険サービスの支給量・内容では十分なサービスが受けられない場合には、障害者総合支援法に基づく介護給付費等を支給するなど、適切な運用に努めていただくようお願いいたします。また、障害のある被害者への支援の必要性や本人の意向を踏まえて、個々の実態に即した支給決定がなされるよう、市町村等の関係行政機関と緊密な連絡調整を図るとともに、管内市町村あて周知徹底いただくようお願いいたします。

障企発第0328002号
 障障発第0328002号
 平成19年3月28日
 一部改正
 障企発0928第2号
 障障発0928第2号
 平成23年9月28日
 一部改正
 障企発0330第4号
 障障発0330第11号
 平成24年3月30日
 一部改正
 障企発0329第5号
 障障発0329第9号
 平成25年3月29日
 一部改正
 障企発0331第2号
 障障発0331第2号
 平成26年3月31日
 一部改正
 障企発0331第1号
 障障発0331第5号
 平成27年3月31日
 一部改正

各 都道府県 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課 長
 障害福祉課長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に
基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。平成25年4月から障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律。以下「法」という。）に基づく自立支援給付（以下「自立支援給付」という。）については、法第7条の他の法令による給付又は事業との調整規定に基づき、介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付又は地域支援事業が優先されることとなる。このうち、介護給付費等（法第19条第1項に規定する介護給付費等をいう。以下同じ。）の支給決定及び補装具費の支給に係る認定を行う際の介護保険制度との適用関係等についての考え方は次のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係団体及び関係機関等に周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏のないようにされたい。

本通知の施行に伴い、平成12年3月24日障企第16号・障障第8号厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」は廃止する。

なお、本通知は、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。

1. 自立支援給付と介護保険制度との適用関係等の基本的な考え方について

(1) 介護保険の被保険者とならない者について

障害者についても、65 歳以上の者及び40 歳以上65 歳未満の医療保険加入者は、原則として介護保険の被保険者となる。

ただし、次の①及び②に掲げる者並びに③～⑪の施設に入所又は入院している者については、①～⑪に掲げる施設（以下「介護保険適用除外施設」という。）から介護保険法の規定によるサービス（以下「介護保険サービス」という。）に相当する介護サービスが提供されていること、当該施設に長期に継続して入所又は入院している実態があること等の理由から、介護保険法施行法（平成9 年法律第124 号）第11 条及び介護保険法施行規則（平成11 年厚生省令第36 号）第170条の規定により、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされている。

なお、介護保険適用除外施設を退所又は退院すれば介護保険の被保険者となり、介護保険法に基づく要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）を受ければ、これに応じた介護保険施設に入所（要介護認定を受けた場合に限る。）し、又は在宅で介護保険サービスを利用することができる。

- ① 法第19 条第1 項の規定による支給決定（以下「支給決定」という。）（法第5 条第7 項に規定する生活介護（以下「生活介護」という。）及び同条第11 項に規定する施設入所支援（以下「施設入所支援」という。）に係るものに限る。）を受けて同法第29 条第1 項に規定する指定障害者支援施設（以下「指定障害者支援施設」という。）に入所している身体障害者
- ② 身体障害者福祉法（昭和24 年法律第283 号）第18 条第2 項の規定により法第5 条第12 項に規定する障害者支援施設（生活介護を行うものに限る。以下「障害者支援施設」という。）に入所している身体障害者
- ③ 児童福祉法（昭和22 年法律第164 号）第42 条第2 号に規定する医療型障害児入所施設
- ④ 児童福祉法第6 条の2 第3 項の厚生労働大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床に限る。）
- ⑤ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法（平成14 年法

律第167号) 第11 条第 1 号の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設

⑥ 国立及び国立以外のハンセン病療養所

⑦ 生活保護法(昭和25年法律第144号) 第38条第 1 項第 1 号に規定する救護施設

⑧ 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号) 第29条第 1 項第 2 号に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業に係る施設(同法に基づく年金たる保険給付を受給しており、かつ、居宅において介護を受けることが困難な者を入所させ、当該者に対し必要な介護を提供するものに限る。)

⑨ 障害者支援施設(知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号) 第16条第 1 項第 2 号の規定により入所している知的障害者に係るものに限る。)

⑩ 指定障害者支援施設(支給決定(生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。))を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。)

⑪ 法第29条第 1 項の指定障害福祉サービス事業者であって、障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生労働省令第19号) 第 2 条の 3 に規定する施設(法第 5 条第 6 項に規定する療養介護を行うものに限る。)

(2) 介護給付費等と介護保険制度との適用関係

介護保険の被保険者である65歳以上の障害者が要介護状態又は要支援状態となった場合(40歳以上65歳未満の者の場合は、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身上の変化に起因する特定疾病によって生じた場合)には、要介護認定等を受け、介護保険法の規定による保険給付を受けることができる。また、一定の条件を満たした場合には、地域支援事業を利用することができる。

その際、自立支援給付については、法第 7 条の他の法令による給付又は事業との調整規定に基づき、介護保険法の規定による保険給付又は地域支援事業が優先されることとなるが、介護給付費等の支給決定を行う際の介護保険制度との適用関係の基本的な考え方は以下のとおりであるので、市町村は、介護保険の被保険者(受給者)である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に

係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を受け、又は利用することが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

① 優先される介護保険サービス

自立支援給付に優先する介護保険法の規定による保険給付又は地域支援事業は、介護給付、予防給付及び市町村特別給付並びに第一号事業とされている（障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）第2条）。したがって、これらの給付対象となる介護保険サービスが利用できる場合は、当該介護保険サービスの利用が優先される。

② 介護保険サービス優先の捉え方

ア サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受け、又は利用することとなる。しかしながら、障害者が同様のサービスを希望する場合でも、その心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること。

なお、その際には、従前のサービスに加え、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスについても、その実施の有無、当該障害者の利用の可否等について確認するよう留意する必要がある。

イ サービス内容や機能から、介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるもの（同行援護、行動援

護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、当該障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給する。

③ 具体的な運用

②により、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合には、基本的には介護給付費等を支給することはできないが、以下のとおり、当該サービスの利用について介護保険法の規定による保険給付が受けられない又は地域支援事業が利用することができない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能である。

ア 在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合。

イ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、当該障害者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合（当該事情が解消するまでの間に限る。）。

ウ 介護保険サービスによる支援が可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合など、当該介護保険サービスを利用できない場合であって、なお申請に係る障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限る。）。

（３）補装具費と介護保険制度との適用関係

補装具費の支給認定を行う際の介護保険制度との適用関係についても、基本的な考え方は（２）の①及び②と同様であるが、具体的には以下のとおりである。介護保険で貸与される福祉用具としては、補装具と同様の品目（車いす、歩行器、歩行補助つえ）が含まれているところであり、それらの品目は介護保険法に規定する保険給付が優先される。ただし、車いす

等保険給付として貸与されるこれらの品目は標準的な既製品の中から選択することになるため、医師や身体障害者更生相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、これらの品目については、法に基づく補装具費として支給して差し支えない。

2. その他

- (1) 介護保険サービスが利用可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を申請していない場合等は、介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、申請を行うよう、周知徹底を図られたい。
- (2) 平成18年3月31日以前の身体障害者福祉法等による日常生活用具の給付・貸与事業において、介護保険による福祉用具の対象となる品目については、介護保険法の規定による貸与や購入費の支給を優先して行うこととされていたところであるが、法における地域生活支援事業については自立支援給付とは異なり、地域の実情に応じて行われるものであり、法令上、給付調整に関する規定は適用がないものである。しかしながら、日常生活用具に係る従来の取り扱いや本通知の趣旨を踏まえ、地域生活支援事業に係る補助金の効率的な執行の観点も考慮しつつ、その適切な運用に努められたい。

事 務 連 絡
平成 27 年 2 月 18 日

各 $\left\{ \begin{array}{l} \text{都道府県} \\ \text{指定都市} \\ \text{中核市} \end{array} \right\}$ 障害保健福祉部（局） 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企 画 課
障害福祉課

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について

標記については、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成 19 年 3 月 28 日障企発第 0328002 号・障障発第 0328002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知。以下「適用関係通知」という。）でお示しするとともに、障害保健福祉関係主管課長会議において適切な運用に努めていただくよう周知しているところである。

しかしながら、その運用に関して障害者の個々の実態に即したものとなっていない等の声も寄せられていることを踏まえ、各市町村における具体的な運用等についての実態調査を実施したところである。

本調査結果は別添のとおりであるが、自立支援給付と介護保険制度との適用関係に係る留意事項を下記のとおりまとめたので、御了知の上、管内市町村、関係機関に周知徹底いただくとともに、その運用に遺漏なきようお願いしたい。

なお、本事務連絡については、老健局とも協議済みであることを念のため申し添える。介護保険担当課室へも本事務連絡を情報提供し、適宜、連携を図るようお願いしたい。

1. 介護給付費等と介護保険制度との適用関係について

(1) 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの特定について

適用関係通知において、市町村は、介護保険の被保険者である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か等について、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、適切に判断することとしているが、改めて各市町村においては、適切な運用をお願いしたい。

(2) 具体的な運用について

申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合であっても、当該サービスの利用について介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付が受けられない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能であることとしている。市町村においては、当該介護給付費等を支給する場合の基準を設けている場合であっても、当該基準によって一律に判断するのではなく、介護保険サービスの支給量・内容では十分なサービスが受けられない場合には、介護給付費等を支給するなど、適切な運用に努められたい。

また、障害福祉サービス利用者が要介護認定等を受けた結果、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少することもあると考えられる。しかし、介護保険利用前に必要とされていたサービス量が、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、個々の実態に即した適切な運用をお願いしたい。

2. 介護保険制度の円滑な利用に当たっての留意点

(1) 障害福祉サービス利用者への介護保険制度の案内について

要介護認定等の申請は、申請に係る者の状態について大きな変更が生ずることが見込まれないということから、65歳到達日（誕生日の前日）、特定疾病に該当する者の40歳到達日（誕生日の前日）又は適用除外施設退所日（以下「65歳到達日等」という。）の3か月前以内に

要介護認定等申請を受理し、65 歳到達日等に認定することを運用上の対応として可能としている。

そのため、障害福祉サービス利用者の介護保険制度の円滑な利用に向け、要介護認定等の申請から認定結果通知にかかる期間を考慮して 65 歳到達日等前の適切な時期から要介護認定等に係る申請の案内を行うこと。

その際には、単に案内を郵送するだけでなく、市町村職員から、又は、（３）にお示しする相談支援専門員から直接、介護保険制度について説明を行うことが望ましい。

（２）障害福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

介護保険法の規定による保険給付が優先されることが、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を障害福祉サービス利用者に与えることのないよう、適用関係通知（２）②の場合や③の場合については介護給付費等の支給が可能な旨、利用者及び関係者へ適切に案内を行うこと。

（３）指定特定相談支援事業者と指定居宅介護支援事業者等との連携について

障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、障害者が適切なサービスを受けられるよう

- ・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）における指定特定相談支援事業所の相談支援専門員がモニタリングを通じて、必要な介護保険サービスを円滑に利用できるよう利用者に対し、介護保険制度に関する案内を行うことや、介護保険サービスの利用に際しては、本人に了解の上、利用する指定居宅介護支援事業所等に対し、利用者の状態や障害福祉サービスの利用状況等サービス等利用計画に記載されている情報を提供するように適切に引継ぎを行うこと
- ・ 介護保険サービス利用開始後も引き続き障害福祉サービスを利用する場合は、サービス担当者会議等を活用して相談支援専門員と介護支援専門員が随時情報共有を図ること

等必要な案内や連携を行うこと等の周知をお願いしたい。

※なお、ここでいう「指定居宅介護支援事業者等」とは、小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設のように、人員配置基準において

介護支援専門員の配置が義務づけられている事業者を含むものである。

3. 要介護認定等の申請について

介護保険の被保険者である障害者については、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る介護保険給付を受けることが可能か否か等について判断するためにも、障害者の生活に急激な変化が生じないように配慮しつつ、まずは、要介護認定等申請を行っていただいた上で介護保険制度からどのようなサービスをどの程度受けられるかを把握することが適当である。

したがって、要介護認定等の申請を行わない障害者に対しては、申請をしない理由や事情を十分に聴き取るとともに、継続して制度の説明を行い、申請について理解を得られるよう働きかけること。

4. 指定障害者支援施設等入所者の要介護認定等について

介護保険適用除外施設である指定障害者支援施設等入所者は、介護保険サービスに相当する介護サービスが提供されていること等の理由から、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされている。一方で、個々の事情に応じて介護保険適用除外施設を退所又は退院することもあり得るが、その場合には介護保険の被保険者となり、介護保険法に基づく要介護認定等を受けることにより、これに応じた介護保険サービスを利用することが可能となる。

この点、例えば、介護保険適用除外施設からの退所者が介護老人福祉施設等へ入所しようとする場合には、通常、一定の期間を要することから、指定障害者支援施設等の退所日と要介護認定申請の時期の兼ね合いで必要な手続きや調整が円滑に行われれないという指摘があるが、介護保険サービスの利用を円滑に進めるために、関係者間での密な情報共有や連携を図ることにより、柔軟に対応願いたい。

1 地方公共団体による退院後支援等について

入院した精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援が実施されることが望ましい。

こうしたことから、平成 30 年 3 月に、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」（平成 30 年 3 月 27 日障発 0327 第 16 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）を発出したところである。

当該ガイドラインにおいては、入院した精神障害者のうち、自治体が中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められる者について、各自自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるように具体的な手順を整理しており、

- ・自治体が中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者に対して、退院後支援計画を作成すること
 - ・退院後支援計画には、退院後の生活に関する本人の希望、家族その他の支援者の意見、退院後支援の担当機関、本人のニーズ、課題、支援内容等を記載すること
 - ・退院後支援計画の作成に当たっては、原則として自治体が会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議すること。会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則であること。
 - ・退院後支援の実施に当たっては、帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担うこと
- といった内容により構成されている。

各自治体におかれては、当該ガイドラインの内容を改めてご確認くださいとともに、引き続き、自治体の実情に応じた退院後支援の実施、専門職の配置や研修の実施等の体制整備、関係機関との協力の推進等に努めていただくようお願いしたい。

また、同じく平成 30 年 3 月に「措置入院の運用に関するガイドライン」（平成 30 年 3 月 27 日障発 0327 第 15 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）を発出し、措置入院の運用が適切に行われるよう、法における通報等の中でも特に件数の多い警察官通報を契機とした、措置入院に関する標準的な手続を示したところである。

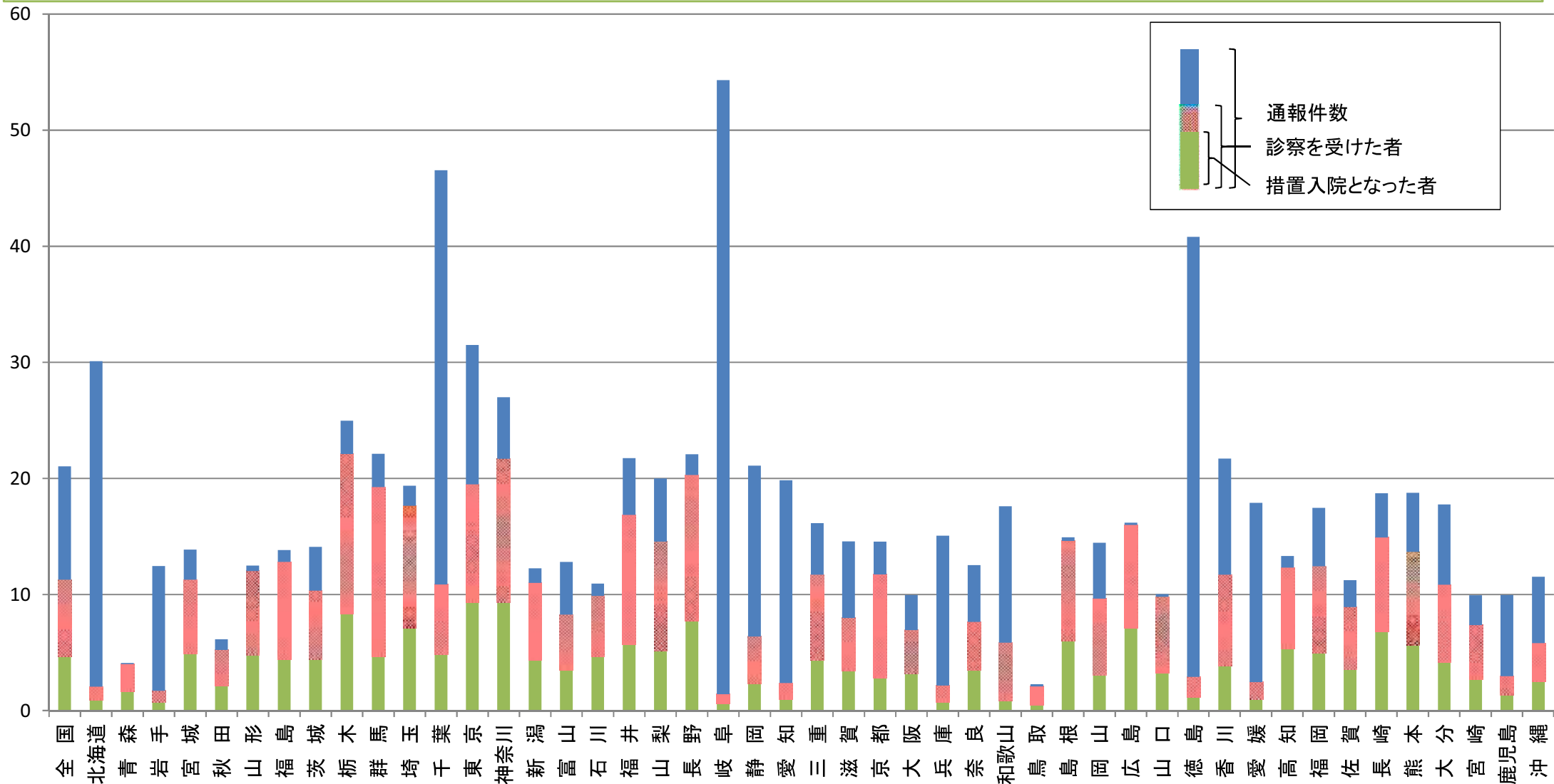
各自治体におかれては、改めてそれぞれの措置入院における実務や運用等を、当該ガイドラインに照らして確認いただき、警察等の関係機関と協力の上、適切な実施に努めていただくようお願いしたい。

なお、各ガイドラインについては、平成 30 年 7 月に各自治体からの質問に対する回答をお示ししているところであり、併せてご参照いただきたい。

平成28年度 都道府県別(人口10万対)警察官通報件数と対応状況

○ 各都道府県における人口10万人当たりの①警察官からの通報件数、②警察官からの通報を契機とした精神保健指定医による診察数、③その後の措置入院患者数は、都道府県によって異なる。

※ ただし、「衛生行政報告例」には、一部の自治体において、警察官通報以外の「警察からの相談等」の件数が計上されており、データの正確性に問題があることに留意する必要がある。



資料：厚生労働省「衛生行政報告例」及び総務省統計局「人口推計」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

- 全国の自治体で、措置入院の運用が適切に行われるよう、精神保健福祉法上の通報等の中でも特に多い警察官通報を契機とした、**措置入院に関する標準的な手続をガイドラインとして整理。**

I 警察官通報の受理

- 都道府県等の職員は、警察から連絡があった際、「**警察官通報であること**」「**警察官が対象者を発見した状況**」等を確認。
※ 留意点として、被通報者が警察官に保護・逮捕等されていない状況での通報等への対応も明確化

II 警察官通報の受理後、事前調査と措置診察まで

- 原則、職員を速やかに被通報者の現在場所に派遣し、面接を行わせ、事前調査の上で措置診察の可否を決定。
- 事前調査に際しては可能な限り複数名の職員で実施し、専門職による対応が望ましい。
措置診察の可否の判断は、都道府県等において、協議・検討の体制を確保し、組織的に判断することが適当。
- 措置入院の運用に係る体制(特に夜間・休日)の整備が必要。
- 被通報者に精神障害があると疑う根拠となる具体的言動がない場合等、「措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合」を明確化。

III 地域の関係者による協議の場

- 都道府県等は、自治体、精神科医療関係者、福祉関係者、障害者団体、家族会、警察、消防機関等の地域の関係者による「協議の場」を設け、以下の事項について年に1～2回程度協議することが望ましい。
 - ・ ガイドラインを踏まえた警察官通報等から措置入院までの対応方針
 - ・ 困難事例への対応のあり方など運用に関する課題
 - ・ 移送の運用方法 等

※「協議の場」では個人情報を取り扱わないよう厳に留意。

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(概要)

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。
- 精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として実施(法第47条の相談支援業務の一環)

II 退院後支援に関する計画の作成

1 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者。
 - ※ 措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。
 - ※ 同意が得られない場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議(以下「会議」という。)への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

2 計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。
- 措置入院の場合、措置症状が消退しているにもかかわらず、計画に基づく支援について本人の同意が得られないことや、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

3 計画の内容

◆ 計画の記載事項(主要事項)

- ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
- ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ・課題、支援内容、連絡先
- ・ 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等

◆ 計画に基づく支援期間

- 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
- 延長は原則1回(本人同意が必要)。1年以内には計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送れるよう努力。

4 会議の開催

◆ 参加者

- ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。

※例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。

- ② 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合は、これらの者を参加させる。

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(概要)

Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成(続き)

③ 支援関係者(＝支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村
- ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者 ・ NPOなどの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

◆ 開催方法、開催場所

- 電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについて支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- ①退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施 ③計画に関する意見等の提出 ④会議への参加 等

Ⅲ 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。

2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

4 計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧に説明の上、本人の同意を得る。

5 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

措置入院患者への精神医療の評価

精神科措置入院退院支援加算の新設

➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

[算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。



地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

現行

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 30分以上行った場合 600点

ロ イ以外の場合

- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点



改定後

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点
- ロ 初診の日において 60分以上行った場合 540点

ハ イ又はロ以外の場合

- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

通院精神療法

(新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)

[算定要件]

- (1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。
- (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

(1) 基本的な考え方

わが国の地域精神保健医療については、平成 16 年 9 月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念を明確にし、様々な施策を行ってきた。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進めるため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を政策理念として、平成 30 年度から開始した障害福祉計画、医療計画、介護保険事業（支援）計画の実施にあたり、共通のアウトカム指標によって政策を推進していく必要がある。

(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について

ア) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

平成 29 年度に創設した本構築推進事業については、障害保健福祉圏域ごとに、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置した上で、精神障害者の住まいの確保支援など、地域包括ケアシステムの構築に資する事業を実施するものであるが、平成 30 年度より、本構築推進事業を地域生活支援促進事業に位置づけて、実施主体をこれまでの都道府県、指定都市に加え、保健所設置市及び特別区（以下「都道府県等」という。）まで拡大したところ。平成 30 年度においては 49 都道府県等において実施された。

平成 31 年度からは、精神障害者に対する地域住民の理解促進を目的として、本構築推進事業の事業メニューに「普及啓発に係る事業」を追加することとしており、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を更に押し進めることとしている。

本構築推進事業の具体的な実施内容の例については、

- ①保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
- ②精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
- ③ピアサポートの活用に係る事業
- ④アウトリーチ支援に係る事業
- ⑤措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
- ⑥入院中の精神障害者の地域移行に係る事業
- ⑦精神障害者の家族支援に係る事業
- ⑧精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業
- ⑨包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
- ⑩普及啓発に係る事業
- ⑪その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業

を想定しているが、実施内容については、都道府県等の実情に応じて検討いただきたい。（地域の実情に合わせ②～⑪の事業メニューを選択して実施す

ることができるが、その際、①の協議の場の設置は必須。)

都道府県等におかれては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を進めるために、本構築推進事業を積極的に活用されたい。

(予算(案)概要)

- ・平成 31 年度予算(案) 532,733 千円
- ※ 地域生活支援事業、社会福祉施設等設備整備費計上分除く
- ・補助先 都道府県・指定都市・保健所設置市・特別区
- ・補助率 1 / 2

イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じた、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村、保健所などとの重層的な連携による支援体制を構築することが重要である。このような取組を各都道府県等で推進するために、平成 29 年度から本構築支援事業を立ち上げている。

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

また、都道府県等が「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築にかかる取組を積極的かつ円滑に進めることができるよう、事業メニューの実施事例(好事例を含む)等を盛り込んだ手引きを平成 30 年度中に作成することとしており、都道府県等におかれては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に係る取組を進めるに当たり、本手引きを参考としていただきたい。

なお、本手引きについては今後、内容の更新を適宜行うこととしており、必要とされる情報を加えていくこととしている。

平成 31 年度は、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画それぞれの 2 カ年目にあたり、実践経験のある保健・医療・福祉の有識者からなる広域アドバイザー及び都道府県等密着アドバイザーからの技術的支援や他の都道府県等との情報共有を得られる機会でもあるため、積極的に参加していただきたい。

なお、当該事業参加に当たっては、都道府県等密着アドバイザーの推薦依頼(原則、保健・医療・福祉分野から 1 名ずつ。)について御協力をお願い

することとしている。

(予算(案)概要)

- ・平成31年度予算(案) 40,579千円
- ・補助先 委託

ウ) 精神障害者地域生活支援広域調整等事業

平成30年度においては、これまでの精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させることとなった。

一方で、医療機関への未受診者やひきこもり状態の者に対する支援については、これまで都道府県が実施主体となって、保健所、精神保健福祉センター又は相談支援事業所等により地域生活支援事業のアウトリーチ事業として実施されていたところ、平成30年度より、実施主体を都道府県のみから指定都市、保健所設置市及び特別区まで拡大した。

※本広域調整等事業(地域生活支援広域調整会議等事業及び地域移行・地域生活支援事業)については、事業メニュー毎に実施主体が異なっていたことから、平成30年度より全ての事業メニューにおいて、都道府県、指定都市、保健所設置市及び特別区まで実施できるよう実施主体を拡大。

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

■ アウトリーチ事業評価検討委員会

アウトリーチ事業の実施に際し、保健・医療・福祉に携わる関係者、当事者、家族等から構成するアウトリーチ事業評価検討委員会を設置するとともに、3カ月に1回以上開催し、アウトリーチチームの活動状況の把握等の業務を行う。

■ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会

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

協議会を活用して精神科病院の医師や福祉サービス事業者等の関係機

関と自治体が連携をとることが必要である。

■ アウトリーチ事業

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

■ ピアサポートの活用

都道府県等は、精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、当事者としての経験を持ち、障害者の相談に応じ適切なアドバイス等を行うことができる「ピアサポート」が積極的に活用されるよう努めるものとする。

エ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築担当係長等会議

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向け、各自治体の先駆的な取組から得られる知見を共有することが重要と考えており、情報交換の機会等を設けるため、平成 29 年度から「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」の中で同担当係長等会議を開催している。

平成 30 年度においては、6 月及び 2 月に開催したところである。

平成 31 年度も引き続き、同担当係長等会議を開催することとしているので、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、積極的に参加いただきたい。(平成 31 年春～夏頃に第 1 回目を開催予定。)

オ) 第 5 期障害福祉計画

平成 30 年度から平成 32 年度（2020 年）までの 3 カ年の第 5 期障害福祉計画が開始している。同計画の成果目標の一つとして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が盛り込まれており、平成 32 年度までに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置すること等が目標となっている。平成 31 年度においては、同計画の 2 年目であることから、各都道府県等の目標達成に向け、第 7 次医療計画、第 7 期介護保険事業（支援）計画との整合性を図りながら精神保健医療福祉の基盤整備を進める取組を更に加速されたい。

なお、同計画の目標達成に向けて取り組むに際しては、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（構築支援事業）等の予算事業を積極的に活用していただきたい。

カ) 第 7 次医療計画

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すため、平成 32 年度末・平成 37 年（2025 年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進めることとしている。

また、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえ、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化することとしている。

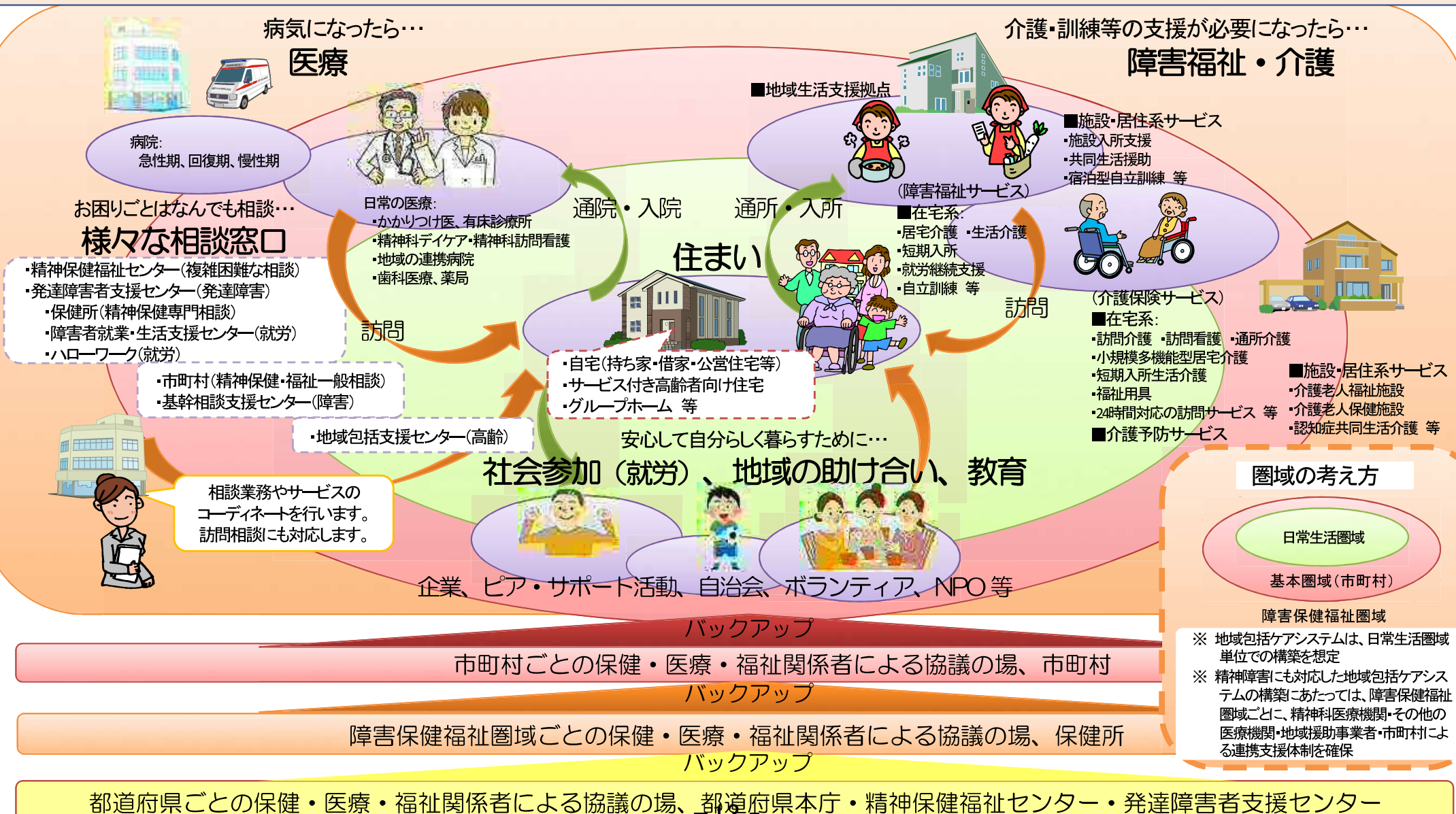
各都道府県等におかれては、協議の場を通じて、地域の実情を勘案し、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能の明確化に努められたい。

また、第 5 期障害福祉計画及び第 7 次医療計画の各目標値の算出については、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神医療政策研究部の精神保健福祉資料〔医療計画・障害福祉計画関連〕の HP をご参照いただきたい。<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

なお、平成 30 年 7 月に、各都道府県・指定都市宛てに平成 30 年度精神保健福祉資料の作成に係る 630 調査協力依頼を発出しているが、同依頼「別紙」の「1. 調査票の取扱い」の中で「（前略）個々の調査票の公表は予定しておらず、その集計結果のみを公表する予定である（後略）」と記載されている「公表」については、国立精神・神経医療研究センターの研究班がとりまとめた集計結果を、精神保健福祉資料〔医療計画・障害福祉計画関連〕の HP において公表することを指している。630 調査の作成に係る調査に用いられる調査票の情報公開請求への対応については、従来どおり各地方公共団体において、それぞれの条例に基づき判断されるものであり、今後とも適切に対応されるようお願いする。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるようにするためには、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を含めた地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。
- このため、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すこととしている。
- 具体的には、
 - ① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築するとともに、
 - ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末・平成36年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき基盤整備を推し進めることとしている。
- 平成30年度から開始された医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき、地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を計画的に推し進められるように、平成31年度においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進（構築支援）事業」などを活用し、保健・医療・福祉の一体的な取組を効果的に実施されたい。

※平成29～30年度実績

【平成30年度 構築推進事業 申請自治体数 49】

＜都道府県＞	29年度	9自治体	→	30年度	26自治体
＜指定都市＞	29年度	4自治体	→	30年度	12自治体
＜特別区＞			→	30年度	6自治体
＜保健所設置市＞			→	30年度	5自治体

※保健所設置市及び特別区については、平成30年度より実施主体に追加

【平成30年度 構築支援事業 参加自治体数 18】

＜都道府県＞	29年度	9自治体	→	30年度	11自治体
＜指定都市＞	29年度	4自治体	→	30年度	5自治体
＜特別区＞	29年度	0自治体	→	30年度	2自治体

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）

平成31年度予算案：532,733千円（平成30年度予算：515,642千円）

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

平成31年度予算案：40,579千円（平成30年度予算：39,405千円）

※地域生活支援事業、社会福祉施設等施設整備費計上分除く

①…障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

＜実施主体＞ 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

②…◆国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。

◆都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。

◆関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置等を行う。

＜参加主体＞ 都道府県・指定都市・特別区

※ ①及び②の事業はそれぞれ単独で実施することも可能

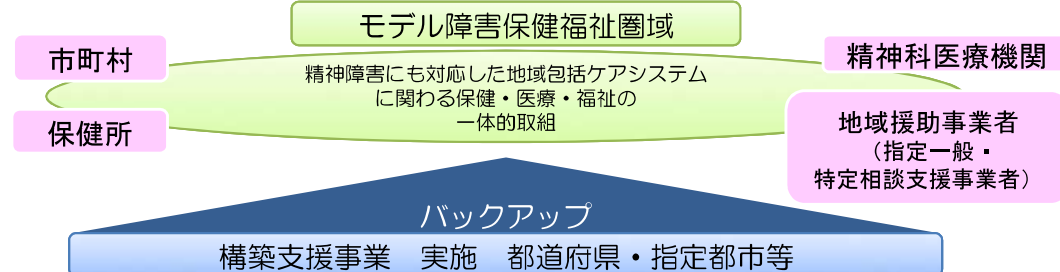
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの
構築推進事業（事業①）

※

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの
構築支援事業（事業②）

【事業内容】（1は必須）

1. 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
2. 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
3. ピアサポートの活用に係る事業
4. アウトリーチ支援に係る事業
5. 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
6. 入院中の精神障害者の地域移行に係る事業
7. 精神障害者の家族支援に係る事業
8. 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業
9. 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
10. 普及啓発に係る事業（※H31年度新規）
11. その他、包括ケアシステムの構築に資する事業



◆ 個別相談・支援（電話、メール）、現地での技術的助言、都道府県等研修への協力 等

国（構築支援事業事務局）

- 全国会議の企画・実施、シンポジウムの開催（H31年度新規）、アドバイザー（広域・密着AD）合同研修会の開催（H31年度新規）
- 地域包括ケアシステム構築に係る手引の作成
- 地域包括ケアシステム構築状況の評価 等

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

情報・ノウハウの共有化

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、アドバイザーの派遣のほかに、関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、①ポータルサイトの開設 ②地域包括ケアニュースの発行 ③合同会議の開催 ④手引きの策定を行う。

①ポータルサイトの開設

【サイトURL】

<http://mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>



※①・②・④については、当該事業に参加でない自治体の方も閲覧可能。

②ニュースの発行



③合同会議の開催



年3回 開催予定
＜参加者＞
・参加都道府県等担当者
・広域AD
・都道府県等密着AD
・厚生労働省担当者
・事務局担当者

合同会議は、当該事業に参加でない自治体の方も傍聴可能。

④ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業「手引き」の策定

第5期障害福祉計画に係る国の基本指針について

1. 基本指針について

- 「基本指針」（大臣告示）は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～32年度。

2. 基本指針の主なポイント

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

3. 成果目標（計画期間が終了するH32年度末の目標）

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数：H28年度末施設入所者の9%以上
- ・ 施設入所者数：H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・ 保健・医療・福祉関係者による協議の場（各圏域、各市町村）の設置
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数：14.6万人～15.7万人に
（H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減）
- ・ 退院率：入院後3カ月 69%、入院後6カ月84%、入院後1年90%
（H27年時点の上位10%の都道府県の水準）

③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④ 福祉施設から一般就労への移行

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

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

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

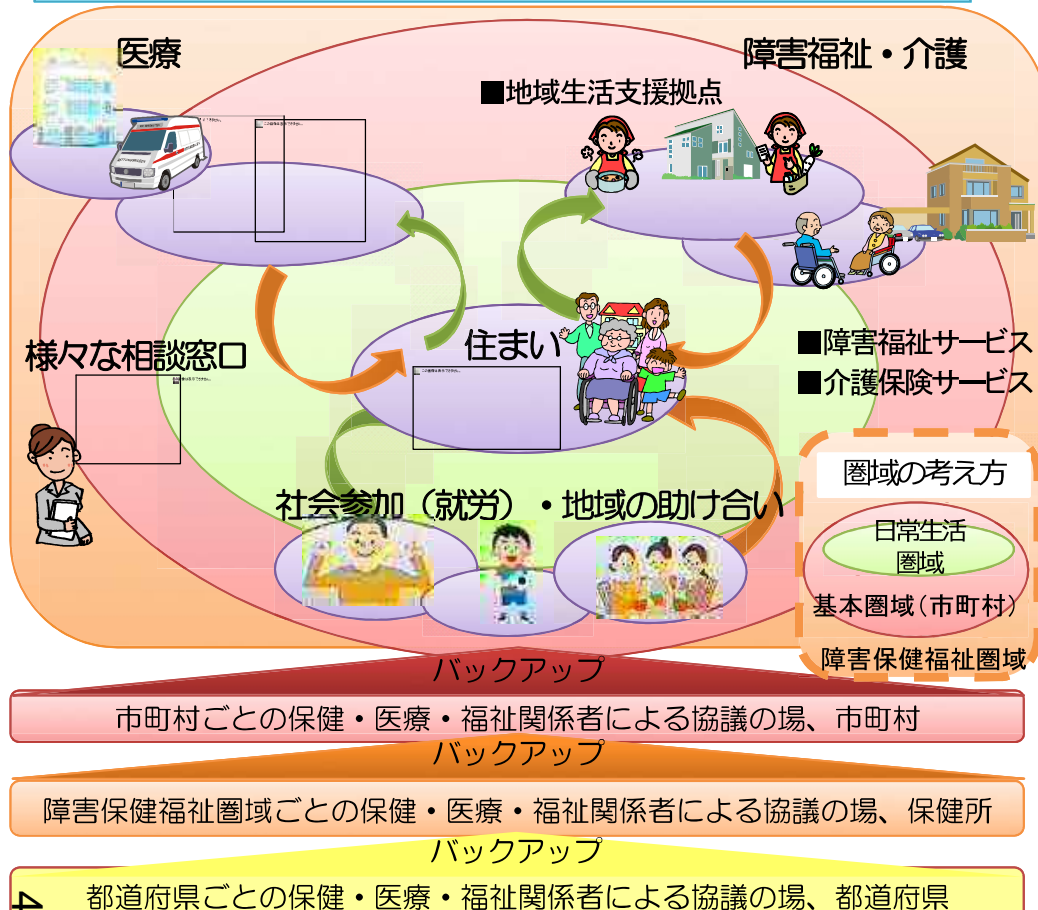
4. その他の見直し

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

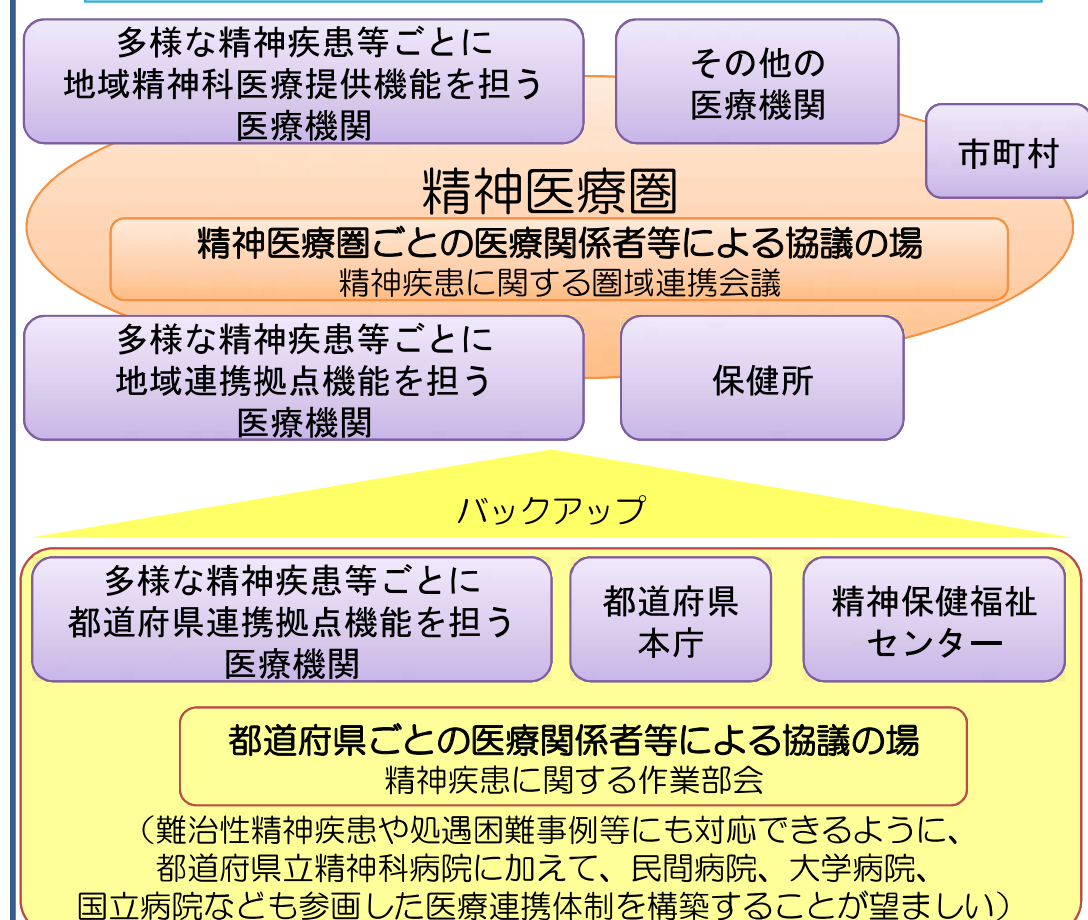
第7次医療計画の見直し（精神疾患の医療体制の構築）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 平成32年度末・平成36年末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



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

精神疾患の医療体制に求められる医療機能を地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能と示している。
都道府県は、多様な精神疾患等毎に各医療機能の内容について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

医療機能	役割要件	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
都道府県連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと④医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと⑦地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項 (例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営すること⑤積極的な情報発信を行うこと⑥専門職に対する研修プログラムを提供すること⑦地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと④医療連携の地域拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の地域拠点の役割を果たすこと⑦地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項 (例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営支援を行うこと⑤積極的な情報発信を行うこと⑥多職種による研修を企画・実施すること⑦地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域精神科医療提供機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと														
	求められる事項 (例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること														

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、1カ所以上医療計画に明記することが望ましい。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

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

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
全域	A病院	☆		☆							☆	☆	☆	☆	☆	☆
	B病院	☆	☆	☆				☆				☆	☆	☆		
	C病院				☆	☆	☆		☆	☆						
〇〇圏域	A病院				◎	◎				◎						
	D病院	◎	◎	◎			◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎
	E病院	◎	○	◎					○			◎	○	○	○	
	F診療所	○		○	○	○				○		○				
	G診療所	○	○	○			○	○	○						○	○
	H訪看ST	○		○					○				○			
△△圏域	B病院	◎		◎	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎	◎				◎			◎	◎	◎	◎		
	J病院	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	
	K病院	○	○	○			○					○			○	
	L診療所	○		○							○					
	M診療所	○	○							○						
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎	◎			○		○		○	○	○		○	
	O診療所	○		○					○	○						

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

3 精神科救急医療体制の整備について

精神科救急医療体制整備事業については、平成20年5月26日付け障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知の別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により実施しているところであり、平成30年3月29日付け障発第0329第7号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知により実施要綱の一部改正をお知らせした。

本一部改正では、精神科診療所の初期救急医療体制への参画を促進するため、

- ・各都道府県、指定都市に設置されている圏域毎の連絡調整委員会において、夜間及び休日等の外来対応の地域資源を十分に把握し活用すること
- ・その際、外来対応施設として、「常時型外来対応施設」を設置するほか、輪番型の体制を用いるなどの方法があること
- ・連絡調整委員会では、夜間・休日等の外来に協力した施設における実績も含めて事業の評価、検証を行うこと

という趣旨の内容を新たに追記した。

平成31年度においては、精神科救急医療施設や都道府県等の事務負担の軽減を目的として、各都道府県、指定都市が毎年度、厚生労働省に報告することとしている精神科救急医療体制の年報報告様式(別紙様式)等について、簡素化を図るとともに、その記載マニュアルについても併せてお示しすることとしている。

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

精神科救急医療体制整備事業

平成30年度予算額 17億円 → 平成31年度予算案 17億円

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

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

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

第4節 精神科救急医療の確保

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

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

精神科救急医療体制研修会

- ・精神科救急医療体制の運用ルールの周知。
- ・個別事例の検討、グループワーク等。

精神科救急医療体制連絡調整委員会

- ・関係機関間の連携・調整を図る

圏域毎の検討部会

- ・地域資源の把握、効果的連携体制の検討
- ・運用ルール等の策定、課題抽出

一般救急の情報センター



連携

精神科救急情報センター



- ・緊急対応が必要な患者を重症度に応じた受入先調整
- ・救急医療機関の情報集約・調整、かかりつけ医の事前登録

照会

受入先
情報

24時間精神医療相談窓口

- ・相談対応
- ・適宜、医療機関の紹介・受診指導



受入先調整

A精神科救急圏域
(常時対応型で対応)

B精神科救急圏域
(病院群輪番型で対応)

外来対応施設

常時対応型
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

身体合併症対応施設

身体合併症のある救急患者に対応より広い圏域をカバー

病院群輪番型
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

4 精神保健指定医制度の見直しについて

精神保健指定医（以下「指定医」という。）の指定等のあり方については、平成 28 年より開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、具体的な検討を進めることとされたところ、今般、指定医の資格の不正取得の再発防止と指定医としての資質確保の観点から、以下のとおり制度の見直しを行い、平成 31 年 7 月以降の申請分より適用することとした。

（見直しの概要）

- 口頭試問の導入
 - ・ ケースレポートの審査に加えて口頭試問を実施。
- ケースレポートの見直し
 - ・ 指定医の職務である措置入院、医療保護入院の症例を必須化。
 - ・ 3 年以上の精神科実務経験期間中の偏りない症例経験を求める。
 - ・ 精神障害の分野と症例数を見直し（6 分野 8 症例→5 分野 5 症例）。
- 指導医の要件等を見直し
 - ・ 一定期間、指定医の指定を受けていることを指導医の要件に追加。
また、指導医の役割に関する記載を充実。

各都道府県・指定都市においては、制度の適切な運用に努めるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底をお願いする。

制度の見直しに関する告示、通知等については、厚生労働省のホームページに、順次、掲載しているので確認いただきたい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/seishinhokenshit_eii.html

なお、制度見直しに伴い、新規の指定の申請を受け付ける際に都道府県・指定都市の担当者が活用できる事務的なチェックリストを送付する予定である。

また、今回の見直しにより、提出するケースレポートの要件に、申請前 1 年以内の症例を 1 例以上、申請をした日の 1 年前の日より前の症例を 2 例以上含むことが追加されることに伴い、各都道府県・指定都市においては、申請の受付を随時とする等、円滑な申請にご協力いただきたい。

※当該要件は、平成 34 年 6 月末日申請分までは、満たすことが望ましいものとして取り扱う。

精神保健指定医制度の見直しについて

- 平成28年より開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、精神保健指定医（以下「指定医」という。）の指定等のあり方について具体的な検討を進めることとされたところ、指定医の資格の不正取得の再発防止と資質確保の観点から、以下の対応を実施する。

※適用期日：平成31年（2019年）7月1日

<口頭試問の導入>

- ・ ケースレポートの審査に加えて口頭試問を実施

<ケースレポートの見直し>

- ・ 指定医の職務である措置入院、医療保護入院の症例を必須化
- ・ 3年以上の精神科実務経験期間中の偏りない症例経験を求める
- ・ 精神障害の分野と症例数を見直し（6分野8症例→5分野5症例）

<指導医の要件等の見直し>

- ・ 一定期間、指定医の指定を受けていることを指導医の要件に追加。また、指導医の役割に関する記載を充実

- 各都道府県・指定都市におかれては、制度の適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底をお願いします。
- なお、制度の見直しに関する告示、通知等については、厚生労働省のホームページに、順次、掲載しているので確認いただきたい。

URL：<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/seishinhokenshiteii.html>

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項第三号の規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度の一部を改正する件について(概要)

1. 改正の趣旨

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第18条第1項の規定により、精神保健指定医(以下「指定医」という。)の指定を受けようとする者は、同項第3号に規定する厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験(以下「経験」という。)を有することが必要であるとされている。
- 近年の精神医療の現状を踏まえ、また、指定医の資質確保の観点から、当該精神障害及び程度について見直しを行うもの。

2. 改正の内容

- (1) 法第18条第1項3号に規定する「精神障害及び程度」を、医療現場で定着している国際疾病分類第10版に準ずる分類に見直すとともに、各項目につき1例以上とする。(次ページ参照)
- (2) 指定医の指定の要件として求めている経験について、
 - ① 指定医の判断による非自発的入院に関する経験を積むよう、措置入院者又は医療保護入院者に係る経験に限ることとし、各経験についていずれも1例以上含むこととする。
 - ② 非自発的入院の必要性の判定に関する経験を積むよう、医療保護入院者の入院時から担当し、かつ、入院時の指定医の診察に立ち会った経験を1例以上含むこととする。
 - ③ 精神科実務経験期間中に偏りなく経験を積むよう、申請前1年以内の経験を1例以上、申請をした日の1年前の日より前かつ申請前7年以内の経験を2例以上含むこととする。ただし、申請前1年以内の経験については、やむを得ない理由により申請前1年以内に診療又は治療に従事できない期間があると認められる場合は、この限りでない。
 - ④ 児童に係る症例に対する診断又は治療を経験するよう、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に係る経験を1例以上含むことが望ましいこととする。
 - ⑤ 地域移行の取組を評価する観点から、非自発的入院から任意入院へ切り替えた症例及び退院後支援を行った外来症例に関する経験をそれぞれ1例以上含むことが望ましいこととする。
- (3) その他所要の改正を行う。

3. 根拠条文

法第18条第1項第3号

4. 適用期日

適用期日：平成31年(2019)7月1日

- ※ 平成34年(2022)6月30日までに指定の申請をした者に係る(2)①(措置入院者に係る部分に限る。)から③(申請前7年以内の経験の部分を除く。)の要件については、満たすことが望ま~~25~~るものとして取り扱う。

見直し前	見直し後
統合失調症圏、躁うつ病圏、中毒性精神障害（依存症に係るものに限る。）、児童・思春期精神障害、症状性若しくは器質性精神障害（老年期認知症を除く。）又は老年期認知症のいずれか	症状性を含む器質性精神障害
統合失調症圏	精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症に係るものに限る。）
躁うつ病圏	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
中毒性精神障害（依存症に係るものに限る。）	気分（感情）障害
児童・思春期精神障害	次の各号に掲げる精神障害のうちいずれか 一 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 二 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 三 成人の人格及び行動の障害 四 知的障害（精神遅滞） 五 心理的発達の障害 六 小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
症状性又は器質性精神障害（老年期認知症を除く。）	（削る）
老年期認知症	（削る）

【見直し前】 6分野 8症例	医療観察法 による入院	措置 入院	医療保 護入院	任意 入院
統合失調症圏 <u>2例以上</u>	○	○	○	
躁うつ病圏 <u>1例以上</u>	○	○	○	
中毒性精神障害 <u>1例以上</u>	○	○	○	
児童・思春期精神障害 <u>1例以上</u>	○	○	○	○
症状性又は器質性精 神障害 <u>1例以上</u>	○	○	○	
老年期認知症 <u>1例以上</u>	○	○	○	
上記のいずれかの症 例 <u>1例以上</u>	○	○		

	5症例	
【見直し後】 5分野 5症例	措置入院 <u>1例以上</u>	医療保護入院 <u>1例以上</u>
F0（老年期認知症、症状性 又は器質性精神障害等） <u>1例以上</u>	○	○
F1（中毒性精神障害等） <u>1例以上</u>	○	○
F2（統合失調症等） <u>1例以上</u>	○	○
F3（躁うつ病等） <u>1例以上</u>	○	○
F4～9 <u>1例以上</u>	○	○

精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について(概要)

1. 制定の趣旨

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第18条第1項の規定による精神保健指定医(以下「指定医」という。)の新規の指定に係る事務の取扱いについては、「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領について」(精神・障害保健課長通知平成22年2月8日付け障精発0208第2号)により定めているところである。
- 指定申請に当たっては、診断又は治療に従事した経験を有することを証するためにケースレポートの提出を定めているが、自ら診断、治療に十分に参与していない患者についてケースレポートを提出された事案があった。
- 指定医の資格の不正取得の再発防止及び指定医としての必要な資質を備えるために必要な経験の確認を適切に行えるよう、現行の通知の内容を見直し、障害保健福祉部長通知として新たに制定し直すもの。

2. 見直しの内容

- ① 指定医の指定に当たり、一定の場合には、ケースレポートの審査に加えて口頭試問を実施し、指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技能を有しているかについて確認することとする。
- ② ケースレポートの対象となる症例について、退院後支援を行った外来症例についてケースレポートを作成する場合は、外来治療の期間がおおむね1ヶ月以上であることが望ましいとする。
- ③ 申請者の指導を行う指導医について、一定期間、指定医の指定を受けていることを要件に追加することとする。また、申請者のケースレポート作成指導に当たり、指導医が証明する内容をより明確にすることとする。
- ④ ケースレポートは、医療現場で定着している国際疾病分類第10版に基づき作成することとする。また、ケースレポートの様式を見直し、関係法規に定める手続への対応について本文と別の記載欄を設け、本文では「入院時の状況」や「入院後経過」など、指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技術を評価できる内容を記載することとする。
- ⑤ その他所要の改正を行う。

3. 適用期日

適用期日：平成31(2019)年7月1日

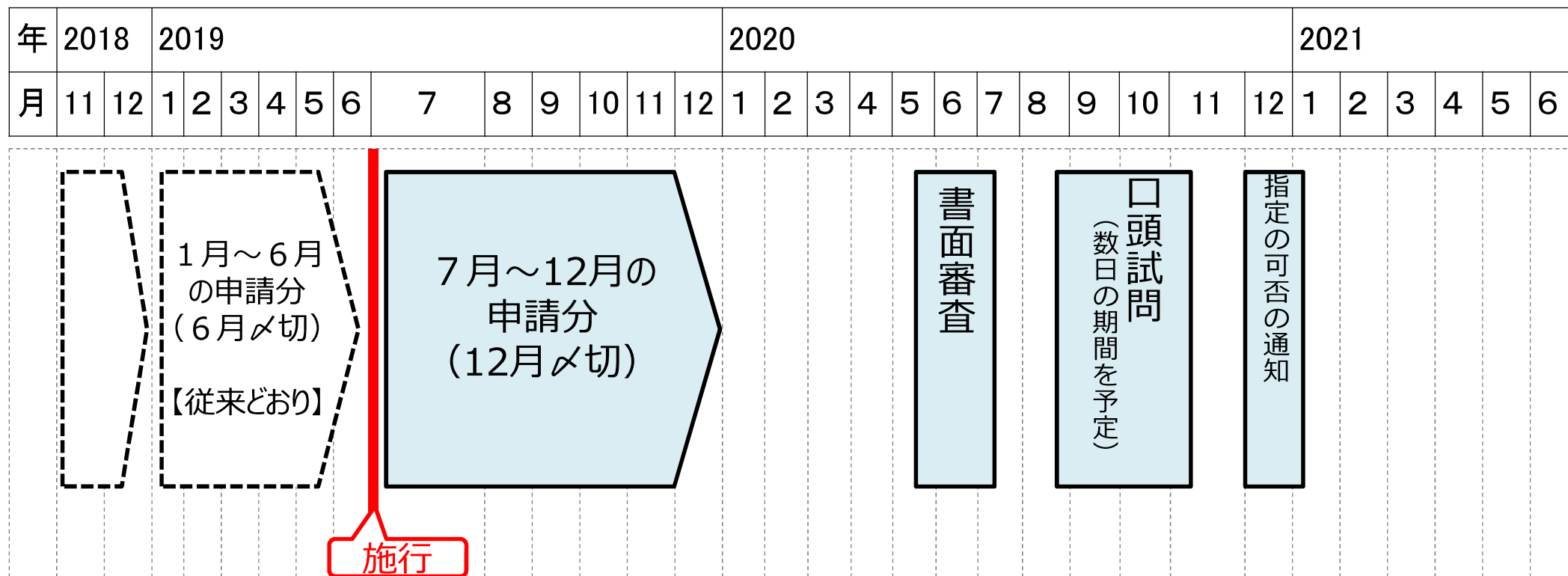
※ ただし、③の適用については、指定の申請をした者が平成32(2020)年7月以降に担当を開始した症例の指導医に限る。

※ 文字数は1200字～2000字程度とする。

今後のスケジュール

- ケースレポートの見直し(分野・症例数、様式等)は、2019年7月以降の申請分から適用予定。
- 口頭試問は、2019年7月以降の申請分の審査から実施予定。新評価基準で対応。
- 指導医の要件追加は、2020年7月から適用(2020年7月以降から担当した症例をケースレポートで提出する場合に新要件を満たす指導医による指導が行われていることを求める。)

※ それぞれの日程は目途であり、変更となる可能性があることにご留意ください



5 精神医療審査会について

平成 29 年地方分権改革に係る提案募集において、精神医療審査会における開催・議決要件の緩和についての提案があり、その対応方針について、以下のとおり閣議決定された。

○「平成 30 年の地方からの提案等に関する対応方針」（平成 30 年 12 月 25 日閣議決定）

精神医療審査会の開催・議決については、予備委員の確保等に関する取組事例を、地方公共団体に 2018 年度中に周知する。

については、精神医療審査会の開催・議決における予備委員の確保等に関する取組事例を以下のとおり示すので、各都道府県・指定都市においては、以下の取組事例を参考としつつ、精神医療審査会の円滑な開催・議決に努めていただきたい。

（取組事例）

- ・ 委員の急な欠席等に対応できるよう数名を予備委員として任命。
- ・ 他の合議体委員を活用できる体制の整備。
- ・ 迅速な審査を行うことができるよう審査件数等に応じた合議体数の確保。
- ・ あらかじめ審査会の年間スケジュールを策定し委員の日程を確保。

6 障害支援区分の認定について

(1) 障害支援区分の適切な認定の推進について

障害支援区分については、社会保障審議会障害者部会等において、審査判定実績の地域差が見られるため、その要因を分析し、必要な改善策を検討すべき等の指摘があったことを受け、国において制度の運用における実態・課題を把握するための調査研究を実施しているところであるが、認定調査の記載にばらつきがある、市町村審査会において運用上適切でない根拠に基づき区分変更を行う等の実態がなお見られる。

平成 31 年度も引き続き、市町村の個別の認定状況の調査や、市町村審査会の訪問を通じて実態把握や助言を行う事業を実施する予定であるので、ご理解とご協力をお願いしたい。

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

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

なお、国においても、平成 31 年度、都道府県担当者を対象にした研修を実施する予定である。決定次第、事務連絡等でお示しする。

また、平成 31 年 4 月目途に都道府県研修担当者が研修を行う際の既存の通知及びマニュアル等に記載された内容を分かりやすくポイント整理した資料を自治体あてに送付する予定であるので、ご活用いただきたい。

(2) 障害支援区分判定ソフト 2014 の改元対応について

平成 31 年 4 月の新元号公表に伴い、障害支援区分管理事業 Web サイト上に改元対応修正モジュールを公開する予定である。ダウンロード方法は、準備が整い次第、事務連絡でお知らせしたい。

障害支援区分の審査判定実績（平成29年10月～平成30年9月※速報値）

1. 全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）

二次判定 一次判定	非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計件数	上位区分		下位区分	
									変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当	36	13	0	0	0	0	0	49	13	26.5%	—	—
区分 1	7	5,329	720	46	1	0	0	6,103	767	12.6%	7	0.1%
区分 2	1	135	48,471	4,707	168	7	1	53,490	4,883	9.1%	136	0.3%
区分 3	0	5	396	51,280	4,112	110	2	55,905	4,224	7.6%	401	0.7%
区分 4	0	0	14	429	45,066	3,934	107	49,550	4,041	8.2%	443	0.9%
区分 5	0	0	1	9	264	35,980	4,382	40,636	4,382	10.8%	274	0.7%
区分 6	0	0	2	8	25	317	64,524	64,876	—	—	352	0.5%
合計件数	44	5,482	49,604	56,479	49,636	40,348	69,016	270,609	18,310	6.8%	1,613	0.6%
割合	0.0%	2.0%	18.3%	20.9%	18.3%	14.9%	25.5%	100.0%				

（参考）二次判定結果の実績

			非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
												変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援 区分	H28.10 ～H29.9	件数	47	5,436	45,448	48,993	42,851	35,819	53,253	231,847	—	18,283	7.9%	1,624	0.7%
		割合	0.0%	2.3%	19.6%	21.1%	18.5%	15.4%	23.0%	—	100.0%				
支援 区分	H27.10 ～H28.9	件数	71	6,163	46,914	53,224	46,478	37,538	59,479	249,867	—	21,391	8.6%	2,075	0.8%
		割合	0.0%	2.5%	18.8%	21.3%	18.6%	15.0%	23.8%	—	100.0%				
支援 区分	H26.10 ～H27.9	件数	62	6,078	44,929	51,651	45,554	37,535	63,658	249,467	—	23,361	9.4%	2,066	0.8%
		割合	0.0%	2.4%	18.0%	20.7%	18.3%	15.0%	25.5%	—	100.0%				
支援 区分	H26.4 ～H26.9	件数	18	1,896	14,287	15,884	13,973	11,508	16,908	74,474	—	7,839	10.5%	743	1.0%
		割合	0.0%	2.5%	19.2%	21.3%	18.8%	15.5%	22.7%	—	100.0%				

※データは現在精査中のため今後修正があり得ます。以下全て同様です。

2. 身体障害

二次判定 一次判定		非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当		12	4	0	0	0	0	0	16	4	25.0%	—	—
区分 1		3	1,614	212	14	0	0	0	1,843	226	12.3%	3	0.2%
区分 2		1	39	8,275	646	22	2	0	8,985	670	7.5%	40	0.4%
区分 3		0	5	157	17,091	1,117	39	0	18,409	1,156	6.3%	162	0.9%
区分 4		0	0	10	144	12,500	757	18	13,429	775	5.8%	154	1.1%
区分 5		0	0	0	8	95	13,776	1,121	15,000	1,121	7.5%	103	0.7%
区分 6		0	0	0	4	9	154	43,535	43,702	—	—	167	0.4%
合計件数		16	1,662	8,654	17,907	13,743	14,728	44,674	101,384	3,952	3.9%	629	0.6%
割合		0.0%	1.6%	8.5%	17.7%	13.6%	14.5%	44.1%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

			非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
												変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援 区分	H28.10 ～H29.9	件数	22	1,629	8,424	15,765	12,078	12,568	30,178	80,664	—	3,933	4.9%	622	0.8%
		割合	0.0%	2.0%	10.4%	19.5%	15.0%	15.6%	37.4%	—	100.0%				
支援 区分	H27.10 ～H28.9	件数	29	1,939	9,588	17,391	13,242	14,179	38,007	94,375	—	5,054	5.4%	785	0.8%
		割合	0.0%	2.1%	10.2%	18.4%	14.0%	15.0%	40.3%	—	100.0%				
支援 区分	H26.10 ～H27.9	件数	38	2,012	9,918	17,479	12,871	13,993	42,269	98,580	—	5,624	5.7%	826	0.8%
		割合	0.0%	2.0%	10.1%	17.7%	13.1%	14.2%	42.9%	—	100.0%				

3. 知的障害

二次判定 一次判定		非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当		6	2	0	0	0	0	0	8	2	25.0%	—	—
区分 1		1	1,954	232	15	1	0	0	2,203	248	11.3%	1	0.0%
区分 2		0	41	15,657	1,462	65	2	1	17,228	1,530	8.9%	41	0.2%
区分 3		0	0	143	22,330	2,248	54	1	24,776	2,303	9.3%	143	0.6%
区分 4		0	0	2	243	30,793	3,278	93	34,409	3,371	9.8%	245	0.7%
区分 5		0	0	1	2	179	26,203	3,856	30,241	3,856	12.8%	182	0.6%
区分 6		0	0	0	3	15	217	43,033	43,268	—	—	235	0.5%
合計件数		7	1,997	16,035	24,055	33,301	29,754	46,984	152,133	11,310	7.4%	847	0.6%
割合		0.0%	1.3%	10.5%	15.8%	21.9%	19.6%	30.9%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

			非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
												変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援 区分	H28.10 ～H29.9	件数	5	1,927	14,085	20,061	28,136	26,420	36,186	126,820	—	11,004	8.7%	819	0.6%
		割合	0.0%	1.5%	11.1%	15.8%	22.2%	20.8%	28.5%	—	100.0%				
支援 区分	H27.10 ～H28.9	件数	11	2,215	15,598	23,290	31,381	27,439	39,197	139,131	—	12,573	9.0%	1,176	0.8%
		割合	0.0%	1.6%	11.2%	16.7%	22.6%	19.7%	28.2%	—	100.0%				
支援 区分	H26.10 ～H27.9	件数	6	2,132	14,830	22,350	31,003	27,537	42,327	140,185	—	13,649	9.7%	1,109	0.8%
		割合	0.0%	1.5%	10.6%	15.9%	22.1%	19.6%	30.2%	—	100.0%				

4. 精神障害

二次判定 一次判定		非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当		16	7	0	0	0	0	0	23	7	30.4%	—	—
区分1		3	1,953	311	20	0	0	0	2,287	331	14.5%	3	0.1%
区分2		0	56	27,472	2,982	105	6	0	30,621	3,093	10.1%	56	0.2%
区分3		0	0	111	16,518	1,292	36	1	17,958	1,329	7.4%	111	0.6%
区分4		0	0	3	85	7,626	507	16	8,237	523	6.3%	88	1.1%
区分5		0	0	0	0	27	2,248	174	2,449	174	7.1%	27	1.1%
区分6		0	0	2	3	5	28	1,906	1,944	—	—	38	2.0%
合計件数		19	2,016	27,899	19,608	9,055	2,825	2,097	63,519	5,457	8.6%	323	0.5%
割合		0.0%	3.2%	43.9%	30.9%	14.3%	4.4%	3.3%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

			非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
												変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援	H28.10	件数	19	2,098	25,692	17,668	8,195	2,578	1,861	58,111	—	5,682	9.8%	337	0.6%
区分	～H29.9	割合	0.0%	3.6%	44.2%	30.4%	14.1%	4.4%	3.2%	—	100.0%				
支援	H27.10	件数	29	2,205	24,605	17,385	7,960	2,478	1,627	56,289	—	6,562	11.7%	392	0.7%
区分	～H28.9	割合	0.1%	3.9%	43.7%	30.9%	14.1%	4.4%	2.9%	—	100.0%				
支援	H26.10	件数	23	2,179	22,752	16,305	7,355	2,375	1,669	52,658	—	7,058	13.4%	338	0.6%
区分	～H27.9	割合	0.0%	4.1%	43.2%	31.0%	14.0%	4.5%	3.2%	—	100.0%				

5. 難病

二次判定 一次判定		非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	上位区分		下位区分	
										変更件数	変更率	変更件数	変更率
非該当		3	0	0	0	0	0	0	3	0	0.0%	—	—
区分1		0	108	24	2	0	0	0	134	26	19.4%	0	0.0%
区分2		0	4	462	45	2	1	0	514	48	9.3%	4	0.8%
区分3		0	0	7	912	77	4	0	1,000	81	8.1%	7	0.7%
区分4		0	0	0	2	659	48	0	709	48	6.8%	2	0.3%
区分5		0	0	0	0	3	533	41	577	41	7.1%	3	0.5%
区分6		0	0	0	0	0	4	1,364	1,368	—	—	4	0.3%
合計件数		3	112	493	961	741	590	1,405	4,305	244	5.7%	20	0.5%
割合		0.1%	2.6%	11.5%	22.3%	17.2%	13.7%	32.6%	100.0%				

(参考) 二次判定結果の実績

			非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計件数	割合	上位区分		下位区分	
												変更件数	変更率	変更件数	変更率
支援	H28.10	件数	1	106	475	753	534	432	958	3,259	—	210	6.4%	19	0.6%
区分	～H29.9	割合	0.0%	3.3%	14.6%	23.1%	16.4%	13.3%	29.4%	—	100.0%				
支援	H27.10	件数	3	101	435	702	465	387	933	3,026	—	221	7.3%	28	0.9%
区分	～H28.9	割合	0.1%	3.3%	14.4%	23.2%	15.4%	12.8%	30.8%	—	100.0%				
支援	H26.10	件数	0	70	320	563	317	246	534	2,050	—	171	8.3%	21	1.0%
区分	～H27.9	割合	0.0%	3.4%	15.6%	27.5%	15.5%	12.0%	26.0%	—	100.0%				

都道府県別 上位区分変更率（二次判定での引き上げ率）※速報値

全体（身体障害・知的障害・精神障害・難病）



障害種別 上位区分変更率



身体障害



知的障害



精神障害



難病



支援区分
(H29.10
~H30.9)
程度区分
(H25.10
~H26.6)

障害種別 上位区分変更率

身体障害



支援平均 程度平均
3.9% 18.5%

知的障害



支援平均 程度平均
7.4% 41.4%

精神障害



支援平均 程度平均
8.6% 41.0%

難病



支援平均 程度平均
5.7% 19.9%

支援区分
(H29.10
~H30.9)
程度区分
(H25.10
~H26.6)

7 心神喪失者等医療観察法の地域連携等について

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

（１）指定入院医療機関の現状

法に基づく指定入院医療機関の整備については、全国で予備病床を含め 800 床程度を目標として整備を進めてきており、これまでに 33 箇所 833 床の整備が行われたところである。

今後にも必要に応じて、整備の要請を行っていくこととしているので、ご協力をお願いします。

（２）地域処遇の円滑な実施のための取組促進等

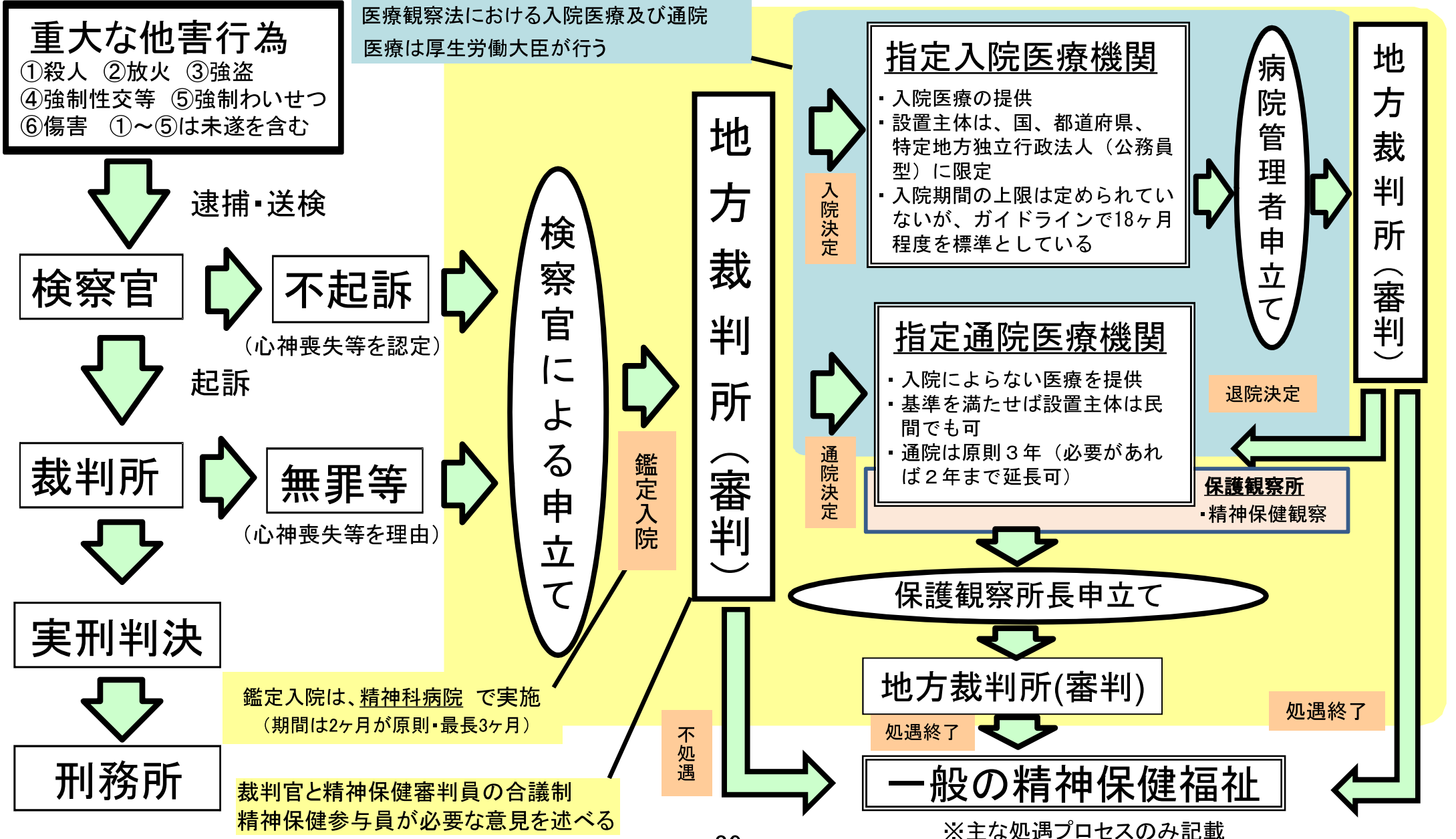
「地域社会における処遇のガイドライン」（平成 17 年 7 月 14 日障精発第 0714003 号）及び精神保健福祉法第 4 条 2 項に基づき、処遇終了した対象者については、地域の資源を有効に活用しつつ、各自治体による主体的な支援をお願いしたい。

3 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）の仕組み

（制度は、法務省・厚生労働省共管）

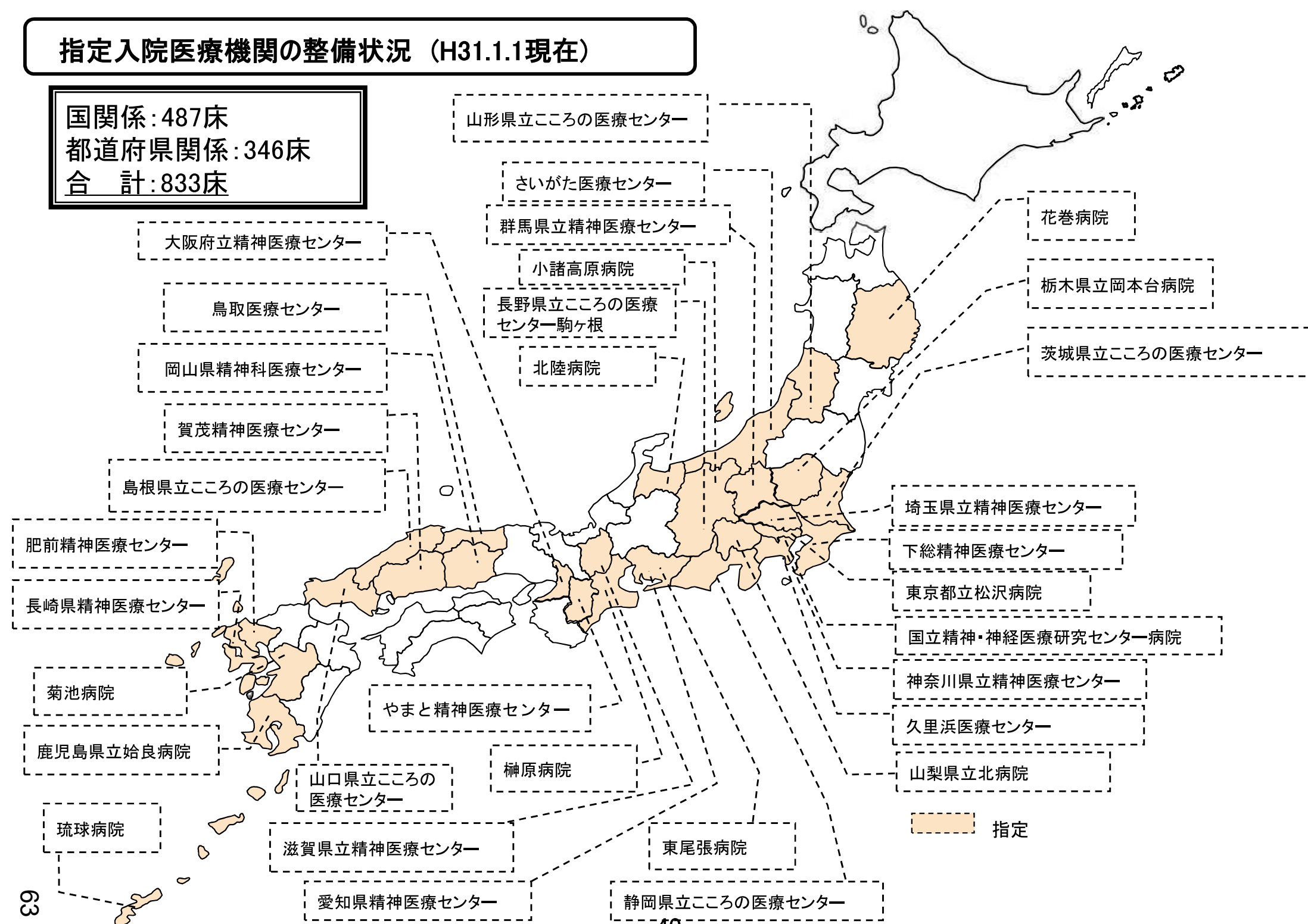
平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

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



指定入院医療機関の整備状況（H31.1.1現在）

国関係：487床
都道府県関係：346床
合 計：833床



医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ

入院決定

【入院処遇中】

指定**入院**医療機関の専用病棟における入院による医療の提供

退院決定

【通院処遇中】

帰住地の精神保健医療福祉のネットワーク

都道府県

保健所・精神保健福祉センター

障害福祉サービス事業者

対象者は**保護観察所**の精神保健観察下において通院医療を受ける

市町村

障害保健福祉担当部局

指定**通院**医療機関

原則**3**年間(最大5年間)

※ 通院期間終了後は、地域の精神保健医療福祉の枠組みに移行

平成31年度医療観察法関係予算(案)の概要

心神喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保など

190億円(H30予算額:181億円)

心神喪失者等医療観察法を円滑に運用し、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の促進を図るため、指定入院医療機関の確保や通院医療を含む継続的な医療提供体制を整備する。

また、指定医療機関の医療従事者等を対象とした研修や指定医療機関相互の技術交流等により、医療の質の向上を図る。

義務的経費

・入院等決定者医療費	179.2億円(H30予算額:166.5億円)
・指定入院医療機関運営費負担金	2.1億円(H30予算額: 4.1億円)
・指定入院医療機関施設・設備整備費負担金 (一部新規として、大規模修繕費用を含む)	7.1億円(H30予算額: 8.6億円)

裁量的経費

・指定入院医療機関医療評価・向上事業費補助金	4.7百万円(H30予算額: 4.7百万円)
・人材養成研修委託費(医療従事者研修、判定医等研修)	34百万円(H30予算額: 42百万円)
・医療観察法長期入院対象者退院促進経費	2.5百万円(H30予算額: 2.8百万円)

8 災害時等こころのケア対策について

(1) 大規模な災害等の際における心のケア対策について

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

平成 30 年 7 月豪雨及び北海道胆振東部地震では、発災直後から災害派遣精神医療チーム（DPAT）の情報集約、派遣調整を行い、被災道県からの派遣要請に基づき、DPAT が派遣され活動した。

平成 31 年度より災害時において DPAT と各医療チームとの連携を一層強化するため、DPAT に関連する業務について、DMAT を所管する医政局に移管し、連携強化を推進することとしている。業務の移管に伴い、これまで障害保健福祉部において予算計上していた、DPAT に関連する事業（DPAT 事務局運営に関する事業、都道府県等が実施する DPAT に関する研修や訓練等に関する事業）を、平成 31 年度予算案より医政局において計上する。

更に、災害拠点精神科病院の設備整備等を行うための経費を医政局において平成 31 年度予算案より新規計上する。

DPAT の体制を質・量の両面から全国的に強化することとしており、各自治体におかれては、DPAT 事務局による DPAT 関連研修への参加や補助事業を活用することなどにより、災害時等の心のケア体制の整備を推進していただくようお願いする。

なお、障害保健福祉部では、精神保健福祉センター、保健所、病院等に勤務している医師、看護師、精神保健福祉士等を対象とした心的外傷後ストレス障害（PTSD）に関する専門的な養成研修を実施し、精神保健活動の充実の推進を図っているところであるが、平成 31 年度予算案においても、14 百万円を確保し、研修内容の更なる充実を図ることとしており、関係機関に所属する職員の研修への参加について御配慮いただきたい。

(2) 平成 30 年度の災害における心のケア事業について

平成 30 年 7 月豪雨で被災された方の心のケアに対応するため、特に被害の大きかった岡山県、広島県、愛媛県において、「被災地心のケア事業」を創設し、精神保健福祉センターで心のケアの専門家の雇用等を行い、市町村等が行う被災者への精神保健相談等に関する支援を行い、被災地の心のケアに関する体制の強化を図った。

また、9 月に発生した北海道胆振東部地震においても、平成 30 年 7 月豪雨と同様に、被災者の心のケア対策を実施した。

被災地では中長期的な心のケアが必要となることもあり、平成 31 年度予算案においても引き続き同事業を計上し、各被災地における被災者の心のケア対策の強化を図ることとしている。

（３）東日本大震災の被災地の心のケアについて

東日本大震災の被災者の心のケア対策については、心のケアが必要な方に必要な支援が行き届くよう、平成 23 年度から、被災 3 県に心のケアセンターを設置し、被災者の心のケア対策を実施してきた。

被災地における生活インフラの復旧はほぼ完了し、住まいの再建も今年度で概ね完成する見込みであることが確認されている一方、被災地からは、被災者の心のケアなどについて、復興・創生期間後も対応が必要と要望されているところである。

また、福島県の復興・再生には中長期的対応が必要であり、復興・創生期間後も継続して、国が前面に立って取り組み、避難指示区域に居住されていた方をはじめ、避難生活が長期化している方々について、引き続き心のケアに対する支援体制の継続が必要であるとの要望がある。

このため、平成 30 年度予算に引き続き平成 31 年度予算案においても、東日本大震災の心のケア対策の着実な取組の推進の観点から、「心のケアセンター連携強化会議」の開催、福島県外避難者や帰還者への支援の強化、支援者への支援の充実など「専門的な心のケア」の取組の充実を図るとともに、専門研修・調査研究などの取組の強化を行うこととしている。

また、平成 30 年度より実施している「被災 3 県心のケア総合支援調査研究等事業」は、東日本大震災における心のケアに関する知見を多角的に分析し、今後の災害時の心のケア対策につなげるものであることから、趣旨を御了知の上、議論への参画やデータ提供など、事業の適正かつ円滑な実施について格段の御協力をお願いする。

なお、平成 31 年度予算案において、心のケアセンターへの支援を行う「被災者の心のケア支援事業」が被災地の実情に応じた柔軟な事業の実施ができるよう「被災者支援総合交付金」の事業の一つとして計上されていることから、被災者がより一層安心して生活できるよう、引き続き被災者に対するきめ細やかな心のケア支援の実施をお願いする。

（４）平成 28 年熊本地震の心のケアについて

熊本地震に係る心のケア対策については、心のケアを行う活動拠点として「熊本こころのケアセンター」を設置し、心のケアに関する相談支援、訪問支援等を実施している。

平成 31 年度予算案において 53 百万円を確保しており、熊本県におかれては、引き続き関係市町村及び医療機関等の関係機関と連携し、変化するニーズに的確に対応し、被災者の心の健康の維持・向上に向けた事業の効果的な実施をお願いする。

医政局へ移管を予定している災害精神科医療関係事業について

災害拠点精神科病院関係

設備等整備（新規）

【概要】

DPAT先遣隊の活動に必要な広域災害・救急医療情報システム及び災害時診療概況報告システムの端末、DPATの携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品、衛星電話等の整備

【平成31年度予算額(案)】

22,715千円

【補助先】

都道府県(間接補助先:医療機関)

【補助率】

1/3(国1/3、都道府県1/3、医療機関1/3)

DPAT関係

事務局の運営

【概要】

DPATの専門的研修及び実地訓練の企画・立案・実施等

※平成30年度は災害派遣精神医療チーム事務局運営事業として実施

【平成31年度予算額(案)】

54,935千円

【補助先】

民間団体(公募により決定)

都道府県における研修、訓練等

【概要】

DPATの運営委員会の設置や、DPAT構成員に対する研修等に必要な経費

※平成30年度は地域生活支援事業費等補助金内の災害派遣精神医療チーム体制整備事業として実施

【平成31年度予算額(案)】

28,130千円

【補助先】

都道府県、指定都市

【補助率】

1/2(国1/2、都道府県・指定都市1/2)

被災地心のケア事業

平成31年度予算案
48,476千円

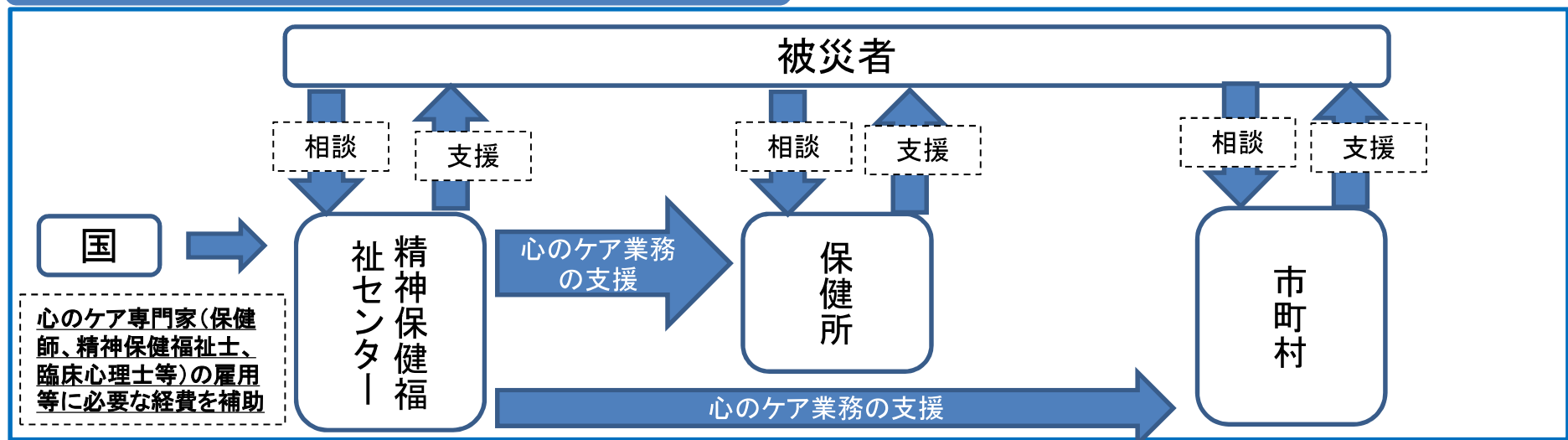
概要

平成30年7月の豪雨により、被災地においては多数の人的・物的被害が発生しており、今後の災害復興期においては、PTSDや生活再建プロセスで生じる二次的ストレスを起因とした心身の変調が生じる被災者の増加が見込まれることから、精神保健福祉センターにおいて心のケアの専門家（保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等）を雇用し、市町村等が行う被災者への精神保健相談等の支援を行うことで被災地の精神保健福祉の強化を図る。

【実施主体】 北海道、岡山県、広島県、愛媛県

【補助率】 定額

被災地の心のケア支援 イメージ



被災者支援総合交付金（復興庁被災者支援班）

31年度概算決定額 **177億円**【復興】
（30年度予算額 190億円）

事業概要・目的

- 復興の進展に伴い、避難生活の長期化、災害公営住宅等移転後のコミュニティ形成、被災者の心のケア、避難指示解除区域における生活再建など、被災者をとりまく課題は多様化。
- 被災者の生活再建のステージに応じた、切れ目ない支援の実現を図る。

<主な内容>

- ①災害公営住宅への移転等に伴うコミュニティ形成の活動を支援。
- ②被災者の生きがいをつくるための「心の復興」事業を支援。
- ③県外避難者に対して、相談支援や避難元自治体の情報提供などを実施。
- ④仮設住宅や災害公営住宅等で暮らす高齢者等に対する日常的な見守り・相談支援を実施。
- ⑤被災者の心のケアを支えるため、個別相談支援や支援者支援等を実施。
- ⑥子どもに対するケア、学習支援、交流活動支援等を実施。

<重点的に取り組む項目>

- ①被災者支援に携わる方々のサポートを行う取組を支援。
- ②避難指示が解除された区域におけるコミュニティ形成支援、買い物、通院、通学などの生活支援を実施。

事業イメージ・具体例

I. 各地域の被災者支援の重要課題への対応支援

- | | |
|---------------|---------------|
| ①被災者支援総合事業 | |
| ・住宅・生活再建支援 | ・コミュニティ形成支援 |
| ・「心の復興」 | ・県外避難者支援 |
| ・高齢者等日常生活サポート | ・被災者支援コーディネート |

II. 被災者の日常的な見守り・相談支援

- | |
|----------------|
| ②被災者見守り・相談支援事業 |
|----------------|

III. 仮設住宅での総合相談・介護等のサポート拠点の運営

- | |
|-----------------|
| ③仮設住宅サポート拠点運営事業 |
|-----------------|

IV. 被災地における健康支援

- | |
|------------|
| ④被災地健康支援事業 |
|------------|

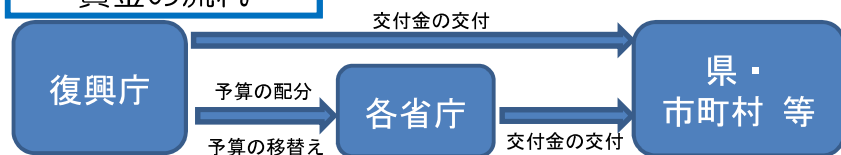
V. 被災者の心のケア支援

- | |
|---------------|
| ⑤被災者の心のケア支援事業 |
|---------------|

VI. 子どもに対する支援

- | |
|------------------------------------|
| ⑥被災した子どもの健康・生活対策等総合支援事業 |
| ⑦福島県の子供たちを対象とする自然体験・交流活動支援事業 |
| ⑧仮設住宅の再編等に係る子供の学習支援によるコミュニティ復興支援事業 |

資金の流れ



期待される効果

- 被災者支援の基幹的事業について、被災自治体において横断的な事業計画を策定し、交付金による一体的支援を行うことにより、各地域の実情に応じた効果的・効率的な被災者支援活動の展開が期待される。

※復興庁資料

被災3県心のケア総合支援調査研究等事業

30年度予算
291百万円

31年度予算案
→ 291百万円

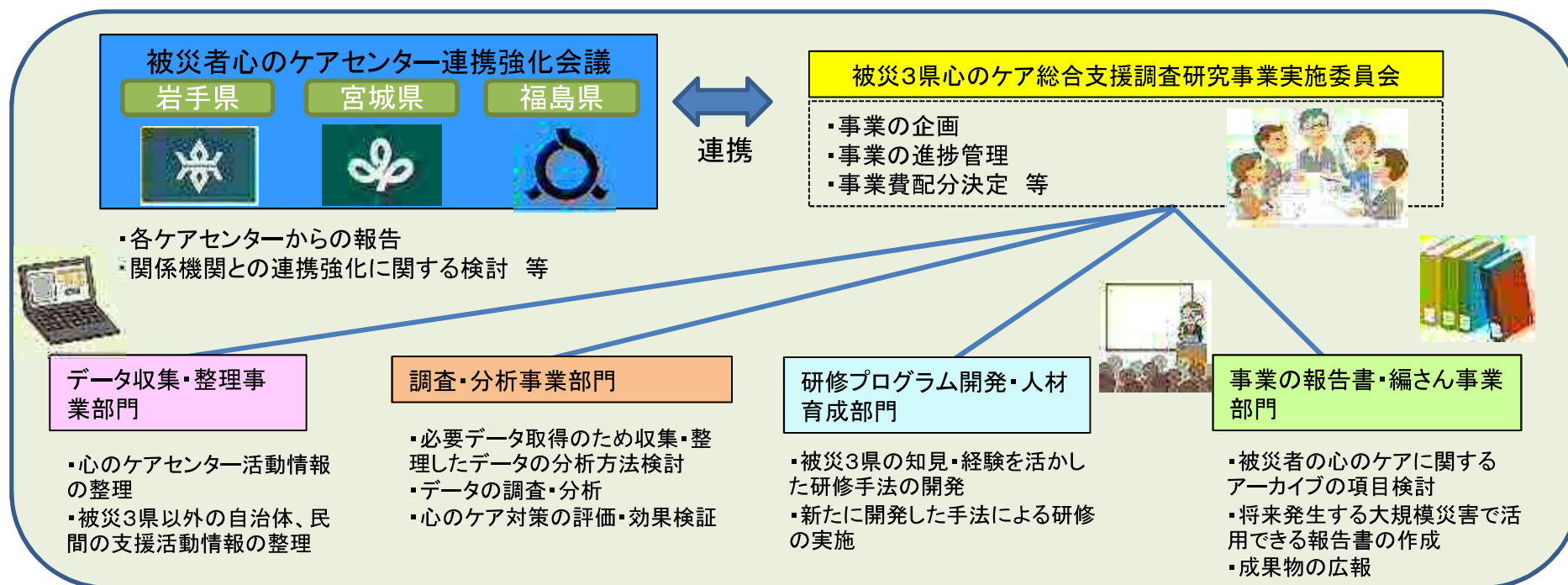
(事業概要)

東日本大震災被災3県の心のケアセンターにおいて行われている被災者の心のケアに関する様々な活動を調査分析することで、被災者の心のケアに関する課題等を明らかにするとともに、心のケアセンターから報告されている様々なデータに関する調査・分析、これまでの知見を活かした研修プログラムの開発など、心のケア支援を推進するための調査研究事業を実施する。また、被災者心のケアセンター連携強化会議を開催する。

(補助率) 定額

(補助先) 民間団体(公募)

○事業実施体制



熊本こころのケアセンター

平成30年度予算額 平成31年度予算額（案）
53百万円 → 53百万円

- 平成28年熊本地震による被災者の精神的健康の保持及び増進を図るため、「熊本こころのケアセンター」の設置・運営に要する経費を措置。

熊本こころのケアセンターの設置・運営

- 平成28年熊本地震の被災者に対する精神保健面での支援のため、「熊本こころのケアセンター」を活動起点として、心のケアに関する相談支援、仮設住宅入居者等への訪問支援等を通じて、きめ細かな「専門的な心のケア」を機動的に展開・実施。

事業概要

1. 実施主体

- ・熊本県から(公社)熊本県精神科協会に事業委託

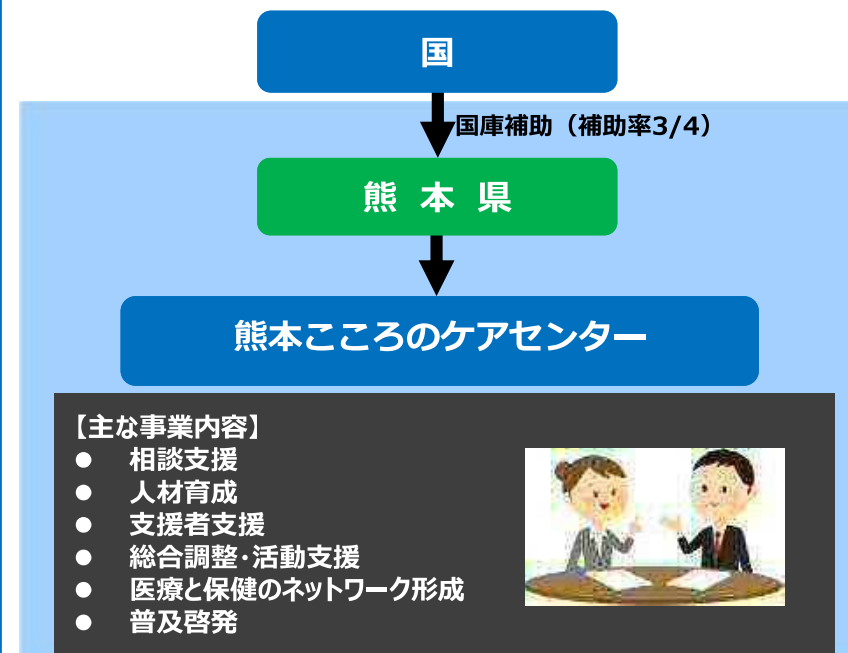
2. 設置場所

- ・熊本市東区月出3丁目1-120
- ・熊本県精神保健福祉センター内 2階

3. 開設日

- ・平成28年10月17日

事業スキーム



9 自殺未遂者対策について

平成 29 年 7 月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」の中で、「自殺未遂者支援拠点医療機関」を、地域の自殺未遂者支援の中核的機関に位置付け、質の高い自殺未遂者医療の提供体制を整備することが明記されたことから、平成 30 年度より「自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業」を創設し、自殺未遂者支援の拠点となる医療機関の整備を推進しているところである。

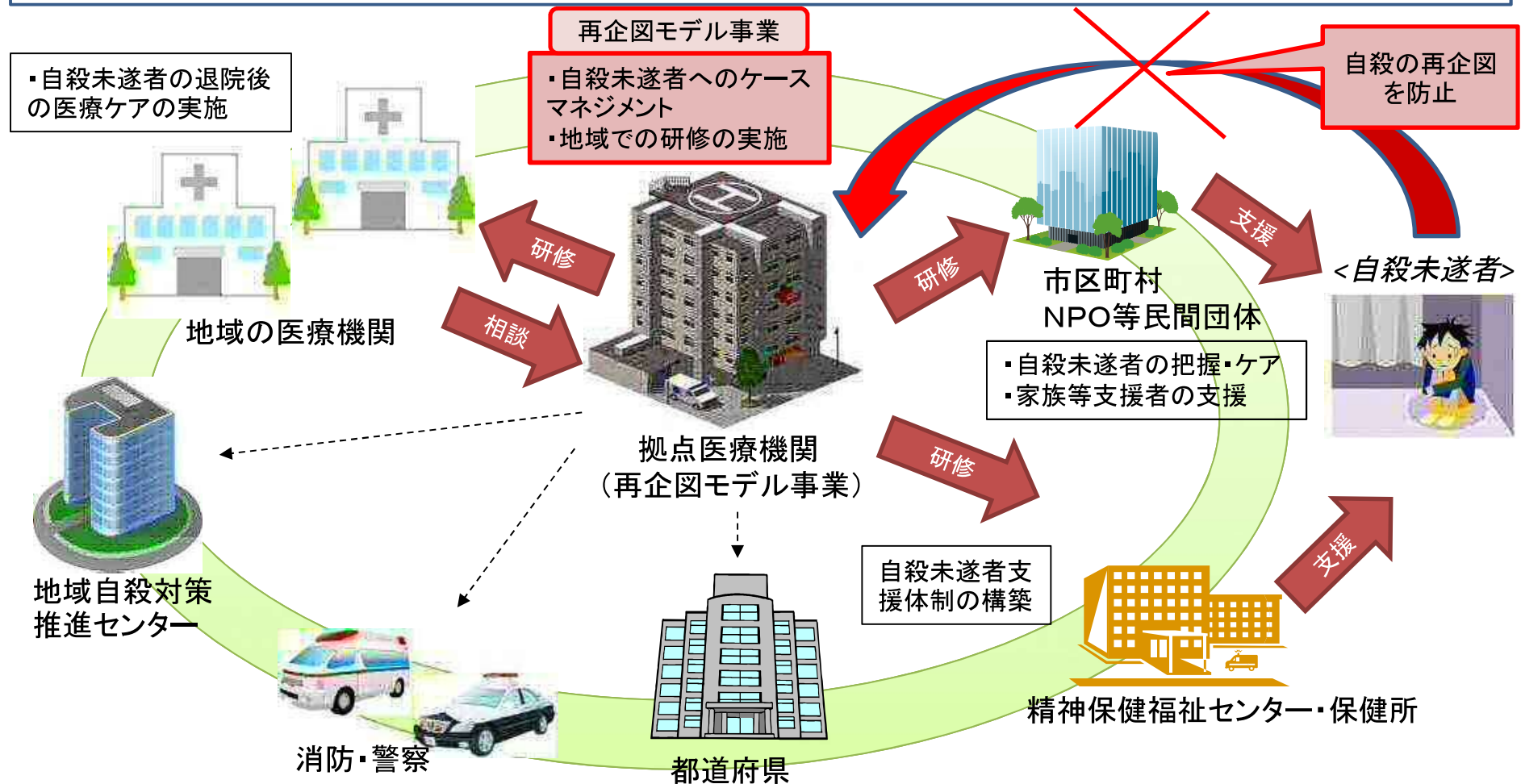
自殺未遂者の再企図を防止するためには、救急部門に搬送された自殺未遂者に退院後も含めて継続的に適切に介入するほか、対応困難例の事例検討などを通じて、地域の自殺未遂者支援の対応力を高める拠点となる医療機関の整備が必要であることをご理解いただき、都道府県における自殺未遂者支援の推進をお願いします。

自殺未遂者支援拠点医療機関整備事業

平成30年度予算額 平成31年度予算案
16百万円 → 16百万円

(概要)

- ・自殺総合対策大綱(平成29年7月)に記述された「自殺未遂者支援拠点医療機関」について、地域の自殺未遂者支援の中核的機関に位置付け、質の高い自殺未遂者医療の提供体制を整備することが明記された。
- ・自殺未遂者支援医療機関は自殺未遂者の再企図を防ぐために救急部門に搬送された自殺未遂者に退院後も含めた継続的な介入や、地域の医療従事者への研修等を実施するとともに、医療と地域の連携推進による包括的な自殺未遂者支援の強化のため、精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・消防・警察等の関係機関のネットワークを構築するための取り組みを進める。



10 てんかん対策等について

(1) てんかん対策について

てんかん患者は、適切な診断、手術や服薬等の治療によって症状を抑えることができる又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活することができる場合も多いことから、患者が地域で支障なく安心して暮らすことができるよう、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発の促進を図ること、てんかんの診断を行うことができる医療機関の連携を図るため、専門的な診療を行うことができる体制や診療ネットワークを整備することが求められている。

これらを踏まえ、平成27年度より「てんかん地域診療連携体制整備事業」を実施している。

具体的には、全国13箇所の医療機関を「てんかん診療拠点機関」に指定し、てんかんに関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族会への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整等を行うとともに、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターを全国1箇所の「てんかん診療全国拠点機関」に指定し、診療拠点機関による全国連絡協議会の開催や技術的支援等を実施し、てんかん患者の治療実績や患者・家族のQOLの向上、地域での多職種・他科連携や普及啓発等多くの実績を挙げてきている。

さらに、第7次医療計画において、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制に係る指針」中「精神疾患の医療体制構築に係る指針」に基づき、地域の実情を踏まえて、てんかんに対応できる医療機関を明確にすることが求められていることを踏まえ、これまで実施されてきた「てんかん診療拠点機関」での知見の集積、多職種・他科連携、てんかん診療ネットワークの取組等を参考とし、地域医療介護総合確保基金の活用も検討しつつ、全都道府県でてんかんの医療連携体制が構築されるよう、本事業の活用による体制の整備について、お願いする。

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

(参考：国立精神・神経医療研究センターてんかんセンターHP)

<https://www.ncnp.go.jp/hospital/patient/special/epilepsy.html>

(2) 摂食障害対策について

摂食障害は、患者に対する治療や支援方法の確立や生命の危険を伴う身体合併症の治療や栄養管理等を行うなど、適切な治療と支援により患者が地域で支障なく安心して暮らすことができる体制の整備を推進することが求められている。

これらを踏まえ、平成26年度より「摂食障害治療支援センター設置運営事業」を実施している。

具体的には、全国4カ所の医療機関を「摂食障害治療支援センター」に指定し、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整等を行うとともに、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターを全国1カ所の「摂食障害全国基幹センター」に指定し、診療拠点機関による全国連絡協議会の開催や各支援センターで得られた知見を集積し、支援センターへの技術的支援等を実施して、摂食障害患者の治療実績や患者・家族のQOLの向上、地域での多職種・他科連携や普及啓発等多くの実績を挙げてきている。

さらに、第7次医療計画において、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制に係る指針」中「精神疾患の医療体制構築に係る指針」に基づき、地域の実情を踏まえて、摂食障害に対応できる医療機関を明確にすることが求められていることを踏まえ、これまで実施されてきた「摂食障害治療支援センター設置運営事業」での多職種・他科連携や研修、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発に係る取組み等を参考とし、地域医療介護総合確保基金の活用も検討しつつ、全都道府県で摂食障害の医療連携体制が構築されるよう、本事業の活用による体制の整備について、願います。

なお、本事業による成果物については、摂食障害全国基幹センターのホームページに掲載予定であり、各自治体におかれては、摂食障害に関する診療や家族等からの相談対応、研修や普及啓発などに御活用いただきたい。

(参考：摂食障害全国基幹センターHP)

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/>

(3) 高次脳機能障害対策について

高次脳機能障害の患者に対する支援は様々であることを踏まえ、平成 25 年度より地域生活支援事業の「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」において、各都道府県により設置された「高次脳機能障害支援拠点機関」を中心に、支援コーディネーターの配置等の相談支援、普及啓発、高次脳機能障害の支援手法等の研修事業など、支援体制づくりのための取組を行っている。

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

厚生労働省としては、高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会の場等を通じて、理解を深める取組を行っており、各都道府県におかれても、高次脳機能障害をお持ちの方が身近な場所でその特性を踏まえた支援を受けられるよう、市町村職員を含めた幅広い支援関係者に対する研修や、地域住民への普及啓発の実施などを通して、高次脳機能障害に対する理解の促進に一層努めていただくようお願いする。

また、第 7 次医療計画において、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 29 年 3 月 31 日付け医政地発 0331 第 3 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制に係る指針」中「精神疾患の医療体制構築に係る指針」に基づき、地域の実情を踏まえて 高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にすることが求められていることから、各都道府県で高次脳機能障害の医療連携体制が構築されるよう、地域医療介護総合確保基金の活用を検討しつつ、体制の整備についてお願いする。

なお、障害者基本計画（第 4 次）の「Ⅲ 各分野における障害者施策の基本的な方向」5（2）相談支援体制の構築においても、高次脳機能障害児者への支援について、地域の支援拠点に相談支援コーディネーターを配置し、ライフステージに応じた専門的な相談支援や都道府県及び市町村が障害者等への支援体制の整備を図るために設置する協議会を始めとした関係機関との連携・調整等を行うとともに、高次脳機能障害に関する情報発信の充実を図るとしているため、御留意願いたい。

（参考：高次脳機能障害情報・支援センターHP）

http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/

てんかん地域診療連携体制整備事業

てんかん患者が、地域において適切な支援を受けられるよう、てんかん診療における地域連携の在り方を提示し、てんかん拠点医療機関間のネットワーク強化により全国で均一なてんかん診療を行える体制を整備。

現状と課題

平成30年度予算：7,390千円 → 平成31年度予算（案）：8,236千円

平成30年度からの第7次医療計画により、各都道府県において、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化することとされており、全国拠点機関として国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターを、てんかん診療拠点機関として15箇所の都道府県を指定し、各都道府県のてんかんの医療連携体制の構築に向けて、知見の集積、還元、てんかん診療のネットワーク作り等を引き続き進めていく必要がある。

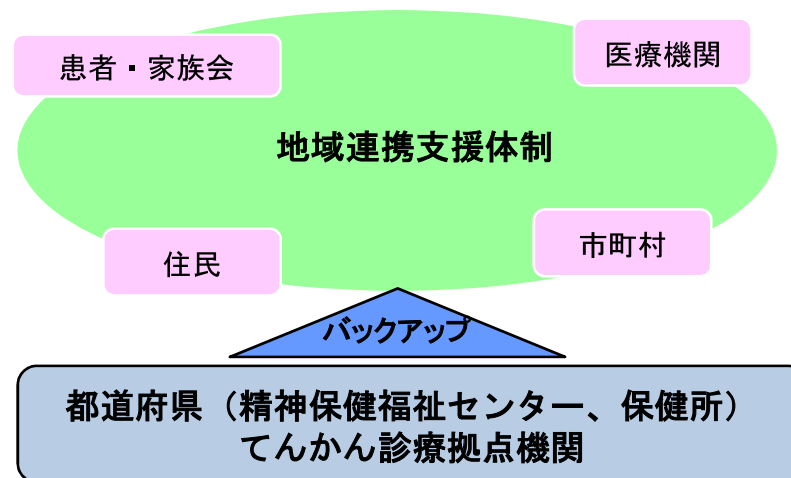
事業概要

【地域】

てんかんの特性や支援方法に関する知識が浸透するように取り組むとともに、市町村、医療機関等との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、適切な医療につながる地域の実現を目指す。

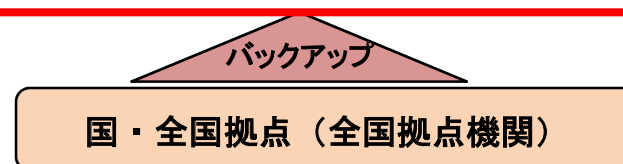
【都道府県（精神保健福祉センター、保健所）・てんかん診療拠点機関】

第7次医療計画に基づいて、「都道府県拠点機能」「地域連携拠点機能」「地域精神科医療提供機能」を有する医療機関を指定し、都道府県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者及びその家族への相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等に対する研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会を開催する。また、てんかん診療支援コーディネーターを配置し、てんかん患者及びその家族に対し、相談援助を適切に実施する。



【国・全国拠点（全国拠点機関）】

各てんかん診療拠点機関で得られた知見を集積し、てんかん診療における地域連携体制モデルを確立すると共に、都道府県・各診療拠点機関への技術的支援を行う。



期待される成果

- ①地域住民や医療従事者に対して、てんかんに関する正しい知識の普及
- ②てんかん診療における地域連携体制構築、てんかん診療の均てん化

てんかん地域診療連携体制整備事業の目的等

(目的)

- てんかん患者は全国に100万人いるといわれているが、専門の医療機関・専門医が全国的に少ないことが課題の一つ。
- 本事業は、てんかんの専門医療機関の力所数増、まずは3次医療圏(都道府県)の設置を目指し、てんかん拠点病院を設置する自治体に対して国庫補助(1/2)する。

(事業実績)

- 30年度現在、てんかん地域連携拠点機関は13**医療機関**。その他全国拠点機関が1カ所。
 - * 全国拠点機関(1カ所): 国立精神・神経医療研究センター
 - * てんかん地域連携機関(13カ所): 宮城(東北大学病院)、栃木(自治医科大学附属病院)、埼玉(埼玉医科大学病院)、神奈川(聖マリアンナ医科大学病院)、新潟(西新潟中央病院)、富山(浅ノ川総合病院)、静岡(静岡てんかん・神経医療センター)、愛知(名古屋大学医学部附属病院)、鳥取(鳥取大学医学部附属病院)、岡山(岡山大学てんかんセンター)、広島(広島大学病院)、徳島(徳島大学病院)、沖縄(沖縄赤十字病院)
- 主な事業内容は、以下のとおり
 - ① てんかん患者・家族の治療及び相談支援、② てんかん治療医療連携協議会の設置・運営、
 - ③ てんかん診療支援コーディネーターの配置、④ 医療従事者(医師、看護師等)等向け研修、
 - ⑤ 市民向けの普及啓発(公開講座、講演、リーフレットの作成等)

(第7次医療計画との関係)

- 第7次医療計画(平成29年7月～)において、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携対策の構築に向けた医療機能の明確化」として、向こう5年以内に第3次医療圏にてんかんの専門医療機関を配置することが定められている。
- 同計画中に、「てんかん地域連携体制整備事業を参考に」とあることから、今後、未整備自治体は同事業をモデルに整備、本事業実施自治体は同機関を指定することで整備が図られることを想定している。

摂食障害治療支援センター設置運営事業

平成30年度予算：10,249千円 → 平成31年度予算（案）：10,249千円

摂食障害患者が、早期に適切な支援を受けられるよう、摂食障害診療における地域連携の在り方を提示し、摂食障害拠点医療機関間のネットワーク強化により全国で均一な摂食障害診療を行える体制を整備。

現状と課題

平成30年度からの第7次医療計画により、各都道府県において、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化することとされており、摂食障害全国基幹センターとして国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターを、摂食障害治療支援センターとして4箇所の都道府県を指定し、各都道府県の摂食障害の医療連携体制の構築に向けて、知見の集積、還元、診療のネットワーク作り等を引き続き進めていく必要がある。

事業概要

【地域】

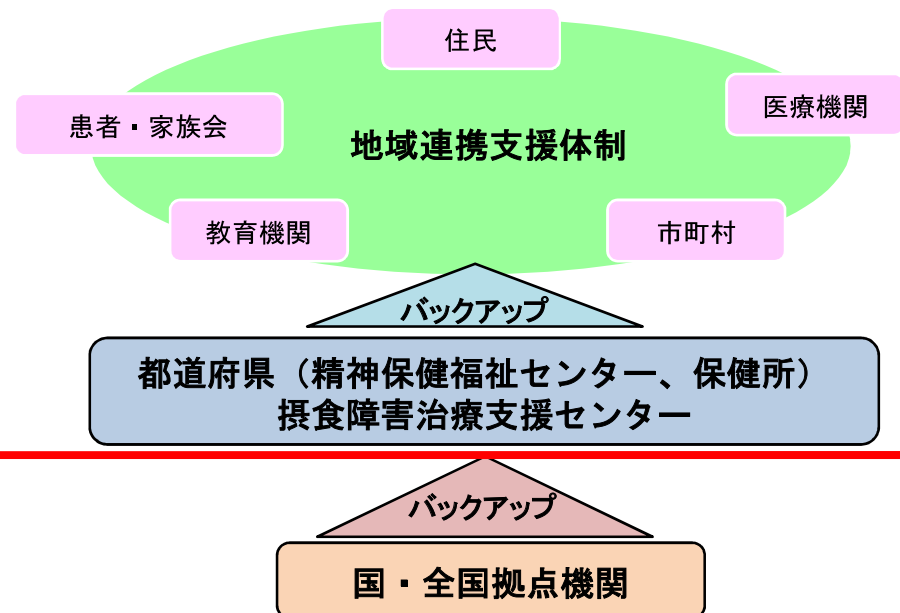
摂食障害の特性や支援方法に関する知識・技術が浸透するように取り組むとともに、摂食障害を発症した患者に関わる機会の多くなると見込まれる機関をはじめとした関係者と医療機関との連携を深化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実すること等により、早期発見・早期支援につながる地域の実現を目指す。

【都道府県・摂食障害治療支援センター】

第7次医療計画に基づいて、「都道府県拠点機能」「地域連携拠点機能」「地域精神科医療提供機能」を有する医療機関を指定し、都道府県との協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制の構築のための調整を行う。

【国・全国拠点機関】

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



期待される成果

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

摂食障害治療支援センター設置運営事業の目的等

(目的)

- 摂食障害は20代～40代の女性に多い疾患といわれているが、専門の医療機関・専門医が全国的に少ないことが課題の一つ。
- 本事業は、摂食障害の専門医療機関の力所数増、まずは3次医療圏(都道府県)の設置を目指し、摂食障害治療支援センターを設置する自治体に対して国庫補助(1/2)する。

(事業実績)

- 30年度現在、摂食障害治療支援センターは4医療機関。その他全国拠点機関が1カ所。
 - * 全国拠点機関(1カ所): 国立精神・神経医療研究センター
 - * 摂食障害治療支援センター(4カ所): 宮城(東北大学病院)、千葉(国立国際医療研究センター国府台病院)、静岡(浜松医科大学医学部附属病院)、福岡(九州大学病院)
- 主な事業内容は、以下のとおり。
 - ① 摂食障害患者・家族の治療及び相談支援、② 摂食障害治療医療連携協議会の設置・運営、③ 摂食障害支援コーディネーターの配置、④ 医療従事者(医師、看護師等)等向け研修、⑤ 市民向けの普及啓発(公開講座、講演、リーフレットの作成等)

(第7次医療計画との関係)

- 第7次医療計画(平成29年7月～)において、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携対策の構築に向けた医療機能の明確化」として、向こう5年以内に第3次医療圏に摂食障害の専門医療機関を配置することが定められている。
- 同計画中に、「摂食障害治療支援センターを参考に」とあることから、今後、未整備自治体は同事業をモデルに整備、本事業実施自治体は同機関を指定することで整備が図られることを想定している。

高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業

【概要】

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

【事業の具体的内容】

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

【事業開始年度】 平成18年度

【支援拠点機関数】

全国111箇所（リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院 等）

【相談支援コーディネーターの例】

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

1 1 精神障害者保健福祉手帳について

(1) 精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの実施状況について

精神障害者保健福祉手帳所持者に係る公共交通機関の運賃割引については、これまでも、公共交通機関事業者を所管する国土交通省等に対して協力依頼を行っているが、一部の公共交通機関では依然として運賃割引の適用外となっている。

また、公共交通機関の運賃割引を含む精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスについては、各自治体他関係者の協力により実施数が着実に増加しているところである。

更に、障害者等に対する航空旅客運賃の割引としては、日本航空グループが、平成 30 年 10 月 4 日予約分から、全日本空輸グループ等が、平成 31 年 1 月 16 日予約分から、手帳所持者とその介護者 1 名までの割引制度を開始したところである。

今般、各自治体で行っていただいている精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの実施状況について取りまとめたので、当該資料を参考に、精神障害者保健福祉手帳に基づくサービスの拡充、交通担当部局との連携による公共交通機関等への運賃割引の実施に向けた働きかけ及び精神障害者保健福祉手帳制度の周知等に、引き続き御協力をお願いする。

(2) 精神障害者保健福祉手帳のカード化について

障害者手帳のカード化については、当事者から、これまでも要望があったが、現行制度は手帳に情報を加筆していく仕様となっておりカード化の障壁となっていた。

他方、健康保険証のカード化などの時代の流れやマイナンバー制度の導入により自治体において必要な情報を効率的に取得できる環境が整いつつあることから、障害者手帳のカード化の検討に着手することとした。

今後、手帳の様式が規定されている精神保健福祉法施行規則を改正し、カードでの交付を可能とすることとする予定である。具体的には、精神保健福祉法施行規則第 25 条に規定されていた別記様式第 3 号を削除し、代わって、精神障害者保健福祉手帳に記載すべき事項として、精神障害者の氏名、現住所及び生年月日、手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限、写真の表示などを規定することとしている。

また、手帳の様式については、障害保健福祉部長通知において、紙の様式の他に、新たにカードの様式を例示することとしている。

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳等に基づく主なサービス一覧

平成30年12月末現在

(注)本資料は、都道府県及び指定都市において把握している内容を整理したものである。

都道府県・指定都市名	精神障害者保健福祉手帳に基づくサービス例									精神障害者保健福祉手帳を所持していない者も含めた精神障害者の通院やその同伴者に対する公共交通機関の運賃割引やタクシー券の交付等	
	公共施設の利用料減免	医療費助成	公営住宅の優先入居	公共交通機関の運賃割引や利用料金に対する助成				■駐車料金の減額 ■パーキングパーミット	備考		
				鉄道		バス					タクシー・ガソリン
				公営	民営	公営	民営				
1 北海道	○	○	○			○	○	○		■医療費助成については、1級に限る。 ■バスについては、一部バス会社に限る。 ■タクシーについては、一部タクシー会社に限る。	一部市町村に限り実施
2 青森県	○	○	○			○	○	○		■医療費助成については、1級に限る。 ■バスについては、一部バス会社に限る。	
3 岩手県	○	○	○			○		○	○	■医療費助成は、一部市町村で健康診査・がん検診料免除 ■その他、税制上の優遇措置を実施	
4 宮城県	○		○					○	○	■バスについては、一部バス会社に限る。 ■タクシー券の発行やガソリン助成は一部市町村に限る。 ■パーキングパーミットは1級に限る。 ■その他、税制上の優遇措置を実施。	
5 秋田県	○		○					○	○	タクシー運賃の割引については一部適用にならない場合あり	
6 山形県	○	○	○			○	○	○		■医療費助成は1級に限る。 ■公営バスの割引、タクシー運賃及びガソリン料金の助成は一部の市町村。	利用料減免や運賃割引は、介助者又は同伴者を対象としている場合がある。(等級等の制限あり。)
7 福島県	○	○				○		○		県立施設の利用料減免、医療費助成制度(1級、2・3級かつ身体障害者手帳又は療育手帳所持)、県内民営バス5社・福島交通飯坂線、会津鉄道の運賃割引	
8 茨城県	○		○			○		○		県内民営バス11社運賃割引県内私鉄1社運賃割引 県営住宅の優先入居(1、2級)	
9 栃木県	○		○			○	○	○	○	鉄道については、一部の民営鉄道に限る。 バスについては、市営バスと一部の民営バスに限る。 タクシー利用券の交付、駐車料金等の減額は一部の市町のみ。	
10 群馬県	○		○			○	○	○	○		
11 埼玉県	○	○	○			○	○	○	○	■医療費助成については、1級又は2級に限る。(所得制限あり) ■福祉タクシー利用券については、1級のみ。 ■市営駐車場の割引あり。 ■その他、「障害者自立支援配食サービス」、「資源やごみの排出支援」を実施。	
12 千葉県	○	○	○			○	○	○	○	■医療費助成は、一部の市町村で実施 ■公営住宅の優先入居は、1・2級が対象 ■鉄道及びバスは、一部事業者で実施 ■タクシー、及び駐車料金については、一部市町村で実施	一部バスで運賃割引を実施
13 東京都	○	○	○	○		○	○	○	○	■医療費助成については1級のみ	
14 神奈川県	○	○	○					○	○		
15 新潟県	○	○						○		■医療費助成については1級に限る。 ■その他、佐渡汽船の運賃割引を実施	
16 富山県	○		○			○		○	○	鉄道は、JRを除く。	
17 石川県	○		○			○		○	○	石川県タクシー協会に所属している事業者のみ実施	
18 福井県	○	○	○			○	○	○	○	■鉄道はJRを除く ■医療費助成については、1級又は2級に限る。 ■公営住宅の優先入居、市営バス、タクシー利用券については一部市町	
19 山梨県	○	○	○			○	○	○	○	■医療費助成：1,2級のみ ■バス：一部 ■タクシー利用券の交付：一部市町村で実施 ■パーキングパーミット(やまなし思いやりパーキング制度)の基づく利用証を交付：1級のみ	パーキングパーミット(やまなし思いやりパーキング制度)は発達障害については医師の意見書で利用証を交付している。
20 長野県	○	○	○			○		○	○	■医療費助成については、1級(通院のみ)、2級(精神通院医療分のみ)に限る。 ■鉄道については、しなの鉄道、上田電鉄別所線に限る。 ■パーキングパーミットについては、1級に限る。 ■タクシーについては、一部市町村に限る。	バスの運賃割引は、手帳所持者の介護者1名も対象。
21 岐阜県	○	○	○					○		医療費助成、県営住宅の優先入居に関しては1、2級のみ	精神障害者保健福祉手帳を持つ障害者の介護者に対するバス運賃の割引
22 静岡県	○	○	○			○		○	○	県バス協会加盟バス運賃割引、一部県内私営鉄道運賃割引、タクシー券交付(一部の市町)、県立施設等の利用料の減免、医療費助成制度(1級)、公営住宅・公団住宅への優先入居(一部実施)	
23 愛知県	○	○	○			○		○	○	■医療費助成は1・2級の精神疾患に係る通院・入院(市町村によって対象者・対象医療の拡大あり) ■鉄道及びバスは、名古屋市中心局及び名古屋市内のみ運行する事業者を除く。減免・助成は市町村・バス会社独自制度。 ■鉄道は愛知高速交通のみ実施 ■バスは8事業者のうち6事業者実施	障害のある方がタクシー等を利用して、ショートステイの利用、通勤・通学をする場合等に、地域の実情に応じて運賃の一部を補助している市町村がある。

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳等に基づく主なサービス一覧

平成30年12月末現在

(注)本資料は、都道府県及び指定都市において把握している内容を整理したものである。

都道府県・指定都市名	精神障害者保健福祉手帳に基づくサービス例										精神障害者保健福祉手帳を所持していない者も含めた精神障害者の通院やその同伴者に対する公共交通機関の運賃割引やタクシー券の交付等
	公共施設の 利用料減免	医療費助成	公営住宅の 優先入居	公共交通機関の運賃割引や 利用料金に対する助成					■駐車料金 の減額 ■パーキング パーミット	備考	
				鉄道		バス		タクシー・ ガソリン			
				公営	民営	公営	民営				
24 三重県	○	○	○			○	○	○		■県営住宅の優先入居については、1級又は2級に限る。 ■県医療費助成については、1級に限る。 ■バス、タクシー・ガソリン助成については、一部市町除く。	訓練施設等に通所するために要する費用の補助（一部市町）
25 滋賀県	○	○	○				○			■医療費助成については、1級又は2級に限る（所得制限あり）。 ■公営住宅については、優先入居の優遇倍率適用に限る。 ■バスについては、近江鉄道バス・湖国バス、滋賀バス、帝産湖南交通に限る。	
26 京都府	○		○				○	○	○	■一部のタクシー会社/バス会社で割引を実施 ■京都おもいやり駐車場利用証制度、駐車禁止除外指定車標章の交付：1級のみ ■その他、府営住宅の福祉世帯向け応募の実施	
27 大阪府	○	○							○	■医療費助成については、1級が対象。ただし、精神病床への入院は対象外（市町村によって対象者・対象医療の拡充あり）。 ■パーキングパーミットについては、1級が対象。	
28 兵庫県	○	○	○						○	■医療費助成については、1級に限る（精神疾患を除く一般医療が対象）。 ■公営住宅の優先入居については1級及び2級所持者がいる世帯に限る。 ■パーキングパーミット制度（兵庫ゆずりあい駐車場）については1級所持者でありかつ歩行が困難な者に限る。	実施していない。
29 奈良県	○	○	○			○	○		○	■医療費助成については、1級又は2級が対象。 ■公営住宅の優先入居については、精神障害者保健福祉手帳所持者を含む一般福祉世帯向け応募枠の設定による。 ■公営バスの運賃割引については、市町村独自の制度であり、一部市町村において実施。 ■民営バスの運賃割引については、バス会社独自のサービスであり、奈良交通、エヌシーバスに限る。 ■その他、県営住宅自動車駐車場料金を免除。 ■駐車料金の減免については、一部の公共施設において実施。	自立支援医療（精神通院）の自己負担分について助成。ただし、社会保険各法の本人を除く。
30 和歌山県	○		○			○	○	○	○	県有施設入場料・使用料の無料・減免、県営住居・入居所得基準の優遇（1、2級）、県営住宅優先抽選、県営駐車場の使用料の減免、県立医科大学付属病院受診時の駐車場使用料免除、バス運賃割引（一部を除く）	
31 鳥取県	○	○	○			○		○			■医療費助成については1級に限る。
32 島根県	○	○	○			○	○	○		■医療費助成（福祉医療）別途医療証を申請し自己負担額の一部を助成（精神1級、精神2級＋身体3・4級、精神2級＋知的障がい）	■自立支援医療（精神通院）対象者 医療費、通院交通費（自家用車、鉄道、バス）、配食サービス
33 岡山県	○		○			○	○		○	ただし、一部の事業者を除く。	
34 広島県	○		○			○	○	○	○	■タクシーについては、一部の会社のみ。	
35 山口県	○	○	○			○	○	○	○	各自自治体等によりサービスの適用や内容は異なる。	
36 徳島県	○		○				○	○	○		
37 香川県	○		○			○	○	○	○	■公営バス、民営（一部バス会社）運賃割引 ■パーキングパーミット（1級に限る） ■公営住宅の申込要件（所得要件・単身入居要件）の緩和 ■公営住宅の優先入居（一般募集と別の登録制）の受付	
38 愛媛県	○		○			○	○	○	○		
39 高知県	○		○				○	○	○	■鉄道：土佐くろしお鉄道及びとさでん交通に限る。 ■バス：県内11社全てが運賃割引を実施しているが、このうちジェイアール四国バスについては、大橋線（土佐山田～大橋）の利用に限る。 ■タクシー：高知市ハイヤー協同組合（32事業所）、南四国個人タクシー協同組合（61事業所）に加入の事業所に限る。 ■ガソリン：割引制度なし。 ■駐車料金の減額：民間駐車場の割引制度なし ■パーキングパーミット：こうちあったかパーキング制度あり。	割引制度のある鉄道及びバスの一部では、付添人にも運賃割引が適用される。

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳等に基づく主なサービス一覧

平成30年12月末現在

(注)本資料は、都道府県及び指定都市において把握している内容を整理したものである。

都道府県・指定都市名	精神障害者保健福祉手帳に基づくサービス例										精神障害者保健福祉手帳を所持していない者も含めた精神障害者の通院やその同伴者に対する公共交通機関の運賃割引やタクシー券の交付等	
	公共施設の利用料減免	医療費助成	公営住宅の優先入居	公共交通機関の運賃割引や利用料金に対する助成					・駐車料金の減額 ・パーキングパーミット	備考		
				鉄道		バス		タクシー・ガソリン				
				公営	民営	公営	民営					
40 福岡県	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・鉄道はJRを除く ・医療費助成、パーキングパーミット(まごころ駐車場)については、1級に限る。 ・鉄道は松浦鉄道・甘木鉄道2社。バスは佐賀市営バス・祐徳バス・昭和バス・西肥バス・西鉄バス・JR九州バス ・船舶は、九州郵船		
41 佐賀県	○		○			○	○	○	○	・医療費助成については、1級に限る。 ・鉄道については、長崎電気鉄道、松浦鉄道、島原鉄道に限る。		
42 長崎県	○	○	○			○	○	○	○	・医療費助成については、1級に限る。 ・鉄道については、熊本電気鉄道、南阿蘇鉄道、肥薩おれんじ鉄道に限る。 ・タクシーについては、各市町村において対応が異なる。		
43 熊本県	○	○	○			○	○	○	○	・一般路線バス、一部の高速バスで適用 ・タクシー運賃割引は一部タクシー会社で適用	手帳を所持している者のみを対象として実施	
44 大分県	○	○	○					○	○			
45 宮崎県	○		○					○		○		
46 鹿児島県	○		○	○		○	○	○	○	○	・県営住宅入居優先制度(当選率の優遇) ・鉄道(公営)は鹿児島市電、(民営)は肥薩おれんじ鉄道に限る。 ・バスは全路線で適用 ・フェリーは県内に発着する19事業所のうち13事業所で運賃割引を実施	・肥薩おれんじ鉄道、フェリーとしま、(南南九船舶:1級のみ介護1名同伴者の運賃割引あり)
47 沖縄県	○		○			○		○	○		公共施設等の利用料の免除・割引、モノレール、路線バス、タクシーの運賃割引(民間会社独自制度)、県営住宅入居抽選時に優遇措置(1、2級)	
48 札幌市	○	○	○					○	○		・医療費助成については1級に限る。 ・公営住宅については当選率を高める優遇制度あり。 ・交通機関の利用料金については助成あり。 ・平成31年4月から札幌市営交通(地下鉄、市電)において、運賃割引が適用となる予定。	○通所交通費助成 ・施設に通所する際に利用した公共交通機関の料金の一部を、施設を通じて1月毎に助成する。
49 仙台市	○		○	○		○	○	○	○	○	・駐車場料金は市営及び市営施設の有料駐車場 ・ガソリンは1級及び2級(条件有)に限る ・タクシーは1級及び2級に限る ・鉄道公営は市営地下鉄のみ ・公営住宅の利用料減免はない	
50 さいたま市	○	○	○					○	○	○	・医療費助成は、1級又は、2級かつ65歳以上で後期高齢者医療加入者に限る。 ・公営住宅の優先入居は1級又は2級に限る。 ・タクシー、ガソリンは1級に限る。	
51 千葉市	○	○	○			○		○	○	○	・医療費助成とタクシー・ガソリンは1級に限る。 ・鉄道は千葉都市モノレールに限る。 ・バスは一部バス会社のみ。	
52 横浜市		○	○	○		○	○	○	○	○	・医療費助成については、1級に限る。 ・鉄道(民営)については、金沢シーサイドラインに限る(第三セクター鉄道) ・この他に「水道料金等の減免(1、2級)」、「住み替え家賃助成」を実施	
53 川崎市	○	○	○					○	○		・医療費助成については、1級に限る(入院除く) ・バス乗車券又はタクシー利用券(1級のみ)から選択交付 ・その他タクシー10%割引	
54 相模原市	○	○	○					○		○	・医療費助成については、1級又は2級に限る。 ・公営住宅については、県営住宅の単身者向け住宅は除く。 ・公営バスについては、相模原市コミュニティバスの2路線が該当。また、津久井地域(4地区)で運行している集合タクシーにおいて、運賃割引を行っている。 ・タクシー・ガソリンについては、1級又は2級の方に対し、福祉タクシー利用助成又は自動車燃料費助成を行っている。また、一部タクシー会社において、運賃の割引が行われる。 ・駐車料金の減額については、1級の方に対し市営駐車場の割引を実施。 ・この他、「福祉手当支給」、「公共下水道使用料減免【1級のみ】」、「市営駐車場の割引」を実施。	津久井地域(4地区)で運行している集合タクシーにおいて、介助者(1名まで)の運賃割引を行っている。
55 新潟市	○	○	○						○		・公共施設の利用料減免は一部施設に限る。 ・医療費助成は精神障害者保健福祉手帳1級に限る。 ・バスは一部事業者に限る。 ・この他、佐渡汽船の運賃割引を実施	
56 静岡市	○	○				○		○			・医療費助成は1級又は2級の一部に限る。(所得制限あり)	1級のみ

地方公共団体における精神障害者保健福祉手帳等に基づく主なサービス一覧

平成30年12月末現在

(注)本資料は、都道府県及び指定都市において把握している内容を整理したものである。

都道府県・指定都市名	精神障害者保健福祉手帳に基づくサービス例										精神障害者保健福祉手帳を所持していない者も含めた精神障害者の通院やその同伴者に対する公共交通機関の運賃割引やタクシー券の交付等
	公共施設の利用料減免	医療費助成	公営住宅の優先入居	公共交通機関の運賃割引や利用料金に対する助成				タクシー・ガソリン	・駐車料金の減額 ・パーキングパーミット	備考	
				鉄道	バス	タクシー	バス				
				公営	民営	公営	民営				
57 浜松市	○	○	○		○		○	○	○	・市の施設を利用する場合、観覧料及び使用料が減免。一部該当しない施設もある。 ・重度心身障害者医療費助成(1級に限る) ・精神障害者医療費助成(同一の精神科病院への入院期間が引続いて1か月を超えた人、他の制度で助成を受けていない人。手帳を所持していない人も含む) ・市営住宅は、資格要件を満たしている人が申込可能(心身障害者向け住宅は1、2級に限る。単身入居は1～3級) ・民営鉄道及びバス会社の運賃割引(1～3級。1級または小学生以下は、介護者も割引) ・外出支援助成は、民営鉄道・バス・タクシー・ガソリン・鍼灸マッサージ券のいずれか交付(1、2級に限る。ガソリン券は一部地域に限る) ・静岡県ゆずりあい駐車場制度(公共施設、店舗等協力施設。1級に限る)	
58 名古屋市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・医療費助成については、1級又は2級に限る。(所得制限あり) ・鉄道については「名古屋市営地下鉄、名古屋臨海高速鉄道」に、バスについては「名古屋市バス、名古屋観光ルートバス、名古屋ガイドウェイバス」に限る。 ・福祉タクシー利用券については、1級のみ。 ・この他、「障害者自立支援配食サービス」、「資源ごみの排出支援」を実施。	・名古屋市民の方に限り、手帳1、2級は本人及び介護者1名に、3級は本人のみ対象区間を無料乗車できる福祉特別乗車券を交付。(福祉タクシーとの選択制) ・1～3級の手帳所持者及び同行が必要と認められた介護者に対し、市営交通の運賃割引あり。
59 京都市	○	○	○	○		○	○	○		民営バスについては、市バス撤退地域に限る。	
60 大阪市	○		○		○		○		○	・公共交通機関の運賃割引については、民間の鉄道は「大阪メトロ」路線、民間のバスは「大阪シティバス」路線の利用に限る。1級は介護人付乗車証、2級は単独乗車証、3級は割引乗車証を交付する。	実施していない
61 堺市	○	○							○	・重度障害者医療費助成(1級に限る、所得制限あり)	
62 神戸市	○	○	○	○		○	○	○	○	・施設の規定により取扱いが異なる。 ・重度障害者医療費助成(1級に限る、所得制限あり) ・公営住宅の抽選優遇 ・福祉乗車証(市バス・地下鉄等無料バス)。 1級は介護人付、2、3級は単独乗車証。1級のみ「タクシー利用助成」「自動車燃料費助成」も対象だが、併給不可。 ・市立駐車場駐車券(1級介護者のみ) ・この他、「障害者特別給付金(1、2級、制度的理由による無年金者、所得制限あり)」を実施	実施していない
63 岡山市	○		○				○		○		1級を所持している障害者の介護者について、バス運賃の割引制度あり。
64 広島市	○	○	○		○		○		○	・JR回数券引換券やタクシーチケット等から選択交付。なお、福祉タクシー乗車券は1級に限る。いずれも所得制限あり。 ・駐車料金については、市営駐車場のみ該当。	自立支援医療(精神通院医療)受給者について、国の定める自己負担額を補助。
65 北九州市	○	○	○	○	○	○	○	○	○		施設を通所する際に利用した公共交通機関の一部料金を四半期毎に助成している。(精神障害者通所交通費助成事業)
66 福岡市	○	○	○	○	○		○		○	医療費助成は1級のみ。 市営駐車場にて減額あり。 ・医療費助成は1級に限る。 ・タクシー券は1、2級に限る。	
67 熊本市	○	○	○	○	○	○	○	○		・鉄道公営は熊本市電、民営は熊本電気鉄道に限る。	

1 2 精神保健福祉士関係について

精神保健福祉士を取り巻く状況として、前回の精神保健福祉士に係るカリキュラム改正（平成 24 年 4 月 1 日施行）以降、平成 25 年の精神保健福祉法の改正による退院後生活環境相談員の創設、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進、精神障害者の雇用の義務化、アルコール健康障害対策基本法（平成 26 年 6 月）及びギャンブル等依存症対策基本法（平成 30 年 10 月）の施行等による専門人材の育成・確保の必要性などにより、精神保健福祉士に対する社会的役割や期待がますます高まっている。

このような状況を踏まえ、新しい状況に的確に対応できる人材を育成することを目的に、平成 30 年 12 月から精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会を開催し、精神保健福祉士の役割やカリキュラムの見直し等について検討しているところである。

精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会

1. 趣旨

精神保健福祉士を取り巻く状況として、前回の精神保健福祉士に係るカリキュラム改正（平成24年4月1日施行）以降、平成25年の精神保健福祉法の改正による退院後生活環境相談員の創設、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進、精神障害者の雇用の義務化、アルコール健康障害対策基本法（平成26年6月）及びギャンブル等依存症対策基本法（平成30年10月）の施行等による専門人材の育成・確保の必要性などにより、精神保健福祉士に対する社会的役割や期待がますます高まっている。

このような状況を踏まえ、新しい状況に的確に対応できる人材を育成することを目的に、当検討会を開催し、精神保健福祉士の役割やカリキュラムの見直し等について検討する。

2. 検討事項

- 1) 精神保健福祉士の役割
- 2) 教育カリキュラム
- 3) 実習の在り方
- 4) 卒後教育・継続教育
- 5) その他

3. 構成等

- 1) 検討会は上記の検討事項に関連する学識経験者及び臨床経験者等のうちから、社会・援護局障害保健福祉部長が参集する者をもって、構成する。
- 2) 検討会に座長を置き、検討会メンバーの互選によってこれを定める。座長は検討会の会務を総理する。

4. 運営

- 1) 検討会は座長が必要に応じて招集する。
- 2) 座長の指名によって座長代理を置く。
- 3) 座長は必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招聘することができる。
- 4) 座長は必要に応じてワーキンググループを開催することができる。
- 5) 検討会は非公開情報等に係る事項を除き、原則公開するとともに議事録を作成し、公表する。

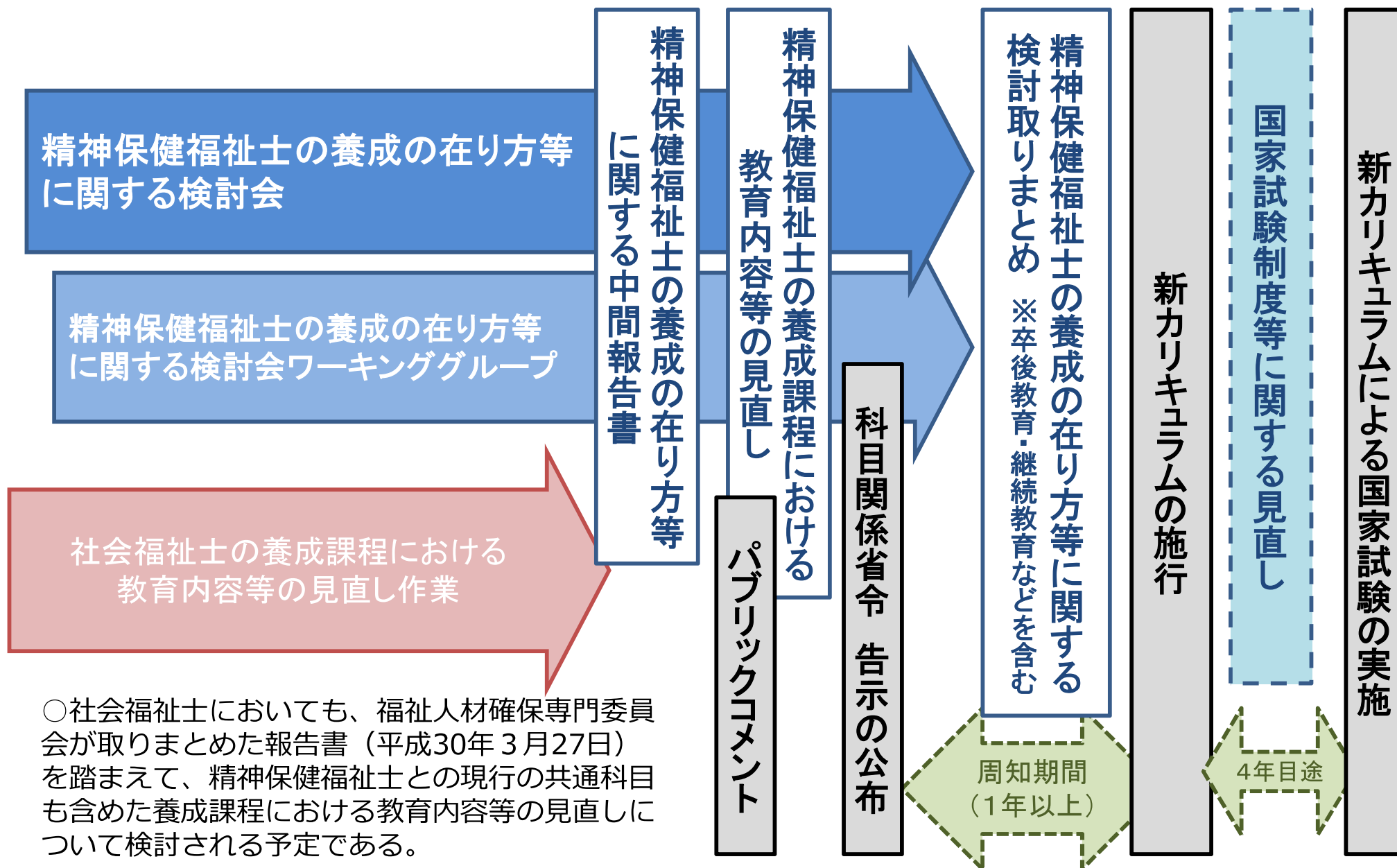
5. その他

検討会の庶務は社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が行う。

検討事項における具体的な内容(案)

- 1) 精神保健福祉士の役割（**精神保健福祉士に求められる役割**）について
 - 取り巻く環境や精神保健福祉施策の動向等を踏まえた課題と求められる役割
 - 精神保健福祉士の現状（配置状況等）と求められる役割、業務の対象や内容、職域や行動特性
 - 多職種連携の在り方と求められる役割 など
- 2) 教育カリキュラム（**精神保健福祉士の養成の在り方**）について
 - 求められる役割を踏まえた養成課程における教育内容の在り方、専門科目の在り方
 - 社会福祉士との共通科目や科目の読み替えの在り方
 - 保健福祉系大学等における指定科目及び基礎科目の範囲
 - 一般養成施設の教育カリキュラムの編成（科目・時間数）
 - 短期養成施設の教育カリキュラムの編成（科目・時間数）
 - 各科目の教育目標及び教育内容とその示し方 など
- 3) 実習の在り方（**演習・実習及び教員等の在り方**）について
 - 演習・実習の目標、教育内容及び時間数
 - 教員及び実習指導者の要件、各講習会の在り方
 - 実習施設の基準 など
- 4) 卒後教育・継続教育（**基礎教育と卒後教育の役割及び継続教育の在り方**）について
 - 求められる役割等を踏まえた、基礎教育と卒後教育の在り方
 - 継続教育（自己研鑽）及び職能団体等による研修等の在り方 など
- 5) その他
 - 養成施設等について
 - 国家試験について
 - 実務経験について など

検討後の主なスケジュール(イメージ)



1 3 性同一性障害の相談窓口について

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

性同一性障害の診断及び治療については、現在、日本精神神経学会がまとめたガイドラインに基づき診断と治療が行われているとともに、各自治体の精神保健福祉センターなどで相談も行われている。

また、厚生労働省ホームページ「みんなのメンタルヘルス総合サイト」及び別添の各自治体での取組事例を取りまとめたので、当該資料も参考にし、性同一性障害の相談体制を整えていただくようお願いする。

(参考：「みんなのメンタルヘルス総合サイト」性同一性障害)

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

自治体における性同一性障害の相談窓口に係る取組事例 一覧

平成30年12月時点

	自治体名	開設経緯	相談体制	ホームページ
1	岩手県	平成28年3月に「いわて男女共同参画プラン」を改訂した際、当時の社会情勢（LGBTの方々への関心の高まり）などを受け、「性的指向や性同一性障害を理由として困難な状況に置かれている人々を支援するため、男女共同参画センターにおいて相談事業を行う」旨を明記し、同年4月から相談事業を開始した。	○性別や性志向（LGBT）に関する相談（岩手県男女共同参画センター） 性指向や性別の違和感などで相談したい方の相談を面接・電話・インターネットで受ける。※家族・パートナー・支援者も対象 相談日時：毎週金曜…PM4:00～PM8:00	http://danio12.wixsite.com/iwatedanjosankaku/blank-57
2	宮城県	平成29年3月「宮城県男女共同参画基本計画（第3次）」を策定し、そのなかで「性的マイノリティへの配慮」を盛り込んだ。 社会のなかで困難な状況に置かれている人々が安心して暮らせるように相談体制の整備・強化の取組として、平成29年7月「LGBT（性的マイノリティ）相談」を開始した。	・みやぎ男女共同参画相談室「LGBT（性的マイノリティ）相談」（「性同一性障害」専用の相談機関ではない。） ・性別や性自認、性指向のことなど、LGBTの方やその家族、友人等周囲の方の相談窓口 ・相談時間：毎月第2・第4火曜日正午～午後4時	http://www.pref.miyagi.jp/site/kv_ousha/jigyuu-soudan.html
3	横浜市	東京2020オリンピック開催や、渋谷区などの自治体における性的少数者への支援の動きを受けて、平成27年度に、性的少数者の支援団体や当事者等との意見交換を行い、性的少数者の支援施策について課題整理を行った。 性的少数者は、社会的に十分に認識・理解されていないため、性的少数者であることを打ち明けることが非常に困難であることや、誰にも相談できず孤立してしまい、ひきこもりや自殺にまでつながってしまう現状に対応するため、平成27年11月より交流スペース「FriendSHIP よこはま」、平成27年12月より個別専門相談「よこはまLGBT相談」を実施している。	・両事業とも「性同一性障害」専用ではなく、性的少数者の方、性的少数者なのかわからない方・迷っている方、家族、教員等も対象としている。 【個別専門相談「よこはまLGBT相談」】 ・事前に電話での予約の上、性的少数者の支援に携わっている臨床心理士が、面談のうえ相談に応じる。 ・月2回開催。 【交流スペース「FriendSHIP よこはま」】 ・性的少数者であることを隠すことなく過ごすことができる居場所を提供。（事前予約不要・入退室自由。10代のみの時間を設定。） ・性的少数者支援団体のスタッフ2名を配置。 ・原則第1・第3土曜日開催。	http://www.city.yokohama.lg.jp/s_himin/iinken/seitekisyoususvasien/
4	川崎市	平成22年3月、川崎市内在住の中学校卒業予定の子どもを持つ母親からの「性同一性障害の相談窓口をわかりやすくして欲しい」という市長への手紙を受け、川崎市市民こども局人権・男女共同参画室が調整役となり、川崎市精神保健福祉センター、教育委員会及び児童相談所が連携して、市民に対して相談窓口を明らかにすることから取組を開始した。	原則的に、川崎市在住・在学・在勤の方を対象として相談を受けている。 ・性同一性障害について悩んでいる方が分かりやすく、相談しやすくなるよう、『性同一性障害についてのお悩みをお持ちの方へ』というページ内に相談窓口を一覧で掲載している。 ・ただし、次のいずれの窓口も「性同一性障害」専用の相談機関ではない。 ・精神保健福祉センター……主に高校生年齢以上を対象に、精神保健相談として相談を受け付けている。 ・児童相談所、教育委員会……学齢期の子どもを対象に、からだところの悩みについて相談を受け付けている。	http://www.city.kawasaki.jp/kurashi/category/23-3-0-0-0-0-0-0-0.html
5	相模原市	平成22年度より市民にとって相談窓口をわかりやすく案内するため、市ホームページに各相談窓口の連絡先等について掲載を開始した。	・『性同一性障害（GID）に関する悩み等の相談窓口』というページ内に相談窓口の一覧を掲載しているが、いずれも「性同一性障害」専用の相談機関ではない。 ・精神保健福祉センター……「主に成人の人」を対象に「こころの相談」として受け付けている。 ・青少年相談センター……市内在住、在学、在勤の「小・中学生、19歳以下の人、保護者の人」を対象に主に「こころの相談」として受け付けている。 ・学校教育課……市立小・中学校の児童・生徒及び保護者の人、市立小・中学校へ就学予定の児童・生徒の保護者の人を対象に主に「学校生活に関わる相談」として受け付けている。 ・児童相談所……市内在住の「18歳未満の人、保護者の人」を対象に「児童に関する相談」として受け付けている。	http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/kurashi/sodan/1006084/1006086.html
6	新潟市	男女共同参画推進センター「アルザにいがた」の「こころの相談」では、もともとセクシュアリティに関する相談も受け付けていた。2013年7月からリーフレットなどの表記においても「性同一性障害がない」と明記するようになった。 平成28年度に性的マイノリティの当事者団体から市長宛に要望書が提出されたことや、議会で質問があったことなどの要望を受け、また、厚労省「よりよいホットライン」のセクシャルマイノリティ回線がつながる確率が10%未満と低いことなどから、平成30年度中に性的マイノリティ専門の電話相談窓口を開設予定（月1回、3時間）。	・現在の相談窓口は「性同一性障害」専用の相談機関ではない。 ・相談対象者は原則、新潟市在住・在学・在勤の方である。相談体制は、電話対応および面談がある。 ・こころの健康センター（精神保健福祉センター）でも、専門の窓口ではないが、うつなどの精神疾患についてや、こころの悩みについて、精神保健福祉相談の中で受け付けている。	https://www.city.niigata.lg.jp/kurashi/danjo/alza/sodanrivohoho/riyuanannai.html http://www.city.niigata.lg.jp/iryo/kenko/kokoro/index.html

7	堺市	平成29年12月より、人権推進課にて「人権相談ダイヤル」を開設。特に毎週水曜日は、LGBTなど性的マイノリティに関する相談を受け付けていることを市の広報紙・ホームページに掲載している。	・「人権相談ダイヤル」は、性同一性障害についての専用相談窓口ではない。 ・相談対象者は、原則として、市内在住・在勤・在学の方であり、性的マイノリティの本人に限らず、その家族・友人・職場の方など周りの方からの相談も受け付けている。 ・相談体制は、電話対応および面談がある。	http://www.city.sakai.lg.jp/shisei/jinken/jinken/koen_event/oshirasae/20171108.html
8	福岡市	平成27年4月1日より、福岡市精神保健福祉センターにおいて、依存症、ひきこもり、発達障害、性同一性障害についての専門相談を開始した。当センターのリーフレットを、ホームページにて掲載している。	左記の通り専門相談の中の一つという位置づけで、電話相談を実施している。 ・相談日時 毎月第1・3水曜日 午前10時から午後1時 ・対象者：市内在住・在学・在勤で成人の方 ※但し、学校や児童相談所等の依頼に応じ、思春期例の対応実績もあり ・相談担当者：センター職員（精神科医及び臨床心理士）	http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/seishinhoken/life/seishinhoken-center/soudan.html
9	下関市	①平成28年7月より、市HPにおいて「LGBT(性的マイノリティ)について」を掲載している。 ②平成28年12月より、市HPにおいて「性同一性障害の相談窓口について」を掲載し、相談窓口として成人保健課を明記している。	①「人権に関する相談」、「一般的な相談」、「こころの相談」、「子どもの相談」毎に分け、専門的な相談先を案内している。 ②「性同一性障害」専用の相談窓口ではない。精神保健相談として、精神保健福祉相談員や保健師が相談を受け付けている。	①のHP http://www.city.shimonoseki.lg.jp/www/contents/1467101715383/index.html ②のHP http://www.city.shimonoseki.lg.jp/www/contents/1481531738341/index.html
10	加須市	性同一性障がい、LGBT等性的マイノリティーの方への理解に対する、社会の関心が高まりつつある実情に鑑み、相談体制の必要性を感じ、本件に係る相談については、人権・男女共同参画課が第一義的な窓口となること、その他市民相談等、従来からの相談窓口で対応することとした。	原則的に、市内在住・在学・在勤の方を対象として相談を受けている。 ・人権・男女共同参画課が、第一義的な相談窓口となり、必要に応じて関係機関と連携して対応する。 ・月1回、4地域で実施される人権相談、及び毎週木曜日に実施される女性相談で対応している。 ※いずれの窓口も「性同一性障がい」専用の相談機関ではない。	https://www.city.kazo.lg.jp/soshiki/jinken/jinken_1/19271.html
11	入間市	平成30年1月26日より※市公式ホームページの市民相談内に「性的マイノリティ(LGBT)に対する偏見や差別をなくしましょう」というページを開設、市男女共同参画推進センターホームページ内にも同項目を設け、そのページ内で連絡先を掲載している。 ※平成29年12月時点とあるが、参考として記入した。	・性的マイノリティに関する悩みごと相談(当事者だけでなく、家族、友人からの相談も可能)を受け付ける。 ・ただし次のいずれの窓口も専門の相談機関ではない。 ・入間市男女共同参画推進センター ・入間市役所市民相談室 ・原則電話相談とし、時間の目安は30分以内。	http://www.city.iruma.saitama.jp/shisei/jinken/jinken1/1007945.html (市公式HP) http://irumadanivo.seesaa.net/ (男女共同参画推進センターHP)
12	松本市	平成26年9月に人権・男女共生課のホームページ上に「性同一性障害についてお悩みの方へ」と題するページを設け、市で相談可能な窓口を紹介した。	松本市には専門相談窓口はない。松本市女性センターで実施する心理カウンセラーが話を聞くこと、子どもの場合は「こども権利相談」まちかど保健室で相談を受けることをホームページで案内している。ただし性同一性障害に対する専門知識を有する者が相談を受けるわけではない。また、松本市の管理下でない団体の紹介として厚労省、GID学会、日本精神神経学会、性同一性障害に限らず性的マイノリティ等に関する活動を行っている団体等を紹介している。ただし、いかなる場合でも、これらへのアクセスは個人の責任において行い、本市はいかなる責任も負わない旨を明記している。	http://www.city.matsumoto.nagano.jp/kurasi/tiiki/jinken/danjo/gen deridentitydisorder.html
13	伊賀市	平成28年4月の「伊賀市パートナーシップ宣誓制度」及び「ALLYの取組(性的少数者支援と性の多様性の啓発)」開始と同時に、既存の人権相談窓口の案内に「LGBT(性的少数者)の相談(性同一性障害など)もお受けします。」との文言を追加。広報「いが市」や市ホームページ、啓発チラシ等に掲載している。	・相談窓口として、①人権擁護委員による面談 ②市人権担当課 ③津地方法務局伊賀支局 を案内しているが、いずれも「性同一性障害」専用の相談機関ではない。 ・市内小中学校については、当事者児童・生徒の相談先となるよう養護教諭向けの研修を実施。	http://www.city.iga.lg.jp/0000000914.html
14	鳴門市	平成24年9月より、男女共同参画センターとして性同一性障害についての相談も受け付けている。	・当初から性同一性障害の当事者が相談員として配属されていたが、退職により平成28年3月末以降は婦人相談員および家庭児童相談員が相談を受け付けている。 ・相談窓口は性同一性障害専用の相談機関ではない。 ・対象者は原則、鳴門市在住・在学・在勤の方。相談体制は電話、面談、メールがある。 ・適切な支援体制がとれるよう、相談員はLGBTに関する研修及び有識者によるスーパービジョンに参加している ・地域の主任児童委員に向けてLGBTに関する研修会を開催した(平成29年度)	ホームページに記載なし
15	日置市	平成24年6月より男女共同参画の相談窓口内に「性同一性障がいについての相談窓口」というホームページを開設し、そのページ内で連絡先を掲載している。	・相談窓口は「性同一性障害」専用の相談機関ではない。 ・相談対象者は原則、日置市在住・在学・在勤の方である。 ・相談体制は、電話対応および面談がある。	https://www.city.hioki.kagoshima.jp/kokusaidanjo/kurashi/tetsuzuki/danjo/shogai.html

14 公認心理師について

国民が抱える心の健康の問題等をめぐる状況に鑑み、心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図るために、公認心理師法（以下「法」という。）が平成 27 年 9 月に成立・公布され、平成 29 年 9 月 15 日に全面施行された。

「公認心理師」は、名称独占の資格であり、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
 - ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
 - ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
 - ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供
- を行うことを業とする者である。

第 1 回公認心理師試験は平成 30 年 9 月 9 日（追加試験は平成 30 年 12 月 16 日）に実施され、合格者は 28,574 人であった。

合格者の申請をもって、順次、公認心理師登録簿に登録されることとなる。

第 2 回公認心理師試験は本年 8 月 4 日に実施し、9 月 13 日に合格発表の予定となっている。

4 月 17 日から公認心理師試験の受験申込みが開始されることとなっており、いわゆる現任者※は法施行後 5 年間は、公認心理師試験を受けることができることとされている。そのための実務経験の証明については、施設の代表者等が行う必要があるので、各自治体の精神保健福祉センター、福祉事務所等の施設におかれては、現任者に対する証明の発行について、よろしくお取り計らい願いたい。

※法施行の際、現に法第 2 条第 1 号から第 3 号までに掲げる行為を業として行っている者その他その者に準ずるものとして文部科学省令・厚生労働省令で定める者であって、文部科学大臣及び厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了し、かつ、文部科学省令・厚生労働省令で定める施設において、法第 2 条第 1 号から第 3 号までに掲げる行為を 5 年以上業として行った者。（法附則第 2 条第 2 項）

お問い合わせ先

公認心理師制度に関すること

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課公認心理師制度推進室
公認心理師試験の実施や受験資格等に関すること

一般財団法人日本心理研修センター（指定試験機関）

公認心理師制度 創設の背景

公認心理師法案提出理由

- 近時の国民が抱える心の健康の問題等をめぐる状況に鑑み、心理に関する支援を要する者等の心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図るため、公認心理師の資格を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

(公認心理師法案提出時法律案より抜粋)

公認心理師法（概要）

平成27年9月 9日成立
平成27年9月16日公布
平成29年9月15日施行

一 目的

公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

二 定義

「公認心理師」とは、公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供

三 試験

公認心理師として必要な知識及び技能について、主務大臣が公認心理師試験を実施する。受験資格は、以下の者に付与する。

- ① 大学において主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、かつ、大学院において主務大臣指定の心理学等の科目を修めてその課程を修了した者等
- ② 大学で主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、卒業後一定期間の実務経験を積んだ者等
- ③ 主務大臣が①及び②に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めた者

四 義務

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

五 名称使用制限

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

六 主務大臣

文部科学大臣及び厚生労働大臣

七 施行期日

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

八 受験資格の特例

既存の心理職資格者等に係る受験資格等について、所要の特例を設ける。

第1回公認心理師試験について

■試験日：

平成30年9月9日(日)

※平成30年北海道胆振東部地震の被災状況を踏まえて、第1回公認心理師試験のうち、北海道の試験会場で実施予定であった試験を中止したため、平成30年12月16日(日)に追加試験を実施した。

■試験地：

北海道、宮城県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、兵庫県、岡山県、福岡県

■試験内容：

公認心理師として必要な知識及び技能

■合格発表：

平成30年11月30日(金) ※追加試験については平成31年1月31日(木)

■実施概要：

受験者数	36,103人
合格者数	28,574人
合格率	79.1%

■資格登録：

合格者の申請をもって、順次、公認心理師登録簿に登録される。

第1回公認心理師試験合格者の概要

1 合格者の性別

性別	人数(人)	割合(%)
男	7,234	25.3
女	21,340	74.7
計	28,574	100.0

2 合格者の年齢

年齢区分	人数(人)	割合(%)
～30	5,358	18.8
31～40	10,126	35.4
41～50	7,387	25.9
51～60	4,167	14.6
61～	1,536	5.4
計	28,574	100.0

4 合格者の都道府県

都道府県	人数(人)	都道府県	人数(人)
北海道	714	滋賀県	350
青森県	143	京都府	1,075
岩手県	200	大阪府	2,067
宮城県	442	兵庫県	1,482
秋田県	105	奈良県	369
山形県	146	和歌山県	171
福島県	309	鳥取県	143
茨城県	461	島根県	163
栃木県	305	岡山県	464
群馬県	262	広島県	632
埼玉県	1,471	山口県	282
千葉県	1,233	徳島県	221
東京都	5,329	香川県	207
神奈川県	2,388	愛媛県	183
新潟県	347	高知県	135
富山県	142	福岡県	1,266
石川県	213	佐賀県	156
福井県	198	長崎県	235
山梨県	174	熊本県	311
長野県	315	大分県	225
岐阜県	323	宮崎県	148
静岡県	567	鹿児島県	316
愛知県	1,644	沖縄県	295
三重県	237	外国	10
		計	28,574

(注) 合格者の受験時の住所による。

3 合格者の受験区分

受験区分	人数(人)	割合(%)	合格率(%)	参考
A				(法第7条第1号) 大学及び大学院で、施行規則第1条及び第2条で定める科目を修めて卒業及び修了
B				(法第7条第2号) 大学で、施行規則第1条で定める科目を修めて卒業、かつ、施行規則第5条で定める施設で2年以上実務を経験
C	4	0.0	100.0	(法第7条第3号) 文部科学大臣及び厚生労働大臣が区分A及びBに掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認定
D1	14,840	51.9	85.8	(法附則第2条第1項第1号) 平成29年9月15日より前に、大学院で施行規則附則第2条で定める科目(科目の読替えあり)を修めて修了
D2	1,199	4.2	74.6	(法附則第2条第1項第2号) 平成29年9月15日より前に大学院に入学し、同日以後に施行規則附則第2条で定める科目(科目の読替えあり)を修めて大学院を修了
E				(法附則第2条第1項第3号) 平成29年9月15日より前に大学に入学し、施行規則附則第3条で定める科目(科目の読替えあり)を修めて卒業(又は履修中)し、平成29年9月15日以後に大学院で施行規則第2条で定める科目(科目の読替え対象外)を修めて修了
F				(法附則第2条第1項第4号) 平成29年9月15日より前に大学に入学し、施行規則附則第3条で定める科目(科目の読替えあり)を修めて卒業(又は履修中)し、かつ、施行規則第5条で定める施設で2年以上実務を経験
G	12,531	43.9	72.9	(法附則第2条第2項) 平成29年9月15日に、法第2条第1号から第3号までに掲げる行為を業として行い(又は業務を休止・廃止してから5年以内)、①文部科学大臣及び厚生労働大臣指定の現任者講習会を修了し、かつ、②施行規則附則第6条で定める施設で5年以上実務を経験
計	28,574	100.0	79.1	

第2回公認心理師試験について

- 受験申込：
2019年4月17日(水)～5月17日(金)
- 試験日：
2019年8月4日(日)
- 試験地：
北海道、宮城県、東京都、愛知県、大阪府、岡山県、福岡県
- 試験内容：
公認心理師として必要な知識及び技能
- 合格発表：
2019年9月13日(金)
- 資格登録：
合格者の申請をもって、順次、公認心理師登録簿に登録される。

15 依存症対策について

(1) 依存症対策の総合的な推進について

アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症対策については、平成29年度に依存症対策全国センターとして（独）国立病院機構久里浜医療センターを指定し、地域における依存症の相談対応・治療等の指導者の養成や依存症回復施設職員への研修、依存症対策の情報ポータルサイトの運営等に取り組んでいる。

都道府県及び指定都市においては主に、

- ・ 依存症対策の全国拠点における指導者養成研修の受講等による人材育成
- ・ 依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の選定並びに依存症の相談拠点の設置
- ・ 依存症問題に取り組んでいる自助グループ等民間団体への支援などに取り組んでいただいている。

引き続き継続した取り組みをお願いするが、特に依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関の選定及び相談拠点の設置については、早急に全都道府県及び指定都市において選定済・設置済となるよう、改めてお願いする。

また、平成31年度予算案では、

- ・ 依存症対策全国拠点機関設置運営事業（（独）国立病院機構久里浜医療センター）において、地域における治療等の指導者の養成、情報センターによる情報発信
- ・ 依存症対策総合支援事業（地方自治体向け補助金）において、民間団体と連携した受診後の患者支援に係るモデル事業の実施、実施主体として事業の一部にその他の保健所設置自治体を追加
- ・ 依存症者やその家族を対象に全国規模で支援に取り組む自助グループ等民間団体への活動支援の充実

等を盛り込んでいる。

加えて、新たに、依存症対策総合支援事業（地方自治体向け補助金）の中で「精神科救急・依存症医療等連携事業」を創設し、精神科救急医療施設等から依存症専門医療機関等への連絡体制を整備する等の体制を構築している場合は、「精神科救急医療体制整備事業」で申請される事業経費に連携加算率（最大7%）を乗じた額を交付額として、精神科救急医療体制整備事業に加算する事業を創設する予定である。

各自治体におかれては、地方自治体向け補助金を積極的に御活用いただき、地域での医療・相談支援体制の整備や、人材の育成、行政・福祉・医療・司法・消費生活・民間団体などの関係機関の連携強化、民間団体支援の充実に向けて取り組んでいただきたい。

また、依存症に関する問題や課題の解決には、地域において関係機関と自助グループ等民間団体との連携が必要不可欠であることから、行政や医療機関等において地域で活動する自助グループ等民間団体との連携強化及び地域で活動する自助グループ等民間団体への活動に対する支援について、予算措置も含めて取組の強化をお願いする。なお、医療機関と民間団体の連携については、受診後の患者支援に係るモデル事業により、民間団体と連携した医療機関の効果的な支援のあり方について知見を収集し、依存症対策全国センターで開催する全国会議で活動報告を行っているため、依存症対策ポータルサイトを御確認いただきたい。

（２）薬物依存症対策について

薬物依存症対策については、平成 28 年 6 月に施行された、刑法の改正等による薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度に基づき、薬物依存のある保護観察対象者が、地域で必要な支援を受けられる体制の整備が進められている。

また、再犯の防止等の推進に関する法律に基づく「再犯防止推進計画（平成 29 年 12 月閣議決定）」の中で、再犯率の高い薬物依存症者対策への取組として、薬物依存症治療の専門医療機関及び相談支援窓口の充実、医療・福祉関係者の人材育成、民間団体の活動支援の充実などが掲げられている。

さらに、平成 30 年 8 月に「第五次薬物乱用防止 5 か年戦略」が決定され、薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止が目標として掲げられたところである。

上記のとおり、近年、薬物依存症対策を巡る環境は大きく変化してきており、部局を超えた取組が求められていることを踏まえ、再犯防止の取りまとめ部局、薬務関係部局、医療機関、保護観察所、保護司、薬物依存症者やその家族を支援する自助グループ、回復施設等の民間団体をはじめとする関係機関とも連携の上、薬物依存症対策の推進に向けて御尽力をお願いしたい。

（３）ギャンブル等依存症対策について

平成 28 年 12 月の「特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律（ＩＲ推進法）」の附帯決議により、政府に対してギャンブル等依存症患者への対策を抜本的に強化することが求められた。これを受け、政府においてギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議を開催し、平成 29 年 8 月に「ギャンブル等依存症対策の強化について」が取りまとめられた。

さらに、平成 30 年 7 月、「ギャンブル等依存症対策を総合的かつ計画的に推進し、もって国民の健全な生活の確保を図るとともに、国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」を目的として、ギャンブル等依存症対策基本法が成立し、同年 10 月に施行されたところである。

同法では、「ギャンブル等依存症対策に関し、国や地方公共団体、関係事

業者、国民等の責務を明らかにするとともに、ギャンブル等依存症対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、政府に対し、ギャンブル等依存症対策推進基本計画の策定及び施策の推進」が義務付けられている。このため、国の基本計画策定に向けて、平成 31 年 4 月までを目途に、内閣官房を中心に作業が行われているところである。

各自治体におかれては、内閣官房のギャンブル等依存症対策推進本部のホームページを適宜御確認いただき、同法で定められた「ギャンブル等依存症問題啓発週間（5 月 14 日～20 日）」に合わせた普及啓発や医療・相談支援体制の整備、民間団体への支援、消費生活センター及び日本司法支援センター等の関係機関との連携協力体制の整備等について、より一層の御尽力をお願いしたい。

（４）依存症に関する普及啓発について

厚生労働省では、依存症に対する誤解や偏見をなくし、適切な治療や支援につなげることを目的に、依存症に関する正しい知識と理解を深めるため、リーフレットの作成や著名人によるイベントやシンポジウムの開催等、広く一般国民を対象とした普及啓発事業を行っている。

平成 30 年度は、愛知（平成 31 年 2 月 17 日）・大阪（平成 31 年 2 月 23 日）・東京（平成 31 年 3 月 6 日）で普及啓発イベントの実施、特設ページと SNS（Twitter）で依存症に関する正しい知識を啓発するマンガや動画等の情報発信を行うとともに、依存症の理解を深めるためのシンポジウム（平成 31 年 3 月 10 日）を開催することとしている。

各自治体におかれても、こうした取組を参考としつつ、地域でも依存症に関する普及啓発活動に積極的に取り組まれるよう、願います。

【依存症の理解を深めるための普及啓発事業 特設ページ】

<https://www.jiji.com/ad/korosho/index.html>

（５）いわゆるゲーム障害について

いわゆる「ゲーム障害」は睡眠や学業などの様々な日常生活と関係があると指摘されており、世界保健機関（WHO）が平成 30 年 6 月に、いわゆる「ゲーム障害」を疾病等の分類に位置付ける改訂版国際疾病分類（ICD-11）の案を公表し、今年 5 月の総会へ提出される予定である。

厚生労働省では、依存症対策全国センターである国立病院機構久里浜医療センターにおいて、平成 31 年 2 月に「ネット・ゲーム使用と生活習慣についての予備調査」を実施しており、2019 年度に大規模かつ包括的な調査を実施することとしており、まずはこれらの実態等の把握に努めることとしている。

また、平成 31 年度衛生行政報告例及び平成 31 年度地域保健・健康増進事業報告において、新たに報告様式の一部にゲームを起因とした問題に関する

相談の項目が追加される予定であり、各自治体におかれても、これらの実態把握について御理解・御協力をお願いするとともに、引き続き精神保健福祉センター等における相談支援に取り組んでいただきたい。

依存症対策について

- アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症対策については、依存症に関連する法律の施行や計画の策定がなされており、依存症対策の充実の必要性、社会的・国民的関心が高まっている。

(近年の主な動き)

- ・ 平成28年5月 アルコール健康障害対策推進基本計画の策定
- ・ 平成29年12月 再犯防止推進計画の策定
- ・ 平成30年8月 第五次薬物乱用防止5か年戦略 決定
- ・ 平成30年10月 ギャンブル等依存症対策基本法 施行

- 都道府県・指定都市においては、主に、

- ① 依存症対策の全国拠点機関における指導者養成研修の受講等による人材育成、
- ② 都道府県・指定都市における依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の選定並びに依存症の相談拠点の設置、

③ 依存症問題に取り組んでいる自助グループ等民間団体への支援
などに取り組んで頂いているが、依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関及び相談拠点については、早急に全都道府県・指定都市で選定済・設置済となるよう、願います。

併せて、引き続き、地域で活動する自助グループ等民間団体との連携強化や活動支援の充実、行政・福祉・医療・司法・消費生活等の関係機関との連携強化など、依存症対策の推進に向けた積極的な取組をお願いしたい。

- 厚生労働省においても、財政的・技術的支援を通じて、依存症対策の強化を図っていく。

- なお、平成31年4月を目途に、内閣官房を中心にギャンブル等依存症対策推進基本計画が策定される予定である。

30年度予算		31年度予算案	
依存症対策の推進に係る平成31年度予算案		依存症対策の推進に係る平成31年度予算案	
6.1億円		8.1億円（+2.0億円）	
+地域生活支援事業等493億円の内数		+地域生活支援事業等495億円の内数	

全国拠点機関における依存症医療・支援体制の整備 69百万円 → 77百万円

アルコール・薬物・ギャンブル等の『依存症対策全国拠点機関』において、地域における治療等の指導者の養成や情報センターによる情報発信等を通じて、依存症医療・支援体制の整備を推進する。

地域における依存症の支援体制の整備 333百万円 → 512百万円

都道府県・指定都市等において、人材育成や依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の選定等による医療体制や相談体制の整備を推進するとともに、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関・依存症相談拠点と精神科救急医療施設等との連携体制の構築や民間団体と連携した受診後の患者支援を実施し、地域の医療・相談支援体制の整備を推進する。

アルコール・薬物・ギャンブル等の民間団体支援 地域生活支援事業等493億円の内数 → 地域生活支援事業等495億円の内数

地域で依存症関連問題に取り組む民間団体の支援を行う。

依存症に関する調査研究事業 92百万円 → 92百万円

依存症の実態解明や地域での現状・課題に関する調査を実施する。

依存症に関する普及啓発の実施 95百万円 → 95百万円

依存症者や家族等が地域の治療や支援につながるよう、依存症に関する正しい知識と理解を広めるための普及啓発を実施する。

依存症民間団体支援 18百万円 → 29百万円

依存症者や家族等を対象とした相談支援や普及啓発等に全国規模で取り組む民間団体の支援を推進する。

依存症対策ポータルサイト (<https://www.ncasa-japan.jp/>)



迷いから、決断、
そして回復までの道のりを
包括的に支援する社会へ

トピックス

[トピックス一覧](#)

- 2018/9/5 FASD国際フォーラム（9月15日開催）のご案内です。
- 2018/6/18 全国依存症等関係者研修情報を掲載しました。
- 2018/3/31 依存症対策全国センターホームページを立ち上げました。



[全国の相談窓口・医療機関を探す >](#)



[支援者の皆様へ >](#)



依存症に気づく >

あなた、あなたの大切な人は大丈夫?どんなサインや症状があるのでしょうか



理解したい >

なぜやめられない?回復できる?依存症とはどんな病気でしょう



気づいたらどうする? >

「もしかして?」と思ったら、最寄りの相談・医療施設に相談してみませんか

平成30年度 依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の選定状況

平成31年2月14日時点

自治体名	専門医療機関 (アルコール健康障害)				自治体名	専門医療機関 (アルコール健康障害)			
	治療拠点(※)	医療機関名	治療拠点(※)	医療機関名		治療拠点(※)	医療機関名	治療拠点(※)	医療機関名
北海道	●	旭山病院	●	旭山病院	●	旭山病院	●	旭山病院	●
		道央佐藤病院		石橋病院		旭山病院		旭山病院	
		野メンタルクリニック		旭川主善会病院		旭山病院		旭山病院	
		札幌太田病院		千歳病院		旭山病院		旭山病院	
		石橋病院				旭山病院		旭山病院	
		江別すすむ病院				旭山病院		旭山病院	
		旭川主善会病院				旭山病院		旭山病院	
		千歳病院				旭山病院		旭山病院	
		旭川中央病院				旭山病院		旭山病院	
		旭川記念病院				旭山病院		旭山病院	
		旭川病院				旭山病院		旭山病院	
		北海道立緑ヶ丘病院				旭山病院		旭山病院	
宮城県									
秋田県									
山形県									
福島県									
茨城県									
栃木県									
群馬県									
埼玉県	●	埼玉県立精神医療センター	●	埼玉県立精神医療センター	●	埼玉県立精神医療センター		埼玉県立精神医療センター	
		埼玉県済生会鴻巣病院		埼玉県済生会鴻巣病院		埼玉県済生会鴻巣病院		埼玉県済生会鴻巣病院	
		不眠ヶ丘病院							
千葉県									
東京都									
神奈川県	●	地方独立行政法人神奈川国立病院機構 神奈川国立精神医療センター	●	地方独立行政法人神奈川国立病院機構 神奈川国立精神医療センター	●	地方独立行政法人神奈川国立病院機構 神奈川国立精神医療センター		地方独立行政法人神奈川国立病院機構 神奈川国立精神医療センター	
		独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター		独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター		独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター		独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター	
		医療法人社団祐和会 大石クリニック		医療法人社団祐和会 大石クリニック		医療法人社団祐和会 大石クリニック		医療法人社団祐和会 大石クリニック	
		医療法人北里研究所 北里大学東病院		医療法人北里研究所 北里大学東病院		医療法人北里研究所 北里大学東病院		医療法人北里研究所 北里大学東病院	
		医療法人誠心会 神奈川病院		医療法人財団青山会 みくろべ病院		医療法人北里研究所 北里大学東病院		医療法人北里研究所 北里大学東病院	
		学校法人北里研究所 北里大学東病院							
		医療法人財団青山会 みくろべ病院							
新潟県									
富山県									
石川県									
福井県									
山梨県									
長野県									
岐阜県	●	各務原病院	●	各務原病院	●	各務原病院		各務原病院	
		大垣病院		大垣病院		大垣病院		大垣病院	
静岡県	●	聖明病院、聖徳病院	●	聖明病院、聖徳病院	●	聖明病院、聖徳病院		聖明病院、聖徳病院	
		施設医療機関福田こころケアセンター		施設医療機関福田こころケアセンター		施設医療機関福田こころケアセンター		施設医療機関福田こころケアセンター	
愛知県	●	医療法人成精舎 刈谷病院							
		三重県立こころの医療センター							
		独立行政法人国立病院機構 柳井病院							
		総合心療センターひが							
		かずみクリニック							
		松坂厚生病院							
		聖徳病院							
滋賀県	●	滋賀県立精神医療センター							
京都府	●	医療法人稲門会 いわくら病院	●	医療法人稲門会 いわくら病院	●	医療法人稲門会 いわくら病院		医療法人稲門会 いわくら病院	
		地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター	●	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター	●	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター		地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター	
		医療法人和気舎 新生会病院		一般財団法人成研舎 鶴のぞみ病院		一般財団法人成研舎 鶴のぞみ病院		一般財団法人成研舎 鶴のぞみ病院	
		一般財団法人成研舎 鶴のぞみ病院		医療法人 東市造本クリニック		医療法人 東市造本クリニック		医療法人 東市造本クリニック	
		医療法人 聖和精舎 阪本病院		医療法人 利田舎 久米田病院		医療法人 利田舎 久米田病院		医療法人 利田舎 久米田病院	
		医療法人 利田舎 久米田病院		医療法人 聖和精舎 阪本病院		医療法人 聖和精舎 阪本病院		医療法人 聖和精舎 阪本病院	
		特定医療法人大阪精神医学研究所 新阿武山病院							
		特定医療法人大阪精神医学研究所 新阿武山クリニック							
		公益財団法人寛光会垂水病院		公益財団法人寛光会垂水病院		公益財団法人寛光会垂水病院		公益財団法人寛光会垂水病院	
		兵庫県立ひょうごこころの医療センター							
		医療法人光明会明石こころのホスピタル							
		医療法人達磨会東加古川病院							
奈良県									
和歌山県									
鳥取県	●	社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院	●	社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院	●	社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院		社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院	
		社会医療法人清和会西川病院		医療法人同仁会ごなんホスピタル		医療法人同仁会ごなんホスピタル		医療法人同仁会ごなんホスピタル	
		医療法人同仁会ごなんホスピタル							
鳥根県	●	社会医療法人正光会光ヶ丘病院							
岡山県	●	岡山県精神科医療センター	●	岡山県精神科医療センター	●	岡山県精神科医療センター		岡山県精神科医療センター	
		彦主病院							
		林道林樹精神科神経科病院							
		ももの里病院							
		希望ヶ丘ホスピタル							
		晴善病院							
小計 (治療拠点自治体数)	7		7		7		7		7
小計 (専門医療機関自治体数)	8		8		8		8		8
合計 (治療拠点自治体数)	22		17		22		17		22
合計 (専門医療機関自治体数)	29		24		29		24		29

※治療拠点機関(●): 依存症専門医療機関の中から選定される、研修や情報発信等を行う地域の治療拠点となる機関。

※小計・合計(治療拠点自治体数)は依存症治療拠点機関を選定済みの自治体数。

※小計・合計(専門医療機関自治体数)は依存症専門医療機関を選定済みの自治体数。

平成30年度 依存症相談拠点（依存症相談員配置）の設置状況

平成31年2月14日時点

	アルコール健康障害	薬物依存症	ギャンブル等依存症		アルコール健康障害	薬物依存症	ギャンブル等依存症
	相談機関名	相談機関名	相談機関名		相談機関名	相談機関名	相談機関名
都道府県				都道府県			
北海道	道立精神保健福祉センター及び道立保健所			山口県	県精神保健福祉センター	県精神保健福祉センター	県精神保健福祉センター
青森県				徳島県	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター
岩手県				香川県	精神保健福祉センター相談窓口	精神保健福祉センター相談窓口	精神保健福祉センター相談窓口
宮城県				愛媛県	愛媛県心と体の健康センター	愛媛県心と体の健康センター	愛媛県心と体の健康センター
秋田県				高知県	高知県立精神保健福祉センター・高知県依存症相談拠点	高知県立精神保健福祉センター・高知県依存症相談拠点	高知県立精神保健福祉センター・高知県依存症相談拠点
山形県				福岡県	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター
福島県				佐賀県	肥前精神医療センター・依存症相談室	肥前精神医療センター・依存症相談室	肥前精神医療センター・依存症相談室
茨城県	茨城県精神保健福祉センター				佐賀県精神保健福祉センター	佐賀県精神保健福祉センター	佐賀県精神保健福祉センター
栃木県				長崎県	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
群馬県				熊本県			
埼玉県	埼玉県立精神保健福祉センター	埼玉県立精神保健福祉センター	埼玉県立精神保健福祉センター	大分県	大分県こころとからだの相談支援センター		
千葉県	千葉県精神保健福祉センター	千葉県精神保健福祉センター	千葉県精神保健福祉センター	宮崎県	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター
東京都				鹿児島県	県精神保健福祉センター・依存症相談窓口	県精神保健福祉センター・依存症相談窓口	県精神保健福祉センター・依存症相談窓口
神奈川県				沖縄県			
新潟県				小計	27	22	23
富山県	富山県心の健康センター・富山県依存症相談支援センター	富山県心の健康センター・富山県依存症相談支援センター	富山県心の健康センター・富山県依存症相談支援センター	指定都市			
石川県				札幌市			
福井県				仙台市			
山梨県				さいたま市	さいたま市こころの健康センター	さいたま市こころの健康センター	さいたま市こころの健康センター
長野県	精神保健福祉センター・依存症相談ホットライン	精神保健福祉センター・依存症相談ホットライン	精神保健福祉センター・依存症相談ホットライン	千葉市			
岐阜県				横浜市			
静岡県	精神保健福祉センター・依存相談	精神保健福祉センター・依存相談	精神保健福祉センター・依存相談	川崎市			
愛知県	県保健所：アルコール相談窓口		精神保健福祉センター：ギャンブル等依存症相談窓口	相模原市			
	精神保健福祉センター：アルコール相談窓口			新潟市			
三重県	三重県こころの健康センター（県拠点）・県保健所6か所（地域相談拠点）	三重県こころの健康センター（県拠点）・県保健所6か所（地域相談拠点）	三重県こころの健康センター（県拠点）・県保健所6か所（地域相談拠点）	静岡市			
滋賀県	県立精神保健福祉センターと県内7保健所			浜松市			
京都府	京都府精神保健福祉総合センター	京都府精神保健福祉総合センター	京都府精神保健福祉総合センター	名古屋市	名古屋屋精神保健福祉センター	名古屋屋精神保健福祉センター	名古屋屋精神保健福祉センター
大阪府	大阪府こころの健康総合センター	大阪府こころの健康総合センター	大阪府こころの健康総合センター	京都市	京都市こころの健康増進センター・アルコール外来	京都市こころの健康増進センター・薬物依存症・ギャンブル等依存症外来	京都市こころの健康増進センター・薬物依存症・ギャンブル等依存症外来
	大阪府の保健所（11か所）	大阪府の保健所（11か所）	大阪府の保健所（11か所）	大阪市	大阪府こころの健康センター	大阪府こころの健康センター	大阪府こころの健康センター
	大阪府中核市の保健所（5か所）	大阪府中核市の保健所（5か所）	大阪府中核市の保健所（5か所）	堺市	堺市こころの健康センター・依存症相談窓口	堺市こころの健康センター・依存症相談窓口	堺市こころの健康センター・依存症相談窓口
兵庫県	精神保健福祉センター・ひょうごこころ依存症対策センター	精神保健福祉センター・ひょうごこころ依存症対策センター	精神保健福祉センター・ひょうごこころ依存症対策センター	神戸市	兵庫県精神保健福祉センター・ひょうごこころ依存症対策センター	兵庫県精神保健福祉センター・ひょうごこころ依存症対策センター	兵庫県精神保健福祉センター・ひょうごこころ依存症対策センター
奈良県				岡山市	岡山市こころの健康センター	岡山市こころの健康センター	岡山市こころの健康センター
和歌山県				広島市			
鳥取県	社会医療法人明和会医療福祉センター 並瀬病院	社会医療法人明和会医療福祉センター 並瀬病院	精神保健福祉センター	北九州市	各区役所：アルコールの問題で困っている人の相談窓口	北九州市立精神保健福祉センター・薬物・ギャンブルの問題で困っている人の相談窓口	北九州市立精神保健福祉センター・薬物・ギャンブルの問題で困っている人の相談窓口
	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	各保健所	福岡市			
	各保健所	各保健所		熊本市			
島根県			県立心と体の相談センター	小計	8	8	8
岡山県	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	精神保健福祉センター	合計 （自治体数）	35	30	31
広島県	県保健所（7箇所）	県立総合精神保健福祉センター					

精神科救急・依存症医療等連携事業(案)(精神科救急医療体制整備事業の加算) 概要

【平成31年度新規事業】

概要

都道府県・指定都市において、アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の依存症毎に、交付申請年度内(交付申請年度前に選定した場合も含む。)に依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関、依存症相談拠点を選定(設置)し、精神科救急医療施設等から依存症専門医療機関等への連絡体制を整備する等の体制を構築している場合は、「精神科救急・依存症医療等連携事業」として、「精神科救急医療体制整備事業」で申請される事業費に連携加算率(最大7%)を乗じた額を交付額として、「精神科救急医療体制整備事業」に加算する。

また、精神科救急医療体制整備事業の交付額の算定に当たっては、精神科救急・依存症医療等連携事業の交付額を除いて算定する。

連携加算率の算定方法

- (1) アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の依存症毎に、年度内に依存症専門医療機関を選定する場合はそれぞれ0.5%、依存症治療拠点機関を選定する場合はそれぞれ1%、依存症相談拠点を設置する場合はそれぞれ0.5%を加算する。

なお、年度内に全ての依存症の依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関及び依存症相談拠点を選定(設置)する場合は、更に1%を加算する。

ただし、1つの依存症につき複数の機関を選定(設置)したとしても、加算は同じ率とする。

- (2) 上記(1)で算定された率を合計したものを連携加算率とする(最大7%)

【例】自治体で年度内に以下の体制を整備する場合

- ・全ての依存症の専門医療機関を選定済
- ・アルコール健康障害、薬物依存症の治療拠点機関を選定予定
- ・アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の相談拠点を設置済

	アルコール	薬物	ギャンブル	計	全て選定 (設置)	連携 加算率
専門医療機関	○ 0.5%	○ 0.5%	○ 0.5%	1.5%	× 1%	5%
治療拠点機関	○ 1%	○ 1%	× 1%	2%		
相談拠点	○ 0.5%	○ 0.5%	○ 0.5%	1.5%		

交付額の算定方法

(精神科救急医療体制整備事業の事業費が2億円の場合)

現行

1. 精神科救急医療体制整備事業
(事業費)2億円 × (補助率)1/2 = (交付額)1億円

→ 事業費2億円の負担額:自治体1億円、国1億円



改正後(連携加算率が5%の場合)

1. 精神科救急・依存症医療等連携事業
(事業費)2億円 × 5% = (交付額)0.1億円(a)

2. 精神科救急医療体制整備事業
((事業費)2億円 - 0.1億円(a)) × (補助率)1/2
= (交付額)0.95億円(b)

3. 交付額合計
0.1億円(a) + 0.95億円(b) = 1.05億円

→ 事業費2億円の負担額:自治体0.95億円、国1.05億円

受診後の患者支援に係るモデル事業

平成30年度予算：依存症対策総合支援事業の内数

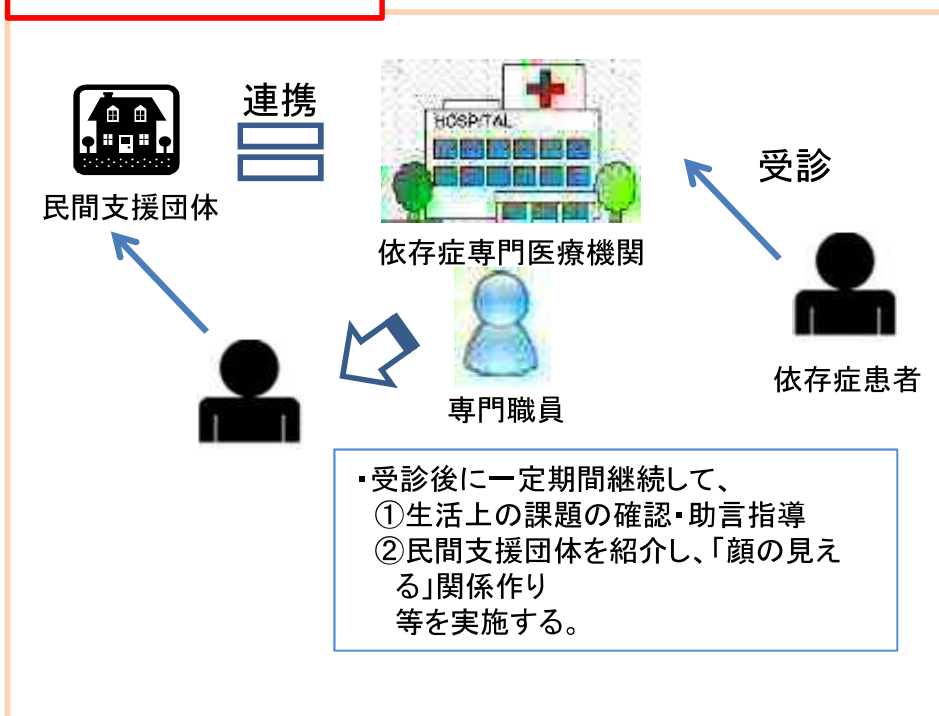
概要

依存症は適切な治療や支援により、回復可能な疾患であるが、支援を行う民間支援団体と連携した医療機関が十分でない。本事業では、依存症専門医療機関において、精神保健福祉士等の専門職員を配置し、医療機関の受診後又は退院後の依存症患者に対して、自助グループ等民間支援団体と連携しながら、医師の指示の下、依存症患者が回復できる環境を整えるなどの継続的な支援を実施し、民間支援団体と連携した医療機関の効果的な支援のあり方について知見を集積する。

(専門職員の具体的な業務)

- 依存症の背景にある生活上の課題に係る状況確認や助言指導
- 回復に資する地域の社会資源(民間支援団体や精神保健福祉センター等の相談機関等)の情報提供
- 依存症患者と民間支援団体の支援者との「顔の見える」関係作り
- 民間支援団体との繋がりなどの定期的な確認等

モデル事業のイメージ



<目指していく方向性>

○ モデル事業を通じて、民間支援団体と連携する専門医療機関が増加し、継続的な支援を依存症患者が受けることにより、依存症から回復する者が増加する。

(平成30年度の取組)

- 実施自治体及び機関：6自治体(8医療機関)
岐阜県(各務原病院)、大阪府(大阪府立大阪精神医療センター)、
神奈川県(神奈川県立精神医療センター)、静岡県(聖明病院、服部病院)、
愛知県(刈谷病院)、三重県(三重県立こころの医療センター、榊原病院)
- 活動報告：依存症対策ポータルサイトで公表 (<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document13.pdf>)

依存症に関する問題に取り組む民間団体支援

全国規模で活動する民間団体

支援

依存症民間団体支援事業

30年度予算 1,853万円

※国から団体へ直接交付する補助金（補助率10/10（定額））

【事業目的】

全国規模で依存症の問題に取り組む民間団体が実施する依存症対策を推進する上で必要な人材を養成するための研修や依存症に関する普及啓発等の活動を支援することにより、問題の早期発見・早期介入や適切な治療支援、問題の再発防止を図り、依存症患者、依存症が疑われる者、依存症になるリスクを有する者、依存症から回復を目指す者及びその家族等に対する支援体制の整備を一層推進することを目的とする。

【応募要件】

- （１）依存症対策に資する事業であること。
- （２）創意工夫や熱意をもって行われ、効果的な事業であること。
- （３）営利を目的としない事業であること。
- （４）複数の都道府県に渡って効果が期待され実施する事業であること、又は複数の都道府県の住民等を対象とし効果が期待され実施する事業であること。
- （５）地方自治体から補助や助成を受けていない事業であること。

平成30年度の本事業において、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に取り組む8団体の事業が採択された。

地域で活動する民間団体

支援

薬物依存症に関する問題に取り組む民間団体事業

30年度予算 地域生活支援事業493億円の内数

※地方自治体向けの補助金（補助率1/2）

補助対象となる民間団体の活動

- （１）ミーティング活動
ギャンブル等依存症を抱える者やその家族が他害の悩みを共有することや情報交換ができる交流活動。
→ 会場提供などの支援
- （２）情報提供
ギャンブル等依存症を抱える者やその家族の問題解決に資する情報提供。
→ 情報提供に使用するリーフレット作成経費などの支援
- （３）普及啓発活動
ギャンブル等依存症に関する普及啓発活動。
→ ギャンブル等依存症に対する理解促進のための刊行物発行に要する費用援助などの支援
- （４）相談活動
ギャンブル等依存症に関する問題の相談を受ける活動。
→ 会場提供や相談に同席する専門家への謝金などの支援

地方自治体におかれては、本補助金の積極的なご活用についてご検討をお願いしたい。

○国と地方自治体が、各地の民間団体のニーズに応える支援を展開し、民間団体の活動を促進する。

- アルコール・薬物・ギャンブルなどの依存症は、適切な治療とその後の支援によって、回復可能な疾患。
- その一方で、依存症に関する正しい知識と理解が得られていない上、依存症への偏見、差別もあり、依存症の方やその家族が適切な治療や支援に結びついていないという課題がある。
- こうした課題の解決に向けての取組として、イベントやSNSをはじめとする各種媒体で情報発信を進める。

□ 依存症の理解を深めるための普及啓発事業

① 依存症の理解を深めるための普及啓発イベント

(愛知・大阪イベント)

日時：平成31年2月17日（日） 場所：プライムツリー赤池 プライムホール（愛知県日進市）
平成31年2月23日（土） 場所：三井アウトレットパーク大阪鶴見 イベントスペース（大阪市）

出演者：濱口優（よゐこ）、依存症理解啓発サポーター 前園真聖、
松本俊彦（N C N P）、田中紀子（公社ギャンブル依存症問題を考える会） 他

(東京イベント)

日時：平成31年3月6日（水） 場所：時事通信ホール 時事通信ビル2F（東京都中央区）
出演者：大森靖子（超歌手）、依存症理解啓発サポーター 前園真聖、松本俊彦（N C N P）

依存症理解啓発サポーター
前園真聖



濱口優（よゐこ）



大森靖子

② 特設WEBサイト、SNSを活用した情報発信

- ◆ 特設WEBサイト(厚労省依存症対策HPよりアクセス可) を開設し、イベント開催、マンガ、動画等により依存症に関する正しい知識を啓発。Twitter：依存症なび(<https://twitter.com/izonshonavi>)

- ◆ コンテンツ配信：依存症に関する正しい理解の促進のためのマンガ、動画を特設WEBサイトで配信。

■ 依存症啓発漫画
三森みささんが、依存症をテーマにした啓発内容の漫画を制作。



■ 依存症啓発動画
YouTuberとしても活躍するお笑い芸人（せやろがいおじさん）が「依存症に対する偏見について物申す」動画を制作。



③ 依存症の理解を深めるための普及啓発シンポジウム

日時：平成31年3月10日（日） 13:00～17:00 場所：SMBCホール（東京都千代田区）

④ YAHOO! JAPANで依存症の特別企画を実施 期間：平成31年3月6日～3月24日



特設WEBサイト

□ その他

依存症の理解を深めるための普及啓発リーフレット

相談窓口として、各種民間団体（自助グループ・支援団体）の連絡先を掲載。

再犯防止推進計画(薬物依存症関連抜粋)

概要

- 「再犯の防止等の推進に関する法律」（平成28年法律第104号）第7条第1項の規定に基づき平成29年12月に策定。
- 同法同条第6項において、「少なくとも5年ごとに、再犯防止推進計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなくてはならない」と規定されていることから、計画期間は、平成30年度から34年度末までの5年間とされている。

薬物依存症関連の主な施策	関係省庁
海外の事例を参考にしつつ、薬物事犯者の再犯防止に効果的な方策を検討。	法務省、厚生労働省
薬物依存症治療の専門医療機関の充実と一般の医療機関における薬物依存症者に対する適切な対応を促進。	厚生労働省
依存症相談員を配置するなど、保健行政機関における薬物依存症に関する相談支援窓口の充実。	厚生労働省
就労と住居の一体的支援活動を行う民間団体の活動の援助など、自助グループを含めた民間団体の活動支援の充実。	厚生労働省
一般国民への講習会の開催等を通じ、薬物依存症者やその親族等の意識・知識の向上を図る。	厚生労働省
薬物依存症者の治療・支援等を行う関係機関の職員等による連絡協議会等を開催し、地域における課題の共有と対応方法の検討など、連携強化を図る。	警察庁、法務省、厚生労働省
薬物依存症治療の診療報酬上の評価の在り方について検討。	厚生労働省
薬物依存症に関する知見を有する、「医師、看護師等の医療関係者」、「精神保健福祉士及び社会福祉士」、「公認心理師」、「地域において生活支援を担う者」の育成。	厚生労働省

戦略策定に向けた3つの視点
・国際化を見据えた水際を中心とした薬物対策 ・未規制物質・使用形態の変化した薬物への対応 ・関係機関との連携を通じた乱用防止対策

5つの目標

目標1 青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止

＜学校における薬物乱用防止教育＞

○関係機関が連携した薬物乱用防止教室の充実
○指導者に対する研修会等による資質向上

＜関係機関等との連携、海外渡航者への広報＞

○関係機関・団体と連携した広報・啓発活動
○大麻を原材料とする食品の持ち帰りの注意喚起

＜広報・啓発の強化＞

○科学的知見を広報・啓発資材へ反映
○危険性等を強く印象付けられる画像等の利用

目標2 薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止

＜医療提供体制の強化＞

○認知行動療法等の専門医療機関の充実
○薬物依存症治療の従事者への研修

＜社会復帰のための指導・支援＞

○刑事司法関係機関等による指導・支援の推進
○依存症相談員を配置した相談拠点の設置

＜研究の推進＞

○薬物乱用実態の研究の推進
○治療回復プログラム等の効果検証

目標3 薬物密売組織の壊滅、末端乱用者に対する取締りの徹底及び多様化する乱用薬物等に対する迅速な対応による薬物の流通阻止

＜捜査基盤の整備と連携強化＞

○薬物専門の捜査・情報分析・鑑定等体制強化
○合同捜査・共同摘発の推進

＜巧妙化潜在化する密売事犯等への対応＞

○サイバーパトロール等による情報収集強化
○向精神薬悪用事例等への対応

＜未規制物質等の情報収集と迅速な規制＞

○高度な鑑定、毒性評価、鑑定手法の研究・導入
○関係機関間での迅速な情報共有

目標4 水際対策の徹底による薬物の密輸入阻止

＜密輸等の情報収集・取締体制の強化＞

○国内外関係機関と連携した早期の情報入手
○取締りに必要な資機材の整備

＜水際と国内の関係機関が連携した取締の徹底＞

○コントロールド・デリバリー捜査の活用
○合同捜査・共同摘発の推進

＜訪日外国人に対する広報啓発＞

○多言語での発信による広報・啓発強化
○国際会議・在外機関等を通じた広報・啓発

目標5 国際社会の一員としての国際連携・協力を通じた薬物乱用防止

＜各国・地域の薬物乱用実態等の把握＞

○インターネット対策等捜査手法に係る情報収集
○国際機関を通じた乱用薬物の情報収集

＜国際的な取締体制の構築＞

○国際捜査共助・逃亡犯罪人引渡等の活用
○職員の派遣等を通じた協力体制の構築

＜国際会議・国際枠組への積極的な参画＞

○アジア地域での薬物対策の協議及び知見の共有
○国連麻薬委員会等への参加を通じた諸外国との連携

※項目は主なものを記載

目標2 薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止

- 薬物乱用者が社会復帰し、薬物の再乱用を防止するためには、認知行動療法等を中心とした薬物依存症の適切な治療と社会復帰に向けた効果的な指導・支援の両輪により対策を講じる必要がある。
- 薬物乱用は犯罪行為であるとともに薬物依存症という病気である場合があることを十分に認識し、社会復帰や治療のための環境整備に努め、社会資源の活用を行った上で、再乱用防止施策を推進する必要がある。
- 薬物依存の治療及び薬物乱用者の社会復帰支援には、関係省庁間での連携を密にすることは当然であるが、民間団体との連携や薬物問題に悩む家族へのきめ細やかな支援が重要であることを理解し、効果検証等を通じて、より一層効果的な再乱用防止対策を推進する必要がある。

主なテーマ	主な具体的施策
薬物依存症者等への医療提供体制の強化	・薬物依存症の専門医療機関、治療拠点機関の選定の推進と、治療・回復プログラムのさらなる充実・普及を図る。 ・薬物依存症の治療に当たる医療従事者の専門性向上のための研修や精神科以外の医療機関に勤務する医療従事者の対応力向上や潜在的な薬物依存症者の早期発見、早期対応に資するための研修の充実を図る。
地域社会における本人・家族等への支援体制の充実	・依存症相談員を配置した相談拠点を設置し、本人やその家族からの薬物依存症に関する相談支援窓口の充実を図る。 ・薬物依存症からの回復に向けて、薬物依存症者やその家族を切れ目なく支援するため、地域で活動する自助グループ等民間団体の活動を促進するための取組の充実を図る。 ・薬物依存症の相談支援に当たる職員や依存症者の生活支援に当たる者に対する研修の充実を図る。 ・法務省及び厚生労働省により策定された「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」に基づき、刑事司法関係機関と医療・保健・福祉機関等との一層の連携を図る。 ・地域における薬物依存症者を支援する関係機関の連絡会議を開催し、各地域での薬物依存症に関する課題を共有・協議する等し、連携強化を図る。
薬物依存症に関する正しい理解の促進	・薬物依存症の正しい知識と理解について広く国民に浸透し、薬物依存症者やその家族が適切な治療や支援に結びつく社会を実現するため、積極的かつ継続的な普及啓発を実施する。
薬物乱用の実態や再乱用防止に向けた効果的なプログラムに関する研究の推進	・依存症に関する調査研究事業において、依存症対策全国拠点機関が実施する全国の医療・相談支援体制の整備に資する依存症の実態解明や地域の現状・課題に関する調査研究を行う。 ・厚生労働科学研究「刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究」(平成28-30年度)等の研究を推進する。

ギャンブル等依存症対策基本法概要

1 目的

ギャンブル等依存症は、

- ①本人・家族の日常生活・社会生活に支障を生じさせるものであり、
- ②多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の重大な社会問題を生じさせているギャンブル等依存症対策を総合的かつ計画的に推進し、

→ もって①国民の健全な生活の確保を図るとともに、②国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与

2 定義

ギャンブル等依存症……ギャンブル等（法律の定めるところにより行われる公営競技、ばちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為）にのめり込むことにより日常生活又は社会生活に支障が生じている状態

3 基本理念

- ① ギャンブル等依存症の発症・進行・再発の各段階に応じた防止・回復のための対策を適切に講ずるとともに、本人・家族が日常生活・社会生活を円滑に営むことができるように支援
- ② 多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

4 アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携への配慮

アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

5 責務

国・地方公共団体・関係事業者・国民・ギャンブル等依存症対策に関連する業務に従事する者の責務を規定

6 ギャンブル等依存症問題啓発週間

国民の間に広くギャンブル等依存症問題に関する関心と理解を深めるため、ギャンブル等依存症問題啓発週間（5月14日～20日）を設定

*ギャンブル等依存症問題：ギャンブル等依存症及びこれに関連して生ずる多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題

7 法制上の措置等

政府にギャンブル等依存症対策を実施するため必要な法制上・財政上の措置等の措置を講ずる義務

8 ギャンブル等依存症対策推進基本計画等

- ① **ギャンブル等依存症対策推進基本計画**：政府に策定義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
- ② **都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画**：都道府県に策定の努力義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
*②については、医療計画・都道府県健康増進計画・都道府県アルコール健康障害対策推進計画等との調和が必要

9 基本的施策

- ① 教育の振興等
- ② ギャンブル等依存症の予防等に資する事業の実施
- ③ 医療提供体制の整備
- ④ 相談支援等
- ⑤ 社会復帰の支援
- ⑥ 民間団体の活動に対する支援
- ⑦ 連携協力体制の整備
- ⑧ 人材の確保等
- ⑨ 調査研究の推進等
- ⑩ 実態調査（3年ごと）

10 ギャンブル等依存症対策推進本部

内閣に、内閣官房長官を本部長とする**ギャンブル等依存症対策推進本部**を設置
所掌事務：①基本計画の案の作成・実施の推進、②基本計画に基づく施策の総合調整・実施状況の評価等

11 ギャンブル等依存症対策推進関係者会議

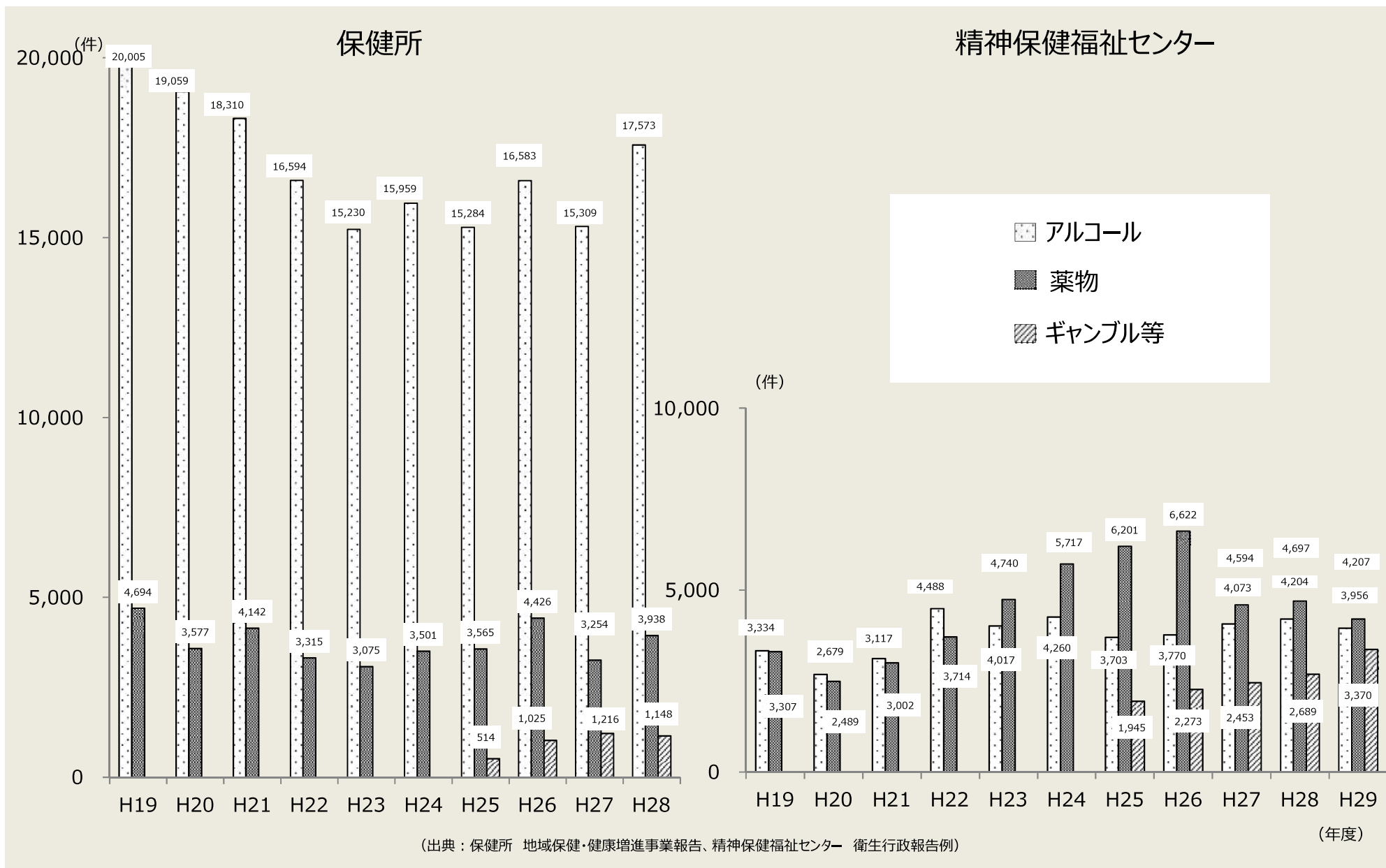
本部に、**ギャンブル等依存症対策推進関係者会議**を設置
委員：ギャンブル等依存症である者等・その家族を代表する者・関係事業者・有識者のうちから内閣総理大臣が任命（20人以内）
所掌事務：本部による①基本計画の案の作成、②施策の実施状況の評価結果の取りまとめの際に、意見を述べる

※ 施行期日：公布の日から起算して3月を超えない範囲内（平成30年10月5日施行）

※ 検討：① 本部については、施行後5年を目途として総合的に検討

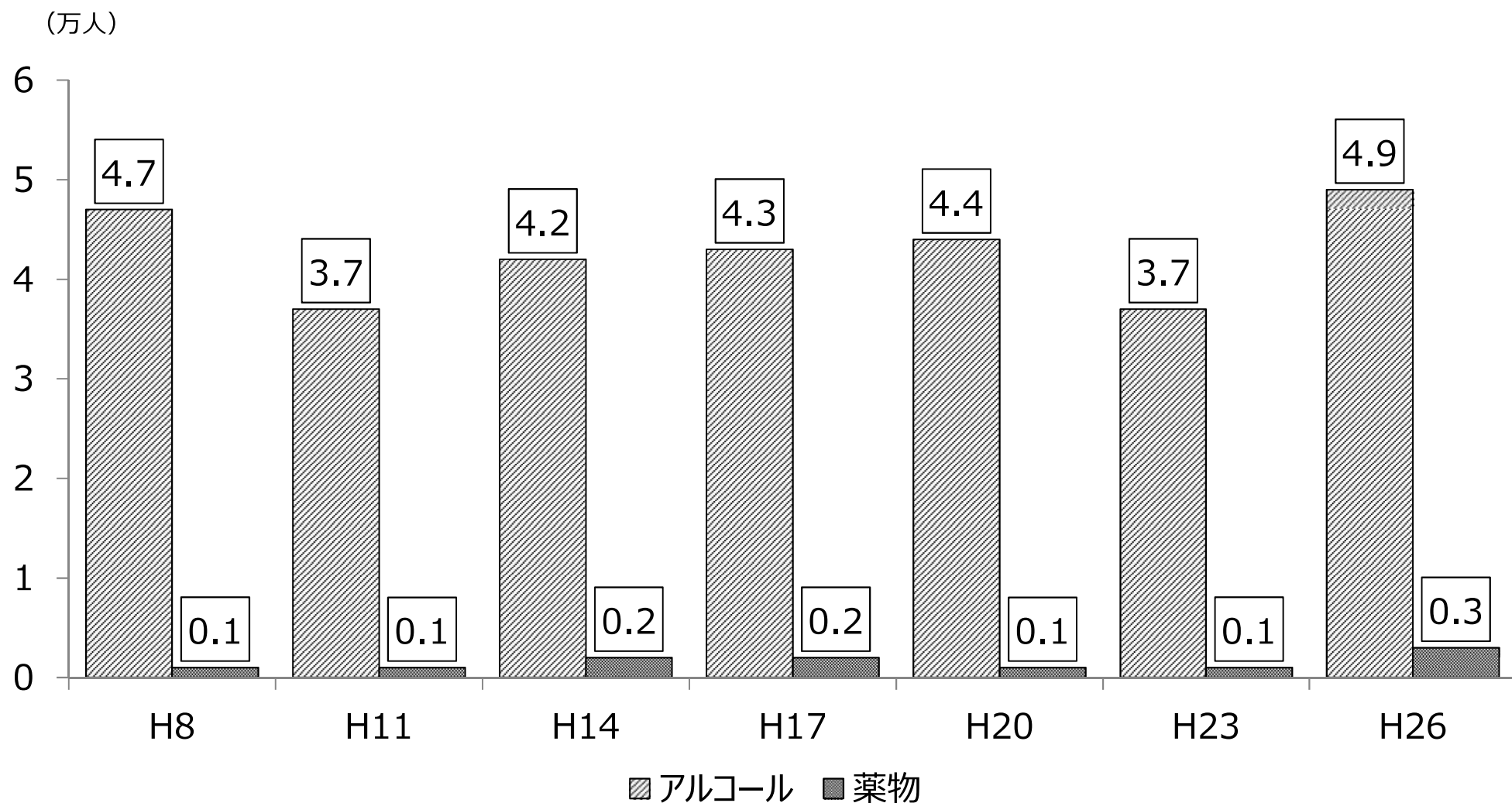
② ①のほか、本法の規定全般については、施行後3年を目途として検討

アルコール、薬物、ギャンブル等に関する相談件数



※H22年度の調査では宮城県のうち仙台市以外の保健所、精神保健福祉センターは含まれていない。 ※ギャンブルに関する相談件数は平成25年度調査より把握している。

アルコール依存症、薬物依存症の総患者数（患者調査）



(※ギャンブル等依存症は500人未満)

(出典：患者調査) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

依存症の患者数と推計値

平成28年度 依存症の患者数

- アルコール依存症の患者数
外来 95,579人 入院 25,606人
- 薬物依存症の患者数
外来 6,458人 入院 1,431人
- ギャンブル等依存症の患者数
外来 2,929人 入院 261人

※入院は依存症を理由に精神病床に入院している患者数。外来は1回以上精神科を受診した患者数。
「精神保健福祉資料」より

依存症の推計値

- アルコール依存症の推計値（時点経験）：約57万人
（生涯経験）：約107万人
- ギャンブル等依存が疑われる者の推計値（過去1年間）：約70万人
（生涯経験）：約320万人

厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 2013～2015年度」より

国立研究開発法人日本医療研究開発機構 障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究 2016～2018年度」より

ゲーム障害について

○ 世界保健機関(WHO)が2018年6月18日に公表した改訂版国際疾病分類(ICD-11)の最終案に、いわゆる「ゲーム障害」が明記された。
睡眠や学業など日常生活への影響があると指摘されている。

※ 2019年5月のWHO総会で正式決定される見込み。

※ Gaming(ゲーミング) disorder(ディスオーダー)の和訳については、現在、日本精神神経学会は、「ゲーム症」「ゲーム障害」を提案している。

(参考) ICD-11案(国際疾病分類)HP 該当部分(仮訳) 平成30年10月30日時点

6C51 ゲーム障害

○親分類

嗜癖行動による障害

○解説

ゲーム障害は、オンライン(インターネット上)またはオフラインの持続的または反復的なゲーム行動(「デジタルゲーム」または「ビデオゲーム」)のパターンによって特徴付けられ、

- 1) ゲームのコントロール障害(開始、頻度、強度、時間、終了、前後関係)。
- 2) ゲームが他の生活上の関心および日常活動よりも優先される程度にゲームの優先度が高まること。
- 3) ネガティブな結果が生じているにもかかわらず、ゲームを続けるまたはエスカレートさせること。その行動パターンは、個人的、家庭的、社会的、学業、仕事または生活機能における他の重要な領域に重大な支障をもたらすほどの重症度である。

ゲーム行動のパターンは、連続的または一時的且つ反復的であり得る。診断を割り当てるためには、通常12ヶ月以上、ゲーム行動およびその他の特徴が明らかであることを要するが、すべての診断項目が満たされ、症状が重度であれば、必要な期間が短縮される可能性もある。



ネット・ゲーム使用と生活習慣についてのアンケートを実施しています。

一般社団法人 新情報センターでは、**国立病院機構 久里浜医療センター**からの委託を受けて「ネット・ゲーム使用と生活習慣についてのアンケート」を実施しております。

1) 調査の目的

厚生労働省依存症対策全国センター調査研究事業の一環として国立病院機構 久里浜医療センターが実施しています。ネット依存が疑われる中学・高校生は、2012年から17年の5年間に1.8倍に増えたという報告もあり、このような背景から、この問題のより詳細な実態を明らかにする必要がありますが、今まで実施されたネット・ゲーム依存に関する調査は断片的なものがほとんどです。

ネット使用、ネット依存、ゲーム依存等に関する大規模かつ包括的な調査は、2019年度に実施する予定ですが、2018年度に実施される今回の調査は、その調査のための予備的調査です。

2) 調査の対象と選定方法

全国にお住いの10～29歳の6,000人の方々に調査のご協力をお願いしております。ご協力をお願いする方々が日本国民の縮図となるよう、学術研究調査で認められている正式な手続きを経て、住民基本台帳から統計的な手法により無作為に選ばせていただいた結果で、まったく他意はございません。

調査会社ホームページより

[調査員専用ページ](#)[調査のご依頼](#)[ENGLISH](#)[サービス](#)[トピックス](#)[家計消費状況調査](#)[法人情報](#)[Q & A](#)[採用案内](#)

3)調査の方法

調査は、担当の調査員が調査票をお渡しして、ご記入後に直接、調査員にお渡しいただくか、オンラインでの回答や郵送でのご返送が可能ですので、ご希望の調査方法を調査員にお申し付けください。なお、18歳未満の方には保護者の方のご了解をいただいてから、ご協力をご依頼いたします。

4)調査時期

平成31年1月17日頃から2月中旬頃

5)調査結果の公表

調査結果は厚生労働省における政策の企画・立案に活用され、その成果が社会に広く還元されます。

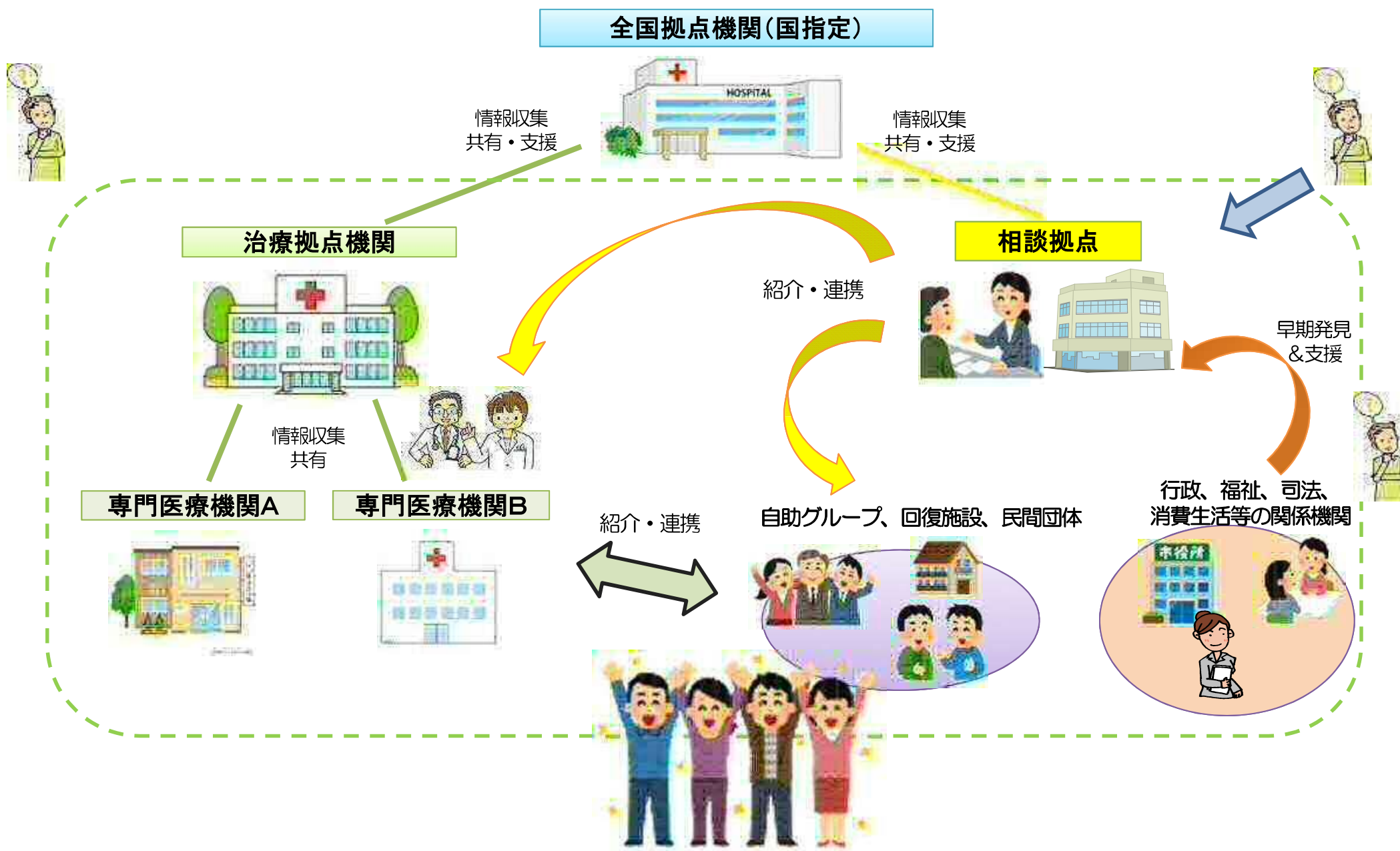
6)秘密の保護

対象者の方のプライバシーの保護に細心の注意を払っております。調査員を始めとする調査関係者が調査票の記入内容を他に漏らしたり、統計以外の目的に使うことは、固く禁じられています。集められた調査票は、厳重に管理され統計表を作成した後、焼却処分されます。また、一般社団法人新情報センターでは独自の個人情報の保護に関する安全対策規定を設けて、プライバシーの保護に努めております。

調査の対象となられた方は、お忙しいところ恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ぜひ、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

※ご協力いただいた対象者の方にはお礼として、QUOカード(500円分)を進呈させていただきます。

依存症の早期発見、回復には、多くの機関による支援や連携が不可欠



平成30年12月21日

平成31年度精神・障害保健課予算案の概要

厚生労働省障害保健福祉部
精神・障害保健課

障害児・障害者への良質かつ適切な医療の提供

2,358億円(2,355億円)

1. 自立支援医療

2,301億円(2,295億円)

心身の障害の状態を軽減し、自立した日常生活等を営むために必要な自立支援医療(精神障害者のための精神通院医療、身体障害者のための更生医療、身体障害児のための育成医療)を提供する。

また、自立支援医療の利用者負担のあり方については、引き続き検討する。

(交付先)

- ・精神通院医療：都道府県、指定都市
- ・更生医療：市町村
- ・育成医療：市町村

(負担率)

- ・精神通院医療：国 50/100、都道府県・指定都市 50/100
- ・更生医療：国 50/100、都道府県 25/100、市町村 25/100
- ・育成医療：国 50/100、都道府県 25/100、市町村 25/100

2. 措置入院

54億円(56億円)

精神保健福祉法の規定により、都道府県知事又は指定都市市長が入院させた精神障害者の入院に要する費用を負担する。

(交付先) 都道府県・指定都市 (負担率) 3/4

3. 医療保護入院

3.1億円(3.5億円)

琉球政府の負担において精神障害の医療を受けていた者が、復帰後も引き続き当該精神障害の医療を受けた場合における医療費を補助する。

(補助先) 沖縄県 (補助率) 8/10

地域移行・地域定着支援などの精神障害者施策の推進

214億円（205億円）

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進（一部新規）

5.7億円（5.6億円）

うち地域生活支援事業等5.3億円

社会福祉施設等施設整備事業 197億円の内数

精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、住まいの確保支援を含めた精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、都道府県等と精神科病院、その他医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築し、地域の課題を共有した上で、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進するとともに、新たに精神障害者に対する地域住民の理解を深めることを目的としたシンポジウムの開催等の普及啓発事業を実施する。

- ① 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
事業を実施する障害保健福祉圏域ごとに「保健・医療・福祉関係者による協議の場」を設置する。
- ② 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業
居住支援協議会の積極的な活用及び連携等により、精神障害者の住まいの確保支援の体制整備を行う。
- ③ ピアサポートの活用に係る事業
精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点からピアサポートの活用を推進するための体制整備を行う。
- ④ アウトリーチ支援に係る事業
精神障害者の地域生活を支援するため、多職種による訪問支援を行い、支援対象者及びその家族等の状態等に応じて、必要な支援が適切に提供される体制の整備を行う。
- ⑤ 入院中の精神障害者の地域移行に係る事業
精神科病院等に入院中の患者を対象に、退院に向けた包括的な相談・支援の実施等、入院中の精神障害者の地域移行に係る取組を行う。

- ⑥ 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業
アンケート調査や関係団体等へのヒアリング、精神障害者や家族等のニーズ把握、精神保健福祉資料等の既存データの分析、評価、活用等により、包括ケアシステムの構築状況の実態把握を行う。
- ⑦ 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事業
精神科病院、障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所等の職員に対し、精神障害者の地域移行に関する保健・医療・福祉の相互理解を促進するため、地域の関係者と協働し、研修を実施する。
- ⑧ 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業
措置入院者等の退院後の医療等の継続支援が実施できるように、制度の周知や人材育成などの必要な取組を実施する。
- ⑨ 精神障害者の家族支援に係る事業
精神障害者の家族が、包括ケアシステムに対する理解を深めるとともに、家族が安心して、精神障害者本人に対する支援ができるよう、家族支援を実施する。
- ⑩ 普及啓発に係る事業（新規）
各地域でのシンポジウムの開催等の普及啓発事業の実施により、精神障害者に対する地域住民の理解を深める。
- ⑪ その他
①から⑩のほか、地域包括ケアシステムの構築に資する事業を実施する。
(補助先) 都道府県、指定都市、保健所設置市、特別区
(補助率) 1 / 2
- ⑫ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援（委託費）
地域移行に実践経験のある広域アドバイザーと、都道府県等密着アドバイザーから構成されるアドバイザー委員会を国において設置し、ノウハウの共有化を図る。都道府県・保健所設置市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）における、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。
また、アドバイザーの資質の向上・育成を目的としたアドバイザー向けの研修を実施するとともに、精神障害者に対する理解を深めるためのシンポジウムを開催する。

(委託先) 公募

- ⑬ 長期入院精神障害者の退院先としてのグループホームの整備
長期入院中の精神障害者の居住先確保の支援として、退院先となるグループホームの整備を引き続き推進する。

(補助先) 都道府県・指定都市・中核市

(補助率) 1/2 (負担割合 国 1/2、都道府県・市 1/4、設置者 1/4)

2. 精神科救急医療体制の整備 (一部後掲) 17億円 (17億円)

地域で生活する精神障害者の病状の急変時において、早期に対応が可能な医療体制及び精神科救急情報センターの相談体制を確保するため、引き続き地域の実情に応じた精神科救急医療体制を整備する。

また、依存症患者が救急医療を受けた後に適切な専門医療や支援等を継続して受けられるよう、依存症専門医療機関等と精神科救急医療施設等との連携体制を構築する。

(補助先) 都道府県・指定都市

(補助率) 1/2

3. 心神喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保

189億円 (180億円)

※地方課計上分78百万円を除く

心神喪失者等医療観察法に基づく医療を円滑に行うために、引き続き指定入院医療機関を整備し、地域偏在の解消を進める。

また、指定医療機関の医療従事者等を対象とした研修や指定医療機関相互の技術交流等により、更なる医療の質の向上を図る。

4. てんかんの地域診療連携体制の整備 8百万円 (7百万円)

てんかんの治療を専門的に行っている医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、関係機関との連携・調整等の実施及び各診療拠点機関で集積された知見の評価・検討を行うため「てんかん診療全国拠点機関」を設け、てんかんの診療連携体制を整備する。

(補助先) てんかん診療全国拠点機関：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター

てんかん診療拠点機関：都道府県

(補助率) てんかん診療全国拠点機関：定額

てんかん診療拠点機関：1/2

5. 摂食障害治療体制の整備 10百万円 (10百万円)

摂食障害の治療を専門的に行っている医療機関を「摂食障害治療支援センター」として指定し、関係機関との連携・調整等の実施及び各支援センター

で集積された知見の評価・検討を行うため「摂食障害全国基幹センター」を
設け、摂食障害の診療連携体制を整備する。

（補助先）摂食障害全国基幹センター：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター

摂食障害治療支援センター：都道府県

（補助率）摂食障害全国基幹センター：定額

摂食障害治療支援センター：1／2

6. 精神科病院等における安全な医療を提供するための研修の実施

7 百万円（8 百万円）

精神科病院における患者間等の暴力行為防止に対する取組に関する研修
を精神科医療従事者に対して開催する。

（委託先）公募

7. その他

1. 9 億円（2. 3 億円）

（1）精神保健福祉センターにおける特定相談等の実施

7 0 百万円（7 0 百万円）

精神保健福祉法の規定に基づき、精神保健福祉センターが実施する特
定相談や社会復帰促進事業に係る経費について補助する。

（補助先）都道府県、指定都市 （補助率）1／3

（2）障害支援区分認定事務の円滑かつ適正な実施のための支援

5 1 百万円（5 5 百万円）

障害支援区分にかかる審査判定実績の傾向や認定状況等の課題につい
て継続的に情報の蓄積と分析を行うとともに、自治体へのフィードバッ
クと提案・助言を行う。

また、「障害支援区分判定ソフト」について、Windows10 に対応で
きるようソフトウェア改修を行う。

（委託先）公募

（3）自殺未遂者等支援拠点医療機関等の整備

1 6 百万円（1 6 百万円）

自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、自殺総合対策大綱を踏まえ
た、連携協議会や研修会の実施等を通じて関係機関のネットワークを構
築し、地域の自殺未遂者等支援の拠点医療機関等の整備を推進する。

（補助先）研修事業：公募

地域の自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業：都道府県

（補助率）研修事業：定額

地域の自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業：1／2

（４）認知行動療法の普及の推進

5 6 百万円（6 5 百万円）

うつ病の治療で有効な認知行動療法^{（※）} 研修やスーパーバイザーによる指導実施し、うつ病患者への治療の質の向上を図る。

※ものの受け取り方や考え方に働きかけて気持ちを楽にする精神療法

（補助先）公募 （補助率）定額

（５）PTSD 等対策総合支援の推進

1 4 百万円（1 4 百万円）

犯罪・災害などの被害者となることで生じる心的外傷後ストレス障害（PTSD）や児童思春期などに対する精神保健福祉活動の充実に資する取組を推進する。

（補助先）公募 （補助率）定額

アルコール健康障害対策、薬物依存症対策、ギャンブル等依存症 対策の推進

8. 2 億円（6. 3 億円）

○依存症対策の推進（一部新規）

8. 1 億円（6. 1 億円）及び地域生活支援事業等（4 9 5 億円）の内数

1. 全国拠点機関における依存症医療・支援体制の整備

7 7 百万円（6 9 百万円）

依存症者やその家族等が適切な治療や必要な支援を受けられるよう、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症対策の全国拠点機関において都道府県等の指導者の養成研修を実施するとともに、依存症の情報センターにおいてE－ラーニングによる情報発信等の強化を図り、依存症の医療・支援体制の整備を推進する。

（補助先）独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

（補助率）定額

2. 地域における依存症の支援体制の整備（一部新規、一部再掲）

7. 0 億円（5. 2 億円）

依存症者やその家族等が地域で適切な治療や必要な支援を受けられるよう、引き続き、都道府県等の人材養成や医療体制・相談体制の整備を推進するとともに、受診後の患者支援に係るモデル事業について民間団体の支援員を招いた院内ミーティングの開催等の支援を拡充する。

また、依存症患者が救急医療を受けた後に適切な専門医療や支援等を継続して受けられるよう、依存症専門医療機関等と精神科救急医療施設等との連携体制を構築する。

（補助先）都道府県、指定都市、保健所設置市、特別区（補助率）1／2、1 0／1 0

これらの他、依存症の実態解明や地域での現状・課題に関する調査を実施するとともに、依存症者や家族等が地域の治療や支援につながるよう、依存症に関する正しい知識と理解を広めるための普及啓発を実施する。

（補助先）独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター（補助率）1 0／1 0

（委託先）公募

（補助率）定額

3. 依存症問題に取り組む民間団体の支援

29百万円（18百万円）及び地域生活支援事業等（495億円）の内数

① 民間団体支援事業（全国規模で取り組む団体）

アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症者やその家族等の支援について、全国規模で実施している自助グループ等民間団体における支援ネットワークの構築や相談支援体制の強化を図る。

（補助先）公募 （補助率）10／10

② 民間団体支援事業（地域で取り組む団体）

アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症者やその家族等の支援について、地域で実施している自助グループ等民間団体の活動（ミーティング活動や相談支援、普及啓発活動等）に関する支援を行う。

（補助先）都道府県、指定都市、中核市等 （補助率）1／2

○アルコール健康障害対策

17百万円（17百万円）

1. アルコール健康障害対策理解促進事業

11百万円

アルコール関連問題啓発週間関係事業の開催やポスターの作成等をし、アルコール健康障害に関する正しい理解の普及啓発を行う。

2. アルコール健康障害対策連携推進事業

3百万円

都道府県のアルコール健康障害対策推進計画の策定を促すため、有識者（アドバイザー）等派遣や担当者会議を開催し、都道府県のアルコール健康障害対策を推進する。

東日本大震災及び熊本地震被災者に対する心のケア体制の整備

3. 9億円（19億円）及び被災者支援総合交付金（177億円）の内数

東日本大震災による被災者の精神保健面の支援のため、専門職による相談支援等を実施するとともに、帰還者の不安に対応する拠点の設置、自主避難者等への支援などを通じて、専門的な心のケア支援の充実・強化を図るとともに被災地の様々な心のケア活動に係る調査研究等を実施する。

また、熊本地震による被災者の専門的な心のケア支援を引き続き実施するとともに、平成30年7月豪雨及び平成30年北海道胆振東部地震による被災者の心のケアに対応するため、市町村等が行う被災者の専門的な心のケア支援を引き続き実施する。

（補助先）岩手県、宮城県、福島県、公募 （補助率）定額

（補助先）北海道、岡山県、広島県、愛媛県、熊本県 （補助率）3／4

1 旧優生保護法について

昭和23年に成立した旧優生保護法は、遺伝性疾患を理由とした強制的な不妊手術である優生手術の実施等について定めていた。この法律は、平成8年に母体保護法に改正され、優生手術に関する規定は削除されたが、旧優生保護法下で行われた不妊手術については、2018（平成30）年3月以降、与党ワーキングチーム及び超党派の議員連盟において議論が行われ、同年12月10日に「旧優生保護法に基づく優生手術を受けた者に対する一時金の支給等に関する立法措置について（基本方針案）」が了承された。

基本方針においては、

- ・一時金の請求に当たり都道府県を経由して行うことができること
- ・国及び地方公共団体は制度の周知を適切に行うとともに、一時金の請求に関し利便を図るための相談支援の業務その他の必要な措置を適切に講ずること

などが盛り込まれ、一時金の支給に関連して都道府県等にも一定の事務を担っていただくこととされている。

今後は、この基本方針に基づき今国会への法案提出を目指すこととされており、引き続き情報提供をさせていただくので、各都道府県におかれてもご承知おきいただきたい。

旧優生保護法について

昭和23年 優生保護法の制定（議員立法）

- ◆ 人口過剰問題やヤミ堕胎の増加を背景に、優生思想の下、不良な子孫を出生することを防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的として、優生手術（不妊手術）や人工妊娠中絶等について規定。



平成8年 優生保護法を母体保護法に改正（議員立法）

- ◆ 障害者の権利の実現に向けた取組が進められる中、障害者を差別する優生思想を排除するため、法律名を改正するとともに、遺伝性精神疾患等を理由とした優生手術（不妊手術）や、人工妊娠中絶に関する規定を削除した。

【件数】

- ◆ 本人の同意によらない不妊手術は約1万6500件、同意のあるもののうち、遺伝性疾患等を理由とするものを含めれば、約2万5000人。
- ◆ 本人の同意によらないものは、都道府県に設置された「優生保護審査会」にて、審査・決定。

本人同意			本人同意不要	
			審査会決定	保護者同意 審査会決定
3条			4条	12条
遺伝性疾患等	らい疾患	母体保護 819,975人	遺伝性疾患	非遺伝性疾患
6,967人	1,551人		14,566人	1,909人
約8,500件			約1万6500件	
約2万5000件				

旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する 立法措置について（基本方針）

平成 30 年 12 月 10 日
与党旧優生保護法に関する
ワーキングチーム

1 前文

- (1) 昭和 23 年に制定された優生保護法に基づき、あるいは同法の存在を背景として、特定の疾病や障害を有すること等を理由として多くの方々が、平成 8 年に改正が行われるまでの間、その生殖を不能とする手術や放射線の照射を強いられ、心身に多大な苦痛を受けてきたことに対して、我々は、真摯に反省し、心から深くおわびする。
- (2) 今後、このような事態を二度と繰り返すことのないよう、障害や疾病の有無によって分け隔てられることなく全ての国民が相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向けて努力を尽くす決意を新たにしているものである。
- (3) ここに、国としてこの問題に今後誠実に対応していく立場にあることを深く自覚し、対象者に対する一時金の支給に関し必要な事項を定めるため、この法律を制定する。

2 対象者

次に掲げる者であって、この法律の施行の日において生存しているもの

- ① 旧優生保護法第 2 章の規定により優生手術（同法第 2 条第 1 項に規定する優生手術をいう。）を受けた者（同法第 3 条第 1 項第 4 号又は第 5 号に規定する者に該当することのみを理由として、同項の規定により優生手術を受けた者を除く。）
- ② ①のほか、旧優生保護法が施行されている間（昭和 23 年 9 月 11 日から平成 8 年 9 月 25 日までの間）に、本人又は配偶者が旧優生保護法に規定する疾病若しくは障害又は当該障害以外の障害を有していること等を理由として、生殖を不能とすることを目的とする手術又は放射線の照射を受けた者

3 一時金の支給

- (1) 対象者には、一時金を支給する。一時金の額は、一律とする。

※ 一時金の具体的な額は、諸外国の例等も参考に引き続き検討し、法律案を提出するまでの間に決定する。

- (2) 対象者が、4 (1) の一時金の請求をした後に死亡した場合であって、その者が受けるべき一時金があるときは、その者の配偶者等で死亡時に生計同一であった遺族に支給し、遺族がないときは相続人に支給する。

4 権利の認定

- (1) 一時金の支給を受ける権利の認定は、これを受けようとする者の請求に基づいて、厚生労働大臣が行う。
- (2) 厚生労働大臣の認定を受けようとする者は、その居住地の都道府県知事を経由して請求を行うことができる。
- (3) 請求は、この法律の施行の日から起算して5年以内に行わなければならない。
この請求期限については、この法律の施行後における一時金の支給の請求の状況を勘案し、必要に応じ、検討が加えられるものとする。
- (4) 厚生労働大臣は、請求があったときは、優生手術に関する記録に当該請求に係る事実の記録がある場合を除き、当該事実があったかどうかに関し旧優生保護法一時金支給認定審査会〔仮称〕（以下「認定審査会」という。）に審査を求めなければならない。
- (5) 認定審査会は、厚生労働省に置かれるものとし、医学、法律学、障害者福祉等に関する専門的知識を有する者で構成する。
- (6) 認定審査会は、(4)の審査において、請求に係る事実について記録した資料がない場合においても、本人及び関係者の供述、医師の所見その他の資料を総合的に勘案して、適切な判断を行うものとする。

※ 参考とする資料の例

- ・ 本人及び家族の証言
- ・ 処置をした医師、福祉施設職員その他の関係者の証言
- ・ 手術痕等についての医師の診断書
- ・ 不妊手術等を受けたとする時期に請求者が旧優生保護法に規定する疾病に罹患し、又は障害を有していたことを示す資料

- (7) 厚生労働大臣は、(4)により認定審査会に審査を求めた請求については、その審査の結果に基づき、認定に関する処分を行わなければならない。
- (8) 厚生労働大臣及び認定審査会並びに都道府県知事は、必要があると認めるときは、公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる。
- (9) 認定審査会は、必要があると認めるときは、請求者に対して、指定する医師の診断を受けるよう求めることができる。

5 周知等

- (1) 国は、この法律の趣旨について、広報活動等を通じて国民に周知を図り、その理解を得るよう努めるものとする。
- (2) 国及び地方公共団体は、国民に対し一時金の支給を受けるのに必要な情報を十分かつ速やかに提供するために一時金の支給に関する制度の周知を適切に行

うとともに、一時金の支給の請求に関し利便を図るための相談支援の業務その他の必要な措置を適切に講ずるものとする。この場合において、対象者の多くが障害者であることを踏まえ、障害者支援施設その他の関係者の協力を得るとともに、障害の特性に十分に配慮するものとする。

※ 具体的な周知等の措置のイメージ

- ・ 障害福祉サービスの認定、障害者手帳の更新等の行政手続の機会を利用したきめ細やかな案内
- ・ 行政による相談窓口の設置
- ・ 弁護士会、医療関係者等の幅広い関係者の協力を得た相談支援の実施
- ・ 広報用ポスター・パンフレットの活用
- ・ 医療機関、障害者支援施設等を通じての申請の呼びかけ

6 その他

一時金については、公租公課を課することができない。

※ 優生手術等に関する調査の在り方については、法律案を提出するまでの間に検討する。

都道府県等における旧優生保護法関係資料等の保管状況調査結果(9月6日公表)

(1) 概要

与党WT及び超党派議連からの要請を受け、都道府県等が保有する優生手術に関する資料の保管状況を調査。

- 調査1:旧優生保護法等において、作成・提出等が定められている資料の保有状況
- 調査2:調査1で回答した資料の内容等を総合して把握できた、優生手術の申請、審査、手術実施の件数
- 調査3:その他、旧優生保護法に関して保有している資料(統計、白書、通知、事務連絡等)

(2) 調査対象等

- 対象機関: 都道府県、保健所設置市、特別区における行政機関(本庁、公文書館、保健所等)
- 対象文書:旧優生保護法3条(1号～3号)、4条、12条に基づき実施された優生手術に関する資料
- 調査実施時期:平成30年4月25日～平成30年6月29日

(3) 調査結果 ※括弧内は、個人が特定できる件数。

①優生手術の申請数(4条、12条))

4条	12条	不明	計
3,456	759	1,851	6,066
(3,437)	(657)	(1,072)	(5,166)

②審査の結果、優生手術が「適」とされた件数(4条、12条)

4条	12条	不明	計
3,261	699	1,716	5,676
(3,255)	(635)	(995)	(4,885)

- 第3条:本人の同意に基づいた優生手術
- 第4条:本人・保護者の同意によらず、優生保護審査会で審査・決定される優生手術
- 第12条:保護者の同意があった場合、優生保護審査会で審査・決定される優生手術

③実際に手術を行った件数(3条、4条、12条)

4条・12条				3条	計
4条	12条	不明	計		
3,002	612	1,373	4,987	1,709	6,696
(1,833)	(174)	(1,026)	(3,033)	(0)	(3,033)

統計として把握されている件数



約16,500件

約8,500件

約25,000件

厚生労働省等における旧優生保護法関係資料の調査結果(9月6日公表)

調査概要

□与党WT及び超党派議連からの要請を受け、厚生労働省等が保有する旧優生保護法関係資料を調査。

※調査対象機関： 本省内部部局、地方厚生局、保健医療科学院、国立社会保障・人口問題研究所、国立ハンセン病資料館、重監房資料館、国立公文書館

□調査の結果確認できた資料については、個人情報に該当する部分や、非公開での関係団体との面会における団体側の発言など、行政機関等情報公開法に照らして不開示とすべき情報をマスキングしたうえで、厚生労働省ホームページにおいて公表。

調査結果等

□旧優生保護法の施行時(昭和23年から平成8年まで)に作成・取得した文書であって、優生手術に関する資料、計250件を確認。

①通知・事務連絡：	20件	④厚生科学研究報告書：	5件
②自治体からの疑義照会・回答：	60件	⑤旧優生保護法の改正等に係る内部検討資料：	37件
③中央優生保護審査会等に関する資料：	16件	⑥その他の資料：	112件

<⑤の内部検討資料に記載されている内容の例>

- 優生手術の一部対象疾患の遺伝性について、遺伝性のものか否か医学的統一見解は無いと記載されている資料(昭和40年代)
- 強制不妊手術について人権侵害が甚だしいことから廃止すべき旨記載された資料(昭和60年代～平成元年)

▶ 既に削除された規定に関するこれらの資料は現時点では歴史的文書としての位置づけであり、不開示情報に該当しないため公表

医療機関・福祉施設、保健所設置市以外の市町村における 優生手術に関する個人記録の保有状況調査結果

10月31日
公表

1. 調査概要

□ 対象機関：

医療機関（病院、診療所）

福祉施設（障害者支援施設、障害児入所施設、母子生活支援施設、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、
援護施設、婦人保護施設、保護施設）

保健所設置市以外の市町村

□ 調査実施時期：平成30年7月13日から平成30年9月21日まで。

※医療機関、福祉施設については回答は任意。

2. 調査結果の概要

	調査 対象数	回答数 (回答率)	うち、個人記録がある と回答した施設数		うち、個人記録があ る可能性があるとい う施設数
				人数	
医療機関	103,675	54,906(53%)	54	609人	143
福祉施設	4,241	3,332(79%)	121	843人	71
計	107,916	58,238(54%)	175	1,452人	214
保健所設置市以 外の市町村	1,638	1,638(100%)	18	151人	2

※「個人記録がある可能性がある」の判断基準例

△法の施行当時から不妊手術を行っている医療機関である場合

△優生手術の実施や個人記録の存在について職員や施設入所者等の記憶又は証言がある場合

1 氏名 男・女
 年 月 日生 (歳)
 住所

2 医学的診断

診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)

所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)

各種検査

長谷川式認知症スケール (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)

MMSE (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)

脳の萎縮または損傷の有無

☐ あり ⇒ (☐ 部分的にみられる ☐ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施)

☐ なし

知能検査

その他

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☐ 回復する可能性は低い ☐ 分からない

(特記事項)

3 判断能力についての意見

☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。

☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。

☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。

☐ 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。

(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。



裏面に続く

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)
☐ なし

[]

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い
☐ 意思疎通ができない)
☐ なし

[]

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)
☐ なし

[]

(4) 記憶力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)
☐ なし

[]

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[]

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった
 (受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
- ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。
- ※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります)。

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 年 月 日

本人 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日	作成者 氏 名： _____ 印 職業(資格)： _____ 連 絡 先： _____ 本人との関係： _____
--	--

1 本人の生活場所について

- ☐ 自宅 （自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）
- ☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： _____ 年 月）
- ☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）
- ☐ 非該当
- ☐ 障害支援区分（認定日： _____ 年 月）
- ☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当
- ☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）
- ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
 （今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☐ あり ☐ なし
 （※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある
- ☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある
- ☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある
- ☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☐ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☐ 親族又は第三者が管理している

(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。
☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

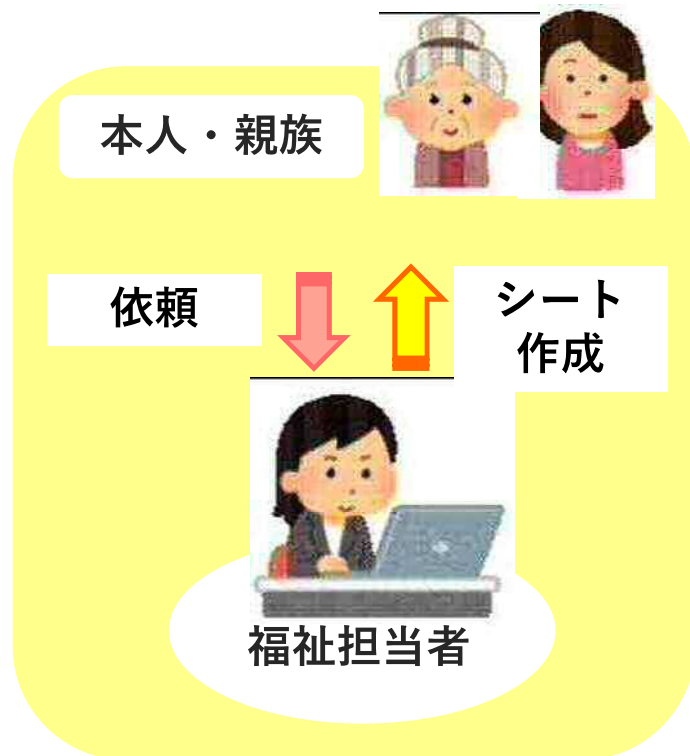
6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

本人情報シートの活用方法（1）

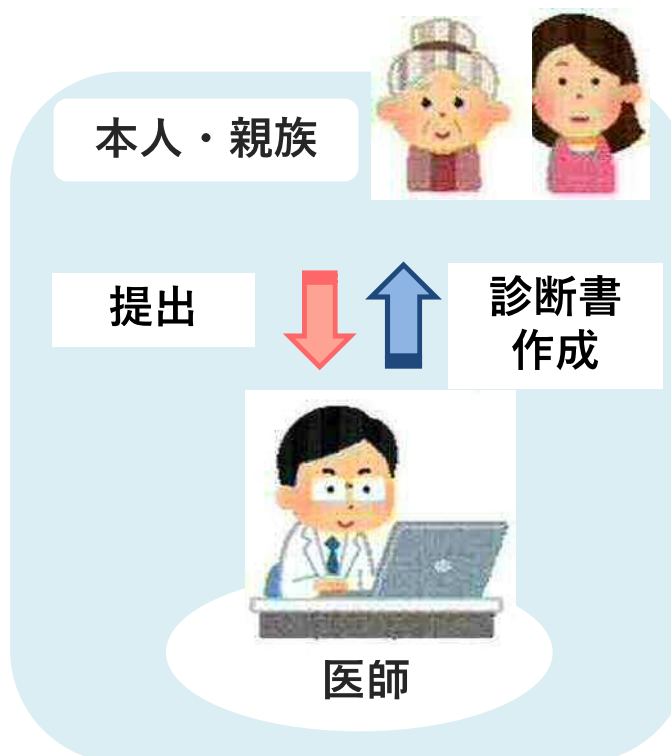
主に**医師が診断書を作成する際の補助資料**として活用することを想定

①本人情報シートの
作成依頼



福祉担当者において
作成

②診断書作成医に提出



診断の補助資料
として活用

③申立書類として
裁判所に提出



審判の参考資料とする

本人情報シートの活用方法（2）

後見等の手続開始前



本人・親族

支援内容の検討

後見人候補者の選定

相談



中核機関

後見等の手続開始後

チームでの方針検討

後見事務の見直し

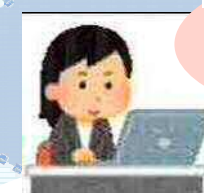


中核機関

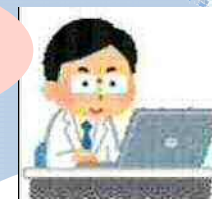
チームを
バックアップ



本人・後見人



福祉担当者



医療関係者

チーム

本人の状況の変化に応じた適切な支援の実現

成年後見制度における診断書作成の手引
本人情報シート作成の手引

最高裁判所事務総局家庭局

はじめに

成年後見制度は、自己決定の尊重、残存能力の活用、ノーマライゼーションといった新しい理念を取り入れ、平成12年4月、民法の改正により導入されました。制度の導入に当たり、最高裁判所は、利用者の便宜に資するよう、本人の事理弁識能力（自分の行為の結果について合理的に判断する能力）についての判断資料として用いられる診断書の書式を作成し、その後、幅広く利用されてきました。

そのような中、平成28年5月、成年後見制度の利用の促進に関する法律が施行され、平成29年3月には、成年後見制度利用促進基本計画（以下「基本計画」という。）が閣議決定されました。基本計画においては、政府は、医師が診断書等を作成するに当たって、福祉関係者が有している本人の置かれた家庭的・社会的状況等に関する情報も考慮できるよう、診断書等の在り方について検討するとともに、本人の状況等を医師に的確に伝えることができるようにするための検討を進めることとされています。このような基本計画の内容を踏まえ、今般、最高裁判所においても、医師が家庭的・社会的状況等に関する情報も踏まえて行った医学的判断をよりの確に表現することができるよう、従前の診断書の書式を改定するとともに、福祉関係者が本人の生活状況等に関する情報を記載し、医師にこれを伝えるためのツールとして、新たに「本人情報シート」の書式を作成することとしました。

この手引は、このような観点から改定された診断書及び新たに導入される本人情報シートを作成する際に参考としていただくために、成年後見制度の概要を説明した上で、各書式についての記載ガイドライン及び複数の記載例を掲載しています。

新しい診断書の書式及び本人情報シートの作成に当たっては、認知症や障害がある方の各関係団体や、医療・福祉に携わる関係団体から有益な御意見をいただきました。特に、各書式についての記載ガイドライン及び記載例を作成するに当たっては、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本社会福祉士会及び公益社団法人日本精神保健福祉士協会から、専門的な知見に基づく御助言をいただきました。御協力いただいた皆さまには、この場を借りて御礼を申し上げます。

今後も、実務の動向を見ながら、必要に応じて、修正を加えていきたいと考えておりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

平成31年4月

最高裁判所事務総局家庭局

目 次

一 成年後見制度について

- 1 成年後見制度とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 手続の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 3 文書の開示について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

二 成年後見制度における診断書作成の手引

- 1 診断書の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 2 診断書の書式・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- 3 診断書記載ガイドライン・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
- 4 診断書記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

三 本人情報シート作成の手引

- 1 本人情報シートの位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
- 2 本人情報シートの書式・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
- 3 本人情報シート記載ガイドライン・・・・・・・・・・・・・・・・・・31
- 4 本人情報シート記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

一 成年後見制度について

1 成年後見制度とは

認知症，知的障害，精神障害，発達障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方（ここでは「本人」といいます。）について，本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで，本人を法律的に支援する制度です。

※ 成年後見制度の種類

任意後見制度と法定後見制度があります。

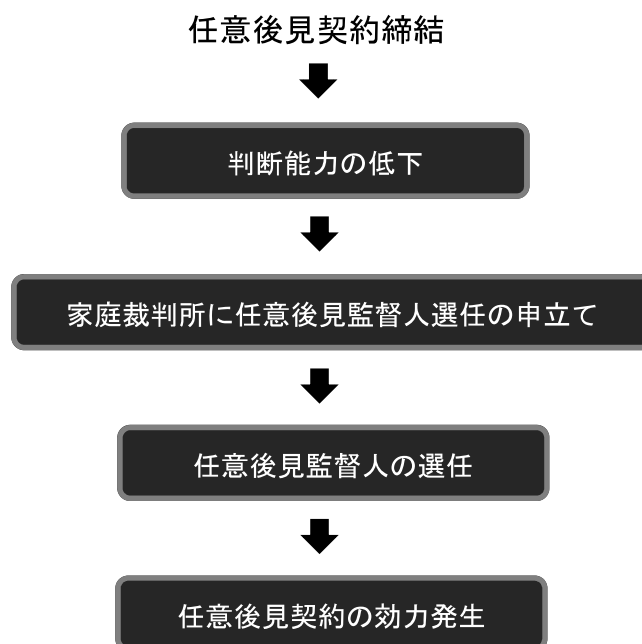
- 判断能力が不十分になる前 → 「① 任意後見制度」へ
- 判断能力が不十分になってから → 「② 法定後見制度」へ

① 任意後見制度

本人に十分な判断能力があるうちに，判断能力が低下した場合には，あらかじめ本人自らが選んだ人（任意後見人）に，代わりにしてもらいたいことを契約（任意後見契約）で決めておく制度です。

任意後見契約は，公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされていますので，契約手続は公証役場において行います。

本人の判断能力が低下した場合に，家庭裁判所で任意後見監督人が選任されて初めて任意後見契約の効力が生じます。この手続を申し立てることができるのは，本人やその配偶者，四親等内の親族，任意後見受任者です。



② 法定後見制度

本人の判断能力が不十分になった後、家庭裁判所によって、成年後見人等が選ばれる制度です。本人の判断能力に応じて、「補助」「保佐」「後見」の3つの制度が用意されています。

法定後見制度の3種類

	補助	保佐	後見
対象となる方	判断能力が不十分な方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が全くない方
成年後見人等が同意又は取り消すことができる行為（※1）	申立てにより裁判所が定める行為（※2）	借金、相続の承認など、民法13条1項記載の行為のほか、申立てにより裁判所が定める行為	原則としてすべての法律行為
成年後見人等が代理することができる行為（※3）	申立てにより裁判所が定める行為	申立てにより裁判所が定める行為	原則としてすべての法律行為

※1 成年後見人等が取り消すことができる行為には、日常生活に関する行為（日用品の購入など）は含まれません。

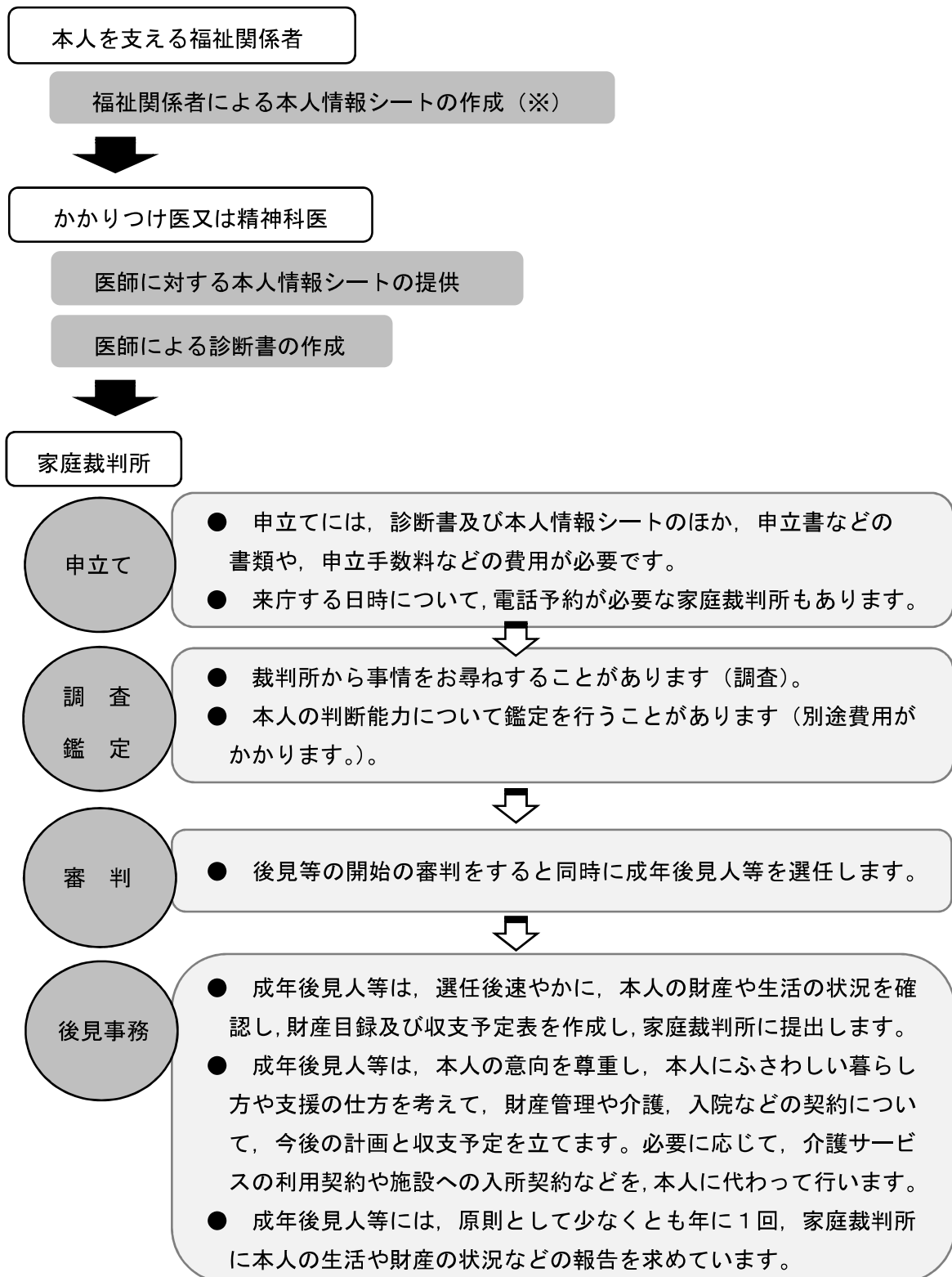
※2 民法13条1項記載の行為（借金、相続の承認や放棄、訴訟行為、新築や増改築など）の一部に限ります。

※3 本人の居住用不動産の処分については、家庭裁判所の許可が必要となります。

※ 保佐制度及び後見制度の利用により、本人が一定の資格や地位を失う場合があります。

※ 補助開始の審判、補助人に同意権・代理権を与える審判、保佐人に代理権を与える審判をする場合には、本人の同意が必要です。

2 手続の流れ



市区町村に設置されている地域包括支援センター、社会福祉協議会等が運営する権利擁護支援センター、成年後見制度に関わる専門職の団体（弁護士会、司法書士会、社会福祉士会など）等に、成年後見制度を利用するための手続について、あらかじめ相談することができます。

※ 本人情報シートの提出が難しい場合は、本人情報シートを提出することなく申立てを行うことが可能です。

3 文書の開示について

診断書及び本人情報シートは、原則として、当事者に対して開示される扱いとなります（詳細は以下のとおりです。）。診断書又は本人情報シートの作成に際しては、この点に留意してください。

当事者(※1)から 開示の申出があった 場合	原則と例外	原則として開示（例外的に非開示）
	非開示の要件	当事者又は第三者の私生活又は業務の平穩を害するおそれがあると認められるとき（※3）
		当事者又は第三者の私生活についての重大な秘密が明らかにされることにより、その者が社会生活を営むのに著しい支障を生じ、又はその者の名誉を著しく害するおそれがあると認められるとき（※4）
		事件の性質、審理の状況、記録の内容等に照らして、当事者に開示することを不相当とする特別の事情があると認められるとき
	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して不服申立てができる。
利害関係を疎明した 第三者(※2)から 開示の申出があった 場合	原則と例外	原則として非開示（例外的に開示）
	開示の要件	家庭裁判所（裁判官）が相当と認めるとき
	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して不服申立てはできない。

※1 当事者とは、家庭裁判所の手続の申立人や、手続に参加した本人及び親族などをいう。

※2 第三者とは、手続に参加していない本人及び親族などをいう。

※3 診断書を閲覧した当事者が押し掛けることが予想される場合の、診断医の住所や勤務先病院などがこれに当たる。

※4 本人の病歴や犯罪歴が社会的に露呈されると、本人の社会生活に著しい支障が生じるおそれがある場合などがこれに当たる。

成年後見制度における診断書作成の手引

二 成年後見制度における診断書作成の手引

1 診断書の位置付け

(1) 診断書の必要性について

家庭裁判所は、補助及び任意後見の利用開始に当たっては、医師の意見を聴かなければならないとされておりますので、申立人に対して、申立書とともに、本人の精神の状態について記載された医師の診断書の提出をお願いしています。

後見及び保佐については、原則として医師等の鑑定を必要とするとされていますが、診断書の記載等から明らかに必要がないと認められる場合には鑑定は不要とされていますので、鑑定の可否を検討するためにも、まずは、補助・任意後見の場合と同様、医師の診断書の提出をお願いしています。

※ 本人が診断を拒否しているなど、様々な事情によって診断書の作成・提出が困難な場合には、診断書の添付がなくても申立てを行うことは可能です。その場合、多くのケースでは、申立人が鑑定を行うための費用を一時的に負担して手続が進められます。

※ 鑑定書を作成する上での留意事項（鑑定書書式・記載ガイドライン・記載例等）については、「成年後見制度における鑑定書作成の手引」を参考にしてください（最寄りの家庭裁判所又は後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）で入手することができます。）。

(2) 診断書書式について

成年後見制度は精神上的障害によって判断能力が低下している者を対象としており、家庭裁判所は、医師の作成した診断書等を参考に、本人について、精神上的障害の有無や判断能力の低下の有無・程度について判断することになります。

家庭裁判所の審理に必要な情報は、「診断書（成年後見制度用）」の書式を利用して診断書を作成していただくことによって記載することができます。本人や親族等から依頼があった場合には、本書式を利用して診断書を作成いただきますようお願いします。

(3) 診断書記載ガイドライン及び診断書記載例

診断書記載ガイドラインは、後見関係事件の手続で家庭裁判所が判断する際の資料となる診断書の記載の一般的な基準を示したもので、それぞれの記載事項の意味や記載の要領を示しています。

診断書記載例は、診断書を作成する上での参考とするために、後見等の手続において比較的多く現れると考えられる症例を想定して、診断書記載ガイドラインに沿って作成したものです。

後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）から、「診断書書式」（Word形式）のダウンロードができます。

診断書作成の依頼があった場合

かかりつけの患者の場合

かかりつけの患者でない場合

本人情報シート（※手引 27 頁～参照）の提供を受けた場合は、診断への活用をご検討ください。

これまでの診察を踏まえて対応する

診察（1か月程度）

以前から本人を診察している医師が作成する場合や病状が明らかな場合には、1回の診察で作成されることが想定されています。

以前には診察を受けていなかった場合であっても、おおむね1か月程度の期間、2、3回程度の診察で作成することが可能かご検討ください。

より専門的な検査等を実施する必要がある場合

診断書の作成

診断書の作成

専門医療機関を勧める

- この診断書は、通常の診断書と同様、当事者が医師に依頼して作成されるものであり、診断書作成にかかる費用は、通常の診断書の場合と同様、当事者の負担となります。
- 成年後見のための診断書を作成する医師に資格等による限定はありませんが、この診断書は、本人の精神の状況について医学的見地から判断をするものですから、精神神経疾患に関連する診療科を標榜する医師又は主治医等で本人の精神の状況に通じている医師によって作成されるものと考えられます。
- 診断書の内容についてさらに確認したい点がある場合には家庭裁判所から問合せがありますが、診断書を作成した医師に成年後見の手続において証言を求めることは通常は想定されません。

1 氏名

男・女

年 月 日生 (歳)

住所

2 医学的診断

診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)

所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)

各種検査

長谷川式認知症スケール (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)MMSE (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)

脳の萎縮または損傷の有無

☐ あり ⇒ (☐ 部分的にみられる ☐ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施)☐ なし

知能検査

その他

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☐ 回復する可能性は低い ☐ 分からない

(特記事項)

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。
- ☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。
- ☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。
- ☐ 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。

(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)
☐ なし

〔

〕

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い
☐ 意思疎通ができない)
☐ なし

〔

〕

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)
☐ なし

〔

〕

(4) 記憶力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)
☐ なし

〔

〕

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

〔

〕

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった

(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
 ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。
 ※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

3 診断書記載ガイドライン

表面

(家庭裁判所提出用)

診断書 (成年後見制度用)

(表面)

1	氏名	男・女
	年 月 日生 (歳)	
	住所	
2	医学的診断	
	診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)	
	所見 (現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)	
	各種検査	
	長谷川式認知症スケール (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)	
	MMSE (☐ 点 (年 月 日実施) ☐ 実施不可)	
	脳の萎縮または損傷の有無	
	☐ あり ⇒ (☐ 部分的にみられる ☐ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施)	
	☐ なし	
	知能検査	
	その他	
	短期間内に回復する可能性	
	☐ 回復する可能性は高い ☐ 回復する可能性は低い ☐ 分からない	
	(特記事項)	
3	判断能力についての意見	
	☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる。	
	☐ 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。	
	☐ 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。	
	☐ 支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。	
	(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば、記載してください。	

1/2

裏面に続く

2 医学的診断

- 診断名
- 本人の判断能力に影響を与えるものについて記載してください (判断能力に影響のない内科的疾患等の診断名を記載する必要はありません。)
 - 病院で通常に行われる程度の診察によって得られる診断名を記載していただければ十分であり、確定診断が得られない場合には、「～の疑い」という形で記載していただいても構いません。

○ 所見

- 診断を導く根拠となる病状等について、その内容、発症の時期、経過等を簡潔に記載してください。また、現病歴、現在症、既往の疾患等のうち、現在の精神の状態に影響を与えるものがある場合も、この欄に記載してください。

○ 各種検査

- 診断書には、判断能力に関する医学的診断をする際の代表的な検査項目を掲げています。掲げられている検査を行った場合には、その結果を記載してください。入院先等の検査結果を利用できるときは、それを用いても構いません。(※検査は、本人の症状に照らして、通常の診断を行う際に必要な範囲で行っていただければ十分であり、診断書に記載されている検査を殊更に実施していただく必要はありません。)
- 知能検査を行った場合には、その検査方法 (ウェクスラー式知能検査、田中ビネー式知能検査など)、検査結果、検査年月日について記載してください。その他の検査を行った場合も、同様です。

○ 短期間内に回復する可能性

- 診断を導く根拠となる病状が短期間内 (概ね6か月～1年程度) に回復する可能性について記載してください。なお、特記事項欄には、回復可能性に関する判断根拠等について、必要に応じて記載していただくことを想定しています (ただし、回復可能性が高い場合や、一般的な傾向とは異なる場合等については、その理由について必ず記載してください。)

3 判断能力についての意見

- 裁判所が本人の判断能力を判断するための参考となる意見を記載してください。なお、チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や、更なる検査等が必要と考えられるなど慎重な検討を要する事情等がある場合には、意見欄にその事情や理由についての意見を記載してください。
- 当欄は、申立人が裁判所にどのような申立てをするのかの参考とすることが想定されており、一般的には、以下のとおりの対応関係にあります (※申立てを受けた後、裁判官が診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき本人の判断能力を判断しますが、事案によっては医師による鑑定を実施することがあります。)
- 「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある」→ 補助類型の申立て
 - 「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 保佐類型の申立て
 - 「支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 後見類型の申立て
- ※ なお、「契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる」ときは、一般的には十分な判断能力があり、後見制度の利用の必要はないものと見込まれます。
- チェックボックス中の「契約等」とは、一般に契約書を必要とするような重要な財産行為 (不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等) を想定しています。また、「支援」とは、家族等の身近な人によって提供されることが期待される適切な援助行為を想定しており、具体的には、契約等の場面で家族等が本人の反応や理解の程度を踏まえて、本人に分かりやすい言葉で説明をすることなどを想定しています。本人に対して現実提供されている援助行為の有無、内容等について調査していただく必要はありません。

(家庭裁判所提出用)

(裏 面)

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)
☐ なし

[]

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い
☐ 意思疎通ができない)
☐ なし

[]

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)
☐ なし

[]

(4) 記憶力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)
☐ なし

[]

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[]

参考となる事項 (本人の心身の状態, 日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった

(受けた場合には, その考慮の有無, 考慮した事項等についても記載してください。)

判断の根拠欄

○ 診断結果及び判断能力についての意見を導いた根拠について, (1)から(4)の項目ごとに記載してください。なお, チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や, チェックした上で付加的な説明を要する事情等がある場合には, チェックボックスの下有空欄にその事情等を記載してください。

○ 「(5)その他」については, (1)から(4)に関する記載では判断の根拠についての説明として十分ではないときに, 判断能力に関する意見を導いた根拠を記載してください。

参考となる情報

○ 判断能力についての意見を導く事情とまではいえないものの, 本人の状態や生活状況に関して, 裁判所が把握しておいた方がよいと思われる事情があれば, その旨記載してください。

○ 家族や支援者等から本人情報シートの提供を受けた場合には, 「受けた」の欄にチェックをしてください。また, 本人情報シートの記載を診断において考慮した点があれば, その内容等について記載してください (特段, 考慮する点がなかった場合にも, その旨記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については, 後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは, 本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として, 本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は, 診断への活用を御検討ください。
※ 家庭裁判所は, 診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき, 本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

4 診断書記載例

モデル事例 1：認知症（重度），施設入所【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ (男)・女
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生 (80 歳)
住所 ○○県○○市○○町○○ー○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

レビー小体型認知症（DLB）

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

2012年頃より幻視が出現。夕方などに「人が見える」と述べたり，夜間の睡眠中に誰かと言いつ争っているような言動がみられるようになった。物の置き忘れが目立つようになり，簡単な計算も出来なくなったため，2013年6月，A病院神経内科を受診。DLBと診断された。かかりつけBクリニックへ通院し治療を継続していた。2015年頃には書字が困難となった。2016年3月頃より幻視が活発となり，また，「妻が自分に危害を加えようとしている」と述べ，妻への暴力がしばしばみられるようになったため，同年7月，紹介にて当院（精神科）初診。DLBにともなう幻覚妄想状態の増悪と診断し，入院にて治療を行うこととした。薬物療法，専門リハビリテーションにて病状は徐々に改善し，2017年5月に退院。特別養護老人ホームへ入所し，引き続き，当院にて定期的に通院加療を行っている。

各種検査

長谷川式認知症スケール (☑ 8 点 (2018 年 4 月 10 日実施) □ 実施不可)

MMSE (☑ 7 点 (2018 年 4 月 10 日実施) □ 実施不可)

脳の萎縮または損傷の有無

☑ あり ⇒ (□ 部分的にみられる ☑ 全体的にみられる □ 著しい □ 未実施)
□ なし

知能検査

その他

ドーパミントランスポーター（DaT）シンチグラフィー：

両側線条体におけるDaTの著明な集積低下（2015年7月5日施行）

短期間内に回復する可能性

□ 回復する可能性は高い ☑ 回復する可能性は低い □ 分からない

（特記事項）

3 判断能力についての意見

- 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☑ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。

1/2



裏面に続く

モデル事例１：認知症（重度）、施設入所【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

判定の根拠

（１）見当識の障害の有無

☒ あり ⇒ ☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☒ 障害が高度

☐ なし

〔 デイルームから自室に帰ることが困難。慣れた生活環境においても、目的に沿った単独での移動が見守りのもとでも難しく、必ず誘導が必要である。 〕

（２）他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ ☐ 意思疎通ができないときもある ☒ 意思疎通ができないときが多い

☐ 意思疎通ができない

☐ なし

〔 あいさつ、食欲・身体状態を尋ねる簡単な問いに対する返答等はできるが、しばしば意識傾眠にて疎通困難のことが多い。 〕

（３）理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ ☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☒ 問題が顕著

☐ なし

〔 施設スタッフ、他の入居者との会話に際して、問いかけに対して無関係の内容を答えることが多く、また、日々の日課に際しても、まとまりのある行動をとることができない。 〕

（４）記憶力の障害の有無

☒ あり ⇒ ☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☒ 問題が顕著

☐ なし

〔 数分前の会話の話題、行事の後でどのような活動をしたか等を想起できず、近時記憶力の障害が顕著である。自らの誕生日もしばしば答えることができず、遠隔記憶の障害も進んでいる。 〕

（５）その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

〔 妻の面会に際して、妻であると認識できず、かつ、古い友人の妹であると述べる等の、相貌失認が認められる。加えて、人物誤認妄想も認められ、「何者かが悪意をもって自分に近づいてきている」等と述べ、被害関係念慮の形成傾向もみられる。 〕

参考となる事項（本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等）

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☒ 受けなかった

（受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。）

以上のとおり診断します。

2018 年 9 月 10 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

モデル事例2：認知症（軽度），在宅，独居【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ 男 ☒ 女
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生（ 62 歳）
住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

アルツハイマー病（AD：若年性認知症）

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

2011年（55歳），会社の事務職をしていたが，仕事上のミスが多くなっていた。2013年には職場でも家庭でも明らかな物忘れがみられるようになったため，A病院神経内科を受診。ADの診断のもと，薬物療法が開始された。仕事は職場での支援を受けながら続けたが，2015年12月，1年間の休職の後，退職。2015年4月以後，当院（精神科）で通院に訪問看護を併用し治療を続けている。2016年よりデイケアを開始。訪問介護等の介護保険サービスも併用し，在宅療養を支えているが，最近は，計算，預金の出し入れも難しくなり，単身の生活のため，徐々に生活上の困難がみられるようになっている。

各種検査

長谷川式認知症スケール ☒ 16 点（ 2018 年 7 月 15 日実施） ☐ 実施不可

MMSE ☒ 18 点（ 2018 年 7 月 15 日実施） ☐ 実施不可

脳の萎縮または損傷の有無

☒ あり ⇒ ☐ 部分的にみられる ☒ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施

☐ なし

知能検査

その他

脳血流シンチグラフィー(SPECT)：後部帯状回，楔前部の血流低下（2013年7月施行）

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い ☐ 分からない
（特記事項）

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- ☒ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☐ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。

1/2



裏面に続く

モデル事例２：認知症（軽度）、在宅、独居【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

判定の根拠

（１）見当識の障害の有無

- ☒ あり ⇒ ☐ まれに障害がみられる ☒ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度
☐ なし

〔 自宅周辺では道に迷うことはないが、少し離れた所では道に迷うため、携帯電話で
 ケアマネジャー等に支援を受けている。 〕

（２）他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ ☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い
☐ 意思疎通ができない

- ☒ なし
 〔 日常会話はよく成立し、疎通も良好である。 〕

（３）理解力・判断力の障害の有無

- ☒ あり ⇒ ☒ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著
☐ なし

〔 複雑な内容の理解が困難であり、社会的話題、今後の本人の生活について等の込み入った
 話題に関しては、理解・判断ができず戸惑うことが多い。 〕

（４）記憶力の障害の有無

- ☒ あり ⇒ ☐ 問題はあるが程度は軽い ☒ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著
☐ なし

〔 近時記憶力の低下が著明で、重要な行事予定、日課等も覚えることは困難で、その都度、
 直前に知らせ確認するようにしている。生年月日、若い頃の経験等の遠隔記憶は比較的
 保たれている。 〕

（５）その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

〔 日常の家事は、調理等も含め、ある程度自立しているが、メニューが単純となったり、同じ食材を
 沢山買って冷蔵庫にため込んでいることが多い。服薬の忘れもしばしばのため、ヘルパーに支援を依
 頼している。金銭管理も困難で、別に暮らしている長女が行なっている。 〕

参考となる事項（本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等）

※ 「本人情報シート」の提供を ☒ 受けた ☐ 受けなかった

（受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。）

本人情報シートから、以下について考慮した。入浴、更衣、洗濯等の身の回りのことは、現在の
 ところ、一人で行えていること。別に暮らしている長女、長男、本人の兄弟についても正しく認識
 しており、また、日常生活に支障となる精神・行動障害も認められないこと。

以上のとおり診断します。

2018 年 10 月 14 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロ
 ードできます。
 ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料とし
 て、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。
 ※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します（事案
 によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ 男 女
 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生（○○ 歳）
 住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

重度知的障害（F72）

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

8か月の早産にて出生，体重1350グラムでしばらくの間は保育器管理をされたが，染色体異常などは認めない。初語・初歩ともに遅く，意味のある言葉が出ず，3歳児検診で知的な遅れを指摘された。幼稚園は周りとの交流ができず一人遊びで過ごした。小中学校は特別支援学級，以後は在宅で母と二人暮らしであったが，母が死去したために現在の障がい者支援施設に入所，現在に至る。

各種検査

長谷川式認知症スケール ☐ 点（ 年 月 日実施） ☐ 実施不可
 MMSE ☐ 点（ 年 月 日実施） ☐ 実施不可

脳の萎縮または損傷の有無

☒ あり ⇒ ☐ 部分的にみられる ☒ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施
☐ なし

知能検査

田中・ビネー知能検査にて，IQ：25と重度知的障害のレベルを認めた。（○年○月○日実施）

その他

計算能力としては一桁の加減算もできず，簡単な図形の模写などもできない。

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い ☐ 分からない

（特記事項）

発育初期より精神発達の遅滞を認め，言語コミュニケーションができず，疎通性も著しく損なわれている。今後，短期間でこのような状態が回復する可能性はないものとする。

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
☒ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。

1/2



裏面に続く

モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☒ 障害が高度)

☐ なし

〔季節や場所，時間などの概念が理解できず，生活上の広範囲において支援を要している。〕

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い

☒ 意思疎通ができない)

☐ なし

〔ごく簡単な意思表示のみ可能であり，家人以外の第3者との意思疎通はほぼ不能であり，理解しているか否かも不明である。身振り手振りでの反応レベルである。〕

(3) 理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☒ 問題が顕著)

☐ なし

〔言語を通じての理解困難であり，抽象的な事象の理解はできておらず，物事の判断には常に支援を要している。〕

(4) 記憶力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☒ 問題が顕著)

☐ なし

〔直前に示した物品などもおぼえておらず，記憶力の著しい障害を認める。〕

(5) その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

〔簡単な読み書きもほとんどできず，物事の分別能力も著しく損なわれている状態である。〕

参考となる事項（本人の心身の状態，日常的・社会的な生活状況等）

本人の意にそぐわないことに対しては，噛みつき行為・パニック・飛び出し行為などの行動を起こすことがある。

・療育手帳（地域によって名前が異なることがある）A2所持中。

※ 「本人情報シート」の提供を ☒ 受けた ☐ 受けなかった

（受けた場合には，その考慮の有無，考慮した事項等についても記載してください。）

日々の日常生活における状態や行動等について，適応能力判断の参考とした。

以上のとおり診断します。

〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇ー〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇



【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については，後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは，本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として，本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は，診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は，診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき，本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

モデル事例4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ 男 女
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生（○○ 歳）
住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

軽度知的障害（F70）

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

幼少期より物覚えの悪さを周囲は感じるも，特に精査等は受けなかった。小中と普通学級に通うが成績は悪く，友人関係も限られた数人との交流程度で，授業の内容もあまり理解できていなかったらしい。

中学卒業後に現在の工場に勤めており，簡単な単純作業であるもののミスが多く，しばしば注意をされているとのことである。

各種検査

長谷川式認知症スケール ☐ 点（ 年 月 日実施） ☐ 実施不可

MMSE ☐ 点（ 年 月 日実施） ☐ 実施不可

脳の萎縮または損傷の有無

☒ あり ⇒ ☐ 部分的にみられる ☒ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施

☐ なし

知能検査

田中・ビネー知能検査にて，IQ：56という結果を認めた。（○年○月○日実施）

その他

2桁程度の簡単な加減算はできるが，3桁になると誤答が多くなる。漢字の書字・読字は小学校レベルであり，誤字も多い。

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い ☐ 分からない

（特記事項）

発育初期よりの精神発達遅滞であり，今後，短期間でこの状態が回復する可能性はないものとする。

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- ☒ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☐ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。

1/2



裏面に続く

モデル事例4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)

☒ なし

〔 時間・場所・季節などの理解は出来ており，そのことにおける社会生活上の特記すべき障害は認めない。 〕

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い

☐ 意思疎通ができない)

☐ なし

〔 簡単な日常会話程度の意思疎通は可能で，それらにおいては特記すべき障害はないが，内容が込み入ってくるとスムーズな意思疎通は難しくなる。 〕

(3) 理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)

☐ なし

〔 簡単な事柄の理解は出来ているが，複雑なことや同時にいくつもの事の理解や判断は困難であり，混乱してしまう。 〕

(4) 記憶力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)

☐ なし

〔 簡単な事柄においては障害は目立たないが，同時にいくつもの事項が重なると忘れ易い。 〕

(5) その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

〔 簡単な日常生活は遂行できるが，物事に優先順位をつけることや計画を立てることなどに支援を要している。 〕

〔 単身で高額な買い物や計画的に金銭管理を行うことは困難であり，支持援助を要する。 〕

参考となる事項（本人の心身の状態，日常的・社会的な生活状況等）

過去に収入に不釣り合いな高額ローンを組んだこともあり，金銭管理に支援が必要と思われる。

※ 「本人情報シート」の提供を ☒ 受けた ☐ 受けなかった

（受けた場合には，その考慮の有無，考慮した事項等についても記載してください。）

日常生活の全般的状況についての情報提供を受けたが，判断能力の医学的判断においての勘案事項は無い。

以上のとおり診断します。

〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇ー〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については，後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは，本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として，本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は，診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は，診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき，本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ (男) 女
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生 (57 歳)
住所 ○○県○○市○○町○○ー○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

統合失調症（妄想型）

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

高校を卒業後，東京の専門学校に通っている時，発病。「電車に乗ると，皆が自分を監視している」，「完全犯罪で殺される」等の考えが浮かび，続いて本人を非難する内容の幻聴が間断なく出現。錯乱状態となり，1983年3月A病院へ入院。退院後も，しばらく同院へ通院の後，帰郷の上，1985年1月当院（精神科）を初診。以後，当院にて通院加療を行うも，幻聴が持続するとともに，「政治的に迫害されている」「アメリカのNASAから電波で操られている」等の体系化した被害妄想が高度に続いた。病状の再燃・増悪を繰り返し，入退院を6回ほど重ねた。2016年1月からグループホームへ入居し，精神科デイケアへ通院していた。2018年7月，格別な誘因なく，妄想状態の著しい再燃あり，当院へ第7回目の入院加療を行うこととなり，現在も入院加療中である。

各種検査

長谷川式認知症スケール (□ 点 (年 月 日実施) □ 実施不可)
MMSE (□ 点 (年 月 日実施) □ 実施不可)

脳の萎縮または損傷の有無

□ あり ⇒ (□ 部分的にみられる □ 全体的にみられる □ 著しい ☒ 未実施)
□ なし

知能検査

実施していないが，知能水準には明らかな障害は認められないと考える。

その他

短期間内に回復する可能性

□ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い □ 分からない

（特記事項）

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
☒ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
☐ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。

1/2



裏面に続く

モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)

☒ なし

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い

☐ 意思疎通ができない)

☐ なし

〔 幻聴，妄想状態が活発の際，時に昏迷様状態を示すことがあり，その際は意思疎通が困難となる。幻覚妄想症状は持続的に認められるが，情動面の安定している時は，概ね疎通は可能である。 〕

(3) 理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)

☐ なし

〔 思考の論理性，理解力，判断力は概ね保たれているが，強固に体系化された妄想に関連した事柄については，理解，判断ともに障害が認められる。 〕

(4) 記憶力の障害の有無

☐ あり ⇒ (☐ 問題はあるが程度は軽い ☐ 問題があり程度は重い ☐ 問題が顕著)

☒ なし

(5) その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

〔 「政治的に迫害されたことを補償する目的で，アメリカおよび日本政府から多額の賠償金が支払われているはずで，銀行口座には1億円以上の預金がある」と誇大的観念を述べるも，乱費することなく，日常の金銭の自己管理はでき，グループホームの世話人の日常生活への支援も受け入れていた。 〕

参考となる事項（本人の心身の状態，日常的・社会的な生活状況等）

2年ほど前より慢性心不全を併発。長時間の身体活動が困難となっているが，病棟内における日常生活動作は自立している。

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☒ 受けなかった

（受けた場合には，その考慮の有無，考慮した事項等についても記載してください。）

以上のとおり診断します。

2018 年 10 月 1 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇一〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については，後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは，本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として，本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は，診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は，診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき，本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

本人情報シート作成の手引

三 本人情報シート作成の手引

1 本人情報シートの位置付け

(1) 本人の家庭的・社会的状況等に関する情報の必要性

成年後見制度の利用を開始するための申立てに際しては、鑑定の可否等を判断するため、申立書等と併せて、医師の作成した診断書の提出をお願いしています。診断書は、家庭裁判所が本人の判断能力を判断するための重要な資料であり、本人の判断能力について医師に的確に判断していただく必要があると考えております。

医師に判断能力についての意見を書いていただく際には、従前から、本人に対する問診や家族等からの聞き取り結果、各種の医学的検査の結果等を総合的に検討し、判断がされていたものと思われますが、本人の判断能力の程度等について意見を述べるに当たって、本人の生活状況に関する資料が十分ではないということもあったのではないかと思います。

医師により的確に判断していただくためには、本人を支える福祉関係者から、医師に対し、本人の日常及び社会生活に関する客観的な情報を提供した上で、本人の生活上の課題を伝えることが有益ではないかと考えられます。

そこで、本人を支える福祉の関係者において、本人の生活状況等の情報をまとめたシートを作成していただけるよう、新たに「本人情報シート」の書式を作成することとしました。

※ 「本人情報シート」の提出が難しい場合には、「本人情報シート」を添付することなく後見等開始の申立てを行うことは可能です。もっとも、本人の判断能力等をより的確に判断するために、多くの事案において、医師が診断する際の補助資料として提供されることが望ましいといえます。

(2) 「本人情報シート」の作成者について

「本人情報シート」は、医師に本人の生活状況等を客観的に伝えることで、医学的な判断をする際の参考資料として活用されることを想定しています。

したがって、本人の身近なところで、職務上の立場から支援されている方によって作成されることが望ましいといえ、具体的には、ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士等）として本人の支援に関わっている方（介護支援専門員、相談支援専門員、病院・施設の相談員、市町村が設置する地域包括支援センターや、社会福祉協議会等が運営する権利擁護支援センターの職員等）によって作成されることが想定されます。

親族や本人が作成することは想定していませんので、本人及び親族の方には、申立書に本人の生活状況等を記載していただくことになります。

ソーシャルワーカーが自らの業務の一環として「本人情報シート」を作成する場合や、当事者間の合意によって定められた作成費用を依頼者が負担する場合もありますので、作成者と依頼者との間で、「本人情報シート」の作成を依頼する際の取扱い等についてご確認ください。

(3) 「本人情報シート」の活用場面

「本人情報シート」は、医師の診断のための補助資料として活用するほか、以下のような

場面で活用することが考えられます。

① 申立て前の成年後見制度の利用の適否に関する検討資料として

成年後見制度は、判断能力が十分ではない方を法律的な側面で支援する制度です。法的な課題や福祉的な課題に対応するために成年後見制度を利用することは有益ですが、他方で、本人が抱えている課題によっては、成年後見制度の利用では十分に対応できないことも考えられます。

制度利用の適否については、医療・福祉・介護の関係者のみならず、法律関係者も含めて多職種で検討することが望ましいといえますが、その際、「本人情報シート」によって本人の状況について認識を共有することは、制度利用の適否に関する多職種での検討に資するものと考えられます。

② 家庭裁判所における成年後見人等の選任のための検討資料として

「本人情報シート」は、後見等開始の申立ての際に、申立人から、診断書とともに家庭裁判所に提出していただくことを想定しています。家庭裁判所は、本人の判断能力について審査するとともに、誰を成年後見人等に選任するのかについても検討しますので、「本人情報シート」は、本人の判断能力の判定の際の参考資料として用いられるとともに、本人の身上監護上の課題を把握し、本人にふさわしい成年後見人等を検討するための資料として活用することも考えられます。

③ 従前の後見事務の検証と今後の事務方針の策定のための資料として

後見開始後の本人自身の心身の状況や周囲の生活環境の変化に応じて、本人の有する生活上の課題も変化していくものと考えられます。後見人も含む多職種で構成される「チーム」において、後見開始時に作成された「本人情報シート」の内容を確認することによって今まで後見人を中心に進めてきた本人支援のアプローチを検証し、この結果を踏まえて、必要に応じて、本人の能力変化に応じた類型の変更や今まで進めてきた後見事務の方向性について見直したり、あるいは、補助・保佐の場合には付与された代理権・取消権の範囲を再検討したりするなど、今後の本人支援の在り方を検討することも有効であると考えられます。

2 本人情報シート記載ガイドライン及び本人情報シート記載例について

本人情報シート記載ガイドラインは、本人の判断能力等を診断するに当たって、参考となる内容の記載についての一般的な基準を示したものです。記載するに当たってのポイントや留意事項等も含まれていますので、本人情報シートを作成する際に参照してください。

本人情報シート記載例は、実務的に比較的多く見られる事例を想定し、本人情報シート記載ガイドラインに沿って作成したものです。

後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) から、「本人情報シート」(Word形式)のダウンロードができます。

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 年 月 日

本人 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	作成者 氏 名： _____ 印 職業(資格)： _____ 連絡先： _____ 本人との関係： _____
--	--

1 本人の生活場所について

☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

☐ 介護認定（認定日： _____ 年 _____ 月）

☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）

☐ 非該当

☐ 障害支援区分（認定日： _____ 年 _____ 月）

☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当

☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）

☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
 （今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☐ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある

☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある

☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある

☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

- 29 -

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☐ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☐ 親族又は第三者が管理している

(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることにする本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。
☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

3 本人情報シート記載ガイドライン

表面

※ シートに記載しきれない場合は、別紙をつけていただくことも可能です。

本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 年 月 日

本人氏名： 年 月 日

生年月日： 年 月 日

作成者氏名： 印

職業(資格)：

連絡先：

本人との関係：

1 本人の生活場所について

- ☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）
☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称

住所

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： 年 月）
☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）
☐ 非該当
☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）
☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当
☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称）（判定）
☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
（今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

(2) 認知機能について

- 日によって変動することがあるか：☐ あり ☐ なし
（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。
エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある
☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある
☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある
☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

○ 本人情報シートの作成者が親族等の第三者に「本人情報シート」による個人情報の提供を行う場合は、個人情報保護の観点から、本人の同意を得るなど、作成者において適用される法令に沿った情報の取扱いを行うよう留意していただく必要があります。

1 本人の生活場所について

- 現在、本人が自宅で生活しているか、施設（グループホーム、サービス付住宅を含む。）又は病院で生活しているかをチェックしてください。施設又は病院で生活している場合は、施設又は病院の名称・住所も記載してください。
○ 自宅での福祉サービスの利用については、訪問介護のほか、デイサービス、ショートステイなどを利用しているときは、「あり」にチェックしてください。

2 福祉に関する認定の有無等について

- シートに記載されている認定を受けている場合には、該当欄にチェックしてください。
○ 認定日欄には、最終判定年月を記載してください。

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- 食事、入浴、着替え、移動等の日常生活に関する支援の要否を記載してください。なお、自宅改修や福祉器具等を利用することで他者の支援なく日常生活を営むことができている場合には、「支援の必要はない」にチェックしてください。
○ 現在の支援体制が不十分な場合等で、今後、支援の方法、内容等を変更する必要がある場合には、その内容を自由記載欄に簡潔に記載してください。

(2) 認知機能について

- ア～エの各項目について、該当する欄にチェックを入れてください。なお、本人の状態に変動がある場合には、良い状態を念頭にチェックしていただき、状態が悪くない場合で支援を必要とする場面については(3)に記載してください。
○ ここでいう「日常的な行為」とは、食事、入浴等の日課や来訪する福祉サービス提供者への対応など、概ね本人の生活環境の中で行われるものが想定されています。ア～エの各項目についての選択基準は、以下のとおりです。

・ アについて

- ☐ 意思を他者に伝達できる → 日常生活上問題ない程度に自らの意思を伝達できる場合
☐ 伝達できない場合がある → 正確な意思を伝えることができずに日常生活上問題が生じる場合
☐ ほとんど伝達できない → ごく単純な意思（空腹である、眠いなど）は伝えることはできるものの、それ以外の意思については伝えることができない場合

- ☐ できない → ごく単純な意思も伝達できないとき

（※ 発語面で障害があっても、非言語的手段で意思が伝達できる場合には、「伝達できる」とする。）

・ イについて

- ☐ 理解できる → 起床・就寝の時刻や、食事の内容等について回答することができる場合
☐ 理解できない場合がある → 上記の点について、回答できるときとできないときがある場合
☐ ほとんど理解できない → 上記の点について、回答できないときが多い場合
☐ 理解できない → 上記の点について、基本的に回答することができない場合

・ ウについて

- ☐ 記憶できる → 直前にしていたことや示したものを正しく回答できる場合
☐ 記憶していない場合がある → 上記の点について、回答できるときとできないときがある場合
☐ ほとんど記憶できない → 上記の点について、回答できないときが多い場合
☐ 記憶できない → 上記の点について、基本的に回答することができない場合

裏面	
エ 本人が家族等を認識できているかについて ☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある ☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない	・ エについて ☐ 正しく認識している → 日常的に顔を合わせていない家族又は友人等についても、会えば正しく認識できる。 □ 認識できていないところがある → 日常的に顔を合わせている家族又は友人等は基本的に認識できるが、それ以外は難しい。 □ ほとんど認識できていない → 日常的に顔を合わせている家族又は友人等と会っても、認識できないことが多い。 □ 認識できていない → 日常的に顔を合わせている家族又は友人・知人と会っても、基本的に認識できない。
(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない ☐ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある （精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等） 	(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について ☐ 精神・行動障害とは、社会生活上、場面や目的からみて不適当な行動をいいます。このような行動の頻度に応じて、該当する欄にチェックを入れてください。 ☐ また、そのような精神・行動障害があり、社会生活上、一定の支援を必要とする場合には、その行動の具体的な内容や頻度について自由記載欄に記入してください。また、必要とされる支援方法等についても、分かる範囲で記載してください。
(4) 社会・地域との交流頻度について ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満	(4) 社会・地域との交流頻度について ☐ 本人が日常的にどの程度、社会・地域との接点を有しているのかを確認する項目です。介護サービスの利用、買い物、趣味活動等によって社会・地域と交流する頻度を記入してください。 ☐ なお、身体的な障害等により、外出は困難ではあるものの、家族や友人の来訪など、自宅等で関係者と社会的接点を持った活動をしている場合には、それも含めて回数を回答してください。
(5) 日常的意思決定について ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない	(5) 日常的意思決定について ☐ 日常的意思決定とは、毎日の暮らしにおける活動に関して意思決定できる能力をいいます。項目についての選択基準は、以下のとおりです。なお、特定の事項あるいは場面において本人の意思決定に支障が生じるといった事情があるときは、4項に記載してください。 ☐ できる → 毎日の暮らしにおける活動に関して、あらゆる場面で意思決定できる。 ☐ 特別な場合を除いてできる → テレビ番組や献立、服の選択等については意思決定できるが、治療方針等や居住環境の変更の決定は指示・支援を必要とする。 ☐ 日常的に困難 → テレビ番組や献立、服の選択等についてであれば意思決定できることがある。 ☐ できない → 意思決定が全くできない、あるいは意思決定できるかどうか分からない。
(6) 金銭の管理について ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している ☐ 親族又は第三者が管理している （支援（管理）を受けている場合には、その内容・支援者（管理者）の氏名等） 	(6) 金銭の管理について ☐ 金銭の管理とは、所持金の支出入の把握、管理、計算等を指します。項目についての選択基準は、以下のとおりです。 ☐ 本人が管理している → 多額の財産や有価証券等についても、本人が全て管理している場合 ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している → 通帳を預かってもらいながら、本人が自らの生活費等を管理している場合 ☐ 親族又は第三者が管理している → 本人の日々の生活費も含めて、第三者等が支払等をして管理している場合
4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題 （※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。） 	4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題 ☐ 現在または今後、本人が直面する生活上の課題を記載してください（例えば、介護・支援体制の変更の検討や、訴訟、遺産分割等の手続に関する検討などがこれに当たります。）。
5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをするに關する本人の認識 ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。 ☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。 ☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。 ☐ その他 （上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等） 	5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをするに關する本人の認識 ☐ 成年後見制度の利用について本人に説明した際の利用に關する本人の認識（知っている、知らない、理解できない）を記載してください。 ☐ 上記チェックボックスを選択した理由や、本人が制度利用に反対しているなどの背景事情がある場合には、分かる範囲で記載してください。
6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策 （※御意見があれば記載してください。） 	6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策 ☐ 成年後見制度の利用によって、日常・社会生活上の課題にどのように対応していくことが望ましいのかについて、御意見があれば記載してください。

4 本人情報シート記載例

モデル事例1：認知症（重度），施設入所【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人 氏 名： 〇〇 〇〇 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	作成者 氏 名： 〇〇 〇〇 (印) 職業(資格)： 〇〇県社会福祉士会 相談員 連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 本人との関係： 入所施設から相談を受けた
--	--

1 本人の生活場所について

- ☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）
- ☒ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 特別養護老人ホーム〇〇園

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☒ 介護認定（認定日： 〇〇年 〇月）
- ☐ 要支援（1・2） ☒ 要介護（1・2・3・4・5）
- ☐ 非該当
- ☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）
- ☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当
- ☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 ）（判定 ）
- ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☒ 全面的に支援が必要
- （今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

2016年3月頃より心身状態が悪化し、同居の妻への暴力行為があったため、7月に専門医療機関（精神科）初診、入院となった。加療、リハビリテーションを受け、症状が改善し、2017年5月に退院と同時に現在の特別養護老人ホームへ入所した。食事はセッティングがあれば自力摂取可能。それ以外の日常生活については、ほぼ全面的に見守りや声掛け、直接介助が必要である。現在の入所施設で安定した生活を送られている。

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☒ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。
エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☐ 意思を他者に伝達できる ☒ 伝達できない場合がある
- ☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☐ 理解できる ☒ 理解できない場合がある
- ☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある
- ☒ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

モデル事例 1：認知症（重度），施設入所【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☒ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等）

施設内の自室やトイレの場所がわからず，困惑しているときが多いが，適切な声掛け誘導によって対応可能である。また，日々のスケジュール（食事の時間や活動など）は理解ができず，不安になると職員や他の入居者に尋ねることが多く，その対応が本人にとって受け入れがたいものであると，不穏になることがある。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☒ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☒ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☒ 親族又は第三者が管理している

（支援（管理）を受けている場合には，その内容・支援者（管理者）の氏名等）

妻が管理しているが，妻自身も高齢であり，本人との関係性が必ずしも良好ではないこともあり，負担感が強い。また，施設から本人に必要な日用品や行事への参加費を求めるときに，妻自身の判断で「不要」とされてしまうことが多い，とのこと。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。）

本人は施設において，本人自身の楽しみや生活の豊かさを感じる機会が得られず，制限的な生活になってしまっていることも否めない。本人には収入（年金）があり，本人の意思決定を支援しながら本人の興味関心を広げるためにも活用できることが望ましい。また心身状態の変化から今後，入院加療が必要となることも想定されるため，本人の意思を尊重しながら適切に契約行為を行える第三者が存在することが，妻にとっても助けとなると考え，そのことで妻との関係性の修復も期待される。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており，知っている。
☒ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。
☒ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。
☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

本人には可能な限りわかりやすい言葉や図による説明を複数回行った。施設の相談員同席のもと，また，妻の面会時，本人が作成者に馴染みを感じられたことを受け，作成者のみとも面談した。その都度，新しい説明を聞く，という印象で，説明を理解することは難しいと感じられたが，その都度の説明においては，「そんな人がいたらありがたいね」「でも〇〇ちゃん（古い友人の妹，というのが本当は妻のこと）がいるからね」という発言があった。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

本人に日常的に関わる関係者は，施設内で完結している。本人の資産を考えれば，さまざまな選択肢が考えられる。本人の意向や意思を尊重しながら模索していくために必要な契約が行える者が必要。また，比較的高額な年金や預貯金を適切に管理し，居所についても本人の状態に合った，また，本人が望むような過ごし方が可能な施設を新たに検討できる体制をつくっていく。妻との関係性を構築していくためには，高齢となった妻の支援体制を意識した関わりが求められる。

モデル事例2：認知症（軽度），在宅，独居【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は，本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに，家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。

※ この書面は，本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。

※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には，医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人 氏 名： 〇〇 〇〇 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	作成者 氏 名： 〇〇 〇〇 (印) 職業(資格)： 〇〇市社会福祉協議会(社会福祉士) 連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 本人との関係： 〇〇市中核機関の相談員
--	---

1 本人の生活場所について

☒ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☒ あり ☐ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

☒ 介護認定（認定日： 〇〇〇〇 年 〇 月）

☐ 要支援（1・2） ☒ 要介護（1・2・**3**・4・5）

☐ 非該当

☐ 障害支援区分（認定日： _____ 年 _____ 月）

☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当

☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）

☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

☐ 支援の必要はない ☒ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
（今後，介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は，その内容等）

在宅で介護保険サービスを利用し，別居の長男や長女の支援を得て生活を継続しているが，最近は食材を大量に買い込んで腐らせる，サービス利用日や時間を忘れて外出するなど，サービス提供が受けられないことが増えてきている。ケアマネージャーはサービスの見直しが必要だと考えている。

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☒ あり ☐ なし

（※ ありの場合は，良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

☒ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある

☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

☐ 理解できる ☒ 理解できない場合がある

☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

☐ 記憶できる ☒ 記憶していない場合がある

☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

モデル事例２：認知症（軽度），在宅，独居【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☒ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある
（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等）

鍋を焦がすことが，３か月に１回程度ある。ＩＨは本人が希望していないため，使用していない。ヘルパーが来る日や時間を忘れてしまい，自宅にいないため，ヘルパーが支援に入れないときが，月に一，二回程度ある。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☒ 週１回以上 ☐ 月１回以上 ☐ 月１回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☒ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☒ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☐ 親族又は第三者が管理している
（支援（管理）を受けている場合には，その内容・支援者（管理者）の氏名等）

別居の長女が定期預金通帳を管理しているが，日常的な金銭管理は本人が行っている。最近では日常的な金銭管理が難しくなり，長女が社協の日常生活自立支援事業が使えないか，と相談してきた。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。）

介護保険サービス提供事務所からは，ケアマネージャーがサービス利用を増やす必要がある，ということが本当に本人の意向に基づいているのかとの疑問が示されている。また，長男や長女からは，これ以上本人に関わる時間がとれないなかで，本人の一人暮らしの継続について心配との意見。本人は自宅以外の生活については一切考えておらず，どのように生活していくことができるか，かなり早急に検討していくことが必要になっている。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☒ 申立てをすることを説明しており，知っている。
☐ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。
☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

説明についての理解は良好。しかし，長女にやってもらうのに手続きが必要なのか，と疑問を述べられる。また，長女は仕事や家庭のことが忙しく，頼むのは悪いという気持ちや，長女から「そろそろ施設に入ることを考えて」と言われた言葉に対して抵抗感を持っている。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

本人は自分の希望や思いを他者に伝えることができ，その実現に向けて支援関係者はこれまでも関わってきている。しかし，徐々に認知機能が低下していることはあり，支援体制をこれまでもとは違う内容で検討することも，本人の安全や安心のためには必要なことである。福祉サービスの利用などの契約行為の代理ができる形が望ましく，本人もそれを希望している。家族の思いも支えながら，安易に施設入所という選択肢にならないためには，第三者の担い手が，本人の意思や意向を尊重しつつ家族とも調整をとっていくこと，そのために支援関係者と連携体制をとり，チームとして本人を支えていく体制をつくれることが重要である。

モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は，本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに，家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は，本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には，医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人 氏 名： 〇〇 〇〇 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	作成者 氏 名： 〇〇 〇〇 (印) 職業(資格)： 障害福祉サービス計画相談（社会福祉士） 連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 本人との関係： 〇〇市受託事業者
---	---

1 本人の生活場所について

- ☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）
- ☒ 施設・病院
- 施設・病院の名称 障害者支援施設〇〇園

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： 年 月）
- ☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）
- ☐ 非該当
- ☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）
- ☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当
- ☒ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 療育手帳）（判定 A 2）
- ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☒ 全面的に支援が必要
- （今後，介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は，その内容等）

本人は，在宅で母と二人暮らしだったが，母が8月に自宅で倒れているところを近隣住民に発見され，救急搬送された。その翌日に母は死亡。本人は重度知的障害があり，母の日常的な世話で生活をしていたが，母の死亡に伴い，在宅生活ができなくなり，行政が緊急の措置として，現在の障害者支援施設に短期入所を行った。

(2) 認知機能について

- 日によって変動することがあるか：☐ あり ☒ なし
- （※ ありの場合は，良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある
- ☒ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☐ 理解できる ☒ 理解できない場合がある
- ☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☒ 記憶していない場合がある
- ☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある
☒ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等）

これまで，ほとんど外部のサービスを利用することなく，自宅で母と2人で生活をしてきたため，新しい環境になじむことが難しく，他の利用者や施設の職員に対して，自分の思いどおりにならないときに，手をあげようとするところがある。その場合はゆっくり対応することで落ち着く。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☒ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☒ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☒ 親族又は第三者が管理している

（支援（管理）を受けている場合には，その内容・支援者（管理者）の氏名等）

緊急対応として，行政施設への短期入所を措置にて決定した。本人の金銭管理については，事務管理として，行政から入所施設〇〇園に委任をしている（成年後見人等が選任されるまで）。

〇〇園 施設長 〇〇 〇〇氏

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。）

本人は母が亡くなったことをどのように受け止めて理解できているか，これまで本人と関わってきた第三者がほとんどいないため，関係者による意思決定支援のための会議は開催できなかった。しかし，日常生活場面では食事については本人なりの希望や意思が示せるため，本人の意思を引き出すことは十分可能ではないかと考える。今後，本人の日常生活の中で，意思決定支援に配慮した対応がなされる環境であることが重要である。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており，知っている。
☒ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。
☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

言語によるコミュニケーションが困難であるため，図を示したり，共に行動するなどして説明を試みたが，本人がどのように理解することができたか，把握できなかった。しかし，本人は，自分のことを見てくれる人や，自分に向き合ってくれる人に対しては，好意的な態度を示す。後見人等が選任されることで，本人と関わりを持つ支援関係者が増え，本人の生活の支援に向けて，選択肢が広がるのが可能となると考える。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

母の死という緊急事態への対応として措置による短期入所となっている。今後の安定した生活を送るために，本人の意思を尊重し，意思決定支援に配慮し，方針を決定することが求められる。短期入所から本入所契約をするのかどうか当面の後見人の課題である。この課題に対応するためには，本人を取り巻く支援関係者を増やし，本人を中心とした意思決定支援に向けての会議を開催することが必要と考える。また，その後の社会生活の中で，本人が獲得する能力があると考えられるため，定期的に本人の状況を把握し，本人が支援を受ければできることを増やしていくことで成年後見人等の権限，類型の見直しが必要である。

モデル事例４：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は，本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに，家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は，本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には，医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人 氏 名： 〇〇 〇〇 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	作成者 氏 名： 〇〇 〇〇 (印) 職業(資格)： 〇〇市社会福祉協議会(社会福祉士) 連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 本人との関係： 〇〇市中核機関職員
--	---

1 本人の生活場所について

☒ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☒ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 _____

住所 _____

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： 年 月）
☐ 要支援（１・２） ☐ 要介護（１・２・３・４・５）
☐ 非該当
- ☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）
☐ 区分（１・２・３・４・５・６） ☐ 非該当
- ☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 _____）（判定 _____）
- ☐ 精神障害者保健福祉手帳（１・２・３ 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☒ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
（今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は，その内容等）

本人は在宅で家族（両親、妹）と同居。中学校卒業後、父親の知人の紹介で現在の工場に１７年務めている。数年前より、職場の同僚や先輩に貸した金銭を返してもらえなかったり、本人が希望していない物品（栄養食品）をローンで購入するなど、金銭管理においてトラブルが目立つようになった。心配した母親が地域の社会福祉協議会に金銭管理の支援について相談した。日常生活の行為や就労については自分でできている。

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか： ☐ あり ☒ なし
（※ ありの場合は，良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。
エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☒ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある
☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☒ 理解できる ☐ 理解できない場合がある
☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☒ 記憶していない場合がある
☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

モデル事例4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☒ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☒ 支障となる行動はほとんどない
☐ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等）

家族関係は良好である。工場での作業では，指示の出し方によって，理解ができず，時間がかかったり間違えることがある。しかし，ルーティン作業については，問題なく作業に取り組める。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☒ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☒ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☒ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☐ 親族又は第三者が管理している

（支援（管理）を受けている場合には，その内容・支援者（管理者）の氏名等）

預貯金は母親が通帳を管理している。給料は本人が通帳を管理し，日常的な買い物等は自身で行っている。通常黒字であるので，給料支給時に残金は預金している。ときどき給料支給前に本人管理の通帳が残高不足になることがあり，お金を貸したり，必要外の物品を買っていることがわかった。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。）

日常生活が大きく変化する可能性は今のところないが，職場の同僚や先輩との関係において，本人の意思に沿わない金銭の使い方になってしまうことがあり，その場合は，本人とともにお金の使い方を考える人や，状況によっては取消し等の対応ができる人が必要となる。また，近々本人が就職したときから本人を支えてきた上司（社長）が退職するため，本人の職場の中での立ち位置や就労内容に変化が生じる恐れがある。必要に応じて手帳の取得や障害福祉サービスの利用について，本人への情報提供等が求められる。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることにする本人の認識

- ☒ 申立てをすることを説明しており，知っている。
☐ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。
☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

母親をはじめ，日常生活自立支援事業の利用を希望したが，本人の状況や今後予測される変化に応じた対応ができる成年後見制度（補助が想定される）を本人にも説明したところ，本人には始め，「親に相談するから必要ない」と言われた。しかし，実務に詳しく経験のある専門職を紹介し，話を聞いてもらう時間を設けたところ，「こんな人に相談できるのであれば，お願いしてもいいかも」という気持ちの変化がみられた。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

本人は日常的なことは家族の支援を受けて自立してできているので，日常的なことを超えるような特別な状況（職場の人や知人から，お金を貸してほしい，何か購入してほしい）を言われたときには相談をすることができるように，まずは本人との関係構築に努めてほしい。その上で，将来を見据えて障害福祉サービスの必要性の判断や手帳の取得など，福祉関係者との連携を構築し，本人が望む生活を安心して継続できるよう，法的権限をもって関わってほしい。代理の必要性は現時点ではすぐにはないが，将来は福祉サービスの利用契約があるとよい。また，限定的な取消権も本人と話し合って決める必要がある。

モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は，本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに，家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。

※ この書面は，本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。

※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には，医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人 氏 名： 〇〇 〇〇 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	作成者 氏 名： 〇〇 〇〇 (印) 職業(資格)： 病院職員（精神保健福祉士） 連絡先： 〇〇病院医療相談室 本人との関係： 〇〇さんの退院後生活環境相談員
--	--

1 本人の生活場所について

☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）

☒ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 〇〇精神科病院

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

2 福祉に関する認定の有無等について

☐ 介護認定（認定日： 年 月）

☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）

☐ 非該当

☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）

☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当

☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 ）（判定 ）

☒ 精神障害者保健福祉手帳（1・②・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

☒ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
（今後，介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は，その内容等）

病状は回復しており，退院後はグループホームの再入所及び精神科デイケアの再利用が予定されている。まとまったお金が手元にあると，政治関連の書物を買込むことがある。金銭管理に関して，収支の計算や声かけ，見守りが必要である。

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☒ あり ☐ なし

（※ ありの場合は，良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

☒ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある

☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

☒ 理解できる ☐ 理解できない場合がある

☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

☒ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある

☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

1/2

- 43 -

モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☒ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等）

ご本人は自身に「危害が加えられる」との不安が常にある。不安が強くなると自室に閉じこもりがちになり，服薬や食事が疎かになる。現在は入院中で不安な気持ちは軽減しているが，退院後の生活には不安があるという。また気持ちが大きくなって不必要な買い物をしてしまうこともあったが，落ち着いている時には充分自己管理できる。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☒ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☒ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
☒ 親族又は第三者が管理している

（支援（管理）を受けている場合には，その内容・支援者（管理者）の氏名等）

手元に金銭があればすぐに使い切ってしまう傾向があり，入院前のグループホーム入所中は近隣に住む親族が金銭を1週間分ずつ渡すなど，支援付で自己管理していた。親族は高齢なためこれ以上の支援は難しくなっている。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。）

課題については，病院内の医療保護入院者退院支援委員会で協議を行った。これまで，ご本人の財産管理（税金支払い，年金管理，不動産管理等）は親族が代行に行ってきた。今後は頼めなくなるため，大金の管理や複雑な事務手続きに関してご本人は不安を感じており，支援を必要としているということを確認した。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☒ 申立てをすることを説明しており，知っている。
☐ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。
☐ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。
☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

今回の入院直前は非常に苦しい体験があったという。退院後グループホームで自立した生活を送るためには，金銭管理や健康維持へのアドバイスができる支援者が必要であることを理解している。健康状態の悪化のサインなどは「自分では気がつかないことが多い」とご本人は述べる。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

金銭管理については，1週間分を手渡すという方法を取れば自己管理可能と思われる。またグループホームの職員と連絡を取りながら，ご自身では気がつかない健康状態の変化などを把握する。変化があった場合はご本人に伝えたり，病院と共有するなど連携を取る必要がある。

療育手帳のマイナンバー情報連携による住民と行政の負担軽減について

	番号法別表第2に係る主な事務内容	都道府県又は指定都市の独自利用事務条例		番号法別表第2主務省令改正後
		制定前	制定後	
都道府県又は指定都市の事務	・児童養護施設入所費用の減免認定(16) ・自動車税の減免認定(28) ・公営住宅の家賃減免認定(31) ・改良住宅の家賃減免認定(54) ・児童扶養手当支給認定(57) ・精神通院医療の給付認定(108) ※()内番号は、番号法別表第2の項番号	【住民】 ・手帳の提示や写しの提出が必要 【行政】 ・提示された手帳の確認や写しの保管が必要	〔同一の都道府県又は指定都市であれば、当該機関内での連携が可能〕 【住民】 ・手帳の提示や写しの提出が不要 ↓ 住民の利便性の向上 【行政】 ・手帳の確認が不要 ・手帳の写しの保管が不要 ↓ 行政事務の効率化	〔同一の都道府県又は指定都市であるか否かにかかわらず、当該機関内での連携が可能〕 【住民】 ・手帳の提示や写しの提出が不要 ↓ 住民の利便性の更なる向上 【行政】 ・手帳の確認が不要 ・手帳の写しの保管が不要 ↓ 行政事務の更なる効率化
市区町村の事務	・障害児通所支援の支給認定(10) ・障害福祉サービスの支給認定(20)(53) ・住民税の所得控除認定(27) ・公営住宅の家賃減免認定(31) ・改良住宅の家賃減免認定(54) ・被災者台帳作成(56の2) ・児童扶養手当の支給認定(57) ・厚生医療等の支給認定(108) ・施設型給付等の支給認定(116) ※()内番号は、番号法別表第2の項番号	【住民】 ・手帳の提示や写しの提出が必要 【行政】 ・提示された手帳の確認や写しの保管が必要	【住民】 ・手帳の提示や写しの提出が必要 【行政】 ・提示された手帳の確認や写しの保管が必要	【行政】 ・手帳の確認が不要 ・手帳の写しの保管が不要 ↓ 行政事務の更なる効率化

内閣府地方分権改革推進室 作成

独自利用事務（番号法第九条第二項）条例の改正について（例）①

【参考】番号法第九条第二項とは…

市町村等の基礎自治体の現場で個人番号を用いて手続を行うことができるようにし、また、個人情報相互に授受することで、国民の利便性の向上、基礎自治体の行政の効率的な運営に寄与することを可能とするため、地方公共団体が地域の実情を踏まえて条例で定めて行う事務（乳幼児医療費の助成などの地方単独事業を想定。）に関して、個人番号を利用できる範囲を具体的に定めたもの。

（※『行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律【逐条解説】』www.cao.go.jp/bangouseido/pdf/chikujou.pdf より抜粋）

独自利用事務として規定

療育手帳に関する事務について、番号法第9条第2項に基づく団体内の独自利用事務として、条例及び規則等に規定。

<独自利用事務条例（※当該部分のみ抜粋）>

（利用範囲）

第三条 法第九条第二項に規定する条例で定める事務は、次の各号に掲げるものとする。

一 別表第一の上欄に掲げる機関（他の条例、規則その他の規程（以下「他の条例等」という。）の規定により同表の下欄に掲げる事務の全部又は一部を行うこととされている者がある場合にあっては、その者を含む。）が行う同表の下欄に掲げる事務

二～三 （略）

2～4 （略）

別表第一

機関	事務
七 知事	<u>療育手帳（知的障害者の福祉の充実に図るため、児童相談所等において知的障害と判定された者に対して交付される手帳で、その者の障害の程度その他の事項の記載があるものをいう。以下同じ。）の交付に関する事務</u> であって規則で定めるもの

<独自利用事務条例施行規則（※当該部分のみ抜粋）>

（条例別表第一の規則で定める事務）

第二条

1～6 （略）

7 条例別表第一の七の項の規則で定める事務は、次に掲げる事務とする。

一 〇〇県療育手帳に関する規則（平成〇〇年〇〇県規則第〇〇号）第〇条第〇項の療育手帳（以下「療育手帳」という。）の交付の申請の受理、その申請に係る事実についての審査又はその申請に対する応答に関する事務

二 〇〇県療育手帳に関する規則第〇条第〇項の療育手帳の記載事項の変更の届出の受理、その届出に係る事実についての審査又はその届出に対する応答に関する事務

三 〇〇県療育手帳に関する規則第〇条の療育手帳の再交付に関する事務

四 〇〇県療育手帳に関する規則第〇条の療育手帳の返還に関する事務

五 療育手帳交付台帳（療育手帳を交付した知的障害者の氏名その他の知事が必要と認める事項を記載した台帳をいう。）の整備に関する事務

独自利用事務（番号法第九条第二項）条例の改正について（例）②

庁内連携事務として規定

療育手帳に関する情報について、庁内連携に係る事務（番号法第9条第1項及び第2項で規定されている事務の処理のために、同一機関内で特定個人情報の移転を行うことを条例で規定した事務）で利用する情報として、条例及び規則等に規定。

<独自利用事務条例（※公営住宅に関する事務部分のみ抜粋）>

（利用範囲）

第三条 法第九条第二項に規定する条例で定める事務は、次の各号に掲げるものとする。

1～2 （略）

3 第一項第三号に規定する機関は、同号に掲げる事務を処理するために必要な限度で、別表第二の下欄に掲げる特定個人情報であって同表の上欄に掲げる機関（他の条例等の規定により同表の下欄に掲げる特定個人情報の利用に関する事務の全部又は一部を行うこととされている者がある場合にあっては、その者を含む。）が保有するものを利用することができる。

4 （略）

別表第二（第三条関係）

機関	事務	特定個人情報
四 知事	公営住宅法（昭和二十六年法律第百九十三号）による公営住宅の管理に関する事務であって規則で定めるもの	戦傷病者特別援護法による援護又は療育手帳に関する情報であって規則で定めるもの

<独自利用事務条例施行規則（※公営住宅に関する事務部分のみ抜粋）>

（条例別表第二の規則で定める事務及び情報）

第三条

1～3 （略）

4 条例別表第二の四の項の規則で定める事務は、次の各号に掲げる事務とし、同項の規則で定める情報は、当該各号に掲げる事務の区分に応じ当該各号に定める情報とする。

一 公営住宅法（昭和二十六年法律第百九十三号）第十六条第一項又は第二十八条第二項の家賃の決定に関する事務 次に掲げる情報

イ （略）

ロ 公営住宅入居者等に係る療育手帳の交付及びその障害の程度に関する情報

二～十 （略）

5～14 （略）

[補足]

条例の形は自治体において様々あると考えられますが、改正にあたっては、自治体内の法制担当課や各事業担当課と協議・検討等重ねながら、作業を進めていただきますようお願いいたします。

6 産科医療補償制度の周知について

【制度の概要】

産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的に平成 21 年 1 月に創設された制度であり、(公財) 日本医療機能評価機構が運営している。

補償対象と認定されると、準備一時金と補償分割金をあわせ総額 3,000 万円の補償金が支払われるとともに、医学的観点から原因分析が行われ原因分析報告書が保護者と分娩機関へ送付される。

また、本制度の透明性を高めることと再発防止や産科医療の質の向上を図ることを目的として、原因分析報告書の「要約版」を公表している。さらに、原因分析された複数の事例をもとに再発防止策などを提言した「再発防止に関する報告書」を分娩機関や関係学会・団体、行政機関などに提供している。

本制度は昨年に制度創設 10 年目を迎えたことから、本制度の運営を通じてわかってきたことやこれまでの制度の変遷等を関連資料 1「産科医療補償制度ニュース 10 周年記念特別号」に掲載しているので、ご確認いただきたい。

【補償申請期限】

補償申請期限は児の満 5 歳の誕生日までであり、2014 年 3 月以降に出生した児は、順次、補償申請期限を迎えることとなる。補償対象と考えられる脳性麻痺児が、満 5 歳の誕生日を過ぎたために補償申請ができなくなる事態が生じないように、補償申請に関する周知活動を継続的に行っている。

具体的には、市区町村の障害者手帳申請窓口のほか、産科医療関係者をはじめ小児科医、小児神経科医、リハビリテーション科医などの医療関係者、脳性麻痺児に関わる機会の多い福祉関係者、および脳性麻痺児が入通所する施設などに、補償対象となる範囲や補償申請期限等に関するチラシ・ポスターを配布している。

今後も本制度、特に補償申請期限について、市区町村の障害者手帳申請窓口等において、関連資料 2「重度脳性まひのお子様とご家族の皆様へ 産科医療補償制度の申請期限は満 5 歳の誕生日までです」のチラシ・ポスターを活用するなどにより、引き続き周知いただくようお願いしたい。

また、多くの都道府県や市区町村のホームページに本制度の周知文書等を掲載いただいております。この場を借りて厚く御礼申し上げますとともに、引き続きの協力をお願いしたい。

なお、チラシ・ポスター等が届いていない場合や追加で必要な場合は、産科医療補償制度専用コールセンターにご連絡いただきたい(随時無料にて送付)。

●産科医療補償制度専用コールセンター フリーダイヤル 0120-330-637

受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日祝・年末年始除く）

●産科医療補償制度ホームページ

<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>

産科医療

検索

重度脳性麻痺児とそのご家族を支援するとともに
産科医療の質の向上をめざした制度です



産科医療補償制度ニュース

10周年記念特別号



～皆様のご協力のもと、制度創設10年目を迎えました～



人の安心、医療の安全 JQ
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

産科医療補償制度 創設 10 周年を迎えて

産科医療補償制度は、産科医不足の改善や産科医療提供体制の確保を背景として、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的として 2009 年に創設され、お蔭様で今年で 10 年目を迎えました。

これまで、本制度の創設および運営にご尽力いただきました多くの方々に、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

私ども日本医療機能評価機構は、中立的・科学的な立場で医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを理念としております。

その中で、本制度につきましては運営組織として歩んだこの 10 年で大きな手ごたえを感じております。例えば、本制度は関係学会においてこれまで様々な形で取り上げられ、また、産婦人科診療ガイドラインや助産業務ガイドラインに本制度の「再発防止に関する報告書」が引用文献として利用されてきました。こうした様々な取組みの中、本制度の補償対象者数は、制度創設時の 2009 年出生児の 419 名から 2012 年の 361 名へと減少傾向にあり、「本制度が産科医療の向上に貢献している」といった嬉しい声もいただくようになりました。

これらは、原因分析・再発防止という仕組みが構築され、事業として運営されてきたことによる成果であると考えております。

また、海外に向けて本制度をアピールする機会も増えてきました。2016 年に日本で開催され、世界 69 カ国から多くの医療関係者等が参加した国際医療の質学会 ISQua (International Society for Quality in Health Care) の学術集会においては、本制度に関する最新の取組みの成果が発表され、我が国の医療の質・安全の向上に向けた取組みを広くアピールしております。

今後も、国内はもとより海外との連携を強めつつ、医療の質の向上、安全の確保に向けてなお一層努力を重ねてまいり所存でございます。皆様方の更なるご支援とご高配を何卒よろしくお願い申し上げます。



(公財) 日本医療機能評価機構
理事長
かわかみ ひろゆき
河北 博文

産科医療補償制度創設 10 周年に寄せて

個人的な話で恐縮ですが、戦後 24 年の長期に渡り日本医師会会長を務めた父・武見太郎が 1961 年、全国にて一斉休診を行い、その結果日本医師会と政府与党との間で確認した重要事項のひとつが医師と患者の信頼関係の確立でありました。父は、この基本的考え方に基づき医療補償制度の創設を提案していました。

そこで、日本医師会常任理事（当時）の木下勝之先生（現・日本産婦人科医会会長）から産科医療補償制度の創設につきご相談をいただいた際、おそらくは医療補償制度の一環となる制度となることが直ちに理解できました。

しかし、実際の制度設計、財源の確保、制度を担う保険会社との調整等々、制度創設には幾多の困難が伴いました。この脳性麻痺児の出生に関する限定された補償制度ではありますが、産科医療に関わる訴訟件数が急増する中であって、この産科医療補償制度の創設は急務と認識されました。

制度の創設にあたっては、2006 年 11 月に与党においてとりまとめられた産科医療における無過失補償制度の枠組みを踏まえ、産科医療補償制度創設に向けた詳細について検討が行われた後、2009 年 1 月より制度の運用を開始することとなりました。また、この産科医療補償制度の性格から、さまざまな利害関係から中立な距離を持つ事務局を設置する必要が認められました。その結果、日本医療機能評価機構にその役割を担っていただくこととしました。

当初、この制度の保険者機能を担う保険会社を探すことさえ難しいことでありました。しかし、着実に産科医療補償制度は定着し、ご本人ご家族の生活基盤を安定化させる重要な役割を担いつつ、産科医療における訴訟件数の増加に一定の歯止めをかける役割を担うようになりました。今後、この産科医療補償制度が着実に役割を強化し、医師と患者の信頼関係をより深く、安定したものとすることに貢献することを期待しています。



参議院議員
たけみ けいぞう
武見 敬三 先生

産科医療補償制度創設 10 周年に寄せて

産科医療補償制度が創設 10 周年を迎えましたことを心よりお祝い申し上げます。

日本医師会では、2004 年から無過失補償制度を含む医療に伴う障害補償制度について検討を行ってきましたが、産科医療分野において、出産に関わる事故には脳性麻痺児のケースが多いものの発生要因は極めて多岐にわたり、両親・家族の経済的、精神的負担は大きく無視できない状況にあること、一方で、産婦人科を志す医師が減少し、周産期医療の円滑な実施が困難になりつつあり、その要因のひとつに医事紛争の頻度が高く医師にとって精神的に大きな負担であることから、まずは、最も緊急度が高い分娩に関連した脳性麻痺に対する補償制度創設を求める内容の提言を 2006 年 1 月に行いました。さらに具体的な制度案をまとめ、国をはじめ関係各所に強く働きかけを行った結果、日本医療機能評価機構が運営組織となり 2009 年 1 月から本制度がスタートしました。

制度が創設されて 10 年、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族に対する経済的負担の補償が図られてきたことは当然ながら、分娩機関や保護者からの情報等に基づき、多くの医療関係者が参加する委員会で作成された原因分析報告書、再発防止に関するさまざまな報告書や提言が、産科医療の質の向上・医療安全に着実に結びついていることを実感いたします。これも、日本医療機能評価機構が運営組織としての重責を担いご尽力された賜物であり、深甚なる敬意を表する次第であります。

一方で、補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況や、脳性麻痺の原因など、この 10 年間で様々なことが明らかになってきたようです。産科医療補償制度で蓄積された貴重な情報をもとに、より充実した制度になるよう今後の検討を期待しております。

日本医師会は、制度創設をすすめてきた責任もあり、この補償制度が将来にわたり安定的に運営されるよう引き続き協力をしてまいります。



(公社) 日本医師会
会長
ヨコヅカ ヨシタケ
横倉 義武 先生

産科医療補償制度創設 10 周年に寄せて

産科医療補償制度が創設 10 周年を迎えましたことを、心よりお祝い申し上げます。

創設当時を振り返ってみますと、産科医療分野では過酷な労働環境であること、および分娩時の医療事故は過失の有無の判断が困難な場合が多いため医事紛争が多いことなどにより、分娩の扱いを取りやめる医療機関が増え、また産科医を希望する若手医師が減少しているなどの問題が起こっていました。

このため、産科医療崩壊の危機が叫ばれる中、日本医師会において、産科医療分野における無過失補償制度創設に関する委員会が設置され、最も緊急性の高い「分娩に関連する脳性麻痺」に対する補償制度の具体的な案が取り纏められました。

その後、日本医師会や厚生労働省から相談を受け、当時私が座長を務めていた自由民主党社会保障制度調査会・医事紛争処理のあり方検討会において関係者の真剣な討議を経て本制度の枠組みを取り纏め、日本医療機能評価機構において設置された準備委員会での具体的な検討を経て 2009 年に本制度が創設されました。

本制度を円滑かつ迅速に立ち上げることができたのは、民間保険を活用したことや、その保険料を出産育児一時金の増額で対応したこと、そして運営組織を公正中立な第三者機関である日本医療機能評価機構に担ってもらったことが大きな要因と考えております。

現在、私は愛知県知事を務めておりますが、その後の状況をお聞きますと、本制度は安定的に運営がなされ、近年では産科医療分野における紛争が減少していることや、原因分析・再発防止の取組みにより脳性麻痺のお子様が増えていることを伺っております。また、諸外国からも高い評価を受けていることも伺っており、制度創設に携わった身からすると、非常に感慨深いものがあります。

今後も産科医療の質の向上や紛争の防止・早期解決が図られることは非常に重要と考えており、その一旦を担うこの制度が更に発展していくことを祈念申し上げ、お祝いのご挨拶とさせていただきます。



愛知県知事
オオムラ ヒデアキ
大村 秀章 先生

産婦人科医療における産科医療補償制度

産科医療補償制度が創設される前の産科医療は、医療訴訟が多く、過重労働から産科医師は減少し、産科医療崩壊の危機が叫ばれていました。本制度の導入から10年が経過し明らかになったことは、①産婦人科の訴訟件数が減少傾向にあること、②2017年12月末時点での分娩機関に対する損害賠償請求等の状況は、本制度の補償対象となった事例全体で、2,233件中97件(4.3%)であること、③脳性麻痺の補償対象となった事例を見ると、審査結果が確定した2009年から2011年にかけて、年々、補償対象者数が減少傾向にあること、でありました。

この理由は、本制度への意識が高まり、原因分析報告書に基づく事例の評価や提言を考慮し、再発防止に関する報告書の提言に従って臨床に臨んだ結果であると思います。

一方で、同じ脳性麻痺であるにも関わらず、審査において補償対象外と認定されるケースが30%にも及ぶことも明らかとなっております。今後は、このような補償対象外となった事例の分析を行い、「どうしたら補償対象になるのか」を検討することが必要であると考えています。

また、産科医療において注目すべきことは、日本国中の脳性麻痺事例が一個所に集まり、その原因分析の結果、今までの産科学の常識から脳性麻痺の原因が不明である事例が全体の約40%も存在することです。現代でも子宮内の胎児の発育の生理と病理が明らかでない事実から、CTGに頼ることに限界があり、これからの原因不明の脳性麻痺事例の解析方法につき、発想を変えての研究が求められます。

産科医療崩壊の危機を打開するために発足した本制度は、このように、初期の目的を達成しています。補償を受けた児の家族は第三者による原因分析を高く評価しており、同様に、医療側も本制度のおかげで、安心して産科医療ができると喜んでいきます。

これからは、本制度のお蔭で明らかとなった課題をクリアする努力を惜まず、更に安定した制度に成熟することを期待しています。



(公社) 日本産婦人科医会
会長
キノシタ カズユキ 先生
木下 勝之 先生

産科医療補償制度—この10年を振り返って

産科医療補償制度は、制度の運営が開始された2009年1月からほぼ10年となりますが、現在では全国のほぼすべての産科医療施設がこの制度に加入しています。

日本産科婦人科学会では、無過失補償制度の導入を大きな柱に、医療訴訟の減少と産科医療の質の向上に取り組んできました。本制度の創設以来、産科医療における医療訴訟が顕著に減少してきたことは、本制度の貢献によるところが大きいと考えています。

本制度には分娩経過における脳性麻痺の原因を分析する原因分析委員会と、集積された脳性麻痺事例から再発防止に向けた提言を行う再発防止委員会がありますが、両委員会には本学会の会員が多数参画しています。再発防止委員会が定期的に公表する「再発防止に関する報告書」には、再発防止および産科医療の質の向上にむけて「学会・職能団体に対する要望」という事項があり、これを受けて本学会の周産期委員会では、要望事項を検討し、「産婦人科診療ガイドライン産科編」へもいくつかの事項を反映してきました。また、脳性麻痺児の減少に向けてこれらの委員会で得られた知見は、会員への再発防止の周知を目的に、本学会の学術集会のプログラムに毎回取り上げられ、さらに本学会が監修する一般国民向けの小冊子「Baby+」で本制度を紹介するなど、本制度を運営する日本医療機能評価機構と本学会が一体となって本制度の普及と再発防止を図ってきました。

本制度における対象症例の基準見直しは2015年1月に行われ、一般審査基準では対象が在胎週数33週から32週に拡大され、個別審査基準では、「所定の要件」が大幅に緩和されましたが、周産期医療の大幅な進歩により児の未熟性に起因する脳性麻痺は減少しており、事例の集積データを基に更なる在胎週数の拡大を期待したいと考えています。また、保護者の立場からは、補償金の増額と支払期間の延長が望まれ、次の基準見直しでは検討課題としていただければ幸いです。



(公社) 日本産科婦人科学会
監事
イワノ ミツヒコ 先生
若下 光利 先生

脳性麻痺の子どもたちと家族のために

産科医療補償制度は、創立から 10 年が経過し、周産期医療を支える重要な制度として小児医療関係者の間でも広く認知されて参りました。

当初、本制度は学会会員の先生方からある種の戸惑いをもって受け取られ、現場での混乱も懸念されました。例えば、補償対象の選定基準に、障害児医療として不公平性を感じた医師も少なくなかったと記憶しております。また、本制度がなぜ「産科医療の補償なのか」という素朴な疑問も学会会員から寄せられました。そうした懸念、疑問が完全に払拭されたわけではありませんが、本制度の運営に多くの新生児・小児医療関係者が関与することにより、制度は徐々に浸透し、その使命を果たしてきたと感じております。

小児科学会としても、産科医療と小児・新生児医療は周産期医療を支える両輪であることを認識し、産科医療提供体制の確保は極めて重要な課題と認識しております。本制度の運営にあたり、審査、原因分析、再発防止、そして制度自体への提言など、小児医療関係者が多面的に関ってきております。そうした方々の積極的な関与により、創設の契機となった産科医不足の改善に少しでも貢献できたこととすれば、我々の担うべき役割の少なくとも一部を果たすことができたのではないかと思います。

日本小児神経学会では、小委員会を立ち上げ、会員と日本医療機能評価機構をつなぐ窓口として機能するとともに、本制度の在り方に関する議論の場を提供してまいりました。小児神経専門医は、高額な補償金を請求する診断書を作成する立場にありますが、その責を果たす上で生じた疑問や希望が委員会を通じて提示されました。また学術集会では、毎年、本制度に関するシンポジウムを開催してまいりました。

重度脳性麻痺の子どもたちとご家族は、毎日を大きな困難を感じながら過ごしておられることと思います。そうした皆さんが、この補償制度を通じて新たな希望を見出し、充実した生活を送られることを祈念しております。今後は補償対象をさらに広げるなど、制度設計のさらなる改善が図られることを期待しております。

本制度の充実を通じて、障害を持つ子どもたちやご家族のより良い人生のために、学会として貢献させていただきたいと思っております。



(公社) 日本小児科学会
会長

(一社) 日本小児神経学会
前 理事長

タカハシ タカオ
高橋 孝雄 先生

産科医療補償制度 10 周年に寄せて

産科医療補償制度創設 10 周年を迎えましたことをお祝い申し上げます。

本制度につきましては、現在、国内すべての助産所が制度に加入しております。

昨今では、第三者機関が脳性麻痺発症の原因を分析することにより、産科医療の質が底上げされ、脳性麻痺児や医療事故が減少していると聞いております。

本会としては、本制度より出される原因分析報告書要約版や再発防止に関する報告書の提言を、本会のホームページや機関誌「助産師」の中の「安全の扉」に掲載し、会員に紹介し続けています。また、助産所における助産師が行うべき標準的な業務の目安となる指針である「助産業務ガイドライン」は、助産所の安全性を高めるため、これまでに二度の改定を行っておりますが、この中で、「助産業務ガイドライン 2014」においては、本制度の再発防止委員会からの提言を引用掲載し周知徹底を図りました。今では、助産所のみならず院内助産においても指針となっています。多様化した妊産婦のニーズに対応しつつ、「助産業務ガイドライン」の遵守と本制度から発信される提言は、安全確保の基本となるため、これからも注目し周知徹底を図っていききたいと思います。

さて、本制度の創設や原因分析委員長として本制度の運営にご尽力くださった岡井崇先生が、2017 年 12 月 21 日お亡くなりになりました。心より哀悼の意を表します。

岡井先生の周産期医療と超音波診断に生涯をかけ取り組まれた姿勢は、周産期に携わる多くの人々の心に深く刻まれています。岡井先生の小説の「ノーフォールト」は、産科医療の問題点を深く掘り下げ、広く世の中に訴える作品であり、本制度の起原となりました。

本制度の準備期間の頃より、岡井先生からは「無過失補償は重要な柱であって、医師や医療機関の賠償責任の有無ではなく、『医療としてどうであったか』を検証することが重要だ」「原因究明と再発防止を行うことが重要だ」と、幾度となくお話しされていたことを思い出します。

本会としても、こうした岡井先生のご遺志を受け継ぎ、本制度の発展に寄与してまいりたいと考えております。



(公社) 日本助産師会
会長

ヤマモト ウタコ
山本 詩子 先生

産科医療補償制度 10 年を振り返って

産科医療補償制度創設 10 周年おめでとうございます。

周産期医療の進歩により、ハイリスク妊娠・分娩についての的確な管理がなされ、新生児の救命率は向上しています。一方で、分娩取り扱い施設の減少、ハイリスク妊娠・分娩の増加、精神疾患を合併する妊産婦や子どもの虐待などの増加に伴い、地域における安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備の必要性は喫緊の課題となっています。

日本看護協会では、助産師の積極的な活用による、安全・安心な出産を行うための体制整備として、院内助産・助産師外来を推進していますが、その実施にあたっては助産師の臨床実践能力が鍵であると認識しています。そのため、2011 年より、質の高い助産師の育成を目指し、「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）」を開発し、2012 年には、「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢ認証制度」が創設されました。レベルⅢ認証を受けた助産師は「アドバンス助産師」と呼称され、活躍しています。

「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）」に関するオンデマンド研修では、日本医療機能評価機構に後援していただくとともに、CTGの判読と対応、常位胎盤早期剥離、助産記録、安全に配慮した早期母子接触のプログラム等では、本制度の再発防止委員会が提言している項目を組み込んでいます。このように、再発防止委員会から提言されている内容を臨床の知として、全国の助産師が共有できる基盤を整備しています。

分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償すること、脳性麻痺の事案の原因を第三者により徹底的に分析し、再発防止のための情報提供を行う本制度はとても有用な制度と考えます。

助産師には、妊娠分娩が正常に経過しているかの判断や経過観察中に異常が発生した場合の対応が求められます。臨床で働く助産師が、安全に妊産婦の妊娠・分娩管理を行うために、日々の実践で活用できる原因分析結果や産科医療の質の向上に向けた提言を発信し続けていただきたいと思います。



(公社) 日本看護協会
常任理事

ヨシカワ クミコ 先生
吉川 久美子 先生

産科医療補償制度 10 年を振り返って

このたび、産科医療補償制度が 10 年目を迎えた節目として、これまでの歩みを振り返り、「産科医療補償制度ニュース 10 周年記念特別号」を発刊することが出来ました。

本制度が、円滑に運営され、大過なく 10 年目を迎えることができたことは、厚生労働省や日本医師会、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本助産師会等の関係学会・団体、行政、保険者等、多くの方々のご支援ご協力の賜物であり、心より感謝申し上げます。

本制度創設前は、「どの程度の分娩機関がこの制度に賛同いただき、本制度に加入いただけるか」、また、「補償申請期限までに確実に申請が行われるか、補償申請漏れとなる児は出ないか」など、不安なことも多々ありました。しかし、2018 年 6 月末現在、加入率は 99.9% と国内のほぼ全ての分娩機関に加入いただき、累計で 2,404 件の補償認定を行ってまいりました。10 年目を迎えた今、「補償対象となる脳性麻痺児が減少するなど、産科医療補償制度が産科医療の質の向上に貢献している」といった嬉しいご意見も頂戴するようになりました。

一方で、本制度の運営過程で、補償対象となった脳性麻痺児の原因分析を行った結果、原因分析を行ってもその原因を特定することができなかった割合が約 4 割を占めることも新たに分かってきました。

また、原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し複数の事例から見えてきた知見などによる再発防止策等を提言する「再発防止に関する報告書」を毎年取りまとめています。さらに、より専門的な分析を行うため、再発防止ワーキンググループにおいて日本産科婦人科学会周産期データベースとの比較研究等を行っています。

今後に向けては、「不易流行」、制度の本質や価値観は変えることなく、新しい知見も取り入れて、時代にあった制度にしていく必要があると考えております。

今後も関係者の皆様のご協力のもと、本制度を長く安定的に運営していき、わが国の産科医療の質の向上に貢献できるよう尽力してまいりますので、引き続きのご支援ご協力を心からお願い申し上げます。



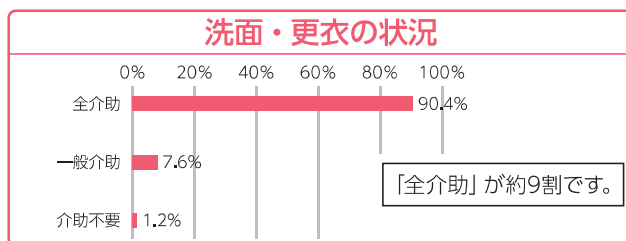
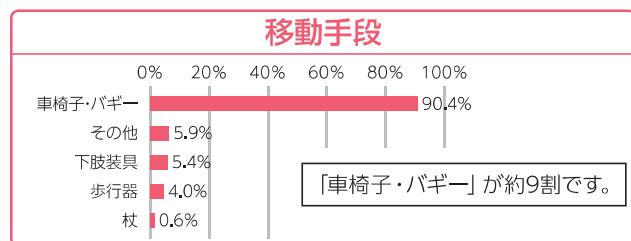
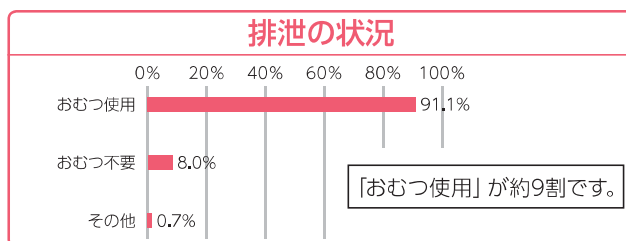
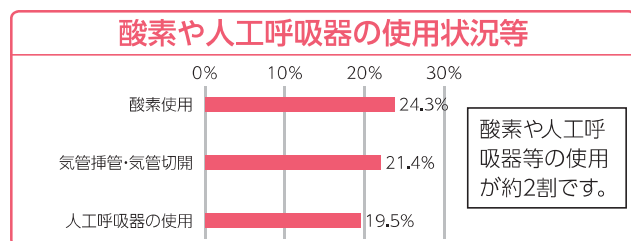
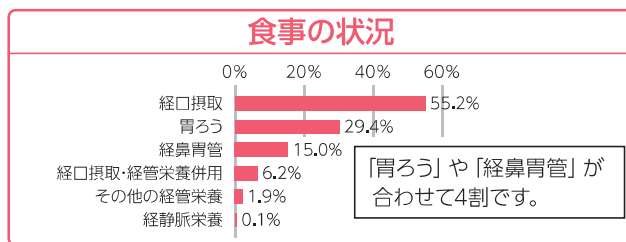
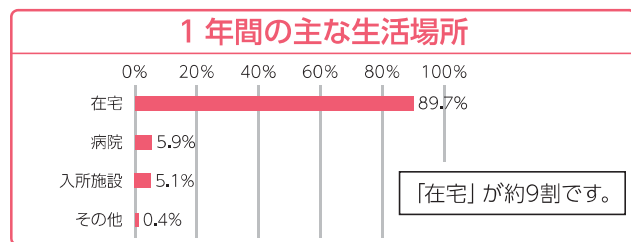
(公財) 日本医療機能評価機構
理事・産科医療補償制度
事業管理者

スズキ ヒデアキ
鈴木 英明

審査・補償の中で分かってきたこと

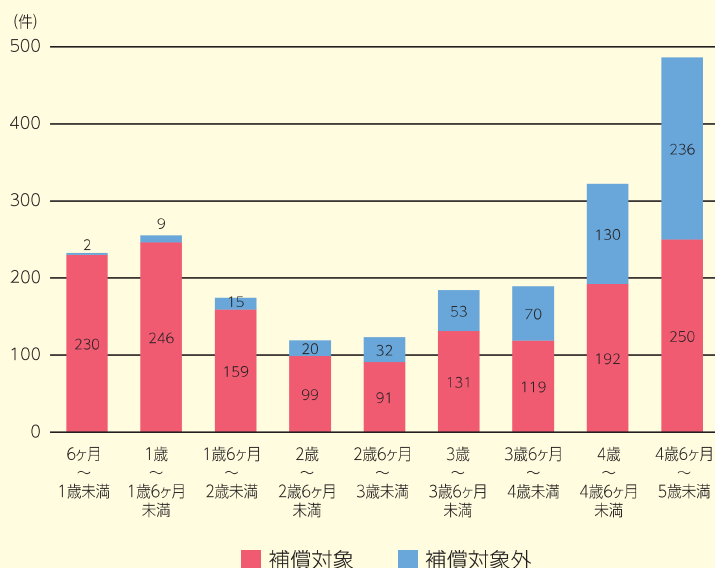
補償対象となった脳性麻痺児の看護・介護の状況について

2017年2月に本制度で補償対象となった脳性麻痺児について取りまとめ公表しました。



- ・本データは、2016年12月末までに提出され、診断日が2016年1月～12月までの1,282件を対象に、補償分割金請求用診断書に記載されている項目を集計したものです。
- ・複数の箇所に回答があった場合は、いずれも集計対象としているため、割合が100%になっていない場合があります。
- ・回答がなかった場合は、対象件数1,282件には含めていますが、各項目の件数には含めていません。

診断書作成時年齢別の補償申請件数について



- 診断書作成時年齢が「4歳以降」および「1歳～1歳6ヶ月未満」の補償申請件数が多くなっています。
- 診断書作成時年齢が低い児は補償対象となる割合が多く、高い児は補償対象外となる割合が多くなっています。

- ・補償申請には、診断書（補償請求用専用診断書）を提出することとなっています。
- ・本データは、補償認定請求が行われた事案のうち、2009年～2012年の出生児について集計したものです。
- ・補償申請できる期間は、児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までとなっています。ただし、極めて重症であって、診断が可能な場合は、生後6ヶ月から補償申請を行うことができます。

原因分析を通じて分かってきたこと

原因分析報告書について

本制度では、補償対象と認定した全事例について原因分析を行い、「原因分析報告書」を作成します。

原因分析報告書とは

産科医、助産師、小児科医（新生児科医を含む）、弁護士、有識者等から構成される「原因分析委員会・原因分析委員会部会」において、分娩機関から提出された診療録・助産録、検査データ、診療体制等に関する情報、および保護者からの情報等に基づいて、医学的な観点で原因分析を行い、取りまとめた報告書です。

作成した「原因分析報告書」は、児・保護者および分娩機関に送付しています。

主な構成

- 事例の概要
妊娠・分娩・新生児期の経過等の情報を記載しています。
- 脳性麻痺発症の原因
脳性麻痺発症の原因として、現時点において考えられるものをすべて記載しています。
- 臨床経過に関する医学的評価
妊娠・分娩管理、診療行為について、医学的に評価しています。
- 今後の産科医療向上のために検討すべき事項
脳性麻痺発症を防止するために考えられる方策を、分娩機関、関係学会・団体、行政等に提言しています。

本制度の透明性を確保すること、また同じような事例の再発防止および産科医療の質の向上を図ることを目的として、「要約版」（個人や分娩機関が特定されるような情報は記載されていない）を本制度ホームページに掲載するとともに、研究目的での利用のために「全文版（マスキング版）」（個人や分娩機関が特定されるような情報をマスキング＜黒塗り＞している）を所定の手続きを経て開示しています。

脳性麻痺の原因について

2018年3月に公表された第8回再発防止に関する報告書においては、分析対象事例1,606件のうち、原因分析報告書において脳性麻痺発症の主たる原因として病態が記されている事例は968件（60.3%）でした。

このうち、単一の病態が記されている事例が773件（48.1%）であり、複数の病態が記されている事例は195件（12.1%）でした。

一方、原因が特定できない事例が638件（39.7%）でした。これらは専門家によっても原因が特定できなかったものです。

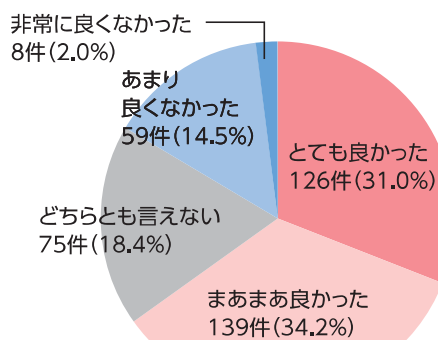
病態	件数	%
脳性麻痺発症の主たる原因として病態が記されている	968	60.3
単一の病態が記されている	773	48.1
胎盤の剥離または胎盤からの出血	272	16.9
臍帯因子	214	13.3
感染	57	3.5
子宮破裂	34	2.1
母児間輸血症候群	31	1.9
その他	165	10.3
複数の病態が記されている	195	12.1
主たる原因が明らかではない、または特定困難	638	39.7
合計	1,606	100.0

原因分析報告書に対する保護者・分娩機関からの評価について

これまでに過去4回、原因分析報告書を送付した保護者および分娩機関に対して、「原因分析報告書に対する評価」に関するアンケートを行ってきました。各アンケートを集計した結果は以下のとおりです。

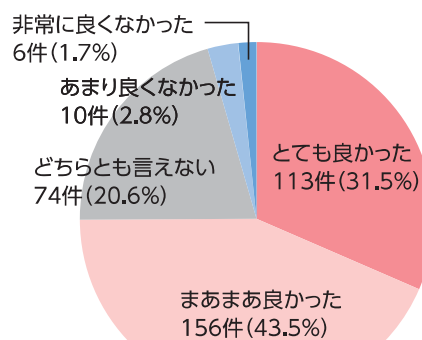
「とても良かった」「まあまあ良かった」と回答した一番の理由は、保護者・分娩機関いずれも「第三者により評価が行われたこと」でした。

【保護者からの評価】



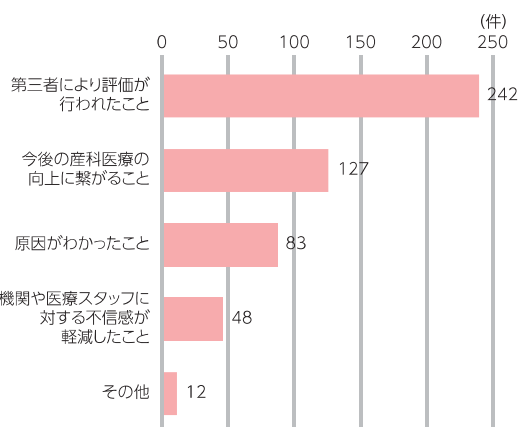
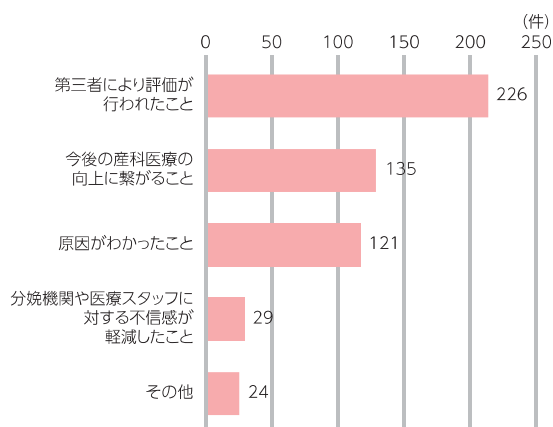
回答数：407 件

【分娩機関からの評価】

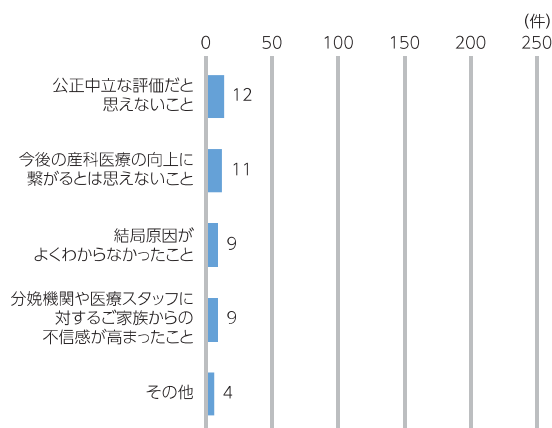
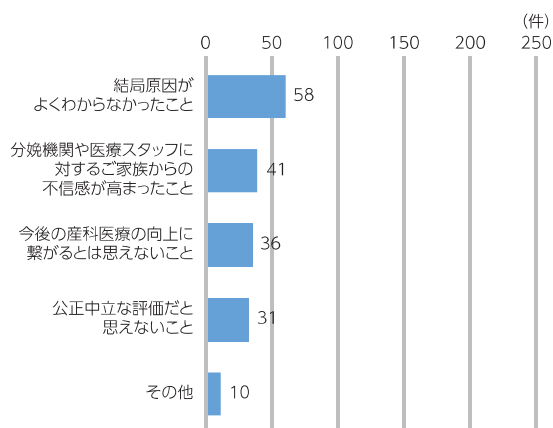


回答数：359 件

「とても良かった」「まあまあ良かった」理由



「あまり良くなかった」「非常に良くなかった」理由



本データは、2015年5月までに原因分析報告書を送付した659件のうち、回答があったものについて集計したものです。(重複回答あり)

再発防止に資する情報の提供

再発防止に関する報告書について

原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し、複数の事例から見てきた知見などによる再発防止策等を「再発防止に関する報告書」に取りまとめ、公表しています。

脳性麻痺発症の原因やその背景要因について、これまで取り上げた主なテーマは以下の通りです。

主なテーマ	左記テーマが掲載された報告書
分娩中の胎児心拍数聴取について	第1回、第3回
胎児心拍数陣痛図の判読について	第8回
臍帯脱出について	第1回、第3回
常位胎盤早期剥離について	第3回、第6回
常位胎盤早期剥離の保健指導について	第2回
子宮収縮薬について	第1回、第3回
新生児蘇生について	第1回、第3回、第5回
診療録等の記録について	第2回



再発防止に関する報告書

胎児心拍数陣痛図の聴取・判読について

現在の産科医療において、胎児心拍数のモニタリングは胎児の状態を推測する有用な手段の一つです。このため、分娩中の胎児の状態を把握するためには胎児心拍数陣痛図の判読が重要とされています。

妊娠・分娩の経過における胎児の状態を正しく評価し、その後の対応につなげることができるよう、本制度では過去3回にわたり胎児心拍数陣痛図の聴取・判読に関する分析を行っています。

胎児心拍数陣痛図は、分娩時の状況により様々な波形を示すことから、正確に判読するには習熟が必要であるため、補償対象となった脳性麻痺児の実際の胎児心拍数陣痛図をもとに、産科医療関係者に向けた提言や教材の作成を行っています。

過去3回にわたる、産科医療関係者への提言 (一部抜粋)

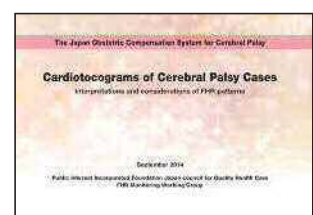
- 胎児心拍数陣痛図の判読能力を高めるよう、各施設における院内の勉強会や院外の講習会へ参加する。
- 胎児心拍数の波形パターン出現の生理学的な意味を理解し、胎児心拍数陣痛図から胎児状態を推測することができるよう習熟する。
- 胎児心拍数陣痛図の評価は、「産婦人科診療ガイドライン」に則して行い、評価の結果は正常・異常にかかわらず判読所見を診療録に記載する。

産科医療関係者向け教材の作成

脳性麻痺となった児の具体的な胎児心拍数陣痛図をもとに、判読のポイントになる点を具体的に解説しています。

日本語版：2014年1月発刊

英語版：2014年9月発刊

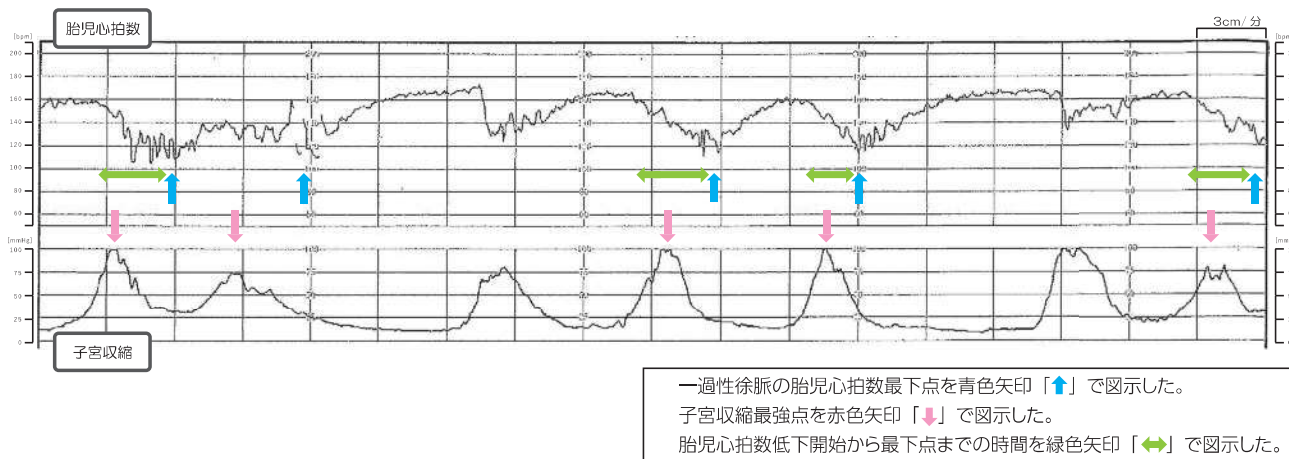


脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図

「第8回再発防止に関する報告書」では、「胎児心拍数陣痛図の判読」に関して、分娩経過の中で瞬時に判断することができるように、以下のような解説を加えて、産科医療関係者に提言を行っています。

遅発一過性徐脈と変動一過性徐脈の鑑別

「遅発一過性徐脈」を「変動一過性徐脈」と判読している事例があった。



●再発防止委員会からの解説

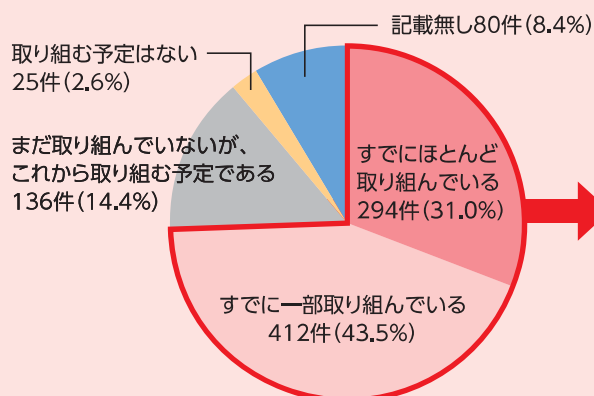
- ・子宮収縮に伴って、胎児心拍数が緩やかに低下し、緩やかに回復しているため、遅発一過性徐脈と判読できる。
- ・一過性徐脈の胎児心拍数最下点が、子宮収縮最強点に遅れ、繰り返し出現している。
- ・胎児心拍数の低下が急速であるか、緩やかであるかを肉眼的に区別することが困難な場合は、胎児心拍数低下の開始から最下点までの時間が30秒未満か30秒以上であるかを参考にする。胎児心拍数低下の開始から最下点まで30秒以上であり、緩やかな波形であることがわかる。

【参考】

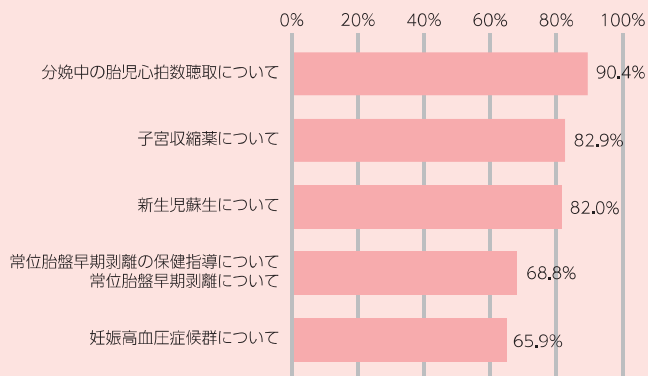
- 遅発一過性徐脈・・・胎児の酸素が不足している場合にみられる
- 変動一過性徐脈・・・へその緒が圧迫されている場合にみられる

「再発防止委員会からの提言」の取組みについて

これまでに過去2回、分娩機関に対して「再発防止委員会からの提言」の臨床現場における活用状況に関するアンケートを実施しました。アンケートを集計した結果は以下のとおりです。最も活用されている提言は「分娩中の胎児心拍数聴取について」です。



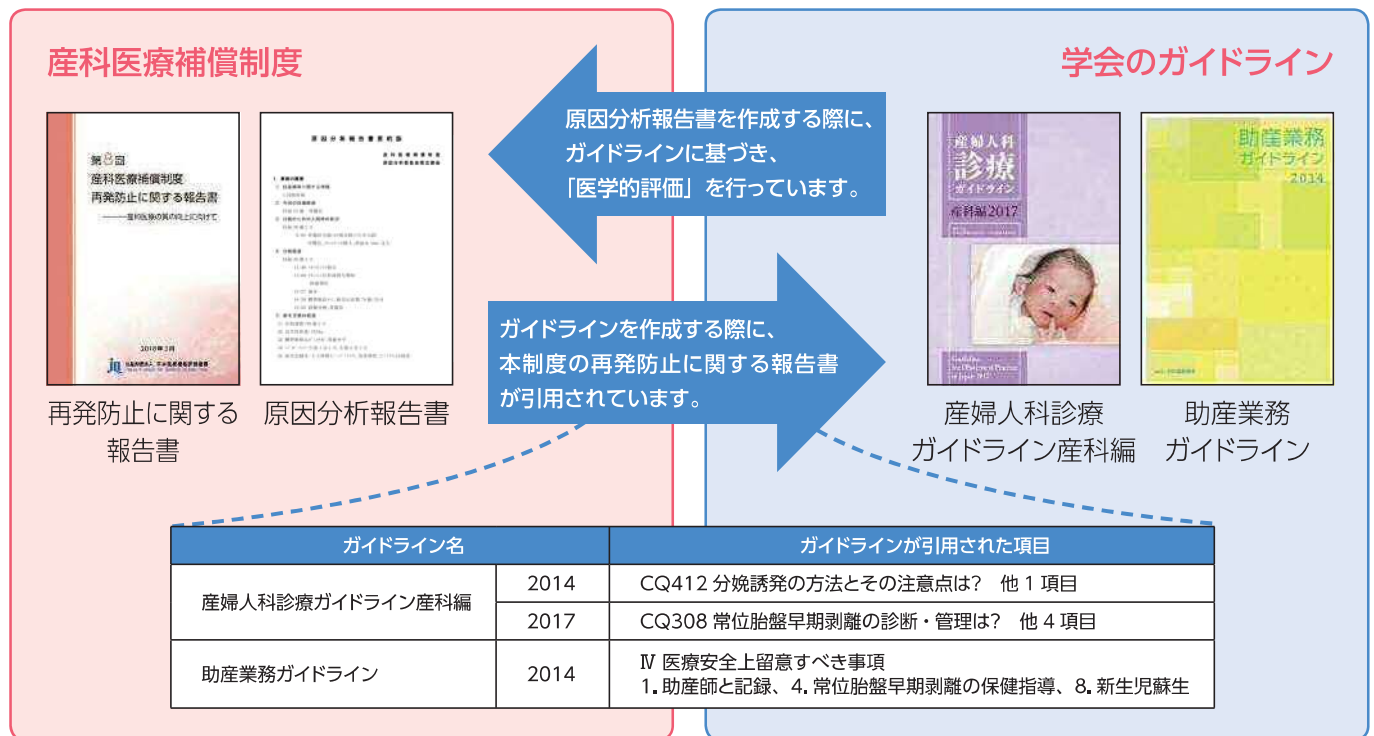
「すでにほとんど取り組んでいる」「すでに一部取り組んでいる」と回答された方々のテーマ別の取組み状況(上位5項目、重複回答あり)



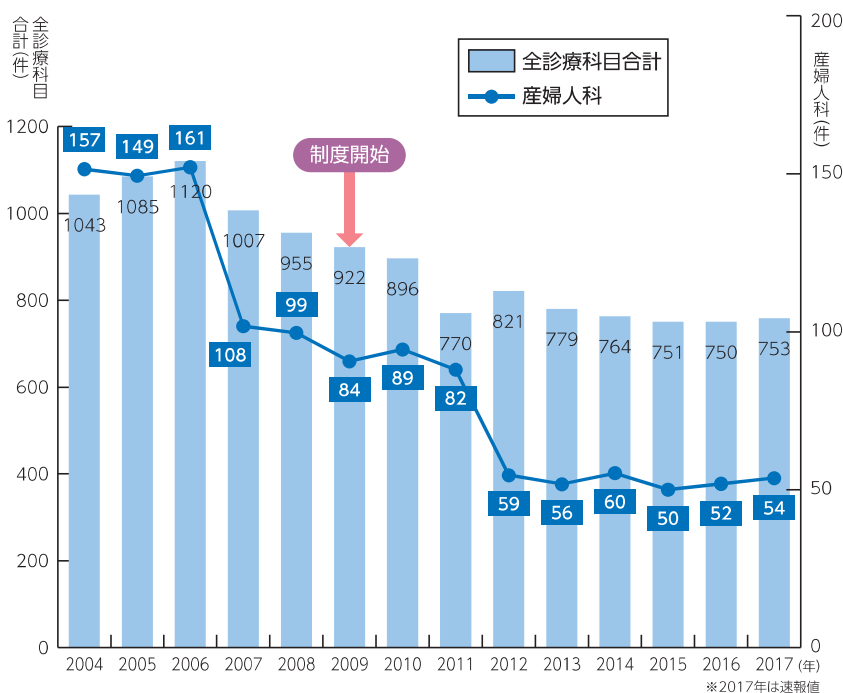
産科医療補償制度とガイドライン

ガイドラインにおける「再発防止に関する報告書」の利用について

日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会が作成している「産婦人科診療ガイドライン産科編」と、日本助産師会が作成している「助産業務ガイドライン」において、本制度の「再発防止に関する報告書」が引用文献として利用されました。



産婦人科の訴訟の動向



最高裁判所医事関係訴訟委員会
「医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数」より

- 産科医療補償制度は、対象が産科に限られているとはいえ、公的な第三者機関が事故の原因分析等を行う仕組みが設けられた点、医療（特に産科医療）にリスクが伴うことを前提にこのリスクを社会的に負担するという観点から無過失補償制度が導入された点で重要な意義があるといえ、無過失補償制度について、産科以外の分野への展開の可能性も注目される。
- 産科医療補償制度は、施行後相当数の事件を処理しており、医療関係訴訟の事件数にも一定の影響を及ぼしているものと考えられる。

最高裁判所事務総局「平成 25 年 7 月 裁判の迅速化に係る検証に関する報告書（社会的要因編）」より抜粋

産科医療補償制度の運営実績

1. 加入分娩機関数

(2018年6月末現在)

分娩機関数	加入分娩機関数	加入率 (%)
3,239	3,236	99.9%

分娩機関数は、日本産婦人科医会および日本助産師会の協力等により集計しています。

2. 審査

(2018年6月末現在)

児の生年	審査件数	補償対象 ^{※1}	補償対象外		継続件数	補償申請期限
			補償対象外	再申請可能 ^{※2}		
2009年 ^{※3}	561	419	142	0	0	申請受付終了
2010年 ^{※3}	523	382	141	0	0	〃
2011年 ^{※3}	502	355	147	0	0	〃
2012年 ^{※3}	516	361	155	0	0	〃
2013年	410	308	94	7	1	2018年の満5歳の誕生日まで
2014年	311	233	59	15	4	2019年の 〃
2015年	246	211	15	18	2	2020年の 〃
2016年	130	120	7	3	0	2021年の 〃
2017年	15	15	0	0	0	2022年の 〃
合計	3,214	2,404	760	43	7	—

(※1) 「補償対象」には、再申請後に補償対象となった事案や、異議審査委員会にて補償対象となった事案を含みます。

(※2) 「補償対象外(再申請可能)」は、審査時点では補償対象とならないものの、将来、所定の要件を満たして再申請された場合、改めて審査する事案です。

(※3) 2009年から2012年の出生児は、審査結果が確定しています。

3. 原因分析

本制度発足当時、原因分析委員会は六つの部会で月に1事案の審議でスタートしました。その後、作成件数の増加に伴い、現在は七つの部会で月6事案を審議して、年間500件の原因分析報告書を作成する体制を整えました。

2018年6月までに、1,962件の原因分析報告書を見・保護者および分娩機関に送付しています。本制度の透明性を確保すること、また同じような事例の再発防止および産科医療の質の向上を図ることを目的として、「要約版」を本制度ホームページに掲載するとともに、研究目的の利用のために「全文版(マスキング版)」を所定の手続きを経て開示しています。

4. 再発防止

2018年3月末までに計8回、「再発防止に関する報告書」を公表し、加入分娩機関や関係学会・団体、行政機関等へ送付するとともに、本制度ホームページにも掲載しています。

また、「常位胎盤早期剥離」や「早期母子接触」に関するリーフレット・ポスター等、再発防止に向けたツールを提供してきました。(P15:「これまでに提供してきたツール(一例)」参照)

産科医療補償制度の変遷

	トピックス	制度周知等の取組み
2008年 以前	2007年 2月 第1回運営組織準備委員会の開催 2008年 1月 「準備委員会報告書」のとりまとめ 2008年 7月 第1回運営委員会の開催 分娩機関加入手続の開始 2008年10月 妊産婦情報の登録開始	2008年 7月 専用コールセンターの運用開始
2009年	1月 産科医療補償制度の創設 2月 第1回原因分析委員会の開催 6月 第1回審査委員会の開催 7月 補償申請の受付開始 9月 仮想事例による原因分析報告書の作成 11月 第2回審査委員会の開催（事案審議の開始）	6月 補償認定請求用専用診断書「診断書作成の手引き」の作成
2010年	2月 第12回原因分析委員会の開催（原因分析報告書審議の開始）および原因分析報告書の送付開始 3月 原因分析報告書「要約版」の公表（本制度ホームページ掲載）を開始 4月 原因分析報告書「全文版（マスキング版）」の開示を開始 7月 第1回再発防止委員会の開催	1月 「原因分析報告書作成マニュアル（原因分析報告書作成にあたっての考え方）」の作成 5月 分娩機関向け「原因分析の解説」の作成 7月 補償対象となった児の保護者向け「原因分析のご案内」の作成
2011年	2月 第1回異議審査委員会の開催	
2012年		
2013年	8月 補償申請の促進に関する緊急対策会議の開催	8月 「補償対象となった参考事例」の作成 12月 「重症度に関する参考事例」の作成 補償認定請求用専用診断書のチェックボックス方式への改訂
2014年	1月 制度改定の実施（原因分析のあり方、補償金と損害賠償金の調整のあり方、紛争防止・早期解決に向けた取組み等） 5月 第1回再発防止ワーキンググループの開催 9月 補償対象件数が累計1,000件を超過	9月 「補償対象となる脳性麻痺の基準の解説」の作成 11月 「補償対象に関する参考事例集」の作成
2015年	1月 制度改定の実施（補償対象となる脳性麻痺の基準、掛金等） 11月 「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を踏まえた新たな開示方法による原因分析報告書「全文版（マスキング版）」の開示を開始	10月 「産科医療補償制度ニュース」の創刊 11月 「補償申請検討ガイドブック」の作成
2016年	7月 原因分析報告書の送付件数が累計1,000件を超過 11月 第100回審査委員会の開催	
2017年	5月 補償対象件数が累計2,000件を超過	1月 本制度ホームページに「原因分析報告書要約版検索機能」を追加
2018年	1月 制度創設10周年	

再発防止に関する取組み

8月 「第1回再発防止に関する報告書」の創刊
5月 「第2回報告書」の発刊 12月 「常位胎盤早期剥離」に関するリーフレットの作成
5月 「第3回報告書」の発刊
1月 「脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図 波形パターンの判読と注意点」(日本語版)の作成 2月 「子宮収縮薬を使用する際のインフォームドコンセントの重要性」に関するリーフレットの作成 「メトイリントールの使用」「人工破膜の実施」のフローチャートに関するポスターの作成 4月 「第4回報告書」の発刊 9月 「脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図 波形パターンの判読と注意点」(英語版)の作成
3月 「第5回報告書」の発刊および「再発防止委員会からの提言集」の作成
1月 「本制度の補償対象となった脳性麻痺事例と日本産科婦人科学会周産期登録データベースとの比較研究に関する論文」がオープンアクセスジャーナル「PLOS ONE」に掲載 3月 「第6回報告書」の発刊 7月 「早期母子接触」に関するリーフレットの作成
3月 「第7回報告書」の発刊
1月 「妊娠高血圧症候群の母体より出生して脳性麻痺になった児の分娩期の周産期因子に関する論文」がオープンアクセスジャーナル「Wiley」に掲載 3月 「第8回報告書」の発刊

制度周辺の動き

2004年10月 「助産業務ガイドライン 2004」創刊 2008年 4月 「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008」創刊
12月 「助産業務ガイドライン 2009」発刊
3月 「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2011」発刊
7月 最高裁判所事務総局より発行された「裁判の迅速化に係る検証に関する報告書(社会要因編)」において、本制度の意義について言及
3月 「助産業務ガイドライン 2014」発刊 4月 「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2014」発刊
7月 製薬会社が「子宮収縮薬の適正使用に関するお願い」を発出し、医薬品医療機器総合機構がこの文書をホームページに掲載 11月 日本新生児成育医学会など4学会が「再発防止に関する報告書」の提言を受け、日本版新生児蘇生法ガイドライン 2010で推奨されている濃度のアドレナリンの発売を要望
1月 法曹関係者に広く読まれている「判例タイムズ」に、「産科医療補償制度の補償金と損害賠償金の調整等について」に関する記事が掲載 7月 日本周産期・新生児医学会が「再発防止に関する報告書」の提言を受け、「母子同室の安全性をあげるための留意点」を検討するワーキンググループ」を設置
4月 「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」発刊

これまでに提供してきたツール（一例）



【編集後記】

今回、10周年記念特別号を作成するにあたり、これまでの歩みを振り返りました。制度創設以来、多くの関係者にご支援ご協力をいただき、様々な取組みをしてきたことを改めて実感しました。どの取組みを本ニュースに掲載すべきか、選定にも非常に苦労し、紆余曲折を得て、ようやく発刊することが出来ました。ご寄稿いただきました先生方、共に作成した仲間に関心から感謝申し上げます。(小林誠)

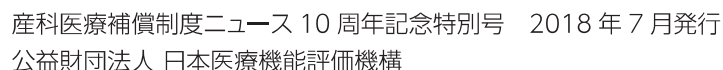
本ニュースに掲載されているデータ等については、
本制度ホームページをご覧ください。
(<http://www.sanka-hp.icqhc.or.jp/>)

【お問い合わせ先】

産科医療補償制度専用コールセンター

01 20-330-637

受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日祝日・年末年始を除く）



重度脳性まひのお子様とご家族の皆様へ

産科医療補償制度の申請期限は

満5歳の誕生日までです



補償対象 次の①～③の基準をすべて満たす場合、補償対象となります。

①	2014年12月31日までに 出生したお子様の場合	在胎週数33週以上で出生体重2,000g以上、 または在胎週数28週以上で所定の要件
	2015年1月1日以降に 出生したお子様の場合	在胎週数32週以上で出生体重1,400g以上、 または在胎週数28週以上で所定の要件

② 先天性や新生児期の要因によらない脳性まひ

③ 身体障害者手帳1・2級相当の脳性まひ

※生後6ヶ月未満で亡くなられた場合は、補償対象となりません。

※2014年12月31日までに出生したお子様の場合と2015年1月1日以降に出生したお子様の場合では、在胎週数28週以上の「所定の要件」が異なります。

- 補償対象と認定されると、補償金が支払われるとともに、脳性まひ発症の原因分析が行われます。
- 詳細については、出産した分娩機関または下記お問い合わせ先までご相談ください。

お問い合わせ先

産科医療補償制度専用コールセンター
☎0120-330-637 受付時間：午前9時～午後5時(土日祝除く)

産科医療補償制度ホームページ

<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care



このマークは
産科医療補償制度の
シンボルマークです

産科医療補償制度とは

分娩に関連して発症した重度脳性まひのお子様とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的としています。

■ 補償

- 補償金は、一時金と分割金をあわせ総額3,000万円が支払われます。

■ 原因分析・再発防止

- 医学的観点から原因分析を行い、報告書を保護者と分娩機関へ送付します。
- 原因分析された複数の事例をもとに再発防止に関する報告書などを作成し、分娩機関や関係学会、行政機関等に提供します。

申請期間について

申請できる期間は、お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです。

※例として、2012年1月1日生まれのお子様は、2017年1月1日が申請期限となります。

補償対象について

- 先天性や新生児期の要因に該当する疾患等が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は、補償対象となります。
- 補償対象の認定は、制度専用の診断書および診断基準によって行います。
身体障害者手帳の認定基準で認定するものではありません。

補償対象となる基準の詳細や、補償申請にかかる具体的な手続きなどについては、出産した分娩機関または下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先

産科医療補償制度専用コールセンター

☎ 0120-330-637 受付時間:午前9時～午後5時(土日祝除く)

産科医療補償制度ホームページ

<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>



このマークは
産科医療補償制度の
シンボルマークです