

障害保健福祉関係担当者会議資料
「精神保健医療福祉について」

平成23年9月27日(火)

社会・援護局障害保健福祉部

目 次

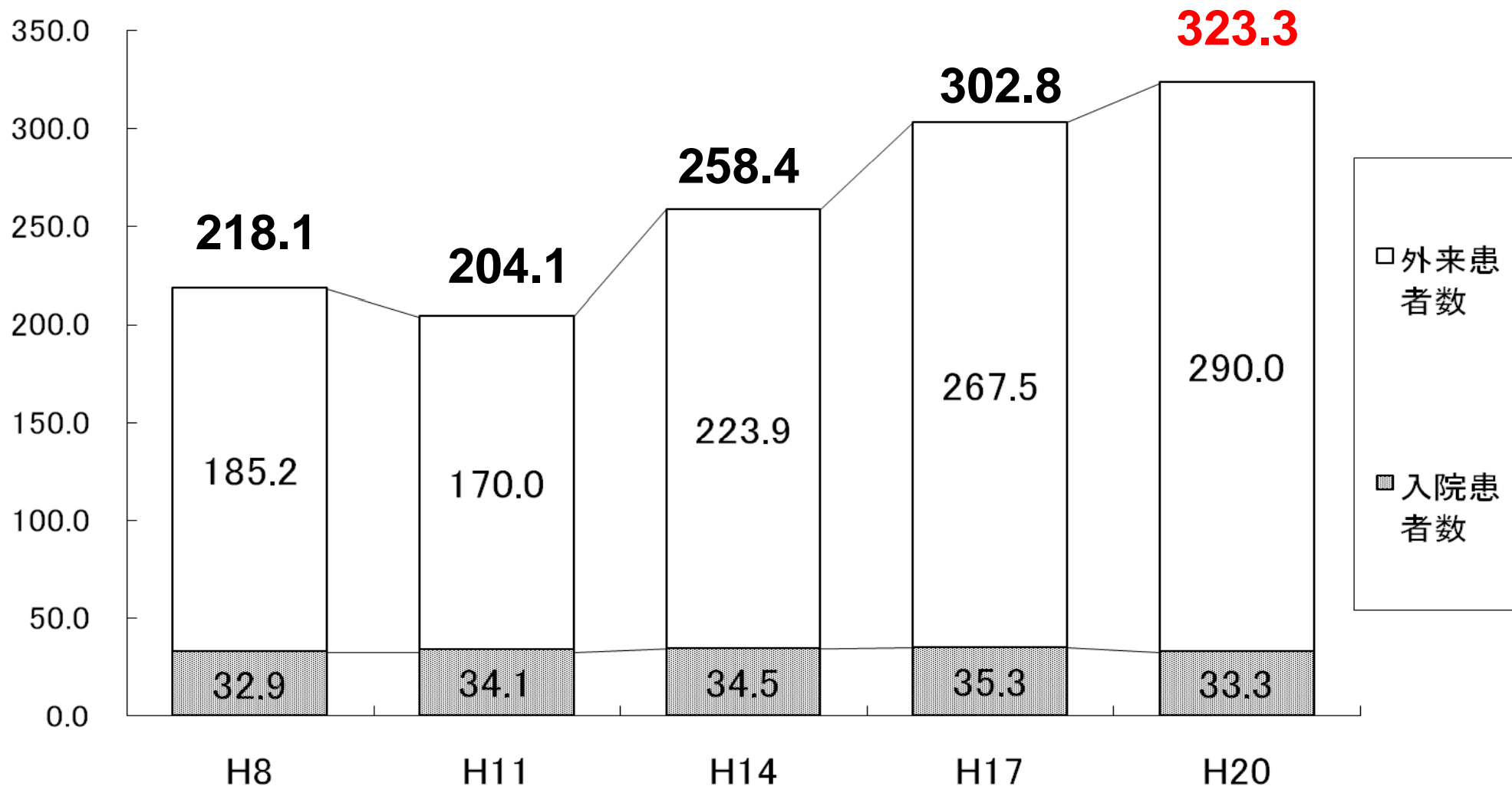
- (1) 精神保健医療福祉の現状・課題について…………… 1
- (2) 精神科救急医療体制に関する検討会報告書について ……25
- (3) 認知症に関する目標値について ……31
- (4) 保護者制度の見直しについて ……37
- (5) 精神障害者社会適用訓練事業について ……45

(1) 精神保健医療福祉の現状・課題について

精神疾患の患者数

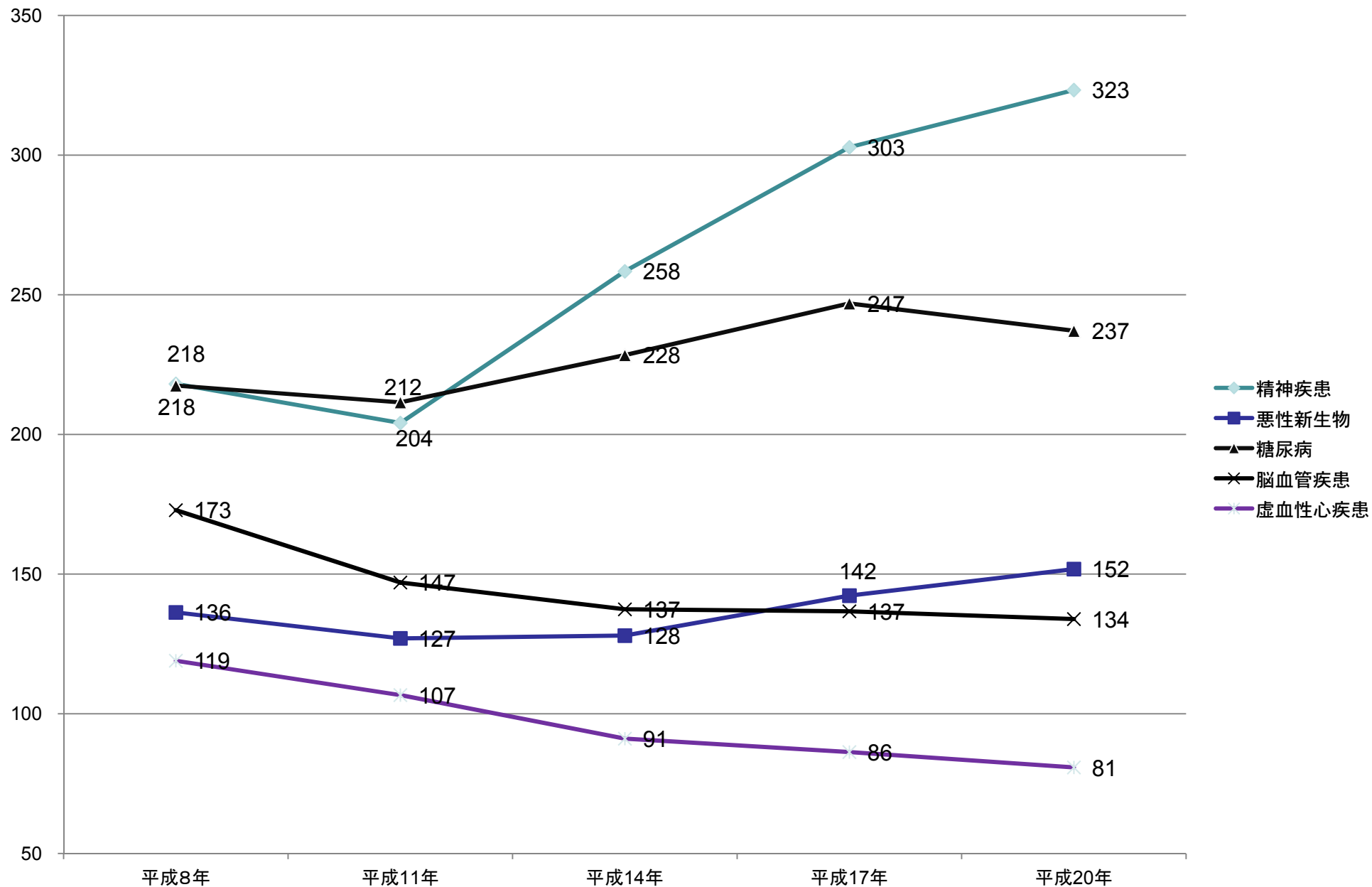
(医療機関にかかっている患者)

(万人)



資料：患者調査

傷病別の医療機関にかかっている患者数の年次推移

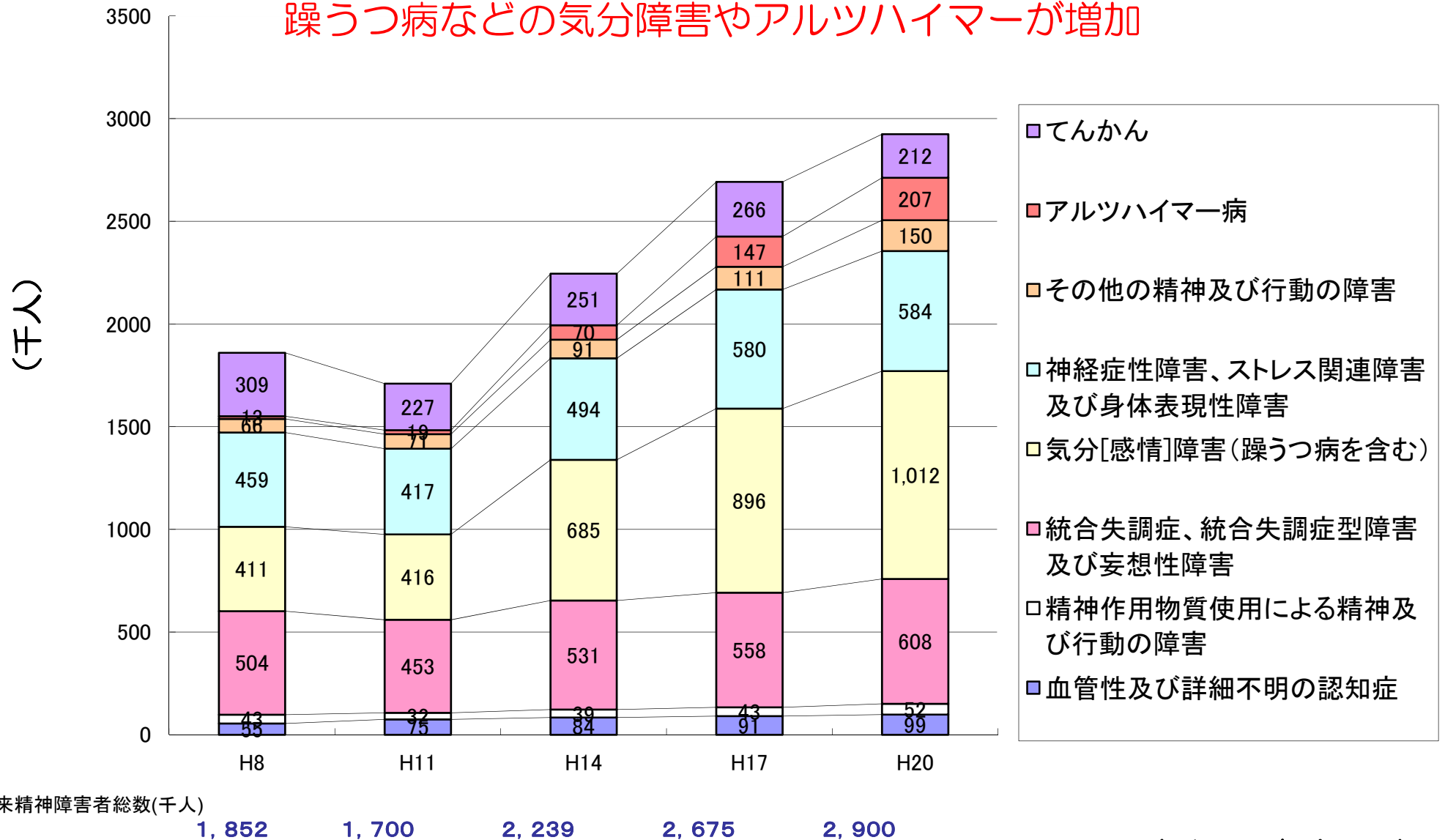


※単位:万人

※出典:患者調査を基に作成

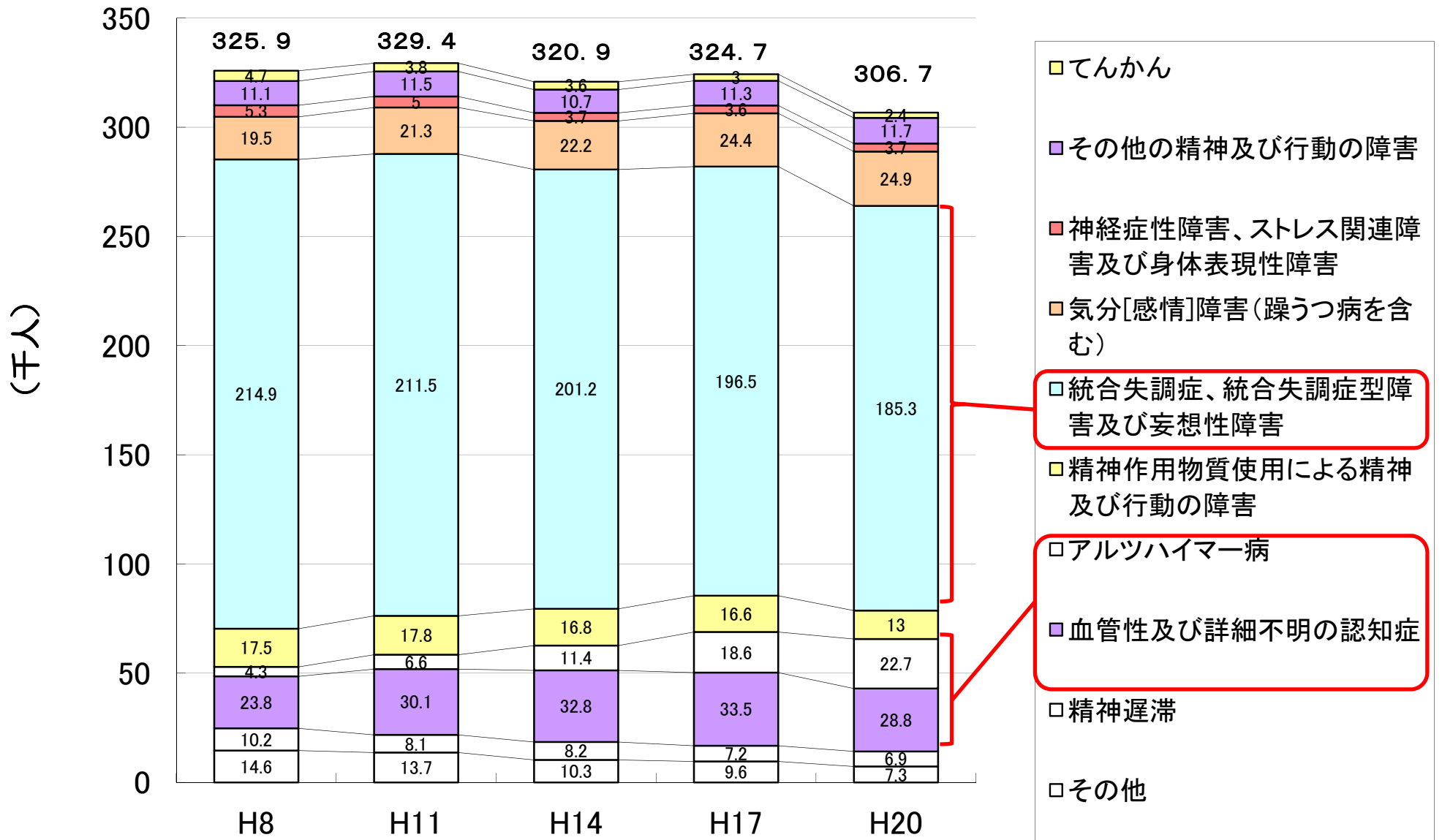
精神疾患外来患者の疾病別内訳

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

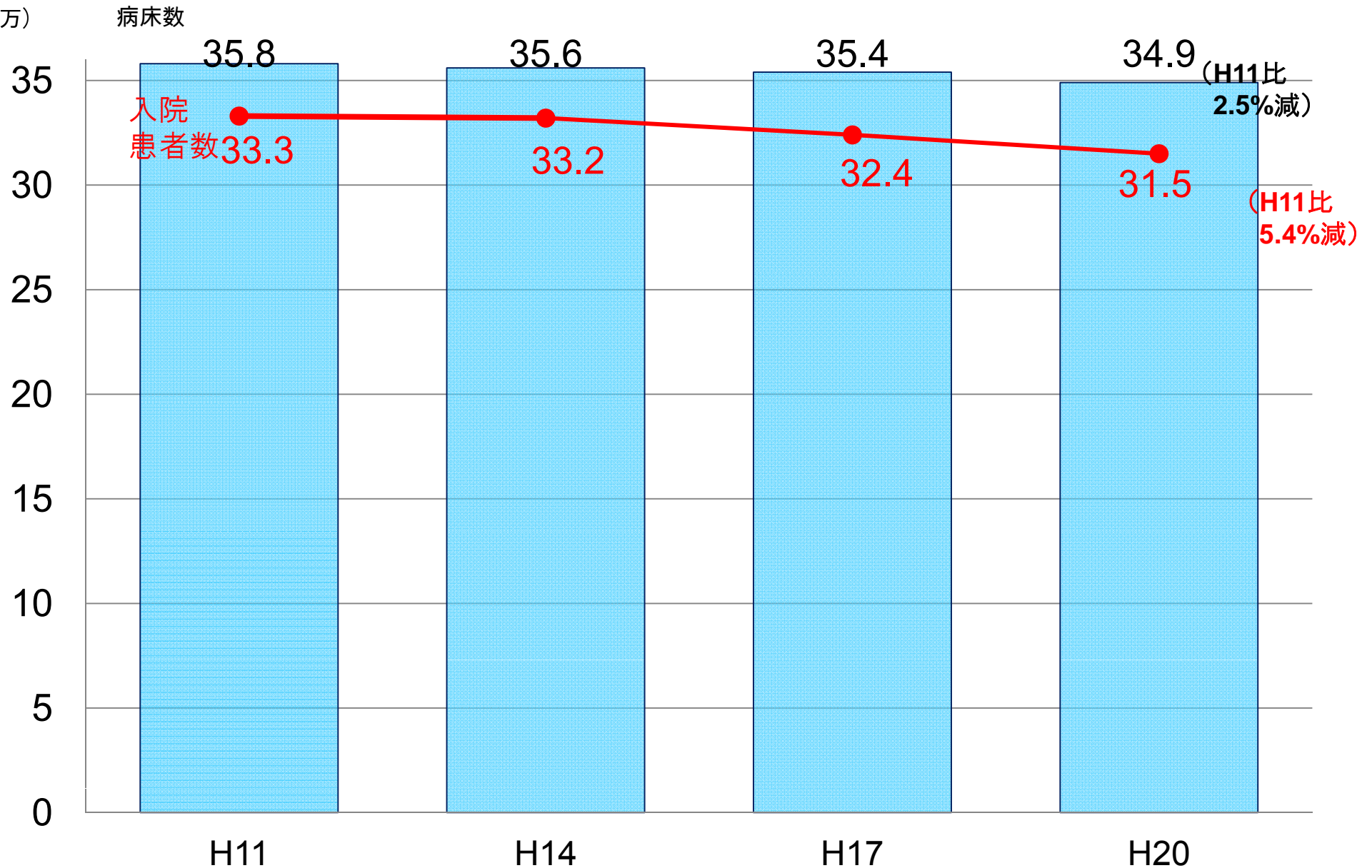
精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

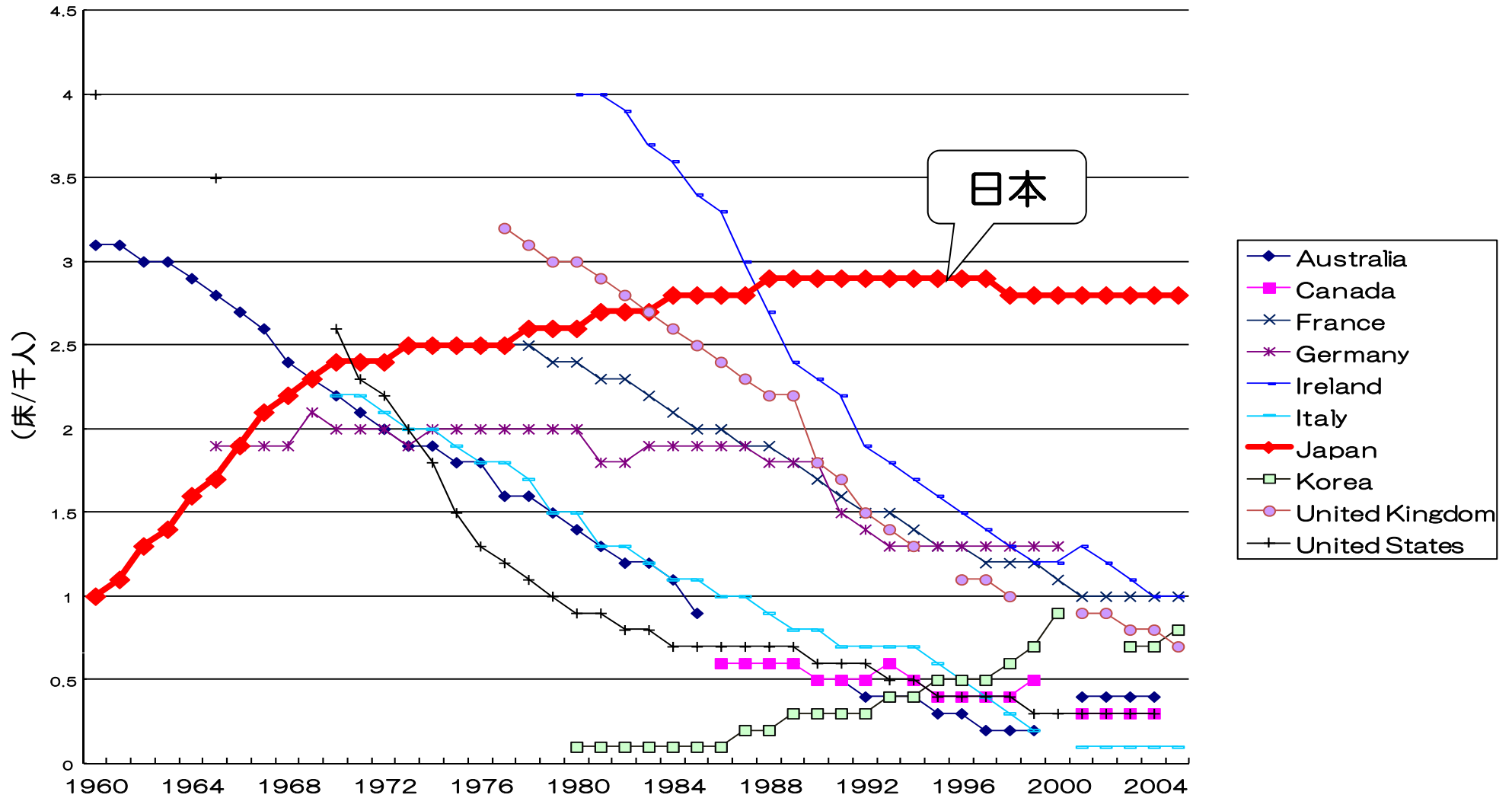
精神病床数および入院患者数の変化

(単位:万)



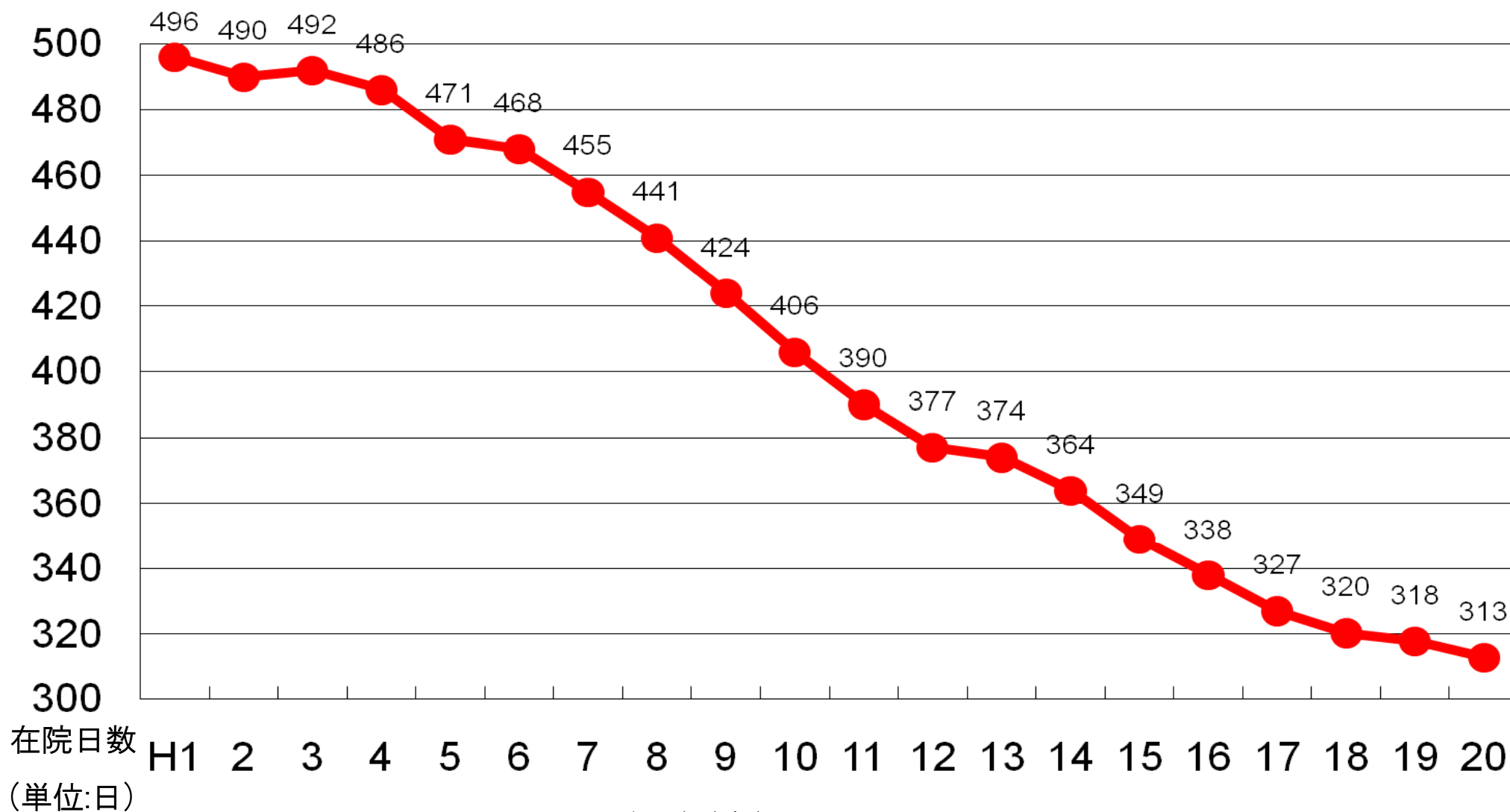
資料：病床数—医療施設調査（10月1日）、入院患者数—病院報告（10月の平均）

病床数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

精神病床の平均在院日数の推移



在院日数
(単位:日)

年間在院患者延数

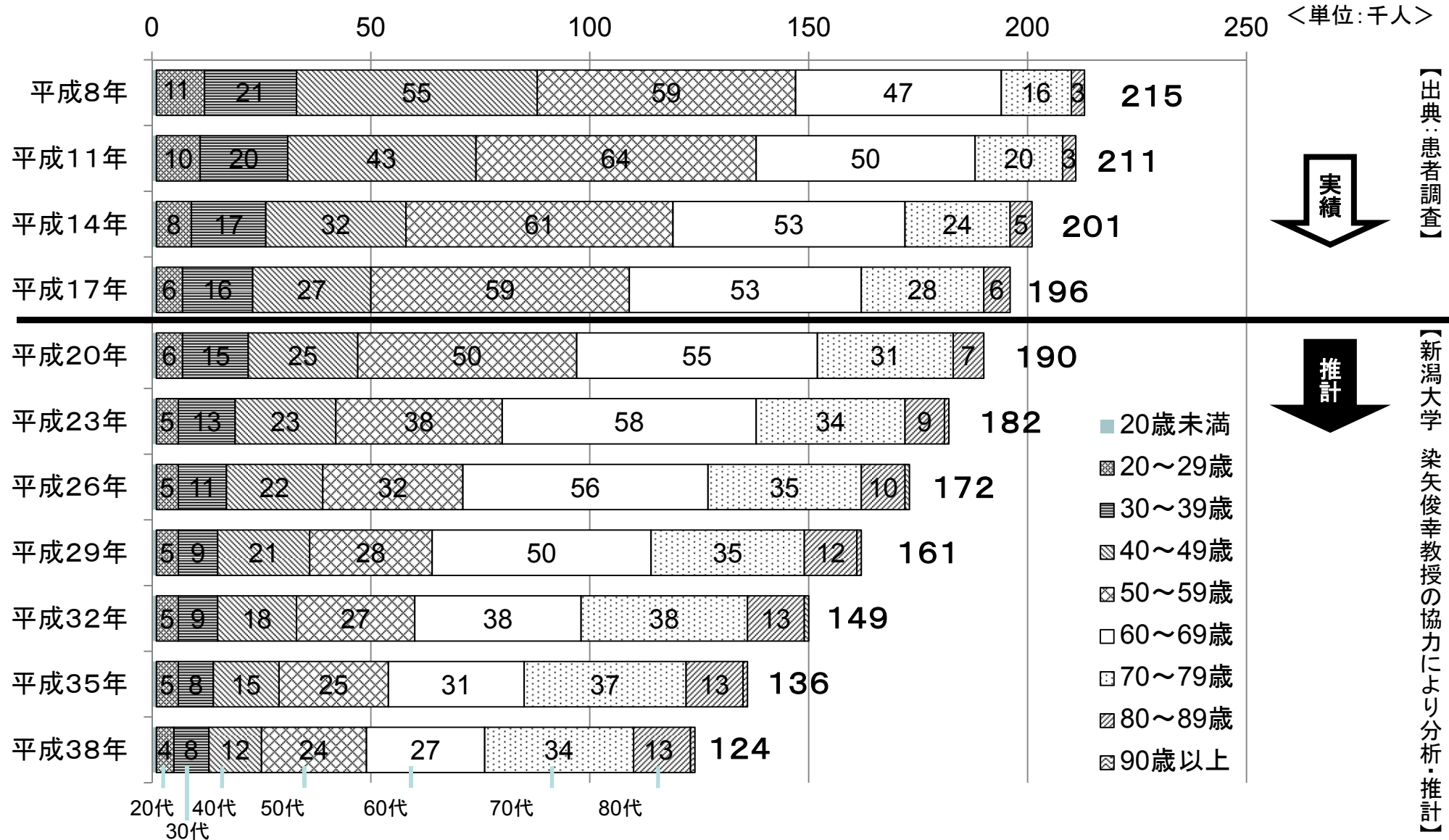
※平均在院日数=

$\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$

資料：病院報告

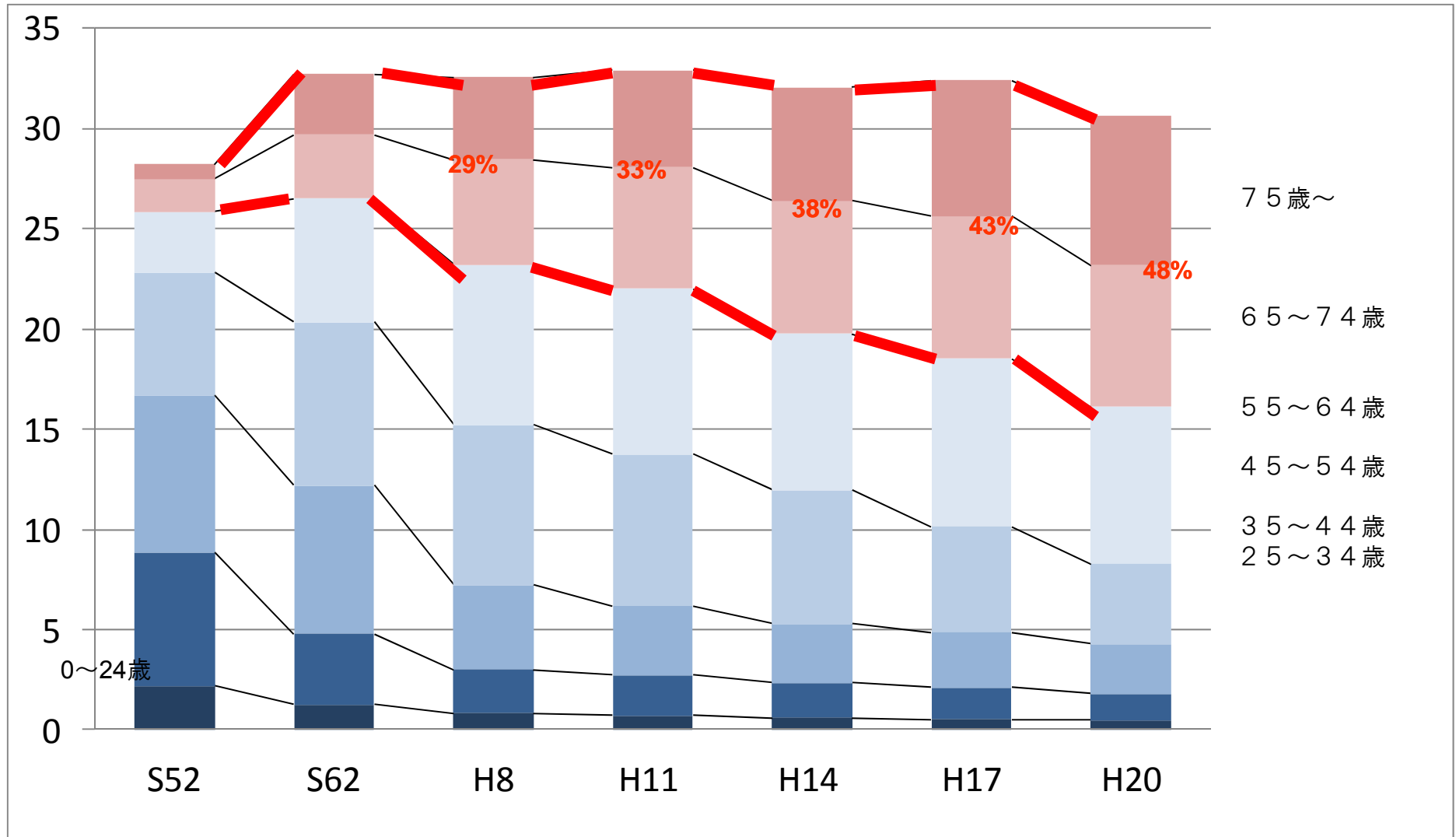
精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計)



精神病床入院患者の年齢分布

(単位:万人)

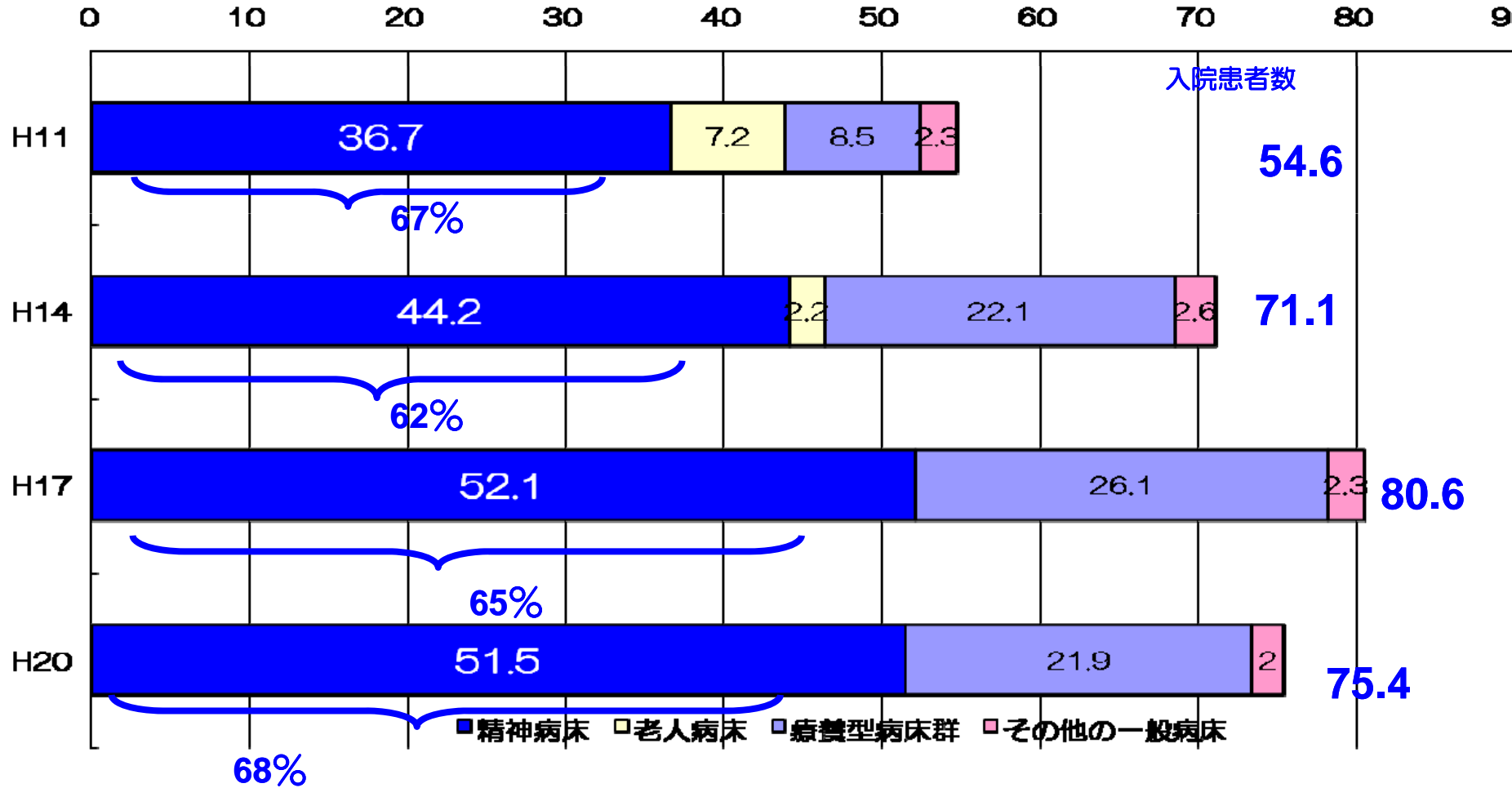


資料：患者調査

認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

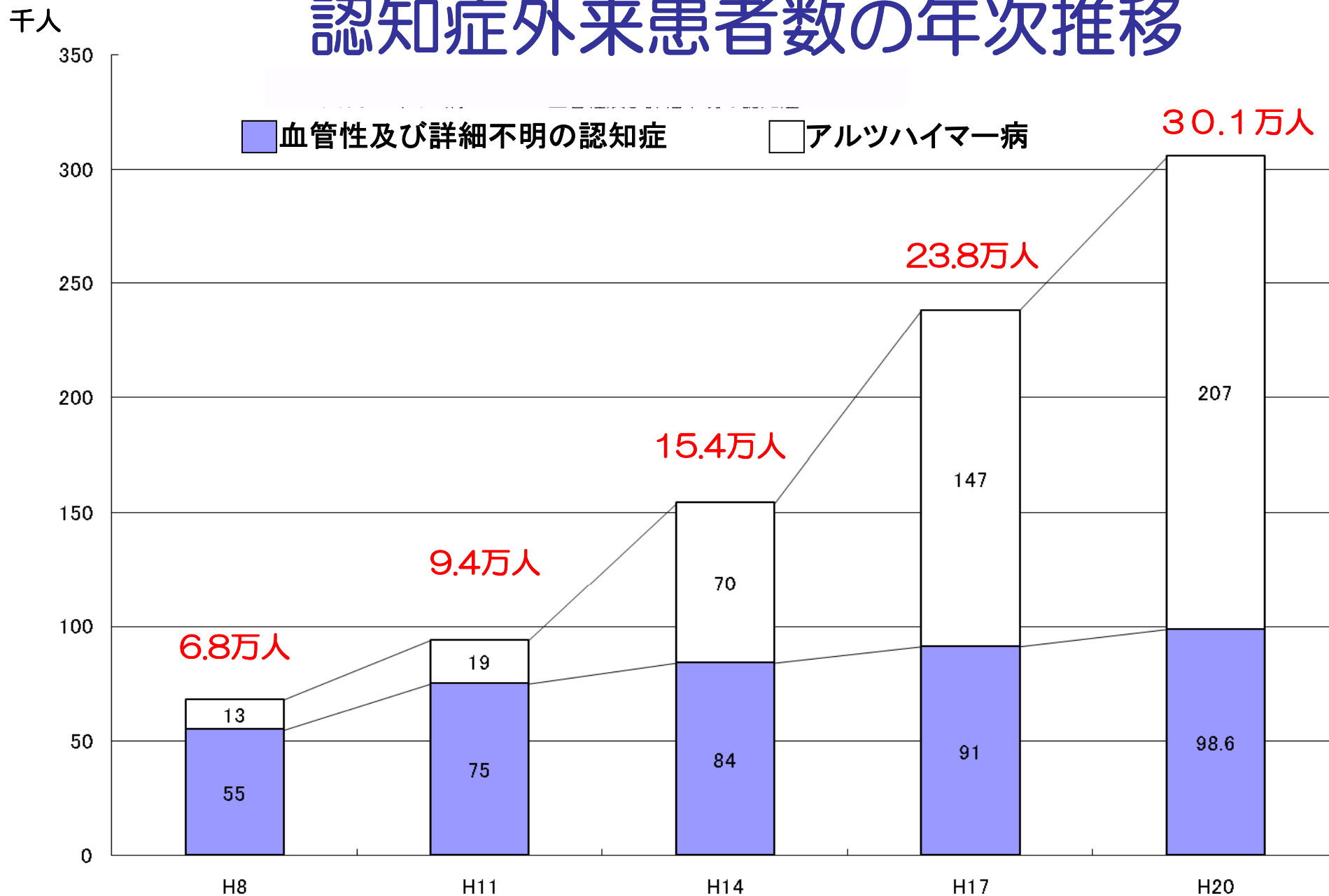
(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)

(千人)



出典：患者調査
 ※一般診療所を除く

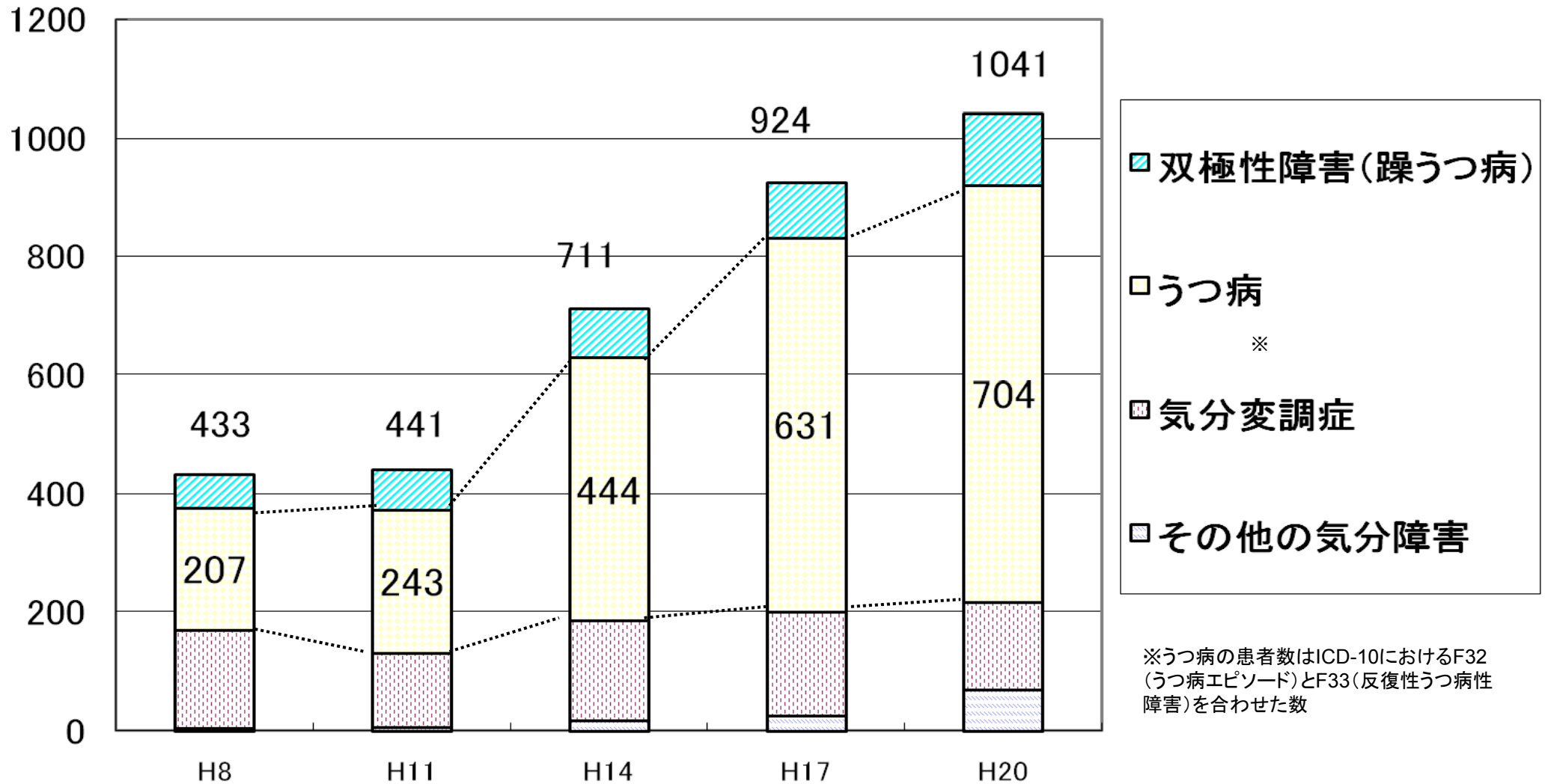
認知症外来患者数の年次推移



【出典】 患者調査

気分障害患者数の推移

(千人)



※うつ病の患者数はICD-10におけるF32(うつ病エピソード)とF33(反復性うつ病性障害)を合わせた数

うつ病患者数は平成8年からの12年間で約3.5倍となっている

【出典】 患者調査

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。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※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

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

地域生活支援体制の強化

- 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

普及啓発の重点的实施

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

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)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

障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

工程表

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、参画を柱に据えた施策の展開
- ・ 虐待のない社会づくり

(2) 障害のとらえ方と請定義の明確化

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、手話その他の非音声言語の定義の明確化

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等を担う審議会組織の設置
- ・ 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ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け 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、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるよう検討

(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を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

| | 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) | ● 障害者基本法抜本改正・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月目途) ● 障害者総合福祉法案(仮称)の提出 | ● 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) 8月までの施行 | |
| 個別分野における基本的方向と今後の進め方 ※主な事項について記載 | | | | | |
| (1) 労働及び雇用 | | ・ 福祉的就労への労働法規の適用の在り方 (～23年内) | | | |
| | | ・ 雇用率制度についての検証・検討 (～24年度内目途) | | | |
| | | ・ 職場での合理的配慮確保のための方策 (～24年度内目途) | | | |
| (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インクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえた制度改革の基本的方向 (～22年度内) | | | |
| | | ・ 手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策 (～24年内目途) | | | |
| (3) 所得保障 | | ・ 障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討 (～24年内目途) | | | |
| | | ・ 住宅の確保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(応能負担) (～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 (～24年内目途) | | | |
| (5) 障害児支援 | | ・ 相談・療育支援体制の改善に向けた方策 (～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設定 |
| (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年度内目途) | | | |
| (8) 情報アクセス・コミュニケーション保障 | | ・ 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 | | | |
| (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の特性に応じた配慮方策 (～24年内目途) | | | |
| (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。

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、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】

障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第二次意見） （平成22年12月17日障がい者制度改革推進会議）（抄）

4)健康、医療

（推進会議の問題認識）

（前略）

【人権尊重の観点からの精神医療の体制整備】

精神障害者への医療サービスは、精神医療のニーズを十分に精査し、必要最低限かつ適正な数の病床数への削減を行い、急性期・重症患者等への医療の充実を図るとともに、入院を要しない精神障害者への地域での医療提供体制を確保する必要がある。その際には、人権への理解を含め高い資質を備えた者による医療サービス提供体制が確保されなければならない。

また、入院及び隔離拘束の際の保護者に代わる公的機関(司法の関与を含む。)の責任が明記されなければならない。

更に、苦情処理、権利擁護等を行う第三者機関による新たな監視システムが必要である。

今後、これまでの病院への入院を主体とする施策を転換し、人権擁護に基づいた地域に根差した精神医療体制を構築すべきである。

また、精神障害者及び家族に対して、病状及び治療方針等の情報が十分に提供されなければならない。

以上を踏まえ、基本法には次の観点を盛り込むべきである。

（前略）

- ・ 人権尊重の観点を踏まえた適切な精神医療の体制整備が図られること。

6)精神障害者にかかる地域移行の促進と医療における適正手続きの確保

（推進会議の問題認識）

障害者施策のなかでも、従来の精神障害者施策においては、保護と収容に重きが置かれてきたことを背景として、いわゆる「社会的入院」患者が推定で7万人いると言われる状況が存続している。

また、精神障害者の非自発的入院に関する現行制度は、措置入院、医療保護入院等の入院形態や「保護者制度」も含め、自由を剥奪することなく本人の自己決定権を尊重すべきであることや家族の負担の軽減等の観点から大きな問題を含んでいる。

精神障害者施策をめぐるこうした諸課題の解決には、退院促進や地域生活支援のサービスが有機的に連携して提供され、社会的入院を解消して地域社会で生活できるよう現状からの具体的かつ速やかな移行の仕組みが構築されなければならない。

同時に、自らの選択により医療を受けることが基本であることを再確認するとともに、入院しなくても治療が地域で受けられる体制の整備により、入院を選択せずに治療を受けられるようにするなど自らの意思に基づく入院自体が必要最小限になるよう図り、制度上の問題を多く含んでいる現行の精神保健福祉法及び医療観察法については、その廃止を含め抜本的に見直し、非自発的な医療が提供される場合には適正な手続きが確保されるようにする必要がある。

【社会的入院の解消】

精神障害者が長期間にわたり病院の閉鎖された空間での生活を強いられる制度設計がなされてきたことを踏まえ、国の責務として、精神障害者が地域社会での自立した生活へと移行することを支援し、地域社会へのインクルージョンを実現していくことが喫緊の課題となっていることにかんがみ、以下の施策を展開していくことが必要である。

精神障害者及び家族への地域生活支援に関する十分な情報の提供。

精神医療は、地域に根差した医療体制を基本とすること。地域支援を含む不安や困難に対する常時利用可能な相談支援を24時間365日提供可能な体制の整備。

この仕組みを構築するに当たっては、地域社会で生活を営むことを基本としてサービスが提供されなければならない。

【非自発的医療に係る人権尊重の観点からの適正手続の確保等】

精神障害者に係る非自発的な入院や医療上の処遇については、人権の尊重を徹底する観点から、適正な手続を確保することが不可欠である。特に、以下の点が重要である。

- ・ 非自発的な入院、隔離拘束等が行われる場合に、障害者権利条約を踏まえ、人権尊重の観点から、自らの判断と選択による医療の利用が基本であることにかんがみ、非自発的な(本人の意に反した又は本人の意思を確認することができない状態における)入院の際の他の者との平等に基づく具体的な適正手続の在り方を明確化するとともに、第三者機関による監視等を含め、現行制度を大幅に見直し新たな仕組みを構築すること。
- ・ 医療保護入院に係る同意を含む現行の「保護者制度」を抜本的に見直すことが必要である。すなわち、現行の医療保護入院制度を廃止し、公的機関がその役割を適切に果たすよう新たな仕組みを構築すること。
- ・ 精神疾患を有する者の、急性期・重症患者等入院ニーズを精査した上での必要精神病床数を算出し、それを超えて現存する精神病床については、国の責務で削減を行い、それに代わる地域での医療体制を構築すること。

以上を踏まえ、基本法には次の観点を盛り込むべきである。

- ・ すべての精神障害者が強制的な入院を受けることなく、地域社会において必要な支援を受けながら自立した生活を営む権利があることを確認し、その実現のため、国及び地方公共団体は、入院によらない医療の提供を含め、必要な生活支援のための施策を講ずるとともに、精神病床数が必要最小限となるよう計画的な削減を促進すべきであること。
- ・ 自らの判断と選択による精神医療の利用が基本であるとともに、例外的に非自発的な医療が行われる場合には、基本的人権を尊重する観点に基づき、厳密で適正な手続が確保されること。
- ・ これと並行して、国は、保護者制度について見直し、これに代わる公的機関の関与する制度とすることを含め、適正な手続を確保するための制度を整備すること。

（基本法改正に当たって政府に求める事項に関する意見）

- 精神障害者の社会的入院を解消し、強制的措置を可能な限り無くすため、精神病床数の削減その他地域移行に関する措置を計画的に推進し、家族に特別に加重された責任を負わせることなく、地域社会において必要な支援を受けながら自立した生活を送れるよう通院及び在宅医療のための体制整備を含め必要な施策を講ずること。
- 障害者に対する非自発的な入院その他の本人の意思に基づかない隔離拘束を伴う例外的な医療の提供に際しては、基本的人権の尊重の観点に基づき、当該医療を受ける障害者に対して、障害のない人との平等を基礎とした実効性のある適正手続を保障する制度を整備すること。

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～6月 アウトリーチ支援

→平成23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～ 認知症と精神医療

→平成22年12月に中間とりまとめ

→今春（5月）より、中間とりまとめの内容を具体化等するため、検討を再開。
（9月中にとりまとめの予定）

○第3R：平成22年10月～ 保護者制度と入院制度

→平成23年1月より、「作業チーム」を設置し、具体的な論点整理に着手。

→2月の「検討チーム」で、現行の保護者に課せられる義務規定は原則存置しないとの方向性について確認。さらに、義務規定削除後の代替措置について検討を進めているところ。

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、自尊心を大切にする関わり方を基本とする。

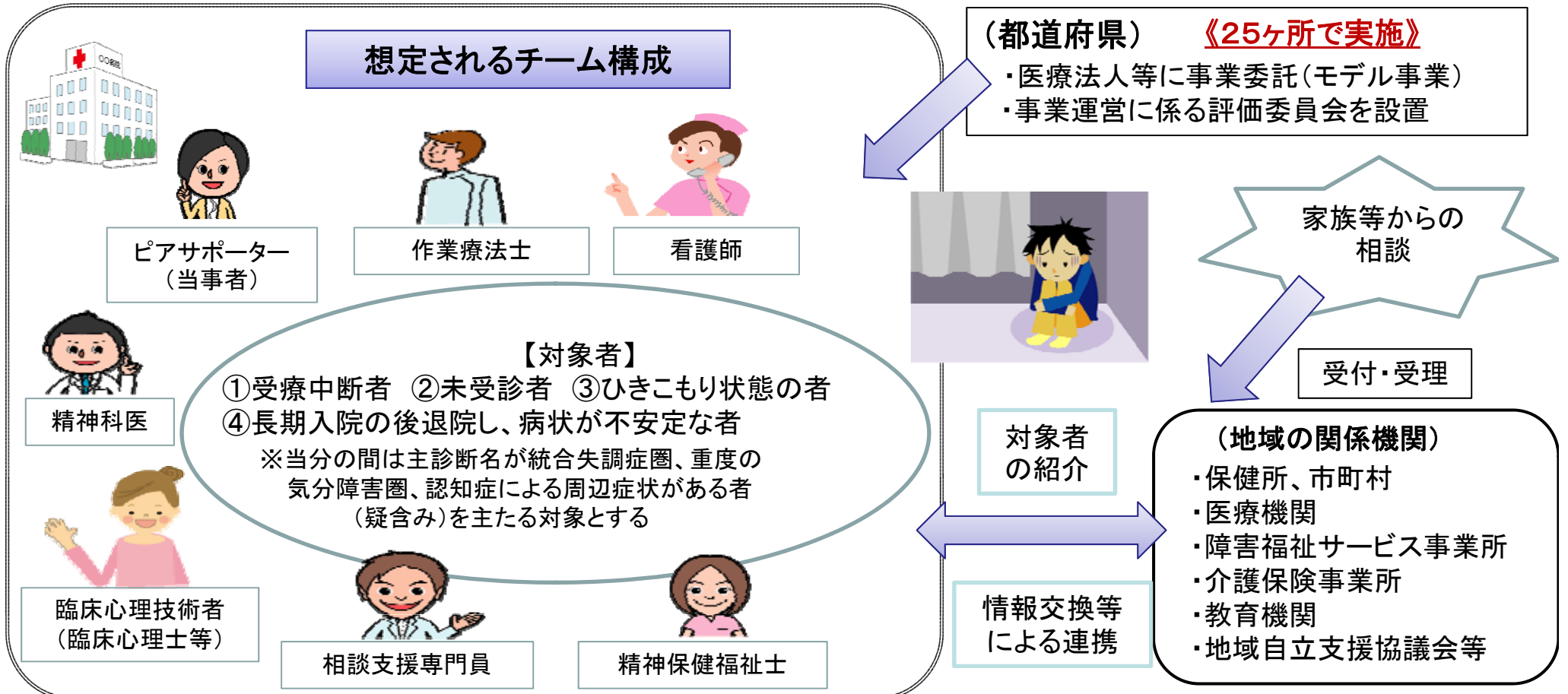
【具体的な方向性】

- 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。

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

平成23年度予算
7億円(特別枠)

★ 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。



【特徴】・医療や福祉サービスにつながっていない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

(2) 精神科救急医療体制に関する
検討会報告書について

精神保健福祉法の一部改正について
(平成24年4月1日施行予定)

○指定医の公務員職務への参画義務を規定

第19条の4

3 指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあった場合には、これに応じなければならない。

○都道府県の救急医療体制整備の努力義務を規定

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又はその家族等からの相談に応ずること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



精神科救急に関する有識者からなる検討会において、各都道府県において行うべき、体制整備の具体的な方向性について検討する。

精神科救急医療体制に関する検討会

- 精神科救急医療については、措置入院等の受け入れだけでなく、身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できる精神科救急医療機関の確保が求められているが、その整備は進んでいない。
- 昨年、精神保健福祉法の一部改正により、精神科救急医療体制の整備を都道府県の努力義務とし、平成24年4月からの施行を予定している。
- このため、精神科救急に関する有識者からなる検討会において、各都道府県において行うべき、体制整備の具体的な方向性について検討する。

【検討課題】

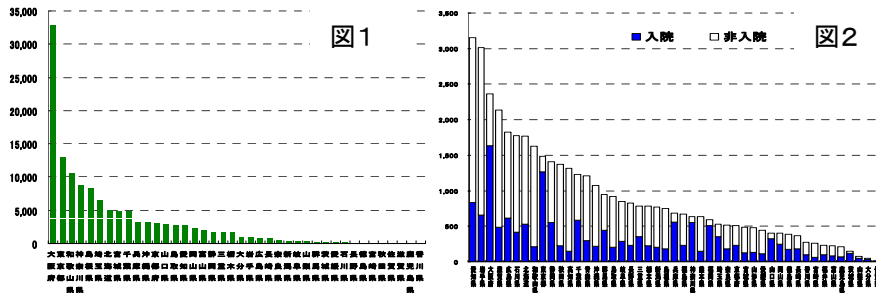
- ① 精神科救急医療体制の今後の在り方について
 - ア) 公的機能としての精神科救急について(措置入院等)
 - イ) 医療機能としての精神科救急について(身体疾患を合併する患者への対応)
- ② 精神保健指定医の役割について
- ③ 自治体の役割について

【スケジュール】

5月～9月

【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約170万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数(図1)や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図2)は毎年増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1075カ所。精神保健指定医数は、約13,374名おり、病院常勤の勤務医は約6300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。



【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的な評価と結果公表を検討
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

【今後の対策】

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- すべての都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- すべての都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日においても、対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で、精神科救急医療体制の確保に協力

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 身体疾患の治療を優先すべき患者は救急医療機関が受入れ、精神科医療機関は診療支援を行う。治療後に精神科医療が必要な場合は、精神科医療機関が後方支援として対応することが原則(縦列モデル)
- 精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ一般医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することが原則(縦列モデル)
- 精神科及び身体科の医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
- 都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 総合病院精神科は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者を優先して受ける役割を明確化(並列モデル)、また、PSW配置の推進、専門チーム配置を検討
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

(3) 認知症に関する目標値について

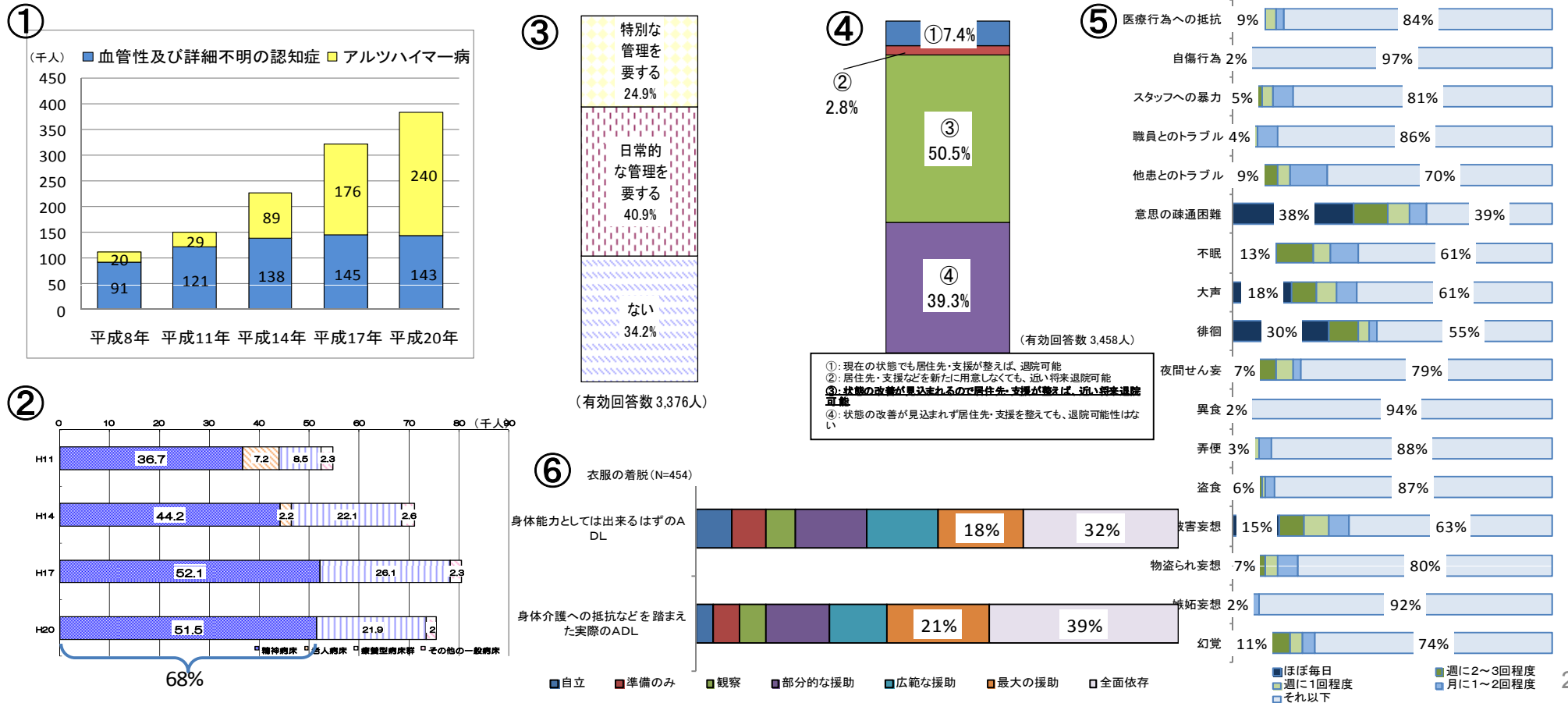
新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R:認知症と精神科医療) とりまとめ 概要(案) ①現状と課題

平成23年9月〇日

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 精神病床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)



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2R:認知症と精神科医療) とりまとめ 概要(案) ②基本的な考え方

平成23年9月〇日

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、本人だけではなく、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

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2R:認知症と精神科医療) とりまとめ 概要(案) ③具体的な方向性

平成23年9月〇日

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

認知症疾患医療センター

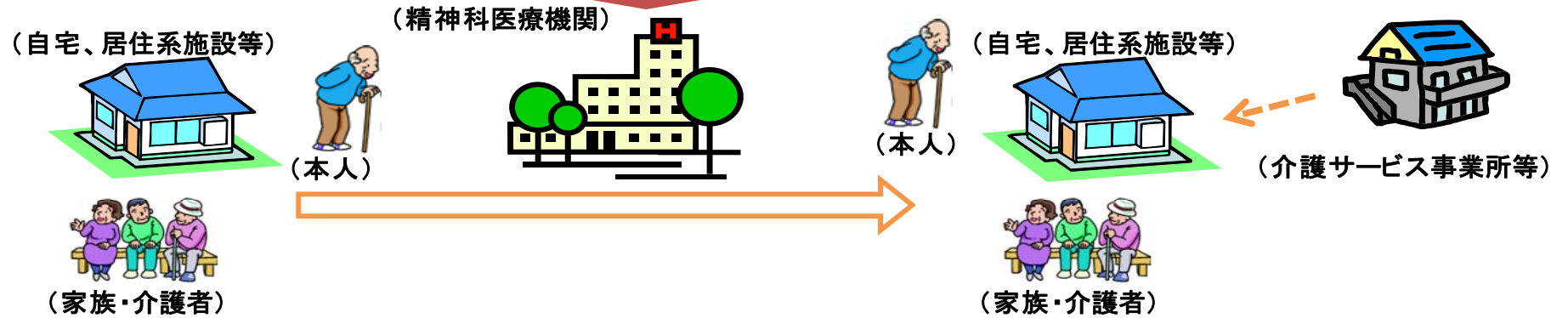
- 身近なところに新たなタイプの認知症疾患医療センターを整備
- 若年性認知症への対応

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先
- 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)【再掲】
- 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

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2R:認知症と精神科医療)
とりまとめ 概要(案) ④認知症を考慮した目標値

平成23年9月〇日

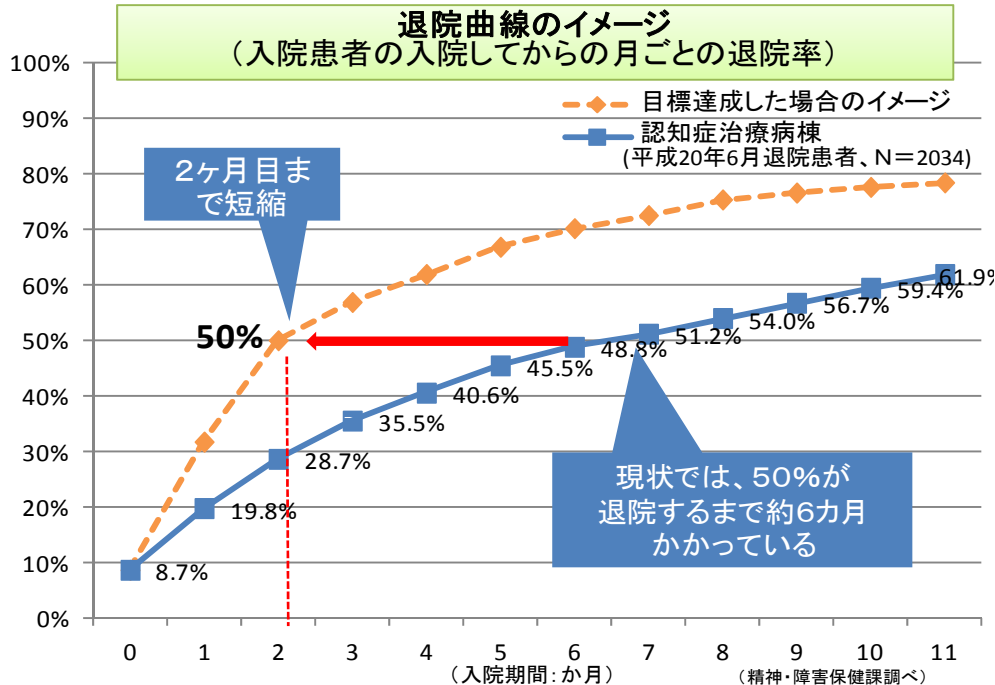
平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、**50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする** (現在の6ヶ月目から大幅に短縮)

目標値の内容

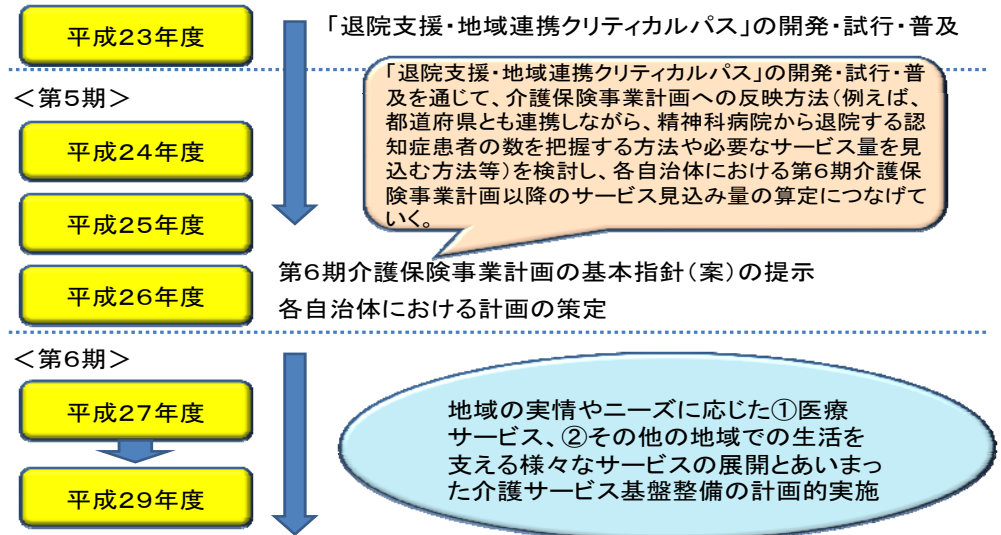
- 精神科医療の役割は、認知症の方の地域での生活を支えることであり、BPSDや身体疾患等を生じて地域での生活が困難となる場合には、入院医療を提供し、速やかな症状改善を目指す
- BPSDは多くの場合1ヶ月程度で改善すること、改善後も薬物等の調整に一定期間要すること等から、当面は、現状よりも短くすることを目標としつつ、**入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月目とする。**

達成時期

- 認知症疾患医療センターの整備、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及、受け皿や支援の整備等に要する時期を考慮
- 第6期(平成27年～29年度)以降の介護保険事業計画から、精神科病院から退院する認知症患者の具体的な検討を予定、さらに、それらの計画の効果が表れるまでの期間を考慮し、**平成32年度を目標の達成時期とする。**



目標値の実現に向け、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めるとともに、取組の進み具合を定期的に把握



目標の実現に向け、障害保健福祉部と老健局とが連携しながら、整備を進めていく

(4) 保護者制度の見直しについて

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。
(平成23年1月7日から作業チームでの検討を開始)

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。

保護者制度の概要

保護者制度とは

「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。

- ①(任意入院者及び通院患者を除く)精神障害者に治療を受けさせること(22条1項)
- ②精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力すること(22条2項)
- ③任意入院者及び通院患者を除く精神障害者に医療を受けさせるに当たって医師の指示に従うこと(22条3項)
- ④(任意入院者及び通院患者を除く)精神障害者の財産上の利益を保護すること(22条1項)
- ⑤回復した措置入院者等を引き取ること(41条)
- ⑥⑤による引き取りを行うに際して、精神病院の管理者又は当該病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に相談し、及び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ができること(38条の4)
- ⑧医療保護入院の同意をすることができること(33条1項)

という役割が規定されている。

保護者となり得る人とその順位

- ① 後見人又は保佐人(※ ②～④の者と順位変更はできない。)
- 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

保護者制度について指摘されている問題点

- 一人の保護者のみが、法律上保護者に課せられた様々な義務を行うことは、負担が大きいのではないか。
- 本人と家族の関係が様々である中で、保護者が必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らないのではないか。
- 保護者制度創設時と比較して、社会環境(精神科医療体制の充実等)や家族関係(高齢化の進行等)が変化していることに、対応しているか。
- 保護者に課せられた義務規定は抽象的であり、法律の規定としてどの程度の具体的な意義を有するのか。

保護者に課せられた各義務規定に関する現時点での整理

<義務規定>

【医療関係】

- ①治療を受けさせる義務
- ②医師の診断に協力する義務
- ③医師の指示に従う義務

財産上の利益を保護する義務

措置患者の引取り義務
(その際の相談援助)

退院等の請求
(権利規定)

<各規定の検証>

- 精神病患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、という制定当初の意義は失われているのではないか。
- 義務の具体的内容が明確ではないのではないか。
- 本人と保護者の関係は様々であり、保護者のみに義務を負わせるのは困難。

- 対象範囲や保護義務濫用防止が明確でなく、利益保護規定として不十分。

- 措置入院後の責任が、行政から保護者へ移ることを入念的に規定しただけの規定。

- 入院患者の権利擁護として必要な規定。

原則として存置しない

存置

<削除する際の論点>

- (病識のなく医療にかかりたがらない)患者の治療へアクセスする権利をどのように保障するか。

- 精神科医療における保護者(主に家族)の位置付けをどのように考えるか。

- 措置入院中の患者の同意によらない治療(強制医療介入)についてどのように考えるか。

- 制度的に、成年後見制度等現行の制度でカバーできるか。

- 措置入院からの退院後の調整をどのように行うか。

- 退院等の請求を、本人及び保護者以外に拡大する必要があるか。

<作業チームでの議論の方向性>

- 医療保護入院の検討と併せて検討

- 家族等については、医療法等で一定の位置付けがされており、精神科医療に特段の規定は不要

- 医療観察法の事前承認・事後評価を導入できるかモデル的に実施し、検証

- 成年後見制度等でカバーすることが可能であり、特別の制度は不要。

- 入院中・退院時にも、都道府県(措置権者)が責任を有することを明確化(地域移行支援事業と連携)

- 本人の「代理人」による請求の活用
- 病院における苦情解決の仕組みの明確化

(参考)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

1 任意入院(法第22条の3)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置

(緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に制限される。)

3 医療保護入院(法第33条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び保護者(又は扶養義務者)の同意が必要

(特定医師による診察の場合は12時間まで)

医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加について

患者数の現状

- 平成20年の患者調査において精神疾患の患者数は323万人であり、医療計画に記載すべきいずれの4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)の患者数よりも多くなっている。職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加など、精神疾患は国民に広く関わる疾患となっている。

※4疾病患者数：悪性新生物152万人、脳血管疾患134万人、虚血性心疾患81万人、糖尿病237万人（平成20年患者調査）

死亡数の現状

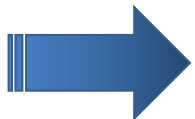
- 精神疾患による死亡数(平成21年人口動態統計)は1.1万人となっている。また、遺族等の聞き取り等による自殺の実態調査によると、自殺者の約9割に、何らかの精神疾患に罹患していた可能性があるが(※)、自殺による死亡数(平成21年人口動態統計)は3.1万人であり、糖尿病による死亡数1.4万人の約2倍となっている。

※平成21年厚生労働科学研究「自殺の精神医学的背景に関する研究」(研究代表者 加我牧子、研究分担者 高橋祥友)

※※死因順位別の死亡数(上位3位)：悪性新生物34万人、心疾患18万人、脳血管疾患12万人（平成21年人口動態統計）

医療連携の必要性

- 患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要ではないか。



以上のことから、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進してはどうか。

(5) 精神障害者社会適用訓練事業について

- 精神障害者社会適応訓練事業（以下「社適事業」という。）については、精神保健福祉法第50条及び「精神障害者社会適応訓練事業の実施について」（昭和57年4月16日衛発第360号）に基づき、自治体において実施してきたところであり、平成15年度には既に一般財源化されている。
- 「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（平成22年法律第71号）の制定により、精神保健福祉法の改正が行われ、その中で、社適事業については政令で定める日（平成24年4月1日予定）をもって精神保健福祉法から削除されることとなった。
- 一方、社適事業は、昭和57年度の事業開始以降現在まで、全国で6千超の事業者の方々に御協力いただいているとともに、当該事業における訓練を修了した者が一定程度就職に結びついているなど、精神障害者の社会復帰支援を通じ、結果として就労支援としても高い効果が得られているところ。
- 今後、厚生労働省においては、自治体における社適事業の継続的な実施のため、通知により実施要綱の例や精神障害者の就労支援施策における社適事業の位置づけや役割を示すこととしている。