

精神保健福祉法上の 精神保健に関する市町村等における 相談支援体制、入院制度等について のこれまでのご意見を踏まえた論点 と検討の方向性について

1-1. 「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

1-1. 「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

論点

- 「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、「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」との第5回検討会資料の記載は、「津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組を含まない」との理解で良いか。

これまでのご意見

- 第5回検討会資料2の3ページ、「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」との記述は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組を含まないという理解で良いか。その場合、表現ぶりの修正をお願いしたい。(第5回)
- 「にも包括」が津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機としたものを含まないことを確認するためには、結果として退院後支援のガイドラインを見直さなければならないことを意味し、そこに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くなったということは明文で規定する必要がある。(第5回)
- 退院後支援が津久井やまゆり園事件と結びつけられてしまうことで、一生懸命、地域支援を行っている方が誤解されてしまうということはいけなな事なので、そのような疑念が残ったままガイドラインに基づく支援が継続することが望ましくないのは明らか。退院後支援ガイドラインについては、事件の再発防止を契機としたものではないということなども明記した上で、必要な改定をしていく必要があるのではないか。(第5回)



検討の方向性

- 「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は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機としたものを含まない点について明確にすべきである。
- そうした観点から、退院後支援のガイドラインについて見直しを行い、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で規定すべきである。

1-2. 精神保健に関する市町村等における 相談支援体制について

1-2. 精神保健に関する市町村等における相談支援体制について①

論点

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進し、精神障害者、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。)が地域で安心して暮らせるよう、身近な地域で、必要なサービスを切れ目なく受けられるようにすることが必要である。
- 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に取り組むことが重要となる。
- こうした観点から、市町村における精神保健に関する相談支援の制度的な位置付けを見直す等、市町村が精神保健に関する相談支援を積極的に担えるよう、具体的かつ実効的な環境整備を行うべきではないか。

これまでのご意見

(市町村における精神保健に関する相談支援の制度的な位置付け)

- 第3回検討会において、市長会からは、精神保健に関する相談支援を法令上で市町村の責務として明確化することについて、一律に市町村に義務付けるべきではないという慎重論が出されたところ、こうした意見はしっかり踏襲した上で、市町村が実行可能な取組についてまとめられるべき。(第5回)
- 精神保健に関する相談支援を法令上市町村の責務として明確化することについては、拙速を避け、慎重に検討すべきである。また、一律に市町村に義務付けるべきではない。(第3回)
- 市町村が介護、障害、生活困窮、ひきこもり等、地域包括ケアを進めると、経済的な支援にとどまらず、精神保健の問題は避けては通れない。実際に市町村で様々な業務を行う中で、現在も精神保健の課題に対応しているという現状があるということを考えると、市町村が精神保健を責務として行っていくことを明確に位置付け、人員の量・質、ともに確保すること、財源を確保することが重要。(第2回)

(保健所・精神保健福祉センターのバックアップ)

- 市町村だけではなく、保健所圏域あるいは都道府県全体で考えていくことが重要。(第2回)
- 地域保健法の基本指針、長年改正されていない保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領の改正が必要。(第5回)
- 市町村間の格差は大きいいため、保健所にも適切に人員を配置し、市町村全体で体制が進むようにすることが必要。実際、在宅医療介護連携を進めるに当たり、保健所は、協議会やケア会議に参加し、地域全体での体制構築に協力している。(第2回)

これまでのご意見(続き)

(協議の場)

- 「伴走型」の支援のためには、市町村と関係機関の常日頃からの良好な連携、顔の見える関係が不可欠。在宅医療・介護連携では、県の医師会が主催し、市町村の在宅医療の担当者と、保健所、地域包括支援センターほか地区医師会の会長、在宅医療の担当理事とが一同に会し、研修会を開催している。(第2回)
- 法律上の根拠規定を設けるべき。児童福祉法でも、要保護児童対策地域協議会の規定が設けられたことにより、現場では支援がしやすくなったと言われている。(第2回)

(人材の確保・育成)

- 介護の地域包括支援センターは直近10年ほどの間、人の配置があまり増えることなく業務が増え、機能不全の様相を呈している部分は否めない。保健師、精神保健福祉士等の専門職の配置等、実施体制の充実を図る点は好ましいが、特に地方の人口減少、労働力人口の減少がますます加速する中で、どのように進めるのか。(第2回)
- 人材の確保はすぐにできるものではないとなると、今いる人員のスキルアップの観点が大事。現在200時間以上としている精神保健福祉相談員の研修時間数の見直しや、当事者、家族の意見を取り入れた研修の組み立てが必要。(第2回)
- もともと福祉は、非常に対象者が限定されているからこそ、包括的・重層的という考え方が必要になった。一方、保健は、家族単位・地域単位・住民単位で取り組んできた歴史がある。伴走型支援は従来の保健の機能と言える。新たに何か大きなことに取り組むというより、むしろ現有勢力、保健師の力量の向上を図ることにより、もともと得意としている分野なので、十分、地域の精神保健、メンタルヘルスの体制は整えられるのではないか。(第3回)
- 人材育成については、各関係専門職や行政職員、その他に向けた者を含む人材育成のための研修コンテンツ等の作成プロセスにおいて、障害当事者団体の参画が不可欠。また、障害者ピアサポート研修事業については国のシラバスやテキストにおいてピアサポートを十分に捉え切れていない部分があるため、大幅なブラッシュアップが必要。(第2回)

これまでのご意見(続き)

(医療との連携・診療報酬上の評価)

○ 精神科の病院について、資源が偏在しているというお話もあったが、実は全国344二次医療圏のうち、300の二次医療圏に日本精神科病院協会に加盟している民間の精神科の病院が立地している。そうした意味では、全国津々浦々に資源があるということ。

精神科の病院では、かかりつけ精神科医機能として、病院の中に多職種チームを持ち、そこで患者さんお一人お一人のケースマネジメントを行っている。市町村には、場合によっては、相談支援の業務をある程度委託いただく等、こういった機能を利用していただきたい。(第3回)

○ コミュニティメンタルヘルスチームのように、地域の精神科医の協力を得て自宅への訪問支援を行うなど、動くチームが必要。例えば、認知症初期集中支援チームが一つのモデルにならないか。医療が入ることにより、初期の認知症に対し、アウトリーチを含めて支援していく体制が、全国の市町村で整備されている。認知症の初期集中支援チームのサポート医が参考になるのではないか。

その際、医療との最初の出会いは当事者の方にとって、とても大事。つなぎを担う精神科医・従事者の教育が重要。(第2回・第3回)

○ 包括的支援マネジメントについての積極的な御提案は、すごくありがたい。令和4年度診療報酬改定は、コメディカルの活動にも何らかの評価がつくという意味で、画期的な報酬改定。ただし、やれる人がやるという仕組みだけでは、地域の体制整備が進まない。市町村の責任において、訪問支援を含めた体制を組んでいく必要があるという意味で、コミュニティメンタルヘルスチームがあれば良いと思う。(第7回)

○ 診療報酬では、包括的支援マネジメントの一環として、病院からの地域移行の人を中心に評価をしているが、今回の地域包括ケアの観点からは、少し対象を広げ、本人の困りごとに寄り添って伴走型の危機に対応した場合についても評価していくなど、診療報酬上の評価の検討も必要。

また、精神科の医療関係者がアウトリーチの一環で、市町村のアドバイザーとして活動した場合の診療報酬上の評価をお願いしたい。(第2回)



検討の方向性

(現状)

- 精神保健に関するニーズの多様化に伴い、自殺対策、虐待(児童、高齢者、障害者)、生活困窮者・生活保護、母子保健・子育て支援、高齢・介護、認知症対策、配偶者等からの暴力(DV)等の各分野において、すでに8割以上の市町村が、地域住民の身近な相談窓口として、精神保健上の課題があると認識し、対応している状況にある。
- 他方、精神保健福祉法では、市町村における精神保健に関する相談業務の規定があるが、精神障害者に対する努力義務として規定されるにとどまる。

※ 地域保健法等でも、①市町村は、市町村保健センターを設置できる、②市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導等を行うと規定されており、精神保健に関する相談支援は、市町村の業務として明示されていない。

- このように、市町村が実施する精神保健に関する相談支援は、実際上のニーズに対応するため、精神障害者だけでなく、市町村の各相談支援機関において、分野を超えて広く精神保健上の課題を抱えた住民を対象として実施されている状況にあるが、法令上は市町村の責務として定められていない。

※ このため、地域保健活動は法的な裏付けのある他の領域(母子保健や生活習慣病重症化予防等)が優先され、市町村における精神保健に関する相談支援は、専門職(保健師、精神保健福祉士等)の配置が十分でない等、一般的に脆弱な状況。これにより、以下の課題が生じ、精神保健上の課題に対する包括的・継続的な支援を実現することが困難となる。

- ・ 支援を必要とする者の抱えている課題を評価・分析(アセスメント)し、そのニーズを把握することが困難なケースが生じる
- ・ 市町村内の福祉部局と保健部局間、あるいは福祉部局間での円滑な連携に支障が生じることがある
- ・ 適切なケースマネジメントが行えず相談支援事業所との円滑な協働が困難となるケースが生じる
- ・ 医療機関との円滑な連携が不十分となるケースが生じる
- ・ 未治療者や医療中断等が繰り返される者のケースにおいて、保健所、精神保健福祉センターとの円滑な連携に支障が生じることがある

(基本的な考え方)

- メンタルヘルスの不調や精神疾患は、誰もが経験し得るものであり、「新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査」(令和2年9月)でも、約6割の方が様々な不安等を感じていることが明らかとなっている。
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である。
- 他方で、これまで医療・精神保健に関する相談支援は主に都道府県の役割とされていたこともあり、直ちにこれを市町村の義務としても、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所・精神保健センターからのバックアップ体制の確保に課題があり、地域によっては相談支援の質が確保されないおそれがあるとの指摘もあった。
- こうした実態を踏まえ、精神保健に関する相談支援が全ての市町村で実施される体制が整うよう、まずは国において以下の措置を講じることにより、市町村の実施体制の整備を進めていく必要があるのではないか。

検討の方向性(続き)

(具体的な方策)

① 法制度上の対応を念頭に検討を進めるべき事項

(1) 都道府県が実施する精神保健に関する相談支援(現行法上義務)及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援(現行法上努力義務)について、精神障害者以外の精神保健に関する課題を抱える者についても対象となる旨を明らかにする。

※ 同様に、精神保健に関する相談支援の専門職種である精神保健福祉士について、その業として、精神障害者以外の精神保健に関する課題を抱える者への支援が含まれる旨を明らかにする必要がある。

(2) 「国及び都道府県の責務」として、(1)の市町村による支援の体制の整備が適正かつ円滑に行われるよう、必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならないこととする。

(3) 市町村及び都道府県において、関係機関、関係団体、当事者その他の関係者により構成され、地域づくりを支援するための「支援会議(仮称)」(※)に関する規定を設ける。

※ 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。市町村での開催に当たっては、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ことが必要。

※ 支援会議関係者の守秘義務を前提に、関係機関等に対し情報提供等を求めることができること等についても検討が必要。

(4) これらの取組には、担い手の確保・資質向上が不可欠となるため、現在「配置が任意」とされている精神保健福祉相談員について、その配置を都道府県及び市町村の「努力義務」とする(※)。

※ その前提として、国において、以下の通り、精神保健福祉相談員の研修を受講しやすくするための見直しを行う。

- ・ 現在、保健師を対象に204時間のカリキュラムが定められているが、対象職種やカリキュラムの見直しを行う。
- ・ 受講方法の見直しを行う(オンラインでの受講を認める等)。

② ①以外に検討を進めるべき市町村の体制整備に関する事項

(1) 下位法令の改正等

- ・ 地域保健法に基づく基本指針を改正し、精神保健に関する相談支援を市町村の業務として規定する。
- ・ 市町村保健センター等の保健師増員のための対応を検討する。

検討の方向性(続き)

(2) かかりつけ精神科医・他科のかかりつけ医との連携

- ・ 精神科医療機関は、かかりつけ精神科医機能として、病院の中に多職種チームを持ち、患者一人一人のケースマネジメントを行うノウハウ・人材を有することから、例えば、市町村から精神保健に関する相談業務の一部を精神科医療機関に委託することが考えられる。
- ・ かかりつけ医うつ病対応力向上研修の活用等を通じ、他科のかかりつけ医とかかりつけ精神科医との連携を強化する。

(3) 市町村への単なる好事例の周知に留まらないノウハウの共有

- ・ 精神保健の相談支援に関し、市町村が利用可能な国の事業について、制度横断で分かりやすく周知していく。
※ 精神保健に関する課題は各分野に及ぶため、国からの交付金等についても多分野にわたる(一例として、尾道市における「こころサポート事業」は、自殺対策に関する国の交付金等を活用)

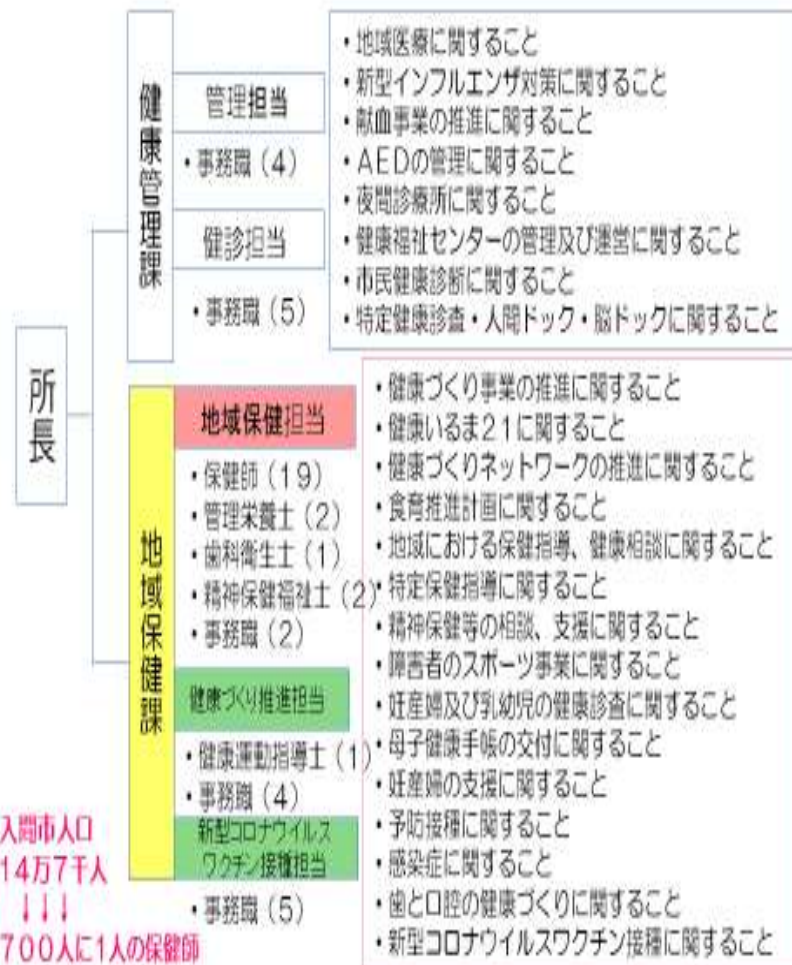
③ 市町村のバックアップ体制の充実に向けて検討すべき事項(保健所・精神保健福祉センター等の業務の明確化、診療報酬改定)

- ・ 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」「精神保健福祉センター業務運営要領」の改正を行う。
- ・ 令和4年度診療報酬改定では、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象であって精神疾患の未治療者、医療中断者等に対する訪問診療・精神科訪問看護を実施した場合の評価の仕組みを創設(37ページ)。今後、こうした取組による知見を踏まえつつ、令和6年度の診療報酬改定での評価を含め、さらに検討を進める。

■ 入間市では、**健康福祉センターの地区担当保健師** (18名) + **統括保健師** (1名)、**精神保健福祉士等の専門職**が、**地域診断** (コミュニティワーク) により**地区の健康課題を明らかにした上で**、**地区住民がより健康に過ごせるように新しい取組を提案**。

ポイント1：地区担当保健師と精神保健福祉士等の専門職が地域診断を通じた健康づくり

入間市健康福祉センターの組織図



専門職による地域診断 (コミュニティワーク)



健康課題から生まれた学齢期の取組事例 (ポピュレーション)

地域保健課の専門職(保健師、精神保健福祉士、歯科衛生士)が地域の中学校に出向き、養護教諭と連携しながら、生徒保健員の生徒と協同企画をすることで地域の健康づくりを目指した。

【経緯】

平成29年より、「入間市保健師活動指針」により、地区担当制を導入。地域診断により、藤沢地区の特徴を把握し、健康課題を明らかにした上で藤沢地区の市民がより健康に過ごせるよう新しい事業を提案・支援。

藤沢地区では、令和元年度から『こころの健康について』赤ちゃんから高齢者までの方々に、睡眠を含めた生活習慣の正しい知識の普及・啓発を実施。市民にリーフレット配布。

令和2年度は、学齢期の生活習慣の意識を高めるため、中学校の生徒保健委員会生徒と地域保健課が協同企画し、「睡眠の質を高める取り組み」のプロジェクトを実施。

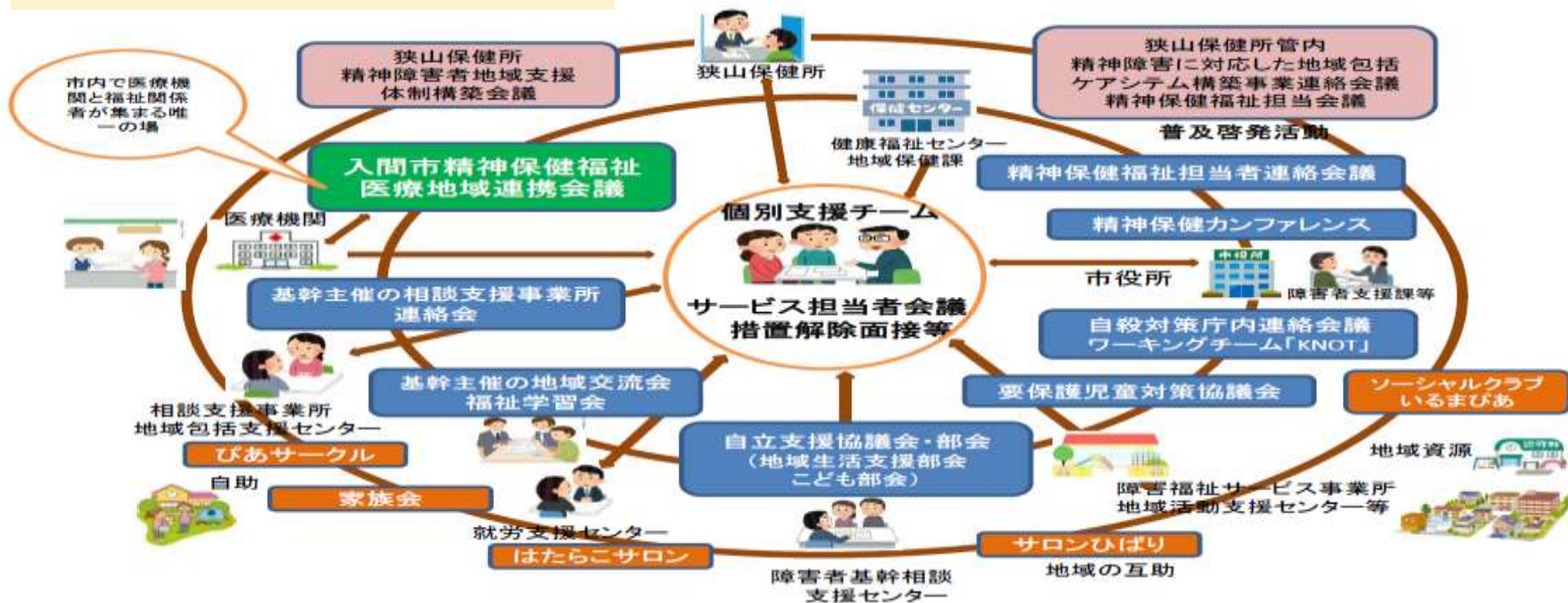
生徒保健委員会の生徒から睡眠の質を高める普及啓発のための様々なアイデアを出し合い、委員会生徒から全校生徒に『こころの健康：睡眠の質を高めよう』をテーマに取り組み発信。

全校生徒に取り組み体験してもらい、アンケートを実施、回収、学齢期における睡眠について分析、評価。

①入間市における取組 ～地域保健による取組例～

ポイント2：精神保健福祉支援に関する庁内・関係機関等とのネットワーク

入間市の精神保健福祉支援のネットワーク



保健と福祉の連携のための取組

保健部門と福祉部門が定期的に会議で顔を合わせる機会をつくり、メンタルヘルスから障害福祉サービスに関する情報を共有。

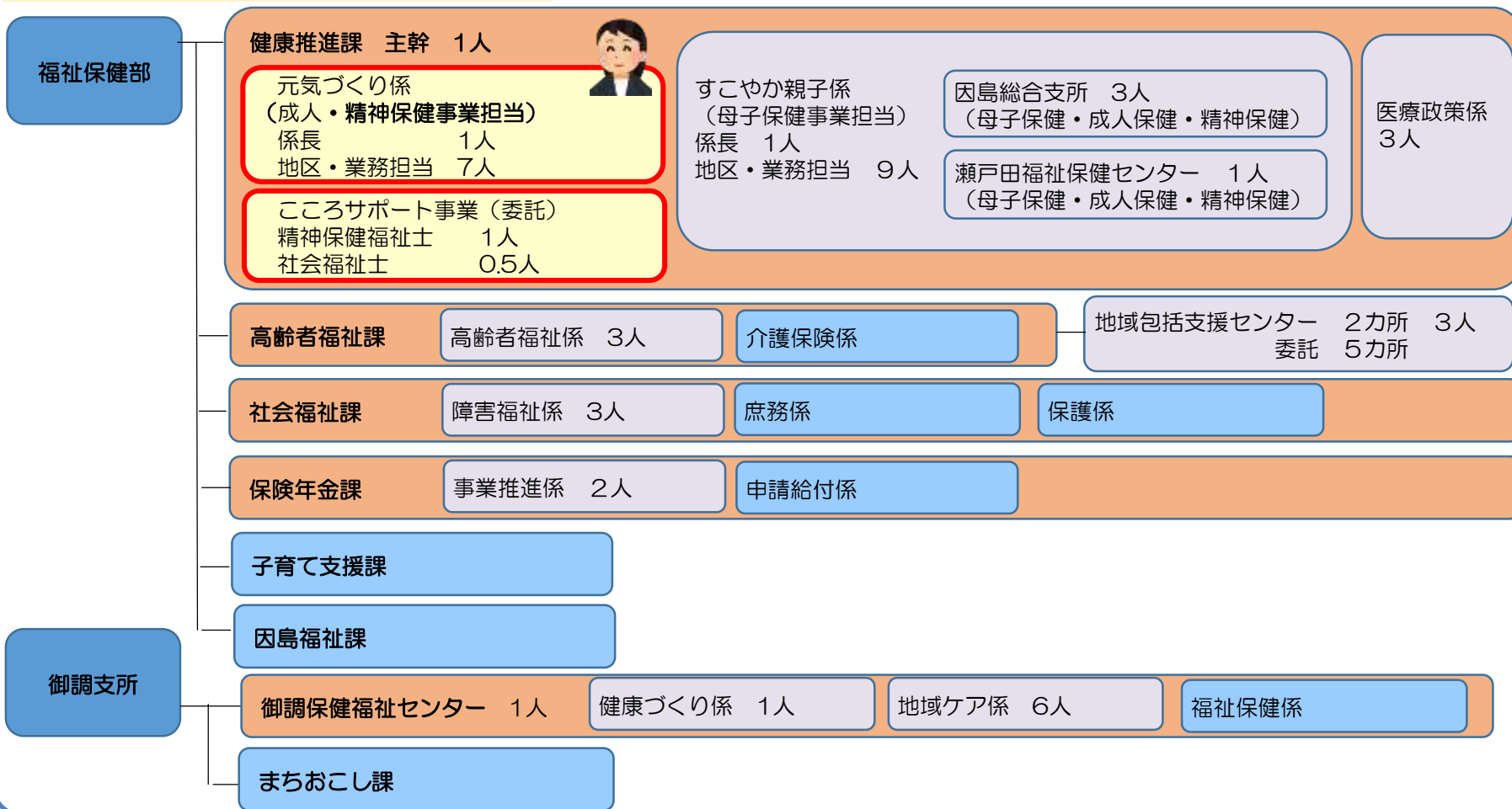
会議名称	会議の内容等
精神保健福祉担当者連絡会議 (年6回)	<ul style="list-style-type: none"> 各関係機関で開催される事業や講演会等の情報共有。 行政（保健所、地域保健課、障害者支援課）、障害者基幹相談支援センター、必要に応じて相談支援事業所が入り連携しているケースについて支援方針を確認。 ※要対協の精神版のイメージで連携の主体となる部署を確認。新規ケースを共有し、担当機関を検討。
精神保健カンファレンス (年6回)	<ul style="list-style-type: none"> 支援方針で悩んでいる事例を検討。スーパーバイザーが助言。 庁内の障害者支援課等の各部署や基幹相談支援センター、相談支援事業所、地域包括支援センター各関係機関に呼びかけ事例を検討。 精神疾患のある事例以外も検討。生活支援の視点を共有。
入間市精神保健福祉医療地域連携会議(年1回)	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患等について正しい知識の普及啓発を図るとともに、関係機関・団体との連携を深め、「地域ぐるみ」で精神障害者等の自立と社会参加を推進することを目的として、平成28年度から開始。

②尾道市における取組 ～保健部門から関係部局への連携～

- 尾道市では、周囲との関係づくりに関する悩み、生活上の困難・生きづらさを抱えている人からの相談に、保健部門の保健師と、こころサポート事業（アウトリーチ事業）の精神保健福祉士が、関係機関と連携できる体制を整備。医療機関での受診や通院、定期的な見守り、就労支援事業所の利用や生活保護の申請等、関係部局・機関と連携し、個々のケースに応じ必要とされる支援を実施。

ポイント：保健部門からの連携により個々のケースに応じ必要な支援をチームで実施

尾道市の組織図と保健師の配置状況

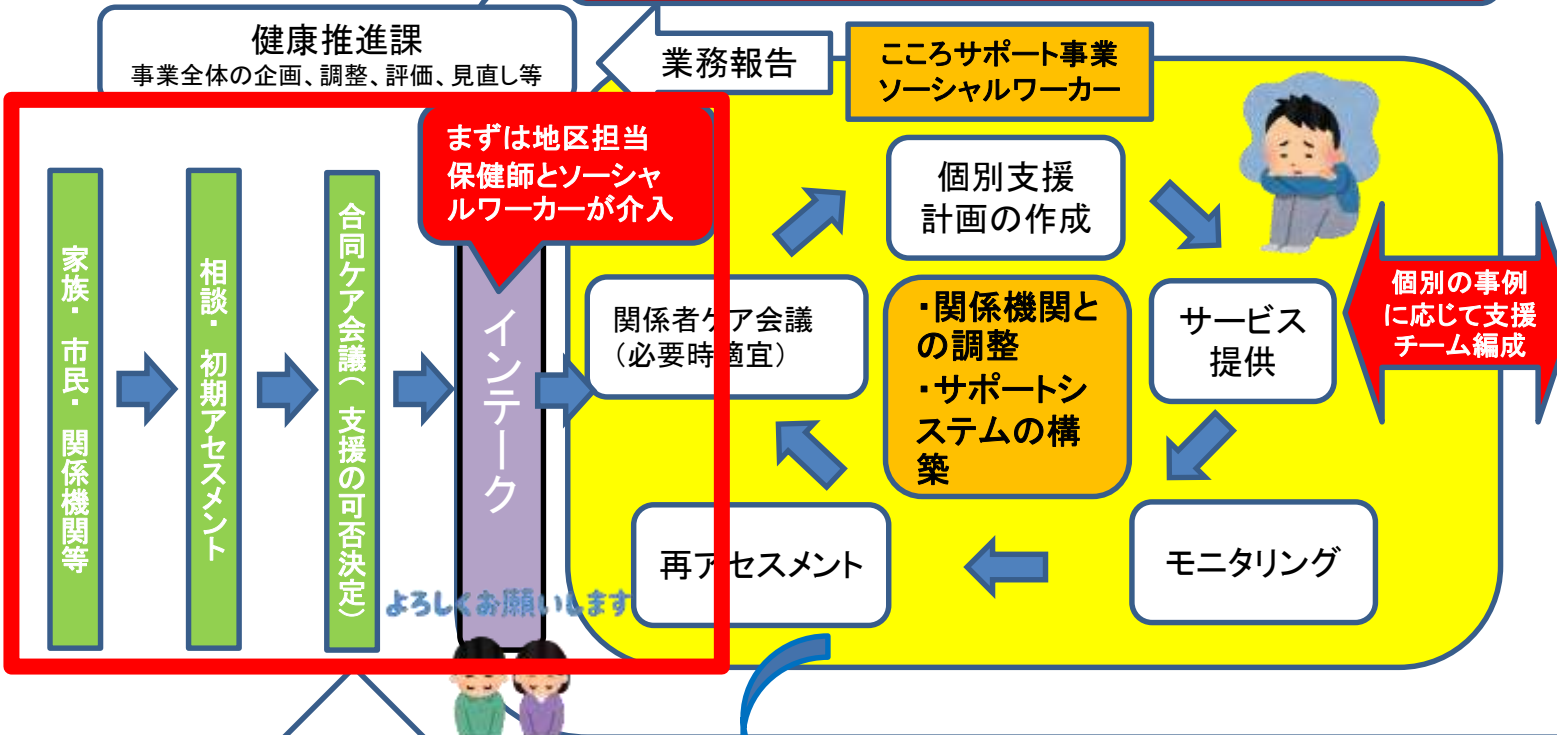


②尾道市における取組 ～保健部門から関係部局への連携～

ポイント：保健部門からの連携により個々のケースに応じ必要な支援をチームで実施

【こころサポート事業スキーム図】

アウトリーチチームによるサービス提供
(対象者個々によってチーム編成)



- 庁内関係部署
 - ・保健師 等
- 関係機関例
 - ・地域住民
 - ・医療機関
 - ・ひきこもりセンター
 - ・訪問看護
 - ・保健所
 - ・包括支援センター
 - ・社会福祉協議会
 - ・教育機関
 - ・相談支援事業所
 - ・福祉事業所
 - ・警察
 - ・消防 等

保健事業課、こころサポート事業ソーシャルワーカーなどで検討。
【別紙参照】

終了

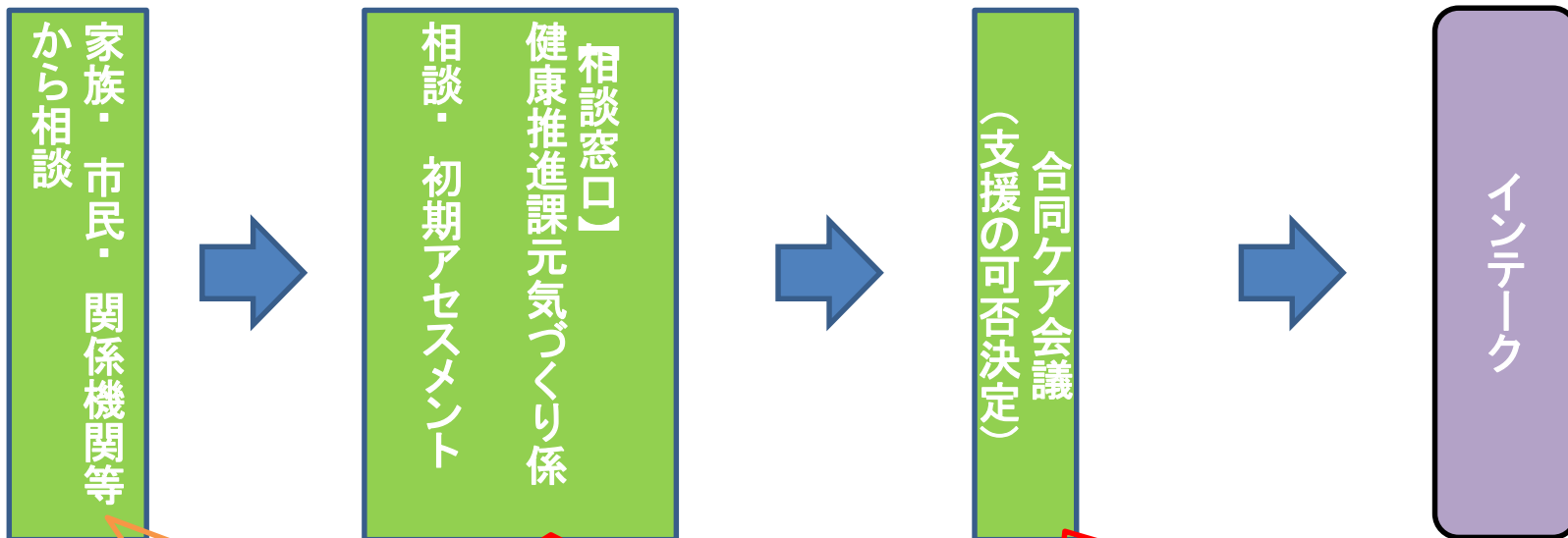
- ・課題が解決したとき
- ・要介護状態で「精神症状ケア<身体症状ケア」のとき
- ・医療や福祉サービスを継続利用できるようになったとき
- ・市外転居など

支援の終了については関係者ケア会議で判断する(終了やみまもりなど)。

ポイント：保健部門からの連携により個々のケースに応じ必要な支援をチームで実施

【支援開始の流れ】

別紙1



【関係機関】

- ・基幹相談支援センター（相談支援専門員）
- ・医療機関（PSW）
- ・地域包括支援センター（職員・ケアマネ）
- ・社会福祉協議会（相談支援員）
- ・高齢者福祉課（職員・保健師）
- ・社会福祉課（保健師）
- ・警察
- ・保健所（保健師）

- ・まず地区担当保健師等が対象者の状態について相談者から把握。
- ・初期アセスメント後、地区担当保健師が状況提供書作成。
- ・こころサポート事業担当保健師に状況提供書提出。追加の情報が必要であれば聞き取り実施。

- ・地区担当保健師、こころサポート事業担当保健師、委託先の精神保健福祉士、社会福祉士などで、こころサポート事業該当者の可否を検討し決定。
- ・支援計画を検討。

③宮崎市における取組 ～「協議の場」を通じた地域での顔が見える支援体制づくり～

■ 宮崎市では、精神科病院からの退院後の住居確保困難（貸し渋り）事例に対応するため、**協議の場（自立支援協議会）**で、地域の支援者、宅建協会等を加え、地域課題を共有。解決のための連絡ツールとして「生活サポートシート」を作成。これにより、地域の不動産業者と医療、保健、福祉の関係者の顔がつながり、住居の貸し渋りが減少。

ポイント1：「協議の場」で生活サポートシートの作成を通じた地域の支援体制づくり

統合失調症で長期入院中の20代女性

精神科病院に入院していることで住居を借りられない…



住宅関係者、支援者、地域住民、行政職員など

協議の場

において解決策を議論



生活サポートシートの作成

- ・対象者はどんな方か
 - ・支援者は誰で、いつ、何をしてくれるのか
 - ・夜間や休日にもつながる連絡先はどこか
- 大家さんに支援者の存在を知ってもらうことで、部屋を貸してもらうことにつながる



〇〇 〇〇 氏の生活サポートシート				年 月 日 作成
【基礎情報】				
名前	〇〇 〇〇	年齢		
障害概要				
家族・親族①（姓）	氏名	居住地	連絡先	
家族・親族②（姓）	氏名	居住地	連絡先	
主治医	先生	[病院]	連絡先	
主支援団体				連絡先
【重要事項の対応について】				
事項	対応			
金銭管理（家賃納付）				
火の取り扱い				
食事・買い物				
その他				
トラブルや緊急時の対応について				
【支援ネットワーク】				
支援施設（例）	名称	概要（どんな支援をしているか）	担当者・連絡先	
相談支援事業所				
病院				
自立生活援助事業所				
居宅介護支援事業所				
訪問看護				
就労支援事業所				
※各関係機関が連携してご本人に関わっています。何かご心配なことがありましたら、ご相談下さい。				

③宮崎市における取組 ～「協議の場」を通じた地域での顔が見える支援体制づくり～

■ 退院後支援を実施したある女性のケースでは、**退院後の女性の健康上の相談支援**のため、地域生活支援センターの**主任相談支援専門員**が、**保健センターの保健師**に定期訪問の同行を依頼。女性の**妊娠後は、出産や育児に関する不安を、保健センターの保健師が引き続きフォロー**。妊娠、出産、子育てとライフステージに応じた保健師の支援につなげる。

ポイント2：相談支援専門員からの橋渡しにより、ライフステージに応じた保健師支援を実現

相談支援専門員からの橋渡しにより、 ライフステージに応じた保健師支援を実現

地域生活開始時

- ・ 煙草がやめられない ・ 生理痛がひどいときがある
- ・ ダイエットがうまくいかない

結婚



保健センター内でも情報共有、相談をしながら、チームで関わるようにしています！

妊娠・出産

- ・ ミルクの量はどのくらい？ ・ 体重の増え方は大丈夫？
- ・ 沐浴の仕方は大丈夫？ ・ 離乳食はいつから始める？

子育て

- ・
- ・
- ・



令和3年度 宮崎市保健師の配属人数

部	課	係	人数	
			係	課
総務部	人事課	衛生管理室	2	2
税務部	国保年金課	健診指導係	3	3
福祉部	障がい福祉課	認定サービス係	1	1
		地域包括ケア推進係	2	
	介護保険課	権利擁護対策係	1	8
		認定審査係	3	
		事業所支援係	2	
社会福祉第一課	医療介護係	2	2	
子ども未来部	保育幼稚園課	認可指導係	1	1
	子育て支援課	児童虐待調整対策監	1	4
		子ども相談室	3	
	親子保健課	医療給付係	1	12
		育児支援係	4	
幼児健康診査係	7			
健康管理部	保健医療課	医療安全係	1	1
		健康管理部	主幹	1
	地域保健課	医療介護推進係	1	32
		中央地域ケア係	8	
		江南地域ケア係	8	
		北部地域ケア係	4	
		南部地域ケア係	6	
	西部地域ケア係	4		
	健康支援課	からだの健康係	3	19
		感染症係	4	
こころの健康係		6		
療養支援係		3		
新型コロナウイルス対策対策室		3		
新型コロナウイルスワクチン対策局	3	3		
宮崎県	福祉保健部	健康増進課	1	1
計			89	

宮崎市の保健師89名は、5部12課26係+県（人事交流）に分散配置
(令和3年4月1日現在)

地区担当制

(地域保健課：係=保健センター)
母子保健・成人保健・精神保健・医療と介護の連携、その他地域支援全般

連携

地域移行支援

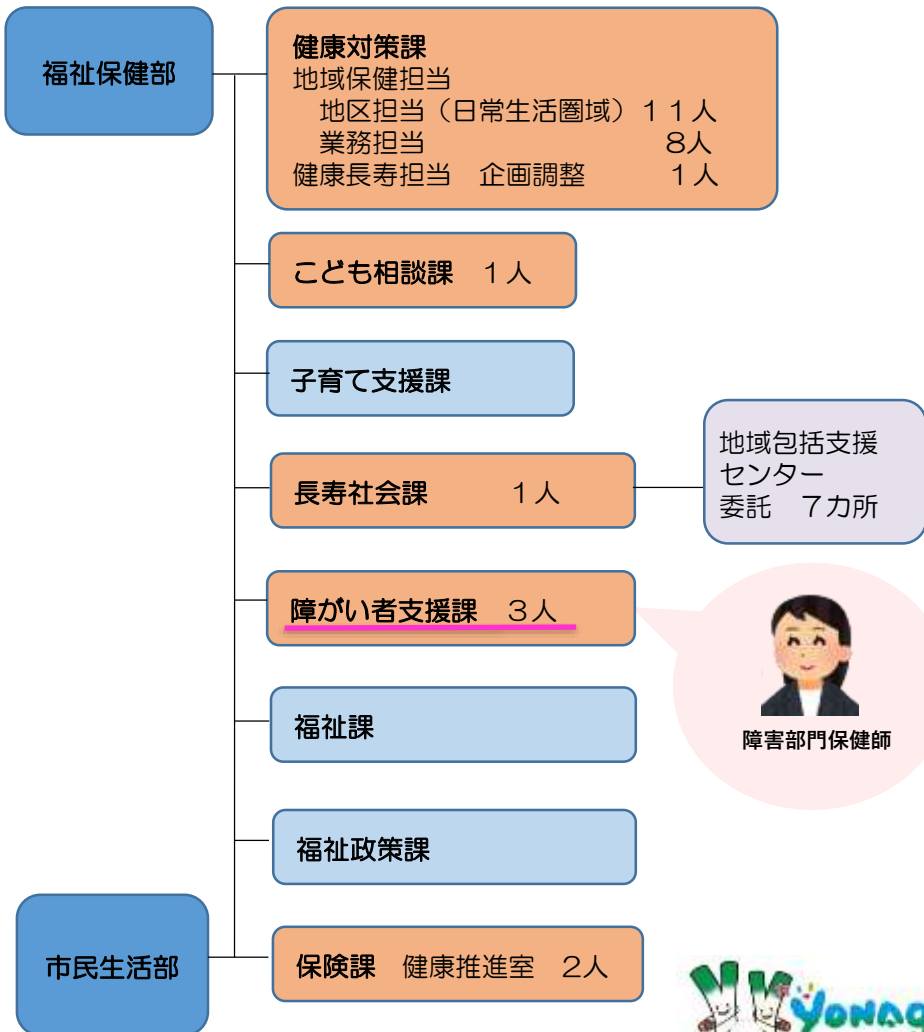
(こころの健康係)
保健師6人+看護師1人+事務職員1人=8人体制
精神保健福祉事業
自殺対策（予防・人材養成）
医療保護入院・措置入院対応
精神科病院実地指導
成年後見手続き 等

④米子市における取組 ～障害部門の保健師が福祉関係部署等と共に支援～

■ 米子市の保健師27名は、2部5課に分散配置。精神障害のケースでは障害部門配置の保健師が、庁内の分散配置の保健師や関係部署、庁外関係機関等と共に支援することで、適切な個別支援につなげている。

ポイント1：保健師による個別支援を通した庁内外関係部署との連携

米子市の組織図と保健師の配置状況



個別支援連携事例

<庁内関連部署>

-発達障害のある20代女性、妊婦- 健康対策課の事例
 女性が来所して健康対策課が相談対応。定期的に面談を実施しつつ、発達障害の可能性のあることから障害部門保健師が受診に同行。女性は、発達障害の診断を受け自立支援医療・手帳を申請。妊娠のため、障害部門保健師が地区担当保健師に同行訪問し、家庭児童相談室へ情報提供後、特定妊婦の対応となる。

-不登校の中学生と障害のある母親- こども相談課の事例
 中学校とこども相談課の家庭児童相談室との連絡会で不登校の生徒の母親に障害の可能性のある事例を把握。生徒は要支援児童となり、隣に住む祖母の入院先の病院で関係者会議を実施した。病院のMHSWが障害部門保健師との同行訪問による面談を設けるが、家のごみ屋敷であることを理由に母親は訪問を拒否。自宅外で面会を設けることで不登校生徒と母親との面会が可能となる。その後、引っ越しを機に母親の障害福祉サービスが開始された。

-高齢の母親に対し暴力的な精神疾患の息子- 長寿社会課の事例
 統合失調症の息子が高齢の母親に暴力を振るう事例について相談支援専門員から基幹相談支援センターに相談あり。関係する支援者による会議後、長寿社会課担当者と、包括支援センター担当者、障害部門保健師とで母親を訪問し、母親と息子の今後の生活について話し合った。

-社会とつながりのない父親と40代の息子- 福祉課の事例
 生活保護受給家庭の父親が肺がんで他界し、同居していた息子は日常生活や金銭管理等は一人でできないが、困り感はなく自宅暮らししたいとの希望あり。本人のこだわりが強く、受診につながらないため、福祉課ケースワーカーと障害部門保健師とで定期訪問を行っている。

<庁外関係機関>

-90代の母親と知的な面に課題のある60代の娘- 地域包括支援センターの事例
 地域包括支援センターに母親より「自分のいなくなった後の娘の生活が心配」との相談あり、地域包括支援センターの職員と障害部門保健師とで同行訪問を実施する。社会とのつながりに向けた支援開始となる。

-相談者の50代女性と家族- 社会福祉協議会（生活困窮者等支援事業）の事例
 睡眠障害、軽度うつ状態で傷病手当金を受給していたが、復職できず離職した女性について社会福祉協議会より相談あり。女性は、20代引きこもりの長男、80代認知症の母と3人暮らしであり、障害部門保健師による定期面談が開始となる。



④米子市における取組 ～障害部門の保健師が福祉関係部署等と共に支援～

■ 障害部門にある直営の**基幹相談支援センター**において、ワンストップ相談窓口（相談支援事業所に委託）を設け**専門職を配置し、兼務の障害部門の保健師等と事例を共有し適切な支援につな**がっている。

ポイント2：基幹相談支援センターの相談支援事業と連携した相談支援体制

米子市障がい者基幹相談支援センター
(平成31年4月設置)



米子市役所<障がい者支援課内>

★センターは市直営

- ・センター長は、障がい者支援課長が兼務
- ・課職員（ポスト職・保健師）は、センター兼務

「精神保健福祉士」を採用
(社会福祉法人から在籍
出向で市職員として配置)

相談支援事業所に委託

(相談機能の強化のため専門職を配置)

市直営

地域移行・地域定着

- 長期入院・入所者の地域移行の取組
- ・退院希望者への訪問・把握
- ・地域の受入体制の整備

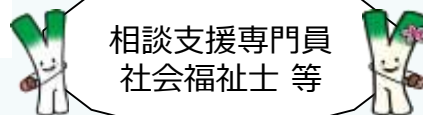
業務委託部分

相談支援体制の強化

- ・市役所窓口でのワンストップ相談
- ・3障がい等に対する相談支援

権利擁護・虐待防止

自立支援協議会の運営



相談支援専門員
社会福祉士等

市役所内に専門職が常駐
することで相談機能が向上

地域の相談支援体制の強化

- ・相談支援機関等のネットワーク機能の強化
- ・事業者への指導・助言・人材育成
- ・モニタリング結果報告の評価・検証

地域移行・地域定着

- ・病院・施設等への働きかけ・情報交換
- ・地域住民への理解促進・啓発

2. 患者の意思表示についての支援

2. 患者の意思表明についての支援(論点①)

論点①

- 精神科病院に入院する患者の意思表明についての支援を行う者(支援者)の役割と名称について、どのように考えるべきか。

これまでのご意見

(「患者の意思表明についての支援」と「意思決定支援」との違い)

- 一般的に医療現場における患者の「意思決定支援」は、SDM(shared decision making)の相互参加モデルや、4つの医の倫理原則に基づき、医療ケアチーム・担当者の介在が想定されるところ、研究班のポンチ絵では、病棟スタッフが事後的に報告を受けるイメージ。そのため、一般的な「意思決定支援」の在り方からは少し理解しにくい。(第5回)
- 事務局資料にあるような、精神科病棟入院の方への訪問などを通じた支援を普及させるということであれば、これは「意思決定支援」というよりは、どちらかという「アドボケイト」の活動に近いように思える。日本の医療の現場で「意思決定支援」というときは、医療従事者が本人の病状や特性に配慮しながら、協働、意思決定を行うという状況が想定される。外部とのつながりを作っていくことを重視するのであれば、どちらかという「アドボケイト」という用語のほうが近い。(第5回)
- 精神科病院「アドボケイト」は「意思決定支援」しないことを確認したほうがよいのではないか。「意思決定支援」は、厚生労働省内でも複数のガイドラインが存在し、それぞれがそれぞれに同一用語を異なる意味で用いているなど、若干の混乱が見られる。精神科病院「アドボケイト」は、そこと一線を画しておく必要があるのではないか。(第5回)

(支援の目的)

- 精神科病院「アドボケイト」の目的は、入院者の孤立を防ぐこと、入院者が精神科病院の外部のアクターとつながるための契機となること、精神科病院に外部の目を入れることで風通しを良くし、医療の適正化につなげることの3点にある。(第5回)
- 病院を監視・敵対視するものではなく、結果的に病院の風通しがよくなることで、虐待等が起きにくくなるという効果も期待できる。(第5回)
- 虐待防止は外部性が非常に重要であり、これは本来、制度的には行政の監督であるべきかもしれないが、行政がそんなに余裕があるのではないことも自明のことであり、そうなると、「代弁者」と言われる方が外部性を確保しながら折に触れて入っていく仕組みをつくっていく以外ないだろう。(第5回)
- 入院の長期化を防ぐ観点からもとても大切な制度。(第7回)
- 認知症の対応も必要になるので、成年後見との整合性も考えていただけるとありがたい。(第7回)

2. 患者の意思表示についての支援(論点①)

これまでのご意見(続き)

(支援者の役割)

- 「意思表示支援」と「意思決定支援」の違いが少しまだ分かりにくい。意思表示支援者は、単なる聞き役なのか、ファシリテイトをする役割が期待されているのかを含め、整理が必要。(第7回)
- 患者と医療従事者の信頼関係の構築がないと医療提供は不可能である。精神科の医療現場を改善していくことについて言及しても良いのではないか。(第7回)
- 個人情報の保護の遵守、価値観の先取りといった対応の仕方は慎む、利害関係を有しないことが前提になるのではないか。患者本人の入院理由や病状が分からないと意思表示支援ができないので、場合によっては、事前に医療従事者からヒアリングをすることも方策として考えられるのではないか。(第7回)
- 精神科の現場では、医療者に直接要望しにくい部分があるのかもしれない。傾聴しているつもりでも、患者の方から、退院できなくなるのでは、入院が長くなるのでは、と配慮され、風通しが悪いところがあるかもしれない。そうした意味で、色々な職種の人に入ってきてもらって話を聞いていただく等というのは良い制度。(第7回)
- 医療機関も非常に熱心に権利支援に取り組んでいる。しかし非同意入院は、本人は同意をしていない。そこに医療機関が最大限努力しても越えられない壁がある。だからこそ、ここに意思表示支援者が必要であり、まずは非同意入院者を優先すべき。(第7回)

(支援者の名称)

- 支援者の名称について、意思決定支援は聞き慣れないので、人生で精神科に初めて入院する方にもわかりやすく、利用してみようと思える名称に工夫が必要ではないか。(第7回)
- 意思表示の支援という名称では、実際に求められている役割に照らし、少し狭い印象を受ける。意思の表明のみならず、本人を主体とした意思を形成するプロセスにしっかりと寄り添うことが大事であることから、意思の形成及び表明の支援者としてはどうか。(第7回)
- 「精神科アドボケイト」に戻した方が良い。(第7回)



検討の方向性

(支援者の役割)

○ 精神科病院では、退院後生活環境相談員の選任や地域の相談支援事業者との連携、退院支援委員会の開催等、患者の権利擁護に配慮しながら入院治療が実施されているが、入院する患者としては、判断能力が必ずしも十分ではない中、慣れない環境での治療が継続されることになる。

○ こうした点を踏まえ、支援者の役割については、以下の2つの観点から考えてはどうか。

(1) 特に入院初期は、自分の気持ちや状況について話を聞いてもらえない、十分な説明が得られない、伝えてはみたが上手く伝えられない等の体験の中で、孤独感や不安感が増大する一方で、自尊心や自己肯定感が低下し、継続する入院生活のもと、次第に退院を諦めることが考えられる。

そのため、支援者においては、医療機関とは独立の外部の立場から、院内の生活で困ったことがある、退院したい等、本人の話す言葉を傾聴していくことが基本の役割となる。その上で、患者の権利等について情報提供を行いながら、医療機関に本人が気持ちを伝える際の「意思表示支援」の役割を担うことが求められる。

(2) その上で、こうした役割を通じて時間をかけて築かれた本人との関係を基礎にしながら、本人が希望する地域での生活についても理解を進め、地域移行支援の利用に向けた準備を進めることも考えられる。

※ このように、支援者の基本的な役割としては、以下の内容が想定される。

① 傾聴

- ・ 医療機関を訪問し、本人と面会を行い、本人の話を丁寧に聞く
- ・ 入院の経緯や入院後の状況、入院環境についての不安を丁寧に聴く 等

② 情報提供

- ・ 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 等

③ 意思表示支援

- ・ 本人が医療機関に自分の考えや希望を伝える手伝いをする
- ・ 本人の了解・同席のもと、医療機関に本人の考えや希望等を伝える 等

※ したがって、支援者は、本人の代理の位置付けにはなく、また、ケアマネジメント、看護、介護等の支援を直接担うものではないと考えられる。

2. 患者の意思表示についての支援(論点①)

検討の方向性(続き)

(精神科医療の改善に係る効果について)

○ 精神科病院では、法令の規定に基づき権利擁護に向けた取組が行われているが、研究班の報告(※)では、入院患者は、

- (1) 集団生活:時間、場所、持ち物(携帯電話の利用は基本的に認められない等)の制限
 - (2) 患者と職員の関係性:強制入院や行動制限を行う病院職員との間には、その立場の違いから壁が存在する
 - (3) 閉鎖性:同じような境遇の人と変わらない日常を送る
- 等により、精神科病院特有の環境に連続的に置かれることになるとされている。

※ 令和3年度厚生労働科学研究「精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究」(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))

○ そのため、精神科の医療現場では、特に入院初期において、患者の側から医療機関に対して気持ちや状況を伝えることが困難との調査結果もある(※)。

※ 平成24年度の調査では、入院当初、非自発的入院の9割弱の人が「自分の気持ちや状況を自分で伝えられない」「自分で伝えたが相手に伝わらない」などで困った経験があるとの結果が報告されている(平成27年3月「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」(厚生労働省平成26年度障害者総合福祉推進事業))。

○ 本制度の導入により、医療機関とは独立の外部の立場の者が本人の話を傾聴し、情報提供を行いながら、必要に応じ意思表示支援を行うことにより、患者本人の孤立を防ぐこと、地域援助事業者等の外部の関係機関とつながるための契機となることはもとより、患者・職員間の風通しが良くなり、入院中の患者の権利擁護に資するものとなるのではないか。

2. 患者の意思表明についての支援(論点①)

検討の方向性(続き)

(「意思決定支援」との違いについて)

○ 22・23ページの支援者の役割に照らし、「意思決定支援」との違いを整理すると、以下の表のようになる。

	患者の意思表明についての支援	意思決定支援
支援内容	<p>○ 本人の話を傾聴し、情報提供を行いながら、必要に応じ意思表明支援を行う。</p> <p>※ 精神科病院における集団生活、職員との関係性、閉鎖性を背景とした、患者の孤独感や不安感の増大、自尊心や自己肯定感の低下に対応するためのもの</p>	<p>○ 医療法第1条の4第2項により、患者本人の判断能力の程度にかかわらず、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明を行ったうえ、患者本人による意思決定を基本とした上で適切な医療提供を行う。</p>
支援者	<p>○ 医療機関とは独立の外部の立場から支援を行う。</p> <p>※ 意思決定支援を含まない。</p>	<p>○ 精神障害等により判断能力が不十分な人に対しては、病院の医療職だけでなく、成年後見人等やケアマネジャー、ホームヘルパーなど、患者に関わる人が、繰り返し最善の方法に関して話し合いを行う。</p>

※ 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」(令和元年5月)より

2. 患者の意思表示についての支援(論点①)

検討の方向性(続き)

(支援に当たっての留意事項)

○ 研究班の報告(※1)では、支援者は、以下の点に留意する6原則の遵守を求めることが適切であると考えられるとされている。

- ① 独立性: 当事者への意思決定機関やサービス提供機関(※2)から独立していて利害関係を持たない
- ② エンパワメント: 自分の言葉で意思を表明できるように支援。自身や自尊心を取り戻す過程でもある。
- ③ 当事者主義: 本人の希望や意思に基づいて行動。
- ④ 秘密を守る(守秘): プライバシーの尊重、当事者から聞いたことを他人に伝えない。信頼関係の前提。
- ⑤ 平等: すべての当事者が平等にアクセスできること。言葉を話さない、意味を掴みづらい人でも適切なコミュニケーション支援や意思決定支援により、意思決定と意思表示が可能。
- ⑥ 当事者参画: 常に当事者の参画を得て進める。

※1 「精神科アドボケイト養成講座」(令和3年度厚生労働科学研究「精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究」(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))

※2 例えば、福祉事務所、児童相談所、教育、医療、福祉機関

(支援者の名称)

○ 支援者の名称については、利用する患者にとって分かりやすい呼称を設ける必要があるのではないか。

※ たとえば、「精神科アドボケイト」「患者サポーター」等

2. 患者の意思表明についての支援(論点②)

論点②

- 支援者の要件について、どのように考えるべきか。

これまでのご意見

- 意思決定及び意思の表明についての支援の担い手については「対応の方向性」として示されているとおり、資格などで限定するのではなく、多様な担い手による支援のほうが望ましい。(第5回)
- 特定の有資格者に限るのではなく、相当のトレーニングを受けていただいた上で患者の支援団体のスタッフ等、幅広い人選を可能とすべき。(第5回)
- 研修の枠組みや修了要件は明確にすることが必要。(第7回)
- 市町村同意による医療保護入院担当者も、積極的に研修を受けられるような文化が広がって行ったらありがたい。(第7回)



検討の方向性

- 支援者については、研修の受講による一定の資質を求めるべきである。
- 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、相談支援専門員、弁護士等、多様な担い手による支援が確保されるようにするべきである。

2. 患者の**意思表示**についての支援(論点③)

論点③

- 制度化に向けて、優先的に取り組んでいく対象者をどのように考えるべきか。

これまでのご意見

(優先的に取り組んでいく対象者)

- 非自発的入院制度の必要性和引換えにして権利擁護が必要という論理は適当ではない。権利侵害をしておきながら権利擁護することになりかねない。このような観点に立つのであれば、権利擁護する前に権利侵害をやめるべき。権利擁護は必要な人に供給できるような仕組みであるべきであり、自発的入院か非自発的入院かを分ける必要はない。(第5回)
- 一度に全員というのは難しいかもしれないが、本来的にはやはり入院者全てを対象にすることが必要。(第5回)
- 医療機関も非常に熱心に権利支援に取り組んでいる。しかし非同意入院は、本人は同意をしていない。そこに医療機関が最大限努力しても越えられない壁がある。だからこそ、ここに意思表示支援者が必要であり、まずは非同意入院者を優先すべき。(第7回)
- 長期入院をしていらっしゃる非自発的入院の方から優先的に取り組むことが望ましい。(第7回)
- 基本的には賛成。十分な人員確保ができていない状況で入院者全てを対象とすることになると、支援の質の担保が困難になることも危惧されるので、まずは対象を絞って体制構築をしていくというプロセスを踏むことは、制度を実現していく上で必要ではないか。(第7回)

(対象者への分かりやすい周知)

- 患者への告知義務付けに賛成。入院時に本人が理解できない場合も考えられるので、その際には、本人の家族や後見人に伝えることも規定していただきたい。(第7回)
- 入院者の立場に立って「病院以外の機関から、困っていることを聞きに来てくれる人を紹介できます。利用料は無料です。」「これは制度上では、意思表示支援と名付けられています。」と説明文を添えて案内することが有効。(第7回)
- 支援者から直接的なメッセージが届くような仕組みが検討できないか。(第7回)



2. 患者の**意思表示**についての支援(論点③)

検討の方向性

(優先的に取り組んでいく対象者)

○ 医療機関と独立の外部の立場から、本人の孤独感や不安感に向き合い、本人の話す言葉を傾聴し、受容していくという**患者の意思表示についての支援**の趣旨が全うされるよう、最終的には、希望する全ての入院患者が、入院後迅速に**支援者**からの支援を受けられるように、実施体制の構築を進めていく**必要がある**。

○ 支援の担い手等の実施体制が十分に確立されるまでの間、まずは「他に同様の役割を担う者がいない患者」「非同意入院の患者」(※)として、例えば、市町村長同意による医療保護入院患者等を対象として、制度の普及・定着を図っていくこととしてはどうか。

※ 精神科病院では、法令の規定に基づき権利擁護に向けた取組が行われているが、非自発的入院の場合、患者本人は入院に同意しておらず、強制入院や行動制限を行う医療機関の職員とは、相容れない立場にある。そうした入院患者の権利擁護を図る上でも、まずは非同意入院の患者から優先的に支援する必要がある。

(対象者への分かりやすい周知)

○ また、制度の対象となる患者には、**支援者**の支援を求めることができる点について、医療機関の管理者に対し、入院時に書面で告知することを義務付けるとともに、例えば、**患者の立場に立った説明文を添付する**、支援の申込先や相談先等を病院内に掲示する等、患者にとって分かりやすい方法で周知する**べきである**。

2. 患者の意思表明についての支援(論点④)

論点④

- 制度化に向けて、具体的な仕組みをどのように考えるべきか。

これまでのご意見

(実施主体・実施機関について)

- 実施主体は、都道府県・政令市とする。委託を可とし、委託を基本とする。(第5回・第6回)
- アドボケイトの研修・登録、連絡受付・病院への派遣のほか、相談を受け付けるセンター(仮称)を設置する。(第5回)
- 都道府県・政令市に1件の協議の場を設置する。病院とアドボケイトが協議して解決するチャンネルが必要である。(第5回・第6回)
- 支援に従事するに当たってのフォローアップ体制の構築が欠かせない要素の一つであると思う。(第7回)
- 障害者総合支援法の都道府県地域生活支援事業の必須事業を財源とする。(第5回・第6回)
- 制度化に向けては、実現可能なものである必要がある。そうした観点からは、一つの意見として、長期入院患者に対しては、市町村等が主体となって、基幹相談支援事業センター等において、相談支援専門員とピアサポーター等と一緒に活動を行う。入院期間が短い方や、身寄りからの支援を見込むことが難しい、又は医療保護入院の方は、障害者総合支援法の個別給付化等により、相談支援専門員とピアサポーターが個別給付の枠組みの中で本人にアプローチしながら、地域移行や地域定着等の利用につなげる考え方もあるのではないか。(第5回)
- 広域的な観点から都道府県等が実施することとし、その機能を精神保健福祉センターに置くことは総論賛成。しかしながら、段階的に対象者を拡大する中で生じるニーズに応じていくためには、障害者総合支援法で個別給付化し、地域移行支援や地域定着支援につなげていくことを視野に入れるべき。また、地域移行に向けた準備をするのであれば、意思表明支援者は相談支援事業所が担うことが有効。(第7回)
- 精神保健福祉センターとしては、何とかしていかないといけないと思うが、そもそもマンパワーとしてどれくらいの人数がいいのか、またその財政的な裏付けをどこから持ってくるのかなど、検討の上、応援して欲しい。(第7回)
- 既存の機関では精神保健福祉センター以外の受け皿は考えづらいので、消極的に賛成という立場。事務局機能が膨大になると思うので、適正な人員配置が大前提。普及啓発、地域支援といった機能が損なわれることのないよう、制度設計を検討していく必要がある。(第7回)
- 精神保健福祉センターが全国で均質化されていない、人員配置・専門職の整備が必要。(第7回)

2. 患者の意思表明についての支援(論点④)

これまでのご意見(続き)

○ 居住地とは別の場所にある精神科病院に入院するケースの対応が課題。(第7回)

(守秘義務)

○ 協議の場の参加者に対する守秘義務を設けることは賛成。(第7回)

(その他)

○ 医療と福祉の連携の観点から、医療も地域とつながりたい、地域も医療とつながりたい。その接着剤に、この支援の制度化が役に立ち、医療と福祉の連携が促進されるのではないか。(第5回)

○ 担当者を患者本人が選べる仕組みとして欲しい。(第7回)

検討の方向性

○ 支援者による支援体制を全国的に整備していくため、実効的・実現可能な仕組みの検討が必要。

- ・ 患者の意思表明についての支援は、自治体の事業として行うこととし、研修・登録、患者等からの相談、協議の場の設置・運営等について、広域的な観点から都道府県等が実施することとしてはどうか。
- ・ その際、支援者の独立性・外部性の観点から、病院を所掌する都道府県等の精神保健担当部局からの独立性とともに、専門性を有する精神保健福祉センターが担う役割について、どう考えるか。
- ・ 支援者等、協議の場の参加者に対する守秘義務を設けるべきである。

○ 地域移行に向けた準備的な対応として、障害者総合支援法の個別給付として位置付けることについて、どう考えるか。

○ 障害者総合支援法の個別給付については、支援区分の認定からサービス利用計画の作成、支給決定までに一定の手続・期間を要することになる。この点について、個別給付として位置付けた場合、患者と支援者との面会を速やかに実現する観点から、どのような対応が考えられるのかを含め、検討が必要ではないか。

○ 精神保健福祉センターが、研修・登録、患者等からの相談、協議の場の設置・運営等の業務を担うことができるようにするには、実施体制の整備に向けた方策について、検討が必要ではないか。

3. 医療保護入院

3. 医療保護入院(論点①)

論点①

- 医療保護入院制度は廃止すべきではないか。

これまでのご意見

(医療保護入院制度の必要性)

- 入院されている患者の権利擁護とともに、医療の立場からすると、医療へのアクセスはどうしても確保したいところがあり、全く非同意的な入院がゼロになった現場というのは、なかなか想像はできず、少なくとも現状としては、何らかの非同意的な入院というのは存在するし、ある程度必要なものだと考えている。

ただ、これをできるだけ最小化していく。我々が努力することによって、例えば自発的な入院をしていただくためのいろいろな努力をすることに関して、それを妨げるものではなく、例えば予防的な取組、それから、任意入院への移行。期間を決めて入院期間を明確化する、あるいはそのことによって減らしていくということも考えられる。(第7回)

- 非自発的入院制度が障害者権利条約の趣旨に反するとの見解が一般的。国連の意見を政府が尊重していかなければいけない。「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」という論点が示され、医療保護入院それ自体は存続することになっているが、こうした入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要であることが何ゆえ医療保護入院の存続を帰結するのか、そうしたニーズに対する対応策の妥当性が一切検証されていない。医療保障の必要性と医療保護入院の必要性を切り分けて議論しなければならないはず。(第5回)

- 基本的には、医療保護入院制度は廃止されるべき。
 - ・ その前提として、入院医療の必要最小限を目指す必要がある。平成29年のあり方検討会の報告にも「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」と書かれており、重度化してから医療につながるという現状を変える必要がある。
 - ・ そのためにも、訪問の支援体制、学校教育等における精神疾患に関する啓発教育の充実、児童・思春期の精神科医療体制の充実が大変重要。
 - ・ このように、予防的視点や重度化させない体制づくりを進めていくことにより、最終的には医療保護入院という非自発的入院をなくす方向で進めるべき。(第5回)

- 将来的な縮小、廃止の方向性を打ち出したのは、大変良かったと思っている。(第7回)

3. 医療保護入院(論点①)

これまでのご意見(続き)

○ 医療保護入院は、入院の同意をとれない精神障害者への医療保障と精神障害者の意思に反した人身の自由の剥奪という二面性のある制度である。

従来は、医療保障の法益を優先しつつも権利擁護の仕組みを充当することで両立可能とする医療保障優位説が主流であったが、とくに医療保護入院が長期入院の温床となっている事実を踏まえると、医療保障の効果に対して弊害の大きさが著しいため、人身の自由の法益を優位にすべきとの主張が出てきてしかるべき状況である。また、医療保護入院の弊害が医療保護入院制度に内在した問題であるのならば、仮に医療保障の枠組みに優位性をもたせるとしても、医療保護入院という方法によるべきではないということにもなってくる。(第7回)

(認知症の場合の対応) ⇒ 論点②-4

○ 統合失調症のモデルが通用しない、認知症等その他のモデルについても考慮が必要ではないか。(第6回)

○ 医療保護入院の縮小、廃止に向かうようにしていくということを前提に、資料で示された方向性については、概ね賛成。ただし、医療保護入院の方の中には認知症の方が相当数いらっしゃることを念頭に、制度設計をしていく必要があるのではないか。認知症の方への対応を含む細部のことについては、例えば別途告知で示すなど、患者本人の状態やニーズに沿った支援が提供できるようにする必要があるのではないか。(第7回)

○ 医療保護入院の縮小については、認知症の考え方をどうするか、検討する必要がある。今回それができるか、なかなか難しいとすると、次への課題として残したほうが良い。これは、平成11年に法改正した際に、医療保護入院の基準を明確化したことにより、入院患者数が増えていると言われているので、医療保護入院の縮小化に併せて考えていただきたい。診療報酬上の施設基準等で医療保護入院の割合が規定されている点についても整理が必要。(第7回)

○ 非自発的入院による受入れが診療報酬上の要件とされていることとの整合性についても検討が必要ではないか。(第7回)



検討の方向性

(基本的な考え方)

- 医療保護入院制度の必要性については、「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、以下の通り、整理されている。
 - ・ 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。
- 今夏目途で予定されている障害者権利条約に基づく初回の対日審査では、医療保護入院等の強制入院の撤廃等に関する事項について、事前の情報提供が求められるなど、精神科医療機関における非自発的入院、権利擁護のあり方については、国際的な関心も高まっている。
- こうした点を踏まえ、医療保護入院制度については、基本的には将来的な廃止も視野に、その縮減に向けた具体的かつ実効的な方策を検討してはどうか。

(医療保護入院制度の廃止・縮減に向けた具体的かつ実効的な方策の方向性)

- 検討に当たっては、以上の点を踏まえ、以下の視点を基本としてはどうか。
 - ・ 視点①: 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
 - ・ 視点②: 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
 - ・ 視点③: より一層の権利擁護策の充実

論点②-1

- 医療保護入院制度の廃止・**縮減**に向けた具体的かつ実効的な方策
 - ・ **視点①: 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実**

これまでのご意見

(基本的な考え方)

- 基本的には、医療保護入院制度は廃止されるべき。
 - ・ その前提として、入院医療の必要最小限を目指す必要がある。平成29年のあり方検討会の報告にも「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」と書かれており、重度化してから医療につながるという現状を変える必要がある。
 - ・ そのためにも、訪問の支援体制、学校教育等における精神疾患に関する啓発教育の充実、児童・思春期の精神科医療体制の充実が大変重要。
 - ・ このように、予防的視点や重度化させない体制づくりを進めていくことにより、最終的には医療保護入院という非自発的入院をなくす方向で進めるべき。(第5回/再掲)

(「包括的支援マネジメント」等)

- 包括的支援マネジメントについての積極的な御提案は、すごくありがたい。令和4年度診療報酬改定は、コメディカルの活動にも何らかの評価がつくという意味で、画期的な報酬改定。ただし、やれる人がやるという仕組みだけでは、地域の体制整備が進まない。市町村の責任において、訪問支援を含めた体制を組んでいく必要があるという意味で、コミュニティメンタルヘルsteamがあれば良いと思う。(第7回)

(緊急時における受診前相談及び入院外医療の充実)

- 緊急時における受診前相談及び入院外医療の体制整備については、考え方としてはとても良い。具体的な体制整備に結びつくように、今後の進め方など、具体的な体制整備について、なるべく早期に示していただきたい。(第5回)
- 精神科救急については、「平時の救急」の対応も重要になる。(第7回)
- 精神科救急情報センターに連絡すると、既に主治医がいる場合は主治医に相談をしてください等と返される場合が多く、クリニックの場合に24時間対応というのはなかなか困難な状態になる。何とか実質的な対応ができるような体制が必要ではないか。(第7回)

3. 医療保護入院(論点②-1)

これまでのご意見(続き)

(普及啓発)

- 支援提供者側や制度・政策決定側だけの立場からの考察だけではなく、受け手である立場からの思いや知見もきちんと反映されたものという趣旨で、入院制度等について適切な在り方を形成していくためには、広く国民や当事者自身が精神保健医療福祉などに関連する総論的知見を高められる機会の充実が、地域での実際の支えの充実とともに両輪で必要。(第5回)
- 精神疾患教育には、不調を感じた人がいたときに、自分自身の問題として引き寄せて、早い段階で支援につなげる
こと、偏見を持たないことの2つの目的がある。そうした視点から、養護教諭の活用は考えられないか。(第7回)

(児童・思春期の精神科医療体制の充実)

- 思春期の精神科医療は、地域の身近なところで相談できる場が不足している。こども家庭庁での重点課題として、ぜひ取り組んでいただきたい。(第7回)
- 思春期精神保健研修に関して、特にひきこもりについては、すでに精神保健福祉センターの事業が実働しており、統一性をもって事業展開していただきたい。(第7回)



検討の方向性

医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発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」の構築を推進し、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。

(1) 患者本人のニーズの実現に向けた「包括的支援マネジメント」の推進(訪問診療・訪問看護の充実、外来患者に対する相談体制の充実、医療・福祉等の地域の多職種・多機関連携の推進等)

- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々 of 病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する必要がある。
- 「包括的支援マネジメント」とは、こうした観点から、医療・精神保健・障害福祉等の多職種・多機関が相互に連携することにより、訪問診療や訪問看護、障害福祉サービス等のサービスを継続的かつ包括的に受けられることができる体制の整備を進めるものである(参考1)。
- 以下の方策等を通じ、こうした「包括的支援マネジメント」の推進をより一層図っていくこととしてはどうか。
 - ・ 現在、モデル事業として、精神科医療機関と地域生活支援拠点等に配置され、両者の連携を支援するコーディネーターを中心に、医療・福祉分野の多職種・多機関の関係者が連携し、精神障害者の地域生活の実現に向けた支援内容を明確にするための事業を進めている(参考2)。
 - ・ また、令和4年度診療報酬改定では、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象であって精神疾患の未治療者、医療中断者等に対する訪問診療・精神科訪問看護を実施した場合の評価の仕組みを創設するとともに、医療機関の精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合の診療報酬上の評価の仕組みを創設(参考3)。
 - ・ 今後、こうした取組による知見を踏まえつつ、令和6年度の診療報酬・障害報酬の同時改定での評価を含めて検討を進める。

検討の方向性(続き)

(2) 緊急時における受診前相談及び入院外医療の充実

- 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。
- 緊急時の入院外医療の充実については、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターの体制整備に向けた支援を進めている。
- 今後、緊急時の入院外医療への支援を充実する観点から、地域の実情に応じた受診前相談の体制整備について、また、往診や訪問診療・訪問看護、時間外診療への対応や入院の要否に関する判断等の診察といった役割の更なる充実について、診療報酬等の評価を含めて検討を進める(参考4)。

(3) 精神疾患に関する普及啓発(学校教育における普及啓発の充実等)

- 精神保健医療福祉に関する総論的知見を広く国民の間で共有するためには、特に学校教育における普及啓発の充実が重要である。
- 学習指導要領の改訂により、本年4月から、高等学校の保健体育の「現代社会と健康」に、新たに「精神疾患の予防と回復」の項目を追加。
- 学校教育における普及啓発を効果的に推進する上では、教職員に対する普及啓発が重要となる。令和3年度から心のサポーター(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)の養成に向けた研修が開始されている(参考5)が、例えば、こうした研修について教職員に対して情報共有を行う等の取組を関係省庁と連携して検討してはどうか。
- 特に養護教諭については、「現在の生徒児童は、肥満・痩身、生活習慣の乱れ、メンタルヘルスの問題等、多様・複雑化する課題を抱えており、養護教諭には健康診断、保健指導、救急処置などの従来の職務に加えて、専門性を生かしつつこれらの課題に対し中心的な役割を果たすことが期待されている」(文部科学省「現代的健康課題を抱える子供たちへの支援～養護教諭の役割を中心として～」(平成29年3月)ことを踏まえ、子供達を支援していくことが重要ではないか。

検討の方向性(続き)

(4) 児童・思春期の精神科医療体制の充実

- 児童・思春期精神疾患は、発達障害、統合失調症等の精神疾患の場合のほか、「不登校」「3歳になっても話さない」等の様々な理由で受診する場合もあることから、子どもと家族の心の問題に対し、地域の関係機関と適切に連携しながら、地域で必要な治療を継続できる体制を整備していくことが重要である。
 - 具体的には、以下の取組を通じ、児童・思春期の子どもと家族が、必要な精神科医療を受けられるよう、引き続き、体制整備の充実とともに普及啓発を図っていく。
 - ・ 「子どもの心の診療ネットワーク事業」として、都道府県及び指定都市における拠点病院を中核とし、地域の関係機関と連携した支援体制の構築や、地域住民への普及啓発を進める(令和2年度:21自治体の実施)(参考6)。
 - ・ 医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に、「思春期精神保健研修」を実施し、児童・思春期のこころの問題に関する専門家を養成する(参考7)。
 - また、こども家庭庁は、こどもや家庭が抱える深刻化・複合化する課題に対する包括的な支援として、具体的には、
 - ・ 教育、福祉、保健、医療、雇用などに関係する機関や団体が密接にネットワークを形成し、協働しながら支援を行うこと
 - ・ 多職種の専門家による連携を促進すること等とされており(※)、身近な地域で相談できる体制の構築を目指し、緊密な連携を図っていくことが重要ではないか。
- ※ こども政策の新たな推進体制に関する基本方針(令和3年12月21日閣議決定)

論点②-2

- 医療保護入院制度の廃止・**縮減**に向けた具体的かつ実効的な方策
 - ・ 視点②: 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

これまでのご意見

(入院期間について)

- 医療保護入院に関しては、できるだけ急性期に限定して、短期に終了する方向とすることが望ましいのではないかと。精神科での入院は救急の活動と、地域での支援を組み立てていききっかけをつくるという形で入院医療を続け、極力、短期に収束するような形にするのが望ましいのではないかと。(第5回)
- 3か月ごとぐらいには、任意入院でない理由を丁寧に説明して納得してもらうことをしていく必要がある。他方で、任意入院に変わったとしても、1年以上入院することは非常に常識に外れているという認識を持つほうがいいのではないかと。1年以上、治療関係が進まない状況は何らかの治療関係が崩れている、あるいは治療関係が膠着していると思う。その場合は、主治医を交代させる、医療機関を交代することが必要になるのではないかと。(第5回)
- 現行の退院支援委員会や定期病状報告では不十分なのか。(第5回、**第7回**)
- 任意入院にすれば良いという話ではなく、任意入院についても退院促進の視点は必要。(第5回)
- **案2の方が良い。他機関の医師の診断を導入する、病院を代えるといった仕組みも合わせて考えられる。(第7回)**
- **一定期間ごとの確認を行うことについては賛成。ただし、改めて家族等の同意を得ること(案2)については、継続的な入院が必要な場合、家族に何度も事務的な手続をお願いすることになるだけではなく、家族を本人の意思に反して入院させるという心理的な負担を家族に繰り返しかけることには心配。家族に退院請求権もあるので、入院の継続については医療的な判断に基づいて行われる方が良いのではないかと。(第7回)**
- **更新手続のようなものに限っては市町村長同意にするとか、あるいは他の第三者の手続を得るといったようなことも考えられるかもしれないと思う。(第7回)**
- **入院から6カ月経過までの間は3カ月とすることについて、退院意欲の低下を予防する観点から賛成。(第7回)**
- **6ヶ月ごとは長い。入院患者の状態は日々変化する。(第7回)**
- **6ヶ月ごとは長過ぎるため、3ヶ月ごと(入院から6ヶ月経過までの間は1ヶ月)としてはどうか。(第7回)**

3. 医療保護入院(論点②-2)

これまでのご意見(続き)

(退院促進措置の実態を踏まえた拡充策)

- 退院支援委員会の対象者を1年以上に拡大していくことには賛成。診療報酬上の評価ももちろん必要。(第7回)
- インセンティブを付けないと絵に描いた餅になる。(第5回)
- 退院支援委員会の対象者を拡大すること及び、長期在院者への支援については、感染症等で地域援助事業者等が病院に訪問できない場合も想定し、リモート活用の推進を図る必要がある。(第7回)

(長期在院者への支援)

- 精神科医療機関等における長期在院者への訪問支援等については、国としても強力に後押しすべき。
例えば厚労省通知等で一部の自治体で行われ始めている精神科病院への長期入院患者に関するアンケート調査や、地域生活移行支援に向けたニーズ調査などの自治体や自立支援協議会等の積極的関与や取組について、その汎化を積極的に推進していただきたい。
また、地域生活支援事業実施要綱内の障害者相談支援事業における市町村の努力義務として、精神科病院を訪問し、入院患者の退院に向けた意思決定支援や退院請求などの権利行使の援助を行うように努めることと示していることについて、国としてもいま一度市町村を強力にバックアップしていただきたい。(第3回)
- 長期入院者に対する市町村の責任については、明確に地域生活支援事業に位置付けるべき。本来、市町村の必須事業にすべき。退院支援委員会等から協力を求められた際は、適切に対応するという点も明記が必要。(第7回)
- 長期在院者の支援にも、意思表示支援の活動が重要になってくる。(第7回)



検討の方向性

(1) 入院期間について

- 現行の精神保健福祉法では、入院時に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(第20条)が、入院中の患者について、明文の形で任意入院への移行を促す規定は設けられていない。
- とはいえ、前述12ページのとおり、入院治療は本人の意思を尊重する形で行われることが重要であるから、医療保護入院中の患者について、その症状に照らし本人が同意できる状態になった場合は、速やかに本人の意思を確認し、本人の希望を踏まえた上で、任意入院への移行を行う必要がある。
- 精神科医療機関においては、すでに退院支援委員会や定期病状報告の仕組みを通じ、入院中の患者の任意入院への移行や退院促進に向けた支援のほか、急性期のチーム医療では、クリニカルパス(院内標準診療計画書)(参考8)を活用した早期退院の取組等が進められているが、上記の観点より、精神科病院の管理者に対し、ある期間ごとに(※)医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を義務付ける点について、どう考えるか。

その具体的な方法として、以下の2案が考えられる。どう考えるか。

(案1)ある期間ごとに(※)医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を義務付ける。

→ 医療保護入院の要件を満たすと判断された患者は、引き続き医療保護入院を継続。他方で、当該要件を満たさないと判断された患者については、本人の希望を踏まえ、任意入院への移行や退院の決定を行うことが必要となる。

(案2)ある期間ごとに(※)医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を義務付けるに当たり、当該期間を医療保護入院の入院期間として定める。

→ 医療保護入院の要件を満たすと判断された患者について、引き続き医療保護入院を継続するためには、改めて家族等の同意を得ることが必要。他方で、当該要件を満たさないと判断された患者については、案1と同様、本人の希望を踏まえ、任意入院への移行や退院の決定を行うことが必要となる。

(※)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(注)ことを踏まえ、「6ヶ月ごと(入院から6ヵ月経過までの間は3ヵ月)」とするのはどうか。

(注)令和元年6月に医療保護入院で入院した患者のうち、62.5%が当初の入院計画での予測入院月数を「3ヵ月以上6ヵ月未満」とされている。(厚生労働省科学研究「精神保健福祉資料」より)

検討の方向性(続き)

(2) 退院促進措置の実態を踏まえた拡充策

(実態調査(※)の結果)

- 平成25年改正の退院促進措置の導入により、新規入院患者の退院促進に向けた院内連携は着実に進展している。
- 長期入院者の退院に向けては、地域援助事業者等との地域・院外での連携等、地域により課題が見られる。
- 医療保護入院以外の入院者に対する退院措置のあり方も課題。
- こうした現状に照らし、担当者調査では、医療保護入院者の早期退院に必要と感じている取組として、家族への適切な支援のほか、行政・基幹相談支援センター・市町村障害者相談支援事業・地域支援者・ピアサポーター・弁護士等司法関係者の関わり、診療報酬の見直しが挙げられている。

※ 令和3年度障害者総合福祉推進事業「退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実態に関する全国調査」(公益社団法人日本精神保健福祉士協会)

(課題への対応案)

- こうした調査結果を踏まえ、退院支援委員会の対象者を拡大(現行、原則として在院期間が1年未満の医療保護入院者が対象→これを在院期間が1年以上の医療保護入院者にも拡大)すべきである。
- 医療保護入院以外の入院者についても退院促進措置の対象とすることについても検討すべきである。
- こうした対象者の拡大や、地域援助事業者等との更なる連携を実現しつつ、支援の質を担保していく観点からは、専門職の活用が重要となる。必要な人員等が確保できるよう、診療報酬における適切な評価を含めた検討を行う必要がある。

検討の方向性(続き)

(3) 長期在院者への支援

○ 長期在院者の支援に向けては、実際に訪問し、一人の顔の見える患者、自治体の住民の1人として支援を進めていく取組が重要と考えられ、そうした観点から、市町村が地域生活支援事業として実施する障害者相談支援事業実施要領においては、権利擁護のために必要な援助の例として「精神科病院を訪問し、入院患者の退院に向けた意思決定支援や退院請求などの権利行使の援助を行うよう努めること」とされている。

慣れない環境での入院治療はそれだけで孤独や不安を伴うなか、病院の中で、十分に自分の気持ちや状況について話を聞いてもらえない、説明が得られない、伝えてはみたが上手く伝わらない等の体験が重なることで、当初抱えていた孤独や不安が増大し、これにより、次第に退院を諦めざるを得なくなり、長期在院につながっていくことが考えられる。

○ 地域移行支援等においては、利用者と同じ立場に立って相談・助言等を行うことが、本人の不安の解消や、自分一人ではないという自信やエンパワーメントにつながっていくという観点を踏まえ、令和3年度の障害報酬改定において、ピアサポートの専門性について新たに評価が行われている。

○ 国においても、長期在院者支援に積極的な自治体の取組を支援するとともに、先進的な自治体の取組が全国の市町村で実施できるように共有を図るなど、市町村のバックアップを進めるべきではないか。

また、退院促進措置に係る連携先となる地域援助事業者として、地域生活支援事業において障害者相談支援事業を実施する市町村を追加することとしてはどうか。

論点②-3

- 医療保護入院制度の廃止・**縮減**に向けた具体的かつ実効的な方策
 - ・ **視点③**:より一層の権利擁護策の充実

これまでのご意見

(入院時の告知事項について)

- 医療保護入院の告知内容に入院を行う理由を追加することは説明内容を記録して残す点では必要。ただし、告知内容を書けば良いというように形骸化させないことが重要。(第5回)
- 精神保健福祉法上の告知は、内容に退院請求権、処遇改善請求権を含んでおり、権利を知らせることに意味があるため、本人が権利を行使できるような状態で告げなければならないことだと考えられる。医療保護入院で規定されている告知の延期は、そのような趣旨を踏まえたものだと考えられる。
だとすれば、患者に直ちに告知が難しい場合のための手当て、すなわち、患者の権利擁護者の役割を果たすべき人への告知を義務づけるような制度についても今回考えていただきたい。(第5回)
- 措置入院患者の告知についても、同様の検討をすべき。(第5回)
- **医療保護入院、措置入院共に告知事項を追加することに賛成。(第7回)**
- **全般的に賛成。入院時に直ちに患者自身への告知が難しい場合について、仮に意思表示支援制度ができたとしても、選任までには一定のタイムラグが生じるので、患者への告知と同時に、退院請求権や処遇改善請求権を有する家族等への告知もすべきであることを明文で規定していただけたらと思う。(第7回)**
- **今は家族であっても、診療室に同席して病状説明を行う際は、患者本人に同席の可否について確認を行う。意思表示支援者の身分を含め、診療の現場において医療側はどのような対応を行うのが良いか、整理が必要。(第7回)**
- **告知を同席して聞くとすると、ある患者に対し、支援者は固定されることになるのか、もう少し整理が必要。(第7回)**
- **措置入院の場合は意思表示支援者を公的な立場の方にするなど、一定のルール化をした上での運用が必要。(第7回)**



検討の方向性

(1) 入院の理由を医療保護入院時の告知事項として追加する点について

- 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書面で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・処遇改善請求に関する事、入院中の行動制限に関する事が定められている。
 - こうした入院措置がどのような理由から行われたのか、患者が医師から説明を受ける機会を保障するとともに、入院措置を行う精神科病院の管理者について慎重な判断を促し、患者の権利擁護を図るため、告知を行う事項として、新たに入院を行う理由を追加すべきである。
- ※ 措置入院についても同様の対応を検討すべきである。

(2) 患者が告知内容を十分に把握できるようにするための対応(「意思表示支援者」(仮称)への同席)について

- 現行法上、病院管理者から医療保護入院者に対する書面の告知は、退院・処遇改善請求や入院中の行動制限に関する事が含まれており、入院後直ちに行うことが原則であるが、他方で、患者がその内容を判断できる状態で行われることが重要となるため、患者の症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間は、入院から4週間に限り告知を延期することが認められている。
- このように、告知は単に形式的に行われるのではなく、患者がその内容を十分に把握できるようにすることが重要であるため、「意思表示支援者」(仮称)が選任された場合は、「意思表示支援者」(仮称)の同席(※1)のもと、病院管理者から告知内容の説明を受けることができるようにすることが望ましいのではないか(※2)。

検討の方向性(続き)

※1 患者への告知の際の「意思表示支援者」(仮称)の同席について

○ 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」(令和元年5月)では、判断能力が十分ではない患者に対する入院計画書の説明における、医療機関側の対応について、以下のよう整理されている。

- ① 本人が理解できるようわかりやすく説明を行うとともに、家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの人で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は、本人の意向を確認した上で、情報提供を行う。
- ② また、説明に対して理解できないと認められるほど判断能力が不十分な場合には、家族等への説明を行うことで対応する。
- ③ なお、説明できる家族等がないときは、本人への説明を試みた上で、その旨をカルテに記載することで対応する。

○ これを踏まえ、患者への告知に「意思表示支援者」(仮称)が同席する場合に求められる医療機関の対応については、以下の通り整理してはどうか。

- ・ 病院管理者から患者への告知について、「意思表示支援者」(仮称)が同席をする場合、医療機関は、患者本人の意向を確認することが必要。
(理由) 「意思表示支援者」(仮称)は、本人の希望や意思に基づいて行動することが求められる(25ページ③):
当事者主義)ため。
- ・ 他方、病院管理者が、患者に代わって「意思表示支援者」(仮称)に対して告知を行うことは認められない。
(理由) 「意思表示支援者」(仮称)は、常に当事者の参画を得て支援を進めることが求められる(25ページ⑥):
当事者参画)ため。

※2 措置入院時の告知については、現行法上、延期可能な旨が定められていないが、患者がその内容を判断できる状態で行われることが重要である点は、医療保護入院の場合と異ならない。

したがって、措置入院時の告知についても、患者の病状に応じ再度の告知を行うことが必要である旨を規定するとともに、「意思表示支援者」(仮称)の同席のもとでの告知内容の説明について、上記の医療保護入院と同様の対応とすることについて、どのように考えるか。

3. 医療保護入院(論点②-4)

論点②-4

○ 医療保護入院制度の廃止に向けた今後の具体的な進め方について検討を行うべきではないか。

これまでのご意見

- 仮に医療保護入院の廃止が即座にできないとしても、医療保護入院の廃止に向けた検討自体は将来まで先送りにするべきではない。医療保護入院の廃止に向けては、より具体的な進め方を示す必要があるのではないか。(第7回)
- 現在の医療保護入院制度に代わる新たな仕組みとして、(1)医療保護入院が必要とされている精神障害者が医療を拒否している場合に、精神科とその他の一般科とで手続きを変えなければならない合理性は存在しないとの考え方のもと、(2)切迫性、緊急性、補充性、法益権衡性の4要件を満たす場合は、家族(成年後見人が選任されている場合は成年後見人)の「代諾」により違法性が阻却される、(3)入院の可否は、病院ケアチームや倫理委員会に諮る等、協議して決定するという内容のソフト・ローの作成に関する規定を法律上設けるべき。(第7回)
- 医療保護入院の縮小については、認知症の考え方をどうするか、検討する必要がある。今回それができるか、なかなか難しいとすると、次への課題として残したほうが良い。これは、平成11年に法改正した際に、医療保護入院の基準を明確化したことにより、入院患者数が増えていると言われているので、医療保護入院の縮小化に併せて考えていただきたい。診療報酬上の施設基準等で医療保護入院の割合が規定されている点についても整理が必要。(第7回)



3. 医療保護入院(論点②-4)

検討の方向性

- 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実(視点①)、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(視点②)、より一層の権利擁護策の充実(視点③)は、医療保護入院の縮減に向けた検討の視点である。
- 医療保護入院制度を廃止するためには、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方に関する検討が必要なのではないか。
- その際には、
 - ・ 患者本人の同意がない場合の入院手続について、精神科と他科とで対応を区別する合理性があるのか
 - ・ 他方で、精神科の入院患者については、その特性を踏まえた入院手続とともに、退院等に向けた支援や入院中の処遇の改善等、他科の場合よりも充実した権利擁護の仕組みが必要ではないかという双方の観点から、検討することが求められるのではないか。
- また、統合失調症の急性期の状態にあり患者が明確に同意を拒否している場合がある一方、認知症等により病状は安定しているものの患者自身が有効な同意の意思表示を行えない場合が増えている現状も踏まえ、精神疾患の特性により、様々な場合があり得ることを念頭に検討することが求められるのではないか。
- さらに、患者が医療にアクセスすることが阻害されないようにしつつ、医療機関や患者、家族等、特定の者に過度の負担を求める仕組みとならないように留意することも必要ではないか。

3. 医療保護入院(論点③)

論点③

○ 医療保護入院の同意者についてどのように考えるか。

これまでのご意見

○ 現在、家族状況も大変複雑化しており、家族だからといって必ずしも本人の利益を考えると限らないという問題が現実には起きている。家族の負担軽減とともに、本人の権利を守るためにも、法律上の家族等の同意は廃止していただきたい。(第5回)

○ 家族同意は、同意したことでの家族の精神的負担、本人との関係性の悪化につながる。家族同意なしで実施していただきたい。家族は本人にとって常にセーフティネットであるべき。司法の関与について検討いただきたい。(第7回)

○ 医療保護入院の必要性は、病識がない、早期に入院治療すれば助かるケースもあるという医学的な観点。そうなる論点は、適正な手続確保。指定医一人の判断はあり得ず、誰かが必ずチェックしなければならない。ベストは、指定医2人の診察だが、指定医が足りない現状、困難なオプション。そうすると必ずいそうな、血のつながっている家族か、住んでいる市町村か。どちらが望ましいか。おそらく情報を持っていて、真面目に考えてくれそうなのは家族ではないかとなるのだろう。(第5回)

○ 医療保護入院の廃止に向けて縮小化していくなら、措置入院と同じ手続でやっても、指定医の負担にならなくなってくのではないかとという展望も出てくると考えられる。(第7回)

○ 家族以外の者の同意として、あらかじめ精神障害者が支援者を登録しておくというのは、魅力的なアイデア。他方で、医療保護入院時、本人は入院を嫌がっている状況にあり、にもかかわらず、その本人が昔登録した者に聞いて同意してもらうというのは、本院が入院を拒否している時点において意味を持つものか、分かりかねるところがある。(第5回)

○ 市町村同意の現状把握・再調査が必要。医療機関を迫認する形で手続が行われているのではないか。(第5回、第7回)

○ 市町村同意となった場合の対応について、本来であれば市の職員が本人の面会を行うべきところ、それを行っている市町村もあれば行っていない市町村もあり、ここの対応が統一されていない現状があるのではないか。(第5回)

○ 特に認知症等の場合は、財産の使い方について子ども同士が争っている場合に、認知症の父を入院させたら、その反対側が文句を言う等、家族による入院の同意は非常に危ういものがあるので、代理のような仕組みをぜひ考えてほしいとは常々思っているが、では、どうすればいいかというとなかなか難しい。では、それを市町村長同意にすれば良いのではないか、と言うと、お願いしますと言えば、はい、分かりました位の簡単な話なので、患者の権利擁護にはならないのではないか。(第5回)

3. 医療保護入院(論点③)

これまでのご意見(続き)

- 医療保護入院制度について将来的な廃止を視野に縮小を目指していることを前提とするものの、家族状況も複雑化していることから家族同意が不適切な場合もあると思う。現状では家族同意と市町村長同意は残しつつ、意思表示支援者を制度化したうえで引き続き適切な制度のあり方を検討していくべきではないか。(第7回)
- 医療保護入院の同意者として、現状では家族同意と市町村長同意は残すということについて、なかなか積極的には賛成しづらいところではあるが、現状で現実的な対案をお示しすることができず、いたし方ないところかと思う。今回は難しいと思うが、例えば米国の半数の州で法制化されている精神科事前指示等、海外の状況も踏まえ、引き続き実現可能性を検討していくということがあっても良いのではないか。(第7回)
- 家族等が1名同意するというだけよりは、市長同意にして、市町村の事務処理要領の厳守というものを前提とした中で、市長同意を充実させていき、さらに意思表示支援者(仮称)も一緒に絡んでいくことによって、同意の質を担保すると良いのではないか。(第7回)
- 同意というものが本人の人権擁護の観点から、指定医の医学的判断について適正な第三者による確認が必要という趣旨に基づいて求められており、入院して医療を行った方が良いのか、地域の資源を最大限活用し地域の中で医療を行うことができるのかの見極めも求められているのだとすれば、例えば、指定医1名に加え、病院外の存在として精神保健福祉相談員を務めている精神保健福祉士にその役割を担っていただくことも考えられるのではないか。(第7回)
- 精神保健福祉士にお願いするという点については、市町村長同意の担当者としてそうした人を望ましいとすることも考えられるのではないか。(第7回)
- 指定医と意思表示支援の研修を受けたコメディカルでの同意という検討も入れてみたらどうか。(第7回)
- 医療保護入院の退院に家族等の同意が必要であるとする認識が定着しているが、医療保護入院は、精神科病院管理者が精神障害者を入院させる制度。法第33条には、入院時の手続きとして精神保健指定医の判断と家族等の同意が規定されているものの、とくに退院時の手続きが定められているわけではないため、精神科病院管理者の判断で退院は可能。精神保健指定医の診断や家族等の同意も不要とされている。(第7回)



3. 医療保護入院(論点③)

検討の方向性

(同意者に関する議論)

○ これまでの検討会での意見を整理すると、以下の表のようになる。

同意者	(現行)家族等	(現行)市町村長	指定医のみ	指定医+代理人	司法
前提の考え方	<ul style="list-style-type: none"> 医療保護入院の必要性については、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意外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みが必要とされている(平成29年2月「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)。 本人の人権擁護の観点からは、指定医の医学的判断について、適正な第三者による確認が必要。 				
理由	<ul style="list-style-type: none"> 血縁の家族、居住先の公的な市町村は必ず存在する。 家族については、本人の情報をより多く把握していることが期待でき、本人の利益を勧案できる者と考えられる。 		<ul style="list-style-type: none"> 2人の指定医による医学的な判断。 	<ul style="list-style-type: none"> あらかじめ支援者を登録。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束について、手続的な確認が可能。
課題	<ul style="list-style-type: none"> 家族への負担 家族状況の複雑化により、必ずしも家族が本人の利益を勧案できない場合がある。 <p>⇒ 論点④</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の判断を追認する形にならないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 同一医療機関の指定医では、独立した判断とはならない。 指定医が足りない現状では、実際上困難な面がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が入院を拒否している時点において、過去に登録した者の同意がどのような効果を持つのか、慎重な検討を要する。 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的な専門性を伴う判断について、法律家が実体的に否定することは実際上困難な面がある。

(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までは求められておらず、「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、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、本人の利益を勧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。

○ その上で、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おらず、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、とされている。

検討の方向性(続き)

(市町村長同意の実態)

- 市町村長同意については、市町村長同意事務処理要領が昭和63年に発出され、病院から同意の依頼を受けた際の手続や、入院の同意後速やかに本人に面会すること等が定められている(参考9)。
- 今回、具体の運用として事務処理要領に沿った対応が実施されているかについて、自治体に確認したところ、
 - ・ 市独自に市長同意のための審査票や入院後の面会の際の確認票を作成している市
 - ・ 精神科病院に対する実地指導における調査項目として、市町村担当者の面会の有無を確認し、面会が行われていない場合は、都道府県等から市町村に連絡をし、面会を行うよう指導している都道府県等も把握された。
- 医療保護入院制度については、患者の人権擁護、家族の負担等の観点から、将来的な廃止を視野に縮減を目指すこととしているが、現状として、家族、市町村長以外の同意者を想定することは容易ではない中、以上の点を踏まえ、医療保護入院の同意者についてどのように考えるか。

3. 医療保護入院(論点④)

論点④

- 本人と家族が疎遠な場合等の同意者について、どのように考えるか。

これまでのご意見

- 家族と本人との関係を精密に考えるという方向ではいい論点提起。家族が精神障害者のことを考えて判断する保証は何もない。つまり、利益相反的に、言わば自分から距離を取ったところに行ってほしくて同意してしまう、自分が虐待したくて入院に同意しない可能性さえ考えられる。
そうすると、家族の同意を基本にするのであれば、この手当てを考える必要がある。
他方で、疎遠かどうかを客観的に決めるのは難しい。疎遠であるための条件を法に客観的に書き込むのは困難。また、患者の利益に対する家族の誠実さと疎遠かどうかは連関しない。疎遠でない家族ほど危ない可能性もある。
だから、結局は判断したくない家族には判断させない。嫌だという家族、同意するかどうか判断できない、判断したくない家族は、市町村長へ先送りする。この権利を認めることが必要ではないかと思う。
その際に、家族に関して知っている情報を市町村長に与える等の対応を考える必要があるだろうと思う。(第5回)
- 例えば距離的に遠く、ふだん本人と交流がほとんどないケースなど、家族から関わりを拒否される、あるいは意思の表明を拒否されるケースについては、市町村長同意を拡大していただけないかという議論が、前回の法改正に関わる議論のときにあった。血縁のある家族が積極的に関わりたいと言うケース以外は、むしろ市町村長同意を基本とする考え方はどうかと考えている。(第7回)
- 市町村長同意の拡大に賛成。市町村長同意の拡大をして、そこに意思表示支援者をきちんと配置するということで、権利擁護を担保するという考え方が良い。(第7回)
- DV、虐待等の関係にある家族に代わり、市町村長が同意を行うことには賛成。(第7回)
- 現行の医療保護入院制度における家族等の同意が廃止され、別の仕組みとなれば良いが、直ちにそのような制度改革が難しい場合には、過渡的な対応として、DV、虐待等、少なくとも本人と家族等の間に利益相反が認められることが明らかな状況においては、市町村長同意を可能とする方法を採用していただきたい。(第7回)



検討の方向性

(本人と家族が疎遠な場合等の同意者)

○ これまでの検討会での議論を踏まえ、本人と家族が疎遠な場合等の対応について、どのように考えるべきか。

対応案	①家族がいる場合は 家族の同意・不同意により 入院の可否を判断すべき	②長期間の音信不通等を理由に 家族が意思表示を拒否した場合は 市町村長同意を可能とする	③本人と家族等との間に 利益相反が認められる場合は 市町村長同意を可能とする
理由	<ul style="list-style-type: none"> ○ 非自発的な入院制度の拡大については慎重な検討が必要。 ○ 市町村長同意は、医療機関の判断の追認にすぎず、患者の権利が保障されない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ①のように、利益を勘案できない家族等に同意を求めることは、かえって家族等の負担や本人の不利益につながるケースがある。 	
課題	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利益を勘案できない家族等に同意を求めることは、かえって家族等の負担や本人の不利益につながるケースがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 家族が意思表示を拒否したことを市町村長が確認する方法について、要整理。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利益相反は個別の判断を要するため、客観的に決めることはできず、その基準を法に規定することが難しい(※)。

※ 他方で、例えば、患者本人と家族等との間でDV、虐待等が疑われるケースの場合は、DV防止法や虐待防止法等の規定による一時保護等の措置の対象となっているかについて、配偶者暴力相談支援センター、児童相談所、市町村等の公的機関への確認を通じ、客観的に判断することが可能と考えられる。したがって、こうしたケースについては、DV、虐待等の関係にある家族に代わり、市町村長が同意を行うとすることも視野に入れた検討を進めるべきである。

論点⑤

- 以上の論点のほか、精神医療審査会の機能向上、措置入院数の自治体間格差についてどう考えるか。

これまでのご意見

(精神医療審査会の機能向上)

- 前回改正後、機能向上について調査研究をしているようであれば、示して欲しい。(第5回)
- 精神医療審査会を通じて、例えば退院請求審査において実際に退院が認められた件数や、処遇改善請求審査において処遇は不相当と判断された件数が請求総数に対して極めて少ないように見受けられることについて、どのように捉えるか、どのように考えるか。その機能の実態分析については改めて検証が求められるのではないかと同時に、その枠組みなどについても本当はいま一度、一緒に考えてほしい。(第5回)
- 措置入院時について精神医療審査会における入院の必要性の審査を遅滞なく行うことをぜひ検討していただきたい。(第5回、第7回)
- 応急入院届についても、審査する場所がないので、不適切な応急入院届を実地指導で見つけることがある。審査会で審査するのが良いと思う。(第7回)
- 和歌山県で、精神医療審査会の委員として、当事者と家族が参加しているという。精神医療審査会に、当事者と家族が参加することを検討していただきたい。(第7回)
- 審査会の機能に関しては、全国の精神医療審査会連絡協議会と意見交換を検討いただきたい。(第7回)

(措置入院者数)

- 措置入院者数が自治体間で大きな格差が見られる。通報や申請を受理する保健所の判断がフィルターとなっているのが要因だと考えられる。指定医の診察の前に行政の判断が、一人の人権に制限を加えるか否かの判断が大きく左右されている。(第5回)



検討の方向性

(精神医療審査会の機能向上)

○「精神医療審査会に関するアンケート調査」調査報告書(公益社団法人日本精神保健福祉士協会)(第6回検討会資料5-2(田村構成員提出資料))によれば、精神医療審査会として、(1)「入院者の権利擁護のために取り組んでいること・工夫していること」(参考10)、(2)「運営の課題」(参考11)として、以下の点が記載されている。

(1) 入院者の権利擁護のために取り組んでいること・工夫していること

【審査前の工夫】

＜個別対応・アウトリーチ＞

- ・ 退院等の請求で、電話ができない入院者の場合、事務局が医療機関を訪問し、請求内容を聴取し受理している
- ・ 入院患者や家族から相談があったら制度説明など情報提供している 等

【審査以外での工夫】

＜丁寧・公正な立場＞

- ・ 退院等請求に該当しない相談であってもできる限り丁寧に聞き取り、適切な相談機関を提示したり、医療機関に対応を依頼したりしている
- ・ 電話を受けた際、丁寧に話を伺い相談の趣旨を聞き取ること、中立・公正な立場であることを意識して対応するように心掛けている

＜請求内容以外への対応＞

- ・ 処遇改善請求に当たらない内容に関しては、病院のPSWIに伝え対応を検討してもらっている 等

(2) 運営の課題

【マンパワー不足】

＜委員不足＞

- ・ 長年、担っている委員が多く後継者の課題がある
- ・ 各分野とも委員の確保が非常に困難である 等

【権利擁護機能の限界】

＜処遇改善の範囲に限界＞

- ・ 処遇改善請求で扱う処遇の範囲について 等

＜第3者機関として機能できない＞

- ・ 人員、予算等で行政の意向を受けざるを得ないことや、医療委員の選出では、病院の協力を頼まざるを得ない為、第三者機関として機能することは難しいと思われる
- ・ 審査する量が多く、定型的な部分のチェック等になりやすい

＜審査期間の長期化＞

- ・ 入院者からは約1ヶ月の審査期間が長すぎるとよくご意見をいただくが、請求のタイミングや審査委員の多忙さから、審査期間の短縮が難しい
- ・ 退院等請求の意見聴取にあたり、医療機関及び審査会委員の日程調整が難航し、請求から意見聴取までの日数の短縮に苦慮する
- ・ 請求件数の増加により、意見聴取の日程調整が慢性的に逼迫し、審査期間が長期化しつつある 等

検討の方向性(続き)

- 調査結果では、患者の権利擁護の観点から、精神医療審査会が必ずしも処遇改善請求までには至らない、医療機関への訪問・傾聴・情報提供についても担っていることが示されており、「意思表示支援者」(仮称)の制度化に伴い、こうした事務は「意思表示支援者」(仮称)が担うところとなるため、この点で審査会業務の充実・迅速化が期待される面もあると考えられる。
- 他方で、委員の確保が困難、委員の日程調整が難航する等の理由で審査期間が長期化しているとの声も聴かれている現状にある点には留意が必要と考えられる。
- 措置入院者については、現在、定期病状報告の際に精神医療審査会の審査の対象としているが、国際人権B規約(市民的及び政治的権利に関する国際規約(自由権規約))9条4項(※)の趣旨を踏まえ、措置入院を行った時点で速やかに精神医療審査会の審査を実施できるようにすることが望ましい。
- ※ 「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること及びその抑留が合法的でない場合にはその釈放を命ずることができるように、裁判所において手続をとる権利を有する」とされる。
- また、精神医療審査会運営マニュアルでは、合議体を構成する医療委員、法律家委員及び保健福祉委員について、審査に係る患者と一定の関係性がある場合等に議事に加わることができないと定められているが、保健福祉委員について、具体的にどのような者が想定されるかは示されていない。こうした点を踏まえ、保健福祉委員について、具体的には、精神保健福祉士、保健師、看護師、公認心理師等のほか、当事者や家族も含むこととしてはどうか。
- こうした点をはじめ、精神医療審査会の機能向上については、全国精神医療審査会連絡協議会との意見交換を行うなど、審査会の実態を把握した上で、実効的な方策を検討する必要がある。そうした観点から、引き続き、研究事業(※)における分析を深め、精神医療審査会運営マニュアルの改正を目指すこととしてはどうか。

※ 令和3年度障害者対策総合研究事業「精神障害者の権利擁護に関する研究」

(措置入院者数)

- 各都道府県における人口10万人当たりの措置入院患者数は、都道府県によって異なっている(参考12)。
- 措置入院の運用に関するガイドライン(平成30年4月)では、被通報者に精神障害があると疑う根拠となる具体的な言動がない場合等、都道府県知事等が措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合について、明確化が図られている(参考13)。

4. 患者の意思に基づいた退院後支援

4. 患者の意思に基づいた退院後支援①

論点

- 退院後支援のガイドラインについて見直しを行い、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で規定したうえ、ガイドラインとの乖離がなくなるよう、退院後支援の推進に向けた方策を整理すべき。

これまでのご意見

(ガイドラインに基づく退院後支援の推進に向けた施策)

- 津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした政策と決別することを明文化し、現行の措置入院にばかりフォーカスを当てて進められてしまった診療報酬や補助金、指定病院の基準などの見直しも併せて行うべき。(第5回)
- ガイドラインに基づく医療を提供しても診療報酬上の評価は措置入院の場合のみ等、ガイドラインとの乖離がある。希望者に支援が届くようにするには、財源・人材確保と一体的に取り組んでいく必要があるのではないか。(第5回)
- 医療機関内でも、ピアサポーターや福祉関係者、また、家族会のメンバー等の第三者に相談できる体制を整える必要があるのではないか。中でも、ピアサポーターは患者の気持ちを酌み取った支援を行うことが可能。そうした医療機関における第三者的立場の人員配置や予算措置が必要ではないか。(第5回)

(警察の会議への参加)

- 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づけに照らし、警察は会議に参加しないことを明確化するように見直すべき。(第5回)
- 地域包括ケアシステムにおいて、主役は地域住民であり、全ての関係者・関係機関が総力を挙げて地域づくりに取り組むもの。そうした観点からすると、1つの組織を除外する表記は、馴染まないのではないか。どのような事例が過去にあったのか、不適切な事例があれば、警察関係者に改善をお願いすることになると思う。(第5回、第7回)
- 現場でサポートに入ってくれている警察官にどのように協力してもらうのか、を考えることも必要。(第5回)

4. 患者の意思に基づいた退院後支援②

これまでのご意見(続き)

○ 警察の関与を不安に思われる精神障害の方がいらっしゃることは事実だと思う一方で、精神障害のあるなしを問わず、困ったとき、特に危機的な状況に遇ったときに地元の警察に助けてほしいと考えるのは自然なことでもある。地域の実践の中でも、具合が悪くなったときに警察の方によくお世話になっているから、警察の方に自分の状況を知ってほしいと、自ら希望される方もいらっしゃった。会議に入るかどうかはまた別の問題かもしれないが、特に夜間・休日等に警察が対応しているケースは少なからずある。

今のガイドラインでは、会議には防犯の観点から警察が参加することは認められないと明記されている。例外的に警察が支援関係者として、本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、家族、本人やその他の支援者から意見を聞いて、警察以外の関係者間で警察の参加についての合意を得ることが必要ということや、本人が警察の参加を拒否した場合には参加させてはならないというような規定がされている。これは本人の同意の下で参加するというふうに単純に規定してしまうと、半ば強引に同意を求めていく状況も考えられることから、そのような書きぶりになったものと認識している。

もちろん、この書きぶりは再度より適切なものに検討していく必要があるとは考えているが、少なくとも警察は会議に参加しないというふうに一律に規定してしまうと、警察に力になってほしいと希望する当事者の方、そのような方は少数派だとしても、その希望に応えられないことにもなりかねないのではないかとと思われる。したがって、参加しない旨を明文化することに関しては、慎重に考えていく必要があるのではないか。(第7回)

○ 現行の退院後支援ガイドラインには、仕掛けとして警察参加に幾重ものハードルが設けられていて、実効性の観点から一定の評価ができると思っている。

しかし、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、警察参加が提言されたものをたたき台としながら、適宜検討を繰り返す中で、現在のガイドラインに収れんしたものと解釈できるため、警察参加は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組の一部が残ったものと考えられることができる。

今回、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改めて確認するのであれば、警察参加しないという書きぶりは免れないと考えられる。(第7回)

○ 個別のケースに関わる会議については、本人の同意がなければ警察は関与できないという方向で考えてはどうか。(第7回)



4. 患者の意思に基づいた退院後支援③

検討の方向性

(ガイドラインに基づく退院後支援の推進に向けた施策)

- 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」の一環としての位置付けを有する。
- より一層充実した退院後支援を実現していくためには、広く患者の入院形態を問うことなく、また、「意思表示支援者」(仮称)を含む多様な関係者の協働について、より一層推進するための方策の検討が必要である。
- そうした観点のもと、引き続き、退院後支援の効果等を見極めつつ、診療報酬における適切な評価を含めた検討が必要ではないか。

(警察の会議への参加)

- 警察の会議への参加について、これまでの検討会での意見を整理すると、以下の表のようになる。
どのように考えるか。

ガイドラインの改正	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で規定してはどうか(2ページ)		
警察の位置付け	「警察は会議に参加しない」旨を明文で規定する考え方	会議参加者の例示として警察を明示しない考え方 (警察は「参加する」とも「参加しない」とも規定しない)	「原則警察は会議に参加しないが、例外的に支援を目的として本人の同意のもと参加する」旨を明文で規定する考え方
考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・ いかなる部署であれ、警察が取得した個人情報、犯罪捜査での利用を妨げられず、警察の介入を不安に感じる精神障害者が数多くいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケアシステムにおいて、主役は地域住民であり、全ての関係者・関係機関が総力を挙げて地域づくりに取り組むもの。1つの組織を除外する表記は、馴染まない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 限定された場合に限り、警察の参加が認められる旨を規定。

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点①)

論点①

- 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いる。
- 誰もがいざというとき、安心して頼りにできる入院医療を実現するには、実際の医療現場において、精神保健福祉法の規定に基づく適正な運用が確保することが**必要**である。
- そのためには、隔離・身体的拘束の最小化に、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組み、行動制限最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが求められる。
- こうした観点から、まずは処遇基準告示(※)について、見直しを要する点の改正を行うべき。

(※)精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準
(昭和63年厚生省告示第130号)

これまでのご意見

(基本的な認識)

- 「最小化」ではなく「廃止」に関わる取組の方が相応しい。(第7回)
- 隔離・身体的拘束の最小化という表現を用いる際には、枕言葉に「ゼロに向けた」という言葉を置いていただけないか。(第7回)
- 法律には隔離や身体拘束について適正な運用を定めてはありますが、それが実際の医療現場で適正に運用されているかどうか。ここが何よりも重要なことだと思います。(第5回)
- 「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」という提示は、本質を捉え切れていない提供者側の理論、提供者側に慮った解釈の要素が強い表現に感じ、本質を捉えていただけていないのではないかと。
医療従事者の方たちも法や基準に定義されていることをもって、致し方なく、やむを得ない措置として、その場面場面で悩み、迷いながら行っているものと拝察。この問題をそのまま医療従事者や患者及びその家族に押しつけてはならず、法や基準、告示の見直しなど、諸制度や人員配置、診療報酬なども含めて、適切に連動させながら見直しを図ることが必要であり、その改正を切望するもの。(第5回)

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点①)

これまでのご意見(続き)

- 介護報酬については、減算要件が設けられている。

3要件がそろった上で初めて拘束を行うかどうかを検討する。そして、その判断については、担当の職員やチームでは不可になっており、施設全体で判断する必要があると明記されている。これは、医療現場にも十分応用が可能、ぜひ参考にして取り組むことも重要ではないか。

よく言われる人手不足とかというものはなかなか理由にはならず、組織全体で取り組む。経営者、管理者、理事長、院長等のリーダーシップの発揮は極めて効果的。組織としてどう考えていくのか、自分自身だったらどうであるのか、あるいは自分の大切な家族だったらどうであるのか。そういった非常に分かりやすい観点から組織で検討していくことが重要。(第5回、第7回)

- 医療機関ごとにかなり差があるのではないかと。組織風土の構築が一番の基盤として重要。支援が必要な医療機関には、指導、アドバイス、アセスメントが重要。(第7回)

(①切迫性・非代替性・一時性の考え方を要件として明確化する点について)

- 賛成。(第7回)

- 切迫性あるいは一時性の考え方は同意するが、非代替性については、よく考えないといけない。(第7回)

(②多動又は不穏の要件について)

- 不穏・多動が顕著である場合という曖昧な要件は削除すべき。現状追認の状態に陥り、実効性を伴わない。(第5回)

- 「多動又は不穏が顕著である場合」という事項は、端的に見直しが必要だと強調して申し上げたい。この表現による定義づけでは、客観的指標というよりも身体的拘束を実施する側の裁量によるところが大きいように見受けられるため、当事者性を持つ立場としては不適切な運用への懸念を十分に拭き切れない。(第5回)

- 「多動又は不穏が顕著であって、かつ、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又は検査及び処置等を行うことができない場合」という事務局の提案は、実施する側の裁量が大きく、受け手の立場からは不適切な運用への懸念を十分には拭ききれないこと、また、ウに示されている基準と重複する部分もあることから、削除が望ましい。(第7回)

- 「多動又は不穏」は、裁判官の研究報告でも意義が一義的に明らかでないため問題となり得ると指摘されており、削除する方向で検討いただきたい。(第7回)

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点①)

これまでのご意見(続き)

- 「多動又は不穏が顕著であって、かつ、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又は検査及び処置等を行うことができない場合」との見直しにより、その対象は明確になったものと考えられる。(第7回)
- 「そのまま放置すれば」は、看護職によるケアを想定しない前提となるため、「常時観察を行っていても」とし、「おそれがある」は「おそれが著しく切迫」としてはどうか。(第7回)
- 生命に危険が及ぶ場合は身体拘束、暴力行為や迷惑行為は隔離で対応ということを書いた方が現場の混乱はなくなるのに、「多動又は不穏が顕著」というものが非常に誤解を及ぼしている。(第5回)

(③・④管理者のリーダーシップ、行動制限最小化委員会・指針・研修)

- 介護分野では、組織全体の判断、ひいては施設長の判断を含めて検討することになっている。管理者、病院長等の判断、あるいは病院全体で組織的に判断する部分を十分導入できるのではないか。(第7回)
- 指定医の研修内容に関しては、定期的なシラバス改訂等、継続的に見直していく必要があるのではないか。(第7回)
- 精神科の病院はやはり非常に閉鎖的でよくなくて、外部の目を入れることが大切。外部評価委員会等を作り、患者の代表を入れたりするような仕組みを作ることで風通しの良い病院になるのではないか。(第5回)
- 例えば72時間以上の継続する隔離拘束に関しては、一定周期ごとに多職種チームで評価を行う、行動制限最小化委員会の取組として診療録にその件を検討して記録する等、より手続に厳格化を設定してはどうか。(第7回)
- 看護師への倫理研修等が必要。(第7回)

(⑤告知の義務化)

- 告知の義務化は、理由のほか、患者が有する権利についても必要。患者本人が直ちに理解できない場合の手当てについても検討が必要。(第7回)
- 説明の義務化は形式化しては意味がない。患者と振り返りのための関わりを持つことが必要。(第7回)
- 「常時」、「頻回」といった文言も、意味を明確にしていきたい。(第7回)

(その他)

- ⑦を加え、時間帯人員不足等の解消方法として、入院中の重度訪問介護利用を加えるべき。24時間見守り、コミュニケーション支援等が病院内で可能。(第5回、第7回)

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点①)

検討の方向性

(処遇基準告示の見直し等)

以下の方策により、可能な限り、隔離・身体的拘束をゼロとすることを目指し、身体拘束の最小化の取組を総合的に推進してはどうか。

- ① 現在「基本的な考え方」で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定する。
- ② 単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、これにより、患者に対する治療が困難な場合や、常時の臨床的観察を行ってもなお患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図る。
その上で③④のプロセスにより、組織全体で①の3要件を満たすか否か、②の定義に当たるかどうかを判断できる体制を構築する。
- ③ 隔離・身体的拘束の最小化について、管理者のリーダーシップのもと、組織全体で取り組むとともに、隔離・身体的拘束の可否は、指定医の判断を基本に、院内の関係者が幅広く参加したカンファレンス等において、病院全体で判断を行うことを原則とする旨を明示する。

※ 精神保健福祉上、指定医は、人権に配慮した医療を行う中心的存在であり、自らの医師としての職務、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行うだけでなく、病院に入院している全ての精神障害者の適正な処遇の確保に努めることとされている(37条の2)。

指定医については、このように、患者の人権を守るため、管理者とともに行動制限最小化に組織全体で取り組み、行動制限の最小化を組織のスタンダードにできるようにしていくことが期待されている旨、国としても指定医研修のシラバスを定期的に見直す等、研修の機会を活用し、指定医に直接に訴えていく。

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点①)

検討の方向性

- ④ ③と同様、行動制限の最小化を管理者の責任のもと組織のスタンダードにしていく観点から、以下の内容を新たに規定する。
- ・ 行動制限最小化委員会の定期的な開催
 - ※ 行動制限最小化委員会のマニュアルや好事例の共有のほか、「意思表示支援」(仮称)に携わる者等、外部の第三者を活用するための方策の検討が必要ではないか
 - ・ 隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備
 - ・ 従業者に対し、隔離・身体的拘束の最小化のための研修を定期的実施
- ⑤ さらに、隔離・身体的拘束を行うに当っては、現在、患者にその理由を「知らせよう努める」とされているところ、法律に基づく適正な運用を担保すべく、これを「説明する」と義務化する。
- その際、当該説明については、単に形式的に行われるのではなく、入院中の処遇に関するものとして患者がその内容を十分に把握できるようにすることが重要である。このため、処遇改善請求等の権利内容についても説明するとともに、患者がその内容を把握できない状態にある場合は、再度説明を行う必要がある旨を明らかにする。
- ⑥ こうした基準に違反した場合の診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討する。
- ⑦ 上記の他、入院中の患者は、24時間見守り、意思決定支援、コミュニケーション支援を内容とする重度訪問介護が利用できる点について、精神科医療機関に十分な周知を行う。

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点②)

論点②

- 医療法に基づく精神病床における人員配置標準(いわゆる精神科特例)を見直し、人員配置の充実を図るべきではないか。

これまでのご意見

(精神科特例等について)

- 昨年10月に身体拘束で亡くなった方の親御さんが起こした裁判の最高裁判決について、どのように捉えるのか。身体拘束による死亡事例が起きていることは重視すべきであり、精神科特例という人員配置の課題も重要。(第5回)
- 精神科特例を見直し、他科同様の人員配置にするなど、充実を図るべき。(第7回)
- 精神科特例の廃止の方向に向けてタイムスケジュールの検討をすべき。(第7回)
- スーパー救急(※精神科救急入院料)の病棟は、人員配置をたくさん付けているが、それでも診療報酬は一般科の最低レベル。もっと診療報酬を高くて欲しい。(第5回)



検討の方向性

- 医療法に基づく精神病床における人員配置標準は、人員配置の最低標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。「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における平成24年の意見の整理でも、今後の方向性として、病床の機能に応じ、看護職員に加え、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等の多職種に従事者による人員配置とする旨が示されている。
第8次医療計画では、慢性期の精神病床の減少を図ることとしており、その結果として、入院患者に対して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体制の整備を進めるべきではないか。
- 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、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。

検討の方向性(続き)

※ 医療法に基づく精神病床における人員配置標準の見直しについて

- 精神病床については、精神病床以外の一般病床及び療養病床と異なり、急性期・回復期及び慢性期とが、病床種別上は区分されていないという違いがある(資料2)。
- こうした中で、診療報酬上、急性期の精神病床については、すでに一般病床と同程度(3:1)の看護師配置を求めている(資料3)。
- 一方、慢性期の精神病床については、医療計画に基づき減少を図ることとしているにもかかわらず、他方で、医療法に基づく精神病床における人員配置標準を見直し看護職員の配置基準を引き上げた場合、全体として看護職員は不足している中で、ニーズが低い慢性期の精神病床に、より多くの看護職員が配置され、慢性期の精神病床の固定化を促すことになる点に留意すべきではないか。
- このように、医療法に基づく精神病床における人員配置標準を単に見直せば、良質な精神科医療の提供体制が実現されるものではないことを踏まえると、慢性期の精神病床については、第8次医療計画に基づき減少を図っていくとともに、コメディカルを含む適切な看護配置・職員配置により、入院患者に対する、より手厚い体制での医療提供を確保していくことが重要であると考えられるべきではないか(資料4)。

(参考)

- 医療法に基づく精神病床における人員配置標準を見直し、現在、看護配置5:1以下の慢性期の精神病床(※)について、これを一般病床同様の3:1に引き上げるためには、以下の通り、計算上、1.7万人程度の看護職員を新たに配置する必要が生じる。

※ 精神療養病棟(看護配置6:1) 約10万床

＜現在＞ 約10万床 × 1/6 = 1.6万人程度 ＜引上後＞ 約10万床 × 1/3 = 3.3万人程度
⇒ 3.3万人 - 1.6万人 = 1.7万人程度

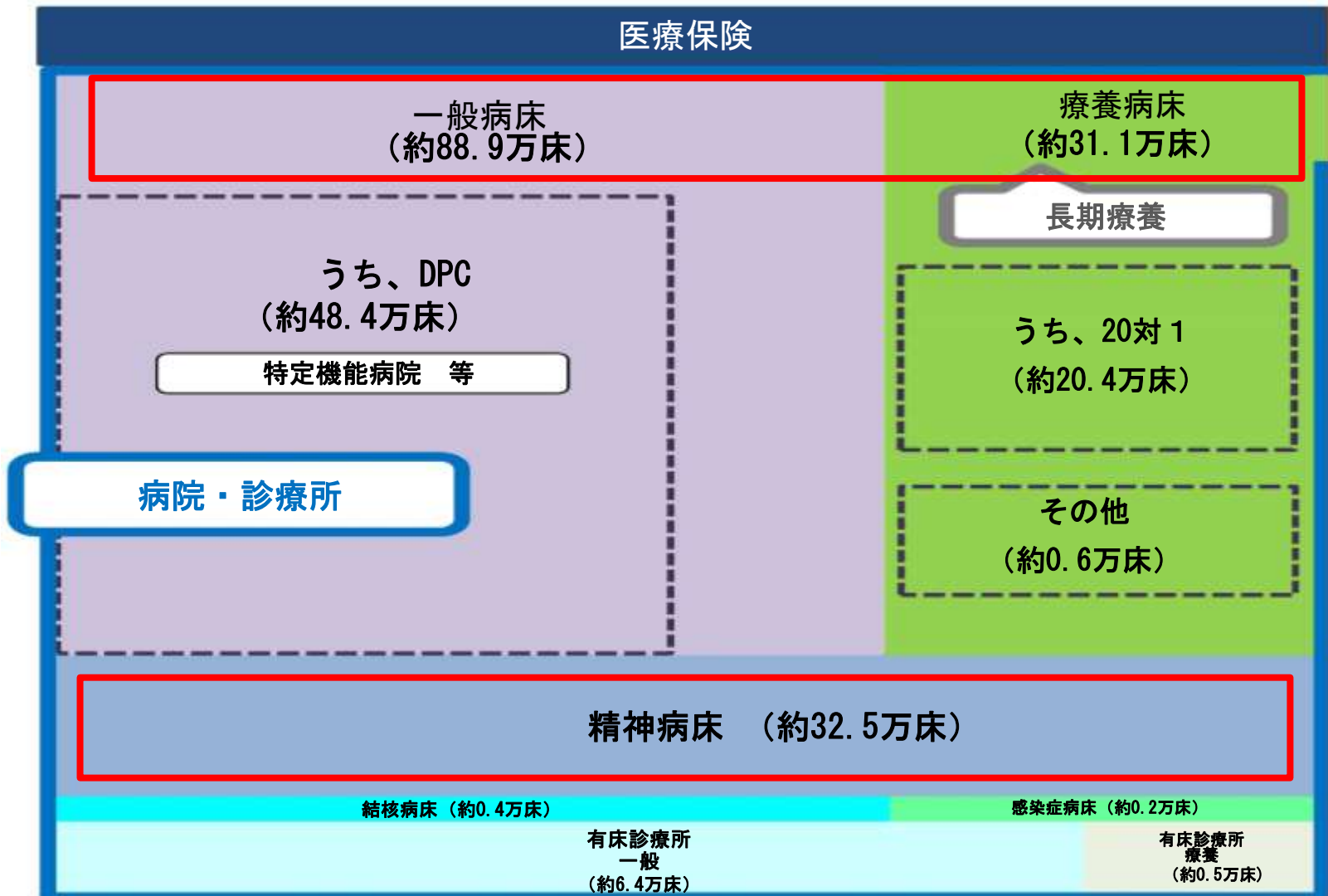
	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 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
	<p>(各病床共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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



診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 325,140床
(令和2年7月1日時点)

特定入院料
(158,687床)

看護師配置3:1以上
166,990床

精神病棟入院基本料
(143,543床)

特定機能病院
入院基本料
(2,780床)

精神科救急入院料 (入院料1 163医療機関 10,586床、 入院料2 4医療機関 127床)	10:1	2:1
精神科救急・合併症入院料(11医療機関 376床)	10:1	2:1
精神科急性期治療病棟 入院料1(360施設 16,280床)	13:1	2.5:1
入院料2(13施設 508床)	15:1	3:1
認知症治療病棟 入院料1(536施設 37,322床)	20:1	4:1
入院料2(4施設 296床)	30:1	
精神療養病棟入院料 (819施設 90,266床)	15:1	6:1

2:1	10:1 (39病棟、1,512床)
2.5:1	13:1 (75病棟、4,376床)
3:1	15:1 (1,020病棟、130,445床)
18:1	(23病棟 4,140床)
20:1	(11病棟 1,750床)
特別入院基本料	(11病棟 1,320床)

1.5:1	7:1 (14病棟 460床)
2:1	10:1 (14病棟 588床)
2.5:1	13:1 (41病棟 1666床)
3:1	15:1 (2病棟 66床)

医療観察法に定める指定入院医療機関数※
33か所 827床

急性期入院対象者入院医学管理料

回復期入院対象者入院医学管理料

社会復帰期入院対象者入院医学管理料

小児入院医療管理料5 (154施設)
特殊疾患病棟 入院料1(103施設 5,431床) 入院料2(106施設 7,539床)

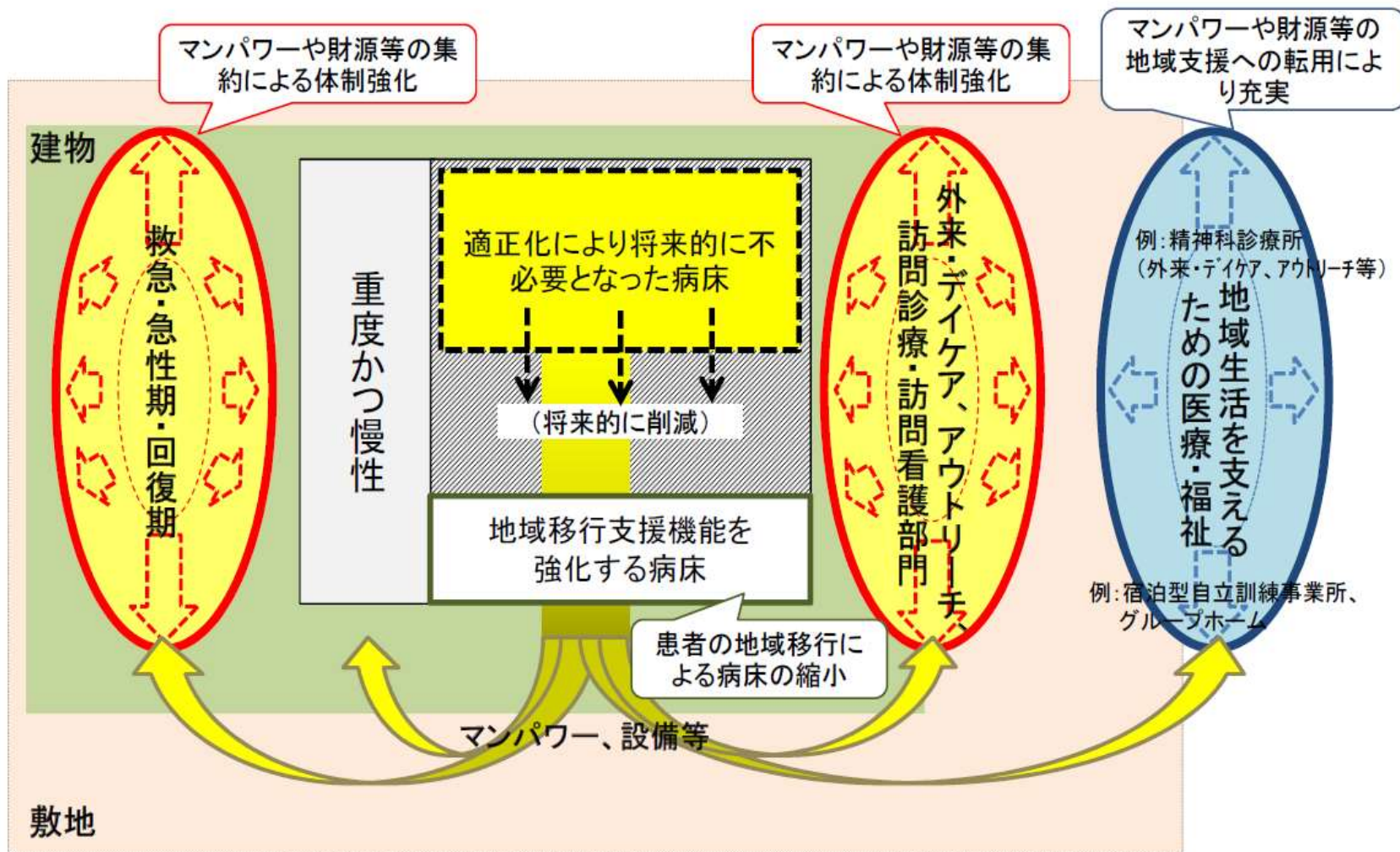
精神科身体合併症管理加算
(1,114施設)

精神病棟入院時医学管理加算
(178施設)

※ 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は令和3年4月1日時点

平成26年7月「長期入院精神障害者の地域移行に向けた
具体的方策の今後の方向性」《概要編》

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点③)

論点③

- 身体拘束について、都道府県間での比較、患者の性別・年齢階級別での比較について、どのように考えるか。

これまでのご意見

- 県によって20倍ぐらいの開きがあるのはなぜか、また、特にモデルとなるニュージーランド、オーストラリアについて、なぜ拘束が少なく重度の患者をケアできているのか、もう少し広範な調査、国内だけではなくて国を超えた調査をして、そのデータを持っている必要があるのではないか。
そのデータに基づき、本来、重度の精神科の患者を、拘束が必要な状況も含まれるような方々を、どのようにケアしていけばいいのか、中長期的な目標がエビデンス・ベースドに構築できるのではないか、それにより、国連の障害者権利条約は拘束ゼロをうたっており、そこに向けて政策を進めていってほしい。(第5回)
- どういう病院、具体的にはどんな診療報酬上の扱いを受けている病院で隔離・拘束が多いのか、どんな病院なら少ないのか、あるいは病院のタイプと関係ないのか。そうではなく、患者の身体的な、体の規模、年齢等、そうした点を含め、客観的なデータとして教えていただけないか。(第5回)



検討の方向性

(都道府県間の比較)

- 都道府県ごとの隔離拘束指示件数は、各都道府県の許可病床数の分布と、概ね共通の傾向が見られる(参考19)。
- 隔離・身体的拘束の最小化に向けては、各医療機関での組織を挙げた取組に加え、**地方公共団体を含む地域全体での取組が重要である。**
- そうした点を踏まえ、地域全体で隔離・身体的拘束の最小化に取り組むモデルを構築し、全国に横展開していくことについても検討が必要ではないか。

(患者特性との関係)

- 隔離・身体的拘束の指示件数を、年齢階級別(在院患者1,000人対)で比較すると、
 - ・ 隔離については、20歳以上40歳未満が最も高く、年齢階級が上がるにつれて、件数は減少する一方、
 - ・ 身体的拘束については、20歳以上40歳未満及び75歳以上の年齢階級において、他の年齢階級よりも件数が多いという傾向が見られる(参考20)。

6. 虐待の防止に係る取組

6. 虐待の防止に係る取組①

論点

- 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。こうした悪質な行為は潜在化されてはならず、精神科医療機関においては、都道府県等を通じ、虐待行為の発生防止に加え、早期発見、再発防止に向けた対応を行っているところ。
- こうした対応に加え、虐待が疑われる事案について行政機関において速やかに把握するとともに、精神科医療機関においても虐待が起きないための組織風土を構築・徹底できるよう、精神科医療機関の従事者による虐待が疑われる者を発見した場合の通報義務及び通報者保護を法律上設けるべきではないか。
- また、虐待防止委員会の開催等を処遇基準告示に位置付ける等、虐待行為の発生防止、早期発見、再発防止に向けた対応をより一層充実・徹底させるべきではないか。

これまでのご意見

(基本的な認識)

- 「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」という提示は、本質を捉え切れていない提供者側の理論、提供者側に慮った解釈の要素が強い表現に感じ、本質を捉えていただけていないのではないか。(第5回)

(通報義務及び通報者保護)

- 患者の人権、尊厳を守り、また、開かれた精神科病院を目指すということから、虐待事案の発生防止、早期発見、虐待が疑われる場合の事案の把握の強化、指導監督の徹底。こういったものを行うための通報制度を設けることについては賛成。(第7回)

- 障害者虐待防止法を改正して障害者虐待防止法の中に規定されるべき。よって、精神保健福祉法の中に規定されるべきではない。障害者虐待防止法に規定を設けることは、精神保健福祉法の所轄部局以外の部局が所轄することで第三者の視点が確保され、事務の適正化にも資する点で効果が見込める。

また、令和4年度より障害者施設・事業所における虐待防止研修が義務化。新たに精神保健福祉法下で研修コンテンツやモニタリング体制を作るより、既に動き出している障害者虐待防止法の枠組みを活用することの方が良いのではないか。(第5回)

6. 虐待の防止に係る取組②

これまでのご意見(続き)

- 令和3年度の介護報酬改定では、虐待防止の取組が全ての事業所に義務化。障害者虐待防止法の通告義務の範疇に医療機関をやはり含めていくべきではないか。
自主的な取組として虐待防止のための委員会の設置、指針の整備、マニュアルの作成遵守、あるいは院内研修の実施。こういった日頃の取組が極めて重要であって、そのことによって、あるべき組織風土をいかに構築していくのか。(第5回)
 - 虐待防止法自体は、刑罰を加えるものではない。通報は全ての人を救うというのが標語になっているとおり、虐待が起きないための組織風土をどう作るかが重要。(第5回)
 - 本当に今、障害者虐待防止法で研修や研究が進んできている。こういう行動制限を厳しく、やめていこうというものをスタンダードにすることによって現場で改善が図られてきた。医療の現場も虐待防止法の対象にしようと言うとすごく反対されるが、こういう良い面もやはり見ていただきたい。(第5回)
 - 障害者虐待防止法を改正して設けることに賛成。市町村の負担が増えるとはいえ、第三者の視線を確保できる、身近な市町村が受理することができる、通報のハードルが下がるためかえって虐待の防止につながるものがメリット。すでに市町村は、医療保護入院の同意を担っている。(第7回)
 - 実効性を確保する観点から、精神保健福祉法の改正を行うことに賛成。平成30年の厚生労働省の推進事業で、まずは精神保健福祉法という取りまとめもあるので、今の状況の中では、まず精神保健福祉法の中で適切に取り扱うのが優先度的には高いのではないかと。(第7回)
 - 通報義務を象徴にはいけない。間接防止措置に取り組む、自覚をもって虐待を防ぐことが必要。(第7回)
- (虐待防止委員会の開催等)**
- 組織風土の醸成というのは大変重要。虐待防止の指針、倫理規定の整備等も、ぜひ告示に規定していただく。研修も含めて規定していくことについても賛成。(第7回)
 - 外からの目が恒常的に入っていることが必要ではないか、虐待防止委員会のようなものを、診療報酬上の基準にすること等も考えても良いのではないかと。(第5回)



検討の方向性

(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21)

(通報義務及び通報者保護)

- 精神科医療機関の従事者による虐待が疑われる者を発見した場合の通報義務及び通報者保護に関する規定については、障害者虐待防止法を改正して設ける考え方と、精神保健福祉法を改正して設ける考え方がある。以下の点を踏まえ、どのように考えるか。

(1) 障害者虐待防止法の改正(通報先:市町村)

- ・ 現行制度における通報先は市町村の福祉部局であり、第三者としての視線になるが、事実確認・虐待認定等を行うための精神医療に関する専門性は乏しい。指導監督を都道府県等の精神保健担当部局に委ねることになる。

(2) 精神保健福祉法の改正(通報先:都道府県等)

- ・ 通報の受理から事実関係の調査、虐待と認定された場合の指導監督まで、都道府県等の精神保健担当部局が一貫して実施。同一部局が担当することになり、迅速な対応が可能。

(虐待防止委員会の開催等)

- 虐待が起きないための組織風土の構築にも資するよう、虐待防止委員会の開催(※)、虐待防止のための指針の整備、虐待防止のための研修の実施等について、処遇基準告示に規定してはどうか。

※ 「意思表示支援」(仮称)に携わる者等、外部の第三者を活用するための方策の検討が必要ではないか