

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15回)  
議 事 次 第

1. 日時 平成23年2月24日(木) 18:00~20:00
2. 場所 厚生労働省 省議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 9階
3. 議事
  - (1) 保護者制度について
  - (2) 意見交換

第15回 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 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料 保護者制度の見直しについての論点

参考資料 新たな精神保健地域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

## 保護者制度の見直しについての論点

本資料は、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）における議論に資するため、平成23年1月7日、同20日及び2月9日に行われた「保護者制度・入院制度の検討」に係る作業チームで行われた検討を下にまとめたものである。

なお、「医療保護入院に同意すること」については、入院制度の検討の中で取り扱うこととしており、今回の論点には含まれていない。

### 《現行制度について》

- 「保護者」は、「精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど、患者の生活行動一般における保護の任に当たらせるために」設けられた制度。

患者の医療保護を十分に行おうとする要請と、患者の人権を十分に尊重しようとする要請との間にあり、

- ① 治療を受けさせる義務（22条1項）
  - ② 医師の診断に協力する義務（22条2項）
  - ③ 医師の指示に従う義務（22条3項）
  - ④ 財産上の利益を保護する義務（22条1項）
  - ⑤ 回復した措置入院者等を引き取る義務（41条）
  - ⑥ ⑤による引き取りの際、精神病院の管理者又は精神障害者社会復帰施設の長に相談し、必要な援助を求めること（22条の2）
  - ⑦ 退院請求等の請求をすること（38条の4）
  - ⑧ 医療保護入院の同意をすること（33条1項）
- という役割が規定されている。

- 保護者になりうる人とその順位については、以下のとおり。
  - ① 後見人又は保佐人
  - ② 配偶者
  - ③ 親権を行う者
  - ④ ②③の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

《現行規定》

(保護者)

第二十条 精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は保護者とならない。

- 一 行方の知れない者
- 二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
- 三 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人
- 四 破産者
- 五 成年被後見人又は被保佐人
- 六 未成年者

2 保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。ただし、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人又は保佐人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立てによりその順位を変更することができる。

- 一 後見人又は保佐人
- 二 配偶者
- 三 親権を行う者
- 四 前二号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

3 前項ただし書の規定による順位の変更及び同項第四号の規定による選任は家事審判法（昭和二十二年法律第百五十二号）の適用については、同法第九条第一項甲類に掲げる事項とみなす。

第二十一条 前条第二項各号の保護者がいないとき又はこれらの保護者がその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護者となる。

## 1. 医療に関する義務規定について（治療を受けさせる義務、医師に協力する義務、医師の指示に従う義務）

### 《現行規定》

#### 治療を受けさせる義務（22条1項）

保護者は、精神障害者（第二十二条の四第二項に規定する任意入院者及び病院又は診療所に入院しないで行われる精神障害の医療を継続して受けている者を除く。以下この項及び第三項において同じ。）に治療を受けさせ、及び精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。

#### 医師に協力する義務（22条2項）

保護者は、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない。

#### 医師の指示に従う義務（22条3項）

保護者は、精神障害者に医療を受けさせるに当たっては、医師の指示に従わなければならない。

### （1）規定の存廃に関する論点

- 昭和25年の本規定の制定当初、本規定は、精神病者監護法による私宅監置を廃止し、適切に医療機関につなげるために設けられたものと考えられるところ、そうした時代背景のない現在においては、具体的な意義を失っているのではないか。
- 個々の義務規定については、  
（治療を受けさせる義務）
  - ・ 通常、保護者が医療的な観点から「治療を受けさせる」必要があるかどうかを判断することは極めて困難である一方、本規定では治療を受けさせる必要のある病状や行動の具体的内容まで規定されているわけではなく、義務の内容が必ずしも明確になっていないことから、義務規定として有効に機能していないのではないか。
  - ・ 保護者が本人に治療を勧めるのは、本人に早く疾患の治療

をして回復してほしい、あるいは悪化して他害につながることを防ぐ等の気持ちからであって、それをあえて法定の義務として規定することが適切か。

- ・ 保護者の全てが精神障害者と身近に生活をしているわけではなく、保護者のみが治療を受けさせなければならない義務を負うことは、現実にはそぐわないのではないか。
- ・ 保健所は、現に本規定をよりどころに保護者に受診を勧めることがあるが、本規定があるからといって、受診を拒否している人が受診に応じるわけではないのではないか。

#### (医師に協力する義務)

- ・ 診断は、本来、本人と医師との関係で行われることが基本ではないか。
- ・ 診断に当たり、医師が本人だけではなく周囲の人から情報を収集しようとする場合、本人のことをよく知っている人が、必ずしも保護者だとは限らないのではないか。
- ・ 本人と保護者の関係が様々であることも踏まえると、保護者を診断に参加させることが適切ではない場合もあるのではないか。
- ・ こうした診療現場における実際の対応に関することは、法律によって定めることになじまないのではないか。

#### (医師の指示に従う義務)

- ・ 本規定では、保護者がどのような事項に関して医師の指示に従うことが求められているのか明確ではなく、義務規定として有効に機能していないのではないか。
- ・ 現在において、医療は、インフォームド・コンセントや治療計画に基づいて行われるのが原則である中で、本規定のみで薬物療法を含むいかなる治療行為について、本人の意思に反してでも行われることを認めていると理解するのは困難で

はないか。

- ・ 治療が円滑に行われるためには医師と本人・家族が信頼関係を築くことが有効であるが、実際にはそのようにならない場合もあり、こうした診療現場における実際の対応に関することを、保護者に対する義務として法律によって定めることは適当ではないのではないか。

といった点を踏まえれば、保護者にのみ義務を課すことは適当ではなく、保護者の義務規定として、存置する必要はないのではないか。

- 一方、治療を受けさせる義務については、選任された一人の保護者にのみ本義務を課すことによって、その保護者以外の保護者になりうる様々な人から「治療を受けさせる」ことを強要されることを防いでいる、という見解もあるが、どう考えるか。

#### [治療を受けさせる義務と民法上の監督義務者の損害賠償責任との関係について]

・ 民法（明治29年法律第89号）

第713条 精神上の障害により自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者は、その賠償の責任を負わない。  
ただし、故意又は過失によって一時的にその状態を招いたときは、この限りでない。

（責任無能力者の監督義務者等の責任）

第714条 前二条の規定により責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかつたとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。

2 監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。

- 保護者は「監督する法定の義務を負う者」（民法714条）として監督者責任を負うとされてきたが、平成11年改正により自傷他害防止義務が削除されて以降、保護者が法定の監督義務者に該当するかについては議論がありうる。
- 裁判例においては、保護者に選任されていない近親者等に監督者責任を負わせるものがあるが、その根底には保護者であれば同責任を負うという考え方があると思われる。
- 民法上、父母等の近親者は、一般的な不法行為責任（民法709条）を負う場合は別として、父母等の地位にあること自体を根拠として損害賠償責任を課されることはないから、保護者制度がなくなれば、父母等が賠償責任を課される場合は限定されると考えられる。

## **（2）作業チームで十分に整理できていない論点**

- これらの規定（とりわけ、治療を受けさせる義務の規定）では、本人が治療を受けることによって早期に回復できるという利益を保護しているとも考えられるが、本人が治療を受けなくてもよい権利と相反する場合もある。病識が乏しいという精神障害の特性を踏まえ、治療によって得られる本人の利益を何からの形で保護する必要があるか。仮に必要なとすれば、どのような形で保護するか（誰がその責任を負うべきか等）。
- これらの規定では、保護者が本人の診療に関わることができることが前提となっているが、本人のプライバシーの観点から考えると、本人が保護者に診療に関わることを拒む権利もあると考えられる。これらの規定を削除した場合、保護者は診療に関わらなくてもよい、あるいは保護者の支えが必要な場合であっても診断、診療の過程に適切に関わることができなくなるといった印象を与えることになるのではないか。また、保護者はむしろ支援されるべき立場であるとの考え方もあるのではないか。診療における保護者の立場を何らかの形で位置付ける必要

はないか。

(参照)

○医師法（昭和23年法律第201号）抄

第23条 医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

○ 医師の指示に従う義務が、本人の意思に反するような治療行為に対してまで保護者が従わなければならないことを認めているわけではないとしても、そのような本人の意思に反するような治療行為のあり方については、検討する必要があるのではないか。（平成22年閣議決定にいう「強制医療介入」の問題）

## 2. 財産上の利益を保護する義務

### 《現行規定》 22条1項

保護者は、精神障害者（第二十二条の四第二項に規定する任意入院者及び病院又は診療所に入院しないで行われる精神障害の医療を継続して受けている者を除く。以下この項及び第三項において同じ。）に治療を受けさせ、及び精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。

### (1) 規定の存廃に関する論点

- 本規定については、
  - ・ 民法上、自分の財産は自分で管理することが原則であり、本人の所有物の処分や賃貸借契約の解除は許されるものでなく、長期入院の際などでの財産の処分などに当たっては、本人の同意を得て行うか、判断能力が十分でない場合には成年後見制度によることが本来ではないか。
  - ・ この規定は、一見利益を保護しているような規定であるが、
    - ① 保護者による保護義務の濫用防止のための仕組みが設けられていないこと（成年後見制度には、そのような役割を果たすものとして、家庭裁判所による監督及び成年後見監督人等の仕組みがある）、
    - ② 判断能力の程度など対象者がどのような人か明確ではないこと、
    - ③ 保護者が負う義務の程度や範囲も書かれていないことから、権利擁護のための規定としては不十分な規定ではないか。

といった点を踏まえれば、保護者の義務規定として、存置する必要はないのではないか。

[本規定と民法上の事務管理との関係について]

・民法（明治29年法律第89号）

（事務管理）

第697条 義務なく他人のために事務の管理を始めた者（以下この章において「管理者」という。）は、その事務の性質に従い、最も本人の利益に適合する方法によって、その事務の管理（以下「事務管理」という。）をしなければならない。

2 管理者は、本人の意思を知っているとき、又はこれを推知することができるときは、その意思に従って事務管理をしなければならない。

このとき、管理者は、原則として本人又はその相続人若しくは法定代理人が管理をすることができるに至るまで、事務管理を継続しなければならないこと（第700条）、本人のために有益な費用を支出したときは、本人に対し、その償還を請求することができること（第702条第1項。管理者が本人の意思に反して事務管理をしたときは、本人が現に利益を受けている限度においてのみ（同条第3項。）が規定されている。

- 民法上の事務管理は、本来は義務でなく、むしろそれを行えば違法となる可能性がある行為—無断で他人の事務に関与すること—について、当該行為をめぐる権利義務関係を調整する制度であり、例えば保護者のような「誰か」に義務を負わせることの根拠となるものではない。（民法の事務管理においては、例えば、隣家が不在の際、台風で隣家の家屋が破損してしまったため、応急処置を行った等の事務が想定されている。）
- 事務管理によって本規定で想定される事例における問題点が解決されるものではないが、一方で、民法の他の規定（成年後見、不在者の財産管理）で対応できるかはなお検討する必要がある。

## （2）作業チームで十分に整理できていない論点

- 現行制度においては民法上の成年後見制度が存在するが、それを前提としつつ、①財産上の利益を何らかの形で保護すべき状態として、どのような人が想定されるか、②具体的にどの

ように財産上の利益の保護をするべきか。

### 3. 回復した措置入院患者等を引き取る義務、 相談し、必要な援助を求める権利

《現行規定》

#### 回復した措置入院患者等を引き取る義務（41条）

保護者は、第29条の3若しくは第29条の4第1項の規定により退院する者又は前条の規定により仮退院する者を引き取り、かつ、仮退院した者の保護に当たっては当該精神科病院又は指定病院の管理者の指示に従わなければならない。

#### 相談し、必要な援助を求める権利（22条の2）

保護者は、第41条の規定による義務（第29条の3又は第29条の4第1項の規定により退院する者の引取りに係るものに限る。）を行うに当たり必要があるときは、当該精神科病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神科病院若しくは指定病院と関連する障害者自立支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスに係る事業（以下「障害福祉サービス事業」という。）を行う者に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、及び必要な援助を求めることができる。

#### （1）規定の存廃に関する論点

- 回復した措置入院患者等を引き取る義務については、
  - ・ 保護者に自傷他害防止監督義務が存在していた時代においては、本規定は、措置入院から退院した患者につき、保護者に自傷他害防止の監督を引き継ぐ趣旨のある規定ととらえることはできるが、平成11年の改正において、当該義務規定が削除された現在、本規定は、実質的な意義を失っているのではないか。
  - ・ 医療保護入院への移行などを通じて、措置を行った行政から保護者による保護への移行を担保する機能を果たしているならば、何らかの形で残すべきではないか、という見解もあるが、第22条に規定される各義務を、保護者のみに課せら

れるものとして存置する必要がないと考えるならば、措置入院からの移行について入念的に規定したとされる本規定についても、第22条と同様に考えるべきではないか。

といった点を踏まえれば、保護者にのみ義務を課すことは適当ではなく、保護者の義務規定として存置する必要はないのではないか。

○ 相談し、必要な援助を求める権利については、

- ・ 本規定は、第41条の引取義務あつての権利であり、第41条の引取義務については廃止すべきであるならば、本規定も廃止すべきではないか。
- ・ 本規定は、保護者が措置入院患者等の退院後の調整を行うことを前提に規定されているが、措置入院患者が退院する際、どのような形で退院するかは、まず本人の意思を尊重して行われるべきであり、保護者のみを相談し、必要な援助を求める対象として規定するのは適当ではないのではないか。

といった点を踏まえれば、保護者のみに義務を課す（権利を付与する）ことは適当ではなく、保護者の義務規定（権利規定）として存置する必要はないのではないか。

#### [引取義務と民法上の扶養義務との関係について]

・ 民法（明治29年法律第89号）

（扶養義務者）

第877条 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。

2 家庭裁判所は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合のほか、三親等内の親族間においても扶養の義務を負わせることができる。

3 前項の規定による審判があつた後事情に変更を生じたときは、家庭裁判所は、その審判を取り消すことができる。

- 民法上の扶養義務は金銭的な給付を内容とするものであり、保護者の引取義務が民法上の扶養義務に含まれると考えることは不適切である。

## (2) 作業チームで十分に整理できていない論点

- 行政が行った措置入院につき、身寄りのない精神障害者がいることも踏まえ、退院後の調整を何らかの形で行う必要があるのではないか。あるとすれば、誰がその責任を負うべきか。
- 退院後の受け入れ先に関して問題となるのは、措置入院に限ったことではなく、現行の22条の2のように、「保護者」が「措置入院等」の退院の際に相談できるという内容にとどまらず、医療保護入院等も含めたより広い場合に、保護者に限らずより様々な主体が活用できる規定としていくべきではないか。

## 4. 退院請求及び処遇改善請求をする権利

### 《現行規定》38条の4

精神科病院に入院中の者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

- 本規定は、入院患者の権利擁護として必要な規定ではあるが、退院請求及び処遇改善請求を行うことができるのは選任された一人の保護者に限定されており、他の保護者になりうる人に拡大する余地があるかどうかについても検討するべきではないか。

# 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

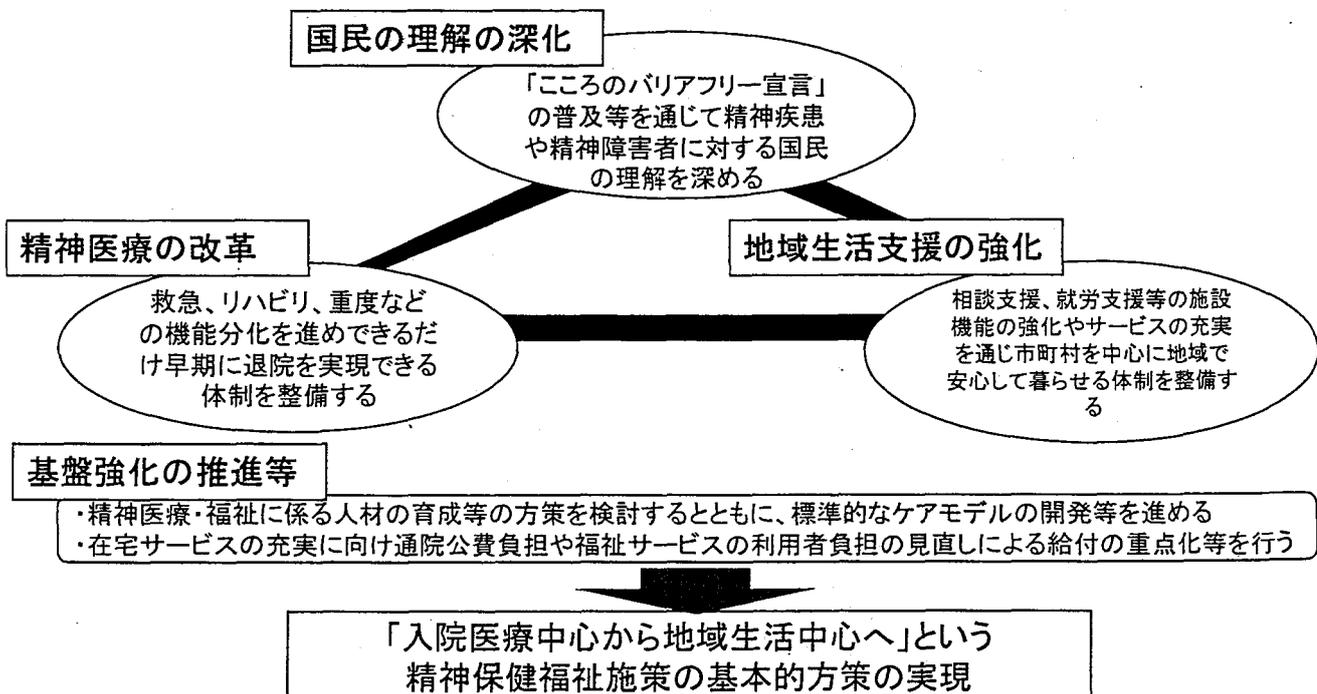
# 今後の検討体制・スケジュール について

## 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

## 地域生活支援体制の強化

## 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

## 普及啓発の重点的実施

### 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。

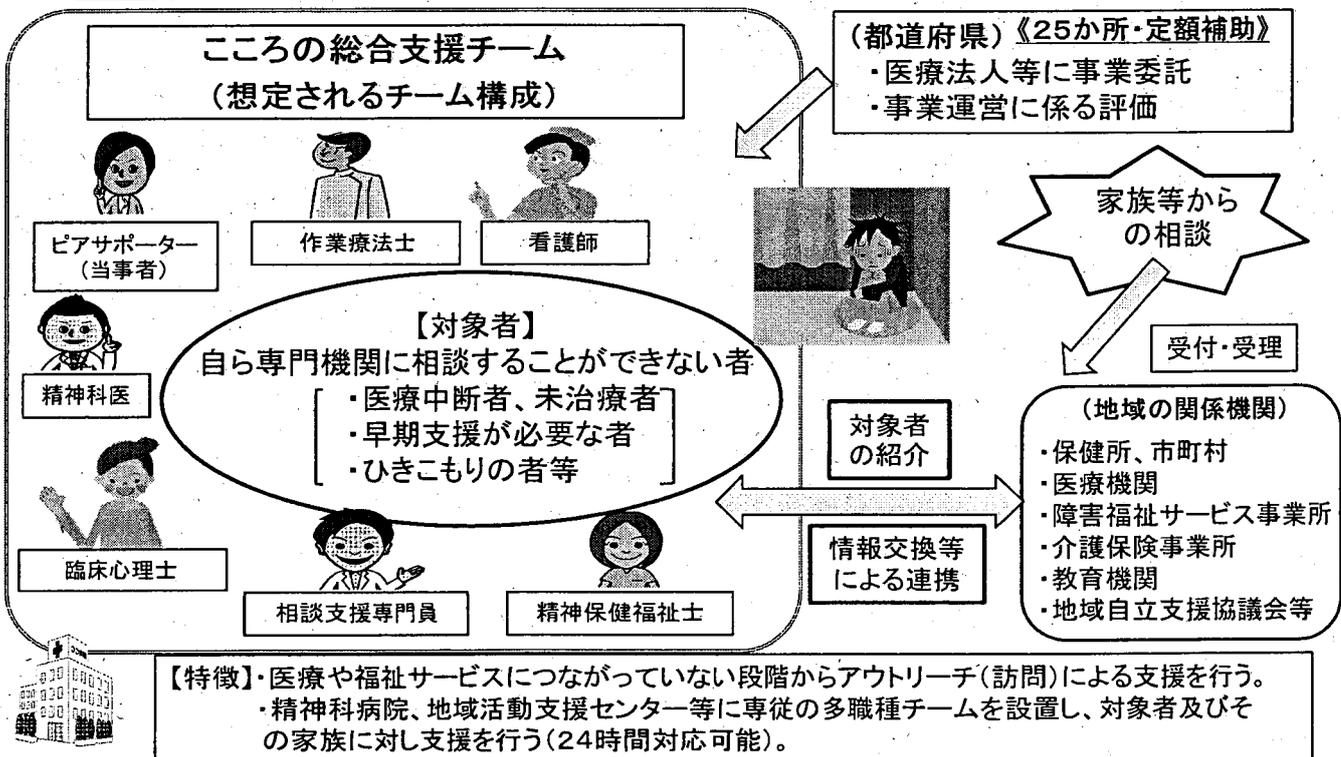
6

(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。

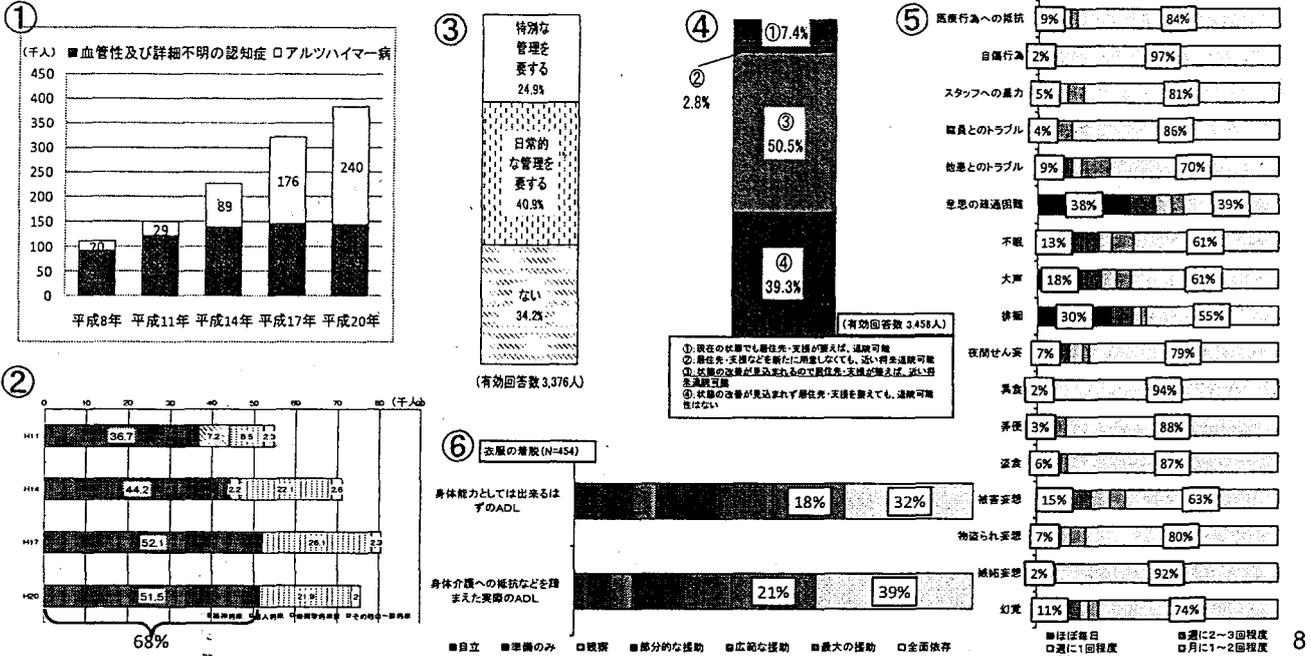


7

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

認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

地域での生活を支えるための精神科医療

- 専門医療機関による早期の診断
- 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)
- 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制の整備
- 精神科作業療法や重度認知症デイケアの提供

地域全体の支援機能

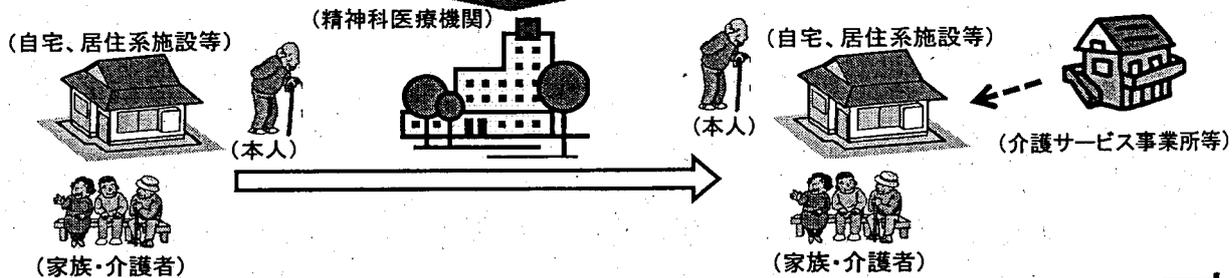
- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

BPSDを有する患者への精神科医療

- BPSDへの適切な治療
- BPSDを伴う認知症患者の円滑な医療の提供
- 認知症患者に必要な入院医療
- 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- 合併症の状態像に応じた精神病床の受入れ
- 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- 精神科医療機関と一般医療機関の連携のあり方



受け皿や支援の整備

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

- 医療・介護双方の理解の向上
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)
- 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わり強化【再掲】

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

- 居住系施設等やサービス支援の整備
- 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入
- 当面の取組として、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を通じて、地域における取組を試行しながら、検討していくことが必要

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(6月29日閣議決定)【概要】

目的・基本的考え方

- 障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日) 障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現を最大限に尊重し、我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図る。

障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

基礎的な課題における改革の方向性

(1) 地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築  
障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充実、及び平等な社会参加、参画を促すための施策の展開(虐待のない社会づくり)

(2) 障害の定義と障害認定の明確化

障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非言語的コミュニケーションの明確化

横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

(1) 障害者基本法の改正と改革の推進体制  
障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し、追加改革の集中期間内における改革の推進を担う組織を組織の設置、改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視等を担い、いわゆるモニタリング機関の定常的設置等  
→第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

(2) 障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等  
障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築  
→第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す  
これに関連し、人権新法制度に関する法案も早急に提出できるように検討

(3) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定  
制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等その内容とする制度の構築  
→第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

工程表

	平成21年12月～平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
横断的課題のスケジュール等	障がい者制度改革推進本部の設置(平成21年12月)	●障害者基本法基本改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	●次期障害者基本計画決定(12月目標)	●障害者差別禁止法案(仮称)の提出(改革の推進に必要な他の関係法律の一括整備法案も、検討までの施行)	
(1) 労働及び雇用	●福祉的就労への労働法等の適用の在り方	→ (~23年内)	●雇用制度等についての検証・検討	→ (~24年度内目標)	●職場での合理的配慮確保のための方策
(2) 教育	●障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けるためのインクルーシブ教育システム構築の推進を促すための制度改革の基本的方向	→ (~22年度内)	●手話・点字等に精通した教員等の確保・専門性の向上に係る方策	→ (~24年度内目標)	
(3) 所得保障	●障害者の所得保障の在り方を公的年金の根本見直しに併せて検討	→ (~24年度内目標)	●障害者の所得保障のための支援の在り方	→ (~24年内)	
(4) 医療	●医療費用負担の在り方(応給負担)	→ (~23年内)	●社会的入院を解消するための体制	→ (~23年内)	●精神障害者の強制入院等の在り方
(5) 障害児支援	●相談・教育支援体制の改革に向けた方策	→ (~23年内)			
(6) 虐待防止	●虐待防止制度の構築に向けた必要な検討				※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を決定
(7) 建物利用・交通アクセス	●地方のバリアフリー整備の促進等の方策	→ (~22年度内目標)			
(8) 情報アクセス・コミュニケーション	●情報・バリアフリー化のための環境整備の在り方	→ (~24年内)	●障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策	→ (~24年内)	
(9) 政治参加	●選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組	→ (~22年度内)	●投票所のバリア除去等		
(10) 司法手続	●刑事訴訟手続における障害者の特性に応じた配慮方策	→ (~24年度内目標)			
(11) 国際協力	●アジア太平洋での障害分野の国際協力への貢献				

## 障害者制度改革の推進のための基本的な方向について (平成22年6月29日閣議決定) (抄)

政府は、障がい者制度改革推進会議(以下「推進会議」という。)の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)(以下「第一次意見」という。)を最大限に尊重し、下記のとおり、障害者の権利に関する条約(仮称)(以下「障害者権利条約」という。)の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図るものとする。

### 3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

以下の各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、横断的課題の検討過程や次期障害者基本計画の策定時期等も念頭に置きつつ、改革の工程表としてそれぞれ検討期間を定め、事項ごとに関係府省において検討し、所要の期間内に結論を得た上で、必要な措置を講ずるものとする。

#### (4) 医療

- 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 自立支援医療の利用者負担について、法律上の規定を応能負担とする方向で検討し、平成23年内にその結論を得る。

12

## 障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見) (平成22年6月7日障がい者制度改革推進会議) (抄)

#### 4) 医療

##### (推進会議の問題認識)

障害者が地域において安心して自立した生活が送れるためには、すべての障害者が障害を理由とする差別なしに可能な限り最高水準の健康を享受できるよう、必要な医療やリハビリテーション等が提供されなければならない。特に精神医療に関しては、医療と福祉が混在し制度上の問題を多く含んでいる精神保健福祉法の抜本的な改正が必要である。

##### 【精神障害者に対する強制入院等の見直し】

現行制度では、精神障害者に対する措置入院、医療保護入院、裁判所の決定による入院、強制医療介入等については、一定の要件の下で、本人の同意を必要とせずに、強制的な入院・医療措置をとることが可能となっており、障害者権利条約を踏まえ、自由の剥奪という観点から検討すべき問題がある。

このため、現行の精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」も含め、見直すべきである。【厚生労働省】

##### 【地域医療の充実と地域生活への移行】

精神科病院においては、入院治療の必要がないにもかかわらず、長期入院による自立生活の困難等の問題により入院せざるを得ない、いわゆる「社会的入院」患者が厚生労働省の統計から推定される人数でも約7万人いるといわれている。

このような現状を改善するため、入院中の精神障害者に対する退院支援の充実を図るべきである。退院支援や地域生活への移行後における医療、生活面からのサポート(ショートステイ等を含む。)の在り方については、総合福祉部会で検討を進める。【厚生労働省】

##### 【精神医療の一般医療体系への編入】

現行制度においては、精神疾患のある患者は、臨時応急の場合を除いて、原則として精神病室以外の病室には入院できないこととなっており、このことが精神障害者にとって一般医療サービスを受けることを困難にしている。また、精神科医療の現場においては、いわゆる「精神科特例」により一般医療に比して医師や看護師が少ない状況にある。

このような状況を踏まえ、以下を実施すべきである。

- ・精神医療の一般医療体系への編入の在り方について、総合福祉部会での今後の議論を踏まえ、推進会議において検討を進める。
- ・特に精神医療の現場における医師、看護師が一般医療より少ない現状を改善し、その体制の充実を図るため、「精神科特例」の廃止を含め、具体的な対応策を講ずる。【厚生労働省】

##### 【医療に係る経済的負担の軽減】

障害者は健康面における特段の配慮や対応を必要とする場合が多いが、継続的な治療等に要する費用負担が大きいため、必要な医療を受けることが困難な状況がある。

このような状況を改善するため、障害者がその健康状態を保持し、自立した日常生活等を営むために必要な医療を受けたときに要する費用負担については、本人の負担能力に応じたものとする方向で、総合福祉部会において引き続き検討する。【厚生労働省】

13

# 保護者制度・入院制度についての検討

(検討チーム第3R)

## 1 趣旨

- 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(平成22年6月29日閣議決定)を踏まえ、保護者制度、入院制度のあり方について検討を進める。

### 3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

#### (4) 医療

- 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

#### 【論点】

- (1) 保護者に課せられた義務の法的意義とあり方
- (2) 医療保護入院等入院制度のあり方
- (3) その他

## 2 第3Rの検討の体制

- 第1Rのメンバーで実施。  
(※)効果的に検討をすすめるため、ピアスピーカー及び法律等アドバイザーに参加していただく。  
(※)論点を整理し、第3Rの議論に資するため、作業チームを設置。

## 3 検討の進め方

- 上記閣議決定のとおり、平成24年内を目途に結論を得ることを目指す。
- 当面、本年夏を目途に、保護者制度について検討を行う。その際、精神保健福祉法に規定される保護者の義務ごとに、その法的意義(当該義務の対象者、適用範囲等)について法制的観点も含めて詳細に分析・検討し、各義務のあり方(規定の削除可能性等)について検討する。
- 入院制度のあり方については、それに続いて検討する。

14

## 検討チーム第3R 構成員

	氏名(敬称略)	所属・役職
構 成 員	新垣 元	医療法人卯の会 新垣病院 院長
	岡崎 祐士	東京都立松沢病院院長
	小川 忍	社団法人日本看護協会常任理事
	河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会副会長(水間病院院長)
	佐久間 啓	医療法人安積保養園 あさかホスピタル院長
	田尾 有樹子	社会福祉法人巣立ち会理事
	高木 俊介	たかぎクリニック院長
	中島 豊爾	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター理事長
	長野 敏宏	特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事
	西田 淳志	財団法人東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所
	野澤 和弘	毎日新聞社論説委員
	野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会会長
	広田和子	精神医療サバイバー
	福田 正人	国立大学法人群馬大学医学部准教授
堀江 紀一	特定非営利活動法人世田谷さくら会理事	
ピア スピーカー	小杉 己江子	
	山田 諒平	
法律等 アドバイザー	磯部 哲	慶應大学法科大学院准教授
	久保野 恵美子	東北大学大学院法学研究科准教授
	白石 弘巳	東洋大学ライフデザイン学部教授
	町野 朔	上智大学法学研究科教授

15

(参考) 保護者制度・入院制度に関する作業チーム構成

- 磯部 哲 (慶應大学法科大学院 准教授)  
岩上 洋一 (特定非営利活動法人 じりつ 代表理事)  
上原 久 (社会福祉法人 聖隷福祉事業団地域活動支援センターナルド センター長)  
河崎 建人 (社団法人 日本精神科病院協会 副会長(水間病院院長))  
久保野恵美子 (東北大学大学院法学研究科 准教授)  
鴻巣 泰治 (埼玉県立精神保健福祉センター 主幹)  
白石 弘巳(東洋大学ライフデザイン学部教授)  
千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 理事長)  
野村 忠良 (東京都精神障害者家族会連合会会長)  
広田 和子 (精神医療サバイバー)  
堀江 紀一 (特定非営利活動法人世田谷さくら会理事)  
町野 朔 (上智大学法学研究科教授)  
良田 かおり (特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会事務局長)  
六本木 義光 (岩手県県央保健所長)

(敬称略)

16

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)  
開催スケジュール(予定)

【第1回】平成23年2月24日(木)

- 保護者制度に関する論点(案)の提示

◆ 検討チームにおける保護者制度に関する論点(案)の提示に向け、1月7日(金)、1月20日(木)及び2月9日(火)の3回、作業チームを開催する。

※以下は現時点での予定。検討の状況により変更はあり得る。

【第2回】平成23年春頃

- 保護者の義務規定のあり方についての検討

◆ 第2回検討チームに向け、2~3回程度作業チームを開催する。

【第3回以降】

- 保護者制度に関する方向性の整理に向けた検討

◆ 必要に応じ、作業チームを開催する。

17

