

保護者制度・入院制度について

平成22年11月25日

厚生労働省精神・障害保健課

I これまでの経緯

保護者制度・入院制度に係るこれまでの経緯

	年	保護者制度	入院制度
精神病患者監護法	明治33年	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者監護法の公布 <ol style="list-style-type: none"> 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)

「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。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（第21回）における意見

（今後の検討について）

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

（入院制度全体について）

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

（措置入院について）

- 措置解除に至るまでの期間や入院期間の格差にも留意すべき。

【保護者制度について】

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

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

障害者の権利に関する条約（仮訳文）（抄）

第十四条 身体の自由及び安全

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

第十九条 自立した生活及び地域社会に受け入れられること

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

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

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。

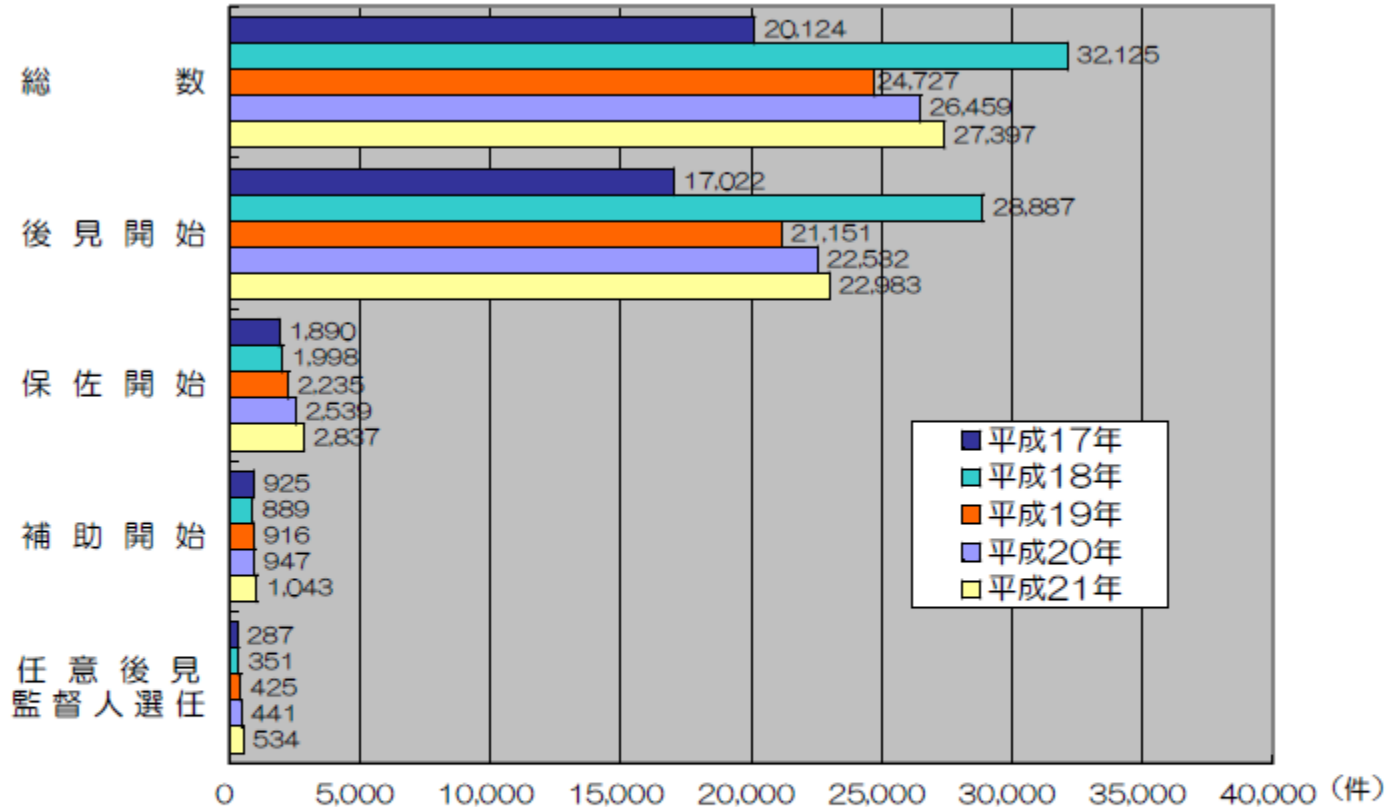
(注3) 家庭裁判所の審判により, 民法13条1項所定の行為以外についても, 同意権・取消権の範囲を広げることが可能。

(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つて、医療行為の内容を理解して自己の意思決定を表明することができない者に対する医療行為を行うために、どのようなプロセスを経るべきかという問題の一つの表れであつて、成年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な金銭管理等を実施。(1ヶ月の平均利用回数は約2回、利用料の平均1回1,200円)

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

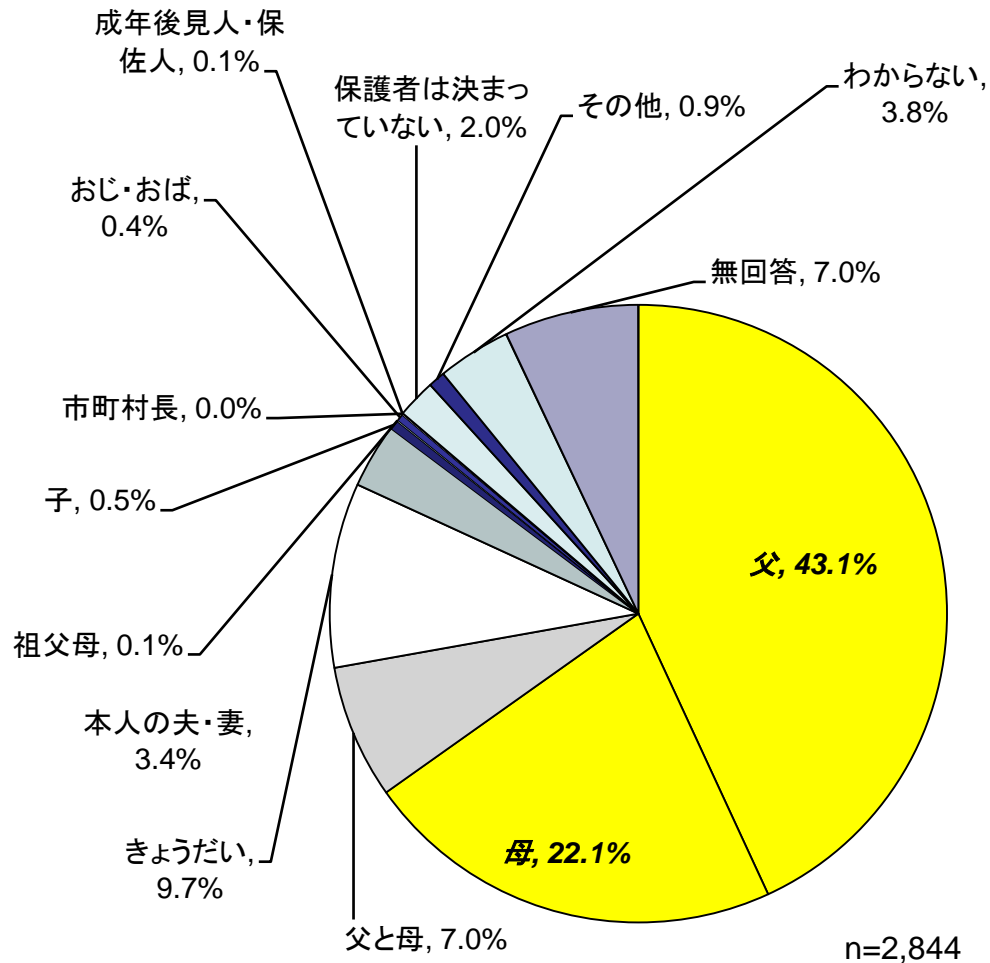
4. 調査時点

2005年11月1日

保護者の置かれている現状

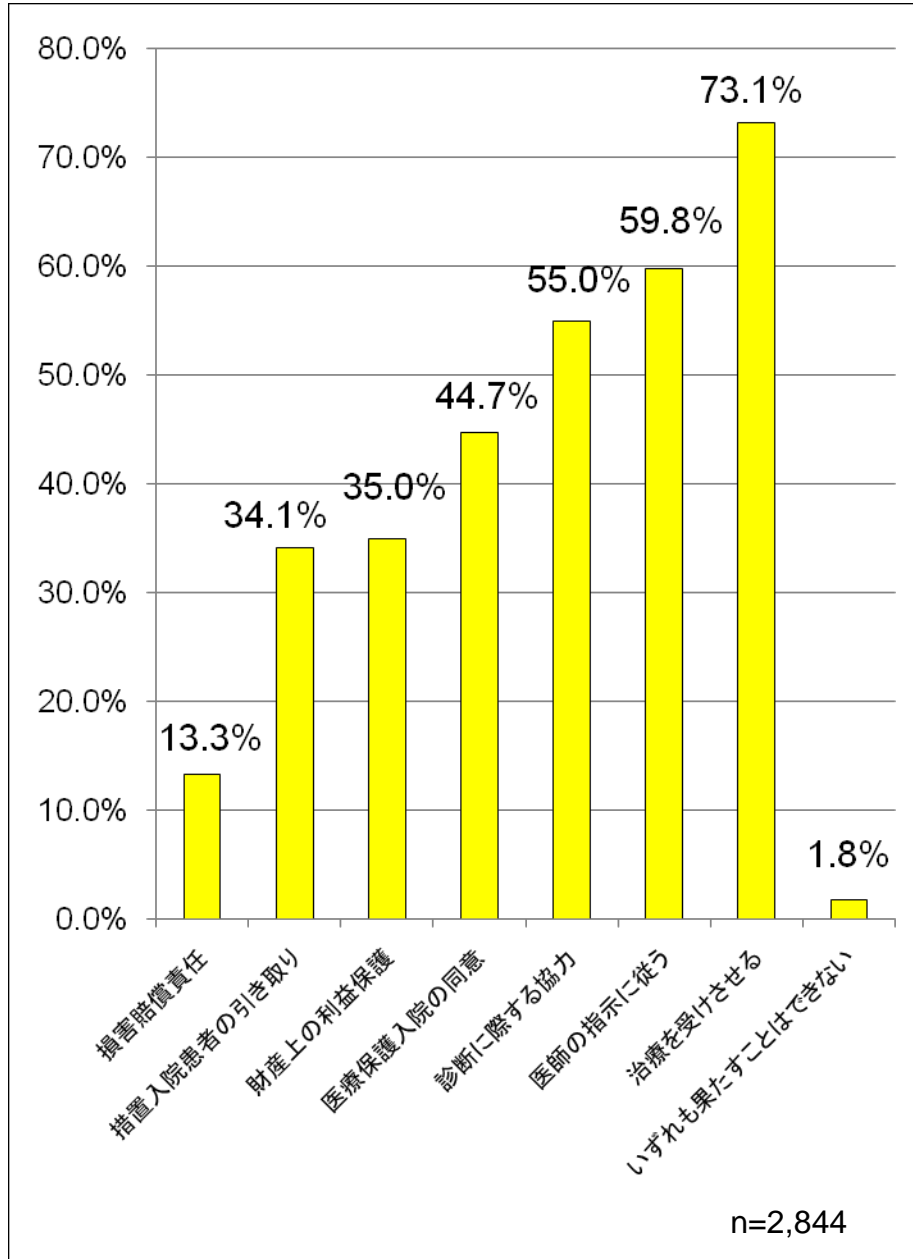
第4回全国家族ニーズ調査報告書
—精神障害者と家族の生活実態と意識調査—

保護者続柄

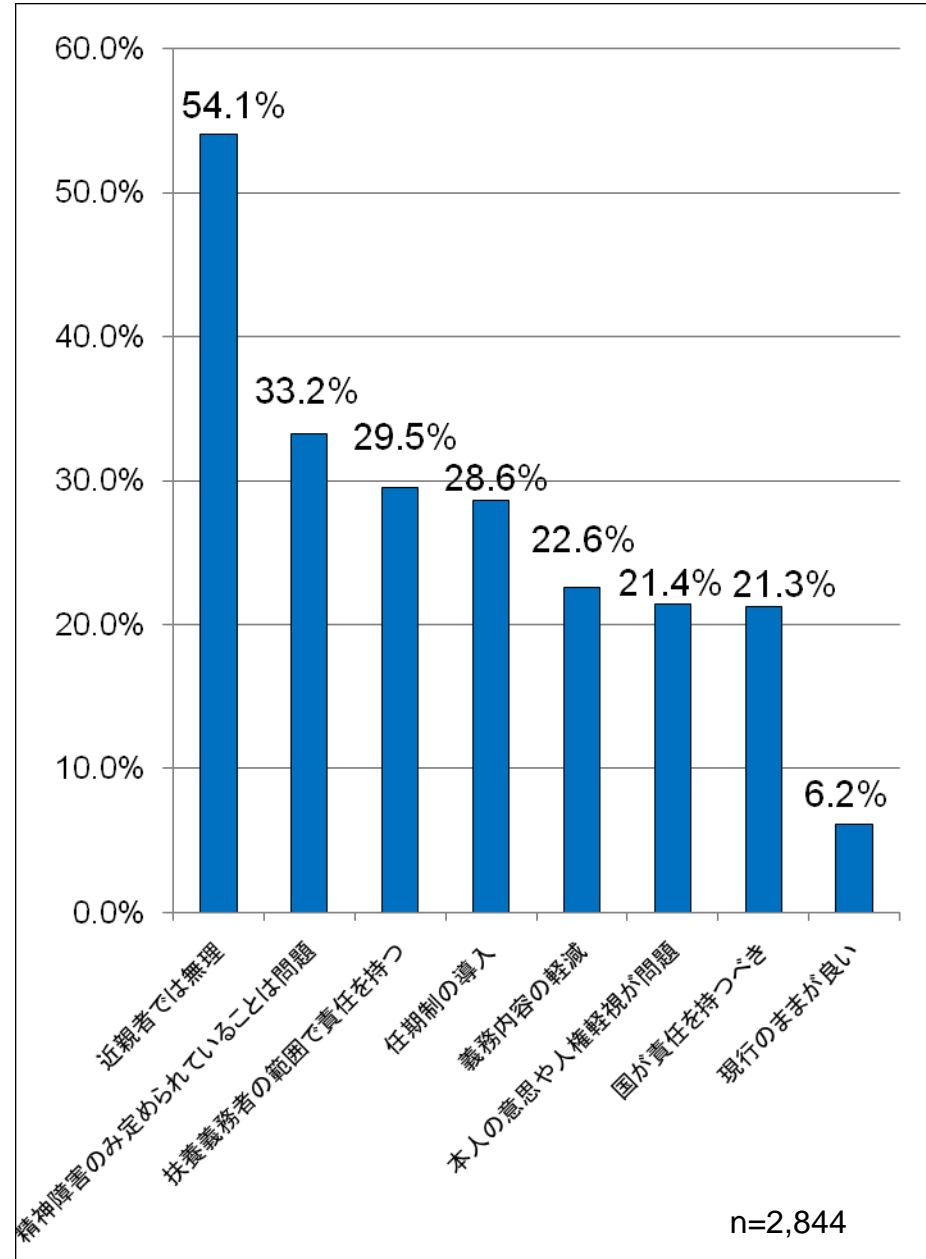


→ 保護者の約7割が父母である。

家族が果たせる保護者の任務 (複数回答)

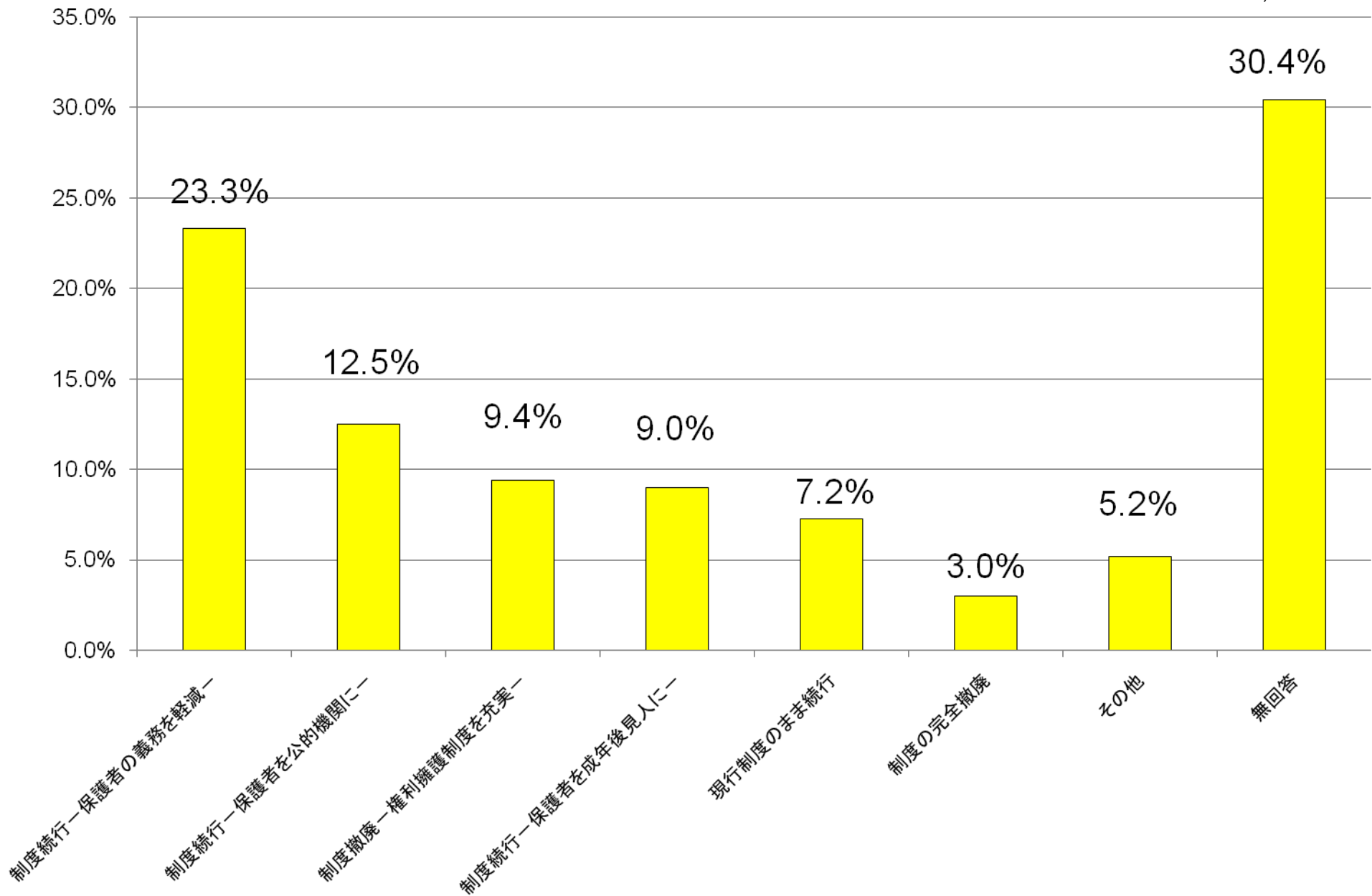


保護者制度の見直し (複数回答)



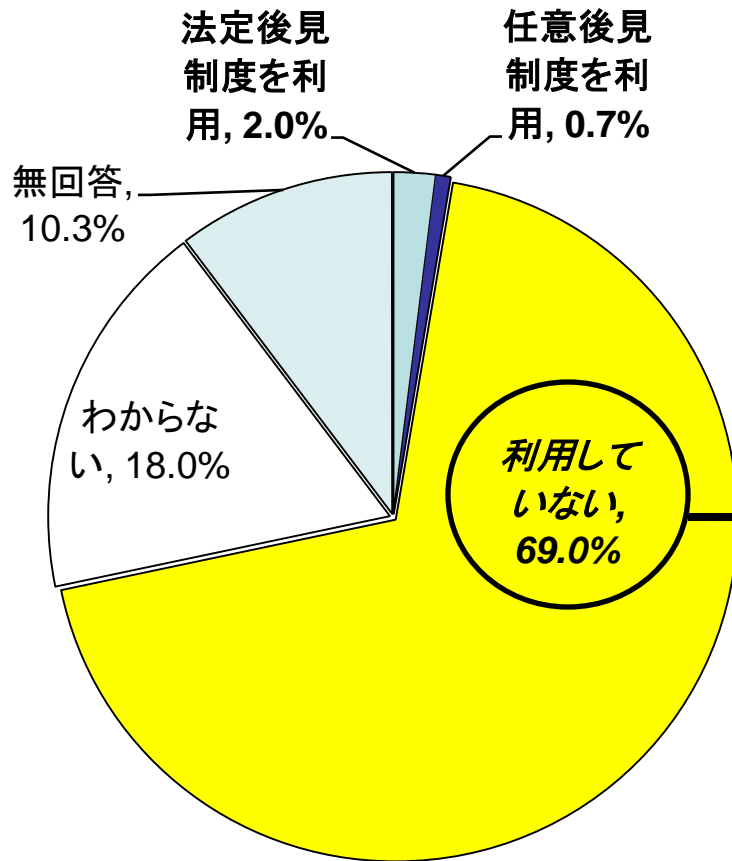
今後の保護者制度に対する期待

n=2,844



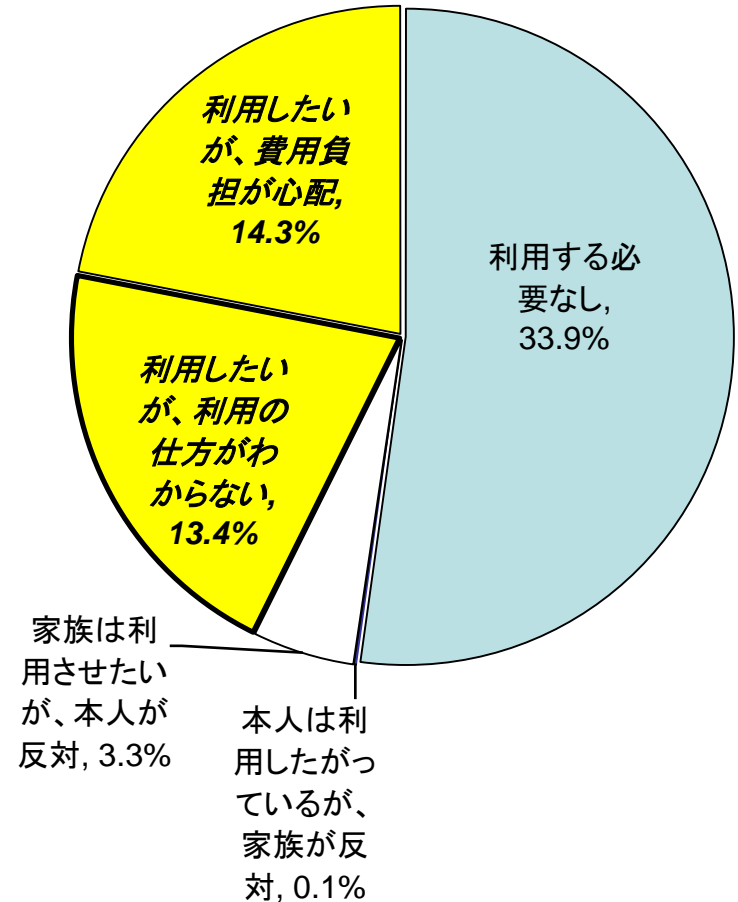
調査結果(成年後見制度関係)

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。

Ⅲ 入院制度について

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)

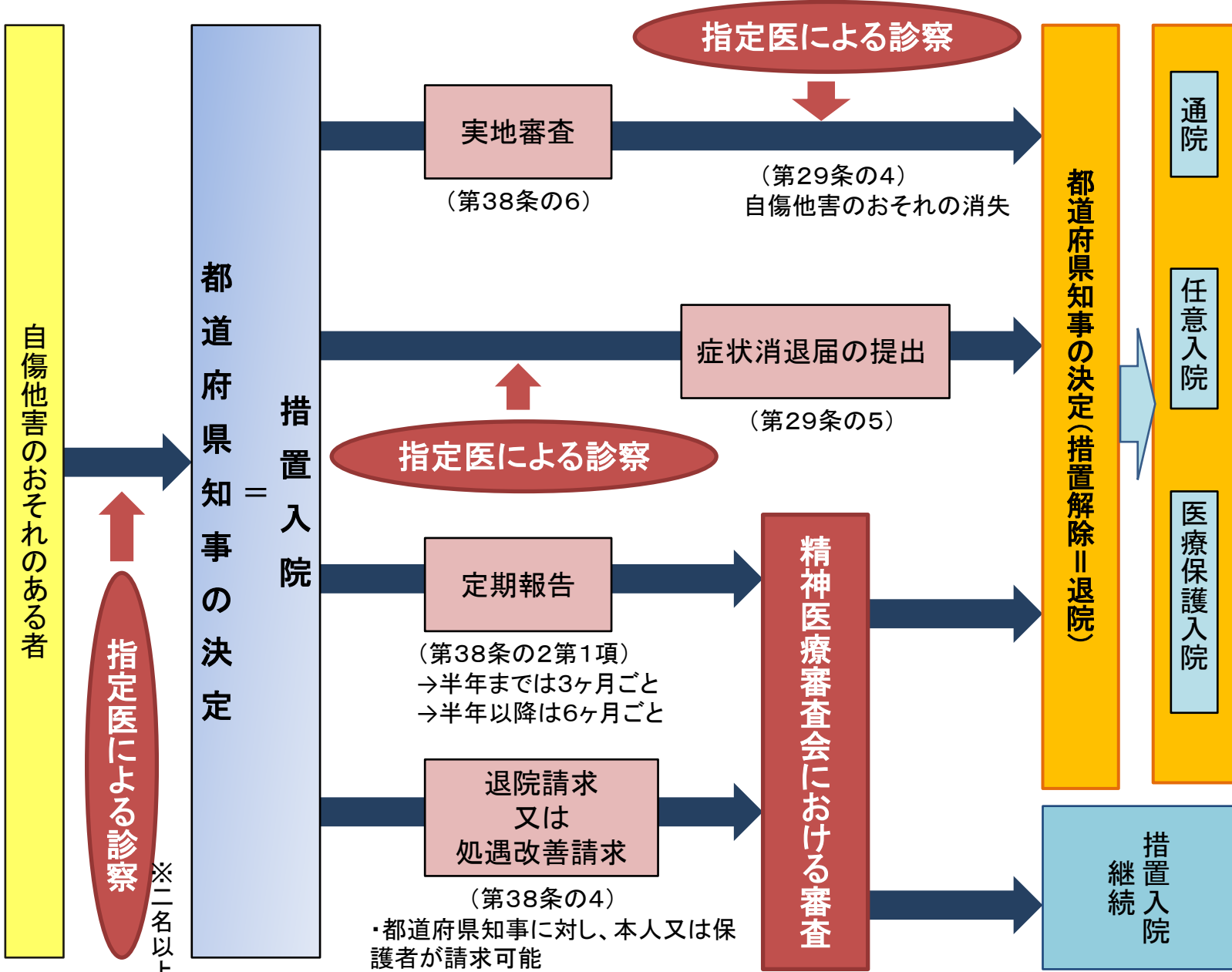
【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

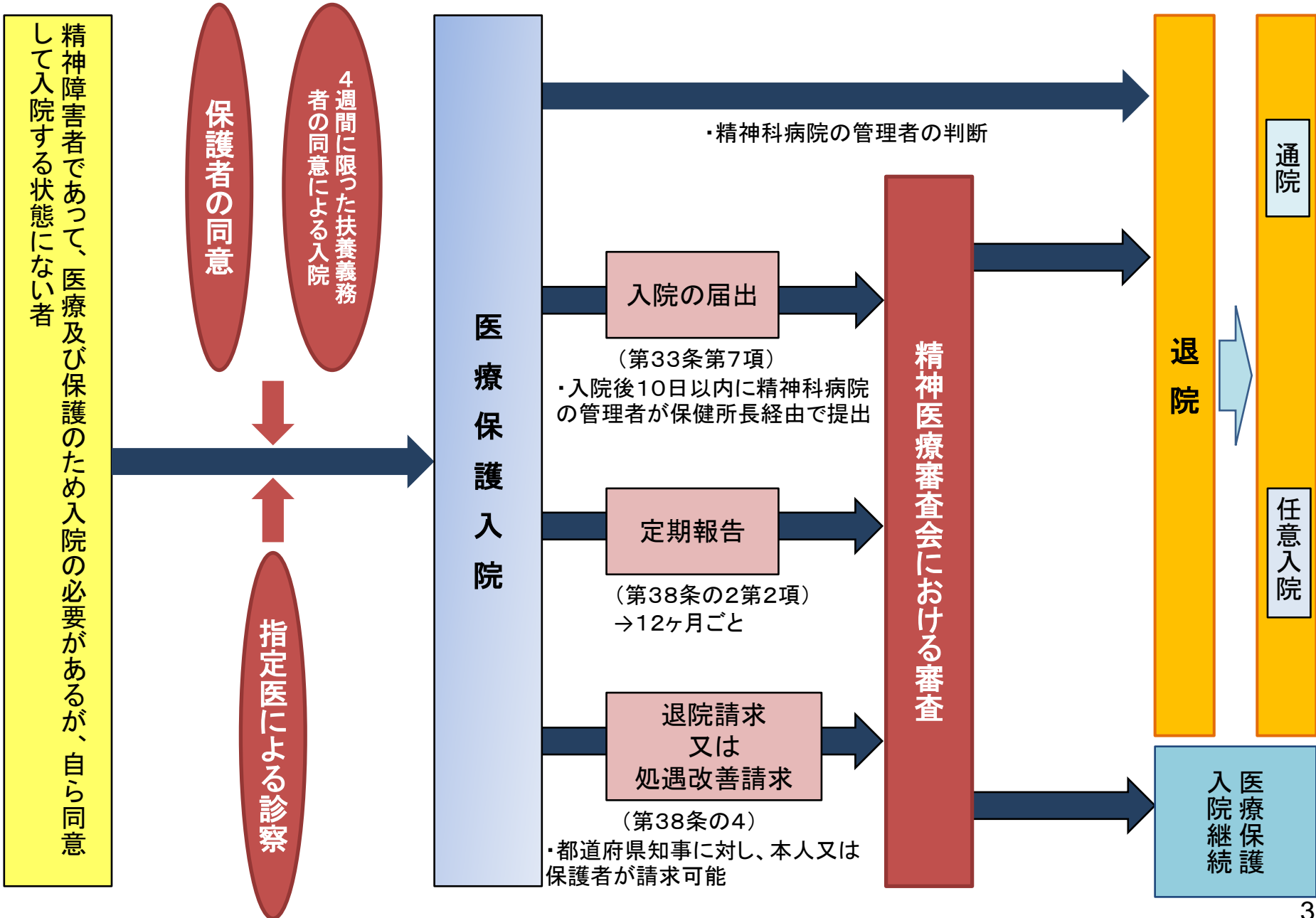
措置入院の流れ(第29条)

- ・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當		入院又は処遇は不適當
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

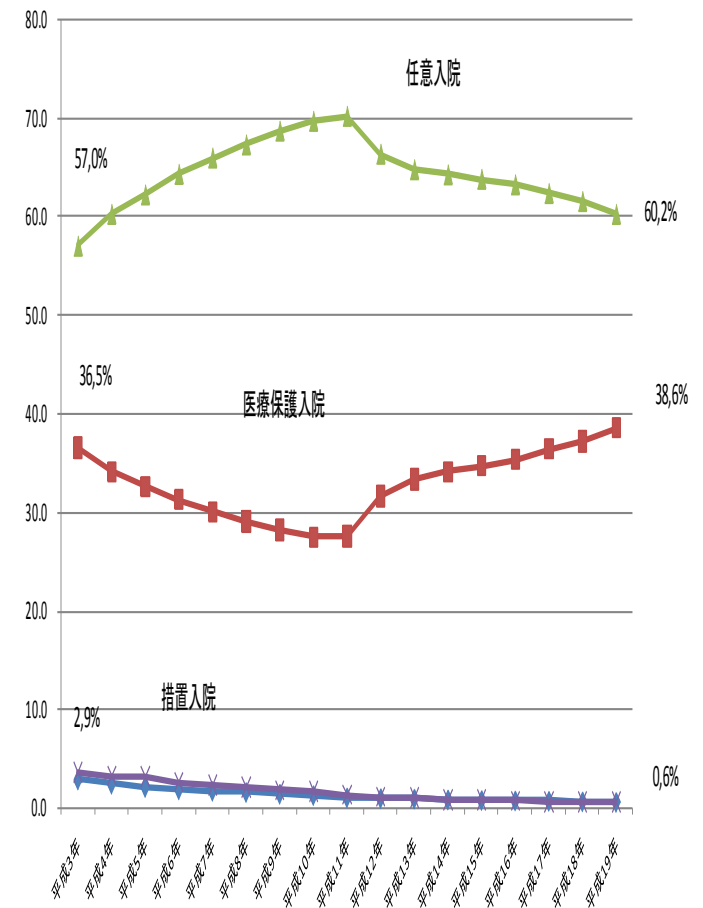
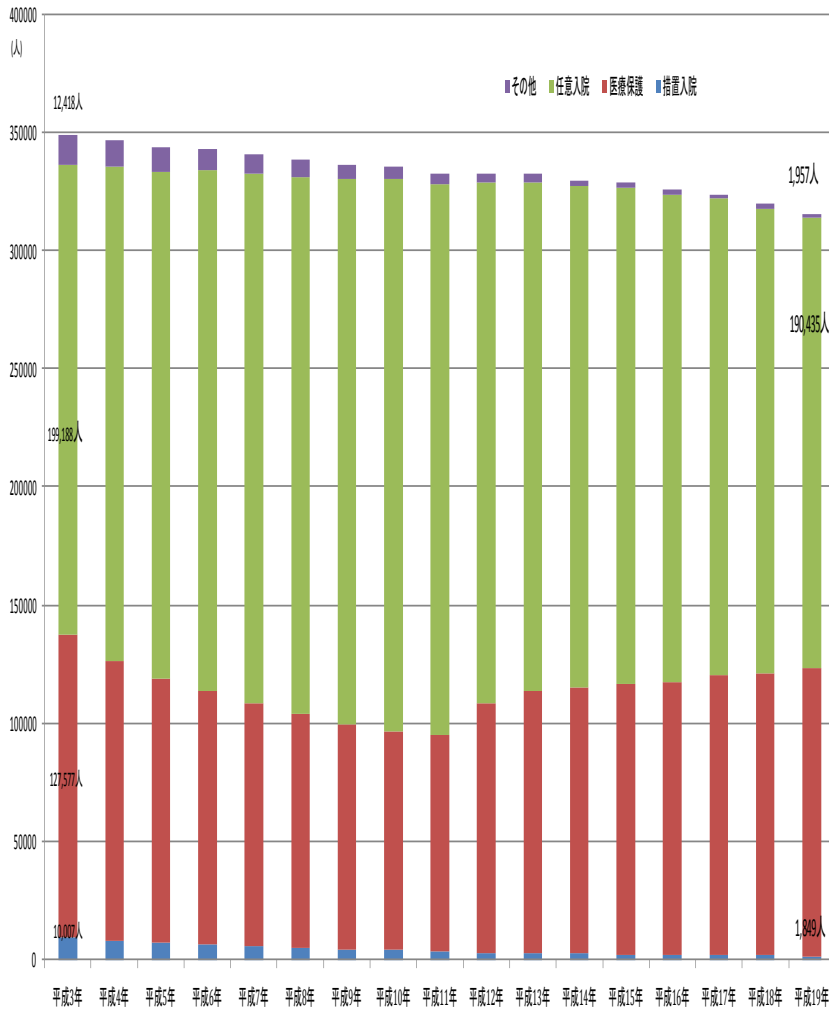
平成20年度

	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

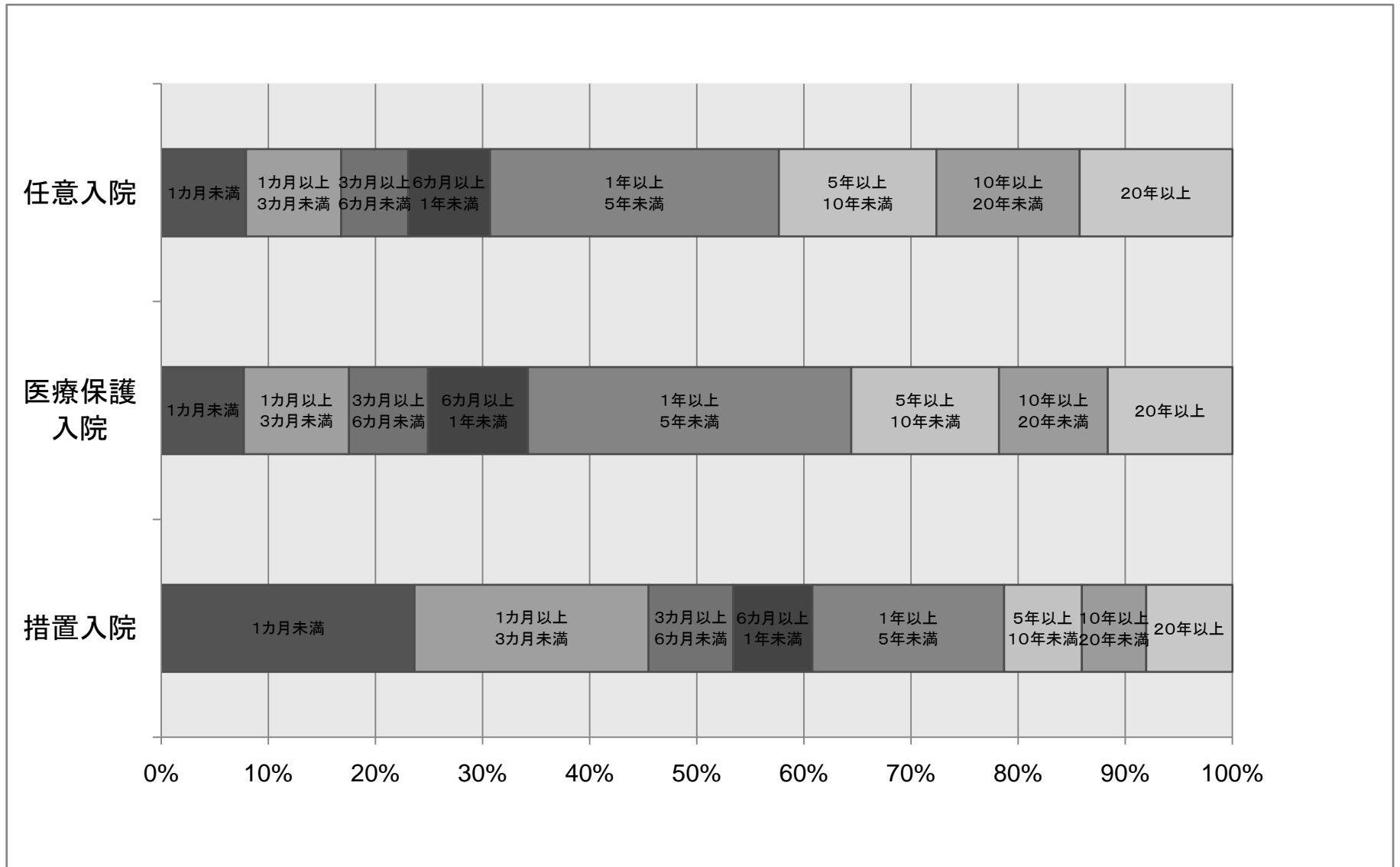
入院形態別在院患者数の推移

資料：精神・障害保健課調
(各年6月30日現在)

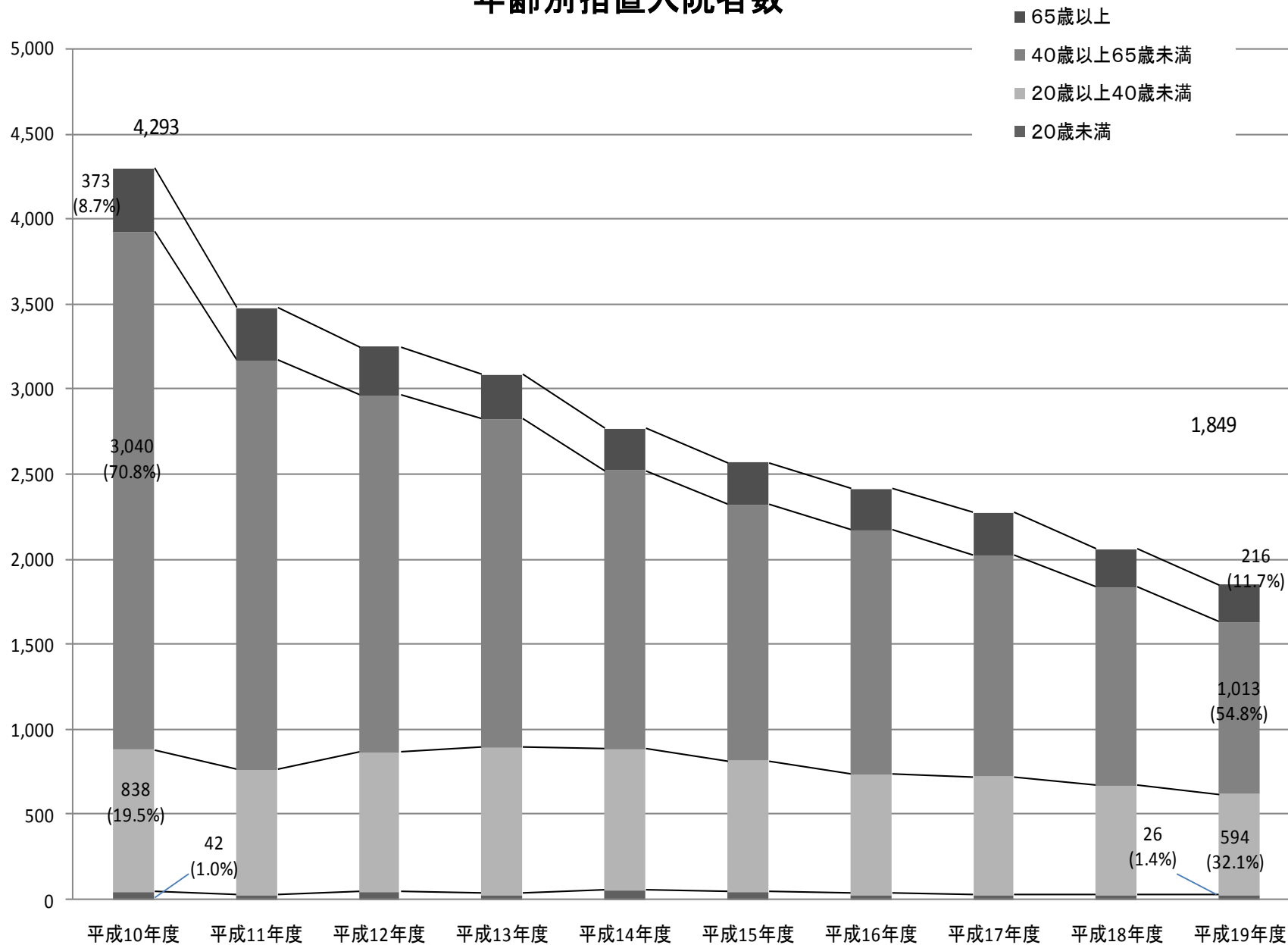


入院形態別・在院期間別の患者割合

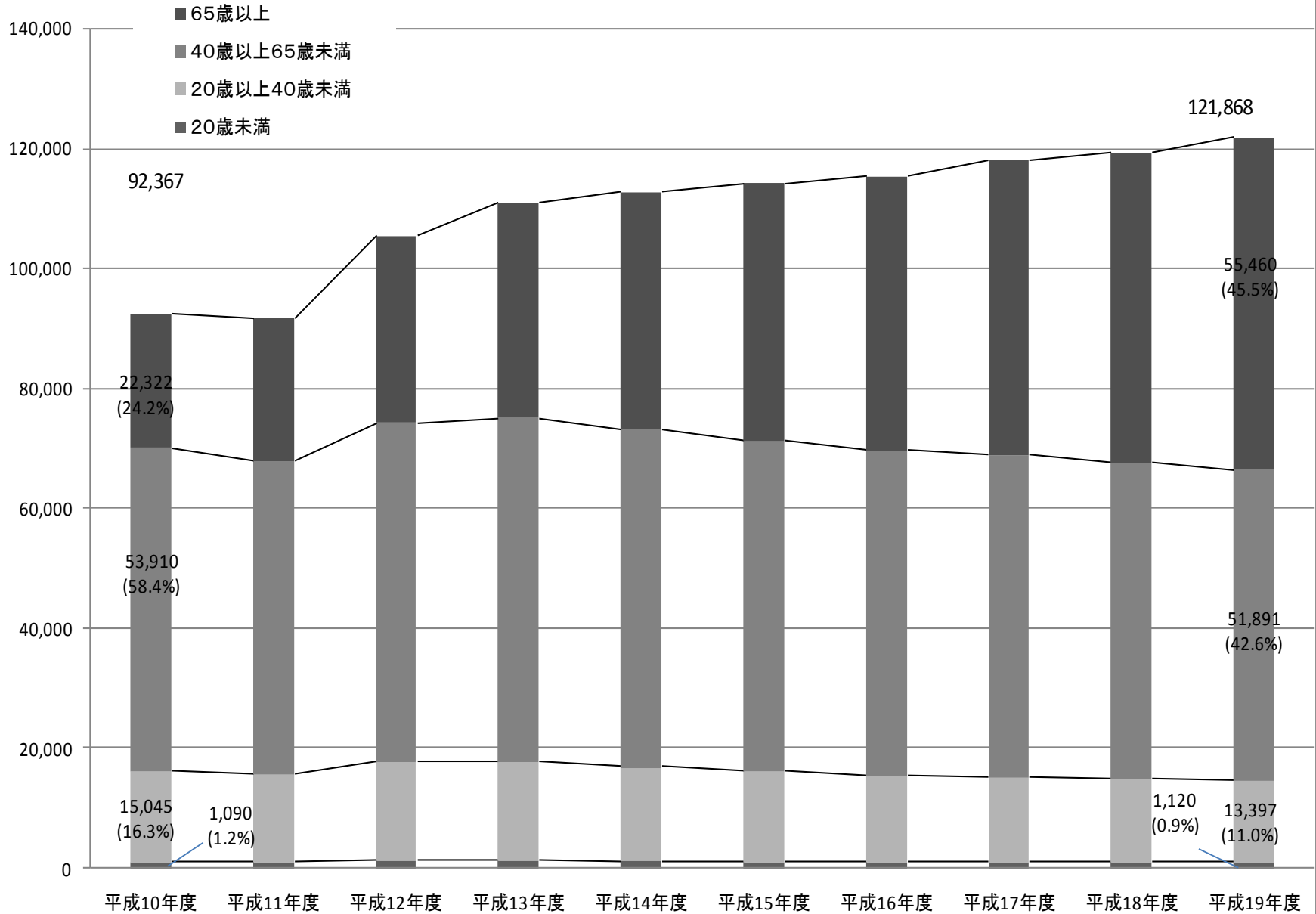
資料：精神・障害保健課調
(平成19年6月30日現在)



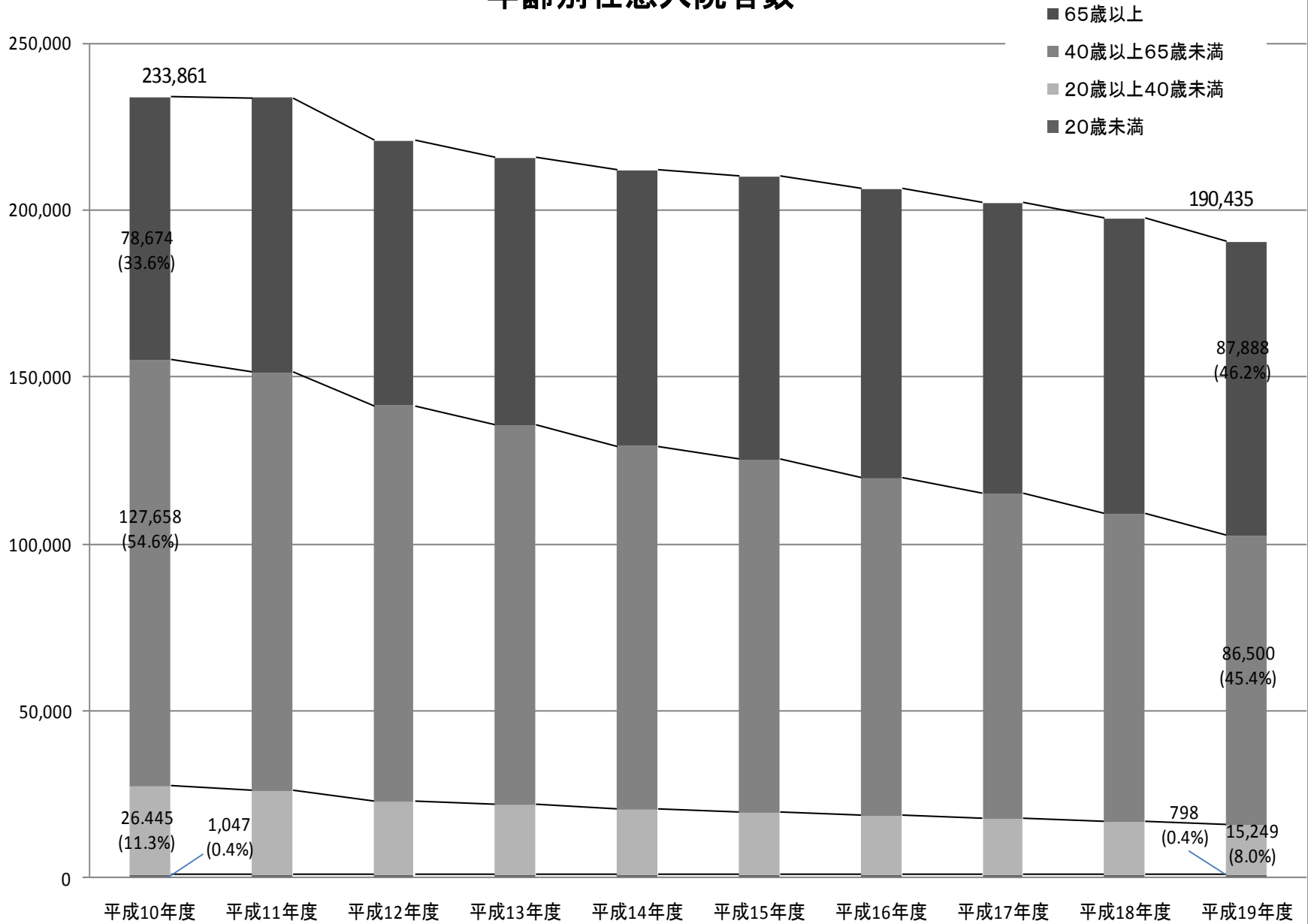
年齢別措置入院者数



年齢別医療保護入院者数

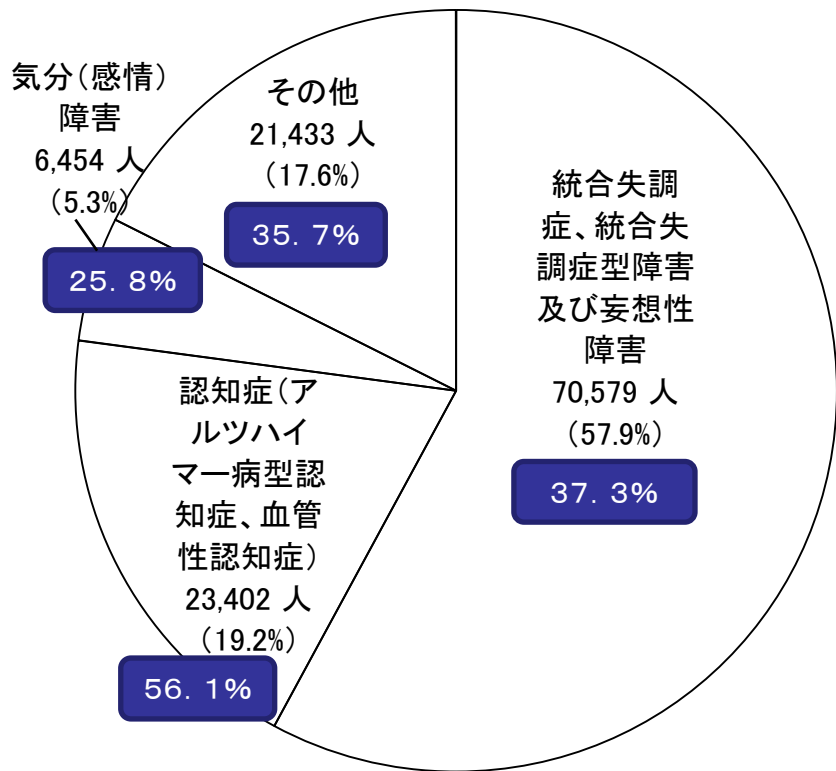


年齢別任意入院者数



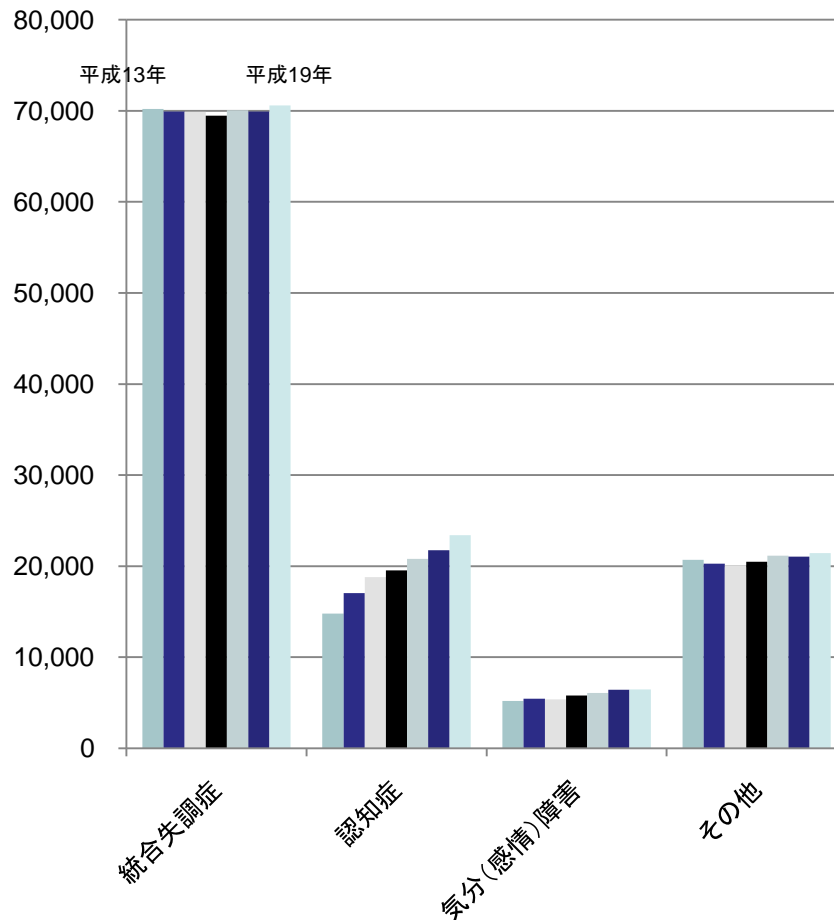
医療保護入院者数 (疾患分類別)

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)



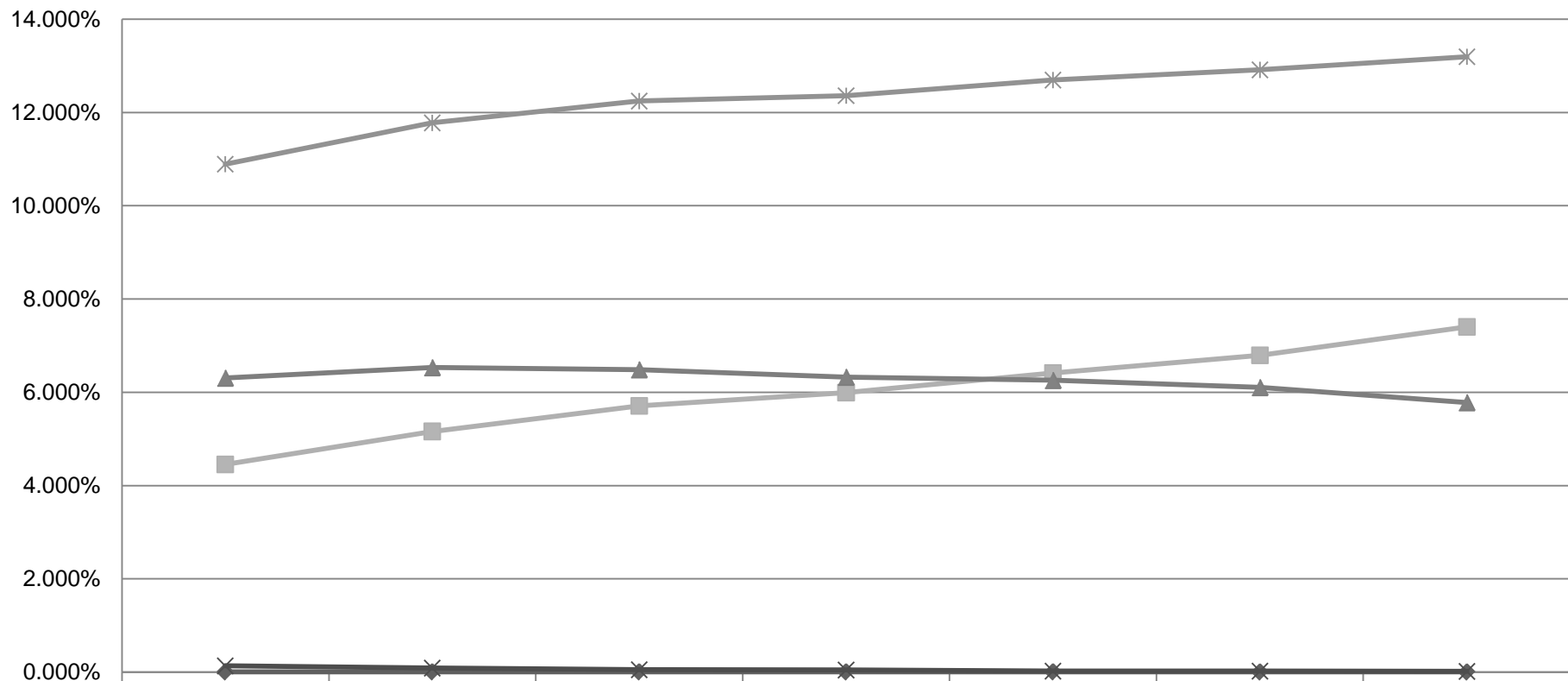
(参考)

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

