

謹
呈

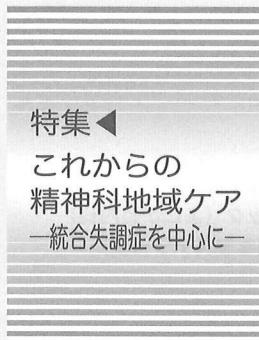
これから的精神科地域ケア
—統合失調症を中心に—

第40巻第5号 特大号

「臨床精神医学」 別刷

アークメディア

著者



VII. 地域ケアの時代に望まれる方略・ストラテジー

1. 精神科病院の立場から

津久江 一郎

Key words: ACTの実践, フォローアップシステム, 医療と介護

1 はじめに

これから的精神科地域ケアについて本誌ではすでに地域ケアのあり方、関連法の方向性、ネットワーク、治療スキルなど総論的解説からACT、訪問看護などをはじめとする地域ケアの新たなサービス概念などなど多方面より解説され尽くされている。そこで筆者としては“地域ケア”すなわち退院促進をいかに進めるかと単に捉えるのではなく、日常臨床に携わっている中型の一民間病院として、目的を統合失調症の退院促進を中心に実行させるためには、これまでにどのような問題が附随してきたか、またそれらをどのように対応、解決して、さらに残る今後の課題と現場の苦労を披瀝し、来る方向性を考察して責めを果たしたい。以下のように3つに分けて話を進めることにする。

- ①地域ケアの前提としての退院促進
- ②地域ケアをいかにすべきか(フォローアップシステム)
- ③精神科医療における認知症患者対応と展望

2 地域ケアの前提としての退院促進

1. 医療法人せのがわ夢・未来図

当院には医療法人せのがわ夢・未来図というプランがある。これは医療提供体制の見直しとして痛みの伴う医療抜本改正(平成12年1月)に備えて

の将来計画(マスタープラン)であった。この組織図のコンセプトの主軸は、病院業務の中で今後は入院部門を一步引き下げ、外来部門を強化して、社会復帰部門の整備を図っていきたいというものである。

財政面から打ち出される国の政策意図に対して、当院の職員に現況と位置づけ、および確固たる信念により運営に安定と活力を促すためのものであったが、この将来計画は改正を重ね第6版になっている(図1)。

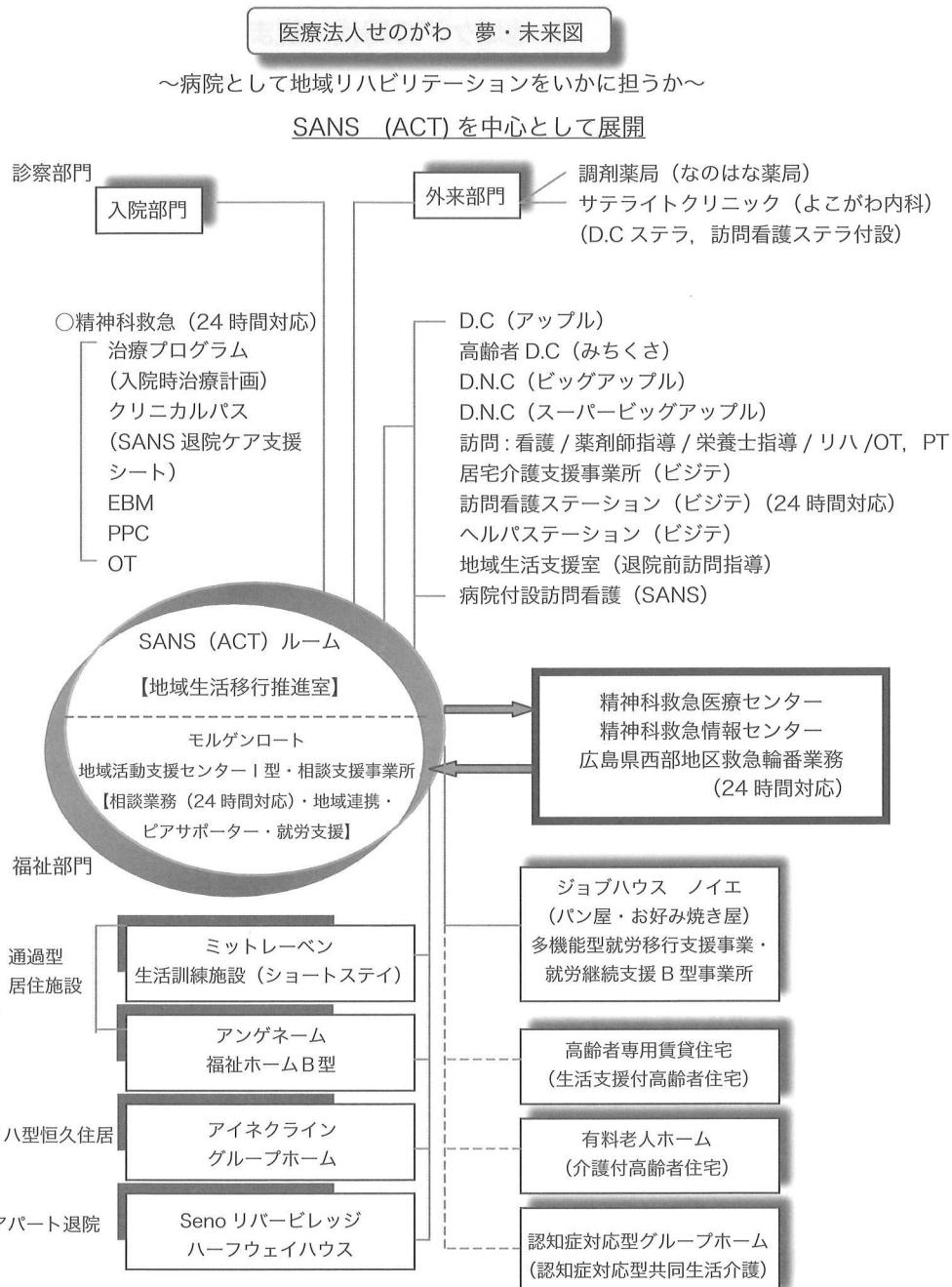
2. 退院促進

地域ケアの充実を目指すために、まず入院時(急性期・回復期・維持期)において治療計画ならびに退院後の支援計画までを踏まえた包括的ケアプランを作成する必要がある。

当院には疾患別治療プログラムとして、①統合失調症、②アルコール依存症、③薬物依存症の3つがおのおのあるが、今回は割愛し退院促進そのための手順について披瀝する。

3. 地域ケア

図2はGreenblattの病院から社会への移行段階図に小生の病院から種々の社会復帰施設、外来対応型のデイケア、デイナイトケア、訪問看護、アウトリーチクリニックなどを当てはめてみたものである。



※SANS…Senogawa 3A Network System (3A=Anytime Anywhere Anybody)

Ver.6

図1 医療法人せのがわ 夢・未来図

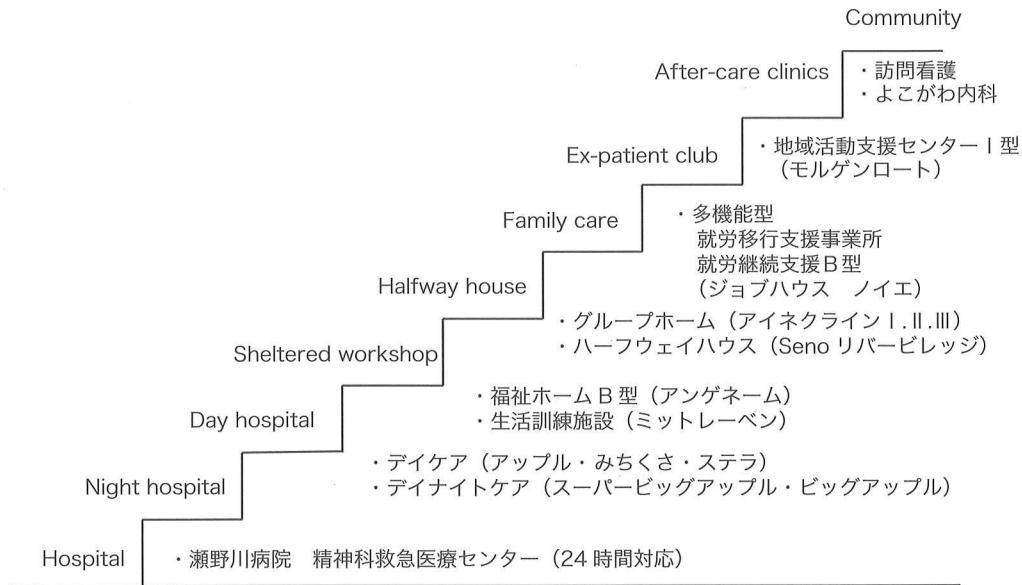


図2 病院から社会への移行段階(Greenblatt) Senogawa式Total care

3 地域ケアをいかにすべきか(フォローアップシステム)

1. せのがわACTチームSANS

(Senogawa 3A Network System : 3A =

Anytime/Anywhere/Anybody)

平成18年4月に地域移行支援を積極的に行い始めたが、正式には平成19年12月に専属(地域移行支援室SANS)の看護師1名、精神保健福祉士1名を常置させ、ケア会議(正式名；長期入院患者地域移行推進プロジェクト)が医師、看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、心理療法士、栄養士、事務など多職種による10名程度のエキスパートスタッフの構成により支援計画を作成し、チームアプローチを行う。スタッフ1人あたり5人以下のケースを担当し集中的なサポートを行い入院中から積極的に関与するように心掛ける。対象者は当院のリハビリテーションメニューによりトータルケアを目指す。

入院時の治療計画は、SANSの図のごとく急性期・回復期・維持期に分けて退院後の支援計画までを踏まえた包括的なケアプランを作成し、入院を長期化させないために、患者、家族に対する支援を強化し退院を促進させる。また超長期入院患者に対しても環境調整を行い退院促進を図る(図

3, 4)。

そのためにステップアップ図(せのがわ版クリニカルパス)の作成を導入し、退院前訪問指導プログラムを定着させ退院後の支援計画を入院時より積極的に作成する。ステップアップ図はいわゆるクリニカルパスとして、パス委員会で内容の検討、有効性、実施状況などを審査している。退院後は回復者の再発防止、社会性の回復を図るトータルコーディネートを目指し社会資源からの複数サービスの提供調整を地域サポートとして関わる職種でチームを構成し、ケア会議およびステップアップ図作成という手順となる。決定した場合、新たに病棟での治療プログラムに加えて“プレデイケア”という訓練に参加させ、ショートステイ、自宅外泊、退院前訪問指導活用による家族との協議は大切となる。

平成22年の疾患別入院患者および平均在院日数は、入院患者950人のうち疾患別では、F0：21人(2.2 %), F1：34.8 % (アルコール26.9 %・覚醒剤4.7 %・その他の薬物3.2 %), F2：374人(39.4 %), F3：116人(12.2 %), F6：44人(4.6 %), G40：10人(1.1 %), その他：54人(5.7 %)であった。

その結果、当院325床(平成22年)のうち精神科

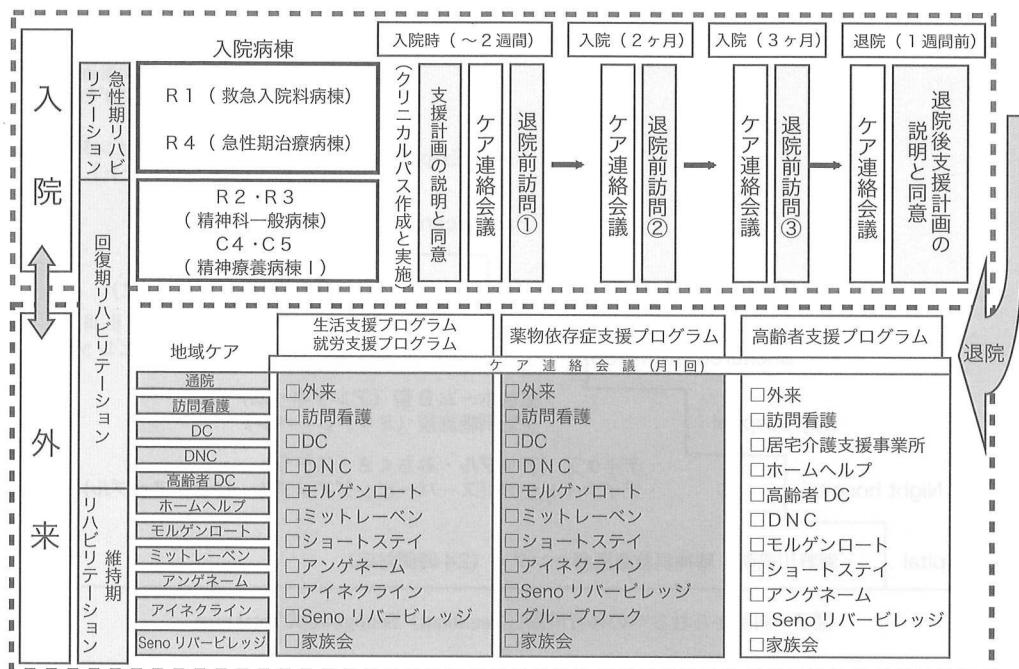


図3 Senogawa 3A Network System (SANS)

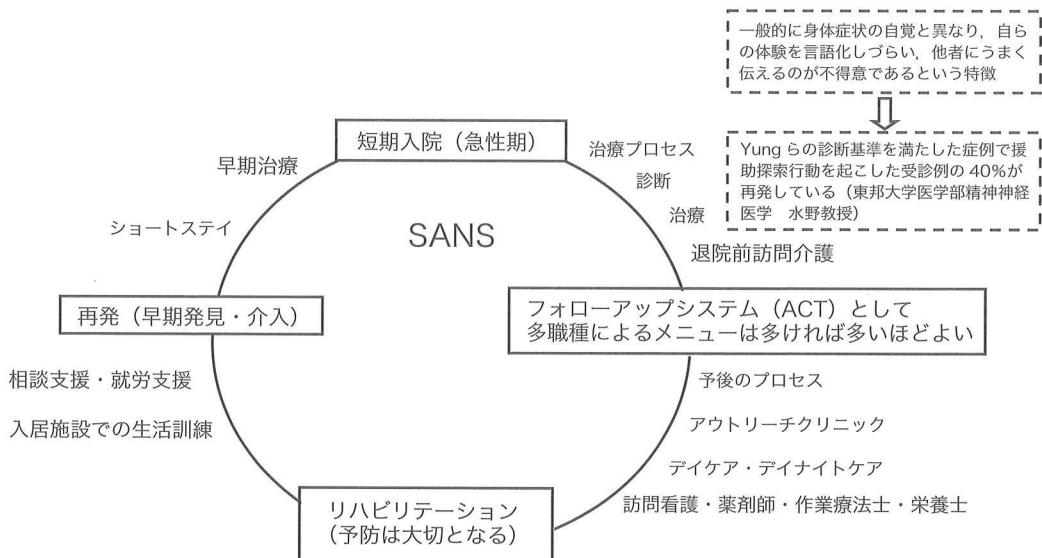


図4 ケアサイクルマネージメント (地域ネットワーク)

救急入院料病棟1(108床)の平均在院日数51.4日、精神科一般病棟116床は352.8日、精神科療養棟101床は543.3日、病院全体として125.0日となっている。

2. 就労支援の流れ

平成20年に障害者雇用促進法が改正され、医療法人の障害者の就労支援事業が可能となり、当院でも平成22年に就労施設“ジョブハウスノイ

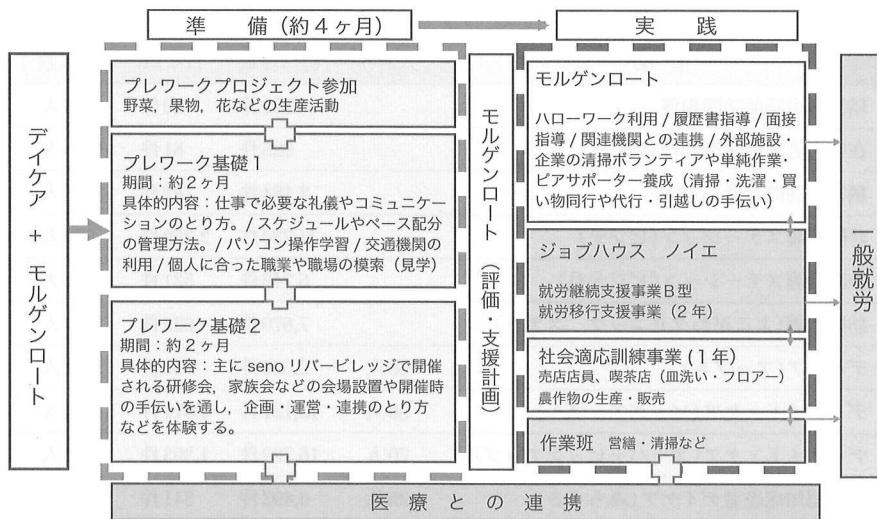


図5 就労支援の流れ

エ”（就労移行事業（お好み焼き）、就労継続支援事業B型（ベーカリー）を正式にオープンした。これは利用者、家族には大変好評であり、職員の意気込み、近隣からの評判も高いが、今のところ人件費比率が100%を超えており、せめてランニングコストだけでも見合うようにと苦戦している。図5はワークトレーニング、社会適応訓練事業、就労継続・支援事業を経て一般就労に向けての当院の流れであるが、道は極めて険しい。

当院には訪問看護部署が4拠点ある。特徴として統合失調症に限らずアルコール、薬物関連疾患なども同様に、また入院形態が異なった人たちも分け隔てなく訪問している。退院が決定すると通院、服薬の義務づけ（当院か市中にあるアウトリーチクリニックか、紹介入院を受けたクリニックに逆紹介）に加えて、可能であれば通院のみならずデイケアかデイナイトケア、重度認知症デイケアに通うこととその間に訪問看護（場合によっては訪問薬剤師、栄養士、作業療法士、理学療法士が必要であれば参加する）を行う。

特に退院直後は新しい生活のため精神的に不安定になることが多いので、週5日訪問することもしばしばであり、夜間不安定になった場合の電話相談も周知させ行っている。

指導、訪問、デイケア件数（平成22年）は以下

のごとくである（表）。

このように地域支援は、入院から退院、退院後のアフターケア、地域ではデイケア、デイナイトケア、訪問看護などで危機介入、早期発見、早期治療という切れ目のないケアサイクルマネージメントを実践していくことが必要である。訪問看護を行うことで全体の84%が定期的通院につながっている。また再入院しても在院日数が訪問前より短期間入院で済んでいるが、病院だけで抱え込むことなく、行政機関や他の機関との連携など役割を分担していくこと、そのためにもあらゆる方面で地域資源とのネットワークを作っていくことも肝要である。服薬の中止が最も懸念されることで、待ち受け医療だけではなく、必要があれば医師同伴の訪問看護など、アウトリーチ型の医療が重要となることもある。多職種の専門性を生かして積極的に対象者のニーズに合わせた対応を行い、安定した生活、生活の質の向上に努めているが、多職種でフォローアップメニューが多くなればその分マンパワーも増えてくる。325床の当院の平成10年のマンパワーは264名で人件費比率は46.6%に、平成22年ではマンパワーは495名に増員しており54.0%に上昇してきている。

表 指導、訪問、デイケア件数(平成22年)

項目	人数枠	延べ件数	月平均	実人数
精神科退院前訪問指導		121件	10件	78人
在宅患者訪問薬剤管理指導		925件	81件	89人
精神科訪問看護(SANS)		2,184件	182件	21人
訪問看護ステーション(ビジテ)		27,230件	2,269件	378人
訪問看護ステーション(ビジテ販)		6,246件	521件	81人
訪問看護(よこがわクリニック ステラ)		7,670件	639件	118人
デイケア(アップル)	50人	9,060件	755件	91人
デイナイト・ケア(ビッグアップル)	50人	12,131件	1,011件	52人
デイナイト・ケア(スーパービッグアップル)	70人	16,722件	1,393件	73人
重度認知症患者デイケア(みちくさ)	25人	6,493件	541件	33人
デイケア(よこがわクリニック ステラ)	50人	6,083件	507件	63人

(年延べ数・月平均・実人数)

4 精神科医療における認知症患者対応と展望

今、民間精神科病院において問題視されていることとして精神科医療が今後“認知症”をどのように対応していくかについて大きくクローズアップされてきている。これは一般科の介護療養型病床の存続問題と同様に精神科療養病棟のゆく末がどうなるのであろうかという問題意識とも関連していると思われる。もう1つ介護保険制度を施行してちょうど10年になるとこの制度の見直しも検討されている。精神科医療にとってもこの制度改革は等閑視できない重要な問題である。

これらについて前者については「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」—認知症と精神科医療—中間とりまとめ(厚労省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課)(平成22年12月28日)として報告書が出されている。後者については「介護保険制度見直しに関する意見(厚労省社会保障審議会介護保険部会 平成22年11月30日)」が日本精神科病院協会とは別のところで何の連絡もなく審議され提出されている。

最近になって医療と介護の連携がにわかに呼ばれているが、まず精神科医療においても介護保険制度創設時について振り返ってみると必要があると

思う。

1. 医療と介護の連携が呼ばれている背景の考察

介護保険制度創設当時、入院の長期化や社会的入院が問題視され、その解消策が求められた。かつて老人保健法において老人保健施設が発想された時点では“中間施設・通過施設”と俗称された。つまり病院と自宅の中間に位置し、自宅での生活の準備、訓練をする場と考えられた。しかし期待した機能を十分に果たさず退院促進は思ったほど進まなかった。そこで医療の中の「介護」部分を切り離し、独立させ、みんなで支え合うという発想(当時、国民のみんなで親孝行というキャッチフレーズが使われた)の保険制度を作れば、結果として入院の長期化は解消されると考えられた。

“医療と介護の2つの財布”として発足したこのシステムは、介護を独立させることにより、より充実した日常生活の支援が行われるようになり、病院での生活から別れ自宅での日常生活が復活し、結果として患者、利用者のQOL(生活の質)は高まるものと考えられた。

ところが、介護保険の運用においてサービスそのものが自己目的化し機械的となり患者、利用者の実態に即した対応が二の次となってしまった。

医療の世界では、病名の特定から治療方針・治

療行為の決定・指示、退院の判断、終末期における死の判定まで医師が行う。医療という個人の命に関わる心身への外部から積極的な働きかけを行う特別の世界では、医師という専門職が一連の判断主体となるのは当然といえる。

一方、介護という個人の日常生活の支援という世界では、医師による高度・専門的な判断・働きかけを要しない直ちに命に関わることのない通常の生活要素が大きなウエイトを占めているので、個人の日常生活に関わる多職種にサービスのあり方を判定させててもよいと考えられた。すなわち関係する職種が連携して、ケース判定を行うことがむしろ望ましいと思われた。ケアマネージャーが置かれ、判定会議がもたれる由縁である。

ところが、現実の運用は、ケアマネージャーや判定会議の恣意性を排除せんがため、客観的なデータに基づく数量的・機械的処理が主になった。勢い、判定の結果は実態とかけ離れたものになるケースが見受けられた。ケースをいかにマネジメントするかではなく、ケース判定すること自体が追求されることになった。

分析的な運用は、相手を固定的・静態的に捉えることができるならば効果的である。対象を静止した状態で捉えられれば、人間の主観や価値観を排除し、運用をサイエンスとして行うことができる。しかし、ケアを求めている個人は流動的、動態的な存在であり、生き生きとした現実の中から未来の可能性まで視野に入れたその都度における最善の判断を求められるのである。既存の理論やモデルに基づくサイエンス的な運用に問題があったといえるのではないだろうか。

ケース判定において求められるのは“プロデュース力”，その時々の状況や関連性を読み取りタイムリーに最善の判断を行うことができる“判定力”である。

個人の生活の支援は、本人の自立・自律を前提にQOLの確保、人間としての尊厳の保持を目的に医療・介護・生活支援を含む包括的なトータルケアの発想で臨む必要がある。しかも、それぞれの属している地域環境は一様ではない。つまり、地域環境条件に即しながら実態に合った柔軟な対応でしか行き得ない。

そうであるなら、医療・介護・生活支援に携わる者が一堂に会し、協議し、共通の目標を掲げ確認し、置かれている条件の制約の中で、その実現のためにそれぞれが何をどのように分担し連携を保つか、計画を作り、実行し、検証して次なる実行につないでいくシステムを作るしかあるまい。

まず地域における連携は、サービスプラン作成の段階から必要不可欠といえる。しかも、すべての関係職種に参加させ、分担責任と連携の義務を負わせることであろう。

個人の日常生活はその家庭、住まいをもとに展開される。介護保険制度創設時において、強く推進が図られようとしたのが在宅サービスである。つまり在宅での生活を継続するためには介護ニーズへの対応をしっかりと行う必要がある。在宅介護を妻や嫁を中心とした家族力に頼ると、介護疲れでこの人たちまで倒れる可能性がある。“老老介護”という言葉も使われるほど家族を拘束している。

女性も介護から解放すべきとも主張された。そこで介護を社会化し、外から家庭に介護サービスを入れようと考えたわけである。しかし現実は質・量ともに不十分で人材不足が叫ばれており、サービス提供主体に不祥事まで発生している。

2. 長期入院と高齢者(65歳以上)問題について

過去10年間の65歳以上の入院割合と入院平均年齢などについて調査してみた。

① 5年以上の入院期間患者割合

年	H8	H11	H14	H17	H19	H20	H21	H22
全国	43.7%	41.5%	38.8%	36.4%			35.5%	
当院	17.5%	18.9%	23.7%	21.2%	22.4%	20.4%	19.5%	18.6%

(厚生労働省：患者調査)

当院の平均年齢は55歳前後で推移している。

②精神病床入院患者の年齢分布（65歳以上）の比較

年	H8	H11	H14	H17	H19	H20	H21	H22
全国	29%	33%	38%	43%			48%	
当院	13.0%	12.4%	18.2%	16.5%	15.8%	15.8%	18.6%	20.4%

(厚生労働省：患者調査)

平成20年における精神病床入院患者のうち、65歳以上が48%と著しく高齢化している。

当院でも次第に高齢化比率は高まって平成22年は20%となっており、10年前に比べて高齢化が進行している。

③精神病床入院患者高齢者(65歳以上)のうち長期入院者(5年以上)の割合

年	H16	H17	H18	H19	H21	H22
全国	37.6%	37.3%	37.1%	37.2%	36.4%	
当院	32.2%	24.5%	26.0%	22.0%	20.0%	18.8%

(厚生労働省：精神保健福祉資料)

当院において平成21年、平成22年(18.8%)と長期入院者の割合が低下傾向にあるが、これは毎年地道に長期入院患者を地域移行させてきた効果の現われかもしれない。

これに加え、精神科地域移行実施加算(平成20年新設)のため平成20年に対象者71名中9名退院、平成21年に対象者66名中4名退院、平成22年に対象者63名中5名退院と超長期入院患者(対象者)が次第に減少してきているところにも注目したい。

3. 医療と介護の連携(地域包括ケア)

地域における認知症医療体制の整備について、認知症疾患医療センターの整備や認知症サポート医養成研修やかかりつけ医認知症研修が行われているが、量的不足が課題となっている。BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)の治療は急性期対応型精神科医療の得意分野であり、その後安定期に入れば一定の条件をつけて精神療養棟で診る方策があると思う。そうした後に高齢者が住み慣れた地域で、高齢者のニーズや状態の変化に応じて切れ目なく必要なサービス(在宅であれ、施設であれ)が提供される体制を2次医療圏単位で整備する。これが総合機関としての「地域包括支援センター」になり、ここで包括ケアや予防システムを支えていく。こうして切れ目のない医療と介護サービスの連携をするために多職種連携による生活支援が必要となってくる。当然365日24時間体制で医師をはじめとする多職種によるチームでの対応でなければならぬ。これがわれわれ精神科病院に今後求められ

るアウトリーチによる在宅認知症患者のBPSDへの対応であり、これを可能とするためにも日頃より地域との連携が求められていると思う。

喫緊の課題は人材の養成と多様な職種の量的確保であろう。あわせて24時間短時間巡回訪問介護や夜間対応訪問介護のようなさまざまな取り組みが民間の知恵と実行力とで試みられるべきであり、それを推し進める報酬の確保も課題である。

医療と介護は別々の2つの財布ではなく、医療を軸とする同心円上の存在であるべきことは、当然のことである。

5 まとめ

テーマを統合失調症を中心として掲げてあるが、その本質である「退院促進・地域ケア」に重点をおいたため、統合失調症について特段の記載をしなかったところである。周知の通り、わが国においても非定型抗精神病薬の開発や統合失調症の軽症化などで外来対応型になってきている現状にある。地域ケアを考えるうえで、今後統合失調症のみならず増加する一方である認知症をも視野に入れた対応が求められるであろう。

ところで、医療経営データ「日精協中小規模病院の今後(医療経営最前線 経営実践編 2004年8月 産労総合研究所)³⁾」の小生の論点を強調することになるが、日精協会員病院1,213施設の平均病床数は現在242床であるが、この論文では病床規模200床未満と200床以上とに分類すると当時1,217病院中(平均病床数247床) 200床未満が41.2%であった。200床以上477病院、200床未満261病院の調査の結果、病床規模差を補正するために100床あたりの換算値で分析した。その結果をまとめると、200床以上の収益構造は入院収益依存型、200床未満の病院は外来収益依存型であると結論づけて「200床未満であるから利益確保が困難」と短絡的な結論を出すことなく、小規模病院の進むべき方向性、将来性を見据えて外来対応を強化していくという戦略的経営が求められるのではないかと推量し、これはまた今後の地域医療を重視するという国策にも同調することになると説き、既製の考えに止まらないで病床の確保の

みにあえて固執することなく、外来対応型に重心を移すなど戦略的展開により新たな時代性に合致すべく、体制立て直しの努力を惜しんではならないと結んでいる。

今一度、精神科病院に求められる今後の方策として入院患者の退院促進である。救急病棟で急性期患者を、一方、地道ではあるが5年以上の長期入院患者の退院促進にも努める。次いで医療と介護にまたがるBPSD患者の対応もまた避けて通れないわれわれの専門として受け入れる決意をすると同時に、認知症疾患医療センターの整備と地域包括支援センターとの連携を強化し、入院を前提としない地域で生活を支える道筋を明らかにしていきたい。

さて、平成24年春は医療と介護の同時改定が予定されている。年金2分の1の国庫負担と子ども手当の扱いですら結論が出ていない現状にある。政局よりも社会保障の一体改革の推進をというが医療・介護の財源論についての言及は具体的でない。保険料、消費税率のアップ、さらに福祉目的税などもっと実行可能な具体案は固まっていない。また、医療の消費税問題を解決するという課題もまたわれわれにとっては重大な問題である。こうした現況では賃金、物価が下がっているとしてマスキングされた「実質のマイナス同時改

定」が、今の内閣により敢行されかねないと危惧するところがある。

文献

- 1) 津久江一郎：21世紀の精神科病床のあり方. 日精協誌 20: 78-83, 2001
- 2) 津久江一郎：「既存の精神病棟の転換案」を批判する. 医療経営最前線 経営実践編 7: 2002
- 3) 津久江一郎：日精協中小規模病院の今後, 医療経営最前線 経営実践編 8: 2004
- 4) 津久江一郎：平成18年度厚生労働科学研究費補助「障害者自律支援法の導入における退院・社会復帰促進等の円滑化のための実証的研究」報告書, 2007
- 5) 津久江一郎：病棟転換型退院支援施設への医療経済的検討. 病院経営 1: 2008
- 6) 津久江一郎：平成19年度障害者保健福祉推進事業「医療機関スタッフに対するうつ病対策研修の在り方に関する調査」報告書, 2008
- 7) 下原千夏：入院から地域生活へのネットワークシステム構築の試み. 精神科救急 12: 74-83, 2009
- 8) 津久江一郎：精神科臨床エキスパートシリーズ：明日からできる 退院支援・地域移行実践ガイド. 分担執筆. 医学書院 9, 2011 (投稿済)

*

*

*