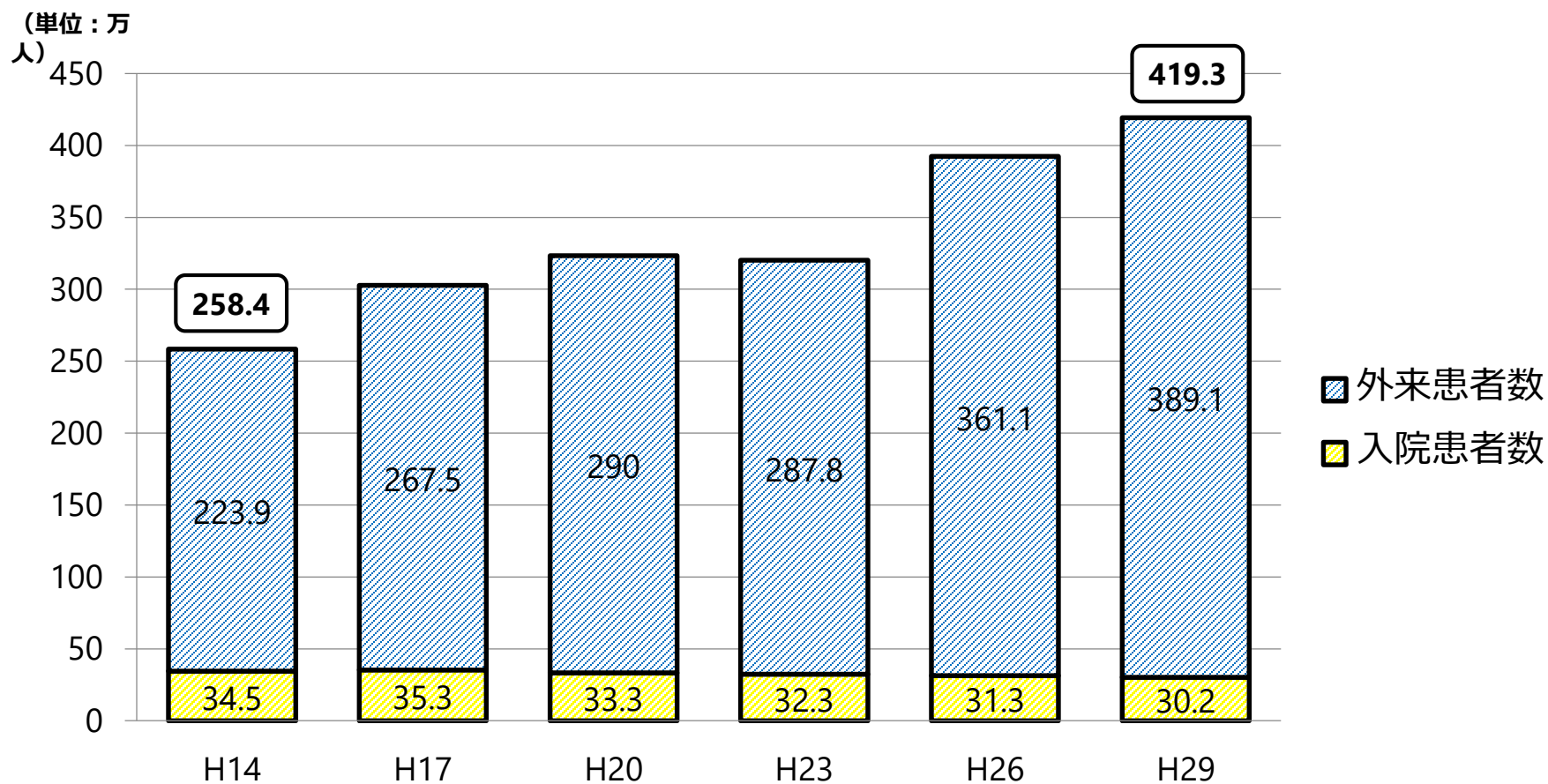


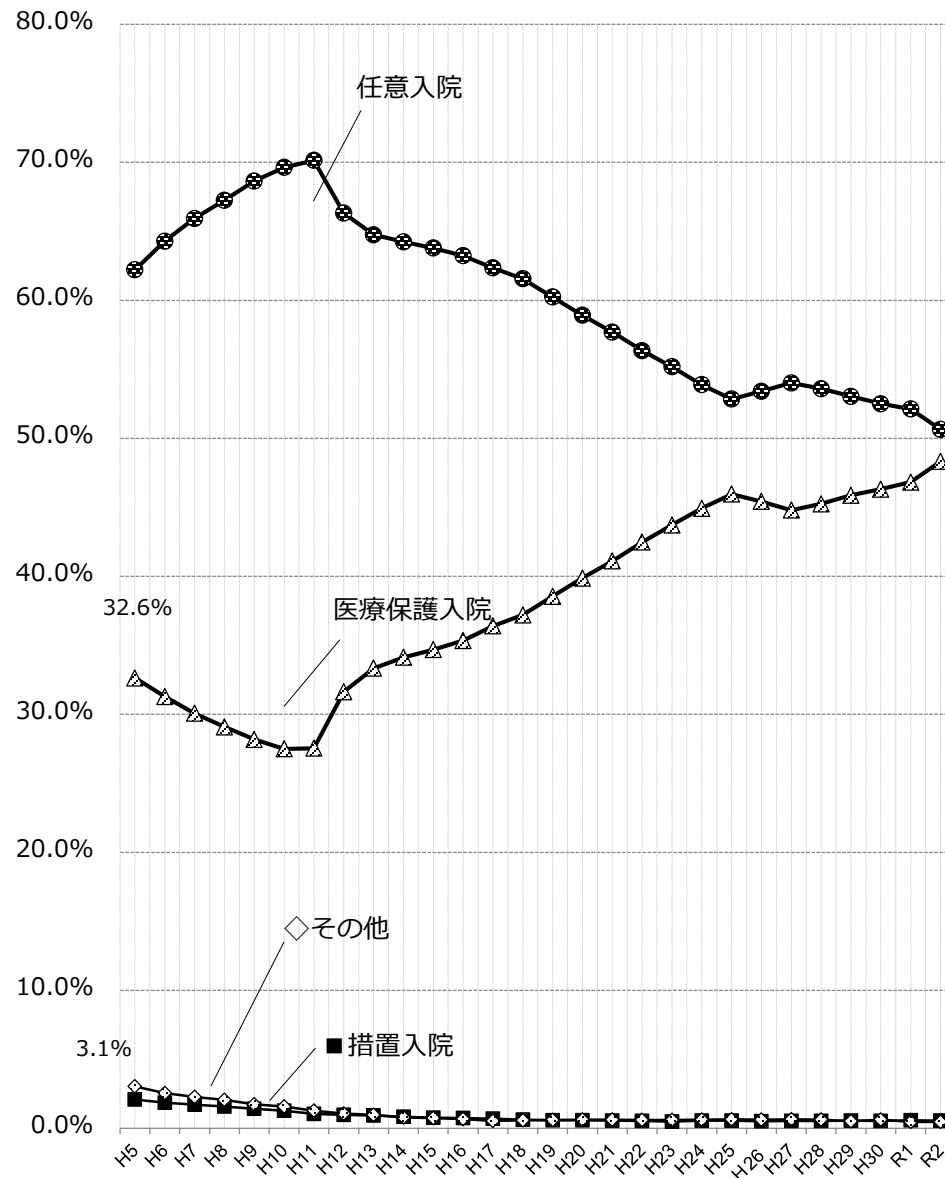
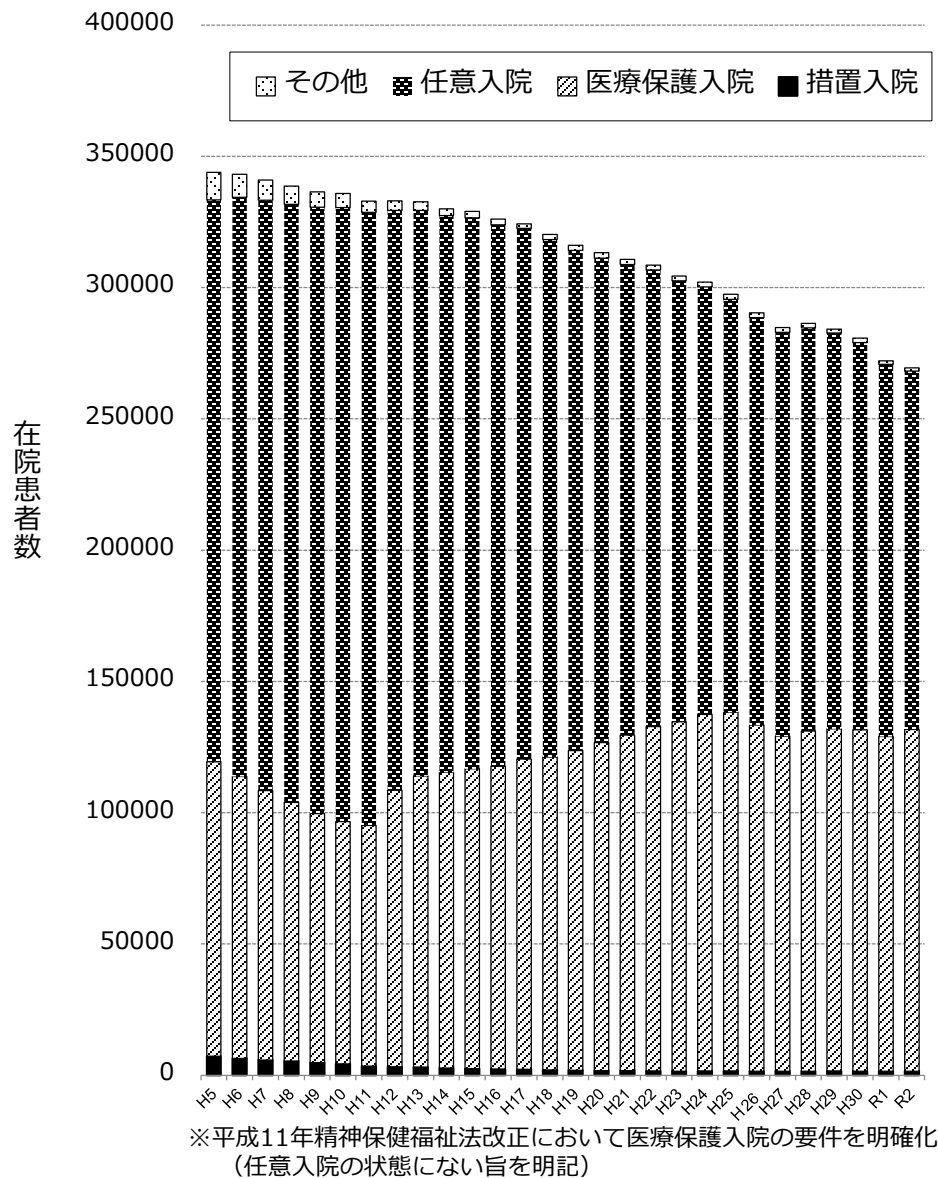
# 參考資料

## 精神疾患を有する総患者数の推移

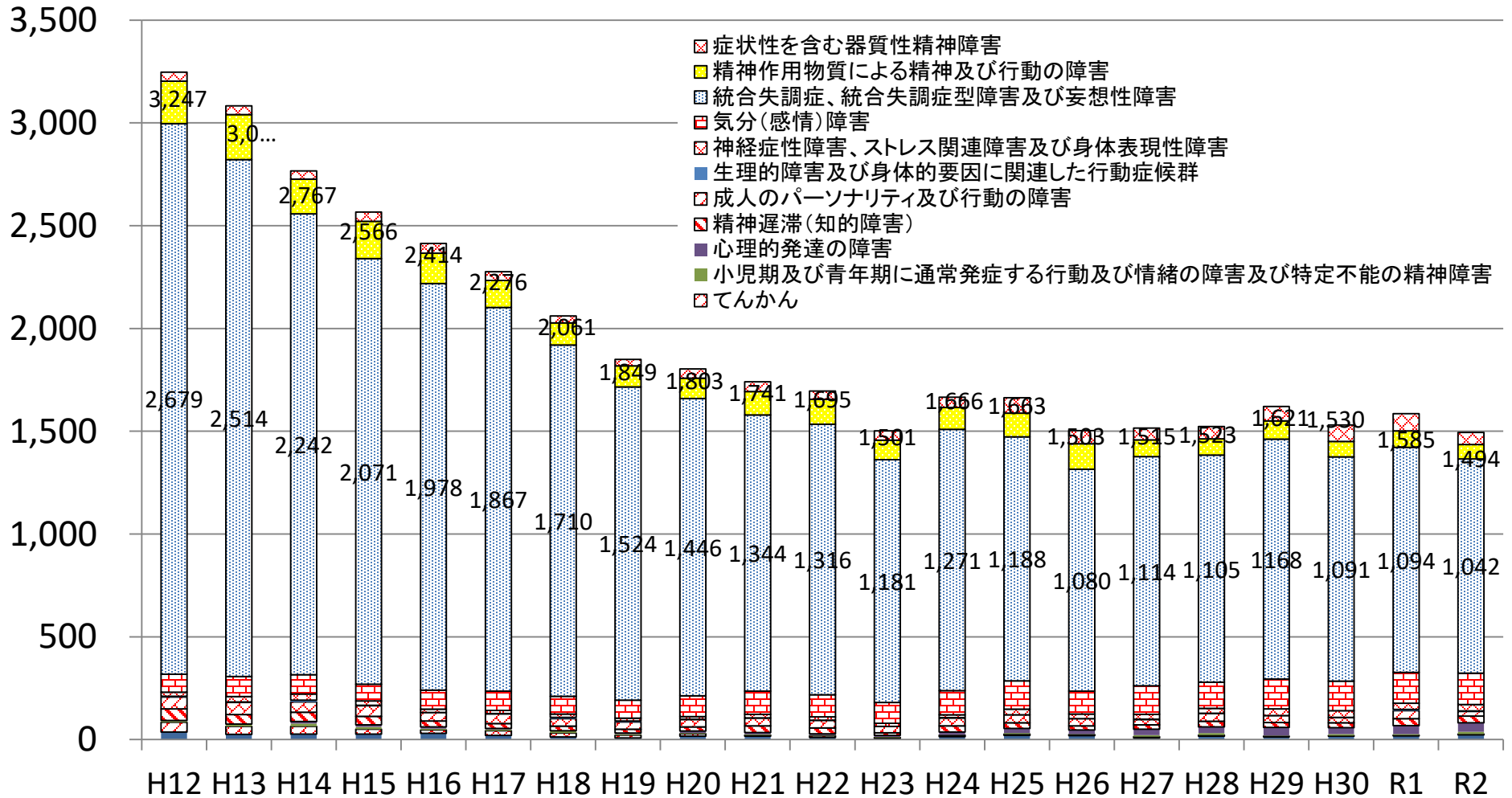
- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院：約30.2万人、外来：約389.1万人】
  - ※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 入院患者数は過去15年間で減少傾向（約34.5万人→30.2万人【 $\Delta$ 約4万3千人】）  
一方、外来患者数は増加傾向（約223.9万人→389.1万人【約165万2千人】）



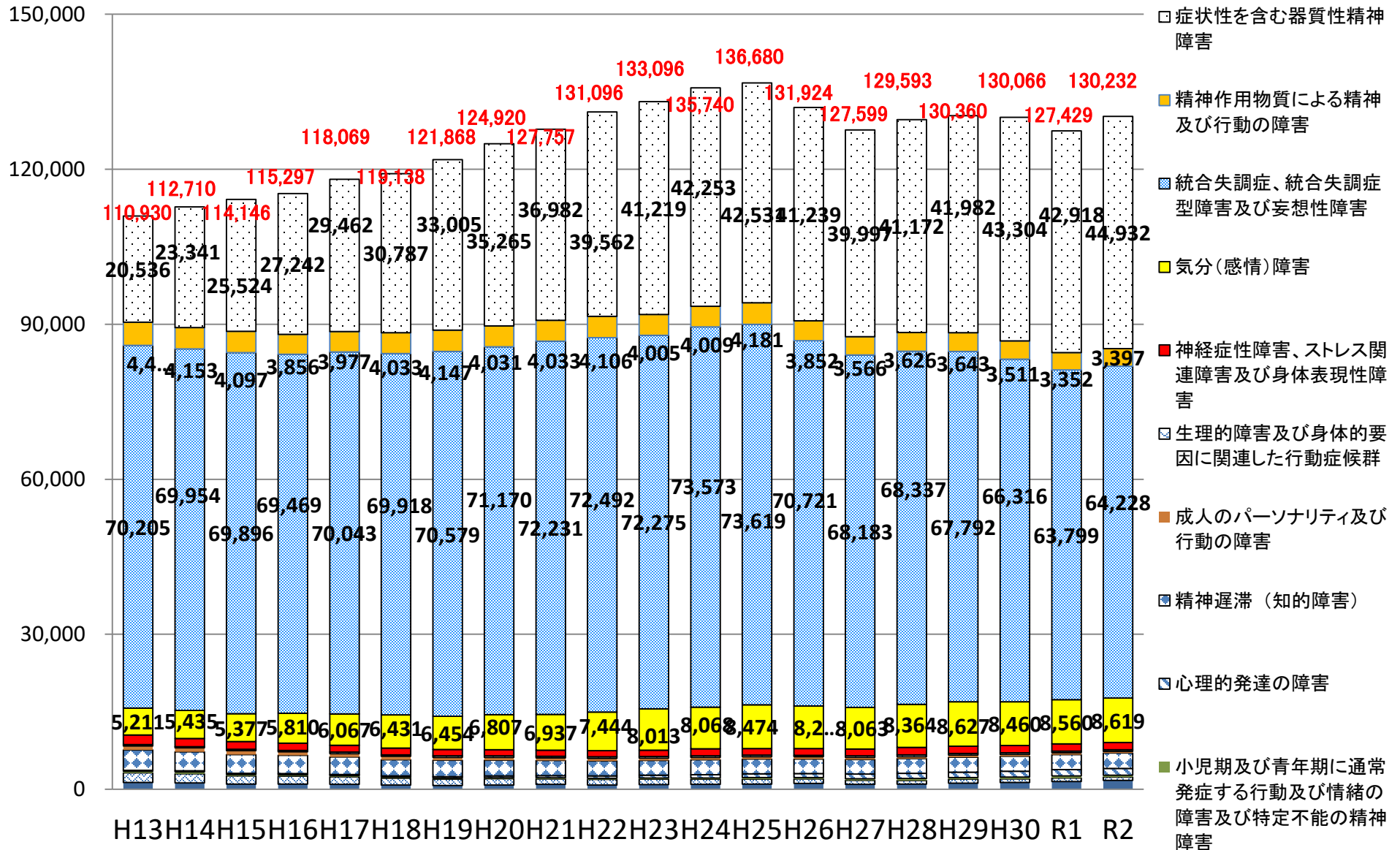
# 入院形態別在院患者数の推移



# 措置入院患者数の推移（疾患別内訳）



# 医療保護入院患者数の推移（疾患別内訳）



## 各国の精神保健医療福祉提供体制（精神医療・精神障害福祉①）

項目		アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
精神医療・精神障害福祉におけるケア	概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1960年代より脱施設化、地域移行を開始</li> <li>・背景は公民権運動による権利擁護意識の高まり、抗精神病薬等の治療法の進歩等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1950年代より脱施設化、地域移行を開始</li> <li>・背景は抗精神病薬等の治療法の進歩等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1970年代より脱施設化、地域移行を開始</li> <li>・背景は抗精神病薬等の治療法の進歩 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1960年代より脱施設化、地域移行を開始</li> <li>・背景はアメリカやイギリスから取り入れた新しい治療法等</li> </ul>
	提供されるケアと担い手	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療、急性期ケアいずれも地域精神保健センター（CMHC）が中心となって提供</li> <li>・長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供</li> <li>・長期ケアは、基本的に居住型ケア施設・住居で提供されるが、イギリスの病院は精神病床含めて急性期と長期との明確な区分がなされていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療はGPが提供し、急性期ケアは病院が中心となって提供</li> <li>・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている</li> <li>・ドイツには、司法精神病院を除き、長期ケア病床が存在しない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供</li> <li>・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供されている</li> <li>・フランスの精神科病院には長期ケア病床はないものの、実態として、1年以上入院している患者が一定数存在する。</li> </ul>

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書  
（PwCコンサルティング合同会社）より抜粋

## 各国の精神保健医療福祉提供体制(精神医療・精神障害福祉②)

項目		イタリア	カナダ	オーストラリア	韓国
精神医療・精神障害福祉におけるケア	概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1970年代後半から脱施設化、地域移行を開始</li> <li>・背景は精神障害者の人権運動等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1960年代より脱施設化、地域移行を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1990年代より脱施設化、地域移行を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1990年代より脱施設化、地域移行を開始</li> </ul>
	提供されるケアと担い手	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療、急性期ケアを地域精神保健センター(CMHC)が中心となって提供しているが、一部の州ではGPが軽度の患者の治療を担当する制度が整備される等、地域によって体制は異なる</li> <li>・長期ケアは、居住型ケア施設・住居で提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供</li> <li>・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供。その形態は、個室、グループホーム、ホステル等の簡易宿泊施設と幅広く、州によって異なる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア、通院治療はGP、急性期ケアは病院が中心となって提供</li> <li>・長期ケアは主に居住型ケア施設・住居で提供。その形態は、個室、グループホーム、ホステル等の簡易宿泊施設と幅広く、州によって異なる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケア体制は確立されておらず、慢性疾患に対しては入院治療が提供されることが多い</li> </ul>

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書  
(PwCコンサルティング合同会社)より抜粋

# 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（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、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（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、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障害を有する方等のニーズや地域の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。

## 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基本的な事項

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、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、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超越して、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、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、態度や行動の変容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。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

### 地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

### 精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 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り危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

### 住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

### 社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

### 当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

### 精神障害を有する方等の家族

- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

### 人材育成

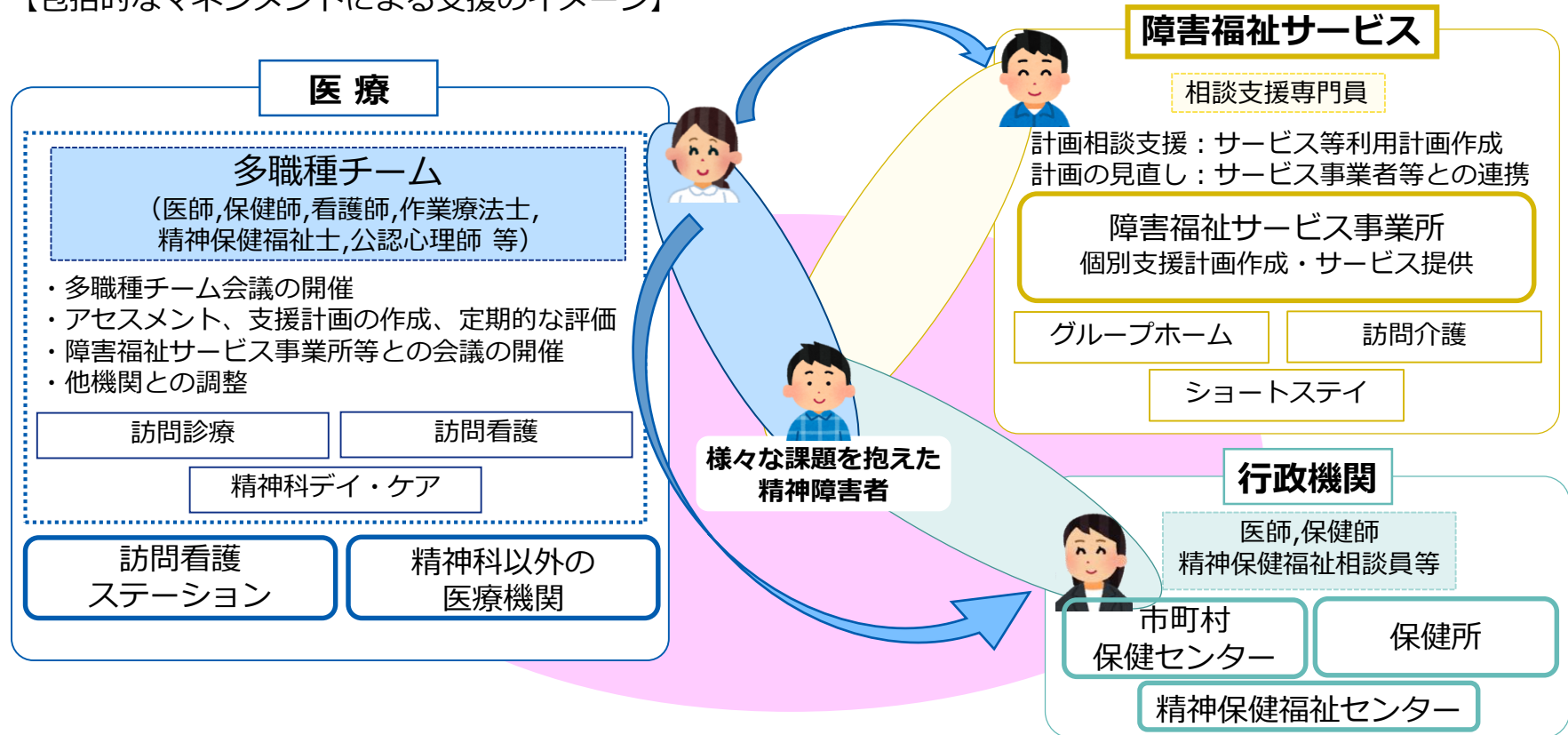
- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。



# 包括的なマネジメントによる支援

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

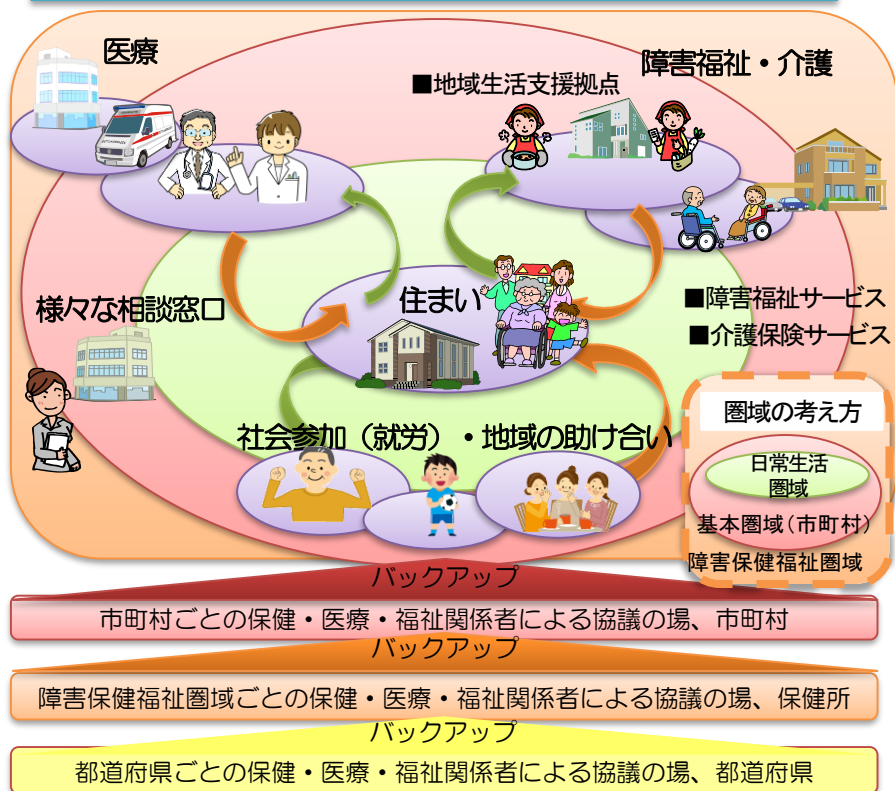
## 【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



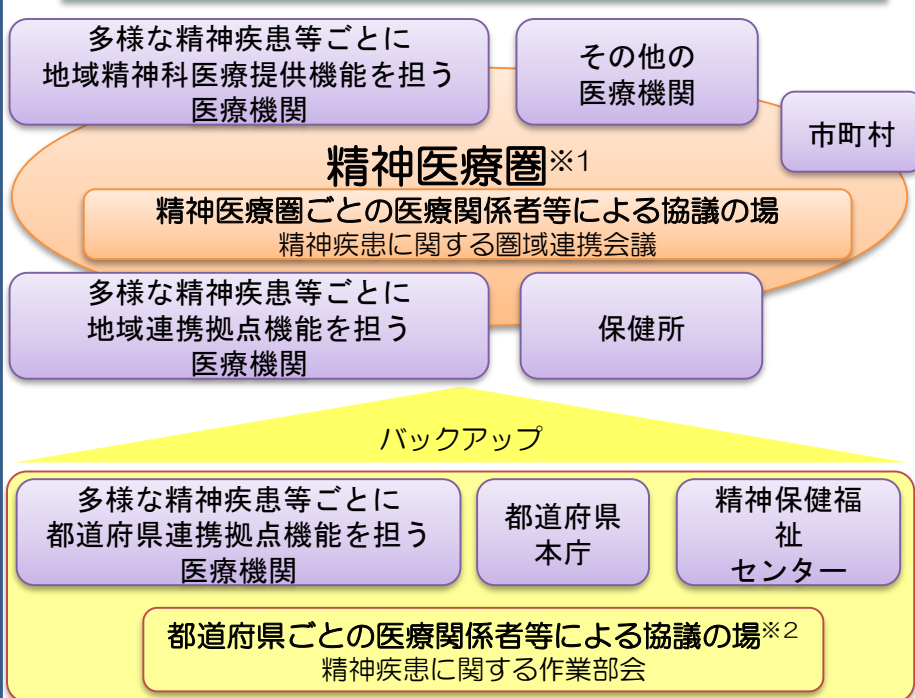
# 精神疾患の医療体制について（第7次医療計画）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。そのために、地域住民の精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援の実践に向けた効果的な普及・啓発を促進する。
- 令和2年度末、令和5年年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していきけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



## 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

# 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

## 1 任意入院(法第20条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

## 2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

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

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

## 3 医療保護入院／応急入院(法第33条／法第33条の7)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

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

※1 病院管理者は、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、市町村長の同意により入院させることができる。

※2 応急入院は、入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に限られる。

※3 いずれも特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

## 平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院の同意要件の見直し

- 医療保護入院は、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のため入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者が対象。

### 改正前

○精神保健指定医の診察及び保護者(※)の同意が要件。

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

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

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

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

○退院請求は、本人のほか、保護者となった者(1名のみ)が行うことができる。

### 改正後

○精神保健指定医の診察及び家族等(※)の同意が要件。

※以下に該当する者のうちいずれかの者。順位はない。

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

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

※所在地不明など

○退院請求は、本人のほか、家族等の全員が行うことができる。

# 平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院者の退院促進措置

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

## 1. 退院後生活環境相談員の選任

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

## 2. 地域援助事業者の紹介

- 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う『地域援助事業者』を紹介するよう努めなければならない。

## 3. 医療保護入院者退院支援委員会の設置

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

## 各国の精神保健医療福祉提供体制(非同意入院①)

項目		アメリカ ※ニューヨーク州の例	イギリス	ドイツ ※ブランデンブルク州の例	フランス	
非同意入院	法令の有無	○	○	○	○	
	要件	自傷・他害の危険がある	○	○	○	○
		精神保健上の問題があり、治療が必要である	○	○	○	○
		入院や治療の必要性を自ら判断できない	○	-	○	○
		治療による改善が見込める	-	○	-	-
		代替手段がない	-	○	○	-
		その他	-	-	-	-
	手続(許可の方法・主体等)	2名の医師による証明書	2名の登録医の書面による推薦	医師による証明書と裁判所による許可	2名の医師による証明書	

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書  
(PwCコンサルティング合同会社)より抜粋・一部項目を追加

## 各国の精神保健医療福祉提供体制(非同意入院②)

項目		イタリア	カナダ ※オンタリオ州の例	オーストラリア	韓国	
非同意 入院	法令の有無	○	○	○	○	
	要件	自傷・他害の危険がある	-	○	○	○
		精神保健上の問題があり、 治療が必要である	○	○	○	○
		入院や治療の必要性を自ら 判断できない	○	○	△	-
		治療による改善が見込める	-	○	△	-
		代替手段がない	○	-	○	-
		その他	-	-	-	-
	手続(許可の方法・主体等)	2名の医師からの申請に基づく、市長による決定	医師による非同意入院証明	精神科医による許可	後見人の同意及び医師の所見	

# 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



# 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り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

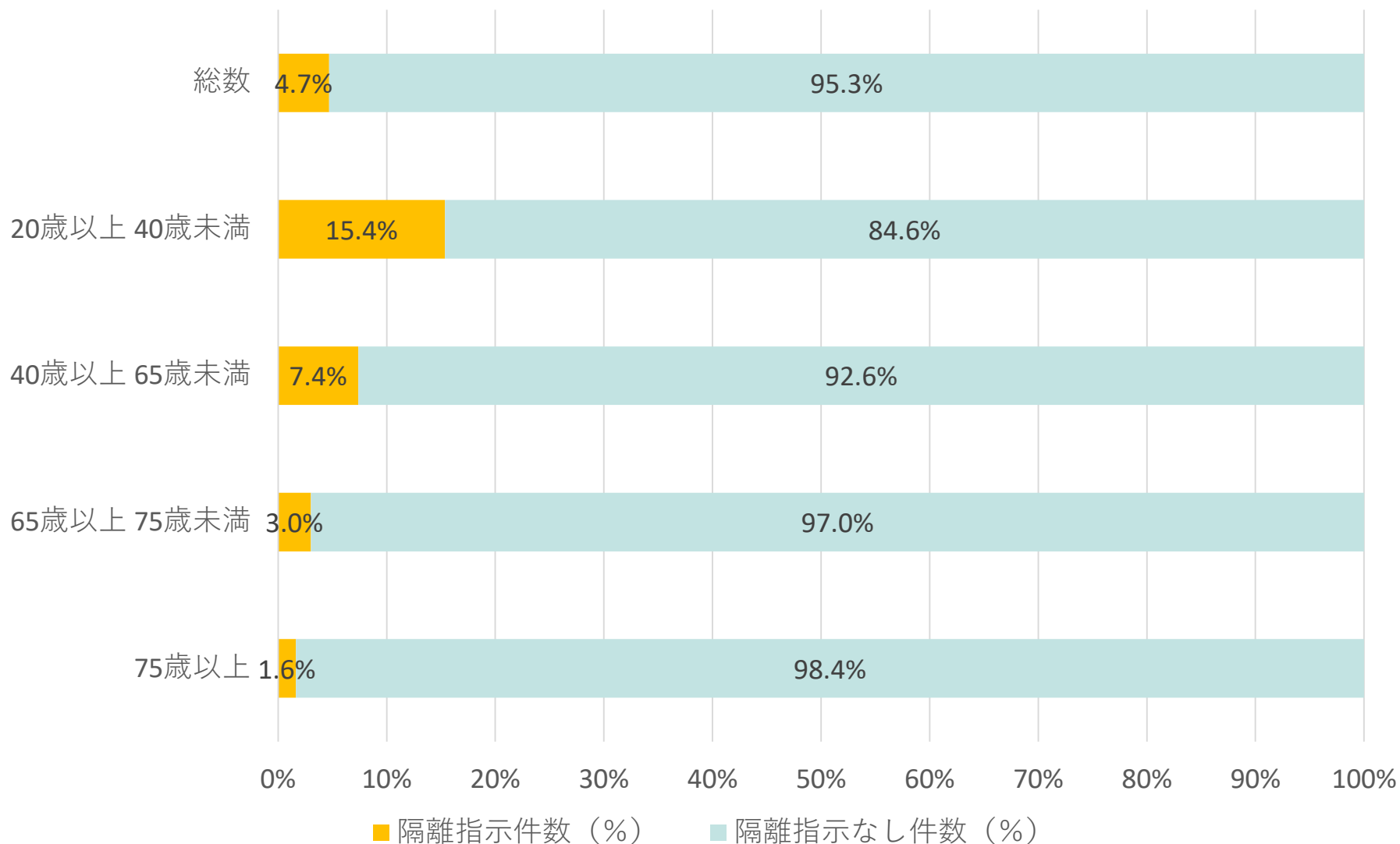
イ 多動又は不穏が顕著である場合

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

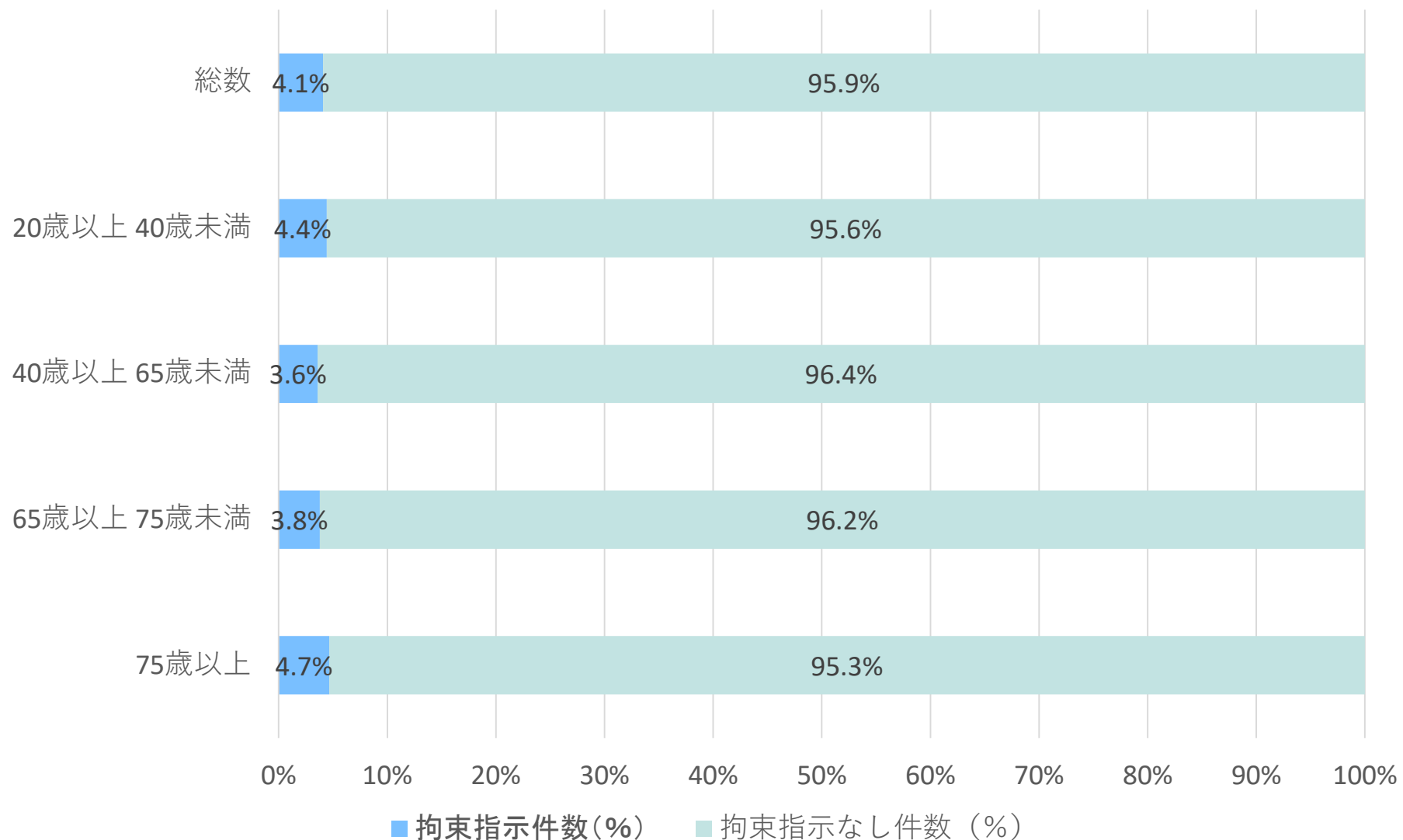
- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

## 隔離実施状況（在院患者に対する割合／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）より厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

## 身体的拘束実施状況（在院患者に対する割合／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)より厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

## 各国の精神保健医療福祉提供体制(隔離・拘束①)

項目		アメリカ ※ニューヨーク州の例	イギリス	ドイツ ※ブランデンブルク州の例	フランス	
隔離・ 拘束	法令の有無	○	○	○	○	
	要件	自傷・他害の 危険がある	○	○	○	○
		代替手段が ない	○	○	○	○
		実施目的が 妥当である	○	○	-	-
		治療実施の ために必要で ある	-	-	-	-
		その他	・隔離は発達障害の診断のみでは用いることができず、併せて精神疾患の診断があり、かつ隔離時の様子が継続的に確認できる場合にのみ実施可能	・化学的拘束は他の方法で抑制ができなかった場合のみ実施可能	・化学的拘束は治療の可否について意思表示をすることができない急性期の患者に対してのみ実施可能	・隔離は非同意入院患者に対してのみ実施可能であり、機械的拘束は隔離の際にのみ必要に応じて実施が認められる
手続(許可の方法・ 主体等)	<隔離・拘束共通>医師による書面の指示(緊急時は看護師等の判断による実施も可能)	<隔離>精神科医、認定臨床家、看護師による許可 <機械的拘束>多職種チームへ諮問を実施した上で許可	<隔離・拘束共通>精神科医による指示	<隔離・拘束共通>精神科医による許可		

## 各国の精神保健医療福祉提供体制(隔離・拘束②)

項目		イタリア	カナダ ※オンタリオ州の例	オーストラリア	韓国	
隔離・拘束	法令の有無	○	○	○	○	
	要件	各州の規定による (内容は州によって大きく異なる)	自傷・他害の危険がある	○	○	○
			代替手段がない	○	○	○
			実施目的が妥当である	-	-	-
			治療実施のために必要である	-	△	○
			その他	-	・一部の州では財産の保護も実施要件として認められている ・一部の州では化学的拘束が認められていない	-
	手続(許可の方法・主体等)	<拘束>医師または認定を受けた専門家による書面の指示	<隔離・拘束共通>精神科医による許可 ※主に緊急時について、認定を受けた臨床家や看護師に権限を認めている州もある	<隔離・拘束共通>精神科医による指示		

令和3年度 障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書  
(PwCコンサルティング合同会社)より抜粋・一部項目を追加

## 病院に関する主な人員の標準

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

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

※2 令和6年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

# 精神科医療機関における虐待が疑われる事案の把握結果

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

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

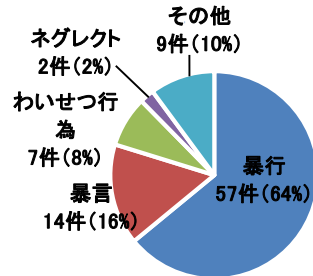
## 事案報告概況

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

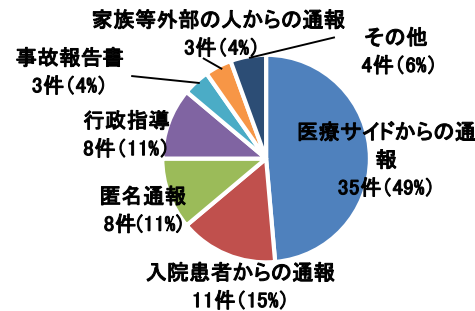
〈把握件数〉72件(平成27年度～令和元年度の累計)

※以下、重複回答あり

### 〈事案種別〉



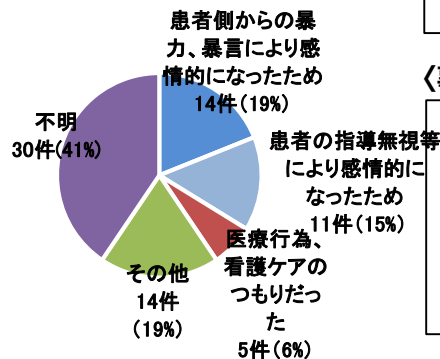
### 〈事案把握の契機〉



### 〈事案に対する医療機関の改善措置内容〉

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

### 〈動機・原因〉



### 〈事案に対する自治体の対応〉

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

## 各医療機関の取組状況

### 〈発生防止〉

#### ●研修・勉強会

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

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

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

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

#### ●各種委員会・会議の設置・開催

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

#### ●マニュアル作成

- ・虐待防止、発生時対応のマニュアル作成

### 〈早期発見〉

#### ●聞き取り・アンケート調査

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

#### ●院内チェック体制の整備

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