

平成 28 年 2 月 25 日

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」意見表明

公益社団法人日本精神科病院協会

理事 櫻木 章司

1. はじめに

わが国における少子高齢化にともなう人口構成の変化やストレス社会の反映としての疾病構造の変化によって、精神疾患を有する患者数の推移には、以下のような変化が見られる。つまり、①統合失調症に関しては、患者数については概ね変化はないが、患者数全体に占める割合は漸減している。②気分障害については、患者数、全体に対する割合ともに漸増している。③認知症、特にアルツハイマー型認知症の患者数の増加が目立つ。といった点である。

こうした疾病構造の変化に加え、薬物療法や心理社会的療法の進展によって、精神科入院治療においては、早期退院群と長期在院群との二極分化ともいえる現象が明らかとなっている。また長期在院群においては、患者の“重度遷延化”や高齢化が問題化しており、それらに対する対応が求められている。

2. 精神病床のさらなる機能分化

1) 急性期・回復期治療

現状では、新規入院患者のうち、約 7 割が 3 ヶ月未満で、約 9 割が 1 年未満で退院を実現している。3 ヶ月未満を急性期、1 年未満を回復期とするならば、急性期においてはより高密度の入院治療の導入による早期退院の促進が、回復期には疾病管理教育や生活環境調整援助を含む多職種による退院支援の充実が求められる。

こうした急性期ないしは回復期治療充実のためには、治療密度を挙げ、機能毎の対応も可能とするために、区分された治療ユニット（ないしは病床）の導入やチーム医療の観点から看護職員以外の医療専門職も含めた人員配置基準を認めることが必要となる。もちろんこれらの実現のためには、行政による財政的支援や診療報酬上の評価が必要なことは言うまでもない。

また、治療の標準化を図るためにクリニカルパスを導入することによって、患者の状態の評価や治療計画の定期的な検討を行うことや各専門職種の介入のあり方や治療における役割が明確となることで、密度の高いチーム医療を可能となる。

速やかな回復を目指すためには、患者本人や家族の治療への参画が重要であり、疾病の理解や回復意欲そして治療への協力が欠かせない。治療開始当初より可能なかぎり患者本人や家族の治療方針やその計画立案を行う場への参画を図るとともに、疾病教育や心理教育などの支援を行うことが必要である。

精神科救急体制については、外来診療の時間外に発生した自院通院中の患者の救急受診（一次救急：ミクロ救急）に対しては自院の診療で対応する。ただし精神保健指定医が不在等の事由で非同意的治療に対応不能な場合や受け入れ病床の確保が困難な場合等は、病院群輪番救急（二次救急：マクロ救急）などの公的な精神科救急医療体制で対応する。自傷・自殺企図や重症身体合併症などの専門的な身体的治療を優先する場合は一般救急で対応し、身体治療後に必要があれば精神科治療を行う。自傷他害（のおそれを含む）など行政処分を要するハード救急は、精神保健福祉法に基づき警察官通報等で行政的関与により、指定病院が対応することとなる（三次救急）。

2) 重度遷延・最重度障害者治療を含む長期在院者に対する対策

現在における標準的な精神科医療を提供しているにもかかわらず、「長期にわたり入院の必要性があり、退院に行き着けない患者群」が存在するのが現実である。これらの患者群に対しては、平成 25 年度より厚生労働科学研究として研究班が組織され、「重度かつ慢性」暫定基準案が作成された。これによると、「精神症状が一定以上の重症度を示し、それに加えて①行動障害、②生活障害のいずれか（もしくは両方）が存在する場合に、治療上の配慮が必要と判定する」とされている。

従来より、これらの群の多くを占める統合失調症患者の入院治療が長期に至る要因については、様々な検

討がなされてきた。今回、暫定基準案が提示されたが、従来われわれが提起していた、①激しい精神症状を遺し、頻回に隔離や拘束等の行動制限を要しており、入院治療の必要がある患者群（陽性症状群）や②欠陥症状が高度で、疎通が十分につかず徘徊等の行動があり、自ら危険回避ができない等、常時の医学的関与が必要な患者群（高度な欠陥症状群）に、重なる部分が多い。これらについて重症度の判定を行うことは、統合失調症の重症化の防止を図り、ひいてはその治療戦略を練るうえで欠くことができない。殊に統合失調症における急性期後の寛解過程は、その後の慢性化への岐路としての臨床的意味をもつと考えられ、この回復過程での治療戦略の練り直しが、入院長期化についての問題解決の糸口になるのではないかと。

3) 身体合併症治療

精神疾患をもつ人たちが身体合併症の治療が必要となった時、少なからず困難を経験する。その原因としては、①国民レベルでの精神疾患に対する差別感情や偏見が依然残っている。医療スタッフについても、精神疾患についての教育研修が十分に行われていない。②地域における身体科と精神科との病・病連携体制が確立されておらず、身体合併症患者の身体科への転科が円滑に行えない。③地域支援病院や自治体立病院などのいわゆる総合病院の精神病床が減少の一途を辿っている。④精神科病院入院中の患者が他科受診した場合、特定入院料や基本入院料等の減算が行われることや、精神科病院が自院で身体合併症治療を行った場合の身体合併症加算にも様々な制限が加わること等の診療報酬上の問題点、等が挙げられる。これらに対しては、①学校教育で精神疾患について取り上げる等、国民に対する精神疾患についての教育や一層の啓発を行うことや、医師研修システムの中での精神科必修化や卒前教育での精神科臨床実習の充実など医療従事者への対策、②精神科医が習得すべき身体合併症に関する研修体制の整備や、精神科患者に対応する身体合併症対応施設を全国的に配置する“精神科身体合併症救急システム”の構築、さらに精神科救急システムと一般救急システムの連携を一層緊密化すること、③総合病院において、前医である精神科主治医が診察に関わる開放型病院の導入等、総合病院の合併症治療機能の強化、④身体合併症に罹患した精神障害者が差別なく治療を受けることができるための診療報酬体系の改善、等が考えられる。

4) 認知症治療

認知症は、慢性あるいは進行性の脳疾患の症状である。記憶障害や認知障害を示し、仕事等の日常の社会的活動や他者との人間関係が損なわれるものである。ICD-10では、器質性精神障害として「精神および行動の障害」に分類されている。

認知症に対して、精神科医療は以下のように展開されるべきである。①認知症疾患医療センターをはじめとする専門医療機関において早期診断・鑑別診断を受けることのできる体制を整備する。②認知症に対する薬物療法のみならず環境調整やリハビリテーションなどの非薬物療法もその有用性であり精神科領域では多職種によるチーム医療として行われている。③認知症は、慢性進行性の経過をたどる疾患であり、在宅生活を継続するための精神科医療を提供しなければならない。アウトリーチを含む訪問看護、デイケア、デイナイトケア等を行い、本人だけでなく家族や介護者をも支援する。なかでも重度認知症患者デイケアの治療効果は明らかであり、地域での生活を支える専門外来医療である。④BPSDの増悪に対する救急医療体制、身体合併症の悪化に対する対応は、認知症治療病棟を利用する。今後認知症治療病棟は、急性期治療機能、リハビリテーション機能、重度治療機能、身体合併症治療機能を併せ持つ必要がある。⑤退院後の生活支援は医療に加え、介護保険サービスを包括的・継続的に利用する。このため、精神科医療と介護福祉サービスとの連携を密とする。たとえば精神科医療からの支援として、地域包括支援センターや一般医療機関からの要請に対して、精神保健福祉士等の訪問システムを構築すること等が想定される。⑥入院治療は必要最小期間とし、再び在宅等の地域生活を支援する治療の方向性を目指す。急性期認知症入院クリニカルパスを導入し、入院時からの急性期の診療計画を作成するとともに、多職種によるチーム医療を行い入院期間の短縮を図る。

3. 精神障害者を地域で支える医療のあり方

1) デイケア、デイホスピタル

入院患者の退院、地域移行が進展するなかで、精神科デイケアの重要性は増すことはあっても、減ずることはない。今後は、気分障害のリワークや発達障害やアルコールや薬物依存症に対するなど疾病性に着目したリハビリテーションを実施する精神科デイケアの新たな展開も期待される。

一方、精神科デイケアを含む現在の外来通院医療は、症状の比較的安定した患者に合わせて、治療構造が構築されている。このため症状が重度であったり、経過が不安定であったりする患者は、外来通院治療で対応することが難しく、やむを得ず入院治療となるのが現状である。また、同様に入院治療の終了も、これらの外来通院治療が対応できる状態まで治療が進む必要があることとなり、入院期間の延長につながっている。

このような症状の重い患者等に対して、日中時間帯に入院治療と遜色のない密度の治療を外来通院で行える治療システム（デイホスピタル）があれば、入院治療の適応は更に縮小し入院期間の短縮も図ることができる。

2) アウトリーチ・サービス

在宅患者に対する訪問診療・看護・支援といった多職種による在宅訪問診療は、現在アウトリーチ・サービスとして行われるようになった。これらは、地域移行にとって有用な手段であり、今後もニーズが拡大するものと考えられる。しかし、その治療的介入のあり方などを含め一定のガイドライン作成が必要である。特にサービス提供の対象者の自由意志と人権擁護の観点を踏まえての概念の整理が求められる。民間精神科病院が行うとすれば、長期入院退院後の支援や治療中断例のようなすでに対象者や家族との治療契約が成立しているものに限られるべきである（未受診例やいわゆる“ひきこもり”に対しては、行政による保健的アウトリーチの対象とすべきである）。また、他の診療科における在宅訪問診療との違いを十分に反映した精神科在宅訪問診療としての位置づけが必要で、それに対する診療報酬上の適切な評価がなされなければならない。

3) 多機能型地域支援センター（地域生活支援拠点）

精神障害の特性として、疾病と障害が併存しており、その時々 of 疾病の状況（病状）が障害の程度に大きく影響し、病状の安定が生活能力の維持に欠かせないことが指摘される。この点を踏まえれば、医療サービスと障害福祉サービスが重層して切れ目なく提供される支援態勢が必要とされる。しかし、現状の障害者総合支援法のサービス体系には、これらの特性が考慮されず障害特性に合致するものが見当たらない。従来よりわれわれは、旧生活訓練施設から移行したグループホームを核として、①社会生活訓練、②地域啓発活動、③ショートステイ、④危機介入（ドロップインセンター）やレスパイトケア、⑤24時間電話相談、⑥スタッフ研修やスーパーバイズ機能、⑦家族等支援や心理教育、⑧就労支援（ジョブコーチ事業等）の機能を併せ持つ多機能地域支援センターの構想を提唱していた。この構想は居住支援と地域相談支援、地域生活支援、更には地域支援の一体的整備に資するものとする。

4. 精神疾患に係る医療体制の構築

精神疾患が医療法上のいわゆる5疾病とされ、精神疾患に関する医療計画が策定されるにあたって、平成24年度には「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」が策定された。このなかで、精神疾患に関する医療計画が目指す方向として、精神疾患患者やその家族等に対して、①住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制、②医療機関の機能分化と連携により、適切に保健・医療・介護・福祉・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制、③アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制、④必要な時に、入院医療を受けられる体制、⑤医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を公開することを目指す、とされた。

また、平成27年3月に策定された「地域医療構想策定ガイドライン」のなかで、施策の基本的考え方として、精神科医療に関しては、①地域医療の観点からは、精神病床等の入院医療機能や外来機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる。②特に精神疾患については、医療計画に位置づけられており、一般医療と精神科医療の連携は重要であることから、地域医療構想を策定するにあたっては、地域における精神科医療も含め検討することが重要であるとしている。

地域医療構想は、概ね従来の二次医療圏に相当する構想区域ごとに策定されるが、医療計画の考え方に立てば、身近な地域である構想区域内で、精神保健・医療・福祉や介護、さらには障害福祉サービスが受けられるように、精神科医療機関の機能分化や連携を図る必要がある、との結論となっているのである。

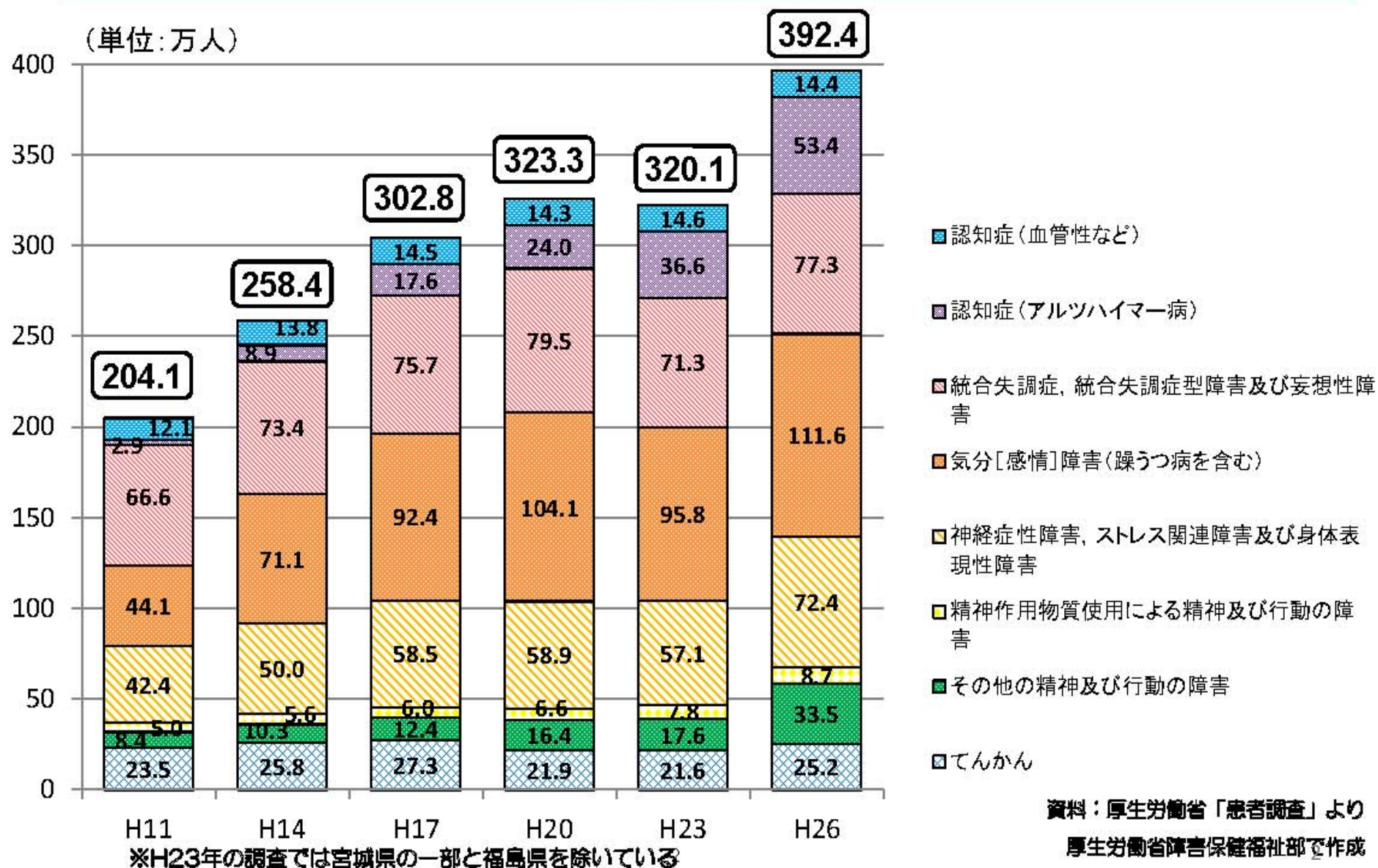
これからの精神保健医療福祉の あり方に関する検討会

ヒヤリング資料
2016. 2. 25

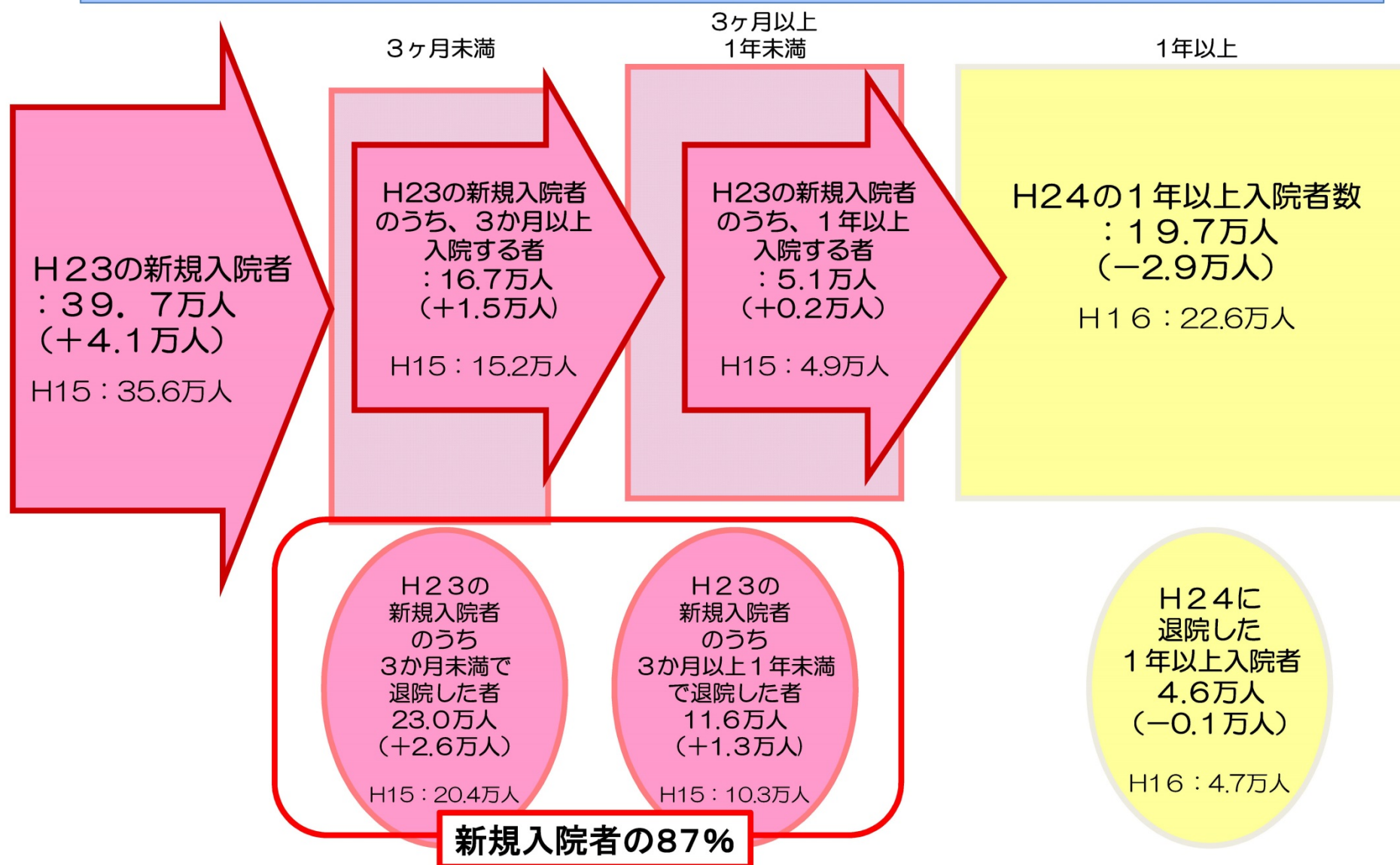
公益社団法人日本精神科病院協会
理事 櫻木章司



精神疾患を有する総患者数の推移 (疾病別内訳)



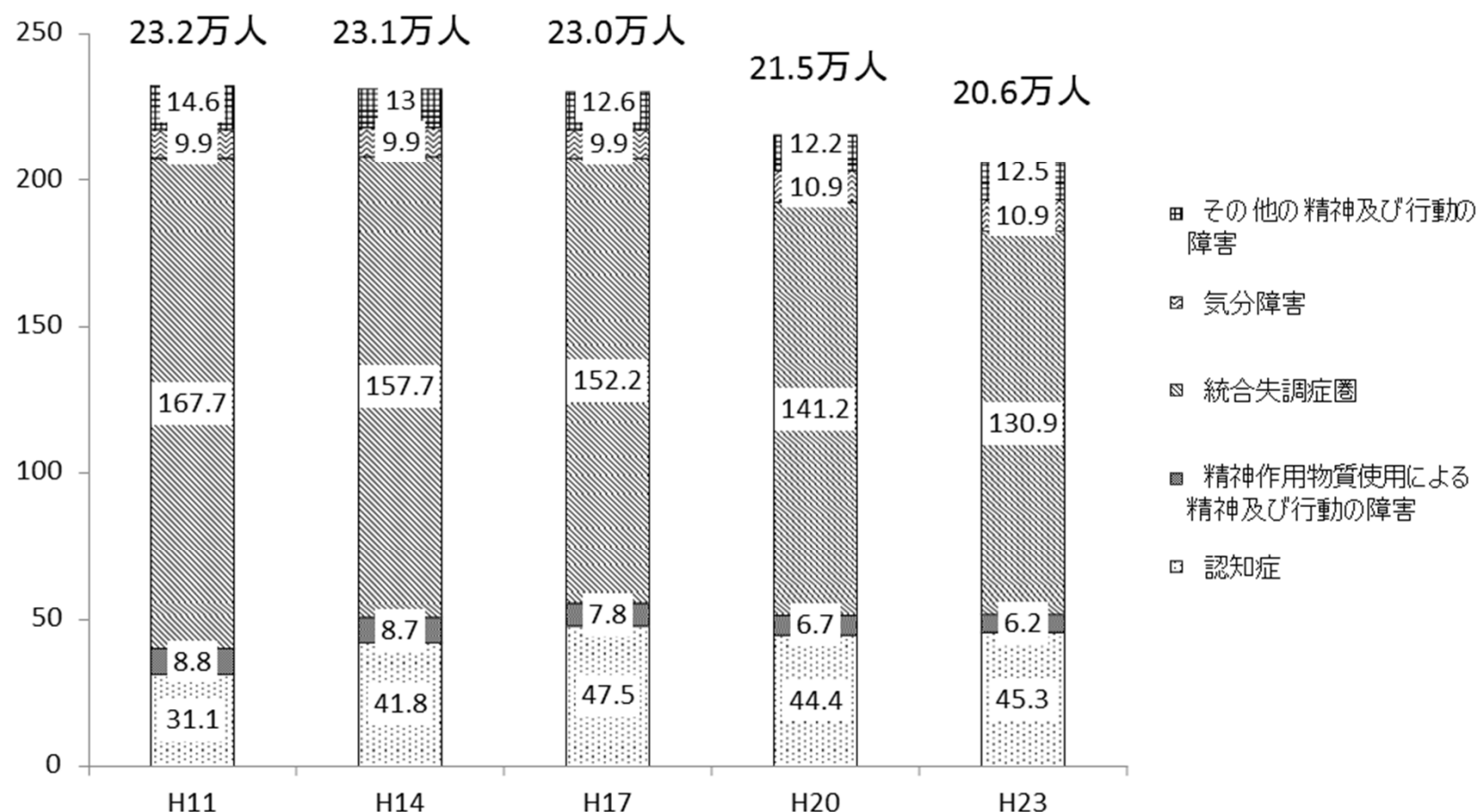
精神病床における患者の動態の年次推移



資料：平成24年厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課調より推計

1年以上入院している精神障害者の疾患別分類 (精神病床以外の入院患者も含)

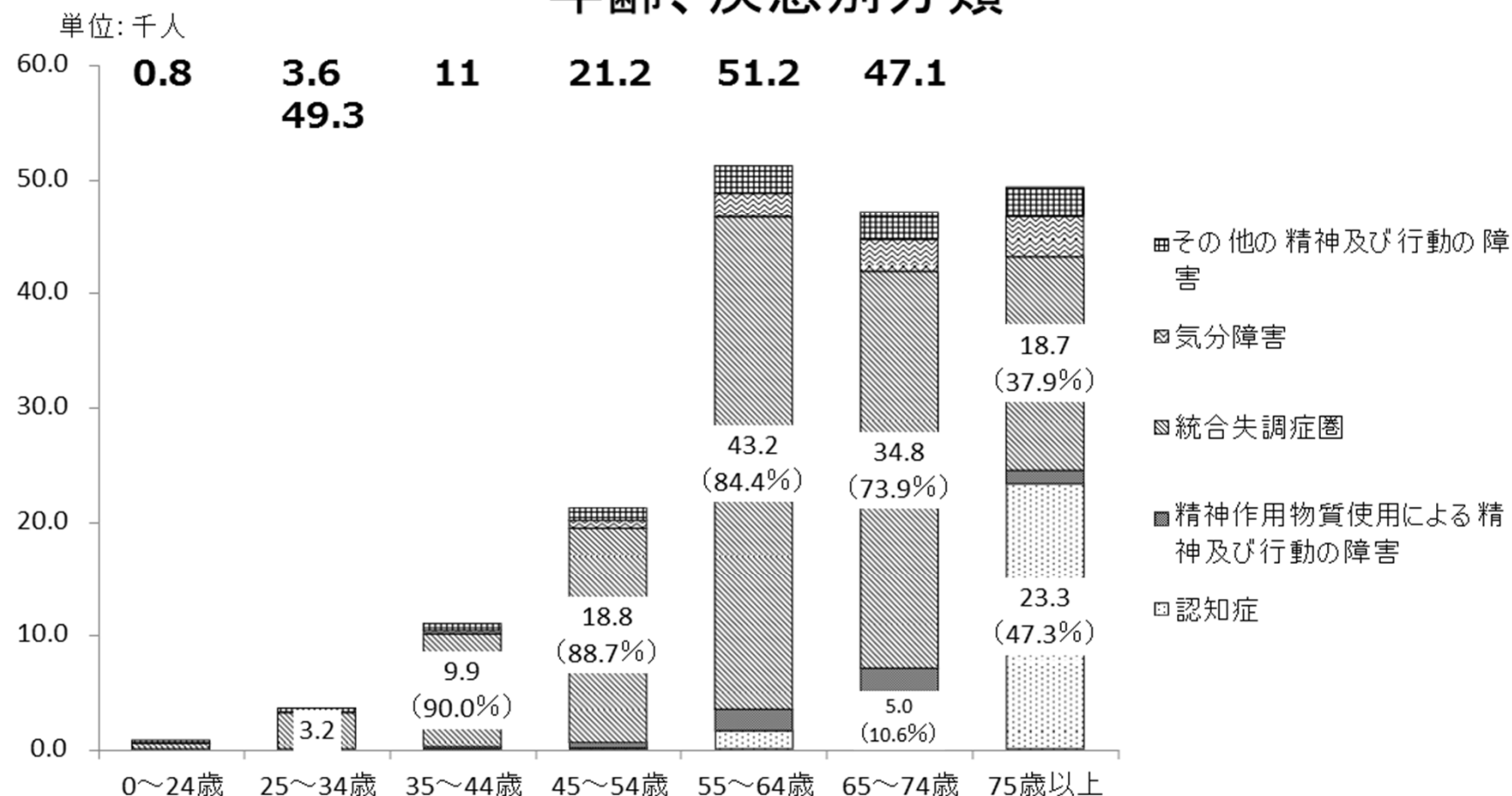
単位: 千人



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査

1年以上精神病床に入院している精神疾患患者 ～年齢、疾患別分類～

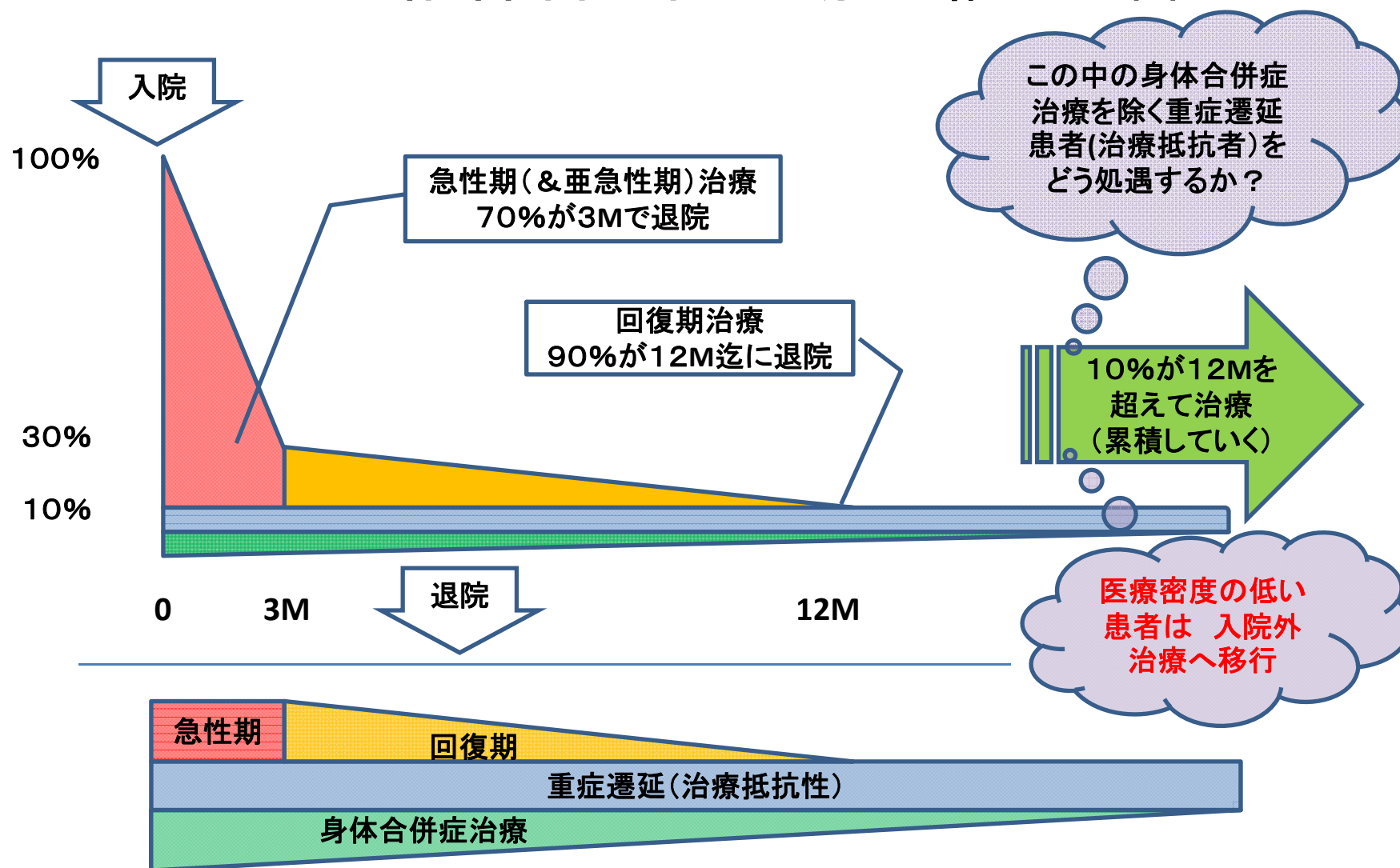


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

※上記集計は、不詳は除いている

資料：平成23年患者調査

これからの精神科入院治療の構造と課題



「 新たな長期的治療患者(10%)を 12M以上入院処遇しない仕組みが必要 」

(重症遷延患者と身体合併症患者を除き)

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

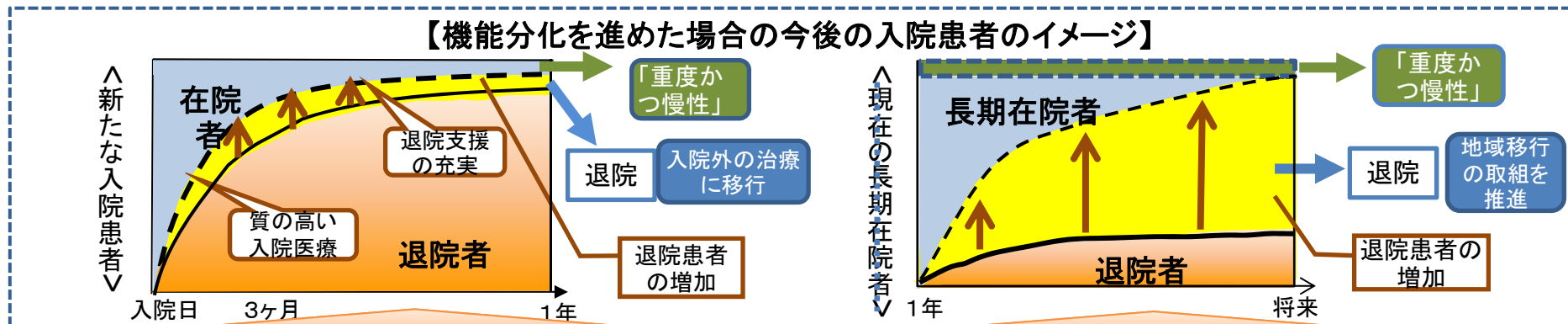
今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

<精神科医療の現状>

- 新規入院者のうち、**約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院**。一方、**1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）**
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、**一般病床よりも低く設定**（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

<精神病床の今後の方向性>

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の**状態像や特性に応じた精神病床の機能分化**を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、**人材・財源を効率的に配分する**とともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



- **3か月未満**について、**医師・看護職員は一般病床と同等の配置**とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- **3か月～1年未満**について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、**そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする**。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- **重度かつ慢性**について、調査研究等を通じ**患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱い**とする。
- **精神科の入院患者は**、「重度かつ慢性」を除き、**1年で退院させ、入院外治療に移行**させる仕組みを作る。

- **現在の長期在院者**について、**地域移行の取組を推進**し、**外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていく**と同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

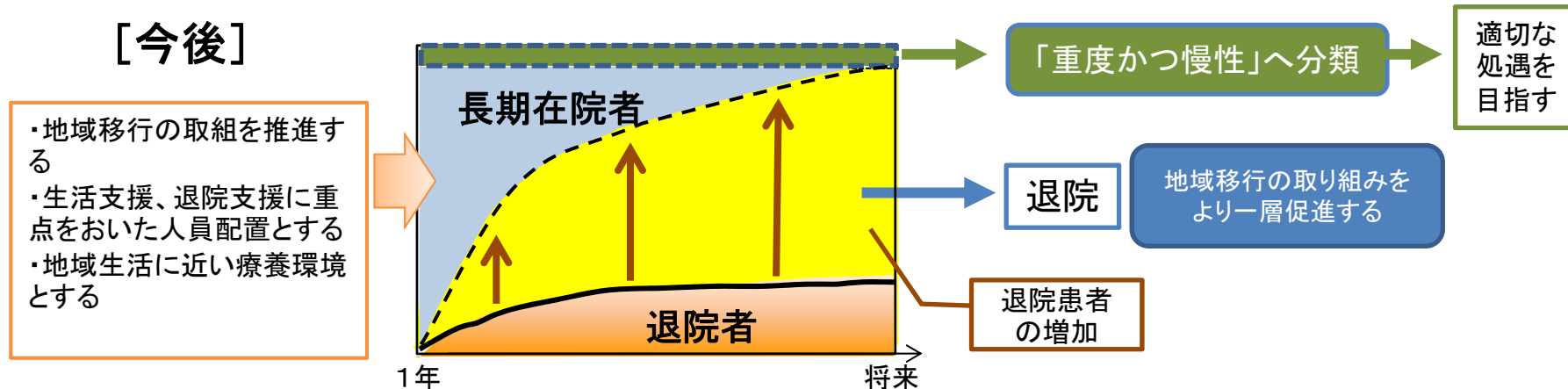
医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の**多職種で3対1の人員配置基準**とする。

さらに、**開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境**とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

現在の長期在院者への対応

[今後]



現在の長期在院者（「重度かつ慢性」を除く）（精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者）			
地域移行の取組	○長期在院者の地域移行を推進するため、 ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する	人員体制	○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする
その他の意見	○地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい ○地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき ○長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等で対応すべきとの意見があった。 ○地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である ○長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき	療養環境	○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

「重度かつ慢性」暫定基準案

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上である場合に、重度かつ慢性の基準を満たすと判定する。

身体合併症については、下記に該当する場合に治療上の特別の配慮が必要と判定する。

1. 精神症状

BPRS総得点45点以上、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上

注)BPRSはOverall版(表1※)を用いる。その評価においては「BPRS日本語版・評価マニュアル(Ver. 1)」に準拠する。

2. 行動障害

2月調査で用いた問題行動評価表(表2※)を用いて評価する。1～27のいずれかが「月に1～2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。(項目28の「その他」は削除。項目の配列を改め、自傷他害に関連する事項をA項、その他をB項とする)

3. 生活障害

障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」(表3※)を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度の)生活障害ありと判定する。ただし、「7. 社会的適応を妨げる行動」は上記の「行動障害」と重複するので削除する。

4. 身体合併症

精神症状に続発する下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。

①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎

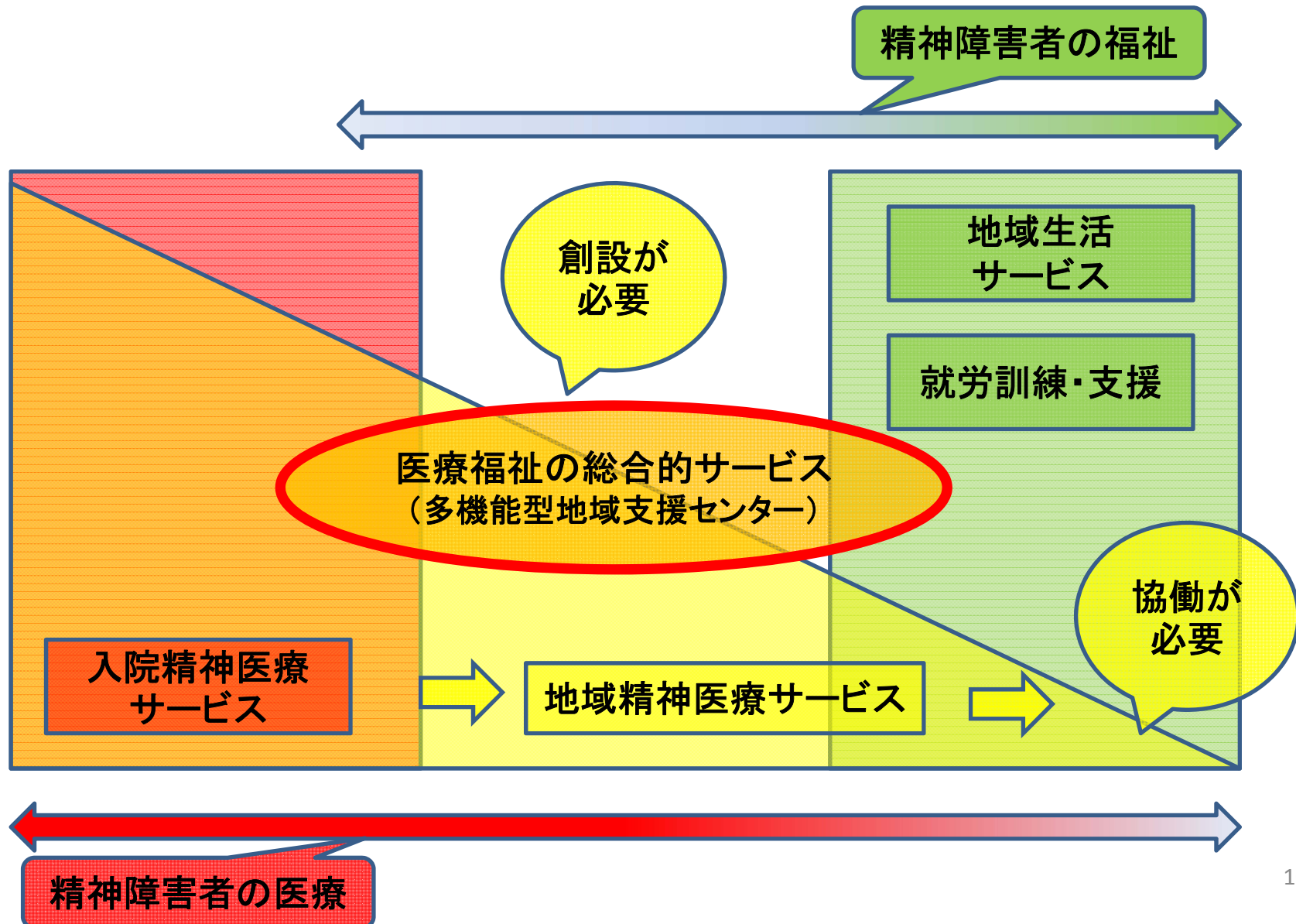
【補足】

上記の行動障害のA項、B項の区別や重み付け、過去の入院歴や社会適応度・必要とされた地域生活支援等の履歴事項については、今後の調査研究の結果を踏まえて検討を行う。さらに、暫定基準案のそれぞれの構成要素についても今後の調査研究により妥当性の検証と修正を実施する予定である。

※表1～3については研究報告書参照

出典:平成25年度厚労科研「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」報告書

精神障害者福祉の特徴と「今後のあるべき姿」

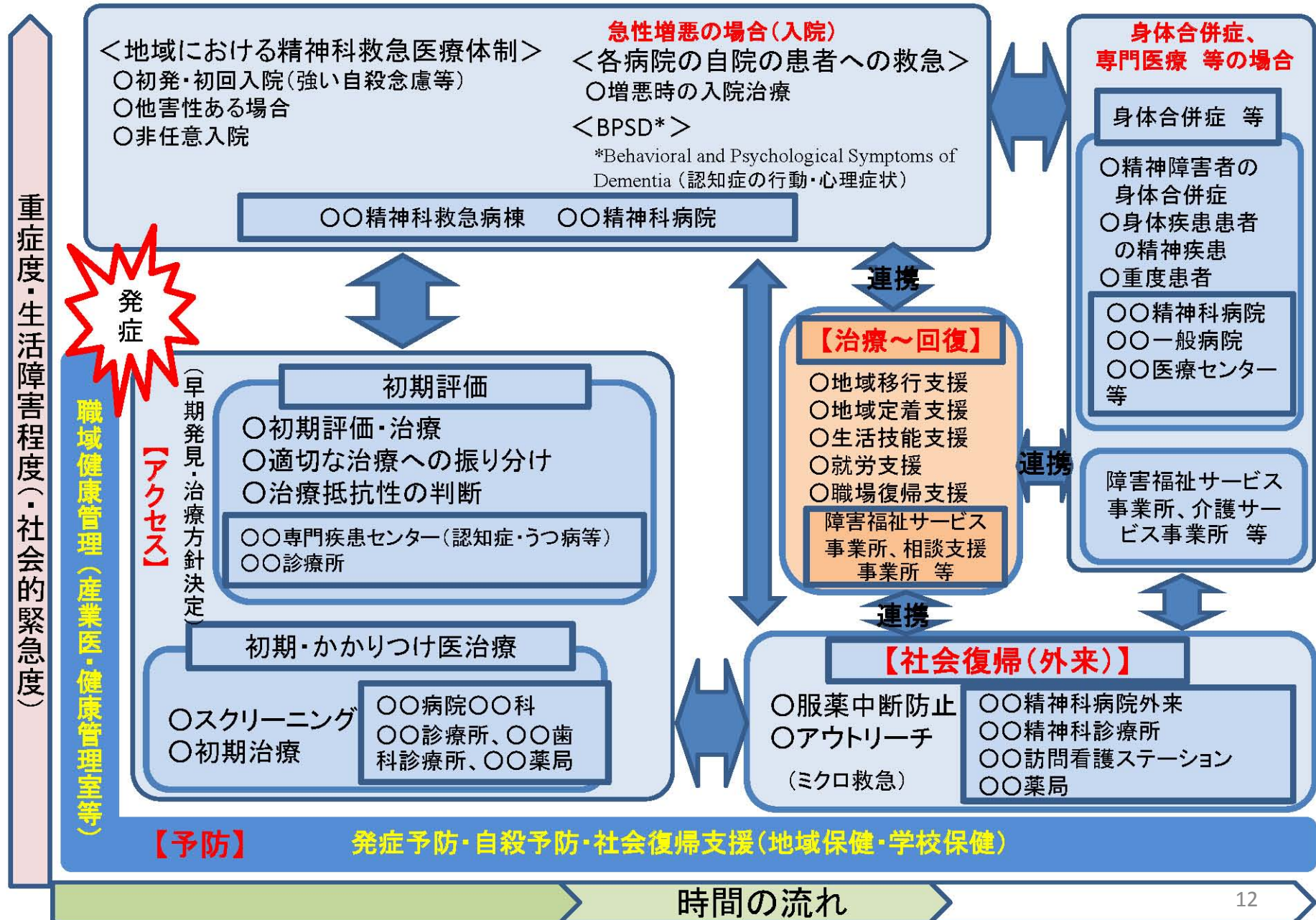


～多機能型地域支援センター(仮称)～ 望まれる新たな役割機能

- 社会生活訓練(旧法からの施設役割:対象退院患者)
→地域生活者も対象に。(ステップアップ訓練)
- 地域啓発・調整活動
- ショートステイ (一部の旧法施設役割)
- 危機介入(ドロップインセンター)、レスパイトケア
- 24時間電話相談(医療・福祉)
- 従業者研修、スーパーバイズ(困難事例検討など)
- 家族等支援、心理教育
- 就労支援(ジョブコーチ事業他)
- その他

一部は障害者制度推進会議総合福祉部会「総合福祉法の骨子案」に明示された。¹¹

精神疾患の医療体制(イメージ)



「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」ヒアリング資料

公益社団法人日本精神科病院協会理事：中島公博

1. 医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方

※平成 26 年度障害者総合福祉推進事業 「精神保健福祉法改正後の医療保護入院の実態に関する全国調査」（日精協）の結果（参考資料^{スライド} 1～8）等を参考にする。

(1) 医療保護入院の手続等の在り方

・保護者制度廃止に伴う弊害がないように取り計らうこと

保護者の義務撤廃と、それに加えて医療保護入院の家族等の同意が入院時のみに限定されていることから、入院後の家族等の関わりが減る恐れがある。早期退院、社会復帰の促進のためには、家族等の関わりが是非とも必要である。

・医療保護入院の手続に関し柔軟な対応を行うこと。市町村長同意の要件見直しが必要

医療保護入院の同意者が家族等となり、範囲が広がったことにより、今まで疎遠だった家族等も同意取得の対象になった。市町村長同意の要件である「当該精神障害者の家族等のいずれもいないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと」が様々な問題を生じさせている。家族等が心神喪失状態かどうかを判断することの困難さや、外国人の場合に本国の家族等への同意は言葉や書類上の問題がある（^{スライド} 3～5）。

提案

①精神保健福祉法の目的

精神保健福祉法は、障害者総合支援法と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うことなどを目的としている（精神保健福祉法第1条）。精神保健福祉法第33条第1項に基づく医療保護入院の要件として家族等の同意を得る場合にも、当該同意が上記目的に照らして相当であるかどうか問われなければならない。

②「家族等」が同意できるとしている点について

精神保健法第33条第2項は、「家族等」を同意ができる者とし、家族等に該当する者を具体的に列挙しているが、精神保健福祉法の前記目的に照らして、その範囲が広すぎるという問題がある。医療保護入院は、本人の同意がない場合に入院させるのであるから、本人以外の同意は、一方で当該精神障害者の個人の尊厳を侵害しないものであることが必要であり、他方で社会復帰の促進等に資するために有用であることが必要である。したがって、「家族等」の同意については、以下のように行うことを提案する。

ア 配偶者及び民法第877条第1項に該当する「家族」であり、精神保健福祉法第33条第2項の「家族等」に該当する者であっても当該精神障害者と生計をともにしない者は、医療機関の指定医の判断により、同意できる者から除外することもできるとすべきである。生計をともにしない「家族」は、当該精神障害者の日常生活も病状も知らない場合が多く、このような者に一律に同意できる権限を付与すると、場合により当該精神障害者の個人の尊厳や社会復帰の促進に支障を生ずることがありうる。

イ 精神保健福祉法第33条第2項4号は「成年被後見人」又は「被保佐人」を同意することができない者としている。成年後見や保佐の審判を受けていない者であっても、すなわち、成年被後見人や被保佐人に該当しなくても、医療機関の指定医により意思能力ないし判断能力に欠けていると判断された家族は同意できない者とすべきである。

③損害を受けた場合の問題

医療保護入院により入院した精神障害者の行為によって医療機関が被った損害については、民法第713条が適用され、当該精神障害者は賠償の責任を負わないとされる場合が多いと予測される。不法行為を行った精神障害者が責任能力がないとして賠償責任を負わない場合は、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者が賠償の責任を負うこととされているが、監督義務者がその義務を怠らなかったとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであったときは、責任を負わないとされている（民法第714条）。

医療保護入院により入院した精神障害者の不法行為による医療機関の損害について、当該精神障害者が責任無能力のゆえに賠償責任を負わない場合、はたして法定の監督義務者に対し、その監督責任を問うことができるかはかなり疑問である。そこで、法定の監督義務者、すなわち未成年者に対し親権を行う者（民法第820条、第833条、第867条）のほか、扶養義務を負う者（直系血族及び同居の親族。民法第730条）を含め、医療保護入院に際し、同意することができる者については、当該精神障害者の不法行為による損害について賠償する責任を認める仕組みが必要である。責任が認められない家族は同意者要件を満たさないとすべきである。

④公的保護者制度

入院時の同意者を「家族等」にしている点は前記のとおり問題点があり、公的保護者制度の議論を進める必要がある。

⑤医療保護入院届には入院診療計画書の添付が義務づけられているが、予定される医療保護入院期間は医療保護入院届に記載し、入院診療計画書の添付は不要にし簡素化を図る。

(2) 医療保護入院における移送制度

・移送制度が機能していない現状

改正法第34条第1項及び第2項ともに、移送の手続きに関して、「都道府県知事は、精神保健指定医の診察の結果、直ちに入院させなければ医療及び保護を・・・」との記載がある。

「直ちに入院させなければ医療及び保護」が必要な精神障害者に対して、迅速な診察を行える指定医確保は現実的ではない。もっと現実的に実行可能な移送制度の仕組みが必要である。

提案（スライド10）

①都道府県知事は、「家族等」から相談を受けた精神保健指定医ならびに保健所職員（精神保健福祉相談員等）双方の判断の結果、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められた場合に、本人の同意がなくてもその者を都道府県知事が指定する精神科病院に移送することができる。⇒現地の精神保健指定医の診察を不要にする。

②34条移送では、入院先が応急入院指定病院となっている。応急入院指定病院が十分整備されていない実情を踏まえ、指定医が診察できる全ての精神科病院を対象にする。

2. 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方

・改正法によって法定化した退院支援策の現状と課題の整理等

医療保護入院者の早期退院に向けた仕組みとして、退院後生活環境相談員を設置し、退院支援委員会の開催を義務づけたことは評価できる。患者及び家族等それぞれ6割近くが退院支援委員会に参加し、退院に結びついた事例もある。一方、精神療養病棟入院の施設基準の「退院支援相談員」と退院支援委員会の整合性がなされていないため、効率的な運用が必要である。

提案（スライド6）

①退院支援委員会への本人及び家族等の参加に比べて地域援助事業者の参加割合が少ない。必要に応じて、地域援助事業者の参加促しを図る。

②精神保健福祉法による退院後生活環境相談員、退院支援委員会と診療報酬上の療養病棟の退院支援相談員、退院支援委員会の共通化を図るとともに書式を統一する。

3. 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方

※平成27年度障害者総合福祉推進事業「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（日精協）（参考資料スライド11～12）を参考にする。

・退院支援に向けた意欲喚起等の取組

病院スタッフのみならず、地域の支援者が精神障害者の意思決定支援に関わる必要がある。

提案（スライド11、12）

①モデル事業において、入院中に精神障害者のみならず病院スタッフにとってもアドボケーター機能が患者の意思決定支援に有用であることが示唆された。本事業で、アドボケーターガイドラインを作成したが、近い将来にはアドボケーター制度の創設が期待される。

1

平成26年度障害者総合福祉推進事業：
「精神保健福祉法改正後の医療保護入院の実態に関する全国調査」

- 日精協加盟全会員1,208病院 ⇒695施設(57.5%)
国公立等の精神科 210病院 ⇒103施設(49.0%)
計798施設(56.3%)から回答
- 平成26年4月1日～9月30日まで6ヶ月間の入院者
- 郵送によるアンケート調査
 - (1)医療保護入院の入院手続関係
 - (2)医療保護入院者に対する退院促進措置関係
 - (1)(2)については事例報告依頼
 - (3)今後の見直し意見

「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」ヒアリング参考資料(中島公博)

2

アンケート結果 入院者数(平成26年4月～9月)

	日精協	自治体	総計	構成割合	前年比(*)
総入院者数(新たに入院した患者数)	93,094	15,583	108,677	183.4%	101.4%
任意入院者数	52,147	7,106	59,253	54.3%	102.9%
※任意入院後に医療保護入院に変更した患者数	2,872	356	3,228		
医療保護入院者数	37,748	7,170	44,918	41.2%	101.2%
このうち市町村長同意者数	1,528	290	1,818		54.6%
応急入院者数	834	219	1,053	1.0%	86.8%
※応急入院後に医療保護入院に変更した患者数	517	165	682		
措置入院者数(緊急措置含む)	1,894	915	2,809	2.6%	108.9%
※措置入院後に医療保護入院に変更した患者数	536	175	711		
その他の入院者数(鑑定入院等)	592	405	997	0.9%	96.0%

*平成26年度上半期の総計を2倍したものと平成25年の値を比較

入院手続関係のアンケート結果

3

家族等の同意取得が困難な例

- ①家族等が疎遠、遠方にしかない
- ②家族等が存在するが同意や関わりを拒否
- ③戸籍で存在は確認できるが、連絡可能かの有無がわからない
- ④行政が家族を把握しているが、病院は把握していない
 - 個人情報保護法のため連絡先を教えられないとされる例
 - 保護課と障害福祉課で存在の把握が異なる
- ⑤外国人事例等における言語的障壁

入院同意者の適格性の問題

- ①同意者がDVや子どもへの虐待の加害者
 - 警察が接見禁止としていても家族等の要件からは外れない
- ②家族等が精神科に通院、認知症
 - 判断能力の基準がバラバラ
 - 重度の認知症にも関わらず、判断能力が無いと認められない
- ③家族等が、判断能力はあるが、手術等で入院中

事例 50代男性、双極性感情障害

4

【現病歴】

姉宅に侵入して銃刀法違反で逮捕歴がある。
精神鑑定にて躁状態の診断で不起訴。
母・姉は怯えて、本人に連絡先を教えていない。
X年Y月、希死念慮、自傷行為があり、当院に入院依頼。
生保担当者が母親に連絡し、入院に同意し医療保護入院。
市役所担当者は、病院に母親の連絡先を教えない。
役所を介在した電話同意による医保入院。
その後、母親は書面同意しないと入院同意の撤回を述べる。

【問題点】

- 同意者が入院者から虐待されているような場合の同意者の適格性の問題。
- 「家族等」の連絡先を、役所担当者が病院側に伝えないことの是非、病院から「家族等」に説明が出来ない。
- 電話同意後の、書面での同意撤回について。

5

市町村長同意が行えない事例

病院又は保健福祉部において、家族等に以下の者がいることが判明した場合でも、心神喪失の場合等に該当しなければ**市町村長同意は原則不可**。

- 「破産者」(法改正により欠格事由から除外)
- 「縁を切った者」
- 「長期間疎遠である者」
- 「遠方にいる者」
- 「裁判によらない葛藤状況にある者」
- 「ADLが大きく制限され床上の生活を余儀なくされている者」
- 「服役中の者」
- 「施設や病院に(強制的に)入っている者」 等

6

退院支援関係のアンケート結果

医療保護入院者退院支援委員会

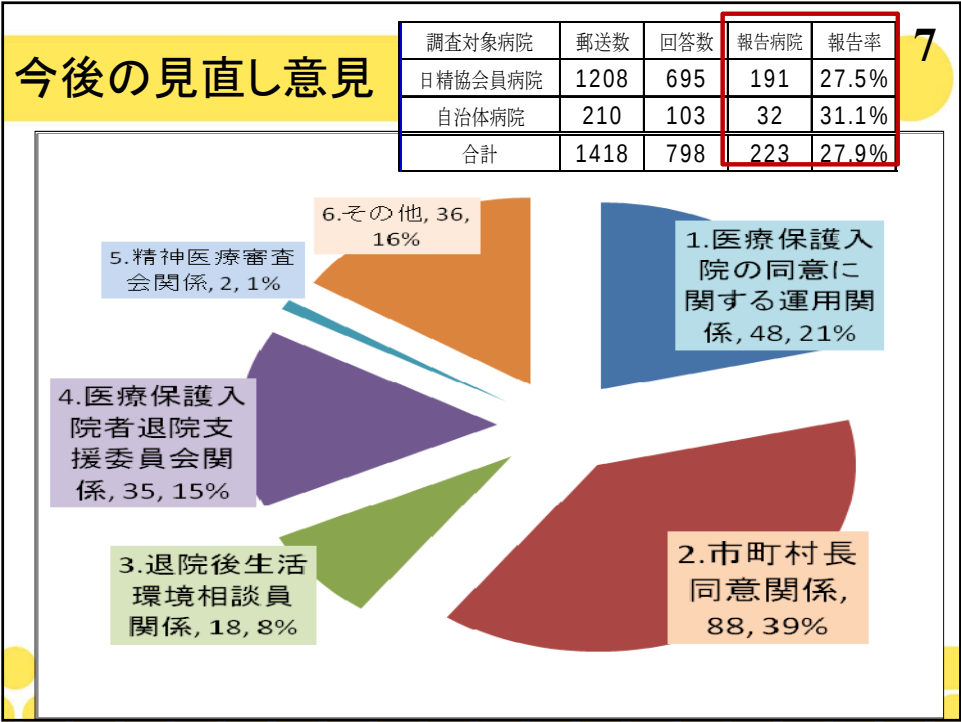
- ①出席者の日程調整が困難
- ②本人参加による病状悪化
- ③該当者が多すぎて十分な議論が出来ない
- ④家族が遠方で参加が困難であったり、拒否する場合がある
- ⑤診療報酬上の退院支援委員会との関係における混乱や煩雑さ
- ⑥認知症患者は告知の理解が出来ない

退院後生活環境相談員

- ①入院初期では本人の意向確認や評価、支援計画の作成が困難なため、選任時期をもう少し病状が落ち着いた段階にして欲しい
- ②昏迷状態などでは、早期介入が難しい
- ③名前が悪い。「退院後」とつくと患者が焦ったり、退院後に何するんだと言われる

地域援助事業者

- ①地域側が退院に難色を示す、家族に退院困難と勝手に伝える
- ②事業者が足りず連絡がつかない、退院が遅延する等
- ③事業者が遠方だと会議への参加につながらない



見直し提言 ★医療保護入院手続きの運用

具体的には

- 患者と実質的に関わりのある家族等の調査・把握は医療機関に委ね、公務員に準ずる国が指定した資格を所持する精神保健福祉指定医の医療判断を尊重し、同意者の獲得が困難な場合には、市町村長同意を認めるべきである。
- また、予定される医療保護入院期間は医療保護入院届けに記載し、入院診療計画書の添付は不要にして簡素化を図る。

9

精神保健福祉法における扶養義務者

精神保健福祉法では**民法第877条**の規定に基づいている

第1項 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養する義務がある。

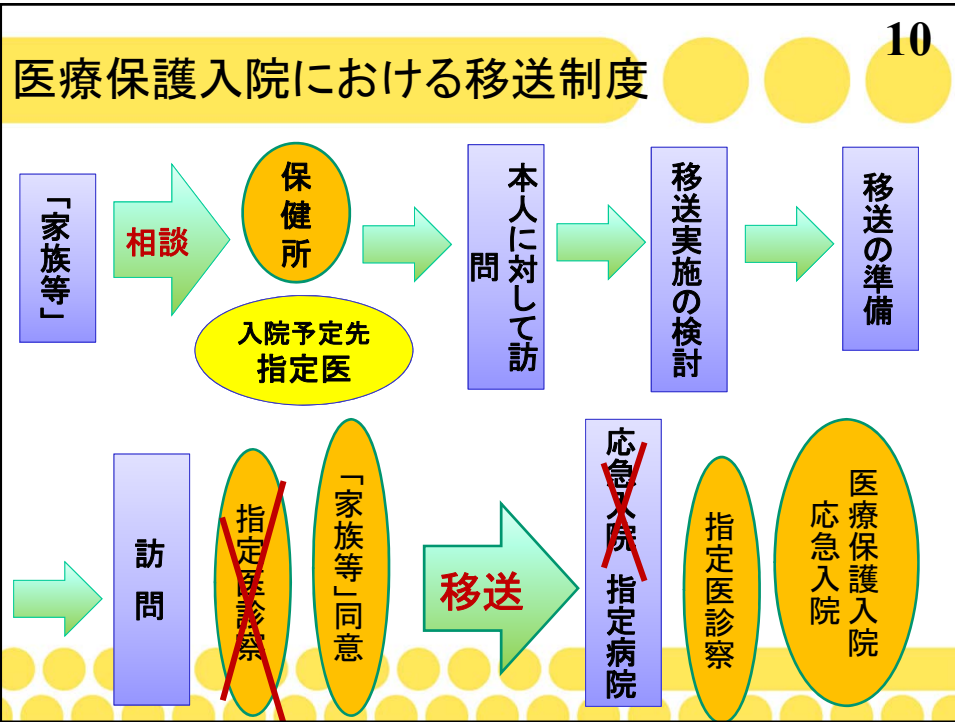
第2項 特別な事情がある場合は、三親等内の親族間においても扶養の義務を負わせることができる

● 医療保護入院の同意者になれる人

① 親、祖父母、子、孫、配偶者等及び兄弟姉妹

② おじ、おば、めい、おい等で家庭裁判所において扶養義務者として選任審判を受けた者

医療保護入院の同意者となれる扶養義務者を、民法第 877 条第1項に定める者で、かつ、対象患者と生計をともに維持する者とする。



平成27年度厚生労働科学研究補助金(障害者総合福祉推進事業)

11

「入院に係る精神障害者の意思決定及び

意思の表明に関するモデル事業」

アドボケーターガイドラインの作成

精神障害者の意思決定支援のための道標

- 精神障害者の意思決定支援に関する
 - 基本的考え方や姿勢、具体的方法、配慮されるべき事項等を提示
 - 意思決定支援の枠組み
- このガイドラインを利用することにより
 - 障害者の権利が適切に表明される
 - 患者を中心とした医療スタッフ、地域援助事業者、相談専門員、ピアサポーターとの密な連携
 - 強いては、精神科医療の質の向上、退院の促進

アドボケーターの定義

12

- アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手で、入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対しても、本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて代弁することで、本人が自分の気持ちに正直に生き、主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者である。
- アドボケーターは、本人の話を先入観なく理解し、利害関係のない人がその任を担う。

入院時ではない。あくまでも入院中である