

平成24年5月30日 作業チーム資料

残りの論点

- ① 入院期間に関する論点
- ② 入院時の審査に関する論点
- ③ 退院時・退院後の支援に関する論点
- ④ 入院手続の契機に関する論点

① 入院期間に関する論点

【論点1】 入院期間に(審査の上更新可能であることは前提とした)制限を設けるかどうか。

【論点2】 どのような期間で審査を行うか。

【論点1】 入院期間に(審査の上更新可能であることは前提とした)制限を設けるかどうか。

【考え方1】 入院期間の制限は設けない

- 入院の必要性があり、入院への同意ができない状態が続く以上、一律に入院期間を制限すべきではない、という考え方。
- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することとなる。

【考え方2】 入院期間の制限を設ける

- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することがないよう、一定の期間制限を設ける(その期間を過ぎた場合、退院させるか、任意入院を選択する)、という考え方。
- 医療機関で退院に向けた取組を行うインセンティブになり得る。
- 病状の改善が十分ではないのに退院する状況が生じうる。
- この案の場合、退院後も何らかの形で医療(外来、訪問)を継続できる制度が必要となるか。

【考え方3】 入院期間の制限は設けないが、入院継続の必要性をより頻繁に審査する。

- 入院の必要性があり、入院への同意ができない状態が続く以上、一律に入院期間を制限すべきではない、という考え方を前提にしつつ、現在は定期病状報告に対して精神医療審査会が行っている審査の頻度を、より頻繁に行うこととする。
- どのような方法で審査を行うかが課題となる。

【考え方4】 一定の入院期間の制限を設けつつ、審査の上更新可能とする。

- 本人にとっての「強制性」の問題が継続することがないよう、一定の期間制限を設けつつ、病状の改善が十分ではないのに退院する状況が生じないよう、審査の上更新を可能とする。
- どのような方法で審査を行うかが課題となる。
- 更新を制限なくできるようにするかどうかは課題となる。

【論点2】 どのような期間で審査を行うか。

- 期間の設定の仕方については、本来あるべき姿を考慮しつつ、具体的には現在の医療保護入院による入院の状況(※)を踏まえながら検討する必要があるのではないかと。

(※) 医療保護入院患者のうち約84%が1年未満で退院
医療保護入院患者のうち入院期間が1年以上の患者の割合は、約64%

1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年以上	20年以上	合計
10,510人	12,788人	9,958人	12,122人	39,133人	17,283人	12,625人	13,338人	127,757人

- 例えば以下の方法が考えられるが、どのように考えるか。

(1) 審査期間の一律の見直し

- ・ 現在の12か月ごとという審査間隔を、一律に短くする。
(例) 3か月ごと
- ・ 入院当初は頻回にし、一定期間を超えたら間隔を長くする。
(例) 入院期間が1年までは3か月ごと、1年を超えたら12か月ごと
- ・ 一定期間を超えたら、入院当初よりも間隔を短くする。
(例) 入院期間が1年までは12か月ごと、1年を超えたら3か月ごと
- ・ 特に支援が必要な期間について、間隔を短くする。
(例) 12か月ごとを基本としつつ、1年以上5年未満の期間は3か月ごと

(2) 一律に定めず、一定期間内で病院が患者ごとに設定する期間とする。

(例) 6か月の範囲内で、病院が入院時に作成する入院診療計画の中で審査期間を設定

- いずれにしても、現在(12か月ごと)と比較すると、審査量が膨大になるが、どのように対応するか。(合議体の数、審査会の構成員の数、審査の方法等)

(参考) 上記(1)の場合、審査件数は、現行より約5倍、約2倍、約4倍、約2.4倍となる。

② 入院時の審査に関する論点

- 「市民的及び政治的権利に関する国際規約」(いわゆる国際人権B規約。昭和41年の第21回国連総会において採択、昭和51年に発効、日本は昭和54年に批准。)第9条第4項は「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所(※)がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること及びその抑留が合法的でない場合にはその釈放を命ずることができるように、裁判所において手続をとる権利を有する。」としており、入院時の審査を、現在よりも遅らせることは難しい。

(原文) *International Covenant on Civil and Political Rights* (抄)

Article 9

1~3 (略)

4. *Anyone who is deprived of his liberty by arrest or detention shall be entitled to take proceedings before a court, in order that that court may decide without delay on the lawfulness of his detention and order his release if the detention is not lawful.*

5 (略)

(※) 昭和63年7月に出されたICJ(国際法律家委員会)第2次調査団の「結論及び勧告」では、国際人権B規約第9条第4項について、「この条文は、自由を奪われた者は、その抑留が合法的でない場合、釈放を命令することができる裁判所(court)に対して、申立をする権利を与えられていることを規定している。このような裁判所は通常の裁判所(ordinary courts)である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュールであってもよいし、より正式にとらわれぬ手続で運営されてもよいのである。しかし、このような裁判所は独立したものでなければならないし、当事者双方の意見を聴かねばならず、かつ弁護士およびその他の人によって代理されることを認めねばならない。たとえ全記録が患者の利益のため患者には開示されない場合にも、患者の代理人は、その手続に参加し、精神医療審査会によって審査されたすべての記録を閲覧し、意見をのべる権利が与えられていなければならない。」としている。

- 現在の入院届の様式は、医療保護入院等の定期病状報告の様式とほぼ同様であり、入院患者の病状を客観的に記載したものとなっているが、退院に向けたプロセスを念頭に置き、入院時に病院側が作成する入院診療計画も提出させることが考えられるのではないかと。

(※) このような仕組みにすると、入院の審査期間について、「入院の審査期間を一律に定めず、一定期間内で病院が患者ごとに設定する期間とする」(6か月の範囲内で、病院が入院時に作成する入院診療計画の中で審査期間を設定)という仕組みも可能となる。

③退院時・退院後の支援に関する論点

【論点1】

服薬管理等一定の医療的な支援が確保されれば地域で生活することが可能な人に対して、退院時に合意した条件での通院又は訪問することを退院後の治療計画に盛り込み、諸外国の「継続通院処遇」のような仕組みを導入することについてどのように考えるか。

このような仕組みは、長期入院者などが退院する際、障害者自立支援法のケアマネジメントの中で医療をどのように位置付けるかを考慮しながら、具体化について検討を進める必要があるのではないか。

【論点2】

精神障害者が退院後、地域での生活を送るためには、状態が変わりやすい、ちょっとした刺激で急激に悪化することがある、一人だけでは周囲の状況の変化に対応するのが困難という精神障害者の特徴を考えると、

- ・ 常に訪問してくれる体制としてのアウトリーチ(訪問支援)や、急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定の短期宿泊支援が必要ではないか。また、本人の状態を理解している人が対応できるようにするためには、これらのサービスをセットで提供できるような体制が必要ではないか。

6

継続通院・訪問治療制度(イメージ)

目的: 確実に通院ができればまたは訪問による医療が受けられれば退院して地域生活が可能となる患者について、通院・訪問を継続できる仕組みを創設することによって退院を促進する。

概要: 本人の同意、家族の理解の下、退院後の通院・訪問を継続することを条件に通院・訪問治療に移行し、期間を区切って通院・訪問を継続する仕組み。



・ 院内のチームが、通院・訪問治療の利用を提案し、本人の同意を得る。
・ 院内の地域支援関係者が、相談支援事業所と連携して「治療計画」を作成する。



通院・訪問治療中は院内の地域支援関係者が主催するケア会議を定期的開催し、「治療計画」を更新。更新時に患者に説明、同意を得る。ケア会議に患者が出席することも可能。



病状改善となれば制度利用終了。



「治療計画」と乖離した状況となった場合(例えば、治療中断で症状が現れている等)は、院内の地域支援関係者をはじめとする多職種チームは緊急ケア会議を開催し、今後の対応を協議する。



緊急ケア会議の結果、入院治療が必要という結論に至った場合、患者に十分な説明を行い、患者が入院治療に
①同意する場合、任意入院。
②同意しない場合、必要に応じ、入院の手続に入る。

※ 障害者自立支援法に基づくケアマネジメントの手続きでの位置付けを考慮しながら検討

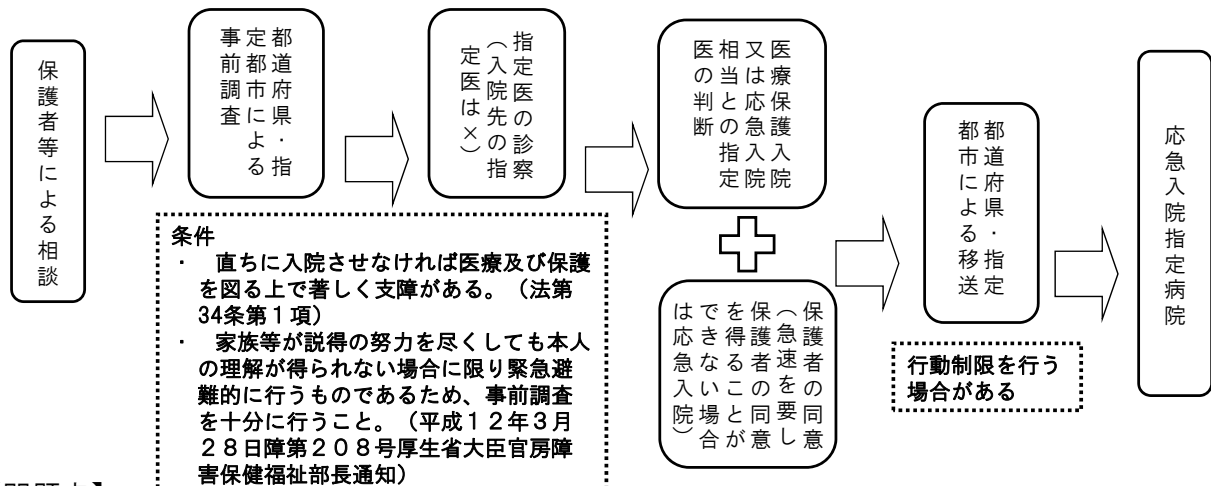
7

④ 入院手続の契機に関する論点

- 医療保護入院の手続にあたっては、申請の行為を契機とする方法もあるが、そのような仕組みにすれば、「誰が」申請の主体となるかで新たな課題となりうることから、特段の申請制度は設けず、患者が病院に来たときに手続が始まることを原則とすべきではないか。
- ただし、入院医療を受ける必要があるにもかかわらず、どうしても患者を病院に連れてこられない場合への対応として34条移送のような仕組みを残すべきではないか。
- 具体的には、
 - ① 34条移送の際の保護者の同意を外すべきではないか。
 - ② 家族等から相談のあった精神障害者については事前調査を経ることを明確にし、「直ちに」とする要件は撤廃すべきではないか。
 - ③ むしろ、地域支援関係者を加えた事前調査を十分に行い、
 - (1) 地域支援関係者が本人の地域生活継続の可能性を検討
 - (2) 精神保健指定医が医療の必要性を判断
 することにする中で、「医療を受けさせる必要があるが、移送手段を使わなければ医療につながらない」として両者の意見が一致した場合に移送を発動することにしてはどうか。
 - ④ 上記のような事前調査を保健所がより積極的に行うような仕組みを設けるべきではないか。

8

34条移送手続の流れ



- ① 緊急性の要件が必ずしも明確でない
保健所での事前調査に数ヶ月かかる場合もあり、措置ではないが、通常の医療保護入院よりも緊急性が高い（「直ちに」や「著しく支障」の要件）という対象者の状態像が明らかでない。
また、移送の事前調査の際に地域で医療福祉サービス等を活用して地域生活を継続するという視点をもっと入れるべきとの指摘もある。
- ② 移送のための資源が少ない
精神保健指定医の確保が非常に難しいという意見、移送先が応急入院の指定病院に限定されているが、数が少なく、病床が空いてない場合もあるため、調整が簡単ではないという意見、移送の場面で、保健所の職員等の要員の確保がかなり負担になるという意見がある。

9