

# 平成24年1月26日 作業チーム資料

1

## 作業チームでの検討の進め方

- 平成24年1月11日の検討チームでは、
- ① 措置入院、任意入院以外の入院形態をなくすことは困難であるが、保護者の同意を要件とすることには課題が多く、保護者の同意を要件としない入院手続きについて具体的に検討すべき。

- ② 本人にとっての「強制性」という観点から、入院の継続期間についても検討することが必要であり、その際、精神医療審査会の機能についても検討すべき。

との考え方が示された。また、

- ③ 入院継続の妥当性の判断については、入院期間が既に長期にわたっている患者の取扱いと、短期の患者の取扱いとを区別すべきとの意見と、区別すべきでないとの意見があった。

1月～3月の作業チームでは、こうした点を踏まえ、保護者の同意要件を見直す場合の具体的な制度のあり方について検討を進めていく。

さらに、議論の中では、認知症の人への制度の適用をどのように考えるか検討すべき、との意見が出された。

2

(参考)

## 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
佐久間構成員	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療保護の割合は子どもも多い。子どもの医療保護入院での保護者あり方も議論してもらいたい。</li><li>・ 新たな入院と入院を長期継続している人の扱いは分けるべき。</li><li>・ イタリアの制度にもあるように、3日間是一般医、精神科医、その後医療保護3週間、それ以降はケースワーカーも入って医療保護継続を判断するなど、急性期対応の間口を広げ、一定の期間設定して、入院継続の判断を行うことはどうか。</li><li>・ 一方、長期入院の継続の判断を1ヶ月ごとに行う事は非現実的。</li><li>・ 市町村長同意は事実上形骸化し、書類上の手続きのみである。アメリカでは非自発性入院の判断を裁判所がやっているが、馴れ合いも生じていると聞く。親身で考える人は大切なので保護者の存在は重要。</li><li>・ 家族以外にもケアマネージャーがしっかりしていれば、医師と一緒に悪化した場合の治療の希望、選択など、判断していくことはできるのではないか。</li><li>・ 地域生活の場とサービスがあれば多くの方が退院できる。但し、入院に頼らないというのではなく、早期の適切な入院が可能ということが前提。</li><li>・ 精神保健福祉法上の任意入院優先主義は、逆に十分な判断力のないのに署名を貰ってしまうというような危険を伴う側面がある。任意入院に同意している患者であっても、治療環境を保障するためにあえて医療保護入院にすることはある。</li><li>・ 任意入院と、行政による措置の間には、様々な形がある。その幅をカバーできる制度にすべき。</li></ul>

(参考)

## 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
小川構成員	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 本人の同意を伴わない入院は精神病床に限ったものではなく、一般病床への入院もありうることも議論の前提として留意すべき。</li><li>・ 本人からすれば措置入院でも医療保護入院でも強制入院であり、厳密な適正手続きをふむことと、入院開始時にあなたの入院期間はこれくらいだよ、という入院治療計画を患者に示すことが重要。</li><li>・ 強制入院する必要があるのは短期間なので、入院をたとえば72時間で一度区切って、その後の入院継続の必要について評価する手続きを経ることも必要。多くの人は一泊すれば興奮は収まるケースもある。</li><li>・ 本人の意思に反して入院させるのは、適切な医療提供が前提。入院が長期になるのであれば、主治医を変える、病院を変えるということも検討すべき。定期報告が12ヶ月というのはあまりにも長すぎる。長期入院を予防するためにも見直すべき。</li><li>・ 家族がいることを前提にしている仕組みは見直すべき。社会全体で変えるべき。</li></ul>
新垣構成員	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 多くの人が一日で落ち着くわけではないし、治療計画書は既に出している病院もある。急性期対応については、措置入院者の症状と医療保護入院者の症状は全く違うし、制度も違うので同様に論じることはできない。</li><li>・ 保護者の役割については、家族だけに負わせるのではなく、社会で負うことが必要。保護者になれるだけの力があればなってもらい、そうでなければサポートするべき。</li><li>・ 医療にかかるための選択肢を増やすべき。</li></ul>

(参考)

## 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
中島構成員	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 任意入院優先主義はときに考えもの。任意入院の患者が退院希望を出したから72時間以内に医療保護入院へ切り換える、というのは患者をだましているのと同じ。</li><li>・ 医療保護入院には期間制限が重要。1か月あるいは3か月すれば退院できるという目安が必要。入院期間更新に当たっては、複数の医師の判断と透明な審査会があればよい。</li><li>・ 認知症については、一般医療の中では法的根拠なく拘束が行われており、精神科医療よりも一般医療の方が問題。持続的に同意能力が低下しているので、別途法律を作るのか、精神保健福祉法の中で分離するのか決定すべき。</li><li>・ 医療保護入院の名称変更賛成。ただ、患者・家族が驚かないような名称にしてほしい。</li><li>・ 医療保護入院の二面性をなくしていく、というのが検討チームの方向性。新たに入る人と、既に入っている人を区分することはよくない。タイムスケジュールは必要かもしれないが、既に入院している患者にも適用すべき。</li><li>・ 精神医療審査会のあり方の議論は避けて通れない。構成員のうち医師は1名以上、又は2名以内でよい。他の委員に対して医療の必要性を説得できなければその医師が無能。</li></ul>

(参考)

## 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
長野構成員	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 保護者の要件を見直すことは一致しており、医療保護入院は基本変えるべきということが前提。</li><li>・ 当院は患者さんに「嘘をつかない、だまさない」ことを原則として、納得いただけるまで訪問を繰り返してきた。その結果、この地域では医療保護入院の問題は薄れてきている。医療保護入院の原因は医療的な問題と家族とのトラブルの二つに分けられる。現在問題になっていることは医療・保健・福祉が適切であれば解決するかもしれない。</li><li>・ 医療保護入院の二面性を踏まえ、制度自体は変えることを前提として、保護者の中には熱心な人もおり、本人を守る立場として代替の可能性を考えなければいけない。</li><li>・ 認知症を分けるか、という論点について、精神科医療だけで議論すると全体を見失う。認知症とその他を分けるのは現場としては不可能。</li><li>・ 経済措置の時代に安易に入院が長期化したことを踏まえると、家族の負担が重いのは分かるが、医療費負担は存置すべき。</li></ul>

(参考) 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
河崎構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院手続等の検討の際には現実的にどこが担っていくのかに留意すべき。精神医療審査会については機能を具体的にしていく必要はあるものの、現行制度も障害者権利条約等に違反していないということを踏まえると、権利、権利という議論ではなくどのように治療、退院促進を行っていくか、という点をもっと議論すべきではないか。</li> </ul>
岡崎構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門家の力を借りないと地域で生活できない人も、仲間が見舞うことで地域で生活できるようになっている。また、東京都では、ホステルをショートステイで利用し、薬を出して通院につなげる取組も始まっている。家族、当事者が入院のプロセスに関わるべき。</li> </ul>
福田構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保護入院の本質である、基本的人権を一時的に制限するという点に立ち戻ると、人権を制限する立場、保護する立場の人間の両方が必要。医療保護入院の判断を行う指定医、保護者は人権を制限する立場にあり、バランスを逸している。</li> <li>精神医療審査会の中に人権を守る立場の人が必要では。</li> </ul>
西田構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>EU報告によると、非同意入院が最も多いスウェーデンでも30%。日本では、他の方法をとった上での最後の手段であるべき。非同意入院が使われすぎている。</li> <li>現行の医療保護入院制度が長期入院の要因となっており、期間制限が必要。</li> <li>精神医療審査会における入院継続の判断等に関わる評価ガイドラインはあるか。なければ作成し、自治体に示す必要がある。</li> <li>第三者委員が強制入院手続に関わると強制入院の率が下がることは海外で確認されている。精神医療審査会には権利擁護の観点に関わる第三者(当事者を含む)を入れるべき。</li> <li>認知症の人の強制医療は個別の法律で規定するというのが国際的な流れである。</li> </ul>

(参考) 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
野村構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>アウトリーチの際、チームに行政職員が同行して行政同意のもと医療保護入院につなげられたらいい。行政職員が常々チームの一員として巡回していれば関係性が構築され、病状悪化にスムーズに対応できるのでは。</li> <li>家族は保護者として必ずしも適切でないケースがある。保護者に能力があるかどうか判断するのは行政が判断すべき。</li> <li>医療費負担については、入院費の家族の負担は膨大なもので、医療保護入院も公費負担とすべき。</li> <li>精神医療審査会には当事者の利益を代弁する人が入るべき。また、代理人は弁護士に限らず、本人が最も信頼する人がなれるようにすべき。</li> </ul>
堀江構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神保健福祉職の関与の前に、事務に追われる保健所の保健師が、本来の地域保健活動を主な業務として行うことができるよう、急には無理にしても徐々に政策転換すべき。</li> </ul>
広田構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>お金をかけないで豊かな地域社会を実践研究中ですが、誰しも地域生活が望ましいけれど、入院が必要なときはある。それ以前に、医療保護入院の患者には保護者以外面会できない現状があり、格調高い議論だけではなく、実態を踏まえた議論をすべき。</li> </ul>
田尾構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神保健福祉全体がある方向性をもって収束していかないときちんとした形にはならないが、ここではそこまで議論を広げるよりも、保護者による同意は問題ということを共通認識にすべきではないか。</li> <li>精神医療審査会が行政の中にあるのは中立性を損なうので、行政から独立させるべき。</li> <li>共通認識として確認できたところはその方向で、現実的に折り合える地点を探すべき。</li> </ul>

(参考)

## 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
野澤構成員	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 障害者、高齢者等について、日本では歴史上、家族の責任でやってきた。権利として主張し始めたのはつい最近のこと。成年後見制度は創設されたが、ほとんど家族が後見人となっているのが現状。その中で、100点の解決法はないだろう。</li><li>・ 医療保護入院については入院の手続を厳密にして期間を制限するのが有効ではないか。</li><li>・ 入院そのものをどうやって減らしていくか、という議論の方向性のもとで、苦しみながらも相談支援員を増やしたり、居場所を作っていかなければならない。</li></ul>
ピアスピーカー 小杉氏	自宅療養していたときは、いっそ入院させてほしい、と思っていたが、何の説明もないまま医療保護入院となったら、きっと尊厳が傷つけられ、反発したと思う。知人の例をみても、専門家のいる居場所(グループホーム)があれば良かったと思う。一人ぼっちにさせない施策が必要。
ピアスピーカー 山田氏	<ul style="list-style-type: none"><li>・ グループホーム、ピアサポート、レスパイト、ショートステイなど、しっかりとしたコミュニティが必要。</li><li>・ 治療にアクセスするというが、本人にとっては権利を剥奪する方法。家族にその負担を押しこめるのではなく、みんなで分散する必要がある。</li><li>・ 大切なのは、精神障害者の孤立を防ぐこと。ある程度押しかけのなものも、強制入院よりましなのではないか。ACTやアウトリーチの実践等で地域が積極的に関わっていくことが必要。</li><li>・ 自分は2回の強制入院を経験しているが、話し相手がいれば2回目の入院には至らなかったと思う。</li></ul>

(参考)

## 1月11日(水)の「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)における意見

構成員名	発言主旨
法律等アドバイザー 白石氏	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療保護入院の前段で保護者の義務について話し合い、他の機関でも可能ということになった。</li><li>・ 保護者がなくなるのが到達点。障害者権利条約、国連原則、家族の負担を包み込んで、医療保護入院の欠点を廃する必要がある。</li><li>・ 具体的には、入院期間を制限し、一定期間以上同じ病院に入れないようにするべき。</li><li>・ 同意については、扶養義務者の同意は残さざるを得ないと思う。</li><li>・ 医療費負担については他の医療と同様に扶養義務者が負担する。</li><li>・ 精神保健福祉士等の病院の外にいる専門職が入院当初から携わり、退院支援に関わることは有効だと思う。</li><li>・ このようなことが実際にできるのか、という問題はあるが、流れとしては、退院支援を非同意入院に広げていく必要がある。</li></ul>

# 保護者の同意要件の見直しに当たっての論点・考え方(案)

[今後の具体的な議論に資するため、入院に至る前の対応、入院の手続き、入院中の対応、退院支援の一連の過程においての考え方を網羅的に整理]

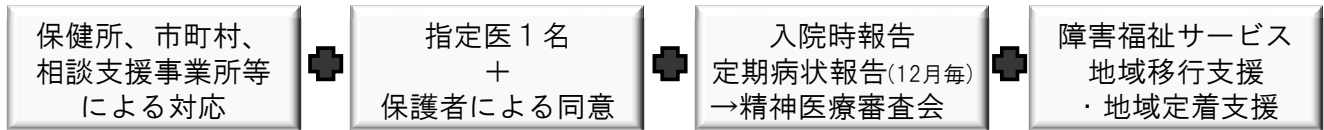
## ①入院に至る前の対応

## ②入院手続き

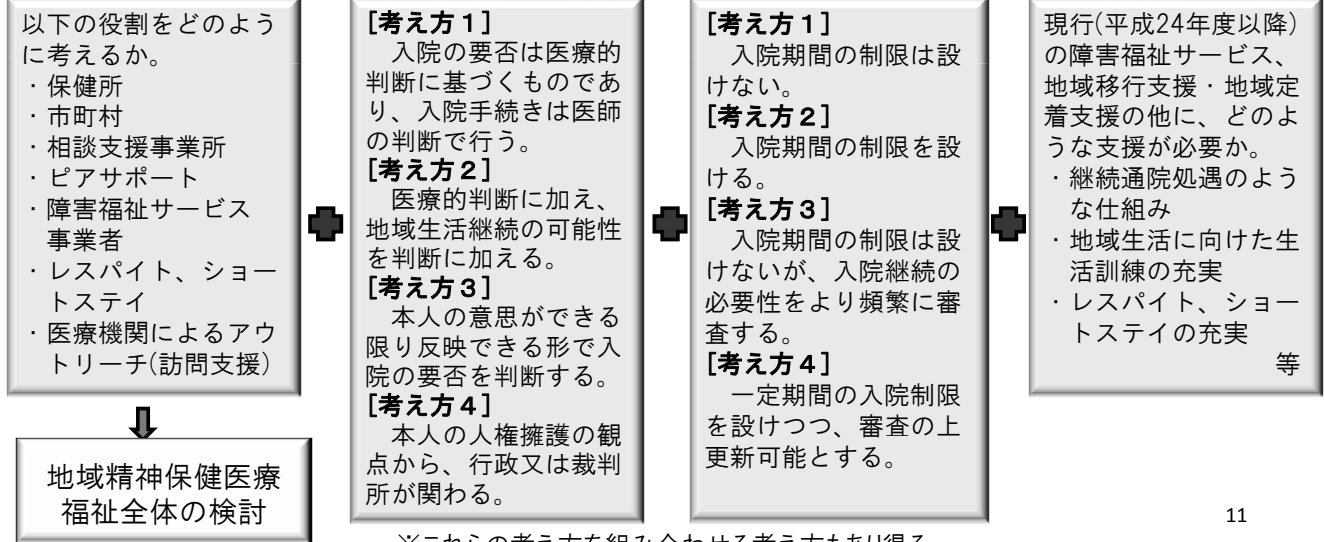
## ③入院中の対応

## ④退院時・退院後

### ◆現行制度



### ◆保護者の同意要件の見直しに当たっての論点・考え方(案)



## ②入院手続きについて考えられる考え方(案)

**[考え方1]** 入院の要否は医療的判断に基づくものであり、入院手続きは医師の判断で行う

### ◆考えられる具体的な方法

#### [方法1] 指定医1名による診察

考え方 医療へのアクセスの簡便さを重視。

課題 保護者の同意要件を外すだけになり、医師の恣意性が強まるおそれがある。この案の場合、「本人に対する強制性」の課題に対応するため、入院期間の制限など、医療保護入院の終了に向けた道筋を制度化することが必要。

#### [方法2] 指定医2名による診察

考え方 入院の必要性、入院への同意能力の有無についての判断の客観性を強化する。1名は、入院させる医療機関以外の指定医であることが必要か。

課題 指定医業務の負担が増大する。

#### [方法3] 指定医1名による診察+一定時間内の指定医による診察

考え方 入院の必要性、入院への同意能力の有無についての判断の客観性を強化する。緊急の場合も考慮し、1名は一定時間(例えば72時間)内でも可とする。

課題 指定医業務の負担が増大する。

## [考え方2] 医療的判断に加え、地域生活継続の可能性を判断に加える。

### ◆考えられる具体的な方法

[方法] 指定医1名による診察+地域支援関係者1名による判断	
考え方	入院の必要性に加え、地域生活の可能性を判断要素に加える。 入院時から地域支援関係者が関わることで、退院に向けた円滑な調整が期待される。
課題	地域支援関係者が本人の状況を承知しているとは限らず、入院時に地域生活の可能性を具体的に判断することが可能か。 地域支援関係者が実際に退院後の受け入れ先を確保することができるか。退院に向け、家族や受け入れ先との調整を行う地域支援関係者になりうる人材が現状では不足している。

13

## [考え方3] 本人の意思ができる限り反映できる形で入院の要否を判断する。

### ◆考えられる具体的な方法

[方法1] 指定医1名による診察+本人の代理人による同意	
考え方	本人の権利擁護のため、本人の代理人を関与させる
課題	代理人が本人の意思を尊重する役割だとしても、代理人の同意を必要要件とするなら、現状の保護者の同意を要件とする制度がもつ課題と同じになり、治療にアクセスするという制度の目的を適切に果たし得なくなる可能性がある。 初めての入院の場合、代理人が存在しないことが想定される。
[方法2] 指定医1名による診察+病前に本人が示した意思を尊重する	
考え方	本人の権利擁護のため、病前に本人が示した意思に基づき入院を判断する。
課題	治療にアクセスするという制度の目的を適切に果たし得なくなる可能性がある。 初めての入院の場合、病前の意思をどのように判断するか。
[方法3] 指定医1名による診察+権利擁護機関による同意	
考え方	本人の権利擁護のため、本人の権利擁護を行う立場として第三者を関与させる
課題	権利擁護機関が本人の意思を尊重するのみの役割だとしても、権利擁護機関の同意を必要要件とするなら、現状の保護者の同意を要件とする制度がもつ課題と同じになり、治療にアクセスするという制度の目的を適切に果たし得なくなる可能性がある。 権利擁護機関の数が現状で著しく不足している。

14

**[考え方4] 本人の人権擁護の観点から、行政又は裁判所が関わる。**

◆考えられる具体的な方法

**[方法1] 指定医1名による診察＋都道府県知事による同意**

考え方 中立、公平に入院の必要性を判断する立場として、都道府県知事による同意を要件とする。

課題 都道府県知事の同意によることで、性質上措置入院に酷似する制度となる。当事者の強い反対が予想される。

**[方法2] 指定医1名による診察＋市町村長による同意**

考え方 中立、公平に入院の必要性を判断する立場として、現在例外的な取扱いとしている市町村同意を一般化する。

課題 市町村が個々の患者の入院の必要性を適切に判断することは極めて困難。市町村長であっても、公権力が関与していることには変わりなく、性質上措置入院に近くなり、「強制性」がより強まる。当事者の強い反対が予想される。

**[方法3] 指定医1名による診察＋裁判所による承認**

考え方 司法の関与により、非同意入院に対する人権保障の手続きを強化する。

課題 権利擁護の観点から個々の患者の入院の必要性を適切に判断することは容易ではない。

15

### ③入院中の対応について考えられる考え方(案)

**[考え方1] 入院期間の制限は設けない**

- 入院の必要性があり、入院への同意ができない状態が続く以上、一律に入院期間を制限すべきではない、という考え方。
- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することとなる。

**[考え方2] 入院期間の制限を設ける**

- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することがないように、一定の期間制限を設ける(その期間を過ぎた場合、退院させるか、任意入院を選択する)、という考え方。
- 医療機関で退院に向けた取組を行うインセンティブになり得る。
- 病状の改善が十分ではないのに退院する状況が生じうる。
- この案の場合、退院後も何らかの形で医療(外来、訪問)を継続できる制度が必要となるか。

16



### [考え方3] 入院期間の制限は設けませんが、入院継続の必要性をより頻繁に審査する。

- 入院の必要性があり、入院への同意ができない状態が続く以上、一律に入院期間を制限すべきではない、という考え方を前提にしつつ、現在は定期病状報告に対して精神医療審査会が行っている審査の頻度を、より頻繁に行うこととする。
- どのような方法で審査を行うかが課題となる。

### [考え方4] 一定の入院期間の制限を設けつつ、審査の上更新可能とする。

- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することがないように、一定の期間制限を設けつつ、病状の改善が十分ではないのに退院する状況が生じないように、審査の上更新を可能とする。
- どのような方法で審査を行うかが課題となる。
- 更新を制限なくできるようにするかどうかは課題となる。

17

#### ◆審査の方法として考えられる具体的な方法 (医療機関外の主体が行う方法)

##### [方法1] 精神医療審査会による審査

考え方	現在の定期病状報告に対する精神医療審査会の審査の頻度を、12か月毎から短縮する。
課題	精神医療審査会による定期病状報告は審査が膨大になる。 前提として、精神医療審査会の審査の在り方自体も議論することが必要。

(参考) 精神医療審査会について

- ・ 事務は都道府県(指定都市)から独立性を有する精神保健福祉センターが実施(平成14年4月1日～)
- ・ 構成員(1合議体あたり5名)
  - ①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)
  - ②法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検事等)
  - ③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)
- ・ 審査内容
  - ①医療保護入院の届出(10日以内)
  - ②措置入院(半年までは3月毎、それ以降は6月毎)、医療保護入院患者(12月毎)の定期病状報告
  - ③入院中の患者、保護者等からの退院請求、処遇改善請求
 に対して、入院の要否、処遇の適・不適の審査を行い、審査結果を都道府県知事(指定都市市長)に通知。  
都道府県知事(指定都市市長)は、退院命令等の措置を取らなくてはならない。
- ・ また、都道府県(指定都市)は、年1回全ての精神科病院を实地指導することとなっており、その中で、定期病状報告等を踏まえながら、計画的、重点的に医療保護入院者の診察を行うこととされている。

##### [方法2] 市町村による審査を行う。

考え方	市町村は障害者自立支援法、介護保険法の実施主体であり、それらのサービスとの関連性という観点から、主体的な役割を果たすべき。
課題	市町村の限られた体制の中で、実効性のある関わりが可能か。

18

(医療機関における審査による方法)

**[方法3] 病院の管理者を含む審査会**

考え方 現在でも、多職種による院内での審査を行っている精神科病院があることを踏まえ、病院の管理者を含む多職種による院内審査を行う。

課題 院内の審査であるため、実効性のある審査が可能か。

**[方法4] 本人の代理人を含む審査会**

考え方 本人にとっての強制性のある入院状態であることから、本人に対する人権面での配慮を手厚くするため、院内審査に本人の代理人を参画させる。

課題 代理人が本人の意思を尊重するのみの役割だとすれば、治療にアクセスするという制度の目的を適切に果たし得なくなる可能性がある。

**[方法5] 地域支援関係者を含む審査会**

考え方 入院の継続の必要性を審査するに当たり、院内審査に地域支援関係者を参画させることにより、退院に向けた具体的な手段を想定しながら院内審査を行うことが可能となる。  
地域移行支援、地域定着支援の利用への移行を円滑に行うことができる。

課題 地域支援関係者の量的、質的な確保が必要。

19

(本人の意思をできる限り踏まえる方法)

**[方法6] 本人の代理人による審査を行う。**

考え方 入院の継続については、できる限り本人の立場に立って検討する必要があることから、本人の代理人（例えば、本人が信頼し、指名する人）による審査を行う。

課題 適切な治療を継続することが困難になる可能性がある。

**[方法7] 権利擁護の第三者機関による審査を行う。**

考え方 入院の継続性の判断に当たっては、本人の権利を擁護する立場から検討する必要があることから、権利擁護の第三者機関による審査を行う。

課題 そのような役割を担う機関の量的、質的確保が現実的に可能か。

20

## ④退院時・退院後に関する論点(案)

- 退院支援に関しては、平成24年4月より、地域移行支援、地域定着支援が個別給付化されるほか、障害福祉サービスの報酬改定においても、充実が検討されているが、これらに加え、どのような支援が必要か。
- 具体的には、
  - ① 服薬管理等一定の医療的な支援が確保されれば地域で生活することが可能な人に対して、諸外国の「継続通院処遇」のような対応を行うことについて、どのように考えるか。
  - ② 地域での生活を継続していくため、生活訓練の充実や、状態が悪くなったときなどに駆け込み、専門的な観点からの支援を受けることができるレスパイト、ショートステイの場の拡充についてどのように考えるか。