

佐竹直子, 伊藤順一郎	ACTによる措置入院患者への支援	精神科治療学	24	1117-1122	2009
伊豫雅臣, 椎名明大, 松原三郎, 川田和人, 吉川明弘, 三邊義雄, 畠稔, 福島秀行, 岩崎弥生, 小宮浩美, 小宮山徳太郎, 南風原泰, 篠田守, 佐々木一, 羽間京子	退院促進に関する精神医療の質的実態把握と最適化	精神神経学雑誌	111(9)	1165-1170	2009
伊豫雅臣, 浅野誠, 早川達郎, 石毛稔	精神科救急における患者像およびその治療技法薬物療法を中心に.	臨床精神薬理	12(4)	791-802	2009.4
Kanahara N, et al.	Does hypofrontality expand to global brain area in progression of schizophrenia?: A cross-sectional study between first-episode and chronic schizophrenia	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry	33(3)	410-415	2009.4
佐竹直子, 羽間京子	退院支援及び地域生活支援の必要度及び満足度について -ACT-Jにおける調査より-	日本精神障害者リハビリテーション学会 第17回福島大会抄録集		197	2009

研究成果の刊行物・別刷

III 法的知識

A. 精神保健福祉法—法に基づいた入院手続きと処遇

はじめに

1950（昭和25）年に公布された精神衛生法では、①「医療と保護」の明文化、②私宅監置の禁止、③措置入院・精神鑑定医制度の導入、④都道府県に精神科病院の設置義務化、⑤精神衛生審議会の設置などが主要な柱になっているが、その後、この法律は改正が繰り返されている。ライシャワー駐日大使事件を契機に行われた1965（昭和40）年改正では、緊急措置入院制度の導入など、治安面の強化が行われたが、他方では、保健所業務の見直しや、通院公費負担制度などの地域精神科医療の基盤が作られた。1987（昭和62）年の精神保健法では、法律の趣旨は医療の確保から人権の重視へと大きく方向転換された。さらに、1993（平成5）年・1995（平成7）年改正（精神保健福祉法）では、社会復帰を促進するために社会復帰施設関係の法整備が行われた。その後、精神科病院の不祥事が続くことを受けて、1999（平成11）年改正では、精神医療審査会の権限の強化などや、精神障害者を「継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受けている障害者」と位置づけたうえで、障害者基本法に基づく福祉的対応を促進する改正が行われてきた。医療観察法の制定をきっかけとして、通院対象者に対する保護観察所長による措置通報条項が設けられ、さらに障害者自立支援法の改正によっても関連事項を削除する改正が行われてきている。

本稿では、法の条項を示しながら臨床場面での運用を述べる。

法の目的

第1条（この法律の目的） この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）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い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

第1条では、1950（昭和25）年の精神衛生法制定の当初から「精神障害者の医療及び保護」と「発生の予防」が記載されており、さらに社会復帰と福祉的対応策については、「障害者自立支援法と相まって」社会復帰と自立・社会参加の促進が目標として掲げられている。

精神障害者の定義

第5条（定義） この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

当初の精神衛生法では、「精神障害者とは、精神病者（中毒性精神病者を含む）、精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされていたが、「精神病者」という表現は、重症者に限定して使用される傾向があり、臨床上の混乱がみられるようになった。このために1993（平成5）年には、精神障害者等を「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱者、精神病質その他の精神疾患を有する者」と改正された。この改正は、医学上の明確な概念である「精神疾患」の用語を国際疾病分類（ICD）に準拠して定義を明確化したものである。後に、1999（平成11）年改正では精神薄弱が知的障害に、また、2005（平成17）年改正では精神分裂病が統合失調症に改正されている。精神病質については、近年は人格（パーソナリティ）障害という用語が主流であり、今後の検討が必要であろう。

障害者基本法第2条には、「この法律において障害者とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を

III 法的知識

受ける者をいう」と障害者の定義が示されているが、障害者自立支援法が施行されると、精神保健福祉法と障害者基本法との間で二重の精神障害者定義が出現することになる。この差は、精神保健福祉法では医学的な障害概念の見地から精神疾患を有する者（mentally disordered）と、障害者基本法が生活能力に着目した障害概念から精神障害（mentally disabled）との定義の相違によるものである。それぞれの法の目的に合致した定義があるが、日本語では同一の単語として表示されるために、一見、二重構造に見えることになる。

任意入院に関する事項

第 22 条の 3（任意入院） 精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

任意入院の趣旨：任意入院では、入院について本人の意思を尊重することが人権の尊重の点から重要であるだけでなく、入院後の治療においても、自らが理解しながら治療が行われることが治療効果をも高めるという視点から導入されたものである。このなかで「同意」とは、入院に際して管理者との治療契約を結ぶといった民法上の契約能力を指すのではなく、「患者自らが入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態を含む」とされている。また同時に、入院を行うにあたっては、本人に対して「病状ならびに入院治療の必要性について説明し、同意が得られるように説得する努力」を要請するものである。もちろん、病識が欠如し同意が得られない場合も少なくないので、その病状に応じて適切な入院形態をとることが求められる。最近の精神病床利用調査では、任意入院 59%、医療保護入院 40%、措置入院 0.7%、応急入院 0.1%である。

任意入院の手続き：第 22 条の 4 第 1 項では、本人に対して「退院等の請求に関する事その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせ」とある。告知用紙（記載内容は施行規則第 5 条に規定されている）に、診察医（または主治医）が自ら記入して、その内容について口頭で説明を加えたうえで本人に渡す。さらに、告知書面については、本人が受け取った旨のサインを求め、その複写を保存しておく必要がある。

第1項では、本人から「自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない」とあり、書面は「任意入院同意書」と呼ばれているが、本人が自ら住所・氏名・生年月日等を自署することが求められる。なお、2000（平成12）年からは、課長通知により、任意入院後1年を経過時および以降2年ごとに、自ら継続して入院する旨を記載した書面（任意入院継続同意書）も求めなければならない。

任意入院患者の処遇：入院時の告知文書で示されているように「退院の申し出により退院できる」だけでなく、「開放的な環境での処遇（夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇）」が処遇の原則となる。この意味では、任意入院患者はいわゆる開放病棟に入院することが求められるが、実際には、開放病床が満床で閉鎖病棟しか空床がない場合が多くみられるのが現状である。これらの問題への対処は、2000（平成12）年に改正された第37条第1項に示された「厚生労働大臣が定める」精神科病院に入院中の患者の処遇の基準によって行われるべきである。任意入院患者が閉鎖病棟に入院せざるをえない場合は、「本人の意思によるものである旨」の書面を得なければならない（閉鎖病棟入院同意書）。さらに、開放処遇の制限を行う場合は、①その言動が患者の病状や予後に悪い影響を与える場合、②自殺企図または自傷行為のおそれがある場合、③その他病状からみて開放処遇の継続が困難な場合などに限定され、開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせ、診療録に記載する。また、制限が漫然と行われないように、病院内に任意入院患者の処遇状況・方針を記載した文書を掲示することが求められる。

任意入院患者の退院申し出と入院継続：第22条の4第3項では、任意入院患者からの退院の申し出があった場合には退院をさせるのが原則であるが、指定医による診察の結果、病識の欠如や幻覚妄想に左右されている場合など、入院継続の必要性があると認めた場合には、まず本人に「入院継続のお知らせ」の書面を渡し、なおかつ72時間以内に医療保護入院などへの変更が求められる。したがって、入院継続の判断の基準は医療保護入院の要件である「医療及び保護のため入院が必要であると認めた」場合に相当する。この手続きは「特定医師」によっても12時間に限り行うことができる（第22条の4第4項・第5項）。

医療保護入院に関する事項

第33条（医療保護入院） 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

- 1 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの。
- 2 第34条第1項の規定により移送された者。

指定医による医療保護入院の判定：医療保護入院は、患者の同意を得ることなく、「指定医による診察」「医療及び保護のために入院が必要」「保護者の同意」の3つの要件によって強制入院を行うものである。この点では、措置入院、応急入院と同様に指定医診察を必須のものとしているが、1999（平成11）年改正では、「第22条の3の規定による入院（任意入院）が行われる状態にない」ことを医療保護入院の要件として加えて、より明確化している。もちろん、患者において自傷他害のおそれがあれば、措置入院・緊急措置入院が優先される。医療保護入院に際して、指定医は診察を行って、強制的な入院の必要性を判定しなければならない。まず、入院必要基準であるが、このなかでは「精神医学的な診断と治療必要性」、「精神症状・行動障害等から入院によらない治療の危険性」、また、時には「環境的要因から入院による治療の必要性」を指摘しなければならない。具体的には、「医療保護入院者の入院届及び記録」に内容を記載する。続いて、任意入院が行われない状態を入院届に明記する必要がある。その内容は、「入院による治療が必要な状態であること」「その必要性について説明を行い自らの意思による入院を説得したこと」、さらには、「患者本人が自らの病状を正しく理解できないために適切な判断ができず、入院の同意が得られないこと」である。

告知文書と口頭による説明：第33条の3では、本人に対して医療保護入院の措置をとったことと同時に「退院等の請求に関する事その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない」。この内容は保護者に対しても知らせる必要があり、また、入院後の行動の制限などについても、そのつど保

護者に知らせるべきである。また、入院時において、激しい興奮、せん妄などの意識障害などの場合には、告知を延期し、入院後にあらためて行う必要がある（その旨を診療録に記載）。

第1項・第2項入院：第33条第2項には、保護者については扶養義務者のなかから家庭裁判所による選任を要し、選任が行われていない場合には、扶養義務者のなかの同意を得て、選任の手続きが終了するまでの間、4週間に限り、第2項入院として入院させることができるとしている。選任の手続きが終了した時点で、第2項入院から第1項入院に移行するが、このときも、あらためて告知などの手続きを要する。

保護者について：第20条には、保護者となる者として、「後見人又は保佐人」「配偶者」「親権を行う者」「扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者」の順位であげている。扶養義務者は直系家族および兄弟姉妹の二親等以内を指すが、1名しかいない場合には、特に選任を要しない。また、患者が20歳未満の場合には両親2名の同意が必要である（親権者が1名の場合には単数になる）。

市町村長が行う入院の同意：指定医により入院治療の必要があると認められたにもかかわらず、同意すべき保護者または扶養義務者がいないか、もしくは不明である場合には、本人の居住地の市町村長による入院同意の手続きをとることになる。この手続きは、1988（昭和63）年に厚生省保健医療局長通知で示された「市町村長同意事務処理要領」に基づいて行われる。

入院届・定期病状報告・退院届：前述したように医療保護の措置をとったときには、第33条第4項に基づいて、第1項・第2項の入院届を、保護者または保護者となりうる扶養義務者等の同意書を添えて10日以内に、保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。第38条の2では、指定医による診察の結果を定期的に求めており、定期病状報告書として、12か月ごとの報告が義務づけられている（措置入院では6か月ごとに報告が求められるが、改正によって入院3か月後にも報告が必要である）。医療保護入院者の退院届は、第33条の2に規定されており、退院後10日以内に保健所長を経て都道府県知事に届け出る。

特定医師による入院：第33条の4～5に示されるように、精神科の経験が2年以上で都道府県知事が認めた「特定医師」では、12時間に限って医療保護入

III 法的知識

院を行うことができる。この規定は、休日夜間も含めて精神科救急にかかわる入院を行おうとする場合には、指定医が不足するためにこの特例が導入された経緯がある。

措置入院に関する事項

第 23 条（診察及び保護の申請） 精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

第 24 条（警察官の通報） 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

第 25 条（検察官の通報） 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判（懲役、禁錮又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判を除く）が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。（省略）

第 25 条の 2（保護観察所の長の通報）

第 26 条（矯正施設の長の通報）

第 26 条の 2（精神科病院の管理者の届出）

第 26 条の 3（医療観察法通院対象者に係る通報） 指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長による通報

診察及び保護の申請：第 23 条の診察及び保護の申請では、法文上では、一般人においてもその症状・程度のいかんを問わず、精神障害者またはその疑いのある者すべてについて通報することができるが、申請を受けた都道府県知事が診察の必要性を判断する立場にある。第三者から一方的に通報をされた人の名誉や人権に配慮する必要があることから、「自傷他害のおそれのある状態であること」を要件としているのが現状である。

措置診察の手続き：第 24 条・25 条・26 条の通報のいずれにおいても、「自傷

他害のおそれがあると認められる」場合には、保健所への通報を行わなければならないとされている。いずれも保健所長を経て行われるが、指定医による診察が必要か否かは、保健所保健師が該当者との面接などを行って判断する。診察が必要と認められた場合には、都道府県知事に通報されて、担当職員が事情を調査した後に（第27条第1項）、診察する指定医2名を指定する（第27条第2項）。同時に診察が行われる旨を家族等（保護の任に当たっている者）へ連絡しなければならない（第28条 診察の通知）。さらに、第27条第3項により、診察においては当該職員が立ち合わなければならない。診察の依頼（指定）を受けた指定医は、当該職務に関しては、一時的に「公務員」としての職務に就くことになる。診察にあたっては、指定医は「指定医の証票」を携帯し関係者の請求があった場合には提示しなければならない。

措置入院要否の判定：第28条の2では、指定医は「厚生労働大臣の定める基準」に従い、「診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの判定を行わなければならない」とされている^註。厚生労働大臣が定める判定の基準は、「抑うつ状態、躁状態、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、意識障害、知能障害、人格の病的状態」の8つの状態像と、それに関連する「原因となる精神障害の例示」が記載されている。精神障害の診断だけでなく、「自傷他害のおそれ」と「入院の要否」の判断は、決して容易なものではない。診断名とともに、これまでの病歴、さらには直近の自傷他害行為の内容から、「直ちに入院をさせなければ」「自傷他害行為を引き起こすおそれが著しい」などの点を具体的な事実に基づいて判断する必要がある。

措置入院の手続き：指定医2名による診察の結果、2名ともに措置入院の必要性を認めた場合には措置入院となるが、知事による公権力の行使であるので、都道府県職員によって「退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項」を「口頭ならびに書面」によって告知される。入院先は、あらかじめ

注／精神保健福祉法詳解（三訂，2007）によれば、「自身を傷つけ」とは、主として自己の生命、身体を害する行為を指し、「他人に害を及ぼす」とは、他人の生命、身体、自由、貞操、名誉、財産等に害を及ぼすことを指す。

III 法的知識

指定された病床であるが、2005（平成17）年改正によって、看護基準は15対1以上に定められている。また、入院の費用については、当事者のもつ保険の利用が優先される。

緊急措置入院：第29条の2には、緊急措置入院の規定がある。通常の措置入院では、①知事が派遣した2名の指定医、②都道府県職員が立ち会う、③家族に通知し診察に立ち合わせる、といった手続きが必要であるが、急速を要し、なおかつ自傷他害のおそれの程度が著しい場合には、これらの手続きの一部または全部を省略して、1名の指定医の診察で足りるとされている。この規定は、72時間を超えることができないので、入院継続の必要性がある場合には、通常の措置入院の手続きを行う必要がある。

措置入院の解除：第29条の4では、措置入院者において、指定医による診察の結果、「自傷他害」のおそれがなくなった場合には、指定医療機関の管理者の意見を聞いたうえで、「直ちにその者を退院させなければならない」とある。実際には病院管理者から指定医が記載した「措置症状消退届」を受け取ったうえですみやかに判断することになる。しかし、この規定は、措置入院に関する事項であり、自傷他害のおそれが消退していても、なお、当該医療機関の指定医が医療保護入院などによって入院の継続が必要と判断した場合には、他の入院形態による入院が継続される。

応急入院に関する事項

第33条の4（応急入院） 厚生労働大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神科病院の管理者は、医療及び保護の依頼があった者について、急速を要し、保護者の同意を得ることができない場合において、その者が、次に該当する者であるときは、本人の同意がなくても、72時間を限り、その者を入院させることができる。

1 指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの。

2 第34条第3項の規定により移送された者。

応急入院の目的：措置症状はないが、その病状からみて直ちに入院による医療が必要であると指定医が認めたにもかかわらず、本人の身元が判明しない、家族との連絡がつかない場合などでは、すみやかな医療保護入院の手続きができない。精神科救急医療を行ううえで法手続き上の問題点となる。これを避けるために、精神科病院に一定の条件を付して応急入院として制度化したものである。

都道府県知事による応急入院指定病院の基準：①指定医2名以上が常勤していること、②あらかじめ定められた日に（移送などの受け入れ日に）、指定医1名、看護師その他の者3名以上が応急入院などに対応できる体制にあること、③必要な検査を行う体制があること（頭部CTスキャンを他院と連携して実施できる体制）、④精神科救急医療システムと連携していることが望ましい。

告知等の手続き：応急入院では、第33条の5に示されているが、措置入院の手続きを準用するとされている。

精神科病院における処遇の基準

第36条（処遇） 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことができない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ公衆衛生審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければこれを行うことができない。

第37条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

行動の制限を一定の基準のもとで、入院患者の人権を確保し、「医療又は保護に欠くことができない限度において」最小限の範囲で、精神医学的な判断で行われるように、精神保健法の公布と同時に、「厚生労働大臣が定める基準」

III 法的知識

として、行動制限・処遇の内容を具体的に示している。

第36条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限：以下の制限については行うことができない。①信書の発受、②人権に関する行政機関職員、患者の代理人との電話の制限、③人権擁護に関する行政職員、患者または保護者の依頼により代理人になろうとする弁護士との面会の制限。

第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限：以下の制限については指定医が認める場合でなければ行うことができない。①12時間を超える患者の隔離（12時間未満であれば、非指定医による判断で行うことができる）、②身体的拘束。

第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準（昭和63年告示、平成18年改正）：この内容は、精神科病院が行う各種の制限の内容・方法・遵守すべき点などを具体的に示しており、きわめて重要な部分である（参考資料参照）。

通信・面会などが基本的に自由であることは、入院時の告知文書に記載されているが、入院後において行われる開放処遇の制限、電話の制限、隔離、身体拘束などについては、そのつど制限を行う旨とその必要性について診療録に記載するだけでなく、記載した文書を渡して、口頭による説明を行うことが求められている。

おわりに

本稿は、入院治療を行う際に必要な精神保健福祉法に基づいた手続きについて記載したものである。このほかには、精神保健指定医に関する事項、精神医療審査会に関する事項、心神喪失者等医療観察法との関係に関する部分、精神保健福祉手帳に関する事項、社会復帰と精神障害者社会復帰促進センターに関する事項など、多くの部分が残されている。精神科医療の根幹となっている法律であるので、精神科専門医を目指す医師は、熟読して、その内容を的確に把握しておく必要がある。

【参考文献】

- 1) 精神保健研究会（監）. 我が国の精神保健福祉 平成19年度版—精神保健福祉ハンドブック. 東京：太陽美術；2008.
- 2) 精神保健福祉研究会（編）. 精神保健福祉法詳解. 三訂版. 東京：中央法規出版；2007.

- 3) 高柳 功, 山角 駿(編). 精神保健福祉法の最新知識—歴史と臨床実務, 改訂版, 東京: 中央法規出版; 2007.
- 4) 西山 詮. 精神保健法の鑑定と審査—指定医のための理論と実際, 東京: 新興医学出版社; 1992.
- 5) 精神保健研究会(監). 精神保健指定医必携, 東京: マルクインターナショナル社; 2001.

(松原三郎)

(参考資料)

第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準

1. 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

2. 通信・面会について

(1) 基本的な考え方：①精神科病院入院患者の院外にある者との通信及び来院者との面会（以下「通信・面会」という。）は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。②通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及び保護者に伝えることが必要である。③電話及び面会に関しては患者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であって、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の患者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

(2) 信書に関する事項：①患者の病状から判断して、家族等からの信書が患者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ患者の病状をみて当該主治医から患者に連絡させる等の方法に努めるものとする。②刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、患者に当該受信信書を渡した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

(3) 電話に関する事項：①制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。②電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

8-1-7 精神科医療と国民経済

厚生労働省 2006（平成 18）年度国民医療費の概況調査によれば、わが国の国民医療費の総額は 33.13 兆円で、このうち歯科診療費、薬局調剤費、入院食事費などを除く一般診療医療費は、25.05 兆円である。国民医療費総額は国民所得（NI）の 8.88％に相当する。GDP（国民総生産）に占める総医療費の割合を国際比較すると（OECD Health Data 2008）、米国 15.3％、フランス 11.1％、ドイツ 10.6％などに比し、日本は 8.2％と主要国中で最下位であった。

一般診療医療費のうち、精神科に関する医療費（精神および行動の障害）は 1.94 兆円であり、一般診療医療費の 7.74％である。精神科医療に振り向けられる財源の総額を知ることは難しく、その国際比較も困難である。特に、障害者自立支援法施行後は、精神科部分を切り分けることができない。しかし、障害者自立支援法部分や各種行政対策費（精神科関連部分）などを加えると、約 2.3～2.5 兆円程度と推定されるが、総医療費の 7％程度にとどまっている。

精神科に関する医療費 1.94 兆円のうち、入院費用は 1.45 兆円（74.8％）、入院外は 0.48 兆円（24.8％）で、諸外国に比較して大きく入院費用に傾いている。これは、わが国の健康保険制度が比較的安価な自己負担の下で長期入院を可能にしてきたことが大きく影響している。入院治療の効率を図るために、精神病床の機能分化を促進する必要性が指摘されてきた（精神保健福祉の改革ビジョン）。機能分化の状況を見ると、2006（平成 18）年では、精神病床 35.3 万床のうち、急性期治療病棟（救急も含む）は 8686 床（2.5％）、認知症病棟 3 万 2358 床（9.2％）、精神療養 8 万 7172 床（24.7％）、その他（思春期や特定機能を含む）は 22 万 4812 床（63.6％）である。急性期治療病棟では約 3 か月間で 8 割近くの患者が退院しており、もし、急性期治療にかかわる病床を倍増（約 1.7 万床）したとすれば、年間約 6.5 万人の年間入院患者を当該病棟のみで治療することができることになる。この結果、長期入院患者病棟の削減が可能と予測されるが、実際には、長期入院患者の多くは、日常生活障害（特に操作的日常生活能力）の低下が高度な場合が多く、生活の場とともに十分な生活支援なしでは退院は困難であることが明らかとなっている（平成 19 年度精神病床の利用調査から）。急性期治療を充実させることは重要ではあるが、長期入院者の病棟を削減し、その医療費部分を急性期治療の医療費に上乗せしても、必要な住居と地域スタッフの費用までも賄うことはできない。地域移行を促進するためには、地域精神科医療のための新たな財源を確保することが必要である。特に、地域内で医療と生活を支える訪問看護費用や包括的生活支援（ACT）などが必要とされている。いずれも現状の障害者自立支援法の枠内で実現することはできず、医療保険の枠内で利用できるものでなくてはならない。

退院促進は、病床の規制だけで実現するものではない。病床規制に先立って地域精神保健医療福祉サービスの強化が必要である。2009（平成 21）年度は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期 5 年間の始まりの年である。今後の精神科医療の改革は、地域内にどれほど多くの居住施設と医療・生活支援サービスが整備できるかにかかっている。このためにも、地域における精神科医療保健福祉への新たな財源の投入が待たれる。

（松原三郎）



中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方

理事 松原 三郎

平成20年4月の診療報酬改定では、「精神保健医療の改革ビジョン」の実現に向けた施策が多く反映された。急性期（救急）医療の充実に向けた加算と基準の緩和、長期（5年以上）入院患者退院の促進、PSW等を含めたチーム医療による退院の促進、さらに、合併症・認知症・うつ病等への取り組みも加えられた。今回の診療報酬改定でも改革ビジョンを基本とする医療政策を反映したものになることは間違いないだろう。

平成16年から10年間で「受け入れ条件を整えば退院可能な7万人」の退院を促し、「入院中心から地域中心へ」という改革ビジョンは、今年で中間年を迎えており、ますます改革に拍車がかかるかに見える。しかし、改革ビジョンの内容そのものが微妙に変化を示しているように感じている。退院促進の基本方針は変わっていないが、過去5年間に「受け入れ条件を整えば退院可能な人たち」の退院が少しも進んでいないことが明らかになっている。そればかりか、このような退院予備軍はかえって増加の方向にある（最近のデータでは、10万9千人）。本来、退院可能な患者が一人として存在するわけではない。その大半は入退院を行う流動的な一群である。新規抗精神病薬の投与、病院内のリハビリテーション等の療養環境の改善や主治医の意識によっても、その割合は大きく変化する。したがって、何人を退院させるというのではなく、受け入れ可能な施設や支援サービスを何人分用意するかが重要である。このような考え方の変化から、改革ビジョンの目標を実現する手法は、退院可能な患者に直接的に働きかける「退院促進支援事業」も重視するが、むしろ主力は、退院につながるとされる各種の要素をいくつも取り上げていく手法に変わりつつある。病院精神医療では、その基本は、病床機能分化であり、

退院促進の加算である。

今後、施策上で重視されるであろうと思われる要素は以下の4点ではないかと思う。(1) 精神科医療をさらに急性期にシフトすること、(2) 入院後4～12カ月の治療を充実することで1年後の残留率の低下を図る、(3) 長期在院者の症状評価と軽症者の退院促進、さらに、そのための受け皿整備、(4) 医療としての認知症病床の整備。

(1) 急性期医療の整備では、精神科救急医療システムの整備、とくに精神科救急基幹病院として常時対応型施設（原則スーパー救急病棟）をいかにして整備するのが最大の課題である。しかしながら、これと同時に、輪番制のなかで精神科救急ネットワークに積極的に参加し、また、夜間においても時間外診療を受け入れている病院の存在も重要である。後者の病院が、精神科急性期病棟と同様な急性期・救急加算がケースごとに受けられるように診療報酬上の評価が求められる。

精神科病院が、職員の傾斜配置などを行いながら急性期治療の充実に努めることは、地域の救急医療に貢献するだけでなく、入院治療の質の向上に大きく役立つ。実際に4カ月目以降の退院率も向上する。しかし、現状では、精神科急性期治療病棟の取得は、中小の病院でははなはだ困難である。これを補うために入院基本料全体を上げることは重要ではあるが、この手法は長期入院の基本料の通減化を強化することにつながるおそれがある。むしろ、一定以上の看護師等が配置され、さらに、3カ月以内の退院率が確保されれば、ケースごとに急性期・救急部分の加算が得られるようにすべきである。このことによって積極的な活動をしている中小病院が活性化するのではないかと考えている。

(2) 精神科急性期治療が終わる4カ月目からは、入院収入の落ち込みは著しい。現状で、1年後の残留率は13.0%にも及び、その数は毎年5万人にもものぼる。通常の急性期治療病棟でも入院3カ月間目で残留する患者は21.0%で、このうち74.0%は精神症状が残存しているために退院が困難とされたものであった。ところが、急性期治療病棟あるいは救急入院医療を取得している医療機関では4~12カ月の回復期にこれらの82.0%が退院しており、実に1年後の残留率は入院時から計算すると2.5%にとどまっている。回復期の治療効果の約半数は、薬物療法の効果であり、残りの半数は、作業療法やPSWの援助が効果を示したものであった。すなわち、回復期では薬物療法の工夫とともに多職種関わったチーム医療が大きな効果を示すことが明らかである。多職種のチーム医療を診療報酬上でぜひ評価すべきである。できれば、急性期・救急のケースへの加算と連動して、多職種のチーム医療が行われれば、回復期でもケースごとに診療報酬上の加算が行われることが理想である。急性期から回復期まで一連の多職種に関わることができる、質の高い病床機能を求める必要がある。

(3) 長期在院者の問題では、長期重症者(chronic active patient)の存在を無視できない。現在、先に行われた「病床利用状況調査」に続いて入院患者に対するタイムスタディが行われようとしている。このなかでは、長期重症者を定義しようと試みられるかもしれない。結果として、長期在院者の症状評価が導入される可能性は否定できない。それが、来年3月の診療報酬改定に間に合うのかどうか、実際にはかなりの困難が予想される。

長期在院でなおかつ軽症と認められた人たちの地域移行を円滑に行うためには、グループホームだけでなく、一般のアパートへの退院も求められる。この人たちを支えるために、医療と福祉的サービスが合体した(看護師とPSWなど)支援チ

ームが必要となる。このような包括的に医療と福祉が提供できる枠組みがないことが、わが国の地域精神医療が育たない主因でもある。将来的には、このようなチームを育てることができるような診療報酬の設定が求められる。

しかしながら、地域移行を進めるためには、その前提として居住場所の確保、十分な生活支援サービスの確保、さらには、利用者の経済的な保障(所得保障)などが必要である。ところが、現状ではこれらについてはほとんど整備されていない。現在の障害者自立支援法についても、障害程度区分を始めとして精神障害者にとっては他障害に比較してきわめて不利な状況にある。今後、入院から地域移行を進めるためには、これら地域での受け皿状況をチェックし、バランスを保ちながら(Check and Balance)行う原則を重視すべきである。

(4) 精神科医療に関わらなければならない認知症高齢者の数は、今後激増するものと予想される。そのための病床はこれまでとは異なって、精神・行動障害の治療に特化されていく可能性が高い。短期入院を目標として認知症病棟が運営されることが望ましい。しかし、他方では認知症病棟からの退院者を受け入れる施設がないことが影響して、結果として認知症病棟は長期在院患者で占められてしまっている。これを解決するために、軽度の精神・行動障害であっても受け入れが可能な医療型(あるいは介護保険型)の施設が必要となるであろう。

以上、今後の精神医療の進む方向を個人的な見解の範囲で示した。理想的な診療報酬を求めることと、現実の報酬引き上げの活動とは大きな開きがある。病院経営者団体としての実現可能な要望をしていくことが原則であるが、それと同時に、これからのわが国の精神医療があるべき姿を求めていくことも忘れてはならない。

精神科救急病棟が持つべき機能について

松原 三郎

FUNCTIONS OF ACUTE PSYCHIATRIC WARDS

Saburo MATSUBARA

Psychiatric wards in acute care hospitals are required to receive patients of any kind. They must provide high-level treatment for hospitalized patients and at the same time encourage early discharge. Care-management is needed to plan the process while functions such as rehabilitation facilities and group livings prepare patients for resocialization.

□ はじめに

精神科救急病棟は、「主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患患者の入院治療を行う病棟」と定義できるが、365日24時間にわたって精神科救急医療に対応できるように体制を整備する必要がある。具体的には(表1)、常時全ての入院形態への対応が可能となるように、5名以上の指定医が当該医療機関に常勤し、さらに、救急病棟では、医師配置が16対1以上でなければならない。また、安全で高度化された医療が提供できるように、さまざまな工夫を凝らすことが必要になる。

精神科救急入院算定病棟(以下、精神科救急病棟とよぶ)は、平成20年8月時点で、全国に42病棟(1,481床)あるが、全精神科病床の0.4%にすぎず、全国でも38都道府県にしかない。精神科救急整備事業では、精神科救急医療圏と連動して精神科救急基幹病院を整備することになっているが、この中心となるのは、精神科救急病棟である。

□ 松原病院精神科救急病棟の実際

松原病院は病床数463床(うち30床は内科病床)からなるが、平成15年12月から、48床を精神科急性期治療病棟として運営してきた。建設当初から救急入院料の算定を目標にして、個室率を50%以上にした。平成19年12月から救急入院料の算定が可能となったが、平均在院日数は50日を割っており、図1に示すように、次第に他の病棟(亜急性期病棟や長期慢性病棟)でも、在院日数の減少という波及効果を認めるようになった。平成20年9月からは石川県精神科救急システムの基幹病院の指定を受けると、その変化はますます顕著となり、病院全体の平均在院日数は208日にまで減少している。また、年間の入院患者数も平成20年度では、794人にまで達している。

病院全体では、内科も含めて月平均70名を超える入院患者があり、精神科救急病棟には、40名前後の入院患者がある。この人たちを円滑に3ヶ月以内に退院させ、精神科救急病棟の3ヶ月以内の退院率を60%以上に保つためには、円滑な治療システムと退院促進機能が備わっている必要がある。

□ 精神科救急病棟の基本的な治療構造

1. 保護室の配置(図2)

当院では、48床のうち、15床が保護室仕様となっている。その他に11室が個室となっており、個室率は54%である。保護室15床はA・B・Cの3区画に分けられている。

A区画の3室には、酸素・吸引配管と、衝撃吸収材を

床・壁面に用いてあり、「意識障害、夜間せん妄等」身体合併症への対応が可能な個室(Psychiatric Intensive Care Unit: PICU)としている。

B区画の7室は、通常の保護室仕様となっているが、この区画専用のデイコーナーが付設してあり、精神症状が比較的落ち着いてきた患者については、食事や喫煙、TV観賞、さらには、シャワー等も段階的に許可される。

C区画の3室は、一般デイコーナーに隣接しており、保護室から一般病棟へ移る前段階の準保護室として経過を観察できるようにしている。

2. 身体的検索を重視した治療体制

救急での入院では、外傷、せん妄状態、急性薬物中毒、発熱、脱水、循環器疾患など、身体疾患のチェックが必要になる。内科医を当該病棟に専属としておき、全ての入院患者について内科的なチェックを行なっている。これに伴って、モニターの設置、緊急検査として、MRI、各種レントゲン撮影、血液検査などが行なえるように整備している。身体拘束を行なった場合には、モニターと血栓防止用のストッキングを行なっている。

3. カンファレンスを中心とする医療の提供

精神科救急病棟では、看護師(准看護師、補助者を含まない)は10対1以上、さらに、精神保健福祉士2名以上の配置が義務付けられている。当院では、救急病棟には16対1の医師が配置されているだけでなく、慢性期病棟を主に受け持っている医師であっても、当該医師が継続して主治医となることを外来医長が判断した場合には、引き続いて担当するようにしている。しかし、この手法では、入院患者ごとの治療方針に個人差が生ずるために、入院直後に診断・治療方針などを交えてカンファレンスを実施し、問題点を明確にし、治療目標を共通にしながら多職種が当たるようにしている。具体的には、毎朝、医師・看護師・精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師等の多職種が一同に介して短時間のカンファレンスを行なっている。

□ 急性期リハビリテーション機能

1. 退院促進ケアマネジメント

救急病棟だけでも、毎月40名の患者が入院し、3ヶ月以内にその80%が退院する。このためにいくつかの方策がとられている。①入院後1週間前後で、3ヶ月間以内の退院をめざして、当該救急病棟での治療を行なうか否かの判断。もし、3ヶ月以内での治療が困難であると判定されれば、亜急性もしくは長期型病棟への移動が行なわれる。

②3ヶ月間以内の退院が可能と判断された場合には、当初から本人、家族、精神保健福祉士などを交えてケアマネジメントを行なって治療目標を明確にする。

2. 多職種チームが関わった退院促進

退院促進では、①薬物療法の内容自体に検討を要する場合には、救急病棟医長を中心として、医師間での討議が行なわれる。②薬物療法以外が問題となる場合には、多職種チームによる連携が大きな効果を示す。生活障害の程度に合わせて作業療法を行ない、その中には、各種の家事訓練も含まれる。双方いずれのグループにも心理教育が大きな効果を示す。心理教育は集団精神療法によるものと、個人単位で行われるものがあるが、前者は保険診療上では医師の参加が必要であり、現実的ではない。むしろ、看護師を中心として、個人単位で行い、SSTの点数で行なう方がより効果的である。

□ 退院促進の受け皿の整備が必要

1. 居住施設の整備

現在、障害者自立支援法による居住施設としては、グループホームとケアホームが挙げられるが、いずれも、居住施設単体としての採算性が悪く、新設は困難な状況であり、精神障害者の退院促進は停滞した状況にあると言える。それでも、救急病棟の運営面から、近隣のアパート等を借りながらグループホームの整備に努めている。現在、46人分が整備されている(図3)。

2. 訪問看護ステーションの整備

訪問看護は、病院から行なう訪問看護と、訪問看護ステーションが行なうものとに分けられる。前者では、精神保健福祉士による訪問看護が可能であるが、後者では看護師のみが許可されている。今後、地域生活支援では訪問看護が大きな役割を果たしていくものと思われるが、訪問看護ス

表1 精神科救急入院料

項目		精神科救急入院料1
点 数	入院後30日以内	3431点
	入院後31日以上	3031点
病棟常勤		精神保健指定医5名以上
病棟非常勤		精神保健指定医1名以上 医師16.1以上、精神保健福祉士2名以上
看護職員数(常時)		看護部 常時 10:1以上
技士常の職員		看護部 常時 2人以上
保存する精神科病床 1看/単位		精神科病床入院基本料1~4又は特定入院料 60床以下
病棟の設備		隔離室含む半室以上が個室(精神科救急・合併症入院料は、合併症ユニットを有し、個室として算入可)
検査体制		必要な検査、CT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制(CT撮影は連携体制可) ●全入院形式受け入れ可能 ●時間外・休日・深夜受診件数(電話再診を除く)が年間200件以上、又は以下の地域における人口万対25件以上
精神科救急医療システム		イ 所在地の都道府県(政令市の区域を含む) ロ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる)は、当該圏域
対象患者	患者構成	年間の新規患者の6割以上が積極入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、産定入院及び医療観察法入院
	新規患者	入院前3ヶ月間に保険医療機関の精神科棟に入院していない患者 ※精神科救急合併症入院料「身体疾患の治療のため、救命救急センターなどの救急病棟に入院後当該病棟に入院した患者」も対象 新規入院した患者で入院期間が3ヶ月以内の患者 以下の圏域における積極入院、緊急措置入院及び応急入院の患者(都道府県等格別の年間新規発生患者の4分の1以上、又は30件以上の患者を受け入れ) イ 所在地の都道府県(政令市の区域を含む) ロ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院、政令市以外の地区は県立病院が基幹病院となる)は、当該圏域
算定要件		1ヶ月間の当該病棟新規患者入院延べ日数/1ヶ月間の当該病棟の全患者入院延べ日数以上≥4割 積極入院、産定入院患者、医師等(法入院を除いた新規患者のうち6割以上が入院日から3ヶ月以内に退院し在宅(在宅、精神障害者施設)へ移行すること 入院日から起算して3ヶ月を限度として算定

テーションにおいても、精神保健福祉士単独での診療報酬化が、ぜひ必要である。訪問看護の力は大きく、生活支援による生活の安定化は、再燃防止に大きな効果を示す。この訪問看護の力によって、当院の周辺のアパート、あるいは、自宅(家族同居)で過ごす人たちが70人余りおり、これらが訪問看護によって支えられている(図3)。

3. 精神科デイケアの整備

退院後の医療・生活支援として、デイケアは大きな効果を示す。デイケアの中では、SSTや就労の紹介など幅広い活動が行なわれている。

4. 障害者自立支援法に基づく生活訓練と就労支援

現在、当院では、「地域活動支援センター」があり、さらに、多機能型で「自立生活訓練事業」「就労継続B」「就労移行支援事業」が行なわれている。

□ おわりに

精神科救急病棟の導入は、当院の姿を一変させた。それは、急性期において質の高い医療を提供すること、多職種が加わったチーム医療で退院促進を行なうこと、そして、退院後の医療と生活支援を、デイケア、訪問看護、自立支援サービスで支え続けること、それぞれの意味が際立って明確になり、各職種の重要性を認識するようになった。

(医療法人財団松原愛育会松原病院理事長 Chief director, Matsubara Hospital)

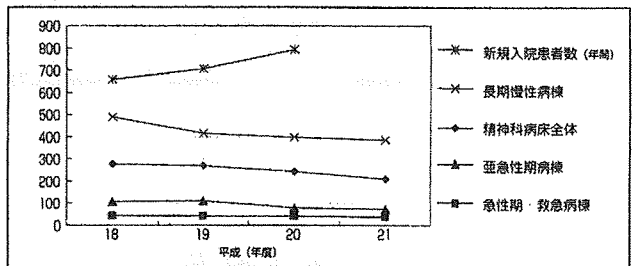


図1 平均在院日数、入院患者数

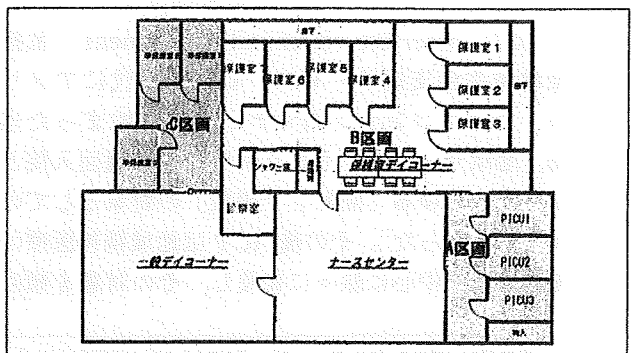


図2 保護室平面

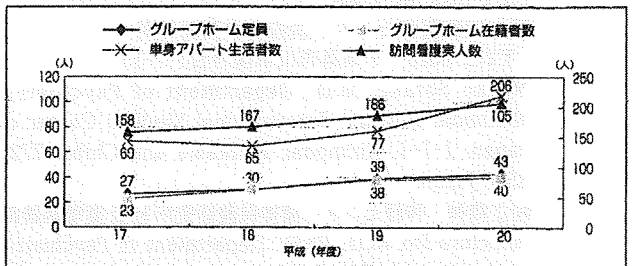


図3 グループホーム利用者・訪問看護数推移

ACTによる措置入院患者への支援

佐竹 直子* 伊藤 順一郎**

抄録：重症の精神障がい者の地域生活支援を行う ACT(assertive community treatment : 包括型地域生活支援サービス)において触法精神障がい者に対する支援のニーズは高く、諸外国では触法精神医療に ACT が導入されその効果を見せている。日本でも ACT の活動が徐々に広まりつつある中で、触法精神障がい者に対する支援のニーズは高く、例えば ACT-J (千葉県市川市) では、全ケース60名のうち14名 (23%) が措置入院経験者である。退院後、地域支援につながりにくく容易に症状の増悪をきたす場合が多い措置入院患者に対する ACT の支援を、ACT-J の症例を通して具体的に提示し、そのプロセスや予後について述べた。また、触法精神障がい者に対する ACT の介入についての利点と問題点について考察を行った。

精神科治療学 24(9) : 1117-1122, 2009

Key words : assertive community treatment(ACT), crisis plan, forensic psychiatry, engagement, recovery

I. はじめに

ACT (assertive community treatment : 包括型地域生活支援サービス) は1980年代にアメリカ・ウィスコンシン州マディソンで始まった当初、地域サービスをうまく利用できず頻回入院となったいわゆる「回転ドア現象」の対策としてのサービスだった¹⁾。その後 ACT は地域精神医療の先進地域を中心に徐々に普及し、その対象を頻回

入院者から長期入院者の退院促進や触法精神障がい者へと拡大し、その効果を見せている。現在英国やニュージーランドなどでは触法精神障がい者への ACT 導入が行われている²⁾。

今回日本で ACT の実践を行っている ACT-J において、どのように触法精神障がい者に対しての地域支援を行っているのかを、具体的な症例を呈示して紹介し、その利点と問題点について述べてみた。

千葉県市川市・松戸市で ACT の臨床サービスを提供している ACT-J は、「訪問看護ステーション ACT-J」に所属する看護師3名、作業療法士3名、精神保健福祉士2名が、国立国際医療センター国府台病院との連携のもと、重症の精神障がいを持つ方の地域生活の支援を行っている。ACT-J の利用者のクライテリアは、①統合失調症、双極性障害、重症うつ病のいずれか、②年2回以上または100日以上入院、③措置症状などの激しい精神症状により社会生活が困難、④長期の引きこもり・未治療、⑤自力で日常生活または

Intervention for forensic psychiatric patients by ACT team in Japan.

*国立国際医療センター国府台病院精神科
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

Naoko Satake, M.D.: Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, International Medical Center of Japan, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba, 272-8516 Japan.

**国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部
Junichiro Ito, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatric Rehabilitation, The Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.