

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた 検討チームにおける「保護者制度・入院制度」に 関するヒアリング資料

2012年4月27日

社団法人日本精神保健福祉士協会

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言(Ⅲ-1医療)より抜粋

【表題】精神障害者に係る非自発的入院や入院中の行動制限

【結論】●関係する法律(精神保健福祉法、医療法等)を抜本的に見直し、以下の事項を盛り込むべきである。

- ・精神障害者が地域社会で自立(自律)した生活を営むことができるよう、権利の保障を踏まえた規程を整備することにより、いわゆる社会的入院を解消すること
- ・非自発的な入院や入院中の行動制限については、人権制約を伴うものであることから、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況下での適正な手続きに係る規程とともに、医療内容に踏み込んだ人権保障の観点から第三者機関による監視及び個人救済を含む適切な運用がなされることを担保する規程を整備すること
- ・その際、第三者機関の必要経費は、国庫が負担すること

【表題】入院中の精神障害者の権利擁護

【結論】●精神科病院における権利擁護については、障害者総合福祉法における第三者の訪問による権利擁護制度と連携協力する観点から、精神保健福祉法の見直しの課題として、入院中の精神障害者も含む精神科病院における権利擁護を定着させるための制度(例えばオンブズパーソン制度)を位置づける必要がある。

【表題】保護者制度

【結論】●保護者制度の問題点を解消するために、扶養義務者等に代わる人権擁護制度の確立を検討すべきである。

医療保護入院(精神保健福祉法第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

⇒地域生活の維持が困難な状態と状況にある精神障害者

⇒自らの意思で入院には至らない者

【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)

⇒非自発的入院であり、精神保健指定医による病状診察は不可欠

⇒保護者の同意は、従来より何に対する同意かとの点では曖昧な位置付け

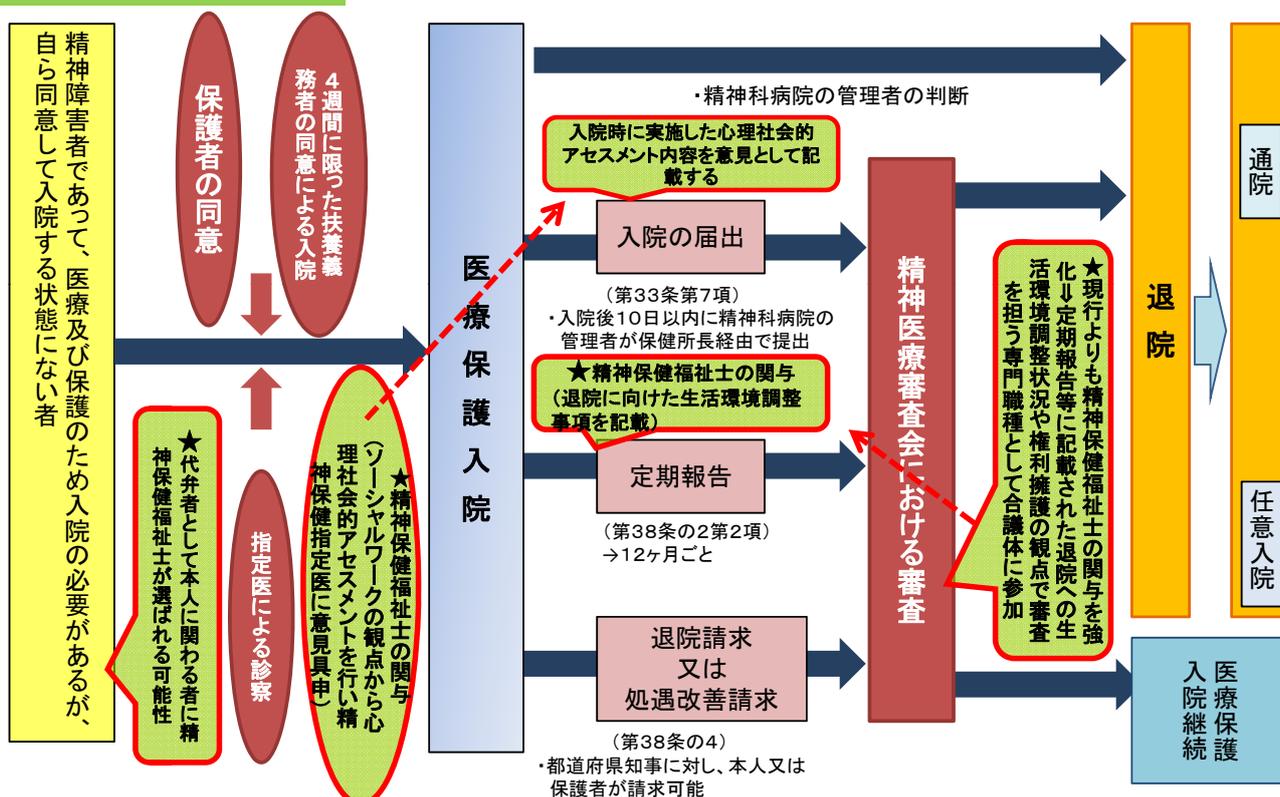
はじめに

- 日本精神保健福祉士協会は、今般の「保護者制度・入院制度」の見直しに関して、入院時の扶養義務者等の同意を外し、患者の権利擁護の仕組みを講じ、さらに早期の退院支援の流れの構築および入院継続の妥当性に関する審査の改変など、提示された大枠の方向性において賛同するものです。
- 特に保護者の同意を外すことは、家族が保護者となった場合に抱えていた生活支援のパートナーとしての役割と非自発入院への同意の役割という矛盾からの解放につながり、また市町村長同意の多くは形式的なものでしかなく長期入院を助長させていた面を改正することとなるなど、全面的に賛同するものです。
- 精神障害者の自己決定権の尊重の視点から、基本とされるべきは、可能な限り非自発的ではなく、自発的入院になるような説明が丁寧になされるべきと考えます。丁寧な説明がなされても、本人の同意が得られずに、やむなく非自発的入院となる場合には、権利擁護を担う者が入院と同時に必ず関与する仕組みを求めます。
- 非自発的入院が必要となる方の多くは、地域生活の維持が困難等な状況に陥っていることに鑑み、安定した地域生活を維持するための治療とあわせて、入院時および入院中から地域生活支援体制の構築に向けた継続的な取り組みが必要と考えます。また入院継続に関する適性審査などの仕組みを講じるべきと考えます。
- 権利擁護の観点から、多職種によるチーム医療の推進と、量的質的な人員体制の整備が欠かせません。さらに、障害者虐待防止法による権利擁護センター等の整備と合わせ、ピアサポーターの関与も含むパーシエントアドボカシーなど非自発的入院患者の権利擁護をはかる法律上の仕組みを導入する必要があります。
- 精神保健および地域精神医療と地域生活支援の体制整備が推進されることを前提に、将来的には、非自発的入院の在り方に関する更なる見直しと整理を求めます。

精神保健福祉士は
権利擁護と地域生活支援の観点から
医療保護入院に代わる非自発的入院制度
および退院支援への関与の責務を果たします

- ◆ 精神保健福祉士は、精神科医療を利用するすべての精神障害者への支援に携わることはもとより、非自発的入院が必要となる精神障害者に対して、入院時から入院後、また精神医療の審査において必要な関与を行う職種として、最も相応しく、同時にその責務を果たすべきであると考えます。
- ◆ なぜなら精神保健福祉士は、精神障害者の相談援助、地域生活支援、権利擁護に携わる専門性を有しているからです。
- ◆ そのためには、研修による質の担保と、人員体制の整備、そしてチーム医療の推進が欠かせません。

精神保健福祉士の関与についての考え方(案)



医療保護入院に代わる新たな入院制度においてソーシャルワークおよび権利擁護の観点からの関与者として医療機関内の精神保健福祉士が最もふさわしい。地域の精神保健福祉士も含み、入院後の退院支援や定期報告や審査へも積極的に関与するべきと考える。また、代弁者等を担う可能性も考えられる。

入院時の手続きについて

1. 入院の要否は現行制度同様に精神保健指定医の診察による判断に基づくものとし、精神保健指定医は、入院の要否判断をする際に、医療機関の精神保健福祉士によるソーシャルワークの観点に基づく意見を必ず聴くものとする。
2. 医療機関の精神保健福祉士は、本人および家族等と面接し、ソーシャルワークの観点から、地域生活の維持についての必要な情報提供や心理社会的アセスメントを行い、精神保健指定医に意見を述べるとともに、その内容を入院届けに記載する。
3. 医療保護入院に関する入院届けは、公的機関(担当機関は要検討)が、権利擁護および早期退院支援の観点から確認するものとする。
 - 入院届けに記載されたソーシャルワークの観点に基づく意見を確認した上で、下記の者で、地域の支援関係者による退院に向けた支援が早期に必要で、かつその開催に調整が必要と認める場合に、公的機関がケア会議の開催を調整する。しかし、地域の実情に応じては相談支援事業者に委託することができる。
 - 初めて精神科医療につながる者
 - 地域関係者の支援を受けていない、もしくは、つながっていない者
 - 頻回に非自発的入院を繰り返す者など、
 - ケア会議には、精神保健福祉士である相談支援専門員をはじめ地域支援関係者が参加し、退院に向けた治療方針および地域生活支援計画などを退院支援計画(医療機関の場合はパス)として作成し、計画に基づいた支援を提供していく流れを診療報酬上や精神保健福祉法上で制度化する。

※こうした仕組みは入院時に限らず、任意入院後の入院形態の変更時にも適用するものとする。

※こうした仕組みによって、非自発的入院者の早期退院に向け計画的な支援の流れがつけられるのではないかと。

入院後の関与について

1. 入院時の心理社会的アセスメントにより退院支援パスの作成に至った患者には、市町村障害福祉課担当者も含む地域支援者(精神保健福祉士をはじめ、必要に応じた多機関多職種)の参加も得たケア会議を適宜開催する。
2. 医療保護入院のまま、1年を超える者については、定期病状報告提出までに、必ず市町村障害福祉課担当者も含む地域支援者の参加も得たケア会議を開催し、医療機関内の治療やリハビリテーションおよび諸支援の進捗と、地域からの連携支援の進捗を確認し、定期病状報告にも、退院支援の進捗と課題を記載する。
(様式変更により精神保健福祉士の記入欄を設定)
3. 1年を経過した医療保護入院者については、半年毎に定期病状報告を行うよう現行制度を改正する。
4. 医療保護入院のまま1年半以上が経過した場合には、精神医療審査会の合議体の中から多職種による2名以上が医療機関に出向き、本人と面接のうえ、医療機関の精神保健福祉士と地域支援者から退院支援の進捗と課題に関する確認協議を行う。

審査の仕組みへの関与について

- 現行の精神医療審査会に関しては、運用面における地域格差が大きいことや、十分に機能しているとは言い難い現状があるため、見直すことが望ましい。
- 全ての合議体に、精神保健福祉士が参画することを整備し、その業務に関しては、精神保健指定医と同様に、非常勤公務員に準じる扱いとする。
- 定期病状報告に記載された退院支援計画について審査する。
- 医療保護入院継続のまま1年半以上経過した患者に対しては、精神医療審査会の職種の異なる複数委員が出向いて、本人と面接し、医療機関の精神保健福祉士と地域支援者と協議する。

精神保健福祉士が関与する医療機関の事例(1)

東京都内精神科病院

392床7病棟(包括払いの病棟3、一般出来高払い病棟4)

- 関連施設: サテライトクリニック1、老人保健施設1、訪問看護ステーション1、居宅介護支援事業所1、グループホーム1、法人運営共同住居2
- 精神保健福祉士は、外来担当1、病棟担当は最低1病棟に一人以上(9人で7病棟)
- 医療保護入院者数月約40人=約60%/1ヶ月の新規入院患者数約70人(自院治療歴ある患者と新規患者割合は約半々)。医療保護で入院する病棟はスーパー救急もしくは急性期病棟が大半で、うち約60%が3ヶ月で、約90%が6ヶ月で退院、1年を超える残存率は一昨年度で4%、昨年度で2%切った。
- 1年超となる患者の主な状況は、合併症や重い知的障害など重複障害、または長期入院患者が合併症等で転院して戻って再入院の事例など。後は、現在のサービスメニューや支援で退院可能かつ退院後は訪問看護等により定着期間は長く安定が見られている。
- 入院患者に関しては全員、精神保健福祉士によるインテークを実施。家族や関係機関からの情報集約を行い、チームに生活環境調整に関する見立てとあわせて提供。既に治療歴あり、カルテ等ある患者の場合は、入院が必要となった状況や経緯の把握が中心。
- 電子カルテ化が情報集約とチームでの情報確認、他機関への情報提供を円滑化した。
- インテーク以降、1ヶ月以内の退院者で特に必要としないケースもあるが、退院までの間に、課題に応じて家族との合同面接の規模から地域の多機関関係者によるケア会議を開催し、支援調整等を行っている。

精神保健福祉士が関与する医療機関の事例(2)

静岡県内精神科病院

286床、5病棟(スーパー救急1、療養3、一般1)

- 関連施設: サテライトクリニック2、訪問看護ステーション1、グループホーム2、ケアホーム1、相談支援事業所3、就労継続支援事業所B型3。
- 精神保健福祉士はデイケア専従除き、病棟と外来担当が全10名、スーパー救急病棟に3名、残り7名で4病棟と外来(ローテーション等にて調整)を担当。
- 医療保護入院者数月約30人=約70%/1ヶ月の新規入院患者数約40人。
医療保護で入院する病棟はほぼスーパー救急病棟となる。うち約60%以上が3ヶ月以内で、1年を超える残存率は昨年度で約15%。1年超となる患者の主な状況は、病状が安定しない、知的障害などが重複、身寄り無し単身生活困難でケアホームや救護施設の空き待ちなど。
- 外来患者も入院患者も、初診時インテークは必ず精神保健福祉士が行う。
入院時には、特に入院が必要となった社会的要因、生活環境課題の把握とあわせ、外来期間のサマリーを作成し、入院カルテに添付することが精神保健福祉士の業務としてとなっており、入院時1週間以内ケースカンファレンス(CC)、中間CC、退院時CCに関する様式があり、チーム各職種が記載する欄がそれぞれにある。電子カルテ化は未実施、記載業務に重複等あり、電子化があれば円滑化促進。

人材育成と基準配置要件の見直しについて

1. 非自発的入院を受け入れる医療機関には、入院時に関与する者として、一定の実務経験と研修を修了した精神保健福祉士を基準配置することとする。
 2. 地域課題が複雑多岐に絡み合っているような、非自発的入院者の退院支援に関与する地域支援関係者は職種を問わず、権利擁護や非自発的入院における課題等に精通するべく、一定の質を担保するための研修受講修了を求めるものとする。
 3. 精神医療審査会に携わる精神保健福祉士等においても、一定の実務経験と研修を修了した者を充てることを求める。
- これらの研修については、精神保健指定医のような先行制度を参考にしながら、当該の教育内容や研修体系など指定要件の審査、認定、登録等については、施行までに協議検討が必要と考える。
 - また、これらの仕組みに関与する精神保健福祉士には、精神保健福祉士としての倫理綱領を持つ専門職団体への加入と、当該団体における生涯研修制度の研修受講を必須とし、その上で、今後の検討において国が当該制度に関し指定する研修の修了を義務付けることを求める。
- ※ 上記、質の担保とあわせ、量的人材整備のため、医療機関においては病棟基準配置にコメディカルも含み多職種チーム医療を担保する人員体制の見直しが不可欠である。

同時に、地域の相談支援事業所、公的機関等、精神保健福祉領域においては精神保健福祉士をはじめ専門職の量的整備が求められる。

入院患者の権利擁護に関する仕組みについて

- 入院患者の権利擁護を推進するため、代弁者や第三者機関等の制度化が必要です。また、当該の仕組みは非自発入院に限らず、精神科医療を利用する患者の権利擁護の仕組みとして構築すべきと考えます。

【代弁者】(ペーシエントアドボカシー)

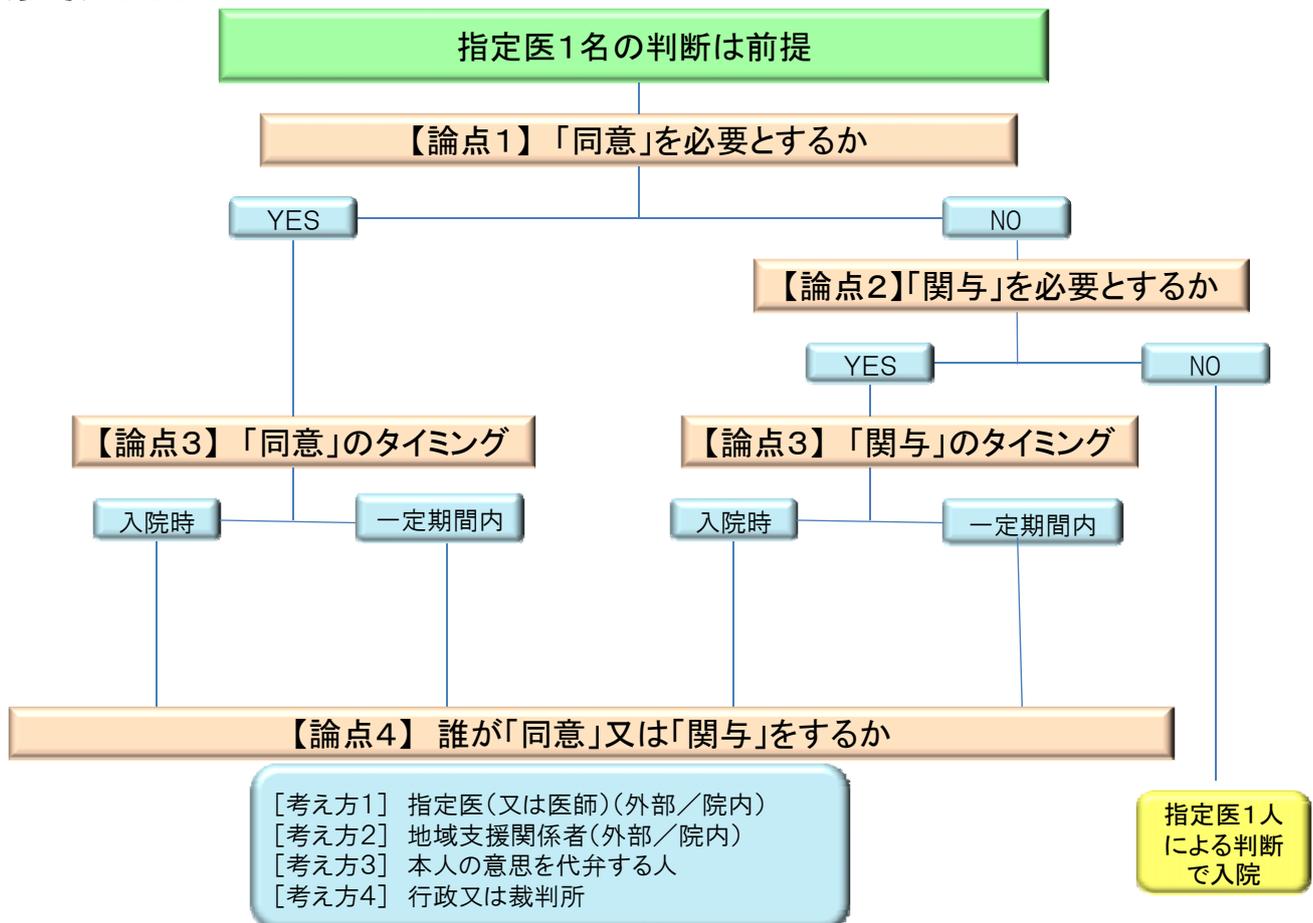
- 患者本人が信頼する家族のほか、一定の研修を受けて都道府県に登録をしている当事者や精神保健福祉士等の専門職(登録代弁者)から、患者本人が選ぶことができる(支援関係にある登録代弁者を除く)。
- 患者本人の求めに応じて、いつでも本人と面会ができ、必要に応じて主治医や医療機関スタッフに本人の意向を伝えることができる。
- 研修内容は、あくまでも本人の立場に立った代弁*が可能となるプログラムとする。* 望ましい代弁とは、本人の声を代わりに発生するスピークアウトというような意味であり、良かれと思って本人の弁を推して語ることはない。

【オンブズパーソン制度】(大阪府の療養環境サポーター活動を参考に)

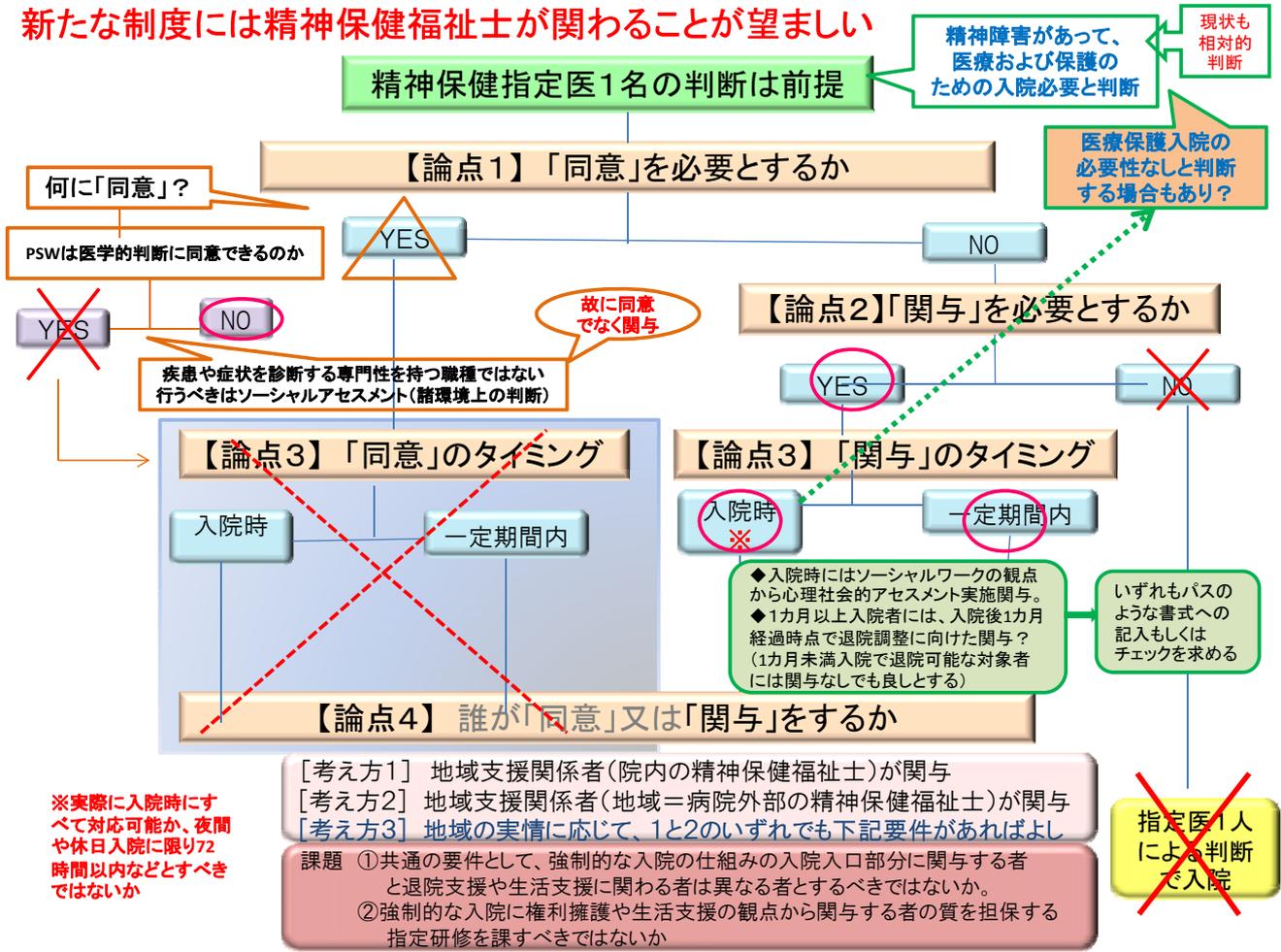
- 代弁者制度とは別に、すべての患者を対象としたオンブズパーソン制度を導入すべきである。
- オンブズパーソンは、第三者として定期的に病院を訪問し、病院の職員が立ち会うことなく入院患者の入院生活上の不安・不満・苦情を聞き取り、その解決のために、病院スタッフと患者との橋渡し役を担う。

以下は参考資料

(参考) 厚労省資料のまま

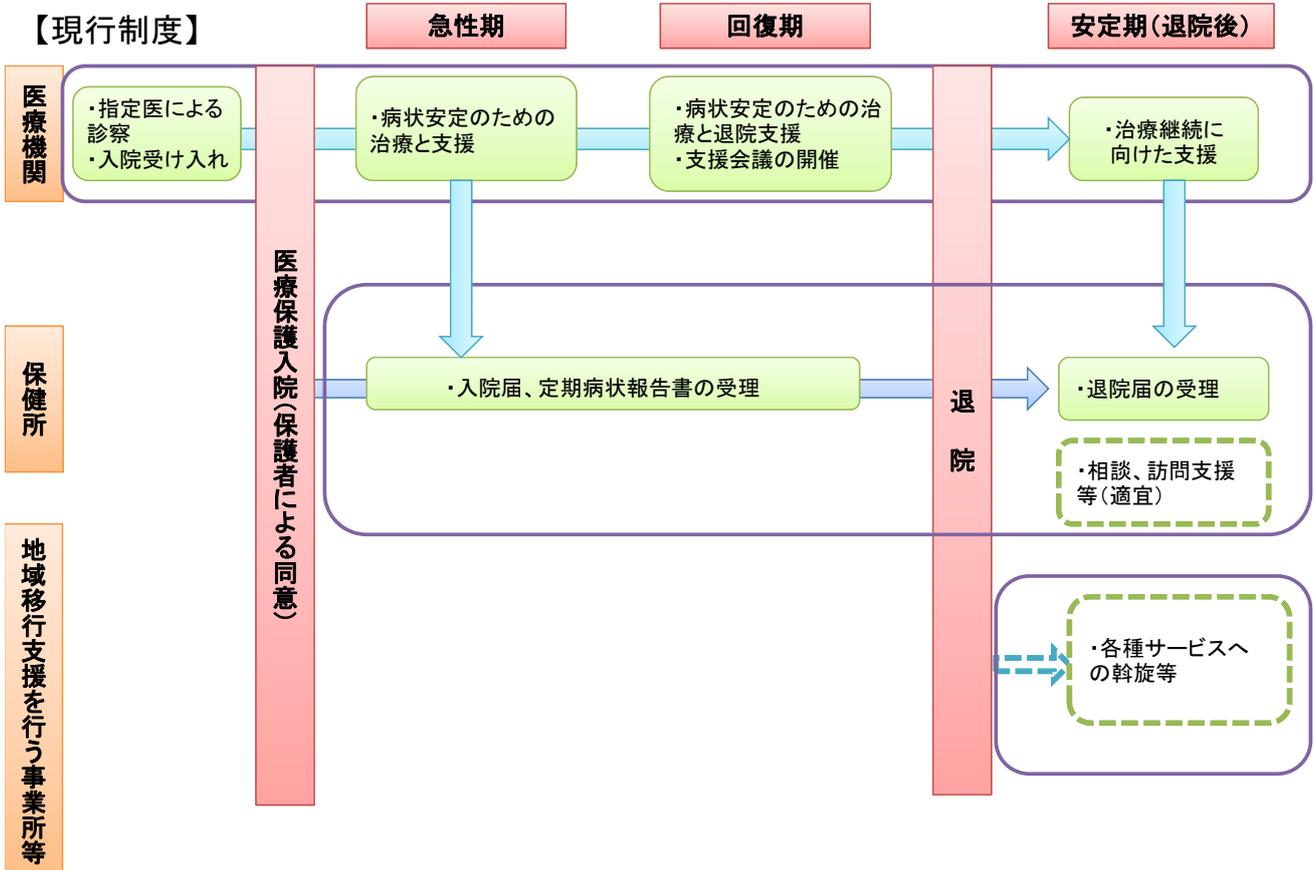


新たな制度には精神保健福祉士が関わることが望ましい



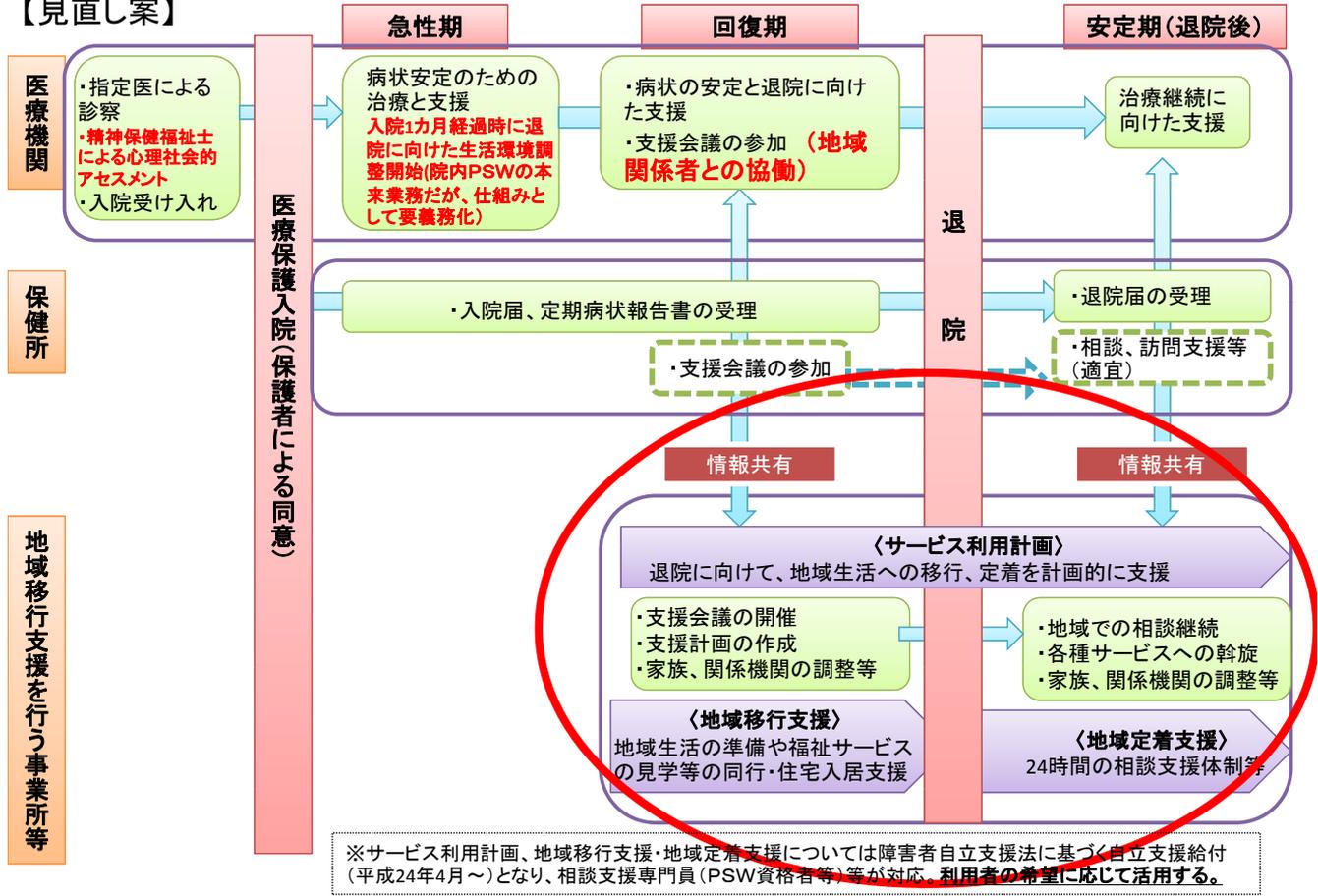
(参考) 厚労省資料のまま

医療保護入院からの退院時の支援について①



医療保護入院からの退院時の支援について②

【見直し案】



【参考】

<精神保健福祉士法>

改正精神保健福祉士法が2012年4月から施行されています。改正法においては、地域生活支援を担う役割の明確化と保健医療サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保つこと、資質向上の責務などが明記されました。高い専門性の確保のために養成課程におけるカリキュラムも新たになり、実践力強化をめざし、精神科医療と地域生活支援の2領域実習が必須となりました。

<社団法人日本精神保健福祉士協会業務指針、医療分野から>

【目的】医療機関におけるソーシャルワークサービスは、本人とその家族が、病気の回復と共に、安心して地域生活がおくれるよう、生物学的、心理的、社会的ニーズ、あるいは環境面での具体的なニーズを理解し、情報や、機会を保障する中で提供される。

精神保健福祉士は、患者を理解し、治療や精神障害の再発予防をしていく上で、患者のこれまでの生活、家族関係、住環境の整備、あるいは経済的、文化的、宗教的、教育的、職業的背景などを含む心理社会的要素に焦点をおく。医療チームのメンバーとして、精神保健福祉士は全患者の援助計画の展開や治療計画ならびにケース検討に貢献し、治療的環境の整備と維持に協力する。

【サービス対象者】

医療機関におけるソーシャルワークサービスは、すべての精神科医療サービスを必要とする人とその家族、関係者が対象になる。サービスは、患者の法的身分、入院形態、病状にかかわらず提供される。

【主な機能と提供されるサービス】

受診受療相談(インテークあるいは受診時の評価・スクリーニング) / 心理社会的アセスメント(事前評価)及び援助計画 / 情報の提供と紹介 / 危機介入 / 入院中の相談支援 / 患者と家族の支援と権利擁護 / 退院支援(退院・転院及びアフター援助計画) / 外来通院中のフォローアップ / 日常生活支援 / 経済的問題支援 / 家族問題支援 / 居住支援 / 社会参加と活動への支援 / 集団支援(デイケア・グループ活動・集団療法) / 家族への支援(家族教室・家族ミーティング・教育) / 精神科以外の受診受療相談 / チーム医療のメンバーとしての役割とその調整 / 地域における社会資源の展開、存続、協力 / 研修・教育・調査・研究

【対処する問題の主要なカテゴリー】

患者とその家族の疾病、及び受診・入院したことによって起きる問題 / 職業的・教育的問題 / 法律上の問題 / 経済的問題 / 家族機能の問題 / 住居及び生活設計の問題 / 人間関係問題 / 虐待の問題

<業務指針>

指針1：受診前・受診初期の心理社会的評価（スクリーニング）

医療の必要性や緊急性を含めたスクリーニングを行う。適切な医療を、安心して受けることが可能となるための準備を行う。

【キーワード】

スクリーニング、アセスメント、危機介入

【基本的な考え方】

医療の必要性と援助対象になりうるかの評価を行う。優先すべき課題を把握し、必要な情報提供と危機介入を行う。受診する際に必要な情報を提供し

、医療サービスの内容を伝えるとともに、受診する際のクライアントの不安や戸惑いを受けとめ、心理的支援を行う。医療チームの中で、あるいは患者を取り巻く家族や関係機関との間で、問題の共有を行う。クライアントのニーズが機関の機能とマッチしていない場合は、適切な機関にリファー（紹介）する。事後に振り返り評価（エヴァリュエーション）を行う。

指針2：心理社会的アセスメントと計画

治療開始後、可能な限り早期に患者の心理社会的状況を把握し、アセスメントをする。広く家族や関係者からも情報収集する。

【キーワード】

アセスメント、支援計画、ストレングス

【基本的な考え方】

ストレングスモデルを念頭に置き、療養を阻害する要因、本人の持ち味や能力をアセスメントにより明らかにし、本人・家族・医療スタッフ・関係者らと共有する。家族や関係者からの情報収集は、患者のニーズをよりの確に把握することや、支援への参加や協力を得るきっかけとなる。共有されたアセスメントを活用し、クライアントと環境との有機的な相互作用を促進するような支援計画を立案する。

指針3：包括的な支援の実施

支援計画に基づき、支援を行う。必要に応じて他職種や他機関への紹介を行って連携を図り、サービスを調整する。

【キーワード】

連携、コーディネート、リンケージ、モニタリング

【基本的な考え方】

患者・家族・医療スタッフ・他機関とアセスメントを共有し、包括的な支援が得られるように調整する。院内の多職種が患者の回復と社会参加に向けて協働できるよう働きかける。クライアントの問題解決に向けて関係機関と連携し、ネットワークを形成する。支援経過をモニターし、問題の解決・本人のニーズの充足を評価する。必要に応じて再アセスメントを行い、支援計画及び支援内容の修正を図る。医療機関の中で、クライアントに対する福祉の視点を醸成する。事後に支援過程の全体を振り返り評価する。

指針4：チーム医療（他職種との連携）

患者の支援計画については、多専門職により情報や方針が共有されるものであること。

【キーワード】

連携、コーディネート、ケア会議、

【基本的な考え方】

患者の治療・支援や退院計画は、あらゆる情報や多職種の専門的な意見を反映して決定され、多職種による積極的な協働によって進められることが重要である。医療専門職の中で福祉専門職としてチームに参加することには、患者の生活の場を踏まえた支援を行ううえで大きな意義を持つ。患者の生活の全体性を共有した上での医療の果たす役割を確認する必要がある。地域生活への移行・定着を意識した取り組みを展開する。方針決定にあたっては、患者及び家族の参加を原則とする。チーム構成員の力動関係を理解した上で、適切な介入と調整を図り、最高度にチームの機能が保持されるよう努める。また、医療機関内の会議（委員会等）に出席し、福祉専門職としての意見を反映する。

指針5：地域との連携

地域との窓口の役割を担い、関係機関や地域住民との連携と協働を進める。医療機関が地域社会の資源のひとつとして公共性を保持できるよう運営を促進する。

【キーワード】

アセスメント、アンチスティグマ、地域移行

【基本的な考え方】

患者に医療サービスを提供するだけでなく、社会資源のひとつとして地域住民と向き合い相互理解を深めていく。それによって、差別や偏見を除去し、クライアントが安心して暮らせる街づくりや、メンタルヘルスに関する啓発に寄与することをめざす。医療機関や病棟の活性化を図り、長期在院患者の積極的な退院・地域移行を促進する。ユーザーの視点に立った、新たなサービスを開発する。医療機関に対する地域住民や地域資源の理解を深め、課題を共有し、不足している社会資源の開発に取り組む。地域住民のニーズに応じた良質なサービスやプログラムを開発する。

指針6：グループの活用

患者個人の支援目標に応じたグループプログラムの運営、医療機関や病棟の活性化を目的としたグループや催事の計画の立案と実施。

【キーワード】

グループダイナミクス、リハビリテーション、リカバリー、エンパワメント

【基本的な考え方】

集団の力を利用し、具体的な生活イメージが持てるようにする。グループ場面を通し、患者のリハビリテーションを展開する。リカバリーの視点を持ってグループ運営を図る。患者・家族への心理教育を行う。

指針7：積極的介入（虐待、早期介入、アウトリーチ、自殺予防等）

虐待事例への対応では、早急に医療機関としての方針を取りまとめ、積極的な介入が求められる。また、早期介入や自殺予防の事例では、患者が受診するのを待つだけでなく医療機関のほうから働きかけをして未治療期間の短縮、治療中断や自殺を防ぐよう、積極的な介入が期待されている。必要に応じて、関係機関と連携しながらアウトリーチを行う。

【キーワード】

権利擁護、危機介入、再発防止、関係修復

【基本的な考え方】

虐待の被害者は、できるだけ早く生命の危機から保護され、再発防止を図られなければならない。医療機関は虐待の事実を把握したらできるだけ速やかに方針をまとめ、被害者の保護に向けた行政機関との調整に入ることが必要である。関係機関との連携により、再発防止策を講じる。被害者と加害者の関係修復的心理支援を行う。早期介入や自殺予防の事例には、家族や関係者からの情報を元に、治療の必要性をよく検討し、対象者の権利擁護に配慮しつつ、アセスメントを行う。アセスメントに基づいた支援（アウトリーチも含む）を行う。