

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)

議 事 次 第

1. 日時 平成21年7月30日(木) 10:00~12:30 目途
 2. 場所 航空会館 大ホール(7F)
東京都港区新橋1-18-1
 3. 議事
 - 精神保健福祉法に関する課題等について
-

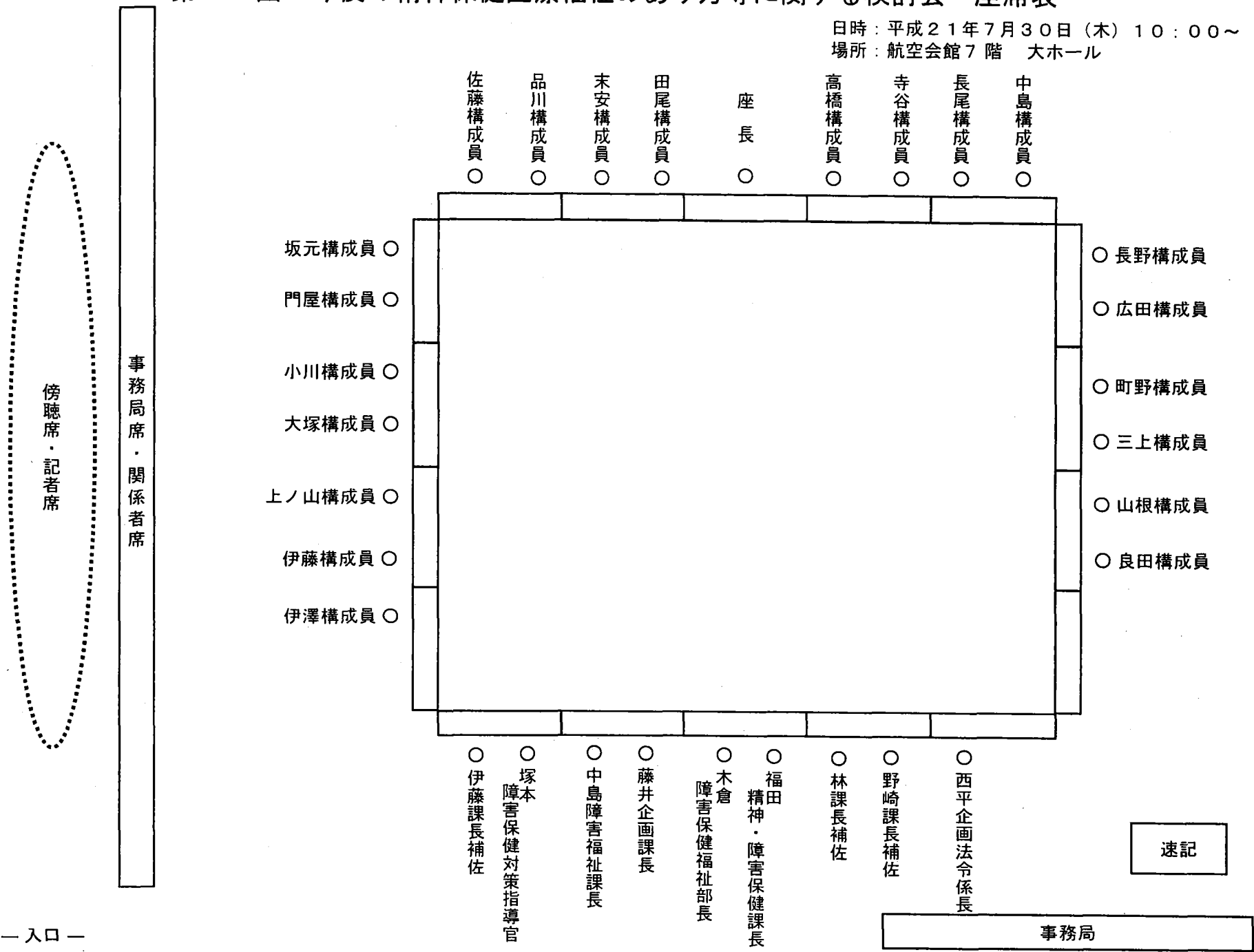
【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

資 料 精神保健福祉法に関する課題等について

第21回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 座席表

日時：平成21年7月30日（木）10:00～
 場所：航空会館7階 大ホール



傍聴席・記者席

事務局席・関係者席

速記

事務局

— 入口 —

佐藤構成員 ○
 品川構成員 ○
 末安構成員 ○
 田尾構成員 ○
 座長 ○
 高橋構成員 ○
 寺谷構成員 ○
 長尾構成員 ○
 中島構成員 ○

坂元構成員 ○
 門屋構成員 ○
 小川構成員 ○
 大塚構成員 ○
 上ノ山構成員 ○
 伊藤構成員 ○
 伊澤構成員 ○

○ 長野構成員
 ○ 広田構成員
 ○ 町野構成員
 ○ 三上構成員
 ○ 山根構成員
 ○ 良田構成員

○ 伊藤課長補佐
 ○ 塚本 障害保健対策指導官
 ○ 中島障害福祉課長
 ○ 藤井企画課長
 ○ 木倉 障害保健福祉部長
 ○ 福田 精神・障害保健課長
 ○ 林課長補佐
 ○ 野崎課長補佐
 ○ 西平企画法令係長

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 構成員名簿

氏名	所属・役職
伊澤 雄一	特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 代表
伊藤 弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部長
上ノ山 一寛	社団法人 日本精神神経科診療所協会 理事
大塚 淳子	社団法人 日本精神保健福祉士協会 常務理事
小川 忍	社団法人 日本看護協会 常任理事
門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター 理事長
坂元 昇	全国衛生部長会 副会長
佐藤 茂樹	有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 副理事長
品川 眞佐子	特定非営利活動法人 ほっとハート 理事長
末安 民生	社団法人 日本精神科看護技術協会 会長
田尾 有樹子	社会福祉法人 巣立ち会 理事
高橋 忍	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 理事
谷畑 英吾	滋賀県湖南市長
寺谷 隆子	山梨県立大学人間福祉学部 教授
長尾 卓夫	社団法人 日本精神科病院協会 副会長
中島 豊爾	社団法人 全国自治体病院協議会 副会長
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
野沢 和弘	毎日新聞社 論説委員
樋口 輝彦	国立精神・神経センター 総長
広田 和子	精神医療サバイバー
町野 朔	上智大学法学研究科 教授
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事
山根 寛	社団法人 日本作業療法士協会 副会長
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

◎

◎:座長
(五十音順、敬称略)

第21回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	
平成21年7月30日	資料

精神保健福祉法に関する課題等について

I 精神保健福祉分野における 制度改正の経緯

精神保健福祉分野における制度改正の経緯

背景

制度改正の概要

精神衛生法

精神保健法

精神保健福祉法

S25年
成立

精神病患者監護法
と精神病院法の
廃止・引継ぎ

◎措置入院制度の創設
◎保護義務者の同意による入院制度の創設
◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等

S29年
改正

◎非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等

S36年
改正

ライシャワー事件(S39年)

◎入院医療費の国庫負担基準の引上げ(2分の1→10分の8) 等

S40年
改正

宇都宮病院事件(S58年)

◎措置入院手続きの改正
(緊急措置入院制度の創設など) 等

S62年
改正

◎精神医療審査会制度の創設
◎応急入院制度、任意入院制度の創設
◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等

H5年
改正

5年後見直し

◎精神障害者社会復帰促進センターの創設
◎精神障害者の定義規定の見直し 等

H7年
改正

・障害者基本法の成立(H5年)
・地域保健法の成立(H6年)

◎精神障害者保健福祉手帳制度の創設
◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等

H11年
改正

池田小事件
(H13年)

◎医療保護入院の要件の明確化(任意入院の状態にない旨を明記)
◎保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等

H15年

医療観察法の成立

◎心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等

精神保健医療福祉の改革
ビジョンの策定(H16年)

H17年
改正

障害者自立支援法の
成立(H17年)

◎精神医療審査会の委員構成の見直し
◎特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等

障害者自立支援法施行後3年の見直しに併せた対応

障害者自立支援法等の一部を改正する法律案(平成21年3月31日国会へ提出)
(※精神保健福祉法の一部改正を含む)

障害の範囲

※障害者自立支援法関係

- 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化
- 高次脳機能障害については、通知によって障害者自立支援法の対象となることを規定。

精神障害者の地域生活を支える精神科救急医療の整備

※精神保健福祉法関係

- 都道府県が地域の実情に応じて、精神科救急医療の確保のための必要な体制整備を行うことを規定
- 精神保健指定医について、
 - ・ 措置診察等の公務員としての業務について、都道府県知事からの協力要請に応じる義務
 - ・ 精神科救急医療への参画について、都道府県知事が指定医・医療機関の管理者に協力を求めることができる旨を規定

精神障害者の社会復帰のための支援

※精神保健福祉法関係

- 医療施設の設置者や管理者が、障害福祉サービス事業者、一般相談支援事業者等と密接に連携するよう努めること等について規定
- 精神科病院等の管理者が、当該施設の医師、看護師等による有機的な連携の確保に配慮することについて規定

参議院厚生労働委員会附帯決議(平成17年10月13日)の概要

障害者自立支援法案に対する附帯決議(抄)

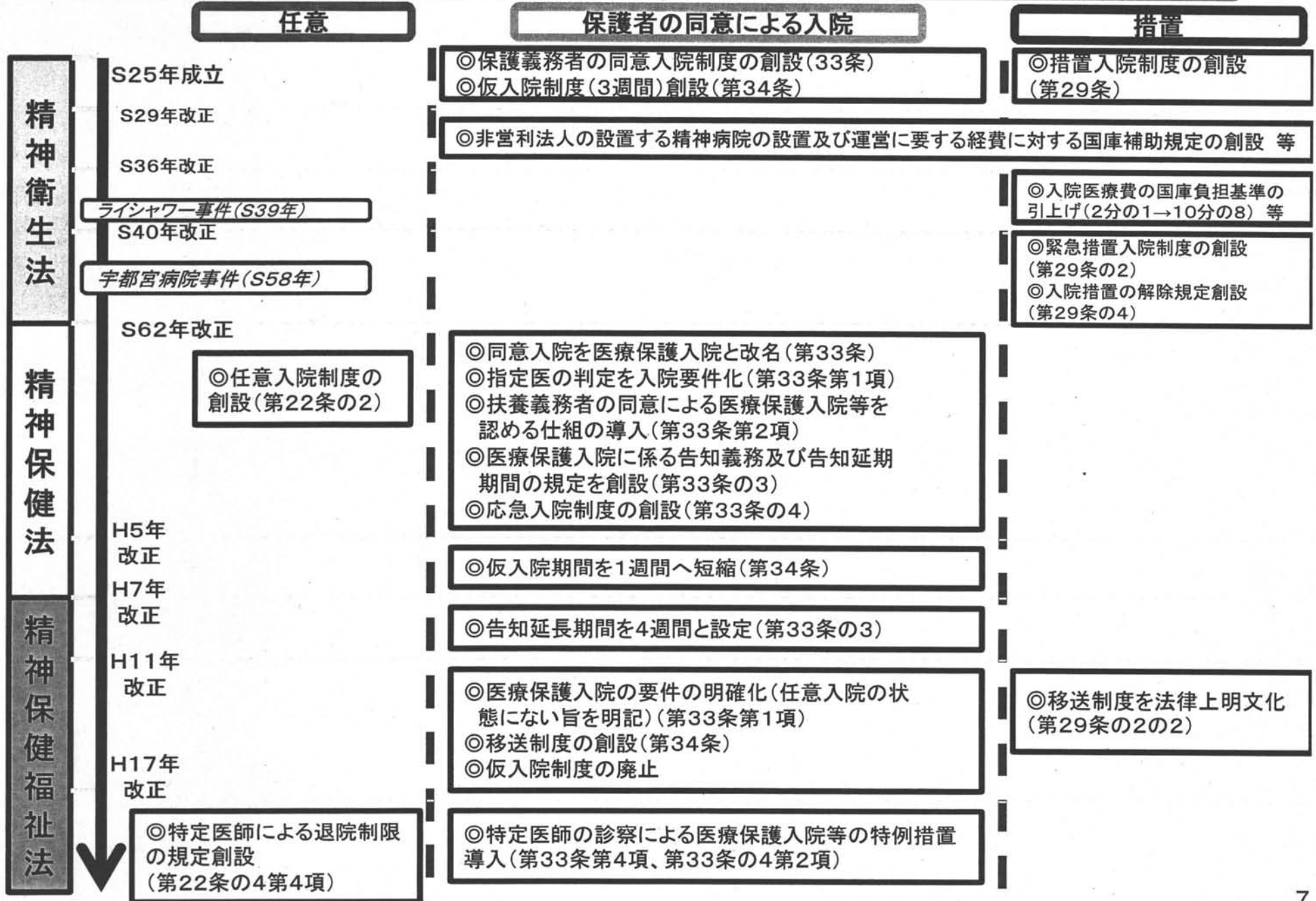
十九 医療法に基づく医療計画とあいまって、精神病院におけるいわゆる七・二万人の社会的入院患者の解消を図るとともに、それらの者の地域における生活が円滑に行われるよう、必要な措置を講ずること(①)。また、精神保健福祉法に基づく医療保護入院の適切な運用について、精神医療審査会の機能の在り方、保護者の制度の在り方等、同法に係る課題について引き続き検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を速やかに講ずること(②)。

(注) 「(①)」、「(②)」は事務局において付記したもの。

上記附帯決議を受けて、①については、障害福祉計画に基づく各種障害福祉サービスの提供体制の確保や、精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施によって対応しており、また、②についても、医療保護入院の適切な運用を図るための医療保護入院に係る病状報告の様式の見直し(精神保健福祉法施行規則改正)や、精神医療審査会の機能について、地域間格差の是正を図りつつ、精神医療審査会が適正に機能するよう都道府県等に対して周知する対応を図っているところ。

Ⅱ 入院制度・精神医療審査会 について

入院制度に係る戦後の改正の経緯



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)

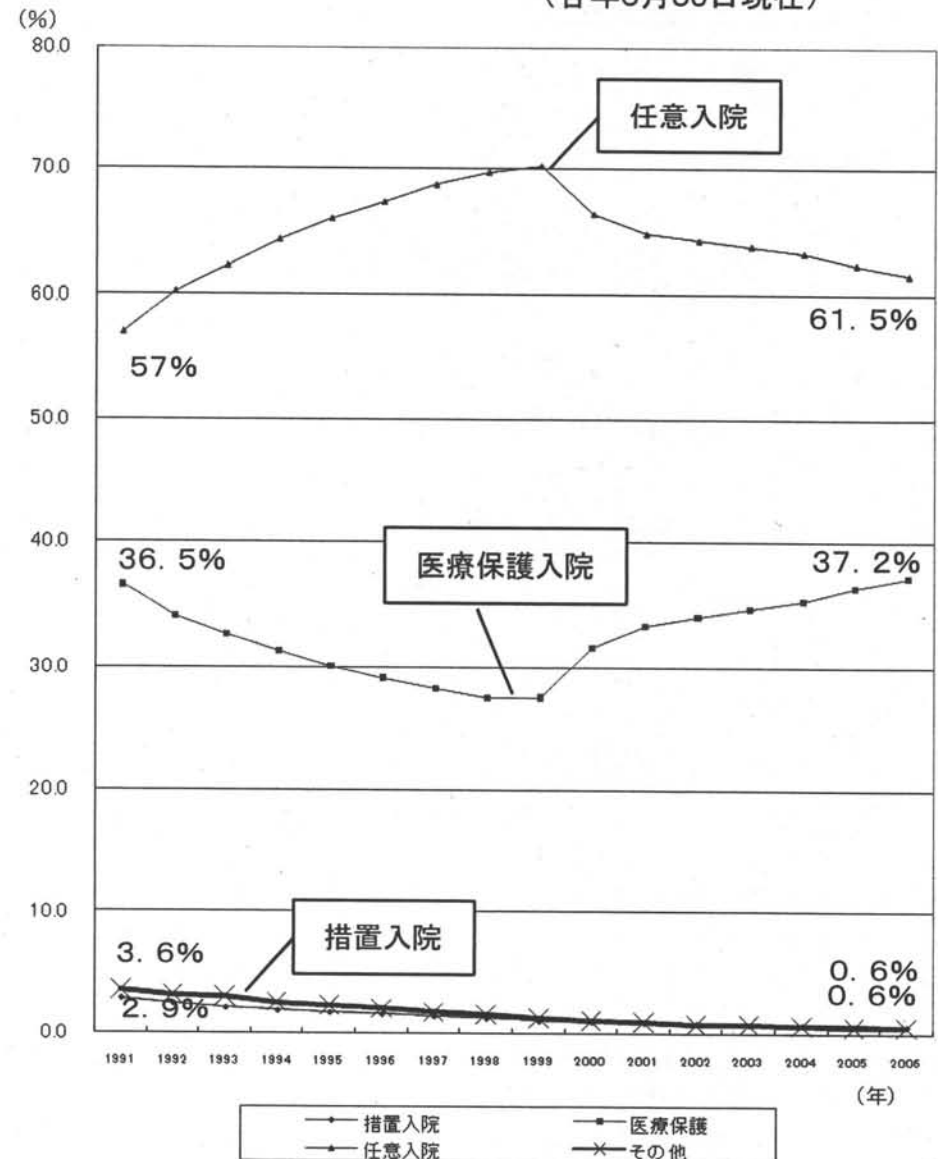
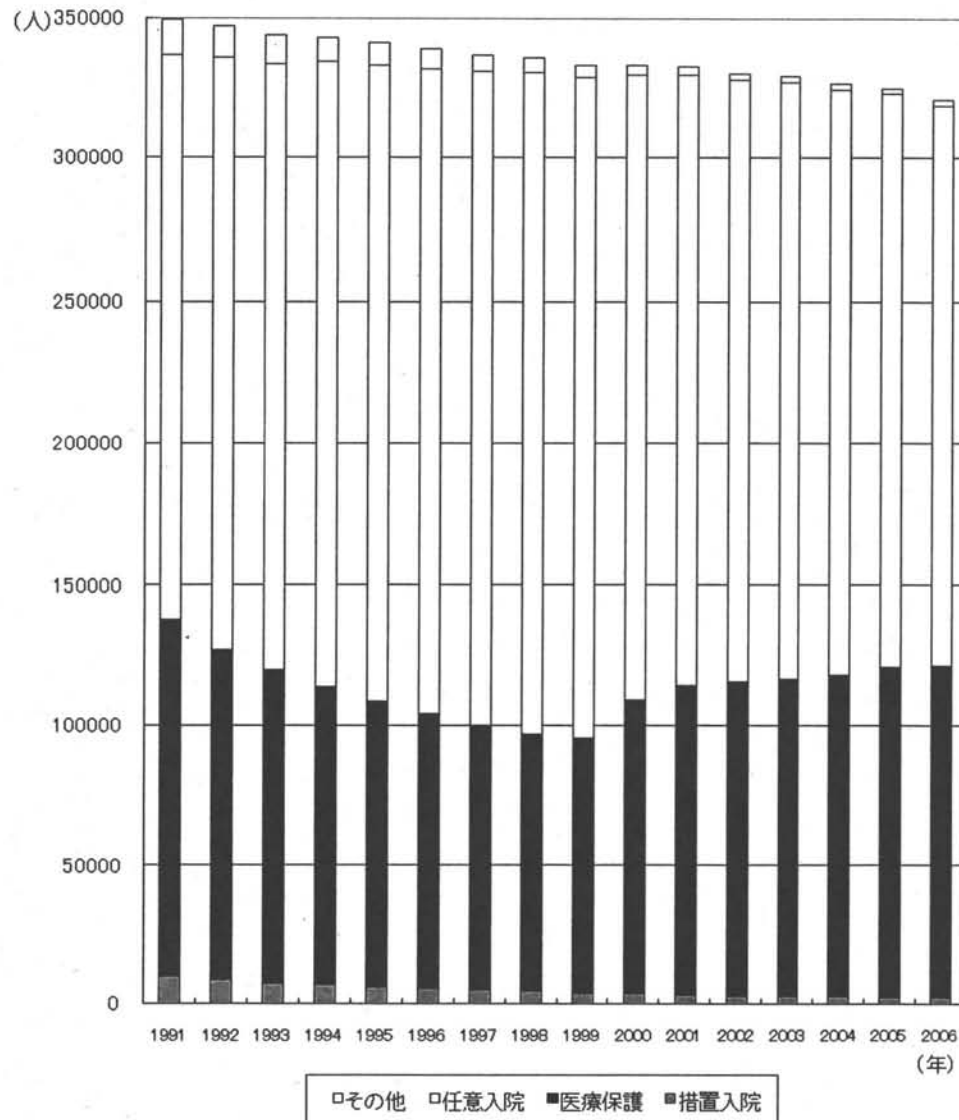
4 任意入院(法第22条の3)

【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

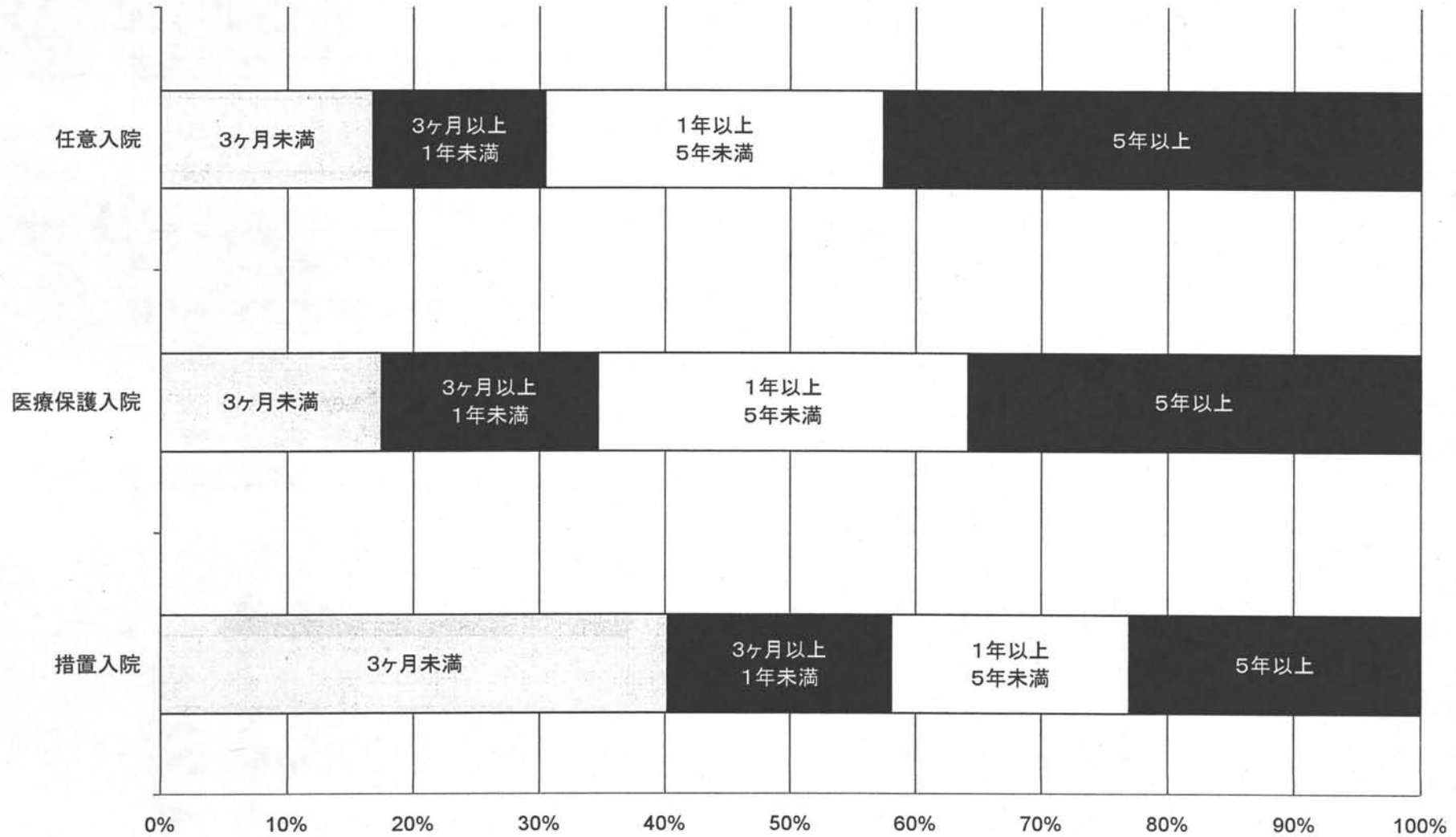
入院形態別在院患者数の推移

資料：精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)

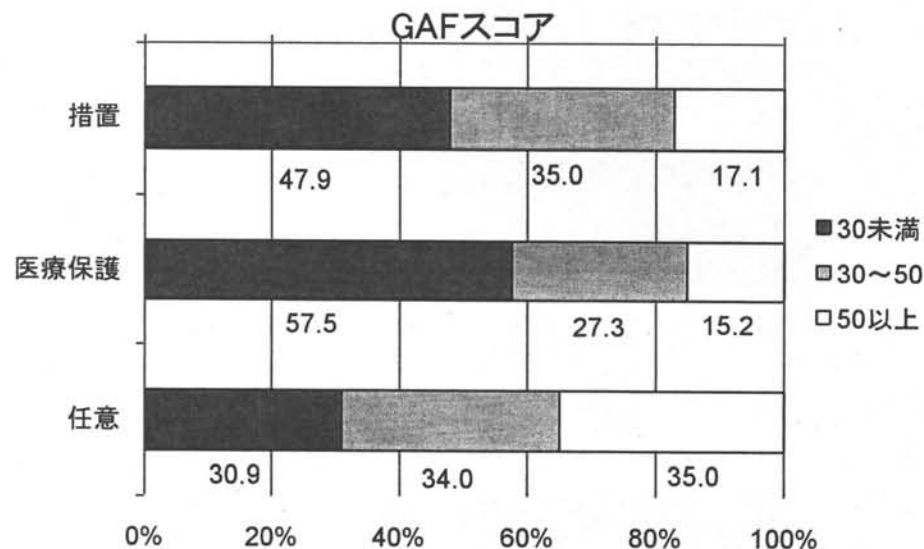
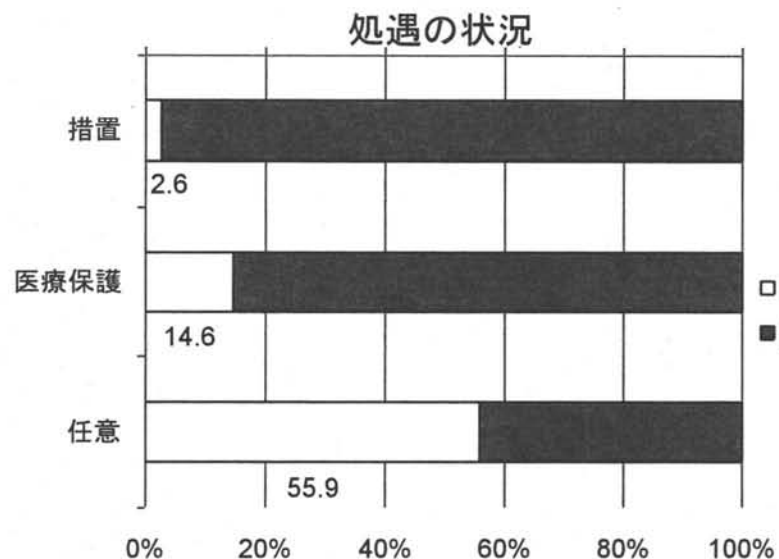


入院形態別・在院期間別の患者割合

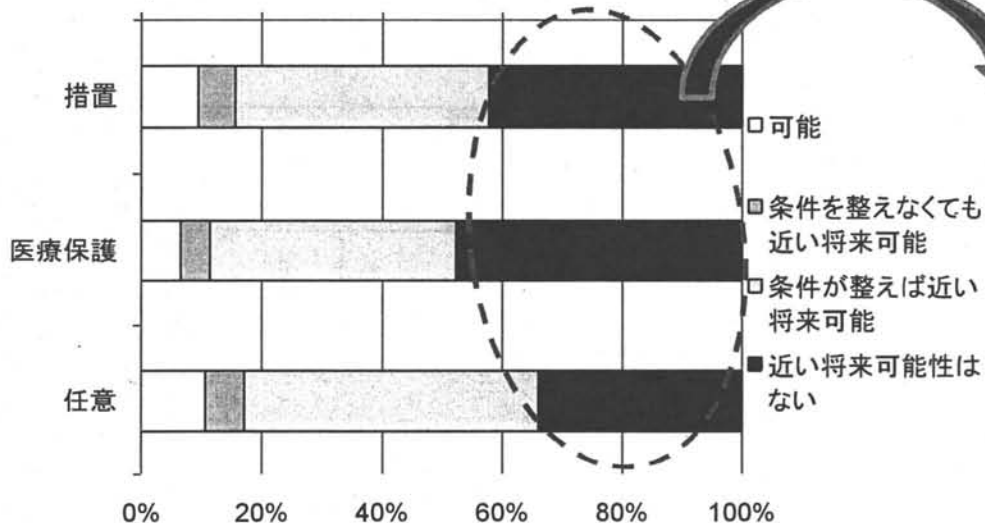
資料：精神・障害保健課調
(平成18年6月30日現在)



(参考) 入院形態別の患者の状態



居住先・支援が整った場合の退院可能性



退院の可能性がない主な理由

	措置	医療保護	任意
自傷行為・自殺企図の危険性が高い	18.8	3.3	2.4
他害行為の危険性が高い	40.6	7.0	3.2
迷惑行為を起こす可能性が高い	9.4	10.1	9.0
治療・服薬への心理的抵抗が強い	3.1	4.1	4.3
セルフケア能力に著しい問題がある	0.0	32.4	44.2
重度の多飲水・水中毒	0.0	2.8	1.6
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.0	0.5	1.5
陽性症状(幻覚・妄想)が重度	25.0	27.5	20.0
その他	3.1	12.3	13.7
計	100.0	100.0	100.0

各国の入院形態等について

	概要
フランス	<p>○入院形態は、同意入院と措置入院の2種類</p> <p>○医師(精神科医に限らない)には、患者収容後、24時間以内に自治体首長に対する証明書の提出が義務づけられている(証明書は、署名日から15日間有効)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同意入院 <ul style="list-style-type: none"> －患者の任意ではなく、患者を取り巻く「周囲」の任意で申請されるため、誰でも申請者になることができる。 －対象は、(公共の秩序と安全を深刻に脅かすいわゆる危険な患者ではないが)病識がなく、自発的な治療を拒否する患者 ・措置入院 <ul style="list-style-type: none"> －県知事等による行政処分 －対象は、公共の秩序と安全を脅かす危険な患者
オランダ	<p>○非自発的入院の形態は、①当事者の親族等からの申請により、自治体の首長が入院を決定する保護的強制入院、②精神科専門医が文書で申請し、裁判所の判事が許可を行う限定的強制入院、③①又は②の入院によって症状が改善しない場合に、病院長が判事に申請し入院継続が認められる持続的強制入院がある。入院期間はそれぞれ、①は3週間を限度、②は通常3～6ヶ月、③は6ヶ月から1年間。</p>
イタリア	<p>○任意入院が基本。強制入院は、次の場合に限られている。①緊急に治療しなければならない精神障害がある、②その治療法は患者に受け入れられない、③時間的にも方法的にも適切な入院外の治療介入ではやれない。入院の提案は、一人の医師が行い、もう一方がそれを追認する必要があり、市長が入院を指示する。強制入院の届は、48時間以内に後見裁判官に出され、裁判官は、続く48時間以内に強制治療の承認、不承認を決定する。</p>

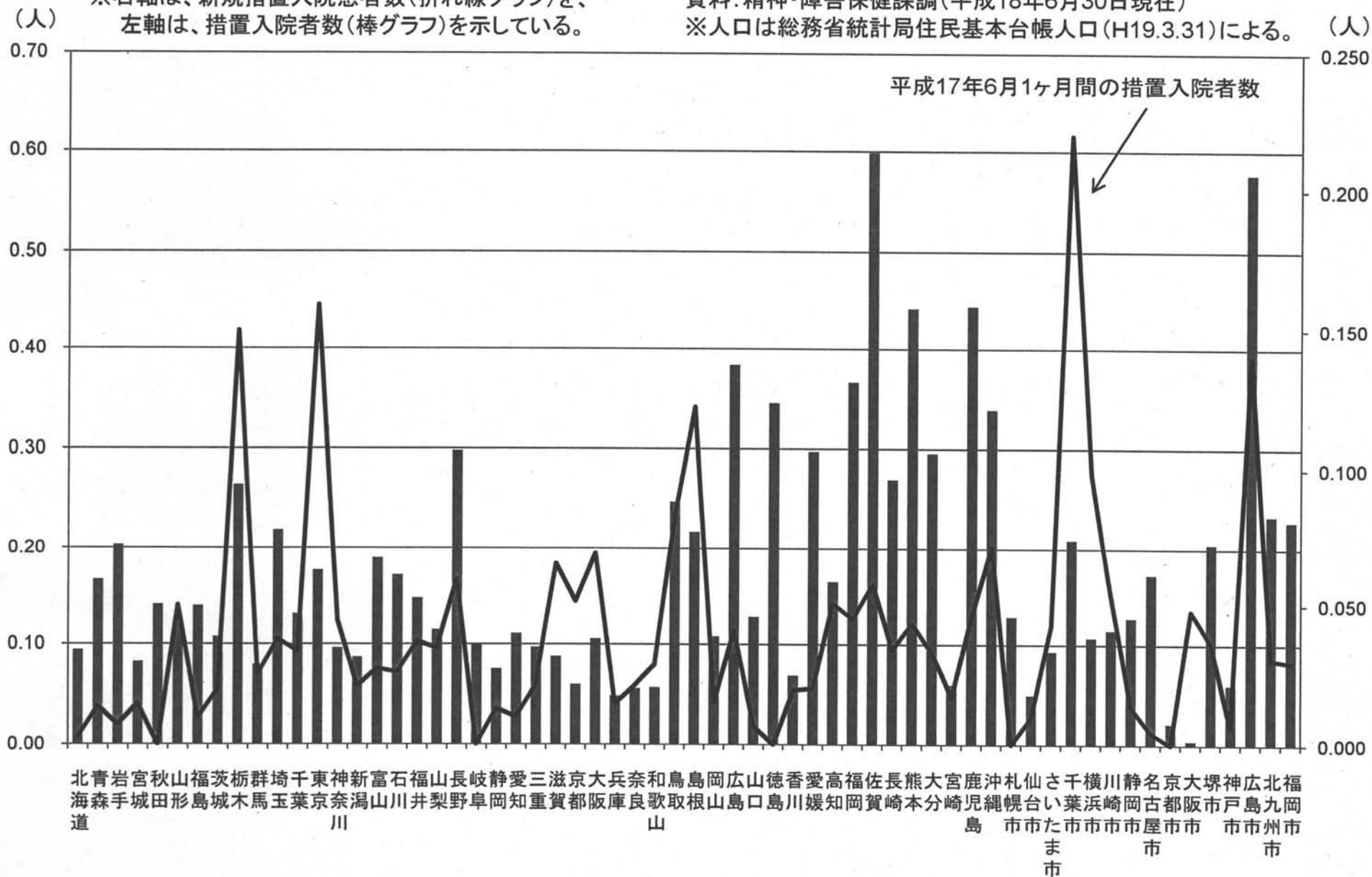
参照:へるす出版社 世界の精神保健医療(編集 新福尚隆/浅井邦彦)(2001年)等を基に編集

Ⅱ－１ 措置入院について

措置入院者数と新規措置入院者数(人口万対)

※右軸は、新規措置入院患者数(折れ線グラフ)を、
左軸は、措置入院者数(棒グラフ)を示している。

資料:精神・障害保健課調(平成18年6月30日現在)
※人口は総務省統計局住民基本台帳人口(H19.3.31)による。



措置入院の判断基準について

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百二十三号)(抄)

(判定の基準)

第二十八条の二 第二十七条第一項又は第二項の規定により診察をした指定医は、厚生労働大臣の定める基準に従い、当該診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの判定を行わなければならない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二に基づき厚生労働大臣の定める基準(昭和六十三年四月八日厚生省告示第百二十五号)

精神保健法(昭和二十五年法律第百二十三号)第二十八条の二第一項(第二十九条の二第四項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、厚生大臣の定める基準を次のように定め、昭和六十三年七月一日から適用する。

第一

一 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百二十三号。以下「法」という。)第二十九条第一項の規定に基づく入院に係る精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある旨の法第十八条第一項の規定により指定された精神保健指定医による判定は、診察を実施した者について、入院させなければその精神障害のために、次の表に示した病状又は状態像により、自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為(以下「自傷行為」という。)又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為(以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。)を引き起こすおそれがあると認めた場合に行うものとする。

二 自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする。

(中 略)

第二

法第二十九条の二第一項の規定に基づく入院に係る精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しい旨の法第十八条第一項の規定により指定された精神保健指定医による判定は、診察を実施した者について、第一の表に示した病状又は状態像により、自傷行為又は他害行為を引き起こすおそれが著しいと認めた場合に行うものとする。

Ⅱ－２ 医療保護入院・保護者制度 について

医療保護入院制度の法的性格について

制度趣旨

他の疾病と異なり、精神障害においては、本人に病気であることの認識がないなどのため、入院の必要性について本人が適切な判断をすることができず、自己の利益を守ることができない場合があるという特質があることを考慮し、保護者の同意の手續を通じて精神障害者本人の利益を厚く保護しようとするもの。

※ 精神衛生法上の同意入院について、東京地裁平成2年11月19日判決(判時1396号95頁)同旨。

法的性格

○ 本人の同意に基づかないという意味において、本人にとっては強制的な性格を有する。

※ 精神衛生法時代は、一般的に「同意入院」と呼称されていたが、ややもすれば患者本人の同意がある入院と誤解されるくらいがあったことから、昭和62年改正(精神衛生法→精神保健法)の際に、その名称が改められたもの。

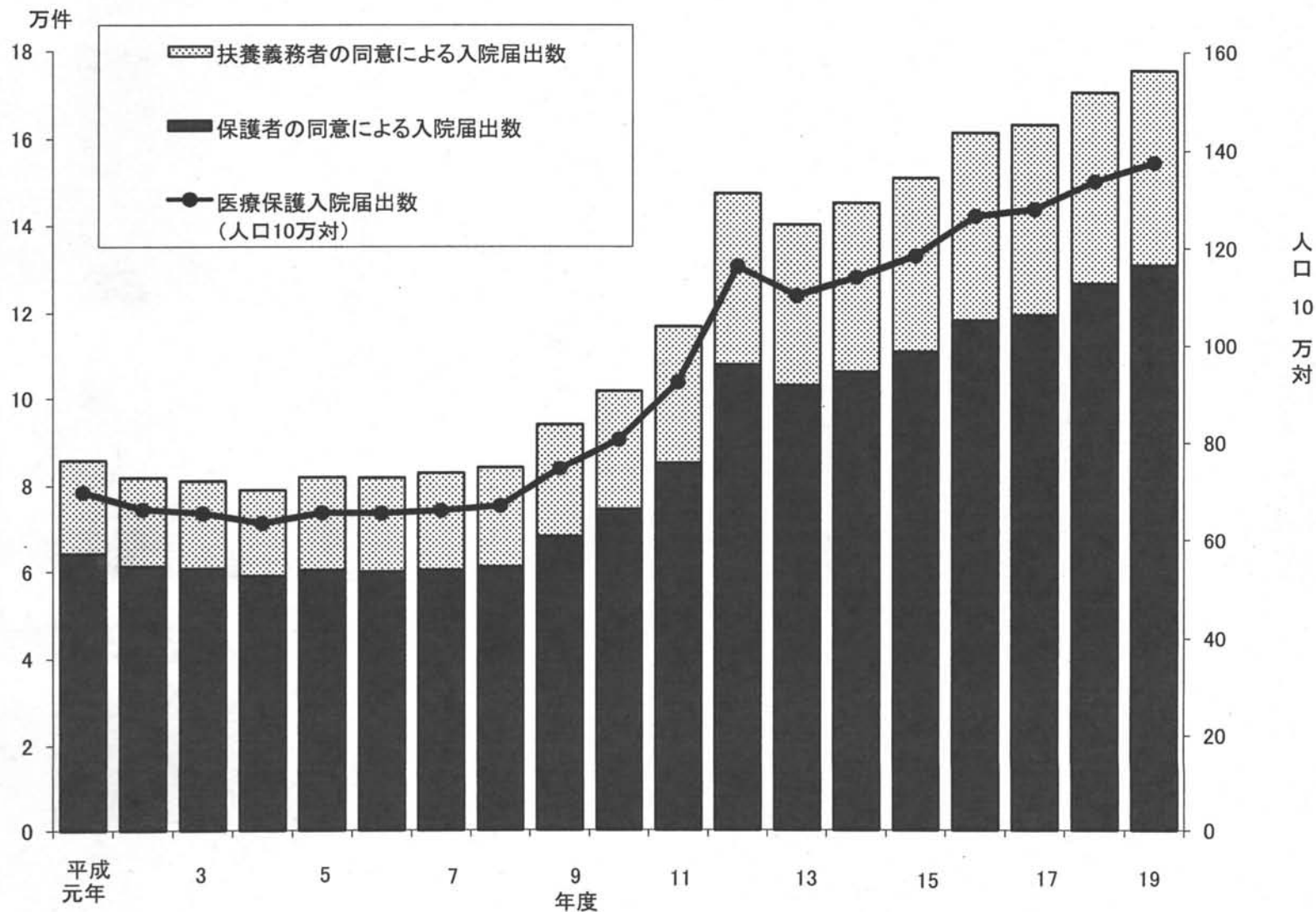
※ 精神医学的・社会的に妥当な方法(必要最小限度の強制力を加えることも可能)によって本人を入院させることができる。

○ 入院自体は、保護者と精神科病院の管理者との間に成立した診療契約に基づくものである。

※ 精神衛生法上の同意入院について、東京地裁平成2年11月19日判決(判時1396号95頁)参照。

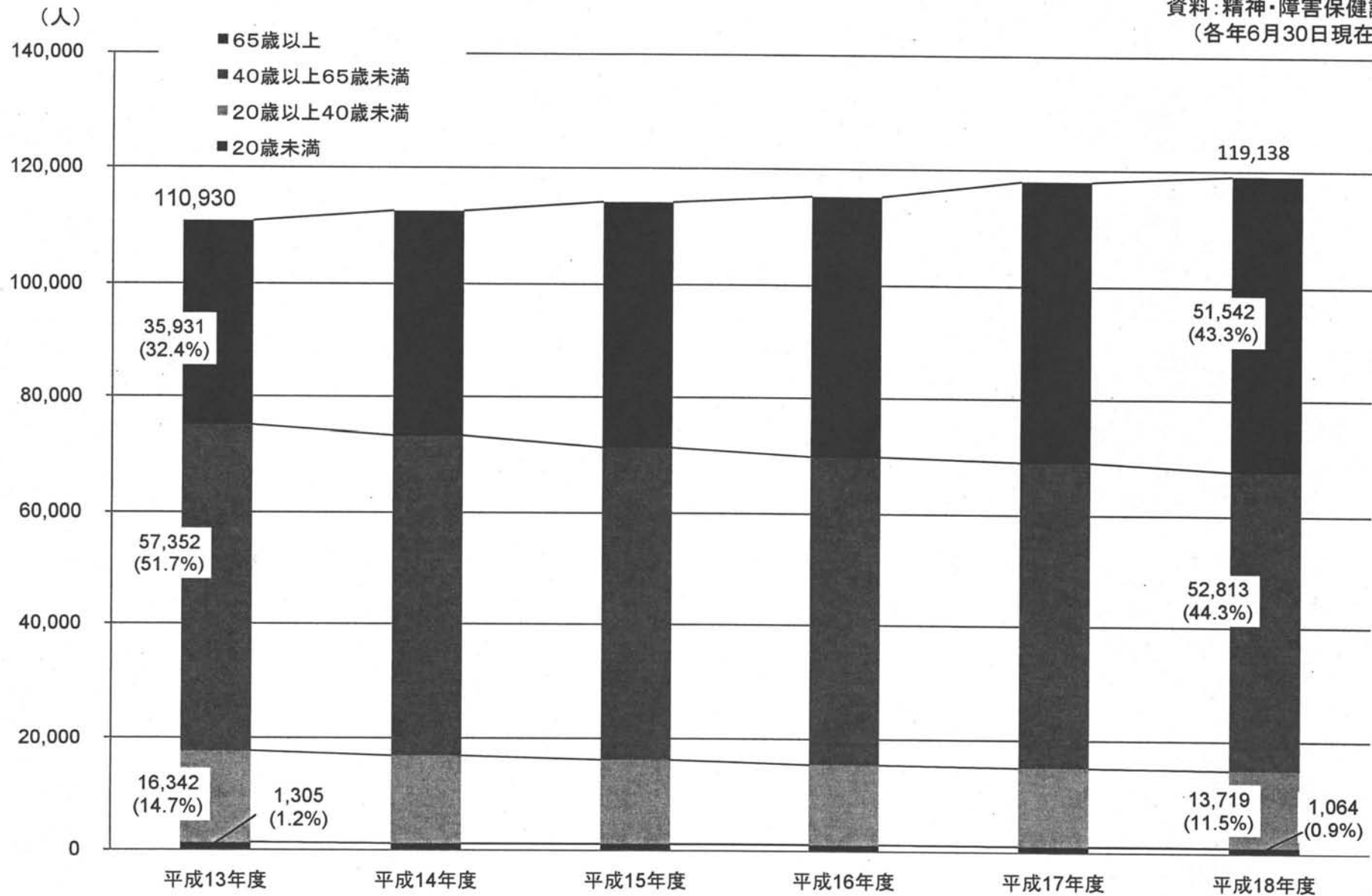
医療保護入院届出数の年次推移（各年度）

資料：衛生行政報告例



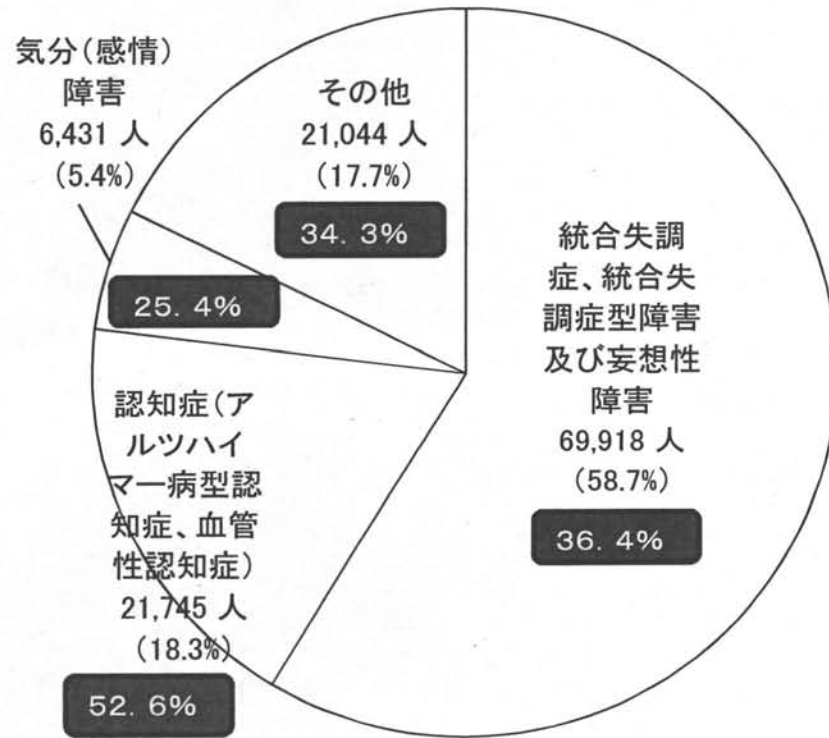
年齢別医療保護入院者数

資料：精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)



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18年6月30日現在)



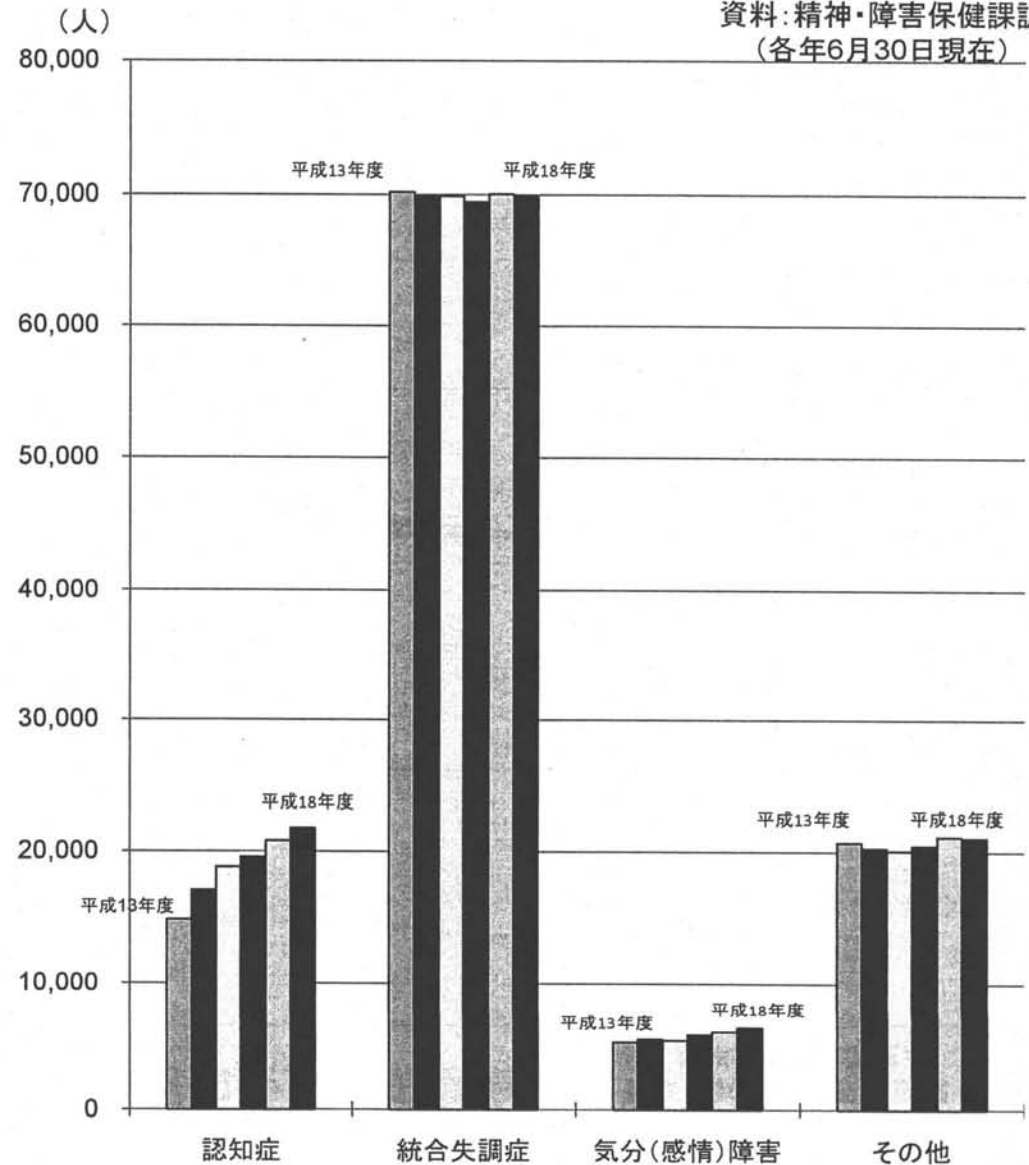
(参考)

医療保護入院者(総数) 119,138人
入院患者(総数) 320,308人

※ 内の数値は、入院患者総数(疾患分類別)に占める割合

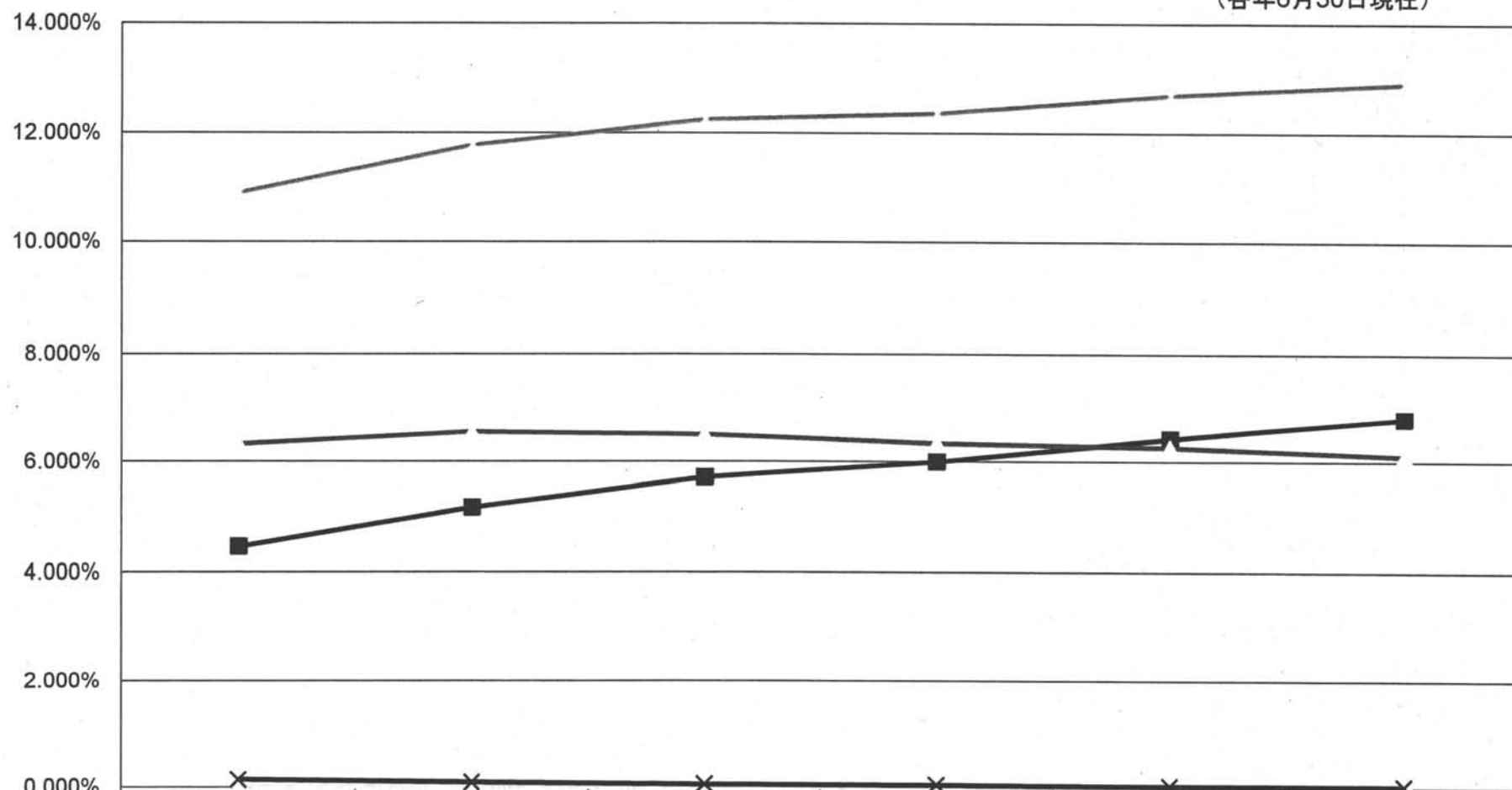
医療保護入院者の推移 (疾患分類別)

資料:精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)



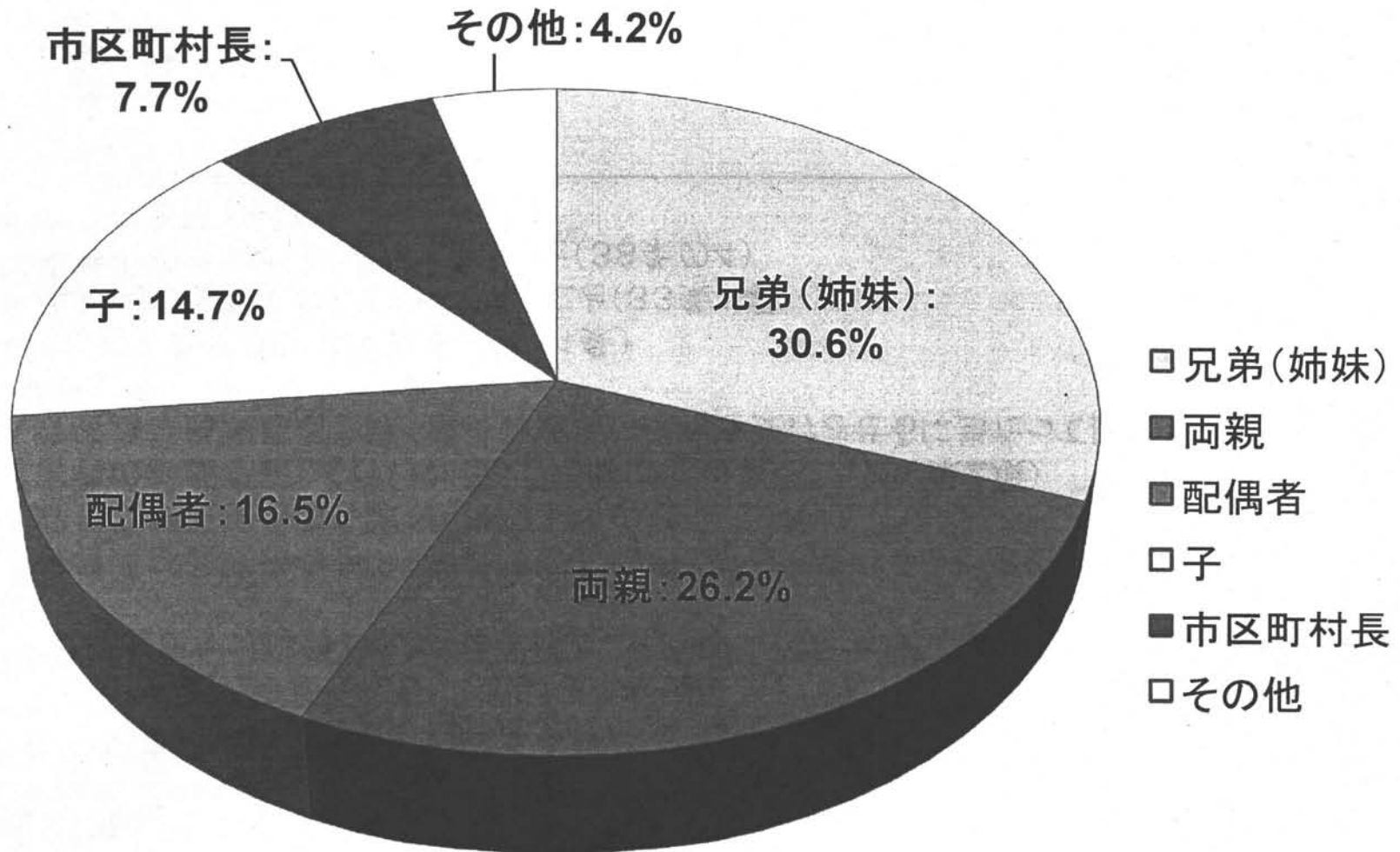
入院患者全体に占める認知症患者の割合

資料:精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)



	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
措置入院	0.003%	0.003%	0.003%	0.002%	0.004%	0.001%
■医療保護	4.450%	5.158%	5.708%	5.991%	6.413%	6.789%
—任意入院	6.305%	6.530%	6.485%	6.325%	6.256%	6.103%
×その他の入院	0.130%	0.083%	0.046%	0.040%	0.019%	0.019%
—認知症計	10.889%	11.774%	12.243%	12.359%	12.692%	12.912%

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)

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)
- 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

保護者制度に係るこれまでの経緯

○ 明治7年

・医制の発布

医制の一つに癲狂院の設立に関する規定があったものの、癲狂院の設置は進まず、精神病者の大多数は私宅に監置されて、家族の世話に任されていた。

○明治33年

・精神病患者監護法の公布

①後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会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。

②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

・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。

○昭和25年

・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

○昭和40年改正

・保護義務者による保護拘束の規定の削除

○平成5年改正

・「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)

○平成11年改正

・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(22条1項)

・保護者の義務のうち自傷他害防止監督義務を削除(22条1項)

・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(20条2項)

民法（明治二十九年四月二十七日法律第八十九号）

（責任能力）

第七百十二条 未成年者は、他人に損害を加えた場合において、自己の行為の責任を弁識するに足りる知能を備えていなかったときは、その行為について賠償の責任を負わない。

第七百十三条 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）

第七百十四条 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ったとき、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。

成年後見制度について

概要

- 本制度は、認知症等の精神障害、知的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。

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。

(参考)

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。

長期の任意入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入

「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について（平成18年12月22日障精発第1222001号）」（通知）

【概要】

長期間任意入院している患者の病状を適切に確認するとともに、入院目的や退院できるかどうかを再確認するため、任意入院患者について、入院後1年経過時及び以後2年ごと（1年後、3年後、5年後、7年後・・・）に同意書の提出を求め、書面によって入院に係る同意の再確認を行うもの。

○同意書による再確認の時期は、

- ・入院後1年経過した日 及び
- ・以後2年ごと経過した日

の属する月とする。

○同意書については精神科病院の管理者が保存。

○都道府県への提出は不要であるが、同意の再確認を行っているか否かは指導監査において確認。

Ⅱ－３ 精神医療審査会について

精神医療審査会に係るこれまでの経緯(制度改革)

昭和62年改正

・精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するため、専門的かつ独立的な期間として中立公正な審査を行うものとして設置。審査会は、都道府県知事の下におかれ、

- ①医療保護入院の届出
 - ②措置入院患者および医療保護入院患者に係る定期病状報告
 - ③患者からの退院・処遇改善請求
- について審査を行うことをその業務とする。

平成11年改正

- ・事務局を、都道府県本庁から、精神保健福祉センターに変更。
- ・委員数の制限(5名～15名)を廃止。
- ・調査権限として、従来の関係者からの意見聴取に加え、帳簿書類の提出等を追加。

平成17年改正

- ・5名の委員構成について、都道府県の裁量を拡大。
- ・(任意入院患者に係る病状報告制度の導入。)

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

<知事による審査の求め>

入院の可否の
審査

<速やかに審査結果通知>

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>

入院の可否
処遇の適・不適の
審査

<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

平成19年度

	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 不適當		入院又は 処遇は 不適當
全国計	86,066	4	1	2,718	12	0	2,288	91	256	23
(割合)		0.005%	0.001%		0.442%	0%		4.0%		9.0%

資料: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19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	1,494	1,408	5,124	0	8,026	25	10	6	0	41	0	14	11	0	25

資料:精神・障害保健課調

(参考) 在院患者数に対する年間実地審査件数の割合

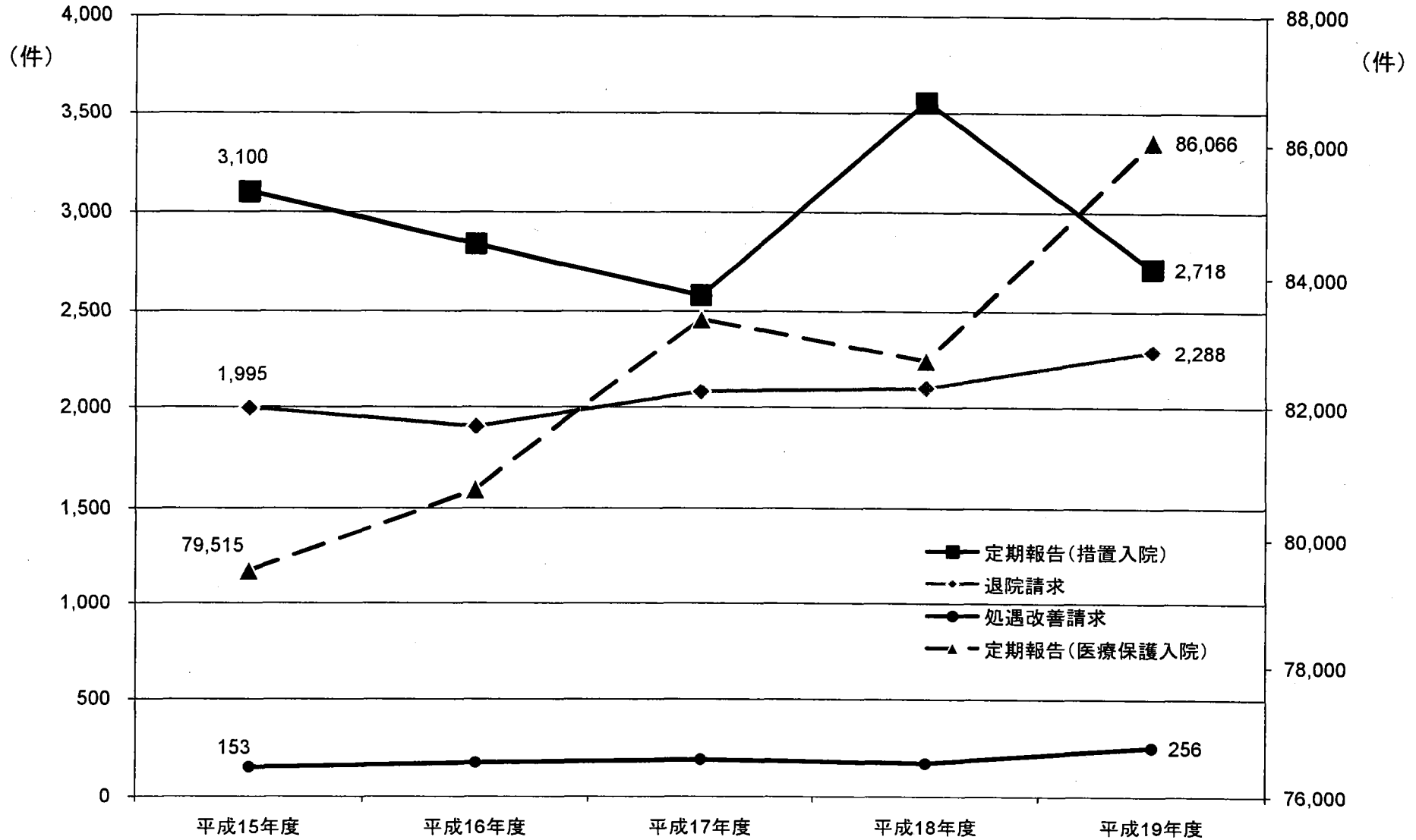
措置入院 (2,061人) 68.3%
 医療保護入院 (119,138人) 4.3%
 任意入院 (197,212人) 0.8%

※在院患者数は平成18年6月30日現在(精神・障害保健課調)

定期報告、退院等請求の件数推移

定期報告(措置入院)
退院請求、処遇改善請求

定期報告(医療保護入院)



資料:衛生行政報告例

精神医療審査会の状況

資料:精神・障害保健課調

	審査会委員数(人)			H19年度 開催状況 ※臨時含む (回)	定期報告、 退院等請求 の審査件数	審査会1回 あたりの平均 審査件数	
	合計	精神 医療	法律 その他				
北海道	15	9	3	3	36	1,902	53
青森	15	9	3	3	18	991	55
岩手	16	9	4	3	18	523	29
宮城	16	9	4	3	24	841	35
秋田	20	12	4	4	24	1,147	48
山形	18	10	4	4	19	945	50
福島	14	6	4	4	24	2,002	83
茨城	15	7	5	3	24	1,573	66
栃木	15	9	3	3	24	1,573	66
群馬	24	15	4	5	25	1,576	63
埼玉	20	12	4	4	49	5,015	102
千葉	20	11	4	5	42	4,138	99
東京	32	19	7	6	66	4,835	73
神奈川	15	9	3	3	36	2,868	80
新潟	20	12	4	4	24	1,629	68
富山	15	8	5	2	13	1,469	113
石川	10	6	2	2	12	1,194	100
福井	15	9	3	3	12	485	40
山梨	15	9	3	3	24	754	31
長野	15	9	3	3	13	1,056	81
岐阜	15	9	3	3	34	1,010	30
静岡	21	9	6	6	24	1,028	43
愛知	20	12	4	4	31	1,712	55
三重	18	12	3	3	13	1,191	92
滋賀	24	13	5	6	24	746	31
京都	15	9	3	3	36	776	22
大阪	40	24	8	8	47	4,754	101
兵庫	20	12	4	4	42	2,052	49
奈良	20	12	4	4	24	965	40
和歌山	20	11	3	6	13	644	50
鳥取	13	6	3	4	12	661	55
島根	20	11	3	6	12	886	74
岡山	20	12	4	4	32	1,974	62

	審査会委員数(人)			H19年度 開催状況 ※臨時含む (回)	定期報告、 退院等請求 の審査件数	審査会1回 あたりの平均 審査件数	
	合計	精神 医療	法律 その他				
広島	20	12	4	4	24	1,869	78
山口	16	9	4	3	22	2,246	102
徳島	12	8	2	2	12	617	51
香川	19	9	5	5	17	392	23
愛媛	22	16	2	4	24	1,465	61
高知	21	10	4	7	25	972	39
福岡	20	12	4	4	49	3,411	70
佐賀	15	6	4	5	24	1,248	52
長崎	21	13	4	4	24	1,326	55
熊本	17	7	5	5	24	2,536	106
大分	15	9	3	3	24	1,636	68
宮崎	15	8	4	3	24	844	35
鹿児島	20	11	4	5	24	2,231	93
沖縄	14	6	4	4	22	1,071	49
札幌市	11	5	3	3	24	2,044	85
仙台市	15	9	3	3	24	763	32
さいたま	11	7	2	2	23	432	19
千葉市	15	9	3	3	18	419	23
横浜市	16	9	4	3	36	1,803	50
川崎市	10	6	2	2	24	437	18
新潟市	12	6	3	3	18	1,371	76
静岡市	18	9	5	4	18	167	9
浜松市	15	6	3	6	19	444	23
名古屋市	20	12	4	4	32	1,254	39
京都市	16	8	4	4	25	994	40
大阪市	10	6	2	2	13	35	3
堺市	10	5	2	3	24	876	37
神戸市	15	9	3	3	25	996	40
広島市	20	12	4	4	25	851	34
北九州市	12	6	3	3	24	712	30
福岡市	18	9	5	4	30	951	32
全国平均	17.2				25.2		54.8

※ 審査会委員数は平成20年10月1日現在

現状と課題

- 本人の意思に基づかない入院形態のうち、措置入院患者数は減少しているが、医療保護入院患者数及び医療保護入院患者の入院患者全体に占める割合は、2000年を境に増加に転じており、現在では入院患者数全体の約4割を占めるに至っている。一方で、任意入院患者数は減少している。この背景には、任意入院制度に関する指導の強化や、認知症入院患者の増加があると考えられ、今後の高齢化の進行に伴って、この傾向が強まる可能性がある。
- 在院期間をみると、医療保護入院及び任意入院で、長期入院が多い傾向があり、特に、5年以上の入院期間をみると、任意入院患者の方が医療保護入院よりも患者割合が多い傾向にある。
- 措置入院については、人口当たりの措置入院患者数が、都道府県によって大きく異なっており、その判断基準について、現在の告示に加えて、基準の一層の明確化や事例集の提示等を行うべきとの意見がある。
- 医療保護入院は、本人の同意に基づかないという意味において、本人にとっては強制的な性格を有しており、精神保健指定医による診察と保護者の同意という手続により入院が可能となっている。我が国においては、措置入院、医療保護入院、任意入院の3種類の入院形態があるが、国際的には、行政庁等による処分としての強制入院と、本人の同意に基づく任意入院の2種類に分けているところが多い。
- また、医療保護入院制度や保護者制度については、本人が入院を拒否している場合に保護者が入院に同意することによって本人と家族との間に葛藤を生じるケースがあることや、保護者となる家族の負担感が強いこと等から、その見直しを求める意見がある。
- 一方、現行の医療保護入院制度についても、保護者の判断能力が疑われるケース(認知症の場合)や、保護者としての適格性が疑われるケース(虐待やDVのある場合)の取扱い等について、明確化を求める意見がある。
- なお、任意入院についても、認知症高齢者や未成年者による同意の有効性に関する意見がある。
- 精神医療審査会については、都道府県等によってその運用状況にばらつきがある。また、定期病状報告を契機に入院形態の変更に至っている事例が少ないなど、その機能が十分に果たされていないおそれがある。また、都道府県からは、審査事務の増加や委員の確保の困難により、迅速な審査が難しいとの意見がある。

入院制度・精神医療審査会について

検討

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉改革の基本的方向性を具体化していく観点から、諸外国における例も参考にしつつ、今後の入院制度のあり方についてどう考えるか。
- 措置入院制度については、判断基準の一層の明確化等、現場においてより適切な判断が行われるような方策についてどのように考えるか。
- 医療保護入院制度については、現状において入院患者数が全体の約4割を占めており、また、入院制度は、地域移行の取組や未治療・治療中断者に対して迅速な医療的支援を行う枠組みとも関連すると考えられるが、これらを踏まえて、医療保護入院制度のあり方についてどう考えるか。
- あわせて、保護者が虐待やDVを行っている場合や離婚調停中である場合など保護者適格が疑われる場合への対応を含め、現行の医療保護入院制度の適切な運用のための方策についてどのように考えるか。
- 保護者制度については、保護者が認知症患者など自ら処遇改善請求や退院請求を行うことが困難であると考えられる入院患者の権利を擁護する役割を担っている側面もあり、また、未治療・治療中断者に対してアウトリーチによる医療的支援を行う枠組みや成年後見制度等の他制度とも関連すると考えられるが、これらの点や医療保護入院制度との関係も踏まえて、そのあり方についてどのように考えるか。
- 任意入院の認知症高齢者や未成年者に対する適用について、成年後見制度等民法との関係も踏まえて、どのように考えるか。
- 精神医療審査会については、本人の同意に基づかない入院の可否等についてチェック機能を果たすことが期待されているが、都道府県等における事務量の制約という観点も踏まえつつ、その機能を十分に確保するための方策について、どのように考えるか。

Ⅲ 申請・通報制度、移送制度について

申請・通報制度の概要

○一般人の申請(23条)

- ・精神障害者又はその疑いのある者のうち精神保健指定医の診察と必要な保護を要する状態にあるものの所在を知った者が、都道府県知事(指定都市の市長)に対して適宜の措置を採るよう申請することができることを定めた規定

○警察官の通報(24条)

- ・職務執行中の警察官が自傷他害のおそれがある精神障害者を発見したときの通報義務を定めた規定

○検察官の通報(25条)

- ・検察官が職務を執行するに当たり、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人につき通報の義務を課した規定

○保護観察所の長の通報(25条の2)

- ・保護観察所の長に対し、精神障害者又はその疑いのある者に関する通報の義務を課した規定

○矯正施設の長の通報(26条)

- ・矯正施設の長に対し、精神障害者又はその疑いのある収容者を釈放しようとする場合等における通報の義務を課した規定

○精神科病院の管理者の届け出(26条の2)

- ・精神科病院の管理者に対し、措置入院に該当する症状を有する精神障害者の退院の申出があった時の届出の義務を課した規定

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報(26条の3)

- ・医療観察法における指定通院医療機関の管理者および保護観察所の長に対して、同法により入院によらない医療を受けている者がその精神障害のために自傷他害のおそれがあると認めた場合に、直ちに通報する義務を課した規定

被通報者等に係る考え方

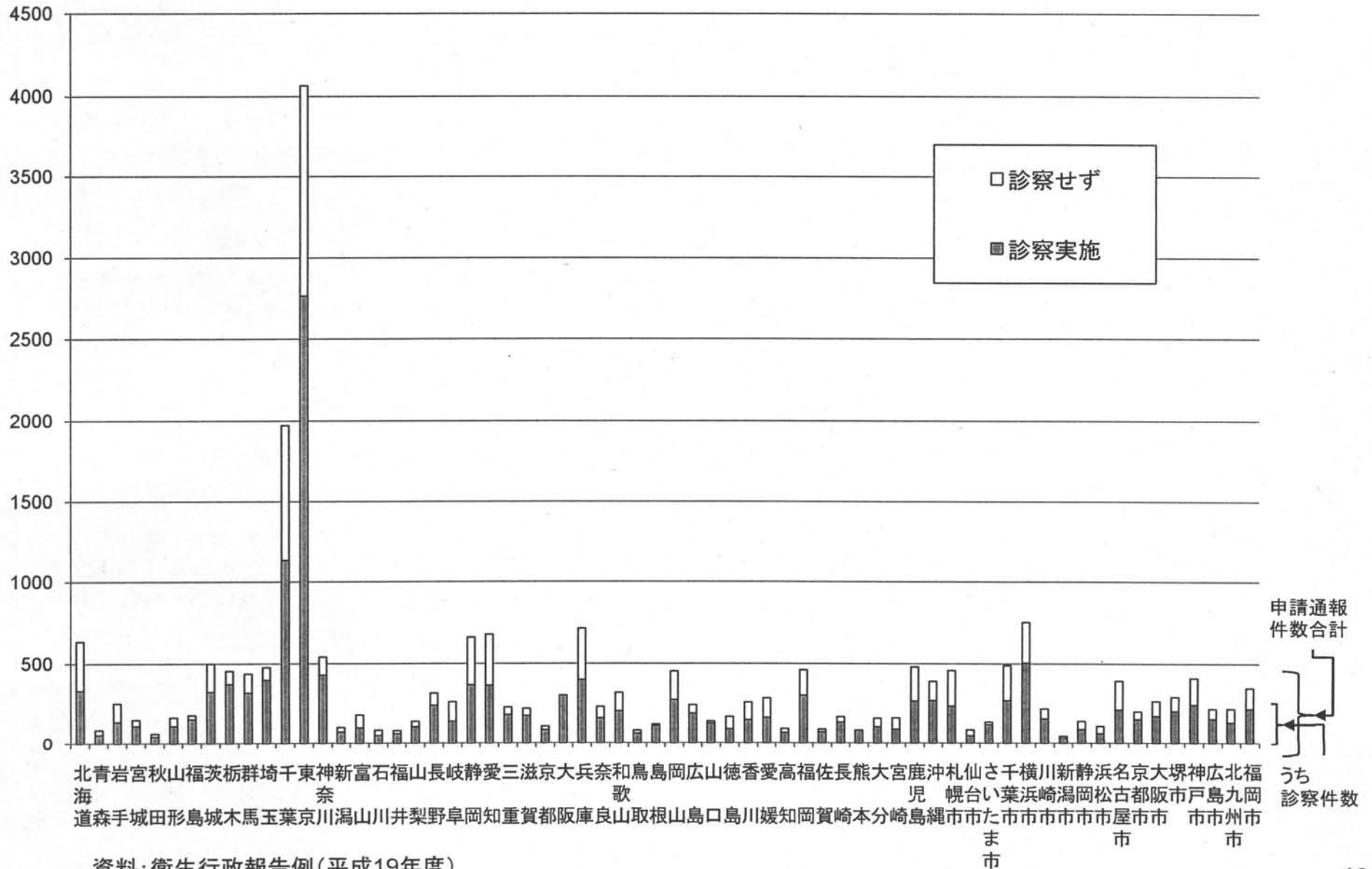
申請・通報主体	被通報者等	被通報者等に係る考え方
一般人 (23条)	精神障害者又はその疑いのある者	<p>○被申請者は、条理上、第29条の自傷他害のおそれのある状態であることを要件とする。</p> <p>○通常人としての立場において、被申請者が自傷他害のおそれのある状態にあることの認識をもつことをもって足りる。</p>
警察官 (24条)	精神障害のために自傷他害のおそれがある者	○左記のとおり
検察官 (25条1項)	精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人	<p>○被通報者に係る解釈は示されていない。</p> <p>○適用場面は、検察官が「不起訴処分をしたとき」又は「裁判が確定したとき」</p>
検察官 (25条2項)	精神障害者若しくはその疑いのある被疑者若しくは被告人又は医療観察法の対象者	<p>○被通報者に係る解釈は示されていない。</p> <p>○適用場面は「特に必要がある場合と認めたとき」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不起訴処分前や裁判確定前であってすみやかに措置入院その他の方法により適切な医療及び保護を加える必要がある場合 ・医療観察法の対象者について、同法による医療の必要性は認められないものの、その精神障害のために自傷のおそれがあると判断されるなど措置入院等による入院医療を行う必要があると考えられる場合
保護観察所の長 (25条の2)	保護観察に付されている者で精神障害者又はその疑いのある者	○被通報者に係る解釈は示されていない。
矯正施設の長 (26条)	精神障害者又はその疑いのある収容者	○被通報者に係る解釈は示されていない。なお、実態においては、自傷他害のおそれがある者に限定せず、軽度の精神障害者等も通報の対象としている。
精神科病院の管理者 (26条の2)	入院中の精神障害者であって29条1項の要件に該当し、退院の申出をした者	○左記のとおり
指定通院医療機関の管理者等 (26条の3)	医療観察法の対象者であって入院によらない医療を受けており、精神障害のために自傷他害のおそれがある者	○左記のとおり

申請通報届出件数等

	申請通報 届出件数	調査により 診察の必 要がないと 認めた者	診察を受けた者		診察実施率 (申請通報に対 し診察を行った 割合)	移送を行った件数		
			29条該当 症状の者	29条該当 症状でな かった者		調査から 1次診察 場所まで	1次診察場 所から2次診 察場所まで	2次診察 場所から 病院まで
一般からの申請 (23条)	373	113	176	83	69.4%	78	44	65
警察官からの通報 (24条)	11,698	5,342	4,626	1,719	54.2%	1,970	744	2,584
検察官からの通報 (25条)	1,134	499	479	149	55.4%	136	114	223
保護観察所の長からの通報 (25条の2)	20	15	5	1	30.0%	1	1	2
矯正施設の長からの通報 (26条)	2,120	1,954	97	69	7.8%	11	9	80
精神科病院の管理者からの届出 (26条の2)	30	1	23	5	93.3%	-	4	7
心神喪失等の状態で重大な他害行為を 行った者に係る通報 (26条の3)	1	-	1	-	100.0%	-	-	-
計	15,376	7,924	5,407	2,026	48.3%	2,196	916	2,961

資料: 衛生行政報告例(平成19年度)

申請・通報届出件数及び診察件数



(参考)

警察官職務執行法(昭和二十三年七月十二日法律第百三十六号)(抄)

(保護)

第三条 警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して次の各号のいずれかに該当することが明らかであり、かつ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、取りあえず警察署、病院、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。

一 精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者

二 迷い子、病人、負傷者等で適当な保護者を伴わず、応急の救護を要すると認められる者
(本人がこれを拒んだ場合を除く。)

2 前項の措置をとつた場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。責任ある家族、知人等が見つからないときは、すみやかにその事件を適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関又はこの種の者の処置について法令により責任を負う他の公の機関に、その事件を引き継がなければならない。

3 第一項の規定による警察の保護は、二十四時間をこえてはならない。但し、引き続き保護することを承認する簡易裁判所(当該保護をした警察官の属する警察署所在地を管轄する簡易裁判所をいう。以下同じ。)の裁判官の許可状のある場合は、この限りでない。

4 前項但書の許可状は、警察官の請求に基き、裁判官において已むを得ない事情があると認められた場合に限り、これを発するものとし、その延長に係る期間は、通じて五日をこえてはならない。この許可状には已むを得ないと認められる事情を明記しなければならない。

5 警察官は、第一項の規定により警察で保護をした者の氏名、住所、保護の理由、保護及び引渡の時日並びに引渡先を毎週簡易裁判所に通知しなければならない。

移送制度について

経緯

- 精神保健福祉法には、平成11年改正まで医療保護入院等のための患者の移送に関する特段の規定がなく、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院が遅れ、自傷他害の事態に至る場合や、家族等の依頼を受けた民間警備会社が強制的に精神障害者を移送する等患者の人権の観点から問題視される事例が発生していた。
- このため、平成11年改正により医療保護入院のための移送の規定が新設され、これに伴い、措置入院に付随して従来から行われていた移送についても規定が新設された。

移送制度の概要

○措置診察のための移送

- －措置入院に係る申請・通報又は届出のあった者を指定医に診察させるため、当該指定医の下にその者を移送する場合には、診察の一環として、27条1項の規定に基づき当該移送を実施することができる。（なお、この移送については、行動の制限を行うことはできない。）
- －当該診察に当たり、指定医及び都道府県等の職員は必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。（27条4項）

○措置入院のための移送

- －27条に規定する診察の第1回目又は29条の2に規定する指定医の診察により、（緊急）措置入院が必要とされてから入院するまでの移送については、29条の2の2の規定に基づき実施することができる。（移送時には行動の制限を行うことが認められている。）

○医療保護入院等のための移送

- －指定医による診察の結果、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある精神障害者であつてその精神障害のために本人の同意に基づく入院が行われるにないと判断されたものを、保護者の同意の有無に応じ、医療保護又は応急入院させるため、34条の規定に基づき応急入院指定病院に移送することができる。（移送時には行動の制限を行うことが認められている。）

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)

(申請等に基づき行われる指定医の診察等)

- 第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。
- 2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。
- 3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち合わせなければならない。
- 4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

(措置入院等のための移送)

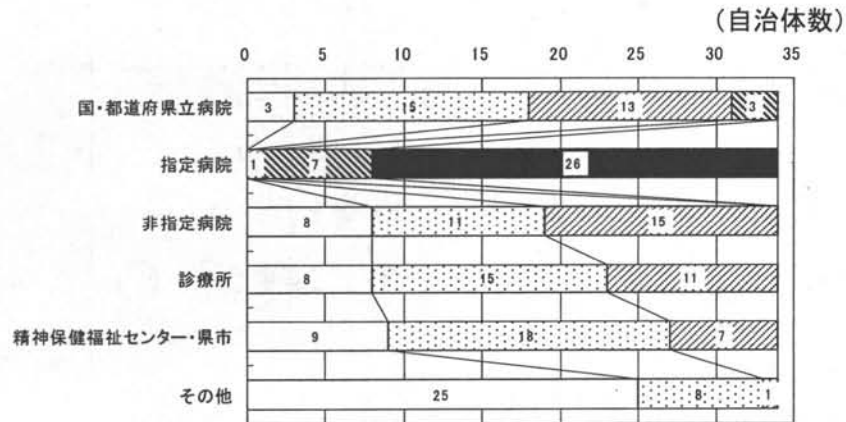
- 第二十九条の二 都道府県知事は、第二十九条第一項又は前条第一項の規定による入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に移送しなければならない。
- 2 都道府県知事は、前項の規定により移送を行う場合においては、当該精神障害者に対し、当該移送を行う旨その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 3 都道府県知事は、第一項の規定による移送を行うに当たつては、当該精神障害者を診察した指定医が必要と認めるときは、その者の医療又は保護に欠くことのできない限度において、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限を行うことができる。

(医療保護入院等のための移送)

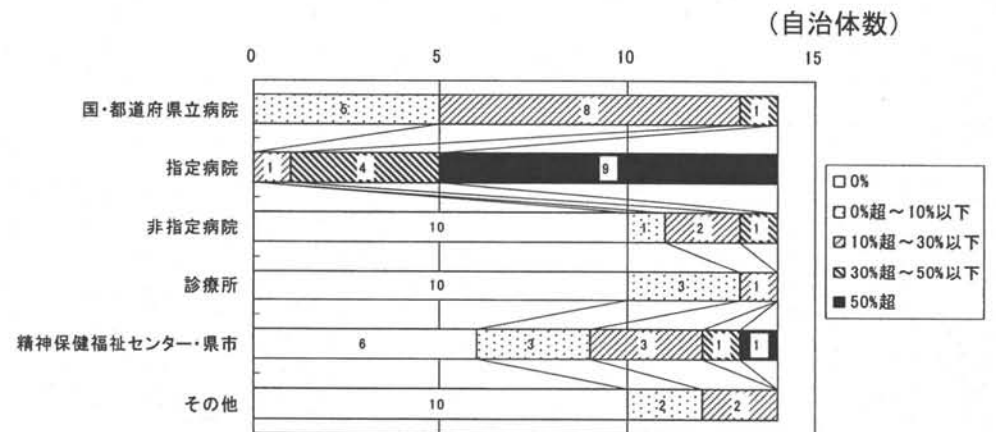
- 第三十四条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二条の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたものにつき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三条第一項の規定による入院をさせるため第三十三条の四第一項に規定する精神科病院に移送することができる。
- 2 都道府県知事は、前項に規定する者の保護者について第二十条第二項第四号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合において、その者の扶養義務者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二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。
- 3 都道府県知事は、急速を要し、保護者(前項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、その指定する指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、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ときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三条の四第一項の規定による入院をさせるため同項に規定する精神科病院に移送することができる。
- 4 第二十九条の二の二第二項及び第三項の規定は、前三項の規定による移送を行う場合について準用する。

精神保健福祉法第27条に基づく措置診察の件数に占める指定医所属先の割合別自治体数
(措置診察の実施場所別)

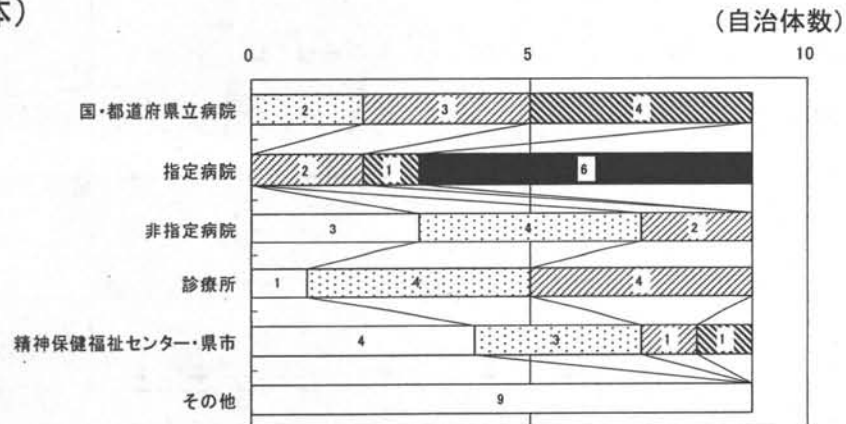
①1次・2次診察とも通報地(警察署等)において主に実施(34/64自治体)



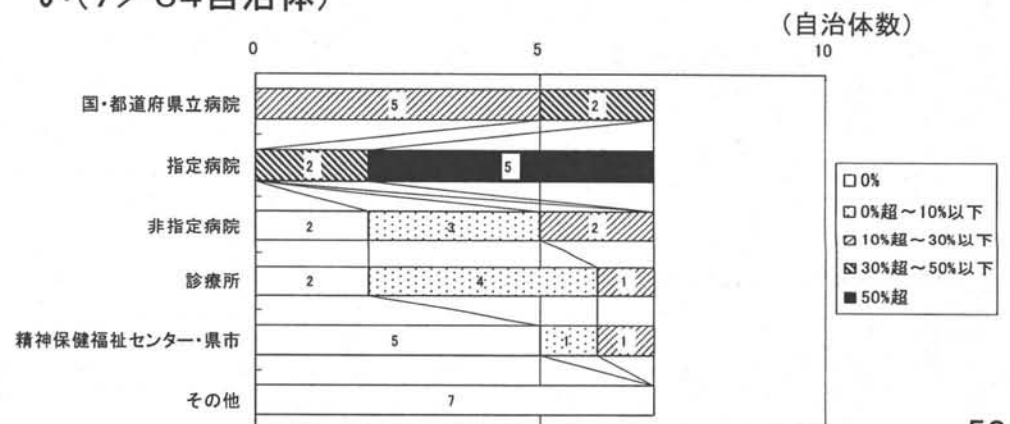
②1次・2次診察とも受け入れ病院において主に実施(14/64自治体)



③1次診察は通報地(警察署等)で実施、2次診察は受け入れ病院で実施することが多い(9/64自治体)



④1次・2次診察の少なくともいずれかを、診察する指定医の所属医療機関に移送して実施することが多い(7/64自治体)



法第34条に基づく移送の実績

- 平成19年4月末～20年4月末までの1年間で34条に基づく移送を実施したのは64都道府県・指定都市中28自治体(移送件数は200件)。
- 平成12年の施行時から8年間で移送件数は1,445件となっているが、13自治体で体制の整備がなされておらず、7自治体においては体制は整備されているが、制度創設以来実績がない。
- 実績が少ない理由としては、適用の判断の難しさ、指定医の確保等の実施体制の確保の難しさ等が考えられる。
- 精神科救急医療体制整備事業において移送経費を補助対象としている。(補助率1/2)

申請・通報制度、移送制度について

現状と課題

- 検察官通報(第25条)、保護観察所の長の通報(第25条の2)及び矯正施設の長の通報(第26条)については、法文上、自傷他害のおそれの有無について明記されていない。特に矯正施設の長による通報については、通報の届出があった件数のうち診察を実施した割合は、1割にも満たないという実態がある。
- 移送制度については、
 - ・ 措置診察のための移送について法律上の根拠を明確にすべき
 - ・ 医療保護入院等に係る移送についてその基準が明確でない等の意見がある。
- また、申請・通報制度、移送制度については、警察との関係等について様々な意見があるが、関係機関との連携の状況やその運用は都道府県等によって多様と考えられる。

検討

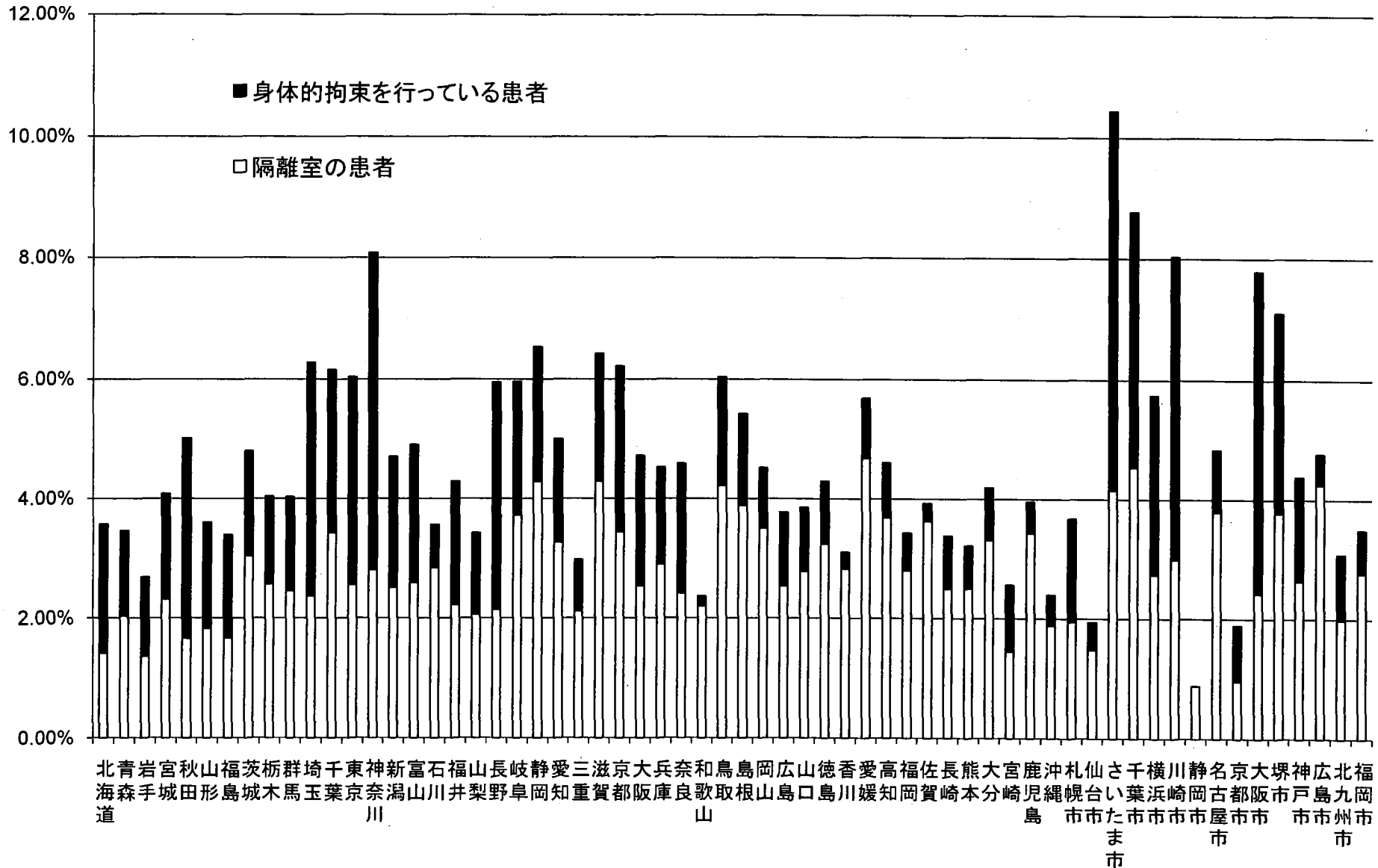
- 矯正施設の長による通報等の被通報者については、措置症状を有していない者についても通報を受けることにより都道府県等が支援の対象として把握できるという側面も有していると考えられるが、被通報者の範囲を限定することの影響も踏まえた検討が必要ではないか。また、通報主体の範囲等、申請・通報制度のあり方についてどう考えるか。
- 措置診察のための移送について法的根拠を設けることについては、
 - ・ 第29条の2の2に基づく移送及び第34条に基づく移送のいずれも、行政処分(措置入院)や入院の要件を満たす場合に適用されるものであることや、
 - ・ 現行制度においても、措置診察のための居住場所への立入りが認められており、訪問による措置診察が可能であること等を踏まえて、どのように考えるか。
- 未治療・治療中断者に対し、アウトリーチによる医療的支援を行う枠組みを検討することとあわせて、法第34条に基づく移送について、患者の症状に応じた適切な運用が行われるよう、基準の更なる明確化や関係機関との連携のあり方について、どのように考えるか。
- 申請・通報制度、移送制度については、各都道府県等において関係機関との間で実務上どのような連携体制を構築するかが重要と考えられ、まずは、それを促していくことが必要ではないか。

IV 行動制限・入院中の処遇について

在院患者の処遇状況

(在院患者に占める隔離・身体拘束の割合)

(平成18年6月30日現在)



資料: 精神・障害保健課調

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百二十三号)(抄)

(処遇)

第三十六条 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第三十七条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

精神保健及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第百二十九号)

- 一 患者の隔離(内側から患者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)
- 二 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

精神保健及精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号) (抄)

第三 患者の隔離について

一 基本的な考え方

- (一) 患者の隔離(以下「隔離」という。)は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (二) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであつて、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。～(二) 略
- (三) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあつてもその要否の判断は医師によつて行われなければならないものとする。
- (四) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

二 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア～オ (略)

三 遵守事項

- (一) 隔離を行つている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあつてはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあつてはならないものとする。
- (二) 隔離を行うに当たつては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行つた旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (三) 隔離を行つている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (四) 隔離を行つている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号) (抄)

第四 身体的拘束について

一 基本的な考え方

- (一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (二) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。
- (三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

二 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

三 遵守事項

- (一) 身体的拘束に当たつては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行つた旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (二) 身体的拘束を行つている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

医療観察法による入院者と措置入院者の拘束状況の比較①

I 研究概要

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

◎主任研究「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究」
(H16年度～H18年度, 主任研究者: 吉川和男(国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部長))

◎分担研究「重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法の開発に関する研究」
(平成18年度, 分担研究者: 平林直次(国立精神・神経センター 武蔵病院))

【調査内容】

医療観察法で定められた指定入院医療機関で実施されている医療の実態をモニタリングし、CPA-J(Care Programme Approach in Japan)の効果を評価するために、医療観察法による入院者25名と、性別・年齢、診断、重大な他害行為をマッチさせた措置入院者25名について、隔離・拘束状況、薬物の種類・投与量の比較を行った。

【調査期間】

2005年8月～2007年2月

【対象者】

症例群(指定入院医療機関に入院となった者): 25名(男性21名、女性4名)

対照群(症例群と性別・年齢、診断名、重大な他害行為の一致する措置入院者): 25名

【平均年齢】

症例群: 男性 35.7±7.2歳、女性 37.8±6.8歳

対照群: 男性 35.8±7.7歳、女性 36.3±2.5歳

医療観察法による入院者と措置入院者の拘束状況等の比較②

II 拘束・隔離の実施状況

(注) 医療観察法入院では、入院決定前に原則2ヶ月の鑑定入院が行われていることを踏まえ、本研究では、対照群(措置入院者)では、入院期間60日以降の状況を調査している。

	実施あり	実施なし
症例群	1 (4%)	25
対照群	6 (31.6%)	19

} P < 0.05

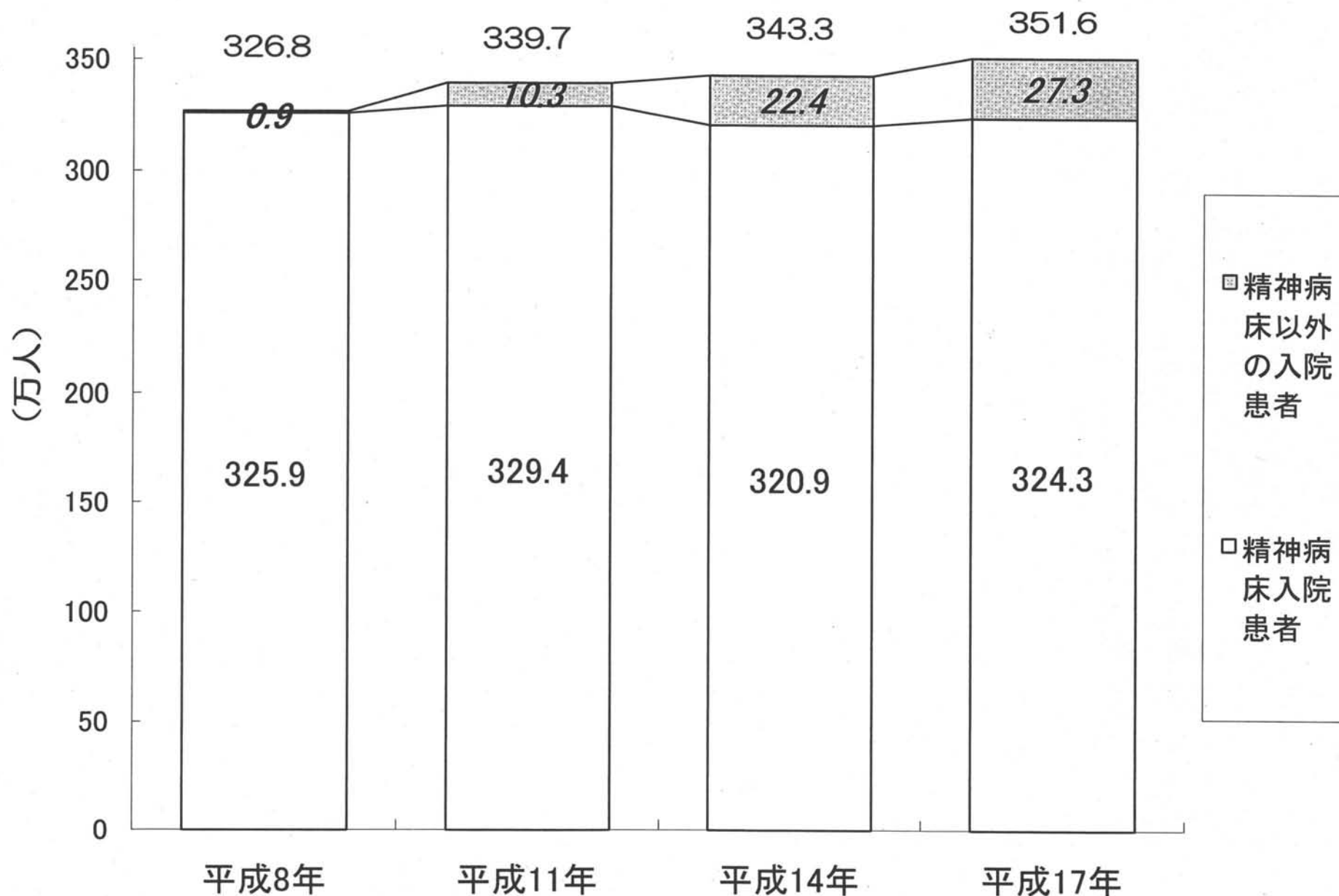
Fisher's exact test

III 医療観察法による医療のうち拘束等の減少に貢献していると予想される試み

病棟の構造	医療の内容
病室の個室化(パーソナルスペースの確保)	手厚い人手の確保
治療ステージに応じたユニット (急性期、回復期、社会復帰期、共用)	教育と研修の実施
十分な共用部分の確保(作業療法室、集団療法室、室内運動場、トレーニングジムなど)	多職種チーム医療
その他	治療プログラムの実施
	危機予防介入と危機介入
	包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention & Protection Programme CVPPP)
	CPA-J
	人権擁護に関する活動(病棟職員および外部からの弁護士など)
	各種の会議(外部評価会議、倫理会議、運営会議、治療評価会議)
	その他

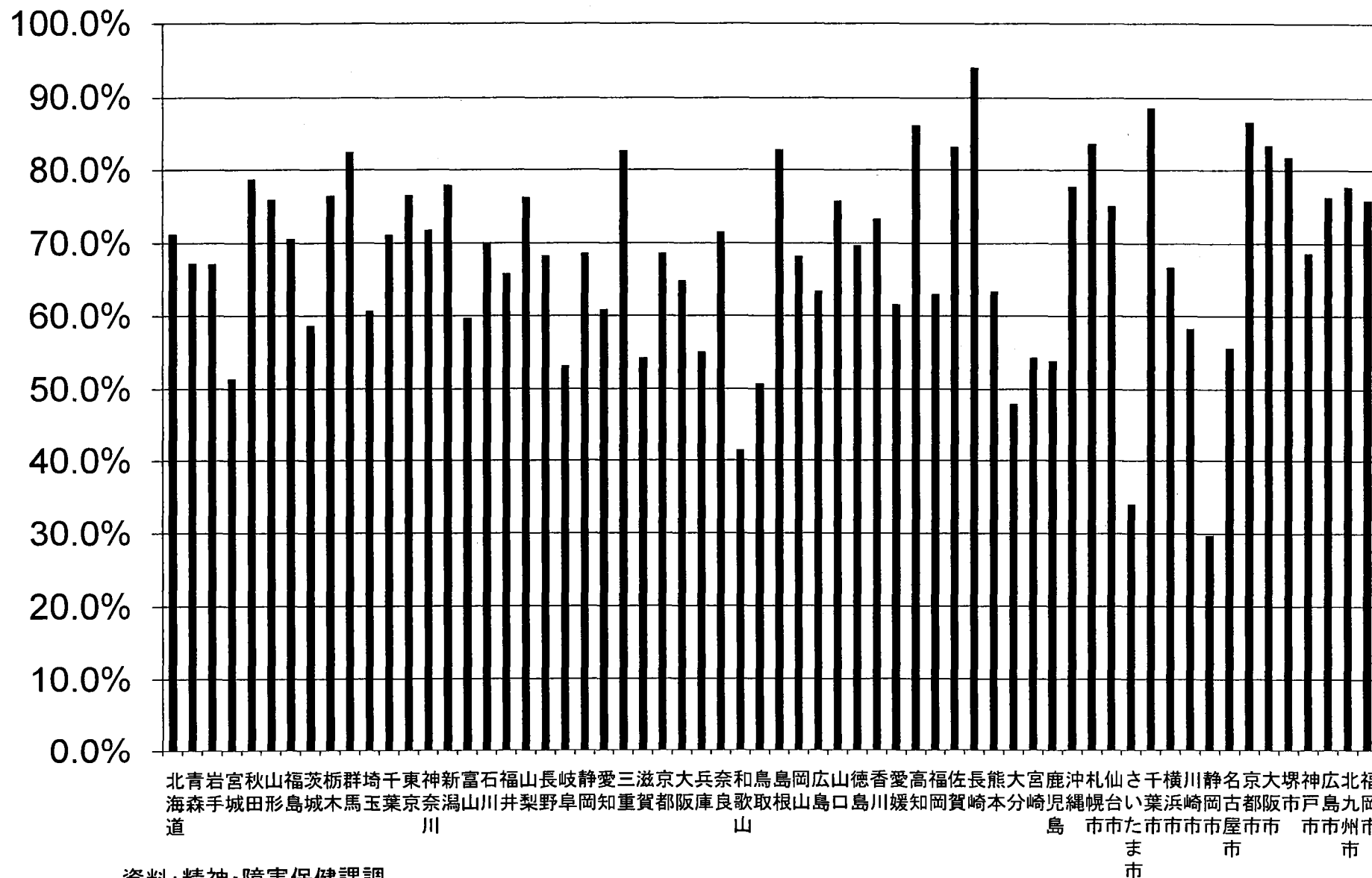
※ 各要素の個別の効果を十分に明らかにしたとは言えない。

精神疾患による入院患者数の推移



任意入院患者の開放処遇の状況

(平成18年6月30日現在)



資料:精神・障害保健課調

精神保健及精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項 の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号) (抄)

第五 任意入院者の開放処遇の制限について

一 基本的な考え方

- (一) 任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇(本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。)を受けるものとする。
- (二) 任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。
- (三) 任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (四) 任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね七十二時間以内に、精神保健指定医は、当該任意入院者の診察を行うものとする。また、精神保健指定医は、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努めるものとする。
- (五) なお、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合には開放処遇の制限に当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得なければならないものとする。

二 対象となる任意入院者に関する事項

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合
- ウ ア又はイのほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

三 遵守事項

- (一) 任意入院者の開放処遇の制限を行うに当たっては、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせよう努めるとともに、開放処遇の制限を行った旨及びその理由並びに開放処遇の制限を始めた日時を診療録に記載するものとする。
- (二) 任意入院者の開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努めるものとする。

行動制限・入院中の処遇について

現状と課題

- 在院患者に占める隔離・身体拘束の割合は、都道府県等によって大きく異なっており、隔離・身体拘束に関する指導も都道府県等によって統一されていないとの指摘がある。
- 医療観察法対象者と措置入院患者を比較した研究においては、①病室の個室化や治療ステージに応じたユニット等の病棟の構造、②手厚い人員の確保や多職種によるチーム医療等の医療の内容が、拘束等の減少に資する可能性があることが示唆されている。
- 一方で、精神疾患を主傷病としながら精神病床以外の病床に入院する患者数が増加している。
- 任意入院患者については、現行制度上、開放処遇を原則としつつ個々の患者の病状に応じて閉鎖処遇を行うことも可能となっているが、実際には、閉鎖処遇を受ける任意入院患者が多くみられている。

検討

- 処遇の基準や指導監督基準等の見直しや、病室の個室化や個々の患者の病状に応じた多職種による個別処遇の実施、手厚い人員の確保等、隔離・身体拘束の最小化を図るための取組についてどう考えるか。
- また、認知症や身体合併症の増加等を背景として、今後、精神疾患を有する者が精神病床以外に入院することが更に増加することが予想されるが、こうした患者のうち、特に精神症状により行動制限を必要とする者に対する処遇について、どのように考えるか。
- 任意入院患者も含め、個々の患者の病状の変化等に対応して適切な処遇が実施されることを促す方策について、どのように考えるか。