

保護者に課せられた各義務規定を 削除した場合の論点

【検討経緯】

- 平成23年2月24日の本検討チームにおいては、それまで3回開催された「作業チーム」における論点整理をもとに保護者制度の見直しについて検討が行われ、以下の点について確認された。
 - ① 保護者に課せられた義務規定については、原則として存置しない、という基本的な方向性。
 - ② 保護者に課せられた義務規定を削除した場合に、代替措置が必要かどうかについて、作業チームにてさらに論点整理を行うこと。

- これを踏まえ、平成23年4月28日、6月16日及び7月27日に作業チームを開催し、保護者に課せられた各義務規定を削除した場合に代替措置が必要となるかどうかについて検討し、本検討チームで検討すべき論点の整理を行った。

1. 財産上の利益の保護について

《現行規定》 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) 作業チームにおける検討

- 作業チームにおいては、本義務規定を削除した後、制度的に、成年後見制度等現行の制度でカバーできるかについて、検討を行った。

(財産管理の具体的な内容)

- 精神障害者の財産管理の具体的な内容としては、主として以下のものが考えられる。
 - ・ 日常的な金銭管理
(例) 日用品の購入、医療費の支払い、趣味への支出
 - ・ 年金及び手当等の受領に必要な手続き
(例) 役所での戸籍の発行
 - ・ 年金証書、通帳、権利書等の保管
 - ・ 所有財産の処分
(例) 入院時の家具などの処分、退院時の部屋の整理
 - ・ 預金の払い戻し、解約、預け入れ (※)
 - ・ 不動産その他重要な財産に関する権利の得喪 (※)
(例) 入院時のアパートの契約の解約
- (※) 通常、民法第13条第1項に列記されている行為に当たる。

(上記の財産管理を行う上で保護を要する精神障害者)

- 病識のない人も含め、精神障害があるからといって、財産管理を行う上で判断能力を欠いているわけではなく、判断能力の

有無は個人の状況に応じて判断される必要がある。

- 判断能力の程度は、概ね、
 - ① 判断能力が十分にあると考えられる、
 - ② 判断能力はあるものの、やや不安がある、
 - ③ 判断能力が不十分（→成年後見制度の補助に相当）、
 - ④ 判断能力が著しく不十分（→成年後見制度の保佐に相当）、
 - ⑤ 判断能力に欠けている（→成年後見制度の後見に相当）、という分類をすることができる。

(財産管理に関する制度的な支援)

- 精神障害者の判断能力に応じ、次のような制度的な支援を受けることができる。

(A) 精神障害者本人に判断能力がある場合 (①・②)

- ・ すべての財産管理について、本人の意思に基づいて行われることが原則である。
- ・ 本人の判断能力に不安がある場合 (②) には、基幹的な市町村社会福祉協議会が主体となって実施されている日常生活自立支援事業の活用が考えられる。

(B) 判断能力が不十分な場合 (③・④)

- ・ 本人の意思に基づいて行われることが基本であるが、民法第13条第1項に規定する行為 (③に当たる人については、そのうち「申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める行為」に限る) を行う場合には、保佐人・補助人の同意が必要であるか、または保佐人・補助人により取り消すことができる。
- ・ また、本人同意の上で、申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める行為について、保佐人・補助人が代理権を与えられる。
- ・ 日常生活自立支援事業の活用は可能。

(C) 判断能力に欠けている場合 (5)

- ・ 財産に関するすべての行為について、後見人に代理権が与えられる。ただし、日常生活に関する行為については、後見人であっても取り消すことはできない。
- 判断能力が十分ではない精神障害者の財産管理を行うに当たっては、上記のような成年後見制度等を利用することが必要となる。後見人、保佐人、補助人でない家族等が行った場合には、何らかの紛争が発生した場合に、はじめて問題が顕在化することが多い。

(2) 本義務規定を削除した場合の論点

- (1) のとおり、いずれの判断能力の状態にあつたとしても、制度的には、本人の判断能力をカバーしながら財産管理が行われる仕組みが用意されており、保護者による財産上の保護の責務規定を削除したとしても、精神障害者のみを対象とした新たな仕組みを設ける必要はないのではないか。
- 一方で、判断能力が十分ではない精神障害者については、問題は顕在化していなくても、本来成年後見制度を利用すべき財産管理も存在することから、成年後見制度利用援助事業の活用などにより、成年後見制度等の利用を促進することは必要ではないか。
ただし、その際、前国会で成立した老人福祉法の改正法の中に盛り込まれている成年後見制度に関する人材育成等(市民後見人の活用)については、精神障害者については慎重に検討すべきではないか。

2 措置入院患者の引き取り等について

《現行規定》

回復した措置入院患者等を引き取る義務（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。

相談し、必要な援助を求める権利（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）作業チームにおける検討

- 行政が行った措置入院につき、身寄りのない精神障害者がいることも踏まえ、退院後の調整を何らかの形で行う必要があるのではないかとこの前提の下、保健所や障害者自立支援法による相談支援の関わりのあるあり方について、検討を行った。

（措置入院における入院、退院手続き）

- 措置入院に当たっては、
 - ① 都道府県職員（主として保健所の職員）による事前調査、
 - ② 精神保健指定医（2名）による診察、
 - ③ ②の診察の際の都道府県職員の立ち会い
 - ④ 措置入院のための移送などの手続きが法律及び関連通知において定められており、都道府県職員の関与の内容が具体的に示されている。

- 措置入院中の患者の権利・利益を擁護する主体は都道府県知事であり（法第41条の趣旨）、また、入院措置の解除を行う主体も都道府県知事である（法第29条の4）にもかかわらず、入院中及び退院時における都道府県職員の関与の内容については、具体的に示されていない。

（障害者自立支援法の改正による新たなサービスの追加）

- 昨年12月に成立した障害者自立支援法の改正法においては、新たに、
 - ① 施設への入所、病院への入院中から、地域生活の準備、福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援、住居の確保支援等を行う「地域移行支援」、
 - ② 施設からの退所、病院からの退院後に、24時間の相談支援等を行う「地域定着支援」、のサービス類型が新たに設けられた（平成24年4月1日施行）。
（*）これらのサービスは、相談支援事業者により提供される。
- また、障害者自立支援法に基づくサービスを利用するに当たっては、相談支援事業者がサービス利用計画を作成することができるが、現在のサービス利用計画作成費の対象者の範囲を大幅に拡大する方針。
（*）平成21年4月の利用者数は、2,731人
- 措置入院患者や医療保護入院患者も、これらのサービスを利用することが可能。

（2）本義務規定を削除した場合の論点

- 措置入院については、入院時のみならず、入院中及び退院時についても、都道府県の関わりを具体的にし、措置権者である都道府県が責任を有することを明確にすべきではないか。

- その際、本人の意向に応じ、サービス利用計画の作成、地域移行支援、地域定着支援等の障害者自立支援法に基づく相談支援を適切に組み合わせて、住居の確保を含めた退院支援を行うことが必要ではないか。

- 退院後の受け入れ先について問題となるのは、措置入院に限ったことではなく、医療保護入院等についても、医療機関と地域移行支援等の相談支援等が連携して、住居の確保を含めた退院支援を行うことが必要ではないか。

3 退院請求・処遇改善請求について

《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。

(1) 作業チームにおける検討

- 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ため存置するが、退院請求及び処遇改善請求を行うことができる者を拡大する余地があるかどうか（具体的には、本人が指名した保護者以外の者を対象に加えるべきか）について、検討を行った。

(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

(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)

(精神科病院における苦情・相談等への対応)

- 入院患者(本人に係る者も含む)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。

(2) 本義務規定に関する論点

- 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、現在でも認められている本人の「代理人」による請求を活用しつつ、代理人になり得る人の範囲、代理権の内容等について、検討を進めることが必要ではないか。

- 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べきではないか。

4 医療に関する義務規定について

《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。

4-1 精神科医療における家族等の位置付け

4-2 措置入院時の強制医療介入の在り方

4-3 治療へアクセスする権利の保障の在り方

4-1 精神科医療における家族等の位置付け

(1) 作業チームにおける検討

- 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、本人が家族等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、家族等は診療に関わらなくてもよい、あるいは家族等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と、といった懸念も考えられる。

こうした中で、精神科医療における家族等の立場を何らかの形で位置付ける必要はないかについて、検討を行った。

◆ 「保護者」と「家族等」について

- 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。

- 一方、精神保健福祉法における「保護者」は、同法の中で設けられている制度であり、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に、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。

(※) 精神保健福祉法第47条第1項、第48条第1項

- 精神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った。

(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。

- 個人情報の保護に関する法律（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つて、本人の同意を得ることが困難であるとき。

- 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。

(2) 本義務規定に関する論点

- 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。

4-2 措置入院時の強制医療介入の在り方

(1) 作業チームにおける検討

- 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。）
- こうした観点から、措置入院の下での同意によらない治療のあり方について、検討を行った。（なお、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。）

(医療観察法の手続きと一般精神科医療への導入可能性)

- 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。

- 患者の立場から見ると、こうした手続きを一般医療に導入する場合、同意によらない治療行為の必要性・妥当性の判断が第三者的、客観的な観点から行われ、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というメリットがある一方、治療行為を行うまでに時間を要し、入院期間が長くなる可能性がある、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、といったデメリットがある。

（2）措置入院下での強制医療介入に関する論点

- 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、医療観察法における倫理会議のような手続きを設けることについては、メリット、デメリットがあることも踏まえ、手続きを試行した上で、導入の可否について検証するべきではないか。

4-3 治療へアクセスする権利の保障の在り方について

- 医療に関する義務規定（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）についても、論点としてあげられる。

（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
確認方法	患者は原則毎日通い、看護師または保健師の目の前で服薬する。	保健所保健師等が週1～2回以上訪問し、直接服薬を見届ける。	保健所保健師が月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。