

精神保健福祉法上の入院制度、患者の 意思決定及び意思の表明についての支援 や患者の意思に基づいた退院後支援、 権利擁護等について

目次

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて
2. 精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定及び意思の表明についての支援や患者の意思に基づいた退院後支援、権利擁護等について

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて①

- 近年、精神疾患を有する患者の数は増加傾向にあり、平成29年には約420万人となっている。新型コロナウイルス感染症による長期に及ぶ自粛生活等の影響もあり、令和2年9月の調査では約6割の方が様々な不安を感じており、メンタルヘルスの不調や精神疾患は、誰もが経験しうる身近な疾患となっている。
- こうした中、昨年3月には「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検討会」報告書において、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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を推進するため、後述①から⑦までのとおり(4・5ページ)、各機関・関係者の役割を明確にするとともに、相互の協働・連携の推進が求められている。

(津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置付けから決別すべきとのご意見について)

- 昨年12月の第3回検討会では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取り組みという位置づけになってしまわないか」とのご意見が出されたところ。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、疾病と障害が併存し、その時々での疾病の状況(病状)が障害の程度に大きく影響する精神疾患の特性を踏まえ、医療、障害福祉その他のサービスを切れ目なく受けられるようにするためのものであり、昨年3月の検討会報告書でも、こうした観点から、各機関・関係者の役割の明確化、相互の協働・連携の推進について提言されている。
- こうした「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組については、津久井やまゆり園事件の再発防止策という位置付けにあるものではない点について、まずは確認してはどうか。

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて②

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構成する各機関・関係者の役割

【市町村】

- ① 精神障害者や精神保健(メンタルヘルス)上の課題を抱えた者等(以下「精神障害を有する方等」という。)が、身近なところで必要なときに適切な支援を受けることができるよう、市町村においては、福祉だけではなく、精神保健も含めた相談支援等を通じ、精神障害を有する方等の「地域生活」を支えることが重要となる。

【保健所・精神保健福祉センターのバックアップ】

- ② 市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、
- ・ 保健所においては、精神科病院・精神科診療所と他科の診療科の医療機関との連携を含む医療に関する事項の調整・対応や、市町村との連携を前提とした障害保健福祉圏域等の圏域単位の協議の場の設置、地域課題の検討・解決のための企画、個別支援での協働等が求められる。
 - ・ 精神保健福祉センターにおいては、人材育成のための研修の実施、高い専門性を要する精神障害を有する方等の支援への対応や依存症対策、ひきこもり対策や自殺対策等新たな課題への支援方法の普及等が求められる。

【協議の場】

- ③ 個別支援に共通する課題から地域課題を抽出し、その解決を図るには、市町村、障害保健福祉圏域等、都道府県の各々の単位で設置される協議の場において、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働して議論していくことが基本となる。
- このような保健・医療・福祉関係者等による協議の場を市町村で開催するにあたっては、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加を積極的に求めていく必要がある。

※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書(令和3年3月)の考え方

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて③

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構成する各機関・関係者の役割(前頁からの続き)

【精神科医療機関】

④ 精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関においては、精神科医療機関の多職種及び地域援助事業者、地域包括支援センター等や行政機関の職員等と連携しながらチームを総括し、ケースマネジメントを行うことや、精神科以外の診療科との連携を図り身体合併症等に対応すること等、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすことが求められる。また、他科の「かかりつけ医」との連携の強化が有効である。

精神科医療機関には、入院中の精神障害を有する方等が地域で安心して生活することができるよう退院後支援を推進する役割もある。精神障害を有する方等へのわかりやすい説明や意思決定の支援等を含めた権利擁護のための取組の更なる充実を図ることが求められる。

精神障害を有する方等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして、精神科救急医療体制を整備することは、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点から特に求められており、整備に必要な諸制度による手当てを行う必要がある。

【長期在院者支援】

⑤ 長期在院者への支援について、市町村が精神保健福祉センターや保健所の支援の下、精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し、利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける必要がある。

【ピアサポーター】

⑥ ピアサポーターには多職種との協働により、専門職等の当事者理解の促進及び意識の変化や支援の質の向上、普及啓発や教育、精神保健相談、意思決定支援等に寄与することが期待される。身近に経験を共有できる仲間やロールモデルの存在があることにより、エンパワメントを主眼としながら、内面的にも社会的にもリカバリーしていくことができるよう、ピアサポートの活用を更に進める必要がある。

【家族】

⑦ 精神障害を有する方等の家族にとっても、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要であり、市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、家族のニーズを踏まえた家族支援の体制について話し合い、これを踏まえ、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進が求められる。

2. 精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定及び意思の表明についての支援や患者の意思に基づいた退院後支援、権利擁護等について

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について①(基本的視点)

基本的視点

- ◆ 精神保健福祉法上の入院制度等の検討に当たっては、(1)医療その他福祉等のサービスを患者本人の病状に応じ地域で切れ目なく受けられるようにすること、(2)患者本人の権利擁護の視点を十分に勘案することが必要となる。
 - (1) 病状に応じた切れ目ないサービスへのアクセス確保
 - 精神疾患の特性として、疾病と障害が併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響する。そのため、医療その他福祉等の各サービスを地域の関係機関・関係者の協働・連携のもと切れ目なく受けられるようにすることが必要となる。
 - また、精神症状の急性増悪、精神疾患の急性発症等の緊急時には、受診前相談や入院外医療(夜間・休日診療、電話対応、往診、訪問看護等)の体制整備とあわせ、入院治療(急性期)へのアクセスを確保することが必要となる。
 - (2) 患者の権利擁護
 - 障害者権利条約に基づく初回の対日審査が今夏目途で予定されており、障害者権利委員会からは、以下のとおり、強制入院や隔離・身体的拘束等に関する事項について、事前の情報提供が求められている。
 - ・ 措置入院、医療保護入院等を規定する精神保健福祉法等の撤廃のために講じた措置
 - ・ 隔離・身体拘束等を廃止するためにとった法律上・実践上の措置
 - また、一部の精神科病院での従事者による虐待事案を背景に、精神科病院の閉鎖性を指摘する意見が見られる。
 - このため、精神保健福祉法上の入院制度の検討に当たっては、患者本人の権利擁護の視点を十分に勘案することが必要となる。

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について②(主な検討事項)

主な検討事項

◆第1回検討会資料

(2) 入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援や患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築しながら、精神障害を有する方等の地域生活を効果的に支援していくためにも、入院医療に関してこれまで検討が求められてきた課題について整理しておく必要がある。

- 患者の意思決定支援については、調査研究が進められているが、具体的な仕組みの整備には至っていない。
- 医療保護入院については、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（以下「あり方検討会」という。）での議論を踏まえ、平成29年法案に以下の点を盛り込んでいたが、廃案に伴い、対応されないままとなっている。
 - ・ 医療保護入院における市町村長同意を、家族等が同意・不同意の意思を表示しない場合にも行えることとする。
 - ・ 医療保護入院等を行う際の書面で通知する内容に、当該入院措置を行う理由を追加する。
- 患者の意思に基づいた退院後支援については、あり方検討会での議論も踏まえ、平成29年法案に盛り込んでいた。その後、国会での審議を踏まえ、「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月厚生労働省障害保健福祉部長通知）を示しているところ、今後、同ガイドラインの実効性を高めていく必要がある。
- これらとあわせ、隔離・身体的拘束の最小化に係る取組について検討することとする。
- そのほか、虐待の防止に係る取組について検討する。

【参考1】平成25年改正法附則

(検討)

第八条 政府は、この法律の施行後三年を目途として、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方並びに精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

【参考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係る検討会」報告書(令和3年3月)(抄)

なお、本報告書では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に関する事項を取りまとめたが、これまで精神保健医療福祉領域で課題とされている、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」とする。)に規定する入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援や退院後支援のあり方等の事項については、別途、検討が行われるべきである。

患者の意思決定及び意思の表明 についての支援

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について③(患者の意思決定及び意思の表明についての支援)

現状

- 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R)「入院制度に関する議論の整理」(平成24年6月)において、いわゆる「代弁者」について提案されたが、どのような者が「代弁者」となるか、またその果たすべき役割が必ずしも明らかでなく、平成25年精神保健福祉法改正の際、制度化が見送られた。
- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書(平成29年2月8日)では、「医療保護入院や措置入院は、疾患による判断能力の低下により、治療に結びつきにくい精神疾患のある患者について、本人の同意に基づかない入院により治療を行う制度であるが、こうした制度の特性上、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを検討することが適当である」とされたものの、具体的な仕組みの整備には至っていない。
- 現在、調査研究により、制度化に向けた検討が進められている状況にある【参考1・2】。

課題

- 患者の意思決定及び意思の表明についての支援は、患者の権利擁護の観点に加え、家族の負担軽減に資すること、医療機関にとっても患者との信頼関係が構築され、治療を進めやすくなるというメリットが期待できる。
患者の意思決定及び意思の表明についての支援の制度化に向けて、意思決定及び意思の表明についての支援を行う者が果たすべき役割や担い手を明らかにすることが必要となる。

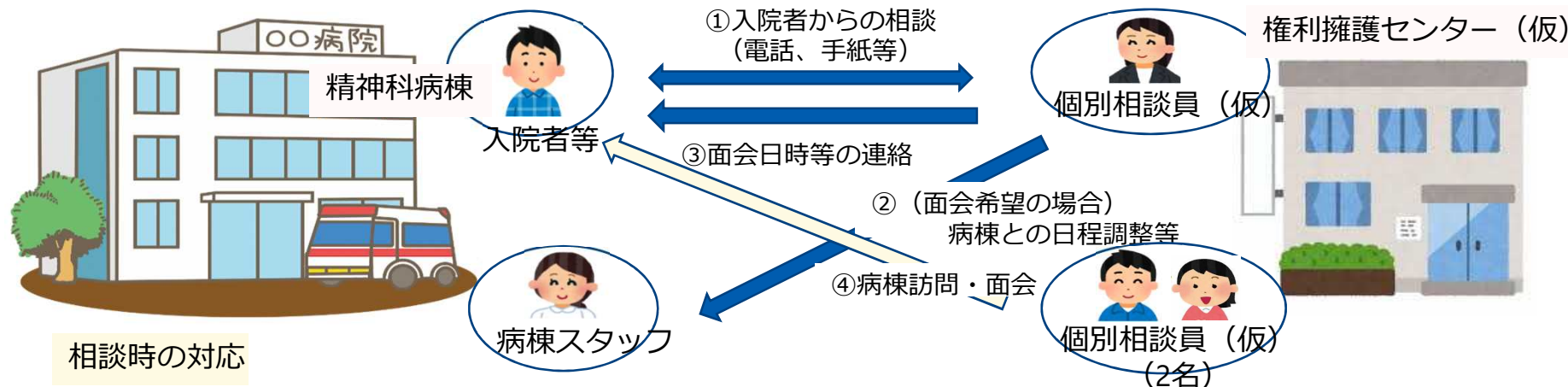
2. 精神保健福祉法上の入院制度等について④(患者の意思決定及び意思の表明についての支援)

対応の方向性

意思決定及び意思の表明についての支援を行う者が果たすべき役割や担い手等については、今後の調査研究での検討を踏まえつつ、以下を基本とする方向で考えてはどうか。

- ① 意思決定及び意思の表明についての支援を行う者が果たすべき役割
 - 病棟を訪問し、本人と面会を行い、本人の話を丁寧に聞くこと
 - 入院制度、本人の権利、精神医療審査会の仕組み、退院等請求や処遇改善請求の方法等を本人に分かりやすく伝えること
 - 入院の経緯や入院後の状況、入院環境についての不安を聴くこと
 - 本人が権利を行使する後押しをすること、本人が退院して地域でどのように暮らすかを定めるための情報を提供すること
- ② 意思決定及び意思の表明についての支援の担い手
 - ①の役割を適切に行えるよう、研修の受講による一定の資質が求められるのではないかな。
 - 他方で、特定の資格を必須とすることなく、ピアサポーター、市民ボランティア、相談支援専門員、弁護士等、多様な担い手による支援が望ましいのではないかな。
- ③ 対象者の範囲
 - 優先的に取り組んでいく対象をどのように考えるべきか。
 - ・ 身寄りからの支援を見込むことが難しい市町村同意による医療保護入院者
※届出数:年間約7,500件(衛生行政報告例)
 - ・ 非自発的入院である医療保護入院者・措置入院者
※届出数:年間約18.7万件・7,300件(衛生行政報告例) ※患者数:約13万人・1,500人(精神保健福祉資料)
 - ・ 在院期間1年以上の入院者 ※約17万人(患者調査)
 - ・ 入院者全て ※約28万人(患者調査)

精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案



相談時の対応

- 本人の立場に立って、丁寧に話を聞き、本人をエンパワメントする
- 本人の希望の確認 (散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等)
- 権利についての説明
- 個別相談員 (仮) にできること (できないこと、しないこと) を伝える など

相談後の対応

本人の希望に基づき、

- 必要時に再度相談を受ける
- 本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをする
- 本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える
- 退院請求や処遇改善請求制度の情報提供
- 代理人が必要と判断された場合は弁護士会等を紹介する
- 病棟スタッフ等にどのような働きかけをするのか (したのか) 本人に報告する など

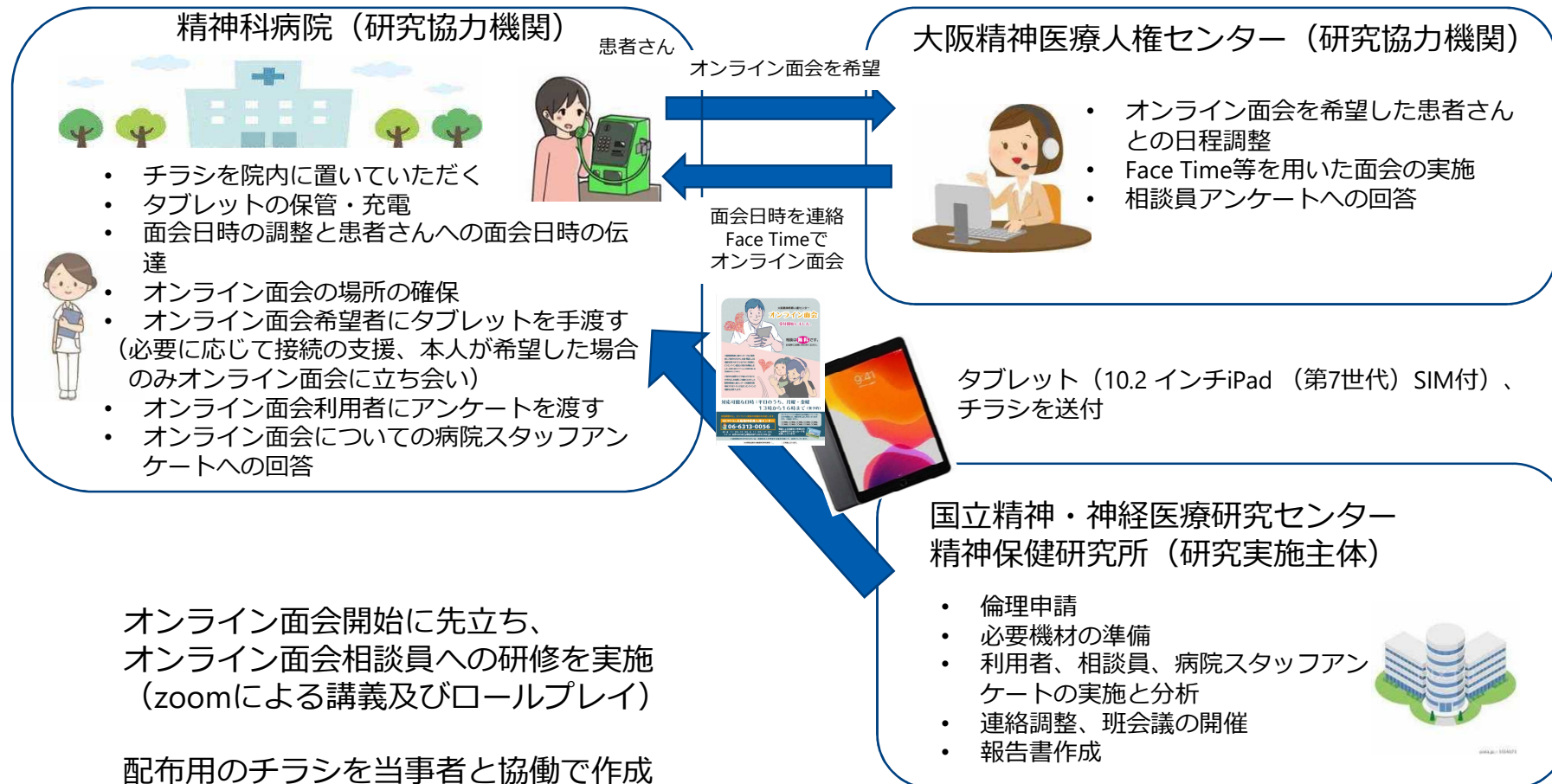
※虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、通報を含む対応につきセンター内で協議する

相談の際の留意点

- 本人の了解なしに、相談内容や個人情報を病棟スタッフ等に話さない
- あくまでも「本人の味方」として対応する
- 個別相談員 (仮) は、病院スタッフ等、専門職の下請けをするわけではないことに留意する

※出典: 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究 - 入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究 - より抜粋 (研究代表者: 藤井千代(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所))

オンライン面会活動に関する実行可能性等調査



※出典：研究班資料より抜粋

医療保護入院

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について⑤(医療保護入院)

現状

- 平成25年の精神保健福祉法改正により、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し、精神科病院の管理者に対する退院促進措置の義務付けが行われ【参考3～5】、現在の医療保護入院制度が整備された。
- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書(平成29年2月)では、医療保護入院制度の必要性、家族等同意の機能について、以下のとおり整理されている。

(医療保護入院という非自発的入院の形態の必要性について)

- ・ 精神障害者に対する医療の提供については、できる限り入院治療に頼らない治療的な介入を行うことが原則であり、その上で、入院治療が必要な場合についても、できる限り本人の意思を尊重する形で任意入院を行うことが極めて重要である。
- ・ ただし、病気の自覚を持ってない場合があり、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、自傷他害のおそれがある場合以外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要と考えられる。
- ・ その上で、医療保護入院は、指定医の判断により入院治療が必要とされる場合であって、任意入院につなげるよう最大限努力をしても本人の同意が得られない場合に選択される手段であるということを再度明確にするべきである。

(家族等同意の機能)

- ・ 現在の家族等同意の機能は、入院することを本人に代わって同意することではなく、
 - ① 医師の判断の合理性(説明に対する納得性)
 - ② 入院治療が本人の利益に資するかについて、本人の利益を勘案できる者の視点で判断する点にあると整理できる。
- ・ ①については、現在の家族等同意では、家族等に医学的な専門知識まで必ずしも求めてはならず、医師が家族等に対し、理解しやすいよう丁寧に病状や入院治療の必要性等を説明した上で、家族等が医師の説明に納得して判断できれば足りると考えられる。
- ・ ②については、家族等には、本人についての情報をより多く把握していることが期待されていると考えられる。

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について⑥(医療保護入院)

課題

課題①: 本人と家族が疎遠な場合等の家族等同意について

- 家族等同意の機能は、本人について多くの情報を把握し、「本人の利益を勘案できる者の視点で判断する点にある」と整理されているが、本人と家族が疎遠な場合等は、こうした機能を期待することは困難な場合がある。
- 他方で、市町村長同意は、「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ない場合」とされているため、現行の精神保健福祉法では、疎遠であっても家族がいる場合等は、当該家族の同意を得る必要がある。

課題②: 患者の病状の変化への対応について

- 入院治療においても、「できる限り本人の意思を尊重する形で任意入院を行うことが極めて重要である」とされており、現行の精神保健福祉法上、入院時については任意入院が行われるよう努める旨の規定が置かれている(20条)。
- 一方、入院後については、本人の病状の変化を確認し、医療保護入院から任意入院に移行することは、明文上求められていない。

課題③: 家族支援のあり方

- 家族等が本人の利益を勘案のうえ本人の利益のために同意を行い、入院が決定された場合でも、結果として、本人の意思によらない入院により、本人・家族等の間に軋轢が生じることがあるという指摘がある。

課題④: 退院促進措置の実態

- 平成25年の精神保健福祉法改正により創設された退院促進措置の実態について、現在調査研究を行っており、その結果を確認する必要がある。

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について⑦(医療保護入院)

対応の方向性

課題①について

- 本人と家族が疎遠な場合等について、必ずしも当該家族の同意を要することなく、市町村長同意により、入院医療へのアクセスを確保することができる仕組みとしてはどうか。

課題②について

- 医療保護入院者の病状を何らかの期間ごとに診察することを義務付けた上で、患者本人の希望も踏まえながら、その病状に応じ、医療保護入院の継続、任意入院への移行、退院の判断を行うこととしてはどうか。
- 病院管理者が医療保護入院を行った場合に医療保護入院者に対して行う告知の内容について、現行の精神保健福祉法では、入院措置を採る旨、退院請求に関する事、入院中の行動制限に関する事が定められている。医療保護入院患者の権利擁護の観点から、入院を行う理由を追加してはどうか。

課題③について

- 市町村長同意の見直し、患者の意思決定及び意思の表明についての支援の仕組みは、家族の負担を一定程度緩和することが期待される。
- 他方で、家族等以外の者が同意を行う仕組みとすることについては、「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、「直ちに整理することは困難」とされている(※)。
- こうした点を踏まえ、家族の支援のあり方について、どのように考えるべきか。

※ 家族の負担を軽減する観点からは、同意を行う者を家族等以外とすることも課題として考えられるが、家族等が同意者となっている趣旨や実務的な対応可能性を踏まえると、現状でどのような者が同意を行うべき者に当たるかについて直ちに整理することは困難と考えられる。

課題④について

- 調査結果を踏まえた上で、実効的な退院促進措置のあり方について検討する必要があるのではないか。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

参考3

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
 - ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院の同意要件の見直し

- 医療保護入院は、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のため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が対象。

改正前

○精神保健指定医の診察及び保護者(※)の同意が要件。

※以下の①～④の順位で1名のみ。上位の者がいない場合や所在地不明の場合等は下位の者。

- ① 後見人又は保佐人
- ② 配偶者
- ③ 親権者
- ④ ②③の者以外の扶養義務者のうち家庭裁判所が保護義務を履行すべき者として選任した者（扶養義務者は改正後に同じ）

○市町村長同意による入院が可能なのは、保護者がいない場合又は保護者になり得る者の全員が本人に治療を受けさせる等の義務を行うことができない場合(※)。

※所在地不明、長期間の疾病、破産など
 ※扶養義務者の同意が得られないときも含む

○退院請求は、本人のほか、保護者となった者(1名のみ)が行うことができる。

改正後

○精神保健指定医の診察及び家族等(※)の同意が要件。

※以下に該当する者のうちいずれかの者。順位はない。

- ・ 後見人又は保佐人
- ・ 配偶者
- ・ 親権者
- ・ 扶養義務者（民法の規定により、直系血族、兄弟姉妹及び家庭裁判所に選任された三親等以内の親族とされている）

○市町村長同意による入院が可能なのは、家族等がない場合又は家族等の全員が意思を表示することができない場合(※)。

※所在地不明など

○退院請求は、本人のほか、家族等の全員が行うことができる。

平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院者の退院促進措置

平成25年の精神保健福祉法改正により、精神科病院の管理者に以下の事項を義務付けている。

1. 退院後生活環境相談員の選任

- 医療保護入院者の退院に向けた相談支援や地域援助事業者等の紹介、円滑な地域生活への移行のための退院後の居住の場の確保等の調整等の業務を行う『退院後生活環境相談員』を精神保健福祉士等から選任しなければならない。

2. 地域援助事業者の紹介

- 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、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う『地域援助事業者』を紹介するよう努めなければならない。

3. 医療保護入院者退院支援委員会の設置

- 主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、医療保護入院者及び家族等が出席し、医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間及び当該期間における退院に向けた取組等を審議する『医療保護入院者退院支援委員会』を設置しなければならない。

患者の意思に基づいた退院後支援

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について⑧(患者の意思に基づいた退院後支援)

現状・課題

- 退院後支援については、廃案となった平成29年精神保健福祉法改正法案に盛り込まれていたところ、国会での審議を踏まえ、「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月厚生労働省障害保健福祉部長通知)が示されている【参考6】。
- 今後、ガイドラインの実効性を高めていくことが必要。

対応の方向性

- 患者の意思に基づいた退院後支援は、入院早期から支援体制を構築し、病院と連携しながら、多職種・多機関の協働を図るものであり(※)、「包括的支援マネジメント」【参考7】の一環としての位置付けを有する。
- その運用状況については、現在、研究班で調査を進めているところ、患者本人が退院後に安心して生活を続けるため、多職種・多機関からの支援を継続して希望する場合は、患者の入院形態を問うことなく、支援を受けられるようにしてはどうか。
- ガイドラインにおける警察の参加については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関する取組の位置付け(3ページ)に照らし、警察は会議に参加しないこととしてはどうか。

※ 「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)(抄)

多くのニーズや課題を抱える精神障害者が、地域で安心して生活するためには、多職種・多機関が有機的に連携し、本人のニーズに応じた包括的支援を提供する必要がある。国及び自治体は、精神障害者への退院後支援体制を整備することを通じて、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、本人の意向やニーズに応えられるよう地域の包括的支援体制を構築していくべきである。これにより、全ての精神障害者がその人らしい地域生活を送ることのできる社会を目指すことが、法の趣旨に適うものであり、地域移行の促進にもつながるものと考えられる。

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。

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

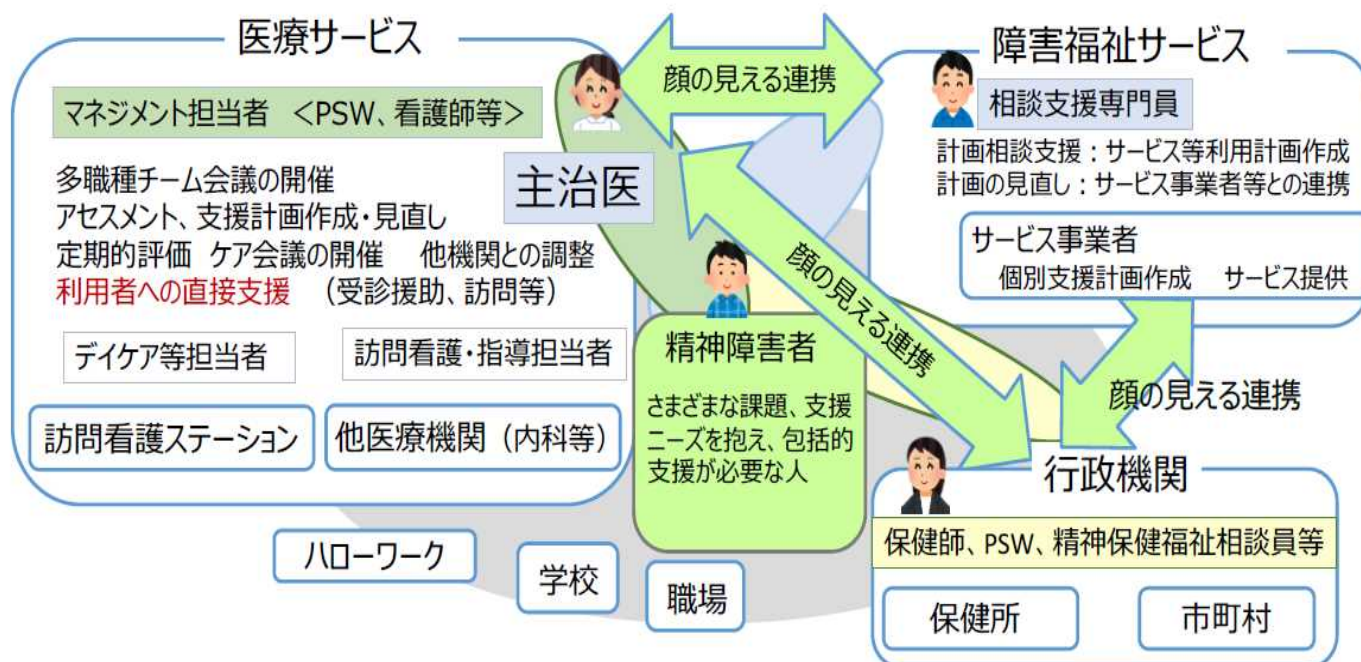
- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

「包括的支援マネジメント」とは

- さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントを意味する。

（出典）H28～30厚生労働行政推進事業（研究代表者：藤井千代）

「包括的支援マネジメント実践ガイド」



隔離・身体的拘束の最小化に係る取組

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について⑨(隔離・身体的拘束の最小化に係る取組)

現状・課題

- 隔離・身体的拘束については、精神保健福祉法上、指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われることとされており、その最小化に係る不断の取組が推進されるよう、国においても可能な限りの方策を講じることが必要。

対応の方向性

(身体拘束の更なる最小化に向けて)

- 精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束については必要最小限の範囲内で行われることが必要であり、行動制限の更なる最小化を図るため、現在、行動制限最小化委員会の実態に関する研究が進められている。
- 具体的には、行動制限最小化委員会の実態調査を実施のうえ、調査内容を踏まえた委員会マニュアルを作成することとしており、マニュアルに基づく効果的な委員会活動が実施されるようにすることが必要。
- 精神保健福祉法37条1項に基づく処遇基準告示【参考8・9】を改正し、身体的拘束等の適正化のための委員会の定期的な開催等、身体的拘束等の最小化に向けたプロセスを義務付けること等についてどのように考えるか。

(患者のトラウマ防止の方策について)

- すべての人にトラウマ体験の影響があるかもしれないとの念頭のもとケアを行おうとする考え方(「トラウマインフォームドケア(TIC)」)について、厚生労働科学研究で検討が進められている。
- こうした考え方は、患者本人の症状緩和にとどまらず、ケアを行う者の燃え尽きを予防する可能性も示唆されており、関係・職能団体や研修の機会を通じ、広く周知・普及していくべきではないか。

(精神科特例・急性期の患者のケアに対する充実した人員の配置について)

- 精神科特例【参考10】は、人員配置の最低基準を定めるにすぎず、診療報酬上、急性期の精神病床については、一般病床と同程度の医師・看護師の配置を求め、早期に退院できるよう促しているところであり、慢性期患者の減少と人員配置の充足とが並行して進行するよう、個々の病院の規模や機能に応じ、必要な体制の整備が図られるようにすべきではないか。
- 厚生労働科学研究において精神科医療における重症度の研究を行っているところであり、診療報酬における適切な評価につながるよう、「急性増悪の状態にある患者のケアを24時間体制で行う」点も勘案しつつ総合的に重症度を判断できる指標の検討を進めることが必要ではないか。

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(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離は、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。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行わなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖環境の部屋に入室することもあり得るが、この場合には隔離にはあたらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

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(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

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) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回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(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替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

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

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

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体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。

病院に関する主な人員の標準

参考10

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
	(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1					

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 令和6年3月31日までは、6:1でも可

平成22年12月2日 社会保障審議会医療部会資料より
(一部時点修正あり)

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

身体拘束ゼロへの取組

国

- 身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催（平成12年6月、平成13年3月・12月）
- 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及（平成13年度）

都道府県

- 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催（平成13年度～）※1
- 身体拘束相談窓口の設置（平成13年度～平成17年度）※2
- 相談員養成研修の実施（平成13年度～平成17年度）※2
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催（平成14年度～平成17年度）※2
- 権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施（平成17年度～）※1
- 身体拘束廃止事例等報告検討会の開催（平成18年度～）※1

※1 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行 ※2 平成18年度以降は介護保険法上の「地域支援事業」に移行

市町村

- 身体拘束相談窓口の設置（平成18年度～）※3
- 相談員養成研修の実施（平成18年度～）※3
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催（平成18年度～）※3

※3 介護保険法上の「地域支援事業」として実施

施設

- 介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定（平成12年度）
- 介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設（平成18年度）
- 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催・減算率の見直し等（平成30年度）

身体的拘束等の適正化の推進

○ 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

各種の施設系サービス、居住系サービス

○ 身体拘束廃止未実施減算について、平成30年度介護報酬改定において、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率の見直しを行った。

身体拘束廃止未実施減算 <改定前>  <改定後（現行）>（※居住系サービスは「新設」）
5単位／日減算 10%／日減算

【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
2. 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
3. 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
4. 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護における上記の委員会については、運営推進会議を活用することができる。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第11条 第4項

指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

1. 切迫性

利用者本人または他の利用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

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

※適正な手続き

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断する必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・観察と再検討による定期的再評価を行い拘束が必要なくなれば速やかに解除することが必要(尊厳への配慮)。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている(2年間保存)。

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

○介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為を指す。

○これらの11項目は、あくまでも例示であり、他にも該当する行為があることに注意。

○**ポイントは、行動の自由を制限しているかどうか。**

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

身体拘束がもたらす多くの弊害

○身体的弊害

- ・ 関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- ・ 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- ・ 転倒や転落事故、窒息などの大事故を発生させる危険性

○精神的弊害

- ・ 本人は縛られる理由も分からず、生きる意欲を奪われる。
- ・ 不安、怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発
- ・ 家族に与える精神的苦痛、罪悪感や後悔

○社会的弊害

- ・ 看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くこと。また、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすおそれがあること。
- ・ 身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも影響をもたらす。

虐待の防止に係る取組

2. 精神保健福祉法上の入院制度等について⑩(虐待の防止に係る取組)

現状・課題

- 精神科医療機関の従事者による暴行・脅迫、わいせつ行為、ネグレクト、経済的虐待等の虐待行為は本来あってはならないものであるが、医療機関従事者による虐待事案が現に発生している状況にある。
- 精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束が虐待であるとの誤解がないよう留意しながら、虐待の発生防止策、発生した場合の速やかな把握、対応等について、検討を進めることが必要。

対応の方向性

(これまでの取組)

- 令和2年3月に報道された精神科病院における虐待事案を受け、
 - ① 精神科医療機関に対し、虐待事案の発生防止や早期発見の取組強化、事案が発生した場合の都道府県等への速やかな報告を要請。
 - ② 都道府県等が行う実地指導において虐待が疑われる事案の把握の強化。虐待が強く疑われる場合は、事前の予告期間なしに実地指導を実施できることとする等、指導監督を徹底。【参考12】

(虐待が疑われる事案の速やかな把握)

- 隔離・身体的拘束は、精神保健福祉法に基づき一定の基準のもと指定医の医学的判断を根拠に認められる場合があるが、精神科医療機関の従事者による暴行・脅迫、わいせつ行為、ネグレクト、経済的虐待等、法令上明らかに認められない虐待行為が看過されてはならない。
- こうした虐待行為について、患者・家族等には処遇改善請求という方法もあるが、精神疾患の特性上、病状の悪化により判断能力が低下していることもあり、患者から救済を求めることは困難なのが一般である。
- 医療機関従事者による虐待事案が現に発生している状況を踏まえ、虐待が疑われる事案の速やかな把握、対応等について、どのように考えるか。

(普及啓発)

- 現在、調査研究事業において精神科医療機関の医療従事者を対象とした虐待事案発生防止のための啓発資料の作成を進めており、今後、都道府県等を通じて広く普及させることが必要。

○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）

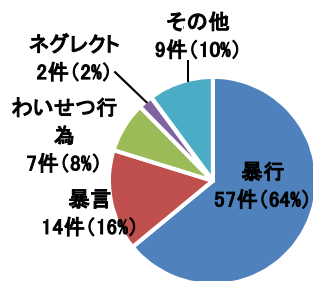
事案報告概況

〈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

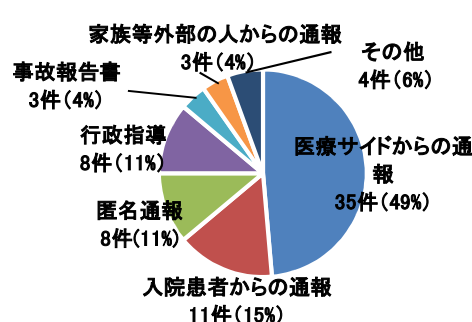
〈把握件数〉72件(平成27年度～令和元年度の累計)

※以下、重複回答あり

〈事案種別〉



〈事案把握の契機〉



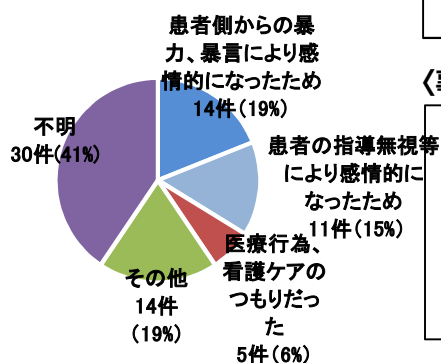
〈事案に対する医療機関の改善措置内容〉

- ・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）

〈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

〈動機・原因〉



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

精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応について

○精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応について（抄）

（令和2年7月1日付精神・障害保健課事務連絡）

1. 各都道府県等の取組事例を参考にするとともに、精神科医療機関に対しても、精神科医療機関における虐待防止等の取組事例を周知するなど、虐待が疑われる事案の発生防止や早期発見の取組強化に努めること
2. 虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかにその概況を各都道府県等に報告するよう管内精神科医療機関に対し周知徹底するとともに、各都道府県等においても早期に事案の詳細を把握し、当該精神科医療機関と連携して再発防止に努めること
3. 「精神科病院に対する指導監督等の徹底について（平成10年3月3日通知）」に基づき、原則として1施設につき年1回実施する実地指導において、病院職員や入院患者に対して行われる人権の保護に関する聞き取り調査に併せて、虐待が疑われる事案についても聞き取りを行うなどその把握の徹底に努めること

「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について

○精神科病院に対する指導監督等の徹底について（抄）令和3年1月13日付障害保健福祉部長通知一部改正

3 実地指導等の実施方法について

(2) 実地指導の方法について

- ア 実地指導は、原則として都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局職員及び保健所の精神保健福祉担当職員とともに、精神保健指定医を同行させ実施することとし、病院間で指摘内容に格差が生じないように、都道府県及び指定都市において実地指導要領等を作成して実施するよう努めること。
また、法律上極めて適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対しては、国が直接実地指導を実施することもあり得ること。
- イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、入院中の者に対する虐待が強く疑われる緊急性が高い場合等については予告期間なしに実施できること。
- ウ 実地指導の際、措置入院患者については、原則として各患者に対して診察を行うものとする。また、医療保護入院患者については、病状報告や医療監視の結果等を踏まえるとともに、患者の入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に診察を行うようにすること。
- エ 人権の保護に関する聞き取り調査については、入院中の者に対する虐待が疑われる事案を含め、病院職員に対するものだけでなく、入院患者に対しても適宜行うようにすること。
また、診療録を提出させ、内容を確認するとともに、定期病状報告、関係書類及び聞き取り調査結果等の突合を行い、未提出の書類及び入院中の者に対する虐待が行われている事実等がないかについても確認すること。
- オ 医療監視を実施する際に併せて実地指導を行うなど医療監視との連携を十分に図ること。
また、生活保護法による指導等の実地との連携も図ること。

別記様式1 精神科病院実地指導結果報告書 実地指導結果の概要の区分中「入院患者等のその他の処遇について（虐待を含む。）」

○精神科病院に対する指導監督等の徹底について（抄）令和3年1月13日付精神・障害保健課長通知一部改正

1 実地指導の指導項目について

(15) 入院患者等のその他の処遇について

- ア 入院患者に対し、法に基づかない行動制限及び暴行を加える等の虐待等により人権を侵害している等の事実はないか。

※下線部分は一部改正箇所