

精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
第2回医療保護入院等のあり方分科会

精神医療審査会制度の 現状と課題

平成28年4月28日

平田豊明

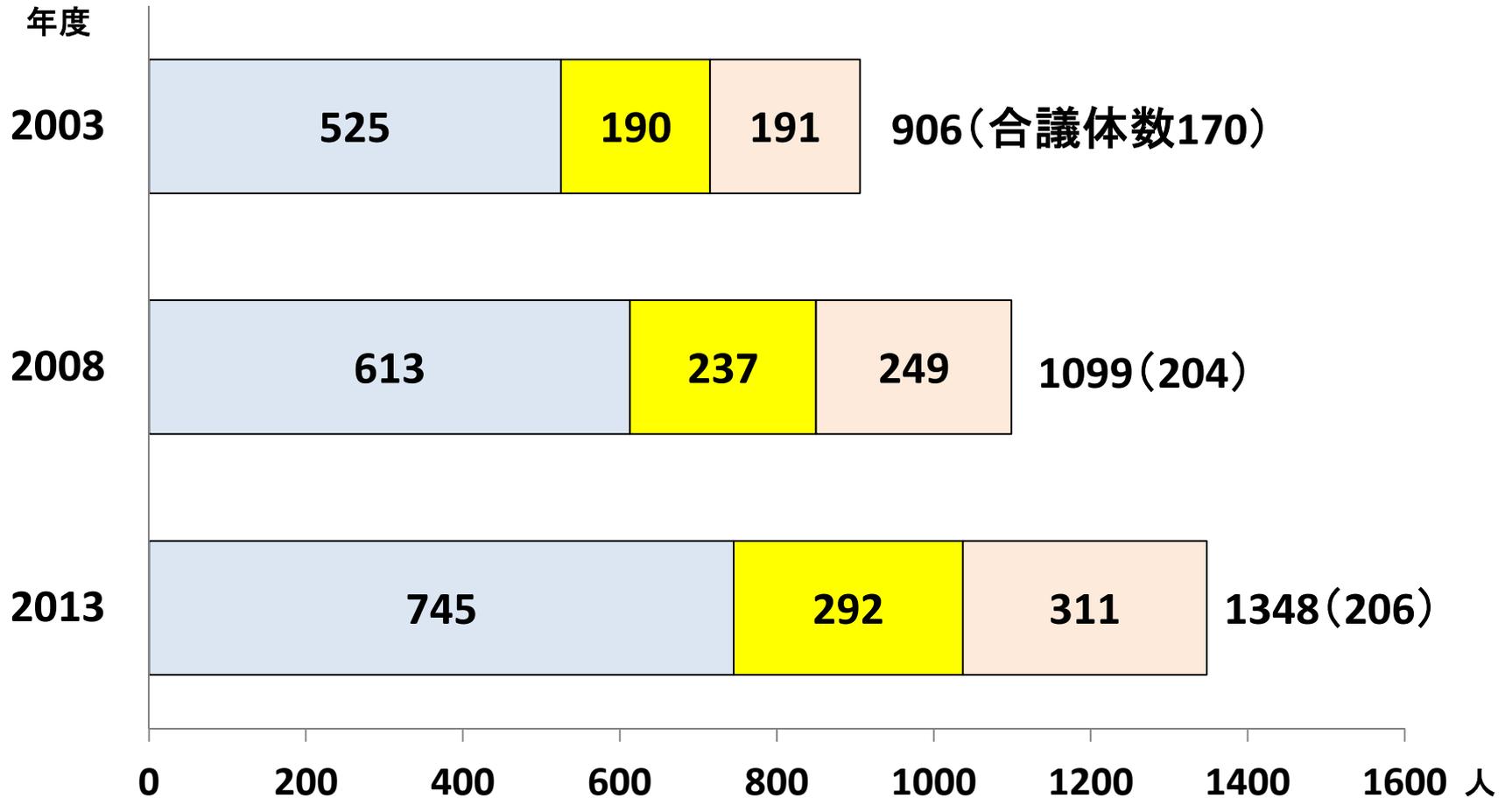
全国精神医療審査会連絡協議会専務理事
千葉県精神科医療センター

精神医療審査会制度の歴史

- ・1980年代前半：精神科病院の密室性と人権軽視の実態が顕在化。欧米諸国でも、国際人権B規約(1976)に則って、制度改革に着手。
- ・**1987年：精神保健法制定**。任意入院、精神保健指定医と並ぶ法改正の眼目として精神医療審査会制度が発足。Ombudsman制度がモデル。
- ・1991年：精神障害者の権利に関する国連原則採択。この後もなお、わが国では精神科病院における不法事件が続発。
- ・**2002年：精神保健福祉法改正**。精神医療審査会の権限強化(報告徴収権と審問権)。運営マニュアル改訂で事務局が精神保健福祉センターへ。合議体委員数の上限(15人)撤廃。
- ・**2006年：精神保健福祉法改正**。合議体委員が非医療委員へシフト。同年、国連にて障害者権利条約採択(日本は2014年に批准)。
- ・**2013年：精神保健福祉法改正**。保護者制度廃止。医療保護入院の見直し。入院同意を撤回した家族等の退院請求を明記。有識者委員から精神保健福祉委員へ。運営マニュアル改訂。各地の運営要綱の見直し要請。指定医の研修費用や意見聴取費用の国庫補助。

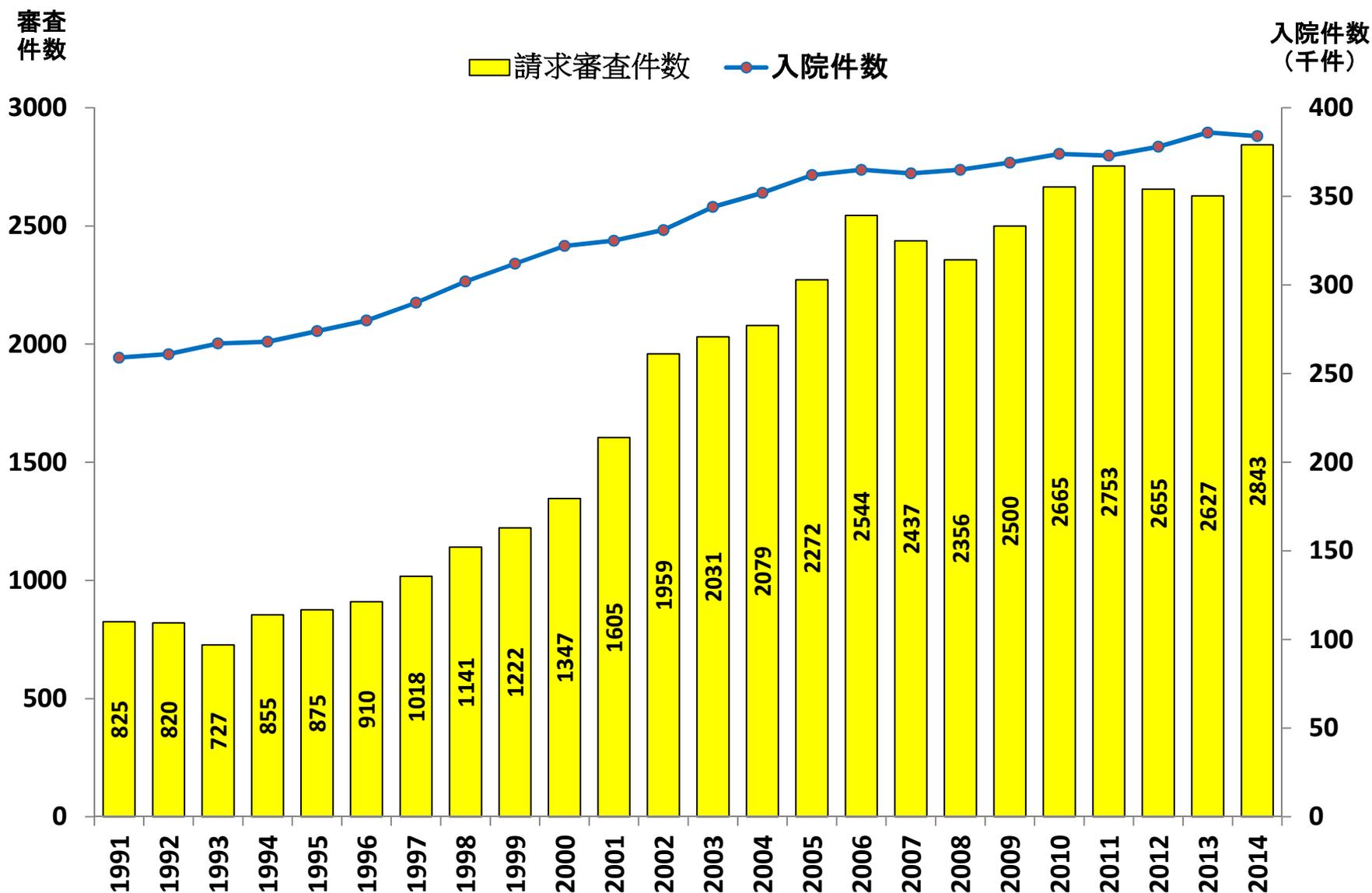
合議体委員数と構成

■ 医療 ■ 法律 ■ 有識者

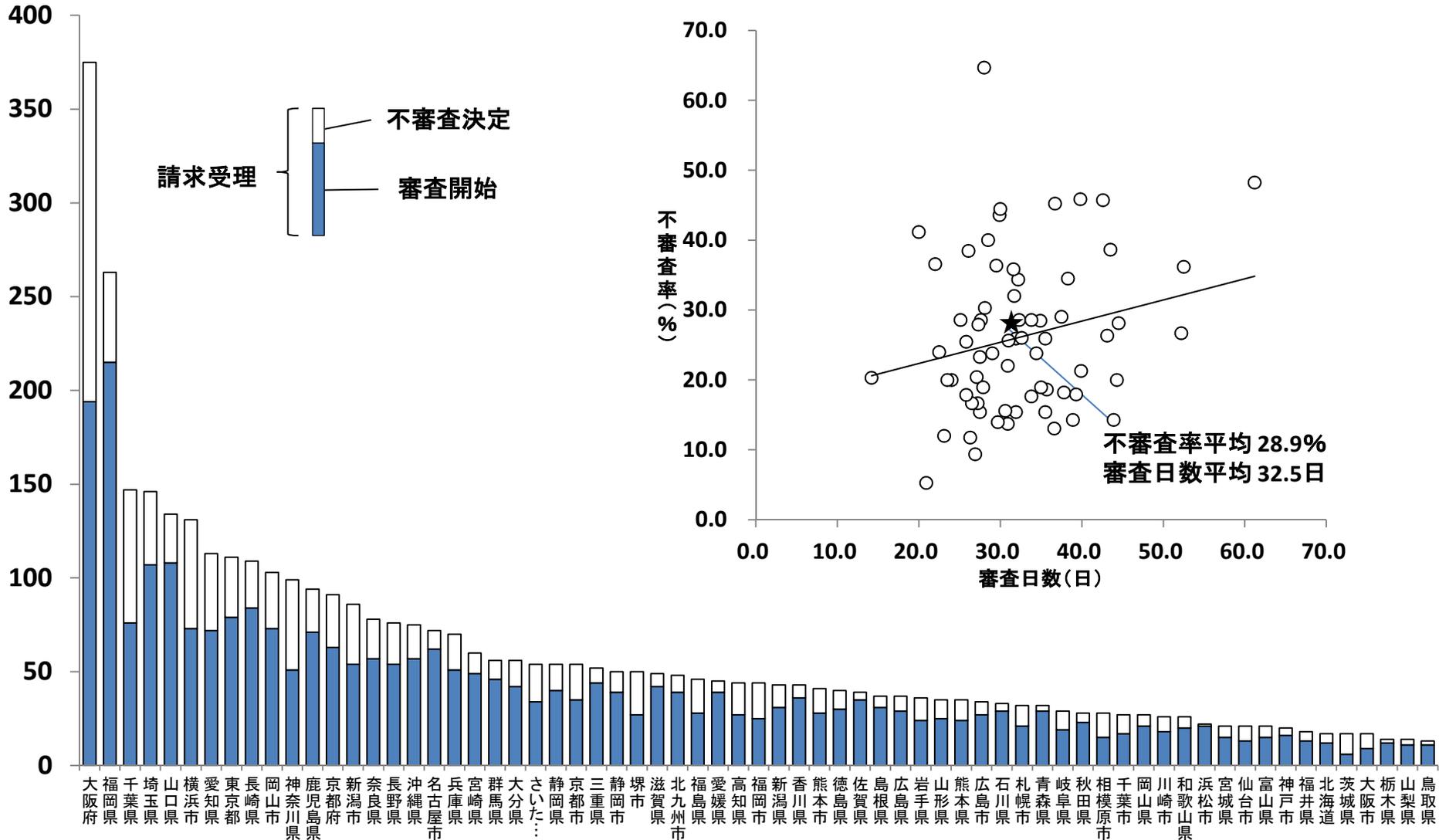


厚労科研より

退院・処遇改善請求審査件数の推移



退院・処遇改善請求の 審査状況(平成26年度)



退院請求の審査状況(平成26年度)

<受理および繰越>

平成26年度
受理件数
(3,432)

前年度から
の繰越件数
(247)

<審査状況>

審査開始
(2,501)

不審査決定
(1,036)

うち
[取り下げ (747)
要件消失 (289)]

未審査で
翌年度へ
繰越など
(142)

<審査結果>

現状継続
(2,308)

形式変更
(112)

退院勧告
(21)

その他
(7)

審査未了
で翌年度
へ繰越
(53)

92.3
%

4.5
%

0.8
%

0.3
%

28.2
%

精神医療審査会制度の意義と課題

1. 意義

- (1) 閉鎖系になりやすい精神科病院の透明性を高める。
- (2) 入院間もない患者の安全感を補強する。
- (3) 医療者に自己点検の機会とセカンドオピニオンを提供する。

2. 課題

- (1) 書類審査では、審査する側とされる側が同席することがあり、中立性が不完全(ただし、専門性の確保のためには病院所属の医師も必要)。
- (2) このため、医療内容に踏み込んだ意見表明や介入を躊躇しがち。
- (3) 欧米に比べて、書類審査偏重(2014年度は1回平均145件、最大357件)で、入院者への面接頻度が低い(非自発入院在院者50人に対し、年1回程度)。
- (4) 意見聴取までの期間が長いため、実質的に審査を受ける権利が制限されている自治体がある(事務局職員と合議体委員の不足のため)。

参考)精神科在院者数等の比較

	英国	フランス	日本
人口	約6千万	約6千万	約1.2億
精神科在院患者数	約2.1万	約7万	約32万
人口1万対在院者数	3.5	11.7	25.8
非自発入院比率	約17%	約13%	約49%
入院形態	緊急入院(72時間) 診断入院(4週間) 治療入院(6ヶ月) 自発入院退院制限	自発入院 措置入院 非同意入院	任意入院(+退院制限) 措置入院(+緊急) 医療保護入院(+応急)

精神医療審査会が 改善勧告を発すべき事象

1. **法令不遵守**: 任意入院者の同意なき行動制限、多床室での身体拘束、隔離室の複数使用など
2. **過剰な行動制限**: 漫然とした外出・買い物制限など
3. **患者の尊厳を傷つける慣習**: 女性入浴時の男性職員立ち会い、蔑称の常用など
4. **標準外医療**: 非自発入院適応の疑問例、多剤大量長期投薬、診断と治療法の不適合など
5. **治療的不作為**: 拒薬を理由とした長期不投薬、治療プログラムのない長期入院(依存症、発達障害など)、退院および行動制限緩和への努力不足など

精神医療審査会制度の改革案

	地方審査会	全国組織
独立性の確保	労働委員会等と同等の組織的独立性を追求	全国精神医療審査会連絡協議会(全審連)の法人化、専従職員配置、国庫補助
中立性の推進	委員の任期・選考基準の明確化、病院に所属しない医療委員の配置義務化	全審連事務局の移設(弁護士会館など)
専門性の強化	事務局の人員増(審査期間の短縮化)、合議体委員の研修制度新設、審査会権限の明確化、「重度かつ慢性」患者の認定など	全審連に専従の専門委員を配置、地方審査会への助言、研修会開催、年次報告書の作成など

平成25年の法改正で炙り出された 入院制度をめぐる諸問題

1. 首長同意の限定による入院手続きの混乱

- ・「親族はいる(らしい)が、入院の同意意志があいまい」「電話同意した親族が3親等以内かどうか不明確」「同意者の判断能力に疑問あり」などの例では首長同意が適応できなくなった。
- ・では、首長同意が復元すれば、問題はなくなるのか？

2. 同意責任の曖昧化

- ・一時的にせよ患者の市民権を制限する非自発入院に対して、「親族なら誰でもいいから同意書に署名すればよい」という規定はバランスを欠くのではないか？
- ・入院同意者(首長を含む)は、患者の権利擁護と退院支援に対して一定の責任を負うのではないか？

公的保護者制度案(1)

1. 精神保健福祉に関して一定の知識と経験を有し、医療機関と雇用関係のない精神保健専門員(仮称)を国が指定する。
2. 精神科への入院を希望する家族等は、保健所等の窓口に相談する。相談を受けた職員は、精神保健専門員を紹介する。
3. 紹介された精神保健専門員は、状況を調査し、医療保護入院の要否判断を行う精神保健指定医および医療保護入院が可能な医療機関を確保する。

公的保護者制度案(2)

4. 精神保健専門員は、精神保健指定医の診察に立ち会い、必要な情報を提供した上、指定医による要入院の判断に同意できる場合は、入院の同意書および告知書、入院診療計画書等に署名をする。医療費の支払等、病院との治療契約は、家族等が別途に行う。
5. 以上の手続きを踏む時間がない場合(夜間休日の救急受診など)は、精神保健指定医の判断で応急入院とし、72時間以内に上記の手続きによる医療保護入院に移行する。

公的保護者制度案(3)

6. 精神医療審査会は、精神保健専門員の紹介や入院同意の妥当性を速やかに判断する。
7. 精神保健専門員は、医療保護入院中の患者の権利擁護および早期退院の促進を図る。具体的には、主治医や退院後生活環境相談員らと協議して、予定期間内の退院に努め、それが実現困難の場合は、退院支援委員会に参加して意見を述べる。また、退院ないし処遇改善を精神医療審査会に請求することができる。
8. 精神保健専門員の業務に係る費用は、専門員が公務員でない場合は、国が給付する。

公的保護者制度案(4)

9. 現状では、年間約13万件の医療保護入院の全てにこの制度を適用することが困難のため、当面は首長同意の医療保護入院(新規の医療保護入院の約1割)、および家族等がいても入院への同意意志・能力に疑問のある事例に限定して適用する。これらの場合は、入院中の病院の管理者および在宅医療福祉サービスの提供者等が本制度の適用を申請できるものとする。

10. 次いで(もしくは同時に)、家族等が本制度の適用を希望する場合に拡張する。

公的保護者制度の意義と課題

1. 意義

- (1) 医療アクセスや入院同意に対する家族の負担を軽減する。
- (2) 医療保護入院の決定を第三者評価で補強する。
- (3) 首長同意の法的脆弱性と実務上の無責任性を解消する。

2. 課題

- (1) 精神保健専門員が確保できるか(実務経験5年以上で医療機関に所属しないPSWは約1.5万人と推計されるが)。
- (2) 専門員の選任方法が曖昧ではないか(裁判所が選任すべきか)。
- (3) 専門員の選任・継続を患者が拒否した場合にどう対応するか(精神医療審査会への不服申立の対象とするか)。
- (4) 専門員の権限と責務が不明確ではないか(関係者間の意見調整が主体か)。
- (5) 再入院の場合は改めて専門員を選任するか、前任者の継続か。
- (6) 非自発入院に同意した専門員に権利擁護の機能が担えるか(権利擁護は多職種・多機関が重層的に担うべきだが)。