

将来ビジョン戦略会議報告書

我々の描く精神医療の将来ビジョン

公益社団法人日本精神科病院協会

目次

【日精協将来ビジョン戦略会議報告書】 我々の描く精神医療の将来ビジョン

1. 我々が将来ビジョンを策定する意義	4
2. 我が国の精神科病院の「これまで」と「現状」	6
3. 日精協のこれまでの検討と方針	10
（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）	10
4. 現在の精神病床の適正化をどのように進めるべきか	14
1) 精神科病院における長期入院の原因と特殊性	14
2) 生活施設の整備による精神病床の適正化の促進	17
5. 新しい精神医療をどのように構築するべきか	19
1) 入院治療における精神医療サービス	19
①急性期・回復期の治療	19
②重症遷延・重度障害（治療抵抗性）の治療	24
③身体合併症の治療	28
④認知症医療	31
2) 通院治療における精神医療サービス	35
6. 精神医療を取り巻く環境をどのように構築すべきか	39
1) 関係法の整備について	39
2) メンタルヘルスの推進（国民意識の変容）	41
3) 5 疾病 5 事業と精神保健行政の所管部局	43

各検討チームの報告書

急性期治療検討チーム	46
回復期治療および重症遷延者治療検討チーム	56
身体合併症検討チーム	66
認知症医療検討チーム	74
在宅・地域医療検討チーム	88
地域医療・ケアプログラム検討チーム	88
精神保健福祉法検討チーム	100
総合福祉法検討チーム	100
メンタルヘルス推進検討チーム	104
生活施設検討チーム	110

1. 我々が将来ビジョンを策定する意義

国および厚生労働省が有識者や関係者を集めて会議体を構成し、「将来ビジョン」や「あり方」と銘打って精神保健医療福祉の方向を取り纏めて、あたかもそれが王道のごとく位置づけをして、施策の策定基盤としてきた。しかし、それらの本体は、参画した構成員の意見を聴取する程度は行ったとしても、内容は厚生官僚がそれまでの国や厚生労働省の考え方や今後の誘導方向に準拠して作ったものである。また、昨今は、一部の精神医療関係者たちと当事者およびそれらの支援関係団体などが集い、精神保健医療福祉の改革構想を打ち出すことが行われてもいる。これらの内容には、我々が同意・同調できる到達目標も数多くあるが、それらの道筋（プロセス）は示されておらず、あたかもスイッチを切り替えるように明日にでも実現できるかの論調となっていて、ひどく驚かされている。さらには、我々からすれば実効性に疑問を感じる提案が語られ載せられていて、日々に患者の病状およびその人生と正対し、また、働く職員と家族の生活を保障することに全エネルギーを費やし神経をすり減らしている我々としては、幅広い社会的な責任をどう考えればよいのかのバランスに悩まねばならない。

我々、日本精神科病院協会は、医療法人形態が主体の民間精神科病院 1,214 病院（平成 23 年 12 月時点）が加入している、我が国において精神医療福祉サービスを提供する最大の団体である。我々の提供する精神医療福祉サービスのあり方が、我が国のそれらの内容そのものであると言って過言ではないだろう。この自負のもとで、我々は真摯に、これからの我が国の精神医療福祉サービスがどうあるべきかを検討し、どう向かうべきかの道筋（ロードマップ）を明らかにしていくことは、我々に課せられた社会的な使命でもあり、精神医療福祉の専門家集団としての矜持でもある。

我が国の精神保健医療福祉の改革が遅々として進まないのは、最大の原因として改革に財源をつけないことにある。とにかく現状より安価に済ませたいと考えるのは、どの国においても同じであり、まさにその目的により欧米諸国は超大型精神科病院を廃し精神病床を極限まで削減して地域移行させた。そちらの方がずっとコストがかからないからである。

もちろん医療刑務所的な収容施設に過ぎなかった欧米諸国の劣悪な状況の精神科病院が、民衆の批判に耐えきれなくなったという側面もある。しかし、入院治療にかかる費用が日本と一桁以上に単位が違う状態から地域移行すれば費用が安価になり、医療が全額国費で賄われる国々にとって財政出動が大幅に減ずる魅力は、国の財政を司る者たちに大きな施策変更に向かわせるには十分なものであったろう。さらに、人権擁護や改革といった美辞麗句の御旗を掲げることができたことも大きな原動力となった。翻って我が国は、凡そ一般入院医療の 2.5 分の 1 といった差別的に低額の精神科医療費で賄われてきている。入院治療をしている方が、地域での生活に要する費用の国費支出より少なくてすむのであ

る。さらに地域生活のための施設整備に国は、多大な費用の支出をしなければならないことになる。これらから改革を唱えるものの、実際には微々たる財源しか用意できない我が国の政府のあり方は、真に改革を進める動機を持っていないと評価されてよい。しかも最近では、地域での生活のための基盤を作ることも行わないままに精神病床削減の方向をあらわにして圧力をかけ始めた。もちろん、精神科医療費をさらに削減したい意図を持っていることである。

精神保健医療改革を先行して実施した欧米諸国が、現在その改革の失敗にあえいでいる。相次いで新たな改革案（修正案といってよいだろう）を作成し、取り掛かっているのが現状である。それにもかかわらず、これらの諸外国の失敗した改革施策を我が国でも展開すべきだという主張者がいることも残念なことだ。我々は、制度や状況のあらゆるものが異なる外国と、我が国の改革が同じように行われるものではないと考えている。我が国に合致した、我が国独自の、精神保健医療福祉改革が進められなければならない。そして、それらはサービス利用者や一部の改革推進者などの関係者が望むものを求めるばかりではなく、我が国の国民の意識とニーズがどこにあるのかを問い、それを基盤にして制度や体制を構築していかなければならないものである。

我々は、施設の運営に大きな責任を感じている。小さな個人診療所ではないし、病院組織は地域における企業体そのものであり地域経済の一端を担っていて、また従業者の生活を守る重い責務を有している。サービスを利用している患者や障害者に対してだけではなく、地域社会や従業者に対しても大きな責任を有しているし、そのことを常に実感して運営にあたっている。そういった我々の立場からすれば、それらにも配慮した改革の進行を求めていかなければならない。諸外国のように、従事者が国家公務員で占められているわけではなく、民間企業に勤めている普通の労働者が、これらのサービス提供にあたっていることを忘れてはならない。

我が国は自虐的な人が多いかもしれない。特に WHO や WPA などといった外国の機関において、日本の精神科医療が大きく遅れているかの認識が定着していることに驚く。我が国で、これまでそれらに関わってきた者たちが、きちんと正しい状況を伝えてこなかったことや、むしろ「遅れている」と自虐的に語ってきたことが、こういった世界的認識を創り上げてしまった。「入院患者数が多い」と指摘する海外の関係者は、その内容も理由も、我が国の精神医療で何が行われているかも、ほとんど知識は無く、入院数だけを聞きかじり、かつての母国の酷い精神医療を重ね合わせて批判しているに過ぎない。圧倒的に我が国の精神医療の状況について「無知」なのである。もちろん、それらの情報不足は、きちんと共通語である英語で発信してこなかった我々にも責任はある。

我々の黎明期に多くの問題を有してきたことを否定するつもりはないし、それらの反省や歴史の上に現在の我々の真摯なサービス提供があることは事実であるが、すでに現在では我が国の精神医療は、先進諸外国に比して決して劣悪でもないし遅れているわけでもない。むしろ費用対効果を考慮すれば世界一のサービス提供体制であると言える。さらに我が国の精神保健医療福祉の質量ともの充実が図られれば、世界中の新たな模範となれるサービス提供体制が構築できるはずである。

これまで、我々日本精神科病院協会では、歴代にわたる執行部および担当委員会や特別

チームなどが、我々自身の視点や現在の会員精神科病院の状況を踏まえて、実現可能な方向性のあり方や施策提案をまとめてきた。これらの基盤に立ち、その向かうべき方向の先にある「将来あるべき姿」（到達目標）を集約して明示し、それに至るための問題点と解決策を検討して、それらを乗り越えて、あるべき姿にたどりつく道筋（ロードマップ）としての行動目標も創り上げることとした。これまでの協会内外の様々な報告書にはこれらの道筋（行動目標）が明らかにされていない。登るべき山の頂上は指差しても、登頂ルートを示すものはなかった。「我々が自身で努力して変えていくものは何か?」「国や地方自治体などがすべきことは何なのか?」、また、「研究者等は何をしなければならないのか?」といった、各々が為すべきことをしっかりと見据えて行動していくことが、あるべき姿（到達目標）に近づくことである。

これらの改革は、決して拙速であってはならない。基盤となる国民の理解や認知（リテラシー）を醸成しながら、精神疾患患者と精神障害者および家族や関係者そして従事する人々の人生や生活に不利益が生じないことを大前提として、堅実に進めていく必要がある。財源の問題からも相当の時間を費やすことになろうが、他はともかくも我々自身は、「為すべきことを為す」「できることを進めていく」という道を選ぶことになる。

そして、これらの改革行動のリーダーシップをとり常に主導的に活動するのは、我々日本精神科病院協会であらねばならない。なぜなら我々は、前記した如く我が国で最大の精神医療福祉のサービス提供を行っている団体であり、「誰よりもサービス利用者である精神疾患患者と精神障害者そして国民のメンタルヘルスに対し責務を果たすことができる」と自覚しているからである。

2. 我が国の精神科病院の「これまで」と「現状」

我が国の精神科病院は、明治33年の精神監護法の制定を受け、大正8年の「精神科病院法」を機に病床整備に取り掛かったが遅々として進まず、昭和25年の精神衛生法にて私宅監置を改め長期拘束を有する精神障害者は精神科病院に収容することとしたことと、昭和29年の実態調査において、精神障害者の推定数は130万人で、うち要入院は35万人であるとされ、当時約3万床の精神病床の増床整備を進めるべく法改正がなされ、非営利法人（医療法人等）が設置する精神科病院に対する国庫補助が設けられたことを契機に急速に病床整備が進み、35万床に達したことから昭和62年の地域医療計画において各地の精神病床が規制されるに至っている（図1）。昭和43年に日本政府（当時の厚生省）はWHOよりDr. クラークを招き、我が国の精神保健行政についての助言と勧告を受けているが、その時点で入院医療から地域福祉への転換を示唆されている。しかし、昭和38年に発生した精神障害者によるライシャワー駐日大使刺傷事件の余波の中で、この適切な勧

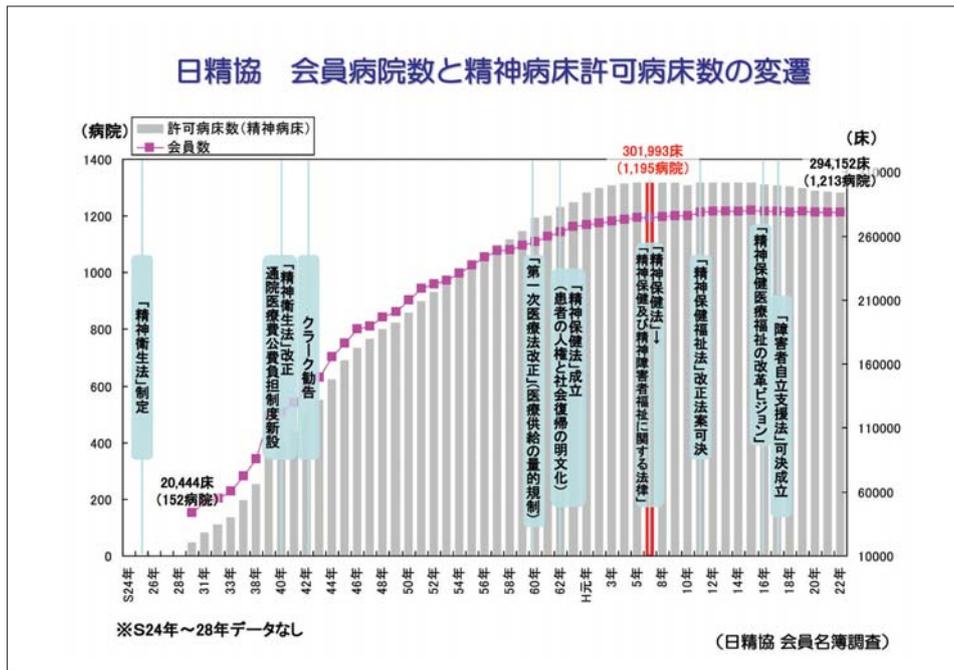


図 1

告は無視され実現されなかった。この当時の精神病床は 18 万床余りであったが、さらに増加を続け、現在の 35 万床に至っている。

昭和 62 年の精神保健法改正において、入院治療の終了した精神障害者の社会復帰促進を図るための精神障害者社会復帰施設（精神障害者社会復帰訓練施設や精神障害者授産施設）が規定され、これにより初めて精神障害者の地域生活移行の門戸が開かれた（図 2）。平成 5 年の精神保健法改正では、加えて精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）は法制化されて第 2 種福祉事業として位置付けされた。しかし、一方で「医療施設もしくは社会復帰施設の設置者または地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、または事業を行うに当たっては、精神障害者などの社会復帰の促進を図るため、地域に即した相違と工夫を行い、および地域住民の理解と協力を得るように努めなければならない」と規定し、精神障害者の社会復帰に対する国民の理解は、これらの事業を行う者の義務として押し付け、自らの責務を回避しつつ来た。また、平成 5 年末に「心身障害者対策基本法の一部を改正する法律」が公布され、「障害者基本法」が成立している、ここに至ってやっと、障害者対策に精神障害者を含めることが明確に位置付けされることになった。これをもって、精神保健法の再改正が行われ、「精神保険および精神障害者福祉に関する法律」として平成 7 年に更なる社会復帰施設と社会復帰事業の充実が図られることとなった。平成 8 年より平成 14 年までの 7 年間に「障害者プラン」として障害者対策に関する新長期計画の重点施策実施計画が策定され、社会復帰施設やグループホームなどの整備を進める施策実行に入っている。その後平成 15 年より 10 年間の「新障害者プラン」を策定して実行しているが、これには目立った成果は見られていない。精神障害者の地域福祉は平成 17 年成立の「障害者自立支援法」に併合され、現在は身体障害者・知的障害者と横並びの施策にあるが、精神障害者の障害特性に合致しない制度設計の中で、むしろ後退したとの評価も大きい。

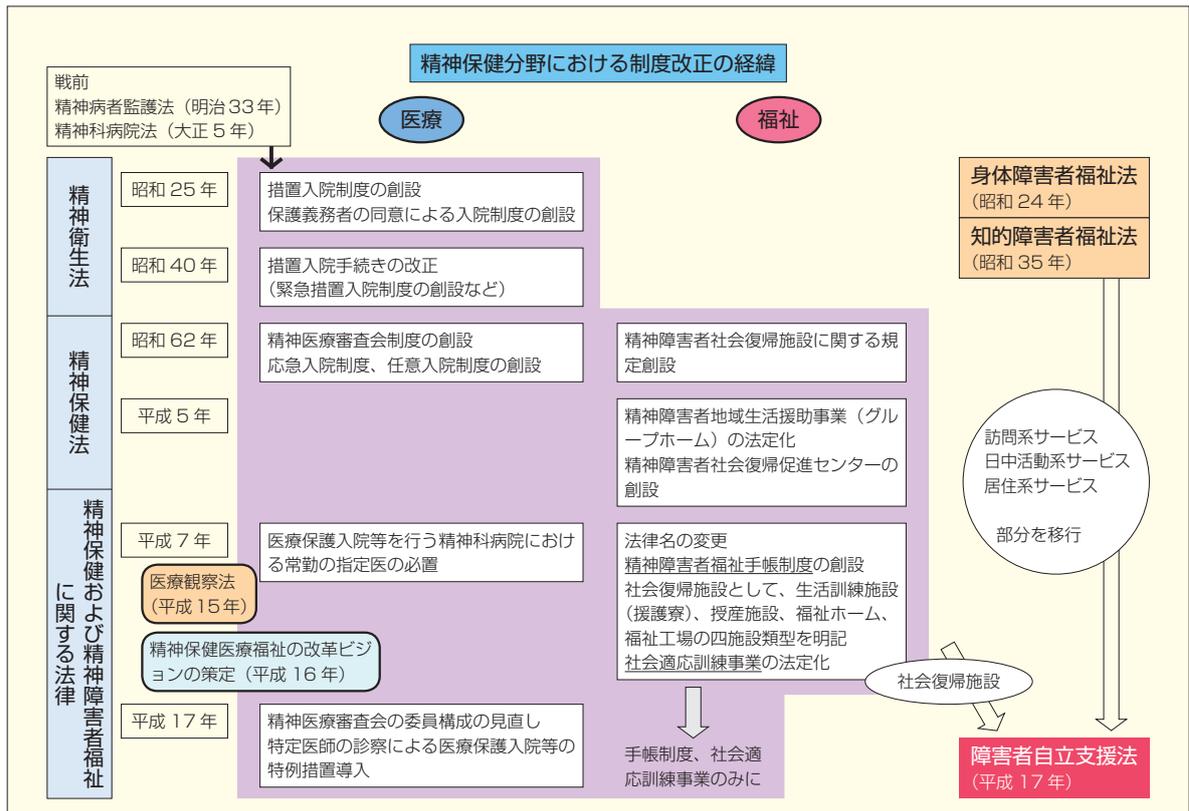


図 2

昨今、厚生労働省は自らのこれまでの国の政策の過ちを認め、平成 16 年に示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「地域生活支援の強化を今後 10 年間で進め、今後 10 年間で必要な精神病床数の約 7 万床の減少を促す」として、「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」と流れを変えようとしている (図 3、4)。

このような施策の変節の中で精神科病院は翻弄されてきたとも言えるが、その基盤にあるものは我が国の国民のニーズとしての、「精神病床における社会的収容」であったことは否めない。その根幹には精神疾患や精神障害に対する根強い誤解・偏見・無理解による危険視思想が存在し、その啓発や教育の活動を怠ってきた国 (特に教育分野と職域分野) と精神保健医療福祉関係者の責務によるところである。

こういった情勢の経過の中で、精神科病院の担う役割も、これまで医療提供以外に担われてきた福祉的施設の代用や保護的収容などから、真に適正な医療サービスの提供機関へと大きく変化してきていることを、基本認識として共有する必要がある。しかし、それらの並行的移行は財源の問題等により、地域での受け皿整備が進まないことや、精神科医療における診療報酬が差別的な低額とされ解消できないことなどから、改革は中途にあり遅々として進んでいない。さらに、国民の意識変化という面でも、さほど大きな成果は得られず、精神保健医療福祉関係者の多くが望んでいる精神疾患と精神障害を取り巻く社会構造の変化までにはさらに多くの時間を有すると思われる。

将来への変化の過渡期と言える現在の状況で、精神科病院の役割について検証し思索することは困難であるが、変化の方向性に向かっての将来展望を今回検討してみた。

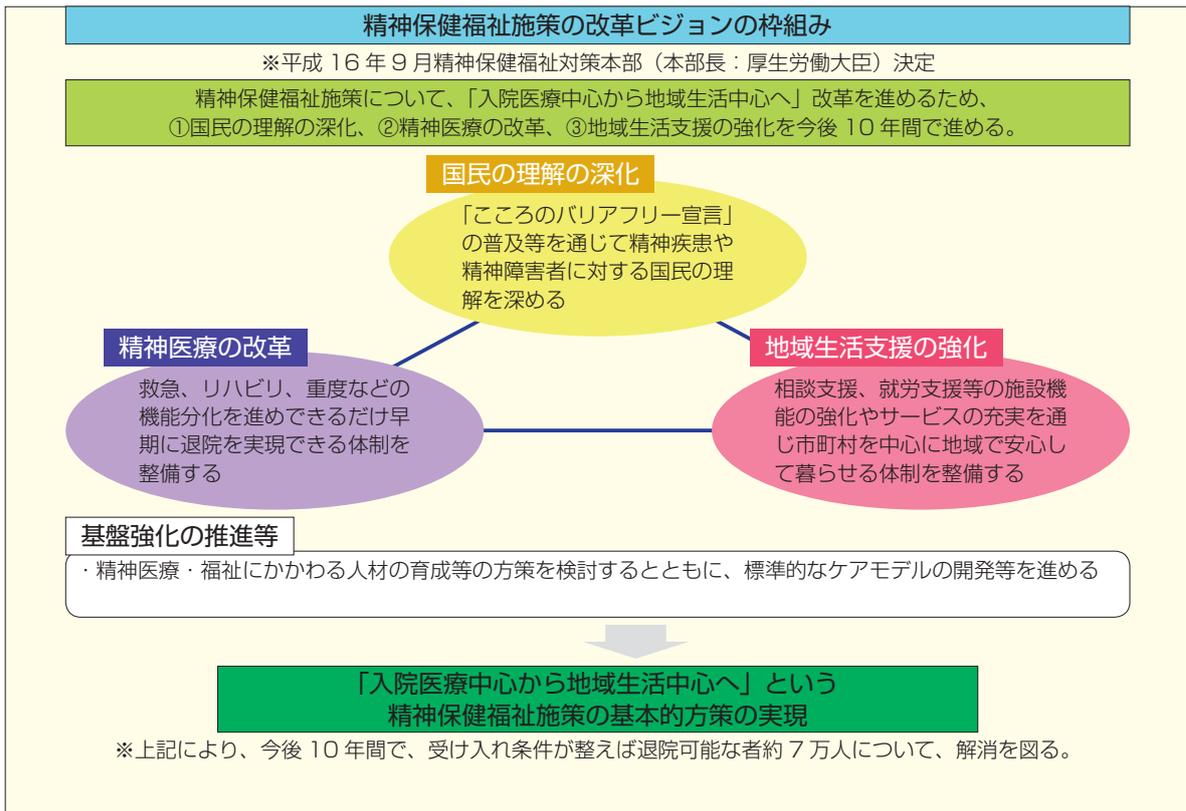


図 3

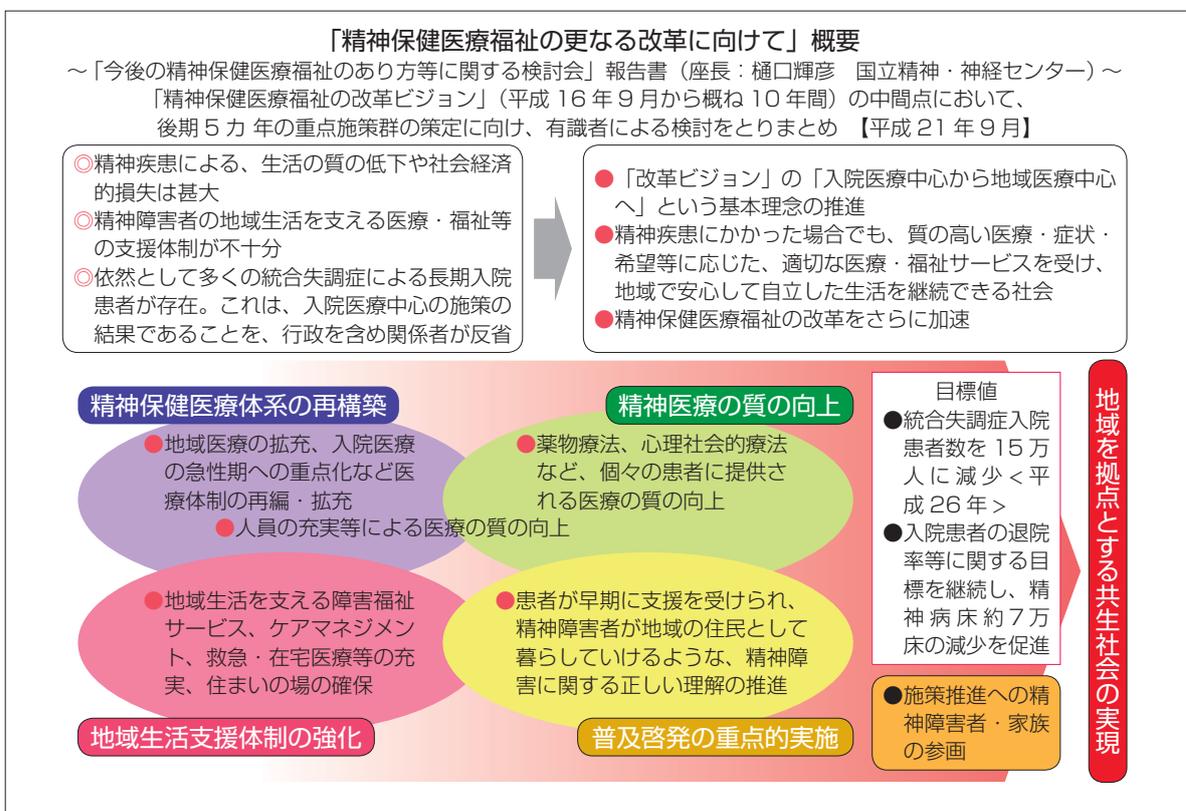


図 4

3. 日本精神科病院協会のこれまでの検討と方針

日本精神科病院協会（日精協）ではこれまでに様々な視点から検討を重ねてきた。それらのまとめとして、平成22年2月に政策委員会報告として「日精協：今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する基本方向」が呈示されている（資料編 p.154）。

その内容の概略は以下のごとくとなっていて、今回の将来ビジョン戦略会議における各チームの検討も、これらの基盤の上に行われている。

〈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〉

1) 精神医療福祉改革に関する日精協の基本的考え

精神医療福祉改革に関する日精協の基本的考えとして、「入院中心の医療から、地域医療・地域ケアへ」という基本方針を掲げ、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、そのことによって減少する病床相当の専門職の一部を入院病床に再配置し、必要な病床の医療機能を高めるとともに精神科診療報酬を一般科並みに近づけ、多様化するニーズに応えうる精神科医療体系を再構築すること・・・としている。これらのもとで、①「1年以上の長期入院」者の状態像と、退院するためにどのような地域支援の整備が必要か明白にすること。②ケアマネジメント体制の整備が欠かせないものとして「地域生活支援室（仮称）」を提案。③専門職を再配置するために自助努力すること。④病床機能分化による再編。機能分化が小規模病院でも可能である仕組みとして、「病床単位／2階建て」方式の機能分化・・・を提案している。

地域移行促進に関する我々の基本的考え方として、①入院期間が短縮化していること。②「1年以上」の長期入院者は、重度・重症、身体合併症の併存など様々な地域移行が困難な実態などもあり、長期入院＝退院可能な軽症者ではない。だが、長期入院者の一部には、地域での支援やケアの態勢が整備されれば「必ずしも入院を必要としない」患者のいることも確かで、長期入院患者の地域移行の促進は、かれらの適正な処遇のあり方の検討そのものであること。③精神科領域において自ら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」させる精神科医療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」は我々自身の課題であること・・・をあげている。

また、地域で安心・安定して生活するための精神障害者福祉基盤の整備として、「居住の場」と「生活支援」を一体的に提供するサービス基盤の整備の必要性をあげており、生活障害が比較的強く精神症状も些細なストレスで変化しやすい精神障害者に対する、責任

ある 24 時間体制の地域生活支援とケアのある生活支援施設があれば、必ずしも「入院を必要としない」長期入院者がある・・・としている。また高齢精神障害者の「生活の場」は、一律な年齢基準の設定や高齢者介護の発想に限定することなく、精神障害者の状態像や社会生活への参加の仕方など地域生活支援の発想から検討されなくてはならないもので、ADL や IADL の障害に着目するとしても、必要な精神科医療については制限しないよう「横出し」にすることが不可欠・・・としている。

精神障害者福祉は、人としての「存在価値」を蔑ろにせず、地域での安寧な生活を保障することが「共生社会」の原点でなければならない。様々な障害や能力に応じた多様な資源を準備し、障害者がためらいなく自己選択できるような基盤整備が必要である。これらのことから、福祉サービスは利用者の自己決定を前提にすることを求め、障害の程度で利用できる「居住の場」を設定することや、サービス利用期間を設定することは、「成果」を強制するものであり、適わない障害者を差別することに通じる。自己決定権を制限するものであり、同時に、さらに継続して努力する機会を奪うことでもある・・・と批判している。

ケアマネジメントは、障害者が安定した地域生活とその質を高めることを目的に、様々なサービスを利用に結びつけるという生活支援の技法である。精神障害者が安心・安定した地域生活を送るには、医療と福祉の総合的サービスの利用が不可欠であり、精神疾患について理解し、身近にいて利用者の状態に精通する精神保健福祉士、看護職などの専門職がこれらに携わることが最も望ましく、病院（施設）・各事業所のこれら各専門職が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を担うことのできる仕組みにする必要があること・・・をあげている。

精神障害者が病院から地域生活へと移行するためには、地域生活が経済的に成り立つことがまず必要である。所得保障制度の抜本的な改善を行わないままに、自立支援サービスの自己負担制度を導入したことに基本的な欠陥がある。具体的な経済支援対策、および抜本的な所得保障制度の改善が必要である・・・としている。

2) これからの精神科医療のあり方（具体的な試案）

(A) 精神科救急医療体制について

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。

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。

総合病院の精神科病棟においては、①「精神科救急・合併症入院料」算定病棟、あるいは

は②救命救急センター病床（在院期間 14 日以内）のリエゾンとその後一般病床での継続医療に向けたトリアージュの役割、または③救急救命センターの後方支援病棟および地域における精神 - 身体合併症患者を専門的に受け入れる合併症専門病棟（入院患者の 70% 以上）、のいずれかに機能を持つことを法制的にも位置づけること。

（B）短期入院医療機能の整備（急性期、回復・リハ期）

平成 16 年「改革ビジョン」においては、「回復期リハビリ病棟」の検討が課題とされていたが実際には検討されなかった。

多くの病院が急性期治療病床を整備するとともに、3 カ月を超える患者も 1 年以内に退院が可能となるよう回復期医療およびリハビリテーション機能を高める病床の検討が必要、地域の小規模病院も急性期病床・回復期リハビリ病床を採用できる施策が不可欠で、1 病棟に急性期と回復リハビリ期、または入院基本料と回復リハビリ期の双方を設置できるケアミックス型の病棟を新設できるようにするための診療報酬上の仕組みを整備することが必要である。

（C）長期入院の医療機能

避けられない検討課題として、長期継続入院患者の精神症状・生活障害程度・身体合併症や ADL などの詳細な実態の把握に基づいて、必要な支援のあり方について検討することがある。

長期入院病床に必要な医療機能は、濃厚な精神科医療・看護・リハビリ機能が求められる「慢性重度治療（仮称）」機能、加えて高い介護力および理学療法が求められる「介護力強化精神科治療（仮称）」機能、「入院治療を要する身体合併症治療」機能である。合併症治療を一定の条件で特掲診療料の横出しを求める、または、合併症管理加算の充実を求める。

（D）身体合併症治療と病 - 病連携、総合病院精神科医療

厚労省は身体合併症治療について、「極端に低い精神科診療報酬を改善すること」「医療法施行規則第 10 条第 3 項（一般病床精神疾患患者の一般病床収容禁止）を見直しすること」「精神科病院においても、身体合併症の入院医療管理を行えるような方策を検討すること」・・・を提案している。

i) 精神科救急医療レベルにおける身体合併症医療のあり方

総合病院においては、ICU 治療後の精神疾患患者を、そのまま一般病床で身体疾患管理を継続し、精神科専門医が関わるリエゾン診療に手厚い診療報酬上の評価を行う。また、総合病院精神科病棟に、精神科救急や合併症治療において基幹的役割を地域で果たさせる仕組みとすることが必要であり、身体合併症対応に特化するために、「精神 - 身体合併症入院料（仮称）」を新設する。

ii) 入院患者の専門的合併症医療のあり方

地域の病 - 病連携をより充実する施策を検討することが最も現実的である。「対診料」・「病 - 病連携訪問診療料」・「精神科合併症患者紹介受け入れ加算」を新設し、病 - 病連携を充実することが必要。

特定入院料算定病棟では抗生剤、画像診断など特掲診療料を包括から外すこと、「精神科身体合併症管理加算」の単価を引上げ、算定日数の緩和など、格段の充実が図られることが必要である。

(E) 認知症疾患医療とその周辺領域

認知症疾患は、併発する BPSD やせん妄や様々な老年期身体疾患が十分に管理されれば余命は延びる。だが、認知症患者もやがて“看取り”に至るが、それをも含んで認知症病床の医療機能が検討されることが必要である。

今後の病床機能のあり方は、現行の認知症治療病棟を、BPSD やせん妄などをターゲットに短期集中的に専門医療を提供できるような環境に整備することが必要と考える。

さらに、短期集中的な専門医療を受け継ぎ、多少の期間がかかっても回復期の専門医療を提供しつつ、在宅や各種施設での生活可能性を担保するためにも退院後のケアを家族・施設スタッフなどに学んでいただくなどの、「認知症回復期・療養病床（仮称）」という病床機能の整備も必要である。

認知症状と身体症状から必要な認知症病床の機能を考えると、病床の絶対数が著しく不足しているという問題とともに、適正な処遇のためには様々な病床機能の整備が必要で、特に認知症患者の身体合併症治療について、我々民間精神科病院が可能な対応が必要となっている。診療報酬の改定により病・病連携体制を評価し確立するとともに、民間精神科病院における身体合併症の治療機能を高めることが課題である。具体的には、一般医を常勤で加配し、かつ現認知症病棟よりも看護師・補助者を多く配置（15対1、20対1）する「認知症・合併症病棟入院料（仮称）」を新設（一部ターミナルケアも可能な病棟）する。

(F) 地域精神科医療（デイケア、訪問看護、危機介入、ケアマネジメント）

「入院中心医療から、地域医療・地域ケアへ」の転換を図るためには、地域医療の充実を図ることが前提である。

支援やケアなど福祉活動そのものにおいても精神科臨床体験に裏打ちされた専門的視点を欠くことができないのである。

医療サービスにしても福祉サービスにしても選択するのは利用者自身であり、主治医・相談支援専門員やサービス管理責任者などと相談することはあっても、選択決定は利用者自身であることを、制度的に明確化することが必要である。

（精神科デイケア等について）

デイケア利用者は、1日数時間の様々なプログラムを専門職による医療的ケアのもとで行うことで安心と地域生活での自信を回復していくのであり、単なる居場所の提供とは異なる。従って、物理的にデイケアの利用期間を定め福祉サービスとしての日中活動へ移行する仕組みを制度的に設定しようとすることは馴染まない。どのサービスを利用するかは利用者自身が自己決定することであり、規定するものではない。

（訪問看護について）

精神科訪問看護指導料は看護師と PSW による複数体制が評価されており、訪問対象

者の総合的な支援が可能である。しかし、地域の訪問看護ステーションは精神科に対する体制整備がほとんどされていないことから、病院からの訪問が困難な地域の精神障害者を依頼しようにも不可能なのが現状である。

(危機介入について)

「あり方等検討会」では、移送制度がほとんど運用されていない根拠を分析し、その改善策を検討することが当初の目標であったが、実際には措置や移送による入院に至らないように支援を強化する課題の検討に横滑りしてしまっている。包括的な訪問診療や ACT チーム、訪問看護ステーション等との連携による多職種チームによる危機介入の支援体制整備の問題とされてしまった。実績が低い理由は、「行政主導型移送」制度にある。指定医が家族などからの相談を受け、指示して行政担当者が事前調査を行い、その報告に基づいて制度適用の判断を行うとともに、行政担当者の協力のもとに診察および移送を行うという「指定医主導型移送」制度への転換を図ることが現実的ではないか。

(ケアマネジメントについて)

病院（施設）・各事業所の利用者の状態に精通する精神保健福祉士、看護職などの各専門職がケアマネジメントを担うことのできる仕組みを構築するべきである。精神障害の分野においては、相談支援専門員、精神保健福祉士、看護師などを配置する「地域生活支援室（仮称）」を精神科病院が独立した事業として設置し、相談支援事業所として指定できるようにするべきである。

以上が、これまで日本精神科病院協会が内部で検討協議を続け、「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する基本方向」として掲げてきたものである。

4. 現在の精神病床の適正化を どのように進めるべきか

1) 精神科病院における長期入院の原因と特殊性

現在、精神科病院には年間約 39 万人の新規入院者があり、それと同数の退院患者がある（図 5）。新規入院者のうち 3 カ月以内に 23 万人が退院し、さらにその後の 9 カ月以内に 11 万人が退院している。よって 12 カ月以上の長期入院となる新入院患者は約 5 万人であり、毎年この 12 カ月以上の長期入院者から 5 万人が退院している状況にあるが、依然としてこの 12 カ月以上の長期入院者は全体で 22 万人となっており、微減の傾向にはあるものの存在し続けており、その長期入院者の平均年齢は年を経るごとに高くなっていく傾

向にある（図6）。現在の精神科病院の65歳以上高齢入院者は、その48%を占めるに至っている現状にある。

これらの主な原因は前項で述べたごとく、これまでの国策的な役割として精神科病院が担わされてきたことに起因するが、その他の要因などを含めてまとめると以下のごとくとなる。

- (1) できる限りの治療を行っても症状の改善が見られず、急性症状である症状重度の状態が継続して続くか、極めて短期間の内に病勢増悪を頻繁に繰り返し安定しないまま経過する、重度遷延・治療抵抗性の患者が存在する（ある意味、「長期急性患者」とも言える）。

一般身体科においては、治療が奏効しない重症の場合には死の転帰をたどることで終結するが、精神科疾患は超長期にわたり重症な状態のままで経過し生き続ける。

- (2) 急性症状が沈静しても、種々の残遺症状（慢性症状）を有していることから、回復期リハビリテーション治療に比較的長期の治療を要する場合がある。
- (3) これらのうち、いわゆる人格荒廃の状態である重度障害に至り、厳重な医療管理のもとで生活のほぼ全てを介助されなければ生命維持不能の危険がある患者が存在する。
- (4) 種々の残遺症状による生活遂行能力障害などをきたし、生活支援や居住支援などの福祉的なサービスが無ければ退院しての社会生活が困難であるにもかかわらず、それらの地域の受け入れ態勢は現在も大幅に整備が遅れており、なおかつ精神障害者の特性に合致しないものとなっていることから、症状の安定維持などの観点から地域移行（退院）が進められない。
- (5) 医療的な必要度は減じて主として身体介護を必要とする入院者が、精神疾患（認知症を含む）が故に介護関連施設などの入所拒否により、本来受けるべき介護の環境が得られず、仕方なく入院を継続している。
- (6) 外来通院・在宅および地域精神医療の医療サービス提供体制が十分に診療報酬上の評価がなされないことから診療機能として貧弱なままである。これにより退院後の厳密な病状管理や重点的治療を行う構造（例えばデイホスピタル）を持つことができないことから、入院治療においてできる限り完結的な治癒段階への到達を求めることになり、結果として入院長期化する。
- (7) 精神科医療に関する技術的な評価が不当に低く、医師が患者個々人に毎日長時間の面接診療を行うなどの治療を施しても、それらの評価（入院精神療法）は週1回（指定医の認める場合2回）しか算定できない等、濃厚な治療を行う素地ができておらず、短期的な集中治療を行う方向となっていない。
- (8) 社会全般において精神疾患と精神障害に関する正しい知識と理解が普及啓発されず、偏見や危険視することで地域から排除されている現状がある。これにより、収容へのニーズが国民の中に厳然として存在している。

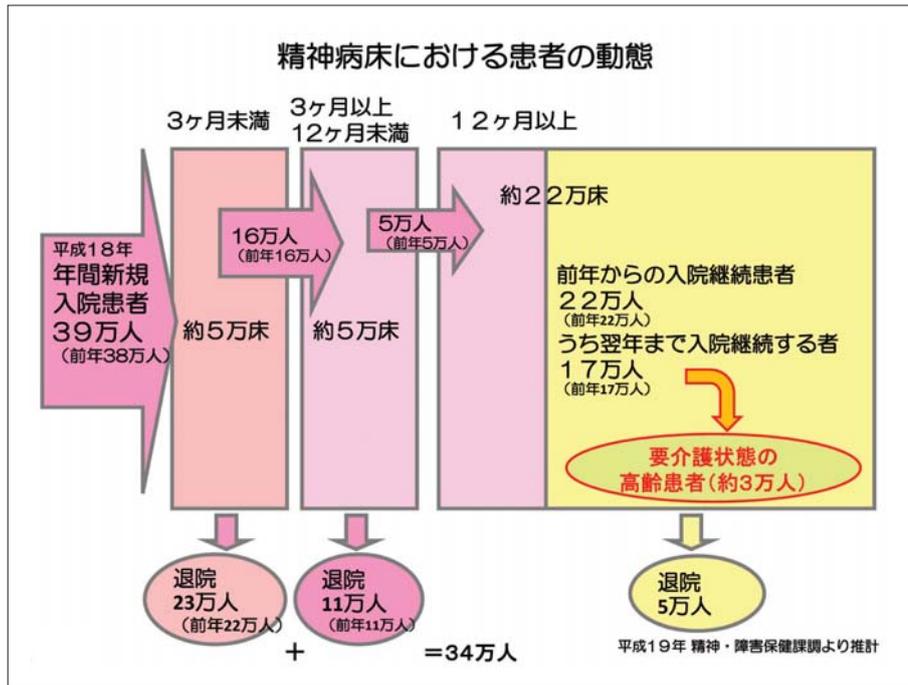


図 5

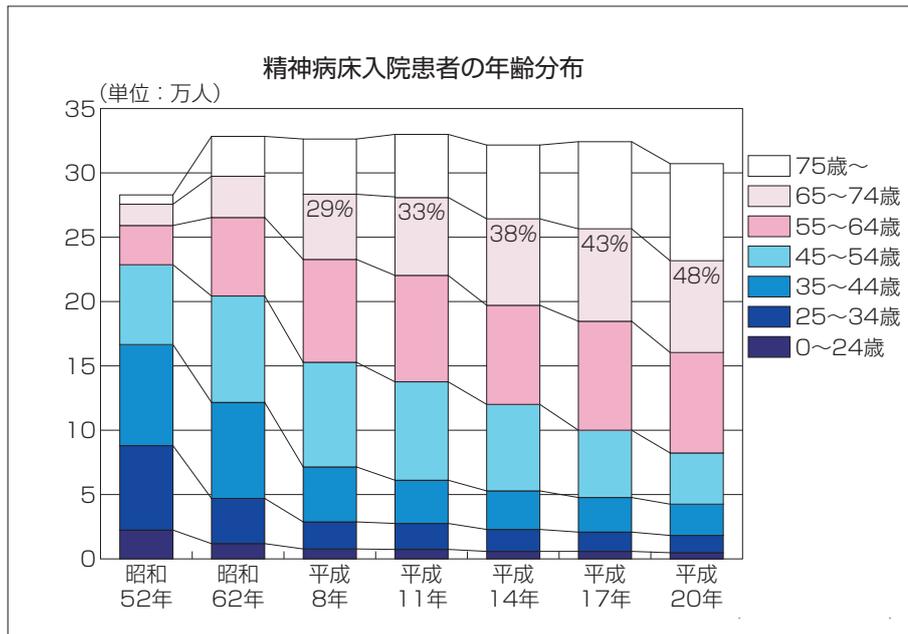


図 6

2) 生活施設の整備による精神病床の適正化の促進

入院中の重症遷延者や重度障害者などの治療管理が欠かせない者以外の長期入院患者は、一定程度の医療提供のもとで主に介護的な対応（介護支援）が必要な者と主に福祉的な対応（生活援助）が必要な者が、それらの入院外対応の受け皿が整備されていないために入院処遇となっているものである。これらの対象者が入院治療を終了し地域移行を果たすためには、それぞれに必要な受け皿を準備する必要がある。

すなわち、主として介護的対応を必要としている入院患者（特に高齢者）を移行させるための新たな介護保険サービス施設を用意しなければならない。想定される最も現実的な対応は、療養病床の再編・廃止にあたり新設された転換型老人保健施設（療養型老人保健施設）の精神病床版である（仮に「介護精神型老健」とする）。この介護精神型老健を創設することで、これまで精神症状を有するが故に受け入れを拒まれていた高齢の精神科病院入院患者が、医学的管理のもとで十分な介護を受けることができる施設へ移行が進む。対象者を精神科病院に入院している高齢患者で介護を主とする状況にある者と限定すれば、将来的には需要は減じていき消滅する方向にある施設となることから、新築投資では到底まかなえないものであり、既存病棟の転換（現在の療養病床の病棟転換による療養型老健と同様の措置）で対処していくことが現実的である（図7）。これらの施策により高齢精神科入院患者の一部が入院治療を終了し、適切な施設処遇を受けることができる。本来は、「精神科病院に入院処遇を受けていなければ介護保険サービスによる対応で対処されている人々である」ということが、正しく理解されなければならない。

さらに、主として福祉的対応を必要としている入院患者のための、障害福祉サービスによる地域生活施設の整備がなされなければならない。現在の障害福祉サービスは従来から対応してきた身体障害と知的障害に基本を合わせて制度設計されている。これらには、精

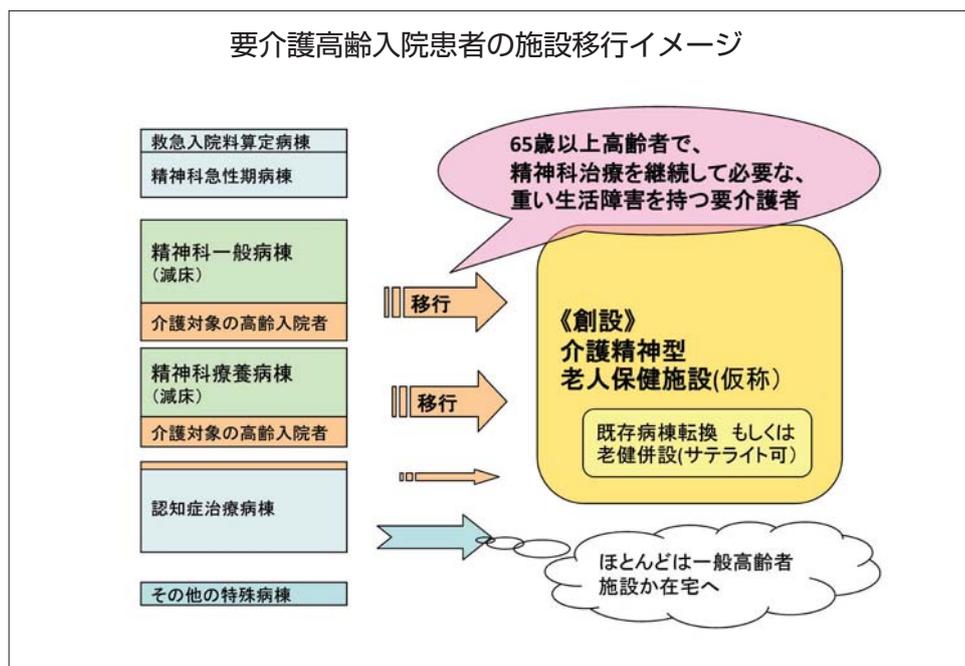


図7

精神障害の程度が軽度である場合には何とか適用させることが可能であるが、現在入院処遇を受けている中等度以上の精神障害を有する患者にとって、現状のサービス体制の全てが医療的にも貧弱で適合できないことから、新たなサービス体系の創設もしくは現状サービスの強化が必要である。特に宿泊型自立訓練施設やケアホームにおいて、さらに医療管理が行える体制が整備されることで、障害と疾病を併存する精神障害者のうち中等度以上の精神障害を有する入院患者を地域移行させることができる（図8）。また、これらの地域生活を支える基幹的な支援施設として、自立支援法移行前の精神障害者生活訓練施設（援護寮）を基盤に機能強化し、危機介入受け入れを行うドロップインやレスパイトケアなどの強化型ショートステイ機能や、24時間対応電話相談、障害サービス施設職員研修や困難事例スーパーバイズ、家族支援などの専門対応を行う機能を付加した「精神障害者地域生活支援・訓練センター（仮称）」を、障害福祉サービスあるいは精神保健福祉法において新たに設置して、医療と障害福祉の接点に必要な役割を果たさせることが欠かせない。

これらの介護的、および福祉的な体制整備によって、かつて「条件を整えば退院可能な・・・」とされた「条件」がやっと整うことになり、その完成度によっては想定された数以上の退院促進が行われる可能性が出てくる（図9）。逆に、これらの整備がなければ（条件が整わなければ）依然として精神科病院における入院病床の適正化は進まず、これらの対象者は高齢化が進んでその終末期に至るのを入院環境の中で時間をかけて待つことになる。それは、精神医療サービス提供者である我々にとっても望むところではない。

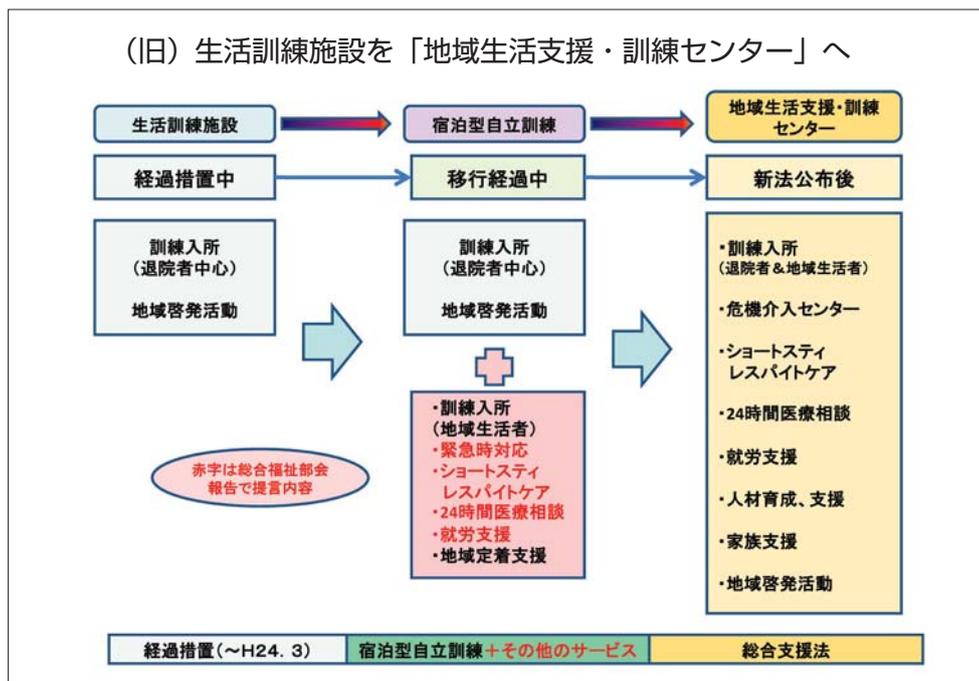


図8

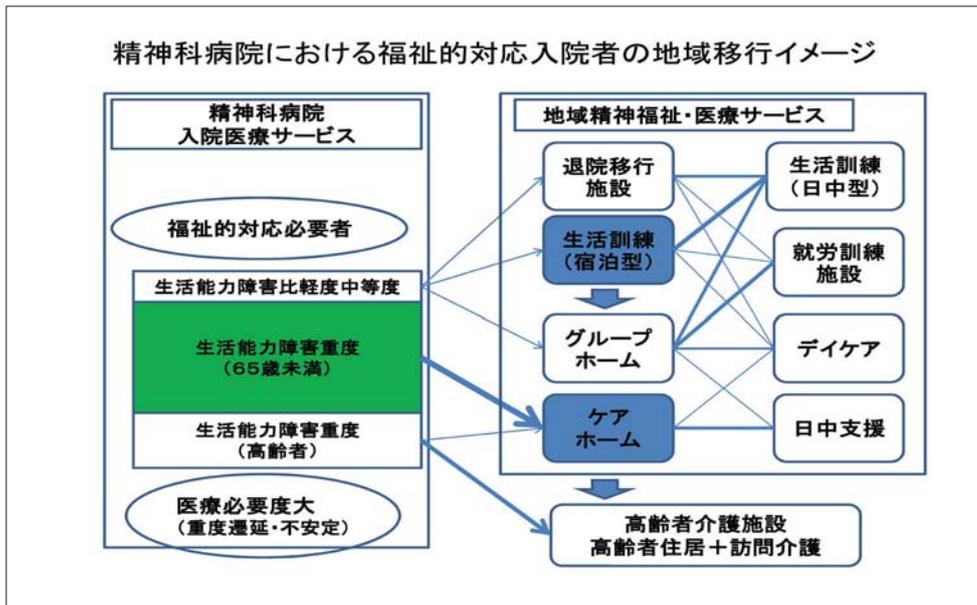


図9

5. 新しい精神医療をどのように構築すべきか

1) 入院治療における精神医療サービス

① 急性期・回復期の治療

A. 将来のあるべき姿

入院治療の適正化 (図10)

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（退院できる）ものである。一部に再発を繰り返すなどの経過により回復が遅延する患者があるが、これらについては3カ月を超えて入院治療継続が必要となる。また、これらの期間には、退院後に容易に再燃や再発に至らないための種々の介入援助や疾病管理教育などが必要に応じて行われることになり、これらは回復期治療（概ね12カ月程度まで）とされる。

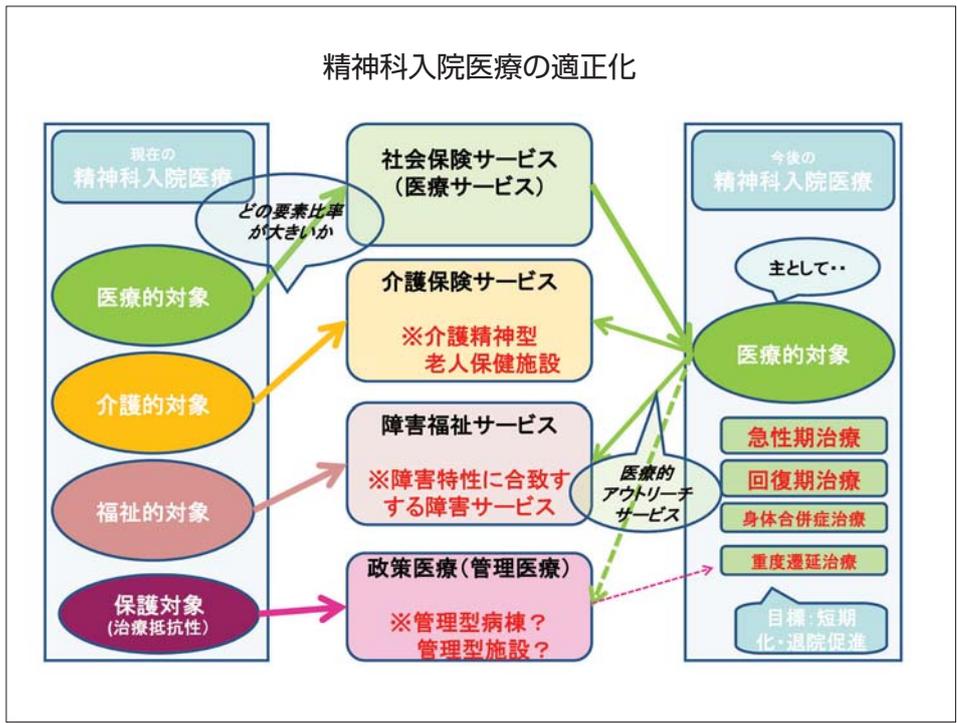


図 10

クリニカルパスとチーム医療

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。

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、各職種へ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。

家族・本人を加えた治療共同体

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の参画が重要となる。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。

入院治療の人員配置と構造

将来の精神科急性期入院治療の場合は、治療密度を上げ機能別な対応も可能なように、現在の1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（12～16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、病床は別に有すべき（バックベッドを持つ）

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。

精神科救急体制

将来的な精神科救急応需体制については、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：マイクロ救急）に対しては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。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る。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）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。

精神科診療所の時間外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。

通院治療～デイホスピタル～

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。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の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（図11）。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

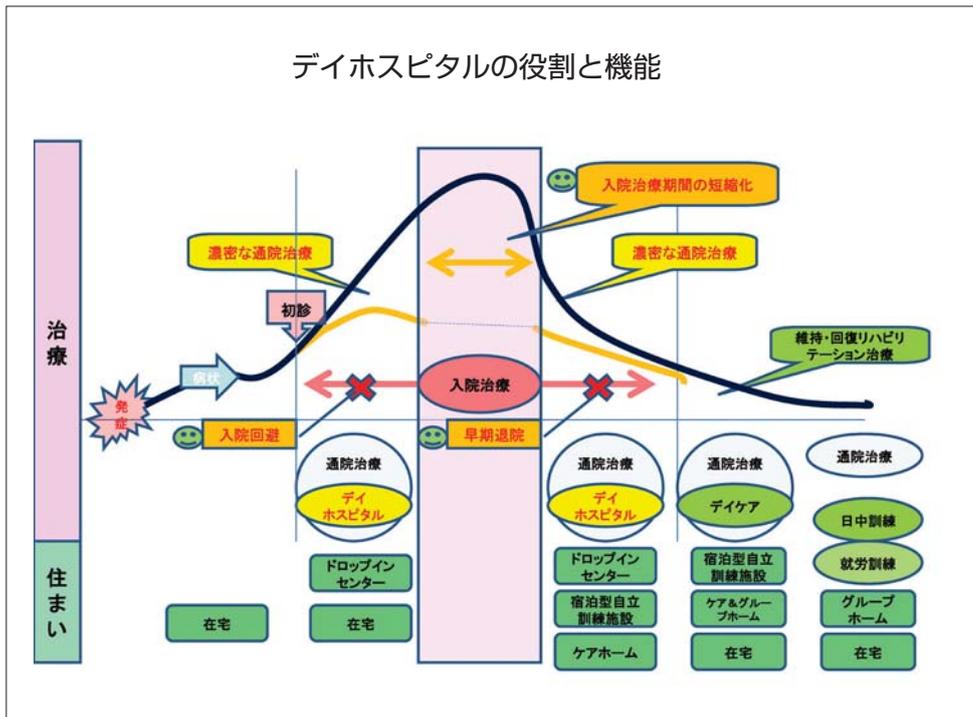


図 11

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。

通院治療～在宅訪問治療～（医療的アウトリーチ）

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には慎重であらねばならない。

B. 提言今後の課題（行動計画）

基本的な認識の定着

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、相応の時間と細やかな段階の設定が必要である。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。精神科病院の経営の圧縮は大きな労働問題そのもの

である。多くの従業者と家族の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。

改革を進めるためのハード（建築）の国庫補助

新たな急性期治療を行う病棟は、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（持ち分なし）等、公共性の高い組織には、その建築費補助率の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。

入院治療の人員配置と充実

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。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。

また、全国津々浦々に救急入院に対応する急性期治療施設が配備されるよう、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、精神保健指定医配置基準等の諸要件の見直し等が必要である。

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り看護職のみの現場ではないことから、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。

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。

従事する多種のスタッフの教育研修

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。

チーム医療の展開とクリニカルパスの開発

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となる。「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では、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のクリニカルパスを駆使する治療システムが必要である。疾患ごとなど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。

精神科治療技法の適正な評価

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。生活療法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。昨今、認知行動療法が注目を浴びているが、精神科治療は多種の精神・心理療法があり、それらは一括して「精神療法」と括られていて、1週間に1度程度しか診療報酬上は評価されず、精神科治療の技術的な治療介入を積極的に実施する方向性を阻害している。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。

デイホスピタル機能の創設

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ず、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、今後早い時期に創設していかねばならない。

在宅訪問治療のガイドライン

在宅の患者に対する訪問診療・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。

② 重症遷延・最重度障害（治療抵抗性）の治療

A. 将来のあるべき姿、具体的なイメージ

重症遷延・最重度障害者の処遇のあり方

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

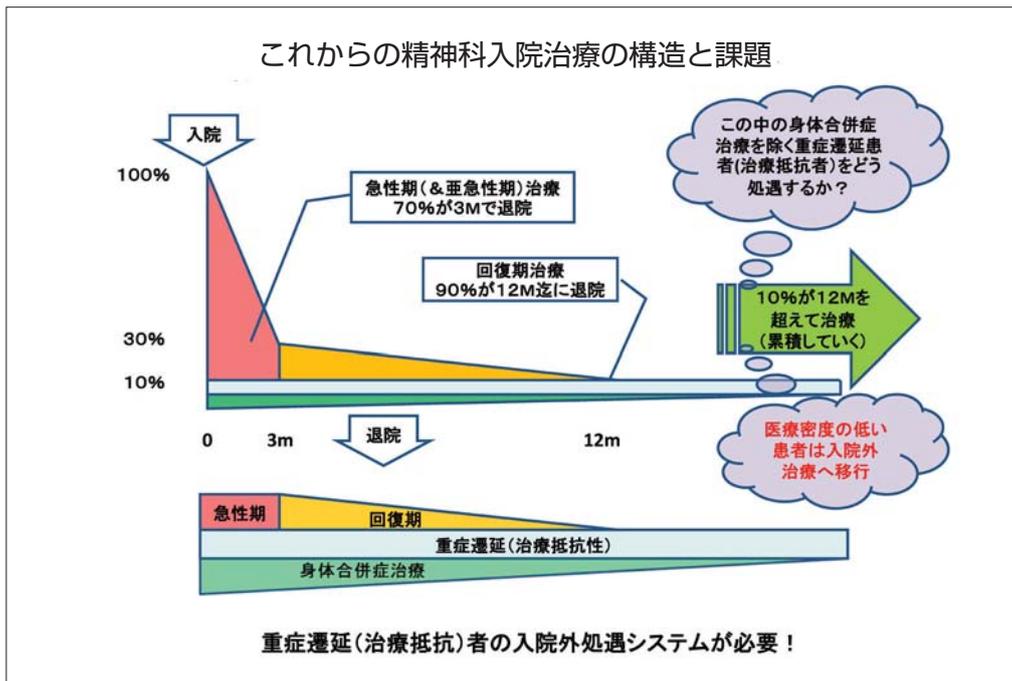


図 12

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（図 12）。

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・最重度障害者」として、「陽性症状群」や「高度な欠陥症状群（最重度障害）」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・最重度障害者」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とすれば、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。

(2) 「重症遷延・最重度障害者」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。

これまで日精協においては、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) 施設移行（入院医療の対象から施設福祉の対象とする）

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、福祉の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。

精神病床機能分化のあり方

現在、「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。

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。

B. 提言…今後の課題（行動計画）

（1）いわゆる「重症遷延・最重度障害者」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で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・最重度障害者」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。

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、1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1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）。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、「重症遷延・最重度障害者」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・最重度障害者」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なかで、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。

③ 身体合併症の治療

A. 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り、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。

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。

我々が努力すべきところは努力しながら、国・国民には精神科病院が評価されない報酬体系の中でどのように身体合併症問題に取り組んでいるかをよく理解させるべきである。

B. 問題点

(1) 精神疾患に関する不十分な啓発・教育活動

“精神疾患”が重要な問題となり、新たに5疾病5事業に組み入れられる状況にあるにもかかわらず、精神疾患については依然として医師育成教育における卒前教育では主要診療科として扱わず、講義・臨床実習とも不十分であり、多くは表面的な知識しか習得できていない。卒後臨床研修でも必修ではないため身体科医を志望する多くの医師は精神科の研修を受けていないのが実情である。

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、無理解が残っている。同じく精神科通院患者であっても、待合室に統合失調症で独語・空笑などが見られる患者がいることへの違和感を顕わにする。そのため、うつ病や認知症が疑われても精神科病院ではなく内科や心療内科を受診する傾向が続き、最近では精神科クリニックを開業する際にも「精神科」を表に名乗らず、“〇〇心療クリニック”と覆い隠す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・病連携体制が確立しておらず、身体合併症患者の転院が円滑にできていない。病院間の個人的なつながりに頼ることが多く、当該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難い。そのため精神科医は、プライマリー医なら容易に対処できるような疾患の初期診療に関してすら救急で身体科を受診させてしまうことが少なくない。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、年月とともに身体疾患診療への関心は低下し、前時代的な治療法しか思いつ

かないこともあるだろう。

次いで、身体科医の立場に立つと、救急救命の現場でゆっくりと精神疾患患者のペースで診察することは困難であり、患者・家族のニーズに応えられない。また、入院となっても精神症状に対する適切な対応は困難で早期の退院を迫られることも多い。精神疾患患者が安心して療養できる、精神科医と身体科医とが連携する医療環境はほとんど整っていない。

また、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、“何とかしてもらえ”という誤解を家族が抱いてしまっていることや、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に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など、周辺の正しい認識と理解が得られていない。

(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

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るとの意見もある。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きく現在も期待されているが、現実的には総合病院の精神科病床は減少の一途をたどっている。総合病院勤務の精神科医は、精神疾患の合併症対応のほかに入院患者のリエゾン診療などで多忙である。そのため、軽症重症にかかわらず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

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、第三者を後見人としていたとしても身体的な治療同意はできない。しかし入院させたまま関係が希薄となる家族も少なくない状況で、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、家族などが協力を渋り入院や手術に対する承諾が得られないため、治療が行えないという場面に遭遇することも多くある。さらに、独居や配偶者の同意能力が無い(認知症)などで、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) 精神疾患患者の合併症治療と、診療報酬上の人権侵害・差別的な処遇

合併症治療は、我が国の約半数の小規模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機能別病棟新設の提案よりは、現存するハードウェアや人員で対応可能なことを考える方が現実的である。

精神科病院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割減算されるなど、診療報酬上も酷い扱いを受けている。他科を受診させる場合、その特殊性から自院のスタッフを付き添わせることが多いが、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(看護師の他科受診付き添い時間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)。

精神科病院に合併症治療体制強化のため身体科医を雇用したとしても、現在の身体合併症加算はごくわずかで日数も制限されており、有効な治療体制を確立できない。

このように精神科病院入院中の精神疾患患者の身体合併症に関する受療については、診療報酬上で阻害する方向になっている事を国民は知る必要がある。これを“人権侵害や差別”と言わないのだろうか。

我が国の医療は、精神疾患患者の特殊性を顧みないため、これらの身体合併症問題が蔑ろにされている。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”とも捉えられる現状を見直してもらう必要がある。

C. 解決策今後への提言

(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。

a) 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。

精神疾患患者が身体的なかかりつけ医として受診しやすい医療機関にステップアップしてもらう。具体的には、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（イメージとしては「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「うつ病かかりつけ医対応力向上研修」のようなもの）。

b) 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。

c) 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。

小学校の授業から、精神疾患に関する教育を組み入れる必要があり、その後も年齢に応じて授業で精神疾患を扱うべきである。また認知症の啓発活動（認知症サポーター養成）をモデルとして、“精神疾患キャラバンメイト研修”や“メンタルヘルスサポーター育成事業”を通じて啓発活動を行う（「メンタルヘルスの推進」の項に詳記 p.41）。

(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。

a) 必要最低限の身体科治療の知識や技術を習得し続ける研修体制と認定資格を作る。

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診療内容のガイドラインとマニュアルを作り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、“日精協身体合併症認定医（仮称）”という認定資格（単位制・更新制）を与える。

b) 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。

c) 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。

(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。

精神科疾患・身体疾患のどちらも重篤である患者の場合、総合病院精神科の存在意義は大きい。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。

(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、国による治療代理承諾など精神科患者の生命の安全を保障してもらうシステムの構築が必要。

(5) 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る。診療情報の提供や、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。

④ 認知症医療

A. 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。
- (2) 2011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。

B. 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（65歳以上住民5,000名以上）が小自治体中心に行われた。結果有病率は15～16%と大変高い傾向であった（従来は7～8%）。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

a) 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や点滴治療・留置カテーテル・胃瘻造設など身体治療を行っているケースがある。今後の認知症専門病棟は、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の4つの機能が必要である。

b) 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。認知症身体合併症患者等を考えると、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。

（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、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ことから、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。またショートケア（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

a) 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。

b) 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。

c) 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。

（４）認知症疾患医療センターの今後

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、基幹型・地域型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が、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。

〈「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

全ての身体の病気の時と同じく、まず認知症が疑われれば専門医療機関を受診する。早期診断・鑑別診断を行い、そして専門医療機関が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りつけ医がいて、治療を行い在宅で介護のサービスや、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り、必要があれば、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等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) 日精協認定の認知症臨床専門医

本当の意味での認知症専門医とは、認知症の診断・治療だけができればよいわけではな

い。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。身体科医師や介護・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。130名（2010年）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対応への強力な支援を行う。

2) 通院治療における精神医療サービス

在宅・地域医療、ケアマネジメント

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。

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いない。精神障害は程度にかかわらず疾患が基盤にあるから、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、特性を合致したサービスとする必要がある。

A. 精神科地域医療の現状と問題点

(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。1日の平均外来患者数は42.6人（平成12年）であったが、10年後には57.1人（平成22年）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。

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(治

療の継続と必要性を患者に理解してもらうこと)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。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」を強める事が必要とされる。

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つたり、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つたりする。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(ex. ショートステイ・レスパイトケアやデイホスピタル)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

我が国のデイケア(DC)は1958年に精神衛生研究所で始まったが、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。現在は、デイケア・ナイトケア・デイナイトケア・ショートケアと多種類となり、実施病院数、利用人数とも増加している。

デイケアの効果については、「DCを利用しながら通院する患者は再入院率が低い」「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(「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)。

疾患別・年代別・病期別・目的別・利用期別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。また、重度認知症患者デイケアでは地域生活を維持することを目的に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

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。訪問看護は地域医療の最も重要な一つであり、訪問看護によって社会的資源利用状況は上がるとされている。

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。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、他の職種はあまり関わっていない。一定の規定の上に成り立つた多職種協働体制構築と、成り立つ経済的基盤が必要と考えられる。

(4) 相談支援部門

「障害者相談支援事業の実施状況等の調査結果について」の発表(平成23年4月)では、①障害者相談支援事業(いわゆる「一般的な相談支援」)・②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)・③サポート利用計画作成・④指定相談支援事業があげられる。しかし、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精神科専門の職種がない事業所も存在するが、それでも精神科の相談事業も担う事になった。これでは精神科の特徴や専門性がおいてきぼ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にと複雑に変化しており、使用はより難しくなっている。

B. 対応策と今後への提言

(1) 外来部門

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。

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」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。特に、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いない。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。

前者（地域生活支援・訓練センター（仮称））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テップアップ訓練）・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も減少する。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（デイホスピタル）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ことにより通院での集中治療を行う体制である。この様な機能があれば、危機介入の患者やこれまで入院治療しか選択肢のなかった病状に対処できたり、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。ま

た、重点集中的な治療の継続が必要である患者を入院治療の環境から移行させる（退院させる）可能性が広がり、入院期間の短縮化に寄与できる。

（２）デイケア部門

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現在、退院しても急性期の後療法としてデイケアが必要とされたり、治療に時間がかかる回復の緩やかな一群がいる。従来のデイケアのこの機能をさらに高めることで、新たな長期入院患者を減らす可能性がある。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。日中活動と生活をデイケア等で支えることが再発再入院の一番の予防となる。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。集団に定着することに困難がある人々には、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。また、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ことから、アセスメントと納得のいく生活目標を定めることも個人的に行わないといけない。就労・就学援助は、先進的に取り組まれている一部のデイケアがある。包括的支援はデイケアこそ担うべき役割であり、地域の就労訓練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（「入院治療の後療法としてのDC」・「地域生活を支える訓練としてのDC」・「就労就学支援としてのDC」・「居場所としてのDC」）、患者のニーズもそれぞれ違っている。多くのプログラムを作ることも必要であるが、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ある。

（３）多職種による訪問治療部門

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、レベルアップのため状況に応じた多職種による訪問の必要性。

全てのアウトリーチの根源に医療がある事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。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。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いることである。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一層困難にしてしまう。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事は不可能である。日精協はその事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の多職種がチームを組んで訪問することでレベルアップされたアウトリーチ（在宅医療）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。

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られていくかに見える。急性期医療についてはそれなりの診療報酬上の評価が行われた。しかしながら、在宅医療については評価がほとんど変わってない。現在行っている訪問看護についても、患者が会うのを拒否している場合など費用の請求はできない、等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要と考えられる。

（４）相談支援部門

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事の重要性。

日精協では以前から「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なり、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・場合によったら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事が大切だと考える。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。

6. 精神医療を取り巻く環境を どのように構築すべきか

1) 関係法の整備について

A. 精神保健医療福祉に関する法律のあるべき姿

1993年頃から始まった、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(図13)。また平成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、治安置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。

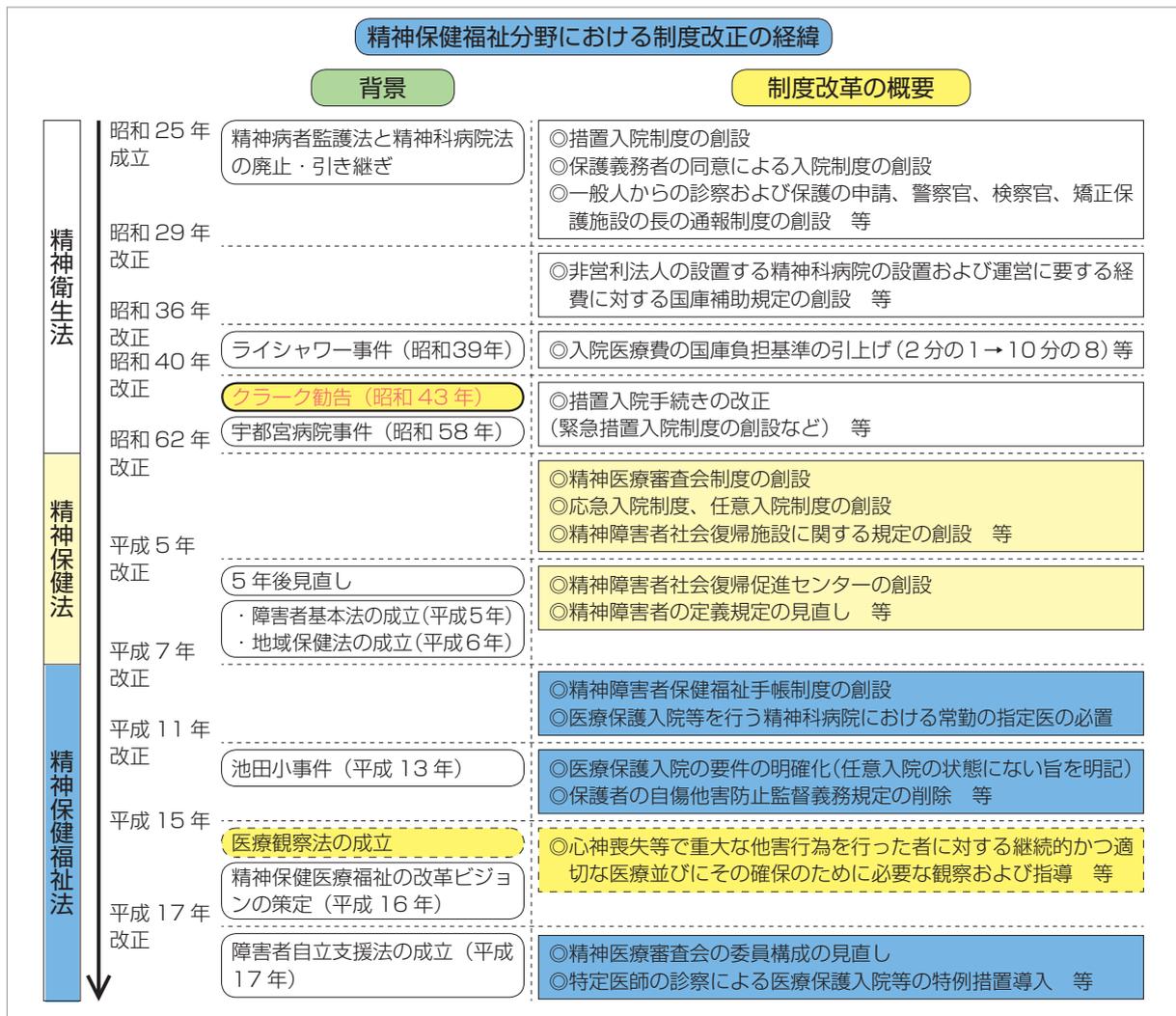


図 13

さらに平成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その根拠となる法律であるが、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粹に個人の身体に起因するものから社会に起因する者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。

B. 精神保健医療福祉に関する法律についての提言

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が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。

2) メンタルヘルスの推進（国民意識の変容）

A. 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。

「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、大きくメンタルヘルスが推進されることを望んでいく。

B. 具体的に推進すべき項目（提言）

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。

（1）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。

それは授業における必修化であり、実際の病院見学や体験学習をカリキュラムに組み込ませることが考えられる。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ことや、行政に必修項目化させる働きかけを行う。

また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ため「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。これらの授業・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。日精協として行政への働きかけ（特に文部科学省）や、教員養成などで可能な部分に対して協力する。

精神保健やメンタルヘルスを必修項目とする場合、ビデオなどの啓発教材は有効である。特に低年齢向けなど、各年齢層や理解度に応じた啓発ソフトの製作・開発を国に要請し、その製作に協力する。

（2）職域への働きかけ

『平成22年度に精神疾患にかかり労災申請した人は、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。「メンタルヘルス指針」が出されたり、「職場復帰（リワーク）支援事業」なども行われたりしているが、労働者の健康を守る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。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さらに推進する必要がある。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、日精協が協力し全国レベルで開催するべきである。また、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。

（3）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。

まずは、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。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。

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。

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。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（例えば「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べきである。

（４）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。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。そのため、マスメディアへの働きかけや連携が大切である。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、日精協自らが、メディアカンファレンス等を実施し、交流と意見交換を活発にするべきである。

（５）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。

「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。

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」の養成活動に再編し、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

「メンタルヘルスの日」を制定して、全国で一斉に活動する。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。

特に、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。これら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。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。

また、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等を行うNPOなどの組織があることは望ましい。設立の動きがあれば日精協として全面支援する。

3) 5疾病5事業と精神保健行政の所管部局

精神保健行政は、当初、厚労省内部組織では公衆衛生部局の所管（精神保健課）としてスタートしたが、平成5年の障害者基本法制定により精神障害者福祉が法の枠組みの中に組み込まれるにあたり、その後に障害福祉行政部局（障害福祉部精神・障害保健課）へ組織替えとなり現在に至っている。

平成23年11月の社会保障審議会医療部会において、医療法施行規則第30条の28の疾病に「精神疾患」が追加されることとなり（5疾病）、今後、各都道府県で策定される医療計画の中にそれぞれの地域の実情に応じた方策を記載することになる。一層の精神保健医療の施策充実が図られることになることから、それらを主管するに相応しい部局で担当されるべきである。これらから、精神保健行政を早期に保健医療部局に組み換えすることを要望する。

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと共同することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等の情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービス利用しやすい環境

（出典：医療計画の見直しに関する検討会）

図 14