

「これからの精神保健医療 福祉のあり方に関する検討会」 に対する提案（入院制度について）

1. 非自発入院に際しての考慮事項の提案
2. 医療保護入院の適応に関する提案
3. 非自発入院の入院施設限定に関する提案

平成28年12月22日

平田豊明

千葉県精神科医療センター

日本精神科救急学会

1. 非自発入院に際しての 考慮事項の提案

非自発入院に際しての考慮事項(1)

○非自発入院に共通の考慮事項

(日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン2015」より)

- (1) 精神保健福祉法が規定する精神障害と診断される。
- (2) 前記の精神障害のために判断能力が著しく低下した病態(精神病状態、重症の躁状態またはうつ状態、せん妄状態など)にある。
- (3) この病態のために、社会生活上、自他に不利益となる事態が生じている(自他への不利益となる行動については別表参照)。
- (4) 医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高い。
- (5) 医学的介入によって、この事態の改善が期待される。
- (6) 入院治療以外に医学的な介入の手段がない。
- (7) 入院治療についてインフォームド・コンセントが成立しない。

非自発入院に際しての考慮事項(2)

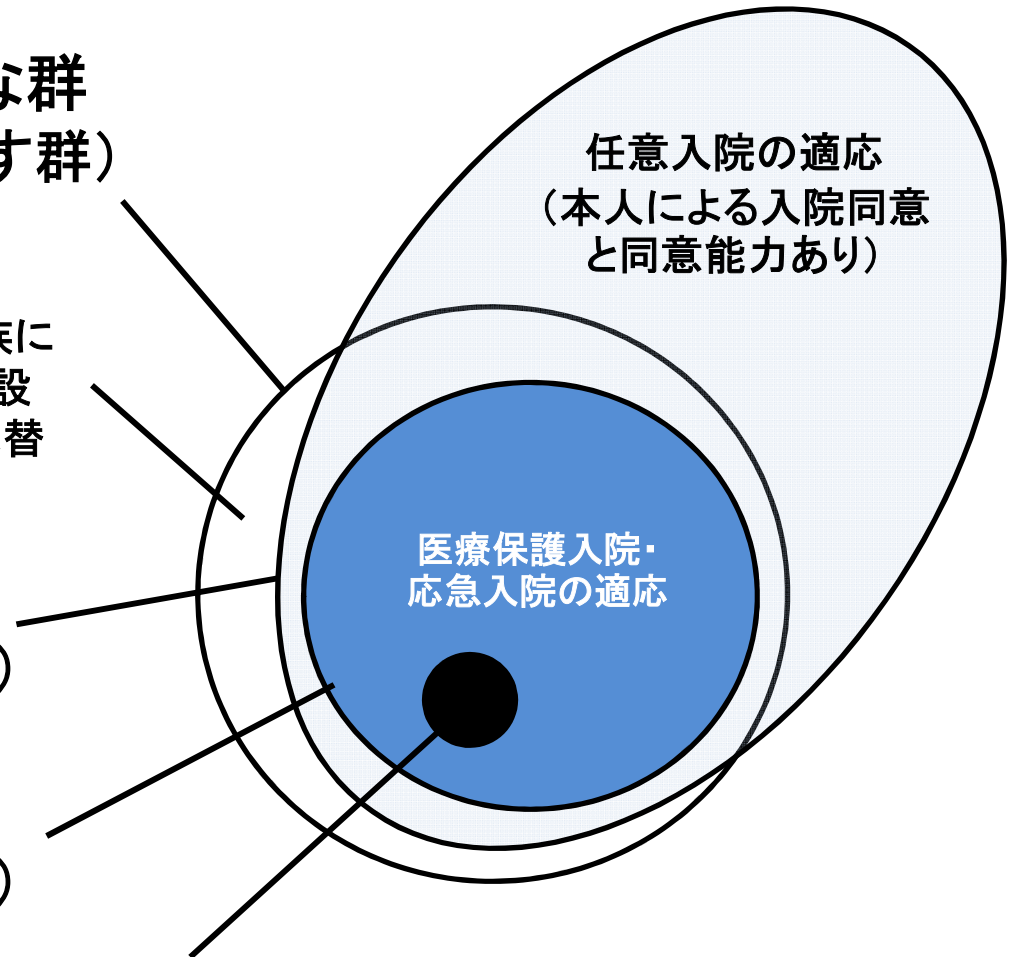
精神医学的介入が必要な群
(共通事項(1)～(5)を満たす群)

入院によらない医療で治療できる群
(例えば、頻回の外来診療に加えて、家族による看護、アウトリーチサービス、福祉施設へのショートステイによって入院治療に代替できるケース)

入院治療を要する群
(共通事項(6)を満たす群)

非自発入院を要する群
(共通事項(7)を満たす群)

自傷他害のおそれのある群
(措置入院・緊急措置入院の適応)



非自発入院に際しての考慮事項(3)

	医療保護入院	措置入院
根拠となる法理念	parens patriae	police power
入院判定基準	治療必要性基準	危険性基準
入院時診察医	1名の精神保健指定医	2名の精神保健指定医
入院同意者	扶養義務者、親権者、後見人等	不要
入院決定者	病院管理者(できる規定)	知事・政令市長(命令)
年間入院件数	170,079件(2014年度)	6,685件(2014年度)
入院届の審査	あり	なし
定期病状報告書	1年ごと	初回3ヶ月、その後6ヶ月ごと
入院期間	原則1年以内	規定なし
退院促進措置	退院後生活環境相談員、退院支援委員会などの設置義務	規定なし(改訂の見込み)
退院届	主治医による退院届	指定医による措置症状消退届(改訂の見込み)

2. 医療保護入院の適応 に関する提案

医療保護入院の適応に関する提案

～日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン2015」より～

○医療保護入院

- (1) 非自発入院の診断基準を全て満たす。
- (2) 措置入院・緊急措置入院に該当しない。
- (3) 判断能力のある家族等（扶養義務者や後見人等）の入院同意がある。
- (4) 判断能力のある家族等がない場合は、市区町村長の同意でもよい。

○応急入院

- (1) 非自発入院の診断基準を全て満たす。
- (2) 措置入院・緊急措置入院に該当しない。
- (3) 判断能力のある家族等の存在に関する情報がない。
- (4) もしくは、判断能力のある家族等の存在は確実だが、連絡がとれない。

医療保護入院の例(1)

20代 女性

大学卒後、IT関連企業で事務職として3年勤務。多忙な部署に異動してから時間外労働が増え、睡眠時間が短縮。職場の対人関係にも負担を感じていた。

某日深夜、就寝中の両親に「誰かに見張られている。殺すと脅されて怖い。警察に連絡してほしい」と訴えあり。手に護身用と目される包丁を握りしめて怯えている。119番の案内で、家族とともに精神科救急病院を受診。

診察医にも同様の訴えあり。被注察感や脅迫する内容の幻聴および強い恐怖感を認めるため、向精神薬の内服と通院治療を勧めるが、「自分の問題ではなく、誰かが仕組んでいること」と主張し、診察医の勧めを拒否。

入院以外に治療開始困難であり、本人は入院に同意しないため、父の同意による医療保護入院とした。

医療保護入院の例(2)

30代 男性

高校卒業後、食品関係の製造業に就労。2年前に単身アパート生活を開始したが、不眠、食欲低下、出勤困難となったため精神科診療所を受診。うつ病の診断にて抗うつ剤などが処方されたが、服薬は不規則。

某日夜、自ら警察署を訪れ、「健康被害事件を起こしてしまったので逮捕してほしい」と訴えあり。該当事案がなく、言動に合理性を欠くため、家族を呼んで引き取ってもらおうとしたが、本人がどうしても引き下がらないため、警察車両にて家族とともに救急病院を受診。

診察医は罪業妄想と焦燥感を伴ううつ病と診断し、服薬と通院を勧めた。しかし、本人は「病気ではない」と治療を拒否。自己処罰としての自殺の懸念もあるため、父の同意による医療保護入院とした。

医療保護入院の例(3)

40代 男性

双極性障害にて20代より治療歴のある会社員。入院歴はない。安定期には有能な営業マン。妻子とともに大都市郊外の一戸建てで生活している。

某年夏、大きなプロジェクトを抱えて残業が続き、しだいに多弁、易怒的となる。同僚も家族も躁状態を心配して、かかりつけの病院への早期の相談を勧めたが、本人は「今、仕事を休むわけにいかない」と拒否し続けた。

その後、職場内での衝突や飲酒・浪費が増加。妻は疲弊して離婚を考慮するに至ったため、主治医は入院治療を勧めたが、本人は拒否。「このままでは仕事も家族も失う」と宣言し、妻の同意を得て医療保護入院とした。

医療保護入院の例(4)

80代 男性

元高校教師。教頭で定年退職後、地元の子ども相手にボランティア活動などをしていた。

1年ほど前から物忘れが目立つようになり、「仕事に行く」と出かけては迷子になり、交番から連絡を受けた妻が迎えに行くこともあった。「泥棒に金を盗まれた」と110番通報したり、妻への暴言や暴力(平手打ち)も出現するようになり、疲弊・困惑した妻が市役所に相談。認知症疾患治療センターのある病院への受診を勧められたが、本人は拒否。

某日深夜、「火事だ!」と大騒ぎ。妻の依頼にて救急車で精神科救急病院を受診。認知症を背景としたせん妄状態と診断され、妻の同意にて医療保護入院となった。

3. 非自発入院の入院施設限定 に関する提案

日本精神科救急学会「精神科入院医療の質的向上を図るための提言」(2016)

精神科への初回の非自発入院は、精神科救急入院料病棟をはじめとする一定の規格を備えた精神病床に限定し、新たな長期在院の発生を抑止すべきである。

また、これが可能になるよう、医療施設や関連制度を速やかに整備すべきである。

「提言」の意図

1. 「重症患者に手厚い医療を提供し、予後の改善を図る」という医療の常識を精神科領域で実現する。
2. 新たな長期在院を抑止するために、西欧諸国と同様、初回の非自発入院を高規格病棟に限定するよう法制化する。
3. 非自発医療の容認条件(下記のうち(3))のクリアを要請。
(1)適応基準の厳密化 (2)期間の限定 (3)良質な医療の提供
(4)外部審査による点検
4. 臨床的にも経営的にも長期在院に依存するわが国の精神科医療を、「在宅ケア＋短期入院」主体に構造転換するための契機とする。
5. 将来構想は、「地域の実情に応じて」作るものではなく、目標の達成に向けて「地域の実情を変える」ために作るものである。

「提言」の実現可能性(1)

1. 初回の非自発入院件数の推計

- 「衛生行政報告例」によれば、平成26年度の非自発入院件数は179,347件。
- 「630調査」(平成25年度)によれば、平成24年6月中の新規入院患者の診断は、F0が19.9%、F1が8.5%、F2が37.1%、F3が21.5%、残りが16%。
- 「重度かつ慢性」研究によれば、精神科救急入院料病棟への入院の約3分の1が初回入院。



- したがって、初回の非自発入院件数は、多く見積もって(救急病棟以外の初回入院率はもっと低いため)年間約6万件。
- F2とF3に絞れば3.5万件、F1を加えても4万件と推計される。

「提言」の実現可能性(2)

2. 「高規格病棟」(医師配置16対1が最低基準)の病床数の推計

- ・日本精神科救急学会のモニターによれば、精神科救急入院料病棟の病床数は8,147床(2016年8月末)。
- ・「630調査」(2013年度)によれば、精神科急性期治療病棟1は14,152床、うち医師16対1は推計約4分の1の3,538床、特定機能病院が3,198床、医学部附属病院の出来高病棟が847床、以上の合計7,583床が「高規格病棟」に該当すると推計される。
- ・科研調査によれば、救急および急性期治療病棟の年間回転率の平均は6.8(2014年度)。



- ・以上により、「高規格病棟」が1年間に受け入れ可能な初回入院件数は、 $(8,147 + 7,583) \times 6.8 \times 1/3 = 35,654$ (件)
- ・つまり、診断をF2・F3(3.5万)に絞れば、現状でもカバーできることになる。しかし、「高規格病棟」の分布や機能は不均質。

「提言」の実現可能性(3)

3. 実現の行程案

- ・第6次医療計画によれば、精神医療圏は147、精神科救急医療圏は152(ただし、都道府県によって区分にばらつき)。
- ・精神科「高規格病棟」の空白圏域が数多くある。



- ・第7次医療計画(2018年度～)において、精神医療圏を標準化し、「高規格病棟」空白圏域の解消を盛り込む。
- ・精神科救急入院料の認可要件を見直す(特に入院形態)。
- ・小規模の「精神科救急ユニット」を診療報酬表に新設。
- ・医師確保のために、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たす精神科救急医療施設での勤務経験を精神保健指定医の取得要件に加える。