

厚生労働省『これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会』資料より

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」

の進め方（案）

- 当事者や関係者からのヒアリングを実施し、主に以下の論点について議論。
 - ・ 医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方
 - ・ 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
 - ・ 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方
 - ・ 精神病床のさらなる機能分化
 - ・ 精神障害者を地域で支える医療の在り方
 - ・ 精神疾患に係る医療体制の在り方
 - ・ その他

- 上記について、以下の通り論点を分け、分科会を設けて議論し、論点を整理することとしてはどうか。

各分科会において整理された論点を踏まえて、検討会において、意見のとりまとめを行ってはどうか。

 - ①医療保護入院等のあり方分科会（仮称）
 - ・ 医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方
 - ・ 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
 - ・ 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方
 - ・ その他

 - ②新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会（仮称）
 - ・ 精神病床のさらなる機能分化
 - ・ 精神障害者を地域で支える医療の在り方
 - ・ 精神疾患に係る医療体制の在り方
 - ・ その他

- スケジュール

平成28年1月から議論を行い、分科会における議論の整理を経て、同年夏頃を目途に意見のとりまとめを行う。

想定される主な検討事項

- **医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方**
 - ・ 家族等同意や市町村長同意の現状と課題の整理 等
- **医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方**
 - ・ 前回改正によって法定化した退院支援策の現状と課題の整理 等
- **入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方**
 - ・ 退院支援に向けた意欲喚起等の取組
 - ・ 精神医療審査会の現状と課題の整理 等
- **精神病床のさらなる機能分化**
 - ・ 病床機能の検討 等
- **精神障害者を地域で支える医療の在り方**
 - ・ アウトリーチ、デイケア、訪問看護等の医療機能の在り方 等
- **精神疾患に係る医療体制の在り方**
 - ・ 精神病床の必要数
 - ・ 多様な精神疾患・患者像への医療の提供（うつ病・依存症等） 等

医療保護入院制度について(論点)

1. 医療保護入院制度についてどのように考えるか
2. 医療保護入院の同意のあり方についてどのように考えるか
3. 医療保護入院の必要性・妥当性をどのように審査すべきか
4. 移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか
5. 入院中の患者の意思表示支援について、いわゆる「代弁者」のあり方も含めどのように考えるか

1

医療保護入院制度について①

1 医療保護入院制度についてどのように考えるか。

(現状)

- 精神保健福祉法では、自傷他害のおそれのある者を対象とする措置入院、本人の同意に基づく任意入院、医療及び保護のため入院の必要があって任意入院が行われる状態にない者を対象とする医療保護入院の3つの入院形態が設けられている。
- 「入院制度に関する議論の整理」(平成24年6月28日 新たな地域精神保険医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R)取りまとめ)では、「自らが病気であるという自覚を持って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障する観点から重要」とし、措置入院、任意入院以外の入院制度として医療保護入院を維持することとした。
- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年3月)では、「入院医療のみに頼らず精神障害者が地域で生活しながら医療を受けられるよう、精神障害者の急性増悪等への対応や外来医療の充実等を推進する」とし、「入院医療中心から地域生活中心」という考え方が示されている。
- 衛生行政報告例によれば、新規医療保護入院件数は平成26年度で169,799件であり、平成25年改正法の施行前後を通じて増加傾向にある。

2

(検討の視点)

○ 医療保護入院という非自発的入院の形態の必要性についてどのように考えるか。

- ・ 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は必要ではないか。
- ・ その上で、医療保護入院は、精神保健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はないか。
- ・ こうした観点から、入院に当たって医師が考慮することが想定される要素(例:医療の介入によって病状の改善が期待される、入院以外の治療的介入手段がない等)を明確化することが必要ではないか。特に、「入院以外の治療的介入の手段がない」ことについてはどのような要素に基づいて判断すべきか。また、医師がその内容を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが求められるのではないか。

3

医療保護入院制度について②

2 医療保護入院の同意のあり方についてどのように考えるか。

(現状)

- 現行制度は家族等(*)のうちいずれかの者の同意を要件とする。
 - * 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
- 家族等同意は、本人の同意に基づかない入院を精神保健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。
- 現行の市町村長同意は、同意を行い得る家族等がない場合等に行うことができるとされており、本人を知り得る家族等が同意を行い、それが困難な場合には市町村において同意の要件に合致するか確認し、同意を行う制度となっている。
- 自治体への調査結果によれば、改正法施行後の市町村同意の件数は施行前と比較して減少しているが、家族等同意による入院件数は旧法下の保護者同意による入院件数よりも多く、医療保護入院件数も増加している。

4

(検討の視点)

○ 医療保護入院に医師以外の者の同意を求める必要性についてどのように考えるか。

- ・ 医療保護入院の場合は、入院の必要性について、医師による医学的な判断だけでなく、本人の利益を勘案できる者によるチェックが必要ではないか。
- ・ なお、医師以外の者の同意を求めず、医療保護入院を行う医療機関以外の指定医の診察を要件とすることも考え得るが、指定医の確保が難しい現状においては、医療アクセスが阻害されるおそれがある等の課題があるのではないか。

○ 同意者に求められる機能・役割はどのようなものか。

- ・ 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して今後の議論を進めるべきではないか。
※ 制度上、医療保護入院の要件としての同意は、上記のような機能を果たすのみであり、同意を行った者が当該入院により発生する債権・債務の当事者となることはない(結果としていずれの同意も同一の者が行うことが多いと考えられるが、法律上は異なる同意であると考えられる)。
- ・ ①については、現在の家族等同意では、医学的な専門知識までは不要で、一般人として医師の説明の確からしさを判断できれば足りると考えられるのではないか。
- ・ 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のではないか。

5

○ 同意者に求められる機能・役割に鑑み、現在の「家族等同意」についてどのように考えるか。

- ・ 市町村長同意も含め、現場において何らかの同意を得るのにあまりに時間を要する制度では、医療へのアクセスを阻害する可能性があるのではないか。
- ・ 本人と家族の利益が相反する場合や本人と家族が疎遠な場合等について、必ずしも家族の関与を前提としない仕組みについてどのように考えるか。
- ・ 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にするべきではないか。(例:医師の説明の内容や、従前の本人の意向を踏まえ、入院医療を行うことが本人の利益に資するかという観点から同意を行うこと 等)
- ・ 家族等の範囲を、本人の身近に寄り添う家族という観点から一定の範囲(例:同居・生計同一、本人に身近な家族等)に限定することについてどのように考えるか。限定する際は、同意者となり得る家族等かどうかの判断に困難を伴う仕組みとならないよう留意すべきではないか。また、本人の意向も考慮要素として考え得るが、精神疾患により判断能力が低下していることも想定されるのではないか。
- ・ 家族等以外の者が同意者となることについて、どのように考えるか。
例えば、中立的な立場で同意を行えるようにするという観点からは、いわゆる「公的保護者制度」(※)のような仕組みも考え得るが、本人との関わりのない者が本人の意向に反する入院の同意を行うこと、同意者の養成、選任等に要する時間的・財政的なコスト等の課題があるのではないか。

※ 「公的保護者制度」の内容については必ずしも明らかではないが、例えば医療保護入院を行うに当たって、精神保健福祉に関して一定の知識・経験を有する者として公的保護者を自治体が選任し、その公的保護者が医療保護入院の同意や入院中の患者の権利擁護、早期退院の促進を行うこと等が想定される。

6

医療保護入院制度について③

3 医療保護入院の必要性・妥当性をどのように審査すべきか。

(現状)

- 現在、入院に当たっての家族等同意、入院後の病院内における退院促進措置、精神医療審査会における入院届や定期病状報告、退院請求等の審査という形で、入院の妥当性について確認するプロセスがそれぞれ制度上盛り込まれている。
- 前回改正で導入された病院内における退院促進措置については、医療保護入院者退院支援委員会の開催や地域援助事業者との連携などが進められており、退院支援委員会の開催が早期退院に結びついた事例があるとした医療機関は約30%である。また、地域援助事業者との連携は約60%で認められる。
- 精神医療審査会における審査件数については、改正法施行による大きな影響は見られず、定例報告の審査件数は増加傾向にある。
また、審査に要する期間について、退院請求等の受理から審査結果通知までは全国平均で30日程度であり、都道府県別に見ると地域差(例えば定期病状報告では自治体別の平均処理日数が最長106.4日となっている)が存在する。
- 精神医療審査会の審査結果について、例えば退院請求では「入院又は処遇が不相当」との審査結果となる割合が4%程度である。また、定期病状報告において「入院継続不要」となる割合は0.1%未満である。

7

(検討の視点)

(1) 退院促進措置について

○ 現行の退院促進措置について、その実施状況等をどのように考えるか。

- ・ 退院後生活環境相談員の配置や業務の現状、地域援助事業者との連携の状況、退院支援委員会の実施状況、その効果などをどのように考えるか。

○ 退院促進措置をさらに充実させるためにはどのような対応が必要か。

- ・ 退院促進措置に地域援助事業者が関わりやすくする取組についてどのように考えるか。
- ・ 1年以上の長期入院者についても退院促進措置を適用することについてどのように考えるか。

(2) 精神医療審査会について

○ 精神医療審査会の審査のあり方についてどのように考えるか。

- ・ 精神医療審査会の審査の内容や審査の期間についてどのように考えるか。審査期間等の地域差を平準化し、審査の迅速化を図るため、平均処理日数の共有や好取組の紹介などの取組が必要ではないか。
- ・ 丁寧な審査の必要性和早期処理の必要性の双方を踏まえた上で、入院届、定期病状報告、退院請求等の審査のあり方についてどのように考えるか。
患者の権利擁護の観点からは、特に、最初の入院届の審査や退院請求の審査に当たって、迅速にチェック機能が働くようにする必要があるのではないかと考える。また、定期病状報告については、入院期間が短縮していることや精神医療審査会の事務量を踏まえた上で、その頻度についてどのように考えるか。
- ・ 精神医療審査会の委員の確保についてどのように考えるか。

8

医療保護入院制度について④

4 移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか。

(現状)

- 現行制度では、医療保護入院に係る移送は、指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者については、家族等(*)の同意があれば、本人の同意がなくても応急入院指定病院に移送することができることとされており、その運用件数は地域によって違いがある。

* 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。

- 自治体アンケートによれば、家族等の依頼により保健所において診療支援計画を作成して家庭訪問を検討したもののうち、約4割が受診勧奨に、約3割が実際の受診に結びついているとの結果が出ている。

9

(検討の視点)

○ 移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか。

- ・ 医療保護入院に係る移送は、精神科医療へのアクセスの一つの類型であり、行動制限を伴う移送のような手続も含め、地域の中で医療を必要とする者に対して、どのような形で医療へのアクセスを図るかという視点から検討してはどうか。
- ・ 医療へのアクセスのあり方として、当初から入院に結びつけることなく、①医療導入を検討するためのアウトリーチを行い、②必要に応じて医師による診断に結びつけた上で、③診断に応じて必要な医療導入を図る、という全体の流れが考えられるのではないか。
- ・ ①の医療導入を検討するためのアウトリーチは、保健所等の行政による対応が考えられるのではないか(保健的アウトリーチ)。他方で、アウトリーチの機会を増やすためには、福祉サイドによるアプローチも考えられるのではないか。その際、保健と福祉の役割分担や連携のあり方については、地域の実情に合わせて展開されるべきではないか。さらに、アウトリーチの際は、家族支援を行うことも重要ではないか。また、これらの対応を行うには、予算面や体制面での充実が課題となるのではないか。
- ・ 医療へのアクセスを図る中で、緊急性が高い場合に移送の手続きによる対応を検討するべきではないか。この点、どのような場合を緊急性が高いと考え、その場合にどのような手続で移送を実施するかをより明確化する必要があるのではないか。
- ・ 地域において医療アクセスの確保について検討するに当たって、どのような場合にどのようなアクセスの手段(アウトリーチによる受診勧奨、移送等)を用いるべきか、患者の状態等に応じた一般的な対応のあり方の研究を進めてはどうか。
- ・ 医療保護入院に係る移送の事前調査も含め、診断がついていない段階で行政に強制的な調査権限を付与すべきかどうかについては、権利擁護の観点から特に慎重に検討するべきではないか。
- ・ 地域の実情に応じて医療へのアクセスを確保する体制づくりについては、地域の保健・医療・福祉等の関係者による協議会を中心に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する中で、地域の実情に合わせた取組について検討することとしてはどうか。

10

医療保護入院制度について⑤

5 入院中の患者の意思表示支援について、いわゆる「代弁者」のあり方も含めどのように考えるか。

(現状)

- 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(第3R)「入院制度に関する議論の整理」(平成24年6月)において、いわゆる「代弁者」について提案されたが、どのような者が「代弁者」となるか、またその果たすべき役割が必ずしも明らかでなく、平成25年精神保健福祉法改正の際、制度化が見送られた。
- 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」(平成26年7月)においては、本人の意向に沿った地域移行支援に向けた取組みを徹底して行うこととされた。
- 入院中の精神障害者の意思決定支援について、平成26年度及び27年度の障害者総合福祉推進事業において「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が実施され、精神障害者に対する「アドボケーターガイドライン」がまとめられている。
- 知的障害や精神障害等で意思決定に困難を抱える障害者の支援について、「意思決定支援の在り方及び成年後見制度の利用促進の在り方に関する調査研究」(障害者総合福祉推進事業)の成果を踏まえ、障害福祉サービスを提供する事業者向けに、全障害者を対象とした「意思決定支援ガイドライン(仮称)」を今年度中に通知することとしている。
- 判断能力が低下した者のために、契約等の法律行為の代理等を行う成年後見制度については、近年、その活用が進んでいる。

11

(検討の視点)

○ 入院中の患者と「代弁者」との関係についてどのように考えるか。

- ・ 「代弁者」は患者からの依頼に基づき選任されるのか、あるいは、患者からの依頼がなくても全ての患者に選任されるようにするのかという点についてどのように考えるか。
- ・ できる限り自らに関わることは自らが行いたいという希望を持つ患者もいることを踏まえると、すべての患者にこうした存在が選任されるようにすることまでは必要ではないのではないか。
- ・ 患者からの依頼に基づき選任される場合、精神疾患により判断能力が低下していることも想定される中で、患者の依頼による代弁者の選任についてどのように考えるか(代弁者に依頼する程度の判断能力はあると考えられるか)。
- ・ 選任行為の必要の有無等については、「代弁者」が担う役割に応じて検討するべきではないか。
- ・ 「代弁者」は、同意に基づかない入院をしている本人の権利擁護をより積極的に図るため、必要な情報提供を行い、本人の意思を尊重し、それが実現できるよう援助する立場であると考えられ、必ずしも「代弁」という点に重点を置くのではなく、機能に応じて、呼称もそれにふさわしいものとするべきではないか。

12

○ いわゆる「代弁者」の必要性の有無を検討する上で、その機能についてどのように考えるか。

- ・ 「代弁者」に想定される機能については、研究事業や分科会の議論から、例えば以下のような機能を医療保護入院を行う医療機関に所属しない外部の者が担うことが考えられるが、それぞれの機能について精査が必要ではないか。

- ① 患者の意思を引き出し、意思表示を支援し、本人の同意があれば医療機関に意思を伝える機能
→ 基本的には病院職員が果たす役割であり、さらに外部の者がこうした機能を担うことについてどのように考えるか。
- ② 退院に向けた意思形成を支援し、退院促進を図る機能
→ 退院後生活環境相談員、地域援助事業者の役割との関係をどのように考えるか。
- ③ 退院請求など入院者が持つ権利行使を支援する機能
→ 退院請求等については入院者本人が行行使できることから、まずはこうした権利行使を行えることを適切に伝えることが求められるのではないか。
- ④ 入院の必要性や適切な医療が行われているかどうかを判断する機能
→ 入院の必要性等について外部の視点から審査する役割は、精神医療審査会の役割と重複するのではないか。

新たな地域精神保健医療体制のあり方について 論点整理

1. 精神障害者を地域で支える医療の在り方について
2. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について
3. 精神病床のさらなる機能分化について

1

論点整理 1. 精神障害者を地域で支える医療の在り方について

(現状・課題)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を含めた地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的(インクルーシブ)な社会を構築していく必要がある。
- 長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方(※)を踏まえながら、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要がある。

※ICF(国際機能分類: International Classification of Functioning Disability and Health)では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。包括的支援マネジメントにおいては、それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

- また、中重度の精神障害者への地域生活支援だけでなく、未治療者や医療中断者への早期支援も充実していくためには、多職種・多施設間連携を推進していくことが重要であり、多職種を雇用し地域に根ざした活動をしている精神科医療機関を拡充していく必要がある。

(対応の方向性)

- 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目指すことを理念として明確にすべきである。また、医療と福祉等の様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、障害保健福祉圏域ごとに都道府県・保健所・市町村等の重層的な役割分担・協働を推進する方策を検討すべきである。
- 精神障害者に対する包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進めるべきである。この際、精神科医療機関と事業者との連携のあり方についても検討すべきである。
- 多職種を雇用し、デイケア、訪問看護、アウトリーチ等を実践している精神科医療機関の実態を分析しながら、効果的かつ効率的な地域精神保健医療を提供し、かつ地域に根ざした活動をしている精神科医療機関を拡充する方策を検討すべきである。この際、精神科医療機関と自治体との連携のあり方についても検討すべきである。

2

論点整理 2. 多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について

(現状・課題)

- 平成25年度からの第6次医療計画において、新たに精神疾患が追加され、5疾病5事業として精神科医療連携体制の構築が進められてきている。平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する必要がある。
- それぞれの計画が連動するように、圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方について、基本的方向性を明確にする必要がある。
- 平成30年度からの第7次医療計画には、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」に位置づけられている、①児童・思春期精神疾患、②老年期精神障害等、③自殺対策、④依存症、⑤てんかん、⑥高次脳機能障害、⑦摂食障害に対応できるように盛り込む必要がある。

(対応の方向性)

- 医療計画においても、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、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指すことを理念として明確にすべきである。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築すべきである。また、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の病院・病院間連携や病院・診療所間連携等の医療連携による支援体制を構築すべきである。第7次医療計画の策定の際には、患者本位の医療を実現していけるよう、各都道府県が設定する精神医療圏について、二次医療圏を基本としつつ、見直しを検討すべきである。
- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、都道府県ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、各医療機関の医療機能を明確化すべきである。

3

論点整理

3. 精神病床のさらなる機能分化について

(現状・課題)

- 平成16年に、精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)において、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」の政策理念を明確にした。精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を掲げ、この目標の達成により、10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。精神病床数(入院患者数)の変化をみると、平成14年の35.6万床(33.2万人)から、平成26年に33.8万床(29.6万人)へと、1.8万床(3.6万人)減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。
- 障害福祉計画、医療計画等における指標として、精神保健福祉資料(630調査)を用いて、入院後3か月時点の退院率、平均残存率(1年未満群)などの指標を活用しているが、現時点で入手可能な最新のデータは3年前(平成25年度)となっており、計画の進捗管理に課題がある。より速やかに地域の実態が分かるように、都道府県及び二次医療圏を集計単位とした指標の開発に取り組む必要がある。
- 厚生労働科学研究(平成24~27年度)において、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案の取り扱いを検討する必要がある。

(対応の方向性)

- 「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。これにより、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約4割は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)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、計画的に基盤整備を推し進める方策を検討すべきである。あわせて、医療計画における精神病床の基準病床の算定式との整合性を検討すべきである。
- より速やかに地域の実態を把握できるように、630調査の改善を図るとともに、レセプト情報等データベース等を用いて、新たな指標を設定すべきである。
- 「重度かつ慢性」については、厚生労働科学研究において策定された基準案を用いて、精神疾患の重症度を医学的に評価する基準の一つとして活用する。例えば、「重度かつ慢性」の基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や研究、「重度かつ慢性」の基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実など、地域生活につながるように当該基準を活用していくべきである。

4

「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」報告書(概要)

1 共生社会の推進に向けた取組

検証を通じて明らかになった課題

- 今回の事件は障害者への一方的かつ身勝手な偏見や差別意識が背景
- 偏見や差別意識を払拭し、「互いに人格と個性を尊重しながら共生する社会」の実現に向けた取組を進めることが不可欠

再発防止策の方向性

- 「**障害者週間**」、**政府広報**などあらゆる機会を活用し、**政府の姿勢や障害者差別解消法の理念**を周知・啓発
- 学校教育をはじめあらゆる場での「**心のバリアフリー**」の取組の充実
- 障害者の**地域移行や地域生活の支援**

2 退院後の医療等の継続支援の実施のために必要な対応

検証を通じて明らかになった課題

- 容疑者は、退院後に、医療機関や地方自治体から医療等の支援を十分受けられず
- 入院中から措置解除後まで、患者が医療等の支援を継続的に受け、地域で孤立することなく安心して生活できる仕組みの整備が必要

再発防止策の方向性

- 措置入院中から、**都道府県知事等が退院後支援計画を作成**(退院後支援の関係者による調整会議を開催)
- **措置入院先病院が退院後支援ニーズアセスメントを実施**。その結果を都道府県知事等に確実に伝達
- 退院後は、退院後支援計画に沿って**保健所設置自治体が退院後支援全体を調整**(他の自治体に転出後も確実に引き継ぎ)
- 保健所等の人員体制等の充実

3 措置入院中の診療内容の充実

検証を通じて明らかになった課題

- 措置入院中の診療内容における留意事項が示されておらず、診断や治療方針の検討が不十分
- 医師の養成段階から生涯にわたる医学教育において、退院後支援や薬物使用に関連する精神障害に関する内容が不十分

再発防止策の方向性

- **国が措置入院中の診療内容のガイドラインを作成**。診療報酬等の対応を検討
- **卒前・卒後教育の充実**による専門知識を有する医師の育成

4 関係機関等の協力の推進

検証を通じて明らかになった課題

- 警察官通報が行われたもののうち、措置入院等につながった割合は地方自治体ごとによらつき
- 措置入院の過程で認知された具体的な犯罪情報について、関係者間で情報共有する手続き等が協議されていない
- グレーゾーン事例(※)があることについて、関係者が共通認識を持つ必要
※ 他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例

再発防止策の方向性

- 措置診察等の判断に係るチェックポイントの作成
- **地域の関係者(自治体、警察、精神科医療関係者等)の協議の場(※)**を設置
※ 措置診察に至るまでの地域での対応方針、具体的な犯罪情報を把握した場合の情報提供のあり方等
- グレーゾーン事例のうち、医療・福祉による支援では対応が難しいものについての他害防止の措置は、人権保護等の観点から極めて慎重であるべき

5 社会福祉施設等における対応

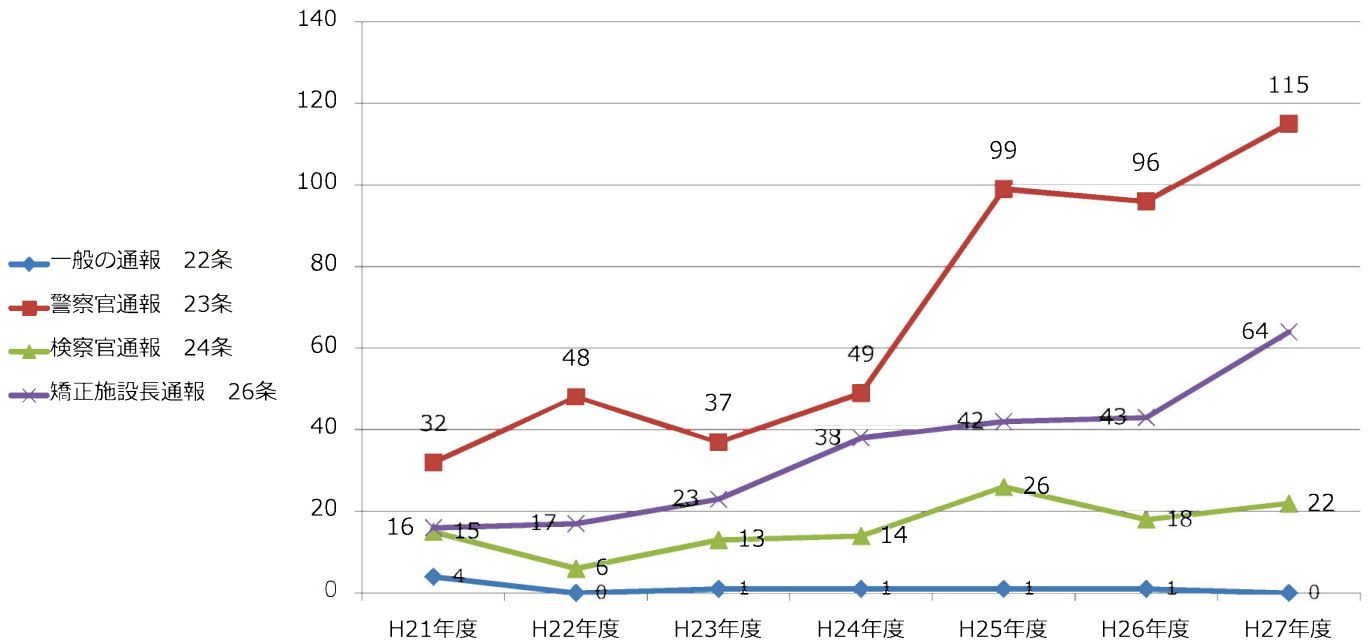
検証を通じて明らかになった課題

- 地域に開かれた施設という基本的な方針と安全確保の両立を目指す必要
- 容疑者は施設の元職員。施設の職員が、心身ともに疲弊して孤立することなく、やりがいや誇りを持って働ける職場環境づくりが重要

再発防止策の方向性

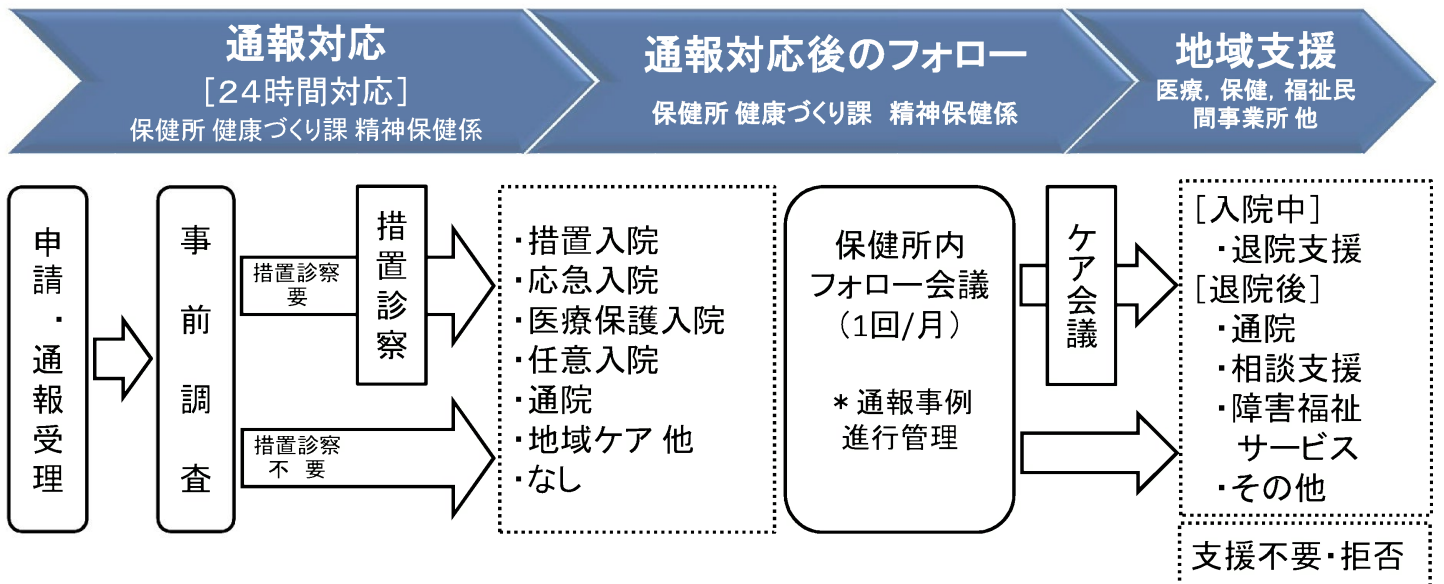
- 9月に発出された防犯に係る点検項目通知を踏まえた各施設の取組を支援
- 権利擁護の視点を含めた**職員研修の更なる推進**、処遇改善や心の健康管理面の強化等による**職場環境の改善**

岡山市精神保健福祉法 申請・届け出件数の推移 (件)



申請・届出件数 計	67	71	74	102	168	158	201
新規措置患者数	12	12	15	18	30	24	35
年度末措置患者数	8	7	7	7	6	6	10

岡山市における申請・通報後の対応と支援の流れ



●措置入院後の対応

- 措置入院中;医療機関への聞き取りや対象者との面接などにより、**治療状況等を確認し、毎月の保健所内フォロー会議で対応を検討する**
- 措置解除時;措置入院患者の**措置解除診察**に職員が立ち会う
本人、精神科医、保健所職員とともに、**治療方針、退院後の支援方針を共有する**
- 退院時;退院見込み決定後、**必要に応じてケア会議**(本人、医療機関、保健センター、福祉サービス事業所等)を行い、支援方針や関係機関の役割等を確認し、**退院後の地域支援につなげる**

精神保健指定医に対する行政処分等について（概要）

【概要】

- 聖マリアンナ医科大学病院の精神保健指定医の取消処分を契機に、指定医の申請を行った者について調査をした結果（※）、不正申請が疑われる指定医がいることが判明したため、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いて行政処分を行った。

※調査の対象者：平成21年1月～平成27年7月の申請者3,374人（対象ケースレポート件数31,195件）

（参考）聖マリアンナ医科大学病院の精神保健指定医の取消処分について

指定医の指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に関与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、指定医（申請者及び指導医）の指定の取消を行ったもの。

- ・平成27年4月及び6月に、23人の指定医（申請者11人、指導医12人）の取消処分
- ・同年10月に医業停止処分（申請者1か月、指導医2か月）

【行政処分等の内容】

- ①指定医の取消 89人（申請者49人、指導医40人）、 ②新規指定申請の却下4人

【行政処分の対象者に関する考え方】

- ケースレポートに係る症例の診療録の記載が全くなく、診断又は治療に十分な関わりがあったとはいえない申請者
- ケースレポートに係る症例の診療録の記載が週1回未満であり、記載内容から診断又は治療に十分な関わりがあったとはいえない申請者
- 申請者の不正なケースレポートにおいて指導等を行ったことを署名により証明した指導医

（精神保健福祉法）精神保健指定医の指定及び指定の取消し

第十八条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に指定する。

- 一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前一年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

第十九条の二 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

- 2 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる。
- 3 厚生労働大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かななければならない。

精神保健指定医の取消処分対象医師が関与した指定医業務の妥当性調査について

【平成29年1月4日時点】

○厚生労働省からの依頼概要

調査事項 1 処分対象医師等に係る職歴の調査（12/8期限）

調査事項 2 処分対象医師等が関与した以下の指定医関連業務等に関する調査

調査項目 (法：精神保健福祉法)	回答期限	調査対象件数	岡山市の調査方針
①緊急措置入院 (法第29条の2第1項)	H28.12.28	なし	調査不要（対象者なし）
②措置入院 (法第29条第1項)	H28.12.28	4件	第三者的立場の指定医2名と、こころの健康センター所長による書類調査を12月9日に実施済。 審査書類：措置入院にかかる診断書、通報受書 措置入院期間にかかるサマリー、症状消退届
③医療保護入院 (法第33条第1項)	H29. 2.28	9 5 件	第三者的立場の指定医による調査実施にむけ準備中。 審査書類：医療保護入院届、診療録
④医療保護入院 (旧法第33条第2項)	H29. 2.28	3 5 件	第三者的立場の指定医による調査実施にむけ準備中。 審査書類：医療保護入院届、診療録
⑤応急入院 (法第33条の7第1項)	H29. 2.28	1 2 件	第三者的立場の指定医による調査実施にむけ準備中。 審査書類：応急入院届、診療録
⑥処遇改善請求 (法第38条の4)	H29. 2.28	なし	調査不要（対象者なし）
⑦隔離 (法第36条第1項)	H29. 3.31	各病院で 拾い出し	調査対象者数が判明した時点で体制と方法を検討。 (第三者的立場の指定医による実地調査を想定) (医療機関に対し、対象事例の拾い出し作業を依頼中)
⑧身体的拘束 (法第36条第1項)	H29. 3.31	各病院で 拾い出し	
⑨精神医療審査会委員 としての関与の有無	H28.12. 8	なし	調査済（委員の中に取消処分対象医師はいない）

精神保健指定医制度

【制度の趣旨】

- 人権上適切な配慮を要する精神科医療に当たる医師について、患者の人権にも十分に配慮した医療を行うに必要な資質を備えていることが求められることから、昭和62年の改正で、一定の精神科実務経験を有し法律等に関する研修を終了した医師のうちから、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者として、厚労大臣が「精神保健指定医」を指定する制度を創設。

【精神保健福祉法】

第十八条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

- 一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修(申請前一年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。

〈指定医として必要な精神科医療の各分野にわたる実務経験の確認方法〉

- 指定に必要な実務の内容は、申請時に添付された、①統合失調症、②躁うつ病、③中毒性精神障害、④児童・思春期精神障害、⑤症状性又は器質性精神障害及び⑥老年期認知症のそれぞれの圏内にある精神障害について実務を経験したことを示すケースレポート(※)によって、医道審議会において審査。

ケースレポートより、指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技術を有しているかについて確認。

※ケースレポートの要件(精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領からの抜粋)

ア 精神科実務経験告示に定める八例以上の症例については、精神病床を有する医療機関において常時勤務し、当該医療機関に常時勤務する指定医の指導のもとに、自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例について報告するものであり、少なくとも一週間に四日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならない。

イ 原則として、当該患者の入院から退院までの期間、継続して診療に従事した症例についてケースレポートを提出するものとする。

ク 同一症例について、入院期間のうちの同一の期間に関して複数の医師がケースレポートを作成することは認められないものであること。

指導医について(「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領について」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知)

(1)指導医は以下の役割を担うものとする

ア ケースレポートに係る症例の診断又は治療について申請者を指導すること。

イ ケースレポートの作成に当たり、申請者への適切な指導及びケースレポートの内容の確認を行い、指導の証明を行うこと。

(2)その他

ア 診療期間の途中で指導医が交代した場合、当該ケースレポートに係る全ての指導医の氏名と指導期間をケースレポートの表紙に記載すること。

イ その場合、原則として、ケースレポートの対象とする期間中の最後に指導した指導医が当該ケースレポートの内容について確認を行い、指導の証明を行うこと。