

今後の検討体制・スケジュール について

厚生労働省精神・障害保健課

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

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

精神医療の改革

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

地域生活支援の強化

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

基盤強化の推進等

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

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

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月から概ね10年間)の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域生活支援体制の強化

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

普及啓発の重点的实施

地域を拠点とする共生社会の実現

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」

平成21年9月24日

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書（抄）

V 今後の課題

1. 精神保健福祉法に関する課題

- 精神医療の質の向上を図っていく上では、…(中略)…入院医療をはじめとして、人権に配慮した適切な医療が透明性をもって提供される制度としていくことが重要であり、**精神保健福祉法についても、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方向性を具体化していく観点から、諸外国の状況や我が国における精神保健医療福祉改革の状況を踏まえつつ、必要な見直しを行っていく必要がある。**
- 精神保健福祉法に基づく各種制度のうち、**特に、入院医療における医療保護入院制度のあり方や、保護者制度のあり方、精神医療審査会の機能の充実については、過去の法律改正時に附帯決議が行われており、継続的な課題となっている。**
- また、現状においては、**措置入院制度や申請・通報制度、移送制度等の運用状況について、都道府県等によって大きな違いがみられている**が、精神医療を必要とする者について、人権や本人の安全性に配慮しつつ適切に医療につなげていく観点からは、**各地域において適正に運用されるべきものである。**
- これらの課題については、本検討会においても議論を行い、
 - ・ **家族が医療保護入院という強制入院の同意者となる制度について見直すべき**
 - ・ **保護者制度は、家族と精神障害者本人双方の負担となっており、見直しを行うべき**
 - ・ 未治療・治療中断等の重度精神障害者に対し地域生活を継続しながら医療的支援を提供する体制、通院を促す仕組みを検討すべき等の意見があったところである。

○ **以下の点をはじめとする精神保健福祉法の課題に関する検討の場を設け、検討に着手すべき**である。

- ・ **家族の同意による入院制度のあり方について**
- ・ **医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方について**
- ・ 未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方や、通院医療の位置付けについて
- ・ **精神医療審査会の機能を発揮できるための方策について**
- ・ 情報公開の推進も含めた隔離・身体拘束の最小化を図るための取組について
- ・ 地域精神保健における市町村、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関の役割のあり方について

○ なお、**保護者適格が疑われる場合や認知症高齢者等に対する入院形態のあり方**や、申請・通報制度、移送制度等における関係機関との連携のあり方、個々の患者の病状の変化に対応した適切な処遇の実施のための方策など、現行制度の改善のための方策については、随時検討を行い必要な対応を図るべきである。

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成21年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、昨年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。(主担当:厚生労働大臣政務官)

○第1R:平成22年5月31日～6月17日

→来年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健医療体制の整備に関する検討を実施(4回議論)

○第2R:平成22年9月2日～

→認知症と精神科医療に関して検討を実施(10回議論)、12月22日中間とりまとめ

○第3R:平成22年10月21日～

→保護者制度と入院制度について検討を開始(2回議論)

(検討チーム HP) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai>

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にする関わり方を基本とする。

【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

23年度予算案:7億円

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。

こころの総合支援チーム (想定されるチーム構成)



ピアサポーター
(当事者)



作業療法士



看護師

【対象者】

自ら専門機関に相談することができない者

- ・医療中断者、未治療者
- ・早期支援が必要な者
- ・ひきこもりの者等



精神科医



臨床心理士



相談支援専門員



精神保健福祉士

(都道府県) 《25か所・定額補助》

- ・医療法人等に事業委託
- ・事業運営に係る評価



対象者の紹介

情報交換等による連携

家族等からの相談

受付・受理

(地域の関係機関)

- ・保健所、市町村
- ・医療機関
- ・障害福祉サービス事業所
- ・介護保険事業所
- ・教育機関
- ・地域自立支援協議会等

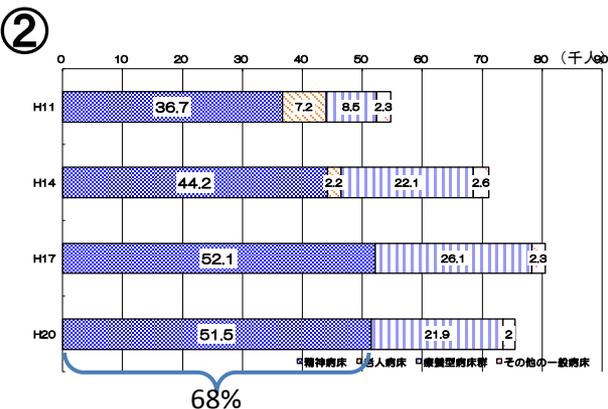
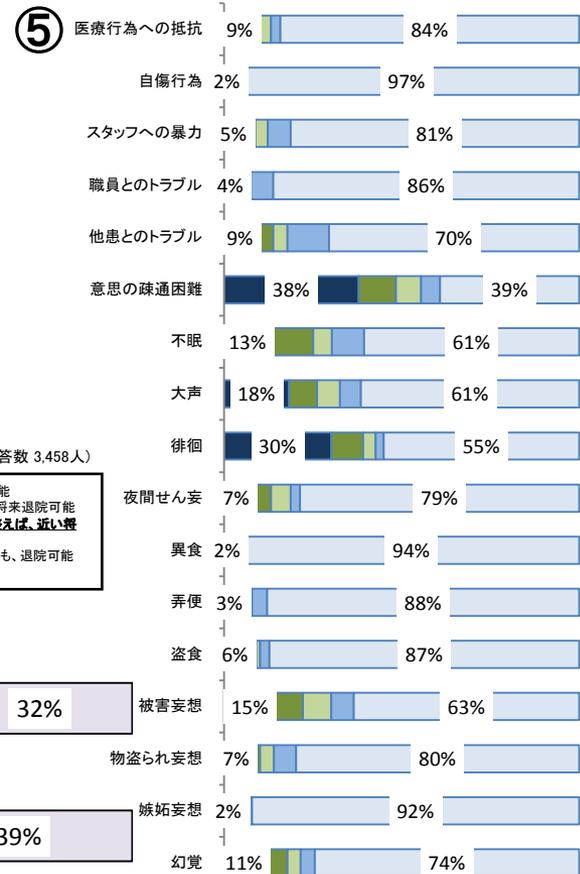
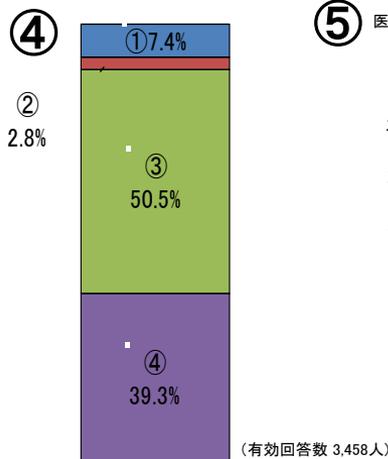
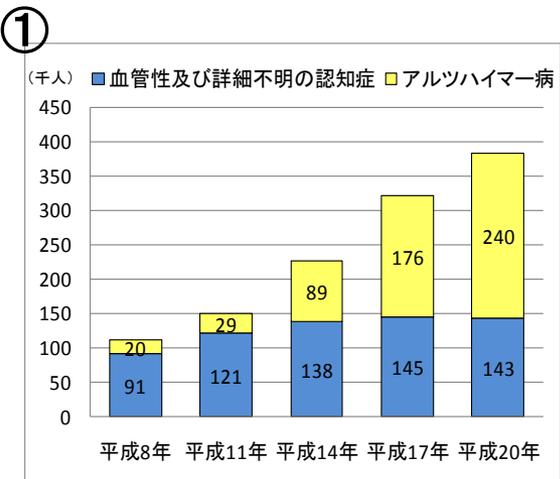
【特徴】・医療や福祉サービスにつながっていない段階からアウトリーチ(訪問)による支援を行う。
 ・精神科病院、地域活動支援センター等に専従の多職種チームを設置し、対象者及びその家族に対し支援を行う(24時間対応可能)。



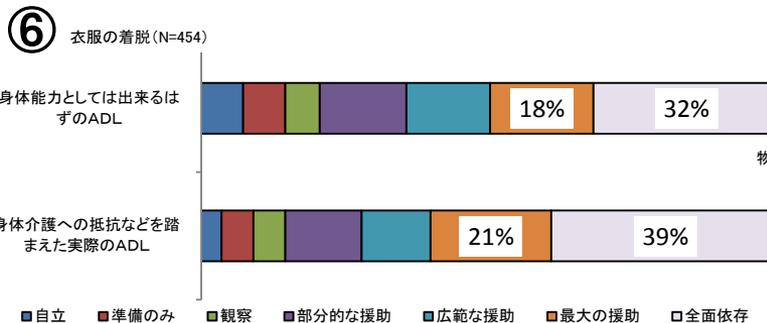
現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理(入院治療)または日常的な管理(外来治療)を要する身体合併症を有している*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割*2
- ⑤ 精神病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である*3
- ⑥ 精神病院に入院している認知症患者のADLは、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加*3

*1 患者調査 *2 精神病床の利用状況に関する調査(平成19年度厚生労働科学研究) *3 精神病院における認知症入院患者に関する調査(平成22年9月精神・障害保健課)



(有効回答数 3,376人)



基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療 | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能 |

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

地域での生活を支えるための精神科医療

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

地域全体の支援機能

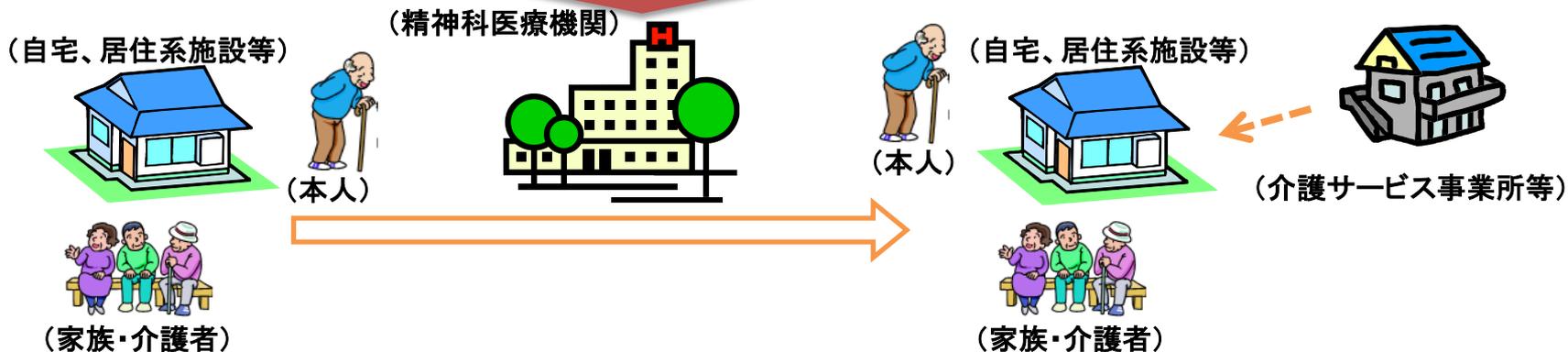
- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

BPSDを有する患者への精神科医療

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

身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

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



認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- 医療・介護双方の理解の向上
- 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【再掲】
- 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】

症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

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

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

目的・基本的考え方

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

障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

工程表

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

基礎的な課題における改革の方向性

(1) 地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築

- ・障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充
- ・実、及び平等な社会参加、参画を柱に据えた施策の展開
- ・虐待のない社会づくり

(2) 障害のとらえ方と諸定義の明確化

- ・障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非音声言語の定義の明確化

横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

(1) 障害者基本法の改正と改革の推進体制

- ・障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し・追加
- ・改革の集中期間内における改革の推進等を担う審議会組織の設置
- ・改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視等を担ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け等

→ 第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

(2) 障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等

- ・障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築

→ 第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す
これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるように検討

(3) 「障害者総合福祉法」(仮称)の制定

- ・制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度の構築

→ 第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

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

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

3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

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

(4) 医療

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

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

4)医療

（推進会議の問題認識）

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

【精神障害者に対する強制入院等の見直し】

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

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

【地域医療の充実と地域生活への移行】

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

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

【精神医療の一般医療体系への編入】

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

このような状況を踏まえ、以下を実施すべきである。

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

【医療に係る経済的負担の軽減】

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

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

保護者制度・入院制度についての検討

(検討チーム第3R)

1 趣旨

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

3 個別分野における基本的方向と今後の進め方

(4) 医療

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

【論点】

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

2 第3Rの検討の体制

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

3 検討の進め方

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

検討チーム第3R 構成員

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

(参考) 保護者制度・入院制度に関する作業チーム構成

磯部 哲 (慶應大学法科大学院 准教授)

岩上 洋一 (特定非営利活動法人 じりつ 代表理事)

上原 久 (社会福祉法人 聖隷福祉事業団地域活動支援センターナルド センター長)

河崎 建人 (社団法人 日本精神科病院協会 副会長(水間病院院長))

久保野恵美子 (東北大学大学院法学研究科 准教授)

鴻巣 泰治 (埼玉県立精神保健福祉センター 主幹)

白石 弘巳(東洋大学ライフデザイン学部教授)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 理事長)

野村 忠良 (東京都精神障害者家族会連合会会長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

堀江 紀一 (特定非営利活動法人世田谷さくら会理事)

町野 朔 (上智大学法学研究科教授)

良田 かおり (特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会事務局長)

六本木 義光 (岩手県県央保健所長)

(敬称略)

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R) 開催スケジュール(予定)

【第1回】平成23年2月24日(木)

- 保護者制度に関する論点(案)の提示

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

※以下は現時点での予定。検討の状況により変更はあり得る。

【第2回】平成23年春頃

- 保護者の義務規定のあり方についての検討

◆ 第2回検討チームに向け、2~3回程度作業チームを開催する。

【第3回以降】

- 保護者制度に関する方向性の整理に向けた検討

◆ 必要に応じ、作業チームを開催する。

保護者制度について

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"> ① 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。 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。 	
精神病院法	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)

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) 	◎仮入院期間を1週間へ短縮(第34条)
	平成7年改正		◎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	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		◎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)

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)
 - ⑧⑤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

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所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。

(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。

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。

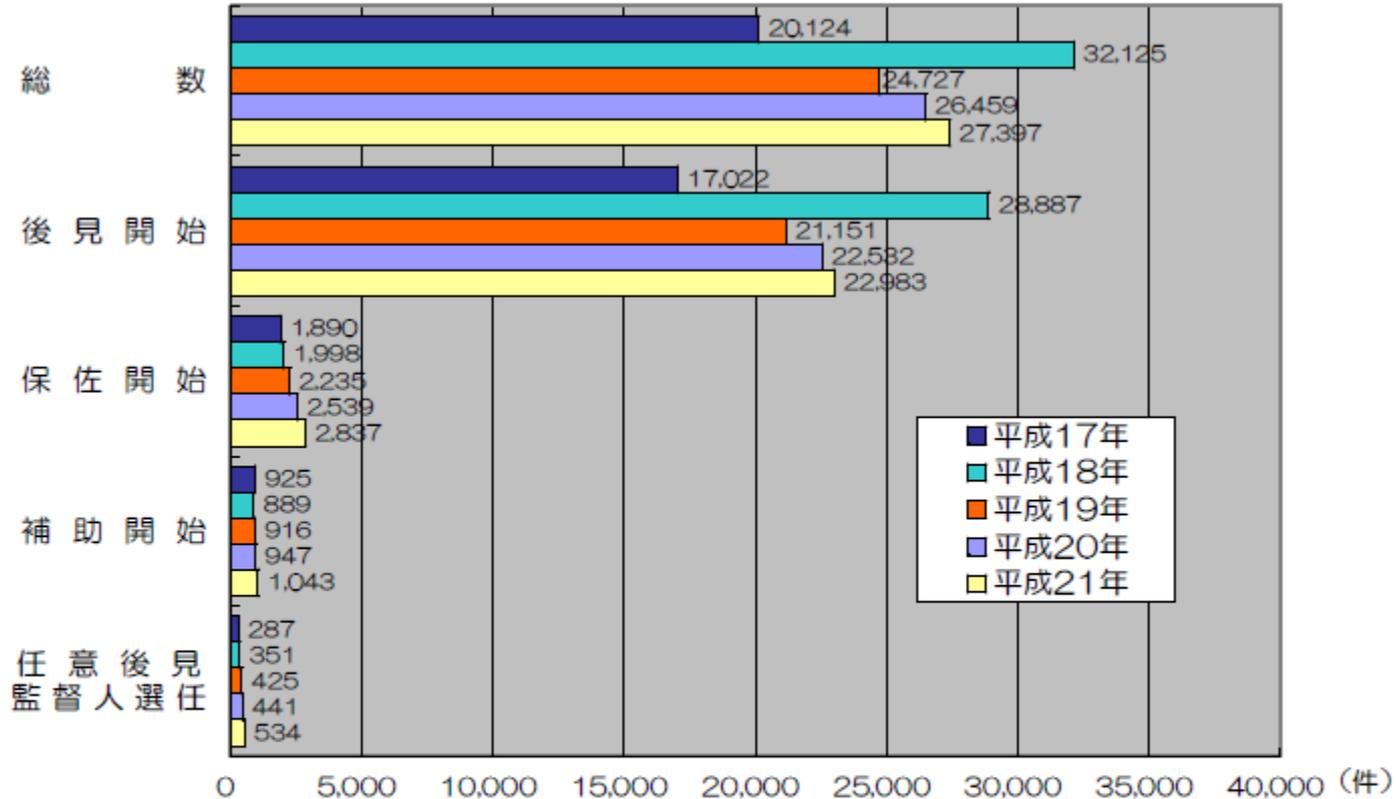
(注3) 家庭裁判所の審判により, 民法13条1項所定の行為以外についても, 同意権・取消権の範囲を広げることが可能。

(注4) 日常生活に関する行為は除かれる。

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

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。

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)

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)

(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って、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って、成年被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。

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)

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

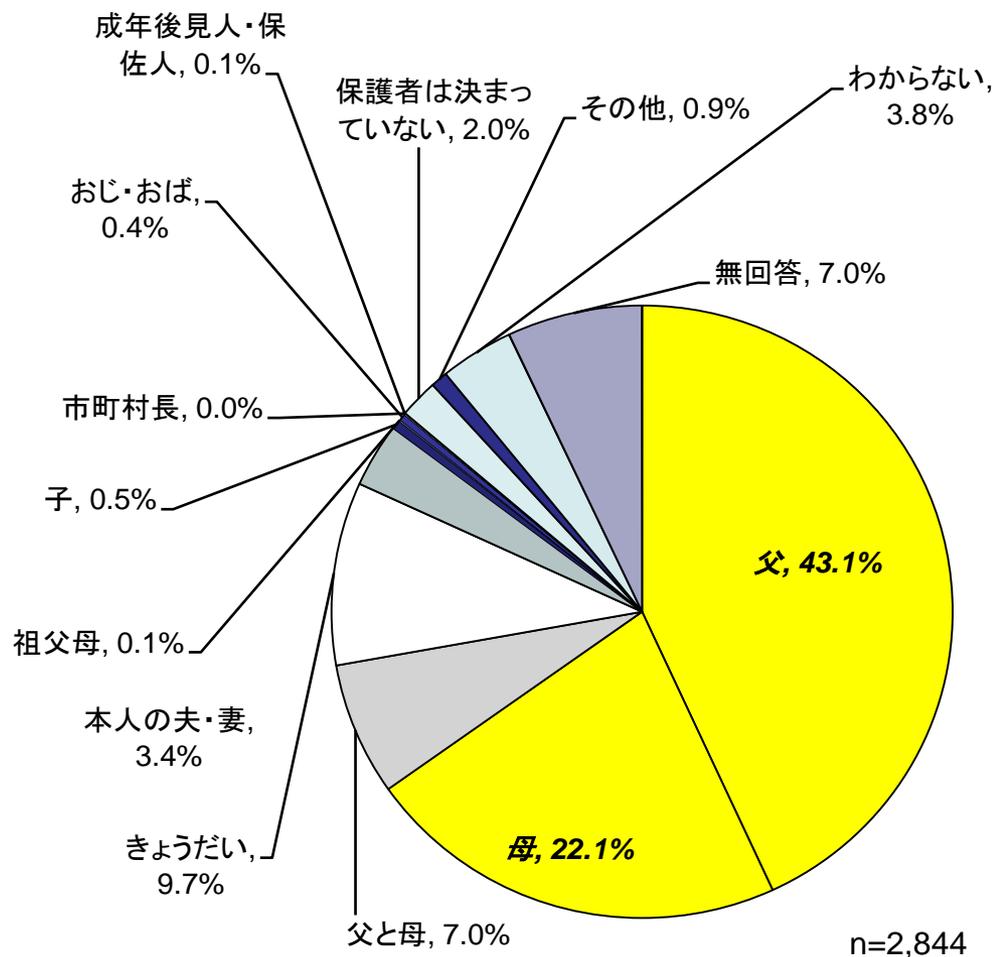
4. 調査時点

2005年11月1日

保護者の置かれている現状

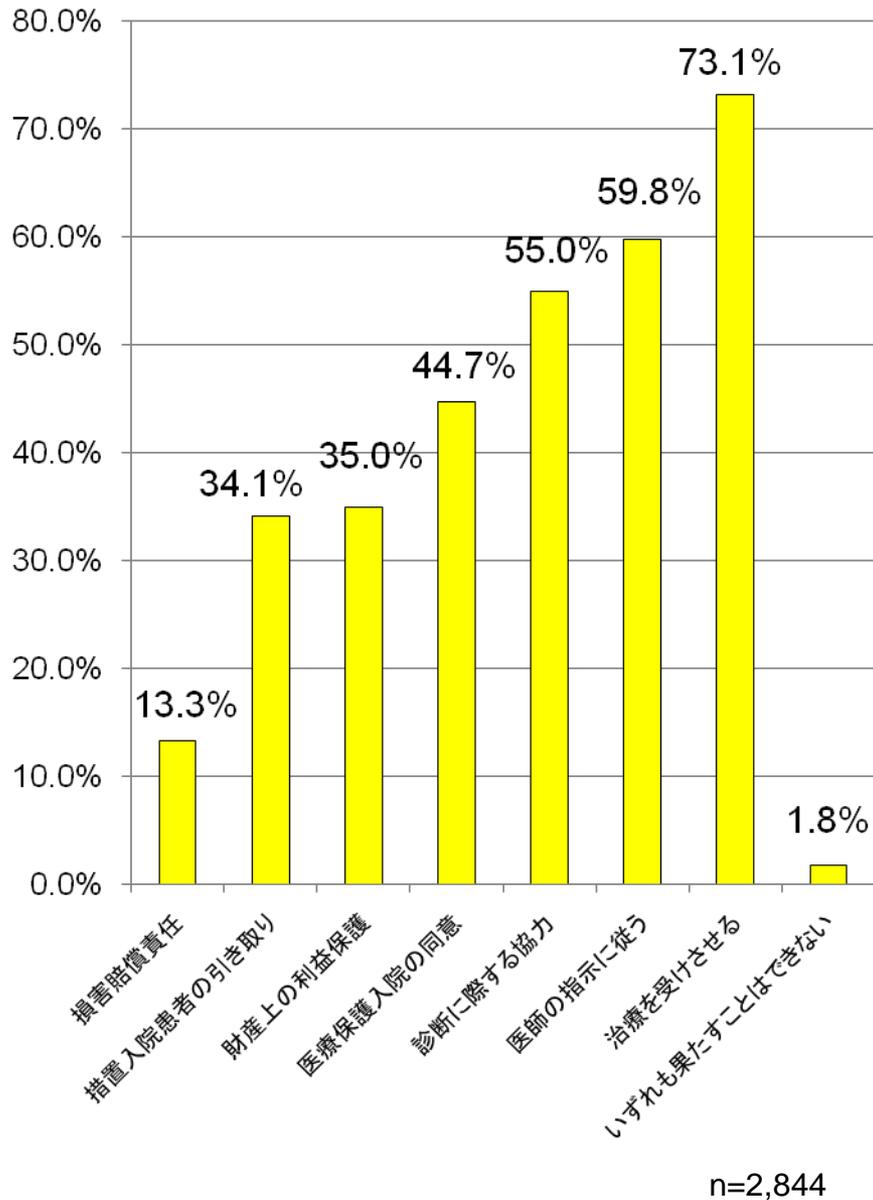
第4回全国家族ニーズ調査報告書
—精神障害者と家族の生活実態と意識調査—

保護者続柄

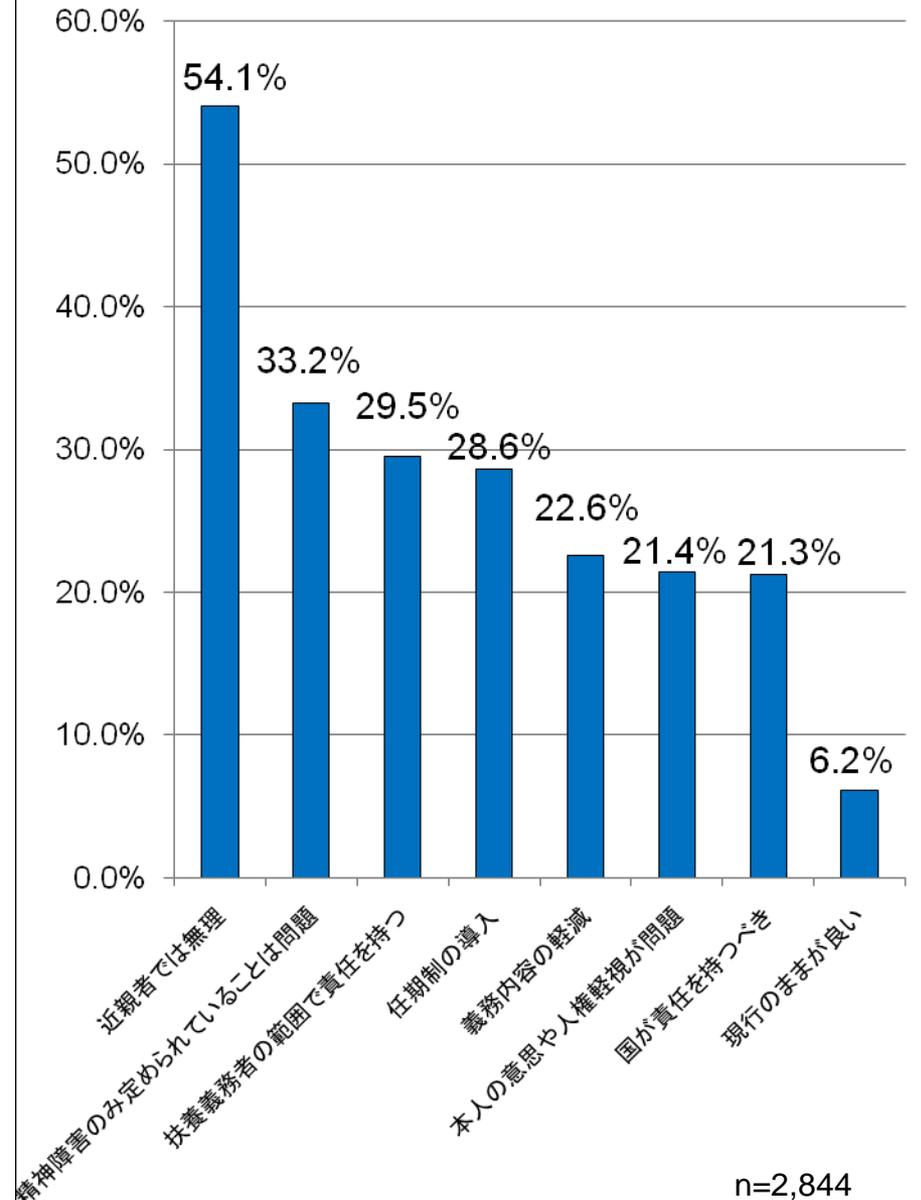


→ 保護者の約7割が父母である。

家族が果たせる保護者の任務 (複数回答)

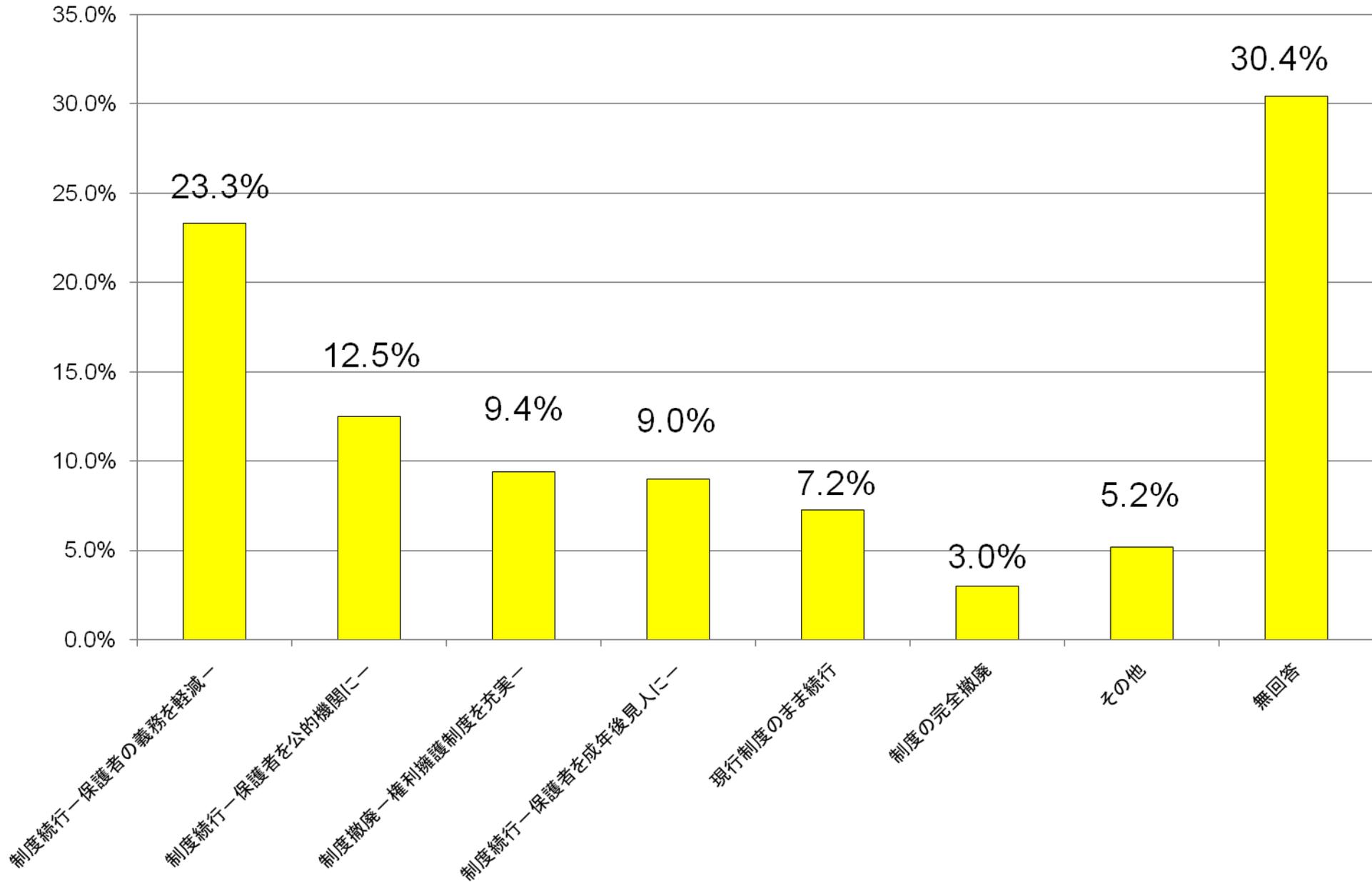


保護者制度の見直し (複数回答)



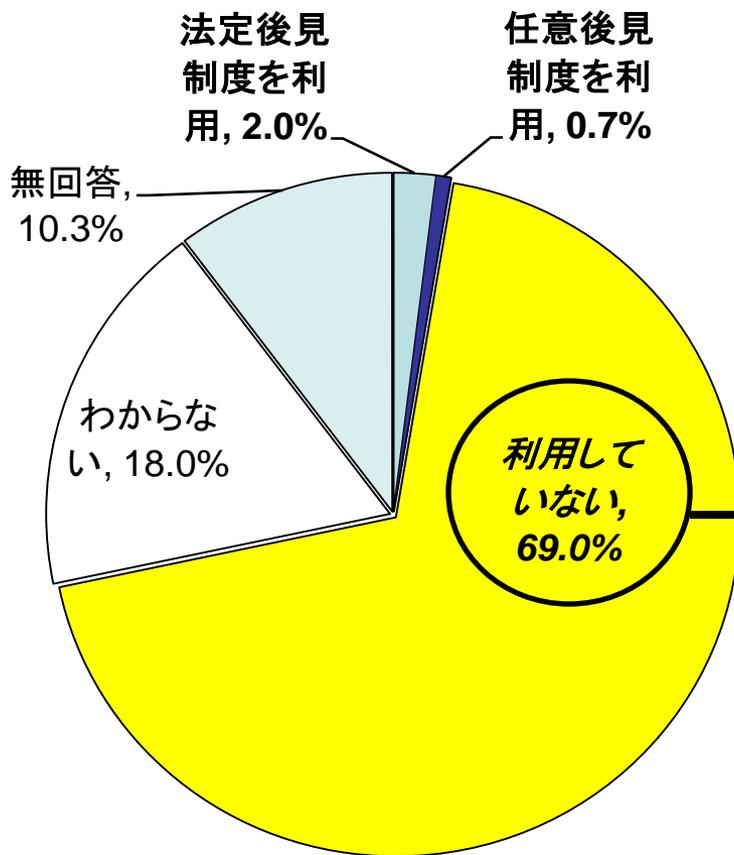
今後の保護者制度に対する期待

n=2,844



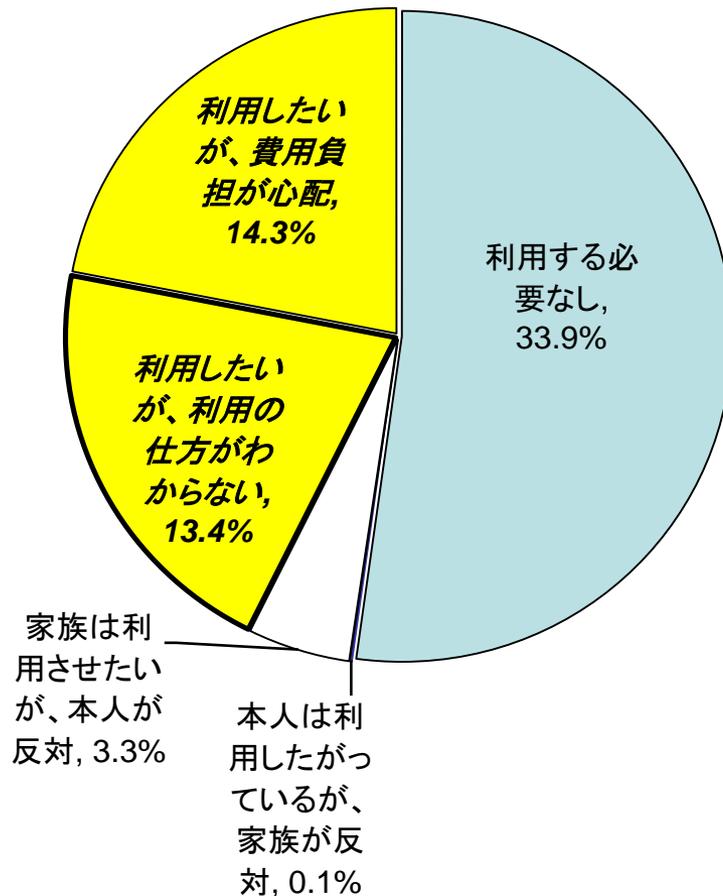
調査結果(成年後見制度関係)

成年後見制度の利用の有無



→ 精神障害者やその家族のほとんどが成年後見制度を利用していない。

成年後見制度を利用しない理由



→ 成年後見制度を利用していない者の中には、利用方法や費用負担の問題が解決すれば利用に転じる潜在的なケースが一定程度存在する。

第1回 保護者制度・入院制度に関する作業チーム

平成23年1月7日

資料3

○第3R構成員からの主な意見

意見	発言者
<ul style="list-style-type: none"> 今後議論が必要と思われる強制医療介入については、推進会議の第一次意見と閣議決定だけでは、どのようなイメージかはよく分からない。 	河崎構成員
<ul style="list-style-type: none"> 地域における治療の中で家族やケアラーが治療チームの一員となるのが重要。 実際に保護者としてきちんと治療を受けさせて、きちんとその後の協力をしていきたいという家族もいるはず。保護者制度を否定するのではなく、選択ができるようにすることが重要。 法的な整理も重要だが、地域における家族へのサポートが一番大事。家族の義務と本人にとっての家族の大切さという両面は見失わないで議論していくべき。 	佐久間構成員
<ul style="list-style-type: none"> 保護者制度をなくすという結論をそろそろ出すべき。 パレンス・パトリエ機能が、諸外国の保護者制度の通常のあるり方であれば、今後議論はその方向で収斂されていくと思う。保護者の責任について、罰則規定もないのに、わざわざ法律に規定する必要があるか疑問。医療保護入院だけは法律によるものだが、他の病気でも、家族であると思えば家族としての義務を果たす。 	田尾構成員
<ul style="list-style-type: none"> 保護者制度の一番の難関は民法との関連。精神保健法の詳解には、医療保護入院のことを民法上の契約であるとして書いてあるが、これが保護者制度を強制入院の制度と結びつけたまま解決できなくさせている。 私人による拘束を防ぐため、精神保健法ができ、指定医制度ができた。指定医制度により、ポリスパワーにパレンス・パトリエ機能（国の権限、国の保護権限）が加わった。人身を拘束するには、 	高木構成員

<p>本来、ポリスパワーとパレンス・パトリエと緊急避難の3つしかないはず。</p> <ul style="list-style-type: none"> しかし、家族というのは精神障害者の利益を代表するものであるという考え方から、また、一拳にパレンス・パトリエ機能だけにしてしまうと、国の責任が回避できないことから、保護者の同意が残ってしまった。 長期入院の中で疲弊した家族が当事者の社会的入院をそのまま継続させている状態を、保護者制度が保障してしまっている。私人による拘束の保障を精神保健福祉法が残しているのは、おかしいのではないか。 強制入院に対してポリスパワーとパレンス・パトリエ機能でやってない国というのはないと思う。なぜ民法との関係が強制入院の中に残っているのかということを中心にきちんと議論すべき。 保護者制度は精神福祉保健法に規定される対象者全員に網を広げており、かつ、精神保健福祉法において、強制入院の必要な精神障害者・そうでない精神障害者を一つの法律にまとめているために保護者制度をなくすことができなくなっている。 例えば一般病床への入院禁止というような差別的な規定を完全に消してしまって、精神保健福祉法を例えば強制入院に関する法律と純化していけば、強制入院以外は医療法で十分対応できるようになり、保護者制度それ自体が自然に解消する。 同意能力については何歳以下など固定的に考えて議論すべきでなく、臨床の現場では非常に変わりやすいことを認識して議論すべきである。 	
<ul style="list-style-type: none"> 強制入院のあり方と保護者制度のあり方は切り離せない。 強制医療介入、つまり本人が望まない医療を行うことができるかどうかについては医療側にとっては重要な問題であり、しっかり検討すべき。 	中島構成員
<ul style="list-style-type: none"> 保護者制度は絶対見直すべき。治療を受けることのみならず受けない権利も保障しなければいけない。 地域における支援体制がしっかりすれば、医療保護入院に対する考え方も変わる。地域で支えることと入院制度の検討はセットで進めるべき。 	長野構成員
<ul style="list-style-type: none"> 海外の状況と対比して検討していく必要がある。 	西田構成員

<ul style="list-style-type: none"> 地域のサービス・支援体制と並行して検討していくことが重要。例えばイギリスは、保護者制度のようなものは残っているが、義務はなく、権利が残っている。強制的に入院させるときには、権利として家族に是非知らせて関与させてほしいという話が出てくる。地域において、公的な権限できちんと入院させるというサービスが整っていけば、保護者の感覚も変わってくる。 	
<ul style="list-style-type: none"> 家族が困っているのは親亡き後、ひきこもり、急性症状が発症したときの大混乱の3つ。来年度からのアウトリーチ事業が成功すれば、法律がたとえ現在のままで、かなり家族の負担は減る。 医療保護入院において家族は訴えをする、同意をするという二つの問題を抱える。本人から見れば、訴えも同意と同じように受け止められる。 認知症と精神科医療の観点からみると、現在の成年後見制度は、家族がなり手となって利害相反になっていることが多かったり、身上監護の得意なり手が十分でなかったりで議論が必要であるという意見がある。医療保護入院についてもそのとおりで、現在の成年後見制度は家族にとって本当に役に立たない。 医療保護入院の同意や措置入院の引取は、本来は後見人や家族から離れた第三者が判断すべき問題である。 	野村構成員
<ul style="list-style-type: none"> むしろ当事者の圧倒的多くは家族と同居することで家庭内暴力を起こしたりしてしまう。「親亡き後」どうするかではなく、早い段階で世帯分離するべき。 	広田構成員
<ul style="list-style-type: none"> 保護者の大枠を維持することを前提に、その義務の法的意義とあり方を検討するだけではない。精神障害のときには医療、財産の処置について誰かが本人の意思を代行する必要があり、法体系の基本にかかわる内容なので、法体系の基本に立ち返って、根本的な議論をするべき。 	福田構成員
<ul style="list-style-type: none"> 保護者制度については、見直すという結論をそろそろ出してほしい。 地域生活がきちんとしていけば、保護者制度の扱いも随分違って来る。アウトリーチ事業を来年度からできるような体制をしいてほしい。 地域の中で、保健的・予防的な意味で、ケアラー及び要介護者を助ける仕組みがどれだけできているかということが最大のポイントになってくる。その役割を担う主体に対し、権限と正確・新鮮 	堀江構成員

な情報を与え、行政とのジョイントをしっかりと考えることが必要。

- ・ 地域で支える観点からは、臨床場面の専門家、家族への情報提供、地域の保健機能の強化、学校の教育機能などが必要。

保護者制度の見直しについて（各論ごとの検討）

1. 保護者（20条）

（保護者）

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

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

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

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

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

（1）改正の経緯

<昭和25年>

- 精神衛生法の制定とともに創設。

<平成5年改正>

- 保護義務者の義務とされているものについても、行政上の命令や罰則はなく、あえてその義務の側面を強調する必要がないため、「保護者」という名称に改められた。

<平成11年改正>

- 第20条に規定する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加えることとした。

2. 市町村長（21条）

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

（1）改正の経緯

<昭和25年>

- 精神衛生法の制定とともに創設。

3. 治療を受けさせること（22条1項）

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

（1）改正の経緯

＜昭和25年＞

- 精神衛生法の制定とともに創設。

＜平成11年改正＞

- 自傷他害防止監督義務が削除された。（公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉に関する専門委員会審議資料では以下のとおり説明されている。）
 - ・ この自傷他害防止監督義務については、「精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督」することとされていた。これは、重症の精神障害者については、自らの利益に反した行為をする恐れがあることから、その者の人権を擁護し、適切な医療・保護の機会を提供するために設けられていたといわれている。
 - ・ この点、そもそも精神障害者の自傷他害について予測することは、専門の精神科医師でも困難であるといわれており、また、保護者といえども精神障害者を保護拘束することは禁じられていることから、保護者が同義務を果たすためには、精神障害者に医療を受けさせることしか考えられない。
 - ・ したがって、自傷他害防止監督義務は、保護者の精神障害者に医療を受けさせる義務と実質的には同じであると考えられる。いいかえれば、精神症状を有し、入院治療を必要とするま

でに至っている精神障害者に対して、「治療を受けさせるという」保健医療的な観点からとらえたのが、「医療を受けさせる義務」であり、治療を受けさせないことによって自傷他害行為がおこるのを防止するという社会防衛的な観点からとらえたのが、自傷他害防止監督義務といえるとも考えられる。

- ・ しかしながら、自傷他害防止監督義務は、民法第714条の監督義務者の責任という問題につながっていることも重要な問題であった。平成11年の時点において判例の傾向を総合すると、保護者が保護責任を問われうるのは、専門家により精神障害の診断がなされていることを前提として、①現在明らかに危険が切迫した状態にあること、②著しい病的状態が認められること、③過去にも同様の状態があった、のいずれかの状態があるにもかかわらず、実行可能な対応行動をとらなかった場合である。この場合の実行可能な対応とは、医師との連携や相談、警察や保健所等への連絡をいう。
 - ・ しかしながら、精神保健福祉法の性格を考えると、精神障害者に治療を受けさせるという保健医療に関する機能で十分であり、異常な状態を察知して、警察等に連絡することまでを保護者に要求するのは過大な負担ではないかという議論もあった。
 - ・ 以上の考え方を踏まえ、自傷他害防止監督義務については廃止することとされた。
- 保護の対象から任意入院患者及び通院患者等を除外し、精神障害者の自己決定権限を尊重する趣旨から、自らの意思で医療を受けている者については、保護者の保護の対象としないこととした。

(2) 本規定の解釈

- 本規定で対象としている精神障害者は、任意入院患者又は入院しないで行われる医療を継続して受けている者（例えば通院患者、訪問診療を受けている患者等）を除いた精神障害者である。逆に、措置入院患者及び医療保護入院患者、継続して治療を受けていない精神障害者は本規定による保護者の義務の対象となる。本規定においては、主に未治療者、治療中断者が対象となると考えられる。
- 本規定は、精神障害者本人に対して医療を受けさせるべきこと（医療機関につなぐこと）を規定しているものであり、受けさせるべき医療の内容については、第3項で規定している。

(3) 論点

- 以下のような具体的ケースにおいて、本義務の適用についてどのように考えるべきか。
 - ・ 本規定の対象となる精神障害者であっても、神経症で治療を中断している精神障害者など、必ずしも保護者が治療を受けさせる必要のない類型は存在するのではないか。
 - ・ 保護者たる母親が、息子に医療を受けさせる必要がないと判断して医師に通院させなかつたり、薬の量が多いと判断して1日3錠の薬を2錠に減らして投与したりしていた場合、息子の症状が急激に悪化して他人を傷つける等の損害を与えしまったら、母親は、本規定に基づく保護者の義務違反を問われるのか。
 - ・ 本人に治療を受ける意思がない場合、大きな声を出すなど、たいていの者が迷惑と感じる行為を行う症状の患者であれば、本規定がなくても通報等により医療機関につながることはないのではないか。一方、そのような状態ではない患者であれば、本人にとって医療が必要であっても医療機関につながりづらくなる可能性があるのではないか。

- ・ 風邪をひいたときなど、強制的に病院に行かせることはできないが、精神障害者本人は精神科病院に行きたがらなくても、医療的な観点から考えると、医療にかかった方がよい場合も考えられるのではないか。このような場合、精神障害者本人が同意していなくても保護者は医療を受けさせなければならないのか。同様に、治療中断している精神障害者について、保護者が医療を受けさせなければならないのか。
- 本規定がなくなった場合、医療を受けたくないという精神障害者本人の意思を尊重し、保護者から何らかのはたらきかけもしなくてよいということになるのか。
- 本人が受診を拒否しており、家族が困ってしまっている場合、家族からの相談を受けている保健所が、本規定をもとに、本人、家族に対し、受診をすすめる場合が考えられるのではないか。現行では、家族が保護者である場合が多いことを踏まえると、受診拒否している本人を家族が説得するための拠り所をどこに求めるか。
- 民法上の監督義務（民法第714条）との関係で、本規定を削除した場合影響は生じるか。具体的には、精神保健福祉法の保護者は、民法714条の監督義務者に該当するという取り扱いがなされてきたが、その扱いについて影響が出るか。

(参考)

- 自傷他害防止監督義務が削除された平成11年改正以降の判例では、精神保健福祉法上の保護者ではないものの、現に精神障害者本人の犯行当時の生活上の面倒を見ていた者についても監督義務者としての責任を認めたものがある（事案は、未治療の統合失調症患者による殺人事件。裁判所は、民法714条の監督責任について、保護すべき被監督者が他害行為を行うことを一般的に防止することを求めるものであると解した上で、本件については監督義務者に

準じて法的責任を問うための要件（以下①～③）を具備しているとして、監督義務者の責任を認めた。）。

- ① 監督者とされる者が精神障害者との関係で家族の統率者たるべき立場及び続柄であること
- ② 監督者とされる者が現に行使し得る権威と勢力を持ち、保護監督を行える可能性があること
- ③ 精神障害者の病状が他人に害を与える危険性があるものであるため、保護監督すべき具体的必要性があり、かつ、その必要性を認識し得たこと

・民法（明治29年法律第89号）

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

（責任無能力者の監督義務者等の責任）

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

2 監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。

4. 財産上の利益を保護すること（22条1項）

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

（1）改正の経緯

<昭和25年>

- 精神衛生法の制定とともに創設。

<平成11年改正>

- 保護の対象から任意入院者及び通院患者を除外し、精神障害者の自己決定権限を尊重する趣旨から、自らの意思で医療を受けている者については、保護者の保護の対象としないこととした。

（2）本規定の解釈

- 本規定で対象としている精神障害者は、任意入院患者又は入院しないで行われる医療を継続して受けている者（例えば通院患者、訪問診療を受けている患者）を除いた精神障害者である。逆に、継続して治療を受けていない精神障害者は本規定による保護者の義務の対象となる。本規定で対象となるのは、財産の管理を要する場合であるので、入院（措置入院又は医療保護入院）をしている精神障害者に限られると考えられる。
- 本規定では、精神障害者の身の回りの財産を散逸しないように看守する義務や、入院した精神障害者の荷物をまとめて保管するとかいった事実上の保護を想定しているが、「精神保健福祉法詳解」（中央法規出版株式会社）には、市町村長の場合には、「入院することになる精神障害者の留守宅の荷物をまとめたり、相当長期入院が予想されるような場合であれば、状況に応じて、例えば借りているアパートの賃貸借契約を一旦解除し

て敷金等の返還を求めてこれを保管したりする限度にとどまる」との記述もある。

- 入院患者に必要な衣類等の生活必需品の調達については、必要に応じて病院の担当者や家族等がまかなうことも考えられる。その際の費用については、第42条において、当該精神障害者又は扶養義務者が負担することとされている。

(3) 論点

- 入院により、そのままになっている部屋には、本人が大切にしている書籍やCD、置物などが残っている可能性があるが、保護者たる親などが、部屋の片付けと称して処分してしまうことも考えられ、保護者としては、精神障害者本人の物を処分することが本人の利益であると考えて行動しても、精神障害者本人にとっては不利益となることが考えられるのではないか。
- 精神障害者に財産がある場合、家族による使い込みが問題となることがあるが、本規定は、そのような家族の使い込みの抑止に寄与するか。
- 精神障害者が一人で生活していた場合、入院費用に加えて毎月の家賃・光熱費を払うことについては、精神障害者又は家族に相当の負担を課すこととなるのではないか。一方、精神障害者にとっては、一度住居を引き払われてしまうと、再度入居することが困難となり、退院後の生活にスムーズに移行できない問題もあるのではないか。
- 精神障害者本人は、保護者により財産上の損害を受けた場合、本規定をもって保護者の責任を問えるのか。
- 本規定をなくした場合、身近に扶養義務者がおらず市町村長が保護者となっている精神障害者などの財産の保全に問題は

生じないか。

- 財産管理は、本来的には成年後見人等の役割と考えてよいか。
(特に資産のある精神障害者について)
- 保護者は、本規定により、民法上の事務管理を超えた義務を課せられるのか。例えば、月に数回本人宅の状況をチェックに行く、地震が起こった場合などに本人宅の安全を確認する、何か不備があれば手当するといった義務を負うことになるのか。

・ 民法（明治29年法律第89号）

（事務管理）

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

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

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

5. 医師に協力すること（22条2項）

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

（1）改正の経緯

<昭和25年>

- 精神衛生法の制定とともに創設。

（2）本規定の解釈

- 任意入院患者、通院患者等を含む精神保健福祉法に規定する精神障害者全てが対象となる。

（3）論点

- 本規定は、精神障害者の治療ではなく、「診断」が正しく行われるようにする規定であるため、未治療者や治療中断者が受診する際、医師が病名を診断するに当たって、精神障害者本人の性格や日常生活の様子など、医師に対して必要な情報提供を行うことを規定したものにとらえてよいか。

また、「精神障害者の診断」についての規定であると考え、既に入院治療又は継続した治療を受けている精神障害者について、入院又は治療終了の際の確認をとることが義務であるにとらえてよいか。

- 保護者は、医師が正しく診断できるように、精神障害者の診断に同行したり、手紙を書いたりといった協力をすることが求められるのか。
- 医師への正確な情報提供に限らず、患者が医師の診察を受けたがらないときに、きちんと受けられるようにするといった義務が含まれるのか（例えば、診療室から逃げようとする患者を押さえて診療を受けられるようにする等）。

- 後見人など、保護者は必ずしも精神障害者の日常生活を把握している者ではない場合もあり、医師も、保護者に限らず、家族等関係者の意見を聴くべきと判断する場合があるのではないか。
- 診断は、本人と医師との関係で行われることが基本であるが、精神障害者の場合、適切な診断を行うために、本人だけでなく、家族などの関係者から意見を聴く必要がある場合もあると考えられるところ、医師が家族から話を聴く、あるいは、家族が本人について医師へ話をするための拠り所は必要ではないか。
- 本人と保護者の関係は様々であり、保護者を診断に参加させることが不適切な場合もあるのではないか。

6. 医師の指示に従うこと（22条3項）

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

（1）改正の経緯

<昭和25年>

- 精神衛生法の制定とともに創設。

<平成11年改正>

- 保護の対象から任意入院者及び通院患者を除外し、精神障害者の自己決定権限を尊重する趣旨から、自らの意思で医療を受けている者については、保護者の保護の対象としないこととした。

（2）本規定の解釈

- 本規定で対象としている精神障害者は、任意入院患者又は入院しないで行われる医療を継続して受けている者（例えば通院患者、訪問診療を受けている患者）を除いた精神障害者である。逆に、措置入院及び医療保護入院をしている者、継続して治療を受けていない精神障害者は本規定による保護者の義務の対象となる。
- 通院患者は除かれるため、医師から保護者に対する、薬を定期的に飲ませるようといった指示は、本規定の対象とはならない。

（3）論点

- 医師が薬を増やす、作業療法をしてくれない、電気けいれん療法を実施する等、保護者の希望と異なる医療を提供する場合についても、医師が治療上必要と判断する場合、保護者は応じる義務があるか。すなわち、保護者は、いかなる場面においても医師の指示に従わなければならないのか。現実問題として、

保護者の意向を無視した医療を行うことは難しいのではない
か。

- 本規定における義務は、「医師の指示に従わなければならない」のであって、「診療に同意すること」ではないと考えてよいか。保護者に対する医師の「指示」として、どのようなものが考えられるか。例えば、以下のようなものはどうか。
 - ・ 診療の方針には従ってください
 - ・ 患者が帰りたいたいといっても今の状態では難しいので同意しないでください
 - ・ 引き続き入院させてください
 - ・ 入院継続の必要がないので退院してください
 - ・ 患者が寂しがっているので会いに来てください
 - ・ 仮退院、外泊をする際には薬を忘れず飲んでください
 - ・ 患者に差し入れをしないでください
 - ・ (医師から話を受けた看護師等からの指摘として) 洗濯物を引き取ってください

7. 回復した措置入院者等を引き取ること（41条）

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

（1）改正の経緯

＜昭和25年＞

- 精神衛生法の制定とともに創設。

- 本規定については、平成11年改正時に削除について検討されたが、引き取り義務の対象となっている措置入院解除者については引き続き医療等を必要とする場合が多く、保護者による支援を確実に担保する必要があることから、法律上も具体的な義務を課す必要があるとして維持されている。

（2）本規定の解釈

- 緊急措置入院患者又は措置入院患者が措置処分による入院が不要と判断されて退院する場合、保護者に当該者の引取義務が生じる。

- 退院の後の行き先としては、任意入院又は医療保護入院への入院形態の変更による入院の継続、施設等への入所、自宅への帰宅等が考えられる。施設に入所するなど地域生活に戻る場合であって受け入れ先がない場合について、保護者にかかる義務が大きくなると考えられる。

- 現場においては、本規定を示して保護者に対して引取を要請することもあり、実際に使用されている条文である。

（3）論点

- 保護者については父又は母がその役割を担うことが多いが、

高齢化が進行しており、これらの保護者が実際に精神障害者を引き取って保護することは困難となっていることもあるのではないか。また、精神障害者の家庭環境、家族関係などにより自宅で引き取ることが困難な場合もあるのではないか。

- 後見人や生活をともにしていない家族等の保護者にとっては、自宅に引き取るとは考えづらいため、医療保護入院への移行や施設等への入所による対応が中心となるのではないか。その際の負担はどのくらいあるのか。一方、扶養義務者にとっては、本規定による引取義務は、本来の扶養義務の一部であるとも考えられるのではないか。

・民法（明治29年法律第89号）

（扶養義務者）

第877条 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。

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

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

扶養とは、幼・老・傷病などの自然的原因あるいは失業などの社会的原因によって、自己の資産・能力だけでは生活ができない状態にある者を、他者が現物または金銭を給することにより、養い扶けることをいう（新版注釈民法（25））。

- 引取義務を精神障害者への医療を受けさせる義務という観点からみると、精神保健福祉法第22条第1項に規定する医療を受けさせる義務等と重複する義務ではないか。

- 本規定がなくなった場合でも措置入院患者が退院する際、退院後の受け入れ先がどこにもないといった事態が生じる避ける観点から、いずれかの者が受け入れ先を調整することは必要ではないか。

8. 相談し、及び必要な援助を求めること（22条の2）

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

（1）改正の経緯

＜平成5年改正＞

- 保護者への一層の支援の充実を図る観点から、保健所の訪問相談支援等の対象として精神障害者の保護者を明記する改正と併せて新設されたもの。

（2）規定の具体的イメージ

- 措置入院患者の引取の場面において、保護者が必要である場合、相談・必要な援助を求めることができる場所として、当該精神科病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神科病院若しくは指定病院と関連する障害者自立支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスに係る事業を行う者が提示されている。

（3）論点

- 保護者に権能を付与する規定であるが、41条の義務とセットで検討すべきではないか。

9. 退院請求等の請求をすることができること（38条の4）

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

（1）改正の経緯

＜昭和62年＞

- 入院患者の人権保護を強化するため、新設。

（2）規定の具体的イメージ

- 入院形態を問わず、精神科病院に入院している者又はその保護者は、退院を希望する場合に、退院請求を行うことができることとされている。
- 退院請求が行われた場合、精神医療審査会により、入院の必要性、処遇の適正性について審査が行われる。

（3）論点

- 本規定により都道府県知事に対する退院請求を行うことが可能であり、入院患者の権利擁護として機能しているのはいか。

入院制度について

厚生労働省精神・障害保健課

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

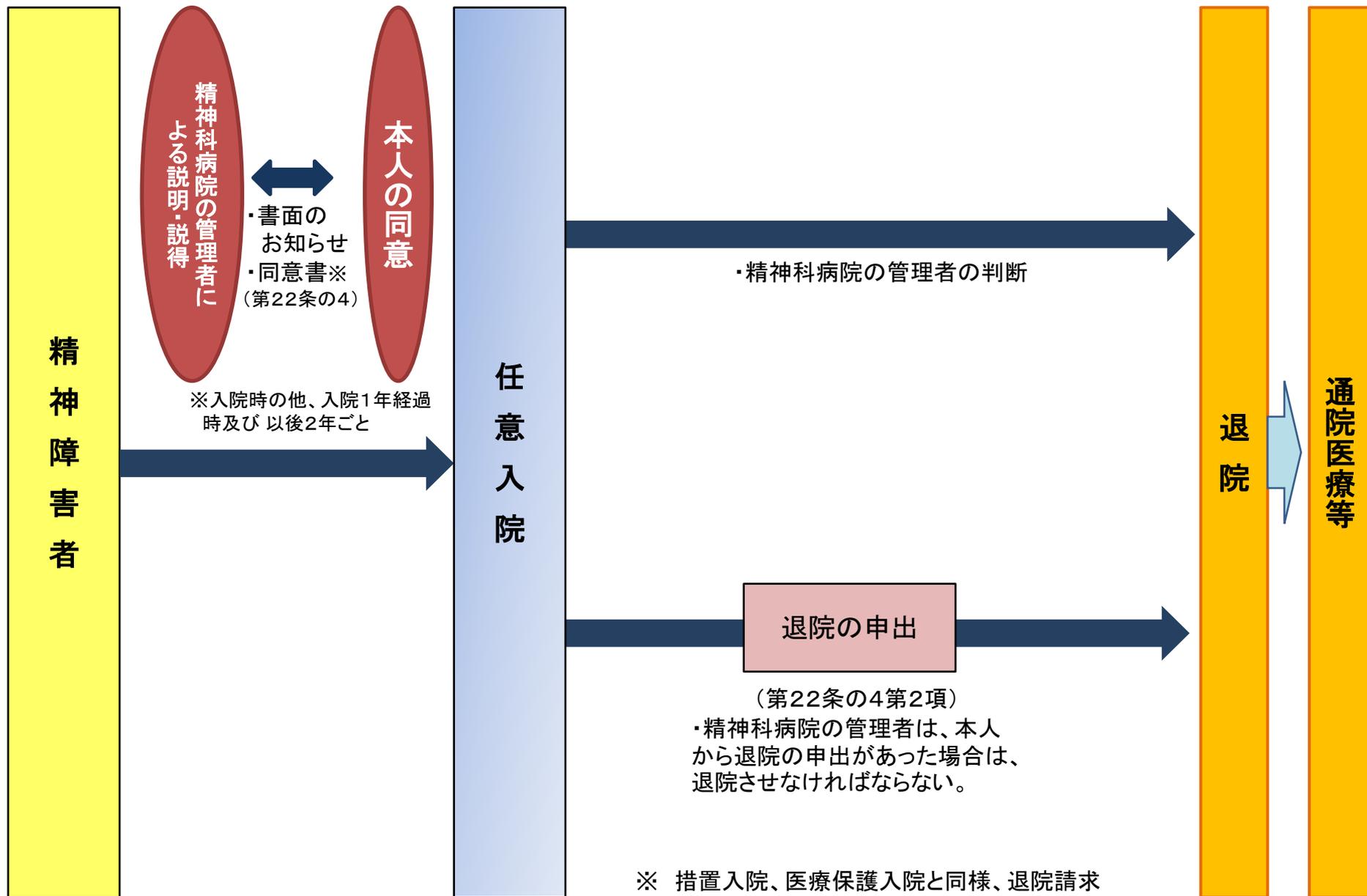
【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に制限される。
(特定医師による診察の場合は12時間まで)

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

任意入院の流れ(第22条の3)

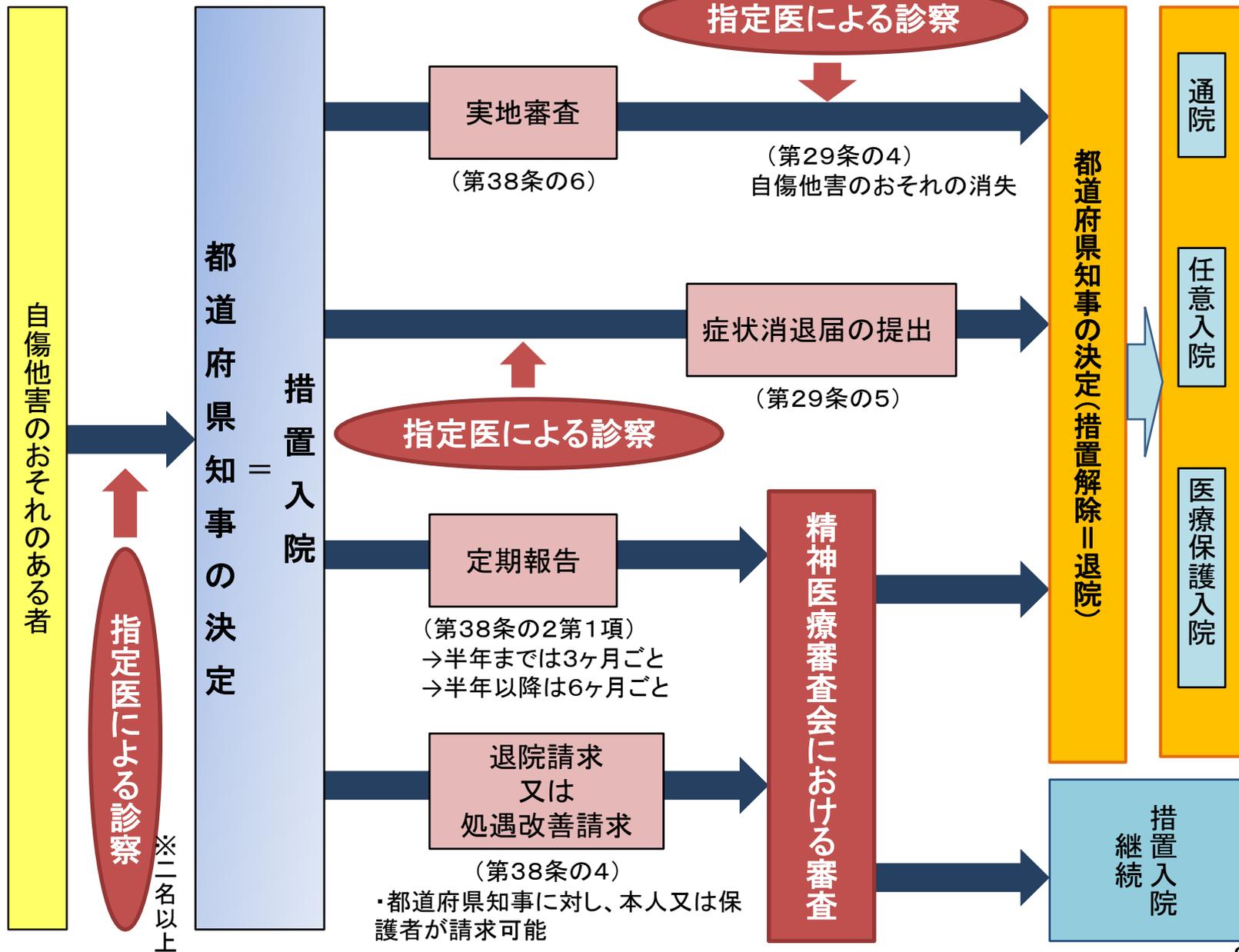


※ 措置入院、医療保護入院と同様、退院請求又は処遇改善請求も可能(第38条の4)

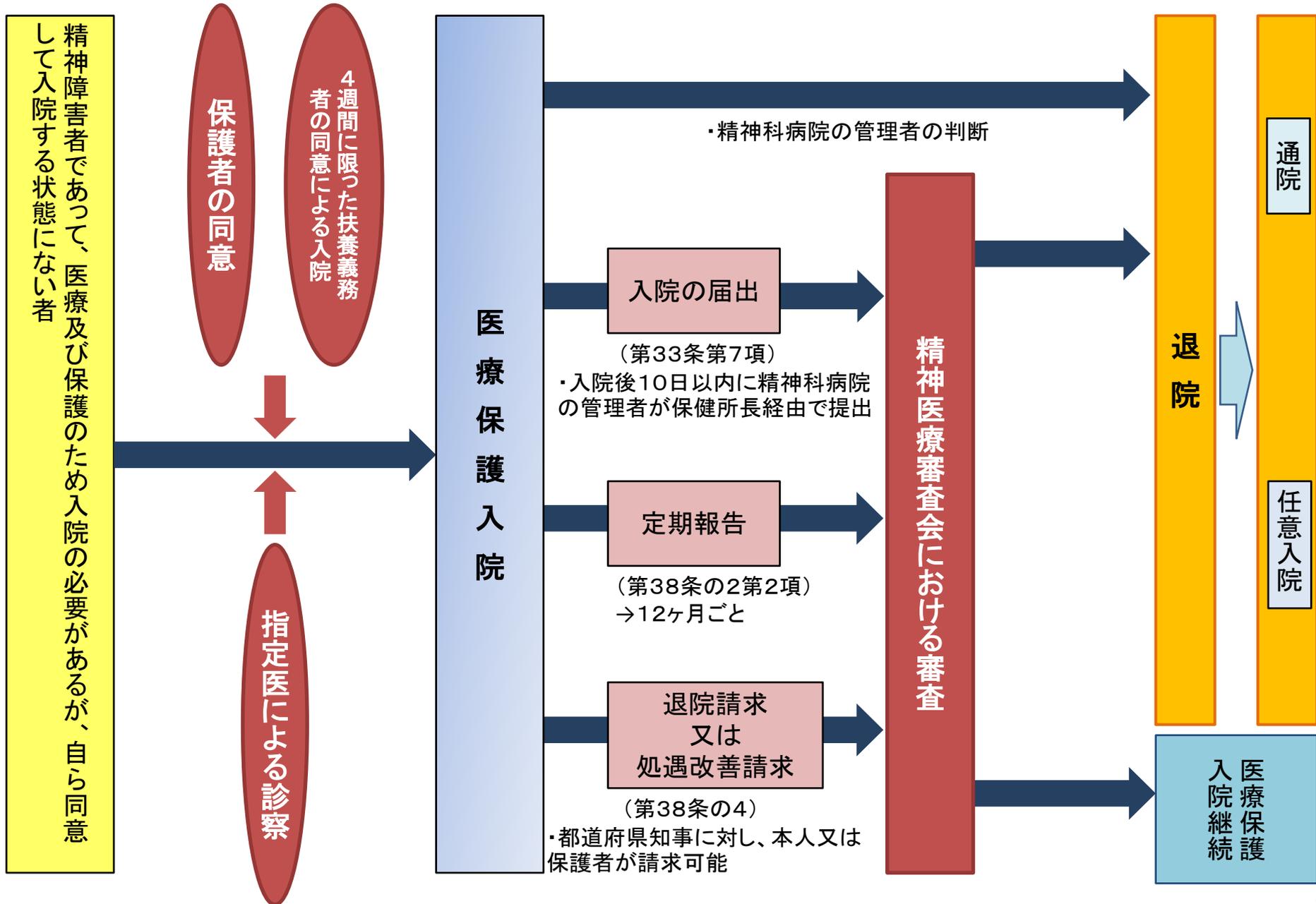
措置入院の流れ(第29条)

- ・一般人(第23条)、
- ・警察官(第24条)、
- ・検察官(第25条)、
- ・保護観察所の長
(第25条の2、第26条の3)、
- ・矯正施設の長(第26条)、
- ・精神科病院の管理者(第26条の2)等

通報



医療保護入院の流れ(第33条)



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

	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

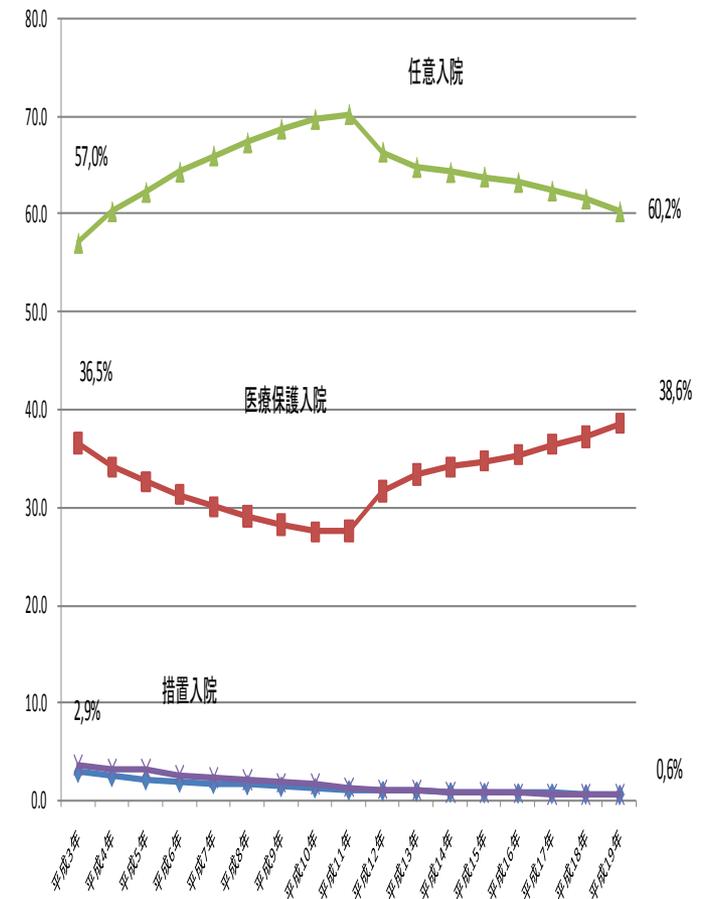
平成20年度

	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

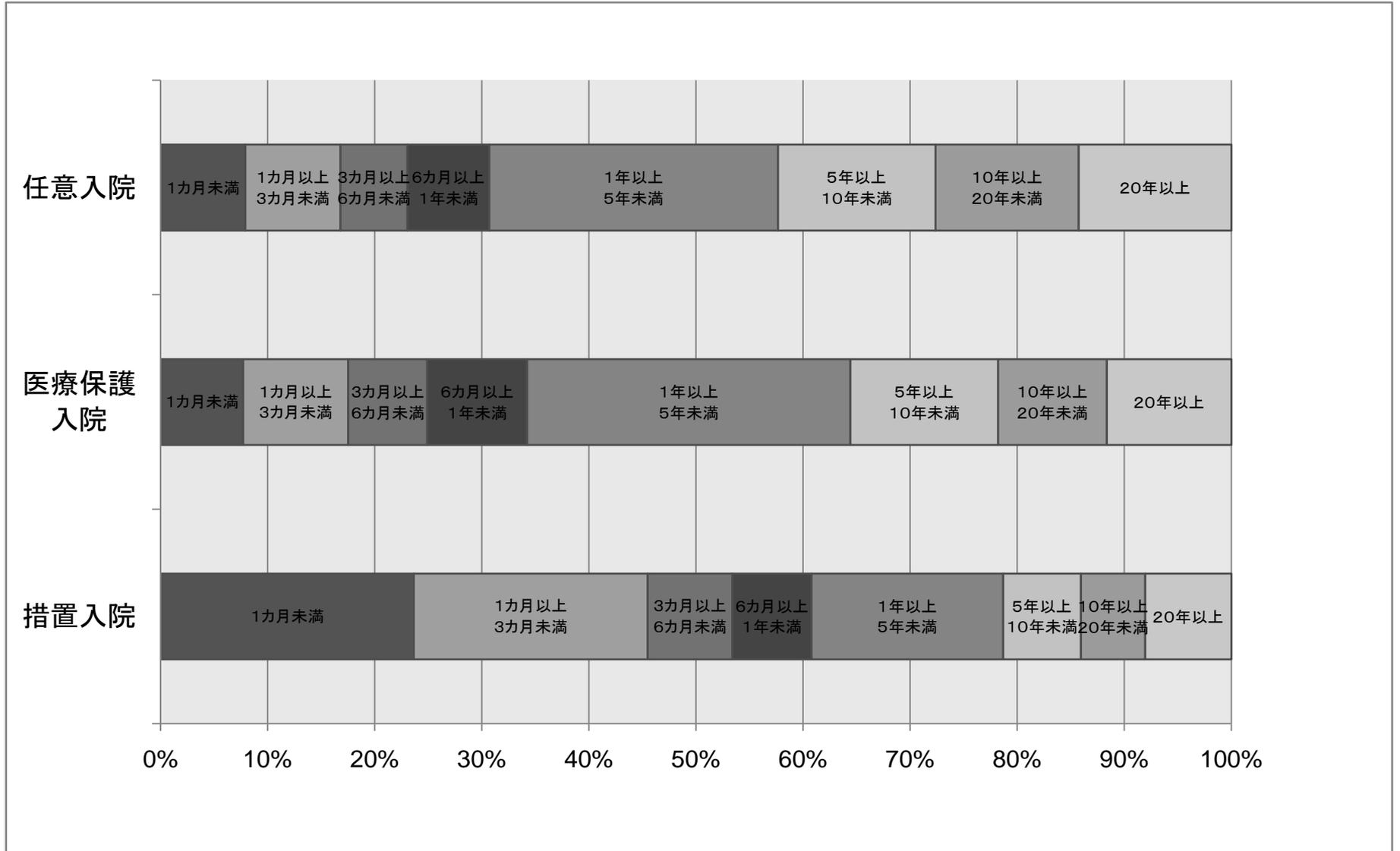
入院形態別在院患者数の推移

資料：精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)

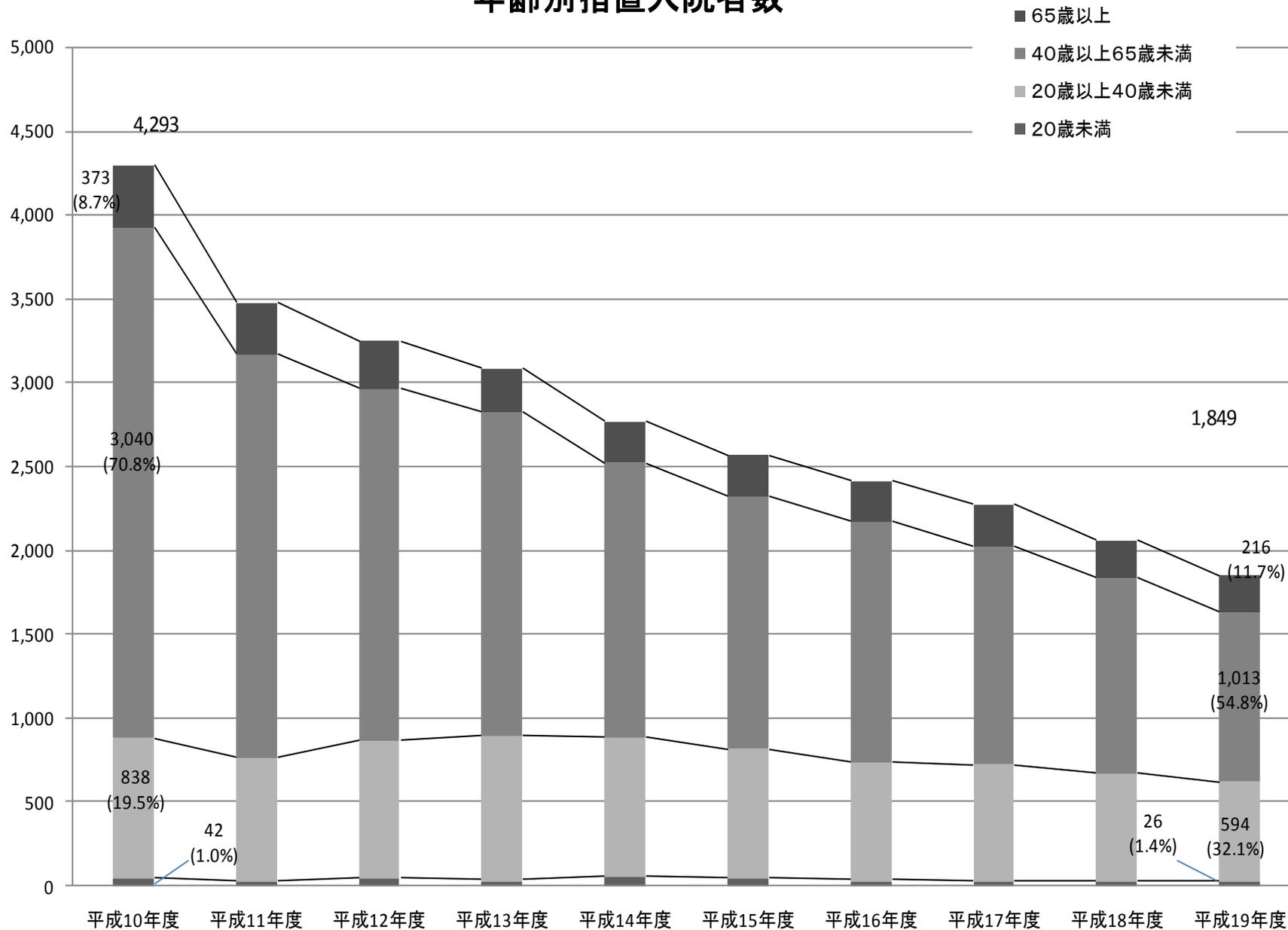


入院形態別・在院期間別の患者割合

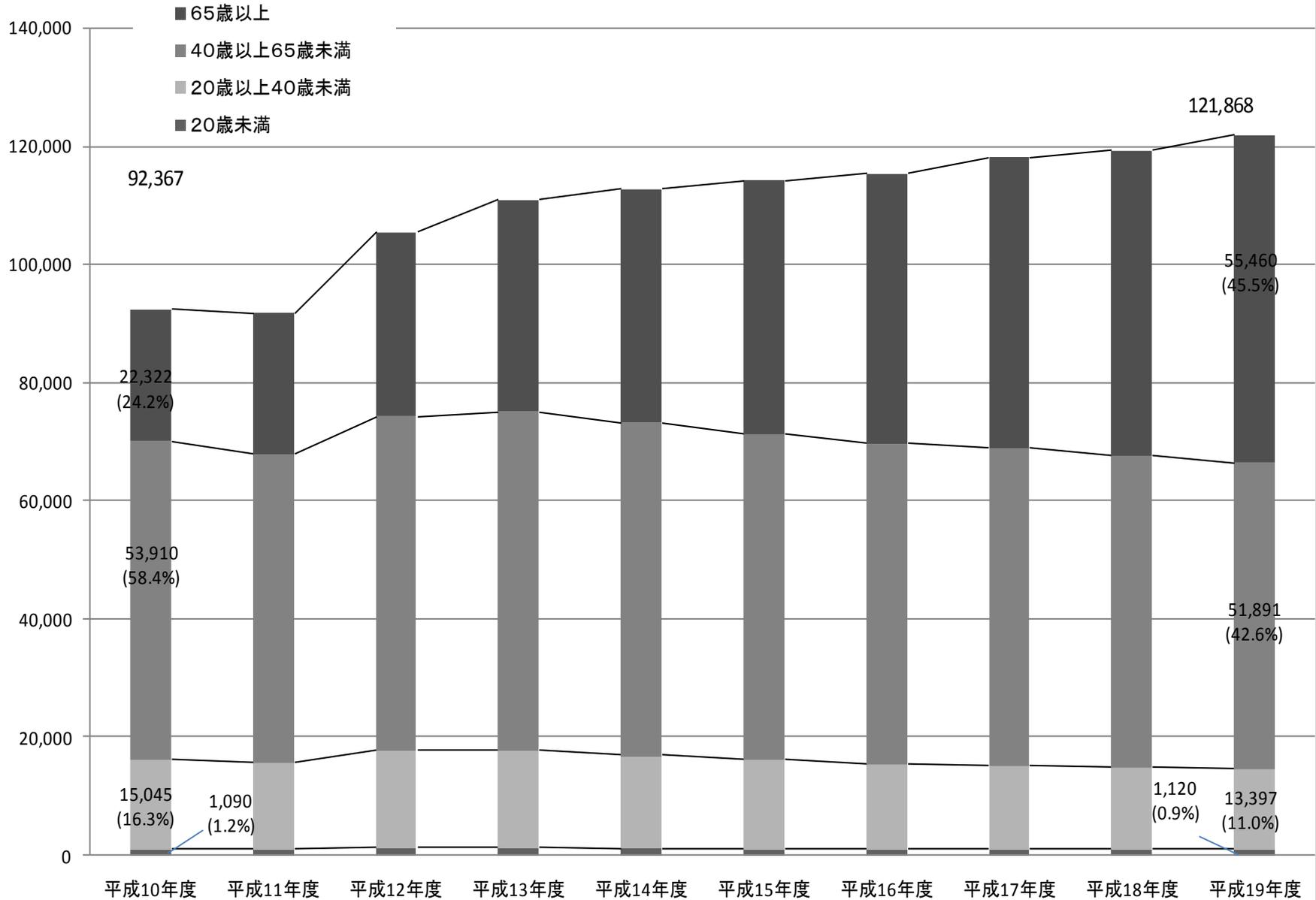
資料：精神・障害保健課調
(平成19年6月30日現在)



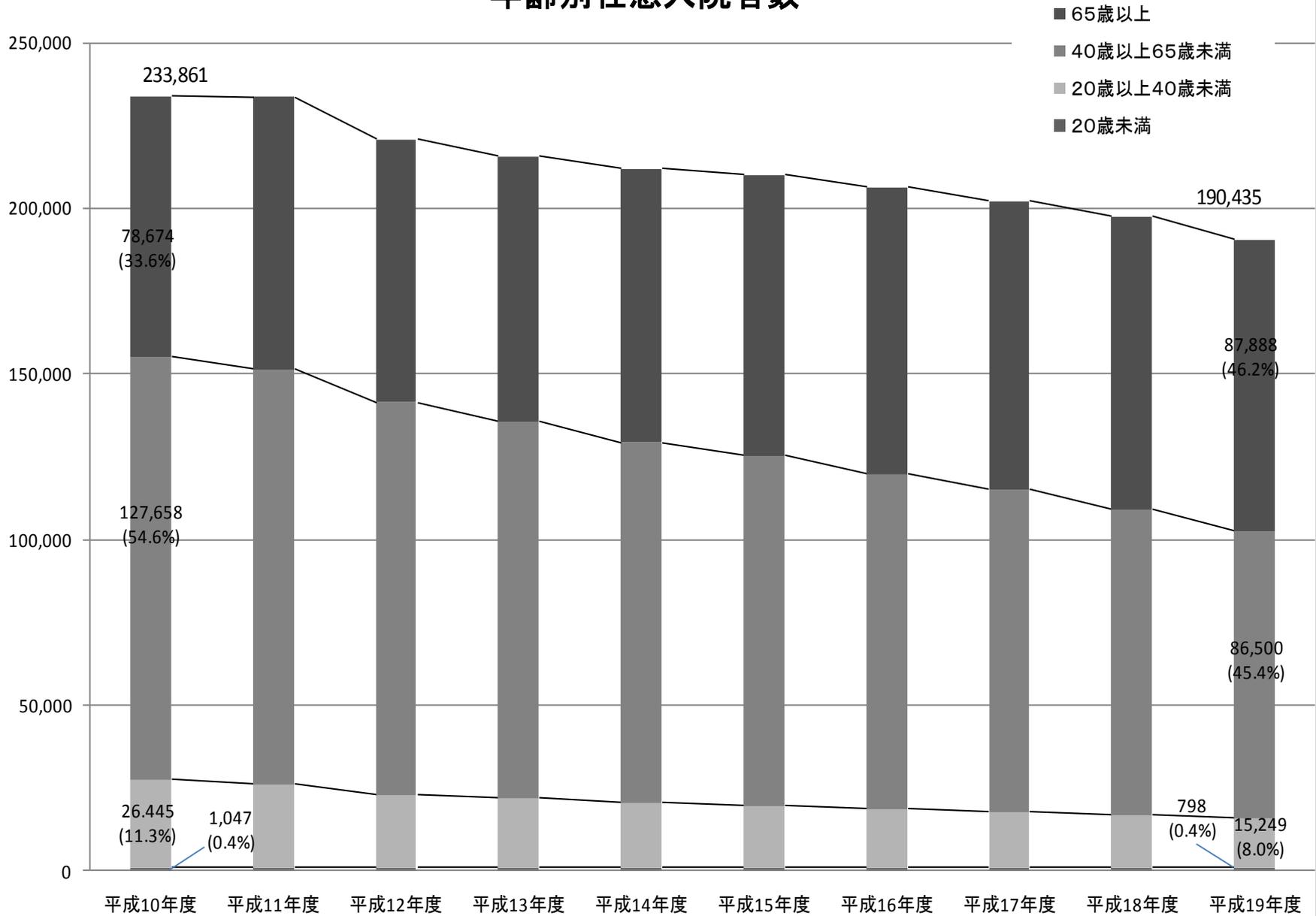
年齢別措置入院者数



年齢別医療保護入院者数

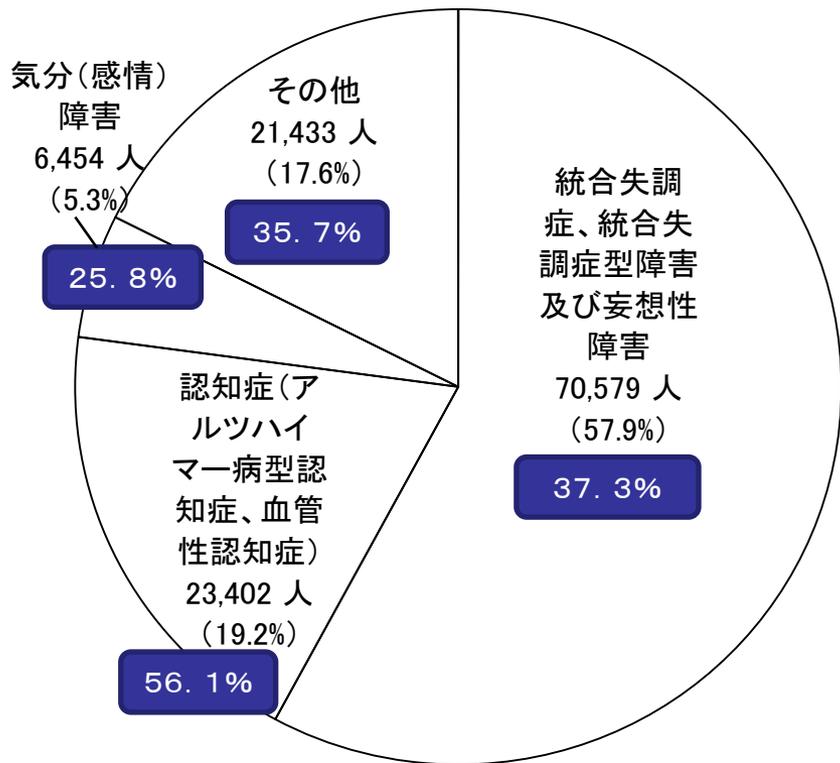


年齢別任意入院者数



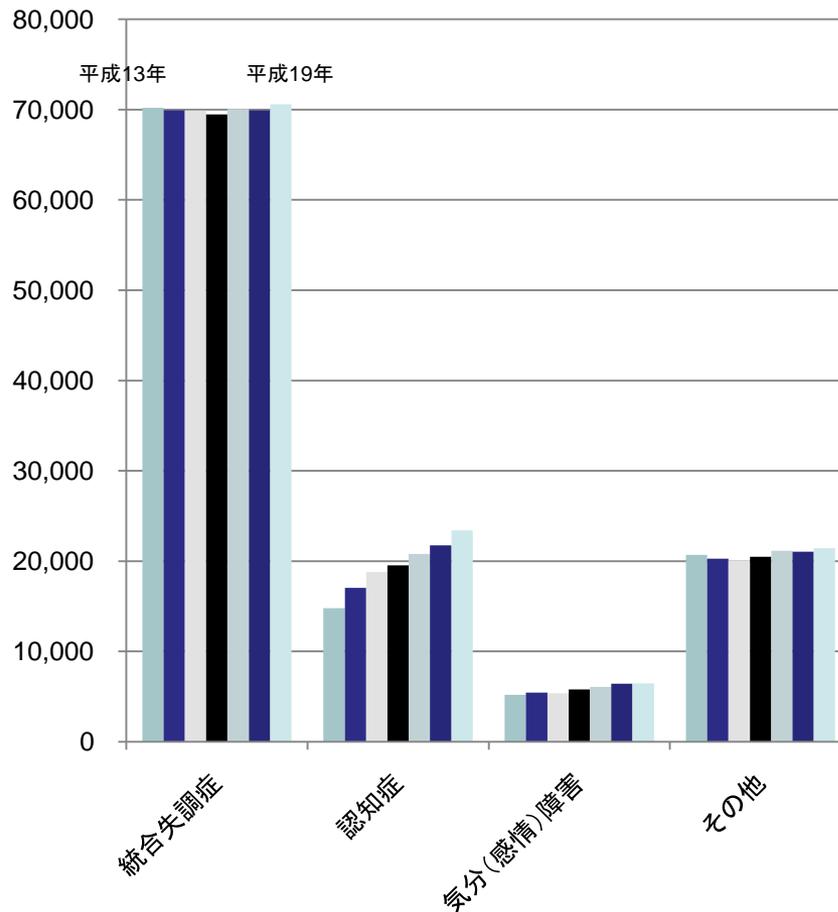
医療保護入院者数 (疾患分類別)

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)



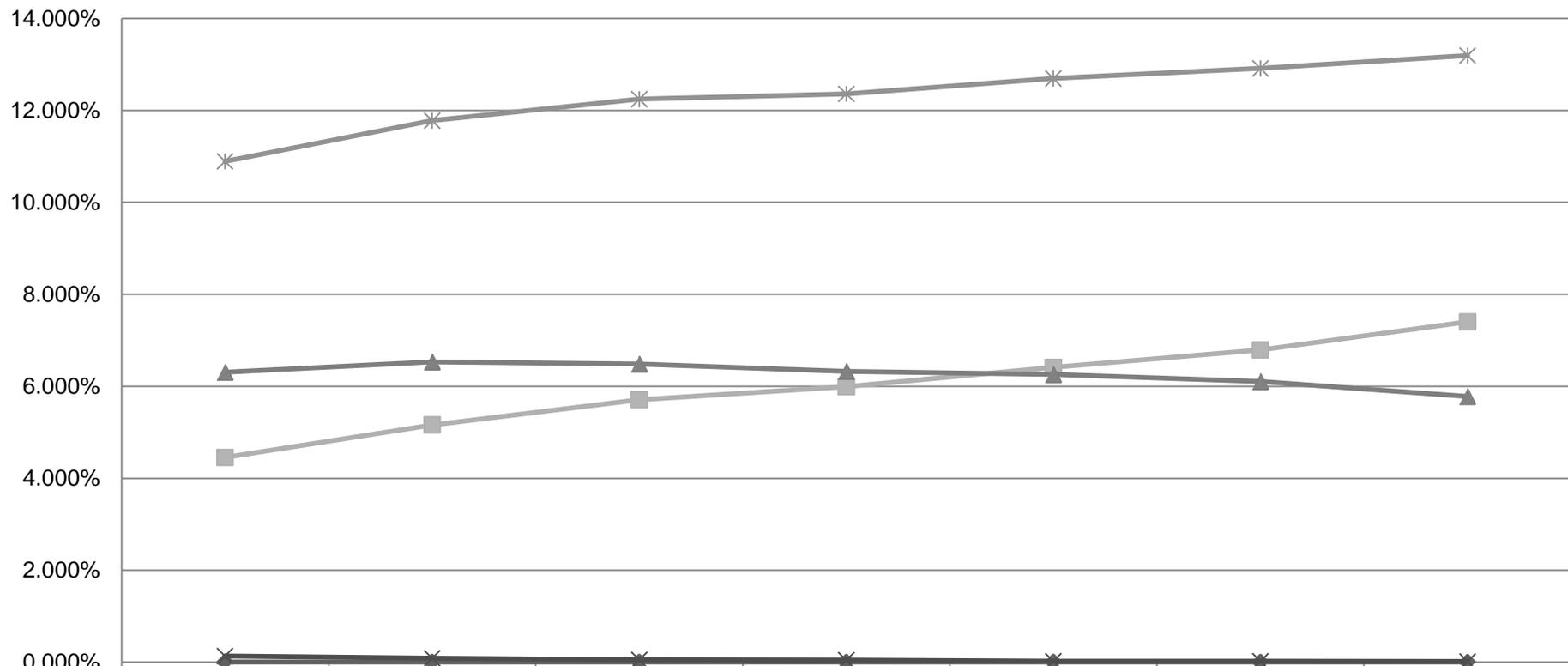
(参考)

医療保護入院者(総数) 121,868人

入院患者(総数) 316,229人

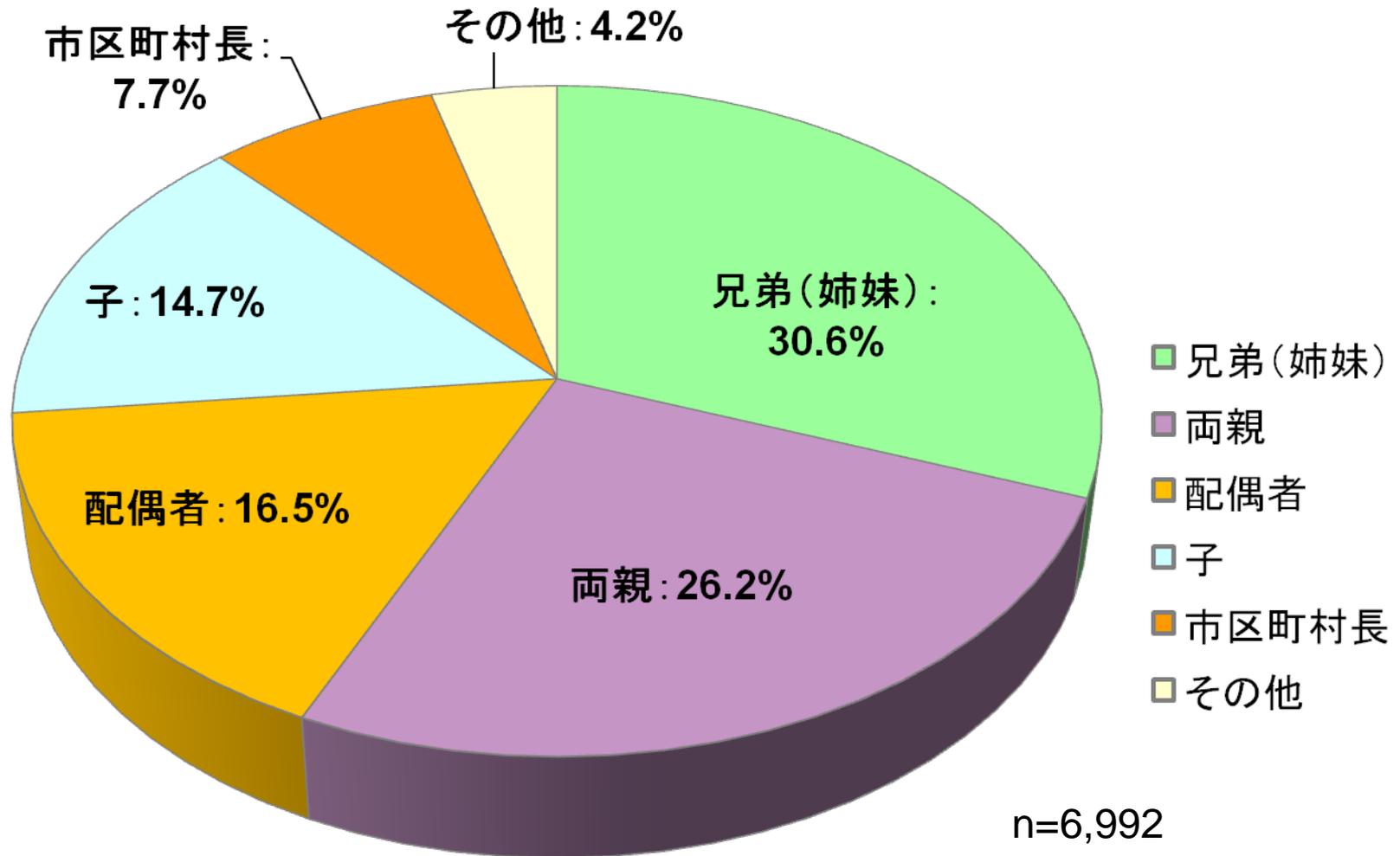
※ 内の数値は、入院患者総数(疾患分類別)に占める割合

入院患者全体に占める認知症患者の割合



	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	平成19年度
◆ 措置入院	0.003%	0.003%	0.003%	0.002%	0.004%	0.001%	0.001%
■ 医療保護	4.450%	5.158%	5.708%	5.991%	6.413%	6.789%	7.400%
▲ 任意入院	6.305%	6.530%	6.485%	6.325%	6.256%	6.103%	5.778%
✕ その他の入院	0.130%	0.083%	0.046%	0.040%	0.019%	0.019%	0.013%
✧ 認知症計	10.889%	11.774%	12.243%	12.359%	12.692%	12.912%	13.192%

医療保護入院の保護者の内訳



＜参考資料＞

海外における入院医療に関して

厚生労働科学研究
精神障害者への対応への国際比較に関する研究
主任研究者 中根 允文
(研究分担者 伊藤弘人)

1

調査方法

1. 発表された多国間比較の調査研究
 - － Saize HJ, et al. Br J Psychiatry 184: 163-168, 2004
 - － Dressing H, et al. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004
 - － Kallert TW, et al. J Forensic Mental Health 6: 197-207, 2007
2. 当該国に詳しい研究者へ協力依頼
 - － 英国: 西田淳志研究員(東京都精神医学総合研究所)
(協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生)
 - － イタリア: 水野雅文教授(東邦大学)
 - － オランダ: 鈴木友理子室長(国立精神・神経医療研究センター)
 - － フランス: 杉浦寛奈医師(横浜市立大学精神医学教室)
(協力: Dr. Pierre Bastin, Mental health advisor, Médecins Sans Frontières)
 - － フィンランド: 野田寿恵室長(国立精神・神経医療研究センター)
 - － 韓国: 竹島正部長・趙香花研究員(国立精神・神経医療研究センター)および藤本美智子医師(National Institutes of Health)
 - － オーストラリア(ビクトリア州): 竹島正部長
3. 資料作成方針
 - － 既存調査研究をベースに詳細調査国の情報を追加

2

非任意入院に関する法律

	名称	備考(種類・要件等)
英国 (イングランド)	Mental Health Act	(1) 評価入院, (2) 治療のための入院, (3) 緊急評価のための入院, (4) 入院中患者の非同意入院
フィンランド	Mental Health Act (Mielenterveyslaki)	【要件: 全要件が必要】(1) 精神疾患の存在, (2) 治療をしなければ重症化することないし本人ないし他者への安全が守れないこと, (3) 他の治療では不十分であること
フランス	Loi du 27 juin 1990	(1) Hospitalisation d'office, (2) Hospitalisation d'office si danger imminent, (3) Hospitalisation a la demande d'un tiers, (4) Hospitalisation d'extreme urgence
イタリア	Legge 180(法180号): 1978年	【要件: 次の場合市長同意文書発行】(1) 精神神疾患の存在, (2) 治療必要性 (3) 患者が治療を拒否, (4) 強制入院以外の選択肢がない, (5) 公的施設勤務する別の医師の判断も同様
オランダ	Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act	【要件】(1) 精神疾患の存在, (2) 精神疾患のために本人自身に危険, (3) 入院以外では回避できないこと
韓国	精神保健法	(1) 保護義務者による入院(精神科専門医の診断、保護義務者2人の同意で精神医療機関の長は6ヶ月間入院させることができる), (2) 市・道知事による入院(精神科専門医または精神保健専門要員の申請により2週間入院させることができる), (3) 応急入院(医師および警察官の依頼により、精神医療機関の長は72時間を限って入院させることができる)
オーストラリア (ビクトリア州)	Mental Health Bill 2010 (Exposure Draft)	【要件】(1) 対象者が精神疾患に罹患している, (2) 治療により、病状悪化防止または軽減が期待できる, (3) 精神病ゆえに対象者に治療についての正常な判断能力が失われている, (4) もし拘束しなければ深刻な自傷他害または状況悪化の恐れがある, (5) 他より緩い手段では代替できない

3

保護者制度

	保護者制度	保護者(提案者・請求者)順位	権利・義務
英国 (イングランド)	あり ^{注1}	提案者: 1. 配偶者/パートナー、2. 息子/娘、3. 父/母、4. 兄/姉、5. 祖父母、6. 孫、7. 叔父/叔母、8. 甥/姪	非任意入院の申し込み、患者の入院の通知、入院検討時に相談(意見を求められる)、入院申し込みへの反対、患者が退院時の通知、退院後ケアやサービス計画策定に関与
フィンランド	なし	—	—
フランス	あり	入院要望者に関する規定なし(四親等までの親族と希望者に保護者資格があるが、入院前に本人を知っている必要がある) ^{注2}	規定なし
イタリア	なし	—	—
オランダ	あり (民法)	請求者: 後見人、配偶者・パートナー(拒絶しない場合)、親、子供、兄弟	善管注意義務 (サービス提供者の保護者らへの責務。退院後の引き取り義務の記載はない)
韓国	あり	(1) 扶養義務者: 直系血族およびその配偶者間の協定により、協定がない場合は当事者の申請により裁判所が決定。その他の生計を共にする親族者 (2) 後見人: 最近親族の年長者、前項に関わらず養父母が存在する場合は、養父母、養家血族を先順位にする。	適切な治療を受けさせる義務、自傷他害行為が起らないよう監護する義務、財産上の利益などの権利擁護
オーストラリア (ビクトリア州)	あり (Mental Health Bill 2010: Exposure Draft)	患者が保護者を指定(指定の時点でその効果の正常な判断が可能な場合)。保護者は18歳以上で、責務を担う能力と時間的余裕があり、引き受けるのが嫌でない者でなければならない	患者の個人情報の提供を受け、治療等の方針・計画等について協議し、患者の権利を擁護

注1 家族からの提案がなくとも、他の要請があればソーシャルワーカーが中心となって手続きが進められる。

注2 担当ソーシャルワーカー、入院施設以外の医師である担当医を含む(保護者からの入院要望は必須)

4

英国(イングランド)

入院の類型ごとの特徴

型	名称	概要	目的	対象者(全てを満たす)	権限の主体
1	評価のための入院	最長28日間	評価	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害に罹患しており、評価のための入院が必要。 ・自身の健康または安全、もしくは他者の保護のために入院が必要。 	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)
2	治療のための入院	最長6ヶ月間 (最初6ヶ月間延長、以後1年間の延長)	治療	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害に罹患しており、治療のための入院が適切。 ・適切な治療が存在する。 ・自身の健康または安全、もしくは他者の保護のために、入院環境下でないといけない治療が必要である、 	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)
3	緊急評価のための入院	最長72時間	緊急	<ul style="list-style-type: none"> ・評価のための緊急入院が必要 ・2人目の医師を待つことが「望ましくない遅れ」をもたらす 	1名の医師
4	既に入院している患者の非任意入院	最長72時間	緊急	<ul style="list-style-type: none"> ・(型1や2による)評価や治療のための入院がなされるべき 	1名の医師 または 国家承認を受けた精神保健従事者

東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料
協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生

5

英国(イングランド)

非自発的入院の判断や同意を行う者と手続き

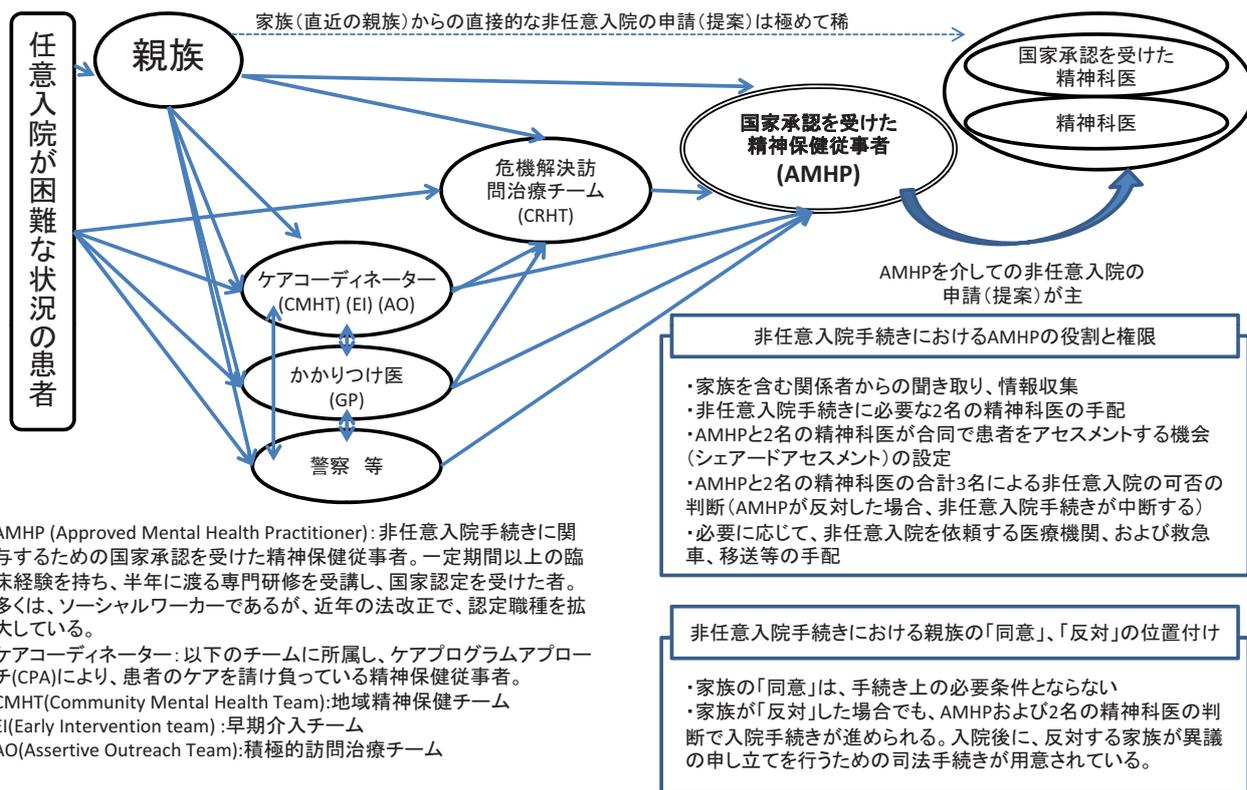
型	名称	判断者	提案者	決定者	手続き
1	評価のための入院	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で承認された精神保健従事者 ・直近の親族 	(判断者と同じ)	判断者と提案者が病院に書類を送る
2	治療のための入院	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で承認された精神保健従事者(直近の親族が反対しない場合) ・直近の親族 ・州裁判所(強制退去) 	(判断者と同じ)	判断者と提案者が病院に書類を送る
3	緊急評価のための入院	1名の医師	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で承認された精神保健従事者 ・直近の親族 	(判断者と同じ)	判断者と提案者が病院に書類を送る
4	既に入院している患者の非任意入院	1名の医師 または 国家承認を受けた精神保健従事者	該当なし	(判断者と同じ)	判断者が病院に書類を送る

東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料
協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生

6

英国(イングランド)

AMHPが起点となる非任意入院手続きの概略



7

フィンランド

入院の類型ごとの特徴

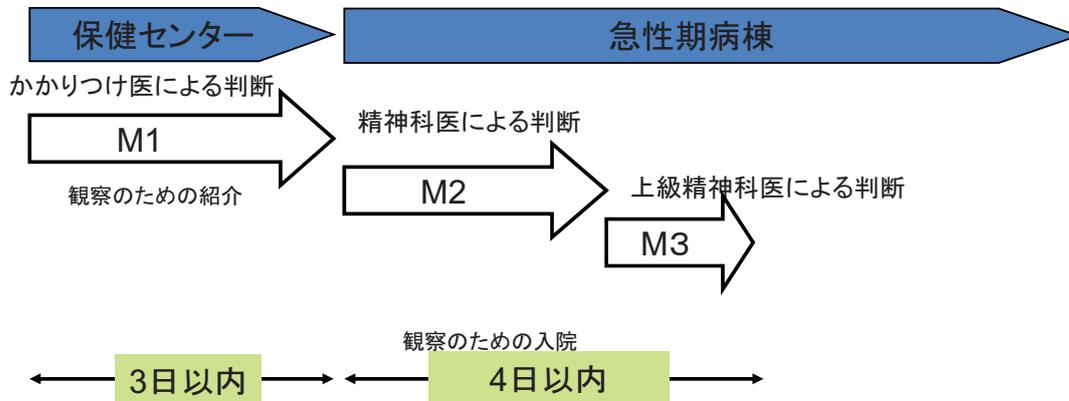
名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Involuntary treatment (非任意治療)	<p>段階1: (地域医療を担当する)医師(主として精神保健センター)による観察のための入院の指示</p> <p>段階2: 精神科病院で観察を担当する医師による観察結果の記述。もし不適であれば直ちに退院</p> <p>段階3: 前者で適応という判断であれば、精神科を専門とする主任医師による非同意入院の決定</p>	記述なし	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患である ・治療をしなければ重症化する、ないし本人ないし他者への害の危険がある ・他の方法では不十分 	<p>段階1: 地域の医師</p> <p>段階2: 精神科病院での担当医師</p> <p>段階3: 精神科を専門とする主任医師</p>

非自発的入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	非任意入院の判断者	同意者	決定者	手続き
非任意治療	精神科を専門とする主任医師が最終の判断を行う	なし	主任精神科医	

フィンランド

非任意入院のプロセス



非任意入院は最長3ヶ月まで。

3ヶ月を超える場合はsenior psychiatristによる書面(M3)によって県に報告しなければならない。

6ヶ月を超える場合は、上図のM1, M2, M3を経なければならない。

同意入院患者の退院制限があった場合、4日以内にM3を行わなければならない。

国立精神・神経医療研究センター 野田寿恵室長資料

9

フランス

入院の類型ごとの特徴

型	名称	概要	目的	対象者	権限主体
1	Hospitalisation d'office (Article L.3213-1)	危険状態(警察等が作成)および精神疾患の既往歴 退院: 司法判断および精神科医の助言	公衆の安全および個人の安全を守る	自傷他害の恐れのある者	行政官 (Prefet)
2	Hospitalisation d'office si danger imminent (Article L.3213-2)	危険状態(警察等が作成)および精神疾患の既往歴 退院: 司法判断および精神科医の助言 期間: 48時間	公衆の安全および個人の安全を守る	自傷他害の恐れのある者	行政官 (Prefet)
3	Hospitalisation a la demande d'un tiers (Article L.3212-1)	(1)保護者からの入院要望書、(2)医師による入院加療必要証明書、および(3)その証明書に同意する別の医師による同意書(すべて15日以内に作成されたもの) 退院: 精神科医1人の判断	迅速な加療	緊急の加療が必要であり、生涯に渡る医療的指導が必要な者で同意能力がない者	精神科医
4	Hospitalisation d'extreme urgence (Article L.3212-3)	(1)保護者からの入院要望書、および(2)医師による入院加療必要証明書 退院: 精神科医1人の判断	迅速な加療	緊急の加療が必要であり、生涯に渡る医療的指導が必要な者で同意能力がない者	精神科医

杉浦寛奈医師(横浜市立大学精神医学教室)

作成協力: Dr. Pierre Bastin (Mental health advisor, Médecins Sans Frontières)

フランス

非自発的入院の判断や同意を行う者と手続き

型	名称	申立者	同意者(提案者)	決定者	手続き
1	Hospitalisation d'office,	行政官 (Prefet)	入院施設とは異なる施設所属の医師1人	行政官 (Prefet)	入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価
2	Hospitalisation d'office si danger imminent	警察	入院施設とは異なる施設所属の医師1人もしくは行政官 (Prefet)	行政官 (Prefet)	24時間以内に医師が入院継続を評価入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価
3	Hospitalisation a la demande d'un tiers	保護者	入院施設とは異なる施設所属の医師1人	入院施設所属の医師1人	入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価
4	Hospitalisation d'extreme urgence	保護者	入院施設とは異なる施設所属の医師1人 決定者	入院施設とは異なる施設所属の医師1人	24時間以内に精神科医が入院継続評価入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価

杉浦寛奈医師(横浜市立大学精神医学教室)

作成協力: Dr. Pierre Bastin (Mental health advisor, Médecins Sans Frontières)

イタリア

入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限主体
任意入院	本人の任意による	治療	全精神障害者	
非任意入院	下記	強制治療	同上	市長

非任意入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	判断者	同意者	決定者	手続き
非任意入院	主治医+別の公立病院の医師	医師2名のみ	市長	市長の発行書類

入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Interim order (仮命令)	段階1: 配偶者、親、保護者の仮命令請求 段階2: 治療に関与していなかった精神科医による申告 段階3: 検察官による仮命令請求 段階4: 裁判所による対象者の審問、専門家等の召喚、審理、決定	記述なし	・精神疾患が対象者自身にとっての危険に該当 ・危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によって回避できない	裁判所(検察官の申立て)
Further detention order (収容延長命令)	段階1: 対象者が入院している精神科病院の医長による申告書の添付 段階2: 検察官による申立て(申告書に治療計画を添付) 段階3: 病院の裁判所管轄区域の裁判所が4週間以内に決定	記述なし	・精神疾患の継続と、対象者にとっての危険の持続 ・当該危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によって回避できない	裁判所(検察官の申立て)
Provisional detention and provisional detention extention order (仮収容及び仮収容延長命令)	対象者の条件を満たすものに対して、市長(または委任者)は仮収容を命令することができる。 対象者が精神科病院に入院した場合、市長の指名を受けた者は、命令(仮収容)の写しを手渡すものとする。	記述なし	・対象者が危険に該当 ・精神疾患が対象者の危険の原因であると考えられる十分な理由がある ・当該危険が差し迫っているため、仮命令の申立を待つ時間がない ・当該危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によって回避できない	・市長(権限の遂行の市議員への委任が可能) ・市長(仮収容命令の執行を、精神疾患を有する者のケアに関する学識経験者の支援を受けて政策業務の遂行の担当職員に委任) 市長からの指名者は、自他に危険のおそれのある物品を、対象者から取り上げることができる。また対象者の着衣又は身体を捜索する権限を有する。

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料
13

非任意入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	非任意入院の判断者	請求者	決定者	手続き
Interim order (仮命令)	治療に関与していなかった精神科医による申告、裁判所による対象者の審問、専門家等の召喚、審理	配偶者、親(一方、または両方)、保護者	裁判所	検察官から請求を受けて裁判所が命令
Provisional detention and provisional detention extention order (仮収容及び仮収容延長命令)	精神科医(できれば患者を治療していない精神科医)、又は精神科医がいない場合は精神科医以外の医師(できれば患者を治療していない医師)が、証明できる申告をするまでは、市長は仮収容を命令してはならない。 申告を行う医師が精神科医ではない場合は、可能であれば、事前に精神科医(対象者が精神科医による治療を受けている場合は、できれば当該精神科医)に相談するものとし、申告を行う医師が当該患者の一般開業医ではない場合は、可能であれば、事前に当該一般開業医に相談するものとする。直前の文に定める相談が行われなかった場合には、申告を行う医師は、相談を行わなかった理由を述べるものとする。	対象者が入院した場合、市長は、仮収容命令で対象者を入院させた旨を、可能であれば、対象者の配偶者、法定代理人及び近親者に通知する	市長	

オランダ 参考：一定条件下で入院の強制力をもつ治療形態

入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Conditional order (条件付き命令)	段階1: 治療に関与していない精神科医による申告 段階2: 裁判所は、主治医が対象者と協議のうえ作成した治療計画を審査 段階3: 検察官による条件付き命令申立て 段階4: 裁判所による治療計画書の審査、条件付き命令の決定	記述なし	・対象者の精神疾患が危険の原因である ・精神科病院(精神障害者施設又は高齢者介護施設ではないもの。)以外で、一定の条件下で十分に管理できるものであること。	裁判所(検察官からの請求)
Observation order (観察命令)	定義: 対象者を精神科病院に入院させ留置することを義務づける命令(検察官からの請求) 条件: 裁判所が、対象者が精神疾患のため対象者自身にとって危険であると疑う十分な根拠が存在すると判断した場合	記述なし	・対象者が精神疾患に罹患していること ・かかる疾患のため、対象者が対象者自身にとって危険であること。	裁判所(検察官から請求)

非任意入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	治療の判断者	同意者	決定者	手続き
Conditional order (条件付き命令)	有効期間: 6ヶ月(1年ごとの更新) 治療計画には、命令条件を対象者が遵守しなかった場合(又は条件の遵守状況からみて精神科病院外では危険を十分に管理することができなくなった場合)に対象者を入院させる精神科病院の名称を記載する 上記場合(または入院を要求した場合)には、精神科病院の医長は、当該病院に本人を入院させるものとする。 入院は、事前に対象者にみずからの意見を述べる機会を与えるまで、又は治療に関与していない精神科医が評価して対象者の入院を承認する旨の申告書を治療提供者に提出するまでは、開始してはならない。	対象者本人 権利概要書は速やかに本人に交付 対象者の地位の口頭による説明 治療提供者は、対象者の同意を得て、治療計画を変更することができる(修正治療計画を、裁判所及び当該裁判所に係る検察官に、直ちに送付する)	裁判所(検察官からの請求)	対象者又は治療提供者は、命令の条件の変更又は別の治療提供者の任命を裁判所に申し立てることを検察官に書面で請求することができる。 医長が入院決定した時からは、条件付き命令を仮命令として取り扱う。

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料

15

韓国

韓国の精神科入院制度

- 任意入院(自意入院)
- 非任意入院(括弧内は、判定者・実施者・その他条件)
 - ①保護義務者による入院(精神科専門医の診察、保護義務者の同意、精神医療機関の長による入院、6ヶ月以内)
 - ②市・道知事による入院(精神科専門医または精神保健専門要員が診断および保護を申請、2週間以内)
 - ③応急入院(医師および警察官の同意により入院を依頼、精神医療機関の長が72時間において入院させることができる。警察官は精神医療機関まで護送)
- 仮退院: ①、②の場合、2人以上の精神科専門医により仮退院が可能。市・道知事は①では6ヶ月、②では3ヶ月退院後の経過観察が可能。いずれも2名の専門医により3カ月間の再入院が可能。これらは大統領令で定める。
- 通院措置: 精神医療機関の長は、保護義務者の同意を得て、一年以内の通院命令を市・道知事に請求することができる。
- 根拠法: 精神保健法

出典: 藤本美智子医師資料(National Institutes of Health)
加筆: 趙香花研究員(国立精神・神経医療研究センター)

16

オーストラリア(ビクトリア州)

非同意入院制度に関する法律

- 法律の名称:
 - Mental Health Bill 2010 (Exposure Draft)
 - 非同意入院に係る法律構成(条項の抜粋):
 - Part 5 Compulsory patients
 - 入院治療命令に関する条文の抜粋:
 - clause 70 Criteria for Inpatient Treatment Orders
 - 入院治療命令に必要な基準は以下の通りである。
 - 対象者が精神疾患に罹患している
 - 治療により、病状悪化防止または軽減が期待できる
 - 精神病ゆえに対象者に治療についての正常な判断能力が失われている
 - もし拘束しなければ深刻な自傷他害または状況悪化の恐れがある
 - 他のより緩い手段では代替できない
 - これらの項目の目的は以下の通りである。
 - 強制的命令には精神疾患の診断が必要であることの明瞭化
 - 精神病患者が判断能力を有するとの推定の維持
 - 強制的な命令による影響やリスクの特定
 - 他のより緩い代替手段の検討
 - 拘束・強制治療が有する侵害的な性格の認識
 - 強制治療は様々な要件を満たした強制的な命令の下でのみ行われることの確保
- 入院治療命令の有効期限は最大28日である。命令は、条件が満たされなくなれば、直ちに解消されなければならない。

国立精神・神経医療研究センター 竹島正部長資料

17

オーストラリア(ビクトリア州)

入院治療命令の特徴

名称	概要	対象者と目的	権限主体
Inpatient Treatment Order	<ol style="list-style-type: none"> 1. 拘束・強制治療には精神疾患の診断が必要。診断が直ちに得られない場合、評価命令が必要 2. 評価命令が出されれば対象者を認可された精神保健施設に移送。そこで認定された精神科医が入院治療命令、コミュニティ治療命令、評価命令取消のいずれかを選択 3. 強制治療命令の期限切の15日前までに、認定された精神科医は強制治療の是非を判断し、続ける場合は治療延長審査部に諮る 4. 連続3ヶ月間強制治療する場合、セカンドオピニオンの精神科医による委員会での検討が必要 5. 中立なレビュー職員が、手順順守の確認や法的な助言のため、対象者に定期的に面会 6. 正常な判断力を有する時期に残した事前の要望があれば、可能なかぎり配慮される。やむを得ず事前要望と異なる処置を施す場合は、患者、保護人、メンタルヘルスコミッショナーに書面で理由を示す 	<p>以下の全条件を満たす者への治療を確保するのが目的</p> <ul style="list-style-type: none"> •精神疾患に罹患している •治療により、病状悪化の防止または軽減が期待できる •精神病ゆえに治療についての正常な判断能力が失われている •もし拘束しなければ深刻な自傷他害行為または状況悪化の恐れがある •他のより穏当な手段では代替できない 	<ul style="list-style-type: none"> •評価命令: 医療または精神保健の、登録された専門家 •入院治療命令、コミュニティ治療命令、評価命令取消: 認可された精神保健施設の認定された精神科医 •セカンドオピニオンの精神科医による委員会、およびレビュー職員は、Minister of Health の推薦により Governor in Council が指名

国立精神・神経医療研究センター 竹島正部長資料

18

ヨーロッパ諸国の非任意入院(その1)*

	年	患者割合	100万人対	評価者	基準**	決定者	通院措置
Austria	1999	18%	175人	精神科医	危険	非医療	
Belgium	1998	5.8%	47人	医師	危険	非医療	あり
Denmark	2000	4.6%	34人	医師	危険/治療	医療	
Finland	2000	21.6%	218人	医師	危険/治療	医療	
France	1999	12.5%	11人	医師	危険(注)	非医療(注)	
Germany	2000	17.7%	175人	医師	危険	非医療	
Greece	Na	Na	Na	精神科医	危険/治療	非医療	
Ireland	1999	10.9%	74人	精神科医	危険/治療	医療	
Italy	Na	12.1%	Na	医師	治療	非医療(市長)	
Luxembourg	2000	Na	93人	医師	危険	医療	あり
Netherlands	1999	13.2%	44人	精神科医	危険	非医療	
Portugal	2000	3.2%	6人	精神科医	危険/治療	非医療	あり
Spain	Na	Na	Na	精神科医	治療	非医療	
Sweden	1998	30%	114人	医師	治療	医療	あり
UK	1999	13.5%	48人	精神科医	危険/治療	社会福祉士その他のコメディカル	

注:他に保護者からの要望により精神科医による非任意入院制度が存在する。

**治療:治療必要性 危険:本人・他者への害の危険

*Salize HJ, Dressing H. Br J Psychiatry 184:163-168, 2004.および

Dressing H, Salize HJ. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004.

19

ヨーロッパ諸国の非任意入院(その2)*

	診断から入院までの期間	応急入院時間	入院期間
Austria	4days	48hours	3months
Belgium	15days	10days	40days, 2years
Denmark	24hours (7days)	Na	Na
Finland	3days	Na	9months
France	24hours	48hours	Na
Germany	24hours-14days	24hours (3days)	6weeks, 1 (場合によっては2) years
Greece	10days	48hours	6months
Ireland	24hours	Na	21days
Italy	2days	48hours	7days
Luxembourg	3days	24hours	14days
Netherlands	5days	24hours	3weeks, 6-12months
Portugal	12days	48hours	Na
Spain	Na	24hours	Na
Sweden	4days	24hours	4weeks
UK	14days	72hours	28days(評価), 6months(治療)

*Salize HJ, Dressing H. Br J Psychiatry 184:163-168, 2004.および

Dressing H, Salize HJ. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004.

20

ヨーロッパ諸国の非任意入院(緊急)*

	Proposal	決定者	入院措置期間	監督官庁
Bulgaria	親族・医師	Head of Health Service	24(最長72)時間	裁判所
Czech Republic	両親または親族・後見人	医師	24時間	裁判所
Germany	Administrative authority	Administrative authority/ Police/ Judicial/ Psychiatric hospital	翌日10時まで(1州は72時間)	翌日10時以降は裁判所
Greece	親族または後見人	弁護士(公的)**	48時間	裁判所
Israel	精神医学的評価	病院管理者***	48時間	地方精神科委員会・裁判所
Italy	医師	医師2名	48時間	地方自治体の長(48時間以上は裁判所)
Lithuania	精神科医	精神科医	48時間	裁判所
Poland	医師(精神科医)	精神科医	48時間	裁判所(その後は後見人裁判所の判断)
Slovak Republic	両親または親族・後見人	医師	24時間	裁判所
Spain	誰でも可	精神科医	24時間	裁判所
Sweden	医師	精神科医	4週間	裁判所
UK	親族+認定SW	医師+SW	72時間	精神保健法委員会

* Kallert TW, et al. International Journal of Forensic Mental Health 6: 197-207, 2007.

公的な弁護士、検察官など *地域の精神科医への紹介が必要

ヨーロッパ諸国の非任意入院(通常)*

	Proposal	決定者	最長期間(当初)
Bulgaria	後見人・親族・医師	裁判所	34日(評価)、3カ月(入院)
Czech Republic	医師	裁判所	3か月まで
Germany	Administrative authority・後見人	裁判所	6週間(後見人法では12カ月)
Greece	公的な弁護士の下での親族の申請	裁判所	6か月(初期評価は24時間)
Israel	地域の精神科医	地域の精神科医・地域精神科委員会	7日で14日まで延長(最大3カ月)
Italy	サービス担当精神科医	地方自治体の長	7日
Lithuania	精神科医	裁判所	1週間
Poland	親族または後見人	裁判所	10日(評価、最長6週間まで)、3カ月(入院)
Slovak Republic	精神科医	裁判所	3か月
Spain	両親または親族、後見人・公的な弁護士	裁判所	期間の定義なし。6カ月ごとに裁判官へ報告
Sweden	精神科医・医療施設の管理医師	裁判所	3か月
UK	親族+認定SW	医師2名(1名は精神科医)+SW	28日(評価)、6カ月(入院)

* Kallert TW, et al. International Journal of Forensic Mental Health 6: 197-207, 2007.

まとめ(法律上で明らかになったこと)

- 次の非任意入院制度を有する国が複数存在
 - 親族等の申し立てによる非任意入院制度
 - 医師の判断による非任意入院制度

注:本報告は「家族の意思が非任意入院プロセスに関係するか」という観点からの分析で、わが国における「保護者制度」と同等の制度の存否に関する分析ではない。