

非自発的入院に関する実態調査

研究分担者：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）

研究協力者：赤池千明（全国精神保健福祉会連合会）、五十嵐信亮（日本メンタルヘルスピアサ
ポート専門員研修機構）、植野仙経（京都大学医学部）、臼井 香（国立精神・神経医療研究セン
ター精神保健研究所）、宇野晃人（東京大学医学部）、太田順一郎（全国精神保健福祉センター長
会）、小幡恭弘（全国精神保健福祉会連合会）、笠井清登（東京大学医学部）、金原明子（東京大
学医学部）、川口真知子（日本精神保健福祉士協会）、北村 立（全国自治体病院協会）、桐原尚
之（全国「精神病」者集団）、草地仁史（日本精神科看護協会）、熊倉陽介（東京大学医学部）、
小林 慧（東京大学医学部）、近藤伸介（東京大学医学部）、榊原英輔（東京大学医学部）、櫻木
章司（日本精神科病院協会）、澤井大和（東京大学医学部）、杉浦寛奈（国立精神・神経医療研究
センター精神保健研究所）、高嶋里枝（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、高橋
優輔（東京大学医学部）、田尻智哉（東京大学医学部）、たにぐちまゆ（大阪精神医療人権センタ
ー）、奈良麻結（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、畠山卓也（日本精神科看護
協会）、松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、森田健太郎（東京大学医
学部）、山岡功一（日本精神科病院協会）、山田悠平（精神障害当事者会ポルケ）、山村啓眞（京
都大学学部）、山本綾子（日本精神保健福祉士協会）

要旨：精神障害をもつ人が、地域で安心して生活するためには、必要な医療・福祉・生
活支援等を適時適切に利用できる体制を整備することが重要である。一方で、精神症状
の急性増悪や生活上の危機等により、入院医療が必要となる場面もある。医療保護入院
等の非自発的入院は、その運用にあたっては、医学的必要性のみならず、本人の意思決
定支援、権利擁護、家族等の関与のあり方、地域における代替的支援の可能性を含め、
多面的に検討する必要がある。本研究は、精神科病棟への入院を経験した当事者及びそ
の家族の意見を把握し、今後の制度の見直しに資する基礎資料を得ることを目的として
実施した。今年度は、前年度までに当事者・家族の参画を得て作成した調査票を用いた
調査を実施し、精神科入院経験のある当事者 334 名、精神科入院を経験した人等の家族
513 名から有効回答を得た。本年度報告では、選択式項目の記述統計に基づき、当事者
が精神科入院をどのように経験し、退院後にどのように振り返っているのかについて概
況を整理した。本調査からは、精神科入院が治療や本人の安全確保に資する場合であ
っても、その過程が本人の尊厳が損なわれる経験となり得ること、家族が入院前後を通じ
て広範な役割と負担を担っていること、誰かが本人に代わって同意する仕組みには限界
があること等が示唆された。精神科入院制度の検討にあたっては、本人への丁寧な説明
と意思決定支援、権利擁護を実質化する取組みが不可欠である。同時に、家族を単なる
同意者や協力者として位置づけるのではなく、支援を必要とする存在として捉え、実効
性のある家族支援を整備する必要があると考えられた。ただし、制度を実質化するた
めには、精神科病院において丁寧な説明や意思決定支援、退院支援等を十分に提供でき
るよう、人員配置を含む実施体制の整備が不可欠であると考えられる。

A.研究の背景と目的

精神障害をもつ人が、本人の意思と選好、人権を尊重され、地域で安心して生活するためには、必要な医療・福祉・生活支援等を適時適切に利用できる体制を整備することが重要である。一方で、精神症状の急性増悪や生活上の危機等により、入院医療が必要となる場面もある。とりわけ医療保護入院等の非自発的入院は、本人の意思に基づかない形で入院医療を開始する制度であるため、その運用にあたっては、医学的必要性のみならず、本人の意思決定支援、権利擁護、家族等の関与のあり方、地域における代替的支援の可能性などを含めて、多面的に検討する必要がある。

令和4（2022）年の精神保健福祉法改正では、医療保護入院の入院期間の法定化や更新手続きの導入等が行われるとともに、附則において、非自発的入院制度の在り方について、精神障害者本人の意見を尊重しつつ、障害者権利条約の実施に資する観点から検討を加えることが求められた。こうした制度見直しの議論においては、医療従事者や行政職員など制度を運用する側の実態把握に加え、実際に入院を経験した当事者や、入院に関与してきた家族が、入院前、入院決定時、入院中、退院後の過程をどのように経験してきたのかを把握することが重要である。

研究分担者らは、令和5（2023）～令和6（2024）年度の厚生労働科学研究において、非自発的入院制度をめぐる困難や課題について、医療従事者や行政職員等へのインタビューおよび全国調査を実施し、非自発的入院に内在する課題を整理したり。加えて、当事者および家族へのインタビュー結果を踏まえて、当事者・家族とともに質問紙調査の調査票を作成した。今年度は、昨年度までに作成した当事者・家族を対象とした調査票を用いて、精神科入院経験のある当事者および精神科入院を経験した人の家族を対象に調査を実施した。本年度報告では、調査全体の中間

報告として、主に選択式項目の記述統計に基づき、当事者および家族の経験の概況を整理することとする。

B.方法

1. 研究方法

調査対象)

当事者においては、18歳以上の精神科に入院経験のある方、家族においては、18歳以上かつ、精神科に入院経験のある当事者または医療や地域の支援者から精神科に入院を勧められたことのある当事者の家族を対象とした。全国規模の組織を有する当事者、家族の関連団体（精神障害当事者会ポルケ、全国「精神病」者集団、全国精神保健福祉会連合会）への協力依頼または、楽天インサイトが所有するモニターパネルを通して、調査への参加について同意を得られた者に調査を実施した。

研究のアウトライン)

令和6年度に実施した「当事者・家族予備的アンケート調査」で作成したアンケート調査票を基に、さらに当事者または家族の立場である研究協力者の意見を聴取し、最終版のアンケート調査票を作成した（別紙1、2）。対象者に対しWebまたは、紙による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・入院決定時・入院中・入院後における状況や心情、医療保護入院の経験、入院にかかわる人、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、当事者との続柄、入院経験等）、当事者がはじめて入院したときの状況や心情、当事者の現在の医療・福祉サービスの状況、家族が抱える当事者のケア状況とその負担感、非自発的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。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た。また、一部の自由記述（利用していた医療・福祉サービス、入院の同行者の立場、はじめて入院した際の退院先等）の回答について質的分析を実施した。分析では、共同研究者3名のいずれかが記述内容を精読し、1、2文から構成されるデータを抽出した。次に、データを逐語的、または可能な限り原文のままに解釈し、コードを作成した。さらに、6名の共同研究者によりコードの妥当性を吟味し、コードを完成させた。その他の自由記述については現在、内容分析を実施中である。

調査の実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

C.結果

有効回答は、当事者334名、家族513名であった。当事者、家族アンケート調査の記述統計量の結果、自由記述をもとに生成したコードをそれぞれ別紙3、4に示す。

D.考察

1) 当事者アンケート

本調査では、精神科入院経験のある当事者334名から有効回答を得た。本年度报告では、選択式項目の記述統計に基づき、当事者が精神科入院をどのように経験し、退院後にどのように振り返っているのかについて概況を整理した。

まず、回答者の属性を見ると、当事者団体を通じた回答が41.0%、パネル調査を通じた回答が59.0%であり、一定の多様性を有していた。年齢は40代から60代が中心であり、最後に精神科へ入院した時期については「1年以上前」が82.3%を占めていた。そのため、本調査の回答は、一定期間を経たからの回顧的評価であることに留意する必要がある。

入院前に利用していた支援については、最後の精神科入院に至る前に精神科・心療内科

へ通院していた者は82.6%であり、多くの回答者は入院前から外来通院を利用していたことがうかがえる。一方で、外来通院以外の医療・福祉サービスを「利用していなかった」とする回答は61.1%であり、訪問看護、デイケア・ショートケア・ナイトケア、就労支援、家事援助、グループホーム等の利用はいずれも限定的であった。これは、外来通院のみでは、それを支える地域生活支援や危機予防的支援が十分に機能していなかった可能性を示している。外来通院以外のサービス利用が限定的であったことが入院に直接つながったとはいえ、多くの入院経験者が、地域生活を支える多様な支援には十分につながっていない状況で入院に至ったことが示唆される。この点は、精神科の入院をめぐる制度的課題を考えるうえで重要である。非自発的入院の課題を議論する際には、入院の要否判断の時点だけではなく、そこに至るまでの支援を含む連続的なプロセスとして捉える必要がある。今後の分析では、入院前に地域サービスを利用していた群と利用していなかった群を比較し、入院時の納得感、入院の必要性に関する評価、入院経験の影響に違いがあるかを検討する必要がある。

入院に対する本人の認識については、「自分には入院が必要だった」と回答した者は53.3%であったが、「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」と回答した者も25.1%存在した。「自分には入院も入院以外の支援も必要なかった」とする回答は4.5%にとどまった。多くの回答者が、何らかの支援は必要であったと認識していたものの、その支援の形が入院である必要があったかについては評価が分かれている。「支援は必要だったが、入院以外の形もあり得た」と考える当事者が一定数存在することが示された。すなわち、病状悪化等、何らかの介入が必要となった際に、訪問型支援、病院以外の場所でのレスパイト、生活支援など、入院以外の選択肢を充実させることの重要性が示

唆されたものと考えられる。

入院決定時の説明、理解、納得感に関する結果からは、インフォームド・コンセントに関連する課題が示された。自分の入院形態が「分かっていた」と回答した者は55.4%であり、「分かっていたがなかった」は30.8%であった。また、医師から入院治療の必要性について「十分な説明があった」または「ある程度説明があった」と回答した者は59.2%であったが、「あまり説明がなかった」または「まったく説明がなかった」とする回答も21.6%存在した。さらに、説明された入院治療の必要性について「理解できた」または「ある程度理解できた」と回答した者は51.1%にとどまった。一方で、身体科への入院経験を有する回答者においては、身体科入院時の説明、理解、納得に関する回答が、精神科入院時と比較して相対的に高い傾向が認められた。ただし、精神科入院、とりわけ急性期の入院場面では、身体科への入院時と比較して、不安、混乱、精神症状等の影響や、病識の揺らぎ等により、本人の情報理解、状況認識、意思決定能力等への影響がより強かった可能性を考慮する必要がある。すなわち、精神科入院においては、身体科以上に丁寧な意思決定支援が求められるということになる。症状の影響により意思決定能力が揺らぎやすい状況では、一度の説明のみでなく、本人の状態に応じて説明方法を工夫し、理解の程度を確認しながら繰り返し対話することが必要になる。

令和4(2022)年の精神保健福祉法改正により、医療保護入院等においては、従来の入院措置や退院請求に関する告知に加え、入院の理由についても告知することが義務化された。この改正は、本人の権利擁護および手続的保障の観点から重要な意義を有する。当然のことながら、文書交付をもって説明責任が果たされたとみなすのではなく、対話を通じて、本人の理解の程度を確認しながら、状況に応じて時間をかけた再度の説明を行うな

ど、意思決定支援の一部として運用することが求められる。

入院決定時の納得感については、「納得して入院となった」と回答した者は55.4%であった。他方、「納得はしていなかったが、しぶしぶ同意して入院となった」が16.5%、「納得していたのに、強制的な入院となった」が3.6%、「納得せず、強制的な入院となった」が13.8%であった。退院後に振り返って、精神疾患の治療のために必要な入院だったと思うかどうかについては、「とてもそう思う」または「ややそう思う」と回答した者は64.9%であった。また、入院した理由について「納得できる」または「どちらかといえば納得できる」と回答した者は64.7%であった。この結果は、入院決定時には納得していなかったとしても、退院後に一定の時間を経て、入院の必要性を認めるようになる者が存在する可能性を示している。一方で、退院後にも入院の必要性や理由について納得できない者も存在する。この結果から、入院体験の評価は、入院時点の同意・不同意だけでなく、病状の回復の程度や退院後の生活状況、入院中の処遇、医療者や支援者との関係性など、複数の要因によって変化するものとして捉える必要がある。

ここで留意すべきなのは、退院後に「必要な入院だった」と評価されたことが、本人の意思に反する介入が正当化されることとは同義ではないという点である。入院が本人に与えた影響についての質問では、入院が精神的健康状態に良い影響を与えた、またはどちらかといえば良い影響を与えたとする回答は53.6%であり、入院を回復や安全確保に資する経験として振り返っている者が一定数存在することが示された。しかし同時に、入院経験が否定的な影響を残していることにも注意が必要である。入院したことで、精神的健康状態に悪い影響があった、またはどちらかといえば悪い影響があったとする回答は15.3%であったが、仕事や学業への影響について

は、悪い影響があった、またはどちらかといえば悪い影響があったとする回答は33.0%に上った。また、入院したことが「人としての尊厳を失ったなど悪い影響を与えた経験」として記憶に残っている、または少し記憶に残っていると回答した者は42.9%と高率であった。すなわち、入院が必要であった、あるいは結果として役に立ったと振り返られる場合であっても、その過程が本人にとって尊厳を損なう体験、外傷的体験、社会生活上の不利益を伴う体験となり得ることを重く受け止める必要がある。こうした経験は、医療者との信頼関係や将来の受療行動、危機時の援助希求にも影響し得る。医学的には入院の必要性が高かった場合であっても、本人が自らの意向や尊厳を尊重されていたと感ずることができなかった場合には、その入院経験は、治療機会であると同時に、本人にとって尊厳が損なわれる経験として記憶されることが懸念される。したがって、精神科入院、とりわけ非自発的入院においては、入院の医学的必要性を判断することに加えて、本人が自身の置かれた状況を可能な限り理解できるよう支援し、本人の意思や選好、疑問を表明する機会を確保することが重要である。入院時には精神症状、不安、混乱、不信感等により、説明を十分に理解することが困難な場合もあるが、だからこそ、本人の状態に応じて繰り返し説明し、理解や納得の程度を確認する必要がある。入院決定時に十分な納得が得られなかった場合であっても、入院後の経過の中で、入院理由や治療方針、退院に向けた見通しについて丁寧に対話を重ねることは、本人の権利擁護と治療関係の構築の両面から重要である。

医療保護入院における家族等同意の評価については意見が分かれていた。医療保護入院を経験した当事者98名のうち、家族等による同意であったと回答した者は76.5%であった。そのうち、家族等が医師から説明を受けて入院の必要性を理解し、適切に同意を判断

していたと思うかについて、「とても思う」または「やや思う」と回答した者は53.3%であり、「あまりそう思わない」または「まったくそう思わない」と回答した者は44.0%であった。この結果は、家族等同意が当事者の意思や利益を支える存在となり得る場合があるものの、家族が必ずしも本人の意思決定支援者あるいは権利擁護者として機能するとは限らないことを示している。

「自分のことを最も理解している人」「関与してほしい人」について尋ねた質問では、家族中心の制度設計の課題が明らかとなった。「あなたのことを一番理解している人」としては、母、配偶者、父など家族が一定の割合を占めたが、「誰も該当しない」とする回答も19.5%存在した。また、「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」についても、「誰も該当しない」が19.5%であった。さらに、「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」についても、配偶者、母、父などが挙げられた他、「誰も該当しない」が20.1%存在した。障害者権利条約では、意思決定能力の不足を理由として本人の法的能力を否定してはならないこと、また代行意思決定ではなく支援された意思決定に転換することが求められている。

現行の医療保護入院制度は「家族等」を本人の権利擁護者とみなした制度ともいえるが、当事者の生活実態や支援関係は多様化しており、調査結果が示す通り、本人を理解している人、治療の必要性を一緒に考えてくれる人、入院中に面会に来てほしい人、退院後の生活について相談に乗ってほしい人は、必ずしも同一ではない。今後の制度設計においては、「同意者」としての家族等だけに着目するのではなく、本人の意思決定を支える人、本人の生活を知る人、退院後の生活を一緒に考える人を、より柔軟に位置づけるよう考慮する必要がある。

金銭的負担については、医療保護入院経験

者のうち、入院医療費の支払いは「自分」と「家族」がいずれも43.9%であった。自分が入院に同意していない状況で入院にかかった医療費を自分が支払うことについては、「納得できる」または「どちらかといえば納得できる」が39.6%である一方で、「どちらかといえば納得できない」または「納得できない」も44.2%であった。本人の同意に基づかない入院でありながら、本人または家族が費用を負担することについては、制度的な課題があることが示唆される。この点は、市町村長同意の医療保護入院とも関連している。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かについては、「市区町村の財源」とする回答が53.1%であった。これは、本人や家族の同意が得られない、または家族等が関与しない状況で公的な判断により入院が行われる場合、その費用負担についても公的責任を求める感覚は、ある程度広範に認められることを示唆しているとも考えられる。

身体科治療の経験については、身体疾患の治療を受ける際に、精神疾患があることで不快な対応を受けた経験が「よくある」または「たまにある」と回答した者は35.1%であった。また、身体科への入院経験がある129名のうち、身体科入院と精神科入院で違いを感じた者は76.7%に上った。前述の通り、身体科入院と精神科入院では、病状や本人の認識、診断プロセス、治療内容、法的枠組み等、様々な面で前提が異なるため単純な比較はできない。しかし、両者の違いを強く感じる当事者が多いという結果は重要である。精神科入院では、閉鎖処遇、行動制限、入院形態に関する法的手続きなど、身体科入院とは異なる制度的あるいは環境的特徴が存在する。これらは治療や安全確保のために必要とされる場合がある一方で、本人にとっては自由や自律が制限される経験となり得ることも影響している可能性がある。

今回の報告では、全体的な記述統計を示し

たが、今後自由記載の分析を含め、詳細な分析を追加する予定である。まず、非自発的入院の経験がある者とない者とに分け、入院決定時の説明、理解、納得感、退院後に振り返った入院理由への納得、入院が精神的健康状態や仕事・学業、家族関係、尊厳に与えた影響に違いがあるかを検討する必要がある。併せて、医療保護入院経験者については、家族等同意が適切であったと感じている群とそうでない群を比較し、本人にとって家族等がどのような支援者として機能していたのか、あるいは機能していなかったのかといった観点からも検討する。また、入院前の地域支援の利用状況に着目した分析も重要である。外来通院以外の医療・福祉サービスを利用していた者と利用していなかった者を比較し、入院前の支援の有無が、入院時の納得感、退院後の入院についての評価、尊厳への影響等とどのように関連しているかを検討する必要がある。これにより、入院に至る過程を、入院時点の判断だけでなく、地域生活支援や危機予防的支援の利用可能性を含む連続的なプロセスとして捉えることができる。

自由記載の分析では、選択式項目だけでは捉えることが困難な入院経験の意味づけに注目する必要がある。たとえば、「必要な入院だった」と評価しているにもかかわらず尊厳を損なわれたと感じている者、「何らかの支援は必要だったが入院ではなくてもよかった」と回答した者、家族等同意が適切ではなかったと感じている者、身体科医療の場面で不快な対応を受けた者などの記述を丁寧に分析することで、精神科入院において何が本人の納得感につながり、何が不信感や尊厳の毀損につながるのかをより具体的に明らかにできると考えられる。

加えて、調査経路、年齢、診断、入院回数、最後の入院からの経過期間等による違いについても検討する必要がある。本調査は回顧的調査であり、入院経験の評価は、現在の生活状況や回復過程、医療・福祉サービスと

の関係性によって影響を受けている可能性がある。そのため、今後の分析では、こうした背景要因を考慮しつつ、当事者の入院経験を多面的に分析する予定である。

2) 家族アンケート

本調査では、精神科に入院経験のある当事者、または医療や地域の支援者から精神科に入院を勧められたことのある当事者の家族513名から有効回答を得た。本年度报告では、選択式項目の記述統計に基づき、家族が当事者の精神科入院にどのように関与し、その後の生活支援においてどのような役割や負担を担っているのかについて概況を整理した。

まず回答者の属性を見ると、団体調査を通じた回答が62.2%、パネル調査を通じた回答が37.8%であった。回答者の年代は60代以上が多く、続柄では母が39.2%、父が24.8%であり、親の立場から回答した者が多数を占めていた。また、家族会の会員である者は63.4%であった。当事者本人の年代は40代、50代が中心であり、同居中と回答した者は61.0%であった。これらの結果から、本調査には、長期にわたり精神疾患を有する子どもを支えてきた親世代の経験が多く含まれていることがうかがえる。

はじめての入院に至るまでの経過については、入院に直接影響した症状が出てから入院に至るまでの期間が「3か月以内」であった者は37.4%と最多であったが、「1年以上経過後」であったとする回答も31.1%認められた。この結果は、入院が急激な症状悪化によって短期間で入院に至る場合だけでなく、症状や生活上の困難が長期にわたって続き、家族が対応に苦慮した末に入院に至る場合も少なくないことを示唆している。

入院前の医療・福祉サービスの利用状況については、当事者がはじめて入院する前に精神科・心療内科へ通院していたと回答した者は63.3%であった。他方、入院に至るまでに

それ以外の医療や福祉のサービスを「利用していなかった」とする回答は72.1%であり、訪問看護、デイケア・ショートケア・ナイトケア、就労支援、家事援助、グループホーム等の利用はいずれも限定的であった。また、何らかのサービスを利用していた者のうち、病状悪化時に追加で支援を受けたと回答した者は33.6%にとどまった。このことから、当事者が入院前から医療や福祉のサービスにつながっていた場合でも、病状悪化や生活上の困難に応じて支援を強化する仕組みには十分につながらない可能性が示唆された。入院に至る過程を検討する際には、通院の有無だけでなく、家族と本人の生活を支える地域支援や危機対応がどの程度利用可能であったかを併せて検討する必要がある。

入院以外の選択肢については、はじめての入院に至るまでに「入院以外の選択肢はなかった」と回答した者が74.3%であった。さらに、現在、当事者の病状が悪化した場合についても、「入院以外の選択肢はない」と回答した者が60.4%であった。「選択肢がある」と回答した者の中では、訪問看護、医師による往診・訪問診療、デイケア・ショートケア・ナイトケア、就労支援、家事援助、グループホーム等が挙げられていた。これらの結果から、入院以外の支援を具体的に想定できる家族も一定数存在するものの、多くの家族にとって、病状悪化時には依然として入院が主要な、あるいは唯一の選択肢として認識されていることが示唆される。精神科への入院に関する課題を検討する際には、入院制度そのものの見直しに加え、家族が入院以外の選択肢を現実的に想定できるような地域支援体制の整備について併せて検討することが不可欠である。

入院に至るまでの相談先については、心配ごとや悩みを相談できる人として「家族」と回答した者が66.0%と最も多かった。相談先に病院職員を挙げた者は25.5%、保健所の相談員や保健師は9.5%、市区町村役所の職員

は7.2%にとどまり、「誰もいなかった」とする回答も18.9%存在した。また、当事者を入院につなげるために病院へ連れていった人としては、「あなた（回答者自身）」が64.0%、「あなた以外の本人と同居している家族」が41.4%であり、病院職員、保健所、市区町村役所、訪問看護等の関与は限定的であった。これらの結果は、危機時の相談、受診調整、病院への同行において、家族が中心的な役割を担っていることを示している。本人を病院へ連れて行くことは、本人との関係性に大きな影響を及ぼし得る行為であり、家族にとっても心理的負担を伴うと考えられる。家族がこうした役割を担わざるを得ない状況は、危機時の支援や受療援助の体制の不足とも関連している可能性がある。

精神疾患や精神科入院に対するスティグマについては、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た者が、「そう思う」「ややそう思う」を合わせて56.6%であった。また、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、恥じたりしたと回答した者は、「そう思う」「ややそう思う」を合わせて41.7%であった。この結果は、家族が本人の症状や生活上の困難に対応するだけでなく、精神疾患や精神科入院に対するスティグマの影響も受けていることを示している。家族のとまどいや恥の感情は、家族個人の理解不足や受容の問題としてではなく、精神疾患を有する人とその家族が社会の中でどのように認識され、どのような支援を受けることができるのかという家族が置かれた社会的文脈の中で理解する必要がある。家族支援においては、本人への対応方法を共に考えたり、制度利用の方法を伝えたりすることに加え、家族が孤立感、罪責感、恥の感情や、将来不安等を安心して語ることでできる場を保障することも重要である。家族が、家庭内で何とかしなければならぬと考えて抱え込む前に、医療機関、自治体、保健所、相談支援機関、家族会等につな

ることができるよう、家族自身を支援対象として明確に位置づける必要がある。

入院形態に関する説明、理解、納得については、病院から説明を受けたと回答した者が70.9%、説明を理解したと回答した者が69.1%、説明を聞いて納得したと回答した者が68.5%であった。一方で、説明を受けていない、理解していない、納得していない、または分からないとする回答も一定数存在した。家族は、入院時の情報提供先、医療保護入院における同意者、退院後の生活支援者といった重要な役割を担うことが多い。その家族が、入院形態やその意味を十分に理解できないまま入院プロセスに関与している場合、家族自身の不安や混乱が高まるだけでなく、本人への関わり方や退院後の支援にも影響する可能性がある。特に、医療保護入院の場合、家族等同意は本人の意思に基づかない入院を可能にする重要な手続きであり、家族にとっても心理的負担を伴う行為である。そのため、家族が「説明を受けた」としても、その内容をどの程度理解し、どのような意味をもつ同意であると受け止めたのかを確認することが重要である。

「分からない」とする回答が一定数存在したことも重要である。これは、家族の理解力の問題としてのみ捉えるべきではなく、精神科入院制度そのものが複雑であり、入院時の切迫した状況の中で、家族が説明を十分に受け止めることが難しい場合があることに留意しなければならない。家族に対する説明は、家族が本人の状況を理解し、今後の治療や退院後の生活支援について見通しを持つための支援の一環として位置づける必要がある。また本人への説明と同様、一度の説明で十分と考えるのではなく、入院後の経過の中で必要に応じて繰り返し説明し、家族の疑問や不安を確認することが求められる。

医療保護入院の同意者となることについては、はじめての入院が医療保護入院であった者のうち、同意者になるにあたって困難を感

じた者は20.5%であった。他方、「なかった」と回答した者は63.7%であった。この結果から、多くの家族は医療保護入院の同意者となることを、必要な対応、あるいは家族として担わざるを得ない役割として受け止めていたものと考えられる。しかし、困難を感じた家族が約2割存在することは軽視できない。医療保護入院の同意は、本人の意思に基づかない入院を可能にする法的に重要な行為であり、家族にとっては、本人の治療機会を確保したいという思いと、本人の意思に反して入院させることへの葛藤が併存し得る。したがって、家族等同意を考える際には、家族を単に本人の権利擁護者として位置づけるのではなく、本人との関係性、本人ケアに関する負担、心理的負担、生活上の利害を有する存在として捉える必要がある。

退院後の生活については、はじめての入院後に本人が家族と同居したと回答した者が83.6%であり、退院後の生活が家族との同居を前提として構成されていることが多いことが示唆された。同居しなかった場合の退院先としては、一人暮らしが43.9%、グループホームが35.1%であった。入院をきっかけに本人と家族の関係に良い影響があった、またはどちらかといえば良い影響があったと回答した者は36.3%であり、悪い影響があった、またはどちらかといえば悪い影響があったと回答した者は18.5%であった。最も多かったのは「どちらともいえない」で、44.1%であった。入院が家族関係にどのような意味をもったのかについては、自由記載の分析により丁寧に検討する必要がある。

現在の生活状況については、本人が現在通院中であると回答した者は80.7%であり、そのうち自立支援医療制度を利用している者は79.0%であった。現在の精神科・心療内科の通院先については、「満足している」または「まあ満足している」と回答した者が70.5%であり、一定程度の満足が示された。しかしながら、現在、それ以外の医療や福祉のサー

ビスを「利用していない」と回答した者も29.0%存在した。利用しているサービスとしては、訪問看護が27.9%、就労支援が26.1%、デイケア・ショートケア・ナイトケアが12.1%、グループホームが8.2%であった。何らかのサービスを利用している者のうち、サービスに「満足している」または「まあ満足している」と回答した者は73.4%であった。これらの結果から、現在は一定の医療・福祉サービスにつながっている者もいる一方で、地域生活を支えるサービス利用はなお限定的であり、病状悪化時に入院以外の選択肢を想定しにくい状況が残っていることが示唆される。

家族が担っているケアについては、本人のケアをもっともよく行っている者として「あなた（回答者自身）」と回答した者が64.5%であった。ケアの内容を見ると、日頃から安否を把握している者は、「行っている」「部分的に行っている」を合わせて75.0%、医療費や生活費を支払う者は66.8%、住む場所を保証する者は66.6%、買い物や行政関係の手続きをサポートする者は60.2%、病状の急変や再発・自殺などを防ぐ者は56.3%、精神科・心療内科へ受診同行する者は52.4%であった。これらの結果より、家族が医療機関への受診支援にとどまらず、住まい、生活費、行政手続き、安否確認、危機予防など、多面的な生活支援を担っていることが明らかとなった。

ケアに関する負担については、医療費や生活費を支払うことが「非常に負担である」または「やや負担である」と回答した者が40.5%、病状の急変や再発・自殺などを防ぐことが39.0%、精神科・心療内科への受診同行が35.7%、身体に関する診療科への受診同行が33.7%、買い物や行政関係の手続き支援が33.5%であった。家族の負担は、単に日常生活の援助にとどまらず、本人の健康や安全に対する責任、将来への不安、経済的負担、医療福祉サービスの調整の負担等を含むもの

であることが示された。特に、病状の急変や再発・自殺を防ぐことに負担を感じる家族が一定数存在することは、家族が危機介入の役割を日常的に担っていることを示しており、適切な家族支援の重要性を示唆している。

金銭的負担については、初回または最後の入院形態が医療保護入院であった者について、入院にかかった医療費の支払いは「家族」が75.9%、「本人」が26.1%であった。本人が入院に同意していないにもかかわらず本人が医療費を支払うことについては、家族側では「納得できる」または「どちらかといえば納得できる」と回答した者が66.1%であり、家族が支払うことについても、「納得できる」または「どちらかといえば納得できる」と回答した者が69.5%であった。市町村長同意による医療保護入院の場合の医療費負担については、「市区町村の財源」とする回答が29.1%であったが、「分からない」も29.1%であり、家族の中でも医療費負担に関する認識は意見が分かれていた。

家族アンケートからは、家族が精神科入院の前後を通じて、相談、受診調整、病院への同行、医療保護入院の同意、退院後の受け入れ、住まいと生活費の支援、日常的な安否確認、再発や自殺の予防、行政手続きなど、広範な役割を担っていることが示された。平成25年の精神保健福祉法改正により、家族は「保護者等」ではなくなったものの、本人の回復と地域生活を支える重要な存在であり、現在でも制度上多くの責任を担っていることが本調査より明らかとなった。したがって、精神科入院制度、とりわけ医療保護入院における家族の位置づけを検討する際には、家族を単に「同意者」や「協力者」として捉えるのではなく、本人とともに支援を必要とする存在として位置づける必要がある。

今回の報告では、家族アンケートについても全体的な記述統計を示すにとどまったが、今後は自由記載の分析を含め、詳細な分析を追加する予定である。

当事者アンケートおよび家族アンケートの結果からは、入院形態や入院理由に関する説明や意思決定支援、本人および家族の理解と納得を得るための関係性構築や、療養環境および家族支援を含む地域の支援体制の整備等が重要であることがうかがえる。令和4

(2022)年の精神保健福祉法改正により、入院理由の告知、医療保護入院の入院期間の法定化と更新手続、地域援助事業者の紹介など、本人の権利擁護や退院支援を強化するための仕組みが導入されたことは重要である。しかし、こうした手続きを実質的な説明、意思決定支援、家族支援、退院支援として機能させるためには、相応の時間と人員が必要である。これらの義務が追加されたとしても、精神科病院の人員配置が同時に強化されるわけではない。そのため、現場では、権利擁護や退院支援のために必要な手続きが増える一方で、本人や家族に対する丁寧な説明や支援として担うためのマンパワーが相対的に不足することになる、というジレンマが生じている可能性がある。法改正によって手続的保障が強化されたことの意義を実質化するためには、文書交付や手続きの履行にとどまらず、本人および家族が入院の理由や今後の見通しを理解し、必要な支援につながるができるよう、制度上の義務と現場の実施体制との乖離を小さくすることが不可欠である。

本調査は、全国規模の組織を有する当事者・家族の関連団体への協力依頼、および調査会社のモニターパネルを通じて参加者を募集し、同意を得られた者を対象にWebまたは紙による回答を求めたものである。そのため、本調査の対象はある程度の多様性が確保されているものの、調査方法に由来するいくつかのバイアスを含む可能性があることには留意する必要がある。

当事者調査については、現状で重い精神症状や認知機能障害を有する人、長期入院中の人、社会的に孤立している人、インターネットや支援団体へのアクセスが乏しい人の経験

は十分に反映されていない可能性がある。家族調査については、回答者は長期にわたり精神疾患を有する子どもを支えてきた親世代が多く、家族会につながっていない家族、本人との関係が希薄な家族、インターネットへのアクセスが困難な家族の状況は十分に反映されていない可能性がある。

さらに、本調査では過去の入院に関連する内容を回顧的に尋ねている項目が多いため、リコールバイアスや現在の生活状況等による影響が含まれる可能性がある。

したがって、本調査結果は、精神科入院経験者全体における各経験の頻度を推定するものとしてではなく、精神科入院を経験した当事者や家族の中に、どのような経験や評価が存在し得るのかを可視化する資料として解釈する必要がある。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 藤井千代 他：非自発的入院に関する実態調査. 令和6年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）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（研究代表者：村井俊哉）報告書. Pp10-122, 2025.