

障精発 0124 第 1 号
平成 26 年 1 月 24 日
一部改正 障精発 1206 第 1 号
令和元年 12 月 6 日
一部改正 障精発 0302 第 2 号
令和 5 年 3 月 2 日

都道府県知事
各 殿
指定都市市長

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長
(公 印 省 略)

医療保護入院における家族等の同意に関する運用について

今般、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 49 号）により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「法」という。）が改正され、一部を除き、平成 26 年 4 月 1 日から施行されることに伴い、医療保護入院の要件が精神保健指定医の判定と家族等のうちのいずれかの者の同意に改められたところである。精神科病院の管理者が家族等からの同意を得る際の運用の考え方については下記のとおりであるので、医療保護入院制度の円滑、適正な実施に遺憾なきを期されるとともに、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

記

1. 今回の法改正においては、保護者制度の廃止に伴い、医療保護入院について精神保健指定医 1 名の判定とともに、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者及び後見人又は保佐人であって、行方の知れない者、未成年者等に該当しない者をいう。以下同じ。）のうちいずれかの者の同意を必要とすることとした。（法第 33 条第 1 項及び第 2 項）
2. 当該改正の趣旨は、適切な入院医療へのアクセスを確保しつつ、医療保護入院における精神障害者の家族等に対する十分な説明とその合意の確保、精神障害者の権利擁護等を図るものである。
3. なお、医療保護入院は、本人の同意を得ることなく入院させる制度であることから、その運用には格別の慎重さが求められる。本人の同意が求められる状態である

場合には、可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるように努めなければならない。

4. 医療保護入院においては、その診察の際に付き添う家族等が、通例、当該精神障害者を身近で支える家族等であると考えられることから、精神科病院の管理者（以下「管理者」という。）は、原則として、診察の際に患者に付き添う家族等に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、当該家族等から同意を得ることが適当である。
5. 管理者が家族等から医療保護入院の同意を得る際には、同意を行う者の氏名、続柄等を書面で申告させて確認する。その際には、運転免許証や各種医療保険の被保険者証等の提示により可能な範囲で本人確認を行うとともに、当該者の精神の機能の状態等を踏まえ、上記書面の申告内容を確認されたい。
なお、医療保護入院の同意に関する書面の様式例を参考までに添付するので、適宜活用されたい。
6. 管理者が家族等から医療保護入院の同意を得る際に、後見人又は保佐人の存在を把握した場合には、これらの者の同意に関する判断を確認することが望ましい。
7. また、当該医療保護入院者に係る精神障害者が未成年である場合に管理者が親権者から同意を得る際には、民法（明治29年法律第89号）第818条第3項の規定にしたがって、原則として父母双方の同意を要するものとする。
8. 精神障害者に対する医療やその後の社会復帰には家族等の理解と協力が重要であることを踏まえると、医療保護入院は、より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい。
このため、管理者が医療保護入院の同意についての家族等の中の判断の不一致を把握した場合においては、可能な限り、家族等の中の意見の調整が図られることが望ましく、管理者は、必要に応じて家族等に対して医療保護入院の必要性等について説明することが望ましい。
9. 管理者が家族等の中の判断の不一致を把握した場合であって、後見人又は保佐人の存在を把握し、これらの者が同意に反対しているときには、その意見は十分に配慮されるべきものと解する。
10. また、管理者が家族等の中の判断の不一致を把握した場合において、親権を行う者の同意に関する判断は、親権の趣旨に鑑みれば、特段の事情があると認める場合を除き、尊重されるべきものと解する。
11. 医療保護入院後に管理者が当該入院に反対の意思を有する家族等（医療保護入院の同意を行った家族等であって、入院後に入院に反対することとなったものを含む。）の存在を把握した場合には、当該家族等に対して入院医療の必要性や手続の

適法性等について説明することが望まれる。その上で、当該家族等が依然として反対の意思を有するときは、管理者は、都道府県知事（精神医療審査会）に対する退院請求を行うことができる旨を教示する。

様式

同 意 書

1. 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	〒
フリガナ 氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2. 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所	〒	〒
フリガナ 氏 名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
本人との関係		
〔 1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（ ） （選任年月日 昭和・平成・令和 年 月 日） 〕		
なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。		
①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者		

※親権者が両親の場合は、両親とも署名の上記載して下さい。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

病院管理者 殿

年 月 日

〇〇 〇〇