

I 退院請求・処遇改善請求について（一部追補）

《現行規定》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。

- 本規定は、入院患者の権利擁護として必要な規定ではあるが、退院請求及び処遇改善請求を行うことができるのは選任された一人の保護者に限定されており、他の保護者になりうる人に拡大する余地があるかどうかについても検討するべきではないか。

1 現状の整理

（現在の退院請求・処遇改善請求の状況）

- 本人（又は代理人）からの退院請求・処遇改善請求が大部分であるが、保護者（又は扶養義務者）による退院請求・処遇改善請求も存在している。

【退院請求の状況】（件数）（平成18年度）

本人	代理人	保護者	扶養義務者等	合計
2,402	38	9	2	2,451
(措置) 445	6	7	2	460
(医保) 1,950	32	2	0	1,984

【処遇改善請求の状況】（件数）（平成18年度）

本人	代理人	保護者	扶養義務者等	合計
227	3	4	0	234
(措置) 27	0	2	0	29
(医保) 184	3	1	0	188

2 検討が必要な論点（案）

- 退院請求や処遇改善請求を行う主体を選任された人以外の保護者になり得る人にまで拡大することは、形式的には入院患者の権利擁護が拡充した形になる一方で、とりわけ医療保護入院については、選任された保護者（医療保護入院の同意を行う者）と退院請求や処遇改善請求を行う主体が異なる可能性があることから、現実に生じうる課題について慎重に検討することが必要ではないか。

【追補】

3 「代理人」の位置づけについて

- 第5回作業チーム（平成23年6月16日）においては、「本人が信頼し、指名した人」を退院請求等を行うことができる主体に加えるべきではないかとの意見が出され、これに対して、現行でも「代理人」による退院請求等は可能であり、その趣旨を明確にすることが必要ではないか、との意見があった。
これを踏まえ、「代理人」の取扱いについて整理を行った。

（代理人による請求の状況）

- 代理人による退院等の請求は、精神保健福祉法には明確な規定はないものの、通知において認められている。

◆ 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する精神医療審査会について」（平成12年厚生労働省障害保健福祉部長通知）

精神医療審査会運営マニュアル

V 退院等の請求の処理について

1 退院等の請求受理について

（1）請求者

法第38条の4に定める者及びその代理人とする。ただし、代理人は弁護士とするが、精神科病院に入院中の者が請求する場合で、弁護士を代理人に選任することが困難な場合は、弁護士でない者を代理人

とすることができる。

※ 弁護士以外の代理人も可能とすることは、平成12年に現在のマニュアルに改正する際、追加されている。

- 制度上は、弁護士以外の代理人による請求が認められているものの、実際に活用されているのは限定的。

(参考) 平成18年度の実績

退院請求数 2,451件 代理人による請求 38件

(弁護士による請求 38件)

処遇改善請求数 234件 代理人による請求 3件

(弁護士による請求 3件)

- この場合における「代理」については、
 - ・ 退院等の請求は契約等の法律行為とは異なり、私人が行政に対して措置の解除や病院に対する退院命令といった行政上の措置を求めるものであることを踏まえると、民法上の代理であるというよりも、本人に代わる「代理人」が行政上の申請等の行為を行うことを事実上認めたものと考えられる。
代理することができる人の範囲についても、通知において、弁護士以外の者にまで拡大されており、何らかの限定をする趣旨ではない。

(精神科病院における苦情・相談等への対応)

- 入院患者（本人に関係する者も含む）と精神科病院の関係では、すぐに退院等の請求に至るのではなく、両者の間の協議等により解決に至る場合も多いと考えられる。
- 「病院内において苦情・相談等の処理は行われているか」ということが、精神科病院に対する指導監督を行う上での指導項目の一つとなっており、精神科病院において、必要な対応が求められている。

◆「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」（平成10年厚生労働省精神保健福祉課長通知）

1 実地指導の指導項目について

(3) 医療環境について

ウ 病院内において苦情・相談等の処理は行われているか。

(検討が必要な論点 (案))

- 退院等の請求を行うことができる主体については、これまでの本人及びその保護者に加え、本人が信頼し、指名する人を含めるべきではないか。
その際、現在でも、本人の「代理人」による請求は、弁護士等の資格の有無に関わらず認められており、その趣旨をより明確にすればよいのではないか。
- また、現在でも、病院による苦情・相談への対応が行われているが、退院等の請求のようなハードな形態だけでなく、よりソフトな形態として、こうした病院による苦情・相談への対応の取扱いや位置づけを明確にすることが考えられないか。

Ⅱ 精神科医療における保護者（主に家族等）の位置付け （一部追補）

《現行規定》

治療を受けさせる義務（22条1項）

保護者は、精神障害者（第二十二條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。

医師に協力する義務（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。

医師の指示に従う義務（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。

- －2 これらの規定では、保護者が本人の診療に関わることができることが前提となっているが、本人のプライバシーの観点から考えると、本人が保護者に診療に関わることを拒む権利もあると考えられる。これらの規定を削除した場合、保護者は診療に関わらなくてもよい、あるいは保護者の支えが必要な場合であっても診断、診療の過程に適切に関わることができなくなるといった印象を与えることになるのではないか。また、保護者はむしろ支援されるべき立場であるとの考え方もあるのではないか。診療における保護者の立場を何らかの形で位置付ける必要はないか。

1 現状の整理

（「保護者」と「家族」－各種法令における取扱い）

- 各種法令において「保護者」という用語が用いられている場合、「親権を行う者」や「後見人」のように何らかの別の根拠に基づくもの、又は「現に保護等を行う者」のように本人の身近にいて保護等を行っているものとして規定されている。

(参考)

- ・我が国の法律の中で「保護者」という用語が用いられているのは49法律、「家族」という用語が用いられているのは99法律。
- ・高齢者関係では、介護保険法に「家族」という用語が用いられている。

◆介護保険法

第8条

21 この法律において「居宅介護支援」とは、(中略)その他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス(以下この項において「指定居宅サービス等」という。)の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画(中略)を作成するとともに、(以下略)。

第27条(要介護認定)

6 認定審査会は、前項前段の審査及び判定をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査及び判定に係る被保険者、その家族、第三項の主治の医師その他の関係者の意見を聴くことができる。

- 精神保健福祉法における「保護者」は、同法の中で設けている制度であり、本人の身近にいない保護者も存在する。

また、精神保健福祉法では、「保護者」に対する責務規定のほか、都道府県、市町村等が、相談への対応や必要な指導を行う対象として「家族等」が規定されており、「家族等」が支援の主体になるものとして、「保護者」とは別に規定されている。

(※) 本規定の改正経緯については、参考資料を参照。

◆精神保健福祉法第47条第1項

都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）は、必要に応じて、次条第一項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）が指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

◆精神保健福祉法第48条第1項

都道府県及び市町村は、精神保健福祉センター及び保健所その他これらに準ずる施設に、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ、並びに精神障害者及びその家族等を訪問して必要な指導を行うための職員（次項において「精神保健福祉相談員」という。）を置くことができる。

- 精神科医療における診断や診療への関わりを検討するに当たっては、制度としての「保護者」の立場ではなく、「家族等」の立場を前提に検討を行う。

（医療一般における家族等の位置付け）

- 医療一般においては、
 - ・ 医療法に、医療提供施設の開設者及び管理者に対して、相談に適切に応じる努力義務が、
 - ・ 医師法に、医師に対して、療養の方法その他の事項の指導義務が、それぞれ規定されており、医療の提供における家族等の位置付けが明確にされている。

◆医療法第6条の2第2項

医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、当該医療提供施設の提供する医療について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない。

◆医師法第23条

医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法

その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

- 個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）においては、「あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない」とされているものの、「法令に基づく場合」のほか、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」は、その例外とされている。

さらに、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日厚生労働省作成）においては、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」の例として、意識不明の患者の病状や重度の認知症の高齢者の状況を家族等に説明する場合などが挙げられており、本人に同意を求めても同意しない場合も「本人の同意を得ることが困難であるとき」に含まれるとされている。

◆個人情報保護法第23条第1項

個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

- 一 法令に基づく場合
- 二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

【追補】

◆家族等への病状の説明と個人情報保護の関係（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」より）

- ① 患者への医療の提供のために通常必要な範囲の利用目的について、院内掲示等で公表しておくことによりあらかじめ包括的な同意を得ている場合は、本人の同意が得られていると考えられ、家族等への病状の説明が可能。（ガイドラインⅢ5（3）①）

（例）院内掲示で、情報の利用目的に「家族等への病状の説明を行うこと」を含めていて、患者から特段の異議がない場合。

② 本人と家族等に対し同時に説明を行う場合には、本人の同意が得られたものと考えられる。(ガイドラインⅢ5(3)①)

③ 意識不明で身元不明の患者について、関係機関へ照会したり、家族又は関係者等からの安否確認に対して必要な情報提供を行う場合、意識不明の患者の病状や重度の認知症の高齢者の状況を家族等に説明する場合等は、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」に該当し、家族等への病状の説明が可能。

④ 「本人の同意を得ることが困難であるとき」には、「本人に同意を求めても同意しない場合」も含まれており、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合」に当たるなら、本人の同意を得なくても家族等への病状説明が可能。(ガイドラインⅢ5(2)②)

(※)「生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合」に該当するかについては、本人が拒んでいることを考慮に入れると、ある程度限定的に判断されるべきものと考えられる。

- また、家族等に対するがんの告知に関する裁判例においても、家族等を患者の治療を支える存在として位置付け、告知による家族等の協力と配慮が、患者本人にとって法的に保護すべき利益となる旨が判示されている。

◆最高裁判例（平成14年9月24日）より抜粋

(家族に末期がんを告知せず、病院が敗訴した判決)

「医師は、診療契約上の義務として、患者に対し診断結果、治療方針等の説明義務を負担する。そして、患者が末期的疾患に罹患し余命が限られている旨の診断をした医師が患者本人にはその旨を告知すべきではないと判断した場合には、患者本人やその家族にとってのその診断結果の重大性に照らすと、当該医師は、診療契約に付随する義務として、少なくとも、患者の家族等のうち連絡が容易な者に対しては接触し、同人又は同人を介して更に接触できた家族等に対する告知の適否を検討し、告知が適当であると判断できたときには、その診断結果等を説明すべき義務を負うものといわなければならない。なぜならば、このようにして告知を受けた家族等の側では、医師側の治療方針を理解した上で、物心両

面において患者の治療を支え、また、患者の余命がより安らかで充実したものとなるように家族等としてのできる限りの手厚い配慮をすることができることになり、適時の告知によって行われるであろうこのような家族等の協力と配慮は、患者本人にとって法的保護に値する利益であるというべきであるからである。」

- 以上のように、医療一般においては、家族等は、最も身近な立場から患者が医療を受けることをサポートし、必要に応じて医師等から患者に関する様々な情報提供を受けるべき存在として位置付けられ、個人情報保護の観点からの一定の整理がなされている。

(精神科医療における特徴)

- 上記の医療一般における家族等の位置付けは、基本的には、精神科医療にも当てはまることであると考えられる。
- 一方、精神科医療においては、
 - ・ 精神疾患という性格上、診断の客観性を担保する観点から、家族等身近な人からの情報が特に重要になると考えられる。
 - ・ 家族等は本人を支える重要な存在である一方で、本人と家族等との関係は様々であり、その協力が得られにくい場合もある。など、一般医療とは異なる点も存在している。

(責務規定を削除した場合の支障の有無)

- しかしながら、保護者に対する医療に関する責務規定を削除した場合であっても、本人、家族等、医師それぞれの立場や、医療現場での現実の対応から考えると、実際に診断、診察に支障が生じることは想定しにくいと考えられる。

<本人の立場から>

- ・ 診療は、本来本人と医師との関係で行われることが基本。

- ・ 家族等の診療への関与に関しては、同意能力がない場合はともかく、同意能力があると認められるのであれば、本人の意思を尊重すべき。

<家族等の立場から>

- ・ 家族等が本人の病状について医師に相談したり説明を行ったりすることは、保護者の責務規定の有無にかかわらず可能。
（家族を対象にして治療を行った場合に診療報酬上の評価がなされているほか、医療保険対象外で家族相談を行っている精神科医療機関もあり、家族等の立場から能動的に関わりを持つことは可能。）

(診療報酬上の評価の例)

◆通院・在宅精神療法

- 1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点
- 2 1以外の場合
 - イ 30分以上の場合 400点
 - ロ 30分未満の場合 330点

<留意事項通知>

当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。

◆精神科継続外来支援・指導料 1日につき55点

注1 入院注の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。

<留意事項通知>

精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病（中略）等のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談

に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

- ・ 本人が明確に家族等の関わりを拒んでいる場合にまで診療に関与することは、家族関係に支障を来す可能性もあり、無理に関わることは困難である。

<医師の立場から>

- ・ 医療現場では、医師に協力的な家族とそうでない家族がおり、医師は個々の状況に応じて対応を行っている。
- ・ 医師は、法の規定がなくても、診療の一環として、家族等から患者の病状を聞き取ることは可能。
- ・ 患者から「家族には言わないで欲しい」と頼まれている場合など、医師が患者の意思に反して家族等から聞き取りをしようとする場合であっても、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」であれば、家族等に本人の病状について説明した上で診療に協力してもらうことは可能。

2 検討が必要な論点（案）

- 医療一般における家族等の位置付けについては、医療法等の中で一定の位置付けがなされている。それは精神科医療においても当てはまるものであることから、医療に関する保護者の責務規定を削除したとしても、精神科医療における家族等の位置付けについて新たな規定を設ける必要はないのではないか。
- 検討する必要があるとすれば、本人の同意がないときに家族等が診療に関わる必要がある場合について、入念的に、診療に当たり、必要に応じて医師が家族等からの協力を求めることができる旨の規定を設けることが必要か、という論点があり得るが、どのように考えるか。

- 精神科医療における家族等の位置付けとは別に、基本的な理念として、家族等は、精神障害者本人を支える存在であるだけでなく、支えられるべき存在でもあることを、何らかの形で明確にする必要はないか。

Ⅲ 入院時の強制医療介入の在り方

《現行規定》

治療を受けさせる義務（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。

医師に協力する義務（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。

医師の指示に従う義務（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。

- － 3 医師の指示に従う義務が、本人の意思に反するような治療行為に対してまで保護者が従わなければならないことを認めているわけではないとしても、そのような本人の意思に反するような治療行為のあり方については、検討する必要があるのではないか。（平成22年閣議決定にいう「強制医療介入」の問題）

1 現状の整理

（治療行為に関する手続きについて）

- 医療はインフォームド・コンセントに基づいて行われるのが原則であり、精神科医療においても同様である。

一方で、精神科医療の場合、自らがかかっている精神疾患に対する正しい認識や自覚（病識）がなく、治療行為に対して適切に同意することができない場合も多い。

- 入院そのものについては、本人の同意によらない場合の入院の手続きとして、措置入院及び医療保護入院が法定され、詳細な手続きが法令及び関係通知において示されている。
これに対して、入院をしている場合でも、個々の治療行為については、本人の同意によらない治療行為の手続きが定められている訳ではない。
現行制度では、医療の必要性があるからこそ、措置入院のような強制入院の下で治療が行われているのであり、本人の同意を得られないことのみをもって治療を行わないことは、本人の利益に反するのではないか、との考え方のもとに、同意によらない治療行為に関して特段の手続きが設けられていないものと考えられる。

- 全ての場合にインフォームド・コンセントの原則を貫くことは精神科医療においては現実的ではないとしても、措置入院のような強制入院の下では、任意入院と比較して、より人権的な配慮に基づいた手続きが必要なのではないか、との考え方もあり得る。(平成22年閣議決定にいう「強制医療介入」は、こうした問題意識から盛り込まれている。)

(医療観察法で導入された手続き)

- この点について、平成17年に施行された医療観察法においては、新たな手続きが設けられている。

- 具体的には、医療観察法に基づき指定入院医療機関に入院している対象者については、「入院処遇ガイドライン」(厚生労働省通知)に基づき、次のとおりとされている。
 - ① 基本的な考え方としては、指定入院医療機関で行われる医療行為について、治療者は十分な説明を行い、入院対象者の理解による同意を得られるように努める。
 - ② 治療方針等に関する説明を尽くした上でなお対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について

入院対象者とよく相談し、対象者の治療意欲を引き出す取組を行う。

- ③ 十分な期間をかけて対象者の治療意欲を引き出す取組を行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に倫理会議において決議を行う。

(注) 特に、電気けいれん療法（ECT）、持続性注射製剤（デポ剤）の使用に関しては、倫理会議での事前協議と、全会一致が必要とされている。（電気けいれん療法については、緊急に実施した場合には倫理会議で事後評価を行う。）

- ④ 同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組を継続する。各回の倫理会議において報告を行い、その必要性について評価を受ける。
- ⑤ 病状が重篤であり治療の開始を遅らせる事により入院対象者の心身に著しい不利益を来すおそれが高いと判断された場合、緊急的に同意によらない治療行為を行うこともあり得る。その場合、事後開催される倫理会議において報告し、判断を受ける。

◆倫理会議とは…

- ①入院者の同意によらない治療行為（以下「非同意治療」という。）に関し、事前の協議による適否の決定を行う、
- ②非同意治療を継続している入院者に関し報告聴取や評価を行う、
- ③緊急的に実施された非同意治療について報告聴取や事後評価を行う、
- ④麻酔剤など強力な鎮静剤を行った場合に報告聴取や事後評価を行う、
- 等のため、指定入院医療機関内に設ける会議体。「入院処遇ガイドライン」においては、精神医学の専門家の外部委員1名以上を招聘し、原則として月2回開催することとされている。

(一般医療に導入する場合のメリット・デメリット)

- こうした医療観察法における手続きについては、一般医療にも導入すべきとの指摘がなされている。一般医療に導入する際の患者の立場から見たメリット、デメリットを整理すると、以下のようなになる。

<メリット>

- ・ 精神医療の専門家である外部委員が判断に加わることで、同意によらない治療行為の必要性・妥当性の判断が、治療に関わる医師の観点のみからではなく、第三者的、客観的な観点から行われる。
- ・ 客観的な判断が行われることで、医療の観点から見て、入院患者の最善の利益が考慮され得る。
- ・ とりわけ、措置入院の場合には、緊急的に同意によらない治療を行うことが多いと考えられ、治療内容の事後評価が行われるようになる。
- ・ 入院のみならず、治療行為自体にも適正な手続きを設けることで、患者の人権擁護に寄与する。
- ・ 医療の透明性が確保される。
- ・ 標準的な治療が進む可能性がある。

<デメリット>

- ・ 治療行為を行うまでに時間を要する可能性があり、その結果として、入院期間が長くなる可能性がある。
- ・ 最終的な判断が臨床現場以外の場で決められる。
- ・ 倫理会議を通すことで、治療者の当事者意識や同意によらない治療への抵抗感を軽減させる可能性がある。
- ・ 入院患者が治療行為を行う決定をより強い圧力に感じる可能性がある。
- ・ 倫理会議での意見の一致が得られない場合、治療開始できなかつたり、治療中断となり、悪化する可能性がある。

2 検討が必要な論点（案）

- 強制入院における手続き面での保障を充実する観点から、措置入院において、入院そのものについてだけでなく、同意によらない治療を行う場合に関して、何らかの手続きを設ける必要があるのではないか。

 - その際、治療の客観性、透明性を確保する必要性がある一方、治療行為を行うまでに時間を要すれば患者に不利益になる可能性があることも踏まえ、具体的にどのような手続きを設けることが適当か。
- ※ 医療保護入院における同意によらない治療という論点もあるが、医療保護入院自体の在り方と大きく関係するため、ここでは論点とはしていない。

IV 治療へアクセスする権利の保障の在り方について

《現行規定》

治療を受けさせる義務（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。

医師に協力する義務（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。

医師の指示に従う義務（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 これらの規定（とりわけ、治療を受けさせる義務の規定）では、本人が治療を受けることによって早期に回復できるという利益を保護しているとも考えられるが、本人が治療を受けなくてもよい権利と相反する場合もある。病識が乏しいという精神障害の特性を踏まえ、治療によって得られる本人の利益を何らかの形で保護する必要があるか。仮に必要なとすれば、どのような形で保護するか（誰がその責任を負うべきか等）。

（治療を受けさせる制度としての医療保護入院）

- 医療保護入院は、治療を受けさせる義務を具体的に実施するために精神保健福祉法上用意された唯一の制度である。

（治療へアクセスするための方法）

- 治療へアクセスするための方法としては、他制度も含めて、以下のようなものが挙げられる。

① 精神障害者アウトリーチ推進事業

- 厚生労働省では、平成23年度から新たに「精神障害者アウトリーチ推進事業」を開始している（予算額7億円。実施主体は都道府県で、病院等に委託可。全国25か所で実施予定。国10/10負担（都道府県の負担なし））。
- この事業は、未治療の人や、治療中断している人などに対し、病院等の専門職がチームを組んで、訪問支援（アウトリーチ）を行うことにより、診療報酬による医療の提供や、障害者自立支援法に基づくサービスを受けることにつなげ、在宅生活の継続や病状の安定を図ることを目的としており、強制的性を伴わない形で医療へつなげる方法として、推進していきたいと考えているサービス形態である。
- 病院を主体としてアウトリーチ（訪問支援）を実施するに当たっては、抱え込みや入院への誘因を危惧する声があることから、この事業を実施するに当たっては、「問題の解決を入院に頼らない」ことを原則としており、措置入院や医療保護入院といった非自発的入院に至ることは原則として防ぐことが必要であること、非自発的入院にいたった場合には、入院に至った原因、背景、防止できた方法について詳細なレポートの作成を求めている。
- この事業の実施による効果を検証するため、例えば、非自発的入院の増減など、必要な項目について評価を行うこととしている。

② 諸外国における継続通院処遇

- 諸外国においては、退院後の治療の継続や入院に代替する観点から、治療に確実につなげていくための手段として、継

続通院処遇の仕組みがあるところがある。(カナダ、オーストラリア、オランダ、韓国、フィンランド、イギリスの例について、参考資料参照)

- カナダ、オーストラリア、イギリスの例では、命令条件を対象者が遵守しなかった場合等には入院につなげることが、治療計画の中に組み込まれている。

③ 結核治療に関する例 (DOTS)

- 結核患者に対しては、確実に抗結核薬を服用させることにより結核のまん延を防止するとともに、多剤耐性結核の発生を予防する必要性が高いことから、保健所によるDOTS (直接服薬確認療法) が実施されている。

- DOTSには、入院中に行う院内DOTSと、退院後に行う地域DOTSがある。

地域DOTSとしては、保健所が外来患者に対して行う服薬支援・患者支援の方法が示されており、地域の実情及び患者の状態の変化に応じた方法を採用することにより、治療完遂をめざすこととされている。また、保健師は、入院中の患者に面接し、退院後の服薬支援について説明を行い、理解と承諾を求めることとされている。

【地域DOTSの類型】

	外来DOTS	訪問DOTS	連絡確認DOTS
対象患者	住所不定者 アルコール依存症者 薬物依存者 治療中断歴のある者 再発患者等治療中断のリスクが高い患者	介護を必要とする在宅高齢者や独居高齢者で退院後の治療継続に不安があるため入院を余儀なくされている者等、その服薬継続に不安がある患者	左以外の者
確認場所	医療機関の外来 保健所	家庭等	患者が自分で服薬
確認	患者は原則毎日通い、	保健所保健師等が週1	保健所保健師が月

方法	看護師または保健師の目の前で服薬する。	～2回以上訪問し、直接服薬を見届ける。	1～2回以上家庭訪問や電話で本人に確認する。
その他	来所しないときは、医療機関の看護師はその日のうちに保健所に連絡し、保健所が家庭訪問等の対応を行う。	服薬中断等の問題が生じたときは、その日の内に保健所担当者に連絡し、保健所が家庭訪問等の対応を行う。	

(今後の検討に向けた考え方)

- 現行制度上、治療にアクセスする権利に直接的に対応している仕組みは医療保護入院のみであることから、治療にアクセスする権利の保障の在り方については、医療保護入院の在り方をどのように考えるか、医療保護入院を代替する手段があるかどうか等、医療保護入院に関する検討の中で、検討を進めていくことが必要である。