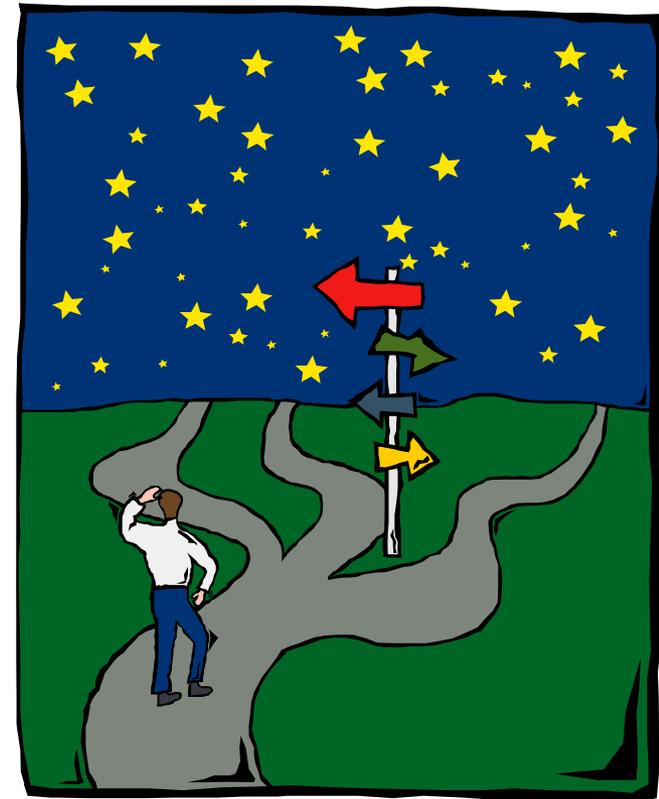


精神科医療の機能分化と 質の向上等に関する検討会

国際医療福祉総合研究所所長
国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - 世界の精神医療改革
 - バザーリア改革
- パート2
 - わが国の精神医療改革
- パート3
 - 医療計画見直しと精神疾患
- パート4
 - 精神科医療の機能分化と
質向上検討会

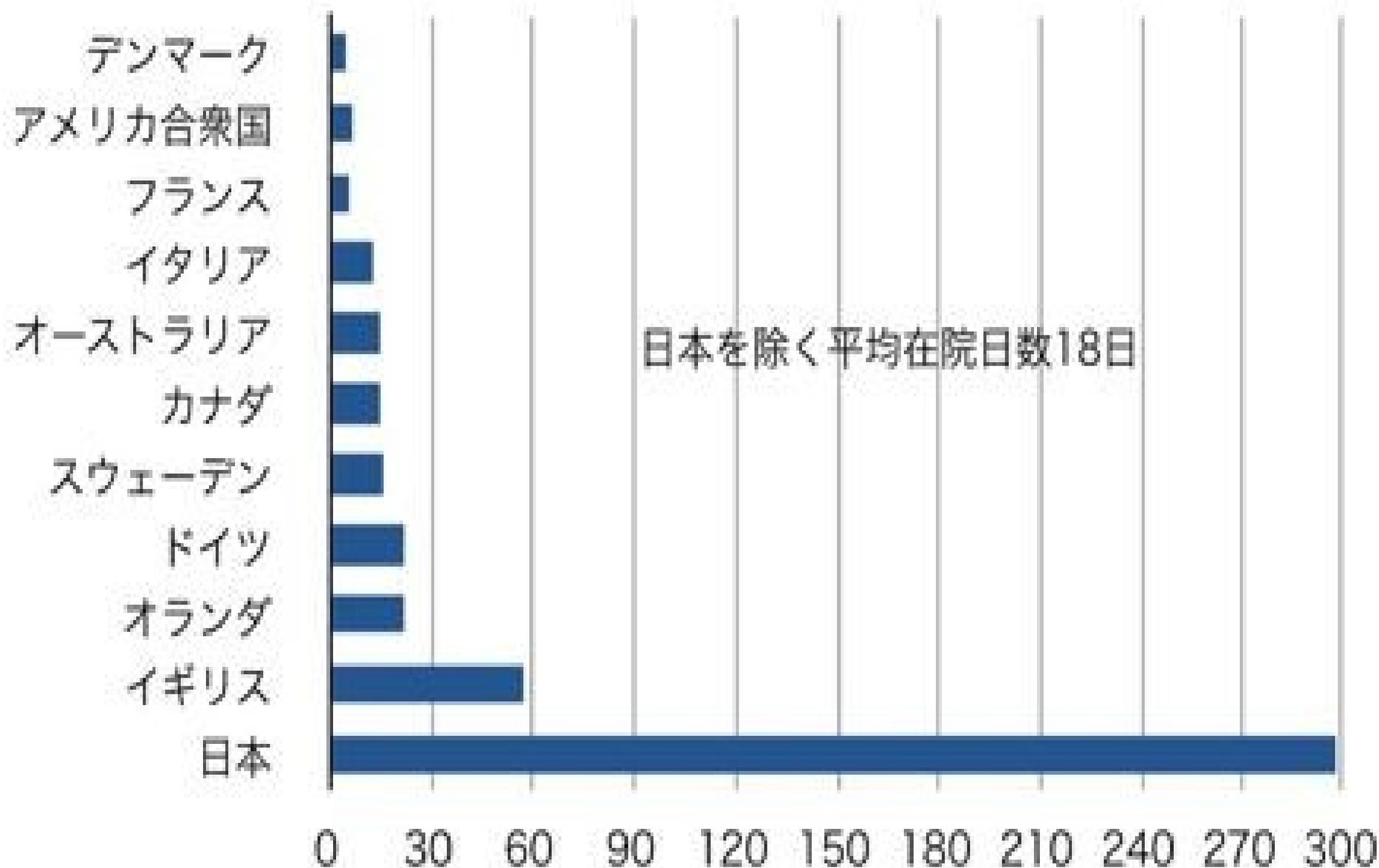


パート1

世界の精神医療改革

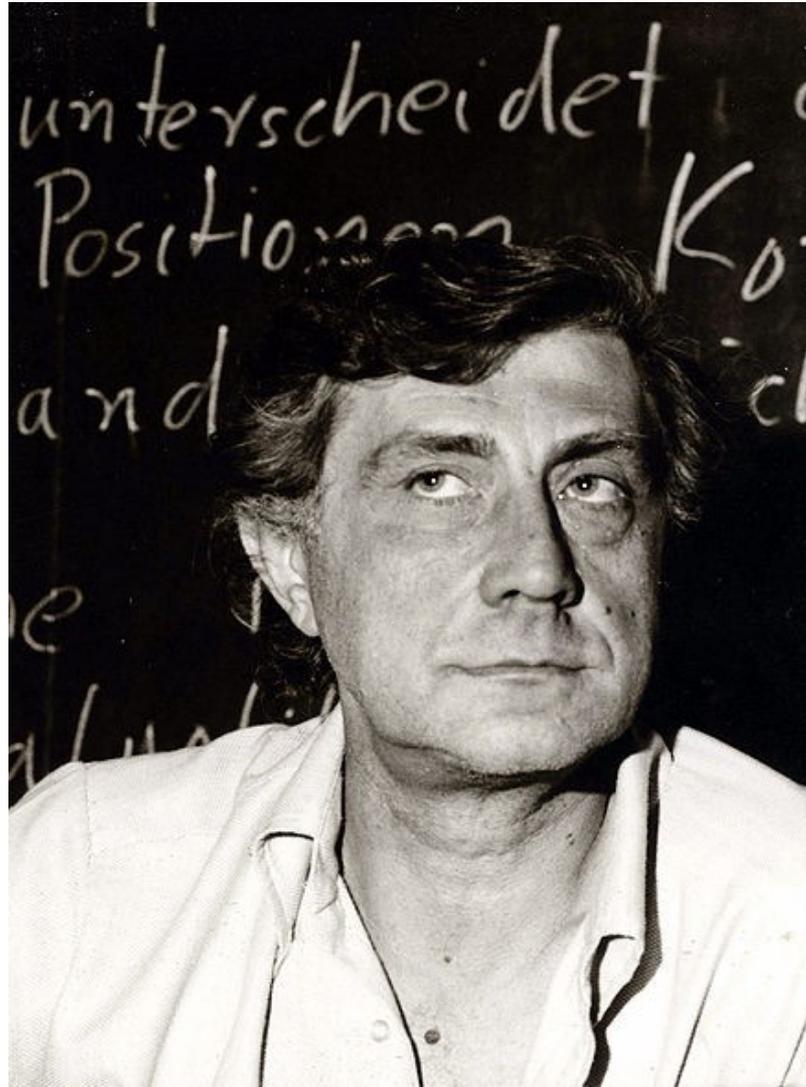
バザーリア改革

2005年退院者平均在院日数



フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年



バザーリア改革①

- 1960年代の初め、37才のイタリアの精神科医フランコ・バザーリアが、パドヴァ大学の精神医学教室から北イタリアの片田舎のゴリツィア県の精神病院(マニコミオ)の院長になることを勧められた。
- 現象学を学んでいた新進気鋭の精神医学者は教授から厄介払いされたのかもしれない・・・
- バザーリアは、しかし精神病院の実態について、それまで一切、知らなかった。
- このためバザーリアは、まずシーツの交換人に化け、精神病院の院内をくまなく観察し、地獄絵のような実態を目撃した。



ゴリツィア県立精神病院

バザーリア改革②

- バザーリアは、その時に思った。精神病院の「看守」になどなるつもりはない。この「監獄」をぶち壊すか、院長就任を辞退するかを選択に迫られた。
- そして社会学者の妻に相談した。そして妻の勧めもあって、ついに1961年春、ゴリチア精神病院の院長になった
- そして、まず鉄格子のある病室に患者を入れたり、強制治療を強いたりする「精神科医の特権」に異議を唱えて、改革に着手する。

バザーリア改革③

- 当時、精神病院は「強制入院だけの収容所」だった。その中で彼は「自由こそ治療だ」というスローガンに象徴される、後年、バザーリア改革と呼ばれる運動を展開する。
- 1968年には、当時のイタリアの精神衛生法が一部改正、「自由入院」が許され、結果、バザーリアの精神病院も、800人の収容者が300人まで減少する。

バザーリア改革④

- そしてバザーリアは脱施設化をさらに進めて、ゴリツィア精神病院の外に患者用住居を作ることを行った。
- しかし患者を退院させることに消極的だった当局が、ある事件をきっかけにバザーリアを裁判の被告席に引きずり出した。
- ある事件とは外泊した男性の患者が妻を殴り殺すという事件だった。
- 裁判は無罪判決で終結したが、バザーリアは、この件で院長を辞任させられる。1969年のことだ。

バザーリア改革⑤

- 院長を辞任したバザーリアを救ったのは、キリスト教民主党左派のザネッティだった。バザーリアを北イタリアのトリエステの病院のサン・ジョバンニ精神病院の院長に招聘する。
- そこでバザーリアは理想の精神病院作りに取り組む。
- 入院患者を縛りつけていた全てを取り除き、「病院の外での患者支援」をトリエステ県に認めさせた。
- しかし、長い「入院生活」を経て、社会性を喪失し、社会人としての「コミュニケーション能力」の減退した人びとの社会復帰の意欲も取り戻す必要があった。

バザーリア改革⑥

- このため、「患者集会（アッセンブリア）」をバザーリアは活用した。患者集会がサン・ジョバンニ精神病院では度々開かれ、患者のコミュニケーション能力と思考力を取り戻すことに成功する。
- そしてさらに患者による就労支援のための共同組合を作るというアイデアも患者集会から生まれた。
- さらにバザーリアは退院した患者数に合わせて、職員を院外に出し、外部での支援の拠点として「精神保健センター」を作った。
- そして最終的にはトリエステには7つのセンターができ、1978年には、サン・ジョバンニ病院はほとんど、空っぽになった。

バザーリア改革⑦

- センターは、重症の人を在宅で支えるために1975年以降、24時間、365日オープン体制となった。精神病院に代わる機能だ。
- そして、その後一つの社会運動として「民主精神医学」という様々な人びとを包括する運動に発展していく。
- 結果的に、1978年、新しい精神衛生法が全会一致で、イタリア国会を通過し、精神科医の強制入院・強制治療の権限に大幅の制限を加え、強制入院病棟も消滅した。

バザーリア改革⑧

・バザーリア法(180号法)

- 1978年5月に公布された世界初の精神科病院廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、1980年末以降の再入院を禁止
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センターで行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に15床を限度に設置するが、そのベッドも精神保健センターの管理下に置く。

バザーリア改革 現在のトリエステ

NHKスペシャル1991年放送

<http://www.youtube.com/watch?v=inPz6ZzH0fQ>

<http://www.youtube.com/watch?v=PZ7lbg82p-A&feature=relmfu>



人生ここにあり

- バザーリア法制定後の1983年のミラノが舞台の映画

– 1978年バザーリア法の制定によって、次々に精神病院が閉鎖されたイタリア、病院に閉じ込められ、拘束具をつけられたり、ショック療法を受けさせられたり、

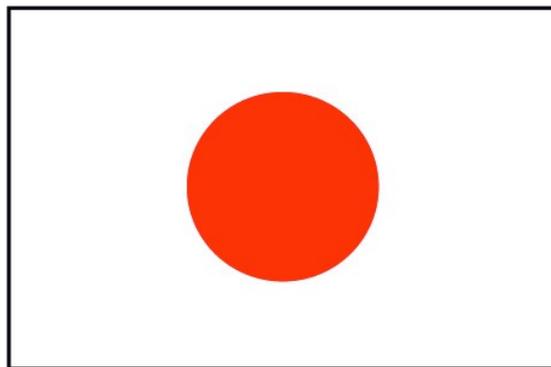
過剰に薬物を投与されたり、それまで、人として扱われてこなかった患者たちが、床張りの特技をいかして一般社会で生活できるようになって、地域に戻っていった。

原題“Si Puo Fare. (シ・プオ・ファーレ)”「やればできる」という意味



パート2

わが国の精神医療改革



1900年からの 精神科医療関連法の歴史

精神病患者監護法の制定 (1900年 明治33年)

- 日本の精神保健行政は、明治初期までは全く法的規制のないまま推移しており、精神病の治療は加持祈祷に頼り、大多数の患者は私宅に監置されていた。
- 1875年(明治8年)に公立の精神科病院として初めて京都癲狂院が設立されたが、財政的理由で廃院となり、1879年(明治12年)に東京府癲狂院ができ、現在の松沢病院となった。
- 1900年(明治33年)に患者の保護に関する最初の法律である「精神病患者監護法」が制定された。
- しかし治安要請の強い「私宅監置」を中心とした立法であった。

精神病院法の制定

1919年(大正8年)

- 「精神病院法」制定(1919年)制定
 - 精神障害者対策を監護から医療へ
 - 都道府県に公立精神科病院を設置し地方長官が患者を入院させる制度を創設しました
 - 精神科病院設置は予算不足のため遅々としてはかどらなかつた。
 - それでも1940年(昭和15年)には公私の精神病床は約2万5千床になった。
 - しかし太平洋戦争中は精神病の保護は全く顧みられず、戦火による消失や経営難による閉鎖で終戦時には約4千床まで減少した。

精神衛生法の制定 (1950年 昭和25年)

- 精神衛生法(1950年)
 - 戦後は欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入や、公衆衛生の向上増進を国の責務とする新憲法の成立があり、1950年に「精神障害者に適切な医療及び保護」を主な目的とする精神衛生法が制定された。

精神衛生法(1950年)

- 私宅監置制度を廃止
- 精神科病院の設置を都道府県に義務付け
- 精神障害者を拘束することの要否を決定するため、精神衛生鑑定医制度を新設
- 精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上のため精神衛生相談所や訪問指導を規定等

精神衛生法の一部改正

- 全国精神障害者実態調査（1954年、昭和29年）
 - 入院を必要とする患者が35万人に対して精神病床は3万床であることが判明
- 精神衛生法を一部改正
 - 非営利法人が開設する精神科病院に国庫補助規定が設けられた
 - その結果、精神病床は急速に増加し、いわゆる精神科病院ブームが起こった。
 - さらにこのブームに拍車をかけたのが精神科特例だった。

精神科特例(1958年)

- 「精神科特例」(厚生事務次官通達)
 - (発医第132号)
 - 精神病院を特殊病院と規定
 - 医師の数は一般病院の3分の1・看護婦数は3分2を可とし
- 精神科特例が廃止されるのはなんと2001年まで待たなければならなかった。

精神科特例の廃止（2001年）

- 精神科特例の廃止

- 2001(平成13)年の改正医療法によって、どれだけ「精神科特例」が是正されたかと言うと…

[一般の精神病院]

- 医師数 48:1（改正前と同じ）

- 看護師数 6:1 → 4:1 に変更。

[大学病院、及び、100床以上の総合病院精神科病床]

- 医師数 16:1(48:1) → 漸く、一般病床並み

- 看護師数 3:1(6:1) → 漸く、一般病床並み

ライシャワー事件 (1964年 昭和39年)

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となりました。
- その結果、1965年(昭和40年)に「精神衛生法」が一部改正された。
- ライシャワー駐日大使



精神衛生法一部改正（1960年）

- 自傷他害が著しい精神障害者に対する緊急措置入院制度を新設
- 在宅精神障害者の医療を確保するため、通院医療費公費負担制度を新設
- 保健所を地域における精神保健行政の第一線機関とし、精神衛生相談や訪問指導を強化
- 保健所に対する技術指導援助等を行う精神衛生センターを各都道府県に設置 等

精神病床の増加

- 精神衛生法改正後
 - 「精神障害回復者社会復帰施設」
 - 「デイケア施設」等の施設対策が充実される
 - 訪問看護や保健所の相談指導事業が新設され社会復帰施策も大幅に拡充された
- しかし精神病床はその後も増加した
 - 1965年(昭和40年)17万床
 - 1975年(昭和50年)28万床

宇都宮病院事件

• 宇都宮病院事件

- 1983年(昭和58年)栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で看護職員らの暴行によって患者2名が死亡した事件
- 宇都宮病院は、他の精神科病院で対応に苦慮する粗暴な患者を受け入れてきた病院であった
- 事件以前から「看護師に診療を行わせる」「患者の虐待」「作業謀報と称して院長一族の企業で働かせる」「病院裏の畑で農作業に従事させ収穫物を職員に転売する」「ベッド数を上回る患者を入院させる」「死亡した患者を違法に解剖する」などの違法行為が行われていた。

宇都宮病院事件

- 1983年4月、食事の内容に不満を漏らした入院患者が看護職員に金属パイプで約20分にわたって乱打され、約4時間後に死亡した。
- また同年12月にも見舞いに来た知人に病院の現状を訴えた別の患者が職員らに殴られ、翌日に急死した。
- 精神科病院の閉鎖性により上記の実態や患者死亡事件は公にならなかつたが、事件の翌年3月に朝日新聞によって報道されて世論の大きな注目を集め、国会でも精神障害者の人権保障の面から政府の対応がただされ

宇都宮病院事件



<http://www.youtube.com/watch?v=p9A3HeyH7W0>

宇都宮病院事件

- 宇都宮病院事件をきっかけに、国連人権委員会などの国際機関でも日本の精神医療現場における人権侵害が取り上げられ、日本政府に批判が集中した
- その結果、1987年には精神衛生法の改正法である「精神保健法（現、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）」が成立し、精神障害者本人の意思に基づく任意入院制度を創設するなどの改善が図られた。

精神保健法(1987年)

- 入院患者の人権擁護の整備
 - ①精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度を創設
 - ②精神科救急に対応するため応急入院制度を創設
 - ③精神医療審査会、入院時等の書面による告知義務規定の新設
 - ④精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度への変更
 - ⑤精神科病院に対し厚生大臣等による報告徴収・改善命令を規定 等
- 精神障害者の社会復帰の促進
 - 法の目的・責務に社会復帰の促進を明記し、精神障害者社会復帰施設制度を創設

精神保健法の一部改正

1993年(平成5年)

- 精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)を法定化
- 精神障害者社会復帰促進センターを全国で1箇所設置
- 都道府県が行ってきた事務処理を政令指定都市に移譲
- 保護義務者の名称が保護者と変更され、必要な援助等を受ける権利を規定 等

精神保健福祉法の成立 (1995年 平成7年)

- 保健福祉施策の充実
 - 精神障害者保健福祉手帳の創設
 - 市町村の役割の明記
 - 社会復帰施設に福祉ホーム・福祉工場を追加し、生活訓練施設(援護寮)・授産施設とともに法律上に明記
 - 通院患者リハビリテーション事業(社会適応訓練事業)の法定化 等
- より良い精神医療の確保
 - 精神保健指定医制度の充実(医療保護入院等を行う精神科病院は常勤医が必要)
 - 医療保護入院の際の告知義務の徹底
 - 公費負担医療の医療保険優先化 等

精神保健福祉法の一部改正 (1999年 平成11年)

- 精神障害者の人権に配慮した医療の確保
 - 精神医療審査会の機能強化
 - 精神保健指定医の役割等の強化
 - 医療保護入院の要件の明確化
 - 精神科病院に対する指導監督の強化
 - 緊急に入院が必要な精神障害者の移送制度の創設
- 保護者の義務規定の見直し
 - 自傷他害防止監督義務規定の削除等精神障害者の保健福祉の充実
 - 精神保健福祉センターの機能を充実

2000年以降の精神科医療改革



世界に立ち遅れた精神医療の改革を目指して

精神医療改革の流れ①

- 厚生労働省社会保障審議会
障害者部会精神障害分会（2002年12月）
 - 精神保健医療福祉施策
 - 今後10年のうちに「受け入れ条件が整えば退院可能」な7.2万人の退院・社会復帰を目指す
- 厚生労働省精神福祉対策本部（2004年9月）
 - 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
 - 「入院医療中心から地域生活中心へ」
 - ①国民の理解の深化
 - ②立ち後れた精神医療の改革
 - ③地域生活支援の強化など、精神保健福祉体系の再編と基盤強化

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み2002年

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

2012年が目標年

精神医療改革の流れ②

- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」
(2009年9月)
 - ①精神保健医療体系の再構築
 - ②精神医療の質の向上
 - ③地域生活支援体制の強化
 - ④普及啓発
- 厚生労働省「新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(2010年5月)
 - アウトリーチ体制の具体化
 - 認知症と精神科医療
 - 保護者制度と入院制度

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、
後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

地域生活支援体制の強化

普及啓発の重点的实施

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

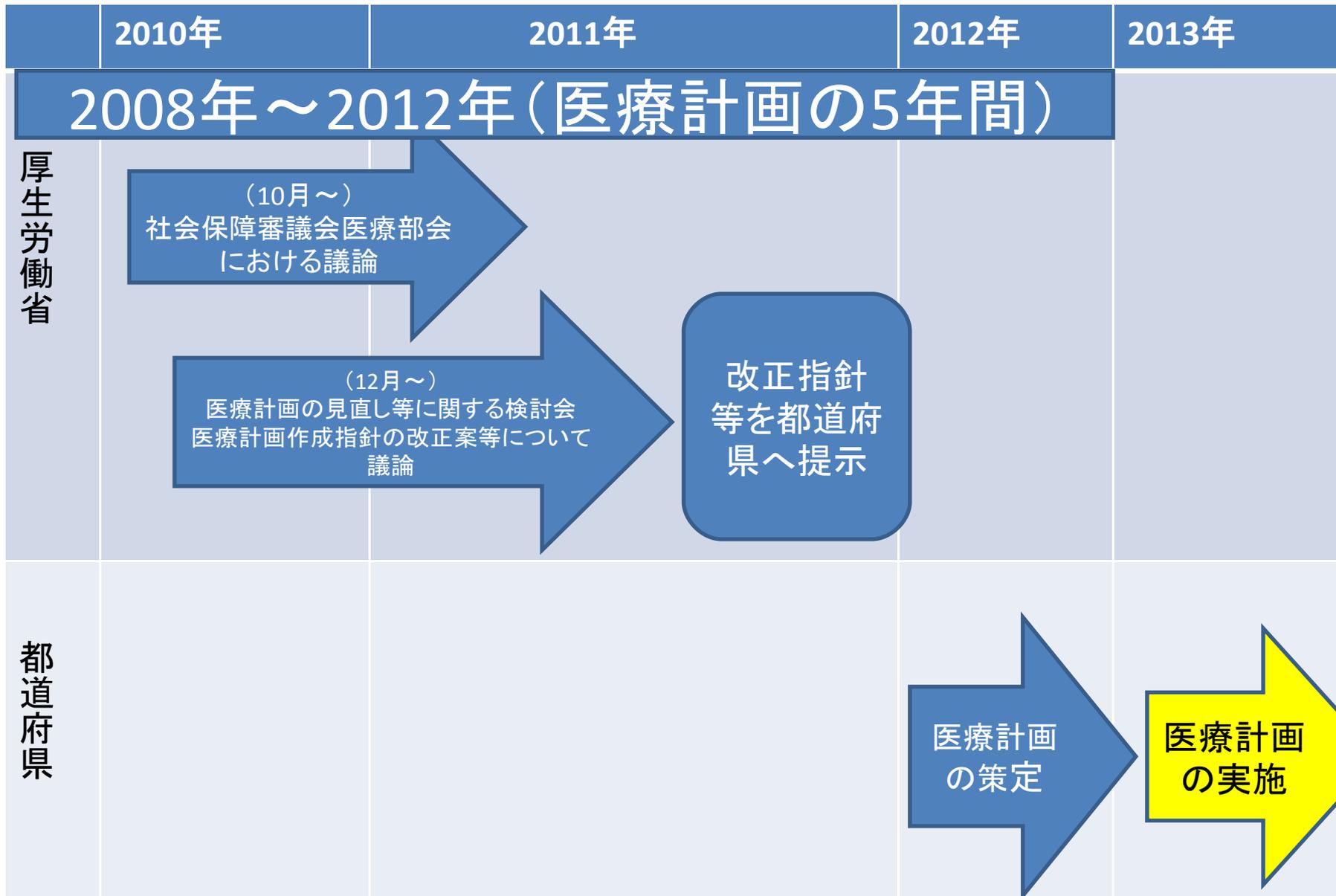
パート3

医療計画と精神疾患



医療計画は「医療法」に規程された 医療提供体制の基本計画

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



2010年12月～2011年12月
10回にわたって行った

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

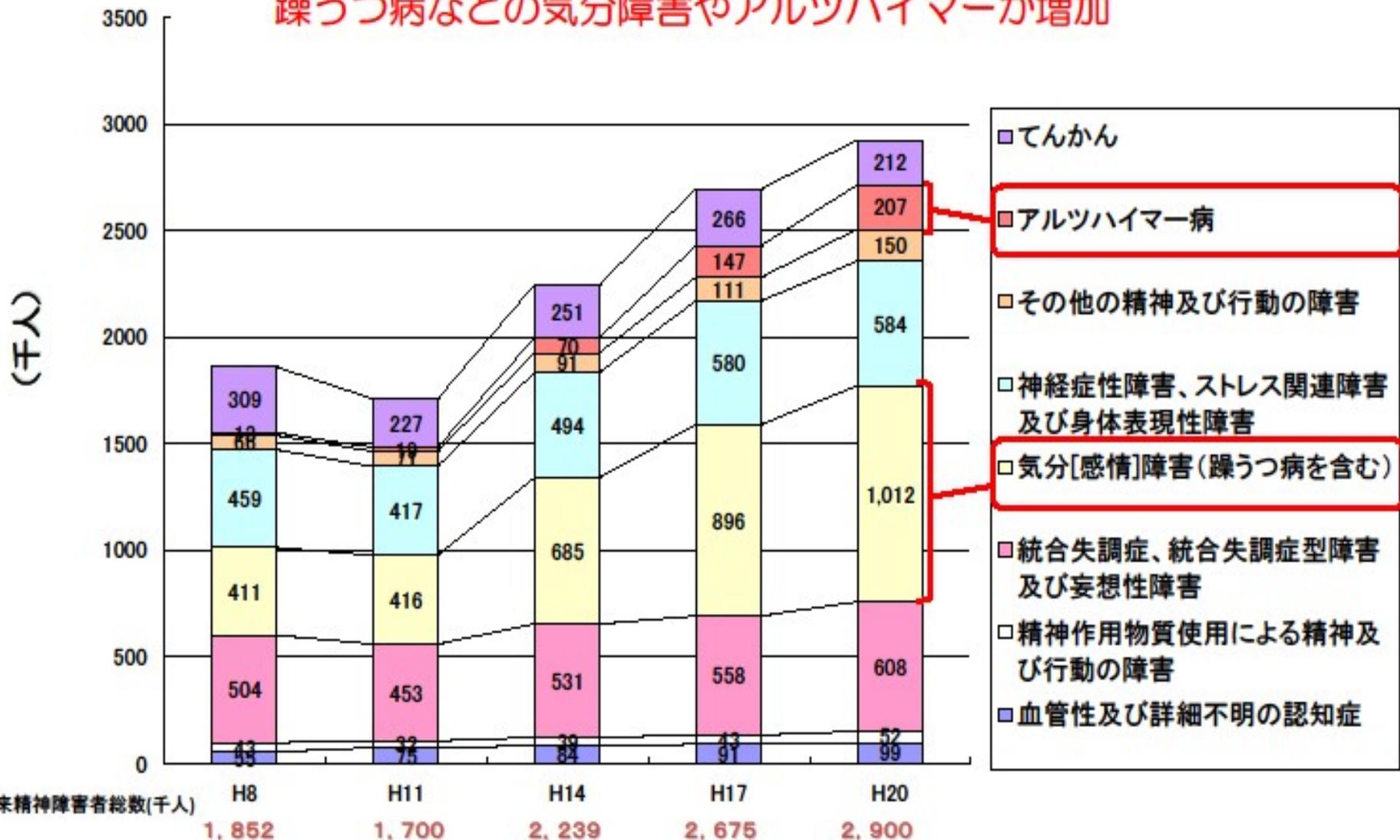
2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

精神疾患外来患者の疾病別内訳

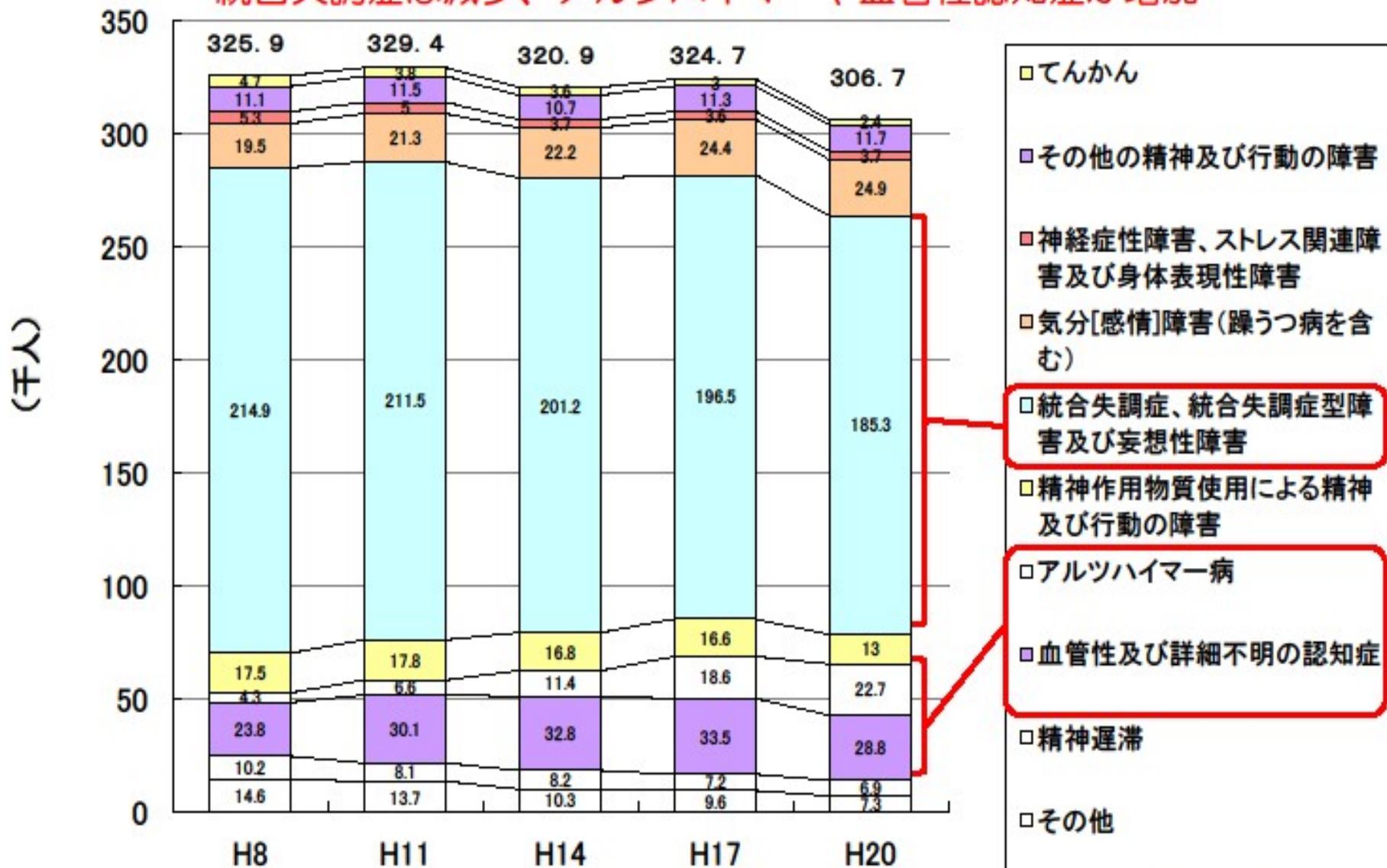
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

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、他のサービスと協働することで、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についての情報を、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、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

精神疾患に関する医療計画【認知症のポイント】

- 認知症の医療計画については、精神疾患の医療計画イメージ案を参考に、【病期】として ①認知症の進行予防、②専門医療機関へのアクセス、③地域生活維持【状態像】として ④BPSDや身体疾患等が悪化した場合に分け、それぞれの目標、医療機関に求められる事項等を作成する。

- 医療計画の内容については、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)の検討を踏まえ、医療体制に関する以下のような方向性を盛り込んで作成する。
 - ① 認知症の方の地域での生活を支えられるような医療サービス(診断機能、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能、入院機能等)を、家族や介護者も含めて提供できるような医療体制とすることを目標とする。
 - ② 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関の整備について記載する。
 - ③ 認知症疾患医療センターには、早期の詳細な診断や、急性期の入院医療を提供するほか、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える役割を担うことが求められることについて記載する。
 - ④ 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの導入等を通じて、認知症の方の退院支援に当たって、精神科医療機関と介護サービス事業者等との連携を進める。

- 認知症の医療計画については、新たに省内関係部局によるプロジェクトチーム(「認知症施策検討プロジェクトチーム(主査:藤田政務官)」)を設置(11月29日)し、厚生労働省全体の認知症施策を検討する予定としており、その内容を踏まえて作成する。

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

「身近型認知症疾患医療センター」の整備

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

不適切な薬物使用により長期入院することのないよう、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

精神科病院入院が必要な状態像の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。

精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。

一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症にふさわしい介護サービスの整備

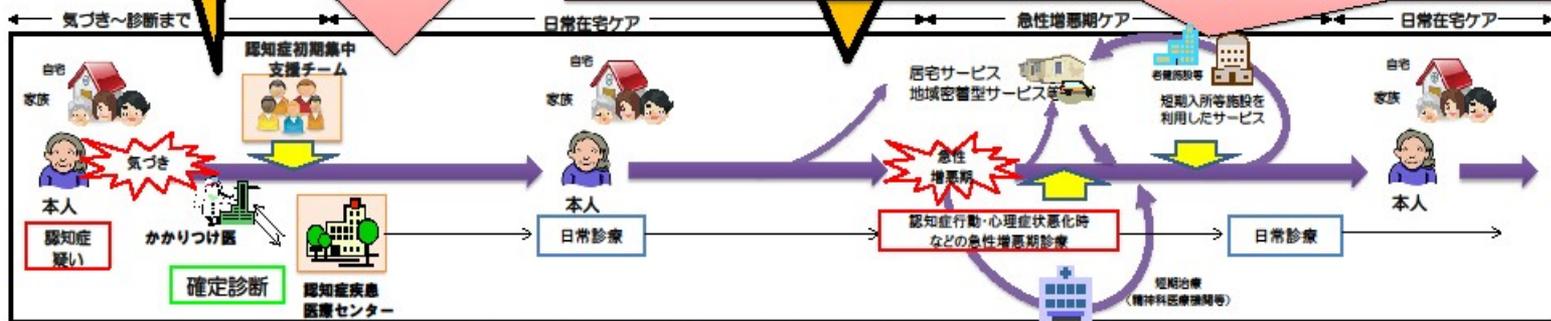
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

「グループホーム」の活用の推進

「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。

5 地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症地域支援推進員」の設置

全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

家族に対する支援

認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

市民後見人の育成と活動支援

全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

認知症地域連携クリティカルパス

認知症の地域医療計画には
精神科連携パスが必須
「世田谷区もの忘れ連携パス」

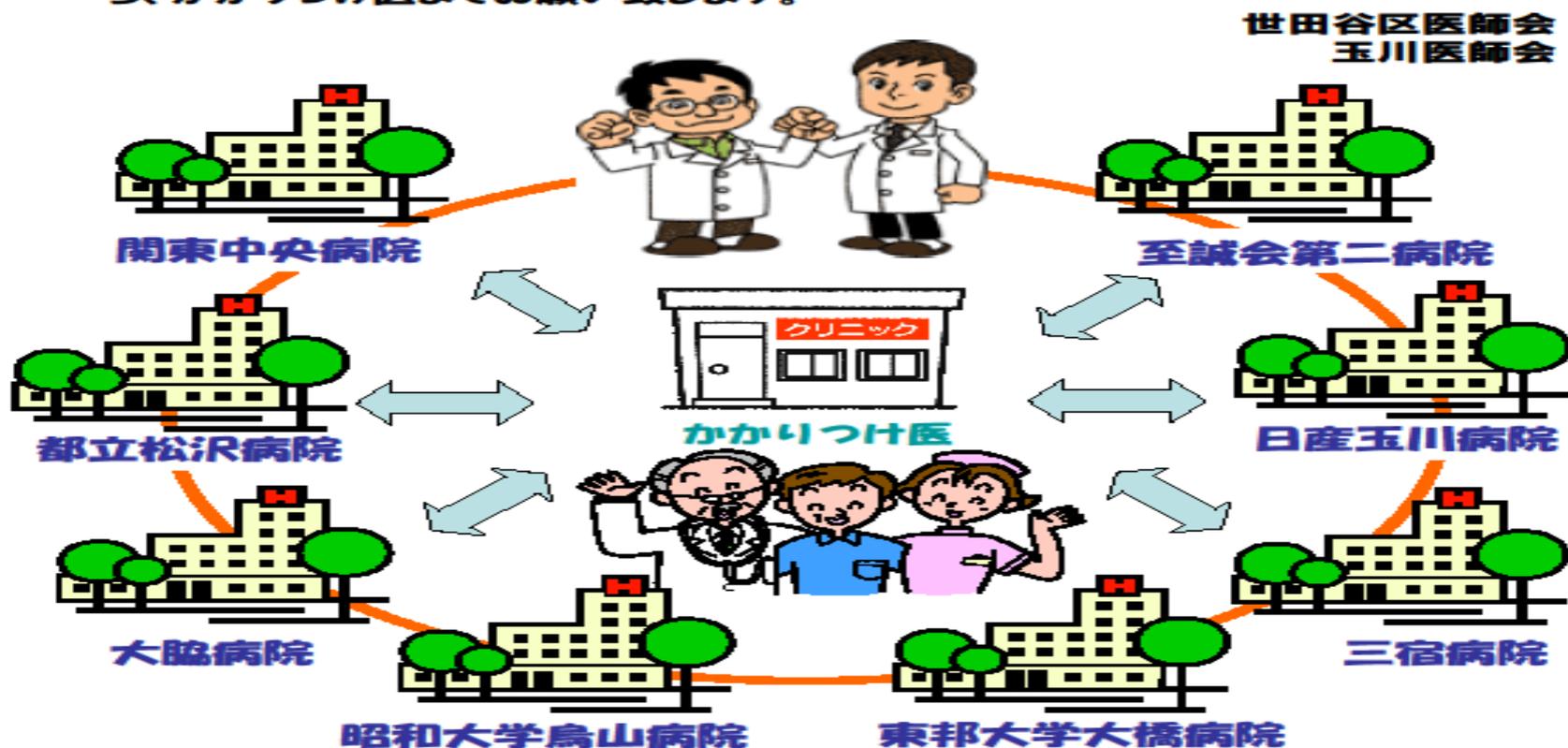


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診~1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

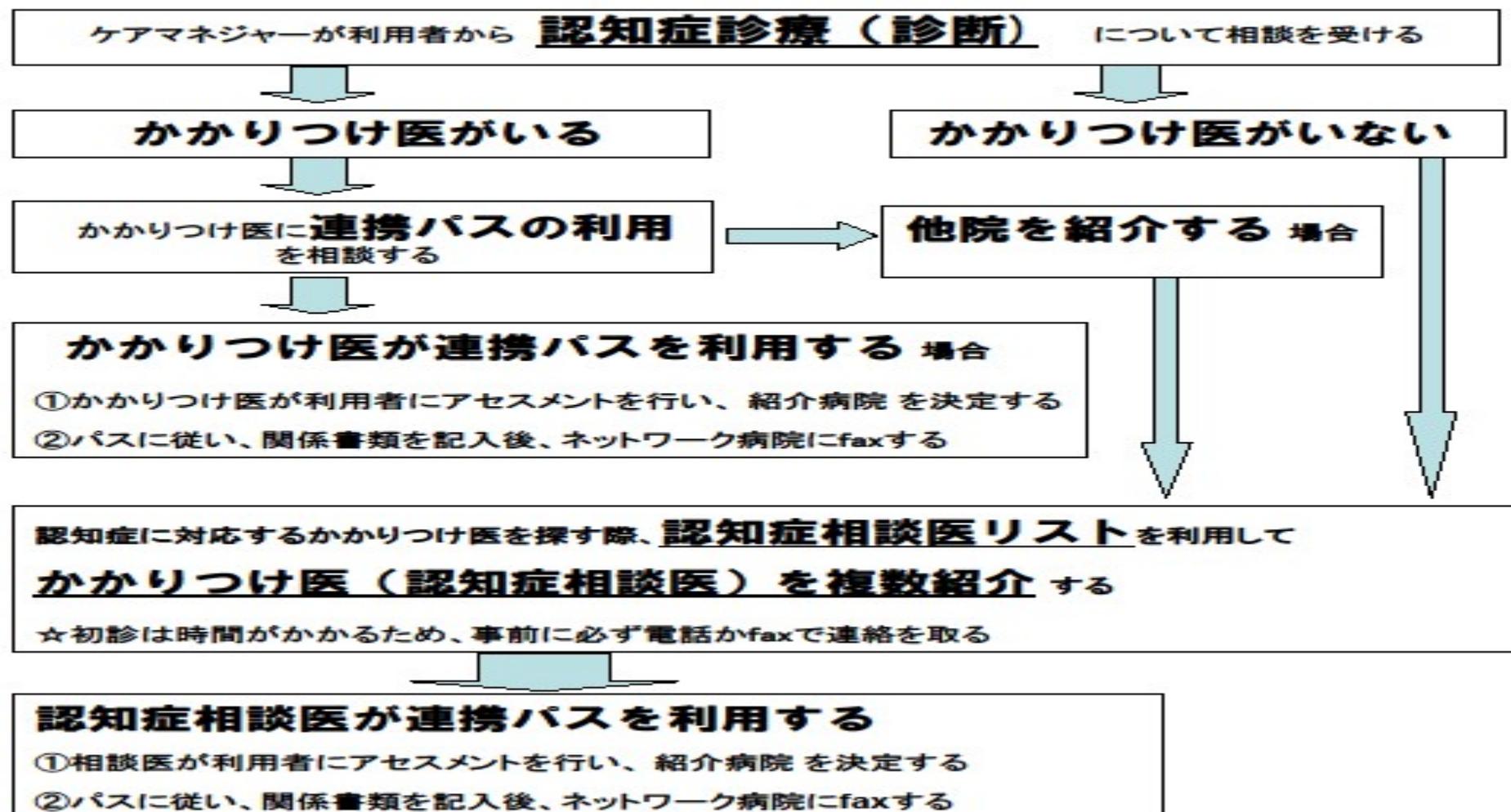


病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

パート4

精神科医療の機能分化と 質向上検討会



精神保健医療の充実に関する検討

平成24年2月

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(平成22年6月29日閣議決定)(抜粋)

(4)医療

- 精神障害者に対する**強制入院**、強制医療介入等について、いわゆる「**保護者制度**」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する**退院支援**や**地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- **精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

退院支援
地域生活支援

平成23年以内に概ね検討済み

- ・病院からの退院に関する目標値の設定
- ・アウトリーチ(訪問支援)の充実
- ・精神科救急医療体制の充実
- ・医療計画への精神疾患の追加
- ・相談支援の充実
(地域移行支援・地域定着支援)
- ・宿泊型自立訓練の充実
- ・認知症と精神科医療 等

強制入院
保護者制度

精神障害者毎に1人決められる「保護者」(主に家族)だけが支える仕組みから地域全体で支える仕組みへの転換に向け、
・「保護者」のみに課せられた責務の廃止
・「保護者」の同意によらない入院手続きの検討

「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」(主担当:厚生労働大臣政務官)で、**平成24年6月をめぐりに検討中**

人員体制の充実

- ・医療法上の精神病床の医師、看護師等の人員配置基準は、一般病床より低くなっている。
- ・人員体制の検討に当たっては、精神病床の機能の将来像も考慮した検討が必要。

精神科医療の機能
分化と質向上検討会

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
 - 3ヶ月未満の急性期医療
 - 3か月～1年未満
 - 重度かつ慢性
 - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)
2012年3月23日～6月28日まで
厚労省において4回の検討会を行った

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 構成員

天賀谷 隆 (日本精神科看護技術協会 副会長)

伊澤 雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会 代表)

小川 忍 (日本看護協会 常任理事)

門屋 充郎 (日本相談支援専門員協会 代表理事)

川崎 洋子 (全国精神保健福祉会連合会 理事長)

菅間 博 (日本医療法人協会 副会長)

佐々木 一 (医療法人爽風会佐々木病院 院長)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 院長)

中沢 明紀 (全国衛生部長会 会長(神奈川県保健福祉局保健医療部長))

中島 豊爾 (全国自治体病院協議会 副会長(岡山県精神科医療センター理事長))

長野 敏宏 (NPO法人ハートinハートなんぐん市場 理事)

野澤 和弘 (毎日新聞社 論説委員)

○ 樋口 輝彦 (国立精神・神経医療研究センター 総長)

平安 良雄 (横浜市立大学付属市民総合医療センター 院長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

福田 敬 (国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

堀江 紀一 (一般社団法人日本ケアラー連盟 共同代表)

三上 祐司 (日本医師会 常任理事)

◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

山崎 學 (日本精神科病院協会 会長)

山本 輝之 (成城大学法学部 教授)

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 開催経過

(平成24年)

第1回 3月23日 議題 精神病床の状況等について

第2回 4月19日 議題 有識者からのヒアリング

有識者:武川 吉和氏(平塚共済病院)

計見 一雄氏(公徳会佐藤病院)

豊満 和正氏(常清会尾辻病院)

山本 深雪氏(大阪精神医療人権センター)

山本 眞理氏(全国「精神病」者集団)

第3回 4月25日 議題 関係職種の団体からのヒアリング

団体:日本精神保健福祉士協会 大塚 淳子氏

木太 直人氏

日本作業療法士協会 萩原 喜茂氏

香山 明美氏

第4回 5月16日 議題 論点に関する議論

第5回 5月31日 議題 論点に関する議論

第6回 6月13日 議題 今後の方向性について

第7回 6月28日 議題 今後の方向性について

現状のポイント

- 精神病床の入院患者については、新規入院の約9割の患者が1年未満で退院している。
- 精神病床の人員配置について、診療報酬の入院料別に機能分化が進んできており、精神病床のうち、約半数は看護職員3：1以上の配置となっている。
- 一方で、在院期間が長期の患者が、精神科の急性期病棟以外に、相当数^(※)存在しており、患者像は異なっている。

※ 平成21年6月30日現在の精神病床の在院患者数

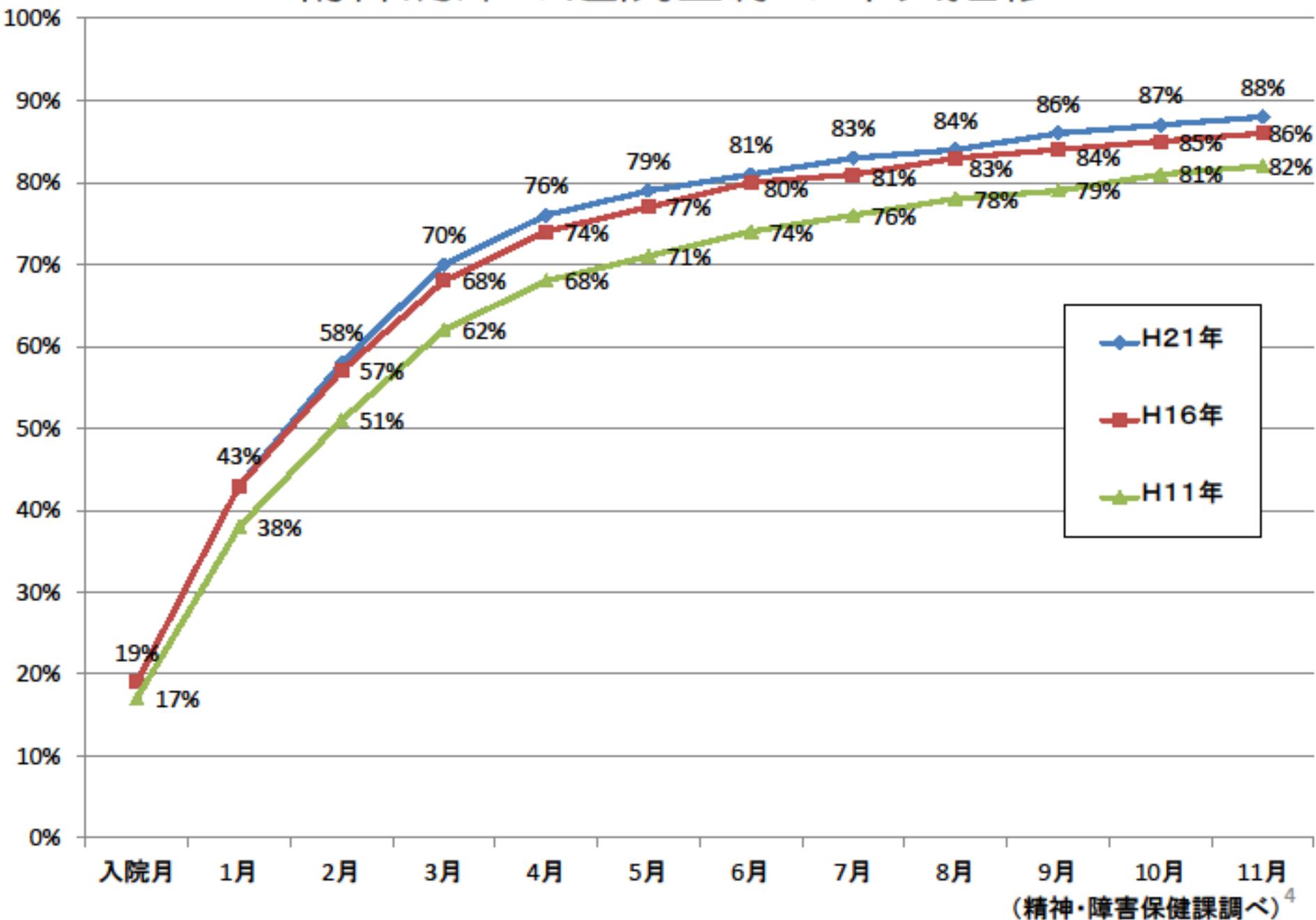
在院期間	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10～20年未満	20年以上	計
在院患者数	103,396	88,765	43,220	36,835	38,522	310,738
割合(%)	33.3%	28.6%	13.9%	11.9%	12.4%	100%

1カ月未満	1～3カ月未満	3～6カ月未満	6カ月～1年未満
26,349	29,407	21,366	26,274

精神病床における患者の動態の年次推移



精神病床の退院曲線の年次推移



診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

看護配置3:1以上
169,771床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)
2.5:1
3:1

認知症治療病棟
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟
(836施設 103,437床) 6:1

2:1 10:1 (34病棟、1,361床*)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1
15:1
(2,710病棟、145,959床*)

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

1.5:1 7:1
(7病棟 220床*)

2:1 10:1
(8病棟 261床*)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床**3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床**2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床**

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)

※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数

※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急
精神科救急
入院料1(2床)

統合失調症+気分障害
50±17歳
3カ月未満

認知症診療病床

入院 **認知症、77±14歳**
入院

精神療養病棟
(836施設 103,437床)

統合失調症
62±14歳
1年以上8割

10:1 (34病棟、1,361床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(2,710病棟、145,959床*)

統合失調症
58±16歳
1年以上6割

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

7:1
(7病棟 220床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床**3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床**2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床**

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

論点（案）

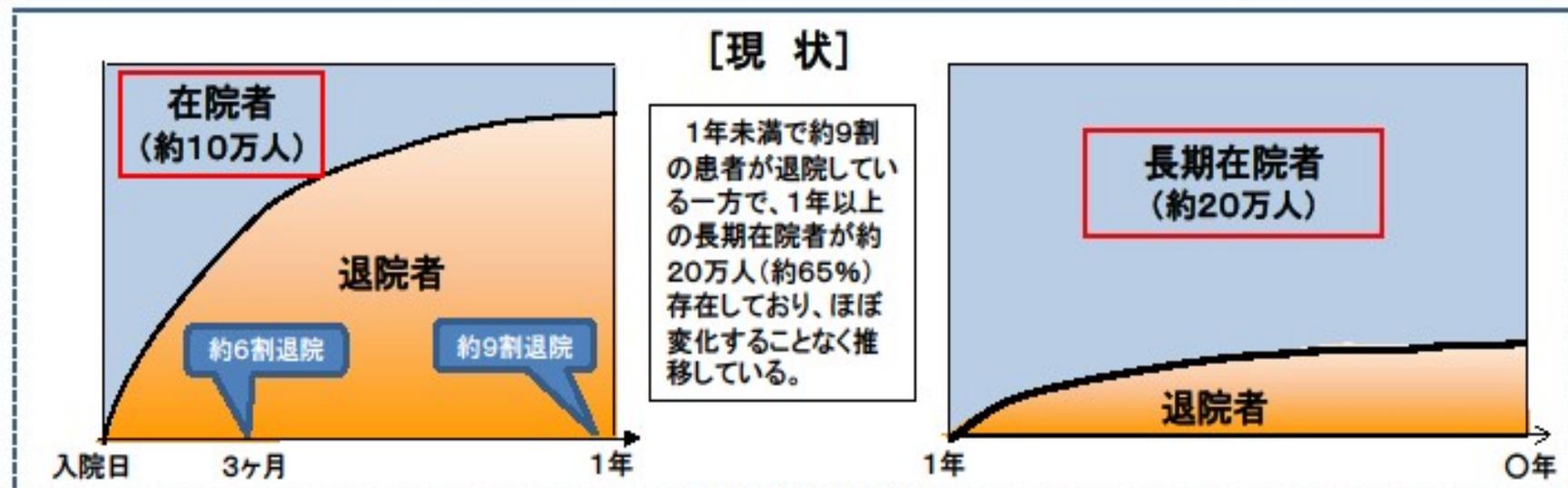
現状を踏まえつつ、患者の状態像に応じた精神病床の人員配置を考える場合、以下のような論点が考えられるのではないかと。

- 1) 症状が重度の患者について、必要な精神医療を提供するためには、どのような人員配置が必要か。
 - 1-1) 急性期（3カ月未満）で退院するには、医師、看護師、精神保健福祉士等はどのくらいの配置が必要か。
 - 1-2) 重度・慢性の患者には、医師、看護師、精神保健福祉士等はどのくらいの配置が必要か。
- 2) 急性期後の患者の早期退院に必要な支援を提供するためには、どのような職種で、どのくらいの配置が必要か。
（例えば、1年未満で退院する場合）
- 3) 長期高齢入院者については、どのように対応すべきか。

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

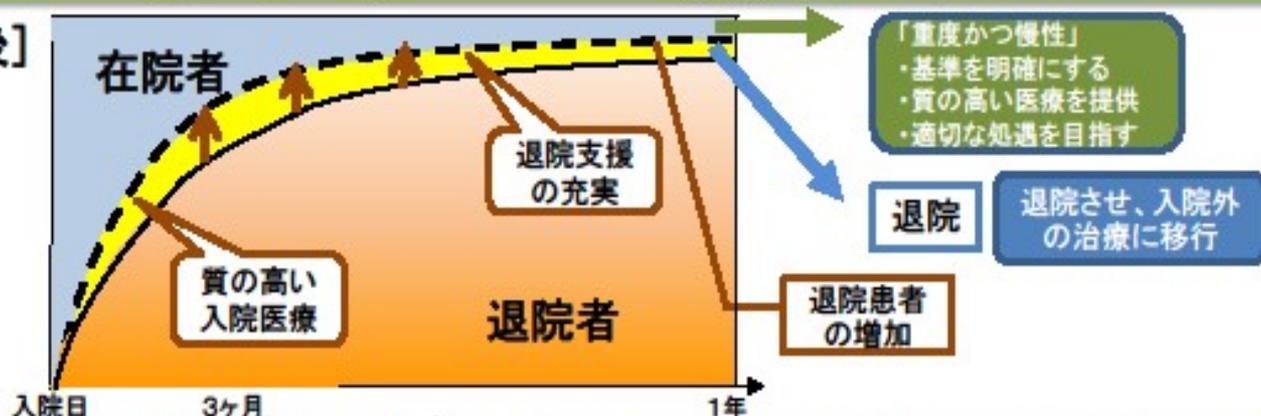
現在の長期入院者への対応

- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

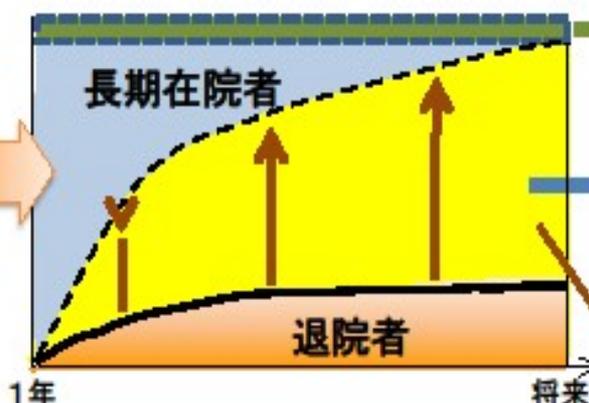


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)	
	<ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

現在の長期在院者への対応

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取り組みをより一層促進する

退院患者の増加

現在の長期在院者(「重度かつ慢性」を除く)(精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者)

地域移行の取組

- 長期在院者の地域移行を推進するため、
 - ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う
 - ・アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する
 - ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する

人員体制

- 退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、
 - ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする
 - ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

その他の意見

- 地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい
- 地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき
- 長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等に対応すべきとの意見があった。
- 地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である
- 長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき

療養環境

- 長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、
 - ・開放的な環境を確保する
 - ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする
 - ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

今後の対応～医療法施行規則～

- 入院期間別の人員配置を医療法施行規則に書き込む。
- 精神保健福祉法に書き込んで、それを引用する？

精神病床の医師・看護職員の配置標準

現行	今後の方向性	
医師 48 対 1	【入院 3 か月未満】 医師 16 対 1	【入院 3 か月以上 1 年未満】 医師 48 対 1
看護職員 4 対 1	看護職員 3 対 1	看護職員 基本的に 3 対 1 ※一定割合は、PSW や OT などを含めることができる

厚労省の資料などを基に作成



精神医療サイバーの広田さんの
弘明寺の自宅兼ピアサポートグループを訪問

まとめと提言

- ・2000年以來の精神医療改革がいよいよ動き始める
- ・地域医療計画の5事業目に精神疾患が入る
- ・認知症に関する地域医療も大きく変わる
- ・精神科病床の在り方も大きく変わる
 - 3か月未満は一般病床並みの医師・看護師配置
 - 3か月～1年未満は多職種も含めた看護配置
 - 重度かつ慢性の患者の基準を明確した上で、それ以外の患者の入院は1年まで。
- ・精神科医療が大きく変わる！

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 好評発売中



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp