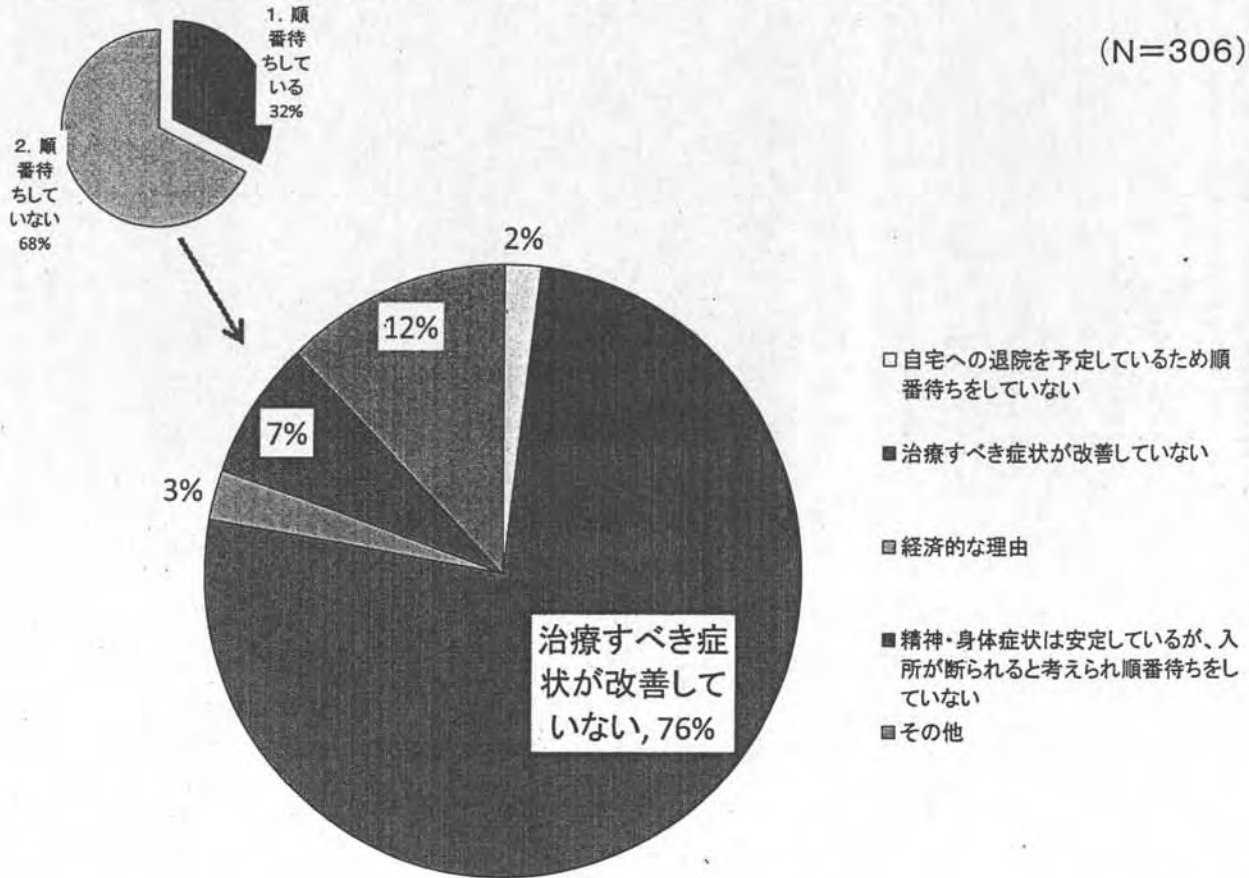


付問29-4 問29で2の回答をした人のうち、順番待ちをしていない理由

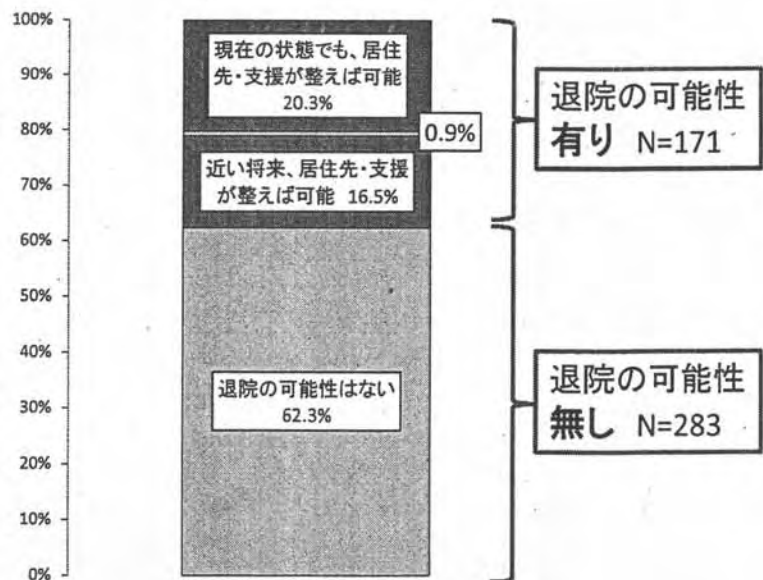
(N=306)



35

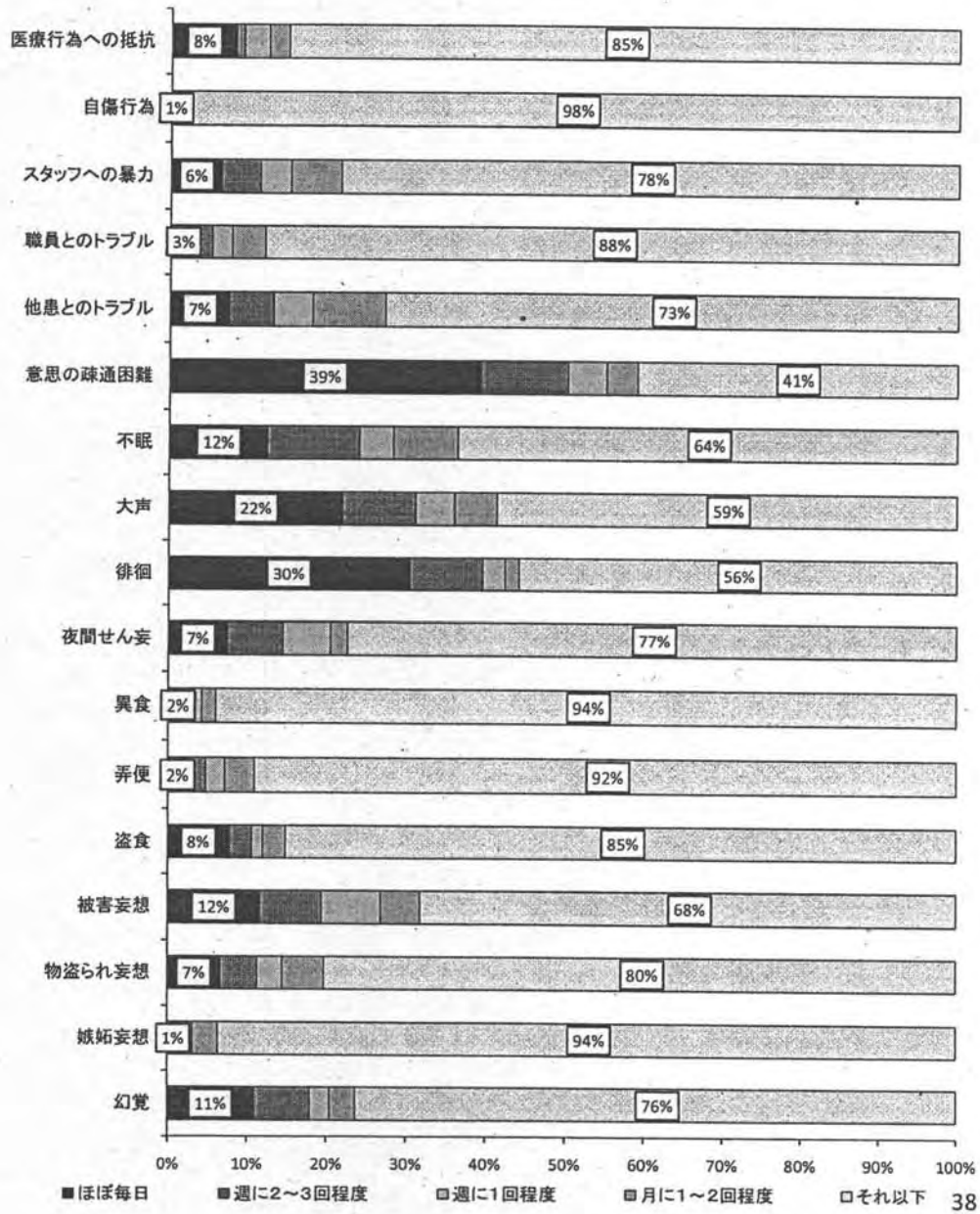
問24(居住先・支援が整った場合の退院の可能性)とのクロス集計

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

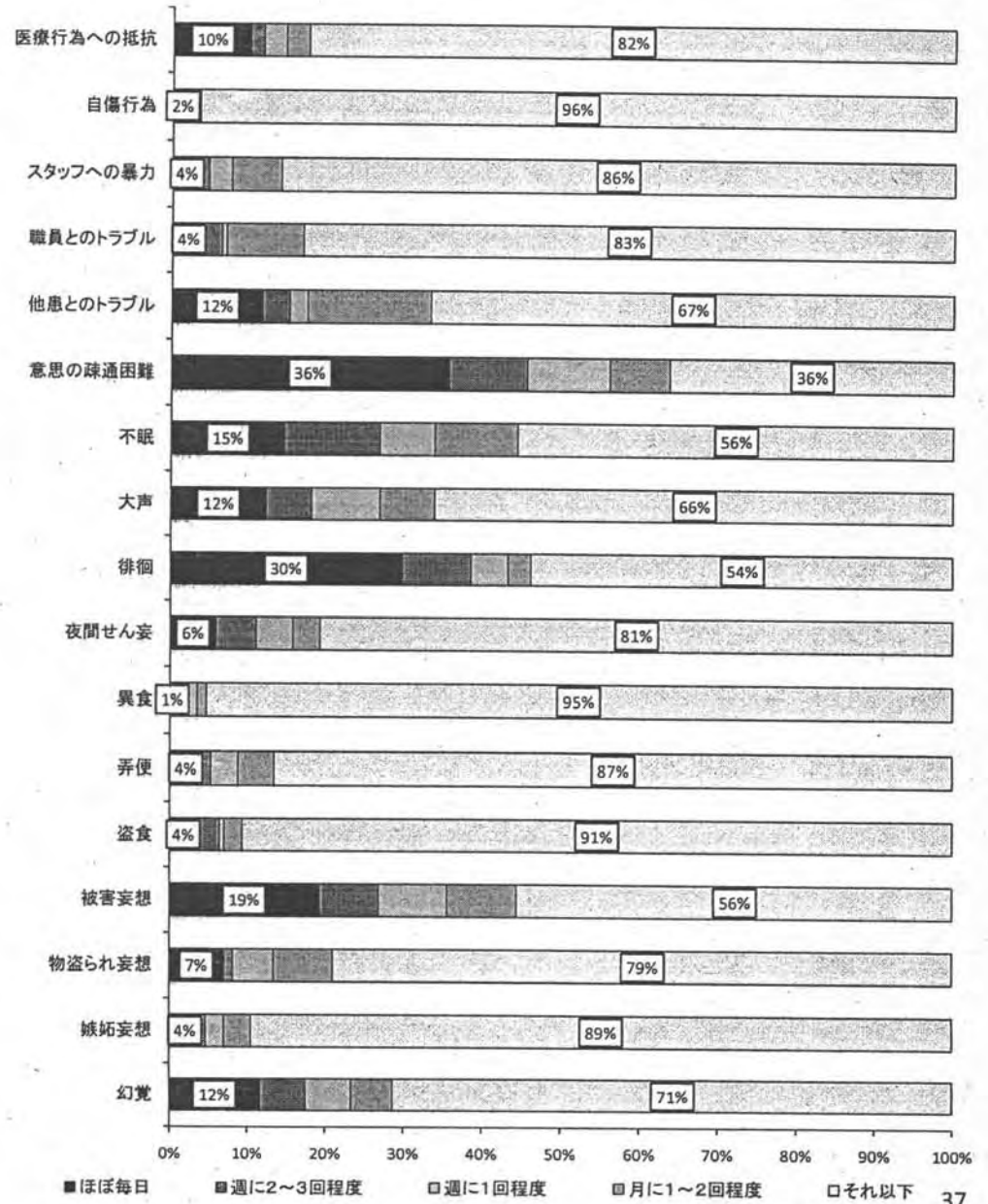


36

問24で4の回答をした人と問8のクロス集計 (N=283)



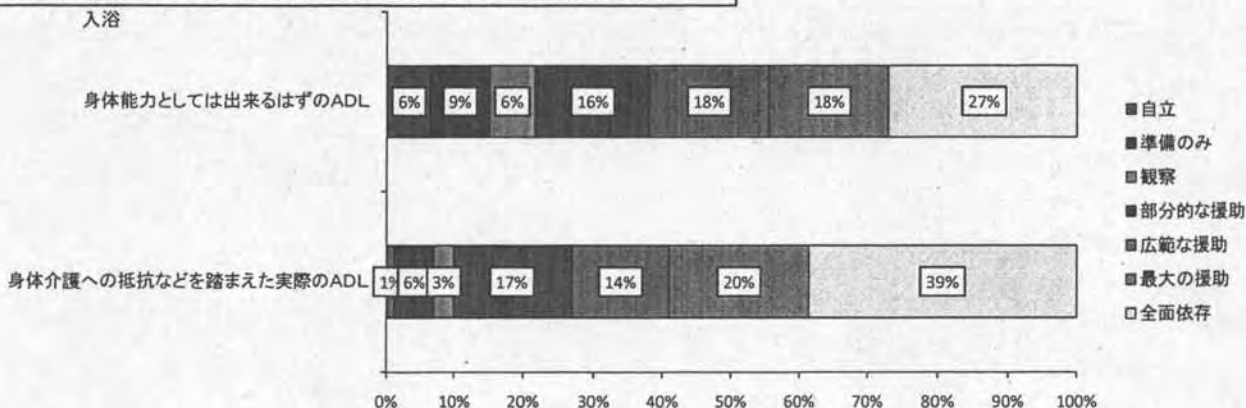
問24で1、2、3のいずれかの回答をした人と問8のクロス集計 (N=171)



問9(調査日から過去3日間のADL)と問24とのクロス集計(1)

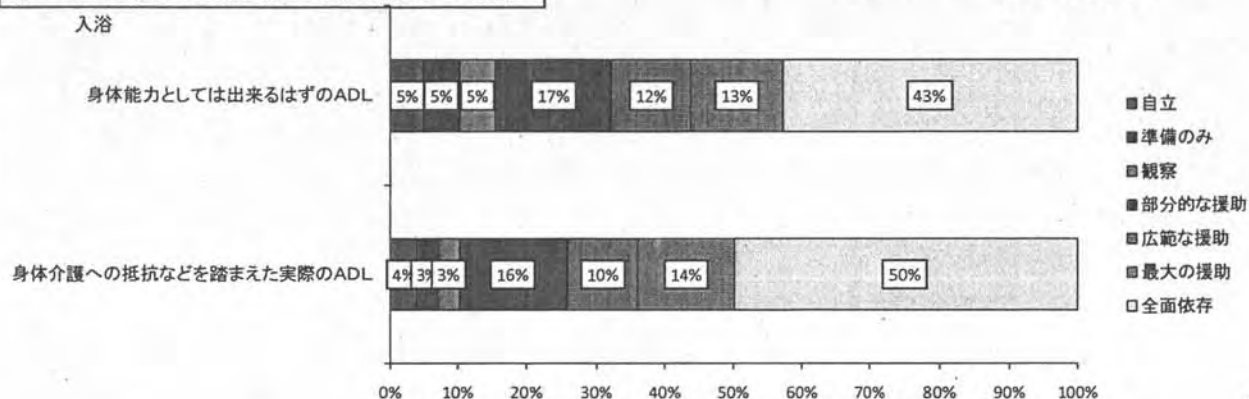
(N=171)

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問9e(入浴)とのクロス集計



問24で4の回答をした人と問9e(入浴)とのクロス集計

(N=283)

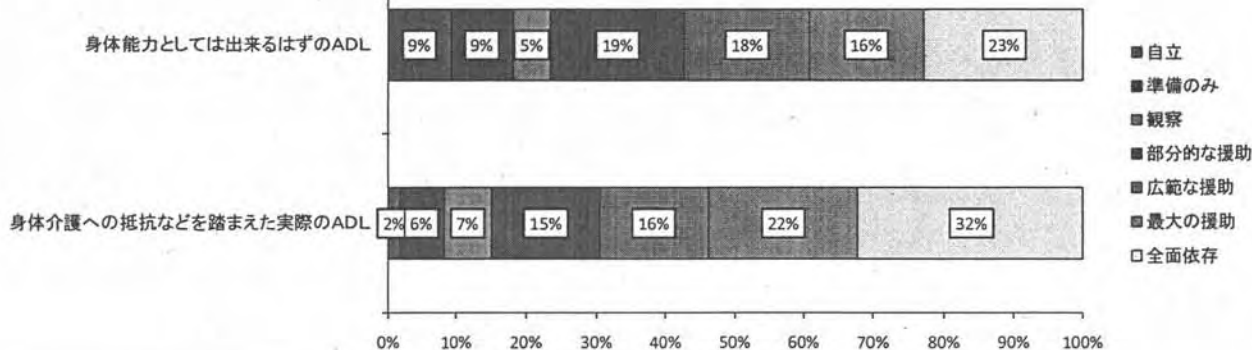


問9(調査日から3日間のADL)と問24とのクロス集計(2)

(N=171)

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問9f(衣服の着脱)とのクロス集計

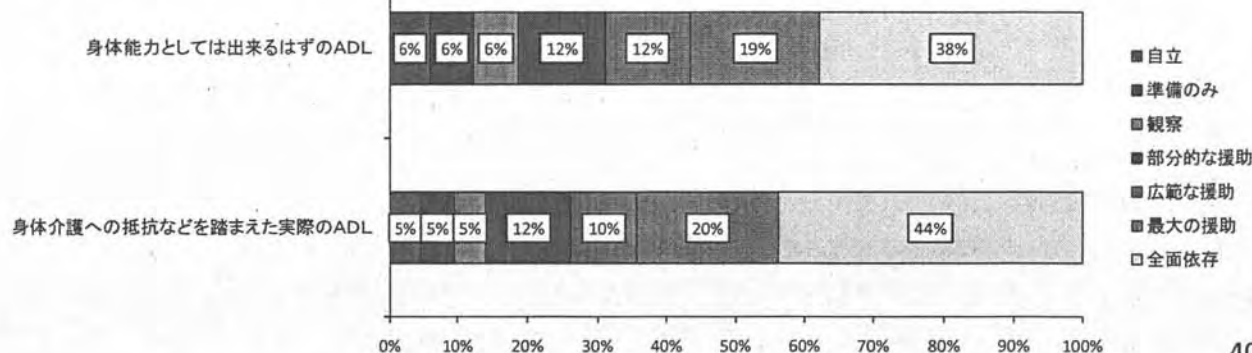
衣服の着脱



問24で4の回答をした人と問9f(衣服の着脱)とのクロス集計

(N=283)

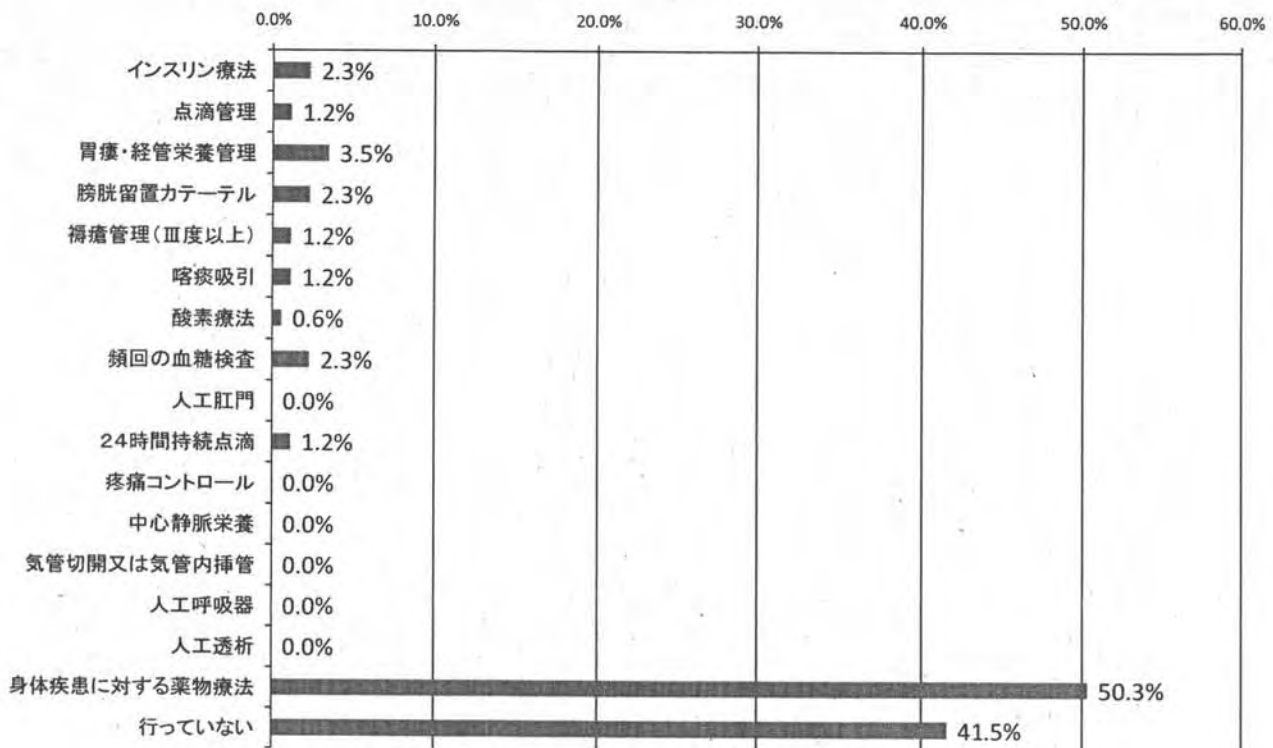
衣服の着脱



問12(調査日における対象者に行っている身体的管理)と問24のクロス集計(1)

問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問12とのクロス集計

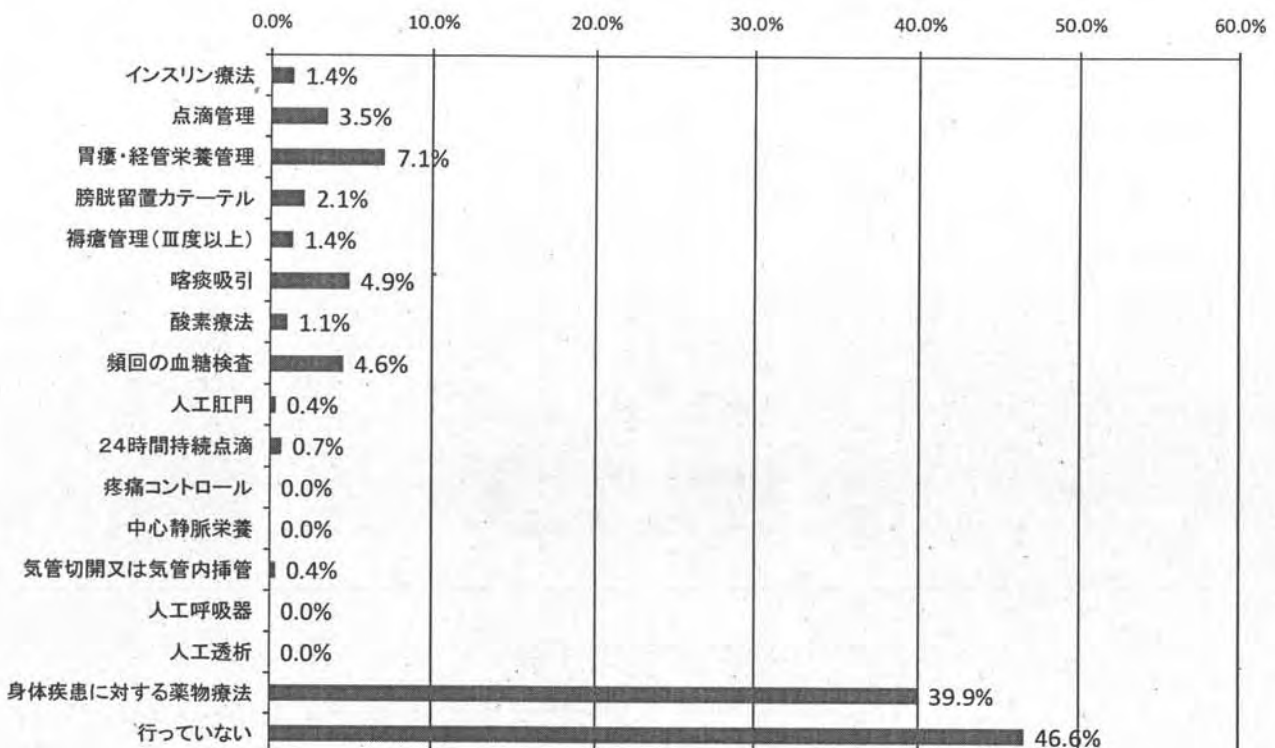
(複数回答可)(N=171)



問12(調査日における対象者に行っている身体的管理)と問24のクロス集計(2)

問24で4の回答をした人と問12とのクロス集計

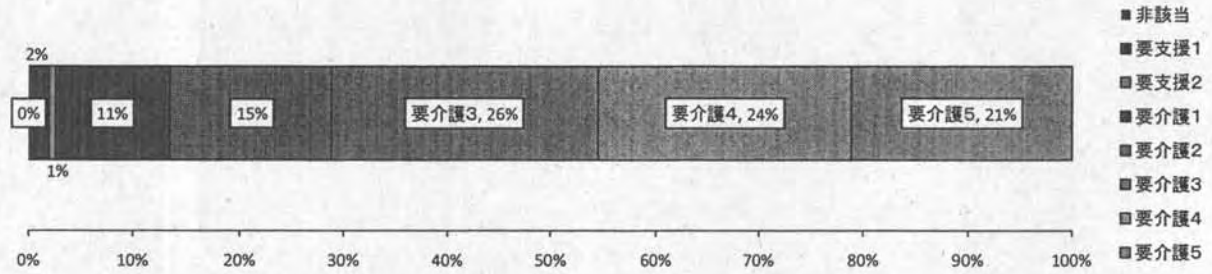
(複数回答可)(N=283)



問6(要介護認定)と問24のクロス集計

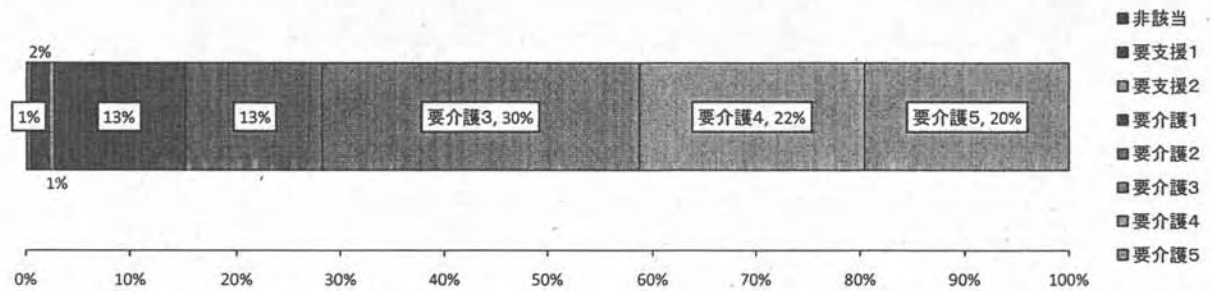
問24で1, 2, 3のいずれかの回答をした人と問6とのクロス集計【申請なしを除外して集計】

(N:156 = 171 - 15)



問24で4の回答をした人と問6とのクロス集計【申請なしを除外して集計】

(N:184 = 282 - 98)

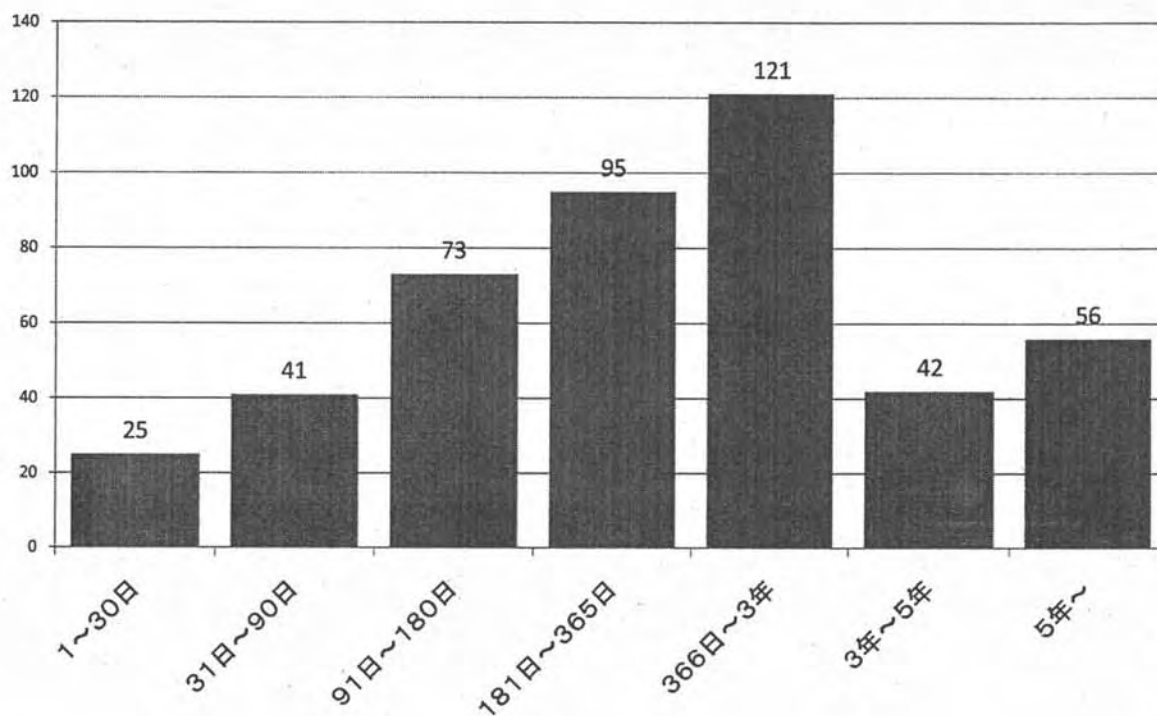


(第12回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 資料1)

「精神病床における認知症入院患者に関する調査」について (追加解析)

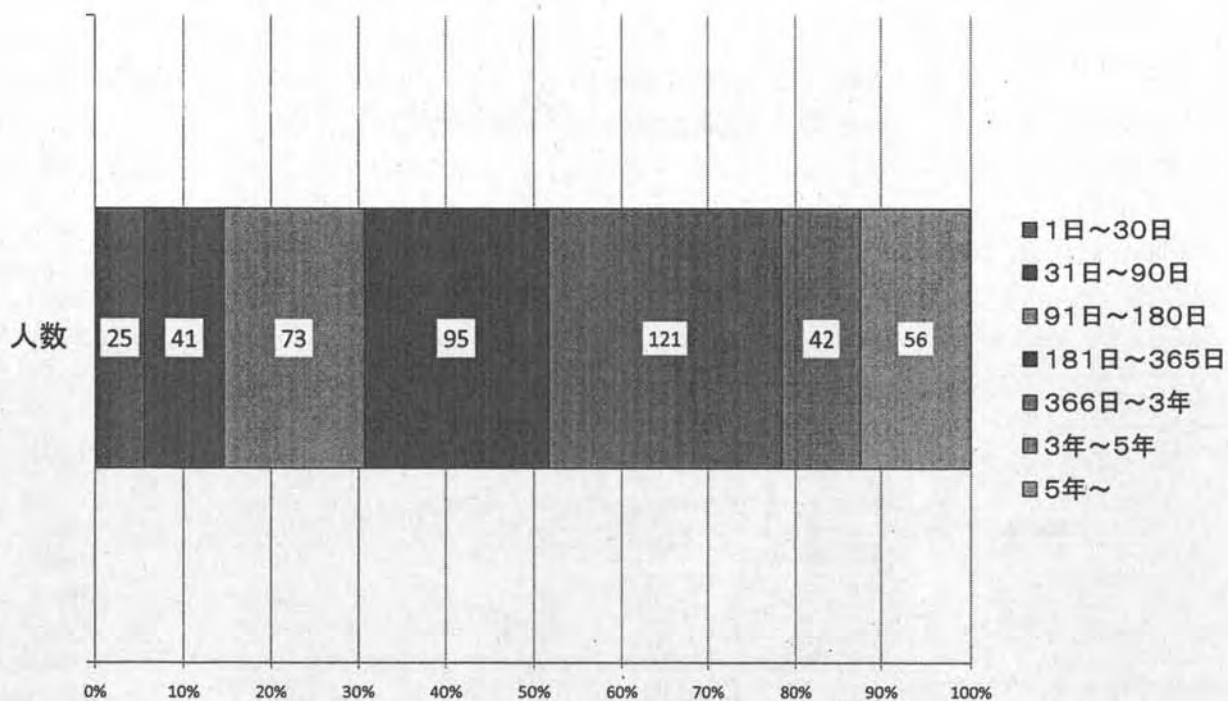
在院日数別入院患者数

在院日数	1日～30日	31日～90日	91日～180日	181日～365日	366日～3年	3年～5年	5年～
人数	25	41	73	95	121	42	56



1

在院日数別の入院患者数割合



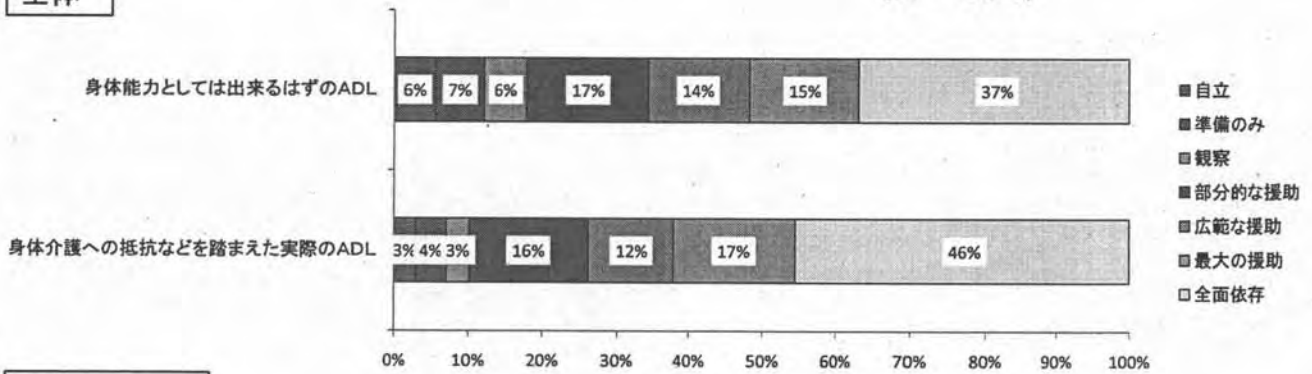
2

在院日数別 調査日から過去3日間のADLについて

e 入浴

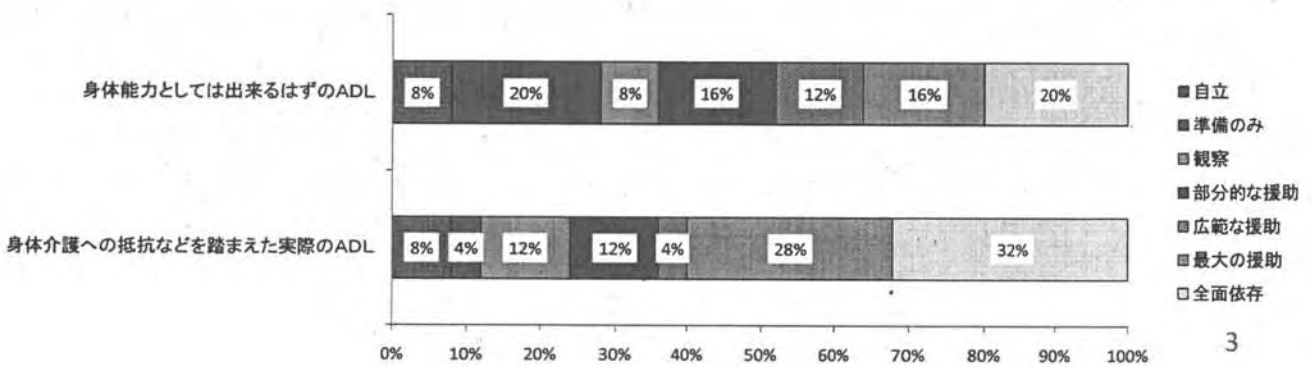
全体

(N=454)



1日~30日

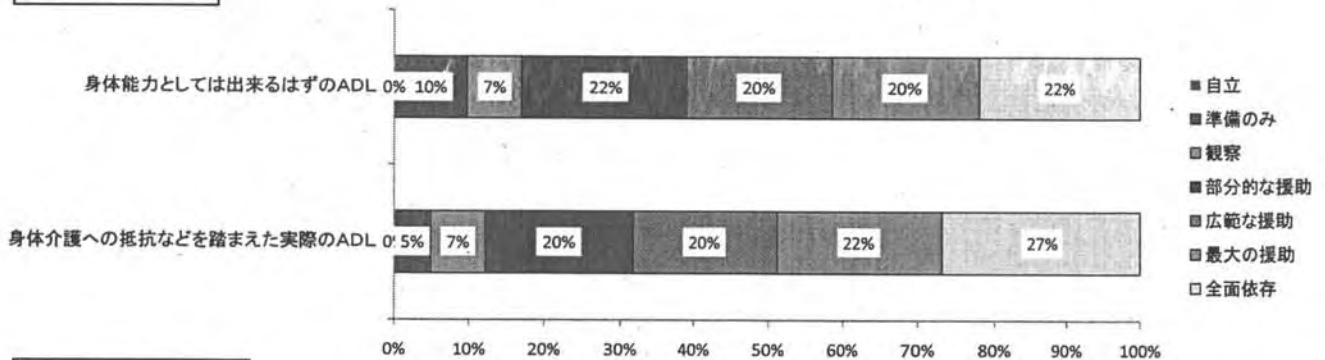
(N=25)



3

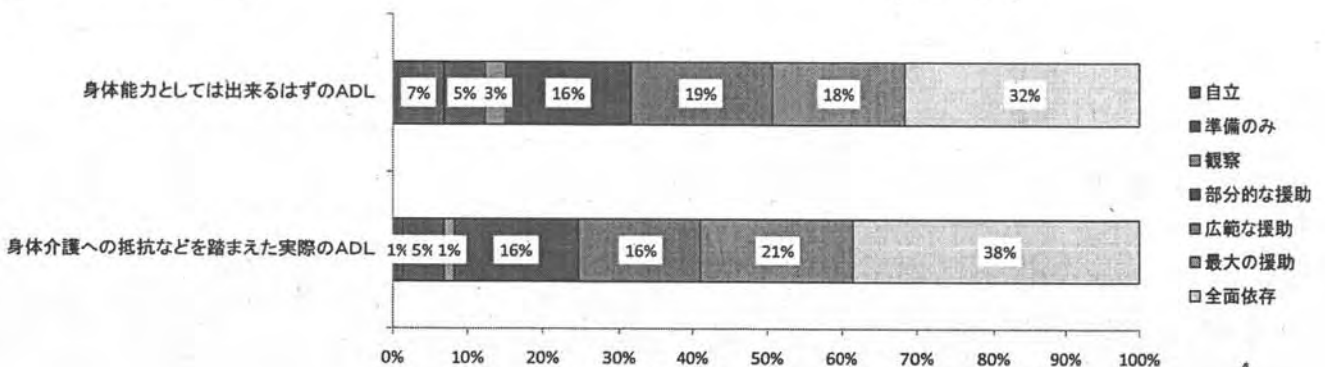
31日~90日

(N=41)



91日~180日

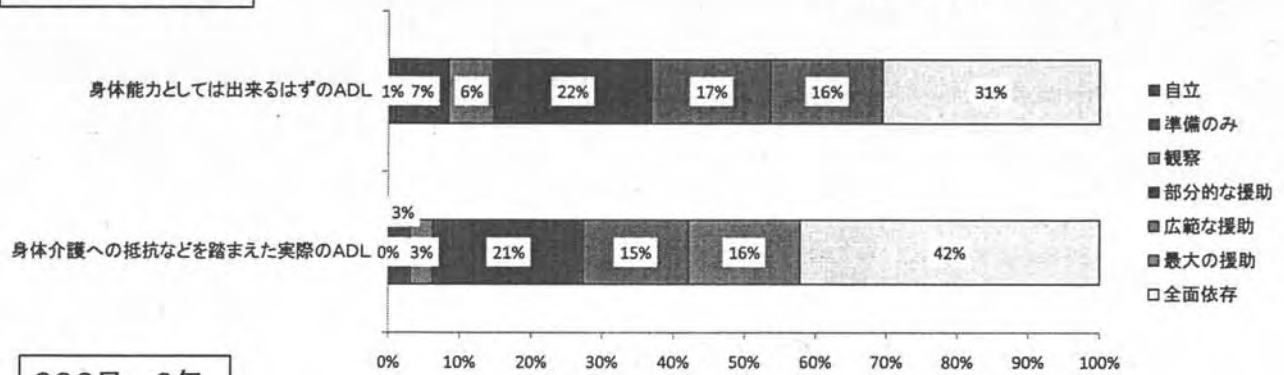
(N=73)



4

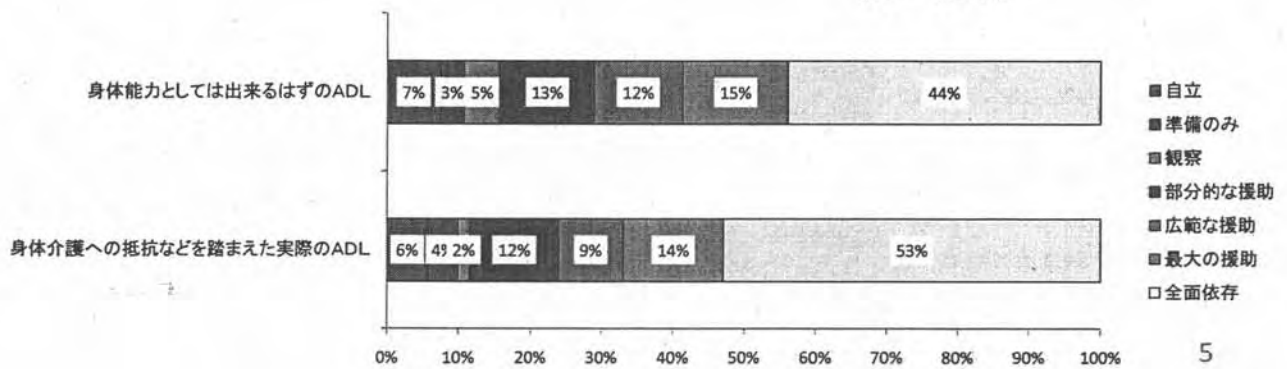
181日～365日

(N=95)



366日～3年

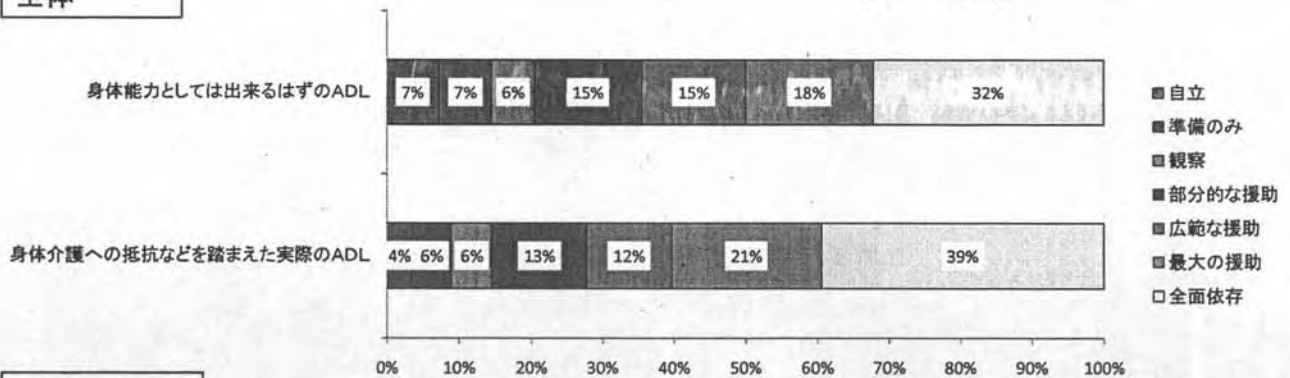
(N=121)



f 衣服の着脱

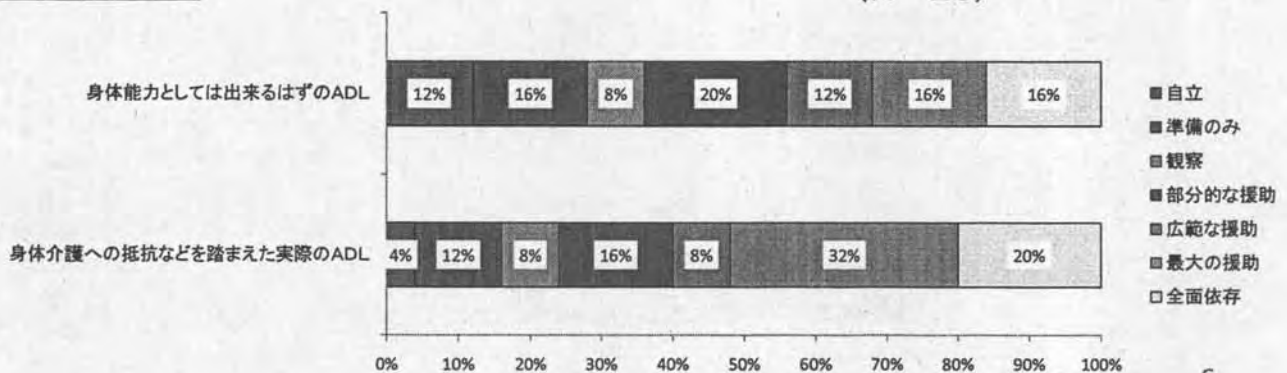
全体

(N=454)



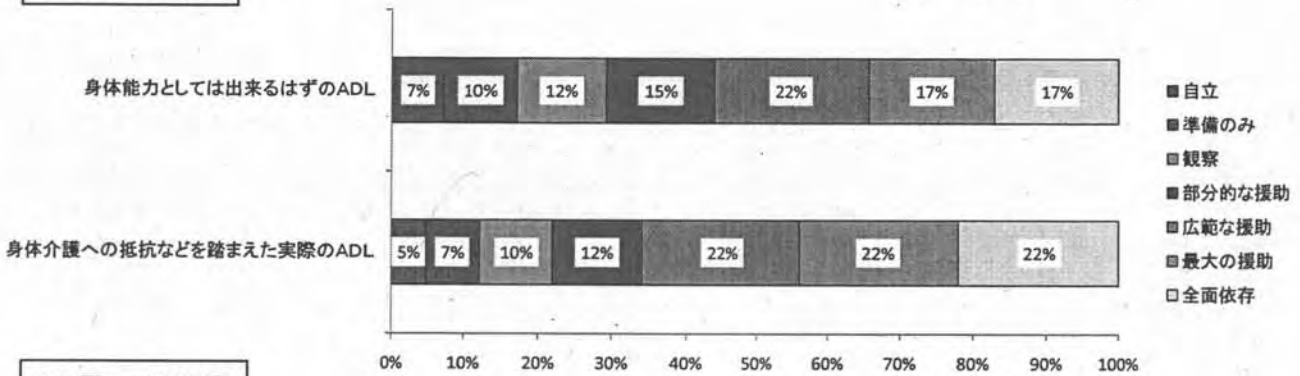
1日～30日

(N=25)



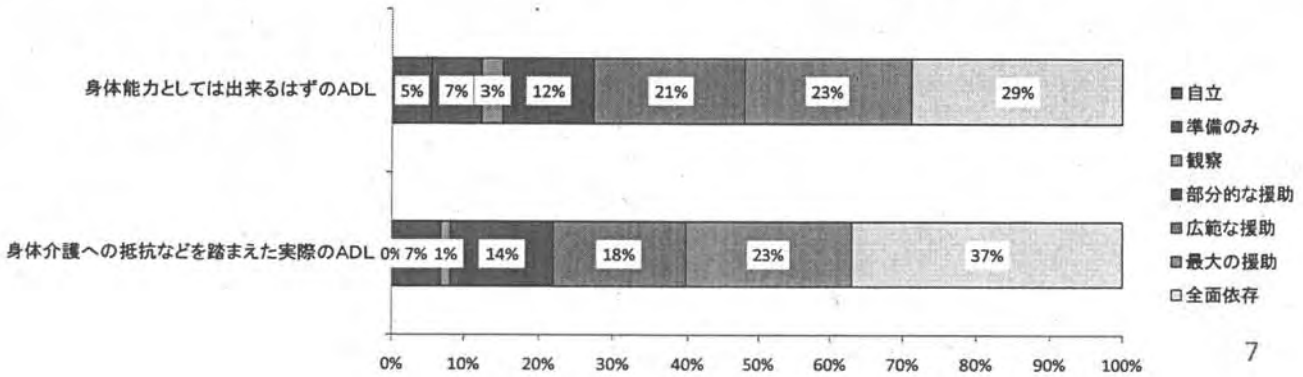
31日～90日

(N=41)



91日～180日

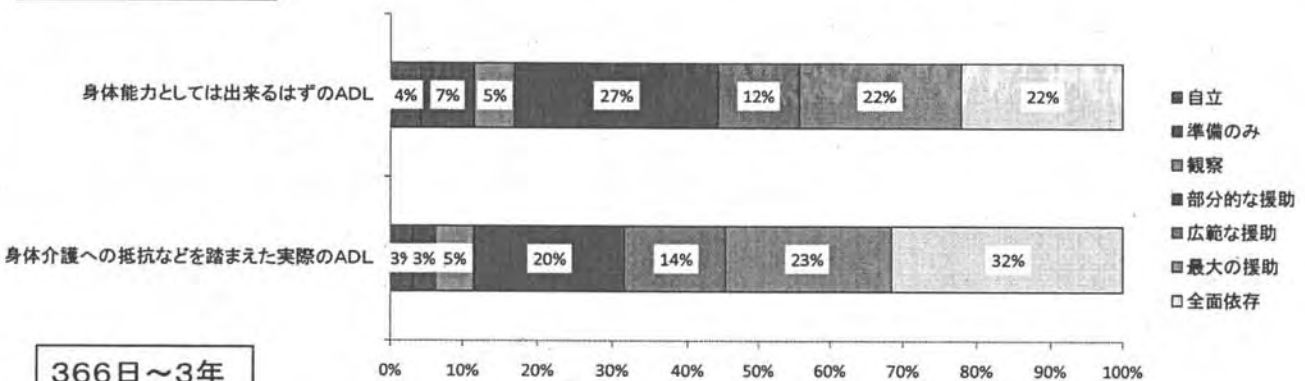
(N=73)



7

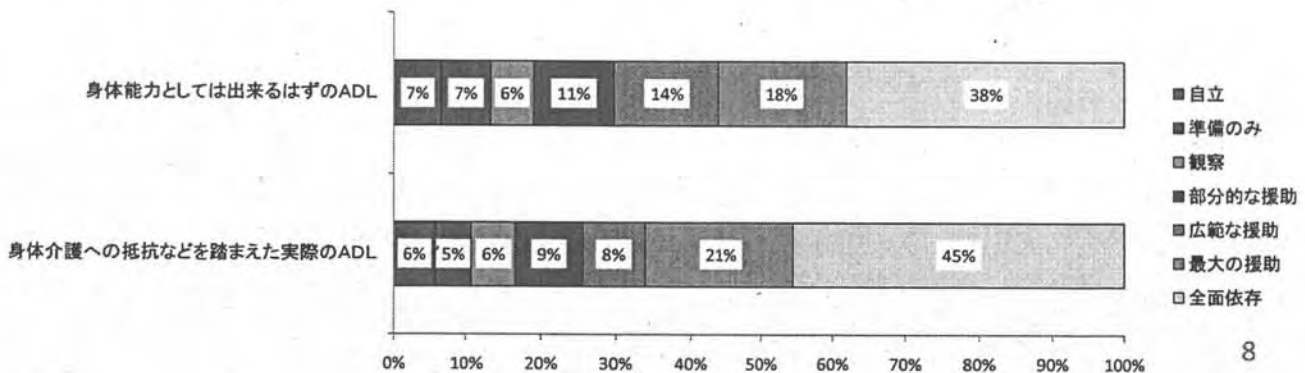
181日～365日

(N=95)



366日～3年

(N=121)



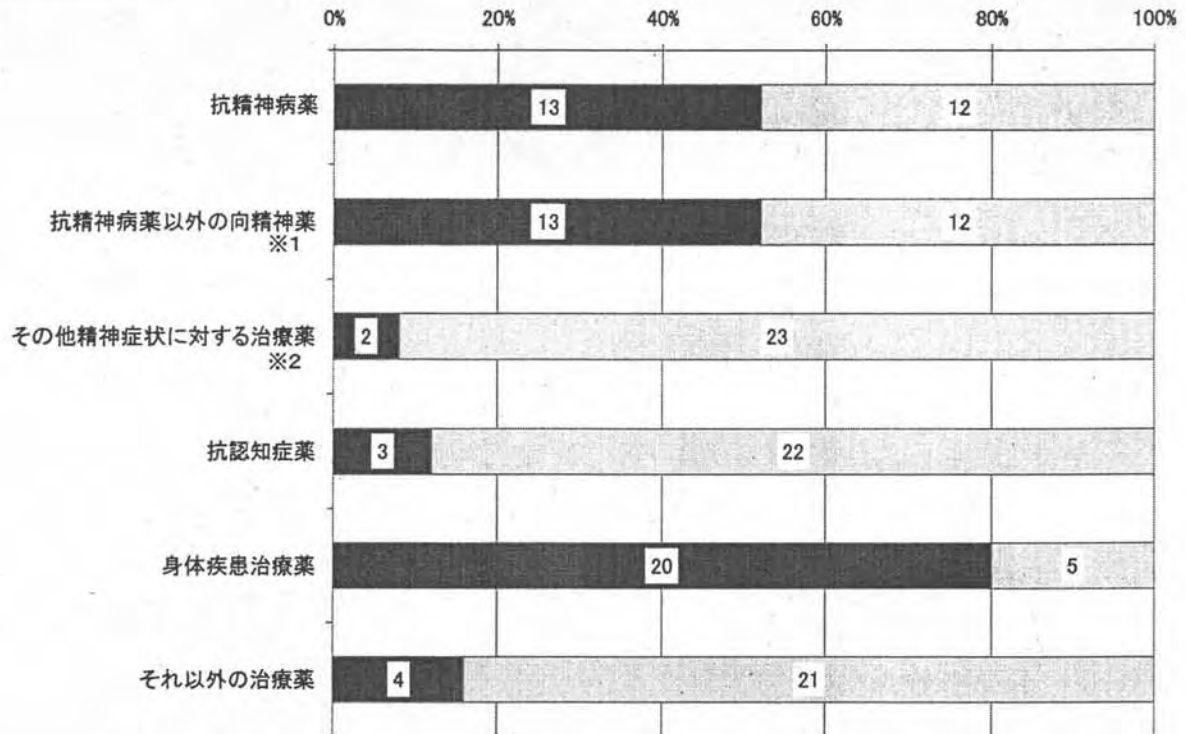
8

在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

1日~30日

■ 有り □ 無し

(N=25)

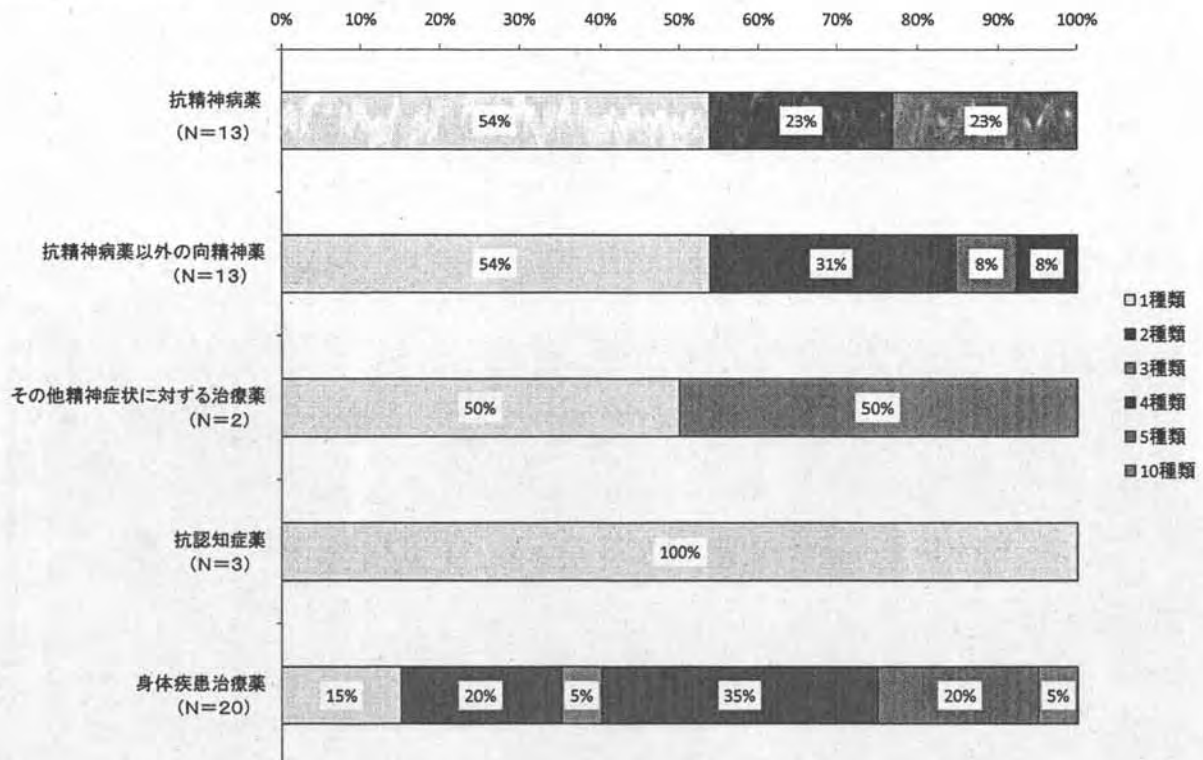


※1 抗精神病薬以外の向精神薬・・・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神症状に対する治療薬・・・漢方薬など

9

在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

1日~30日



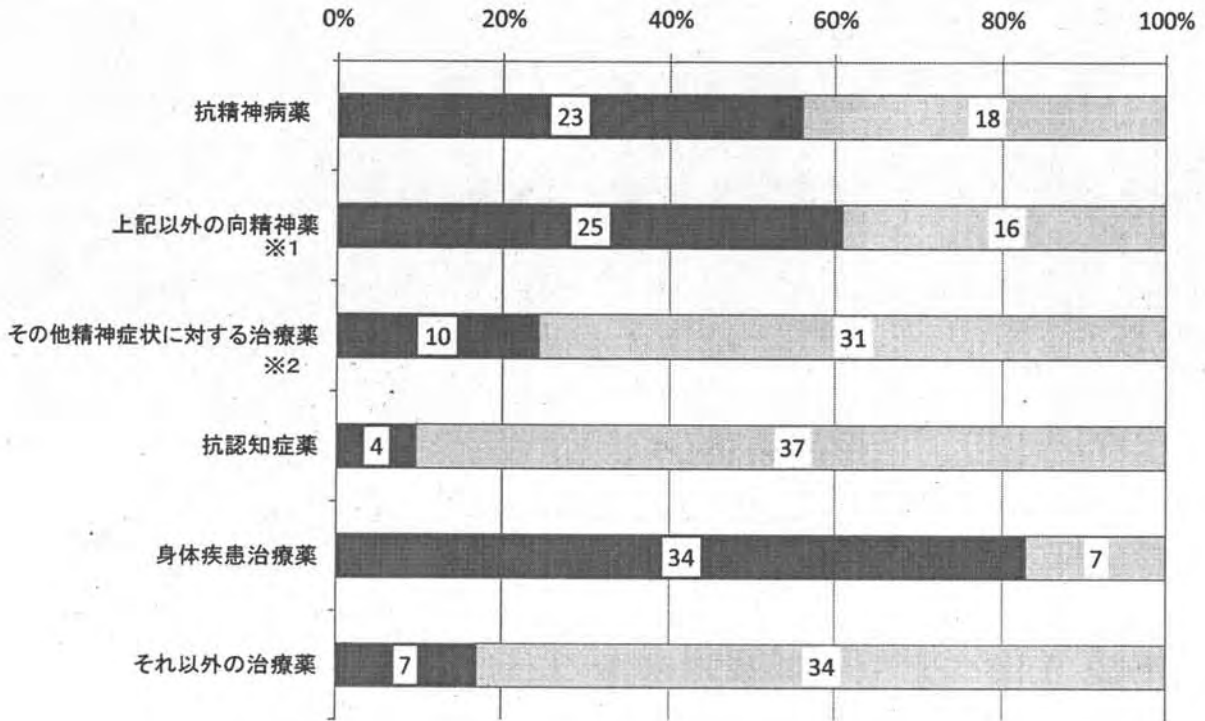
10

在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

31日~90日

■ 有り □ 無し

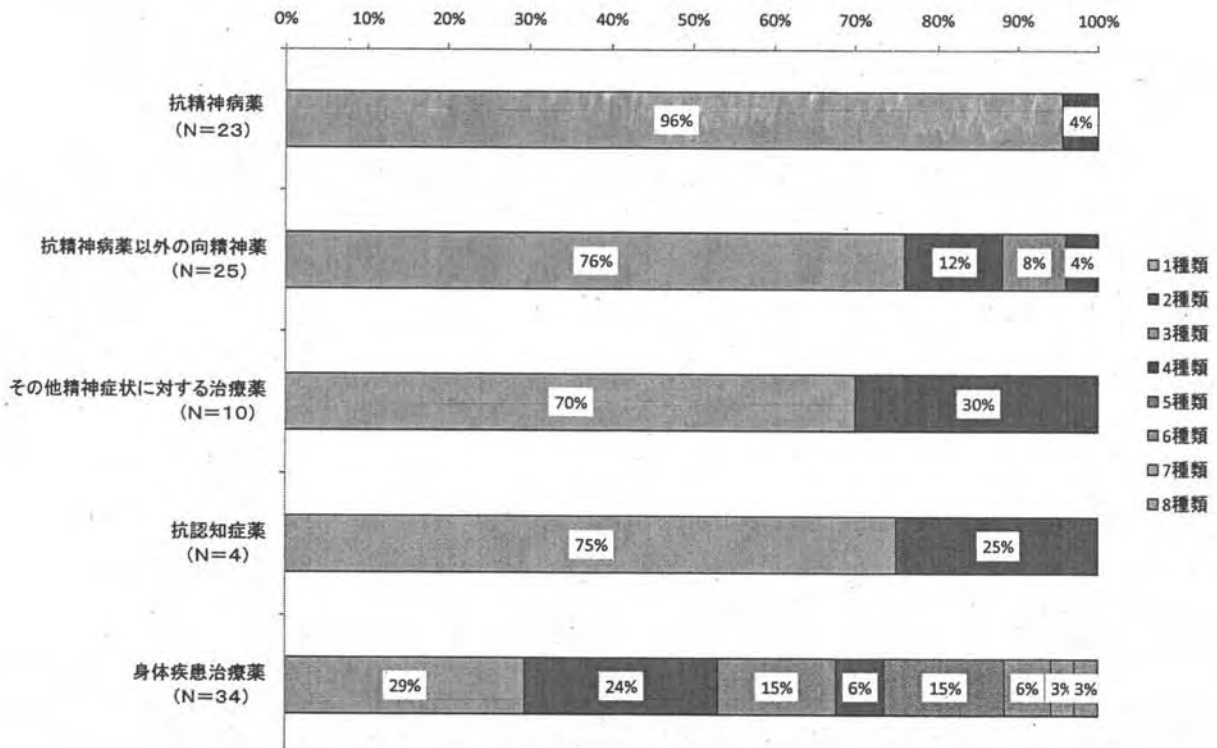
(N=41)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神症状に対する治療薬・漢方薬など

在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

31日~90日

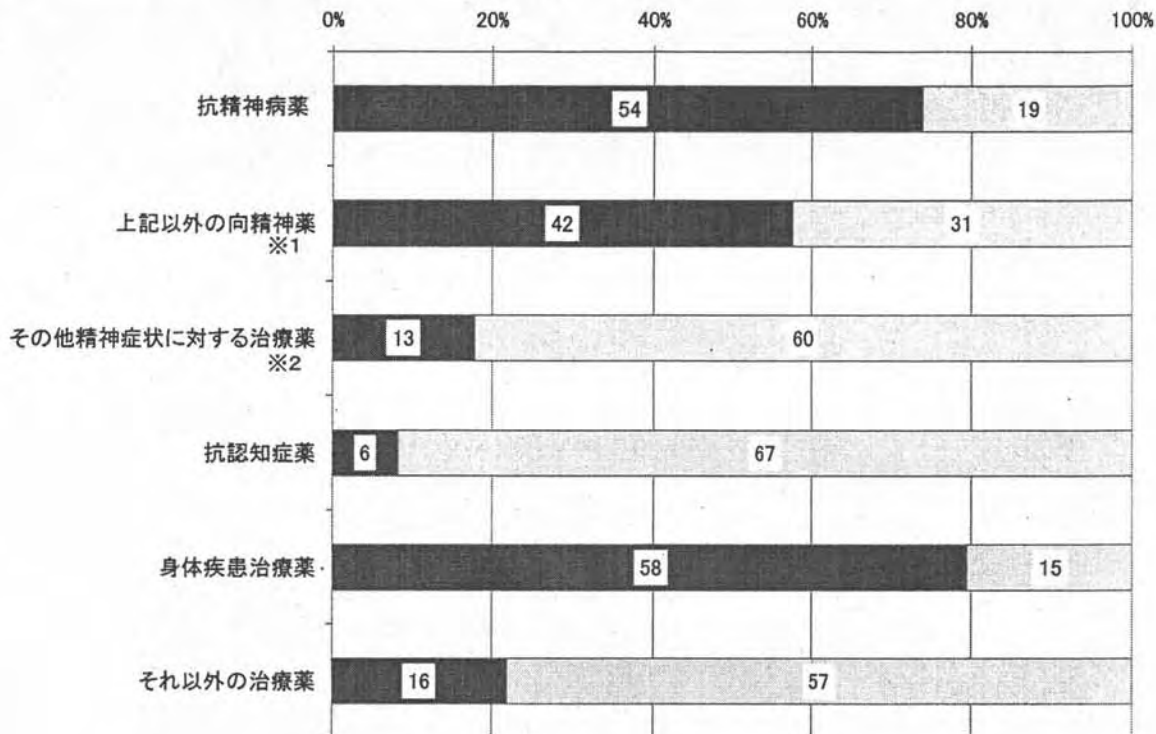


在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

91日～180日

■ 有り □ 無し

(N=73)

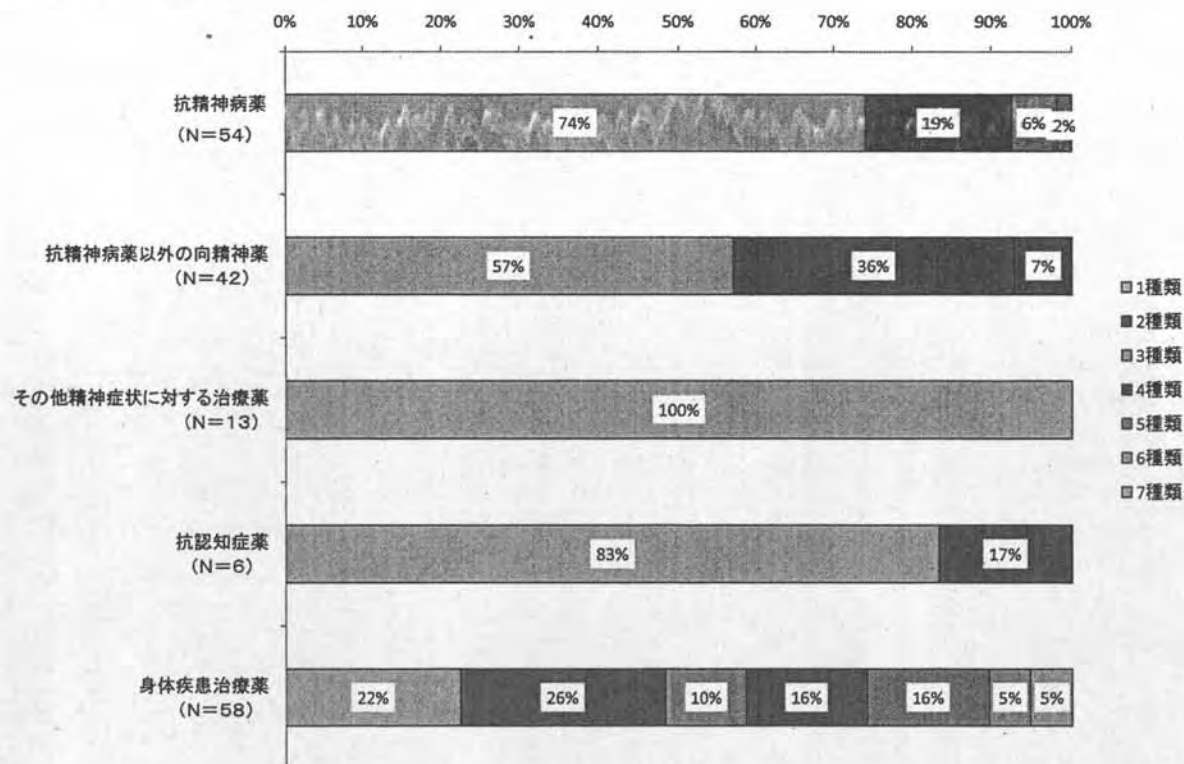


※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神症状に対する治療薬・漢方薬など

13

在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

91日～180日

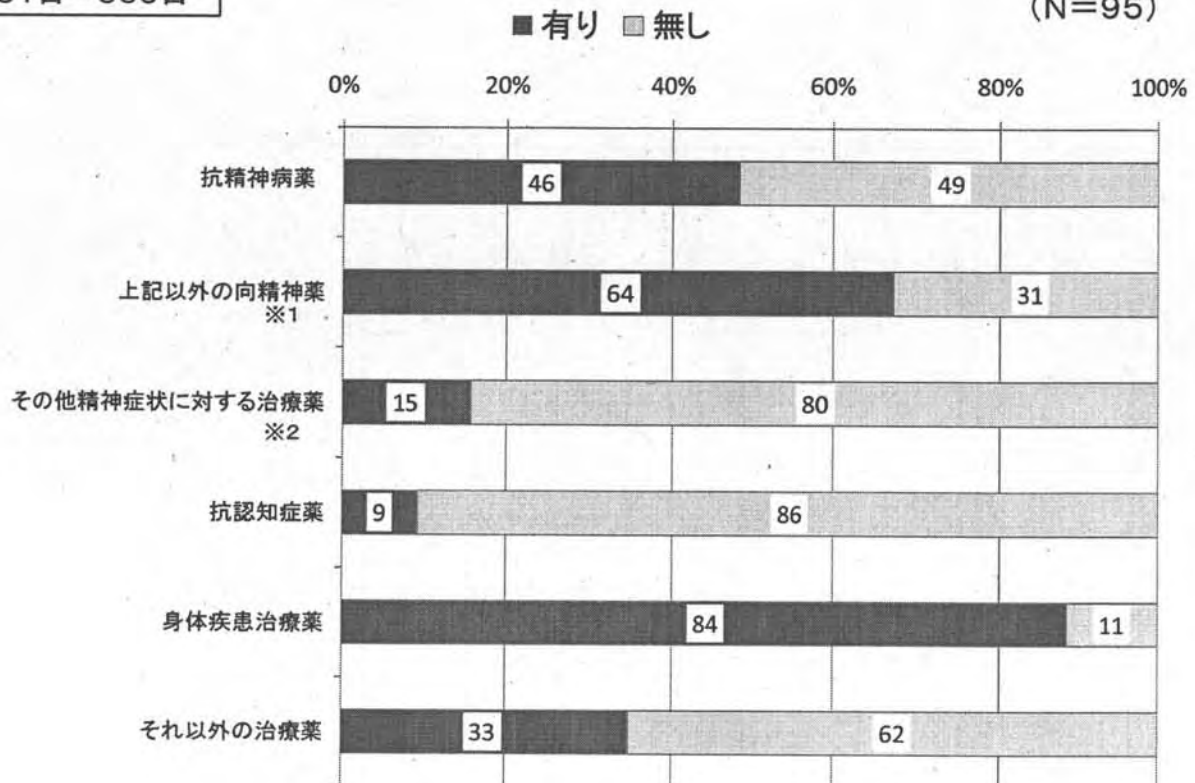


14

在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

181日～365日

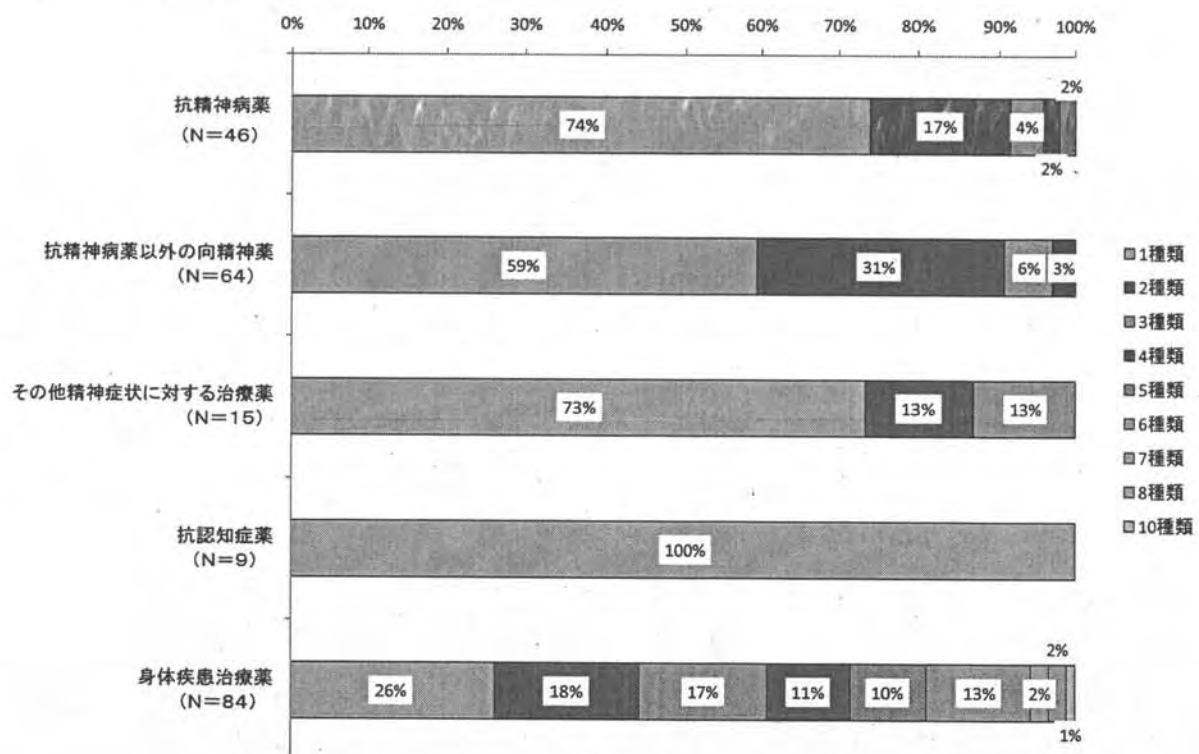
(N=95)



※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神症状に対する治療薬・漢方薬など

在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

181日～365日

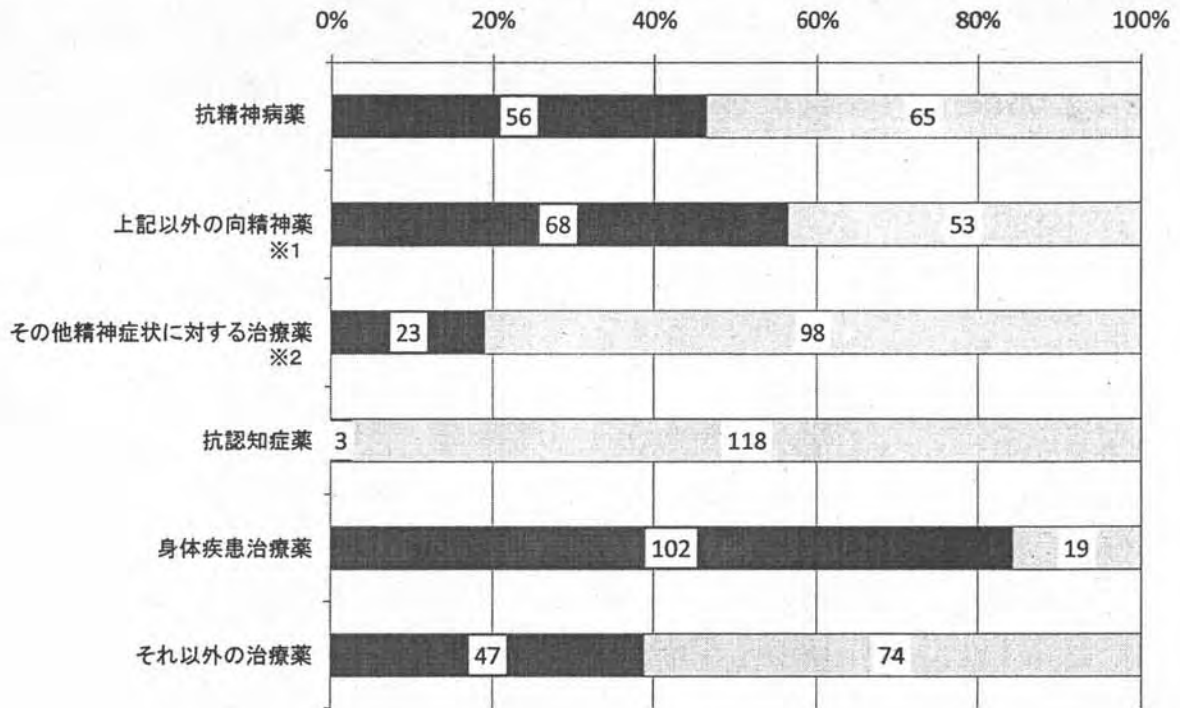


在院日数別 調査日から過去1週間に使用した薬物の有無

366日～3年

■ 有り □ 無し

(N=121)

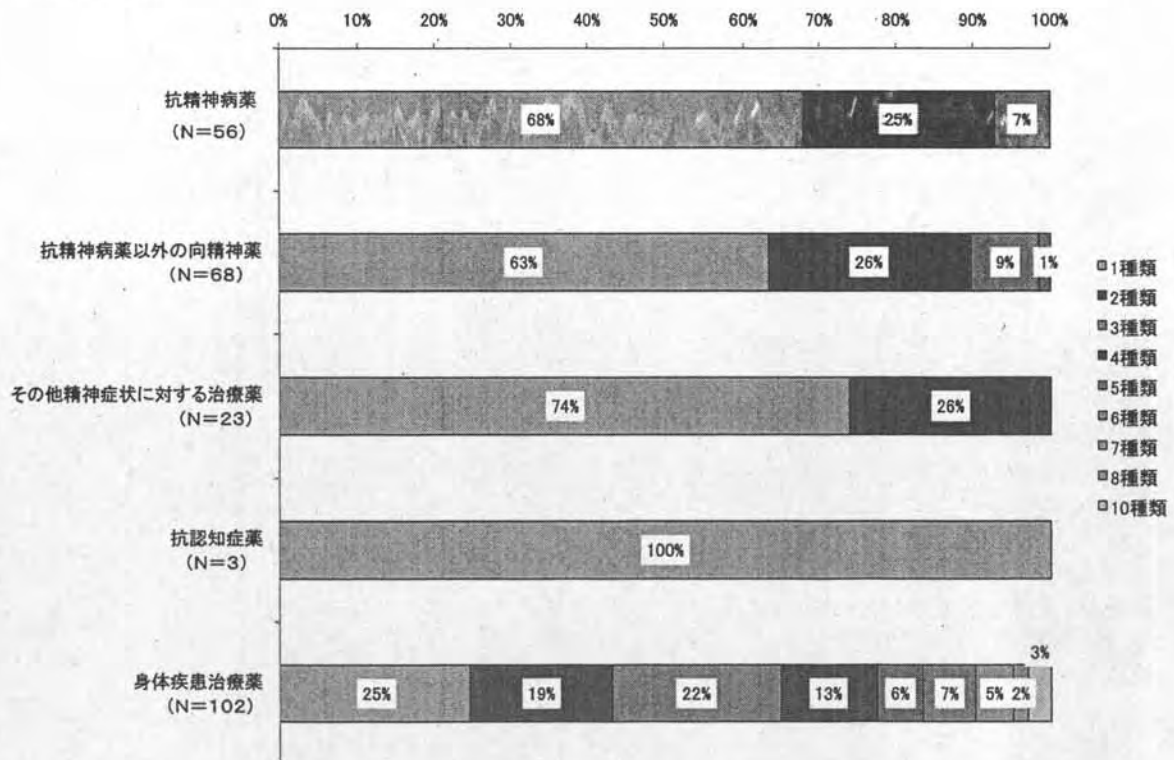


※1 抗精神病薬以外の向精神薬・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬
 ※2 その他の精神症状に対する治療薬・漢方薬など

17

在院日数別 過去1週間に使用した薬物の種類数

366日～3年



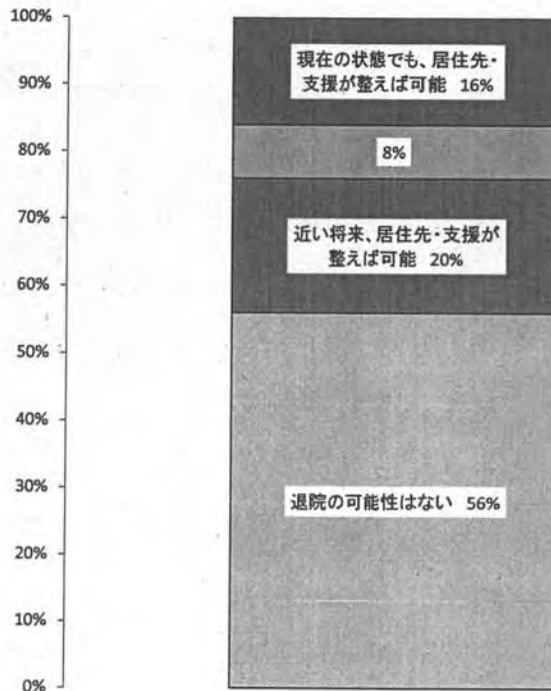
18

在院日数別 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

1日～30日

(N=25)

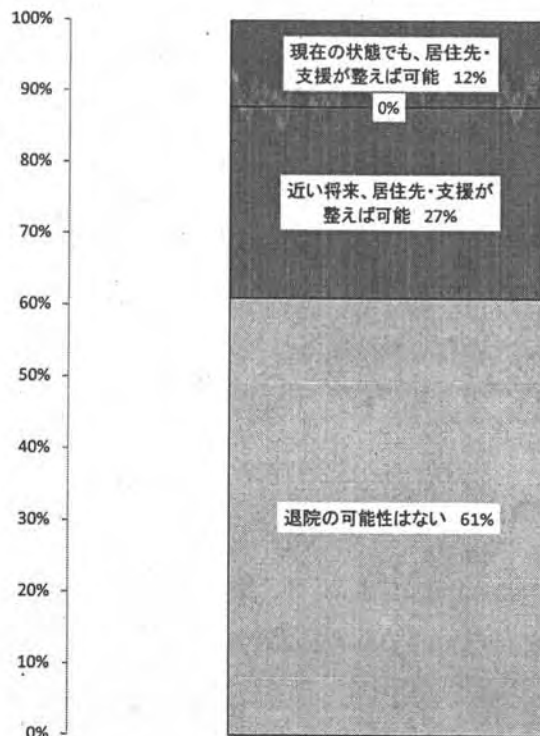
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



31日～90日

(N=41)

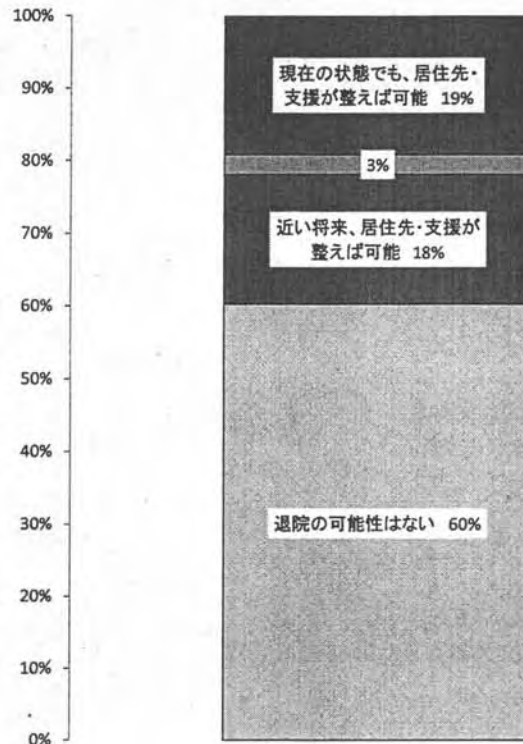
- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



91日～180日

(N=73)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

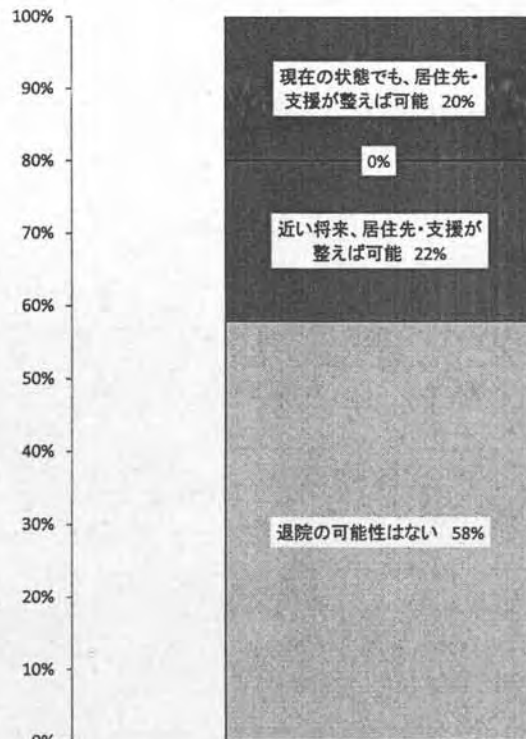


21

181日～365日

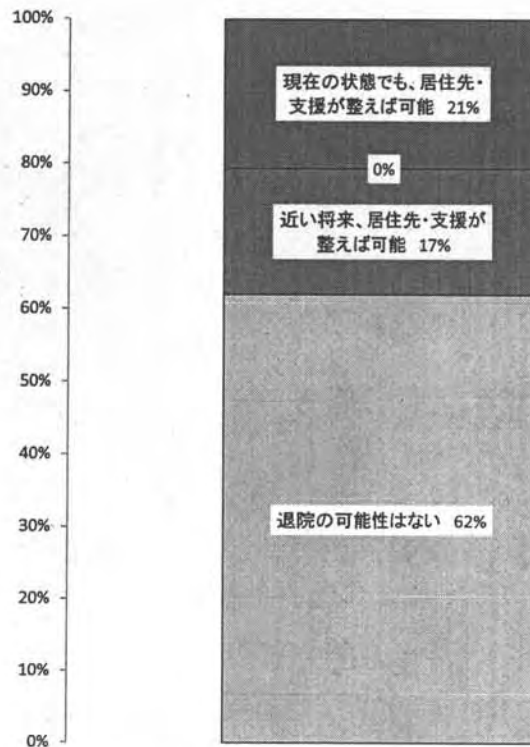
(N=95)

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



22

- 1. 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 2. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 3. 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない



問25 適切と考えられる「生活・療養の場」と問26 退院後に必要な支援のクロス集計

(N=5)

1. 「家族等と同居」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
自宅を訪問して行われる支援	4人	80%
短期入所をして行われる支援	1人	20%

2番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	3人	60%
精神科の定期的な通院	2人	40%

3番目に必要な支援		
訪問看護	3人	60%
精神科の定期的な通院	1人	20%
重度認知症デイケア	1人	20%

4番目に必要な支援		
民生委員、近隣の見守り等	2人	40%
精神科以外の定期的な通院	1人	20%
訪問診療	1人	20%
行政機関による訪問指導	1人	20%

3. 「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」を選択した人の必要な支援 (N=21)

1番目に必要な支援		
小規模多機能型居宅介護	8人	38%
精神科の定期的な通院	6人	29%
自宅以外の場所に通って行われる支援	1人	5%
短期入所をして行われる支援	1人	5%

2番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	6人	29%
短期入所をして行われる支援	5人	24%
重度認知症デイケア	4人	19%
自宅を訪問して行われる支援	2人	10%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	29%
経済的支援	6人	29%
短期入所をして行われる支援	1人	5%
精神科の定期的な通院	1人	5%
身体的リハビリテーション	1人	5%
成年後見制度等の活用	1人	5%

4番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	2人	10%
訪問看護	2人	10%
自宅を訪問して行われる支援	1人	5%
精神科以外の定期的な通院	1人	5%
重度認知症デイケア	1人	5%
民生委員、近隣の見守り等	1人	5%

25

4. 「特養」を選択した人の必要な支援 (N=109)

1番目に必要な支援		
小規模多機能型居宅介護	32人	29%
精神科の定期的な通院	16人	15%
自宅を訪問して行われる支援	3人	3%
精神科以外の定期的な通院	3人	3%

2番目に必要な支援		
短期入所をして行われる支援	26人	24%
身体的リハビリテーション	22人	20%
訪問診療	18人	17%
精神科の定期的な通院	10人	9%
経済的支援	6人	6%
精神科以外の定期的な通院	5人	5%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	21人	19%
訪問診療	18人	17%
経済的支援	11人	10%
精神科の定期的な通院	6人	6%
精神科以外の定期的な通院	6人	6%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	10人	9%
成年後見制度等の活用	9人	8%
身体的リハビリテーション	7人	6%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	6%
重度認知症デイケア	6人	6%
経済的支援	5人	5%
精神科の定期的な通院	4人	4%

26

(N=79)

5. 「老健」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	37人	47%
小規模多機能型居宅介護	20人	25%
自宅を訪問して行われる支援	6人	8%

2番目に必要な支援		
経済的支援	18人	23%
短期入所をして行われる支援	14人	18%
身体的リハビリテーション	13人	16%
精神科の定期的な通院	12人	15%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	8%

3番目に必要な支援		
経済的支援	14人	18%
自宅以外の場所に通って行われる支援	12人	15%
精神科の定期的な通院	7人	9%
訪問診療	5人	6%
年金受給申請	5人	6%

4番目に必要な支援		
重度認知症デイケア	9人	11%
精神科以外の定期的な通院	6人	8%
身体的リハビリテーション	5人	6%
自宅を訪問して行われる支援	3人	4%
精神科の定期的な通院	3人	4%

27

(N=5)

6. 「その他の介護施設」を選択した人の必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	3人	60%
小規模多機能型居宅介護	2人	40%

2番目に必要な支援		
訪問看護	2人	40%
短期入所をして行われる支援	2人	40%
自宅以外の場所に通って行われる支援	1人	20%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	2人	40%
重度認知症デイケア	2人	40%
身体的リハビリテーション	1人	20%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	1人	20%
訪問診療	1人	20%
重度認知症デイケア	1人	20%

28

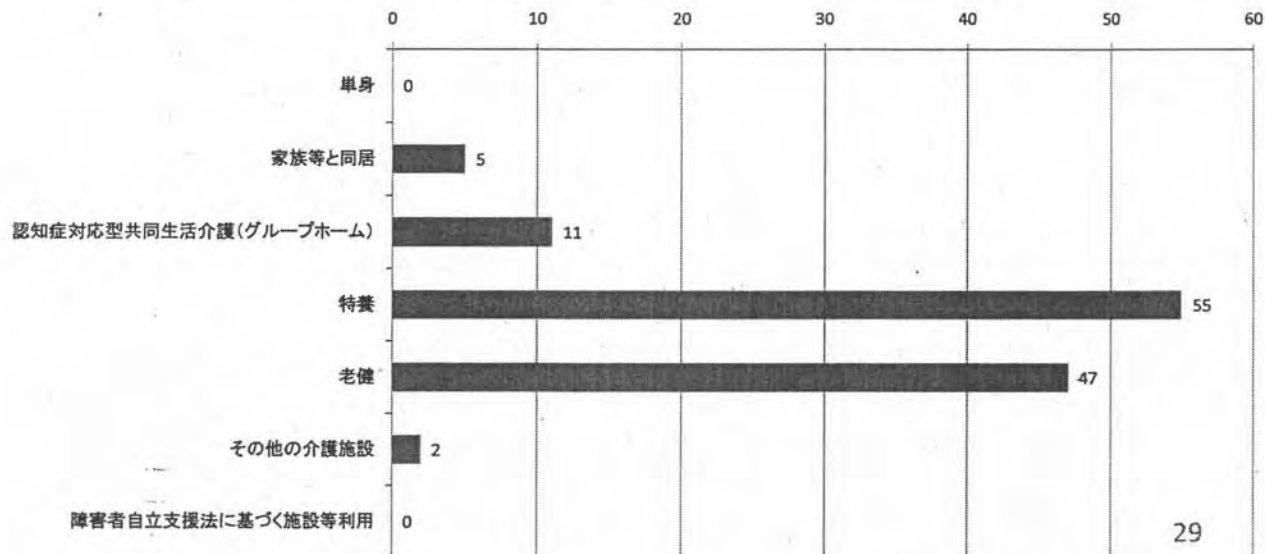
問21 介助者有無と問25 適切と考えられる「生活・療養の場」のクロス集計

介助者有り

(N=87) 複数回答可

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

単身	0	0%
家族等と同居	5	6%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	11	13%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	55	63%
介護老人保健施設(老健)	47	54%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	2	2%
障害者自立支援法に基づく施設等利用	0	0%

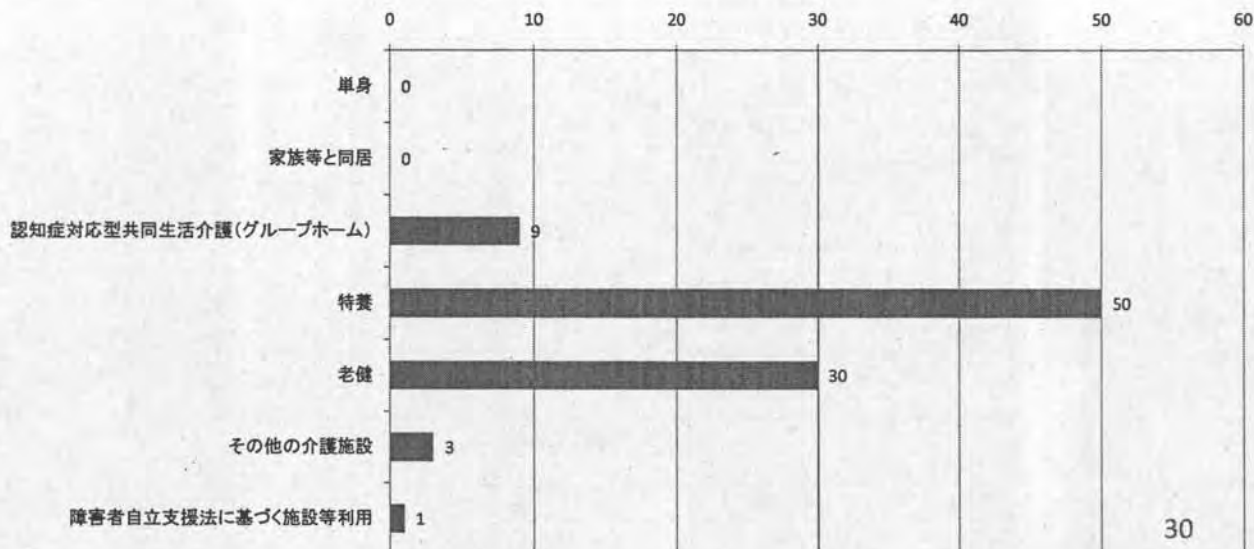


介助者無し

(N=80) 複数回答可

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」

単身	0	0%
家族等と同居	0	0%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	9	11%
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	50	63%
介護老人保健施設(老健)	30	38%
その他の介護施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など)	3	4%
障害者自立支援法に基づく施設等利用	1	1%



問21 介助者の有無と問26 退院後に必要な支援 のクロス集計

介助者有り

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、退院後に必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	27人	33%
小規模多機能型居宅介護	26人	32%
自宅を訪問して行われる支援	4人	5%

(N=82)

2番目に必要な支援		
短期入所をして行われる支援	19人	23%
身体的リハビリテーション	18人	22%
経済的支援	15人	18%
精神科の定期的な通院	12人	15%
自宅以外の場所に通って行われる支援	5人	6%

3番目に必要な支援		
自宅以外の場所に通って行われる支援	16人	20%
訪問診療	11人	13%
経済的支援	9人	11%
短期入所をして行われる支援	4人	5%
精神科の定期的な通院	4人	5%
年金受給申請	4人	5%

4番目に必要な支援		
精神科以外の定期的な通院	9人	11%
自宅以外の場所に通って行われる支援	5人	6%
身体的リハビリテーション	5人	6%

31

介助者無し

問24で1,あるいは3と回答した人のうち、退院出来ると仮定した時、退院後に必要な支援

1番目に必要な支援		
精神科の定期的な通院	25人	32%
小規模多機能型居宅介護	12人	15%
自宅を訪問して行われる支援	7人	9%

(N=78)

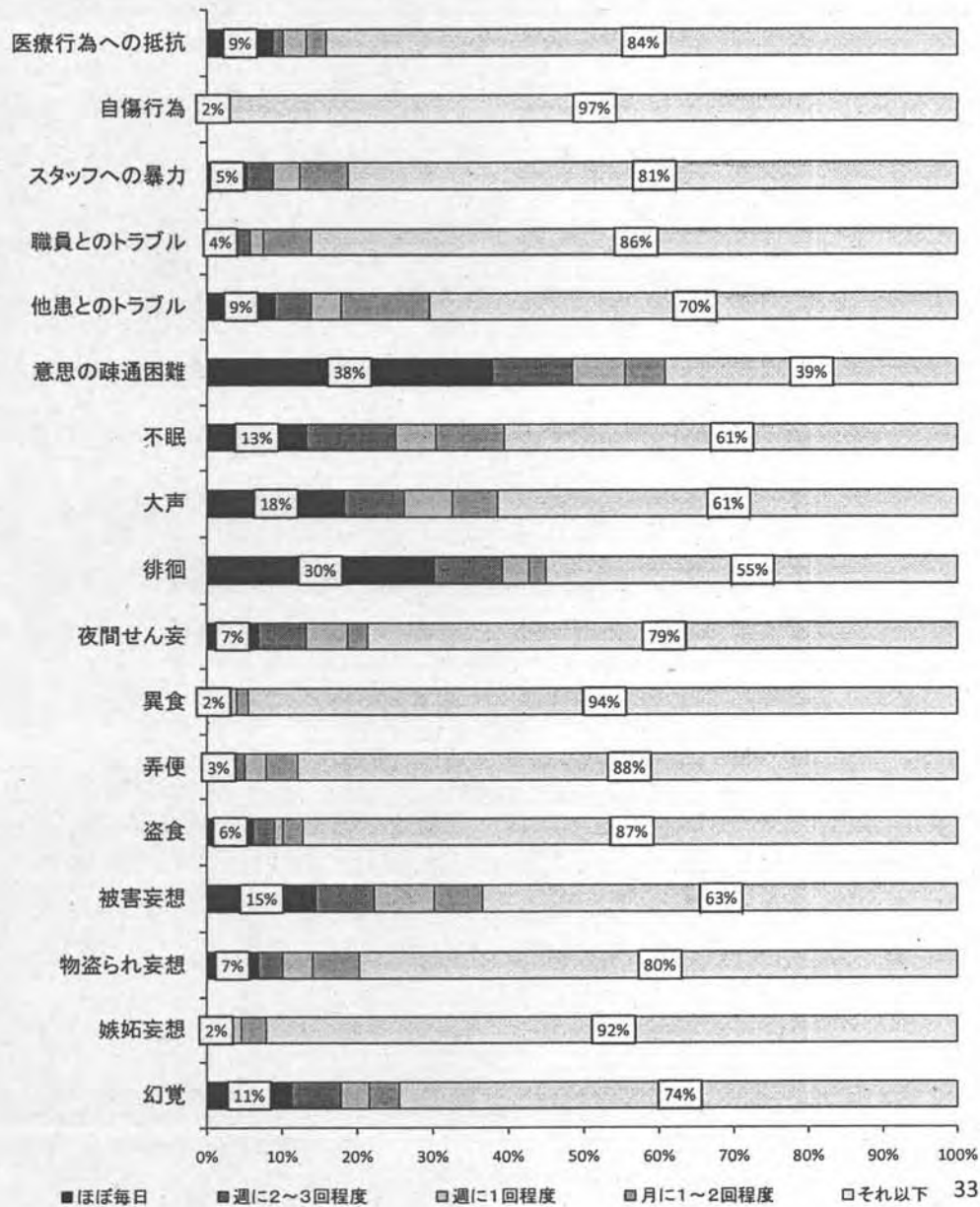
2番目に必要な支援		
訪問診療	16人	21%
身体的リハビリテーション	15人	19%
経済的支援	8人	10%
自宅以外の場所に通って行われる支援	7人	9%
短期入所をして行われる支援	7人	9%
精神科の定期的な通院	5人	6%

3番目に必要な支援		
訪問診療	11人	14%
精神科の定期的な通院	7人	9%
経済的支援	7人	9%
自宅以外の場所に通って行われる支援	6人	8%

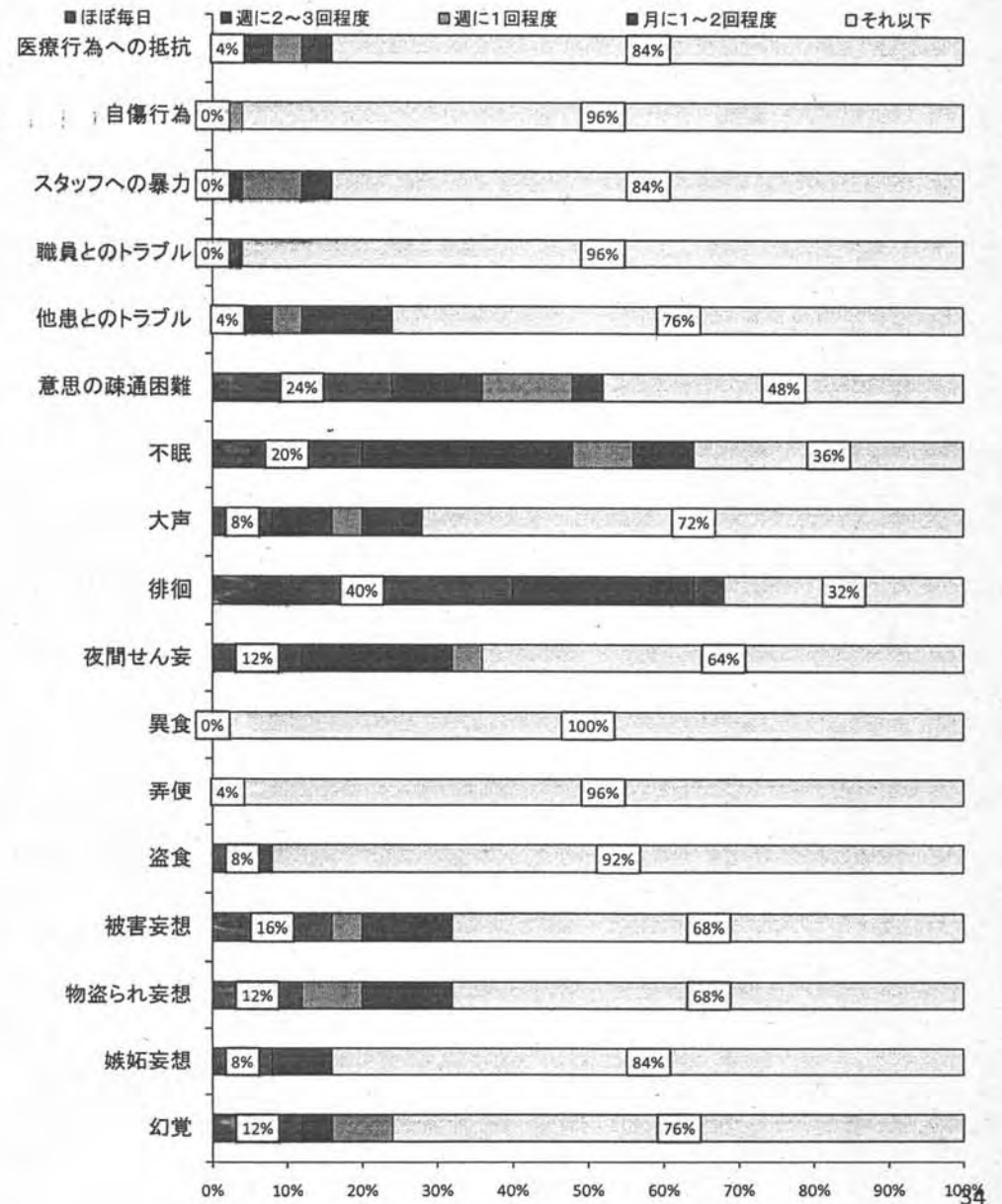
4番目に必要な支援		
重度認知症デイケア	8人	10%
成年後見制度等の活用	8人	10%
身体的リハビリテーション	4人	5%

32

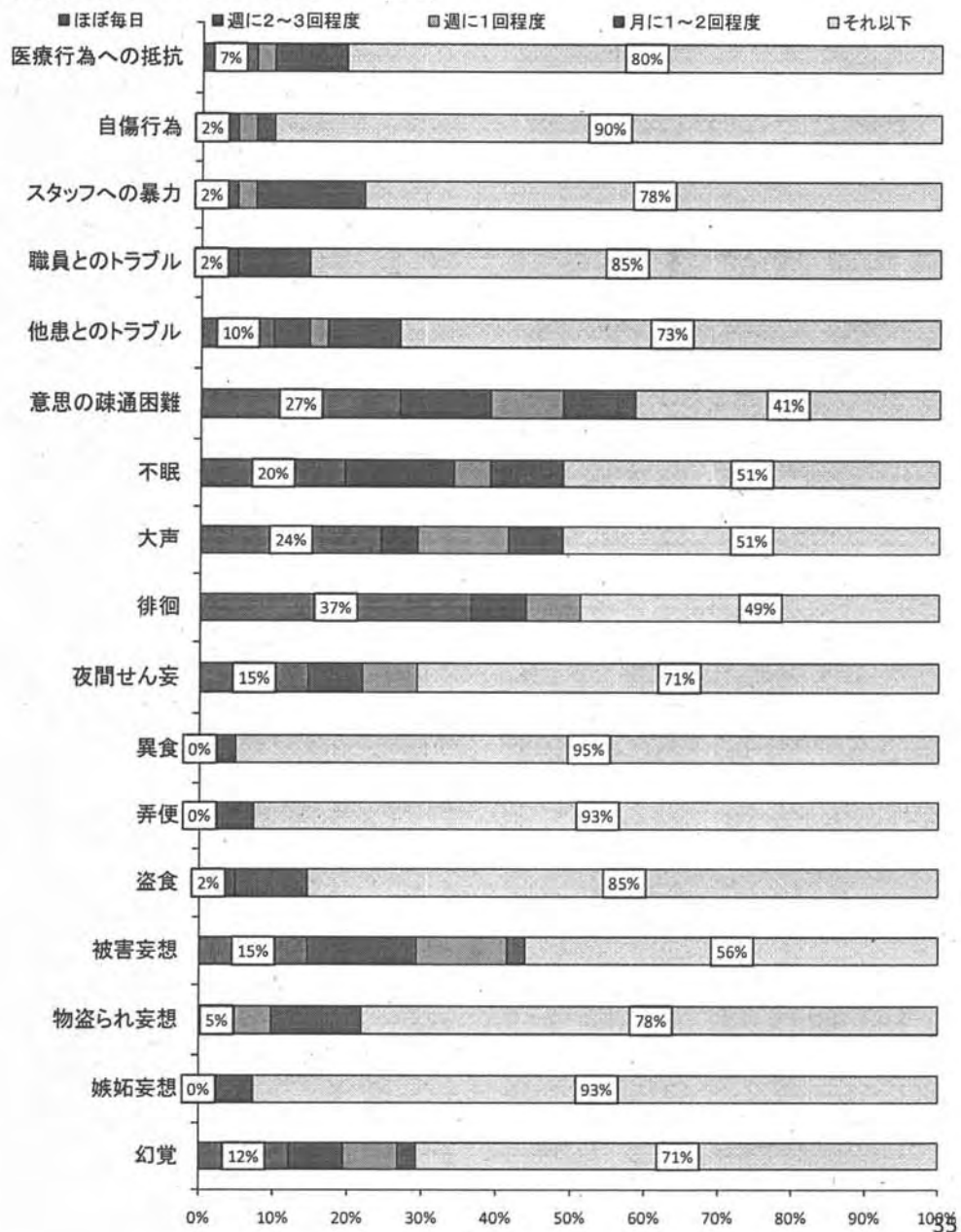
問8 調査時点から過去1カ月間の精神症状等の発生頻度
全体 (N=454)



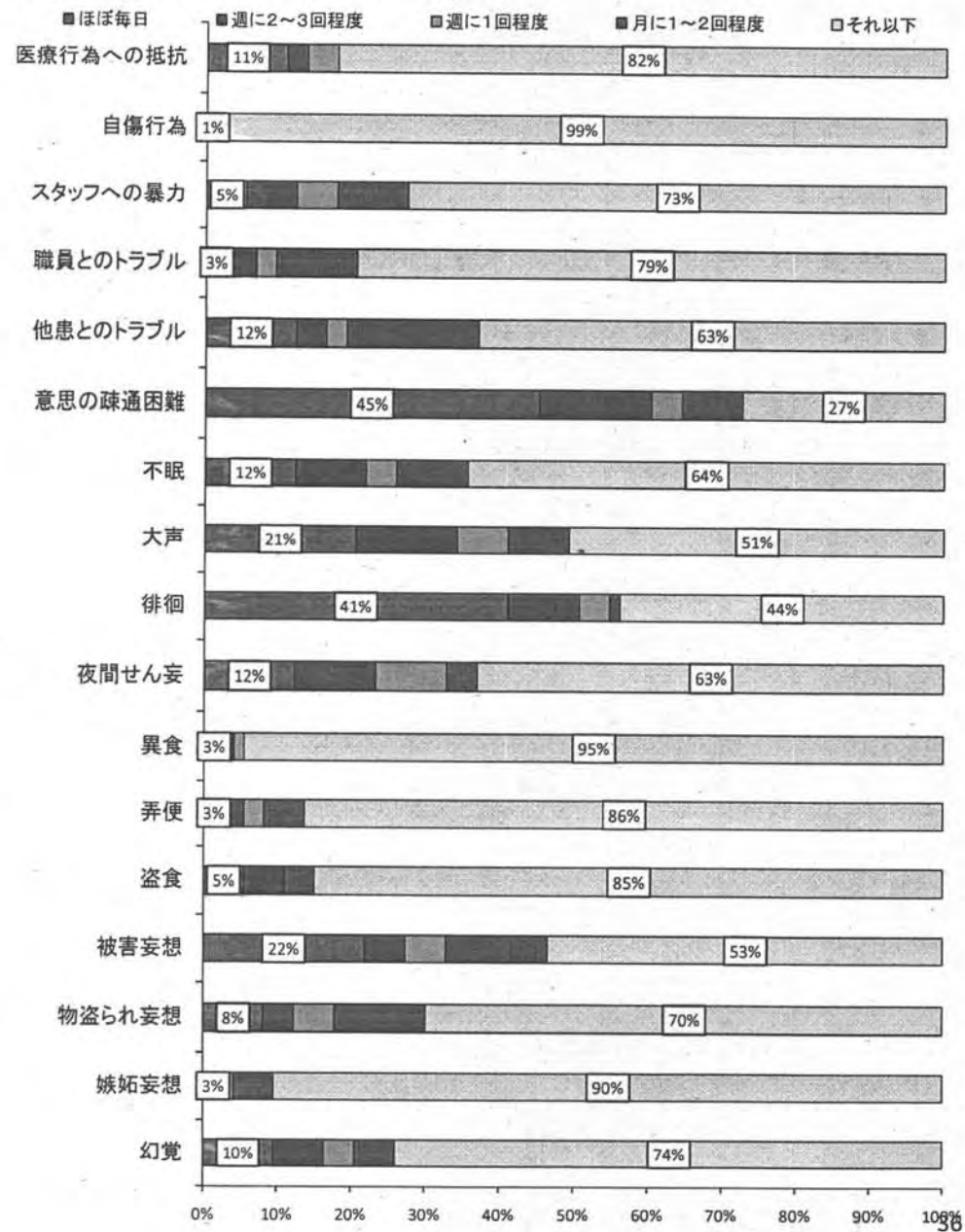
調査日から過去1ヶ月間の精神症状等の発生頻度(1)
(在院日数 1日~30日 N=25)



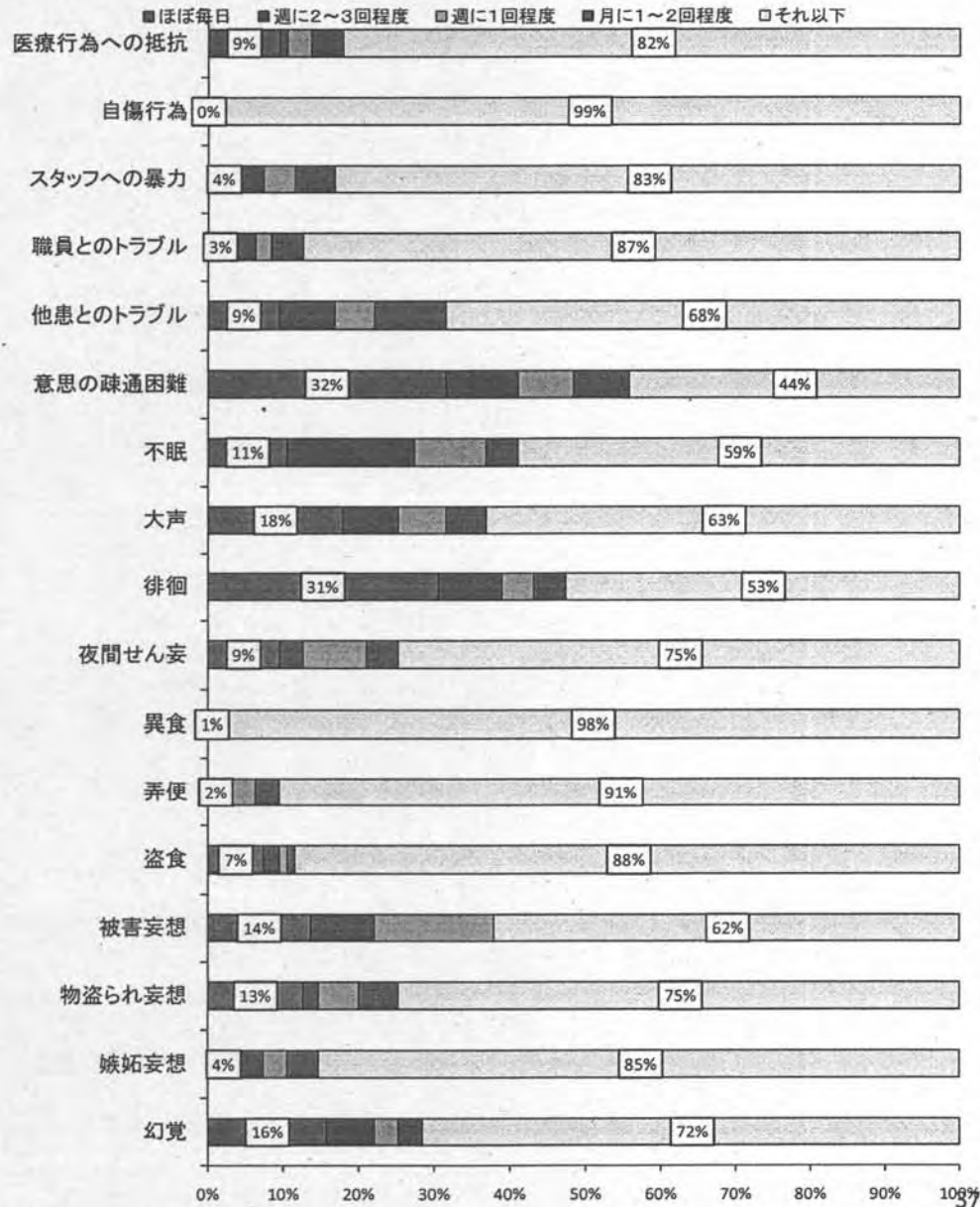
調査日から過去1ヶ月間の精神症状等の発生頻度(2)
(在院日数 31日~90日 N=41)



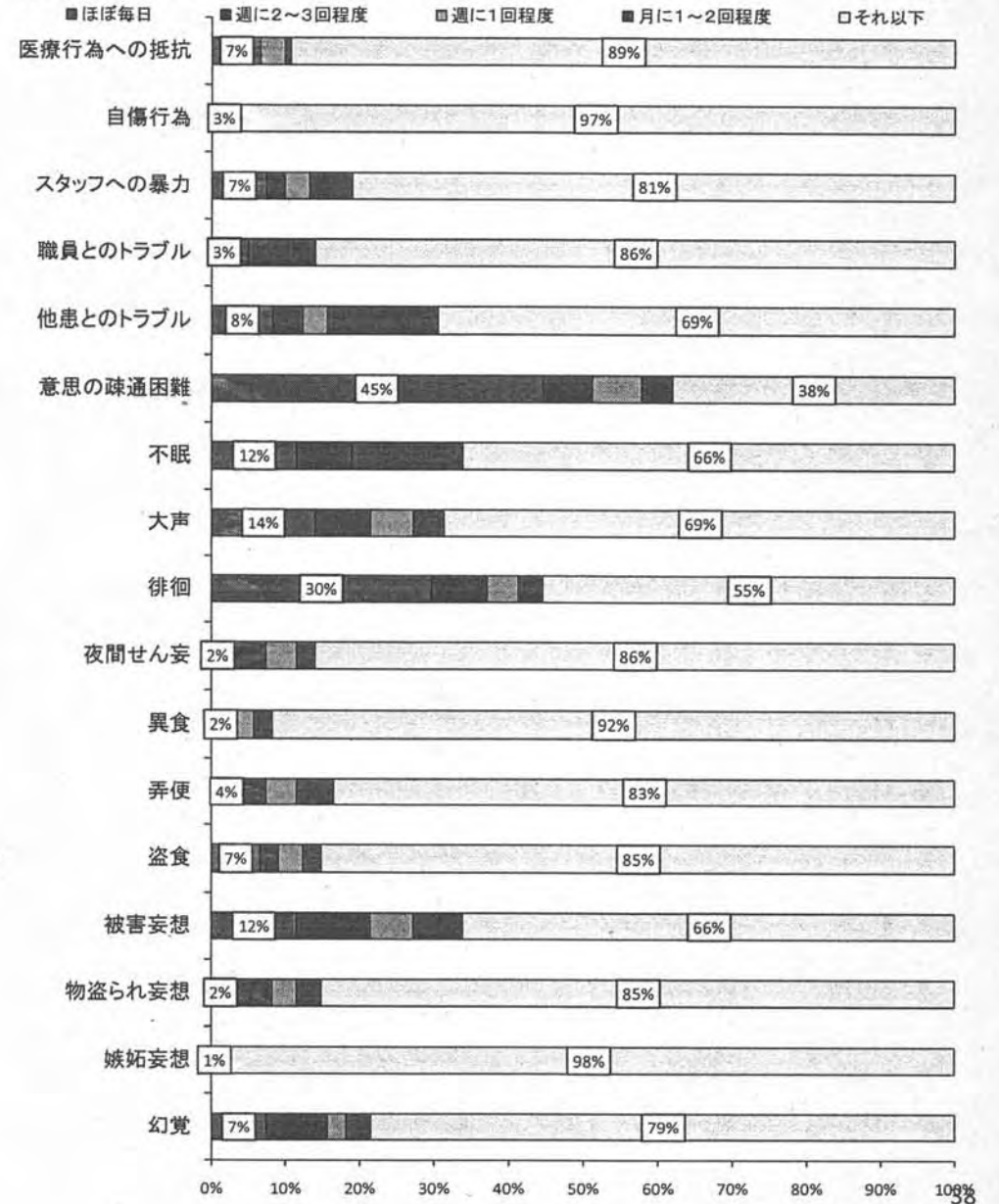
調査日から過去1ヶ月間の精神症状等の発生頻度(3)
(在院日数 91日~180日 N=73)



調査日から過去1ヶ月間の精神症状等の発生頻度(4)
(在院日数 181日~365日 N=95)



調査日から過去1ヶ月間の精神症状等の発生頻度(5)
(在院日数 366日~3年 N=121)



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)

認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子(案)

基本的な考え方

認知症患者に対する精神科医療の役割については、以下の点を基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていただけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、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、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状(BPSD)や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しない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、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑥ 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。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

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

中間とりまとめ

骨子（案）

平成22年〇月〇日

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

はじめに

今後さらに進行する高齢化の中で、認知症の方々をどのように支援していくかは、大変大きな課題である。

認知症で医療機関を受療している患者数は、平成8年の11万人から、平成20年には38万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。これに伴い、精神病床において認知症のために入院している患者数も、平成8年の2.8万人から、平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と、大きく増加している。

また、認知症による精神病床入院患者の退院可能性については、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6ヶ月以内）の退院の可能性はない」が約4割、「居住先・支援が整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果もあり、認知症患者が退院し、地域生活を継続できるような社会資源・環境整備の必要性が指摘されている。

統合失調症のために入院している患者は、平成8年の21.5万人から平成20年の18.5万人へと減少（いずれも患者調査）している中で、場合によっては、認知症患者について、いわゆる「社会的入院」の問題が再び繰り返される可能性があり、そのようなことのないようにしなければならない、という指摘がなされている。

一方で、家族がぎりぎりまで介護をした結果の入院であり、退院後に自宅に戻ることが容易ではない場合も多いこと、退院患者を受け入れる介護資源が限られていること、必ずしも地域において精神科医療と介護の間の連携が十分に取られてはいない状況もあること、精神科医療が入院中心でありアウトリーチ（訪問支援）機能や外来機能など地域生活を支える機能がまだ十分ではないことなどから、認知症患者が退院して、または、できる限り入院をせずに地域で生活を継続していくことには、多くの解決しなければならない課題があることも事実である。

こうした状況認識の下、今後の高齢化に伴い認知症の方々が増加していく中で、認知症に対する精神科医療の果たす役割を整理し、認知症の方々が、できる限り地域の生活の場で暮らしていけるようにすることが必要であり、「社会的入院」を生み出さないことにつながると思われる。

「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」（主担当：厚生労働大臣政務官）においては、本年5月に設置後、6月にかけて、第1ラウンドの議論として、アウトリーチ（訪問支援）の充実について議論を行い、第4回会合（6月17日）において、「アウトリーチ支援実現に向けた考え方」をとりまとめた。

本検討チームでは、上記のような必要性と、第1ラウンドの議論の際、認知症に関しての指摘が多数されたことから、第2ラウンドの議論として、認知症と精神科医療について検討を行うこととしたものである。

本年9月2日以降、医療提供者、介護事業者、患者及び家族、行政といった様々な視点から、これまで8回にわたる議論を重ねてきた。

議論においては、認知症の方に対しては、ご本人の尊厳に配慮したケアの重要性への指摘や、家族の介護力、必要なサービス支援、受け皿の不足等の理由によって、ご本人の意思に反して、地域での生活を断念しなければならない状況を作り出してはならないといった指摘がなされるなど、様々な意見が出されたが、いずれも共通しているのは、認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていただけるような支援をすることが重要であるとの考えであった。

また、既存の調査では明確になっていなかった認知症による入院患者の状態像と退院可能性について、先行調査（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「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究）を踏まえた追加調査を行った。

それらを踏まえ、認知症患者への精神科医療の役割や、現在入院している認知症患者への対応、及び今後入院医療を要さない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に関して、今後の基本的な方向性について、以下のようにとりまとめを行った。

なお、今回の基本的な方向性のとりまとめを踏まえ、さらに詳細に検討すべき点については、改めて本検討チームで検討を行うこととしており、その意味では、今回のとりまとめは、中間的なとりまとめという位置づけとなる。

I 追加調査結果の概要

(1) 調査の概要

調査対象は、地域性を考慮しつつ協力の得られた計9病院（10病棟）から、454人について回答を得られた。調査は、アンケート方式により、平成22年9月15日現在を調査日として行った。

(2) 患者の属性

454人のうち、アルツハイマー型認知症が約6割、脳血管性認知症が約3割であった。平均年齢は78歳、平均在院日数は944日（中央値336日）であった。要介護度は、申請なしを除くと、要介護3～5が約7割、認知症高齢者の日常生活自立度は、M型34%、IV型32%であった。

(3) 結果の概要

①精神症状等の発生頻度と精神科医療の状況

- 99%の患者に、過去1カ月間に何らかの精神症状等があるが、その発生頻度は、「ほぼ毎日」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」38%、「徘徊」30%、「大声」18%である一方、「月1~2回程度よりも少ない(月1回未満)」と回答した患者の割合は、「意思の疎通困難」39%、「徘徊」55%、「大声」61%であり、BPSD症状の激しい患者は半数以下である。
- 過去1週間に薬物を使用している患者の割合は、身体疾患治療薬82%、抗精神病薬56%、その他の向精神薬56%、抗認知症薬7%であり、精神症状に対する薬物療法を行う患者は半数以上いる。一方、使用されている薬物の種類数をみると、抗精神病薬については、「1種類」70%、「2種類」22%、抗精神病薬以外の向精神薬については、「1種類」58%、「2種類」32%であり、いずれも、2種類以下が約9割である。
- 過去1カ月に精神科専門療法を行っている患者の割合は、「音楽療法、その他の精神科リハビリテーション」51%、「入院精神療法」31%である。

②身体合併症とその医療の状況

- 約9割の患者が、何らかの身体合併症を有しており、そのうち「特別な管理(入院治療が必要な程度)を要する身体合併症がある」患者の割合は26%、「日常的な管理(外来通院が適当な程度)を要する身体合併症がある」患者の割合は61%である。
- 調査日における身体的管理の割合では、「行っていない」45%、「身体疾患に対する薬物療法」44%が高く、次いで「胃瘻・経管栄養管理」5.7%、「頻回の血糖検査」3.7%、「喀痰吸引」3.5%であった。
- 「過去1ヶ月間に他科を受診している」患者の割合は、20%であり、うち8割が内科、2割が皮膚科であった。

③精神症状等による抵抗を踏まえたケアの状況

- 「身体能力としては出来るはずのADL」と「介護などの抵抗などを踏まえた実際のADL」との比較では、「入浴」、「衣服の着脱」のADLにおいて、「最大の援助」と「全面依存」を併せた割合は、それぞれ52%→63%、50%→60%に困難度が増加しており、精神症状等による抵抗が、介護ケアを一層困難にしている状況が明らかとなった。
- 入院の理由については、「精神症状等が著明となり、在宅医療又は介護施設等での対応が困難となったため」との回答が約7割で最も多く、認知症患者については、身体合併症を有する患者が多いことから、精神症状等による抵抗によって、服薬や身体的

管理などの医療ケアの継続も困難になっている状況がうかがわれる。

④必要となる居住先・支援について

- 居住先・支援が整った場合の退院可能性について、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」又は「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来には可能になる」割合は37%であり、先行調査よりも低い結果であった。
- そのうち、退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」は、「特養」65%、「老健」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」17%との回答であった。また、家族や友人などから得られる支援の程度については、「支援を得られない」24%、「助言・精神的な支援」51%であり、ADLやIADLに関する支援を受けられる患者は約2割にとどまっている。
- 退院先を問わず、退院後に必要な支援については、1番目に必要と回答された支援の項目は、「精神科の定期的な通院」32%、「小規模多機能居宅介護」23%、「自宅を訪問して行われる支援」7%、「訪問診療」2%、「短期入所をして行われる支援」2%があがっている。

⑤退院可能性の有無や在院期間とのクロス分析について

Ⅱ 基本的な考え方

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 認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを重視し、残された力を最大限生かしていけるような支援をする。
- ② 認知症の早期から、専門医による正確な鑑別診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ③ 入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続できるような支援も含め、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、家族や介護事業者も含めて支援していく。
- ④ 周辺症状（BPSD）や身体合併症で入院が必要となる場合には、できる限り短期間の入院での退院を目指す。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ⑤ 入院医療を要しない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、認知症患者を地域で受け入れていくためのシステムづくりを進める。

- ⑥ 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。
- ⑦ 症状が改善しないため入院が必要な方に対して、適切な医療を提供する。
- ⑧ 地域の中で、精神科医療の観点から後方支援的な機能を果たす。

Ⅲ 具体的な方向性（案）

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

- ① 専門医による早期の診断
- ② 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
- ③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- ④ 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）
- ⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）
- ⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

（2） 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

- ① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療
- ② BPSDを伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）
- ③ 認知症患者に必要な入院医療
- ④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

（3） 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

- ① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）
- ② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- ③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

（４） 地域全体の後方支援機能

- ① 地域住民や地域のお施設との連携強化
- ② 地域住民への啓発活動

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない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

- ① 医療・介護双方の理解の向上
- ② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化
- ③ 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】

（２） 入院医療を要さない認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- ① 居住系施設等やサービス支援の整備
- ② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

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）

<構成員>

朝田 隆	筑波大学大学院人間総合科学研究科（臨床医学系）疾患制御医学専攻精神病態医学分野 教授
阿式 明美	特別養護老人ホーム長春苑 施設長
岡崎 祐士	東京都立松沢病院 院長
河岸 光子	
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）
栗林 孝得	社会福祉法人雄勝福祉会平成園 施設長
柴田 範子	特定非営利活動法人 楽 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
東 憲太郎	医療法人緑の風 理事長
広田 和子	精神医療サバイバー
淵野 勝弘	医療法人社団淵野会緑が丘保養園 院長
松浦美智代	医療法人財団青山会介護老人保健施設なのはな苑 看護部長
松本 均	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課 課長
三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事（東香里病院理事長）
三根浩一郎	医療法人幸明会新船小屋病院 院長

<検討経緯>

第5回（平成22年9月2日）

議題 認知症と精神科医療の現状について

第6回（平成22年9月13日）、第7回（平成22年9月16日）

議題 構成員からのヒアリング

第8回（平成22年9月30日）

議題 構成員及び有識者からのヒアリング

有識者 上野秀樹氏（海上寮療養所）

第9回（平成22年10月14日）、第10回（平成22年10月21日）

議題 検討すべき論点について

第11回（平成22年11月4日）、第12回（平成22年11月18日）

議題 認知症と精神科医療について

第〇回（平成22年12月〇日）

議題 中間とりまとめ（案）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）

論点（案）への意見

これまでの構成員の意見を踏まえ、認知症患者に対する精神科医療のあるべき姿と役割に関して、現時点で考えられる論点を以下にまとめた。

（各論点の下に、第9回（10月14日）、第10回（10月21日）及び第11回（11月4日）の検討チームで出された意見を追記。）

論点Ⅰ 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化（案）

1 地域での生活を支えるための精神科医療

入院を前提として考えるのではなく、できるだけ地域で暮らしていけるよう支援するため、以下のような役割を担っていくべきではないか。

- ・全体の構成、考え方としては理解するが、「できるだけ」ではなく「原則」とすべき（岡崎構成員）
- ・まず患者本人や家族が人として地域で生活できることが重要であり、報酬や制度はその次に議論すべき課題（柴田構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）
- ・どのようなケアがなされていれば入院を防ぐことができるのかということを作り上げていくことが重要（河崎構成員）
- ・入院している人自身の思いに基づいて考えていく必要があるのではないかと（野村構成員）
- ・認知症の方ご本人の思いをくみ取っていく努力をする必要がある（野澤構成員）
- ・認知症の方でも、先輩として敬い、人間として尊敬する視点で取り組んだ方が良い（広田構成員）

① 専門医による早期の診断

周辺症状が出てから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、精神科等の専門医を受診して、正確な診断を行うことができるようにすべきではないか。

- ・診断・治療のためには、患者の生活の背景も聞き出す必要がある（柴田構成員）
- ・認知症疾患医療センターについては150か所を目標にしているが、それで十分なのか、検討が必要（河崎構成員）
- ・専門医は、認知症のサポート医との連携や量的整備が必要（松浦構成員）
- ・物忘れ外来に来る目的は、診断、入院、治療があり、治療については、早期から作業療法士が関わるのが有効（阿式構成員）

- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）
- ・認知症サポート医による相談、専門医への紹介が重要であり、そのための活用が必要である（三上構成員）

② 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

早期の正確な診断により判明した原因疾患や、認知症の経過や状態に応じた診断を適宜行うこと等により、予測される症状や経過を踏まえて、本人、家族、介護者等に適時適切な生活のアドバイスを与えることができるようにすべきではないか。

- ・家族が求めている支援は指導ではなく、話を聞いてくれることが重要。関係職種が一堂に会するケア会議を多く持てるような工夫が必要（河岸構成員）
- ・サポート医事業に精神科も協力していくべき（長野構成員）
- ・退院して主治医が変わると悪化することがある。継続して医療にかかれることが退院時には必要（広田構成員）

③ 家族や介護者への相談支援や訪問支援

訪問診療、訪問看護、必要な時には24時間365日いつでも連絡可能な電話相談等を通じて、患者だけでなく家族や介護者に対する適時適切な支援を行う役割を担うべきではないか。

- ・24時間365日を医師だけでやるのは現実的ではなく、相談員やチームでの対応、相談事業を公的な制度で行うなどシステムが必要（三上構成員、長野構成員、河崎構成員、岡崎構成員）
- ・この点は極めて重要ですぐに駆けつけてくれるサービスが最優先で整備すべき（野澤構成員）
- ・電話相談だけでは顔がみえないので、訪問支援で顔の見える関係構築が重要（栗林構成員）
- ・医療の訪問看護はつかいにくい。夜間のサービスがあるとよい（三根構成員）

④ 施設等に入所する認知症患者への訪問支援（アウトリーチ）

施設等に入所する認知症患者への訪問診療を積極的に行うことにより、施設等において安心して認知症の人を受け止めることができるよう、支援すべきではないか。

- ・精神科医療が地域に出て行くことが当たり前になるのであれば、報酬の形で評価されることが必要（河崎構成員）
- ・対診のルールについて整理が必要（河崎構成員）
- ・アウトリーチは多職種チームで行うことが重要（岡崎構成員）

- ・患者の生活の場で治療するというスタイルは今後重要（野村構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】
- ・今の状態を的確に把握するには訪問看護は重要（三根構成員）
- ・アウトリーチするには人材が不足しているので精神科医療の底上げが必要（広田構成員）
- ・その人の日常生活は家に足を踏み入れない限り分からない。現在の介護サービスでもできている訳ではないが、家に出向いて夜の生活も含めて支える必要がある。医師や訪問看護師が地域に出ることが前提でなければ、家族が苦しむことになる（柴田構成員）
- ・介護の事業所ががんばればがんばるほど重度の人が集まってくる。現場の力をつけるために、精神科医療の先生方の協力を望む（柴田構成員）

⑤ 精神症状への24時間の対応体制（ソフト救急）

精神科病院のアウトリーチ等により、在宅等であっても精神症状へ対応できる体制構築を図るべきではないか。

- ・地域で見ていくためにはいざというときに受け入れ機能を有する精神病院が必要（朝田構成員）
- ・認知症だけでなく精神疾患も含めてソフト救急を位置付けてほしい（広田構成員）
- ・地域住民が見守り、声かけに参加するような取り組みが必要（広田構成員）

⑥ 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

退院後の療養にスムーズに移行できるよう、必要な外来医療体制を提供する役割を担うべきではないか。

- ・重度認知症デイ・ケアの充実が必要（河崎構成員）

2 認知症の周辺症状（BPSD）を有する患者への精神科医療

BPSDを合併する場合など、地域での対応が困難となった場合には、迅速かつ十分な精神科医療が提供できる体制の充実をはかるべきではないか。

① 認知症の周辺症状（BPSD）への適切な治療

認知症に合併する精神症状や異常行動（BPSD）に対して、患者の背景や生活状況なども考慮し、BPSDの要因が精神疾患等の精神科医療が必要なものであるかどうか判断した上で、必要最小限の適切な薬物治療を行える、認知症に習熟した精神科医を養成すべきではないか。

- ・適切な治療を検討するに当たっては、環境調整にまず努めるべき（岡崎構成員）
- ・中核症状のもたらす反応性の周辺症状と精神疾患等が背景にある周辺症状を鑑別できる医師が必要（岡崎構成員）
- ・入院当初から家族への説明は重要で、特に制度的支援の説明が必要（河岸構成員）
- ・必要最小限というキーワードは重要（広田構成員）
- ・治療を行えることと、養成とは異なるので項目を分けるべき（河崎構成員）

② BPSD を伴う認知症患者の円滑な受入れ（地域との連携）

日頃から外来診療や地域の事業所と連携を保ち、認知症患者の情報交換を行っておくことで、周辺症状への対応が必要になった場合の円滑な受入れ（入院）が行えるようにするべきではないか。

- ・受入れ（入院）だけでなく出口も円滑になるようにすべき（長野構成員）
- ・家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない（河岸構成員）
- ・入院する前のケースマネジメントが重要であり、入院しないよう、BPSDを防ぐ在宅・外来医療が大切（西田構成員）【再掲】

③ 認知症患者に必要な入院医療

短期間で周辺症状を落ち着かせるような質の高い入院医療を提供できるようマンパワーの充実（特に夜間）をはかるべきではないか。

- ・症状の鑑別や病棟別の対応が重要。マンパワーの充実も必要だが、認知症をケアするためのハード面の基準を設けるべき（長野構成員）
- ・入院医療は周辺症状への対応だけでなく、鑑別診断のための短期入院も考慮すべき（長野構成員）
- ・地域で支える必要性はその通りだと思うが、患者にはいろいろな症状を示す方がいる。すべての方に地域生活を求められると、困るのは家族ではないか（三根構成員）
- ・精神科医療の役割は、第一に診断、第二にBPSDが改善される入院、第三にアウトリーチ支援であると考え（野村構成員）【再掲】

④ 治療抵抗性の重度の認知症患者の病態像とその受入れ

重度の周辺症状を有する認知症患者の状態像の条件を整理し、その条件に該当する患者については十分な入院医療が提供できるよう、適切な精神科病棟の配置等を検討すべきではないか。加えて、重度の周辺症状を有する認知症患者へ、質の高い入院医療を提供するために、身体合併症も診られるよう、内科医の配置や地域の医療機関との連携確保等について検討すべきではないか。

- ・重症の入院患者の場合は終末期の役割も担っている（淵野構成員）
- ・どうしてもBPSDが治まらない人もおり、そのような患者が時間をかけて病院にたまっていくのは事実（朝田構成員）

3 身体合併症を有する認知症患者への入院医療

認知症患者は高齢者が多く、ほとんどの患者が身体合併症を有しており、それへの対応力の向上について、検討してはどうか。

- ① 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先（総合病院精神科と精神科病院の役割分担）
身体合併症については、急性期の合併症治療は、総合病院精神科など他の専門診療科とのリエゾンが可能な受入先が必要であり、基幹型認知症疾患医療センター運営事業等を活用して、急性期の身体合併症の受け入れができる体制を確保していくべきではないか。

- ② 慢性疾患を合併している認知症患者への対応

認知症については、慢性の身体合併症を有している場合が多いことから、慢性の身体合併症を持つ認知症患者であっても、入院治療が必要となるような認知症の周辺症状が発生した場合には、円滑に精神科病院への入院が可能となるよう、地域型認知症疾患医療センター運営事業等を活用し、体制を確保するべきではないか。

- ・慢性の身体合併症は7日間では対応できない（三上構成員）
- ・地域型認知症疾患医療センターの対象に慢性期の身体合併症も入れていくべき（三上構成員）

- ③ 精神科医療機関と一般医療機関間の連携のあり方

認知症患者が、精神科以外の専門医療が必要となった場合には、他の専門診療科と連携が容易な総合病院精神科を受け皿とするが、地域の医療資源を考慮し、必要に応じて、精神科医療機関に他の専門診療科の医師が訪問診療を行うことや、精神科の医師が他の一般医療機関に訪問診療を行うなど、医療機関間の連携強化につながる取組の推進について、検討が必要ではないか。

- ・対診については診療報酬の整理や責任の所在の整理を行う必要がある（河崎構成員）
- ・対診のルールは複雑でわかりにくいいため積極的に行えない（三上構成員）
- ・連携も重要だが総合病院の精神科を増やすべき（広田構成員）

4 地域全体の後方支援機能

認知症患者への総合的なケアの中に精神科医療があるということを鑑みると、認知症患者、在宅介護を行っている家族、認知症を受け入れている事業者、行政機関等との連携を強化していくべきではないか。

・地域における認知症への全体の関わりの中に精神医療の役割もあることを認識していただきたい（長野構成員）

① 地域住民や地域の他施設との連携強化

地域連携会議など、地域住民、地域包括支援センター、地域の事業者等との会合や情報交換を定期的に行い、地域における診療連携の強化や、退院支援・地域連携クリティカルパスの作成（論点Ⅱ-2-②を参照。）等を積極的に進めるべきではないか。

また、ケアマネジメント機能を拡充するため、介護支援専門員が中心となって行う個別支援会議にも積極的に参加すべきではないか。

・早期の関わりが重要である（柴田構成員）

② 地域住民への啓発活動

認知症の症状や対処法に関して、地域住民や関係事業者向けの説明会などを行うべきではないか。

- ・住所と名前が必ず入っているようなファッションをはやらせるべき（広田構成員）
- ・症状や対処法だけでなく制度などの説明も必要（河岸構成員）
- ・心理的社会的なバリアが大きいところなので、説明・普及啓発活動が特に重要（野澤構成員）
- ・顔の見える関係での相談業務が重要（栗林構成員）
- ・高齢者への普及啓発は非常に大事（野村構成員）
- ・多職種で関わるのが重要である。しかし、そのための教育体制も重要（東構成員、三上構成員、長野構成員）

論点Ⅱ 現在入院している認知症患者への対応及び今後入院医療を要さない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（案）

現在入院している認知症患者で、必ずしも入院医療を要しない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、及び入院医療を要しないと判断される患者が今後地域の生活の場で暮らせるようにするためには、身体合併症や治療抵抗性のBPSDのような入院せざるを得ない場合を除き、認知症患者を地域で受け入れることが基本となるような取組を進めるべきではないか。

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

医療機関側からみれば、認知症の症状がある患者を介護施設や事業者が受け取れないのが現実であるとの指摘がある一方、介護施設側からみれば、医療機関が認知症患者への退院後の医療的支援が不十分であるとの指摘もある。認知症患者を地域で受け入れるためには、医療と介護が連携してサービスを提供する体制が必要であることから、医療側と介護側との認識を共有化するための取組が重要ではないか。

- ・介護に携わってきた人間として医療に対する思い込みで見ている面があると感じた。医療と介護との認識の共有化は非常に重要である（松浦構成員）
- ・介護施設が頑張るほど重症者が集まってくるので力をつける取り組みが必要。医療と介護と一緒に受けられる研修プログラムを検討してほしい（松浦構成員）
- ・この項目は、医療の側からすると逆のことがもっと必要であり、介護の側に医療に対して理解してほしいと思う。書きぶりの検討が必要（河崎構成員）

① 医療側の介護サービスに対する理解の向上

医療側においては、認知症患者を地域で支えるために必要な介護サービスや生活支援に対する理解を深めることが重要であるため、医療従事者に対し、地域の介護サービス資源に関する情報提供や研修の機会を提供するべきではないか。

② 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化

入院を要するような周辺症状が出なければ地域で暮らせることから、日頃から、認知症患者や家族、介護事業者等との関係を築き、周辺症状の兆候がみられた場合には、早期から訪問支援等の適切な医療を提供できるようにすべきではないか。

③ 医療側からの介護施設へのアウトリーチ

認知症患者や、認知症患者を受け入れている介護施設に対して、積極的に相談支援や訪問支援を行えるよう環境を整備すべきではないか。

- ・医療か介護か責任の所在を整理する必要がある（長野構成員）
- ・訪問するのは結構大変なので、見守りの機能の充実も検討すべき（阿式構成員）
- ・医師が外来もやり訪問診療も行くというのは実際には大変さがある（三根構成員）

④ 介護側の対応力の向上

介護側においては、精神科病院を退院する認知症患者であっても、積極的に受け止められるよう、周辺症状への適切な対応など、医療機関との連携・対応力の向上をはかるべきではないか。

- ・認知症施策としてやっている様々な事業があるので紹介して施策の連携を図るべき（三上構成員）

2 入院医療を要さない認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

入院医療を要さない認知症患者が、地域で安心して生活することができるよう地域の認知症の方に対する必要なサービスの整備を推進すべきではないか。

また、そのためには認知症患者の状態の的確な把握や、地域での生活に必要な支援の内容について十分な検討吟味を行うべきではないか。

① 居住系施設等やサービス支援の整備

介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、その地域の認知症患者のニーズを的確に把握した上で、認知症支援策の充実について、地域の実情を踏まえて記載することを検討してはどうか。

その際、既存の精神病床の活用についても検討すべきではないか。

- ・自治体の立場からは、どのようにニーズを把握するのか、どのようなサービスが必要か、具体的な進め方を示していただく必要がある。第5期事業計画でもエッセンスはあってもよい（松本構成員）
- ・日常生活圏の計画では対応できないので、老人福祉圏域程度の範囲で県と連携して検討する必要があるのではないかと（松本構成員）
- ・第5期の段階で、県単位のモデル的な取り組みをやり、第6期以降に本格的に進めていくといったスケジュール感が必要ではないかと（松本構成員）
- ・何を地域に準備すべきかについては精神科医療だけでなく地域の福祉も総合的に勘案して検討すべき（野村構成員）
- ・精神病床の活用というのは、病院と生活の場とは大きく異なると思われ、違和感がある（広田構成員）

- ・受け皿を考える時に、アメニティに配慮されるのなら、効率化の観点から、廃止して新たに作るよりは既存のものを活用するという視点も重要（三上構成員）
- ・小規模多機能サービスの量的整備が必要（岡崎構成員）
- ・小規模多機能は重要だが医療へのアクセスが確保できるようにする必要があり、医療版小規模多機能のような考えもあるのではないかと（三上構成員）
- ・精神病床については、今後の認知症患者が増えることを考えると、キャパシティがこれでよいかどうか考えなければならない（渕野構成員）
- ・老健施設では、短期集中リハを実施し、早期の家庭復帰の支援に力を入れている。認知症患者の退院支援の受け皿として、老健をもっと活用してほしい（東構成員）
- ・多職種がいて医療的なこともできるという意味では老健施設に期待できる（阿式構成員）
- ・地域で安心して暮らすためには、老健施設でのショートステイの受け皿が重要（三野構成員）
- ・緊急に入所できる介護保険施設があれば、安心して在宅での療養が出来ると考えられるが、現在の介護保険制度においては、ショートステイの使い勝手が非常に悪いと、改善の必要があると考えている。（三上構成員）
- ・退院可能な認知症高齢者がいれば、可能な限り介護保険で受け止めるべきである（松本構成員）

② 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入

受け皿の整備に加えて、周辺症状等が改善した後、退院先での生活への移行を円滑に行うことも重要であるため、入院早期に、症状が改善するまでの診療計画、退院先、退院後の医療的支援等を含めた退院支援・地域生活医療支援計画（認知症版退院支援・地域連携クリティカルパス（※））が作れるよう、モデルとなる退院支援・地域連携クリティカルパスを開発・普及させるべきではないか。

（※）地域連携クリティカルパス

入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な転院を促し、入院期間を短縮する効果があるとされている。医療計画に定める疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）や、大腿骨頸部骨折等で既に導入されている。

- ・連携パスの導入は良いことだと思うが、受け皿の準備が伴っていないと具体的なパスの検討は困難ではないか（河崎構成員）
- ・ケアマネジメント、ケースマネジメントを介護だけでなくどう組み立てていくかが重要になる（河崎構成員）
- ・状況は地域によってずいぶん異なる。それぞれの地域で認知症の方の地域生活を支えるシステムを作っていく必要がある（河崎構成員）
- ・事例の連携パスは思ったほどうまく進んでいないと認識している。BPSD等で思うようにいかなかったのと、最終的には受け皿の関係もあったのではないかと（渕野構成員）
- ・何か月で退院して地域に帰す。病院のPSWやケアマネジャーが協力して生活を支えてい

- くことができれば良いのではないか（渕野構成員）
- ・ 1日でも早く退院して地域生活に戻っていただきたいのが現実。スムーズに出られるようなシステムを作ってほしい（渕野構成員）
 - ・ 連携パスに過度の期待は禁物であるが、連携の底上げという点では必要である。ただ、患者不在の作業工程表にならないように注意が必要である。（長野構成員）
 - ・ パスは本人の生活をベースにした計画が立てられるような工夫がいる（野村構成員）
 - ・ 家族にとっては、入院の目的や医療の内容を明確化してもらい、どうなったら退院するのかが分かれば納得できる。ばたばたで入院し、いきなり退院と言われても納得できない。（河岸構成員）【再掲】
 - ・ 一律に適応するのではなく、濃淡が必要。尾道のパスはシンプルなものでもうまくいっている（朝田構成員）
 - ・ 連携強化には、病院の精神保健福祉士（PSW）の活用が重要（東構成員、岡崎構成員、三根構成員、河岸構成員）
 - ・ PSWの活用にあたっては精神医療の専門性よりもむしろ高齢者ケアを学ぶ姿勢が必要（広田構成員）
 - ・ 退院だけではなく、入院する前から症状が出た場合のパスといった今ない視点でのパスも必要ではないか（西田構成員）
 - ・ 勤務していた病院では、1週間、3か月、6か月でパスを作っていた。入院時から節目ごとに目標を示すことで確実に退院の話につながるというメリットがある（阿式構成員）
 - ・ 大牟田パスなど認知症施策全体で検討されているのパスについても例になるのではないか（三上構成員）

保護者制度・入院制度について

平成22年11月25日

厚生労働省精神・障害保健課

I これまでの経緯

保護者制度・入院制度に係るこれまでの経緯

	年	保護者制度	入院制度
精神病患者監護法	明治33年	<ul style="list-style-type: none"> 精神病患者監護法の公布 <ol style="list-style-type: none"> 後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族で選任した四親等以内の親族を精神病患者の監護義務者として、その順位を定める。 また監護義務者がいないか、いてもその義務を履行できないときは住所地、所在地の市区町村長に監護の義務を負わせる。 精神病患者を監置できるのは監護義務者だけで、病者を私宅、病院などに監置するには、監護義務者は医師の診断書を添え、警察署を経て地方長官に願い出て許可を得なくてはならない。 	
	大正8年		<ul style="list-style-type: none"> 精神病院法の公布 地方長官は、医師の診断により、精神病患者監護法によって市区町村長が監護すべき者、罪を犯した者で司法官庁が特に危険があると認める者、療養の道なき者、地方長官が入院の必要を認める者等を精神病院に入院させることができる。
精神衛生法	昭和25年	<ul style="list-style-type: none"> 精神衛生法の公布 保護義務者の制度の創設、私宅監置制度の廃止、保護義務者による保護拘束の規定等 	<ul style="list-style-type: none"> 措置入院制度の創設(第29条) 保護義務者の同意入院制度の創設(33条) 仮入院制度(3週間)創設(第34条)
	昭和40年改正	<ul style="list-style-type: none"> 保護義務者による保護拘束の規定の削除 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急措置入院制度の創設(第29条の2) 入院措置の解除規定創設(第29条の4)

2

精神保健法	昭和62年改正		<ul style="list-style-type: none"> 任意入院制度の創設(第22条の2) 同意入院を医療保護入院と改名(第33条) 指定医の判定を入院要件化(第33条第1項) 扶養義務者の同意による医療保護入院等を認める仕組の導入(第33条第2項) 医療保護入院に係る告知義務及び告知延期期間の規定を創設(第33条の3) 応急入院制度の創設(第33条の4)
	平成5年改正	<ul style="list-style-type: none"> 「保護義務者」の名称を「保護者」に改正 措置解除により退院した場合等において、保護者は必要に応じて精神科病院及び社会復帰施設(障害福祉サービス事業者)等に対して支援を求めることができる旨を新たに規定(22条の2) 	<ul style="list-style-type: none"> 仮入院期間を1週間へ短縮(第34条)
	平成7年改正		<ul style="list-style-type: none"> 告知延長期間を4週間と設定(第33条の3)
福祉に関する法律 精神保健及び精神障害者	平成11年改正	<ul style="list-style-type: none"> 保護者の保護の対象から任意入院者及び通院患者を除外 保護者の義務のうち自傷他害防止監督義務を削除(保護者の義務の軽減) 保護者となることができる範囲に民法における成年後見制度の保佐人を追加 	<ul style="list-style-type: none"> 移送制度を法律上明文化(第29条の2の2) 医療保護入院の要件の明確化(任意入院等の状態にない旨を明記)(第33条第1項) 移送制度の創設(第34条) 仮入院制度の廃止
	平成17年改正		<ul style="list-style-type: none"> 特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入(第33条第4項、第33条の4第2項)

3

「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。

4

○ **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。**

5

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（第21回）における意見

（今後の検討について）

- 別途検討する場を設けてほしい。
- 別途検討する場を設ける際には、検討メンバーの半数程度は当事者にしてほしい。あわせて、当事者からのヒアリングをもっと実施してほしい。
- 障害者基本法上の障害者の定義との整合性も検討すべき。

（入院制度全体について）

- （医療保護入院を廃止して）諸外国のように措置入院と任意入院の2種類の入院形態にすべき。

（措置入院について）

- 措置解除に至るまでの期間や入院期間の格差にも留意すべき。

6

【保護者制度について】

- 保護者制度は廃止すべきである。
- 精神保健福祉法は、家族の犠牲を前提とした制度設計になっており、前近代的な法律である。
- 「治療を受けさせる義務」を素人である家族に担わせることは不合理である。特に、本人が未治療者である場合に、そもそも本人が精神疾患の疑いがあるかどうかを家族が判断して精神科を受診させることを法的義務として課していることは無理がある。
- 重症化して入院に至らないような手当をしていくことが重要。
- 単身者への支援を行っているが、入院治療へ繋げようとする、入院に関する手続は家族が担うことになっている関係からか、病院から「保護者(家族)を」と求められ、疎遠となっている家族と連絡を取らざるを得ず、より関係が悪化することもある。
- 患者の権利擁護については、自治体に権利擁護センターのような機関を設置することも考えられる。その際、当該センターの職員に病院への立入権限を付与するなど訪問型のアプローチを実施できるよう留意すべき。
- 保護者には権利面だけを残し、義務は自治体が担うべき。
- 精神保健福祉法から保護者の義務規定を削除したとしても、家族が、民法上の損害賠償責任から逃れることはできないのではないかと。不法行為により生じた損害に対し、誰が責任を取るのか。保護者でないとすれば、病院の管理者なのか、自治体の長なのかという点を保護者制度を見直す場合、検討しなければならない。
- 保護者の代替として、「Personal Representative」を立てることは考えられる。
- 成年後見制度を活用するなら、鑑定費用を公費負担すべき。
- 家族による保護者制度の撤廃をし、自治体が保護者になるべき(?)。

7

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。)(「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。

8

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、自由の制限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べ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】

9

障害者の権利に関する条約（仮訳文）（抄）

第十四条 身体的自由及び安全

- 1 締約国は、障害者に対し、他の者と平等に次のことを確保する。
 - (a) 身体的自由及び安全についての権利を享有すること。
 - (b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の**はく奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の**はく奪が障害の存在によって正当化されないこと。******
- 2 締約国は、障害者がいずれの**手続を通じて自由を奪われた場合であっても、当該障害者が、他の者と平等に国際人権法による保障を受ける権利を有すること並びにこの条約の目的及び原則に従って取り扱われること（合理的配慮の提供によるものを含む。）を確保する。**

第十九条 自立した生活及び地域社会に受け入れられること

この条約の締約国は、すべての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等権利を認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に受け入れられ、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。この措置には、次のことを確保することによるものを含む。

- (a) 障害者が、他の者と平等に、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の居住施設で生活する義務を負わないこと。**
- (b) 地域社会における生活及び地域社会への受入れを支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（人的支援を含む。）を障害者が利用することができること。
- (c) 一般住民向けの地域社会サービス及び施設が、障害者にとって他の者と平等に利用可能であり、かつ、障害者のニーズに対応していること。

10

II 保護者制度について

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。

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 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 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)
 - ③ 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)
 - ④ 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)
 - ⑤ 回復した措置入院者等を引き取ること(41条)
 - ⑥ 医療保護入院の同意をすることができること(33条1項)
 - 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 ⑤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)
- 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

12

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和二十五年法律第二百二十三号) (抄)

(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。

第二十二条 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。

- 2 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。
- 3 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。

第二十二条の二 保護者は、第四十一条の規定による義務(第二十九条の三又は第二十九条の四第一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五条第一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。

13

(医療保護入院)

第三十三条 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

- 一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第二十二条の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの
 - 二 第三十四条第一項の規定により移送された者
- 2～7 (略)

(医療保護入院等のための移送)

第三十四条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二条の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたものにつき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三条第一項の規定による入院をさせるため第三十三条の四第一項に規定する精神科病院に移送することができる。

2～4 (略)

(相談、援助等)

第三十八条 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は、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護者等との連絡調整を行うように努めなければならない。

(退院等の請求)

第三十八条の四 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。

(保護者の引取義務等)

第四十一条 保護者は、第二十九条の三若しくは第二十九条の四第一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。

(医療及び保護の費用)

第四十二条 保護者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。

成年後見制度について

概要

- 本制度は、認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な者の権利擁護制度。
- 高齢社会への対応及び知的障害者・精神障害者等の福祉の充実の観点から、**自己決定の尊重、残存能力の活用、ノーマライゼーション等の新しい理念と従来の本人の保護の理念との調和**を図ることを目的として、旧民法における禁治産制度及び準禁治産制度を改めたもの。
※「民法の一部を改正する法律(平成11年法律第149号)」による。
- 法定後見制度と任意後見制度に分けられる。
- 法定後見制度には、本人の事理弁識能力の程度により、後見、保佐、補助の3種類がある。
※審判の申立てから審判の確定までに要する期間は、おおむね4か月程度(個々の事案により異なる)。

成年後見人等に選任される者

- 本人のためにどのような保護・支援が必要かなどの事情に応じて、家庭裁判所が選任(父母等親族が選任される場合もある)。
- 本人の親族以外にも、法律・福祉の専門家その他の第三者や、福祉関係の公益法人その他の法人が選ばれる場合がある。
- 成年後見人等を複数選ぶことも可能。また、成年後見人等を監督する成年後見監督人などが選ばれることもある。

(注) 法務省ホームページによる。

法定後見制度の概要

	後見	保佐	補助
対象者	判断能力が欠けているのが通常の状態の者	判断能力が著しく不十分な者	判断能力が不十分な者
申立てをすることができる人	本人、配偶者、四親等内の親族、検察官など 市町村長(注1)		
成年後見人等(成年後見人・保佐人・補助人)の同意が必要な行為	—	民法13条1項所定の行為(注2)(注3)(注4)	申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項所定の行為の一部)(注1)(注2)(注4)
取消しが可能な行為	日常生活に関する行為以外の行為	同上(注2)(注3)(注4)	同上(注2)(注4)
成年後見人等に与えられる代理権の範囲	財産に関するすべての法律行為	申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(注1)	同左(注1)

※法務省ホームページによる。

(注1) 本人以外の者の請求により、保佐人に代理権を与える審判をする場合、本人の同意が必要。補助開始の審判や補助人に同意権・代理権を与える審判をする場合も同様。

(注2) 民法13条1項では、借金、訴訟行為、相続の承認・放棄、新築・改築・増築などの行為が挙げられている。

(注3) 家庭裁判所の審判により、民法13条1項所定の行為以外についても、同意権・取消権の範囲を広げることが可能。

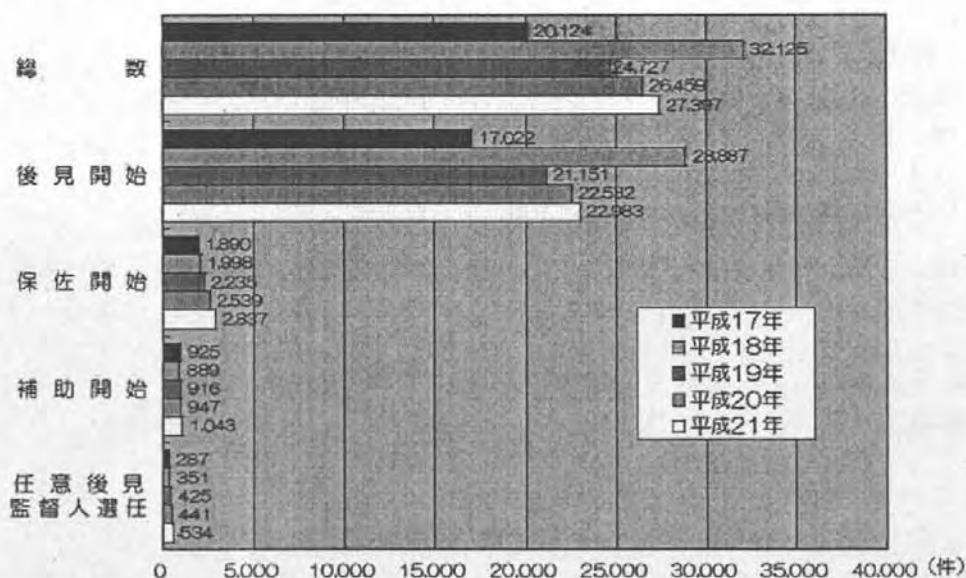
(注4) 日常生活に関する行為は除かれる。

16

成年後見関係事件の概況

—平成21年1月～12月—

過去5年における申立件数の推移



(注1) 各年の件数は、それぞれ当該年の1月から12月までに申立てのあった件数である。

(注2) 平成21年1月から同年12月までの任意後見契約締結の登記は合計7,809件であり、平成12年4月から平成21年12月までの登記件数累計は40,792件である(法務省民事局による。)

※ 裁判所HPより

17

成年後見制度利用支援事業

【概要】

障害福祉サービスの利用等の観点から、成年後見制度の利用が有効と認められる知的障害者又は精神障害者に対し、成年後見制度の利用を支援することにより、これらの障害者の権利擁護を図る。

【地域生活支援事業費補助金】

【実施主体】

市町村(共同実施も可能)(指定相談支援事業者等へ委託することができる。)

【対象者】

障害福祉サービスを利用し又は利用しようとする重度の知的障害者又は精神障害者であり、後見人等の報酬等必要となる経費の一部について、助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難であると認められる者。

【事業の具体的内容】

成年後見制度の申立てに要する経費(登記手数料、鑑定費用)及び後見人等の報酬の全部又は一部を助成する。

18

成年後見制度研究会報告書 (平成22年7月成年後見制度研究会) (抄)

2 医療同意

(1) 問題の所在等

現在、成年被後見人など**医療行為の是非について判断する能力を有しない者に対して医療行為を行う際にどのようなプロセスを経る必要があるのか**—例えば、医療行為を受ける者の家族等に対して十分なインフォームドコンセントを行い、その家族等から当該医療行為について同意を得た上で医療行為を行うものとするなど—**を一般的に定める法令又はガイドライン等は存在しない。**^{*1*}^{*2}

*1 平成11年の成年後見制度導入の際の手術・治療行為その他の医的侵襲に関する決定権・同意権に関する規定を導入することが見送られた経緯については、小林昭彦＝原司「平成一一年民法一部改正法等の解説」269頁参照。

*2 ただし、終末期医療については「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月厚生労働省)がある。

したがって、本人が医療行為の是非について判断する能力を有しない場合において、**医療機関が成年後見人等に対して本人に対し医療行為を行うことについて同意することを求めても、成年後見人等としてはその求めに応じて医療行為に同意することができない状況にある**といえる。

(続く)

19

しかしながら、**実際上は、家族等の身寄りがない本人に対して医療行為を行う際には、医療機関が本人に対する医療行為について成年後見人等の同意を求める場合がある。**研究会では、成年後見人等は、インフルエンザの予防接種など**本人に対する医的侵襲が軽微であり、その医療行為の副作用が発症する可能性がそれほど高くないような場合には同意することを迷わないが^{*3}**、その手術が生命に危険を及ぼす場合や手術をしなくとも生命に別状はないが手術をしないと身体に障がいが残る可能性が高いというような場合には同意すべきかどうか悩ましいといった実情が紹介された。

*3 予防接種法第8条第2項は保護者である成年後見人において、本人に予防接種を受けさせるよう努力義務を課している。

この点に関連し、**医療機関の中には、本人が医療行為の是非について判断する能力を有しない場合において手術等の重大な医療行為を行う際には、複数の専門家等により構成する委員会等において判断する能力を有しない者に対して医療行為を行うことが妥当かどうかを審査した上で、成年後見人等の同意がなくとも、当該医療行為を行っているところがあり、**この問題の解決方法を検討する際に参考になる。

(続く)

20

(2) 検討

研究会においては、成年後見人等が**医療行為について同意できないことにより、本人に対する医療行為が適切に行うことができないという結果が生じないようにする必要があるが、同時に、この問題は、インフォームドコンセントが重視される社会**にあつて、**医療行為の内容を理解して自己の意思決定を表明することができない者に対する医療行為を行うために、どのようなプロセスを経るべきかという問題の一つの表れ**であつて、**成年後見人等に限って検討して解決できる問題ではなく、医療同意の在り方全般を検討していく中で、併せて検討対象とされるべき問題であるとの認識が大勢を占めた。**

そして、この問題については、**今後とも各方面において更に検討を行っていく必要があるとされた。**

21

日常生活自立支援事業について

<目的>

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な者に対して、福祉サービスの利用に関する援助等を行うことにより、地域において自立した生活が送れるよう支援する。

<実施主体>

都道府県社会福祉協議会又は指定都市社会福祉協議会。ただし、事業の一部を、市区町村社会福祉協議会等(基幹的社協等)に委託できる。平成21年度末現在の基幹的社協等は748カ所。

<対象者>

判断能力が不十分な者であり、かつ本事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる者。*平成21年度末実利用者数(3月末時点の実数)は、31,968人。

<援助内容>

- ① 福祉サービスの利用援助
- ② 苦情解決制度の利用援助
- ③ 住宅改造、居住家屋の賃借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等の行政手続に関する援助等
- ④ ①～③に伴う援助として「預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理(日常的金銭管理)」「定期的な訪問による生活変化の察知」

具体的には、利用者との契約に基づいて、福祉サービス申請の助言や同行、サービスの利用料の支払い、公共料金の支払い等の日常的な金銭管理等を実施。(1ヶ月の平均利用回数は約2回、利用料の平均1回1,200円)

22

第4回全国家族ニーズ調査報告書

—精神障害者と家族の生活実態と意識調査—

調査概要

1. 調査方法

- 全家連から各家族会経由で会員に調査票を郵送。
- 有効回答数 2,844票(回収率 31.1%)
※回答者の年齢 60歳代:36.6%、70歳代:26.6%、80歳以上:7.9%
※回答者の続柄 母:52.4%、父:19.2%、きょうだい:9.5%

2. 調査対象

- 活動中の1,307家族会の中から4分の1の確率で無作為抽出。
→ 327家族会、会員9,243名を抽出。

3. 調査項目

- 保護者の続柄および選任の状況
- 家族が果たせる保護者の任務
- 保護者制度の見直し
- 今後の保護者制度に対する期待 等

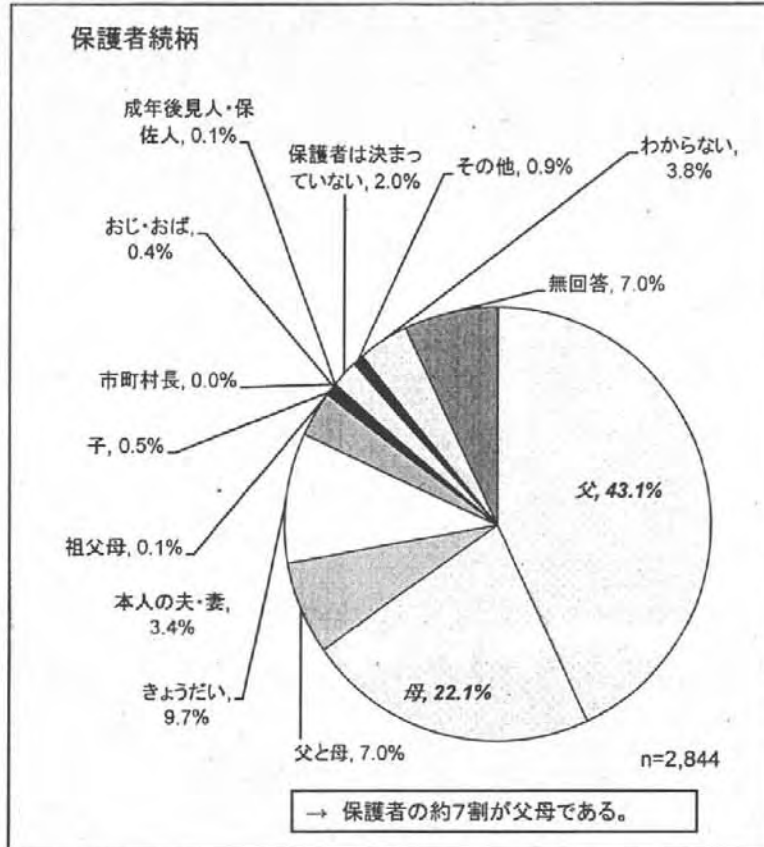
4. 調査時点

2005年11月1日

23

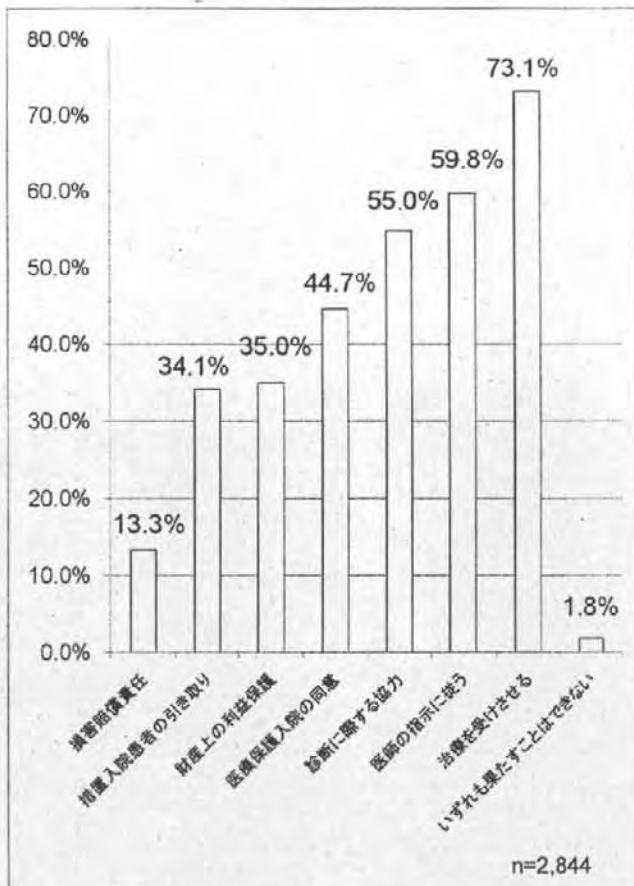
保護者の置かれている現状

第4回全国家族ニーズ調査報告書
 ー精神障害者と家族の生活実態と意識調査ー

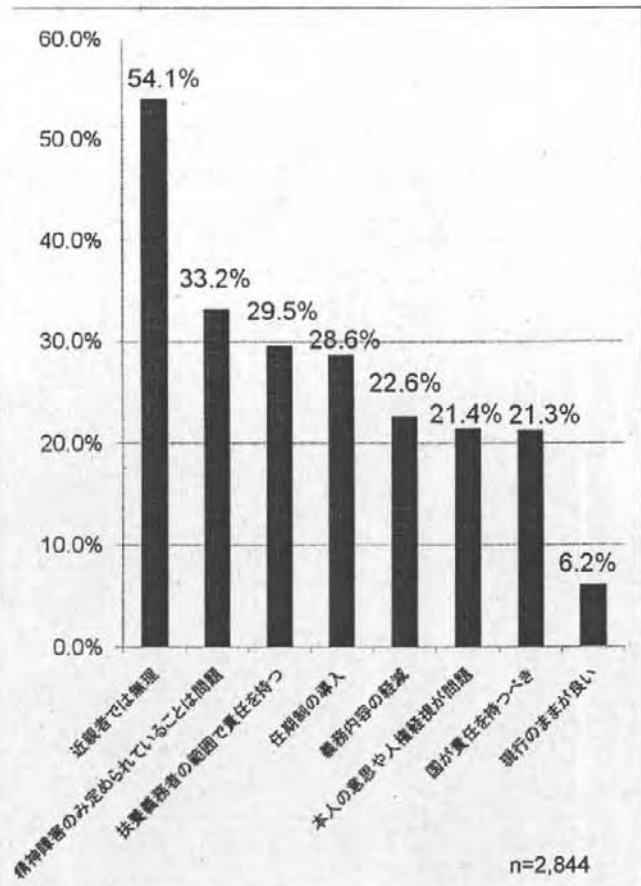


24

家族が果たせる保護者の任務
 (複数回答)



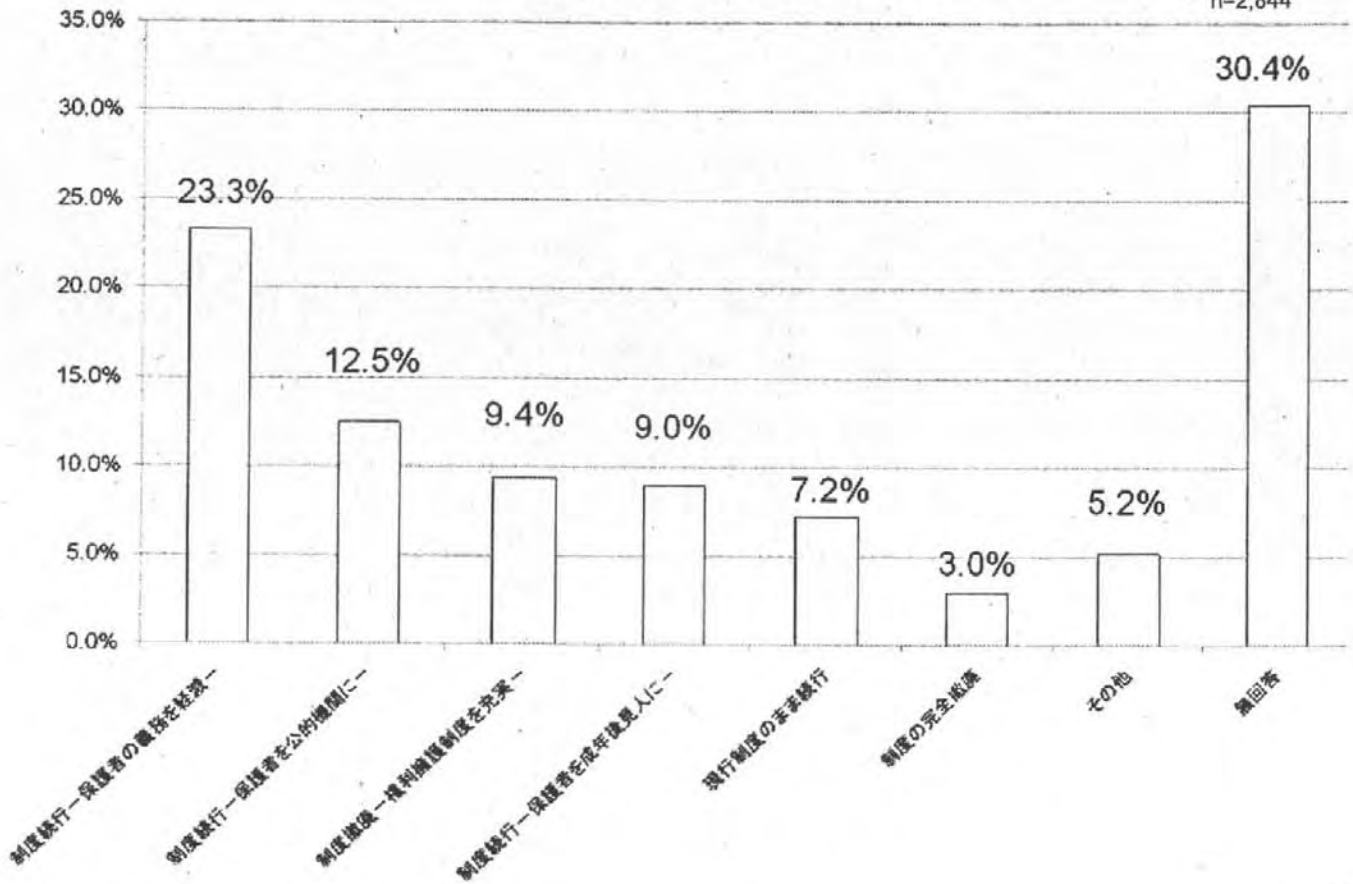
保護者制度の見直し
 (複数回答)



25

今後の保護者制度に対する期待

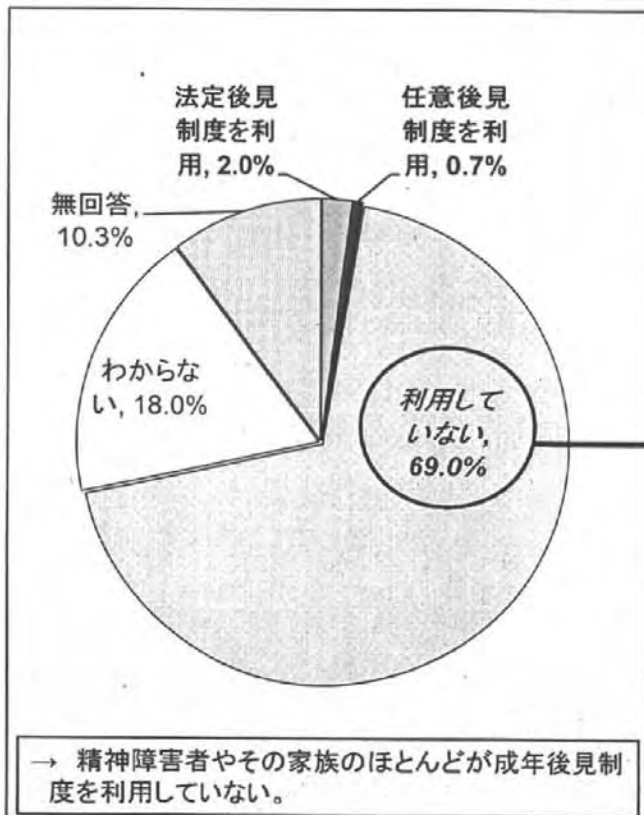
n=2,844



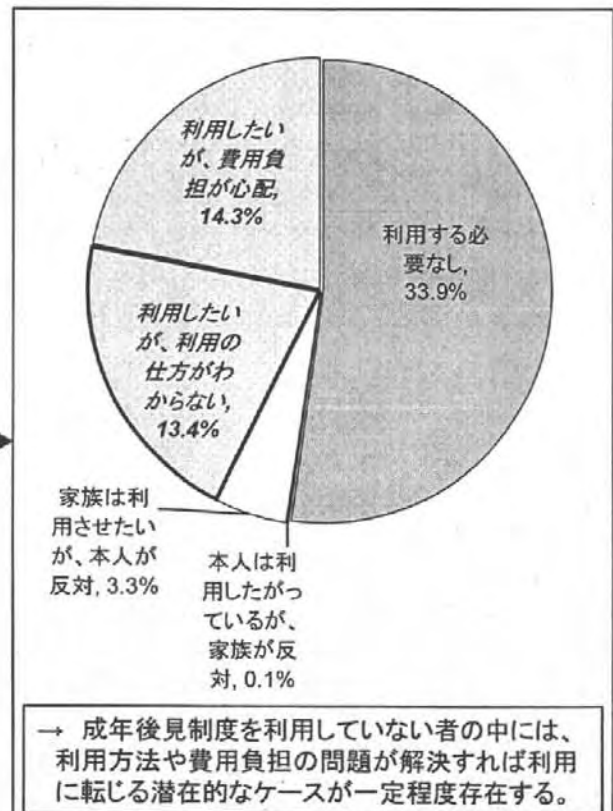
26

調査結果(成年後見制度関係)

成年後見制度の利用の有無



成年後見制度を利用しない理由



27

Ⅲ 入院制度について

28

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 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。)

2 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)

3 応急入院(法第33条の4)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、保護者の同意が得られない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に制限される。

(特定医師による診察の場合は12時間まで)

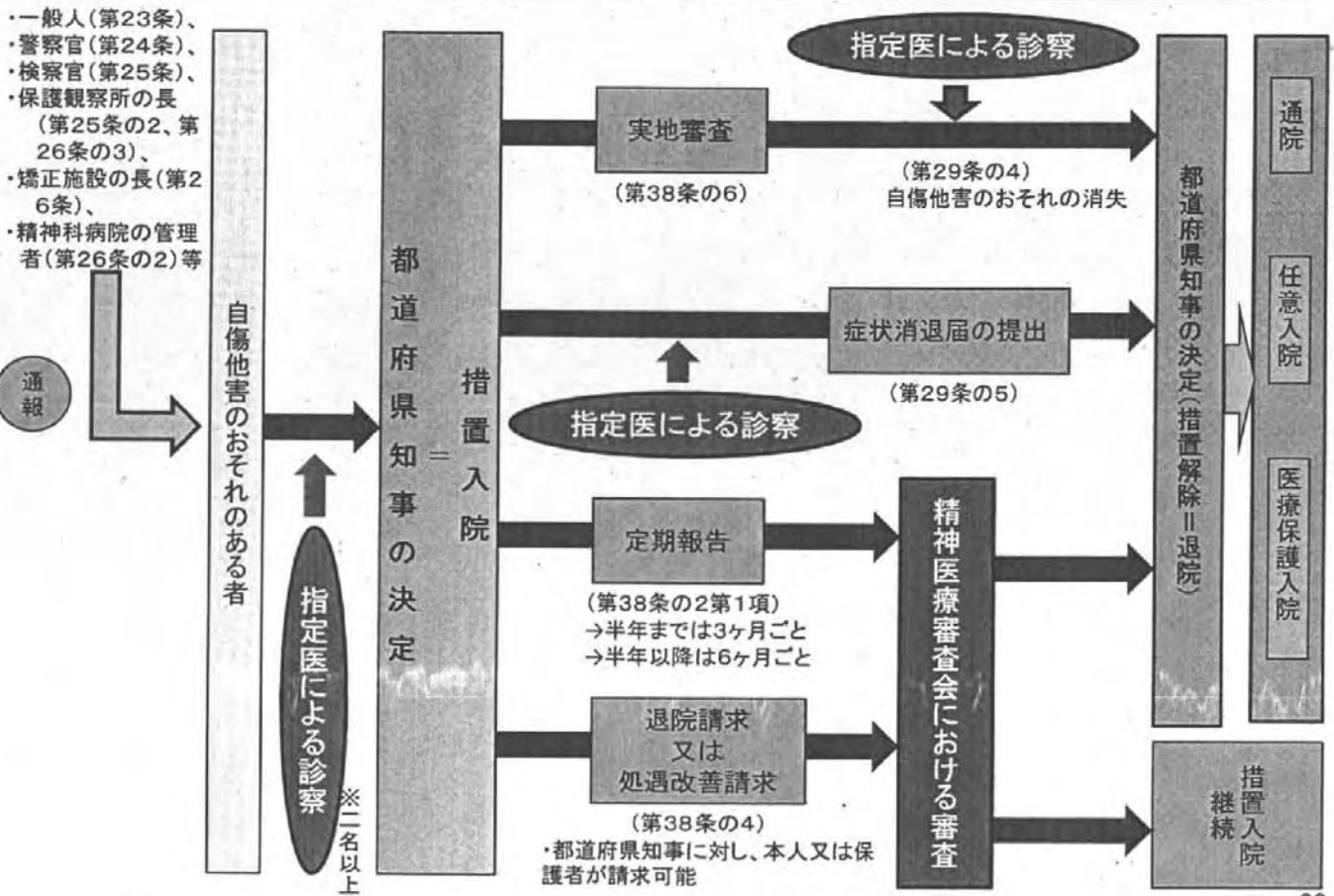
4 任意入院(法第22条の3)

【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

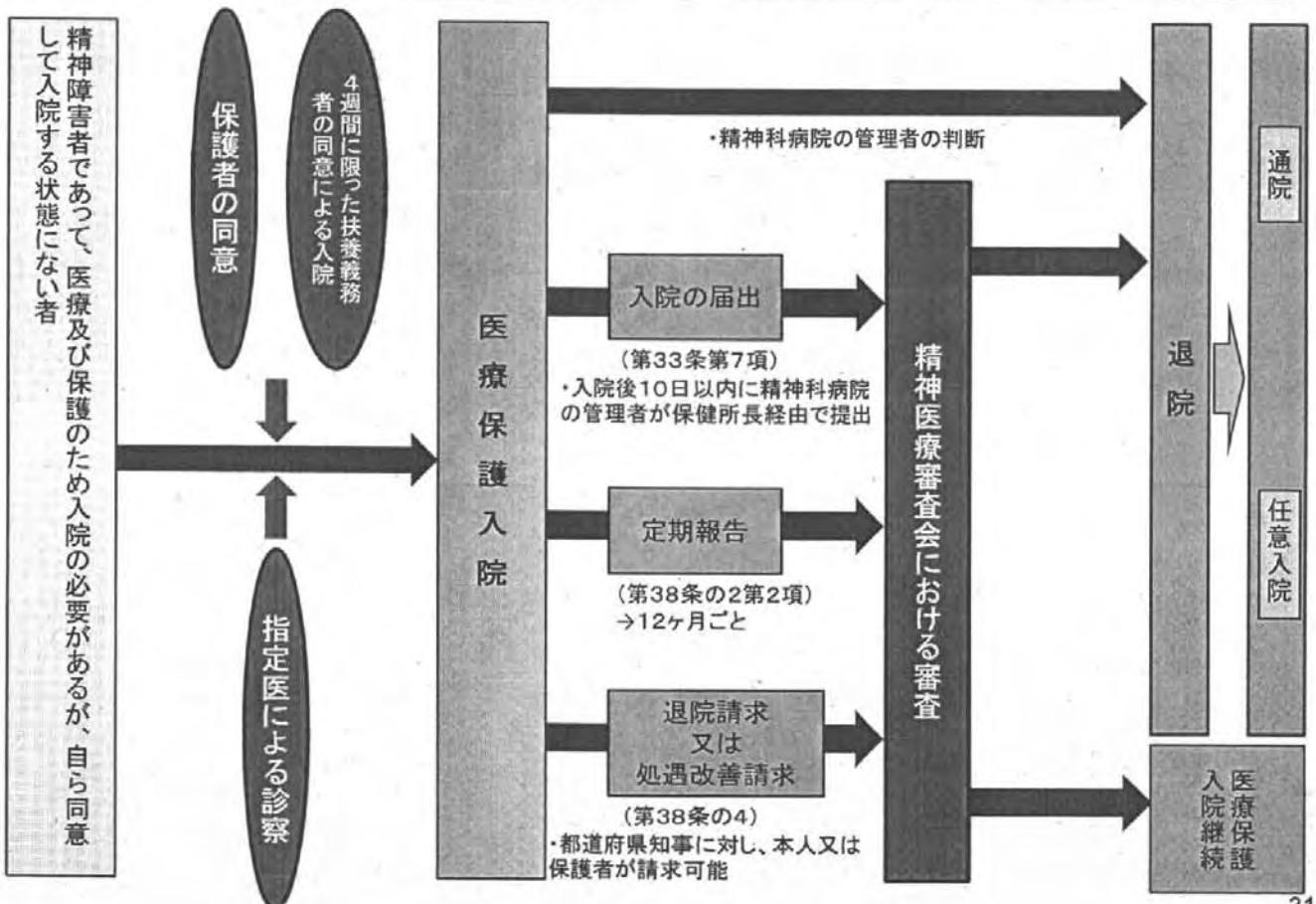
29

措置入院の流れ(第29条)



30

医療保護入院の流れ(第33条)



31

精神医療審査会（精神保健福祉法第12-15条）
（事務：精神保健福祉センター）

委員構成員（1合議体あたり5名）は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行
都道府県知事が下記の者から任命（任期2年）

- ☆ 精神科医療の学識経験者 2名以上（精神保健指定医に限る）
- ☆ 法律に関する学識経験者 1名以上（弁護士、検事等）
- ☆ その他学識経験者 1名以上（社会福祉協議会の役員、公職経験者等）

精神科病院の管理者からの
★ 医療保護入院の届出
★ 措置入院、医療保護入院患者の
定期病状報告

入院中の者、保護者等から
★ 退院請求
★ 処遇改善請求

<知事による審査の求め>

<知事による審査の求め>

入院の要否の
審査

入院の要否
処遇の適・不適の
審査

<速やかに審査結果通知>

<速やかに審査結果通知>

都道府県知事・指定都市の長
審査会の審査結果に基づいて都道府県知事・指定都市の長は退院命令等の措置を採らなければならない
（審査会決定の知事への拘束性）-----法第38条の3第4項、法第38条の5第5項

必要な措置

当事者、関係者
に通知

精神医療審査会における審査の状況

1. 定期報告、退院等請求の審査状況

	定期報告(医療保護入院)			定期報告(措置入院)			退院請求		処遇改善請求	
	審査件数	審査結果		審査件数	審査結果		審査件数	審査結果	審査件数	審査結果
		他の入院形態への移行が適当	入院継続不要		他の入院形態への移行が適当	入院継続不要		入院又は処遇は不適当		入院又は処遇は不適当
合計	87,063	4	3	3,240	3	0	2,178	111	259	14
(割合)		0.005%	0.003%		0.093%	0%		5.1%		5.4%

資料：平成20年度衛生行政報告例

2. 実地審査(法第38条の6第1項)の状況

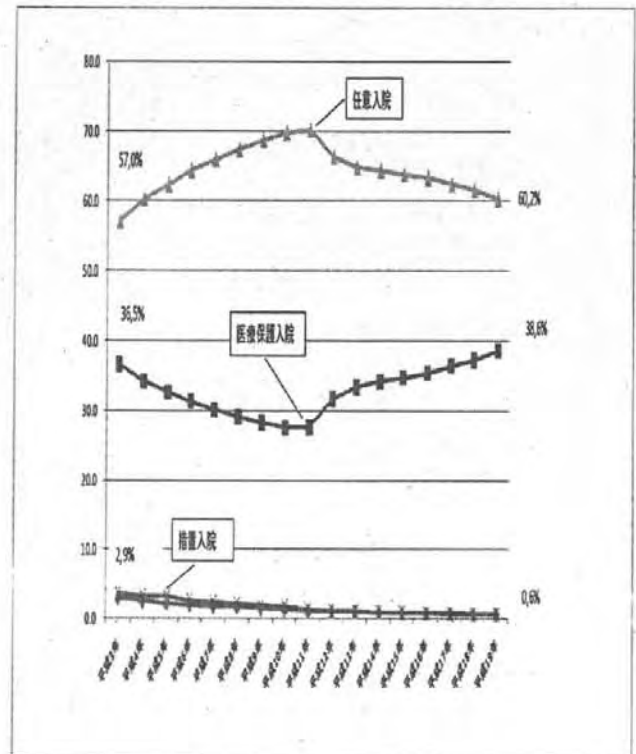
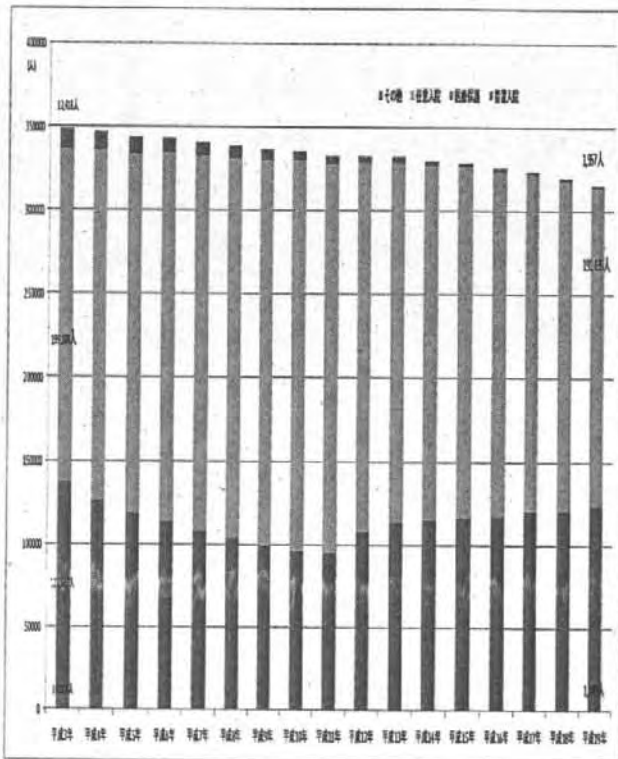
平成20年度

	実地審査の実施件数					審査の結果処遇改善命令					審査の結果退院命令				
	任意入院	措置入院	医療保護	応急入院	合計	任意入院	措置入院	医療保護	応急入院	合計	任意入院	措置入院	医療保護	応急入院	合計
全国計	1,515	1,151	4,479	14	7,159	15	7	2	0	24	0	2	6	0	8

資料：精神・障害保健課調

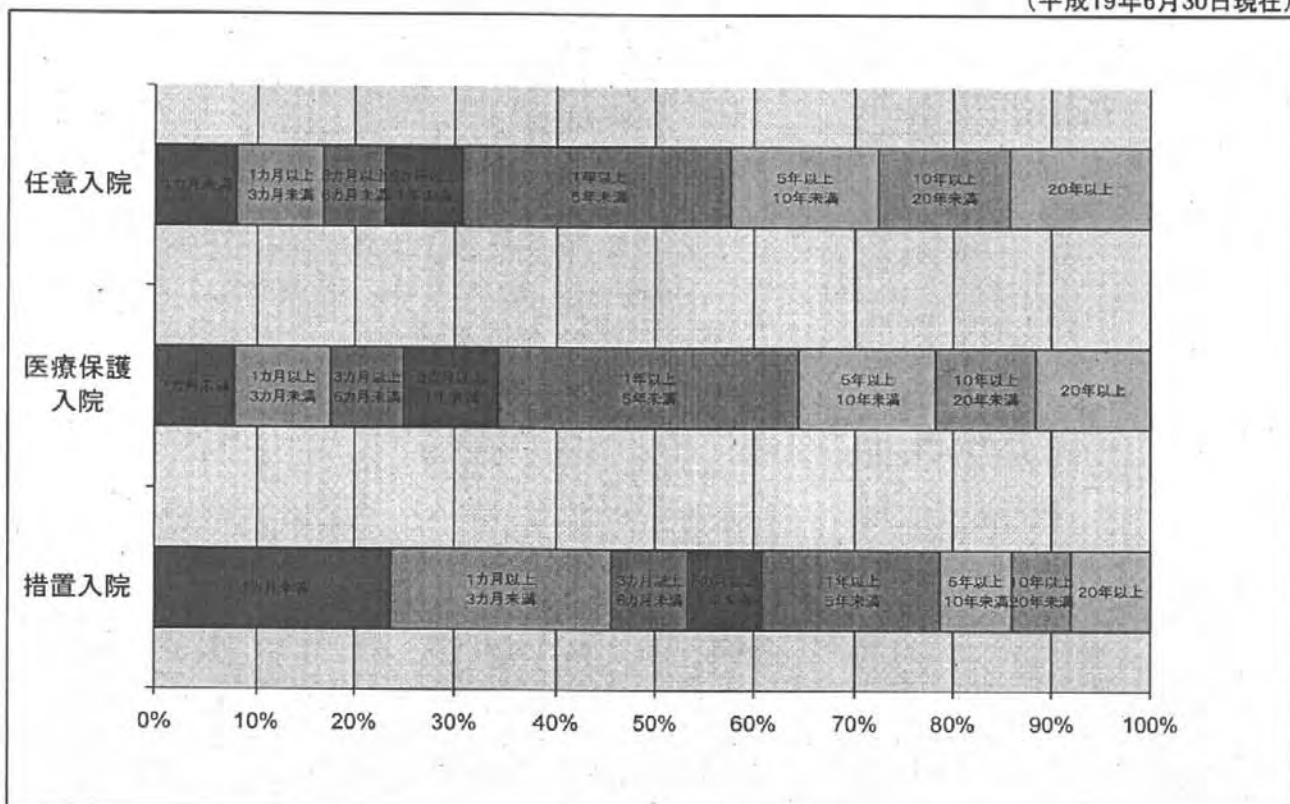
入院形態別在院患者数の推移

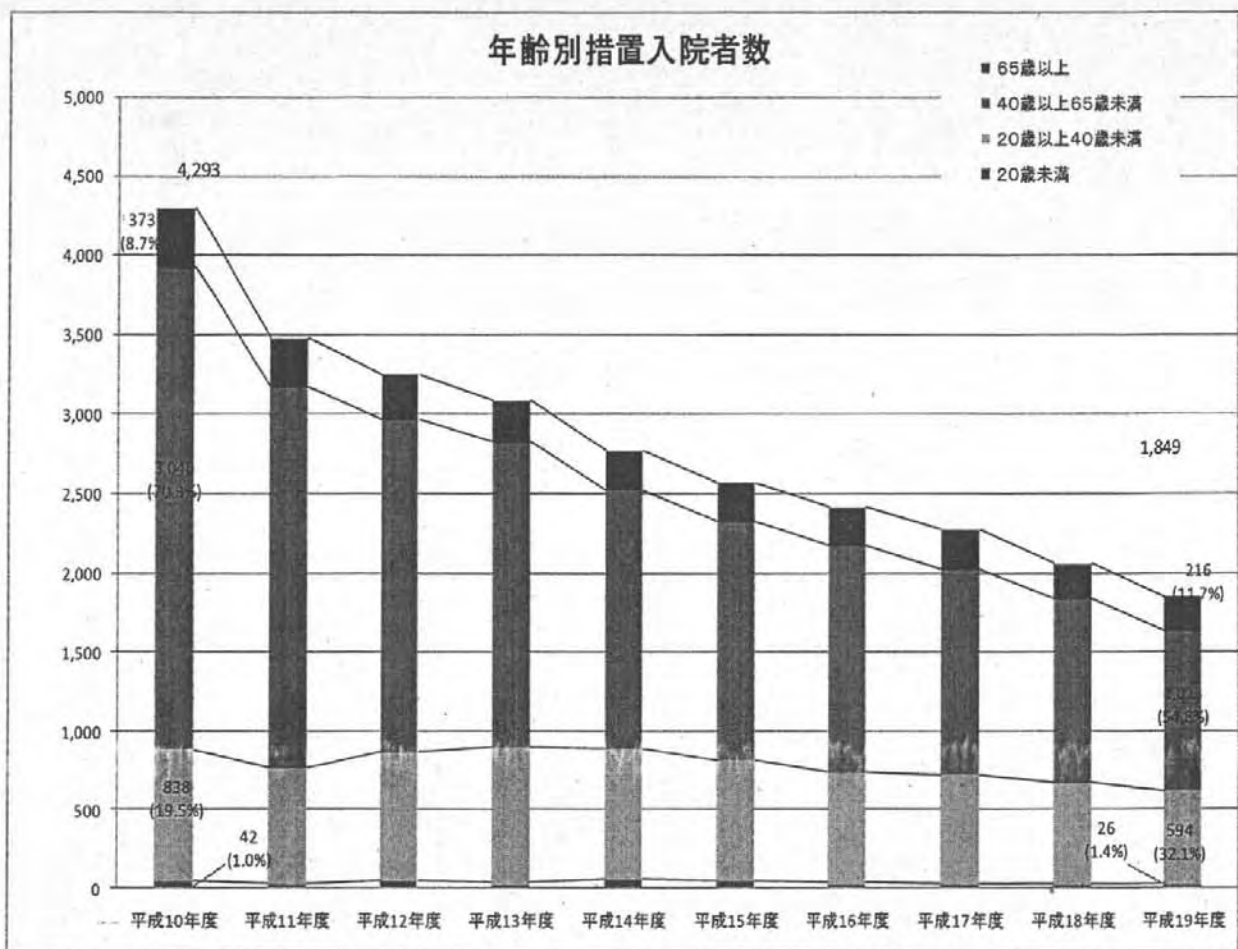
資料:精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)



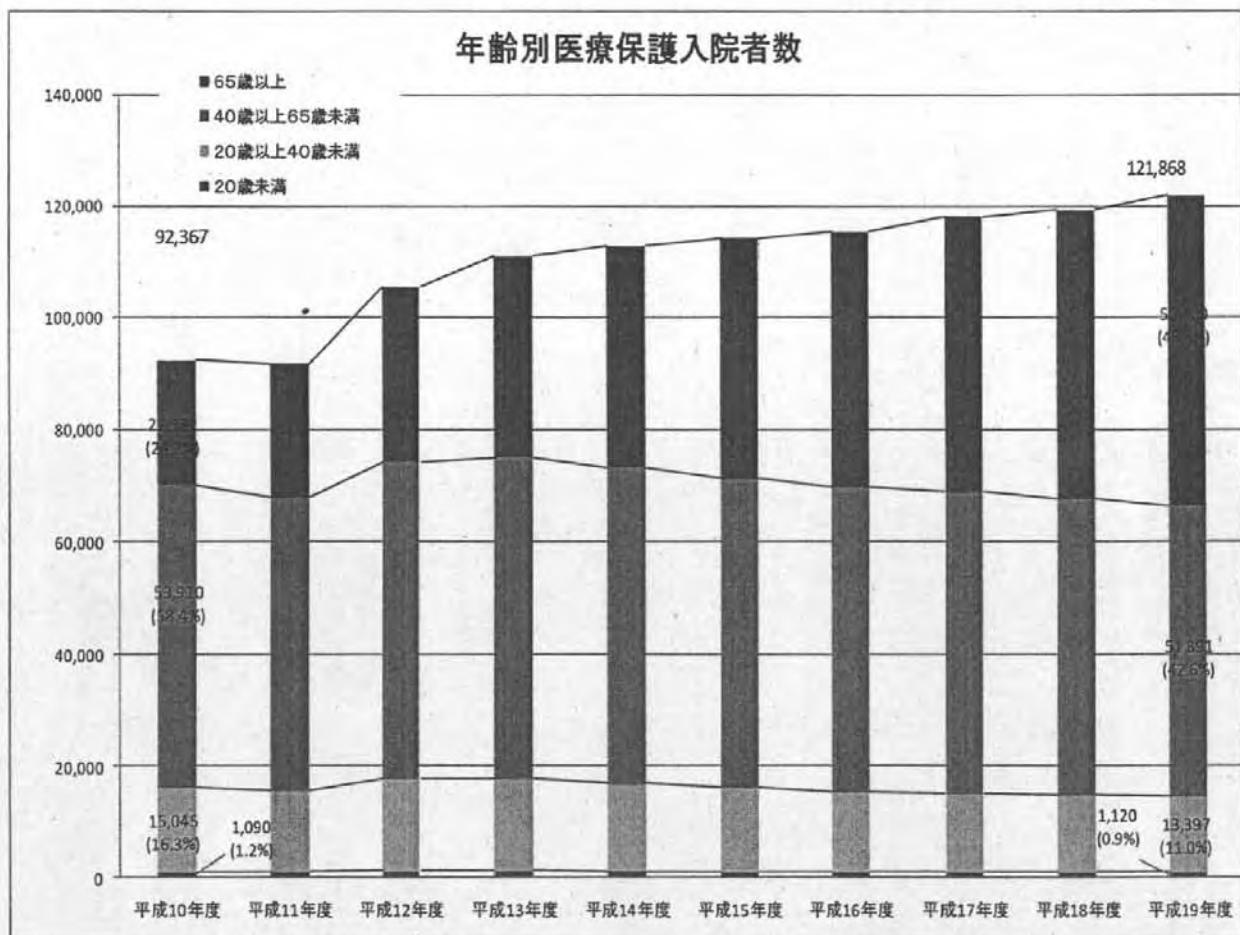
入院形態別・在院期間別の患者割合

資料:精神・障害保健課調
(平成19年6月30日現在)

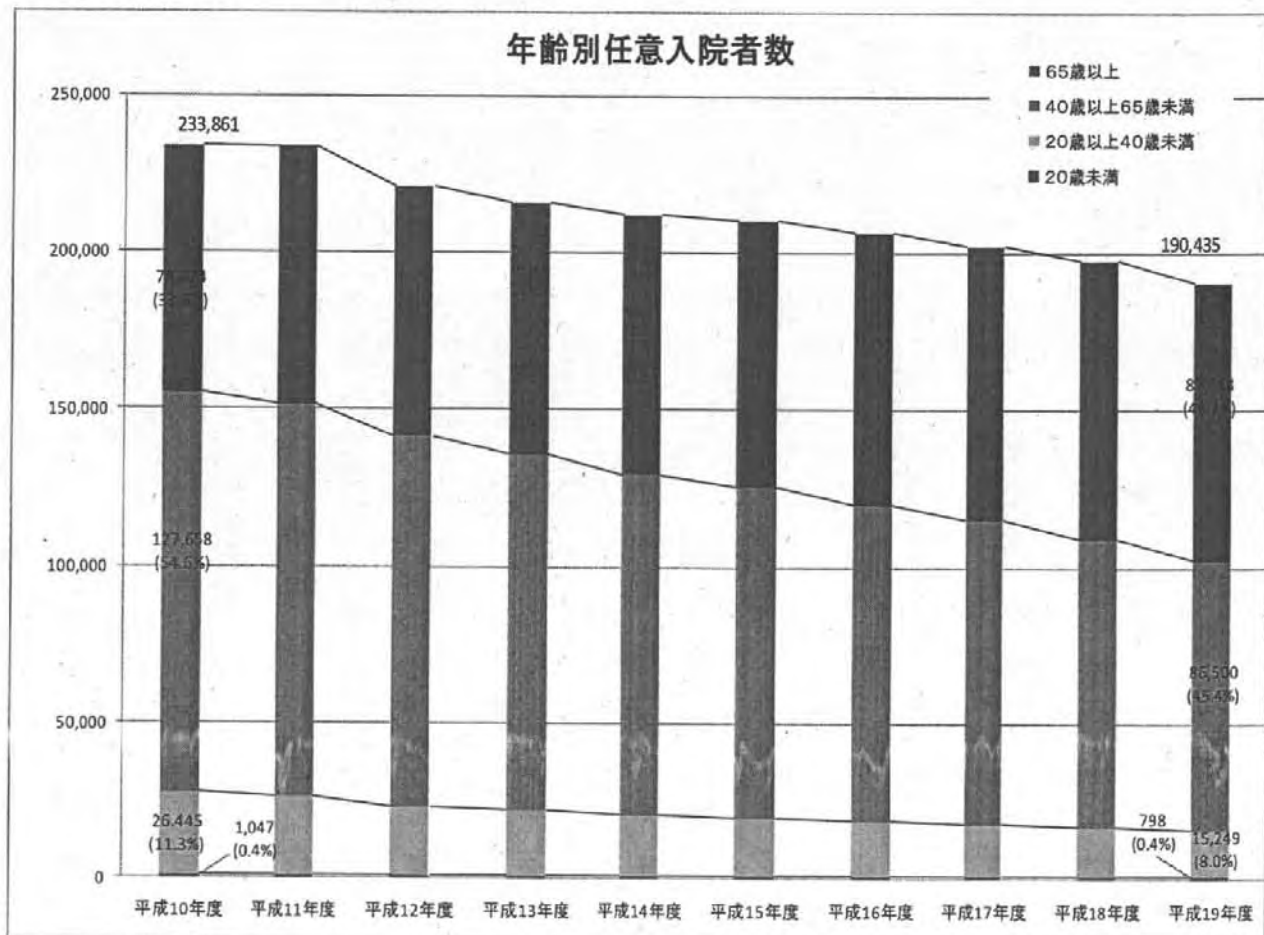




36



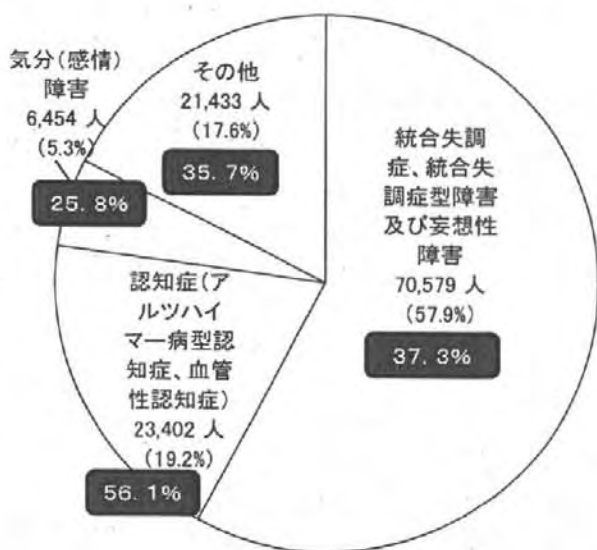
37



38

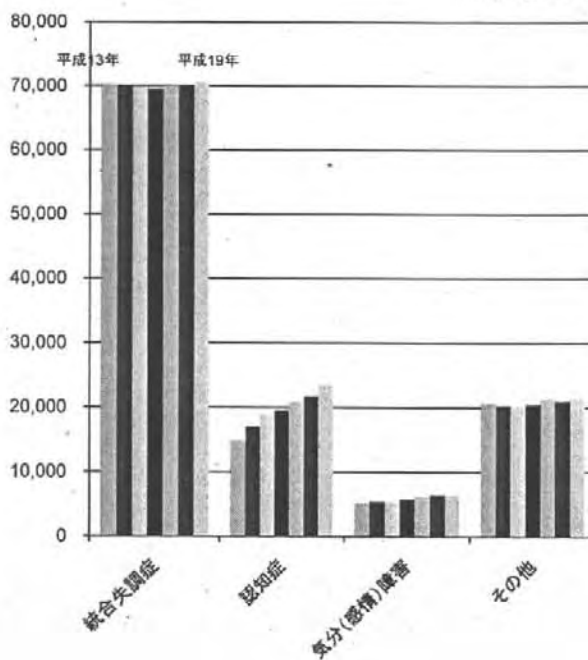
医療保護入院者数 (疾患分類別)

資料: 精神・障害保健課調
(平成19年6月30日現在)



医療保護入院者の推移 (疾患分類別)

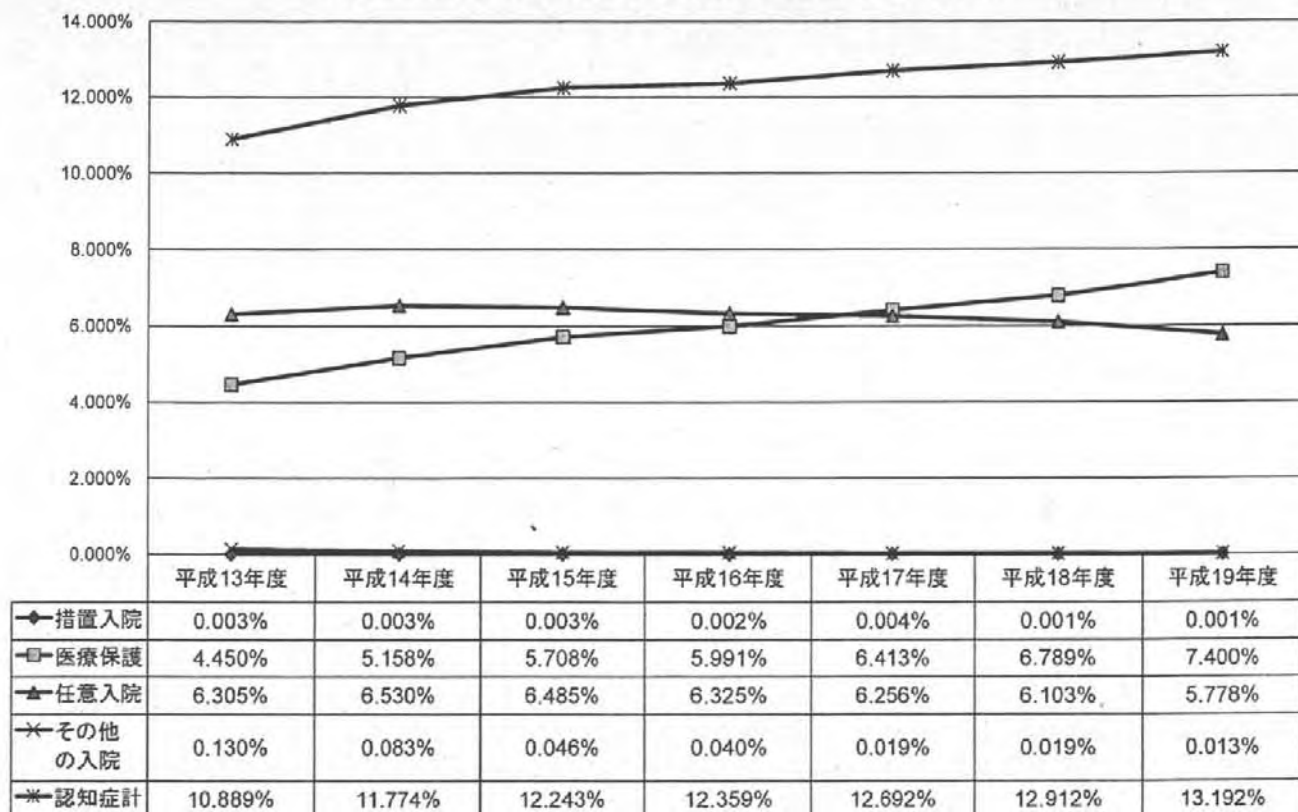
資料: 精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)



(参考)
 医療保護入院者(総数) 121,868人
 入院患者(総数) 316,229人
 ※ 内の数値は、入院患者総数(疾患分類別)に占める割合

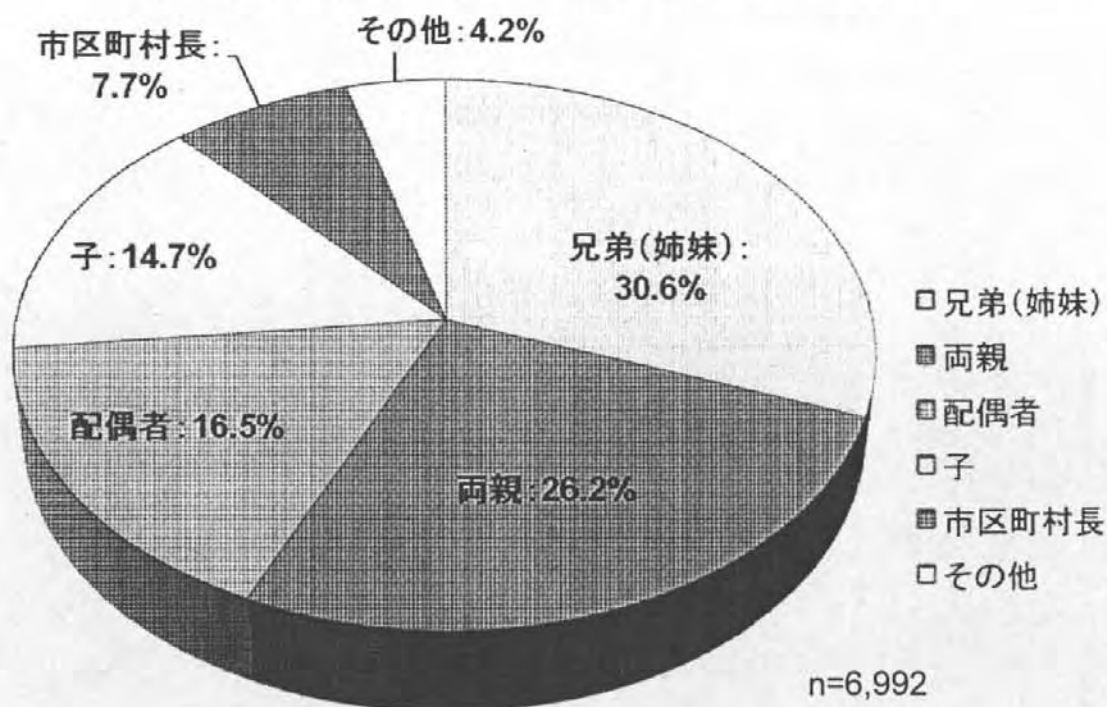
39

入院患者全体に占める認知症患者の割合



40

医療保護入院の保護者の内訳



出典:「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

41

保護者制度・入院制度についての検討（案）

（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、来年夏を目途に、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。

検討チーム第3R 構成員（案）

	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

(参考) 保護者制度・入院制度に関する作業チーム構成案

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)