

医療保護入院制度について(論点)

1. 医療保護入院制度についてどのように考えるか
2. 医療保護入院の同意のあり方についてどのように考えるか
3. 医療保護入院の必要性・妥当性をどのように審査すべきか
4. 移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか
5. 入院中の患者の意思表示支援について、いわゆる「代弁者」のあり方も含めどのように考えるか

医療保護入院制度について①

1 医療保護入院制度についてどのように考えるか。

(現状)

- 精神保健福祉法では、自傷他害のおそれのある者を対象とする措置入院、本人の同意に基づく任意入院、医療及び保護のため入院の必要があって任意入院が行われる状態にない者を対象とする医療保護入院の3つの入院形態が設けられている。
- 「入院制度に関する議論の整理」(平成24年6月28日 新たな地域精神保険医療体制の構築に向けた検討チーム(第3R)取りまとめ)では、「自らが病気であるという自覚を持てないときもある精神疾患では、入院して治療する必要がある場合に、本人に適切な治療を受けられるようにすることは、治療へのアクセスを保障する観点から重要」とし、措置入院、任意入院以外の入院制度として医療保護入院を維持することとした。
- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年3月)では、「入院医療のみに頼らず精神障害者が地域で生活しながら医療を受けられるよう、精神障害者の急性増悪等への対応や外来医療の充実等を推進する」とし、「入院医療中心から地域医療中心」という考え方が示されている。
- 衛生行政報告例によれば、新規医療保護入院件数は平成26年度で169,799件であり、平成25年改正法の施行前後を通じて増加傾向にある。

(検討の視点)

○ 医療保護入院という非自発的入院の形態の必要性についてどのように考えるか。

- 精神障害者に対する医療の提供については、できる限り入院治療に頼らない治療的な介入を行うことが原則であり、その上で、入院治療が必要な場合についても、できる限り本人の意思を尊重する形で任意入院を行うことが極めて重要である。
- ただし、病気の自覚を持ってない場合があり、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については、自傷他害のおそれがある場合以外にも、入院治療へのアクセスを確保する仕組みは必要ではないか。
- その上で、医療保護入院は、精神保健指定医の判断により入院治療が必要とされる場合であって、任意入院につなげる努力をしても本人の同意が得られない場合に選択される手段であるということを再度明確にするべきではないか。
- こうした観点から、入院に当たって医師が考慮することが想定される要素(例：医療の介入によって病状の改善が期待される、入院以外の治療的介入手段がない等)を明確化することが必要ではないか。また、医師がその内容を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが求められるのではないか。

医療保護入院制度について②

2 医療保護入院の同意のあり方についてどのように考えるか。

(現状)

- 現行制度は家族等(＊)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
 - ＊ 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う
- 家族等同意は、本人の同意に基づかない入院を精神保健指定医の診断のみで行う仕組みは患者の権利擁護の観点から適当でない等の観点から、本人の身近に寄り添う家族が、医師からの十分な説明を受けた上で同意することを目的に、平成25年改正により導入された。
- 現行の市町村長同意は、同意を行い得る家族等がいない場合等に行うことができることとされており、本人を知り得る家族等が同意を行い、それが困難な場合には市町村において同意の要件に合致するか確認し、同意を行う制度となっている。
- 自治体への調査結果によれば、改正法施行後の市町村同意の件数は施行前と比較して減少しているが、家族等同意による入院件数は旧法下の保護者同意による入院件数よりも多く、医療保護入院件数も増加している。

(検討の視点)

○ 医療保護入院に医師以外の者の同意を求める必要性についてどのように考えるか。

- ・ 医療保護入院の場合は、入院の必要性について、医師による医学的な判断だけでなく、本人の利益を勘案できる者によるチェックが必要ではないか。
- ・ なお、医師以外の者の同意を求めず、医療保護入院を行う医療機関以外の指定医の診察を要件とすることも考え得るが、指定医の確保が難しい現状においては、医療アクセスが阻害されるおそれがある等の課題があるのではないか。

○ 同意者に求められる機能・役割はどのようなものか。

- ・ 現在の家族等同意の機能は、入院することを本人に代わって同意することではなく、
 - ①医師の判断の合理性(説明に対する納得性)
 - ②入院治療が本人の利益に資するかについて、本人の利益を勘案できる者の視点で判断する点にあると整理して今後の議論を進めるべきではないか。
 - ※ 制度上、医療保護入院の要件としての同意は、上記のような機能を果たすのみであり、同意を行った者が当該入院により発生する債権・債務の当事者となることはない(結果としていずれの同意も同一の者が行うことが多いと考えられるが、法律上は異なる同意であると考えられる)。
- ・ ①については、現在の家族等同意では、医学的な専門知識までは不要で、一般人として医師の説明の確からしさを判断できれば足りると考えられるのではないか。
- ・ ②については、家族等には、本人についての情報をより多く把握していることが期待されているのではないか。

○ 同意者に求められる機能・役割に鑑み、現在の「家族等同意」についてどのように考えるか。

- ・ 市町村長同意も含め、現場において何らかの同意を得るのにあまりに時間を要する制度では、医療へのアクセスを阻害する可能性があるのではないか。
- ・ 本人と家族の利益が相反する場合や本人と家族が疎遠な場合等について、必ずしも家族の関与を前提としない仕組みについてどのように考えるか。
- ・ 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にするべきではないか。
(例：医師の説明の内容や、従前の本人の意向を踏まえ、入院医療を行うことが本人の利益に資するかという観点から同意を行うこと 等)
- ・ 家族等の範囲を、本人の身近に寄り添う家族という観点から一定の範囲(例：同居・生計同一、本人に身近な家族等)に限定することについてどのように考えるか。限定する際は、同意者となり得る家族等かどうかの判断に困難を伴う仕組みとならないよう留意すべきではないか。また、本人の意向も考慮要素として考え得るが、精神疾患により判断能力が低下していることも想定されるのではないか。
- ・ 家族等以外の者が同意者となることについて、どのように考えるか。
例えば、中立的な立場で同意を行えるようにするという観点からは、いわゆる「公的保護者制度」(※)のような仕組みも考え得るが、本人との関わりのない者が本人の意向に反する入院の同意を行うこと、同意者の養成、選任等に要する時間的・財政的なコスト等の課題があるのではないか。

※ 「公的保護者制度」の内容については必ずしも明らかではないが、例えば医療保護入院を行うに当たって、精神保健福祉に関して一定の知識・経験を有する者として公的保護者を自治体が選任し、その公的保護者が医療保護入院の同意や入院中の患者の権利擁護、早期退院の促進を行うこと等が想定される。

医療保護入院制度について③

3 医療保護入院の必要性・妥当性をどのように審査すべきか。

(現状)

- 現在、入院に当たっての家族等同意、入院後の病院内における退院促進措置、精神医療審査会における入院届や定期病状報告、退院請求等の審査という形で、入院の妥当性について確認するプロセスがそれぞれ制度上盛り込まれている。
- 前回改正で導入された病院内における退院促進措置については、医療保護入院者退院支援委員会の開催や地域援助事業者との連携などが進められており、退院支援委員会の開催が早期退院に結びついた事例があるとした医療機関は約30%である。また、地域援助事業者との連携は約60%で認められる。
- 精神医療審査会における審査件数については、改正法施行による大きな影響は見られず、定例報告の審査件数は増加傾向にある。
また、審査に要する期間について、退院請求等の受理から審査結果通知までは全国平均で30日程度であり、都道府県別に見ると地域差(例えば定期病状報告では自治体別の平均処理日数が最長106.4日となっている)が存在する。
- 精神医療審査会の審査結果について、例えば退院請求では「入院又は処遇が不適當」との審査結果となる割合が4%程度である。また、定期病状報告において「入院継続不要」となる割合は0.1%未満である。

(検討の視点)

(1) 退院促進措置について

○ 現行の退院促進措置について、その実施状況等をどのように考えるか。

- ・ 退院後生活環境相談員の配置や業務の現状、地域援助事業者との連携の状況、退院支援委員会の実施状況、その効果などをどのように考えるか。

○ 退院促進措置をさらに充実させるためにはどのような対応が必要か。

- ・ 退院促進措置に地域援助事業者が関わりやすくする取組についてどのように考えるか。
- ・ 1年以上の長期入院者についても退院促進措置を適用することについてどのように考えるか。

(2) 精神医療審査会について

○ 精神医療審査会の審査のあり方についてどのように考えるか。

- ・ 精神医療審査会の審査の内容や審査の期間についてどのように考えるか。審査期間等の地域差を平準化し、審査の迅速化を図るため、平均処理日数の共有や好取組の紹介などの取組が必要ではないか。
- ・ 丁寧な審査の必要性和早期処理の必要性の双方を踏まえた上で、入院届、定期病状報告、退院請求等の審査のあり方についてどのように考えるか。
患者の権利擁護の観点からは、特に、最初の入院届の審査や退院請求の審査に当たって、迅速にチェック機能が働くようにする必要があるのではないかと。また、定期病状報告については、入院期間が短縮していることや精神医療審査会の事務量を踏まえた上で、その頻度についてどのように考えるか。
- ・ 精神医療審査会の委員の確保についてどのように考えるか。

医療保護入院制度について④

4 移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか。

(現状)

- 現行制度では、医療保護入院に係る移送は、指定医の診察の結果、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については、家族等(*)の同意があれば、本人の同意がなくても応急入院指定病院に移送することができることとされており、その運用件数は地域によって違いがある。

* 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

- 自治体アンケートによれば、家族等の依頼により保健所において診療支援計画を作成して家庭訪問を検討したもののうち、約4割が受診勧奨に、約3割が実際の受診に結びついているとの結果が出ている。

(検討の視点)

○ 移送を含む医療へのアクセスを確保するための手段について、どのように考えるか。

- ・ 医療保護入院に係る移送は、精神科医療へのアクセスの一つの類型であり、行動制限を伴う移送のような手続も含め、地域の中で医療を必要とする者に対して、どのような形で医療へのアクセスを図るかという視点から検討してはどうか。
- ・ 医療へのアクセスのあり方として、当初から入院に結びつけることなく、①医療導入を検討するためのアウトリーチを行い、②必要に応じて医師による診断に結びつけた上で、③診断に応じて必要な医療導入を図る、という全体の流れが考えられるのではないか。
- ・ ①の医療導入を検討するためのアウトリーチは、保健所等の行政による対応が考えられるのではないか(保健的アウトリーチ)。他方で、アウトリーチの機会を増やすためには、福祉サイドによるアプローチも考えられるのではないか。その際、保健と福祉の役割分担や連携のあり方については、地域の実情に合わせて展開されるべきではないか。さらに、アウトリーチの際は、家族支援を行うことも重要ではないか。また、これらの対応を行うには、予算面や体制面での充実が課題となるのではないか。
- ・ 医療へのアクセスを図る中で、緊急性が高い場合に移送の手続きによる対応を検討するべきではないか。この点、どのような場合を緊急性が高いと考え、その場合にどのような手続きで移送を実施するかをより明確化する必要があるのではないか。
- ・ 地域において医療アクセスの確保について検討するに当たって、どのような場合にどのようなアクセスの手段(アウトリーチによる受診勧奨、移送等)を用いるべきか、患者の状態等に応じた一般的な対応のあり方の研究を進めてはどうか。
- ・ 医療保護入院に係る移送の事前調査も含め、診断がついていない段階で行政に強制的な調査権限を付与すべきかどうかについては、権利擁護の観点から特に慎重に検討するべきではないか。
- ・ 地域の実情に応じて医療へのアクセスを確保する体制づくりについては、地域の保健・医療・福祉等の関係者による協議会を中心に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する中で、地域の実情に合わせた取組について検討することとしてはどうか。

医療保護入院制度について⑤

5 入院中の患者の意思表示支援について、いわゆる「代弁者」のあり方も含めどのように考えるか。

(現状)

- 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)「入院制度に関する議論の整理」(平成24年6月)において、いわゆる「代弁者」について提案されたが、どのような者が「代弁者」となるか、またその果たすべき役割が必ずしも明らかでなく、平成25年精神保健福祉法改正の際、制度化が見送られた。
- 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」(平成26年7月)においては、本人の意向に沿った地域移行支援に向けた取組みを徹底して行うこととされた。
- 入院中の精神障害者の意思決定支援について、平成26年度及び27年度の障害者総合福祉推進事業において「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」が実施され、精神障害者に対する「アドボケーターガイドライン」がまとめられている。
- 知的障害や精神障害等で意思決定に困難を抱える障害者の支援について、「意思決定支援の在り方及び成年後見制度の利用促進の在り方に関する調査研究」(障害者総合福祉推進事業)の成果を踏まえ、障害福祉サービスを提供する事業者向けに、全障害者を対象とした「意思決定支援ガイドライン(案)」の取りまとめを行っている。
- 判断能力が低下した者のために、契約等の法律行為の代理等を行う成年後見制度については、近年、その活用が進んでいる。

(検討の視点)

○ いわゆる「代弁者」の必要性の有無を検討する上で、その機能についてどのように考えるか。

- ・ 「代弁者」に想定される機能については、研究事業や分科会の議論から、例えば以下のような機能が考えられるのではないかと。また、こうした機能を果たす「代弁者」は、医療保護入院を行う医療機関の外部の者になることが想定されるのではないかと。

① 患者の意思を引き出し、意思表示を支援し、本人の同意があれば医療機関に意思を伝える機能

→ 医療機関内の看護師や精神保健福祉士の役割との関係をどのように考えるか

② 退院に向けた意思形成を支援し、退院促進を図る機能

→ 退院後生活環境相談員、地域援助事業者の役割との関係をどのように考えるか

③ 退院請求など入院者が持つ権利行使を支援する機能

④ 入院の必要性や適切な医療が行われているかどうかを判断する機能

→ 精神医療審査会の役割との関係をどのように考えるか

- ・ 「代弁者」は、本人の権利擁護を図るため、必要な情報提供を行い、本人の意思を尊重し、それが実現できるよう援助する立場であると考えられ、機能に応じて、呼称もそれにふさわしいものとするべきではないかと。

○ 入院中の患者と「代弁者」との関係についてどのように考えるか。

- ・ 「代弁者」は患者からの依頼に基づき選任されるのか、あるいは、患者からの依頼がなくても全ての患者に選任されるようにするのかという点についてどのように考えるか。
- ・ 患者からの依頼に基づき選任される場合、精神疾患により判断能力が低下していることも想定される中で、患者の依頼による代弁者の選任についてどのように考えるか（代弁者に依頼する程度の判断能力はあると考えられるか）。

参考資料

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 任意入院(法第20条)

【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

2 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。)

3 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)の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

(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7)

【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、家族等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)

措置入院の流れ(第29条)

- ・一般人(第22条)、
- ・警察官(第23条)、
- ・検察官(第24条)、
- ・保護観察所の長(第25条、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

自傷他害のおそれのある者

②④移送(適宜、指定医による行動制限の判断)

①③指定医による診察

※二名以上

都道府県知事 = 措置入院の決定

実地審査

(第38条の6)

指定医による診察

(第29条の4)
自傷他害のおそれの消失

症状消退届の提出

(第29条の5)

指定医による診察

定期報告

(第38条の2第1項)
→半年までは3ヶ月ごと
→半年以降は6ヶ月ごと

退院請求
又は
処遇改善請求

(第38条の4)

・都道府県知事に対し、本人又は
家族等が請求可能

精神医療審査会における審査

都道府県知事の決定(措置解除⇨退院)

通院

任意入院

医療保護入院

措置入院
継続

※入院中も適宜、指定医による行動制限の可否を判断

医療保護入院の流れ(第33条)

精神障害者であつて、医療及び保護のため入院の必要があるが、自ら同意して入院する状態にない者

②家族等のうち
いずれかの者の同意

②家族等の全員がその意思を
表示することができない場合等は
市町村長同意

①指定医による診察

③移送(適宜、指定医に
よる行動制限の判断)

医療保護入院

【精神科病院の管理者の責務】

- ◆退院後生活環境相談員の選任(第33条の4)
- ◆地域援助事業者との連携(第33条の5)
- ◆医療保護入院者退院支援委員会での審議(第33条の6)

入院の届出

(第33条第7項)

・入院後10日以内に精神科病院の
管理者が保健所長経由で提出

入院予定期間を記載した入
院診療計画を提出

(施行規則第13条の4)

定期報告

(第38条の2第2項)
→12ヶ月ごと

退院請求
又は
処遇改善請求

(第38条の4)

・都道府県知事に対し、本人又は
家族等が請求可能

精神医療審査会における審査

退院

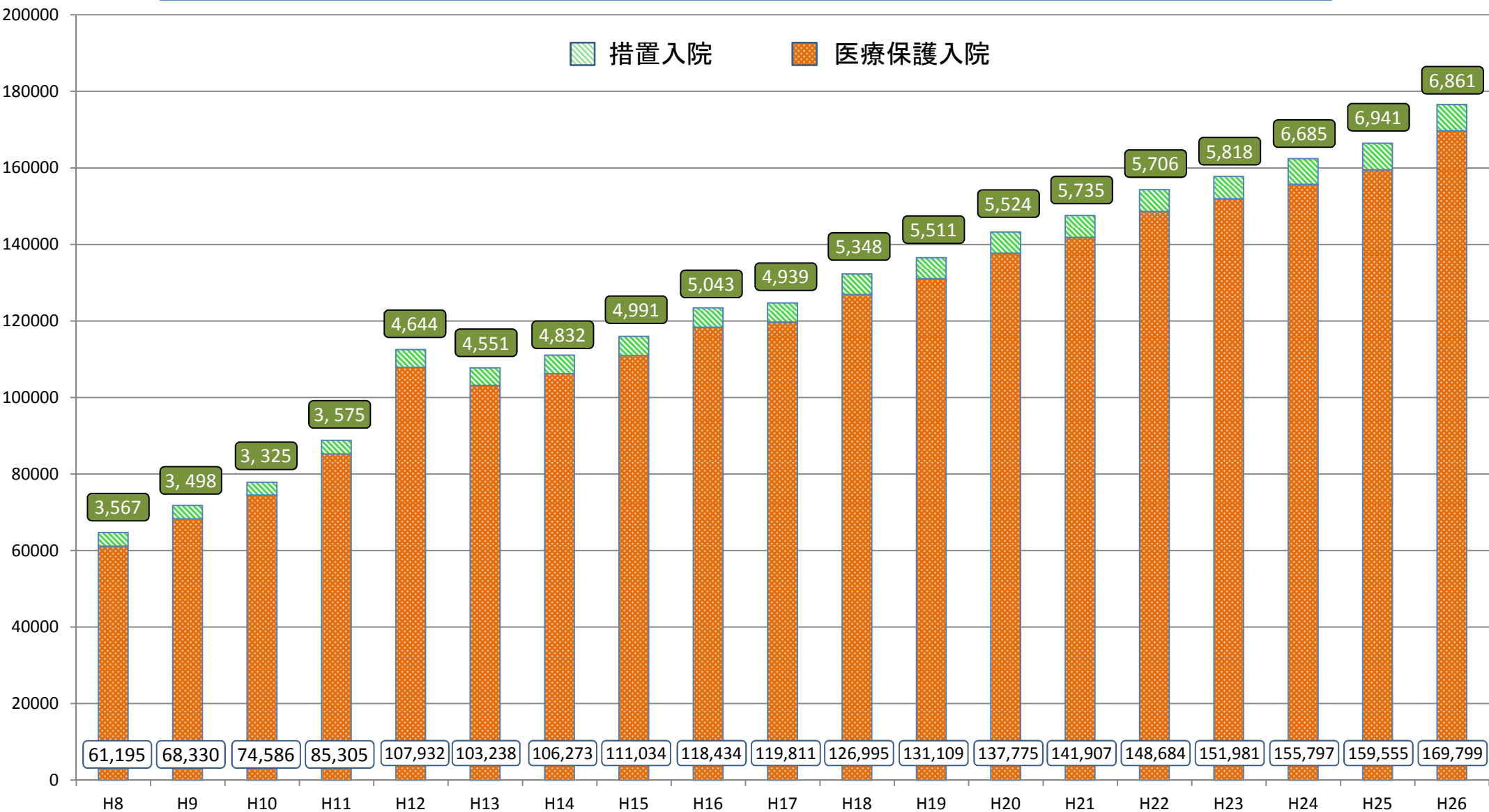
通院

任意入院

医療保護
入院継続

※入院中も適宜、指
定医による行動制限
の可否を判断

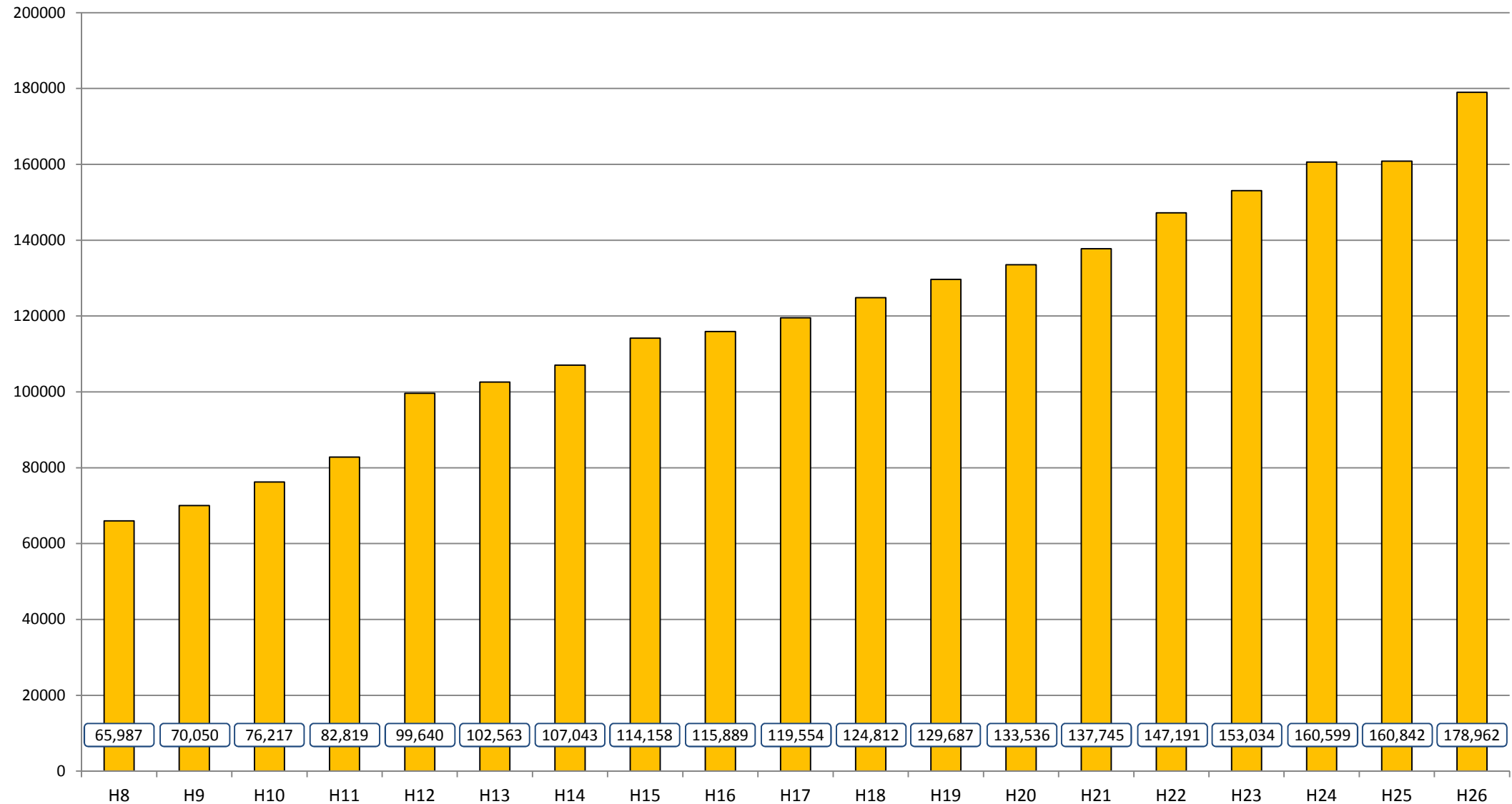
措置入院・医療保護入院の届出数の推移



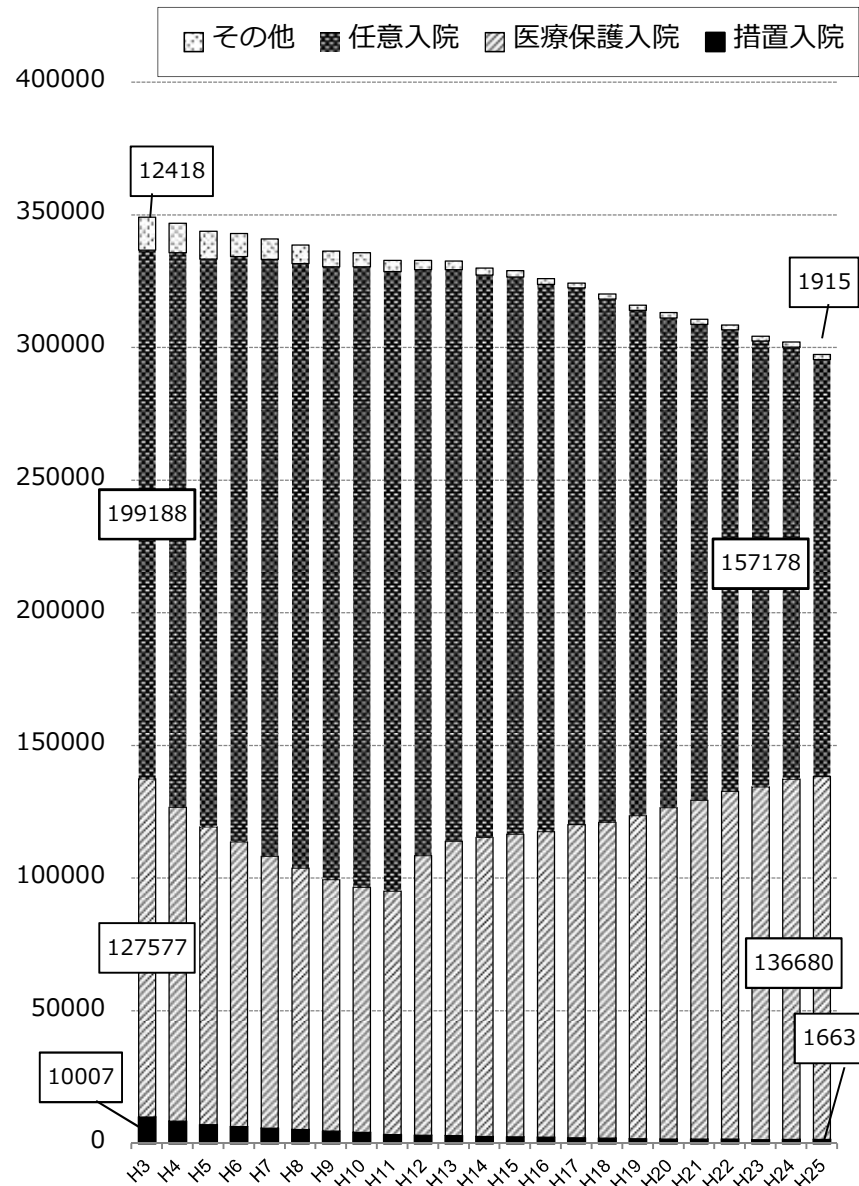
※平成25年度以前の医療保護入院においては、保護者として選任されていない扶養義務者の同意による4週間に限った入院制度があったが、この制度による入院者数は計上していない。

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成 18

医療保護入院の退院届出数の推移

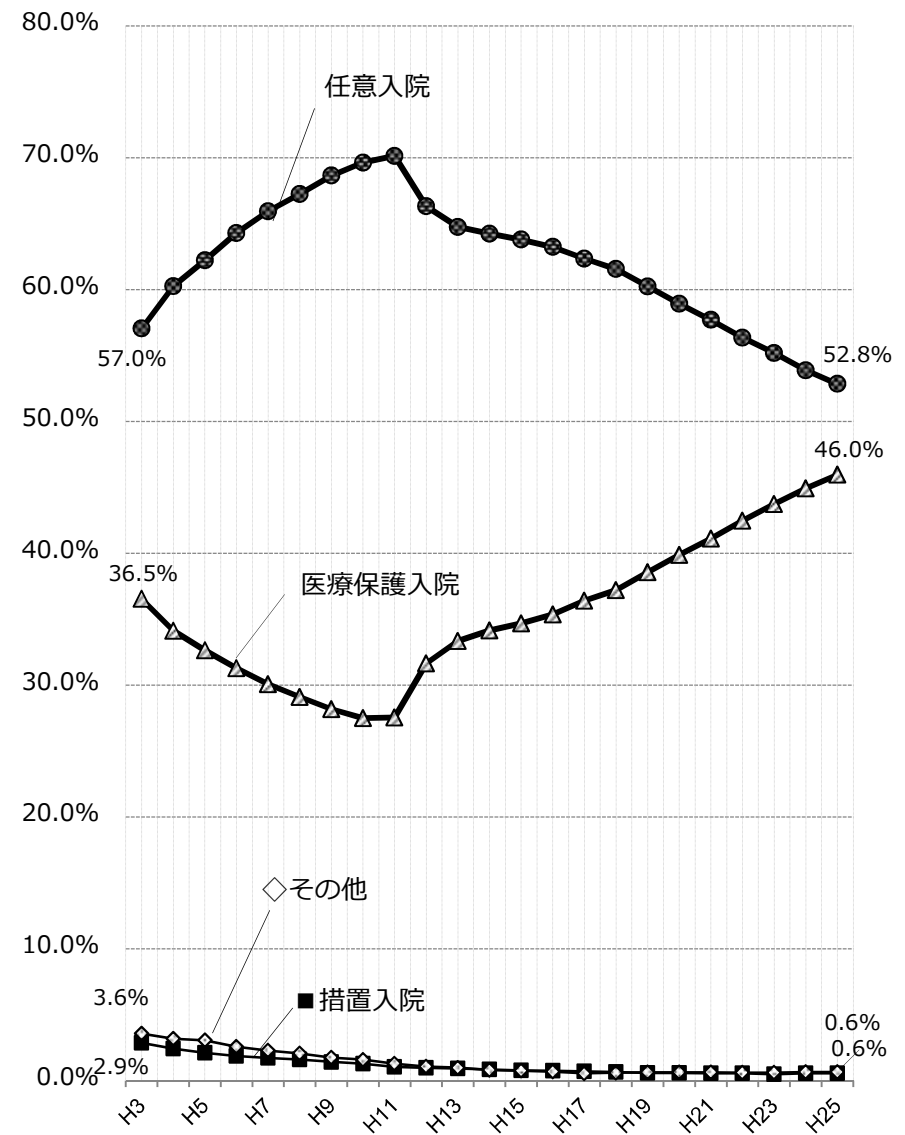


入院形態別在院患者数の推移(平成3年度～平成25年度)



※平成11年精神保健福祉法改正において医療保護入院の要件を明確化
(任意入院の状態にない旨を明記)

在院患者数に占める割合



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院の同意要件の見直し

○ 医療保護入院は、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のため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い者が対象。

改正前

○精神保健指定医の診察及び保護者(※)の同意が要件。

※以下の①～④の順位で1名のみ。上位の者がいない場合や所在地不明の場合等は下位の者。

- ① 後見人又は保佐人
- ② 配偶者
- ③ 親権者
- ④ ②③の者以外の扶養義務者のうち家庭裁判所が保護義務を履行すべき者として選任した者（扶養義務者は改正後に同じ）

○市町村長同意による入院が可能なのは、保護者がいない場合又は保護者になり得る者の全員が本人に治療を受けさせる等の義務を行うことができない場合(※)。

※所在地不明、長期間の疾病、破産など

※扶養義務者の同意が得られないときも含む

○退院請求は、本人のほか、保護者となった者(1名のみ)が行うことができる。



改正後

○精神保健指定医の診察及び家族等(※)の同意が要件。

※以下に該当する者のうちいずれかの者。順位はない。

- ・ 後見人又は保佐人
- ・ 配偶者
- ・ 親権者
- ・ 扶養義務者（民法の規定により、直系血族、兄弟姉妹及び家庭裁判所に選任された三親等以内の親族とされている）

○市町村長同意による入院が可能なのは、家族等がない場合又は家族等の全員が意思を表示することができない場合(※)。

※所在地不明など

○退院請求は、本人のほか、家族等の全員が行うことができる。

○ 平成25年の精神保健福祉法改正に当たって、医療保護入院制度における同意手続の取扱いについては、

- ・ 一般医療においてインフォームド・コンセントがますます重要とされる中で、患者本人に病識がない精神障害者を本人の同意なく入院させるに当たって、患者の身近に寄り添う家族等に十分な説明がなされた上で、入院の是非を判断する手続が必要ではないか
- ・ 本人の意思によらず身体を自由を奪うこととなる入院を精神保健指定医1名の診断のみで行う仕組みは患者の権利擁護の観点からみて適当か
- ・ 自傷他害のおそれがある措置入院の場合に精神保健指定医2名の診断が必要とされる一方で、自傷他害のおそれがなく、より症状が軽い医療保護入院の場合には精神保健指定医1名の診断で入院させることが適当か

等の観点から、同意手続を経ずに精神保健指定医1名の判断のみで入院を行うことは不適当であり、家族等のいずれかの者の同意を要件とすることとされた。

医療保護入院における家族等の同意に関する運用の考え方

(平成26年1月24日精神・障害保健課長通知)

1. 今回の法改正においては、保護者制度の廃止に伴い、医療保護入院について精神保健指定医1名の判定とともに、家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人をいう。以下同じ。)のうちいずれかの者の同意を必要とすることとした。(法第33条第1項及び第2項)
2. 当該改正の趣旨は、適切な入院医療へのアクセスを確保しつつ、医療保護入院における精神障害者の家族等に対する十分な説明とその合意の確保、精神障害者の権利擁護等を図るものである。
3. なお、医療保護入院は、本人の同意を得ることなく入院させる制度であることから、その運用には格別の慎重さが求められる。本人の同意が求められる状態である場合には、可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるように努めなければならない。
4. 医療保護入院においては、その診察の際に付き添う家族等が、通例、当該精神障害者を身近で支える家族等であると考えられることから、精神科病院の管理者(以下「管理者」という。)は、原則として、診察の際に患者に付き添う家族等に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、当該家族等から同意を得ることが適当である。
5. 管理者が家族等の同意を得る際には、当該家族等の氏名、続柄等を書面で申告させて確認する。その際には、可能な範囲で運転免許証や各種医療保険の被保険者証等の提示による本人確認を行うことが望ましい。
また、家族等の同意に関する書面の様式例を参考までに添付するので、適宜活用されたい。

6. 管理者が家族等の同意を得る際に、後見人又は保佐人の存在を把握した場合には、これらの者の同意に関する判断を確認することが望ましい。
7. また、当該医療保護入院者に係る精神障害者が未成年である場合に管理者が親権者から同意を得る際には、民法(明治29年法律第89号)第818条第3項の規定にしたがって、原則として父母双方の同意を要するものとする。
8. 精神障害者に対する医療やその後の社会復帰には家族等の理解と協力が重要であることを踏まえると、医療保護入院は、より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい。
このため、管理者が医療保護入院の同意についての家族等の間の判断の不一致を把握した場合においては、可能な限り、家族等の間の意見の調整が図られることが望ましく、管理者は、必要に応じて家族等に対して医療保護入院の必要性等について説明することが望ましい。
9. 管理者が家族等の間の判断の不一致を把握した場合であって、後見人又は保佐人の存在を把握し、これらの者が同意に反対しているときには、その意見は十分に配慮されるべきものと解する。
10. また、管理者が家族等の間の判断の不一致を把握した場合において、親権を行う者の同意に関する判断は、親権の趣旨に鑑みれば、特段の事情があると認める場合を除き、尊重されるべきものと解する。
11. 医療保護入院後に管理者が当該入院に反対の意思を有する家族等(医療保護入院の同意を行った家族等であって、入院後に入院に反対することとなったものを含む。)の存在を把握した場合には、当該家族等に対して入院医療の必要性や手続の適法性等について説明することが望まれる。その上で、当該家族等が依然として反対の意思を有するときは、管理者は、都道府県知事(精神医療審査会)に対する退院請求を行うことができる旨を教示する。

◎申請主体として位置づけている例

扶養義務者が申請主体に含まれ、申請の行為の結果が本人に帰属するもの。

例：生活保護法

（申請保護の原則）

第七条 保護は、要保護者、その扶養義務者又はその他の同居の親族の申請に基いて開始するものとする。但し、要保護者が急迫した状況にあるときは、保護の申請がなくても、必要な保護を行うことができる。

◎費用を負担する主体として位置づけている例

扶養義務者が、本人にかかった費用を徴収する相手方に含まれる場合。

又は、本人にかかった費用を徴収する場合の負担能力の算定に扶養義務者が含まれる場合。

例：母子保健法

（費用の徴収）

第二十一条の四 第二十条の規定による養育医療の給付に要する費用を支弁した市町村長は、当該措置を受けた者又はその扶養義務者から、その負担能力に応じて、当該措置に要する費用の全部又は一部を徴収することができる。

市町村長同意について(平成25年精神保健福祉法改正の前後の比較)

改正前	改正後
第二十条 (略) 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 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現在地を管轄する市町村長が保護者となる。	(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、その家族等のうちいずれかの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条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 (略) 2 (略) 3 精神科病院の管理者は、第一項第一号に掲げる者について、<u>その家族等</u>(前項に規定する家族等をいう。以下同じ。)<u>がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合</u>において、その者の居住地(居住地がないか、又は明らかでないときは、その者の現在地。第四十五条第一項を除き、以下同じ。)を管轄する市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。)<u>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。</u>第三十四条第二項の規定により移送された者について、その者の居住地を管轄する市町村長の同意があるときも、同様とする。 4～7 (略)

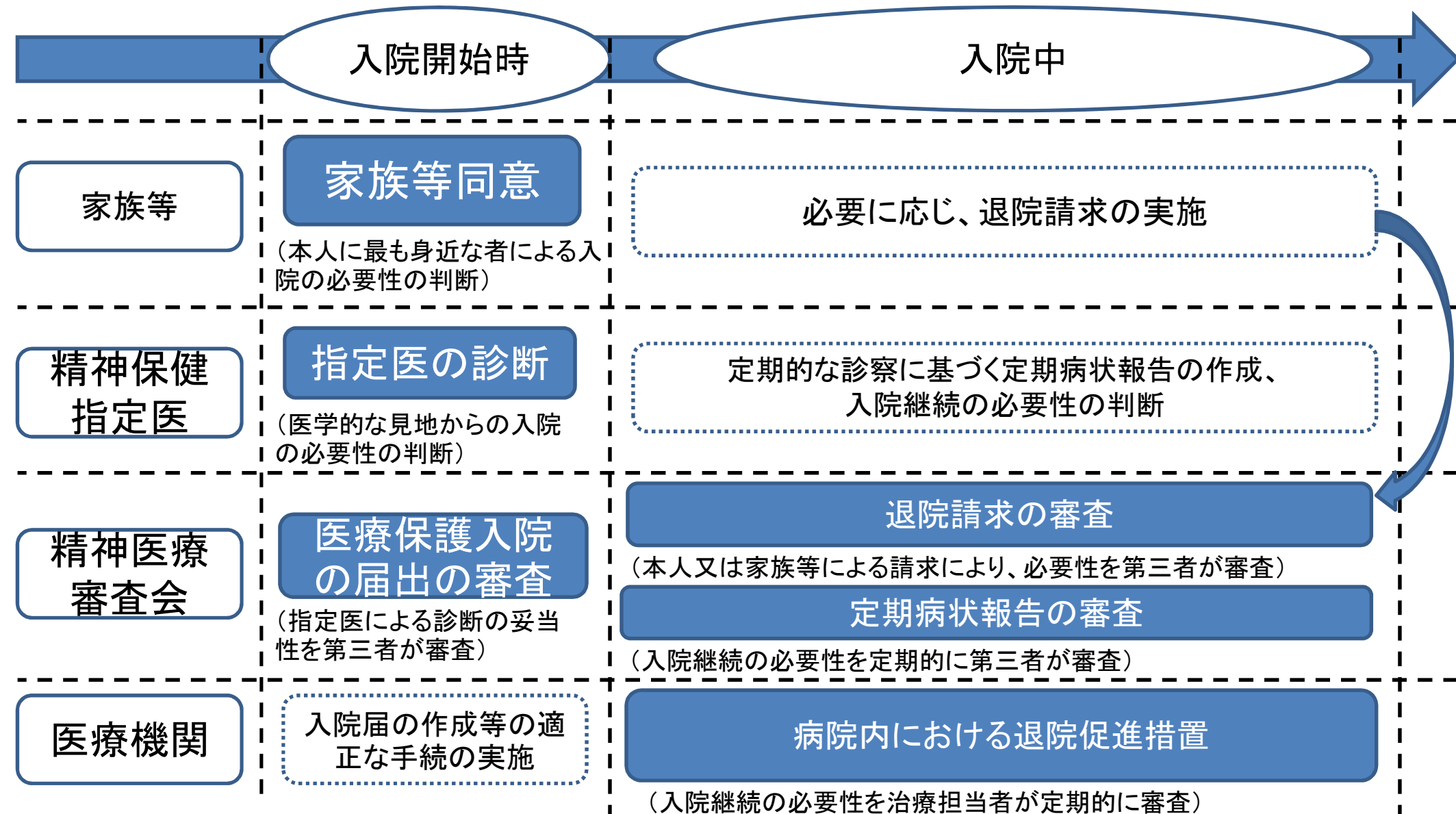
○改正後において入院時に市町村長の同意の対象となる者

病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと(これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。)

※ 「その意思を表示することができない」・・・心神喪失の場合等のことをいう。

(家族等が反対している場合や家族等が反対しないが同意もしない場合は含まれない。)

医療保護入院の必要性を審査するプロセス(イメージ)



上記の各プロセスが総体となって入院の妥当性について審査。

平成25年精神保健福祉法改正による医療保護入院者の退院促進措置

平成25年の精神保健福祉法改正により、精神科病院の管理者に以下の事項を義務付けている。

1. 退院後生活環境相談員の選任

- 医療保護入院者の退院に向けた相談支援や地域援助事業者等の紹介、円滑な地域生活への移行のための退院後の居住の場の確保等の調整等の業務を行う『退院後生活環境相談員』を精神保健福祉士等から選任しなければならない。

2. 地域援助事業者の紹介

- 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う『地域援助事業者』を紹介するよう努めなければならない。

3. 医療保護入院者退院支援委員会の設置

- 主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、医療保護入院者及び家族等が出席し、医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間及び当該期間における退院に向けた取組等を審議する『医療保護入院者退院支援委員会』を設置しなければならない。

1. 役割

- (1) 個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たす。
- (2) 医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整や行政機関を含む院外の機関との調整に努める。

2. 選任及び配置

- ・配置の目安：退院後生活環境相談員1人につき、概ね50人以下の医療保護入院者を担当
- ・医療保護入院者1人につき1人の退院後生活環境相談員を入院後7日以内に選任

3. 資格要件

- ①精神保健福祉士 ②看護職員（保健師を含む。）、作業療法士、社会福祉士として、精神障害者に関する業務の経験者
- ③3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者

4. 業務内容

- (1) 入院時に本人及び家族等に対し、退院後生活環境相談員として選任されたことや、退院促進の措置への関わりについて説明
- (2) 退院に向けた相談支援業務
 - ア 本人及び家族等からの相談や退院に向けた具体的な取組の工程の相談等を積極的に行い、退院促進に努める。
 - イ 退院に向けた相談支援を行うに当たって、主治医の指導を受けるとともに、その他本人の治療に関わる者との連携を図る。
- (3) 地域援助事業者等の紹介に関する業務
 - ア 本人及び家族等から紹介の希望があった場合等、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努める。
 - イ 地域援助事業者に限らず、本人の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や連絡調整を行い、退院後の環境調整に努める。
- (4) 退院調整に関する業務
 - ア 医療保護入院者退院支援委員会開催に向けた調整や運営の中心的役割を担う。
 - イ 居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整や、地域援助事業者等との連携等、円滑な地域生活への移行を図る。

※医療保護入院者が退院して再度任意入院する場合、地域生活への移行までは、継続して退院促進の取組を行うことが望ましい。

1. 趣旨・目的

医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行することができるよう、必要に応じて紹介を行うよう努める。

2. 紹介の方法

- (1) 地域援助事業者の紹介の方法については、書面の交付による紹介に限らず、例えば、面会による紹介（紹介する地域援助事業者の協力が得られる場合に限る。）やインターネット情報を活用しながらの紹介等により、医療保護入院者が地域援助事業者と積極的に相談し、退院に向けて前向きに取り組むことができるよう工夫する。
- (2) 紹介を行う事業者については、必要に応じて当該医療保護入院者の退院先又はその候補となる市町村への照会を行うほか、精神保健福祉センター及び保健所等の知見も活用する。

3. 紹介後の対応

地域援助事業者の紹介を行った場合においては、退院後生活環境相談員を中心として、医療保護入院者と当該地域援助事業者の相談状況を把握し、連絡調整に努める。

4. 地域援助事業者による相談援助

- (1) 地域援助事業者は、医療保護入院者が障害福祉サービスや介護サービスを退院後円滑に利用できるよう、当該地域援助事業者の行う特定相談支援事業等の事業やこれらの事業の利用に向けた相談援助を行う。
- (2) 相談に当たっては、退院後生活環境相談員との連携に努め、連絡調整を図る。
- (3) 相談援助を行っている医療保護入院者に係る医療保護入院者退院支援委員会への出席の要請があった場合には、できる限り出席し、退院に向けた情報共有に努める。

1. 趣旨・目的

病院において医療保護入院者の入院の必要性を審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組を審議する体制を整備し、病院における退院促進に向けた取組を推進するために設置。

2. 対象者

- ①在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの
- ②在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの
- ③在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの

3. 出席者

- ①主治医（主治医が精神保健指定医でない場合は、主治医以外の精神保健指定医も出席）
- ②看護職員
- ③退院後生活環境相談員
- ④①～③以外で管理者が出席を求める病院職員
- ⑤医療保護入院者本人（希望する場合）
- ⑥医療保護入院者の家族等（本人が出席を求め、出席要請に応じるとき）
- ⑦地域援助事業者その他の退院後の生活環境に関わる者（⑥と同様）

4. 開催方法

当該病院における医療保護入院者数等の実情に応じた開催方法。

5. 審議内容

委員会においては、以下の3点その他必要な事項を審議

- ①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由
- ②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間
- ③②の推定される入院期間における退院に向けた取組

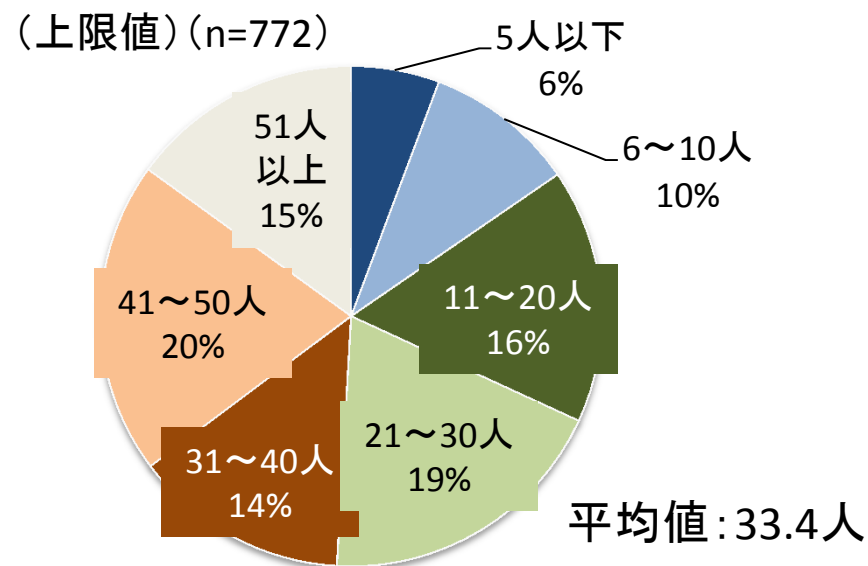
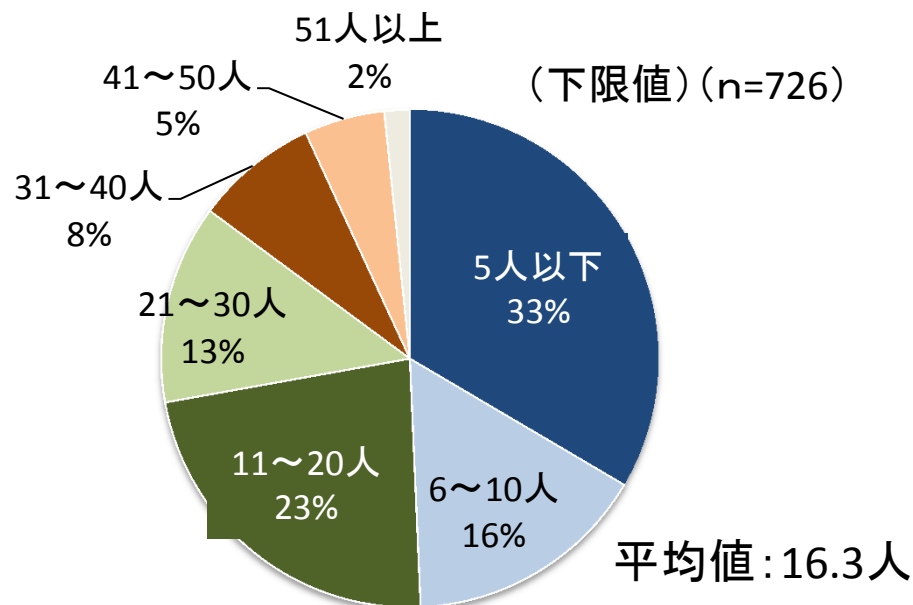
6. 審議結果

- (1) 病院の管理者は、医療保護入院者退院支援委員会の審議状況を確認し、審議記録に署名する。また、審議状況に不十分な点がみられる場合には、適切な指導を行う。
- (2) 審議の結果はできる限り速やかに本人並びに当該委員会への出席要請を行った3⑥及び⑦に掲げる者に通知する。
- (3) 委員会における審議の結果、入院の必要性が認められない場合には、速やかに退院に向けた手続をとる。
- (4) 審議記録は、定期病状報告の際に直近の審議時のものを添付する。

退院後生活環境相談員の受け持ち患者数

- 退院後生活環境相談員の1人あたりの受け持ち患者数は、各病棟内で最も数が少ない相談員(下限値)では、5人以下が33%と最も多く、平均は約16人
- また、各病棟内で最も受け持ち患者数が多い相談員(上限値)では、41～50人が20%と最も多く、平均は約33人

退院後生活環境相談員1人あたりの受け持ち患者数



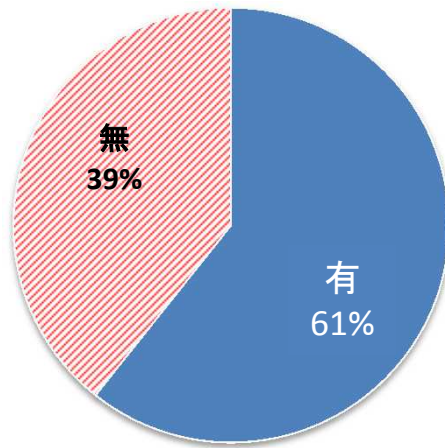
<自由記載の回答例>

- 退院後生活環境相談員についての説明やその後の業務など、仕事内容や記録すべき事柄が増え、個別対応の時間が逆に減ってしまったように思える。もう少し簡素化できないものか、検討していただきたい。
- 委員会、書類整備等、業務を圧迫している。退院後生活環境相談員の受け持ち患者数の上限を下げて、院内のPSWの増員を図り、適切な支援を提供していけるような体制が必要である。

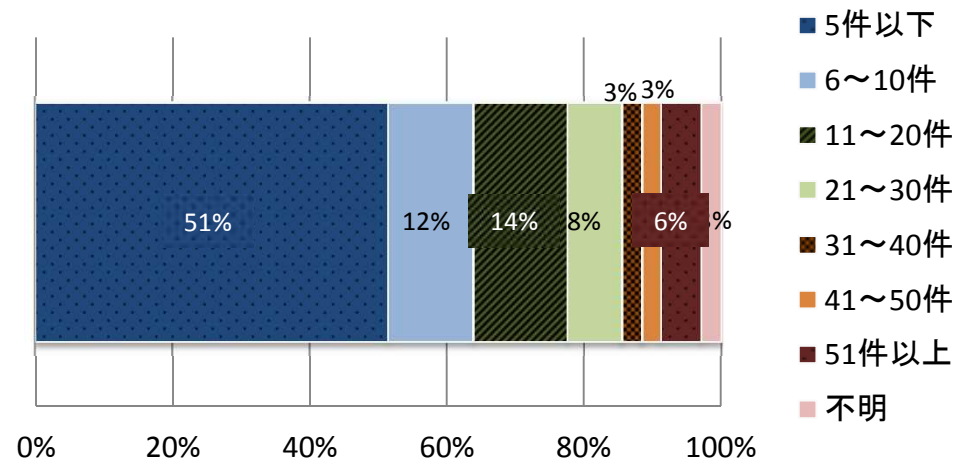
地域援助事業者について

○ 地域援助事業者との連携は約60%で認められ、その件数は5件以下が約50%で最も多かった

地域援助事業者との
連携の有無 (n=783)



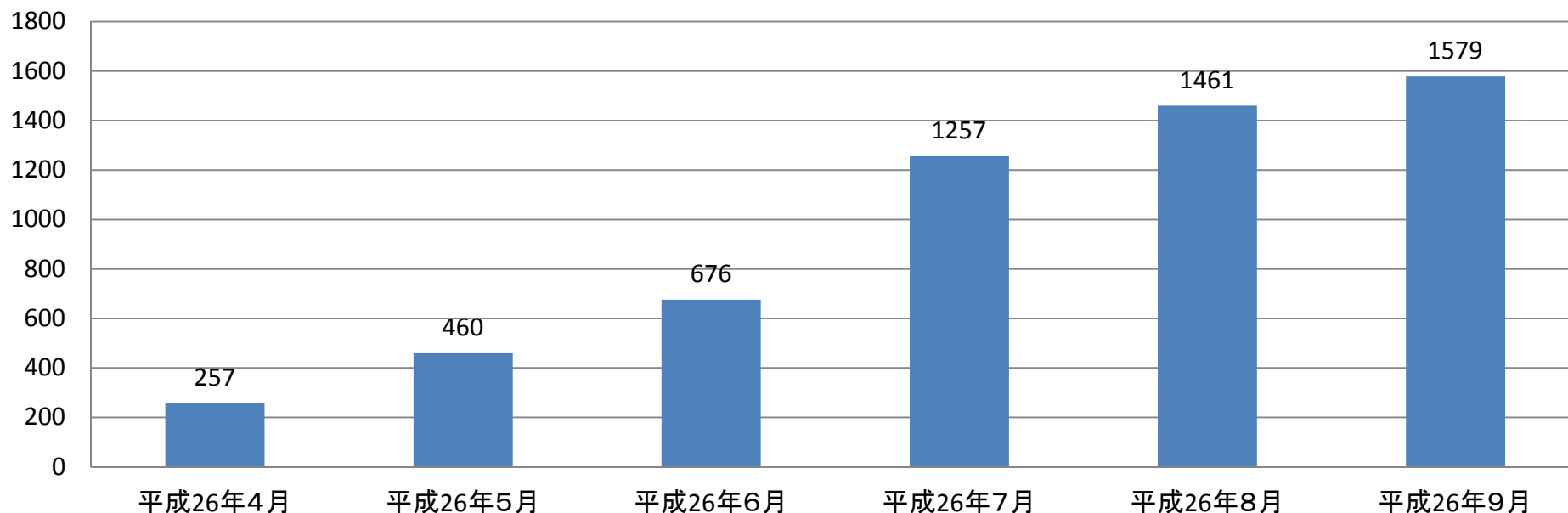
「有」の場合のその件数割合



医療保護入院者退院支援委員会の開催回数

○ 委員会開催件数は、改正精神保健福祉法が施行された平成26年4月以降、増加を続けている。

委員会開催件数



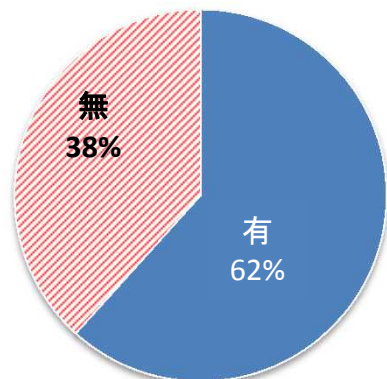
<自由記載の回答例>

○委員会にまつわる記録・管理が煩雑で通常業務を圧迫しやすく、形ありきで非効率的な面が多い。退院支援は、通常業務で行われていたことなので、委員会の書類作成などで余計な時間を要するようになった。

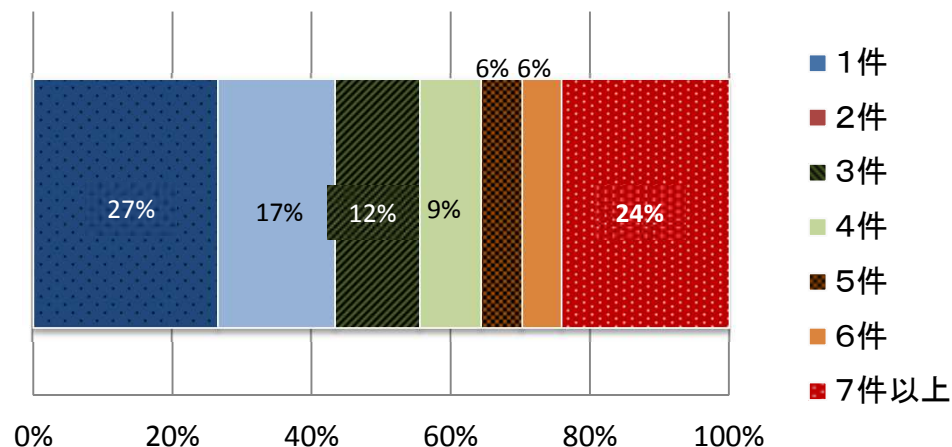
医療保護入院者退院支援委員会への本人参加について

- 医療保護入院者退院支援委員会に患者本人が参加したことがある医療機関は約60%で認められ、その件数は1件が約27%で最も多く、次いで7件以上が約24%であった

医療保護入院者退院支援委員会への 本人の参加の有無(n=799)



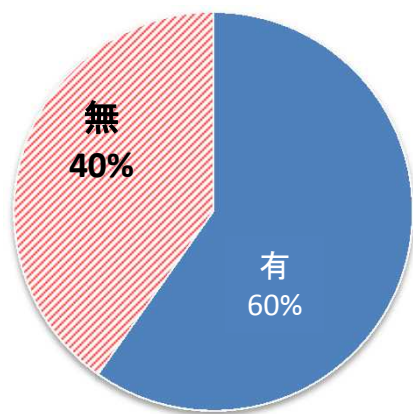
「有」の場合のその件数割合



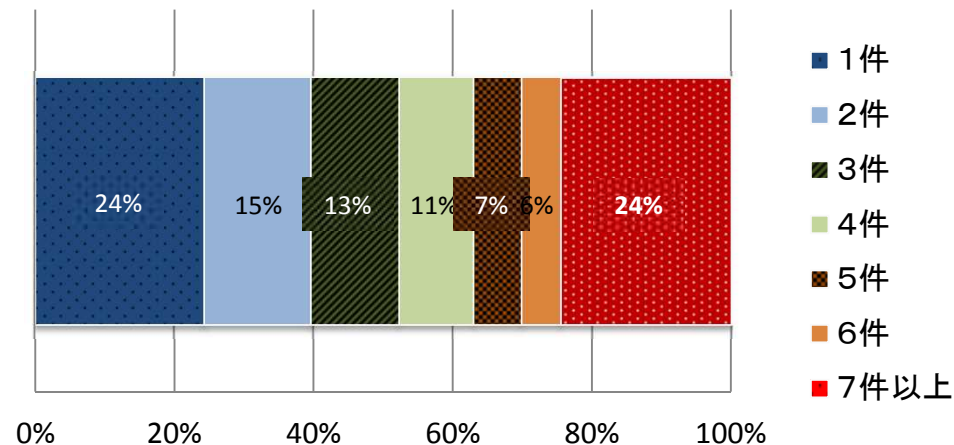
医療保護入院者退院支援委員会への家族の参加

○ 医療保護入院者退院支援委員会に家族等が参加したことがある医療機関は約60%で認められ、その件数は7件以上が約25%で最も多く、次いで1件が約24%であった

医療保護入院者退院支援委員会への 「家族等」の参加の有無(n=799)



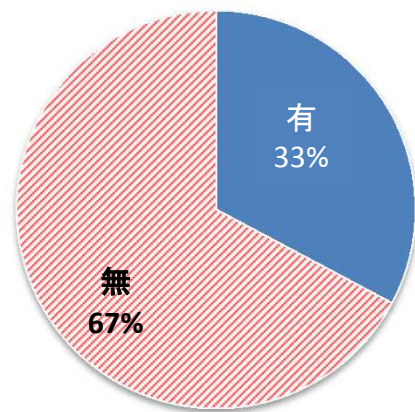
「有」の場合のその件数割合



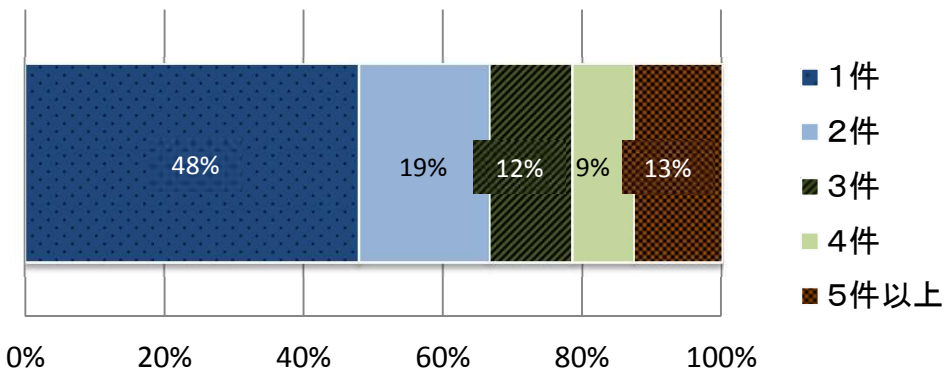
医療保護入院者退院支援委員会への地域援助事業者の参加

○ 医療保護入院者退院支援委員会に地域援助事業者が参加したことがある医療機関は約33%で認められ、その件数は1件が約50%で最も多く、次いで2件が約20%であった

医療保護入院者退院支援委員会への
地域援助事業者の参加の有無 (n=799)



「有」の場合の件数割合

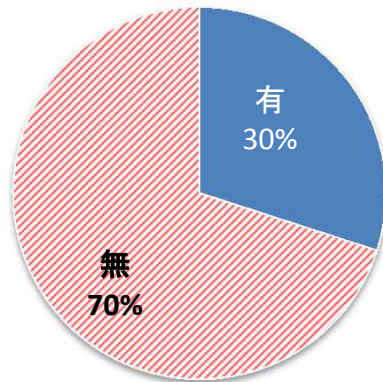


出典:平成26年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業
「精神保健福祉法改正後の医療保護入院の実態に関する全国調査」 日本精神科病院協会

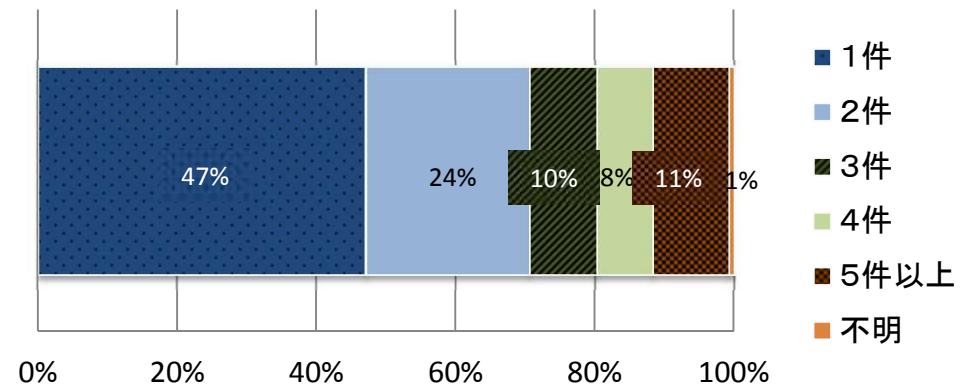
医療保護入院者退院支援委員会による早期退院

○ 委員会開催で早期退院に結びついた事例があるとした医療機関は約30%で、その件数は1件が最も多く約48%であった

委員会開催で早期退院に結びついた事例の有無(n=794)



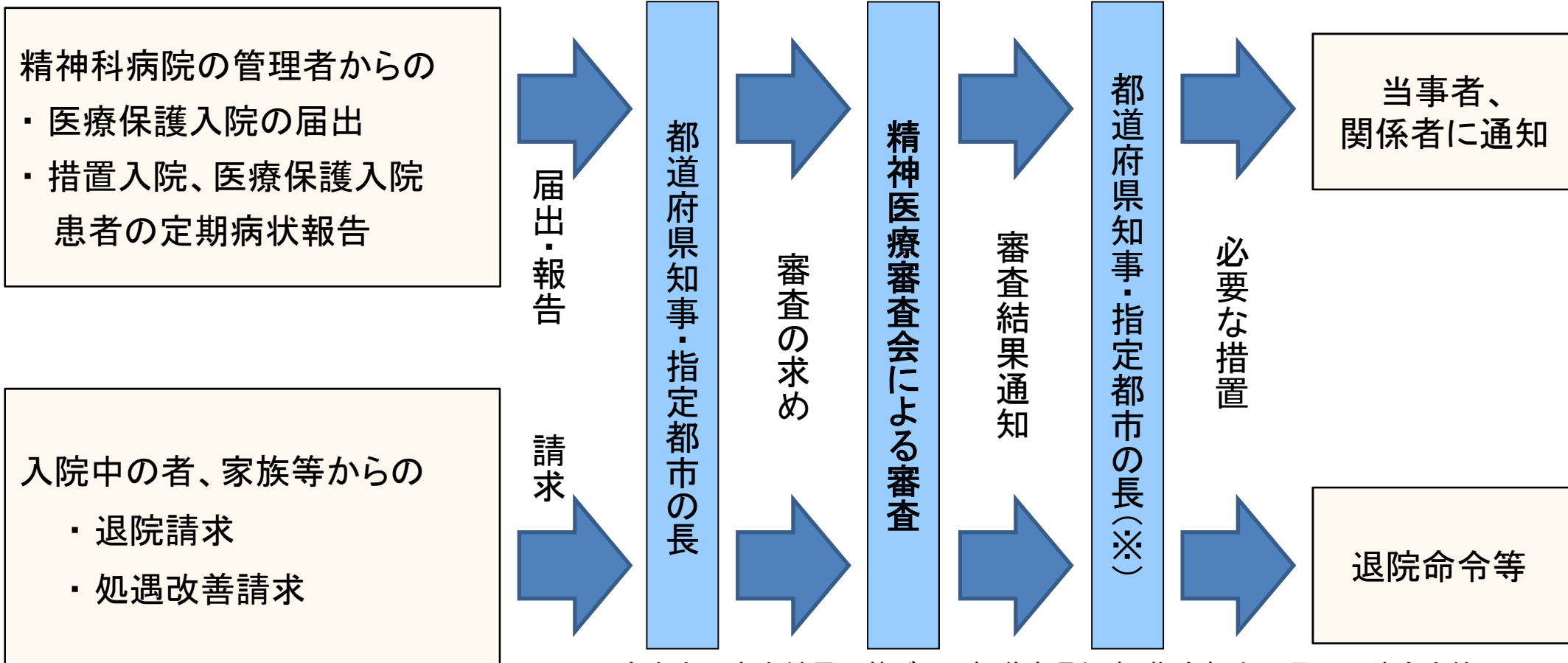
「有」の場合の件数割合



精神医療審査会（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を任命（任期は原則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）
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上（精神保健福祉士等）
- 法律に関する学識経験者 1名以上（弁護士、検事等）



(※) 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)

退院請求等の審査の流れ(請求～合議体の審査)

退院請求

事前手続

合議体の審査

請求者(精神科病院に入院中の者・家族等・代理人)

原則書面(口頭でも可)
退院請求等(第38条の4)

都道府県知事・指定都市の市長
(精神保健福祉センターにて受付)

通知(第38条の5第1項)

精神医療審査会

通知

請求者・患者・家族等・病院管理者

【知事等が準備する事前資料一覧】

- ・措置入院時の診断書(第27条)
- ・特定医師による医療保護入院者の入院届(第33条第4項)
- ・定期の報告(第38条の2)
- ・退院請求に関する資料(第38条の4)
- ・患者の入院する精神科病院への実地指導に関する資料

- ・意見聴取(委員2名以上、少なくとも1名は精神医療について学識経験を有する委員)※
- ・指定医委員による診察可(第38条の5第4項)
- ・診療録その他の帳簿書類の提出請求可

【告知義務事項】

- ・合議体の審査時における意見陳述の機会等
- ・弁護士による権利擁護を受ける権利

請求者・精神科病院の管理者等
(必要があれば患者・患者の家族等)

合議体

意見聴取可

出頭を命じ、審問可

意見陳述可

意見陳述

患者・請求者・病院管理者(代理人)・患者の主治医等・患者の家族等

病院管理者(代理人)・患者の主治医等・その他の関係者

請求者、病院管理者(代理人)、合議体が認めたその他の者

意見陳述を請求する代理人である弁護士

特に必要と認める場合には報告徴収等の要請可

- ・実地審査を行うこと(第38条の6)
- ・その実地審査に指定医である合議体委員の同行請求可
- ・その実地審査の結果報告請求可

都道府県知事・指定都市の市長

※6ヶ月以内に意見聴取を行っている場合において、重ねて意見聴取を行う必要が乏しいと認められるときは不要

退院請求等の審査の流れ(事後手続)

事後手続

審査結果の通知(第38条の5第2項)

【結果一覧】

(1) 退院請求の場合

- ① 引き続き現在の入院形態での入院が適当と認められること
- ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
- ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
- ④ 入院の継続は適当でないこと
- ⑤ 合議体が退院の請求を認めない場合であっても、当該請求の処遇に関し適当でない事項があるときは、その処遇内容が適当でないこと

(2) 処遇改善請求の場合

- ① 処遇は適当と認めること
- ② 処遇は適当でないこと、及び合議体が求める処遇を行うべきこと

・患者の入院する精神科病院の管理者
・患者の治療を担当する指定医

都道府県知事・指定都市の市長

- ・審査結果の通知等
- ・退院命令、処遇改善命令(第38条の5第5項)※

※ 違反した場合、三年以下の懲役又は百万円以下の罰金(第52条)

意見聴取を行った、請求者・精神科病院の管理者等
(患者・患者の家族等)

参考意見を述べることが可能

参考意見を述べることが可能

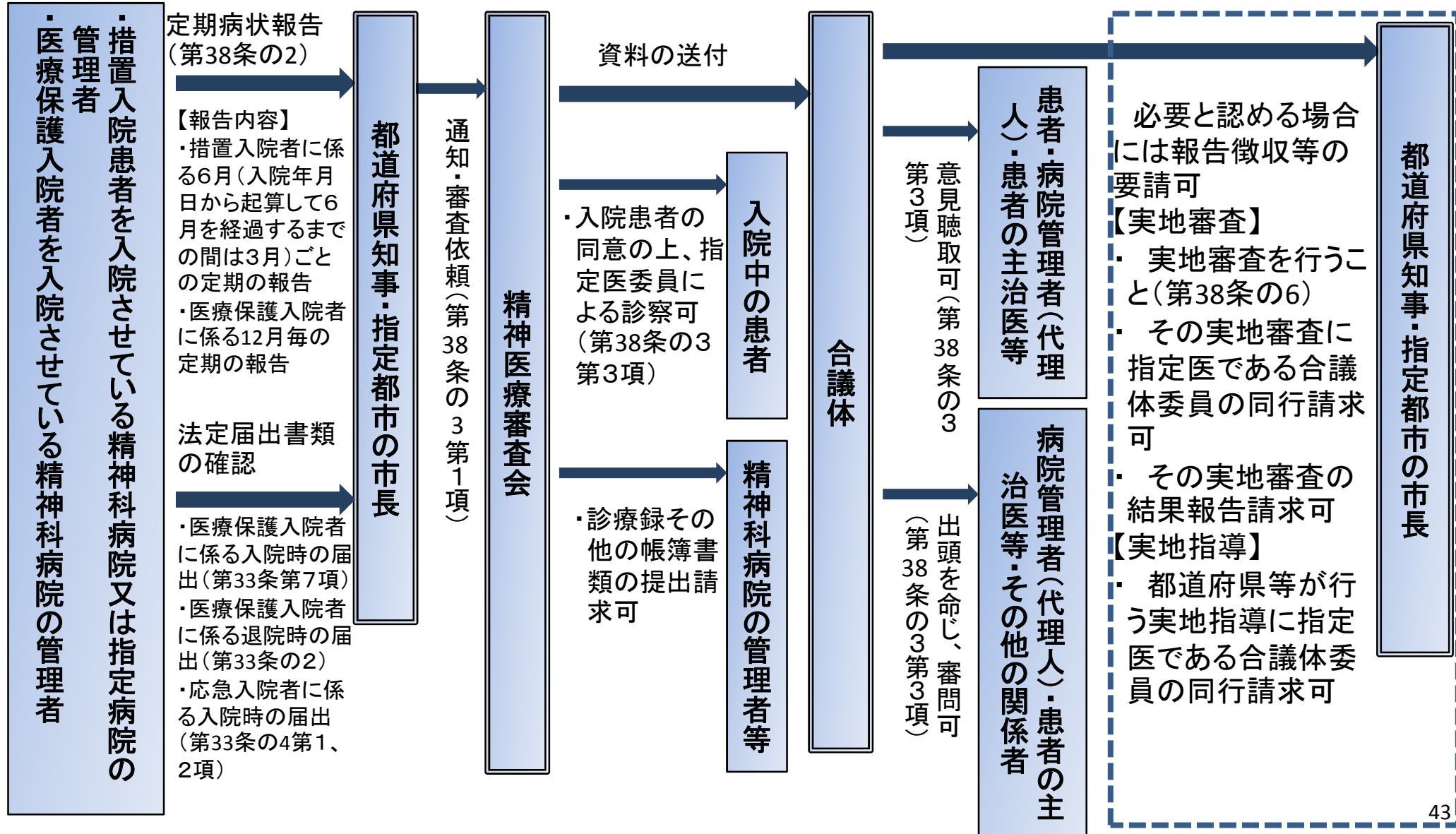
精神医療審査会

定期の報告等の審査の流れ(報告～合議体の審査)

定期病状報告等

事前手続

合議体の審査



定期の報告等の審査の流れ(事後手続)

事後手続

審査結果の通知(第38条の3第2項)

【結果一覧】

- ① 現在の入院形態での入院が適当と認められること
- ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
- ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
- ④ 合議体の定める期間経過後に、当該患者の病状、処遇等について報告を求めることが適当であること
- ⑤ 入院の継続は適当でないこと
- ⑥ 当該患者の入院中の処遇について適当でない事項が認められるときはその処遇内容が適当でないこと

・患者の入院する精神科病院の管理者
・患者の治療を担当する指定医

都道府県知事・指定都市の市長

- ・審査結果の通知
- ・結果①以外の場合は、必要な措置を講じる。(⑤については退院命令。第38条の3第4項)※

※ 違反した場合、三年以下の懲役又は百万円以下の罰金(第52条)

患者・家族等・病院管理者

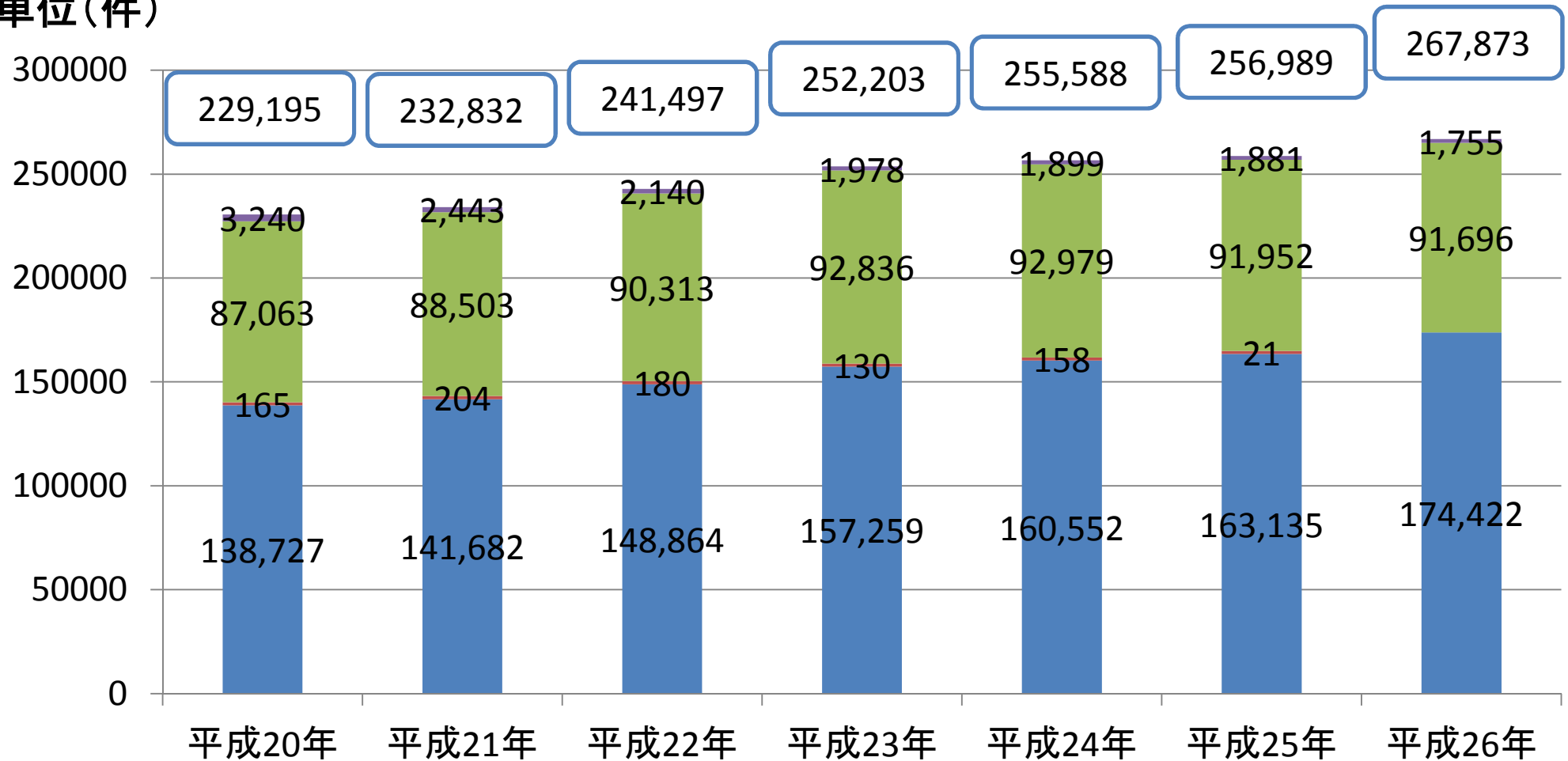
参考意見を述べる事が可能

参考意見を述べる事が可能

精神医療審査会

精神医療審査会の審査状況（定期報告の審査件数）

単位(件)



■ 入院中の定期報告等（措置入院）

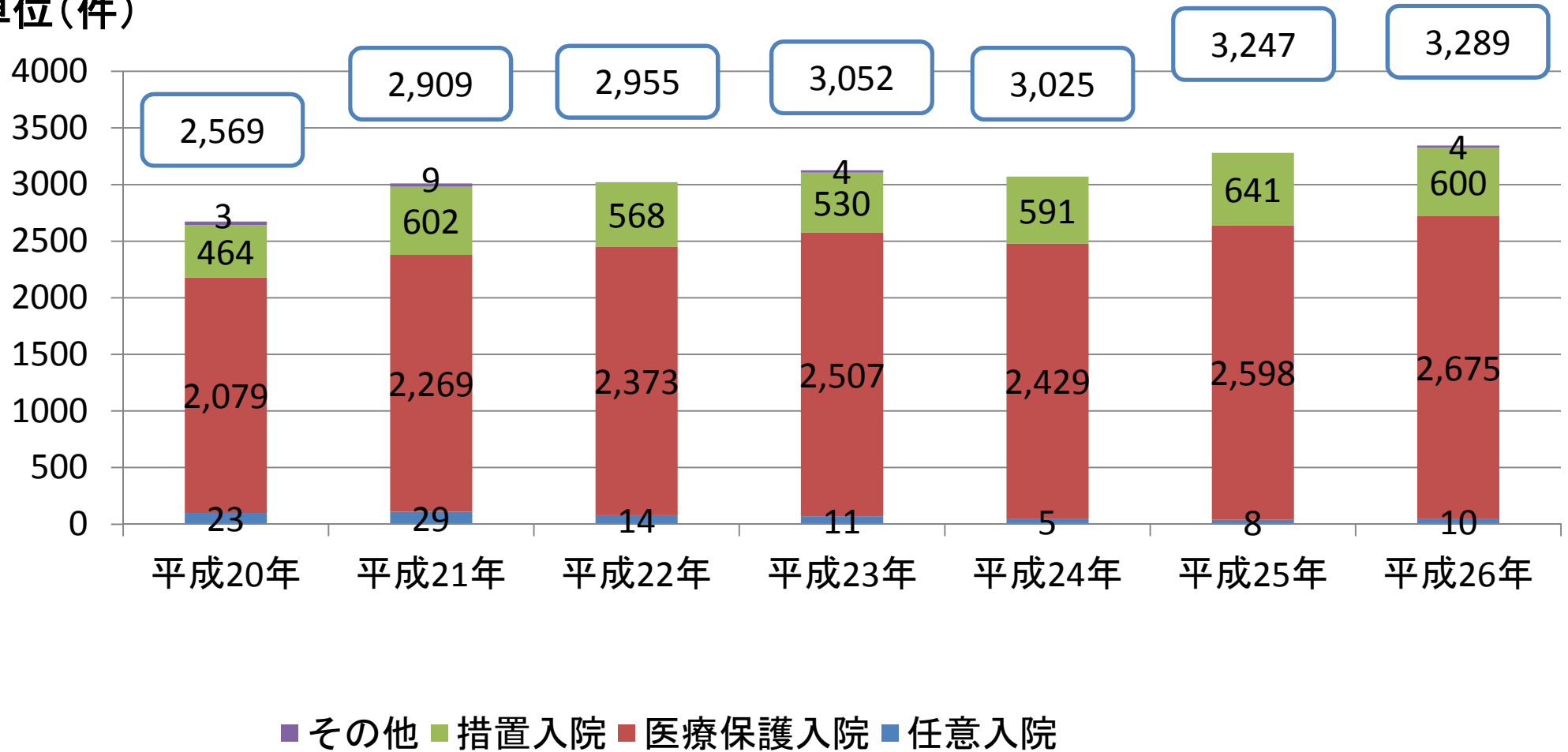
■ 入院中の定期報告等（医療保護入院）

■ 入院中の定期報告等（任意入院）

■ 医療保護入院時の届出

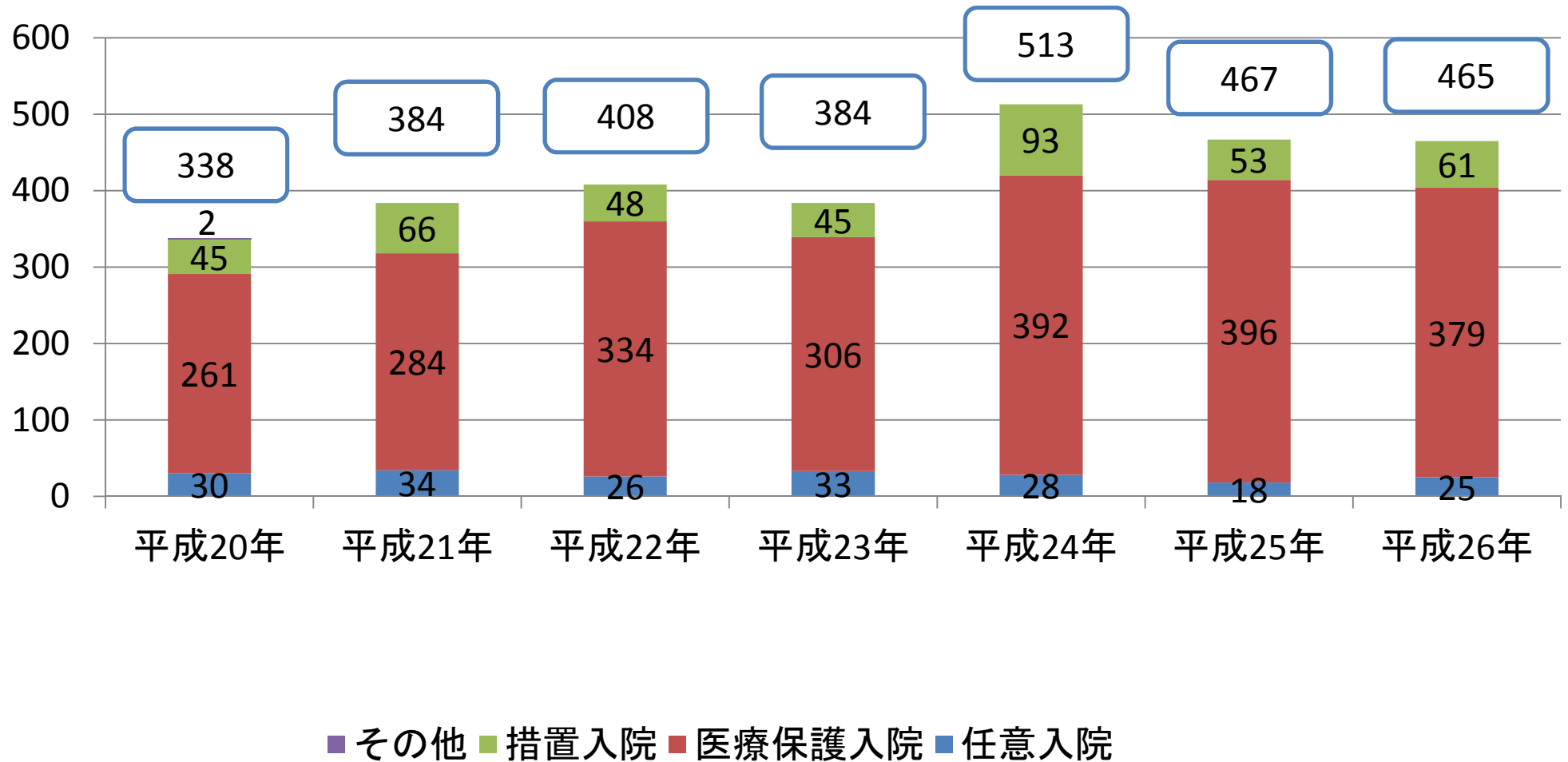
精神医療審査会の審査状況（退院請求の件数）

単位(件)



精神医療審査会の審査状況（処遇改善請求の件数）

単位（件）

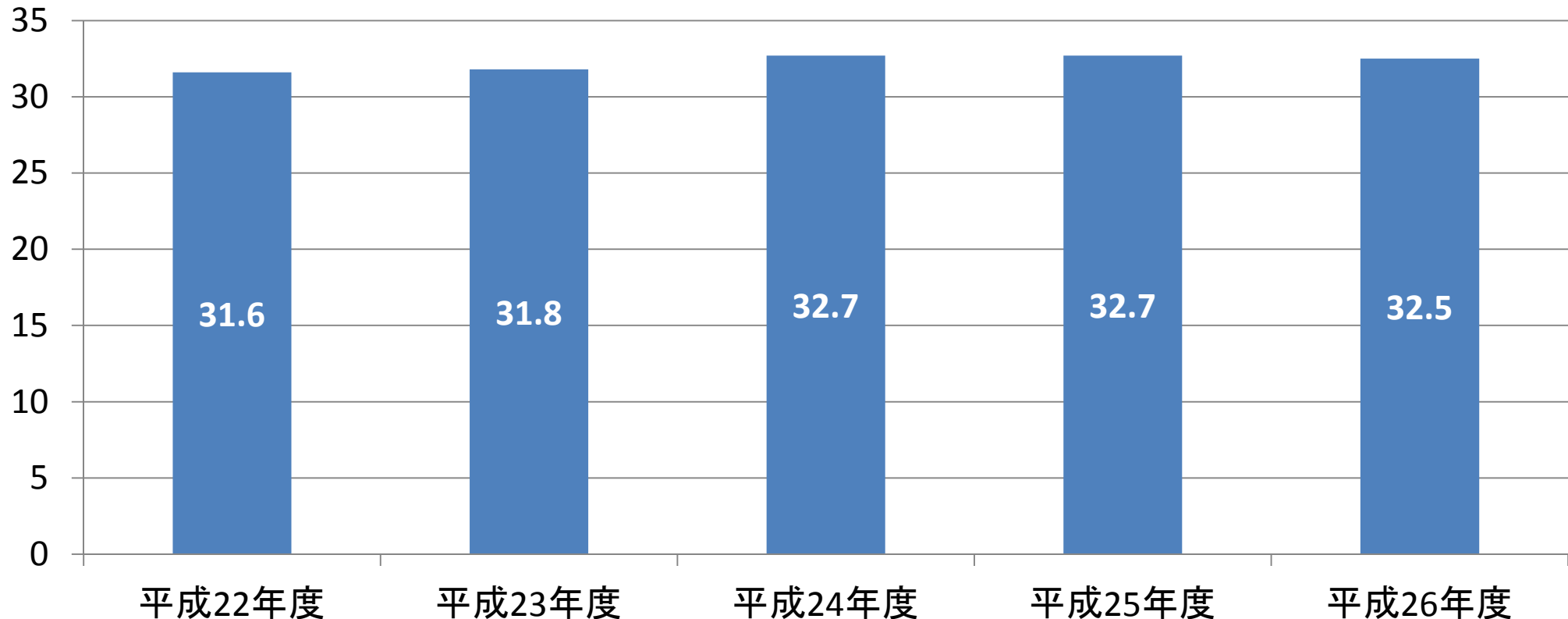


資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神医療審査会の審査 (請求受理から審査結果通知までの日数)

単位(日)



資料：厚生労働科学研究費補助金「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」平成23年度

厚生労働科学研究費補助金「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」平成24年度～平成26年度

厚生労働科学研究費補助金「地域のストレングスを活かした精神保険医両改革プロセスの明確化に関する研究」平成27年度

都道府県別精神医療審査会の構成(平成25年)

	合議体				
	合議体数	委員数			
		計	精神障害者の医療に関し学識経験を有するもの	法律に関し学識経験を有するもの	その他の学識経験を有するもの
北海道	3	15	9	3	3
青森	3	15	9	3	3
岩手	3	15	9	3	3
宮城	3	17	9	5	3
秋田	4	20	12	4	4
山形	1	19	10	4	5
福島	4	20	12	4	4
茨城	2	15	7	5	3
栃木	3	15	9	3	3
群馬	4	26	17	4	5
埼玉	4	20	12	4	4
千葉	4	20	11	4	5
東京	6	32	19	7	6
神奈川	3	15	9	3	3
新潟	4	20	12	3	3
富山	2	15	8	5	2
石川	2	10	6	2	2
福井	3	15	9	3	3
山梨	3	15	9	3	3
長野	4	23	15	4	4
岐阜	3	16	10	3	3
静岡	3	21	9	6	6
愛知	4	20	12	4	4
三重	3	18	12	3	3

	合議体				
	合議体数	委員数			
		計	精神障害者の医療に関し学識経験を有するもの	法律に関し学識経験を有するもの	その他の学識経験を有するもの
滋賀	4	24	14	5	5
京都	3	15	9	3	3
大阪	8	40	24	8	8
兵庫	5	25	20	5	5
奈良	4	20	12	4	4
和歌山	3	21	12	3	6
鳥取	2	12	5	3	4
島根	1	23	14	3	6
岡山	3	15	8	3	4
広島	4	20	12	4	4
山口	3	17	9	4	4
徳島	2	13	8	2	3
香川	3	20	9	5	6
愛媛	2	30	24	2	4
高知	2	30	16	5	9
福岡	4	20	12	4	4
佐賀	2	16	6	5	5
長崎	3	20	12	4	4
熊本	2	18	8	6	4
大分	3	16	9	4	3
宮崎	2	17	8	6	3
鹿児島	3	25	14	4	7
沖縄	2	13	5	4	4

精神医療審査会の審査結果(退院請求)

	審査結果数	入院又は処遇は適当(%)	入院又は処遇は不適当(%)
H20	2,135件	2,024件(94.8%)	111件(5.2%)
H21	2,078件	2,016件(97.0%)	62件(3.0%)
H22	2,157件	2,081件(96.5%)	76件(3.5%)
H23	2,231件	2,159件(96.8%)	72件(3.2%)
H24	2,238件	2,145件(95.8%)	93件(4.2%)
H25	2,269件	2,153件(94.9%)	116件(5.1%)
H26	2,437件	2,333件(95.7%)	104件(4.3%)

精神医療審査会の審査結果（処遇改善請求）

	審査結果数	入院又は処遇は適当（％）	入院又は処遇は不適当（％）
H20	249件	235件（94.4％）	14件（5.6％）
H21	263件	251件（95.4％）	12件（4.6％）
H22	278件	254件（91.4％）	24件（8.6％）
H23	250件	238件（95.2％）	12件（4.8％）
H24	356件	339件（95.2％）	17件（4.8％）
H25	308件	290件（94.2％）	18件（5.8％）
H26	322件	308件（95.7％）	14件（4.3％）

精神医療審査会の審査結果（医療保護入院の入院届）

	審査結果数	現在の入院形態が適当(%)	他の入院形態への移行が適当(%)	入院継続不要(%)
H20	138,443件	138,435件(100.0%)	4件(0.0%)	4件(0.0%)
H21	141,544件	141,541件(100.0%)	1件(0.0%)	2件(0.0%)
H22	148,864件	148,860件(100.0%)	2件(0.0%)	2件(0.0%)
H23	157,326件	157,321件(100.0%)	1件(0.0%)	4件(0.0%)
H24	160,269件	160,264件(100.0%)	一件(－%)	5件(0.0%)
H25	163,403件	163,399件(100.0%)	1件(0.0%)	3件(0.0%)
H26	173,797件	173,789件(100.0%)	4件(0.0%)	4件(0.0%)

精神医療審査会の審査結果(定期病状報告)

	審査結果数	現在の入院形態が適当(%)	他の入院形態への移行が適当(%)	入院継続不要(%)
H20	90,263件	90,253件(100.0%)	7件(0.0%)	3件(0.0%)
H21	91,026件	91,017件(100.0%)	5件(0.0%)	4件(0.0%)
H22	92,765件	92,753件(100.0%)	5件(0.0%)	7件(0.0%)
H23	95,037件	95,033件(100.0%)	3件(0.0%)	1件(0.0%)
H24	95,024件	95,013件(100.0%)	7件(0.0%)	4件(0.0%)
H25	93,846件	93,841件(100.0%)	5件(0.0%)	一件(0.0%)
H26	93,051件	93,041件(100.0%)	9件(0.0%)	1件(0.0%)

精神保健福祉法第34条に基づく移送制度について

○ 概要

緊急に入院を必要とする状態にあるにも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できない場合に限り、本人に必要な医療を確保するため、都道府県知事が、公的責任において適切な医療機関まで移送するもの。したがって、この移送制度の対象とならない者に本制度が適用されることのないよう、事前調査その他の移送のための手続きを適切に行うことが重要。

○ 制度創設の経緯

精神保健福祉法には、平成11年改正まで医療保護入院等のための患者の移送に関する特段の規定がなく、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院が遅れ、自傷他害の事態に至る場合や、家族等の依頼を受けた民間警備会社が強制的に精神障害者を移送する等患者の人権の観点から問題視される事例が発生していた。

このため、平成11年改正により医療保護入院のための移送の規定が新設され、これに伴い、措置入院に付随して従来から行われていた移送についても規定が新設された。

○ 移送による入院件数

平成26年度の1年間で法第34条に基づく移送を実施したのは18都道府県・指定都市中5自治体（移送件数は84件※1）

平成12年の施行時から平成26年度までの移送件数は1,260件※1となっている。 ※1 衛生行政報告例より

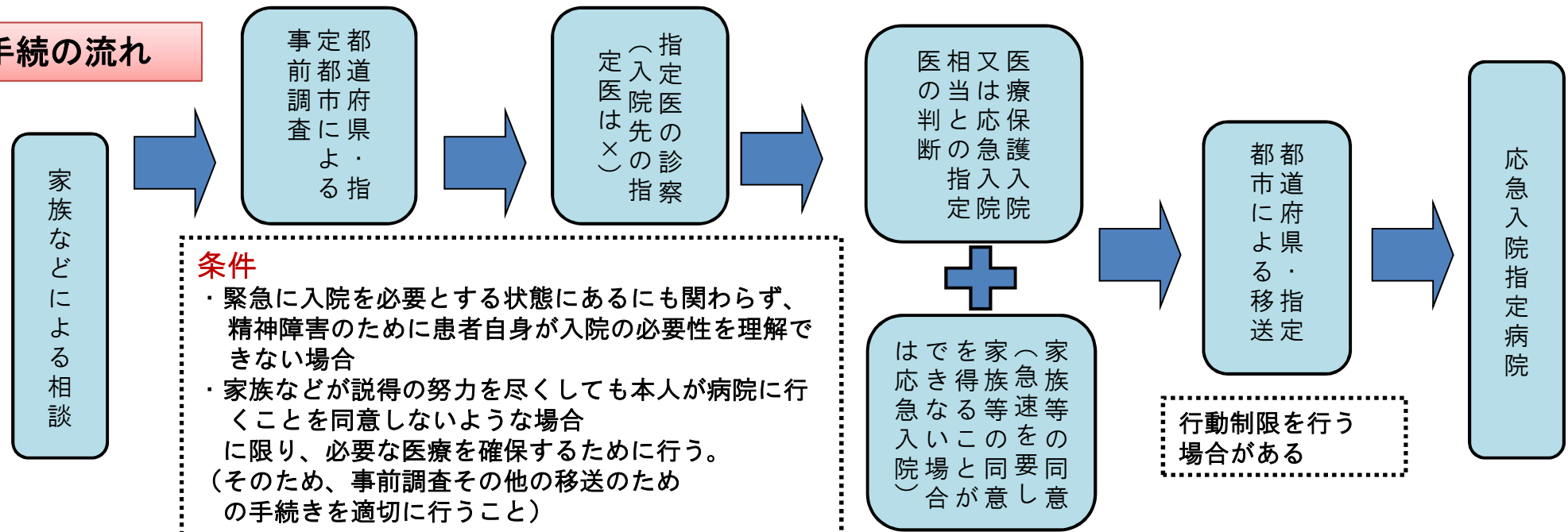
実績が少ない理由としては、適用の判断の難しさ、指定医の確保等の実施体制の確保の難しさ等が考えられる。

○ 精神科救急医療体制整備事業において移送経費を補助対象としている。（補助率1/2）

○ 応急指定入院病院の数（全国）は501※2。（平成25年6月30日時点）

※2 精神・障害保健課調べ

手続の流れ



「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」平成26年3月11日改正（抄）

- 移送の手順を示した「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」（平成12年3月31日厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）について、平成26年3月11日に改正が行われ、以下のとおり、下線部分の文言が新たに盛り込まれた。

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

3 指定医の診察に係る事前調査

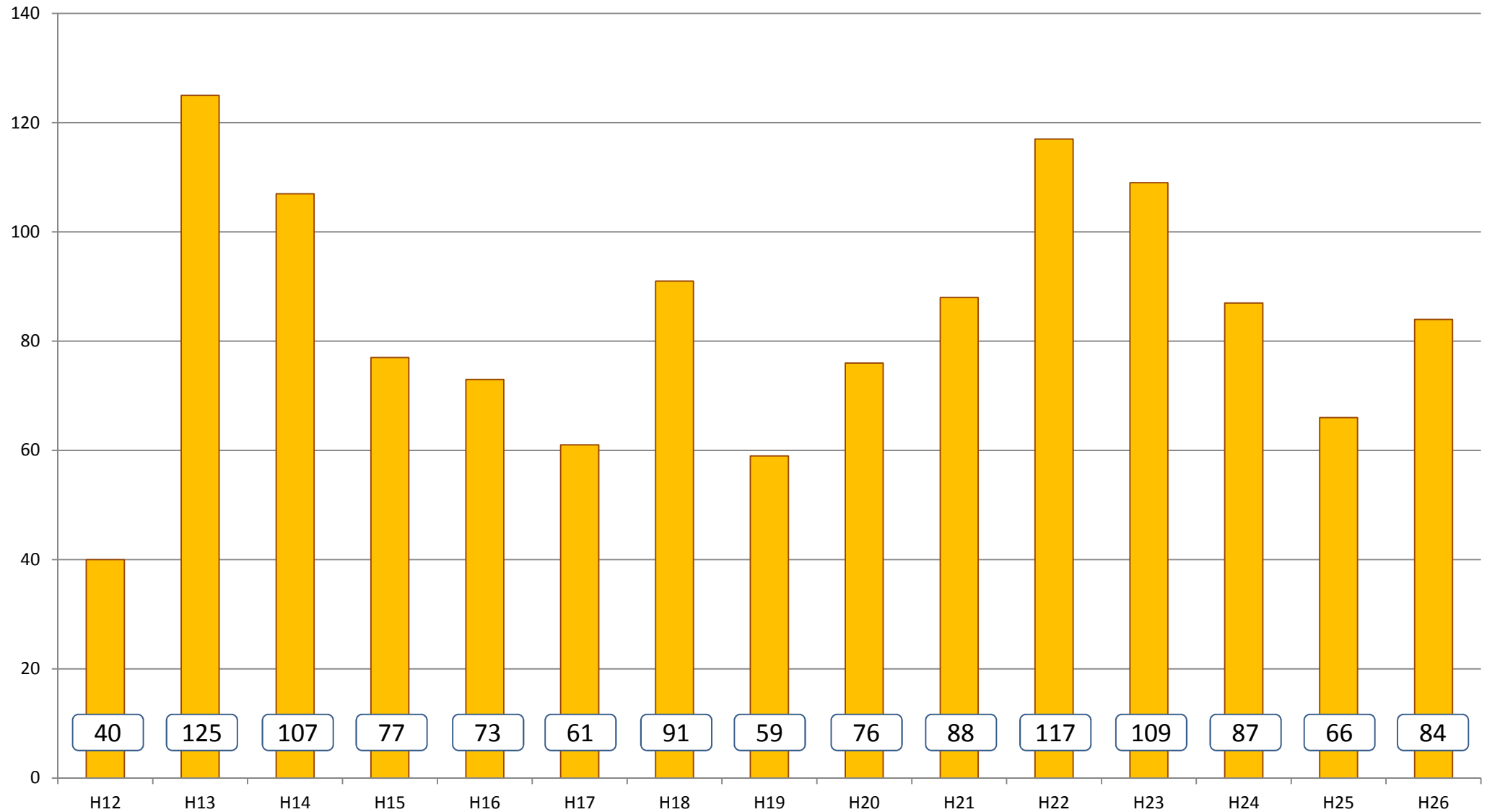
（3）事前調査の実施

措置入院の場合に準じるものとする。

なお、当該事前調査の対象者が事前調査を行うことができる状態にあることと、直ちに入院させなければ当該者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であることは矛盾するものではなく、例えば、具体的には医療保護入院及び応急入院のための移送の対象者は以下のような病状のものであること。

- ・当該精神障害による幻覚、妄想等の病状の程度が重篤であること
- ・自己の健康若しくは安全の保持に深刻な困難が生じていること又は直ちに入院治療を行わなければ状態が更に深刻な悪化をする可能性が高いこと
- ・入院治療によって当該精神障害による病状について一定以上の治療効果が期待できること

移送による医療保護入院の推移



都道府県・指定都市別の移送による医療保護入院の推移

	24年度	25年度	26年度		24年度	25年度	26年度		24年度	25年度	26年度
北海道	1	1	-	三 重	-	-	-	沖 縄	-	-	-
青 森	-	-	-	滋 賀	-	-	-	札幌市	-	-	-
岩 手	-	-	1	京 都	13	7	27	仙台市	-	-	-
宮 城	8	8	4	大 阪	2	1	2	さいたま市	-	-	-
秋 田	-	-	2	兵 庫	1	-	-	千葉市	-	-	1
山 形	5	7	12	奈 良	9	3	14	横浜市	-	1	-
福 島	38	29	7	和歌山	2	-	1	川崎市	-	-	-
茨 城	-	-	-	鳥 取	-	-	1	相模原市	-	-	-
栃 木	-	-	-	島 根	-	-	-	新潟市	-	-	-
群 馬	-	-	-	岡 山	-	-	1	静岡市	-	-	-
埼 玉	-	-	-	広 島	1	-	-	浜松市	-	-	-
千 葉	-	-	1	山 口	-	1	-	名古屋市	-	-	-
東 京	-	-	1	徳 島	-	-	-	京都市	6	7	24
神奈川	-	1	-	香 川	-	-	-	大阪市	-	-	-
新 潟	-	-	-	愛 媛	-	1	-	堺市	2	1	2
富 山	-	-	-	高 知	-	-	-	神戸市	-	-	-
石 川	-	-	-	福 岡	-	-	-	岡山市	-	-	1
福 井	-	-	-	佐 賀	1	2	1	広島市	1	-	-
山 梨	-	-	-	長 崎	-	-	-	北九州市	-	-	-
長 野	4	1	-	熊 本	1	1	3	福岡市	-	-	-
岐 阜	-	-	3	大 分	-	-	-	熊本市	1	1	3
静 岡	-	-	-	宮 崎	1	3	2				
愛 知	-	-	-	鹿児島	-	-	1	全国計	87	66	84

※単位は（件）。

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

入院制度に関する議論の整理（平成24年6月28日）

（概要）

＜精神保健福祉法で定める入院制度＞

- 自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。
（※）「保護者」は、精神保健福祉法に基づき精神疾患のある人につき一人決められることになっている。
- 1年間に精神科病院に入院する**38万人の4割（14万人）**が医療保護入院による入院
- このほか、本人の同意を得られない場合に、医療保護入院のために移送させる仕組みもある（「34条移送」）

＜医療保護入院の課題＞

- 本人の同意なく入院させている患者に対する**権利擁護が十分か。**
- 入院の必要性があっても**保護者の同意がなければ入院できない。**
- 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、**入院が長期化しやすい。**
- 本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間にあつれき生まれやすく、**保護者には大きな負担。**

医療保護入院の見直し

- ① **保護者による同意を必要としない入院手続き**とする。
- ② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、**入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入**する。
 - ◆入院当初からの院外の地域支援関係者の関与
 - ◆入院期限の設定と更新の審査の実施 等
- ③ 権利擁護のため、入院した人は、**自分の気持ちを代弁する人を選べる**こととする。
- ④ 早期の退院を促進するよう、**入院に関する審査を見直す**。
 - ◆精神医療審査会（都道府県の精神保健福祉センターに設置）に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与
 - ◆必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査 等

退院後の地域生活の支援

- ・本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入
- ・急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定で医療的支援を行う短期宿泊支援の導入

入院の契機（34条移送関係）

- ・34条移送の保護者の同意要件は外す。
- ・対象者の緊急性の要件の撤廃
- ・事前調査の明確化と地域支援関係者の参画

措置入院

- ・保健所の関わりの強化（入院中・退院時への関与を明確化）と相談支援との連携 等

今後、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めて行くことが必要。
また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行っていくことが必要。

2 保護者の同意を要件としない入院制度

(1) 保護者の同意を要件としない入院制度

- 保護者の同意を要件としない入院制度は、治療へアクセスする権利を保障しつつ、本人の権利を擁護するための仕組みが盛り込まれたものであるべきである。
- 検討チーム、作業チームの議論を踏まえると、具体的には、以下を柱とする手続きとすることが考えられる。
 - ① 精神保健指定医1名による診察での入院開始とするが、本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、入院当初から早期の退院を目指した取組を求め、そのために必要となる手続きとする。【→具体的には(2)、保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とするかとの論点については(5)】
 - ② 本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者(アドボケーター)を、選ぶことができることとする。【→具体的には(4)】
 - ③ 入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続きの一環と位置付けるとともに、本人又は代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す。【→具体的には(3)】

(2) 入院当初から早期の退院を目指した手続き

- 「入院当初から早期の退院を目指した手続き」としては、入院手続きに関する論点（保護者に替わる誰かの同意を必要とするかどうか、同意は必要ないとしても何らかの関与が必要ではないか、その時期は入院時とするか一定期間内で良いこととするか、誰が同意又は関与を行うか）、入院時の審査に関する論点、入院期間の制限に関する論点について、検討を行った。
- 検討チーム・作業チームの議論を踏まえると、具体的には、以下のような仕組みとすることが考えられる。
 - ① 入院後早期（例えば、72時間以内）に、院内で退院支援を担当する担当者が、本人（又は代弁者）や家族から、入院に至った状況、本人を取り巻く生活環境や、今後の生活に関する考えなどについて聞き取りを行い、退院支援を行う立場であることを本人や家族に対して明確にする。
 - ② 病院は、医師、看護師、退院支援を担当する担当者などにより、入院予定期間を記載した入院診療計画^(※1)を策定し、本人や家族に説明する。
 - ③ 入院から10日以内に都道府県に対して行う入院届（現行制度にもあり）と同時に、入院診療計画を都道府県に提出することとし^(※2)、第三者的な立場からの審査として、精神医療審査会で審査^(※3)を行う。
 - ④ 退院に当たって住まいも含め様々な支援の調整を行うなど退院後の受け皿となる地域の支援関係者との関係を本人が入院当初から築くことができるよう、本人又は家族の求めに応じ、入院後一定の期間内に、院外の地域支援関係者^(※4)が本人に面会することとする。
 - ⑤ 入院から1年までの間は、入院診療計画に記載した入院予定期間を経過する月を入院期限とし、院内の審査会で、必要に応じて本人（又は代弁者）の参画の下、院外の地域支援関係者との連携も図りつつ、入院期間の更新の必要性を審査^(※5)する。

(2) 入院当初から早期の退院を目指した手続き(続き)

- この論点については、
 - ・ 院外の地域支援関係者の関与に関して、外から人が入るのではなく、病院の中に信頼できるPSWをしっかりとつけて、退院するまでの支援を院内で責任を持って行う形とすべき、との意見があった。
 - ・ また、保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とするかどうかについては、複数の意見があった。
- 【→(5)に整理】

- (※1) 入院診療計画は、医療法第6条の4第1項等の規定に基づき、医療機関が患者を入院させる際に作成と患者又は家族への説明が義務付けられているものであり、その中では「推定される入院期間」を記載することとなっている。
- (※2) 都道府県が入院予定期間について把握することによって、入院期間が一律に長期になっている場合など、病院に対して、都道府県が毎年全病院に対して行っている実地指導の際、適切な指導を行うことが可能となる。
- (※3) 国際人権B規約第9条第4項では、「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」を求めているが、この「裁判所(原文ではcourt)」は、昭和63年に出された国際法律家委員会第2次調査団の「結論及び勧告」では、「このような裁判所は通常の裁判所(ordinary courts)」である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュナルであってもよいし、より正式にとらわれぬ手続きで運営されてもよい」とされている。国際人権B規約との関係では、精神医療審査会は「裁判所(原文ではcourt)」に当たるものと解されている。
- (※4) 院外の地域支援関係者は、医療機関に属さず、地域支援に知識・経験を有する人であり、例えば、相談支援事業所や地域活動支援センターの精神保健福祉士などが想定されるが、退院後の調整に円滑に結びつけることが目的であり、そのような資質を有した人が適切に業務を行うことを担保するため、必要な研修や都道府県による指定などの仕組みを整備することが必要である。その際、公的機関の責務についても明確にすることが必要である。
- (※5) 病院における審査が適切に実施されているかどうかについては、都道府県が毎年全病院に対して行っている実地指導の際、確認し、必要な指導を行うことが可能である。

(3) 入院中の審査の在り方

- 現在の精神医療審査会は、当事者の権利を擁護するため機関として設けられているが、次のような課題がある。
 - ・ 審査件数が膨大であるため、形式的な審査にならざるを得ない。
 - ・ 書面審査が中心であり本人の参画の機会が十分に確保されているとは言えない。
 - ・ 病院からの定期病状報告に記載される内容は入院患者の病状のみであり、退院に向けたプロセや必要となる支援を踏まえて審査を行うことができない。
 - ・ 退院命令の効力が極めて強い(従わなければ懲役を含む刑罰の対象)一方、審査結果として退院に向けた助言ができる仕組みになっていない。
 - ・ 構成員に、当事者の権利を代弁する人が入っていない。
- 現在の精神医療審査会に関する課題の解決を目指し、早期の退院を目指した手続きの一環としての審査とするためには、検討チーム・作業チームの議論を踏まえると、具体的には、以下のような仕組みとすることが考えられる。
 - ① 入院時の審査 【→(2)③を再掲】
 - ・ 入院から10日以内に都道府県に対して行う入院届(現行制度にもあり)と同時に、入院診療計画を都道府県に提出することとし、第三者的な立場からの審査として、精神医療審査会で審査を行う。
 - ② 入院から1年まで 【→(2)⑤を再掲】
 - ・ 入院から1年までの間は、入院診療計画に記載した入院予定期間を経過する月を入院期限とし、院内の審査会で、必要に応じて本人(又は代弁者)の参画の下、院外の地域支援関係者との連携も図りつつ、入院期間の更新の必要性を審査する。
 - ③ 入院から1年経過すると
 - ・ 病院から都道府県に対し、現在の定期病状報告の内容である入院患者の病状に加え、退院に必要となる支援や環境調整等の内容を記載した報告を行うこととする。
 - ・ 精神医療審査会では、病院からの報告を受けて、入院の必要性があるかどうかを審査するとともに、退院のために必要となる支援についても検討し、地域相談支援の利用、退院支援計画の作成など退院に向けた具体的な指示を行うことができるようにする。

④ 入院から1年経過後、特に慎重な審査を要する場合

- ・ 特に慎重な審査を要する人については、精神医療審査会は、その病院に出向き、本人やその代弁者及び医療関係者の意見を聴いた上で審査を行う。

○ また、より機動的に運用できるよう、精神医療審査会の構成を見直すことが考えられる。

(4) 本人の考えを代弁する人の関わり

- 本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者(アドボケーター)を、選ぶことができる仕組みを導入すべきであることについては意見は一致した。
- 検討チーム・作業チームの議論の中では、保護者の同意要件が外れ、保護者の責務規定が削除された場合でも、家族も本人とともに治療に関わることができる仕組みを残しておく必要があるとの意見があった。家族は医療保護入院の同意を本人の意思に反して行うことを余儀なくされてきたが、本人が代弁者として家族を選ぶとすれば、文字通りの家族として本人と関わる事が可能になる。
- また、代弁者の仕組みがあることで、入院中の審査の手続きに本人が参画することも容易になる。
- こうした仕組みを実施するに当たっては、家族など代弁者になるべき人がいない人についても、適切に選ぶことができるよう、代弁者を選ぶ際に必要な手続きについて具体的に検討することが必要であると考えられる。
- 代弁者には本人が同席する、同席できない場合は代弁者から本人に情報提供するなど、本人が不在にならないような仕組みとすることが必要である。

(5) 保護者の同意に替え、誰かの同意を必要とするかどうかとの論点

- 検討チーム・作業チームでは、保護者による同意を削除する以上、精神保健指定医1名の診断のほかに誰かの同意が必要ではないかとの意見があった。
 - ・ 精神保健指定医1名の診断と同時に、別の精神保健指定医による診断が必要とする意見（すなわち、精神保健指定医2名による診断が必要とする意見）
 - ・ 入院してから一定期間内に、別の精神保健指定医又は別の医師（病院の管理者等）による診断が必要とする意見
 - ・ 精神保健指定医1名の診断と同時に、地域支援関係者の同意又は関与を必要とする意見
 - ・ 精神保健指定医1名の診断のほかに、裁判所による承認が必要とする意見^(※1)
- これに対しては、以下のような意見があった。
 - ・ 入院の判断を厳しくするよりも、入院をさせた上で適切な医療を提供し、早期に退院させることを目指すべき。
 - ・ 医療に関しては医師が全責任を負っており、その法的責任を免れることはできず、医師以外の誰かの同意がなければ入院させられないということはない。
 - ・ 新たに誰かの同意を必要とすれば、入院の必要性がある場合でも、保護者が同意しなければ適切な医療に結びつかないという医療保護入院の制度的課題を解決できない。
 - ・ 現に医療保護入院者数が年に14万人に上っている現状、精神保健指定医や地域支援関係者の確保の面から、こうした仕組みの導入は現実的ではない。

(※1) 国際人権B規約第9条第4項では、「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」を求めているが、この「裁判所(原文ではcourt)」は、昭和63年に出された国際法律家委員会第2次調査団の「結論及び勧告」では、「このような裁判所は通常の裁判所(ordinary courts)である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュナルであってもよいし、より正式にとられぬ手続きで運営されてもよい」とされている。日本の制度では、入院届に対する精神医療審査会の審査で、国際人権B規約第9条第4項は満たされていると解されて(ここまでは(1)※1を再掲)おり、これに加え、さらに裁判所(ordinary courts)による審査を必要とする国際規範上の要請は存在しない。現に、イギリス、フランスなどには、司法を介さない非同意入院の仕組みが存在している。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア－1〕退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

〔ア－2〕本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

〔イ〕地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

〔ウ〕関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

現行の相談支援体制の概略

相談支援事業名等	配置メンバー	業務内容	備考
基幹相談支援センター 総合支援法77条 (市町村の地域生活支援事業) 77条の2 (基幹相談支援センター)	定めなし(地活要綱例示) 相談支援専門員 社会福祉士 精神保健福祉士 保健師 等	総合支援法77条1項3号4号 (地活要綱) ・総合的・専門的な相談の実施 ・地域の相談支援体制強化の取組 ・地域の相談事業者への専門的な指導助言・人材育成 ・地域の相談機関との連携強化 ・地域移行・地域定着の促進の取組 ・権利擁護・虐待の防止	左記業務内容実施に向けた人員配置と研修の実施 ■1,741市町村中 367市町村(H26.4)21% →429市町村(H27.4)25% ■309カ所(H27.4)
障害者相談支援事業 (地域生活支援事業の必須事業) 実施主体:市町村→指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者への委託可	定めなし	(地活要綱) ・福祉サービスの利用援助(情報提供、相談等) ・社会資源を活用するための支援(各種支援施策に関する助言・指導) ・社会生活力を高めるための支援 ・ピアカウンセリング ・権利擁護のために必要な援助 ・専門機関の紹介 等	地域の実情に応じた役割・機能分化による。委託と基幹は一体化、一体的運営も考えられるが、業務及び業務量の整理等市町村の体制整備を検討の上実施 ■全部又は一部を委託89% 市町村で直営実施11% ■単独市町村で実施55% ※H27.4時点
指定特定相談支援事業所 指定障害児相談支援事業所 (特定事業所加算事業所)	常勤・専従3名の相談支援専門員、うち相談支援専門員(現任)1名以上	計画相談支援等 サービス利用支援、 継続サービス利用支援 ※ 24時間連絡体制の確保や、困難事例への対応なども必要。	地域の相談の質の向上、底上げを目指す ■224箇所(指定特定相談支援事業所)、138箇所(指定障害児相談支援事業所)※H27.11請求事業所数
指定特定相談支援事業所 指定障害児相談支援事業所	専従の相談支援専門員(業務に支障なければ兼務可)、管理者	計画相談支援等 サービス利用支援、 継続サービス利用支援	■5,942ヶ所(H26.4) →7,927ヶ所(H27.4)
指定一般相談支援事業所	専従の指定地域移行支援従事者(兼務可)、うち1以上は相談支援専門員、管理者	地域相談支援等 地域移行支援 地域定着支援 等	■2,887ヶ所(H26.4) →3,299ヶ所(H27.4)

※ 相談支援窓口としては上記の他、障害者就業・生活支援センターや発達障害者支援センターなどがあり、地域生活支援事業による補助等で運営。

障害福祉サービス等の体系（相談支援に係る給付）

相談支援系

サービス名		利用者数	施設・事業所数
計画相談支援者児	【サービス利用支援】 ・サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 ・支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続サービス利用支援】 ・サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） ・事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨	108,810	6,713
障害児相談支援児	【障害児支援利用援助】 ・障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 ・給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	26,838	3,110
地域移行支援者	住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	496	290
地域定着支援者	常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	2,313	434

相談支援に係る給付

(注)1. 表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。
2. 利用者数及び施設・事業所数は平成27年12月サービス提供分の国保連データ。

精神障害者の意思決定支援に関する調査研究（障害者総合福祉推進事業）

平成24年度

『精神障害者のアドボケイトを担う人材及び精神障害者における成年後見制度のあり方について』

- ・ 団体及び当事者へのインタビュー調査、日中系事業所利用者等へのアンケート調査を実施し、検討委員会において検討。



代弁者の必要性を明らかにするとともに、代弁者の定義を提案

平成25年度

『精神障害者の意思決定の助言・支援を担う人材の養成及び実施について』

- ・ 先行事例の調査研究（医療機関へのアンケート調査、訪問インタビュー調査）を実施し、意思決定の助言・支援のフロー（案）を作成。
- ・ 支援フロー（案）における精神障害者の意思決定の助言・支援の具体的な実施方法や実施に当たっての留意点について、分析・考察。



意思決定の助言・支援を行うための具体的な方策の検討と支援フロー案を提案

平成26年度

『入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業』

- ・ 平成25年度に作成された「精神障害者に対する意思決定及び意思表明に関するフロー」に基づき、モデル事業を実施。
- ・ 事業の課題を把握し、それを踏まえた事業実施マニュアルを作成。



精神障害者の意思決定及び意思の表明についての今後の在り方に関する政策提言について取りまとめ

平成27年度

『入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業』

- ・ 検討委員会を設置し、モデル事業の実施状況及び調査・検討状況の客観性や妥当性について評価や助言を得ながら、平成26年度研究で明らかとなった課題等を踏まえ、①意思決定についてのモデル事業を実施し、精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する支援マニュアルの作成を行い、②精神障害者の意思決定及び意思の表明に関する研修を行い、③アドボケータ機能の枠組みの提示と、それぞれの枠組み内容に係るアドボケータガイドラインを作成。



精神障害者の意思決定支援に関する基本的考え方や姿勢、具体的方策等を提示

意思決定支援の在り方及び成年後見制度の利用促進の在り方に関する調査研究 (障害者総合福祉推進事業)

平成25年度(基礎的調査研究)

- ・ 意思決定支援について、障害者団体や事業者団体等へのアンケート調査や海外の文献調査
- ・ 成年後見制度について、知的障害者・精神障害者の家族等に対する成年後見制度の利用実態調査やヒアリングの実施



意思決定支援及び成年後見制度に関する実態や課題を整理した。

平成26年度(実践的調査研究)

平成25年度の基礎的調査研究を踏まえ、

- ・ 意思決定支援に関係する有識者等により構成される検討会議を設置し、支援場面に応じた具体的な意思決定支援方法の研究及びその効果を検証
- ・ 成年後見制度の利用につながりにくい要因を類型化し、それぞれに対する成年後見制度の利用促進策の研究及びその効果を検証



具体的な意思決定支援方法や成年後見制度の利用促進策等に関する報告書を取りまとめた。

平成27年度(実践的継続研究)

平成25年度の基礎的調査研究、平成26年度の実践的調査研究を踏まえ、

- ・ 意思決定支援ガイドライン(案)に社会保障審議会障害者部会の検討内容を反映し、さらに精査するとともに、支援現場において意思決定支援ガイドライン(案)に基づいた支援を試行的に行った結果を収集し、事例としてまとめる。



意思決定支援ガイドライン(案)をさらに精査し、事例を収集しまとめる。

成年後見制度の概要

○ 認知症、知的障害、精神障害などにより物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度。

【法定後見制度】

家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人等（成年後見人・保佐人・補助人）が選ばれる制度。本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。

	後 見	保 佐	補 助
対象となる方	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
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、市町村長など（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）
制度を利用した場合の資格などの制限	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど（注5）	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど	

（注1） 本人以外の者の申立てにより、保佐人に代理権を与える審判をする場合、本人の同意が必要になります。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じです。

（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ます。

（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・取消権の範囲とすることができます。

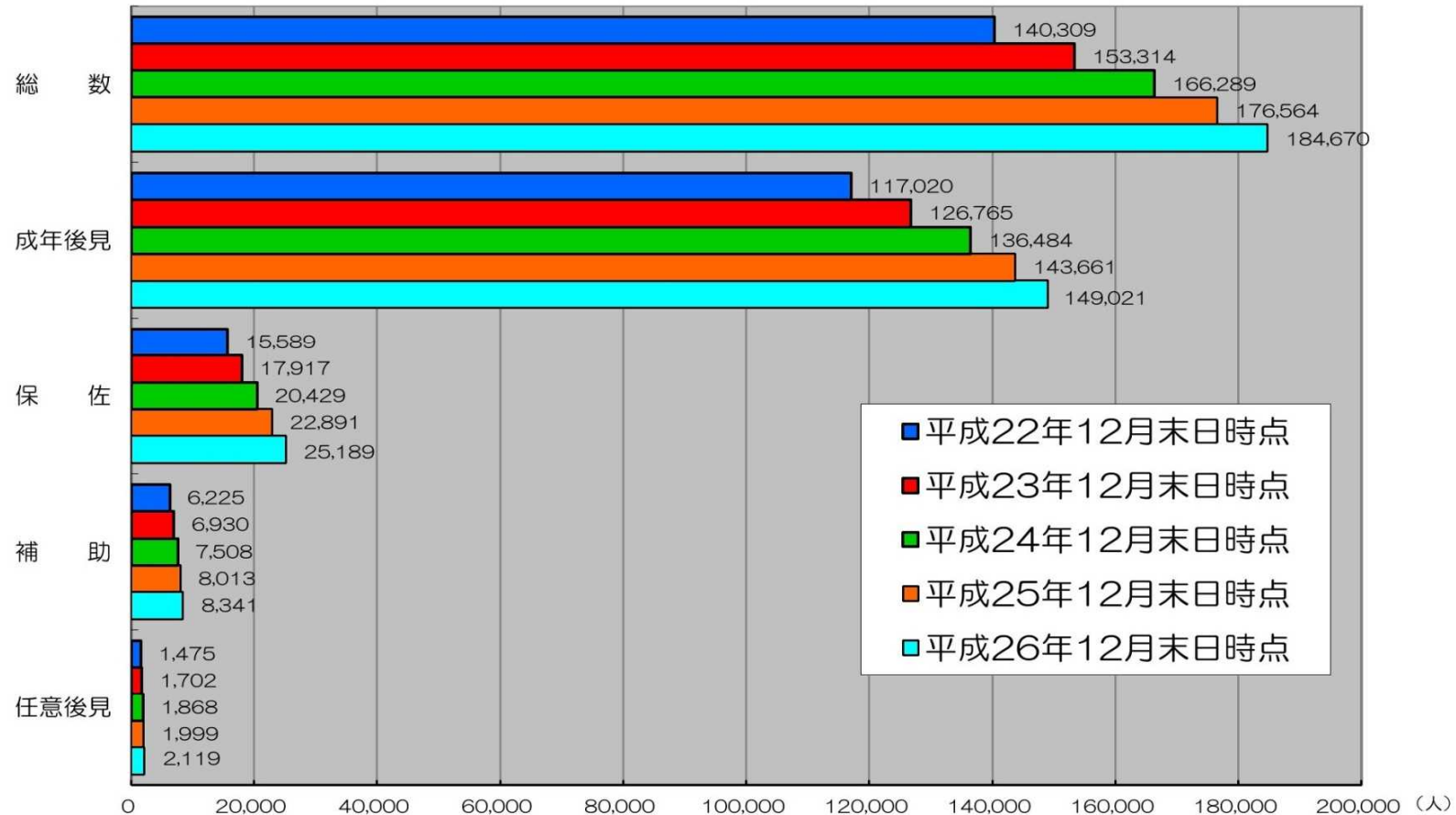
（注4） 日用品の購入など日常生活に関する行為は除かれます。

（注5） 公職選挙法の改正により、選挙権の制限はなくなりました。

法務省ホームページより抜粋

※ この他、本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく任意後見制度がある。

成年後見制度の利用者数の推移

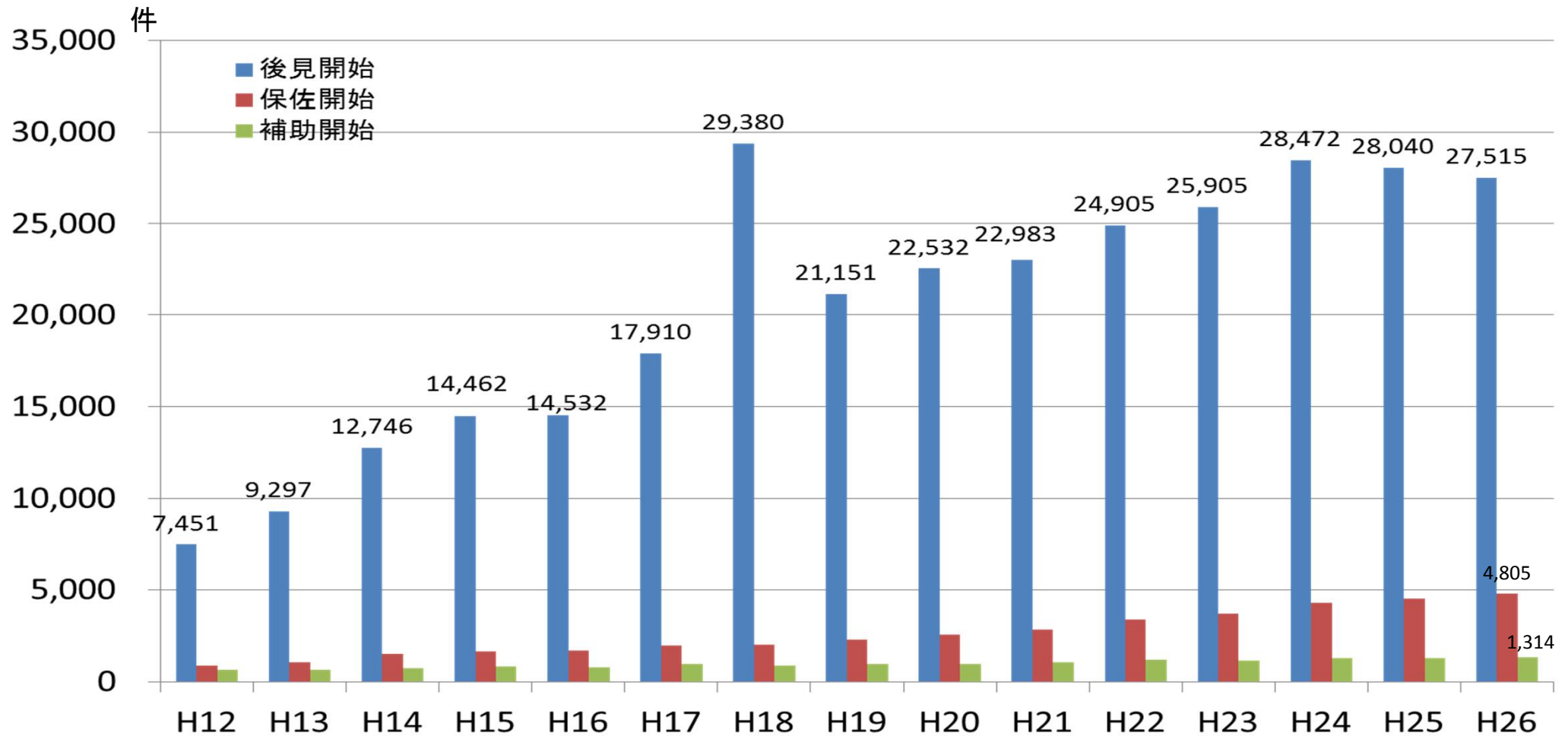


(注1) 成年後見制度の利用者とは、後見開始、保佐開始又は補助開始の審判がされ、現に成年後見人等による支援を受けている成年被後見人、被保佐人及び被補助人並びに任意後見監督人選任の審判がされ、現に任意後見契約が効力を生じている本人をいう。

(注2) 成年後見制度の利用者数は、平成22年から調査を開始した。

出典：成年後見関係事件の概況(最高裁判所事務総局家庭局)

成年後見関係事件申立件数の推移



※平成18年は、障害者自立支援法の全面施行に伴う、施設入所者の申立等で大幅に増加

出典：成年後見関係事件の概況(最高裁判所事務総局家庭局)

注：平成12年～平成19年までは、4月～3月の数値。平成20年からは、1月～12月の数値。