

令和4年5月30日	資料
第12回 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（案）

令和4年●月●日

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

目次

第 1	総論.....	2
第 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.....	6
第 3	第 8 次医療計画の策定に向けて.....	12
1.	第 8 次医療計画の基本的な考え方.....	12
2.	第 8 次医療計画における指標例等.....	13
3.	第 8 次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式.....	14
第 4	精神科病院に入院する患者への訪問相談について.....	16
第 5	医療保護入院.....	19
1.	医療保護入院の見直しについて.....	19
2.	医療保護入院の同意者について.....	27
3.	本人と家族が疎遠な場合等の同意者について.....	29
4.	精神医療審査会について.....	30
第 6	患者の意思に基づいた退院後支援.....	31
第 7	不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組.....	33
第 8	精神病床における人員配置の充実について.....	36
第 9	虐待の防止に係る取組.....	38

第1 総論

（精神疾患の現状）

- 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の影響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。
自殺者数は、平成22年以降は10年連続で減少となっていたが、令和2年には11年ぶりに増加に転じている。

（「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築）

- 誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害の有無や程度にかかわらず、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）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」を構築するため、令和3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」報告書がとりまとめられた。
- 報告書には、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の多職種・多機関の顔の見える連携を推進し、精神障害を有する方者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた方者等（以下「精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等」とする。）が、その意向やニーズに応じ、身近な地域で切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心して暮らせるようにする体制を構築する観点から、今後の課題が以下のとおり示されている。
 - ・ 厚生労働省は今後、本報告書に基づき、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、必要な諸制度の見直し、障害福祉計画や令和6年度からの次期医療計画への反映及び必要な財政的方策等も含め、関係省庁及び省内関係部局との連携を図りつつ具体的な取組について検討し、その実現を図るべきである。
 - ・ 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患者の意思に基づいた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。
- わが国の精神保健医療福祉行政は、戦後、精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づく、非営利法人が設置する精神病院等の設置・運営に要する経費の国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が急速に進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか民間主体で入院医療を

提供するとともに、デイ・ケア等における退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある。

障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）を契機に、精神保健福祉法でも地域援助事業者との連携等が規定され、地域の障害者福祉サービスの拡充が図られる中で、こうした医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保しながら「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等が、居住・就労等に関する支援を含め、その病状の変化に応じた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体制の整備が求められている。

精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で希望する生活を実現し、継続することができるよう、国においては、保健、医療、福祉、居住、就労等、経済的な基盤の確保にも資する包括的な支援を進めることはもとより、そうした基盤の充実を図っていくことが求められる。

（患者の権利擁護）

- 精神科病院における患者の権利擁護については、
 - ・ 昭和 62 年に精神衛生法を精神保健法に改称し、任意入院制度を創設する
 - ・ 平成 7 年に精神保健法を精神保健福祉法に改称し、医療保護入院等を行う精神科病院について、常勤の精神保健指定医（以下「指定医」とする。）を必置する
 - ・ 平成 11 年に精神保健福祉法を改正し、指定医が違法な処遇を発見した場合に管理者に報告して適切な対応を求める等、処遇の改善の努力義務を設ける
 - ・ 平成 25 年に精神保健福祉法を改正し、医療保護入院を行う精神科病院について、患者の退院に向けた相談支援等の業務を行う「退院後生活環境相談員」の選任を求める等、順次拡充を進めており、精神科病院では、こうした法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図りながら、入院医療が提供されている。

 - また、平成 18 年には、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする「障害者権利条約」が国連総会で採択され、我が国は、平成 19 年に署名、平成 26 年に批准し効力が発生している。
今夏目途で同条約に基づく初回の対日審査が予定されており、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・身体的拘束等を廃止するためにとった法律上・実践上の措置
- ※ ~~なお~~、成年被後見人等の権利の制限に係る措置の適正化等を図るための関係法律の整備に関する法律（令和元年法律第 37 号）の衆・参附帯決議と同様にでは、~~同法の施行に当たり~~、障害者の権利に関する条約第 36 条及び第 39 条による障害

者の権利に関する委員会からの提案及び一般的な性格を有する勧告が行われたときには、障害者を代表する団体の参画の下で、当該提案及び勧告に基づく現状の問題点の把握を行い、関連法制度の見直しを始めとする必要な措置を講ずることが求められるとされている。

- こうした経緯を踏まえ、患者の権利擁護に関する取組を、より一層推進させていくことが重要である。

(地域の精神科医療機関の役割)

- 精神疾患が誰もが経験しうる身近な疾患となる中、地域の精神科医療機関が果たすべき役割は、自治体を実施する精神保健相談の協力、協議の場への参画、多様な精神疾患に対する医療の実現、精神科以外の診療科との連携等、多岐にわたる。
一方で、精神科医療への理解が進んでいるとは言い難い状況にあり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、地域の精神科医療機関の役割について、理解を深めていくことが重要となる。

(医療機関や福祉サービス事業者等の優れた実践的な取組の普及定着)

- わが国の精神保健医療福祉に携わる関係者が、今後とも、精神障害者の福祉増進のため、精神保健福祉法等の法令を遵守し、患者や利用者の権利を擁護しつつ業務にあたることは当然の前提である。その上で、知恵と工夫を重ねながら、患者や利用者のニーズに応じた質の高いサービスを提供している医療機関や福祉サービス事業者等の優れた実践的な取組を法令上の仕組みとして位置付け、普及定着を図ることにより、誰もが安心して自分らしく暮らせるようにするための基盤の整備を図っていく観点も重要である。

(本検討会の検討事項等)

- 以上の点を踏まえ、本検討会は、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等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、令和3年10月に設置され、以後、以下の各事項について、●回にわたり議論を行ってきたものである。
 - ・ 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
 - ・ 第8次医療計画の策定に向けて
 - ・ 精神科病院に入院する患者への訪問相談について
 - ・ 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・身体的拘束を可能な限りゼロとするための最小化に係る取組
 - ・ 精神病床における人員配置の充実について
 - ・ 虐待の防止に係る取組

- 上記の各事項の検討に先立ち、本検討会では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて、
 - ・ 「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を契機とした取組を含まない点について明確にすべきであること
 - ・ そのため、退院後支援のガイドラインについては見直しを行い、退院後支援は、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ことが確認された。

(本報告書に基づく今後の対応)

- 厚生労働省は、本報告書に基づき、ライフステージを通じた心の健康づくりを推進し、精神保健医療福祉の施策の実効性を高めるため、今後、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である。
- また、本報告書において、今後の検討課題とされた事項については、本検討会での議論も踏まえ、実効的かつ具体的な方策を検討できるよう、厚生労働省において、調査研究等を活用し、引き続き、実態把握や論点の整理を進めるべきである。

第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

【現状・課題】

- 「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、**精神保健医療福祉上のニーズ精神障害**を有する方等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り、市町村において、福祉分野に加え、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。

- 精神保健に関するニーズの多様化に伴い、すでに8割以上の市町村が、自殺対策、虐待（児童、高齢者、障害者）、生活困窮者支援・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、地域住民の身近な相談窓口として、精神障害者に限らず広く分野を超えて精神保健上の課題を抱えた住民を対象として、精神保健に関する相談に対応している状況にある（※）。
 - ※ 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）
分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行）市区町村の精神保健福祉業務に関する調査

- 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り、法令上、市町村の責務として定められていない（※1・2）。
 - ※1 地域保健法でも、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。
 - ※2 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体制は、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にあり、精神保健上の課題に対する包括的・継続的な支援の実現が困難となっている。
 - ・ 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ことがある。
 - ・ 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ことがある。
 - ・ 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ことがある。
 - ・ 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。

- このため、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うことができるよう、具体的かつ実効的な方策の検討が必要となる。

【対応の方向性】

(基本的な考え方)

- 昨年3月とりまとめの「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」報告書を踏まえ、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・精神保健福祉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があった。
- 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べきである。

(具体的な方策)

(1) 法制度上の対応に関し検討すべき事項

精神保健福祉法において関し、以下の措置を講じることが必要である。

- ① 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、精神保健福祉法に基づく相談支援を受けている精神障害者に加え、介護保険法上の心身の状況の把握、情報提供や子ども・子育て支援法上の相談・助言を受ける者等、社会福祉又は保健医療に関する法律上の相談等を受ける者であって精神保健に関する課題を抱える者 (※1・2) に対しても、相談支援を行うことができる旨を法令上規定するべきである。

※1 具体的には、介護保険法（平成9年法律第123号）や子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）上の相談支援等、社会福祉又は保健医療に関する法律上の相談支援を受ける者であって精神保健に関する課題を抱える者とするべきである。

※2 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相談支援が含まれる旨を明らかにするべきである。

- ② 「国及び都道府県の責務」として、①の市町村による相談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べきである。

- ③ 障害者総合支援法に基づき地方公共団体が単独又は共同して設置する、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る協議会を活用し、精神保健に関する課題を抱える者を含めた地域の支援のあり方について協議を進めるべきである（※1・2）。

また、協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についても検討を進めるべきである。

※1 協議に当たっては、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となる。

※2 当事者、ピアサポーターがその特性を活かし、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等を尊重した支援を実施するだけでなく、精神保健医療福祉に関わる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等に寄与することが期待される。こうした点を踏まえ、都道府県等が当事者、ピアサポート活動の現状と課題を整理し、市町村が当事者、ピアサポーターの活動機会や場の創設に取り組むことができるよう、国においても十分な基盤の整備を検討することが重要である。

- 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、その配置状況を把握し、課題を分析した上で、配置を促進する方策を検討するべきである（※）。

※ 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べきである。

- ・ 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 下位法令等の改正等

- ・ 下位法令等を改正し、市町村が実施する精神保健に関する相談支援の位置付けを明確にするべきである（※）。
- ・ 市町村保健センター等の保健師増員等、必要な体制整備のための対応を検討するべきである。

※ 以下の内容を盛り込むことが考えられる。

- (i) 精神保健に関する相談支援は、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等にとって身近で、アクセスのしやすさを備えたものにするのが重要である。

こうした観点から、市町村は、例えば、精神保健は市町村保健センターを中心にし、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等の福祉は基幹相談支援センターを中心として、相互に連携した体制の構築を進めていく等、市町村保健センターと基幹相談支援センターとの連携・役割分担について整理しつつ、地域の実情に応じて中心となる機関を定めることや、訪問支援・アウトリーチの取組の充実を図ることが重要であること。

- (ii) 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、協議の場で行政職員、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必要があること。
- (iii) 市町村においては、ワンストップの分かりやすい相談窓口の設置を推進していくことが求められるとともに、精神保健及び精神障害者福祉に関わる部署だけではなく、介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅等の精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等に関わる部署との連携を図り、取り組むことが重要であること。
- (iv) 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、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等のニーズや地域課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要であり、そのための人員体制を含む体制整備が求められること。 等

② 精神科の医師・他科の医師との連携

- ・ 地域の精神科医療機関は、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公的な地域保健活動の一環として、こうした精神科医療機関に委託し、協働して業務を行うことが考えられる。
- ・ また、市町村が、地域の精神科医療機関の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職、当事者、ピアサポーター等から構成されるチームを編成し、訪問支援の充実に取り組むとともにことにより、「包括的支援マネジメント」の基盤構築を図っていくことも重要である。
- ・ さらに、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の活用等を通じ、他科の医師と精神科の医師との連携を強化するべきである。令和4年度診療報酬改定では、他科の医師と精神科の医師等が連携して診療を行った場合の評価として「こころの連携指導料」が新設されており、他科の医師と精神科の医師が連携するとともに、自治体とも協力して精神保健医療福祉上のニーズに対応することが求め

られる。

- ・ 自殺で亡くなった方については精神疾患を経験している場合が多く、特に自殺未遂者は再企図のリスクも高いことから、精神科医療や生活支援を適切に受けられるよう支援体制の整備を図ることが必要である。

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べきである。

※ 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」では、自殺対策に関する国の交付金等が活用されている）。

(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」の改正を行うべきである。
- 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している。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べきである。

(4) 普及啓発の充実

(メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方の活用)

- 昨年3月とりまとめの「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」報告書では、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等、普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変動までつながることを意識した普及啓発の設計が必要であるとされた。

こうした観点から、令和3年度より、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を開始している。

(学校教育等における普及啓発の充実)

- 今回の検討会では、支援提供者側や制度・政策決定側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との意見があった。

また、こうした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との意見があった。

- 学校教育における普及啓発については、学習指導要領の改訂により、本年4月からは、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」の項目が追加されており、効果的に普及啓発を推進するためには、教職員に対する普及啓発が重要となる。その際には、すでに実践されているメンタルヘルス・ファーストエイドの考え方をういた取組についても参考とすることが望ましい。
- こうした観点からは、
 - ・ 上述の心のサポーターの養成に向けた研修について、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することが適当である。
 - ・ 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ある。

（精神障害、精神疾患の理解促進に向けて）

- 地域で医療・福祉等の必要なサービスを受け、地域の一員として安心して生活することができる体制の整備を進めるためには、精神障害、精神疾患についての理解を促進し、スティグマを解消するための取組を充実させることが必要であり、例えば、当事者、ピアサポーター、家族等と協働し、地域住民との交流の場を設置する取組を促進することが重要となる。
- また、精神疾患が身近な疾患となる中、地域の精神科医療機関の役割についても、理解を深められるようにすることが重要である。

市町村における協議の場は、自立支援協議会を活用していることが多く、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加が少ないとの指摘もある。精神科医療機関の役割について、地域において理解が深められるよう、市町村においては、積極的にこうした関係団体等の参加を求め、地域の精神保健福祉行政を支える行政、福祉・介護サービス事業者、当事者、ピアサポーター、家族等との間で信頼関係の醸成を図るとともに、国においても、市町村における好事例の収集や横展開等を通じた後押しを図ることが求められる。

第3 第8次医療計画の策定に向けて

1. 第8次医療計画の基本的な考え方

【現状・課題】

- 平成30年度からの第7次医療計画では、同年度から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が同時に開始することから、それぞれの計画が連動するよう同一の理念を共有すべく、精神指針（※）において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることが明確にされた。
※ 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日 [付け医政地発 0331 第3号](#)医政局地域医療計画課長通知））
- 第8次医療計画については、診療報酬、障害福祉サービス等報酬、介護報酬の同時改定が実施される令和6年度から開始される。昨年3月とりまとめの「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」報告書の内容等を踏まえ、精神指針において記載すべき第8次医療計画の基本的な考え方について、整理が必要となる。

【対応の方向性】

- 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、**精神保健医療福祉上のニーズ精神障害**を有する方等が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築することが重要である。
- こうした観点から、精神指針において、以下の内容を新たに記載すべきである。
 - ・ 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々病状が障害の程度に大きく影響する。そのため、以下のように、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。
 - (1) **精神科**医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による**患者の緊急のニーズへ時**の対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉、介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、**患者の緊急のニーズへの対応時**においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、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）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。

(2) また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、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体制を整備していくことが重要となる。

- なお、令和6年度からの診療報酬、障害福祉サービス等報酬、介護報酬の同時改定に向けては、こうした体制の実現に資する実効的な方策について、あわせて検討を進めていくべきである。
- 以上のほか、精神看護専門看護師等の高度な専門性を有する人材の活用を進めるべきとの意見、精神科以外の領域の医療従事者について精神疾患に関する普及啓発を図ることが重要であるとの意見、治療と就労の両立の観点からは、就労の継続が重要であり、そのためには、産業医、保健師・看護師等の産業保健スタッフとの連携強化を図る必要があるとの意見、第8次医療計画の「災害時における医療」、「新興感染症等の感染拡大時における医療」においては、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、精神科とその他の領域の医療連携体制のあり方についても検討が求められるとの意見があった。

2. 第8次医療計画における指標例等

【現状・課題】

- 精神指針に基づき、都道府県は、精神疾患等の医療提供体制を構築するに当たり、一定の指標例により、その現状を数値で客観的に把握し、医療計画に記載するとされている。
- 前述「1. 第8次医療計画の基本的な考え方」を踏まえ、第8次医療計画における指標例等について、整理が必要となる。

【対応の方向性】

- 第8次医療計画における指標例については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、前述「1. 第8次医療計画の基本的な考え方」を踏まえ、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
 - ・ 患者の病状に応じ、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観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画における指標例を含めて定めるべきである。
 - ・ その他、普及啓発や人材育成を目的とする研修等の実施回数、受診前相談・入

院外医療の充実、都道府県等における精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携等の指標を新たに設けるべきである。

- ・ 患者の権利擁護等について、障害者権利条約や本検討会での具体的方策を踏まえた指標を検討するべきである。また、医療の受け手である患者の立場から、診療時間についても指標例としてほしいとの意見があった。
- ・ 地域の精神医療提供体制の見える化を図るとともに、患者が安心して受けられる精神科医療を提供するという観点から、有用かつ都道府県にとって簡便な指標となるよう、取捨選択を図るべきである。

- また、現行の精神指針では、精神疾患等ごとの指標例とともに、各疾患等の現状・課題が掲げられている。

令和3昨年12月の障害者部会「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理では、「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」とされている。

このため、第8次医療計画では、精神保健に関する課題が、母子保健・子育て支援、高齢・介護、生活困窮・生活保護等、相談内容が多様化している現状に照らし、そうした相談内容も踏まえつつ、各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を、精神指針で示すべきである。

3. 第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式

【現状・課題】

- 第7次医療計画の精神病床における基準病床数については、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32(令和2)年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性が確保されるよう、「医療計画作成指針」(※)において、以下の内容の算定式が定められている。

※ 「医療計画について」(平成29年3月31日 [付け医政発 0331 第57号](#)医政局長通知)

精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要(患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

- 都道府県が、「平成32年度末の入院需要(患者数)」を算定するに当たっては、
 - ・ α : 精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち、継続的な入院治療を必要とする者の割合

- ・ β : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値（治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果）
- ・ γ : 地域精神保健医療体制の高度化による影響値（これまでの認知症施策の実績）

について、一定の範囲内で、各都道府県の実情を勘案することとされている。

- 第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式の検討を進めるに当たっての基本的な考え方について、整理が必要となる。

【対応の方向性】

- 第8次医療計画における精神病床における基準病床数の算定式については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
 - ・ 近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとすべきである。
 - ・ その際には、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきである。

第4 精神科病院に入院する患者への訪問相談について

【現状・課題】

- 精神科病院に入院中の患者を、当事者、ピアサポーターが訪問し、患者からの相談に応じる取組が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた予算事業において、都道府県等を主体として実践されている。
- また、精神科病院に入院中の患者について、第三者がその権利を擁護する仕組みの構築に向けては、平成 25 年の精神保健福祉法の改正法附則の検討規定、衆・参両議院の附帯決議で指摘されており、こうした指摘を踏まえ、これまでモデル事業や調査研究等を通じて、支援のノウハウの蓄積が進められてきた経緯がある。
- 現在、厚生労働科学研究において、課題の整理・検討が進められている。

【対応の方向性】

1. 基本的な考え方

- 精神科医療の日々の臨床では、患者のこころに関わる中で、患者の話を丁寧に聴き、患者との共感を試みる診療が実践されている。また、精神科病院では、退院後生活環境相談員による支援、退院支援委員会の開催等、法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図る取組が行われている。
- 他方で、精神疾患により、本人の意思によらず入院が必要とされる場合がある。こうした非自発的入院による患者（※1）は、閉鎖処遇に置かれており、外部との面会交流が難しくなる。家族との音信がない市町村長同意による医療保護入院者については、医療機関外の者との面会交流が、特に途絶えやすくなる。
- このため、医療機関から入院に関する十分な説明や支援が行われた場合であっても、患者本人の孤独感や、これによる自尊心の低下が顕著な場合がある。外部との面会交流を実質的に遮断する状況は、本人の意思によらず入院を強制される者への処遇として、人権擁護の観点からも望ましくない。
- したがって、市町村長同意による医療保護入院者を対象に、精神科病院の理解のもと、精神科病院に入院する患者を訪問し、相談に応じることで、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要となる（※2）。

※1 平成 25 年精神保健福祉法改正法の附帯決議（平成 25 年 5 月 30 日参議院厚生労働委員会）では、「非自発的入院者の意思決定及び意思表示については、代弁を含む実効性のある支援の在り方について早急に検討を行うこと」とされている。

※2 面会交流を確保するための「2. 支援の内容」は、平成 25 年の精神保健福

祉法の改正法附則の検討規定や、衆・参両議院の附帯決議に基づき、患者の意思決定及び意思表示の支援に関し、代弁者を含む実効性のある支援の在り方について、これまでのモデル事業や調査研究等により蓄積されたノウハウ等も踏まえ、検討を重ねたものである。

2. 支援の内容

(1) 実施主体・枠組み

- 支援の実施主体については、精神科病院を訪問し、患者からの相談に応じる点を踏まえ、精神科病院を所掌し、かつ、精神科病院から患者の入院届等を受理する都道府県等とすることが考えられる。
- こうした支援に取り組む都道府県等は、現時点、必ずしも一般的とまではいえない。そこで、都道府県等が行う任意の事業として位置付けた上で、全国の都道府県等での事業実施を目指し、課題の整理を進めることが必要である。

(2) 支援者

- 実施主体である都道府県等が、経歴等を踏まえて選任することが適当である。
- 更に、国で標準化された研修の内容を示した上、都道府県等が実施する研修の受講を必須とするべきである。
- 研修は、精神保健医療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に関する内容、傾聴を中心とする支援の趣旨を含むものとするとともに、研修内容・期間等の検討に当たっては、入院の初期段階は、医師にとっても、患者・医師双方にとってとの信頼関係を構築する重要な時期である点を考慮することが必要である。

(3) 支援内容

- 支援者が精神科病院を訪問し、入院患者との面会交流を行う。
- 生活に関する一般的な相談に応じ、患者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行うことを基本とする。
- こうした支援の導入を図るに当たり、支援の対象者は精神科病院に入院する市町村長同意による医療保護入院者を中心とする。
 - ※ 治療法など医療に関する意思決定支援を意図するものではない。
 - ※ 支援の効果として、患者の孤独の解消や自尊心の回復に加え、患者と精神科病院の意思疎通が円滑になることが期待される。
 - ※ 医療機関と本人の面談への同席は、本人の希望のもと精神科病院の理解を得て実施する。

(4) その他

- 支援者には守秘義務を求める。
- 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、

医療機関の管理者から入院時に書面等で案内するとともに、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。特に、指定医には、患者に分かりやすい方法で説明する役割があるものと考えられる。

- 都道府県等は、支援者の支援のあり方や課題について、関係者が意見交換を行う場を設けることが望ましい。
 - 事業を円滑に実施できるよう、面会を行う精神科病院の理解を得ながら進めることが必要である。
 - 今後、「の検討課題として、こうした支援を望む入院患者に支援がより広く普及するよう、調査研究等を活用し、実施体制の構築を進めていくことが必要である。
 - 研究班の報告（※1）では、支援者は、以下の点に留意することが適切であるとされている。
 - 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。
 - 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べきである。

第5 医療保護入院

1. 医療保護入院の見直しについて

【現状・課題】

~~（基本的な考え方）~~

- 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とあわせ、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、現在の医療保護入院制度が整備された。

精神科医療機関では、医療保護入院者の退院に向けた相談支援等の業務を行う「退院後生活環境相談員」の選任、退院後に利用可能な障害福祉サービス等の利用に向けた相談等を行う「地域援助事業者」の紹介、医療従事者や患者、家族等が出席し患者の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」の設置等、法令の規定に基づき、患者の権利擁護を図りながら、入院医療が提供されている。

- 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）によるとおいて、以下の通り、整理することができるされている。

- ・ 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、本人が病気を受け止めきれないこともある中で、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。

- 今夏目途で障害者の人権及び基本的自由の享有を確保すること等を目的とする障害者権利条約に基づく初回の対日審査が予定されており、障害者権利委員会からは、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ている。患者の権利を確保するための取組をより一層推進させていくことが重要である。

- 諸外国においても、患者の同意を得ずに入院を行う制度は存在しており、権利擁護の仕組みとともに運用されている。

- こうした点を踏まえ、医療保護入院については、誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、制度の将来的な継続を前提とせず課題の整理に取り組みつづ、その縮減に向けた具体的かつ実効的な方策を検討することが必要である。
- 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ためのアクセス確保の観点から、患者の症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながる可能性があるという視点、(2)患者の権利擁護の視点の両面について、十分に勘案することが必要である。
- 具体的な検討に当たっては、以下の3つの視点を基本とすべきである。
 - ・ 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

【対応の方向性】

(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①）

(基本的な考え方)

- 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、これにより、「支える側」・「支えられる側」という従来の関係を超えて、相互に助け合いながら暮らせる地域づくりを目指すことが必要である。

(具体的な方策)

- 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、本人を中心として、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。

- 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必要がある。
 - ・ 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。
 - ・ 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している。
 - ・ 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べきである。

② 患者の緊急のニーズに対する受診前相談及び入院外医療等の充実

- 精神症状の急性増悪、精神疾患の急性発症等、患者の緊急のニーズに対する時における精神科救急医療体制は、精神保健医療福祉上のニーズ精神障害を有する方等の地域生活を支える重要な基盤であり、重層的な支援体制のもとでの平時の対応並びに受診前相談及び入院外医療（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24時間365日確保することが必要となる。
- 緊急時における受診前相談については、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がを進められており、地域の実情を把握しながら、より一層の充実を図ることが重要であるいる。
- 昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応できるよう、今後、地域の実情に応じた受診前相談の体制整備、時間外診療への対応や入院の要否に関する判断の診察、往診、訪問看護等の入院外医療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べきである。

(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②）

（具体的な方策）

① 入院期間について

- 精神科病院においては、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）を活用した早期退院の取組等が進められている。

他方で、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、任意入院への移行を求める明文規定は設けられていない。

- 入院治療を含めた精神科医療は、本人の意思を尊重する形で行われることが重要であり、患者の同意を得ることが困難な状況で入院を開始することを要した場合にも、その後の症状等の変化に応じて対応する必要があることから、医療保護入院中の患者についても、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、任意入院への移行や入院治療以外の精神科医療を行うことが必要である。

- こうした確認は、入院中に日々行われるものであるが、制度上もこうした確認が確実に行われることを一定の頻度で担保できるよう、医療保護入院の入院期間（※）を定め、精神科病院の管理者は、この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行うこととするべきである。

※ 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、「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。一方、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。

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ヶ月以上6ヶ月未満」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）

- また、具体的な検討を進めるに当たっては、現行の退院支援委員会、定期病状報告等の制度との整合性に留意する必要があるとの意見や、本人の意思に反して入院させる心理的な負担を家族に繰り返し求める点に配慮が必要との意見があった。さらに、入院期間を定める場合には、入院届の審査を担う精神医療審査会の事務が増加することも考えられることから、適切な人員上の手当を含む対応について検討が必要との意見があった。

こうした制度上の枠組みのほか、入院期間の短縮化に向けては、入院が長期に及ぶ背景について、調査研究等を活用して実態に即した検討を長期的な視野で進めるべきである。

- 具体の制度及び実際の運用の在り方の検討を進めるに当たっては、こうした意見についても考慮していくことが必要である。

② 退院促進措置の実態を踏まえた拡充策

- 退院促進措置の実態に関する調査（※）では、
 - ・ 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にも課題が見られる
 - ・ 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るとされている。
- ※ 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）
- こうした結果を踏まえ、
 - ・ 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べきである。
 - ※ また、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。
 - ・ 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ため、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。

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、自治体の住民の一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。
- こうした観点から、市町村の長期在院者への支援については、当事者、ピア

サポーターとの協働のもと、長期在院者自身の視点から行われることが望ましい。そのため、市町村において都道府県等と連携しながら、当事者、ピアサポーターと協働できる体制の構築を進めていくことができるよう、国においても十分な基盤の整備を検討することが重要である。

- 地域生活の実現に向けては、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、自分は一人ではないという安心やエンパワメントにつながっていくという観点を踏まえ、令和3年度の障害福祉サービス等報酬改定において、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ある。
また、退院促進措置に係る連携先として、地域援助事業者に加え、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べきである。

(3) より一層の権利擁護策の充実（視点③）

(具体的な方策)

- 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。
都道府県知事等が行う措置入院についても、同様の対応を行うべきである。
- また、医療保護入院の同意を行う家族等は、退院請求権や処遇改善請求権を有することから、告知を行うことが求められる旨を明文で規定すべきである。

※ 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。

措置入院時の告知については、延期可能である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る。

そこで、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。

(4) 今後の検討課題について

- 医療保護入院制度については、以上の点に加え、誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、今後、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方などに関し、制度の将来的な継続を前提とせず、課題の整理を進め、将来的な見直しについて検討していくことが必要となる。
- その際には、以下の観点から検討することが必要である。

(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基本的な考え方)

- ・ 医療へのアクセス確保の観点から、患者の状況・症状によっては、その同意によらない入院を行えないとすると、患者の不利益につながることはないか。
- ・ 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、入院から退院までの患者の権利擁護に向けた支援の内容・担い手等、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。
- ・ また、平成 24 年 6 月の「入院制度に関する議論の整理」で示された考え方（※）に対しては、患者の同意が得られない場合の入院医療の必要性が、直ちに現行通りの医療保護入院の必要性を意味するものではないため、両者を区別して検討すべきとの意見があった。こうした意見を踏まえた上で、今後、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方について、さらに検討を行うことが必要ではないか。

※ 「入院制度に関する議論の整理」（平成 24 年 6 月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）では、「措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度」に関して、「自らが病気であるという自覚を持っていないときもある精神疾患では、入院して治療する必要がある場合に、本人に適切な入院治療を受けられるようにすることは、治療へのアクセスを保証する観点から重要である」とされている。

(患者のニーズに応じた医療の提供等)

- ・ 統合失調症の急性期の状態等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置く必要があるのではないか。
- ・ 認知症等の入院患者が増えている現状のもと、患者の状態に応じた適切なサービスを提供し、生活の質（QOL）を向上させる観点からは、医療計画に基づき慢性期の精神病床の減少を図りつつ、今後精神病床のダウンサイジングと並行して患者のニーズに応じた医療・居住の場の整備を進めていくための方策の在り方について、既存の制度の枠組みに限ることなく検討していくことも重要ではないか。

(関係者の負担等)

- ・ 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、現行法では同意を行うことが求められている家族等、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。
※ なお、「【報告書】当事者の視点から期待する—これからの入院制度についての意識調査—」（令和4年5月 一般社団法人精神障害当事者会ポルケ）では、当事者が医療を受けるに当たり、最も重要とする項目は「医師から説明を受けて安心して医療を受けられる」点、次いで、「自分が希望するときに受診、医療を受けられる」点とされている。

(海外の制度との対比等)

- ・ 例えば、長期のケアを要する精神疾患を有する患者は、どのような体系で入院医療を受けることができるのか、海外の制度と対比しながら、患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方について、総合的な検討を進めることが必要ではないか。

2. 医療保護入院の同意者について

【現状・課題】

- 現行制度は家族等（※）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。家族等同意は、本人の同意に基づかない入院を指定医の診断のみで行う仕組みは患者の権利擁護の観点から適当でない等の観点から、本人の身近に寄り添う家族が、医師からの十分な説明を受けた上で同意することを目的に、平成25年改正により導入された。
 ※ 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。
- 平成29年2月に取りまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、現在の家族等同意の機能について、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とされている。
 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、とされている。
- 家族等同意については、同意したことで家族の精神的負担や本人との関係性の悪化につながるため、廃止してほしい、また、市町村長同意については、医療機関の判断を追認する形で手続が行われているのではないかと、との意見があった。

【対応の方向性】

（同意者についての議論）

- 医療保護入院の同意者に関する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	代理人	病院外の精神保健福祉士	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いない場合があり、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)。 ・ 本人の権利擁護の観点からは、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、本人の利益を勘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"> ・ 精神保健福祉士には、患者の権利を擁護する役割がある。 ・ 入院すべきか、地域の中で医療提供すべきかの観点が求められる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 非自発的入院について、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勘案できない場合がある。 	<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、独立した判断とははなりにくい。 ・ 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"> ・ 非自発的入院への同意は、権利擁護を図るとして精神保健福祉士の任務とは馴染まないのではないかと。 	<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。

(市町村長同意の現状)

- 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。
- 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。

(医療保護入院の同意者について)

- 医療保護入院の同意者について、現状では、家族等、市町村長以外の同意者を想定することは現実的には容易でないため、家族等同意及び市町村長同意については、現行の仕組みを維持することになるものと考えられる。
- ただし、家族等同意についての家族等の負担、市町村長同意についての医療機関の判断の追認に係る意見については、本検討会での議論も踏まえ、適切な対応を検討すべきである(※)。
- その上で、引き続き、今後の医療保護入院患者数の推移等を踏まえながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要である。

※ 具体的に考えられる方策の具体例

- ・ 家族等同意：入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実、緊急時における受診前相談及び入院外医療の充実、精神疾患や精神障害に関する普及啓発（特に学校教育における普及啓発）、予算事業を活用した家族同士の交流の場の提供
- ・ 市町村長同意：現行の「市町村同意事務処理要領」に基づく事務処理の要請

3. 本人と家族が疎遠な場合等の同意者について

【現状・課題】

- 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、現行の精神保健福祉法において「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、疎遠であっても家族がいる場合等は、当該家族の意向を確認する必要がある。

【対応の方向性】

- 長期間の音信不通等により家族が同意・不同意の意思表示を拒否する場合、家族がどうしても同意・不同意の判断を下せない場合等、当該家族の意向を確認することができない場合は、市町村長が同意の可否を判断できるようにすべきである。

- また、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もあり得ると考えられる。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、市町村長が同意の可否を判断できるようにすることについて、実務的な課題の整理を行いながら、検討することが適当である。

- さらに、医療保護入院の同意については、家族等ではなく、基本的に市町村長が行うこととしてはどうか、との意見もあった。今後、医療保護入院の縮減を図っていく中で、本人の利益を勘案できる者の視点で判断するという家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方と事務負担への影響についても勘案しながら、さらに検討を進めていくことが必要である。

4. 精神医療審査会について

【現状・課題】

- 「精神医療審査会に関するアンケート調査」調査報告書（令和4年3月 公益社団法人日本精神保健福祉士協会）では、
 - ・ 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現状
 - ・ 精神医療審査会の事務局が、必ずしも処遇改善請求までには至らない、医療機関に訪問し、患者の話の傾聴や情報提供を行うといった業務についても、患者の権利擁護の観点から担っている現状が把握された。

- 精神医療審査会については、行政機関との関係性が必ずしも明確ではない中で、委員の確保や委員間の日程調整が整わず、退院等請求の審査期間が長期化する等、専門的機関としての機能が十分に果たせていないとの指摘がある。

【対応の方向性】

- 精神医療審査会の機能向上に向けては、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、引き続き、実効的な方策を検討する必要がある。研究事業による分析を深め、精神医療審査会運営マニュアルの改正を目指すべきである。

- 他方、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、精神保健福祉法において、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、規約にある「裁判所」は、司法裁判所に限らず独立した第三者機関であれば足りると国際的に解されている。

- 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。そうした点を踏まえ、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、公認心理師等が想定されるが、都道府県知事等の判断により、例えば、当事者や家族も含めることができることを示すべきである。

第6 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 年精神保健福祉法の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。
- まず、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ることが必要である。
- その上で、入院形態を問わず、退院後支援を行うものとされる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していくことが求められている。

【対応の方向性】

（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支援が行われるよう、より一層の推進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を行う必要がある。

（警察の会議への参加）

- 警察の関与を**不安心配**に思う当事者がいる一方、警察の支援を希望する当事者がいることを踏まえ、警察の会議への参加の可否について検討することが必要である。
- 退院後支援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ず、警察は参加しない」と明記されている。例外的に警察が支援関係者として、「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、本人及び家族その他の支援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援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である。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察を参加させてはならない」と規定されている。

これは、単に本人の同意の下で参加するという規定では、強引に同意を求めていく状況も考えられるためであるとされている。

- ガイドラインにおいては、警察の会議への参加について慎重な手続が求められているが、こうした手続を設けてもなお警察の関与を不安に思う当事者がいるとの意見を踏まえ、関係省庁から各都道府県警察に対して、法令の規定に基づく適切な個人情報取扱いを求める通知を発出し、地域によって対応にばらつきが生じないよう依頼する等の対応を検討すべきである。

第7 不適切な隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとするための最小化

に係る取組

【現状・課題】

- 隔離・身体的拘束は、精神保健福祉法上、精神科実務経験を有し法律等に関する研修を修了した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。
このように、精神科医療機関における隔離・身体的拘束は、法律の規定により、患者の権利擁護に十分配慮することとされている。
- 精神科病院の医療は患者のために行われるものであり、患者の尊厳が確保されることが何より重要である。誰もがいざというとき、安心して信頼頼りに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、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されることが必要である。
- 諸外国においても、やむを得ない場合に患者の隔離・身体的拘束を行う制度は存在しており、人権擁護の仕組みとともに運用されている。
- そうした観点から、不適切な隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとすることを含め、隔離・身体的拘束ための最小化に、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していくことが求められている。

【対応の方向性】

(処遇基準告示(※)の見直し等)

※ 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）

- 以下の方策により、可能な限り、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとすることを含めことを目指し、隔離・身体的拘束の最小化の取組を総合的に推進すべきである。
 - 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べきである。
 - 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、多動又は不穏が顕著であって、かつ、

- ・ 患者に対する治療が困難であり、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切迫している場合や
- ・ 常時の臨床的観察を行っても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べきである。

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べきである。

この点に関し、「多動又は不穏が顕著である場合」は拡大解釈のおそれがあるため要件から削除すべきとの意見、身体拘束を原則廃止すべきとの意見があった一方、治療の必要性の観点も考慮されるべきとの意見があった。他方で、治療の必要性の要件については、身体的拘束について新たな対象を生み出すおそれがあるのではないかとの意見、点滴等生命維持のために必要な医療行為を行うための身体固定について、短時間の場合であっても一定のルールのもと行うこととすべきではないかとの意見があった。

今後、「多動又は不穏が顕著である場合」という要件を見直すに当たり、非代替性の要件の判断手法（※）や行動制限最小化委員会の在り方に関する課題を含め、調査研究等により、告示の見直し内容とあわせ、実際の運用について、具体的な現場の指標となるよう、検討を深めていくことが必要である。

※ 非代替性の要件の適正な判断に資するよう、国や医療関係者等が、身体的拘束に至らないための代替手段について、精力的な検討を行う必要がある。

- 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。隔離・身体的拘束の可否は、指定医（※）が判断するとともに、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、病院全体で妥当性や代替手段の検討を行う旨を明示するべきである。

※ 精神保健福祉法上、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はなく、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（第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。

国としても、指定医の資質を担保した上で、安定的な確保に向けた方策を検討するとともに、指定医研修のシラバスを定期的に見直し、研修の機会を通じて、指定医に直接に訴えていくことが必要である。

- 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べきである。
- ・ 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、外部の第三者を活用するための方策の検討が必要である。
 - ・ 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たっては、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」と義務化するべきである。
- 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べきである。
- ⑥ こうしたプロセスを確保し、隔離・身体的拘束を最小化するための診療報酬上の取扱いを含む実効的な方策を検討するべきである。
- ⑦ 上記の他、重度訪問介護を利用している障害支援区分6の入院中の患者は、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の活用が可能となっている。さらに入院中の利用者の状態像や支援ニーズ等に関するデータ等の収集を行い、入院中の重度訪問介護の利用によるコミュニケーション支援等の必要性を判断する基準や指標等を検討する必要があるとの意見があった。

第8 精神病床における人員配置の充実について

(歴史的経緯)

- わが国の精神医療行政においては、精神病院法（大正8年制定）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて明らかにされたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もありその内容は、民間の代用精神病院制度が設けられた（※1・2）を設けるものであったため、公立精神病院の設置は進まない状況（※2）にあった。
 - ※1 代用病院制度：精神病院法では、(1)内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができ、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって当該命令により設置したものとみなすことができる、(2)内務大臣は(1)の精神病院に代用するため私立精神病院を指定することができる（代用精神病院）とされた。
 - ※2 昭和6年には、患者総数7万余人に対し、収容人員は1.5万人程度（うち公立精神病院：0.2万人程度、私立精神病院：1万人程度）とされている。
- 戦後、精神衛生法（昭和25年制定）により、精神病院の設置が都道府県に義務付けられたものの、昭和29年7月の全国精神障害者実態調査によって、精神障害者の全国推定数は130万人、うち要入院は35万人で、病床はその10分の1であった。

このため、同年、精神衛生法が改正され、民間精神病院の設置・運営に要する経費の国庫補助の規定が設けられ、民間病院を中心とした病院・病床の整備が進められた。5年後の昭和35年には約8.5万床に達する等、精神障害者に対する医療保護の充実が図られた。
- 医療従事者の確保・養成が課題となる中、昭和33年には厚生事務次官通知（※1）が発出され、いわゆる「精神科特例」として、精神科病院における配置標準（※2）病床の許可基準については、医師は他の病床の3分の1、看護師は他の病床の3分の2と規定された。
 - ※1 厚生事務次官通知に関して、昭和33年各都道府県知事宛厚生省医務局長通知において、医師の確保が困難な特別な事由があると認められるときは、暫定的にこれを考慮した運用も止むを得ないことが示された。
 - ※2 医療法上、人員配置標準を満たさない場合であっても、直ちに業務停止とは連動されておらず、最低基準ではなく「標準」とされている。
- こうした歴史的な経緯もあり、民間精神科病院については、必ずしも十分とは言えない基盤のもと、地域における過大なニーズに対応する役割を担ってきたとの指摘もある。

(人員配置の充実について)

- いわゆる「精神科特例」については、昭和 33 年の厚生事務次官通知により定められていたが、平成 13 年の医療法改正に伴い、当該通知は廃止されている。
- ~~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ものであり、医療法上、精神病床については、一般病床・療養病床と異なり、病床種別上、機能が細分化されていないという違いがある。~~
- ~~こうした中で、精神病床における人員配置標準については、療養病床と同等の基準が設けられているほか、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。~~
- 「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の従事者による人員配置とする旨が示されている。
- 慢性期の入院患者数の減少に応じて、精神病床について医療計画に基づき減少適正化を図っていくとともに、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、医師・看護職員の適正配置や精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含む適切な職員配置を実現していくことが求められる。
- ~~※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。~~
 - ~~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対1）の看護師配置を求めている。~~
 - ~~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が、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ある。~~

第9 虐待の防止に係る取組

【現状・課題】

- 医療機関の従事者による身体的虐待、性的虐待、精神的虐待、放棄・放置、経済的虐待等のといった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せてはならず、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。

- また、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するとともに
 - 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し、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、指導監督の徹底を図っている。

【対応の方向性】

(障害者虐待防止法に基づく虐待防止措置の徹底)

- 管理者のリーダーシップのもと、虐待行為の発生防止、早期発見、再発防止に向けた取組を組織全体で推進し、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となる。

- こうした観点から、国においても、医療機関及び都道府県等に対して、障害者虐待防止法第31条の虐待防止措置（※）の取組例について周知を進め、虐待行為の発生防止、早期発見、再発防止の徹底を図っている。
 - ※ 障害及び障害者に関する理解を深めるための研修の実施及び普及啓発、障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、障害者に対する虐待に対処するための措置、当該機関を利用する障害者に対する虐待を防止するため必要な措置

- 精神科医療機関の中には、病棟単位での倫理カンファレンスの実施、患者や家族の声の傾聴等を通じて、虐待が起きないようにするための組織風土を醸成することにより、虐待行為の潜在化防止を図る取組も見られることから、医療従事者による積極的な取組を行う現場づくりを実現していくことも重要である。

(虐待行為の潜在化を防ぐための仕組み)

- 他方で、医療機関は、障害者虐待防止法に基づく通報義務の対象とされておらず、通報者保護の仕組みが設けられていない。虐待の疑いを発見した精神科医療機関の職員等が、行政機関への通報を躊躇し、悪質な虐待行為が潜在化することのないよ

う、通報義務及び通報者保護の仕組みを設けることについて、制度上の対応を検討するべきである。

こうした仕組みが整備されることにより、早期の通報が可能となり、虐待の被害がエスカレートすることを防ぐことが可能となる。さらに、通報を契機に精神科医療機関が再発防止策を講じることが可能となり、より良質な精神科医療の提供に向けて、虐待を起こさない組織風土の構築・徹底に資する効果も期待される。

- 具体的な仕組みのあり方については、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について議論が行われ、双方を支持する意見があったが、いずれにしても、精神科医療機関における虐待行為の早期発見、再発防止に資する実効的な方策となるよう、制度化に向けた具体的な検討を行うべきである。
- なお、通報先を市町村とすべきとの考え方については、市の立場から、
 - ・ 市町村が通報先となることで第三者としての支援にはなる一方、結局は指導監督を都道府県の精神保健担当部局に委ねる形になるため、精神保健福祉法の改正が現時点では一番適切ではないか
 - ・ 他方で、市町村に通報先になって欲しいとの意見もあり、相談支援や社会参加支援を担う市町村としては、都道府県と協働しながら、連携して対応できるような形が望ましいのではないかととの意見があった。

(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の規定を設けることを検討すべきである。
- ※ 外部の第三者を活用するための方策の検討が必要である。