将来ビジョン戦略会議

1-1 急性期治療検討チーム報告書

# 「急性期治療検討チーム」報告書

# 1. これまでの精神科入院治療

我が国の精神科病院は、昭和25年「精神衛生法」が制定され、その後昭和29年の法改正で非営利法人である医療法人立の精神科病院に対し設置・運営の国庫補助規定が設けられ、これにより急速に病床の整備が進んできている。また、それまでの治療法に加えて新たに有効な薬物(抗精神病薬)による治療が導入され、それらによる治療法の進化とともに、近代における精神科入院治療が構築されてきた。しかし、国民の意識の貧困さと国の施策による誘導によって、精神科入院治療が本来の治療的な目的以外の役割を課せられ、それを受けとめ担ってきた経緯がある。そのような中で宇都宮病院事件(昭和59年)に代表される劣悪な管理体制の入院治療が行われていた精神科病院が存在したことも事実であるが、そういった特異なものを除き、精神科入院治療は診療報酬上も冷遇されるという不遇な環境の中で、関係者の努力を積み上げて誠心誠意のサービス提供を形作ってきている。

それらの初期から近年までの精神科入院治療の内容と特徴は、以下に要約される。

- ①機能分化されない(疾患・病態・年齢等の混合)ケアミックス型(急性・慢性の区分なし)
- ②画一的・集団的な治療、生活療法が主体
- ③多剤・多量の薬物療法が主流
- ④観察管理を主業務とする精神科看護
- (5)到達目標が曖昧な治療方針(入院日数の長期化)
- ⑥主治医の単独判断による治療進行
- ⑦貧弱な精神科看護技術と精神医療、従事者(医師を含め)の技能不足
- ⑧専門職種人員(看護職・精神科医師およびコメディカル等)の不足

## 2. 現在の精神科急性期治療の状況

現在の精神科入院治療は、それまでの構造から進化して、治療構造の変化を遂げている。 大きな変化は機能別な病棟へと変わりつつあることで、現在の精神科入院治療は、急性期 治療と回復期治療(精神科療養病棟)および認知症などの疾患別専門治療が、病棟機能別 に行われるようになったことである(図 15)。

このように、「精神科救急入院料算定病棟」「精神科急性期治療病棟」そして「精神科基本入院料算定病棟(10:1 および 13:1)」が、それぞれ短期間の入院治療期間を規定して

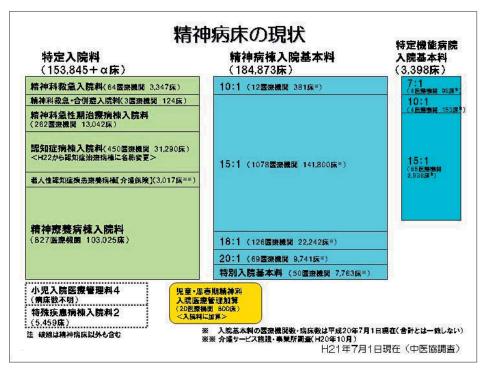


図 15

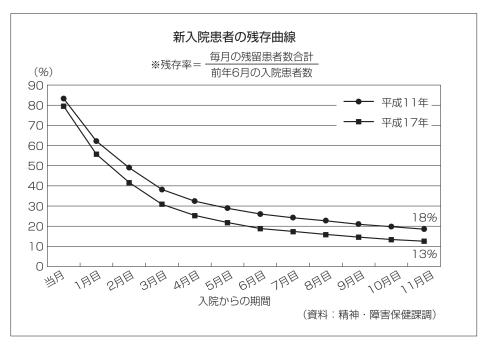


図 16

治療を行う病棟、すなわち精神科急性期治療として機能分化しており、それらは徐々に増加傾向にあって、急性期治療の機能分化が進みつつあることが見てとれる。もちろん地域事情などで精神科基本入院料算定病棟( $15:1\sim$ )のみを有する精神科病院においても、主に急性期治療を行う病棟を設定するなど、急性期治療を機能分化させている病院が多数となっている。

治療の構造も、主治医が治療の全てを専決し看護は盲従するのではなく、病状観察と治

療的および看護的な介入などから評価を合議し、治療方針と計画の立案を、治療に関与する者が会して行っていくことが普及してきている。この場に、精神保健福祉士や作業療法士および心理職や栄養士などのコメディカルスタッフが加わることも多い。患者ひとりひとりの個別的な状況に応じた治療的介入が、その治療計画とチーム医療の実践で行われるようになってきた。これに応じて、精神科作業療法や社会生活訓練療法(SST)など多様な治療が実施されている。また、薬物療法も新たな抗精神病薬などの開発・普及によって、副作用の発現を最小限化することができるようになってきた。

このように精神科急性期入院治療の進化によって、入院治療を必要とする患者の入院治療期間は短縮され、そのおよそ70%超が3カ月以内で入院治療を終了することが可能となり、12カ月を超える入院治療が必要な難治の例は10%に近づいている(図16)。

# 3. これからの精神科急性期治療のあり方

そもそも、入院治療とは、その治療手段によって最善最良の治療効果をもたらすことが 期待できるから行われるものであり、その治療手段以外の他のことでは、それ以上の成果 が得られない時に選択されるものである。その意味で、例外的なものを除き、ほぼ全ての 入院治療は急性期治療であると言ってよい。そして現代では(難治なものを除く)それら のほとんどは、短期間(ほぼ3カ月以内)の治療により、入院治療の要件を解消し入院治療を終了できる(退院)ものであると言える。

例外的に急性期症状が遷延し急性期治療を長期間に必要とする患者が存在して、長期の 入院治療が必要なことから現在これらを便宜上「慢性期」と呼称され、それらに対比して 入院後の短期間の治療を「急性期」と分類されるわけであるが、このことは状態像を適切 に表していない。どれだけ長期間の入院になろうとも、入院治療が必要な要件である急性 期症状の存在が解消できない以上、急性期治療が継続して行われていることになる。病態 や症状の状況に着目して入院治療を論ずべきで、単に入院の期間によって規定され仕分け られるべきでない。

入院治療は、その入院治療となった要件(病状など)を明確にして、それらの要件の解消(すなわち退院)に向けた治療が行われることが原則である。その治療経過に新たに生じた入院治療の要件(例えば身体合併症発症など)は直ちに治療計画に加えられる。入院治療の要件が明確化されるということは、入院治療の終了状況を明確に設定するということであり、これにより入院治療の開始当初から入院治療となった要件の解消(退院)を目指すことになる。

入院治療以外の方法・手段によって、同等以上の治療効果が得られるものがあれば、当然として入院治療よりそちらを選択すべきであり、入院治療中であれば中止して、即座にそちらに移行すべきである。すなわち、入院治療により症状の改善が得られ、デイホスピタル(後述)などの強化した外来治療で十分に対応できるようであれば、入院治療の要件

は解消したものとして、即座にそちらに移行(退院)するといった処遇が行われることになる。これにより、入院治療は限定された治療選択となり、入院治療以外の治療システムの構築が進めば、短期間の入院治療が定着できる。

これらの入院治療は、疾患ごとのクリニカルパスを用いて治療の標準化を図り、状態の評価と治療計画の定期的な検討および管理のもとで治療が進行することが基盤となる。これらによって、治療の目標が具体的にされることにより、各職種の介入のあり方や治療における役割が焦点化され、協働することによって密度の高いチーム医療が展開されることになる。

また、速やかな回復を目指すためには、家族および患者本人の治療へ参画が重要となる。精神科のみならずどのような疾患治療においても、家族および患者本人の疾患の理解と回復意欲そして治療への協力が欠かせない。治療開始当初から家族、そして可能であれば患者本人の治療方針や計画立案を行う場への参画を設けていくとともに、疾病教育や心理教育などの支援を行っていくことが必要となっていく。

## 4. 精神科急性期治療の環境・マンパワー

将来の精神科急性期入院治療の場は治療密度を上げ、機能別な対応も可能なように、現在の一病棟あたりの病床数 (概ね 60 床以下) よりも大幅に少人数の病床数 ( $12 \sim 16$  床程度) で病棟もしくはハード的に区分された治療ユニットが構成されるべきである。また、病室はほとんどが個室で構成されるのが望ましい。隔離室については一時的な利用を行う「観察室」としての位置づけを明確にして、病床は別に有する (バックベッドを持つ) べきである。

これらの構造の病棟に、医師 8:1 (うち 1 名は精神保健指定医)、看護師 1:1.3、PSW・OT・CP を 5:1 で配置しているのが、現在の医療観察法病棟の基準である(15 床以上は看護師 +4 と OT 他 +1)。これらの配置基準が精神科入院治療において効果を奏するための本来の人員配置であるとするなら、将来の急性期治療においてはこの基準の標準化を目指さねばならない。

なお、現在の精神科救急入院料算定病棟においては、医師 16:1 (1 名は精神保健指定医)、 看護師 2:1、PSW2 名以上の人員基準となっている。

# 5. 精神科救急医療

厚労省精神障害保健課発表の平成21年度精神科二次救急実績を見ると救急情報センターでの夜間・休日昼間の電話相談は129,513件、受診件数は42,624件、入院件数は15,535件となっている。一方で平成19~20年に熊本県精神科病院協会が行った調査によると、各々の精神科病院が行った二次救急輪番当番日以外の時間外診療(いわゆる一次救

急)の総計は、当番日救急である二次救急の受診者総数の約9倍存在し、それらの受診者の70%程度は直前3カ月以内に治療関係を有する自院診療の利用者であって、その時間外受診者の84%は外来診療対応で処理されていた。

これらの現状と、身体合併症や自傷自殺企図の搬送患者などをほぼ一手に引き受けている国立熊本医療センターの統計を併せてみると、精神科救急システムの維持には、一次・ 二次・三次の各階層に応じた役割分担が必要であることが痛感された。

一般科の救急医療においては、救急搬送患者の応需先選定困難(いわゆる「たらい回し」)などをもとに消防法が改正され、現在、救急患者搬送規準と搬送先リストが全国的に策定されつつある。精神科領域でも搬送基準を策定する動きがあるが、消防関係者や救命救急センター側からの要望と精神科救急の現場における緊急度判断とは一致が困難な部分を有している。

将来的な精神科救急応需体制について考えると次のようになる。まず外来診療の時間外に発生した自院通院治療中患者を中心とする救急受診(一次救急:ミクロ救急)に対しては、原則として自院の診療で対応する。ただし精神保健指定医が不在などで非同意治療に対応不能である時や、受け入れ病床の確保が困難などの場合、その他当該病院での治療提供が難しい状況があるなどの場合は、病院群輪番救急(二次救急:マクロ救急)など公的な精神科救急医療体制で対応する。自傷・自殺企図や重症合併症など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、その治療後に必要であれば精神科治療を行う。

地域の精神科救急医療は、地域の病院全体で担う病院群輪番体制によることが重要で、 救急医療圏における"最後の砦"としてバックアップ機能を担うという位置付けに、「精神科救急入院料算定病棟」を整理し直すこと。具体的には、精神科救急医療圏域は都道府 県で設定できるようにするため、診療報酬上の施設基準として「精神科救急医療圏における精神科救急医療体制整備事業の常時対応型施設であること」と明記すること。

自傷他害(「のおそれ」を含む)などのハードな救急(措置や保護の発動)は、法による警察官通報等で行政的に関与し、必要(措置・緊急措置・応急)があれば指定を受けている精神科病院で対応する(三次救急)。輪番型救急応需体制の補完として、精神科救急入院料算定病棟やその他の常時対応型医療機関(時間外診療を要件とする社会医療法人など公益的医療機関など)がネットワークを作れば、精神科救急応需体制はより充実したものとなろう。いずれにせよ精神科救急情報センターの振り分け(トリアージュ)機能が重要であることから、全国に整備を進める必要がある。情報センターは、適宜な判断が難しいことがあるので指定医の判断などを仰ぐ体制整備が必要である。

多くの精神科救急現場を混乱させている病的でないアルコール単純酩酊は、基礎疾患に精神疾患が存在していようと救急治療の対象ではない。通院歴があるからといって、即座に当該病院に搬送したり精神科救急に受診させたりすることなく、それらの患者に関する情報を収集し現状とともに提供して、通院先病院あるいは情報センターなどの指示を仰ぐべきである。これらについて救急隊は酩酊問題者として警察への保護要請を躊躇するべきではない。

急増している精神科診療所については、平日の日中時間帯しか診療提供を行っていない場合が多く、これらに受診している者が時間外診療を求め精神科救急体制を受診し、これが精神科救急受診者のかなりの比率を占めている。これらの精神科診療所の診療体制についても、自院通院治療中の患者に対して主治医の緊急連絡先を周知させ、最低でも準夜時間帯の電話診療などの応需体制を義務付ける必要がある。それらが実施されていない場合は、診療報酬の減額などの措置を講じる施策的誘導が必要である。また、地域内の精神科診療所が診療情報を共有化し、輪番当番制で準夜時間帯の時間外診療体制(グループ診療による一次救急)を応需するなどのソフト救急体制も構築する必要がある。それらの整備によって、公的な精神科救急体制が本来の救急対応機能を果たせることにつながる。

## 6. 外来通院・在宅・地域における急性期治療

現在の外来通院治療は、治療構造が症状の比較的安定している患者に合わせて作られている。隔週もしくは月1回程度で短時間の医師診察が中心であり、患者は服薬処方を受けて帰宅している。回復の治療を継続的に受ける者は、デイケアやデイナイトケアといったリハビリテーションのための通所を行っているが、これらの対象はいずれも症状程度の軽い患者あるいは安定している患者である。

症状が重度であったり、かなり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、やむをえ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で対応できる状態まで治療が進まなければならないことから、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密度の高い治療を外来通院で行い、日中時間帯を入院治療と同様な密度の治療を受けることができる治療システム(デイホスピタル)があれば、入院治療の適応はさらに縮小し期間の短縮も図ることができる。また、密度の高い集中的な治療によって症状が改善すれば入院治療を行わずにすむことになる。これらデイホスピタルは、適用する患者の状態・程度に応じて、半日(3時間)~全日(6時間)およびより長時間(9時間程度)といった通院治療を、一定期間連続して集中的重点的に行うものである。これらのデイホスピタル通院の終了後(現在の入院治療の終了に相当)は、デイケアなどでのリハビリテーションや通常の通院治療に移行することになる。

在宅の患者に対しての訪問診療・看護・支援といった在宅訪問治療は、他の診療科同様に精神科治療においても重要な治療方法となる。受療の意思を持っているが種々の事情により通院ができないもしくは困難な患者に対して、その必要度や内容に応じて、医師あるいは看護職または PSW・OT などのコメディカル職種が単独あるいは複数で在宅訪問して治療を行うもので、一般的には「在宅医療」と呼称されているものである。これまでの精神科治療においては、それらを行うだけの余裕ある人員と裏付けされる報酬が無かったことや、強制医療介入の是非や人権侵害といった面を考慮し、積極的には行われてこなかった。精神科治療の対象疾患が、統合失調症を主体としたものから大きく変遷していくことは明らかで、将来は多種多様な疾患と病状に対応していくことになることから、このよう

に在宅訪問治療を必要とする患者は一定程度あるものと思われる。なお、在宅訪問治療を行う場合に、本人の受療意思の確認は必須である。また、通院治療中の患者が病状等の変化により治療的な介入の必要性が高まるなどの状況において、家族や支援者などの要請に応じて訪問治療に出向き、病状の悪化などの不利益をきたさないように介入を行うことも、重要である。一方で初診や未治療である患者の在宅訪問治療は、本人の受療意思が確認できない場合においては原則として公的機関による地域保健的なアプローチが担うべきことであり、医療側から初期的介入を行うことは慎重であらねばならない。

# 7. 提言・・・今後の課題(行動計画)

急性期治療の将来像に至るための治療構造(人員配置・施設構造・治療技法など)の変化は、短期間で成されるわけでも、また飛躍的に変化できるものでも無い。相応の時間と細やかな段階の設定が必要である。何よりも、それらが精神科病院自体の経営に負荷を与えないことが大前提となる。精神科病院の経営は、その支出の65%強が人件費であり、経営の圧縮は大きな労働問題そのものである。多くの従業者のための職場であり、その家族を含めて生計を担っている企業体であることの認識を基盤に、変化を進めなければならない。

急性期治療を行う病棟は、これまでの病棟構造と異なり、機能的に特化したものであることが望ましい。新規の建築もしくは大規模な改修により対応せねばならないことから、国はそれらの建築費補助金を創設し支援する必要がある。非営利法人である医療法人、特に持ち分の無い医療法人については公共性も高いと評されることから、その建築費補助率は50%以上を国が負担し、これらの変化を後押しするべきである。

急性期治療を充実させるための人員については、医師および看護職員等の人員配置を段階的に進めるために、より細かな基準(診療報酬上も)を設けて進化しやすくすることが望まれる。例えば医師数配置に 48:1、32:1、24:1、16:1といった段階的な特定入院料の基準を設けることや、精神科救急入院料の現行基準を緩めたものを設けることなどが考えられる。精神科治療の現場は、多職種協働のチーム医療が主体となっていくものである。他の診療科のように看護職のみの現場ではないことから、看護職配置を規定する現行の医療法基準も精神科治療においては改変し、看護職以外の必要な医療専門職も加えた配置基準とするべきである。また、地方の小規模病院でも精神科救急入院料算定の実施が可能なように、若干の改変が必要である。対象となる頻度や人数は少なくても、全国津々浦々に救急入院に対応する施設は存在しなければならないからである。将来の精神科病院は、ケアミックス型の構造から急性期治療を機能分化させていくことを念頭に、人員配置の集約化高密度化を図らねばならないが、それらが円滑に移行しやすい基盤整備が求められる。

治療現場において、高い技量を有するスタッフの養成は提供される医療サービスの質に直接反映される問題である。精神科医療に従事する多種のスタッフに教育研修の機会を提供しそれらに資するとともに、専門認定制度などにより技量・技術の認定を行い、そのレベルを維持させさらに高めていくための意欲を喚起するなどの積極的な活動を進めるべきである。

精神科治療においては、他の診療科に類を見ない充実したチーム医療の展開が基盤の一つとなるものである。「多職種協働」の実際的なあり方は今後さらに検討され、治療システムとして高められなければならない。

また、これらの多職種が行うチーム医療の進行管理は、疾患ごとのクリニカルパスによって行われるべきである。従来ともすれば医師の個人的な見解や看護の現状対応を主とする看護計画などで行われていた治療計画や進行管理を計画的・集約的に行うツールとして、クリニカルパスを駆使する治療システムが必要である。疾患ごとのクリニカルパスの開発は、今後急務であり、それらの普及が望まれる。

精神科治療の手技・技法は多種に及ぶが、そのほとんどは診療報酬上に評価されないこ ともあって、時間と人員をかけることができず、それらの内容の深化や体系化が進んでい ない。しかし、治療現場では平時からこれらの治療法を行っている現実がある。例えば、 精神科看護技法である生活療法として、日常の生活技能を回復するための指導や、社会生 活リハビリテーションとして実際に付き添い、外出し、買物や公共機関の利用についてな どの指導・訓練を行っていることなど、他の診療科の看護職種が行っていない精神科特有 の治療技術を実施しているのが通常である。昨今、認知行動療法が注目を浴びているが、 精神科治療は力動的精神療法や対人関係療法など多種の精神・心理療法があるが、それら は一括して「精神療法」と括られていて、なおかつ毎日施行しても1週間に1度程度しか 診療報酬上は評価されない。また加えて集団精神療法などの評価も低いという状況にあり、 精神科治療の技術的な治療介入はそのほとんどが診療報酬で評価されず、積極的に実施す る方向性を阻害している。治療的アプローチをしてもしなくても同じ診療報酬では、何か を行うだけ支出が増えるだけということになるからである。精神科入院治療において、医 療密度を濃密かつ積極的に提供していく体制になるためには、こういった精神科治療技術 の評価を行うことで、それらを実施する専門的な人員とその労務時間を確保し展開できる ようにするべきである。

今後の精神科治療において、大きな課題要素となるものは、入院外治療の充実である。 現在は、状態が比較的安定していて、リハビリテーションを主とする治療が必要となって 利用するデイケアやデイナイトケアといった通所治療がある。しかし、これらの対象では なく、症状を多く有し状態安定が得られていない状況でも、他の支援を併用しながらも入 院治療に至らないで、日中の入院治療と同等の医療サービスを受けることができる「デイ ホスピタル」といった機能は必須である。また、このような治療システムがあれば入院治 療の短縮化や再入院を減らすこともできることから、今後早い時期に評価を得て創設して いかねばならない。在宅の患者に対しての訪問診療・看護・支援といった在宅訪問治療は、 有用なものであり今後はニーズも多くなると思われるが、その介入のあり方などを含め一定のガイドラインが作られなければならない。特に対象者の自由意思と人権擁護の観点を踏まえて、医療サービス提供側としてどのようなことが可能で、その限界や行ってはならないことは何かなどの整理が必要である。また、他の診療科における在宅訪問治療との違いを十分に組み込んだ精神科在宅訪問治療としての形態を位置づけして、それらの診療報酬上評価も反映されなければならない。状態の重い患者に対する訪問や危機介入といった際には、多くの人員と労力が費やされることも評価されねば、体制の構築はおぼつかない。

将来ビジョン戦略会議

1-2 回復期治療および 重症遷延者治療検討チーム報告書

# 「回復期治療および重症遷延者治療検討チーム」報告書

# 1. これまでの流れと現状

2005年(平成17)年6月30日における厚生労働省調査によると、2004年(平成16)年6月に入院した患者は、3カ月以内に58.1%が退院し、6カ月以内には81.3%、さらに1年目には85.9%が退院している(残留率14.1%)。

非定型抗精神病薬の登場に象徴される精神科薬物療法の進展、作業療法やSSTといった心理社会学的療法の普及、さらには多職種治療チームの治療に対する関与等の要因が、入院期間の短縮、ひいては早期の社会復帰に奏功していることは、精神科治療学の発展として大いに評価すべきであると考える。しかし他方、今回将来ビジョン戦略会議において検討課題としているように、「長期にわたり入院の必要性があり、退院まで行き着けない患者群」言い換えれば、「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、陽性症状ないしは陰性症状が残っていて、地域移行ができない患者群」が多く入院しているのも事実である。

これらの患者について検討すると、①激しい精神症状を遺し、自傷行為や自殺企図等により隔離や身体拘束等の行動制限を要している患者群 (陽性症状群)、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、常時の医療的関与が必要な患者群 (高度な欠陥症状群)に大別される。

精神医学講座担当者会議が監修した「統合失調症治療ガイドライン第2版」(医学書院、2008)は、標準的治療方針をエビデンスに基づいて推奨し、最新の治療法を解説することを謳っているが、同ガイドラインの治療計画策定の章では、「一般に、精神医学的な管理は急性期、回復期、安定期に分けて、各病期に応じた治療方針を立てて行われている」と記している。この中で、急性期については、重篤な精神病状態(幻覚、妄想、興奮・昏迷・緊張病状態などの激しい行動障害)にあって社会的な役割機能が低下し、病状が非常に不安定な時期である。急性期の治療目標は活発な精神病症状を除いて役割機能を改善することであり、自傷・他害のおそれが切迫しているときはそれを防ぐ緊急措置を講じる必要がある、としている。また回復期については、急性期の精神病状態から回復しつつある時期である。通常は急性エピソードが回復したのち半年以上にわたって続く。この時期の治療目標は、患者のストレスを最小限にとどめ、再発を防ぐための支援と地域生活に適応するための生活支援を行い、寛解状態を維持することにある、としている。さらに安定期は、精神病状態が改善して病状が安定している時期である。治療目標は改善した社会的な生活機能レベルやQOLを維持し、向上を図ることである、としている。

従来より回復期治療に関して論じられることは、急性期治療のそれに対してあまりにも少ないのが実状である。回復期治療の重要性を主張した論文は少なく、長期慢性化する患者は多数いるにもかかわらず、その治療論が欠落していることに問題の本質があるとも言える。こうした中で、中井は「統合失調症の精神病理学は一般に発病に精であり、寛解に粗である」と述べたうえで、「寛解の過程は発病の逆過程ではなく、発病の病理と異なっ

た論理のもとに追求しなければならない」とした。

中井によれば、その過程は急性統合失調症状態から①臨界期、②寛解期前期、③寛解期後期という逐次的段階的経過であるという。臨界期は急性統合失調症状態から寛解過程への転換の時期である。またこの時期は不安感や焦燥感の増強や自我境界の消失によって、一見したところ悪化の徴候ととらえられやすく、さらにこの時期の病者は非常に孤独感が強く、最も治療的支持を必要とするという。そして、ここを越えることの難しさが統合失調症慢性化の最大要因となっているとした。臨界期に続く寛解期前期に至ると、病者は内的外的事象からの軽度の隔離感を抱き、あたかも「繭に包まれた感じ」を抱く。この繭に包まれた時期は、被保護的ではあるが、突発事への対処には無力であり、周囲が社会的行動を強要すると、病者は自らの内的リズムの感覚を失ってしまう。寛解期後期に至ると、繭に包まれた感じが消失することにより、外界の刺激に対する被保護感も消失する。治療的には再発防止が重要になるが、その際、心理的・社会的に「距離をとる」という姿勢を保ち、実践的克服を焦らせないことが重要であるとした。

一方、永田は急性期症状の消褪直後に一過性の欠陥統合失調症様の状態像が出現するこ とに着目し、これを寛解後疲弊病相と名付けた。精神病後抑うつ (McGlashan)、生彩の ない感情-欲動性の再発症状(Weitbrecht)、精神病後の遷延性無力状態(Huber)に相当し、 中井の言う寛解期前期の遷延化したものとされる。その特徴は、①睡眠過剰、②作業能力 の低下・高度の易疲労性、③対人関係の障害、④「何か欠けている」という内省、⑤「負い目」 の体験、⑥過去・未来の時間体験の障害、⑦その他、病的体験の名残り、身体的異常感、 外的刺激に対する耐性低下、過去の知的蓄えの喪失感などである。治療的観点からは、言 語活動が低下しているため、急性期の治療関係の基盤を通してのみ接近可能であり、この 病相での治療者の交代は禁忌であり、無理な「働きかけ」を慎み、自殺に対する注意が必 要であるとした。また永田は、中井の言う寛解期前期と寛解期後期の間に「第2の臨界期」 と呼ぶ時期がみられることを指摘している。この時期には、自己が他者との間で生きてい るという共同存在への「目覚め」が行われる。その特徴は、①突発的で、②過覚醒が見られ、 病者からは「不眠」、「頭が冴える」などと自覚される、③啓示性が認められ、高度の不安・ 恐怖を体験する、④後作用の持続がみられ、多くは再発に至ってしまうが、寛解過程に発 展するものもある、⑤自律神経症状を欠く、⑥誘因は存在しないことが多い。第2臨界期 においては、治療的には病者の焦りや孤独感に対処し、薬物を増量するとともに頭が冴え るなどという本現象に対する病者への教育の必要性を指摘している。

中井と永田の報告は統合失調症の経過における寛解過程(言い換えれば回復期)の臨床的・治療的重要性を指摘したものであり、統合失調症の再発予防、あるいは慢性化と症状固定化に対する治療的方策への道が先験的に暗示されていると言える。急性期から寛解に至る過程において、急性期に消費したエネルギー量を寛解過程で補う必要がある点、また寛解過程は急性期よりはるかに時間がかかるものである点の2点は、治療の観点から特に重要である。寛解期にむやみに社会復帰を急がせることは、中井のいう寛解期前期における繭を破ってしまうことに等しく、大事なことは安心して休める状況を作ること、繭が消失しても安全な状況を提供することである。

さて現在の精神科入院治療に関する診療報酬の体系は、急性期治療に関しては、①救急 入院料、②急性期治療病棟入院料が設定されている。これらの病棟は、治療期間の縛りや それ以降の処遇についての制限が設けられており、設定された治療期間の間に多くの患者が在宅に移行することも事実である。反面、期間内での治療が奏功せず、重篤な精神病状態を遺した前述の「陽性症状群」や常時の医学的関与が必要な「高度な欠陥症状群」が存在し、さらに精神療養入院料ないしは精神科入院基本料の病棟において治療が継続されることになる。このため、3カ月以内に退院に至らない患者については、早期退院が可能な患者に比べて治療困難な患者であるにもかかわらず、それ以降さらに集中的重点的な治療環境には置かれないこととなる。こうした「長期にわたり入院の必要性があり、退院まで行き着けない患者群」に対して、どのような治療環境を与えるか、どのような処遇を行うかが問われている。さらに言えば、こうした急性期治療に偏重した診療報酬の体系からは、先に述べた回復期の臨床的・治療的重要性の観点は欠落しており、それこそが長期慢性化の問題の本質であると考えられる。

平成 18 年の診療報酬改定時に、厚生労働研究保坂班の提言による「精神科回復期リハビリテーション病棟」の検討が行われた。これは、精神科入院患者の退院促進を目的に、3 カ月から 1 年以内の患者を対象にした病棟機能分化を構想したもので、社会復帰リハビリテーションの強化によって在院長期化を予防し、包括的地域医療支援により重度障害者に入院外で対応するとしたものである。こうした病棟機能分化を基本とした機能分化の構想に対して、日精協では、病床機能分化対応チームを組織して検討を行い、「精神科医療においては、その疾病特性のみならず、社会的および心理的な患者特性に対する個別対応が必要であり、急性期、回復期といった病期別の機能分化をそのまま精神科医療に当てはめることは、実際的とはいえない。また、疾病と障害が併存しているのが精神障害の特性であり、疾病に対する治療と障害に対するリハビリテーションが、同時並行的に行われなければならない。さらに、対象患者に関するデータ分析を行った結果、1 病院あたりの対象患者は平均 26.8 人となり、ほとんどの病院で病棟として成立しない結果となった。こうした点から、今回の回復期リハビリテーション病棟のような病棟単位の機能分化に対しては賛成できない」と結論づけた。

今後、少子高齢化の更なる進展やこれに伴う疾病構造の変化といった影響により、精神 科病床の利用減少の傾向が進行することが予測でき、精神科病院の小規模化が進む過程に おいて、単一機能を有した病棟が並列している現在の精神科病院のあり方が存続すること を想定することは、現実的とはいえない。そうした条件のもと、精神科における機能分化 を「病棟規準」から「患者規準」へと転換する際には、精神症状を加味した状態像、診断 名分類、ADLの状況等の患者特性を、どのように反映していくかという大きな問題点が ある。上記の患者群の治療や処遇を検討するうえで、病床ごとの機能分化をどのように果 たしていくか、ケースミックス病棟のモデルをどのように提示できるかは、我々に課せら れた大きな課題である。

## 2. 問題点の抽出

#### a. 統合失調症患者が長期入院に至る要因

平成17年の調査から、入院期間別、疾患別状況で見ると、統合失調症の患者は、1年未満が23%で、1年以上が77.0%も占めている。また、10年以上の入院患者のうち、5年以上10年未満で31.3%を、10年以上では70.5%を統合失調症の患者が占めている。さらに、同調査で統合失調症患者の年齢分布を経時的にみると、平成11年および平成14年調査では50~54歳にあったピークが平成17年には55~59歳に移動している。このことから、統合失調症患者の入院の長期化とそれに伴う高齢化が進んでいることが分かる。平成20年9月の「今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会」の精神病床の利用状況調査報告を見ると、統合失調症による精神病床入院患者のうち近い将来退院の可能性はない患者の退院できない理由について、「陽性症状(幻覚・妄想)が重度33%」「セルフケア能力に著しい問題がある33%」「迷惑行為を起こす可能性がある9%」「治療・服薬への心理的抵抗が強い6%」「他害行為の危険性が高い5%」「自傷行為・自殺企図の危険性が高い3%」、「重度の多飲水・水中毒2%」となっていた。「陽性症状群」においては、重度の陽性症状や他害行為、自傷行為・自殺企図が「高度な欠陥症状群」では、セルフケア能力の他、迷惑行為や多飲水・水中毒の問題が関連すると考えられる。

## b. いわゆる「陽性症状群」について

前述の長期入院に至る要因のうち、「幻覚・妄想等重度の陽性症状」「他害行為の危険が高い」「自傷行為・自殺の可能性が高い」を理由とする「陽性症状群」については、標準的な精神科医療を提供しているにもかかわらず、陽性症状が改善せず、また頻回の行動制限を要していて、従来「処遇困難例」あるいは「治療抵抗性統合失調症」とされていた。しかし、これらに対する系統的な研究は行われず、その実態はおろか、共通した定義もなされていないのが実状である。このことが、精神疾患とりわけ統合失調症における重症化の防止を図るための治療のあり方の検討が進まない大きな要因となっている。

#### c. いわゆる「高度な欠陥症状群」について

「高度な欠陥症状群」の患者に関しては、単に食事摂取等の身辺処理ができないという問題ではなく、感情反応の欠如や会話量の乏しさ、自発的動きの減少といった陰性症状のために、周囲との十分な疎通がつかず、徘徊等の迷惑行為や危険回避等のセルフケア能力の低下が問題となってくる。従来、急性期の精神病エピソードが回復過程にあることのみをもって、いわゆる「社会的入院」とか「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」とされた患者群の中にはこうした「高度な欠陥症状群」が少なからず含まれる。回復期治療においては、こうした患者群に対して、急性期に引き続き精神医学的な管理を必要としている。疾患の理解や服薬の意義、対処行動等に関する心理教育的アプローチが必要なことは言うまでもないが、早期の社会復帰を優先すると再燃のリスクが高くなる。これらの事より諸外国の事例を引くまでもなく、適切な受け皿整備なしに、「まず精神病床の削減ありき」の

極端な退院促進を図ろうとすれば、本来の目標である「障害者が自立した社会生活を営む」地域移行が達成されないことは、明らかである。

#### d. 回復期治療に関する治療戦略の再考

統合失調症における急性期後の寛解過程は、その後の慢性化の岐路としての臨床的・治療的意味を持っている。また、中井や永田が指摘するように寛解期、いいかえれば回復期の当事者に対してその意味することを考えれば、この時期は長い癒しの時間を必要とするものであり、決して「社会復帰」を急ぐべきではない。慢性状態や固定状態・・・ここで取り上げている「重症遷延者」の問題は、ある部分統合失調症における運命的な転帰ともみられていたが、寛解過程を一つの理想的な経過型と考え、自然な寛解過程から逸脱してなぜ慢性化が生じるのかを問う「回復期治療に関する治療戦略の再考」といった発想の転換も必要である。

# 3. 将来のあるべき姿、具体的なイメージ

#### 1) 重度遷延者の処遇のあり方

救急入院料病棟や急性期治療病棟のように、治療密度を高めたシステムによって、集中的に治療を行っても症状が消褪しない患者や極めて短期間のうちに症状再燃を繰り返す患者が少なからず存在している。これらの患者は、現在の治療システムの中では、精神療養病棟や精神科一般病棟で長期にわたって入院治療を継続せざるを得ず、長期在院となる重症患者が増加する原因となっている。このことは、特に統合失調症患者において、より顕著である。

こうした事態を解決する方途としては、さらに重点的な治療を行える治療システムや、それを可能とする医療経済的システムの構築が必要である。しかし、それによっても症状の改善しない患者群も想定されるため、そうしたケースにおいてもなお入院治療を継続すべきか、継続するとすればどのような処遇が考えられるか、もし入院によらない処遇を行うとすれば、どのような形態が考えられるかが問題となる。

また、「長期にわたり入院の必要性があり、退院まで行き着けない患者」については、 前述のように「重症遷延者」として、「陽性症状群」や「高度な欠陥症状群」が含まれて おり、医療的側面と介護を含む福祉的側面の両面よりの検討が必要である。

## (1)「重症遷延者」に対する入院治療システムの創出

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、陽性症状ないしは 陰性症状が残っていて、地域移行ができない患者群に対して入院治療を継続するとすれ ば・・・

①あくまで症状の改善を目標に、より積極的な治療を行うためには、クロザピンの使用や修正型電気けいれん療法への導入、さらには集中的な心理社会的治療の実施が必要となるであろう。この場合、医療観察法病棟の治療構造・人員配置に類したものが想定される

が、これらを可能とする医療経済的裏付けが必要なことは言うまでもない。

②積極的な治療プログラムは行わず、セキュリティーの面を重視した医療および保護を 行っていくとすれば、どのような治療構造や人員配置が必要となるのか。そうした病棟は、 医療観察法の許に運営されるべきなのか。それとも精神保健福祉法に拠るべきなのか、に ついても検討すべき課題である。

日精協では、「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する基本的方向」(平成22年5月。以下、基本的方向という)において、長期入院病床に必要な医療機能について、1)「慢性重度治療(仮称)」機能、2)「介護力強化精神科治療(仮称)」機能、3)「入院治療を要する身体合併症治療|機能を列挙している。

#### (2)「重症遷延者」に対する入院外治療システムのあり方

上記①に示すような集中的治療によって退院可能となった場合、長期入院からの地域移行に関しては、適切なケアマネジメントの実施や居住、生活支援面での十分なサポートを含む地域ケアの充実が重要である。入院中からのケアマネジメントや退院を目標とした様々な訓練を含む地域移行支援の側面と、退院後の訪問看護やデイケア等の医療サービスや相談支援を包含した地域ケア(地域定着支援)を統合して実施できるセクションが病院内に必要である。

前述した「基本的方向」においては、相談支援専門員、精神保健福祉士、看護師などを配置した「地域生活支援室(仮称)」の設置を提言し、①病棟での退院への取り組みと連携し、退院生活訓練の同行支援や地域生活のためのケア計画を作成、②地域の福祉サービス等の利用に向けて、「利用計画書」の作成やサービス事業者との連結など、ケアマネジメントの実施、③退院後の一定期間のアウトリーチ型の相談支援の事業実施を想定している。

#### (3)施設入所(福祉的対象)

これ以上の治療奏功が望めない、あるいは有効な治療手段が想定できないと考えられる 患者については、そうした判定基準がきちんと策定されることを条件に、福祉的対象とし ての施設移行も考えられる。しかし、こうした場合であっても、他の障害種別に比較して、 より医学的関与の密度が高いことが要求されることは言うまでもない。

#### 2) 精神病床機能分化のあり方

前述のように、「陽性症状群」や「高度な欠陥症状群」を含め、長期在院患者は同一の病棟で治療されている。今後の治療システムを考える時、重症者だけを集めて1つの病棟を編成するのは、小規模病院では困難である。また将来的に我が国の精神科病院がダウンサイジングしていく中では、病棟機能分化という"大規模モデル"は考えられない。今後のモデルとしては、1つの病棟の中で多様な状態像の患者を治療していく"ケースミックスモデル"(病床ごとの機能分化)を考えるべきである。また、これらの折衷形式であるユニットケアとして、少人数の病棟内治療グループをハード面およびソフト面で区分して対処する方法もある。

#### 3) 治療プログラム、オーダーメイドのシステム

ケースミックス病棟では、個々の状態像に応じた治療プログラム(オーダーメイドの治療システム)を立てることが必要とされ、医療経済的には"ケースミックス分類"に基づく支払い方式(山内)の導入が期待される。

# 4.課題、クリアすべきこと

「重症遷延者」に対する治療に関しては、①長期入院に至る要因の検証、②「重症遷延者」についての定義や判断基準の再検討、③「重症遷延者」に対する治療プログラム、パス等の治療システムの構築が必要である。

#### ①長期入院に至る要因

長期入院に至る要因を治療上の観点や患者を取り巻く環境的な面から評価すると、一般 に次のような要因があげられる。

診断の遅延、治療の開始時期/不適切な薬剤選択および副作用/不適切な心理社会療法 /人格要因/家族要因/家族・職場・地域の無理解

#### ②重症遷延者の定義や判断基準

「標準的な精神科医療を提供しているにもかかわらず、陽性症状ないしは陰性症状が残っていて、地域移行ができない患者群」に関しては、従来「処遇困難患者」ないしは「治療抵抗性統合失調症」と表現されることが多かった。長期入院の要因を検討するためには、これらについての定義を行うことが極めて重要である。

中谷らによってあげられた「処遇困難患者 (difficult patient)」の範疇においては、以下の

- i aggressive impulsive: 攻撃性や衝動性の強い人たち
- ii antisocial manipulative: 反社会的で操作性な人たち
- iii agitated unstable:激越、焦燥が強い、不穏がある人たち
- iv autistic disorganized: 自閉的や思考の解体が強い人たち
- v antecedent related:過去に重大な問題行動があった人たちが含まれている。

また、「治療抵抗性統合失調症」として、我が国においてクロザピン適応症例として、 以下のごとく提案されている。

「統合失調症の診断が確定していて、かつ数種類の抗精神病薬を十分な期間、十分な量投与したにもかかわらず、十分な反応を示さない症例」として、

#### A 反応性不良

忍容性に問題がない限り、2種類以上の十分量の抗精神病薬(クロールプロマジン換算 600 mg/日以上で、1種類以上の非定型抗精神病薬を含む)を十分な期間(4週間以上)投与しても反応がみられなかった患者。

#### B 忍容性不良

- ・リスペリドン、ペロスピロン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール等の 非定型抗精神病薬のうち、2種類以上による単剤治療を試みたが、以下のいずれかの 理由により十分に増量できず、十分な治療効果が得られなかった患者
- ・中等度以上の遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニア、あるいはその他の遅発性錐体 外路症状の出現、または悪化
- ・コントロール不良のパーキンソン症状、アカシジア、あるいは急性ジストニアの出現

#### ···が提示されている。

しかし、これらの「重症遷延者」については、その実態についての全国的な調査は行われることはなく、その「重症度」を判定する基準も確立されていないのが、実状である。こうした患者群に対する適切な処遇を確保するためには、これらの速やかな検討が必要であり、ナショナルセンターの果たす役割は大きい。

#### 〈ケースミックスモデル(病床ごとの機能分化)を可能とする診療報酬体系〉

現状においても、先に述べたように「重症遷延者」を含む長期在院患者に対する治療は、 多くが精神科一般病棟や精神療養病棟で行われることが多い。今後、精神科治療の進展や 少子高齢化に伴う障害者の年齢構成の変化の影響を受けて、精神科病床のダウンサイジン グが進むと、こうした傾向は一層目立ってくることが予測される。

1つの病棟内で、さまざまな状態像の混在している患者の治療を行うのに対して、現在の一段階の包括支払い方式である特定入院料方式では、機能分化に対するインセンティブとはなり得ない。患者の実際のコストと状態像を反映するケースミックス分類に基づく支払い方式を開発する必要がある。

# 5. 施策の提言

#### 1) いわゆる「重症遷延者」についての定義を確立する

「長期にわたり入院の必要性があり、退院まで行き着けない患者群」については、①激しい精神症状を遺し、頻回に隔離や身体拘束等の行動制限を要している患者群(陽性症状群)、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、常時の医療的関与が必要な患者群(高度な欠陥症状群)に大別される。このうち、陽性症状群については、従来「処遇困難例」あるいは「治療抵抗性統合失調症」とされてきた。しかし、これらについてはその実態についての系統的な調査が行われることはなく、十分な解明はなされていない。その実態を把握し、きちんとした定義を行うことは、単なる用語の問題にとどまらず、適切な処遇の確保や後述する治療のあり方に寄与するものである。また「高度な欠陥症状群」については、陰性症状のために、周囲との疎通がつかず、いわゆる迷惑行為の出現や危険回避等のセルフケア能力の低下が問題となっている。この群についても、医療的関与の必要性の観点を踏まえた定義づけが必要である。

2)長期入院患者の重症度に関する判定法を確立し、治療のあり方についての検討を行う

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、症状に関する観点や治療上ないしは彼らを取り巻く環境面の観点からと、様々な検討がなされている。これらには、大きく分けて、今回提示した「陽性症状群」と「高度な欠陥症状群」の両側面が関与している。これらについて、それぞれ重症度について判定することは、統合失調症の重症化の防止を図り、ひいては「重症遷延者」の治療のあり方を考えるうえで欠くことができない。

#### 3)回復期治療に関する治療戦略を再考すること

統合失調症の症状を、幻覚・妄想や精神運動興奮、滅裂思考といった陽性症状と意欲低下や自閉といった陰性症状に分ける2分法はしばしば行われる。あらためて、この両者の関連性について考えると、一つは原発性の陰性症状が陽性症状と並行して推移するが、急性エピソードの鎮静後には残遺症状として持続するというものであり、もう一つは続発性の陰性症状が統合失調症の経過とともに次第に増大するというものである(Häfner、Mauer)1)。このうち続発性の陰性症状を認める場合には、慢性化の過程が問題となる。いずれにしても、急性期後の寛解過程はその後の慢性化の岐路としての臨床的・治療的意味を持つとされ、回復期治療に関する治療戦略の練り直しが、「重症遷延者」に対する問題解決の糸口となり得る。

## 4) 病床ごとの機能分化のあり方を検討する

現状においては、「重症遷延者」を含む長期在院患者に対する治療は、多くが精神科一般病棟や精神療養病棟で行われることが多い。

今後、精神病床のダウンサイジングが進むとこの傾向は一層進展すると考えられる。こうした重症者が混在した中で、個々の状態像に応じた治療を行うためには、病床ごとの機能分化を図り、患者個々の治療プログラムを準備することが必要であり、医療経済的には、"ケースミックス分類"に基づく支払い方式の導入が期待される。

#### 参考文献

- 1) Häfner, Mauer: Are there two types of schizophrenia? True onset and sequence of positive and negative syndromes prior to first admission. Negative Versus Positive Schizophrenia, Marneros A, Andreasen NC, Tsuang MT (ed), pp134-159, Springer, Berlin, 1991.
- 2) 岩舘敏晴:精神分裂病の経過. 臨床精神医学講座Vol. 3. pp333-349、中山書店、1997.
- 3) 永田俊彦:精神分裂病の急性期症状消褪直後の寛解後疲弊病相について.精神医学23:123-131,1981.
- 4) 永田俊彦、広沢正孝:分裂病の自然史試論. 臨精医 21:1007-1012、1992.
- 5) 永田俊彦:分裂病経過の諸相. 臨精病理 14:93-107、1993.
- 6) 中井久夫:精神分裂病状態からの寛解過程-描画を併用せる精神療法をとおしてみた縦断的観察.分裂病の精神病理 2、宮本忠雄(編). pp157-217, 東京大学出版会、東京、1974.
- 7) 中井久夫:分裂病の慢性化問題と慢性分裂病状態からの離脱可能性.分裂病の精神 病理 5. 笠原 嘉 編. pp33-64、東京大学出版会、東京、1976.

脚注 ※統合失調症…原書の「分裂症」という用語は、現在の名称変更に準じて訂正

将来ビジョン戦略会議

1-3 身体合併症検討チーム報告書

# 「身体合併症検討チーム」報告書

精神科における身体合併症問題は、長年解決できずに経過してきた。日精協でも過去に調査を行ったが、最近の厚労省の研究により、精神疾患患者が身体症状により救急車を要請した場合、救急病院が精神疾患を理由に受け入れを検討し、搬送先決定までに時間がかかっていることが明らかとなった。本来ならば問題を、1)精神科病院入院中の患者が、身体的な合併症に罹患した場合、2)精神科外来患者が身体疾患のため、身体科に救急受診した場合、3)身体科病院に入院中の患者が精神疾患に罹患したり、重篤な精神症状が出現したりした場合に分けて考えるべきであろう。しかし、今回は我々精神科病院が特に苦慮している前二者についての問題点をあげた。

- 1. 精神疾患に関する不十分な教育活動
  - 1) 不十分な精神科臨床医学教育
  - 2) 国民への不十分な啓発活動
- 2. 地域での身体科病院、特に救急病院と精神科病院との連携の悪さ
- 3. 地域支援病院および各自治体立病院など、いわゆる総合病院の精神科病床数減少
- 4. 家族の身体科への入院、治療同意が得られない場合の問題
  - 1) 家族の協力が得られない場合
  - 2) 緊急時に家族に連絡が取れない場合
  - 3) 家族がいない場合、もしくは家族の種々の事情により家族の判断能力が無い場合
- 5. 精神科病院入院患者の高齢化に伴う合併症発症率の増加と精神疾患患者の特殊性に よる身体科受診の困難さ

# A. 問題点

## 1. 精神疾患に関する不十分な教育活動

1) 不十分な精神科臨床医学教育

我が国ではうつ病による自殺者の増加や認知症患者の増加を含め、"精神疾患"が重要な問題となり、平成23年より、新たに五疾病五事業に組み入れられた。しかし依然として医学部の卒前教育のなかで精神科は主要診療科としては扱われていないため、講義、臨床実習の時間数は不十分であり、医学部の学生の多くは表面的な知識しか持ち合わせていない。卒後臨床研修においても精神科は必修ではないため身体科医を志望する多くの医師は必ずしも精神科の研修を受けていないのが実情である。

#### 2) 国民への不十分な啓発活動

また、医療従事者の問題以前に、国民全体にも精神疾患患者に対する根深い差別と偏見、 不理解が残っている。実際に精神科に通院しているうつ病患者、神経症患者、認知症患者 であっても、同じ待合室に精神症状による独語、空笑などを隠すことができない患者がい ることへの違和感を顕わにする場合も少なくない。そのためうつ病や認知症が疑われても精神科病院を受診せず内科や心療内科を受診する傾向が続き、最近は精神科医がクリニックを開業する際にも精神科を名乗らず、"○○心療クリニック"と命名することがほとんどである。

## 2. 地域での身体科病院、特に救急病院と精神科病院との連携の悪さ

地域での身体科と精神科の病・病連携がうまく機能しておらず、身体合併症患者の転院がスムーズにできていない。現状は地域での公的な連携がないため、病院間のスタッフ同士の個人的なつながりに頼ることが多い。そのため、普段連携している身体科病院が満床であれば、精神科病院入院中の患者の転院先が見つからないこともある。

現在、多くの精神科医に十分な身体科の臨床経験があるとは言いがたい。そのため精神 科病院の当直医は、プライマリーケア医なら容易に対処できるような、よくある疾患の初 期診療に関してすら夜間救急で身体科を受診させてしまうことが少なくない。仮に過去に 身体科での臨床経験を積んだ精神科医であったとしても精神科に転向後、年月とともに専 門医偏重の現在、身体疾患診療への関心は低下し、いざという時、前時代的な治療法しか 思いつかないこともあるだろう。

一方訴訟問題も切実である。精神科病院内では対処可能なことには限りがあるにもかかわらず、病院と家族との意思疎通がうまくいかず、"病院にいればどういう状況でも何とかしてもらえる"、という過信を家族に抱かせてしまっている可能性が高いのかもしれない。

次いで、身体科医の立場に立つと、ERでゆっくりと精神科患者のペースで診察するなどということは困難であり、患者、家族の誤解を招くことも多い。また、仮に入院させたとしても病棟内で、幻覚や妄想に支配された言動や自殺念慮などといった種々の精神症状に対する適切な対応は困難であり、早期の退院を迫られることも多い。そのため精神疾患患者本人にもその家族にとっても身体科病院での居心地の悪さは否めない。現状ではそういう患者を安心させられるような、精神科医と身体科医とのチーム医療ができる医療環境はほとんど整っていない。

また、救急隊も、経験上、在宅の精神疾患患者が腹痛や胸痛で救急車を呼んだにもかかわらず、精神科病院がかかりつけと聞いた途端、救急隊が救急病院ではなく、精神科病院に搬送しようとすることも少ないとは言えない。

#### 3. 地域支援病院および各自治体立病院など、いわゆる総合病院の精神科病床数減少

それでは、地域支援病院および各自治体立病院など、総合病院の精神科に身体合併症を任せてしまってはどうかとの意見もある。本来、精神科疾患と身体疾患を併せ持つ患者の治療において総合病院精神科の果たしてきた役割は大である。しかし現実的には総合病院の精神科病床は減少の一途をたどり、2002年から2007年までの間、約8%減少している。

多くの総合病院勤務の精神科医は、日々刻々と身体状態が変化している入院患者のリエゾンや、うつ病を始めとする精神疾患の合併症対応に、さらには、身体疾患の一部を身体科医の指導、監督の下に診療せざるを得ず、まるで救急医のような多忙さである。精神科医として、一度は身を置くべきではあろうが、多くの精神科志望者が志した本来の精神科

医療とは異なると思われる。そのため、身体合併症の全てを総合病院精神科に任せるということは非現実的である。

#### 4. 家族の身体科への入院、治療同意が得られない場合の問題

近年我が国では核家族化が進み、独居世帯が急増している。そのため、精神科病院のみが患者との接点となっている例も増え、身体科病院への入院や手術に対する承諾を得ることが困難となっている。

現在は、身体科病院への入院や手術への同意は、配偶者などの親族でなければならず、仮に任意後見制で第三者を自身の後見人として選んでいたとしても、後見人には治療の同意は不可能である。精神疾患患者や高齢者との同居を拒む家族も増えてきており、精神疾患により一度精神科病院に入院させたところまでで力尽きてしまう身内も少なくない。そのような患者が精神科病院に入院中、急性疾患により身体科病院への転送が必要になったとしても協力を得ることができず、精神科病院の抱えるジレンマは想像以上である。

また最近、精神科病院に入院後、経済的な理由などにより入院費が滞る例も増えている。 このような患者が急性期の身体的な医療を要する場合、ただでさえ自院への支払いも滞っ ている中、精神科病院側としては、病院間の信頼関係を考えると、転院させた相手方の病 院に損害を及ぼすようなことも難しい。

さらに、独居老人や高齢者夫婦世帯などが増えている現在、身体科への転院、治療の同意可能な家族が存在しないといったことも珍しくない。この問題は精神科の医療現場のみでなく、今後救急場面や介護施設においても増加してくるであろう。

# 5. 精神科病院入院患者の高齢化に伴う合併症発症率の増加と精神疾患患者の特殊性による身体科受診の困難さ

現在日精協会員 1,215 病院において、精神科病院の平均病床数は 242 床であり、200 床以下の病院は 524 病院(43.1%)である。つまり、我が国の精神科病院の約半数は 200 床以下の小規模な病院であることになる。さらに、最近の新しい抗精神病薬の効果もあり、今後確実に入院患者数、入院日数、さらには病床数も減少していくことが予測されている。ごく少数の条件に恵まれた精神科病院が積極的に大勢の救急スタッフを抱え、自前で身体合併症病棟の建設が可能であれば、それも選択肢の一つであろう。しかし、多くの単科精神科病院でも対応可能なこと、つまり新たな診療報酬を付加する病棟の新設の提案よりは、現存するハードウエアや人員で対応可能なことを考える方が現実的ではなかろうか。

その理由について、精神科病院の経営状態の厳しさをもう一度確認しておく必要がある。 日精協で調査した"1病院あたりの医業収益、費用の推移"によると、1病院あたりの医 業収益の漸減と、費用の急増が明らかとなった。また、精神科病院の入院患者の高齢化が 進み、合併症を有する患者割合も増加している。治療と看護のために医療従事者が疲弊し、 精神科病院は必要以上のスタッフを抱えざるを得ず、人件費比率の増加が経営環境を悪化 させていることがわかる。また、慢性的な看護師不足も民間病院にとっては非常に深刻な 問題である。このままの状態が続けば、精神科病院の持ち出しはさらに増え、経営負担も 増大し、その先には医療の質の低下すら予想される。

具体的な例をあげると、精神科病院に入院中の患者が他科受診した場合、入院基本料が

3割、特定入院料が7割減算される。ただでさえ偏見を受けている患者を他科受診させるため、精神科病院のスタッフ、引き受ける身体科病院のスタッフの双方が苦労しているにもかかわらず、国は評価するどころか、診療報酬を減算している。仮に精神科病院に身体科医を雇用したとしても、加算はごくわずかで、日数も制限されており、対診のため身体科医を招聘したとしてもその謝礼は精神科病院の持ち出しである。逆に他科を受診させた場合、精神科病院は自院のスタッフを付き添わせることが多いため、診療報酬が減額された上にさらに金銭的、人的な負担が発生している。こういうことは、現時点での精神疾患患者の特殊性は軽視されていると言わざるを得ず、"他の医療機関への転医もしくは対診を求めることを原則とする"という診療報酬上の要求がいかに精神疾患患者と精神科病院に負担を強いているかを理解してもらいたい。

また、仮に精神科病院入院患者が救急病院を受診することになった際、慌ただしい状況下で診療情報提供書を記載したとしても診療報酬上何の評価もされないのも不思議な話である。

さらに驚くことには、精神科病院の患者の他科受診や生活訓練のための看護師の外出が 病棟の人員配置基準から引かれ減算対象となったという事例もあると聞く。これこそ本末 転倒であり、一人の患者を手厚く看護する、極めて重要な病棟の任務ではないか。

多くの民間病院では看護師不足の現状にあって、一人でも多くのよい看護師を獲得したいと願っている。しかし7:1看護基準が設定されたのち、多くの看護師達が国公立病院等に好条件での青田買いのような新規採用や民間病院からの引き抜きにより看護師確保に苦慮している民間病院が多い。もし看護基準の問題で看護師が病棟を離れて救急車へ同乗することが認められないならば、結局は精神科病院と救急病院との意思疎通の乖離の危険性が生じ、患者の不利益となろう。救急車への同乗は、医師、看護師以外の他職種の者が代われるものではないため、"病棟の看護師の職務では無い"と判断されることは決して承服できるものではなく、むしろ評価されるべきである。

我が国の医療はフリーアクセシビリティや国民皆保険制度、診断機械の保有率の高さなど、非常によい面もあるが、他国に比べ、国民の医療に対する非常に高い要求と高齢化とが相俟って、世界的には低額医療費国であるにもかかわらず、医療費が高額であると受け取られてしまっている。

その陰で、精神疾患患者の特殊性を顧みられないため、身体合併症問題がないがしろにされている。障害者の人権尊重が謳われながら現実的には精神科病院に入院している精神障害者が身体科を受診しにくい仕組みができあがっている矛盾をどう捉えるべきであろうか。精神疾患患者にとって理不尽な診療報酬体系のため、精神疾患患者が普通に身体科を受診することが困難で"人権差別"とも捉えられている現状を見直してもらう必要がある。

# B. あるべき姿

望むらくは、精神疾患に対しては医療スタッフのみならず、国民全体に差別や偏見のない真の理解を得ることであり、精神疾患患者がそれ以外の人達と同レベルで必要なときに

必要な医療が受けられることである。精神科病院入院中の患者に対しては、必要最低限度の初期診療は精神科医が行い、必要に応じて地域連携や総合病院との連携が構築されるべきである。

# C. 解決策提言

- 提言 1.全ての医師に精神疾患患者に対する正しい認識を持ってもらうこと、さらに国民 全体が精神疾患患者に対する正しい理解を得ることが必要である。
- 1)身体科の医療従事者に対して精神科疾患について、研修を行い啓発すべきである。そのために、精神疾患患者がかかりつけ医として受診しやすい医療機関を紹介してはどうか。具体的には、日精協がかかりつけ医(身体科医)に対し、講習会を主催して受講証を発行しクリニック内に掲示してもらう。身体科医の精神疾患全体への理解を深めてもらうこととともに精神疾患患者も受診しやすくする(イメージとしては厚労省主導で行われてきたかかりつけ医認知症対応力向上研修や、日医の始めたうつ病かかりつけ医対応力向上研修のようなもの)。
- 2) 医師研修システムの中での精神科の必修化と、卒前教育における精神科の臨床実習をさらに充実させるべきである。
- 3) 国民に対する精神疾患への教育と一層の啓発活動が必要と考えられる。そのためには小学校の授業から、精神疾患に関する授業を組み入れる必要があり、中学、高校の授業でも精神疾患を扱うべきである。当分の間、厚労省が行っている認知症の啓発活動をモデルとして、日精協主導の"精神疾患キャラバンメイト研修"や"精神科疾患サポーター育成事業"を通じて啓発活動を行う。
- 提言 2. 単科の精神科病院の勤務医が軽度・初期の身体合併症に対応するためのシステム 作りと"精神疾患患者身体合併症救急システム"構築の国への提案、実現が急務 である。
- 1)日精協が主導して、精神科医が習得すべき身体合併症に関する必要不可欠な内容のガイドラインとマニュアルを作る。その上で一連の講習会を開催し、必要なある一定の単位を取得すれば、"身体合併症認定医"という認定資格を与える。その有効期間を例えば5年とし、期限内にまた必要な単位を取得すれば資格を更新できるようにして、精神科医であっても、プライマリーケア医程度に必要最低限の初期診療の知識や技術を習得し続けるモチベーションが持続できるようにする。
- 2) 既存の精神科救急システムとは逆に、精神科病院から身体科の救急病院に急患を依頼するための精神科身体疾患合併症救急システムを、日精協の各支部が主体となって構築していく。もしくは、身体合併症救急医療確保事業における身体合併症対応施設を積極的に全国に配置するよう国に求める。
- 3)精神疾患と身体合併症の重篤度を勘案し、縦列モデルについては、より濃厚な治療を行う科が主体となって適切な治療を行うための仕組みを構築すべきである。そのために

は精神科救急システムと一般救急システムとの連携が必須である。また、その一助として 救急隊が搬送先を選択する時点で、精神疾患と身体疾患の重篤度を短時間、適切に判断し 得る2次元チャートのツール開発が望まれる。

#### 提言3.総合病院精神科の合併症治療機能の強化が必要である。

現在精神科の病床数が年々減少している総合病院精神科であるが、精神科疾患、身体疾患の両者が重篤である(杉山らによる並列モデル)患者の場合、その存在意義は依然大きい。患者自身の精神の安定目的と勤務医の疲弊軽減のため、総合病院精神科においては、入院前の精神科主治医が診療に積極的に参加することが評価されるような仕組みや開放型病院の考えを導入してはどうか。

- 提言 4. 精神疾患患者が急性期の身体科医療を要するも保護者への連絡が即時不可能な例が増加しているため、国によって精神科患者の生命の安全を保障してもらうことが必要。
- 提言 5. 精神科病院の特徴と精神疾患患者の特殊性を鑑み、身体合併症に罹患した患者を 差別なく健常者と同等の治療を受け得るためのシステム構築が必要であり、診療 報酬についてもそのことを鑑みて正当に検討されるべきである。

精神科病院入院患者が自院で対応困難な身体疾患に罹患し、他科受診した場合、診療報酬上の減算ではなく、むしろ正当な評価を求めるべきであり、入院患者に関する病病間、病診間の連携、例えば診療情報提供書の作成や、病棟スタッフの救急車への同乗などに対しても評価を求める必要がある。また、一時的な精神科身体合併症管理加算ではなく、身体合併症対応可能な医師の診療に対しては継続的な加算が必要である。

## おわりに

今回の提言は、精神疾患患者の身体合併症問題の解決のため、我々精神科医がどうすればよいか、身体科の医療従事者に理解を得るにはどうすればよいか、国にはどのようなことを提案する必要があるかを述べた。我々が努力すべきところは努力し、国、国民に対してはいかに精神科病院が厳しい経営環境の中で身体合併症問題に取り組んでいるかをよく理解していただきたい。目指すところは、精神疾患患者であっても、いかに健常者と同じレベルでスムーズに医療が受けられるかというところである。目指すべきは、精神疾患患者が身体科を受診した際、また救急搬送された際、スタッフや他の入院患者からいかに温かく扱われる社会になるか、ということである。

将来ビジョン戦略会議

1-4 認知症医療検討チーム報告書

# 「認知症医療検討チーム」報告書

# ~2025年の認知症と精神科医療~

# 1. 認知症対策の現状と課題

#### 1) 高齢者の増加と認知症患者

2010年の国勢調査によれば、日本の総人口は1億2,806万人である。日本人の平均寿命は83歳(女性86歳・男性80歳)、世界一の長寿国である。65歳以上人口比率は23%、75歳以上人口比率は10%となった。100歳を超える長寿者数は4万人以上である。日本社会の急速な高齢化は戦後の急激な平均寿命の延びと出生数の低下によるものと考えられている。

認知症の最大の危険因子は加齢である。高齢者人口の増加は、そのまま認知症疾患患者 数の増加を意味するのである。

これまでの我が国の認知症高齢者の推計は要介護認定データをもとに推計されたものであり、きちんとした医学的な認知症の診断を行ったものではない。2002年当時の介護保険の要支援・要介護認定を受けている314万人のうち、なんらかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のⅡ以上に相当)が149万人であった。この介護判定の数字をもとに国は認知症対策を考えたのである。おそらく有病率は7~8%と考えられる。この推計によると介護領域の自立度Ⅱ以上の認知症患者数は、2015年に250万人、2025年には320万人を超えると推計された。医療領域では信頼のできる有病率調査がないため十分な検討ができないが医療機関を受療する認知症患者は急速に増加している。2008年、認知症の外来患者数は30.6万人であり、入院患者数は7.5万人であった。精神病床に入院する認知症患者は約7割(5.2万人)である(2008年患者調査)。

#### 2) 認知症患者に対する精神科医療の経緯

1988年、老人性痴呆疾患治療病棟、重度痴呆患者デイケアが新設される。1989年には老人性痴呆疾患センターが創設され、認知症(当時は痴呆症)に対する精神科医療はスタートした。2000年、介護保険制度が施行され、介護サービスの整備が進む。2005年、「痴呆」から「認知症」へと用語が改められ、老人性痴呆疾患センター事業(全国に156カ所)は廃止となる。2006年、高齢者を地域で支える地域包括支援センターが創設され、認知症への支援(かかりつけ医、サポート医、ケアマネージャー等)も積極的に行われるようになる。2008年、認知症におけるより高い専門医療の提供と、介護との連携の中核機関になることを位置付け、「認知症疾患医療センター」事業がスタートした。

#### (1)認知症治療病棟の現状と課題

2010年、認知症治療病棟に入院している認知症患者は約3.3万人(医療課調べ)である。精神症状および行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点を置いた集中的な入院医療を行う病棟である。重度の認知症患者とはADLにかかわらず認知症を伴って幻覚・妄想・夜間せん妄・徘徊・弄便・異食等の症状が著しく、その看護が困難な患者である。認知症治療病棟の入院状況の調査<sup>1)</sup>によると95%がBPSD対応困難であり、14%が身体症状悪化によるものであった。約90%が即日入院となり、中等度以上の認知症が80%以上を占めていた。また、入院経路は57%が自宅からの入院であった。

身体合併症についての調査<sup>2)</sup>では、入院時に何らかの身体合併症があった患者は約57%であり、狭心症・心筋梗塞、消化器系の腫瘍、糖尿病、気管支炎・肺炎などが多かった。74%の病院は身体科(内科等)の常勤医を配置していた。対応可能な手技として経管栄養(86%)、挿管(51%)、IVH(45%)、気管切開(10%)、腎透析(2%)まで行っている。その理由として、総合病院等における認知症を伴う身体合併症治療は受け入れ状況が悪く、スムーズに転院ができるのは約20%であることがあげられる。

認知症治療病棟入院患者の入院継続割合を調べ、入院して6カ月経過しても50%の患者が退院できない現状である<sup>3)</sup>。

#### (2) 重度認知症患者デイケアの現状と課題

精神症状および行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復または維持を図るため、1日につき6時間以上行うものである。精神科医1名以上、専従の作業療法士および看護師がそれぞれ1人以上、専従の精神科病棟の勤務経験がある看護師、精神保健福祉士または臨床心理技術者のいずれかが1人以上勤務していることが必要である。2010年、保険局医療課調べによると重度認知症患者デイケアの施設は、病院164施設、診療所75施設であった。利用患者数は9,000人以上であり、単科精神科病院に約4,000人、他の病院、診療所を利用している患者は約5,000人であった。延べ利用者数は12万人以上である。

重度認知症患者デイケアの効果を調べた研究は少ないが、第 17 回新たな地域精神保健 医療体制の構築に向けた検討会(厚生労働省 2011 年)報告において、受診前と受診半年 後の GAF と NM スケール、MMSE を比較したところ、受診半年後の GAF、NM は改善 していた。また、デイケアを受診した 131 例(18 年間)の転帰で精神科に入院した患者 は 8 例(6.1%)と少なかった。認知症患者にデイケアを行うことは十分な治療効果が認 められた。

また、重度認知症患者デイケアの中止理由の研究<sup>4)</sup>では、大腿骨骨折、嚥下性肺炎等の身体科への入院が27.8%、認知症の悪化によるADLの低下を伴い施設入所となり中止したケースが22.6%、介護者の病気や経済的理由で中止したケースが17.3%、本人が拒否(13.5%)、送迎困難(9%)であった。重度認知症患者デイケアの利用中止の大きな要因としてADLの低下が認められた。

#### (3) 認知症疾患医療センターの現状と課題

2011年10月1日現在131カ所(基幹型4カ所)(37道府県・10指定都市)である。認知症疾患医療センターの大きな役割は、①早期診断と鑑別診断機能、②救急医療体制と身

体合併症への対応機能、③専門医療相談と専門医療研修機能である。日本精神科病院協会では年に1回、全国認知症疾患医療センター連絡協議会を開催している。そこでの大きな問題の一つに、認知症専門医療機関での正しい診断や治療を十分に受けることなく介護サービスのみで対応し、精神症状や問題行動が悪化した困難ケースが多くみられることである。専門医療を行う認知症疾患医療センターと介護・福祉系の中心である地域包括支援センターの連携は十分に行われているとは言えない。全国150カ所を目標に設置してきたが今後さらに増やすのか、一般の精神科医療機関、かかりつけ医、サポート医との連携はどのようにするのか課題は多い。より身近なところに認知症の専門と言える医師等を配置した、新たな認知症のセンター整備が必要になると考えられる。

# 2. 将来の方向性

認知症患者に対する精神科医療は次のようにあるべきである。

- ①認知症は脳の器質性疾患であり脳の病気である。認知症疾患医療センターを始めとする専門医療機関において早期診断・鑑別診断を受ける体制を整備する。
- ②2011年、我が国で使用できる抗認知症薬は4種類となり、症状による使い分けや併用が可能となった。認知症に対する薬物療法は新しい時代に入ったと言える。しかし、これらの薬物治療は症状の軽減や進行遅延を目的とした対症療法であり、認知症の病態そのものを根本的に治療するものではない。環境調整やリハビリなどの非薬物療法も有用である。
- ③認知症は慢性進行性の長い経過をたどる疾患である。在宅生活を継続できる精神科医療の提供を行わなければならない。訪問看護(アウトリーチを含む)、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。
- ④ BPSD の増悪による救急医療体制、身体合併症の悪化による対応は、認知症治療病棟を利用する。これからの認知症治療病棟は機能分化が必要である。入院は速やかな症状の軽減を目指し、早期の退院を促進する(認知症クリニカルパスの実施)。
- ⑤退院後の地域で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。精神科医療と介護福祉系の連携を密に行う。
- ⑥入院加療によっても症状の改善の見られないケースに対しては、継続的な入院が必要である。その場合は、療養環境に十分配慮した医療を提供しなければならない。

# 3. 提言(具体的な施策)

2009年~2010年度に認知症の有病率等に関する調査が小自治体中心に行われた。65 歳以上住民 5,000名以上に対する調査であり MRI 検査まで実施、診断した結果有病率は 15~16%と大変高い傾向5)であった。2011年度からは都市部およびその近郊における有病

#### 表 1 認知症専門病棟の4つの機能

機能	内 容
① 急性期治療機能	BPSD 中心の治療 早期退院を目指す(2カ月)
② リハビリテーション機能	OT、ST、栄養士等による作業療法、口腔ケア等 (1 年間) (リハビリテーション加算)
③ 重度治療機能	中等度および高度の認知障害 失語、失行、失認等 (重症度加算)
④ 身体合併症治療機能	身体疾患の管理・治療 (身体科医師による) (身体合併症管理加算)

率等の調査が実施されている。これまでの国の認知症高齢者の有病率  $(7 \sim 8\%)$  に比べ、医学的にも信頼の高いデータである。有病率を 15%で計算すると、2025年には認知症患者数は約 570 万人と推計される。今後の認知症医療における必要病床数、介護保険制度での認知症対策の適正な資源の見直しを迫られることになる。

社会保障改革案として、2025年度の医療提供体制を完成形とする医療・介護サービスの改革シナリオが示されている。2025年に向けて、認知症に対する精神科医療をより機能強化し、効率化し、介護との連携の重点化が求められている。

### 1) 認知症専門病棟の整備

## (1) 病棟機能

認知症治療病棟にはさまざまな認知症の病期の患者が混在している。BPSD の激しいケースもあれば、高度の知的障害を伴い、歩行も困難なケース、点滴や留置カテーテル、胃瘻を造設し、身体治療を行っているケースもある。今後の認知症専門病棟の機能として、4つの機能が必要である(表1)。

①急性期治療機能、②リハビリテーション機能、③重度治療機能、④身体合併症治療機能を持つ病棟を考える。

#### (2)精神病床における認知症必要病床数

認知症入院患者(精神病床)の推計(図17)をみると、2008年(平成20年)には5.2万人の認知症患者が入院している。

患者調査による患者数から近似曲線を導き、その増加率を用いて 2014 年(平成 26 年) 以降の患者数を推計すると 2026 年(平成 38 年)には 9.2 万人の認知症患者が精神病床に 入院していることになる。若年性認知症患者等の増加を考えると、認知症治療病棟の病床 数は 2025 年(平成 37 年)には約 10 万床近く必要となる。

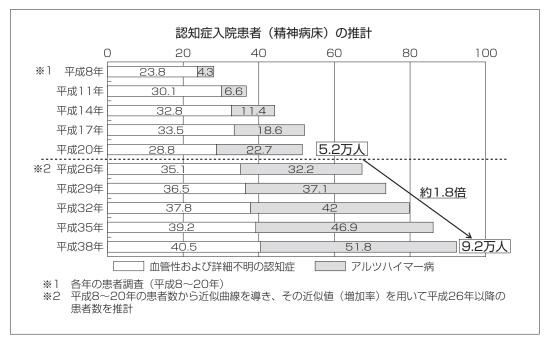


図 17

#### 2) 重度認知症患者デイケアの機能

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。継続して利用するには行動障害や認知機能障害を中心としたプログラムだけでなく、身体管理と ADL 低下予防を考えたプログラム設定が必要である。認知症の生活障害低下を防ぐことが重要である。また BPSD の増悪等に対しては緊急入院機能が必要となり、さらには介護者の病気等によるショートステイ機能、あるいはナイトホスピタル機能が望まれる。重度認知症患者デイケアを実施する場合は入院機能、特に精神科の認知症専門病棟を有しているべきである。

重度認知症患者デイケアは1日につき6時間以上となっているが、ショートケア(3時間)やロングケア(8時間)メニューも必要である。

#### 3) 認知症クリニカルパスの作成

#### (1)急性期認知症入院クリニカルパス

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。多職種によるチーム医療を行い円滑な退院を促し、入院期間を短縮する。2カ月以内の退院を目指す(表2)。

#### (2) 重度認知症患者デイケア・クリニカルパス

在宅生活の継続のため、デイケアによる外来診療を行う。また、認知症治療病棟等よりの退院後の良好な療養生活が継続できるよう、作業療法やデイケアを提供する。約1年の治療計画を立案し、期間ごとに評価をする(表3)。

#### (3) 認知症地域連携パス

検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、本人や家族、かかりつけ医等の医療機関、ケアマネジャー、地域包括支援センター、介護サービス機関、訪問看護ステーション等で情報を共有し、連携を取りながら円滑な治療や介護を行うものである(資料1)。

カルパス
iì
$\overline{}$
配ク
ィ
3知症,
性期認
体制
狐
来2

					4 200 40		
患者氏名		様 (男·女)	(M·T·S) 年	月 日生(	診断名 身体疾患 既往歴		
目標	・認知症の病状が安定し、早期  ・合併症を予防し、日常生活	・認知症の病状が安定し早期に(口在宅・口施設)後帰を目指す・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る	目指す	退院基準  ・精査完了 転院基準  ・身体疾患の車	・BPSDの改善・環境調整完 専門的治療を必要とする場合は、転	・精査完了 ・BPSDの改善・環境調整完了 ・その他・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します	七素手。
E. 49	入院前	入院時	入院1週間	入院2週間	入院1か月	入院2か月	入院3ヶ月(退院)
年间	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年 月 日
達成目標	(入院目的を確認する)	・どのような状態になったら 退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける	き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	・方向修正のある場合、再度面談し 退除後の行き先を見当づける	
医師	口診察・診断	□診察・診断	口精神症状の評価	口精神症状の評価	口精神症状の評価	口精神症状評価 口薬物療法評価	口精神症状の評価
	口家族へ入院目的確認	ロ本人・家族に入院時の説明		口薬物療法の評価	口薬物療法の評価	口精神療法 口検査指示·確認	口薬物療法の評価
		口入院診療計画書作成	ター確認	口精神療法 口検査指示·確認	口精神療法 口検査指示・確認	□身体合併症検査·治療	口身体合併症治療評価
	□人院予約 □旬本治療状況の確認 □面各本者者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	□医療保護人院の入院届記入□指示書(薬・故薬・◆薬・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4・4	口身体合併液後·治療 口介計量周围故幹	□男体台供信核查·指蒙 □介點對周詢報通	□ B 存 名 年 記 核 を で を で で で で で で で で で で で で で で で で	口行動制限再評価 口本注彙物配合計算管理, 表示	□過院療機計画職□過程の
	5指示·確認	ロボル音(来・吹号・吹手・15/ ロ生活機能回復訓練指示書記載	練評価·指示	口生活機能回復訓練評価·指示	口生活機能回復訓練評価·指示		口退院届記入
	<b>資查指示・確認</b>	口行動制限指示口次回他科受診日確認		口家族との面談	口家族との面談	口家族との面談	口次回外来の確認
精神保健	□子診 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	口初診から入院までの状況確認 口次向体対型於日の注酬/ 日 ロン	口退院先確認 口心難促除由轉採沿軍時間	口退院先の再確認口ない申いはは	口希望施設先の状況確認 口な空の場合(ルマー・神田時間)	口希望施設先の状況確認口は光度に書話は	□家族への書類確認 □消除居体は・体報
1	状況確認		25	した宅サービス確認		□指述などでは、□を関する。□を関する。□を関する。□を関する。□を関する。□を関する。□を関する。□を関する。□を関する。□をは、□をは、□をは、□をは、□をは、□をは、□をは、□をは、□をは、□をは、	口閣係機関との連絡調整
		口介護保険申請状況確認		口家族面談日の調整(月 日)	口地域連携ケアカンファレンス(初回)	口地域連携ケアカンファレンス(退院前)	口退院時合同カンファレンス(在宅の場合)
		□医療保護入院(A根留作版·依賴·確認)		·参加者(家族·Dr·Ns·PSW)	·日程調整( 月 日)	<ul><li>・日程調整(月日)</li></ul>	<ul><li>・日程調整(月日)</li></ul>
	-手配	ロ入院時お知らせ、告知確認書準備		ロカンファレンス日程調整	774.8	(3-4-4)	·参加者調整確認
	口入院に関する説明口3時多数	□入院手続き(回き書ー式・保護者選任院明) □ 1 陸七 三十 半 体 □ 四 区 歩 間 レ の 油 表		・参加者(Dr-NS-PSW-OT等)	口家族面談日の調整(月日) ************************************	口家族面談日の調整(月日)	(在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ *+悪い お出席・Ns、or・4)
200 020		ロスボババナ半軍 ロレナノ・特別(今午を古扱)	口線治作: 电体计记台语	こはお作子・年子は日本	- Myna (※集·Dr.Na:PSW)	- Wild (※W·Dr·Ne·PSW) 日報各合本・年子は日本語	Seins, think was or the
型 人	□ 赵 牧· 体里 巡 压 ( 外 米 ) □ 自 液 核 查	ロアナムを結び、主を隊右権ノロス院時オリエンテーション	121	口種を指分・ダネスが方様口新たな問題の抽出	□惟存指文·名本农沃尤群 □FIM評值( 点)	口を有損状・必を快光力類 口FIM評值( 点)	口名漢訂画版於評自 DFIM評価( 点)
	(検査実施(外来)	口持ち物チェック 口持参薬確認	日単田	口検査データ把握	口新たな問題の抽出	日の田	1
		口内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備		口服薬管理・服薬による現状再評価	□検査データ把握	口検査データ把握	口退院時処方箋の確認と準備
	確認	口精神症状·身体状況把握	よる現状評価	口看護計画見直し・方向性確認	口服薬管理・服薬による現状再評価	口服薬管理・服薬による現状再評価	口退院時指導
	一流   短点数   1 日本   1	口荷橋、坑田・杭塔、米煮がセスメント 口・単雄が1時84回・門盟コット83.3	口を設計画見画し口でする。		口外班·外沿(四·不可) 口影響华丽画指: 计包样联图	ロ外田・外治(可・不可) ロ新鮮料用画法 一十一件注题	
		こも成がMailminaといいていた。 こ指示内容確認 こ検査確認と準備	50 H CS C		口値成の 国光国 こうかい 正確 20 口家族指導 口中国サマリー	□4歳81回光画で・7回1年268 □家族指導 □退院前サマリー	
心理技術者	口心理検査	口心理検査	口心理検査	口心理検査	口心理検査	口心理検査	口心理検査
作業療法士		□情報収集・観察	を連携	口医師・看護と連携	口医師・看護と連携	口医師·看護と連携	口作業療法最終評価
言語療法士		□ロ腔ケア・摂食訓練	ロN-ADL/NMスケール評価 口体業権法目権助完・計画力実	□作業療法評価 □□的ケア・耳会訓練	□作業療法評価 □目標設定・計画立案 □□的ケア・耳会訓練	<ul><li>口作業療法評価 口目構設定・計画立案</li><li>口口器ケア・試令監禁</li></ul>	
管理栄養士		□栄養状態チェック □BMI(%)	Γ	口現状把握	口現状把握	口現状把握	(% )IWB口 即战国(%)
薬剤師		口薬物アレルギー、副作用の確認	口薬剤管理	口薬剤管理	口薬剤管理	口薬剤管理	
		□持参薬確認 □薬剤管理					口服薬指導·担当医報告
アウトカム			¥	/HAMPLA		/SOME	/HOWNE 14
	) H	□FDS-R( 無)□mmSE( 無)□FAST(レベル: )□CDR	□FAST(レベル: )□CDR	□FAST(レベル: )□CDR	□FAST(レベル: )□CDR	□FAST(レベル: )□CDR	ロFAST(レベル: )口CDR
							-
		[精神症状]			【精神症状】		
	幻覚 妄想 せん姿 希死念慮 順奮 不眠 不安 加うつ( )	幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 加うつ( )	幻覚 妄想 せん姿 希死念慮 順奮 不眠 不安 却うつ( )	幻覚 楽想 せん宗 希死念属 順奮 不眠 不安 哲うつ( )	幻覚 姿想 せん姿 希死念慮 興奮不眠 不安 哲うつ( )	公覚 妄想 せん安 希死会議 眼盤不能 不安 おうつ( )	幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 超らつ( )
	9	[行動症状]				[行動症状]	【行動症状】
	( )	徘徊 収集 攻撃 大声 異食	表 攻撃 大声 異食	<b>()</b>	極	包	徘徊 収集 攻撃 大声 異食
		不蔣行徒 在的谢熙行為( )	^ !		-		
バリアンス	L高次版配牌音J先語 天器 矢行 ( □変動(パス継続) □脱落(中断) □流船(込みをごせば) アパコ 雑件	「高公僚配降者」大部 矢器 天行 □変動(パス継続) □脱落(中断) □発昭(込また)を加! アパラ雑件)	「商公饭形牌音」大部 矢影 矢打	「高火焼肥降音」を語った。大江口変動(パス継続) 口脱落(中断) 口油が(込みまごりを) アジュ 総体	L高火焼形降音1矢語 矢器 矢行 □変動(パス継続) □脱落(中断) □池附(込みまごか) アパコ雑姓	L 高 火 機 肥 降 書 】 矢 語 大 影 失 行 □ 変 動 ( パ 入 継 続 ) □ 脱 落 (中 断 ) □ 3	L商次機能降音子語 失器 失行 □変動(パス継続) □脱落(中断) □海服(治療表で中間 アジラ郷建)
医師署名				TOTAL STATE STATE OF THE STATE	TOTAL STATE STATE OF THE STATE		Address of the second of the s
被体験分	(計算)	( 等短:	( ・異株)	( ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	(無報)	( 李扬)	(等板・)
							a contraction

表3 重度認知症デイ・ケア クリニカルパス

豐	患者氏名	様(男·女) <mark>(M·T·S) 年</mark> 利用開始日	年 月 日生( 歳) 引始日   年 月 日	診断名 身体合併症	主治医	家族署名	(続柄: )
	■中核症状の進行・問 ■家族支援により精	<ul><li>■中核症状の進行・周辺症状の軽減による、日常生活の自立・生活の質の向上を図る</li><li>■家族支援により精神的・肉体的負担を軽減し、在宅での継続的な介護を目指す</li></ul>	の自立・生活の質の向上を図る 宅での継続的な介護を目指す	利用中止基準 ■身体合 ■13家族(	併症の悪化及び周辺症状の 保護者)の申し出により、随時	■身体合併症の悪化及び周辺症状の悪化の場合は、医師により入院治療の ■ご家族(保護者)の申し出により、随時対応いたします(在宅復帰・施設入所等)	医師により入院治療のご相談をいたします 在宅復帰・施設入所等)
日休							
松口製品	1	利用開始日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	利用中止(入院・入所)
目標	<ul><li>■家族・本人の希望確認</li><li>■情報収集と治療方針共有</li></ul>	■全身状態を把握し、 プログラムを立案する	■治療計画評価·立案	■治療計画評価·立案	■治療計画評価·立案	■治療計画評価・立案	状態悪化及びご家族から の
	□影察  □   □   □			口診察 口害性 加米縣	口診察 口害性 机供偿赔	口診察 口票 自由	口医師との面談口を終める事業
	□検量指示 □心理検査指示		口を供より仏影略、口薬物療法評価と説明		□≫床みつ状態略状□薬物療法評価と説明	9 920	ロッ核の治療力割している。
	口身体合併症の有無確認		見 型 型 は の の の の の の の の の の の の の		□NPI常信		the Charles of the American Children
医師	VTC0-51		□検査指示(必要時) □検査結果説明(家族・本人)	□定期検査指示 □検査結果説明(家族·本人)	□定期検査指示 追加検査:胸部レントゲン	□定期検査指示 追加検査:胸部ワントゲン	□情報提供用紙作成 (利用中止後入院・施設入所の場合)
	ロディケア指示箋			□面談(随時)	(結核予防のため年2回実施) 口絵本絵 甲 語明	(結核予防のため年2回実施) 口 絵本 禁申 語 明	
	口治療方針説明(家族·本人)				□校旦和来配め □デイケア指示箋(必要時) □状態変化時は家族説明(随時)	□検査和来配め □デイケア指示箋(必要時) □状態変化時は家族説明(随時)	
	口情報収集(経過·生活状況·環境等)	ロディケア参加同意書確認	家族サポート	家族サポート	家族サポート		ロディ登録解除
器	ロデイケアについて説明・見学 ロ介護保険状況確認	口保険証コビー	<ul><li>□日常生活での相談(随時)</li><li>□利用回数等の相談(随時)</li></ul>	口画数の設定口画数のか会に	□面談の設定(随時) □面談のか今ご	□面談の設定(随時) □面談のか会!、	□利用中止後の相談・説明□関係部署・機関への連絡
也	口関係機関・ケアマネージャーとの連携	口家族サポート		口日常生活での相談(随時)	ロ日常生活での相談(随時)	相談(随時)	ロ外来受診の説明
個化工	口福祉サービス利用状況			山利用回数寺の相談(通時) 口介護保険変更について(随時)	□利用回数等の相談(通時) □介護保険変更について(随時)	山利用回数寺の相談(旭時) 口介護保険変更について(随時)	
			1	く利用について	口今後の方向や他のサービス利用について	$\rightarrow$	
	<b>外来</b> 口指示格本事格	全身状態の観察口体温・脈拍・曲圧・遅合非能等	観察・ADL支援 両証価	症状経過観察·ADL支援 [一善雜計   面 面 配 価	症状経過観察·ADL支援 口毒罐計画角壁碼	症状経過観察·ADL支援 口看罐計画再整備	□看護計画最終評価
	ロココンプライン AT A ME UM 単級収集	日本連測定	口事は問題に四日身体管理・ケア	口身体管理・ケア	口事候門回行門四日身体管理・ケア	口身体管理・ケア	口看護サマリー記載
	症状・生活状況等口が来終度について説明	□皮膚疾患の有無 □学業状能 型価	(体温·脈拍·由圧·摂食状態·体重等)   一格 本 デー 女 哲 据	(体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等)   一体 本 デー 女 护 振	(体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等) 口格やデーク哲語	(体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等)   一格 本 デーケ 哲 据	4 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
看護.		ш	ロ栄養状態評価及び指導	口褥瘡危険度評価	口褥瘡危険度評価	口褥瘡危険度評価	
. 华		口認知機能スケール把握口禁弁法を指	口褥瘡危険度評価	口栄養状態評価及び指導	口栄養状態評価及び指導	口栄養状態評価及び指導	
1		<ul><li>□精神状態把握</li><li>□周辺症状把握</li></ul>	□版楽管理及び指導 □ADL評価 (FIM: 点)	□版楽管理及び指導 □ADL評価 (FIM: 点)	□版楽管理及び指導 □ADL評価 (FIM: 点)	□版楽管理及び指導 □ADL評価 (FIM: 点)	
		OADL評価(FIM: 点) 口看罐計画介案	態·周辺症状把	§·周辺症状把	§·周辺症状把	§·周辺症状把	
		H H H H H H H H H H H H H H H H H H H		口家族での介護方法アドバイス	□家族での介護方法アドバイス	口家族での介護方法アドバイス	
:	口情報収集	初期評価   IN-ADI (	□リハビリカンファレンス (問題点・日標設定・治療計画)	□リハビリカンファレンス(随時) □プログラム 再評価・計画 立案	□リハビリカンファレンス(随時) □プログラム、再評価・計画 か 牽	□リハビリカンファレンス(随時) □プログラム 再評価・計画 † 案	□精神·身体機能最終評価 □N-ADI ( 占)
作業,		□NMスケール( 点)	口集団	□N-ADL (点)	□N-ADL (点)	□N-ADL (点)	<u>                                     </u>
海 法 H	L	案 口生活指	□N-ADL □NMスケール	□NMスケール( 点)	□NMスケール( 点)	□NMスケール( 点)	ハビリ指
心理技術者			□MMSE(	□MMSE( 点) □CDR ( )	□MMSE( 点) □CDR ( )	□MMSE( 点) □ADAS □CDR ( )	
極四田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田	口情報共有 状態·治療方針説明	ロデイケア計画書 ロ医師・OT・PSWとの連携	ロデイケア計画書 ロ家族との連携 ロ医師・OT-DEMLの連携	ロデイケア計画書 ロ家族との連携 ロ医師・CT-DOWLの連携	ロデイケア計画書 ロ家族との連携 ロ医師 OT DOWLの連携	ロデイケア計画書 ロ家族との連携 ロ医師・OT-DOWLの連携	□最終評価 □関連部署へ情報提供
メリアンス	口変動(パス継続) 口脱落(中断)		□ 支助・○ ・「ろが○ひを1万  □変動(パス継続) □脱落(中断)	□変動い《ス継続》 □脱落(中断)	口変動(パス継続) 口脱落(中断)	口変動(パス継続) 口脱落(中断)	口変動い《ス継続) 口脱落(中断)
	□逸脱(治療を追加してパス継続)	口逸脱(治療を追加してパス継続)	口逸脱(治療を追加してパス継続)	□逸脱(治療を追加してパス継続)	□逸脱(治療を追加してパス継続)	□逸脱(治療を追加してパス継続)	口逸脱(治療を追加してパス継続)

#### 4) 認知症疾患医療センターの今後

総合病院に基幹型、単科精神科病院等に地域型を設置しているが地域住民や介護福祉関係の人々、さらには一般医療機関の人々にも役割の違いが十分に理解されていない。周辺症状や身体合併症に対応する双方の医療の提供、入院治療のための空床の確保という機能が基幹型にはあるが、ほとんどが早期診断(何カ月も予約が取れない)となり、BPSDや身体合併症治療の入院は少ない。早期診断、鑑別診断は重要であるが、BPSDや身体合併症治療は迅速に行われなければならない。

目標である 150 カ所に近づいた。財政的なことを考えると、これ以上増やすことは困難である。地域によって差はあるがセンターには年間約 600 万円が支払われている。しかし人件費などを考えれば赤字運営である。理想的なセンター数は、人口 30 万人に1 センターぐらいと考えられ、400 カ所が必要となる。補助金はなくなるであろう。

#### (1) 「認知症診断・入退院管理センター」の設置

認知症疾患医療センターは現行のままとし、認知症専門医療機関において、新しく認知症の診断、入院や退院支援を行う部署を設置する。認知症専門診断管理料の施設基準の届け出(認知症疾患医療センターを有していれば届け出はいらない、それ以外の医療機関では認知症専門医、精神保健福祉士または保健師、専任の臨床心理技術者、CT あるいはMRI)に準じたものとする。退院支援の部署の関与は認知症治療病棟における平均在院日数を減少するという報告(2011 年、検証調査)がある。「認知症診断・入退院管理センター」を設置することにより、診断管理加算、退院調整加算の充実と入院説明加算などの新設を考えるべきである。

#### 5) 若年性認知症対策

65 歳未満で発症する、いわゆる若年性認知症患者は全国に約38,000 人と推定され、精神科病院に約4,000 人が入院している。老年期の認知症の場合と異なり、医療・ケアや経済的な困難に直面している。若年認知症専用の支援体制はない。若年専用の施設やサービスが必要であり、そのサービスは個別ケアでなければならない。若年認知症病床、若年認知症デイケア等が望まれる。若年認知症の専門医や専門のコメディカルスタッフの育成が重要であり、認知症疾患医療センターの大きな役割でもある。

#### 6)認知症と人権

精神医療における入院においては、疾病の性格上、患者の意思に反して行動に制限を加えることが少なくないため、人権に対して格段の配慮を行っている(精神保健福祉法)。認知症患者の入院においても法律上の入院形態を適応している。認知機能の障害の程度、BPSDの重症度等により任意入院、医療保護入院あるいは措置入院が行われている。激しいBPSDの急性期入院に対する医療保護入院や措置入院は理解を得られるであろうが、慢性重度の認知障害を有し、身体合併症治療の同意を得られない認知症患者の入院形態はどうあるべきかなどを、今後検討する必要がある。身体科の一般病床においても本人の同意が得られない認知症患者は入院する。誰が責任を持つのか大きな問題である。法的整備を含めた根拠が必須である。現行制度においては、精神科医療における対応が最も認知症

患者の人権に配慮したものである。

#### 7)精神科医療と一般医療・福祉・介護との連携

地域には多くの高齢者が生活をし、多くのかかりつけ医がいて、高齢者の身体疾患の治療を行っている。また、介護保険制度により、介護施設・介護サービスが充実、地域包括支援センターも設置され、高齢者を支援している。まず認知症が疑われれば専門医療機関を受診する。これは全ての身体の病気の時と同じである。日本の医療の最大の利点である。早期診断・鑑別診断を行い、専門医療機関(精神科医療)がかかりつけ医になればよい。認知症と身体疾患のそれぞれにかかりつけ医がいて、治療を行い在宅で介護のサービスを受けたり、医療サービスを受ける。身体疾患の悪化や認知症状の増悪があればそれぞれの領域の病院へ入院し加療する。入院は必要最少期間とし、再び在宅にて地域で支えていく施策でなければならない。

精神科医療からの支援の一つとして、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、精神保健福祉士等の訪問システムを作ることが必要である。

#### 8) 認知症専門医とは

認知症専門医とは、どのような医師であろうか。日本老年精神医学会、日本認知症学会などの学会専門医を認知症専門医と言っているだけである。日本老年医学会や日本精神神経学会にも専門医制度はあり、認知症を領域の一部としている専門医も多い。認知症の診断、治療だけを行えばよいのであろうか。ほんとうの意味での認知症専門医とは患者と家族に対し正しい診断をし、正確に伝え、あらゆる病期に対応し、病気と共に長い経過を支えていくことができる医師である。一般身体科の医師や介護・福祉サービス関係者とも十分な連携をとれる医師でなければならない。日本精神科病院協会認定の認知症臨床専門医はまさに認知症患者を医療・介護全ての面でサポートできる専門医である。2012 年、130 名を超える認知症臨床専門医が日々の臨床において認知症医療・介護の中心的な役割を担っている。日本精神科病院協会は今後も多くの専門医を認定し、地域における認知症への強力な支援を行う。

#### 参考文献

- 1) 黒澤 尚、粟田主一:精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究. 厚生労働科学研究、2010.
- 2) 日精協:認知症高齢者とその他の高齢精神障害者の身体合併症対策と治療同意について. 老人保健健康増進等事業、2009.
- 3) 厚生労働省精神・障害保健課:認知症疾患治療病棟に継続して入院している患者の 割合(退院曲線)、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム.第2R 資料、2011.
- 4) 佐藤晋爾、飯村良美、他:重度認知症デイケアの利用中止理由とその要因-10年間の動向-. 臨床精神医学 40(6):869-876、2011.
- 5) 朝田 隆:認知症の実態把握に向けた総合的研究. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)総合研究報告書、2011.
- 6) 日精協:若年性認知症に対するケア・リハビリテーションに関する研究. 老人保健 健康増進等事業、2010.

#### 〈資料 1〉

# 認知症地域連携パス

#### 開始日 平成 年 月 日

医療機関を受診する時、介護保険サービス機関を利用する時は 必ずこの手帳を、お出しください。

#### はじめに

この手帳は 権在や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、ご本人やご家族、かかりつ け医、専門医療機関、介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援センター、 介護保険サービス機関、訪問看護ステーション等で情報を共有し、連携をとりなが ら、円滑な治療や介護を行うための1地域連携バス」です。ご本人及びご家族の方 は、この手帳を常に携帯なたがら、医療機関の受診、介護保険サービス機関等の利 用を行っていただきますようお願いいたします。

この手帳は次のような内容になっています

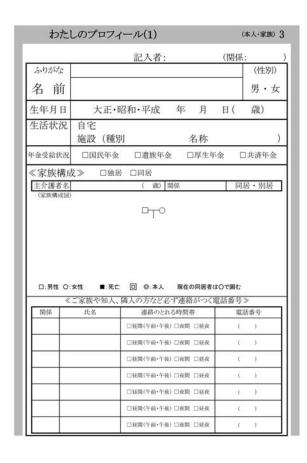
[基本]地域連携同意書.....項目:1・2 (青色) [わたしのプロフィール].....項目:3・4 (桃色) [問診表] [問総表]
[認知症進行度チェック表]. 項目:5 (黄色)
[認知症進行度チェック表解説]
[現在治療中の合併症と治療薬]. 項目:6 (赤色)
[検査の経過と治療薬]. 項目:7 (赤色)
[要介護状能区分等]. 項目:8 (緑色)

各ページに誰が記入するのか、色別で明示してあります ※但し、上記は原則であり、上記以外の方が記載して頂いても構いません

- 青色=基本(同意書)本人・家族・各関係機関用 ・ 桃色=本人・家族用 黄色=ご家族・介護機関用 ・ 赤色=医療機関用(かかりつけ医・専門医療機関) ・ 緑色=介護支援専門員(ケアマネジャー)用

ご本人					
ご家族				(続柄:	)
3) 3)	TEL(			)	
成年後	見制度			(種類:	)
<かかりつけの医療	TEL( g機関>			)	
医療機関		連	絡先	主	治医
	TEL:	(	)		
	TEL:	(	)		
<専門医療機関>	1		Att IL		1. pp.
医療機関		連	絡先	王	治医
	TEL:	(	)		

基本				2
<b>△</b> 维士授市明昌/	6-7-0-25 L	,		
介護支援専門員( 事業所	クノマインヤ	連系	各先	担当者
	TEL:	(	)	
地域包括支援セン	ター			
事業所		連系	各先	担当者
	TEL:	(	)	
介護保険サービス		1422	7 H-	1 40.1/ = 16
事業所		連系	6 元	担当者
	TEL:	(	)	
	TEL:	(	)	
	TEL:	(	)	
	TEL:	(	)	
訪問看護ステーシ	ョン			
事業所	_	連系	8先	担当者
	TEL:	(	)	
民生委員		1-10-21		
住所		連絡	6先	氏名
	TEL:	(	)	



	身長(		cm)	/	体重(		kg)	
聴 力	□聞こえる	5 □多	少聞こ	える	□聞こえな	2 US	下明·補聴器	(口有口無
視力	□見える	□多	少見え	る	□見えない	\Z	下明	
アレルギー	□無	口有	(お薬	:		/食物	9:	
感染症	□無	S=		73	B型肝炎・		・他 ) が ( 口有	□無 )
飲 酒	□無	□有	(	- 8	) 年間×(		)/日	
喫 煙	□無	口有	(		) 年間×(	)本/	'目 (	)年間禁煙
習慣	(長年なじんた	習慣・好み・	こだわりち	p)				
職業歴	現在:口無	·□有(			)	元:		
最終学歷	口小学	口中学	口高核	(旧)	中学)	口大学		
性 格	口陽気	口陰気	口まじ	35	口社交的	口類固	口わがまま	日日がら
	口神経質	□優業不断	□tto	かち	口その他(			)
		これ	までに	-ולנינ	ったことのあ	る病気		
·糖尿病·		□無	口有口	不明	<ul> <li>高血圧・・</li> </ul>		· · □無 □ f	1 口不明
・心臓病	(狭心症・心筋	便楽)・口無		不明	<ul> <li>脂質異常症</li> </ul>		· · □ M □ f	1 日本明
<ul><li>甲状腺根</li></ul>	能低下症・・	· · · · □無		不明	<ul> <li>原卒中(原格</li> </ul>	更新·斯出血	D · 口無口4	7 日本明
<ul> <li>精神疾患</li> </ul>		· · · · □無	口作口	不明	<ul><li>頭部外傷(才</li></ul>	T撲·交通事	放等) 口無 口有	Y 口不明
<ul><li>その他(</li></ul>	廃・手術など	) • • • •						
		ご本人、	ご家族	のご	希望をお書	きくださ	P	

問診表(初診時)				(本,	人・家族)
	年	月	H	氏名(	)
1. これまで、どのような症状がありました。	1.?				
□同じことを何度も言ったり、関いす □酸を忘れやしまい忘れが目立つ □計算の間違いが多くなった しものの名前が出てこない □今会った人のことをすぐ忘れる □く知つている人の顔と名前を忘 □時間や場所の感覚が不確かして 「様れている場所で遠に送う □料理の手順を間違えてうまくつく □複雑なテレビドラマが理解でさか。 □がしるなかなったり。 いつもの日課をしなくなった □さいなくなった □活動がないない。会話をしている。 □環とないないのに、会話をしている □見えないものを見えると言ったり □以前よりひどく疑い深くなった □ささいなことで思りっぱくなった	れる いった がある れなかった べなった とんちんか を示さなく いたしまいる ことがある った	り、味付け んな会話 なった られ、盗ま	ナがおかをするこ	とがある	
<ol> <li>症状に気づいたのはいつ頃ですか?</li> </ol>			月頃		
3. 症状は急に始まりましたか? 口急に					
<ol> <li>症状に気づいたのは本人ですか、それ</li> </ol>					
<ol> <li>症状は日によって、あるいは1日の内</li> </ol>	で変動する	ことはあり	ますか	? 口ある 口ない	
6. 今一番お困りのことはなんですか?					
7. 現在服用している薬はありますか?・・	□ക	る ロな	:6.4		
それは、何の薬ですか?					
□高血圧 □糖尿病 □心臓 □その他(	病 口脂	質異常症	口服	卒中	

	※ 3∼6ヶ)	月毎	を目安に記載				1	В	開始日	持			
	認知症進行	<b>亍</b> 度	チェック表解	胶	を参照して下る	žι		1	Ŧ	月	1	Ŧ	月
碓1	忍する項目	ì	置択肢 (あてに	tŧ	る番号を選び	FI	ック欄に〇印)	<b>F</b> :	エック	7欄	チ:	エック	7欄
	ここ数ヶ月間 の悪化傾向	1.	あり	2	なし	3.	不明	1	2	3	1	2	3
記憶	最近の出来事 に対して		数分前~数時間 )事も忘れている	2	数日前のこと も忘れている	3.	ときどき忘れる	1	2	3	1	2	3
	過去の出来事 に対して	1.	若い頃のこと も忘れている	2	数年前のこと も忘れている	3.	ときどき忘れる	-1	2	3	1	2	3
	自力歩行	1.	できない	2	一部介助	3.	できる	1	2	3	1	2	3
行	外出状況	1.	外出なし	2	家族と一緒 なら可能	3.	1人で可能	1	2	3	1	2	3
動	金銭管理	1.	全介助	2	一部介助	3.	不明	1	2	3	1	2	3
	薬の内服	1.	全介助	2	一部介助	3.	できる	1	2	3	1	2	3
	食事介助の必要性	1.	全介助	2	一部介助	3.	なし	-1	2	3	1	2	3
食事	1食あたりの食事量	1.	減少傾向	2	変化なし	3.	食べすぎ傾向	1	2	3	1	2	3
+	1日の水分量	1.	減少傾向	2	変化なし	3.	とりすぎ傾向	-1	2	3	1	2	- 3
	排泄介助の必要性	1.	全介助	2	一部介助	3.	なし	1	2	3	1	2	3
トイレ	尿·便失禁	1.	あり	2	たまにある	3.	なし	1	2	3	1	2	:
-	おむつ使用 (紙パンツ含)	1.	常時使用	2	夜間のみ使用	3.	なし	1	2	3	1	2	:
風	入治介助の必要性	1.	全介助	2	一部介助	3.	なし	1	2	3	-1	2	- 3
8	入浴拒否	1.	あり	2	たまにある	3.	なし	-1	2	3	-1	2	3
	介助の必要性	1.	全介助	2	一部介助	3.	なし	1	2	3	-1	2	3
着脱	服の前後を間違える	1.	あり	2	たまにある	3.	なし	1	2	3	1	2	3
	ボタン	1.	全介助	2	一部介助	3.	できる	1	2	3	1	2	3
他の	の症状の確認	1.	徘徊	2	幻覚妄想	3.	夜間不眠	1	2	3	1	2	3
		4.	日中傾眠	5	異宝	6.	無関心、意欲低下	4	5	6	4	5	6
		7.	火の不始末	8	不潔行為	9.	異食行為	7	8	9	7	8	g
介	度者の方の印象	1.	表情が良くなり	穏々	かになった			1			1		
		2.	意欲が出てきた	:				2			2		
		3.	一度言ったこと	ė N	砂返す回数が減	つた	:	3			3		
		4.	以前と変わりな	L١				4			4		
		5.	悪くなった					5			5		

### 認知症進行度チェック表

年月	年月	年月	年月	年月	年月
チェック模	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6
7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
5	5	5	5	5	5
9	0	0	9	9	9

	認知症進行度チェ	ック表解説
確認する項目	全介助	一部介助
自力歩行	「できない」:何かにつかまったり、支えて もらっても歩けない、車椅子を使用しな ければならない等、どのような状態で あっても歩行できない場合。	何かにつかまれば、立ち止まらず5メートル 歩ける場合。・杖や歩行器を使用する、壁に手 をかける、手引きを行う、腕を介護者が支えるなど
金銭管理	所特金の支出の把握、管理、出し入れ する金額の計算等の全てに介助が行わ れている場合。	金銭の管理に何らかの介助が行われている 場合。・小遣い銭として小額のみ自己管理してい る場合など。財布の中身を確かめ清算等の介助 をしている場合も含む
薬の内服	薬や水を手元に用意する、薬を口に入 れる全ての介助が行われている場合。	薬の分包、薬を飲む時の見守り、飲む薬や 水を手元に用意するなど、何らかの介助を 行っている場合。
食事介助	食器から口に入れるまでの行為の全て に介助が行われている場合。	食器から口に入れるまでの行為の一部のみ 介助が行われている場合。・食べやすくする ための介助や、スプーン等に食べ物を乗せ る介助も含む。
排泄介助	ズボンの上げ下げ、陰部の清拭、トイレ の水洗、おむつ、リハビリバンツ、尿とり バットの交換等の全てに介助が行われ ている場合。	ズボンの上げ下げ、陰部の清拭、トイレの水 洗、おむつ、リハビリバンツ、尿とりパットの交 換等の一部に介助が行われている場合。
入浴介助	浴槽への出入り、身体を洗う行為の全て に介助が行われている場合。	浴槽の出入りや、スポンジや手拭いに石鹸 やボデイシャンプーを等をつけて全身を洗う 行為の一部の介助を行っている場合。
着脱介助	「上衣・ズボン」を着たり脱いだりする全 てに介助が行われている場合。 服を体にあてがら行為、袖とおし、ズボン に足を通す行為など全て介護者がおこ なっている状態	「上衣・ズポン」の着たり、脱いだりの一部の 介助を行っている場合。・ズポンを構えると自 分で足を通すが、ズポンを引き上げる介助を 行っている、介護者が上着を構えると自ら袖 を通す場合など。
ボタン	ボタンのかけはずしの全てに介助を行っ ている場合	ボタンのかけはずしの、一部に介助を行って いる場合。・ボタンの掛け間違いがある場合 など
他の症状確		
	・・・・ありもしない幻が[見える]、 [聞こえる	
口夜間不解:	実際に盗られていないのに、物を盗 ・・・・夜間に何度も目覚め良く眠れていな	
□日中傾眠・	<ul><li>・・・・日中、居眠りしている時間が多く、</li></ul>	活動できない
	<ul><li>・・・怒りやすい、興奮しやすい。大声を 欲低下・何もしようとしない、関心を示さな</li></ul>	
□火の不始末	<ul><li>・・・ガス栓の締め忘れ、なべを焦がす、</li></ul>	
	<ul><li>・・・便をいじる</li><li>・・・・食べ物でないものを食べる</li></ul>	
山麻底(172)。	ばし組んないらのるぼべる	

疾患名			処方薬	医療機関名
○糖尿病	有·無	• 不明		
〇高血圧	有・無	• 不明		
〇心臟疾患	有·無	• 不明		
○脂質 異常症	有・無	• 不明		
○甲状腺 機能低下症	有·無	• 不明		
○脳卒中	有·無	• 不明		
○精神疾患	有·無	<ul> <li>不明</li> </ul>		
○頭部外傷	有·無	• 不明		
○その他				

見在治療中		To Pale	60000			
疾患名					処方薬	医療機関名
○糖尿病	有·	無		不明		
〇高血圧	有·	無	٠	不明		
〇心臟疾患	有·	無		不明		
○脂質 異常症	有·	無	•	不明		
○甲状腺 機能低下症	有・	無	•	不明		
○脳卒中	有·	無	•	不明		
○精神疾患	有·	M	•	不明		
○頭部外傷	有・	無		不明		
○その他						

×	定時期:平F	77 - 7	門医、かかりつけ医:1年毎に記載の場 ケ月後) 年 月
		117777 17	つけ医療機関:
46	谷川スケール		5高齢者日常生活自立度>
	MMSE	/30 83	7. J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	FAST	ステージ: <認知	ロ症高齢者の日常生活自立度≫
		1 1	на пъ ш ша шь ву в
	血算	未 / 済 (異常なし・ 異常) 未	(異常なし・異常)
rfn.	血糖	未 / 済 ( mg/d1) *	: / 済 ( mg/d1)
液	脂質	未 / 済 (異常なし・異常) オ	: / 済 (異常なし・ 異常)
検	甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・異常) 末	: / 済 (異常なし・ 異常)
查	VB1	未 / 済 (異常なし・ 異常) **	ミ / 済 (異常なし・ 異常)
	VB12	米 / 済 (異常なし・異常) オ	ミ / 済 (異常なし・ 異常)
	加圧		/
	心電図	未 / 済 (異常なし・ 異常) *	5 60 600 (10,000 (10,000 (10))
	順部CT	未/済 □虚血性変化 □萎縮( )	現在の病状、状態像
			期記憶>
	頭部MR I		□問題なし □問題あり
阃			常の意思決定を行うための認知能力
像			自立
検索			いくらか困難
査	心筋シンチ	The state of the s	]見守りが必要
	スペクト		]判断できない
	(血液低下部位)		分の意思の伝達能力≫
_			伝えられる
	脳波		ついくらか困難
_	man.		]具体的要求に限られている
3	神経症状		伝えられない
		□失行 (概念性失行・者衣失行・概念運動性失行)	
		〇失郎(荷葉失郎・相談失郎・色彩失郎・視空間失郎)	
	BPSD	口なし 口暴力 口暴言 口幻覚 口妄想 口なし	
1	(周辺症状)	□抑うつ □不安 □徘徊 □せん妄 □拒絶 □抑う	
			2行為 □聴駅障害 □介護への抵抗
		□異食 □性的問題行動 □異点	
	17.40.00	口その他( ) 口その	0他( )
	治療薬		
	(合併症含)	ı I	

	_	(1年後) 年 月	1	(1年半後) 年 月
		専門医療機関:		かかりつけ医療機関:
長	谷川スケール	/30		《障害高齢者日常生活自立度》
	MMSE	/30		節並 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C
	FAST	ステージ:		<認知症高齢者の日常生活自立度> I II II a II b III III a III b IV
	車	未 / 済 (異常なし・ 異常)		未 / 済 (異常なし・ 異常)
rfn.	血糖	未/済( mg/d1)		未 / 済 ( mg/d1)
液	脂質	未 / 済 (異常なし・ 異常)		未 / 済 (異常なし・ 異常)
検	甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・ 異常)		来 / 済 (異常なし・ 異常)
査	VB1	未 / 済 (異常なし・ 異常)	П	未 / 済 (異常なし・ 異常)
	VB12	未 / 済 (異常なし・ 異常)	П	未 / 済 (異常なし・ 異常)
	加圧	/		/
	心電図	未 / 済 (異常なし・ 異常)		未 / 済 (異常なし・ 異常)
	類部CT	未/済 □虚血性変化 □萎縮(	)	現在の病状、状態像
		口その他(	)	<短期記憶>
	頭部MR I	未/済 □虚血性変化 □萎縮(	)	□問題なし □問題あり
阃		口その他(	)	≪日常の意思決定を行うための認知能
像		海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度:VSR	AD.	口自立
検		(	)	□いくらか困難
査	心筋シンチ	未/済 集積の低下 □有 □無		□見守りが必要
	スペクト	未/济		□判断できない
	(血液低下部位)	□前項集 □頭頂集 □後頭業 □側頭葉		《自分の意思の伝達能力》
		□拠前部 □後部帯状回 □その他(	)	口伝えられる
	脳波	未/济 口基礎律動 Hz~	Hz	口いくらか困難
	/IM EX	口その他(	)	□具体的要求に限られている
	神経症状	□失語 (運動性失語・感覚性失語) □失行 (概念性失行・者衣失行・概念運動性失 □失郎 (複葉失語・相談失語・色彩失語・視空間知		□伝えられない
	BPSD 周辺症状)		Eile	□抑うつ □不安 □徘徊 □せん妄 □打
		<ul><li>□不常行為 □睡眠障害 □介護への抵抗</li><li>□異食 □性的問題行動</li><li>□その他(</li></ul>	3	□不潔行為 □睡眠障害 □介護への抵抗 □異食 □性的問題行動 □その他(
_	治療薬	LL CYPES (	-	La Carrier C
	(合併症含)			

介護	多状態	区分	等		(ケアマネジャー用)
認定	有効期	間	介護認定	ケアマネ名	サービス利用状況
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	н~	□要支援()		
年	月	B	□要介護()		
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	В	□要介護()		
年	月	日~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	н~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	日~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	日	□要介護()		
年	月	Н~	□要支援()		
年	月	B	□要介護()		
年	月	н~	□要支援()		
年	月	В	□要介護()		

この手帳は、医療機関、介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援セン ター、介護保険サービス機関、訪問看護ステーションの連携に役立ちます。 ご本人、ご家族様には、レっかり管理していただき、医療機関を受診する時、介護保 険サービスを利用する時は、必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

(お問い合わせ)

〒 000-0000 住所1記入 住所2記入

発行元機関名記入 連絡先 000-000-0000

# 将来ビジョン戦略会議

- 1-5 在宅・地域医療検討チーム
- 2-3 地域医療・ケアプログラム検討チーム 報告書

# 「在宅・地域医療検討/地域医療・ケアプログラム検討チーム」報告書

### 1. はじめに

精神科における在宅・地域医療は近年特に注目をあびている。医療のみで十分な人は通常の精神科外来へ、回復期のリハビリテーションが必要な人はデイケアへ、医療と生活援助の同時実施が必要な人はアウトリーチサービスへ、医療と生活援助が必要な人は授産施設などの地域社会資源へと分けて考えることが必要である。

日本精神科病院協会(以下、日精協という)でも「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する基本方向(2010.2 政策委員会検討意見)」において、

~日精協の基本的考え~その1

「入院中心の医療から、地域医療・地域ケア」

地域社会で精神障害者が安心・安定して暮らせるための地域医療と福祉の環境を整備することによって、「必ずしも入院を必要としない」患者さんを地域生活に移行すること。

~日精協の基本的考え~その2

「入院精神障害者の地域移行の促進|

- I. 入院患者数は増加傾向にあり、同時にそれを上回る患者数が毎年退院し、入 院期間が短縮化していること。
- Ⅱ. 新入院患者の1年後残留率は13%前後で、今後も一定割合の病床を占めていく。また、長期入院患者の中には、重度・重症や身体合併症の兼症の兼存など地域移行が困難な実態がある。一方で、地域での支援やケアの体制が整備されれば、必ずしも入院を必要としない患者が居ることから、それらの適正な処遇の検討が必要である。
- Ⅲ.精神科領域において可能な限り専門職を医療必要度の高い領域に「選択と集中」 させる再編の努力が不可欠であり、地域移行促進による病床数の「適正化」が自ら の課題であること。
- ~地域で安定・安心して生活するための精神障害者福祉基盤の整備~
  - (A) 「居住の場 | と「生活支援 | を一体的に提出するサービス基盤の整備
  - (B) 精神障害者福祉サービスは利用者の自己決定を前提に
  - (C) 専門性を担保した相談支援事業およびケアマネジメントの確保
  - (D) 地域生活を支えるための経済的基盤の確保

と提唱し、以前から注目してきた。

しかしながら精神科在宅医療・地域医療はなかなか進まない。原因の一つに医療と福祉の問題がある。地域における精神障害者の福祉障害福祉サービスが貧困であるために、精神科病院に主に福祉的な対応を行う必要のある患者が、入院という環境で処遇されてきた。昭和62年の精神保健福祉法改正で初めて精神障害者の地域障害福祉サービスが設立されたが、他の2つの障害(身体・知的)の体系の中に押し込まれてしまったもので、精神障

害者の特性(医療看護的な支援が基盤に必要)に合致する障害福祉サービスにはなってない。精神障害は程度にかかわらず疾患が基盤にあるため、再燃・再発の問題を有しており、このことを考慮した地域精神医療の関与が欠かせない。障害程度が軽度な患者の地域福祉サービスは、他の障害と同一でも何とか適合できるが、中等度から重度の患者には、精神疾患の病状管理とそのための症状などをケアする特別な専門的支援(看護などの専門職対応)が常時必要である。つまり現在のサービス類型に機能を付加し、特性と合致したサービスとする必要がある(図18、19)。

今回、我々はこの事を念頭におき、今何が必要なのか考えてみた。

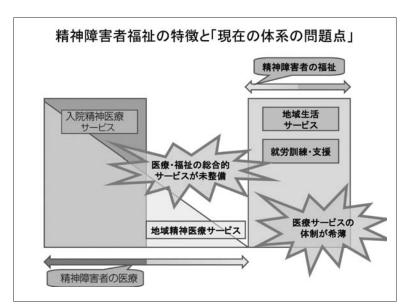


図 18

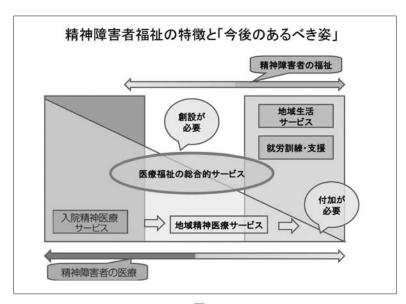


図 19

### 2. 精神科地域医療の現状

#### 1) 外来部門

日精協の総合調査によると、外来患者は年々増加傾向にある。平成12年の1病院の1日の平均外来患者数は42.6人であったが、平成18年では、53.1人と増加し、平成22年の10年後には、57.1人と14.5人増加していた。また、外来患者の診断名はうつ病・アルツハイマーを中心にした認知症が増加し、疾病構造が変化している状況である。

#### 2) デイケア部門

我が国のデイケアは昭和33年に精神衛生研究所で始まったが、社会資源が不十分な中での「反」入院医療の主張を込めた研究的モデルで、「自己完結型」モデルであった。1980年代半ばから社会保険診療報酬による経済的裏付けが得られ、民間病院で増えてきた。今では種類も増えて、デイケア・ナイトケア・デイナイトケア・ショートケアとなり、行っている病院数、1日の延べ人数において増加している(図20)。

平成20年度に減少しているが、これは平成16年度より一年以上通っている患者は週

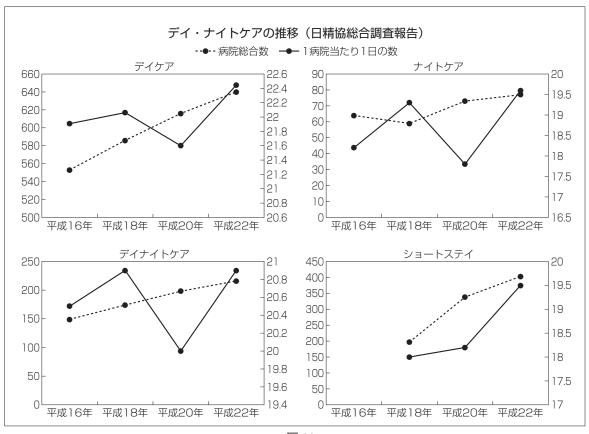


図 20

に5日までと制約された影響が考えられている $^{8}$ 。また、精神障害者の地域ケアの促進に関する研究 $^{9}$ )によると、デイケアの有無について、病院が $^{9}$ 4.1%施行しているのに対し、診療所は $^{27.7}$ %と少なかった。しかしながら、病院は退院以後の統合失調症の患者が主で、診療所は外来のみの様々な病気の患者が多いことが想像され、対象の患者が違うことは考慮しないといけない。デイケアの効果については、日精協「統合失調症における DC と抗精神病薬の有効性についての研究」 $^{7}$ )によれば「DC を利用しながら通院する患者は、DC を利用しない投薬中心の通院患者と比較して、入退院後に地域で生活する期間が長い。すなわち、再入院率が低い」「再入院した場合の在院期間も DC 群は、非 DC 群と比較して短い」ことが明らかにされた。

#### 3)多職種による訪問治療部門

現在行われている精神科訪問看護は精神科病院に所属するものと、単独の訪問看護ステーションが独自に行っているものがあるが、前者では精神科病院の8割が行っているし、後者も約半分の事業所が行うようになってきた $^{2}$ )。上記の研究 $^{9}$ )によると、病院では91.2%の施設が施行しているが、診療所では19.6%にとどまった。訪問看護は地域医療の最も重要な要素の一つであり、訪問看護によって社会的資源利用状況が上がる論文も見られた $^{3}$ )。

#### 4) 相談支援部門

平成 23 年 4 月 13 日に発表された「障害者相談支援事業の実施状況等の調査結果について  $|^{5)}$  の発表では

- Ⅰ 障害者相談支援事業(いわゆる「一般的な相談支援」)
- Ⅱ 地域生活支援事業 (居住サポート事業、成年後見制度利用支援事業)
- Ⅲ サポート利用計画作成費
- IV 指定相談支援事業

があげられる。

### 3. 問題点

#### 1)外来部門

外来の本来の目的は入院を必要としないが治療の継続が必要な患者に対して、外来診察を中心に治療していくものである。外来サービスの質的課題として、エンゲージメントを強めるサービスシステムのあり方を考える必要がある。ここでいうエンゲージメントとは治療の継続と必要性を患者に理解してもらうことであり、ディスエンゲージメント(治療中断等)の発生を「予防する外来機能」を強めることが必要とされる。

また、患者の中には、家庭の都合や周囲との折り合いの悪さがあったり、症状の一時的な悪化に対して短期間の家庭・社会からの逃避や休養、集中治療が必要な場合がある。そのような時、現在は短期間の入院で治療を行っている。この短期間の入院に代わるシステ

ムがあれば多くの面で精神科医療の向上が認められる。

#### 2) デイケア部門

デイケア等利用者目的を担当者が評価すると、再発・再入院の防止が圧倒的に多く、次に慢性患者の居場所が多くなる。これに対して、疾患別プログラム、年代別プログラム、病期別プログラム、目的別プログラム、利用期別プログラムなど多くのプログラムが準備されているが、より効果を上げるためには何が必要なのか。

老人のデイケアでは、適切な重度認知症患者デイケアにより、地域生活を維持することが期待されていたが、6時間以上のケア提供に対するニーズが増加している。

#### 3) 多職種による訪問治療部門

アウトリーチ推進事業は、発症から医療に繋げるまでの保健的なアウトリーチしか着目されていない。アウトリーチには、急性期でありながら入院以外で治療を続ける医療的アウトリーチや、症状は安定しているが生活一般の支援を行う福祉的アウトリーチがある(図21)。

今回の事業ではこの三つを包括的に行うとされているが、果たして可能なのであろうか。 この三つのアウトリーチにはそれぞれ専門的な特徴があり、できることとできないことを はっきり区別させておくことが必要である。

また、現在行われている医療中心のアウトリーチは看護師の訪問看護を中心に行われているが、他の職種の人はあまり関わっていない。一定の規定の上に成り立った、多職種が協力しやすい一定の規定と、経済的保障が必要と考えられる。

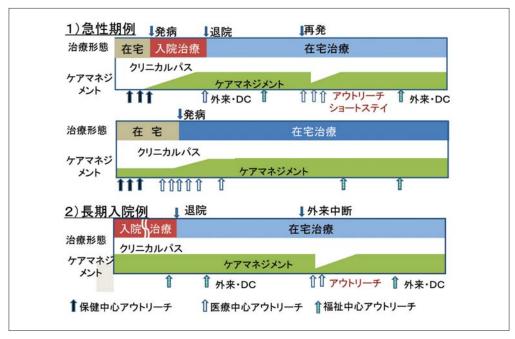


図 21

#### 4)相談支援部門

先にあげた相談支援事業は実際に行われている数は驚くほど少ない。これらの事業は、市町村や委託を受けた事業所が主に行っているが、それぞれの事業が単独で行われるため一貫性がなく継続性にも欠くのが現実である。例えば入院中に作業療法士が立てた計画と退院後に地域活動支援センターの精神保健福祉士が立てた計画には大きな違いがあると考えられる。地域活動支援センターでは三障害を同時に扱うようになり、必ずしも精神保健福祉士を置かなくてもよくなった。つまり精神科専門の職種がいない事業所も存在し、彼らが精神科の相談事業も担うことになった。これでは精神科の特徴や専門性が置いてきばりになる可能性も多い。また、サービス等利用計画の指定相談事業が指定特定相談事業へ、地域移行支援・地域定着支援事業が指定一般相談事業へと複雑に変化しており、使用はより難しくなっている。

今回この四つに標準を絞って我々のチームは検討してみた。

### 4. 対応策

#### 1) 外来部門

ディスエンゲージメントを予防する要因に、「十分に話を聞いてもらえると感じること」「治療や回復に関するプランの作成に利用者が積極的に関与すること」「サービスに満足していること」などがあげられる。この対応策として、ケアプログラム体制の整備と外来サービスのチーム医療体制の整備が必要と考えられる。外来患者の一部の「対象者(病気の理解が不十分で再燃を繰り返す患者)」と「治療期(退院して地域に定着していくまでの不安定な時期)」を選んでケアプログラムを作っていくことが必要である。今の外来ではケアプログラムがなされてない。そのために入退院を繰り返している患者がいる。このケアプログラムを作るために医師とケースマネジャーが患者の納得のいくプログラムを作る必要がある。目的は患者自身と家族に治療の継続性と必要性の強い自覚を持ってもらうことである。

一過性に症状が悪化した時に入院せずに治療が続けられる施設は現在ない。この施設の 具体的な案として、日精協は「地域生活支援・訓練センター仮称)」と「デイホスピタル」 をあげた(図 22)。

前者は現在の精神障害者生活訓練施設(援護寮)を基にさらなる進化をさせたものである。新たな役割機能として、・訓練入所(退院患者だけが対象でなく地域生活者も対象にしたスッテプアップ訓練)・危機介入・ショートステイ、レスパイトケア・24 時間電話相談・就労支援・人材育成支援・家族等支援・地域啓発活動などを目的としている。この施設で24 時間相談支援を受け持ったら、精神科救急で電話のみで対応可能な人達の数は減少する。外来治療にとってこのような施設は是非必要と考えられる。また、いわゆる社会的入院からグループホームやアパートに退院する間に短期間専門職種のもとで生活してみることもできる。

後者は本来なら入院が必要な患者に対して日中、数時間多くの精神科専門職員が関わる

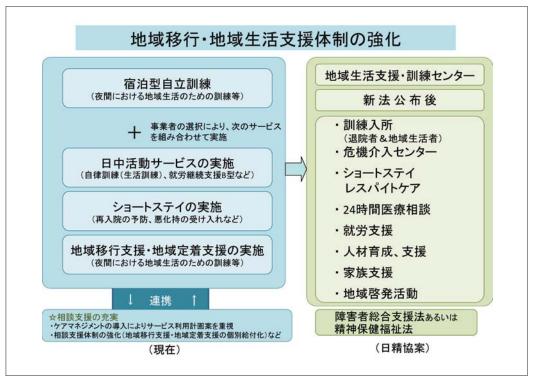


図 22

ことにより通院での治療を行う施設である。この様な施設があれば、危機介入の患者や、 入院までは必要ないが少しの間家族から離れることで落ち着く患者が入院しなくてすむ。

#### 2) デイケア部門

福間病院の佐々木はデイケアの役割を病棟機能との関係で以下にまとめている。。

急性期病棟との連携:新規抗精神薬の開発や治療技法の開発、病棟機能化、多職種の役割分担等により、3カ月以内の入院が標準となり早期に社会復帰が可能になった。この人たちの一部に急性期の後療法としてデイケアが必要とされている。

回復期リハビリ病棟との連携:3か月で退院しても、治療に時間がかかる一群がいる。 従来の最もポピュラーなデイケアの形であり、この機能を十分高めることで、ニューロン グステイ患者を減らす可能性がある。患者本人や家族にとって適切な生活目標は見いださ れていないことが多い。アセスメントと納得のいく生活目標を定めることは個人的に行わ ないといけない。

長期在院患者の退院後のデイケア: 長期在院患者をグループホームや福祉ホーム、アパートなどを利用して退院させ、日中活動と生活をデイケア等で支える。再発再入院の一番の予防だと考える。長期在院患者の中には重度かつ持続的な精神障害を持つ患者も多く、医療と生活援助の両方を同時に必要としている。しかも集団に定着することにそもそも困難がある。プログラムに当てはめるだけでなく、個人的な治療が必要とされる。

「居場所」としてのデイケア:症状が安定している人や生活障害が軽い人は福祉的な場で十分であるが、常に再発再入院の可能性を持つ脆弱な人へは医療機関内に専門スタッフが介入できる居場所が必要である。生活障害へのアプローチは必ずしも活動の中だけではない。

**就労・就学援助:**一部のデイケアでは先進的に取り組まれている。包括的支援はデイケアこそ担うべき役割であり、地域の授産施設や就労支援センターなどと連携していくことが求められる。

このようにデイケアは多くの種類があり、患者のニーズもそれぞれ違っている。プログラムを沢山作ることも大切であるが、個々の患者に合った生活目標とケアマネジメントを作ることが大切ではないだろうか。

重度認知症患者デイケアについて、長時間ケアを行った場合の評価についてどのように 考えるかが問題となる。医療(デイケア)と介護(デイサービス)の違いをどのようにす るかである。詳しくは、本報告書の認知症検討グループに譲ることとする。

#### 3) 多職種による訪問治療部門

医療的関与が必要だが未治療・治療中断した患者に保健サービスを中心とした働きかけに持っていく保健的アウトリーチ。医療的関与の必要性が低い患者に対して行う総合福祉関連サービスの福祉的アウトリーチ。それ以外の全てを行う医療的アウトリーチ。もちろん、全てのアウトリーチの根源に医療があることは忘れてはいけない。この目的を忘れないでアウトリーチを続けていくことが大切である。また、精神障害は他の障害と違い再発・再燃の可能性が常に伴っている。いつでも医療がバックアップしている安心があってこれらは初めてうまくいくことを忘れてはいけない。しかしながら境界は決めておくことが必要である。今回のアウトリーチ事業ではこの事業者(多くは精神科病院になると考えられる。)が保健的アウトリーチのカバーを行うようになっている。問題になるのは、いくら努力しても保健サービスの医療に乗ってこない患者が居ることである。この場合精神科病院だけでアウトリーチを続けていては病気の治療をより困難にしてしまう。精神科病院のアウトリーチ事業が保健所業務の全てに代わることは不可能である。日精協はそのことを強く主張する必要がある。

また、実際には看護師が中心になって訪問していることが多い。今後は医師や精神科保健福祉士などが訪問することも必要になってくる。多職種がチームを組んで訪問することでバージョンアップされたアウトリーチが可能になってくる。退院して間もない患者に対しては期限的集中介入が必要であろうし、初めて治療を受ける患者に対しては初期治療導入期のケアプログラムが必要になってくる。クリニカルパスをうまく駆使し、時期を決めてケースカンファアレンスを持つことも大切であるし、患者自身の参加も必要になってくる。これらをシステム化して示すことが重要である。

厚労省は今後の精神科医療は急性期医療と在宅医療にポイントを絞って行おうとしている。急性期医療については精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料など、それなりに金額の上昇が行われた。しかしながら、在宅医療についてはほとんど変わってない。今回のアウトリーチ推進事業の費用も入院ベッドの削減を条件とし、そこから費用を抽出しようとしている。現在行っている訪問看護についても、家族は相談を必要としているが患者が会うのを拒否している場合には費用の請求はできないなど、多くの経済的問題は解決されていない。ケアプログラムの作成(shared decision making)、家族支援加算、在宅支援加算、チーム連携加算(ケース会議)、定期評価加算、等を要望していくことが必

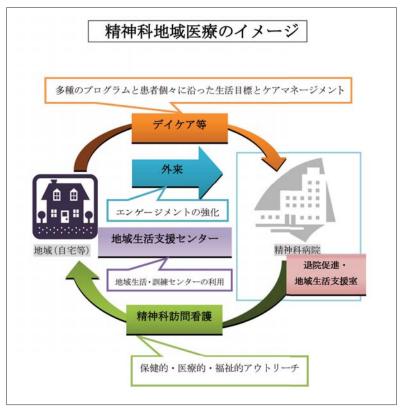


図 23

要と考えられる。

### 4) 相談支援・ケアマネジメント

日精協では以前から相談支援・ケアマネジメントに対して「退院促進・地域生活支援室」を提唱してきた。多職種の精神科専門の人達から成り、入院時から病棟のケースカンファレンスにも出席し退院に向けての計画書を作成する。退院が近づけば、住まいの確保、退院後のケアプラン(日中活動・場合によっては一定期間のアウトリーチ支援)を作成し、退院後もサービス支援事業者との連携や地域活動支援センターとの連携などを通して一貫したケアマネジメントを行うところである。多職種でありながら各々が精神科の専門的立場から行うことが大切だと考える。退院促進・地域生活支援室と訪問看護チーム、地域生活支援・訓練センターとの連携は重要であり、在宅医療の中心となっていくものと考えられる。

今回精神疾患が5疾病5事業に組み込まれ、精神疾患に関する医療計画のイメージ案が発表された。地域医療・ケアマネジメントを当てはめてみた(図23)。

表 4	精神疾患に関する医療計画	1	メージ室	【病期】
22 7			<b>/</b> / 木	

		【予防】	【アクセス】	【治療~回復】	【回復~社会復帰】
機	能	精神疾患の初症 予防	症状が出て精神科医に受 診できる機能	適切な医療サービスの提供 退院に向けた支援を提供	再発防止して地域生活を維 持社会復帰に向けた支援、 外来医療や訪問診療等を提 供
目	標	精神疾患の発症 を防ぐ	<ul><li>・症状が出て精神科に受診できるまでの期間を 短縮する</li><li>・精神科と地域の保健医療サービス等との連携</li></ul>	・患者に応じた室の高い精神科医療の提供 ・症状安定、住居確保のための退院支援	・できるだけ長く、地域生活を持続できる ・社会復帰(就労等)のための支援を提供 ・急変時いつでも対応できる
医療機に求めれる事	から	・国民の精神的 健康の増進及 発、の一次する。 発協域保健領域保健 ・地保保領域等 との連携等	・精神科医との連携推進 ・かかりつけ医師等の対 応力向上研修の参加 ・保健所等と連携し、必 要に応じ、訪問支援の 提供	・患者の状況に応じて、適 切な精神医療を提供 ・医師、看護師、保健師、 作業療法士、精神保健福 祉士等の多職種チームに よる支援体制 ・緊急時の対応体制や連携 体制の確保 等	<ul><li>・患者の状況に応じて、適切な外来医療や訪問診療等を提供</li><li>・緊急時の対応体制や連絡体制の確保</li><li>・各種のサービス事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供等</li></ul>
関連関機関	医療	地域生活支援・ 訓練センターに おける地域啓発 活動、人材育成、 支援	多職種による訪問治療チーム(福祉的アウトリーチ)が主となりかかりつけ医師や保健所等と連携 保健所等と連携 保健所等と連携し、保健的アウトリーチの提供率 (P)等	退院促進・地域生活支援室が入院当初から関わり、退院前には地域生活支援を調練センター、多職種による訪問治療チーム(医療的アウトリーチ)がクリティカルパスを使って治療していく。場合によってはディスピタルの使用も行う	外来医療、デイケア、多職 による訪問治療チーム(医 療的、福祉的アウトリーチ)、 退院促進・地域生活支援室、 地域生活・訓練センター、 デイホスピタルが相互に連 絡を取り合い地域連携クリ ティカルパスを用いて治療 していく
評価指	上導	精神保健に関する相談件数(P)、 啓発活動の実施 状況 (P) 等	かかりつけ医対応力向上 研修参加者数(P)、身体 科と精神科の連携会議実 施数(P)、身体科と精神 科の地域連携クリティカ ルパス導入率(P)	退院支援計画柵成立 (P)、 退院支援・地域連携クリティカルパス導入率 (P) 等	訪問実施医療機関数(S)、 精神科疾患対応訪問看護ス テーション数(S)、障害福 祉サービス利用者数(P) 等

# 提言

精神科患者が地域で生活していくのに必要と考えられる、外来医療・デイケア・アウトリーチについて考え直し、共通して必要な相談支援・ケアマネジメントについても考えた。①外来医療では、質的課題としてのエンゲージメントと地域生活支援・訓練センター、デイホスピタルの必要性。②デイケア部門では現在行っているプログラム中心のデイケアだけでなく、より個々にそった生活目標とケアマネジメント設定の必要性。③多職種による訪問治療部門では、保健・医療・福祉的アウトリーチの違いをはっきりさせることと、バージョンアップのため状況に応じた多職種による訪問の必要性。④相談支援・ケアマネジメントでは、今行われている相談事業を統一した「退院促進・地域生活支援室」を置き、一貫したケアマネジメントを入院時から退院後も行い、多職種の医療関係者がそれぞれ精神科専門の立場で行うことの重要性。

以上、4点を提言する。

#### 文献

- 1) 池淵恵美、他: V. 地域ケア時代の治療スキル 4. デイケア. 臨床精神医学 40 (5) : 645-650, 2011.
- 2) 萱間真美:精神障害者の現状把握と精神科訪問看護から医療政策.2010.
- 3) 萱間真美:精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究. 2003, 2004, 2005.
- 4) 厚生労働省社会·援護局障害保健福祉部精神障害保健課:精神保健福祉関係主管課長会議資料. 2011.
- 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域移行・障害児支援室:障害者相談支援事業の実施状況等の調査結果について. 2011, 4,13.
- 6) 佐々木裕光:統合失調症治療におけるデイケアの役割病棟機能の変化に伴って. 日 精協誌 29(5):27-33.2010.
- 7) 社団法人日本精神科病院協会、医療経済委員会:統合失調症におけるDCと抗精神病薬の有効性についての研究報告書. 2007.
- 8) 社団法人日本精神科病院協会:日本精神科病院協会総合調査報告(平成22年度). pp56, 2011.
- 9) 宮岡 等:精神障害者の地域ケアの促進に関する研究. 2007.

# 将来ビジョン戦略会議

- 1-6 精神保健福祉法検討チーム
- 2-1 総合福祉法検討チーム 報告書

# 「精神保健福祉法検討/総合福祉法検討チーム」報告書

### はじめに

精神医療が必要とされる疾患は、統合失調症と気分障害関連から、物質・行為等の依存 関連、引きこもりや自殺、高齢認知症や虐待等々に加え発達障害関連と、その範囲は拡が り、同時に患者数の急増も続いている。

日本国民の精神保健全般を確保するための対策は、精神疾患の予防、必要があれば早い時期に適切な医療にアクセスする方法論、適切な医療の確保と提供について、精神障害に対する理解を進めるための啓発活動についての規定、精神障害者の社会参加、これらを実現するための研究等の広い分野にまたがる。

これを担保する法律は、精神医療提供については精神保健福祉法と医療法、精神障害者の福祉については障害者自立支援法で構成されている。

現状の法律は、第二次世界大戦後の精神衛生法制定時の未分化で未熟な精神保健体制が、 21世紀に相応しい精神保健、精神医療、精神障害者福祉に分化していく過程にあると考 えられる。この中で、精神科病院で精神医療現場を預かる立場から、今後さらに進んだ精 神医療福祉サービスの提供を実現するために必要な法律について検討している。

平成5年(1993)頃から始まった、それまで精神医療と考えられたものから、精神障害者福祉を分離・同定する動きであるが、20年弱が経過し、一部では精神医療分野を無視するような行き過ぎた動きも見られている。医療と福祉が共に重要であることから、精神医療は精神保健医療法(仮称)、精神障害者福祉は総合福祉法というように分けて、互いに尊重する構造を法律から規定することもよい方法なのかもしれない。

# 現状と問題点

平成5年(1993)に障害者基本法が制定され、精神障害は、身体障害・知的障害と同格であり、3 障害であるとされた。

その後、平成7年(1995)に精神保健法が精神保健と福祉に関する法律に改定され、精神科病院の提供しているサービスから、「精神医療サービス」と「精神障害者福祉サービス」に区別されるようになった。

その結果、精神科病院の提供サービスの大部分は「精神障害者福祉サービス」であると 認識された。 このため平成12年(2000)頃からは「社会的(福祉的)入院の約7万床」が言われだし、 平成16年9月(2004)の精神保健福祉施策の改革ビジョンは、精神科病院の入院機能から福祉サービス部分の分離を提案した。

平成15年(2003)に成立し、平成20年(2008)から施行されている心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律(医療観察法)で、治安装置の部分を民間精神科病院から分離する試みが始まっている。

平成18年(2006)に障害者自立支援法が成立したが、3障害を同じ障害として扱うことを定めた画期的なものである。

精神科病院入院機能の中から福祉的機能を分離し生活の場を病院外へ移すためには、精神障害者福祉サービスの充実が必須であり、その整備拡充の促進が期待される根拠となる法律であるが、画期的であるがゆえに障害特性への配慮に欠けており、当面は改定を繰り返す必要があると思われる。

平成23年(2011)に医療計画を立てるべき疾患に精神疾患が加えられ5疾病5事業になった。精神疾患の範疇は純粋に個人の身体に起因するものから社会に起因するものまで幅広く膨大であり、その必要とされるサービスは医療・福祉だけにとどまらない。この中で、これまで精神医療福祉保健を一手に担ってきた精神科病院が、どの部分でどのような役割を果たすべきかが適切に謳われることを希望する。

### 精神保健医療福祉に関連する法体系についての提言

第一に、精神障害者とは、慢性疾患に罹患し、その結果として障害を生じ社会生活を営むために、様々な福祉サービスを必要とするものである。この疾患は慢性の経過をとるため、医療必要度はその病期により変化するが、常にある程度の医療が必要であることと共に、必要な福祉サービスの量や質も変化することを基本的な考え方として、サービス間の隙間が大きくなり当事者がこれ以上の不利を被ることを避けることが重要である。主に、統合失調症、重症気分障害等の疾患を想定しているが、これらの疾患罹患者に対して、医療と福祉の両面からのサービス提供が受けられることを、法律で保証する必要がある。

第二に、精神保健や精神医療が扱う範疇は、必ずしも慢性疾患だけではない。うつ病などの気分障害、神経症圏、反応性精神病等の疾患を想定しているが、早期の受診がその後の経過に大きな影響を及ぼす疾患に対する、啓発と教育を推進させる法律が必要である。

第三に、引きこもり、物質・行為等の依存関連、適応障害などの疾患を想定した、向精神薬が第一選択にないものについても、精神保健医療福祉サービスが受けられることを保証する法律が必要である。

第四に、病識が無い等から必要な医療を自ら選択できないものについて、人権に配慮し、 医療に結びつける仕組みを整備する法律が必要である。 第五に、最近、殊更に高齢認知症者は精神医療の範疇にないとする動きがあるが、認知症は脳実質の変性疾患であり、精神機能障害が慢性進行性に経過するまさに精神疾患である。

高齢者であっても精神科医療を必要とするものは、先に診断があるのではなく、保護し 治療を施すことで診断に至るものである。

高齢者が自身で適切な判断ができない時にも、医療と福祉に加え介護も含んだ体制で適切に処遇することができる法律が必要である。

第六に、医療提供を拒否する権利も保証される必要がある。精神疾患を有する者であっても、本人が医療や福祉を拒否する場合の対応について検討すべきである。

### おわりに

精神疾患罹患者が安心して暮らせる環境は、精神疾患が急性一過性であれ、慢性疾患であれ、必要な医療に適切にアクセスできること、生活上のハンディキャップがあれば、必要な福祉サービスを受けることができ、社会生活を営めることが保証されている社会の構築を目指す法律が必要である。

最後になるが、これまでの精神保健医療福祉サービス提供体制は必要最低限度量さえ確保されておらず不足していたことを確認し、今後はサービスが必要であれば幾つかの選択肢の中から選ぶことが可能となるような、多面的・多角的視点から整備される必要がある。

現在、同法体系は精神保健福祉法や総合福祉法の検討とともに、医療計画に精神疾患が加わる等の様々な面から検討が継続されており、当会議は今後も継続して検討する必要がある。

将来ビジョン戦略会議

2-2 メンタルヘルス推進検討チーム報告書

# 「メンタルヘルス推進検討チーム」報告書

## はじめに

多くの国において、メンタルヘルスや精神疾患、精神医療に対する取り組みは重要な位置づけになっているのに対し、我が国ではこれまでそれらを重視してこず、その普及啓発は極めて不十分な状況が続いてきた。そして、広く国民レベルにおいてもメンタルヘルスが重要視されてこなかった結果、精神疾患や精神医療に対する無理解や差別偏見を生むといった現状が引き起こされている。

# メンタルヘルス推進の目標

普及啓発や差別偏見の除去を推し進めることにより、為政者やマスメディアも含めた多くの国民にメンタルヘルス・精神疾患・精神障害・精神医療などに対する正しい知識を理解、共有してもらい、それらが国家にとって極めて重要であると認識してもらうことが目標である。

普及啓発が進み国民に正しい知識が浸透、すなわちリテラシー(理解度・認知度)が高まると、こころの状態の変化に早く気付く、早期治療に結びつく、受診や入院治療などに対する偏見や抵抗が軽減される(治療へのアクセスがよくなる)、地域が患者を受け入れやすくなる、などの効果が期待できる。

# 具体的に推進すべき項目

我が国における精神医療サービスの主な担い手である日精協が、活動ないし協力すべき ものとして、以下の項目をあげる。

#### [教育現場への働きかけ]

国民への普及啓発や偏見除去を推進する場合、やはり大変重要なのが次世代への教育であり、児童・生徒・学生に正しい知識を持ってもらうことが必要である。子どもたちが正しい知識を持つと、それが親の再教育にも繋がる。そのためには、授業での必修化が求められる。

#### ●授業での必修化

#### 1) 必修項目化

- ・保健等の授業で「精神疾患」や「メンタルヘルス」を必修項目とさせる。
- ・病院見学や体験学習をカリキュラムに組み込ませる。実際に病院内へ入ってもらうことが最も効果的である。日精協としては、体験学習の場を提供するなどで協力する。
- ・日精協として、行政に必修項目化させる働きかけを行う。

#### 2) 教員の養成

- ・必修化の前提として、精神保健等の授業・教育ができる教員を養成する必要がある。
- · 「精神保健」「精神疾患」などの項目を教員養成課程に組み込む。
- ・授業・教育のできる教員の存在は、教員のメンタルヘルス対策にも有効である。
- ・これらは行政が推進すべきことであるが、文部科学省への働きかけが重要である。
- ・日精協として行政への働きかけや、教員養成などで可能な部分に対して協力する。

#### 3) 啓発ソフト製作

- ・精神保健やメンタルヘルスを必修項目とする場合、啓発ソフトは教材として有効である。
- ・日精協は10年前に医療従事者等を対象に啓発ビデオを製作したが、低年齢向けに再 度啓発ソフトの製作を検討する。
- ・日精協が、教材等の製作・開発を国に要請し、その製作に協力する。

#### 「職域への働きかけ ]

「平成22年度に、対人関係のトラブルや過労からうつ病などの精神疾患にかかり労災申請した人は2年続けて過去最多で、労災認定された人も過去最多。(2011.6.14厚労省)」という発表からも、職場における「こころの問題」は無視できないものとなっている。

#### ●産業医との連携

労働安全衛生法は平成 18 年 (2006) に改正され、過重労働などに対して「メンタルへルス指針」が出されたり、「職場復帰 (リワーク) 支援事業」なども行われているが、産業医にもこころの健康や精神疾患等に対する知識・認識などが求められている。

#### 1)産業医・精神科医の連携

- ・近年は精神疾患を理解する産業医も増えているが、精神科領域で産業医と精神科医の 連携を推進する。
- ・産業医(他科)と精神科医の情報・意見交換、研修会、勉強会などを日精協が全国レベルで開催する。

#### ●企業・団体との連携

- 1)メンタルヘルス研修会等
- ・企業を対象とした研修会や講演などを推進、開催、支援する。

- ・休職、退職に至る教員の多くが精神疾患(気分障害が主)であることから、ストレス の多い教育現場の職員を対象としたものも考慮する〔文部科学省への働きかけが必要 である〕。
- ・研修会は現在も各支部、各地区で行われているが、日精協として全国レベルで開催することも考慮する。

#### 2) 職域メンタルヘルスサポーター養成への協力

- ・一部の自治体などが実施している職域メンタルヘルスサポーターの養成事業などへ協力する。
- \*職域メンタルヘルスサポーター:メンタルヘルスに関する専門分野の知識と技能を 修得し、各職場でこころの悩みを持っている人に対して身近な相談者となったり専 門機関を紹介するなど、職場におけるメンタルヘルス対策が推進できる人

#### 3)支援組織への協力

・職場のメンタルヘルスを支援している全国労働衛生団体連合会(全衛連)などの活動に協力・支援する。

#### [精神科病院への偏見の是正]

「精神科病院」=「心理的に地域・日常とかけ離れた場所」というイメージを変えていくことが必要である。

#### ●精神医療の提供

- ・国民からより一層信頼される精神医療提供の努力が必要である。
- ・マスメディアへの働きかけや連携により、今まで以上に精神医療 (治療内容・環境等) をオープンにする。
- ・患者本人と地域社会にとっての安全・安心を確保する。疾患の状態や病状により、必要な時は人権に十分配慮しつつ、適切かつ速やかに治療導入することで精神医療・精神科病院に対する見方が変わる。

#### ●地域との交流

種々の催しや行事、講演等を通じて日頃から地域と交流することが必要である。それら を通して精神科の専門性、精神科が担っている役割や重要性を理解してもらう。

#### ●診療科名の変更

- ・「精神」という言葉を外していこうとする流れがあり、大学病院や民間病院でも「メンタルヘルス科」を標榜するところが増えつつある。「精神」の文字を外すことで受診しやすくなったという点は、一つの方法として評価はできるが、「精神科」のままで偏見を無くすことも必要である。
- ・頭の病気=精神科、こころの病気=メンタルヘルス科 のような区分けが浸透しつつ あり、両者が分離して認識されてしまっている点は修正する必要がある。

・従来の「精神科」が持つイメージから、より進化的な脱却を試みるために「精神内科」 「脳機能内科」「心療科」など、科名の変更を試みることは選択肢の一つとして今後も 検討する。

#### [マスメディアへの働きかけ]

多くの国民が精神疾患や精神障害者をおそれて不安がる要因として、報道の影響が無視できない。「精神疾患患者は危ない」と思わせるような報道の仕方に問題がある。

#### ●記者等との連携

#### 1) 交流・意見交換

多くの国民が目にする新聞・TVなどのメディアは、正しくよい方向の記事配信や報道がなされれば、その影響力はかなり大きいため、マスメディアへの働きかけや連携が大切である。

#### 2) メディアカンファレンス

精神医療の現状や課題、疾患の正しい知識を持って適切な報道をしてもらうためにメ ディアカンファレンスを実施する。

#### [地域への働きかけ][普及啓発・偏見除去・自殺予防対策]

上記の各項目全てに関係するのが、精神疾患や精神医療に対する正しい知識の啓発であり、それが同時に偏見の除去や自殺予防に繋がる。

#### ● [ こころのバリアフリー研究会 ] 活動の支援

「精神障害へのアンチスティグマ研修会」はWPAアンチスティグマのプロジェクトを日本で展開したもので、その後、「こころのバリアフリー研究会」が設立された。日精協として、その活動を全面的にバックアップする。

#### ●日精協としての全国活動

#### 1)メンタルヘルスサポーターの養成活動

現在、一部の市町村で行われている精神保健ボランティア養成講座等を、発展的に進化させる形でメンタルヘルスサポーター養成活動を再編し全国に展開する。

\*メンタルヘルスサポーター: 心の健康づくりや自殺予防活動に関する基礎的な知識と技術を身につけ、ボランティアとして活動する住民

#### 2) 「メンタルヘルスの日! 制定

- ・「メンタルヘルスの日」を制定して、全国8地区で一斉に活動する。
- ・活動内容は全国一斉の講演会、パンフレット配布、地域交流などが考えられる。

#### 3) 自殺予防対策

・自殺には経済問題など社会的要因も絡んでいるが、背景にうつ病を中心とした精神疾

患が関与していることが指摘されているため、精神疾患に関する正しい知識や対応などの啓発が重要である。

- ・正しい知識を持つことが、自殺可能性に対する周囲の気付き・感度を高め、早期対応 に繋がる。
- ・気軽に精神科を受診できるようにするため、精神疾患等の啓発が重要である。
- ・日精協としては、地域および全国規模の活動を通して精神疾患等の正しい知識の普及 啓発に努め、早期対応、早期受診、自殺予防に繋げることを目指す。

#### 4) 冊子の製作・配布

精神医療、精神疾患等の普及啓発や偏見除去目的の冊子を、全国レベルで広く配布する。

#### 5) 普及啓発組織について

精神疾患についての情報提供や偏見解消、受診の援助や予防活動など、幅広い活動で大きな成果を上げているオーストラリアの NPO「beyond blue」のような組織が、将来的には日本にもあることが望ましい。設立の動きがあれば日精協として全面支援する。

### おわりに

地域や国民が、どうして欲しいのかによって精神保健医療福祉の形が決まる。正しい知識の普及啓発や偏見除去に努めることで地域住民のニーズが変わり、メンタルヘルスが推進されるであろう。

将来ビジョン戦略会議

2-4 生活施設検討チーム報告書

# 「生活施設検討チーム」報告書

# 1. これまでの流れと現状

背景として、依然として諸外国に比し日本の精神病床が過剰だとの指摘(非難)があること、また平成11年の患者調査により「72,000人」の患者が社会的入院しているがごときに喧伝されてきたことがある。「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(平成21年9月の『精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年から概ね10年間)』の中間点において、後期5カ年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討とりまとめ)では、平成26年までに統合失調症入院患者を15万人に減少させるとの目標値を設定している。

いずれにしても、その患者群の中に病状が比較的安定していながらも、なお社会復帰、家庭復帰が果たせず滞留する患者が存在することも事実であり、それらの高齢化が進行して現在入院治療中の65歳以上の高齢入院患者は全国平均で50%に迫ろうとしている。こういった高齢精神障害者は、介護保険サービス施設等を利用する要件が満たされても、精神科病院に入院中であることや精神疾患を有していることを理由に入所を拒否されることがほとんどである。また、介護老人福祉施設(特別養護老人ホームや養護老人ホームなど)や介護老人保健施設へ高齢化した統合失調症等の精神障害者が入所した場合でも、その疾患特性からしばしば不適応を起こすことが知られており、これらの施設が精神障害者にとっては必ずしも適切な場とはならない状況がある。

したがって、このような施設が高齢精神障害患者を入所させ介護サービスを提供するためには、精神障害と精神疾患に特有の専門的なケアと管理が必要であり、これらの技能を習得したスタッフの配置が求められる。

一方、新潟大学精神科の染谷教授の推計(図 24)では現在長期在院している統合失調症患者はさらに高齢化し、何の策を講じなくても死亡等で平成 26 年には現在の 23 万人から 17.5 万人まで減少する(自然減)と推察されている。

これまで我々は、国の施策と国民のニーズのままに、医療密度の比較的薄くなった介護的対象や福祉的対象の患者を、精神科病院の中で処遇し続けて病床を維持してきたが、それらの病床の適正化を図る方向へと転換することが、今後の精神科病院の役割機能を果たしていくためには必要である。

この方策の一つとして、高齢精神障害者が入院外生活を送ることのできる施設、すなわち「(高齢精神障害者の)生活施設 | の創設を提案する。

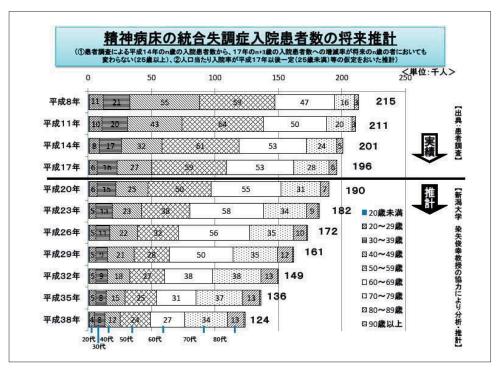


図 24

我が国では表5のように諸外国に比して社会復帰施設類型(居住施設)によるベッド数が、極端に不足しているという状況であり、あまりにも貧弱であったこと、それゆえ精神病床が福祉的機能も果たすことを余儀なくされてきた。

この事実については、「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する予備的研究」報告書(研究代表者:河原和夫)においても、「我が国の精神科医療は、例えば、その入院患者数あたりの、医療費、医療従事者数等の投入資源量が一般医療より小さいなど、限られた条件の下、関係者の努力によってその確保が図られてきた。また、歴史的に福祉サービス提供体制が不足してきたなかで、精神病床が精神障害者の生活支援の役割を果たさざるを得ないなど、医療・福祉にわたる機能を担ってきたことも事実である」と分析されているところである。

また、深刻な病院勤務の精神科医師不足という現状の中で、病床の適正化と相俟って医師の人員配置を集約化させ、提供する精神科医療サービスの質の向上を図っていくためにも、これまでの精神病床の福祉的・介護的な役割機能を、何らかの「施設」施策を用いて移行させていかねばならない。

表 5	外国における精神病床と居住施設入居者数と我が国の比較				
			カナダ	イギリス	
		アメリカ	(ブリティッシュ・	(イングランド・	

		カナダ	イギリス	
	アメリカ	(ブリティッシュ・	(イングランド・	日 本
		コロンビア州)	ウェールズ)	
	州立および郡立精神科	総合病院(含む精神科	NHS (national Health	国立精神科病院 0.7 床
	病院 3.7 床	救急) 7.0 床	Service)	都道府県立精神科病院
	私立精神科病院 1.7 床	リバビュー州立精神科	メインの精神科病院	1.4 床
精神病床	総合病院精神科 2.1 床	病院 7.6 床	4.9 床	公的精神科病院 1.1 床
(1万人対)	その他 3.3 床	司法精神科病院 1.8 床	総合病院等の精神科病床	民間精神科病院 25.6床
	司法精神科病院 2.2 床		4.5 床	
			私的精神科病院 3.4 床	
			司法精神科病院 2.1 床	
	13 床	16.4 床	14.9 床	28.8 床
	・スキルド・ナーシン	・ホステル	・ホステル	・生活訓練施設
	グホーム	・ボーディングホーム	・ナーシングホーム	・福祉ホーム
	・ナーシングホーム	・ナーシングホーム	・福祉ホーム	・グループホーム
社会復帰	・ボードアンドケア	・コーストファウン	・グループホーム	· 入所授産施設
施設類型	ホーム	デーション	・ウォード・イン・ハ	・共同住居
(居住施設)	・ハーフウェイハウス	・アパートメント	ウス	
	・共同アパート	・グループホーム		
		・ベンチャー(ショー		
		トステイ施設)		
居住施設数	15 床	11 床	4.7 床	0.6 床
(1万人対)	10 // (	11 //	1.7 //	0.0 %[*
合計 (1万人対)	28 床('97)	27.4 床 ('97)	19.6 床('93)	29.4 床('97)
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	急性期の短期治療施設	精神科救急医療の充実	地域ケアは、プライマ	司法精神医療専門病
備考	を整備	居住施設は不足	リケア、デイケア、居	院・病床はない
		コミュニティケアチー	住施設が3本柱	
		ムが地域ケアに重要な	コミュニティケアチー	
		役割	ムが地域ケアに重要な	
			役割	

# 2. 将来の精神科病院の機能のあるべき姿

そこで、我が国においても、諸外国の病床区分ほど極端ではなくとも、「急性期の治療」「回復期およびリハビリテーション期の治療」「重症遷延者の医療」等の「入院治療による高密度の医療サービス提供が必要な対象患者」(のための入院病床)と、「精神症状は残存するものの、必ずしも入院を続けなくてもよい生活障害の強い患者あるいは高齢化により社会生活が困難な患者」(のための生活施設)などに現在の入院患者を評価し、全体としての精神科病床の適正化を行って、それぞれに適正な環境が得られるよう、精神科医療の質の向上や明確化を図らなければならないであろう。

# 3. 先進諸外国における脱施設化の失敗

ここで、先進諸外国が 1960  $\sim$  70 年代にとった脱施設化を中心とする精神医療改革について触れておかなければならない。

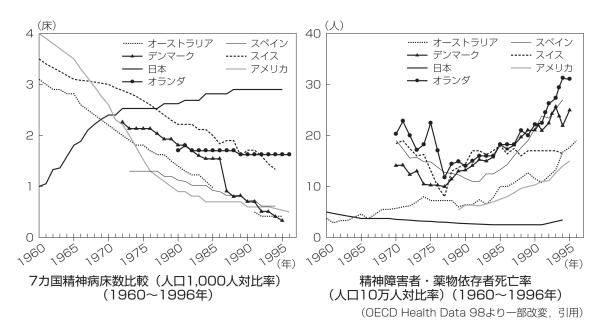


図 25

以下は平成 19~21 年度厚生労働科学研究「精神医療と最適化に関する総合研究」分担研究「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」(佐々木一〈爽風会理事長・院長〉)より引用させていただく。

その前にまず、先進諸外国は急速に脱施設化を図ってきたが、一方でそれと逆相関するが如く精神障害者の死亡率が急速に上昇した事実を直視すべきである(図 25)。

また、オーストラリアでは人口 1,000 人あたり単科精神病床数は 3.1 から 0.2 へ減ったが、精神病床を削減しすぎ、入院が必要であるにもかかわらず病床の空きが無く、即座に入院させることができずに待機状態にさせておく、あるいは入院治療の継続が必要であっても病床を空けなければならない圧力から十分な治療を施さず、すぐに退院させることを余儀なくされるようになった。また、公的病院は重症精神病や暴力的な患者を対象とした短期入院のみを扱うこととなり、うつ病や摂食障害の治療を行う余裕が全く無くなってきている。また、裕福なうつ病患者は高価な民間医療保険により快適な民間病院で治療を受けられるが、一般庶民は受けられないといった格差医療が誕生し、患者団体、家族会、医学会から「精神医療が消失した」と非難をあびるまでに至っている。

アメリカでは、1960年代から数千床の巨大な州立精神科病院が次々と縮小されたが、退院させられた患者がコミュニティで適切な医療を受けることができないために、症状の再燃をきたして再入院を繰り返す現象が見られるようになり、「回転ドア現象」と名づけられた。また、改革後に精神障害者のホームレスが急増し、さらに刑務所に収容される精神障害者が激増した(アメリカ30万人、カナダ5万人)。オーストラリア北部地方では刑務所が精神科病院の代替施設と化していることが大問題となっている。

イタリアでは、いわゆる Law180 により強制的に退院させられた患者の行き場がなく、 大混乱となった。退院させられた患者を追跡したところ、12%がホームレスとなったとい う報告や、全例が行方不明になったという報告すらある。 こういった状況はスイス、ドイツ、フランス、ハンガリー、ルクセンブルク等々で起こっており、あげだしたらきりがない。

WHO はガイドラインによって、「コミュニティの整備が最初のステップである」、すなわち「入院施設に代わるシステムを構築し、それが実現した場合のみ入院病床の削減を行う」という、新システムの整備をチェックして旧システムの縮小とのバランスをとることが必須となってくることを提唱している(チェックアンドバランス)。

また、精神障害者等の死亡率の国際比較のデータが1995年頃以降把握できていないとすれば、それはまさに急速に脱施設化した結果、行き場を失った患者たちを追跡できなくなったという、個人主義社会の当然の帰結ではないだろうか。

以上のことなどから、まず社会の受け皿の整備が先であり、病床削減は後になるのである。今、我が国は欧米先進諸国が犯してきたような同じ過ちを繰り返すわけにはいかない。 収容するだけの入院精神医療は時代遅れだが、コミュニティケアだけが正しいというエビデンスはない。現在までの研究においても、入院精神医療とコミュニティケアの双方を取り入れた「バランス・ケア・モデル」が専門家に支持されるに至っている(ロンドン大学 Thornicroft 教授)。

精神医療改革で世界一遅れをとったかもしれない日本だが、先進諸国の精神医療改革の歴史には数え切れない失敗があり、最も弱い人々=精神障害者が大変な苦しみを味わわされたわけで、最も遅れた我々はこの先進諸国の失敗の歴史に学ぶことができる。したがって、最も人々を苦しめない方法で改革ができるはずである。

#### ※ベルギーの精神医療改革

ベルギーの精神医療改革について仔細に点検してみる。ベルギーの精神医療の状況は日本の事情とよく似ている。そのベルギーがどう改革していったかを引用・紹介し、参考とする。

ベルギーの精神医療の状況は以下にまとめられる。

①精神科病床が多い、②平均在院日数が長い、③精神医療は単科精神科病院が中心(精神科病院の平均病床数は 240)、④民間精神科病院が入院治療の主流、⑤国民皆保険制度である、⑥社会保険制度はビスマルク型(医療は税ではなく医療保険を財源とする)、⑦自己負担はあるが、全国民が精神医療にアクセス可能、⑧キャッチメントエリアはなく、国民は自由に精神科医を選択し受診が可能。

#### 〈精神病棟の転換型ナーシングホーム〉

1990年に精神病床削減を目的とした新型ナーシングホーム PVTu が創設された。

- ・病棟転換型 PVTu が認められ推進された。
- ·PVTu は病院キャンパス内。1回限りの使用。患者が亡くなればそのベッドは「封印」 され、患者の利用率が下がれば自然と施設は閉鎖。
- ·PVTuは「入口を別に設ければ同じ敷地内でもよい···」等、規則が緩和され、病

棟からの転換が容易になり、改革が進んだ。

- ・旧型ナーシングホームよりも利用者の自己負担を軽減したことが普及を推進した。
- ・利用者の支払いは最初の3カ月はほとんど無料である。支払いは医療保険がカバーしている。その後は1年間で徐々に自己負担が増加する。PVTuの収入は約700~750ユーロ/月(ホスピタルフィーの部分)になる。これは慢性期の入院料よりも高くなるため病床転換へのインセンティブとなっている。
- ・ただし、ベルギーの医療費については、以下 2 種類の支払いを組み合わせているため、 注意を要する。
  - ①入院費用のうち、居住空間についての費用(ホテルフィーのようなもの)、救急 入院時の費用、外科病棟での看護費用など、基本的なコストは病院と財務当局と の年度前の直接交渉に基づいて支払われる。病床利用率が80%以上であれば全額 支払われるが、何らかの理由で下回れば減額される。一病院あたりの固定支払い 制である。
  - ②医薬品、医療手技(診療、検査、画像、手術)、コメディカルの活動は出来高払い(一部固定性)で支払われる。患者1人あたりの変動支払い制である。

入院だけでなく、施設維持など全ての費用はこの2つのどちらか/両方(調整係数を用いて)で請求される。通常はこの2つの収入が病院の収入の約8割を占める(それ以外には寄付、自費で支払う手技、その他雑収入)。

# 4. 高齢精神障害者介護施設の性格

我が国の精神医療の「改革」の流れの上で、精神障害者の生活施設を検討しなければならない時期にきている。「社会的入院」といわれたり、「歴史的長期在院者 (Old-Long Stay)」といわれたりしてきたが(あるいは「不適切入院」というべきかもしれないが)、サービス提供者側にとっても精神病床に「不本意ながら」このような人たちを存在させてしまったのは事実である。

そこで、まずこれらの対象者の中の高齢精神障害者(原則65歳以上)で、精神科治療が継続して必要な重い生活障害を持つ要介護者を、医療管理のもとで介護を中心とした生活支援をし、入所サービスを提供する介護施設を病棟(病床)転換によって創設し移行させることで、精神病床の適正化を図ることが必要である。

この施設は将来にわたり固定的に存在するものではなく、対象となる精神科病院入院治療中の高齢精神障害者の移行が進み、新たな利用対象者が減少していくまでの四半世紀程度といった期間限定のものとなるはずである(一定期間のみの経過的措置)。したがって、多大な費用投資を行って新設するだけの経済的な回収は不能であることから、既存の病棟に軽微な改修を施して転換利用することでしか方策は無い。新たに高額な資金投入をして独立型の新築施設を作っても、いずれ利用者がいなくなってしまうのであれば、残るのは空っぽの建物だけとなる。

この施設を考える上では前述のベルギーの PVTu が大変参考になる。

「新たな囲い込み」との批判が起こるとの危惧もあるが、既に多くの精神科病院が介護老人保健施設やその他の介護保険サービスを併設して行っており(同一敷地内に設置されているものがほとんど)、一般的にも介護保険施設の対象となる要介護状態の入院患者を精神病床から移行させ、適切な環境でケアするものであることと、それらの対象者がなくなるまでの過渡的なものであることを主張し理解を進めるべきである。また、独立型を作ろうとすると、地域住民から建設反対の運動が起こる可能性が高く、実現に時間を要すればそれだけ入院中の高齢精神障害者はさらに加齢を重ねることになる。実際、グループホーム等の立ち上げで地域住民から容易ならざる抵抗にあって、事業が遅々として進んでいない事例は全国で多数起こっており、多くの無駄な時間が費やされている。このように、経済的にも時間的にも、病棟転換利用による施設の整備には利点が大きい。ベルギーにおいて、転換型ナーシングホーム PVTu が施策として用いられたことは、それらの利点が優れていたことを証明している。

この介護施設は、入所者である高齢精神障害者がさらに高齢化したり症状の緩和が認められたりした場合に、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や従来型介護老人保健施設あるいは高齢者グループホームなどの、次のケア施設へ移る「通過型」の役割を果たすものでもあり、同時に終末期の看取りまでを行う施設ともとらえられる。

この病棟から施設への改修費用等は、国および自治体に補助金拠出を求める。福祉医療機構からの無利子融資なども求めたい。およそ「社会的入院」と認めるなら、これまでその政策を推進してきた国にも歴史的に大きな責任があるはずで、この施策の実現とその推進を強力に援助し促進する責務を果たさねばならない。

また、病棟転換による「併設型」ではなく、別途新たに病院敷地外などの「独立型」でなければ認めないということであれば、経済的に不採算であるこのような改革は進まないことになる。あえて「独立型」で行うなら、国および自治体の無償土地提供や公設民営方式導入など公的資産での投資をすべきである。また、そうでなければ実現は不可能であろう。

# 5. 提言・・・介護保険による「転換型老人保健施設精神版」の施設創設

精神病床入院中の主として福祉的・介護的な対応が必要な精神障害者が地域移行するための「生活施設」については、平成7年8月発の第2次精神保健懇話会報告書による「心のケアホーム」創設の提言に遡る。この提言を受けて、かつての日本精神科病院協会施設検討部会では相当な時間と労力を費やし、この施設体系について検討を重ねた経緯がある。しかし、主として財源論から「福祉施設」と「医療福祉混合型施設」の両論併記でその議論の幕を閉じざるを得なかった。「福祉施設」についてはその前提条件として医療法人の認可事業となっていない「第一種社会福祉事業」に位置づけられなければならない、という大きな壁があり非現実的でもあった。

しかしながらその後、平成 12 年から介護保険制度が創設され、それまでの老人保健法で処遇されていた高齢要介護者の介護サービスが移行され、新たに再編・体系化された。

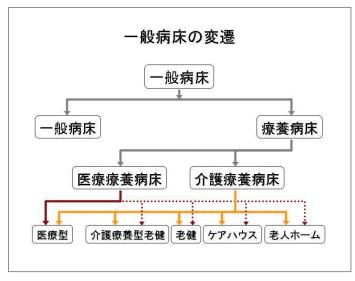


図 26

また平成18年に療養病床の再編を行うことが決まり(図26)、特に介護型療養病床については廃止することが決定し、その移行先として平成20年に介護療養型老人保健施設(転換老健)が新たに創設されている。これは、従来の療養病床があった病棟をほぼそのまま転用することで、病院(および有床診療所)の療養病床を、老人保健施設(小規模型を含む)として移行させるものである。病棟を転換してこの施設を作る場合、従来の新設基準の大幅な緩和措置や移行のための補助金制度を設けて円滑な移行を促している。これらの介護保険における療養サービス費は、従来とは別途に設定され追加新設された。この転換施策は現在も継続中であり、更なる円滑な移行を進めるために新たに追加措置を加える検討が行われている。

療養病床におけるこれらの施策を、精神病床においても同様に創設することで、我々が望む精神病床に入院中の主に介護的対応が必要な高齢精神障害者の、介護保険サービスへの移行が実現できることになる。

仮に、「介護精神型老人保健施設」と名付け、その概要を以下に示す。

#### 利用対象者

①主として精神科病院に現在入院中の高齢精神障害者(65歳以上)で、精神症状の程度が 比較的に重度でなく(自傷他害行為や迷惑行為など共同生活上の問題点が少ない患者、 意思の疎通性がある程度以上可能な患者)、しかし生活上の介護や支援が手厚く必要な 方々。

すなわち、精神症状は比較的に安定しているが、IADL(手段的日常生活動作)やADL(生活実行機能)が低下してしまった方(介護保険認定で要介護1以上)。

- ②原則として、精神科病院に入院加療を行っている患者を入所対象とする。
- ③算定日が属する月の前12カ月間における新規入所者のうち、「精神科病院」から入所した患者の割合と、それ以外から入所した患者の割合の差が○%以上であることを標準と

すること(○%は創設時に検討、ほぼ精神病床から移行)。

④精神疾患の治療についての必要度が減じ、他の高齢者施設等での療養あるいは地域生活が可能な状態となれば、すみやかに移行に努めるものとする。

その他の基準や緩和措置については、下記の療養病床の転換措置と同様とする。ただし 1床当たり面積は、療養病床は基準8㎡であるが精神病床と異なる。現在の精神科療養病 棟における経過措置5.6㎡(本則6.4㎡)と置き換えるのが至当。

人員については、従来の転換型老人保健施設の人員基準に加えて、医師については、独立型の場合には精神保健指定医を専従配置することとし、併設型の場合は診療や管理の支援等を常時受けることができる体制を敷くこととする。また、精神保健福祉士1人を専従させることとする。

- (参照) 現在の施策:「療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置について」から 以下抜粋
- ① 療養室の床面積

平成18年7月1日以降に新築または大規模な改修等の工事に着手していない療養病棟を転換した老人保健施設について、次の新築または大規模の改修等を行うまでの間に限り、1床あたり6.4 m² (本則8 m²) の経過措置を認めます。

②食堂・機能訓練室・廊下幅

平成24年4月以降も経過措置を適応します。

#### 設備等の指定基準

- ・療養室(1人あたり $6.4\text{m}^2$ 以上)、診察室、機能訓練室(1人当たり $1\text{m}^2$ 以上)、1療養室 4名以下、施設面積 1人につき $18\text{m}^2$ 以上、談話室、食堂(1人あたり $2\text{m}^2$ 以上)、浴室等
- ・医療施設(病院)と合築の場合、出入口や共通の階段やエレベーターは1つで可、診察室も1つでよい
- ・サテライト老健(19床以下)の算定日数の180日上限撤廃
- ・また、医師、栄養士、介護支援専門員を置かないことができる

#### 人員基準

施設長1人(下記と兼務可)

医師1名(入所100人あたり)

看護職員入所6人に対し1名

介護職員入所6人に対し1名(4人に対し1名の場合は加算)

作業療法士1名(入所100人あたり)

介護支援専門員1人

#### 医療保険での算定枠の緩和

・身体合併症等の急性憎悪時に、施設の医師では対応することが困難な処置等を外部の医

師が行った場合→算定できる項目を拡大

・医療機関において算定できる投薬・注射の拡大

施設利用の対象者が減少し、また入所中の利用者が他の介護保険サービスへ移行したり、施設において死亡したりして、徐々にその施設はサイズダウンしていくわけであるが、その場合は「サテライト型老健(小規模老健)」に移行することも可能であり、最終的に役割を終えて閉鎖するまで運営できるように措置されなければならない。

要介護認定は身体介護の状況に合わせて設定されていることから、比較的に ADL の保たれている精神障害者の場合には要介護 1~2程度の認定が多くなることが予想される。しかし、医療管理を含め、常時の見守りや介入が必要で、介護に要する時間は大変長くなる。これらを勘案し、この施設には、精神科専門職である精神保健福祉士を配置することを条件に、「精神疾患管理加算(300単位程度)」を創設する。

ただしこの施設は、我々日精協会員病院としては、それぞれの病院の実情に鑑み今後の 経営継続性の上での「一つの選択肢である」ということを確認しておく。

当該病院が、すでに借金を大部分返済しているか否か、後継者が育っているかどうか、 院長(会員)に病院運営を続けていく気力がまだまだあるか、あるいは高齢等で萎えてい るか、周辺環境はどうか、などが選択する上で大きな判断材料となろう。

また、このような施設を病棟(病床)転換という方法で立ち上げた場合、その病棟(病床)から余剰となった看護師等を他の治療病棟に異動させ看護基準を上げたり、あるいはアウトリーチ部門に移したりすることなどで、病院(法人)全体の医療収入を施設立ち上げ前と同じ水準か、若干でも増収を図れなければならない。

つまり病院(病床)のスケールダウンを図ったとしても十分経営していけるものでなければならない。

また、他の病棟のマンパワーがより厚くなることで、治療の質は上がる。その結果、患者の早期退院も促され、急性期治療が展開されることになるだろう。

将来的に、長期入院者は重症遷延(慢性難治性)の者だけとなる。

### 6. 提言・・・その他の生活施設

今回の報告書において、主に検討を重ねたのは、「精神病床に入院処遇している高齢精神障害者の主に介護的対応が求められる者の移行先」についてである。精神病床に入院中の患者のうち50%弱が65歳以上高齢者となっている現実の解消が急務とされるからである。

精神病床の適正化のうち、これらの対象者の地域移行として、一般社会においても介護 状態になれば介護保険サービスを受けることができるのに、精神病床に入院処遇されてい ることから、一般人と同様な介護サービスの利用を閉ざされている高齢精神障害者に対し て、介護保険サービスである「介護精神型老人保健施設(仮称)」の創設を、精神病床の 病棟転換によって対応する方策として提言した。

しかし、現在の精神病床の中には、65歳未満の生活障害が中等度以上や重度な精神障害者も存在し、また65歳以上でも介護状態の程度が軽い精神障害者も入院継続している現状がある。

さらに精神病床の適正化を進めるためには、これらの対象者が地域生活できるような「生活施設」が必要である。

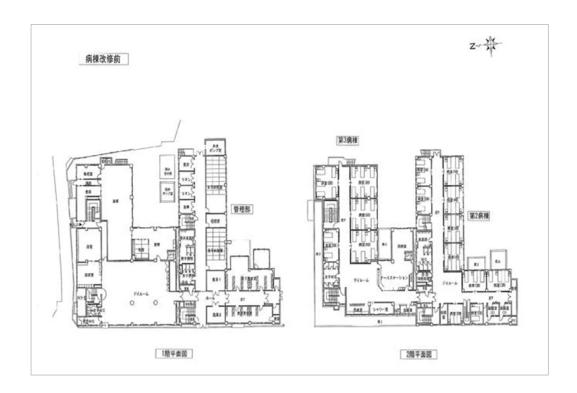
現在の障害福祉サービスによる居住施設は、精神障害に比してかなり先行して整備が行われてきた身体障害と知的障害の特性に合わせて制度設計されている。症状の安定した生活障害の軽度な精神障害者は何とか適合できているものの、中等度以上の障害を有する精神障害者の特性には合致しないものである。このために一向に地域移行が進まない。これまで精神保健福祉法によって設置されてきていた社会生活の諸施設は自立支援法に併合され、さらに精神障害者に合致しない地域福祉サービスを受けることになった。

我々は、今後、精神障害者の特性に合った障害福祉サービスの体系を作り上げなければならない。そして、それらの中に、精神障害者が安心して生活できる施設サービスを構築する必要がある。これらの障害福祉サービスについては、我々もこれまで十分な検討と施策提言を行ってこなかったが、今後は早急に対応していくことが必要である。なによりも地域移行は、これらの障害福祉の地域生活サービスをどのように利用するかが、大きな鍵となるからである。

#### 参考文献

- 1) 染谷俊幸:厚労省、今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会(第19回、平成21年6月18日資料「地域医療のあり方・入院医療体制のあり方について|).
- 2) 浅井邦彦: 我が国および諸外国の精神科リハビリテーションの現状. 精神科リハビリテーション学、精神保健福祉士セミナー第3巻. p.25-27、ヘルス出版、東京、2001.
- 3) 仙波恒雄、浅羽敬之:精神科病床数の減少と精神障害者の死亡率の国際比較. 日精協誌 22(4):66-67, 2003.

# (参考:転換前)



## (参考:転換後)

