

51. 精神科入院診療の特徴

■研修目標

- ①精神科入院治療を、外来や往診を含めた精神科治療全体の中で理解する。
- ②精神科入院治療を、疾患をもった患者の生活、人生に占める位置で考える。
- ③入院治療を考える前に、まず入院させないで治療する方法がないかを考える。
- ④入院すると同時に退院後のイメージを考え、症状の回復にしたがってそのイメージを改め、その目標に向かって治療、リハビリテーションを行う。
- ⑤多職種チーム治療のあり方を理解する。
- ⑥患者の参加型医療の実践につとめる。
- ⑦精神保健福祉法の入院形態を熟知する。
- ⑧精神保健福祉法で定められた患者の権利と精神保健指定医の役割を熟知する。

■精神科入院医療への概観と治療への態度

- ①日本の精神科医療は、私的病院が公的病院より極めて多い点（約5：1）、地域医療システムが貧困なため入院医療に偏移している点、全医療費の中での精神科医療費が少ない点などが先進諸外国と異なっており、このような環境が現在の精神科入院医療を規定していることを理解しなくてはならない。
- ②大学病院、公的病院（国立、都道府県立）、私立病院でさまざまな格差がある点も理解しなくてはならない。
- ③しかし診療する患者は、どこの国でも同じ病を持ち、また国内でもどの医療機関にも訪れる。本来同じ病を持った人が質の違う医療を受けざるをえない環境に理解を示すと同時に常に精神医療はどうあるべきか、目の前にいる患者はどのような治療を受け、また病をもちながらどのような生活ができるか、したいといっているか、すべきかを忘れてはならない。
- ④初めて経験する病院での入院治療へのかかわりが精神医療への今後の感性を規定するくらいに思い、幅広い見方を養うことが肝

51

精神科入院診療の特徴

要である。

■入院のクライテリア

①原則的に精神障害が入院理由であること

時には例外的に認知症状態で入院しその後認知症状態の末期となり、それまでの治療の責任性、継続性の観点から、身体的理由で入院が継続されることもある。症状精神病や高齢者の脱水によるせん妄など、身体疾患の治療が優先される場合もあるが、この場合も精神障害が理由で治療されている。

②入院しないで治療ができないか、入院のメリット、デメリットを患者の生活全体で考えて判断する。外来で入院に替わる医療が不可能な場合に入院すべきであり、できるだけ外来で行えないか模索すべきである。長期の入院という環境そのものが、疾患のもつ症状とあいまって、受動性、依存性を増し、退院後のリハビリテーションを困難にすることを銘記しなければならない。

③訪問看護やデイケアの機能があることで入院のクライテリアは変わり、特にデイケアでは入院期間や入院回数は50～60%になり、訪問看護では15～30%になる。

④精神科治療においても、無診療投薬は法違反である。非告知投薬はできるだけ避けたいが、精神科の特徴上法違反ではないという判例も出ている。

⑤デボ剤の使用は入院や再発の阻止には役立つが、副作用の予知が困難なため初診時には使うべきではない。

■入院形態と入院理由（詳しくは53項参照）

①任意、応急、医療保護、措置（緊急を含む）の形態と要件を理解すること。2014年4月には、医療保護入院のあり方が大きく変わるとされているので、新しいシステムを学ぶこと。

②自発的入院は精神保健福祉法の**任意入院**である。これは検査入院、環境を変えての入院治療を含めて治療方針を立てるためや、特殊な治療などの場合の入院である。疾患名にはよらず自発的に入院する場合で、自発性は入院治療への同意、さらに積極的参加を意味する。軽症で開放処遇の入院では任意入院となることがほとんどである。

③非自発的入院で自傷他害の恐れのない場合は**医療保護入院**となる。この場合は、入院治療が必要であるのに患者が入院治療の必

要性を理解しない、あるいは拒否する場合である。入院の必要性は精神症状の重さよりも、入院治療を行わなければどこに行ってしまうかわからない、あるいは自傷他害ではないが周囲へ迷惑行為、恐怖、極度の不安を周囲に与える場合などの保護機能を要求される場合が多い。自傷では、よほどでなければ措置入院をとらず医療保護入院となることが実際には多い。

④入院治療が必要と考えられ、診察室では本人から入院の同意が得られても、途中で入院の中断があることが今にも予想される。あるいは開放処遇で治療することに限界があり閉鎖処遇とするならば、現在の法律では任意入院とせず医療保護入院とするほうが望ましいとされている（以前はしぶしぶの任意で閉鎖処遇も可能であった）。

⑤患者本人が強い不安、恐怖、抑うつ感があり自ら入院を希望する場合は原則的には任意入院であるが、この場合も上記理由で閉鎖処遇が必要ならば医療保護入院が望ましい。

⑥応急入院は応急入院指定を受けた病院でのみ行える。この場合、患者は「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」で任意入院が行われる状態でなく、「急速を要し、保護者の同意を得ることができない場合」とされており、保護者が明らかにいない場合は市長同意による医療保護入院となる。応急入院は家族がいるが連絡がつかない、いるかどうかわからない場合、家族がいて連絡が取れてもすぐに書面による同意が得られない場合に適用される。

⑦措置入院は、都道府県知事が指定した2人以上の精神保健指定医の診察に基づいて、自傷他害のおそれがあると診察の結果が一致した場合、都道府県知事（実際には保健所）が入院させるため、入院の告知文は都道府県（の職員）から患者に渡される。

⑧非自発的入院の内、自傷他害の恐れがあることによる措置入院以外の入院が必要な場合は、応急入院と医療保護入院であるが、いずれも強制入院であり、入院に際し患者の治療参加を得にくい。ため、退院後かなりの努力が必要になる。それゆえ入院させないで治療できる方法をさがすことは、患者の地域での社会活動を中断せず、さらに治療の継続および周囲の受容を得るためにも極めて重要である。

⑨任意入院以外の入院において入院を指示出来るのは精神保健指定医に限られる（措置入院は形式的には都道府県知事の命令）。

⑩任意入院以外の入院形態では精神保健指定医の判断，患者への告知，都道府県への入院届け（任意入院にできなかった状況などを記載）が必要となる。

■入院中の処遇，治療的かわり

①入院中の処遇はできるだけ開放的でなければならないが，同時に安全性（セキュリティ）が保証されなければならない。しかし過剰防衛になったり，不必要に制限的にならないようにしなければならない。このためには患者の行動パターンをきめ細かく観察すること，患者の体験する症状をよく聞き記載しこれをスタッフ間で共有することが大切である。

看護師がもっとも患者と接する時間が長いので看護師の評価を聞くことは大切であるが，時に接触時間が長いゆえに個人感情が入ることがあるので，担当医は自分で必ず面接をし，看護師の評価を参考に判断する。ただしこの時も自分がチームの一員であることを忘れず，看護師と話し合い，看護師も納得させることが大切である。

②セキュリティを大切にすると同時にアメニティとプライバシーに配慮するという背反することを常に考える必要がある。このことは一般科での入院においては当たり前であるが，精神科ではとにかくセキュリティに重きが置かれ，アメニティとプライバシーがなおざりにされやすい。またこのことに特に配慮することで治療関係もスムーズになる。その後入院がまた必要になるような時に早期の受療や入院医療が行える。

③入院治療に限らないが良質な精神医療が必要である。良質な医療とは「迅速性」「責任性」「継続性」「均質な医療」を指す。精神医療ではこれに「人権に配慮した医療」が加わる。

④迅速な医療とは医療の本質として当たり前で，身体疾患，特に心肺に関わる救急医療では当然と理解されるが，精神科ではとにかく無視されやすい。しかし精神疾患でも患者本人や家族を含めた周囲の人々の苦悩を迅速な診立てや治療によって一刻も早く軽減することは大切である。精神科では一般科より多くの患者を担当し，また生命にすぐ直結しないことが多く，とにかく「訴えが多

い」患者で閉鎖処遇となると、後回しになる医療者の「甘さ」が出やすい。医師になった初心に帰り、常に自分が患者なら、家族が患者ならと思い、さらに訴えの多い患者にはなかなかいうことを聞かない「わが子」に対する親の心で接すること。患者から面接の希望があれば必ず会って話を聞くことが原則であり、一口に何度も何度も呼ばれるようであれば、会う頻度の約束をすることが大切で、このことを本人と病棟看護師に知らせるようにする。

⑤**責任性、継続性**は相互に関連がある。病棟主治医制の病院では、閉鎖病棟から開放病棟に移ると主治医も代わるのが当たり前のようになっているかもしれないが、精神科では、治療者－患者関係が築かれるのには時間もかかり、病棟主治医制の欠点となる。また病棟から外来へ移ると担当が代わるのも同様である（診療所からの紹介であればすでに入院治療になることで継続性が失われているが、入院治療終了後は診療所へ返し、診療所の医師に責任性と継続性を負ってもらわなければならない）。責任性、継続性は、いわゆる病識が十分でない精神障害者にとって、また慢性疾患を持つことの多い精神障害者が病と付き合い、治療を続けながら生活や人生を送っていく上では極めて重要な要素である。

⑥**均質な医療**が大切なのは、精神科では医療機関によって、あるいは同一医療機関内でも医師によって治療法が異なることが多いからである。これは他科にもあるが、精神科ほどのばらつきはないであろう。これを少しでも減らすには、担当医が患者をバイオ・サイコ・ソーシャルな存在と考え、治療もこの3つの側面から多角的あるいは包括的にアプローチすることが大切である。そのためには常にEBMを求めて知識を増やすと同時に、他職種との連携、情報の共有、チーム治療の実現に時間を割くことである。

⑦**外来と入院のいずれにおいても患者の参加型医療を目指す**ことが退院後の治療の継続をスムーズにする（時には患者自身のカンファレンスへの参加も考慮する）。

⑧**入院と同時に退院後のイメージを考え、症状の回復にしたがってそのイメージを改め、その目標に向かって治療、リハビリテーションを行う**。この時も他職種との連携と同時に、家族や、職場、学校などとの連携を保つ。ただし医療者間では情報が共有できるが、職場、学校などとの話し合いではどこまで患者のことを話す

かは守秘義務、個人情報保護法などの関係から微妙であり、患者自身に参加を促すか、話すことへの許可を得ることが大切である。家族についてはさらに微妙であり、法に基づき保護者に選任されていれば問題ないが、それ以外では結論が出せないほど微妙であるので個々に上級医、弁護士などに相談することが望ましい。

⑨隔離、拘束は極めて人権制限的な対応であり、また患者に入院治療への拒否感を強める対応であるので最小限であることを環境、対応において極めて細かい配慮を要求される。特に隔離室、拘束具は症状の重さゆえに汚染しやすいので頻繁な訪問と頻繁な清潔への配慮が必要である（拘束具はマグネット式の自由度の高いものが勧められる）。しかし安全のため、自傷、自殺企図のあった人には十分な説明の上、入院した日の夜は必要であることも多いことは認識しなければ事故を招く。

⑩閉鎖処遇では、拘束、隔離、閉鎖病棟と段階的に開放度をあげるが、この基準を均質にすること。

⑪鍵は閉鎖処遇ではやむをえないが、慣れに陥らず、やむを得ず閉めるという原則を常に意識すること。

■退院のクライテリア

①退院のクライテリアは入院のクライテリアを考えれば難しくはない。すなわち精神症状の重さによるよりも、入院治療を行わなければどこに行ってしまうかわからない、あるいは自傷他害ではないが周囲へ迷惑行為、恐怖、極度の不安を周囲に与える場合などの保護機能を要求されなくなっていることが最低限求められ、それが持続して満たされれば退院が可能となる。

②さらに退院の前には、患者が①疾患について、②治療の継続が必要ならその必要性を理解し、その意志が確認できることが求められる。このためには患者やその家族へのサイコエデュケーション（心理教育）が大切である。

③急性期から回復して退院を考える時、病院という環境には適応できても、家庭、職場、学校を含むいわゆる本人のフィールドに適応できるかはわからないので、できたら少なくとも1回は外泊をしてそのフィールド（少なくとも家庭に）に適応できること、家庭で必要な服薬ができることを確認すべきである。また退院前訪問看護を適時に適切に利用し、退院と退院後の生活へスムーズ

に移行できるようにすべきである。

④外来で入院医療に替わるサービスが整っていれば、退院の可能性は早期に高くなる。このことは入院のクライテリアでも述べた。

⑤サイコエデュケーションでもコンプライアンスを維持しにくく、怠薬により再発しやすい患者には、薬物血中モニタリングのできる薬を使用することもよい方法である。外来通院継続中もコンプライアンスの確保と副作用発現のチェックのためモニタリングをすることが推奨される。また再発・再燃した場合には薬物投与開始前にモニタリングを行い、怠薬による再発・再燃か、病勢による再発・再燃かを知ることも、その後の治療方針を立てるためには極めて大切である。

⑥問題になるのは入院のクライテリアにあげた非告知投薬である。これは先に述べたサイコエデュケーションなどで自発的に服用するように指導し、できるだけさげたいが、精神科の特徴上やむをえない時もある。もちろん無診療投薬は違法である。

⑦デボ剤は入院や再発の阻止には役立つが、これは一種の強制外来治療にもなりかねない。また副作用が出た場合の問題もあることから十分検討し、何度も怠薬により再入院になる、特に地域や周囲の人に今後受け入れてもらえないほどの問題が起こる可能性の高い人にとっては、再入院、再発防止に極めて有用な方法である。

⑧精神障害が慢性化し、なかなか退院できない障害者についてはさまざまなサービスが用意されなければならない。これについてはデイケア、社会復帰活動、地域支援体制を参照されたい（52項）。継続的に責任ある人が中心となって、チームで医療サービスと福祉サービスを提供することでかなり重症な人も地域で生活できるようになりうる。地域での生活を維持させ、さらにQOLを高め、満足度をあげるには精神保健福祉士などとの連携はかかせない。