

2020 年度

第 2 回横浜精神保健福祉フォーラム

目 次

- (1) 目 次
- (2) 開催要項
- (3) I 部 「神出病院虐待事件を通して長期入院の在り方を問う」
 - 話題提供 神出病院虐待事件レポート 資料
 - シンポジスト資料 (発言要旨)
 - 伊藤時雄氏国賠訴訟資料
- (4) II 部 「街の中で、人の中へ」
 - ～障害者が暮らしやすい街、夢のある横浜を目指して～
 - 話題提供 横浜市第 4 期障害者プランと地域生活支援の方向資料・
シンポジスト資料 (発言要旨)
- (5) コラム
 - 1) 精神科訪問看護に関する考察 (一社てとて 増子 徳幸)
 - 2) 居宅介護事業所の現状 (社福恵友会やすらぎ所長 渡邊美奈子)
- (6) 参考資料
 - 1) 全国団体の声明文
 - 2) 精神病不祥事件 (立命館大学・仲あさよ作成)
 - 3) WHO 顧問クラーク勧告が意味するもの 歴史的検証 (伊勢田堯)
 - 4) 日本精神神経学会精神病院不祥事件に関する声明
 - 5) 厚生労働省資料
 - ① 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
 - ② 最近の精神保健医療福祉施策の動向について
 - ③ 精神にも対応した地域包括ケアシステムの推進について (論点等)
 - ④ ピアサポートの専門性の評価について (論点等)

■ プログラム (敬称略)

開演 12時30分

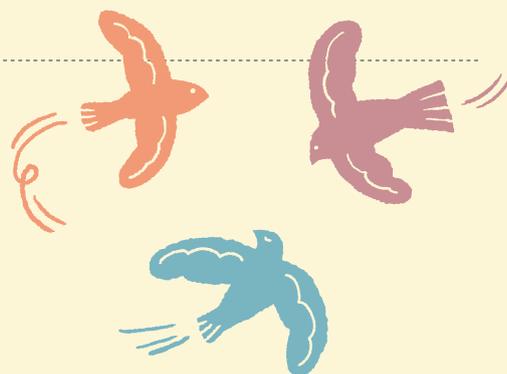
総合司会 岡村真由美 横浜市精連 副代表

来賓挨拶

- 上條 浩 横浜市健康福祉局障害福祉保健部長
- 横山 正人 横浜市会 議長

来賓紹介

- 横浜市会各党常任委員会委員、NPO横浜市精神障害者家族会連合会ほか



パネルディスカッションⅠ部 12時50分～14時50分

テーマ：「神出病院虐待事件を通して長期入院の在り方を問う」

話題提供：「神出病院虐待事件レポート」

- 村上 晃宏 神戸新聞社会部・司法担当記者

シンポジスト

- 藤井 克徳 NPO日本障害者協議会代表
- 野末 浩之 精神科医・横浜市精神保健福祉研究所長
- 大熊 由紀子 ジャーナリスト・国際医療福祉大学大学院教授
- 村上 晃宏 神戸新聞社会部・司法担当記者
- 藤井 哲也 神奈川精神医療人権センター代表会長

司会・進行

- 大塚 淳子 帝京平成大学健康メディカル学部教授

指定発言

- 東谷 幸政 精神医療国賠訴訟研究会代表、日本病院・地域精神医学会理事

休憩 14時50分～15時10分

パネルディスカッションⅡ部 15時10分～16時50分

テーマ：「街の中で、人の中へ～障害者が暮らしやすい街、夢のある横浜を目指して～」

話題提供：「横浜市第4期障害者プランと地域生活支援の方向」

- 佐渡 美佐子 横浜市健康福祉局障害福祉保健部障害施策推進課長

シンポジスト

- 藤井 克徳 NPO日本障害者協議会代表
- 佐渡 美佐子 横浜市健康福祉局
- 大熊 由紀子 ジャーナリスト・国際医療福祉大学大学院教授
- 望月 明広 横浜市総合保健医療センター

司会・進行

- 大友 勝 NPO横浜市精神障害者地域生活支援連合会代表

終演 16時50分

■ 開催趣旨

精神障害者を街の中で、人の中で支えていこうという時代に、兵庫県・神出病院で患者虐待事件が今年 3 月に発覚し、看護師 6 人が逮捕されました。

この事件の背景には、我が国の精神病院の構造的問題があると考えられます。若い看護師がなぜこのような事件を起こしたのか、長期入院はなぜ解消できないのか、身体拘束はなぜ増え続けているのか。

今年 10 月 1 日には精神科病院に 40 年間入院していた伊藤時男さんが国を相手に訴訟を起こしました。

今回のフォーラムでは、神出病院事件を通して、あらためて地域で精神障害者を支える夢のある街・ヨコハマの実現を目指すために何をすればいいのか、会場の皆さんと一緒に考えます。

■ パネルディスカッションについて

I 部では、神戸新聞社会部記者より「神出病院患者虐待事件」の概要と裁判の結果について報告していただきます。この報告を踏まえ、①看護師は何故このような事件を起こしてしまったのか、②身体拘束はなぜ増え続けているのか、③なぜ社会的入院＝長期入院は減らないのか、④長期入院を解消するには何が必要とされているのか、ディスカッションを通して会場の皆さんと一緒に考えます。

II 部では、横浜市第 4 期障害者プランと、精神に対応した地域包括ケアシステム、横浜市独自の退院促進事業、重度高齢化対応グループホーム、自立生活アシスタント事業等について話題提供していただきます。その上で、長期入院の解消とニューロングステイをなくすため、地域で働くものは何をしたらいいのか、精神障害者が街の中、人々の中で普通に安心して暮らせる夢のある横浜を目指すためには、官民一体となった地域の受け皿の整備をどのように進めたらいいのか話し合います。



I 部「神出病院虐待事件を通して 長期入院の在り方を問う」

第2回横浜精神保健福祉フォーラム1部レジメ

精神障害当事者から観た現在の社会構造の在り方を問う

KP 神奈川精神医療人権センター

会長 藤井 哲也

皆さん、こんにちは。私、精神疾患精神障害当事者の藤井達也と申します。よろしくお願
いします。私は現在、特定非営利活動法人さざなみ会就労継続B型シャロームの家でピアス
タッフとして勤務しています。その傍ら YPS 横浜ピアスタッフ協会と言う当事者会でピアサ
ポートのボランティア活動をしながら精神保健福祉啓発に毎日毎夜勤しんでいます。

そして、その一環として昨年9月、大阪に出向いて、大阪精神医療人権センターにお邪魔
し、お話しを聞いてまいりました。そして私たちピア同志も同じようなアクションを興せな
いものかと模索しました。その結果今年の5月立ち上げたのが KP 神奈川精神医療人権セン
ターであります。今回、設立にあたって会長を引き受けさせていただきました。そして今般、
市精連の大友代表よりこの場で当事者の立場から話してほしいと依頼されました。早速快諾
し、今こうして恐縮ながら壇上に立たせていただいております。

さて、前置きはこれぐらいにして本題に入りたいと思います。先ず、私の精神疾患発症の
話からさせていただきます。私は思春期の頃勉学に励んだ末、精神的疲労館から登校拒否に至り
ました。心配した両親が保健所などに相談しに行きました。そして、病識の無い私をどこか
にドライブに連れてってあげると言われ、行った先が精神科病院でした。そして診察診断の
結果、私の人生初の精神科病棟入院となりました。その当時、昭和51年はいわゆる精神衛
生法が施行され、精神病患者が患者と言う名目のもと、人としてではなく虫けら同然、いやそ
れ以下のものとして扱われていたこと私は、当時 まだ純粋な高校2年生という自己の目線
で病棟内の凄絶極まる治療と言うより、むしろ収容生活の生々しい現場を入院生活をともし
て体験してきました。その上、精神薬の開発普及に伴い薬物大量併用が製薬会社のままなら
ぬ宣伝により、より以上に加速されて来たことは、今この場にいらっしゃる皆さんもご承知
かと思えます。そういう中、一応は、病状安定を診た主治医の診断のもと退院になりました。
さて、果たしてその先に健康維持のもと一般社会で生活を継続させていく保証があるかと言
えば、その答えは、正に NO でした。そのため社会に順応できず、問題行動、例えば家庭内
暴力などです。そしてその陶、警察官介入に至りました。因みに私は、今の今に至るまで9
回の入院を体験しました。その中の一回が措置入院。2回が医療保護入院です。

さて、現在多くの精神疾患患者さんがに入院病床のある精神科美容等で長い長い入院生活
を薬物多剤大量併用により、また時と場合により医療スタッフの都合に応じた患者の意見言

い分要望を全く受け入れない中で隔離拘束が世間には、知らせない状態で必要に応じてカルテなどの改ざんなどの隠蔽工作がまかり通っているのが現状ではないでしょうか？ そういう中、発覚したのが今回のテーマである神出病院患者虐待事件でしょう。

今回の看護師による患者虐待がどういう経過でエスカレートしていったかは、多くの専門家により検証がなされるかにかかっているとかと考えるので私としては、具体的コメントは控えるとして身体拘束、そして社会的入院＝長期入院が減らない背景は、日本独特の明治維新以前の鎖国時代に精神病者を病院診察診断と言う名のもとに扱うサービスが皆無に等しく、結局は、家族が責任をもってケアするという在り方があった、それが日本独特の国民性で日本の歴史風土の中培われてきた延長に私宅監置に至る流れではないでしょうか？ つまりは、明治維新以後の日本が、そして戦後復興の日本が目指した方向に市場原理、そして何よりも日本国家体制が国民を先導した先に私たち障害者を、結果を出さない駄目人間のレッテルを張ることによって、起きてしまったと私は考えます。その先に当然あったのが戦後日本国家体制がつくった優生保護法であったことは、皆さんもある程度納得の範囲かと思えます。

私は先ほど話した通り神奈川精神医療人権センターをびあ同志で立ち上げ精神障害者の基本的人権の擁護と言う観点から未だ精神科病院に入院中の患者さんが一般社会に出てまだまだ知らない世界を自分の目あるいは、全ての感覚で触れてもらい、それぞれがその人なりの生身の生きている自己存在を確認していただきたい！ それだけです。後は、それぞれ精神障害当事者が生きてきたあかしとして自己決定できた時、精神障害当事者が世間一般社会で共存共栄できる時代が到来するのではないかと、現在、福祉職に励む毎日の中、次なる新時代を待ち望みたいと思います!!

そのために長期入院の解消を目指すために私たちピアがいかに社会の仲違いの方向のお手伝い、参入する機会を獲得するかがキーポイントだと考えています。そのために現在その可能性を阻んでいるのが入院中の患者さんが退院先に移行する過程で、どのタイミングでいかにスムーズに精神障害当事者を地域移行させるかでしょう！ 私が今までそういう現場での支援者と当事者のやり取りにぶれがあることを感じます。それは、医療関係者は当事者本人を患者として、また福祉関係者は障害者としての支援のスタンスがある。勿論、当たり前です。ただ、それが、私たち精神障害当事者として支援者にすべてを任せて付き合っているか、大変しんどいです。また支援者は、私らピア当事者と違って病気病状の生きづらさ、例えば統合失調症の幻聴厳格を実際体験しましたか？ 私たち精神障害当事者が退院後与えられる世界は、正に生きづらさの連続です。だから、私が最後に申し上げたいことは私たち障害者も世間一般の方々もお互いに腑に落ちないこと沢山ありき、です。だからこそ日本国家が目指した社会の方向に精神障害当事者が仲間入りさせていただくために「こころ」と言うテーマ可視化することを皆さんに提言するとともに私たち精神障害当事者と共に歩む道を相互に模索していければと思います。その先に必ずや「障害者」と言う言葉が意識されない時代の到来が来ることを信じ私の話を終わります。有難うございました。

はじめに

(自己紹介 精神障害分野との出会い)

I あらためて問う日本の精神障害関連政策の問題点

1. 根深い社会防衛策

- 1) 優生保護法の立法思想は今なお
- 2) 「大量死亡退院」が意味するもの

2. 社会防衛策に悪乗りする精神医療業者

- 1) 「精神医療は牧畜業」(当時の日本医師会会長の発言 1965年) から 55年
- 2) 「固定資産」呼ばわりの感覚
- 3) 「精神科特例」に迎合

3. 変わらない国の無策ぶり

- 1) 社会的入院問題のとらえ方
- 2) 精神医療業界との距離感
- 3) 空疎な政策審議システム(審議会、検討委員会)

II 社会的入院問題の解消に向けて

1. 問題の本質への対峙

2. 歴史を押さえること

3. 基本的な視点(2つの戦略)

- 1) ゼロ地点戦略
- 2) 横並び戦略

4. 具体的な政策

- 1) 精神医療の改革(手始めに事実上残っている精神科特例の廃止)
- 2) 家族負担の軽減(扶養義務制度の改正、当面は扶養義務の緩和策)
- 3) 本格的な所得保障制度の確立
- 4) 非医療型社会資源の本格整備

5. 政策実現に向けて

III 当面の課題

1. 基本的な視点

- 1) 徹底した当事者本位
- 2) 関係者の連携

2. 羅針盤とすべき2つの文書

- 1) クラーク勧告の心
- 2) 障害者権利条約

3. 関係者一人ひとりに問われること

改革が避けられない日本の精神医療
第2回横浜精神保健福祉フォーラム

野末浩之 精神科医・横浜市精神保健福祉研究所長

今回の発表は氏家憲章氏の著作「改革が避けられない日本の精神医療」を参考に行わせていただくものです

同書の表紙には以下のように書かれています

今日の世界標準の精神医療は、精神の病気があっても医療支援と生活支援によって、地域で、社会生活を送れる時代です

日本は先進諸国で唯一、入院中心の精神医療政策を継続しています。しかも一般医療と区別し差別扱いの「安かろう・悪かろう」を基本とする精神医療政策です

戦後70年間続けてきた精神科病院への入院中心の精神科医療政策は現在行き詰まり、崩壊が始まっています。そのため入院中心の精神医療政策の転換が避けられなくなっています。しかし、自動的に改革が進む状況ではありません

以下に、内容を抜粋して記載します

精神科病院の崩壊が始まっています

進む在院患者の減少

- ・高齢者の比率年々増加
- ・急性期病棟でも不安定化
- ・精神療養病棟の病床減少が進む

病床利用率の低下と新入院者の減少～戦後70年間進めてきた精神医療政策の破綻

一般病院と比べ低い診療報酬、人員基準、収容施設の側面が大きな比重

⇒医療機関本来の役割に徹することが必要

日本の精神科病院は政府から財政面、人員体制面から低い予算しか与えられていない

このことが高い身体拘束率、任意入院の形骸化、そして今回の事件のようなモラル崩壊～刑事事件発生につながっている

精神科病院崩壊の危機を、精神医療改革のチャンスに転換するのは今しかない

病院の内外、市民、行政、メディアが動きを起こしてゆこう

1 部「神出病院患者虐待事件を通して長期入院の在り方を問う」

科学ジャーナリスト 大熊 由紀子

～メ モ～

■会員フォーラム

第61回江戸川大会&第62回那覇大会 交流コーナー報告文 精神医療国家賠償請求訴訟の法理論構成を考える

— 現行精神医療法制の瑕疵と長年に亘る国の不作為を問う —

古屋 龍太*¹ 東谷 幸政*¹ 韭沢 明*² 杉山恵理子*² 長谷川敬祐*³

*¹精神医療国家賠償請求訴訟研究会・PSW

*²同・心理

*³同・弁護士

1. はじめに

日本の精神医療はおかしい。諸外国に類を見ない精神病床の多さ、強制入院の多さ、長期入院患者の多さ、隔離拘束・行動制限の多さ、家族等に依拠した強制入院制度等、問題点を挙げれば枚挙に暇がない。長年の入院促進・隔離収容政策の負の遺産が重くのしかかり、国が「反省」を述べ地域移行促進を打ち出しても、ドラスティックな変化は見られない。この国は、なおも精神科病院大国・人権後進国であり続けるのであろうか。

精神医療の状況が大きく変わらないのは、法制度の根幹が変わってないからである。1950年に精神衛生法が制定されて以降、戦後一貫して強制入院制度は大きな変更なく今も生きている。「同意入院」が「医療保護入院」となり、「保護義務者」が「保護者」「家族等」と名称は変わっても、家族主義に依拠した強制入院制度は存続してきた。制度を変えぬまま、国民の偏見を問題視し理解を求めても無理である(古屋龍太2019a・2019b・2020)。

ハンセン病訴訟や旧優生保護法と同様に、長年の精神医療政策について国の「謝罪」を引き出すことが必要である。不作為のまま放置されてきた、不当な長期社会的入院や強制入院制度を改め、年間2万人を超える入院患者が精神科病棟の中で死んでゆく実態を変えていくには、精神医療国家賠償請求訴訟(以下「精神国賠」という)を提訴するしかない、我々は考えている。

2. 精神医療国家賠償請求訴訟研究会とは

精神国賠を提起することについては、これまでも関係者間で議論されてはいた。運動母体の形成が具体化したの

は、東谷がハンセン熊本地裁判決との対比を中心に精神国賠の提起を行い(東谷幸政2012)、これに呼応した数名がささやかな研究会を出発させたことによる(東谷幸政2015・2017)。会の目的を「我が国の精神医療の現状を変えるための国家賠償請求訴訟について研究を行うこと、及び、裁判闘争の遂行」(規約第2条)に置いている。

2013年1月の立上げ時には、メンバーは数名で、殆どは精神医療関係者とジャーナリスト、弁護士だけであった。以降、毎月第2日曜日に定例開催の「月例会」を行い、当事者や専門職等10~20名が集まり、広報活動の経過報告や活動予定の調整が行われている。オープンな集まりであるため、報道関係者等も頻繁に訪れている。これと並行して、裁判に必要な法理論構成の検討と資料の収集を目的としたクローズドの「専門部会」も行われている。

その後、当事者・家族等が徐々に増え、現在では会員75名、支援を表明する応援団を含めると200名近くの任意団体になっている(2020年2月現在)。2017年5月には、事務局を移転して運営体制を一新し、ニュースレター「精神国賠通信」を発行するなどし、2020年春の提訴に向けて訴状の準備、原告の支援態勢、より広範な関係者への広報と支援の要請、裁判資金のカンパ活動などを行っている。集会や口コミでのパンフレット手交・送付に加え、ホームページとFacebookの開設なども行ってきているが、資金不足と事務局の人手不足で十分な広報活動が行えていない実情がある。

3. 精神国賠の原告候補者

原告募集の基準としては、①おおむね1年以上の継続した入院歴のある方、②日本の精神医療を良くしたいという意思のある方と示し、また条件として、①研究会の会員に

なること、②退院後3年を経過していると「時効」という法律上の規定を理由により敗訴する可能性のあることを理解して頂くこと、としている。

会員からの口コミや、一部マスコミに取り上げられたことなどにより、相談電話が頻回にかかってくる。多くは不当な入院体験を訴える患者本人、家族からの救済を求めるSOSであるが、中には自らが精神国賠の原告になれないか等の問い合わせも多数あった。しかし、助言や相談機関への紹介で終結するものも多く、入院中の方の退院支援まで取組んだものの、退院後に原告の立候補を取り下げる例もあった。これまで10名を超える方々が、原告の候補となることを一旦は決意しながら、同病の仲間や家族から「国にたてついたら生活保護や障害年金が打ち切られる」「警察の監視下に置かれる」等の誤った情報により断念した。「家族に迷惑が及ぶ」「病院の主治医に反対された」等により取り下げる方もいた。長期入院を経験し退院した方々からは、共通して「穏やかな今の生活を壊したくない」との声も多数寄せられた。それぞれの心情を考えればやむを得ないことであり、気持ちが揺れるのは当然と思われた。

しかし、一方で「このままでは死んでも死にきれない」と原告に立つことを決意した宮城の渡辺秀憲さん(71歳)のような方もいる。「なんで自分が30年以上も入院する羽目になったか。同じ思いをして死んでいった仲間がたくさんいる。国賠を通して俺は俺の生き様を訴えていく」「俺は国賠訴訟の勝利を見てから死にたいです。俺はあと10年は生きたいです」と仰っていた(古屋龍太2019c)。その他、既に原告として新聞紙上に名乗り出ている、群馬の伊藤時雄さん(68歳)、鹿児島島の堀辰也さん(39歳)もいる(信濃毎日新聞2019)。それぞれ、入院に至る経過や入院年数、入院形態、入院中に受けた処遇等は個別に異なるが、現行の精神医療を規定する法制度が違憲状態にあること、国が現状を追認し不作為のまま長期入院を放置してきたこと等を訴えたいという。

当事者と専門職が相半ばする月例会で議論を重ね、当初想定していた原告10名程度での一斉提訴は断念し、原告候補の意思表示をしている数名の方々が提訴を先行し、「me too」と手を挙げて下さる方々を待つ方針に変更された。

4. 日本病院・地域精神医学会での取組み

日本病院・地域精神医学会総会(以下「病地学会」という)における、精神国賠の取組み内容の概略を以下にまとめておく(表1参照)。

2015年の第58回総会(多摩大会)において、「精神医療はハンセンの闘いから何を学ぶか?」とするシンポジウムを開き、中谷真樹さん(山梨・住吉病院院長)と東谷が座長を務めた。国賠研の長谷川弁護士、応援団の福岡安則埼玉大学名誉教授も登壇したシンポの詳細は、本学会誌掲載の既報を参照されたい(中谷真樹ほか2016)。

2016年の第59回総会(練馬大会)では、交流コーナーに

表1 精神医療国家賠償請求訴訟研究会の経過

年	精神国賠研の動き	病地学会における動き
2012	「精神医療」誌に東谷が「精神国賠」を提起	
2013	精神国賠研究会設立、月例会開始	
2014	月例会を継続し提訴可能性を追求	
2015	月例会を継続し提訴可能性を追求 読売新聞「新・精神医療ルネサンス」掲載	第58回総会(多摩市)シンポジウム 「精神医療はハンセンの闘いから何を学ぶか?」
2016	交流会開催、今井康雄東大名誉教授講演会開催、南日本新聞に掲載	第59回総会(練馬区)交流コーナー開催(参加10名)
2017	事務局運営体制一新、「精神国賠通信」発行開始、日本PSW協会全国大会(大阪市)でパンフ配布	第60回総会(松本市)交流コーナー中止
2018	原告予定の渡辺氏死去 信濃毎日新聞掲載	第61回総会(江戸川区)交流コーナー開催(参加30名)
2019	新たな原告予定者も加わり訴状構成検討、日本PSW協会に支援要請、信濃毎日新聞に掲載	第62回総会(那覇市)交流コーナー開催(参加40名)、病地学会に支援要請
2020	精神国賠を先行する2地裁で提訴予定	第63回総会(倉敷市)で報告予定

において活動についての報告を行った(南日本新聞2016)。参加者は少数に止まり、10名が車座になって語り合うセッションとなった。その後の総会議事において、東谷は精神国賠への学会の支援決議を求め、翌日開催された学会理事会では、目的・構成員など会について資料を得て、「裁判が始まったら支援する」とこととなった(日本病院・地域精神医学会2017a・2017b)。

2017年の第60回総会(松本大会)においても、交流コーナーの開催を予定していたが、中心となる原告候補者の体調が思わしくなく、中止のやむなきに至った。

2018年の第61回総会(船堀大会)では、再び交流コーナーを開催し、原告予定の方を含む当事者・家族、医療福祉関係者、法律家など30名弱が参加した(葦沢明2019、信濃毎日新聞2018)。当日のプログラムは表2の通りである。

まず古屋より、日本の精神医療の歴史的な流れを政府の国策との関連で整理した報告を行い、東谷からは、精神国賠研の経過についての報告を行った。原告候補の渡辺さんからは、病床からのビデオメッセージが寄せられた。不当な長期入院や不本意な処遇などを体験し、退院後は残りの人生を楽しむことを優先したいと考えていたが、末期のがんに罹患していることがわかり、このままでは死ぬに死ぬ

表2 第61回病地学会総会交流コーナー：当日のプログラム

進行	主題	報告者
報告①	背景の共有：日本の精神医療施策の歴史	古屋龍太
報告②	精神医療国家賠償請求訴訟研究会の経過報告	東谷幸政
報告③	ビデオ・メッセージ：国賠訴訟の皆さんへ	渡辺秀憲
報告④	国賠訴訟の法理論構成—渡辺氏の場合	長谷川敬祐
報告⑤	会場に参加の原告候補患者からの訴え	金井久美子
質疑応答	参加者とのディスカッション	司会：杉山恵理子
閉会	その後、報道関係者質疑応答	東谷幸政・長谷川敬祐

ないとの思いから原告に名乗りを上げた思いを伝えた（渡辺さんはこの10日後に逝去された）。

弁護士の長谷川からは、訴訟としての筋立て、論点整理と見通しについて報告を行った。原告の個別事情も絡む点だが、この訴訟の難しさであり、どのような論点で提訴するかが肝になることを伝えた。最後に、原告候補の金井さんより、訴訟に至る想いと自らの体験が語られた。今は穏やかに暮らしていても、思い出すと耐え難い記憶が蘇えること、理不尽な状況を作り出した国の施策の責任について声を上げたい、「自分のためではなく、偏見とか人権侵害とか、数少ない原告として頑張っていきたい」との決意表明があり、拍手を受けながら閉会した。

2019年の第62回総会（那覇市）でも、交流コーナーを行った。参加者は40名に増え、前年から継続参加の方もいた。提訴を予定している現段階で伝えられることを報告し、古屋から「精神国賠の論点」を示した上で、参加者とのディスカッションを行った。前年は、精神国賠を提起すること自体への疑問を呈する方など、懐疑的でネガティブな反応も多く見られたが、今回は主催者からするとサポートイブと感じられる発言が目立った。2年連続で開催された交流コーナーにおける当日の参加者との質疑討論は、後述する。

なお、那覇大会に合わせて、2019年10月4日付で病地学会理事長宛に「精神医療国家賠償請求訴訟への支援要請」を提出している。この国の長年の精神医療に係る政策について、歴史を問う裁判になる。精神国賠を提起するにあたり、精神医療現場の改革を担ってきた病地学会に集う多くの会員の理解と支援を頂いて、各地での裁判を前へ進められればと願っている。

5. 精神国賠をめぐるディスカッション

参加者と交わされた質疑討論から、主なものを抄出して

紹介する（葦沢明2019）。精神国賠の現実性を問う懐疑的な厳しい質問もある一方で、提訴に向けて後押しするエールもたくさん頂いた。同様の疑問や不安を持つ全国の当事者・関係者からの声として、国賠研として耳を傾ける必要があると考えている。以下、「」内は参加者からの発言要旨、（）内は国賠研側の発言要旨を表す。

○「当事者の病棟訪問による退院促進・地域移行の取り組みに手応えを感じている。これらは未来志向の取り組みであるが、この訴訟はどうか？ 当事者本人が疲弊し、せつかく獲得した社会生活を訴訟に費やすことにならないか？」

（多くの当事者の方々が、退院後の生活を無駄に使いたくないという気持ちをお持ちなのも事実で、原告にならなくても躊躇する方も多い）

（不十分であっても地域移行支援を進めることと、この裁判を前に進める両者の活動は共存両立しうることであり、どちらも重要）

○「この裁判は寝た子を起こすだけにならないか？ 我々の心や症状の安定を保つことの大変さや具合の悪い時のしんどさがわかっているのか？ 患者の中には、この裁判を知ったことで不安定になる人も出るかもしれない。勝てる見込みも含めてやる意味があるのか？」

○「当事者が原告にならなければ意味が無いが、社会的注目を浴びる社会運動になる。今の日本社会でバッシングの嵐、汚い言葉が飛び交う中で、国とガチで訴訟する形になる。原告をバックアップできるような体制をどう作れるのか。世論をどのように味方に付けていくか。昨今、当事者が主体的に発言してきているのに、精神国賠は知られていない。そこが、弱いのではないか？」

（個々の原告の方には相応の支援体制を組まねばならない。勝訴可能性について楽観はできないが、それでも国賠が提起されることで、精神医療の問題に多くの国民に関心を持ってもらい、現状を変えていくことにつながる）（広く世論を味方につけられるかは確かに鍵になる。マスコミ等で一部取り上げられて来ているが、全国への周知はこれから）

○「これまでの国の立法不作為を問うのか？ ハンセン病予防法の対象は全員だったが、精神保健福祉法による入院者の、どこまで対象とするのか？ 旧優生保護法訴訟でも取り上げられた時効の問題を、どうクリアするのか？」

○「理論構成上の疑問あり。抗精神病薬が流布してからも入院精神病棟が増え続けたのは、行政の不作為によるものと、因果関係を示せるか？」

（国のこれまでの在り方・姿勢を問い責任を明らかにすることで、今に続く人権侵害をはじめとする諸問題への国の取り組みの必要性を明らかにして要求していく梃子にしたい。個人の賠償よりも施策による補償を求める考えもある）

○「違法性を糺すという話だが、現行法に適法なのにおか

しくないか？ 原告希望者がいても、問われる違法性で線引きされるのか？ 裁判を目的化した、患者の選別ではないか？ 国賠研の専門職だけで決めていないか？

参加している当事者は納得しているのか？」
(現行法に適法でも、その法律が国際基準や憲法に照らしておかしなければ、糺していく必要がある)

(国賠研の参加者は半数が当事者の方々。常に一緒に討議し、訴訟方針等も確認しながら進めており時間もかかる。現状では、第一次訴訟で先行させて呼応してくれる方を求めていく方針。家族訴訟もいずれ取組めればと考えている)

○「精神医療の実態は違憲状態にあると思う。しかし、違憲を争う国賠訴訟となると、結審まで延々と何十年もかかるのでは？」

(司法改革で裁判は短くなっており、昔のように10年も長期に渡ることはない。一審だと1年半～2年半、控訴審になっても半年くらい、最高裁まで行っても、結論を大きく変えると時間はかかるが半年くらいと考えている。)

○「ハンセン病訴訟の違憲判決が出たのは、ハンセン病予防法を廃止して、解決に向けた機運も背景にあった。精神医療は現行の精神保健福祉法に基づいて運用されている中で、違憲判決を得る可能性はあるのか？」

(確かにハンセン病訴訟とは状況も対象も異なる。それだけ勝算も含めて厳しいが、現行法のあり方自体を問いたいと考えている)

○「閉鎖病棟や保護室隔離、身体拘束の問題等、精神医療の問題は多々あるが、原告候補を1年以上長期入院者としているのはなぜか？」

(個々の精神科病院の現状を暴いても、何も変わらない。長期入院によって人生を奪われた方々の「人生被害」を訴えたい)

○「もし提訴されれば『Me too』と思う人はたくさんいると思うが、自分の辛い体験を人前にさらすのは辛い作業で、自分も踏み出す自信はない。それでも精神国賠を応援はしていきたいと思う」

(裁判の原告にならなくても証言者になる等、ご自身の入院体験と声が役に立つ)

○「ハンセン病訴訟で勝った方々から『次は精神科だよ』と言われた。やはり訴訟しかない。当事者が自ら語って大事で、息の長い話になるが、なんとか訴訟に漕ぎ着けて欲しい」

○「精神医療の状況は、今の法律で合法であっても、憲法に照らせば違法だと思う。精神科病院の職員もこれから立ち上がらないと」

○「私もこれまでの発言した人と同様の思いがあり反対意見を述べてきたが、今日の対話を聴いているうちに応援したい気持ちになってきた」

○「精神国賠で勝つには色々難しい点があることがわかったが、やる以上はなんとか勝てるようにやって欲しい。応援している」

6. おわりに

精神国賠研が活動を開始して、既に6年目を迎えている。ようやく提訴に漕ぎ着けるところまで来たが、裁判の行方は予断を許さない。国を相手とする提訴前の現段階で、具体的な訴状組み立ての内容を明らかにすることはできないが、提訴する以上は勝たねばならない。「この国に生まれたるの不幸」を、次の世代に残す訳にはいかない。勝つためには、裁判の法理論構成、運動の進め方などの課題にも取り組みつつ、原告を支え、広く国民各層に訴えていく方策も必要である。

精神国賠の目標は、かけがえのない一度きりの人生の時間を、精神科病院の中で過ごさざるを得なかった人々の声を司法に届け、この国の責任を明らかにすることにある。そして、過去から連綿と続いてきた精神科病院における人権侵害について、国から謝罪を引き出し、安心してかかれる精神医療を創ることを目指している。精神科病院の改革を押し進め、精神医療法制の転換を常に求めてきた病地学会には、ぜひ支援と協力をお願いしたい。

引用・参考文献

- 古屋龍太 (2019a) 「精神医療の歴史に照らして考える精神障害者監禁事件—呉秀三「精神病者私宅監置ノ実況」から100年、病院と地域は何が変わったか？」病院地域精神医学, 61 (2); 125-129
- 古屋龍太 (2019b) 「我が国の精神医療改革を阻んでいるもの—精神医療関係者の70年間の時代意識と利害関係」響き合う街で, 91: 9-14
- 古屋龍太 (2019c) 「計報：原告候補・渡辺秀憲さん国賠の思いを託し亡くなる」精神国賠通信, 6: 1-2
- 古屋龍太 (2020) 「医療保護入院の廃止に向けて—日本特有の強制入院制度を「やむを得ない」で終わらせないために」精神医療, 97: 3-7, 2020年
- 東谷幸政 (2012) 「精神病院はいらない。精神医療国家賠償請求訴訟の意義」精神医療 (第4次), 68: 78-86
- 東谷幸政 (2015) 「精神医療国家賠償請求訴訟の意義と課題」福祉労働, 146号, 現代書館
- 東谷幸政 (2017) 「精神医療国賠研究会の経過報告 (2012年10月～2017年7月)」精神国賠通信, 1: 1-2
- 中谷真樹・東谷幸政・藤崎陸安・福岡安則・長谷川敬祐・山岸倫子 (2016) 「シンポジウム：精神医療はハンセン病者の闘いから何を学ぶか」病院・地域精神医学, 59 (1); 22-39
- 日本病院・地域精神医学会 (2017a) 「学会だより：第59回日本病院・地域精神医学会総会総会議事」病院・地域精神医学, 59 (3); 286-290
- 日本病院・地域精神医学会 (2017b) 「学会だより：2016年度第2回理事会」病院・地域精神医学, 59 (3); 314-315
- 蕪沢明 (2019) 「日本病院・地域精神医学会交流コーナーレポート」精神国賠通信, 5: 1-3,
- 南日本新聞 (2016) 「隔離国賠で問う提訴の動き『ハンセン病と同じ』」2016年11月29日, 1面
- 信濃毎日新聞 (2018) 「精神科長期入院国提訴へ『隔離政策で人権侵害』主張」2018年12月14日, 社会面
- 信濃毎日新聞 (2019) 「精神科長期入院春にも提訴『人権侵害』国に賠償求め」2019年12月31日, 第2社会面
- 精神医療国家賠償請求訴訟研究会ホームページ
<http://www.seishin-kokubai.net/>

Ⅱ部 「街の中で、人の中へ」

～障害者が暮らしやすい街、夢のある横浜を目指して～

第4期障害者プラン と 地域生活支援の方向



横浜市健康福祉局障害福祉保健部
障害施策推進課 佐渡美佐子
令和2年12月

横浜市の概要

横浜市は、375万人の市民がくらす日本最大の基礎自治体。国連が採択した「持続可能な開発目標SDGs」の取組を先導し、将来にわたり持続可能な都市モデルを創り出そうとする「SDGs未来都市」にも選定され、取り組んでいます。

人口減少社会の到来、超高齢化社会の進展など直面する課題にしっかり取り組む必要があります。

65歳以上の人口が100万人に、75歳以上が60万人に、それぞれ迫ると見込まれる2025年が間近。



1

横浜市の障害者の状況 (各年3月末、人口のみ4月1日)

	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年
横浜市人口	3,725,042	3,728,124	3,731,706	3,741,317	3,753,771
身体障害者手帳	99,199	99,356	99,361	99,515	99,732
知的障害者	26,712	27,958	29,409	30,822	32,281
精神障害者	30,225	32,249	34,578	36,901	39,232
手帳所持者計	156,136	159,563	163,348	167,238	171,245
人口における手帳所持者	4.19%	4.28%	4.38%	4.47%	4.56%

2

精神医療関係データ

- ・市内精神病院数 29病院 (5,172床) (令和2年10月1日時点)
- ・自立支援医療受給者 (精神通院医療) 62,972人 (令和2年3月末)
- ・精神保健福祉手帳所持者数

令和2年3月末	1級	2級	3級
39,232人	3,809人	22,264人	13,159人

- ・精神病床における1年以上長期入院患者数

	平成28年度	平成29年度	平成30年度
65歳以上	1,173人	1,126人	1,004人
65歳未満	1,118人	1,119人	1,028人

3

横浜市障害者プランとは①

横浜市障害者プランは、3つの法定計画（法律でつくることが定められている計画）を合わせたものです。

- ◆障害者計画（障害者基本法）…施策の方向性
- ◆障害福祉計画（障害者総合支援法）…サービスの見込み量
- ◆障害児福祉計画（児童福祉法）…サービスの見込み量

計画期間は、令和3年度から8年度までの6年間

なお、「障害福祉計画」「障害児福祉計画」は3年間と定められているため、中間の令和5年に見直しをします

4

横浜市障害者プランとは②

横浜市では、障害福祉施策に関する中・長期的な計画として、障害者プランを平成16年度に初めて策定しました。それ以降、障害のある人が自分で選んで自分で決めることができる社会の構築を目指して、施策を進めてきました。

第4期では、基本目標を定めるにあたり、改めて、障害のある人の尊厳と人権を尊重することの大切さを示したいと考えました。

5

横浜市障害者プランとは③

計画期間	基本的な考え方・基本目標等
第1期 平成16～20年度 (5か年計画)	市民一人ひとりがお互いの人権を尊重し合いながら、障害のある人もない人も同じように生活ができるよう、市民・企業・行政など社会全体による取組を進め、障害者が自らの意思により地域で自立した生活を送れる社会づくりを推進する
第2期 平成21～26年度 (6か年計画)	市民一人ひとりがお互いの人権を尊重しあいながら、障害のある人もない人も同じように生活することができるよう、市民・地域・企業・行政など社会全体による取組を進める
第3期 平成27～令和2年度 (6か年計画)	自己選択・自己決定のもと、住み慣れた地域で「安心」して「学び」「育ち」暮らしていくことができるまちヨコハマを目指す

6

第4期横浜市障害者プラン素案

<構成>

■生活の場面ごとの取組

様々な生活の場面を支えるもの

生活の場面1 住む・暮らす

生活の場面2 安全・安心

生活の場面3 育む・学ぶ

生活の場面4 働く・楽しむ

■障害のある人を地域で支える基盤の整備

7

第4期障害者プラン素案

<基本目標>

障害のある人もない人も、
相互に人格と個性を尊重し合いながら、
地域共生社会の一員として、
自らの意思により自分らしく生きることができ
るまち
ヨコハマを目指す。

8

第4期障害者プラン素案の基本目標

津久井やまゆり園事件などを通して、障害のある人への偏見はいまだ深く、社会の理解も十分ではないと知らされました。

障害のあるなしに関係なく、全ての人が基本的人権を生まれながらにして持つ個人であることを踏まえ、「障害のある人の尊厳と人権を尊重することの大切さ」を示します。

9

基本目標の実現に向けて必要な視点①

1. 障害のある人個人の尊厳と人権の保障の視点
2. 障害状況やライフステージに合わせたニーズをとらえていく視点
3. 将来にわたるあんしん施策を踏まえた視点
4. 親なき後の安心と、親あるうちから自立につなげていく視点

10

基本目標の実現に向けて必要な視点②

5. 障害のある人すべてが生きがいを実感できるようにしていく視点
6. 障害理解を進め、社会の変容を促していく視点
7. 必要なサービスの提供体制を確保し続けていく視点

11

生活の場面ごとの取組①

【様々な生活の場面を支えるもの】

普及啓発	権利擁護
<ul style="list-style-type: none"> ・互いの存在に気づき、身近に感じる仕組みづくり ・障害に対する理解促進 ・学齢期への重点的な普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止の取組の浸透 ・成年後見制度の利用促進 ・障害者差別解消法に基づく取組 ・情報保障の取組
人材確保・育成	相談支援
<ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉従事者の確保と育成 ・業務効率化に向けたロボット・A I ・ I C T等の導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援機関の連携強化や相談支援システムの整理 ・相談支援従事者の人材育成や当事者による相談の活用促進

12

生活の場面ごとの取組②

【生活の場面1 住む・暮らす】

住まい	移動支援
<ul style="list-style-type: none"> ・障害状況に合わせた住まいの選択肢の充実 ・高齢化・重度化を踏まえた住まいの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・移動時の付き添い支援や経済的負担の軽減 ・移動情報センターの運営推進 ・ガイドヘルパー等担い手の発掘・育成の強化
暮らし	まちづくり
<ul style="list-style-type: none"> ・地域で生活を支える仕組みの充実 ・本人の力を引き出す支援の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・環境整備や福祉教育などの一体的な取組 ・バリアフリーの推進

13

生活の場面ごとの取組③

【生活の場面2 安心・安全】

健康・医療	防災・減災
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者の健康づくりの推進 ・医療環境の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害に備えた自助・共助の取組への支援 ・災害に備えた準備や避難行動の周知啓発

14

生活の場面ごとの取組④

【生活の場面3 育む・学ぶ】

療育	教育
<ul style="list-style-type: none"> ・地域療育センターを中心とした支援の充実 ・切れ目のない支援体制の充実 ・学齢障害児に対する支援の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・療育と教育の連携による切れ目のない支援 ・教育環境・教育活動の充実 ・教育から就労への支援

15

生活の場面ごとの取組⑤

【生活の場面4 働く・楽しむ】

就労	スポーツ・文化芸術
<ul style="list-style-type: none">・一般就労の促進と雇用後の定着支援の充実・幅広い仕事や工賃の向上による生活充実・多様な働き方や障害者就労に対する理解促進	<ul style="list-style-type: none">・スポーツ活動の推進・文化芸術活動の推進
日中活動	
<ul style="list-style-type: none">・日中活動場所の選択肢の充実・地域でのつながりと広がり促進	

16

障害のある人を地域で支える基盤の整備①

障害のある人の生活を支えるには、一つひとつの取組を進めるだけでは不十分です。多くの人たちが対話し、様々な取組や役割をつなげ、地域全体で支えていけるようにすることが大切です。

そこで、「地域生活支援拠点機能」と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の整備を進めます。

17

障害のある人を地域で支える基盤の整備②

【地域生活支援拠点機能】

障害の重度化や障害のある人の高齢化、「親なき後」のためには、障害のある人の生活を地域全体で幅広く支えることが必要です。

「地域生活支援拠点機能」は、支援者、事業者、関係機関など様々な担い手と行政がつながり、障害のある人の生活を支える強い結びつきをつくろう、というものです。

18

障害のある人を地域で支える基盤の整備③

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステム】

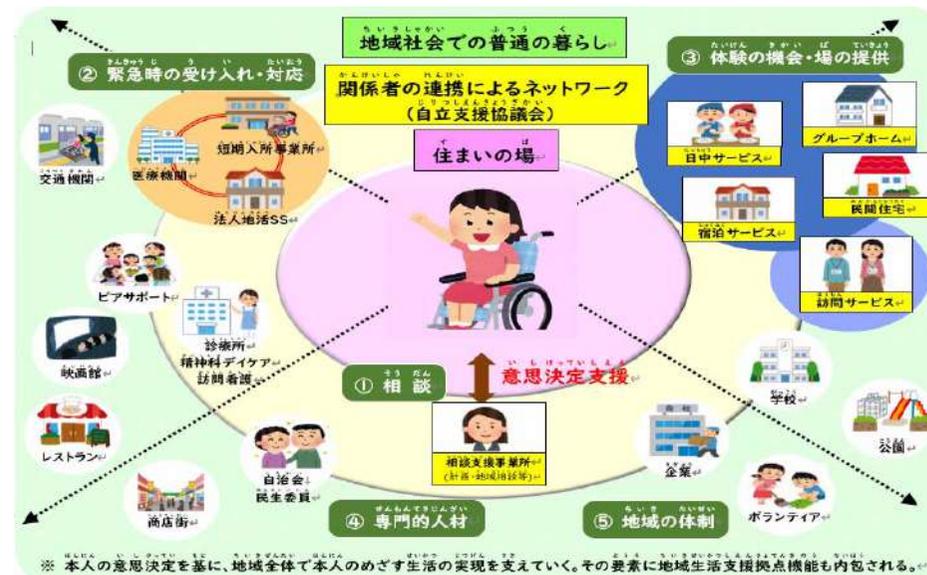
精神障害のある人が暮らしやすい地域づくりのため、生活のしづらさなどの認識を地域で共有し、医療・保健・福祉などの関係機関のつながりで対応する仕組みです。

19

障害のある人を地域で支える基盤の整備④

横浜市は、障害のあるなし、「支え手」「受け手」などの分け隔てなく、全ての人が地域でともに支え合いながら暮らす「地域共生社会」を目指しています。

そのための地域づくりとして、「地域生活支援拠点」と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という2つの仕組みを一体的に検討し、充実させていきます。

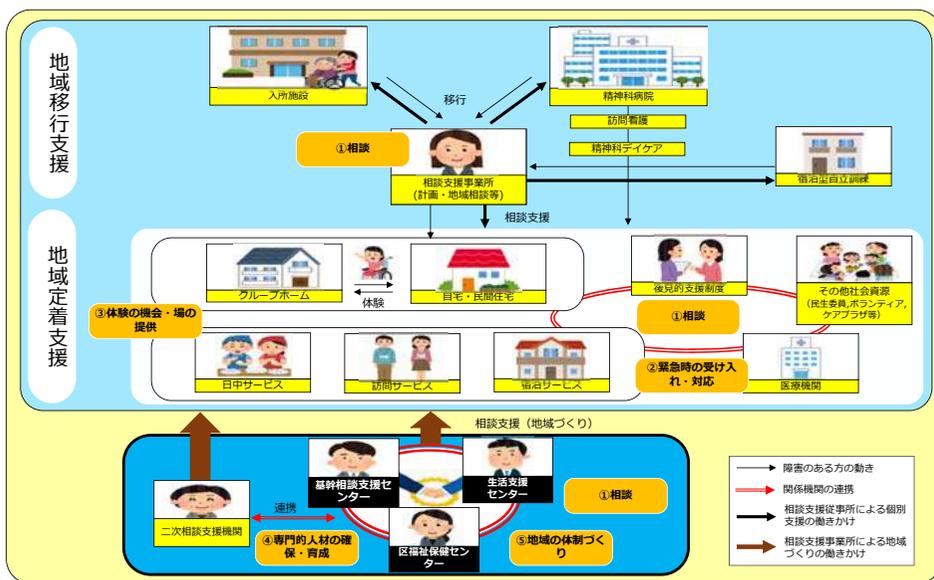


地域の暮らしを支える様々なもの①

【基幹相談支援センター】

目的：障害のある人が地域で安心して自立した生活を送るために地域における相談支援の中核的役割を担う拠点（事業開始 平成28年度）

概要：市内18区全てに1か所ずつある社会福祉法人型障害者地域活動ホームに設置し、総合的・専門的な相談支援を行います。また、区福祉保健センター及び精神障害者生活支援センターとともに、区自立支援協議会の運営など、地域のあらゆる社会資源をつなぎ相談支援のネットワークをつくります



地域の暮らしを支える様々なもの②

【精神障害者生活支援センター】

目的：精神障害者の社会復帰と自立及び社会参加の促進を図るとともに、精神障害者に対する理解の促進を図る拠点（事業開始平成11年度）

概要：市内18区全てに1か所ずつあり、精神保健福祉士などによる日常生活相談や日常生活に必要な情報提供、食事サービス、入浴サービス、洗濯サービスの提供、各センターによるレクリエーション・イベント等の自主事業や地域交流活動も行っていきます

24

地域の暮らしを支える様々なもの③



【後見的支持制度】

目的：障害のある人が地域で安心して暮らすために、成人期の本人を見守り支える仕組み（事業開始 平成22年度）

概要：制度登録者を中心とした個々の地域での見守りネットワークを構築し、必要に応じた定期訪問のほか、将来的な不安や希望を適切な機関へ繋ぎ生活を支えます

あんしんマネジャー…現在の暮らしや将来の希望と目標を聞き取り、本人の見守り体制を作る人

担当職員…地域にこの制度の普及を行う人

あんしんサポーター…日中活動の場や暮らしの場を定期的に訪問する人

あんしんキーパー…地域で見守りする人。何かあったら後見的支持室へ連絡する手伝いを行う人

25

地域の暮らしを支える様々なもの④

【自立生活アシスタント】

目的：専門知識と経験を有する自立生活アシスタントが生活上の助言等を行い、単身等で生活する障害者の地域生活を支えます（事業開始 平成13年度）

概要：横浜市から委託した障害者地域活動ホーム、精神障害者生活支援センター、障害者施設等に自立生活アシスタントを複数配置し、訪問による生活支援や、対人関係の調整・職場や通所先との調整等コミュニケーション支援を行います

26

地域の暮らしを支える様々なもの④

<自立生活援助と自立生活アシスタントの違い>

事業名	自立生活援助	自立生活アシスタント
根拠法令	障害者総合支援法	横浜市自立生活アシスタント事業要綱
対象者	地域で一人暮らしをしている方（同居している家族の障害や病気、高齢化などで日常生活上の支援を受けられない方を含む）	地域で一人暮らしをしている方（同居している家族の障害や病気、高齢化などで日常生活上の支援を受けられない方を含む）、一人暮らしを目指す方
支援内容	支援員による月2回以上の居宅訪問を通じた相談・助言や情報提供、常時の連絡体制・緊急対応	支援員による居宅や居宅外（職場・通所先、病院等）訪問を通じた相談・助言や情報提供、常時の連絡体制・緊急対応
利用期間	原則1年（市町村審査会の個別審査で認められた場合は最大2年）	平均5年（支援開始当初に策定する支援計画に基づく期間）
支援員	利用者25人に対して支援員1人が目安（支援員の経験を問わない。別途サービス管理責任者も配置）	利用者25人に対して支援員2人が目安（1人は障害者支援の経験が5年以上）

27

地域の暮らしを支える様々なもの⑤

【退院サポート事業】

(国事業名 地域移行・地域定着支援事業)

目的：精神科病院に入院している精神障害者で、退院可能な方に退院に向けた準備など、本人が希望する地域生活の実現に向けた支援を行います（事業開始 平成18年度）

概要：精神障害者生活支援センターに配置する退院サポート担当職員が病院内面接で意向確認等を行い、生活上の諸手続き、外出同行支援、退院先探し等退院に向けた直接的な支援を行います。また、精神科病院内や地域の関係機関会議等での地域移行に関する啓発活動等をおこないます



28

地域の暮らしを支える様々なもの⑤

＜地域移行支援と退院サポート事業の違い＞

事業名	地域移行支援	退院サポート事業
根拠法令	障害者総合支援法	横浜市精神障害者退院サポート事業実施要綱
対象者	障害者支援施設・児童福祉施設・保護施設・矯正施設等に入所している障害者、または精神科病院に入院している精神障害者	横浜市内の各区が援護の実施期間である精神科病院に入院している者
支援期間	6か月（必要に応じて6か月の延長可）	定めなし
想定されるケース像（退院支援の場合）	①6か月以内に退院する個別支援計画が立てられる者 ②自宅もしくはアパート設定・法定グループホームへの退院が見込まれる者	①退院先・退院先が未定、退院の動機付けが必要な者、アセスメント等に時間がかかる者 ②退院先が生活訓練施設・他法のグループホーム・施設である者
その他	指定事業所で実施	精神障害者生活支援センターで実施

29

地域の暮らしを支える様々なもの⑥

【重度化・高齢化対応グループホーム】

目的：グループホームを利用する障害者が高齢化等による医療的ケアが必要になっても安心して地域生活が継続できるよう、必要な支援体制やホームの整備について検討・検証します（事業開始 平成25年度）

概要：高齢になったグループホーム利用者が安心して生活できるよう、看護師・栄養士等を配置し、居間・食堂等を活用した日中活動など入居者の健康維持に関する事業や利用者の栄養管理、健康管理及び医療的ケアの実施に係る関係機関との調整等を行います

市内3か所で実施



30

自立の始まりは、障害者プランに記されているような制度を活用し、自分の力で表に出ていくことから始まっていくのだと思います。また、皆が受け入れてくれる社会とは自分たち（障害児・者）が自分の力で表に出ていくことから始まるのだと私は信じています。

故 内田美登里（障害者自立生活センター I L・NEXT所属）

31



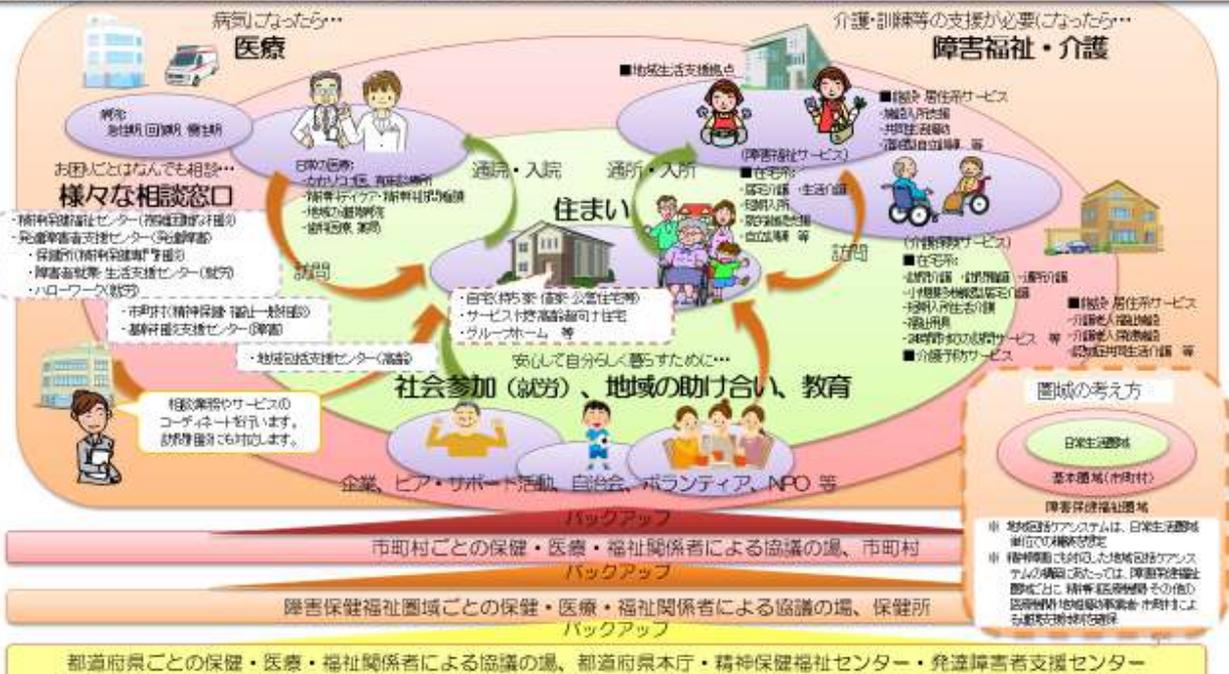
テーマ：街の中で、人の中へ～障害者が暮らしやすい街、夢のある横浜を目指して～
 横浜市総合保健医療センター 望月明広

- 入院医療中心から地域生活中心へ
 - 共生社会の実現へ向けて
 ～精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築におけるそれぞれのアクション～
1. 必要な方に支援を届ける仕組みづくり～重層的な連携について～
 2. 協議の場を活用した地域づくり～様々な主体との協働～
 3. 生活支援センターに期待していること

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）

厚生労働省資料

○精神障害者が、地域の一人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、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育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必要がある。
 ○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、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通して、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していくことが必要。



Ⅱ部 「街の中で、人の中で」

～障害者が暮らしやすい街、夢のある横浜を目指して

NPO 法人日本障害者協議会代表 藤井 克徳

～メモ～

Ⅱ部 「街の中で、人の中へ」

～障害者が暮らしやすい街、夢のある横浜を目指して～

科学ジャーナリスト 大熊由紀子

～メモ～

つながりあう精神科訪問看護をめざして

一般社団法人てとて 増子 徳幸

このたびの神出病院における虐待事件は、約 40 年前に起きた看護助手と看護師による虐待・殺人が大問題となった宇都宮病院事件を彷彿とさせます。私は、看護教育の中で「1983 年の宇都宮事件をきっかけとして精神保健法が制定され、精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進が掲げられた」と学びました。その後、約 40 年が経過しました。その間、精神保健法は精神保健福祉法となり、精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンの下、具体的な数値目標をもって退院促進が図られました。自立支援法が制定され、「措置から契約」という流れができて当事者の意志を尊重する体制が構築されました。国は「私たちのことを私たち抜きに決めないで」という合言葉を持つ障害者権利条約に批准しています。

しかし、40 年前と同じような虐待が起きました。これは、この病院が特殊だったのでしょうか。もしくは、当該看護スタッフに問題があり、彼らを断罪すれば済む話なのでしょう。いいえ、そうではないと私は思います。その看護スタッフの証言には「看護師長や先輩が日常的に入院患者に暴力をふるっていた」「患者をおちょくって一人前という空気があった」というものがあります。精神科医療における綿々と続く虐待の歴史、連鎖。これは、私が所属していた病院も例外ではありませんでした。「病棟ぐるみの暴力」「患者さんをおちょくる空気」これは私も 5 年間の精神科病院勤務でしばしば感じ、ある時には自分もそれに反対しなかったという意味で消極的に賛意を示していました。そのことを告白したいと思います。申し訳ありませんでした。この場を借りてお詫びいたします。

この病棟勤務時代の反省や贖罪の意味も込めて、精神科訪問看護に転職してからは利用者さん、地域で出会う当事者の皆さんのリカバリーを支援すること、ストレングスと一緒に見つけてそこに焦点を合わせることを、その土台として関係づくりを丁寧なことを 10 年以上続けてきました（もちろん、関係を作ることができずお別れした方もたくさんいらっしゃいます）。興味深いことには、病院ではなく地域で活動をする中で「リカバリーやストレングスは現場では使えないよ」「まずは服薬管理、薬を飲まなきゃどうにもならないよ」という空気が色濃く漂っていることに気がきます（私は薬を否定しているわけではありません。精神科薬は、理性的な量と内容を本人の意志を尊重しながら処方されれば役に立つ道具になり得ます）。「薬を飲めばなんとかなる」と捉えられている状況に出くわすことが多いのです。この「薬を飲めばなんとかなる」⇒「本人の意志を尊重することよりも主治医の指示通りに服薬させること」に訪問看護が焦点を当て過ぎると、利用者さんが自衛のために拒否したり攻撃的になったりすることがあります（そのこと自体は当たり前で健康的な反応だと思います）。その、訪問者や家族や近隣住民の態度や行動に対して憤りを感じているのに、理不尽を感じているのに、「調子が悪い」「病状が悪化している」と捉えられ、主治医からは更に多くの薬を処方される。もちろんご本人は納得していないから服薬しない、それに対し

て「病状が悪化して薬も飲めなくなったから入院しかない」というコースに乗せられてしまう。そんな悪循環により入退院を繰り返している。あろうことか、入院をさせるために訪問者が「一番槍」みたいな役割をさせられている。そういう場面をたくさん見てきました。

この会場にお越しの皆さん。私たちは今、この日本の歴史の中でどの時代に生きているのですか？「精神科の患者がアメリカ大使を刺傷させる事件が起きた！そんなヤツは病院に閉じ込めておくべきだ！」という時代ですか？それとも、「私たちのことを私たち抜きにして決めないで」と当事者が主張して、それを周囲が「当然だ」と思える時代ですか？皆さんはどちらの時代に、社会に生きていますか？私たちは、人生のいずれかで障害を持つか、高齢になるかで、他人の助けを借りなければ生きていけなくなる存在です。そればかりか、生まれたその瞬間から誰かの力を借りなければ生きることができません。そして、必ず死にます。毎日、少しずつ死に向かっています。いつか必ずある、怪我か病気か老化による機能障害を持つその日に近づいているのです。あなたも、私もです。その、あなたや私が他人の助けを借りなければ生きていけなくなった日。その日に隣にいる人が、ホースを使ってあなたや私に水を浴びせかけて、その様子をスマホで撮って笑っていたとしたら・・・そんな病院から運よく退院できて、訪問してきた人が「お薬飲めなかったら、またあの病院に入院することになっちゃうからね！」と迫ってきたら・・・あなたならどうしますか？

平成 24 年に精神科訪問看護が制度化され、看護師が地域で拠点を立ち上げて現場を担うハードルが下がりました。それから担い手も少しずつ増えてきました。この横浜市でも精神科に特化した訪問看護ステーションは増えてきています。関係づくりを大事にして、その方の生き方や思いや「物語・ストーリー」を大事にする訪問者も増えてきています。（欧米のデータでは、人口 15～20 万人につき「重症の方の地域生活をサポートするチーム」が最低 1 つは必要とされています cf：保土ヶ谷区の人口 20 万）しかし・・・かたや、訪問看護によるパターナリズム、ご本人が納得のいかない医療やケアを「提案・差し出す」のではなく「押し付けようとする」空気も存在しています。せっかく整備されてきたこの制度を、新たなパターナリズムの温床としたくはありません。そのために、ご家族の皆さん、区役所、市役所の皆さん、ケアプラの皆さん、自立支援協議会の皆さん、精神科病院の皆さん、皆さんは、何ができるでしょうか。どのように精神科訪問看護の実態を知り、適切につながり、要望を差し出すことができるでしょうか。是非これから一緒に考えていきたいと思えます。支援者の皆さんは、全ての機会を通じてこれらの皆さんとつながり、自らの実践を振り返り、より良い実践につなげていきたいです。官・民関係なくお互いに切磋琢磨し、お互いを尊重し建設的に批判し合える、率直で積極的な態度を持ち寄りましょう。そして何より、利用者の皆さん・当事者の皆さん・・・「こんな精神科訪問看護は嫌だ！」「こんなのが欲しい！」と声を上げ続けていただきたいと思えます。当事者・ご家族・関連機関・支援者すべてがうまくつながり、ともに声を出し合える。そんな地域でありたいと願っています。

一般社団法人てとて

その人らしい生活を
大切にしながら
一緒に

可能性を広げていく

■ リンクよこはま訪問看護ステーション

■ 相談支援事業所 わおん

□ 郵便番号 240-0022

横浜市保土ヶ谷区西久保町 1-4-2-118

□ 電話 045-326-6510

平日 9,00~17,00 土日祝日は除く

訪問スタッフ随時募集中!

詳しくは Web で!

 [てとて リンクよこはま](#)

訪問看護ステーションみのり横浜

症状と付き合い、コントロールしながら
望む生活をサポートします

精神科に特化したステーションです

家族をまるごと支援する

「メリデン版訪問家族支援」を行っています

ご相談はお気軽にお電話ください

〒232-0067

横浜市南区弘明寺町 112-12-101

電話 045-712-6570



トキノ株式会社 <http://tokino.jp>

こまつなナーシング(株)

臨床経験豊富なスタッフが
地域での丁寧な看護を通じて
皆様の生きる力を支援します

◆こまつな訪問看護ステーション

◆精神科訪問看護 特化しています

□住所 横浜市港南区芹が谷 1-38-21

□電話 045-824-0573

□利用時間 平日&祝日: 9:00~16:30

土曜: 9:00~12:00(毎月1回不定期)

年末年始・日曜はお休み

 定年退職後 Ns が起業しました。利用者さん&働く仲間も大切に。育児&介護等の悩みにキャリアへ多様な働き方で応援します。丁寧な看護を目指す Ns からの連絡お待ちしております!
(担当:藤崎・前野 平日 9:00~15:00 受付)

一般社団法人 ROOT

利用者中心のネットワーク、社会資源と連携しながら、豊かな地域生活が送れるように共に協働していく事を目指します。

 訪問看護ステーション leaf

 郵便番号 236-0042

 横浜市金沢区釜利谷東 3-6-37

 電話 045-349-9374

 平日 8:30~17:15 土日祝日は除く

(公財) 横浜市総合保健医療センター
訪問看護ステーションみんなのつばさ

郵便番号 222-0035

横浜市港北区鳥山町 1735

電話番号

045-475-0167・475-0125

8:45~17:30 日曜、年末年始を除く

港北区・鶴見区・神奈川区・西区・磯子区を中心として訪問看護サービスを提供しています。

看護師、作業療法士が在籍しており、「街で暮らすご本人の希望やことば、思いを大切に共に歩きます。

同一法人内で様々な事業を展開しています。 で検索してください

居宅介護事業所の現状について

社会福祉法人恵友会 居宅介護事業所やすらぎ
所長 渡邊美奈子

当事業所は平成 15 年 10 月に開設致しました。精神障害者に特化した事業所として、居宅に訪問し調理・掃除・洗濯・入浴等の介護、通院同行・外出同行等の支援を行っています。

現在は総合支援法に基づきサービスを行っていますが、平成 25 年から、利用者が要支援・要介護認定を受けた場合も障害の特性に寄り添うサービスが継続出来るよう介護保険でのサービスも行っています。事業所の方針として、利用者の自立という事を念頭に置いています。利用者の真のニーズは何かを見極めながらサービスを行う事を大事にしています。

現在、職員体制として常勤 5 名、非常勤 1 名、登録ヘルパーが 40 名となっており、利用者は約 140 名となっています。ヘルパーの中には本人が当事者であるピアヘルパー 4 名おります。時には、こだわりが強く、こちらの意図することを理解してもらえず四苦八苦する場面がありますが、精神障害に特化した事業所として、就労の場を提供し、支援を行う役割を担っていると考えています。

さて、どの事業所にもそれぞれ課題や悩みがあるかと思いますが、事業所の課題のひとつとして、ヘルパーの高齢化が顕著という事です。因みに、当事業所は 70 代のヘルパーが 15 名就労しています。精神障害者へのサービスは高齢者施設で行われているような介護とは全く異なります。身体介護については、体に触れる介護の他、主に、利用者と一緒にやる家事です。おむつ替えや清拭などはほとんどありません。利用者の疲労の度合いを見守りながら利用者に寄り添いながらのサービスなので高齢となっても元気ならば働けるのです。

事業所としては、もっとヘルパーの人数を増やしていきたいと考えています。しかし、まだまだ偏見というものが存在しないわけではありません。高齢者への介護を行うヘルパーから、精神は難しそうとか、怖そうという声は多く聞かれます。難しいケースは確かにありますが、それは高齢者でも同じことだと個人的には思います。

開設して以来、本当に沢山の利用者へのサービスを行ってきました。ヘルパーは卒業するのが最終目的だと思っていますが、現実的にはヘルパーが生活の一部となり、待っている利用者がほとんどです。

ヘルパーは家政婦ではないので、利用者の出来る事は利用者自身で行ってもらい、出来ない所に寄り添い利用者ひとりひとりの異なる自立に向けたサービスを行います。

この仕事をとおして思うのは支援者も利用者によって成長させられているという事です。より良いサービスを行うために必要な研修を受けたり、自身の健康の管理をします。我々は支援者ではありますが逆に言えば利用者があるから自分が頑張れるという事です。当事業所のピアヘルパーも数名が長きに渡り、再発することなく就労の継続が出来ています。利用者ヘルパーは互いに刺激を受けていると思います。そういった意味では感謝の気持ちを持ち業務に取り組んで行かなくてはならないと思います。

今後も地域を支える支援者として役割を果たして行きたいと思っています

参 考 资 料

精神科病院における虐待に障害者虐待防止法の通報義務と必要な措置等を適用することを求める会長声明

本年3月、兵庫県神戸市所在の精神科病院において、看護師らが入院中の患者に対し、わいせつな行為をさせたり、椅子に座らせ水をかけたりする等の虐待を繰り返し行っていた旨の報道があった。本来患者を治療すべき立場にある医療従事者によるこのような許されざる行為は、別件の刑事事件を契機に明らかになったものである。院内の職員からの通報や患者本人から精神医療審査会への訴えもなく、行政の実地指導によっても、本件を明らかにできなかった。これらのことは精神科病院の閉鎖性を如実に物語っている。

これまでも、精神科病院における虐待は幾度となく起き、集団暴行のような重大な権利侵害事案など社会問題化した事件も少なくない。

障害者への虐待防止と早期発見・早期対応のため、2012年に障害者虐待防止法が施行され、虐待を受けたと思われる障害者を発見した者の通報義務と通報を受けた地方自治体等の適切な権限行使をすべき責務（以下「通報義務等」という。）が規定された（同法7条、9条、16条、19条、22条、26条）。ところが、精神科病院における虐待については、その閉鎖性や問題の深刻さが指摘されていたにもかかわらず、精神科病院を含む医療機関が通報義務等の適用対象から除外され、自主的な防止措置に留められた（同法31条）。

同法の成立時には、附則第2条において、医療機関などにおける障害者虐待についても施行後3年を目途に必要な措置を講ずるとしており、家族会などの当事者団体は、精神科病院における虐待についても通報義務等の適用対象とすべきとして働きかけを行ってきた。当連合会も、「[▶ 『障害者の権利に関する条約』の批准に際しての会長声明](#)」（2013年12月4日）や、「[▶ 障害者権利条約の完全実施を求める宣言](#)」（2014年10月3日）において、一貫して医療機関における虐待も通報義務等の適用対象とすることを求めてきた。今般の事件は、医療機関の中でも特に閉鎖性の強い精神科病院における同法の通報義務等の適用の必要性を痛感させることとなった。

当連合会は、改めて精神科病院における虐待について、被虐待者の早期発見・早期救済を図るため、直ちに、障害者虐待防止法を改正し、医療機関を通報義務等の適用対象とすることを求めるものである。

2020年（令和2年）4月23日
日本弁護士連合会
会長 荒 中

全国「精神病」者集団

私たち全国「精神病」者集団は、1974年5月に結成した精神病患者個人及び団体で構成された全国組織である。

医療法人財団兵庫錦秀会神出病院（兵庫県神戸市西区）において、入院患者に対して虐待・暴行を行っていたとして、6人が2020年3月4日に逮捕された。一連の報道によると、看護師らは、患者同士でキスやセックスを強要させその様子を動画撮影していた。当事者が経験した屈辱を知るに私たちの怒りは消えることはない。患者への献身を期待されているはずの看護を担う者たちよ、恥を知れ。

本事件は、被疑者の別件での刑事事件が発端となり明るみに出てきた。これはまさに精神科医療の自浄作用の限界の露呈そのものである。11月には、神戸市は病院への実地指導をしているが、これだけの大問題を把握することができなかった。監督者としての行政の責任も極めて重い。事件の真相究明と被害者の救済及びこのような事件を二度と生じさせないよう厳格なチェック機能を整備することを強く求めたい。

神出病院は、近隣の病院群で市民グループの訪問活動を拒絶し続けてきたと聞く。地域移行が潮流とされる時代においてもなお、密室的・収容的な精神科病院は、数多い。密室の隠蔽体質を有している病院ではこのような事件は氷山の一角に過ぎないのかもしれない。あまつさえ、障害者虐待防止法は病院内での虐待を通報義務としていない。地域の障害者団体や人権団体等の訪問活動を拒絶するような病院は、これを機に、むしろ医療の本旨を証明し、また発揮するためにも態度を改めるべきではないか。また、エリアにも関る当事者団体をはじめ関係団体が一体となり、各病院内の監視と人権救済に取り組む担保が与えられることが必要である。

精神病院では、これまで数々の暴力・虐待・人権蹂躪が行われていることからわかるように、この国のどこかで同様な事件が起きていると私たちは考えている。神出病院が母体なる錦秀会グループは、「やさしく生命を守る」を基本理念に掲げ、神出病院は方針として「社会の求める質の良い医療を提供します」を掲げていると聞く。これほどの言行不一致には、もはや薄気味悪さすら感じる。グループの創始者である藪本秀雄は、法人税法違反、業務上横領、私文書偽造、同行使、診療放射線技師及び診療エックス線技師法違反により有罪判決を受けており、また医師免許の取り消し処分を受けているが、これまで数々の医療法人に対し買収を繰り返し、時にはそれまで地元で評判のあった医療を崩壊させてきた。金券主義に血脈を上げた巨大な民間経営医療法人の末路を私たちは目撃している。錦秀会グループに両親のかけらがあるならば、病院経営を公に移譲し、その座から引き下がるがよい。

最後に、私たちは、長らく精神科病院における人権問題の多くが精神保健福祉法下の帰結の問題だと繰り返し訴えてきた。精神医療審査会が当事者からの退院請求を年間98%以上認めていないこと、曲がりなりにも身体拘束の運用管理を担うとされている精神保健指定医が現場対応を追認してしまっている実態など、人権製薬を監視する機能が働いていないことには枚挙にいとまがない。また、上述の通り障害者虐待防止法は病院内での虐待事案を通報義務の範囲としていない。これらの法が内在する問題は、無視され長く放置されている。このことに立法府は猛省し、即時然るべき法の撤廃、改正の対応することを強く求める。

以上

神出病院の医療従事者による集団虐待・暴行事件に対する声明

令和2年4月8日

公益社団法人 兵庫県精神福祉家族会連合会

会長 新銀輝子

私たちは兵庫県下に精神障害者を身内に持つ家族と精神障害問題を幅広く社会に発信し普及活動に努めている会員で構成している「兵庫県精神福祉家族会連合会」です。

2020年3月4日に看護師6名らが逮捕された、医療法人財団兵庫錦秀会神出病院の事件は私達家族にとっては、憤りが大きすぎて言葉になりません。

事件が発覚し、報道されてから今日まで、会員の方はもとより多くの方の情報を集めてまいりました。

結果、見えてきたのは神出病院の事件は特異な事件ではなく氷山の一角であるという意見が、圧倒的に多かったということです。

病院は病気を治すために入る施設です。少なくとも、回復し社会に復帰できることを想像し入院します。医療従事者との信頼関係に基づく治療が適切になされるのが基本です。一般の病院では当たり前の事が、何故、精神病院ではこのような事件が繰り返し行われるのでしょうか。

私たちは、医療従事者に対して敵意を持つものではありません。多くの患者や家族は当たり前適切な治療をしてくださることを求めているのです。

何故、看護師らの虐待が長きにわたり表面化しなかったのでしょうか。恐怖以外のなにもものでもありません。

家族は多かれ少なかれ、他科の病院と比べて医療従事者が日常的に暴言を吐いていると認識しています。なぜ、他科と違うのでしょうか。密室で行われる絶対的立場の者が猛威を振る病院に家族は安心して治療を依頼できるのでしょうか。患者と真摯に向き合い精神疾患を治療、回復させようと思っておられる医療従事者との信頼関係が、この神出病院の事件をきっかけに崩れる事を大変危惧します。

いったい何が起きているのか、私たちは知りたいのです。

神出病院の関係者からは全くもって言葉を発してはいただけません。組織ぐるみの隠ぺいと言わざるを負えません。自分の家族があのような目にあつたとしても、黙って見ていられるのでしょうか。

今回の件は行政を中心とした第三者機関に家族と患者本人らの団体が参加出来る様、強く求めると同時に、兵庫県下全ての入院設備のある病院に対し視察と情報公開を求めます。様々な団体から声明文が出されています。私たち家族会の応援団体もあると認識しています。このことを教訓に二度とこの様な悲しい出来事が起きないように、家族会として情報発信していくことを、ここに表明致します。

精神科病院における入院患者集団虐待事件に関する声明

神戸市西区の神出病院の看護師等6名が、統合失調症や認知症の入院患者を虐待したとして、兵庫県警に逮捕されたことが報じられた。

精神科病院の医療関係者による患者に対する暴力等の撲滅は、現代においても全国的な課題であるとはいえ、神出病院の事件は、以下の点で特異性がある。すなわち、患者、家族等からの訴えや内部告発ではなく、また行政機関による実地指導の結果でもなく、当該加害者が別件逮捕されたことで副次的に発覚したものであり、詳らかにされた虐待事実の凶暴性や残酷さに、精神医療と福祉に携わる職能団体として強い憤りを感じずにはいられない。

密室の中で人間としての尊厳を踏みにじられた方々の苦痛、怒り、恐怖、無念を思うとき、このような虐待が日常的に行われ、長期間にわたり看過されていた現実に対して厳正な調査による真相究明と、入院患者の権利擁護の確立に向け、神出病院には猛省に基づく抜本的改善を求めたい。また、監督権を有する神戸市に対する責任追及もされて然るべきである。

一方、この事件を、悪質な職員個人の資質や、劣悪な一病院の体質の問題で終わらせてはならない。入院医療中心から地域生活中心へと政策転換が図られて久しいにもかかわらず、未だ入院医療に依存した精神医療や、いわゆる「精神科特例」、および強制入院における権利擁護の仕組みの不備は現存している。精神科救急や急性期病棟の重装備化も、隔離や身体拘束の増加を招いている。こうした精神医療の現状が、もったも弱い立場におかれた入院患者に対する暴力の温床となり、また行政機関における実地指導、実地審査の形骸化や精神医療審査会などの権利擁護システムの機能不全が、悲劇を助長していると言えよう。

このような事件の根絶に向け、精神保健福祉法の改正による権利擁護の機能強化とともに、障害者虐待防止法、高齢者虐待防止法等の対象を医療機関に拡大するよう改めて求めたい。神出病院においても、その先鞭をつけるべき精神保健福祉士が本来の機能を発揮できるよう関係者と連携して支援しなければならない。

私たち精神保健福祉士は、精神障害者の権利擁護の実効に向けて全力で取り組むことをここに表明する。

2020年3月10日

公益社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 柏木一恵

精神科病院における入院患者に対する集団虐待・暴行事件に関する声明

神戸市西区の医療法人財団兵庫錦秀会神出病院の入院患者に対する虐待・暴力事件で、看護師等6名が兵庫県警に2020年3月4日逮捕されたことが報じられました。

私たち家族会は「患者のリアクションが面白かった」という理由で平気で尊厳を踏みにじることに強い憤りで一杯です。精神科病院の医療従事者による患者に対する虐待・暴力行為は非人道的重大事案です。虐待事実の凶暴性や残酷さを断じて許すことはできません。

報道で明らかになった動画だけでも、虐待・暴行が長期にわたり看過されてきていたことは否めません。病院という外部からは見えにくい密室の中で、人間の尊厳を踏みにじられた行為が日常化していることに、怒りと恐怖を覚えます。病院の法令順守と幹部責任はどうなっているのでしょうか。

今回の事件は、患者や家族、病院の内部告発などではなく、加害者である元看護助手が別件逮捕にともなって明るみになったこと、警察からの連絡を受けてもなお、複数の職員が関与しているにも関わらず、病院幹部は全容を把握していないことなど、特異な問題発覚です。ともすれば、病院組織を挙げて、外部に漏れないようにしていたのではないかと勘繰ってしまうほどです。

神出病院は、リスク管理のできていない体質・病院組織のあり方を猛省し、事件の重大さを真摯に受け止め、緊急に事件全容解明すると共に、全患者・家族に対しても調査をすべきです。併せて監督者としての神戸市の早急な責任ある対応を強く求めます。

精神科医療は、精神疾患の本人・家族にとって、自らの生活を安心して送るための支えです。その場が、私たちの尊厳を踏みにじる場であれば、とても危険で、根絶しない限り利用することはできません。

この事件を一病院の問題に留めず、行政機関を含む権利擁護システムが機能不全とならぬように、精神科医療のあり方についても今一度精査すべきです。でなければ、もっとも立場の弱い患者に対する虐待・暴力等の温床を残すことになりかねません。

私たち公益社団法人全国精神保健福祉会連合会は、精神障害者と家族の権利擁護の実効に向けて、所管行政の責任ある迅速な対応を求めます。

2020年3月11日

公益社団法人全国精神保健福祉会連合会

理事長 本 條 義 和

神出病院における患者虐待事件に対する声明

NPO 法人 全国精神障害者地域生活支援協議会

代表 戸高 洋 充

2020（令和2）年3月4日、西日本最大級の医療法人グループを自称する「錦秀会グループ」（藪本雅巳 CEO）傘下の精神科病院である神出病院（兵庫県神戸市西区）において、入院中の患者に対して、1年以上の長期におよぶ非人道的な虐待行為を行ったとして、6名の病院職員が逮捕された。

今回の事件において、犯行におよび逮捕された6名ならびに病院の管理者は当然断罪されるべきである。しかし、今回の事件は、逮捕された6名の倫理観の欠如とその管理責任という神出病院内の要因のみならず、精神科病院の閉鎖性というわが国の精神科医療の持つ環境要因が今回の事件の凄惨化を招いたといえる。加えて、わが国においては、患者本人の意思によらず、治療者の判断によって強制入院を行使することが広く法的に認められている。患者本人が退院の意志を示したとしても、治療者の判断が優先され、患者本人が望まぬ入院継続を余儀なくされる等、患者本人の意思を軽視している実態がある。今回の患者虐待事件は、そのようなわが国の精神科医療の風土の中で発生したというべきであろう。

そのような状況を容認、あるいは推進してきた大きな制度的要因がある。それは、精神科医療を特殊なものとして一般医療と隔離させてきた精神保健福祉法と、医師、看護師、薬剤師の配置基準を他科と比べ低い水準に押しとどめている医療法におけるいわゆる「精神科特例」である。この2つの法律および制度の廃止なくして、患者本人の治療意思を尊重し、隔離・拘束を無くし、人間としての尊厳を損なわない治療環境と十分な人的サービスを担保していくことは不可能である。まずなによりも精神科医療を他の一般医療と同等の位置づけを確保することを求めたい。そして、国際的に突出して過大となっている精神科病床を大幅に削減するとともに、その配置についても現行の三次医療圏から二次医療圏へ転換すべきである。

また、障害者虐待防止法の制定時から問題提起をされながら、その対象から除外されてきた医療機関について、明確に位置づけるべきである。特に近年の精神科病院における強制入院の増加、隔離・身体拘束の増加という状況の中で、医療事故も虐待事案も枚挙にいとまがない。個別案件に対する即時の対応とともに、日常的に適正な病院運営ができていくかということについて、公的機関の介入による監督機能の強化を図り、障害者虐待を撲滅することが必要である。

精神科医療が、その閉鎖性から脱却していくほかには、今回のような凄惨な事件を防ぐ手立てはない。精神科医療だけの特別法ではなく、医療法の中で精神科医療の諸手続きを定め運用していくことと、障害者虐待防止法で医療機関に対する監督機能を強化すること、の2つが両輪となって稼働することで、初めて本質的な障害者の虐待防止に向けた第一歩を踏み出すことができる。また、それに向けて動き出すことこそが障害者権利条約の批准国としての責務を果たすことに繋がる。

そのために、当会として次の3点について強く求める。

1. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」を廃止し、「医療法」上で新たに精神科医療の諸手続きを定める法改正を行うこと
2. 「医療法」におけるいわゆる「精神科特例」を廃止すること
3. 「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障害者虐待防止法）」の対象に医療機関を追加すること

2020年3月19日

精神科病院で発生した看護者による虐待・暴行行為の報道に関する声明

一般社団法人日本精神科看護協会
理事会

今般、精神科病院による虐待が疑われる事案が発生した。3月6日には、事件を受けて神戸市が精神保健福祉法に基づき、当該病院への立入検査を実施している。報道によると、精神科看護に従事する者が患者の人権を侵害しただけでなく、人間として行っただけではない虐待行為を繰り返し行っている。これは、単に職業倫理の欠如という問題としてだけでは片づけることはできない。事実であれば、重大な犯罪行為であり、強い憤りを禁じえない。同時に、精神科看護者として大変遺憾に思うところである。

日本精神科看護協会は、精神科看護倫理綱領を定め、個人の尊厳と権利擁護を基本理念に、その人らしい生き方や最善の治療・看護を実践する精神科看護の専門職能団体として、水準の高い精神科看護を追求してきた。精神科看護において個人の尊厳と人権の擁護は看護の原点ともいえる重要な視点であり、研修会や学術集会を含む様々な協会事業を通して、精神科看護者の倫理意識の向上に努めてきた。

日本精神科看護協会は、本事案を被疑者個人の問題としてとらえるだけでなく、自分たち自身の問題としても考えなければならない。精神科看護者として一人ひとり職業倫理を高めるとともに、事案の背景も含めて再発防止に向けて何を行うべきかを会員とともに再考し、倫理研修等の学べる場を全国に設けていくことで、精神科看護の質の向上をさらに追求していくことを表明する。

以上

精神病院不祥事件

精神障害／精神医療

<目次>

- 精神病院不祥事件年表
 - ◆ 戦後の精神病院不祥事件年表
 - ◆ 安田系列三病院関連年表
 - 関連団体
 - 宇都宮病院事件（別頁）
 - 大和川病院不祥事件関係
 - ◆ 新聞記事
 - 栗岡病院不祥事件関係
 - 十全会事件／闘争（京都）（別頁）
-

■ 戦後の精神病院不祥事件

- 1950 東大医学部台弘教授が松沢病院入院中の患者80余名にロボトミー施行
- 1954 東教授事件：日本女子大東佐訢子教授がパラノイアの診断で自傷他害の恐れが全くないのに措置入院させられる
- 1957 新潟精神病院事件：国立大学医学部内科教授がツツガムシ病研究のため講師らに命じて患者149人に病原菌を注射、人体実験
- 1958 毛呂病院事件：精神病とされ、強制入院せしめられ、不当に断種手術をされた
- 1961 石崎病院事件：
- 1962 中江病院事件：
- 1965 南光病院（岩手県立）：院長が新薬エピアジンを、てんかん患者十数名に与える人体実験で2名が死亡
- 1968 栗岡病院（大阪）：入院患者13人に看護人が暴行患者2名が死亡。院長がリンチ指揮
南埼玉病院（埼玉）：東京山谷からアル中労務者を狩り集め、事故を起こしかつ贈賄事件を摘発された
近藤病院（高知）：患者であった暴力団員が病院の経営権を握り、女性患者への暴行。健保の水増し請求
- 1969 安田病院（大阪）：看護人による暴行で統合失調症の患者が死亡
十全会双丘病院（京都）：違法な拘束・極量の薬剤投与で患者死亡
伊藤病院（千葉）：病気でないのに強制入院させられる
- 1970 山田病院
十全会双ヶ丘病院（京都）：患者虐待・看護職員の水増し
碧水荘病院（三鷹市）：不当な保護室監禁・懲罰的電気ショック
- 1971 中村病院（福岡）：入院患者をリンチ殺人リンチで患者一人死亡
恩方病院（東京）：アルコール中毒患者に過剰な電気ショック・10倍量の投薬で患者死亡が増大
- 1972 富士山麓病院（静岡）：アルコト患者に無制限な電気ショック実施
アヤマ病院
- 1973 水口病院（滋賀）
北全病院（札幌市）：同意なくロボトミー実施廃人同然とされる
七尾松原病院：不当な強制入院・使役労働・暴行
十全会双ヶ丘病院（京都）：患者虐待・看護職員の水増し（京都）：1月から9月までの間859人の患者死亡が発覚
- 1974 甲田病院（千葉）：医師不在・無資格看護者・使役労働・薬剤過剰投与・保護室への懲罰的拘束
- 1975 秋田病院（徳島）：不法な入院で5年間もの間強制拘禁・使役労働
- 1979 大和川病院（大阪府）：3名の看護人が患者暴行、死亡する
- 1984 宇都宮病院（栃木県）：看護職員による集団リンチで患者死亡・無資格者の医療行為・強制労働・人権蹂躪・東大医師の患者モルモット化・診療報酬の水増し・4年間で患者222名死亡

- 田中病院：患者暴行
 上毛病院：不審死と死因操作
 菊池病院：無資格診療
 聖十字病院：無資格検査・女性に乱暴
 岐阜大病院：人体実験
 1985 大多喜病院：不法入院・リンチ殺人
 吉沢病院：無資格診療
 紘仁病院：不当拘禁・不審死
 成木台病院：患者の金銭流用
 1986 青葉病院：保護室不正使用と患者死亡
 根岸病院：不審死を病死と記載
 1987 大洲病院：入院患者の不審死
 1993 大和川病院（大阪）：看護者による入院患者撲殺・劣悪な診療内容・診療報酬水増し・使役労働
 越川記念病院（神奈川）：違法入院・入院患者の不審死
 湊川病院：暴行傷害の発覚
 1996 栗田病院（長野）：
 1997 山本病院（高知）：
 1998 奄美病院（鹿児島）：不適切な身体拘束で患者死亡
 平松病院（北海道）：
 国立療養所犀潟病院：不適切な身体拘束で患者死亡
 1999 松口病院（福岡）：
 2000 上妻病院（東京）：
 朝倉病院（埼玉）：不適切な拘束・薬剤大量投与・不審死・診療報酬の水増し
 2001 松沢病院（東京）：痙攣伴う電気ショック閉鎖病棟で常態化
 箕面ヶ丘病院（大阪）：違法拘束・人権侵害
 山口県立精神病院：入院患者不審死・両親の面会拒否
 2008 千葉県八千代氏の精神病院：看護師による患者右腕骨折で、件の立ち入り調査
 大阪貝塚市の精神病院：不当な身体拘束で患者死亡

第二東京弁護士会編（1987）『精神医療人権白書』悠久書房 pp15～54、山下剛利（1985）『精神衛生法批判』日本評論社 p21、戸塚悦朗・広田伊蘇夫編（1984）『精神医療と人権 1 日本収容所列島』；『精神医療と人権 2 人権後進国日本』亜紀書房、188－197 より引用

■安田系列三病院関連年表

1956年	大阪円生病院開設
1963年03月	大和川病院（当初は医療法人安田会として）開設
1969年03月22日	第1回大和川病院事件（看護者による患者傷害致死事件）
12月	医療法人北錦会と改名
1979年08月	第2回目大和川病院事件（看護者による患者傷害致死事件）
1980年03月	てんかんで入院中の男性（27歳）不審死
1988年	安田記念医学財団、府の許可で設立
1993年02月22日	第3回大和川病院事件発覚
04月09日	大阪府環境保険部健康増進課健康保健室による第一回立ち入り検査
09月20日	大和川病院・安田病院・円生病院3箇所同時立ち監視大阪府が実施
1994年02月16日	大阪府の立ち入り検査の実施
1997年03月18日	大阪労働基準局が3病院を一斉立ち入り調査
03月19日	厚生省・府・市が3病院合同立ち入り調査
04月04日	大阪労基局が関係11箇所を労働法違反容疑で捜索
04月25日	府・市が3病院に医師・看護婦不足の改善指導
05月09日	府が大和川病院の患者処遇問題で改善命令
05月19日	府が医療スタッフ数の調査結果公表。看護婦は病院側報告の3割、医師は4割しか確認できず
06月27日	府が3病院の保険医療機関の指定取り消しに向けて聴聞会

07月17日	大阪地検・大阪府警が詐欺容疑で強制調査
07月28日	地検が安田院長ら詐欺容疑で逮捕。府が3病院の保険医療機関の指定取り消しを諮問
07月29日	3病院の入院患者の転、退院始まる
08月08日	府が3病院の保険医療機関の指定を取り消す
08月18日	地検が安田院長ら3人を詐欺罪で起訴。4人を再逮捕
09月08日	地検が安田ら3人を追起訴
09月30日	地検が安田ら3人を追起訴し、詐欺事件の捜査終了
10月01日	府が3病院の開設許可、医療法人の設立許可の取り消しを通知
10月03日	大阪労働基準局が安田被告を労働基準法違反で書類送検
11月14日	初公判。安田被告らが起訴事実を認める
1998年02月16日	安田被告側が診療報酬の不正請求分約24億円を自主返還
03月05日	検察側が安田被告に懲役5年、罰金200万円を求刑し結審

(NPO大阪精神医療センター編『精神病院は変わったか』2006年 関西障害者定期刊行物協会pp103-106、ならびに「朝日新聞」夕刊(1969.8.9)、「毎日新聞」夕刊(1980.1.16)、「毎日新聞」朝刊(1980.3.14)から引用)

■ 関連団体

■ 日本精神神経学会

- ◆1969(昭和44)年12月20日「[精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える](#)」日本精神神経学会理事会
- ◆1974(昭和49)年07月24日「[「通信及び面会の自由」に関する決議](#)」第71回日本精神神経学会総会
- ◆1975(昭和50)年05月13日「[精神外科を否定する決議](#)」第72回日本精神神経学会総会決議
「精神外科とは、人脳に不可逆的な侵襲を加えることを通して人間の精神機能を変化させることを目指す行為である。かかる行為は医療としてなさるべきでない。」
- ◆1983(昭和58)年06月08日「[精神医療改革に関する宣言](#)」日本精神神経学会理事会決議・同評議員会決議
- ◆1984(昭和59)年05月22日「[宇都宮病院事件問題についての見解——精神障害者の人権擁護のために](#)」日本精神神経学会評議員会

■ 日本精神病院協会(社団法人)

- ◆1985(昭和59)年04月02日「[声明](#)」

■ 大和川病院不祥事件関係

■ 書籍

- ◆第二東京弁護士会人権擁護委員会編(1987)『精神医療人権白書』悠久書房

大和川病院事件とは、平成5年(1993)2月、大和川病院(大阪府柏原市大字高井田)に入院中、何者かから暴行を受けた患者が、他の病院に転院後に死亡した事件が報道された。

大和川病院は、以前より入院患者の対する不適切な医療や処遇などの問題が指摘されていたが、この死亡事件を契機として、過去長期にわたる不正が明確なものとなり、平成9年(1997年)10月、廃院の措置がとられた。

この事件は、入院患者に対する劣悪な医療内容のみならず任意入院患者に対する違法な退院制限、入院患者に対する違法な隔離・拘束・常勤の精神保健指定医不在のままの医療保護入院の実施、医療保護入院に際しての精神保健指定医の診察義務違反、患者の代理人である弁護士への面会拒否等の実態を明らかにした。大和川病院事件は、精神障害者の人権を大きく侵害する事件として、全国的にも注目され、「精神保健福祉法」の改正に影響を及ぼした。さらにこの事件は、①我国の精神医療が、なお非医療的な、単に精神病院に入院(収容)させて、地域から隔離するといった機能を残していること、②精神障害者のことを正しく理解していなければならないはずの精神病院内において、人権侵害が行われていた事実が発覚したことで、精神医療に従事する者でも偏見と差別意識があることが改めて明らかになったこと、③精神障害者に対する差別意識は、適切な精神科医療を受ける権利を持つ精神障害者とその家族にとって、医療を受ける上で大きな障害となり、社会復帰を遅らせる原因となっていることなどの諸問題を改めて提起するところとなった。

(精神保健福祉審議会・意見具申)

看護人から殴る蹴るなどの暴行を受け、死亡するに至った例(安田病院患者リンチ事件昭和44年)。同病院に精神分裂症で入院していたA氏が昭和44年3月22日脱院しようとしていたのを発見され、看護人から殴る・蹴るなどの暴行を受け、昏倒、死亡した事件。死亡診断書は院長が書き、「死因急性心不全」として処置。病院側は遺族に対して遺体を引き渡すことも、納棺の立会いも拒否し、職員に対して「事件を内聞するように」と指示していた。(P16)

昭和55年1月16日毎日新聞紙上に大阪大和川病院において、3名の看護助手が患者D氏をリンチ、同氏は2日後に死亡と報道され、日本精神神経学会理事会の調査もその事実を確認している。事件は、昭和54年8月2日に起こったもので、居室の布団の中でたばこを吸っていたことから、「堪忍してくれ」と謝罪しているD氏を3名で2時間にわたって暴行した。D氏の死亡後同院院長は「死因急性心不全」との診断書を書き、病死扱いとして警察に届けなかった。精神神経学会は調査団を派遣し、その結果、毎日新聞報道の暴行事件は『事実として存在したと判断される』「この事件の背景には、日本の精神医療・精神病院の貧困さがあることは論をまたない。同時に精神衛生法の問題としても浮かび上がってくる。法の名の下に保護されてかかる劣悪病院に強制入院が委ねられてきたのである。当院入院患者の警察への訴えがなければ事件は闇に葬り去られ、知事審査も行われなかったであろう」大和川病院は、患者リンチ事件を起こしたかつての「安田病院」なのである。この病院は何ら改善されることなく、全く同様の事件をおこしたのである。

(p21)

◆大熊一夫 1992 『ルポ・精神病棟』朝日新聞社

44年8月19日、大阪「毎日新聞」夕刊見出し、集団リンチで患者死ぬ 看護人ら3人で 土下座 許しこうのを 院長が"病死"で診断書

柏原市高井田、安田病院(安田基隆会長49歳)舩松(へのまつ)達一院長(70歳)、3月22日起こった入院患者の怪死事件を内定していた大阪府警捜査一課と柏原署はこの事件が看護人による集団リンチ事件によるものと断定。19日朝、同院本階2階、元診療係長、松本正美(36歳)を傷害致死容疑で逮捕、あとの2人を同容疑で取り調べるとともに病院を捜索、死亡診断書・カルテなどを押収。一課は、死亡診断書を書いた舩松院長と最高責任者の安田会長から事情を聞くが、精神病院の乱脈ぶりと監督官庁の指導監督のあり方が問題となるとみられる。リンチ事件は、3月22日午前6時ごろに起こったもので、精神分裂症で入院中の藤井寺市無職Aさん(31歳)が、本館屋上から逃げようとしてロープをたぐっていたところを夜勤職員にみつかった。彼は、別館一階ロビーに連れ込まれ、ここで松本と副主任の宵(よぎ)英世(40歳)、看護人三田義孝(38歳)の3人に殴る、蹴るの暴行を受けた。松本らはさらに、Aさんが「こらえてくれ」と土下座するのにもかかわらず、「逃げたいなら走れ、何ぼでも走らせてやる」とロビーを数10分間走らせ、これを見つけた看護婦の忠告も聞かず制裁を続けた。このためAさんは昏倒して同9時頃様態が急変、手当てを加えたが死亡。死亡診断書は舩松院長が書き、「死亡時刻は午前10時20分、死因急性心不全」として処置。この後病院側は、Aさんの衣服を新しい浴衣に取り替え、遺族を立ち合わせずに納棺、フタだけを家族に釘うちさせた。しかし遺族がから見たとき死体左手に切り傷や打撲傷があったので不審を抱き、職員や患者の間でもリンチ事件がうわさになり柏原署に投書や訴えが相次ぎ事件が明るみになった。19日強制捜査に踏み切った。Aさんの家族の話では、病院からの連絡でかけつけ「死体を引き渡して欲しい」と頼むと「医療補助患者なので病院で火葬する。死体は3階にあるがお通夜は1階でして欲しい」と答え、死体を引き渡そうとせず、納棺にも家族を立ち合わせなかったという。(pp104-106)

◆長野英子文／一の門ヨーコイラスト(1997)『精神医療』現代書館。

1978年8月、入院患者Aが3人の看護人の暴行により死亡した事件。1980年1月6日に3名の看護人は暴行容疑で逮捕された。他にも職員による入院患者虐殺としては、1971年の中村病院(福岡)看護人の暴行による傷害の例として1974年水口病院事件(滋賀)病気でないのに強制入院させられた例として、1969年の伊藤病院(千葉)、1976年秋田病院事件(徳島)がある(以上は、「宇都宮病院問題」1984年5月『精神医療』特集号による)(p90)

◆「精神障害者の主張」編集委員会(1998)『精神障害者の主張』解放出版社。

「事件報道は1993年2月26日朝日新聞夕刊である。それによると、「患者・暴行死?」というものでした。北錦会・大和川病院から肺炎ということで一般病院に送られた。移送に関係した救急隊員の記録を見ても「全身あざ」という記載、搬入先の病院においても全身の打撲傷が明らかで、肋骨4本骨折、そして砂漠の中を10日間ほど歩いたような脱水症状があり重い状態であるとの診断が下された。治療するも転送先で死亡。大和川病院は10年前さらにもう10年前とこれまでオープンになっただけで、患者のバットによる撲殺事件を2度起こしている。

ここでの特徴は、医者とスタッフの数を減らして其の分を患者による看護人補佐役を任命することで現場を取り仕切る暴力的支配です。怖さで患者に何も物を言わせなくさせていく。昼間でもバットから出てはいけぬ時間を作る。患

者にさまざまな役（当番）を割り振り、守らない場合、懲罰が待っている。小遣い銭の所持は百三人に対して10円玉が50枚、其の状態が今でも続いている。監査に入った行政に対しては、「毎日10円玉100枚を渡している」と虚偽の報告をしている。「指定医・常勤意が1日5名いる」という報告であったが、山本氏が調べた結果、実質1日8時間以上週4日以上勤務している精神科医は1名しかいなかった。そういう中でなされる医療は最終的には拘禁に向かうのは目に見えている。その中で患者さんが出来ることは、脱院か自殺かあるいは仲間やのなかで言葉のしゃべれない人や高齢の人への暴行・いたずらなどかなり荒んでいく事態が中から報告されてきた。」（p139-140）

◆藤沢敏雄（1998）『精神医療と社会』批評社

「1997年に、大阪府安田病院事件が、公となる。この病院については10年以上前から、内外の告発が続いていたが、大阪府は動くことがなかった。人権の侵害・医療法の違反。脱税など限りない違法行為の上に成り立つこの病院は、阪神地区の行き場のない人たちを飲み込んで殺していた。なぜ国税庁は動かなかったのか、栗田病院と同じく、行政にとって便利な存在であったからに違いない。一説によれば、政権党の有力な政治家の圧力が大阪府を縛り、政治が病院をガードしていたといわれている。」（pp271-272）

◆石川信義(1998)『心病める人たち』岩波書店

「昭和43年大阪の安田病院で、病院を逃げ出そうとした患者を三人の看護者がバットで滅多打ちにして死亡させた。この事件は病院が「病死」として隠蔽していたがその3ヵ月後に、今度は看護助手をさせられていた患者が他の患者を絞め殺すという事件が起こり、それが明るみにできるとともにこの撲殺事件も発覚した。

その安田病院は、そのあと、大和川病院と名前を変えたが、11年後の昭和54年、またも一人の患者を看護者たちが撲り殺してしまった。「寝てはいけない時間に寝ていた」という理由だった。」（pp64-65）

◆里見和夫(1999)「法律家の立場から—大阪・大和川病院事件が語るもの」『病院・地域精神医学』42（1）

大和川病院事件とは、安田基隆が1963年大阪府柏原市に開設した安田病院が、その後医療法人経営となり、名称も医療法人北錦会大和川病院に変更した(1969年)ものである。

安田は、医療法人の理事にはなっていないが実質上のオーナーであった。大和川病院は、定員534床で常時500人前後の患者が入院し、ほぼ満床状態。警察・福祉ルートへの入院患者多数。1993年2月2日警察の紹介で入院したIさんは、2月15日意識不明の重体となり大阪八尾市内の病院に転院、2月21日転院先で死亡した。転院時Iさんには、肺炎のほか全身打撲による皮下出血・肋骨骨折・肺挫傷など暴行により生じたと推定される症状が見られたため警察は傷害致死容疑で捜査を開始した。（ただし結果として被疑者不詳により不起訴処分がなされたようである）。Iさん事件を契機として大阪精神医療人権センターによる患者との面会活動・大和川病院の劣悪な医療実態(医療従事者数の水増し・画一処方・保護室の乱用等)の大阪府への告発、改善指導を求める活動等が進められた。4年後の1997年3月、大阪府はようやく大和川病院ほか系列2病院に同時一斉立ち入り調査を行い、労働基準監督署の調査、警察・検察の捜査も行われた結果、医療従事者数の大幅水増し等により、2年半で少なくとも24億円強の診療報酬を不正受給していた事実や劣悪な医療実態が明らかとなった。安田他3名は、1997年9月までに約5億9000万円の診療報酬不正受給・詐欺等で起訴され(1998年4月安田は懲役3年の実刑判決を受けた)大和川病院他系列2病院は1997年10月開設許可を取り消され全て廃院となった。

精神保健福祉法からの問題点；

1、面会の妨害(面会を嫌忌する病院の姿勢)面会は月～土の午後1時半～3時で、日・祝日の面会を一切認めない。保護者以外の面会を原則認めず友人・知人が面会しようとする保護者の同意書(実印押捺・印鑑証明書付き)を要求し、退院を促進しようとする(保護者でない)家族についても保護者の同意書を要求した。

大阪府は、面会時間の延長・日・祝日の面会については改善指導し、面会時間は1時間だけ延長されたが、日・祝日の面会に関する指導事項は4年以上にわたって無視されたままであるにもかかわらず、強い指導や改善命令には一切踏み込まず。また、同意書を要求していることについての改善指導は行わず。

弁護士の面会すら妨害(法36条2項・厚生省告示128号により患者の代理人である弁護士との面会は一切制限してはならないとある)；病院は、患者に「弁護士は要りません」となどのメモを書かせたり、弁護士を門扉の外で待たせ、そこへ医師及び多数の職員が患者を「連行」してきて「弁護士は要りません」などと言わせて、弁護士と患者との面会を妨害する行為を繰り返した。大阪府はこれらに対して個別のケースで指導に来たことはあるものの、このような面会妨害は許されないという抜本かつ強力な改善指導をせず、無論改善命令を出す素振りも一切示さなかった(法には面会妨害に対する罰則は規程されていない)。

2、任意入院患者に対する保護室の乱用

大和川病院には、常勤の指定医がいなかったため患者をとりあえず任意入院させ、しかし、処置としては、閉鎖病棟や保護室に入れている。」（77-80）

◆里見和夫（2003）「大和川病院事件から精神医療を問う」『精神神経誌』105（7）

「大和川病院とは、1963年大阪府柏原市（大阪府の最東部、奈良県と隣接）に開設された精神病院。1993年当時、大和川病院は、定床524床で常時ほぼ満床、警察福祉ルートの入院患者が多数であった。大和川病院事件とは、1969年看護者による患者に対する傷害致死事件—第一時大和川事件；1979年看護者による患者に対する傷害致死事件—第2次大和川事件；1993年不明者による患者に対する傷害致死事件（傷害を受けた患者に適切な医療を行わなかった結果、患者は死亡した）—第3次大和川事件。

大阪精神医療人権センターは、第3次大和川事件について、患者・家族・看護師など病院職員・その他多数の人たちの訴えや情報提供に基づいて調査を進めた。その結果①大和川病院が医師・看護師の数を大幅に水増しし、診療報酬を不正に受給していること、②実際には医師・看護師が極端に少なく、満足な治療はほとんど行われていない、③そのため患者の症状とは関係なく画一的な投薬や点滴が行われている、④患者が看護者に質問したり、反抗的な態度を示したりすると懲罰的に保護室に入れられるなどの実態が明らかになった。

人権センターは、大阪府に対し、大和川病院における医療実態の早急な調査と徹底した改善指導を要請した。しかし、大阪府の対応は驚くほど鈍く、むしろ病院をかばおうとするかのような対応が随所に見られ、結局、大阪府が大和川病院に対する本格的な調査を開始したのは人権センターによる要請から4年以上経過した1997年3月になってからのことであり、それもマスコミがこの問題を大々的に取り上げるようになったためである。

ついに大阪府は大和川病院の開設許可を取り消す(廃院)に至った。」（p868—871）

◆月崎時央（2004）『精神障害者サバイバー』中央法規出版

「大和川病院事件を捉える視点——大和川病院では、相次いで死亡する人が出ていた。それも若い人が腸閉塞などで死亡していた。私(人権センターの山本深雪)は、そのとき、病院に対するジャッジがおかしいと感じた。私たちは新規入院の停止を求めたが、結局、廃院を決めるまで、それは認められなかった。97年になり、いよいよ医療内容がおかしいと行政が認め、転院措置をとり始める。言い方は悪いが「医療監視はあってなきに等しいんだな」と無力感を感じていた。

「社会がね、世の中の困りごとを、みんな精神医療に押し付けていると思う、精神病院に措置入院になるまでにはいろいろなことがある。たとえば両親から世話をしてもらえなくなった思春期の子ども、夫から虐待を受けた女性、教育のなかではじき飛ばされた知的障害のある人、経済的に困窮した人、その人たちも最初の問題はそんなに複雑ではないのです。問題がシンプルなら、別な援助の方法もある。それを怠った結果、つまりそういったシステムを作ることにお金をやエネルギーをかけることを怠った結果、問題が解決のつかないほど複雑化し、まるで、最終処分場のように精神医療に投げ込むことになっているんです」」（p 237—242）

◆広田伊蘇夫（2007）『立法百年史』批評社

宇都宮事件発覚後の1984年3月15日衆議院予算委員会において、他の精神病院での類似事件について質問（高杉議員）に、厚生省医務局長の答弁によると大阪の大和川病院において、1969年・1979年の2回看護者による患者のリンチ殺人事件、また、1968年大阪栗丘病院でも、院長・看護者の集団リンチにより患者が死亡したと発言。（p119）

■雑誌

◆1980年02月20日 大阪新希望の会「抗議文」

■新聞記事

◆1969年08月19日 毎日新聞夕刊「集団リンチで患者死ぬ」

◆1997年5月20日 読売新聞朝刊「安田系3病院調査結果公表 大阪府、弁明に終始 虚偽報告に批難もせず」（cf朝日新聞にも記事あり）

◆1997年7月18日 読売新聞朝刊「職員偽装94年初めにも・安田系3病院を捜索 看護婦が常時不足」

◆1997年7月29日 読売新聞朝刊「崩れた『病院錬金術』 どう喝、罰金で徹底支配」「患者は物同然・薬で眠らせ

よ あきれた実態」

- ◆1997年7月31日 産経新聞朝刊 「必要悪・非公開が生んだうみ」
- ◆1997年8月1日 毎日新聞夕刊 「大和川病院常勤医師指定医取り消しへ」
- ◆1997年8月2日 読売新聞朝刊 「『北錦会』認可取り消し 大阪府方針 安田系消滅へ」
- ◆1997年8月3日 読売新聞朝刊 「医師たちは見てみぬふり；問われる自浄作用；身内に甘い体質根強く」
- ◆1997年8月5日 朝日新聞朝刊 「人権侵害など府と実態調査（安田病院事件で大阪市）」
- ◆1997年8月5日 読売新聞夕刊 「なくなって当然 大和川病院 元患者、怒り消えず」
- ◆1997年8月5日 産経新聞夕刊 「大和川病院保護室を「悪用」軽症でも懲罰的に」
- ◆1997年8月9日 朝日新聞朝刊 「安田病院グループから…寄付・賞金もらっても困惑」
- ◆1997年8月19日 産経新聞朝刊 「転院してよかった 安田系列三病院の患者」
- ◆1997年8月19日 読売新聞朝刊 「詐欺罪で起訴、再逮捕」
- ◆1997年8月27日 読売新聞朝刊 「「精神科救急」立て直し・官民の役割を分担」
- ◆1997年8月31日 読売新聞朝刊 「死因は適当に…」 「大阪府は状況把握せず」（社会部 原昌平記）
- ◆1997年9月6日 毎日新聞朝刊 「大阪府が責任認める」
- ◆1997年9月18日 読売新聞朝刊 「医療行政の"剛腕"顔役・大阪府汚職浜之上容疑者」
- ◆1997年9月10日 毎日新聞朝刊 「安田三病院月未廃院へ」
- ◆1997年9月20日 毎日新聞夕刊 「改善指導に異例"介入"大和川病院担当者に報告求める」
- ◆1997年9月22日 産経新聞朝刊 「「大阪府医療汚職・安田財団」設立で助言」
- ◆1998年4月14日 読売新聞 「安田病院事件の判決要旨」
- ◆1998年4月14日 産経新聞夕刊 「安田（系3病院）病院事件の判決要旨」
- ◆1998年4月14日 産経新聞夕刊 「安田系3病院被害者弁護団・位田浩弁護士」

◆1997年5月20日 朝日新聞朝刊

〔大和川病院における大阪府の調査結果〕(3月19日)

	病院の報告数	実在が確認された数	架空の疑いが判明した数
医師	28	13	10
看護職員	137	47	63

(注) 本人の協力が得られなかったなどの理由で調査不能のケースがあり、右の2項目の合計が「病院からの報告数」にはならない。

◆1997年7月18日 読売新聞朝刊

大和川病院（ベッド数：524床）

不正請求の看護料（患者1人1日）

・新看護料（6B補10）～適用開始（1996年7月）

患者数と看護職員の比率

6：1＝3170円

・本来の看護料（精神その他3種）

患者数と看護職員の比率

7：1未満＝1320円

・差額 ＝ 1850円

(＊金額は1997年7月現在；(B)は正看護婦比率40%以上、「補10」は患者10人に看護補助者1人配置の意味)

◆1997年7月29日 読売新聞朝刊

①事件発覚後の対応経過

28日、安田院長大阪地検に詐欺容疑で逮捕（午後3時20分）を受け、大阪府は午後3病院への緊急監視実施。適切な医療の継続は困難と判断、29日から病院に計60人の職員を常駐させ、「今週中にも472人の入院患者を全員、転退院させる」との方針を決定。

同時に、大阪市と合同で「安田系三病院患者転退院対策連絡会」設置。

一方、府から三病院の保険医療機関取り消しの諮問を受けた府社会保険医療協議会はこの日全員一致で取り消しを了承、29日日に知事あてに答申。実際の取り消し処分は9月1日を目途にしている。緊急医療漢詩アは36人で行い、診察や給食の状況を調べたが、翌日の点滴の在庫もなく「病院機能が停止しかねない」と判断。29日から各病院に「現地対策チーム」を置き、保健所には患者家族らの相談窓口を設置する。公立病院などにスタッフの派遣準備の要請をする。28日現在の和川病院の入院患者228人。今月中に全員転院予定。

②あきれた実態—「患者は物同然」「薬で眠らせよ」

和川病院では、新規患者の無診察での一律保護室隔離、職員による患者への暴行、退院希望者の不当な留め置きなどの人権侵害が繰り返された。安田容疑者は「患者は薬で眠らせるのが基本」と公言。病院にとって不都合な患者に強い薬が投与されることなどが日常化していたため「鬼の和川」と怖れる患者・家族もいた。

③粘りで国動かし—4年半の追求実った市民団体

大阪医療センターの取り組み評価；1993年2月に起きた和川病院の男性患者不審死事件をきっかけに、4年半にわたって三病院の実態を追求してきた市民団体「大阪医療センター」（代表・里見和夫弁護士）の粘り強い取り組みがあった。入院患者への面会、元職員からも院内の実情を綿密に聞き、大阪府や厚生省に再三実態把握を要請した。病院側は面会妨害や民事訴訟、刑事訴訟などで攻撃したが、昨年夏には現職職員を同行して、厚生省に生々しい証言を示し、これが同省の姿勢を前向きに転換させる原動力になった。山本深雪事務局長（44）は「安田容疑者が詐欺罪に問われるのは当然。ほっとしたけれど、課題の一つの山を越えただけで、問題解決は諸に付いたに過ぎない。特に行政の対応が遅すぎた。この間に、どれだけ患者の命が失われたことか」と指摘。・入院患者の声を反映する窓口がない・医療機関の実態が市民に隠されている・患者への差別がまかり通っている—などの問題を挙げ、「まず三病院に残る患者全員の早期転院を実現し、きちんとフォローすること。そして行政システムや医療界のウミを出し切り、根本的に変革することが必要だ」と訴えている。

◆1997年7月31日 産経新聞朝刊 「必要悪・非公開が生んだうみ」

「安田病院グループの入院患者の多くは、他の病院では受け入れてくれない重度の精神障害者や薬物中毒患者、寝たきりのお年寄りだった。日本の医療制度では、長期入院のお年寄りや精神障害の患者の診療報酬は低く抑えられている。「採算が取れない」患者で病院経営を続けるためには、人件費や設備費を抑え、看護職員を水増しして看護料を稼ぐ以外なかった「必要悪」という指摘もある。

医事評論家の水野肇は「国や大阪府は（安田系病院と）同じ役割を担える医療機関がほかにあるのかということ、まず考える必要がある。第三セクターの経営の医療機関を新設するののも一つの方法だ」と提案する。そして、審査機構の充実以上に、医師に「既得権」を与えてしまった医師法を見直し、医師の不正を未然に取り締まれる法への変革が必要とする。「閉ざされた医療」のうみともいえる。」

◆1997年8月1日 毎日新聞夕刊 「和川病院常勤医師指定医取り消しへ」

厚生省は、1日までに和川病院に勤務する精神保健指定医（46）の指定を取り消す方針を固めた。退院可能な患者の退院要求に応じなかったり常勤医なのに欠勤が多いことなどから、指定医として著しく不適格と判断した。勤務実態

を理由にした取り消しは前例がない。精神保健法によると、精神病院は、3年以上精神障害の診断や治療をした経験豊富な医師を常勤の精神保健指定医として置くことを義務付けられている。「指定医失格」の確認が取れば聴聞を経て、公衆衛生審議会に諮問したうえで指定を取り消される。」

「大阪府は5月、大和川病院に常勤指定医の確保を命令したが、病院は「新たな確保は困難」と返答。さらに7月28日の緊急立ち入り調査時も、この指定医1人だけしかおらず、適切な医療の継続が困難と見て、全患者の転退院を急いでいる。

◆1997年8月2日 読売新聞朝刊

残り入院患者17人。8日付けで保険医療機関取り消し通知。厚生省は、1日、大阪府が予定している開設許可・法人許可の取り消しを認めることを決めた。安田基隆（77歳）の医師免許取り消しも早ければ今秋の医道審議会に諮る方針。

◆1997年8月3日 読売新聞朝刊 「医師たちは見てみぬふり；問われる自浄作用；身内に甘い体質根強く」

「7月29日、住吉区医師会の理事会が行われた。当初は26日の予定であったが台風で延期、安田逮捕の翌日となったが、安田事件は話題に上らなかったという。同会の幹部は「保険医療機関指定取り消し処分も出ておらず、現段階では対応の仕様がな。事件は遺憾であり、きちんと対応したいのだが」。安田系病院の劣悪な環境や診察実態は、同業者である他の医師にも知れ渡っていた。が、正面切って指摘してきた医師は数えるほどしかいない、という。「住吉区の医師会は、問題を起こした人物をそのままにしてきた伝統ある医師会なんですよ」ある医師は自嘲気味に話した。6年間会長を務めた安田容疑者は、衆院選に出て収賄で逮捕され、脱税で摘発された会長もいた。そのたびに除名ではなく、戒告などでお茶をにごしてきたというのだ。「医師会は親睦団体の性格が強く、弁護士団体のような懲戒規定もない。会員でなくても開業できる。皆さんが思うほど権限も力もない」と同医師会の幹部。そんな医師会の「限界」に加え、何かあれば恫喝、中傷文書、訴訟の手段で安田容疑者が攻勢をかけるため他の医師はますます沈黙した。ある医師は、「爰に楯突いて訴えられ、中ノ島（裁判所）通いなんでかないませんわ。そりゃ安田院長は診察せえへんから時間はたっぷりあってええけど」。医師会全体にしり込みする空気が蔓延し、病院とは名ばかりの実態にも見て見ぬふり。そんな体質が安田容疑者の独善性を許す一因になった。という見方もある。「身内に甘い」体質は、特定の医師会に限らない。八尾総合病院の森功院長は、「他の病院のことは何も言わない。その代わりこっちのことも何もいうな。そんな「不干涉主義」が医師の不文律。問題のある病院をチェックし、医療の質を高めていく意識が薄いところに、日本の医療の悲劇がある。

大阪府医師会は、7月30日、一連の問題の発覚以来始めてコメントを出した。「行政制度と社会を欺いた不正な利益の搾取は絶対に許すことができない」。大北昭同会理事は、力説する。「以前の医師会は、会員を「守る」ことばかり。今回も「なぜ（安田容疑者を）守らないのか」という声を耳にした。そんなことは社会的に通用しない。悪い者は悪いという意味表示をしなければ、まじめな大多数の病院が迷惑だ。「かばいあい」をしてきたように見える医師たち。医療の相互監視は無理なのだろうか。安田病院事件は医師たちの<自浄作用>を問いかけている。」

◆1997年8月5日 読売新聞夕刊

最後の患者が退院。

93年ごろまで1年あまり入院していた元患者は「閉鎖病棟では中庭にさえ出してもらえず、体表を見たこともなかった」と振り返る。面会時間は制限され、電話も隣に看護人が座って通話先をチェック、身内以外にかけるとすぐ切られた。知人と面会に来た大阪精神医療人権センターのメンバーに訴えて、家族に取り次いでもらい、何とか退院できた。「一生あの病院から出られないと思っていた。苦しい思い出ばかり」と語る。

今年5月に退院した男性は10年間入院。「あんな病院はなくなって当然」と怒りをあらわにした。「府から退院請求の書類を取り寄せると<書類を破ったら退院させる>と請求を諦めさせたらうえ、約束を破る。むちゃくちゃだった」

大阪精神医療人権センターには、大和川病院の元患者から、院内の実態を伝える手紙がしばしば寄せられていた。<看守の患者への暴行は日常さはんじです。ひたすらとじこめておくだけの病院です—これではいっそ、ほんとうの刑務所のほうがましです> そう訴えた一人は手紙の最後に<こんなひどい病院がよのなかからなくなるようにしてください

>と書いていた。

◆1997年8月5日 産経新聞夕刊 「大和川病院保護室を「悪用」軽症でも懲罰的に」

保護室は院内に10箇所ありトイレとベッドしかない三畳ほどの広さ、扉は外からしか開かない構造。症状が重い患者を一時的に隔離する保護室を、症状が軽い患者に対しても懲罰的に使用していたことが大阪府の調査などで明らかになった。本人の意思で退院できる「任意入院」55人のうち36人を保護室に収容するなど杜撰な医療実態の詳細も判明した。

大和川病院では、看護職員に反抗的な態度をとる患者に対し「懲罰的」な使われ方がされることがあったという。看護職員の監視を逃れこっそり電話した患者を保護室に収容したこともあった。

◆1997年8月9日 朝日新聞朝刊

安田病院グループから・・・寄付・賞金もらって困惑 団体・医師ら「軽率だった」「できれば返したい」

安田記念医学財団からの医学賞・海外派遣賞・奨学賞

88年度	11件	900万円
89年度	21件	1630万円
90年度	23件	2100万円
91年度	23件	1830万円
92年度	24件	1790万円
93年度	39件	4800万円
94年度	43件	4650万円
95年度	39件	4190万円
96年度	51件	4700万円

計2億6590万円

その他の主な寄付

94年2月	エイズ予防財団	10万円
94年3月	日本糖尿病財団	100万円
94年4月	骨髄移植推進財団	1000万円
95年9月	大阪から肺がんをなくす会	500万円
95・96年	阪大医学部	1000万円
96年	京大医学部	100万円

計2710万円

安田院長からの寄付金は、府の環境保健部長室で、当時の江部高弘部長の立会いのもと贈呈された。ところが、府はその2年前の93年、職員水増しの疑いを持って安田系三病院に異例の立ち入り調査をしていた。同部は調査の担当部署。江部氏は「当時から問題のある病院だったとの認識はあり、部長室で授受させたのは軽率だった」と話す。

骨髄移植推進財団は「問題がある病院とは知らなかった」・エイズ予防財団も「寄付金の出所に疑惑が出て残念に思う」と話す。

大阪大学医学部では、5つの教室（第32内科・第三内科・第二外科・老人科・病理部）が奨学寄附金として授受。各教室の教授の話を経ると、安田院長から「母校の教室に寄付したい」という申し入れがあった。岸本忠三医学部長（次期学長）は安田財団の審査選考委員も務めていたが、「院長は奇妙な方だとばかり思っていた」疑惑発覚後、選考委員をやめる。他の担当教授も「院長を診察したことがあるが、紳士的な人だった」「返せる者なら返したい」などと話した。

このうち3教室では、今春まで大学院生らが安田系病院で当直医などのアルバイトをしていたという。教授たちは

「アルバイト派遣と寄付金は関係ない。疑惑発覚後、当の院生から初めて病院内の実態を聞かされた」などと釈明している。

がん研究への助成金として医学賞を受けた学者たちも戸惑いを隠さない。優秀賞を受賞した国立大教授は「初めは安田生命が関係した財団だと勘違いをしていた。贈呈式に出てみると、政治家や厚生省の役人がずらりと並んでいる。政治色の強い財団なんだと驚いた」と話した。

安田院長は、こうした寄付について「役所に言われるまま金を出してきた」と強調。潔白を訴える材料にした。」

大和川病院から28人転院した大阪貝塚市の精神病院で、「大和川とは雲泥の差。正規の人数なら、こんなに多くの看護婦さんがいるんですね。看護婦さんと接触する回数も増えた。聞きたいことがあったらすぐに聞けるし、ちゃんと答えてもらえますから」と男性患者（67）はいう。精神科では、医師や看護職員との触れ合いが患者の心のケアにも必要。大和川時代は、食事の量が少なく、小遣いで買ったパンやバナナで空腹をしのいでいたが、食事も質・量とも改善したという。「大和川病院では患者同士での暴力事件もあった。でもここでは看護人が多いからそんなこともないでしょう」男性は満足そうな表情を浮かべた。

◆1997年8月19日 読売新聞朝刊 「詐欺罪で起訴、再逮捕」

安田容疑者は先月28日の逮捕時、いったん容疑を認めたものの、30日の拘留質問で否認に転じた。以後、取り調べで看護婦不足を示す証拠資料をつきつけられ「不正受給していたことはわかった」と供述したものの「看護婦はちゃんといたと思っていた。私は知らなかった。だまされていた」などと詐取への関与を否定。「不正とわかっていたが、院長の指示で仕方なかった」と容疑を認める系列三病院の総事務長小西三郎容疑者（67）（再逮捕）ら4人に責任をなすりつけているという。

同病院グループは、診療報酬や生活保護受給患者の日用品代の振込みを受けるのに金融機関の数十の口座を使用。各容疑者やその家族、病院職員らの名義で、各自自治体ごとに口座を使い分け、開設後すぐに休眠口座にしたり、安田容疑者の指示で頻繁に金を移し変えたりしていたといい、複雑な管理方法をとっていた。

院長室からは約百キロの金の延べ板（時価1億3千万円相当）と約1億5千万円の札束をはじめ、プラチナも見つかり、銀行の貸金庫には総額5億円を超える定期預金証書があった。

—来週中にも廃院方針通知—

大阪府は来週中にも廃院とする開設許可取り消し処分の方針を病院側に通知する予定。

（開設許可取り消しは、1980年に病院ぐるみの無資格診療が発覚した「富士見産婦人科病院」（埼玉県所沢市）や84年に患者のリンチ死が明らかになった「報徳会宇都宮病院」（宇都宮市）など、大きな社会問題となった事件でも見送られた）。

◆1997年8月27日 読売新聞朝刊 「「精神科救急」立て直し・官民の役割を分担」

大和川病院に患者の救急搬送が相次いでいた反省から、精神科救急医療システムの見直しを進める大阪府は、全ての救急患者をいったん当番病院に受け入れてもらい、対応が困難な患者についてはその後、府立中宮病院（枚方市）が積極的に受け入れ症状が安定すれば再び患者を民間病院に転院させるなどバックアップ体制を整える。

◆1997年8月31日 読売新聞朝刊（社会部 原昌平記）

大和川病院における患者の変死および不審死(判明分)1992年2月～1997年2月間分

発生年月	性	年齢	死亡状況	事後処理
------	---	----	------	------

1991年2月	男	54	入院当日、保護室で首吊り	柏原署に届出
3月	女	54	入院まもなく保護室で首吊り	同上
1993年2月	男	57	暴行受け、転院後に死亡	遺族が民事訴訟
3月	男	20代	腸閉塞を放置	心不全とする
3月	男	55	ウイナーをのどに詰める	柏原署に届出
9月	男	27	逃走？12日後に川に遺体	不明5日後通報
1994年7月	女	33	熱射病？転院直後に死亡	遺族が民事訴訟
3年ほど前の春	男	50前後	巻き寿司をのどに詰める	病死とする
3年ほど前	男	若年	患者同士で入浴中に溺れる	病死とする
1994年ごろ	女	中年	夕食の焼き魚をのどに詰める	病死とする
1995年3月	女	31	飛び降り	目撃者が通報
5月	男	48	飛び降り	柏原署に届出
6月	女	36	飛び降り	柏原署に届出
8月	男	43	飛び降り	柏原署に届出
10月	男	35	飛び降り	柏原署に届出
10月	男	35	けんかで保護室へ。首吊り	柏原署に届出
95-96年の冬	女	50代	ちくわをのどに詰める	病死とする
1996年1月	男	中年	便秘を放置され、内臓破裂	死因をごまかす
4月	男	32	深夜に急死。暴行を受けた？	柏原署に届出
8月	男	21	職員に殴られ保護室で首吊り	柏原署に届出
9月	女	73	食べ物をおのどに詰める	心不全とする
9月	男	62	3階窓から逃走図り転落	数時間治療せず
12月	男	29	便秘を放置。胃内容物吐く	心筋梗塞に
1997年2月	男	48	入院3日目に保護室で首吊り	柏原署に届出
2月	男	47	パンをおのどに詰めて窒息	心不全とする
2月	男	63	パンをおのどに詰めて窒息	心不全とする

◆1997年9月6日 毎日新聞朝刊 「大阪府が責任認める」

「府はこれまで「それぞれの段階でできる限りのことをしてきた。調査に限界があった」と主張してきた。しかし、環境保健部の浜之上友三郎次長は「用意周到で極めて悪質なおまかしだったが、結果的に見抜けなかったという事実を真摯に受け止めて反省したい」と発言。納屋敦夫医務対策課長も「昨年までは面談調査をしなかったため、実態を把握できなかった。不十分だった」と述べた。今後の対策として、書類の照合だけでなく職員への聞き取り調査も行う。患者の人権侵害などの告発には迅速に対応する、とした。」

◆1997年9月18日 読売新聞朝刊 「医療行政の"剛腕"顔役・大阪府汚職浜之上容疑者」

浜之上大阪府環境保健部次長は、安田系三病院問題で、環境保健部の対応を取り仕切り、開業中の病院では全国初の開設許可取り消しという厳罰方針を決める一方、医療行政の不備を認め「抜本的な改善を近くまとめる」とも述べていた。

大阪精神医療人権センターの山本深雪事務局長は、「やっぱりそうか、という感じだ。病院側に甘い大阪府の姿勢の裏側がよく見えた。行政と病院業界が一緒になって医療監視などの情報をひた隠しにしてきたからこそ、癒着がはびこ

った。病院と医療行政の徹底した情報公開が何よりも必要だ」と話した。

◆1997年9月10日 毎日新聞朝刊 「安田三病院月末廃院へ」

安田系三病院の診療報酬詐欺事件で、大阪府は、医療法に基づき三病院の開設許可の取り消しを正式に決め、9日病院側に通告した。同法で最も厳しい処分で、開業中の病院への適用は初。同時に府は、安田病院以外の系列2病院を営業する医療法人北錦会の設立許可取り消しも通知した。

◆1997年9月20日 毎日新聞夕刊 「改善指導に異例"介入"大和川病院担当者に報告求める」

病院許認可をめぐる贈収賄事件で、大阪地検特捜部に収賄容疑で逮捕された前大阪環境保健部次長、浜之上容疑者が、診療報酬詐欺事件で摘発された安田病院グループへの調査に際し、「どういう指導をするのか」と担当課に再三問い合わせるなど不自然な介入をしていたことが20日、関係者の証言でわかった。安田病院から盆暮れの付け届け（1万円前後）が行われていたことも判明。病院の指導内容に次長が介入するのはきわめて異例。府内の49精神病院で、こうした対応は大和川病院だけだったという。

◆1997年9月22日 産経新聞朝刊 「「大阪府医療汚職・安田財団」設立で助言」

同財団は、昭和63年10月、がん予防や治療研究への助成を目的に安田が10億円の資財を投じ、大阪府の認可財団として設立。浜之上は当時、環境保健部医療対策課の課長代理で、財団の設立事務も担当。安田は、同年春ごろから府側に相談を持ちかけ、具体的な設立準備を始めていたが、提出書面の不備などで手間どっており、浜之上ようが資金や設立目的等に関し、安田側に認可を早急に得るための具体的な助言をしていたと見られる。同財団は、平成4年、安田が20億円を追加寄付して厚生省の所轄団体になっており、浜之上はこの時期、医療行政全般を担当する環境保健総務課長だった。

◆1998年4月14日 読売新聞 「安田病院事件の判決要旨」

<犯罪事実の概要>

被告人安田基隆は、大阪市住吉区所在の安田病院院長であり、また、同市東住吉区所在の医療法人北錦会大阪円生病院および柏原市所在の同会大和川病院（以下、3病院という）を営業していた。被告人小西三郎は、右各病院の総事務長を、同大村恵美子は、総婦長をそれぞれ努めていた。

被告人安田は、平成6年10月の社会保険制度の改正により、入院患者数に対する看護婦数の割合が4対1以上であれば、保険期間から支払われる看護料が割高になるという、「新看護制度」が導入されるや、他の被告人らと共に、看護婦数を水増し申告して、右の看護料をだまし取ることを企てた。そして、大阪府知事に対し、内容虚偽の届け出をした上、7年2月ごろから9年3月ごろまでの間、前後26回にわたり、大阪府社会保険診療報酬支払基金や大阪府国民健康保険団体連合会あてに、一般病棟で前記基金による看護を行ったように装った内容虚偽の診療報酬請求書やレセプトを提出して、看護料を請求した。

そして、基金の担当者に、安田病院関係では、前記看護料合計2億3千92万4632円、大阪円生病院関係では、同合計2億7千489万1千786円を支払わせ、連合会の担当者に、安田病院関係では同合計3千211万28円、大阪円生病院関係では同合計5千165万8591円を、支払わせて、これをだまし取った。

また、被告人安田は、この間に、3病院の看護婦ら9名から、合計55万円余の給料の天引きを行った。

弁護人らの主張に対する判断

被告人安田の弁護人は、本件の犯行動機や態様について、被告人安田は、他の病院が嫌う終末患者や金のない生活保護者に対しても、勤めてこれを引き受け治療し、患者に優しい医療を施してきたと主張する。また、被告人安田も、当

公判廷で一貫して、自らの治療方針は弱者救済の趣旨で「ナイチンゲール精神」に立脚して行ったものであると述べる。

確かに、本件の一面では、同被告人が、率先して3病院に大阪府下およびその周辺の介護を要する貧しい老人の患者らを多数受け入れ、その治療改善にいくばくかの貢献をしたことは否定し得ない。3病院が長期にわたり存立し、本件のような医療活動を維持継続できたのも、これに相応する社会的需要が背景にあったものと推測される。したがって、被告人が本件当時、右のような意識を多少とも内心に有していたことも考えられなくはない。

しかし、本件における被告人安田の診療方針や診療内容などの諸事情によれば、同被告人の右のような活動の主たる動機目的は、金銭への飽くなき執着にあり、患者はそのための手段道具でしかなく、その福利は二の次であったものと解さざるを得ない。弁護人の前記主張は、同被告人による本件診療報酬の不正受給を不当に美化し、無理な正当化を図るものと言うほかなく、当裁判所としては、到底賛同することができない(その他の主張に対する判断・略)。

<量刑の理由>

1. 本件は、被告人安田を総師とする、いわゆる安田グループが、傘下の安田病院および大阪円生病院を舞台として、社会保険機関等から、水増しした看護料をだまし取ることを企て、右病院の一般病棟の看護婦および准看護婦の数が、いわゆる「4対1」の算定基準に適合しているもののように装い、虚偽の届け出をなした上、さらに、右基準にしたがって患者に対し良好な看護を施したとの記載された内容虚偽の診療報酬請求書およびレセプトを、26箇月間にわたり、前記の関係機関に提出し、診療報酬をだまし取った、という事案、および、被告人安田が「罰金」と称して看護婦や事務員らの給料を天引きし支払わなかった、という事案である。

詐欺の手段に使われた患者の診療件数、および、関係機関に提出されたレセプトの枚数は、起訴された分だけでも合計5561件、実質的な被害を受けた生活保護の事業主体の国、および、保険者の地方公共団体等の総数は実数で合計31団体、だまし取った看護料の総額は、合計5億8千958万5千41円の多額に及ぶ。これらの点からは、被告人らの本件犯行が甚だ重大であることは明らかである。

被告人らは、既に、前記基準の前身にあたる、「その他2種」基準の社会保険制度のもとでも、本件と同様の不正行為を実施してきた。そして、本件の遂行にあたっては、前記のとおり、3病院の幹部および職員の総力を挙げて、被告人安田の打ち出した営利本位の経営方針に協力し、専従の看護婦を配置して内容虚偽のレセプトを作成提出し、これに見合う水増し診療現に実施した。

さらに、事後的には、上部機関による厳しい監視に対し、各種の労務関係書類を偽造するなどして隠蔽工作を徹底し、本件の発覚を、長年にわたってかいくぐってきた。そして本件犯行が一部発覚した後も、なお刑事責任等を回避するため、執拗に隠蔽工作を重ねた。その犯行態様は、高度に組織的・計画的、かつ知能犯てきなものであり、また、常習性も顕著であって、犯情は極めて悪質という他はない。

本件の被害対象は、国民の拠出による、生活保護事業に向けられた国税や社会保険事業に共せられた保険料という、社会福祉の公的資金である。すなわち、本件は公金を侵害する詐欺なのであって、犯行の結果はこの点でも軽視することはできない。

本件はまた、前記社会保険制度等が予定した、入院患者に対する手厚い看護の実現という制度目的にも真っ向から背くものであった。被告人等は、社会保険の点数制度の陰に隠れて、なりふり構わず利潤のみを追求したが、その反面として3病院の看護の質を劣悪なものとし、ひいては多くの終末患者らの健康や身体生命の安全を危険に曝したのである。本件犯行は、この点からも厳しい社会的非難を免れるものでない。

本件は、国民一般の医療や看護に対する不信を招き、生活保護および社会保険の各制度に対する信頼を大きく失墜させたものとして、その社会的影響は図り知れないものがある。

本件の主たる動機は、被告人安田の安田記念財団への寄付金や関係企業の運営資金厚めにあった。右財団は、一応はがん撲滅等の高まいた目的のために設立されたものであった。しかしその真の設立の意図は、被告人安田の社会的名声欲しさであると思えるを得ない。関係企業の運営に至っては、同被告人のさらなる利潤追求の手段に過ぎないものであった。被告人安田は、金塊やプラチナの購入も趣味としていたが、本件はだまし取った保険料が、少なくとも間接的に、右のような蓄財等の資金となったことは疑う余地がない。

結局、本件の動機は、被告人安田の私利私欲の充足以外の何ものでもなかった。本件犯行は、この点でも厳しい非難を免れない。賃金不払いの事案も、病院運営の強化と営利を目的とするもので、動機に酌量の余地はない。

2の(1). 被告人安田は、前記のとおり、安田グループの総師として、独裁的に他の共犯者や配下の職員らを指揮・統括していたばかりか、医療監視等の際には自ら陣頭指揮に立つなどとして、本件犯行に及んだ。本件の遂行に必要な人的・物的な組織は、ほとんど同被告人が考案し形成したものであった。そして、組織の職員らに対しては、平素から恫喝を加え、給料の天引きや前借金等の違法な手段に訴えてでも、これを拘束して自己の犯罪に協力させた。本件の不法な収益は、その大部分が同被告人のもとに帰属した。

医師として、また3病院を統率する院長の立場にありながら、営利や蓄財に汲々とし、その職業的倫理や社会的責務を忘れ、本件のような悪質重大な医療犯罪に及んだのである。これらの諸点を考えると本件の責任の大半は同被告人にあるといっても過言ではない。

同被告人は、また、本件が発覚するや、その隠蔽工作も中心となって行い、その途中では他の被告人等に責任を転嫁させるような言動をとったこともあった。そして、逮捕後は、全面否認の姿勢を貫き、ひたすら自己の責任を回避することに努めた。同被告人の責任は、本件中最大と見てよく、厳しい社会的非難を免れない。

2の(2)．被告人小西・同大村関係(省略)

3の(1)．他方、被告人安田は、本件後、診療報酬詐欺の関係では、社会保険機関に対し、被害金額の総額を含む合計24億7千517万4千916円を、その請求に応じて返納した。また、労働基準法違反関係では、天引きした給料の全額を、被害者らに対して返還した。前記のとおり、同被告人は、捜査段階では、かたくなに犯行を否認し、犯行の全ぼうを明らかにすることを拒み続けてきた。しかし、本件の最終の被告人質問においては、犯行の動機やだまし取った金の使途などの重要な点を告白し、自己の刑責を認めるなど、反省悔悟の姿勢が見受けられる。

本件後、3病院は、保険医療機関の指定や病院設立許可を相次いで取り消され、廃院となっている。また、本件で相当長期の身柄拘束を受けたほか、マスコミによる厳しい非難も受け、一定の社会的制裁を受けている。従前、昭和57年に公職選挙法違反による執行猶予付き懲役刑に処された前科があるが、他に前科はない。また前記安田記念財団を設立して、がんの治療研究に尽力し、医学の発展に貢献した面もあった。被告人安田は、高齢に加え、前立腺がんに罹患しており、健康状態がすぐれない。

3の(2)．被告人小西・同大村関係(省略)

4．その他、被告人らにとり、有利、不利な情状の一切を考慮し、被告人らに対して主文掲記の刑に処し、被告人安田を除くその他の被告人には、その刑の執行を猶予することにした。

◆1998年4月14日 産経新聞夕刊 「安田(系3病院)病院事件の判決要旨」

▽<犯罪事実の概要>

被告人安田基隆は、大阪市住吉区所在の安田病院院長であり、また、同市東住吉区所在の医療法人北錦会大阪円生病院および柏原市所在の同会大和川病院(以下、3病院という)を経営していた。被告人小西三郎は、右各病院の総事務長を、同大村恵美子は、総婦長をそれぞれ努めていた。

被告人安田は、平成6年10月の社会保険制度の改正により、入院患者数に対する看護婦数の割合が4対1以上であれば、保険期間から支払われる看護料が割高になるという、「新看護制度」が導入されるや、他の被告人らと共謀し、看護婦数を水増し申告して、右の看護料をだまし取ることを企てた。そして、大阪府知事に対し、内容虚偽の届け出をした上、7年2月ごろから9年3月ごろまでの間、前後26回にわたり、大阪府社会保険診療報酬支払基金や大阪府国民健康保険団体連合会あてに、一般病棟で前記基金による看護を行ったように装った内容虚偽の診療報酬請求書やレセプトを提出して、看護料を請求した。

そして、基金の担当者に、安田病院関係では、前記看護料合計2億3千92万4632円、大阪円生病院関係では、同合計2億7千489万1千786円を支払わせ、連合会の担当者に、安田病院関係では同合計3千211万28円、大阪円生病院関係では同合計5千165万8591円を、支払わせて、これをだまし取った。

また、被告人安田は、この間に、3病院の看護婦ら9名から、合計55万円余の給料の天引きを行った。

▽<弁護人らの主張に対する判断>

被告人安田の弁護人は、本件の犯行動機や態様について、被告人安田は、他の病院が嫌う終末患者や金のない生活保護者に対しても、勤めてこれを引き受け治療し、患者に優しい医療を施してきたと主張する。また、被告人安田も、当公判廷で一貫して、自らの治療方針は弱者救済の趣旨で「ナイチンゲール精神」に立脚して行ったものであると述べる。

確かに、本件の一面では、同被告人が、率先して3病院に大阪府下およびその周辺の介護を要する貧しい老人の患者らを多数受け入れ、その治療改善にいくばくかの貢献をしたことは否定し得ない。3病院が長期にわたり存立し、本件のような医療活動を維持継続できたのも、これに相応する社会的需要が背景にあったものと推測される。したがって、被告人が本件当時、右のような意識を多少とも内心に有していたことも考えられなくはない。

しかし、本件における被告人安田の診療方針や診療内容などの諸事情によれば、同被告人の右のような活動の主たる動機目的は、金銭への飽くなき執着にあり、患者はそのための手段道具でしかなく、その福利は二の次であったものと解さざるを得ない。弁護人の前記主張は、同被告人による本件診療報酬の不正受給を不当に美化し、無理な正当化を図るものと言うほかなく、当裁判所としては、到底賛同することができない(その他の主張に対する判断・略)。

▽<量刑の理由>

1．本件は、被告人安田を総師とする、いわゆる安田グループが、傘下の安田病院および大阪円生病院を舞台として、社会保険機関等から、水増しした看護料をだまし取ることを企て、右病院の一般病棟の看護婦および准看護婦の数

が、いわゆる「4対1」の算定基準に適合しているもののように装い、虚偽の届け出をなした上、さらに、右基準にしたがって患者に対し良好な看護を施したとの記載された内容虚偽の診療報酬請求書およびレセプトを、26箇月間にわたり、前記の関係機関に提出し、診療報酬をだまし取った、という事案、および、被告人安田が「罰金」と称して看護婦や事務員らの給料を天引きし支払わなかった、という事案である。

詐欺の手段に使われた患者の診療件数、および、関係機関に提出されたレセプトの枚数は、起訴されただけでも合計5561件、実質的な被害を受けた生活保護の事業主体の国、および、保険者の地方公共団体等の総数は実数で合計31団体、だまし取った看護料の総額は、合計5億8千958万5千41円の多額に及ぶ。これらの点からは、被告人らの本件犯行が甚だ重大であることは明らかである。

被告人らは、既に、前記基準の前身にあたる、「その他2種」基準の社会保険制度のもとでも、本件と同様の不正行為を実施してきた。そして、本件の遂行にあたっては、前記のとおり、3病院の幹部および職員の総力を挙げて、被告人安田の打ち出した営利本位の経営方針に協力し、専従の看護婦を配置して内容虚偽のレセプトを作成提出し、これに見合う水増し診療現に実施した。

さらに、事後的には、上部機関による厳しい監視に対し、各種の労務関係書類を偽造するなどして隠蔽工作を徹底し、本件の発覚を、長年にわたってかいくぐってきた。そして本件犯行が一部発覚した後も、なお刑事責任等を回避するため、執拗に隠蔽工作を重ねた。その犯行態様は、高度に組織的・計画的、かつ知能犯てきなものであり、また、常習性も顕著であって、犯情は極めて悪質という他はない。

本件の被害対象は、国民の拠出による、生活保護事業に向けられた国税や社会保険事業に共せられた保険料という、社会福祉の公的資金である。すなわち、本件は公金を侵害する詐欺なのであって、犯行の結果はこの点でも軽視することはできない。

本件はまた、前記社会保険制度等が予定した、入院患者に対する手厚い看護の実現という制度目的にも真っ向から背くものであった。被告人等は、社会保険の点数制度の陰に隠れて、なりふり構わず利潤のみを追求したが、その反面として3病院の看護の質を劣悪なものとし、ひいては多くの終末患者らの健康や身体生命の安全を危険に曝したのである。本件犯行はこの点からも厳しい社会的非難を免れるものでない。

本件は、国民一般の医療や看護に対する不信を招き、生活保護および社会保険の各制度に対する信頼を大きく失墜させたものとして、その社会的影響は図り知れないものがある。

本件の主たる動機は、被告人安田の安田記念財団への寄付金や関係企業の運営資金厚めにあった。右財団は、一応はがん撲滅等の高まいた目的のために設立されたものであった。しかしその真の設立の意図は、被告人安田の社会的名声欲しさであると見ざるを得ない。関係企業の運営に至っては、同被告人のさらなる利潤追求の手段に過ぎないものであった。被告人安田は、金塊やプラチナの購入も趣味としていたが、本件はだまし取った保険料が、少なくとも間接的に、右のような蓄財等の資金となったことは疑う余地がない。

結局、本件の動機は、被告人安田の私利私欲の充足以外の何ものでもなかった。本件犯行は、この点でも厳しい非難を免れない。賃金不払いの事案も、病院運営の強化と営利を目的とするもので、動機に酌量の余地はない。

2の(1)．被告人安田は、前記のとおり、安田グループの総師として、独裁的に他の共犯者や配下の職員らを指揮・統括していたばかりか、医療監視等の際には自ら陣頭指揮に立つなどとして、本件犯行に及んだ。本件の遂行に必要な人的・物的な組織は、ほとんど同被告人が考案し形成したものであった。そして、組織の職員らに対しては、平素から恫喝を加え、給料の天引きや前借金等の違法な手段に訴えてでも、これを拘束して自己の犯罪に協力させた。本件の不法な収益は、その大部分が同被告人のもとに帰属した。

医師として、また3病院を統率する院長の立場にありながら、営利や蓄財に汲々とし、その職業的倫理や社会的責務を忘れ、本件のような悪質重大な医療犯罪に及んだのである。これらの諸点を考えると本件の責任の大半は同被告人にあるといっても過言ではない。

同被告人は、また、本件が発覚するや、その隠蔽工作も中心となって行い、その途中では他の被告人等に責任を転嫁させるような言動をとったこともあった。そして、逮捕後は、全面否認の姿勢を貫き、ひたすら自己の責任を回避することに努めた。同被告人の責任は、本件中最大といつてよく、厳しい社会的非難を免れない。

2の(2)．被告人小西・同大村関係(省略)

3の(1)．他方、被告人安田は、本件後、診療報酬詐欺の関係では、社会保険機関に対し、被害金額の総額を含む合計24億7千517万4千916円を、その請求に応じて返納した。また、労働基準法違反関係では、天引きした給料の全額を、被害者らに対して返還した。前記のとおり、同被告人は、捜査段階では、かたくなに犯行を否認し、犯行の全ぼうを明らかにすることを拒み続けてきた。しかし、本件の最終の被告人質問においては、犯行の動機やだまし取った金の使途などの重要な点を告白し、自己の刑責を認めるなど、反省悔悟の姿勢が見受けられる。

本件後、3病院は、保険医療機関の指定や病院設立許可を相次いで取り消され、廃院となっている。また、本件で相当長期の身柄拘束を受けたほか、マスコミによる厳しい非難も受け、一定の社会的制裁を受けている。従前、昭和57年に公職選挙法違反による執行猶予付き懲役刑に処された前科があるが、他に前科はない。また前記安田記念財団を設立して、がんの治療研究に尽力し、医学の発展に貢献した面もあった。被告人安田は、高齢に加え、前立腺がん罹患しており、健康状態がすぐれない。

3の(2)．被告人小西・同大村関係(省略)

4．その他、被告人らにとり、有利、不利な情状の一切を考慮し、被告人らに対して主文掲記の刑に処し、被告人安田

を除くその他の被告人には、その刑の執行を猶予することにした。

◆1998年4月14日 産経新聞夕刊 「安田系3病院被害者弁護団・位田浩弁護士」

安田系3病院での巨額の診療報酬詐欺と職員給与の違法天引きについて、大阪地裁は実質的オーナーの安田基隆被告に対し、懲役3年、罰金百万円の実刑判決を言い渡した。私たちは、平成5年2月の大和川病院での患者暴行死事件以来、3病院のスタッフすそ区による劣悪医療と入院患者への虐待を告発してきた。今年に入って、同地裁は患者暴行死事件について遺族への損害賠償を認め、弁護士の患者面会事件についても安田被告側の責任を認めたが、今回の判決はそれらに引き続いて、私たちが指摘してきた事実が刑事裁判でも認定されたといえる。しかし、私たちが病院への立ち入り調査を厚生省や大阪府に要請してから4年以上も放置され、患者が医療なき収容に曝されてきた背景について、踏み込んだ説明はなされていない。社会の中で発言する機会を封じられている精神障害者らを食物にしてきた病院と、その病院を利用してきた行政。医療機関と行政との根深い癒着が真相をうやむやにし、そのつけを長い間、患者に払わせてきたのだ。また診療報酬の過剰請求などは安田病院に限らず、他の病院でも行われているという。医療を提供する側も病んでいるのではないか。

事件は、刑事責任が認められたことで片付いたわけではない。自己負担分を支払った患者も、診療報酬基金と同様に医療費をだまし取られているが、変換はされていない。この詐欺額もかなりの金額に上るはずだ。劣悪医療にさらされた患者の被害回復が図られているとは言い難いし、まだ多くの課題が残されている。他方で、こういった病院をなくし、患者主体の医療を実現することが求められている。そのためには、病院情報を公開して、市民が病院を監視し評価することを可能にし、不当な医療や処遇に対し声をあげることの困難な入院患者の権利擁護を行うシステムを構築することが急がれる。

『大和川病院問題の経過』（大阪精神医療人権センター資料集）1997年9月22日作成より引用

■栗岡病院不祥事件関係

◆大熊一夫(1981)『ルポ・精神病棟』朝日新聞社

昭和44年10月11日「大阪新聞」は次のような見出しで報じた。

また看護人リンチ ハダカの13人に木刀 "病死"で処理した疑いも

昭和44年10月11日、「看護人リンチ、ハダカの13人に木刀"病死"で処理した疑いも」という見出しで、栗岡病院（医療法人：大阪府北河内郡四条縄手町）における患者虐待事件が報道（大阪新聞）された。

暴力行為の疑いでつかまったのは、栗岡良幸病院長（32歳）看護次長の常川寛（36歳）指名手配されたのは看護長の渡辺貞夫（60歳）。昨年 12月23日精神神経科の入院患者数人が「今夜患者たちが看護人を殺して集団脱走する計画を立てている」というウワサが広まっているのを聞いた。このため患者全員の270名を集めて、クリスマスパーティを開き、気持ちをやわらげるとともに、脱走に備えて病院の周りを看護人らに厳重警戒させた。それでもウワサが気になったため看護次長の常川と看護長の渡辺が翌24日午前10時ごろ作業をしていた元クツ商（42歳）ら入院患者13人を2階ホールに呼び出し、「脱走するつもりだろう。ほんとのこといえ」「看護人に逆らうとこうなるんや」と木刀・バットで患者の背中、肩、腰などを乱打してケガをさせた。Aさんらは素裸で板の間に正座させられ「そんな計画ウソや。かんにんしてくれ」と土下座して許しを求めたが常川らは木刀をふるい続けたという。この集団リンチ事件で常川らに暴行を受けた鹿児島県出身の元土工B（30歳）さんはその後死亡した。捜査4課の調べでは、Bさんは殴られたときぐったりし、真っ青になったので4、5人の看護人がBさんを布団でくるみ、老人室に運びこんだ。その後Bさんは死亡したが、病院側はこっそり「病死」として処理した疑いがあり、同課ではBさんが常川らのリンチが原因で死亡した一とみて障害致死の疑いでも追及している。今度の集団リンチは退院患者の訴えや厳しい監視の目をくぐって、入院患者が走り書きしたメモで石ころを包んで病院外の道路に投げ、市民が入手したことなどから明るみに出た。メモにはリンチ事件のあった当日の様子が同病院の看護人らの実態が詳しく書かれており・・・

44年11月5日の大阪の「読売新聞」夕刊も次のように報じた。院長がリンチ指揮

栗岡病院の患者虐待事件を捜査している大阪府警捜査4課四条縄手署は・・・昨年12月24日の患者に対するリンチを追及していたが、被害者13人のうち盛俊広さん（当時36歳）が翌25日頭部裂傷のため死亡した事実をつかんだ。事態を重視した大阪地検刑事部は5日午後、リンチを指揮したと見られる栗岡良幸院長に任意出頭を求め傷害致死の疑いで、同病院内のリンチと"隠された殺人事件"を調べることにした。暴力行為で逮捕されたのは、大阪府北河内郡四条

畷町、医療法人栗岡病院・栗岡良幸(32歳)院長、看護次長常川寛(36歳)、指名手配看護長渡辺貞夫(60歳)。

昨年12月23日精神・神経科の入院患者数人が、「今夜看護人を殺して集団脱走する計画をたてている」という噂を聞いた。脱走に備えて病院の周りを厳重警戒させた。それでも噂が気になったため、看護次長の常川と看護長の渡辺が翌24日午前10時頃、作業をしていた元クツ商Aさん(42歳)ら入院患者13人を2回ホールに呼び出し「脱走するつもりだろう。ほんとのことをいえ」「看護人にさからうとこうなるんや」と木刀、バットで、患者の背中・肩・腰などを乱打してケガをさせた。阿倍野区のAさんらは、素裸で板の間の正座させられ「そんな計画ウソや。かんにんしてくれ」と土下座して許しを求めたが、常川らは木刀をふるい続けたという。この集団リンチ事件で鹿児島県出身のBさん(30歳)はその後死亡した。捜査4課の調べでは、Sさんは撲られたときぐったりし、まっさおになったので4・5人の看護人が布団でくるみ、老人室に運びこんだがその後死亡した。病院側は「病死」として処理した疑いがあり、警察はリンチが原因で死亡したとみて傷害致死の疑いで追求している。今度の集団リンチは、退院患者の訴えや、厳しい監視の目をくぐって入院患者が走り書きしたメモで石ころを包んで病院外の道路に投げ、市民が入手したことなどから明るみにでた。メモにはリンチ事件のあった当日の様相や病院の看護人らの実態が詳しく書かれていた。」(pp106-108)

◆戸塚悦朗(1984)「精神医療と人権をめぐる諸問題」戸塚悦朗・広田伊蘇夫共編『日本収容列島』

「1980年5月22日大阪地方裁判所が精神病院の元院長、被告人栗岡良幸ら三人に対し、患者をリンチで死亡させたとの罪で有罪判決を下した。懲役3年の実刑判決が下った。入院体験者である松末三郎氏の報告(患者を虐殺した栗岡病院を糾弾する会編「つぶせ栗岡」収載)

4条縄手市上田原の山中にある栗岡病院(患者撲殺事件発覚後、阪奈サナトリウムと改称)にアル中患者として入院したのは、昭和43年12月、いやひよっとすると11月末頃だったかも知れない。記憶が確かでないのは、入院時の刑罰的電気ショックによる喪失のためである。当時造船所の下請け会社の鋼材玉掛工として働いていた。日銭の入る日雇い労務者の哀れさか仕事から帰ると毎日3・4合の酒を飲み、酔うと警察に行ってモヤモヤとしたものを打ちつけるくせがあった。しかし手が震えることもなく、決してアル中患者ではなかったが、警察にとって私は迷惑で厄介な人間に違いなかった。それ故、わたしとて、警察庁が全国警察に指令した厄介者掃海の網にかかったものと観念していた。しかし、46年10月までのまる3年間、無給の掃除夫として監置されたのは私にとって長い長い年月であった。

病院の救急車の中で注射(イソミタール)されて、昏睡状態だったので病院に着いた夜の何時頃であったか分からない。はっきり覚えているのは、院長・看護長・看護人等4・5人の男達に、一糸纏わぬ真裸にされて両手両足をまるでいのご石臼つきのようにとられ、体が宙に高く上げられたり床に打ち付けられたりしていた。その歓声が今だに耳に残っている。未開の土人が大きな獲物をとってきた時のような歓声だった。だれかが言った「もうこの位でいいだろう」これで助かったと思った。とたんに院長の声がした。「まだあかん、高いところから落としてウーンとうならせんと」院長の命令で再び宙に躍った。下腹部に激痛を感じ床の上ののけぞった。まさしく白衣をきた土人たちに囲まれた哀れな一個の獲物でしかなかった。しかし、それだけではなかった。電気ショックがまっていた。その後保護室での生活が1月、朝7時から晩8時まで、強制作業労働(別棟の工場で輸出用のコンパスの組み立て・農家から閉耕地を借りうけ患者・職員の食べる野菜をつくる農耕係、家を建てれば土方・建築の作業系、整地すればブルドーザーの運転手、朝5時からかりだされる炊事夫、重症失禁患者の大小便の始末から食事の世話までする1・2号室の世話系、患者の衣服の洗濯、散髪、購買、掃除夫などありとあらゆる方面に患者はかりだされた。文句をいえば保護室がまっていた。44年正月などは、3日から作業療法と称して作業をさせられた。」(p29-36)

◆石川信義(1998)『心病める人たち』岩波書店

「昭和43年暮れ、大阪の栗岡病院、ここでは大勢の看護者に院長までが加わって、患者十数人を裸にし、角材で撲ったり足で蹴ったりした。彼らが逃亡を相談していたというのが理由だった。そのうちの一人がそれで死んだ。院長が書いた死因は「肺炎」。患者が石をくるんだ紙をメモを外に投げて事件は発覚した。発覚後に院長は警察で「リンチによる死亡」を認めた。」(pp16・65)

◆風祭 元 20010530 『わが国の精神科医療を考える』, 日本評論社, 292p. ISBN-10: 4535981906 ISBN-13: 978-4535981904 2920 [amazon] / [kinokuniya] ※ m.

「わが国の医療制度の特徴として、国民皆保険制度・自由開業医制度・診療報酬の出来高払い制がある。1960年代に国民皆保険制度で、医療が保障されるようになったが、その際に、元来は福祉的医療であったはずの精神科医療もその中に組み込まれた。また、諸般の事情(精神科医療への無理解・専門的技術に基づくサービスを評価する習慣の欠如、精神科医が医学会の中で力が弱かったことなど)によって、出来高払い制の社会保険診療報酬表の中で、精神科医療は低く評価されたままになっていた。」(風祭[2001:49-50])

「わが国の精神病院の問題点；昭和30年代から40年代にかけて設立された精神病院の大部分は、建設用地取得の困難性などの理由で、交通の不便な僻地に地域との関わりなく建設され、当時の生活水準の最低基準を満たす程度の建造物が立てられた。病室の多くは畳敷きの6人から10人収容の大部屋で、時には20人単位の部屋もあった。窓には鉄格子がはめられ、病棟はほとんど全部が施錠した閉鎖病棟、共有の生活空間はないに等しかった。物理的構造の劣悪なことよりもさらに大きな問題は、職員の不足と教育研修の不十分さであった。この当時は日本の戦後復興期にあたり、精神科医・看護職員の不足は著しかった。精神科医療に差別的な医療法の規定で精神病院の職員定数は他科の病院に比べて低く抑えられていたが、その定員さえも満たしていない病院が多く、コメディカルの職員はほとんど配置されていなかった。昭和30年代から40年代にかけては、入院患者100人に対して常勤医1人程度というのが平均的で定数が100床ぐらいの病院で医師は院長1人にパート医師数人といった病院も少なくなかった。また看護職員のかんりの部分が無資格者で占められていた。このような事情を背景として、昭和30年代から40年代にかけて患者の人権侵害（不法入院・患者の虐待）事件が発生した。昭和44年（1969）12月20日、日本精神神経学会理事会は「精神病院に多発する不祥事事件に関し全会員に訴える」なる声明を発表し、医療不在、経営最優先の経営姿勢と、精神科医の基本的専門知識、道徳感や倫理観の欠如を不祥事件の一因としてあげた。しかしこの後、精神神経学会は内部混乱によって精神科医を代表する資格を失い、弱体化してしまった。その後も、昭和63年（1988）の精神衛生法から精神保健法への大幅改訂の契機となった宇都宮病院事件から、大和川病院事件に至るまで、精神病院における患者の人権侵害事件が跡を絶たないのは残念なことである。 [...] ごく少数の巨大公立精神病院と私立の中小病院が存在し、患者の自宅監置が公認されていた戦前はさておいて、現在では36万床の85%以上が民間で占められているという他国には見られない特異な状況となっている。精神障害者の医療には医療経済の見地にそぐわない一面があり、これに対しては営利を超えた公的な施策としての医療が要求される。欧米諸国ではこのような問題に国策として真剣に取り組んできたが、わが国では精神衛生法制定の際に、法律に謳ったような公立病院を中心とした医療体制を取れなかった行政の誤りが、今日の状況をもたらしたといえよう。またこの時期に精神科医同士の抗争や告発に終始して、日本の医療の中の精神科医医療のあり方に建設的な努力を怠ってきた精神科医の責任も大きいと思う。しかし、一方で、民間立精神病院には、公立病院にはない活力やより自由な活動が出来るという利点もある。」（風祭 [2001:69-71]）

作成：仲あさよ

UP:20091216 (小林勇人) REV:20091224, 29, 20100114, 21, 20110801, 0908, 20141029, 20190508, 0510

クラーク勧告の意味するもの －歴史的検証－

伊勢田堯

筆者は、今年の5月にパリで開かれた「世界心理社会的リハビリテーション学会」に参加した。そのワークショップで、小川一夫氏（都立中部総合精神保健福祉センター）がわが国の精神科病床数の経年的変化を示したところ、一斉に驚きのどよめきが会場を包んだ。

世界の先進諸国では、すでに「脱施設化」を終え、地域型の精神医療・保健・福祉サービスに転換している。特に、この数年の改革の前進はめざましく、先進地域での精神病床数は人口1万人に4～6床の水準にまで達している。地域型への転換が遅れたと自認するフランスでさえ11床である。わが国の場合は、国際統計にならって、65歳以上を除くと約21床になる。世界の主だった国で、このように多くの精神病患者を、しかも長期に入院させている国はもうなくなってしまったのである。西欧諸国が1955年前後をピークに精神病床数を減らしてきたのに対して、わが国は全く反対に病床数を増やし、何と1993年まで増え続けてきたのである。ざっと40年遅れということになる。

今から振り返れば、このように西欧諸国が脱施設化を終えようとしている時期に、病院収容のピークを迎えるという惨めな結果を防ぐチャンスは、わが国にもあった。その一つが1968年のクラーク勧告の時期である。WHOは、英国ケンブリッジの精神医療改革で実績を上げたDHクラーク氏を日本に派遣した。日本側の責任者であった加藤正明国立精神衛生研究所所長（当時）による翻訳・紹介（文献1）をもとに、当時の事情を検証してみる。

当時の日本は、1966年で精神病床は人口1万人対18.5床であり、なお増え続け、社会精神医学も「理解も応用もされていない」状態にあった。クラーク氏は3か月間にわたって調査し、洞察に富んだ勧告をした。しかし、その後の経過は、残念ながら勧告の反対の方向に進んだ。つまり、この勧告は全く無視されたのである。加藤正明氏は、今年3月の日本社会精神医学会の講演で、当時の厚生省の課長がクラーク勧告に関する記者会見で「斜陽のイギリスから学ぶものは何もない」と話し、全く注目されなくなった事情を紹介している。

今日から見れば、この政策決定は後世に重大な禍根を残すものとなった。というのは、先進諸国では、脱施設化政策への合意は形成され、しかも少なくない国々で実行に移されていた時期であり、また、当時は病床数の削減は現在ほどには必要なく、病院の閉鎖をしなくても済む比較的痛みの伴わない政策転換であったからである。実際に、わが国でもそのような選択をした地域があった。神奈川県は、精神病院の新設を認めなかったことで、人口1万人対16.2床（1988年）で、当時としては国際的にも遜色ないレベルを保っていた。ちなみに、神奈川県は地域精神保健活動が盛んなことで知られている。

世界に目を転じると、興味深い地域がある。オーストラリアとニュージーランドがそれである。イギリスの社会精神医学の権威であるDHベネット氏らを顧問として招き、「世界の最高の実践を普通の実践に」を合い言葉に、施設収容時代を経ないで、いきなり地域型のサービスを展開した。両国の病床数は、1994年の時点で、それぞれ人口1万人対5.1床と4.4床であり、素晴らしい実践活動が展開されていると聞く。「斜陽の国から学ぶものはない」とクラーク勧告を受け入れなかったわが国とは、対照的である。

クラーク氏は、その後何回か来日し、20年後（1988年）には私的な報告書（文献2）を出している。そこでは、「この20年間、…経済的には繁栄したが…、日本の精神保健サービス組織は、ほとんど変化しなかった」「精神病院の患者数は、その多さで世界でもやっかいな傑出ぶり」と厳しく断じている。

さて、32年を過ぎた現時点ではどうか。事態は改善されるどころか、先進諸国との格差は拡大している。「やっかいな傑出ぶり」から「世界の孤児」になった感がある。クラーク勧告の7項目を追ってみよう。

1、厚生省内の精神保健局はできておらず、障害者基本法により身体・知的障害と同等の地位が与えられるようになり、改善されつつあるとはいえ、依然として低い地位のようである。

2、精神病院の状態は、積極的な病院での質的前進と充実はあるものの、施設収容が著しく増大したという意味で、全体としては、むしろ著しい後退と言わざるを得ない。

3、精神病院の統制も遅々として進まず、遅まきながら、去年の精神保健福祉法の改正で精神医療審査会の強化がうたわれたにとどまっている。

4、医療保険制度では、かろうじて外来通院公費負担制度が発展し、治療やリハビリテーションを促すものになってきたが、全体として診療報酬上の精神科の地位は低いままで、一般科の3分の1から半分である。

5、6、7、アフターケア、リハビリテーション、専門家の訓練の面ではかなりの前進があり、力は蓄積されつつある。しかし、地域型サービスは草の根運動に依拠し、多くは施設型リハビリテーションの枠内のものであり、当事者・家族の要請に応えるほどには発展していない。

ところで、筆者も1988年クラーク氏が改革されたフルボーン病院に留学した折、2回先生のご自宅でお話をうかがう機会があった。クラーク勧告以後の経過については残念がっておられたが、日本の地域精神医療・保健サービスの発展は信じて疑わない態度であり、われわれの責任の重さを痛感した。

これほど長期にわたって、目先の利にとらわれ大局を見失い、世界の孤児になった感のあるわが国にあっては、関係者がその責任を自覚し、思慮深い思い切った決断をしなければ、「鎖国状態」から脱することはできないのではないかと痛感する。

(いせだたかし 東京都立多摩総合精神保健福祉センター)

【文献】

(1) D. H. Clark (加藤正明監訳) 日本における地域精神保健－WHOへの報告 (D. H. Clark 著、秋元波留夫ら訳『精神医学と社会療法』、196－229、医学書院、1982)

(2) D. H. Clark: Japanese Mental Health Services 1998－Report of Visit and Comments

クラーク勧告（1968年）の要旨

1 政府に対する勧告

精神病院の長期在院患者が増大しており、地域精神衛生活動が十分に発展していないので、精神医学的中央管理を強化することを勧告する。

1. 精神衛生を公衆衛生、児童福祉などに匹敵する部局にする。
2. 厚生省の職員に、有能な若い精神科医を配置する。当面、定年退職教授などの著名な専門家に新設の精神衛生局を指導してもらう。
3. 国立精神衛生研究所・国立国府台病院の拡充。

2 精神病院の改善

日本では、精神病院に非常に多数の患者がたまり、長期収容により無欲状態になり、国家財政を圧迫している。社会療法、作業療法、治療的コミュニティが有効なので、入院患者の増加を防ぐため、積極的な治療とリハビリテーションを推進すべきである。

3 精神病院の統制

精神病院の資格を取り消す権限をもつ国家的監査官制度をつくるべきである。監査官は、常勤で高給の精神科医および他の専門職からなり、患者数などの物的基準だけでなく、医療の質の向上にも関心を払う。

4 健康保険制度

入院治療より外来治療を刺激するものとし、精神療法は高度の技術を要するものであり、外科と同等がそれ以上の診療報酬にすることが望ましい。

5 アフターケア

1. 精神科医および地域ソーシャルワーカーによる外来クリニックを強化し、治療（投薬と精神療法）、長期のフォローアップ、地域社会にいる精神分裂病患者の生活支援に当たる。
2. 地域の働き手であるソーシャルワーカーと保健婦に精神医学の訓練をする。
3. 地域社会に、夜間病院、昼間病院、保護工場、治療的社交クラブの施

設を整備する。

6 リハビリテーション

精神欠陥者のために、厚生省は労働省と協議し、以下の制度を整備する。

1. 労働省職員をリハビリテーションの専門家として任命し、訓練をする。
2. 地域社会内に保護工場を設立する。
3. 給料を支給し、生産物を市場に出せる、政府がスポンサーとなる保護工場を設立する。
4. 精神病に関する労働法の改正を検討する。

7 専門家の訓練

1. 精神科医
厚生省と日本精神神経学会は、社会精神医学の国家資格の検討を行う。
2. 精神療法の奨励
3. 精神科看護の資格化
4. 作業療法の学校の増設
5. ソーシャルワークの発展の促進

精神病院に多発する不祥事件に関連し、全会員に訴える

日本精神神経学会理事会 1969（昭和44）年12月20日

精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える
精神神経学会理事会

最近、各地の精神病院で、入院患者の処遇に関し、言語道断の事件が次々と明るみに出た。学会理事会はこの事実を確認し、これは精神医学の社会的実践を著しく阻害し、ひいては精神科医療の質的低下を助長するものとして深く憂慮する。精神障害者に対する一般社会の根強い偏見の残っているなかで、このような不祥事の発生は、精神病院全体の医療に対し、世の誤解を招くおそれがある。

（数多くの事件と学会の立場）一口に不祥事件といっても、その内容はさまざまである。しかし、この8月と10月に、大阪府下の安田病院および栗岡病院における患者虐待、致死事件が報道されるに及んで、これは頂点に達した感がある。大阪では時を同じくして府立中宮病院にも問題が起こり、それは病院の管理運営上の欠陥を患者自身から追及されたのがキッカケで、院長以下の更迭となり、新院長に非専門医の府衛生部長が発令されるという異例の事態に発展した。

これよりさき、神奈川県では相模湖病院のアル中患者のつめ込みによる事件の続発と、とばく愛酒療法なるものの実態（8月）、東京八王子市では北野台病院で、処遇改善を迫った患者対経営者の団体交渉後の死者を出した集団離院事件（6月）の報道がある。さらに10月には、『むなしい壁との対話』（上田都史著）が発刊されたが、その内容は東京・小林病院で、基準看護をごまかすため措置患者を仮退院させ、そのまま院内に不当拘束した事件が摘発されたこと、および私立精神病院における作業療法の巧妙な患者搾取の驚くべき実態も示され、新たな波紋も投じている。昨年すでに学会広報部会が、全国的調査で知り得たこの種の著明な事件として、埼玉県で東京・山谷からアル中労務者をかり集め、事件を起こしかつ贈賄事件に発展摘発された南埼玉病院、高知県で、かつて患者であった暴力団員が病院の経営権を握り、女性患者へ暴行事件、健康保険の水増し請求事件など揭示問題となった近藤病院などの不祥事件がある。

このように列挙すれば、類似の事故ないし事件は、いまなお全国各地で発生しつつあるのではないかと危惧を抱かせるのに十分である。事実、理事会がこの問題を取り上げたあと、京都・ピネル病院退職者の会から、同病院の営利主義による患者への著しい人権侵害の事実を訴えた文書が届き、また11月20日、徳島県阿南市藤井精神病院の深夜の火災による多数の死傷者を出した痛ましい事故で、病院管理の手落ちが追及されるという事件も発生している。当理事会は、今春、第66回総会の後、会員周知の事情のもとに発足したのであるが、その際明らかにされた新理事会の基本的態度に照らしてみても、このような事態を黙過すべきではないとの見解の一致を見た。われわれはこれらの一連の不祥事件の真相を独自の立場で究明し、精神病院の旧弊を改善してゆきたいと考えている。ただ理事会としては、いたずらに犯罪捜査の如き印象を与えることは避けたい。しかし会員の中に事件の関係者がいる場合、当然問いただすことは問い、また釈明の機会も作らなければならぬであろうと考えるものである。

（根本原因は何か）安田病院の患者リンチ事件については、当事者が看護人であるが、これは単に看護者のみの問題に止まらぬことは明らかである。また行政当局の監督不備の問題のみでもない。事件が新聞に報道されると、地元では病院協会が主となって、同業意識のもとに隠蔽、もみ消しをはかった形跡が認められるのはまことに残念なことである。もし不祥事を直視することなく、政治家その他の有力者を介入させ、ことを穏便にすまそうとするような考えがあったとすれば、さらに反省の色はなく一層悪質といわねばならず、われわれは今後の同種の事件が跡を絶たぬであろうことを警告せざるを得ない。

いったい、われわれはこのような事件の根本原因をどこに求めるべきであろうか。

われわれはまず第一にこれを精神科医自身の姿勢にあると考える。次にまた、われわれを取り巻く過去から現在に至る医療情勢も大きく関与すると考える。医師教育のあり方もまた同様である。しかし、結論を急ぐ前に、ここで一連の不祥事件の内容を吟味、分析してみよう。

- 1 医療不在、経済最優先のいわゆる儲け主義の経営
- 2 私立病院経営者の持つ封建制と病院の私物化
- 3 経営管理を独占する精神科医の基本的専門知識の欠如

などに大別されよう。しかしながら、われわれのこのような分析結果が、連続不祥事件の唯一の根本原因とは考えられない。もちろん私立病院であれば企業の存続のため、経営第一主義はあながち否定できないだろうし、私立には私立なりの自由もあろう。また国公立病院の果たすべき役割がこんにちなお基だ不十分で、このため精神科医療の現状における諸問題が、私立病院側にしわ寄せされているのも事実である。最後にまた、低医療費による精神科の適正医療の破綻は国公立、私立を問わず現下の大問題であり、ここに病院の経済危機を招いている事実を強調しなければならぬであろう。

しかし、それにもかかわらず世に悪徳病院、病院業者と悪評の立つ一部の精神病院と経営者はたしかに存在する。日

本医師会の武見会長は、かつてこのような経営者を「牧畜業者」と非難した。いうまでもなく彼等からみれば患者は牧場に放し飼いの牛か羊と同じという意味である。いま一連の不祥事件を眼の前にし、われわれは残念ながら、この武見放言を謙虚に聞かざるを得ない。このような病院の存在を許す環境は何か。経営者は医師の場合もあれば然らざる場合もある。また経営に参画する医師でも雇われ院長ともなれば立場は全く異なる。しかしながら、いずれにせよそこには多くの場合、日常患者に接する学会の会員である働く医師がいるはずである。いろいろな事情はぬきにして、われわれは精神科の医療に従事する医師として、眼前に行われている患者虐待の事実や、作業療法の不当な運営をどのように釈明できるというのであろうか。これまで医師側の発言が少なかったのは、要するに精神科医自身が概して消極的で、病院改革の意欲が少なかったといわざるを得ない。このような状況では、果して作業療法や精神療法が正当に評価されるよう、健康保険の点数を改正させようという当面の重要目標へ到達することができるかどうかとも危ぶまれよう。

以上により、これらの不祥事件の分析結果の根底には、実は医師としての道義心、倫理観の欠如という重大事が横たわっているといつてよいのではないだろうか。

〈全会員がこの問題に積極的に取り組むことを要望する〉 われわれはまず、精神科医療に自ら姿勢を正し、世の非難を招くことを極力避けるよう自戒しなければならぬと思う。患者の人間性を無視し、障害者を世の偏見と同じく単に異常者としてのみ扱おうとする考えが、しらすらすのうちに人間軽侮の念となって治療者の心に食い込み、日常ややもすれば安易に妥協する結果、精神医療に対する恐ろしい感覚麻痺を招くのではないか。ある経営者は公費入院患者を固定資産とみなしているという。ものいわぬ患者たち、そして多くは知識の乏しい家族、これを取り巻く世の偏見と無関心、これらの人を相手に正しい医療を遂行すべき精神科医師の責任はまことに大きいといわなければならない。理事会がこの機会に全会員に呼びかけ自粛と自覚を要望するゆえである。(中略)

ふりかえてみると、医療技術の進歩、諸制度の改善整備は時代の流れとともに今日に至ったといえるであろう。しかし、われわれがここで取り上げた問題はまさに明治・大正にさかのぼり、旧態依然たるものではないだろうか。これはわが国の精神医療の歴史に汚点となってしみついている。われわれはいまこの汚辱の歴史に終止符を打たねばならぬ。そしてあらためていま、正しい医療を進める原動力として、精神科医とは何かという問いに真剣に答えなければならぬであろう。

われわれはこのような見地に立って歴史を振り返り、国の精神医療政策の貧困を追及してゆきたいと思う。また、一方、長年にわたる大学の医局講座制が、精神病院を医師の人事で支配したという過去の事実を明確に指摘しておかなければならない。これはすなわち大学を優位に置き、病院は一段低くパートタイマー医師の稼ぎ場という悪循環をもたらし、このために多くの障害者が医療不在の状況下におかれていたということである。結局、これらのことが因となり果となって、こんにちみる精神病院の不祥事件を続発させているのである。このような精神病院の現状と問題点のより一層明確な解明は、来るべき第67回総会に向かって全会員の目前にある重要問題である。

以上の通り、学会理事会は多発する精神病院の不祥事件に対する見解を述べ、広く全会員に呼びかけるものであるが、会員各位におかれても、長期的展望のもとにこの問題に積極的に取り組み、かつ建設的な意見を寄せられるよう期待するものである。

>

日本精神神経学会は機関紙『精神神経学雑誌』45年1月号で「精神病院に多発する不祥事件に関連し、全会員に訴える」と題した次のような異例の声明を発表した。

「一口に不祥事件といっても、その内容はさまざまである。しかし、この8月と10月に、大阪府下の安田病院(安田基隆会長、舩松達一院長)および栗岡病院(栗岡良幸院長)における患者虐待、致死事件が報道されるに及んで、これは頂点に達した感がある。大阪では時を同じくして、府立中宮病院にも問題が起り、それは病院の管理運営上の欠陥を患者自身から追及されたのがキッカケで、院長以下の首脳部の更迭となり、新院長に非専門医の府衛生部長が発令されるという異例の事態に発展した。

これよりさき、神奈川県では相模湖病院(曾我部院長)のアル中患者のつめ込みによる事故の続発ととばく愛酒療法なるものの実態(8月)、東京八王子市では北野台病院(杉本博雄院長)で、笹遇改善を迫った患者対経営者の団体交渉後の死者を出した集団離院事件(6月)の報道がある。さらに10月には『空しい壁との対話』(上田都史著、刀江書院)が発刊されたが、その内容は東京小林病院(小林郷三前院長)で、基準看護をごまかすため措置患者を仮退院させ、そのまま院内に不当拘束した事実が摘発されたこと、および私立精神病院における作業療法の巧妙な患者搾取の驚くべき実態も示され、新たな波紋を投じている。(この病院はその後、東京精神病協会の忠告もあって、徹底的改革を行い名誉を回復した)。

昨年すでに学会広報部会が、全国的調査で知り得たこの種の著名な事件として、埼玉県で東京・山谷からアル中労務者をかり集め、事故を起こしかつ贈賄事件に発展摘発された南崎病院(朝倉忠孝前院長)、高知県で、かつて患者であった暴力団員が病院の経営権を握り、女性患者への暴行事件、健保の水増し請求事件など刑事問題となった近藤病院(近藤千春前院長)などの不祥事件がある。

このように列挙すれば、類似の事故ないし事件は、いまなお全国各地で発生しつつあるのではないかとの危惧を抱か

せるのに十分である。事実、京都・ピネル病院退職者の会から、同病院の営利主義による患者への著しい人権侵害の事実を訴えた文書が届き、また11月20日、徳島県阿南市藤井精神病院（藤井正人院長）の深夜の火災による多数の死傷者を出したいたましい事故で、病院管理の手落ちが追求されるという事件も発生している。

当理事会は、今春、第66回総会の後、会員周知の事情のもとに発足したのであるが、その際明らかにされた新理事会の基本的態度に照らしてみても、このような事態を黙過すべきではないとの見解の一致を見た。われわれはこれらの一連の不祥事件の真相を独自の立場で究明し、精神病院の旧弊を改善してゆきたいと考えている。ただ理事会としては、いたずらに犯罪捜査の如き印象を与えることは避けたい。しかし会員の中に事件の関係者がいる場合、当然問いたずことは問い、また釈明の機会も作らなければならぬであろうと考えるものである。

安田病院の患者リンチ事件については、当事者が看護人であるが、これは単に看護者のみの問題に止まらぬことは明らかである。また行政当局の監督不備の問題のみでもない。事件が新聞に報道されると、地元では病院協会が主となって、同業者意識のもとに隠蔽、もみ消しをはかった形跡が認められるのはまことに残念なことである。もし不祥事を直感することなく、政治家その他の有力者を介入させてことを穏便に済ませようとするような考えがあったとすれば、さらに反省の色はなく一層悪質といわなければならず、われわれは今後も同種の事件が跡を絶たぬであろうことを警告せざるを得ない。

いったい、われわれはこのような事件の根本原因をどこに求めるべきであろうか。

われわれはまず第一にこれを精神科医師自身の姿勢にあると考える。

次にまた、われわれを取り巻く過去から現在に至る医療情勢も大きく関与すると考える。医師教育のあり方もまた同様である。

しかし、結論を急ぐ前に、ここで一連の不祥事件の内容を吟味、分析してみよう。

- 1 医療不在、経営最優先のいわゆる儲け主義の経営
- 2 私立病院経営者の持つ封建制と病院の私物化
- 3 経営管理を独占する精神科医の基本的専門知識の欠如

などに大別されよう。しかしながら、われわれのこのような分析結果が、続発する不祥事件の唯一の根本原因とは考えられない。もちろん私立病院であれば企業の存続のため、経営第一主義はあながち否定できないであろうし、私立には私立なりの自由もあろう。また国公立病院の果たすべき役割が今日なお甚だ不十分で、このため精神科医療の現状における諸問題が私立病院側にしわ寄せされているのも事実である。最後にまた、低医療費による精神科の適正医療の破綻は国公立・私立を問わず現下の重大問題であり、ここに病院の経済危機を招いている事実を強調しなければならぬであろう。

しかし、それにもかかわらず世に悪徳病院、病院業者と悪評の立つ一部の精神病院と経営者はたしかに存在する。日本医師会の武見会長は、かつてこのような経営者を牧畜業者と批難した。いうまでもなく彼等からみれば患者は牧場に放し飼いする牛か羊と同じという意味である。いま一連の不祥事件を眼の前にし、われわれは残念ながら、この武見放言を謙虚に聞かざるを得ない。このような病院の存在を許す環境は何か。経営者は医師の場合もあれば然らざる場合もある。また経営に参画する医師でも雇われ院長ともなれば立場はまったく異なる。しかしながら、いずれにせよそこには多くの場合、日常患者に接する学会の会員である働く医師がいるはずである。いろいろな事情はぬきにして、われわれは精神科の医療に従事する医師として、眼前に行われている患者虐待の事実や、作業療法の不当な運営をどの様に釈明できるというのであろうか。これまで医師側からの発言が少なかったのは、要するに精神科医自身が概して消極的で、病院改革の意欲が少なかったといわざるを得ない。このような状況では、果たして作業療法や精神療法が正当に評価されるよう、健保の点数を改正させようという当面の重要目標へ到達することができるかどうか危ぶまれよう。

以上により、これらの不祥事件の分析結果の根底には、実は医師としての道義心、倫理感の欠如という重大事が横たわっているといつてよいのではないだろうか。

われわれはまず、精神医療に向かう自らの姿勢を正し、世の批難を招くことを極力避けるよう自戒しなければならぬと思う。患者の人間性を無視し、障害者を世の偏見と同じく単に異常者としてのみ扱おうとする考えが、しらすしらすのうちに人間軽侮の念となって治療者の心に食い込み、日常ややもすれば安易に妥協する結果、精神医療に対する恐ろしい感覚麻痺を招くのではないか。ある経営者は公費入院患者を固定資産とみなしているという。もの言わぬ患者たち、そして多くは知識の乏しい家族、これを取り巻く世の偏見と無関心、これらの人を相手に正しい医療を遂行すべき精神科医の責任はまことに大きいといわなければならない。理事会がこの機会に全会員に呼びかけ自粛と自覚を要望するゆえんである。

さて、ここでわれわれは何を考え何をなすべきであろうか。理事会は、続発する精神病院の不祥事件に対し、今後はその一つ一つを取り上げ、長期的構えを持って対策をたてることを決定した。理事会は既定の方針に沿って、日本精神病院協会とも、その都度協議する必要がある。

ふりかえってみると、医療技術の進歩、諸制度の改善整備は時代の流れとともに今日に至ったといえるであろう。しかし、われわれがここで取り上げた問題はまさに明治・大正にさかのぼり、旧態依然たるものではないだろうか。これはわが国の精神医療の歴史に汚点となってしみついている。われわれはいまこの汚辱の歴史に終止符を打たなければならぬ。そしてあらためていま、正しい医療を進める原動力として、精神科医とは何かという問いに真剣に答えなければならぬであろう。

われわれはこのような見地に立って歴史を振り返り、国の精神医療政策の貧困を追求してゆきたいと思う。

また一方、長年にわたる大学の医局講座制が、精神病院を医師の人事で支配したという過去の事実を明確に指摘しておかなければならない。これはすなわち大学を優位に置き、病院は一段低くパートタイマー医師の稼ぎ場という悪習慣をもたらし、このため多くの障害者が医療不在の状況下に放置されていたということである。

結局、これらのことが因となり果となって、こんにちみる精神病院の不祥事件を続発させているのである。このような精神病院の現状と問題点のより一層明確な解明は、来るべき第67回総会に向かって全会員の目前にある重要課題である。

以上の通り、学会理事会は多発する精神病院の不祥事件に対する見解を述べ、広く全会員に呼びかけるものであるが、会員各位におかれても、長期的展望のもとにこの課題に積極的に取り組み、かつ建設的な意見を寄せられるよう期待するものである。」

大熊一夫 (1981) 『ルポ・精神病棟』 (pp108-114) より引用

最近各地の精神病院で、入院患者の処遇に関し、言語道断の事件が次々に明るみに出た。学会理事会はこの事実を確認し、これは精神医学の社会的実践を著しく阻害し、ひいては精神科医療の質的低下を助長するものとして深く憂慮する。精神障害者に対する一般社会の根強い偏見の残っている中で、このような不祥事件の発生は、精神病院全体の医療に対し、世の誤解を招くおそれがある。

理事会は、昭和44年11月以降、この件を討議したが、会員が関心を示し、かつ自覚するよう、広く全会員に呼びかけることにした。われわれは、この種の事件に対し長期的構えを以って臨み、有効適切に対処することを決定した。

◆精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える (精神神経学会理事会)

<http://opentolove.exblog.jp/6632521/>

1960年代の後半に、いわゆる悪徳精神病院の事件が続いた。そのため69年12月に、精神神経学会理事会は学会員に訴える声明を出した。

精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える

最近、各地の精神病院で、入院患者の処遇に関し、言語道断の事件が次々と明るみに出た。学会理事会はこの事実を確認し、これは精神医学の社会的実践を著しく阻害し、ひいては精神科医療の質的低下を助長するものとして深く憂慮する。精神障害者に対する一般社会の根強い偏見の残っているなかで、このような不祥事の発生は、精神病院全体の医療に対し、世の誤解を招くおそれがある。

〈数多くの事件と学会の立場〉一口に不祥事件といっても、その内容はさまざまである。しかし、この8月と10月に、大阪府下の安田病院および栗岡病院における患者虐待、致死事件が報道されるに及んで、これは頂点に達した感がある。大阪では時を同じくして府立中宮病院にも問題が起こり、それは病院の管理運営上の欠陥を患者自身から追及されたのがキッカケで、院長以下の更迭となり、新院長に非専門医の府衛生部長が発令されるという異例の事態に発展した。

これよりさき、神奈川県では相模湖病院のアル中患者のつめ込みによる事件の続発と、とばく愛酒療法なるものの実態(8月)、東京八王子市では北野台病院で、処遇改善を迫った患者対経営者の団体交渉後の死者を出した集団離院事件(6月)の報道がある。さらに10月には、『むなしい壁との対話』(上田都史著)が発刊されたが、その内容は東京・小林病院で、基準看護をごまかすため措置患者を仮退院させ、そのまま院内に不当拘束した事件が摘発されたこと、および私立精神病院における作業療法の巧妙な患者搾取の驚くべき実態も示され、新たな波紋も投じている。昨年すでに学会広報部会が、全国的調査で知り得たこの種の著明な事件として、埼玉県で東京・山谷からアル中労務者をかり集め、事件を起こしかつ贈賄事件に発展摘発された南埼玉病院、高知県で、かつて患者であった暴力団員が病院の経営権を握り、女性患者へ暴行事件、健康保険の水増し請求事件など掲示問題となった近藤病院などの不祥事件がある。

このように列挙すれば、類似の事故ないし事件は、いまなお全国各地で発生しつつあるのではないかとの危惧を抱かせるのに十分である。事実、理事会がこの問題を取り上げたあと、京都・ピネル病院退職者の会から、同病院の営利主義による患者への著しい人権侵害の事実を訴えた文書が届き、また11月20日、徳島県阿南市藤井精神病院の深夜の火災による多数の死傷者を出した痛ましい事故で、病院管理の手落ちが追及されるという事件も発生している。(中略)

〈根本原因は何か〉安田病院の患者リンチ事件については、当事者が看護人であるが、これは単に看護者のみの問題に止まらぬことは明らかである。また行政当局の監督不備の問題のみでもない。事件が新聞に報道されると、地元では病院協会が主となって、同業意識のもとに隠蔽、もみ消しをはかった形跡が認められるのはまことに残念なことであ

る。もし不祥事を直視することなく、政治家その他の有力者を介入させ、ことを穏便にすまそうとするような考えがあったとすれば、さらに反省の色はなく一層悪質といわねばならず、われわれは今後の同種の事件が跡を絶たぬであろうことを警告せざるを得ない。

いったい、われわれはこのような事件の根本原因をどこに求めるべきであろうか。

われわれはまず第一にこれを精神科医自身の姿勢にあると考える。次にまた、われわれを取り巻く過去から現在に至る医療情勢も大きく関与すると考える。医師教育のあり方もまた同様である。しかし、結論を急ぐ前に、ここで一連の不祥事件の内容を吟味、分析してみよう。

- 1 医療不在、経済最優先のいわゆる儲け主義の経営
- 2 私立病院経営者の持つ封建制と病院の私物化
- 3 経営管理を独占する精神科医の基本的専門知識の欠如

などに大別されよう。しかしながら、われわれのこのような分析結果が、連続不祥事件の唯一の根本原因とは考えられない。もちろん私立病院であれば企業の存続のため、経営第一主義はあながち否定できないだろうし、私立には私立なりの自由もあろう。また国公立病院の果すべき役割がこんにちなお基だ不十分で、このため精神科医療の現状における諸問題が、私立病院側にしわ寄せされているのも事実である。最後にまた、低医療費による精神科の適正医療の破綻は国公立、私立を問わず現下の大きな問題であり、ここに病院の経済危機を招いている事実を強調しなければならぬであろう。

しかし、それにもかかわらず世に悪徳病院、病院業者と悪評の立つ一部の精神病院と経営者はたしかに存在する。日本医師会の武見会長は、かつてこのような経営者を「牧畜業者」と非難した。いうまでもなく彼等からみれば患者は牧場に放し飼する牛か羊と同じという意味である。いま一連の不祥事件を眼の前にし、われわれは残念ながら、この武見放言を謙虚に聞かざるを得ない。このような病院の存在を許す環境は何か。経営者は医師の場合もあれば然らざる場合もある。また経営に参画する医師でも雇われ院長ともなれば立場は全く異なる。しかしながら、いずれにせよそこには多くの場合、日常患者に接する学会の会員である働く医師がいるはずである。いろいろな事情はぬきにして、われわれは精神科の医療に従事する医師として、眼前に行われている患者虐待の事実や、作業療法の不当な運営をどのように釈明できるというのであろうか。これまで医師側の発言が少なかったのは、要するに精神科医自身が概して消極的で、病院改革の意欲が少なかったといわざるを得ない。このような状況では、果して作業療法や精神療法が正当に評価されるよう、健康保険の点数を改正させようという当面の重要目標へ到達することができるかどうかとも危ぶまれよう。

以上により、これらの不祥事件の分析結果の根底には、実は医師としての道義心、倫理観の欠如という重大事が横たわっているといつてよいのではないだろうか。

〈全会員がこの問題に積極的に取り組むことを要望する〉 われわれはまず、精神科医療に自ら姿勢を正し、世の非難を招くことを極力避けるよう自戒しなければならぬと思う。患者の人間性を無視し、障害者を世の偏見と同じく単に異常者としてのみ扱おうとする考えが、しらすらすのうちに人間軽侮の念となって治療者の心に食い込み、日常ややもすれば安易に妥協する結果、精神医療に対する恐ろしい感覚麻痺を招くのではないか。ある経営者は公費入院患者を固定資産とみなしているという。ものいわぬ患者たち、そして多くは知識の乏しい家族、これを取り巻く世の偏見と無関心、これらの人を相手に正しい医療を遂行すべき精神科医師の責任はまことに大きいといわなければならない。理事会がこの機会に全会員に呼びかけ自粛と自覚を要望するゆえんである。（中略）

ふりかえてみると、医療技術の進歩、諸制度の改善整備は時代の流れとともに今日に至ったといえるであろう。しかし、われわれがここで取り上げた問題はまさに明治・大正にさかのぼり、旧態依然たるものではないだろうか。これはわが国の精神医療の歴史に汚点となってしみついている。われわれはいまこの汚辱の歴史に終止符を打たねばならぬ。そしてあらためていま、正しい医療を進める原動力として、精神科医とは何かという問いに真剣に答えなければならぬであろう。

われわれはこのような見地に立って歴史を振り返り、国の精神医療政策の貧困を追及してゆきたいと思う。また、一方、長年にわたる大学の医局講座制が、精神病院を医師の人事で支配したという過去の事実を明確に指摘しておかなければならない。これはすなわち大学を優位に置き、病院は一段低くパートタイマー医師の稼ぎ場という悪循環をもたらした、このために多くの障害者が医療不在の状況下におかれていたということである。結局、これらのことが因となり果となって、こんにちみる精神病院の不祥事件を続発させているのである。このような精神病院の現状と問題点のより一層明確な説明は、来るべき第67回総会に向かって全会員の目前にある重要問題である。

以上の通り、学会理事会は多発する精神病院の不祥事件に対する見解を述べ、広く全会員に呼びかけるものであるが、会員各位におかれても、長期的展望のもとにこの問題に積極的に取り組み、かつ建設的な意見を寄せられるよう期待するものである。

◇野田 正彰 198210 『クライシス・コール——精神病者の事件は突発するか』、毎日新聞社 322p. ASIN: B000J7KMES [amazon] → 20020116 『犯罪と精神医療——クライシス・コールに答えたか』、岩波現代文庫 340p. ISBN-10: 4006030517 ISBN-13: 978-4006030513 1155 [amazon] / [kinokuniya] m. 2002年、岩波現代文庫 第8章精神医療の現状と背景

障発0327第16号
平成30年3月27日

各 $\left(\begin{array}{l} \text{都道府県知事} \\ \text{保健所設置市長} \\ \text{特別区長} \end{array} \right)$ 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「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」について

入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援を受けられる環境を整備することが重要です。

このため、今般、「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：国立研究開発法人精神・神経医療研究センター 藤井千代）における検討内容を踏まえ、「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」を別添のとおり取りまとめましたので、通知します。

各都道府県、保健所設置市及び特別区におかれましては、管内市町村、関係機関等に対し、本ガイドラインについて周知をいただくとともに、本ガイドラインを踏まえ、関係機関等と協力し、積極的に退院後支援の取組を進めていただくようお願いいたします。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

別添

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

目次

I. 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨	3
II. 退院後支援に関する計画の作成	4
1. 概要	4
2. 作成主体	4
3. 支援対象者	5
4. 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画	5
5. 計画作成の時期	6
6. 計画の内容	6
(1) 計画の記載事項	6
(2) 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及び病状が悪化した場合の対処方針	7
(3) 計画に基づく支援期間	8
(4) 計画内容に関するその他の留意事項	9
7. 会議の開催	9
(1) 概要	9
(2) 設置主体、事務局	9
(3) 参加者	10
(4) 開催時期	12
(5) 開催方法	12
(6) 開催場所	12
(7) 協議内容	12
(8) 会議の事務に関して知り得た情報の管理	13
(9) 会議の記録等の取扱い	13
(10) その他の留意点	14
8. 計画の交付及び支援関係者への通知	14
9. 入院先病院の役割	14
(1) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任	15
(2) 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施	16
(3) 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡	17
(4) 計画に係る意見書等の自治体への提出	17
(5) 会議への参加	17

10. 地域援助事業者の役割	18
Ⅲ. 計画に基づく退院後支援の実施	18
1. 帰住先保健所設置自治体の役割	18
2. 各支援関係者の役割	19
(1) 帰住先保健所設置自治体への協力	19
(2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点	19
3. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応	19
4. 計画の見直し	20
5. 本人が居住地を移した場合の対応	20
(1) 概要	20
(2) 移転元自治体の対応	21
(3) 移転先自治体の対応	21
6. 計画に基づく支援の終了及び延長	21
(1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応	21
(2) 計画に基づく支援期間の延長	22
7. 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応	22
8. 退院後支援の業務の委託	23
(1) 概要	23
(2) 業務委託を実施する場合の留意点	23
9. 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握	24
参考：計画作成の具体的な手順の流れ	25

I. 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下「医療等の支援」という。）が実施されることが望ましい。

これまでも、平成 25 年の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。）の改正では、医療保護入院を行った入院先病院の管理者に退院後生活環境相談員の選任義務や地域援助事業者の紹介の努力義務を課すなど、病院による退院促進措置の取組を推進してきた。

一方で、例えば、措置入院は、都道府県知事又は政令指定都市の長（以下「都道府県知事等」という。）が行政処分として行うものであり、退院の決定も都道府県知事等が行うものであることから、退院後支援についても、地方公共団体（以下「自治体」という。）が、入院中から入院先病院と協力しつつ検討を行う必要性が高いものと考えられる。

このため、本ガイドラインでは、入院した精神障害者のうち、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められる者について、各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるよう、現行の法の下で実施可能な、自治体を中心とした退院後の医療等の支援の具体的な手順を整理した。

本ガイドラインに基づく退院後の医療等の支援は、精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために必要な医療等の包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることで、地域でその人らしい生活を安心して送れるようにすることを目的として、法第 47 条に基づく相談支援業務の一環として自治体を中心となって行うものである。

多くのニーズや課題を抱える精神障害者が、地域で安心して生活するためには、多職種・多機関が有機的に連携し、本人のニーズに応じた包括的支援を提供する必要がある。国及び自治体は、精神障害者への退院後支援体制を整備することを通じて、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、本人の意向やニーズに応えられるよう地域の包括的支援体制を構築していくべきである。これにより、全ての精神障害者がその人らしい地域生活を送ることのできる社会を目指すことが、法の趣旨に適うものであり、地域移行の促進にもつながるものと考えられる。

自治体は、法の理念と退院後支援の趣旨を十分踏まえた上で、医療機関や地域援助事業者等の関係者と連携・協力して精神障害者の退院後支援に取り組むことが必要である。その際には、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び

家族その他の支援者（本人を支援している家族、支援への関与を本人が希望する友人等の支援者をいう。以下同じ。）の意向を十分踏まえながら、入院中の精神障害者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供すべきである。

II. 退院後支援に関する計画の作成

1. 概要

2の作成主体の自治体は、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、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られる入院中の精神障害者について、退院後に社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療等の支援を適切かつ円滑に受けることができるよう、本人の同意を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した退院後支援に関する計画（別添参考様式1、2）（以下「計画」という。）を作成することが適当である。

計画に基づく退院後支援は、入院中の精神障害者が希望する地域生活を送るための援助として、そのニーズに応じて行われるものである。このため、計画の作成に当たっては、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえることが重要であり、本人及び家族その他の支援者が計画作成に参画できるよう十分な働きかけを行う必要がある。

作成主体の自治体は、計画の作成に当たり、原則として、退院後の医療等の支援の関係者（以下「支援関係者」という。）等が参加する会議（以下「会議」という。7で詳述）を開催し、計画の内容を協議することが適当である。

2. 作成主体

支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体（都道府県、保健所を設置する市及び特別区をいう。）（以下「帰住先保健所設置自治体」という。）が、計画の作成主体となり、計画に基づく相談支援等を実施することが原則である。

ただし、支援対象者が措置入院者又は緊急措置入院者の場合には、措置を行った都道府県又は政令指定都市（以下「都道府県等」という。）と帰住先保健所設置自治体が異なる場合がある。この場合には、措置を行った都道府県等が入退院の決定を行うこととなるため、当該都道府県等が、帰住先保健所設置自治体と共同して作成主体となることが適当である。この場合も、実効性のある計画を作成し、効果的な退院後支援を実施する観点から、帰住先保健所設置自治体が、計画の作成やそのための会議の開催に当たって中心的な役割を果たすことが必要である。なお、本人が地域へ退院する際には、多

くの場合、入院前の居住地に戻ることになるため、入院前の居住地が確認されている場合には、当該居住地を管轄する保健所設置自治体を帰住先保健所設置自治体として取り扱う。ただし、本人が地域へ退院する際に入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合又は入院前の居住地が不明な場合においては、帰住先が確定するまでは帰住先不明の扱いとし、措置を行った都道府県等が計画作成のために必要な準備を進める。

作成主体となる自治体の具体的な機関としては、法第 47 条に基づく相談支援を行っている保健所等の機関が想定される。

3. 支援対象者

計画は、作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認めた入院中の精神障害者のうち、計画に基づく支援を受けることに同意した者について作成する。

措置入院者については、都道府県知事等が入退院の決定を行うものであり、退院後支援に自治体が関与する必要性が高いと考えられるが、まずは、措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高いと認められる者から支援対象とするなど、自治体の支援体制に応じて対応していくことが考えられる。また、医療保護入院や任意入院等で入院している者や、緊急措置入院後に措置入院とならなかった者についても、本人や家族その他の支援者、入院先病院から求めがあった場合等で、自治体を中心となって退院後支援を行う必要性が高いと認められる場合には、自治体の支援体制に応じて可能な範囲で支援対象とすることが考えられる。

4. 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画

計画の作成は、本人に対して計画に基づく支援の必要性等について丁寧に説明し、本人から、自治体が計画を作成すること、退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること、計画の作成・実施に必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者間で共有すること等について同意を得た上で行う。作成主体の自治体は、本人から同意を得たことについて記録を行うことが適当である。

計画の作成に当たって、十分な説明を行っても、本人から同意が得られない場合には、計画の作成は行わない。

ただし、この場合も、作成主体の自治体は、本人や家族その他の支援者に対して、その希望に応じて保健所等の職員が退院後の支援等について相談に応じることができる旨を伝える等、必要に応じて法第 47 条による相談支援等を提供できるよう環境調整等を行うことが望ましい。

退院後支援は、支援対象者が必要な医療等の支援を受けることで、本人が希望する地域生活の実現と維持を図ることが目的であるため、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえて作成することが重要である。このため、計画の作成主体及び入院先病院は、本人及び家族その他の支援者が7の会議への参加等を通じて計画作成に参画ができるように、十分な働きかけを行う必要がある。その際、本人に視覚障害、聴覚障害、知的障害等が重複している場合には、障害特性に応じた合理的配慮の提供が必要である。

5. 計画作成の時期

作成主体の自治体は、原則として入院中（措置入院の場合は措置解除を行うまでの間）に計画を作成する。

ただし、

- ・ 入院期間が短い場合
- ・ 計画の内容の検討に時間を要し、入院中に作成することが難しい場合
- ・ その他精神医療審査会の審査の結果に基づき退院させる場合等入院中に計画を作成できないことについて、やむを得ない事情がある場合

は、退院後（措置入院の場合は措置解除後）速やかに作成するものとする。

この場合も、退院前に、計画の作成等について本人の意向を確認しておくことが望ましい。

この点、措置入院者については、都道府県知事等は、入院を継続しなくても精神障害による自傷他害のおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに措置入院者を退院させなければならないとされている。（法第29条の4）

このため、措置症状が消退しているにもかかわらず、計画に基づく支援について本人の同意が得られないことや、計画の作成に時間を要していることを理由として措置入院を延長することは、法律上認められない。

措置入院者に計画を作成する場合には、この点に厳に留意することが必要である。

6. 計画の内容

（1）計画の記載事項

計画には、本人の支援ニーズに応じ、次の各事項を記載することが適当である（参考様式1、2）。

- ア. 本人の氏名、生年月日、帰住先住所、連絡先
- イ. 精神科の病名、治療が必要な身体合併症
- ウ. 今回の入院年月日
- エ. 入院先病院名及び連絡先
- オ. 退院後の生活に関する本人の希望（就労・就学、家庭、娯楽等）
- カ. 家族その他の支援者の氏名、続柄、連絡先、退院後支援に関する意見
- キ. 退院日（予定）
- ク. 入院継続の必要性
- ケ. 【入院継続の場合のみ】予定されている入院形態、推定入院期間（転院の場合（身体科への転院を含む。）は、転院先病院名及び連絡先）
- コ. 医療・障害福祉サービス・介護サービス等に関する基本情報
- サ. 退院後に必要な医療等の支援の種類（精神科外来通院、保健所等による相談支援、外来診療以外の精神科医療サービス、身体合併症治療、障害福祉サービス、介護サービス、その他）
- シ. 退院後支援の担当機関名、本人の支援ニーズ・課題、支援内容、連絡先（担当者）
- ス. 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
- セ. 計画に基づく支援期間
- ソ. 【推奨項目】病状が悪化した場合の対処方針

上記の項目に加え、計画に基づく支援期間中に転居した場合には本人の同意を得た上で転居先の自治体に計画に関する情報を提供する旨を付記する。

なお、措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合は、入院継続となる段階で作成する計画は、参考様式1における入院継続時の必須記入項目を記載すれば足りる。この場合、本人が、医療保護入院等から退院した後も、引き続き自治体による退院後支援を受けることを希望している場合には、医療保護入院等から退院する段階で、全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

（２）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及び病状が悪化した場合の対処方針

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として、例えば、本人が通院先の外来を受診しなかった場合には、通院先医療機関から本人の居所に電話連絡を入れる、通院先医療機関の看護師が精神科訪問看護・指導を実施する、通院先医療機関が自治体に連絡し自治体職員が訪問する、家族その他の支援者や関係機関に照会を行う、といった種々の対応が考

えられる。これらの対処方針については、会議においてあらかじめ協議を行い、本人がその必要性を理解できるように丁寧に説明することが必要である。

病状が悪化した場合の対処方針とは、病状悪化を未然に防ぎ、病状が悪化したときでも可能な限り本人の意向に添った対応を行うことを目的に、病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処や、支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処等をあらかじめ確認しておくものである。このため、計画の作成に当たっては、この対処方針をあわせて作成することが望ましい。この対処方針は、医療機関において、本人との話し合いにより、当初案を作成し、会議において協議した後、計画の一部として決定する。

病状が悪化した場合の対処方針には、次の各項目が含まれる。

- ・ 病状悪化の兆候
- ・ 病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処
- ・ 病状悪化の兆候に気づいたときに支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処
- ・ 緊急連絡先

医療機関においては、病状が悪化した場合の対処方針を作成する意義や活用方法について、本人に十分説明した上で、本人との共同作業によりこの対処方針の案を作成する。

(3) 計画に基づく支援期間

自治体を中心となって行う計画に基づく支援期間は、本人が希望する地域生活に円滑に移行するための期間として、退院後6ヶ月以内を基本として設定する。具体的な支援期間については、本人の意向や病状、支援ニーズ、退院後の生活環境等を踏まえて適切に設定し、不要に長い期間となることがないように留意する。

最初に設定した支援期間が満了した場合は、原則として、計画に基づく支援を終了する。このため、自治体は、計画に基づく支援期間が終了した後に既存の精神保健医療福祉サービス等による支援に円滑に移行できるよう、支援期間中から地域における既存サービスの活用やネットワークの構築を図ることが適当である。

ただし、本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、本人の同意を得た上で、例外的に、支援期間の延長を行うことが考えられるが、その場合も、延長は原則1回とし、退院後1年以内には、計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送ることができるよう努めることが適当である。計画に基づく支援期間に関して、本人及び家族その他の支援者の理解と納得

を得られるよう、作成主体の自治体は、最初の計画作成の段階で、支援期間の延長があり得る旨も丁寧に説明することが適当である。

(4) 計画内容に関するその他の留意事項

計画作成にあたっては、本人の病状や支援ニーズに応じた過不足のない支援を提供できるように留意する。例えば、比較的支援ニーズが小さく、病状も安定しているような場合には、外来通院と必要に応じた保健所等による相談支援を行う旨のみを記載した計画とすることも考えられる。

入院前から障害福祉サービスを受けている場合や、入院後に障害福祉サービスを利用する場合には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）に基づくサービス等利用計画やサービス毎の個別支援計画が、計画とは別に作成される。このため、計画の支援内容や担当機関等については、障害者総合支援法に基づく各計画の内容との整合性を図る必要がある。介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく居宅サービス計画等についても同様である。計画の作成時に障害福祉サービス等の具体的な内容や担当機関等が未定の場合は、計画には、その作成時点で予定されているサービス内容等を記載し、事後に作成されたサービス等利用計画等の内容を、本人の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有する。

計画については、地域で生活を行うために十分な内容とする観点から、その作成の際、都道府県等の常勤、非常勤、嘱託の精神科医や精神保健福祉センターの精神科医など、地域の社会資源等に係る知識を有する者の意見を聴くことも有用と考えられる。

7. 会議の開催

(1) 概要

計画の作成にあたっては、原則として、入院中に会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議することが適当である。

計画は、本人の社会復帰の促進等のために作成するものであるため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

(2) 設置主体、事務局

会議の設置主体は、計画の作成主体の自治体である。

措置入院者又は緊急措置入院者の場合に、措置を行った都道府県等と帰住先保健所設置自治体が共同で計画を作成する場合には、帰住先保健所設置自治体が会議の設置主体となることを原則とし、措置を行った都道府県等は、

支援関係者として参加する。ただし、帰住先保健所設置自治体が遠方であって、入院先病院への移動が困難であるなど、相応の理由がある場合には、入院中に開催する会議については、措置を行った都道府県等が設置主体となり、帰住先保健所設置自治体が支援関係者として参加することとしても差し支えない。この場合、帰住先保健所設置自治体は、会議への出席が困難な場合は、電話やインターネット回線等を活用して支援関係者と協議を行うこととして差し支えないが、本人が地域に退院した後、帰住先において、改めて会議を開催することが望ましい。

会議の日程調整、記録の作成等、関係事務を行う事務局は、会議の設置主体となる自治体の保健所等の機関が担うことが想定される。

(3) 参加者

① 本人及び家族その他の支援者の参加

計画は、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえた上で作成することが必要である。

このため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。その際、事前に本人及び家族その他の支援者に計画や会議の目的と参加の意義について丁寧に説明し、その参加を促すものとする。ただし、家族の参加に関しては、本人の意向を尊重し、本人が同席を望まない家族は原則として参加しないこととする。しかしながら、本人の病状の影響により家族との関わりを忌避する場合もあることを考慮し、本人を支援する意志を表示している家族が計画の作成過程から排除されることのないよう、作成主体の自治体は、会議の前後で当該家族の意向を確認する等の配慮を行う必要がある。本人又は家族その他の支援者が会議への参加を希望しない場合や、本人の病状や家族その他の支援者の事情により本人又は家族その他の支援者の参加が困難な場合には、例外的にこれらの者が会議に参加しないことはありえるが、この場合も、作成主体の自治体は、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、本人及び家族その他の支援者の意向を計画に反映させるための対応を行うべきである。

② 弁護士等の代理人の参加

本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として、会議に参加させることを希望する場合には、これらの者を会議に参加させるものとする。

③ 支援関係者

会議は、原則として本人及び家族その他の支援者の参加を得た上で、支援関係者により構成し、開催する。具体的には以下の者等が支援関係者となることが想定され、設置主体の自治体が、本人の支援ニーズその他の状況に応じて決定する。本人から、支援関係者に関する具体的な意思表示（支援を希望する機関、支援を希望しない機関等）があった場合は、本人の希望を尊重するよう努める。

なお、【】内は、実際に会議に出席することが想定される担当者を示したものである。

会議に出席できなかった支援関係者については、会議の前後で事務局が個別に協議し、その内容を記録することが適当である。

7. 作成主体の自治体【精神保健医療福祉担当部局、保健所、精神保健福祉センター等の職員】
 - イ. 帰住先の市町村（保健所を設置する市を除く。以下同じ。）【障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、市町村保健センター等の職員】
 - ロ. 入院先病院【主治医、退院後生活環境相談担当者（9（1）で詳述）、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
 - ハ. 通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
 - ニ. 入院前の通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
 - ホ. 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【担当職員】
 - ヘ. 訪問看護ステーション【担当職員】
 - コ. NPOなどの支援機関【担当職員】、民生委員等

なお、会議には防犯の観点から警察が参加することは認められず、警察は参加しない。

例外的に、例えば、退院後に再び自殺を企図するおそれがあると認められる者や、繰り返し応急の救護を要する状態が認められている者等について、警察が支援関係者として本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、事務局は、本人及び家族その他の支援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加についての合意が得ることが必要である。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察を参加させては

ならない。

警察の参加に関する本人、家族その他の支援者、支援関係者の意見の確認は、客観性を担保する観点から、書面等により行うことが望ましい。

(4) 開催時期

会議の事務局は、本人の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、入院先病院から提出された計画に係る意見書（参考様式3、4）及び退院後支援のニーズに関するアセスメント（9（2）で詳述。参考様式5）の結果を踏まえて、会議の開催時期及び支援関係者を検討する。その上で、支援関係者及び本人、家族その他の支援者と調整を行い、会議の開催日を設定する。

退院前に会議を開催することが原則であるが、開催が困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催する。会議の開催日は退院前に決定しておくことが望ましい。

なお、措置入院者が入院形態を変更して入院を継続する場合は、措置入院中に作成する計画の作成にあたって会議を開催することは要しない。

また、医療保護入院者に計画を作成する場合に、法第33条の6の規定に基づく退院支援委員会の開催予定時期に近接して会議の開催が予定されているときは、会議の開催をもって退院支援委員会の開催とみなすことができる。ただし、会議の開催後に、病状の変化等により地域への退院の時期を再検討する必要がある場合には、退院支援委員会は当初予定されていた時期に開催することが適当である。

(5) 開催方法

会議は対面で協議することを原則とするが、遠方等の理由で参加が困難な支援関係者がいる場合などには、電話やインターネット回線等を活用して協議を行うこととしても差し支えない。

(6) 開催場所

本人の入院中に開催される会議は、本人の参加を容易にするため、原則として入院先病院内で開催する。本人が地域へ退院した後で開催される会議は、地域の実情に合わせ、本人の参加しやすさを勘案して開催場所を決定する。

(7) 協議内容

会議においては、入院先病院から提出された計画に係る意見書（参考様式3、4）や直近の退院後支援のニーズに関するアセスメント（9（2）で詳

述。参考様式5)の結果等を踏まえ、以下の項目について情報共有及び協議を実施することが考えられるが、協議内容は、本人の状態やニーズに応じて柔軟に設定して差し支えない。

会議において資料を共有する際には、退院後支援のニーズに関するアセスメントの項目に慎重に扱うべき個人情報が含まれていることを考慮し、必要に応じて参考様式6を活用するなど、資料の提示方法を工夫する等の配慮を行うことが望ましい。

- ・ 治療経過
- ・ 入院に至った経緯の振り返り
- ・ 退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果
- ・ 今後の治療計画
- ・ 計画の内容

(8) 会議の事務に関して知り得た情報の管理

設置主体の自治体は、支援関係者に、正当な理由なく会議の事務に関して知り得た情報（計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等）を漏らさないこと等、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについてあらかじめ説明し、文書により各支援関係者から当該取扱いを遵守することについて同意を得ておくことが適当である。また、各支援機関内で当該情報を共有するにあたっては、退院後支援の実施に当たり当該情報の共有が職務上必要となる者に限り、支援の実施のために必要な限度の情報を共有するに留め、本人の情報を取り扱う者全員がその責任を自覚して適切な情報管理を行うことが求められる。

(9) 会議の記録等の取扱い

会議の記録及び計画等の関係資料については、各自治体の文書管理の規則等に基づき、事務局が保存する。保存期間は、計画に基づく支援終了後、5年を目途として設定することが適当と考えられる。これらの記録は、機微な個人情報であることから、不要に長い期間保存することのないよう留意する。

各支援関係者は、退院後支援に関する資料を、同様の保存期間を設定して適切に管理するとともに、退院後支援以外の目的で使用することのないよう厳に留意するべきであり、各自治体はその旨を各支援関係者に対して周知することが適当である。

また、本人から会議の記録について情報開示の求めがあった場合には、本人に関する情報であることを踏まえ、各自治体の条例に基づき、できる限り速やかにこれに応じるよう努めることが適当である。

(10) その他の留意点

会議には本人の参加が原則であるが、参加にあたっては、本人が自らの希望や意見を十分に伝えられる環境設定が重要である。このため、会議には、本人と信頼関係が構築されている支援関係者が参加していることが重要であり、入院先病院の主治医、退院後生活環境相談担当者（9（1）で詳述）等や自治体職員等は、入院早期から本人との信頼関係構築に努めることが重要である。

8. 計画の交付及び支援関係者への通知

計画を決定したときは、作成主体の自治体は、速やかに、本人に対して計画を交付する。この際、本人及び家族その他の支援者に対して、計画の内容等について再度丁寧に説明する。その際、計画の見直しや同意の撤回を申し出ることが可能である旨をあわせて説明することが適当である。これらの説明は対面により行うことが望ましいが、対面による説明が困難な場合は、郵送により交付し、電話にて説明することとしても差し支えない。

交付した計画について本人又は家族その他の支援者が見直しを求めた場合や、計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合の対応については、Ⅲの4及び7で後述する。

また、作成主体の自治体は、計画内容の協議を行った支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する。なお、本人又は家族その他の支援者の求めに応じて本人に交付した計画の見直しを検討する場合や計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合については、その旨を速やかに支援関係者に伝えておくことが適当である。

9. 入院先病院の役割

入院先病院は、計画の作成主体の自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。

(1) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任

入院した精神障害者が、退院後に円滑に社会復帰等を行うためには、入院中から、退院後に必要な医療等の支援の検討が行われることが望ましい。本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、こうした検討を入院中から行うことで可能な限り早期退院等を促していく観点から、既に、精神科病院の管理者に、医療保護入院者に退院後生活環境相談員を選任することが義務付けられている（法第33条の4）。

この点、措置入院は、医療保護入院と同様に本人同意を得ることなく行われる入院であり、自治体が中心となって退院後の医療等の支援が行われるこ

とが想定されるが、措置入院先病院においても、本人や家族等が退院後の生活環境に関する相談を容易に行える体制を整えておくことが望ましいと考えられる。このため、措置入院先病院の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者（以下「退院後生活環境相談担当者」という。）を選任することが望ましい。

退院後生活環境相談担当者は、計画の作成等のための病院における取組の中心的役割を果たすことが期待される。この際、本人の治療と生活支援の両面からの支援を、本人を主体とした権利擁護の視点に立って考えることが求められる。

退院後生活環境相談担当者には、当該病院の精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者についても、退院後生活環境相談担当者として選任することが考えられる。

退院後生活環境相談担当者は、以下に示す業務を行うことが望ましい。なお、計画が作成されない場合には、〈計画に関する業務〉を除く業務を実施する。

〈入院時の業務〉

- ・ 本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明する。
- ・ 入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。

〈退院に向けた相談支援業務〉

- ・ 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- ・ 入院当初より、退院後の支援ニーズに関係する情報を積極的に把握する。
- ・ 本人及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録する。
- ・ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、本人の治療に関わる者との連携を図る。
- ・ 本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえて、必要に応じた経済的支援制度の紹介及び申請等の支援、退院後の障害福祉サービス、介護サービス等の紹介及び利用の申請支援等、各種社会資源を活用するための支援を行う。

〈計画に関する業務〉

- ・ 症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者とともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。
- ・ 自治体が作成する計画が適切なものとなるよう、他の職種と協働して退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
- ・ 入院後早期から本人との信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるよう支援する。
- ・ 本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- ・ 自治体が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

〈退院調整に関する業務〉

- ・ 退院に向け、自治体や支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。
- ・ 他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先病院への情報提供、転院調整等を行う。

以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談担当者は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ることが望ましい。

なお、医療保護入院者が支援対象者となる場合には、退院後生活環境相談員が、通常の業務に加え、〈計画に関する業務〉を担うことが望ましい。

(2) 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

〈概要〉

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、入院中の精神障害者が地域に退院した後に必要な医療等の支援の内容を明らかにするための取組の一環として行われる評価である。

支援対象者の入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、支援対象者について、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施することが望ましい。ここでいう必要な支援とは、本人が必要と考えているものと、評価者又は家族その他の支援者から見て必要と考えられるものの両方を含む。

〈実施主体〉

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、原則として、実施時点において本人の治療に直接携わっている医療従事者が、多職種（主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師等）による協議を経て行う。可能であれば、本人の退院後の地域生活に関わる帰住先保健所設置自治体の職員、地域援助事業者の職員、家族その他の支援者も協議に参加することが望ましい。

〈内容〉

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、本人の生活機能、生活環境や人間関係等の環境要因、心身の状態、支援継続に関する課題、行動に関する課題等について多面的に評価するものである。（参考様式5、評価マニュアル参照）

（3）本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の退院後の居住地が入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やかに作成主体の自治体に対して連絡を行うことが望ましい。また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する自治体と協力して本人が居住地を確定するために必要な援助を行うことが望ましい。

（4）計画に係る意見書等の自治体への提出

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、直近の退院後支援ニーズに関するアセスメントの結果を踏まえ、計画に係る意見書（参考様式3、4）を可能な範囲で記載し、当該アセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出することが望ましい。

その際には、本人及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に本人及び家族その他の支援者が参画できるようにすることが望ましい。また、この際、入院先病院は、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も併せて作成主体の自治体に情報提供する。

（5）会議への参加

支援対象者の入院先病院の職員は、会議に支援関係者として出席し、本人の病状や治療経過、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に関する意見等について説明するなど、計画の作成が適切かつ円滑に行われるよう協力することが望ましい。出席する担当者としては、主治医、退院後

生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等が想定される。主治医が精神保健指定医（以下「指定医」という。）ではない場合には、主治医に加え、指定医が参加することが望ましい。

10. 地域援助事業者の役割

前述の通り、地域援助事業者は支援関係者として会議に参加することが想定されている。とりわけ、本人が入院をする前から関わっていた事業者は、原則として会議に参加し、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果について意見を述べるとともに、計画の作成に関与することが望ましい。その際、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。病状が悪化した場合の対処方針を作成する上で重要な情報となる、本人の精神症状悪化前後における様子等についても情報提供することが望ましい。計画の作成時に、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。計画の作成時に他の各種計画の作成が未了の場合には、各種計画が作成され次第、本人の同意を得て支援関係者にその内容を共有する。

Ⅲ. 計画に基づく退院後支援の実施

1. 帰宅先保健所設置自治体の役割

支援対象者が地域に退院した後は、帰宅先保健所設置自治体が、計画に基づき、本人及び家族その他の支援者に対して、電話、訪問、来所による相談等の相談支援を行う。また、計画に基づく支援全体が適切に行われるよう、医療等の支援の実施状況を確認し、障害者総合支援法及び介護保険法に基づく支援計画等も勘案して支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うことにより、支援全体の調整主体としての役割を担う。

退院後支援の実施状況の把握や課題解決に向けた協議を行うため、帰宅先保健所設置自治体は、必要に応じて会議を開催し、本人の状況に応じた適切な支援が実施できるよう調整を行う。

この役割を担う帰宅先保健所設置自治体の具体的な機関としては、計画作成の場合と同様、法第47条に基づく相談支援業務を実施している保健所等の機関が想定される。また、都道府県等の精神保健福祉センターは、保健所等に対し、退院後支援に関する積極的な技術的指導・援助を行うことが望ましい。

2. 各支援関係者の役割

(1) 帰住先保健所設置自治体への協力

支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。また、会議の事務局である帰住先保健所設置自治体から、支援対象者の計画の作成や実施に係る連絡調整のために必要な範囲で、計画の作成又は見直しに関する情報提供、会議への参加、支援の実施状況の確認等の協力を求められた場合には、これに協力するよう努めることが望ましい。なお、市町村は必要に応じて、本人及び家族その他の支援者に対する福祉に関する相談等を実施し、又は精神保健に関する相談等を実施するよう努めなければならない（法第47条第3項及び第4項）とされており、本人の支援ニーズに応じ、支援関係者として、退院後支援に必要な協力を行うことが適当である。

(2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点

計画に基づく支援の実施にあたり、障害福祉サービスや介護サービスの利用を含む包括的な支援を提供する必要がある場合は、帰住先保健所設置自治体、医療機関、地域援助事業者、市町村の担当部署等、多機関間の調整が必要となる。この場合、帰住先保健所設置自治体が調整主体となるが、本人の医療ニーズが高い場合には、通院先医療機関に、調整主体の自治体及び各支援関係者との連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が配置されていることが望ましい。当該担当者は、本人の意向や支援ニーズ等を十分に理解した上で連絡調整を行うことが重要であり、本人との面談や実際の支援の提供を通じて、本人との信頼関係の構築に努めることが必要である。

地域援助事業者は、本人の身近で生活を見守る立場にあり本人が希望する地域生活を営むことができるよう、本人の意思決定を支援し、本人の意向や生活状況等を他の支援関係者と共有するよう努めることが必要である。

3. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応

退院後支援を行うに当たって、支援対象者が必要な医療等の支援の利用を継続しなかった場合や、精神症状の悪化がみられた場合には、帰住先保健所設置自治体は、計画にあらかじめ記載した対処方針に基づき、通院先医療機関や地域援助事業所等の支援関係者と連携、協力して対応する。その際には、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。

通院が継続されない可能性が高い場合においては、通院先医療機関は、精神科訪問看護・指導や、訪問診療、多職種アウトリーチの実施、家族その他の支援者との連絡等により、通院中断を予防する取組を積極的に行うことが

望ましい。障害者総合支援法に基づく地域定着支援や自立生活援助の活用、自立訓練（生活訓練）事業所からの訪問も推奨される。また、本人が必要な通院を継続しなかった場合には、市町村からも必要に応じて受診勧奨等を行うことが望ましい。

4. 計画の見直し

帰住先保健所設置自治体は、本人又は家族その他の支援者が計画の見直しを希望した場合又は計画に基づく支援を実施する中で本人の状況に応じて支援内容等を見直す必要があると考えられた場合には、速やかに、計画の見直しについて、その必要性も含めて検討を行う。支援関係者は、支援計画の見直しの必要性を認識した場合には、速やかに、帰住先保健所設置自治体と情報共有を行う。

計画の見直しに当たっては、以下のいずれかに該当する場合には会議を開催することが適当である。

- ・ 計画に基づく支援期間を延長する場合
- ・ 見直し内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合

計画の見直しに当たって会議を開催しない場合には、本人及び家族その他の支援者並びに見直し内容に関係する支援関係者と個別に調整を行って見直しを行う。見直し後の計画は本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。

5. 本人が居住地を移した場合の対応

(1) 概要

計画に基づく支援期間中に本人が居住地を移した場合には、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために、新しい環境においても、本人が必要な医療等の支援を継続的に受けられるようにすることが重要である。このため、移転元の保健所設置自治体（以下「移転元自治体」という。）は、本人が支援期間中にその居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得て、移転先の保健所設置自治体（以下「移転先自治体」という。）に対して計画の内容等を通知することが適当である。また、移転先自治体は、移転元自治体からの情報に基づき、本人の同意を得た上で、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえて、計画を作成することが適当である。

なお、「居住地」とは本人の生活の本拠が置かれている場所であり、本人が住民票を移していない場合においても、本人の生活の本拠が置かれている

場所が移転した場合には、居住地を移したものとして取り扱う。

(2) 移転元自治体の対応

移転元自治体は、本人に対して、計画の交付の際等に、居住地を移す場合の取扱いについてあらかじめ説明し、居住地を移す予定が決まった場合には、事前に移転元自治体の担当者に連絡するよう依頼しておき、本人が居住地を移したことを把握した場合には、移転先自治体への通知を行う旨と通知内容等について本人に丁寧に説明し、本人の同意を得た上で、退院後支援に関する計画の内容、新居住地の住所、転居後の医療等の支援の必要性、これまでの支援の実施状況等について移転先自治体に通知することが適当である（参考様式7）。

本人が居住地を移した後、速やかに計画に基づく支援を開始できるよう、可能な場合には、居住地を移す予定が確定した段階で事前にこの通知を行うことが望ましい。また、このような対応に関して本人の理解と納得が得られるよう、移転元自治体は、平素から本人との信頼関係の構築に努めることが重要である。

(3) 移転先自治体の対応

移転元自治体から通知を受けた移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得て、その者の計画を作成することが適当である。

その際は、移転元自治体の作成した計画の内容を踏まえつつ、会議の開催等、措置入院からの退院時の計画作成と同様の手続を経て、本人及び家族その他の支援者の意見を十分踏まえて計画を作成する。本人への交付及び説明、支援関係者への通知も同様に行う。なお、移転先自治体の計画に基づく支援期間中に、再度本人が居住地を移した場合には、その移転先の保健所設置自治体に対して、本人の同意を得た上で、同様の通知を行うことが適当である。

移転先の保健所設置自治体が作成する計画の支援期間は、原則として、移転元の保健所設置自治体が作成した計画の支援期間の残存期間とする。

6. 計画に基づく支援の終了及び延長

(1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応

計画に基づく支援期間が満了する場合は、原則として、計画に基づく支援を終了する。支援終了の決定は、帰住先保健所設置自治体が、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認した上で行う。この際、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じた会議の開催、各支援関係者との個別協議等により、計画に基づく支援終了後の各支援関係者による対応や支援体制に

ついて確認しておくことが望ましい。

また、計画に基づく支援期間が経過する前であっても、本人の病状や支援ニーズ等から、本人が地域生活を送るに当たって計画に基づく支援を継続する必要性がないと認められる場合には、退院後支援の調整主体である自治体は計画を終了することが考えられる。なお、計画に基づく支援期間中に医療観察法の対象となった場合には、医療観察法における処遇を優先させ、計画に基づく支援を終了することが適当である。支援期間が満了する前に支援を終了する場合においても、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認し、可能であれば、会議を開催した上で終了を決定することが望ましい。

支援の終了を決定した場合においては、帰住先保健所設置自治体は、本人及び家族その他の支援者、支援関係者にその旨を連絡する。なお、会議の場でこれらの者の合意が得られている場合は、改めて連絡を行う必要はない。

計画に基づく支援を終了した後も、保健所設置自治体は、法第 47 条に基づき必要に応じて一般的な相談支援を実施することが望ましい。

計画に基づく支援の終了後も、本人が包括的な支援を受ける必要性が高い場合には、多職種・多機関の連携による包括的支援が継続されることが適当である。この場合、通院先医療機関又は地域援助事業者が、他の支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うなど調整主体の役割を引き継ぐことが望ましい。特に本人の医療ニーズが高い場合には、各支援関係者と連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が、通院先医療機関に配置されていることが望ましい。

(2) 計画に基づく支援期間の延長

本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、例外的に支援期間の延長を行うことも考えられる。この場合には、当初の支援期間が満了する前に、会議を開催し、延長の必要性について検討を行い、本人及び家族その他の支援者に延長の必要性について丁寧に説明し、本人の同意を得た上で延長を行う。ただし、この場合も、延長は原則 1 回とし、退院後 1 年以内には、計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送ることができるよう努めることが適当である。

7. 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

計画の交付後に、本人から計画に基づく支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合には、本人の意向を傾聴し、その真意を確認した上で、必要

に応じて計画内容（担当機関、支援内容、計画に基づく支援期間等）を見直すなどの対応することが考えられる。また、本人の状態に応じて、計画に記載された医療等の支援が継続されなかった場合の対処方針や病状が悪化した場合の対処方針に沿った対応を行うことも考慮する。

十分な対応を行っても、計画に基づく支援に本人から同意を得られない場合には、計画に基づく支援の終了を決定する。

その場合も、保健所等の職員が本人や家族その他の支援者から求めがあった場合に相談に応じる等、法第 47 条に基づく相談支援の範囲内で必要な支援を行うことが望ましい。

8. 退院後支援の業務の委託

(1) 概要

計画に基づく支援は、帰住先保健所設置自治体を実施することが想定されているが、円滑に退院後支援全体の調整等を行う観点から、帰住先保健所設置自治体は、地域の医療機関等に対し、計画に基づく退院後支援に係る以下の業務を委託することができる。

- ・ 計画に基づく相談支援の実施
- ・ 各支援関係者の支援の実施状況の確認
- ・ 退院後支援の実施に必要な連絡調整 等

(2) 業務委託を実施する場合の留意点

地域の医療機関等に計画に基づく支援に係る業務を委託する場合には、これらの業務が、支援対象者が退院後に必要な医療等の支援を継続的に受けられるようにするための重要な業務であることをから、以下の点に留意が必要である。

- ・ 委託先の選定過程及び委託に係る費用を公開すること
 - ・ 委託先の医療機関等（※）は、多職種配置等がなされ、一定程度、精神障害者の退院後支援の実績を有すること
- ※ 訪問看護ステーション、相談支援事業者等が医療機関と連携して支援体制を確保することも想定
- ・ 委託元は、委託先と、定期的なミーティングを実施し必要に応じて助言を行うなど、密接な連携をとること
 - ・ 委託元は、必要に応じて本人又は家族その他の支援者に連絡を行い、委託先の医療機関等による業務が適切に行われていることを確認すること

- ・ 委託元は、委託先における業務の実施状況、個人情報管理及び記録の適切性等について定期的に把握及び評価すること。これらの評価は、外部委員が参加する評価委員会において実施することが望ましい。
- ・ 委託先の医療機関等の名称、委託期間、委託事例数等、委託に関する状況を公開すること

9. 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握

自治体は、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行うことが必要であると認められる者について、必要な支援を提供できるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置や研修の実施を行うなど、必要な体制整備を進めることが望ましい。

退院後支援の実施状況に関しては、各保健所設置自治体において、計画の作成数（単独・共同作成の別）、計画に基づく支援期間及び転帰、会議の開催状況、職員1名あたりの担当者数等を把握し、適正な運用となるよう努めることが適当である。

＜参考：計画作成の具体的な手順の流れ＞

計画を作成する具体的な手順の流れを以下に示す。

- ① 計画の作成に向けた手続等の確認【作成主体の自治体、入院先病院】
作成主体の自治体は、入院先病院との間で計画の作成に向けた今後の手続（③～⑨）等について確認する。
※ 措置入院の場合は、措置を行った都道府県等が、措置入院後速やかに確認を行うことが望ましい。
- ② 退院後生活環境相談担当者の選任【入院先病院】
Ⅱ 9（1）参照。なお、医療保護入院者の場合は、退院後生活環境相談員が通常の業務に加え、計画の作成に関する業務を担うことが望ましい。
- ③ 計画に関する説明と本人の意向の確認【作成主体の自治体、入院先病院】
Ⅱ 4 参照。本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、作成主体の自治体は、必要に応じて入院先病院と協力しつつ、計画に基づく支援に関する説明を行い、計画の作成等について本人の意向を確認し、その同意を得る。
- ④ 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施【入院先病院】
Ⅱ 9（2）参照。支援対象者の入院先病院は、支援対象者について、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施することが望ましい。
- ⑤ 計画に係る意見書等の自治体への提出【入院先病院→作成主体の自治体】
Ⅱ 9（4）参照。入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、直近の退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果を踏まえ、計画に係る意見書を作成し、当該アセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出することが望ましい。
- ⑥ 会議の開催【作成主体の自治体、入院先病院、地域援助事業者等】
Ⅱ 7 参照。なお、措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する場合には、会議の開催は不要である。
- ⑦ 計画の決定【作成主体の自治体】
作成主体の自治体は、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に係る意見書、会議における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。

※ 措置入院の場合には、入院先病院の管理者は、症状消退届を提出する際に、本人の直近の状態等からその時点で作成されている計画の内容を修正する必要があると認めた場合には、症状消退届の「訪問指導等に関する意見」又は「障害福祉サービス等の活用に関する意見」の欄に、修正意見を記載して提出することが適当である。作成主体の自治体は、この内容も踏まえて計画を決定する。

⑧ 計画の交付、支援関係者への通知【作成主体の自治体】

Ⅱ 8 参照。

(注)

- ・ 入院期間が短い場合や、計画の内容の検討に時間を要し、入院中に作成することが難しい場合等は、退院後速やかに計画を作成する(Ⅱ 5 参照)。
- ・ 措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する者が、医療保護入院等から地域に退院した後も、引き続き自治体による退院後支援を受けることを希望している場合には、医療保護入院等から退院する段階で会議を開催して、全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

退院後支援に関する計画

平成 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

〇〇県〇〇課／△△市△△保健所

フリガナ		大正
氏名	様 (男・女)	昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
生年月日		
帰住先住所：		
電話番号：		
病名※	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること	
今回の入院年月日※	平成 年 月 日	
入院先病院※	病院名：	連絡先：
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※	氏名：	続柄：
	連絡先：	
退院日（予定）	平成 年 月 日 未定	
入院継続の必要性※	要（医療保護・任意・転院（精神科／身体科）） 不要	
	推定入院期間：	
	転院先病院名：	連絡先：
医療・障害福祉サービス等に関する基本情報※	自立支援医療： 無 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳： 無 有（ 級） 不明 申請予定 療育手帳： 無 有（等級 ） 不明 申請予定 身体障害者： 無 有（ 級） 不明 申請予定 障害年金受給： 無 有（ 級） 不明 申請予定 障害支援区分： 無 有（区分 ） 不明 申請予定 要介護認定： 無 有（ ） 不明 申請予定 生活保護受給： 無 有 不明 申請予定	
退院後に必要な医療等の支援	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他） <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他	

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
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				
計画に基づく支援期間※				

- 計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援に関する計画の内容等を情報提供いたします。

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

平成 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____

退院後支援に関する計画に係る意見書

平成 年 月 日

病 院 名 :

所 在 地 :

管 理 者 名 :

※は入院継続時の必須記入項目

フリガナ		大正
氏名	様 (男・女)	昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
生年月日		
帰住先住所 :		
住居形態 : 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明		
電話番号 :		
病 名※	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること	
今回の入院年月日※	平成 年 月 日	
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※	氏名 : 続柄 : 連絡先 :	
退院予定日	平成 年 月 日 未定	
入院継続の必要性※	要 (医療保護 ・ 任意 ・ 転院 (精神科/身体科)) 不要 推定入院期間 : 転院先病院名 : 連絡先 :	
医療・障害福祉サービス等に関する 基本情報※	自立支援医療 : 無 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳 : 無 有 (級) 不明 申請予定 療育手帳 : 無 有 (等級) 不明 申請予定 身体障害者 : 無 有 (級) 不明 申請予定 障害年金受給 : 無 有 (級) 不明 申請予定 障害支援区分 : 無 有 (区分) 不明 申請予定 要介護認定 : 無 有 () 不明 申請予定 生活保護受給 : 無 有 不明 申請予定	
退院後に必要な医療等の支援	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス (訪問看護、デイケア等、その他) <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他	

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
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				
計画に基づく支援期間				
主治医氏名※				
退院後生活環境相談 担当者／相談員氏名※				

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

平成 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____

退院後支援のニーズに関するアセスメント

医療機関名：

主治医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

本人氏名：		性別： 男 ・ 女		年齢： 歳					
評価項目 A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題	本人評価				スタッフ評価				特記事項
	0	1	2	9	0	1	2	9	
A1住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>								
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>								
A3親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>								
A4子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>								
A5介護：家庭内の高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>								
B1食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>								
B2生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>								
B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>								
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>								
B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>								
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>								
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>								
C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>								
C2交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>								
D1 精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>								
D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>								
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>								
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>								
E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>								
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>								
F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>								
F2薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>								
F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>								
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>								
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>								
その他 ()	<input type="checkbox"/>								
支援に関する意見									

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

退院後支援のニーズに関するアセスメント 評価マニュアル

- ・ 0=支援の必要なし、1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている、2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていないの3段階で評価する。
- ・ 支援は、公的な支援、家族や友人等からの私的な支援の両方を含む。
- ・ 情報不足で評価できない項目、本人が答えたくない、又は、答えられない項目、評価を実施していない項目は「9=不明」とする。
- ・ スタッフ評価は必須であり、本人評価も実施することが望ましい。
- ・ 本人とスタッフの評価に相違があっても差し支えない。

A 環境要因に関する評価	
A1住居	退院後の居住先について、どのくらい適切か評価する。原則として、自宅は「0」、グループホームなどは「1」、帰住先がない場合、あるが適切でない場合は「2」と評価する。ただし、帰住先として自宅やグループホームの住環境等（部屋の広さ、利便性、家族関係や近隣住民との関係等）が適切でない場合は「2」と評価する。例えば、車椅子が必要となったが、自宅がバリアフリーでない場合は「2」となる。
A2経済的援助	経済的困窮がある場合に、生活保護、障害年金等の経済的援助を受けられているかを評価する。（家族や親族からの援助の有無を含む。）
A3親しい関係者	配偶者、パートナー、家族等との関係性について評価する。
A4子供の世話	育児に関する困難の程度（障害の有無を含む）を評価する。子供がいなければ「0」、子供がいても18歳以上であれば「0」と評価する。
A5介護	家庭内の高齢者、障害者等の介護に関する困難度を評価する。要介護者がいなければ「0」、自宅に要介護者がいても、本人が介護に参加していない場合は「0」と評価する。
B 生活機能（活動）に関する評価	
B1食事	自炊能力、外食、スーパーやコンビニの利用等により適切に食事摂取する能力を評価する。自炊ができない場合でも、外食や惣菜の購入などが自分で適切にできていれば「0」。食事を用意することはできるが栄養が偏る場合や、食事時間が不規則となるような場合は「2」となる。
B2生活環境の管理	住居において適切な生活環境を維持する能力（整理整頓、掃除等）を評価する。
B3セルフケア	身体面および衣類の清潔の両者を含む。服装や化粧等の適切さ（その場の状況に適しているか）は評価しない。
B4 電話	身近にすぐ利用できる電話があるか、適切に電話連絡ができる能力を評価する。電話以外の連絡手段（メール等）で連絡しており、連絡をとるにあたって支障がない場合は「0」とし、特記事項に連絡手段を記載する。
B5 移動	必要な移動の可否を評価する。時刻表の確認や切符の購入等の能力を含む。公共交通機関が利用できなくても車、自転車等の代替手段があり、生活に支障がなければ「0」と評価する。
B6金銭管理	予算を立てたり、金銭管理を行ったりする能力を評価する。収入が少なく、経済的に困窮している場合は、「経済的援助」で評価する。
B7 基礎教育	簡単な読み書き、おつりを数えるといった日常生活に必要な基礎学力を評価する。
C 社会参加に関する評価	
C1日中の活動	デイケア、就労、就学、家事、友人との外出など様々な活動を含む。本人が就労を希望しているが、デイケアでのレクリエーションのみで、就労支援が提供されていないような場合は、本人評価は「2」となる。同じ状況で、スタッフはデイケア参加が本人に適しており、ニーズが満たされていると考えればスタッフ評価は「1」となる。
C2交流	社会的接触、他者との交友関係の形成を評価する。自助グループでの交流やピアサポーターの活用も含む。

D 心身の状態に関する評価	
D1 精神症状	薬物療法、個人や集団の精神療法、作業療法等の効果を踏まえた精神症状の有無・程度を評価する。症状に対して適切な医療が提供されていない場合、本人が治療を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない等の理由であれば、この項目で評価する。
D2 身体的健康	身体的健康全般に対し、必要な診療、治療、対応が行われているか評価する。治療を受けているが病状コントロール不良な場合は「2」と評価する。薬物療法の副作用については、この項目で評価する。
D3 心理的苦痛	本人が経験する心理社会的ストレスや適応上の困難、精神症状に伴う心理的苦痛、抑うつ、不安等を評価する。症状に対して適切な医療等が提供されていない場合、本人が治療や支援を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない、カウンセリングが必要であるが医療機関に臨床心理技術者がいない等の理由であれば、この項目で評価する。
D4 性的な問題	性衝動の問題、性生活の満足度、性機能障害（薬の副作用は「身体的健康」で評価）、性同一性障害等を評価する。
E 支援継続に関する課題の評価	
E1 処遇・治療情報	疾患、入院形態、治療計画等につき、情報提供がされているか、本人がそれらの情報を理解しているかの両方を評価する。情報提供の際は本人に理解を促すための配慮が必要である。（平易な言葉で繰り返す、図を用いる等）心理教育が行われているが、本人が病識を獲得していない場合は「2」となる。
E2 治療・支援への動機づけ/ 疾病の自己管理	現在受けている、または退院後に受ける予定の医学的治療や障害福祉サービス、介護サービス等についての理解と、本人の同意および動機づけ、アドヒアランスを評価する。治療・支援の必要性を理解し、良好なアドヒアランスが期待できる場合は「0」、治療・支援の必要性について十分理解はしていないが、それらを拒否していない場合は「1」、治療・支援を拒否している場合は「2」と評価する。治療・支援が必要ない場合は「0」と評価する。治療の必要性を理解しているが、服薬の自己管理が困難な場合は「2」である。
F 行動に関する課題の評価	
F1 アルコール	アルコールに関する問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中のアルコール不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。
F2 薬物	処方薬依存や乱用を含む薬物関連の問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中の薬物不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。
F3 自分に対する安全	自殺や自傷行為の危険性、セルフネグレクト、搾取や虐待から自分を守れないこと等。
F4 他者に対する安全	故意の暴力、威嚇のみではなく、煙草の不始末のような、意図しない（不注意による）危険も含む。
F5 その他の行動上の問題	衝動性、強迫行為、BPSD（認知症の行動・心理症状）や、アルコール・薬物以外の嗜癖（賭博、買い物、収集癖、過食嘔吐等）の問題を評価する。
その他（ ）	本人やスタッフが支援の必要性があると考えるその他の領域について記載し評価する

退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

医学的所見：			
退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望（どうなりたいか、どのような支援を希望するか）とストレングス			
A: 環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
B: 生活機能 （活動）	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
C: 社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
D: 心身の状態	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
E: 支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
F: 行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
アセスメントの まとめ			

退院後支援に関する情報提供

平成 年 月 日

〇〇県〇〇保健所 御中

△△県△△保健所

フリガナ	生年月日	大正
支援対象者氏名 (男・女)		昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
転居前住所：		
転居前住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明		
転居後住所：		
転居後住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明		
電話番号：		
転居（予定）日	平成 年 月 日	
転居後の支援に関する本人の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容：	
転居後の支援に関する 家族その他の支援者の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容： 氏名： 続柄： 連絡先：	
転居後の通院の必要性	あり（情報提供済/情報提供未/医療機関未定） なし 医療機関名： 連絡先： 所在地：	
転居後に必要なその他の 医療等の支援	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ ） <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他（ ）	
支援期間中の医療等の支援の中断	あり なし （ありの場合）支援中断時の状況及び対応	
支援期間中の入院	回 直近の入院期間：平成 年 月～平成 年 月（入院時の入院形態： ）	
その他特記事項 （転居前の医療等の支援の実施 状況を踏まえて記載）		
<input type="checkbox"/> 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。（平成 年 月 日 同意取得）		

●転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照。

最近の精神保健医療福祉施策の動向について

1. 精神科医療の現状について
2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
3. 医療計画について
4. 措置入院の運用に関するガイドライン
5. 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

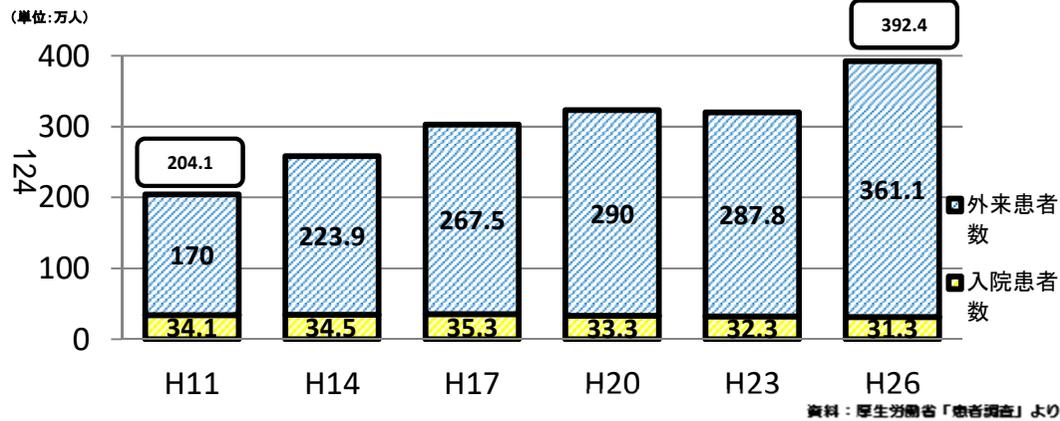
1. 精神科医療の現状について

精神科医療の現状について

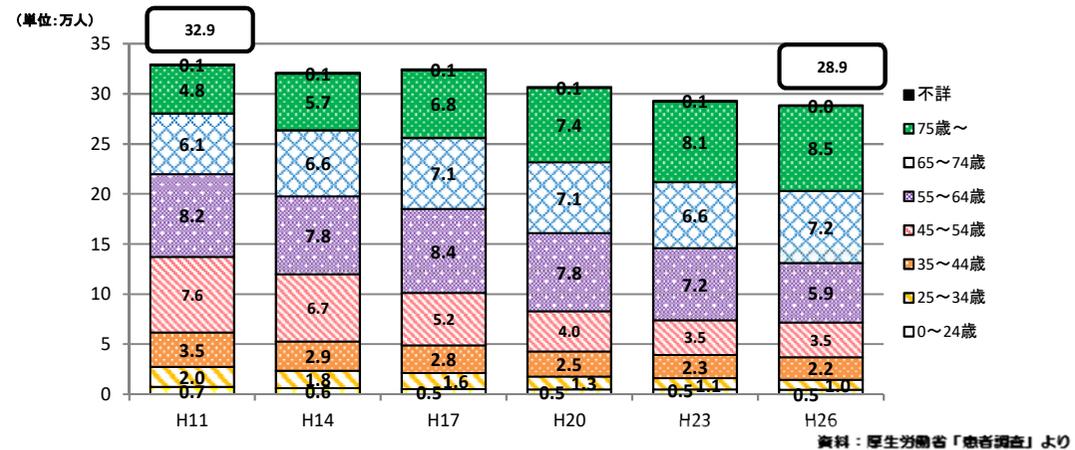
1. 患者数、病床数、平均在院日数等

- 精神疾患を有する総患者数は約392.4万人【入院:約31.3万人(※)、外来:約361.1万人】
 ※ うち精神病床における入院患者数は約28.9万人
- 精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向(約32.9万人→28.9万人【△約4万人】)
 一方、外来患者数は2倍以上に増加。(認知症や気分障害(うつ病など)が特に増加)
- 入院形態別の在院患者数の推移では、任意入院、措置入院は減少する一方、医療保護入院は増加。ただし、医療保護入院についてもH26年度は前年度比4,756人減少。

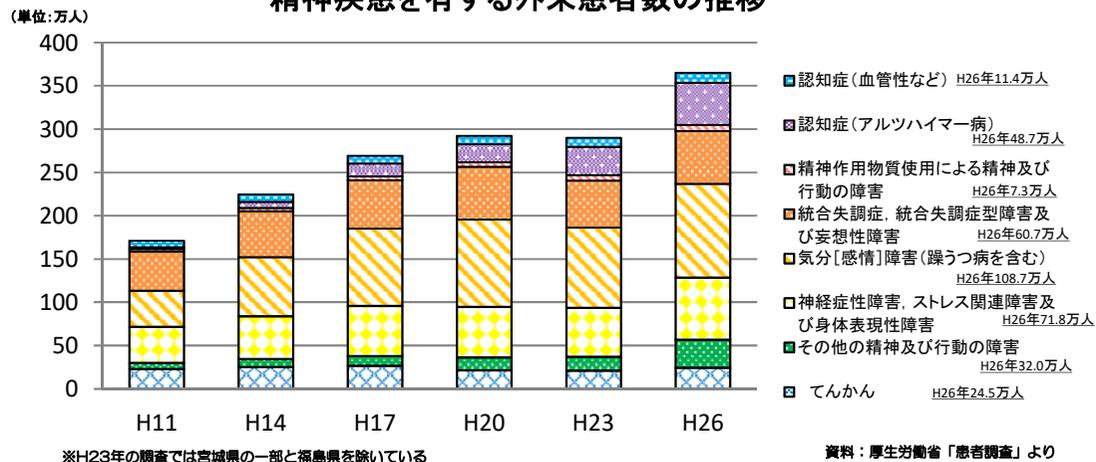
精神疾患を有する総患者数の推移



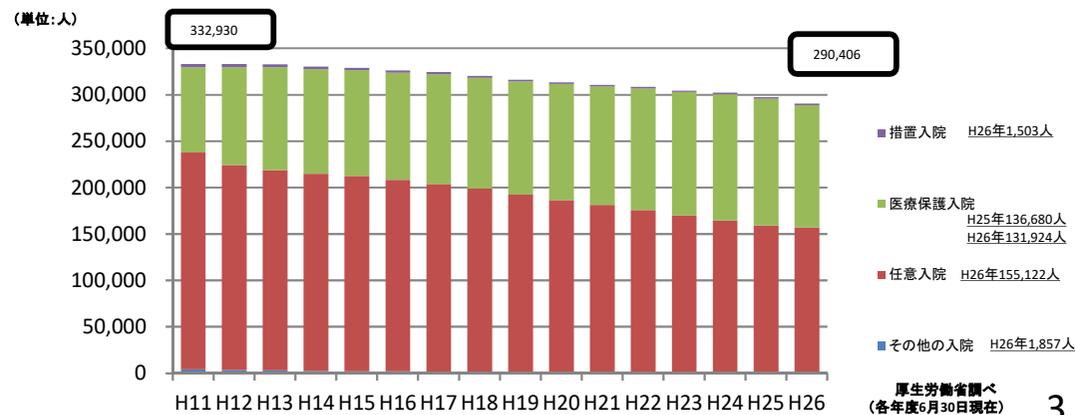
精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)



精神疾患を有する外来患者数の推移



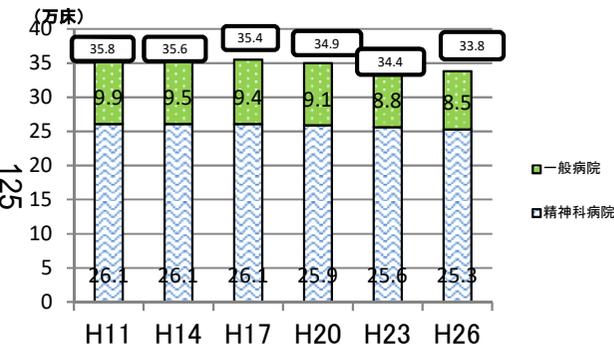
精神病床における入院患者数の推移(入院形態別内訳)



精神科医療の現状について

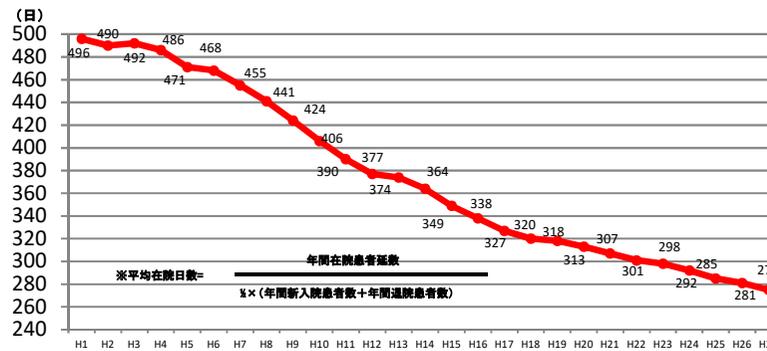
- **精神病床数は過去15年間で約35.8万床→33.8万床(△約2万床)に減少。**(全病床数(約168万床)の約2割)。
他方で**国際的には日本の病床数は非常に多い。**
- **精神病床の平均在院日数は274.7日(全病床:平均在院日数29.1日)**
過去10年間で精神病床の平均在院日数は、52.5日短縮。
他方で**国際的には日本の平均在院日数は非常に長い。**
- **近年の新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり、約9割が1年以内に退院。**
- **精神病床からの退院患者の再入院率は、退院後6ヶ月時点が約30%、1年時点が約37%。**

精神病床の推移



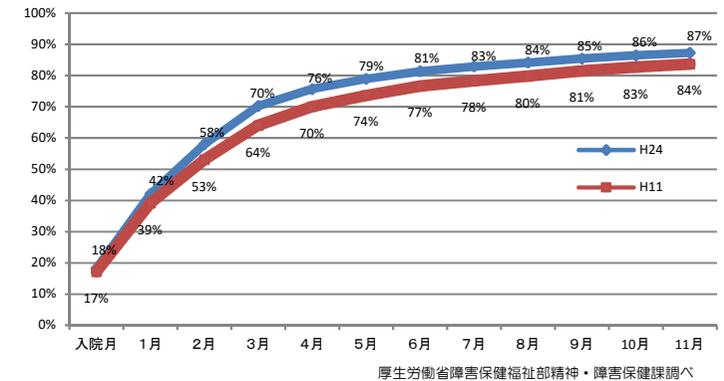
資料：厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

平均在院日数の推移



資料：厚生労働省「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神病床における退院曲線の年次推移



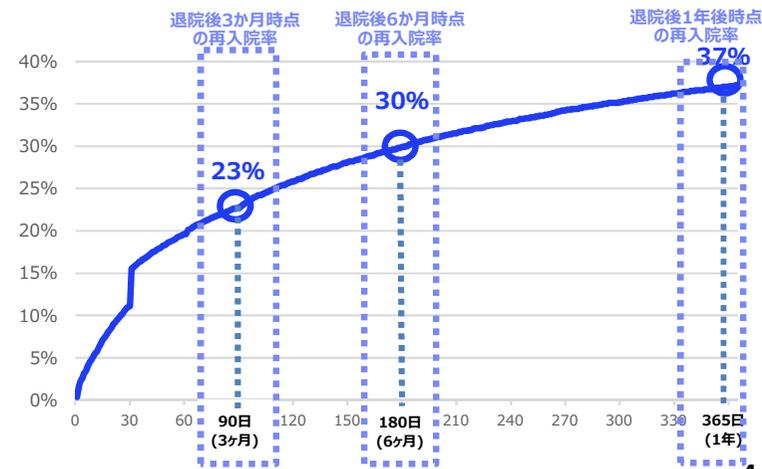
精神病床数(※)と平均在院日数推移(諸外国との比較)

	2012年 精神病床数 (床/千人)	2014年 平均在院日数(日)
ベルギー	1.7	10.1
フランス	0.9	5.8
ドイツ	1.3	24.2
イタリア	0.1	13.9
日本	2.7	285
韓国	0.9	124.9
スイス	0.9	29.4
イギリス	0.5	42.3

※各国により定義が異なる

資料：OECD Health Data 2015

再入院率のグラフ



※NDBを活用して計算

※平成26年3月退院患者(n=24,781)を対象にして再入院曲線を作成

2. 精神障害にも対応した地域包括 ケアシステムの構築について

これまでの経緯等について

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部(本部長:厚生労働大臣)で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。平成26年には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」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性も示されている。
- 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、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、教育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」(※)の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。
- ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意
- ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要である。
- このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要) (抄)

(平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に関係法律の改正案を提出)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 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、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ることが適当。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、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に対応できるように、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、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

(3) 精神病床のさらなる機能分化

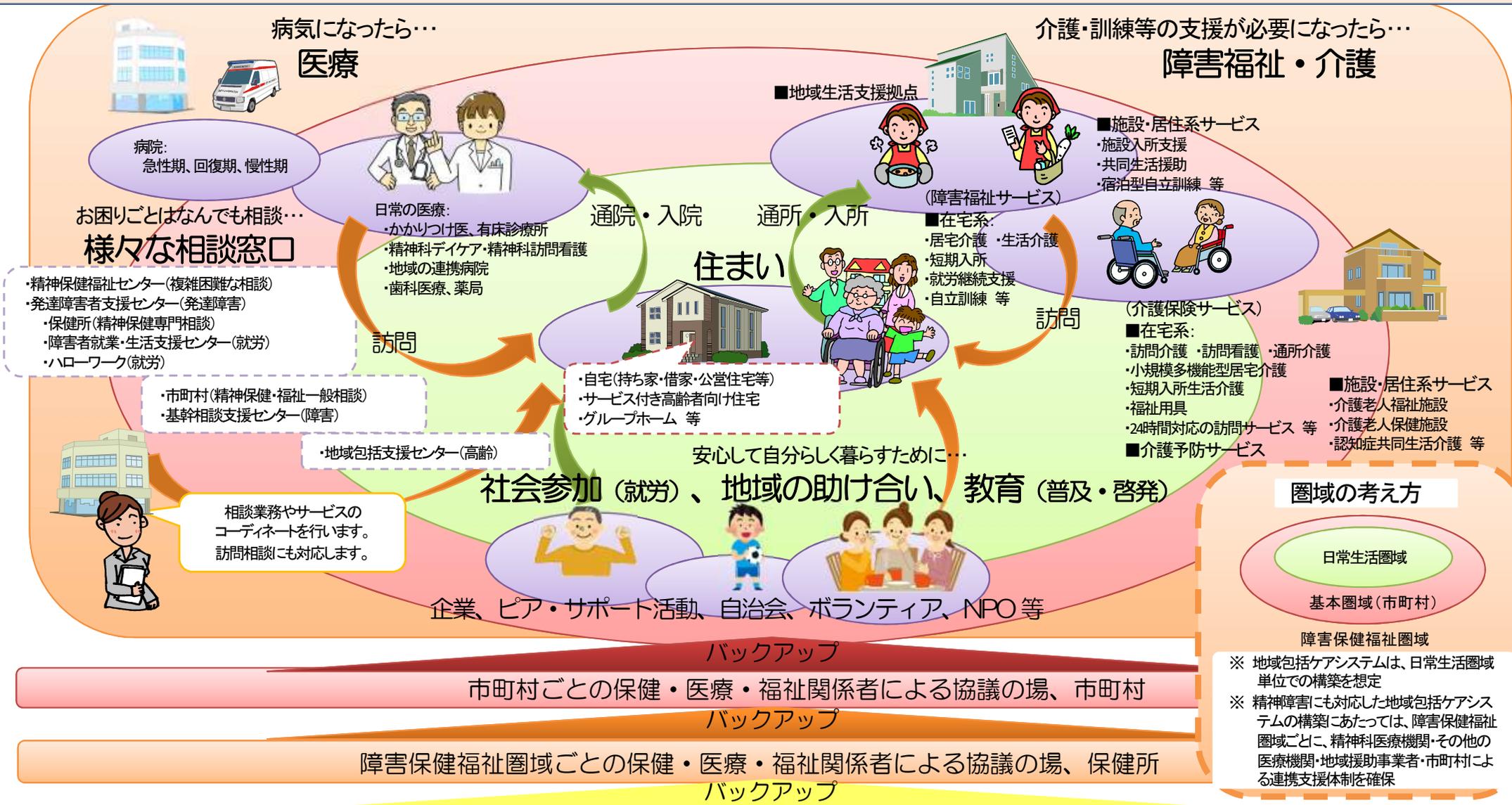
- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われなような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 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し、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、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、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

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、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育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必要がある。
- 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、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していくことが必要。



① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）

平成30年度予算：515,642千円（平成29年度予算：192,893千円）

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

平成30年度予算：39,405千円（平成29年度予算：37,500千円）

※地域生活支援事業、社会福祉施設等施設整備費計上分除く

①…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、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

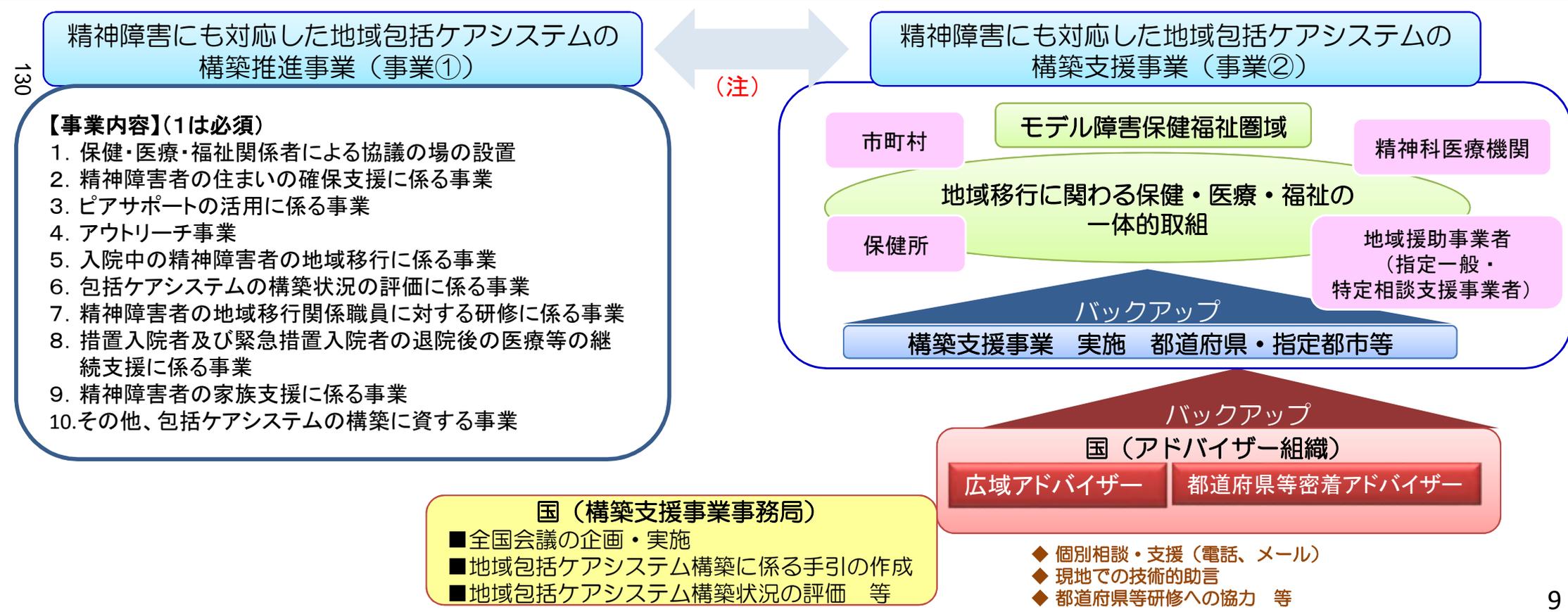
<実施主体> 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

②… ◆国において、地域移行に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。

◆都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）における、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する。

◆関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置等を行う。

(注) ①及び②の事業はそれぞれ単独で実施することも可能



国（構築支援事業事務局）

- 全国会議の企画・実施
- 地域包括ケアシステム構築に係る手引の作成
- 地域包括ケアシステム構築状況の評価 等

バックアップ
国（アドバイザー組織）

- 広域アドバイザー
- 都道府県等密着アドバイザー

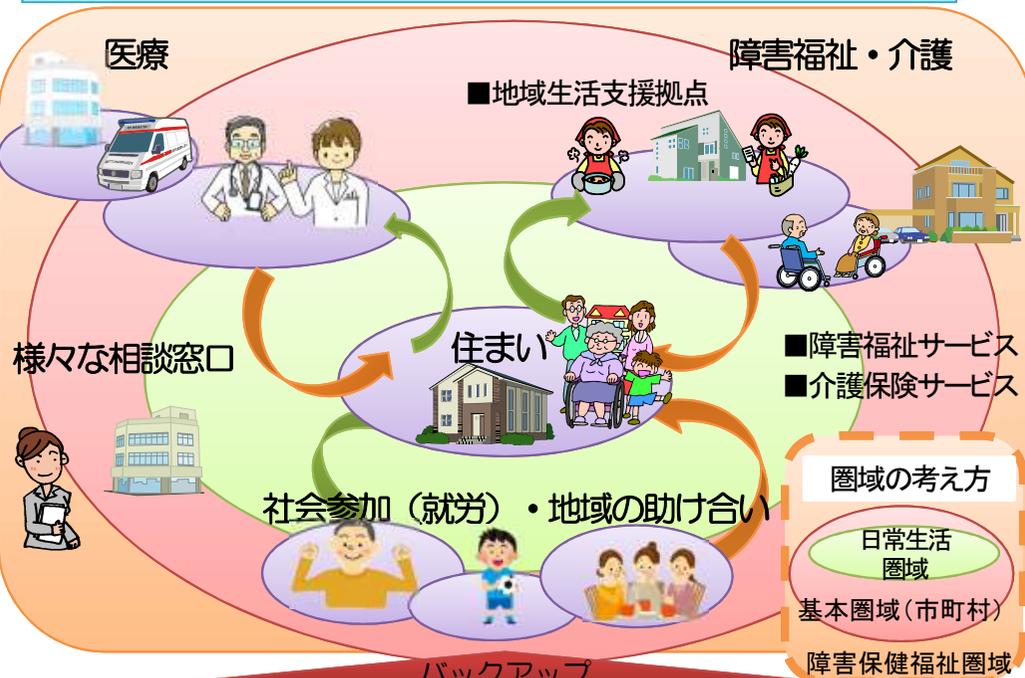
- ◆ 個別相談・支援（電話、メール）
- ◆ 現地での技術的助言
- ◆ 都道府県等研修への協力 等

3. 医療計画について

第7次医療計画の見直し(精神疾患の医療体制の構築)

- 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。
- 平成32年度末・平成36年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に対応できる医療連携体制の構築に向けて、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、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



市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

バックアップ

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、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに
地域精神科医療提供機能を担う
医療機関

その他の
医療機関

市町村

精神医療圏

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに
地域連携拠点機能を担う
医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

都道府県
本庁

精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

(難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるように、
都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、
国立病院なども参画した医療連携体制を構築することが望ましい)

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化①

精神疾患の医療体制に求められる医療機能を地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能と示している。
都道府県は、多様な精神疾患等毎に各医療機能の内容について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

医療機能	役割要件	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
都道府県連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと④医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと⑦地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項(例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療を含む。)を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関(救急医療、周産期医療を含む。)、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営すること⑤積極的な情報発信を行うこと⑥専門職に対する研修プログラムを提供すること⑦地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと④医療連携の地域拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の地域拠点の役割を果たすこと⑦地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項(例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療を含む。)を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関(救急医療、周産期医療を含む。)、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営支援を行うこと⑤積極的な情報発信を行うこと⑥多職種による研修を企画・実施すること⑦地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域精神科医療提供機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと														
	求められる事項(例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療(外来医療、訪問診療を含む。)を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関(救急医療、周産期医療を含む。)、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること														

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、1カ所以上医療計画に明記することが望ましい。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化②

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

*アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
全域	A病院	☆		☆							☆	☆	☆	☆	☆	☆
	B病院	☆	☆	☆				☆				☆	☆	☆		
	C病院				☆	☆	☆		☆	☆						
〇〇圏域 134	A病院				◎	◎				◎						
	D病院	◎	◎	◎			◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎
	E病院	◎	○	◎					○			◎	○	○	○	
	F診療所	○		○	○	○				○		○				
	G診療所	○	○	○			○	○	○						○	○
	H訪看ST	○		○					○				○			
△△圏域	B病院	◎		◎	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎	◎				◎			◎	◎	◎	◎		
	J病院	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	
	K病院	○	○	○			○					○			○	
	L診療所	○		○							○					
	M診療所	○	○							○						
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎	◎			○		○		○	○	○		○	
	O診療所	○		○					○	○						

☆：都道府県連携拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関

4. 「措置入院の運用に関するガイドライン」 (平成30年4月) について

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。

5. 「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」について

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。
- 精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として実施(法第47条の相談支援業務の一環)

II 退院後支援に関する計画の作成

1 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。
※ 措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。
※ 同意が得られない場合や計画作成への意向の確認が困難な場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議(以下「会議」という。)への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

2 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。
- 措置入院の場合、措置症状が消退しているにもかかわらず、本人が計画に基づく支援に同意しないことや、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

3 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

- 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
- 延長は原則1回(本人同意が必要)。1年以内には本人が希望する地域生活への移行を図ることができるよう努力。

4 会議の開催

◆ 参加者

- ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。

※例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。

- 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を希望する場合は、これらの者を参加させる。

II 退院後支援に関する計画の作成(続き)

③ 支援関係者(=支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村(保健所設置自治体を除く)
- ・ 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などの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、原則警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

◆ 開催方法、開催場所

- 電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについて支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- ①退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施
- ③計画に関する意見等の提出
- ④会議への参加 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

1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。

2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、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。

4 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。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧に説明の上、本人の同意を得る。

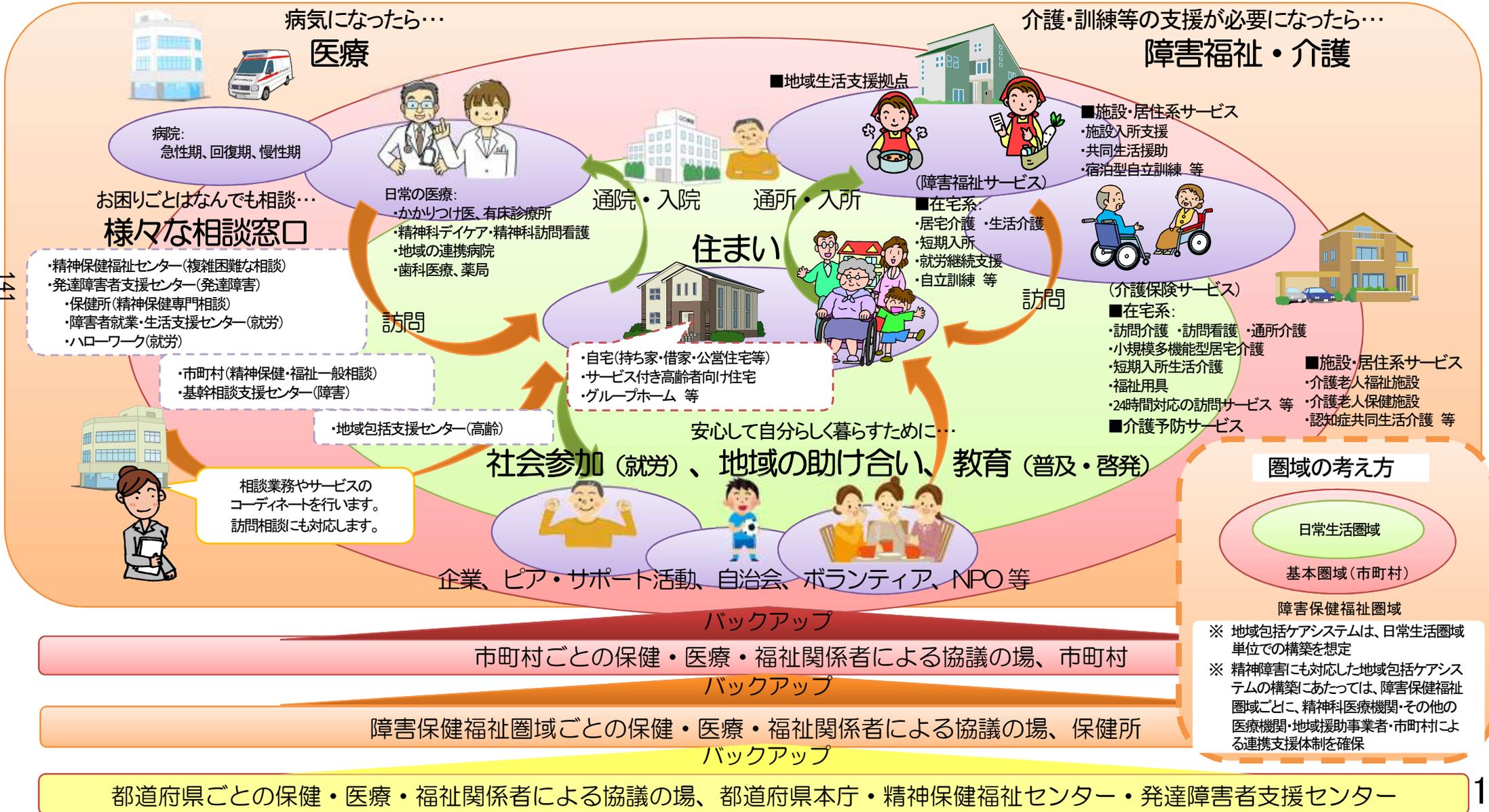
5 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進
について
《論点等》

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、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育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必要がある。
- 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、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していくことが必要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にかかる現状・課題等

現状・課題等

- 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、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育といった各分野の関係者が連携して支えていくことが必要である。
このため、厚生労働省では、これら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」の構築を推進している。
- 精神病床からの退院患者の退院後の行先としては、総数としては「家庭」が最も多いが、入院期間別では、入院期間が1年未満の方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、1年以上の方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めている。
- 入院している患者の退院先の希望は、自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族との同居が5割弱と最多であり、次いで、一人暮らしが約3割となっている。
- 精神病床からの退院者が退院後1年以内に再入院する率は約4割であり、退院後の地域生活において、必要な医療等による支援が途切れ、症状が再発することにより、地域で生活することが困難になることを防ぐ必要があることが指摘されている。
- 精神科医療機関に入院している者の退院を希望しない理由としては、退院後の居住や一人暮らしや家事への自信のなさ等があげられており、また、精神科医療機関における退院支援では、居住の場の検討や居住先の確保が困難な課題の一つとなっている。
- 精神障害者等の住宅確保要配慮に対する賃貸住宅の供給の促進として、住宅セーフティネット制度が運用されている。居住支援協議会の設立や居住支援法人の指定が進められており、居住支援法人においては、約6割が精神障害者への対応の実績があり、対応を得意としているところもある。なお、賃貸人の約7割が障害者の入居に対して拒否感を示しており、家賃の支払いや他の入居者・近隣住民との協調性、居室内での死亡事故等への不安を抱えている状況である。



課題への対応の方向性

- 精神障害者等が、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、住まいにかかる課題を関係者間で共有し理解をしながら住まいの確保を進めるとともに、日中の支援の他、夜間における緊急時の対応の充実を図る（論点1，論点2，論点6）。
- 地域生活への円滑な移行を推進するため、専門的見地からの相談対応に加え、地域移行支援事業所の実績に基づいた評価の充実を図る（論点3，論点4）。
- 地域生活における病状の変化等に早期に気づき、日常生活を維持する上で必要な支援を行えるよう、精神科医療機関との連携を強化する（論点5）。

関係団体ヒアリングにおける主な意見①（地域移行支援）

No	意見等の内容	団体名
1	○児童相談所及び市町村行政との役割整理を行い、相談支援事業所等で担う役割については地域移行支援として対応が行えるように、対象者の拡大が必要である。	全国地域生活支援ネットワーク
2	○地域移行支援を促進するためには、実績のある事業所をより評価することと新規の参入の推進が必要である。そこで、地域移行支援サービス費を三段階として、新たに1年3件以上の退院・退所等の実績がある事業者の評価をさらに高めること。	全国地域で暮らそうネットワーク
3	○高次脳機能障害等の精神科以外の一般科の入院者についても地域移行支援の対象者すること。	全国地域で暮らそうネットワーク 他 (同旨：日本相談支援専門員協会)
4	○地域移行支援において、現在、認められていない親元からの自立支援についても対象範囲に含めていくこと。	全国自立生活センター協議会
5	○年に2回、自治体を中心に施設や病院での地域移行調査を実施し、その意向を踏まえ、地域移行支援事業所に振り分け、支給決定前から訪問活動が行えるように報酬等を設けること。	全国自立生活センター協議会
6	○医療的ケアをコーディネートする仕組みを必須とし、地域の医療・福祉・介護と緊密に連携し、病棟で行われていたケアが地域移行後も継続されるよう、切れ目のない支援を行っていただきたい。	日本筋ジストロフィー協会
7	○超長期入院者の退院支援においては地域移行支援の柔軟な運用を。	全国精神障害者地域生活支援協議会
8	○「長期入院者の地域移行促進」という観点が薄いというため、「社会的入院」の解消という大命題をもっと鮮明に打ち出すべき。	全国精神障害者地域生活支援協議会
9	○都道府県が集団指導等により、地域移行の促進について指定事業者へ働きかけるように、事務連絡等を発出する必要がある。	日本相談支援専門員協会
10	○1年に複数件の退院・退所の実績がある一般相談事業者への評価をさらに高め、地域モデルとなる事業者を作る必要がある。	日本相談支援専門員協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見②（地域移行支援）

11	○18歳未満の障害児入所施設の入所児童への支援を対象とする必要がある。	日本相談支援専門員協会
12	○精神科病院に措置入院している患者の地域移行支援について、保健所等と連携して支援した場合には加算を創設していただきたい。	日本相談支援専門員協会
13	○地域移行を行いやすくするサービスや仕組みの新設（地域生活支援促進事業に「地域移行推進」のための仕組みを導入する等）	DPI日本会議

関係団体ヒアリングにおける主な意見③（自立生活援助）

No	意見等の内容	団体名
1	○退所後1年以上を経過した者や家族同居から急遽一人暮らしを開始した者についても、退院後1年以内の者と支援の必要量は変わらないことから、同等の評価をする必要がある。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：全国地域で暮らそうネットワーク)
2	○同行支援加算の算定方法について、ひと月に複数回の同行支援が必要な場合も多く、逆に全く必要のない月などもあるため、適切に評価するためには同行の有無ではなく、回数での評価をする必要がある。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：全国地域で暮らそうネットワーク)
3	○初めて障害福祉サービスを利用する場合や、急遽一人暮らしを開始した場合には、支援者と利用者が関係性の構築に数か月の期間が必要である場合が多いため初回加算は最低でも3か月間の算定を可能とする必要がある。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：日本相談支援専門員協会、全国地域で暮らそうネットワーク)
4	○矯正施設等からの退所者に対して自立生活援助を実施するにあたり、アセスメント、関係性の構築等より専門性の高い支援が必要であることから、専門職を配置し支援を行っている場合に加算等による評価が必要である。	全国地域生活支援ネットワーク 他 (同旨：全国地域で暮らそうネットワーク)
5	○自立生活援助の終結にあたっては、適切かどうかを市町村審査会において検討し、本人らしく生活していくための自立生活援助に代わる地域資源、インフォーマルサービス等の検討も含めた多角的な検証を義務付けることが必要である。	全国地域生活支援ネットワーク
6	○自立生活援助や地域定着支援の活用について指定事業者へ働きかけるように、事務連絡等を発出する。	日本相談支援専門員協会
7	○退所等後1年以上を経過した者への支援の業務量や質を適切に評価するために、基本報酬額を見直す必要がある。	日本相談支援専門員協会
8	○ひと月に複数回の同行支援を行った場合を適切に評価できるように、「同行支援加算」の算定方法について改定する必要がある。	日本相談支援専門員協会
9	○特に知的障害者の支援においては地域生活の中で1年を通して起こりうる様々な経験を積み重ねる必要があるため、1年では不足し2～3年の期間が必要な者もいるため標準機間を見直していただきたい。	日本相談支援専門員協会
10	○随時の通報による支援を深夜帯に行った場合を適切に評価する「(夜間)緊急時支援加算」を創設していただきたい。	日本相談支援専門員協会
11	○支援に見合った報酬が得られる仕組み、支援に要する時間や回数を考慮した仕組みをご検討いただきたい。	日本高次脳機能障害友の会

関係団体ヒアリングにおける主な意見④（地域定着支援）

No	意見等の内容	団体名
1	○地域定着支援の飛躍的な拡充を。	全国精神障害者地域生活支援協議会
2	○矯正施設等からの退所者に対して地域移行支援や地域定着支援を実施するにあたり、社会福祉士等の専門職を配置している場合に評価を行う「地域社会生活移行個別支援特別加算」創設していただきたい。	日本相談支援専門員協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見⑤（地域生活支援拠点）

No	意見等の内容	団体名
1	○地域生活支援拠点については、その大半が面的整備であることも考えると相談支援による調整機能が重要である。また、緊急時対応は必ずしも短期入所に限ったものではない。そこで、地域生活支援拠点等相談強化加算について、短期入所に限らず何らかの緊急対応を調整した際にも算定可能とすることを提案する。また、体験利用について宿泊型自立訓練も対象とするとともに、地域体制強化共同支援加算については「地域共生社会」実現の観点から、地域の社会資源（民生委員児童委員や地区社協、自治会など）と協働連携した際にこそ加算対象とすべき。	全国手をつなぐ育成会連合会
2	○第6期障害福祉計画における各自治体の地域生活支援等拠点事業の整備の推進に向けて、地域生活支援拠点等相談強化加算（700単位月4回）や地域体制強化共同支援加算（2000単位月1回）の月当たりの限度を外し、地域におけるコーディネート機能を強化することが必要である。	日本知的障害者福祉協会
3	○地域生活支援拠点を医療的ケア利用者にも対応させ、レスパイト入院、短期入所、緊急一時入院等、万が一の際の、患者の居場所を確保し、患者だけでなく家族の安心と健康を守っていただきたい。	日本筋ジストロフィー協会
4	○地域生活支援拠点の確保・整備を着実に進めるためにも、夜間休日を含む緊急時の受け入れ・対応に共同生活援助も積極的に関与する必要があるため、地域生活支援拠点に参画する共同生活援助については短期入所と同様に「緊急短期入所受入加算」「定員超過特例加算」を新設するよう要望する。	日本精神科病院協会
5	○地域体制づくりに対し、積極的な財政導入をしていただきたい。	全国精神障害者地域生活支援協議会
6	○地域生活支援拠点は、人口10万人に一箇所くらいの割合で整備するような予算（特に面的整備の充実）が必要。また、面的整備には、地域移行センター（仮称）に地域移行コーディネーター（仮称）が配置できる予算が必要であり、地域移行コーディネーターは、相談支援専門員研修を必須とし、追加研修を課すなどの検討が必要。	DPI日本会議

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進に係る論点

【再掲】 論点 1 夜間の緊急訪問・電話相談の評価（自立生活援助に係る報酬上の評価）

【再掲】 論点 2 地域生活支援拠点等の整備・機能の充実（短期入所、訪問系サービス、自立生活援助、地域定着支援に係る報酬上の評価）

【再掲】 論点 3 地域移行実績の評価（地域移行支援に係る報酬上の評価）

論点 4 可能な限り早期の地域移行支援（地域移行支援に係る報酬上の評価）

論点 5 医療と福祉の連携の促進（自立生活援助、地域定着支援に係る報酬上の評価）

論点 6 居住支援協議会及び居住支援法人と福祉の連携の促進（地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助に係る報酬上の評価）

(再掲) 【論点1】 夜間の緊急訪問・電話相談の評価

※障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第14回）資料3より一部改変

現状・課題

- 現行報酬上、対象者の状況等により夜間の緊急訪問や電話相談を行う場合があるが、現行報酬上の評価をしていない。
- 関係団体ヒアリングにおいては、夜間における緊急訪問や電話相談が生じた場合等についても適切に評価するよう要望がでている。

論点

- 自立生活援助の業務の適切な評価の観点から、夜間の緊急訪問・電話相談の評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 自立生活援助は、基本的なサービスである随時の訪問や電話相談は基本報酬において評価しているところであるが、特に業務負担が大きい深夜帯における緊急訪問や電話相談については、地域定着支援の緊急時支援費を参考に、加算で評価してはどうか。

＜参考＞自立生活援助
同行支援加算 500単位/月（外出を伴う支援を行った場合）

＜参考＞地域定着支援の緊急時支援費

- ・ 緊急時支援費（Ⅰ） 711単位/日（利用者の居宅等への訪問又は一時的な滞在による支援を行った場合に算定）
- ・ 緊急時支援費（Ⅱ） 94単位/日（深夜（午後10時から午前6時）における電話相談援助）

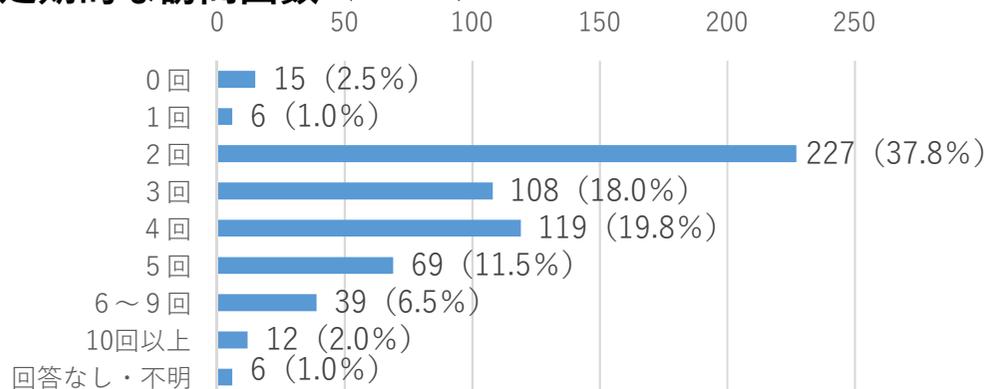
自立生活援助の業務の実施状況

(令和元年7月時点 自立生活援助事業所数136ヶ所、利用者数601人に対する支援状況)

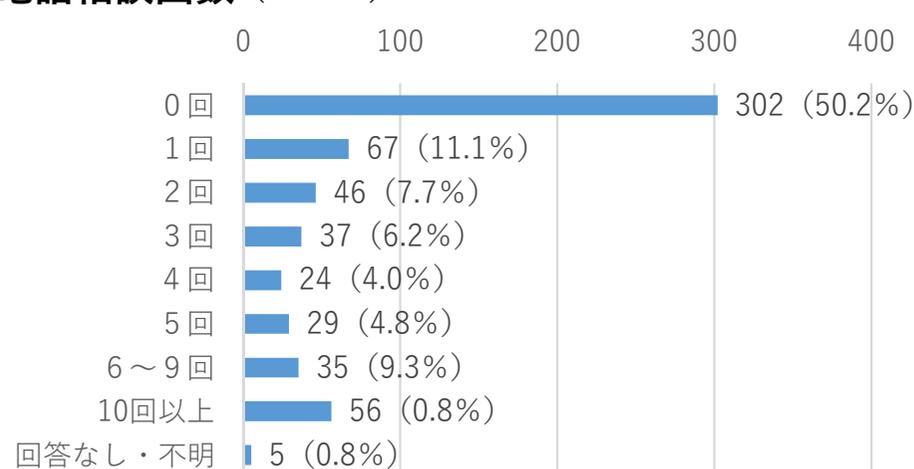
(定期・随時訪問)

(電話相談)

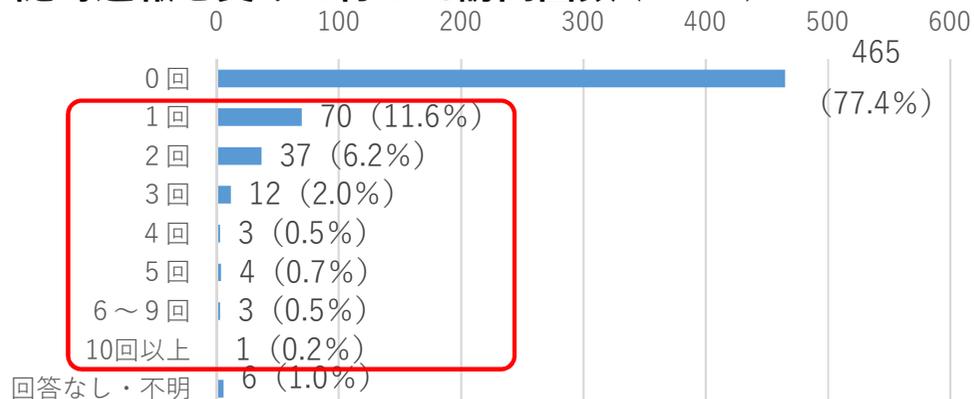
○定期的な訪問回数 (n=601)



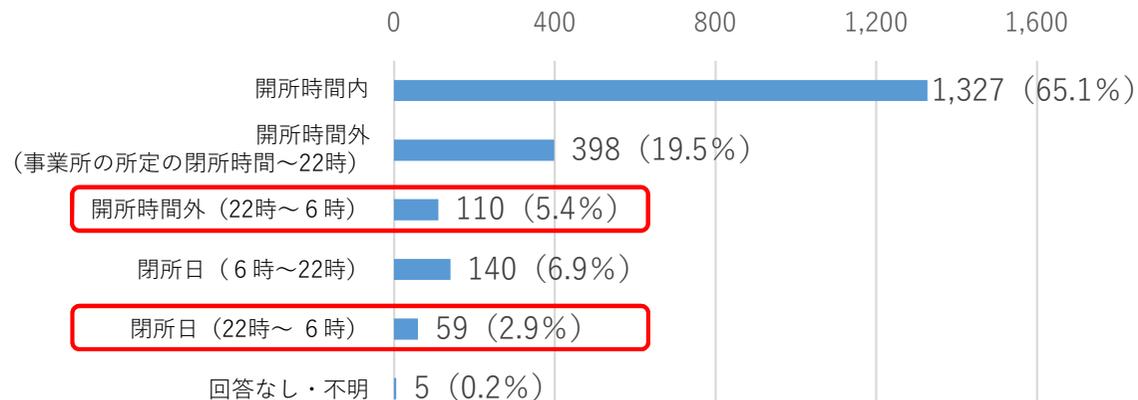
○電話相談回数 (n=601)



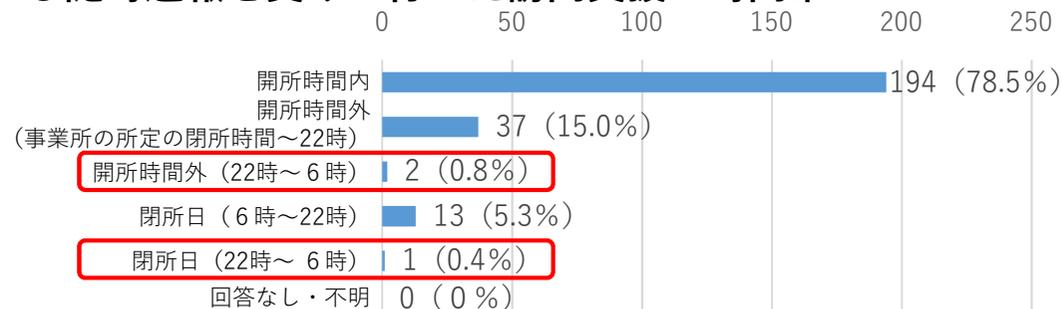
○随時通報を受けて行った訪問回数 (n=601)



○電話相談を行った時間帯 (n=2,039)



○随時通報を受けて行った訪問支援の時間帯 (n=247)



(再掲) 【論点2】 地域生活支援拠点等の整備・機能の充実

現状・課題

※障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第14回）資料5より

- 地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の生活を地域全体で支えるため、居住支援のためのサービス提供体制を、地域の実情に応じて整備するもの。
- 前回報酬改定においては、地域生活支援拠点等の機能の充実を図るため、①相談支援機能の強化、②緊急時の受入れ・対応の機能の強化、③体験の機会・場の機能の強化、④専門的人材の養成・確保等について報酬の充実を行った。
- 平成31年4月時点の調査では、令和2年度末時点で約1,400市町村で整備予定であるものの、一部市町村での整備が未定となっている。また、整備に当たっての課題として、障害者が在宅で生活する上での緊急時の対応についての体制整備が課題との声が多くあった。
- 第6期障害福祉計画に係る基本指針においては、「令和5年度末までの間、各市町村又は各圏域に1つ以上の地域生活支援拠点等を確保しつつ、その機能の充実」を図ることを掲げており、地域生活支援拠点の整備や機能の充実を図っていくことが必要。

論点

- 地域生活支援拠点等の整備や機能の充実を図る観点から、地域生活支援拠点等として、在宅の障害者の緊急時の短期入所の受入れや訪問対応を行う事業所の報酬について、どう考えるか。

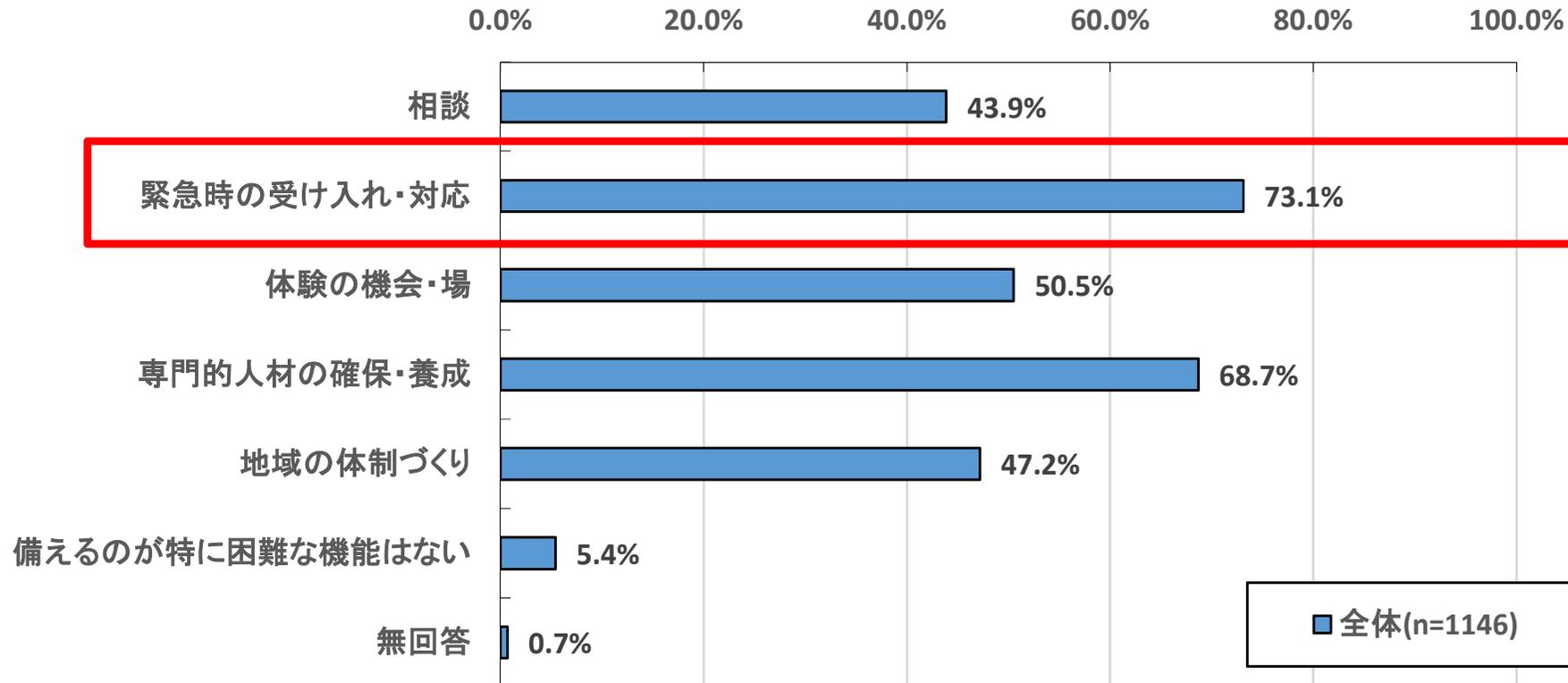
検討の方向性

- 市町村が地域生活支援拠点等として位置づけた短期入所事業所や緊急対応を行う訪問系サービス、自立生活援助、地域定着支援事業所について、地域生活支援拠点等としての役割を評価し、一定額の加算を検討してはどうか。
- 特に、短期入所事業所については、緊急時の受け入れ先を十分に確保する観点から、市町村が地域生活支援拠点等として位置づけた短期入所事業所におけるサービスについて、緊急対応した場合に限らず一定額を加算する方向で検討してはどうか。

地域生活支援拠点等の整備に関する実態調査 (令和元年度障害者総合福祉推進事業)

○ 令和元年10月1日時点における拠点等の整備状況について「未整備」と回答した市町村を対象として、備えるのが特に困難な機能をみると、「緊急時の受け入れ・対応」が73.1%で最も多く、次いで「専門的人材の確保・養成」が68.7%の順で多かった。

備えるのが特に困難な機能【令和元年10月1日時点で「未整備」】【複数回答】



(再掲) 【論点3】 地域移行実績の評価

※障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（第14回）資料3より

現状・課題

- 地域移行支援は入所施設や精神科医療機関等から地域生活への移行を支援するサービスであり、障害者の地域移行を推進する観点から更に取組を進めていく必要がある。
- 平成30年度報酬改定では、前年度に1人以上の地域移行があった事業所に対する報酬を新たに設定したところであるが、団体ヒアリングにおいて、地域移行実績が複数人以上の事業所に対する更なる評価について要望がでていいる。
 - ・ 地域移行支援サービス費（Ⅰ） 3,059単位/月（社会福祉士、精神保健福祉士等の配置及び前年度1人以上の地域移行実績）
 - ・ 地域移行支援サービス費（Ⅱ） 2,347単位/月（上記以外）

論点

- 地域移行支援の取組の推進や地域移行に向けたインセンティブを高めるため、地域移行実績の更なる評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 前年度の地域移行実績が特に高いと認められる事業所について、更なる評価を検討してはどうか。

<参考1> 平成29年度地域移行支援事業所の地域移行者数（実績）

地域移行者数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
事業所数	293	128	51	22	11	6	3	4	2	2	1	0	0	1
割合	55.9	24.4	9.7	4.2	2.1	1.1	0.6	0.8	0.4	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2

注：平成29年度中に1か月でも地域移行支援のサービス提供実績がある事業所における地域移行者数の実績である

出典：平成30年度厚生労働科学研究「障害者の地域移行及び地域生活支援のサービス実態把握に関する調査」

<参考2> 地域移行支援サービス費の請求事業所数の状況

⇒ 地域移行支援サービス費（Ⅰ）の割合は増加
 (H30.4) 44.5% (H31.4) 50.5% (R2.4) 60.3%

	H30.4	H31.4	R2.4
イ 地域移行支援サービス費（Ⅰ）	142	188	161
ロ 地域移行支援サービス費（Ⅱ）	177	184	106
	319	372	267

【論点4】可能な限り早期の地域移行支援

現状・課題

- 「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7日厚生労働省告示第65号）の基本的な方向性として、「入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する。」と示されている。
- 上記の観点から第6期障害福祉計画においても、精神病床における入院後3ヶ月時点・6ヶ月時点・1年時点の退院率について、目標値を定めることとされている。
- 「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）において、早期の退院に結びつけるとともに、地域生活へ移行した際、必要な医療等による支援が途切れ、症状が再発することにより、地域で生活することが困難になることを防ぐ必要があることが指摘されている。

論点

- 入院後早期における地域移行支援及び地域移行の実績の評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 地域移行支援では退院・退所月加算により、退院・退所等をする月において地域生活への移行に向けた集中的な支援を実施し、当該月に退院・退所した場合が評価されているところ、精神障害者等に対する可能な限り早期の地域移行支援を推進する観点から、入院後1年以内に退院・退所する場合については、更に加算で評価してはどうか。

<参考>地域移行支援の集中支援加算

集中支援加算 500単位/月（利用者との対面による支援を1月に6日以上実施した場合）

<参考>地域移行支援の退院・退所月加算

退院・退所月加算 2,700単位/月（精神科病院等から退院・退所等をする日が属する月）に、地域移行支援を行った場合）

精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について 地域との連携等により可能な限り早期の地域移行・地域定着を行っている医療機関の取組事例

- 精神科医療機関において早期の地域移行・地域定着を図るための取組がなされている。
- 取組の内容は関係機関や**障害福祉等サービス事業所との情報共有や連携調整に係るものが多い。**

入院初期

- 行政、福祉機関等との情報共有により入院の経緯、生活環境等のアセスメントを実施
- 入院の経緯、キーパーソン、退院先や入院期間等の病院内他職種での共有
- 長期化リスクの評価
- **地域援助事業者紹介の検討**
- 環境調整、リハビリテーションの導入、退院後の生活を意識した支援体制づくり

入院中期

- 入院1ヶ月時点での地域移行の進捗状況の全職種での共有、ボトルネックの把握と解決策検討
- **院内に「地域移行推進委員会」をつくり、各部署から代表者が参加し、個別給付利用促進、グループホームの状況確認を実施**
- 作業療法士が中心となり1クール8回で心理教育を開催
- ピアサポーターも参加する気分障害、不安障害むけのグループワーク

退院前

- **地域援助事業者との同行訪問にて退院前訪問指導を実施**
- 支援計画の見直し、クライシスプランの作成
- クライシスプランをシェアハウス管理人やデイケア職員、訪問看護ステーション職員等の地域支援への説明に活用
- 退院促進プログラム「まなび（OTプログラム）」を実施
- 買い物訓練、生活技能訓練、服薬自己管理、料理等の実施
- 入院中のデイケア体験利用による職員との顔つなぎの実施

退院後

- 全患者の医療・リハビリの継続状況、指定障害福祉サービスの訓練状況等の情報共有を一元管理し、必要な対策、介入方法を検討
- 精神保健福祉士等による家族も含めた相談支援の継続
- 病棟看護師による訪問看護や訪問看護ステーション看護師の訪問同行
- 地域コミュニティと病院職員が共同で患者宅を訪問し地域が患者を見守り支援する定着支援活動を実施

地域との関係性構築のために日頃から行っていること

- 保健医療・介護事業者との意見交換会
- 地域家族会との意見交換会
- 地域包括支援センターとの地域ネットワーク会議
- 地域住民に対する障害啓発セミナー
- 障害者の雇用促進のためのセミナー
- 賃貸住宅の大家や不動産業者に向けた精神障害やその特性及び契約にあたっての留意点等に関する説明会・勉強会
- 地域の有志に対する苦情相談や虐待相談に関する第三者委員への就任依頼

その他の工夫

- 入院相談時からの退院を見据えた情報収集、退院先の希望確認
- 家族との距離が離れないように面会を奨励（患者への陰性感情のある家族に対しては対応の仕方のアドバイス等の家族支援を実施）
- ピアスタッフの体験発表

【論点5】医療と福祉の連携の促進

現状・課題

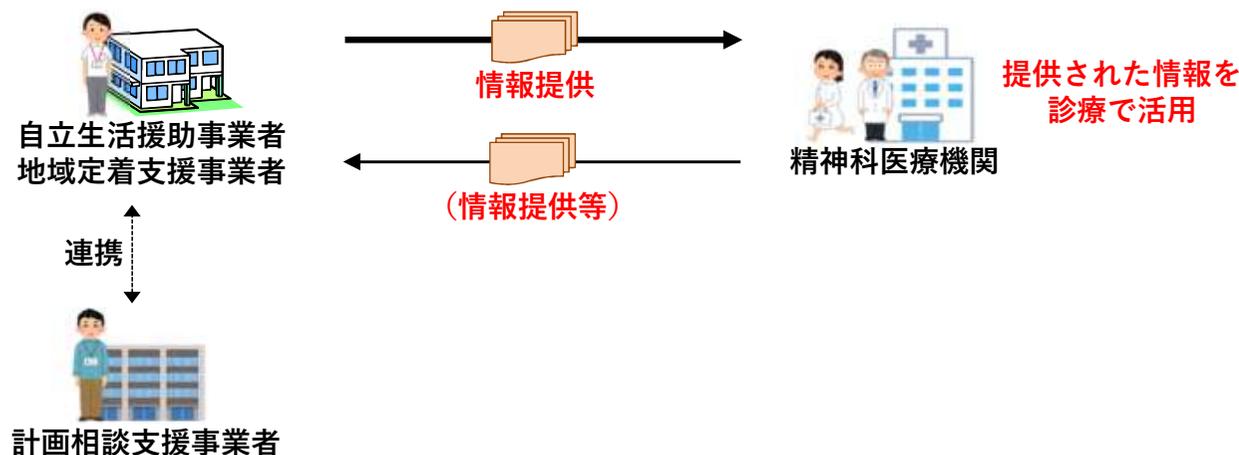
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。
- 精神障害者の危機等に対処できるように、自立生活援助事業者や地域定着支援事業者と精神科医療機関とが、日常生活を維持する上で必要な情報について連携することが求められているが、現行報酬上、評価されていない。
- 関係団体ヒアリングにおいては、医療機関で行われていたケアが地域移行後も継続されるよう、地域の医療・福祉・介護と緊密に連携し、切れ目のない支援を行うことを適切に評価するよう要望がでている。

論点

- 保健医療福祉等の日常生活を維持する上で必要な情報の連携の更なる推進を図る観点から、自立生活援助事業者や地域定着支援事業者と精神科医療機関との情報連携についてどう考えるか。

検討の方向性

- 自立生活援助事業者及び地域定着支援事業者において、日常生活を維持する上で必要な情報を精神科医療機関に対して情報提供した場合を、加算で評価してはどうか。その際、計画相談支援事業者との共同に留意することとしてはどうか。



地域連携パスの例（入院中）

本人	入院中						日常生活	
	入院初期			入院中期		入院後期	通院初期	地域生活期
イベント (目的)	インテークの実施 (入院前の生活情報の共有)	本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)	アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性の判断を開始)	多職種による情報共有 (多職種(チーム)での情報共有)	退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理及び共有 (退院に向けたニーズ整理)	地域生活に移行するうえで必要な事項の最終準備 (スムーズな地域生活への移行)	退院後の支援スタッフの確認 (関係者間の連絡窓口の確認)	医療と福祉の継続的な連携による包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め)
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○本人及び家族の希望の聞き取り	 医師の介入重要度が高いポイント ○多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始 ※入院中、適宜判断を見直すことを前提とする	○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応じた多職種カンファレンスの開催 ○相談支援事業等の利用に向けた申請等の支援	○退院後の医療ニーズ・生活ニーズの整理 ○生活ニーズに応じた支援(トレーニングや体験の場の創出等)の展開	○退院日の共有 ○危機的場面に備えた準備 ○退院前訪問の効果的な実施 ○退院前カンファレンス等による退院後の生活の最終調整 ○サービス等利用計画(案)、退院後の支援計画の立案	○退院後の支援チーム(各担当)の確認・共有	○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
医療機関	<input type="checkbox"/> 社会資源利用状況 <ul style="list-style-type: none"> ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 ・入院前から介入していた機関 <input type="checkbox"/> 生活状況 <ul style="list-style-type: none"> ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借金等) <input type="checkbox"/> 家族 <ul style="list-style-type: none"> ・家族構成、家族関係 <input type="checkbox"/> 医療情報 <ul style="list-style-type: none"> ・入院、既往歴、通院歴、今回入院の経緯 <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡状況確認	<input type="checkbox"/> 入院時カンファレンス <input type="checkbox"/> 本人との関係づくり <ul style="list-style-type: none"> ・本人の退院後の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・帰住先 ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 <input type="checkbox"/> 家族との関係づくり <ul style="list-style-type: none"> ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供 	<input type="checkbox"/> 包括的な支援の必要性の判断(退院後支援ニーズに関するアセスメント) <ul style="list-style-type: none"> ・包括的な支援の対象かどうかを確認 →医師を含めた病院スタッフ等により、包括的な支援が必要か判断し、相談支援事業所と情報を共有 	<input type="checkbox"/> 電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた情報共有(必要に応じて、カンファレンスでの情報共有(外部含む)) <input type="checkbox"/> 相談支援事業利用の確認、申請支援 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、申請を支援 ・情報提供(制度、サービス、相談支援事業所など) 	<input type="checkbox"/> 退院後の医療ニーズの共有・支援(退院指導の実施) <ul style="list-style-type: none"> ・心理教育 ・デイケア等の試験参加 ・家族教室 ・外出、外泊の設定 ・退院前訪問 ・服薬管理 ・栄養管理 	<input type="checkbox"/> 退院後のサービス利用申請支援(必要な場合) <input type="checkbox"/> カンファレンスの実施(外部含む) <ul style="list-style-type: none"> ・地域資源との連携確認 ・病診連携(通院先に応じて) ・訪問看護、デイケア <input type="checkbox"/> 退院後の支援計画を立案する	<input type="checkbox"/> 通院などで生活状況の確認 <input type="checkbox"/> 退院後訪問 <input type="checkbox"/> 情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・通院診療所、デイケア、訪問看護 <input type="checkbox"/> モニタリング <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 <input type="checkbox"/> 各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	
関係	▼情報提供依頼 ▲情報提供	▼情報提供依頼 ▲情報提供	▲情報提供	◀情報共有	▼カンファ呼びかけ ▲参加 ◀情報共有	◀情報共有・連携		
相談支援事業所	<input type="checkbox"/> 社会資源利用状況 <ul style="list-style-type: none"> ・利用している公的な支援(サービス等利用計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 <input type="checkbox"/> 社会資源の情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活地域の支援事業者情報等 <input type="checkbox"/> 生活状況 <ul style="list-style-type: none"> ・住環境、生活パターン ・本人の思い <input type="checkbox"/> 家族 <ul style="list-style-type: none"> ・家族構成・家族関係 ・家族の思い <input type="checkbox"/> 交友・交流関係 <input type="checkbox"/> 他の機関への連絡状況 <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関への連絡、医療機関への情報提供 	<input type="checkbox"/> 情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供(障害福祉サービスに係る社会資源、他) <input type="checkbox"/> 要望の伝達 <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・退院前訪問を行う場合の事前連絡の希望 	<input type="checkbox"/> 状況確認 <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業対象者の状況確認 ・院内カンファレンスや院内における進捗状況など内容把握 <input type="checkbox"/> 本人・家族との面接(可能な場合) <ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポーターの派遣 <input type="checkbox"/> カンファレンスへの参加 <input type="checkbox"/> 相談支援事業利用申請支援	<input type="checkbox"/> 退院後の生活ニーズの共有・支援(退院に向けた支援) <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供 ○体験外泊、外出 ○日中活動先の同行支援、情報提供 ○居住の場の確保 ○金銭管理担当とのマッチング 	<input type="checkbox"/> 退院に向けた事前準備 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 ・関係機関との情報共有 	<input type="checkbox"/> 申請・受付 <input type="checkbox"/> カンファレンスの実施(場合によりサービス担当者会議を兼ねる) <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用状況を踏まえ退院後の通院先、日中活動の場等について検討 ・サービス等利用計画(案)の作成 <input type="checkbox"/> 退院後の各担当者の確認	<input type="checkbox"/> 計画に基づきサービスの実施 <input type="checkbox"/> 日頃の思いの確認 <ul style="list-style-type: none"> ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 <input type="checkbox"/> 地域生活のニーズの確認 <ul style="list-style-type: none"> ・情報提供のためのデータのみまとめ <input type="checkbox"/> 情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供事業者 ・行政 <input type="checkbox"/> モニタリング <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 <input type="checkbox"/> 各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加	

地域連携パスの例（通院中）

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包括的な支援を必要とする方を想定しています

本人	通院中					
時期(目安)	通院初期		通院期間中	サービス利用申請(※必要な場合のみ)	日常生活	
イベント (目的)	インテークの実施 (日常の生活情報の共有)	本人(家族) との関係づくり (信頼関係の構築)	アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性 の判断を開始)	生活ニーズの整理及び それを踏まえた支援の展開 (サービス利用に向けたニーズ整理)	相談支援事業の利用支援或いは見直し (サービス等利用計画の作成)	医療と福祉の継続的な連携による 包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め)
おさえる項目	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○本人及び家族の希望の聞き取り	 医師の介入重要度 が高いポイント ○多職種による包括的な支 援の必要性の判断の開始	○日常生活における生活ニーズの整理 ○日常的な情報のやり取り、或いは必要に応 じた多職種カンファレンスの開催 ○生活課題に応じた支援(トレーニングや体 験の場の創出等) の展開	○相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた 支援の展開	○精神科医療機関へのモニタリング結果のフィ ードバック ○地域生活期におけるニーズに応じた支援方針 の見直し・共有 ○地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及 び関係性を活かすための準備
医療機関	□社会資源利用状況 ・ 経済 ・ 生活 ・ 相談支援事業の利用状況 ・ 相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 ・ 生育歴(学歴、交流関係等) ・ 生活状況(住宅、交通等) ・ 経済状況(就労状況、借金等) □家族 ・ 家族構成、家族関係 □医療情報 ・ 入院、既往歴、通院歴、今回受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□本人との関係づくり ・ 本人の生活希望を確認(生活場 所やスタイル、夢など) ・ 不安事項 ・ 支援者(家族、その他の機関) ・ 公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・ 不安事項、希望の確認 ・ 公的支援などの情報提供	□包括的な支援の必要性の 判断 ・ 包括的な支援の対象かど うかを確認 → 医師を含めた外来医 療スタッフ等により、 包括的な支援が必要 か判断し、相談支援事 業所と情報を共有	□生活ニーズに対応した指導 ・ 金銭管理 ・ 服薬管理 ・ 栄養管理 ・ 心理教育 ・ 家族教室 ・ デイケア等の試験参加	□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた 情報共有 □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・ 本人の声(意思、希望やニーズ) を確認し、 申請を支援 ・ 情報提供 □サービス担当者会議等への参加	□外来時等における生活状況の確認 □情報共有 ・ 精神科病院・通院診療所、デイケア、 訪問看護 □モニタリング ・ 訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加
関係	▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供	▼ 情報提供依頼 ▲ 情報提供		◄ 情報共有 ► ◄ 会議招集・参加 ►	◄ 情報共有・連携 ►	
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・ 利用している公的な支援(サービス等利用 計画等の情報提供) ・ 利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・ 本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・ 住環境、生活パターン ・ 本人の思い □家族 ・ 家族構成・家族関係 ・ 家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への状況連絡 ・ 関係機関への連絡、医療機関へ情報提供	□情報共有 ・ 相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・ 包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供 (障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・ カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望	□状況確認 ・ 相談支援事業対象者の状況確認 ・ カンファレンスや外来医療における進捗状況など内容把握 □カンファレンスへの参加 □本人・家族との面接(可能な場合) ・ ピアサポーターの派遣 □相談支援事業利用申請支援 ・ サービス等利用計画(案) 作成に向けたアセスメントの実施 □サービス担当者会議の開催 □サービス等利用計画(案) の作成	□計画に基づきサービスの実施 □日頃の思いの確認 ・ 希望や思い ・ 関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・ 情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・ サービス提供事業所 ・ 行政 □モニタリング ・ 訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加		

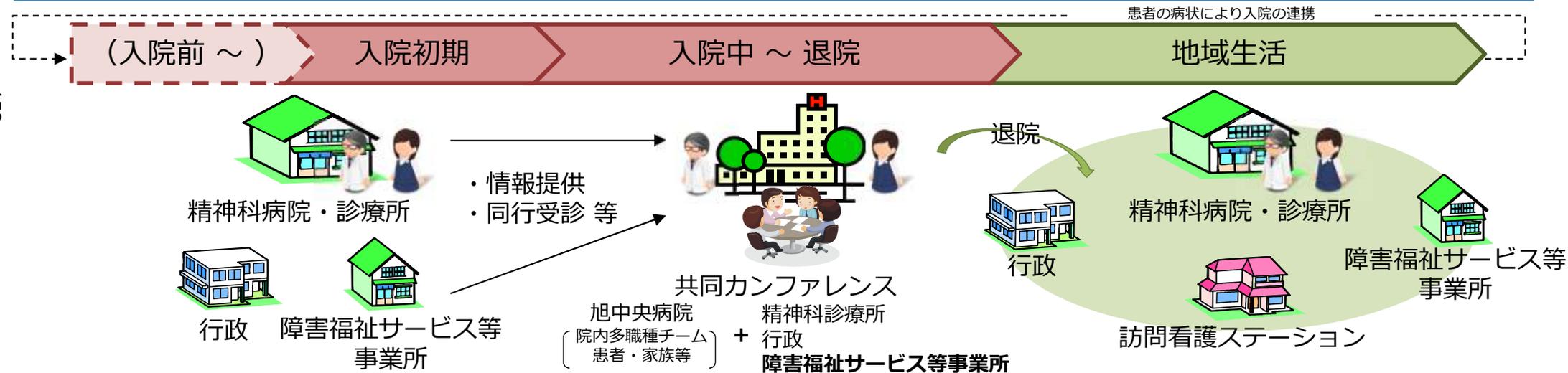
精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について

精神科入院医療機関と関係機関間の連携の事例

- 精神医療の実態として、入院前、入院中、退院前、退院後の切れ目のない連携支援が行われている。
- 多職種、多機関連携による共同支援が、精神疾患を有する患者の地域移行及び地域定着に重要な役割を果たしている。

精神科病院・診療所等との退院後を見据えた共同の取組（旭中央病院）

- 入院相談時より地域連携を意識し、精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等との情報共有・アセスメントをし、退院後に必要な支援について検討、退院に向けた連携体制を構築する等ケースマネジメントを実施。
- 入院中に退院支援の進捗状況を確認し、必要に応じて患者に関わる全ての職種がカンファレンスに参加。
- 退院前に、地域で関わる関係者（退院後に通院する精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等）を参集し、共同カンファレンスを実施し、個人のニーズに応じたサービスが提供されるよう退院後の療養に係る診療計画の策定・確認やクライシスプランを作成。
- 退院後に通院する精神科病院・診療所は、本人の状況に応じ、地域のネットワークを見直し、構築。



- ・ 精神科病院・診療所、行政、**障害福祉サービス事業所等との情報共有**
- ・ 利用しているサービスの利用状況及び療養状況の確認
- ・ 退院後に必要な支援の検討、連携体制の構築

- ・ 院内多職種チーム会議（医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師）の開催、定期的な評価
- ・ 精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等と共同カンファレンスの開催
- ・ 退院後の療養に係る診療計画策定、クライシスプラン作成

- ・ 外来診療の継続、患者の病状により入院の連携
- ・ 医師、看護師、精神保健福祉士等による包括的支援マネジメント
- ・ 患者の病状に応じて、地域の連携体制の見直し・構築
- ・ **地域の関係機関（行政、障害福祉サービス等事業所、訪問看護ステーション等）のフォロー、情報共有**

【論点6】 居住支援協議会や居住支援法人と福祉の連携の促進

現状・課題

- 入院している患者の退院先の希望は、「自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族との同居」が最多である。自宅もしくはアパートなどでのひとり暮らしの希望は「入院前に住んでいた自宅もしくはアパートなどでひとり暮らし」「賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし」を合わせると約3割にのぼり、家族との同居に次いで多い。
- 精神科医療機関における特に困難な退院支援業務等として「居住の場の検討と居住先の確保」が最も多い。
- 住宅確保要配慮者の入居に関しては賃貸人の約7割が障害者に対して拒否感があるとしている。また、入居制限をする理由としては、「家賃の支払いに対する不安」「他の入居者・近隣住民との協調性に対する不安」「居室内での死亡事故等に対する不安」が上位となっている。
- 居住支援法人に関しては、約6割の法人に精神障害者への対応実績があり、最も得意とする対象者を精神障害者としている法人は、高齢者、生活保護受給者に次いで多い。

論点

- 精神障害者等の居住先の確保及び居住支援を充実する観点から、居住支援協議会又は居住支援法人と地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者との連携体制についてどう考えるか。

検討の方向性

- 居住支援協議会や居住支援法人との連携により、地域移行支援における居住の場の検討と居住先の確保を促進するとともに、居住支援の充実を図ることにより安心して地域で暮らせる環境整備を推進するため、地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者が居住支援協議会や居住支援法人と、概ね月に1回以上、情報連携を図る場を設け、情報共有等をすることを評価してはどうか。
- 地域相談支援事業者や自立生活援助事業者において、居住支援法人と共同して、利用者に対して在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、障害者総合支援法に基づく協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における保健・医療・福祉等関係者による協議の場に対し、居住先の確保及び居住支援に係る課題を文書等により報告することを評価してはどうか。

<参考> 計画相談支援の入院時情報連携加算

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位/回（病院等に入院するに当たり、当該病院等の職員に必要な情報を面談以外の方法で提供した場合）

<参考> 計画相談支援の地域体制強化共同支援加算

地域体制強化共同支援加算 2,000単位/月（地域生活支援拠点等であって、福祉サービス等を提供する3者以上の事業者と共同して、在宅療養上必要な説明及び指導を行った上で、協議会に対してその内容を報告した場合）

居住支援体制の構築

- 精神障害者等の居住支援について先駆的な取組を行っている地域の居住支援法人等、自治体、福祉関係者等に対するヒヤリング結果から、居住支援体制の構築のポイントとして、以下の内容が挙げられている。

居住支援体制の構築のポイント

○ 本人と支援者との間の関係性（基本的信頼関係）の構築

- 地域活動支援センター等を活用し、本人と支援者が「顔なじみ」の関係、「顔の見える関係」になることで、相互の信頼関係を構築することが重要である。

○ 多くの支援者が対応する支援ネットワークの構築

- 精神障害者は、医療だけでなく、就労、住まいの確保、金銭管理など多様な課題を抱えている。複数の支援者が、協力して支援にあたる「みこし」型の支援が必要である。

○ 貸主や宅建業者との関係構築

- 大家業や不動産管理業者は、入居者の普段の様子を様々なルートで知る機会がある。家賃滞納は入居者の生活に何らかの変化が生じたことの表れと考えられ、家賃滞納に真っ先に気づく貸主や宅建業者からは、重要な情報が得られる。貸主や宅建業者等事業者は支援ネットワークの重要な一員である。

○ 成年後見制度の活用や弁護士、司法書士等との関係構築

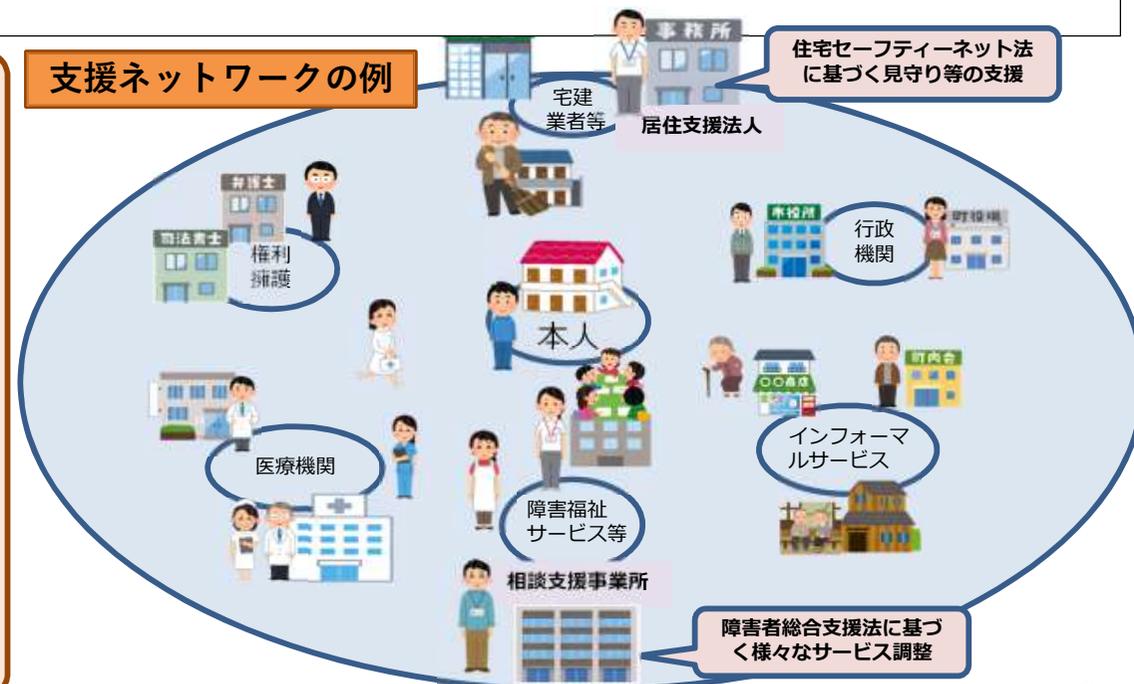
- 成年後見制度の活用を通じて、弁護士、司法書士等の専門家に支援ネットワークに加わってもらうことにより、財産管理や賃貸借契約に係る保証等、権利擁護と様々な課題への対応が可能になる。



入院や施設入所している精神障害者の方が、退院・退所後などに地域で暮らし始めるにあたり、住まいを確保する際のポイント等を福祉事業者が理解する等、福祉事業者と貸主・宅建業者の相互理解を進め、居住確保につながるものとして作成。

- 冊子を用いることで下記のことができ、精神障害者の方の住居の確保が促進される。
- ✓当事者に対するわかりやすい情報提供
- ✓貸主・宅建業者に対する、受入促進につながる情報提供
- ✓貸主・宅建業者の不安を理解した上での住まい探し

支援ネットワークの例



医療観察法処遇対象者に対する住まい確保を通じた地域課題の解決事例

- 医療観察法処遇対象者に対する住まいの確保の経験から、障害者の居住確保が困難であるという地域課題を協議の場を通じて、明確化した上で、医療と福祉の関係者が、地域の住宅関係者と問題を共有。
- 「生活サポートシート」の作成により、賃貸者の不安を解消し、障害者の住まいの確保を実践。

個別事例の対応

【事例概要；Aさん】

- 30歳女性、統合失調症、精神症状は安定し就労意欲あり。
- 医療観察法の指定入院医療機関からの退院に際し、**アパートでの一人暮らしを希望**。
- 住まい探しをするが、**医療観察法処遇対象者を理由に、賃貸主から断られる**等、住まいが見つからない。
- 本人を中心に医療と福祉の連携はとれているが、住まい探しがうまくいかず退院とその後の地域生活につながらない。

【協議の場での地域課題の抽出】

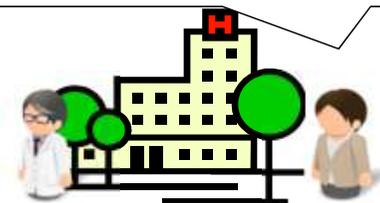
- **住まいの確保が困難となる事例の経験から、協議の場で障害者の住まいの確保に関する調査**した結果、精神障害以外の障害でも同様の困難さがあった。



【協議の場での解決策の検討・実践】

- 障害各分野の従事者や**当事者のほか、地域の宅建協会や民生委員で問題を共有**。
- 不動産会社や賃貸者、地域住民の**不安や心配事を抽出**。
- “どうすれば住まいの確保が可能となるか”を**率直に意見交換**。
- 「生活サポートシート」の作成及び地元の大学の福祉人材育成の一貫として大学生を中心に賃貸者向け動画を作成（協議会との合作）。

- 統合失調症の症状も安定してきた。
- **アパートで一人暮らしをしたい**。
- 就労もしたい。



- 障害者の方（医療観察法処遇対象者）を受け入れるのは不安。心配事もある。



- 住まいの確保は障害者にとって困難になっているようだ。

- 当事者の方や住まいの関係者、民生委員と共有し、話し合ってみよう。



- 当事者の方の生活をサポートできて関係者でも共有できるシートを作成しよう。



課題の共有と解決

協議の場での課題解決の効果

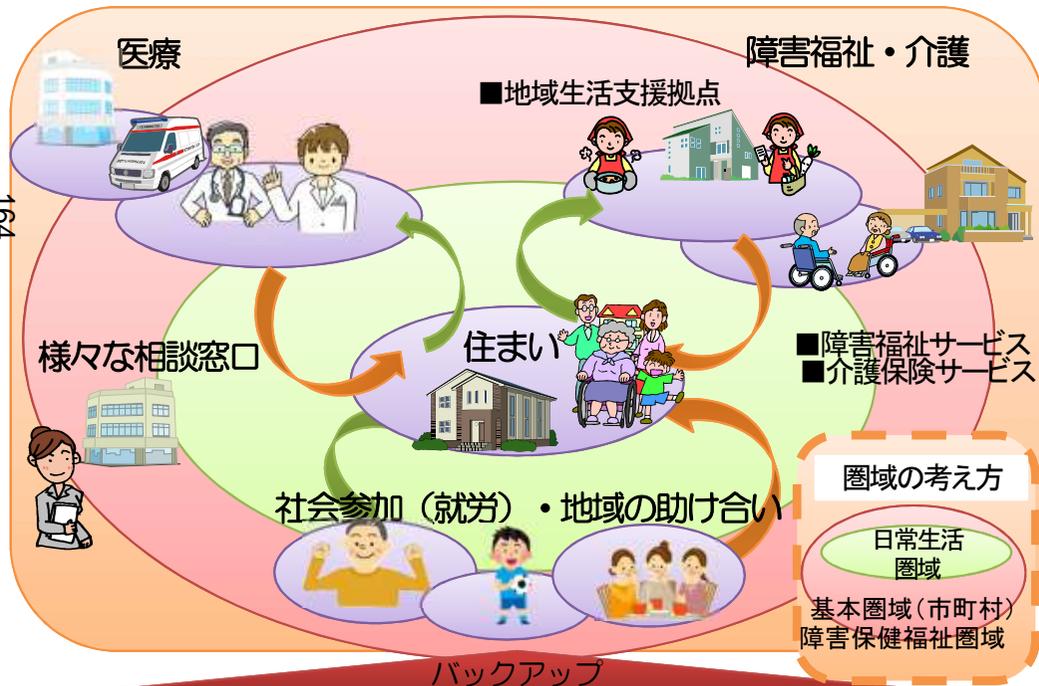
- ✓ 「生活サポートシート」を地域で標準的に活用、賃貸者の不安が解消され**障害者の住まいの確保が円滑**になった。
- ✓ 協議の場の活用により住まいの関係者と医療、保健、福祉関係者が**顔の見える関係となり連携**がしやすくなった。
- ✓ Aさんの住まい確保もでき、就労移行支援を経て一般就労し、地域で自分らしく楽しく生活している。

參考資料

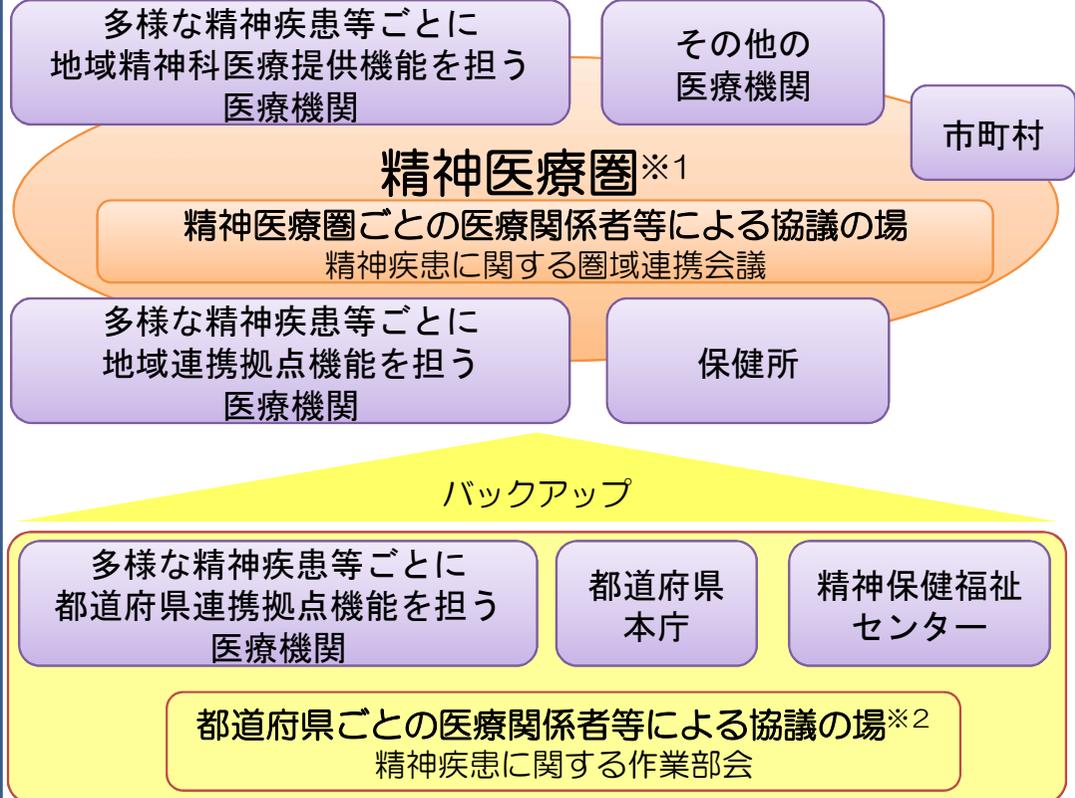
精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 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。
- 2020年度末、2024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

第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はR3～5年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行
- ・ 発達障害者支援の一層の充実
- ・ 障害者による文化芸術活動の推進
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

3. 成果目標(計画期間が終了するR5年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数 316日以上(H28年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に (H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%、6ヵ月後 86%、1年後 92% (H28年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・ 一般就労への移行者数: R元年度の1.27倍
うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・ 難聴児支援のための中核機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・ 医療的ケア児支援の協議の場(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化【新たな項目】

- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

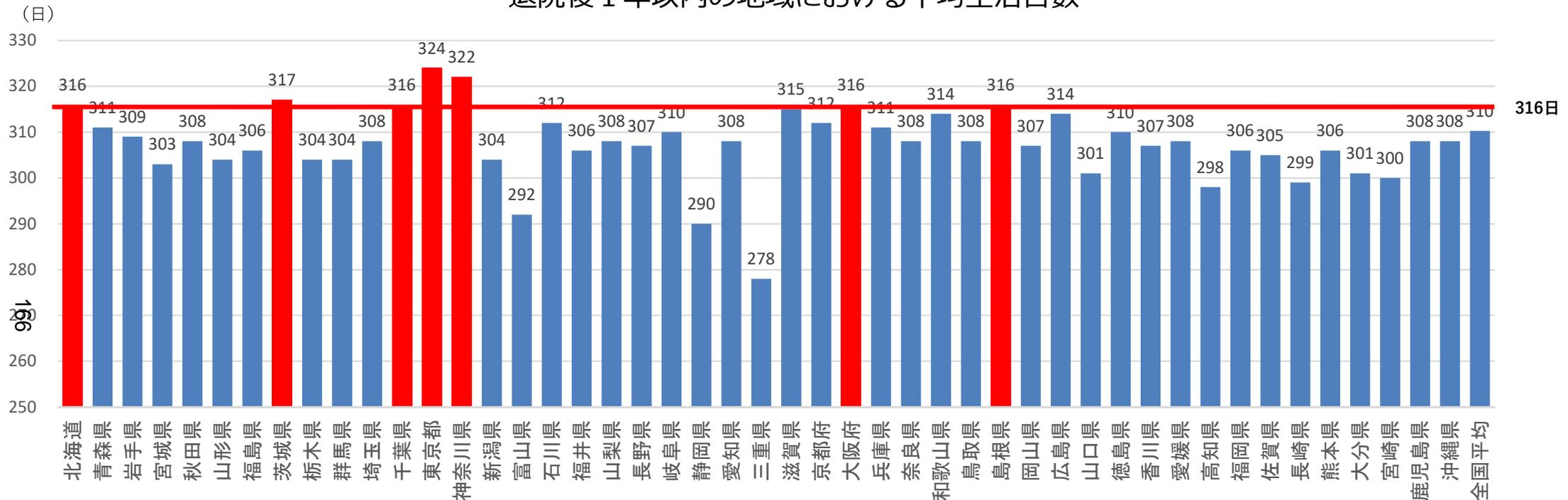
⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数について

第 6 期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値（316日以上）を基本とする。

都道府県別 2016年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）
退院後1年以内の地域における平均生活日数



具体的な計算式

2016年精神障害者の精神病床から退院後
1年以内の地域での平均生活日数

2016年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）
の退院日から1年間の地域生活日数の合算

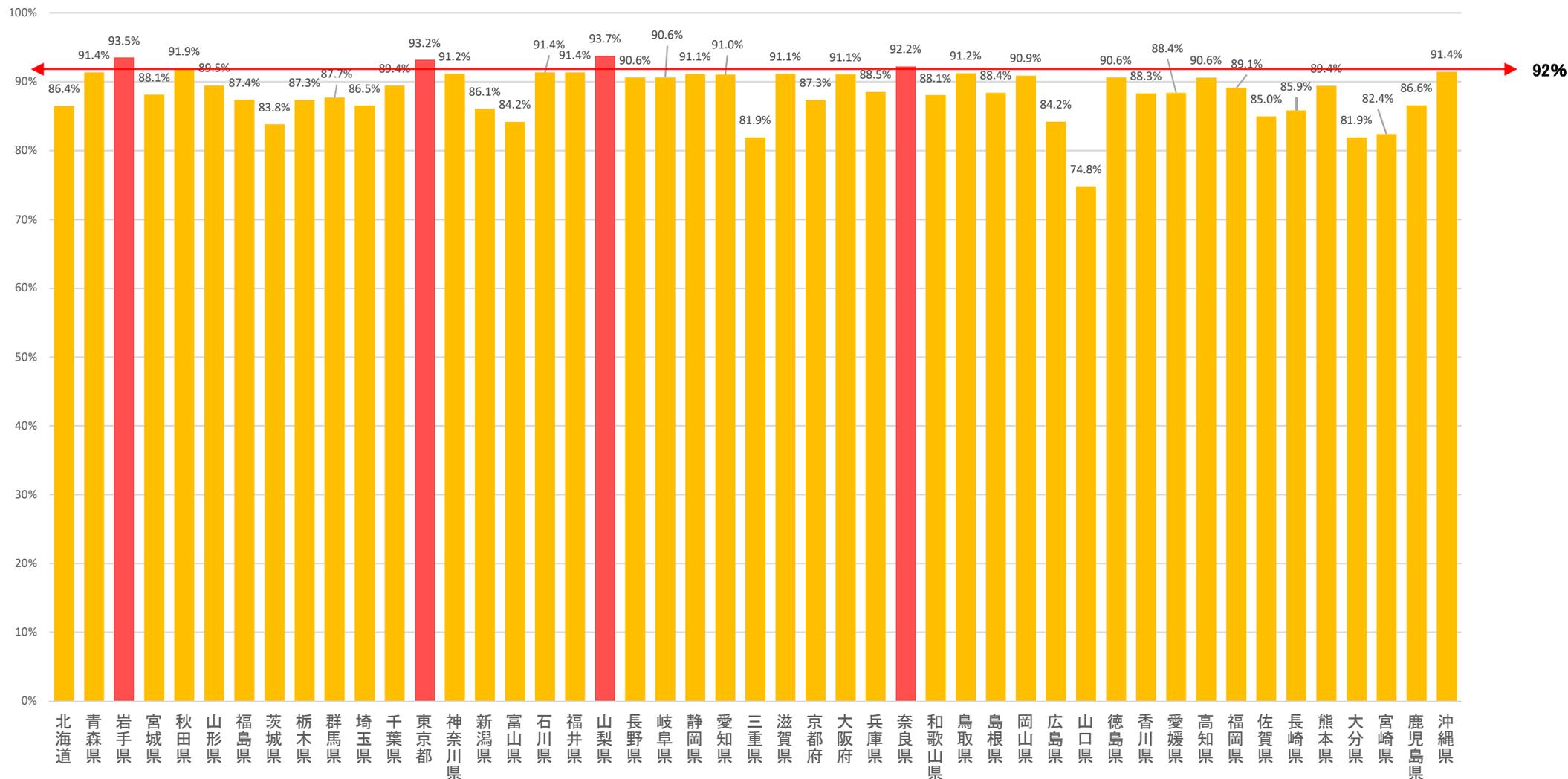
2016年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）総数

- (※1) 医療機関へ入院した日数については、地域生活日数として算出されない。
- (※2) 死亡退院者については、分母及び分子から除外されている。
- (※3) 退院後に死亡が確認された場合は、死亡日以降の日数は、地域生活日数として算出されない。

精神病床における早期退院率（入院後12ヶ月）について

都道府県別 精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率（平成28年）

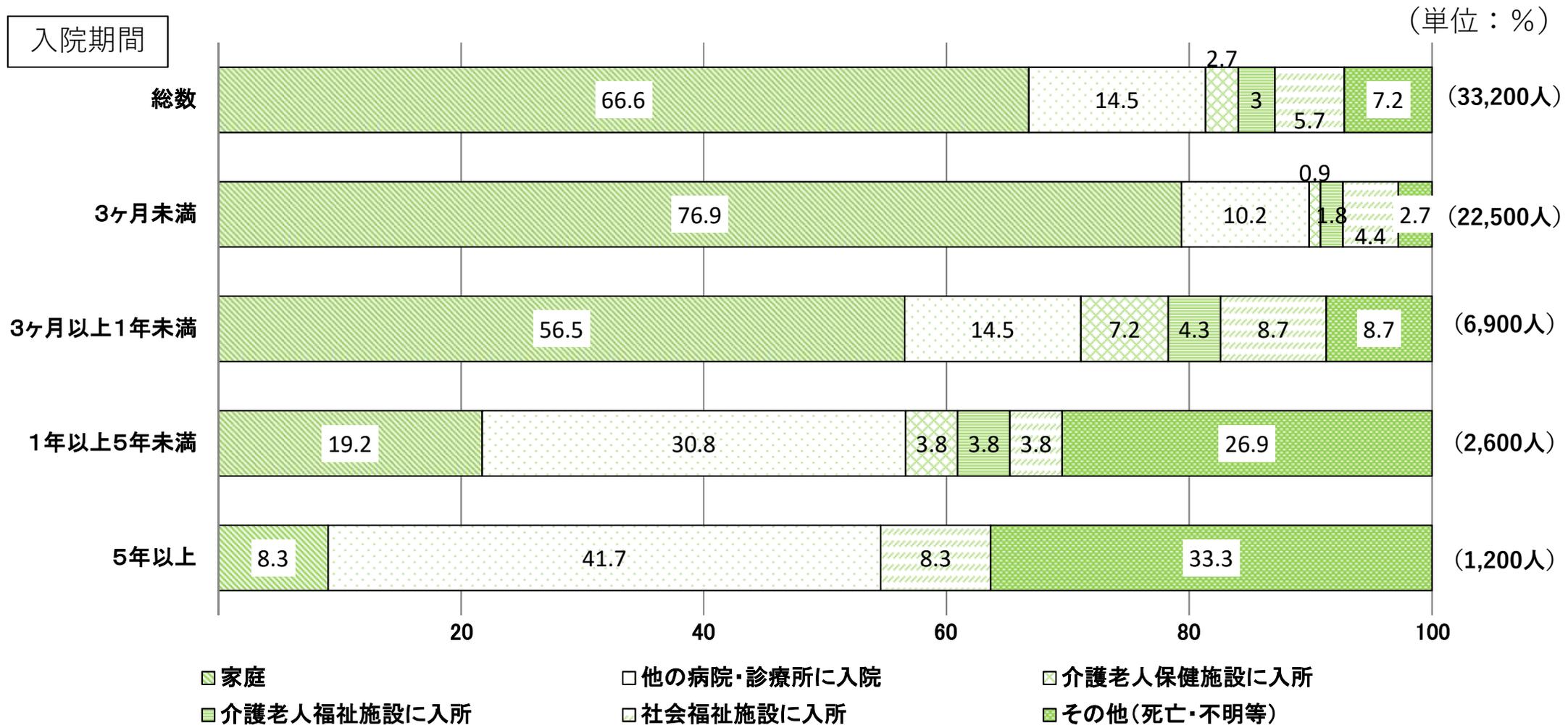
第6期障害福祉計画の目標値については、上位10%の都道府県が達成している値（92%以上）を基本とする。



出典：令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）からの報告
NDBデータを活用して算出

平成29年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 精神病床からの退院患者の退院後行き先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所」に入っている。
- しかしながら、入院期間別にみると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所」に入っている割合を占めている。

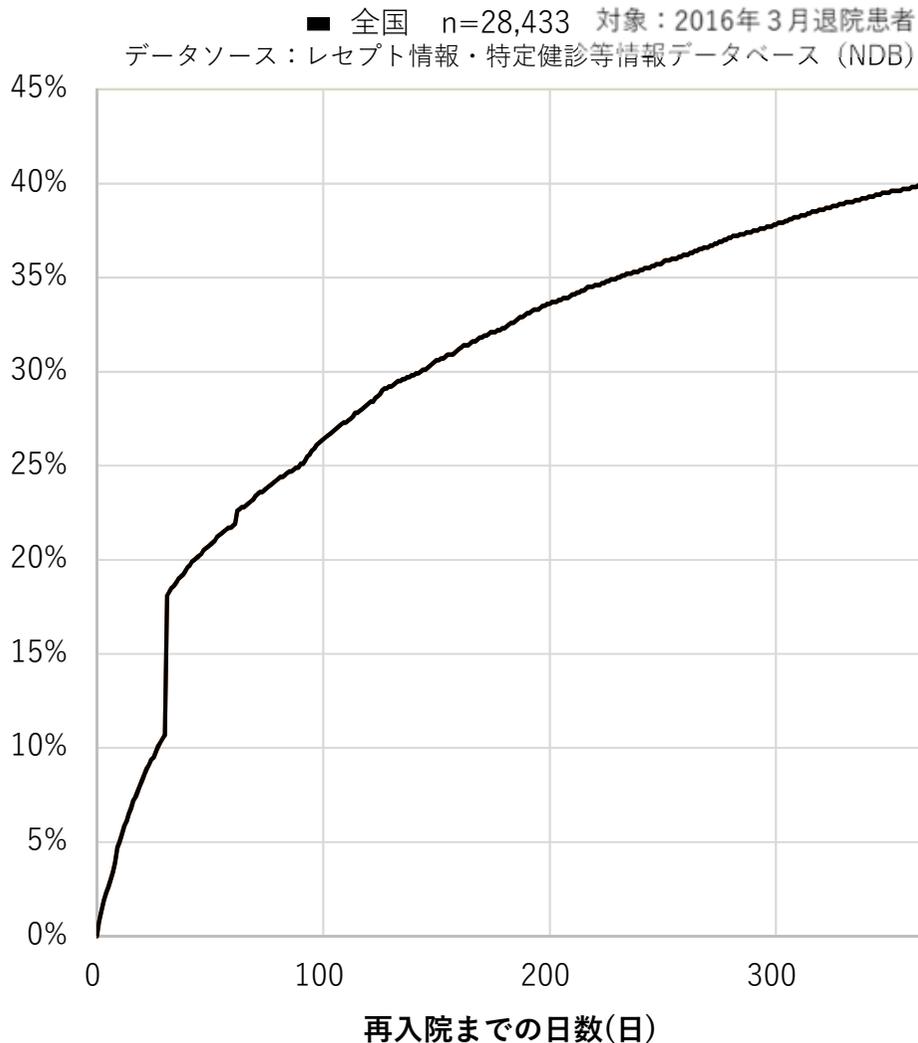


※「家庭」には共同生活援助(グループホーム)の利用者を含む

精神病床からの退院者の再入院率と基盤整備の必要性

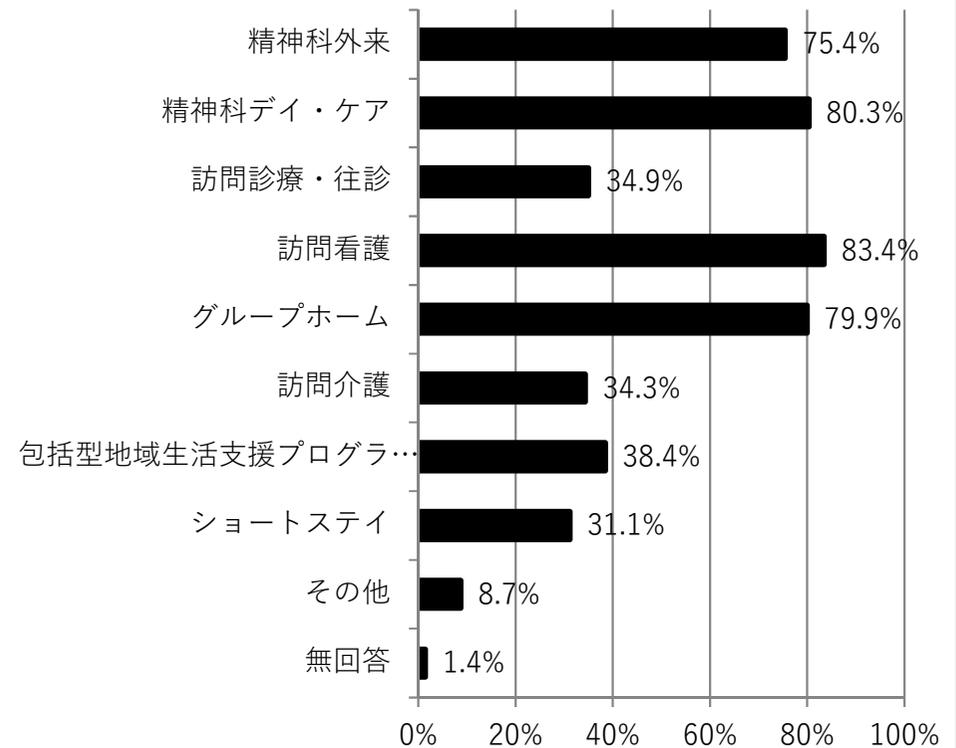
- 精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率



出典：平成29年新精神保健福祉資料 (全国)

精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等
(精神療養病棟入院料算定病棟,複数回答, n = 289)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

基盤整備が重要

地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ

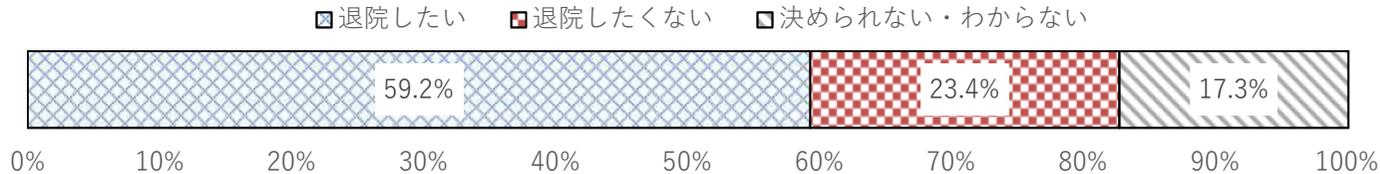
- 半年以内の退院希望は、6割弱が退院を希望している。
- 退院を希望しない理由として、住む場所、ひとり暮らしや家事に自信がないことや経済的なことが心配と答えている人が多い。
- 退院したい人の思いに誠実に応え、具体的な退院に向けたプロセスを共有することが必要であり、退院したくない人、決められない、わからない人へは、本人の意向に丁寧に寄り添う支援が必要であると考えられる。

地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査】

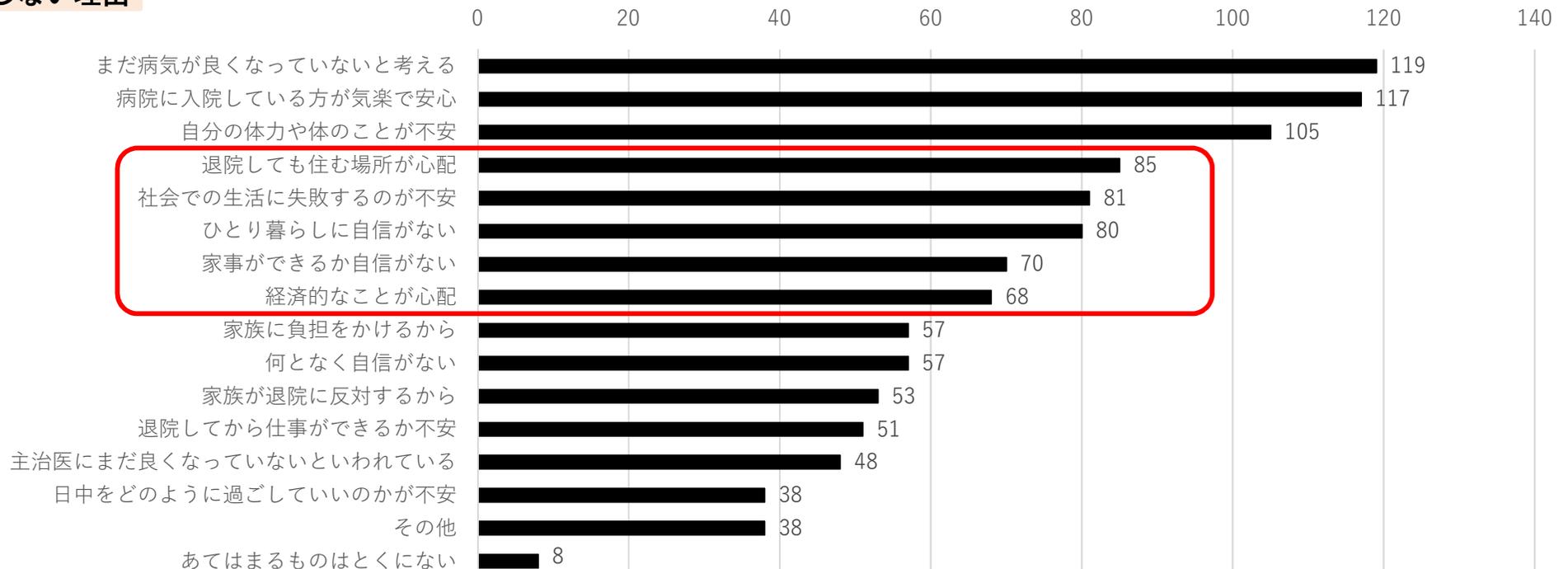
調査概要

- 協力医療機関数：109医療機関
- 調査対象数：1,178人（平均60.4歳,男性58%,女性42%）※1年以上精神科病床に入院されている患者を対象としている

半年以内の退院希望



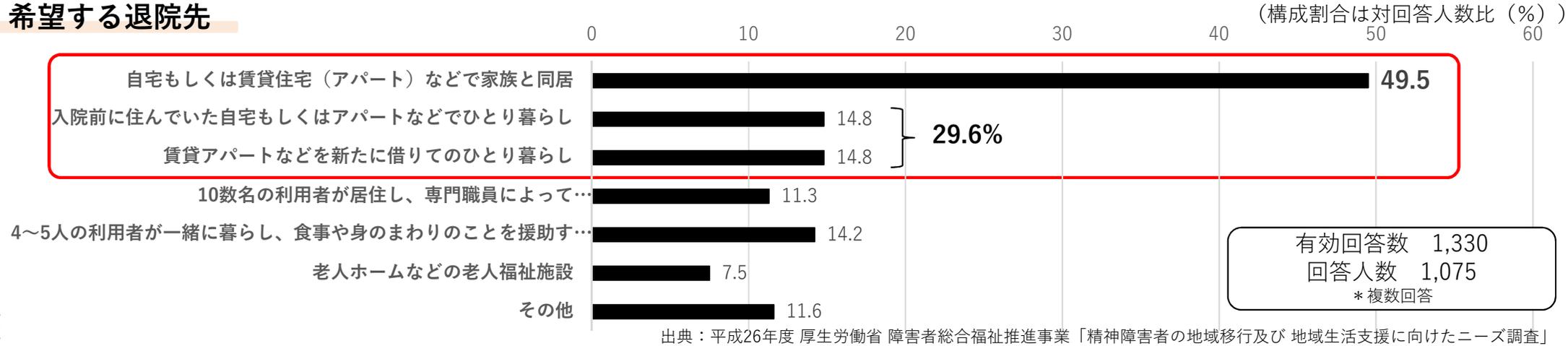
退院を希望しない理由



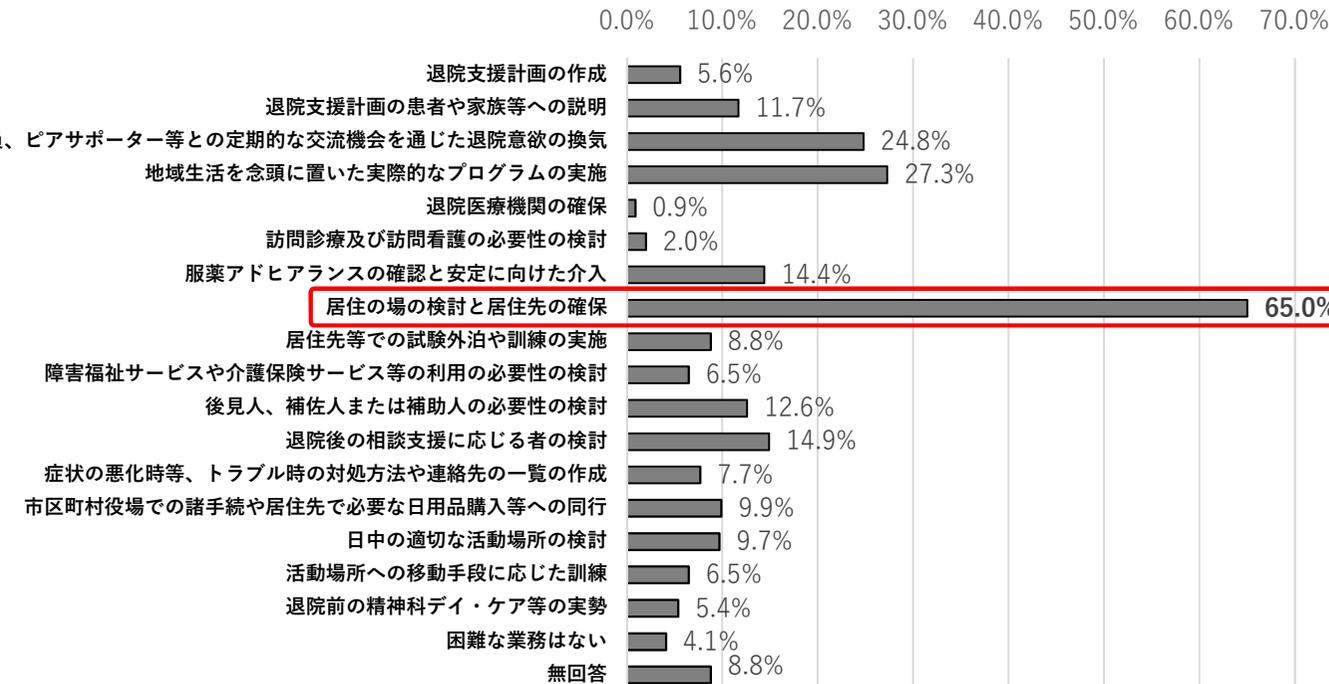
患者の希望する退院先等

○ 入院している患者の退院先の希望は、「自宅もしくは賃貸住宅（アパート）などで家族との同居」が最多であるが、**ひとり暮らしの希望は「入院前に住んでいた自宅もしくはアパートなどでひとり暮らし」「賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし」を合わせると約3割にのぼっている。**

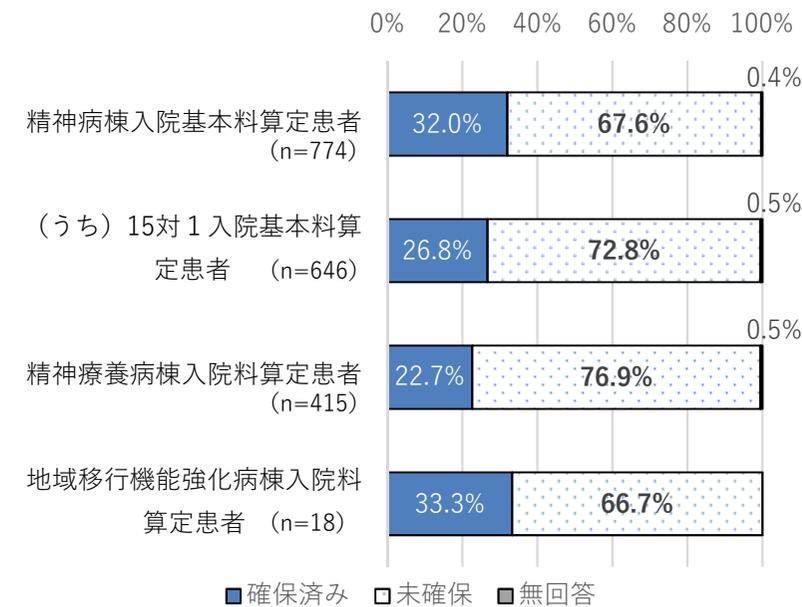
希望する退院先



特に困難な退院支援業務等



退院後の居住先の確保状況

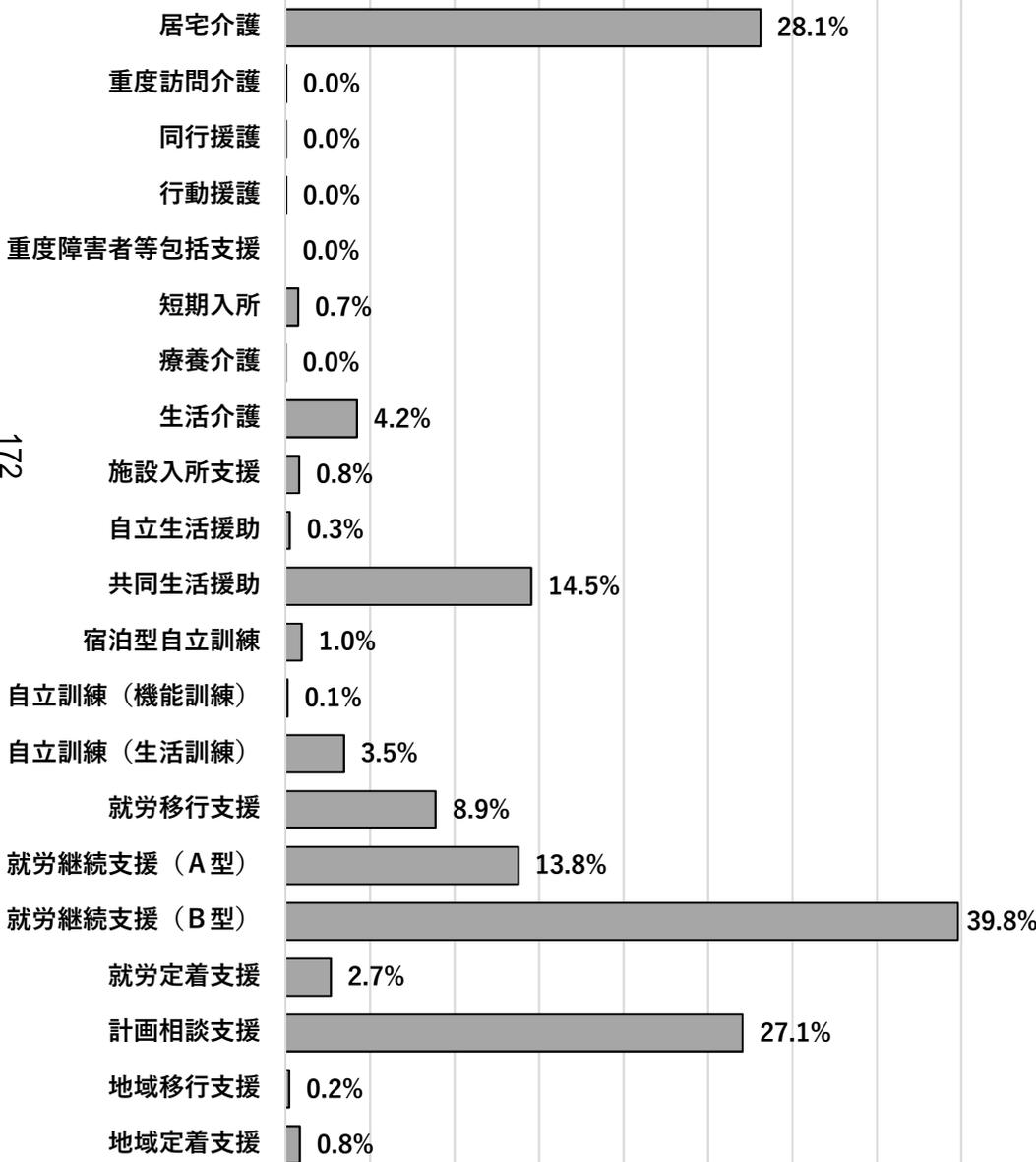


出典：平成28年診療報酬改定検証に係る特別調査

精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

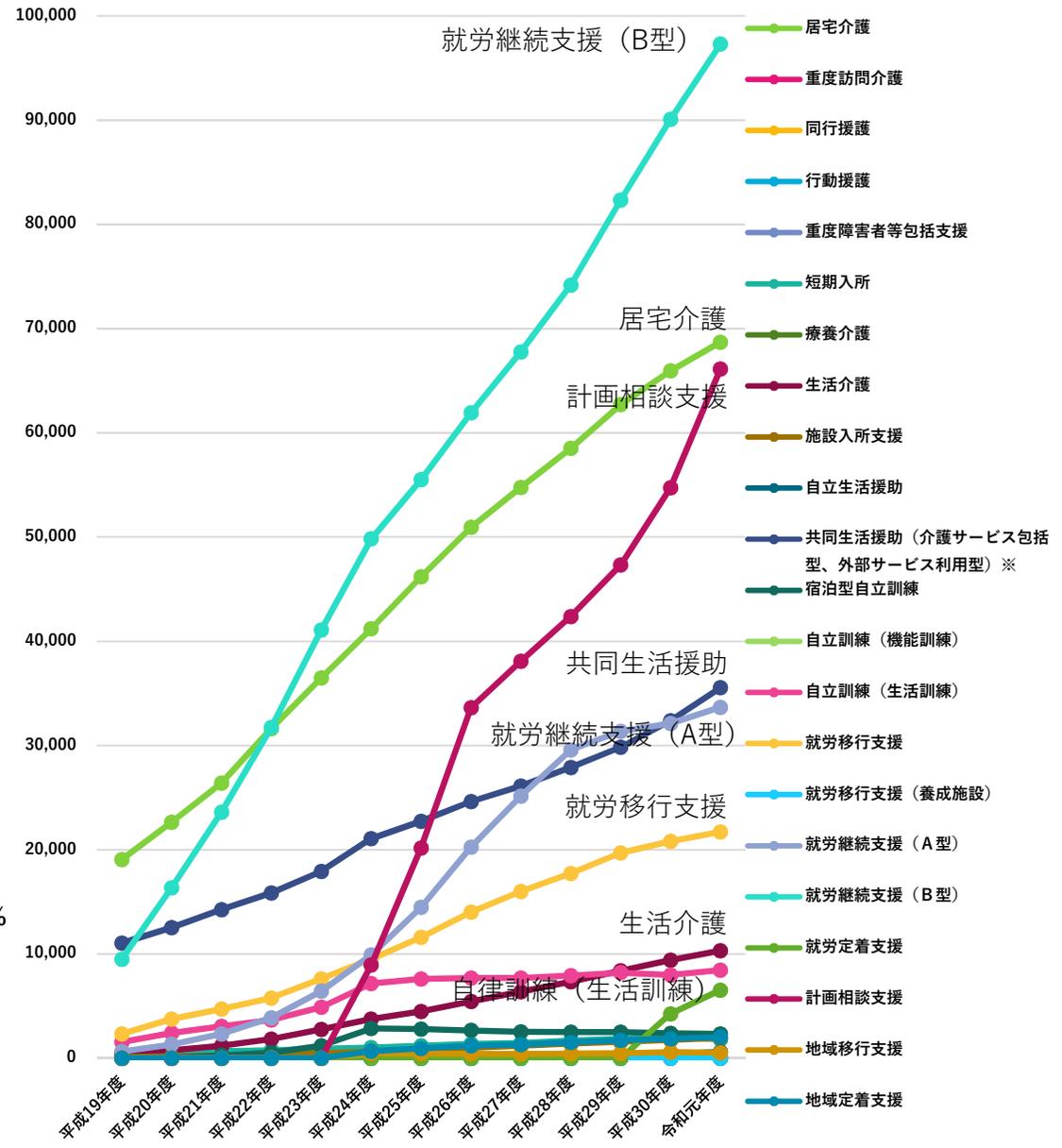
精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0% 35.0% 40.0%



精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移

（各年度3月の利用者数）



出典：国保連データ（令和2年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に精神・障害保健課にて作成

障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

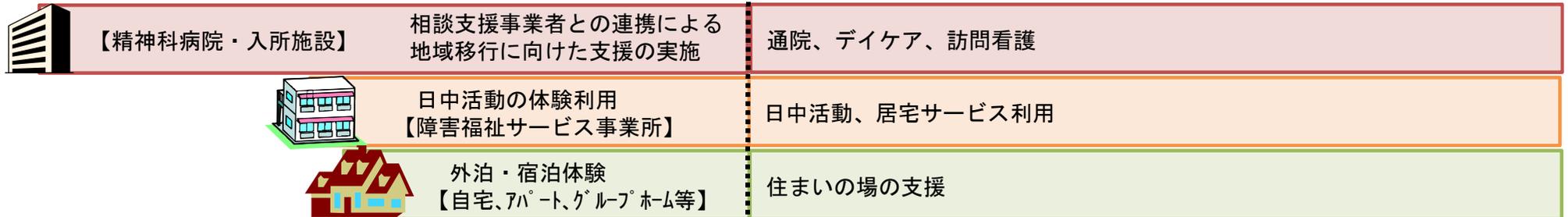
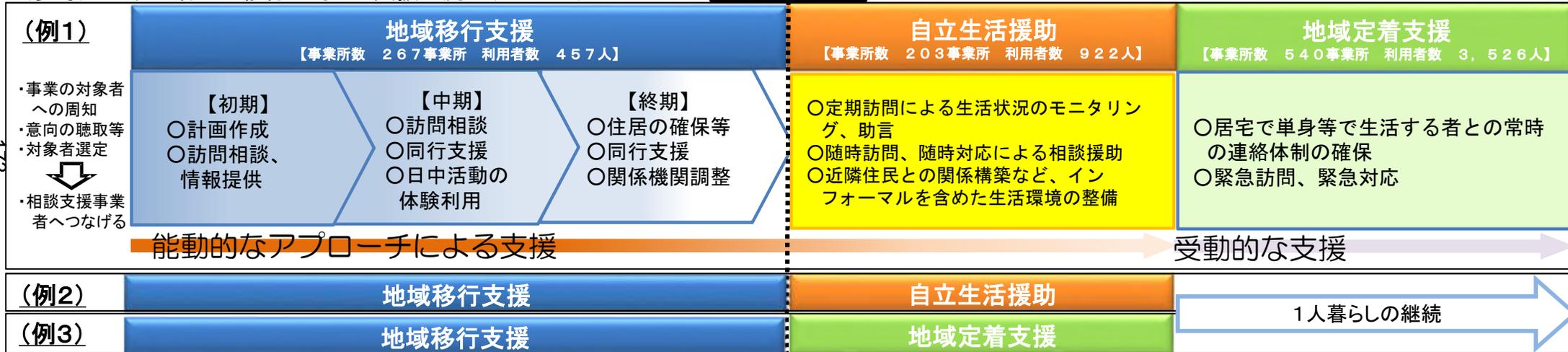
地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施

- 地域移行支援： 障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：6ヶ月間】
- 自立生活援助： グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：1年間】
- 地域定着支援： 居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：1年間】

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

【出典】令和2年4月サービス提供分(国民健康保険団体連合会データ)



自立支援協議会によるネットワーク化

市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター 等

地域移行支援

○ 対象者

- 以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者
 - 障害者支援施設、療養介護を行う病院、救護施設・更生施設、矯正施設又は更生保護施設に入所している障害者等
 - ※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象
 - 精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者
 - 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象
 - ※ 1年未満の入院者は、特に支援が必要な者(措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするものや地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など)を対象

○ サービス内容

- 住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談
- 地域移行に当たっての障害福祉サービスの体験的な利用支援
- 地域移行に当たっての体験的な宿泊支援

○ 主な人員配置

- 従業者
 - ※ 1人以上は相談支援専門員であること
- 管理者

○ 報酬単価 (令和元年10月～)

■ 基本報酬

地域移行支援サービス費 (I)	3,059単位/月
地域移行支援サービス費 (II)	2,347単位/月

(I)の算定要件

- ① 社会福祉士又は精神保健福祉士、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員を1人以上配置していること。
- ② 前年度に地域移行した利用者が1人以上であること。
- ③ 障害者支援施設又は精神科病院等と緊密な連携が確保されていること。

■ 主な加算

初回加算	集中支援加算	退院・退所月加算	障害福祉サービスの体験利用加算	宿泊体験加算
地域移行支援の利用を開始した月に加算 500単位	月6日以上面接・同行による支援を行った場合 500単位	退院・退所する月に加算 2,700単位	障害福祉サービスの体験的な利用支援を行った場合 開始日～5日目 500単位 6日目～15日目 250単位	一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合 300単位 夜間の見守り等の支援を行った場合 700単位

○ 事業所数

267 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

457 (国保連令和 2年 4月実績) **34**

自立生活援助

○ 対象者

- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
 - ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者(※1)
 - ③ 障害、疾病等の家族と同居しており(障害者同士で結婚している場合を含む)、家族による支援が見込めない(※2)ため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者
- ※1の例 ・ 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- ・ 人間関係や環境の変化等により、一人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合(家族の死亡、入退院の繰り返し 等)
 - ・ その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合
- ※2の例 ・ 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- ・ 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
 - ・ 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
 - ・ その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

○ サービス内容

- 一定の期間(原則1年間※)にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。
- ※ 市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者 30:1以上
- 地域生活支援員1以上 (25:1が標準)

○ 報酬単価 (令和元年10月～)

■ 基本報酬

自立生活援助サービス費(I) (1) 地域生活支援員30:1未満で退所等から1年以内の場合 [1,556単位] (2) 地域生活支援員30:1以上で退所等から1年以内の場合 [1,089単位]	自立生活援助サービス費(II) (1) 地域生活支援員30:1未満でI以外の場合 [1,165単位] (2) 地域生活支援員30:1以上でI以外の場合 [816単位]
--	--

■ 主な加算

初回加算 指定自立生活援助の利用を開始した月 500単位/月	同行支援加算 外出する利用者に同行して支援を行った場合 500単位/月	特別地域加算 中山間地域等に居住する利用者に対して、支援を行った場合 230単位/月
---	--	---

○ 事業所数

203 (国保連令和 2年 4月実績)

○ 利用者数

922 (国保連令和 2年 4月実績) 35

地域定着支援

○ 対象者

- 以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者
 - 居宅において単身で生活する障害者
 - 居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者
 - ※ 施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者も含む。
 - ※ グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者については対象外

○ サービス内容

- 常時の連絡体制を確保し、適宜居宅への訪問等を行い利用者の状況を把握
- 障害の特性に起因して生じた緊急の事態における相談等の支援
- 関係機関との連絡調整や一時的な滞在による支援

○ 主な人員配置

- 従業者
 - ※ 1人以上は相談支援専門員であること
- 管理者

○ 報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

地域定着支援サービス費	体制確保費	305単位／月（毎月算定）
	緊急時支援費（Ⅰ）	711単位／日（緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定）
	緊急時支援費（Ⅱ）	94単位／日（緊急時に電話による相談援助を行った場合に算定）

■ 主な加算

特別地域加算（15%加算） 中山間地域等に居住している者に対して支援した場合

○ 事業所数

540（国保連令和 2年 4月実績）

○ 利用者数

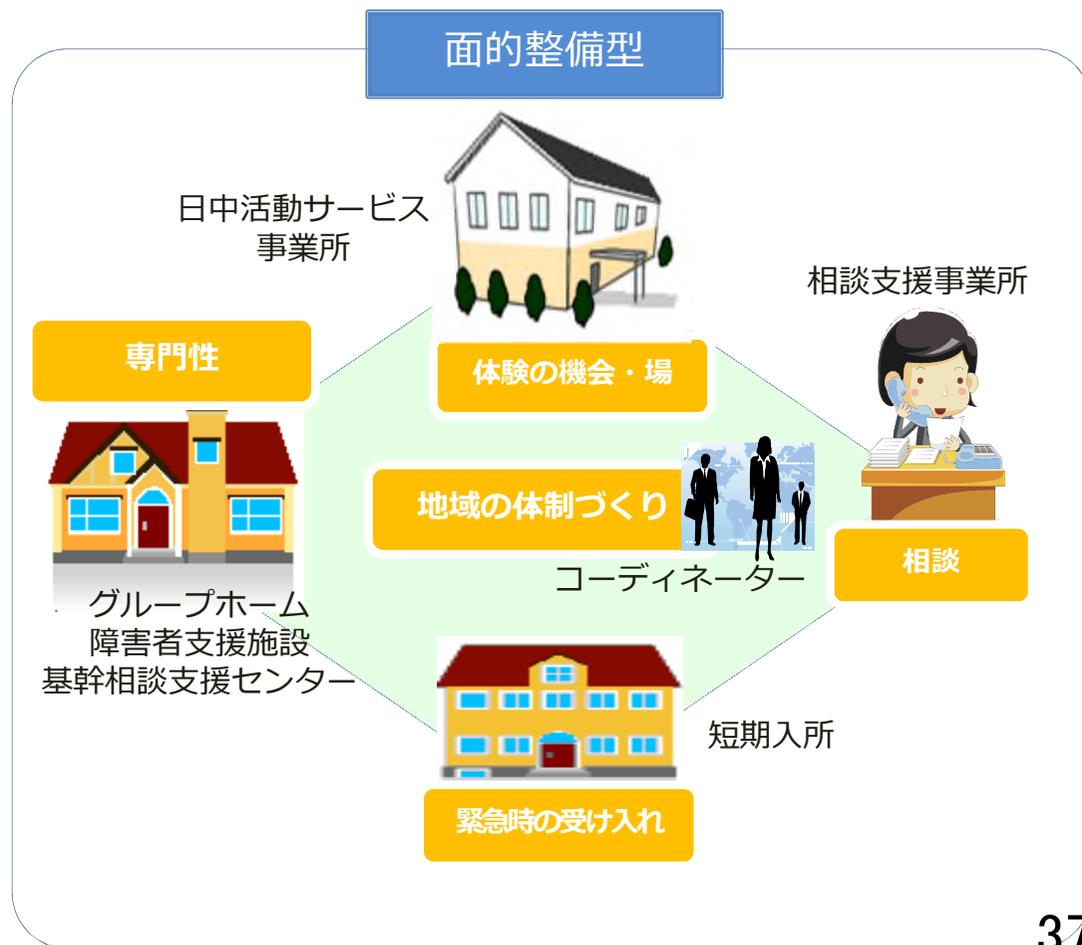
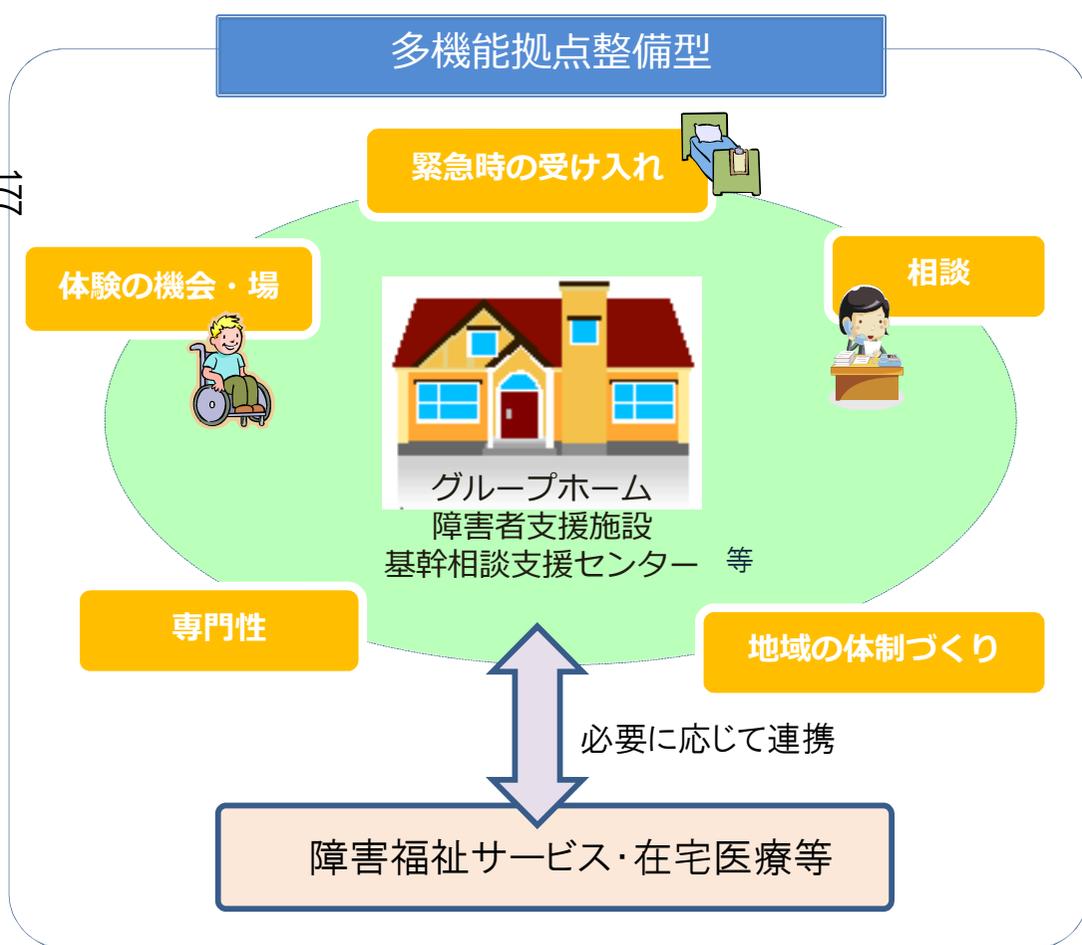
3,526（国保連令和 2年 4月実績）

地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

●**地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）** ※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。



地域生活支援拠点等の機能強化（平成30年度報酬改定）

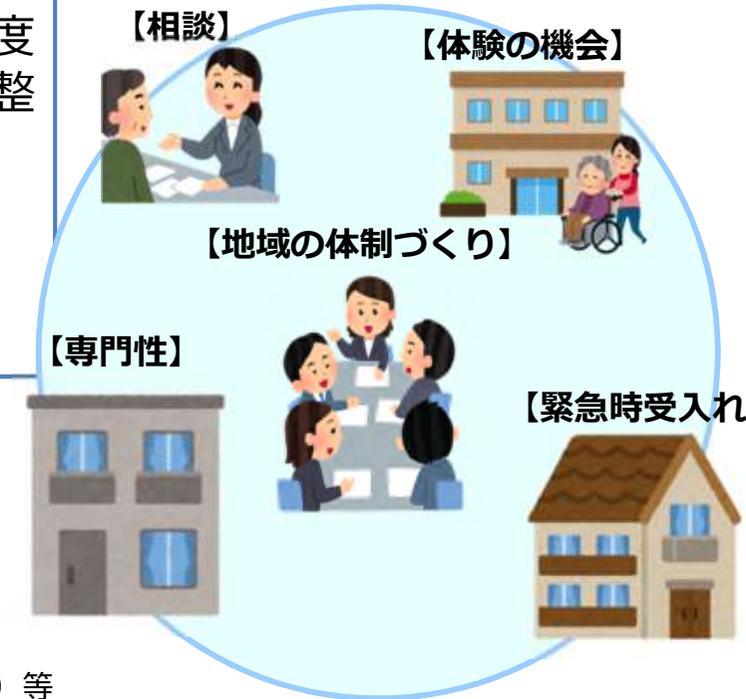
- 地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の生活を地域全体で支えるため、居住支援のためのサービス提供体制を、地域の実情に応じて整備するもの。
- 第5期障害福祉計画（平成30年度～令和2年度）では、令和2年度末までに「各市町村又は各障害保健福祉圏域に少なくとも1カ所の整備」を基本。

※参考：全国1,741市町村の整備状況

平成31年4月時点における整備状況 332市町村（うち、圏域整備：42圏域188市町村）

令和2年度末時点における整備見込 1,432市町村（うち、圏域整備：173圏域668市町村）

地域生活支援拠点等



【相談機能の強化】

- 特定相談支援事業所等にコーディネーターの役割を担う相談支援専門員を配置し、連携する短期入所への緊急時の受入れの対応を評価。
 - ・ 地域生活支援拠点等相談強化加算 700単位/回（月4回を限度）等

【緊急時の受入れ・対応の機能の強化】

- 緊急の受入れ・対応を重点的に評価するために、緊急短期入所受入加算の算定要件を見直し。
 - ・ 緊急短期入所受入加算（I） 120単位/日 → 180単位/日（利用開始日から7日間を限度）等

【体験の機会・場の機能の強化】

- 日中活動系サービスの体験利用支援加算を引上げ。
 - ・ 体験利用支援加算 300単位/日 → 500単位/日（初日から5日目まで）
+50単位/日 ※ 地域生活支援拠点等の場合 等

【専門的人材の確保・養成の機能の強化】

- 生活介護に重度障害者支援加算を創設。
 - ・ 重度障害者支援加算 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者の配置 7単位/日（体制加算） 等

【地域の体制づくりの機能の強化】

- 支援困難事例等の課題検討を通じ、地域課題の明確化と情報共有等を行い、共同で対応していることを評価。
 - ・ 地域体制強化共同支援加算 2,000単位/月（月1回限度）

新たな住宅セーフティネット制度の概要

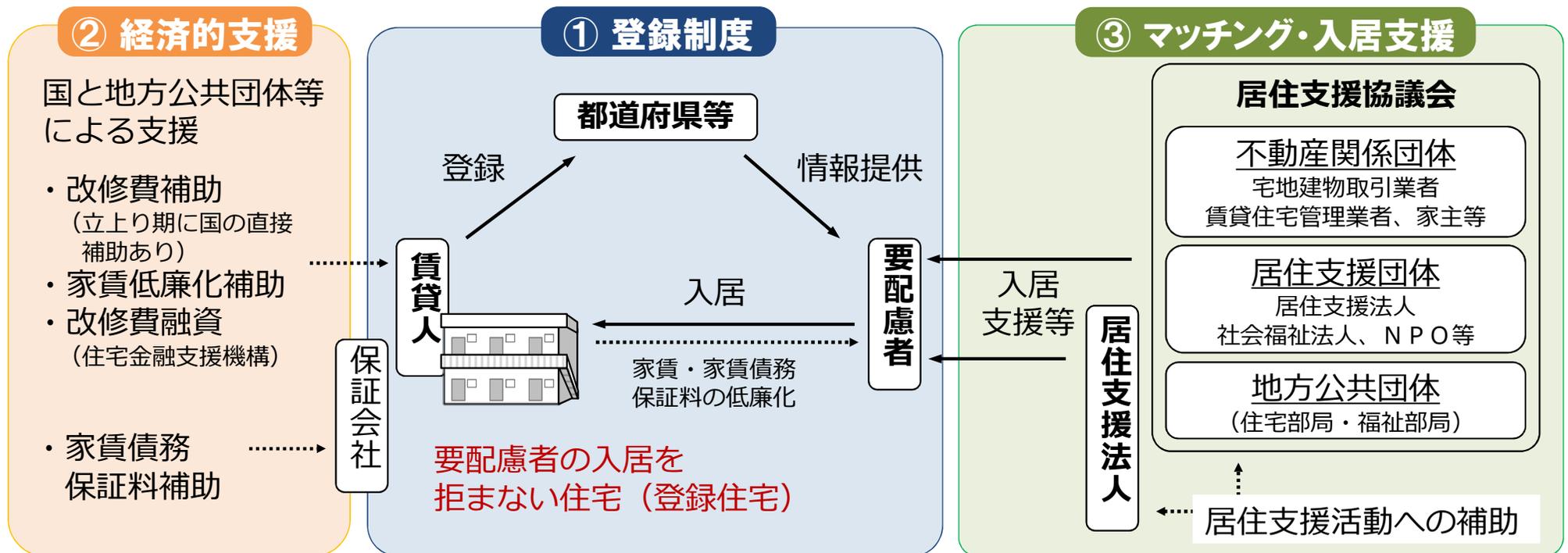
※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（住宅セーフティネット法）の一部を改正する法律（平成29年4月26日公布 10月25日施行）

① 住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度

② 登録住宅の改修・入居への経済的支援

③ 住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援

【新たな住宅セーフティネット制度のイメージ】



居住支援協議会の概要

- 住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進等を図るために、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携して、居住支援協議会※を設立
- 住宅確保要配慮者・民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供等の支援を実施

※ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律第51条第1項に基づく協議会

概要

(1) 設立状況 100協議会が設立（令和2年9月30日時点）

- 都道府県（全都道府県）
- 市区町（53市区町）

この他、60市区町村で設立検討中
（うち19市区町村が令和3年度までに設立予定）

北海道札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、豊島区、北区、杉並区、板橋区、練馬区、葛飾区、大田区、世田谷区、江戸川区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、日野市、狛江市、多摩市、川崎市、横浜市、鎌倉市、岐阜市、小海町、名古屋市、岡崎市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、大牟田市、うきは市、熊本市

(2) 居住支援協議会による主な活動内容

- ・メンバー間の意見・情報交換
- ・要配慮者向けの民間賃貸住宅等の情報発信、紹介・斡旋
- ・住宅相談サービスの実施
（住宅相談会の開催、住宅相談員の配置等）
- ・家賃債務保証制度、安否確認サービス等の紹介
- ・賃貸人や要配慮者を対象とした講演会等の開催

(3) 支援

居住支援協議会が行う住宅確保要配慮者に対する民間賃貸住宅等への入居の円滑化に関する取り組みを支援
〔令和2年度予算〕
共生社会実現に向けたセーフティネット機能強化・推進事業（10.5億円）の内数



180

居住支援協議会の設立目標

居住支援協議会の設立状況

100協議会が設立（R2年9月30日時点）

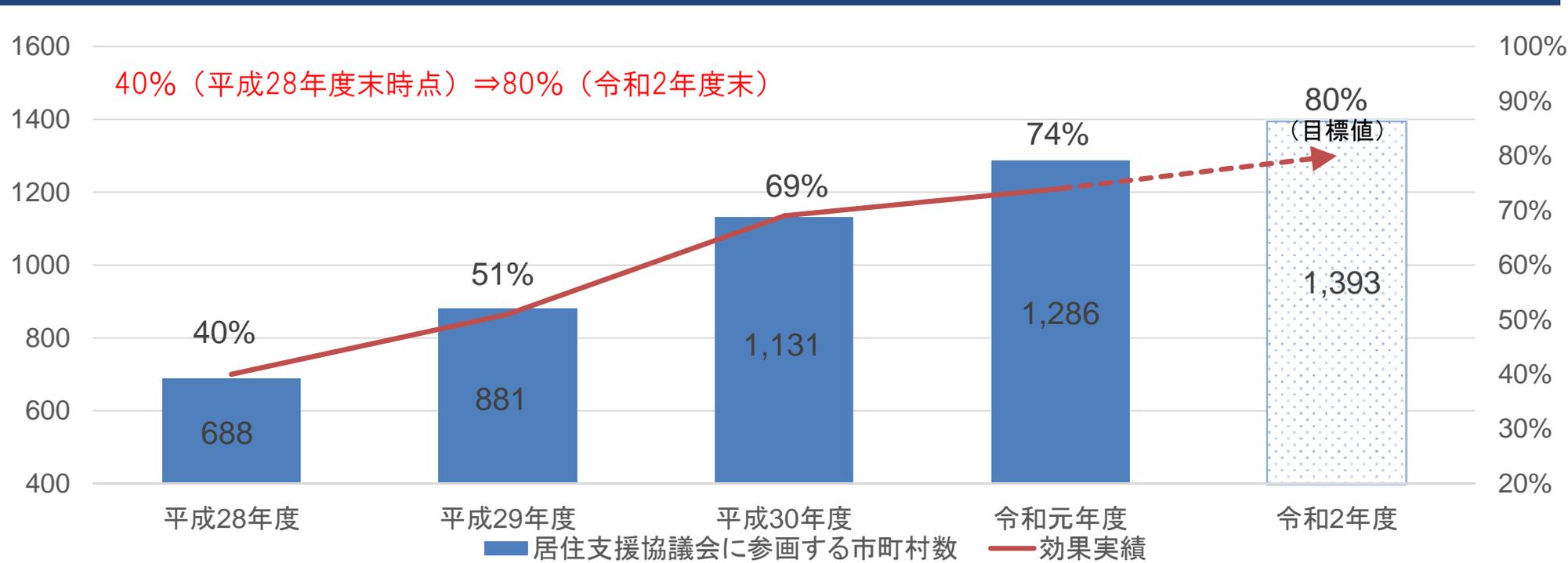
○都道府県（全都道府県）

○区市町（53区市町）

- ・北海道札幌市、旭川市、本別町、横手市、鶴岡市、さいたま市、千葉市、船橋市、千代田区、新宿区、文京区、台東区、江東区、品川区、世田谷区、杉並区、豊島区、北区、板橋区、大田区、練馬区、江戸川区、葛飾区、八王子市、府中市、調布市、町田市、西東京市、日野市、狛江市、多摩市、横浜市、鎌倉市、川崎市、名古屋市、岡崎市、長野県小海町、岐阜市、京都市、宇治市、豊中市、岸和田市、神戸市、宝塚市、姫路市、広島市、徳島県東みよし町、東温市、北九州市、福岡市、大牟田市、うきは市、熊本市

この他、60市区町村で設立検討中
（うち19市区町村が令和3年度までに設立予定）

居住支援協議会に参画する市区町村及び自ら設立する市区町村の合計が全体（1,741市区町村）に占める割合



(出典):平成17年～平成26年 総務省「人口統計」
平成27年～平成37年 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

居住支援法人制度の概要

居住支援法人とは

- ・ 居住支援法人とは、住宅セーフティネット法に基づき、居住支援を行う法人※として、都道府県が指定するもの
- ・ 都道府県は、住宅確保要配慮者の居住支援に係る新たな担い手として、指定することが可能

※住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給促進に関する法律第40条に規定する法人

● 居住支援法人に指定される法人

- ・ NPO法人、一般社団法人、一般財団法人（公益社団法人・財団法人を含む）
- ・ 社会福祉法人
- ・ 居住支援を目的とする会社 等

● 居住支援法人の行う業務

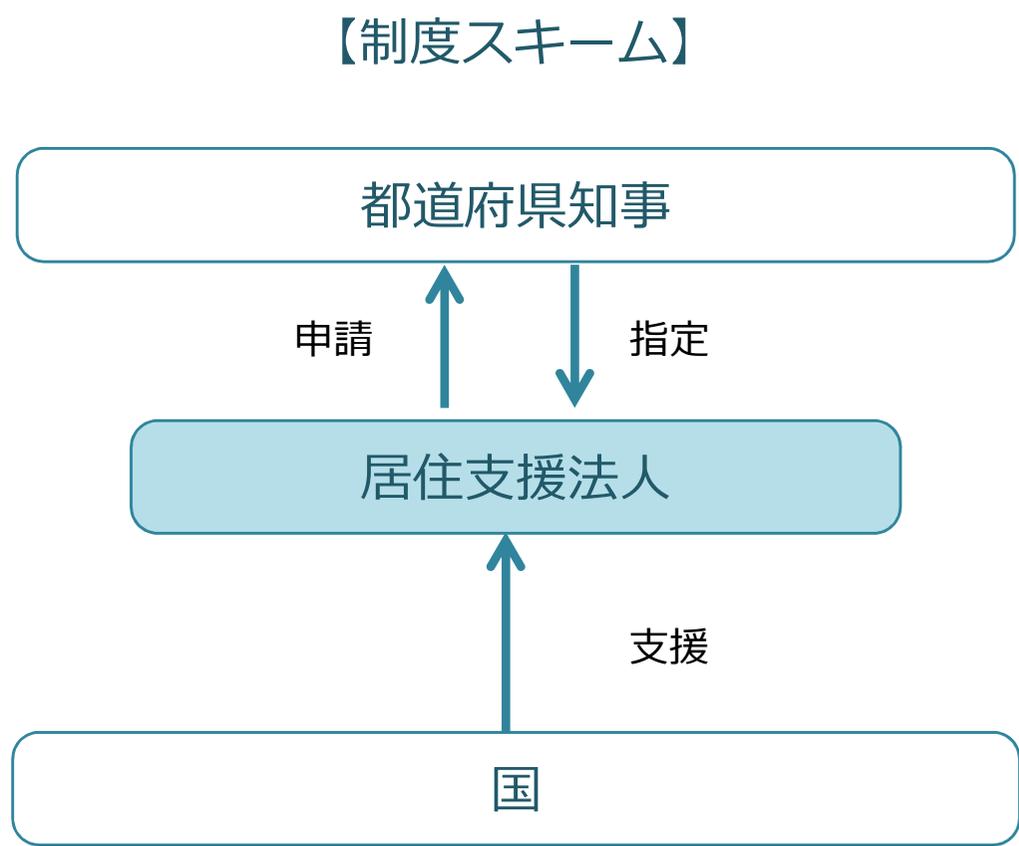
- ① 登録住宅の入居者への家賃債務保証
- ② 住宅相談など賃貸住宅への円滑な入居に係る情報提供・相談
- ③ 見守りなど要配慮者への生活支援
- ④ ①～③に附帯する業務

※ 居住支援法人は必ずしも①～④のすべての業務を行わなければならないものではない。

● 居住支援法人への支援措置

- ・ 居住支援法人が行う業務に対し支援（定額補助、補助限度額1,000万円）。

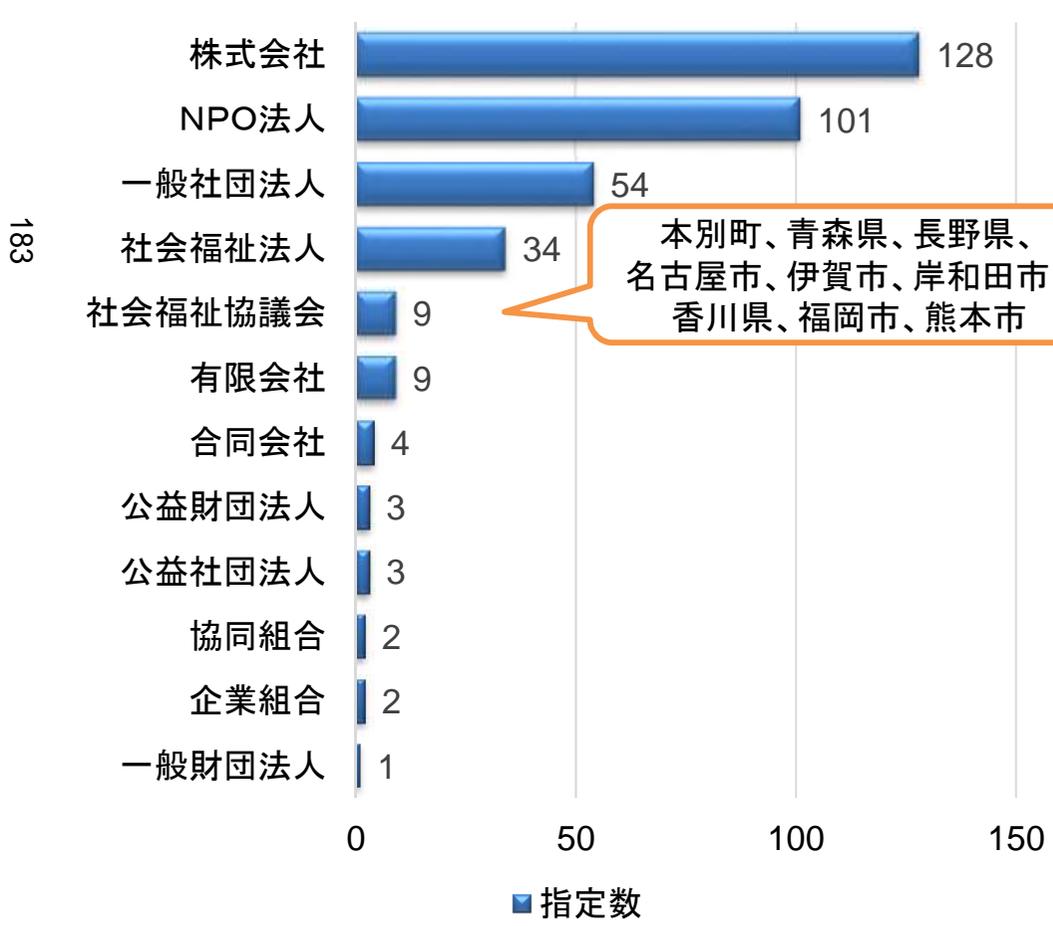
[R2年度予算] 重層的住宅セーフティネット構築支援事業（10.5億円）の内数



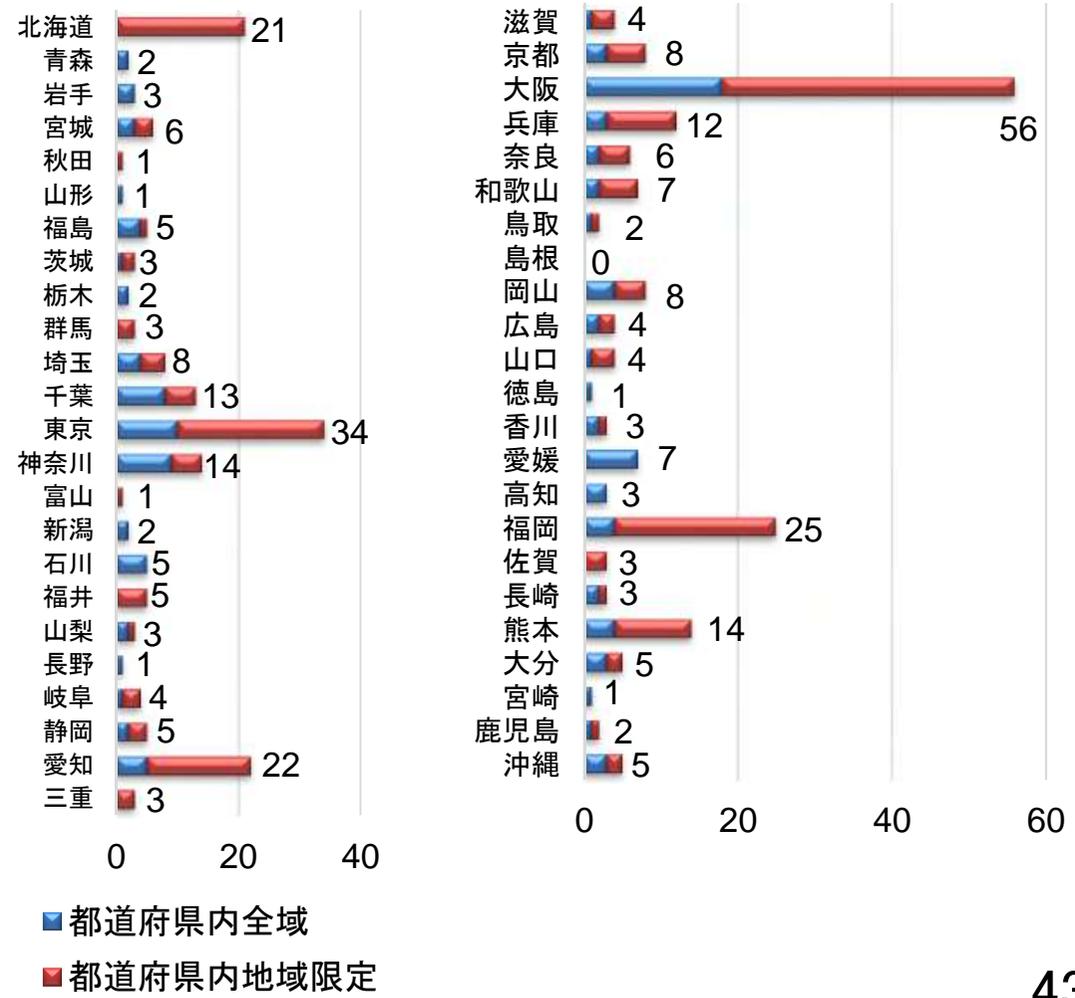
居住支援法人制度の指定状況

- 46都道府県 350法人が指定（R2.9.30時点）
- 法人属性別では、株式会社およびNPO法人の指定が多い状況（全体の約65%）
- 都道府県別では、大阪府が56法人と最多指定。指定実績がないのは1県

■ 法人属性別



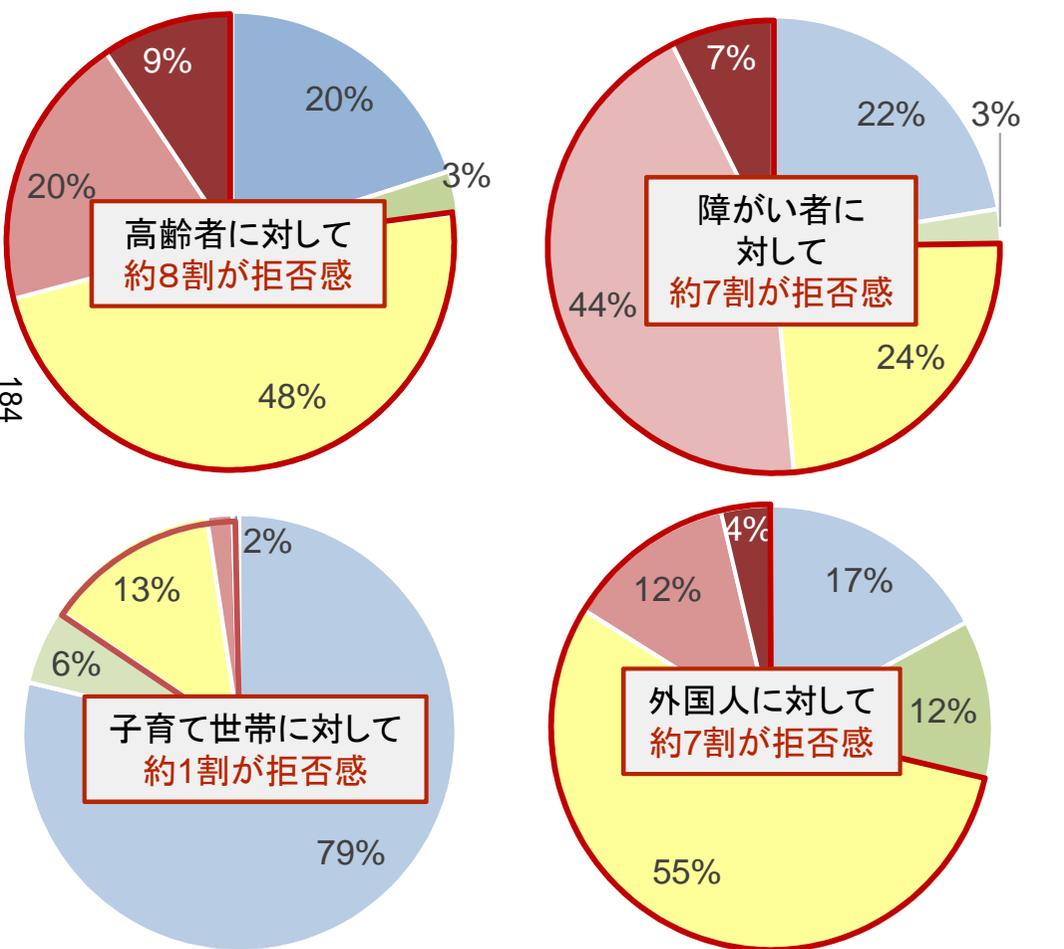
■ 都道府県別



住宅確保要配慮者に対する賃貸人の入居制限の状況

○住宅確保要配慮者の入居に対して、賃貸人の一定割合は拒否感を有しており、入居制限がなされている状況。家賃の支払いに対する不安等が入居制限の理由となっている。

住宅確保要配慮者の入居に対する賃貸人の意識

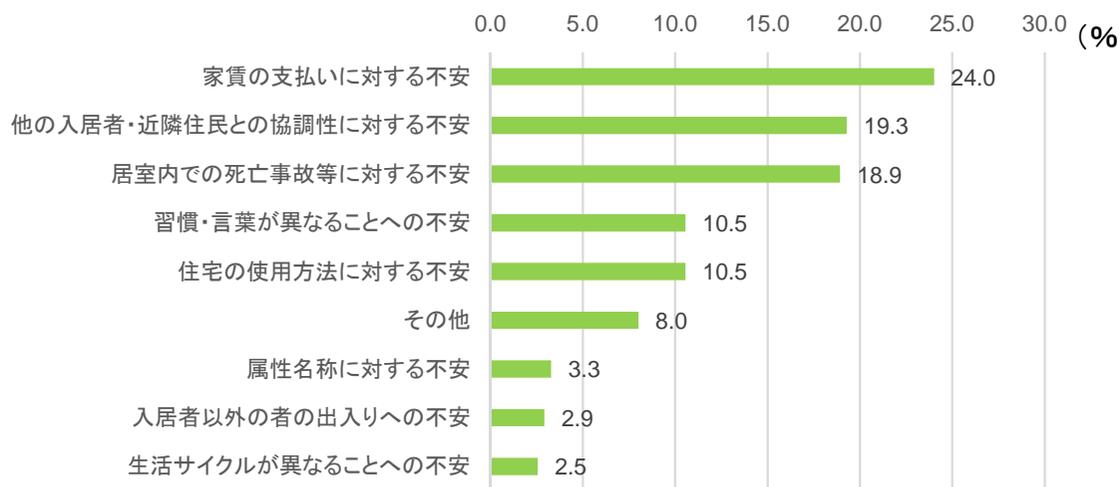


■ 従前と変わらず拒否感はない
■ 拒否感はあるものの従前より弱くなっている
■ 従前と変わらず拒否感が強い
■ 従前より拒否感が強くなっている
■ 従前は拒否感があったが現在はない

入居制限の状況



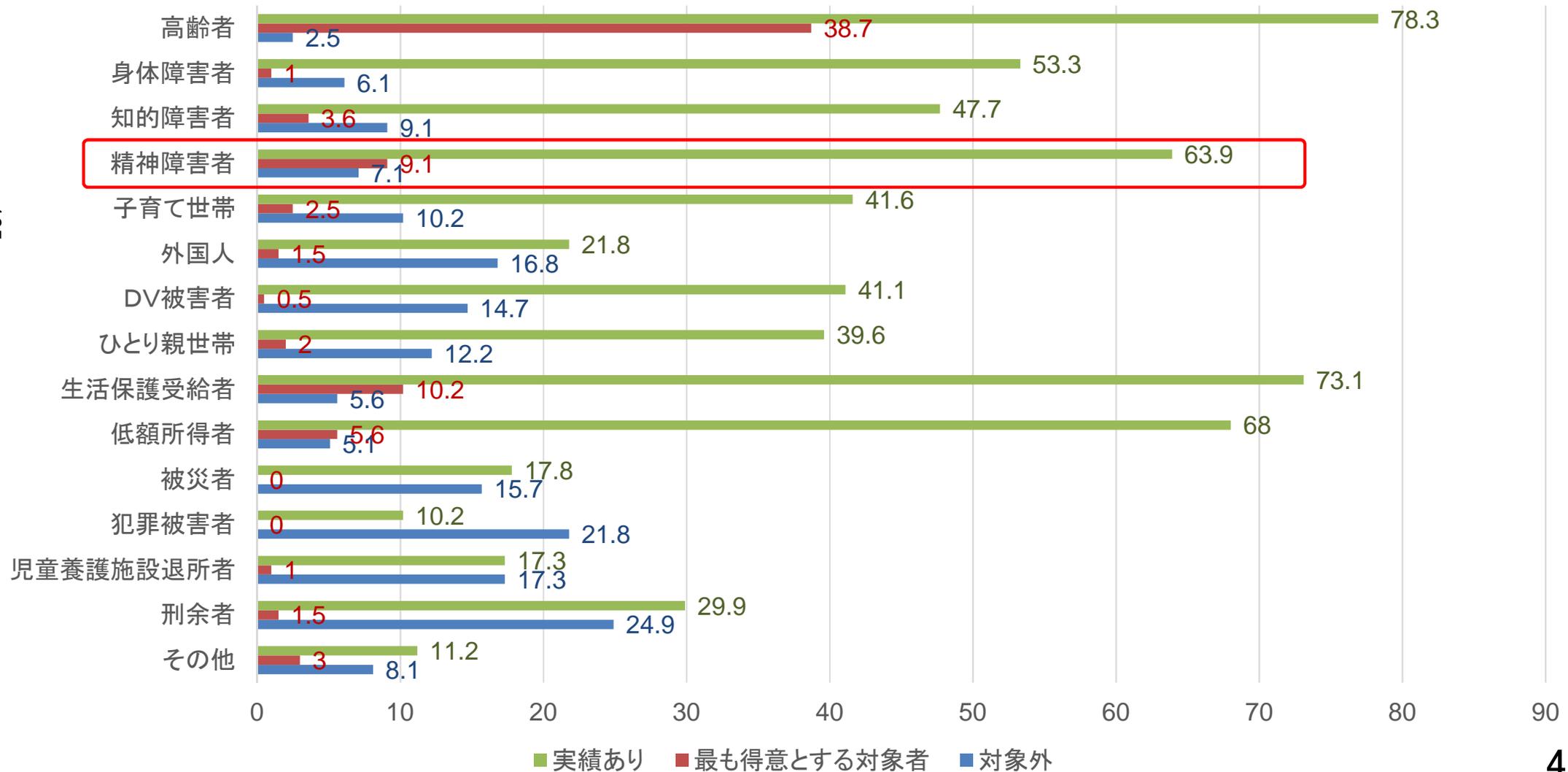
入居制限する理由



(居住支援法人フェースシート調査結果)属性別の支援状況

- 支援実績を見ると、**幅広い属性に対して支援**していることが見てとれる。
- 一方で、**最も得意とする対象者には偏り**があり、**対象外の属性も一定程度存在**。

【①対象者ごとの実績あり・(実績なし)・対象外、②最も得意とする対象者】



ピアサポートの専門性の評価について （横断的事項） 論点等

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
1	今後のピアサポートの専門性の活用を推進していくために、ピアサポート職員の配置等加算により報酬上評価する必要がある。（計画相談支援、地域相談支援、自立生活援助など）	全国地域で暮らそうネットワーク 他 （同旨：日本精神神経科診療所協会、難病のこども支援全国ネットワーク）

ピアサポートの専門性の評価（横断的事項）について

ピアサポートに係る論点

論点 ピアサポートの専門性の評価について

【論点】ピアサポートの専門性の評価について

現状・課題

ピアサポートは、自ら障害や疾病の経験を持ち、その経験を生かしながら、他の障害や疾病のある障害者のための支援を行うものである。

「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて（平成27年12月社会保障審議会障害者部会報告書）」において、「地域移行や地域生活の支援に有効なピアサポートについて、その質を確保するため、ピアサポートを担う人材を養成する研修を含め、必要な支援を行うべきである。」とされ、平成28年に成立した改正障害者総合支援法の附帯決議においても、「ピアサポートの活用等の取組を一層推進すること」とされたところである。

また、障害者総合支援法においては、障害福祉サービス事業者や相談支援事業者の責務として、障害福祉サービスや指定相談支援を「常に障害者等の立場に立って効果的に行うよう努めなければならない」とされている。

（参考）障害者総合支援法

（指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者の責務）

第四十二条 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者（以下「指定事業者等」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者は同法第五十一条の二十二、指定障害児相談支援事業者は児童福祉法第二十四条の三十第1項に同様の規定あり

このような状況を踏まえ、厚生労働科学研究等における検討を踏まえ、令和2年度に、ピアサポーターの養成や管理者等がピアサポーターへの配慮や活用方法を習得する「障害者ピアサポート研修事業」を創設し、地域生活支援事業費等補助金による国庫補助対象としたところである。

関係団体ヒアリングにおいて、ピアサポートの専門性の活用を図るため、報酬上の評価をすべきとの要望があった。

論点

ピアサポートの専門性について、報酬上の評価を行うことについてどう考えるか。
その場合、対象となるサービス類型や算定要件等についてどう考えるか。

【論点】ピアサポートの専門性の評価について

検討の方向性

(対象となるサービス類型)

ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消など、特に利用者に対する支援の効果が高いと考えられる以下のサービスについて、加算により評価することを検討してはどうか。

その他のサービス類型については、引き続きその効果を検証していくこととしてはどうか。

<対象となるサービス(案)>

地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、計画相談支援、障害児相談支援

(加算要件)

加算については、以下のすべての要件を満たす場合に算定する方向で検討してはどうか。

ピアサポートの専門性の確保の観点から、事業所において直接的にサービスを提供する障害当事者である職員が「障害者ピアサポート研修」のうち「基礎研修」及び「専門研修」を修了していること

ピアサポートの適切な活用及び配慮の観点から、事業所の管理者又は障害当事者以外のサービスを提供する職員が「障害者ピアサポート研修」のうち「基礎研修」及び「専門研修」を修了していること

事業所全体の支援の質の向上を図る観点から、研修を修了した障害当事者である職員や管理者等が、事業所内の他の職員に対する研修の実施等を行うことにより、事業所全体として障害者の立場に立った効果的な支援につなげること

(加算額等)

加算額については、他の研修による加算と同様に、事業所に対する体制加算とするとともに、計画相談支援の精神障害者支援体制加算等の35単位/月を参考に検討してはどうか。

(参考)資格保有者や研修修了者等の配置に係る加算例

<計画相談支援>

精神障害者支援体制加算35単位/月

地域生活支援事業による精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等を修了し、専門的な知識及び支援技術を持つ常勤の相談支援専門員を1名以上配置した上で、その旨を公表している場合

行動障害支援体制加算 35単位/月

強度行動障害者支援者養成研修(実践研修)等を修了し、専門的な知識及び支援技術を持つ常勤の相談支援専門員を1名以上配置した上で、その旨を公表している場合

要医療児者支援体制加算 35単位/月

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等を修了し、専門的な知識及び支援技術を持つ常勤の相談支援専門員を1名以上配置した上で、その旨を公表している場合

ピアサポートとは

ピア(peer)とは、「仲間、同輩、対等者」という意味である。

ピアサポートとは、一般に同じ課題や環境を体験する人がその体験から来る感情を共有することで専門職による支援では得がたい安心感や自己肯定感を得られることを言い、身体障害者自立生活運動で始まり、知的障害や精神障害の分野でも定着し始めている。

(平成22年度障害者総合福祉推進事業「ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備のあり方に関する調査とガイドラインの作成」)

ピアサポート活動従事者による支援の効果

(平成27年度 障害者支援状況等調査研究事業「障害福祉サービス事業所等におけるピアサポート活動状況調査」)

効果の視点	概要
体験の共感・共有と適切なニーズ把握	ピアサポート活動従事者が利用者が利用者と同じ病気や症状を経験していることから、ピアサポート活動従事者と利用者は、病気の症状の悩み、将来の不安、家族や支援者との関係性について、類似をしていることが多い。 それゆえ、ピアサポート活動従事者が病気や症状の体験を利用者に語ることで、利用者の共感や体験を共有しやすくなり、信頼関係を築きやすくなっていると考えられる。 信頼関係が構築されることで、利用者本人のニーズも把握しやすくなり、より適切な支援につながると考えられる。
体験にもとづく相談対応	ピアサポート活動従事者自身の体験をもとにアドバイスすることで、利用者もピアサポート活動従事者の意見に納得し、ピアサポート活動従事者のアドバイスや忠告を素直に受け入れやすいと考えられる。
ロールモデル	ピアサポート活動従事者が病気から回復し生活している姿を、利用者自身が回復した将来の姿ととらえることで、現状の苦しい状況が続くわけではないという希望につながっていると考えられる。 利用者も病気から回復したピアサポート活動従事者に相談や疑問を投げかけることで、自身が回復するための参考としていると考えられる。
家族等の病気や障害の理解促進	ピアサポート活動従事者が家族との会話を通じて、利用者本人が苦しいときの思いや家族に反発する理由などを利用者本人に代わって代弁することで、病気や利用者本人の理解を促進する効果があると考えられる。 また、病気から回復したピアサポート活動従事者の存在自体が、利用者本人の回復した姿と重なることから、ピアサポート活動従事者が利用者本人を支援することに対して家族は安心感を得ていると考えられる。
他の職員の病気や障害の理解促進	ピアサポート活動従事者が利用者支援することで、ピアサポート活動従事者以外の職員が利用者の障害特性をより深く理解し、それが支援計画や実践に生かすことができると考えられる。 また、利用者支援に当たり、ピアサポート活動従事者が利用者の不安等を代弁することで、他の職員も支援方法について示唆を与えていると考えられる。

障害福祉サービス事業所等におけるピアサポート活動状況調査

(平成27年度 障害者支援状況等調査研究事業報告書)

【雇用しているピアサポート活動従事者が従事している障害福祉サービス等の種類(複数回答)】

障害福祉サービス等の種類	事業所数
居宅介護	9
重度訪問介護	9
同行援護	5
行動援護	0
重度障害者等包括支援	0
短期入所	3
療養介護	0
生活介護	8
施設入所支援	5
自立訓練(機能訓練)	1
自立訓練(生活訓練・宿泊型)	0
自立訓練(生活訓練・通所)	3
就労移行支援	12
就労継続支援A型	18
就労継続支援B型	25
共同生活援助	7
移動支援	6
地域活動支援センター	20
福祉ホーム	0
計画相談支援	31
地域移行支援	22
地域定着支援	18
上記以外	14
無回答	21
合計	237

上記「事業所数」については、都道府県、政令指定都市、中核市から提出された「ピアサポート活動従事者が活動している事業所リスト(計827事業所)」のうち、本調査に回答があった281事業所(回答率34%)における「雇用しているピアサポート活動従事者(有償・無償ボランティア等を除く)障害福祉サービス等の種類」について集計したもの。

ピアサポーターの効果(利用者に与えるプラス効果)

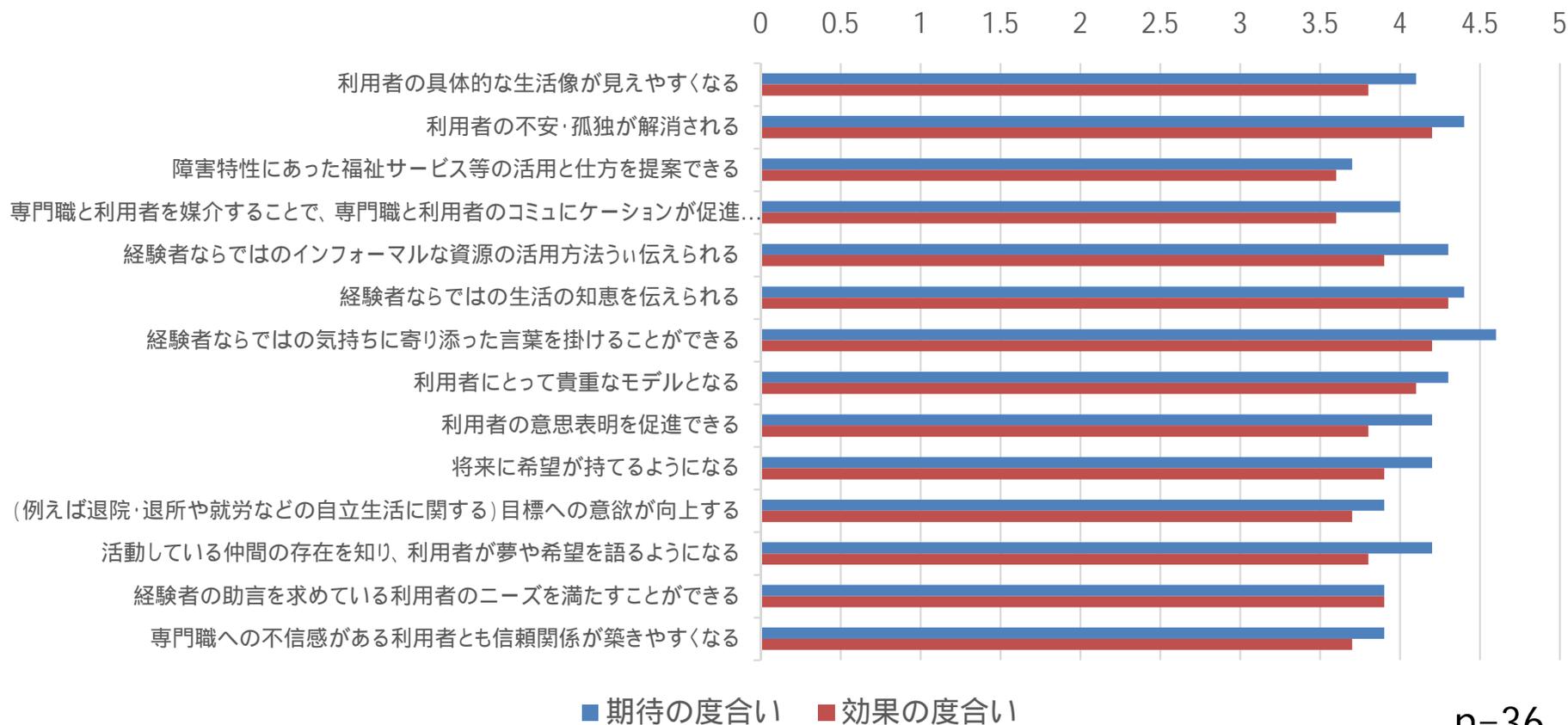
障害福祉サービス事業所等が考えるピアサポーターの支援が利用者に与える効果についての期待や効果の度合いについて、

- ・「経験者ならではの気持ちに寄り添った言葉をかけることができる」、
- ・「経験者ならではの生活の知恵を伝えられる」、
- ・「利用者の不安・孤独が解消される」

といった項目の値が高くなっている。

<ピアサポーターを配置する36事業所におけるアンケート調査への回答>

障害福祉サービス事業所等が考えるピアサポーターの支援が利用者に与えるプラスの効果として期待、効果(5点満点)



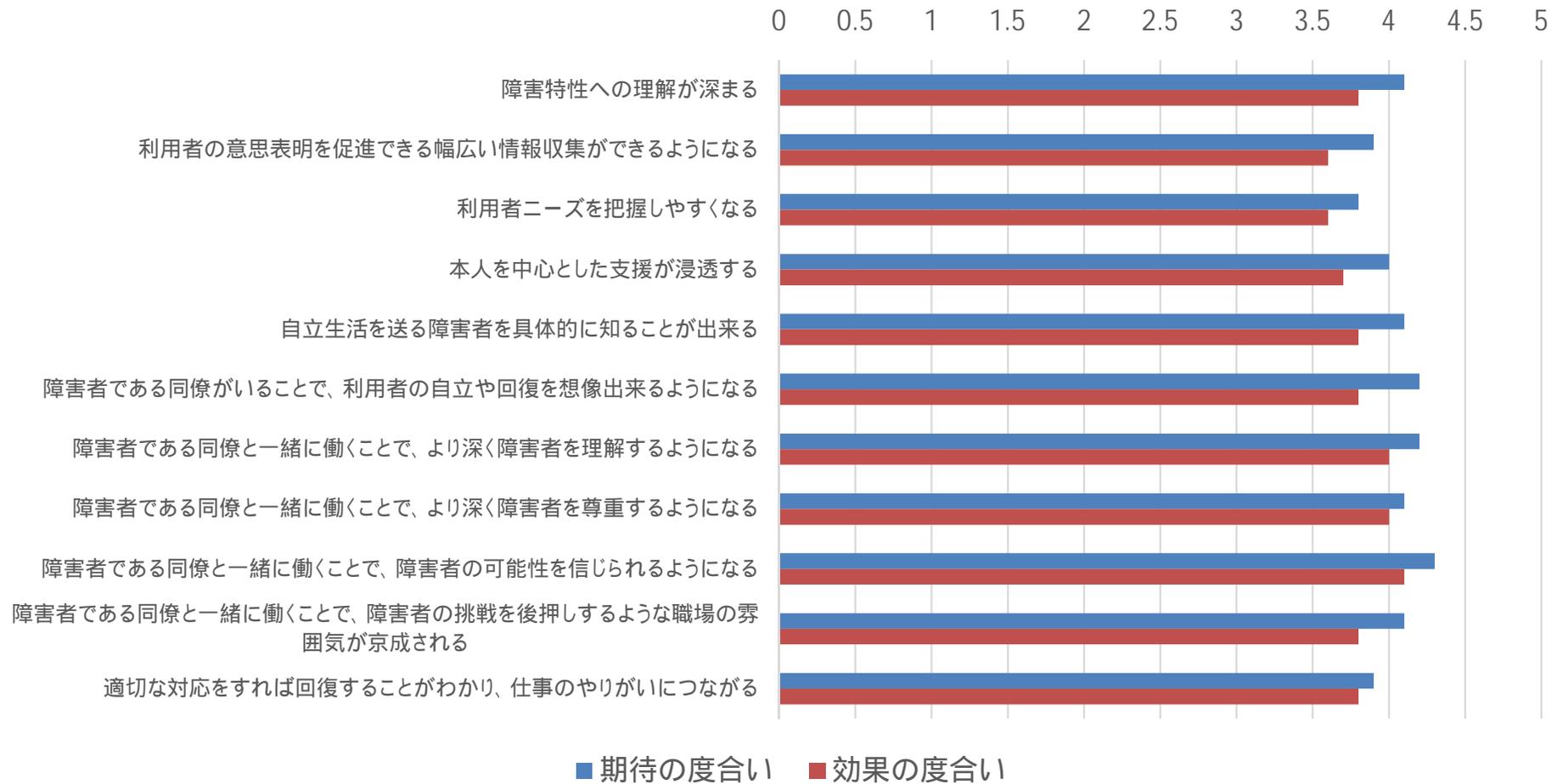
n=36

ピアサポーターの効果(事業所の他の職員に与える効果)

ピアサポーターの支援が事業所の他の職員に与える効果について、障害者である同僚と一緒に働くことで障害者の尊重や理解が深まるなどの効果がある。

<ピアサポーターを配置する36事業所におけるアンケート調査への回答>

ピアサポーターの支援が事業所の他の職員に与えるプラスの効果、期待(5点満点)



n=36

ピアサポーターの業務の一例



地域移行支援

利用者の不安に共感、経験者
ならではの視点で助言や
外出同行で安心感を与える



自立生活援助

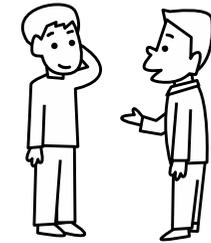
地域生活支援員

経験者ならではの
共感・目標・希望・仲間づくり
症状の自己対処、
医師や薬との付き合い方
の助言



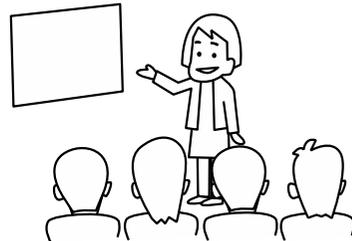
相談支援

権利擁護・ニーズの確認
経験しているからこそその
わかりやすい制度説明や
利用方法の助言



地域定着支援

電話相談における
実体験での苦勞の共有
同じ経験者同士にしか
わからない安心感の共有



事業所内研修

同僚である専門職に
体験を元に障害者への
配慮等レクチャー



家族への面接

経験者ならではの視点で
家族関係について助言

経験者として視点で、リカバ
リー体験を活かした助言や共
に行動をする支援

ピアサポーターが支援にかかわる効果(具体的事例より)

サービス種別	具体的事例
<p>計画相談支援 障害児相談支援</p>	<p>・相談支援専門員の面接にピアサポーターも同席してくれたことから、緊張せずに安心して自身の希望を相談することができた。 過去に障害福祉サービスを利用した経験のあるピアサポーターであったので、<u>当事者の目線で参考になる情報が多く、悩み方も含めて手本を見ているようで主体的にサービス等利用計画が作成された。</u></p>
<p>地域移行支援</p>	<p>・ピアサポーターが支援することで、医療専門職や家族に直接話せないことやうまく伝わらないことに関しての橋渡しができ、<u>退院に向かう不安が軽減され、地域移行支援を安定的に利用できた。</u> 同様に入院経験のあるピアサポーターの姿を見て、<u>自身も地域で生活ができると自信を持つことができ、19年の入院から退院することができた。</u></p>
<p>自立生活援助</p>	<p>・ピアサポーターが支援に入る前は病識が低く、怠薬傾向もあり病状悪化による救急受診などが時々あったが、定期的にピアサポーターが訪問し、<u>精神科に入院経験のあるピアサポーターからアドバイスを受けることができ、障害受容と共に自身も納得して服薬管理や金銭管理などの生活課題に取り組むことができるようになった。</u> 結果、救急受診をすることも無くなり、<u>安定した地域生活を送ることができている。</u></p>
<p>地域定着支援</p>	<p>・過去のパニック発作を思い出し予期不安が生じる時に電話相談をするが、<u>経験を共有できるピアサポーターが対応してくれることにより、安心して落ち着いて対処できるようになった。</u> また、<u>地域定着支援として同じ病気があっても仕事に従事しているピアサポーターと繋がっていることで励みになり、今の自分でも良いんだと思えたことで主体的に生活課題に取り組むことができるようになった。</u></p>

ピアサポートに関する調査研究事業について

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
厚生労働科学研究費	<p>「障害者ピアサポートの専門性を高めるための研修に関する研究」 障害者ピアサポーター養成研修のカリキュラム及びテキスト開発</p>			<p>障害者ピアサポートの専門性を高めるための研修に係る講師を担える人材の養成及び普及のための研究</p> <p>障害者ピアサポーター養成研修の指導者養成、専門性のあるピアサポーターの普及について研究</p>	
障害者総合福祉推進事業			<p>「ピアサポートを担う人材の活用を推進するための調査研究及びガイドライン作成のための研究」</p> <p>障害者ピアサポーターの有効性の調査</p>	<p>「障害福祉サービスの種別ごとのピアサポートを担う人材の活用のための調査研究」</p> <p>障害者ピアサポーターの有効性の調査</p>	

障害者ピアサポート研修事業について

1 目的

自ら障害や疾病の経験を持ち、その経験を活かしながら、他の障害や疾病のある障害者の支援を行うピアサポーター及びピアサポーターの活用方法等を理解した障害福祉サービス事業所等の管理者等の養成を図ることにより、障害福祉サービス等における質の高いピアサポート活動の取組を支援することを目的とする。

2 実施主体

都道府県又は指定都市

ただし、事業の一部又は全部の事業を適切に実施することができると思われる法人に委託。

3 対象者

障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等に雇用等されている障害者

なお、雇用等されている障害者は常勤、非常勤を問わず、雇用契約に基づき雇用されている者のほか、今後、雇用が見込まれる者を含む。

の者が所属する障害福祉サービス事業所等の管理者等、ピアサポーターと協働し支援を行う者

4 研修内容(カリキュラムは別紙のとおり)

基礎研修(2日間440分)

専門研修(2日間540分)

フォローアップ研修(2日間540分)

基礎研修修了者が対象

専門研修修了者が対象

5 財政措置

本研修事業については、地域生活支援事業費等補助金による国庫補助対象

基礎研修(440分)

< 1日目 >

科目名	時間数	内容
講義	200分	
1 ピアサポートの理解	30分	○ 障害領域ごとの歴史や背景を学ぶ ○ 障害領域ごとの視点を学ぶ
2 演習	60分	○ 講義「ピアサポートの理解」の振り返り、気づきの共有
3 ピアサポートの実際・実例	70分	障害領域ごとのピアサポートの実践を学ぶ
4 演習	40分	講義「ピアサポートの実際・実例」の振り返り、気づきの共有

< 2日目 >

科目名	時間数	内容
講義	240分	
5 コミュニケーションの基本	60分	コミュニケーション技法を学ぶ
6 演習	40分	講義「コミュニケーションの基本」の振り返り、気づきの共有
7 障害福祉サービスの基礎と実際	40分	障害福祉施策の歴史を学ぶ 障害福祉施策の仕組みを学ぶ
8 演習	20分	講義「障害福祉サービスの基礎と実際」の振り返り、気づきの共有
9 ピアサポートの専門性	30分	ピアサポートの専門性を具体的に学ぶ 倫理と守秘義務について学ぶ
10 演習	50分	講義「ピアサポートの専門性」の振り返り、気づきの共有

専門研修(540分)

< 1日目 >

科目名	時間数	内容
講義	300分	
1 基礎研修の振り返り	30分	○「基礎研修」の振り返り
2 ピアサポーターの基盤と専門性	40分	○ 障害特性に応じた専門性を学ぶ
3 演習	60分	講義「ピアサポーターの基盤と専門性」の振り返り、気づきの共有
4 ピアサポートの専門性の活用	40分	障害特性に応じたピアサポートの専門性を活かすための視点を学ぶ
5 演習	30分	講義「ピアサポートの専門性の活用」の振り返り、気づきの共有
6【障害者】 関連する保健医療福祉施策の 仕組みと業務の実際	各 40分	関係法、関連施策を学ぶ
6【事業所職員】 ピアサポートを活用する技術と 仕組み		現場におけるピアサポートの活用方法を学ぶ
7【障害者】 演習	各 40分	講義「関連する保健医療福祉施策の仕組みと業務の実際」の振り返り、気づきの共有
7【事業所職員】 演習		講義「ピアサポートを活用する技術と仕組み」の振り返り、気づきの共有
8 演習	20分	障害者、事業所職員別講義及び演習内容についての共有

< 2日目 >

科目名	時間数	内容
講義	240分	
9【障害者】 ピアサポーターとして 雇用される	各 30分	労働法規を学ぶ
9【事業所職員】 ピアサポーターを活かす雇用		ピアサポーターを雇用する上での留意点を学ぶ
10【障害者】 演習	各 40分	講義「ピアサポーターとして雇用される」の振り返り、気づきの共有
10【事業所職員】 演習		講義「ピアサポーターを活かす雇用」の振り返り、気づきの共有
11 セルフマネジメントと バウンダリー	30分	○ ピアサポーターが葛藤しやすい状況を学ぶ 病気や障害を抱えて働く上でのセルフケアを学ぶ
12 演習	40分	講義「セルフマネジメントとバウンダリー」の振り返り、気づきの共有
13 チームアプローチ	40分	所属機関(チーム)におけるピアサポーターの役割と留意点について学ぶ
14 演習	60分	講義「チームアプローチ」の振り返り、気づきの共有

フォローアップ研修(540分)

< 1日目 >

科目名	時間数	内容
講義	280分	
1 専門研修の振り返り	30分	○「専門研修」の振り返り
2 障害特性について	60分	○障害領域ごとの障害特性を学ぶ
3 働くことの意義	30分	ピアサポーターとして職場にもたらす効果を学ぶ
4 演習	60分	講義「働くことの意義」の振り返り、気づきの共有
5 障害者雇用について	40分	障害者雇用の実際と留意点を学ぶ
6 演習	60分	講義「障害者雇用について」の振り返り、気づきの共有

< 2日目 >

科目名	時間数	内容
講義	260分	
1 ピアサポーターの能力	60分	ピアサポーターとして能力を発揮し、働き続けるために必要なことを学ぶ
2 ピアサポーターとしての職場でのコミュニケーション	30分	ピアサポーターとして職場で効果的なコミュニケーション手法を学ぶ
3 演習	40分	講義「ピアサポーターとしての職場でのコミュニケーション」の振り返り、気づきの共有、事例検討
4 演習	60分	講義「ピアサポーターとしての職場でのコミュニケーション」の事例検討
5 ピアサポーターとして雇用されるための準備	30分	ピアサポーターとして雇用される上での準備、留意点を学ぶ
6 演習	40分	講義「ピアサポーターをとして雇用されるための準備」の振り返り、気づきの共有