

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における 入院医療による支援のための研究

総合研究報告書

研究代表者：村井俊哉（京都大学医学部）

研究分担者：笠井清登（東京大学医学部）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、柑本美和（東海大学法学部）、櫛原克哉（東京通信大学情報マネジメント学部）

要旨

本研究では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度の実態と課題を、当事者・家族の経験、専門職の経験、法制度、国際的動向、社会的視点等から多角的に検討した。制度の妥当性や人権保障の在り方が国際的にも問われる中、専門職調査・国際比較（藤井班）、比較法研究（柑本班）、質的調査（櫛原班）を通じて、制度が現場で直面している構造的課題や個別的影響の実態を明らかにした。

専門職を対象とした調査では、同意能力の評価困難や家族等同意の取得に関するジレンマ、身体疾患治療をめぐる制度的課題など、実務上の多くの課題が示された。一方、柑本班の比較法研究では、事前選択文書制度や精神医療審査制度の設計・運用に関して、イギリスやフランス、ドイツ等の取組が紹介され、日本における制度改革の方向性に重要な示唆を与えた。さらに、櫛原班の質的調査からは、非自発的入院の経験が本人・家族にとって大きな影響を及ぼしている実態が示され、制度が「生活支援」や「関係性の回復」といった機能を十分に果たせていない側面があることも浮き彫りとなった。非自発的入院制度の課題は、医療・法制度の問題のみならず、生活基盤や意思決定支援、地域支援の枠組みの再構築という広い視点で捉え直すことが必要であると考えられた。

本研究では、研究を実施するプロセスの準備段階から当事者・家族との意見交換を行い、調査票の作成においては当事者・家族が明らかにすべきと考える課題が浮き彫りとなるよう時間をかけて検討した。このため、研究期間内に全国調査の実施まで至ることができなかったが、全国調査の準備を整えることができたこと自体が成果のひとつであり、今後本研究の成果物である調査票を使用した調査の実施が必要である。

A. 研究目的

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に規定された入院のうち、本人の同意がない場合の入院制度としては措置入院、医療保護入院、応急入院等がある。令和4（2022）年12月に成立した改正精神保健

福祉法においては、医療保護入院の見直しが行われ、医療保護入院の入院期間を定め、一定期間ごとに入院要否の確認を行うこととされた他、従来から行われていた入院時の本人への書面告知に入院理由が追加され、同意を行った家族等にも同様の書面告知が行われる

こととなった。これにより、本人の人権擁護が従来よりも一定程度改善されることが期待される。しかし、本人の同意がない場合の入院制度については依然として課題が山積しており、国際的な動向も踏まえつつ、さらなる課題整理と将来的な見直しへの継続的な議論が必要である。

厚生労働省が令和3(2021)年10月から令和4(2022)年6月にかけて実施した、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」においては、医療保護入院に関する今後の検討の方向性として、以下の観点が示されている。

① 患者の同意が得られない場合の入院医療のあり方に関する基本的な考え方

患者の同意が得られなければ入院を行えないことにすると、患者の状況・症状によっては、医療へのアクセス確保の観点からも、患者の不利益につながることが懸念される。一方で、患者の同意が得られない場合の入院においては、権利擁護のあり方についてのさらなる検討が必要である。また、患者本人の同意がない場合の入院手続について、精神科と他科とで対応を区別する合理性があるかという点も検討を要する。

② 患者のニーズに応じた医療の提供等

患者の非同意の状況としては、明確に同意を拒否している場合の他、認知症等により有効な同意の意思表示を行えない場合等、精神疾患の特性により様々な場合がありうる。また、患者のニーズに応じた医療・居住の場の整備を進める方策のありかたについて、既存の制度の枠組みに限ることなく検討することも重要である。

③ 関係者の負担等

患者、現行法では同意を行うことが求められている家族、医療機関等、特定の者に過度の負担を求める仕組みとならないように留意することも必要である。現行の制度においては、家族等に過度の負担が生じる面があり、

患者の同意が得られない場合の入院に関して、関係者の負担という観点からも、十分な議論が必要である。

また、令和4(2022)年8月には、障害者の権利に関する条約(障害者権利条約)に関する第1回日本政府報告(障害者権利条約第35条に基づき実施)について、国連障害者権利委員会が審査を行い、同年10月にその総括所見が公表された。その中では、「精神保健福祉法によって正当化された、実際の障害または危険性に基づく精神科病院への強制入院」に対する懸念が示され、そのような法的規定の廃止が求められた。その後成立した前述の改正精神保健福祉法附則第3条および附帯決議では、今後障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ必要な措置を講ずることについて検討するとともに、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、医療保護入院のあり方等の精神科医療に関する法制度の見直しを行うことが求められている。しかし、これまで医療保護入院の実態に関しては、精神保健福祉資料や衛生行政報告例から把握できるマクロデータから推察することができるのみであり、検討の基礎となるデータがない状況であった。

本研究は、上記を踏まえて本人の同意がない入院の実態とその課題を把握し、法学・社会学的な観点から同意のない入院に関する法整備の歴史や本邦の文化的背景について検討することにより、精神科における入院制度のさらなる適正化を図るための基礎資料を提供すること目的としている。

上記の課題に対応するため、本研究班では以下の分担研究班で課題の検討状況を共有しつつ、調査研究を実施した。各分担研究班の構成は以下の通り。

1. 非自発的入院に関する実態調査(研究分担者:藤井千代)

2. 非自発的入院に関する法学的検討
(研究分担者：柑本美和)
3. 非自発的入院に関する社会学的検討
(研究分担者：櫛原克哉)

以下に分担班ごとの研究成果を示す。研究遂行にあたっては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、各分担研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得ている。

非自発的入院に関する実態調査（研究分担者：藤井千代）

精神科医療において、入院医療が必要であるにもかかわらず本人の意思決定能力が精神症状等により著しく低下している場合、本邦では医療保護入院等による非自発的入院という形で必要な医療へのアクセスを確保する仕組みとなっている。しかしこの仕組みについては、従前より国内外から多くの課題が指摘されてきた。直近では、障害者権利条約（Convention on Rights of Persons with Disabilities; CRPD）対日審査の総括所見（United Nations, 2022）において、「精神保健福祉法によって正当化された、実際の障害または危険性に基づく精神科病院への強制入院」に対する懸念が示され、そのような法的規定の廃止が求められている。一方で、本人の有効な同意が得られないことを理由に必要な医療を提供しないことは、本人の生命や健康に関する権利の侵害となりかねないこと、さらには家族等周囲の人の権利との対立を生じさせるおそれもあることなども指摘されている。総括所見を尊重すべきことは言うまでもないが、総括所見が求める対応を行ううえでは上記のような懸念があることにも留意しつつ、慎重に検討を重ねる必要がある。その際、総括所見において、インペアメント（機能障害）を理由に他の者と区別する制度、慣行を禁止する措置を求めていることを踏まえ、精神障害者へのスティグマや社会的偏見等の社会的

障壁に焦点を当てた議論をすることが重要である。

本研究は、これらの要請に対応するための基礎資料を提供すること目的としている。本分担班では、医療保護入院の運用状況や運用上の課題に関する実態調査を行い、本人の同意が得られない場合の入院医療のあり方に関する基本的な考え方や、同意に係る関係者の負担、本人のニーズに応じた医療の提供のあり方等を検討する。さらに、医療保護入院をめぐる裁判になった事例の分析を通じて、制度の課題を明らかにすることを試みるとともに、諸外国における精神科入院医療のあり方についても調査することとした。

研究方法

<精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査>

精神疾患を抱える当事者、家族、治療や支援に従事する者（精神保健指定医（指定医）、病棟に勤務する精神科看護師、訪問看護に従事する精神科看護師、精神保健福祉士、自治体職員）を対象とした。対象者の選定は、全国規模の組織を有する当事者、家族、各職種の関連団体（全国「精神病」者集団、全国精神保健福祉会連合会、日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会、日本精神科看護協会、日本精神保健福祉士協会）に所属する研究協力者と協議したうえで行った。対象候補のうち、調査への参加について同意を得られた者にインタビューを実施した。

なお、当事者インタビューに関しては、当事者団体が当事者同士のサポート業務として行ったインタビューの音声と属性（性別、年齢、診断等）に関するデータの提供を受けることとした。

<判例研究>

判例データベースより、医療保護入院の違法性が争点となった事例を中心に、精神科病院への入院が争われた事例を分析した。判例

ごとに、患者の属性、病院の属性、事実の概要、医療保護入院の争点に対する裁判所の判断、患者の家族関係、事例から抽出できる課題を整理した。

＜精神科医療における入院プロセスに関する国際比較＞

英国、ドイツ、フランス、カナダ、韓国、台湾に関し、精神科入院のプロセス、CRPD への対応状況等につき、文献調査を行った。必要に応じて、研究協力者の知人である各国の臨床医より追加情報を収集した。

＜専門職全国アンケート調査＞

精神科病棟に1年以上勤務している医師・看護師・精神保健福祉士、精神科への受診・入院相談や受療援助等に1年以上携わった経験のある自治体職員を対象とした。対象者の選定にあたっては、全国規模の組織を有する各職種の関連団体（日本精神科病院協会、日本公的病院精神科協会、大学病院精神科講座担当者会議、全国精神保健福祉相談員会、日本精神科看護協会、日本精神保健福祉士協会）へ協力を依頼した。

前述の「精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査」の精神保健指定医、病棟に勤務する精神科看護師、訪問看護に従事する精神科看護師、精神保健福祉士、自治体職員を対象としたインタビュー調査の内容分析の結果をもとに、アンケート項目を作成した。そのアンケート項目を用い、研究分担者を対象に予備的なアンケート調査を実施した。予備的なアンケート調査では、アンケート項目の他、アンケートの項目や全体構成に関する意見を自由記述により求めた。自由記述の結果をもとに、最終版のアンケート項目を作成し（別紙1, 2）、上記対象者に Web または紙媒体によるアンケート調査を実施した。得られたデータについて量的データの記述統計量を算出し、自由回答に関して質的分析を行った。

＜当事者・家族予備的アンケート調査＞

精神疾患を抱える当事者、家族。全国規模の組織を有する当事者、家族の関連団体（全国「精神病」者集団、全国精神保健福祉会連合会）の会員へ依頼し、調査への参加について同意を得られた者を対象とした。

当事者を対象としたアンケート調査の作成にあたっては、前述「精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査」の当事者家族を対象としたインタビュー調査の内容分析の結果を参考に、当事者の協力者とのコンセンサス会議を行い、予備的アンケート調査の項目を作成した。家族を対象としたアンケート調査の作成についても、家族の協力者と共に同様に実施した。上記対象者に作成したアンケートを用いて Web による予備的アンケート調査を実施した。当事者へのアンケート調査では、対象者の基本属性（年代、性別、診断名、入院経験等）、入院前・入院場面・入院中・入院後における状況や心情、入院の金銭的負担、身体科治療の経験等について、選択項目と自由記述により回答を求めた。家族へのアンケート調査では、対象者の基本属性（年代、性別、患者との関係等）、患者の入院に関わった経験や心情、現在の現在の医療・福祉サービスの状況、家族が抱える患者のケア状況、非自発入院の金銭的負担について、選択項目と自由記述により回答を求めた。その他、当事者・家族の両方で、今後の全国的なアンケート調査に向けた、アンケートの項目や全体構成に関する意見を自由記述により求めた。アンケートの回収結果や各項目に関する意見を参考に、予備的アンケート調査の作成に関わった構成員のコンセンサス会議により、全国調査に向けた最終版のアンケート調査票を作成した。

＜精神科医療における入院プロセスに関する国際比較＞

研究協力者の知人である、英国、ドイツ、フランス、カナダ、韓国、台湾の精神科医師にイ

ンタビュー調査を依頼し、調査の参加について同意を得られた者を対象とした。

前述の「精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査」の精神保健指定医を対象としたインタビュー調査の内容分析の結果を参考にコンセンサス会議を行い、日本において対応に苦慮する代表的な臨床場面をもとに 5 つのケースビネットを作成した（別紙 3）。このケースビネットを元に上記対象に対して web 上でのインタビューを実施した。

結果

＜精神保健福祉法における入院に関するインタビュー調査＞

当事者 12 名、家族 9 名、指定医 10 名、精神科病棟看護師 5 名、精神科訪問看護師 4 名、精神保健福祉士 4 名、自治体職員 3 名の協力を得た。現在、内容分析を実施中である。

インタビュー結果より、精神保健福祉法における入院に関する論点としては、主として「制度・手続きのあり方に関する課題」と、「医療の質に関する課題」の 2 つに大別できると考えられた。制度・手続きのあり方に関する課題の例としては、家族等同意に関する課題、入院決定のプロセスに関する課題、医療保護入院の適用基準の広範性、権利擁護のためのセーフガード、本人や家族への説明のあり方などのカテゴリーが含まれる。医療の質に関する課題としては、医療従事者の人権に対する理解の程度、意思決定支援のあり方、非自発的医療による医療不信の帰結が治療関係を困難としている課題、身体科との医療受診の経験の比較における侵襲性の高さ、指定医の判断のばらつきなどがカテゴリーの例として挙げられる。本稿では、中間まとめとして、治療や支援に従事する者へのインタビュー結果から、制度・手続きに関する課題のうち、家族等同意に関する課題、医療保護入院の適用基準の広範性に関する課題に焦点を絞って報告する。

家族等同意に関する課題

家族等同意の課題としては、以下のようなコードが抽出された。

- ・本人と同意者との関係性への悪影響
- ・家族への負担が大きい
- ・家族間で意見の相違があった場合の家族関係への悪影響
- ・同意者の意思決定能力に疑問がある場合の対応
- ・「家族等」に該当しないため、本人を最もよく知る人（同居の親族、内縁のパートナー等）であっても同意者になれない
- ・同意者が退院に反対している場合の対応
- ・同意者が同意撤回した場合の対応
- ・家族等が遠方、海外にいる場合の手続き
- ・身体科医療に関する同意者との不整合
- ・家族等同意が得られないことにより、必要な医療が受けられない

一方で、家族等同意の利点についても以下のようなコードが抽出された。

- ・本人と家族の関係性の再構築につながる
- ・家族の治療参画が促進される
- ・家族が関与することによる本人の安心感
- ・家族の視点が入ることによる入院適否の多角的な検討
- ・家族が関与することによる本人の負担軽減
- ・病院が家族と関わる機会が増えることによる医療・ケアの質の向上

医療保護入院の適用基準の広範性に関する課題

医療保護入院の適用基準の広範性に関する課題を検討するうえでは、まず医療保護入院となりうる状況が非常に多岐にわたることについて示す必要がある。インタビューからは、主として以下のような状況において医療保護入院が適用されていることが示された。

- ・明らかな自傷他害のおそれがある場合
- ・精神症状が重症であり、入院による治療を必要とする場合

- ・行動上の問題が顕著であり、構造化された治療環境を必要とする場合

また、精神症状や行動からは、必ずしも医療保護入院が必要とはいえないケースであっても、以下のような状況においては医療保護入院となる場合があることが示唆された。

- ・身体疾患や外傷の治療が必要であり、身体科病棟での受け入れが困難な場合
- ・医療保護入院者が身体科治療や処置のため転院となり、再度精神科病棟に戻ってくる場合
- ・家族が疲弊しているなど、家族の休息が必要な場合
- ・家庭や施設が治療環境として適切ではないと考えられた場合

上記のような状況であっても、本人が入院に同意し、その同意が有効な同意であれば任意入院となるが、本人が重度の認知症または子どもであり、意思決定能力を有するとみなされない場合にはその同意を有効とみなさないことが多い。また、以下のような状況においては、任意入院が適切であるかどうかについて、判断が分かれる。

- ・拒否はしていないが、本人からの意思表示が明確に示されない場合
- ・本人が明確な意思表示をためらっている場合
- ・同意の意思が容易に変わりうる可能性が高い場合
- ・意思決定能力はある程度保たれているが、同意内容を十分に理解していないと考えられる場合
- ・アルコールや薬物等の影響下にある場合

また、入院自体には同意しているが、病棟のルール（スマートフォン所持の禁止、消灯時間など）を受け入れられない場合や、本人が医療保護入院での入院を望んでいる場合にも医療保護入院となる場合がある。

＜判例研究＞

平成 25 年の精神保健福祉法改正以降の判例について、12 例が抽出された。各事例について、判決年月日、原告、被告、患者の属性、病院の属性、事案の概要、争点、検討した入院要件、結論、裁判所の判断、家族関係、事例から抽出できる制度運用上の課題を表 1 に示す。

＜精神科医療における入院プロセスに関する国際比較＞

別紙 4～8 に調査結果を示す。

＜専門職全国アンケート調査＞

有効回答は、医療従事者は、医師 574 名（内、精神保健指定医 334 名）、看護師 638 名、精神保健福祉士 99 名であった。また、自治体職員は 30 名であった。医療従事者全職種・職種別、自治体職員に関するアンケート調査の記述統計量と質的分析の結果を別紙 9～13 に示す。

＜当事者・家族予備的アンケート調査＞

当事者、家族調査の有効回答は、それぞれ 14 名、16 名であった。アンケートの項目や全体構成に関する意見をもとに、当事者または家族の立場である研究分担者とともにアンケートの改訂に関する会議を行った。作成した調査票を別紙 14,15 に示す。なお、調査票は現時点での暫定的な版とし、今後の継続的な会議を進める中で、変更する可能性がある。

＜精神科医療における入院プロセスに関する国際比較＞

英国、ドイツ、フランス、韓国、台湾の精神科医師各 1 名ずつ、カナダの精神科医師 4 名に対してインタビューを行った。インタビューの結果、各国の運用の違いが明らかになり、「自傷他害の恐れがない場合も適用される非自発的入院形態がある」、「(措置入院以外の状況で) 公的な搬送手段に乏し

い」、「身体科の非自発的な治療について根拠・手続きがない」、「認知症、知的障害に関しては精神科医療が一定の役割を担っている」、「年少者の同意能力に関して、精神保健福祉法上の規定がない」「意思決定能力評価や、意思決定支援についてはガイドラインがなく、属人的な運用となっている」という日本の特徴が浮かび上がった（別紙 16）。

考察

本研究では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院、とりわけ医療保護入院に関する制度の運用実態や関係者の認識、裁判例、海外制度との比較などを多角的に検討した。これにより、現在の制度がもつ構造的な課題とその背景にある社会的要因、さらには今後の制度再設計に向けた視点が見出された。

まず、専門職を対象としたインタビューおよび調査からは、医療保護入院が医学的観点からの必要性（例：重度の精神症状や自傷他害のリスク）だけでなく、社会的資源の不足や家族支援の限界といった非医療的要因によっても適用されうることが示唆された。たとえば、身体疾患治療のために精神科病床が一時的に利用されるケースや、家族の疲弊を背景とする入院判断などが含まれており、精神科医療が事実上の「セーフティネット」として機能している側面がうかがえる。

また、医療保護入院に際して求められる「家族等同意」は、治療への家族参画を促すという望ましい側面が期待できる場合もあるものの、本人と家族の関係性への悪影響、家族間の意見対立、同意者の適格性に関する疑義など、多くの課題を抱えていることが明らかとなった。とりわけ、「家族等」の定義が限定的であるため、実際には本人の状況や意向をよく理解している者（例：内縁の配偶者、長年の同居人など）が手続きに関与できないという制度的制約も観察された。このような状況は、本人の権利擁護や意思決定支援の観点からも再検討が望まれるところである。

加えて、専門職を対象としたインタビューおよび調査では、入院形態の判断に関して意思決定能力の評価が曖昧であり、医療保護入院と任意入院の境界が実務上曖昧であることが明らかとなった。本人が同意しているか否か、またその同意が有効とみなせるかどうかの判断において、臨床現場では依然として属人的な判断が大きく影響していることがうかがえる。この点は、後述する判例分析や国際比較調査とも共通しており、意思決定支援と能力評価をいかにして実施すべきかについて、早急に検討する必要があると考えられる。

判例分析では、2013（平成 25）年の法改正以降の 12 件の事例を検討し、医療保護入院の適法性をめぐる判断が、病状評価や医療必要性の解釈、家族の同意状況など、個別の事情に大きく左右されることが確認された。これらの事例からは、制度運用上のセーフガードの不十分さもうかがえた。

国際比較の結果からは、日本の制度に特有の課題がいくつか浮かび上がった。たとえば、身体科における非自発的治療の手続きが整備されていないこと、年少者に関する同意能力の明確な規定が存在しないこと、精神障害をもつ人の意思決定支援に関する実務的ガイドラインがなく属人的に対応されていることなどである。これらは、単に精神保健福祉法の枠組みを修正するだけでは対応困難であり、広く医療・福祉・司法の制度横断的な整備と、地域生活支援体制の強化が不可欠であることを示している。

CRPD に基づく制度改革が求められるなかで、日本が直面する課題は単なる制度廃止や非自発的入院の縮小にとどまらず、本人の意思とニーズを尊重しつつ、必要な医療・支援に確実にアクセスできる仕組みをいかに再構築するか、という根本的な問いに向き合うことである。今回の実態調査は、そのための第一歩として、現場で実際に起きている問題の構造と多様な声を可視化し、今後の政策検討に資する基盤的資料となるものである。

今後は、本研究で作成した当事者および家族を対象とした調査票を用いて全国規模の調査を実施し、当事者および家族の視点をより精緻に把握するとともに、それらの知見を踏まえた制度設計への具体的議論を深めていくことが求められる。

非自発的入院に関する法学的検討（研究分担者：柑本美和）

研究目的

わが国における精神科医療において、非自発的入院制度、とりわけ医療保護入院制度の存在とその運用に関しては、長年国内外でその課題について議論が行われている。特に近年、障害者権利条約（CRPD）の観点からも見直しを勧告されており、今後の精神科入院医療のあり方について、国際的な動向も踏まえた検討が急務となっている。特に、家族等の同意による入院手続きをめぐる課題や、患者の権利擁護の不十分さが指摘されている。2022（令和4）年には精神保健福祉法が一部改正され、医療保護入院の手続きが見直されているが、これまでに指摘されてきた制度的課題の根本的な解決には至っていない。

本研究の目的は、このような背景を踏まえ、医療保護入院制度を中心とした非自発的入院制度に関する法学的課題の整理を行い、その制度が抱える問題点と今後の制度再設計に向けた方向性を明らかにすることである。

研究方法

<文献調査>

国内外の法制度、判例、学術文献、政策文書を中心に広範な文献調査を行った。特に、障害者権利条約（CRPD）に関連する国際文書、国内の精神保健福祉法及び関連規定、医療保護入院に関する過去の法改正議論を詳しく分析し、制度的課題の歴史的背景と現在の状況を整理した。

<比較法研究>

ドイツ、台湾、韓国、イギリス、フランスの非自発的入院制度を対象とした比較法研究を行った。具体的には、各国の法制度や制度改革の経緯、特に精神医療審査会制度や意思決定支援制度（事前意思表示制度）について、関連法規と実務の状況を調査・分析し、制度的特徴とその運用状況を明らかにした。

<勉強会の開催>

令和5年度および令和6年度に分けて専門家による勉強会を開催し、各分野の研究協力者による話題提供を受け、ディスカッションを行った。具体的なテーマは以下の通りである。

令和5年度勉強会テーマ：

- ・ 精神保健福祉法改正の検証
- ・ 医療保護入院、医療同意、成年後見制度
- ・ 精神医療審査会の現状と課題
- ・ ドイツ、台湾、韓国における非自発的入院制度

令和6年度勉強会テーマ：

- ・ 意思決定支援制度（事前意思表示制度）に関する検討
- ・ 精神医療審査会制度の運用と課題（日本とイギリスの比較を含む）
- ・ イギリスの非自発的入院制度
- ・ フランスにおける非同意入院の特徴
- ・ ドイツにおける世話法改正の影響

<海外実地調査>

令和5年度には台湾、令和6年度にはイギリスにおいて現地実地調査を行った。各国の精神科病院、関係機関を訪問し、制度改革の背景、運用状況、課題について、精神科医療従事者、アドボケイト、法制度専門家等に対して詳細なインタビューを実施し、質的データを収集した。

結果

＜国内制度の現状と課題（文献調査）＞

2022 年（令和 4 年）の精神保健福祉法改正では、非自発的入院に関連するいくつかの重要な変更がなされた。具体的には、措置入院における事後審査の導入、医療保護入院における入院理由の告知義務の明確化、告知対象の家族等への拡大、入院期間の設定などが含まれる。これらは、国際人権規約（B 規約）や障害者権利条約（CRPD）への対応を念頭に置いたものと考えられ、権利擁護の観点から前進と評価できる側面もある。

しかし、制度的な構造には依然として大きな課題が残されている。特に、医療保護入院において、本人の同意が得られない場合に、家族等の同意をもって入院させるという枠組みは、患者の権利擁護の観点からの課題を孕んでいる。家族は必ずしも患者の意思を代弁する存在ではなく、むしろ利害が対立する場合も少なくない。医療保護入院の同意者となった家族が、患者との関係性悪化や葛藤を抱えるケースも多く、これが患者の不信感や治療拒否につながることも懸念される。

また、医療保護入院制度では、入院決定が医療機関内の指定医と家族等の同意のみで完結するため、第三者による外部的な関与が弱く、入院の必要性や妥当性の審査が十分に担保されていないという懸念がある。精神医療審査会による事後審査制度は存在するが、その審査は迅速性や実効性の面で、十分に機能しているとは言い難いとの指摘がある。さらに、審査会の合議体構成が医療関係者に偏っていることも、制度の中立性・独立性に対する懸念を生じさせているという側面もある。

これらの背景には、わが国の精神医療が長らく家族を支援の中核に据えてきた歴史的経緯がある。しかし、家族機能の変容や地域精神医療体制の遅れを踏まえると、現行制度が前提とする「家族等による同意」による入院決定の妥当性は、改めて問い直されることが

望まれる。

さらに、精神障害者の意思決定支援体制が未整備であることも大きな課題である。患者本人の意思を正確に把握・尊重するための制度的支援が乏しく、結果として「判断能力の欠如」を理由に本人の意向を十分に確認しないという対応になりやすいことが問題視されている。この点で、意思決定支援制度や事前意思表示制度の導入が重要な課題として浮上している。

総じて、2022（令和 4）年の精神保健福祉法改正は一步前進ではあるが、依然として日本の非自発的入院制度は、患者の権利擁護の観点から課題が山積しており、国際的な人権基準との整合性を図るには、さらなる制度改革が必要であることが示された。

＜比較法研究＞

本研究では、ドイツ、台湾、韓国、イギリス、フランスの非自発的入院制度を対象とし、制度の目的、入院決定過程、家族や第三者の関与、権利擁護策の整備状況、実務上の運用などについて比較法的に検討を行った。その結果、各国において、非自発的入院制度は患者の自由権と治療の必要性とのバランスをいかに確保するかを重視した制度設計がなされていることが確認された。

ドイツでは、非自発的入院は州ごとに法律で規定されているが、共通して裁判所の関与が必須であり、医療上の必要性がある場合でも、司法判断を経ない入院は認められていない。また、患者が将来の治療に関する意思を事前に示すことができる「事前指示

（Patientenverfügungen）」は民法上に明文化されており、法的拘束力を持つ。医療提供者は、患者が意思決定能力を喪失した場合でも、事前に示された意向に基づいた判断を求められ、患者の自己決定が最大限尊重される制度となっている。

台湾では、精神衛生法の改正により、非自発的入院に関する手続きの厳格化が図られて

いる。特に、行政機関による認定と複数の専門家による診断を必要とする仕組みが整備されており、患者本人の不利益を最小化するように設計されている。障害者権利条約の国内実施を意識した制度改正が進んでおり、入院後の定期審査制度や退院支援プログラムも導入されている。

韓国では、家族による保護義務者入院制度が長らく続いていたが、憲法裁判所によって違憲とされ、制度の抜本的な見直しが進められている。これにより、家族による一方的な入院決定が排除され、第三者機関による客観的な審査の導入が検討されている。国際的な人権水準との整合を図るべく、精神保健法の再設計が進行中であり、医療の専門性と権利擁護の中立性の確保が課題とされている。

イギリスでは、精神保健法に基づく非自発的入院制度において、精神保健審査会

(Mental Health Review Tribunal) が重要な役割を果たしている。同審査会は、2007年の制度改革により第一層審判所 (First-tier Tribunal) へと再編され、医師・法律家・一般市民の三者による合議体によって構成されている。この制度により、入院決定の妥当性を独立・中立的に審査することが可能となっている。さらに、イギリスでは事前選択文書 (Advance Choice Documents) の法制化が進んでおり、本人があらかじめ自身の希望する治療方針を明示できる制度として活用されている。これは患者の自己決定権の尊重に資するものであり、強制医療の実施においても、事前意思に反しないよう配慮される仕組みが構築されつつある。

フランスでは、家族等による同意制度は存在せず、非同意入院 (hospitalisation sans consentement) は、医師の判断と行政機関の決定によって行われる。第三者の感情的関与を排除し、法的・医学的な手続きに基づく透明性の高い仕組みとなっており、患者の権利保障と医療の中立性が両立されている点が特徴である。また、入院後の継続的な審査や

退院に向けた支援体制も整備されており、長期入院の防止と社会復帰支援の両立が図られている。

これらの国々と比較すると、日本の医療保護入院制度は、家族が大きな役割を担っていることが特徴であり、外部的な中立的審査や本人の意思の事前確認といった仕組みが不十分であることが示された。

<勉強会および実地調査>

勉強会では、精神保健福祉法の法改正に関する検証、民法学的観点からの医療保護入院制度の問題点、精神医療審査会制度の課題、さらには各国における非自発的入院制度の運用に関する報告と討議を行った。特に、日本の制度における「同意」のあり方については、医学的判断と法的・倫理的枠組みとの接点を中心に活発な議論がなされた。参加者からは、非自発的入院における本人意思の尊重が制度的に確保されていない現状や、審査会の委員構成・審査の質のばらつきに対する懸念が繰り返し指摘された。

令和5年度に実施した台湾調査では、同国における精神衛生法改正準備段階の実務実態を把握することができた。複数の行政機関や医療機関への訪問、担当者へのインタビューを通じて、制度改正の背景にある国民的議論や、障害者権利条約への対応姿勢の強さが浮き彫りとなった。加えて、改正法施行に向けた体制整備や人材育成が戦略的に進められている様子も確認できた。

令和6年度には、イギリス・ロンドンを中心に実地調査を実施し、現地の精神科医療機関、審判所、アドボカシー団体、患者・家族、政策担当者等、幅広い関係者への聞き取りを行った。現地では、事前選択文書 (Advance Choice Documents) の運用状況や課題、第一層審判所 (First-tier Tribunal) の審査実務に関する具体的事例の収集が可能となった。病棟内には審査専用の防音部屋が設置されており、入院者のプライバシーと意見表明の機会

が制度的に保障されている様子が観察された。また、患者中心主義に基づいた権利擁護の仕組みとして、オプトアウト型のアドボカシー制度の実践事例も共有された。

考察

本研究の結果から、わが国の医療保護入院制度における家族同意と、第三者審査の不在等に起因する構造的脆弱性が示された。2022（令和4）年の法改正は、制度的な透明性や本人告知の明確化など、一定の前進を見せたが、依然として入院決定の根拠が家族等の同意と指定医の判断に大きく依存しており、制度設計そのものが患者の権利擁護にとって依然不十分と言わざるを得ない。

諸外国の制度と比較して特に際立った点は、「入院決定過程における司法的・準司法的関与の有無」と「本人意思の尊重を支える制度的枠組み」の違いである。ドイツやイギリス、フランスでは、いずれも第三者による独立した審査機構が設けられており、個人の自由を制限する強制入院において、医療機関や家族のみの判断に委ねられることはない。また、本人の過去の意思を文書で明示できる制度（事前指示・事前選択文書）も整備されており、意思能力の低下後も自己決定が尊重される仕組みが制度的に確立している。

これに対して日本では、本人の同意能力が欠如していると判断されると、本人の現在の意思は事実上顧みられない状況となることもあり、第三者による妥当性審査も事後的かつ形式的なものにとどまっている。精神医療審査会において、医療関係者に構成が偏り、審査の独立性が十分に担保されていないという課題も指摘されている。審査の実効性と中立性を確保するためには、委員構成の見直しや審査手続の透明化、人員配置の強化が不可欠である。

さらに、日本の医療保護入院制度が依拠してきた「家族による同意」の枠組みは、現代における家族機能の多様化・希薄化、ケアの

個人化といった社会的変容と乖離しており、今後も制度の持続性に疑問を投げかける要因となっている。家族は本来的に患者の意思を代弁する存在とは限らず、むしろ葛藤や利害の対立を内包する関係であることも多い。そのような関係性に基づいて非自発的入院を正当化することには、根本的な再検討が必要である。

意思決定支援制度や事前意思表示制度の整備は、こうした制度的課題を乗り越える鍵のひとつである。実地調査で明らかになったように、イギリスでは Advance Choice Documents が制度化され、医療介入の是非について本人の事前意思を明示し、それが実際の入院・治療に際して重視されている。この制度により、本人の意思が制度設計の中心に据えられる土台が形成され、非自発的入院における正当性の担保と納得性の向上が期待できる。日本での導入可能性について検討することも考えられる。

また、台湾のように行政機関が審査に関与し、複数の専門家による合議的プロセスを導入することは、入院の必要性を慎重に判断する上での実効性ある仕組みといえる。日本では、いわゆる司法インフラの脆弱性を考慮すると、司法的関与についてはその実効性を含め慎重に検討する必要があるが、実効性の高い外部審査体制の整備について検討すべき段階に来ているともいえる。

本研究で明らかになったように、日本の非自発的入院制度は、制度設計において家族・医療機関の裁量が大きく、本人の意思や第三者的視点が制度的に十分保障されていないという課題を抱えている。こうした状況を改善するためには、司法的・準司法的審査の導入、本人意思の尊重を制度的に担保する仕組み（意思決定支援・事前指示等）の整備、精神医療審査会の実効性と中立性の確保、家族の役割の再定義と支援体制の見直しといった多角的なアプローチが求められる。

非自発的入院に関する社会学的検討（研究分担者：櫛原克哉）

研究目的

本研究は、精神医療における非自発的入院、とりわけ医療保護入院をめぐる制度的課題と当事者・家族の経験に着目し、社会学的視点からその妥当性と影響について検討することを目的とする。障害者権利条約の理念や近年の国際的な人権動向を踏まえると、本人の意思に反する形で入院については厳格な正当化が求められるが、日本の現行制度においては、家族等による同意により非自発的入院が可能であり、この点が国際的にも特徴的な構造をなしている。

本研究では、こうした制度特性に対する検討を行うとともに、非自発的入院の経験をもつ患者およびその家族への質的インタビュー調査を通じて、当事者の視点からみた入院の「妥当性」や「必要性」、およびその評価に影響を与える要因を明らかにすることを目指した。特に、入院の契機となる状況、医療者との関係、入院後の処遇、退院後の生活、家族関係の変化など、多層的な要因が当事者の認識にどのように関与しているかを明らかにすることで、制度の見直しや今後の支援のあり方に対する示唆を得ることを目指した。

また、非自発的入院をめぐる是非の二項対立的な議論ではなく、個別の状況においていかなる条件のもとで強制的処遇が社会的に受容されるかという複雑な判断枠組みについても検討した。これにより、制度そのものの是非にとどまらず、当事者の尊厳や権利を最大限尊重しうる精神医療のあり方を探求する。

研究方法

<文献調査>

非自発的入院制度をめぐる先行研究、国内外の制度比較に関する文献、患者の体験に関する質的研究、障害者権利条約（CRPD）等に関する国際的文献を広く収集・分析した。特

に、日本の医療保護入院制度の歴史的展開、法制度的背景、近年の法改正の経緯について詳細に整理し、制度的特性を把握した。また、規範的・哲学的文献も参照した。

<インタビュー調査>

2023（令和 5）年度および 2024（令和 6）年度にわたり、医療保護入院等の非自発的入院を経験した精神障害当事者、およびその家族を対象とした半構造化インタビューを実施した。対象者の選定は、複数の医療機関や地域精神保健福祉関係者の協力のもと、インフォーマントによる紹介を通じて行った。

インタビューでは、入院の経緯、当時の心情、医療者とのやりとり、入院中の体験、退院後の生活、家族との関係の変化、そして振り返っての評価などについて、自由記述的な語りを促しながら情報を収集した。インタビューは原則として 1 対 1 で実施され、音声記録をもとに逐語的に文字起こしを行った。

<質的データの分析>

収集したインタビューデータについては、テーマ別にコーディングを行い、内容分析を通じて主要な概念・語りのパターンを抽出した。とくに、「入院の妥当性」や「必要性」に対する当事者の認識の構造、及びそれに影響を与える要因（例：本人の心理状態、家族関係、入院後の対応など）に焦点を当てた分析を行った。また、制度に対する受け止め方の違いや、正当化の論理・納得の形成過程についても多角的に検討した。

結果

<文献調査>

文献調査からは、日本の医療保護入院制度が、患者本人の同意を得ずに家族等の同意に基づいて入院を可能とする仕組みを中心に構成されており、この枠組みが国際的にも特徴的な構造であることが確認された。とくに、障害者権利条約（CRPD）の「自由かつイ

ンフォームドな同意に基づく医療」や「意思決定支援の権利」といった原則と照らした場合、日本の現行制度はこれらの理念を十分に反映しているとは言い難いと考えられた。

また、「本人の最善の利益に資する限りにおいて一定の強制は正当化されうる」という立場と、「本人の意思が明確でない場合に強制が正当化されること自体を問題とする」立場のあいだには深い理論的・倫理的対立があることも確認された。日本の制度運用においては、現場の実務上「最善の利益」にもとづく判断が一般化している一方で、「意思決定能力の欠如」を前提とすることで本人の意思確認の努力が行われないという傾向があることも、先行研究から明らかとなった。

＜インタビュー調査＞

インタビュー調査では、非自発的入院を経験した当事者 19 名、家族 12 名から語られた体験をもとに、入院の妥当性や制度の意味づけに関する多様な語りが収集された。

① 入院時の状況と判断の複雑性

多くの当事者は、入院直前において「現実感の喪失」や「極度の不安・混乱」など、主観的な危機状況にあったと語っていた一方で、入院の決定過程については「突然だった」「説明が不十分だった」といった印象を持っていることが多かった。また、家族からの同意が自分の知らないところで得られていたことに対して、強い驚きや不信感を抱いたという声も多かった。

② 入院の「正当性」認識の分岐

入院の妥当性に関しては、当初は強く反発していたものの、退院後の生活を経て「今思えば必要だった」と再評価する例もあれば、逆に「今でも納得していない」「家族との関係が壊れたまま」と語る事例もあり、経験の受け止め方には大きな個人差が見られた。納得感の有無は、主に以下の要因と関連していた：

- ・ 入院時・入院中の説明や対応の丁寧さ
- ・ 入院後の処遇（医療者の対応、生活環

境）

- ・ 家族との信頼関係の有無
- ・ 退院後の支援体制

③ 家族の葛藤と負担感

家族インタビューからは、医療保護入院に同意することへの強い葛藤が明らかとなった。多くの家族は「自分が決めてよかったのか分からない」「裏切ったと思われているのではないか」という不安を抱えており、その心理的負担は長期にわたって続いていた。また、医療機関から「家族が同意しないと入院できない」と言われたことに対して、制度的な強制性と責任の所在の曖昧さを指摘する声もあった。

④ 制度と納得の間にある構造的なギャップ

一連の語りからは、医療保護入院制度がもつ「形式的な合法性」と、当事者・家族の「心理的な納得」の間にしばしば大きな乖離が存在することが明らかとなった。たとえ制度的に正当な手続きを経ているとしても、当事者・家族が納得できなければ、それは強い不信感や制度への不満につながり、結果的に医療不信や再受診の拒否、家族関係の破綻をもたらす場合がある。

⑤ 「仕方なさ」と「制度へのまなざし」

いくつかのインタビューでは、「あのときは仕方なかった」という表現が頻繁に登場した。これは、本人や家族が制度の問題を認識しつつも、それ以外の選択肢が見出せなかったこと、あるいは選択肢が示されなかったことを意味している。

考察

本研究を通じて明らかになったのは、医療保護入院制度における「正当性」の構造が、法的・制度的な枠組みと、当事者・家族の主観的な納得や感情との間に大きな乖離を抱えているという点である。とりわけ、本人の意思によらず入院がなされたことに対する驚き、不信、葛藤といった感情は、法制度が想定する「公益」や「最善の利益」によっては必ずしも

緩和されない。むしろ、制度的な説明が不足したまま処遇が進むことで、当事者・家族の側に「裏切られた」「信頼できない」といった強い感情的な反発が残る可能性がある。

特に注目されるのは、入院の経験が後に「必要だった」と再評価される場合がある一方で、その納得は一律ではなく、入院中の処遇や医療者の対応、さらには退院後の生活支援の有無など、多くの要因に規定されるという点である。これは、非自発的入院における「正当性」や「必要性」が、単なる医学的判断や法的判断のみならず、当事者が体験をどのように意味づけ、再構成するかというプロセスに深く関係していることを示している。

また、家族の語りからは、医療保護入院に同意することの心理的な重さと、その後も長く続く後悔や葛藤が浮かび上がった。家族が制度的に「同意」を求められる一方で、その判断が本人にどのように受け止められるかに関しては、制度上十分な配慮がなされていない現状がある。これは、本人の最善の利益であると信じて行う同意という行為と、人間関係の中で生じる倫理的・感情的な葛藤との間に存在するジレンマとも言える。

こうした課題は、日本の医療保護入院制度が、第三者による中立的審査や事前意思確認制度を欠いていることとも関係している。すなわち、「本人の利益を家族が代弁する」構造が依然として制度の中核に据えられており、その結果、本人と家族との関係性や信頼の有無によって入院の経験が大きく左右されることになる。

さらに、当事者・家族の語りには、「仕方なかった」という言葉が繰り返し現れていた。これは制度的選択肢の乏しさ、すなわち「非自発的入院以外に現実的な手段がない」状況を反映している。実際、多くの語りからは、危機時に地域で利用可能な支援資源が少なく、結果として入院が「最後の手段」として用いられている実態が浮かび上がった。制度的には「選択肢」が存在しているようにみえても、

現場の実情としては一択に近い状況での「選択」であり、これは制度の自由意思保障という前提を揺るがす状況ともいえる。

このように、非自発的入院制度の見直しに向けては、単なる法手続きの整備や入院基準の厳格化にとどまらず、本人・家族の「納得」を可能にするための構造的改革が必要である。そのためには、危機における地域支援体制の拡充、本人の意思をできる限り確認・尊重する仕組みの制度化（例：事前指示書、意思決定支援制度）、家族が過度に責任を負うことのない仕組みの導入、入院中および退院後のフォローアップ支援の強化、など多方面からのアプローチが求められる。

最後に、非自発的入院をめぐる議論は、しばしば「入院は是か非か」という二項対立的構図に陥りがちであるが、当事者や家族の語りが示すのは、むしろ「どのような条件のもとでなら、入院という選択が社会的に受け入れうるのか」という複雑で文脈依存的な問題である。今後は、制度の運用においてもこうした複雑性を前提とし、形式的な正当性だけでなく、経験の妥当性や納得のあり方をも含めた制度設計が必要であろう。

結論

本研究は、精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度の課題について、制度運用の実態（藤井班）、法制度（柑本班）、そして当事者・家族の経験と意味づけ（櫛原班）という三つの異なる視点から包括的に検討を行った。その結果、現行制度が抱える構造的な脆弱性と、制度改革に向けた複数の重要な論点が明らかとなった。

まず、藤井班の調査では、精神科医療機関における入院医療の実務に焦点を当て、現場が直面する困難が可視化された。多くの現場では、医療保護入院が「地域における最後の受け皿」ともいうべき機能を有しており、地域支援体制の脆弱さが入院依存を強めている側面もあることがうかがえた。また、家族関

係の不安定さや関係性の希薄さから、本人の権利擁護の側面からみた適切な同意者の確保が困難なケースも多く、現場では制度の枠組みに合わせた「形式的な同意」がなされている実態も見られた。さらに、医療者自身が患者の人権と治療の必要性の間で揺れ動き、制度の運用におけるジレンマの大きさも認められた。

柑本班の研究では、日本の医療保護入院制度が国際的にみても家族依存の度合いが高く、障害者権利条約 (CRPD) などの国際人権基準との乖離が懸念されることが示された。ドイツやイギリス、フランスなどの諸外国では、司法や独立機関による第三者審査や、事前意思表示の制度が導入されており、本人の意思尊重や中立的審査が制度的に担保されている。一方、日本では家族による同意が唯一の外部関与として位置づけられており、入院決定過程における中立性・透明性に課題がある。さらに、意思決定支援制度の未整備も大きな課題もひとつである。法制度や地域の支援体制、司法インフラの整備状況や文化的背景の異なる海外の制度を日本で参照する際には慎重になる必要はあるが、海外の取り組みから学ぶべき点は多い。

櫛原班のインタビュー調査では、非自発的入院が当事者および家族に与える心理的・社会的影響が質的に検討された。その結果、制度的に合法的な入院であっても、本人や家族が「納得できていない」場合、医療不信や家族関係の断絶といった深刻な影響を及ぼすことが明らかとなった。特に、「自分の知らないところで家族が同意していた」「説明がなかった」という体験は、制度への強い不信感や疎外感につながっていた。また、家族の側にも「仕方なかった」「自分が悪者になったのでは」という葛藤が色濃く見られ、当事者・家族の双方が制度的強制の重みに苦しんでいる実態が浮かび上がった。

以上のように、本研究では、非自発的入院制度に関する多角的な実態と課題を明らかに

した。医療現場、法制度、当事者・家族の経験という三つの視点からの知見は、制度の今後のあり方を検討するうえで重要な基礎資料となるものである。制度改革に向けた具体的な方向性については、当事者や家族を含むさまざまな立場の関係者による慎重な議論が引き続き求められるが、本研究の成果が今後のよりよい制度の見直しに向けた建設的な対話の一助となることを期待したい。

研究発表

著書

- 1) 柑本美和：犯罪を行った精神障害者の処遇 —精神保健福祉法の通報制度との関係で— 後藤弘子・宮園久栄・渡邊和美・柴田守共編『女性犯罪研究の新たな展開：岩井宜子先生傘寿・安部哲夫先生古稀記念論文集』尚学社、2023年5月。
- 2) 櫛原克哉・添田雅宏、2024、「ピア・スタッフは自分をどのように見せるのか——精神障害のピア・サポートの現場から」伊藤智樹編、『支える側・支えられる側の社会学——難病患者、精神障害者、犯罪・非行経験者、小児科医、介助者の語りから』晃洋書房、pp.25-48.

総説

- 3) 柑本美和、西岡慎介、富山侑美、水留正流、2024、「台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度」『刑政』135(9)：48-59
- 4) 櫛原克哉、2024、「医療・構築主義の社会学から見た精神障害の流行現象」『精神科治療学』39(9)：955-959.

学会発表

- 5) 櫛原克哉、「非自発的入院をめぐる患者の経験と解釈に関する考察——経験者を対象としたインタビュー調査から」第120回日本精神神経学会学術総会

(2024年6月22日, 札幌コンベンションセンター／札幌市産業振興センター)。

- 6) 櫛原克哉・添田雅宏・若林真衣子, 「精神医療における非自発的入院の経験者を対象としたインタビュー調査—許容基準としての謝意理論の視点から」第12回 日本精神保健福祉学会全国学術研究集会 (2024年6月30日, 福島学院大学)
- 7) 櫛原克哉, 「精神科病院への非自発的入院と家族のケアをめぐる葛藤に関する考察—患者家族を対象としたインタビュー調査から」第97回 日本社会学会大会 (2024年11月9日, 京都産業大学)。
- 8) 柑本美和「精神保健福祉法改正～法学者の立場から」第119回日本精神神経学会学術総会 2023年6月24日
- 9) 柑本美和「英国と日本の精神医療審査会の相違点について」第32回北陸司法精神医学懇話会 2024年7月13日

知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

表1 医療保護入院に係る裁判事例													
No.	裁判所	判決年月日	原告	被告	患者の属性	病院の属性	事案の概要	争点	検討した入院要件	結論	裁判所の判断	家族関係	事例の背景にある制度適用上の課題
1	東京地裁	令和3年9月22日	患者本人	台東区	80代。統合失調症。生活保護受給。	宮城県内の精神科病院	高齢で生活保護を受給していた原告がアパートから茨城県のサービス付き高齢者向け住宅に転居した際に、被告が原告の承諾なく200万円相当の書籍を処分したことや、原告を精神科病院に入院させて身体拘束した結果、原告には通常の歩行等ができなくなるなどの後遺障害が残ったこと等が争われた。 平成30年12月13日、易怒的、興奮の病状があるとして、統合失調症と診断され、水戸市長の同意により被告病院に医療保護入院となった。担当医師は、同日、原告が多動又は不穏が顕著であり、他の患者やスタッフに対しての暴言・暴力があるとして、身体拘束を行った。 原告は、平成31年3月26日付けで、宮城県知事に対し、退院等請求書を提出し、宮城県精神医療審査会は、同年4月11日、原告から意見を聴取した。原告は、同月15日付けで、同委員会に対し、健康診断を受けるためと本件病院に入ったところ、医師から診察も精神鑑定もなく強制的に入院させられ、手足を縛られるなどの不当な拘束をして個室に監禁し、歩行不能となったなどと記載した意見書を提出した。同審査会は、同月18日、入院の継続は適当でないとの判断をし、宮城県知事は、同月22日、本件病院に対し、原告を退院させるよう命じた。	1. 被告は、原告の承諾なく原告所有の書籍を処分して、原告に200万円相当の損害を被らせたか 2. 被告は、原告の意に反して原告を本件病院に入院させた上、本件病院の医師をして原告を不当に拘束させて、原告が通常の歩行ができない状態にするなどの違法行為を行い、原告に250万円相当の損害を被らせたか 3. 被告は、生活保護費から支出すべき原告のタクシー代17万円を原告に支払わせて、原告に同額の損害を被らせたか 4. 被告は、被告が生活保護費として負担すべき原告の住居の家賃33万円を原告に強要して支払わせて、原告に同額の損害を被らせたか	② ③	棄却	「被告の職員が原告を本件病院に連れて行ったとの原告の供述を裏付ける証拠はないことからすれば、被告の職員が、平成30年12月13日、原告を本件病院に連れて行ったとは認められず、したがって、被告が、同日、（担当）医師に原告を入院させるよう依頼したとの事実も認められない。なお、宮城県精神医療審査会が、平成31年4月18日、原告を継続して入院させることは適当ではないと判断したことは、平成30年12月13日当時に遡って、原告が統合失調症を患っておらず、入院が必要なかったことを証するものとは解されない。」 「被告のケースワーカーが、平成31年1月17日、本件病院を訪問して原告と面会し、本件病院相談室のスタッフから原告の状況の報告を受けたことは認められるが、その際にも、被告が、本件病院における原告の治療行為や処遇について何らかの依頼や指示をしたと認めるに足りる証拠はないし、被告は、原告が本件病院に入院する以前に通院していた病院の医療費等の支払もしていたのであるから、本件病院の医療費を負担したことをもって、被告が本件病院に何らかの指示をしたものと認められるものではないから、被告が、本件病院において行われた原告への身体拘束等に関与したとは認められない。」 「原告が提出した証拠では、被告が、原告の本件病院への入院や入院期間中の身体拘束等に関与したとの立証がされたとは認められないから、これらに基づく原告の被告に対する損害賠償請求は認められない。」	市町村長による同意が行われており、家族がいなかった。	家族のいない生活保護受給の高齢者への自治体の対応の問題
2	東京地裁	令和3年7月1日	患者本人	病院	80代。女性。アルツハイマー型認知症。	精神科を主とし内科を併設する病院	医療保護入院に家族が同意していなかったと主張し、同意が書面で行われていなかったことが争われた。 原告は、平成28年12月頃に転倒し頸椎を損傷して以降、杖と手すりだけで体を支えなければ階段の上り下りを一人で行うことができない状態になった。要介護2の認定を受けていたものの、デイサービスやショートステイなどの介護サービスを利用することを強く拒絶していた。そのため、原告と二人暮らしをしていた夫は、専ら一人で原告の介護を行っていた。 原告は、平成30年3月30日、夫、高齢者総合相談センターのG及びFに付き添われて、被告病院にて精神保健指定医であるH医師による診察を受けた。H医師は、同診察の結果、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症又は老年期精神病の疑いがあると診断した。また、H医師は、原告の日頃の状態、診察時の原告の様子から、原告について、原告の日頃の状態、診察時の原告の様子から「医療及び保護のため入院の必要がある者」に当たり、原告のために任意入院が行われる状態にないと判定した。被告病院の看護師は、H医師の指示の下、原告の胸及び両上肢を拘束具で拘束し、原告の補聴器及び眼鏡を外した。本件身体拘束は約30分にわたってされた。	1. 原告が入院させられたことが不法行為法上違法であるといえるか 2. 本件身体拘束等が不法行為法上違法であるといえるか 3. 損害の発生及びその額	⑤	棄却	「（夫は、）原告の服薬管理のために原告を短期間入院させることを提案するとともに、原告の介護の状況について、「本人を殺してしまうかもしれない」と述べたことが認められる。これによれば、夫は、原告を「殺してしまうかもしれない」と発言するほどに原告の介護に苦しみ、その末に原告の入院を提案したといえる。そうすると、夫は、午前9時頃時点において、原告の入院を強く望んでいたものと推認される。」 「夫は、午前10時頃、Gから医療保護入院に同意することができるかと確認された際に「同意する」と答えており、（中略）H医師やGに対して医療保護入院に反対する意思を明らかにした様子も特に認められないから、原告が入院に至るまでに原告を医療保護入院させることに対する同意を翻意したということはない。したがって、原告が入院させられたことは、不法行為法上違法とはいえない。」 「原告は、医療保護入院に対する「同意」（精神保健福祉法33条1項）は要式行為であるところ、本件では書面が作成されていないから、医療保護入院に対する夫の同意があったとはいえないと主張する。しかし、精神保健福祉法21条1項は、任意入院に関し、「（中略）」と定め、明示的に書面の作成を要求している一方、精神保健福祉法は、医療保護入院に際する同意について、書面をもって行うことを求めておらず、（※）特に様式を定めていない。なお、同法33条7項は、精神科病院の管理者による医療保護入院の同意書の都道府県知事への届出を義務付けているものの、同届出は、医療保護入院の措置を採った後10日以内になされれば足りるので、同項から、直ちに医療保護入院成立時点における同意書の作成が予定されているとはいえない。したがって、医療保護入院に対する「同意」（同法33条1項）は、書面で行うことを要しないといえるから、原告の主張は採用の限りでない。」	高齢の夫による老老介護が行われていた。	※令和4年12月の精神保健福祉法改正により、医療保護入院の書面の書面は現在は解消している。
3	東京地裁	令和2年8月31日	患者本人	病院	30代。女性。双極性感情障害、境界型人格障害、統合失調感情障害。入院当時、妊娠19週。	精神科病院	妊婦である原告に対する医療保護入院、行動制限、投薬等の違法性が争われた事案。 平成25年2月28日から翌3月1日の早朝にかけて、下腹部痛等を主訴にA病院及びB病院に緊急搬送されるなどし、B病院の医師の判断により精神科の入院病床がある病院へ搬送されることとなり、3月1日、被告病院に搬送され、精神保健指定医の診察を経て、被告病院に応急入院した（その後、医療保護入院に切り替えられた。）。医療保護入院に同意したのは原告の母である。 原告は、被告病院において、身体的拘束や隔離、通信及び面会制限等の措置を受け、また、向精神薬等の投与を受けるなどしていたが、原告代理人及び原告の内縁の配偶者であるP3が、被告病院に対し原告の退院を要求するなどしたため、3月16日に被告病院を退院した。	1. 本件応急入院及び本件医療保護入院についての不法行為の成否 2. 身体的拘束及び隔離についての不法行為の成否 3. 通信及び面会の制限についての不法行為の成否 4. 妊婦に対する向精神薬の投与等についての不法行為の成否 5. 妊婦に対する中絶手術の提案等についての不法行為の成否 6. 損害の発生及び額	② ③ ⑤	棄却	「応急入院は、医療及び保護の依頼があった患者について、急遽を要し、患者本人の同意又は保護者等の同意を得ることができない場合であっても、指定医が患者を診察した結果、患者が精神障害者であり、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であると判定されたときには、72時間に限って患者を入院させることができる制度（精神保健福祉法33条の4第1項）であるところ、かかる指定医の判定は、精神医学上の専門的な判断であるから、指定医が、患者の病歴、生活歴、入院に至る経緯、患者の言動や症状等の所見、治療の必要性等を総合的に考慮して判断すべきものであると解される。」 「P5医師の判断は、（中略）妥当なものであったといえる。」 「医療保護入院は、指定医が患者を診察した結果、患者が精神障害者であり、そのために適切な判断ができない状態にあり、かつ、医療及び保護のため入院の必要があると認めた者につき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくともその者を入院させることができる制度（精神保健福祉法33条1項）であるところ、かかる指定医の判定は、応急入院と同様に精神医学上の専門的な判断であるから、指定医が、患者の病歴、生活歴、入院に至る経緯、患者の言動や症状等の所見、治療の必要性等を総合的に考慮して判断すべきものであると解される。」 「医療保護入院の判断を行ったP6医師は、（適切に）判断したものである。」 「原告は、原告の母親として原告に対する扶養義務を負担し、かつ、家庭裁判所によって保護者に選任されているP4の本件医療保護入院に対する同意について、遠隔地に在住し原告と継続的接触ができるものではないP4による同意は、精神保健福祉法の趣旨に照らせば、保護者の同意ということではない旨主張するので、以下検討する。精神保健福祉法が医療保護入院について保護者の同意を必要とする趣旨は、適切な医療へのアクセスを確保しつつ、精神障害者の権利擁護を図るにあるものと解される。そして、P4は原告の父母であって、本件医療保護入院当時、P4が原告の保護者に通さないことをうかがわせる事情は認められていなかったのであるから、同法の趣旨に照らし、P4の同意は保護者の同意として適法であると認められる。」	医療保護入院に同意した家族は遠方に居住しており、日頃から身近な存在は内縁の夫である。	同意できる家族が遠方に居住している場合。 患者にとって身近なキーパーソンが内縁関係である場合。 患者が妊婦である場合（身体合併症の場合）。 身近なキーパーソンと患者の関係性にDVなどの不適切な要素がある場合。
4	大阪地裁	令和2年6月9日	患者本人	病院	40代。女性。統合失調症、急性一過性精神病性障害。外国出身。	精神科のある病院（詳細不明）	精神科病院への過去2回の入院について、指定医の診察を受けておらず、また、医療保護入院の要件を満たしていなかったと主張し、医療保護入院の違法性が争われた事案。 原告は、平成19年頃に、実妹が精神疾患となり離婚したという連絡を実家から受けて混乱した様子を見せ、平成20年1月には、二女（乳児）を衣服も着せずに抱いて雨の中を立ち尽くし、大声で叫んでいたため、警察に保護されたということであった。同年4月にも子供の保育園で物を投げる、職員室内に居座るなどの行為があり、当日（4月21日）にも奇声や物投げなどがあり、原告の夫である一郎が受診させようとして車で他の病院に向かう途中、車から飛び出そうとし、到着した病院でも暴れたため、通報となり、警察に保護され、警察に促されて被告病院を受診した。 平成20年4月21日、一部の同意の下、被告病院において、法33条1項に基づく医療保護入院となった。平成20年10月8日、一部の同意の下、被告病院において再び医療保護入院となった。 その後、平成22年4月10日、路上で通行人の頬に平手打ちをし、「悪魔を蹴って、あなたは祝福された。」と述べて頬にキスをし、警察官を蹴りつけ、警察署内で暴れるなどし、都立V病院精神科の救急外来を受診した。同病院の医師は、統合失調症と診断し、原告が精神運動興奮状態にあり、他害行為に及ぶ蓋然性が高いと判断し、法29条の2による緊急措置入院の措置を執った。	1. 本件各入院は、法33条1項の要件を欠く違法なものであったか 2. 本件各入院の際、被告病院の医師らは、原告に対し、病名、治療方針等を説明する義務を怠ったか	① ② ③ ④	棄却	「（一度目の入院について）原告は、B医師の診察を受けたことはない旨を供述するが、強い精神運動興奮状態の際は当時の記憶の一部が残らないことがあるとされる（B医師）、前記認定のとおり、原告は、当時、強い興奮状態にあったことからすると、原告は、B医師から診察を受けた記憶が残っていないにすぎないと認めるのが相当である。」 「原告が平成22年4月10日に都立V病院において統合失調症と診断されて緊急措置入院となっていることに照らしても、第1回入院時におけるB医師の上記診断に不適切な点はないといふべきである。」 「原告は、納得し得る説明を受けていれば入院に同意することは可能であった、一部と協力関係にある被告が一部の意向に基づいて原告を入院させたなどとも主張するが、いずれも認めるに足りる証拠はなく、採用できない。」 「本件各入院はいずれも、指定医が、原告を診察し、原告の病状に照らし医療保護入院の必要性があると判断して行われたものであり、法33条1項の要件を欠く違法なものであったとはいえない。」	夫と2人の娘がいる。夫からの暴力を主張したが認められなかった。	納得し得る説明を受けていれば入院に同意することは可能であったということの後から証明することは難しく、症状が悪化している入院時のインフォームド・コンセントのあり方が課題となる。
5	東京地裁	令和元年12月25日	患者本人	家族	40代。診断名不明	アルコール等薬物依存専門施設	患者と家族の間にひきこもりや暴力の問題があることを背景に、患者が家族の対応に不満を持ち、家族を訴えた事案。 平成元年9月、患者の母である被告は、本件建物の所有権を取得し、当時中学生であった原告とともに、本件建物に居住し始めた。原告は、大学院を卒業後、約10年間会社勤務した後、精神疾患を患い、平成21年1月頃、会社を退職した。 同年3月頃から7月頃まで、原告は、アルコール等薬物依存専門施設で本件病院に医療保護入院をした。原告が入院について同意したことはなかったが、被告は、東京家庭裁判所に原告の保護者の選任を求める申立てを行い、同裁判所により原告の保護者として選任されると、原告の入院について同意した。入院期間中、原告は、複数回にわたって静岡県知事に対し、精神保健法38条の4に基づく退院等の請求をしたが、静岡県精神医療審査会は、入院継続が適当である旨判断した。 被告は、原告の暴力や恫喝の言動が激しかったこと等について保健所等に相談をしたところ、転居先を原告に薦めて別居するよう指導されたため、原告の入院期間中、本件建物から転居し、現在に至るまで原告との同居を拒否している。また、被告は、同期間中、本件建物の修理等を行う必要があったこと等から、原告の荷物を搬出して貸倉庫に保管した。平成23年9月以降、被告は、本件建物に引きこもっていた原告への対応の仕方について、臨床心理士に相談した。数回の面談は、原告も交える形で行われた。原告は、平穏な会話を続けることが困難であり、暴力的・恫喝的に話をし、被告に対して高額金の支払請求をするなどしたため、平成24年4月頃に行われた原告と被告を交えた面接を最後に、原告を交えた面接は行われなくなった。 その後、平成24年12月に原告は被告を相手方として東京家庭裁判所に対し扶養料の支払を求める調停を申し立てたり、平成28年1月頃、公務執行妨害の罪により逮捕勾留されるなどした。その後も本件建物等めぐる対立している。	1. 平成21年3月頃に、第三者を使うなどして、原告の意思に反して原告を本件病院に強制的に数ヶ月間入院させたこと 2. 平成28年2月ないし3月頃、原告が勾留されている間に本件建物に侵入し、無断で原告の荷物を搬出し、本件建物の鍵を取り替えて原告が再び入居する被告ができないようにし、搬出した原告の荷物をaに無断で搬出したことが不法行為に該当するか 3. 原告の退職金を勝手に費消したことが不当利得に該当するか		棄却・却下	「被告は、医師の診断等に従い、原告に薬物依存症の治療を受けさせるべく、所定の手続を行って、原告が入院することに同意したに過ぎないといえ、また、その入院についても、入院措置ないしその継続が相当である旨判断されているのであるから、入院ないしその継続に関する被告の行為について、違法であるということも、不法行為の成立を認めるに足りるなんらかの事情を見いだすこともできない。」	患者の母以外に患者に家族はいないように読める。母子の間に子から親への家庭内暴力の問題が生じ、関係が悪化している。患者から母への訴訟も複数起こっている。	ひきこもりかつ本人に病識がない場合。 家族が患者のDVの被害者である場合の同意の問題。

6	大阪地裁	令和元年9月18日	患者本人	家族 病院	当時70代。男性。ラクナ梗塞、前頭側頭型認知症、アルコール関連障害。	X大学医学部附属病院 被告Z会が開設するY病院（精神科） 精神保健福祉法19条の8所定の指定病院。	長女に虚偽申告をされ、医師の誤った判断により医療保護入院が行われたと主張し、精神保健福祉法34条の移送と33条の医療保護入院等が争われた事案。 平成26年7月30日、原告は、原告の長女である被告夏江及び原告の妻である春江と共に、X大病院に来院し、同病院神経精神科のA医師の診察を受けた。A医師は入院加療の必要があると判断したが、X大病院神経精神科は個室が満室であったため、同年8月1日付けの診療情報提供書により、Y病院に対して原告の入院加療の依頼をした。平成26年8月13日、X大病院からY病院に搬送された。 同日、Y病院において、精神保健指定医である医師の診察を受け、同医師から、医療保護入院相当との判断を受け医療保護入院となった。 平成26年9月4日、主治医B医師は、春江に対し、W病院から原告の転院についての承諾が得られた旨を伝えた。これに対し、春江は、「警察から『Y病院にずっと入院させておけば良いのになんでわざわざ開放病棟での治療のW病院へ送るんだ』と言わした。」「区役所にもどうしたらよいか相談します。」と述べた。また、被告夏江と春江は、同月5日来院してB医師と面談した際、原告にW病院への転院を説明したことに対して不満を述べると共に、「ずっとY病院の閉鎖病棟に入れておいてほしいんです。」等と述べた。 平成26年9月18日から平成27年5月7日にかけて、原告は精神医療審査会に退院請求をしたが、いずれも認められなかった。 平成27年7月1日、Y病院における原告の主治医がB医師からC医師に交代した。C医師は、平成27年8月18日、被告夏江及び春江に対し、原告は退院相当である旨の説明をした。Y病院は、平成27年9月17日医療保護入院を任意入院に切り替え、原告は、平成27年9月28日、退院した。	1. 被告X大学の医師に、原告のY病院への搬送が精神保健福祉法34条の「移送」に該当するにもかかわらず、同法所定の手続を履きしなかった等の過失があるか 2. 被告X大学の医師が原告につき精神保健福祉法33条1項1号所定の判定をしたことについて、注意義務違反があるか 3. 被告Z会の医師が、原告につき精神保健福祉法33条1項1号所定の判定をしたことについて、注意義務違反があるか 4. 被告Z会の医師が、平成26年9月4日に、原告をW病院へ転院させる等の措置を取らなかったことにつき注意義務違反があるか 5. 被告Z会の医師が、平成27年2月18日に、原告の知能検査を行うことなく診断書を作成し、医療保護入院を継続したことについて注意義務違反があるか 6. 被告夏江の被告X大学の医師への申告等が不法行為に該当するか 7. 損害	② ③	棄却	「精神保健福祉法34条にいう「移送」は、患者が緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず、病院に赴くことに同意しない場合に、患者に必要な医療を確保するため、都道府県知事が、患者を精神保健福祉法33条の7第1項に規定する精神科病院まで搬送するものと解される」ところ、本件搬送がこれに該当するかについてみると、本件搬送は、X大病院に赴いてA医師の診察を受けることに同意した原告に対し、原告を実際に診察し、入院が必要と判断したA医師において、その当時たまたま病床の空きがなかったX大病院に代えてY病院へ入院させる手段として指示したことに基づいて行われたものであって、「患者が病院に赴くことに同意しない場合」に、「都道府県知事が」行った搬送行為とはいえない。」 「A医師は、原告の従前の言動について原告、被告夏江及び春江から事情を聴取し、原告に認められた脱却制行動や作話等の言動、原告の飲酒状況、原告のS病院におけるMRI検査の結果、原告の長谷川式簡易知能評価スケールの点数等を総合した臨床所見により、原告につき、アルコール関連障害、前頭側頭型認知症（FTD）、その他認知症、あるいはそれらの混合であると考え、医療保護入院の必要性もあると判断したものであるところこの判断が妥当性を欠いたものであることをうかがわせる事情は見当たらない。」 「D医師は、原告を問診したほか、X大病院等から提供を受けた原告の生活歴や本件搬送に至るまでの経緯についての情報なども踏まえ、原告の病状につき、アルコール依存症を伴う前頭側頭型認知症の疑いがあると考えとともに、原告につき、医療保護入院相当との判断をしたものであるところ、その判断が妥当性を欠いたものであることをうかがわせる事情は見当たらない。」 「そもそも、前頭側頭型認知症等の診断は、基本的に、原告の精神症状がいかなるものであるかを観察することによって判断されるべきもので、MRI検査等の結果は補助的な所見にとどまることからすれば、直ちに、患者に精神障害がある旨の診断書を作成したり、医療保護入院を継続するたびにMRI検査等を実施すべき注意義務があるということとはできない。」 「被告夏江が、Y病院に対して原告がY病院から退院することに反する旨の意見を表明していた事実は認められるものの、Y病院に医療保護入院していた原告を同病院から退院させるか否かは、同病院の管理者の判断によるものと解されるから（精神保健福祉法33条の2）、その家族がこの点に関する意見を表明したからといって、そのことが直ちに医療保護入院が継続されるとは限らないから、上記意見表明が原告に対する違法な権利侵害となるわけでもない。」	患者とその家族は、カラオケ喫茶店を経営していた。家族は、患者の日頃の言動に強い不満を持っていた。	患者と家族の関係が悪化して利害関係が対立している場合。 本件では、アルコールの問題が背景にある。 家族が患者の退院を望んでいないことを主治医に伝えたことが、患者に対する違法な権利侵害にはならないと判示された。
7	東京地裁	平成30年7月30日	患者本人	病院 医師 看護師	70代。女性。統合失調症。双極性障害。	精神科病院	原告が統合失調症である旨の誤った診断をされ、医療保護入院させられたと主張し、不法行為に基づく損害賠償請求として、被告社团及び本件病院に医師又は看護師として勤務していたその余の被告らに対し、それぞれ50億円、5億円、1億円、2000万円、1000万円の慰謝料の支払を求めた事案。 平成27年4月2日、本件病院において原告を診察した結果、原告は統合失調症であって、医療及び保護のため入院の必要があり、精神保健福祉法20条による入院が行われる状態にないと判定し、被告社团代表者は、本件病院の管理者として、同日、精神保健福祉法33条1項に基づき、原告の夫の同意の下、原告を本件病院に医療保護入院させた。原告は、平成27年5月29日、本件病院を退院した。 原告は、昭和60年頃から複数の病院に入通院歴があり、平成27年4月2日、綾瀬警察署の警察車両に乗せられて、本件病院に到着した。 主治医であった被告dは、原告が他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が原告の病状の経過や予後に悪く影響する状態にあると判断し、原告の隔離を開始するとともに、人間関係を著しく損なうおそれがあると判断し、原告が電話することを禁止した。	1. 被告らの原告に対する権利侵害行為（誤診等）の存否 2. 原告の精神的苦痛に対する慰謝料として相当な金額	② ③	棄却	「事情聴取（その内容は原告のそれまでの客観的な入通院歴と概ね整合するものである。）をはじめとして、原告について入院治療を行う必要があるか判断するための事実確認を行い、原告には統合失調症に合致する症状が従前から見られることや診察時における原告の様子等から、原告は統合失調症に罹患していると診断し、入院治療を行う必要があると判断したということができる。」「統合失調症に罹患していない旨の診断が平成28年及び平成29年にされているが、同事実をもって被告dの上記診断が誤りであったということはできず、そのほか上記診断が誤りであったことを基礎づける事実を認めるに足る証拠はない。」「被告dが医療保護入院の必要を認める判断とともに、原告の隔離を開始し、人間関係を著しく損なうおそれがあると判断して電話を禁止する判断をしたことについても、それが誤りであったことを基礎づける事実を認めるに足る証拠はない。」「被告i（看護師）が、原告が弁護士に連絡するよう求めたのに、これに応じなかったという事実を認めるに足る証拠はない。」「原告が平成27年4月3日の50AP記録には「退院請求あり、患者相談窓口案内するも、入院前に相談したという足立区役所法律相談窓口（03-3880-5359）への相談を希望され、架電。弁護士と電話での相談は行っており、面会も予約制と。本人と代わり、直接説明していただく。n弁護士が対応したものであるが、弁護士の連絡先は教えることでできないため東京弁護士会（〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）にかけてほしいと。東京弁護士会へ架電。弁護士の氏名が分かっているのであればホームページ等載っているものを自身で調べてもらうしかない。東京弁護士会から連絡先を伝えることはできないと。再度患者相談窓口を案内。相談希望されたため架電。本人と代わり、対応いただいた。主治医と相談することとで、一旦対応終了した。」との記載があることからすると、被告iは、弁護士に連絡したい旨の原告の求めに応じた行動を取っていたことがうかがわれるところである。」「被告e、被告f、被告g及び被告hが本件入院中に原告の治療に関与したことを認めるに足る証拠はないから、同被告らの原告に対する権利侵害行為は認められない。」	夫と息子がいる。夫が医療保護入院の同意をした。	患者が入退院を繰り返しているが病識を全く持てない場合。
8	東京地裁	平成30年4月13日	患者本人	病院 医師	50代。女性。うつ病、統合失調症。妄想性障害。中華人民共和国籍であるが、平成2年頃に来日してから主として日本で生活している。	X大学医療センターA病院	平成23年10月24日以降、原告及び原告の夫であるP6（平成10年頃以降原告と別居）は、原告の病状に関して被告病院神経神経科を受診した。同年12月6日、被告P4医師（精神保健指定医）は、原告は妄想が激しいため自ら入院に同意することはできないと判断し、同席するP6に対し、病状を説明して医療保護入院が必要である旨を述べた。これに対し、P6は、涙を流しながら、「宜しく願います。何があっても後悔しません」、「もしも死んでもやれることをすべてできればと願っています。ああいう性格なので舌を噛んだりしてもありえる。」と述べた。また、P6は、原告が、自宅において、包丁を取り出し、殺してやる、反撃する、スポーツクラブの人間をみんな殺すと述べ、被告病院において、トイレから出てきた人の写真を撮ったりしていたため、万一にも、他人に怪我をさせてはいけなくと、警察の生活安全課にも相談した旨を述べた。被告P4医師が医学的に合理的な治療をしていく旨を説明すると、P6は、よくわかりました。よろしく願いますと述べ、3年前にも原告が、P6が泥酔をしたと言っていたことがある旨を述べた。 原告が診察室から搬送された後、P6は、「入院（医療保護入院）に際してのお知らせ」と題する書面及び「精神神経科の入院治療でおこりうる事象・危険性についてのご説明」と題する書面に署名した。その後、P6は、原告の着替え等の入院に必要な物を取りに原告宅に戻り、同日中に再度被告病院を訪れ、「精神保健福祉法（第33条第1項）の規定により、上記の者の貴病院への入院について同意します。」と記載された本件同意書の入院者欄に原告の氏名、生年月日及び住所を記入し、保護者欄に自分の氏名、生年月日、住所及び原告との続柄を記入した上、持参した実印を押捺した。 被告病院の病院長P7は、同年12月13日、東京都知事に対し、本件入院届を提出した。「入院を必要と認めた精神保健指定医氏名」欄には、被告P5医師（精神保健指定医）の氏名が記載されている。同年12月27日、原告の同意を得て任意入院へと切り替えられ、平成24年1月4日、被告病院を退院した。その後、原告は、平成24年2月23日、うつ状態のため本人の希望により再度被告病院に入院し、平成24年4月23日に退院した。	1. 本件入院は、患者の精神障害、入院の必要性（自傷他害の恐れ※原文ママ）及び入院についての同意能力の欠如という医療保護入院の要件を満たしていたか（診断上の過失） 2. 本件入院について、保護者であるP6の同意はあったか（保護者の同意を得なかった過失） 3. 本件入院について、原告を診察していない医師が医療保護入院の要件該当性を判断したか（手続上の過失） 4. 原告の損害	① ② ③ ⑤	棄却	「本件各書面は、いずれも、分量は大部ではなく、内容も一読すれば理解できるものであり、自分の妻が本人の同意なく閉鎖病棟に搬送されるという重大な事態を目の当たりにしながら、これに関連する書面について内容を理解しないまま署名するとは考え難いし、P6が交付を受けたお知らせ書面には、入院や処遇に納得のいかない場合、退院や病院の処遇改善を指示するよう都道府県知事に請求することができるとや、入院中の苦情や退院請求、処遇改善等に関する連絡先が記載されているにもかかわらず、本件入院後、P6が都道府県知事あるいは被告病院に対し異議を申し出た形跡がないことからすると、P6は、本件各書面の内容を理解し、本件入院に納得していたものと認めるのが相当である。」「精神保健福祉法33条7項所定の届出は、医療保護入院に係る患者の症状等を都道府県知事に報告させ、精神医療審査会における審査を通して、当該医療保護入院の適正さを担保するとともに、医療保護入院患者の処遇に関わる都道府県知事の監督権の行使の基礎となる情報を得させることにあるから、届出が義務付けられている事項については正確かつ詳細に記載されなければならない。」「そして、精神保健福祉法施行規則13条の4第1号トの規定は「診察した指定医の氏名」の届出を求めており、これに基づき、本件入院届には「入院を必要と認めた精神保健指定医氏名」欄が設けられているのであるから、「診察した指定医」すなわち「入院を必要と認めた精神保健指定医」とは、実際に患者を診察し、入院の必要性等を判定した指定医をいうものと解される。そうすると、同欄には、実際に患者を診察し、入院の必要性等を判定した指定医の氏名を記載すべきこととなるから、入院手続をとった医師の氏名を記載するといふ被告病院の運用は、上記規定に適合しない疑いがあることは否定できない。」「しかしながら、本件入院は、指定医である被告P4が、実際に原告を診察し、入院の必要性等を判定し、これに基づきとられた措置であるから、精神保健福祉法33条1項1号の要件を満たしている。また、「入院を必要と認めた精神保健指定医」欄に氏名が記載された被告P5も指定医であるところ、同被告は、本件入院当日、被告P4医師から、あらかじめ、原告について、妄想性障害があるため医療保護入院の可能性があるという報告を受けた上で、本件入院の直前、被告P4による診察の様子を傍聴し、原告の妄想が訂正困難であるため、入院の必要性があり、入院についての同意能力が欠如しているという被告P4と同様の認識を持ち、原告が興奮して診察室を出て行くとする切迫した状況に応じて診察室に入り、原告を閉鎖病棟に搬送したものであるから、被告P5も原告の入院の必要性等について被告P4と認識を共有していたといえることができる。（中略）被告P5の氏名が記載されていたことをもって、直ちに、本件入院が違法であるといえることはできない（また、上記記載と原告が主張する損害の間の相当因果関係を認めることもできない。）」	別居している夫が医療保護入院に同意した。	本判決では、医療保護入院の要件を自傷他害のおそれと判断している。 入院の際に家族に渡される書面について、都道府県知事への届出の記載についての判断が示されている。 令和4年12月の精神保健福祉法改正で家族にも説明文書が渡されることが義務となったが、今後その運用にあるべきか。
9	東京地裁	平成29年6月22日	患者本人	病院 医師	妄想型統合失調症。	大学病院神経精神科	原告が被告病院に原告の娘の同意により医療保護入院となったことは違法であり、重大な精神的苦痛を被ったとして、慰謝料を求めた事案。	本件入院は違法か。		棄却	「認定事実によると、原告は、平成24年10月23日の時点において、精神保健指定医である被告bの診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院の必要があったと認められる。そうすると、本件入院が違法であったとは認められない。これに対し、原告は、被告bが、d医師との間で大金を払って和解したのは、原告が真実妄想型統合失調症でなく、原告を医療保護入院させる必要がなかったためであると主張する。しかし、本件全証拠を精査しても、原告の主張に係る事実を認めることはできない。」	娘が医療保護入院に同意した。	妄想の症状があり、病識がない患者の場合。
10	東京地裁	平成28年12月8日	患者本人	医師	60代。入院当時40代。女性。統合失調症。	精神科病院	医療保護入院後、隔離されて治療を受けた原告が、同措置は医師である被告の誤った診断及び指示による違法なものであると主張して、不法行為に基づき、慰謝料を求めた事案。 原告は、高校卒業後、単身で上京し、転職を繰り返していたところ、23歳頃から幻覚妄想の症状が現れ、昭和50年頃、被害妄想が活発となり、精神分裂病（統合失調症）と診断され、約半年間措置入院した。その後、出身県内の精神科に2年間入院した後、再び上京して板橋区のD宅に身を寄せたが、昭和53年頃約1年間、その後2、3年間、入院した。服薬や通院は不規則であり、慢性的幻覚妄想状態のまま、アパートで一人暮らしをしていた。原告の兄弟は、原告を入院させることを希望し、原告は、平成8年9月21日緊急入院したが、原告の強い希望で同年10月1日に退院した。 平成8年10月30日、原告の兄であるDらに付き添われて本件病院を訪れ、被告による診察を受けるなどしたところ、幻覚妄想状態にあり、多弁で攻撃的で、病識がないなどとして、精神分裂病（統合失調症）と診断されるとともに、入院の必要があると判断され、Dの同意を得て医療保護入院の措置がとられ、隔離室に収容された。同年11月14日、隔離室における隔離を解除されて閉鎖病棟に移され、平成9年10月27日、医療保護入院から任意入院へ変更され、平成11年4月21日、本件病院を退院した。	1. 原告を隔離室に収容させた被告の診断及び指示の違法性 2. 損害 3. 消滅時効	① ② ③	棄却	「医師である被告が診療日誌に患者である原告やその家族が話していない内容を創作して記載する理由は考え難く、また、証拠によると、同「入院時所見」欄には、患者の家族歴、成育歴及び病歴が記載されているところ、その内容は、前記1（1）で認定した原告の病歴及び治療歴の内容と整合しており、誤って他の患者の症状が記載された可能性も考え難いというべきである。」「平成11年法律第65号による改正前の精神保健法33条1項は、精神病院の管理者は、精神保健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に入院の必要があると認めた者につき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくともその者を入院させることができる旨を規定しているところ、精神保健指定医による診察は、自らこれを行うのが原則というべきであるが、それまでの既往歴から、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明らかに認められる場合には、精神保健指定医ではない精神科医の診察の結果に基づいて、精神保健指定医が医療保護入院の要否を決めることがあったとしても、直ちに違法であるといえることはできないというべきである。」「本件診察当時においても、原告が精神障害者であり、医療及び保護のために入院の必要があったことは明らかであり、この点は、本件病院の精神保健指定医であるG医師及びH医師も、原告を精神分裂病（統合失調症）と診断して医療保護入院が必要と判断したことから裏付けられるというべきである。そして、同年10月30日の原告の診療日誌には「要隔離」と記載されたゴム印が押され、時刻欄に午前11時25分と記載された上、C医師が精神保健指定医として署名している（中略）本件診察の当時、本件病院の精神保健指定医であったC医師は、精神科医である被告の診察の結果を踏まえ、原告が精神障害者であり、医療及び保護のために入院の必要があると判断したものと認めるのが相当である。そうすると、最終的には精神保健指定医であるC医師の決定を受けて、被告において原告を医療保護入院として隔離室に収容させたことが違法であるといえることはできないというべきである。」	兄弟が患者を受診させる。入院に同意している。	患者の主治医が精神保健指定医ではない場合の、入院の判断に関わる精神保健指定医の位置づけ。

11	東京地裁	平成28年5月13日	患者本人	家族	90代。男性。器質性妄想性障害、前頭側頭葉変性症。	公立精神科病院 他県のナースিংホーム	原告の長女である被告に対し、原告の意思を無視して原告を病院や施設に入所さ、同施設等からの退去を認めず、原告を監禁状態に置いたことにより、原告の居住移転の自由、身体の自由、自己決定権などを侵害したとして、不法行為に基づく損害賠償請求をした事案。 原告は、以前から捨てられた電化製品を収集して部品を集めるなどしていたが、平成16年頃から徐々にその収集癖が悪化し、生ごみを含むごみ全般を収集して自宅にため込むようになった。原告は被告ら家族がごみを捨てようとするとき激しい怒りを示しこれを許さなかったため、原告及び妻Cが生活していた自宅1階は、原告が集めた電化製品等であふれ、ごみ屋敷と化していた。 平成23年6月30日、原告は、Cの同意により医療保護入院となった。平成23年10月31日、原告はA病院を退院して、介護付有料老人ホームであるBナースিংホームに入所した。 被告は、平成23年12月1日、東京家庭裁判所に対し、原告について後見開始の審判を申し立てたところ、同裁判所は、同月27日、原告について後見を開始するとともに、被告をその後見人に選任する旨の審判をした。長男Dは、平成24年3月21日、同裁判所に対して、原告の成年後見人である被告を解任する旨の審判を申し立てたが、同裁判所は、同年10月12日、同申立てを却下した。同裁判所は、平成24年9月14日、社会福祉士のE及び弁護士Fをそれぞれ原告の成年後見人に選任するとともに、被告及び後見人Eは身上監護の事務を分掌し、後見人Fは財産管理の事務を分掌する旨の審判をした。Cは、平成25年6月11日、成年後見開始の審判を受け、同年9月ころ、自宅を出て、介護付き有料老人ホームに入所した。Dは、平成25年8月5日、同裁判所に対し、原告について保佐開始の審判を申し立てたところ、同裁判所は、同年12月12日、原告について成年後見開始の審判を取り消すとともに、保佐を開始し、後見人Fを保佐人に選任した。 原告は、平成26年1月31日、Bホームを退所して、自宅に戻った。その後、原告は自宅1階において一人暮らしをし、銀行口座の取引回復、確定申告等の手続も自らで行っている。原告は、それまで要介護4と認定されていたが、平成27年11月5日、要介護1との認定を受けた。	1. 被告の原告に対する不法行為の成否 2. 損害	② ③ ⑤	棄却	「仮に、A病院に移動する際、原告主張の有形力の行使があったとしても、被告は、原告をA病院に移送する現場には立ち会っておらず、その有形力の行使が、被告の指示に基づくものとはいえない。そのほか、被告が、有形力を行使するなど、不穏当な手段で原告をA病院に移送することを指示したと認めるに足りる証拠はないから、結局、A病院への移送について、被告自身の不法行為が認められる余地はないというべきである。」 「原告の自宅は、室内に溜め込んだ電化製品が引火したり、庭に放置したごみに放火される等、火災が容易に起こり得る状況であったことや、原告には、Cなどに対する暴力行為があったことが認められ、当時、原告には、自傷他害のおそれがあったものというべきである。」「原告は、A病院入院当時、「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」（精神保健福祉法33条1項）であったというべきである。」 「保護者である妻Cの同意があったことが認められるから、上記医療保護入院は適法なものであったというべきである。」「原告がA病院に入院する当時、Cの判断能力やその同意の有効性が問題にされていたことを認めるに足りる証拠はない上、同入院当時、Cの判断能力が衰えていたことや、Cの判断能力の程度を客観的に示す証拠はないから、原告の上記主張を直ちに採用することは困難である。」 「原告を自宅に戻すのではなく、Bナースিংホームへ入所させたという被告の行為は、原告が安全かつ健康に生活していくために必要な措置であったというべきであり、これが、たとえ原告の希望に反するものであったとしても、直ちに違法なものとまでいうことはできない。」「A病院からBナースিংホームへ移動する際、原告に対し、自宅に帰るとの虚偽の旨を告げていたことがうかがわれ、これが、原告を大きく落胆させるものであったことは想像に難くない。しかし、原告には全く病識がなかったことは既に認定したとおりであるから、被告の上記行為は、原告を安全に移動させるためのやむを得ないものであったといわざるを得ず、違法な行為とまで評価することはできない。」	患者と家族が対立しており、家族の間にも相続をめぐる対立が生じている。	患者と家族の関係が悪化して利害関係が対立している場合。相続と成年後見制度の問題が背景にある。本判決でも、医療保護入院の要件の判断に自傷他害のおそれが使われている。
12	東京地裁	平成27年6月25日	患者本人	家族	70代。女性。統合失調症。	精神科病院	原告が長男夫妻の虚偽の申立てにより強制的に入院させられたとして、連帯して300万円の慰謝料の支払いを求めた事案。 原告とその長男である被告P2夫妻は、寺や保育園の経営等をめぐって日頃から対立し、原告はP2の妻P3に対し攻撃的な言動をしていた。 原告は、平成24年2月8日、A病院の医師により統合失調症との診断を受け、同日、P2を保護者として、医療保護入院手続をしたものの、原告の保険証を管理していた長女P7及び二男P8は退院を要請し、被告P2が同病院からの連絡を絶つなどしたため、同病院は、被告P2が保護義務者の責任を放棄したと判断して、医療保護入院を取消し、同日夜に、原告は退院した。	1. 被告P2の原告に対する傷害行為の有無と原告の損害 2. 被告らが、医療保護入院制度を悪用して原告の身体を拘束し、自宅から排除したか。また、自宅から排除されたことによる原告の損害の有無 3. 被告P2の原告に対する名誉毀損行為の有無と損害額及び名誉回復措置の要否 4. 弁護士費用		一部認容 (医療保護入院の違法性は認めず)	「支援センターは、原告と被告らの双方から相談を受けており、高齢福祉課は、被告らからの情報のみならず、支援センターの相談記録や高齢福祉課職員が原告と面談した際の状況なども考慮した上で専門医受診の必要があると判断して支援に至ったこと、原告は、被害妄想的な発言（盗聴されている、調味料を捨てる、冷蔵庫を移動する）や被告P3を鬼と呼ぶ行為があったこと、原告と被告P2は、かねてより折り合いが悪かったところ、原告が保育園を退職した後、被告P3が原告に代わり行事に関与したことや、本件メモを巡り原告が虐待を訴え、被告P3が自殺をほのめかして家出するなどして、親子関係は円満さを欠いてさらに悪化し、原告は被害的な感情を強めて、張り紙の内容や被告P3のサンダルに豆を詰めるなど、行動が攻撃的になり、周囲の者や支援センターが、今後の原告ら家族に対する適切な支援のためには、一度、原告が専門医を受診した方が良いと考えていたところに、原告の自製のガラスが割れ、怪我をした原告が救急車を呼び、警察が出動する事態となったのであるから、支援センターや高齢福祉課による上記の支援方法の選択は適切なものと解され、被告らの支援センター及び高齢福祉課への相談やA病院への同行は、同居親族として適切な行動であったと思われる。（中略）原告の医療保護入院は不適切なものであったとはいえない。」	家族間の対立が深刻なケース	家族間の対立が深刻な場合の医療保護入院の運用。虐待やDVまでの事実はなくても、家族間の感情的な対立が深刻な場合の同意の問題。

【研究の概要について】

研究課題名	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究： 全国アンケート調査
研究期間	研究実施許可受領後から 2028 年 3 月 31 日まで
アンケート実施期間	研究実施許可受領後から 2026 年 3 月 31 日まで
研究代表者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 奈良麻結
共同研究者	京都大学医学研究科 教授 村井俊哉 東京大学医学部附属病院 講師 榊原英輔 東京科学大学 准教授 松長麻美
個人情報管理者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 高嶋里枝

【研究の概略について】

私たちは精神科医療の入院制度の今後の在り方を検討していくために現在の運用の実態について調べています。このアンケートに先駆けて、患者、家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員の方を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる課題についてのご意見をいただきました。課題の中には、本来の適切な制度の運用とは言えないものの、精神疾患や精神科医療制度をめぐる様々な事情によって生じているものもありました。今後、よりよい制度の在り方を検討していくためには、入院制度上の課題についてなるべく実態に即した形で全国的な傾向を明らかにしていく必要があります。そこで、今回は、アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

なお、アンケート調査では、匿名性の高い方法を取り、個人情報の保護に細心の注意を払って行います。氏名や連絡先の個人情報を取得することがありますが、研究目的以外には使用いたしません。個人情報、病院名は一切収集せず、施設が特定される地域情報もまとめた形（例：関東地方）で公表します。

また、アンケート調査の結果は、よりよい精神科医療制度を作っていくために用いられます。不適切な運用を糾弾するような意図はありませんので、なるべく実態に即してご回答いただければ幸いです。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となりますので、ご了承ください。

分量が多くなっておりご面倒をおかけしますが、回答の所要時間は 15～20 分ほどとなっています。ご回答いただくにあたり、診療録などを参照していただく必要はございませんので、ご記憶の範囲内でお答えいただければ幸いです。

アンケート調査は、紙の調査票と Web 調査票を準備しています。ご回答しやすい方法をお選びください。

なお、すでに紙の調査票か Web 調査票のどちらかで回答されている方は、新たに回答する必要はございません。

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

- ☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する
- ☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

【アンケートおよび本研究についての問い合わせ先】

研究責任者 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 奈良麻結
〒187-855
東京都小平市小川東町 4-1-1
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
042-341-2712（内線）6284

フェイスシート

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

I. 基本属性

問1 職種 -----

- | |
|---|
| ☐ 1) 医師 (☐ 精神保健指定医の場合、こちらにもチェックをお願いします) |
| ☐ 2) 看護師 ☐3) 精神保健福祉士 |

問2 職位 -----

- | |
|--|
| ☐ 1) 管理職 ☐2) 管理職以外 |
|--|

問3 臨床経験年数 -----

※1年10カ月であれば、1と記載してください。

()年

内、現在の勤務先の勤続年数()年

内、現部署の勤続年数()年

II. 現在の勤務先について

問4 現在の主な勤務先 -----

- | |
|--|
| ☐ 1) 精神科病院 ☐2) 総合病院精神科(大学病院含む) |
| ☐ 3) その他() |

問5 勤務先の特徴 -----

- | |
|---|
| ☐ 1) 国公立 ☐2) 私立 ☐3) その他() |
|---|

問6 所在地 -----

()

※都道府県単位でご回答ください。

問7 過去1年以内の業務上、どのような症例を担当することがありますか？

※特化せず様々な症例を対応されている場合には、業務上担当される症例全てを選択してください。

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 1) 急性期 | ☐ 2) 慢性期 | ☐ 3) 児童思春期 |
| ☐ 4) 認知症 | ☐ 5) 身体合併症 | ☐ 6) アルコール依存症 |
| ☐ 7) その他() | | |

フェイスシートでご回答いただいた「現在の勤務先」において過去 1 年間に経験したこと・感じたこと・経験しなくても見聞きしたことについて以下の質問にお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、その他に考えられることがあれば()にご記入ください。

A. 入院時の患者の同意能力※の確認について

※同意能力…“事実行為としての同意を、同意とみなし得る能力”を指します

1.	医療者側は入院が必要であると判断した場合、患者が同意能力を有していれば原則患者から同意を得、有していなければ原則家族等同意を得ます。患者が同意能力を有しているか分からない場合、対応に苦慮すると考えられます。 そのような患者の同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-2.	身体疾患の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	☐	☐	☐	☐
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	☐	☐	☐	☐
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	☐	☐	☐	☐
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	☐	☐	☐	☐
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	☐	☐	☐	☐
1-13.	その他()	☐	☐	☐	☐

2.	身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
2-1.	身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	☐	☐	☐	☐
2-2.	本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	☐	☐	☐	☐
2-3.	本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	☐	☐	☐	☐
2-4.	その他()	☐	☐	☐	☐

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	☐	☐	☐	☐
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	☐	☐	☐	☐
1-3. 服役中であった	☐	☐	☐	☐
1-4. 患者からの虐待経験があった	☐	☐	☐	☐
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	☐	☐	☐	☐
1-6. その他()	☐	☐	☐	☐

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	☐	☐	☐	☐
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	☐	☐	☐	☐
2-3. 内縁関係、同性パートナー	☐	☐	☐	☐
2-4. その他()	☐	☐	☐	☐

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
3-1. 家族の連絡先・住所不明	☐	☐	☐	☐
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	☐	☐	☐	☐
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	☐	☐	☐	☐
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した 例:患者との人間関係が悪くなりそう・患者をかわいそうに思う等	☐	☐	☐	☐
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	☐	☐	☐	☐
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	☐	☐	☐	☐
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった 例:入院すると「薬漬け」にされてしまうのではないかと懸念等	☐	☐	☐	☐
3-8. その他()	☐	☐	☐	☐

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
	☐	☐	☐	☐

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験が教えてください ()	

C.医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか	□1) はい □2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください (例:警察官、地域の有力者、遠方の親戚)	
()	

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか ※複数回答可	☐ 1) そういった状況は経験していない ☐ 2) 同意能力を有しているかの確認が難しかった ⇒2)に該当する理由 ☐ a) 病状に波があった ☐ b) 十分な評価が行えなかった ☐ c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった ☐ d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった ☐ e) その他() ☐ 3) 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された ☐ 4) その他()
--	---

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか	全くない ほとんどない たまにある よくある
3-1. 家族の意向	☐ ☐ ☐ ☐
3-2. 病院の慣習・組織風土 例:リスク回避重視	☐ ☐ ☐ ☐
3-3. 時間帯・曜日 例:スタッフの勤務形態	☐ ☐ ☐ ☐
3-4. 診療報酬上の施設要件 例:医療保護入院の割合	☐ ☐ ☐ ☐
3-5. その他()	☐ ☐ ☐ ☐

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか	□1) はい □2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験か教えてください 例:重度認知症の方が COVID-19 感染し、身体科病棟への入院を断られた	
()	

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1.	以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1.	家族の意向	☐	☐	☐	☐
1-2.	退院することによる経済的負担	☐	☐	☐	☐
1-3.	退院を積極的に進めない病院の慣習	☐	☐	☐	☐
1-4.	サービス調整に時間がかかる	☐	☐	☐	☐
1-5.	退院後の受け入れ先（施設・場所・人）の不足	☐	☐	☐	☐
1-6.	入院前に本人と受け入れ先（施設・場所・人）との関係が悪化していた	☐	☐	☐	☐
1-7.	家族以外の者からの退院に対する意見	☐	☐	☐	☐
	上記で「よくある」、あるいは「たまにある」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください。 （例：警察官、地域の有力者）	（ ）			
1-8.	その他（ ）	☐	☐	☐	☐

【研究の概要について】

研究課題名	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援のための研究： 全国アンケート調査
研究期間	研究実施許可受領後から 2028 年 3 月 31 日まで
アンケート実施期間	研究実施許可受領後から 2026 年 3 月 31 日まで
研究代表者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 奈良麻結
共同研究者	京都大学医学研究科 教授 村井俊哉 東京大学医学部附属病院 講師 榊原英輔 東京科学大学 准教授 松長麻美
個人情報管理者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 高嶋里枝

【研究の概略について】

私たちは精神科医療の入院制度の今後の在り方を検討していくために現在の運用の実態について調べています。このアンケートに先駆けて、患者、家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員の方を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる課題についてのご意見をいただきました。課題の中には、本来の適切な制度の運用とは言えないものの、精神疾患や精神科医療制度をめぐる様々な事情によって生じているものもありました。今後、よりよい制度の在り方を検討していくためには、入院制度上の課題についてなるべく実態に即した形で全国的な傾向を明らかにしていく必要があります。そこで、今回は、アンケート調査へのご協力をお願いいたします。

なお、アンケート調査では、匿名性の高い方法を取り、個人情報の保護に細心の注意を払って行います。氏名や連絡先の個人情報を取得することがありますが、研究目的以外には使用いたしません。個人情報、自治体名は一切収集せず、施設が特定される地域情報もまとまった形（例：関東地方）で公表します。

また、アンケート調査の結果は、よりよい精神科医療制度を作っていくために用いられます。不適切な運用を糾弾するような意図はありませんので、なるべく実態に即してご回答いただければ幸いです。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となりますので、ご了承ください。

分量が多くなっておりご面倒をおかけしますが、回答の所要時間は 15～20 分ほどとなっています。ご回答いただくにあたり、診療録などを参照していただく必要はございませんので、ご記憶の範囲内でお答えいただければ幸いです。

アンケート調査は、紙の調査票と Web 調査票を準備しています。ご回答しやすい方法をお選びください。

なお、すでに紙の調査票か Web 調査票のどちらかで回答されている方は、新たに回答する必要はございません。

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

- ☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する
- ☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

【アンケートおよび本研究についての問い合わせ先】

研究責任者 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 奈良麻結
〒187-855
東京都小平市小川東町 4-1-1
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
042-341-2712（内線）6284

フェイスシート

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

I. 基本属性

問1 職種 -----

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1) 医師 | ☐ 2) 保健師 | ☐ 3) 看護師 |
| ☐ 4) 精神保健福祉士 | ☐ 5) 社会福祉士 | |
| ☐ 6) その他() | | |

問2 職位 -----

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 1) 管理職 | ☐ 2) 管理職以外 |
|---------------------------------|-----------------------------------|

問3 臨床経験年数 -----

※1年10カ月であれば、1と記載してください。

()年 内、行政職員としての勤続年数()年

II. 現在の勤務先について

問4 現在の主な勤務先 -----

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ 1) 市区町村 | ☐ 2) 精神保健福祉センター |
| ☐ 3) 保健所 | ☐ 4) その他() |

問5 所在地 -----

※都道府県単位でご回答ください。

()

フェイスシートでご回答いただいた「現在の勤務先」において過去 1 年間に経験したこと・感じたこと・経験しなくても見聞きしたことについて以下の質問にお答えください。あてはまる内容について、☑をして、その他に考えられることがあれば（ ）にご記入ください。

A. 入院時の患者の同意能力※の確認について

※同意能力…“事実行為としての同意を、同意とみなし得る能力”を指します

1.	医療者側は入院が必要であると判断した場合、患者が同意能力を有していれば原則患者から同意を得、有していなければ原則家族等同意を得ます。患者が同意能力を有しているか分からない場合、対応に苦慮すると考えられます。 そのような患者の同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-2.	身体疾患の影響があった	☐	☐	☐	☐
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	☐	☐	☐	☐
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	☐	☐	☐	☐
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	☐	☐	☐	☐
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	☐	☐	☐	☐
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	☐	☐	☐	☐
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	☐	☐	☐	☐
1-13.	その他（ ）	☐	☐	☐	☐

B. 医療保護入院の家族等同意について

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	☐	☐	☐	☐
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	☐	☐	☐	☐
1-3. 服役中であった	☐	☐	☐	☐
1-4. 患者からの虐待経験があった	☐	☐	☐	☐
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	☐	☐	☐	☐
1-6. その他()	☐	☐	☐	☐

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	☐	☐	☐	☐
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	☐	☐	☐	☐
2-3. 内縁関係、同性パートナー	☐	☐	☐	☐
2-4. その他()	☐	☐	☐	☐

3. 家族等同意に関して対応に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
3-1. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	☐	☐	☐	☐
3-2. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した 例:患者との人間関係が悪くなりそう・患者をかわいそうに思う等	☐	☐	☐	☐
3-3. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	☐	☐	☐	☐
3-4. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	☐	☐	☐	☐
3-5. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった 例:入院すると「薬漬け」にされてしまうのではないかと懸念等	☐	☐	☐	☐
3-6. その他()	☐	☐	☐	☐

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
	☐	☐	☐	☐

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか	☐ 1) はい	☐ 2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験か教えてください		
()		

C.医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか	□1) はい	□2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください (例:警察官、地域の有力者、遠方の親戚) ()		

2. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか	□1) はい	□2) いいえ
上記で「1) はい」を選択した場合、差し支えなければ、どのような経験か教えてください 例:重度認知症の方が COVID-19 感染し、身体科病棟への入院を断られた ()		

D.入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1-1. 家族の意向	☐	☐	☐	☐
1-2. 退院することによる経済的負担	☐	☐	☐	☐
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	☐	☐	☐	☐
1-4. サービス調整に時間がかかる	☐	☐	☐	☐
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	☐	☐	☐	☐
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	☐	☐	☐	☐
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	☐	☐	☐	☐
上記で「よくある」、あるいは「たまにある」を選択した場合、差し支えなければ、どのような立場の人が教えてください (例:警察官、地域の有力者)	()			
1-8. その他()	☐	☐	☐	☐

E. 医療へのアクセス

以下の状況はどの程度経験しましたか	全くない	ほとんどない	たまにある	よくある
1. 移送の手段を確保することが難しいため、必要な医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐
2. 家族の意向により医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐
上記 2.で「よくある」、あるいは「たまにある」と回答した場合、どのような家族の意向がありましたか ※複数回答可	☐ 1)患者との関係悪化を恐れる ☐ 2)医療不信 ☐ 3)思想・信条上の理由 ☐ 4)大ごとにしたくないという考えが強い ☐ 5)その他 ()			
3. 身体疾患が悪化しても、本人が身体疾患の治療を拒否し、必要な医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐
4. 入院が必要な状態であっても、知的障害を有していると入院にならなかった	☐	☐	☐	☐
5. 入院が必要な状態であっても、発達障害を有していると入院にならなかった	☐	☐	☐	☐
6. 措置入院は不要と判断されたが、入院を要する状態と思われる場合であっても、経済的問題（例；医療費、移送費用）のため医療につながらなかった	☐	☐	☐	☐

アンケート

各ビネットに関する以下の質問についての対応や制度を自由記述により回答ください。

以下のビネットは、日本の臨床現場で対応に苦慮する架空事例を記載したものです。日本での対応にも幅があり、正解の答えはありません。各国の状況においても対応は様々であり、答えに迷われる箇所があるかもしれませんが、曖昧な部分も含めて実状についてご意見をお聞かせください。また、所属や氏名などの個人情報は必ず伏せ、どなたが参加されたか分からないように慎重に対応します。その国を代表する意見としてではなく、日頃の臨床実践で考えられることとしてぜひ率直に教えてください。

各ビネットにはタイトル（事例の簡単な説明）とサブタイトル（日本で対応に苦慮する点）について記載しています。回答の際に参考にしてください。

また、質問にあるマークの意味はこの通りです。

◎	各ビネットの要点となる、特に伺いたい質問
○	伺いたい質問
△	時間に余裕があれば伺いたい質問
※	詳細に伺いたいポイント

(1) 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

：統合失調症が疑われ医療的介入が必要であると考えられるが、本人が受診を拒否しており、医療へのアクセスを確保するのが難しいケース

24 歳、女性。家族と同居。大学在学時から盗聴されていると家族に度々訴え、登校できない日もあったが、指導教員に支えられ、なんとか卒業した。大学卒業後に就職するものの 2 か月で退職した。その後から、カーテンを閉め切って自室で過ごすようになり、一人でぶつぶつと独語を言い、時々奇声を発するようになった。家族との交流はなく、家族が寝静まったときに一人でご飯を食べているようである。入浴はできず不潔な状態が続いている。これまで精神科を受診したことはなく、家族が受診や往診の受け入れを勧めるものの拒否している。これまで自傷歴や暴力は認められていない。そこで両親が自ら精神科へ相談に来た。

△ このようなケースはよくあるケースですか。

◎ このケースのように本人が精神科の受診や往診を拒否する場合、非自発的入院の対象になることはありますか。

◎ 非自発的入院の対象となる場合、どのようにして病院まで連れていきますか。

△ 搬送の法的根拠はありますか。法律については覚えている範囲で教えてください。

△ 入院の対象ではない場合、どのような対応が考えられますか。

(2) 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

：身体治療を受ける必要がある緊急性の高い状態にあるが、本人が治療を拒否し、
非自発的入院による身体治療を行うか判断に迷うケース

55歳、女性。家族とは音信不通の状態である。統合失調症で幻覚・妄想状態にあり、総合病院精神科に通院中である。また、慢性腎不全を患い、同じ病院の内科にて週3回の通院により透析治療を受けている。しかし、組織の陰謀により通っている病院が患者に危害を加えているという妄想が生じ、両方の治療を拒否し、自宅にひきこもってしまった。地域の支援者の再三の説得にも関わらず、透析治療を3回スキップしており、これ以上透析を行わない状態が続けば、死に至る危険性が極めて高い。しかし、本人に死亡の可能性について伝えても、透析を拒否し続けている。現時点で意識障害はなく、はっきりと意思表示している。

◎ このケースは、精神科又は身体科のいずれかへの非自発的入院の対象となりますか。

△ なるとしたら、どのような法律に基づきますか。法律については覚えている範囲で教えてください。

○ 非自発的入院の対象となる場合、病院への移送も非自発的に行われると思いますが、病院へ移送する可能性はありますか。その場合、誰がどのように搬送しますか。

※誰；病院スタッフが関与するか、警察の介入があるか等

※どのように；精神疾患患者の救急車搬送は可能か等

※搬送先；精神科になるか、身体科になるか等

◎ （精神科・身体科のどちらの入院であっても）非自発的入院の対象となる場合、非自発的な身体治療はどのような手続きで行われますか。

※具体的手続き

（例；院内の倫理委員会にかけて承認を得る、担当医が本人の最善の利益を考えて決定する）

※非自発的な身体治療の内容（例；隔離や身体的拘束等の行動制限の有無等）

(3) 認知症で意思決定能力が低下しているケース

：明確な意思表示はないが、認知症による意思決定能力の欠如が考えられ、
精神科医が自発的入院か非自発的入院か判断に迷うケース

85歳、女性。夫と同居。重度認知症。訪問介護は利用しているが、夫が主となり在宅介護を行っていた。ここ数日、食事をとらず、夫やヘルパーによる介護も拒否。昼夜を問わず徘徊をし、終日、夫の見守りが必要な状態となっていた。夫から連絡を受けた主治医が往診し、在宅での介護を続けることは困難と判断した。往診時、主治医が自宅以外の場所で治療する必要があると本人に伝えたが、頷く動作をするものの発話せず、問いかけられた内容に答えず、本人からの明確な意思表示はなかった。重度の認知症のため、意思決定能力は著しく低下していると考えられる。

◎ このケースは精神科への入院の適応となりますか。

適応となる場合、自発的入院ですか、非自発的入院ですか。

○ このケースのように本人からの明確な意思表示がなく、意思決定能力の欠如があると考えられる場合、どのように意思確認を行いますか。

○ このケースが精神科入院の適応とならない場合、どのように対応しますか。

※関連する制度

※入院以外の対応（施設入所、社会資源の追加の提供等）

※施設での治療や支援内容（非自発的入所、非自発的治療、行動制限の有無について）

(4) 知的障害で入院を拒否するケース

：知的障害で攻撃的言動がある場合に非自発的入院の他害行為の要件に該当するか
判断に迷うケース

35 歳、男性。一人暮らし。知的障害。日中は、自宅にすることが多い。国の経済支援（生活保護）を受け、ヘルパーの支援を受けながら生活を送っていた。最近、家の前の道路工事が始まりストレスを感じており、近くに住む両親と頻繁に口論になっていた。また、隣人にささいなことと言いがかりをつけ、汚い言葉で繰り返し怒鳴る等の迷惑行為があり、その都度、隣人が警察に通報し、警察官は本人への説諭を繰り返した。その状況は両親へも伝わり、両親は毎回本人に注意するものの反省した様子はみられなかった。両親は本人の対応に困り果て、本人を強引に精神科医のもとに連れていき、すぐにでも入院させてほしいと訴える。本人は入院を拒否し、近くに人がいるにもかかわらず診察室の椅子を蹴るなどして興奮して暴れている状態である。

◎ このケースでの診察場面の様子は、他害行為のおそれありと認められる可能性がありますか。このケースが他害行為のおそれがないと考えられる場合、どのくらいのレベルで他害行為ありと判断されますか。（例：他人に危害を加える意図があると考えられる、誰かに椅子を当てた、椅子で他人の頭を殴打した等）

◎ このケースは、精神科の非自発的入院の適応となりますか。適応となる場合、他害行為があるという点で適応となりますか、あるいはそれ以外の点で適応となりますか。

◎ 非自発的入院の適応でない場合、どのような対応が考えられますか。
※知的障害対象の施設、警察対応、放置など

△ 知的障害は、精神疾患として扱われますか。

△ このケースの方が、もし知的障害ではなく統合失調症であり、攻撃的言動が幻覚・妄想状態により生じている場合、対応は変わりますか。

(5) 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

：入院の判断において未成年の患者や両親の意思をどの程度考慮するか迷うケース

13 歳、女性。中学 1 年生。両親と同居。2 か月前頃から家で死にたいと口にし、カッターで手首を深く切るといった自傷行為があった。ある日、5 階のベランダで飛び降りようと身を乗り出しているところを両親がみつけて制止し、本人を連れて、初めて緊急で精神科を受診した。本人は最近の経過について「死ね、死ね」という声が聞こえ、それに逆らえずに手首を切ることを繰り返していると話した。本人は「死にたくないのに命令されると逆らえない。つらいのですぐにでも入院したい」と話す。医師は統合失調症を疑い、入院や薬物療法の必要性を両親に繰り返し説明したが、両親は「成長期に薬物治療を受けることは身体によくないのでカウンセリングを受けさせ、様子を見たい」と言い、入院や内服について反対している。

◎ このケースは、精神科への入院の適応になりますか。

その場合、本人の同意による自発的入院と非自発的入院のどちらになりますか。

入院の適応にならない場合、何が理由になると考えられますか。

(例：未成年で判断能力が十分といえないため、両親の反対により治療費が見込めないため等)

◎ 一般的に未成年の場合、入院における親の意思は入院の可否の判断に考慮されるでしょうか。

○ 一般的に入院における未成年の意思決定能力をどのように評価しますか。

その他の質問事項

次の質問事項について対応や制度を自由記述により回答ください。

○ 本人の意思決定能力をどのように評価しているでしょうか ※法的裏付けやガイドライン、医学教育、精神科医研修等が存在するか ※ガイドライン等がある場合、その内容はどのようなものか ※ガイドライン等がない場合、どのように行っているか
○ 本人の意思決定支援をどのように行っているでしょうか

補足資料

日本における精神保健福祉に関する法律や制度について記載しています。
アンケートに直接関係はしませんが、各国の相互理解を深めるための補足資料として添付します。

精神保健福祉法「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」

精神保健福祉法は、強制入院を含む、精神病床における入院の種類や、入院中の行動制限などについて規定している。

任意入院

患者の同意に基づく入院である。指定医の診察の結果必要であれば72時間の退院制限ができる。
同意とは、患者が積極的に入院を拒んでいない状態とされているが、任意入院可能かどうかの判断は、病院により運用が異なる可能性がある。

医療保護入院

指定医の診察の結果、精神障害者に該当し、医療及び保護のために入院が必要であり、かつ任意入院が行えない場合に行われる非自発的入院である。基本的には家族等のいずれかの者の同意によるが、家族等がない場合、家族等の全員が意思を表示できない場合、家族等が意思を表明したくない場合は市町村長同意になる。2023年4月からDVや虐待の加害者である家族は同意者になれないことになった

措置入院

指定医2名以上による診察の結果、精神障害者に該当し、入院させなければ自身を傷つける又は他人に害を及ぼすおそれがある場合に、都道府県知事の権限により行われる強制入院である。

応急入院

医療保護入院の必要性があるが患者の家族等の同意を得ることができない場合に72時間に限り行われる強制入院である。

緊急措置入院

措置入院に該当する場合のうち、急速を要し手続きが間に合わない場合に72時間に限り行われる強制入院である。

23条通報

警察官は精神障害のために自身を傷つける又は他人に害を及ぼすおそれがある人に職務で出会った場合、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

22条通報

精神障害者又はその疑いのある人について、誰でも都道府県知事にその人の診察と保護を申請することができる。

精神保健指定医

強制入院や行動制限などを行う判断ができる資格のある医師である。臨床経験の年数や研修などの条件を満たした場合、厚生労働大臣の指定を受けて精神保健指定医になることができる。

移送制度

都道府県知事の権限で入院治療の必要性がある精神障害のある人を本人の同意がなくても精神科病院に移送することができる制度である。指定医の診察の結果が必要であることや保健所への連絡など、実務

上手続きが煩雑であり、日本においてこの制度は存在するもののあまり使われていない。その代わり、民間企業が運営する民間救急車が利用されることがある。

後見人

認知症や知的障害を含む精神上の障害のために判断力が欠けている人に対し、その人の財産管理や生活の維持の面で家庭裁判所が選任した後見人がつく制度。

別紙4

国際比較（英国）

杉浦寛奈

1

精神科入院形態
Mental Health Act
Mental Capacity Act

2

Mental Health Act 1983 (-> 2022)

1. **Informal admission**（法外入院）：意思決定能力のある本人の同意による入院で、身体疾患で一般病院へ入院と同一（意思決定能力がないが、拒否もしていない者については、**Mental Capacity Act 2019**の対象）
2. **Civil section**：民事手続きによる非自発的入院。評価のための入院（28日以内）、治療のための入院（6カ月以内、更新可能）の2種類
3. **Criminal section**：触法行為を行った精神障害者に関する入院。
 - **Approved mental health professional**（認定を受けたソーシャルワーカー、看護師、作業療法士、心理士）または**Nearest Relative**（近親者）からの申請を受けて、医師2名（1名は国家認定を受けた精神科医）が判断する
 - 緊急時は、警察官は入院のための評価を受けさせるために72時間を限度として精神障害者を安全な場所に拘束できる
 - 緊急時は、医師（精神科医でなくても可）1名の判断により72時間を限度として入院可能

3

Mental Capacity Act 2005 -> 2019

- **Deprivation of Liberty Safeguards**：意思決定能力がなく、集中治療や管理が必要な者が、むやみに自由を奪われないようにセーフガードする。（例：意思決定能力がないが、拒否もしていない者の入院時）
- 手続きが煩雑で、法律解釈があり、医療者が使いにくく、当事者や家族の経験にも不評であった。また、**2014年の最高裁判決(European Convention on Human Rightsに基づく)**で対象者が広がり、現場は追いつけなかった。
- 改定され**Mental Health Act 2019**

4

CRPD勧告(2017)

5

CRPD勧告（抜粋）

第12条：法律の前にひとしく認められる権利

- 黒人及びマイノリティの民族集団の代表者を含めて、障害者団体と緊密に協議するとともに、法律の前にひとしく認められる権利に関する委員会の一般的意見第1号（2014）に沿って、意思決定能力にかかわる諸法律と精神保健法の双方における新しい政策を開始するために、条約に従った新しい法律を審査し、採択することにより、生活のあらゆる側面・領域に関する代理意思決定のすべての形態を廃止すること。委員会は、締約国が、支援付き意思決定の体制の分野における研究、データ、グッドプラクティスを促進する取組を立ち上げ、支援付き意思決定の体制の設置のスピードアップを図るよう要請する。また委員会は、締約国が、障害のある亡命希望者及び難民が条約に盛り込まれたすべての権利を行使できることを確保するよう勧告する。

6

英国政府回答

7

CRPD勧告（抜粋）

第14条：身体的自由及び安全

(a) 実際にある、あるいはあるとみなされた障害に基づき、障害者の同意を伴わない、意思に反する、強制的な治療及び拘束を是認する法律及び慣習を廃止すること。

(b) 施設内にいる障害者のあらゆる形態の虐待を調査し除去するための適切な措置を講じること。

8

CRPD勧告への政府の回答： 12条

- The Mental Capacity Act 2005は、UKGの主要な精神的能力に関する法律であり、可能な限り自分で意思決定ができるようにする一方、意思決定ができない人を保護するものである。意思決定の削除に関する判決を規定する保護裁判所規則が強化され、裁判官は訴訟手続きに本人の関与を確保する最善の方法を決定することが義務づけられた。UKGは現在、法律委員会からの勧告を検討中であり、「最善の利益(best interests)」の決定において本人の意思(wish)と感情(feeling)が最優先事項であることをより確実にするために、The Mental Capacity Act 2005を改正し、支援された意思決定の枠組みを導入することを検討している。さらに、2015年に発表された『No Voice Unheard, No Right Ignored』に対するUKGの回答は、学習障害、自閉症、精神疾患を持つ人々が他の人々と同じ権利を享受できるようにするための行動を示している。

9

CRPD勧告への政府の回答： 12条

- 北アイルランドでは、2016年5月にMental Capacity Act (Northern Ireland) 2016が制定された。施行が開始されれば、16歳以上のすべての人について、同法は精神保健（北アイルランド）令を廃止し、これに取って代わることになる。
- UKGは庇護希望者と難民の拘禁に関する政策を担当している。認定された難民は通常拘禁されない。入国管理局に収容される危険のある成人」政策では、精神的健康状態やその他の障害を含む指標リストに該当する場合、収容される人々を脆弱とみなしている。社会的弱者とみなされる人々が拘留されるのは、社会的弱者の懸念が、入国管理上の配慮および／または治安上の懸念に勝る場合のみである。すべての庇護申請者は、庇護申請中に法的代理人を立てる機会があり、一定の公表された基準（手段およびメリットテストを含む）に従って、法律扶助が利用できる。

10

CRPD勧告への政府の回答： 14条

- The Mental Capacity Act 2005は、自由の剥奪を許可するために満たさなければならない保護措置を定めている。2014年の最高裁判決により、自由の剥奪に裁判所の許可が必要な人のカテゴリーに入る人が大幅に増えた。批判を受けて、UKGは法委員会にこのプロセスに関する調査と勧告を依頼した。
- .北アイルランドでは、精神的能力法（Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016）が開始されれば、能力を欠く人々に対する法的枠組みが提供される。
- UKGは、障害者が自立して生活し、地域社会に参加できるよう支援することを約束し、これには居住地や医療を選択し、管理する権利を支持することも含まれる。イングランドとウェールズでは、自由権剥奪セーフガード（Deprivation of Liberty Safeguards）により、自由権剥奪がその人の最善の利益にかなうものであり、可能な限り制限の少ないものであり、独自に評価され、法廷で争えるものであることを保証することで、人々の権利を保護している。実際には、介護施設や病院は、自由剥奪を許可するために申請しなければならず、ケアの質委員会がセーフガードの使用を監視している。

11

CRPD勧告への政府の回答： 14条

- ケアにおける虐待については、ケアサービスに依存する人々に対する虐待の事例に対処するため、2015年4月に「故意のネグレクト」犯罪が施行された。虐待やネグレクトの深刻な疑惑は徹底的に調査され、正当な理由があれば起訴されるべきである。
- スコットランドでは、Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003（2003年精神保健（ケアと治療）法スコットランド）実践規範によると、すべての関連する地方機関は緊密に連携して、その地方に十分な安全な場所を確保し、合意された好ましい安全な場所を指定し、すべての関係者がその場所と利用方法を十分に認識できるようにすべきである。指定された安全な場所は、適切な設備を備え、急性精神障害の管理経験を持つ資格を持った精神保健スタッフが配置されていなければならない。
- ウェールズでは、1983年に改訂された「精神衛生法施行規則」（MHA1983）において、最小限の制限的選択肢を適用し、意思決定の時点で本人の自立を最大化するという指導原則が強調されている。ウェールズ精神衛生審査法廷（Mental Health Review Tribunal for Wales）は、同法に基づく拘禁について独立した審査を申請する権利の保障を提供している。ウェールズ保健監察局とウェールズ介護・社会サービス監察局は、医療と介護の現場におけるNHSの自由権剥奪セーフガードの実施を監視している。

12

2021年の政府の実績発表

- 2020年に7億4000万ポンドの予算で自閉症と学習障害を持つ者の退院と地域生活開始を支援した。予算は主に地域に過渡期に生じる病床維持費と地域生活支援費のダブル出費に当てられた。
- 2021年に発表されたMental Health Act改正案に自閉症と学習障害を持つ者の処遇改善と退院しやすくなるよう提案が出された。

13

2022年の政府の実績発表

- 政府は、統合ケア委員会に対し、各地域における危機のリスクを個人レベルで把握するための登録簿を作成し、維持する義務を新たに設けることを提案しており、準備することで緊急入院を減らすことを目指している。
- Building the Right Support政策：学習障害者と自閉症者の地域生活支援を目指す政策
- The Right Support Action Plan大臣発表(2022年)：学習障害者と自閉症者の地域生活支援を強化し、精神科入院治療への依存を減らすための行動計画

14

Mental Capacity Act 2019

15

Mental Capacity Act 2005→ 2019 (Liberty Protection Safeguards)

- 以前はケアホームと病院のみであったが、今後は利用者がいきうる全ての場所で、場合によっては複数の場所が利用
- 18歳以上対象が16歳以上対象に（未満は裁判所判断）
- 精神疾患はMental Health Actの対象疾患のまま。また、Mental Health Act下の診断書が必要。
- 全て自治体がsupervisory bodyだったのが、responsible bodyを設けられ、医療はNHS, 住居はICB、それ以外は自治体
- Best Interest Assesserは廃止され、事前審査は書面もしくは境遇により Approved Mental Capacity Professionals
- 準備や審査などの段階で本人がAppropriate PersonやIndependent Mental Capacity Advocateに相談できる

16

Mental Capacity Act 2019

- 書類準備、事前審査、実施において、関わる全ての人々が、best interestsの考え方に基づいて臨み、自由を奪うことについて理解し、最小限の制限にできるようトレーニングを受ける
- 結果の有効性は1年間。
- 本人に不満があれば裁判所に訴えることができるのは不変。
- EnglandとWalesのみ対象

17

Mental Health Act 1983 ->2022

18

Mental Health Act 2022案 1

- 学習障害や自閉症は精神障害ではない。（精神症状を併せ持つことはある）
- 学習障害、自閉症で入院している者が教育などの機会を得て、また治療計画を見直され、退院が速やかに促されること。
- 強制入院に関して、Mental Health ActとMental Capacity Actの関わりを明確にすることが提案されているが、今回の法律では取り上げない。さらなるエビデンス構築をすること、Liberty Protection Safeguardsの導入による変化を見ることとする。

19

Mental Health Act 2022案 2

- 現在は強制入院の要件に、「患者の健康や患者と周囲の安全のために必要」「適切な治療が受けられる」が入っているが、さらに踏み込んで「患者や周囲への危機が差し迫っていること」「治療が患者にとって有益であること」「治療を受けるためには入院が必要であること」とする。
- 救命救急科の医師が急性期の精神疾患患者を医療施設に留め置く権力を持つようにする。（現在警察が行なっている範囲）

20

Mental Health Act 2022案 3

- Advance Choice Document : 本人がどのような治療を希望する（もしくは拒否する）かを記載し保管。
- Care and Treatment Plan : 医師もしくは担当者と相談しながら、本人がどのような治療を希望する（もしくは拒否する）か、本人が誰と物事を決めたいか、を立案し、必要に応じて変更する。入院はいつも最終手段となる。このplanは Advance Choice Document や治療計画と常に一緒に保管される。

21

Mental Health Act 2022案 4

- Nominated person : 本人が指定した人。上記のplanと一緒に作ることもできるし、入院中の困りを聞き解決することもできる。また、治療などの選択肢を調べたり説明してくれることもできる。この設立に伴い、これまでのNearest Relativeの役割は終わる。
- Independent Mental Health Advocates : アドボカシーの専門家で、患者に本人の権利などを伝える。また、患者のためにnominated personの役割もできる。

22

Mental Health Act 2022案 5

- Tribunal：退院審査を行うところで、期間を短めて入院後4ヶ月以内に自動で開催できるようにする。また、Tribunalでの決定が効力を迅速に発揮するようにする。
- 病院管理者による退院決定会議の廃止：Tribunalの方がより正確な判断をするため。
- Community Treatment Order：地域での強制加療制度は継続される。Tribunalの対象にする。

<https://www.gov.uk/government/consultations/reforming-the-mental-health-act/outcome/reforming-the-mental-health-act-government-response>

23

精神保健法改正の方向性

Final report of the Independent Review of the Mental Health Act 1983より

- レビューでは、Human Rights Act 1998（欧州人権条約ECHRの効力をさらに高めるもの）の遵守、CRPDを考慮する必要性に言及
- 単純かつ絶対的な解決策はなく、精神保健法を維持しつつ、患者の権利のさらなる重視ができるよう制度のバランスを見直す
- 複数の権利が絡む場合（自由権vs生命権、患者の権利vs他者の権利など）、ある特定の集団の権利にのみ焦点を当てたアプローチではなく、公正なバランスをとることが求められる
- 改正の原則
 - 選択と自律：本人の意見と選択が尊重されること
 - 最小限の制限：この法律の権限は最小限の制限の中で使用されること
 - 治療上の利益：回復を確実にサポートし、退院できるようにする
 - 個人としての尊重：患者を個人として多面的に捉え、全人的にケアすること

24

Mental Health Act改正案(2021年)

- <https://www.gov.uk/government/consultations/reforming-the-mental-health-act/outcome/reforming-the-mental-health-act-government-response>

25

Mental Health Act 1983の改正 1

- 2017-2018 Independent Review of the Mental Health Act
 - 2019 Conservatives manifesto
 - 2022 draft Mental Health Bill
 - 2023 Parliament committee on the proposed legislation
- と、6年間進んできた。

26

Mental Health Act 1983の改正 2

- しかし、2023年11月7日のKing's speech（2024年もしくは2025年の次選挙までの立法の枠組みが発表される）に盛り込まれなかったため、改正への動きは途絶えた。
- 2024年もしくは2025年の選挙後の政権が改正を再開するかどうかにかかっている。保守党は2019年のマニフェストに盛り込みながらも実施しなかったため、再度政権についても再開するか不明。労働党は政権についたら実施すると11月13日に表明した。

“Mental Health Act reform ditched, King's speech confirms.” Community Care, Nov 7th 2023
<https://www.communitycare.co.uk/2023/11/07/mental-health-act-reform-ditched-kings-speech-confirms/>

27

喫緊の課題

- King's Speechに盛り込むように要求した慈善団体の一つMindによれば、精神保健サービスのポストの2割が空席が続いていること、精神科病床数が不足しており、待機中に重症になる患者や不適切な施設への入院・収容（目的が異なる、自宅から遠距離など）が喫緊の問題とされた

“The state of health care and adult social care in England 2022/23” State of Care 2023
<https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care/2022-2023/quality-of-care#mentalhealth>

28

喫緊の課題

- 例として、2022年10月一ヶ月で、42人の入院待ち患者が発生し、36時間以上救命センターでそれぞれ待機した。
- 同様の状況は2022年11月にも観察され、全国で10ヶ所の救命センターが精神科患者で満床の状態になった。
- 入院しきれないための男女混合病棟は増加の一途で、行動制限の使用も増えている。

“Out of area placements in Mental Health Services” NHS England 2023
<https://files.digital.nhs.uk/D7/399EC6/oaps-rep-jul-2023.pdf>

29

改正案に盛り込まれていたのは

- 強制入院の要件の厳格化（本人や周囲への危機が迫っており、入院加療でなければ解決しない）
- Autism（自閉症）やLearning disabilities（知的障害、学習障害）の診断単独で、入院させられないこと
- Nearest RelativeがNominated Personに置き換わり、当事者が指名できるようになる。入院への反対や退院促進をできることは変わらない。

“Mental Health Act reform ditched, King’s speech confirms.” Community Care, Nov 7th 2023
<https://www.communitycare.co.uk/2023/11/07/mental-health-act-reform-ditched-kings-speech-confirms/>

30

改正案に盛り込まれていたのは

- Independent mental health advocateが入院患者だけでなく、すべての患者のために働ける
- Community Treatment Order (CTOs)が厳格化され、本人や周囲の健康や安全に重大な害がありうる時のみに使われ、その範囲や緊急性も考慮され、また治療効果が見込まれる時のみの使用になる。（現在、有色人種により多く利用されていたのが是正される）

“Mental Health Act reform ditched, King’s speech confirms.” Community Care, Nov 7th 2023

<https://www.communitycare.co.uk/2023/11/07/mental-health-act-reform-ditched-kings-speech-confirms/>

31

Mental Health Act Code of Practice

- 法律は変えられずとも、せめてthe MHA code of practiceを変えて、精神保健システムの慣習などを変えられないかという案もある。
- 現在使用されているのはMental Health Act Code of Practice 2015で、Mental Health Act 1983がどう解釈され、実践されるべきかのガイダンスである。

32

Mental Health Act Code of Practice 2015の評価 (2019実施)

- Care Quality Commision (イングランドの医療と福祉サービスの独立評価団体)によれば；
 - 専門家それぞれで理解にばらつきが大きい
 - 趣旨の理解もズレがある
 - 患者の人権擁護への理解、またその実施のための支援が薄く、Independent Mental Health Advocateを案内すらできない専門家もいた
- Section 140 (救急の患者が適切な施設でサービスを受ける)は特に専門家、警察、地域サービスの理解も資源も乏しく実践されていなかった

33

Learning disabilitiesとAutismの入院・隔離

- 専門家による委員会の報告書はLearning disabilitiesやAutismを持つ人を入院・隔離などを行うことには治療的な意義はなく、廃止すべきであるとした。また小児の隔離もやめるべきと指摘した。
- 新しい法律で廃止となる予定が、法律が採択されない見込みとなったため、Code of Practiceの変更で廃止を予定していたが、Code of Practiceの変更のみでは実施できないと政府が見解を出した。

“DHSC rejects experts’ plan to curb ‘inhumane’ solitary confinement of disabled people in hospital.” Community Care 2023
<https://www.communitycare.co.uk/2023/11/15/dhsc-rejects-experts-plan-to-curb-inhumane-solitary-confinement-of-disabled-people-in-hospital/>

34

カナダの制度

(ブリティッシュ・コロンビア州を中心に)

東京大学医学部附属病院精神神経科

近藤 伸介

1

ブリティッシュ・コロンビア州 (BC)

人口：約**400万人**

面積：約95万km² (日本の2.5倍)

州都：バンクーバー(Vancouver)



精神病床：**1,219床** (2015年)

=26床/人口10万 (日本の1/10)

主に総合病院に設置

アウトリーチ：35チーム



2

Mental Health Act (BC, Canada)

精神保健法 (BC州)

1964年に制定

精神疾患 (双極症・うつ病・統合失調症などの一次性精神障害, および, 外傷性脳損傷, パーキンソン病, アルツハイマー病, その他の認知症などの神経精神疾患) をもつ患者の**入院・拘留**の権限を医師および所定の病院に付与すると同時に、患者の**保護及び人権**が適法的に実施されることを保障する法律

3

Mental Health Act (BC, Canada)

強制入院 (非自発入院) の形態は **1種類**

一般的には医師の診断による

a physician's Medical Certificate (Form 4)

他に警察介入(Section 28)、裁判官命令(Form 10)という経路も

4

Mental Health Act (BC, Canada)

非自発入院が成立する 4 条件

医師の診察の結果、

次の 4 つをすべて満たすと判断されたとき

1. 精神疾患によって、適切に周囲に反応したり他者と関わる能力が著しく障害されている
2. 精神科治療が必要である
3. 次の理由で ケア(care)・監視(supervise)・制御(control)が必要
 - ・自身あるいは他者を保護するため
 - ・心身の機能が大きく損なわれることを防ぐため
4. 自発入院が成立しない

5

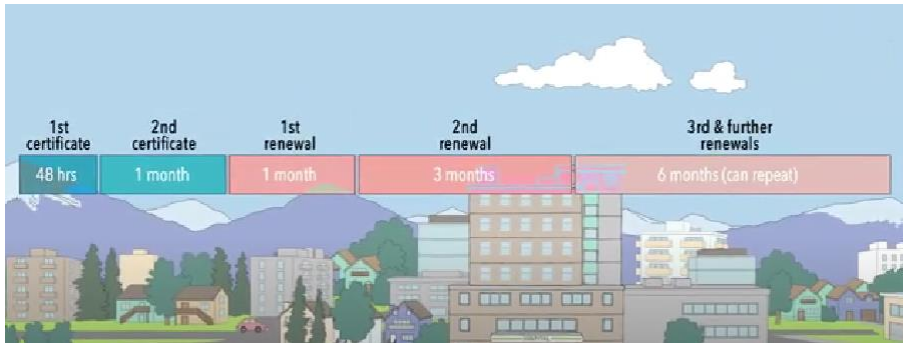
Mental Health Act (BC, Canada)

“Certificate” の手続き

Certificate	誰が判定？	入院期間	備考
1 st certificate	1 人の医師 または 1 人の NP	48 時間以内	主に危機介入
2 nd certificate	1 人の精神科医 (初回と別の医師)	48 時間超過 ～最大 1 か月	治療同意は別 審査を要請できる
1 st renewal	1 人の精神科医	1 か月超過 ～最大 2 か月	
2 nd renewal	1 人の精神科医	2 か月超過 ～最大 5 か月	
3 rd renewal	1 人の精神科医	さらに 6 か月 (更新可能)	

6

Mental Health Act (BC, Canada)



Your Rights under Mental Health Act in BC
(YouTube)

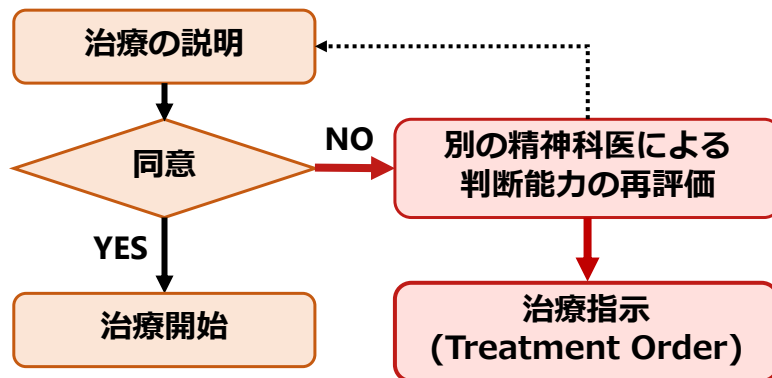


7

Mental Health Act (BC, Canada)

非自発治療の手続き

2回目のCertificateの際、治療内容についての説明義務



8

Mental Health Act (BC, Canada)

審査会 (Review board)

2回目のCertificate以降、希望すれば要請できる

- 法の下に設置される独立した裁決機関
- 医師(外部)・弁護士・一般市民(lay person) で構成
- 家族や本人の支援者も立ち会い可能

医療機関 | 入院の必要性や治療内容について説明

審査会 | ヒアリングを実施して妥当性を判断

非自発入院が**適切** → **入院継続**

非自発入院が**不適切** → **退院**

9

Mental Health Act (BC, Canada)

Extended Leave (仮退院)

強制通院制度に相当する仕組み

理論的には入院が継続（6か月ごとに更新可能）

仮退院のまま長期に地域生活を継続するケースも
治療拒否・中断時には、すぐに再入院となる

Cf. CTO (community treatment order)

オンタリオ州では強制通院制度が整備

(退院して地域生活しているという考え方)

10

BC州における自発入院（精神科）

16歳以上の場合

原則として、BC Hospital Act（病院法）に基づく
精神保健法によらない
特別な書類手続きは不要

16歳未満の場合

BC Mental Health Act（精神保健法）に基づく
所定の書面を用いて、親または後見人が署名

11

HCCCFAA（BC, Canada）

BC州

Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act

精神科治療を除く入院及び治療同意について定めた法律

オンタリオ州

Health Care Consent Act (HCCA)

身体・精神いずれも包括する法律

12

HCCCFAA (BC, Canada)

身体的治療に関して（BC州）

原則として、次の順位で代理意思決定者を決定

- Committee of the Person
Patient Property Actに規定された保護者(Guardian)
- Representation Agreement (RA)
- Advance Directive for Health Care (事前指示書)
- Temporary SDM (TSDM)
HCCCFAAに規定された代理意思決定者(SDM)
配偶者(同性含む)、子、親、きょうだい、祖父母、孫、親友の順

緊急時（生命的危険）⇒同意不要

13

障害者権利条約に関連して

• カナダは批准の際に、12条に関して保留している

• 現場の専門職はほとんど認識していない

• 影響を認識している一部の専門家は反対している

[Dufour M ほか, Canadian Journal of Psychiatry 63(12) 809-812, 2018]

- 現行でも十分に人権保護が制度化されている
- 非自発入院を廃止することは当事者の不利益が大きい
- 矯正施設はすでに事実上の精神障害者収容施設
- ホームレス問題も深刻

14

フランスの制度

東京大学医学部附属病院精神神経科

近藤 伸介

1

フランス

人口：約6,800万人

面積：約55万km²（日本の1.5倍）

セクター制（人口8万人毎）

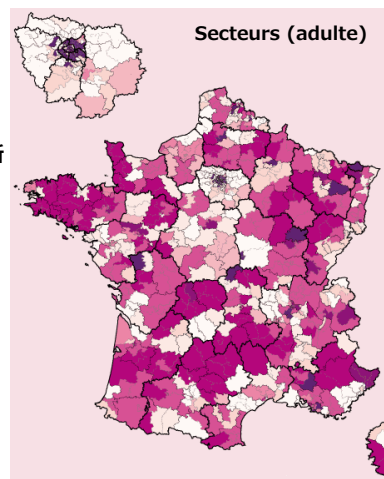
- ✓ 成人830圏域；児童思春期 320圏域
- ✓ **CMP**(centre medico-psychologique) **3067**か所
- ✓ クライシスセンター（24時間営業）
- ✓ アウトリーチチーム
- ✓ リエゾンチーム
- ✓ Précaritéチーム（ホームレス AIDS 虐待 テロ 災害等）

全日入院 53,699床（2020）

（一般精神 51,455床；児童思春期 2,244床）

≒80床/人口10万（日本の1/3）

治療的家庭受入	3,134床
ポストケアセンター	1,689床
部分入院	29,198枠



（フランス連帯・保健省, 2021）

2

Code de la santé publique (公衆衛生法典)

精神科入院に関する法律

1838年法 (La loi du 30 juin 1883)

- ✓ Esquirolによって成文化
- ✓ 自発入院(placement volontaire)と措置入院(placement d'office)

1990年法 (La loi du 27 juin 1990)

- ✓ 3つの入院形態が規定：
自由入院(HL)；第三者の申請による入院(HDT)；措置入院(HO)
- ✓ 自由の行使の保障（説明義務・通信・審査会・弁護士・選挙権・宗教-哲学的活動等）

2011年法 (La loi du 5 juillet 2011)

- ✓ 4つの入院形態：本人申請；第三者の申請；切迫した危険時；知事決定
- ✓ 24時間・72時間・2週間以内に入院の要否を頻回に監査するシステム

3

非同意入院（フランス）

強制入院（非同意入院）の形態は3種類

① 第三者の申請に対する施設管理者の決定に基づく精神科治療

Soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement
à la demande d'un tiers (SPDT)

=かつてのhospitalisation à la demande d'un tiers (HDT; 第三者の申請による入院)

② 危険が切迫している場合の精神科治療（72時間まで）

Soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)

③ 国の代理人(知事)の決定に基づく精神科治療

Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)

=かつてのhospitalisation d'office (HO; 措置入院)

註：2011年「非同意入院」から「非同意精神科治療」に呼称変更された

非同意入院治療後の非同意外来治療(soins ambulatoire sans consentement)も含まれる

4

非同意入院の成立条件

SPDT (第三者の申請)	SPPI (治療上危険が切迫)	SPDRE (知事の命令)
● 治療が必要な精神疾患がある ● 本人が同意できない		
ただちに治療が必要 かつ 入院環境での観察が必要		公共の秩序 または 公衆の安全 を脅かす場合
第三者の入院申請書面	精神科医 1 名の診断書 (外部)	精神科医 1 名の診断書 (外部)
精神科医 2 名の診断書 (うち 1 名は外部)	第三者の申請不要 (身寄りがない等を想定)	知事の決定

5

非同意入院時の診断手続き

診断書	SPDT (第三者の申請)	SPPI (切迫した危険)	SPDRE (知事の命令)
入院時	医師 2 名 (うち 1 名は外部)	医師 1 名 (外部)	医師 1 名 (外部)
～24時間	精神科医 1 名 (入院時と別) SPDTの要否を判断	精神科医 1 名 (入院時と別)	精神科医 1 名 (入院時と別) SPDREの適否を判断
～72時間	精神科医 1 名 SPDTの要否を判断	精神科医 1 名 (3人目の医師)	精神科医 1 名 (入院時と別) 代替的な治療計画を提案
～2週間	精神科医 1 名 SPDTの要否を判断 JLD*による監査		JLD*による監査
～1か月	精神科医 1 名 SPDTの要否を判断	*JLD=自由と拘留に関する裁判官 (juge des libertés et de la détention)	

6

隔離・身体拘束の手続き

2022年法改正 (la loi du 22 janvier 2022)

	隔離	身体拘束
初回	最大12時間まで	最大6時間まで
更新	12時間以内ごと	6時間以内ごと
累計	48時間まで	24時間まで
上記を超えた 場合	✓ 遅滞なく JLD（自由と拘留に関する裁判官）に申し立て ✓ 少なくとも 1 名の家族に通知	

非自発入院に関する実態調査 国際比較 (ドイツ)

医学研究所 北野病院

山村啓眞

京都大学医学部附属病院 精神科神経科

植野仙経・村井俊哉

1

統計

	ドイツ	日本
人口	約8400万人（令和4年） ¹⁾	約1億2500万人（令和4年） ²⁾
総合病院精神科の病床数 （人口10万人あたり）	約80床（平成27年） ³⁾	約66床（平成28年） ³⁾
精神科単科病院の病床数 （人口10万人あたり）	約56床（平成27年） ³⁾	約197床（平成28年） ³⁾
精神科への 非自発入院の割合	ミュンヘンのある地区では 15–20%程度（平成26年） ⁴⁾	約51%（令和4年） ⁵⁾

2

CRPD*との関連

▽政府・政策とCRPD ⁶⁾

・2009年

CRPDを批准および選択議定書を採択

・2011年

国内行動計画(NAP: Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung)を策定

・2011年

CRPD委員会**への最初の包括的な報告

*CRPD: 障害者の権利に関する条約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

**CRPD委員会: 障害者の権利に関する委員会(Committee on the Rights of Persons with Disabilities)

3

CRPDとの関連

・2015年5月13日

CRPD委員会: ドイツの最初の報告に関する最終見解 ⁷⁾

→精神障害者への治療・サービス、心理社会的障害者の施設入所への同意の保証が勧告

第14条「身体的自由及び安全」

懸念: 心理社会的障害者の施設における本人が同意しない入所の慣行等

勧告: (a) 本人が同意しない入所の禁止 (b) 代替措置の促進のための法律改正

懸念: 刑事裁判制度における障害者に関する情報の欠如等

勧告: (a) 関連データの収集 (b) 犯罪司法制度における障害者への平等なアクセスの保障

第17条「個人をそのままの状態で保護すること」

懸念: 強制的で本人の同意がない治療の使用、治療に関するデータの欠如等

勧告: (a) すべての精神医学的治療及びサービスが常に当事者の自由な同意のもと提供されることの保証 (b) すべての州の精神病院、高齢者介護施設における人権侵害の調査

4

CRPDとの関連

・2016年6月28日

国内行動計画2.0(NAP 2.0) を策定

「刑法典第63条に従った精神病院への入院の権利の改正」

「精神医学上の支援制度での強制処置の回避のための研究プロジェクト」

▽関係機関とCRPD

・ドイツ人権機関⁸⁾

CRPDの実施について助言や監視、関連資料の公開

・ドイツ精神医学精神療法神経学会⁹⁾

ウェブサイトにCRPDに関する独立した項目を設定

関連する分野での取り組みを公開

各州の通称「精神障害者支援法」における非同意入院・治療の根拠条文を掲載

5

非自発入院に関する法制度⁴⁾

▽2つの非自発入院形態

公法上の入院(治安入院)と民事法上の入院(民事入院)

▽根拠法¹⁰⁾

(1) 公法上の入院

主なもの: **刑法第63条(精神病院収容)**、**刑法第64条(禁絶処分)**

その他: 刑法第34条(正当化緊急避難)、刑法第67h条(期限付再執行)、刑事訴訟法第81条(鑑定準備のための被疑者入院)、刑事訴訟法第126a条(一時収容)、刑事訴訟法第453c条(仮釈放取り消し前の一時処分)、少年法第7条(矯正保安処分)等

※「精神障害者支援法」: 各州が別途制定

(2) 民事法上の入院

主なもの: **民法第1831条(自由剥奪入院)**、**民法1832条(医師による強制措置)**

その他: 民法第1631b条(自由剥奪入院と自由剥奪措置): 未成年者の強制入院

6

非自発入院に関する法制度

▽入院手続き

「家庭事件及び非訟事件の手続きに関する法律」(第312-339条「收容事件の手続き」)

民法上の入院手続き(日本の医療保護入院に類似)

→後見裁判所を経由する点や、日本で言う「入院の同意者」の範囲が日本と異なる

[精神疾患や知的・精神障害により、治療のための收容の必要性を理解し行動できないとき]

・申立てに基づき、後見裁判所がその者のために世話人を選任

・その世話人による、自由剥奪を伴う被世話人の收容が許容

・後見裁判所の事前・事後の許可でのみ收容は許容

※世話人: 家族・親族、友人や職業世話人など、本人の利益に中立的な立場の者

その他の共通項目は調査中

・同意能力の評価方法、Best interestの評価方法、支援付き意思決定のモデル

7

非自発入院に関する法制度¹¹⁾

▽2つの非自発入院形態

公法上の入院(治安入院)と民事法上の入院(民事入院)

▽根拠法¹²⁾

(1) 公法上の入院

主なもの: **刑法第63条(精神病院收容)**、**刑法第64条(禁絶処分)**

その他: 刑法第34条(正当化緊急避難)、刑法第67h条(期限付再執行)、刑事訴訟法第81条(鑑定準備のための被疑者入院)、刑事訴訟法第126a条(一時收容)、刑事訴訟法第453c条(仮釈放取り消し前の一時処分)、少年法第7条(矯正保安処分)等

※「精神障害者支援法」: 各州が別途制定

(2) 民事法上の入院

主なもの: **民法第1831条(自由の剥奪を伴う收容及び措置)**、**民法1832条(強制的医療措置)**

その他: 民法第1631b条(自由の剥奪を伴う收容及び措置): 未成年者の強制入院

8

非自発入院に関する法制度

▽入院手続き

「家庭事件及び非訟事件の手続きに関する法律」(第312-339条「收容事件の手続き」)

民法上の入院手続き(日本の医療保護入院に類似)

→後見裁判所を経由する点や、日本で言う「入院の同意者」の範囲が日本と異なる

[精神疾患や知的・精神障害により、治療のための收容の必要性を理解し行動できないとき]

- ・申立てに基づき、後見裁判所がその者のために世話人を選任
- ・その世話人による、自由剥奪を伴う被世話人の收容が許容
- ・後見裁判所の事前・事後の許可でのみ收容は許容

※世話人: 家族・親族、友人や職業世話人など、本人の利益に中立的な立場の者

9

認知症により同意判断能力が低下したケース

【具体例】 夫と同居中の85歳女性、重度認知症の方

- ・夫が主となり在宅介護中(デイサービスは利用)
 - ・ここ数日、昼夜を問わず徘徊し、目が離せない状態となる
- 夫と一緒にかかりつけ医を受診

【日本】(生活環境調整目的の入院を想定)

- ・精神科病棟に夫の同意による医療保護入院
- 高齢者グループホームなど本人の状態に応じた施設への退院

【ドイツ】¹³⁾

- ・非自発入院の必要性が生じる場合は民法1831条、1832条の世話人制度
- 申し立てに基づいて、後見裁判所が世話人を選定
- 世話人による自由剥奪を伴う收容が許容される

10

認知症により同意判断能力が低下したケース

【具体例】 夫と同居中の85歳女性、重度認知症の方

- ・夫が主となり在宅介護中（デイサービスは利用）
 - ・ここ数日、昼夜を問わず徘徊し、目が離せない状態となる
- 夫と一緒にかかりつけ医を受診

【インタビューでの確認項目(案)】

Q 施設入所までの環境調整のための非自発入院はドイツでも正当化されるか

Q どの程度の症状なら非自発入院になるのか

Q 入院までの手続きに要する日数

Q 高齢者施設への強制入所や施設での強制治療はあり得るのか

11

知的障害で行動障害があるケース

【具体例】 知的障害の診断を受けている30代男性

- ・独居で生活保護を受給し、訪問看護を利用中
 - ・近くに住む両親との口論、コンビニでの万引きが出現
- ある日、突然、通行人を蹴り、通行人が警察へ通報

【日本】

①逮捕→刑事事件として手続き

②「精神錯乱」に該当すると考えられた場合は保護→23条通報→措置診察

【ドイツ】¹⁴⁾

①逮捕→刑事事件

※**刑法63条、64条**(心神喪失・心神耗弱者に適用)による強制入院の可能性

②各州が設ける**精神障害者支援法**の利用

例) Nordrhein-Westfalen州 自傷他害の危険があり診断書が交付→即時の非自発入院

12

知的障害で行動障害があるケース

【具体例】 知的障害の診断を受けている30代男性

- ・独居で生活保護を受給し、訪問看護を利用中
 - ・近くに住む両親との口論、コンビニでの万引きが出現
- ある日、突然、通行人を蹴り、通行人が警察へ通報

【インタビューでの確認項目(案)】

Q ①、②どちらの手続きに乗るかはどのように決まるか

Q ①逮捕のケースでは、どの程度の知的障害だと心神喪失・耗弱と判定され得るのか

13

虐待の疑いがあるケース

【具体例】 父親と同居する中学生女子13歳(父以外の親族なし)

- ・父との口論をきっかけに希死念慮が出現し、父と近隣の精神科を受診
- ・うつ病が疑われ医師が入院を勧めるが「もう死ぬからいい」と拒否
- ・父も入院に同意しないが、本人の話から父からの性的虐待が疑われた
- ・強い希死念慮が持続し、入院治療が必要な状態

【日本】

- ・(応急入院→)措置入院または市町村長の同意による医療保護入院

【ドイツ】¹⁵⁾

① 民法1631b条(未成年者の自由剥奪を伴う収容及び措置)

※裁判所の許可に加えて親など監護権者の同意が必要？

② 精神障害者支援法

→自傷他害の危険の有無で判断される

14

虐待の疑いがあるケース

【具体例】 父親と同居する中学生女子13歳（父以外の親族なし）

- ・父との口論をきっかけに希死念慮が出現し、父と近隣の精神科を受診
- ・うつ病が疑われ医師が入院を勧めるが「もう死ぬからいい」と拒否
- ・父も入院に同意しないが、本人の話から父からの性的虐待が疑われた
- ・強い希死念慮が持続し、入院治療が必要な状態

【インタビューでの確認項目(案)】

Q 民法1631b条と精神障害者支援法の適用範囲

Q ①、②で入院処遇の内容は異なるのか

- ・強制治療や自由剥奪措置（拘束など）、退院要件など

15

3つのケースのまとめ（日独比較）

- ・自傷他害の危険や実際に自傷他害が存在する場合

→公法上の規定（刑法、精神障害者支援法）が適用

- ・上記が存在せず、民法上の非自発入院になる場合

→公法上の非自発入院と同様に**裁判所での一定の手続きが必要**

16

その他の調査予定のケース

▽統合失調症で妄想があり、癌治療を拒否しているケース

→強制的な身体疾患の治療は行われない

▽脳炎で不穏なケース

→精神科救急のガイドライン¹⁶⁾に脳炎の記載はあるが具体的な手続き等は詳細不明

▽一人暮らしで統合失調症陽性症状が見られるケース

→世話法の範囲内になり、強制収容も可能(平成26年度報告)

▽家族と同居し陽性症状があるが受診を拒否するケース(自傷他害の恐れがない)

→情報収集困難(平成26年度報告に類似だが自傷他害の恐れがない点が違う)

▽精神科入院中に精神症状が急変したケース

▽一般病棟で精神症状のために退院を希望しているケース

→情報収集困難

17

参考資料

- 1) DESTATIS Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/_inhalt.html
- 2) 総務省統計局. 人口統計 <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2022np/index.html#a05k01-a>
- 3) World Health Organization. Global Health Observatory data repository. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en>
- 4) 精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究. 平成26年度ドイツにおける精神保健医療制度に関する調査・研究 山中友理
- 5) 国立精神・神経医療研究センター. 精神保健医療福祉に関する資料 630調査(令和4年度) <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 6) 内閣府. 平成29年度障害を理由とする差別の解消の推進に関する国外及び国内地域における取組状況の実態調査報告書 <https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/h29kokusai/index.html>
- 7) United Nations Digital Library. Concluding observations on the initial report of Germany. <https://digitallibrary.un.org/record/811105>
- 8) 内閣府. 平成25年度障害者権利条約の国内モニタリングに関する国際調査実施報告 https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/k_12/pdf/ref3.pdf
- 9) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. Aktionsplan UN-BRK. <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/menschenrechte/aktionsplan-un-brk.html>
- 10) Landesbehörde Zentrum Bayern Familie und Soziales. Hinweise für untergebrachte Personen im Maßregelvollzug. https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs_intranet/produktgruppe_x/hinweise_fur_untergebrachte_personen_neu.pdf

18

参考資料

- 11) 精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究. 平成26年度ドイツにおける精神保健医療制度に関する調査・研究 山中友理
- 12) Landesbehörde Zentrum Bayern Familie und Soziales. Hinweise für untergebrachte Personen im Maßregelvollzug. https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs_intranet/produktgruppe_x/hinweise_fur_untergebrachte_personen_neu.pdf
- 13) <https://www.alzheimer-bayern.de/index.php/leben-mit-demenz/recht#freiheitsentziehende-massnahmen>
- 14) <https://repository.publisso.de/resource/fri:5203997-1/data>
- 15) <https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/1631b-2017-BAGOE-Internet.pdf>
- 16) https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f3a343551a8377beaed060e05d40734d71683710/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf

別紙8

台湾における精神科入院制度

東京大学医学部附属病院
精神神経科
小林慧

1

今回の発表

2023年10月に当科近藤伸介医師とともに、
林繼宇（国立台湾大学医学院附設医院雲林分院
精神医学部）先生
に行った簡易インタビュー、および過去の研究
調査報告をもとに台湾における精神科入院制度
について取りまとめた。

2

台湾の法制度

- 1990年に「精神衛生法」が成立

背景：1980年代中頃に統合失調症患者による重大事件が相次いだ。

特徴：精神科医療の構造理念を明記。保護者の選任規定、治療等についての責任についても明記。

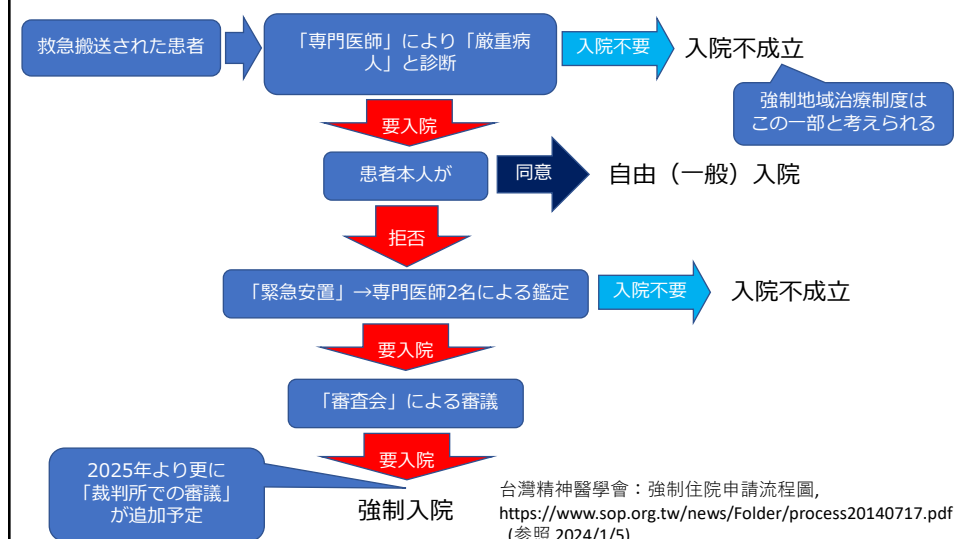
- 2007年に改正

中央と地方の行政上の業務移行、精神障害者の権利と利益の保護強化、強制入院・地域精神医療の手続の確立（審査会など）が進んだ。

厚生労働科学研究成果データベース：精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究,
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25475>, (参照 2024/1/5)

3

台湾における精神科入院フロー



4

用語①

専門医師：the psychiatric specialist passing the selection and review by the central competent authority pursuant to the Physicians Act.

嚴重病人：the patient who is diagnosed and confirmed by a psychiatric specialist to present queer thoughts and odd behavior detached from reality and as a result to be incapable of managing their own affairs.

※病名でなく、現在症により判断される。また反社会性パーソナリティ障害は同法で規定するmental illnessから除外されている。

緊急安置：行政の指定する精神科医療機関に最大5日間身柄を拘束する措置。

※鑑定は安置から2日以内に実施されなくてはならない。

台湾法務部：全國法規資料庫 -Mental Health Act-, <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>, (参照 2024/1/5)

5

用語②

審査会

- 医師、看護師、作業療法士、心理士、社会福祉士、法律専門家や障害者權益促進団体代表らにより7名編成の審査会が各事例に発足する。
- 入院の決定には2/3の出席、さらにそのうち2/3の賛成が必要となる。
- 審査に差し当たって送付される資料には医師の診断書のみならず、患者本人や保護者からの陳述も含まれる。
- また審査に際しては、全例で本人に対してテレビモニターや電話を用いた聴取が行われる。

林繼宇先生インタビュー

厚生労働科学研究成果データベース：精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25475>, (参照 2024/1/5)

6

補足

- 台湾においては**Emergency room**のほとんどは身体科/精神科で区別されていない。治療自体は**ER**に運ばれた時点から可能となる。
- 「嚴重病人」とされると保護者の選定が行われる。
- 本人の意思による入院は精神衛生法に規定がなく、身体科における入院と区別されていないよう。
- 強制入院は最大**60日間**、更新可能。入院費用は公費負担である。

林繼宇先生インタビューほか

7

2007年の法改正後

- 強制入院件数は**2005年**には**4360件**だったが、**2020年**には**700件**を下回った。人口**10万人**あたりの強制入院は**3件**にとどまり、ヨーロッパ、オセアニア諸国と比しても少ない。

D. L. Liao, "Involuntary Hospitalization Review Mechanism in Taiwan: Lessons Learned from a 12-Year Experience", *Taiwanese Journal of Psychiatry*; 35(1):p 3-5, Jan-Mar 2021.

8

強制地域治療制度

「嚴重病人」が

- 医師の治療指示に従わず、
 - 専門医師の診断により、地域社会において治療を受けさせる必要があると判断され、
 - 本人が入院を拒否した場合に、
- 審査会に強制地域治療の申請を行うことができる。

※警察や消防の協力も得ることができるとのことであるが、件数は非常に少ないよう。

厚生労働科学研究成果データベース：精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25475>, (参照 2024/1/5)

9

今後の確認事項

- 自由入院→退院制限などの運用はあるか。
- 強制→自由入院の手続きや実態。（特に自由入院については法律上の記載がないため、どのような形なのか）
- 強制入院の要件として裁判所の承認も必要になった場合に何が起こるか。ハードルがより上がる？時間がよりかかる？
- 強制地域治療制度の詳細。
- 台湾の精神科病床の区分について。
- 緊急安置の件数。
- 医療観察法のような制度はあるか。
- 保護者制度に対しての国民の反応。
- 認知症症例の診察経路/そもそも精神科入院とならない？

10

参考文献

- 林繼宇先生インタビュー
- 厚生労働科学研究成果データベース：精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25475>, (参照 2024/1/5)
- 台灣精神醫學會：強制住院申請流程圖, <https://www.sop.org.tw/news/Folder/process20140717.pdf>, (参照 2024/1/5)
- 台灣法務部：全國法規資料庫 -Mental Health Act-, <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030>, (参照 2024/1/5)
- D. L. Liao, “Involuntary Hospitalization Review Mechanism in Taiwan: Lessons Learned from a 12-Year Experience”, *Taiwanese Journal of Psychiatry*; 35(1):p 3-5, Jan–Mar 2021.

別紙 9 医療従事者アンケート集計結果

全職種

基本属性(n=1309)

	n	%
職種		
医師	574	43.85
内、精神保健指定医	334	58.19
看護師	635	48.51
精神保健福祉士	99	7.56
無回答	1	0.08
職位		
管理職	635	48.51
管理職以外	662	50.57
無回答	12	0.92
臨床経験年数*	21.49	11.97
内、現在の勤務先の勤務年数*	13.37	10.66
内、現部署の経験年数*	7.423	8.22

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	1018	77.77
総合病院精神科	245	18.72
その他	45	3.44
無回答	1	0.08
勤務先の特徴		
国公立	293	22.38
私立	782	59.74
その他	233	17.80
無回答	1	0.08
担当症例 *複数回答可		
急性期	948	72.42
慢性期	1027	78.46
児童思春期	455	34.76
認知症	1020	77.92
身体合併症	769	58.75
アルコール依存症	672	51.34
その他	122	9.32
所在地		
北海道・東北地方	149	11.38
関東地方	303	23.15
中部地方	218	16.65
近畿地方	223	17.04
中国・四国地方	197	15.05
九州・沖縄地方	207	15.81
無回答	12	0.92

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=1309)

		全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1.	アルコールや薬物等の影響があった	147	11.23	356	27.20	673	51.41	126	9.63	7	0.53
1-2.	身体疾患の影響があった	75	5.73	260	19.86	751	57.37	214	16.35	9	0.69
1-3.	小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	570	43.54	272	20.78	316	24.14	101	7.72	50	3.82
1-4.	認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	49	3.74	114	8.71	466	35.60	671	51.26	9	0.69
1-5.	重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	163	12.45	287	21.93	520	39.72	325	24.83	14	1.07
1-6.	積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	36	2.75	113	8.63	691	52.79	463	35.37	6	0.46
1-7.	患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	145	11.08	397	30.33	544	41.56	218	16.65	5	0.38
1-8.	入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	51	3.90	208	15.89	743	56.76	301	22.99	6	0.46
1-9.	入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	247	18.87	526	40.18	474	36.21	57	4.35	5	0.38
1-10.	視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	286	21.85	510	38.96	453	34.61	54	4.13	6	0.46
1-11.	外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	640	48.89	390	29.79	243	18.56	22	1.68	14	1.07
1-12.	入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	305	23.30	440	33.61	487	37.20	68	5.19	9	0.69
1-13.	その他	225	17.19	54	4.13	58	4.43	27	2.06	945	72.19

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	132	10.08	384	29.34	652	49.81	132	10.08	9	0.69
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	398	30.40	557	42.55	312	23.83	33	2.52	9	0.69
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	155	11.84	285	21.77	679	51.87	179	13.67	11	0.84
2-4. その他	196	14.97	75	5.73	66	5.04	17	1.30	955	72.96

※身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況の具体例(自由記載)

- 1) 本人による治療拒否・同意困難(精神運動興奮や認知機能低下による疎通困難等)
- 2) 家族による同意に関する問題(家族内での意見の不一致、家族自身の判断能力低下、本人が希望しても家族が治療を拒否する等)
- 3) 身体科の受け入れ困難(精神症状が安定していても「対応困難」とされ断られる等)
- 4) 施設・リソースの制約(精神科単科病院では身体治療設備・人材が不足している等)
- 5) 終末期ケア／方針決定の難しさ(終末期患者の治療選択支援の難しさ、経管栄養や補液を望まない場合の対応等)
- 6) 経済的制約(包括病棟において高額の身体治療を実施した場合の経済的不利益等)
- 7) 意思決定主体の不明確さ(誰が同意者となるべきかの判断が困難等)

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	122	9.32	279	21.31	729	55.69	176	13.45	3	0.23
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	430	32.85	444	33.92	386	29.49	40	3.06	9	0.69
1-3. 服役中であった	1004	76.70	224	17.11	66	5.04	5	0.38	10	0.76
1-4. 患者からの虐待経験があった	354	27.04	381	29.11	519	39.65	48	3.67	7	0.53
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	659	50.34	452	34.53	180	13.75	10	0.76	8	0.61
1-6. その他	229	17.49	68	5.19	59	4.51	11	0.84	942	71.96

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	187	14.29	299	22.84	676	51.64	142	10.85	5	0.38
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	209	15.97	333	25.44	615	46.98	146	11.15	6	0.46
2-3. 内縁関係、同性パートナー	183	13.98	268	20.47	657	50.19	195	14.90	6	0.46
2-4. その他	217	16.58	57	4.35	60	4.58	12	0.92	963	73.57

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	106	8.10	249	19.02	767	58.59	179	13.67	8	0.61
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	402	30.71	469	35.83	385	29.41	43	3.28	10	0.76
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	134	10.24	352	26.89	684	52.25	129	9.85	10	0.76
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	132	10.08	300	22.92	701	53.55	170	12.99	6	0.46
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	248	18.95	503	38.43	511	39.04	39	2.98	8	0.61
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	139	10.62	357	27.27	695	53.09	112	8.56	6	0.46
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	191	14.59	384	29.34	619	47.29	107	8.17	8	0.61
3-8. その他	205	15.66	70	5.35	58	4.43	6	0.46	970	74.10

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=1309)

	n	%
全くない	196	14.97
ほとんどない	438	33.46
たまにある	630	48.13
よくある	35	2.67
無回答	10	0.76

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=1309)

	n	%
はい	978	74.71
いいえ	299	22.84
無回答	32	2.44

※家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験の具体例（自由記載）

記述内容の分析からは、大きく以下の2つの視点に分類可能であった。

8) 非自発的入院があったことによる肯定的な経験

- ・ 安全確保（生命の危険を回避できた、社会的トラブルの拡大前に介入できた等）
- ・ 迅速な治療開始（病識がない、または認知機能や現実検討力が低下してる状況でも早期治療につながった等）
- ・ 治療継続の確保（任意入院では途中で中断されていた治療を継続でき、症状が十分に安定するまで治療を継続できた等等）
- ・ 心理的負担の軽減（警察介入などに比べ、本人の負担が少ない形で介入でき等）
- ・ 本人の肯定的評価（回復後に「入院してよかった」と感謝の言葉があった等）

9) 家族等が同意者として関与したことによる支援的効果を感じた経験

- ・ 支援体制の強化（家族も一緒に入院治療に取り組んだ、退院後の支援に積極的に関わった等）
- ・ 家族との信頼関係の再構築（本人が『家族が自分を気にかけてくれている』と感じた、本人が家族を拒否していたが家族等同意を機に関係が修復した等）
- ・ 治療チームとの協働（家族が医療方針の共有・判断に加わったことで対応がより適切・円滑になった等）
- ・ 家族の理解促進（病気や治療について家族が理解を深めた等）
- ・ 本人の心理的安定（家族が同意者であることで安心できた等）
- ・ 本人の感謝表明（回復後に家族に対する感謝の言葉があった等）

c. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=1309)

	n	%
はい	324	24.75
いいえ	973	74.33
無回答	12	0.92

※（はいと回答した人のみ）どのような立場の人の意見が影響したか

- 1) 疎遠・交流のない家族・親族（遠方の親戚、何年も会っていないきょうだい等）
- 2) 形式だけの後見人（本人との関わりの少ない成年後見人等）
- 3) 警察・司法関係者（警察官、刑務官、検察官等）
- 4) 地域住民（近所の住民、民生委員、マンション管理人等）
- 5) 地域の支援者（行政職員、施設職員、福祉関係者等）
- 6) 地域の有力者（議員等）
- 7) その他（学校教員、職場の同僚、宗教関係者、弁護士等）

2. 患者が入院治療へ表面上は同意しているも、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	219	16.73
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	959	73.26
a) 病状に波があった	828	86.34
b) 十分な評価が行えなかった	278	28.99
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	529	55.16
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	208	21.69
e) その他	50	5.21
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	776	59.28
2-4. その他	27	2.06

※「その他」の具体例

- 1) 認知機能・判断能力の低下（認知機能低下、記銘力低下、判断力・理解力の乏しさ等）
- 2) 判断能力の未熟さ（児童、未成年等）
- 3) 同意の一貫性の欠如・持続困難（一貫性のない言動、同意と撤回の繰り返し等）
- 4) 理解不足の状態での同意（入院自体やその目的・内容について、十分に理解しないまま同意した場合等）
- 5) 制度的・運用上の要因（病院の方針、カンファレンスによる決定等）
- 6) 安全確保の必要性（自殺企図、自傷がある場合等）

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	241	18.41	420	32.09	498	38.04	140	10.70	10	0.76
3-2. 病院の慣習・組織風土	378	28.88	443	33.84	363	27.73	114	8.71	11	0.84
3-3. 時間帯・曜日	548	41.86	447	34.15	236	18.03	64	4.89	14	1.07
3-4. 診療報酬上の施設要件	708	54.09	382	29.18	158	12.07	47	3.59	14	1.07
3-5. その他	238	18.18	65	4.97	38	2.90	8	0.61	960	73.34

※「その他」の具体例

- A) 家族の意向・家庭状況（「任意入院ではすぐに退院され困る」といった家族の意向等）
- B) 病状の不安定さ（後に精神運動興奮が生じる可能性が高い、自傷他害のリスクがある場合、離脱せん妄が予想される場合等）
- C) 認知機能低下や意思疎通の困難さ（認知症や重度知的障害により疎通が困難な場合等）
- D) 医療機関側の体制・制度的要因（診療報酬の施設基準、夜間や休日で人員が限られる場合、指定医症例の確保等）
- E) 判断の不確実性（客観情報の不足、主治医の不在などで病状評価が困難な場合等）

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=1309)

	n	%
はい	527	40.26
いいえ	751	57.37
無回答	31	2.37

※自由記載より、身体疾患のために医療保護入院が必要な状況を、精神疾患治療のための入院の必要性の観点から

A) 身体疾患の治療のためにも、精神疾患の治療のためにも入院が必要な場合

B) 精神疾患の治療のための入院は必ずしも必要ではないが、身体疾患の治療のために入院が必要な場合

精神病床への入院となった理由の観点から

a. 身体科での対応が困難なケース

α-1. 実質的対応困難:精神症状の不安定さや行動化のため、身体科では物理的・人的に対応困難なケース

α-2. スティグマによる拒否:精神症状は安定しているにもかかわらず精神疾患の診断名を理由に入院を拒否されるケース

b. 精神科で対応可能なケース に分類することができた。(精神科で対応可能かどうかは、病院の医療施設・人員体制によって幅がある。)

精神科入院が必要①

α₁: 実質的対応困難 例:手術を要するが強度行動障害がある自閉症で身体科では対応困難
脳炎治療で不穏行動が認められる場合
術後ドレーンや点滴留置等の自己抜去リスクが高いことが予想される場合
幻覚妄想状態の統合失調症患者の透析治療

α₂: スティグマによる拒否

b: 精神科病棟で対応可能 例:クロザピン治療の有害事象による肝機能障害

精神科入院は必ずしも必須ではない②

例:認知症の方の脱水症、熱中症など
全身状態が不良な神経性やせ症の患者で同意が得られない場合
がんの手術目的で入院を要する慢性期の統合失調症患者

例:精神症状が安定している認知症患者の肺炎治療・骨折手術適応外での保存治療・COVID-19 治療

例:認知症患者の脱水症、熱中症
知的障害者のインフルエンザ

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=1309)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	29	2.22	100	7.64	571	43.62	602	45.99	7	0.53
1-2. 退院することによる経済的負担	81	6.19	255	19.48	536	40.95	426	32.54	11	0.84
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	429	32.77	467	35.68	268	20.47	138	10.54	7	0.53
1-4. サービス調整に時間がかかる	48	3.67	122	9.32	607	46.37	523	39.95	9	0.69
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	21	1.60	61	4.66	471	35.98	748	57.14	8	0.61
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	50	3.82	208	15.89	686	52.41	357	27.27	8	0.61
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	271	20.70	543	41.48	398	30.40	89	6.80	8	0.61
1-8. その他	184	14.06	51	3.90	82	6.26	38	2.90	954	72.88

別紙 10. 医療従事者アンケート集計結果

医師

基本属性(n=574)

	n	%
職種		
内、精神保健指定医	334	58.19
職位		
管理職	255	44.43
管理職以外	313	54.53
無回答	6	1.05
臨床経験年数*	21.11	13.35
内、現在の勤務先の勤務年数*	10.72	10.23
内、現部署の経験年数*	9.29	9.39

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	401	69.86
総合病院精神科	170	29.62
その他	3	0.52
勤務先の特徴		
国公立	185	32.23
私立	366	63.76
その他	23	4.01
担当症例 *複数回答可		
急性期	537	93.55
慢性期	512	89.20
児童思春期	304	52.96
認知症	510	88.85
身体合併症	415	72.30
アルコール依存症	363	63.24
その他	40	6.97
所在地		
北海道・東北地方	64	11.15
関東地方	133	23.17
中部地方	109	18.99
近畿地方	86	14.98
中国・四国地方	80	13.94
九州地方	95	16.55
無回答	7	1.22

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	66	11.50	182	31.71	296	51.57	29	5.05	1	0.17
1-2. 身体疾患の影響があった	35	6.10	132	23.00	334	58.19	70	12.20	3	0.52
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	172	29.97	146	25.44	187	32.58	55	9.58	14	2.44
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	21	3.66	74	12.89	238	41.46	239	41.64	2	0.35
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	93	16.20	165	28.75	202	35.19	111	19.34	3	0.52
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	16	2.79	60	10.45	60	10.45	297	51.74	0	0.00
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	84	14.63	179	31.18	248	43.21	63	10.98	0	0.00
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	16	2.79	67	11.67	316	55.05	173	30.14	2	0.35
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	137	23.87	241	41.99	175	30.49	20	3.48	1	0.17
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	158	27.53	208	36.24	193	33.62	14	2.44	1	0.17
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	277	48.26	171	29.79	113	19.69	11	1.92	2	0.35
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	177	30.84	188	32.75	191	33.28	17	2.96	1	0.17
1-13. その他	86	14.98	12	2.09	10	1.74	6	1.05	460	80.14

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	64	11.15	161	28.05	292	50.87	55	9.58	2	0.35
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	224	39.02	215	37.46	122	21.25	11	1.92	2	0.35
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	77	13.41	106	18.47	306	53.31	83	14.46	2	0.35
2-4. その他	80	13.94	13	2.26	10	1.74	7	1.22	464	80.84

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	50	8.71	131	22.82	341	59.41	51	8.89	1	0.17
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	220	38.33	185	32.23	153	26.66	15	2.61	1	0.17
1-3. 服役中であった	443	77.18	105	18.29	24	4.18	1	0.17	1	0.17
1-4. 患者からの虐待経験があった	185	32.23	172	29.97	202	35.19	14	2.44	1	0.17
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	291	50.70	207	36.06	70	12.20	4	0.70	2	0.35
1-6. その他	83	14.46	10	1.74	16	2.79	3	0.52	462	80.49

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	74	12.89	122	21.25	308	53.66	69	12.02	1	0.17
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	91	15.85	139	24.22	277	48.26	66	11.50	1	0.17
2-3. 内縁関係、同性パートナー	78	13.59	118	20.56	283	49.30	94	16.38	1	0.17
2-4. その他	81	14.11	9	1.57	10	1.74	3	0.52	471	82.06

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	37	6.45	96	16.72	336	58.54	103	17.94	2	0.35
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	216	37.63	203	35.37	141	24.56	11	1.92	3	0.52
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	50	8.71	158	27.53	299	52.09	65	11.32	2	0.35
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	42	7.32	114	19.86	315	54.88	102	17.77	1	0.17
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	106	18.47	201	35.02	239	41.64	27	4.70	1	0.17
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	45	7.84	134	23.34	315	54.88	79	13.76	1	0.17
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	76	13.24	150	26.13	281	48.95	65	11.32	2	0.35
3-8. その他	80	13.94	10	1.74	13	2.26	0	0.00	471	82.06

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=574)

	n	%
全くない	83	14.46
ほとんどない	195	33.97
たまにある	283	49.30
よくある	11	1.92
無回答	2	0.35

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=574)

	n	%
はい	447	77.87
いいえ	113	19.69
無回答	14	2.44

C. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=574)

	n	%
はい	142	24.74
いいえ	428	74.56
無回答	4	0.70

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	50	8.71
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	484	84.32
a) 病状に波があった	428	88.43
b) 十分な評価が行えなかった	111	22.93
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	265	54.75
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	90	18.60
e) その他	32	6.61
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	362	63.07
2-4. その他	15	2.61

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	117	20.38	206	35.89	196	34.15	55	9.58	0	0.00
3-2. 病院の慣習・組織風土	171	29.79	185	32.23	169	29.44	49	8.54	0	0.00
3-3. 時間帯・曜日	248	43.21	174	30.31	120	20.91	31	5.40	1	0.17
3-4. 診療報酬上の施設要件	347	60.45	136	23.69	70	12.20	20	3.48	1	0.17
3-5. その他	86	14.98	11	1.92	6	1.05	3	0.52	468	81.53

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=574)

	n	%
はい	268	46.69
いいえ	302	52.61
無回答	4	0.70

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=574)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	16	2.79	58	10.10	274	47.74	223	38.85	3	0.52
1-2. 退院することによる経済的負担	57	9.93	136	23.69	232	40.42	145	25.26	4	0.70
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	279	48.61	198	34.49	77	13.41	18	3.14	2	0.35
1-4. サービス調整に時間がかかる	26	4.53	46	8.01	265	46.17	235	40.94	2	0.35
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	7	1.22	26	4.53	229	39.90	310	54.01	2	0.35
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	21	3.66	86	14.98	304	52.96	161	28.05	2	0.35
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	149	25.96	250	43.55	141	24.56	31	5.40	3	0.52
1-8. その他	78	13.59	9	1.57	13	2.26	4	0.70	470	81.88

別紙 11. 医療従事者アンケート集計結果

看護師

基本属性(n=635)

	n	%
職位		
管理職	346	54.49
管理職以外	285	44.88
無回答	4	0.63
臨床経験年数*	22.66	10.74
内、現在の勤務先の勤務年数*	15.81	10.72
内、現部署の経験年数*	5.27	6.34

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	533	83.94
総合病院精神科	62	9.76
その他	40	6.30
勤務先の特徴		
国公立	95	14.96
私立	342	53.86
その他	198	31.18
担当症例 *複数回答可		
急性期	334	52.60
慢性期	438	68.98
児童思春期	124	19.53
認知症	432	68.03
身体合併症	299	47.09
アルコール依存症	260	40.94
その他	76	11.97
所在地		
北海道・東北地方	74	11.65
関東地方	141	22.20
中部地方	96	15.12
近畿地方	126	19.84
中国・四国地方	106	16.69
九州・沖縄地方	89	14.02
無回答	3	0.47

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	73	11.50	146	22.99	321	50.55	90	14.17	5	0.79
1-2. 身体疾患の影響があった	37	5.83	103	16.22	365	57.48	126	19.84	4	0.63
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	350	55.12	108	17.01	107	16.85	38	5.98	32	5.04
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	26	4.09	37	5.83	192	30.24	374	58.90	6	0.94
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	64	10.08	103	16.22	272	42.83	186	29.29	10	1.57
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	18	2.83	46	7.24	345	54.33	222	34.96	4	0.63
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	46	7.24	177	27.87	264	41.57	144	22.68	4	0.63
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	31	4.88	125	19.69	369	58.11	107	16.85	3	0.47
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	85	13.39	250	39.37	263	41.42	34	5.35	3	0.47
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	107	16.85	256	40.31	230	36.22	38	5.98	4	0.63
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	313	49.29	196	30.87	105	16.54	10	1.57	11	1.73
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	110	17.32	208	32.76	264	41.57	46	7.24	7	1.10
1-13. その他	125	19.69	40	6.30	45	7.09	17	2.68	408	64.25

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	56	8.82	190	29.92	315	49.61	69	10.87	5	0.79
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	142	22.36	299	47.09	168	26.46	21	3.31	5	0.79
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	65	10.24	156	24.57	320	50.39	87	13.70	7	1.10
2-4. その他	102	16.06	57	8.98	54	8.50	9	1.42	413	65.04

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	67	10.55	132	20.79	322	50.71	113	17.80	1	0.16
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	183	28.82	225	35.43	197	31.02	23	3.62	7	1.10
1-3. 服役中であった	488	76.85	100	15.75	36	5.67	3	0.47	8	1.26
1-4. 患者からの虐待経験があった	151	23.78	174	27.40	274	43.15	31	4.88	5	0.79
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	319	50.24	212	33.39	95	14.96	4	0.63	5	0.79
1-6. その他	135	21.26	52	8.19	39	6.14	6	0.94	403	63.46

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	110	17.32	161	25.35	313	49.29	48	7.56	3	0.47
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	113	17.80	173	27.24	290	45.67	55	8.66	4	0.63
2-3. 内縁関係、同性パートナー	100	15.75	136	21.42	321	50.55	74	11.65	4	0.63
2-4. その他	124	19.53	48	7.56	44	6.93	5	0.79	414	65.20

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	68	10.71	137	21.57	366	57.64	60	9.45	4	0.63
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	158	24.88	236	37.17	208	32.76	27	4.25	6	0.94
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	75	11.81	162	25.51	331	52.13	60	9.45	7	1.10
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	81	12.76	173	27.24	328	51.65	49	7.72	4	0.63
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	126	19.84	263	41.42	232	36.54	8	1.26	6	0.94
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	88	13.86	196	30.87	320	50.39	27	4.25	4	0.63
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	106	16.69	206	32.44	283	44.57	35	5.51	5	0.79
3-8. その他	113	17.80	60	9.45	38	5.98	4	0.63	420	66.14

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=635)

	n	%
全くない	99	15.59
ほとんどない	202	31.81
たまにある	305	48.03
よくある	22	3.46
無回答	7	1.10

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=635)

	n	%
はい	461	72.60
いいえ	158	24.88
無回答	16	2.52

C. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=635)

	n	%
はい	149	23.46
いいえ	479	75.43
無回答	7	1.10

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	162	25.51
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	391	61.57
a) 病状に波があった	323	82.61
b) 十分な評価が行えなかった	139	35.55
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	215	54.99
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	98	25.06
e) その他	16	4.09
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	345	54.33
2-4. その他	10	1.57

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	111	17.48	181	28.50	263	41.42	72	11.34	8	1.26
3-2. 病院の慣習・組織風土	190	29.92	231	36.38	156	24.57	48	7.56	10	1.57
3-3. 時間帯・曜日	266	41.89	238	37.48	93	14.65	26	4.09	12	1.89
3-4. 診療報酬上の施設要件	305	48.03	217	34.17	81	12.76	21	3.31	11	1.73
3-5. その他	139	21.89	54	8.50	26	4.09	3	0.47	413	65.04

4. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=635)

	n	%
はい	211	33.23
いいえ	401	63.15
無回答	23	3.62

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=635)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	11	1.73	39	6.14	265	41.73	319	50.24	1	0.16
1-2. 退院することによる経済的負担	22	3.46	108	17.01	263	41.42	238	37.48	4	0.63
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	131	20.63	233	36.69	166	26.14	103	16.22	2	0.31
1-4. サービス調整に時間がかかる	21	3.31	63	9.92	303	47.72	245	38.58	3	0.47
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	14	2.20	29	4.57	212	33.39	377	59.37	3	0.47
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	27	4.25	105	16.54	331	52.13	169	26.61	3	0.47
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	111	17.48	258	40.63	214	33.70	50	7.87	2	0.31
1-8. その他	98	15.43	40	6.30	63	9.92	30	4.72	404	63.62

別紙 12. 医療従事者アンケート集計結果

精神保健福祉士

基本属性(n=99)

	n	%
職位		
管理職	34	34.34
管理職以外	64	64.65
無回答	1	1.01
臨床経験年数*	16.25	9.14
内、現在の勤務先の勤務年数*	12.83	8.95
内、現部署の経験年数*	10.75	8.37

* Mean, SD

	n	%
現在の勤務先		
主な勤務先		
精神科病院	84	84.85
総合病院精神科	13	13.13
その他	2	2.02
勤務先の特徴		
国公立	13	13.13
私立	74	74.75
その他	12	12.12
担当症例 *複数回答可		
急性期	77	0.78
慢性期	77	0.78
児童思春期	27	0.27
認知症	78	0.79
身体合併症	55	0.56
アルコール依存症	49	0.49
その他	6	0.06
所在地		
北海道・東北地方	11	11.11
関東地方	29	29.29
中部地方	13	13.13
近畿地方	11	11.11
中国・四国地方	11	11.11
九州・沖縄地方	23	23.23
無回答	1	1.01

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	8	8.08	28	28.28	55	55.56	7	7.07	1	1.01
1-2. 身体疾患の影響があった	3	3.03	25	25.25	52	52.53	17	17.17	2	2.02
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	48	48.48	18	18.18	22	22.22	7	7.07	4	4.04
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	2	2.02	3	3.03	36	36.36	57	57.58	1	1.01
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	6	6.06	19	19.19	46	46.46	27	27.27	1	1.01
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	2	2.02	7	7.07	49	49.49	39	39.39	2	2.02
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	15	15.15	40	40.40	32	32.32	11	11.11	1	1.01
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	4	4.04	15	15.15	58	58.59	21	21.21	1	1.01
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	25	25.25	34	34.34	36	36.36	3	3.03	1	1.01
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	21	21.21	45	45.45	30	30.30	2	2.02	1	1.01
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	50	50.51	23	23.23	24	24.24	1	1.01	1	1.01
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	18	18.18	43	43.43	32	32.32	5	5.05	1	1.01
1-13. その他	14	14.14	2	2.02	3	3.03	4	4.04	76	76.77

2. 身体疾患の合併がある患者の入院で身体科治療の実施が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 身体疾患の治療に同意するが、同意の一貫性がなかった	12	12.12	32	32.32	45	45.45	8	8.08	2	2.02
2-2. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療に同意したが、家族が治療に反対した	32	32.32	42	42.42	22	22.22	1	1.01	2	2.02
2-3. 本人が十分な意思決定能力を有しているか分からない状況で本人は身体疾患の治療を拒否したが、家族が治療を希望した	13	13.13	23	23.23	53	53.54	8	8.08	2	2.02
2-4. その他	14	14.14	5	5.05	2	2.02	1	1.01	77	77.78

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	5	5.05	16	16.16	65	65.66	12	12.12	1	1.01
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	27	27.27	34	34.34	35	35.35	2	2.02	1	1.01
1-3. 服役中であった	73	73.74	18	18.18	6	6.06	1	1.01	1	1.01
1-4. 患者からの虐待経験があった	18	18.18	35	35.35	42	42.42	3	3.03	1	1.01
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	48	48.48	33	33.33	15	15.15	2	2.02	1	1.01
1-6. その他	11	11.11	6	6.06	4	4.04	2	2.02	76	76.77

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	3	3.03	16	16.16	55	55.56	24	24.24	1	1.01
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	5	5.05	21	21.21	48	48.48	24	24.24	1	1.01
2-3. 内縁関係、同性パートナー	5	5.05	14	14.14	53	53.54	26	26.26	1	1.01
2-4. その他	12	12.12	0	0.00	6	6.06	4	4.04	77	77.78

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の連絡先・住所不明	1	1.01	16	16.16	65	65.66	15	15.15	2	2.02
3-2. 電話で同意を得て同意書を郵送するものの返送されなかった	28	28.28	30	30.30	35	35.35	5	5.05	1	1.01
3-3. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	9	9.09	32	32.32	53	53.54	4	4.04	1	1.01
3-4. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	9	9.09	13	13.13	58	58.59	18	18.18	1	1.01
3-5. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	16	16.16	39	39.39	39	39.39	4	4.04	1	1.01
3-6. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	6	6.06	27	27.27	59	59.60	6	6.06	1	1.01
3-7. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	9	9.09	28	28.28	54	54.55	7	7.07	1	1.01
3-8. その他	12	12.12	0	0.00	7	7.07	2	2.02	78	78.79

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=99)

	n	%
全くない	14	14.14
ほとんどない	41	41.41
たまにある	41	41.41
よくある	2	2.02
無回答	1	1.01

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=99)

	n	%
はい	69	69.70
いいえ	28	28.28
無回答	2	2.02

C. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=99)

	n	%
はい	33	33.33
いいえ	65	65.66
無回答	1	1.01

2. 患者が入院治療へ表面上は同意していても、任意入院ではなく医療保護入院となる状況としてどのようなことがありましたか※複数回答

	n	%
2-1. そういった状況は経験していない	7	7.07
2-2. 同意能力を有しているかの確認が難しかった	83	83.84
a) 病状に波があった	77	92.77
b) 十分な評価が行えなかった	28	33.73
c) 入院後の環境に反応する可能性が高かった	49	59.04
d) 身体科治療により精神症状が増悪する可能性があった	19	22.89
e) その他	2	2.41
2-3. 行動制限・閉鎖処遇が必要となることが想定された	68	68.69
2-4. その他	2	2.02

3. 任意入院と医療保護入院の判断に迷ったとき、以下にある各要因が影響して、医療保護入院となった経験はどの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族の意向	13	13.13	33	33.33	39	39.39	12	12.12	2	2.02
3-2. 病院の慣習・組織風土	17	17.17	26	26.26	38	38.38	17	17.17	1	1.01
3-3. 時間帯・曜日	34	34.34	34	34.34	23	23.23	7	7.07	1	1.01
3-4. 診療報酬上の施設要件	55	55.56	29	29.29	7	7.07	6	6.06	2	2.02
3-5. その他	13	13.13	0	0.00	6	6.06	2	2.02	78	78.79

2. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=99)

	n	%
はい	47	47.47
いいえ	48	48.48
無回答	4	4.04

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=99)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	2	2.02	3	3.03	32	32.32	59	59.60	3	3.03
1-2. 退院することによる経済的負担	2	2.02	11	11.11	40	40.40	43	43.43	3	3.03
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	19	19.19	35	35.35	25	25.25	17	17.17	3	3.03
1-4. サービス調整に時間がかかる	1	1.01	12	12.12	39	39.39	43	43.43	4	4.04
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	0	0.00	6	6.06	29	29.29	61	61.62	3	3.03
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	2	2.02	16	16.16	51	51.52	27	27.27	3	3.03
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	11	11.11	34	34.34	43	43.43	8	8.08	3	3.03
1-8. その他	8	8.08	2	2.02	6	6.06	4	4.04	79	79.80

別紙 13. 自治体職員アンケート集計結果

基本属性

	n	%
職種		
医師	2	6.67
保健師	8	26.67
精神保健福祉士	18	60.00
社会福祉士	1	3.33
その他(社会復帰調整官)	1	3.33
職位		
管理職	5	16.67
管理職以外	25	83.33
臨床経験年数*	15.83	10.33
内、行政職員としての勤続年数*	10.39	9.42
現在の勤務先		
主な勤務先		
市区町村	9	30.00
精神保健福祉センター	3	10.00
保健所	15	50.00
その他	3	10.00
所在地		
北海道・東北地方	2	6.67
関東地方	10	33.33
中部地方	7	23.33
近畿地方	4	13.33
中国・四国地方	0	0.00
九州地方	6	20.00
無回答	1	3.33

* Mean, SD

A. 入院時の患者の同意能力の確認について

1. 同意能力の確認が難しい状況として、以下のことは、どの程度経験しましたか?(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. アルコールや薬物等の影響があった	4	13.33	8	26.67	17	56.67	1	3.33		
1-2. 身体疾患の影響があった	5	16.67	11	36.67	11	36.67	3	10.00	0	0.00
1-3. 小児のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	10	33.33	15	50.00	5	16.67	0	0.00	0	0.00
1-4. 認知症のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	4	13.33	3	10.00	13	43.33	10	33.33	0	0.00
1-5. 重度知的障害のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	5	16.67	8	26.67	15	50.00	2	6.67	0	0.00
1-6. 積極的に拒否していないが病的体験により現実検討が不十分のため十分な同意能力を有しているかの評価が難しかった	1	3.33	3	10.00	14	46.67	12	40.00	0	0.00
1-7. 患者が自身で入院決定をすることを避け、治療者や家族などに決定を委ねた	5	16.67	9	30.00	11	36.67	5	16.67	0	0.00
1-8. 入院に対する迷いがあり、すぐに揺らいでしまった	2	6.67	8	26.67	10	33.33	10	33.33	0	0.00
1-9. 入院に同意していても、同意書に署名することに対して抵抗を示した	7	23.33	9	30.00	10	33.33	4	13.33	0	0.00
1-10. 視覚聴覚、聴覚障害等でコミュニケーションに影響があった	12	40.00	12	40.00	6	20.00	0	0.00	0	0.00
1-11. 外国籍の患者で言語的な障壁や医療制度の違いにより同意取得が難しかった	6	20.00	9	30.00	13	43.33	2	6.67	0	0.00
1-12. 入院に同意していても、精神科への入院であることを理解していなかった	3	10.00	15	50.00	10	33.33	2	6.67	0	0.00
1-13. その他	2	6.67	2	6.67	2	6.67	1	3.33	23	76.67

B. 医療保護入院の家族等同意を要する場面

1. 家族等が同意者として適切かどうか悩む状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 認知症を含む精神疾患の症状の影響を受けている可能性があった	1	3.33	3	10.00	23	76.67	2	6.67	1	3.33
1-2. (意識障害などを伴う)入院加療中であった	7	23.33	10	33.33	10	33.33	2	6.67	1	3.33
1-3. 服役中であった	17	56.67	8	26.67	4	13.33	4	13.33	1	3.33
1-4. 患者からの虐待経験があった	4	13.33	9	30.00	15	50.00	1	3.33	1	3.33
1-5. 患者の入院を悪用する意図があった	9	30.00	11	36.67	7	23.33	2	6.67	1	3.33
1-6. その他	3	10.00	2	6.67	2	6.67	2	6.67	21	70.00

2. 以下に挙げる本人の事をよくわかっている人が精神保健福祉法上の「家族等」に当てはまらず、ジレンマを感じたことはどの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-1. 「家族等」に該当しない親族(叔父叔母、いとこ等)	6	20.00	3	10.00	17	56.67	4	13.33	0	0.00
2-2. 身近な介護者(子の配偶者等)	7	23.33	5	16.67	16	53.33	2	6.67	0	0.00
2-3. 内縁関係、同性パートナー	4	13.33	7	23.33	12	40.00	7	23.33	0	0.00
2-4. その他	3	10.00	4	13.33	2	6.67	0	0.00	21	70.00

3. 家族等同意を取得する際に苦慮した状況として、以下のことは、どの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3-1. 家族間で患者の入院に関する意見が一致しなかった	2	6.67	5	16.67	16	53.33	7	23.33	0	0.00
3-2. 家族が患者の入院に対して医療上の理由以外で拒否感を示した	3	10.00	2	6.67	16	53.33	9	30.00	0	0.00
3-3. 家族が患者を虐待しているかどうかの判断がつかなかった	6	20.00	10	33.33	14	46.67	0	0.00	0	0.00
3-4. 家族の入院に対する意向が揺らぎ一貫しなかった	4	13.33	6	20.00	14	46.67	6	20.00	0	0.00
3-5. 家族の思想や信条により、精神科医療・強制的な入院治療に対しての拒否が強かった	2	6.67	9	30.00	16	53.33	3	10.00	0	0.00
3-6. その他	3	10.00	1	3.33	2	6.67	0	0.00	24	80.00

4. 入院の継続が必要な状態であっても、家族等の同意者が考えを変えて退院を要求することで、治療が不十分な状態で退院とせざるを得ない状況をどの程度経験しましたか(n=30)

	n	%
全くない	9	30.00
ほとんどない	6	20.00
たまにある	12	40.00
よくある	2	6.67
無回答	1	3.33

5. 家族等同意があることによって患者さんにとってよかったと思う経験はありましたか(n=30)

	n	%
はい	22	73.33
いいえ	7	23.33
無回答	1	3.33

c. 医療保護入院が選択されるような場面

1. 本人のことを十分に知らない者の意見が医療保護入院の必要性の判断に影響した経験はありましたか(n=30)

	n	%
はい	9	30.00
いいえ	20	66.67
無回答	1	3.33

2. 身体疾患の治療のため医療保護入院が選択された経験はありましたか(n=30)

	n	%
はい	7	23.33
いいえ	22	73.33
無回答	1	3.33

D. 入院の長期化が生じやすい状況

1. 以下の各要因が影響し、入院が長期化した経験はどの程度ありましたか(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-1. 家族の意向	2	6.67	1	3.33	16	53.33	10	33.33	1	3.33
1-2. 退院することによる経済的負担	2	6.67	11	36.67	14	46.67	2	6.67	1	3.33
1-3. 退院を積極的に進めない病院の慣習	2	6.67	8	26.67	14	46.67	5	16.67	1	3.33
1-4. サービス調整に時間がかかる	0	0.00	2	6.67	14	46.67	13	43.33	1	3.33
1-5. 退院後の受け入れ先(施設・場所・人)の不足	0	0.00	1	3.33	11	36.67	17	56.67	1	3.33
1-6. 入院前に本人と受け入れ先(施設・場所・人)との関係が悪化していた	0	0.00	5	16.67	15	50.00	9	30.00	1	3.33
1-7. 家族以外の者からの退院に対する意見	2	6.67	16	53.33	8	26.67	3	10.00	1	3.33
1-8. その他	1	3.33	1	3.33	5	16.67	0	0.00	23	76.67

E. 医療へのアクセス(n=30)

	全くない		ほとんどない		たまにある		よくある		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. 移送の手段を確保することが難しいため、必要な医療につながらなかった	4	13.33	6	20.00	12	40.00	8	26.67	0	0.00
2. 家族の意向により医療につながらなかった	1	3.33	7	23.33	19	63.33	3	10.00	0	0.00
3. 身体疾患が悪化しても、本人が身体疾患の治療を拒否し、必要な医療につながらなかった	1	3.33	7	23.33	19	63.33	3	10.00	0	0.00
4. 入院が必要な状態であっても、知的障害を有していると入院にならなかった	6	20.00	13	43.33	9	30.00	2	6.67	0	0.00
5. 入院が必要な状態であっても、発達障害を有していると入院にならなかった	6	20.00	17	56.67	5	16.67	2	6.67	0	0.00
6. 措置入院は不要と判断されたが、入院を要する状態と思われる場合であっても、経済的問題(例;医療費、移送費用)のため医療につながらなかった	4	13.33	13	43.33	11	36.67	2	6.67	0	0.00

上記 2.で「よくある」、あるいは「たまにある」と回答した場合、どのような家族の意向がありましたか *複数回答可

	n	%
1)患者との関係悪化を恐れる	16	72.73
2)医療不信	12	54.55
3)思想・信条上の理由	4	18.18
4)大ごとにしたくないという考えが強い	14	63.64
5)その他	3	13.64

精神科入院に関するアンケートのお願い

【この研究について】

私たちは、精神科医療の入院制度の今後のあり方を検討していくために、現在の運用実態や入院経験について調べています。

このアンケートに先駆けて、当事者、ご家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる思いや現状に関するご意見をいただきました。

今後、より良い制度のあり方を検討していくためには、入院医療をめぐる当事者の方やご家族の思いや意向を把握し、それらを踏まえた制度設計をしていく必要があります。

そこで、今回は、精神疾患の当事者の方への入院にまつわるアンケート調査へご協力をお願いいたします。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となります。
あらかじめご了承ください。

回答の所要時間は、20 分ほどとなっています。

回答は 1 回のみでお願いいたします。

本日の日付:(年 月 日)

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する

☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

ご自身のこと

あてはまる内容について、☒をして、()に必要事項をご記入ください。

問 1 年代 -----

☐ 1) 10 代	☐ 2) 20 代	☐ 3) 30 代	☐ 4) 40 代
☐ 5) 50 代	☐ 6) 60 代	☐ 7) 70 代	☐ 8) 80 代

問 2 性別 -----

☐ 1) 男性	☐ 2) 女性	☐ 3) その他 ()
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

問 3 現在、同居しているご家族 **※複数回答可**

☐ 1) 父	☐ 2) 母	☐ 3) きょうだい
☐ 4) 子ども	☐ 5) 孫	☐ 7) 祖父
☐ 7) 祖母	☐ 8) おじ	☐ 9) おば
☐ 10) 配偶者	☐ 11) 一人暮らし	☐ 12) その他 ()

問 4 当事者団体への関わり-----

☐ 1) 会員である	☐ 2) 会員でない
-----------------------------------	-----------------------------------

問 5 現在お住まいの都道府県-----

()

問 6 ご自身の診断名-----

()

問 7 はじめて精神科や心療内科を受診した年齢-----

() 歳

問 8 これまでの精神科への入院回数-----

() 回

問 9 これまで経験した精神科の入院形態 **※複数回答可**

☐ 1) 任意入院	☐ 2) 医療保護入院	☐ 3) 措置入院
☐ 4) その他 ()	☐ 5) わからない	

問 10 最後に精神科へ入院したときの入院期間----

☐ 1) 3 か月以内	☐ 2) 3～6 か月以内
☐ 3) 6 か月～1 年以内	☐ 4) 1 年以上

問 11 最後に精神科へ入院した際に退院した日はこの1年以内ですか

☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) わからない

問 12 最後に精神科へ入院したときの入院形態

途中で切り替わったりした場合、全部の形態を教えてください。※複数回答可

☐ 1) 任意入院
 ☐ 2) 医療保護入院
 ☐ 3) 措置入院
☐ 4) その他()
 ☐ 5) わからない

問 13 最後に入院した精神科の病院のある都道府県-----

()

A. 最後に精神科へ入院した時の入院前の状況を思い出して教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. 入院にいたるまでに精神科・心療内科に通院はしていましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 通院していなかった ☐ 2) 通院していた
2. 入院にいたるまでに身体に関する診療科に通院はしていましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 通院していなかった ☐ 2) 通院していた
3. 入院にいたるまでにどのような医療や福祉のサービスを利用していましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 利用していなかった ☐ 2) 医師の往診・訪問診療 ☐ 3) 訪問看護 ☐ 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア ☐ 5) 就労支援 ☐ 6) 家事援助 ☐ 7) グループホーム ☐ 8) その他 ※利用していたサービスをご記入ください。 () ☐ 9) わからない
4-1. 入院する時、入院を含めた何らかの支援を受けることについて、どのように考えていましたか。	☐ 1) 自分には入院が必要だった ☐ 2) 自分には何らかの支援が必要だったが、入院ではなくてもよかった ☐ 3) 自分には入院も入院以外の支援も必要なかった ☐ 4) わからない
4-2. よろしければ、4-1.の質問で回答した理由を教えてください。	()
5-1. 入院する前に、入院をしないようになにか工夫したことはありましたか。	☐ 1) あった ☐ 2) なかった ☐ 3) 覚えていない
5-2. 5-1.の質問で「あった」と回答した方は、入院をしないように工夫したことは何でしたか。	()
5-3. 5-1.の質問で「なかった」「覚えていない」と回答した方は、どのようなことが行われていれば、入院しなかったと思いますか。	()

3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。	()
4-1. 医師から説明された治療方針について、その時どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない
4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。	()
5. 医師から説明された入院期間の目安(具体的な期間や、どうなったら退院できるかなど)について、その時どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない

C. 最後に精神科へ入院した時、入院中、退院後に感じたことを教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院中にあなたの治療にかかわったスタッフの人数は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。	()
2-1. 入院中にあなたの治療にかけられた時間は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
2-2. よろしければ、2-1.で回答した理由を教えてください。	()
3. 退院後に振り返ってみて、 <u>精神疾患の治療のために必要な入院</u> だったと思いましたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
4-1. 退院後に振り返ってみて、 <u>精神疾患の治療以外の理由のために必要な入院</u> だったと思いましたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
4-2. 4-1 で「とてもそう思う」「ややそう思う」と回答した方は、 <u>治療以外の理由について</u> 教えてください。 (例:同居している家族との関係性が悪く、家にいられなかったため)	()
5-1. 退院後に振り返ってみて、あなたが入院した理由についてどのように思いましたか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
5-2. よろしければ、5-1.で回答した理由を教えてください。	()

D. 精神科へ入院を経験したことによる影響について教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院したことで、あなたの精神的な健康状態にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。	()
2-1. 入院したことで、あなたの身体的な健康状態にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
2-2. よろしければ、2-1.で回答した理由を教えてください。	()
3-1. 入院したことで、精神症状への対処にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。	()
4-1. 入院したことで、仕事や学業にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 良い影響があった ☐ 2) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 5) 悪い影響があった
4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。	()
5-1. 入院したことで、自分と家族の関係にどのような影響がありましたか。	☐ 1) 家族はいない ☐ 2) 良い影響があった ☐ 3) どちらかといえば良い影響があった ☐ 4) どちらともいえない ☐ 5) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 6) 悪い影響があった

F. あなたの精神科の入院に関わる人についてのお考えを教えてください。

1)～6)の質問について、もっともよくあてはまる人を以下の□の枠内の番号からお答えください。

枠内の番号には、あなたからみた関係が書かれています。

1～13の選択肢にあてはまる人がいない場合は、14:その他(), 15:その他②()に関係を自由に記述し、回答してください。

また、誰もあてはまらない(してほしい人がいない)場合は、16とお答えください。

関係性を示す番号

1:父	2:母	3:配偶者
4:配偶者以外のパートナー	5:きょうだい	6:子ども
7:その他の親族	8:友人	9:職場の人
10:近所の人	11:後見人・保佐人	12:地域の支援者(ヘルパー、訪問看護の職員、保健師など)
13:病院職員(主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカーなど)	14:その他 ()	15:その他② ()
16:誰も該当しない		

※例:あなたがよく相談する人は----- (1)

1) あなたのことを一番理解している人は----- ()

2) あなたの希望に沿って、精神科の治療の必要性を考えてくれる人は----- ()

3) あなたが精神科の入院の同意が困難なときに代わりに同意の手続きをしてほしい人は-- ()

4) 精神科に入院しているときに面会に来てほしい人は----- ()

5) 精神科に入院しているときに必要なものを持ってきてほしい人は----- ()

6) 精神科に入院しているときに退院後の生活について相談に乗ってほしい人は----- ()

G.精神科への入院のための金銭的負担についてのご経験とお考えを教えてください。

G.の質問は、医療保護入院を経験した方のみお答えください。

それ以外の方は、H.の質問へお進みください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院にかかった医療費の支払いは誰によるものでしたか。 ※複数回答可	☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 生活保護による医療扶助 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる人をご記入ください。</u> ()
1-2. <u>1-1.で「自分」と回答した方のみ</u>お答えください。 自分が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を自分が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-3. よろしければ、1-2.で回答した理由を教えてください。	()
1-4. <u>1-1.で「家族」と回答した方のみ</u>お答えください。 自分が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を家族が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-5. よろしければ、1-4.で回答した理由を教えてください。	()
2. 医療保護入院が市町村長同意であった場合、医療費の負担は誰がするべきだと思いますか。	☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 市区町村の財源 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる対象をご記入ください。</u> ()

H. 身体に関する診療科の治療に関するご経験や感じたことを教えてください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 身体疾患の治療を受ける際に、精神疾患があることで嫌な思いをした経験はありますか。	☐ 1) よくある ☐ 2) たまにある ☐ 3) ほとんどない ☐ 4) まったくない ☐ 5) わからない・経験がない
1-2. よろしければ、1-1.で回答した理由を教えてください。	()
2. 身体科への入院経験はありますか。あれば、何科だったかについてもお答えください。	☐ 1) ある : ()科 ☐ 2) ない ☐ 3) わからない

身体科への入院経験がある方のみ、以下の 3-1.~8-2.の質問へお答えください。

3-1. 身体科への入院が決まったときの状況として、あてはまるものはどれですか。	☐ 1) 納得して入院に至った ☐ 2) 納得はしていなかったが、しぶしぶ同意し入院となった ☐ 3) 納得していたのに強制的に入院となった ☐ 4) 納得せず強制的に入院となった ☐ 5) その他 <u>※当てはまる状況をご記入ください。</u> ()
3-2. よろしければ、3-1.で回答した理由を教えてください。	()
4-1. 医師から説明された身体科での入院治療が必要な理由について、どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない
4-2. よろしければ、4-1.で回答した理由を教えてください。	()
5-1. 医師から説明された身体科での入院期間の目安(具体的な期間や、どうなったら退院できるかなど)について、どのくらい理解できましたか。	☐ 1) 理解できた ☐ 2) ある程度理解できた ☐ 3) あまり理解できなかった ☐ 4) 全く理解できなかった ☐ 5) 説明がなかった ☐ 6) 覚えていない

5-2. よろしければ、5-1.で回答したときの状況を教えてください。	()
6-1. 身体科での入院中にあなたの治療にかかわったスタッフの人数は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
6-2. よろしければ、6-1.で回答した理由を教えてください。	()
7-1. 身体科での入院中にあなたの治療にかけられた時間は十分でしたか。	☐ 1) とてもそう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) あまりそう思わない ☐ 4) まったくそう思わない
7-2. よろしければ、7-1.で回答した理由を教えてください。	()
8-1. 精神科の入院について、身体科の入院と比べてどのような印象を持ちましたか。	☐ 1) 身体科と精神科の入院で特に違いを感じなかった ☐ 2) 身体科と精神科の入院で違いを感じた ☐ 3) わからない
8-2. よろしければ、8-1.で回答した理由を教えてください。	()

以上でアンケートは終了です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

精神科入院に関するアンケートのお願い

【この研究について】

私たちは、精神科医療の入院制度の今後のあり方を検討していくために、現在の運用実態や入院経験について調べています。

このアンケートに先駆けて、当事者、ご家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる思いや現状に関するご意見をいただきました。

今後、より良い制度のあり方を検討していくためには、入院医療をめぐる当事者の方やご家族の思いや意向を把握し、それらを踏まえた制度設計をしていく必要があります。

そこで、今回は、精神疾患の患者さんをもつご家族への入院にまつわるアンケート調査へご協力をお願いいたします。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となります。
あらかじめご了承ください。

回答の所要時間は、20 分ほどとなっています。

回答は 1 回のみでお願いいたします。

本日の日付:(年 月 日)

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

☐ 上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する

☐ 研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

ご自身やご本人のこと

以下では、精神疾患をもった方を「ご本人」と呼びます。

ご家庭に対象となる精神疾患をもった方が複数いらっしゃる場合は、もっとも気がかりに思っている方、お一人についてお答えください。

あてはまる内容について、☐をして、()に必要事項をご記入ください。

はじめに、あなた自身のことをお答えください。

問 1 年代	-----	☐ 1) 10 代	☐ 2) 20 代	☐ 3) 30 代	☐ 4) 40 代
		☐ 5) 50 代	☐ 6) 60 代	☐ 7) 70 代	☐ 8) 80 代

問 2 性別	-----	☐ 1) 男性	☐ 2) 女性	☐ 3) その他 ()
--------	-------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

問 3 ご本人からみたあなたの続柄

☐ 1) 父	☐ 2) 母	☐ 3) きょうだい
☐ 4) 配偶者	☐ 5) パートナー	☐ 6) 子
☐ 7) 祖父母	☐ 8) その他 ()	

問 4 ご本人との同居	-----	☐ 1) 同居中	☐ 2) 同居していない
-------------	-------	---------------------------------	-------------------------------------

問 5 差し支えなければ、ご家族の年収はおおまかにどれくらいですか

☐ 1) 0-199 万円	☐ 2) 200-399 万円	☐ 3) 400-599 万円
☐ 4) 600-799 万円	☐ 5) 800-999 万円	☐ 6) 1000 万円以上
☐ 7) 答えたくない		

問 6 家族会への関わり	-----	☐ 1) 会員である	☐ 2) 会員でない
--------------	-------	-----------------------------------	-----------------------------------

次に、ご本人のことをお答えください。

問 7 ご本人の年代	-----	☐ 1) 10 代	☐ 2) 20 代	☐ 3) 30 代	☐ 4) 40 代
		☐ 5) 50 代	☐ 6) 60 代	☐ 7) 70 代	☐ 8) 80 代

問 8 ご本人の性別	-----	☐ 1) 男性	☐ 2) 女性	☐ 3) その他 ()
------------	-------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

問 9 ご本人がはじめて精神科や心療内科の病院を受診した年齢	---	() 歳
--------------------------------	-----	-------

問 10 現在のご本人の精神疾患の診断名 -----

()

問 11 ご本人は現在、障害年金を利用していますか

☐ 1) はい

☐ 2) いいえ

☐ 3) 分からない

問 12 これまでの精神科への入院回数 -----

() 回

→ ご本人が入院した経験のある方のみお答えください

問 13 ご本人が 1 年以上続けて入院した経験はありますか -----

☐ 1) ある

☐ 2) ない

問 14 ご本人は現在入院していますか-----

☐ 1) はい

☐ 2) いいえ

☐ 3) 分からない

問 15 ご本人がはじめて入院したとき、どの形態で入院になりましたか

☐ 1) 措置入院

☐ 2) 医療保護入院

☐ 3) 任意入院

☐ 4) その他()

☐ 5) 分からない

問 16 ご本人が最後に入院に至った時期はどのくらい前ですか。

☐ 1) 3 か月以内

☐ 2) 3～6 か月以内

☐ 3) 6 か月～1 年以内

☐ 4) 1～2 年以内

☐ 5) 2～3 年以内

☐ 6) 3 年以上経過

☐ 7) 分からない

→ 入院回数が 2 回以上と回答いただいた方のみお答えください。

問 17 ご本人が最後に入院したとき、どの形態で入院になりましたか。

☐ 1) 措置入院

☐ 2) 医療保護入院

☐ 3) 任意入院

☐ 4) その他()

☐ 5) 分からない

A. ご本人がはじめて入院したときのことについて教えてください。

周りの人から見聞きした情報も含めてお答えください。

あてはまる内容について、☐をして、()に必要事項をご記入ください。

1. 入院に直接影響した症状が出てから入院に至るまでにどのくらいかかりましたか。	☐ 1) 3 か月以内 ☐ 2) 3～6 か月以内 ☐ 3) 6 か月～1 年以内 ☐ 4) 1～2 年以内 ☐ 5) 2～3 年以内 ☐ 6) 3 年以上経過後 ☐ 7) 分からない
2. ご本人が入院に至るまでに通院はしていましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 精神科・心療内科へ通院していた ☐ 2) 身体に関する診療科へ通院していた ☐ 3) 通院していなかった ☐ 4) 分からない
3. ご本人が入院に至るまでに医療や福祉のサービスを利用していましたか。 ※複数回答可	☐ 1) 利用していなかった ☐ 2) 医師による往診・訪問診療 ☐ 3) 訪問看護 ☐ 4) デイケア、ショートケア、ナイトケア ☐ 5) 就労支援 ☐ 6) 家事援助 ☐ 7) グループホーム ☐ 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () ☐ 9) 分からない
4-1.何らかのサービスを利用していた方は、病状が悪化したときに追加で支援を受けましたか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない
4-2.4-1 の質問で「はい」と回答したのみお答えください。 どのような支援を受けましたか。 (例:「臨時で往診を受けた」、「保健師が頻回に訪問した」、「ショートステイを利用した」など)	[]

5-1.ご本人が入院に至るまでに入院以外の選択肢は考えられましたか。	☐ 1) 入院以外の選択肢はなかった ☐ 2) 選択肢があった ☐ 3) 分からない
5-2.差し支えなければ、5-1.の質問で「入院以外の選択肢はなかった」と回答した理由、もしくは、入院以外の「選択肢があった」と回答したが入院に至った理由を教えてください。	()
6. ご本人が入院に至るまでにご本人についての心配ごとや悩みを相談できる人はいましたか。 <u>※複数回答可</u>	☐ 1) 家族 ☐ 2) 親戚の人 ☐ 3) 近所の人・地域の人 ☐ 4) 民生委員・児童委員 ☐ 5) 家族会員などほかの患者家族 ☐ 6) 職場の人、学校の教師や職員 ☐ 7) あなたの友人・知人 ☐ 8) 病院職員（主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカー等） ☐ 9) 保健所の相談員や保健師 ☐ 10) 市区町村役所の職員 （保健センターの保健師・市役所の障害福祉課担当者・生活保護担当者等） ☐ 11) 警察 ☐ 12) 訪問看護の職員 ☐ 13) グループホームの世話人 ☐ 14) その他の人 <u>※相談できた人をご記入ください。</u> () ☐ 15) 誰もいなかった

7. ご本人を入院につなげるために病院へ連れていった人はどなたですか。 <u>※複数回答可</u>	☐ 1) あなた ☐ 2) あなた以外のご本人と同居している家族 ☐ 3) あなた以外のご本人と別居している家族 ☐ 4) 親戚の人 ☐ 5) 近所の人・地域の人 ☐ 6) 民生委員・児童委員 ☐ 7) 家族会員などほかの患者家族 ☐ 8) 職場の人、学校の教師や職員 ☐ 9) あなたの友人・知人 ☐ 10) 病院職員（主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカー等） ☐ 11) 保健所の相談員や保健師 ☐ 12) 市区町村役所の職員 （保健センターの保健師・市役所の障害福祉課担当者・生活保護担当者等） ☐ 13) 警察 ☐ 14) 訪問看護の職員 ☐ 15) グループホームの世話人 ☐ 16) その他の人 <u>※同行した人をご記入ください。</u> () ☐ 17) ご本人が自ら病院に行った
8. あなたはご本人が入院に至るまで、精神疾患にかかることで、世間から白い目でみられるように思っていましたか。	☐ 1) そう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) あまりそう思わない ☐ 5) そう思わない
9. あなたはご本人が精神科へ入院することになったことに対して、とまどったり、恥じたりしましたか。	☐ 1) そう思う ☐ 2) ややそう思う ☐ 3) どちらともいえない ☐ 4) あまりそう思わない ☐ 5) そう思わない
10. 差し支えなければ、ご本人が精神科へ入院することになったことに対して、どのように思われたかお答えください。	()
11. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）について病院から説明を受けましたか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない

12. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）に関する病院からの説明について理解しましたか。	☐ 1) 理解した ☐ 2) 理解していない ☐ 3) 分からない
13. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）に関する病院からの説明を聞き、納得しましたか。	☐ 1) 納得した ☐ 2) 納得していない ☐ 3) 分からない
14. 病院からの説明についてどのように感じましたか。 例：「十分な説明を受け、納得した」「説明を受けたが動揺しており、理解可能な状態ではなかった」など	()
15. はじめての入院が医療保護入院の形態だった方のみお答えください。 医療保護入院の同意者になるにあたって、あなたが困難に感じたことはありましたか。 あればどのようなことが困難だったかお答えください。	☐ 1) なかった ☐ 2) あった： ()
16-1. 退院後、ご本人はご家族と同居されましたか。	☐ 1) 同居した ☐ 2) 同居しなかった
16-2.16-1.で「同居した」と回答した方のみお答えください。 差し支えなければ、同居した理由を教えてください。 例：「本人も家族も同居を望んでいた」「同居以外の選択肢に関する情報が不足しており、同居に至った」など	()
16-3.16-1.で「同居しなかった」と回答した方のみお答えください。 ご本人が退院された先をお答えください。	☐ 1) 一人暮らし ☐ 2) グループホーム ☐ 3) その他 <u>※退院先をご記入ください。</u> ()
17-1.ご本人の入院をきっかけにご本人と家族の関係に影響はありましたか。	☐ 5) 良い影響があった ☐ 4) どちらかといえば良い影響があった ☐ 3) どちらともいえない ☐ 2) どちらかといえば悪い影響があった ☐ 1) 悪い影響があった
17-2.17-1.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	()

B. ご本人の現在の生活のことについて教えてください。

周りの人から見聞きした情報も含めてお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. ご本人は現在、仕事・アルバイト(雇用契約のあるもの)をしたり、学校へ通ったりしていますか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない
2. ご本人は現在通院していますか。	☐ 1) 通院中 ☐ 2) 通院していない ☐ 3) 分からない
3. ご本人は現在、通院にあたって自立支援医療制度を利用していますか。	☐ 1) はい ☐ 2) いいえ ☐ 3) 分からない
4-1. 現在ご本人が利用している精神科・心療内科の通院先にあなたは満足していますか。	☐ 4) 満足している ☐ 3) まあ満足している ☐ 2) どちらかといえば不満である ☐ 1) 不満である ☐ 0) 分からない
4-2. 4-1.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	()
5-1. ご本人は現在、医療や福祉のサービスを利用していますか。 ※複数回答可	☐ 1) 利用していない ☐ 2) 医師による往診・訪問診療 ☐ 3) 訪問看護 ☐ 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア ☐ 5) 就労支援 ☐ 6) 家事援助 ☐ 7) グループホーム ☐ 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () ☐ 9) 分からない
5-2. 5-1.で何らかのサービスを利用していると回答した方のみお答えください。 回答いただいた医療・福祉サービスにあなたは満足していますか。	☐ 4) 満足している ☐ 3) まあ満足している ☐ 2) どちらかといえば不満である ☐ 1) 不満である ☐ 0) 分からない
5-3. 5-2.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	()

6-1. 今後、ご本人の病状が悪化した場合、入院以外の選択肢は考えられますか。	☐ 1) 入院以外の選択肢はない ☐ 2) 選択肢がある
6-2. 6-1.で「入院以外の選択肢はない」と回答した方は、その理由について教えてください。	
6-3. 6-1.で「選択肢がある」と回答した方は、入院以外の選択肢について教えてください。	☐ 1) 医師による往診・訪問診療 ☐ 2) 訪問看護 ☐ 3) デイケア・ショートケア・ナイトケア ☐ 4) 就労支援 ☐ 5) 家事援助 ☐ 6) グループホーム ☐ 7) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> ()

C. ご本人のケアに関する家族の立場でのお考えをうかがいます。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. ご本人のケアをもっともよく行っている方はどなたですか。 あなた以外の場合は、ご本人から見た続柄（父、娘など）や関係性（パートナー、友人など）についてお答えください。	☐ 1) あなた ☐ 2) それ以外 ※ <u>続柄や関係性</u> をご記入ください。 ()							
最近 1 年間のことを考えて、お答えください。 2-1.精神障害のご本人を抱える家族としてあなたは、次に挙げるケアをどのくらい行っていますか。 2-2.あなたがこれらのケアを行うことはどのくらい負担になっていますか。	2-1.			2-2.				
	行っている	部分的に行っている	行っていない	非常に負担である	やや負担である	あまり負担ではない	まったく負担ではない	
① 服薬を続けるためにサポートする	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
② 他人への迷惑や暴力を防ぐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
③ 病状の急変や再発・自殺などを防ぐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
④ 住む場所を保証する	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑤ 医療費や生活費を支払う	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑥ 精神科・心療内科へ受診同行する	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑦ 身体に関する診療科へ受診同行する	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑧ 就労・就学をサポートする	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑨ 買い物や行政関係の手続きをサポートする	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑩ 利用できる社会資源を探す	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
⑪ 日頃から安否を把握している	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
↑ ↑ ※各行につき 2 か所にチェックしていただくようにお願いします								

D. 入院のための金銭的負担について教えてください。

ご本人に医療保護入院の経験がある方のみお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1-1. 入院にかかった医療費の支払いは誰によるものでしたか。 ※複数回答可	☐ 1) ご本人 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 生活保護による医療扶助 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる人をご記入ください。</u> ()
1-2. <u>1-1.で「ご本人」と回答した方のみ</u>お答えください。 ご本人が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費をご本人が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-3. よろしければ、1-2.で回答した理由を教えてください。	()
1-4. <u>1-1.で「家族」と回答した方のみ</u>お答えください。 ご本人が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を家族が支払うことについて、どのように思いますか。	☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない
1-5. よろしければ、1-4.で回答した理由を教えてください。	()
2. 医療保護入院が市町村長同意であった場合、医療費の負担は誰がすべきだと思いますか。	☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 市区町村の財源 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる対象をご記入ください。</u> ()

以上でアンケートは終了です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

— 厚労科研「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制
における入院医療による支援のための研究」



国際比較まとめ

2025年3月31日(月)

東京大学医学部附属病院
小林 慧

1

目次

Case 1 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

Case 2 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

Case 3 認知症で意思決定能力が低下しているケース

Case 4 知的障害で入院を拒否するケース

Case 5 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

まとめ

2

Case1 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

統合失調症が疑われ医療的介入が必要であると考えられるが、本人が受診を拒否しており、医療へのアクセスを確保するのが難しいケース

24歳、女性。家族と同居。大学在学時から盗聴されていると家族に度々訴え、登校できない日もあったが、指導教員に支えられ、なんとか卒業した。大学卒業後に就職するものの2か月で退職した。その後から、カーテンを閉め切って自室で過ごすようになり、一人でぶつぶつと独語を言い、時々奇声を発するようになった。家族との交流はなく、家族が寝静まったときに一人でご飯を食べているようである。入浴はできず不潔な状態が続いている。これまで精神科を受診したことはなく、家族が受診や往診の受け入れを勧めるものの拒否している。これまで自傷歴や暴力は認められていない。そこで両親が自ら精神科へ相談に来た。

3

Case1 自宅から出られない状態で統合失調症と考えられるケース

Case1	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
非自発的入院になるか	○	×	○	×	○	×	× (アセスメントのみ)	×	×
搬送主体	民間救急	救急車、secure ambulance	救急車、消防隊、モバイルチーム	救急車、警察	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察	民間救急（違法の判例あり）、警察	救急車、消防・警察
入院外の対応	保健所職員の訪問など	social serviceの活用、自助グループとの情報交換など		保健局による情報収集、助言等	家庭医、看護師などによる地域フォロー	精神保健に特化した地域職員による訪問		家族の説得による受診、精神健康福祉センター職員の訪問	行政職員の訪問

非自発的入院の根拠に**自傷他害が必須**かどうかによる違いが現れた。

また**搬送主体**についても違いがうかがえる。

4

Case2 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

身体治療を受ける必要がある緊急性の高い状態にあるが、本人が治療を拒否し、非自発的入院による身体治療を行うか判断に迷うケース

55歳、女性。家族とは音信不通の状態である。統合失調症で幻覚・妄想状態にあり、総合病院精神科に通院中である。また、慢性腎不全を患い、同じ病院の内科にて週3回の通院により透析治療を受けている。しかし、組織の陰謀により通っている病院が患者に危害を加えているという妄想が生じ、両方の治療を拒否し、自宅にひきこもってしまった。地域の支援者の再三の説得にも関わらず、透析治療を3回スキップしており、これ以上透析を行わない状態が続けば、死に至る危険性が極めて高い。しかし、本人に死亡の可能性について伝えても、透析を拒否し続けている。現時点で意識障害はなく、はっきりと意思表示している。

5

Case2 統合失調症の妄想により透析治療を拒否しているケース

Case2	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
非自発的入院となるか	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科or身体科病棟	精神科	身体科	精神科（切迫度による）	精神科	身体科	どちらもある	病状次第	精神科	精神科
非自発的身体科治療の手続き	なし	あり（MHA, MCAともに可能。精神科的治療とは同じ？）	なし	あり（精神科的治療と同じく裁判所判断）	あり（精神科医療と異なる法のもと）	あり（精神科医療と異なる法のもと）	あり（精神科的治療と同じく裁判所判断）	なし	
搬送主体	民間救急、救急車	救急車、secure ambulance	救急車	救急車	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察、モバイルチーム	救急車、警察	民間救急、家族	救急車、消防・警察

生命の危機にある場合、非自発的入院を行う方針は各国で一致。
身体科的非自発治療の根拠や手続き部分に違いが確認された。

6

Case3 認知症で意思決定能力が低下しているケース

明確な意思表示はないが、認知症による意思決定能力の欠如が考えられ、精神科医が自発的入院か非自発的入院か判断に迷うケース

85歳、女性。夫と同居。重度認知症。訪問介護は利用しているが、夫が主となり在宅介護を行っていた。ここ数日、食事をとらず、夫やヘルパーによる介護も拒否。昼夜を問わず徘徊をし、終日、夫の見守りが必要な状態となっていた。夫から連絡を受けた主治医が往診し、在宅での介護を続けることは困難と判断した。往診時、主治医が自宅以外の場所で治療する必要があると本人に伝えたが、頷く動作をするものの発話せず、問いかけられた内容に答えず、本人からの明確な意思表示はなかった。重度の認知症のため、意思決定能力は著しく低下していると考えられる。

7

Case3 認知症で意思決定能力が低下しているケース

Case3	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
精神科入院となるか	○	×	×	△	×	○	○	○	×
任意or非自発	非自発	-	-	非自発 (世話法)	-	非自発	任意と同様 (明確な拒否 がなければ、 代理者の同意 に基づき入 院)	任意を目指す	-
精神科医療以外の対応	介護施設への 入所	非自発入所	老年病科、認 知症専門施設 での医療	在宅サービス 支援の拡充、 施設入所の調 整	コミュニティ ケア病棟への 入院	地域看護師な どのサービス、 nursing home へのapply		認知症専門医 療機関	認知症専門の 施設への入所

認知症症例を精神科医療で扱わないことも多い。

(精神科外の医療で扱う、また医療よりも介護福祉で対応する)

8

Case4 知的障害で入院を拒否するケース

知的障害で攻撃的言動がある場合に非自発的入院の他害行為の要件に該当するか判断に迷うケース

35歳、男性。一人暮らし。知的障害。日中は、自宅にすることが多い。国の経済支援（生活保護）を受け、ヘルパーの支援を受けながら生活を送っていた。最近、家の前の道路工事が始まりストレスを感じており、近くに住む両親と頻繁に口論になっていた。また、隣人にささいなことで言いがかりをつけ、汚い言葉で繰り返し怒鳴る等の迷惑行為があり、その都度、隣人が警察に通報し、警察官は本人への説諭を繰り返した。その状況は両親へも伝わり、両親は毎回本人に注意するものの反省した様子はみられなかった。両親は本人の対応に困り果て、本人を強引に精神科医のもとに連れていき、すぐにでも入院させてほしいと訴える。本人は入院を拒否し、近くに人がいるにもかかわらず診察室の椅子を蹴るなどして興奮して暴れている状態である。

9

Case4 知的障害で入院を拒否するケース

Case4	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
他害行為の認定	×	×	×	×	×	△	×	○	○
精神科非自発的入院となるか	×	×	×	×	×	基本×、短期なら	×	●	×
上記以外の対応	外来通院	social serviceが評価して福祉サービスを検討していく	ストレス源に対する介入可能性を考える	外来支援、施設入所の検討		福祉サービスの活用	家族支援の強化を目指す	外来、施設入所の検討	自発的入院の検討
知的障害は精神科で扱う疾患か	○	× 重度の逸脱行為を伴う場合や精神症状がある場合MHAの範疇	× 神経発達症は脳神経内科が対応することが多い	○	△ 行動障害が重度の場合はありうる	○ 実際上は福祉主体	× 基本的には神経発達症として別で扱われる	× 法律の定義上も含まれていない	○

知的障害を精神科医療で扱わないことも多い。

（精神科外の医療で扱う、また医療よりも福祉で対応する）

10

Case5 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

入院の判断において未成年の患者や両親の意思をどの程度考慮するか迷うケース

13歳、女性。中学1年生。両親と同居。2か月前頃から家で死にたいと口にし、カッターで手首を深く切るといった自傷行為があった。ある日、5階のベランダで飛び降りようと身を乗り出しているところを両親がみつけて制止し、本人を連れて、初めて緊急で精神科を受診した。本人は最近の経過について「死ね、死ね」という声が聞こえ、それに逆らえずに手首を切ることを繰り返していると話した。本人は「死にたくないのに命令されると逆らえない。つらいのですぐにでも入院したい」と話す。医師は統合失調症を疑い、入院や薬物療法の必要性を両親に繰り返し説明したが、両親は「成長期に薬物治療を受けることは身体によくないのでカウンセリングを受けさせ、様子を見たい」と言い、入院や内服について反対している。

11

Case5 未成年の患者の家族が入院を反対するケース

Case5	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
非自発的入院となるか	×	×	×	○	×	×	×	×	×
本人の入院同意能力を認める年齢	精神保健福祉法上の規定なし	MCAの対象は16歳以上	18歳以上	14歳以上	16歳以上	16歳? 18歳? 以上	14歳以上	18歳以上	18歳以上
親の判断に関する相談機関	児童相談所		juges des enfants	office for care of the youth	Ministry of Children Development	Children's Aid	Children Protection Service		裁判所

精神保健福祉法上の規定がないため、日本では個別に本人の同意能力を評価し、任意入院の可否を判断している。

12

その他 意思決定能力の評価/意思決定支援のあり方

その他	日本	イングランド	フランス	ドイツ	カナダ			韓国	台湾
					BC州	オンタリオ州	ケベック州		
意思決定能力評価についての教育・ガイドライン	特になし	-	教育・ガイドラインあり	ガイドラインあり	教育・ガイドラインあり	教育・ガイドラインあり	-	重視されていない	ガイドラインなし
意思決定支援の実践	あまり取り組まれていない	-	ソーシャルの活用、可視化するなどの工夫	Shared Decision Makingの実践	-	advanced directiveなど	-	ピアサポートなど	Shared Decision Makingの実践

意思決定能力評価についてはガイドラインがなく、属人的な実践となっている。
意思決定支援についても具体例が挙げなかった。

13

まとめ

日本の特徴としては、

- ・ 自傷他害の恐れがない場合も適用される非自発的入院形態がある
- ・ （措置入院ルート以外の）公的な搬送手段に乏しい
- ・ 身体科の非自発的な治療について根拠・手続きがない
- ・ 認知症、知的障害に関しては精神科医療が一定の役割を担っている
- ・ 年少者の同意能力に関して、精神保健福祉法上の規定がない
- ・ 意思決定能力評価や、意思決定支援についてはガイドラインがなく、

属人的な運用となっている

といったものが挙げられる。

14