

**「これからの精神保健医療
福祉のあり方に関する検討会」
医療保護入院に関する分科会の
論点と提案**

平成28年11月11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

医療保護入院分科会の論点

(1) 医療保護入院制度の見直し

- ①医療保護入院制度は必要か → 当面必要だが、措置入院との統合も要検討
- ②入院に当たって医師が考慮すべき要素 → 入院基準*の明確化が必要

(2) 医療保護入院の同意のあり方

- ①家族等の同意の必要性 → 医師の判断の合理性と本人の利益をチェック
- ②市町村長同意 → 25年改正で半減(約7千)、公的保護者制度*の検討

(3) 退院促進と審査制度

- ①退院促進措置 → PSWの配置・業務の再検討、1年超在院者の退院促進
- ②精神医療審査会制度 → 迅速審査、書類審査のインターバル

(4) 移送を含む医療アクセスの確保手段

- ①医療アクセスの手段としての移送 → 47条が基本、34条の入院は最終選択肢
- ②医療アクセスを要する状況と手段を整理*する必要

(5) 代弁者制度

- ①代弁者の機能、患者との関係、精神医療審査会との関係

* 具体的
提案あり

非自発入院に際しての考慮事項(1)

～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. 非自発入院に共通の考慮事項

- (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。
- (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)

～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～

2-1. 措置入院

- (1) 非自発入院の診断基準を全て満たす。
- (2) この病態のために、自他を傷つける行為に及んだか、もしくは及ぶ可能性が高い(目前の病状だけでなく、前後3日ほどを考慮)。
 - ① 自傷行為: a) 致死性の高い自殺企図 ⇒ 絶対適応
b) それ以外の自殺・自傷行為 ⇒ 相対適応
 - ② 他害行為: a) 身体損傷を伴う暴力 ⇒ 絶対適応
b) それ以外の他害行為 ⇒ 相対適応

2-2. 緊急措置入院

- (1) 措置入院の基準を満たす。
- (2) 病状が重度かつ急性のため、法定の措置入院手続きを遂行していたのでは、治療の開始が著しく遅れ、医学的に不利益を招く可能性が高い。

非自発入院に際しての考慮事項(3)

～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～

3-1. 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。

3-2. 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。

公的保護者制度案(1)

～平成24～26年度厚労科研竹島班報告書より～

1. 精神保健福祉に関して一定の知識と経験を有し、医療機関と雇用関係のない精神保健専門員(仮称)を国が指定する。
2. 精神科への入院を希望する家族等は、保健所等の窓口に相談する。相談を受けた職員が医療保護入院の可能性ありと判断した場合は、精神保健専門員を紹介する。
3. 紹介された精神保健専門員は、状況を調査し、医療保護入院の要否判断を行う精神保健指定医および医療保護入院が可能な医療機関を確保する。

公的保護者制度案(2)

～平成24～26年度厚労科研竹島班報告書より～

4. 精神保健専門員は、精神保健指定医の診察に立ち会い、必要な情報を提供した上、指定医による要入院の判断に同意できる場合は、入院の同意書および告知、入院診療計画書等に署名をする。医療費の支払等、病院との治療契約は、家族等が別途に行う。
5. 夜間休日の救急受診など、以上の手続きを踏む時間がない場合は、精神保健指定医の判断で応急入院と、72時間以内に上記の手続きによる医療保護入院に移行する。

公的保護者制度案(3)

～平成24～26年度厚労科研竹島班報告書より～

6. 精神医療審査会は、精神保健専門員の紹介や入院同意の妥当性を速やかに判断する。
7. 精神保健専門員は、医療保護入院中の患者の権利擁護および早期退院の促進を図る。具体的には、主治医や退院後生活環境相談員らと協議して、予定期間内の退院に努め、それが実現困難の場合は、退院支援委員会に参加して意見を述べる。また、退院ないし処遇改善を精神医療審査会に請求することができる。

公的保護者制度案(4)

～平成24～26年度厚労科研竹島班報告書より～

8. 精神保健専門員の業務に係る費用は、専門員が公務員でない場合は、国が給付する。
9. 現状では、年間約15万件の医療保護入院の全てにこの制度を適用することが困難のため、当面は現行の首長同意の医療保護入院(家族が不存在・不明・連絡不能・不同意の例)に限定して適用する。この場合は、応急入院先等の医療機関が窓口にご相談できるものとする。

医療アクセスを要する状況と手段(1)

～第24回日本精神科救急学会シンポジウム1より～

1. 非自発的な医療アクセス手段を決定する条件

(1) 行動障害の切迫度

自傷他害リスクのレベル

(2) 治療関係

未受診、治療中断、通院中

(3) 時間帯

平日日中、夜間休日

(4) 家族状況

家族の支援能力のレベル

医療アクセスを要する状況と手段(2)

～第24回日本精神科救急学会シンポジウム1より～

2. 現行制度内でのアクセス手段

(1) 他害行為切迫

⇒ 警察保護・通報 ⇒ 29条移送(行政関与は要強化)

(2) 自傷行為切迫＋家族支援力弱

⇒ 救急車(身体救急優先、警察への支援要請も可)

(3) 行動障害切迫なし＋未受診/中断＋家族支援力弱

⇒ 行政によるアウトリーチ、34条移送(平日日中)

(4) 行動障害切迫なし＋通院中/中断＋家族支援力弱

⇒ 医療機関によるアウトリーチ(夜間・休日もあり)

医療アクセスを要する状況と手段(3)

～第24回日本精神科救急学会シンポジウム1より～

3. 現行制度改正への提案

- (1) 34条移送は病状評価と医療アクセスのための行政によるアウトリーチサービスに改変し、指定医以外の複数回訪問を認める。入院は最終オプションとする。
- (2) 保健所の精神保健機能を強化するため、人口に応じた精神保健福祉士等の専門職員配置を義務づける。
- (3) 警察官通報の基準を標準化し、保護を伴わない発見通報を抑制する。
- (4) 民間業者による救急搬送の認可基準を明確化し、登録制とする。