

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と 精神保健福祉行政の現状について

(令和6年度精神保健指定医研修会)

厚生労働省 障害保健福祉部
精神・障害保健課

本日のアウトライン

1. 精神保健指定医について
2. 令和4年度の精神保健福祉法改正について
3. 行動制限最小化について
4. 精神保健福祉の動向について

1

1. 精神保健指定医について



精神保健福祉分野における法制度の改正経緯①

	背景	制度改正の概要
精神衛生法	S25年 成立 ○精神病者監護法と精神病院法の廃止・引継ぎ	◎措置入院制度の創設 ◎保護義務者の同意による入院制度の創設 ◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等
	S29年 改正	◎非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等
	S36年 改正 ○ライシャワー事件(S39年)	◎入院医療費の国庫負担基準の引上げ(2分の1→10分の8) 等
	S40年 改正 ○宇都宮病院事件(S58年)	◎措置入院手続きの改正(緊急措置入院制度の創設など) 等
	S62年 改正	◎精神保健指定医制度の創設 ◎精神医療審査会制度の創設 ◎応急入院制度、任意入院制度の創設 ◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等
精神保健法	H5年 改正 ○5年後見直し ・障害者基本法の成立(H5年) ・地域保健法の成立(H6年)	◎精神障害者社会復帰促進センターの創設 ◎精神障害者の定義規定の見直し 等
	H7年 改正	

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯②

背景	制度改正の概要
H7年改正	<ul style="list-style-type: none"> ◎精神障害者保健福祉手帳制度の創設 ◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等
H11年改正	<ul style="list-style-type: none"> ◎医療保護入院の要件の明確化(任意入院の状態にない旨を明記) ◎保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等
H15年 ○池田小事件(H13年) ○医療観察法の成立(H15年) ○精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定(H16年)	<ul style="list-style-type: none"> ◎心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する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 等
H17年改正	<ul style="list-style-type: none"> ◎精神医療審査会の委員構成の見直し ◎特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等
H22年改正	<ul style="list-style-type: none"> ◎都道府県による精神科救急医療体制の確保に関する規定 ◎精神保健指定医の公務員としての職務に係る義務規定 等
H25年改正 ○相模原市「津久井やまゆり園」事件(H28年) ○指定医不正申請	<ul style="list-style-type: none"> ◎保護者制度の廃止、家族等同意の創設 ◎精神科病院管理者に、退院後生活環境相談員の設置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備を義務付け 等
R4年改正	<ul style="list-style-type: none"> ◎医療保護入院の期間の法定化、家族等が意思表示を行わない場合の市町村長同意、入院者訪問支援事業の創設、精神科病院における虐待防止措置の実施 等

精神保健福祉法

精神保健福祉法に基づく入院形態について

1 任意入院（法第20条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院（法第29条／法第29条の2）

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。

※ 緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に限られる。

3 医療保護入院（法第33条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医（又は特定医師）の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

※ 1 病院管理者は、その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができず、若しくは同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合、市町村長の同意により入院させることができる。

※ 2 入院期間については、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月以内、6月を経過した後は6月以内となる。

※ 3 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

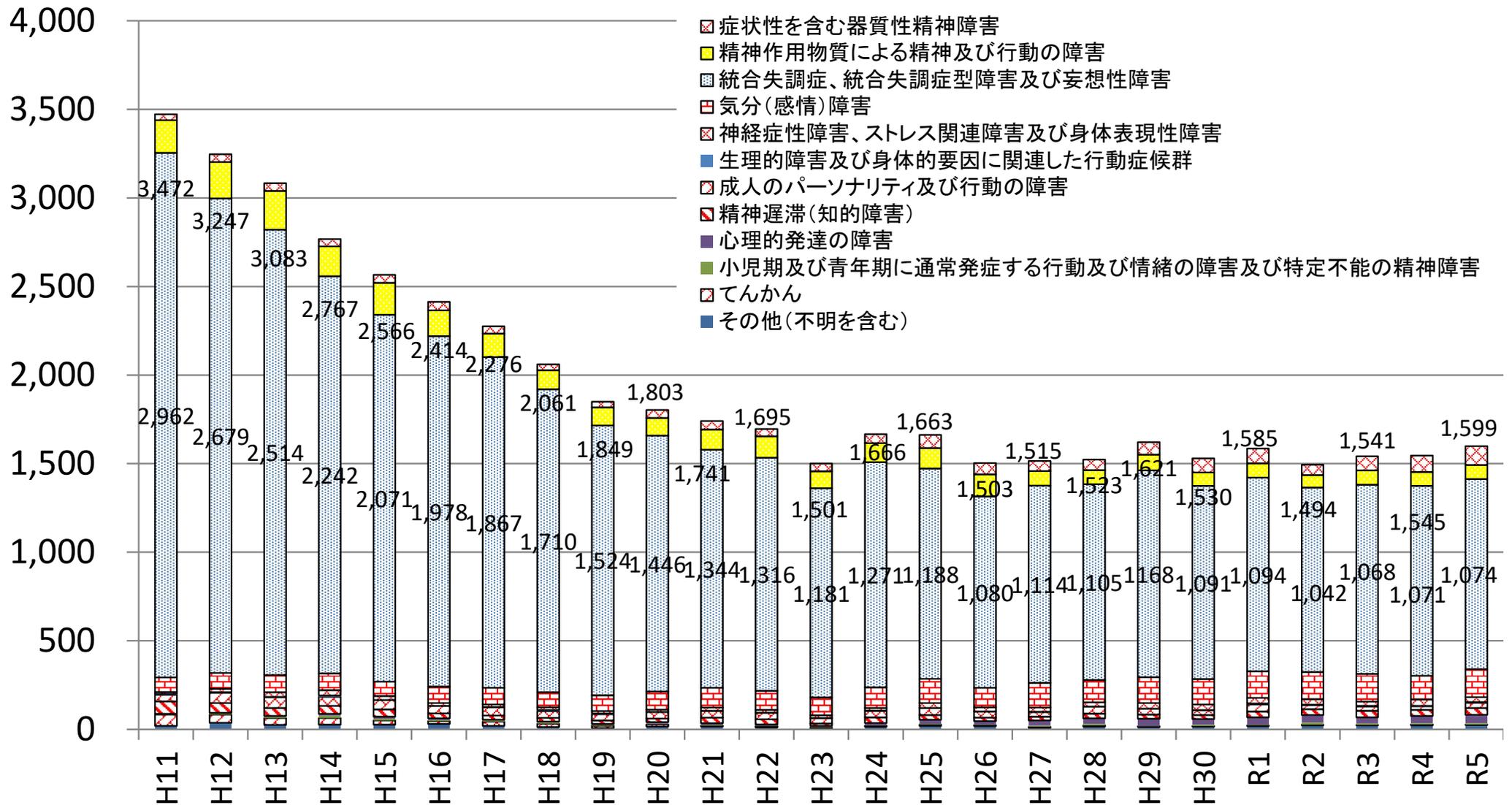
4 応急入院（法第33条の6）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

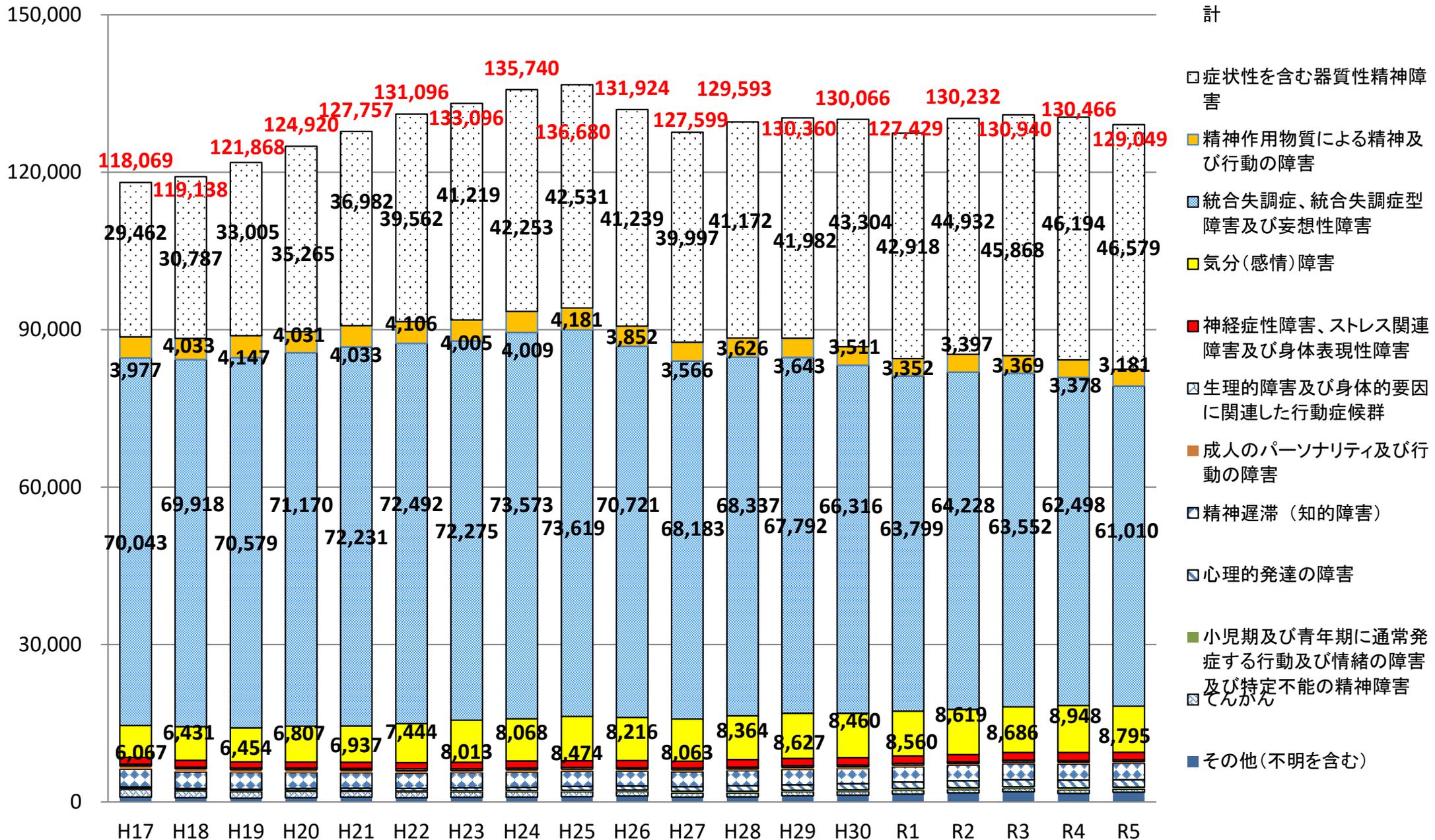
【要件等】 急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、応急入院指定病院のみに入院させることができ、入院期間は72時間以内に限られる。

※ 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

措置入院患者数の推移（疾患別内訳）



医療保護入院患者数の推移（疾患別内訳）



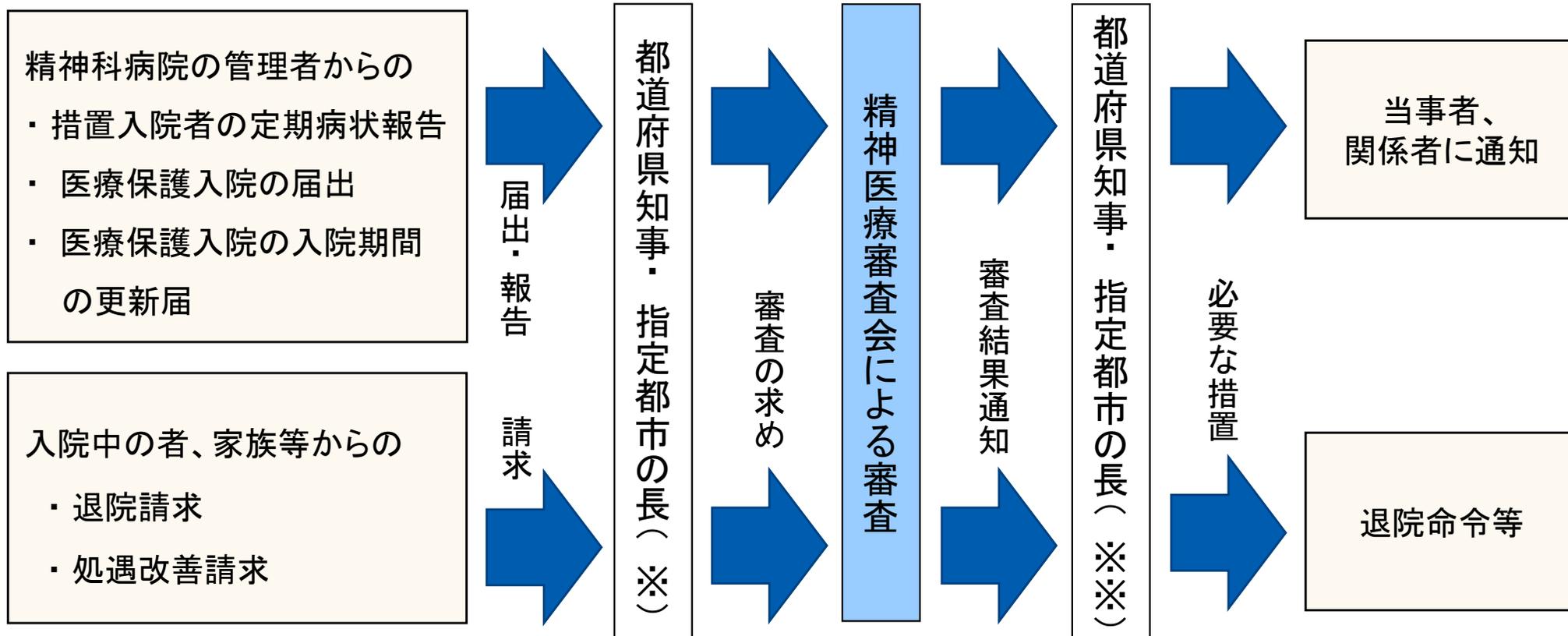
出典：「精神保健福祉資料」より作成

精神医療審査会について

- 精神保健福祉法第12条において、入院措置時及び定期の入院の必要性並びに退院等の請求による入院の必要性等に関する審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置くことが規定されている。

委員構成員(1合議体あたり5名)は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行。
都道府県知事が下記の者を任命(任期は原則2年)。

- 精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上
- 法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検察官等)



※ 都道府県知事・指定都市の長は、措置入院を決定した時に、精神医療審査会による審査を求めるとされている。

※※ 審査会の審査結果に基づいて都道府県知事は退院命令等の措置を採らなければならない。(審査会決定の知事への拘束性)

指定医の責任と職務

精神保健指定医とは

- 宇都宮病院事件（看護職員の暴行によって患者が死亡した事件）を契機とした、昭和62年の法改正によって定められた。
（※同年に任意入院制度や開放病棟に係る事項も新設されている）
- 特に人権上の配慮を要する精神医療上の行為について、一定の資質を有する医師による判断が必要であるため、精神保健指定医制度が創設されている。
- 精神保健指定医は、患者の人権に配慮した適切な精神医療を提供することが求められる。

【精神保健指定医の指定について】

5年以上の診断・治療経験、3年以上の精神障害の診断・治療経験と一定の症例経験を有し、必要な研修を修了した医師のうち、厚生労働大臣が指定する。

■ 精神保健指定医の職務

勤務する医療機関での職務

- 入退院に関する判定（医療保護入院、応急入院）
- 定期病状報告に係る診察、入院患者の行動制限の判定

等

公務員としての職務

- 措置入院の判定・解除の判定
- 精神医療審査会委員
- 自治体による精神科病院への立入検査、質問及び診察
- 移送に係る行動制限の判定

等

精神保健指定医の職務について（令和6年4月～）

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項 法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の6第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の入院期間の更新時の診察	法第33条第6項第1号
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の隔離・身体的拘束の判定	法第36条第3項 告示第129号
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消退の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	○ 10. 措置入院の解除の判定 (※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
【移送】	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項 告示第96号
	○ 13. 医療保護入院、応急入院のための移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項、第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項 法第40条の5第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載義務	法第19条の4の2

○印：公務員として行う精神保健指定医の職務（都道府県知事等が地方公務員等として委嘱）

■ 指定医業務へのご協力を

措置入院時の判定
精神医療審査会の委員等、

公務員としての
精神保健指定医の業務について
ご協力の程よろしくお願い致します。

■ 指定医の資格に関するルール

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抄）

第19条の2 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

（例）保険給付に関し不正行為があった場合

2 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行つたときその他指定医として著しく不適當と認められるときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる。

（例）入院患者の行動制限時に必要な診察を故意に行わなかった場合、
不当な身体拘束等を行った場合、患者の財産を横領した場合

3 厚生労働大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かななければならない。

4 都道府県知事は、指定医について第2項に該当すると思料するときは、その旨を厚生労働大臣に通知することができる。

精神保健指定医制度の見直し

指定医の不正申請について

- 平成27年4月及び6月に、聖マリアンナ医科大学病院において不適正なケースレポートの申請が行われていた23名の指定取消処分が行われた。
- 平成28年10月26日、精神保健指定医資格審査部会において、89名の取消処分を行うことが妥当との答申を行った。処分者には、不適正なケースレポートに署名を行った指導医も含まれた。

新たな運用

- 聖マリアンナ医科大学の事案を踏まえ、指定医制度を見直し。(令和元年7月～)

ケースレポートの見直し

【見直し後】5分野 5症例	措置入院	医療保護入院
F 0 (老年期認知症、症状性又は器質性精神障害等)	1例以上	
F 1 (中毒性精神障害等)	1例以上	
F 2 (統合失調症等)	1例以上	
F 3 (躁うつ病等)	1例以上	
F 4 (神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害) F 5 (生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群) F 6 (成人の人格及び行動の障害) F 7 (知的障害(精神遅滞)) F 8 (心理的発達の障害) F 9 (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)	F 4～9のいずれかから 1例以上	

口頭試問の導入



指導医は更新研修を受けていることを要件に追加。

精神保健指定医制度の見直し

- 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。

※関係告示及び通知（事務取扱要領）を改正し対応。いずれも令和元年（2019年）7月1日を適用期日としている。

<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することで、担当医としての十分な関わりに加えて、法制度や臨床医学の知識について問う

<ケースレポートの見直し>

- ・ 措置入院症例を含む5分野5症例の提出が必要
- ・ 「医療保護入院時の告知に立ち会った症例」「退院後に外来治療を担当した症例」などの実務的な観点から要件を整理

<指導医の要件等の見直し>

- ・ 指導医の要件を明確化（レポートの指導のみを行うものではない）
- ・ 更新研修を受けていることを指導医の要件に追加（令和7年7月～）

詳しい情報

精神保健指定医の申請に関する詳しい情報は、厚労省HP「精神保健指定医」をご覧ください。

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



精神保健指定医の指定を受けた後の資格管理

精神保健指定医の資格管理

(1) 指定医証の管理

指定医は自らの責任のもと指定医証を管理することとし、指定医証の有効期限についても十分注意すること。(有効期限までに更新研修を受講しないと指定が失効します。)

(2) 変更・紛失等の届出

指定医証の記載事項に変更のあるとき又は住所地に変更のあるとき、紛失・き損したとき等は、その旨を都道府県知事又は指定都市の長に届け出ること。

※ 住所の変更届が提出されていない場合、5年度ごとに受講を義務付けている更新研修の案内が届かずに、更新研修が受講できなくなるおそれがあるため、届出は必ず行うこと。

精神保健指定医失効後一年未満の者の申請手続き

① 指定医資格失効



② 失効後、1年以内に
更新研修を受講



③ 指定医指定申請
【新規申請】

失効後一年未満の者に限り、更新研修を受講後、ケースレポート等の必要書類を一部省略して新規申請が可能。

※あくまで資格は失効していることに注意。(指定を再度受けるまで、指定医業務はできません。)

2. 令和4年度の精神保健福祉法改正 について

- ・ 改正の経緯・趣旨等
- ・ 医療保護入院制度等の見直し
- ・ 入院者訪問支援事業の創設
- ・ 虐待の発生防止と早期発見
- ・ その他の改正点

近年の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「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へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

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（概要）

平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用）

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種チームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

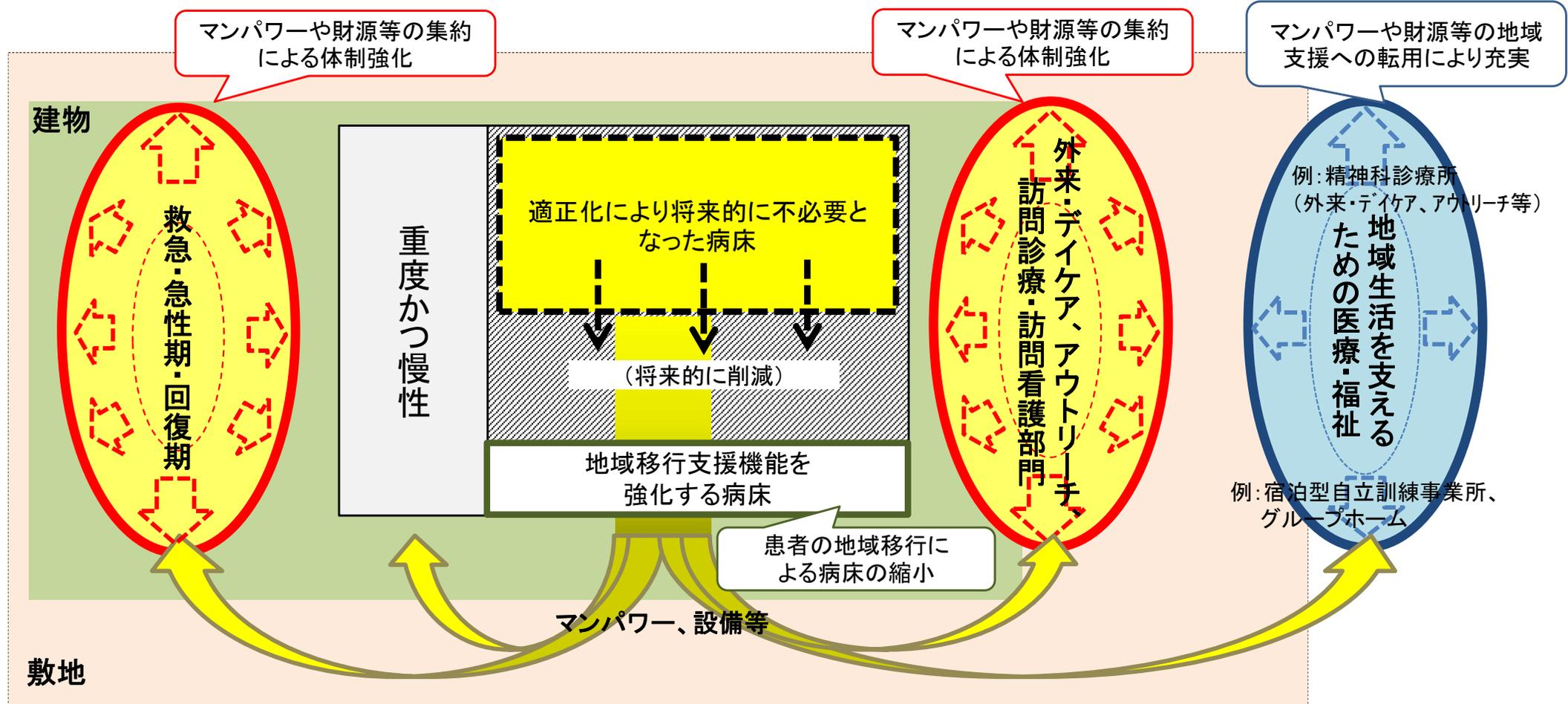
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「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」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

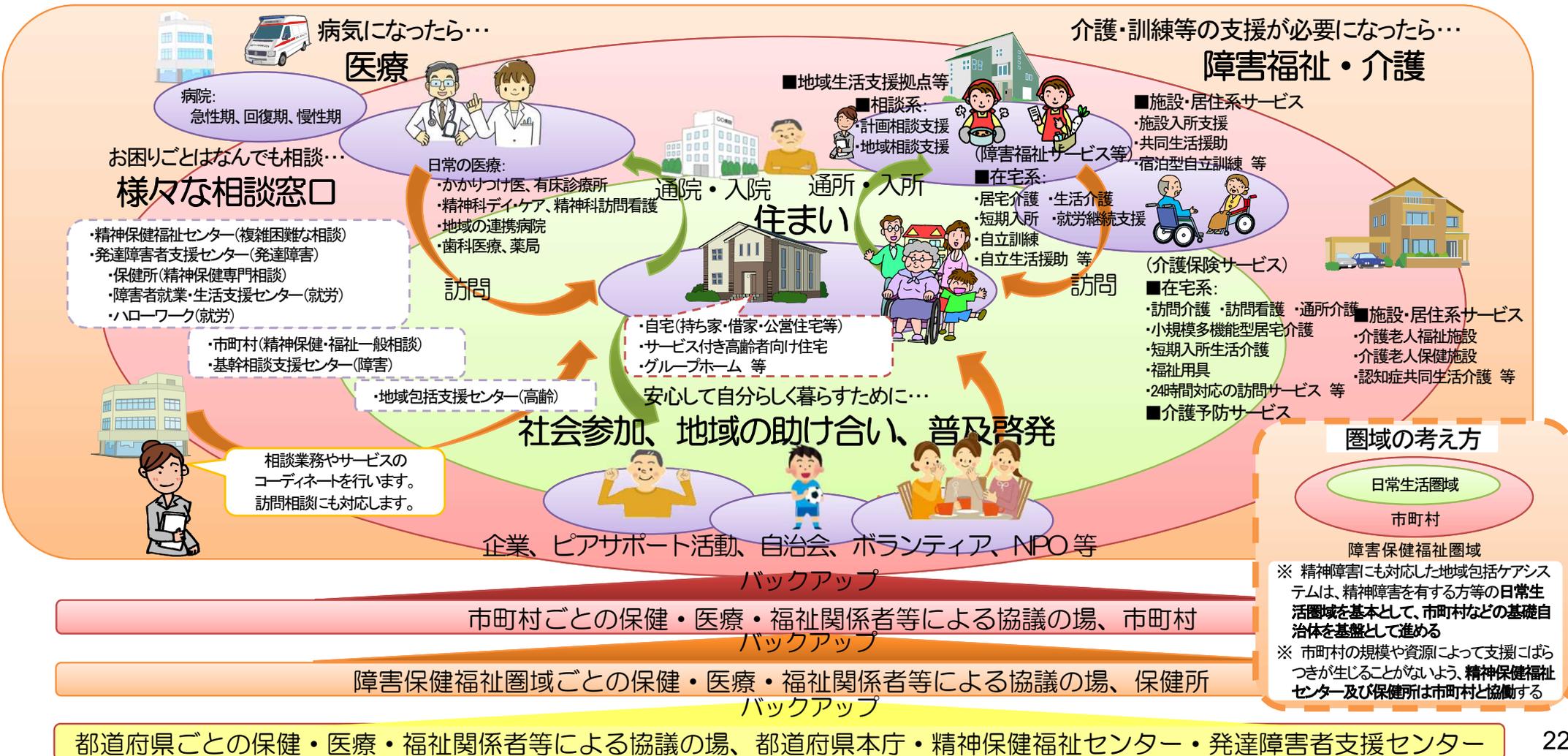
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、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ができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

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）



「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」 (令和3年10月～令和4年6月) について

1. 趣旨

令和3年3月の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた基本的な考え方や構成する要素等について整理された。

これを踏まえ、今般、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築のより一層の推進に向けた具体的かつ実効的な仕組み、体制について検討するとともに、令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた地域精神保健医療福祉体制のあり方や、精神障害者の入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援及び患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等について検討を行う場として、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1)精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- (2)地域精神保健医療福祉体制
- (3)入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組

3. 構成員

岩上洋一	一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事	田辺国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
上ノ山一寛	公益社団法人日本精神神経科診療所協会副会長	田村綾子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
江澤和彦	公益社団法人日本医師会常任理事	辻本 哲士	全国精神保健福祉センター長会会長
太田匡彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授	中原由美	全国保健所長会(福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所保健監(保健所長))
岡田久実子	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)理事長	永松悟	全国市長会(杵築市長)
岡部正文	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事	野澤和弘	植草学園大学副学長／一般社団法人スローコミュニケーション理事長
鎌田久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事	野原勝	岩手県保健福祉部長
神庭重信	九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野名誉教授	藤井千代	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域・司法精神医療研究部部长
北村立	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事	森敏幸	全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク代表／精神保健福祉事業団体連絡会副代表
吉川隆博	一般社団法人日本精神科看護協会会長		
桐原尚之	全国「精神病」者集団運営委員		
柑本美和	東海大学法学部法律学科教授		
小阪和誠	一般社団法人日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構理事		
櫻木章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事		
櫻田なつみ	株式会社MARSパイアサポーター		

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（概要） （令和4年6月9日）

○ 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え方、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、精神病床における人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の取組について取りまとめた。

関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

○ 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

○ 身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。

第8次医療計画の策定に向けて

○ 地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。
○ 各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。

精神科病院に入院する患者への訪問相談

○ 人権擁護の観点から、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要。

医療保護入院

○ 安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、以下の視点を基本とすべき。
・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
・ より一層の権利擁護策の充実
○ 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。

患者の意思に基づいた退院後支援

○ 退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文中で規定した上で、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

○ 安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づく適正な運用が確保されることが必要。

精神病床における人員配置の充実

○ より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じた適切な職員配置の実現が求められる。

虐待の防止に係る取組

○ より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要。

令和4年障害者総合支援法等の一部改正による精神保健福祉法の改正概要

(令和4年12月16日公布)

【公布日(令和4年12月16日)施行】

- ・ 目的規定における権利擁護の明確化

【令和5年4月1日施行】

- ・ 患者に対し身体に対する暴力等を行った者等を「家族等」の範囲から除外。
- ・ 医療保護入院等の患者及びその家族等に対し、書面での入院理由等の告知を義務化。

【令和6年4月1日施行】

(医療保護入院の入院手続等に関する事項)

- ・ 入院期間を法定化し、一定の要件を満たす場合は、入院期間を更新できる。
- ・ 家族等が同意又は不同意の意思表示を行わない場合は、市町村長同意の依頼ができる。
- ・ 地域援助事業者の紹介を義務化。

(措置入院者の退院促進措置等に関する事項)

- ・ 退院後生活環境相談員の選任及び地域援助事業者の紹介を義務化。
- ・ 措置入院時の精神医療審査会での審査の実施。

(入院者訪問支援事業に関する事項)

- ・ 都道府県等は、市町村同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。

(虐待の防止に関する事項)

- ・ 精神科病院における虐待防止措置の義務化。
- ・ 精神科病院の業務従事者による虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化。

(精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項)

- ・ 都道府県等が実施する相談支援について、日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象に加える。
- ・ 都道府県は、市町村の精神保健に関する相談支援に関し、必要な援助を行うよう努める。

法改正後の第1条

（この法律の目的）

第1条 この法律は、**障害者基本法の基本的な理念にのっとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ**、その医療及び保護を行い、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と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

※ 令和4年の法改正により、精神保健福祉法（正式名称は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」）の法目的として、**精神障害者の権利擁護を図ることが明確化**された。（令和4年12月16日施行）

入院患者への告知に関する見直し

- 以下の入院措置を行う患者への告知について、患者本人だけでなくその家族等にも告知する。
 - ・ 措置入院（緊急措置入院）：措置診察のための通知を行った家族等及び診察に立ち会った者
 - ・ 医療保護入院：同意を行った家族等
- 従来からの「入院措置を採ること」「退院請求に関すること」に加えて、「入院措置を採る理由」も告知する。

家族が虐待の加害者である場合の対応

- 医療保護入院の同意や退院請求を行うことができる「家族等」からDVや虐待の加害者を除く。
- 当該家族が唯一の家族である場合、医療機関は市町村長同意の申請ができるようになる。

新規申請に向けた指定医研修会の有効期間

- 指定医研修会を受講したあと、3年以内であれば指定医の申請が可能。（従前は1年）（※）
（※）令和5年4月1日以降に新規の申請を行う場合は、過去に受講した研修についても適用される。

医療保護入院の同意を行う家族等から、虐待を行った者は除かれます

- 改正精神保健福祉法の施行に伴い、医療保護入院の際に同意が必要な「家族等」から、虐待を行った者が除かれます。
- 令和5年4月1日以降に入院する場合、医療機関は、虐待を行った者以外の家族等に、医療保護入院の同意を求める必要があります。具体的な手続は次のとおりです。

※「虐待」とは、児童虐待、配偶者からのDV等、高齢者虐待、障害者虐待を指します。

対象

○診察等の結果、患者が、家族等から児童虐待、配偶者からのDV等、高齢者虐待、障害者虐待を受けていると思われる場合

○虐待・DV等による行政上の次の措置を受けていることを把握した場合

- ・一時保護措置
- ・住民基本台帳事務上のDV等支援措置

手続き

○虐待等に関する各法令（※）に基づき、通報窓口へ通報等をしていただきます。
（通報の対象や方法は、これまでと変わりません）
※児童虐待防止法、配偶者暴力防止法、高齢者虐待防止法、障害者虐待防止法

通報等を行った場合

虐待等を行った家族に、医療保護入院の同意を求めることはできません。

虐待等を行った家族の他に家族がない場合には、市町村長同意を求めることができます。

○ 医療機関においては、家族等からの虐待がないかをどのように確認すべきですか。

○ 医療機関は、平素から診察等により、虐待の早期発見に努める必要があります。（児童虐待防止法第5条等）

今回の精神保健福祉法の改正に伴って、虐待がないかどうかの確認のために医療機関に、新たな手続きを求めるものではありません。

医療機関においては、引き続き虐待を受けたと思われる事案の把握に努め、把握した場合には通報・通告等の適切な対応をいただく必要があります。その上で、今般の精神保健福祉法の改正に伴い、他の家族等（他の家族等がない場合は市町村長）に医療保護入院の同意を求めていただくこととなります。

○ 虐待の事実が入院後に判明した場合、このまま医療保護入院として入院させて差し支えないか。

○ 虐待の事実が入院時に把握されず、入院後に判明した場合、入院時に必要な診療等が行われていれば、虐待を把握できなかったこと自体について医療機関が責めを負うものではありませんが、実情に応じて手続きの補正等の対応をしてください。

具体的には、虐待を行っていたことが判明した家族からのみ同意を得ていた場合は、できるだけ速やかにそれ以外の家族等から同意を得るとともに入院届を再提出する等の対応が求められます（虐待を行った者以外に家族等がない場合は、市町村長による同意）。

○ また、令和6年施行以降は、医療保護入院の期間の上限が設けられますが、更新時点で家族等から除外されている場合には更新の同意を求めることはできません。

医療保護入院の見直し

現状・課題

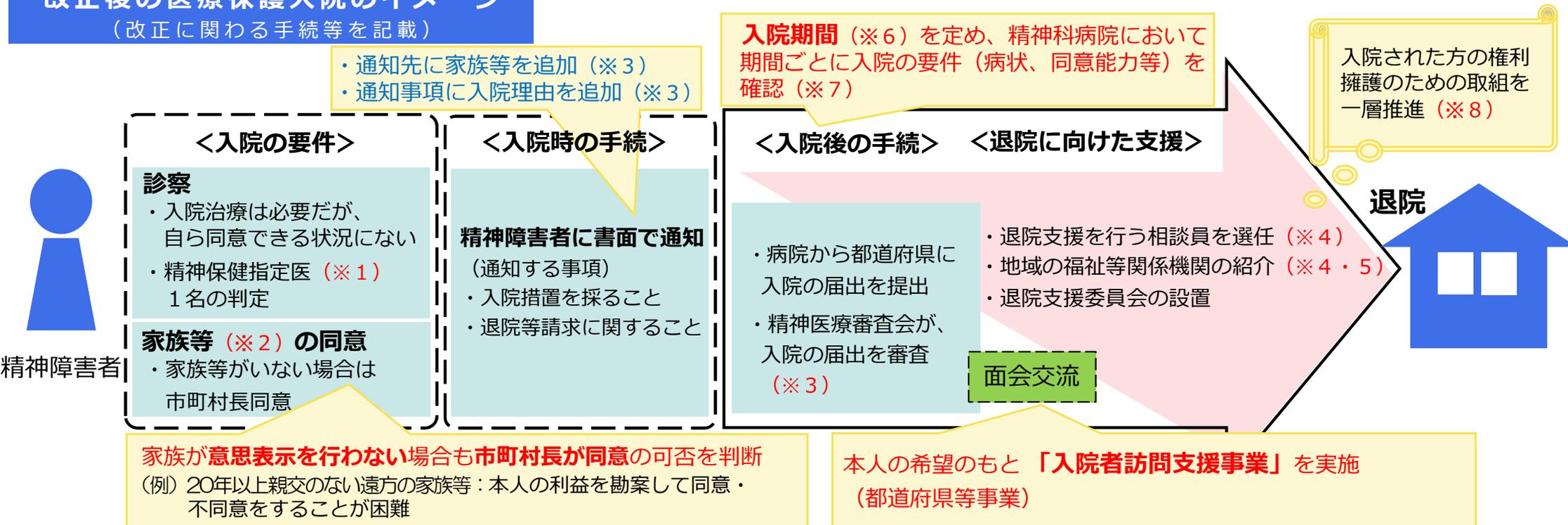
- 精神障害者に対する医療の提供は、できる限り入院治療に頼らず、本人の意思を尊重することが重要であるが、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については、本人の同意が得られない場合においても入院治療へのアクセスを確保することが必要であり、医療保護入院の仕組みがある。

見直し内容

- **家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、誰もが安心して信頼できる入院医療の実現にむけて、入院者の権利を擁護するための取組を一層推進させるため、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。**

改正後の医療保護入院のイメージ

(改正に関わる手続等を記載)



※1 指定医の指定申請ができる期間を、当該指定に必要な研修の修了後「1年以内」から「3年以内」に延長する。 ※2 DV加害者等を「家族等」から除外する。

※3 措置入院の決定についても同様とする。 ※4 措置入院中の方も対象とする。 ※5 現行努力義務→義務化。 ※6 厚生労働省令で定める予定。

※7 入院の要件を満たすことが確認された場合は、入院期間を更新。これに伴い、医療保護入院者に対する定期病状報告に代えて更新の届出を創設。なお、入院期間の更新について、精神科病院の管理者は、家族等に必要な事項を通知の上、一定期間経過後もなお不同意の意思表示を受けなかったときは、同意を得たものとみなすことができることとする。

※8 政府は、非自発的入院制度の在り方等に関し、精神疾患の特性等を勘案するとともに、障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする検討規定を設ける(附則)。

医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（法第33条）

- 医療保護入院の入院期間は、医療保護入院から6ヶ月を経過するまでは3ヶ月以内とし、6ヶ月を経過した後は6ヶ月以内。

参考（障害者部会報告書 P.50）

注 具体的な期間について、医療保護入院者における当初の入院計画での予測入院月数は、6割以上の入院者が「3ヶ月以上6ヶ月未満」とされていることを踏まえ、「3ヶ月ごと（入院から6ヶ月経過後は6ヶ月）」とすることが考えられる。また、検討会では、入院期間の短縮を図る観点から「1ヶ月ごと（入院から6ヶ月経過後は3ヶ月）」とする意見もあった。

- 入院期間については、以下の要件を満たす場合は、入院の期間を更新できる。
 - ・ 指定医診察の結果、医療保護入院が必要であり、任意入院が行われる状態にないと判定
 - ・ 医療保護入院者退院支援委員会において、対象患者の退院措置について審議
 - ・ 家族等に必要な事項を通知した上で、家族等の同意（家族等がない場合等は、市町村長による同意）
- ※ 家族等と定期的に連絡が取れている場合など一定の要件を満たした場合には、「みなし同意」を行うことも可能。
- 入院期間を更新した場合は、更新届を都道府県等に提出（医療保護入院の定期病状報告は廃止）

医療保護入院の更新に係る家族等の同意手続きについて

- 入院の期間の更新の同意は、直前の入院又は更新の同意の意思表示を行った家族等に対して求めることとする。
- 入院又は更新の同意の意思表示を行った家族等が同意できない場合等（※）は、それ以外の家族等に同意を求めることとする。

（※）具体的には、入院又は更新の同意の意思表示を行った家族等が、家族等に該当しなくなった場合、死亡した場合、意思を表示することができない場合、同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合や、当該家族等が不同意の意思表示を示した場合とする。

- 入院期間の更新の同意を求めるべき家族等への通知は、やむを得ない場合（※）を除き、医療保護入院者の入院期間満了日の一月前から二週間前までに行うものとする。

（※）直前の医療保護入院に同意した家族等に、入院期間の更新の同意を求める通知をした後、当該家族等が死亡したこと等が判明し、それ以外の家族等に通知をした場合等を指す。

家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取扱い

- 入院時又は入院期間の更新における家族等の同意について、家族等の全員が同意・不同意の意思表示を行わない場合（家族等がその旨を明示していることが必要）についても、市町村長同意の依頼をすることができる（法第33条第2項）。

医療保護入院の更新に係る家族等の「みなし同意」について

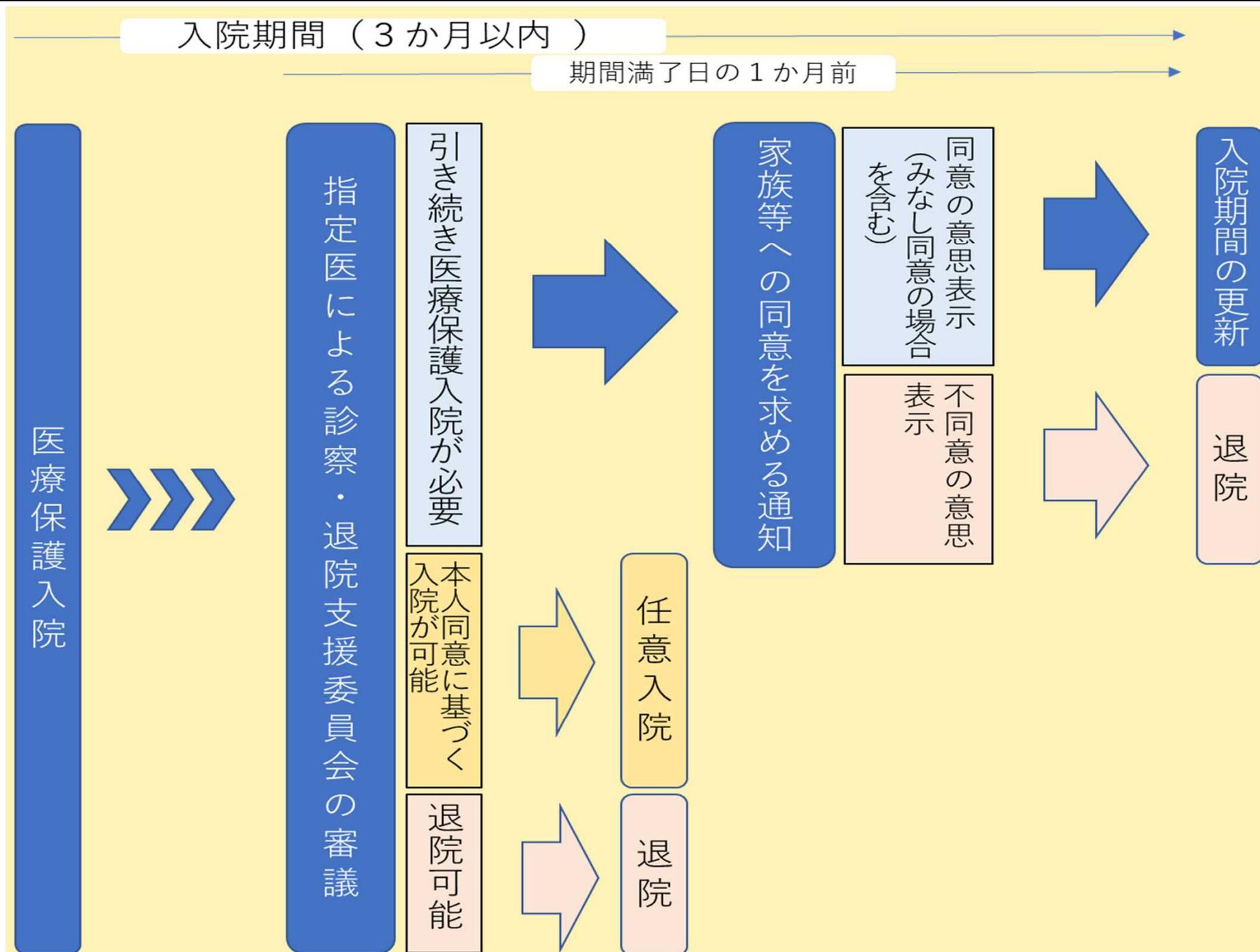
厚生労働省令で定める日までにその家族等のいずれの者からも法第33条第6項の規定による入院の期間の更新について不同意の意思表示を受けなかつたときは、同項の規定による家族等の同意を得たものとみなすことができる。ただし、当該同意の趣旨に照らし適当でない場合として厚生労働省令で定める場合においては、この限りではない。

※ 厚生労働省令で定める日：
医療保護入院者の入院期間満了日前であって、更新の同意に係る通知を家族等に通知した日から二週間を経過した日

※ 厚生労働省令で定める場合：【みなし同意が適用されないケース】

- ・ 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者と更新の同意に係る通知をした当該医療保護入院者の家族等の連絡が定期的に行われていないとき
- ・ 更新の同意に係る通知から入院期間の更新がされるまでの間に、通知した家族等が家族等に該当しなくなったこと、死亡したこと若しくは意思表示ができないことが判明した又は更新の同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合のいずれかに該当することを把握したとき
- ・ 直前の入院又は更新の同意をした家族等とは別の家族等に対し、更新の同意に係る通知がされたとき
- ・ 更新の同意に係る通知を当該医療保護入院者の家族等に通知した日から二週間を経過した日が入院期間満了日を経過するとき

令和6年4月1日以降に医療保護入院した者の入院期間について



令和6年4月1日時点で医療保護入院している者の入院期間の更新に係る経過措置

- 令和6年4月1日時点で医療保護入院している者（施行日時点入院者）については、施行日から6か月は精神科病院の準備期間とし、令和6年10月以降は、（引き続き入院治療を要する場合を考慮し）、下表の左欄に応じ、右欄の期限までに継続入院の手続を実施することができるよう十分な時間を確保して、指定医に診察させることとする。

医療保護入院した日の属する月	期限
4月又は10月	令和6年10月31日
5月又は11月	令和6年11月30日
6月又は12月	令和6年12月31日
7月又は1月	令和7年1月31日
8月又は2月	令和7年2月28日
9月又は3月	令和7年3月31日

（※）入院日が不明な場合の期限は、令和6年10月31日まで。

地域生活への移行を促進するための措置

- 地域援助事業者（※）の紹介（現行努力義務）を義務化

※ 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業者や、事業の利用に向けた相談援助を行う者（共同生活援助、訪問介護事業者等）。

市町村は、精神障害者や医療機関から紹介の問い合わせがあれば、必要に応じて調整等を行うこと。

入院者訪問支援事業（法第35条の2）

- 都道府県及び指定都市は、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。
- 都道府県及び指定都市が、訪問支援員を選任、研修等を実施。

「入院者訪問支援事業」の創設

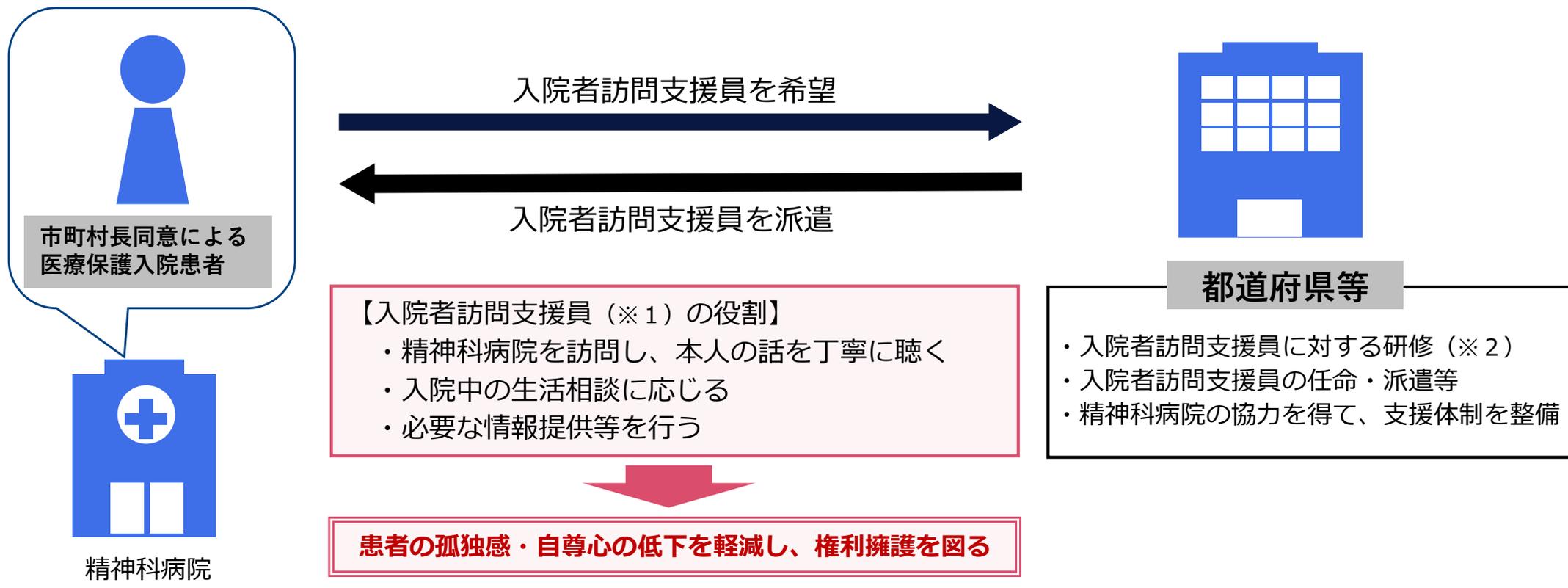
現状・課題

- 精神科病院において、外部との面会交流を確保することは、患者の孤独感等を防ぐ上で重要。医療保護入院のような非自発的な入院の場合、家族との音信がない患者には、医療機関外の者との面会交流が、特に途絶えやすくなる。

見直し内容

- 市町村長同意による医療保護入院者等を対象に、外部との面会交流の機会を確保し、その権利擁護を図ることが必要である。そのため、**都道府県知事等が行う研修を修了した入院者訪問支援員が、患者本人の希望により、精神科病院を訪問し、本人の話を丁寧に聴くとともに、必要な情報提供等を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。** ※ 都道府県等の任意事業として位置付ける。

「入院者訪問支援事業」 ※イメージ



※1 入院者訪問支援員には、患者の尊厳を保持し、常に患者の立場に立って誠実に職務を行うことを求めるほか、守秘義務を規定。

※2 具体的な研修内容は省令等で規定。例えば、精神医療保健福祉に関する制度や現状、精神科医療における障害者の権利擁護等を想定。

※ 精神保健福祉法の目的規定に「精神障害者の権利の擁護」等を追加。

入院者訪問支援事業（令和6年度以降）

令和5年度予算額
94百万円

令和6年度予算額
1.9億円

- 精神科病院で入院治療を受けている者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、入院者のうち、家族等がない市町村長同意による医療保護入院者等を中心として、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる者に対して、希望に応じて傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣するもの。
- 実施主体は**都道府県、政令指定都市**（以下、「都道府県等」という。）

精神科病院



第三者である訪問支援員が、医療機関外から入院中の患者を訪問し支援

※入院者の求めに応じて、都道府県等が派遣を調整

【支援対象者】

- (1) 市町村長同意による医療保護入院者であって、本事業による支援を希望する者
- (2) 地域の実態等を踏まえ、(1)と同等に支援が必要として都道府県知事が認め、本事業による支援を希望する者

面会交流、支援

傾聴、生活に関する相談、情報提供 等



※2人一組で精神科病院を訪問



都道府県等による選任・派遣

【訪問支援員】

- 都道府県知事が認めた研修を修了した者のうち、都道府県知事が選任した者
- 支援対象者からの求めに応じて、入院中の精神科病院を訪問し、支援対象者の話を誠実かつ熱心に聞く（傾聴）ほか、入院中の生活に関する相談や、支援対象者が困りごとを解消したり、希望する支援を受けるためにはどうすれば良いのかを対象者に情報提供する。

【精神科病院に入院する方々の状況】

医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすく、

- ・ 孤独感や自尊心の低下
- ・ 日常的な困りごとを誰かに相談することが難しい、支援を受けたいが誰に相談してよいかわからないといった悩みを抱えることがある。

第三者による支援が必要



孤独感、自尊心の低下

誰かに相談したい、話を聞いてほしい



【入院者訪問支援事業のねらい】

医療機関外の第三者が、支援対象者と会話を交わし、支援対象者の話を傾聴することにより、様々な思いを受け止め、対象者が自らの力を発揮できるよう、対象者の立場に立って寄り添うもの。

（留意点）

- ・ 令和6年度より法定事業として位置づけ。（守秘義務等）
- ・ 訪問支援員について、特段の資格等は不要。※研修修了は義務
- ・ 訪問支援員が対象者に代わって対象者の困りごとを解決することや、訪問支援員が医療・介護・障害福祉サービスの利用を調整したりサービスを自ら提供することは、本事業の支援として意図するものではない。

精神科病院に入院している支援対象者の自尊心低下、孤独感、日常の困りごと等の解消が期待される。

○ ここまで説明したとおり、令和6年4月から、医療保護入院の制度が大幅に変更されましたので、診療等の対応にあたっては、くれぐれもご留意ください。

○ 医療保護入院に関する各種様式（家族等の同意書、患者への告知文、都道府県知事への入院届など）は、令和6年4月から全面的にリニューアルされ、入院期間の更新に係る書式も厚生労働省において新たに様式を示しています。ご留意ください。

措置入院時の入院必要性に係る審査（法第38条の3）

- 措置入院時にも精神医療審査会において、入院の必要性に係る審査を実施。

地域生活への移行を促進するための措置

- 措置入院者についても、退院後生活環境相談員を選任することを義務化
(法第29条の6)
- 措置入院者についても、地域援助事業者の紹介を義務化（法第29条の7）

○ 措置入院に関する各種様式（指定医による診断書、患者への告知文、定期病状報告など）についても、令和6年4月から新様式となっておりますので、ご留意ください。

精神科病院における虐待防止に向けた取組の一層の推進

現状・課題

- 精神科病院における虐待防止の取組を進めるため、**管理者のリーダーシップのもと、組織全体で推進**すること等が必要。
- 現在、職員等への研修、マニュアルの作成等、精神科病院の虐待防止に向けた取組事例を都道府県等を通じて周知し、虐待防止、早期発見、再発防止に向けた**組織風土**の醸成を推進しているが、虐待防止に向けた取り組みを更に進めるため、精神保健福祉法上、精神科病院に対する虐待防止等のための措置を義務づける等の規定を設けることが適切。

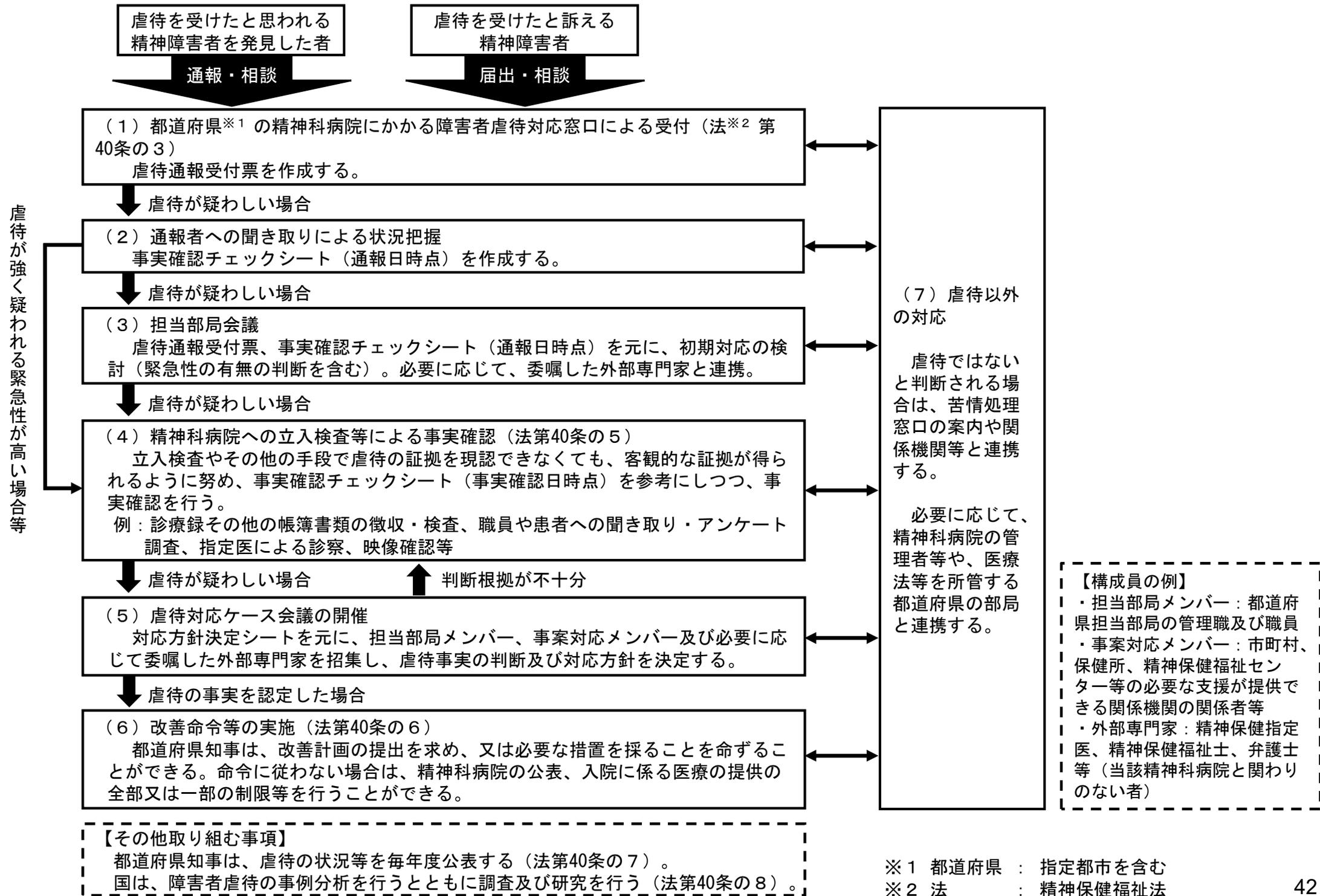
令和4年の法改正による見直し内容

- 令和4年の精神保健福祉法改正により、以下のとおり、精神科病院の虐待の防止に関する規定を新設（施行は令和6年4月）。
 - 精神科病院の患者に対する虐待への対応について、**従事者への研修や患者への相談体制の整備等の虐待防止等のための措置の実施を、精神科病院の管理者に義務付ける。**
 - **精神科病院の業務従事者による虐待を受けたと思われる患者を発見した者に、速やかに都道府県等に通報することを義務付ける。**あわせて、**精神科病院の業務従事者は、都道府県等に伝えたことを理由として、解雇等の不利益な取扱いを受けないことを明確化する。**
 - **都道府県等は、毎年度、精神科病院の業務従事者による虐待状況等を公表**するものとする。
 - **国は、精神科病院の業務従事者による虐待に係る調査及び研究を行うものとする。**

都道府県の対応

- 精神科病院における障害者虐待の通報等を受けた場合、適切に事務が実施されるよう、**都道府県等における通報者等からの聞き取りや事実確認等に関する以下のような対応手順を事務取扱要領としてお示しすること**としたい。具体的な手順は別添のとおり。
 - ①通報等を受けた都道府県等において、通報内容等に基づき「虐待通報受付票」や「事実確認チェックシート」を作成。
 - ②上記資料を活用し適切に状況把握を行い、担当部局の管理職及び職員で構成される「担当部局会議」にて初期対応の検討を行う。
 - ③事案に応じ、精神科病院への立入検査等により、**虐待の事実確認**を行う。
 - ④立入検査による事実確認等に基づき「対応方針決定シート」を作成。
 - ⑤当該資料を活用し、担当部局の職員と外部有識者等で構成される「虐待対応ケース会議」を開催し、**虐待事実の判断及び対応方針を決定**。
 - ⑥虐待の事実を認定した場合には改善命令等を実施する。

「精神科病院における虐待防止対策に係る事務取扱要領」の概要



精神科医療機関における虐待が疑われる事案の把握結果

○過去5年間（平成27年度～令和元年度）に、各自治体において把握している虐待が疑われる事案について確認したところ、以下の傾向が見られた。また、各医療機関および自治体の主な取組状況の事例を取りまとめた。

（出典：令和2年4月厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ）

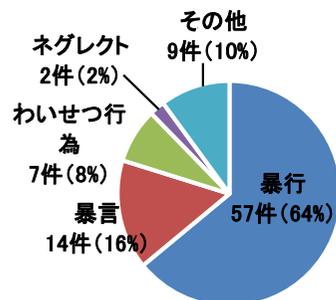
事案報告概況

〈事案報告自治体〉【31自治体/67自治体】※都道府県47+政令指定都市20

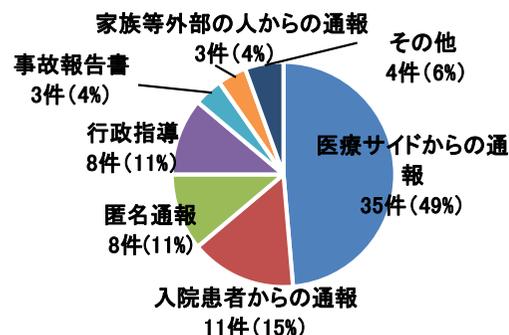
〈把握件数〉72件(平成27年度～令和元年度の累計)

※以下、重複回答あり

〈事案種別〉



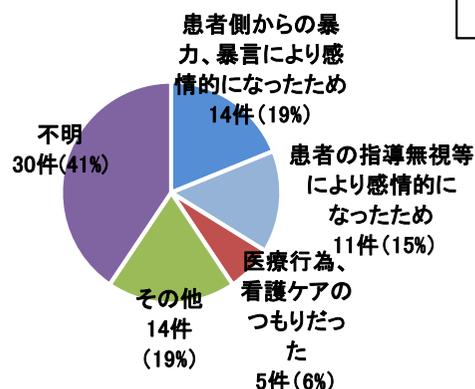
〈事案把握の契機〉



〈事案に対する医療機関の改善措置内容〉

- ・職員研修の計画・実施、再教育、受講啓発
- ・加害者職員の処分（懲戒、配置換え、指導等）
- ・虐待防止マニュアルの作成、改編
- ・安全な環境の構築（院内ラウンド等）
- ・各種委員会の設置、協議（虐待防止、危機管理等）

〈動機・原因〉



〈事案に対する自治体の対応〉

- ・現地調査（立入調査）
- ・病院へ事実確認（の要請）
- ・改善結果報告書の提出指示
- ・再発防止策の提出要請
- ・再発防止を促す書面通知
- ・処遇改善命令
- ・警察に相談するよう指導
- ・臨時医療監視
- ・事後対応確認

各医療機関の取組状況

〈発生防止〉

●研修・勉強会

・職員の感情コントロールやコミュニケーションスキルの向上をターゲットとした研修(アンガーマネジメント・アサーショントレーニング・包括的暴力防止プログラム(CVPPP※))の実施

※包括的暴力防止プログラム(CVPPP: Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme)とは、病状により不穏・興奮状態にある患者に対し、尊厳を守り安全を確保しながら、専門的な知識、技術に基づいた包括的に対処できる技能の習得を目指したプログラム

・人権研修の実施（「医療倫理と患者の権利」「理性と感情で揺れ動く意思決定をどのように支援するのか」「患者の粗暴な言動への理解と対応」等）

・報道された虐待事例をなるべく早くトピックに上げ、グループワークで体験的気付きを促し、研修後にアンケートを全体へフィードバックして情報共有

●各種委員会・会議の設置・開催

- ・保健所職員、弁護士、家族会等の外部委員を招聘し、人権擁護委員会を開催
- ・「患者中心の病院づくり委員会」の開催(月1回開催)

●マニュアル作成

- ・虐待防止、発生時対応のマニュアル作成

〈早期発見〉

●聞き取り・アンケート調査

- ・入院患者への人権に関するアンケート実施
- ・委員会による患者本人の聞き取り
- ・接遇に関する自己チェックアンケートの実施
- ・職員への定期的なヒアリング

●院内チェック体制の整備

- ・週1回の病棟見回りによる状況把握
- ・職員相互の対応が確認できる仕組みづくり
- ・内部通報制度の適用
- ・実習生の受け入れなどを行い外部の目が入ることへの取組

改正精神保健福祉法の概要（相談及び援助）

自治体の相談支援の対象の見直し（法第46条）

- 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も対象となる。

相談及び援助（法第47条第5項）

- 都道府県及び市町村は、精神保健に関し、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者及びその家族等その他の関係者からの相談に応じるとともに、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うことができる。

市町村への支援に関する都道府県の責務（法第48条の3条）

- 都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うよう努めなければならない。

地域の障害者・精神保健に関する課題を抱える者の支援体制の整備

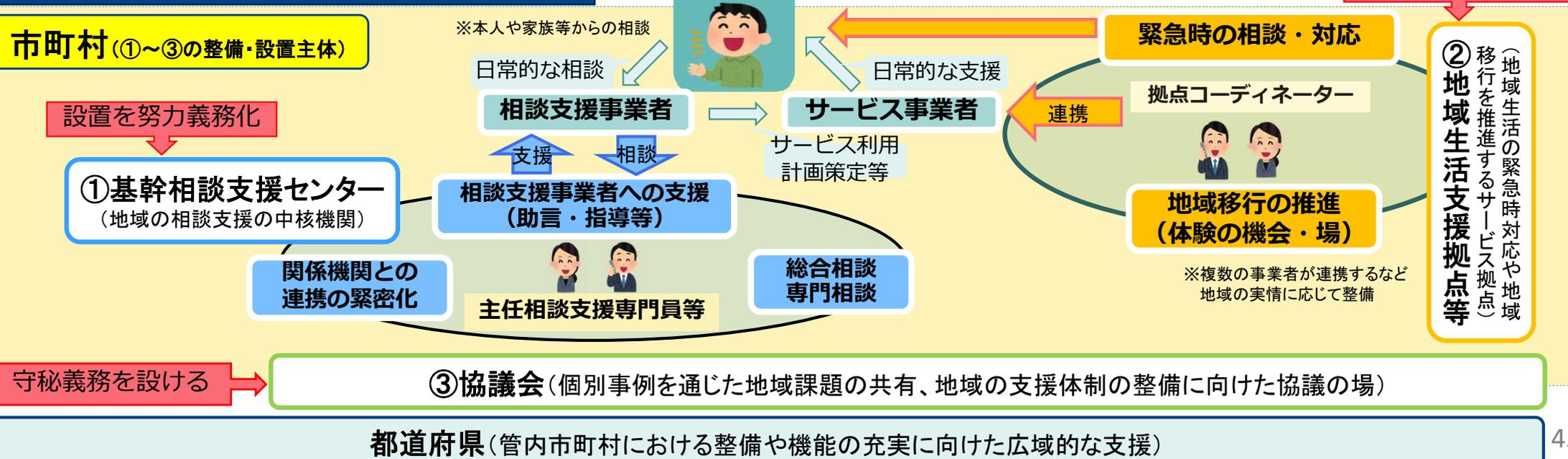
現状・課題

- 基幹相談支援センターは、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設として、平成24年から法律で位置づけられたが、設置市町村は半数程度にとどまっている。
- 障害者の重度化・高齢化や親亡き後を見据え、緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を平成27年から推進してきたが、約5割の市町村での整備に留まっている。 ※令和3年4月時点整備状況(全1741市町村) 地域生活支援拠点等:921市町村(53%),基幹相談支援センター:873市町村(50%)
- 市町村では、精神保健に関する課題が、子育て、介護、困窮者支援等、分野を超えて顕在化している状況。また、精神保健に関する課題は、複雑多様化しており、対応に困難を抱えている事例もある。 ※自殺、ひきこもり、虐待等

見直し内容

- 基幹相談支援センターについて、地域の相談支援の中核的機関としての役割・機能の強化を図るとともに、その設置に関する市町村の努力義務等を設ける。
- 地域生活支援拠点等を障害者総合支援法に位置付けるとともに、その整備に関する市町村の努力義務等を設ける。
- 地域の協議会で障害者の個々の事例について情報共有することを障害者総合支援法上明記するとともに、協議会の参加者に対する守秘義務及び関係機関による協議会への情報提供に関する努力義務を設ける。
- 市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者(※)も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。また、精神保健福祉士の業務として、精神保健に課題を抱える者等に対する精神保健に関する相談援助を追加する。 ※ 具体的には厚生労働省令で定める予定。

本人・家族等の支援に向けた体制整備のイメージ



現状・課題

- グループホームでは、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援が行われている。
- 近年、グループホームの利用者は増加しており、その中には、グループホームでの生活の継続を希望する者がいる一方で、アパートなどでの一人暮らし等を希望し、生活上の支援があれば一人暮らし等ができる者がいる。

見直し内容

- グループホームにおいて、地域で生活する上での希望や課題を本人と確認しつつ、一人暮らし等に向けた支援を提供することが求められていることを踏まえ、**グループホームの支援内容として、一人暮らし等を希望する利用者に対する支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援が含まれる点について、障害者総合支援法において明確化する。**

※ ただし、グループホームにおける継続的な支援を希望する者については、これまでどおり、グループホームを利用することができる。

見直しのイメージ

現行の支援内容



- ☆ 主として夜間において、共同生活を営むべき住居における相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他日常生活上の援助を実施
- ☆ 利用者の就労先又は日中活動サービス等との連絡調整や余暇活動等の社会生活上の援助を実施



一人暮らし等を希望する場合

居宅における自立した日常生活への移行を**希望する入居者**に対し、居宅生活への移行や移行後の定着に関する相談等の支援を実施。



支援(例)

GH入居中：一人暮らし等に向けた調理や掃除等の家事支援、買い物等の同行、金銭や服薬の管理支援、住宅確保支援

GH退居後：当該グループホームの事業者が相談等の支援を一定期間継続

事業所数合計 11,526 利用者数合計 158,167人

障害者の希望を踏まえた結婚・出産・子育てに係る支援の推進

- 障害者の希望を踏まえた結婚・出産・子育てに係る支援に関して、事例集を周知するとともに、支援の推進に関する留意事項について、各都道府県・市区町村宛てに通知（令和6年6月5日付け厚生労働省・こども家庭庁連名通知）

1. 本人の希望の実現に向けた意思決定支援・支援体制構築

- ・市区町村の障害保健福祉部局では、資源の開発・連携の強化を含めた、地域の支援体制を構築すること。特に、障害者の妊娠・出産や子育てに係る支援に当たっては、関係部局・機関、事業所等が連携し、必要なサービスの活用や見守り等の支援体制の構築が重要。
- ・都道府県は、市区町村の連携体制・支援基盤の整備等を支援するとともに、研修等により事業者の意思決定支援の取組を推進すること。

2. 障害保健福祉施策と母子保健・児童福祉施策等の連携

- ・市区町村は、必要に応じ妊産婦・児童の福祉や母子保健の相談窓口障害者がつながり、必要な支援が確実に行われるよう、障害福祉部局は、母子保健部局・児童福祉部局と連携し、事業者相談窓口・支援施策を周知するとともに、日頃からの連携体制を構築すること。

3. 活用できる施策等

- ・こども家庭センター等で、サポートプランを作成する際、障害福祉の事業者等とも連携する等、活用できる施策を最大限活用すること。
- ・障害保健福祉分野の施策では、基幹相談支援センター、各種相談支援、自立生活援助、居宅介護等の活用が考えられる。
- ・こども家庭センター等では、各種子育て支援施策の活用が可能であり、児童福祉部局では、これらの施策について、障害福祉事業者や障害者・その家族への周知・理解促進に取り組むことが重要。

4. 共同生活援助（グループホーム）における留意事項

- ・グループホーム事業者は、相談支援事業者や関係機関と連携の下、障害者の希望を踏まえて結婚・出産・子育ての支援を実施すること。
- ・グループホームは、障害者ではない家族が同居しての支援は基本的に想定していないが、利用する障害者が出産した場合で、直ちに新たな住居等を確保することが困難な場合は、それまでの間、こどもと同居を認めても差し支えない（※）。

（※）事業者は、新たな住居の確保等の支援や、関係機関による適切な支援体制の確保に努めるとともに、他の障害者の支援に支障が生じないよう十分留意。

（支援体制イメージ）



通知全文はこちら↓



令和6年6月5日付け厚生労働省・こども家庭庁連名通知について

○総理発言（令和6年7月29日 第1回障害者に対する偏見や差別のない共生社会の実現に向けた対策推進本部）（抄）

この際、関係大臣に対し、4点指示いたします。

第1に、結婚、出産、子育てを含め、障害者がどのような暮らしを送るかは本人が決めることを前提として、障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、希望する生活の実現に向けた支援を行うことが必要です。

このためには、**障害者の地域生活の支援と併せて、障害福祉や母子保健・児童福祉の関係機関・事業所が連携し、必要なサービスの活用や見守り等の支援体制を構築していくことが不可欠であり、本年6月に示されている事例集の周知徹底を図るなど、取組を推進してください。**

（略）

※官邸HP（本部総理発言掲載）https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/actions/202407/29kyouseishakai.html

○基となった調査研究

令和5年度障害者総合福祉推進事業

「**障害者が希望する地域生活を送るための意思決定支援等の取組に関する調査研究**」

（PwCコンサルティング合同会社）

報告書・意思決定支援 取組事例集・

障害者が希望する「結婚・出産・子育て」支援 取組事例集

<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/welfare-promotion-business2024.html>



障害者が希望する「結婚・出産・子育て」支援
取組事例集

—全国の障害者福祉や母子保健・児童福祉に関わる皆さまへ



令和5年度障害者総合福祉推進事業 課題番号18
障害者が希望する地域生活を送るための意思決定支援等の取組に関する調査研究
PwCコンサルティング合同会社

自治体における連携体制の構築事例 (取組事例集 事例7を元に一部加工)

自治体の母子保健・児童福祉部署が、障害者等の要支援家庭における子育てに係るケースについて検討する定例ミーティングを開催し、関係する機関・部署等が参加し情報共有、支援体制の構築、役割分担等を検討

機関・部署	障害者の子育て支援における役割や支援場面
<p>基幹相談支援センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に対応困難ケースや多岐にわたる特別な支援が必要なケースに対応 ・ 市内の特定相談支援事業所や市の障害福祉部署との連絡調整会議を実施 ・ 市内の保育所や幼稚園、小学校を巡回し、先生の困り感への対応や、状況に応じて相談支援事業所へのつなぎや行政への橋渡しを実施 ・ 障害のある両親とこどものいる家庭への支援に当たり、こども家庭センターによる面談に同席するとともに、障害特性を踏まえた面談への配慮や家庭支援等に関する提案を実施
<p>市町村 障害福祉部署</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基幹相談支援センターのフォロー ・ 母子保健・児童福祉部署から聞く支援方針と基幹相談支援センターから聞く支援方針が異なる場合に、その調整をしつつ、具体的な支援方法を検討
<p>こども家庭センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ すべてのこどもやその家庭、妊産婦を対象として、専門的な相談対応や訪問等による一貫した支援を実施 ・ 要保護児童対策地域協議会の調整機関としても機能
<p>児童家庭支援センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で生活するこども及び家庭への相談支援を実施 ・ 妊娠期からこどもが18歳程度（支援の狭間が起きないように）まで切れ目なく支援 ・ 公認心理師等の専門職も配置し、心理療法も可能

子育て支援連携ミーティング (月1回程度実施)

- ・ 庁内参加者
 - …母子保健・児童福祉部署、障害福祉部署、教育部署 等
- ・ 外部機関参加者
 - …基幹相談支援センター、児童家庭支援センター、地域交流センター 等
- ・ 概要
 - …障害者に限らず全ての要支援家庭について情報共有するほか、個々のケースについて、こどもの状況に応じた支援計画の作成や、内外部の各機関による支援体制の構築・役割分担などについて検討



3

3. 行動制限の最小化について

行動制限の最小化

～可能な限り行動制限を減らすために～

- なぜ行動制限の最小化が必要なのか
- 行動制限に関するルール
- 行動制限を減らしている事例

■ なぜ行動制限を減らす必要があるのか

○人権（尊厳）

基本的人権である「人身の自由」を制限する行為であり、人権擁護の観点から極めて慎重な対応が求められる

○身体的な影響

深部静脈血栓症・肺塞栓症による死亡事例の存在
関節の拘縮、筋力低下、褥瘡 等

○心理的な影響

行動制限によるトラウマ
医療従事者に対する患者・家族の陰性感情
医療従事者自身の士気の低下

■ 判断のための3つの要素

1. 切迫性

本人(または他者)の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

隔離・身体拘束以外に代替する手段がないこと

3. 一時性

隔離・身体的拘束が一時的なものであること

行動制限の基準の「基本的考え方」には、これらの要素が含まれている

■ 行動制限に関するルール

■ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第36条

第1項 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

第2項 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

第3項 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限(※)は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
(厚生省告示第百二十九号)

1. 患者の隔離(内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)
2. 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

第37条

第1項 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

第2項 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

第3項 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

隔離

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離は、患者の症状から見て、**本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難**であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって**制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。**

2 対象となる患者に関する事項

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪影響
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般精神病室では医療又は保護が著しく困難
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

- (1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、**隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載**するものとする。
- (3) 定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護
- (4) 洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は**原則として少なくとも毎日1回は診察**を行うものとする。

身体的拘束

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫

イ 多動又は不穏が顕著

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれ

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

身体的拘束に関する裁判所の決定（令和3年10月最高裁決定）

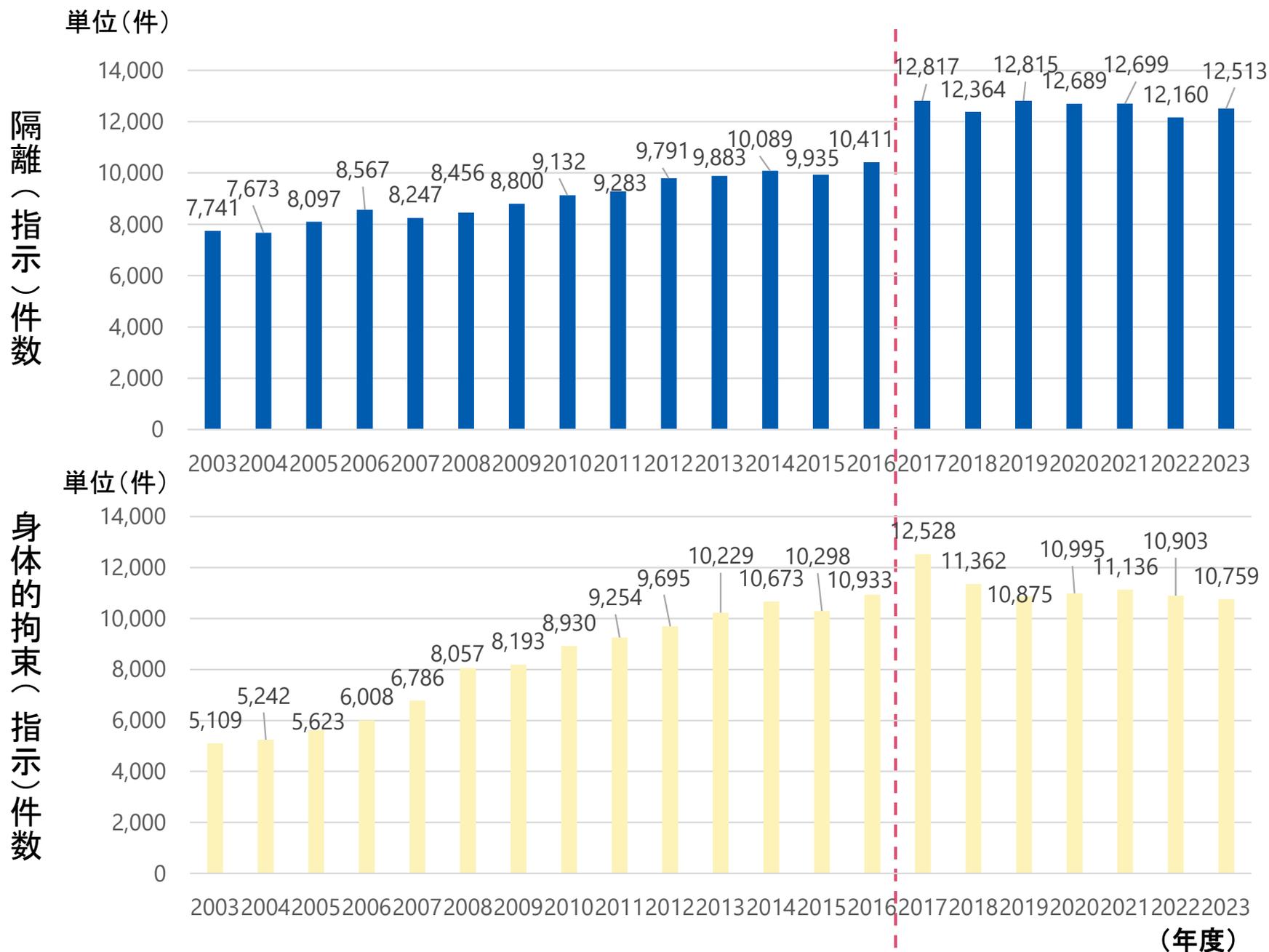
事案の概要

- 医療保護入院中の患者が亡くなったのは、違法に身体的拘束を開始・継続した等の過失によるものであるとして、患者の相続人が病院側を相手に損害賠償請求を提起
 - ・ 1 審（金沢地裁判決令和2年1月31日判時2455号41頁）は、病院側勝訴
 - ・ 患者側が控訴した控訴審（名古屋高裁金沢支部判決令和2年12月16日判時2504号95頁）は、患者側勝訴
- ⇒ 病院側は上告受理申立を行ったが、**最高裁は不受理決定**（最高裁決定令和3年10月19日）。
これにより、患者側勝訴の控訴審判決が確定

裁判所（控訴審）の判断の要旨（身体的拘束の非代替性に関する部分）

- 精神科病院に入院中の者に対する身体的拘束については、精神保健福祉法及び告示第130号で必要な基準が定められているところ、その内容は合理的なものであるといえるから、本件身体的拘束の違法性の有無を判断するに当たっては、告示第130号で定める基準の内容をも参考にして判断するのが相当である。
- 告示第130号の「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」（第4の2本文）に当たるかについて検討するに、
 - ・ 特に注射に対する亡Eの抵抗は激しく、12月13日には看護師5名で押さえ付けて注射した際に看護師に対して頭突きを加え、退室しようとする看護師に殴りかかろうとするなどの暴力行為があり、このことからすると、看護師の安全を確保しつつ亡Eに対する注射その他の必要な医療行為を行う必要があるところ、
 - ・ F医師ほか看護師8名で対応した12月14日の診察の際には亡Eに興奮、抵抗は見られず、大人数で対応すると入院患者が不穏にならず力づくで制止しないでよいことが経験的にあるというのであれば、一時的に人員を割くことによって必要な医療行為等を実施することができるものといえ、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」に当たるとみることは困難である。
- これに対し、被控訴人は、12月14日のように看護師8名での対応と同様な対応を常に継続することは人員的に極めて困難である旨主張しており、必要な場面において十分な人員を確保できない場合が生じることも想定される。しかしながら、亡Eに対して必要な医療行為等を行うといった限定的な場面において、被控訴人病院には、その都度、相当数の看護師を確保しなければならないことによる諸々の負担等が生じるとしても、身体的拘束は入院患者にとっては重大な人権の制限となるものであるから、告示第130号の趣旨に照らすと、患者の生命や身体の安全を図るための必要不可欠な医療行為等を実施するのに十分な人員を確保することができないような限定的な場面においてのみ身体的拘束をすることが許されるものと解され、必要な診察を問題なくすることができた12月14日午後1時45分の時点では「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」には当たらなかつたものというべきである。

隔離・身体的拘束（指示）の件数



2016年度までは実施の件数、2017年度からは指示の件数を示す

資料：「精神保健福祉資料」より作成

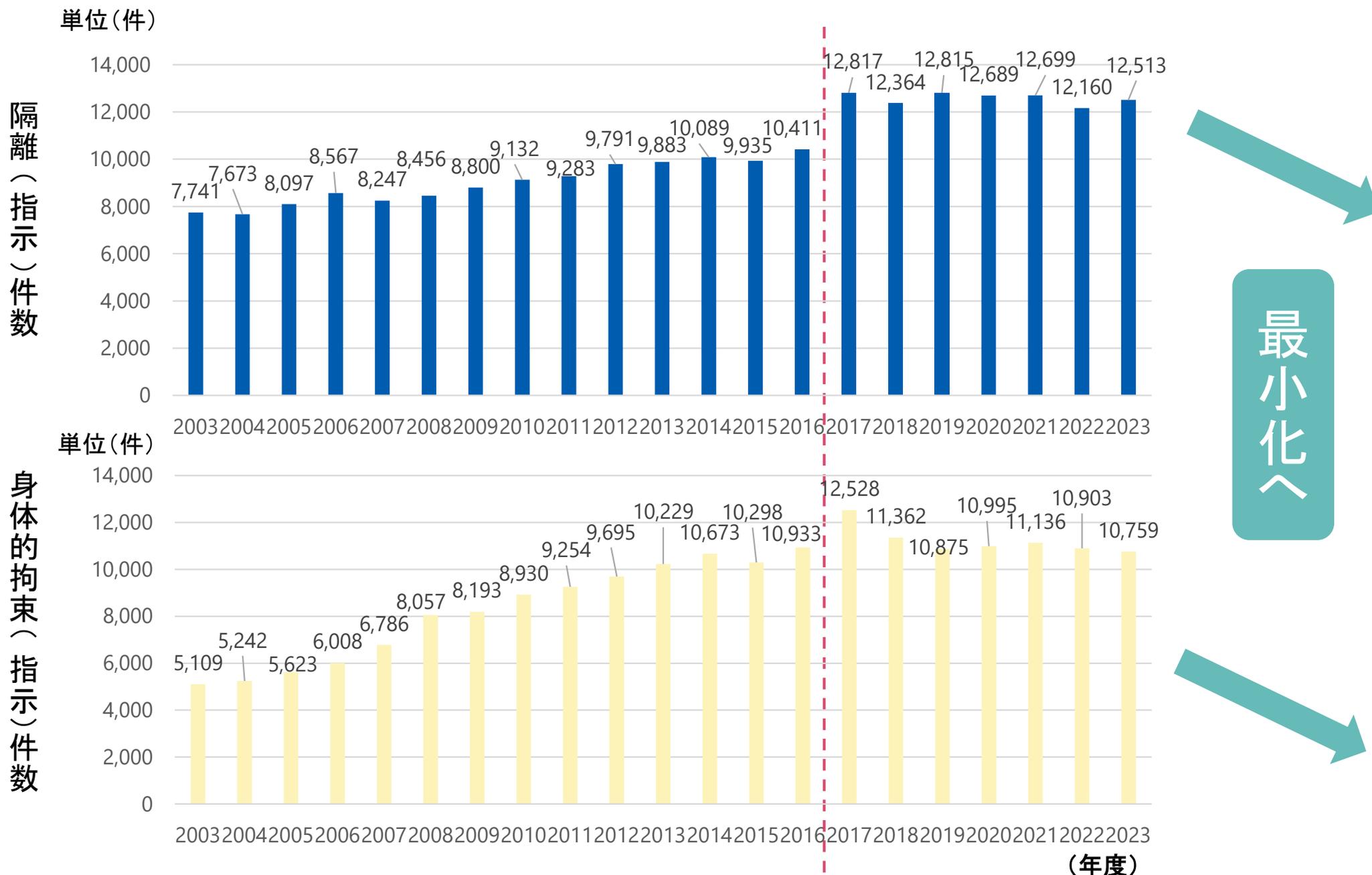
映像資料

『どう進める？行動制限最小化』

関連情報

厚生労働省HP 精神科病院における行動制限最小化について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33838.html

隔離・身体的拘束（指示）の件数



2016年度までは実施の件数、2017年度からは指示の件数を示す

資料：「精神保健福祉資料」より作成

4. 精神保健福祉の動向について

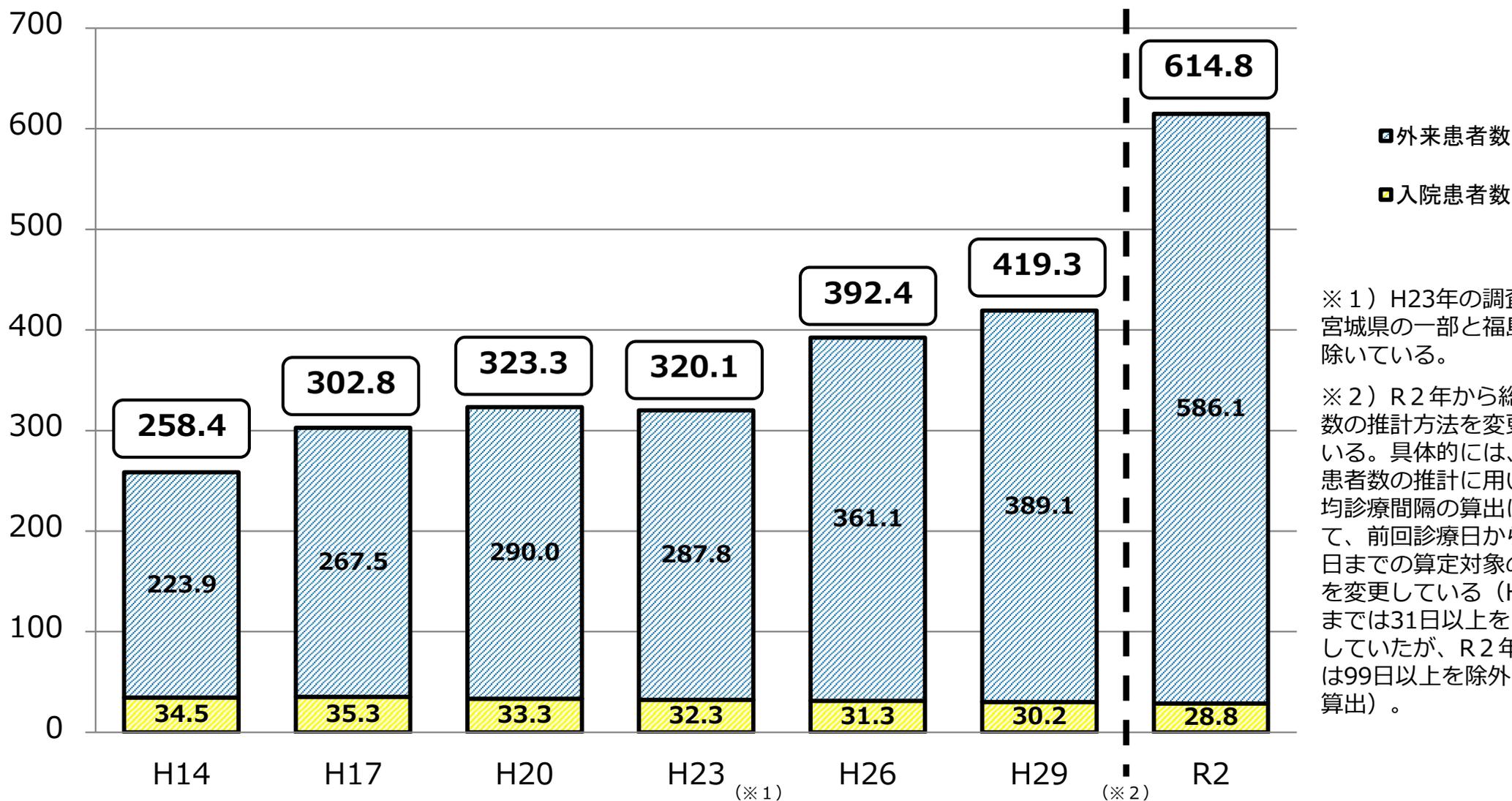
- 近年の精神医療の動向
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- 依存症対策
- 医療観察法
- 災害派遣精神医療チーム（DPAT）
- 自殺対策
- 精神疾患・精神保健の普及啓発

近年の精神医療の動向

精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は、約614.8万人（入院：約28.8万人、外来：約586.1万人）。

(単位：万人)

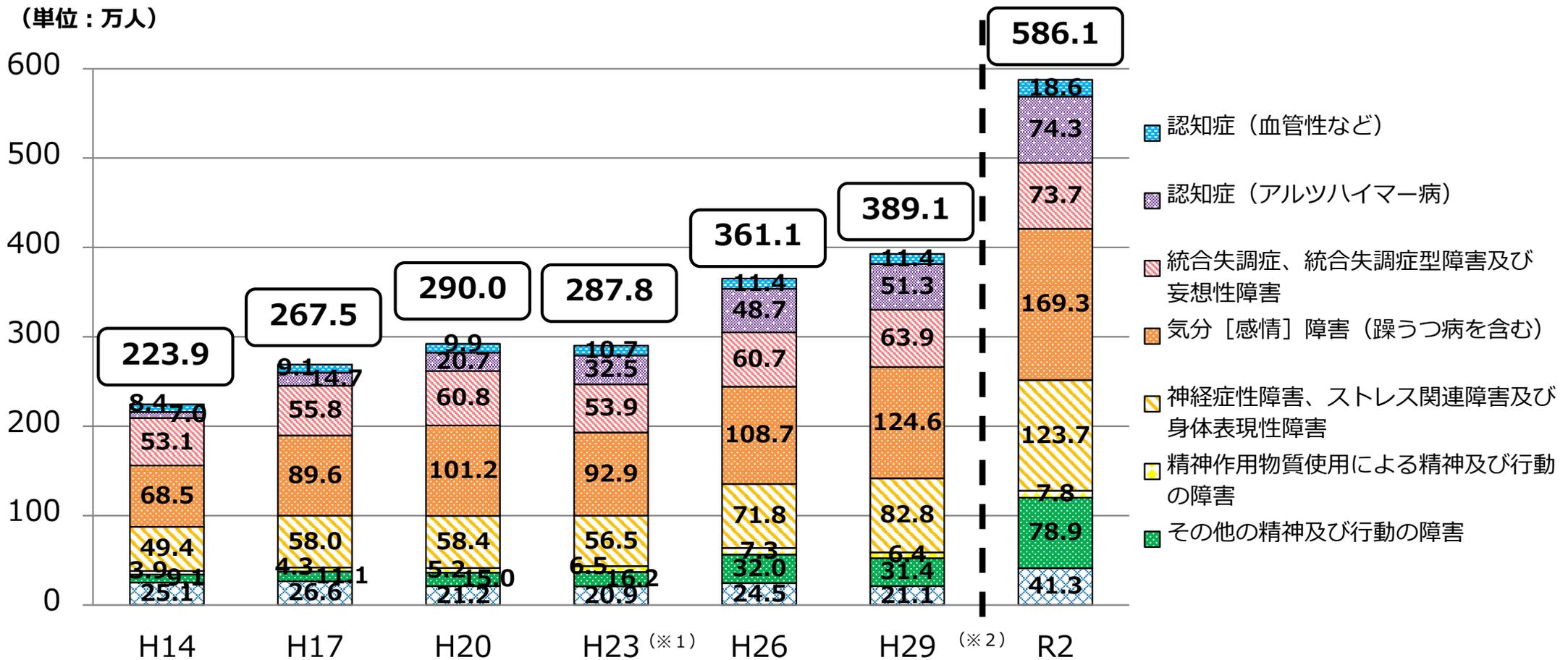


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

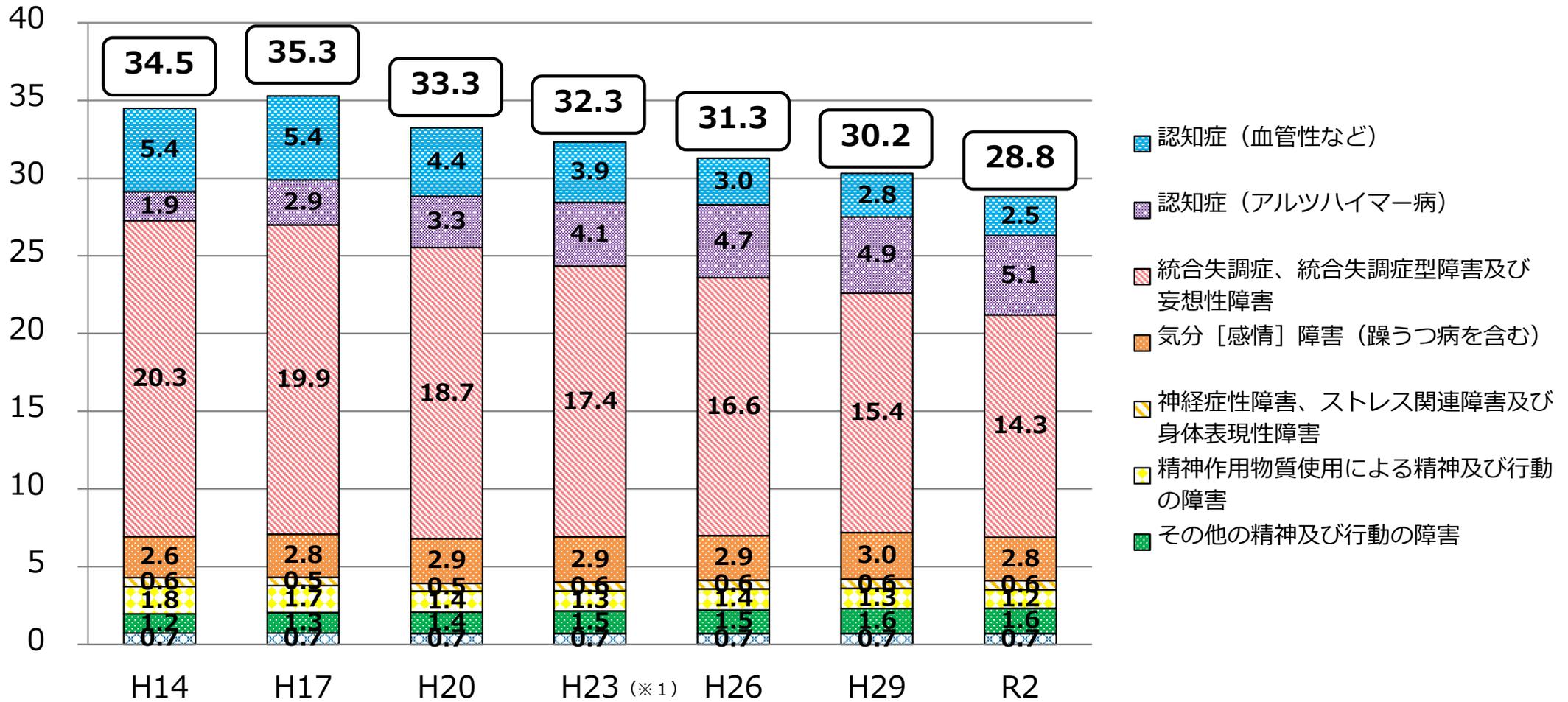
※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）



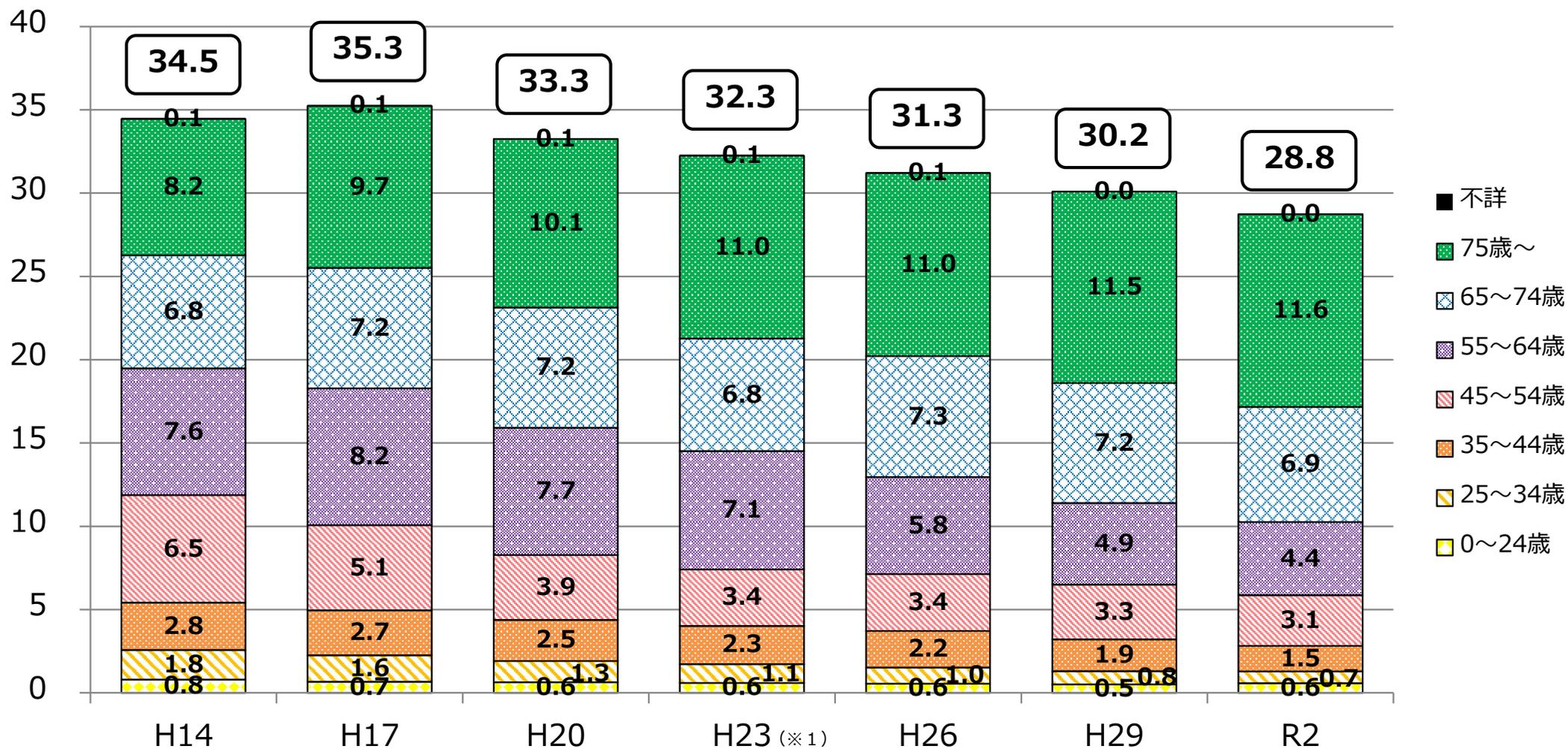
※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約18.5万人（約64%）。

（単位：万人）



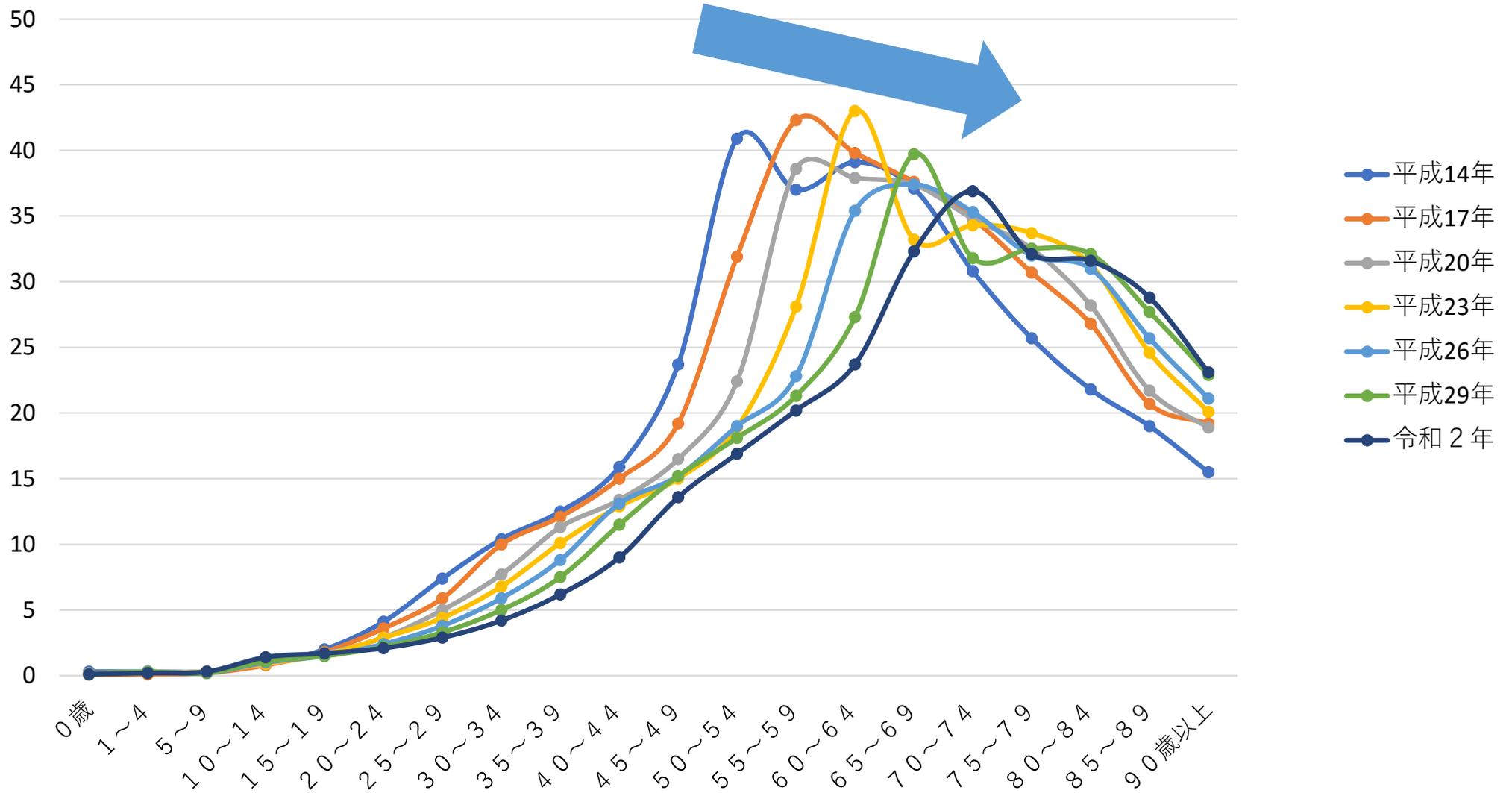
※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

(単位：千人)



平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

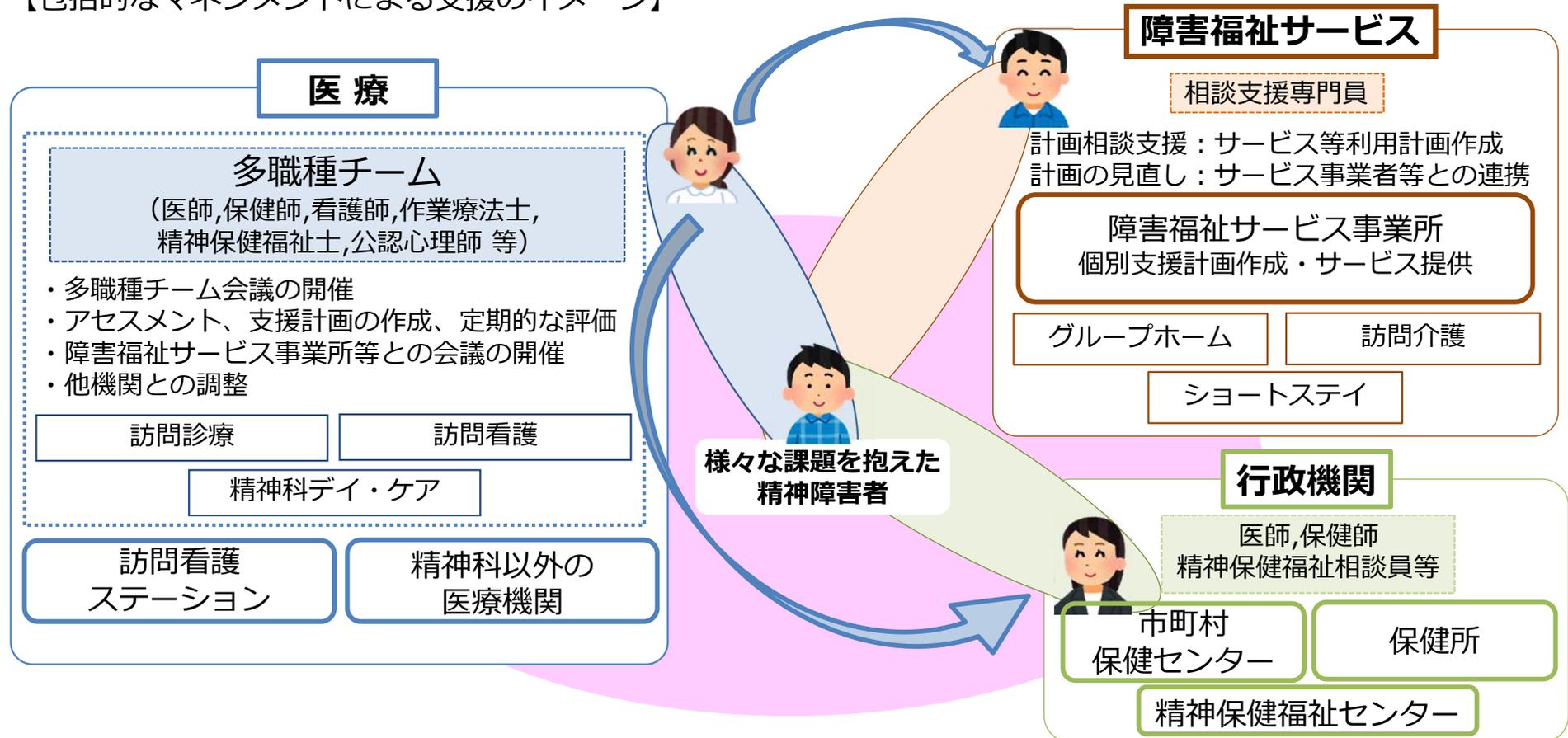
精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



包括的なマネジメントによる支援

- 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、地域生活支援には精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整（包括的なマネジメントによる支援）が重要とされている。
- 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており（Cochrane review）、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



精神病床における感染症への対応

病棟内での新型コロナウイルス感染症患者等発生時の対応

- 患者・疑い患者の個室管理が望ましい
- やむを得ずコホーティング(同じ感染症の患者同士を同室)を行う場合には
 - 管理者と病棟内の医療関係者が複数名で協議し、必要な最小限の期間に限る
 - 病室内だけでなく、できるだけ広い行動可能範囲を確保
 - 病室の施錠は厳に行わない
 - 病室がトイレ付きでない場合には、原則としてトイレまで移動できることが必要
- 単に感染していることを理由とした隔離室への隔離は認められない

※入院中の感染者等が、その精神疾患により、移動経路を区分する等の感染対策のためのルールをどうしても守ることができず、結果として病棟内の他の患者への感染を他の方法で防ぐことが困難な場合については、感染の可能性が高い必要最小限の期間に限り、精神保健福祉法上の隔離の対象とすることはやむを得ない

患者等発生時以外の対応

- 外出・外泊の制限や、外出・外泊者が病棟に戻った際の個室収容は原則として行わない
- 外部からの訪問や面会は、原則として制限なく実施

※地域の感染拡大状況、患者・面会者の体調等を総合的に鑑み、やむを得ず対面による面会等の制限を行う場合には、原則としてオンライン等による代替策を講じ、面会の機会を設けるよう努める

通知

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う精神科病院における感染症への対応について (R5.5.1)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001094137.pdf>



依存症対策

依存症が疑われる者と依存症の受診者数の差があり、
いわゆる**トリートメントギャップ**が大きい

⇒治療的介入が必要な人が相談・治療に繋がっていない可能性

例)

○生涯のうちで、

アルコール依存症の状態である又はあったと疑われる者数

約54万人^{※1}

○アルコール依存症の医療機関受診者数

約10万人^{※2}

アルコール依存症が疑われる者のうち

19%しか受診していない

依存症診療の充実のために

アルコール依存症や薬物依存症を抱える人のうち、

30～40%：うつ病や双極性障害

20～30%：不安障害

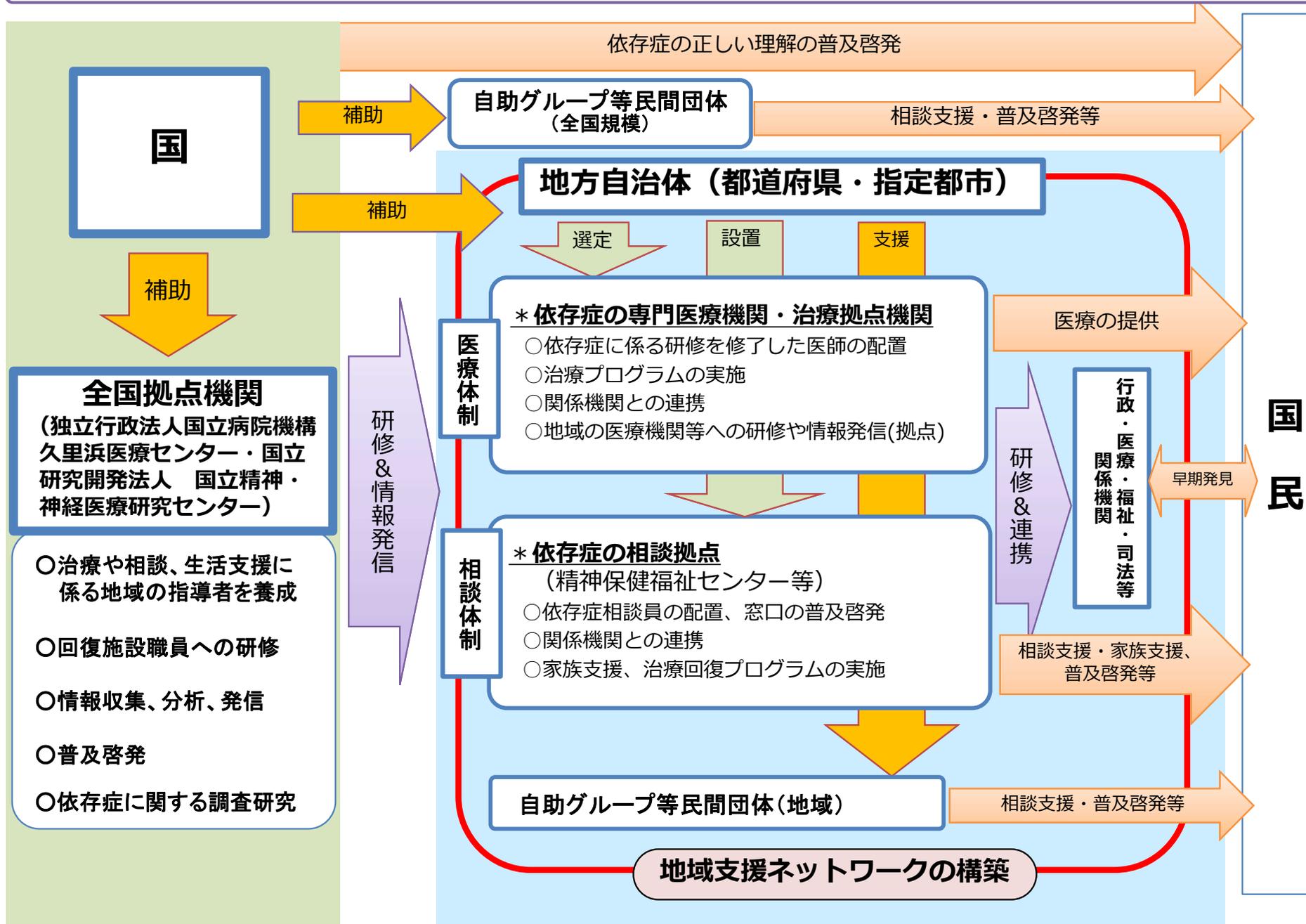
50%以上：自殺のリスク

を抱えているという報告もあります※。

日常診療されている患者さんも、
診療で話題にしていなくても、実は依存症の問題を抱えている可能性があります。

■ 依存症対策の全体像

○ 依存症対策（アルコール・薬物・ギャンブル等）については、各地域における支援ネットワーク構築、全国拠点機関による人材育成・情報発信や、依存症の正しい理解の普及啓発などを総合的に推進。

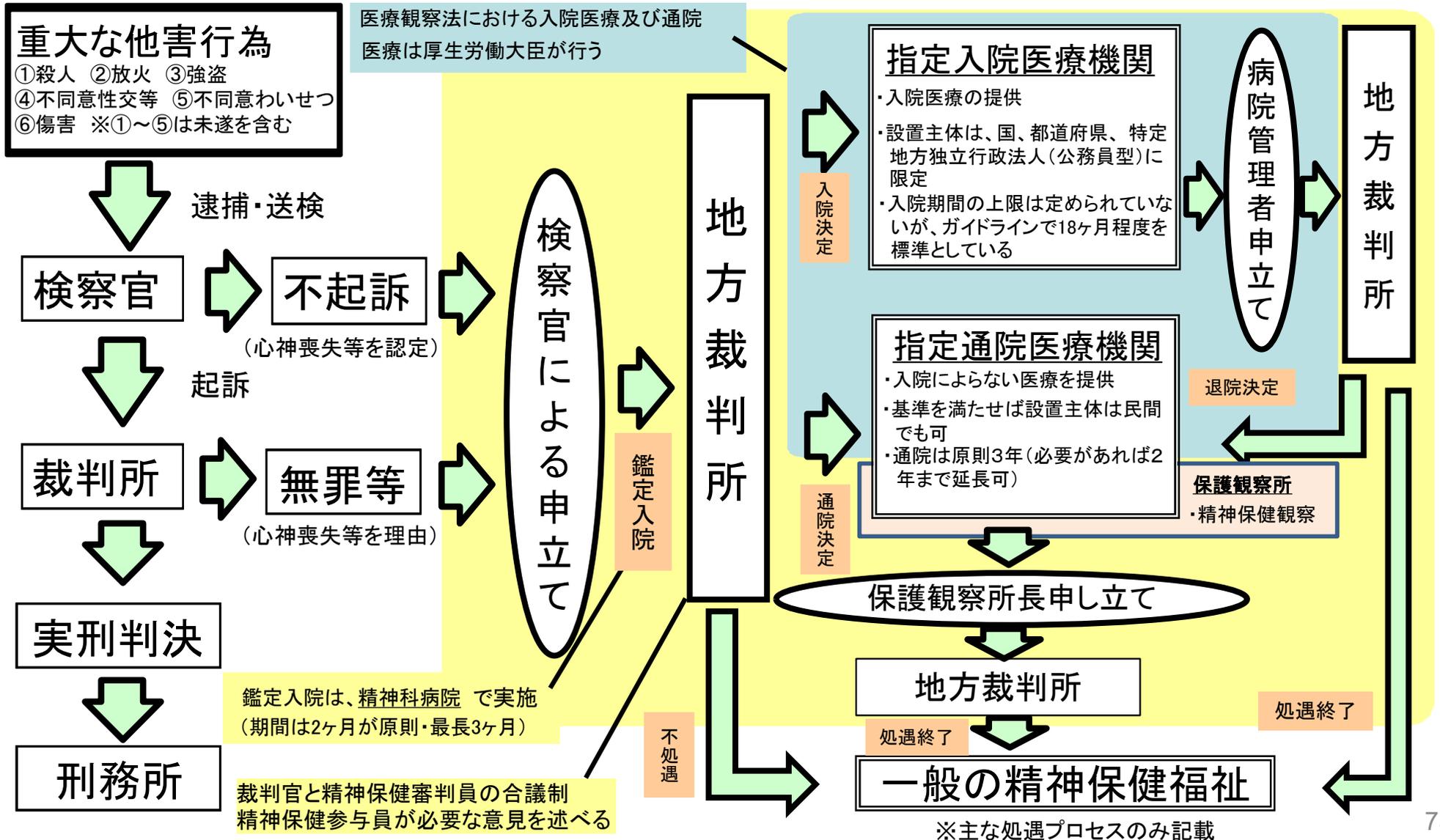


心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）の仕組み

（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

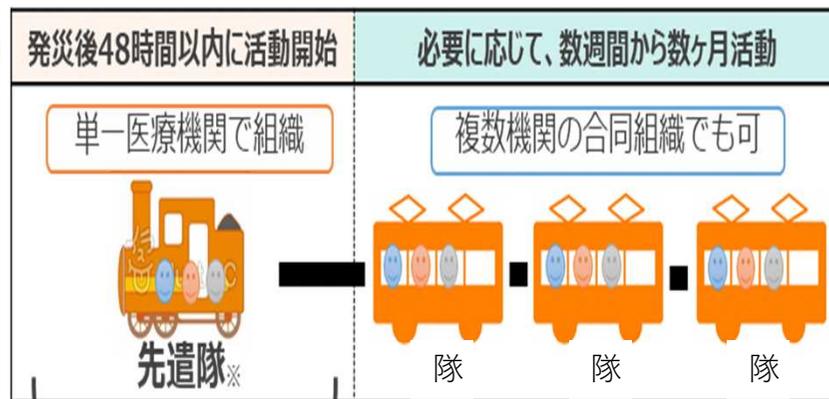
心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。



災害派遣精神医療チーム（DPAT）

- DPATとは、大地震等の災害時に、地域において必要な精神保健医療ニーズに対応することを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた精神医療チーム。
- 災害時の対応を想定し、平成25年4月から養成を開始。
- DPAT 1 隊は、精神科医師、看護師、業務調整員を含めた数名で構成。
- DPATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
- DPATのうち、特に、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置付けている。
- DPAT先遣隊は、1,116名が研修修了、約270隊が指定機関に登録済（令和6年4月1日時点）。

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の際、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム



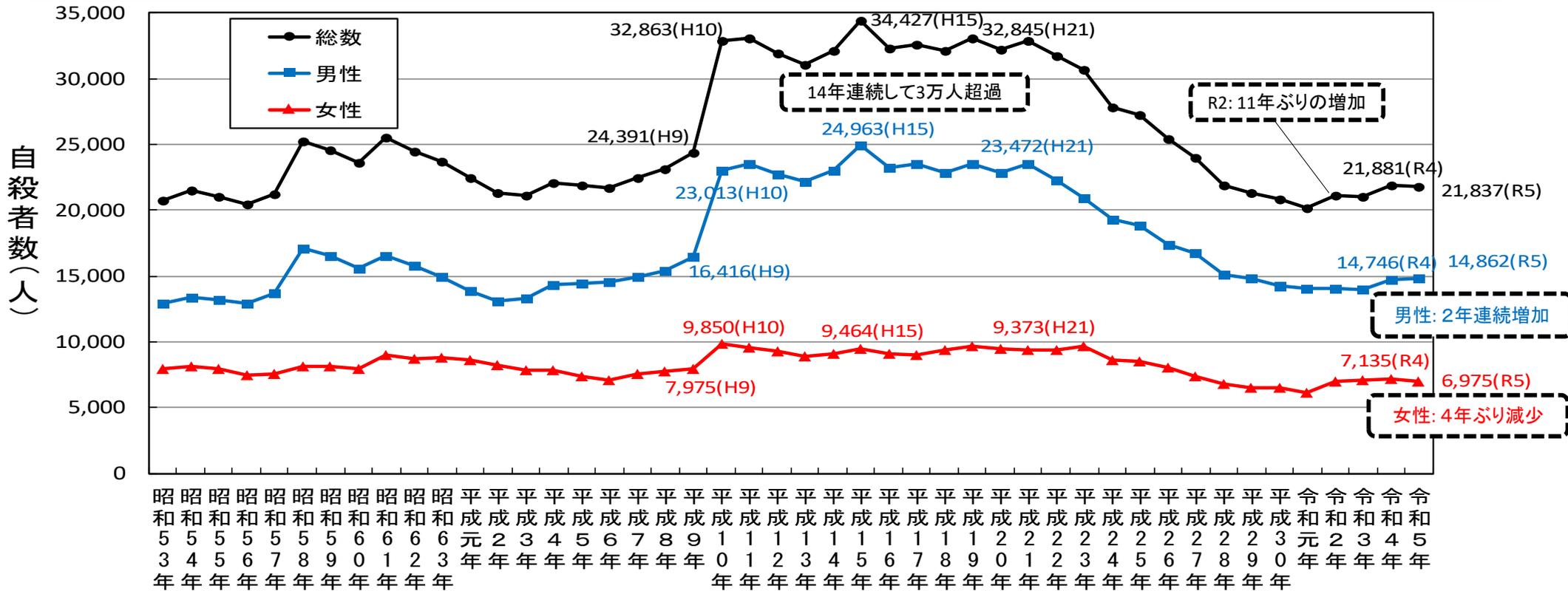
<主な機能>
本部機能の立ち上げ
ニーズアセスメント
急性期の精神科医療ニーズへの対応

DPATは、
 精神科医 看護師 業務調整員
 含めた数名で構成

※都道府県等が先遣隊機関として事務局へ登録

我が国における自殺の状況と自殺対策の経緯

- 令和5年の自殺者数は21,837人で、前年に比べ44人(0.2%)減。
- 男女別にみると、**男性は2年連続で増加したが、女性は4年ぶりに減少した**。また、男性の自殺者数は、女性の約2.1倍となっている。



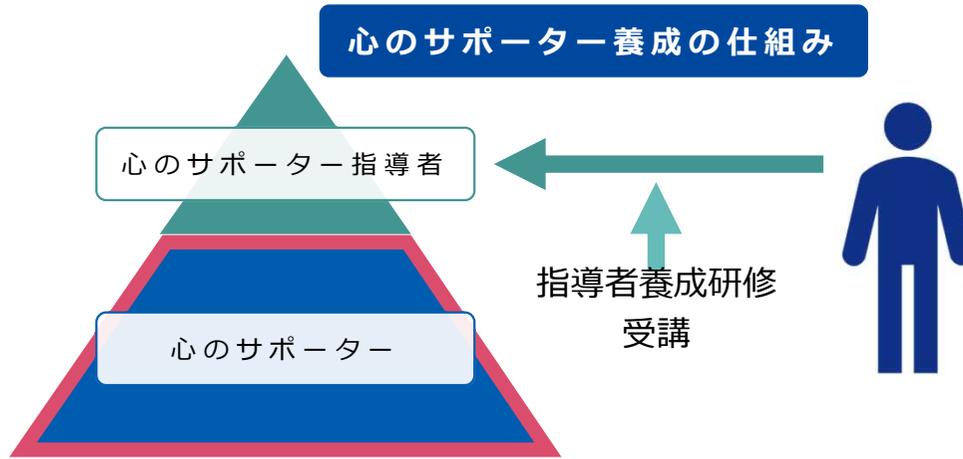
資料: 警察庁自殺統計原票データより厚生労働省自殺対策推進室作成

2006(平成18)年	6月	自殺対策基本法成立(議員立法、10月施行)
	10月	自殺予防総合対策センターの設置
2007(平成19)年	6月	「自殺総合対策大綱」(閣議決定)
2016(平成28)年	3月	自殺対策基本法一部改正法成立(議員立法、4月1日施行)
2017(平成29)年	7月	「第3次自殺総合対策大綱」(閣議決定)
2020(令和 2)年	2月	一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターを指定調査研究等法人として指定
2022(令和 4)年	10月	「第4次自殺総合対策大綱」(閣議決定)

心のサポーター養成事業（令和6年度～）

- 世界精神保健調査では、我が国の精神障害へ罹患する生涯有病率が22.9%であり、精神疾患は誰でも罹患しうることが報告されている。
 - 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」においても、地域住民への普及啓発を進めるにあたり、メンタルヘルス・ファーストエイドへの賛同が既に得られている。
- ※ メンタルヘルス・ファーストエイド（MHFA）とは、地域の中で、メンタルヘルスの問題をかかえる人に対し、住民による支援や専門家への相談につなげる取り組み。

心のサポーター養成の仕組み



※心のサポーターの養成体制

◎心のサポーター指導者

- ・精神保健に携わる者
または心の応急処置に関する研修をすでに受講している者
- ・**2時間**の指導者養成研修を受講

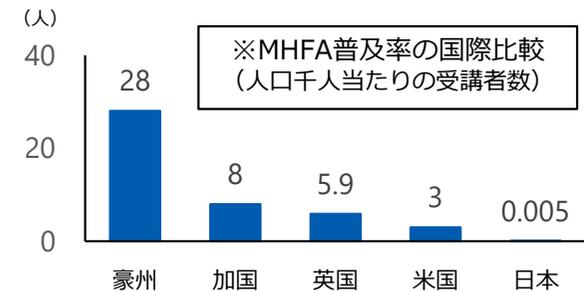
◎心のサポーター

2時間の実施者養成研修を受講

- ・ 医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等の国家資格を有しており、精神保健に携わる者
- ・ メンタルヘルス・ファーストエイド等の心の応急処置に関する研修を既に受講している者 等

心のサポーターとは

「メンタルヘルスやうつ病や不安など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援者」（小学生からお年寄りまでが対象）
⇒メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方に基づいた、
2時間程度で実施可能な双方向的研修プログラムを使用（座学+実習）



今後の方向性	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R10年度	R15年度
養成研修プログラム作成	8自治体*	18自治体**	30自治体***			
養成研修 (モデル地域) (※養成者数は累積値)	939人	3,450人	7,280人			
養成研修 (全国)					R6年度から 5年で38万人	R6年度から 10年で100万人
指導者養成マニュアル作成						
指導者養成研修 (※修了者数は累積値)	47人	145人	1,217人			

*R3年度：福島県、埼玉県、神奈川県、京都府、和歌山県、福岡県、名古屋市、川口市

**R4年度：岩手県、福島県、神奈川県、和歌山県、福岡県、名古屋市、広島市、横須賀市、新潟市、川口市、豊中市、枚方市、吹田市、尼崎市、文京区、世田谷区、板橋区、松戸市

***R5年度：宮城県、福島県、神奈川県、山梨県、三重県、滋賀県、和歌山県、広島県、福岡県、長崎県、新潟市、名古屋市、広島市、福岡市、郡山市、前橋市、川口市、船橋市、横須賀市、豊中市、高槻市、尼崎市、吹田市、枚方市、明石市、高知市、町田市、文京区、渋谷区、板橋区

ご清聴ありがとうございました。

更新研修を受講されている方へ

受講終了後、「更新申請書」をご提出ください。登録していただいている住所宛に更新された指定医証が郵送されます。

- 更新後の指定医証の有効期限と次回の更新年度は以下のとおりです。
(※受講の延期の申請をし、本講習を受講された方を除く)

有効期限	次回の受講年度
令和12年3月31日	令和11年度

※指定失効後1年未満で再指定のため研修を受講されている方へ

指定の効力が失効していますので、更新研修受講の場合であっても、「新規申請」となります。ケースレポートの提出は不要ですが、精神保健指定医指定申請書（失効後一年未満）の様式に必要な事項を記入の上、関係書類とともに、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉担当課へ速やかに提出してください。