

□特集

ることができる。

(1) 放火事例では、気分障害やアルコール依存症等、疾患特性から鑑定入院中に治療が進み、通院処遇となる事例の割合が多い。

(2) 高齢者では、アルコール依存症事例の割合が多く、このことでは、アルコール依存症における責任能力鑑定が重要であり、また、通院処遇となった場合には、その治療に適した通院医療機関が選ばれる必要がある。同様なことは、薬物依存事例でもいえる。

(3) 高齢者では、認知症が主病名である事例、または、認知症を併存している事例が少なくない。認知症に伴う被害妄想などについては、治療反応性が限定され、また、治療においては介護的な要素が大きな効果を示す。したがって認知症事例の多くは、この法律による医療の効果はきわめて限定的であり、鑑定や審判は慎重に行われるべきである。

(4) 高齢者では、認知症の確定診断が困難であるために、指定医療機関内で諸検査・経過観察を行わなければならない場合もある。このためには、

諸検査が可能な大学病院・総合病院に近い場所にある指定入院医療機関が選ばれるべきである。

(5) 高齢者では、身体的な合併症を併存していることが少なくない。このような事例では、前述と同様に、指定医療機関が選択されるべきである。

(6) 今後、高齢者事例が増加していく可能性があるが、通院・地域処遇では、介護保険サービスとの連携が重要となる。指定通院医療機関のケア調整者、社会復帰調整官、さらには、介護保険ケアマネジャー間の連携が必要となる。現状では介護保険ケアマネジャーへの啓発活動はほとんど行われておらず、早急に対応策を検討しなければならない課題である。

参考文献

- 1) 法務省法務総合研究所：平成17年版犯罪白書、国立印刷局（2005）。
- 2) 小山 司ほか：平成18年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究報告書、2007年（印刷中）。

認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療：現状と課題
認知症専門病棟における精神科救急医療と
身体合併症医療

松原三郎



認知症専門病棟における精神科救急医療 と身体合併症医療

松原三郎

抄 録

老人性認知症治療病棟は全国で約3万床あり、年間約3.2万人が当該病棟に入院しており、精神科病床全体では約16%（5.2万人）と推定されている。しかし、実際には精神症状・行動障害のために、早急な入院医療が必要であるにもかかわらず、入院先がないという状況が慢性的に続いており、介護する家族は大きな負担を強いられている。他方、認知症治療病棟入院中の患者の74%において、治療が必要な身体合併症を有しており、このうち、17%は専門医療機関での治療が必要である。合併症は高率でかつ重度である。このような状況にもかかわらず、老人性認知症治療病棟には救急を受け入れる空床がなく、さらに、対応するための人員基準は整っていない。身体合併症治療では、診療報酬が包括性であるために、諸検査や治療が満足に行える状況にもない。このような状況は認知症高齢者の人権にかかわる重大な問題である。

Key words：老人性認知症治療病棟、精神科救急医療、身体合併症、老人性認知症疾患センター

老年精神医学雑誌 18：1176-1183, 2007

はじめに

介護保険認定調査から推計された認知症高齢者は認知症老人生活自立度Ⅲ以上が約90万人で、自立度Ⅱ以上では170万人を超えている。医療を受けている認知症患者数は平成17年で32万人に達しており、このうち、入院治療を受けている患者は8.1万人で、さらに、精神科病院に入院している認知症患者は5.2万人である（厚生労働省患者調査から）。精神科病院入院患者のなかでは認知症高齢者は16.1%にまで及び、年ごとに増加をしている（平成8年では8.6%）

老人性認知症治療病棟は、平成18年の診療報酬改定によって、老人性認知症治療病棟入院料1（以下、認知症治療病棟1）、治療病棟入院料2（以下、認知症治療病棟2）、さらに、老人性認知

症治療病棟（介護保険）に分けられた。このうち、老人性認知症治療病棟は平成20年3月までで終了する。日本精神科病院協会会員病院では、認知症治療病棟1は289病院、18,006床、認知症治療病棟2は74病院、5,190床、老人性認知症治療病棟（介護保険）は39病院、2,240床、合計、25,436床である（平成19年4月時点）。公的病院を含めれば約3万床となるが、平成16年6月時点では30,912床であり、診療報酬の改定によって2%程度が精神療養病棟や特殊疾患療養病棟2に移したものと推定される。

認知症治療病床必要数の将来予測

平成7年に東京都が行った「高齢者の生活実態および健康に関する調査」では、在宅の高齢者に対して精神科医を含む訪問調査を実施しているが、認知症と診断された65歳以上の高齢者のうち、10.6%が精神症状や介護上の問題のために、入

表1 精神症状・行動障害のために入院を要する認知症高齢者数の将来予測

年	2005	2010	2015	2020	2025	2030
生活自立度Ⅱ以上認知症高齢者数(万人)	169	208	250	289	323	353
65歳以上の%	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2
BPSIのために入院を要する高齢者数(万人) (認知症の4.0%)	6.8	8.3	10.0	11.6	12.9	14.1

院・入所が必要と判定された。さらに、このうちの7.7%において、精神症状や行動障害(BPSI)のために、精神科病院への入院がただちに必要と判定された。精神科病院への入院が判定された人は、65歳以上の0.06%、認知症高齢者の0.8%となる。

(1)在宅では0.8%の入院希望(年間約1.6万人)、(2)さらに、特養・老健・認知症グループホームから、在宅とほぼ同数の年間1.6万人が入院している、(3)すでに5.2万人が入院している事実、これらを総合すると、年間約3.2万人が入院し、1年間で約25%が残留することから、1.6万人分の病床が必要。1.6+5.2万床で、総計6.8万床、すなわち、認知症高齢者の約4%に当たる病床が必要となる(表1)。2010年では、8.3万床と、現在よりも3.1万人多く入院させる必要があり、この数は退院可能な人たちの数の約44%に相当する³⁾。

2 施設基準からみた認知症治療病棟の 治療・介護の機能

1. 認知症高齢者の特性に合った施設構造

当初から治療病棟には高い質が求められてきた。施設構造基準では、広い病棟面積(1人あたり25㎡以上)と長さ50m以上の回廊、観察室(身体合併症室)、在宅訓練指導室(家庭復帰訓練室)、生活機能回復訓練室(1人あたり4㎡以上)など独自の構造が工夫されてきた。回廊については、現在では、その代用として廊下両端にデイコーナーがある鉄アレイ型が認められているが、これら

の基準を満たすためには新築するしかなく、多くの治療病棟が新たに建築された。世界的にも例のないほどに理想的な構造とされてきた。しかし、ユニットケアなど新たな介護方法が導入されるようになると、それに適した構造への転換をしようとする。従来からの施設構造基準は、かえって障害となる場合が少なくない。

2. 医療と介護を総合的に提供できる体制

発足当初は看護6対1、看護補助者5対1であり、合計で2.7対1(現在の基準では13.6対1)、さらに、作業療法士と精神保健福祉士(または臨床心理技術者)の専従が求められている。医療と介護が総合的に提供されることを目的として人員配置が工夫されているといえる。また、同時に1日4時間以上の生活機能訓練が義務づけられ、内容的にも充実した内容になっている。治療病棟の出現によって、それまでの認知症高齢者には不向きな治療構造は精神科病院からは一掃されたといえるのではないかと。

3. なお不十分な人員基準

現在の基準では、治療病棟1では、看護の人員配置は20対1(従来の4対1)、看護補助者は30対1で、合計は11.1対1になる。治療病棟2では、看護は30対1、看護補助者は30対1で、合計で12.5対1になる。また、同一医療機関内で治療病棟1と2を混在させることはできない。現状では、約70%の病床が、治療病棟となっており、これまで以上に手厚い人員配置が求められるようになってきている(診療報酬がそれに見合っていない

という現状はある)。しかし、現状の治療病棟での人員配置基準は決して十分といえるものではない。入院当初の認知症高齢者の混乱を援助し、困惑状態から回復させるためには、介護士（看護補助者）の力はきわめて重要である。さらに重要な部分である、日常のおむつ替え、食事介助、入浴介助、機能訓練補助、運動や散歩など、入院患者への援助の主力ともいえる。結果としてこの点からは、介護士（看護補助者）の配置基準は、3.5対1以上に引き上げる必要がある。医療の基準は決して看護者数で決められるものではなくて、看護と介護の総和で決められるべきではないか、少なくとも入院初期の1か月間は、看護・介護の総和で最低でも9対1程度が必要と考える。

4. 不合理な診療報酬の枠組み

治療病棟1の特定入院料は90日以内で1,300点で、30日では39万円に相当する。このなかには、画像診断をはじめとする診断部分や、薬物療法、生活訓練（作業療法）などの一切が包括されている。ましてや、合併症への治療では、その費用のすべてが持ち出しとなる。

3 認知症治療病棟の救急対応機能

前述したように、認知症治療病棟には、救急に対応するほどに人員が整備されていない。したがって、認知症高齢者の救急対応は、一般の急性期治療病棟、または、精神科急性期治療病棟に頼らざるを得ない。また、緊急時には地域における精神科救急システムに依存せざるを得ない。

当院は精神科病床430床で、このうち60床が老人性認知症治療病棟1である。平成18年度中の精神科新規入院患者数は579人で、このうち109人がF0と診断されている。時間外の入院者数は年間66人であるが、F0群は1年間で3人とどまっている。いずれも、入院は精神科急性期治療病棟で行われ、その後、治療病棟1に転棟している。このように、入院では認知症高齢者の入院は19%であり、しだいに増加する傾向になるが、時間外では5%以下と少なくなっている。同様な傾向は、

石川県立高松病院（老人性認知症センターが付属）でもみられており、倉田孝一院長によれば、年間の時間外のF0の受診者は9人でこのうち入院となった者は5人であったという。認知症高齢者が夜間せん妄や妄想による興奮状態を呈し、緊急の入院が必要な場合には、認知症高齢者に特化した医療機関を除く、一般の精神科病院では、認知症高齢者の救急対応は一般の急性期病棟で行われているものと理解できる。

老人性認知症治療病棟が認知症救急患者を受け入れるか否かについては、2つの問題点がある。

(1) 老人性認知症専門病棟は、常時入院の申し込み、あるいは待機状態があり、このために、空床確保が実質的に困難であること。他方、1週間入院が可能な治療病棟は約70%にも及ぶ。すなわち、空床を確保し、常時受け入れを確保することは困難であっても、急を要する場合には調整することで、ほぼ1週間以内での入院が可能となる。医療経済的にも採算性の悪い治療病棟に対して空床の確保を要求することは、かなりの経済誘導が必要になる。

(2) 治療病棟そのものが、救急患者を受け入れる体制にない。保護室の設置がない病棟が多く、夜間は看護師1人・介護士1人の場合が多く、マンパワーが整っていない。救急に対応すべき諸検査を行ったとしても持ち出しなる。このように、治療病棟は24時間体制で認知症救急に対応できる状況にないことは明らかであり、これを補う体制としては、一般の精神科救急への依頼、さらには、空床などの情報収集に基づいて、1週間以内の入院を確保することになる。

4 老人性認知症疾患センターの役割

1. 老人性認知症疾患センターの救急対応機能

平成3年に示された「老人性痴呆疾患センター事業実施要綱」では、①精神科以外に内科系および外科系を有する医療機関、②専門相談のできる窓口と専用電話の設置、③常時1床以上の確保、が義務づけられていた。さらに、同センターの機

□特集

能としては、相談事業や啓蒙活動などが加わっている。

平成3年に示された、常時1床の確保は認知症救急に対応するためのものと思われる。ところが、平成7年に要綱の一部が改正され、空床の確保については削除された。この事由は不明確ではあるが、財源上の問題だけでなく、認知症患者の入院ニーズが高まった結果、実質的に空床を確保することが困難な医療機関がほとんどであったという。現状があったので、決して緊急入院のニーズがなくなったわけではない。

さらに、認知症に関する相談事業については、介護保険が軌道に乗り、さらに、地域包括支援センターが開始されると、認知症を抱える家族は、最初の相談は、ケアマネジャー、地域包括支援センター、さらにはかかりつけ医を訪れることに大きく変わった。このような経緯から、従来の老人性認知症疾患センター（ここでは、あえて名称に「疾患」を入れる）の機能は多くが消滅し、各センターごとで活動性に大きな差異が生まれてしまった。結果として、精神科における認知症対応の機能と一般住民との間をつなぎとめるものが失われてしまった。

2. 金沢市における「認知症情報センター」の試み³⁾

金沢市は人口45.5万人、高齢化率17.2%である。老人性認知症センターは、同じ二次医療圏の県立高松病院にあるが、金沢市とは異なった群市（かほく市）であるために、連携がむずかしかった。このために、金沢市介護保険課、金沢市介護サービス事業者連絡会、さらに金沢市内の民間精神科病院（7病院）が連携して、「金沢市認知症情報センター」を立ち上げて、平成18年8月から、平日9時から17時まで、輪番制による「認知症相談」を開始した。相談に応ずるために、各精神科病院の認知症専門病床の「空床情報」を集約化し、これを基に輪番となった精神科病院が相談に対応した。実際には一般市民やケアマネジャーは地域包括支援センターに相談し、そこで対応が困難な

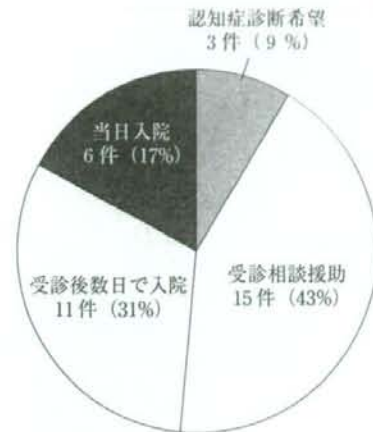


図1 金沢市認知症輪番相談の結果（35例）

場合には、地域包括支援センターが輪番の精神科病院に連絡をするという方法である。輪番となった精神科病院では担当のPSWが受けて、専門医と相談のうえ対応することになる。

平成18年8月から1年間の実績は図1に示すが、1年間で35件の相談（月平均3件）があり、認知症の診断のみを希望した例（3件、9%）、専門医の診察もしくは家族相談により今後の対応策が検討された例（15件、43%）、受診後入院が必要とされた例（17件、48%であるが、このうち当日入院となった例は6件、17%、数日後のうちに入院となった例は11例、31%）であった。このように、入院による対応が約半数であり、地域包括支援センターでの対応が困難な例としては、入院が必要な事例であるといえる。受け入れ側の精神科病院では、必ずしも認知症専門病棟に入院を行っているわけではなく、まず、精神科一般病棟で受け入れている場合がほとんどである。

金沢市の事業は、一般市民への啓蒙はまだまだ十分とはいえないが、介護保険事業者からは、高い評価を受けている。今後は、精神科病院担当者連絡会と介護保険の認知症関連事業者との連携を進めることが課題と思われる。

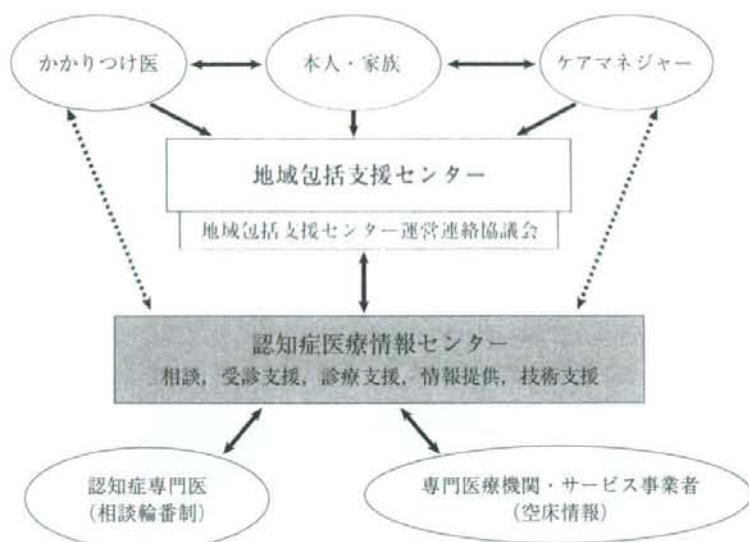


図2 認知症疾患情報センターによる支援体制

5 これからの認知症高齢者の救急医療のあり方

前述のように認知症治療病棟には、認知症高齢者を緊急に受け入れる機能はない。しかし、数日後、あるいは、初期トリアージュが終わった後であれば、数日以内に受け入れが可能となる場合が少なくない。このためには、精神科救急医療、地域包括支援センターが中心となった介護保険相談システムとの連携、さらには、最終受け入れ側である精神科病院間の連携がどうしても必要である。

図2は、介護保険地域包括支援センターと「認知症医療情報センター」との連携を模式化したものであるが、このシステムの最大の目標は入院が必要とされる認知症高齢者をできるだけ円滑に認知症専門病棟に入院させることである。そのためには、認知症高齢者の受け入れが可能な精神科病院が官民を問わず輪番制相談に参加協力することである⁹⁾。

このシステムを円滑に運用するための最大の問題は、認知症治療病棟からの退院先が確保できないために認知症治療病棟内で回転が悪く、空床を

確保しがたいという状況が基本的にあることである。そのためには、①認知症グループホームの開設許可を促進すること、②病院入院中の患者が介護老人福祉施設の入所については大幅に不利になっている現状の改善、さらには、③認知症高齢者が利用可能な有料老人ホームの研究の促進などの問題に早急にとりかかる必要がある。他方、精神科救急のなかでは、精神科急性期治療病棟の退院率の換算では、転院や転棟となりやすい認知症高齢者については、退院率計算から除外する方策もとるべきである。

6 認知症治療病棟における身体合併症

1. これまでの調査結果から

平成13年に日本精神科病院高齢者医療・介護保険委員会が会員病院に対して行ったアンケート調査¹⁰⁾では(図3)、約74%において、治療を要する合併症を併発しており、さらに、その程度を軽度(精神科医等で対応が可能)・中等度(当該病棟での治療継続は可能であるが、適時内科等専門医の診療が必要)・重度(専門病院への転院が必要)に分けると、中等度が47%と最も多かった。

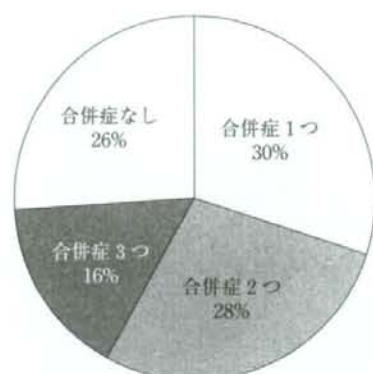


図3 認知症専門病棟における身体合併症の状況

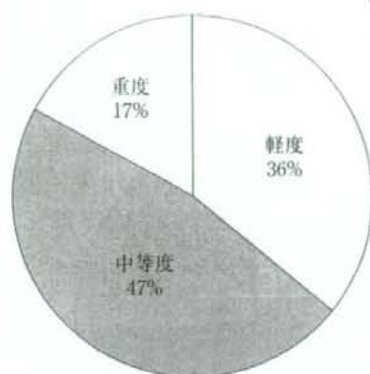


図4 認知症専門病棟における身体合併症の程度 (187例)

さらに、専門病院（病棟）への転院が必要であるにもかかわらず、17%については、そのまま当該病棟にとどまらざるを得ない事例にも注意しなければならない（図4）。身体合併症をもった認知症高齢者を受け入れる専門病棟がないという現状も指摘された。他方、調査対象となった病棟の入院患者について、その障害老人日常生活自立度をみると、C1、C2と判定された患者はわずかに5%であった。このことは、74%について合併症を示しながら、いわゆる寝たきりに近い人たちの数はきわめて少ない状況であることがわかる。また、車椅子など、合併症によりADLの低下した人たちについては、「特殊疾患療養病棟2」において治療が継続される場合が多く、その数はしだいに増えて、平成19年4月では3,000床を超えている。寝たきり状態であるにもかかわらず、夜間せん妄、叫喚、介護への抵抗、気分の不安定などの症状を呈し、内科病院などでの受け入れを拒否され、精神科病棟にとどまらざるを得ない患者が増えつつある。

2. 当院における合併症の状況

当院（463床）には老人性認知症治療病棟1が1病棟（69床）あるが、そのほかに重度合併症の治療が可能な内科病棟（30床）が併設されていることが特徴である。また、4人の常勤内科医もいることから、他院に比較して、身体合併症の併

発率は高いものと考えている。実際に入院患者57人のうち、身体合併症ありと報告された例は78.9%に上り、また障害老人日常生活自立度においても、C1・C2については24.6%に及んでいる。肺炎などについては、内科病棟への転棟が原則であるが、実際には内科病棟満床のために円滑に転棟が進まず、このために認知症治療病棟の中で治療を行わざるを得ないことがしばしばである。

合併症の程度については、内科医が常勤しているために、前項で示したような「精神科医による治療」「内科専門医による治療」とに分けることは困難であり、このために、専門医、入院による医学管理、在宅での医学管理、自己管理などのランクに分けた。この結果、認知症の存否は別にして、合併症の程度だけから判断すると、55.5%については在宅での管理が可能な範囲であり、42.2%が入院による治療継続が望ましい範囲とされた（どちらかといえば、を含む）。専門医による積極的な治療が不可欠とされたのは3%以下にとどまった（図5）。さらに、合併症疾患の内容をみると、消化器系疾患（22.8%）、呼吸器系（17.5%）、心・血管系（17.5%）とはほぼ同数で並び、これに続いて、代謝系（12.3%）、筋・神経（3.5%）、内分泌（1.8%）が認められた（図6）。このような結果は前項の全国調査の結果とは大きく異なるものであるが、常勤内科医の存在と内科

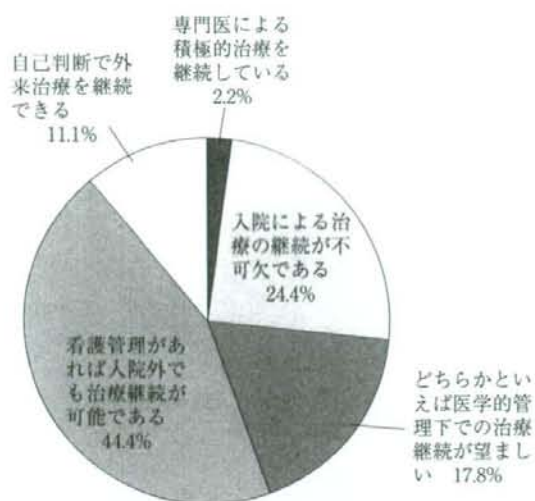


図5 当院認知症治療病棟における調査結果：身体合併症の治療形態

病棟との連携が、大きな効果をあげていることがわかる。

7 認知症専門病棟における身体合併症治療のあり方

1. 認知症高齢者が適切な身体治療を受ける権利
全国的には、年間約3.2万人の認知症高齢者が認知症治療病棟に入院している。このうち、64%については、内科等の専門医による診察と治療が必要である。さらに、17%については、常時、内科医等による治療管理が必要とされている。このような現状は、認知症高齢者が適切な身体疾患の治療を受ける権利が十分に実現されていない現状を示すものである。この問題には、2つの要素がある。

- ①認知症治療病棟そのものが、比較的廉価診療報酬を基盤とした包括性病棟であり、このために、身体合併症を治療する機能そのものが最初から付加されていない。
- ②内科等の専門病棟では、精神症状・行動障害をもつ認知症高齢者を受け入れる機能がない、がんを併発した場合であっても緩和ケアでは、認知症高齢者が敬遠されるという現状がある

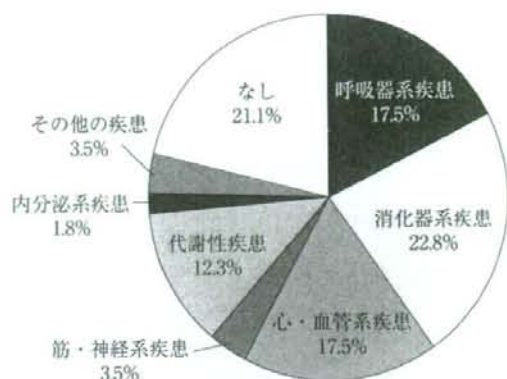


図6 当院認知症治療病棟における調査結果：身体合併症

(松阪厚生病院、齊藤純一院長からのコメント)。これらの問題は、認知症高齢者の権利の尊重、あるいは、その尊厳にかかわる重要な課題である。

2. 認知症治療病棟側からの整備

本来、認知症治療病棟は、アルツハイマー型認知症等のBPSDについて対応することが主目的であり、合併症治療は副次的なものとして考えられてきた。ところが、全体の3/4近くが治療を要する合併症をもって入院しているのが現状であり、このことからすれば、丁寧な合併症治療そのものがBPSDの改善に大きな効果を示すことにつながる。認知症治療病棟の包括性診療報酬に、「初期診断加算」「画像診断加算」「合併症治療に対して出来高加算」を行い、実質的に内科常勤医の配置が可能となるようにすべきである。

さらに、重度の合併症については、認知症治療病棟での治療は困難であるので、精神科病床の機能のひとつとして重度合併症に対応できる病棟を作る必要がある。これまで、特殊疾患療養病棟2がこの役割を担ってきたが、内科医の常勤配置も可能な合併症病棟の存在が絶対に必要である。

3. 内科等の専門病棟における認知症高齢者対応機能の向上

一般の内科では、BPSDをもった認知症高齢への対応は困難とされているが、実際には精神科医が頻回にかかわり、少量の新規抗精神病薬投与等

□特集

を行うことで、経過観察が可能となることが少なくない¹⁾。この点からすれば、精神科医の往診、あるいは、コンサルティングが有用である。内科等の専門病院と精神科病院との連携を深めるために、精神科コンサルティングについて、内科側に診療報酬を新設すべきであると考え、決して、認知症加算のようなものであってはならない。

■ おわりに

2025年には、認知症治療病床の必要数は10万床を超えるであろう。在宅で介護を受けている認知症高齢者がいつ増悪して、入院入所が必要になるかもしれないと介護している家族は常に恐れている。特養への入所を希望して、その順番待ちを1年以上行い、家族が疲弊するようなことがあってはならない。認知症治療病棟はその70%以上が2週間程度の待機で入院が可能である。在宅での介護の限界がきたときには、老人性認知症セン

ター（認知症医療情報センター）を通じて速やかに入院・入所ができるシステムづくりをしなければならぬ。

さらに、身体合併症の問題は、認知症高齢者の人権と尊厳にかかわる問題であり、これを解決するために行政と医療機関側が一体となって新たなシステムづくりを進めなくてはならない。

文 献

- 1) 日本精神科病院協会：老人性痴呆疾患の診断・治療・介護マニュアルに関する研究事業報告書 平成15年度、(2004)。
- 2) 日本精神科病院協会：老人性認知症疾患専門病棟の治療機能の向上と地域との連携に関する研究事業報告書 平成17年度、(2006)。
- 3) 日本精神科病院協会：第2回地域精神医療フォーラム抄録集、(2007)。
- 4) 鮫島 健ほか：老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の検討に関する研究 平成13年度総括・分担研究報告書、(2002)。

病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

日本精神科病院協会雑誌

第27巻 第5号

2008年5月5日発行

病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方

松原 三郎

石川 松原病院 理事長

Key Words 精神科救急病棟, 急性期治療病棟, 亜急性期病棟, 病棟機能分化

はじめに

平成16年に近代化工事を行って病棟の機能分化に着手した。総病床463床であるが、このうち30床は内科療養病棟である。建設当初から精神科急性期治療病棟は48床、半数以上を個室とし、将来的に救急入院料の算定を目論んでいた。平成19年には本格的に救急入院料の算定の準備に入ったが、医師数が充足することでようやく可能となり、平成19年12月から救急入院料の算定が可能となった。

救急入院料算定病棟（以下、救急病棟という）は、当該病棟で16対1の医師配置、365日24時間にわたる指定医の配置体制、さらに、措置入院や応急入院の受け入れ数の確保など地域の精神科救急の「基幹病院」としての役割と責任が求められる。病院は常時救急患者を受け入れるために医師、看護師の勤務体制を見直し、治療機能の高度化が求められ、さらに、病院全体の退院促進機能の効率化など、さまざまな整備をしなければならず、医師、看護師等への負担はきわめて大きくなる。

精神科救急病棟の現状

平成19年9月から救急入院料取得のための試行に入っており、実質的にはこの月から救急病棟が開始されたと言える。平成19年中の平均入院患者数は、病院全体では52名/月であった。このうち、救急病棟（48床）に入院となった患者数をみると、過去6カ月間の平均では30.3名/月であった。また、3カ月以内の退院率はほぼ60%を超えており、救急病棟の平均在院日数は直

近で40.2日であった。1カ月半程度で、病棟全体の患者が入れ替わるという状況である（図1、2）。

救急病棟への入院患者の疾病分類をみると、全国的な結果、あるいは、この地区でもう1つの精神科救急病棟を持つ県立高松病院と比較してもほぼ同一である（図3）。統合失調症が50%弱で、その他は、気分障害だけでなく、物質使用障害、あるいは人格障害圏など多種類の疾病に及んでいる。精神科救急病棟が多様な疾患への対応が求められる現状が示されている。

精神科救急病棟が常に新たな入院患者を受け入れるためには、それをサポートする病棟が必要である。当院では精神科救急病棟が2階にあるが、3階の病棟（58床の閉鎖病棟、保険区分では精神療養病棟）は亜急性期病棟としての機能を果たしている。この病棟では、救急病棟には該当しない患者（3カ月以内の再入院患者、救急病棟での滞在が3カ月を超えた患者、あるいは超えると予想される患者、病状が軽微で救急病棟に該当しない患者等）を中心に受け入れ、これによって救急病棟が円滑に回転し、さらに病床を空けて受け入れに備える体制を作ることができる。この亜急性期病棟は、平成19年1月では、平均在院日数は110日を超えていたが、救急病棟の高回転の影響を受けて、1年以内に70日台にまで低下している（図2）。当然のことながら、亜急性期病棟での入院の短期化は、さらに他の病棟にも影響を及ぼしている。図4で示すように、長期重症者を受け入れている閉鎖病棟（長期重症者病棟）であっても、平成19年1月では平均在院日数が454日であったものが、平成20年1月では280日にまで減少し、さらに病院全体でみると、平均在院日数は、平成19年1月では272日であったものが、平成20年1月では240日にまで減少している。

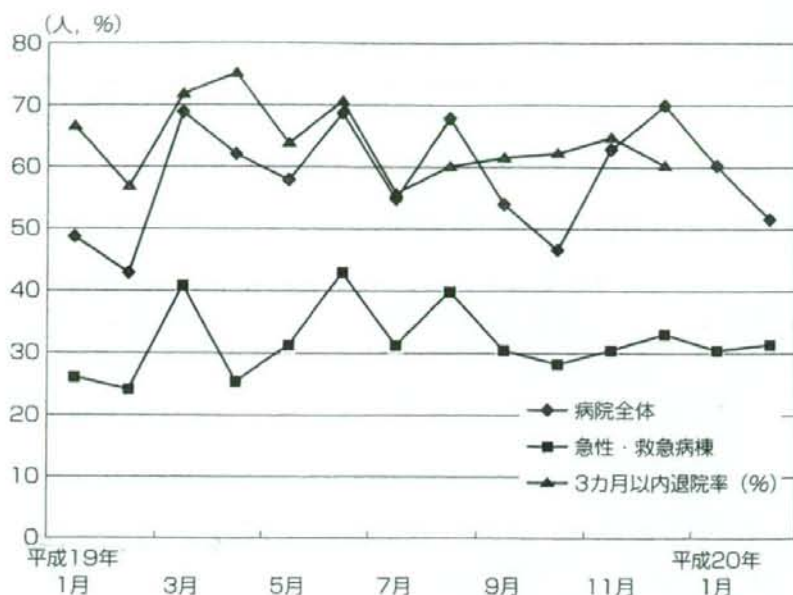


図1 入院患者数と退院率

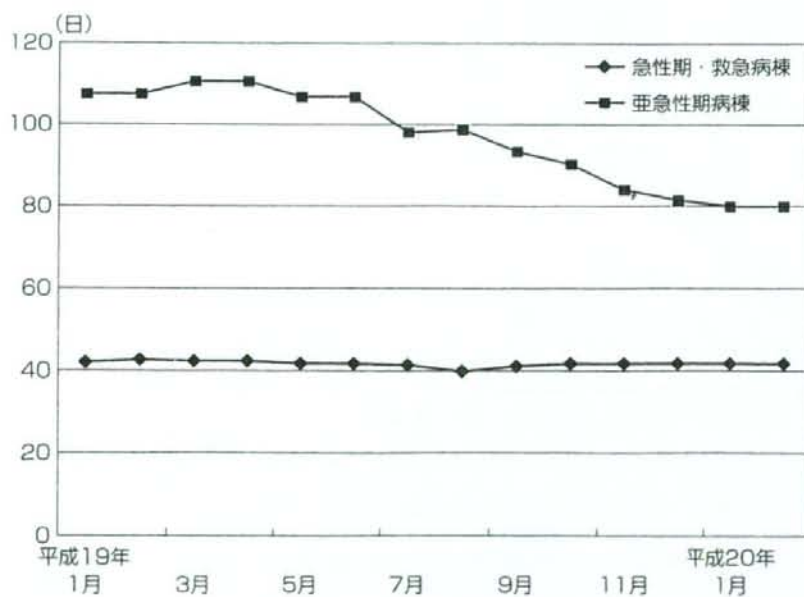


図2 病棟別平均在院日数

このように、精神科救急病棟の導入と、それに伴って生じた高回転化は、病院全体の医療構造を大きく変化させる原動力になっている。

精神科救急病棟：ハード面の整備

前述したように、平成16年から始まった当院

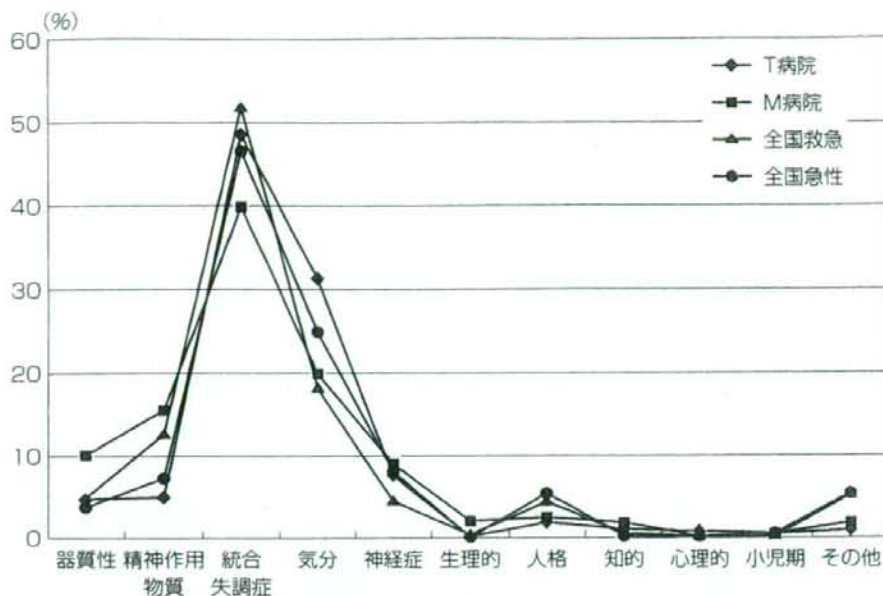


図3 救急、急性期病棟における診断構成 (2006年1年間)

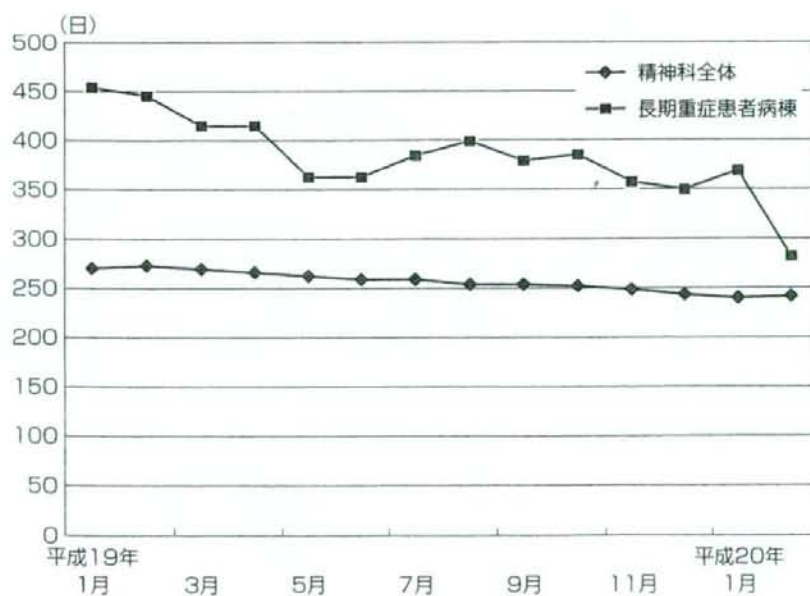


図4 平均在院日数

の近代化計画では、当初から精神科救急入院料の取得を目的として建築された。病床数は48床で医師数16対1への対応を容易にした。さらに、

特徴的な部分としては、図5に示すように、合計13室に及ぶ隔離病室を区画別に配置したことがある。13室は、A、B、Cの3区画に分けられて

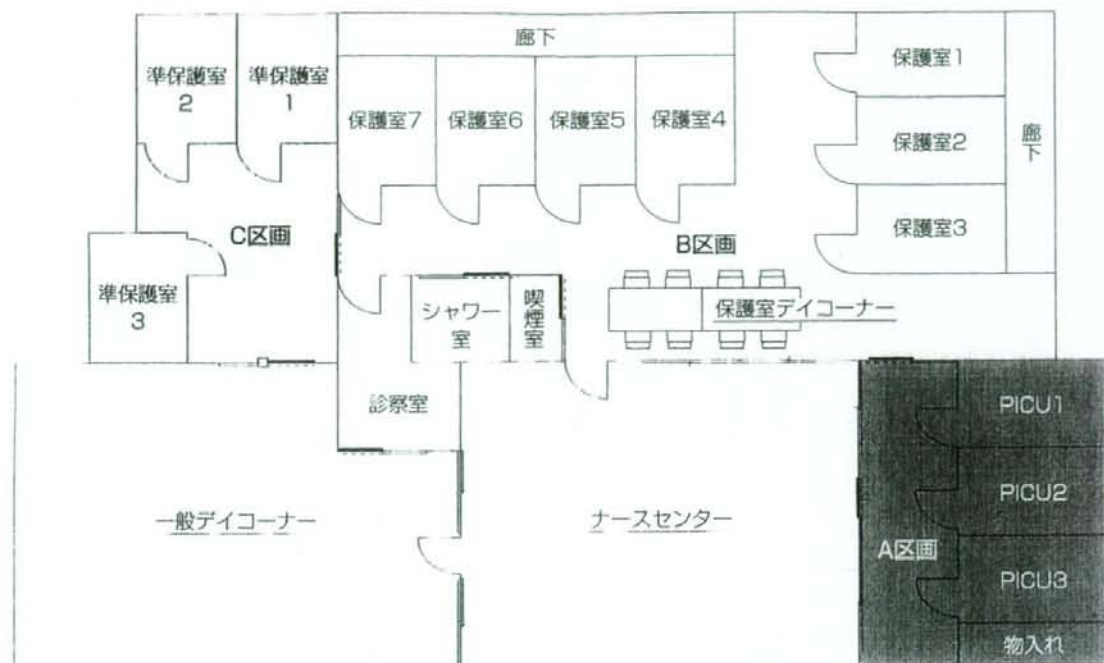


図5

いる。A区画はPICU室としての機能を持ち、各部屋に酸素吸引等の配管が行われ、夜間せん妄や身体合併症への対応が可能である。B区画の7室は、通常の隔離室として使用するが、中央に「保護室ダイナー」を持ち、食事、テレビ観賞、喫煙、シャワーなどが可能である。ダイナー利用時には、看護師1名がダイナーに常に配置される。C区画は、一般病室のダイナーと連絡しており、隔離が解除された一定期間、状態の変化がないか確認するために利用されている。もちろん、保護室が満床となった場合には、一般の保護室として使用することもある。このように、当院では、保護室の配置に十分に工夫をしたが、入院初期の治療にきわめて有効な結果を得ている。

精神科救急病棟：ソフト面の整備

救急病棟では、多数、多種類の患者さんが次々と入院してくる。単に医師数を整えるだけで済むものではなく、あらゆる面で治療機能の高度化が求められる。過去1年間、当院は救急病棟の高機

能化に相当の努力をしてきた。このような努力が、正確な診断と治療、そして医療の安全につながるものと考えてきたからである。

1. 多職種チームカンファレンス

医療観察法において実施されている多職種チーム医療の効果はきわめて大きい。各職種、とくに、看護師による評価と報告はチーム医療では欠かせない。そのほかに、臨床心理技術者、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、薬剤師、必要時には、訪問看護師、デイケアスタッフも参加して、カンファレンスが行われる。カンファレンスは毎朝8時40分から20分間、入院まもない2ケースについて行われる。入院後1週間程度でカンファレンスが実施され、診断、治療方針、問題点などが明らかにされる。この時点で、入院が3カ月を超えると判断された場合には、3階の亜急性期病棟へ移される。

2. クリニカルパスの導入

クリニカルパスの目的は、カンファレンス実施

時期や、家族へ説明する時期、各種療法参加等のタイムスケジュールを明確にすることである。とくに、家族面接を行う時期について明確にすることは重要である。決して疾患ごとの治療期限を目標準化するためのものではない。

3. 急性期リハビリテーションの実施

急性期・救急病棟では、短期間に治療して、そのうえで回転ドア現象が生じないように、心理教育を始めとする各種の療法や支援が必要である。短期間で積極的に治療し、退院にまで結びつけるシステムは、「急性期リハビリテーション」としてすでに藤村ら¹⁾によって発表されている。正確な診断はもとより、個別に「心理教育」が行われるが、個人療法による部分と集団精神療法として行われる部分とがある。前者の主役は主治医であるが、同時に担当看護師の役割も重要である。担当看護師は、患者の精神状態を把握したうえで、個別に疾病教育的な接近を行う。その手法は症例によって異なっており、とくに、神経症性障害や人格障害圏では、臨床心理技術者との連携が必要になる。また、小集団による心理教育（統合失調症、気分障害など）も並行して実施されている。アルコール依存症については、病院全体で実施されているアルコール治療グループが行っている。しかしながら、当院においても看護師による個別の心理教育は、看護師が多忙であるために十分にこなせないのが現状である。さらに、必要に応じて院内の作業療法や退院生活訓練が実施される。

4. 内科医の専任配置

当院には、合計7名の内科医師（5名が常勤、うち1名は外科）が勤務しているが、このうち1名を救急病棟の専任とした。これによって、入院時の内科的チェックは全員に行われるが、同時に軽度な身体症状であっても内科医による診察が一般的である。

5. 修正型ECT

当院には、麻酔医の資格を持つ精神科医と外科医が常勤をしており、サイマトロンを用いたm-ECTを実施している。

6. 薬剤処方と検査オーダーリングシステム

平成15年から処方ミスを少なくし、調剤や医事会計を円滑にするためにオーダーリングシステムを導入してきた。今後、電子カルテの導入が必要である。

7. 病院機能評価の受審

平成19年3月には、当院は病院機能評価(ver.5)を得ている。このなかでは、病院倫理委員会や行動制限最小化委員会、医療安全委員会などがある。

退院促進のための活動

救急病棟の導入によって、退院促進の必要²⁾ますます高まってきている。当院での退院促進活動の中心は以下の5点である。

1. 退院時ケアマネジメント

ケアマネジメントは、患者のニーズを把握する点では、きわめて重要な手法である。退院後の生活支援を行うためには、患者自身による支援プログラムの選択が必要になる。精神保健福祉士の援助によるケアマネジメントが必要であるが、残念ながら、急性期部分での実施率は10～20%にとどまっている。今後は、急性期・亜急性期での実施率の引き上げが必要であろう。

2. デイケア、デナイトケア、ショートケア

退院後のデイケア利用は、再入院を防止するためには、きわめて有用である。しかしながら、デイケア通所だけでは1年間の再入院率は、35%前後にも及ぶ。ところが、ケアマネジメントを併用することで、再入院率は10%台にまで低下する。

3. 訪問看護チーム

現在、5名の訪問看護師が配置され、精神保健福祉士と連携をしながら訪問看護を実施している。訪問看護を受けている外来通院患者の数は次第に増加して、現在は189名にまでのぼっている。訪問看護の範囲は原則として、病院から車で30分以内の範囲に限っているが、これを超える場合には、各地域の訪問看護ステーションに依頼するこ

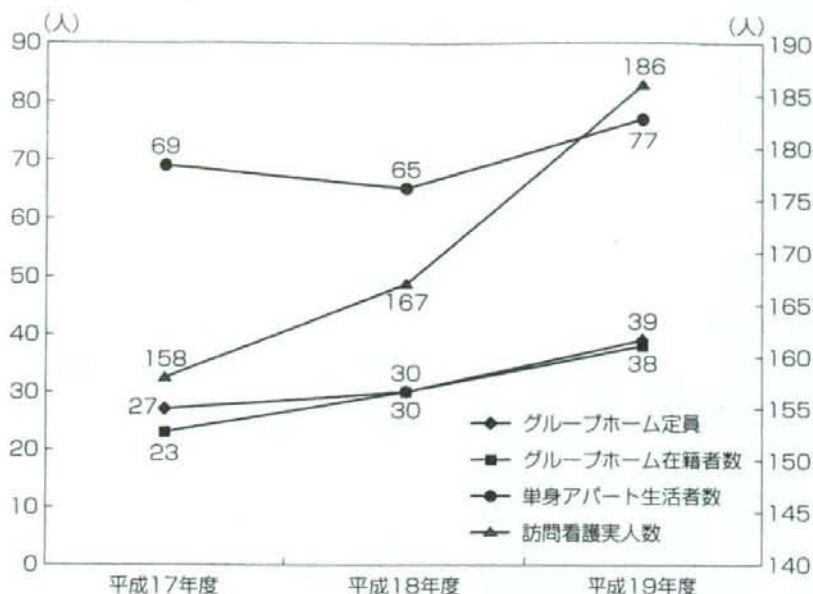


図6 グループホーム利用者・訪問看護数推移

となる。地域においては、訪問看護による医療と生活支援はきわめて有効であり、今後は、訪問看護（精神保健福祉士によるものも含む）が地域医療の主役となるのではないかと。

4. グループホーム

当院には、現在39人分のグループホームがあるが、今後は、その増設には困難が予想される。むしろ、一般アパートへの退院を促進する必要がある。この結果、図6に示すように、グループホーム入所者数だけでなく、単身アパート入居者数も急速に増加している。

5. 障害者自立支援法を利用した就労プログラム

就労継続B、就労移行支援、生活自立訓練の自立支援事業がすでに開始されているが、これに加えて、活動支援センターがある。

おわりに

急性期治療病棟の導入以上に、精神科救急病棟

は大きな変化を病院にもたらしつつある。多数、多様な入院患者に対応するために、救急病棟の高機能化が必要となった。そして、円滑な患者受け入れのためには、他の病棟の機能向上も欠かせない。とくに亜急性期病棟の機能整備が今後必要となる。さらに、退院促進機能としては、訪問看護や障害者自立支援サービスの充実も欠かせない要素である。

このように、精神科病院の機能を向上させながら、少しずつ地域への貢献が果たせるのではないかと考えている。

文献

- 1) 藤村尚宏, 蜂矢英彦: 精神科急性期病棟. 金剛出版, 東京, 1998.

参考文献

- 1) 石川県立高松病院: 病院の概要 平成19年4月. 2007.

医療観察法における指定通院医療機関の 役割と課題

松原三郎

- I はじめに
- II いくつかの問題点
- III 指定通院医療機関の現状
- IV 医療観察法における指定通院医療機関の役割
- V 指定通院医療機関における医療
- VI 通院医療上の課題
- VII おわりに

I はじめに

平成17年7月15日から施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」は、2年を経て755件の申立てが行われた。審判が確定した667件では、入院医療57%、通院医療22%、不処遇18%、却下3%であった。この間、当初の不確定な時期であることも影響して、種々の問題点が浮き彫りになってきている。このような中であって、指定通院医療機関の機能が指定入院医療機関以上に重要な役割を求められることが明らかとなり、また同時に、わが国における地域精神医療サービスの貧困さが、指定通院医療機関の機能を十分に発揮できない状況に追い込んでいる実態も明らかとなってきている。これら指定通院医療機関が抱える問題点を指摘しながら、本来あるべき指定通院医療機関のあり方を再度検討したい。

II いくつかの問題点

施行1年を経て指摘されてきた問題点としては、鑑定入院を中心に以下

のようなものが挙げられており、早急な改善が求められる。

(1) 検察官による申立てにおいては、微罪と思われる傷害の例が多数申し立てられており、本来、手厚い医療が必要な人達への医療であるべきものが、罪名だけで自動的に申し立てられていることには疑問が残る。また、処分保留のまま措置入院となり、本法による申立てを行うか否か判断を急ぐように医療機関側から求めてあったにもかかわらず、治療が進み、すでに退院し、社会復帰状態にあるにもかかわらず、その時点で申立てが行われるなど、法の本来の趣旨とは異なった状況が散見されている。

(2) 鑑定入院と鑑定については、鑑定入院のガイドラインが未整備であることで、対象者の権利擁護に関する部分が不明確であり、また強制的治療に関する規定も不明確なままである。さらに、鑑定医が行う鑑定の様式や判定基準が不明確であるために鑑定結果について鑑定医間の平準化が十分に図られていない。とくに、人格障害合併例、薬物依存例などに判定の差が認められ、さらに、入院・通院の判定についても差異が大きい。

(3) 対象者が他害行為により逮捕されたのち、指定入院医療機関に収容されるまでには、4か月以上を要しているのが現状である。対象者によっては、他害行為の内容は軽微であり、また、それをくり返す可能性も低い場合には、従来の措置入院で十分に対応可能であり、また、その方が早期に治療を開始することができ、予後も良好であるものと思われる（実際に早期治療の効果が示されている）。本法への申立ての基準を再考する必要がある。

(4) 鑑定入院中の治療が大きな効果をあげている。近年、急性期における薬物療法の効果には目覚ましいものがあり、事件後2～3か月間に相当する鑑定入院の時期はきわめて重要な治療時期である。この治療内容を高めるために、鑑定入院医療機関の数を限定して、その質を向上させる必要がある。

(5) 通院による医療が適当であると判定する場合には、対象者が「医療を継続することの必要性を理解している」ことが必要であるが、このことが十分に吟味されないままに通院医療となり、この結果通院医療でありながら、病状の悪化のために精神保健福祉法による入院となっている例も少なくない。

(6) 入院医療を行った対象者の中には、人格障害や薬物（アルコール）依存例が少なからず混入している。これらの事例が入院当初に示した一過性の幻覚妄想は、入院による治療が行われた結果、人格障害と依存症だけが残遺した状態となる。この状態では、本来、この法律による医療には該当しない「不処遇」との審判が下されるべきであるが、実際には「通院処遇」に審判が下され、安易に指定通院医療機関に移行することになってしまっている。本来、指定入院医療機関が責任をもって不処遇の判定を具申すべきものがなされないままに通院処遇に流れている状況である。

(7) その他、指定入院医療機関における人員や費用の不足については、後節で述べたい。

III 指定通院医療機関の現状

平成20年3月時点では、鑑定入院医療機関は382か所必要のところ、236か所であり、このうち国公立病院は52か所（22%）である。指定入院医療機関は24か所必要とされているが12か所にとどまっている。指定通院医療機関は382か所必要のところ、260か所でこのうち国公立病院は49か所（19%）である。指定通院医療機関の主力は民間精神科病院であることは明らかである。

指定通院医療機関の推薦においては、各都道府県に最低2か所、100万人に対して3～4か所、看護基準3対1以上、精神保健指定医が常勤し、訪問看護を実施している。補完型施設としてデイケアや訪問看護のみ実施、などが条件であった。これら当初の基準については、各指定通院医療機関はほぼ満たしているものと思われるが、実際には、ガイドラインから多職種チームを構成する必要があることから、複数の精神保健指定医、複数の精神保健福祉士や訪問看護師が必要となる。さらに、訪問看護が実施されているだけでなく、デイケアや作業療法が実施され、臨床心理士も配置されていることが好ましい。

指定通院医療機関における医療の中心は、外来受診、デイケア、訪問看護の3者である。とくに、対象者の生活そのものに入り込み、指導援助を行う訪問看護の役割は重要である。地域において精神障害者を援助し再燃