

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と 精神保健福祉行政の現状について

(令和4年度精神保健指定医研修会)

厚生労働省 障害保健福祉部
精神・障害保健課

本日のアウトライン

1. 精神保健指定医について
2. 今後の精神保健福祉行政について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

1. 精神保健指定医について

- 指定医の責任と職務
- 行動制限の最小化
- この5年間の変更点や新たなルール

ひとくらしをいよたため



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

指定医の責任と職務

精神保健指定医とは

- 宇都宮病院事件（看護職員の暴行によって患者が死亡した事件）を契機とした、昭和62年の法改正によって定められた。
（※同年に任意入院制度や開放病棟に係る事項も新設されている）
- 特に人権上の配慮を要する精神医療上の行為について、一定の資質を有する医師による判断が必要であるため、精神保健指定医制度が創設されている。
- 精神保健指定医は、患者の人権に配慮した適切な精神医療を提供することが求められる。

【精神保健指定医の指定について】

5年以上の診断・治療経験、3年以上の精神障害の診断・治療経験と一定の症例経験を有し、必要な研修を修了した医師のうち、厚生労働大臣が指定する。

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯

	背景	制度改正の概要
精神衛生法	S25年 成立 ○精神病患者監護法と精神病院法の廃止・引継ぎ	◎措置入院制度の創設 ◎保護義務者の同意による入院制度の創設 ◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等
	S29年 改正	◎非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等
	S36年 改正 ○ライシャワー事件(S39年)	◎入院医療費の国庫負担基準の引上げ(2分の1→10分の8) 等
	S40年 改正 ○宇都宮病院事件(S58年)	◎措置入院手続きの改正 (緊急措置入院制度の創設など) 等
	S62年 改正	◎精神保健指定医制度の創設 ◎精神医療審査会制度の創設 ◎応急入院制度、任意入院制度の創設 ◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等
精神保健法	H5年 改正 ○5年後見直し ・障害者基本法の成立(H5年) ・地域保健法の成立(H6年)	◎精神障害者社会復帰促進センターの創設 ◎精神障害者の定義規定の見直し 等
	H7年 改正	

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯

精神保健法	背景	制度改正の概要
	H7年 改正	◎精神障害者保健福祉手帳制度の創設 ◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等
	H11年 改正 ○池田小事件(H13年)	◎医療保護入院の要件の明確化(任意入院の状態にない旨を明記) ◎保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等
精神保健福祉法	H15年 医療観察法の成立(H15年) ○精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定(H16年)	◎心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等
	H17年 改正 ○障害者自立支援法の成立(H17年)	◎精神医療審査会の委員構成の見直し ◎特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等
	H25年 改正 ○相模原市「津久井やまゆり園」事件(H28年) ○指定医不正申請 ↓H28年	◎保護者制度の廃止、家族等同意の創設 ◎精神科病院管理者に、退院後生活環境相談員の設置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備を義務付け 等

■ 精神保健指定医の職務

- 入退院に関する判定（措置入院、医療保護入院等）
- 定期病状報告に係る診察、入院患者の行動制限の判定
- 精神医療審査会委員
- 精神病院に対する立入検査、質問及び診察

等

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項 法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の7第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第2項
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の行動制限の判定	法第36条第3項
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	○ 10. 措置入院の解除の判定 (※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
【移送】	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項
	○ 13. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項及び第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載義務	法第19条の4の2

○印：公務員として行う精神保健指定医の職務（都道府県知事等が地方公務員等として委嘱）

■ 指定医業務へのご協力を

措置入院時の判定
精神医療審査会の委員等、

公務員としての
精神保健指定医の業務について
ご協力の程よろしくお願い致します。

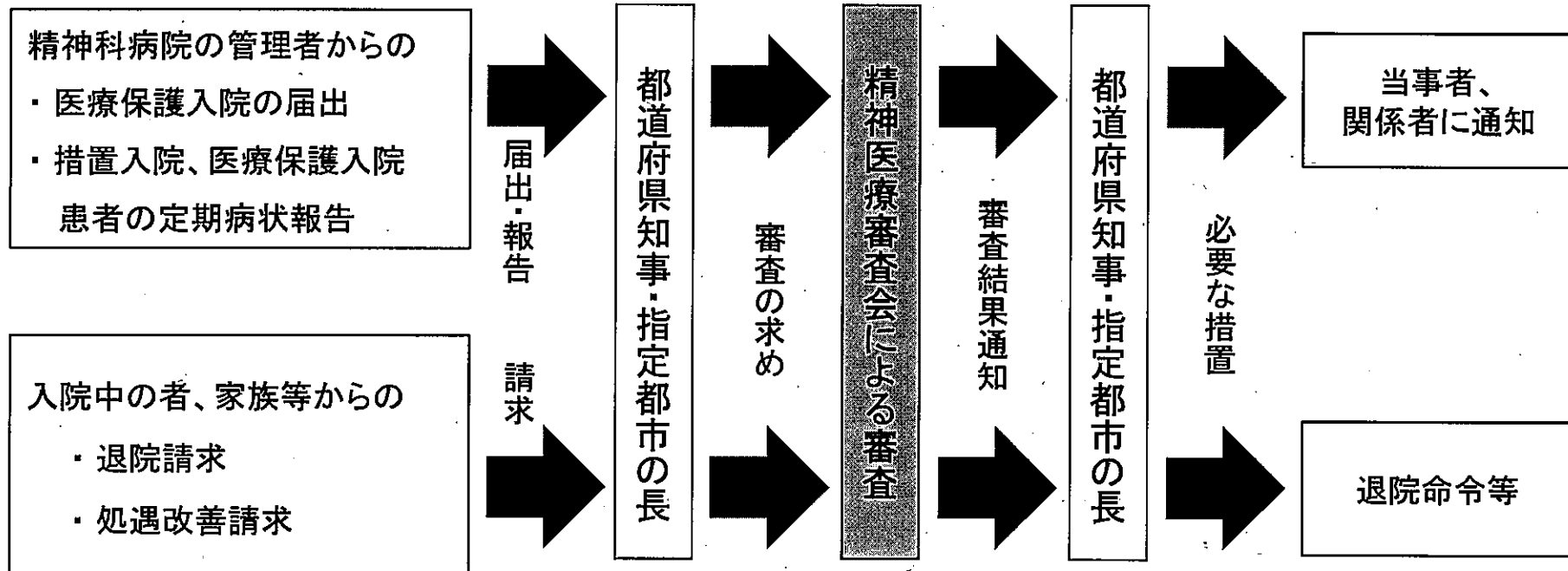
精神医療審査会

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

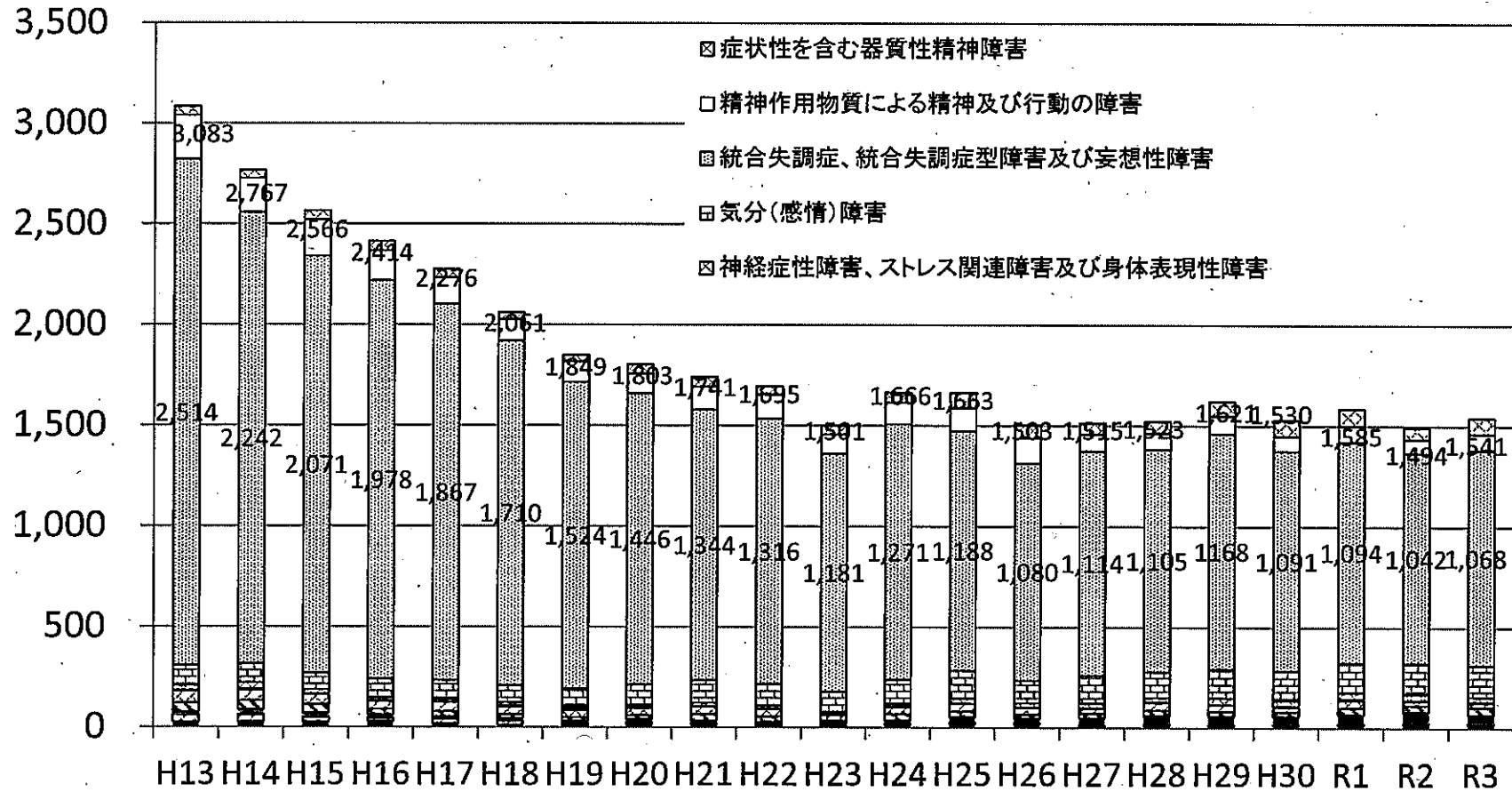
第12条 第38条の3第2項(同条第6項において準用する場合を含む。)及び第38条の5第2項による審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置く。

委員構成員(1合議体あたり5名)は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行。
都道府県知事が下記の者を任命(任期は原則2年)。

- 精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上
- 法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検察官等)

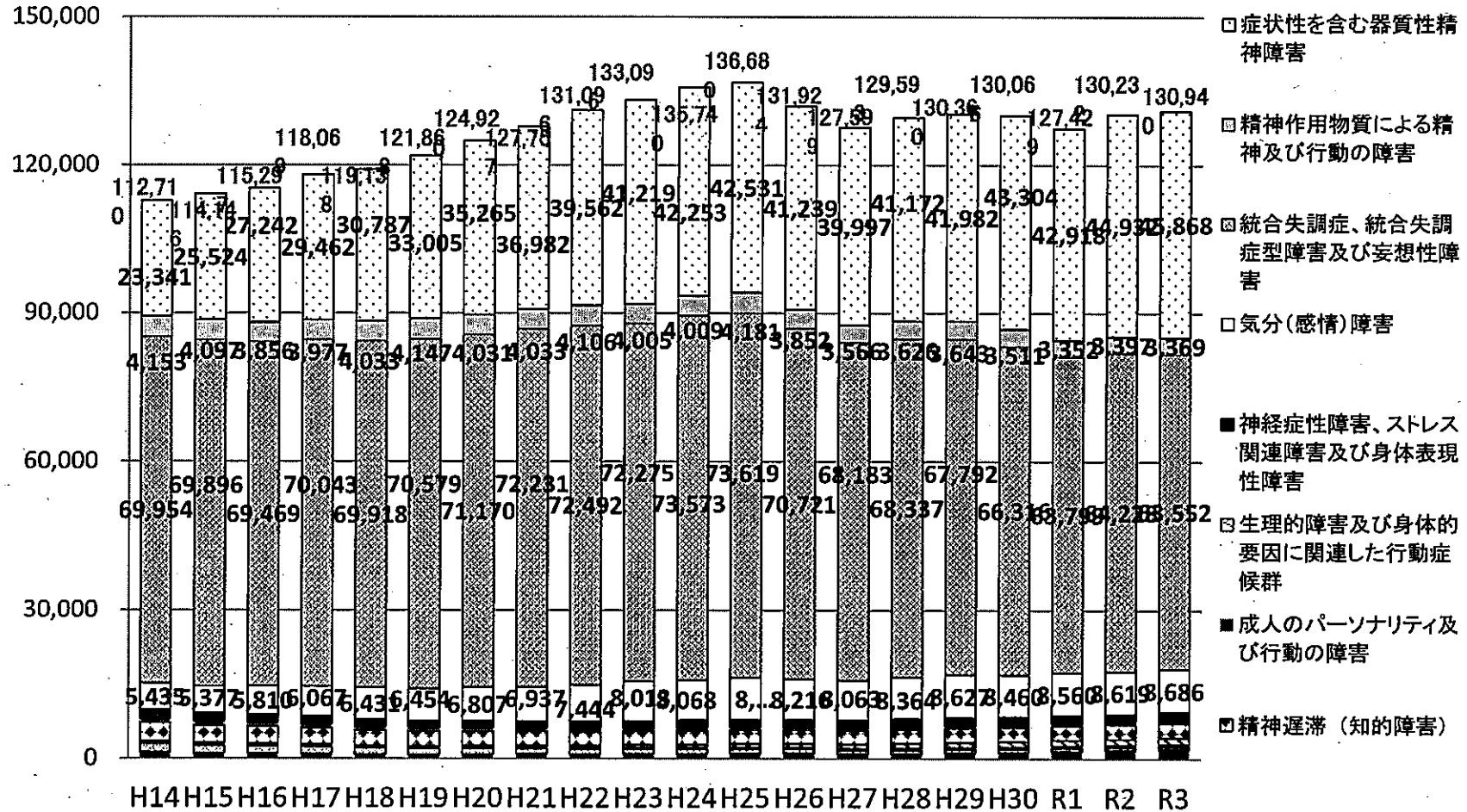


措置入院患者数の推移（疾患別内訳）



資料：「精神保健福祉資料」より作成

医療保護入院患者数の推移（疾患別内訳）



資料：「精神保健福祉資料」より作成

■ 指定医の資格に関するルール

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抄）

第19条の2 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。

（例）保険給付に関し不正行為があった場合

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つたときその他指定医として著しく不相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。

（例）入院患者の行動制限時に必要な診察を故意に行わなかった場合、
不当な身体拘束等を行った場合、患者の財産を横領した場合

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ければならない。

4 都道府県知事は、指定医について第2項に該当すると思料するときは、その旨を厚生労働大臣に通知することができる。

行動制限の最小化

～可能な限り行動制限を減らすために～

- なぜ行動制限の最小化が必要なのか
- 行動制限に関するルール
- どうすれば行動制限を減らせるのか

■ なぜ行動制限を減らす必要があるのか

○人権（尊厳）

基本的人権である「人身の自由」を制限する行為であり、
人権擁護の観点から極めて慎重な対応が求められる

○身体的な影響

深部静脈血栓症・肺塞栓症による死亡事例の存在
関節の拘縮、筋力低下、褥瘡 等

○心理的な影響

行動制限によるトラウマ
医療従事者に対する患者・家族の陰性感情
医療従事者自身の士気の低下

■ 行動制限に関するルール

■ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第36条

第1項 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

第2項 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

第3項 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限(※)は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
(厚生省告示第百二十九号)

1. 患者の隔離(内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)
2. 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

第37条

第1項 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

第2項 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

第3項 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

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(厚生省告示第百三十号))

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。

2 対象となる患者に関する事項

- 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影響
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫
- 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
- 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、一般精神病室では医療又は保護が著しく困難
- 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

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) 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
- (4) 洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保
- (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(厚生省告示第百三十号))

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

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫

イ 多動又は不穏が顕著

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

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。

■ 判断のための3つの要素

1. 切迫性

本人または他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

隔離・身体拘束以外に代替する手段がないこと

3. 一時性

隔離・身体的拘束が一時的なものであること

行動制限の基準の「基本的考え方」には、これらの要素が含まれている

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、患者の生命や身体の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」には当たらなかつたものというべきである。

行動制限の最小化（架空事例①）

70代女性、アルツハイマー型認知症。夫、娘と3人暮らし。
転倒し、大腿骨頸部を骨折したため、整形外科に入院。
手術後からせん妄が続いている。

精神科病院に転院し、医療保護入院した後も、
夜間の徘徊、転倒が持続。
夜間のみ、体幹・右下肢2点の身体的拘束を実施。

あなたの病院であれば、どのように対応しますか。

あなたの病院以外では、
どのような対応をしていると思いますか。

行動制限の最小化（架空事例①）

70代女性、アルツハイマー型認知症。夫、娘と3人暮らし。
転倒し、大腿骨頸部を骨折したため、整形外科に入院。
手術後からせん妄が続いている。

精神科病院に転院し、医療保護入院した後も、
夜間の徘徊、転倒が持続。
夜間のみ、体幹・右下肢2点の身体的拘束を実施。

身体的拘束をしないために、どうしたらいいと思いますか。

精神保健指定医として、何ができると思いますか。

行動制限最小化について（例）

現場重視の視点
当事者の声
問題意識の共有



病院管理者の支持
病棟・病院全体の
バックアップ

【職員の動機付け】 問題意識の共有、主体的行動を促す

【課題の把握と対策】 （例）昼夜逆転→日中の活動を増やす

【代替手段の模索】 （例）職員による見守り

定期的な多職種カンファレンス

他病棟、他院の取り組みの共有

他職種と連携し、身体的拘束を要さない体制作りを行うことも
精神保健指定医に求められる役割の1つである。

行動制限の最小化（架空事例②）

20代男性。大学卒業後、1年間会社に勤めるが退職。約3年実家に閉居していた。「盗聴されている」と隣家に入ったため通報され、統合失調症の診断で措置入院となった。

入院し、保護室に隔離した後、頻回にドアを叩いており、両手に青あざができています。

あなたの病院であれば、どのように対応しますか。

あなたの病院以外では、
どのような対応をしていると思いますか。

行動制限の最小化（架空事例②）

20代男性。大学卒業後、1年間会社に勤めるが退職。約3年実家に閉居していた。「盗聴されている」と隣家に入ったため通報され、統合失調症の診断で措置入院となった。

入院し、保護室に隔離した後、頻回にドアを叩いており、両手に青あざができています。

身体的拘束をしないために、どうしたらいいと思いますか。

この患者さんは、なぜドアを叩いていると思いますか。

治療的な関わりによる行動制限の最小化（例）



- ・本人の希望について聞くことができるか
- ・医療従事者として説明を行い、薬物療法の同意を得ることができるか
- ・保護室隔離以外の選択肢について本人と相談することができるか
- ・本人と医療従事者が適切な関係を築くことができるか

非同意の入院下において、いかに本人と適切な関係を結ぶことができるか
という難しい対応が求められる。

身体的拘束を経験した患者について

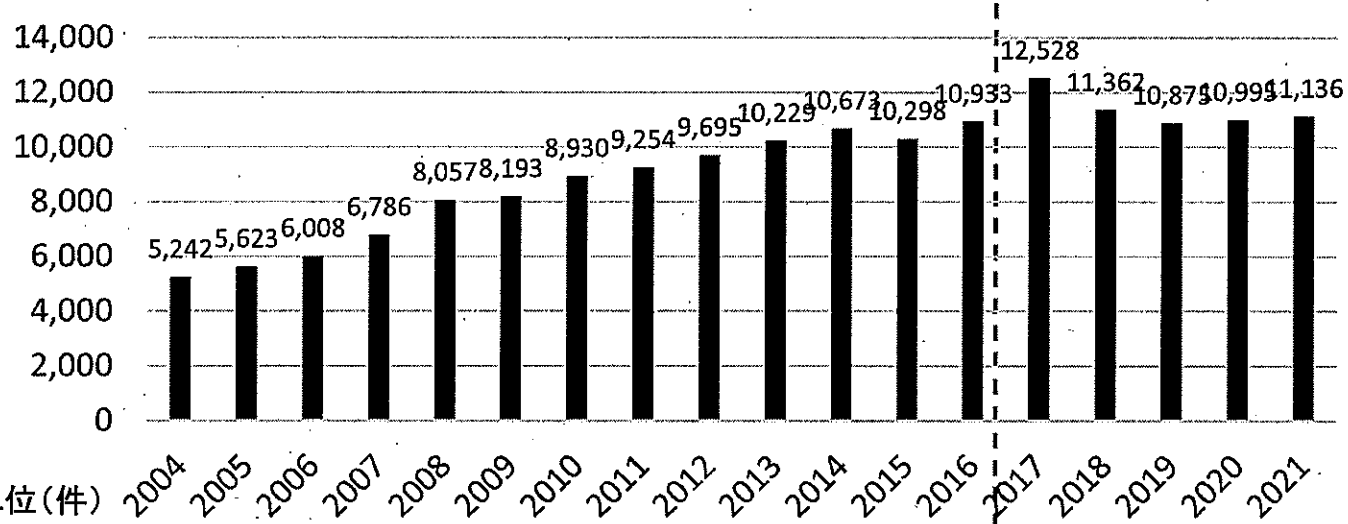
- 自分が無力になり、何も話ができない状態になる
- トイレが自分でできず、オムツを履かされる
- 丸一日天井を見上げるしかなく、早く殺してくれと思う
- 自分が人間として扱われていないと感じる
- 退院した後も、拘束のことを忘れられない

精神看護(2021)等をもとに精神・障害保健課が作成

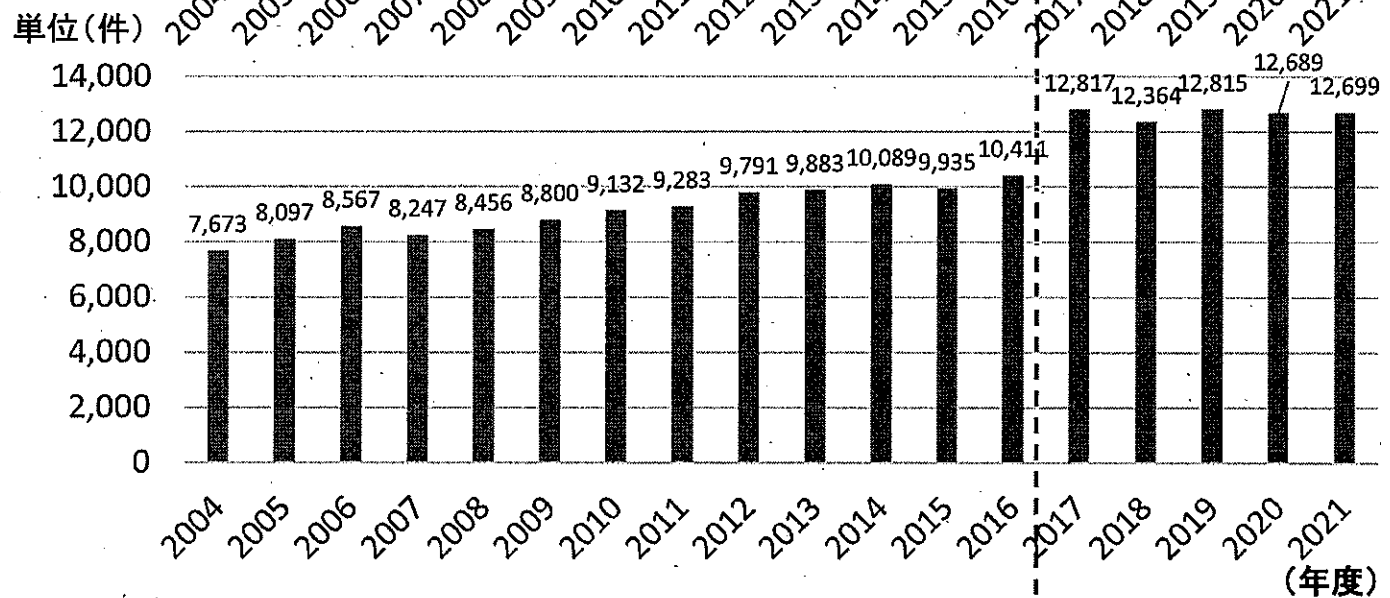
隔離・身体的拘束（指示）の件数

単位(件)

隔離(指示)件数



身体的拘束(指示)件数



最小化へ

2016年度までは実施の件数、2017年度からは指示の件数を示す

資料：「精神保健福祉資料」より作成

この5年間の変更点や新たなルール

- 指定医制度の見直し
 - ・ ケースレポート・口頭試問
- 措置入院・退院後支援に関するガイドライン
- 虐待の発生防止と早期発見

精神保健指定医制度の見直し

指定医の不正申請について

- 平成27年4月及び6月に、聖マリアンナ医科大学病院において不適正なケースレポートの申請が行われていた23名の指定取消処分が行われた。
- 平成28年10月26日、精神保健指定医資格審査部会において、89名の取消処分を行うことが妥当との答申を行った。処分者には、不適正なケースレポートに署名を行った指導医も含まれた。

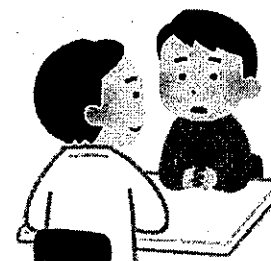
新たな運用

- 聖マリアンナ医科大学の事案を踏まえ、指定医制度を見直し。(令和元年7月～)

ケースレポートの見直し

【見直し後】5分野 5症例	措置入院	医療保護入院
F 0 (老年期認知症、症状性又は器質性精神障害等)		1例以上
F 1 (中毒性精神障害等)		1例以上
F 2 (統合失調症等)		1例以上
F 3 (躁うつ病等)		1例以上
F 4 (神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害) F 5 (生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群) F 6 (成人の人格及び行動の障害) F 7 (知的障害(精神遅滞)) F 8 (心理的発達の障害) F 9 (小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害)		F 4～9のいずれかから 1例以上

口頭試問の導入



指導医は更新研修を受けていることを要件に追加。

精神保健指定医制度の見直し

- 平成28年より開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、精神保健指定医資格の不正取得の再発防止と資質確保の観点から、以下の対応を実施。

※関係告示及び通知（事務取扱要領）を改正し対応。いずれも令和元年（2019年）7月1日を適用期日としている。

<口頭試問の導入>

- ・ ケースレポートの審査に加えて口頭試問を実施することで、担当医としての十分な関わりに加えて、法制度や臨床医学の知識について問う

<ケースレポートの見直し>

- ・ 措置入院症例を含む5分野5症例の提出が必要
- ・ 「医療保護入院時の告知に立ち会った症例」「退院後に外来治療を担当した症例」などの実務的な観点から要件を整理

<指導医の要件等の見直し>

- ・ 指導医の要件を明確化（レポートの指導のみを行うものではない）
- ・ 更新研修を受けていることを指導医の要件に追加（令和7年7月～）

措置入院の運用に関するガイドライン（概要）

- 全国の自治体で、措置入院の運用が適切に行われるよう、精神保健福祉法上の通報等の中でも特に多い警察官通報を契機とした、措置入院に関する標準的な手続をガイドラインとして整理。

I 警察官通報の受理

- 都道府県等の職員は、警察から連絡があった際、「警察官通報であること」「警察官が対象者を発見した状況」等を確認。
※留意点として、被通報者が警察官に保護・逮捕等されていない状況での通報等への対応も明確化

II 警察官通報の受理後、事前調査と措置診察まで

- 原則、職員を速やかに被通報者の現在場所に派遣し、面接を行わせ、事前調査の上で措置診察の要否を決定。
- 事前調査に際しては可能な限り複数名の職員で実施し、専門職による対応が望ましい。
措置診察の要否の判断は、都道府県等において、協議・検討の体制を確保し、組織的に判断することが適当。
- 措置入院の運用に係る体制（特に夜間・休日）の整備が必要。
- 被通報者に精神障害があると疑う根拠となる具体的言動がない場合等、「措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合」を明確化。

III 地域の関係者による協議の場

- 都道府県等は、自治体、精神科医療関係者、福祉関係者、障害者団体、家族会、警察、消防機関等の地域の関係者による「協議の場」を設け、以下の事項について年に1～2回程度協議することが望ましい。
 - ・ ガイドラインを踏まえた警察官通報等から措置入院までの対応方針
 - ・ 困難事例への対応のあり方など運用に関する課題
 - ・ 移送の運用方法 等

※「協議の場」では個人情報を取り扱わないよう厳に留意。

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（概要）

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。

II 退院後支援に関する計画の作成

支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者。

計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。

計画の内容

◆ 計画の記載事項（主要事項）

- ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
- ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ ・ 課題、支援内容、連絡先
- ・ 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等

◆ 計画に基づく支援期間

- 地域への退院後半年以内を基本とする。延長は原則1回（本人同意が必要）。

会議の開催

◆ 参加者

- ① 本人と家族その他の支援者の参加が原則。②本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることも可。
- ③ 支援関係者 ・ 作成主体の自治体 ・ 居住先の市町村 ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション ・ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者 ・ NPOなどの支援機関、民生委員 等

III 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。

■ 虐待の発生防止と早期発見

精神科医療機関で取り組むべきこと

- 利用者の声を職員に届ける
- 虐待防止研修の定期的な開催
- 虐待の早期発見と虐待防止の啓発
- 外部の目が入る体制

精神科医療機関等における虐待防止のための啓発資料

【研修資料】

精神科の医師・看護師を中心とした勉強会、グループディスカッション等

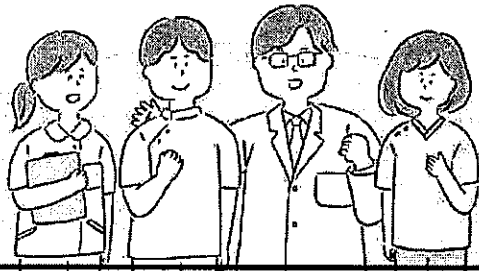
【啓発資料】

精神科医療機関の職員用ポスター
(ナースステーション等貼付用)

※下部の空白には、都道府県相談窓口の連絡先等を記入

院内医療従事者向け研修資料

より良い精神科医療の提供に向けて
～患者さんへの暴力等の防止の観点から～



[https://www.mhlw.go.jp/
content/12200000/000932515.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000932515.pdf)



患者さんへの
あなたの対応は正しいですか？



[https://www.mhlw.go.jp/
content/12200000/000932517.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000932517.pdf)



令和3年度障害者総合福祉推進事業「障害者虐待防止の効果的な体制整備及び精神科医療機関等における虐待防止のための啓発資料の作成と普及に関する研究」成果物

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）

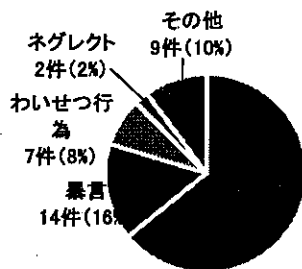
事案報告概況

〈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

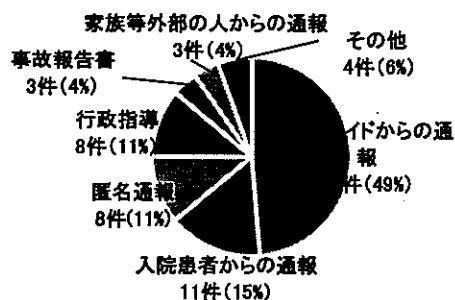
〈把握件数〉72件(平成27年度～令和元年度の累計)

※以下、重複回答あり

〈事案種別〉



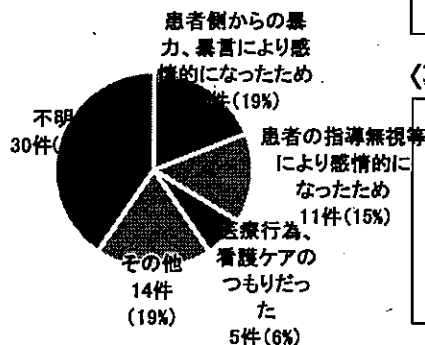
〈事案把握の契機〉



〈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旨としたプログラム

- ・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づきを促し、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。

※下線部分是一部改正箇所

精神保健指定医の指定を受けた後の資格管理

精神保健指定医の資格管理

(1) 指定医証の管理

指定医は自らの責任のもと指定医証を管理することとし、指定医証の有効期限についても十分注意すること。(有効期限までに更新研修を受講しないと指定が失効します。)

(2) 変更・紛失等の届出

指定医証の記載事項に変更のあるとき又は住所地に変更のあるとき、紛失・き損したとき等は、その旨を都道府県知事又は指定都市の長に届け出ること。

※ 住所の変更届が提出されていない場合、5年度ごとに受講を義務付けている更新研修の案内が届かずに、更新研修が受講できなくなるおそれがあるため、届出は必ず行うこと。

精神保健指定医失効後一年未満の者の申請手続き

①指定医資格失効



②失効後、1年以内に
更新研修を受講



③指定医指定申請
【新規申請】

失効後一年未満の者に限り、更新研修を受講後、ケースレポート等の必要書類を一部省略して新規申請が可能。

※あくまで資格は失効していることに注意。(指定を再度受けるまで、指定医業務はできません。)

2. 今後の精神保健福祉行政について

- 近年の精神医療の動向
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム
- 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
- 依存症対策
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- その他

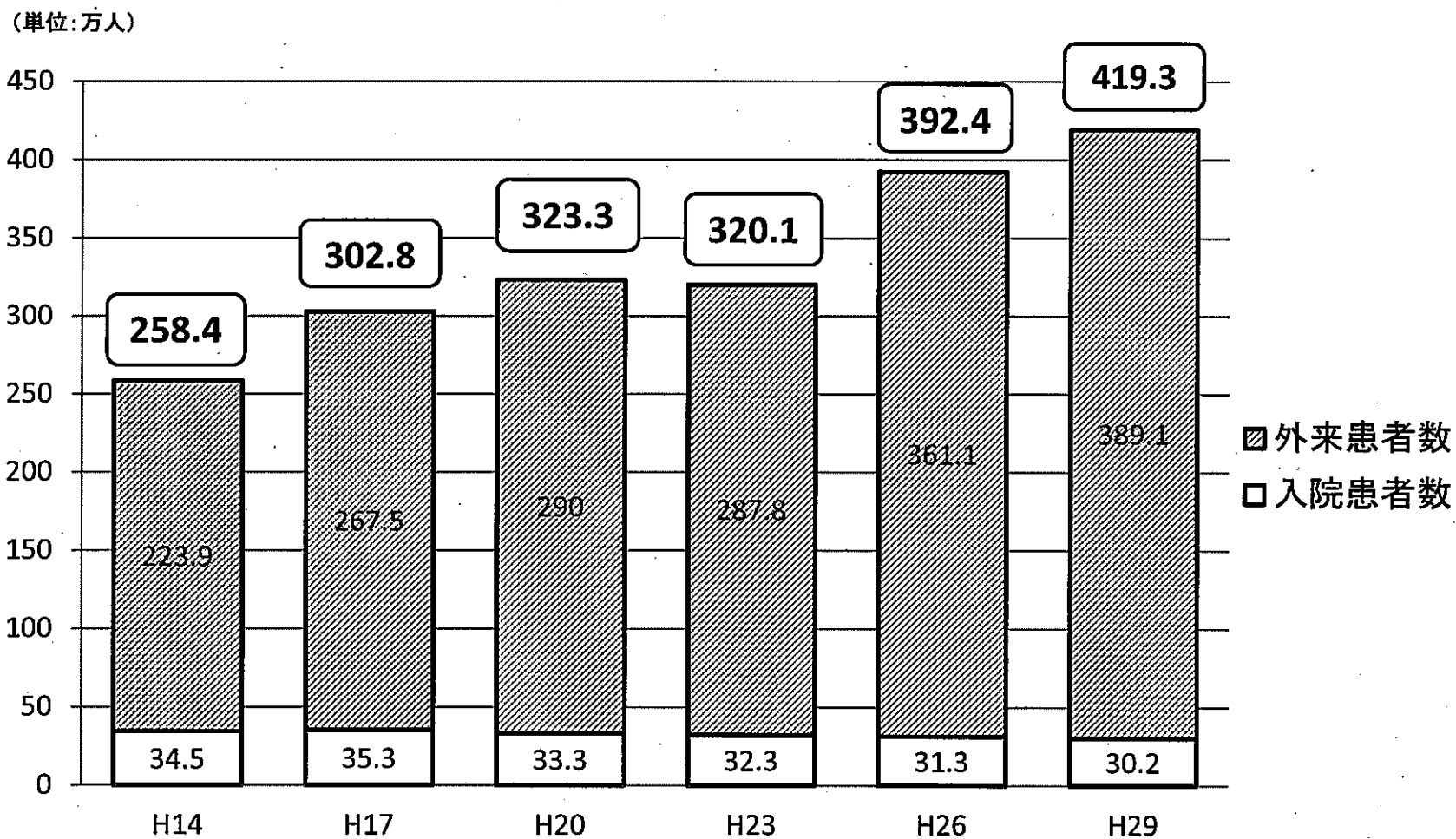
ひとくらしをいよため



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

近年の精神医療の動向

精神疾患を有する患者数の推移

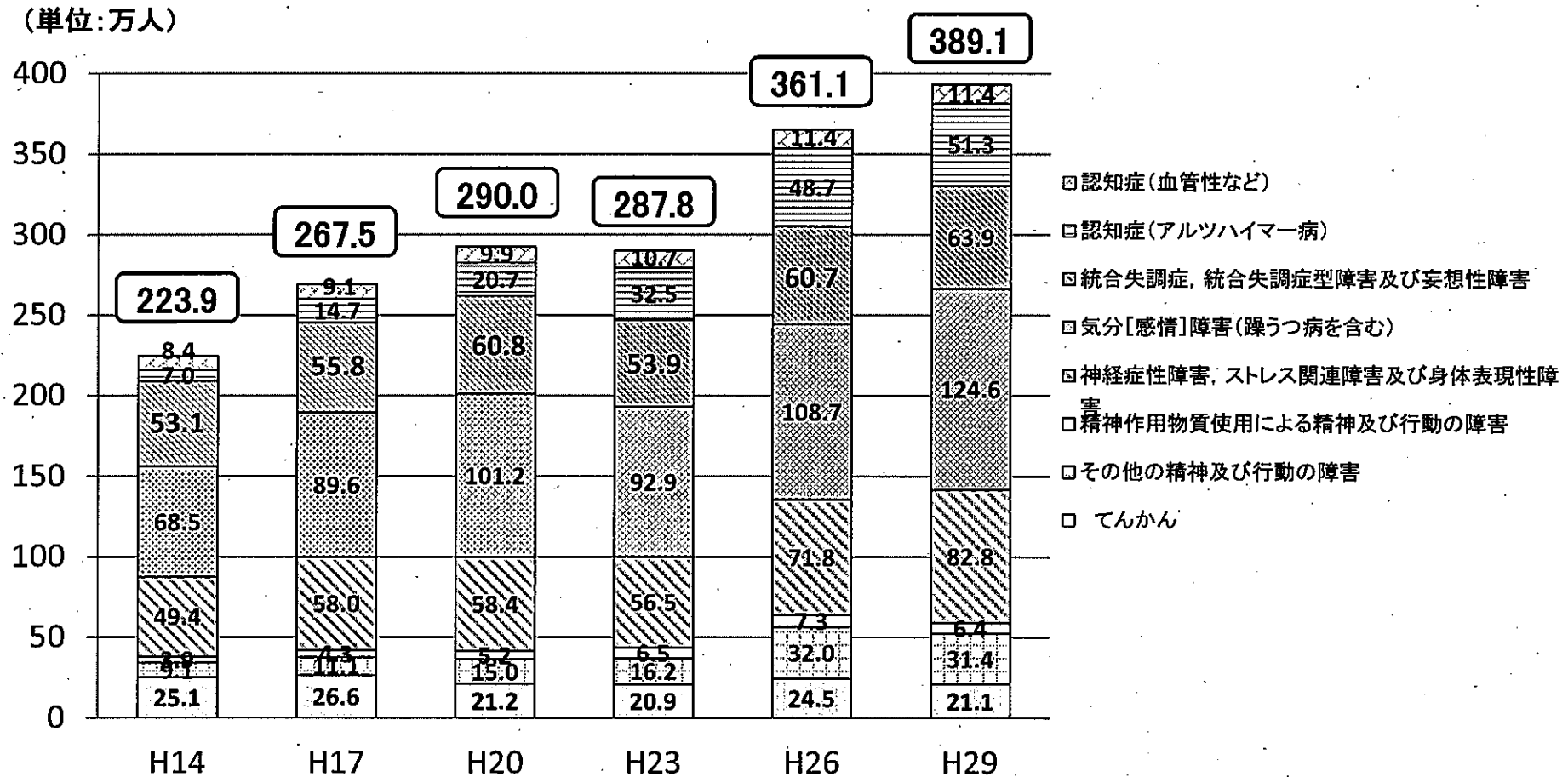


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）

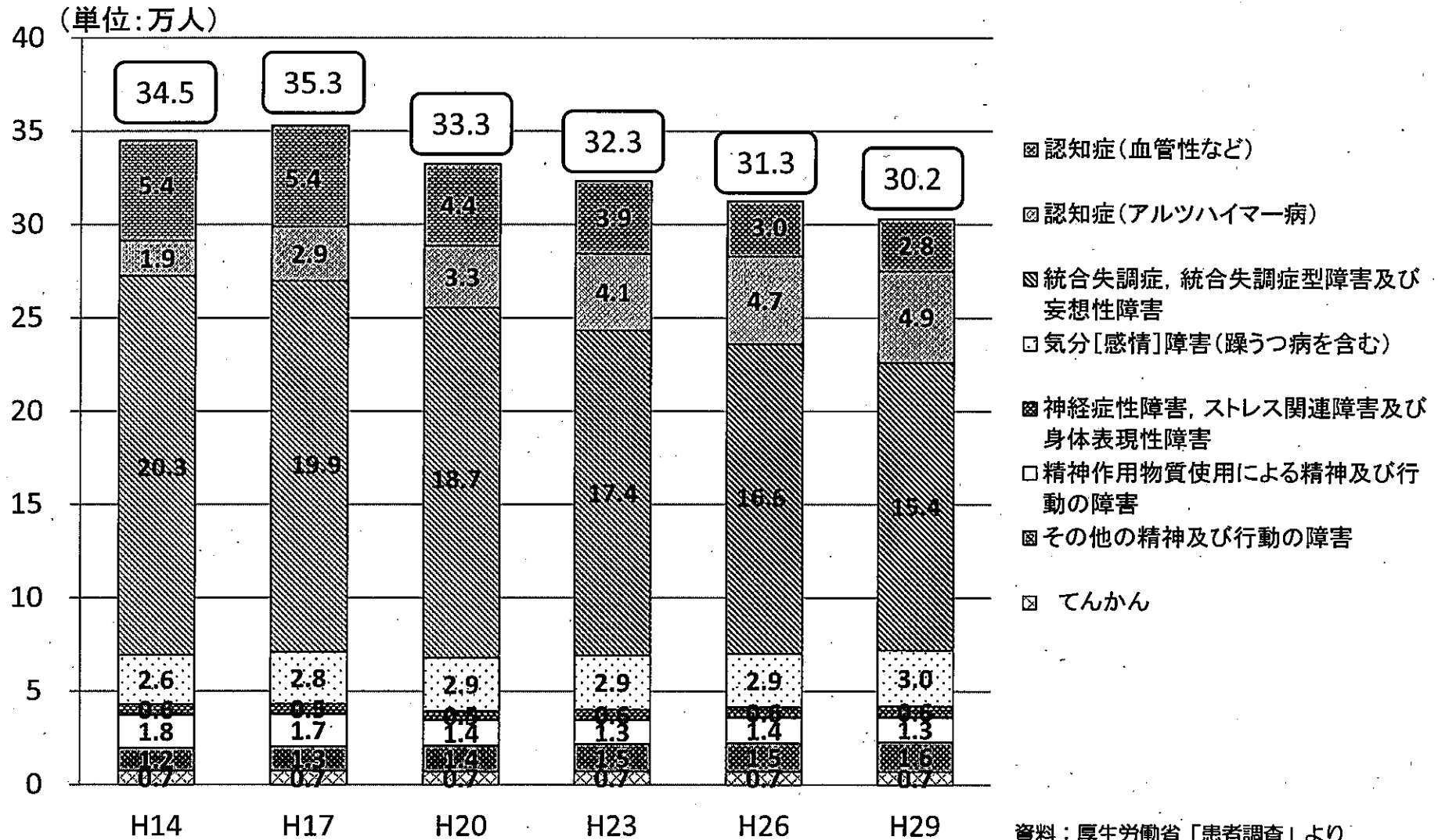
- 精神疾患を有する外来患者総数は増加している。
- 疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約7.3倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約1.8倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約1.7倍と増加割合が顕著である。



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料:厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



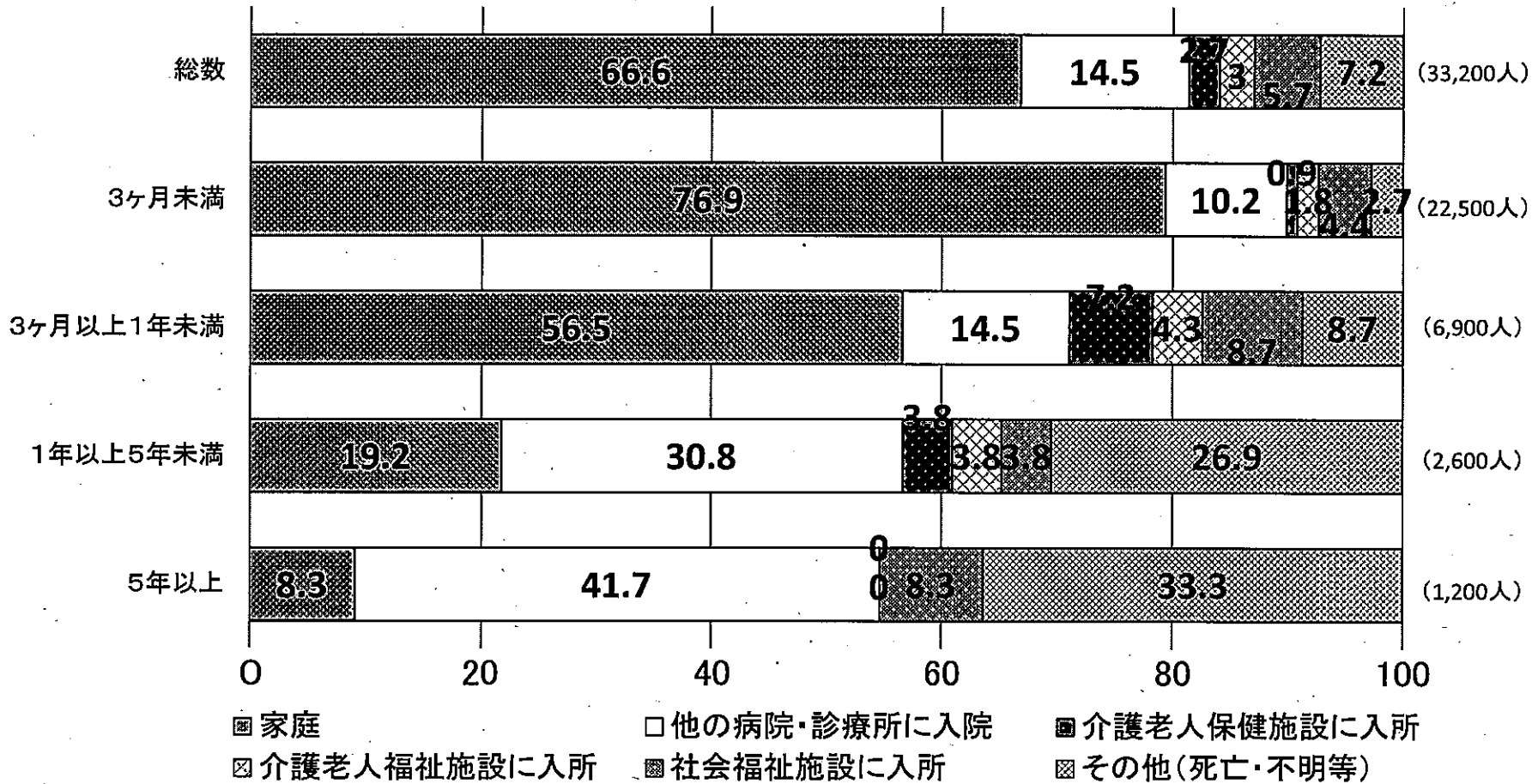
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

平成29年 精神病床退院患者の退院後の行き先

入院期間

(単位: %)



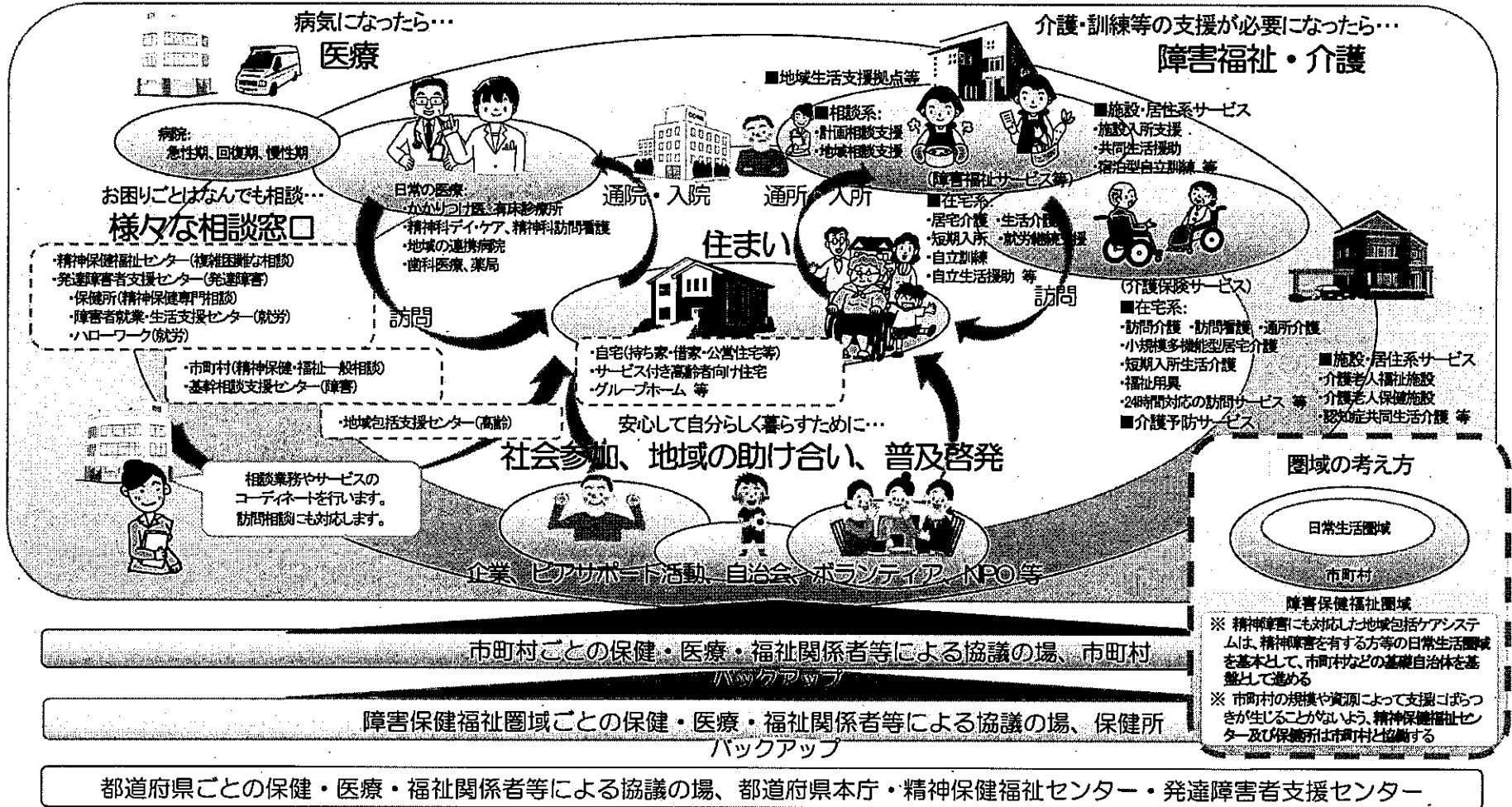
資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

- 精神障害を有する者が安心して地域で暮らすためには、医療と、障害福祉・介護、地域社会の密な連携が必要となる。
- 医療機関における診療に当たっても、医療に関するだけでなく、生活に関する幅広い視野が求められる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

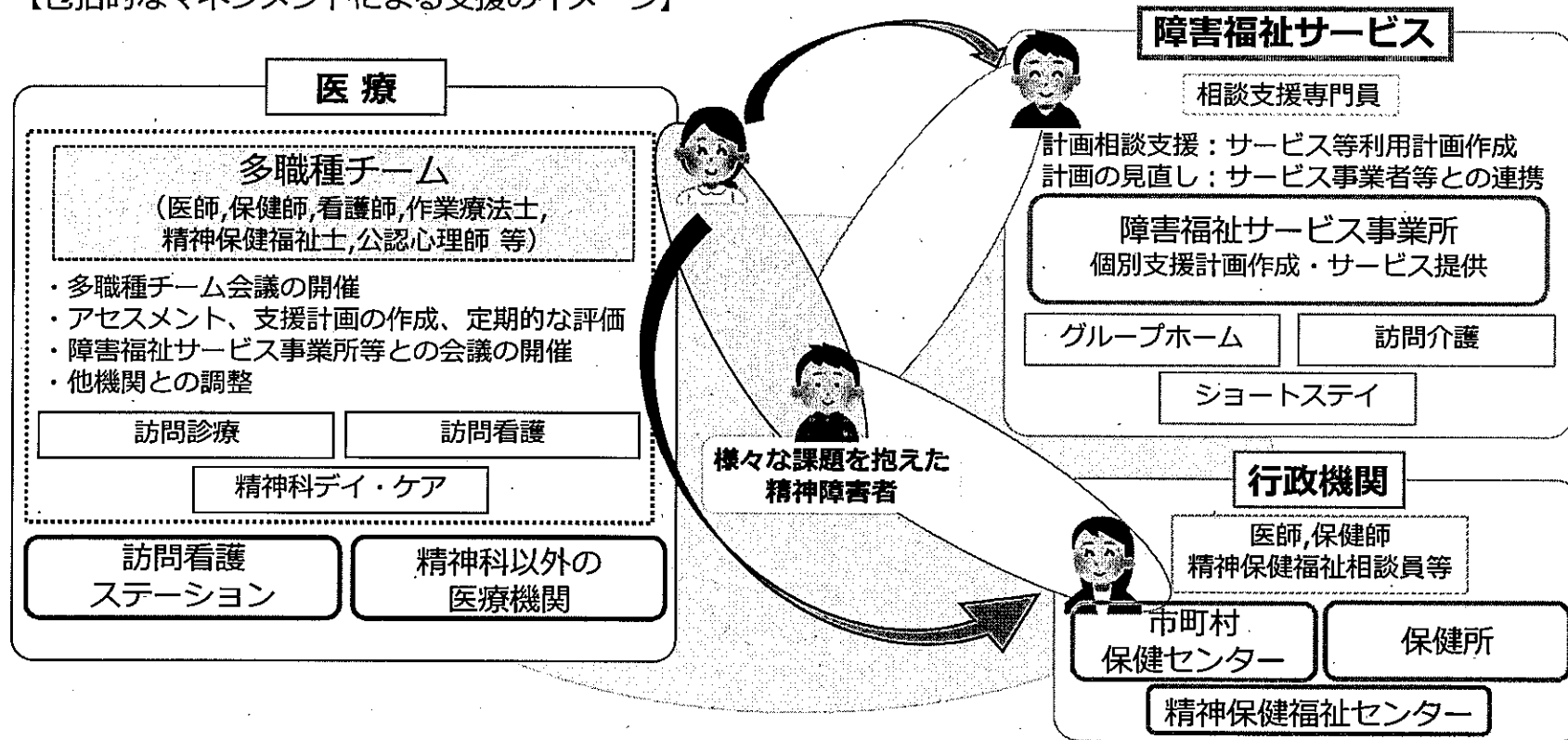
- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



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えて、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つて、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。

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

報告書(令和4年6月9日とりまとめ)の主なポイント


基本的な考え方

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

主な内容

1. 精神保健に関する市町村等における相談支援体制


- ・ 精神保健(メンタルヘルス)の支援は、主として保健所(都道府県等)の役割であったが、子育て・介護・生活困窮などの相談体制が市町村で整備される中、市町村の相談窓口において、精神保健の相談への対応が分野を超えて課題として顕在化している。

- 
- 市町村における精神保健に関する相談支援の体制整備を進めていくべきである。(精神障害者に加え、精神保健に関する課題を抱える者も対象となる旨を明らかにする。国・都道府県の責務として市町村の援助を行わなければならないこととする。)
 - 関係機関・団体等で構成される協議会を活用し、地域の支援のあり方について協議を進めるべきである。

2. 医療保護入院

- ・ 医療保護入院は、精神科病院が精神保健指定医の診察と家族等の同意(※)により、患者本人の同意なく入院させることができる制度であり、本人の意思によらず長期入院する患者がいることから、誰もが安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、具体的かつ実効的な方策を検討することが必要。また、患者本人と家族が疎遠な場合等であっても、家族の同意が必要とされている。

※ 家族等がない場合等:市町村長の同意

- 
- 医療保護入院の入院期間を定め、精神科病院において、期間ごとに入院の要件(病状、同意能力等)の確認を行うこととするべきである。
 - 家族が同意・不同意の意思表示を拒否する等の場合は、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。

3. 精神科病院に入院する患者への訪問相談

- ・ 精神科病院において、外部との面会交流を確保することは、患者の孤独感等を防ぐ上で必要。特に、医療保護入院のような非自発的な入院の場合、家族との音信がない患者には、医療機関外の者との面会交流が、特に途絶えやすくなる。

○ 家族等がおらず「市町村長同意による医療保護入院者」を中心に、本人の希望のもと、患者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行うことで、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要となる。

4. 精神科病院が実施する退院に向けた支援の拡充

- ・ 退院後に地域で安心して生活できるようにするため、精神病状の変化に応じ、医療、福祉等の多様なサービスを身近な地域で切れ目なく受けられるようにする退院支援が必要であるが、支援の対象者が限られており、課題が見られる。

○ 医療保護入院者について、退院支援委員会(※1)による支援を受ける対象者を拡大すべきである。

(現行は在院期間1年未満の医療保護入院者が対象 ⇒ 在院期間1年以上の医療保護入院者も対象とすべき)

(※1)退院支援委員会:主治医、看護職員、入院患者及び家族等が出席し、退院に向けた取組等を審議するため精神科病院が設置。

○ 医療保護入院以外の入院者についても、退院促進措置(※2)の対象とすることについても検討すべきである(※3)。

(※2)退院後生活環境相談員(退院に向けた相談支援、退院後の居住の場の確保等の業務を行う者で、精神保健福祉士等から精神科病院が選任)の選任など

(※3)このほか、医療保護入院に際し、患者に対して告知を行う事項として、「入院を行う理由」を追加すべきである(措置入院の場合も検討すべき)。また、医療保護入院で行われている入院時の精神医療審査会による審査について、措置入院の場合にも実施できるようにすることが望ましい。

5. 不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

- ・ 隔離・身体的拘束については、代替が困難であり、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が、実際の医療現場において、適正な運用を確保することが必要である。

○ 隔離・身体的拘束の基準(告示)について要件をより限定して明確化するなど、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとすることを含め、隔離・身体的拘束の最小化の取組を総合的に推進すべきである。

6. 虐待の防止に係る取組

- ・ 医療機関の従事者による障害者への虐待は障害者の尊厳を害するものであり、虐待を防止することは極めて重要である。

○ すでに実施されている虐待防止措置の推進に加え、従事者等が虐待を発見した場合にこれを自治体に伝えるとともに、伝えた者の保護を図ることが望ましい。このような仕組みについて、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。

依存症対策

依存症が疑われる者と依存症の受診者数の差

いわゆる**トリートメントギャップ**が大きい

⇒治療的介入が必要かもしれない人が相談・治療に繋がっていない可能性

例)

○生涯のうちで、

アルコール依存症の状態である又はあったと疑われる者数

約54万人^{※1}

○アルコール依存症の医療機関受診者数

約10万人^{※2}

アルコール依存症が疑われる者のうち

19%しか受診していない

※1AMED「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入・回復プログラムの開発に関する研究」2018 ※2精神保健福祉資料

依存症診療の充実のために

アルコール依存症や薬物依存症を抱える人では、

30～40%:うつ病や双極性障害

20～30%:不安障害

50%以上:自殺のリスク

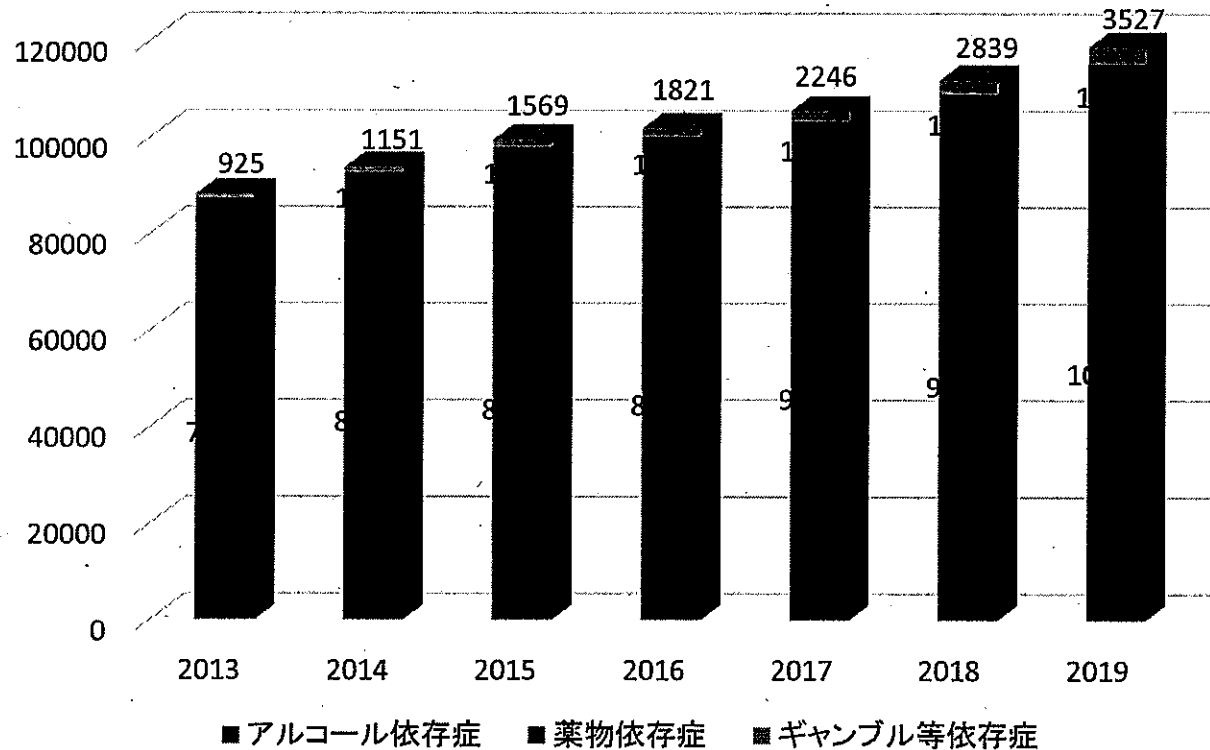
との報告もあります*。

日常診療されている患者さんも、
話していないが、実は依存症の問題を抱えている可能性があります。

*樋口進,「アルコール・薬物依存症と他の重複障害の実態把握と治療モデルの構築に関する研究」2013

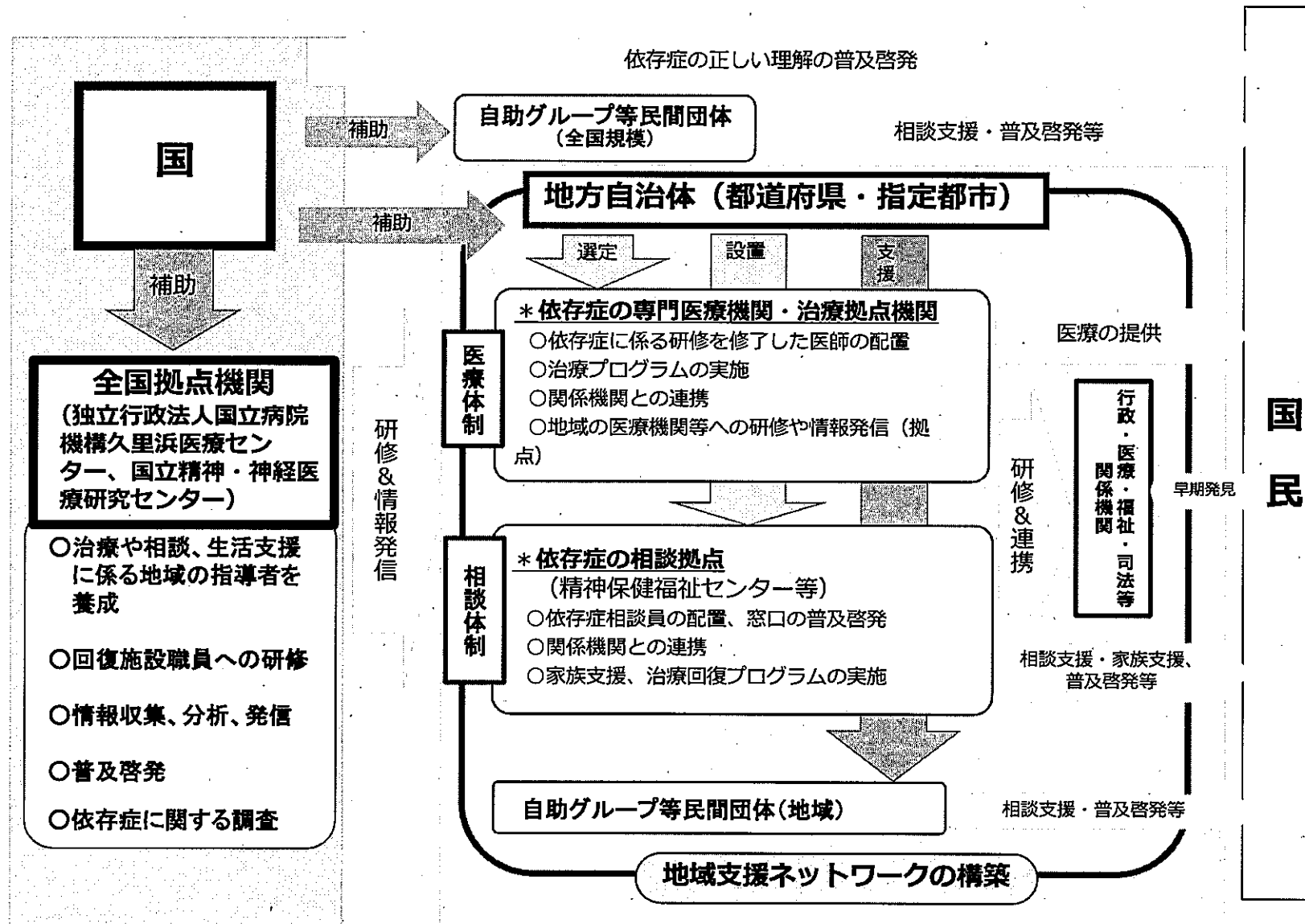
依存症の外来患者数の推移

- アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症のいずれも外来患者数が増加傾向にあるため、外来機能のさらなる強化が求められる。



厚生労働行政推進調査事業「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究 2021」
をもとに精神・障害保健課が作成

■ 依存症対策の全体像



新型コロナウイルス感染症への対応

- 精神科医療機関のクラスター発生時には、必要な物資の確保、感染対策専門家の派遣を含めた行政との連携が必要となる
- 平素からの衛生管理や、クラスター発生時のシミュレーションが重要
- 感染対策の際も、精神保健福祉法を遵守
(感染対策を理由とした精神保健福祉法上の行動制限は認められない)

新型コロナウイルス感染症対応に係る医療機関向け支援について

病床確保支援

- 都道府県が指定する医療機関等（重点医療機関等）でない場合でも、院内感染が発生した場合は、院内感染により実質的に専用病棟となっている医療機関について、都道府県が認めた場合、遡及して都道府県が認めた期間、重点医療機関として指定されたものとみなし、病床確保支援を受けることが可能。

人的支援

- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業により、以下の支援事業等を実施。
 - ・ **感染症対策専門家派遣等事業**
 - 感染症が発生した場合に、感染地域における感染拡大を防止するため、速やかに外部から感染症対策に係る専門家を派遣できる体制を構築等をするための支援を行う。
 - ・ **DMAT・DPAT等医療チーム派遣事業**
 - 都道府県の調整のもと、医療チームを都道府県調整本部等へ派遣し、搬送先医療機関の選定、搬送手段の調整等の支援を行うとともに、必要に応じて医療機関等への医療チーム派遣による医療提供等を行うもの。
 - ・ **新型コロナウイルスに感染した医師等にかわり診療等を行う医師等派遣体制の確保事業**
 - 感染症に感染し、診療等を行うことができなくなった医師等が勤務する医療機関等において代わりに診療等に従事するため、医師等の派遣を行う医療機関等に対して、その派遣実績に応じて支援を行うもの。

物的支援

- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業により、以下の支援事業を実施。
 - ・ **新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療期間に対する継続・再開支援事業**
 - 新型コロナウイルス感染により、休業等を余儀なくされた医療機関等の継続・再開時に必要な整備を支援するもの（対象経費：HEPAフィルター付き空気清浄機（陰圧対応可能なものに限る）、消毒経費）

感染対策のオンライン研修動画

- 「個人用防護具の着脱方法」「感染症発生時の初動対応」「ゾーニングの例」など、精神科医療機関の医療従事者等を対象としたオンライン研修動画（約30分）を提供。
<https://www.youtube.com/watch?v=qfMgSyC0f6E>



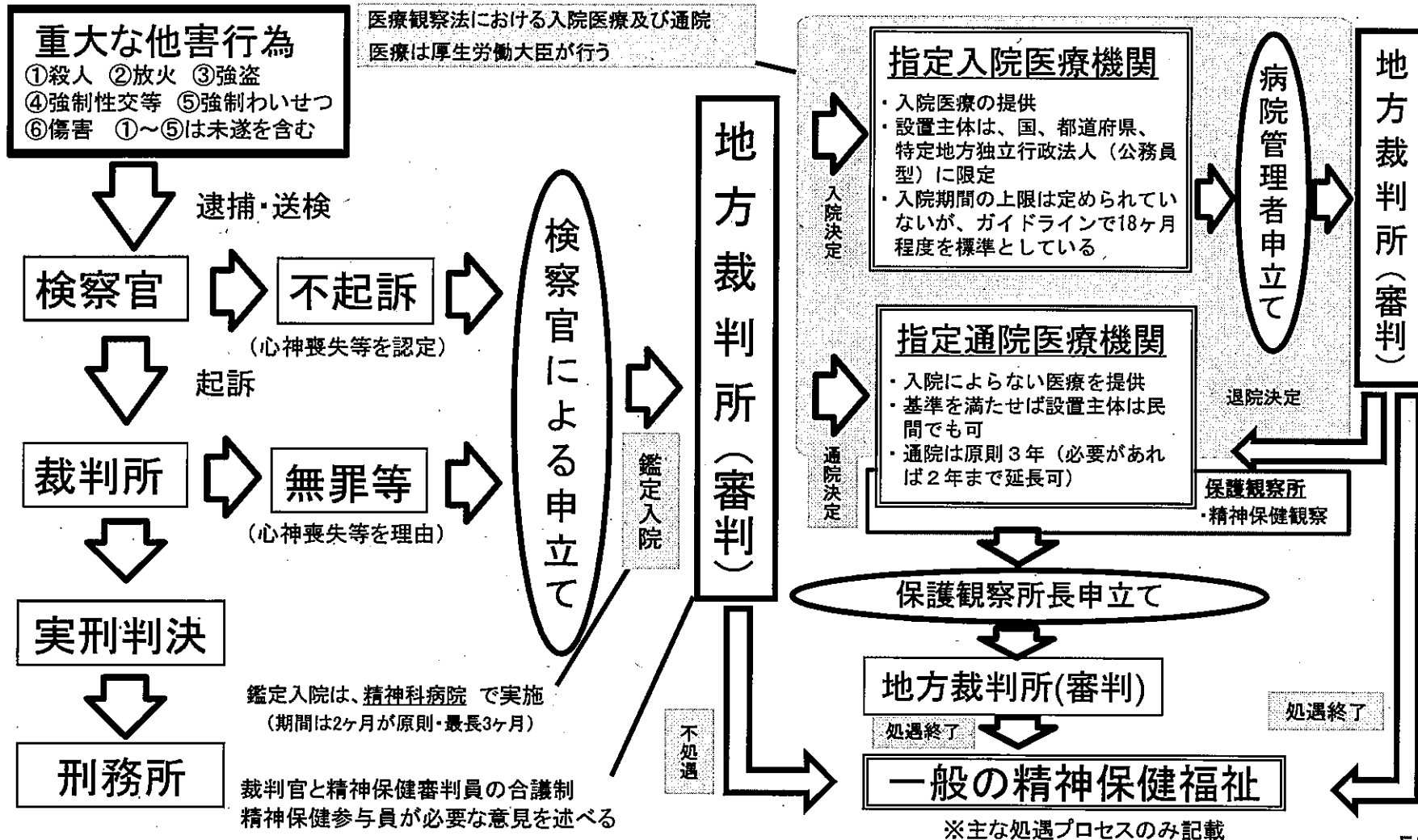
その他

- 医療観察法
- 災害派遣精神医療チーム (DPAT)
- 自殺対策
- 精神疾患・精神保健の普及啓発

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）の仕組み

（制度は、法務省・厚生労働省共管） 平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

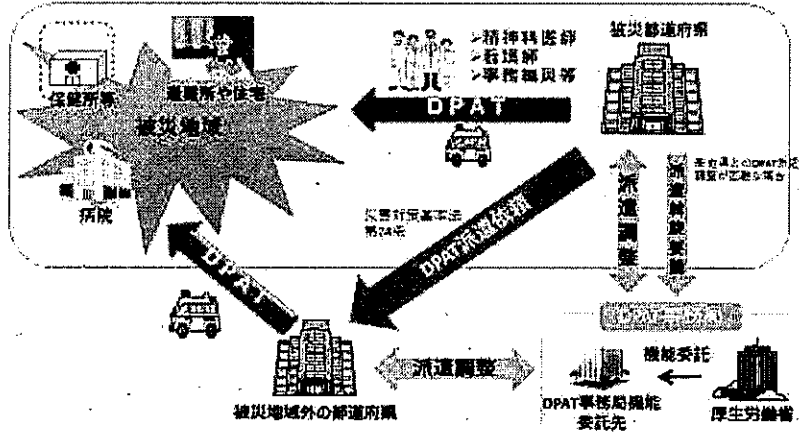
心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。



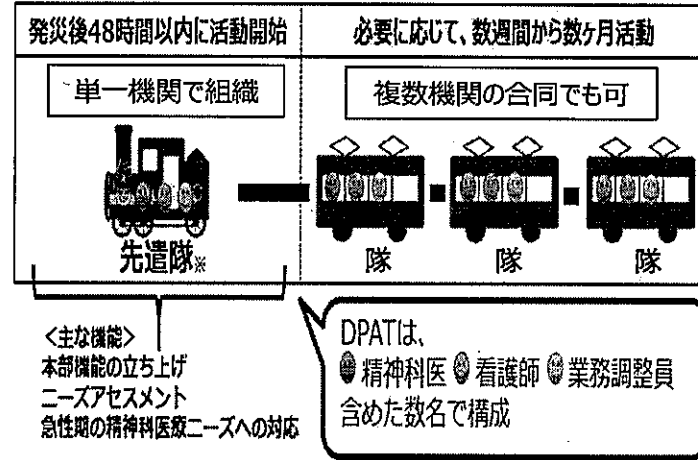
災害派遣精神医療チーム DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) 概要

1. 災害派遣精神医療チームDPATとは

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の際、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム



2. DPATの構造



※都道府県等が先遣隊機関として事務局へ登録

3. DPAT体制整備状況

先遣隊 (先遣隊を組織できる機関数をカウント)	96隊 (令和4年4月現在)
先遣隊を除くDPAT (医師・看護師・業務調整員3名を基に計算)	1087隊 (令和2年12月現在)

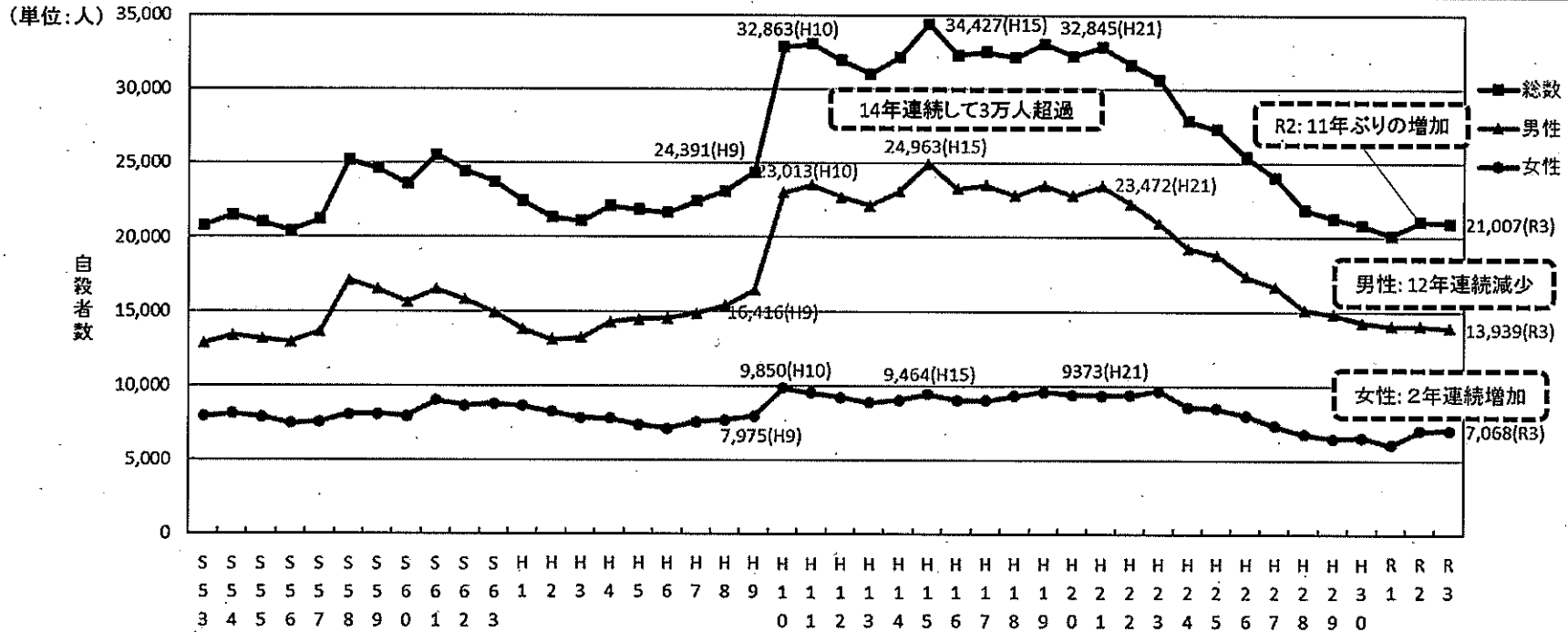
4. DPAT活動実績

(令和4年5月現在) ※令和2年7月以降は新型コロナウイルス感染症のクラスターにおいても活動を行っている。

平成26年8月	広島県豪雨土砂災害	令和元年8月	令和元年8月の前線に伴う大雨
平成26年9月	御嶽山噴火	令和元年9月	台風15号
平成27年9月	平成27年9月 関東・東北豪雨	令和元年10月	台風19号
平成28年4月	平成28年熊本地震	令和2年2月	ダイヤモンドプリンセス号船内等活動 ※新型コロナウイルス感染症対応
平成29年3月	那須雪崩事故	令和2年7月	令和2年7月豪雨
平成29年7月	九州北部豪雨	令和3年7月	令和3年7月1日からの大雨
平成30年7月	平成30年7月豪雨	令和3年8月	令和3年8月の大雨
平成30年9月	平成30年北海道胆振東部地震	令和4年2月	令和4年福島県を震源とする地震

我が国における自殺の状況と自殺対策の経緯

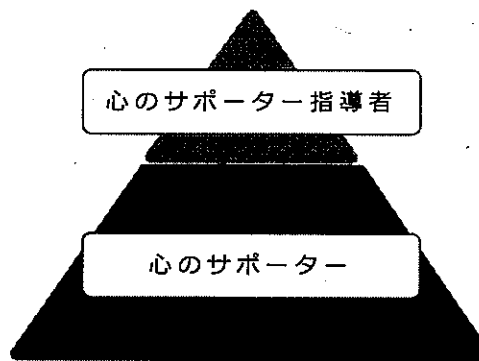
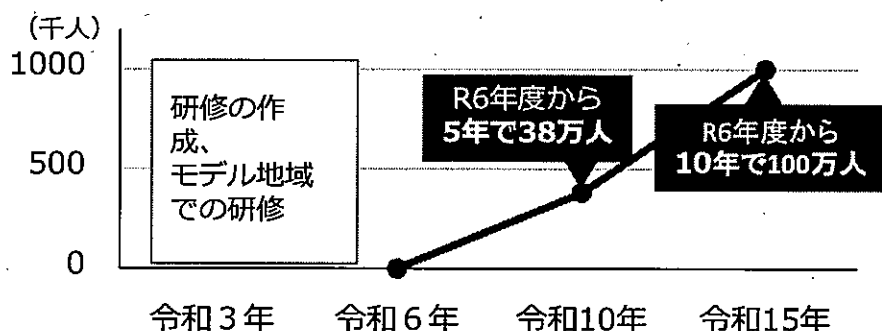
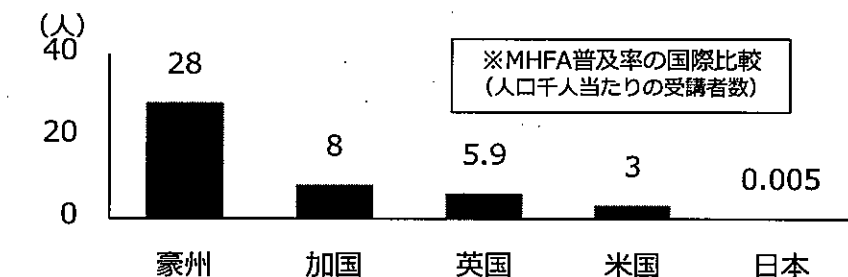
- 令和3年の自殺者数は21,007人となり、対前年比74人(約0.4%)減。
- 男女別にみると、男性は12年連続減少、女性は2年連続増加となっている。また、男性の自殺者数は、女性の約2.0倍となっている。



2006(平成18)年	6月	自殺対策基本法成立(議員立法、10月施行)
	10月	自殺予防総合対策センターの設置
2007(平成19)年	6月	「自殺総合対策大綱」(閣議決定)
2016(平成28)年	3月	自殺対策基本法一部改正法成立(議員立法、4月1日施行)
2017(平成29)年	7月	「第3次自殺総合対策大綱」(閣議決定) ※現行の大綱
2020(令和 2)年	2月	一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターを指定調査研究等法人として指定
2022(令和 4)年	夏頃	「第4次自殺総合対策大綱」閣議決定予定

心のサポーターの養成

- 世界各地で取り組まれている「メンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA)」の考え方に基づいた短時間のプログラムを使用し、一般の方々などを対象に研修を行う。
- メンタルヘルスやうつ病、不安について正しい知識と理解を持つとともに、身近な人に対する傾聴を中心とした支援が期待できる。また、差別や偏見の解消にもつながる。
- 令和3年度より事業を開始。令和6年度から本格的に全国展開を目指す。



※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



NIPPON
COCORO
ACTION

ご清聴ありがとうございました。

これから新規申請される方へ

新規申請にあたり、今回受講した指定医研修の有効期間
は1年となります（精神保健福祉法第18条第1項第4号）。

研修受講後1年以内に、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉担当課へ関係書類とともに精神保健指定医指定申請書を提出して下さい。

ご清聴ありがとうございました。

更新研修を受講されている方へ

受講終了後、「更新申請書」をご提出下さい。登録していただいている住所宛に更新された指定医証が郵送されます。

- 更新後の指定医証の有効期限と次回の更新年度は以下のとおりです。
(※受講の延期の申請をし、本講習を受講された方を除く)

有効期限	次回の受講年度
令和10年3月31日	令和9年度

※指定失効後1年未満で再指定のため研修を受講されている方へ

指定の効力が失効していますので、更新研修受講の場合であっても、「新規申請」となります。ケースレポートの提出は不要ですが、精神保健指定医指定申請書（失効後一年未満）の様式に必要事項を記入の上、関係書類とともに、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉担当課へ速やかに提出して下さい。