

「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日の拘置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	パンをおどに詰めて窒息	心不全とする
2月	男	63	パンをおどに詰めて窒息	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ちな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ちな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のこ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

都道府県知事
保健所設置市長
特別区長

 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取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】
 - ト. 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ることができ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が開始できるよう、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 _____