

入院制度に関する議論の整理

この資料は、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)及び「保護者制度・入院制度の検討」に係る作業チームにて、平成23年11月から本格的に行われてきた入院制度に関する議論で示された方向性や意見について、今後の政策決定に資するため、網羅的に整理を行ったものである。

1 医療保護入院の見直しに関する基本的な考え方

- 保護者による同意を要する医療保護入院については、
 - ・ 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、といった問題意識に加え、
 - ・ 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、
 - ・ 本人の意思に反して保護者の判断で入院させるため、本人との間にあつれきが生まれやすく、保護者にとっては大きな負担となる、といった制度的な課題がある。
- 一方で、自らが病気であるという自覚を持っ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、本人に適切な入院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証する観点から重要である。
- こうしたことから、措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度は維持しつつ、現在の医療保護入院に替えて、保護者の同意を要件としない入院手続きとすることで、検討チーム・作業チームの意見は一致した。
- また、今回の医療保護入院の見直しにより、措置入院、任意入院、応急入院などの入院制度について、どのような影響が生じるのか、検討が必要である。
- 医療保護入院が14万人いるという現実を追認するのではなく、地域精神保健医療福祉の充実により非自発的入院を減らしていくことを目指すことが前提である。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 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べき。(新垣構成員)
- 医療保護入院のほかに、措置入院、任意入院などのあり方についても検討が必要である。(白石構成員)
- 精神保健福祉法第20条の規定では、「保護者となる」となっているところが問題なので、「なることができる」とすれば、選択の問題になる。家族によっては、やはり保護者になりたいという家族もあるし、その権利も保障することも必要。なりたくない家族にはならなくても良いことにし、誰もならなければ市町村同意と言う形で考えるべきではないか。(千葉構成員)
- 「保護をする」というのは、昔は生活上の保護を意味していて、一人では生活できないから退院は無理、と言っている間に何十年も経ってしまう、という方が多かった。しかし、今は一人であっても色々なケアが受けられる時代になってきて、保護の意味合いも大分変わってきているのではないか。精神保健福祉法上の「医療」と「保護」を見直してみてもいいのでは。(良田構成員)
- 保護者制度が廃止になるということには賛成。入院制度は、入院しなくてはならない人だけが入院すればいい。(全国精神障害者団体連合会)
- 医療保護入院制度は廃止すべき。14万人を超える医療保護入院中の患者には、地域生活への移行期に限り現在の療養と生活を保障する期限付きの経過措置をとるべき。(八尋光秀参考人)
- 非自発的入院において保護者の同意を必要とする要件については廃止に賛成の立場。(日本総合病院精神医学会)
- 保護者の同意を外す点については、家族が真に治療やリハビリ、生活支援のパートナーとなり得るためにも、この間の矛盾や負担からの解放につながる。(日本精神保健福祉士協会)
- 医療保護入院制度を見直し、保護者の同意を必要としない入院制度を創設することにも異議はない。(日本精神科看護技術協会)
- 保護者の義務規定に関しては削除すべき。実際に非自発的な入院である医療保護入院に関して、家族の保護者としての同意を得て行うことは、現実問題として家族に過重な負担を強いてきた。(全国精神保健福祉相談員会)
- 保護者制度廃止は賛成、医療保護入院制度廃止も賛成。ただし、他の強制入院制度もどうやったら廃止できるのか。明日から廃止しろというわけではなく、廃止した社会をどう作るのかが重要。(全国「精神病」者集団)

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)】

(※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、より正式にとらわ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いる。

(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。

- (※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。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 治療について説明しながら同意してもらわなければ病院はスムーズに治療・退院できない。療養のサポーターが必要。家族、患者が信頼する人、誰もいないときには公的などからサポートが必要。(新垣構成員)
- 病院内のPSWなどが入るのは、社会生活上の要素について、一緒に考えることだから、2人目の判断の議論とは異なり、両立はできるのだろう。(磯部構成員)
- 精神医療審査会が膨大な量をやるのは非常に難しいと思うので、院内できちんと会議を開いてもらい、そこに外部の者が参加できるようにすればよい。本人、代弁者あるいはピアサポーターでも良いと思う。(岩上構成員)
- 医療的なサポートと福祉的なサポートの2つが重要。福祉的なサポートとしては、サポートする人が名簿に登録されていて、その中から患者が自由に選べる仕組みがよい。(上原構成員)
- 「地域支援関係者」は、相談支援事業所等に配置されている精神保健福祉士が担うべきである。(上原構成員)
- 専門家の力を借りないと地域で生活出来ない人も、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仕組みも始まっている。家族、当事者が入院のプロセスに関わるべき。(岡崎構成員)
- 入院当初に地域支援者が関われなくても、一定期間、例えば72時間後の時点で、いずれ地域に戻ることを想定した支援を始める仕組みも有効と考えられる。(小川構成員)
- 入院時から、院内の関わりを重要視すべき。まず院内の人が関わることで退院が進むのであり、院内であるから透明性が欠ける、進まない、という議論から始めてほしくない。(河崎構成員)
- 指定医1名による診察に加え、病院のPSWなどのある程度国家資格を持った人が、その人の退院後のことも踏まえて、入院の可否について意見を申し立てることは、実効性という意味では、地域の支援関係者等に関わるより可能性として大きいのではないか。(河崎構成員)
- 退院に向けたプラン、ケア会議、そういうところに家族、代弁者の参加はとても良いと思う。地域支援者の中に本人にとって身近な存在の人が加わると良いと思う。(小杉ピアスピーカー)
- 病院の中の退院させる力も地域の力も両方必要。病院にPSWがいても、PSWを活用するに当たっての経済的基盤がないのが現状。マネジメントについてのフィーを払ってプランを立てることを形にするべき。(佐久間構成員)
- 通常は1ヶ月以内に退院に向けてのある程度の課題は明確になるので、その頃には病院のPSWなり地域の支援者なりが必要。3ヶ月を超える人は、治療反応性が悪く良くならないのか、他の問題があるのか、課題を明確にして、きちんとケアマネジメントすべき。(佐久間構成員)
- 指定医が入院を判断する仕組みになるとしても、人権に関わることなので、公的な承認がなされるべき。(佐久間構成員)
- 入院時と、入院一定期間後の審査の意味は異なる。入院時の審査の議論はしてほしい。(笹井構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 内部の職員の審査は当然必要だが、それに加えて退院支援関係者等の院外の人が入って審査するような仕組みをつくるべき。(笹井構成員)
- 入院時に今以上に専門的な判断を求めるのはあまり意味がなく、むしろ退院の促進に向けて誰かの意見を聞くべき。(白石構成員)
- 入院の妥当性については、指定医1名と精神医療審査会で行えばよい。現在は、資格をもった医師と審査会という二重の妥当性を判断する仕組みになっているが、入院時に同意の要件が外れた場合、本人に告知し、審査会が迅速に入院の必要性を判断し、また、本人に結果を伝える仕組みを検討してほしい。(白石構成員)
- 実効性が伴わないまま現場の負担だけが重くなるような制度改正は好ましくない。その観点からも、医療保護入院相当のときに必ず公務員が関わる制度は好ましくない。公的な機関はあくまでセーフティネットとして関わるスタンスで制度を作っていくのがよいのではないか。(白石構成員)
- 地域支援を担う人が医療保護入院をしている人に関わるべき。病院の中のPSWや看護の生活支援担当に、外からの退院促進の支援を担うような人たちが関わって、人権擁護の観点からも早く地域に戻るという仕組みにする。権利条約との関係でも、必要なだけ入院して、必要がなくなればすぐ退院する仕組みが大事。(白石構成員)
- 医師の判断を誰も覆せないのだから、誰が同意することにしても、入院という結果は変わらないだろう。変わるのは入院後の経過で、タイムラグがあっても、同意や関与に地域関係者が関与すれば、そこから退院支援が開始できる。(田尾構成員)
- 院内の人を無視して院外の人が地域移行のため患者に関与することはできない。一方、外から入ることで、病院に外圧がかかったり、医者が育つということもある。院内の人は、医師に言うことによりかなりの困難がある。院外の人に関与させたとしても、院内を軽視していることにはならないのではないか。(田尾構成員)
- 病院の内側を充実するほうが現実、といった意見が出ているが、経済的に医療費削減の中で、医療の中では経済的にそういうことは期待できない。福祉の制度を変えて外からできるようにすべき。(高木構成員)
- 入院期限を確実に何ヶ月でなければだめだ、ということだけでなく、延びるのであれば延びる理由についてきちんと書かないと審査を受けることになるという形を定着させることの方がよい。(千葉構成員)
- 院内が関わるか院外が関わるかについては、まだ院内のPSWが育っていないので、院外のPSWが関わるべき。院内で反対できるPSWはまれだし、その役割を要求してはいけない。(中島構成員)
- 入院期間は制限を設け、3ヶ月までにする。以後、入院継続の必要性があれば、1年までは3ヶ月に1回、必ず審査を行い、それ以降は入院診療計画等により随時もしくは必要に応じて審査する。入院時に入院診療計画を提出することには賛成。(野村構成員)
- 現場では、指定医不足のため、指定医一人で入院させられるようにしないと対応できない。その上で院内のPSWをしっかりつけて、病院の中は病院が自分で責任を持てるようにすべき。(広田構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 多くの精神科病院の院長に対して、力関係でPSWが言えないのではないかと。これからは外から引きはがしに行くのではなく精神科病院全体が送り出すことが大事だ。(広田構成員)
- 地域の人を入れるとして、退院に向けた円滑な調整が期待されるということだけだったら、退院に向けた円滑な支援は、入院する病院のPSWで十分。入院時にそういう人がつくことで患者は安心する。やたらと外の人が入るのではなく、病院の中に信頼できる人がいてほしい。そして、そういう人が退院するまでお手伝いをするべき。(広田構成員)
- 入院させる病院という機関に外から入ってくることは望ましい。(福田構成員)
- できるだけ院外の人を入れるのが当然の選択肢。72時間以内にといい議論もそこから出てくる。保護者の同意を外す代わりに、もっと地域の人に関わっていく、というのは極めて重要。(堀江構成員)
- 外から引きはがすのではなく病院が患者さんを送り出していくモデルについては、勿論、送り出していかなければいけないのだが、受け皿の方も送り手としっかりとつながっていかないとうまくいかないというような思いは体験からもする。それは地域における医療と福祉の連携の話になるかもしれないし、医療的なサポートと福祉的なサポート、両面が必要だという話にもつながってくると思う。(山田ピアスピーカー)
- 地域生活の場に、医療にもきっちり関与してくれるPSWがいると助かる。地域の生活があって、一方で院内で助けられるPSWとの両輪で進めるべき。(山田ピアスピーカー)
- 同意に代わる関与の制度は必要。関与の仕方については入院継続ないし入院形態の移行などの協議への参加と本人の権利擁護者としての役割関与とが必要。(日本相談支援専門員協会)
- 保護者の同意なしに指定医と精神科病院管理者の責任において医療保護入院を決定し、その決定内容の妥当性についての判断を行う審査会等が必要。(日本相談支援専門員協会)
- 病院の精神保健福祉士の診断及び入院形態の決定や治療方針、退院への社会復帰活動などへの有効なかかわりを義務化することが重要。具体的には、入院者の社会生活背景、家族関係、入院に至る経過と状況などについてアセスメントし、独自の判断を行うとともに、その情報を診断・治療の参考としてもらう医師への情報提供を義務化し、診療報酬に位置付ける。(日本相談支援専門員協会)
- 1年以上入院者については、本人の申請なしに地域の相談支援専門員による関与を義務化し、地域移行支援サービスの対象として退院支援サービスを提供し、ケアマネジメント支援を実施する。関係者会議、本人同席のケア会議などを主催しつつ、支援を6ヶ月間は継続してみる。(日本相談支援専門員協会)
- 医療保護入院の入院時・退院時には保健所長に届け出るようになっており、例えば結核のDOTSのように、保健所が関係機関と協働で支援していくというのは自然の流れで、むしろ推進していく必要がある。(全国保健所長会)
- 入院から退院までの最長期間は半年とする。(全国精神障害者ネットワーク協議会)
- 入院期間の制限を設けない場合は、「強制性」のある医療保護入院が無期限に続く可能性があるため、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考え方が最も適切。(全国自治体病院協議会精神科特別部会)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 非自発的入院を受け入れる医療機関には、入院時関与者として一定の実務経験と研修を修了した精神保健福祉士の基準配置を求める。（日本精神保健福祉士協会）
- 新たな医療保護入院を行う医療機関には、医療保護入院事後審査委員会、行動制限最小化委員会、退院支援室の設置を義務付ける。（日本精神科看護技術協会）
- 入院とほぼ同時に退院に向けた条件づくりに関与する地域関係者を配置する。（全国精神障害者地域生活支援協議会）
- 指定医以外の医療チームが治療計画・支援計画を早期に提示し、入院の合意を促進するべき。（全国精神保健福祉センター長会）

(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ス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年経過すること
 - ・ 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。
- なお、現在の都道府県が行う実地指導の中での診察のほかに、精神医療審査会が任意にピックアップした患者について病院に出向いて審査を行うことを検討すべき、との意見があった。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 精神医療審査会が出向いて審査する方法は、精神医療審査会が入院時に一旦審査して、後からそれを自分で見直す形であり、医療機関内で審査するほうが客観性が高いのではないか。(磯部構成員)
- 審査として何をするのが大事であり、審査メンバーの議論もあわせて行わないといけない。(磯部構成員)
- 精神医療審査会を膨大な量をやるのは非常に難しいと思うので、院内できちんと会議を開いてもらい、そこに外部の者が参加できるようにすればよい。ピアサポーターでも良いと思う。(岩上構成員)
- PSWの質の向上が必要。院内のPSWや地域支援室の人が、入院時もそれ以後も関わるのが本論。医療機関で審査する方法が位置付けられることがまず重要。精神医療審査会が出向いて審査する方法については併用できる。(岩上構成員)
- 精神医療審査会は、ピアサポーターなどを入れることも含めて、実効性や風通しの良さを確保すべき。(小川構成員)
- 審査会に委任されたPSWなどが面接して確認するなど審査会を補完する仕組みが必要。(小川構成員)
- 精神医療審査会では、どれだけその人を地域で支えるシステムが準備されているのかほとんど考慮されない。今後、審査の結果、退院が可能であり、医療保護入院の退院を解除しなければならないとなったとき、その後のケアや医療の責任を病院だけに負わせるのか。精神医療審査会の機能として、地域のケアシステムや地域への助言のようなものも付与していかなければならない。(河崎構成員)
- 医療機関内に審査会を設置すれば、今の医療が向上する誘因になると思う。(河崎構成員)
- 精神医療審査会に出す書類は、その人がどういうサービスが必要なのか記載する形にすべき。定期病状報告の記載は変えるべき。(河崎構成員)
- 審査期間は病院が入院時に作成する入院診療計画に書かれた期間にした方がよい。(河崎構成員)
- 入院届は10日以内に提出したとしても、審査会での審査は1ヶ月後になる。審査会は重要であるが、新たなやり方を考えるべき。(鴻巣構成員)
- 実効性の観点で、新しい機関を作ることは難しく、院内で審査するというのは考えられるのでは。(鴻巣構成員)
- 特に審査を要する人の基準を明確にすべき。(鴻巣構成員)
- 漫然と入院が継続するのを防ぐのが一番大事。入院期間の制限は設けて、定期的に入院治療の必要性を審査した上で、もし治療の継続が必要であれば延長する。具体的には、治療計画を作って、本人、家族、地域の支援者に書面で十分説明することが必須。また、退院後の支援計画の作成を入院早期から作っていくべき。審査については、院内審査と精神医療審査会による外部審査の両方が必要。(笹井構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 入院時、入院中、退院後を一連のものとして考えるべき。入院時に治療計画を立て、入院後の一定期間で退院に向けた計画を立てる。定期病状報告は医療的な観点ばかりで、まして書類の様式審査だけでは退院につながらない。精神医療審査会はもっと医療機関に直接出向くべき。極論すれば、定期病状報告を全員に求めて審査するのはもったいない。（笹井構成員）
- 精神科のチーム医療については、一般医療と比べると、いろいろな職種がいて、それぞれが重要な役割を果たしている。患者の状況について主治医が説明することもあれば他の職種が説明することもあるということが意外と知られておらず、そういう医療が大事であることを家族や患者に伝えるべき。（笹井構成員）
- 内部の職員の審査は当然必要だが、それに加えて退院支援関係者等の院外の人が入って審査するような仕組みをつくるべき。（笹井構成員）
- 保健所単位で地域精神医療審査会を設けることが必要である。（笹井構成員）
- 入院期間の制限は法文上盛り込まざるを得ないだろう。そして、更新を可能にした上で、地域、家族等を含め、本人を交えたケア会議で、退院に向けた取組を必ず保証する。（白石構成員）
- 個人的には、基本的に医療保護入院は1年で終わり、ただしその後に継続もできるという仕組みを考えている。定期病状報告については、1年経ったら本人に告知し、本人のサインももらう。本人が医師の判断と個別支援計画に同意できないとなれば、個別審査を行う形とする。（白石構成員）
- 精神医療審査会が出向いて審査する方法が一番いい。また、審査会は、転院の希望を見極めることも役割とすべき。（白石構成員）
- 最終的に、重度の精神疾患や身体合併症で退院できない患者がいるのは事実。入院期間の制限は設けないが、入院継続の必要性をより頻繁に審査する考え方の立場であるが、頻繁に審査するかは対象による。（千葉構成員）
- 審査会が年に1回立入検査のような形で実地指導に入る。入院時に出す治療計画書に入院期間が6ヶ月とか12ヶ月と書かれていれば、ピックアップして調査する、しっかりした理由を求めるといった形がいいのではないかと。（千葉構成員）
- 精神医療審査会は、現状も手一杯。精神医療審査会が医療機関に出向いて審査する方法で可能なのか、また、それを行うだけの医者がいるのか。現在の精神医療審査会の状況では苦しい。院内の審査で進めるべきであるが、精神医療審査会が出向いて審査する方法との併用はありえる。院内審査がしっかり機能しているかは毎年の実地調査等でみていくべき。（千葉構成員）
- 定期病状報告の記載はぜひ変えるべき。院内のPSWなどが独自の視点で書けるようにするのがいい。医療機関内に審査会を作り、PSWの院内の地位を向上すべき。（千葉構成員）
- 精神医療審査会に指定医2名が入るのはおかしい。1人で説得できなければ、指定医として恥じるべき。（中島構成員）

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 審査会の構成の見直しだけでなく構成員の継続的な研修が必要。(長野構成員)
- 現在の審査会が機能するためには人権B規約にある遅滞なく決定することが担保されなければならない。入院の必要性だけでなく権利擁護者や地域支援関係者の意見など権利擁護の観点も入院届に記載し、それに基づいた審査が行われることが必要。(西田構成員)
- どのような機関で審査を行うかについて、精神医療審査会が、医療機関に出向いて審査する方法がいい。出向くと本人の意見を聞きやすい。院外の地域支援者も関われば退院しやすくなるのでは。(野村構成員)
- 精神医療審査会をきちんと権利を守るものにしなければならない。当事者と家族の代表を審査委員に加えてほしい。(野村構成員)
- 地域精神医療審査会は良い案。障害者虐待防止法に対応できる制度を整備すべきである。その基本となるのは障害者権利条約の考え方。(野村構成員)
- 本当のところどうなのか、ということが分からないといけない。そういう意味で、病院の中でPSWの力量が上がって主治医と対等にもものが言えるようになってほしい。本人をきちんと見極めるためにも、医療機関内の審査で行うべき。その上で、外からも審査に入るべき。実行は難しいかもしれないが、精神医療審査会が出向いた審査も併せてやるべき。(広田構成員)
- 精神医療審査会の審査で患者本人を診るべき。(広田構成員)
- 患者の権利擁護のニュアンスが弱い。精神医療審査会で、社会に復帰することの審査など、補えるところはあるのではないか。また、精神医療審査会には、当事者、一般市民、PSWも含めるべき。(福田構成員)
- 入院期間の制限を設けるべき。急性期では3ヶ月を区切りとしてチェックすべき。また、症状で固定化してきているときに、環境要因で悪くなっている場合は、1ヶ月あるいは2週間というのが一つの目安になるのではないか。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立場である。(堀江構成員)
- 精神医療審査会の審査は、本人の代理人なり本人なりが出席できるものが必要。初回入院の人はなかなか地域とつながっておらず、精神医療そのものの情報が全くないので、そのような審査があるべき。(良田構成員)
- 書類に、退院に向けた計画を書くだけでは意味がない。病院に勤めるソーシャルワーカーが自立性、独立性をもって、入院時、あるいは入院中に家族や患者に関わり、地域とのつながりもできるような環境作りが必要。(良田構成員)
- 非自発的入院は、3か月までは毎月複数の指定医による診断と病院の精神保健福祉士による面接、看護の意見などをもとに入院継続、入院形態の移行について協議する院内会議を義務化する。その会議には行政(保健所)吏員、希望する家族、地域相談支援事業者(精神保健福祉士資格を持つ相談支援専門員)、ピアスペシャリストなどが参加する。(日本相談支援専門員協会)
- 病状報告は現状でよい。精神科医の書類業務をこれ以上増やすのはやめるべき。書面報告は書き方次第という現実もあり、報告書評価は実態把握を困難にしている面もあると聞く。(日本相談支援専門員協会)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 1年6ヶ月を超えた段階では、別な医療機関の指定医の参加による診断と治療についての検討、転医、退院などの判断を行うなどへと進め、2年を超える者については、審査会の関与が必要。(日本相談支援専門員協会)
- 院内会議、自立支援協議会に設けられた地域精神保健福祉会議、審査会等と相談支援専門員が運営するマネジメント会議としての関係者会議とケア会議などを制度的に導入する。(日本相談支援専門員協会)
- 事実上、精神医療審査会では書類審査のみでほとんど患者本人を診るとか、中身まで深く関与できるものではない。(全国衛生部長会)
- 行政側としては精神医療審査会に当事者が入る仕組みとなってもなんら不都合はない。(全国衛生部長会)
- 精神医療審査会の現在の制度はあくまで「当面の間の次善の策」として講じられたもの。不服申立制度をもつ、あるべき司法的審査機関へと発展させてはどうか。(八尋光秀参考人)
- 審査会は、基本的な枠組みにおいて独立した司法的な機関であるということと、それに加えて地域移行を推進する権限も実現するための手足も兼ね備える必要があるので、単純に裁判ではだめという意味で、司法的な機関が必要。(八尋光秀参考人)
- 精神医療審査会が、医療機関に出向いて審査する方法が望ましいが、審査体制の確保とか事務量の増大等を考慮すると、書面審査を基本としつつも、一定の要件を満たす患者のみ実地で審査するという手法が現実的。「一定の要件」とは、患者本人が退院を希望している場合、通院治療が可能な程度に病状が軽快し、治療継続性が確保されている場合などが考えられる。定期病状報告書も病院側が入院継続の必要性を具体的に証明できない限り、実地審査とするべき。(全国自治体病院協議会精神科特別部会)
- 入院期間が1年を超えた患者の定期報告は半年ごとに、更に1年半を超えた患者には審査会が出向き実地調査を行い、本人と面接の上、院内の精神保健福祉士及び地域支援関係者への確認や協議を行う。(日本精神保健福祉士協会)
- 入院期間が1年を超えた患者については精神医療審査会の機能を強化すれば面接審査を行うことは可能ではないか。(日本精神科看護技術協会)
- 地域精神医療審査会を新設して市町村か病院が招集する。構成員として家族と本人は必ず入れる。統計調査によると、入院後1ヶ月で患者の症状が沈静化するので、入院後1ヶ月に初回の審査をしてほしい。その後は、入院継続の必要性を3ヶ月毎に審査する。本人が治療を望む場合にはただちに任意入院に切り換える。(全国精神障害者ネットワーク協議会)
- 地域精神医療審査会を新設し、病院の管轄保健所ごとに審査機能を持ち、入院届けの審査を行う。精神医療審査会の委員には当事者や家族の代表、アドボケーターを加えることが必要。(全国精神保健福祉相談員会)

(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る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。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 入院の際に、本人が伝えられないことを代弁することができる形にするのがよい。(岩上構成員)
- 入院時の手続としてではないが、第三者的な本人の権利を擁護する人を導入することが大事。市町村が責任をもってピアサポートないし相談支援等をきちんと把握しておいて、誰もいない場合には本人に対して第三者的なアドボケータとして派遣できるようなことが必要。入院中にどういう関わりができるかも論点として残しておくべき。(岩上構成員)
- 代弁者については、現在法定代理人がいる場合の関与の仕方も検討すべき。成年後見人に関与させないことは考えづらいし、親権者は一般に医療同意できることになっているので、別立てで考えることもありえる。(久保野構成員)
- 本人が代弁者を指名できるというのは必要だと思う。医師の一方的な医療ではなく、代弁者とともに医療や、支援内容を一緒に選び、自らの治療に積極的になれるのではと思う。(小杉ピアスピーカー)
- 保護者を外す時に、家族の役割を何らかの形で規定しておかないと、家族も個人情報も理由として、本人に関われなくなってしまうのではないか。(白石構成員)
- 本人の意思を代弁するという意味は、退院支援の観点で個人情報を共有できる点にある。(白石構成員)
- 代弁者について、ある程度病気の長い人などは、福祉的な支援体制が構築されているため、別に登録された人からでなく、本人が自由に選べるほうがいい。(千葉構成員)
- 代弁者は、医療に負けにくい地域生活、権利擁護に根をはった人である必要がある。改正障害者自立支援法の相談支援とは異なり、むしろ、専門性より当事者性を持った人のほうがふさわしいのではないか社会の一線で活躍していた人、年金をもらう世代、こういう人たちに何らかの役割を果たしてもらいたい。60歳になる人こそ主で、この層の人たちに支えてもらうくらいの発想をしてほしい。一方、ちゃんとしたバックアップ機関やチェック機関は必要で、それで素人を育てていくことが必要ではないか。(野澤構成員)
- 代弁者は、地域の人に関心をもってもらう意味で、「+」という以上にきわめて重要な意味を持つ。(堀江構成員)
- 代弁者の仕組みを悪用することもありうるので、その際の救済の取り組みもあわせて検討していくべきである。(堀江構成員)
- 代弁者は、保護者を復活させるわけでも代理人でもなく、仲介者。ICJの勧告でも指摘されていた「ペイシエント・アドボカシー」に当たる。きっと必要な仕組みだと思う。(町野構成員)
- 権利擁護は、強制入院させない権利だけではない。代弁者として、フォーマルなものでなく、付き添って、ずっと病院と地域の間をみていく人が必要なのではないかと考えている。(町野構成員)
- 関与者の一人として、本人の代弁的機能と権利擁護を担う者が必要。本人に寄り添い、本人利益を考える人材なので、利害関係のない地域の人材が好ましく、一定の条件を備えた地域の相談支援専門員を考えている。この関与者は、本人の希望と了解が必要。本人に関与者の存在を周知することを義務化すべき。(日本相談支援専門員協会)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 本人の権利擁護については、希望する家族、本人が了解する家族は本人擁護者としての役割を担い、新たに本人の求めに応じて支援する人材としての精神保健福祉士である相談支援専門員を位置付ける。（日本相談支援専門員協会）
- アドボカシー制度を創設するべき。（全国精神障害者ネットワーク協議会）
- アドボカシー制度の創設を待望する。アドボケートになれるのは、本人に選ばれた人であること、中立ではなく、本人の立場に立って援助・代弁を行う人であらねばならない。本人が利用している病院や施設の関係者ではない。これには当事者であっても、本人と同じ病院や施設の利用者の場合はアドボケートにはなれない、アドボケート養成講座を創設し、この養成講座を必ず受講すること、という要件を満たした者。費用は税金で賄うべき。（加藤真規子参考人）
- 家族が入院や社会復帰に関与する機会が失われてしまうと精神障害者の利益を著しく損ねる結果になることも想定されるので、家族の支援が適切に確保されるために特段の配慮が必要。（日本総合病院精神医学会）
- 代弁者としてピアサポーターを想定した場合、人材の確保について首都圏であれば不可能ではないが、大都市圏以外では適切な人材の確保は困難。（日本総合病院精神医学会）
- 権利擁護、権利主張を保障していくための支援者が必要。生活ニーズや治療ニーズについてしっかり関与できるオンブズマンのような関わりを想定。（全国精神障害者地域生活支援協議会）

(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、より正式にとらわ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。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 判断の客観性が担保されているという観点からは、2人目の指定医の判断は考えたくない。また、判断のタイムラグは仕方ないとして、緊急事態に簡単な手続として許容している応急入院との関係は論点になる。(磯部構成員)
- 入院の判断の妥当性はそれ自体として判断されるべき。(磯部構成員)
- 入院の必要性を判断することと、同意をすることは別である。院内のPSWなどが入院の同意をするのは難しい。入院の必要性は指定医が判断する。それとは別に、同意については地域の人に関わるべき。治療契約をすることの同意については、本人の代わりにする人が今はいない。長期入院にならないような仕組みを入れながら、人権にも配慮する形で、地域も含めた全体で支える仕組みが必要。(小川構成員)
- 誰かの同意を必要とするかは考える必要があるが、医療機関としては、誰が同意のようなことをするかでなく、実効性をもって24時間いつでも対応できる担保が必要。(河崎構成員)
- 入院中の対応としてアドボケイトするのはよいが、権利擁護機関の第三者機関が「同意」等を行うのは、少し違うのではないか。(河崎構成員)
- 専門職側と本人側だけでなく、入院の必要性自体に対する第三者の関与が忘れられないようにしなければならない。審査会による入院時の審査は、形式的だとしても重要であり、十分でないなら、どう改善するかを論点とするべき。(久保野構成員)
- 夜間、救急の速やかなアクセスを担保するに当たり、指定医2名が必要となると、目の前の患者を医療につなげられなくなる。(鴻巣構成員)
- 患者は、自殺や副作用のリスクがあるので、本人のためにリスクをとってもらえる人に同意してもらいたい。指定医の判断には協力してくれる者の同意が必要で、それは基本的に家族だと思う。家族でないなら、きちんと対応してもらえる人であるべき。夜間・休日で初期の患者であると本当にリスクが高い。(佐久間構成員)
- 入院時の手続としては、医療判断と代弁者だけでなく、行政職員、地域支援関係者に関与する役割を持たせ、それらの人を事前に登録するとか一定の研修を行うといったシステムをイメージする。(笹井構成員)
- 保護者の同意を廃止するのと、誰かが医療保護入院の際に同意する制度を廃止するのは別。家族(扶養義務者)のほか、成年後見を受任するPSWなどや、セーフティネットとして市町村長もあっていいように思う。(白石構成員)
- 代弁者と同意者についても併存できる。例えばPSWが同意して、家族が代弁者となることはありうるのでは。(白石構成員)
- 地域が地域で引き受けたときの責任を負うことはできない。だからこそ、自己決定を助けるPSWなどを増やしていかなければならない。(白石構成員)
- 他の者が判断をするというのは、その医師の判断が正しかったかどうかを主に審査するためにあるように思う。入院時の判断が正しかったかを判断するための時間のタイムラグは仕方ない。むしろタイムラグを認めることで選択肢が広がる。(千葉構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 入院時の同意が残る場合、同意者の判断によって本人が不利益を受けたと認識し、訴訟になって耐えうるか。その意味では公的な役割の方が、まだ耐えうる力があるのではないか。市町村同意にしても、市町村が事務処理要領に基づきしっかり対応するよう改善していく手もあれば、PSW等の専門職をきちんと配置させる強化方法もなくはない。(千葉構成員)
- まれな措置入院でさえ処理が非常に困難な状況であり、何倍も発生している医療保護入院の現場で2名の指定医又は別の病院の医者が対応することは難しく、現実離れした話。資源が何も無いところでもちゃんとできることが必要。(千葉構成員)
- 家族が大変な思いをしてやっと連れてきたのに、また連れて帰ることにならざるを得なくなるのは避けたい。(千葉構成員)
- 指定医1名に加え、関与でなく同意が必要ではないか。訴訟になったときに受け止める財力は、個人にはない。市町村や精神医療審査会のPSWなどがよいのではないか。(中島構成員)
- 関与は代弁者にしてもらうべき。家族に同意させることにならないよう、同意とは峻別すべき。(中島構成員)
- 入院時の同意と治療の同意とは分けて考えるべき。(長野構成員)
- 入院時に指定医2名を必要とする制度には反対。医師同士のほうが、入院の判断をひっくり返すのが難しく、医師と違う立場の者が関わるべき。(長野構成員)
- 現場では、相対的に判断するので、支援が多いから入院させないでよいという判断をすることも多い。地域の関係者が大丈夫といえれば入院させないですむ。特に、国家資格化されて10年になるPSWに期待している。来年度からの改正障害者自立支援法で、地域の支援者も増える。(長野構成員)
- 院内の人が関わるか、院外の人が関わるかは、理想的には地域の関係者が関わるべき。しかし、その前に、ソーシャルワーカーという人が、同意という形で責任を持って進めるべき。(長野構成員)
- 病院外の地域支援関係者が指定医に同意をして医療保護入院になるという考えは、指定医の権限が強すぎることを思っていたのだが、訴訟が起きたときに地域支援関係者がどのように自分を守るということが大変な問題なので、関与ということに少しレベルを下げたい。(野村構成員)
- 医療の必要性の判断は指定医がする。権利擁護の保障をきちんと制度化すべき。強制入院が最終手段になっているか、何重にもチェックが必要。(西田構成員)
- イギリスでは、地域のソーシャルワーカーが、ローカルガバメントの6ヶ月くらいの集中的な研修を受け、そのアプルーヴされたソーシャルワーカーが入院手続きに関与する。それなりの研修を受けた人が責任を負える形の仕組みを作る必要がある。(西田構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 地域の人を入れるとして、退院に向けた円滑な調整が期待されるということだけだったら、退院に向けた円滑な支援は、入院する病院のPSWで十分。入院時にそういう人がつくことで患者は安心する。やたらと外の人が入るのではなく、病院の中に信頼できる人がいてほしい。そして、そういう人が退院するまでお手伝いをするべき。(広田構成員)
- ほとんど患者の生活面を知らないのであれば、医師が1人であれ、2人であれ大して変わらない。(堀江構成員)
- 同意についてだが、医療に関しての責任は全て病院の管理者が負っている。もしそれができないのなら、社会全体で負うべきこと。チーム医療は推進させなければならないが、それだからといって、医師が負っている法的責任を免れることはできない。医師以外の誰かの同意がなければ入院をさせられないということはない。(町野構成員)
- 医師が意見を聞くとしたときに、意見を聞かれる者がオーケーしない場合であっても精神科医が押し切って入院させることはないだろう。(町野構成員)
- 強制入院に際しては、2名の指定医なり医師の判断が必要。できればタイムラグがあったとしても1人は別の医療機関の人であるべき。(良田構成員)
- そのようなソーシャルワーカーが地域の精神医療審査会を兼務して関わることも考えられる。指定医とソーシャルワーカーの意見が合わない場合には、精神医療審査会にあげて判断する形がよいのではないか。(西田構成員)
- 期間を短くして、入院してよかったと思える医療にすれば、入り口はそんなに問題ではない。(広田構成員)
- 医療現場は、保護者の話を優先する。本人にとって不利益なことが入院のスタートに起こっている。本人にとって利害の対立する人は入ってはいけない。(広田構成員)
- 現場では、指定医不足のため、指定医一人で入院させられるようにしないと対応できない。その上で院内のPSWをしっかりとつけて、病院の中は病院が自分で責任を持てるようにすべき。(広田構成員)
- 100%医師だけの判断というのは強制入院においては無理がある。医師だけの判断では「不当入院」という訴えが出るのが予想され、それを一身に医療者が担うのは荷が重すぎる。指定医の判断を覆すことになるので、上級の指定医を置くことが必要。これを今ある審査会にするのか裁判のような二審制にするのかということについては制度をしっかりと組み立てるべき。同意又は関与は行政又は裁判所が行うべき。(国立精神医療施設長協議会)
- 第三者が入院審査に当たって、対象者の権利擁護が保たれる仕組みが必要。(日本作業療法士協会)
- 一人の精神保健指定医の判断で当面はやむを得ないのではないか。入院継続の必要性等を判断するのに複数の精神保健指定医が必要であれば、二人目の精神保健指定医が診断するということも考えられる。(全国保健所長会)
- 指定医1名の他に看護師、指定医以外の医師、精神保健福祉士等複数の病院職員の同意が必要。(全国衛生部長会)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 指定医の判断のみでは不十分ではないか。入院治療を受けるかどうかの判断は患者本人を取り巻く生活環境や支援体制などによって左右されるので、権利擁護の視点からの判断は医療的判断とは別に必要。ただし、本人が明確に入院治療を拒否するという意思表示をしている場合は、第三者による同意をもってしても強制することはできないのではないか。（地域精神保健福祉機構）
- 同意は、後見人などのように公的に位置付けられた存在が必要。後見人以外では、権利擁護団体、院外の地域支援関係者等を公的に位置付けるなどしていく必要があるのではないかと。同一病院内の指定医又は管理者による同意では本人の立場に立った判断にはならないので不十分。（地域精神保健福祉機構）
- 審査会は、基本的な枠組みにおいて独立した司法的な機関であるということと、それに加えて地域移行を推進する権限も実現するための手足も兼ね備える必要があるため、単純に裁判ではだめという意味で、司法的な機関が必要。（八尋光秀参考人）
- この人は治療の必要がある、うちに入院してもらいたいという判断をするのは医師で、その人の人間としての権利を守っていくアドボカシーは全く別の役割。（加藤真規子参考人）
- 指定医の判断のみで医療保護入院が行われるとすれば、自傷他害の恐れのない患者に対して過剰な権限の行使を認めることになるので、必ず誰かの同意が必要。同意は入院時を原則としつつも、緊急措置入院が72時間以内に認められているように、72時間以内程度の一定期間内でもよい。入院の必要を認めた指定医は、「医療保護入院同意申請書」等の書類を作成して、一定期間内に「同意者」に提出し「同意」を得る。家族等診察立会者がいる場合は、その者の氏名等を記載する。（全国自治体病院協議会精神科特別部会）
- 「同意」する者は公的な立場の者が望ましい。後見人又は保佐人、これらがいない場合は現行の市町村同意をより実質的なものに改善した新たな市町村長同意制度による。同じ病院内の他の指定医とか、病院の管理者による同意では不適切。（全国自治体病院協議会精神科特別部会）
- 入院時に精神保健指定医2名の同意を得ることは実務上かなり困難。地域支援関係者の同意又は関与について、夜間休日を想定すると、院内外に適切な人がいるかという点、その確保も難しい。指定医1名の決定の他に公的機関の認証が必要。（日本総合病院精神医学会）
- 入院の要否判断は現行どおり指定医1名の診察による判断とするが、判断に際して、医療機関の精神保健福祉士のソーシャルワーク観点からの心理社会的アセスメント内容を必ず聞いてもらうものとする。（日本精神保健福祉士協会）
- 精神保健指定医1名が入院医療の必要性を判断し、創設する医療保護入院事後審査委員会の審査での承認をもって「同意」に代えることとする。（日本精神科看護技術協会）

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 精神保健指定医2名の判断を確保し、生活支援的な観点から院内の精神保健福祉士の関与とともに患者の住所地管轄保健所の関与を確保すべき。(全国精神障害者地域生活支援協議会)
- 指定医1名だけの判断ではなく同意者又は関与者が必要。72時間以内に同意すべきというのが多数意見。(全国精神保健福祉センター長会)
- 指定医1名の医学的判断で可能とし、入院後、新設する院内入院適正化で検証し、2週間以内にその結果も添えて届け出る。(全国精神保健福祉相談員会)
- 指定医1名でいいのか、同意もないところでいいのか、という議論も確かにあると思うが、院内の他の職種の同意や関与を確認するといってもこれも形骸化する可能性は相当あることを考えると、事後審査的な院内の適正化委員会の方がはるかに機能するのではないか。(全国精神保健福祉相談員会)
- 司法の関与を義務付けるなどをして、人権を保障するための適正な手続を取ることが何よりも大事。我が国でも、総理大臣が精神疾患、あるいは精神障害の問題を解決する筋道を立て、国家的な意思と勇気をもって改革に臨むべきとき。(堂本暁子参考人)

(6) その他の論点

(医療保護入院の法的性格と医療費の支払い)

- 医療保護入院の法的性格については、下級審判例では、患者を受益者とする病院と保護者との間の「第三者のためにする契約」との判例があるが、「第三者のためにする契約」の条件である受益者の受益の意思表示がない(医療を受けることを拒否している場合もある)ため、学説上それで固まっているわけではない。
- また、医療保険各法及び精神保健福祉法の規定によれば、医療保護入院に関する医療費は、あくまで本人(又は間接的には扶養義務者)が負担することになっており、病院と保護者の間の契約に基づき、保護者が支払いの義務を負うという構成は取っていない。^(※1)
- 保護者の同意によらない入院制度を導入した場合でもこうした法的整理には変わりはないことから、必然的に医療費を公費負担することにはならない。
- こうした法的整理とは別に、本人の同意によらない入院であることや、保護者の同意を外すと病院が自己負担を支払ってもらえないことへの懸念から、医療費を公費負担とすべきとの意見も、関係団体のヒアリングの中では見られた。これに対しては、元来保護者が支払い義務を負っていたわけではなく、また、検討チーム・作業チームでは、医療費の公費負担化は入院期間の長期化につながる可能性もあること、現在の財政状況から考えると国民の理解を得るのは困難との意見があった。

(認知症の人の位置づけ)

- 検討チーム・作業チームの議論の中では、認知症の人については、一般医療との関係も含めて、別の仕組みにすべきではないかとの意見もあった。これに対し、統合失調症の人と認知症の人の判断能力を異なるものとして判断するのは、診療の現場では困難との意見もあった。
- 認知症と統合失調症、うつ病その他の精神疾患との間で、判断能力の観点からどのような違いがあるのかについては、極めて根本的な議論が必要であることから、今回の議論の対象にはしていないが、今後、検討していくべき課題であると考えられる。

(※1) 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(保護者が精神障害者の医療又は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。)でも、保護者が自己負担金を支払うのは事実上の行為であり、あくまで最終的に負担するのは精神障害者本人又はその扶養義務者であることが明確になっている。

【検討チーム・作業チームでの意見】

(医療保護入院の法的性格と医療費の支払いについて)

- 医療保護入院によって誰が利益を受けるのかというところ、利益の所在に着目すべき。特定の人が主としてその利益を受ける、治療を受けるということであれば、その受益者が費用の全部又は一部を負担するというのが、通常その利益の偏在を解消して、公平さを回復させるという意味で、公的な仕組みとしてはよくあるし、妥当な考え方ではないか。(磯部構成員)
- 本人が支払うことが原則。精神科だけ特別にすると、特別な人なんだというのをまた上乘せすることになるので、特別な扱いにする必要はない。(岩上構成員)
- 治療契約のあり方や医療費の支払いのあり方について検討すべき。(佐久間構成員)
- 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。(白石構成員)
- 民法で扶養義務があるのだから保護者制度などなくてもそういうものを使うことはできるはず。(高木構成員)
- 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。(長野構成員)
- 本人負担とした場合、本人の収入をどのように認定するのが問題。同居している家族の分まで含めてというのは非常に反対。本人の年金とそこそこの賃金、作業所の賃金ぐらいの中でということであれば、やむを得ないかと思う。(野村構成員)
- 公費を投入したら、入院させたい家族は大勢いるのだから、入院の促進となる。他の病気と同じ考え方で良い。国民に精神疾患を理解してもらうためには、費用負担を違う扱いにするべきではない。(広田構成員)
- 措置入院においても本人がお金を払うべきだという建前がとられていることも事実。だからこそ健康保険によってこれがカバーされている。国と地方でお金を出して支援するが、場合によっては本人に求償することもできる。しかし、措置入院については求償はあまり行われていないので、實際上、国と地方公共団体が負担している格好になっている。(町野構成員)
- 本人の健康の問題ですから基本的には本人が支払うことだと思うが、払えなかったときはどうするか。それを親族に持ってくるのは反対。障害者施策における費用問題を本人と配偶者に限っているのに、ここだけ扶養義務者や親が出てくるのは時代遅れ。本人が払えなければ生活保護等の手段をとるという形をとるべき。(良田構成員)
- 保護者でなくなれば、「勝手に医療必要性を医師が決めて入院させた」と支払いを拒否するケース(未収金)が起こる可能性がある。現在でも未収金は大きな問題。入院費に関して医療保護入院を措置入院と同様に扱うべき。(国立精神医療施設長協議会)
- 公費となると、病院としても家族としても入院が長期化する危惧があり、任意入院への切り替えをスムーズにできる方法の検討が必要。(日本作業療法士協会)

【検討チーム・作業チームでの意見】

(医療保護入院の法的性格と医療費の支払いについて)

- 医療費を家族が負担できないという理由で措置入院が長期化していることもかなり多い。措置入院を解除し、医療保護入院へ移行するためには、医療保護入院費用の家族負担を軽減する必要がある。(全国精神医療審査会連絡協議会)
- 扶養義務を根拠に家族に支払いを求めたとしても、家族は入院治療に関与していないことを理由に支払いを拒むということは当然に想定されるので、公費医療によらなければ入院医療は確保されない。(日本総合病院精神医学会)
- 非自発的入院については原則として公費負担。(日本総合病院精神医学会)
- 感染症関連で強制入院する際も本人から医療費は取っていない。国権をもって人を強制入院しておくのだから、当然医療費は税金で100%払うべき。(全国「精神病」者集団)
- ほかの一般医療のことを考えれば、保護者の精神保健福祉法上の同意があるから、ないからということだけではないと思う。ただ、今後、家族の関与が最初にない状態で始まる入院の場合、家族に求めるかどうかというのは疑問がある。(全国自治体病院協議会精神科特別部会)
- 4疾患に精神疾患が加わり、精神医療の質の向上、地域で暮らすための膨大な予算が必要で、当然つくべきだと確信している。権利条約を批准しようというときに、日本が精神の領域をどれだけ大事に思っているかということにかかってくると思う。日本人として、日本の政府も国民もここできちっと大きな予算を取るぐらいの覚悟を持ちたい。(堂本暁子 参考人)
- 仮入院の費用負担と同様、家族の負担でよい。(日本精神科看護技術協会)
- 非自発的な医療に関して、後で院内で妥当でないという判断が出たものを本人に負担を強いるのは相当無理がある。(全国精神保健福祉相談員会)

【検討チーム・作業チームでの意見】

(認知症の人の位置づけ)

- 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。(中島構成員)
- 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。(長野構成員)
- 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。(西田構成員)

3 退院後の地域生活の支援

(1) 退院後の通院・訪問治療を継続させるための仕組み

- 本人の同意によらない入院をしている人でも、確実に通院ができたり、訪問による医療が受けられれば、退院して地域生活を行うことができる人もいる。検討チーム・作業チームでは、こうした人の退院を促進するため、通院・訪問治療を継続させるための仕組みについて検討を行った。
- その際、諸外国の「継続通院処遇」の仕組みを参考にしたが、諸外国の仕組みには2つの側面がある。一つは、退院時に患者と病院などの間で治療に関する計画を作成し、患者も納得の下、通院、訪問治療を行うことであり、もう一つは、患者が計画とかい離れた状態になったとき(治療中断など)には入院させることを計画に盛り込んでおくこと(いわば入院の事前同意)で、通院・訪問をある意味強制させること、である。
- 諸外国の「継続通院処遇」の一つ目の側面に関しては、特に長期入院者や頻回入院者などが退院する際、退院後の治療を本人や家族に委ねるのではなく、本人を含め病院など関係者が治療計画を作ることで、本人の治療をより重層的に支えていくことができることから、わが国でも取り入れていく必要があるとのことで意見は一致した。
その際、障害者自立支援法のケアマネジメントの中で医療をどのように位置づけるかについても検討をすることが必要である。
- 諸外国の「継続通院処遇」の二つ目の側面に関しては、医療観察法の通院医療の仕組みを一般精神科医療へ導入するともとらえられるが、本人への強制性という観点からも、慎重に考えるべきであるとのことで意見は一致した。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 継続通院治療の対象者については、今、医療保護入院中の人で、病状も落ち着かないのだけれど、地域で支えましょうという形で退院させるのか、それともある程度合意はとれるのだけれども、退院した後にサポートが必要になる人への治療を考えるのかということを整理する必要がある。この制度を導入する場合は、本人の代弁者に当たる人がいない中で、強制処遇まで行うことは非常に難しい。(岩上構成員)
- 継続通院治療のベースとなる治療方法が持続性向精神薬(デポ剤)の使用であれば、これは経口から自分が任意に薬を飲むのではないので、かなり強制力も出てくる。そうでなく、「飲んでくれる?」、「いいよ、飲みます」と言っているから退院させる、ということであれば、我々の経験からすると全く意味をなさない。かなり誰かがくっついてぴったりと管理するシステムを想定しないと実現できないということになるのではないか。あくまでも任意にきちんと治療を受けられる状態で、外来の治療は成り立っている。(千葉構成員)
- 疾病教育は治療計画の中にあり、看護師が張り付いて週に1、2回カリキュラムでやるが、診療報酬上評価されない。医師が患者とじっくり話をしても週1回の面接しか評価されない。きちんと評価するようにしてほしい。(千葉構成員)
- 服薬について、入院時の計画に書くのだろうが、退院時に、あなたは何のために飲むかということを何度も何度もインフォームド・コンセントを丁寧に繰り返しやり、飲まなくなったらこういうことが起きます、こういうために飲んでいるのですということを説明するべき。今はできていない。(広田構成員)
- 服薬なり治療の中断に関しては、約束事をしておいて、重度・軽度に応じて電話で確認したり、場合によっては訪問をしてどういう状況なのかと働きかけていく必要があると思う。(山田ピアスピーカー)
- 家族の相談を受けていると、退院すると薬をやめて入院する、また退院すると薬をやめて入院するという頻回入院がすごく多い。病院ではただ休むだけ。学ぶ機会が本当にならない。服薬教室をやっている病院もあるが、入院というものは働きかけがとても大事だと思う。頻回入院を繰り返している人のプランをみんなで作るということも必要。(良田構成員)

(2) 退院後の状態の変化への対応

- 精神障害のある人が退院した後、地域での生活を送るためには、状態が変わりやすい、ちょっとした刺激で急激に悪化することもある、一人だけでは周囲の状態の変化に対応するのが困難、という精神障害のある人の特徴に配慮した支援の充実が必要である。
- このためには、常に訪問してくれるためのアウトリーチ(訪問支援)が必要となるが、これについては、平成23年度から一般制度化を目指してモデル事業が進められている。
また、障害者自立支援法では、平成24年4月から、宿泊型自立訓練やグループホーム・ケアホームの空室を活用し、ショートステイを受けることができるような規制緩和が行われ、レスパイト的な利用も含めて短期宿泊支援が可能となっている。
- これに加え、急に症状が悪化した場合への対応として、1週間など期間限定で、医療的支援を行うことができる短期宿泊支援が必要であることについては、意見は一致した。
このような短期宿泊支援については、医療の仕組みの中で対応すべきとの意見と、宿泊型自立訓練の機能を拡充するなど福祉の仕組みの中で医療面での体制を強化する形で対応すべきとの意見の両方があった。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 法改正後も短期入所支援を増やすことは難しいのではないかと。休息入院という選択肢のほかに、福祉的な休息の選択肢を広げるための政策が必要である。(岩上構成員)
- 地域移行した後、ちょっとしたストレスや家族関係で不安になった人が安心のため入院することとなり、これを回転ドアとして否定的にみる風潮があるが、本人の選択で1週間から2週間の短期入院で戻っていく例もある。短期宿泊支援の利用が患者にとってなじむ場所であれば必要。医療が必要な場合は、福祉サイドのパワーだけで支えられるかは疑問であり、医療と福祉の連携した形を、総合支援法で書き込むべき。(河崎構成員)
- 病院に入院したくないが、具合が悪いときは薬の調整等をしてくれる信頼できる人が横にいる施設があれば良い。その人の言うことなら聞く、とか生活と関わっている方と一緒にやっていくという視点がこれから大事なのではないかと。(鴻巣構成員)
- 患者が退院後社会復帰して仕事を始めてからもつながる医療や地域支援、また専門家が重要だと強く思う。仕事に復帰して無理をする人も。心の隅っこでだれかに助けを求めたい気持ちはありながらも、助けてと言えない。そんなとき、職場へ訪問して様子を伺ってくれたり、本人の代弁者として職場へのアドバイスをしてくれる専門家の継続的なケアがあれば、職場の理解も高まり、職場、本人、両者にとってどんなに安心かと思う。職場復帰後も安心して働き続けられて、入院を繰り返さないように、そんな先を見越した体制の充実の検討を望む。(小杉ピアスピーカー)
- 長期間入院した患者が退院後1ヶ月程度で不安になって再入院するものの短期間で退院したこともあった。もとの病院に入るという安心感も要因の一つと思う。初めての人が来て、医療的な関与・支援がないのは厳しい。福祉の中でやるなら、宿泊以外にも以前に利用したことがあることと、救急との連携がとれることが必要。(白石構成員)
- 地域生活支援・訓練センターという自立訓練、宿泊支援、家族支援、人材育成を包括的に行い、地域生活をバックアップする基幹センターの設置を今、求めている。もし本人が希望するならそこからアウトリーチを出すとか、具合が悪くなったら一時的にそこに退避するようなドロップインであるとか、ステップアップをするためにリハビリトレーニングを受けるためのものを提供する。一番大切なのは地域の支援をする人達、世話人、生活支援員の育成。(千葉構成員)
- 支援者には、当事者への尊敬の念、当事者中心のケースワーク、傾聴、カウンセリングの能力が必要。育成のための研修にアドバイザーや講師として当事者、家族を入れることも考えられる。(野村構成員)
- 地域で暮らしていくためには、互助・共助を地域でしっかりやっていくことを本気で考える時期に来ている。(堀江構成員)
- 病状が悪化する前に、休息入院できたらいい。通院先に短期間入院して、食事、服薬、睡眠が黙っていても可能な仕組みがあると良い。(広田構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 短期宿泊支援は、短期間の自発的入院で対応するのが現実的だが、行動の制限が可能な現在の任意入院でやるのではなく別の仕組みを作った方がよいのではないか。(町野構成員)
- 2回入院しているが、2回目は確実に防げた、1回目も今にして思えば制度なり社会資源を活用できれば回避できたと思う。具体的には、地域にグループホーム、ピアサポート、ホームヘルパー、レスパイト、ショートステイの5本の柱を立てる。ある程度のおせっかいなり、大きなお世話の場合もあるかと思うが、ある程度の押しかけの側面、面倒くさい人間関係も引き受けていかないと、そういったものの方が、結果は強制入院よりましになるのではないかと思うし、それが豊かな社会資源と社会関係資本を築くことになると思う。(山田ピアスピーカー)
- 退院するにしても、どこに行けばいい、というワンストップサービスがあればいい。地域支援センターに行くと、生き方の参考になる人はいるし、相談相手も見つかる。(山田ピアスピーカー)
- 1回目退院して2回目再発して入院してしまうに当たって何があればよかったかなといえ、話し相手がいれば済んだのかなと思う。すごく簡単なことかと思うが、話し相手がいてくれれば2回目の入院は確実になかったという実感がある。(山田ピアスピーカー)
- 一時休息としてすぐに入院や病院にという考えになるのは危険で、入院という形でない緩やかな休息する制度ができればもう少し気軽に行ける。本人のことを思うと、自分の主治医のいるところの方が安心ということもあるかもしれないが、現在の精神科病院は地域の病院というようにはなっておらず、利用しやすいようにはなっていない。(良田構成員)

4 入院の契機

- 保護者の同意によらない入院制度の手続きを開始するに当たっては、諸外国で見られるように、申請の行為を契機とする方法も考えられるが、そのような仕組みにすれば、誰が申請の主体となるかで新たな課題となりうる。特段の申請制度は設けず、患者が病院に来た時に手続きが始まることを原則とすべきであることについて、意見は一致した。
- ただし、入院医療を受ける必要があるにもかかわらず、どうしても患者を病院に連れてこられない場合への対応として、いわゆる「34条移送」のような仕組みは維持すべきであり、その際、できる限り移送手段を使わなくても地域生活を継続できるようにするための仕組みを制度の中に織り込むべきことについても、意見は一致した。
- 具体的には、以下のような仕組みとすることについても、意見は一致した。
 - ① 34条移送の際の保護者の同意要件は、医療保護入院の見直しに合わせて外す。
 - ② 入院医療を受ける必要があるにも関わらず、どうしても病院に連れてこられないような人については、事前調査を経ることを明確にし、「直ちに」とする34条移送の要件は撤廃する。保健所は、事前調査をより積極的に行う。^(※1)
 - ③ 事前調査には地域支援関係者が参画し、地域支援関係者が、できる限り移送手段を使わなくてもよくなるよう、医療、福祉サービスの利用調整など必要な調整を行うことを含め、本人の地域生活継続の可能性を検討することとする。
 - ④ その上で、地域支援関係者の意見と精神保健指定医による診察を受けて、都道府県知事が移送を発動することにする。

(※1) 現在の34条移送は、運用上事前調査を経ることを義務付けているが、一方で移送の対象者として「直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある」とされている。実際には事前調査に数か月かかる場合もあり、「直ちに」の要件との関係で、どのような人について事前調査をすべきかが明確ではなく(直ちに入院が必要な人であれば、丁寧な事前調査を行うことと形式的には矛盾する)、都道府県でも運用しにくい仕組みとなっている。

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 地域支援関係者の役割はあくまで権利擁護に基づく本人支援。医療が必要かという判断はできない。本人がどうい
うサポートができて、何を望んでいるのか、という関わり方。指定医と地域支援関係者の意見が一致する、しないでは
なく、決定するのは都道府県。そうすれば移送になって入院しても、引き続き関与できる。本人が嫌だというときに味方
になるのが地域支援関係者。(岩上構成員)
- 移送をする、しないという場面でこそ地域支援関係者、特に院外の地域支援関係者が役割を果たしていくべき。そ
れに加え、保健所がしっかりコミットしていくべき。この方向性には大賛成。(河崎構成員)
- 保健所は、34条移送だけというよりも、地域移行支援、退院促進についてこれまで以上に積極的に関与していかな
ばならない。保健所がネットワーク作りの働きかけをして連携の場を作るのが大事。保健所及び市町村における地域精
神保健福祉業務にかかわる通知を改正し、新たな業務の指針を作った上で早期退院や地域生活支援に焦点をあて、
地域格差をなくしていく必要がある。34条の「直ちに」の要件をなくし、「緊急性」の要件が必要ないと整理してもらえ
れば34条移送は可能だろうが、移送のための人的物的資源が少ない、という問題点が解決されないと動けない。病院
は外来で対応すると思っているが、急に悪くなった時、本人や家族は往診して欲しいと思っている。医療サイドの思いと
本人の思いとの相違がある。医療機関には往診してもらえると助かる。(笹井構成員)
- 移送は、セーフティネット、最後によるべき手段として存続する必要がある。保護者の同意が外れ、「直ちに」を省くこ
とで、地域精神保健行政で活動して、その結果として入院となるのであればいいのでは。起点は23条でいいと思う。2
3条は措置入院の契機として使われているが門戸を広げる必要がある。23条申請を受け、調査までは手続き的には
一緒に、措置入院か医療保護入院になるかは結果という理解でよいのでは。入院は、地域生活の継続の可能性、こ
のままでは悪化が予想されるかどうか、他に方法があるかどうかの3点で判断すべき。(白石構成員)
- 医療機関にとっては、初診か再診かで大きく異なる。初診の場合、依頼があったからといって往診するのは難しい。
34条移送に関する診察でも、本人が拒否した場合には診察ができないという問題もあるのではないかと。(千葉構成員)
- 強制的に入院させることができないとき、家族は避難するしかなくなる。ガードマンが連れて行くということがないよう、
お願いしたい。(野村構成員)
- 保健所はもっとしっかりするべき。本来、ソフト救急が充実していれば解決する話でもある。法律に基づく決定は公的
機関がすべき。地域支援関係者は現状ではこのような役割を担うのは無理。保健所が頑張るべき。(広田構成員)
- 移送制度がこのようなものになれば活用の増加は見込まれるものの、保健所や地域支援関係者が入院させない
ようにしっかり関与することで入院の増加を防ぐための役割を果たせる。(町野構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

- 34条移送ができたとき、PSWの団体や保健所は大反対だったことを考えると、地域の人に関わることについて積極的な回答が得られて驚くとともに、嬉しい。家族は入院させて欲しいという前に、誰かに関わってもらいたいと思っている。民間移送しかないという状況を変えてもらいたい。(良田構成員)
- 保護者制度がなくなることで、医療へのアクセスが難しくなることも想定される。移送制度を実効性あるものに変える必要がある。移送の必要性を地域精神医療審査会で審査する。審査の際には本人の代弁者やアドボケートの意見陳述を保証する。移送先は、応急指定病院に限定しない。(全国精神保健福祉相談員会)

5 措置入院の在り方

(1) 措置入院への保健所の関わりと相談支援との連携 ※保護者制度の検討の中で検討済

- 措置入院中の患者の権利・利益を擁護する主体は都道府県知事であり、また、入院措置の解除を行う主体も都道府県知事であるにもかかわらず、入院中及び退院時における都道府県（保健所）の関与の内容については、具体的に示されていない。
- このため、措置入院については、入院時のみならず、入院中及び退院時についても、都道府県（保健所）の関わりを具体的にし、措置権者である都道府県（保健所）が責任を有することを明確にすべきということについて、意見は一致した。
また、その際、本人の意向に応じ、サービス利用計画の作成、地域移行支援、地域定着支援等の障害者自立支援法に基づく相談支援を適切に組み合わせて、住居の確保を含めた退院支援を行うことが必要ということについても、意見は一致した。

(2) 措置入院の下での強制医療介入 ※保護者制度の検討の中で検討済

- 強制入院での手続き面での保障を充実する観点から、措置入院中に同意によらない治療を行う場合に、より手厚い手続きを経る仕組みとすることが考えられる。このため、医療観察法の倫理会議のような手続きを設けることについて試行的に研究を進めることが必要である。

(3) 措置入院の入院時の精神医療審査会での審査

- 措置入院については、医療保護入院のような入院時の精神医療審査会での審査は行われていない。しかしながら、国際人権B規約との関係では、措置入院についても同様の手続きを求めることが必要であるとの意見があった。

(4) 措置入院の適用と運用

- 措置入院は、現在では年間約5,000件程度であり、精神科病院への入院者全体（約38万人）の中では、極めて限定的な適用がなされているが、団体ヒアリングの中では、措置入院の適用について都道府県間のばらつきがあるとの指摘があった。この点については、今後分析、検討を深めていくことが必要である。

【検討チーム・作業チームでの意見】

・ (1)に対する意見

- 事業所の立場として、措置入院、医療保護入院中の患者で退院調整が必要な方との関わりは既に持っている、全国的にも増えてきていると認識している。保健所と市町村の役割として、市町村をきちんと位置付けて、保健所がそれをうまくコーディネートしてもらおう。(岩上構成員)
- 措置入院の患者に対して、入院中も、そして、退院時、地域移行に当たっても、やはり行政がしっかりした責任を持つべきで、そこに関して新しい体制をつくっていくべき。(河崎構成員)
- 医療観察法での地域ケア会議等のイメージ。現在の措置入院だと、相談員や保健師等が関わって、必要な方、必要な機関を集めたり、あるいはそういった病院に足を運んで調整したりというのが実情と思う。必要なときにそういった制度ができて、ケア会議等のようなものができるのであれば、これは非常によいこと。ただ、それだけ労力、時間が割かれるということは、現在の保健所の、今まで以上にマンパワーを充実する必要がある。(鴻巣構成員)
- 適切に退院していただくような環境を整備するためには、医療観察法でやっているようなきめ細かい退院調整、退院整備を行うことができるよう、保健所や市町村での人材の確保、体制整備が必要。自立支援法の個別給付だけでは足りない。(笹井構成員)
- 入院中から退院調整に関われるよう制度化されるという方向性は非常に楽しみ。ただ、実務をやっている者として、どんな風に制度が動くのか、どういう報酬単価になるのか、ということに戦線恐々として方針が出るのを待っている。実際に機能するように制度をきちんと作って欲しい。(田尾構成員)
- 確かに行政の方々の関与が非常に少ない。特に入院時、入院後にも、どういうことで入院になっているのか、誰が入院させているのかといったようなことを、全くそこに関与していない治療を受けた病院側の方で説明しなければならない。うなことであって、措置入院の解除に際しても、患者さん本人にとってはもう少し行政職からの丁寧な説明や、サポートがあってもいいと思う。(千葉構成員)

【検討チーム・作業チームでの意見】

・ (3)に対する意見

- 医療保護入院は入院後すぐに審査会の審査を受けるようになっているが、措置入院についてはこれがない。この点は、人権規約違反で国際法上無効となるという懸念は当然出てくる。(町野構成員)

・ (4)に対する意見

- 措置解除基準が不明確のため、長期措置入院者数には医学的に説明困難な地域差がある。この現状を改善するために、まずは措置解除を推進し、医療保護入院に移行させる必要がある。措置解除あるいは措置入院の継続が必要であるかどうかは、現在は一人の医師で判定しているが、二人の精神保健指定医が関与すべきで、精神医療審査会が直接に関与すべき。(全国精神医療審査会連絡協議会)
- 措置入院の地域格差は問題。(全国「精神病」者集団)

6 終わりに

- 今回の入院制度の検討では、1950(昭和25)年の精神衛生法以来基本的な仕組みを変えておらず、1900(明治33)年に制定された精神病者監護法にその起源を持つ医療保護入院を見直すべく、検討を進めてきた。先に(平成23年9月8日の第21回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)でまとめた保護者の責務規定の廃止と併せ、精神疾患のある人の支えを家族だけが担う仕組みから、地域住民や、医療、保健、福祉を担う様々な関係者を含めた地域全体で支えていく仕組みへの転換を図ることは、精神病者監護法以来110年にわたる精神保健医療制度の大きな転換を意味するものであり、今後の地域精神保健医療福祉の充実のためには、必要不可欠である。
- 一方で、今回の検討は、現に医療保護入院による入院が年間14万人いるという現実、住宅をはじめ地域で精神障害のある人が暮らせる資源や、相談支援をはじめ地域で精神障害のある人を支える資源が十分とは言えないこと、地域で医療と福祉の連携体制が必ずしも確立している状況ではないこと、財政上一定の限界があることなど、様々な制約の下での検討にならざるを得なかったのも事実である。
- 今後、新たな入院制度の中で入院当初から早期の退院を目指した仕組みとすることや、地域精神保健医療福祉の充実によりできる限り本人の同意によらない入院を減らしていく努力を関係者が行っていく中で、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、検討を深めていくことが必要である。
- 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である。

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 構成員

	氏名(敬称略)	所属・役職
構 成 員	新垣 元	医療法人卯の会 新垣病院 院長
	岡崎 祐士	東京都立松沢病院院長
	小川 忍	公益社団法人日本看護協会常任理事
	河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会副会長(水間病院院長)
	佐久間 啓	医療法人安積保養園 あさかホスピタル院長
	田尾 有樹子	社会福祉法人巣立ち会理事
	高木 俊介	たかぎクリニック院長
	中島 豊爾	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター理事長
	長野 敏宏	特定非営利活動法人ハートinハートなんぐん市場理事
	西田 淳志	財団法人東京都医学総合研究所
	野澤 和弘	毎日新聞社論説委員
	野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会会長
	広田 和子	精神医療サバイバー
	福田 正人	国立大学法人群馬大学医学部准教授
堀江 紀一	特定非営利活動法人世田谷さくら会理事	
ピア スピーカー	小杉 己江子	
	山田 諒平	
法律等 アドバイザー	磯部 哲	慶應義塾大学法科大学院准教授
	久保野 恵美子	東北大学大学院法学研究科教授
	白石 弘巳	東洋大学ライフデザイン学部教授
	町野 朔	上智大学法学研究科教授

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） 「保護者制度・入院制度の検討」に係る作業チーム 構成員

磯部 哲（慶應義塾大学法科大学院 准教授）

岩上 洋一（特定非営利活動法人 じりつ 代表理事）

上原 久（社会福祉法人聖隷福祉事業団地域活動支援センターナルド センター長）

河崎 建人（社団法人日本精神科病院協会 副会長（水間病院院長））

久保野恵美子（東北大学大学院法学研究科 教授）

鴻巣 泰治（埼玉県立精神保健福祉センター 主幹）

笹井 康典（大阪府枚方保健所長）（第4回～第17回）

白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部教授）

千葉 潜（医療法人青仁会青南病院 理事長）

野村 忠良（東京都精神障害者家族会連合会会長）

広田 和子（精神医療サバイバー）

堀江 紀一（特定非営利活動法人世田谷さくら会理事）

◎ 町野 朔（上智大学法学研究科教授）

良田 かおり（公益社団法人全国精神保健福祉会連合会事務局長）

六本木 義光（岩手県県央保健所長）（第1回～第3回）

（五十音順・敬称略）（◎座長）

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・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）「保護者制度・入院制度の検討」に係る作業チーム 開催経過

【保護者制度】

（平成23年）

第1回(作)	1月 7日
第2回(作)	1月20日
第3回(作)	2月 9日
第15回(検)	2月24日
第4回(作)	4月28日
第5回(作)	6月16日
第6回(作)	7月27日
第21回(検)	9月 8日

【入院制度】

（平成23年）

第7回(作)	11月15日
第8回(作)	11月18日
第9回(作)	12月14日

（平成24年）

第24回(検)	1月11日
第10回(作)	1月26日
第11回(作)	2月 8日
第12回(作)	3月 8日
第25回(検)	3月29日
第26回(検)・第13回(作)	4月11日（合同ヒアリング）
第27回(検)・第14回(作)	4月27日（合同ヒアリング）
第15回(作)	5月10日
第16回(作)	5月30日
第17回(作)	6月14日
第28回(検)	6月28日

（検）=検討チーム （作）=作業チーム