

# 医療保護入院制度について

## 1 医療保護入院の制度と現状

### (1) 医療保護入院の制度

#### (入院時の手続き)

- 医療保護入院は、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を対象<sup>①</sup>として、本人の同意がなくても、精神保健指定医の診察及び保護者の同意があれば<sup>②</sup>入院させることができる入院制度である。

#### ◆精神保健福祉法(抜粋)

第33条 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるとき<sup>②</sup>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<sup>②</sup>、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<sup>①</sup>であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にない<sup>①</sup>と判定されたもの
- 二 第34条第1項の規定により移送された者

- ・ 保護者が選任されていない場合には、4週間に限り、扶養義務者の同意により医療保護入院が行われる。  
(※) 保護者になりうる人が、その間に家庭裁判所から保護者の選任を受ける。
- ・ 保護者になる人がいない場合、又は保護者が義務を果たせない場合は、市町村長が保護者となる。
- ・ 基準に適合する精神科病院では、緊急やむを得ない場合、精神保健指定医の代わりに、特定医師の診察により、12時間に限り、本人の同意がなくても入院させることができる。

### （入院中の手続き）

- 精神科病院の管理者は、入院後 10 日以内に都道府県知事に届け出ることとなっており、精神医療審査会において、入院の必要性があるかどうか審査を行う。

その後は、12 か月ごとに、都道府県知事に定期報告を行い、精神医療審査会において、入院の必要性があるかどうか審査を行う。

### （退院時の手続き）

- 退院については、精神科病院の管理者の判断と、保護者の同意により決められる。

## （２）医療保護入院の現状

### （入院患者数）

- 精神科病院へ入院している患者数は約 31 万人であるが、そのうち、医療保護入院によるものが 4 割を占めている。

（※）精神科病院入院者数：31.3 万人

|        |           |
|--------|-----------|
| 任意入院   | ： 18.5 万人 |
| 医療保護入院 | ： 12.5 万人 |
| 措置入院   | ： 1800 人  |

- 医療保護入院は、平成 11 年を境に増加傾向に転じている。  
これは、
  - ・ 平成 11 年の法改正により、医療保護入院の対象者が明確化された（任意入院を行う状態にない人）こと
  - ・ 認知症による入院患者の増加などが影響しているものと考えられる。

### （在院期間）

- 1 年未満が約 35 %、1 年以上 5 年未満が 30 %、5 年以上が約 35 %となっている。

(※) 任意入院：1年未満が約4割、1年以上5年未満が約3割、  
5年以上が約3割

措置入院：1年未満が約6割（3か月未満だけで約5割）、  
1年以上5年未満が約2割、5年以上が約2割

### **(年齢構成別)**

- 65歳以上の占める割合が年々増加しており、現在では5割近くになっている。

65歳以上の医療保護入院者を在院期間別に見ると、1年未満が約35%、1年以上5年未満が約35%、5年以上が約30%となっており、その割合には大きな変化はない。

### **(疾病分類別)**

- 統合失調症が最も多いが、人数には大きな変化がない。  
一方、認知症は、人数としてはまだ多くはないものの、年々増加傾向にある。
- また、統合失調症の中で医療保護入院の占める割合は約4割なのに対し、認知症の中で医療保護入院の占める割合は増加傾向にあり、6割近くになっている。

## **(3) 医療保護入院の制度の変遷**

- 明治33年に制定された精神病者監護法により、配偶者、4親等内の親族又は戸主等は、行政庁の許可を得て、精神病者を自宅に監置することができるとされていた。
- 昭和25年に制定された精神衛生法により、精神病者監護法が廃止され、精神病院（当時のママ）の長が診察の結果、精神障害者であり、医療及び保護のために入院の必要があると認める場合で保護義務者の同意がある場合は、本人の同意がなくても入院させることができるという「同意入院（保護義務者の同

意による入院)」の制度が創設された。

- 昭和62年改正において、「同意入院」の呼称が、患者本人の同意がある入院と誤解されるおそれがあったため、入院の基本的な目的が「医療及び保護のため」という点にあることにかんがみ、「医療保護入院」という名称に改められた。また、患者の同意を得ずして入院させるものであることから、措置入院等と同様に、その入院の必要性の判断に当たっては、指定医の診察結果に基づくことが必須の要件とされた。

さらに、緊急を要するケースについて、保護者が遠方に居住しているため連絡がつき難い、先順位の保護者であることの確認ができにくい、家庭裁判所の選任を受けていないなどの事情から、医療保護を早くしようとするあまり、入院時に保護者の同意を得ないまま入院が行われるケースが問題とされたことから、扶養義務者の同意による医療保護入院及び応急入院の制度が創設された。

また、入院の必要性や処遇の妥当性を審査する精神医療審査会制度が創設され、「同意入院」の入院時報告、定期報告や退院請求等について審査が行われることとなった。

- 平成11年改正において、本人の同意に基づかない強制入院の一形態である医療保護入院が医学的な理由でなく社会的な理由等により適用されている不適切な事例も生じていたことから、医療保護入院の適切な運用を図るため、医療保護入院の要件として任意入院が行われる状態がないものとした。

また、それ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もあった。他方、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も発生していた。このため、移送の制度が創設された。

- 平成17年改正において、精神保健指定医に代わり特定医師の診察により、12時間を限り、医療保護入院、応急入院を行うことができる特例措置制度が新設された。

## (4) 医療保護入院の法的性格

### (判例(下級審))

- 医療保護入院は、精神障害者の医療および保護を目的として保護義務者(当時のママ)と精神病院(当時のママ)の管理者が行う有償の準委任契約であり、精神障害者本人という第三者のためにする契約としての性質を有するものという下級審もある。

(※) ただし、以下の昭和48年判決では、第三者のためにする契約としながらも、受益の意思表示を不要とする特約が結ばれているという解釈が示されている。

#### (注1)「有償の準委任契約」

当事者の一方が報酬つきで事実行為(＝医療行為)をすることを相手方に委託し、相手方がこれに承諾すること。医療契約は、法律行為でない事実行為であるため「準委任契約」であり(委任は、「当事者の一方が法律行為をすることを相手方に委託し、相手方がこれを承諾することによって、その効力を生ずる。」(民法第643条)とされている。)、民法上(準)委任は無償が原則であるため、「有償の」とされている。

#### (注2)「第三者のためにする契約」

契約当事者ではない第三者が、他人間の契約から利益を受ける関係。生命保険、贈与等、様々な契約に存在する。医療保護入院では、保護者と精神科病院管理者との間で契約が成立し、契約当事者でない精神障害者本人が治療を受けられるようになることから、このような構成がとられている。

○民法(明治29年法律第89号)

(第三者のためにする契約)

第 537 条 契約により当事者の一方が第三者に対してある給付をすることを約したときは、その第三者は、債務者に対して直接にその給付を請求する権利を有する。

2 前項の場合において、第三者の権利は、その第三者が債務者に対して同項の契約の利益を享受する意思を表示した時に発生する。

### <判例 1>

○ 東京地裁判決昭和 48 年 8 月 17 日（判時 740 号 79 頁）は、元同意入院者が、病院を相手取り、診断書の交付を求めた民事訴訟である。

○ 裁判所の判旨は次のとおりである。

- ・ 同意入院も、精神障害者本人についてみれば、即時強制に似た強制措置としての性質を帯びるが、それは、厳密には同意入院が成立した場合に精神衛生法が行う公法的規制にすぎず、同意入院の成立には何よりも保護義務者という私人の意思が必要である。
- ・ 同意入院の基礎に保護義務者の意思に淵源する私法上の契約、すなわち精神障害者の医療および保護を目的とする有償の準委任契約（保護義務者と精神科病院の開設者の間の契約）が存在する。
- ・ これは、そもそも精神障害者の医療及び保護を目的とするものであるから、第三者のためにする契約としての性質を有するものである。
- ・ ただし、精神障害者は有効な受益の意思表示をなしうるとは限らないため、特約で第三者たる精神障害者は、受益の意思表示をまたずに当然に治療および保護のため適切な措置を求める権利を取得すべきものと定められたものとみるのが相当である。

○ 本件では、医師法第 19 条の規定の解釈により原告の請求が容認されている。

### <判例 2>

- 東京地裁平成 2 年 11 月 19 日判決（判時 1396 号 95 頁）は、同意入院者が、国及び八王子市を相手取り、入院の際の手續の不備について損害賠償を求めた民事訴訟である。
- 裁判所の判旨は次のとおりである。
  - ・ 同意入院の制度は、一般の疾病の場合と同様に治療のための任意の入院契約が成立していること、又は、精神障害者に意思能力がないなどのために入院契約の効力に疑問がある場合においては、精神障害者本人又はその扶養義務者等、治療を求める者との間に任意の入院契約の外形があることを前提とするものである。
  - ・ 保護者の同意の手續は、措置入院の際の厳格な手續と同等かそれ以上の機能を果たすことを予定しているものと解するのが相当である。
  - ・ これは、そもそも精神障害者の医療及び保護を目的とするものであるから、第三者のためにする契約としての性質を有するものである。
- 本件では、八王子市長の同意を違法とし、原告の請求が容認されている。

（参考）他の考え方

- 医療契約という観点からは、代理権の認定又は事務管理として捉えられるか検討する余地がある。
  - （１）保護者に代理権が認められると解釈する考え方は、本人が医療を受け、費用を負担するという観点からの説明が容易である。しかしながら、本人が拒んでいる行為について本人の意思の代理を觀念することができるかという課題がある。
  - （２）民法上は、養子縁組の際に、法定代理人が子を代理して縁組契約を締結するという身分行為が存在する。

○民法（明治 29 年法律第 89 号）

（十五歳未満の者を養子とする縁組）

第七百九十七条 養子となる者が十五歳未満であるときは、その法定代理人が、これに代わって、縁組の承諾をすることができる。

- ・ 代諾は、治験においても存在する。

○医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 9 年厚生省令第 28 号）

（定義）

第 2 条

19 この省令において「代諾者」とは、被験者の親権を行う者、配偶者、後見人その他これらに準じる者をいう。

（文書による説明と同意の取得）

第 50 条 治験責任医師等は、被験者となるべき者を治験に参加させるときは、あらかじめ治験の内容その他の治験に関する事項について当該者の理解を得るよう、文書により適切な説明を行い、文書により同意を得なければならない。

2 被験者となるべき者が同意の能力を欠くこと等により同意を得ることが困難であるときは、前項の規定にかかわらず、代諾者となるべき者の同意を得ることにより、当該被験者となるべき者を治験に参加させることができる。

（3）また、民法上の事務管理は、本来は義務でなく、むしろそれを行えば違法となる可能性がある行為—無断で他人の事務に関与すること—について、当該行為をめぐる権利義務関係を調整する制度であり、例えば保護者のような「誰か」に義務を負わせる根拠となるものではないことを踏まえれば、通りがかりの人が病院に運び込んだような場合しか想定できず、保護者としての同意が必要な医療保護入院の制度とはなじまないのではないかという課題がある。

## （費用の負担について）

- 医療保険制度に基づけば、療養の給付に伴う負担金は、療養を受けた者が負担することとされており、結果的に、入院医療の行われた精神障害者本人が負担することとなる。

この点、精神保健福祉法第 42 条及び精神保健福祉法詳解によれば、保護者は支出した費用について、精神障害者又はその扶

養義務者に費用償還の請求権をもつとされている。

先述の昭和 48 年判決では、「精神衛生法が予定しているように入院に要する費用を精神障害者側に負担させることも、当該契約によって基礎づけることが可能となる」としている。

○健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）

（一部負担金）

第 74 条 第 63 条第 3 項の規定により保険医療機関又は保険薬局から療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該給付につき第 76 条第 2 項又は第 3 項の規定により算定した額に当該各号に定める割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関又は保険薬局に支払わなければならない。

- 一 七十歳に達する日の属する月以前である場合 百分の三十
- 二 七十歳に達する日の属する月の翌月以後である場合（次号に掲げる場合を除く。） 百分の二十
- 三 七十歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、政令で定めるところにより算定した報酬の額が政令で定める額以上であるとき 百分の三十

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）

（医療及び保護の費用）

第 42 条 保護者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。

## 2 医療保護入院が生じる事例

- 今後の議論をより具体的に行っていくため、医療保護入院が生じる典型的な事例を例示した。
- 作業チームでは、例示した 6 事例につき、①どのような背景、判断で医療保護入院に至ったのか、②医療保護入院に至らない

ためには、どの時点で、どのような支援が必要だったのか、③退院するためには、どのような状態になっていることが必要か、④どのような支援（医療面、福祉・生活面）があれば、より早期に退院することが可能か、について検討を行った。

（別紙参照）

### 3 検討に当たっての留意点

- 医療保護入院に関する議論を進めるに当たって、現時点で考えられる留意点を事務局において整理した。

#### （留意点 1） 医療保護入院の二面性

- 医療保護入院は、
  - ・ 本人にとっては、強制性を伴う入院である一方、治療にアクセスすることができる、
  - ・ 家族にとっては、本人の意思に反する入院の手続きを取ることが大きな負担になる一方、本人に治療を受けさせることができる、

制度であり、本人、家族いずれにとっても、利点と問題点のいわば「二面性」があると言える。

その中で、本人にとっての「強制性」と、「保護者の負担」が課題となっている。

#### （留意点 2） 医療保護入院制度自体の持つ制度的課題

- 現在の医療保護入院制度には、本人の同意が得られない中で、（留意点 1）で挙げた「治療へアクセスする権利を保障する」という利点があるものの、入院の必要性の判断に加え、保護者による同意という構成をとっているため、
  - ・ 保護者の同意がなければ、入院の必要性があつたとしても入院できない、

(※) この点は、逆に、むやみに入院させることを保護者が防いでいるととらえることも可能。

- ・ 本人が退院したくても、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、という制度的な課題を持っている。

### **(留意点 3) 治療へアクセスする方法**

- 現在は、医療保護入院が治療へアクセスする権利を保障するために設けられた唯一の制度であるが、他に医療保護入院を代替する手段があるか。

(※) 保護者に対する責務規定のうち「治療を受けさせる義務」に関連し挙げた論点。平成23年9月8日の「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」等では、治療へアクセスするための方法の例として、①精神障害者アウトリーチ推進事業、②諸外国における継続通院処遇、③結核治療に関する例(DOTS)を紹介した。

### **(留意点 4) 地域精神保健福祉における対応**

- 自傷他害のおそれはないとしても、精神疾患による症状のために、本人が苦しむことがあることはもちろん、家族や周囲の人、地域住民が何らかの負担を感じていることも多い。

現実には生じうるこうした問題に対して、地域精神保健医療福祉の観点から、医療保護入院以外でどのような解決方法が考えられるか。

### **(留意点 5) 保護者以外による代替の可能性**

- 「保護者の負担」の課題に対して、「保護者以外の者が同意する」形で課題解決を図ることが可能か。

◆ 特に、保護者による同意を、行政や司法が代替しておこなうべきとの意見があるが、以下の観点から慎重な検討が必要。

- ① 現在の保護者の役割を行政や司法が担う場合、公的機関が関わることで、性質上措置入院に近くなり、「強制性」がより強まる恐れがある。(障害者制度改革推進会議総合福祉部会においても、当事者委員

から強い反対意見が示されている。)

- ② 行政や司法の関与が入院医療費の自己負担の公費負担化につながるとすれば、現在の財政状況の下では実現性が極めて乏しい。(精神疾患による入院医療費は約1.4兆円である。医療保護入院による医療費自己負担は、粗く計算すると、600億円～800億円程度。)
- ③ 現在の医療保護入院者数から考えると、行政、司法とも実務的には対応することは極めて困難である。(1か月当たりの医療保護入院による入院者数は約1万人であり、1保健所当たり1月に20件程度となり、平日は毎日医療保護入院に対応する計算になる。)

#### **(留意点6) 医療保護入院の継続期間**

- 入院時の手続きだけではなく、入院後の医療保護入院の継続期間について、実際の状況や分析を踏まえながら、着目できないか。

#### **(留意点7) 「入院に同意できない」状況の分類**

- 統合失調症に代表されるように、病識がないために入院を明確に拒んでいる場合と、再発を繰り返している統合失調症患者や、認知症に代表されるように、判断能力自体が減退しているために入院に対する意思表示が困難な場合を、分けて考えることが可能か。

### **4 医療保護入院に関する論点**

- (1) 入院に至る前の対応
- (2) 現行の医療保護入院の在り方
- (3) 入院中、退院時、退院後の対応
- (4) 医療費負担のあり方

## (1) 入院に至る前の対応

- 精神疾患の症状が出て、生活上の問題が生じた場合に、「治療へアクセスする」という観点から、医療保護入院以外に、地域精神保健医療福祉の面でどのような解決方法が考えられるか。

### 【作業チーム構成員の意見】

- 家族からの相談に応じて相談支援の介入をする機会を早めにつくることが大切。本人の不信感が出てきたときに解決に取り組むのは、これまでは医療か家族であったが、そこに相談支援が入ってくるべき。(岩上構成員)
- 相談支援事業者やピアサポーターが、かわりをもっておくことで、将来親が亡くなった場合にいつの間にか社会的入院になってしまう人たちを未然に防ぐことができる。(岩上構成員)
- まずは保健師と一緒に相談に行き、名刺を置いてくることから始める。日常生活の相談から、段々と相談支援の内容につながり、在宅での生活が可能になる。(上原構成員)
- 精神障害者になぜそんなに相談支援が必要なのか理解できない。住宅、ピアサポート、ホームヘルパー、レスパイトの4本柱が重要。相談員は、本人の回復する力を取り戻せばよいのであって、これにはピアサポートが重要。(広田構成員)
- アウトリーチは保健所だけで行っていたが、精神疾患患者の数が増え、精神疾患に関する知識も増えたので、今や保健所だけでは対応しきれなくなった。案件も優先順位をつけて対応しなければならず、そのため保健所の対応が悪いといわれてしまうこともあるかもしれない。(鴻巣構成員)
- 保健所が近隣からの苦情を受けたとき、保健師が訪問して医療機関への受診につながるケースもある。しかし、訪問しても家の中に入れてもらえず、結局大きな騒ぎになって警察が介入して入院に至るケースもある。できるだけ警察ではなく、相談支援機関へつなげるという啓発が大事である。(笹井構成員)
- 家族からの相談を受けたときにできるだけ早期に訪問して医療に結びつける早期対応、急に症状が悪くなったときのための精神科救急の充実、緊急時の医療の必要性の判断や医療機関への受診の支援体制の充実、治療を継続するための精神科訪問看護の充実、受診中断に対する医療機関からの訪問、保健所等

の支援機関との連携などを充実させるべき。(笹井構成員)

- 保健所により、取組に差はある。保健所の人員に限界があるので、嘱託の精神科医の雇用や地域の関係機関との連携の強化など様々な取組により、地域全体の精神保健福祉活動の充実を目指している。なお、保健師等の人員数は、国としての一定の基準はあるが、地方自治体の判断で決めている。(笹井構成員)
- 保健所に相談しても、話を聞いてもらえるだけで対応してもらえなかったということばかり聞いてきた。保健所で相談を受けると言われても、家族としては実際に対応してもらえなかったら何も変わらない。困った人がどこへ行ったらいいのか制度的にしっかり位置付けてほしい。(良田構成員)
- 本人が薬の必要性を理解できないのであれば、アウトリーチなどで補完する支援が必要。地域生活を支えるサービスは、現在、身体障害者と知的障害者がメインであるため、精神の医療に基づくサービスが十分に提供されておらず、スタッフのレベルも現場に十分に対応できるものになっていない。(千葉構成員)
- 本人が嫌だと言っている中、治療中断としてどこまで医療機関がおしかけているのかは疑問。強制的に介入することは人権問題となりかねない。地域の対応としては、医療というより保健の問題だと感じる。(千葉構成員)
- この論点は、入院制度をどうするのかというテーマとは一致しない。日本の精神保健医療福祉をどうするかという、根本にかかわる大きな問題である。(河崎構成員)
- 本人、家族が困ったときに、入院以外の手段としてレスパイト機能をどこかにもたせるべき。また、ショートステイを利用しやすいようにできればすべき。(河崎構成員)
- トラブルが発生した際、訪問して本人を説得し、医療につなげる努力をすべき。そして、本人の気持ちをしっかり聞いて、家族との環境調整をすることが重要である。解決しない場合、強制入院は本人への損害が大きいので、生活施設にしばらくの間強制的にでも連れて行って、医療を提供しつつ落ち着かせることができないか。(野村構成員)
- 疾患にかかる前、あるいは症状が出ていないときに、あらかじめ入院をどうするかなどの意思を伝えておく制度があればよいと考える。(野村構成員)
- 医療保護入院になるのは、本人の認識の低下と治療を受けることに対して積極的に理解できないケースであるが、本人が精神疾患に対する理解をもってい

れば、最初の受診のタイミングなど、本人も自分の利益を判断して対応できる。精神疾患について国民全体の理解度を深める教育がされていない。（千葉構成員）

- メンタルヘルス・リテラシーが重要。小中学校の頃から、中核症状と周辺症状について最低限知ってほしい。（堀江構成員）

## （２） 現行の医療保護入院の在り方について

- 自傷他害のおそれはないが、治療の必要があり、同意をすることが困難な人がいる以上、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はないか。
- その際、保護者の同意を要件とすることが適切か。
- 保護者の同意を要件としない場合、どのような手続きが考えられるか。
- 病識がなく入院に同意できない人と、判断能力が低下していて入院に同意できない人を分けて考えることが可能か。

### 【作業チーム構成員の意見】

- どうしても本人が同意できずに非自発的に入院する事態も起こり得る。そのような場合に、医療機関はどうすれば治療が許されるのかは法律にしっかり書いてほしい。（河崎構成員）
- 医療保護入院がなくなっていくのかという議論が求められている。措置入院には該当しないが、医療が必要で任意入院にならない人に対する制度をどうするか。入院を必要最小限にする努力や入院の成果などは考えていきながら、制度の在り方を議論するべき。（白石構成員）
- 自分は保護者の役割を果たしたいという家族もいるのではないか。そのような家族の権利的な面についてまでなくすのかどうか。（河崎構成員）
- 医師としては、早く良くなってほしいから治療しているのであり、介入も早く回復するために行っている。法整備も性善説で捉えて進めてほしい。（千葉構成員）
- 過去に強制入院に同意せざるを得ないと感じたのは、開放病棟では本人の人権を守れないと感じたとき。いい医療が提供できれば、入院して損する患者ばかりで

はなくなる。(広田構成員)

- 病識がない人、自分を守る機能が低下している人に適切な医療を提供することは、人権を守ることにつながる。権利を守る入院であることをはっきりさせるために「人権擁護入院」という名称にしてはどうか。(堀江構成員)
- これからの議論は、家族の同意義務は必ず廃止する方向で進めてほしい。(野村構成員)
- 治療へアクセスする唯一の手段が医療保護入院であるならば、それに変わるものを考えなければならない。(良田構成員)
- これまでの家族に委ねるやり方が社会的入院を生み出してきたという歴史的経緯を忘れてはならない。今までと同じ制度では同じことになるので、英知を集結し、必要なら人と金もつけるべき。(良田構成員)
- 入院を自己決定できない人について、どういう手続で入院させるかが問題だが、真に医師が有効と判断する場合に、医療につなげる仕組みはあっている。保護者の同意が不要であるとして、次の点に留意すべき。①制度の目的・必要性(医療の必要性)、②任意入院を優先すべきこと、③強制入院は期間制限をすべきこと、④期間更新の際は、複数の医師の判断と透明な審査会の審査があること、⑤できれば退院の基準を作ること、⑥強制入院している人の不服申立の制度を確保すること。(磯部構成員)
- 病識がない方をだまして病院に連れて行くというのと、そもそも判断能力のない認知症の方を医療保護入院にするのとでは、医療に対する同意の欠如といってもケースがだいぶ違うと思われる。(久保野構成員)

### (3) 入院中、退院時、退院後の対応

- 入院中の権利擁護の観点から、入院後の医療保護入院の継続期間についてどのように考えるか。
- 家族関係や地域での受け皿の問題などで入院期間が延びる状況が生じないために、どのような対応が必要か。

【作業チーム構成員の意見】

- 入院中の権利擁護手段についても検討すべき。(岩上構成員)
- 医療保護入院者であっても、治療を行って本人が治療の必要性を認識できるようになったら任意入院に変えるということは、日常的に行っている。(河崎構成員)
- 私の病院では、2週間に一度、全ての病棟のスタッフを集めて、医療保護入院の適正さについてコメントを集めている。本人が治療の必要性を理解しており、治療計画も適切に作られていれば、任意入院に変わる例も多い。多くの病院でそのようにしているのではないか。(千葉構成員)
- 患者のために医療保護入院に切り換えるといっても、その後、医者などから何も説明を受けずにずっと入院しているケースが多いような話も聞く。(堀江構成員)
- 一人一人の権利を擁護するために入院させるのであれば、一ヶ月くらいで医療が終わる人は多いのではないか。一ヶ月は医療保護入院として加算もつけてきちりとやり、その後は任意入院にしていく区切りがよいのではないか。(堀江構成員)
- 家族との関係が問題なら世帯分離をすべき。(広田構成員)
- 自宅に帰ることが困難だからといって入院が続くのはいけない。家族関係が良くないと入院が長引いて本人の不利益になることもあるので、自宅以外の選択肢も作るべき。(良田構成員)
- 地域移行のための退院パスや地域連携パスは、これからの精神科医療の中で最もキーワードとなる重要な取組。(河崎構成員)
- 強制的に入院させられる恐怖心は、拘束され外に出られないことに加え、いつ出られるか分からないこと。入院したときにどういう人がどう関わるかを本人に伝えることが必要であり、本人の安心感につながる。そういうことを制度化してほしい。(良田構成員)
- 入院期間が延びる状況については、家族問題だけではなく、地域における環境整備も重要ではないか。(久保野構成員)

#### (4) 医療費負担のあり方

- 現行制度でも、医療保護入院による入院医療費の自己負担は、本人（又は扶養義務者）が負担する仕組みとなっているが、保

護者の同意を要件としない制度とした場合、医療費負担をどのように考えるか。

【作業チーム構成員の意見】

- 最後は医療費の問題もある。制度を変えたとき、どうするか。すべて公費負担という考え方もあるだろうが、医療保護入院は感染症法上の入院とも異なり、財政面も考えると、厳しいのではないか。（町野構成員）
- 家族に費用を求めるのはあまりに過酷な負担。家族に求めることで、医者が入院すべきと判断し、本人が入院したいとしても、親が入院費を負担しないため入院できない問題も生じている。（野村構成員）
- 費用負担は一般の医療と同じように考えるべき。医療機関もお金にシビアになり、インフォームドコンセントがしっかりと行われるようになるのではないか。また、公費負担にすると、入院させたがる家族はいくらでもいるし、更に入院促進になる。（広田構成員）
- 誰が利益を受けるのか、受益の所在に注目すべき。本人が医療を受けてよくなるのであれば、本人に負担を求めることは公的な制度としても適切。（磯部構成員）
- 本人の健康の問題なので、基本的に本人が払うべき。本人が払えない場合、障害福祉サービスの負担は、配偶者間の問題にまで狭められている時、医療に関しては扶養義務者に負担させるのは時代に逆行している。（良田構成員）
- 障害年金や生活保護により、本人が生計を立てられるようにケースワークが行われており、本人が支払えないことはない。（千葉構成員）
- 本人に負担能力がなければ、生活保護の申請ができる。一般的には医療費は本人が負担することになる。公的に負担すれば、精神科の病気は特別という印象を植え付けることにならないか。（岩上構成員）

## (別紙) 医療保護入院が生じる典型的な事例

＜事例 1＞ 未治療、統合失調症、家族同居、徐々に状態悪化  
医療保護入院から任意入院に変更後、退院

### 【患者の状況】

- ・ 25歳男性、母親と同居。父親は本人が大学入学直後に病死。県外に嫁いだ姉が一人。学校の成績も上位。大学卒業後、地元役場に事務職として勤務。

### 【相談までの経緯】

- ・ 入庁直後から、「愛想がない」「声が小さい」等、直属の上司に日に数回注意される状況が続くが、誰にも愚痴を言うこともなく我慢していた。
- ・ 入庁3ヶ月を過ぎた頃から、不眠が続く、職場を遅刻、早退する回数が増える。また、「上司や同僚が自分の悪口を言っている」と県外に住む姉に昼夜構わず、電話をするようになる。
- ・ 半年後、職場で空笑、独語が目立ち、「自分の行動を上司が妨害している」と言い、上司の事務書類を破いたり、暴言があり、自宅待機となる。

### 【入院が必要と判断した理由】

- ・ 自宅待機となったが、「自分の悪口を言っている」と言い、毎日、職場に電話し、上司や同僚に暴言を吐く。心配した姉と母が、電話帳で見つけた総合病院精神科を受診、精神保健指定医から「早急に受診するように」との指示あり。
- ・ 「母親の血圧の具合が悪いので受診に付き添ってほしい」と本人に伝え、了承を得る。内科ではなく、精神科の待合室に行った途端、本人は、「騙したな」「自分を患者扱いにしている」と騒ぎ出す。
- ・ 診察では、興奮しながら「上司が自分の悪口を言い、行動を妨害する」との繰り返し。精神保健指定医が「悪口が聞こえるのは病気であり、入院して治療すると早く落ち着く」と説得するも本人は納得せず、母と姉に罵声を浴びせ、入院を拒否。
- ・ ①幻聴による迷惑行為があること、②母や姉に対する暴力行為が予期されること等から、精神保健指定医が医療保護入院による入院が必要と判断し、母の同意を得て医療保護入院となる。

### 【入院中の状況】

- ・ 入院直後は落ち着かず、上司や母に「騙したな」と手紙や電話をかけることもあったが次第に落ち着く。入院1ヶ月後から、入院生活技能訓練等に参加し、病気への対応等について学び、「自分は病気だったのか」と度々、口にするようになる。
- ・ 入院2ヶ月後、精神保健指定医が「病識がついた」と判断し、任意入院に変更。
- ・ 入院3ヶ月後、自宅への外泊を繰り返し、入院4か月目に退院。

### 【退院後の状況】

- ・ 退院直後から、精神科デイケアを利用。並行して、職場に週1回程度出勤し、簡易な仕事に従事。本人の同意を得て、職場の上司に対して、主治医が病状や就労時の対応について指導をする。
- ・ 退院3カ月後から職場の理解を得て短時間勤務となり、再入院せず生活継続。

### ＜事例1＞に関する作業チームにおける検討

- 会社メンタルヘルスの専門家がいたら、もしかしたら、つながりができて落ち着いて、自主的に受診できたかもしれない。自宅に待機となったときに、自宅を訪問して本人を説得し、医療につなげる支援があったらよかったと思う。（野村構成員）
- 孤立しない職場づくりが最大の介入で、これは職場の人間関係のせいで起きたような印象。（広田構成員）
- 家族は素人なので、心配しつつ、どうしていいかわからない、どこに相談していいかわからないと、大分迷っていた時期があったのではないかと。姉が電話帳で総合病院を調べているが、それだけ情報がなくて、家族が関わっている時間が延びてしまうということがある。また、関わりの中で本人もそれなら病院に行ってみるかという気持ちになる時期もあると思う。できるだけ早いうちに情報を家族に提供して、相談できる方がいい。また、復帰してからのいろいろなケアがないと服薬中断や病状悪化の危険性があるので、しっかりとケアがなされるべき。（良田構成員）
- 臨床の場合では、迷惑行為は要因として考えても、それだけで医療保護入院とはしない。入院して治療すると早く落ち着く、説得するも本人は納得をせずといった点が一番重要な要件になる。どの段階で介入するかは、昼夜構わず電話をするようになったときに、家族として本人の変調なり精神的な問題に関して相談できるチャンスがなかったのかと思う。その後、半年経ってから職場でのいろんな問題が起こってきているようなので、この半年間に何か治療的な介入をするチャンスがかなりあったのではないかと。（河崎構成員）
- 3か月ぐらい前のところに治療介入のポイントがあって、もしかしたらこの時点では、本人が不眠もあり、調子が悪いことを自覚していたかもしれず、受診に対しての抵抗感はあまりなかったのではないかと。（千葉構成員）
- 家族が何とか病院に連れて来た段階で、介入せずに帰してしまうと、今度は「騙したな」と家族に対するネガティブなものが出てくる危惧も感じる。そういう感情が病状に対してもいい影響にならない。むしろこの時点では、強制的に治療を開始して、早く家族へのネガティブな感情も回避できるような介入をしていくべきだろう。この4例では、このタイミングでの医療保護入院の判断は妥当である。（千葉構成員）

＜事例２＞ 治療中断、統合失調症、家族同居、徐々に状態悪化  
医療保護入院から退院

【患者の状況】

- ・ 28歳女性。両親と3人暮らし。高校卒業後、自宅近くの洋品店に勤務していたが、中学校の時に好きだった男子学生の声が聞こえるようになり、24歳の時に1年間、任意入院。
- ・ 退院後、病院デイケアに通いながら過ごしていたが、市保健師の勧めで、就労継続B型事業所に通所。その頃、高校時代の同級生と付き合いは始める。

【相談までの経緯】

- ・ 発症後、50キロだった体重が20キロ増え、彼氏から「デブ」「痩せろ」と言われ、気にするようになる。高校時代の友人に相談したところ、「薬を止めれば、痩せる」と言われ、日に3回の服薬を1～2回に減らしはじめる。
- ・ 服薬を減らしたところ、頭の中がスッキリし、体重もわずかながら減ってきたことから、服薬を3日に1回とする。しかしながら、2週に1回の通院を4週に1回に通院し、薬だけはもらっていた。
- ・ 中断3カ月目ごろから、化粧が歌舞伎役者のように派手になり、就労継続B型事業所のサービス管理者が化粧の派手さを注意したところ、本人が興奮し、職員や通所者に暴言を吐く。

【入院が必要と判断した理由】

- ・ 心配した市保健師が母親に連絡したところ、「自室の押し入れの中に薬を隠していた。薬を飲むよう説得しても親を罵倒する。不眠もあるようだ」とのこと。
- ・ 市保健師が訪問すると、化粧がより一層、派手になっており、「自分は病気が治った」と繰り返すのみ。市保健師が「治ったどうか確認したいので、病院に行って証明してもらいましょう」と本人を説得し、母親と一緒に同行受診。
- ・ 病院では「病気が治った証明書をお願いします」と主張し、精神保健指定医が、薬の必要性や副作用について説明したが、全く受け付けない。本人は自宅に戻ろうとするが、母親に制され、言い争いになる。
- ・ 精神保健指定医は、①服薬中断しており、より一層の病状悪化が懸念されること、②事業所や家族への暴言等の迷惑行為があることから、医療保護入院が必要と判断し、母親の同意を得る。

【入院中の状況】

- ・ 入院当初は「家に戻る」との繰り返しであったが、前回入院した時に知り合った女性と同室になり、その女性と様々、話をするようになる。
- ・ 同室の女性から誘われ、作業療法やレクリエーションと一緒に参加するようになり、病状も落ち着く。また、薬剤師から薬の効用や副作用について指導を受ける。
- ・ 彼氏や母親も週に1度面会に来て、「皆、待っているから」と励ます。
- ・ 入院3カ月後、病状が落ち着き、服薬管理可能と精神保健指定医が判断し、退院。

【退院後の状況】

- ・ 退院1ヶ月後から、入院前に通所していた就労継続支援B型事業所に通所再開。
- ・ 彼氏や母親が随時、服薬確認を行い、在宅生活を継続している。

### ＜事例 2＞に関する作業チームにおける検討

- 治療中断をどう防げたのかということが1つの観点。ずっと2週間に1回の通院を規則的にやっていた患者が4週に1回の通院になった、しかも、そのときは薬だけしかもらわないようになってきたというときに、例えば家族に最近の様子はどうかというアプローチをしているような医療機関もある。(河崎構成員)
- 事例を見た途端に、減薬のスピードが早過ぎたのではないかと思う。最後の方に、薬剤師から薬の効用や副作用について指導を受けると書いてあるが、医療機関から本人や家族に、薬の効用や副作用をちゃんと伝えているのだろうかと感じる。(堀江構成員)
- 服薬状況を家族が本人に気づかれるような形で管理すると、非常に関係が悪くなり、下手をすると病状の悪化にもつながるので、医者の指導で本人が自律するようにしてほしい。家族からは、家での様子を治療に協力する範囲でお伝えすることはできるが、それ以上に介入すると、かえって本人との関係が悪化して、治療によくない結果になるような気がする。(野村構成員)

＜事例３＞ 未治療、統合失調症、独居、近隣住民からの苦情が発端  
医療保護入院から任意入院に変更後、退院

【患者の状況】

- ・ 26歳男性、高校卒業後上京し、スーパーの警備員として就職。不規則な勤務形態だったことから3年程で退職。
- ・ その後、ウェイター、居酒屋の店員等、職を転々とし、実家とも次第に疎遠になる。25歳の時にパチンコ店の清掃業務の仕事に就き、店近くのアパートで暮らす。

【相談までの経緯】

- ・ 転職当初、真面目に仕事に取り組んでいたが、次第に、同僚や来店客にも「自分は神様の身代わりである」と話しかけ、店長に注意されることが多くなる。
- ・ 転職2カ月後、無断欠勤したため、同僚がアパートを訪れると、壁に意味不明の文章を羅列した紙をいたる所に貼っていた。本人はその紙を見ながらブツブツと何かを呟いていたが、同僚が声をかけると「今、神様と対話していた」と話す。

【入院が必要と判断した理由】

- ・ 転職3カ月後から、「神様と対話する」と言い、夜中に念仏のような口調で大声で騒いだり、太鼓を激しく叩く。アパートの両隣や階下の住人が苦情を言っても、本人は「邪魔をしないでください」と繰り返すのみ。そのため、隣人が警察に電話。
- ・ 近くの交番の警官が訪問したところ、部屋は荒れ放題で、呪文のような言葉を唱えながら、太鼓を叩き続ける本人の状態があった。警官は精神疾患でないかと判断し、管轄保健所に警察官通報（精神保健福祉法第24条）する。
- ・ 保健所保健師が訪問し、「神様と話をするには気力と体力が必要なので、身体の調子をみてもらいましょう」と、病院受診。
- ・ 精神保健指定医は、①幻聴による迷惑行為があり「本人は神様との対話である」と主張し、病気であることを認識できていない、②病状から入院治療が必要であるが、本人の理解を得られないことから、医療保護入院が必要と判断し、市町村長同意の手続きをすることになる。

【入院中の状況】

- ・ 入院直後、「神様との対話を邪魔するな」と職員に暴言を吐き、不穏状態になったため、1週間、保護室での対応となる。
- ・ 1カ月後、独語が続いていたが、病棟職員と会話ができるようになり、渋々ではあるが、病棟行事にも参加するようになる。
- ・ 3カ月後から、作業療法に参加するが集中できず、「疲れたので帰ります」という状況が1ヶ月程続く。作業療法士が粘り強く支援し、次第に参加時間が長くなり、また、本人の病気についての理解も深まり、任意入院に変更となる。
- ・ 6カ月後、自立訓練（宿泊型）利用が決まり、退院となる。

【退院後の状況】

- ・ 独語は時々見られるが、入所者と特にトラブルもなく過ごしている。
- ・ 服薬については、サービス管理責任者の支援を受けながら定期的に服薬している。

### ＜事例３＞に関する作業チームにおける検討

- 太鼓をたたき続ける、部屋が荒れ放題、呪文のような言葉を唱えて近隣に迷惑をかける。これで警察が呼ばれることはあるだろうが、24 条の警察官通報がこれですぐに成立するのか。（河崎構成員）
- すべては現場の警察の判断。恐らく通報するぐらいであるから、昼夜を問わず度合いが激しかったのだろう。他害行為は非常に判断が難しい。（鴻巣構成員）
- こういうケースには、枚方保健所はかなり関わっていると思う。近隣の人や、通報の前に警察からこのような苦情について相談があり、病気かもしれないと思われる場合には、保健師や精神保健福祉相談員が様子を見に訪問することがある。何回か訪問して、本人に会えた場合には一緒に病院を受診しましょうということで受診できることがたまにある。したがって、こういう苦情の場合に、警察にすぐ持っていくのではなくて、できるだけ相談機関につないでいただきたいという啓発をしていくことが非常に重要だと考えている。ただ、本人や家族から来てほしいという話ではない場合には、すぐに家に入るということはできない。（笹井構成員）
- 疎遠ではあるけれども家族がないわけではないというケース。いつも現場では判断に迷い、一生懸命何とかつてをたどって家族の方に連絡を取ろうとする。しかしここではすぐに市町村長同意が行われており、違和感を感じる。（千葉構成員）
- 私が関わった事例で、アパートに暮らしていて大騒ぎするので、周りの人がみんな引っ越してくれと言っていて、大家さんも立ち退きを求めている。親族はいないけれども、保健所かどこかの手配でようやく妹が見つかった。ところが、妹が訪ねてきたら、姉は病気ではありません、ですから一切関わらないでくれと言った。そのためその方はそこにずっと住んだままで周り中が迷惑をしていた。仕方がないから、そのアパートを提供した不動産屋さんが御自分でお金を払って次の物件を見つけてあげて、引っ越していただいたという事例があった。家族が関わるのが果たしていいことなのかどうか。（野村構成員）
- 私の経験では、市町村長同意はそんなに簡単には出なかった。（良田構成員）

＜事例４＞ 頻回入院、統合失調症、独居、近隣住民からの苦情が発端  
医療保護入院を継続

【患者の状況】

- ・ ４８歳女性。２０歳のときに５歳年上の男性と駆け落ちし、その後、実家とは音信不通。
- ・ ２５歳の時に「誰かに追われている」と夫に訴えるようになり、精神科病院を受診。統合失調症と診断され、３カ月任意入院。その後も、服薬を中断しがちで、医療保護入院を２回、任意入院を５回繰り返す。
- ・ 次第に認知機能や生活能力の衰えが目立ち、家事のほとんどを夫が行うようになる。

【相談までの経緯】

- ・ 本人が４５歳の時に、夫が交通事故で死亡。夫の遺族年金と生命保険を取り崩し暮らしていた。次第に、家にこもり、通院も不規則となり、不眠が続く。
- ・ 夫の死亡から１年後、ゴミを収集日に捨てず、家の中にため込み、また、ゴミ収集所に捨てられた大型ゴミも家の中に持ち込むようになる。
- ・ 次第に家の前にもゴミを積み上げ、異臭がひどく、往来にも支障をきたすようになる。困り果てた隣人が市役所の環境担当課に相談し、その担当者が自宅を訪問した。

【入院が必要と判断した理由】

- ・ 環境担当者が訪問したところ、自宅の中、外にもゴミがあふれ、いわゆる「ゴミ屋敷」状態であった。本人は、玄関先で「これは必要なものです」と繰り返すのみで、担当者と目を合わせようとしない。
- ・ 環境担当者が、本人の行動が精神的なものではないかと判断し、市保健師に相談。市保健師が訪問したところ、悪臭にも関わらずゴミの中で身を潜めていた。
- ・ その後、市保健師が、数回訪問するうちに、本人が精神科の治療歴があることを把握。本人を説得し、病院受診に同行。精神保健指定医から入院について説明されても、「病院よりも家で隠れていた方が安全」と言い張り、入院について同意せず。
- ・ 精神保健指定医は、①服薬中断しており、病状悪化の恐れや健康管理面への影響が想定されること、②妄想による近隣への迷惑行為があり、病状悪化により迷惑行為が拡大する懸念があることを勘案し、市町村長同意による医療保護入院が必要と判断した。

【入院中の状況】

- ・ 入院直後から１カ月間、食事、トイレ、風呂以外は、布団にくるまり、ブツブツ言いながら過ごす日々が続く。看護者の声かけで次第に、病棟のホール等で過ごす時間が長くなるが、他の患者と交流することもなく、独りで過ごしている。
- ・ 入院３カ月後、作業療法への見学参加をするが、作業療法士が活動を促しても、全く反応せず、すぐに横になろうとする。
- ・ 診察時も、精神保健指定医が話しかけても、目をあわせようとせず、独語が続く、会話が成立しない状態。
- ・ 入院後６カ月経過しても、同様の状況が続いており、精神保健指定医の判断により医療保護入院の継続となっている。

#### ＜事例4＞に関する作業チームにおける検討

- 処方している以上は、きちんと飲む薬について説明する義務を負っていると認識している。現在は薬剤情報としてプリントアウトをして、渡すことにしている。それでわからなければ窓口で薬剤師に聞いてもらう。(千葉構成員)
- 薬の説明は紙ではだめ。このまま飲まないと眠れなくなって、眠れないということは、ない音が聞こえる幻聴につながってと、いろいろなことを一般人のわかりやすさで言うてもらうことが、ほとんどの場面でできていない。それを徹底してほしい。(広田構成員)
- 7回の入院があつて、入院中に説明をしないではいけないので、説明はされているけれども理解をしてもらえていないと解釈せざるをえない。そうなった場合には、何かで補完しなくてはならない。どうやって補っていけるかが地域生活の中で求められる。訪問看護、あるいはデイケアなどのサービスに行っていれば、もう少し本人を支える形ができていただろうし、まさしくアウトリーチで支えるべき事例。(千葉構成員)
- ごく普通の話だが、主人を亡くして希望がない。希望がないところで薬は効果がない。生きがいや将来の希望をどうやって地域のサポート体制でつくっていくのかという問題であるにもかかわらず、そういうことのできる人はほとんどいない。(堀江構成員)
- 結核の場合、本人、家族に十分説明して同意を取って、保健師の面接や訪問の時に、服薬を確認している。最近では薬局の協力を得て、薬をもらいに行ったときに、その場で飲んでもらったり、飲んだ後の空き袋をチェックして、薬を確実に飲んでいのかどうかを確認している。このような治療中断の防止対策が全国的に行われている。精神疾患の方の服薬中断を防止するために、家族や周りの友人、個々の作業所や職場で他の人が薬をちゃんと飲んでいのかを、チェックすることはできるものなのか。(笹井構成員)
- 作業所に16年ぐらい勤務した経験からすれば、作業所では服薬のチェックはできない。不安定になってきたかどうかは感じることはできて、本人と一緒に了解を得た上で病院とよく連絡を取り合う程度までしかできない。(野村構成員)
- 通院が不規則になったところで、外来通院をしているときの医療機関がチェックをちゃんとして、訪問もしてくれるようになると非常に助かる。(野村構成員)
- 服薬を医療側、福祉側が管理している人ほど飲み忘れる。入院しているから逆に自分で習慣を持たず薬の重要性を認識していない。(広田構成員)

＜事例 5＞ 未治療、アルツハイマー型認知症、家族同居、家族の負担感増大が発端  
医療保護入院から退院

【患者の状況】

- ・ 78 歳女性、娘夫婦と同居、既往症無し。
- ・ 元来温厚な性格で、家族や近隣とトラブルを起こすこともなかった。

【相談までの経緯】

- ・ 趣味の俳句教室に通っていたが、「会員の中で自分の財布を盗んだ人がいる」等の訴えが続き、そのため、利用者とのトラブルとなり退会する。
- ・ 退会後は、家でテレビをみたりしながら過ごす、娘に「財布や洋服を勝手に処分した」と日に何度も訴えるようになる。
- ・ その後、「隣人が、財布を盗んだので探してくる」と言い、隣家へ侵入しようとして、何度も警察沙汰になり、近所との関係も悪化する。
- ・ また、毎晩、娘夫婦の寝室に入り、「財布がないか調べる」とたんすや引き出しの中をかき回す行為や夜中に大声を出し、家族が本人の行動に振り回される。
- ・ 娘婿が「仕事に支障がある」という理由で別居したため、娘が本人の介護を終日対応するようになり、娘の疲労感がピークとなる。娘の疲れ具合に気づいた民生委員が地域包括支援センターの保健師に相談し、精神科病院を紹介される。

【入院が必要と判断した理由】

- ・ 娘が買物を口実に外出に誘い、本人と一緒に精神科病院を受診。
- ・ 精神保健指定医が入院の必要性について何度も本人に説得する。しかしながら、連れて来られた場所も病院であるということも認識できず、「家に帰りたい」「ここにいる間にも財布を盗まれてしまう」との訴えを繰り返すのみ。
- ・ 本人が①治療や入院の必要性を認識できないこと、②在宅で治療するには現在の介護環境から鑑みると B P S D<sup>(※)</sup>の悪化の恐れがあると精神保健指定医が判断し、娘の同意で医療保護入院となる。

【入院時の状況】

- ・ 入院直後、夜間不穏状態が続き、3 日間保護室、身体拘束の対応となる。
- ・ 保護室で過ごした後は、多床室となるが、同室者に「財布を盗んだ」との訴えたためにトラブルとなり、再度 1 週間、保護室での対応となる。
- ・ 入院 1 カ月後、「物を盗まれる」という訴えも落ち着き、多床室でトラブルなく過ごせるようになる。
- ・ 入院 3 カ月後、介護支援専門員による働きかけにより、介護保険サービス利用の目途がつき、在宅生活が可能と考えられたことから、精神保健指定医の判断により、自宅への退院となる。

【退院後の状況】

- ・ 介護支援専門員が、家族への介護負担を配慮し、認知症対応通所介護、短期入所生活介護等の介護保険サービスと訪問看護の組み合わせによるケアプランを作成。
- ・ 本人は、サービスを拒否することなく、落ち着いて生活をしている。

(※) BPSD : Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)

#### ＜事例 5＞に関する作業チームにおける検討

- 家族が家の中で認知症の母を介護してきた。しかし、最終的に家族の疲労がピークになったということで、最初に地域包括支援センターの保健師に相談している。ここから精神科病院を紹介されたというルートはよくある話だと思う。また、現場の精神科医療としては、現実的に認知症の BPSD で、入院当初隔離室に入ることは中にはあるが、身体拘束にまで至ることほとんどないと思う。(河崎構成員)
- 保健師に相談、あるいはその前ぐらいのところで、もう少しいろんな支援の仕方があったように思う。娘の負担を軽減するためのサービスの利用だったり、あるいは娘に対しての認知症のケアに関しての支援とか、そういったサポートがもう少しあるべきだった。(千葉構成員)
- こういう相談を地域包括の職員が受けたときに、本当に認知症なのかどうかの診断を受けているのかははっきりしないのであれば、その地域の中で精神科病院が診断をきっちり付ける役割を果たしているのだとすれば、まず医療機関で診断してもらうことは当然あり得る。また、精神科病院に初めて紹介されてきたときに、本当に入院が必要かどうかの観点からして、もっと地域の介護保険サービス等を利用すべきだという判断を精神科病院がすれば、そちらへ紹介したり、地域のサービスの利用につなげていくことが本来の精神科病院の姿である。(河崎構成員)
- 精神科病院に認知症の人を軽々しく入れるのか。それよりも前にヘルパーだとか地域包括支援センターとかがあがあるが、そこは一体何をやっているのか。(堀江構成員)

＜事例6＞ 治療中、統合失調症、家族同居、家族とのトラブルが発端  
医療保護入院を継続

【患者の状況】

- ・ 24歳男性。高校卒業後、自宅近くの自動車部品製造工場で勤務していた。就職2年後、「誰かに追われている」の訴えがあり、そのため、仕事を辞めて自室に引きこもるようになる。

【相談までの経緯】

- ・ 次第に、昼夜逆転の生活で、家族が用意した食事を夜中に摂り、母親以外の家族とは顔も合わせない生活が2年程続く。また、身なりにも全く構わず、髪の毛も伸び放題、母親が促してシャワーだけを月に1回浴びる程度。部屋の中もマンガや雑誌で散らかっている。
- ・ 母が町の福祉相談に行き、対応した精神保健福祉士から、精神科での治療を勧められ、母親が本人を説得し、近隣の精神科病院を受診。3カ月間の任意入院となる。

【入院が必要と判断した理由】

- ・ 退院後3ヶ月位は、病状が落ち着き、通院も定期的に行っていたが、次第に自室にこもり、母親以外の家族とは顔を合わせなくなる。また、身なりにも構わず、自室も散らかったままにしていた。しかしながら、服薬は規則的であり、月に2回訪問看護も利用し、担当の作業療法士とタレントの話などをしていた。
- ・ 退院半年後、本人が病院受診した時に、あまりにも部屋が散らかっていたために、母親が本人の自室を整理した。病院から戻ってきた本人が部屋の様子をみて、「何で勝手に掃除をしたの！」と興奮し、母親が「つい、汚かったから掃除をしたの」と謝るが、全く受け入れず。その後、窓からマンガや雑誌を道端に放り出したり、部屋の中にあったお茶の粉を母親や自分の身体に振りかけたりする等、興奮状態が続く。
- ・ 心配した母親が担当の作業療法士に連絡し、訪問を依頼。「お母さんが勝手に部屋を掃除した」との繰り返しで、会話が成立しない状態が続く。
- ・ 両親が興奮状態の本人を何とか自家用車に乗せて病院受診。精神保健指定医は、①興奮状態が収まらず、病状悪化が懸念されること、②入院治療が必要であるが本人は興奮状態が続き、会話が成立しないことから同意がとれないこと、以上のことから、医療保護入院が必要と判断。父親の同意により医療保護入院となる。

【入院後の状況】

- ・ 入院2～3日は興奮状態であり、夜間不眠が続く。入院2週間後には状態がやや落ち着き、母親と面会するが「お母さんが部屋を勝手に掃除した」と興奮する。その後も何度か家族と面会するが、同様の状況であったため、母親との面会を精神保健指定医が1ヶ月間、制限する。
- ・ 入院2ヶ月後、父親と精神保健指定医が同席し、母親と面会するが、「勝手に掃除しやがって」と母親に暴言を吐き、父親に制されても収まらない。母親のことになることと激しく興奮すること等を勘案し、自宅での生活を困難と精神保健指定医が判断し、医療保護入院の継続となっている。

#### ＜事例 6＞に関する作業チームにおける検討

- 興奮状態になった以外にも症状があるのかもしれない。母親との関係がこたわりになって、今後も関係修復が難しくなってくるかもしれないが、自宅に帰ることが困難だからということで入院が継続することは避けなくてはいけない。家族関係がよくなないと入院が長引くことがあって、本人の不利益になったこともあるので、自宅以外の退院も当然考慮に入れなければいけない。（良田構成員）
- 6 ケースとも 1 か月ぐらい権利擁護入院すれば、そのまま病識がついてというケースが多いのではないか。（堀江構成員）