

精神保健福祉法上の入院制度等についてのご意見を踏まえた論点と検討の方向性について

1. 「精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム」の位置付けについて

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて

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あってはいけないことなので、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してはどうか(第5回検討会資料の修正について:次ページ)。
- 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してはどうか。

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の位置付けについて①

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

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

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

2. 患者の意思決定及び意思の表明 についての支援

2. 患者の意思決定及び意思の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決定及び意思の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

- 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場所、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、どちらかというところ「アドボケート」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、どちらかというところ「アドボケート」という用語のほうが近い。(第5回)
- 精神科病院「アドボケート」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と。「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「アドボケート」は、そこを一線を画しておく必要があるのではないかと。(第5回)
- 精神科病院「アドボケート」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、そうすると、「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)



2. 患者の意思決定及び意思の表明についての支援(論点①)

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「意思表明支援」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 意思表明支援

- ・ 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。

(支援者の名称)

- このように、入院中の患者の意思決定及び意思の表明の支援は、本人の話を丁寧に聞いたうえで、患者の権利等を分かりやすく説明してくれる、病院とは独立の外部の立場からの支援として、医療機関における一般的な「意思決定支援」とは異なるものである。こうした両者の趣旨の違いが明らかになるよう、精神科病院に入院中の患者の意思決定及び意思の表明の支援については、「意思表明支援」(仮称)の名称を用いてはどうか。

2. 患者の意思決定及び意思の表明についての支援(論点②)

論点②

- 「意思表示支援者」(仮称)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)



検討の方向性

- 「意思表示支援者」(仮称)については、研修の受講による一定の資質を求めることとする。
- 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べきである。

2. 患者の意思決定及び意思の表明についての支援(論点③)

論点③

- 「意思表示支援」(仮称)の制度化に向けて、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

- 非自発的入院制度の必要性と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)

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「意思表示支援」(仮称)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「意思表示支援者」(仮称)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のではないか。
- 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。

(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、「意思表示支援者」(仮称)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、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ことが必要ではないか。

2. 患者の意思決定及び意思の表明についての支援(論点④)

論点④

- 「意思表示支援」(仮称)の制度化に向けて、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)
- 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)
- 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)

検討の方向性

- 「意思表示支援者」(仮称)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。
 - ・ 「意思表示支援」(仮称)については、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、「意思表示支援者」(仮称)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。
 - ・ 「意思表示支援者」(仮称)等、協議の場の参加者に対する守秘義務を設けてはどうか。

3. 医療保護入院

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)

- 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)
- 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)



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、その縮小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・縮小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

3. 医療保護入院(論点②-1)

論点②-1

- 医療保護入院制度の廃止・縮小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)
- 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)
- 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)



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、その時々々の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。

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自治体を実施)(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)。

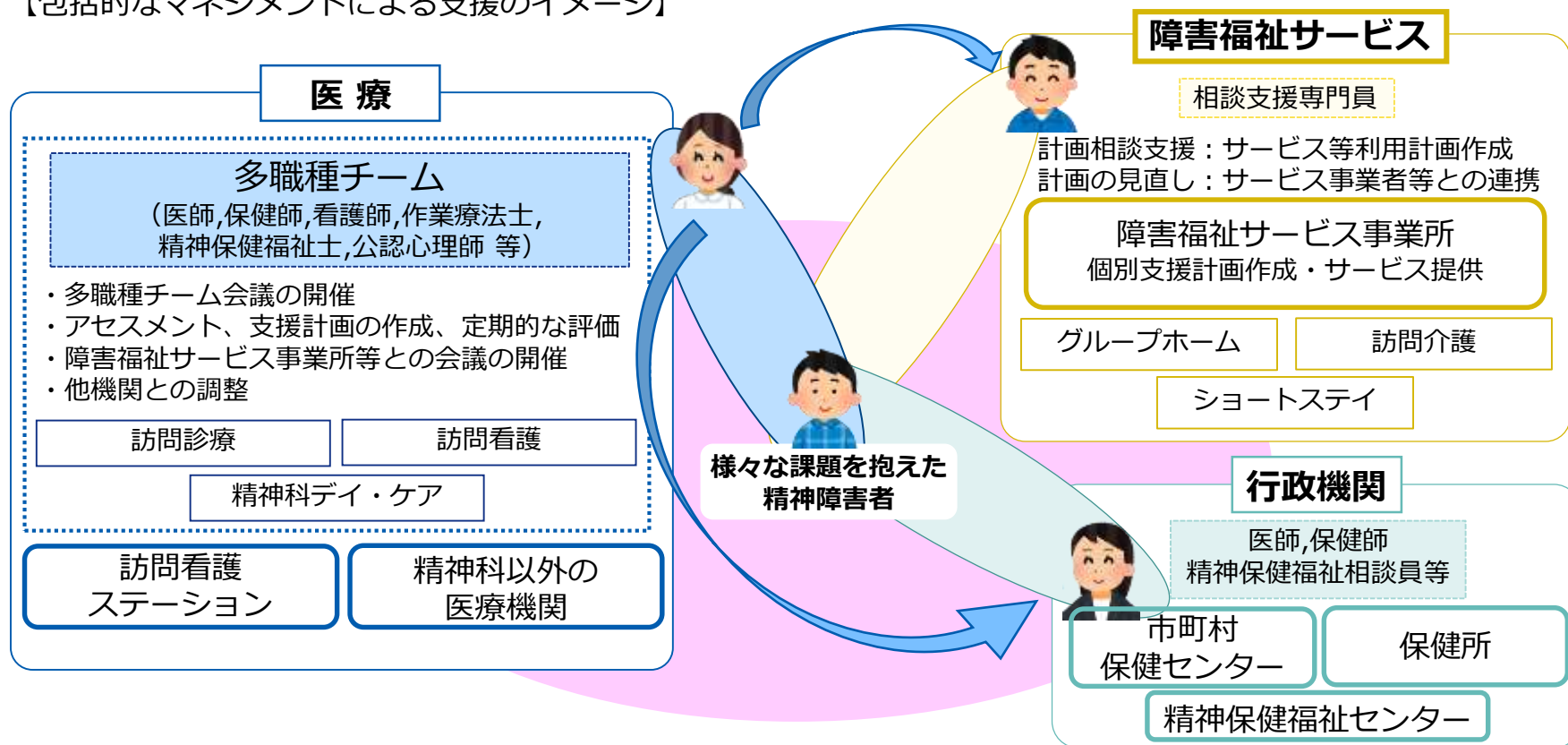
(5) 市町村、保健所、精神保健福祉センターにおける相談支援体制

⇒ これまでの議論を踏まえた具体の方策を整理

包括的なマネジメントによる支援

- これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月）において、地域生活支援には精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整（包括的なマネジメントによる支援）が重要とされている。
- 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており（Cochrane review）、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業

多職種・多機関連携を図り、地域での医療支援連携体制整備及び住宅確保支援連携体制整備を試行的に実施することにより、精神障害者が生活を送る上で必要となる支援内容等の明確化を図るための事業

多職種・多機関による地域連携体制の整備

医療支援連携体制の整備

住宅確保支援体制の整備



精神科
医療機関

医療機関

訪問看護
ステーション

障害福祉
サービス事業所



連携支援
コーディネーター(医療)
(仮称)

必要な時に必要な医療を
提供できる体制を整備する



連携支援
コーディネーター(福祉)
(仮称)

グループホームを活用し、
住宅への入居を支援する



GH



住宅

住宅セーフティネット住宅等における精神
障害者の入居を拒まない専用住宅
(家賃低廉化補助等)等への入居



地域の一員として
自分らしい暮らしの実現



相談支援
専門員

相談支援
事業所



ピアサポーター



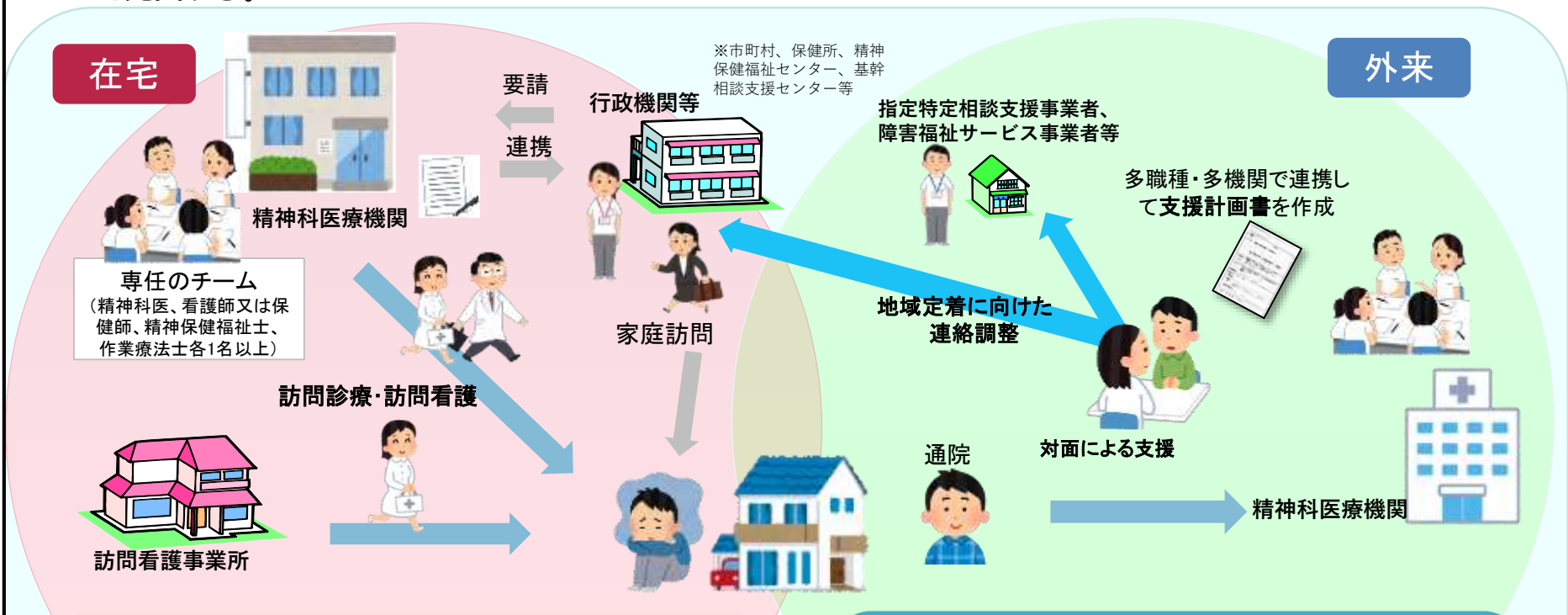
緊急時の受け入れ・対応

- ・短期間の利用が可能な地域資源
- ・地域生活支援拠点等

「包括的支援マネジメント」の推進に関する診療報酬上の評価 (令和4年度診療報酬改定)

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、地域での生活を継続する支援体制の構築を推進する観点から、精神科外来における多職種による精神疾患を有する者の地域定着に向けた支援の評価を新設するとともに、在宅において、ひきこもり状態にある者等の継続的な精神医療の提供を必要とする者に対する訪問支援を充実する。



精神科在宅支援管理料1・2の口(対象者追加)

ひきこもり状態又は精神科未受診、受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他職員による家庭訪問の対象者を対象に追加。

(新)療養生活継続支援加算

通院・在宅精神療法1を算定する患者において、精神科外来に通院する重点的な支援を要する者(※)に対し、専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、関係機関との連絡調整を行った場合の評価を新設。

※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける 精神科救急医療体制整備

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制は、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要。

精神科救急医療の提供に係る機能分化

平時の対応・受診前相談

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実
 - ▶ 保健所や保健センターからの訪問等、精神科医療機関と保健所等の協力体制、相談体制の構築、障害福祉サービス等の活用
- 精神医療相談窓口の設置、充実
- 精神科救急情報センターの設置、充実

入院外医療の提供

- かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応
- 相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能
- 診療を行った上で、入院の要否に関する判断を実施

入院医療の提供

- 平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、原則、対応要請を断らない
- 措置入院、緊急措置入院への対応が可能
- 身体合併症（新型コロナウイルス感染症を含む）への対応が可能
- ※ 地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も想定

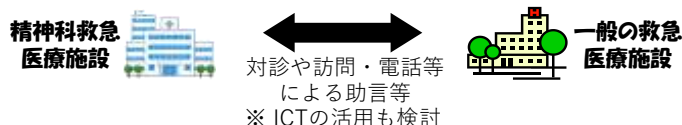
【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【国】精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示

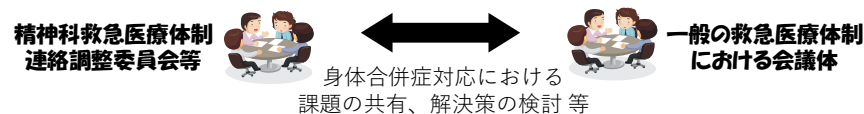
身体合併症対応の充実

- 身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図る。

精神科救急医療の提供現場における連携の促進



互いの救急医療体制の検討の場への参画



当事者、家族の参画

- 誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画する。

心のサポーター養成事業

- 世界精神保健調査では、我が国の精神障害へ罹患する生涯有病率が22.9%であり、精神疾患は誰でも罹患しうることが報告されている。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」においても、地域住民への普及啓発を進めるにあたり、メンタルヘルス・ファーストエイドへの賛同が既に得られている。※メンタルヘルス・ファーストエイドとは、地域の中で、メンタルヘルスの問題をかかえる人に対し、住民による支援や専門家への相談につなげる取り組み。
- 今般、新型コロナウイルス感染症に係る心のケアの充実が求められている中、平時からの心の健康への対策や普及啓発は急務である。

※メンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA) の実践体制

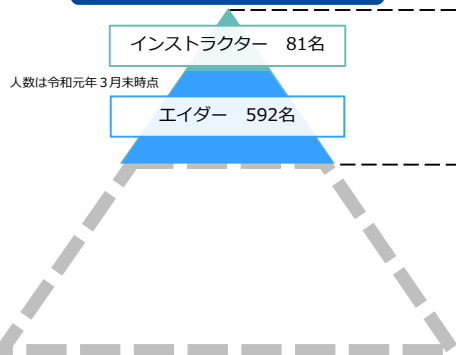
◆インストラクター

2日間の指導者研修を受講
(研修のコツと実際・模擬研修・評価とフィードバック)

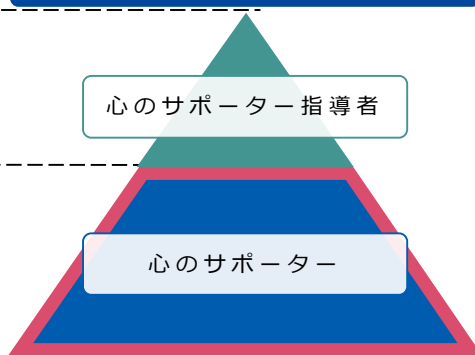
◆エイダー

2日間のMHFA実施者研修を受講
(MHFAの基本理念・うつ病・不安障害・精神病・依存症等への対応)

MHFAの実践体制



心のサポーター養成の仕組み

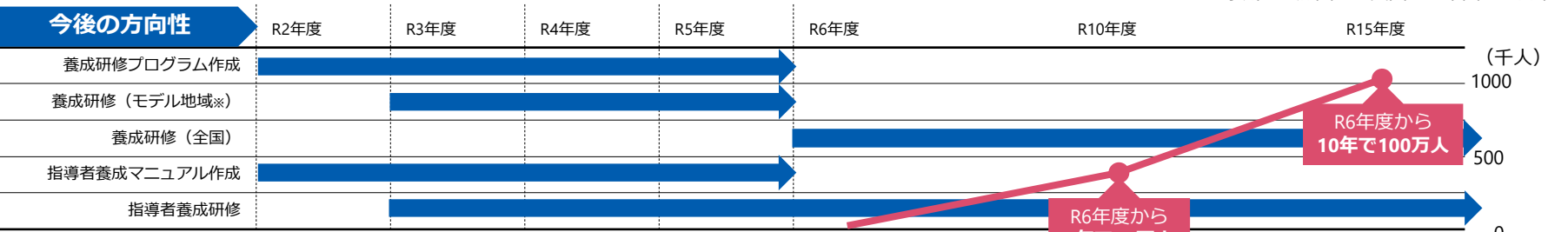
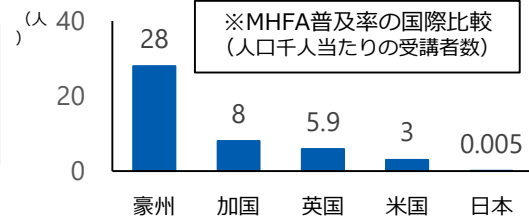


※心のサポーターの養成体制

- ◎心のサポーター指導者
 - ・MHFAのインストラクター及びエイダーであること
 - ・2時間の指導者研修を受講
- ◎心のサポーター
 - ・2時間の実施者研修を受講

心のサポーターとは

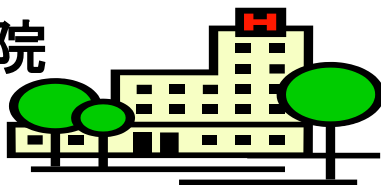
「メンタルヘルスやうつ病や不安など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援者」（小学生からお年寄りまでが対象）
⇒ MHFAの考え方に基づいた、**2時間程度で実施可能な双方向的研修プログラムを使用**（座学+実習）



子どもの心の診療ネットワーク事業

「母子保健医療対策総合支援事業」のメニューとして実施

都道府県等拠点病院

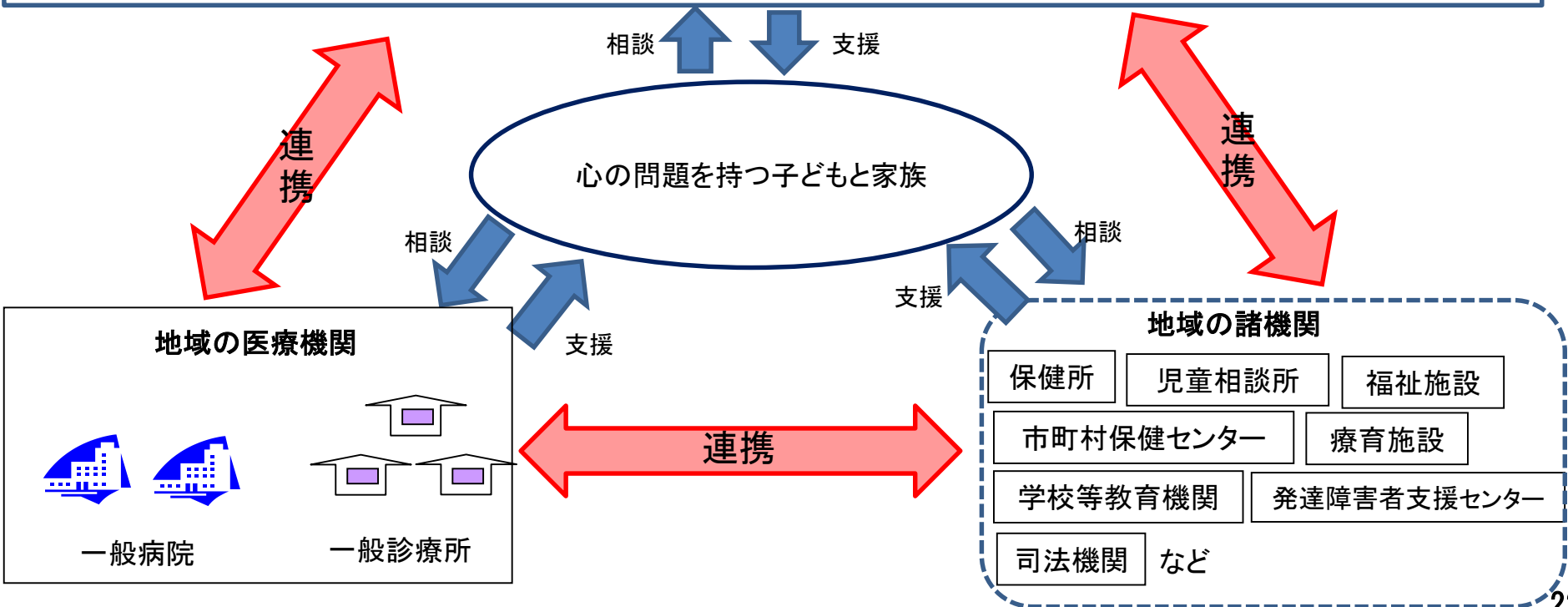


※令和2年度の実施都道府県等 21自治体
岩手県、千葉県、東京都、石川県、山梨県、長野県、
静岡県、三重県、大阪府、兵庫県、鳥取県、島根県、
岡山県、香川県、高知県、福岡県、佐賀県、熊本県、
大分県、沖縄県、札幌市

- 様々な子どもの心の問題、被虐待児や発達障害の症例に対する医学的支援(関係機関への専門家の派遣)
- 医師、関係専門職の実地研修等、子どもの心の診療に専門的に携わる医師及び関係専門職の育成
- 医療機関職員、保健福祉機関職員に対する講習会
- 子どもの心の診療等に関する普及啓発・情報提供

※平成23年度から実施(平成20~22年度はモデル事業として(子どもの心の診療拠点病院機構推進事業)を実施)

予算額:令和3年度予算額 1.2億円 実施主体:都道府県・指定都市 補助率:国1/2・都道府県等1/2
令和3年度基準額:1都道府県市1,458千円(月額)



思春期精神保健研修

概要

- 児童・思春期においては、20歳未満の精神疾患患者数が増加傾向にあるのに対し、児童・思春期に関する精神疾患を専門的な見地から診療することができる医療従事者が不足している状況にあるため、児童・思春期に係る精神医療の体制を早急に確保する必要がある。
- これらの問題に適切な対応が出来るよう精神医療及び精神保健福祉業務に従事している者に対し、専門的な養成研修を実施することが必要となっている。

研修内容

- ・児童・思春期精神保健の網羅的な系統講義、グループディスカッション等の実践的研修
- ・「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」についての全般的研修

対象

医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師、社会福祉士、児童指導員等

論点②-2

- 医療保護入院制度の廃止・縮小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

(入院期間の法定化・明確化)

- 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く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)
- 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)

(退院促進措置の実態を踏まえた拡充策)

- 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)

(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)



検討の方向性

(1) 入院期間の法定化・明確化

- 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ヵ月ごと(入院から6ヶ月経過までの間は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)

クリニカルパス(院内標準診療計画書)

別紙様式37

総合支援課、総合失読型障害及び変態性障害用 院内標準診療計画書

患者氏名	種別(本)		年 月 日(生)		身体情報 取扱票
	種別	種別	年	月	
担当 サイン	看護課		作業療法士		その他の 担当者
主治	精神科看護士	作業療法士			
目標	入院時期				
	入院日	入院日	入院日	入院日	入院日
<input type="checkbox"/> 身体情報の確認 <input type="checkbox"/> 情緒状態との関係 <input type="checkbox"/> 入院出席・行動制限の意思(本人) <input type="checkbox"/> 治療状況の意思と対応 <input type="checkbox"/> 身体症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価(※5)	<input type="checkbox"/> 身体情報の確認 <input type="checkbox"/> 情緒状態との関係 <input type="checkbox"/> 入院出席・行動制限の意思(本人) <input type="checkbox"/> 治療状況の意思と対応 <input type="checkbox"/> 身体症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価(※5)	<input type="checkbox"/> 生活活動 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 入浴後の身体について(※6)で確認する場合(※)	<input type="checkbox"/> 生活活動 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 入浴後の身体について(※6)で確認する場合(※)	<input type="checkbox"/> 生活活動 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 入浴後の身体について(※6)で確認する場合(※)	<input type="checkbox"/> 生活活動 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 入浴後の身体について(※6)で確認する場合(※)
<input type="checkbox"/> 本人、家族等より不安や苦痛を訴え、その評価 <input type="checkbox"/> 日常生活への関与(※7) <input type="checkbox"/> 社会資源(※8) <input type="checkbox"/> 家族支援(※9) <input type="checkbox"/> 高次機能	<input type="checkbox"/> 本人、家族等より不安や苦痛を訴え、その評価 <input type="checkbox"/> 日常生活への関与(※7) <input type="checkbox"/> 社会資源(※8) <input type="checkbox"/> 家族支援(※9) <input type="checkbox"/> 高次機能	<input type="checkbox"/> 社会資源 <input type="checkbox"/> フラットアウトプット <input type="checkbox"/> 社会資源(※8)	<input type="checkbox"/> 社会資源 <input type="checkbox"/> フラットアウトプット <input type="checkbox"/> 社会資源(※8)	<input type="checkbox"/> 社会資源 <input type="checkbox"/> フラットアウトプット <input type="checkbox"/> 社会資源(※8)	<input type="checkbox"/> 社会資源 <input type="checkbox"/> フラットアウトプット <input type="checkbox"/> 社会資源(※8)
<input type="checkbox"/> 入院患者・高次から(※10)で確認 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 認知機能の評価(※11)	<input type="checkbox"/> 入院患者・高次から(※10)で確認 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 認知機能の評価(※11)	<input type="checkbox"/> 臨床面接 <input type="checkbox"/> カラフルロマンシ(IP)シーム <input type="checkbox"/> 同い、処方量の確認、処方量の確認、処方量の確認(※8)	<input type="checkbox"/> 臨床面接 <input type="checkbox"/> カラフルロマンシ(IP)シーム <input type="checkbox"/> 同い、処方量の確認、処方量の確認、処方量の確認(※8)	<input type="checkbox"/> 臨床面接 <input type="checkbox"/> カラフルロマンシ(IP)シーム <input type="checkbox"/> 同い、処方量の確認、処方量の確認、処方量の確認(※8)	<input type="checkbox"/> 臨床面接 <input type="checkbox"/> カラフルロマンシ(IP)シーム <input type="checkbox"/> 同い、処方量の確認、処方量の確認、処方量の確認(※8)
<input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12) <input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12)	<input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12) <input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12)	<input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12) <input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12)	<input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12) <input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12)	<input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12) <input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12)	<input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12) <input type="checkbox"/> 作業療法士等(※12)
<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等
<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等	<input type="checkbox"/> 医師、看護師、心理士、作業療法士等

※1 医師、看護師、心理士、作業療法士等による
 ※2 作業療法士等、作業療法士等による
 ※3 医師、看護師、心理士、作業療法士等による
 ※4 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※5 医師、看護師、心理士、作業療法士等による
 ※6 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※7 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※8 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※9 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※10 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※11 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※12 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※13 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※14 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※15 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※16 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※17 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※18 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※19 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※20 生活自立支援センターは、食事、排泄、浴洗、服装、身体ケア、精神ケア、対人関係等の項目をチェックするもの

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・市長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。

(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)してはどうか。
- 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を検討できないか。
 - ※ 現行通知では、「医療保護入院者が退院する場合において、引き続き任意入院により当該病院に入院するときには、当該医療保護入院者が地域生活へ移行するまでは、継続して退院促進のための取組を行うことが望ましい」とされている。
- 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が必要ではないか。

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。

論点②-3

- 医療保護入院制度の廃止・縮小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)



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してはどうか。
- ※ 措置入院についても同様の対応を検討してはどうか。

(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と。
- ※ 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、入院から4週間に限り告知の延期が可能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。

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とは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)
- 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。そうすると論点は、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)
- 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おうというのは、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。医療機関を追認する形で手続が行われているのではないか。(第5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、おっしゃいますと言え、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と。(第5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"> ・ 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勘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。

○ 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小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。

市町村同意事務処理要領

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について
(昭和63年健医発第743号厚生省保健医療局長通知))

市町村長同意事務処理要領

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第33条第3項に基づき医療保護入院に必要な同意を市町村長が行う場合の事務処理については、以下の要領によること。

1 入院時に市町村長の同意の対象となる者

次のすべての要件を満たす者

- (1) 精神保健指定医(以下「指定医」という。)の診察の結果、精神障害者であつて、入院の必要があると認められること。
- (2) 措置入院の要件に該当しないこと(措置入院の要件にあてはまるときには、措置入院とすること。)
- (3) 入院について本人の同意が得られないこと(本人の同意がある場合には任意入院となること。)
- (4) 病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもいないか、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こと(これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。)

注

- (1) 応急入院で入院した者については、七十二時間を超えても家族等のうちいずれかの者が判明しない場合で、引き続き入院が必要な場合には、市町村長の同意が必要であること。
- (2) 家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときで、法第二九条に基づく措置入院を行うべき病状にある場合は、法第二二条に基づく申請を行うこと。

2 入院の同意を行う市町村長

- (1) 本人の居住地を所管する市町村長とすること。
居住地とは、本人の生活の本拠が置かれている場所とすること。生活の本拠が置かれている場所が明らかでない場合においては、住民票に記載されている住所とすること。
- (2) 居住地が不明な者については、その者の現在地を所管する市町村長とすること。
現在地とは、保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等をいうこと。
- (3) 市町村長が同意を行うに当たっては、あらかじめ、決裁権を市町村の職員に委任することができること。

市町村同意事務処理要領

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について
(昭和63年健医発第743号厚生省保健医療局長通知))

3 病院からの連絡

病院は、入院する患者について、居住地、家族等のうちいずれかの者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、速やかに市町村長の同意の依頼を行うこと。

なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

- ア 患者の氏名、生年月日、性別
- イ 患者の居住地又は現在地
- ウ 患者の本籍地
- エ 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- オ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- カ 患者を診察した指定医の氏名
- キ その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後に速やかに同意依頼書（様式1）を市町村長にあて送付すること。

4 市町村において行われる手続き

- (1) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票（様式2）に記載して明らかにしておくこと。

- ア 患者が入院する病院の名称・所在地
- イ 患者の氏名、性別、生年月日
- ウ 患者の居住地又は現在地
- エ 患者の本籍地
- オ 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- カ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- キ 患者を診察した指定医の氏名
- ク 聴取した日

市町村同意事務処理要領

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について
(昭和63年健医発第743号厚生省保健医療局長通知))

- (2) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のような手続きをとること。
 - ア 患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその確認を行うこと。(注) 確認できない場合には、居住地が不明な者として2(2)のケースとして扱うこと。
 - イ 病院が把握していない家族等の存在を把握し、連絡がとれる場合には、その同意の意思の有無を確認すること。
- (3) (2)の手続きをとり、患者が市町村長の入院の同意の対象者であることを確認のうえ、市町村の担当者は速やかに同意の手続きを進めること。
- (4) 市町村長の同意が行われた場合は、速やかにその旨を病院に連絡すること。このため、口頭で病院に連絡することが可能であるが、口頭で連絡した場合においても、その後速やかに同意書(様式3)を作成して病院に交付すること。この場合、同意書の日付は口頭で連絡を行った日とすること。
- (5) 休日夜間等において市町村長の入院の同意の依頼を受けた場合においても、速やかに同意が行われるようにすること。

このため、休日夜間等においても迅速に対応できる体制を整えておくとともに、休日夜間等の緊急の場合の連絡方法については近くの病院にあらかじめ連絡しておくこと。

なお、聴取票の作成及び前記(2)の手続きをとることができなかった場合においては、その後速やかに手続きをとること。

五 同意後の事務

(1) 入院中の面会等

入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が保護者になっていること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。

なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握等に努めること。

(注) 本人が遠隔地の病院に入院した場合には、市町村間で連絡を取ってその状態動向等の把握に努めること。

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)



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てはどうか。

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思うと同時に、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)

(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する点について、こうした精神医療審査会の現状も考慮し、どのように考えるか。
※ 「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。

(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)。

表 21 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

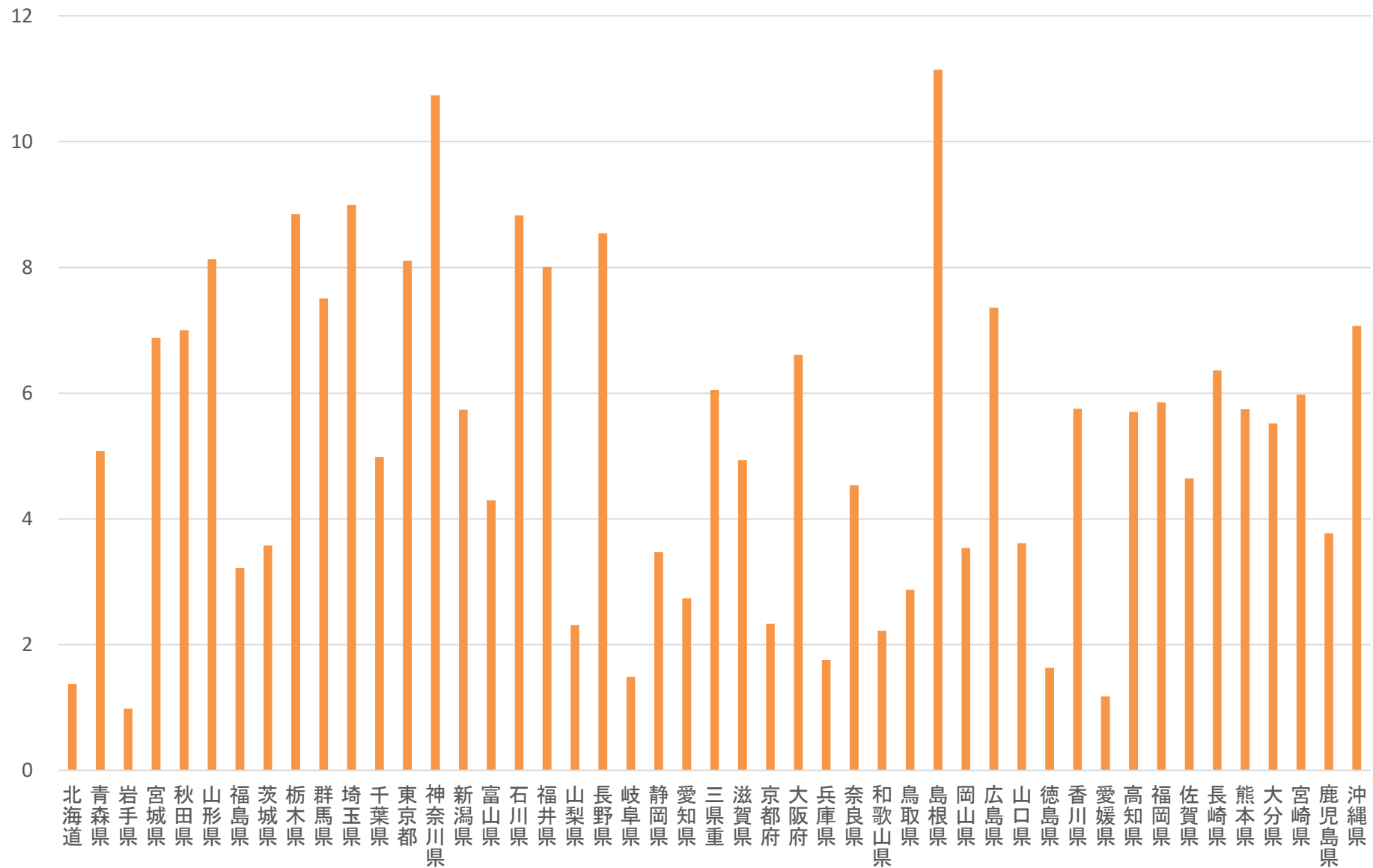
大項目	中項目	小項目
ハード面での工夫	ハード面での工夫	<p>退院請求・処遇改善請求専用の電話を設置している</p> <p>時間外は留守電の設定をして、内容が聞き取れれば折り返し架電</p> <p>各病院に人權擁護の相談機関、退院等請求機関の電話番号が掲示されているかを確認</p> <p>退院請求に係る請求書を市内精神科医療機関に常時配架している</p> <p>時間外は留守番電話で対応できるようにしている</p> <p>教年間請求が上がっていない病院を注視している</p> <p>課題がある病院からの請求案件については、診療録等の提出命令が可能なることを審査委員に改めて伝えている</p>
		<p>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</p> <p>日本語の会話や読み書きが困難な入院者による請求への対応方法などを検討中</p> <p>切手が買えない人の場合請求を取りに行く、電話をかけられない人には病院まで聞きに行く</p> <p>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をしている</p> <p>入院患者の訴えについて、病院にも確認を取り、患者への説明(面談)を依頼している、その結果も確認し、合議体に報告している</p> <p>書類審査にあたっては、事務局が事前に記載漏れなどを医療機関に問い合わせ、その回答内容を補記して委員による審査を実施している</p>
審査前の工夫	個別対応・アウトリーチ	<p>退院請求の審査結果を早く通知できるように審査委員と協力して対応</p> <p>任意入院者から退院請求の入電があった際は病院に報告し、その後の処遇を確認している。</p> <p>電話にて相談のあったケース、審査終了したケースはその後の経過を追っている</p> <p>請求件数が多いが、請求があった場合は迅速に意見聴取を調整し国が定める1ヶ月以内に処理をしている</p>
	記載漏れ等の補記	<p>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</p> <p>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</p> <p>意見陳述の機会等、請求者の権利について口頭だけではなく文書でも伝えていく</p> <p>請求書に記載されていない請求内容についても聞き取りを行い審査に付している</p> <p>処遇改善請求の範囲を拡大して、あらゆる請求を受理している</p> <p>退院等請求とは別に「請求に係る意見調査」の提出を持って、追加の意見を述べる機会を設けている</p>
審査以外での工夫	審査後のフォロー	<p>退院、処遇改善請求以外の相談は病院のPSWIに連絡し対応するように伝えている</p> <p>虐待の疑いがある事案の対応は、国からの事務連絡に基づいて対応している</p>
	積極的に関わる	<p>請求内容以外への対応</p> <p>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</p>

※小項目は、元データの該当箇所の抜粋(記述が最文となる場合は一部内容を要約)を示している

表 22 精神医療審査会の運営の課題

大項目	中項目	小項目
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
		退院等請求にかかる意見聴取に対応する委員の一人当たりの対応件数に偏りがある(県土の広さの課題)
		審査件数が急増しており委員の負担も増えた
		意見聴取できる委員に限られる場合があり、特定の委員に負担がかかり日程調整に時間を要する
		退院請求にかかる委員の確保や日程調整に時間を要し、審査事例に遅れが生じることがある
		長年委員を務める者もあり、新たに委嘱できる人材を見つけることが難しい
		委員が少ないため、1合議体の依頼できる意見聴取には限りがある
		審査委員の担い手の確保
		委員を引き受けてくれる方が少ない
権利擁護機能の限界	医療委員不足 医療委員以外の不足 予備委員がいらない 非常時に対応できない 判断基準のパラツキ	医療委員が少ないので、退院請求に困っている
		医師不足による後任委員の選任難が生じている
		書類審査の際、回し読みをしているが、医療委員以外の負担が多い
		医療委員以外の委員数が少ないため、急な欠席等で審査会が開催できない場合がある
		意見聴取が複数件重なる月があり、予備委員の必要性を感じる
		突発的に委員が交代となった場合、次の委員を委嘱するまでに時間がかかる
		災害発生時や感染症蔓延時の緊急、非常時の対応が未確定
		突発的な欠席者の発生時の対応
		着眼点や判断基準に、合議体間でバラツキがある
		合議体によって判断が変わらないよう定期的な確認・統一・権の担保が必要
専務局体制の脆弱さ	如過改善の範囲に限界 不服時の対応に限界 第三者機関として機能できない 審査期間の長期化	各合議体での審査内容のパラツキ
		書類審査の作成マニュアルはあるが、審査マニュアルがないため、各合議体により審査基準が異なっている
		返戻案件の基準統一が難しい
		如過改善請求で取組処遇の範囲について
		如過改善の範囲をどこまでにするべきか
		100%に近い割合で入院妥当となる。退院等請求をした方にとってダメだったという結果だけが残らないように、少しでも次に繋がるプラスになる動きかけができないかと感じている。
		審査結果に不服がある場合に、再請求以外の救済方法が必要と思う
		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
		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
その他	専務局の体制 専務局の体制 専務局の体制 その他	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
		意見聴取の日程調整に難航することが多く、結果通知までに時間がかかる
		退院請求の審査において医療委員の日程調整が難しく受理から通知までに1ヶ月以上を要している
		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
		委員の日程調整のため、受理から結果送付までに1ヶ月以内に行えないケースがある
		主治医以外が意見聴取に対応しないため結果通知まで4ヶ月程度かかることがある
		請求から結果通知まで1ヶ月を超過しており、その短縮に苦慮している
		1合議体に依頼できる意見聴取には限りがあるため、請求受理から結果が出るまで長期の日数を要している
		委員と病院の日程調整に時間を要し、受理・結果通知までの期間が長くなる
		退院請求等の件数が増加傾向にあり、専務局の専務負担が大きくなっている
その他	専務局の体制 専務局の体制 専務局の体制 その他	合議体開権が業務時間外であること
		審査件数の増加に伴い、専務局の負担増
		専務局のマンパワーは十分と言えない中、煩雑な審査会事務にあたっていていること
		専務局職員任用資格として精神保健福祉士を必須とすべき
		日本語でのコミュニケーションが困難な方や配通を要する方からの請求があった際の対応について課題
		定期病状報告書の事前審査は医療委員が実施しているが、「退院に向けた取り組み状況」などについて保健福祉委員(PSW)が全件審査すべきとの意見が示されている
		委員からのWEB会議希望に対応できない
		新型コロナウイルス流行下での合議体や意見聴取の実施方法
		※小項目は、元データの該当箇所の抜粋(記述が長文となる場合は一部内容を要約)を示している

措置入院患者数(人口10万対)



資料:「衛生行政報告例(令和2年度)」及び「住民基本台帳(令和3年1月1日時点)」より作成

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

措置入院の運用に関するガイドライン（平成30年3月）

- ① 被通報者の主治医等担当医の見解から明らかに措置診察不要と判断できる場合
 - ② 被通報者に精神障害があると疑う根拠となる被通報者の具体的言動(※)がない場合
 - ③ 被通報者に措置要件に相当する自傷他害のおそれがあると疑う根拠となる被通報者の具体的言動(※)がない場合
- (※) ②及び③の「被通報者の具体的言動」には、警察官が通報に際して把握した被通報者の具体的言動を含む。
- ④ 被通報者の所在が不明又は通報を受理した都道府県等に所在していない場合

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。(第5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

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。 ・ 現在のガイドラインの規定ぶり。

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何よりも重要である。
- 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。

これまでのご意見

(※)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)

(基本的な認識)

- 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。この問題をこ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)
- 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)

これまでのご意見(続き)

(処遇基準告示の見直し)

- 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)
- 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)
- 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)



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、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 「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、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」とし、身体的拘束の対象の限定・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(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等を活用し、指定医に直接に訴えていく。
- ④ ③と同様、行動制限の最小化を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「知らせるよう努める」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。
- 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。

隔離

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離は、患者の症状から見て、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってもその要否の判断は医師によって行わなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖環境の部屋に入室することもあり得るが、この場合には隔離にはあたらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

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

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

隔離

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

3 遵守事項

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

身体的拘束

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(昭和六十三年厚生省告示第百三十号))

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

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

2 対象となる患者に関する事項

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

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

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

3 遵守事項

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

身体的拘束等の適正化の推進

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

各種の施設系サービス、居住系サービス

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

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

【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

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

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

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

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

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第11条 第4項

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

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

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

1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

※適正な手続き

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

身体拘束等の適正化の推進

参考17（障害分野の取組）

- 身体拘束等の適正化の更なる推進のため、運営基準において施設・事業所が取り組むべき事項を追加するとともに、減算要件の追加を行う。
 - ※療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設
- 訪問系サービスについても、知的障害者や精神障害者も対象としており、身体拘束が行われることも想定されるため、運営基準に「身体拘束等の禁止」の規定を設けるとともに、「身体拘束廃止未実施減算」を創設する。
 - ※居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

運営基準

以下、②から④の規定を追加する（訪問系以外のサービスについては、①は既に規定済）。訪問系サービスについては、①から④を追加する。

②から④の規定は、令和3年4月から努力義務化し、令和4年4月から義務化する。なお、訪問系サービスにおいて追加する①については、令和3年4月から義務化する。

- ① 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。
- ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施すること。

※ 虐待防止の取組で身体拘束等の適正化について取り扱う場合には、身体拘束等の適正化に取り組んでいるものとみなす。

減算の取扱い

運営基準の①から④を満たしていない場合に、基本報酬を減算する。（身体拘束廃止未実施減算5単位/日）

ただし、②から④については、令和5年4月から適用する。

なお、訪問系サービスについては、①から④の全てを令和5年4月からの適用とする。

5. 隔離・身体的拘束の最小化に係る取組(論点②)

論点②

- 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)
- 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

- いわゆる精神科特例は、人員配置の最低基準を定めるにすぎず、診療報酬上、急性期の精神病床については、一般病床と同程度の医師・看護師の配置を求め、早期に退院できるよう促しているところ。「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。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。

身体的拘束に関する裁判所の決定（令和3年10月最高裁決定）

事案の概要

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

裁判所（控訴審）の判断の要旨（身体的拘束の非代替性に関する部分）

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

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

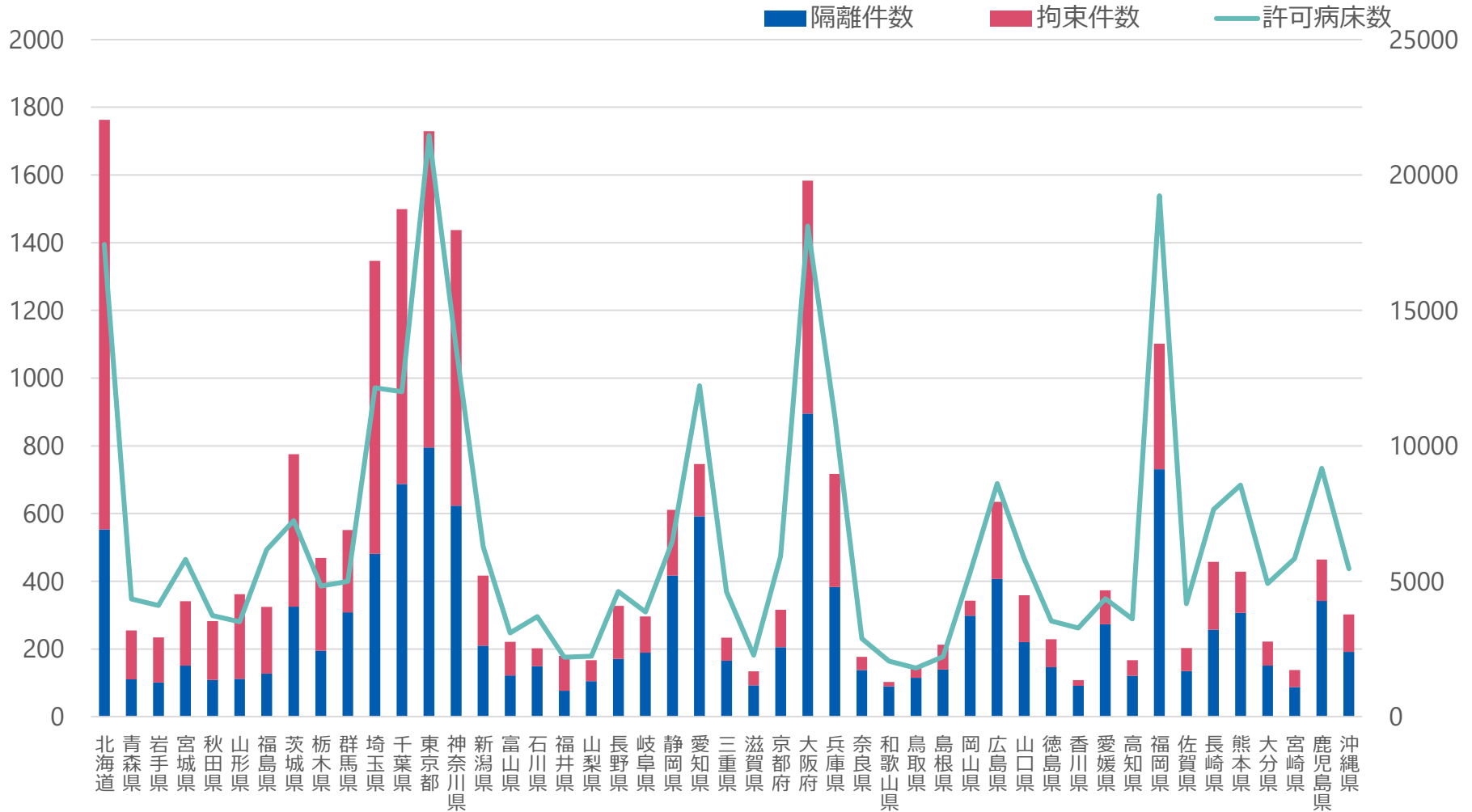
(都道府県間の比較)

- 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)。
- この点、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が重要であるが、地域全体でそうした取組を進めないと、やむを得ず隔離・身体的拘束が必要な状態にある患者がかえって必要な入院医療を受けられなくなる懸念が生じる。
- 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(67ページ)、
 - ・ 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)。

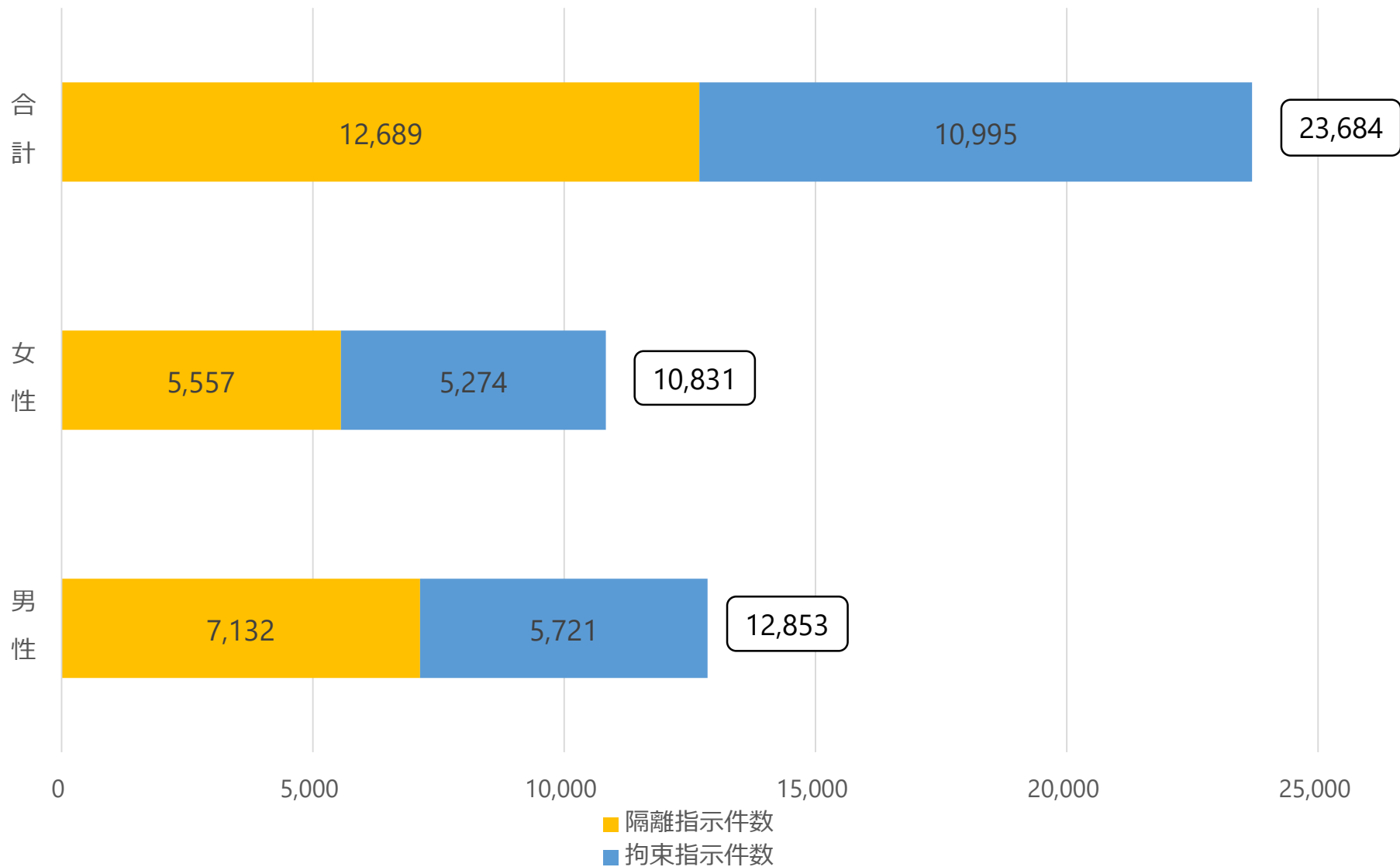
隔離・身体的拘束指示件数（都道府県別）



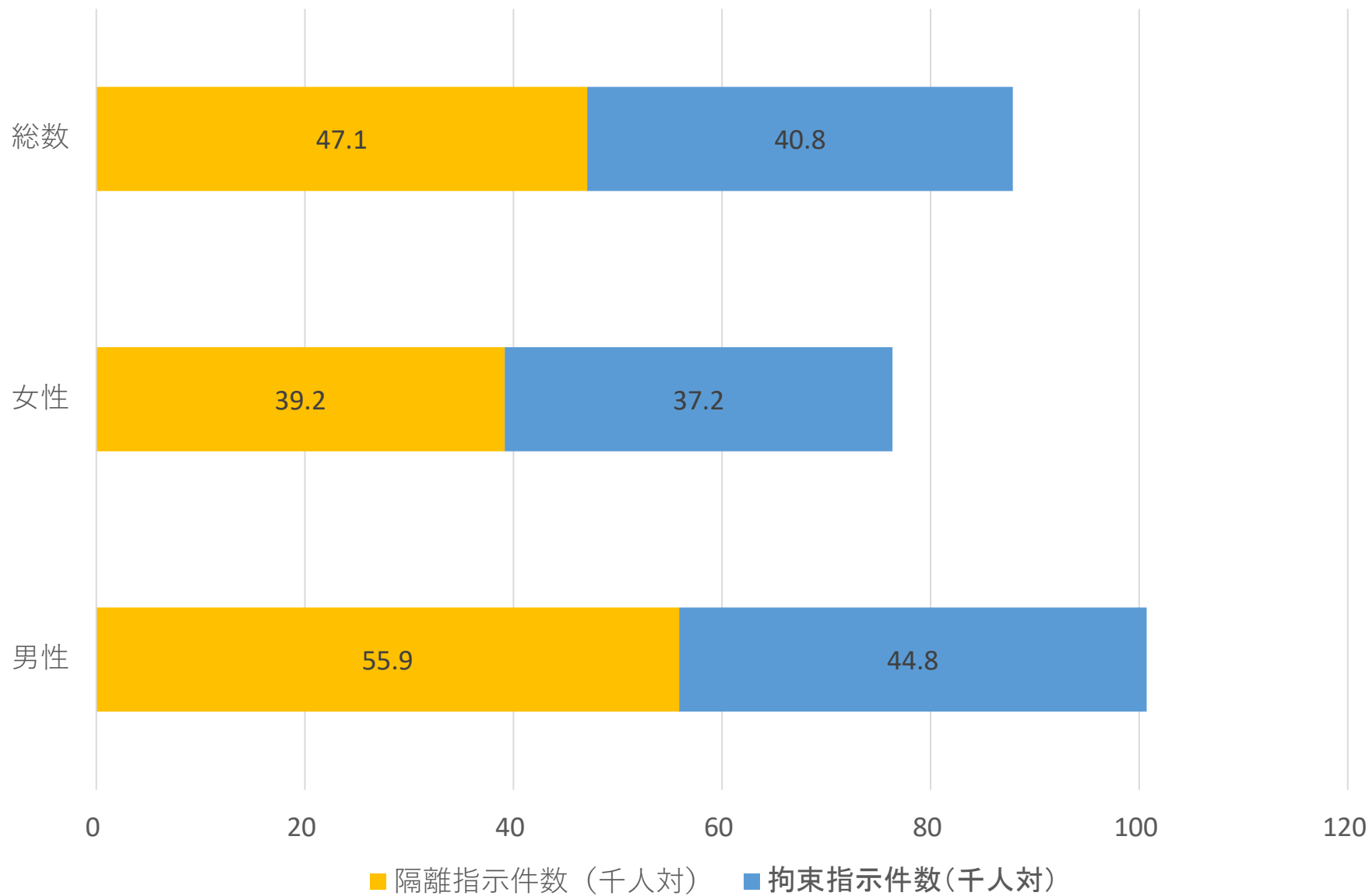
出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）

隔離・身体的拘束指示件数（性別）

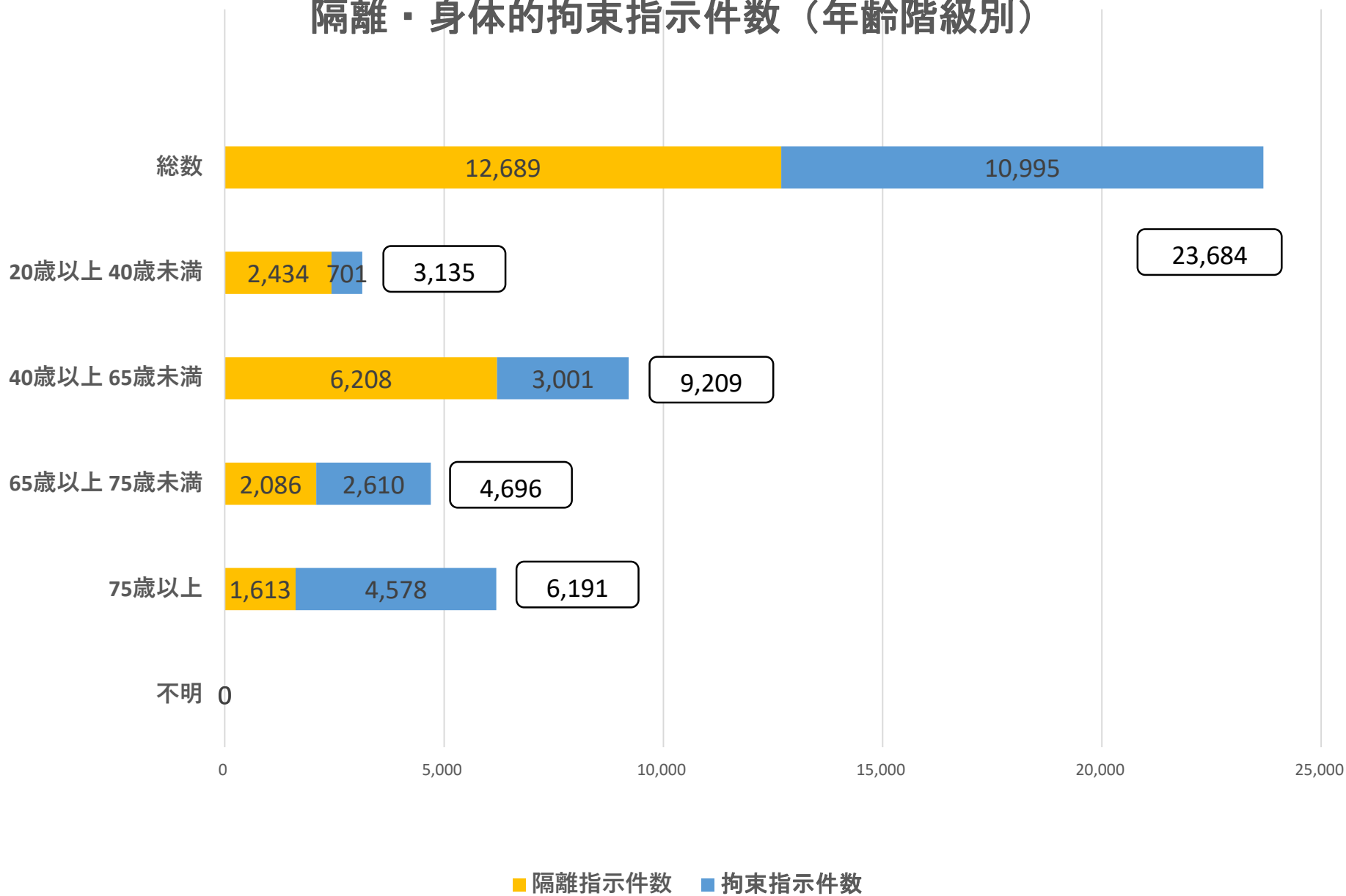
参考20



隔離・身体的拘束指示件数（性別・在院患者千人対）

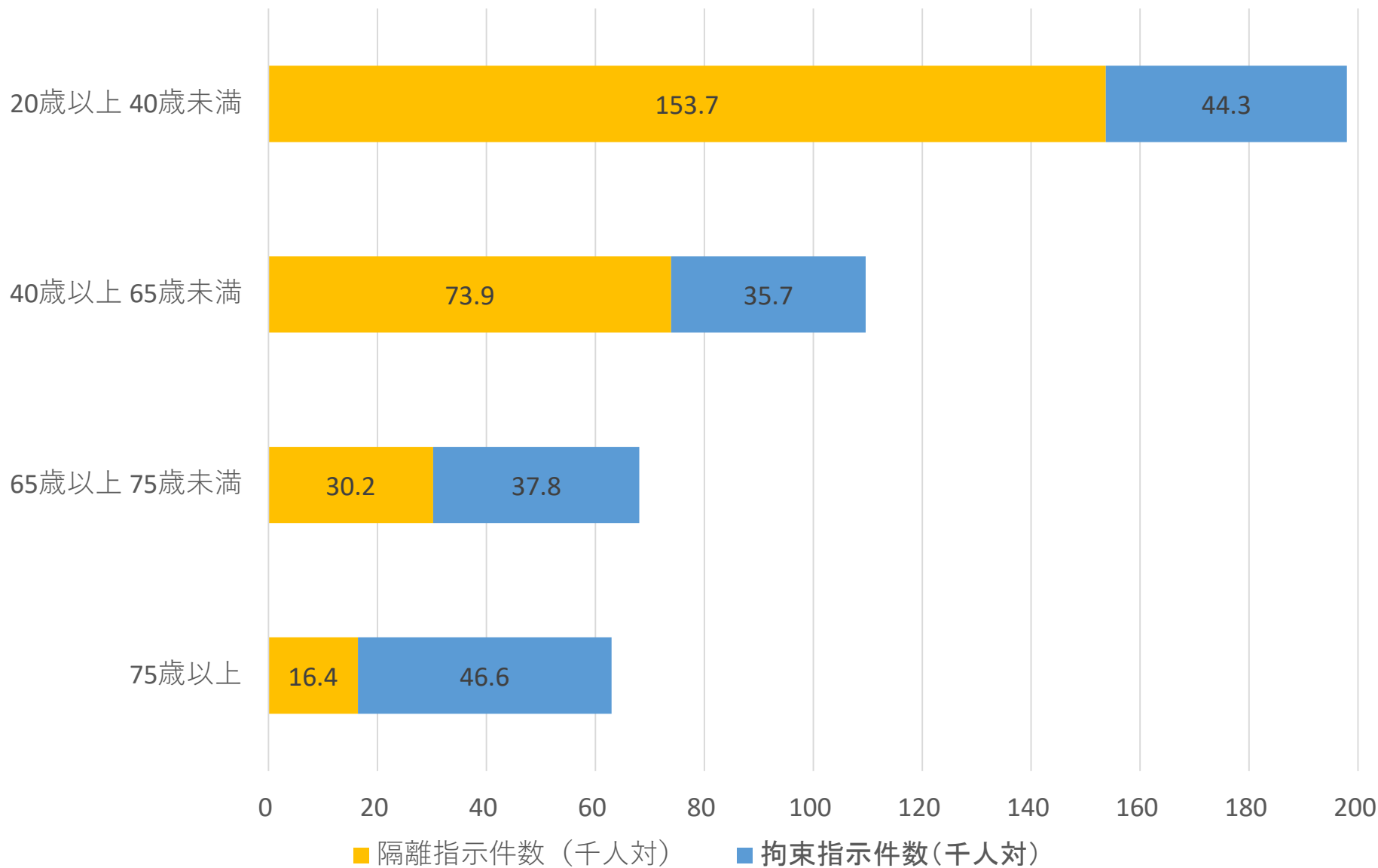


隔離・身体的拘束指示件数（年齢階級別）



出典：精神保健福祉資料（令和2年6月30日時点）

隔離・身体的拘束指示件数（年齢階級別・在院患者千人対）



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)

- 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、今年度より障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修が義務化。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)
- (虐待防止委員会の開催等)**
- 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。(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

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

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

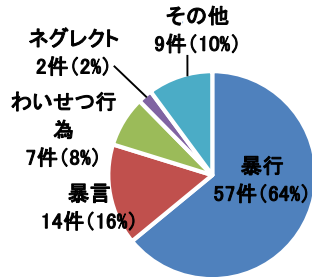
事案報告概況

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

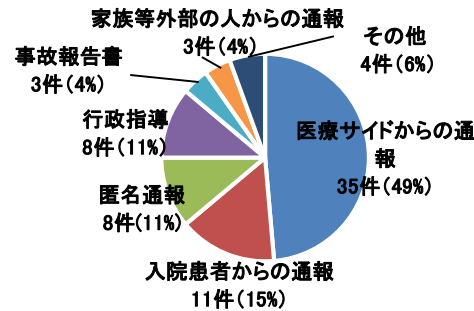
〈把握件数〉72件(平成27年度～令和元年度の累計)

※以下、重複回答あり

〈事案種別〉



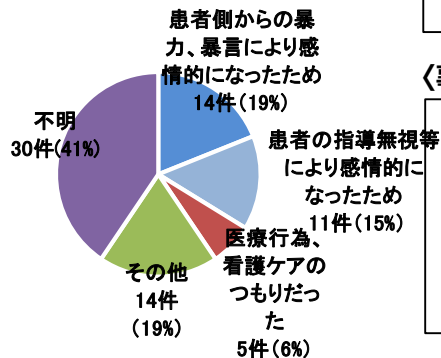
〈事案把握の契機〉



〈事案に対する医療機関の改善措置内容〉

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

〈動機・原因〉



〈事案に対する自治体の対応〉

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

各医療機関の取組状況

〈発生防止〉

●研修・勉強会

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

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

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

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

●各種委員会・会議の設置・開催

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

●マニュアル作成

- ・虐待防止、発生時対応のマニュアル作成

〈早期発見〉

●聞き取り・アンケート調査

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

●院内チェック体制の整備

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

精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応について

○精神科医療機関における虐待が疑われる事案に対する対応について（抄）

（令和2年7月1日付精神・障害保健課事務連絡）

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

「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について

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

3 実地指導等の実施方法について

(2) 実地指導の方法について

ア 実地指導は、原則として都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局職員及び保健所の精神保健福祉担当職員とともに、精神保健指定医を同行させ実施することとし、病院間で指摘内容に格差が生じないように、都道府県及び指定都市において実地指導要領等を作成して実施するよう努めること。

また、法律上極めて適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対しては、国が直接実地指導を実施することもあり得ること。

イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、入院中の者に対する虐待が強く疑われる緊急性が高い場合等については予告期間なしに実施できること。

ウ 実地指導の際、措置入院患者については、原則として各患者に対して診察を行うものとする。また、医療保護入院患者については、病状報告や医療監視の結果等を踏まえるとともに、患者の入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に診察を行うようにすること。

エ 人権の保護に関する聞き取り調査については、入院中の者に対する虐待が疑われる事案を含め、病院職員に対するものだけでなく、入院患者に対しても適宜行うようにすること。

また、診療録を提出させ、内容を確認するとともに、定期病状報告、関係書類及び聞き取り調査結果等の突合を行い、未提出の書類及び入院中の者に対する虐待が行われている事実等がないかについても確認すること。

オ 医療監視を実施する際に併せて実地指導を行うなど医療監視との連携を十分に図ること。

また、生活保護法による指導等の実地との連携も図ること。

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

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

1 実地指導の指導項目について

(15) 入院患者等のその他の処遇について

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

※下線部分は一部改正箇所

運営基準改正における虐待防止規定の創設

趣旨

全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける。

改正の内容

1 基本方針

入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない旨を規定。

2 運営規程

運営規程に定めておかなければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加。

3 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
- ② 虐待の防止のための指針を整備すること
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

施行期日等

施行日：令和3年4月1日（施行日から令和6年3月31日までの間、経過措置を設ける）

特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について (平成12年3月17日老発第214号厚生省老人保健福祉局長通知) (抄) その1

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

* 特別養護老人ホームの場合

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

「虐待の防止のための対策を検討する委員会」（以下「虐待防止検討委員会」という。）は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、施設長を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、施設外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に職員に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、施設に実施が求められるものであるが、他の社会福祉施設・事業所との連携等により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（施設における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、職員に周知徹底を図る必要がある。

- イ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関すること
- ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
- ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
- ニ 虐待等について、職員が相談・報告できる体制整備に関すること
- ホ 職員が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
- ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
- ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について (平成12年3月17日老発第214号厚生省老人保健福祉局長通知) (抄) その2

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

* 特別養護老人ホームの場合

② 虐待の防止のための指針(第2号)

特別養護老人ホームが整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 施設における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- へ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- チ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修(第3号)

職員に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該特別養護老人ホームにおける指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該特別養護老人ホームが指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修(年2回以上)を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、施設内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者(第4号)

特別養護老人ホームにおける虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。

○障害者虐待防止の更なる推進のため、運営基準に以下の内容を盛り込む。

[現 行]

- ① 従業者への研修実施（**努力義務**）
- ② 虐待の防止等のための責任者の設置（**努力義務**）

[見直し後]

- ① 従業者への研修実施（**義務化**）
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会(注)を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する（**義務化（新規）**）
- ③ 虐待の防止等のための責任者の設置（**義務化**）

(注)虐待防止委員会に求められる役割は、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証や再発防止策の検討等

※ 小規模な事業所においても過剰な負担とならず、効果的な取組が行えるような取扱いを提示予定。

【例】

- ①協議会や基幹相談支援センター等が実施する研修に事業所が参加した場合も研修を実施したものとみなす。
- ②事業所単位でなく、法人単位での委員会設置も可
- ③委員会には事業所の管理者や虐待防止責任者が参加すればよく、最低人数は設けない