

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の 議論の状況について ＜概要＞

本資料は、令和4年4月15日開催の第9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において、「これまでのご意見を踏まえた論点に関する議論の状況について」として提出した資料から概要を抜粋したものであり、今後も検討を行うもの。

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

I. 総論

- 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」の構築を目指す。
- 障害者権利条約に基づく初回の対日審査が今夏日途で予定されており、障害者権利委員会からは、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。
- 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で、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といった観点も重要である。
- こうした点を踏まえ、精神障害者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、以下の各事項について、議論を行ってきたもの。
 - ・ 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
 - ・ 患者の意思表示についての支援
 - ・ 医療保護入院
 - ・ 患者の意思に基づいた退院後支援
 - ・ 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
 - ・ 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等が確認された。

Ⅱ. 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、市町村においては、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。

【検討の方向性】

- 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。

① 法制度上の対応を念頭に検討を進めるべき事項

- (1) 都道府県が実施する精神保健に関する相談支援（現行法上義務）及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援（現行法上努力義務）について、精神障害者以外の精神保健に関する課題を抱える者についても対象となる旨を明らかにする。
- (2) 「国及び都道府県の責務」として、(1)の市町村による支援の体制の整備が適正かつ円滑に行われるよう、必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならないこととする。
- (3) 市町村及び都道府県において、関係機関、関係団体、当事者その他の関係者により構成され、地域づくりを支援するための「支援会議（仮称）」（※）に関する規定を設ける。

※ 行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働して議論していくことが基本となる。市町村での開催に当たっては、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加を積極的に求めていくことが必要となる。

- (4) 現在「配置が任意」とされている精神保健福祉相談員について、その配置を都道府県及び市町村の「努力義務」とする。

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) 関係する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。市町村保健センター等の保健師増員のための対応を検討する。
- (2) かかりつけ精神科医・他科のかかりつけ医との連携

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。

④ 普及啓発の充実

- ・ 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。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。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。

Ⅲ. 第8次医療計画の策定に向けて

【現状・課題】

- 令和6年度からの第8次医療計画の基本的な考え方、指標例等、精神病床における基準病床数の算定式について、整理が必要となる。



【検討の方向性】

- 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**の病状が障害の程度に大きく影響する**。そのため、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。
 - ・ 精神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緊急時の対応を充実する観点が必要である。
- 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、上記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。
 - ・ 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の方策を踏まえた指標を検討するべきである。等
- 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(同年12月)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、各疾患等ごとに、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を示すべきである。
- 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るべきである。
 - ・ 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。

IV. 患者の意思表示についての支援

【現状・課題】

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書(平成29年2月8日)で、「医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを検討することが適当である」とされたことを受けて、制度化に向けた支援者の役割、要件、対象となる患者の範囲や、具体的な仕組みについて整理が必要となる。
- 前提として、医療従事者が実施する医療に関する「意思決定支援」との関係について、慎重な検討が必要であるとの意見があった。



【検討の方向性】

1. 支援者の役割

- 精神科医療では、精神疾患の症状等の診断を行うことはもとより、日々の臨床においては、患者本人のこころに関わり、人生観と向き合う中で、患者の話を丁寧に傾聴することを通じ、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りながら、入院医療が提供されている。
- 他方で、非自発的入院の場合、患者本人は入院に同意していないにもかかわらず、閉鎖処遇のもと、携帯電話の利用が基本的に認められないなど、外部との連絡が制限されており、こうした処遇を行う側と、入院する患者の側には、自ずと立場の違いがある。
- こうした状況において、医療機関以外の外部との連絡を実質的に確保することは、患者の権利擁護の観点から重要であり、継続する入院生活の中で、患者の自尊心、自己肯定感の低下を防止するためにも必要である。
- このため、まずは非自発的入院の患者から優先的に支援を進める必要がある。
- こうした点を踏まえ、支援者の役割については、以下の内容が想定される。
 - ・ 傾聴(本人が困っていることや不安に思っていることを聴く)
 - ・ 情報提供(本人の権利等について、分かりやすく説明する)
 - ・ 寄り添い(患者本人が医療機関に自分の考えや希望を伝える際の寄り添い)

2. 支援者の要件

- 研修の受講による一定の資質を求めるべきだが、特定の資格を必須とせず、ピアサポーター、相談支援相談員、弁護士等、多様な担い手による支援が確保されるようにするべきである。

IV. 患者の意思表示についての支援

【検討の方向性】

3. 制度化に向け優先的に取り組んでいく対象者

○ 非自発的入院の患者のうち、他に同様の役割を担う者がいない、市町村長同意による医療保護入院患者を対象として、まずは制度の普及・定着を図ることが求められる。

4. 制度化に向けた具体的な仕組み

- 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を基本とすべきである。
- 地域移行に向けた準備的な対応として、障害者総合支援法の個別給付として位置付けることについて、その可否を含めた検討が必要である。
- 個別給付は、支給決定までに一定の手続・期間を要するため、患者と支援者との面会を速やかに実現する観点から対応の検討が必要である。
- 精神保健福祉センターの実施体制の整備に向けた方策について、検討が必要である。

V-1. 医療保護入院の見直しについて

【現状・課題】

- 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つ、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。
- 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視点、(2)患者の権利擁護の視点について、十分に勘案することが必要。
- 以上の点を踏まえ、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



【検討の方向性】

(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)

- 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
 - 令和4年度診療報酬改定では、医療機関の精神科外来に通院する重点的な支援を創設している。
 - 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 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24時間365日確保することが必要。
 - 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おり、今後更なる拡充について、診療報酬等の評価を含めて検討を進めるべきである。

V-1. 医療保護入院の見直しについて

(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)

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等を通じ、退院促進に向けた支援が進められている。
- こうした仕組みとの整合性に留意しながら、入院期間(※)を法律上定め、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」とされていることを踏まえ、「6ヶ月ごと(入院から6ヶ月経過までの間は3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「3ヶ月ごと(入院から6ヶ月経過までの間は1ヶ月)」とする意見もあった。

② 退院促進措置の実態を踏まえた拡充策

③ 長期在院者への支援

(3) より一層の権利擁護策の充実(視点③)

- 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、新たに入院を行う理由を追加すべきである。

(4) 今後の検討課題について

- 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、制度の将来的な継続を前提とせず、課題の整理を進めていくことが必要。
- その際には、
 - ・ 患者本人の同意がない場合の入院手続について、精神科と他科とで対応を区別する合理性があるのか
 - ・ 他方で、精神科の入院患者については、その特性を踏まえた入院手続とともに、退院等に向けた支援や入院中の処遇の改善等、他科の場合よりも充実した権利擁護の仕組みが必要ではないかという双方の観点から、検討することが求められる。
- また、認知症等により病状は安定しているものの患者自身が有効な同意の意思表示を行えない場合が増えている現状も踏まえ、精神疾患の特性により、様々な場合があり得ることを念頭に検討することが求められる。
- さらに、患者が医療にアクセスすることが阻害されないようにしつつ、医療機関や患者、家族等、特定の者に過度の負担を求める仕組みとならないように留意することも必要。

V-2・3. 医療保護入院の同意者について

【現状・課題】

- 家族等同意の現行制度は、入院者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導入されたが、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、との意見がある。
- また、本人と家族が疎遠な場合等は、家族に対して本人の利益を勧案できる者の視点で判断する機能を期待することは困難な場合がある。



【検討の方向性】

(医療保護入院の同意者について)

- 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が、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適切な対応を検討すべきである。

(本人と家族が疎遠な場合等の同意者について)

- 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ることについて、検討すべきである。
- 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、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。

【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(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。



【検討の方向性】

- 精神医療審査会の機能向上に向けては、審査会の実態を把握した上で、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。
- 措置入院者については、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。
- また、精神医療審査会運営マニュアルにおいて、保健福祉委員について、精神保健福祉士、保健師、看護師、公認心理師等のほか、当事者や家族も含めることができることを示すべきである。

VI. 患者の意思に基づいた退院後支援

【現状・課題】

- 退院後支援については、廃案となった平成29年精神保健福祉法改正法案に盛り込まれていたところ、国会での審議を踏まえ、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」(平成30年3月厚生労働省障害保健福祉部長通知)が示されている。
- 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とともに、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。



【検討の方向性】

- 患者の意思に基づいた退院後支援は、入院早期から支援体制を構築し、病院と連携しながら、多職種・多機関の協働を図るものであり、「包括的支援マネジメント」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、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。
- 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の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。

Ⅶ. 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①

【現状・課題】

- 隔離・身体的拘束については、精神保健福祉法上、指定医の専門的知見に基づき、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、精神保健福祉法の規定に基づく適正な運用が確保することが必要。
- 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。



【検討の方向性】

(処遇基準告示の見直し等)

以下の方策により、可能な限り、隔離・身体的拘束をゼロとすることを目指し、身体拘束の最小化の取組を総合的に推進すべきである。

- 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る。
- ② 単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、これにより、患者に対する治療が困難であり、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。
- 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。
- ④ ③と同様、行動制限の最小化を管理者の責任のもと組織のスタンダードにしていく観点から、以下の内容を新たに規定する。
 - ・ 行動制限最小化委員会の定期的な開催
 - ・ 隔離・身体的拘束の最小化のための指針の整備
 - ・ 従業者に対し、隔離・身体的拘束の最小化のための研修を定期的実施
- ⑤ さらに、隔離・身体的拘束を行うに当っては、現在、患者にその理由を「知らせよう努める」とされているところ、法律に基づく適正な運用を担保すべく、これを「説明する」と義務化する。その際、当該説明については、単に形式的に行われるのではなく、入院中の処遇に関するものとして患者がその内容を十分に把握できるようにすることが重要である。このため、処遇改善請求等の権利内容についても説明するとともに、患者がその内容を把握できない状態にある場合は、再度説明を行う必要がある旨を明らかにする。
- ⑥ こうしたプロセスを確保し、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。
- ⑦ 上記の他、入院中の患者は、24時間見守り、意思決定支援、コミュニケーション支援を内容とする重度訪問介護の活用が可能となっている。

Ⅶ. 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②

(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、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。
- 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(3:1)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にもかかわらず、他方で、医療法に基づく精神病床における人員配置標準を見直し看護職員の配置基準を引き上げた場合、全体として看護職員は不足している中で、慢性期の精神病床に、より多くの看護職員が配置され、慢性期の精神病床の固定化を促すことになる点に留意すべきではないか。
- このように、医療法に基づく精神病床における人員配置標準を単に見直せば、良質な精神科医療の提供体制が実現されるものではないことを踏まえると、慢性期の精神病床については、医療計画に基づき減少を図っていくとともに、コメディカルを含む適切な看護配置・職員配置により、入院患者に対する、より手厚い体制での医療提供を確保していくことが重要である。

Ⅷ. 虐待の防止に係る取組

【現状・課題】

- 精神科医療機関の従事者による暴行・脅迫、わいせつ行為、ネグレクト、経済的虐待等の虐待行為は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。

【検討の方向性】

(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。

(通報義務及び通報者保護の仕組みの制度化)

- 精神科医療機関は、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。
- 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、障害者虐待防止法を改正して、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の意見があった。