

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

2012. 4

1

日精協が将来ビジョンを策定する意義

- 医療サービス提供側である我々から改革の道標(戦略)を創り、率先して実行・実践していくこと。
- 自らの努力で改革を進めることができる部分と、国や施策が行わなければ改革が進まない部分を明確にして、それらの各々の責務と目標を明示すること。

⇒ これまでの改革ビジョンや構想などは、
「誰が？ 何をおこなうのか？」が、不明瞭。



国や施策の行うべきことを強調。
我々、サービス提供者のあるべき姿を明示。



⇒ 実効性のある方策(戦術)を立案し、実行・実践。

2

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)

～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・地域ケアへ」

- I、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。
- II、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る精神科医療体系を再構築すること

3

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)

～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14%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併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こと。
- 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。

4

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)

～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～

- (A) 「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
- (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保障

5

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)

～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
- (B) 短期入院医療機能の整備(急性期、回復・リハ期)
- (C) 長期入院の医療機能
- (D) 身体合併症治療と総合病院精神科医療
- (E) 認知症疾患医療とその周辺領域
- (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)

6

将来ビジョン戦略会議(H22.5～H24.3) の検討テーマ

- 急性期治療
- 回復期治療および重症遷延者治療
- 身体合併症治療
- 認知症医療
- 在宅医療・地域医療・ケアプログラム
- 生活施設
- 関係法律
- メンタルヘルス推進

7

不本意な入院療養者を抱えた原因は何か？

- これまでの国策としての「入院収容主義」
- 現在も続く国策としての「低医療費」
- 国民の無理解・無知（啓発や教育の少なさ・不熱心さ）
- 家族への支援の不足（家族負担の重さ）
- 地域生活基盤の未整備
- 地域で支える福祉施策の貧困
- 精神科医療の未熟（技術・人材・研究・・・）
- 精神科医療サービス提供者の怠慢・低意識

8

精神科医療の適正化を目指すこと

最適化とは何か？



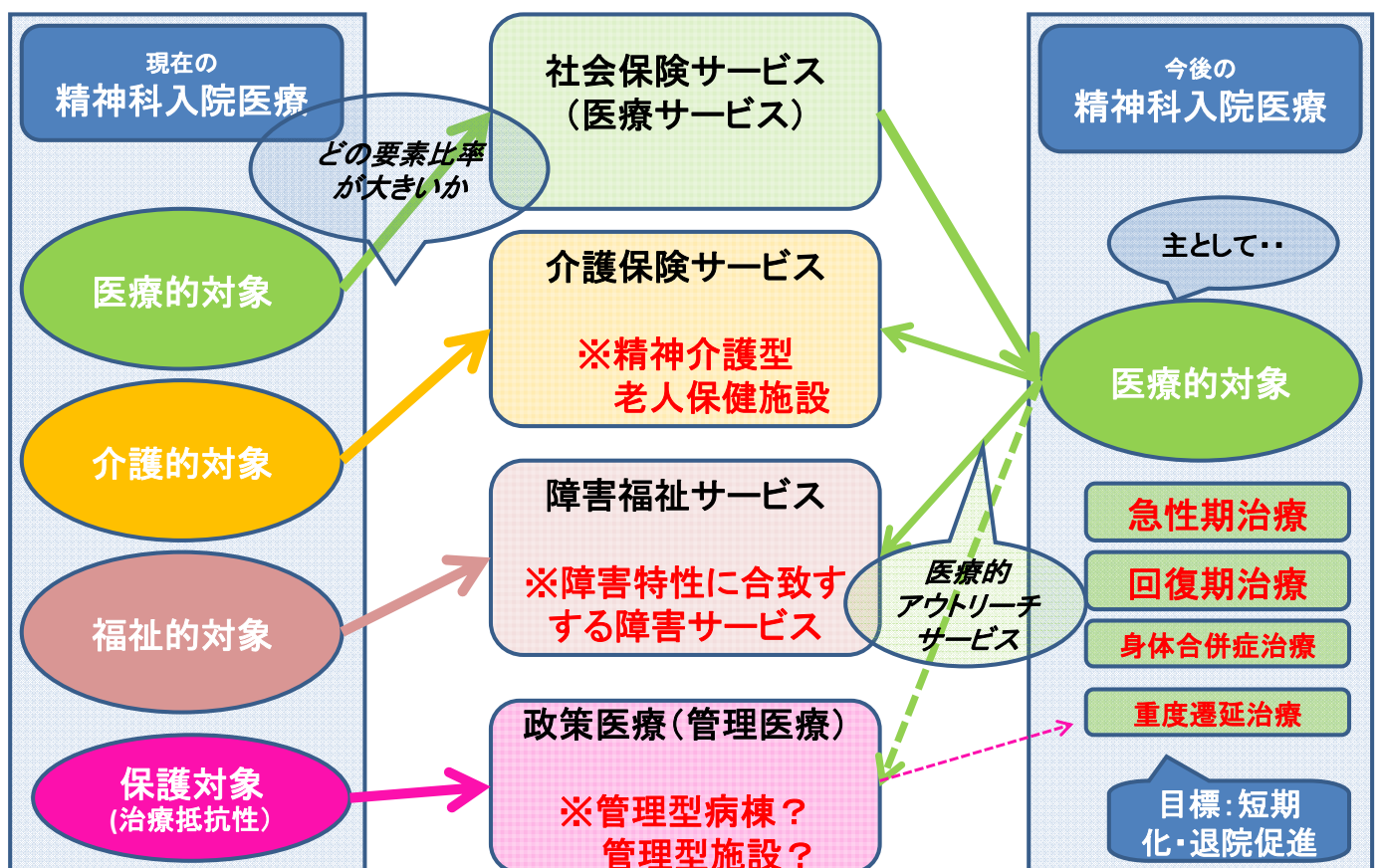
各々の治療の場面で、その最適な医療サービスのあり方を構築し、実行すること



治療提供における役割機能・内容を明確にして、それを実践すること

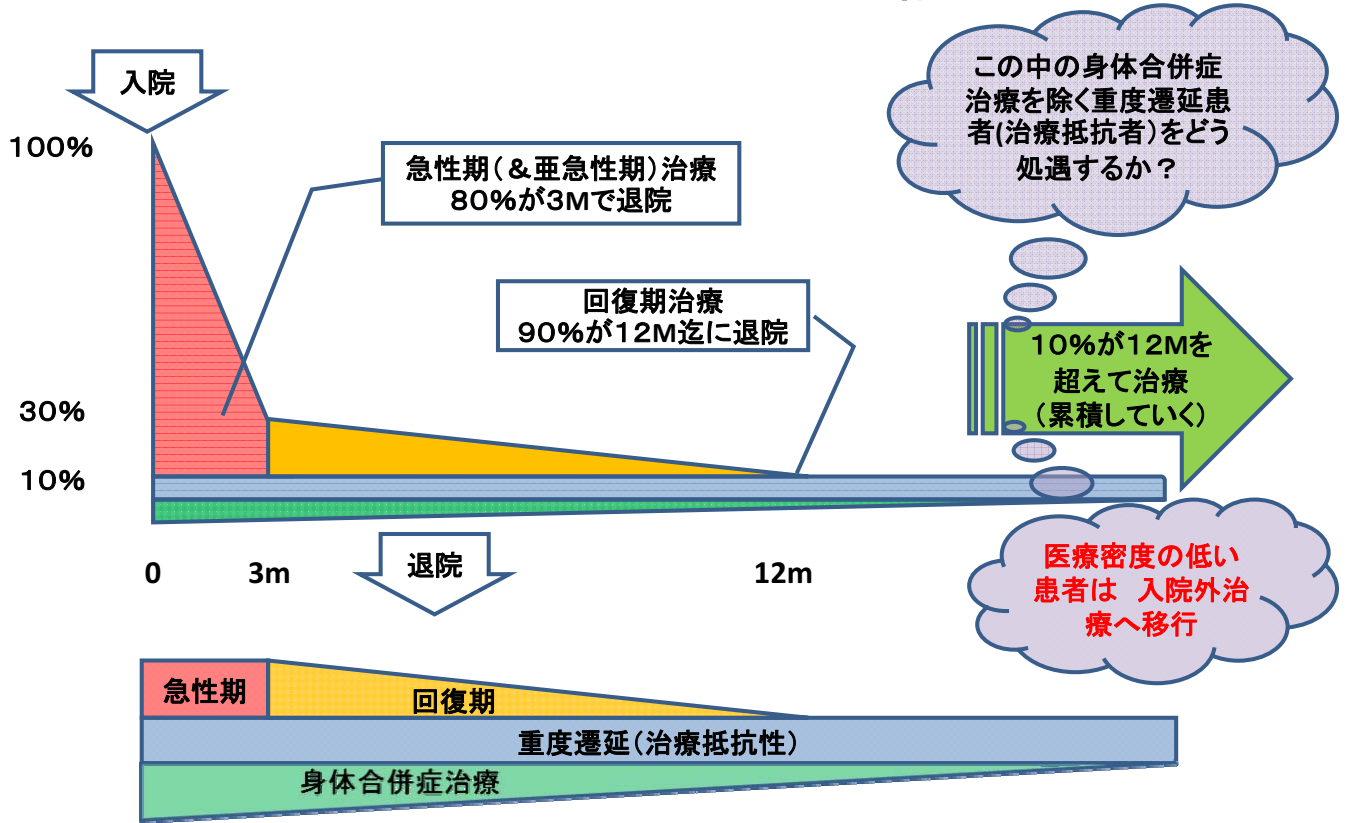
9

精神科入院医療の適正化



10

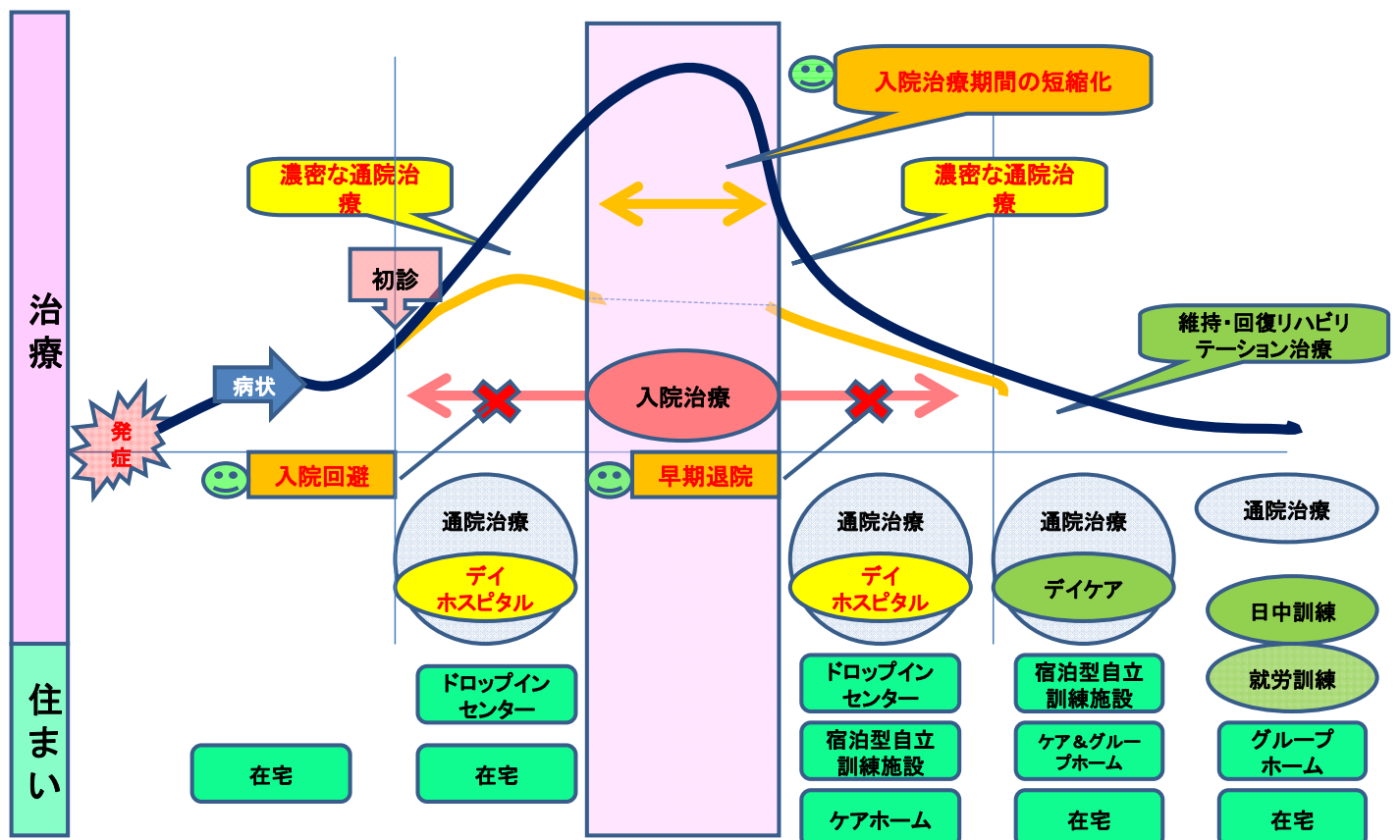
これからの精神科入院治療の構造と課題



「新たな長期的治療患者(10%)を入院処遇しないシステムが必要」

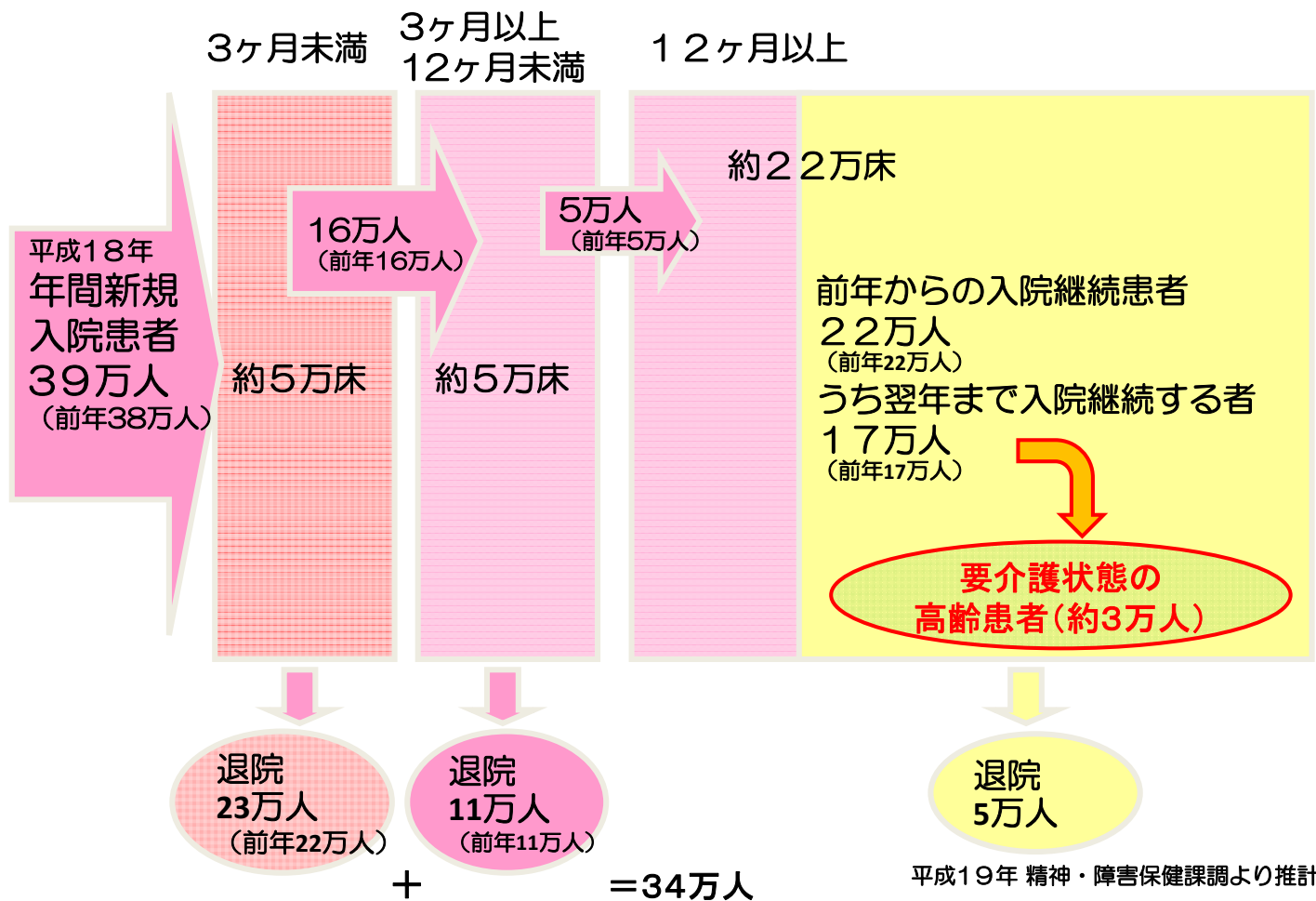
11

デイホスピタルの役割と機能

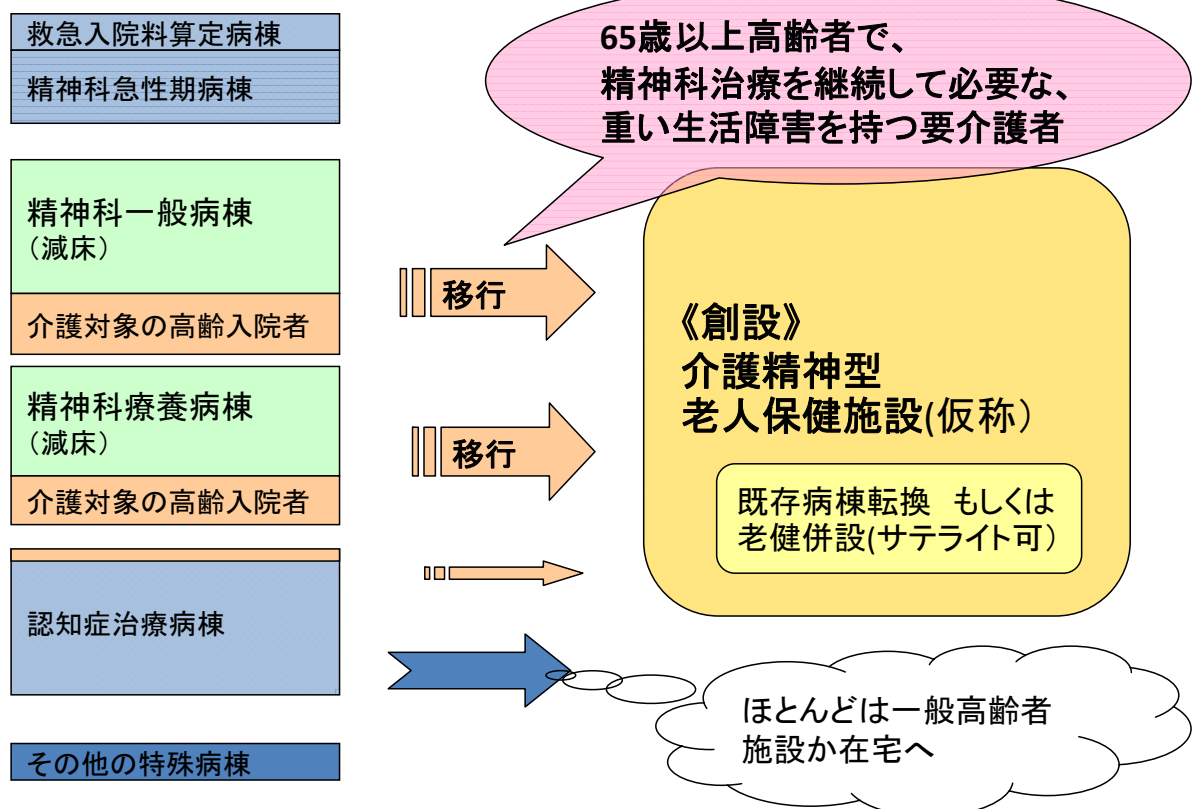


12

精神病床における患者の動態



要介護高齢入院患者の施設移行イメージ



従来の病床転換における実施施策(継続中) 「介護療養型老人保健施設(転換老健)」

- 介護療養病床を再編するにあたり、適切な介護施設等に転換するとして、介護療養型老人保健施設のサービス類型を新設した。
- 「療養病床の転換に際しては、入院患者の医療ニーズに適切に対応することが必要」とされ、「転換する場合、こうした医療ニーズについて既存の老人保健施設の基準では対応できないものがあり、一部機能を付加して対応する必要がある」とされている。

15

介護精神型老人保健施設(仮称)

介護療養病床の転換施策として創設した「介護療養型老人保健施設」を基盤に、その類型として、精神科医療の提供を強化・加味した転換施設としてはどうか。

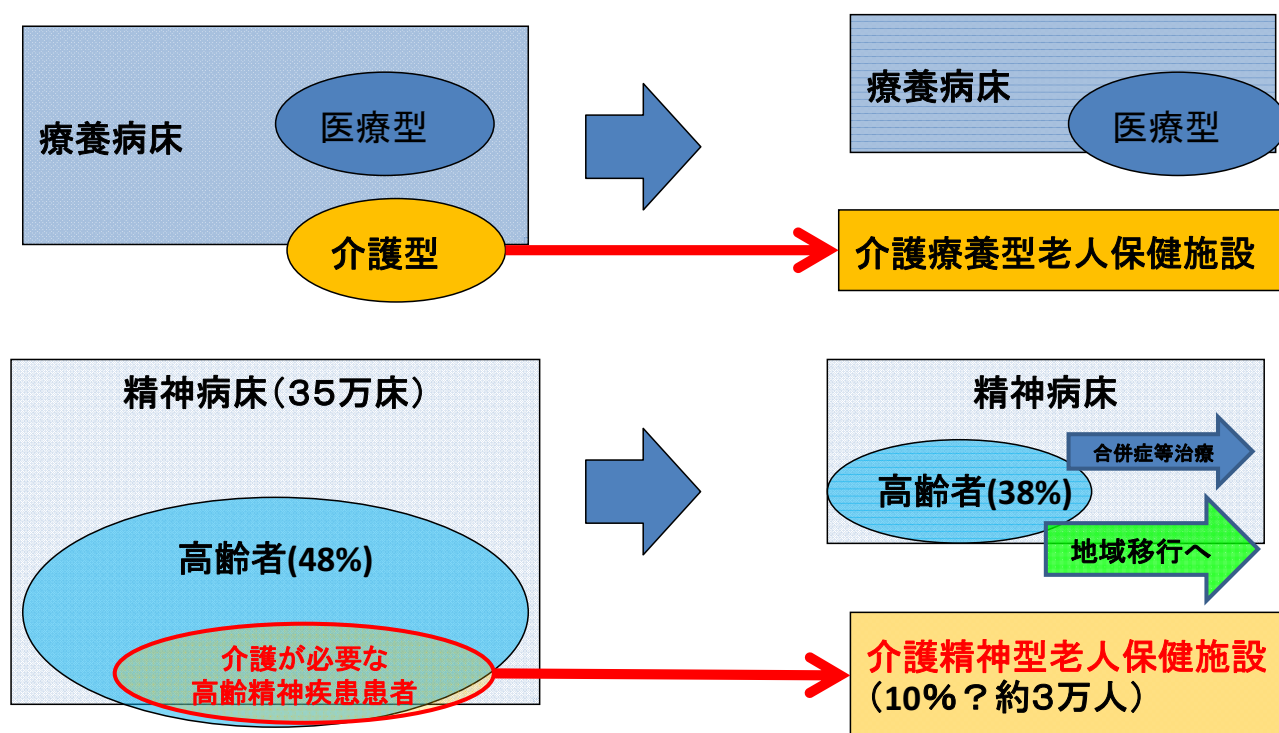
介護保険の要介護度認定は、身体的介護が主体として判定されることから、精神的な医療と管理の評価は、きわめて低い判定となる事が予想される。このことから、現行要介護判定の不足分を補完した介護保険施設サービス費(Ⅳ・Ⅴ)を新設して、人員配置を含め相応の評価をおこなうことが必要ではないか。
(介護療養型創設に際し医学的管理を理由に、上記Ⅱ・Ⅲを新設した。)

あるいは「精神疾患管理加算」として対応してはどうか。

(現行上、重度療養管理120点・認知症ケア加算76点・若年認知症加算120点などからすれば、250～350点の精神疾患管理加算が必要ではないか。)

16

要介護状態の高齢入院患者における 介護サービス移行イメージ（→転換型老健へ）



17

介護精神型老人保健施設(仮称) 入所基準(案)

- 65歳以上の高齢者で、精神疾患の治療を継続して必要な、重度の生活障害を有する要介護者。
- 原則として、精神科病院に入院加療を行っている者を入所対象とする。

算定日が属する月の前12ヶ月間における新規入所者のうち、「精神科病院」から入所した者の割合と、それ以外から入所した者の割合の差が〇〇%以上であることを標準とすること。

- 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。

18

介護精神型老人保健施設(仮称) 人員基準(案)

介護療養型老人保健施設と同様に、

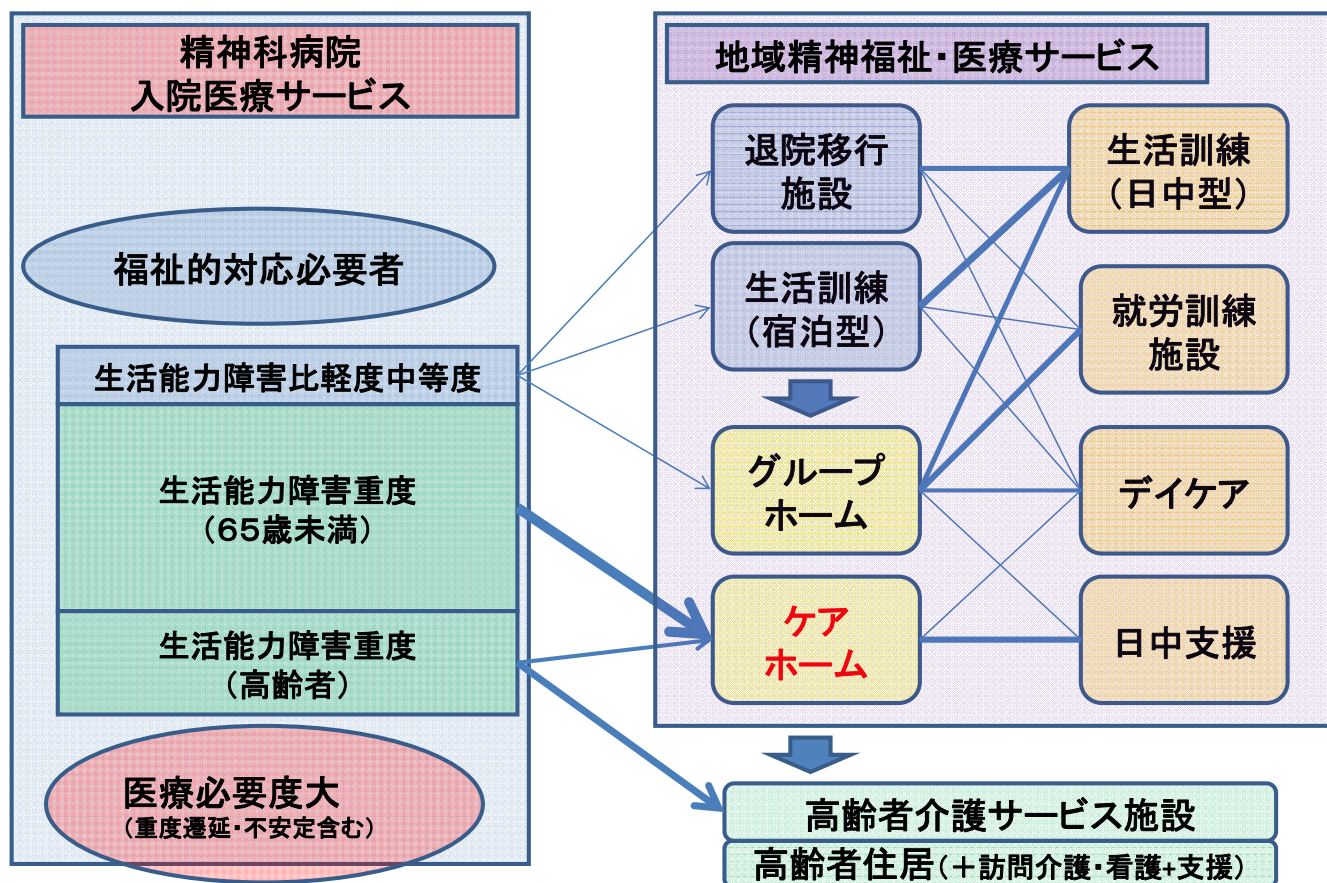
- ・ 医師 1人 (入所者100人あたり)
**精神科病院に併設しない場合は、
医師は精神保健指定医とする。**
- ・ 看護師等 入所者6人にひとり(6:1)
- ・ 介護者 入所者6人にひとり(6:1)
(※介護4:1は加算)
看護職＋介護職で3:1

以上に加えて

精神保健福祉士 1人(入所100人まで)

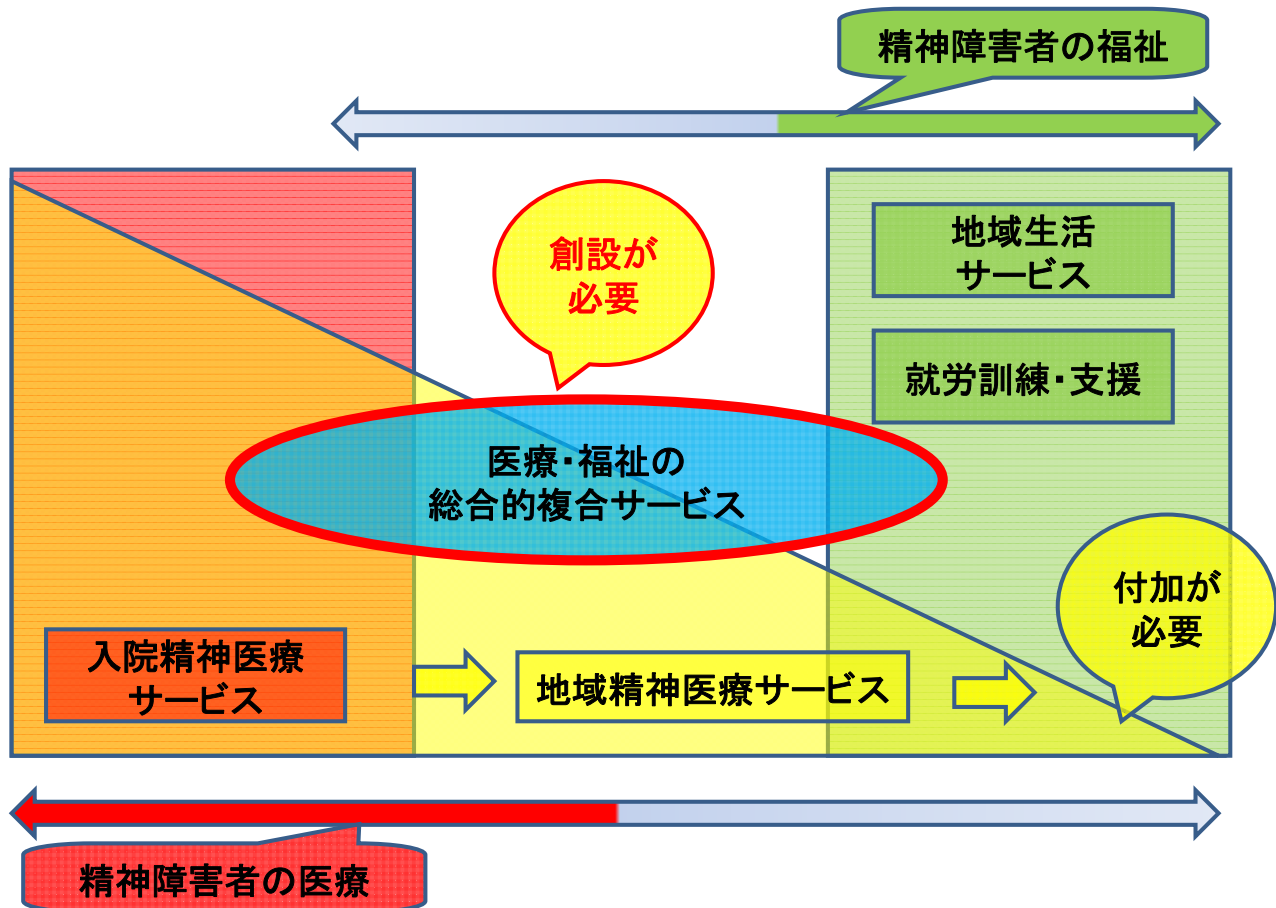
19

精神科病院における福祉的対応入院者の地域移行イメージ



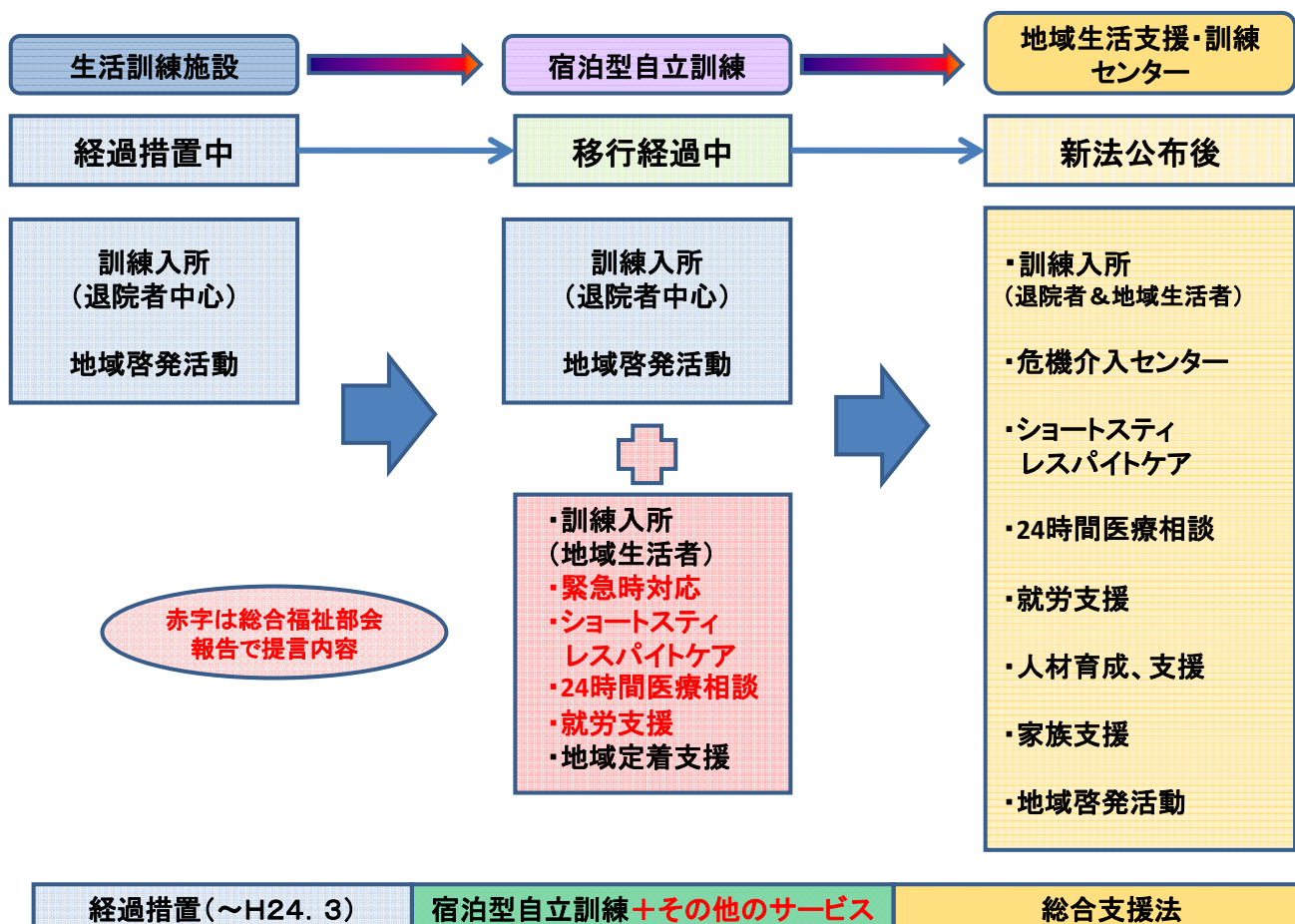
20

精神障害者福祉の特徴と「今後のあるべき姿」



21

(旧)生活訓練施設を「地域生活支援・訓練センター」へ



22



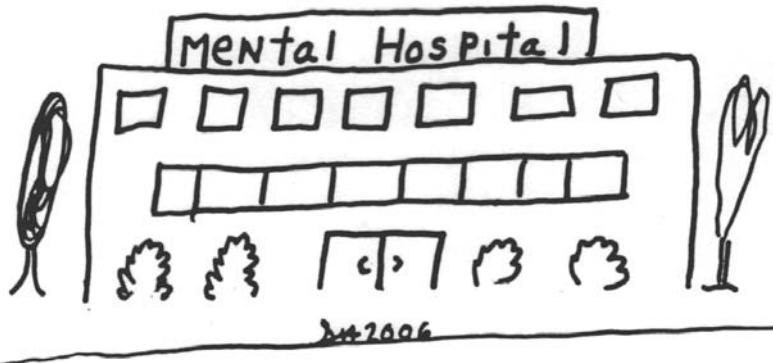
23

チェック アンド バランス

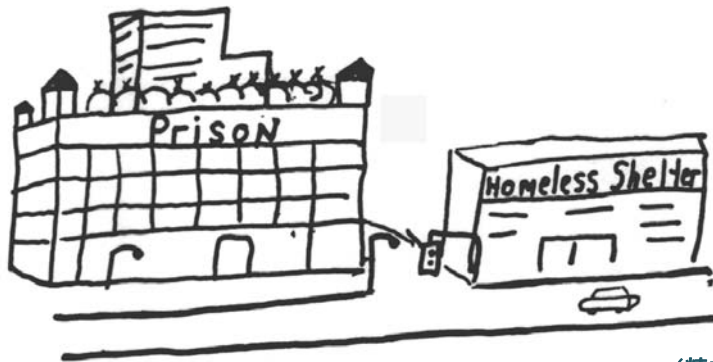
- 「入院施設に代わるシステムを構築し、それが実現した場合のみ入院病床の削減を行う」
(フィンランド)
- 「ホームファースト」
(カナダ)
- WHOの勧告では「**コミュニティーの整備が最初のステップ**」と規定されている。
- 新システムの整備をチェックし、旧システムの縮小とバランスをとることが必須である。
(チェックアンドバランス WHO)
- **社会の受け皿が先・病床削減は後**

24

Mental Health Facility
1956



Mental Health Facilities
2006



1Aグループ
アメリカの雑誌に
載った漫画

「精神保健施設」

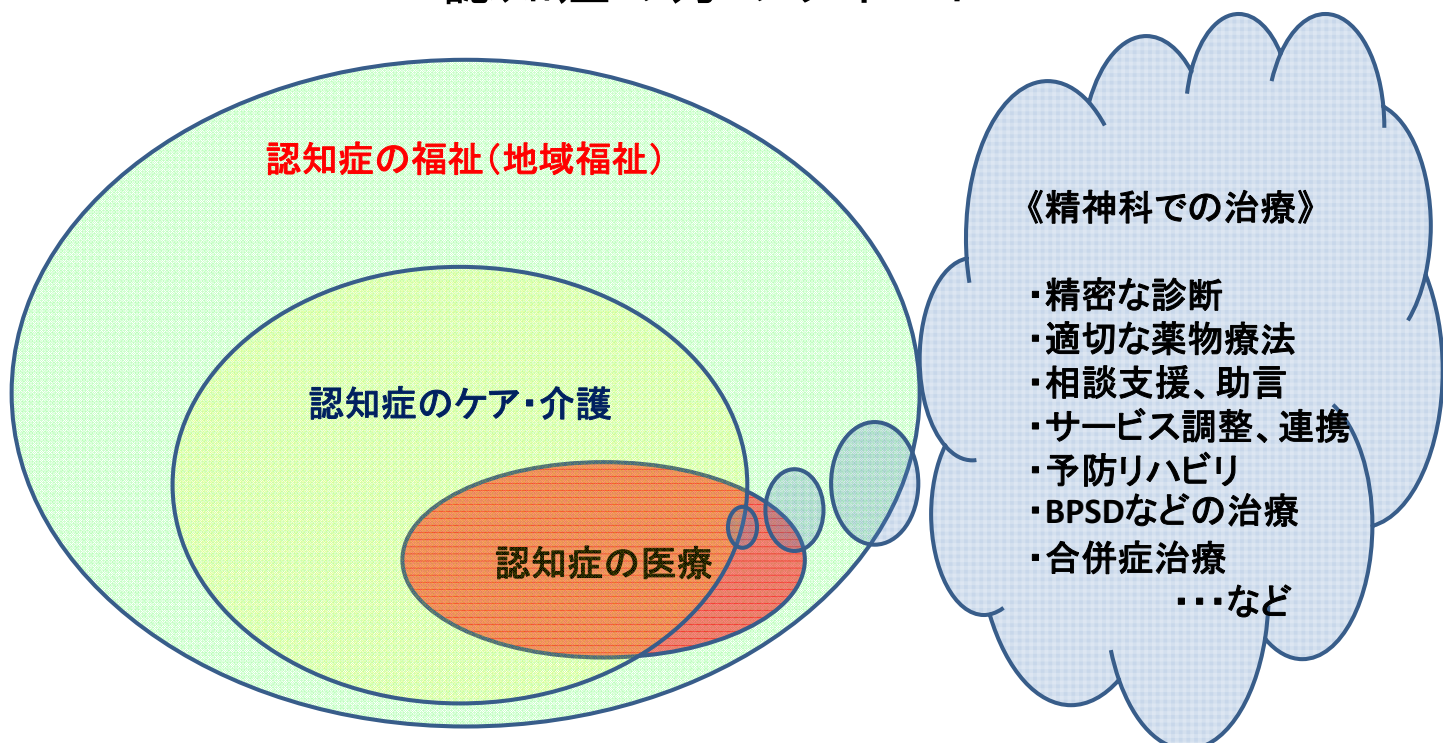
1956
精神科病院



2006
刑務所
+
ホームレスシェルター

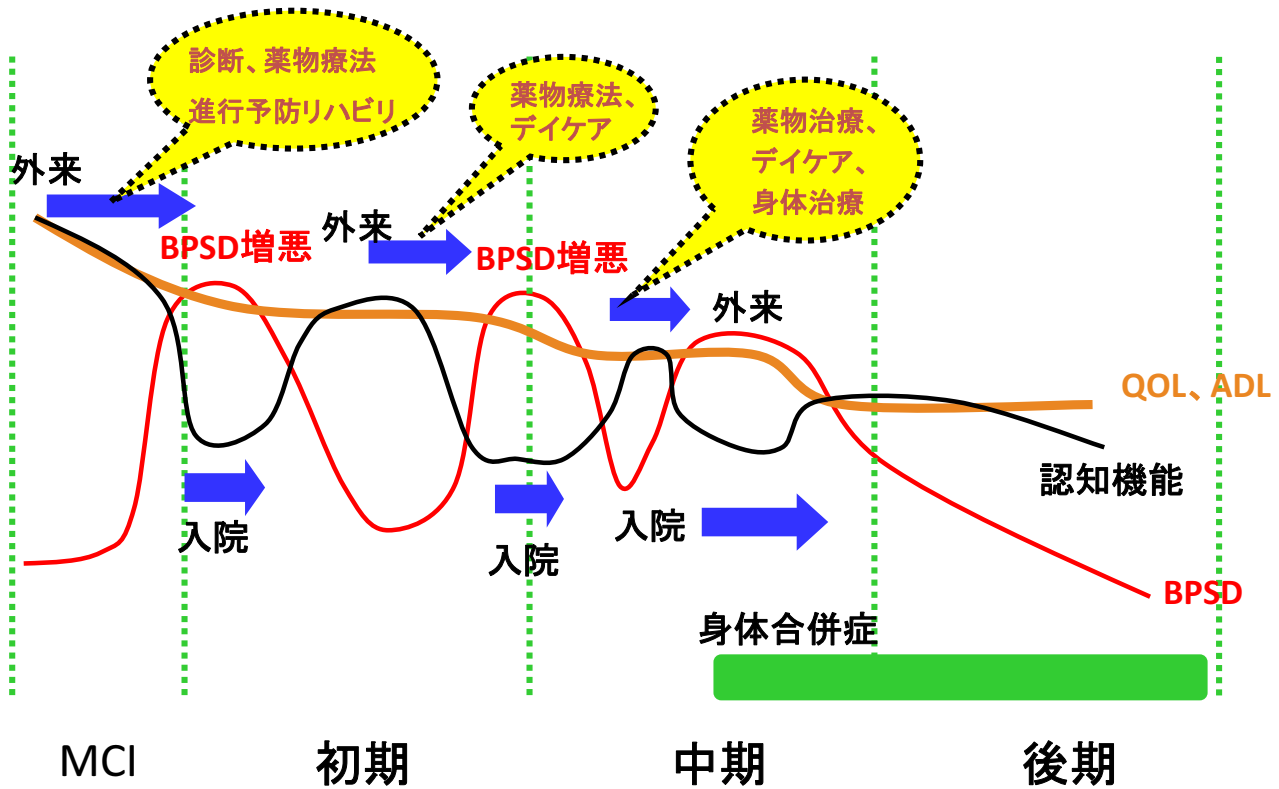
(精神医療の提供実態に関する国際比較研究 佐々木一先生 より) 25

認知症の方のサポート



認知症の方を支えるには、医療だけでなく、ケアだけでなく、両方が必要な分を十分に提供しあうことが重要です。そして、地域そのものが、みんなで支える社会が大切です。

認知症の医療は、初期・軽症から関わることが望ましい



27

認知症地域連携クリニカルパス：退院から地域連携診療計画書（大垣病院）

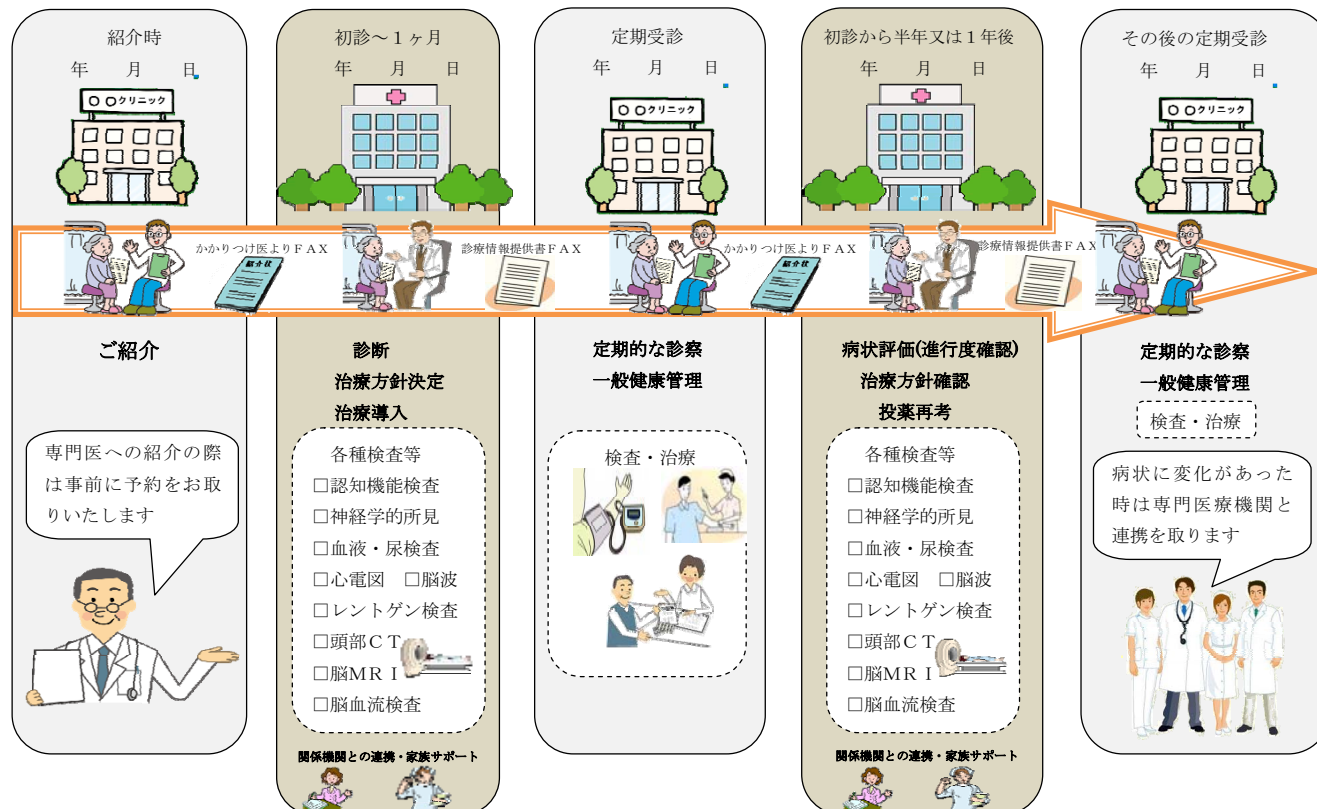
患者氏名	様（男・女）	病院名	かかりつけ医
生年月日	年 月 日 歳	患者ID	患者ID
病名	☐ アルツハイマー型 ☐ 脳血管性 ☐ レビー小体型 ☐ 前頭側頭型 ☐ 他（ ）		

★：診療報酬加算

バス期間 項目		入院～退院先の方向性決定		退院先方向性決定から退院		定期受診（かかりつけ医）		6ヶ月後（専門医受診）		その後の定期受診（かかりつけ医）			
		入院1ヶ月迄（年 月 日～ 年 月 日）		入院2ヶ月～退院迄（年 月 日～ 年 月 日）		年 月 日～		年 月 日		年 月 日～			
目標		□入院目的確認 □退院後の行き先確認 □地域生活がおおよそイメージできる		□病状安定 □家族サポート □地域連携支援（ケアマネ・関連機関）		□定期的な診察 □一般健康管理		□進行度確認 □治療方針確認 □家族サポート		□定期的な診察 □一般健康管理			
地域連携		★介護支援連携ケアカンファレンス（計画的・随時的） □ケアマネージャーとの連携		★介護支援連携ケアカンファレンス（退院前） ★退院時合同カンファレンス（在宅療養の場合）		★病状に変化があった場合は 認知症疾患センターと連携 [電話・紹介状FAX・地域連携パス]		□地域連携パス□情報提供（返信） □他関係機関との連携		★病状に変化があった場合は 認知症疾患センターと連携 [電話・紹介状FAX・地域連携パス]			
各 職 種	P S W	□介護認定状況確認 □家族サポート□関係機関との連携□カンファレンス日程調整				[電話・紹介状FAX・地域連携パス]		□情報収集 □家族サポート		[電話・紹介状FAX・地域連携パス]			
	D r	□入院目的確認 ・退院先確認 □面談（病状及び治療経過、今後の方針説明） □精神状態評価（N P I） □薬物療法評価 □身体合併症検査治療 □生活機能回復訓練評価		□退院日決定 □退院療養計画書・情報提供書 □地域連携パス		□定期診察、治療 □定期検査等		□神経学的所見 □認知症精神状態評価（N P I） □投薬内容再評価 □各種検査等（心機能・脳波検査、関係機関）		□定期診察、治療 □定期検査など			
	N s	□看護計画立案・評価（週1回/月1回） □F I M評価（ADL） □生活機能回復訓練評価 □PSW・OT・CP・MTとの連携 □家族指導（介護方法・接し方など）				□情報収集		□F I M評価（観察及び質問式） □家族指導（介護方法、接し方など）		□情報収集			
	O T	□身体機能・精神機能評価 □生活機能回復訓練評価 □作業療法評価											
	M T	□音楽療法（対象者のみ）											
	C P	□集団精神療法（対象者のみ） □認知機能検査						□認知機能検査					
検 査	項目	実施日	入院時（ / / ）	退院時（ / / ）	添付	検査日（ / / ）	添付	検査日（ / / ）	添付	検査日（ / / ）	添付		
	知能機能	HDS－R		／ 3 0	／ 3 0	有・無	／ 3 0	有・無	／ 3 0	有・無	／ 3 0	有・無	
		MMSE		／ 3 0	／ 3 0	有・無	／ 3 0	有・無	／ 3 0	有・無	／ 3 0	有・無	
	重症度	F A S T	Stage	／ 7	Stage	／ 7	有・無	Stage	／ 7	有・無	Stage	／ 7	有・無
	B P S D	N P I		／ 1 2 0	／ 1 2 0	有・無	／ 1 2 0	有・無	／ 1 2 0	有・無	／ 1 2 0	有・無	
	A D L	F I M		／ 1 2 6	／ 1 2 6	有・無	／ 1 2 6	有・無	／ 1 2 6	有・無	／ 1 2 6	有・無	
検査		□血液 □尿 □心電図 □脳波 □喀痰培養検査 □胸部X－P □腹部X－P □頭部C T □脳MR I □脳血流検査				□血液 □尿 □心電図 □胸部X－P □腹部X－P		□血液 □尿 □心電図 □脳波 □胸部X－P □腹部X－P □頭部C T □脳MR I		□血液 □尿 □心電図 □胸部X－P □腹部X－P			

28

患者氏名	様(男・女)			紹介元				紹介先					
生年月日	(月・日・年)	年	月	日	歳	患者ID		主治医		患者ID		医師名	
病名	☐ アルツハイマー型 ☐ 脳血管性 ☐ レビー小体型 ☐ 前頭側頭型 ☐ 他 ()												
担当ケアマネージャー名	☐ 居宅介護支援事業所 () ☐ 地域包括支援センター ()												



国民の知識と理解(リテラシー)を深め メンタルヘルスのニーズを高めるためには。

【安心の提供】

- ・ 精神科医療の透明性と公開性の推進
- ・ 非同意治療の手順と規定の明確化
- ・ 他害行為や迷惑行為への対応の確立
- ・ 触法患者への治療体制の確立 ……など

【理解の推進】

- ・ 低年齢層から成長過程に応じた「メンタルヘルスと精神疾患および精神障害について」の義務教育と、職域(特に医療従業者)や地域(町内会など)での啓発普及活動
- ・ 精神障害者と共生する地域社会の創造にむけた活動や施策の積極的な実施(ex:メンタルヘルスサポーター養成)
- ・ マスコミなど社会における影響力が強いジャンルでの偏見やそれを助長する行為の監視と是正勧告(ex:メディアカンファレンスの実施) ……など

改革の重要要件: **財源の問題を表面化させること** (国や構想会議などが目を閉ざし避けて通る・・・)

何故、病院運営にとって適正化(病床減)が出来ないのか？

(⇒支出に見合う収入が必要だから)

◎従業している労働者(スタッフ)の生活を守らねばならない(雇用の維持・給与の支給・生活保障⇒労働問題)。

◎土地・建物・設備等の投資(借財)を回収(返済)しなければならない。

◎次の再投資(建物・設備等)への積立準備をしなければならない。

だから少なくとも・・・⇒一床あたりで他科(身体科)の医療費同等以上の収入が必要である。

- ・ハードウェア (土地・建物・設備ほか)
- ・ソフトウェア (治療技能・治療システムほか)
- ・ヒューマンウェア(人材・人員ほか)

どれをとってもレベルアップするためには財源が必要！！

では・・・「どんな風になりたいのか？」

「どのような医療サービスの提供を望むのか？」

.....それでは、その財源をどうするのか？

～ 財源なくして改革なし ～

声高く、ちゃんと
主張・要求しよう

31

戦略ビジョンとは到達目標とプロセスである。



山頂に到達するには、いくつかの登攀ルートがあるが、最終地はひとつである。

32

どのようなルートを選ぶかは選択の問題



33

エベレスト・デスゾーン (over 8000m) の遺骸たち



精神医療に関わる者たちが、死に絶えては、改革は失敗である。患者や障害者にも不利益は与えない。改革の犠牲は出さない。

34

3C プログラム（がんばろう精神医療改革！）

NHKBS3ハイビジョン番組2011



植村直己初登頂1970



かわる(CHANGE)・かえる(CHALLENGE)・かける(COST)