

参考資料

I 保護者制度の概要、検討の背景

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。

- 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)
- ③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)
- ④(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)
- ⑤回復した措置入院者等を引き取ること(41条)
- ⑥⑤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)
- ⑦退院請求等の請求をすることができること(38条の4)
- ⑧医療保護入院の同意をすることができること(33条1項)

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

2

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。

3

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）

【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に、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】

障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第二次意見） （平成22年12月17日障がい者制度改革推進会議）（抄）

6) 精神障害者にかかる地域移行の促進と医療における適正手続きの確保
（推進会議の問題認識）

【非自発的入院に係る人権尊重の観点からの適正手続きの確保等】

精神障害者に係る非自発的な入院や医療上の処遇については、人権の尊重を徹底する観点から、適正な手続きを確保することが不可欠である。特に、以下の点が重要である。

- ・ 非自発的な入院、隔離拘束等が行われる場合に、障害者権利条約を踏まえ、人権尊重の観点から、自らの判断と選択による医療の利用が基本であることにかんがみ、非自発的な（本人の意に反した又は本人の意思を確認することができない状態における）入院の際の他の者との平等に基づく具体的な適正手続きの在り方を明確化するとともに、第三者機関による監視等を含め、現行制度を大幅に見直し新たな仕組みを構築すること。
- ・ 医療保護入院に係る同意を含む現行の「保護者制度」を抜本的に見直すことが必要である。すなわち、現行の医療保護入院制度を廃止し、公的機関がその役割を適切に果たすよう新たな仕組みを構築すること。
- ・ 精神疾患を有する者の、急性期・重症患者等入院ニーズを精査した上での必要精神病床数を算出し、それを超えて現存する精神病床については、国の責務で削減を行い、それに代わる地域での医療体制を構築すること。

4

（参考）

「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

（中略）

○ 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。

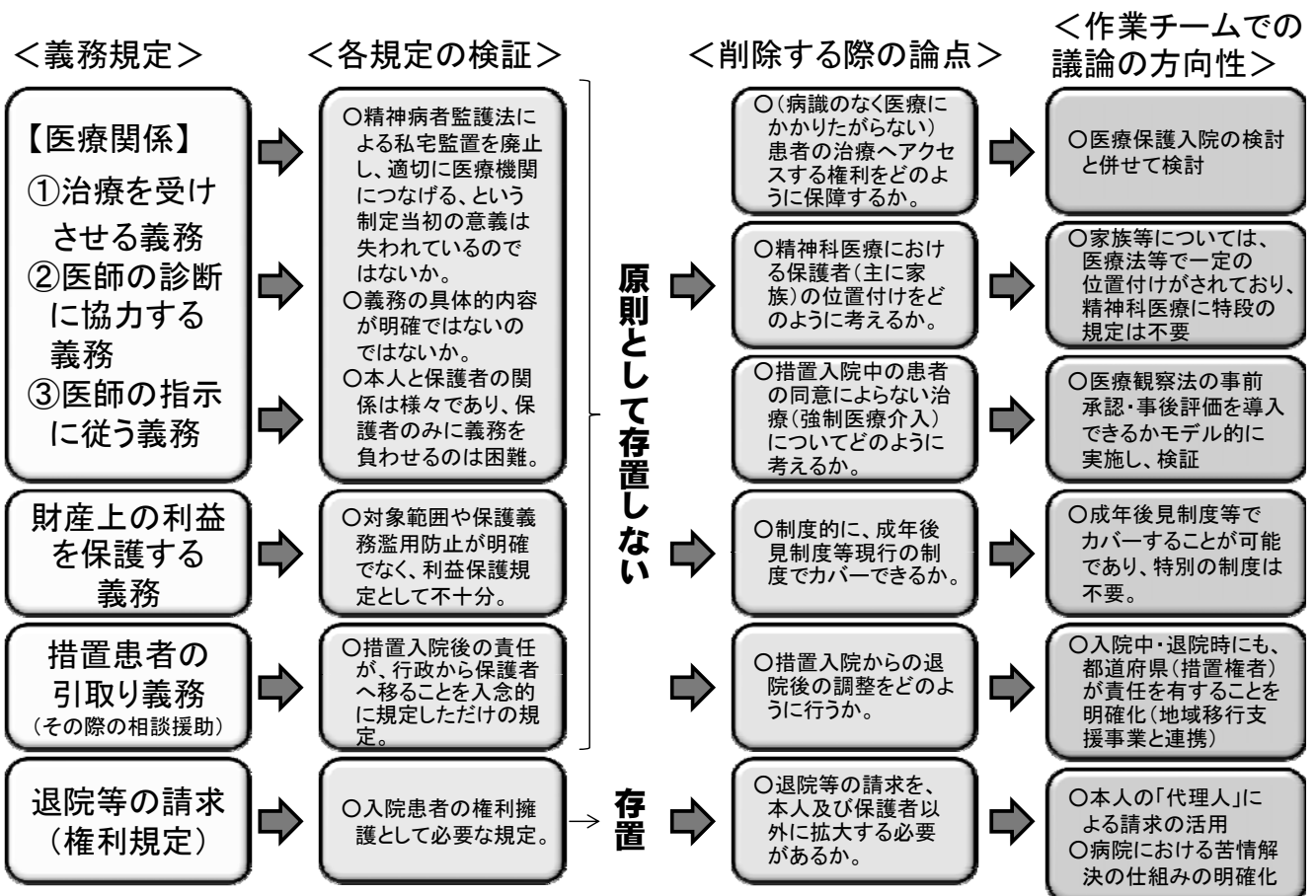
- ・ 家族の同意による入院制度のあり方について
- ・ 医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方について
- ・ 未治療・治療中断者等への医療的介入のあり方や、通院医療の位置付けについて
- ・ 精神医療審査会の機能を発揮できるための方策について
- ・ 情報公開の推進も含めた隔離・身体拘束の最小化を図るための取組について
- ・ 地域精神保健における市町村、保健所、精神保健福祉センター等の行政機関の役割のあり方について

5

Ⅱ 検討チーム、作業チームにおける これまでの検討のまとめ

6

保護者に課せられた各義務規定に関する現時点での整理



7

1 財産上の利益の保護について

8

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	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)	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)

※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。

9

民法第13条1項に定められた事項

(保佐人の同意を要する行為等)

第十三条 被保佐人が次に掲げる行為をするには、その保佐人の同意を得なければならない。ただし、第九条ただし書に規定する行為については、この限りでない。

- 一 元本を領収し、又は利用すること。
- 二 借財又は保証をすること。
- 三 不動産その他重要な財産に関する権利の得喪を目的とする行為をすること。
- 四 訴訟行為をすること。
- 五 贈与、和解又は仲裁合意(仲裁法(平成十五年法律第百三十八号)第二条第一項に規定する仲裁合意をいう。)をすること。
- 六 相続の承認若しくは放棄又は遺産の分割をすること。
- 七 贈与の申込みを拒絶し、遺贈を放棄し、負担付贈与の申込みを承諾し、又は負担付遺贈を承認すること。
- 八 新築、改築、増築又は大修繕をすること。
- 九 第六百二条に定める期間を超える賃貸借をすること。

10

精神障害者の財産管理等に係る行為について

	判断能力			
	欠けている	著しく不十分	不十分	やや不安がある
日常的な買い物のための金銭管理	○代理権 ×取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性あり ×同意権・取消権なし		
年金及び手当等の受領に必要な手続き	○代理権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性有		
年金証書、通帳、権利書等の預かり	○代理権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性有		
重要でない財産の処分をすること	○代理権 ○取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性あり ×同意権・取消権		
預金の払い戻し、解約、預け入れ	○代理権 ○取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性 ○同意権・取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性 ○本人の同意と審判により同意権・取消権付与の可能性あり	
不動産その他重要な財産に関する権利の得喪を目的とする行為をすること	○代理権 ○取消権 (居住用不動産の処分・解約は家裁の許可が必要)	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性あり ○同意権・取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性あり ○本人の同意と審判により同意権・取消権付与の可能性あり	
その他、民法第13条1項に定められた事項	○代理権 ○取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性あり ○同意権・取消権	○本人の同意と審判により代理権付与の可能性あり ○本人の同意と審判により同意権・取消権付与の可能性あり	

日常生活自立支援事業

- 成年後見制度と日常生活自立支援事業はそれぞれの要件を満たせば併用することが可能。
- 成年後見制度の各類型の審判は家庭裁判所の判断にゆだねられている。家庭裁判所において審理したところ、本人の判断能力の状況が申立人の見込みより重度あるいは軽度である場合、申立人に申立ての趣旨の変更等を促すことになる。

11

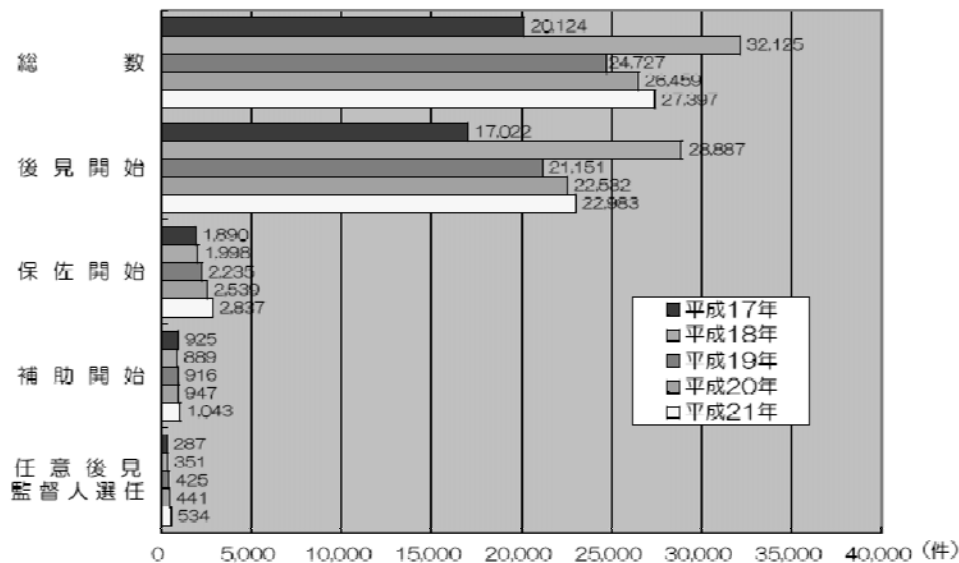
保護者等による支援の位置付け

	判断能力				
	欠けている	著しく不十分	不十分	やや不安がある	十分にある
日常的な買い物のための金銭管理	○本来的には後見制度の利用が必要 ○本人の意思確認は困難であるが、善意に基づいて本人の生活を支えるために行われていることが多い	○本人の意思に基づいていれば特段の問題はないが、本人の不利益といえるような行為を予防することが必要な場合には、成年後見制度の利用も可能	○本人の意思に基づいて行われていれば通常は問題は顕在化しない。 ○本来は後見制度を利用することが望ましい	○本人の意思に基づいて行われていれば特段の問題なし	
年金及び手当等の受領に必要な手続き 年金証書、通帳、権利書等の預かり					
重要でない財産の処分をすること					
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を目的とする行為をすること					
その他、民法第13条1項に定められた事項					

12

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。

平成24年4月1日から、市町村の地域生活支援事業の必須事業化

14

老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)【案】抄

(後見等に係る体制の整備等)

第三十二条の二 市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助(以下「後見等」という。)の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うように努めなければならない。

15

認知症対策の推進について

○ 市民後見人の活用

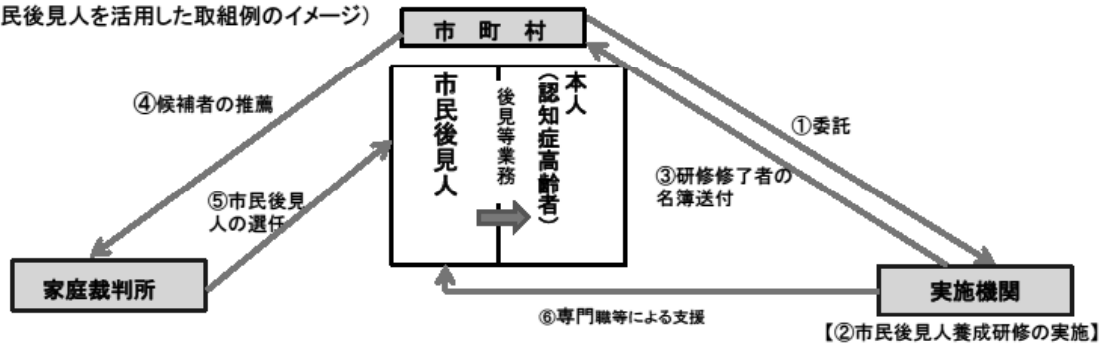
今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市町村は、市民後見人を育成し、その活用を図ることなどによって権利擁護を推進することとする。

- ※1 「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の推計 208万人（平成22年）→ 323万人（平成37年）
 ※2 成年後見関係事件の申立件数は年々増加傾向（平成21年 27,397件）
 そのうち首長申立の件数 1,564件（平成19年度）→ 1,876件（平成20年）→ 2,471件（平成21年）

○ 認知症に関する調査研究の推進

国、地方公共団体は、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進等に努めることとする。

（市民後見人を活用した取組例のイメージ）



《介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律資料(老健局)》

16

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)

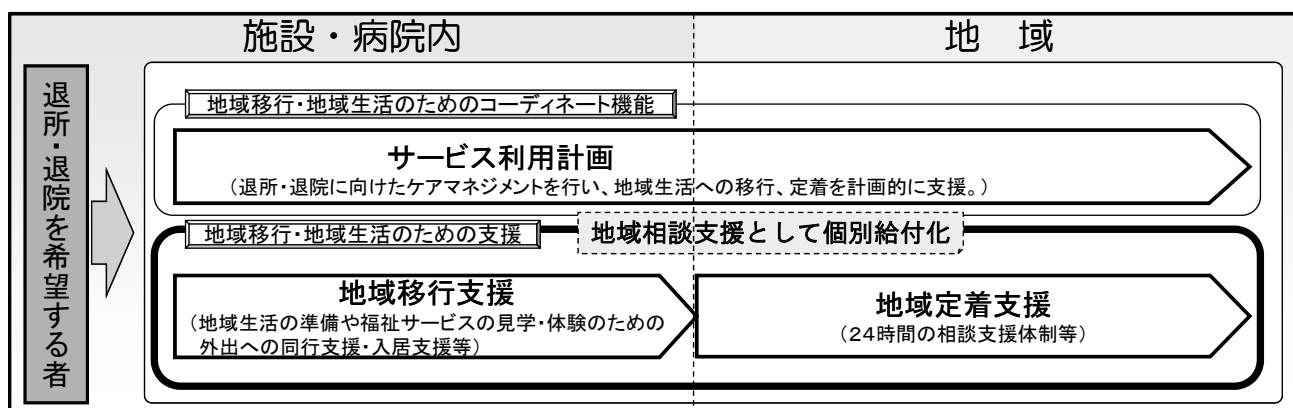
17

2 措置入院患者の引き取り等について

18

地域移行支援・地域定着支援の個別給付化

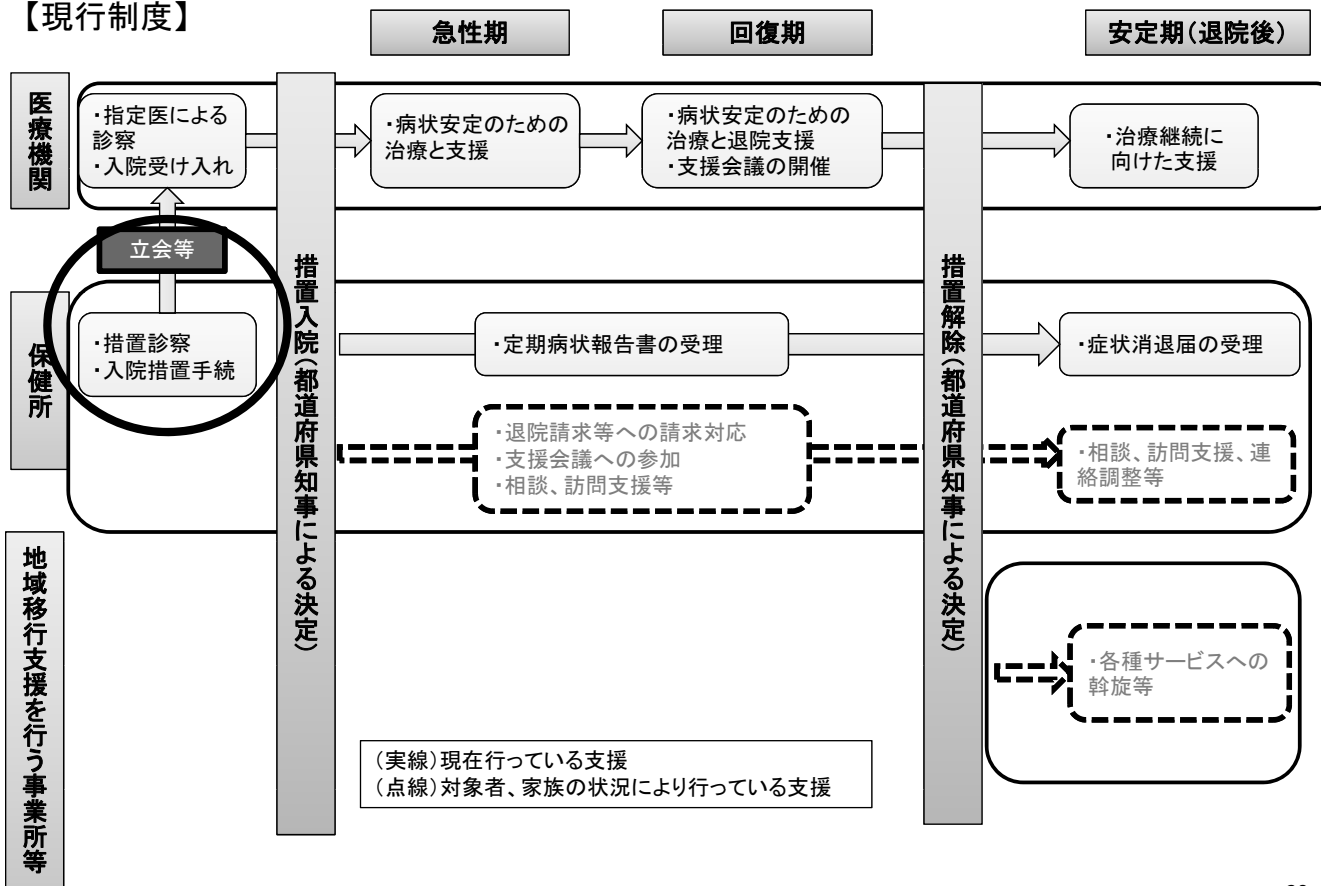
- 地域移行支援
施設や病院に長期入所等していた者が地域での生活に移行するためには、住居の確保や新生活の準備等について支援が必要。
→ 現行の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」(補助金)で行われているもの(地域移行推進員の活動)と同様の事業を個別給付に。
 - 地域定着支援
居宅で一人暮らししている者については、夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制が必要。
→ 現行の「居住サポート事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を個別給付に。
- ※ 地域移行支援・地域定着支援を担う「一般相談支援事業者」の指定は、都道府県が行う。
- ※ 施行(平成24年4月1日)の際、既存の指定相談支援事業者は、1年以内の省令で定める期間内は「指定一般相談支援事業者」とみなす。



19

措置入院からの退院時の支援について①

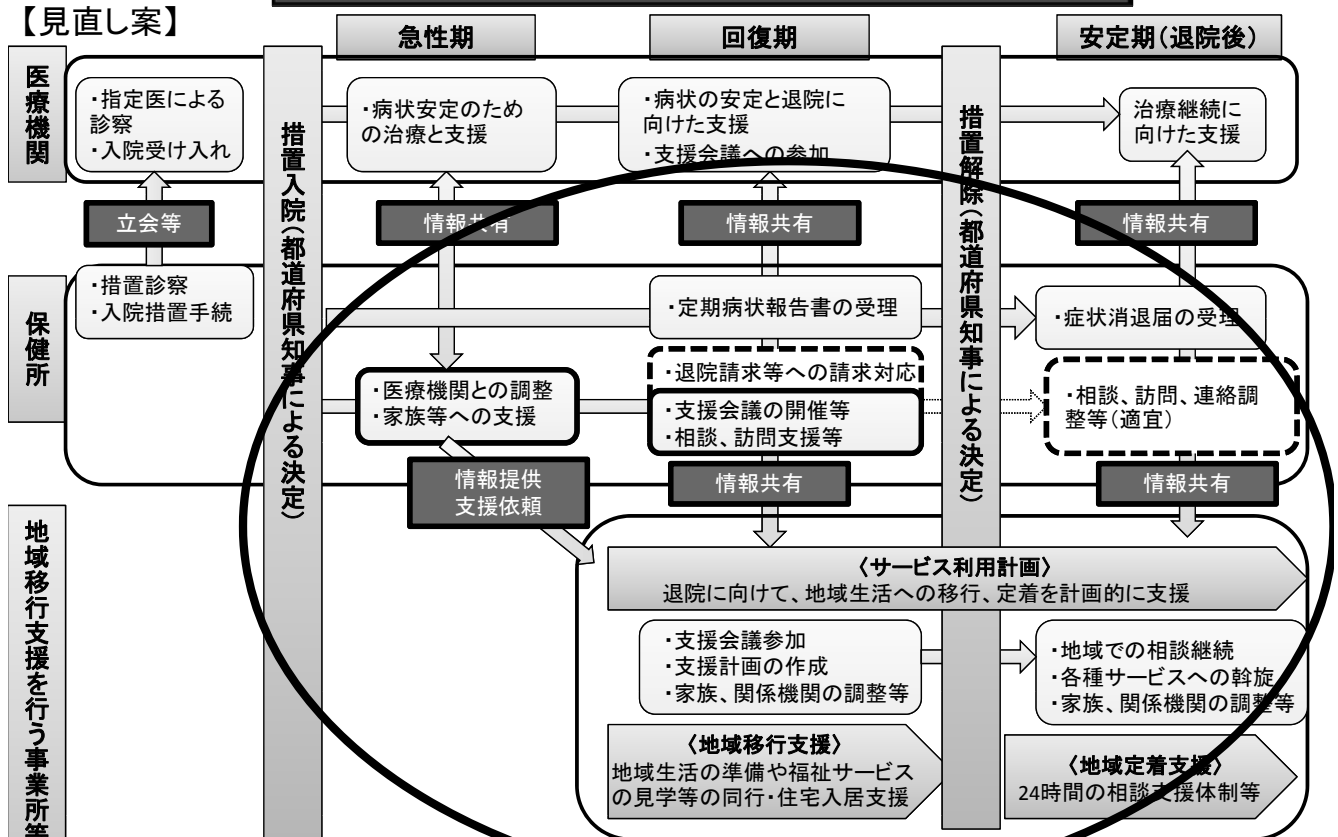
【現行制度】



20

措置入院からの退院時の支援について②

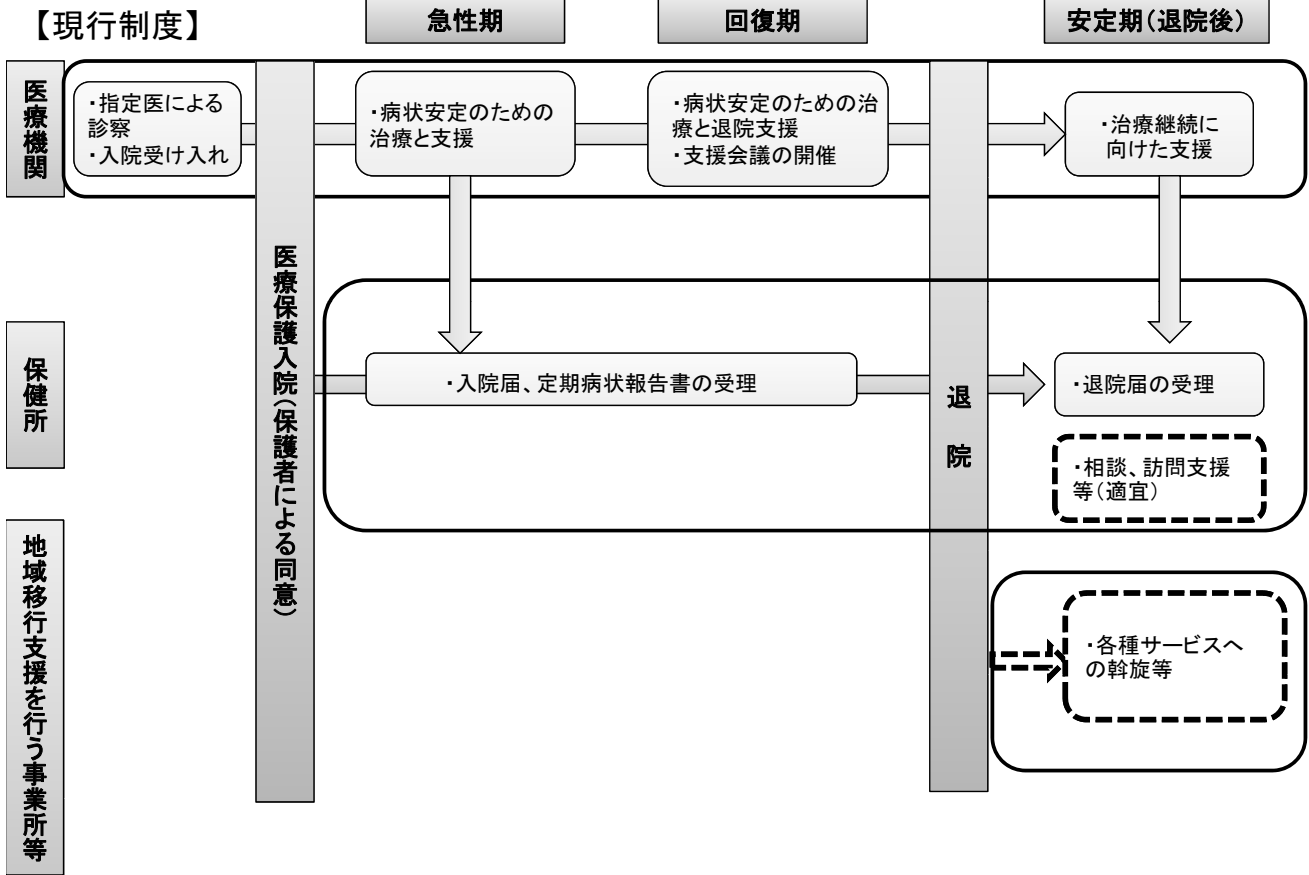
【見直し案】



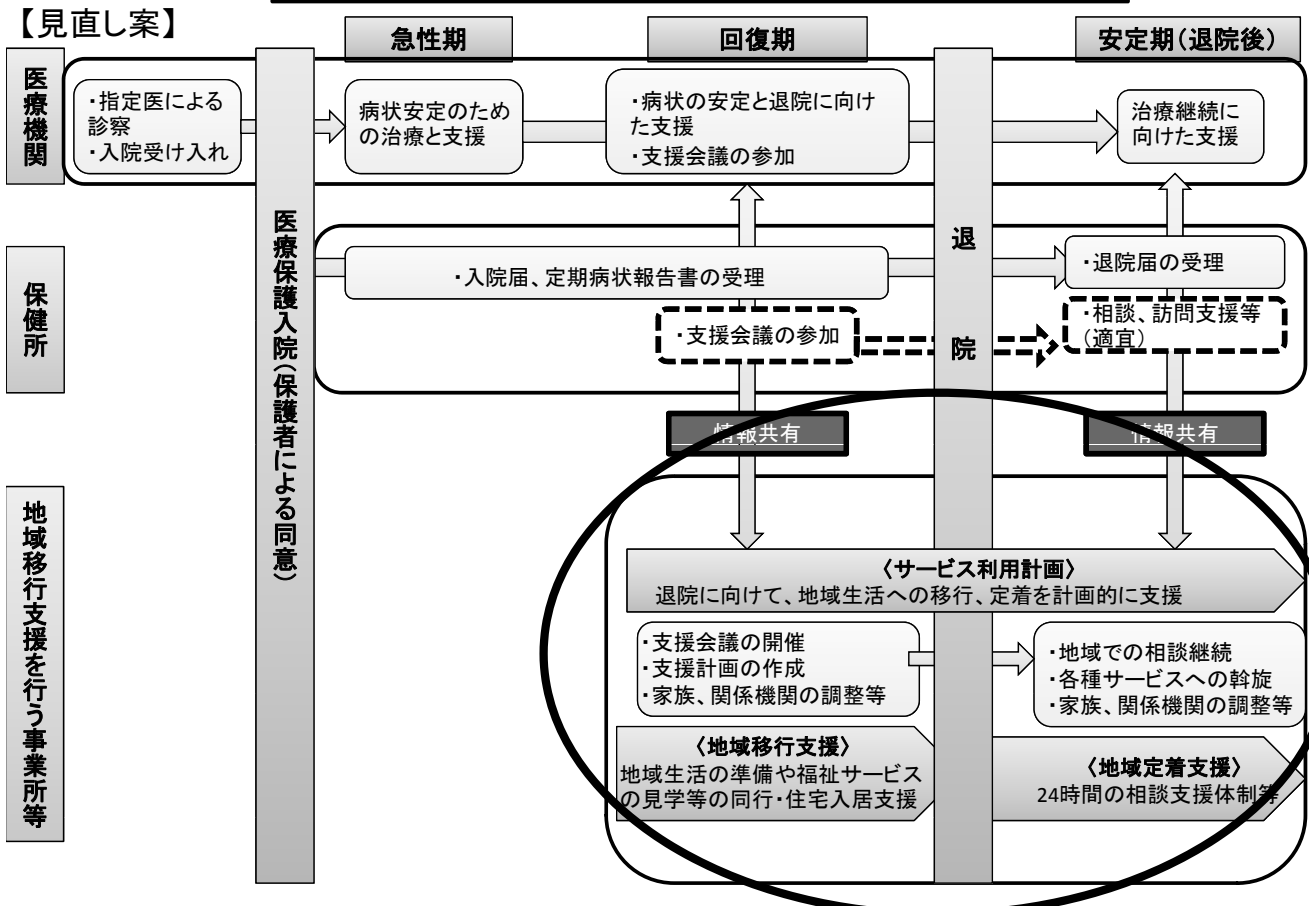
※サービス利用計画、地域移行支援・地域定着支援については障害者自立支援法に基づく自立支援給付(平成24年4月～)となり、相談支援専門員(PSW資格者等)等が対応。利用者の希望に応じて活用する。

21

医療保護入院からの退院時の支援について①



医療保護入院からの退院時の支援について②



3 退院請求・処遇改善請求について

24

退院等の請求について

精神医療審査会マニュアル（抜粋）

IV 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（注：本人及び保護者）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。

(2) 請求方法

書面を原則とする。ただし、精神病院に入院中の患者が請求する場合で、当該患者が口頭(電話を含む。)による請求の受理を求めるときはそれを認めるものとする。

(3) 請求者に対する確認等

都道府県知事は、当該患者が当該病院に入院していること及び請求を行つた者の意思を確認するものとする。ただし、その確認により請求者の請求の意思が制限を受けないよう配慮するものとする。また、代理人による請求の場合には、代理権を有することを証する書面を確認するものとする。

精神科病院に対する指導監督等の徹底について（抜粋）

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。

25

4 医療に関する義務規定について

4-1 精神科医療における家族等の位置付け

26

◆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。

27

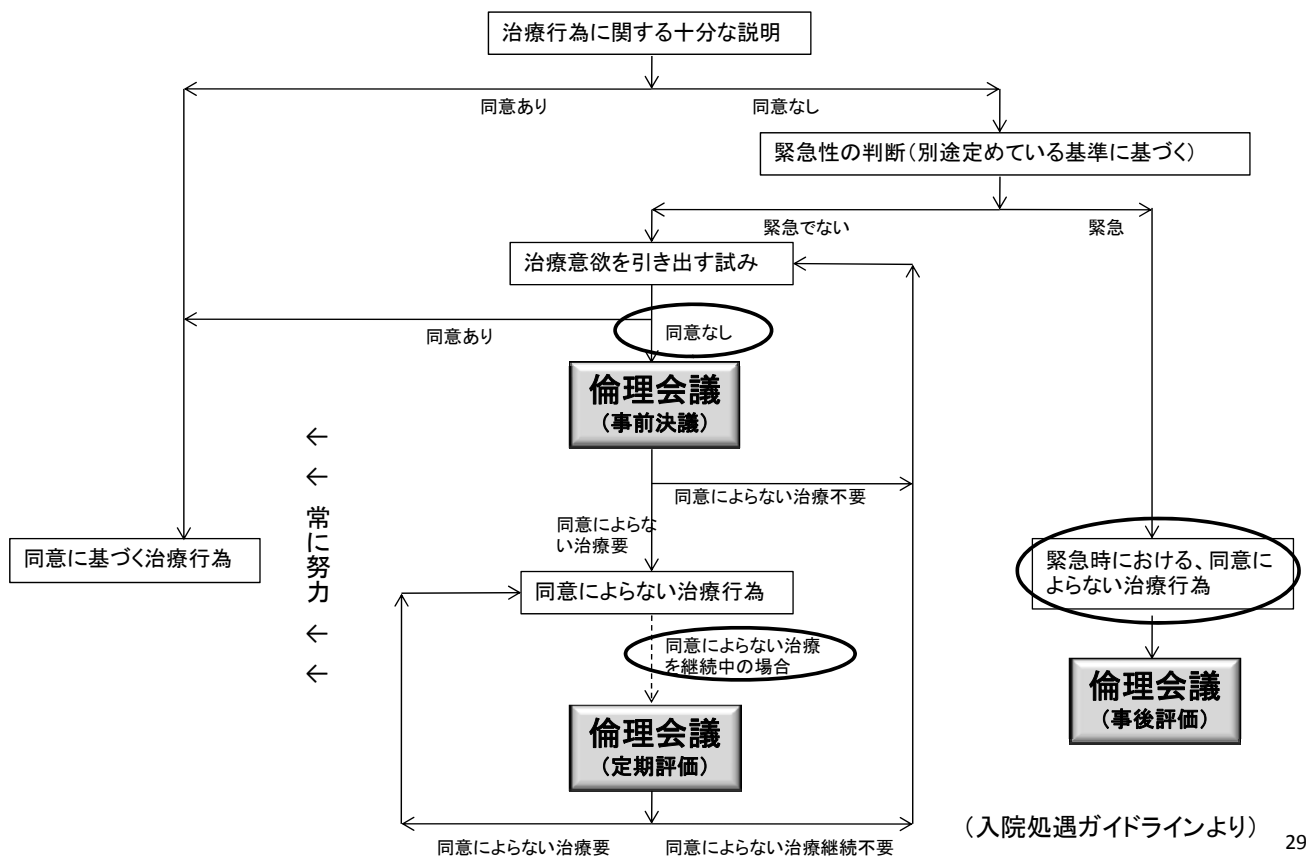
4 医療に関する義務規定について

4-2 措置入院時の強制医療介入の在り方

28

措置入院時の強制医療介入について①

医療観察法における説明と同意に関するフローチャート



29

倫理会議の決議・評価実績

調査年度	調査期間(月)	開催実績	事前評価									事後評価									
			ECT		デボ剤の使用*			非経口投与			ECT	麻酔薬	強制投薬(注射による)			非同意経口投与			強制栄養		
			審議回数	対象者数	審議回数	対象者数	承認	審議回数	対象者数	承認			審議回数	審議回数	対象者数	承認	審議回数	対象者数	承認	審議回数	対象者数
2006	17.5	159	0	0	4	5	—	2	2	—	0	0	7	6	—	2	2	—	0	0	—
2007	9	128	1	1	3	3	—	2	2	—	0	0	9	7	—	2	2	—	1	1	—
2008	12	194	3	3	15	14	14	5	5	5	3	0	13	13	13	13	4	13	5	5	5
2009	9.5	159	—	—	13	9	13	6	5	6	—	0	36	12	37	6	5	6	0	0	0
2010	12	249	11	5	21	19	21	9	4	4	—	1	55	14	55	1	1	—	1	1	1

ECT: 電気けいれん療法, —: データなし, *本人の同意のある事例も含む

2006年度～2008年度は回収率100%、2009年度は回収率88.2%、2010年度は回収率96%

「平成18年度～20年度厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」主任研究者 中島豊爾 分担研究者 五十嵐禎人
 「平成21年度～22年度厚生労働科学研究「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」主任研究者 中島豊爾 分担研究者 五十嵐禎人

30

4 医療に関する義務規定について

4-3 治療へアクセスする権利の保障の在り方

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

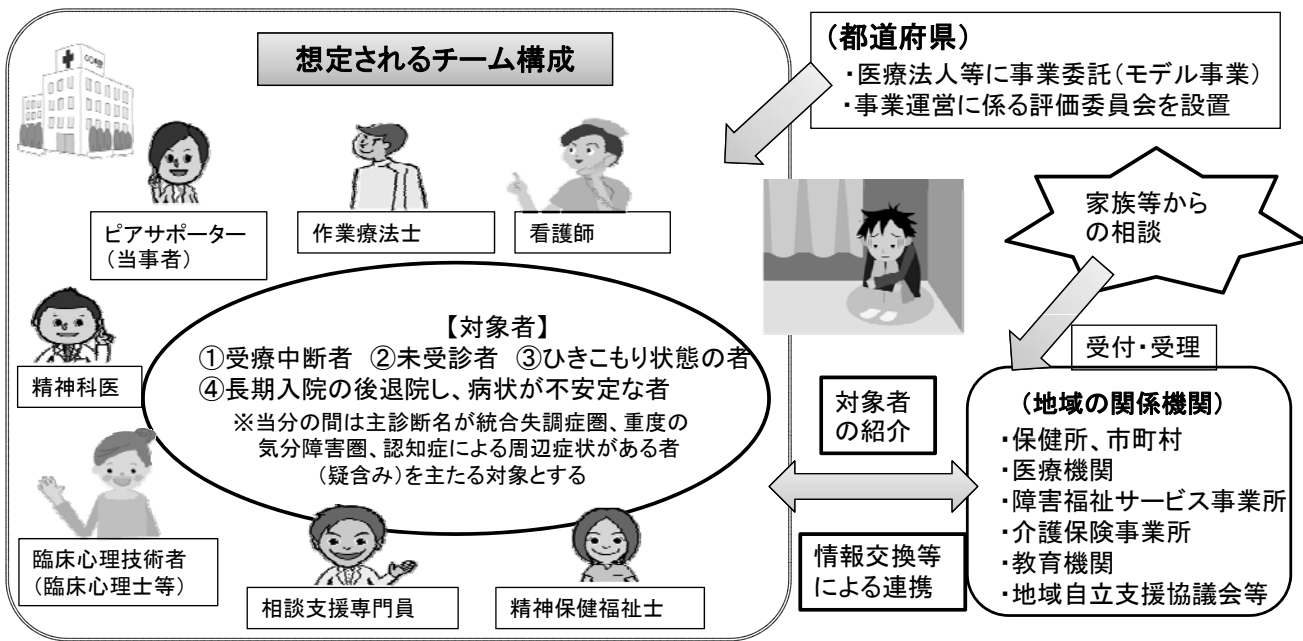
- 【基本的な考え方】**
- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
 - ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
 - ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にしている関わり方を基本とする。

- 【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

平成23年度予算
7億円(特別枠)

★ 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。

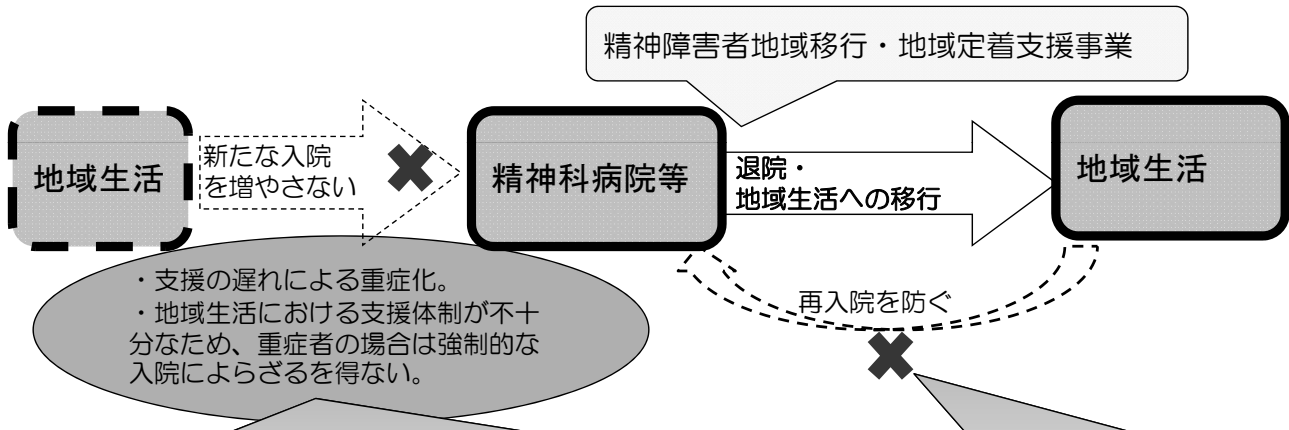


【特徴】

- ・医療や福祉サービスにつながない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
- ・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
- ・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

課題の解決を入院という形に頼らない

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



精神障害者アウトリーチ推進事業

未治療の者や治療中断している者等（治療契約等が交わされていない者）に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行う「アウトリーチ」により、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の継続を可能にする。

※いわゆるACT(Assertive Community Treatment)とは、本来なら入院が必要となるような重症者を対象に、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態であり、わが国においては診療報酬等の対象サービスを活用して実践されている。

34

諸外国での継続通院処遇(概要)

国	根拠法	権限	条件・内容	遵守しない場合の対応等	期間等	同意の有無
カナダ*	Brian's Law	警察?	治療計画を遵守しない場合は警察が入院させる	遵守しない場合は入院	6月以内	本人の同意有
オーストラリア**	Mental Health Act	不明	・登録精神科医(認定精神保健機関勤務等)の評価 ・精神保健レビュー委員会がチェック	不明	1年以内	不明
オランダ	Conditional order	裁判所	命令条件を遵守しなかった場合の入院精神科病院を明記	遵守しない場合は入院	6月以内	本人の同意有
韓国	精神保健法(第37条2)	市長・郡守・区庁長	保護義務者の同意および基礎精神保健審議委員会による判定	国・公立の医療機関で再判定を受けるよう命ずる	1年以内	保護義務者の同意
フィンランド	Mental Health Act	不明	触法患者が退院した場合、その患者を担当する地域精神科医療が監督	不明	6月以内	不明
イギリス(イングランド)	Mental Health Act	医師と認定精神保健専門職***	1) 医学的治療が適切な精神疾患 2) 医学的治療を受けることが必要 3) 入院による医学的治療の提供可能 4) 入院権限の行使が可能 5) 地域で適切な医学的治療が可能	遵守しない場合は入院	6か月毎(1年後は1年毎)	家族は反対できない

*オンタリオ州 **ヴィクトリア州 ***参考:スコットランドでは裁判所

英国(イングランド)の措置通院制度①

- 2007年のMental Health Act 改正時に措置通院制度(Community Treatment Order: 別称 Supervised Community Treatment)を導入 (Section 17)
- イングランド&ウェールズは医療モデルのCTO(一方、スコットランドは司法モデルのCTO)を導入(以下、イングランドのCTOを概説)
- イングランドにおけるCTO適応基準(Criteria)
 - 1) 患者は医学的治療を受けることが妥当な精神疾患に罹患している
 - 2) 患者の健康と安全、または、他者の保護のために、患者は医学的治療を受けることが必要である
 - 3) 再入院の可能性の高い患者に対し、入院によって拘留することなしに、医学的治療を提供することが(実際に)可能である
 - 4) 患者を再び病院(入院)に戻すための権限を行使することが(実際に)可能である(可能な環境的条件が整っている)
 - 5) 地域において適切な医学的治療が(実際に)利用可能である

東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料 36

英国(イングランド)の措置通院制度②

- CTO適応を判断・決定する関係者
 - Responsible Clinician (担当医): 入院し、拘留されている患者がCTOの対象となる基準を満たしているか否かを判断する。また、CTOの対象となった患者の地域生活をモニタリングし、必要に応じて病院(入院)へ患者を戻す(recall)ための権限を行使する。CTOの延長、中止、解除の判断を必要に応じて行う。
 - Approved Mental Health Professional (認定精神保健専門職): RC(担当医)によって患者がCTO適応と判断された際、それが適切かどうか(権利擁護の観点を含め)を検討し、同意、もしくは非同意の判断を行う。認定精神保健専門職が、RC(担当医)のCTO適応判断に同意しない場合、手続きは中断となる。認定精神保健専門職は、ソーシャルワーカー、看護師などの専門職。
- * RC(担当医)がCTO適応と判断し、認定精神保健専門職がそれに同意した場合、家族はCTOに反対する権限を持たない
- CTOの適応期間: 6カ月間、最初の1年間は6カ月ごとに更新、1年後以降は12カ月ごとの更新

東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料 37

オランダ

- 名称: Conditional order (条件付き命令)
- 有効期間: 6ヶ月(1年ごとの更新)
- 同意の対象者: 本人
- 決定者: 裁判所(検察官からの請求)
- 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
- 治療計画の変更: 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)
- 手続き: 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(Interim order: 入院命令のひとつ)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 38

カナダ

- 法律: オンタリオ州ではBrian's Law
- Community Treatment Order (CTO)*
 - CTOにより、本人等の同意により、個別化した治療プランを策定する
 - 遵守しない場合は、警察が精神医学的評価のために入院させる
 - 計画は6月以内でいつでも解除・更新できる
 - 本人等は内容について申し立てができる

*2 people per 100,000 (BMJ 2005; doi:10.1136/bmj.331.7518.655-a)

オーストラリア(ビクトリア州)

非入院治療命令 (community treatment order)

- Mental Health Act 1986 (Amendments: 2010)
- 概要
 - 書面による要請および登録医による書面の勧告
 - 登録精神科医(認定精神保健機関勤務等)の評価
 - 強制治療命令 (involuntary treatment order) もしくは非入院治療命令 (community treatment order) の決定
- 非入院治療命令 (community treatment order)
 - 通院もしくは訪問
 - 命令の効力は12ヶ月以内(更新可能)
 - 必要な場合は対象者の居住地を設定も可能
 - 精神保健レビュー委員会は命令の変更・廃止をできる

出典: 国立精神・神経医療研究センター 竹島正部長 40

米国の継続通院処遇*

	入院基準との比較	最大期間	頻度		入院基準との比較	最大期間	頻度
Alabama	異なる**	365	Rare	Nebraska	同じ基準	180	Common
Alaska	同じ基準	180	Rare	New Hampshire	同じ基準	5 years	Rare
Arizona	同じ基準	365	Very common	North Carolina	異なる**	180	Common
Arkansas	同じ基準	180	Rare	North Dakota	同じ基準	365	Very common
Colorado	同じ基準	180	Rare	Ohio	同じ基準	2 years	Rare
Delaware	同じ基準	180	Rare	Oklahoma	同じ基準	365	Rare
D. of Columbia	同じ基準	180	Very common	Oregon	同じ基準	180	Very rare
Georgia	異なる**	365	Occasional	Pennsylvania	同じ基準	180	Occasional
Hawaii	異なる**	180	Rare	Rhode Island	同じ基準	180	Common
Illinois	同じ基準	180	Very rare	South Carolina	同じ基準	180	Rare
Indiana	同じ基準	Na	Very rare	South Dakota	同じ基準	365	Very rare
Iowa	同じ基準	90	Common	Texas	同じ基準	365	Very rare
Kansas	同じ基準	180	Common	Utah	同じ基準	Na	Common
Louisiana	同じ基準	180	Rare	Vermont	同じ基準	Na	Common
Michigan	同じ基準	365	Very common	Virginia	同じ基準	180	Rare
Minnesota	同じ基準	365	Very rare	Washington	同じ基準	180	Very common
Mississippi	同じ基準	365	Very rare	West Virginia	同じ基準	2 years	Rare
Montana	同じ基準	365	Very rare	Wisconsin	同じ基準	365	Very common

*Torrey EF, Kaplan RJ. Psychiatr Serv 46: 778-784, 1995.

**処遇を遵守しない場合でも入院処遇とならない場合があるという問題が指摘されている*。

その他の国での継続通院処遇

- 韓国: 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長・郡守・区庁長に請求することができる(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)
- イタリア: あり (TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio) 強制入院・通院措置
 - 1978年「任意および強制入院と治療」に関する法180号
 - 同年「国民保健サービスの制度」に関する組織案 法833号33-35条、64条
水野雅文教授 (東邦大学医学部)
- フィンランド:
 - 触法患者が退院した場合、その患者を担当する地域精神科医療の監督を、最大で6ヶ月間受ける。
 - 触法患者以外については、通院措置の記載はMental Health Actにない。
野田寿恵室長 (国立精神・神経医療研究センター)
- ベルギー、ルクセンブルグ、ポルトガル、スウェーデン: 存在を確認
- インド: なし (杉浦寛奈医師: 横浜市立大学精神医学教室)

42

継続通院処遇の効果に関する学術的検討

- 2つの総説^{1,2}が存在
 - 72の研究²が同定されたが、無作為化比較研究は2つのみ^{3,4}
 - 確立されたエビデンスがある段階とはいえない
- 2つの総説で示されているそれぞれの結論
 - 通院措置は、サービス利用、社会的機能レベル、生活の質 (QOL) の観点で通常治療と違いはなかった¹
 - 通院措置で暴力や犯罪は少なかった (理由は不明)¹
 - 再入院率、在院日数や服薬遵守への効果を示した研究はわずか²

1. Kisely S, Campbell L, Preston N. Compulsory community and 9 involuntary outpatient treatment for patients with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD004101.
2. Churchill R. 8 International experiences of using community treatment orders. Institute of Psychiatry, 2007. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_072730.
3. Swartz MS, et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 156: 1968-1975, 1999.
4. Steadman HJ, et al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv* 52: 330-336, 2001.

43