

参 考 資 料

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R)
「保護者制度・入院制度の検討」に係る第1回作業チーム 資料

資料1 今後の検討体制・スケジュールについて

資料2 保護者制度について

資料4 保護者制度の見直しについて(各論ごとの検討)

参考資料1 入院制度について

参考資料2 海外における入院医療に関して

※ 資料3「第3R構成員からの主な意見」は除く

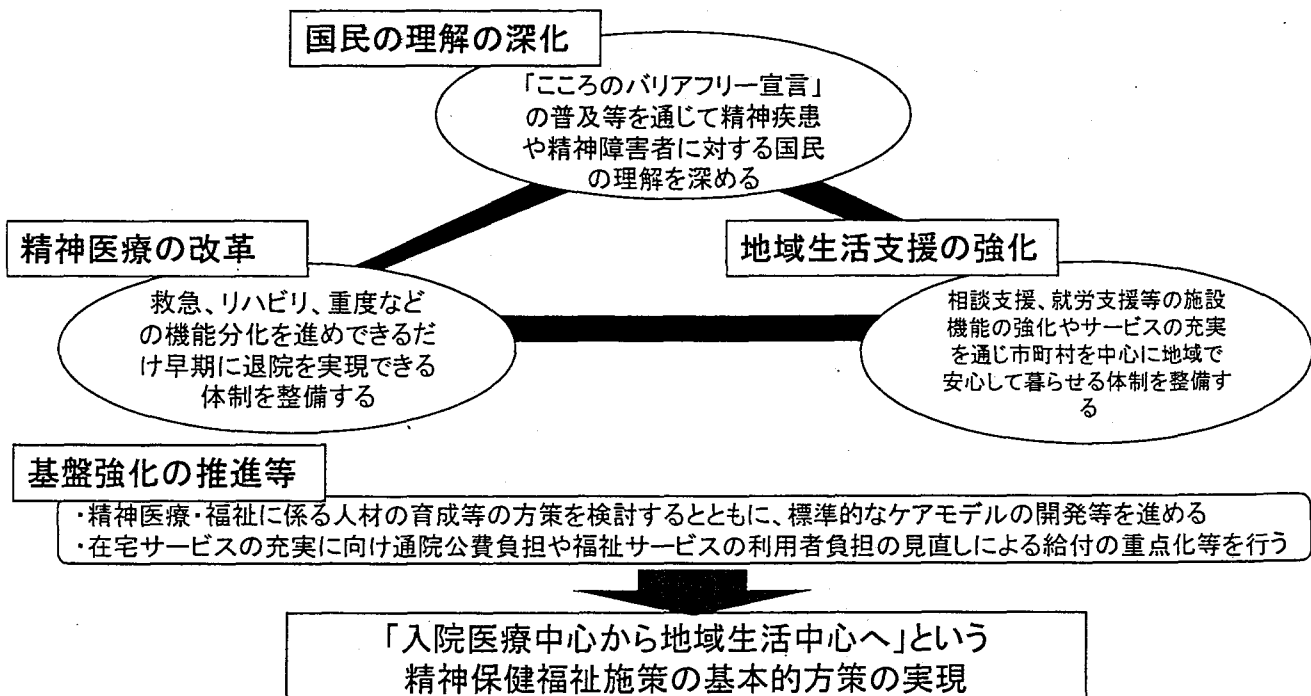
今後の検討体制・スケジュール について

厚生労働省精神・障害保健課

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

● 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

● 人員の充実等による医療の質の向上

● 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

精神医療の質の向上

● 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

● 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進

● 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域生活支援体制の強化

普及啓発の重点的実施

地域を拠点とする共生社会の実現

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」

平成21年9月24日

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書（抄）

V 今後の課題

1. 精神保健福祉法に関する課題

- 精神医療の質の向上を図っていく上では、…（中略）…入院医療をはじめとして、人権に配慮した適切な医療が透明性をもって提供される制度としていくことが重要であり、**精神保健福祉法についても、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方向性を具体化していく観点から、諸外国の状況や我が国における精神保健医療福祉改革の状況を踏まえつつ、必要な見直しを行っていく必要がある。**
- 精神保健福祉法に基づく各種制度のうち、**特に、入院医療における医療保護入院制度のあり方や、保護者制度のあり方、精神医療審査会の機能の充実については、過去の法律改正時に附帯決議が行われており、継続的な課題となっている。**
- また、現状においては、**措置入院制度や申請・通報制度、移送制度等の運用状況について、都道府県等によって大きな違いがみられているが、精神医療を必要とする者について、人権や本人の安全性に配慮しつつ適切に医療につなげていく観点からは、各地域において適正に運用されるべきものである。**
- これらの課題については、本検討会においても議論を行い、
 - ・ **家族が医療保護入院という強制入院の同意者となる制度について見直すべき**
 - ・ **保護者制度は、家族と精神障害者本人双方の負担となっており、見直しを行うべき**
 - ・ 未治療・治療中断等の重度精神障害者に対し地域生活を継続しながら医療的支援を提供する体制、通院を促す仕組みを検討すべき等の意見があったところである。

○ **以下の点をはじめとする精神保健福祉法の課題に関する検討の場を設け、検討に着手すべきである。**

- ・ **家族の同意による入院制度のあり方について**
 - ・ **医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方について**
 - ・ 未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方や、通院医療の位置付けについて
 - ・ **精神医療審査会の機能を発揮できるための方策について**
 - ・ 情報公開の推進も含めた隔離・身体拘束の最小化を図るための取組について
 - ・ 地域精神保健における市町村、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関の役割のあり方について
- なお、**保護者適格が疑われる場合や認知症高齢者等に対する入院形態のあり方**や、申請・通報制度、移送制度等における関係機関との連携のあり方、個々の患者の病状の変化に対応した適切な処遇の実施のための方策など、現行制度の改善のための方策については、随時検討を行い必要な対応を図るべきである。

4

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成21年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、昨年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。(主担当:厚生労働大臣政務官)

○第1R:平成22年5月31日～6月17日

→来年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健医療体制の整備に関する検討を実施(4回議論)

○第2R:平成22年9月2日～

→認知症と精神科医療に関して検討を実施(10回議論)、12月22日中間とりまとめ

○第3R:平成22年10月21日～

→保護者制度と入院制度について検討を開始(2回議論)

(検討チーム HP) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai>

5

(参考)

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にしている関わり方を基本とする。

【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

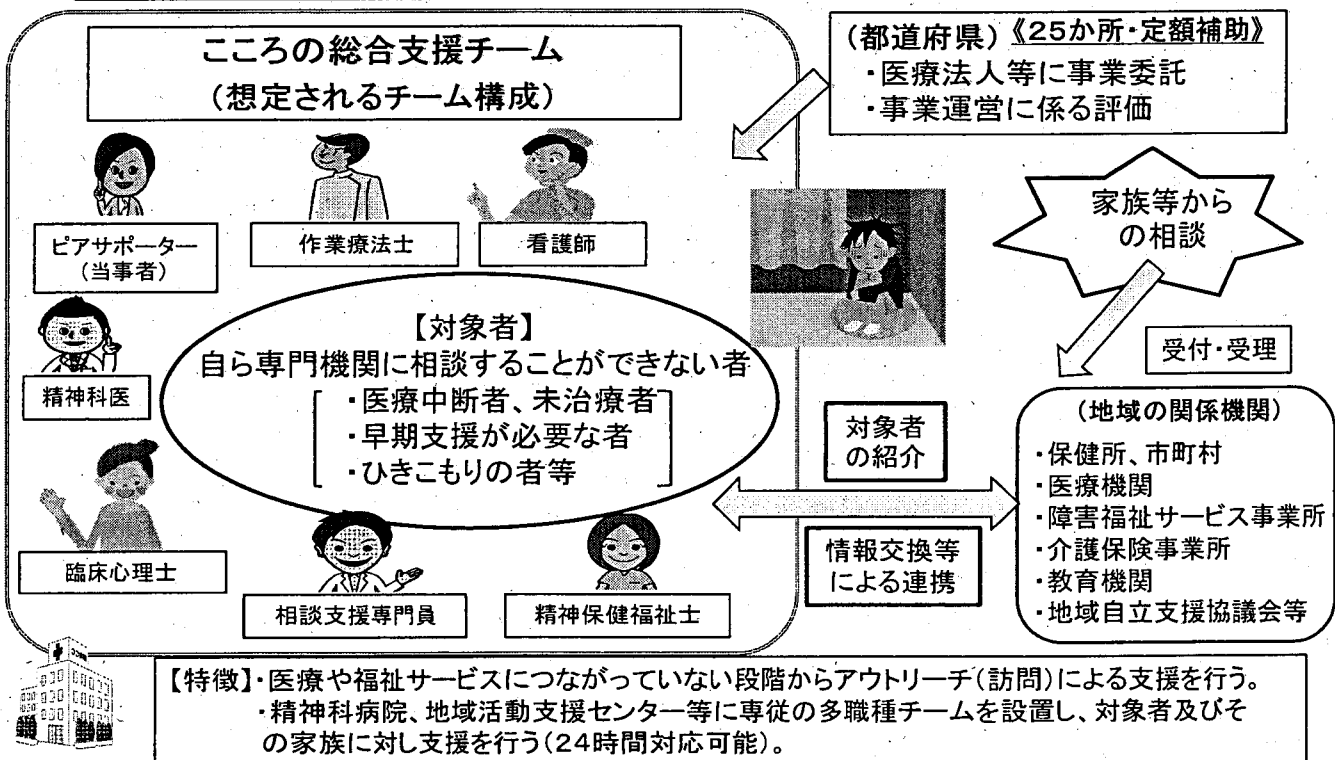
6

(参考)

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

23年度予算案: 7億円

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。

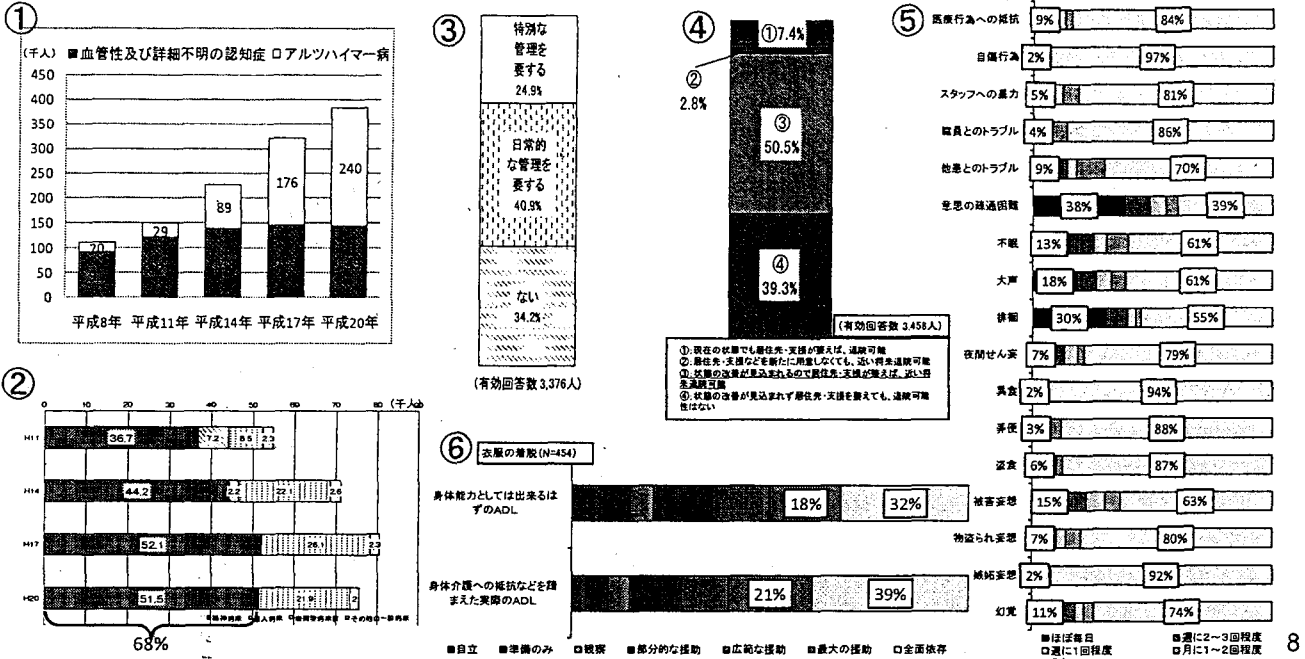


7

現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理(入院治療)または日常的な管理(外来治療)を要する身体合併症を有している*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割*2
- ⑤ 精神病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である*3
- ⑥ 精神病院に入院している認知症患者のADLは、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加*3

*1 患者調査 *2 精神病床の利用状況に関する調査(平成19年度厚生労働科学研究) *3 精神病院における認知症入院患者に関する調査(平成22年9月精神・障害保健課)



基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけでなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- (1) 地域での生活を支えるための精神科医療
- (2) BPSDを有する患者への精神科医療
- (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療
- (4) 地域全体の支援機能

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備