

ヨ夕記



石井 知行

ヨ夕記

石井 知行

与太を飛ばして
ヨ夕ヨ夕歩く
ヨブ記ではなく

ヨタ記

目次

序

発刊に寄せて

自由民主党副総裁（元外務大臣、元法務大臣）衆議院議員	高村正彦……………	9
公益社団法人日本精神神経学会理事長・大阪大学大学院精神医学教授	武田雅俊……………	10
広島大学長	浅原利正……………	12
公益社団法人日本精神科病院協会会長	山崎 學……………	13

青年期 ……………15

9年の経過を示した海綿状脳症の1剖検例 (NEUROLOGICAL MEDICINE 6(6), 1977) ……	17
A comparison of cerebral atrophy in CT scan findings among alcoholic groups (Acta Psychiatrica Scandinavica 309(68), 1983) ……	26

厚生指標掲載の小文について ……………51

弱小民間病院の立場から (厚生指標 35(7), 1988) ……	53
-----------------------------------	----

病院移転問題について ……………55

定礎 ……………56

うつくし松 ……………57

菊花石の由来 ……………58

壮年期 I ……………59

高円宮殿下御視察 ……………60

知仁会 設計図

メープルヒル病院 本館	61
メープルヒル病院 新館	71
メープルヒル病院 別館	80
介護老人保健施設ゆうゆう	89
デイナイトケア わくわく	99
精神障害者生活訓練施設あい (当時)	104
メープルヒル病院 外来棟	108
渡り廊下	113
地域生活支援センターみらい (当時)、精神障害者福祉ホームB型 きらきら (当時)	115

丘門会巻頭言について

巻頭言	(丘門会誌 第129号, 2002)	124
巻頭言 これからの研修体制について	(丘門会誌 第136号, 2005)	125
巻頭言 感情労働について	(丘門会誌 第144号, 2007)	129
巻頭言	(丘門会誌 第151号, 2010)	133

壮年期Ⅱ

庭	(日本精神科病院協会雑誌 24(8), 2005)	137
精神科作業療法における園芸作業の現状と課題	(日本精神科病院協会雑誌 25(4), 2006)	141
広島県における精神療養病棟入院患者の障害程度区分による実態調査	(精神神経学雑誌 109(10), 2007)	149
普及型ACT-Jステーションおよび自立支援法・精神障害分野の精神保健福祉法への移行について	(日本精神科病院協会雑誌 28(3), 2009)	161
認知症患者の行動制限、とくに身体合併症加療のための身体拘束の法的根拠について	(日本精神科病院協会雑誌 28(10), 2009)	171
精神科病床における認知症病棟の機能分化 とくに身体合併症病棟について	(日本精神科病院協会雑誌 29(2), 2010)	179
慢性期医療を中心とする病院の経営戦略	(日本精神科病院協会雑誌 29(4), 2010)	187
精神科領域における医療と介護の機能分化について	(日本精神科病院協会雑誌 30(5), 2011)	197
認知症に対するチーム医療の現状と今後の方向性	(日本精神科病院協会雑誌 30(8), 2011)	209
介護を支える現場から	(精神科 21(1), 2012)	221

序

2013年9月28日、私は満67歳となりました。まだ若いと思っているうちに馬齢を重ね、残り期間が少なくなってきました。来し方を振り返ってみると、多方面に迷惑をかけるばかりで社会貢献もほとんどできていません。折々に雑文を書いてきましたのでこれらを集成して節目にしたいと存じます。

発刊に寄せて



自由民主党副総裁（元外務大臣、元法務大臣）
衆議院議員

高村 正彦

石井知行先生とは、先々代の石井司先生と私の父である高村坂彦とが昵懇にして頂いて以来、交誼が続いております。昭和47年、大竹新生病院の敷地が広島一岩国道路の建設予定地となった際、精神科病院であるため移転に問題が起きて難渋されました。代替候補地において、住民からの移転反対運動を受け、石井知行先生とご母堂が病に倒れ入院されたこともありました。そういった大変な困難と苦労を伴いながらではありましたが、先生は高速道路の社会的意義をよく理解されており、病院移転に力を尽くされました。

新しく建てられました病院の定礎石には、海部俊樹内閣総理大臣の揮毫を頂きました。竣工時に先生と私とで記念碑を除幕して、病院建物の周囲を二人で回りながら、病院の発展を祈念したことが思い出されます。

昭和61年には、精神科医療改革への熱意を強く持たれていた石井先生から相談を受け、精神衛生法改正問題について議論を交わし、以降も折に触れ政策的助言を続けて参りました。

近年は高齢認知症患者の増加など、精神科医療の重要性がますます高まっております。石井知行先生におかれてはご自愛の上、より一層我が国の保健医療福祉に貢献されることをご期待申し上げます。

若い世代に引き継ぐこと

－精神医学の重要性と精神科医に臨むこと－



公益社団法人日本精神神経学会理事長・
大阪大学大学院精神医学教授

武田 雅俊

本年7月に厚生労働省から発表された平成24年の日本人の平均寿命は女性が86.41歳、男性が79.94歳であった。女性の平均寿命は、平成22年まで26年間連続して世界一を続けた後、平成23年には香港に抜かれて2位となったが、今回は前年より0.51歳延びて86.41歳となり、世界1位の座に返り咲いた。日本人男性も前年より0.50歳延びて過去最高の79.94歳となり、世界5位となった。このように日本人の平均寿命の延長自体は喜ばしいことであるが、豊かな高齢者の生活が保障されているかどうかについて考えると未だ不十分であることに気づく。

多くの人が、還暦を一つの節目として、これまでの人生を振り返り、その後の20余年をどのように生きるかを考えるようになる。若い時期は人に教えてもらいながら仕事を始め、40歳代からは主体的に自分の仕事をこなし、一定の年齢に達すると自分の生き方を振り返り、若い世代に何かを残したいと考えるようである。このような時期に、Active aging、Successful Aging、Creative Agingを実現するためには、どうしたらいいのかを考えるのであろう。小生もそのような世代の一人であるが、石井知行先生は昭和21年9月28日の生まれ、昭和46年の広島大学医学部卒業であるから、今年で67歳、卒後42年目を迎えられる。石井先生もそのような気持ちになられたのであろうか、この度、論文集をまとめられることになった。

石井先生と同様、小生も精神科医を職業として大部分を大学の精神医学教授として過ごしてきた。そして日本精神神経学会理事長の役割を荷うようになり、精神医学を専門とする若人を育成し、良質の精神医療を提供できる体制を整えたいと思うようになった。精神科医は素晴らしい職業と思っているからであり、そのような立場から精神医学の素晴らしさについて思いつくままに述べてみたい。

精神科は全人的医療を担当する

精神科は、現代の細分化された専門科目の中で殆ど唯一の全人的医療を担当する専門科であり、精神科医には生物・心理・社会を統合した幅広い視野からの臨床が期待されている。「全人的医療」は、近年繰り返して言われるようになったが、全ての医師・臨床家に求められていることではあるが、精神科医は他科医師以上にこの医師としての職業の本質的な部分を臨床の場で経験する。精神科医ほど日常的に医療を介して他人を助けるとことを経験できる臨床科目は他にはない。多くの精神科医は一生の仕事としてその職業を継続するが、石井先生もそのお一人であろう。精神科医においては、人を助けることのできる知識と技量は、年齢と共に蓄積されていくものだからである。

精神医療のニーズが増大している

精神疾患は年々増加しており、平成20（2008）年の患者数は323万人となった。このような状況を踏まえて、2012年7月に策定された「5疾病5事業」の地域医療計画において、精神疾患は国がその対策を講ずべき重要な疾患と位置づけられた。精神科患者数は、これからも社会の複雑化・高齢化とともに増加していきだろうし、複雑な社会の中で精神科医の活動は医療に留まらず、司法・教育・産業衛生などの多くの領域で期待されている。

石井先生は、このような状況を見越して、お父上から引き継がれた大竹新生病院を大きく発展させてこられた。本館・新館・別館からなる8病棟366病床のメープルヒル病院を中心に据えた、介護老人保健施設ゆうゆ、

デイケア施設わくわく、生活訓練施設あい、地域生活支援センターみらい、福祉ホームきらきらなどから構成される総合医療福祉施設は、地域における中核的な役割を担っている。石井先生の論文集に、これらの病院の設計図を自分の活動の意見表明として取り入れられたその理由もむべなるかな。

心のサイエンスが花開こうとしている

これまで、神経科学領域の基礎研究者は、精神疾患よりも神経疾患をターゲットとしてきた。以前は精神疾患に手が届かなかったからであるが、今や精神疾患は研究の主要なターゲットとなりつつある。細胞生物学・分子遺伝学・脳機能イメージングの膨大なデータをバイオインフォマティクス手法により解析・統合しようとするブレインサイエンスは、ヒト脳機能の解析を可能としつつある。2013年から欧米においてはBrain Initiative、Human Brain Projectが立ち上げられ脳回路の網羅的コネクトーム解析プロジェクトに巨額の予算が付けられるようになった。これらのプロジェクトは最終的には精神疾患の克服を目指しており、精神疾患の解明がサイエンスの射程に入るようになった。わが国においても科学技術総会議の提案の中に「精神疾患の解明」が盛り込まれ、精神疾患研究の重要性が認知されつつある。日本精神神経学会でも「精神疾患克服に向けた研究推進の提言」を公表しその重要性をアピールしているが、優秀なりサーチマインドを持った精神科医を育成したいと思っている。精神疾患の研究には精神科医としての臨床経験が大きな意味を持つと考えらるからである。

どのような精神科医が望まれているか

精神医療は多職種にわたるチーム医療であり、その中心的役割を担うのが精神科医師である。精神科医療はScienceそのものというよりもStates of Artsと表現する方が分り易い。このような医療現場に求められる人材には、他人の力になりたいという気持がまず必要である。これは全診療科の臨床医に必要な要件であるが、精神科医には加えて以下のような要件が重要となるだろう。

① 人間が好き

臨床とは患者と共に悩み苦しむことであり、本来泥臭いものである。患者の希望・要求に応えながら、絡まった糸玉を一つ一つ丁寧に解きほぐしていくような作業である。このような精神科医としての臨床場面に対応するためには「人間が好き」という条件は殆ど不可欠なものであろう。

② 複雑な臨床の場からサイエンスとして取り組むべき課題を抽出できる

上に述べたように臨床場面が複雑な泥臭いものであったとしても、その中には論理的に解決できる課題が必ずある。混沌の中から整理して、解決可能なものと不可能なもの、対応可能なものと不可能なもの、介入すべきものと時間の流れに任せるべきものを選別することが必要となる。このような作業には論理的思考の訓練を十分に受けていることが重要である。

③ 治療的自己を有する

心理療法家が大切にしている治療者の要件として「治療的自己」という言葉がある。これは、Watkins JGの提唱したTherapeutic Selfの訳語であるが、治療者自身の人柄が、患者の癒し・患者への治療効果に大きく影響することは多くの臨床経験により実証されている。精神科医や心理療法家には、すべからく治療的自己を磨きあげる努力が求められる。

④ 新しいことへの挑戦をいとわない

精神医学には解明された疾患や障害はほとんどない。これは精神医学が未熟という意味でもあるが、言葉を代えて言うと、原因が解り治療法が開発された疾患は、他の診療科に渡してきたという事実をも表現している。精神科医は常にフロントラインに立ち新しいことに挑戦し続けてもらいたい。

おわりに

思いつくままに書きつらねたが、果たして自分が上の要件をどの程度満たしているかについては自信はない。しかし、そのようにありたいとは思ってきた。今回、寄稿を依頼されて、改めて石井先生の経歴と論文集を読み通した。石井先生とは精神神経学会理事会を含めて多くの機会にお会いするが、お話しするたびに新しい発見がある。石井先生の言動から察するに、自分以上に精神科医として優れた素質をお持ちのように思える。石井先生をモデルとして数多くの優秀な精神科医が育っていくことを期待したい。

発刊に寄せて



広島大学長

浅原 利正

最近、広島大学の同級生の石井知行君から医学論文の別刷が送られてくるようになった。それも、かなり専門性の高い学術論文である。彼も私も67才になり、学術論文に手を着けることはどだい億劫になってきているにも拘わらず、たいしたものだと感心している。内容は正直ちんぷんかんぷんである。昨年終わりには何と英文論文をよこしてきた。学生時代の生活からは想像も出来ないことである。

私と石井君とは出席番号が近かったために（浅原、池田、池田、石井、石橋---）口頭試問など一緒に受けた記憶がある。病理学第一講座は、当時とても厳しい飯島宋一教授が担当しておられた。確か6人位での授業の時試問を受けたことがあった。勿論、厳しい質問に皆しどろもどろである。飯島教授も郷を煮やして「君たちはだいたい1日何時間くらい勉強しているのかね？」と質問された。皆が沈黙気味の時、すかさず石井君が「だいたい2時間くらいです」と応えた。「馬鹿をいいたまえ。2時間も勉強したらこれくらい簡単に答えられるはずだ」と軽く一蹴された。皆、再び一層の沈黙と脂汗である。石井も度胸があるわい、と思ったものである。

そのグループの石井君が論文を含めてこれまで書きためたものを冊子にすると言う。そんな面倒なことを67才になってするかな、と云う気持ちであったが、同級生、それも出席番号が近いから何か一言添え書きをせよ、と云ってきた。改めて送られてきた未完成の本を見ると、結構まめに、忙しい臨床の合間に書き留めたものだと感心した次第です。

齢を重ねる毎に体力は低下していきませんが、判断力はむしろ向上するとも云われています。世の中を見る目も鋭くなっているようです。そんな印象の同級生の本を、暇な折に手にとってみるのもまた一興と思いました。

発刊に寄せて



公益社団法人 日本精神科病院協会会長
山崎 學

石井知行先生は正義の人である。親しく話をお聞きしていると、政治を初めとして世の中の仕組み全ての不条理に対して悲憤慷慨するのである。そうかといって決して堅物ではない。人懐こい笑顔交じりにシモネタを開陳することもある。まことにバランスのとれたお人である。

石井先生にお会いしたのは、平成18年日本精神科病院協会代議員会に広島県選出の代議員として出てこられ、執行部としてその鋭い質問に対応しなければならなくなった時である。また、質問の内容も多岐に渡り、浅学菲才な身として度々窮地にさらされた苦い経験をいまになって思い出す。

先生は平成12年日本精神科病院協会学術研修会委員を皮切りに、平成16年診療報酬委員会委員、平成18年特定入院検討部会委員、平成20年政策委員会委員、平成22年病院経営管理委員会委員と協会の大きな委員会に所属して精神科医療全般に亘って研鑽を積まれているところである。

また、平成24年10月には、小生とWHOを訪問して精神科医療関係者を前に1時間に亘って日本における認知症の現況と将来展望について講演をされている。講演後の質疑応答の時間でも関係者の質問に英語で答えられていたのは英語の苦手な小生にとって驚きであった。現在は病院経営管理委員会委員のかたわら、認知症医療検討チーム、認知症医療介護専門対応チーム委員として日本精神科病院協会の認知症医療政策作成の中心に立っておられる。また、平成23年に始まった厚生労働省の一方的な適時指導に対して協会が協会傘下の8ブロックで行った適時指導対策研修会の責任者として全国を飛び回って地域医療の啓発に大きく貢献された。

今回の論文集は先生にとって集大成ではないと思っている。数年後に次の論文集の挨拶文を書かせていただくことを期待している。

青年期

1967年10月8日、羽田において京大生 山崎博昭君が機動隊との衝突で死亡しました。当時、いわゆる「山崎君ショック」が多数の若者の間に広がりました。自分の利害のためでなく、社会正義（と、信じているもの）のために命を賭した学生がいたことにショックを覚えました。それまでは日韓闘争がありましたが、クラスに討論に来た左翼学生を教室から追い出したりしていました。このショックのために11月16日、羽田における佐藤訪米阻止闘争に参加し、以後、東大闘争まで多くの現地闘争に参加しました。ちなみに、祖父の石井司は佐藤栄作後援会の会長でありましたから、反抗期のニュアンスもあったのでしょうか。後年、文化大革命の悲惨な状況を書いた中国人女性 ユンチアンの「ワイルド・スワン」という本を読み、目から鱗が落ちた思いでした。情報の偏りによって、熱しやすい青年たちが手玉に取られていた構図がよくわかります。そういう意味で、文化大革命を絶賛した当時の朝日ジャーナルは極めて悪質でしたし、以後もこの流れが続いています。

9年の経過を示した海綿状脳症の1剖検例

石井 知行 木村 進匡 更井 啓介
瀬山 進一 三山 吉夫

Reprinted From NEUROLOGICAL MEDICINE
Vol. 6 No. 6 pp 519-526 JUNE. 1977 (神経内科)

科学評論社

原著

9年の経過を示した海綿状脳症の1剖検例*

石井 知行** 木村 進匡*** 更井 啓介****
瀬山 進一***** 三山 吉夫*****

Key Words: Creutzfeldt-Jakob disease, subacute spongiform encephalopathy, protracted course, pathology

1960年、Nevinら¹⁾がHeidenhain症候群²⁾を含めてsubacute spongiform encephalopathy (SSEと略)の概念を提唱して以来、SSEとCreutzfeldt-Jakob病(C-J病と略)との疾病論的關係が問題とされてきた³⁾⁻⁶⁾。Nevinら¹⁾はSSEの特徴として、精神症状、錐体外路症状、錐体路症状、視覚障害などを呈しながら亜急性の経過をとり、剖検では大脳皮質に広範な病変がみられ、それは特に後頭葉に優位であり、海綿状態が著明で、グリア結節やノイロノファギーを見ない点にあるとした¹⁾。

私どもは、Heidenhain症候群やNevinらのいうSSEに基本的に一致するが、しかし、臨床的に9年の長い経過を示し、病理学的に多数のグリア結節が認められた1症例を経験した。その臨床病理学的所見を報告し、若干の考察を加える。

症 例

患 者: 34歳、男性、右利き。

家族歴、既往歴、生活歴：特に遺伝負因はない。頭部外傷、脳炎の既往はない。18歳、高校を中位の成績で卒業した。以後、職を転々と変えているが、本人の性格のためではない。22歳で殺虫剤製造会社に入社し、1年間、BHCの製造に従事した。その間、特に急性中毒症状は認められなかった。

現病歴: 25歳時、周囲より瘧性歩行に気づかれた。27歳で恋愛結婚をした。29歳頃より時に自分の名前が書けなかったり、なげやりな行動が認められるようになり、瘧性歩行が著明となり、階段の昇降も困難となった。30歳より、言語緩徐となり、ふすまを

開けてももとの位置に戻すことができないような先行が認められた。仕事のミスも重なり、現場の上司より受診をすすめられ、1970年9月、広島大学医学部附属病院神経科に入院した。

入院時所見: 栄養中等度で、脈拍64/分、整、血圧130/75mmHg。胸部、腹部の一般理学的所見に異常を認めなかった。視野検査で同心性狭窄が認められた。複視はなかった。言語は緩徐で、舌に萎縮や攣縮などは認められなかった。軽度の筋強剛、振戦およびadiadochokinesiaが、両側上肢に認められ、歩行は瘧性であった。腹壁反射は左右とも減弱しており、拳拳筋反射は右で消失していた。上肢腱反射は左右とも中等度に亢進し、下肢腱反射は左右とも強度に亢進していた。また、膝間代、足間代が両側に出現し、Babinski反射は左側に、Chaddock反射は両側に見られた。その他の病的反射は出現しなかった。筋萎縮、知覚障害は認めなかった。

検査所見: 一般糞尿検査、血液検査、血清学的検査で著変なく、下腿三頭筋生検でも異常はなかった。自律神経機能検査では、アドレナリンテスト(-)、ピロカルピンテスト(≡)、アトロピンテスト(-)で、メコリールテストはS型を呈した。巣症状として構成失行、失書、失算、左右障害、手指失認、色彩失認、時計時間失認、地誌的障害が認められた。田中ビネー式知能検査でIQは36であった。脳脊髄液検査では、初圧120mmH₂O、終圧110mmH₂O。Queckenstedt現象(-)、Pandy反応(+)、Nonnc-Apelt反応(-)。細胞数6/3、定性梅毒反応(-)、総蛋白62mg/dl、糖59mg/dlであった。血清ではNa 143mEq/l、

* An autopsy case of subacute spongiform encephalopathy with a long clinical course of 9 years. (Accepted April 5, 1977).

** Tomoyuki ISHII, M.D.: 大竹新生病院 [〒739-06 大竹市玖波5-7-34]; Otake Shinsei Hospital, Hiroshima.

*** Nobumasa KIMURA, M.D.: 木村神経科内科、**** Keisuke SARAI, M.D.: 広島大学医学部精神神経科、***** Shinichi SEYAMA, M.D.: 放射線影響研究所病理部、***** Yoshio MITSUYAMA, M.D.: 国立小倉病院神経科

K 3.1 mEq/l、Cl 120mEq/l で、IgG 36.8 mg/dl (2.6 ± 1.2)。IgM 0.25mg/dl、IgA 0.45mg/dl (0.23 ± 0.17) (括弧内値は正常値)であった。ウイルス学的検索は施行していない。頸動脈写では、脳室拡大を思わせるunrollingが認められ、気脳写で全脳室系に高度の拡大が認められ、特に後角は著明であった。脳波では、low voltage fast patternを示したが、periodic synchronous dischargeは出現しなかった。睡眠誘発 (Tricloryl, Benadryn) ではhump、spindleの出現は良好で、lazy activityは認めなかった。

入院後の経過: 保続症が出現し、人格低下、痴呆、精神緩慢、失認、失行、痙性歩行などがしだいに増悪し、寛解傾向はなく、緩徐ながら常に進行性であった。数ヵ月に1回の割合で記録した脳波では、上記所見以外に特に変化を認めなかった。気脳写および脳血管写は、1971年6月と11月に施行したが、入院時の所見と比較して著明な変化は見られなかった。32歳頃より、糞尿失禁が出現し、ときどき徘徊し、道路上の危険もまったく認知できないため、精神病院に転院した。転院後1972年3月より、ときどき噴射状嘔吐が出現したが、他に髄膜刺激症状を思わせる症状は出現しなかった。人格低下、痴呆はさらに進行し、自己の病気に対する深刻さがなく、気分は不安定で、不機嫌であったり、多幸的であったりした。痙性歩行もしだいに増悪し、両膝をやや前に折り曲げて前屈姿勢をとり、停立したままであることが多くなった。この頃、左方注視麻痺が出現した。同年9月頃よりsucking reflexおよびgrasping reflexが出現し、12月には歩行不能となり、這って前進するのみであった。1973年3月から死亡時まで、9回、強直性間代性痙攣が出現した。1973年4月、1974年1月と2回、重積状態に陥った。1973年6月頃から瞳孔左右不同、37~40℃の発熱が見られるようになり、意識が混濁してきた。同年12月頃から、四肢は屈曲位で硬直し、以後、その状態が続いた。意識障害は動揺をくり返しながらも、しだいに悪化し、74年2月昏睡に陥った。その頃からミオクローヌ様の発作が両側の大腿四頭筋に頻発しはじめた。3月、肺炎を合併し、74年4月4日、死亡した。

剖検所見: 死後6時間で解剖した。全身の一般臓器には、両側急性気管支肺炎、左肺尖部結核性病巣を認める以外に著変はなかった。脳重量は980gで、終脳は全体的、対称的に萎縮し、特に後頭・頭頂葉で著明であった。小脳、脳幹、脊髄に萎縮は見られなかった。終脳を覆っている脳軟膜は著しく白濁肥厚していたが、脳幹部、小脳、脊髄を覆っている軟

膜には著変を認めなかった (図1-a, b)。前額断では、側脳室、特に後角が著しく拡張していた。終脳では、皮質、髓質ともに萎縮し、特に皮質の萎縮が著明であった。さらに後頭・頭頂葉では、皮質は一見軟化を思わせる層状病巣に陥っており、その部分を覆っている脳軟膜は、著しく肥厚し、脳実質からの剥離が困難であった。皮質下核は全体的にやや萎縮していたが、輪郭、形状は正常で、粗大病変は認めなかった (図1-c~f)。また、脳幹、脊髄、小脳の断面においても、特記すべき所見はなく、脳底動脈にも動脈硬化性変化は見られなかった。

組織病理学的所見の中心は大脳皮質にあった。大脳皮質には実質内の孤立性。融合性の海綿状態が回頂、回溝各部の区別なく全般に分布し、皮質表層に多少目立つ傾向はあるものの、全層に及んでいた (図2-a, b)。海綿状態の重篤度は部位により異なり、前頭葉では軽く、10~30 μ の不規則な円形または楕円形の小孔の小房状集合または融合として認められたが、後頭・頭頂葉では、ルーペですでに基質疎鬆化が認められるほど高度な変化を示し、細胞構築は著しく乱れていた。病変の比較的軽いところでは、変性した神経細胞や肥大したアストログリアが海綿小孔の壁の一部を成しているように見えるが、細胞成分とはまったく関係がないように見えるものもあった。神経細胞の脱落は大体海綿状態の強さに応じて起こっていたが、海綿状態の高度な部分でも、なお神経細胞がかなり残存していた。残存していた神経細胞は、萎縮、色質崩壊など種々の変性を示したが、しかし、原発刺激の像は認められなかった。肥大したアストログリアの高度の増殖が、ほぼ海綿状態に一致して、大脳皮質全体に全層にわたって見られ、特に皮質深層部、皮髓境界に著明であった。アストログリアの増殖の他に、皮質には軽度ながらミクログリアが増殖していたが、グリア結節は認められなかった。海綿状変化の著明な部位の皮質下白質では、髄鞘染色で中等度の淡明化が見られ、それに一致して線維性グリオーシスがみられた (図1-g, h)、しかし、この白質の変化は亜急性硬化性全脳炎を示唆するほどの変化ではなかった。大脳基底核では細胞浸潤はなく、また、グリア結節、ノイロノファギー、海綿状態は見あらず、神経細胞の軽度の変性脱落が見られるにすぎなかった。尾状核には肥大したアストログリアの増生が見られた。

脳幹、脊髄、小脳における組織学的に特徴的なことは、多数のノイロノファギーとグリア結節の存在であった (図2-e~h)。視床下部、中脳被蓋部、橋、延髄、頸髄と広範にわたりグリア細胞の増生および

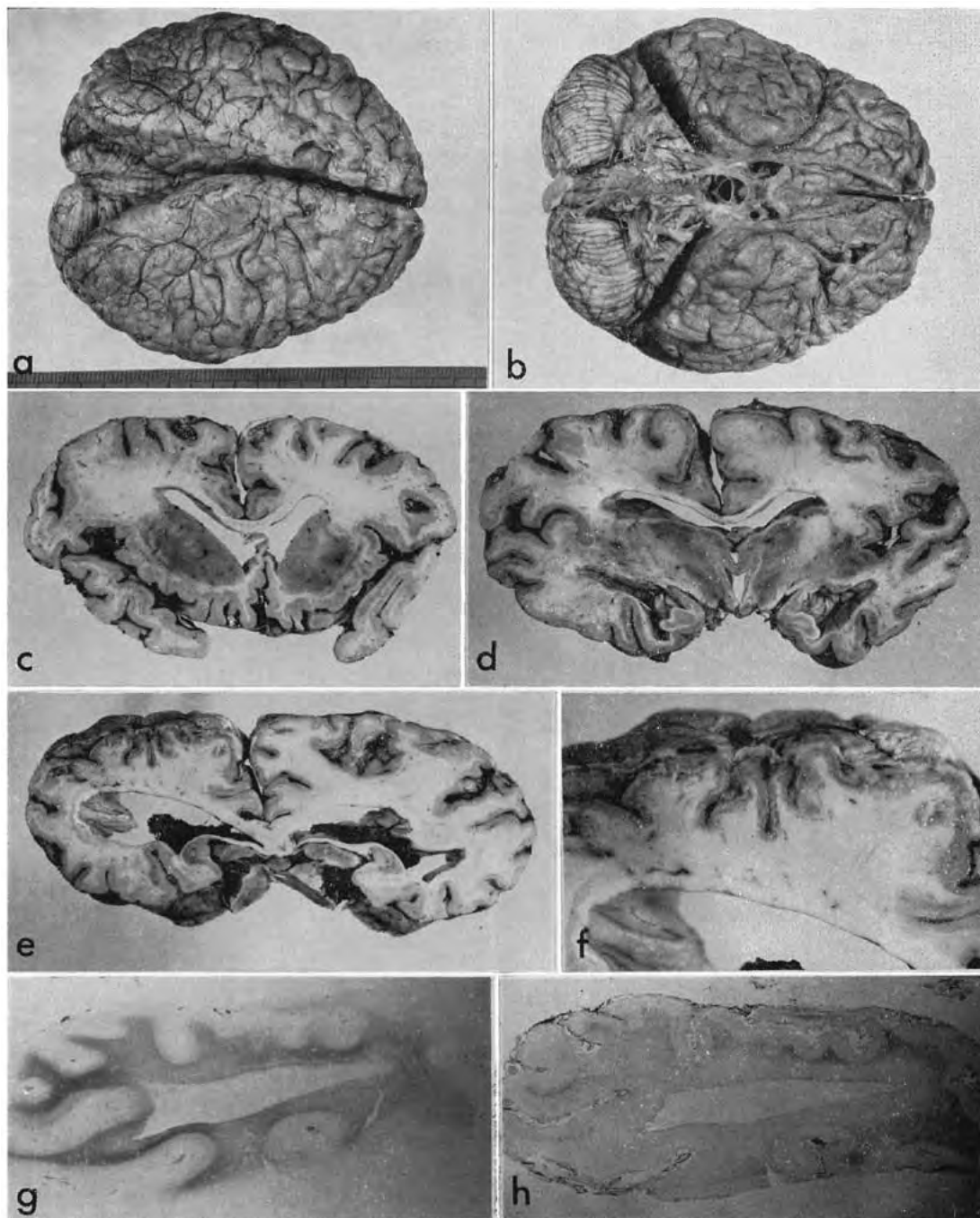


図1 a、b：大脳半球は萎縮し、脳軟膜は白濁肥厚。c～f：前額断。特に頭頂・後頭葉に皮質の萎縮が目立ち、一部では層状壊死様となっている（fはeの拡大）。g：後頭葉のKlüver-Barrera染色。白質の淡明化（ $\times 1.2$ ）。h：gと同一部位のHolzer染色。髄鞘淡明化に一致して線維性グリオシス（ $\times 1.2$ ）。

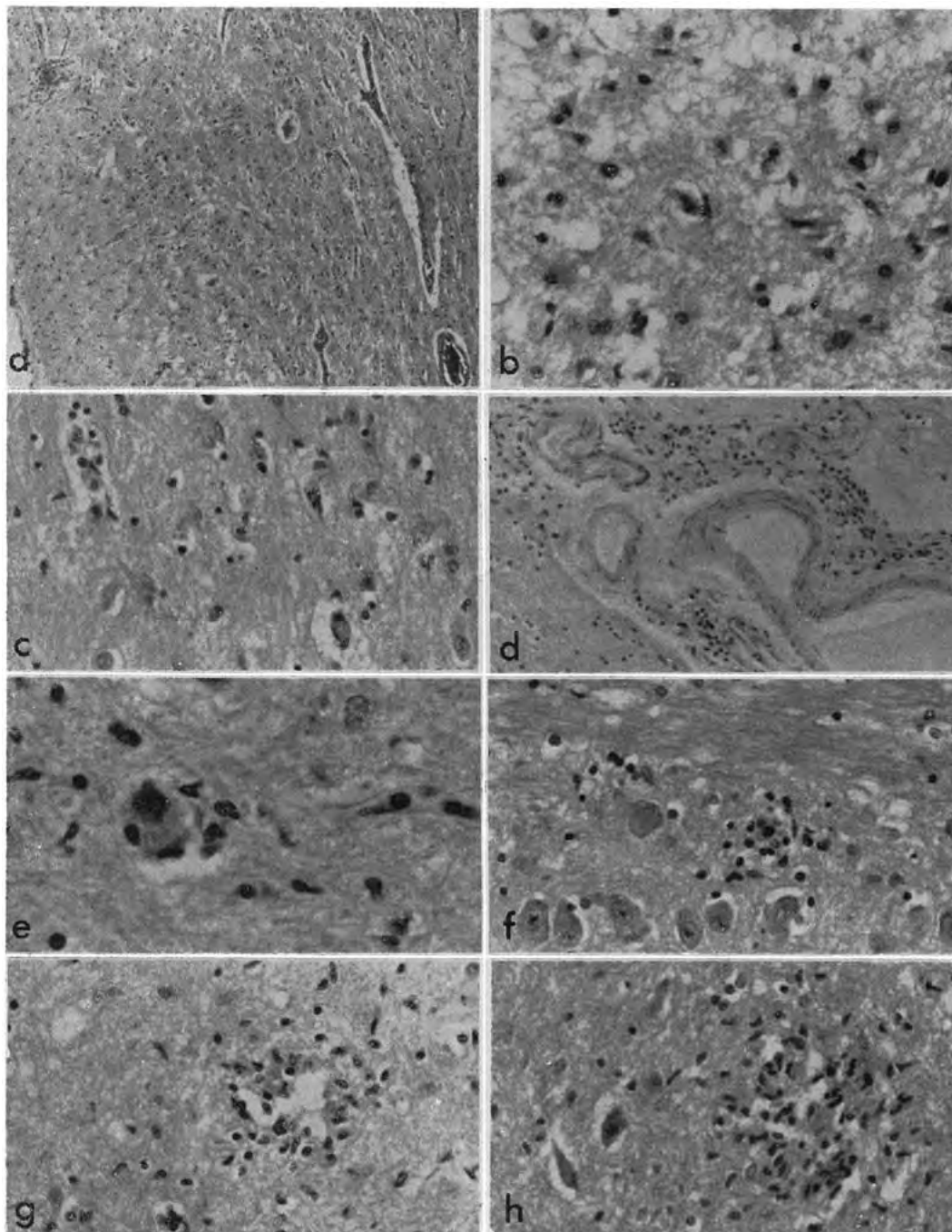


図2 a: 前頭葉皮質、海綿状態、神経細胞脱落、アストログリア増生 (HE×60)。b: aの拡大 (×300)。c: 尾状核。アストログリアの増生 (HE×300)。d: 視床下部。血管周囲に軽度の炎症細胞浸潤および線維化 (HE×150)。e, f: 中脳被蓋、橋核におけるノイロファジー (HE×300)。g, h: 中脳被蓋、延髄におけるグリア結節 (HE×300)。

表1 主要病変の分布状態

	Loss of nerve cells	Astrocytic proliferation		Spongy state	Glial nodules
		Protoplasmic	Fibrous		
Frontal lobe	#	#	+	+	-
Temporal lobe	#	#	+	+	-
Parietal lobe	#	#	#	#	-
Occipital lobe	#	#	#	#	-
Basal ganglia	±	+ (caud.)	-	-	-
Thalamus and hypothalamus	±	±	±	-	+
Midbrain	-	+	+	-	+
Pons	-	±	+	-	#
Medulla	-	±	#	-	+
Cerebellum	-	-	-	-	+
Spinal cord	-	±	#	-	+

グリア結節が認められ、特に橋核、オリブ核では著明であった。グリア結節を形成している細胞は単核性のいわゆるミクログリアが主で、オリゴデンドログリアや少数のアストログリアを混じえており、好中球は見られなかった。グリア結節は、灰白質に目立った。また、これらは血管分布との関係を示さなかった。小脳では、同様のグリア細胞の増生およびグリア結節が歯状核や分子層に見られた。ノイロノファギーもほぼ同様の分布で認められた。また、視床下部、橋核、オリブ核、歯状核、脊髄前角に、線維性グリオシスが見られ、特にオリブ核に著しかった。一方、海綿状態は、脳幹、脊髄、小脳にはまったく見られず、また、神経細胞は軽度の萎縮、急性変性像を示す他に著変はなかった。また、錐体路二次ノイロンの神経細胞に著変はないが、側索の脱髄が軽度に認められた。

中枢神経全体において、血管病変はなかった。血管周囲の炎症細胞浸潤はきわめて軽度で、視床下部、中脳において、血管周囲にリンパ球やプラズマ細胞の軽微な浸潤と線維化を認めるだけであった(図2-d)。脳軟膜には強い線維化があったが、炎症細胞浸潤はきわめて軽度であった。核内封入体、老人性変化などは認められなかった。骨格筋に特記すべき著変はなかった。

病理学的所見の概要を表1に示す。

考 察

この症例は、25歳の時、痙性歩行を初発症状として発症し、その後、錐体路症状、錐体外路症状、視野狭窄などの神経学的症状と種々の精神症状や巣症状が、常に進行性に増悪し、末期には失外套症候群の状態となり、全経過9年で死亡した。病理学的に

は大脳皮質全体にびまん性に海綿状態、アストログリアの増生、神経細胞の脱落が見られ、特にこれらの病像は、後頭・頭頂葉に著明であった。また、多数のノイロノファギーおよびグリア結節が脳幹、小脳、脊髄に認められた。この症例は、その臨床的および病理学的特徴から、Heidenhain²⁾の症例、Nevinら¹⁾の提唱したSSE、May³⁾らのいうSSEに基本的には一致すると考えられる。しかし、罹病期間、およびノイロノファギーとグリア結節の存在が、SSEとしては定型的ではない。

本邦においては、松岡ら⁷⁾が1958年日本神経病理学会に「大脳皮質に広範に海綿状態を認めた症例」と題して1剖検例を報告して以来、約17例の剖検例がSSEとして学会または学術雑誌に報告されている^{5) 8) - 20)}。本邦における症例は男女比が約3:2で、発症は20歳から70歳にわたり、特に50歳代に好発している。家族例は発見されていない。全経過は、最短2ヵ月、最長57ヵ月で、2年以上生存したものは1例のみである。その臨床症状は約50%が精神症状で初発しており、経過中に全例精神症状が発生し、末期には失外套症候群、昏睡などが必発している。一方、神経学的には約80%に錐体外路症状、50%に錐体路症状、50%に視覚障害、60%にミオクローヌスなどが認められ、末期には50%が四肢の麻痺、屈曲などの異常肢位を示すと記載されている。病理学的には、海綿状態、アストログリアの増生、神経細胞の脱落の像が、程度の差はあるが全例に共通して認められているのが特徴である。すべての症例において海綿状態が中心的病像として記載されている。筋萎縮が認められた症例は1例もない。

Nevinら¹⁾がSSEをC-J病から完全に独立させるべきであると主張した根拠の要点は、C-J病では、病

変は側頭葉か前頭葉が主で、大型神経細胞の原発刺激、ノイロファギーが見られ、海綿状態が目立たないのに対して、SSEでは、病変は大脳皮質に広範にあり、特に後頭葉優位であり、海綿状態が著明で、原発刺激は少く、グリアロゼット、ノイロファギーを見ない点である。この鑑別点に照らして、本邦報告を検討すると、原発刺激像、ノイロファギーやグリア結節が認められ、SSEとして非典型的な症例も含まれている¹⁶⁾。欧米においては多くの研究者が、このような中間型、移行型の存在を認め、Creutzfeldt-Jakob症候群と呼ぶ傾向が強い。その代表的なものとして、Kirschbaum⁴⁾やMay³⁾がよく知られている。

Kirschbaum⁴⁾は彼のCreutzfeldt-Jakob病に関する単行本の中で、約150例の文献症例を検討した。その結果、彼はSSEとC-J病との間に本質的な差はないと考え、その全体をC-J症候群として捉え、病変の解剖学的分布によって次の五亜型に分類した。①Jakob type without muscular atrophy、②Jakob type with muscular atrophy、③Heidenhain type、④diffuse cerebral type、⑤thalamic type。

一方、May³⁾は同様に約140例の文献検討を行ない、SSEはC-J病の一亜型であるという立場から、病変分布と罹病期間に重点をおいて、次の四型に分類した：①subacute spongiform encephalopathy（数ヵ月以内）、②transitional forms（9ヵ月以内）、③dyskinetic or classic forms（2年以内）、④amyotrophic forms（2年以上）。私どもの症例は、基本的には、Kirschbaum⁴⁾、May³⁾らのいうHeidenhain typeまたはsubacute spongiform encephalopathyに相当すると思われるが、初発症状である瘻性歩行が出現してから死亡にいたるまでに9年の慢性経過を示した。Kirschbaum⁴⁾の単行本に収録されている150例のうち、2年以上の罹患期間を示した症例が19例ある。そのうち15例は、Jakob type with or without muscular atrophyで、その80%に相当する。一方、diffuse cerebral typeまたはHeidenhain type 96例中わずか4例が2年以上の経過を示し、その4%にすぎない。Diffuse cerebral typeとHeidenhain typeにおいて、今回報告した症例は罹病期間が非常に長い点において非定型的であり、通常は罹病期間の短いSSE症例群とは病因、病理発生が異なっている可能性がある。

この症例では、橋、延髄を中心に、上は視床下部、下は脊髄にいたる広範囲に、限局性またはびまん性のグリア細胞の増生が見られ、これらは単核性のいわゆるミクログリアにオリゴデンドログリアや

少数のアストログリアをまじえて、グリア結節を形成していた。これらグリア結節は、その形態像において、日本脳炎その他のウイルス性脳炎でみるグリア結節と酷似していた。グリア結節は日本脳炎などウイルス性脳炎や亜急性硬化性全脳脳炎およびWhipple病、リケッチア症、進行性麻痺などに見られる。Whipple病と亜急性硬化性全脳脳炎は臨床および病理像から鑑別され、否定できる。本症例のグリア結節の形態およびその分布状態は、日本脳炎、特にその遷延例に酷似しているが²¹⁾、しかし、本症例はあまりにも長い慢性経過をとり、グリア結節が終脳にまったく見られず、血管周囲の炎症像があまりにも軽微である点は日本脳炎にそぐわない。ただここで留意したいことは、一般に日本脳炎といえば急性に経過するものとされているが、不顕性感染があることでもあるし、日本脳炎ウイルスによって慢性に経過する疾患の可能性は果たしてないものか否かということである。石崎²²⁾は、中枢神経系の炎症性疾患を完全に否定しうる症例の剖検例を検索したところ、橋下部から延髄下部にわたり、特に延髄に363例中26例にグリア結節を認めた。この偶発的グリア結節の原因は、ある種のウイルス感染あるいはその痕跡である可能性を指摘している。Gibbsら²³⁾はSSEの患者の脳組織をチンパンジーやモンキーに注入することにより、10~25ヵ月という長い潜伏期の後に、これらの動物にヒトのSSEに相当する病像を認めている。それ以来、SSEの原因としてslow virus infectionが話題になっている。Spalkeら²⁴⁾は核内封入体と血管周囲の著明な炎症反応を伴ったSSEの症例を報告し、SSEの原因としてウイルス感染を強調した。私どもの症例にみられたグリア結節の形態は日本脳炎などウイルス性脳炎に酷似しており、感染または不顕性感染のあったことを物語っているように思われる。このグリア結節とSSEの病像をただちに結びつけるのは早計ではあるが、本邦におけるSSEおよび類縁疾患の原因を検討する場合には、ウイルスの不顕性感染に対する一応の配慮を忘れてはならないと思う。

結 語

私どもは、Heidenhain syndrome²⁾、Nevinら¹⁾のいうsubacute spongiform encephalopathy、Kirschbaum⁴⁾のいうdiffuse cerebral type of Creutzfeldt-Jakob disease、May³⁾のいうsubacute spongiform encephalopathyに基本的に相当する1剖検例を記載した。私どもの症例は、25歳の時、瘻性歩行をもって発症し、その後、錐体路外路症状、

視野狭窄などの神経学的症状と種々の精神症状や巣症状を常に進行性に増悪させ、末期には失外套症候群を示し、全経過9年で死亡した。病理学的には、大脳皮質全体、特に後頭・頭頂葉にびまん性に海綿状態、アストログリアの増生、神経細胞の脱落が見られた。また、多数のグリア結節が脳幹、小脳、脊髄に認められた。この症例における9年間の臨床経過と多数のグリア結節は、本疾患の疾病論、原因を考える上で重要と思われ、それについて若干の考察を行なった。

本症例の要旨は第17回日本神経病理学会総会（新潟）において発表、標本を供覧した。

文 献

- 1) Nevin, S., McMenemcy, W.H., Behrman, S., et al.: Subacute spongiform encephalopathy. A subacute form of encephalopathy attributable to vascular dysfunction (spongiform cerebral atrophy). *Brain*, 83: 519, 1960.
- 2) Heidenhain, A.: Klinische und anatomische Untersuchungen über eine eigenartige organische Erkrankung des Zentralnervensystems im Praesenium. *Z. Gesamte Neurol. Psychiatr.*, 118: 49, 1929.
- 3) May, W.W.: Creutzfeldt-Jakob disease. 1. Survey of the literature and clinical diagnosis. *Acta Neurol. Scand.*, 44: 1, 1968.
- 4) Kirschbaum, W.R.: "Jakob-Creutzfeldt disease." American Elsevier, New York, 1968.
- 5) 松岡竜典, 浜中淑彦, 泰井俊三, ほか: Creutzfeldt-Jakob病の1亜型としての亜急性海綿状脳症—2症例の報告—. *精神経誌*, 72: 669, 1970.
- 6) Siedler, H. & Malamud, N.: Creutzfeldt-Jakob's disease. Clinicopathologic report of 15 cases and review of the literature (with special reference to a related disorder designated as subacute spongiform encephalopathy). *J. Neuropathol. Exp. Neurol.*, 22: 381, 1963.
- 7) 松岡竜典, 稲波正充, 石井 翼, ほか: 大脳皮質に広般に海綿状態を認めた進行麻痺と思われる1例. *神経進歩*, 5: 213, 1960.
- 8) 白木博次, 松岡竜典: 亜急性海綿状大脳萎縮の2剖検例—初老期または老年期精神病の理解への一寄与—. *精神経誌*, 65: 989, 1963.
- 9) 辻山義光, 大塚俊男, 佐藤恒男, ほか: Heidenhain病の1例について. *神経進歩*, 9: 137, 1965.
- 10) 西村 真: 亜急性, 進行性に経過せる原因不明の初老期脳症の1例 (会). *神経進歩*, 9: 182, 1965.
- 11) 新福尚武, 石野博志, 門脇 正, ほか: 亜急性海綿状脳症の1剖検例. *精神経誌*, 67: 816, 1965.
- 12) 大塚良作, 伊崎公德, 八木英夫: 亜急性海綿状脳症の1剖検例—循環障害と本症の成因に関する一考察—. *精神経誌*, 69: 637, 1967.
- 13) 岩瀬正次, 伊藤俊三, 小林 宏, ほか: 亜急性海綿状脳症の1剖検例 (会). *神経進歩*, 11: 845, 1967.
- 14) 及川 清, 深沢慶子, 長谷川和夫, ほか: 亜急性海綿状大脳萎縮の1剖検例 (会). *神経進歩*, 13: 391, 1969.
- 15) 石田陽一, 羽柴幸子, 田原澄江, ほか: 老人性組織病変, 小動脈硬化を伴う亜急性海綿状脳萎縮症 (spongiform cerebral atrophy) の1剖検例. *神経進歩*, 15: 582, 1971.
- 16) 石崎 敬, 深瀬享三, 櫻村博康: Creutzfeldt-Jakob病と亜急性海綿状脳症との中間型の1剖検例. *臨床神経*, 11: 601, 1971.
- 17) 濱口勝彦, 加藤雄司, 仲村禎夫, ほか: 亜急性海綿状脳症の1剖検例—全経過65日, びまん大脳型海綿状態を呈した症例—. *臨床神経*, 12: 274, 1972.
- 18) 木下 潤, 水野良一, 柳下三郎ほか: Creutzfeldt-Jakob病の2剖検例. *神経進歩*, 16: 452, 1972.
- 19) 末次基洋, 三山吉夫: 亜急性海綿状脳症 (Heidenhain症候群) の1剖検例—Creutzfeldt-Jakob病との関連について—. *臨床神経*, 13: 499, 1973.
- 20) Naito, M. & Takahashi, K.: An autopsy case of Creutzfeldt-Jakob disease accompanying prominent status spongiosus. *Acta Pathol. Jpn.*, 24: 673, 1974.
- 21) 国本伍朗: 日本脳炎遷延例の病理. *九州神経精神医学*, 8: 63, 1960.
- 22) 石崎 敬: ヒトの剖検脳に偶発的にみられるグリア結節について. *臨床神経*, 9: 466, 1969.
- 23) Gibbs, C.J., Jr., Gajdusek, D.C., Asher, D.M., et al.: Creutzfeldt-Jakob disease (spongiform encephalopathy). Transmission to the chimpanzee. *Science*, 161: 388, 1968.

- 24) Spalke, G. & Rompel, K.: Subakute spongiöse Encephalitis. Zur Frage der infektiösen Genese der Creutzfeldt-Jakobschen Erkrankung. Acta Neuropathol.(Berl.),22: 88, 1972.

〈Abstract〉

An autopsy case of subacute spongiform encephalopathy with a long clinical course of 9 years.

by

Tomoyuki ISHII, M.D., Nobumasa KIMURA, M.D., Keisuke SARAI, M.D., Shinichi SEYAMA, M.D. & Yoshio MITSUYAMA, M.D.

From

Otake Shinsei Hospital, Hiroshima.

A 25-year-old male began to suffer from spastic gait. The gait disturbance developed gradually and mental disturbances became remarkable at the age of 29. Extrapyrarnidal signs, visual impairment and adiadochokinesia developed, which were progressive. Tonic myoclonic convulsions were noted at the terminal stage. He expired at the age of 34, 9 years after the onset of the disease.

At autopsy the brain weighed 980 grams. The cerebral hemispheres were atrophic, while the brain stem, cerebellum and spinal cord were grossly unremarkable. The pia mater covering the cerebral hemispheres were remarkably thickened. Multiple coronal sections revealed general atrophy of the cortex and subcortex, and the cortical grey matter in the parieto-occipital lobes was involved with lamellar necrotic change. Histologic sections taken from the cerebral cortex disclosed sponginess, astrocytic proliferation and loss of nerve cells in the grey matter, especially prominent in the parieto-occipital lobes. The subcortical white matter showed a moderate degree of fibrillary gliosis and demyelination consistently in the occipito-parietal lobes. In addition, characteristic lesions in this case were neuronophagia and glial nodules in the hypothalamus, midbrain, pons, medulla oblongata, cerebellum and cervical portion of spinal cord. These changes were not noted in the cerebrum. Fibrillary gliosis was noted in the

hypothalamus, pontine nuclei, olivary and dentate nuclei and ventral horn of spinal cord, where no sponginess was found. Generally, no vascular changes or perivascular inflammatory reaction were noted.

This case was considered to be essentially consistent with Heidenhain syndrome²⁾, subacute spongiform encephalopathy of Nevin¹⁾, subacute spongiform encephalopathy of May³⁾ and diffuse cerebral type of Kirshbaum⁴⁾. In this case, however, the long clinical duration of 9 years was unusual, and neuronophagia and glial nodules were atypical. Kirschbaum reviewed 150 cases of Creutzfeldt-Jakob disease in the literature. In the review, diffuse cerebral type and Heidenhain type were only 4% of all the cases⁴⁾. The cases of such a long clinical duration as the present case, may be different in nosological entity from the cases with a short course.

By inoculating a homogenate of brain from a patient with Creutzfeldt-Jakob disease into chimpanzee, Gibbs et al.²³⁾ succeeded in reproduction of the lesions in the brain of these animals histologically similar to those of the disease.

The glial nodules noted in the present case were similar in distribution and morphology to those seen in various virus encephalitis. Ishizaki²²⁾ reported frequent occurrence of incidental glial nodules in the medulla oblongata and pons in a series of the routine autopsy material, indicating an association between latent infection of a certain virus and such glial nodules. Spalke and Romple²⁴⁾ reported a case of subacute spongiform encephalopathy in which nuclear inclusions were noted and discussed a possibility of a viral infection. These cases with some evidence of virus infection may shed light on considering the etiology and pathogenesis of Creutzfeldt-Jakob disease.

No. 309. Vol. 68. 1983

A comparison of
cerebral atrophy in
CT scan findings among
alcoholic groups

Tomoyuki Ishii

Acta
Psychiatrica
Scandinavica

MUNKSGAARD COPENHAGEN

Supplementum No.309. Vol.68. 1983

A comparison of
cerebral atrophy in
CT scan findings among
alcoholic groups

Tomoyuki Ishii

Acta
Psychiatrica
Scandinavica

MUNKSGAARD COPENHAGEN

MUNKSGAARD
International Booksellers and Publishers Ltd.
35 Nørre Søgade, DK 1370 Copenhagen K
Denmark

ISBN: 87-16-09682-7
ISSN: 0065-1591

Printed in Denmark by A. Backhausen, Holger J. Sørensen aps, Horsens

Contents

<i>Subjects and methods</i>	9
Subjects	9
Methods	11
<i>Results</i>	13
Effects of background factors on cerebral atrophy	14
Comparison of diagnostic groups on age factor	17
A. Regression analysis	17
B. Comparison of diagnostic groups on individual CT items	18
C. Exploratory evaluation of CT items contributing to discrimination among diagnostic groups	20
Factorial analysis in combined age and diagnostic groups	20
Comparisons on items H and CS	22
<i>Discussion</i>	22
<i>Conclusion</i>	27
<i>Acknowledgements</i>	27
<i>References</i>	28

A comparison of cerebral atrophy in CT scan findings among alcoholic groups

Tomoyuki Ishii
Dept. of Neuropsychiatry, Nippon Medical School (Head: Prof. Sadao Hirose) and Otake Shinsei Mental Hospital (Head: Tomoyuki Ishii)
Kuba, Otake City, Hiroshima Prefecture, Japan

ABSTRACT – Seventy-five alcoholic patients and 94 control subjects were examined by CT scans and measured by 11 measurement items on CT. The alcoholics were classified and compared. Enlargement of ventricles was recognized in the alcoholics. The degree of enlargement of ventricles was extremely striking in alcoholic dementia. The increasing tendencies toward cerebral atrophy in a given age stratum were almost parallel in the controls and the alcoholics, with a difference in the degree of atrophy. It was suggested that the enlargement of the ventricular system in the alcoholics might be induced in the initial stage of alcohol dependence, and that physiological atrophy due to aging might progress thereafter. The results of multivariate canonical analysis of these CT items suggested that the CT indicators effective for evaluating alcoholic cerebral atrophy were the transverse diameter of the third ventricle, Ventricle index and Evans' index.

In recent years, there have been a large number of CT scan reports (1-15) delineating the morphological changes in the alcoholic brain. In these reports, the criteria for diagnosing alcoholism varied widely. Some researchers focused on heavy social drinkers (2, 9, 14, 15) and there are reports based on Zimberg's scale (6), the criteria of the National Council on Alcoholism (7), or special diagnostic criteria which were quantitatively determined, one, for example, being an intake of more than 50 g of ethanol per day (8). Others excluded cases of delirium tremens, withdrawal seizure or Korsakoff's syndrome from their studies (2, 14). Background factors including sex, age, duration of alcohol drinking, or complications, also vary from report to report; only male patients were studied in some reports (8, 9, 11, 12, 13) while a few females were included in others (2 – 6, 14, 15). The criteria for exclusion of complications such as epilepsy, drug dependence other than

alcoholism, head injury, intracranial hematoma, severe liver dysfunction, and hepatocerebral syndrome differ among the reports. In one report (12) these complications were not excluded, giving considerable variability in the degree of brain atrophy and interpretation of these results (Tables 1 a and 1 b: 1 a is quoted from literature listed by Cala (15), and 1 b is compiled by the author from other reports since issued). There was also the negative (16) and controversial (17) view that no difference was observed in brain atrophy between the controls and alcoholic groups. As to the degree of cerebral atrophy, statistical analyses were done in several reports, but reproducibility of the analyses results was problematic because they were based on findings from only a few cases. Such differing views regarding the degree of cerebral atrophy can be due to several reasons. First, the definition of alcoholism varied among these reports: alcoholism sometimes included diseases supposed

Table 1 a
Incidence of cerebral atrophy in cranial CT of alcoholics and heavy social drinkers (15)

Study and year	Subjects	Incidence of atrophy	Control subjects	Correlation with psychometric data
Fox et al (1976)	12 alcoholics	33%	No	No
Carlen et al (1976)	15 alcoholics	100%	No	Yes
Cala et al (1978)(2)	26 heavy social drinkers	73%	No	Yes
Carlen et al (1978)(31)	8 chronic alcoholics	?100%	No	No
Götze et al (1978)(5)	50 chronic alcoholics	96%	No	No
Gall et al (1978)(3)	60 chronic alcoholics	75%	neurological controls	No
Avdaloff (1979)	40 alcoholics with epilepsy	93%	No	No
	16 alcoholics without epilepsy	25%		
Cala et al (1979)	59 heavy social drinkers	67%	normal volunteers	Yes
Carlen & Wilkinson (1979)(28)	122 alcoholics	most had atrophy	neurological controls	Yes
Ron et al (1979)	49 alcoholics	64%	normal volunteers	Yes
Lee et al (1979)(8)	37 alcoholics	49%	No	Yes
Present study	240 alcoholics	95%	115 normal	No
	59 heavy social drinkers	67%	volunteers	Yes

Table 1 b
Incidence of cerebral atrophy in cranial CT of alcoholics and heavy social drinkers

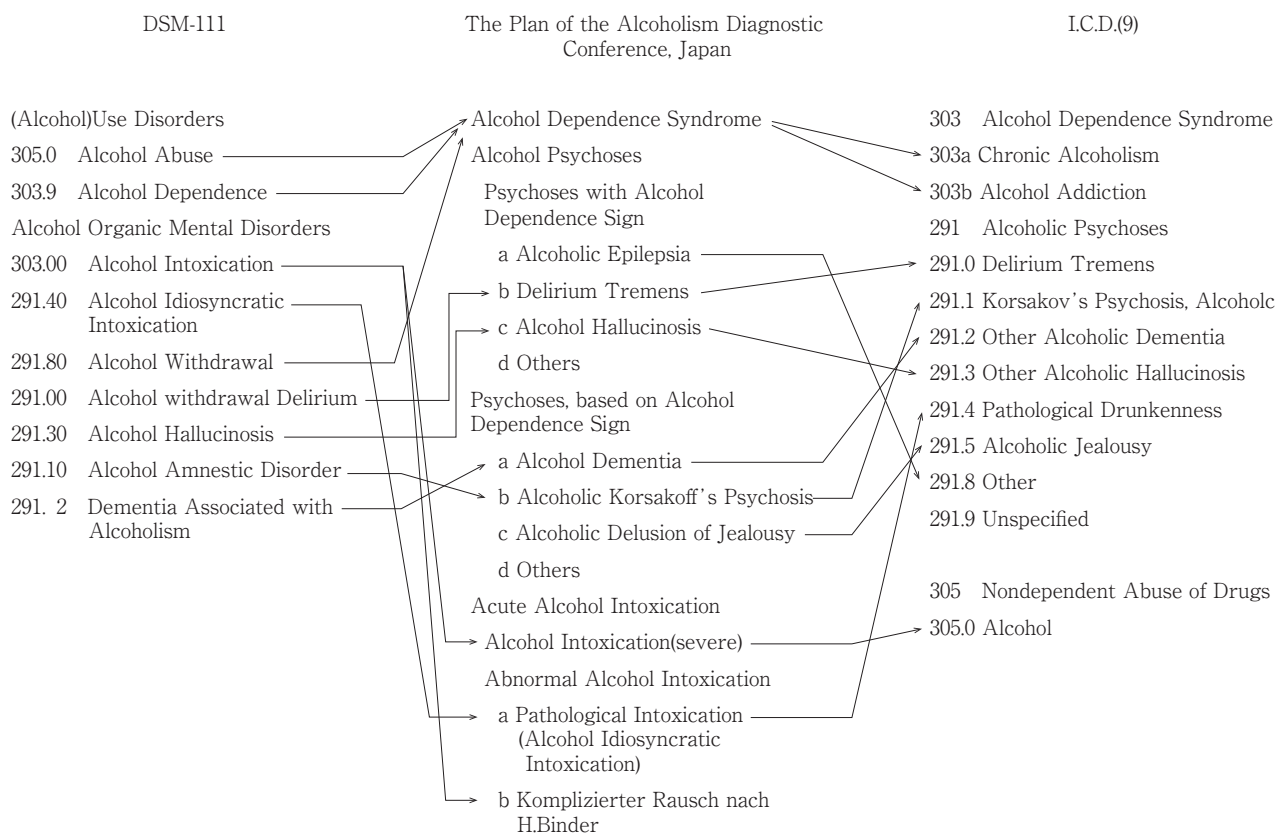
Study and year	Subjects	Incidence of atrophy	Control subjects	Correlation with psychometric data
Newman (1978)(4)	11 chronic alcoholic patients	approx. 73%	No	No
Hill et al (1979)(16)	15 chronic alcoholics	1/15 = 7 %	15 heroin abusers 12 matched control subjects	Yes
Bergman et al (1980)(12)	130 male alcoholic patients	most had atrophy	195 controls	Yes
Ron et al (1980)(11)	100 male alcoholics	most had atrophy	41 normal volunteers	Yes
Lusins et al (1980)(6)	50 alcoholic patients	58%	No	Yes
Kroll et al (1980)(7)	16 alcoholic men	69%	Age matched medical controls	Yes
Sarabia et al (1980)(29)	50 heavy drinkers	56%	schizophrenia and affective illnesses	No
Wilkinson et al (1980)(10)	33 alcoholics neurologically impaired 21 alcoholics neurologically normal	most had atrophy	150 controls	Yes
Bergman et al (1980)(9)	18 excessive alcohol group	1/3 anterior horn index ↑ 1/3-3rd ventricle ↑ 40% cortical change	non-excessive drinkers	Yes

to manifest different morphological changes in the brain, e.g. so-called addiction, alcoholic dementia or acute alcohol intoxication. Second, the degree of cerebral atrophy was assessed without taking into account the effects of background influential factors on cerebral atrophy. Third, the methods of measurement on CT polaroid photos or films differ

depending on measuring sites in the brain. There is no definite measurement common to all reports.

Considering these matters as well as the concept of alcoholism and the history of diagnostic criteria (18-21) the author diagnosed and classified alcoholism into several groups, according to the plan of the Alcoholism Diagnostic Conference

Table 2 a
Comparisons among DSM-111, The Plan of The A.D.C. of Japan and I.C.D. 9



(Table 2 a) (19, 22). The extent of cerebral atrophy was determined by selecting the measurement sites (items) most frequently used in previous reports, and are regarded as accurate. Based on the effects of background factors on brain atrophy, alcoholic patients were compared with the controls, and the degree of cerebral atrophy was examined in each diagnostic group. At the same time, measurement items on CT which contributed to discrimination among the groups were investigated, in order to reveal the characteristic differences in the items among the groups.

Subjects and methods

Subjects

The subjects were 82 patients (81 males and 1 female) admitted to Otake Shinsei Mental Hospital or Iwakuni Shinsei Mental Hospital between Sept. 1980 and Oct. 1981 because of alcoholism. Excluded from the analysis were six patients with

intracranial complications or a past history thereof (four with type III or IV head injury according to Araki's classification (23), one with brain tumor, and one with apoplexy sequela). The only female was also excluded because sex has been a controversial factor in cerebral atrophy in normal persons (24-27), and has also been reported as a key factor in alcoholism (15).

Accordingly, a total of 75 patients were treated as the alcoholic group. The control group consisted of 94 patients who visited the Department of Neurosurgery, Hiroshima Sogo Hospital between Jan. 1980 and Sept. 1981 with chief complaints of headache or dizziness. These patients had no history of intracranial diseases or habitual excessive drinking.

The above-mentioned 75 alcoholic patients were classified according to the plan of the Alcoholism Diagnostic Conference: alcohol-dependence syndrome, 37; acute alcohol intoxication, 8; and alcoholic psychoses, 30. The 30 cases of alcoholic

Table 2 b
Table of CT measurement items

F/C (32)(33):	Ventricle index
A/B (32)(33):	Cella media index
C/I (34)	
D/J (35)	
C/G (36):	Evans' index
C + D (32)(33):	Huckman number (There are other methods of estimating C and D (37), but the Huckman number was used in this report)
E/G:	Author's index
E:	
H:	Ratio to reduced scale
SF:	
CS:	Numbers of cortical sulci over 5 mm

psychoses comprised: three alcoholic epilepsy, 18 delirium tremens, four alcoholic hallucinosis, and five alcoholic dementia. Hence, one control group and six alcoholic groups were analysed.

Methods

Background factors presumably affecting cerebral atrophy in alcoholic patients are summarized in Fig.1. That cerebral atrophy is reversible was indicated by the partial improvement seen after a period of alcohol abstinence (11, 28-31). The solid line represents positive factors, the broken line negative factors. The following items were examined as background factors:

- (a) Sex, age and complications
- (b) Types of alcoholic drinks
- (c) Volume of alcoholic drink
- (d) Volume of ethanol (g/D)
- (e) Drinking habits and behavior
- (f) Duration of drinking
- (g) History of admission to mental hospitals
- (h) Duration of alcohol abstinence
- (i) Alcohol-related physical disabilities

Items (b) through (g) were examined at interviews with patients or their families, otherwise by questionnaires. Items (b) through (e) were obtained shortly before hospitalization. The patients own, or their families' description regarding amount of alcohol drunk, drinking habits and behaviour

was often inaccurate, so that a strict definition of problem drinking was difficult to obtain. Therefore, the author regarded the first admission to a mental hospital as the point at which drinking had become problem drinking, and thereupon determined (g).

All patients examined at the Neurosurgery Department of Hiroshima Sogo Hospital between Jan. 1980 and Oct. 1981 underwent cranial CT by means of Hitachi's Computed Tomography (CTHF, matrix 256×256). Window width and level were set at 100 and 40, respectively, and the plane parallel to the orbitomeatal line was imaged. Plain scan was performed in all patients, and enhanced scan with angiografin injection additionally performed in half of them. After CT scanning, the sites to be measured on films were arranged as shown in Fig.2. The names of the patients were concealed, and the author then measured each site three times per patient, using a slide caliper (1/20 mm), and adopted the mean value. Indicators shown in Table 2 b (32-37) were employed as CT measurement items for the analysis: the 11 items were considered as measurements of the degree of 'atrophy of the brain'. For assessment of cortical changes, several methods have been proposed, including those based on the sum of the widths of the four largest sulci on the upper three slices (7), on the widths of the eight largest sulci (10), and on the requirements that more than five sulci must be more than 3 mm wide on at least two slices (9, 12): In measurement of the cerebral cortical sulcus, possible errors can arise when converting a measured value on the film into a real value using the scale ratio, or through a disparity of direction between the cerebral cortical sulcus and the beam. Accordingly, the author determined the number of cerebral cortical sulci (CS) of 5 mm or more (supposed to indicate marked enlargement (32, 33)) on the slice at the height at which the body of the lateral ventricle is no longer imaged, and used the number as a indicator of cortical change.

As for the indicators of cerebellar atrophy, only the vertical diameter of the fourth ventricle (H) was measured. Diagnosis of cerebellar atrophy was made by visual inspection of the CT scan findings by two neuro-surgeons from the previously mentioned hospitals.

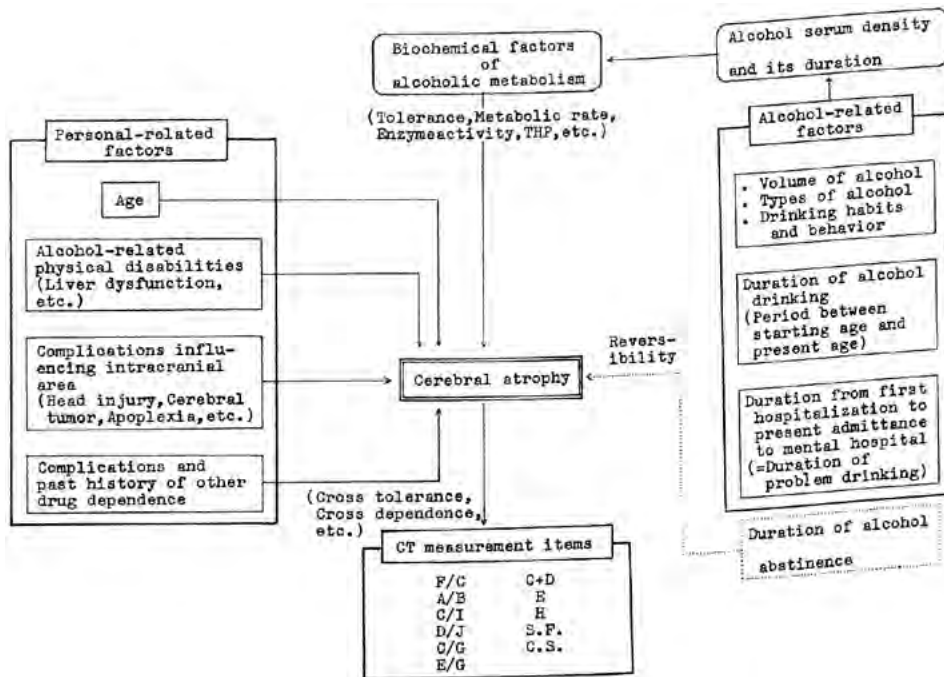
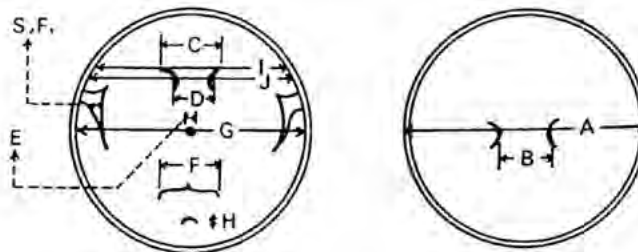


Fig.1. Background factors which influence cerebral atrophy.



- A : The biparietal diameter of the skull
- B : The largest external distance of the lateral ventricle in the region of the cella media
- C : The greatest transverse diameter of the anteriorhorn
- D : The minimum bicaudate line
- E : The horizontal diameter of the third ventricle
- F : The distance between the choroid plexus
- G : The greatest internal transverse diameter of the skull
- H : The vertical diameter of the fourth ventricle
- I : The inner diameter of the skull at the same level of the C line
- J : The inner diameter of the skull at the same level of the D line
- S.F. : The greatest width of Sylvian fissure nearest to the E line
- C.S. : The number of cortical sulcus over 5mm

Fig.2. The parameters of the ventricular system and cerebral surface on multifilm.

Results

Cortical sulci, being the only discrete item among the 11 items, was analyzed separately.

Effects of background factors on cerebral atrophy

Distributions in the controls and six alcoholic groups corresponding to the background factors

shown in Fig. 1 are given in Table 3. Alcohol-related physical disabilities were initially divided into direct and indirect manifestation groups, based on the plan of Alcoholism Diagnostic Conference, but were subsequently grouped on the basis of liver dysfunction, as shown in Table 3, because the principal physical disability was alcoholic hepatitis.

In order to evaluate the effects of background factors on cerebral atrophy, correlations were examined between 10 CT items and quantitative

Table 3
The distribution of background factors of each diagnostic group

Items	Categories	G ₁	G ₂	G ₃	G ₄	G ₅	G ₆	G ₇	Total
Age	<40	15	5	1	1	3	1	0	26
	40≤ <50	42	8	3	2	8	3	1	67
	50≤ <60	27	17	2	0	7	0	1	54
	60≤	10	7	2	0	0	0	3	22
Alcohol-related physical disabilities	No disabilities		9	0	0	1	1	0	11
	Liver dysfunction		23	7	3	10	3	2	48
	Other disabilities		5	1	0	7	0	3	16
Types of alcoholic drinks	Japanese Sake		26	6	3	10	3	3	51
	Japanese Wine made of sweet potatos (SHOTHU)		9	2	0	1	0	2	14
	Other drinks		1	0	0	7	1	0	9
	Unknown drinks		1	0	0	0	0	0	1
Volume of Ethanol	<100(g / D)		4	1	1	4	0	2	12
	100≤ <200		18	3	1	5	2	1	30
	200≤ <300		13	2	1	9	2	1	28
	300≤		1	2	0	0	0	1	4
	Unknown		1	0	0	0	0	0	1
Drinking habits and behavior	Drinking bout		21	5	2	13	4	4	49
	Daily evening drinking		13	1	1	5	0	1	21
	Drinking large volumes once a day periodically		3	2	0	0	0	0	5
Duration of alcohol drinking (period between starting age and present age)	<20 (year)		6	1	2	2	1	0	12
	20≤ <30		9	5	1	8	1	1	25
	30≤ <40		16	0	0	8	2	0	26
	40≤ <50		3	0	0	0	0	4	7
	50≤		3	2	0	0	0	0	5
Duration from first hospitalization to present admittance to mental hospital (=Duration of problem drinking)	<1 (year)		7	3	1	6	0	2	19
	1≤ <3		2	1	0	2	0	1	6
	3≤ <5		4	0	1	3	0	2	10
	5≤ <10		9	0	1	5	2	0	17
	10≤ <12		12	3	0	2	2	0	19
	20≤		3	1	0	0	0	0	4
Duration of alcohol abstinence (the day of administration — the day of recording CT)	<1 (month)		13	2	1	6	3	1	26
	1≤ <6		9	2	2	9	1	1	24
	6≤ <12		2	2	0	1	0	1	6
	12≤ <24		2	0	0	1	0	1	4
	24≤		11	2	0	1	0	1	15
Total		94	37	8	3	18	4	5	169

(G₁) : Control group
(G₂) : Alcohol dependence syndrome group
(G₃) : Acute alcohol intoxication group
(G₄) : Alcoholic epilepsy group
(G₅) : Delirium tremens group
(G₆) : Alcoholic hallucinosis group
(G₇) : Alcoholic dementia group

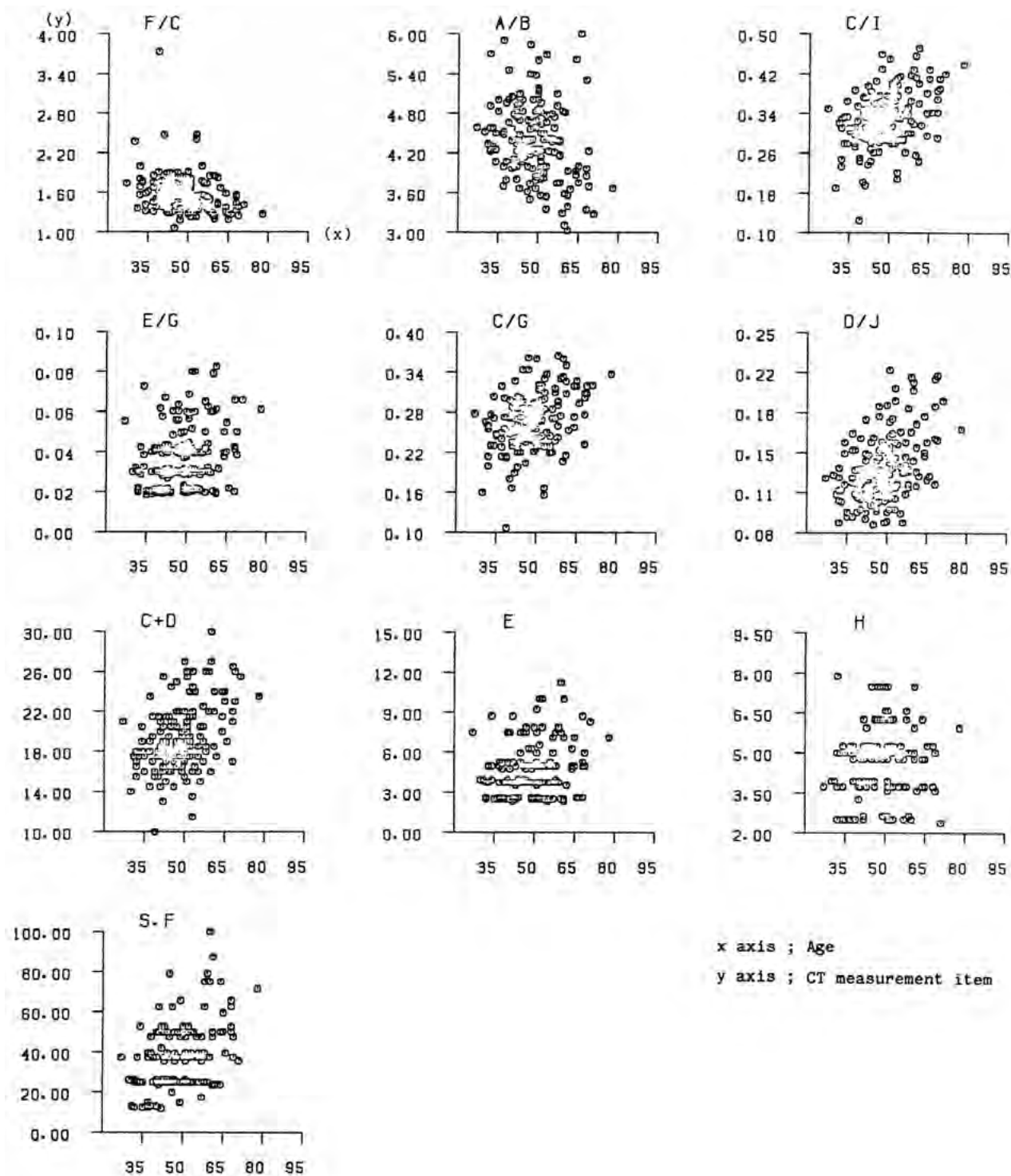


Fig.3.1. Scatter diagram of eye and CT measurement items.

background factors: age, amount of ethanol, duration of drinking, history of hospitalization and duration of alcohol abstinence. With respect to qualitative background factors (alcohol-related physical disabilities, type of alcoholic drink, and drinking habits and behavior), the degree of contribution of these factors to variations in each

CT item was examined by one-way analysis of variance (see Table 3 for detailed factorial categories). As a result, among the quantitative factors, correlations were significant at the 0.05 level between all CT items and background factors in age and duration of drinking, except for item H. While, in items F/C and A/B, correlations were

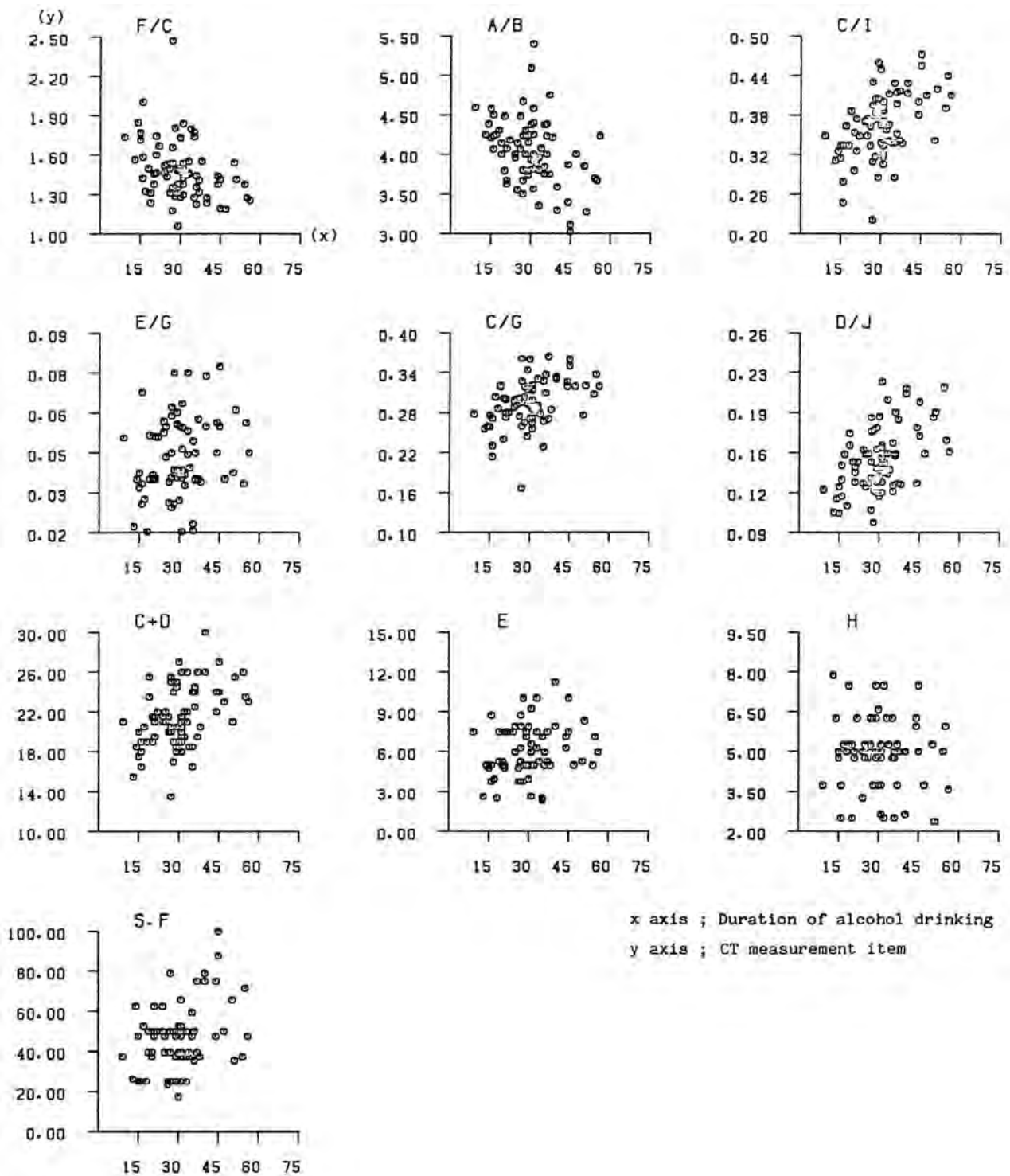


Fig.3.2. Scatter diagram of duration of alcohol drinking and CT measurement items.

negative, since measurement sites for numerator and denominator were set in reverse of those for the other items.

Aging or longer duration of drinking tended to advance cerebral atrophy (Figs. 3.1 and 3.2). Among qualitative background factors, no difference was significant in any CT item (Table 5).

From these findings, it was concluded that age and duration of drinking should be taken into account when comparing the controls and individual alcoholic groups on CT items.

Further, correlation between age and duration of drinking revealed a high positive value, 0.878, as shown in Fig. 4. Thus, because age was the

Table 4
Relationships between background factors and CT measurement items (correlation coefficients)

Item	Age		Volume of alcohol		Duration of alcohol drinking		Duration of problem drinking		Duration of alcohol abstinence	
	n	r	n	r	n	r	n	r	n	r
F / C	169	-0.282 *	74	-0.236 *	75	-0.353 *	75	-0.089	75	-0.237 *
A / B	169	-0.258 *	74	-0.170	75	-0.388 *	75	-0.040	75	-0.134
C / I	169	0.396 *	74	0.143	75	0.481 *	75	0.086	75	0.192
E / G	169	0.278 *	74	0.163	75	0.229 *	75	0.083	75	0.183
C / G	169	0.366 *	74	0.154	75	0.421 *	75	0.089	75	0.222
D / J	169	0.429 *	74	0.109	75	0.504 *	75	0.002	75	0.182
C + D	169	0.418 *	74	0.139	75	0.447 *	75	0.004	75	0.140
E	169	0.264 *	74	0.119	75	0.200	75	0.048	75	0.127
H	169	0.070	74	-0.125	75	-0.021	75	0.037	75	0.087
S.F.	169	0.446 *	74	0.032	75	0.381 *	75	-0.144	75	-0.035

* P < 0.05

n : Number of samples
r : Correlation coefficients

Table 5
Comparisons between categories of each background factor (one-way classification analysis of variance)

Items	Alcohol-related physical disabilities		Types of alcohol		Drinking habits and behavior	
	F-value	p	F-value	p	F-value	p
F / C	1.098	0.3	1.229	0.6	0.005	
A / B	0.776		0.460		1.466	0.6
C / I	2.553	4.0	0.782		0.012	
E / G	1.226	0.6	0.450		0.217	
C / G	2.961	5.0	1.502	1.4	0.008	
D / J	0.604		0.329		0.278	
C + D	0.685		1.052	0.1	1.026	0.0
E	1.086	0.2	0.337		0.000	
H	0.812		0.504		1.865	1.2
S. F.	2.861	4.8	0.064		0.663	

p : Proportion of variation explained by each item (%)

only factor observed in all the patients in the subsequent analysis we adopted it as a key factor affecting changes in the CT items (measured values) of each group. Item H, which requires no consideration of background factors, will be described later.

Comparison of diagnostic groups on age factor

A. Regression analysis

In regression of CT items (9 items, excluding item H) on age, the parallelism of regression lines of the controls (94 cases) and the alcoholics (75 cases) was examined. Before calculating the regression line, normality of the bivariate distributions of age

and each CT item was checked statistically in both of these groups. The results suggested that normality could be assumed in 5 items for the alcoholics and could be dismissed on all items for the controls, as shown in Table 6. Therefore, the power-normal distribution (38) appropriate to the bivariate distribution of age and each CT item was fitted to all cases (Table 7). Regression analysis on the power-normal distribution showed that the regression lines of controls and alcoholics were parallel, the only difference being in the grade of all CT items (age range: 27-78). Fig. 5 illustrates part of the results of this regression analysis.

Based on all data, regression parameters were re-estimated, and the residual between predicted

Table 6
Testing multivariate normality

Items	Groups	Skewness	Kurtosis	Mardia's test statistics	
				Skewness	Kurtosis
Age	Control	0.409	2.858		
	Alcoholics	0.176	3.077		
F / C	Control	3.437	22.055	195.826 (*)	21.809 (*)
	Alcoholics	1.472	7.333	33.102 (*)	5.058 (*)
A / B	Control	0.227	3.401	15.664 (*)	2.351 (*)
	Alcoholics	0.282	3.940	9.229 (*)	0.640 (-)
C / I	Control	-1.200	5.874	27.020 (*)	3.048 (*)
	Alcoholics	-0.256	3.236	2.885 (-)	0.223 (-)
E / G	Control	1.228	5.473	30.993 (*)	2.978 (*)
	Alcoholics	0.291	2.685	1.618 (-)	-1.114 (-)
C / G	Control	-1.026	5.599	22.594 (*)	2.775 (*)
	Alcoholics	-0.553	4.113	6.569 (*)	1.414 (-)
D / J	Control	1.223	7.000	29.078 (*)	3.709 (*)
	Alcoholics	0.468	2.677	3.785 (-)	-1.308 (-)
C + D	Control	0.335	6.332	12.745 (*)	3.418 (*)
	Alcoholics	0.207	2.873	1.016 (-)	-1.053 (-)
E	Control	1.417	7.129	40.418 (*)	5.006 (*)
	Alcoholics	0.394	2.914	2.600 (-)	-1.003 (-)
S.F.	Control	0.475	2.697	8.039 (*)	-0.706 (-)
	Alcoholics	0.863	3.602	9.764 (*)	0.173 (-)

(*) p < 0.05

Mardia's test statistics

Skewness : χ^2 values (d.f.=4)

Kurtosis : Normal deviates

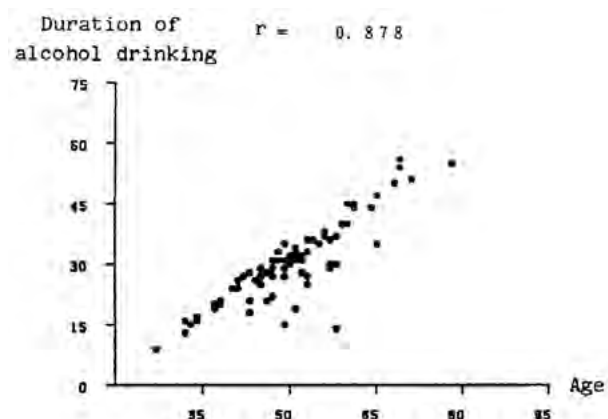


Fig.4. Correlation between age and duration of alcohol drinking.

Table 7
Estimation of transformed parameter λ
(bivariate power normal distribution)
Number of samples: 169

Items	Age (λ .)	Items (λ .)	Likelihood ratio
F / C	0.491	-1.638	-563.384
A / B	0.489	2.284	-761.986
C / I	0.501	-1.209	-545.272
E / G	0.494	-0.944	-267.716
C / G	0.473	1.651	-419.480
D / J	0.503	-1.040	-359.922
C + D	0.496	0.422	-1116.979
E	0.490	-0.342	-1105.419
S. F.	0.490	0.053	-1204.585

and observed values on each CT item was examined for individual cases, and the values of these statistics were used in the subsequent analysis (sections B and C).

B. Comparison of diagnostic groups on individual CT items

Based on the residual data obtained from the regression analysis on the power-normal

distribution, seven diagnostic groups were compared on each of the 9 items by one-way analysis of variance. The results showed significant variation among the groups on every item ($P < 0.05$) (Table 8). Fig. 6 gives the mean values of the seven groups and their corresponding 95 percentile confidence limit. The variation among the groups was further decomposed into clinically significant contrasts. As shown in Table 8, significant contrasts at the 0.05 level were:

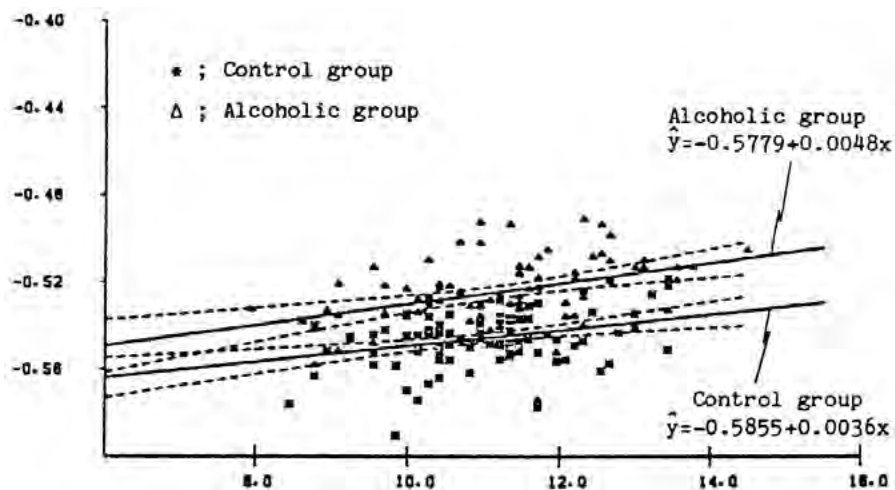


Fig.5. Item C/G on age regression lines on power normal distribution.

Table 8
Comparisons between diagnostic groups of CT measurement items on power normal distribution (one-way classification analysis of variance)

Items	Between groups		Contrast ①		Contrast ②		Contrast ③		Contrast ④	
	F-value	p	F-value	p	F-value	p	F-value	p	F-value	p
F / C	4.202*	10.3	17.410*	8.8	0.302		0.043		6.886*	3.1
A / B	11.152*	26.6	63.544*	27.3	0.043		0.032		3.137	0.9
C / I	6.880*	17.4	39.876*	19.1	0.137		0.293		0.801	
E / G	17.744*	37.4	103.090*	38.0	0.341		0.002		1.853	0.3
C / G	17.429*	37.0	96.074*	35.7	0.240		0.223		7.558*	2.5
D / J	14.045*	31.8	80.435*	32.3	0.292		0.071		3.473	1.0
C + D	16.175*	35.1	89.247*	34.1	0.462		0.231		6.875*	2.3
E	18.457*	38.4	105.422*	38.3	0.624		0.001		3.606	1.0
S.F.	8.417*	20.9	36.543*	16.7	0.117		3.323	1.1	7.983*	3.3

p : Proportion of variation explained by each item (%)

* : $p < 0.05$

Contrast

- ① : Control group vs. Alcoholic group
- ② : (Alcohol dependence syndrome group + Acute alcohol intoxication group) vs. Alcoholic psychoses groups
- ③ : Alcohol dependence syndrome group vs. Acute alcohol intoxication group
- ④ : Alcoholic dementia group vs. Other alcoholic psychoses groups

Contrast ①: (controls vs. alcoholics) through all the items.

Contrast ④: ((alcoholic epilepsy, delirium tremens and alcoholic hallucinosis groups) vs. alcoholic dementia group) in items F/C, C/G, C + D, SF.

C. Exploratory evaluation of CT items contributing to discrimination among diagnostic groups

Considered correlations among nine CT items, when the nine items were simultaneously

observed, 9-variate one-way analysis of variance (39), was performed in order to clarify differences in the characteristics of the diagnostic groups. As in section B, variation was significant among the groups as contrasts ① and ④ ($P < 0.05$) (Table 9). Next, in order to evaluate the CT items related to discrimination among the groups and/or significant contrast, the sum of square and cross-product matrices among the groups, on the contrasts, and associated to the residual, was examined and used for factorial canonical analysis (40).

As shown in Table 10, the proportion of variation explained for the canonical axes of each

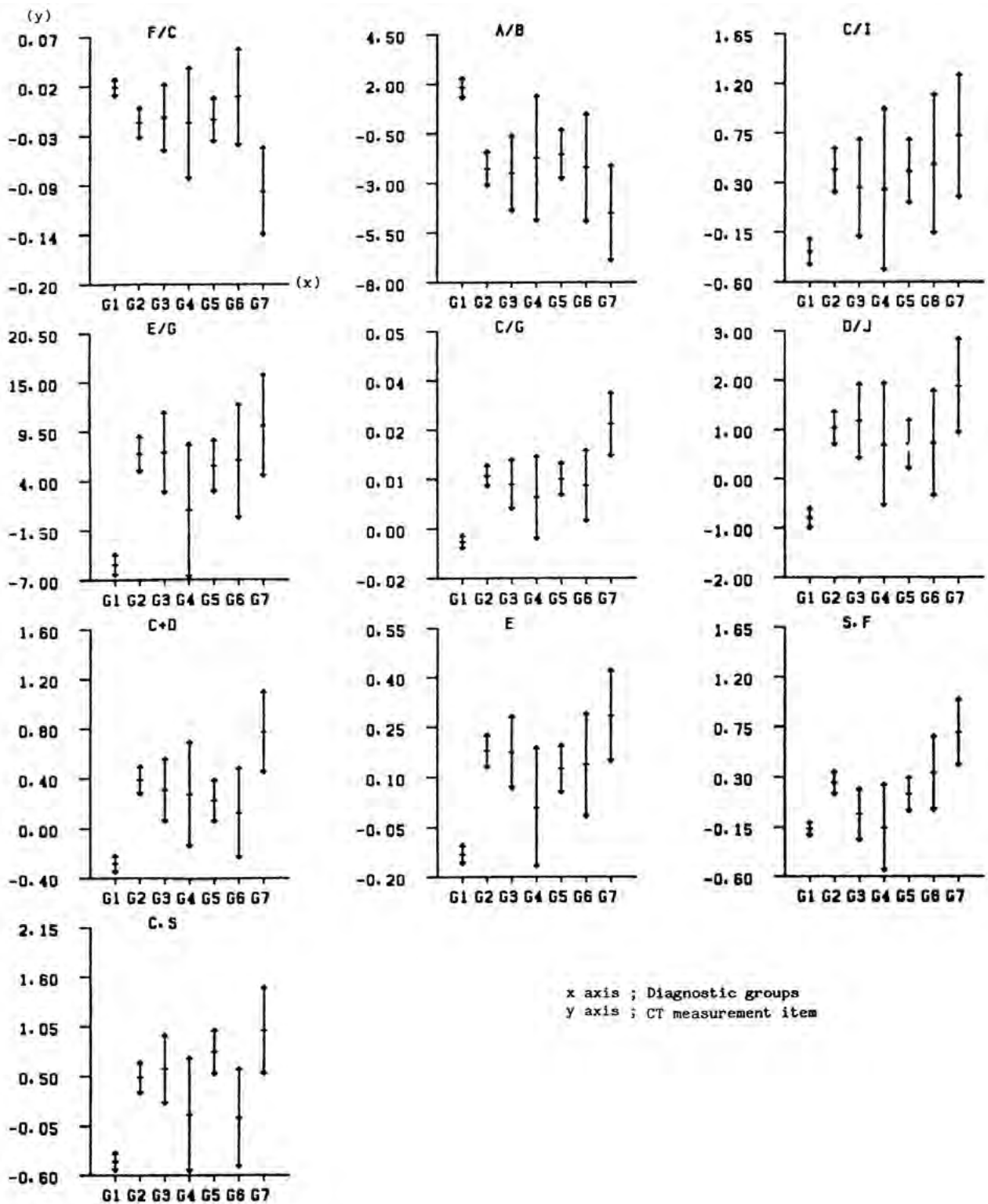


Fig.6. Mean value and its 95% confidence limit for each CT measurement item on power normal distribution.

Table 9
Multivariate analysis of variance table on power normal distribution

Source of variation	S. S. & S. P. matrix	d. f.	Wilks λ	d. f.	χ^2 value
Between groups			0.319	54	183.005(*)
Contrast ①			0.519	9	103.425(*)
Contrast ②			0.975	9	4.009
Contrast ③			0.973	9	4.323
Contrast ④			0.871	9	21.773(*)
Residual	0.1008"	162			
Total	0.3165"	168			

(*) : $p < 0.05$

Table 10
Results of canonical discriminant analysis on power normal distribution

Contrast	①	②	③	④
Eigen values	1.480	0.032	0.028	0.148
p(%)	83.782	1.797	1.575	8.380
F / C	-1.153	-0.572	-0.163	1.006
A / B	0.178	-0.023	-0.094	0.186
C / I	-0.038	0.129	0.010	0.222
E / G	-0.046	-0.247	-0.335	1.256
C / G	-1.095	1.289	0.193	-0.792
D / J	-0.336	0.304	0.375	-0.093
C + D	0.555	-1.641	-0.699	0.573
E	-0.230	0.184	0.578	-1.684
S. F.	-0.197	0.313	-0.897	-0.444

p : Proportion of variation explained by each item(%)

contrast was given as 83.8% for contrast ① and 8.4% for contrast ④. In contrast ①, items F/C and C/G showed heavy loading values and in contrast ④, items F/C, E/G and E demonstrated heavy loading values.

Factorial analysis in combined age and diagnostic groups

Whether or not aging-induced brain atrophy patterns differ among the diagnostic groups was reviewed by two-way analysis of variance of age \times diagnostic group. As the number of alcoholic cases was much smaller than the number of controls, ages were divided into three categories: ≤ 46 (younger stratum), 46-50 (middle stratum), and ≥ 51 (elder stratum), with the diagnostic groups consisting of the controls, the alcohol-dependent group, the acute alcohol-intoxication group, and the alcoholic psychoses group. The results showed significant variations among the diagnostic groups

in all CT items ($P < 0.05$), as shown in Table 11. Variations among age strata were also significant in all items except for item E ($P < 0.05$). On the other hand, no interaction of diagnostic group and age was significant with respect to any item other than item SF. The respective mean values and standard deviations of age and diagnostic group are plotted together in Fig. 7. It was seen that the CT (measurements) pattern associated with aging in the controls was parallel to that in each of the alcoholism groups. These findings were consistent with those obtained in the previously mentioned regression analysis. In all items except for items F/C and A/B, the mean values in the younger stratum of each alcoholism group were likely to be higher than those in the elder stratum of the controls, and in items F/C and A/B, that tendency was reversed. The mean values in the elder stratum of the alcoholic psychoses group tended to be higher than those in any other age stratum.

Table 11
Results of two-way classification analysis of variance for diagnostic groups and age on CT measurement items

Items	Between groups		Between age		Interaction groups X age	
	F-value	p	F-value	p	F-value	p
F / C	3.669 *	4.3	3.432 *	2.6	0.926	
A / B	23.742 *	27.3	3.546 *	2.0	1.124	0.3
C / I	27.953 *	28.4	7.797 *	4.8	1.688	1.5
E / G	38.176 *	36.5	3.592 *	1.7	1.694	1.4
C / G	27.825 *	29.2	6.111 *	3.7	1.291	0.6
D / J	26.200 *	26.0	12.479 *	7.9	1.460	0.9
C + D	28.295 *	28.7	8.506 *	5.3	1.143	0.3
E	35.293 *	35.1	2.776	1.2	1.689	1.4
S. F.	13.006 *	15.0	9.563 *	7.1	2.585 *	3.9

* : p < 0.05
p : Proportion of variation explained by each item (%)

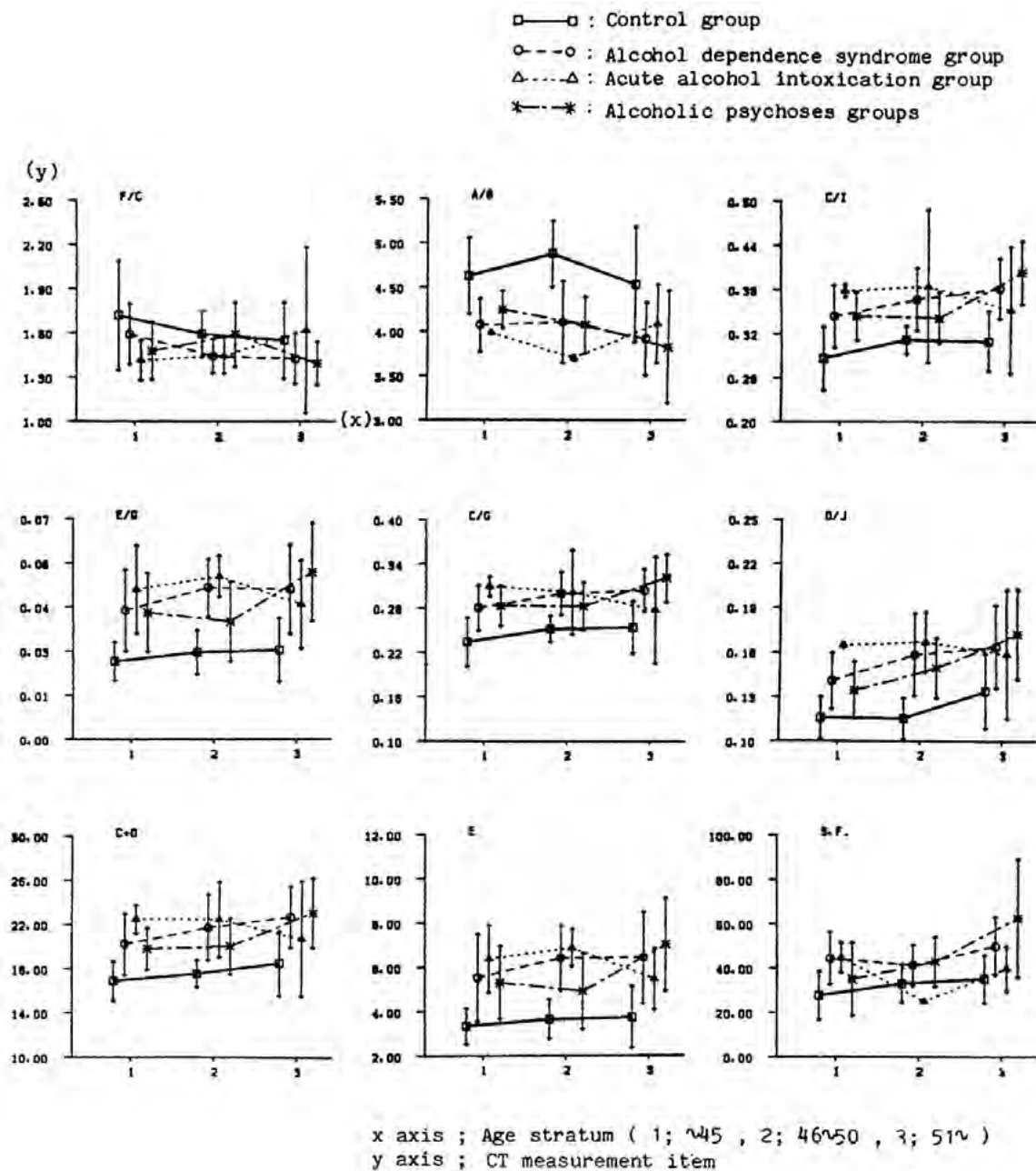


Fig.7. Mean value and standard deviation plot of CT measurement items in each age stratum and each diagnostic group.

Table 12
Comparisons between diagnostic groups for item CS

Groups	C. S	0	1-3	4-6	7-9	10-12	13-	Total	Average mean
Control group		90	4					94	62.388
Alcohol dependence syndrome group		16	6	3	7	4	1	37	110.068
Acute alcohol intoxication group		3	2		2		1	8	115.062
Alcoholic epilepsy group		2	1					3	83.000
Delirium tremens group		5	3	6	4			18	120.694
Alcoholic hallucinosis group		2	2					4	92.625
Alcoholic dementia group			1	4				5	143.100
Total		118	19	13	13	4	2	169	85.000

Kruskal - Wallis test statistic
 $\chi^2=75.149^*$ (d.f.=6)

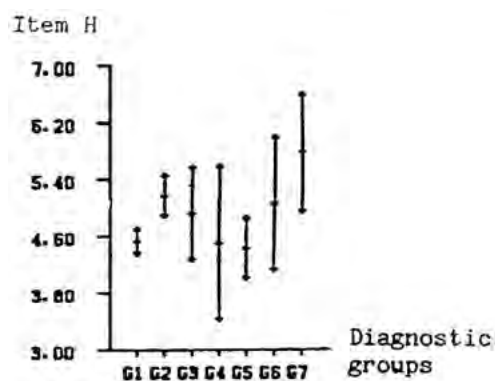


Fig.8. Mean value and its 95% confidence limit of CT measurement item H.

Comparisons on items H and CS

Only one of the 75 alcoholic cases was diagnosed by visual inspection as having cerebellar atrophy. The patient was a 58-year-old alcohol-dependent male with atrophy in the cerebellar hemispheres and vermis. With original data of item H, which was uncorrelated to age, the diagnostic groups were compared by one-way analysis of variance. Difference between controls and alcoholics was only significant at level 0.05 (contrast ①) (Fig. 8).

Regarding item CS, more than 90% of the controls gave 0 value, as presented in Table 12, so that the diagnostic groups were compared by the Kruskal-Wallis and Dunn's multiple comparison tests on the basis of frequency, without taking the background factors into consideration. Similar to item H the difference between controls and alcoholics was only significant at level 0.05 (contrast ①) (Table 12).

Discussion

In recent years, there have been numerous reports on the detection of morphological changes in the brain of alcoholics by CT scan. In most such reports, however, the definition of alcoholism was varied, and cerebral atrophy was compared between controls and alcoholics manifesting different alcoholic diseases. In some reports, a comparison of cerebral atrophy in alcoholic diseases was performed, for example, a comparative study (10) between 'neurologically impaired alcoholics' and 'neurologically normal alcoholics', or between 'alcoholics' and 'heavy social drinkers' (15). Götze et al (5) classified alcoholism into four groups: 'Ohne Entzugs-syn-drome', 'Prädelirium', 'Delirium' and 'Wernicke-Korsakow', and described the severity of cerebral atrophy in these groups. The parameters of cerebral atrophy also varied in the above-mentioned reports; universal parameters have never been established.

With this background, the author classified alcoholism into several diagnostic groups according to the plan of the Alcoholism Diagnostic Conference, Japan. As indicators of cerebral atrophy, the author selected the CT measurement sites (items) most frequently used and evaluated in previous reports with regard to measurement accuracy, in order to compare each alcoholism group with the controls, and to assess the degree of brain atrophy in each diagnostic group.

Prior to the comparative study of cerebral atrophy among the groups, the effects of

background factors on cerebral atrophy were investigated. Correlations were significant at level 0.05 between nine CT items and background factors in age and duration of drinking except for item H. Aging or longer duration of drinking tended to advance cerebral atrophy. In the present analysis, the duration of drinking was regarded as the period from the age at which alcohol drinking was begun to the age at the time of the present hospitalization. The starting age was mostly at around 20 years. It is considered that there is a significantly high positive correlation between age and duration of drinking. Lusins et al (6) reported a relationship between alcoholic cerebral atrophy and the mean duration of problem drinking. In this paper, the correlation between cerebral atrophy and previous hospitalizations in a mental hospital was not significant although the author assumed the period of problem drinking to be almost equal to the period of hospitalization. This disagreement may be attributed to differences in definition of the duration of problem drinking. There are several reports (37, 41-46) which discuss the effects of aging on cerebral atrophy in normal persons. The progress of cerebral atrophy associated with aging has also been well documented in alcoholics (9, 10, 12, 14, 15).

As shown in Fig. 7, the mean value of each item tended to be higher in the younger stratum of each alcoholism group than in the elder stratum of the controls. Watanabe et al (47) stated that alcoholic patients in their thirties with short drinking duration had enlargement of the ventricular system. On the basis of these findings, it is suggested that cerebral atrophy which developed as a result of the abnormal process of alcohol dependence appeared in the early stage of dependence, and was more severe than atrophy caused by the physiological process of aging.

By applying the bivariate power normal distribution which was obtained for each CT item on age, regression was evaluated for nine CT items (excluding item H) on age. Parallelism of regression lines was found between controls and alcoholics, though the severity heights (degree) of the CT measurements differed. In addition, analysis of variance of the controls and individual

alcoholism groups combined to age revealed that the patterns of CT measurements associated with aging in each group were almost parallel. Based on these findings, it is suggested that enlargement of the ventricular system (central atrophy) progresses with aging in the controls as well as the alcoholics. In spite of continuous alcohol dependence, alcoholic cerebral atrophy did not continue to progress as rapidly as anticipated in comparison with the controls. Once the initial atrophy developed, the rate of progression was the same in both alcoholics and controls. However, it was shown that cerebral atrophy started early in the initial stage of alcohol dependence, whereas physiological atrophy mainly started later in the natural process of aging. Such a relation between age and CT measurements has been noticed and reported. Carlen & Wilkinson (28) obtained regression lines of the cortical sulci (the sum of the width of the 8 largest sulci) on age (25-70 years) in 154 neurological controls and 97 alcoholics. Although they mentioned little as to the interpretation of the results of regression analysis, a review of the figures in their paper indicates that the two lines are almost parallel, with differences at intersects only. However, the regression lines of the intercaudate width on age in both groups are not parallel. This is a controversial point. Inhibition of protein synthesis in the central nervous system has been postulated as a factor involved in aggravation of atrophy of the brain by alcohol (48, 49). Noble (48) reported some recovery of the protein synthesizing system through alcohol abstinence. In relation to this, Carlen proposed his "neuronal deafferentation hypothesis" (17, 31), and speculated that partial recovery (reversibility) of cerebral atrophy in recently abstinent chronic alcoholics could be due to regrowth of the injured neurons, the supporting glia and vasculature. Another hypothesis is based on the "rehydration" of the brain tissue (28). Such partial reversibility of the atrophy caused by alcohol abstinence for a certain period may help to inhibit the progress of atrophy already induced. Keller (50) stated: "For the change when an organism has gained experience with a drug and shown its developing capacity to cope with the effects, the word adaptation (with the underlying

evolutionary concept) seems ideally logical." He also described the differences in meaning of tolerance and adaptation. However, tolerance in alcohol-dependence may be the bio-adaptation to the chronic presence of ethanol in an organism (51). There have been many hypotheses regarding the appearance of tolerance and its development in alcohol-dependence (51, 52, 53). Changes in enzyme activity or changes in alcohol metabolism by microsomal ethanol-oxidizing system (MEOS), formation of tetrahydropapaveroline (THP) or tetrahydroisoquinoline (TIQ), changes in neuronal electric membrane properties (EMP) or other changes in a living body are bio-adaptation to an excessive and chronic presence of ethanol (54). Although abstinence from ethanol induces the problem of withdrawal symptoms resulting from these changes, it is supposed that they condition the living body to the presence of ethanol, and that such adaptation inhibits the progress of tissue impairment. As stated before, this paper presents evidence that most of the tissue impairment was induced in the brain in the initial stage of alcohol dependence, and that this impairment did not accelerate at an increased pace thereafter. Based on this evidence, it is considered that tolerance in alcohol dependence, or the development thereof, itself inhibits the accelerative progress of tissue impairment due to alcohol. Thus, the possibility exists that tolerance (adaptation) and its development may have a protective effect on the tissues.

Presumably, these two points – the partial reversibility of atrophy and the effects of tolerance (adaptation) itself – are the main causes of the similar degrees (rates) of progress of cerebral atrophy in the alcoholics and the controls.

A comparison among the diagnostic groups on each CT item, after excluding the effects of aging, revealed significant differences between the controls and the alcoholics in every CT item (contrast ①). This indicates that the degree of enlargement of the ventricular system is more severe in the alcoholics than in the controls, and agrees with previous findings by many other researchers. In the alcoholic psychoses groups, differences between alcoholic dementia and other

alcoholic psychoses groups were significant on items F/C, C/G, C + D, SF (contrast ④). With respect to the degree of cerebral atrophy in these alcoholism groups, the alcoholic dementia group had the most severe atrophy, followed by the alcohol dependence group, and acute alcohol intoxication group, as shown in Fig. 6. This tendency was common to almost all the CT items. Among the alcoholics the alcoholic epilepsy group had the lowest values on all CT items except F/C and A/B.

It has been known that alcoholic dementia produces the greatest organic changes, and this was confirmed in the present study. Reports on morphological changes in alcoholic epilepsy are not found in the reference index of the Excerpta Medica Service. However, there are some reports (55, 56) describing the relationship between convulsive fits and epilepsy during the period of alcohol abstinence. Serological changes have also been pointed out (57), for example, hypomagnesemia and respiratory alkalosis. Therefore the organic changes may be small. However, the limited number of cases in this study makes it difficult to pursue this point further. The large variance in the incidence of cerebral atrophy in the above-mentioned reports may be partly because a variety of types of alcoholism, with different degrees of enlargement of the ventricular system, are uniformly regarded as a group.

Only one of the cases was diagnosed by visual inspection as cerebellar atrophy. On item H, which was an indicator of cerebellar atrophy, difference was significant between the controls and the alcoholics (contrast ①). Similarly, on item CS, difference was significant between both groups (contrast ①), and atrophy on the surfaces of the cerebral hemispheres was observed in the alcoholics. With respect to items H and CS, no differences were significant among the alcoholism groups.

In order to investigate which of the nine CT items (excluding items H and CS) contributes most towards discrimination between the diagnostic groups, multivariate canonical (discriminant) analysis was carried out. Thus, it was found that item F/C (Ventricle index) was the common

contributing factor to discrimination between controls and alcoholics (contrast ①), and also between the alcoholic dementia group and the other three alcoholic psychoses groups (contrast ④). In contrast ①, item C/G (Evans' index), representing the enlargement of the anterior horn of the lateral ventricle, markedly contributed to the discrimination. In contrast ④, items E/G and E, which represent the enlargement of the third ventricle, independently made great contributions to the discrimination. Based on the results of the canonical (discriminant) analysis and one-way analysis of variance in individual CT items, on the report that cerebral atrophy in alcoholism is most likely to occur in the frontal region (14, 15), and on Götze's report (5), in which delirium tremens and Wernicke-Korsakoff syndrome groups were compared on the index of the third ventricle diameter, it is concluded that CT indicators effective for evaluating alcoholic cerebral atrophy are items E/G, E, C/G and F/C.

Thus, the comparative study of the degree of cerebral atrophy in alcoholics, as classified according to the plan of the Alcoholism Diagnostic Conference, provided some information. There is, however, one question. The number of cases in the individual alcoholism groups is much smaller than the number comprising the controls, and thus creates considerable variability. Therefore, it seems necessary to establish constraints, based on reproducibility, and a framework, based on a defined range of data, when applying the results of this analysis. Further study should be carried out to examine and define the characteristics of these diseases in a larger number of cases, and a thorough review and appropriate selection of CT items should be made.

Conclusion

1) The background factors affecting cerebral atrophy were found to be age and duration of drinking. Aging or longer duration of drinking produced aggravation of atrophy.

2) The increasing tendencies toward cerebral atrophy in a given age stratum were almost parallel in controls and alcoholics, with a difference

in the degree of atrophy. In a combined factorial analysis of controls or alcoholics and age strata, the degree of atrophy in the younger stratum of individual alcoholic groups was more severe than that in the elder stratum of the controls, and the most severe atrophy was observed in the elder stratum of the alcoholic psychoses group. These findings indicate that the enlargement of the ventricular system in the alcoholics might be induced in the initial stage of alcohol dependence, and that physiological atrophy due to aging might progress thereafter.

3) A comparison of diagnostic groups on nine CT items, discounting the effects of aging on cerebral atrophy, revealed significant differences between controls and alcoholics on all CT items (contrast ①). Enlargement of ventricles was shown in the alcoholics. Differences were also significant in items F/C, C/G, C + D, and SF in the alcoholic psychoses groups: the alcoholic epilepsy, delirium tremens and alcoholic hallucinosis groups vs. the alcoholic dementia group (contrast ④). The degree of enlargement of ventricles was extremely striking in alcoholic dementia. Subsequent multivariate canonical (discriminant) analysis of these items also disclosed that items F/C and C/G in contrast ① (the proportion of variation explained: 83.8%) and items F/C, E and E/G in contrast ④ (8.4%) contributed greatly to discrimination between the diagnostic groups. Thus, it was suggested that the CT indicators effective for evaluating alcoholic cerebral atrophy were items E and E/G, which represent enlargement of the transverse diameter of the third ventricle, as well as item F/C (Ventricle index) and item C/G (Evans' index).

4) In the cerebellum (item H) and on the surface of the cerebral hemisphere (item CS), atrophy was significant in the alcoholics compared with the controls.

Acknowledgements

The author is deeply indebted to Professor Sadao Hirose of Nippon Medical School, for his invaluable help, encouragement and criticism.

The author wishes to express his sincere appreciation of the cordial co-operation of Dr.

Sachitoshi Kuwahara and Dr. Mitsuo Yamamoto of Hiroshima Sogo Hospital, and Dr. Hisashi Aoki, Dr. Isao Iwasaki and Dr. Kazuo Ohtsu of Iwakuni Shinsei Mental Hospital. The author also wishes to thank Dr. Masashi Goto, Mr. Toshiaki Inoue, and Mr. Takashi Teranishi in the Shionogi Kaiseki Center for their invaluable advice and statistical data analysis.

The contents of this paper was presented at the 33rd International Congress on Alcoholism and Drug Dependence (Tangier, Morocco, October, 1982).

References

1. Huckman M S, Fox J H, Ramsey R G. Computed tomography in the diagnosis of degenerative diseases of the brain. *Semin Roentgenol* 1977;12:63-75.
2. Cala L A, Jones B, Mastaglia F L, Wiley B. Brain atrophy and intellectual impairment in heavy drinkers: A clinical, psychometric and computerized tomography study. *Aust N Z J Med* 1978;8:147-153.
3. Gall M, Becker H, Artmann H, Lerch G, Nemeth N. Results of computer tomography on chronic alcoholics. *Neuroradiology* 1978;16:329-331.
4. Newman S E. The EEG manifestations of chronic ethanol abuse: Relation to cerebral cortical atrophy. *Ann Neurol* 1978;3:299-304.
5. Götze P, Kühne D, Hansen J, Knipp H P. Hirnatrophische Veränderungen bei chronischem Alkoholismus: Eine klinische und computertomographische Studie. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1978;226:137-156.
6. Lusins J, Zimberg S, Smokler H, Gurley K. Alcoholism and cerebral atrophy: A study of 50 patients with CT scan and psychologic testing. *Alcohol Clin Exp Res* 1980;4:406-411.
7. Kroll P, Seigel R, O'Neill B, Edwards R. Cerebral cortical atrophy in alcoholic men. *J Clin Psychiatry* 1980;41:417-421.
8. Lee K, Møller L, Hardt F, Haubek A, Jensen E. Alcohol-induced brain damage and liver damage in young males. *Lancet* 1979;ii(8164):759-761.
9. Bergman H, Borg S, Hindmarsh T, Idestrom C-M, Mützell S. Computed tomography of the brain, clinical examination and neuropsychological assessment of a random sample of men from the general population. *Acta Psychiatr Scand* 1980;Suppl 286:47-56.
10. Wilkinson D A, Carlen P L. Neuropsychological and neurological assessment of alcoholism: Discrimination between groups of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1980;41:129-139.
11. Ron M A, Acker W, Lishman W A. Morphological abnormalities in the brains of chronic alcoholics: A clinical, psychological and computerized axial tomographic study. *Acta Psychiatr Scand* 1980;Suppl 286:41-46.
12. Bergman H, Borg S, Hindmarsh T, Idestrom C-M, Mützell S. Computed tomography of the brain and neuropsychological assessment of male alcoholic patients and a random sample from the general male population. *Acta Psychiatr Scand* 1980;Suppl 286:77-88.
13. Begleiter H, Projesz B, Tenner M. Neuroradiological and neurophysiological evidence of brain deficits in chronic alcoholics. *Acta Psychiatr Scand* 1980;Suppl 286:3-13.
14. Cala L A, Jones B, Wiley B, Mastaglia F L. A computerized axial tomography (C.A.T.) study of alcohol induced cerebral atrophy: In conjunction with other correlates. *Acta Psychiatr Scand* 1980;Suppl 286:31-40.
15. Cala L A, Mastaglia F L. Computerized axial tomography in the detection of brain damage. *Med J Aust* 1980;2:193-198.
16. Hill S Y, Mikhael M A. Computerized transaxial tomographic and neurophysiological evaluations in chronic alcoholics and heroin abusers. *Am J Psychiatry* 1979;136:598-602.
17. Hill S Y, Mikhael M, Carlen P L, Wilkinson D A, Holgate R, Wortzman G. Computed tomography scans of alcoholics: Cerebral atrophy? *Science* 1979;204:1237-1238.
18. Iwase N, Takahashi S, Yamame H, et al. Application of APA's DSM-III diagnostic criteria 12; Substance use disorders. *Jpn J Clin Psychiatry* 1981;10:1135-1141.
19. Kato N, Noto T, Tadaï T, Kotani K. DSM-III and alcoholic psychoses in Japan. *Jpn J Clin*

- Psychiatry 1982;11:213-220.
20. Kato N, Noguchi S. Alcohol addiction, conception. In: Kato N, Kurihara M, eds. *Gendai seishin igakutaikei*, 15b. Tokyo: Nakayama shoten, 1977:3-12.
 21. Saito M. Conception and classification. *Jpn J Clin Psychiatry* 1982;11:285-294.
 22. The Alcoholism Diagnostic Conference. The criteria of alcohol dependence syndrome and other alcoholic diseases. The Health and Welfare Ministry of Japan, 1977.
 23. Araki S. Head injury. In: Shiota H, Akaiwa H, Otsuki K, eds. *Japan surgery zensho*, 10. Tokyo: Kanahara Pub., 1954:1-175.
 24. Gyldensted C, Kosteljanetz M. Measurements of the normal hemispheric sulci with computer tomography: A preliminary study on 44 adults. *Neuroradiology* 1975;10:147-149.
 25. Gonzalez C F, Lantieri R J. The CT scan appearance of the brain in the normal elderly population: A correlative study. *Neuroradiology* 1978;16:120-122.
 26. Earnest M P, Heaton R K, Wilkinson W E, Manke W F. Cortical atrophy, ventricular enlargement and intellectual impairment in the aged. *Neurology (NY)* 1979;29:1138-1143.
 27. Cala L A, Thickbroom G W, Black J L, Collins D W K, Mastaglia F L. Brain density and cerebrospinal fluid space size: CT of normal volunteers. *Am J Neuroradiology* 1981;2:41-47.
 28. Carlen P L, Wilkinson D A. Alcoholic brain damage and reversible deficits. *Acta Psychiatr Scand* 1980;Suppl 286:103-118.
 29. Sarabia F, Bowden C L, Tex S A. Computerized tomographic evidence of cerebral atrophy in heavy drinkers. *South Med J* 1980;73:716-718.
 30. Artmann H, Gall M V, Herrlich J, Hacker H. Reversible enlargement of cerebral spinal fluid spaces in chronic alcoholics. *Am J Roentgenol* 1981;2:23-27.
 31. Carlen P L, Wortzman G, Holgate R C, Wilkinson D A, Rankin J G. Reversible cerebral atrophy in recently abstinent chronic alcoholics measured by computed tomography scans. *Science* 1978;200:1076-1078.
 32. Lange S, Grumme T, Meese W. Degenerative Erkrankungen. In: *Zerebrale Computer Tomographie*. Berlin: Herausgegeben in der medizinisch-wissenschaftlichen Buchreihe der Schering AG Berlin/ Bergkamen, 1977:69-75.
 33. Meese W, Lanksch W, Wende S. Cerebral atrophy and computerized tomography-Aspects of a qualitative and quantitative analysis. In: *Cranial computerized tomography*. Berlin/ Heidelberg/New York: Springer Verlag, 1976:222-232.
 34. Hibino H, Kuwabara S, Kajiwara S, et al. Computerized transaxial tomography. *J Hiroshima Med Assoc* 1977;30:131-136.
 35. Banna M. The ventriculo-cephalic ratio on computed tomography. *J Can Assoc Radiol* 1977;28:208-210.
 36. Synek V, Reuben J R, Boulay G H. Comparing Evans' Index and computerized axial tomography in assessing relationship of ventricular size to brain size. *Neurology (NY)* 1976;26:231-233.
 37. Brinkman S D, Sarwar M, Levin H S, Morris H H. Quantitative indexes of computed tomography in dementia and normal aging. *Neuroradiology* 1981;138:89-92.
 38. Gnanadesikan R. Assessment of special aspects of multivariate statistical models. In: *Methods for statistical data analysis of multivariate observations*. New York: John Wiley & Sons, 1977:137-150.
 39. Goto M. Multivariate analysis of variance. In: *Multivariate data analysis*. Osaka: Kagaku Jyoho Co, 1973:241-273.
 40. Goto M. Canonical discriminant analysis. In: *Multivariate data analysis*. Osaka: Kagaku Jyoho Co, 1973:209-239.
 41. Jacoby R J, Levy R, Dawson J M. Computed tomography in the elderly: 1. The normal population. *Br J Psychiatry* 1980;136:249-255.
 42. Barron S A, Jacobs L, Kinkel W R. Changes in size of normal lateral ventricles during aging determined by computerized tomography. *Neurology (NY)* 1976;26:1011-1013.
 43. Reisner T, Zeiler K, Strobl G. Quantitative Erfassung der Seitenventrikelbreite im CT - Vergleichswerte einer Normalpopulation. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1980;48:168-174.

44. Hahn F J Y, Rim K. Frontal ventricular dimensions on normal computed tomography. *Am J Roentgenol* 1976;126:593-596.
45. Yamamura H, Ito M, Kubota K, Matsuzawa T. Brain atrophy during aging: A quantitative study with computed tomography. *J Gerontol* 1980;35:492-498.
46. Tanabe N. Dementia senilis and CT. *Jpn J Clin Psychiatry* 1980;9:785-796.
47. Watanabe H, Mikami A, Hashimoto H, Kato I, Watanabe E. Cranial CT findings on drinkers. *Psychiatr Neurol Jpn* 1981;83:389.
48. Noble E P, Tewari S. Protein and ribonucleic acid metabolism in brains of mice following chronic alcohol consumption. *Ann NY Acad Sci* 1974;215:333-345.
49. Erwin V G, McClearn G E, Kuse A R. Interrelationships of alcohol consumption, actions of alcohol, and biochemical traits. *Pharmacol Biochem Behav* 1980;13:297-302.
50. Keller M. Adaptation and tolerance. In: Keller M, McCormic M, eds. *A dictionary of words about alcohol*. Richmond, Va: The William Byrd Press Inc, 1968:16-17.
51. Ogata M. Genetic factors. In: Kato N, Kurihara M, eds. *Gendai seishin igaku taikei*, 15b. Tokyo: Nakayama shoten, 1977:27-33.
52. Traynor A E, Schlapfer W T, Barondes S J. Stimulation is necessary for the development of tolerance to a neuronal effect of ethanol. *J Neurobiol* 1980;11:633-637.
53. Wilker A, Pescor F T, Isbell H. Electroencephalographic changes associated with chronic alcoholic intoxication and the alcohol abstinence syndrome. *Am J Psychiatry* 1956;113:106-114.
54. Scott B S, Edwards B A V. Effect of chronic ethanol exposure on the electric membrane properties of DRG neurons in cell culture. *J Neurobiol* 1981;12:379-390.
55. Saito T, Murayama T, Mitamura A, et al. A possible role of alcohol on convulsive seizures in a case of idiopathic epilepsy. *Jpn J Stud Alcohol* 1980;15:175-186.
56. Arai N, Nimura T. Alcoholic epilepsy. In: Kato N, Ohara K, Kono H, eds. *Alcoholism*. Tokyo: Igaku shoin, 1973:85.
57. Victor M, Wolfe S M. The role of hypomagnesemia and respiratory alkalosis in the genesis of alcohol withdrawal syndrome. In: Bouren P G, Fox R, eds. *Alcoholism: Progress in research and treatment*. New York: Academic Press Inc. 1973:144-157.

Address
Tomoyuki Ishii, M.D., D.M.Sc.
 Otake Shinsei
 Mental Hospital
 Otake City
 Hiroshima Prefecture
 Japan

厚生 の 指標 掲載 の 小文 について

〈精神衛生法改正について〉

「日精協会長が、課長に騙され、とんでもない法案改正が国会を通過しようとしているから何とかしてほしい」と津久江一郎 広精協会長（当時）に強く依頼されたので、高村正彦衆議院議員の自宅に伺い相談いたしました。「政府提出法案だから、自分は反対できないので、野党を使うように」とのアドバイスで作戦を授かりました。このことを津久江先生に説明し、了解を得ようと思いました。津久江先生から「日精協が野党を使うことはできない」とのことでしたので、自分が個人的に活動することを津久江先生から了解を得ました。早速、お世話になっていた柳沢錬造参議院議員（当時、民社党国対委員長）に、色々お世話をしていただき、参議院政府委員室において、小林秀資精神衛生課長の陪席のもと、斎藤十朗厚生大臣に説明し、理解して頂きました。以後、法案審議がストップし改訂されたのち、国会を通過いたしました。その後、「厚生 の 指標」が精神保健特集を組んだため、小林秀資課長の依頼により書いた小文です。



斎藤十朗厚生大臣



斎藤十朗厚生大臣



斎藤十朗厚生大臣 柳沢錬造参議院議員



石井篤子 高村正彦衆議院議員



高村正彦衆議院議員

厚生の指標



昭和63年
第35巻 第7号

●衛生と福祉と保険の統計●

精神保健特集

財団法人 **厚生統計協会**

Health and Welfare Statistics Association

7. 精神保健における今後の課題—誌上座談会—

弱小民間病院の立場から

石井 知行*

*大竹新生病院院長（広島県）

精神障害者の人権擁護と社会復帰を主眼とした精神衛生法改正がなされたが、今後の精神医療に対して期待と同時に不安が錯綜する。宇都宮病院事件に集約された精神医療の問題点は、入院における精神障害者の人権擁護及び社会復帰システムの未整備、低医療費による低濃度の医療及びマンパワー不足、官公立精神病院の対応困難例を含む措置入院への非協力、社会の差別偏見等の相互の絡みあいと悪循環によるものであった。従って、その改革は全てを視野に入れた漸進的なものでない限り、医療現場に思わぬ混乱が引き起こされる。入院中心から地域中心の体制への移行に際して、再発予防、障害者のより安定した幸福な生活、万が一の事件事故防止のためには、外来、デイ・ケア、訪問看護、保護作業等々の多様なネットワークが有機的に連携する必要がある。そのためには、十分な人材と経費を要し、入院医療よりも高価となり得ることさえあるだろう。それを惜しむなら、脱入院化は障害者の福祉につながらず、ホームレス化と事件事故発生の可能性につながるであろう。総医療費抑制下における改革に不安を感じる所以である。

精神障害者の人権擁護は、今回の法改正により、やっと制度化され一定程度の前進をみたが、今後の試行により更に充実改善されるべきである。同時に、精神医療現場においては、人権擁護と医療のための人権の一部の制限はその調和が困難な場面も予想され、以下の如き保護に対する配慮が不可欠と思われ

る。何故なら万が一精神障害者による事件事故が発生するなら、それは必ず精神障害者に対する差別偏見の強化となつてはね返り、精神医療の後退につながるからである。人権を公的権力により強力に制限しているという見地から、犯罪を起こした精神障害者の取り扱いを含め、措置入院は官公立精神病院を中心に整備充実されるべきである。覚醒剤依存は他の精神障害と本質的に異なっており、精神保健法に拠るのでなく、他法に準拠するべきであり、同様にその治療体系の整備充実が望まれる。本来、国家が遂行すべきこれらの義務を民間業務として代行させている所に精神医療の問題の本質の一つがある。

社会復帰システムの核には、地域に根差し精神障害者との長期の人間関係を保ちうる各地に散在する民間病院が望ましい。が、現実に日精協加盟病院の約半数が無類、3類である。決して改善を怠っている訳ではなく、我々大部分の弱小病院は高看などは仲々働いて貰えないなかで苦しい努力をしている。精神医療においては、パラメディカルの関与する部分が大きく、身体医学を中心とした医療体系にはなじみにくい。経験を積んだ「精神科看護婦」を中心とする別個の看護体系や独自の診療報酬体系が望まれる。これによる多くの弱小病院の質を底上げなしには、真の改革はあり得ない。精神医療に適した独自性が求められるべきであって、全て他科と同じようだという発想は寧ろ差別の裏返しであろう。

病院移転問題について

昭和47年より、広島一岩国道路（高速道路）の建設予定地となり、多くの建設候補地を探しました。広島県竹下虎之助知事（当時）の薦めにより、地御前に候補地を決めたところ、精神病院であるとの理由から反対運動を受けました。母親も脳卒中で倒れ、私もフィッシャー症候群で入院いたしました。以後、紆余曲折がありました。日本道路公団本社預かりとなりました。当時の本社預かりは、東京湾横断道路と、当院（当時：大竹新生病院）でした。写真は当時の日本道路公団 宮繁護総裁、渡辺修自副総裁、杉岡浩理事や、大恩ある柳沢錬造先生（当時：民社党国対委員長）などの方々です。



宮繁護総裁

柳沢錬造参議院議員



渡辺修自副総裁

宮繁護総裁

杉岡浩理事

「日本道路公団総裁室にて」



著者

広島県
竹下虎之助知事

日本道路公団
宮繁護総裁

「広島県知事室にて」

定礎

本館は平成元年に竣工しました。私は悪筆であるため定礎の文字は高村正彦衆議院議員を通じて海部俊樹内閣総理大臣（当時）をお願いいたしました。海部先生は快諾したのですが首相秘書官から、自民党総裁の肩書ならよろしいが、内閣総理大臣の肩書を使うことはいけないと拒否されました。しかしながら、首相官邸において、内閣官房と日本道路公団との間で協議がもたれ、高速道路建設による当院移転問題における日本道路公団の不手際、移転反対運動により被った石井ファミリーの艱難辛苦等を考慮して内閣総理大臣の肩書を使用することとなりました。

竣工当日、高村先生の父君が亡くなられた葬式の当日であるにも拘わらず、日程を変更をして高村先生がお出でになられ、私と2人でこの記念碑の除幕式を行いその後2人で病院の周りを歩いてまわり竣工を祝いました。



うつくし松

アカマツの希少種、多葉松の一種。一株から多くの枝を伸ばす末広りの樹形が特徴（天然記念物） 柳のような葉を持つ美しい松でした。

昭和47年・当院の敷地が、日本道路公団広島岩国道路の建物予定地になり幾多の代替地を検討致しました。廿日市町地御前における代替候補地では精神疾患とその障害に対する偏見から移転反対運動を受けるなど艱難辛苦が続きました。日本道路公団との交渉を積み重ね、本社預かりとなりました。

当時の本社預かりは、東京湾横断道路と当院でした。更に交渉の末、平成元年・現在地に移転致しました。

日本道路公団・宮繁護総裁（当時）より、移転に伴う労苦への陳謝が公式になされ、当院理事長の誠意への感謝の印として、天然記念物「うつくし松」が贈呈されました。

以来、大切に育てておりましたが、松喰い虫のため枯死致しました。

これを末永く記念するため、東京藝術大学・田中一幸教授と研究室チームによる創作により姿を変え、オブジェ「風の牧」として蘇りました。

背景は、既に枯れた状態ですが、在りし日の姿をとどめる、写真家・馬場祥光の作品です。



菊花石の由来

「菊花石は造花か、石骨に菊花を彫り、石膚に菊花を描きたるもの、その天巧の精妙は到底人工の及ぶところにあらず、嗚呼、石や靈ありと謂ふ可き矣」（徳富蘇峰）と激賞されたのが、岐阜県根尾村の根尾東谷の上流から産出する菊花石である。緑や褐色の地に、菊の花模様がくっきりと浮かんでおり、世界でも中国の一部にしか発見されていない、大変貴重なものです。

この菊花石は、約一億年前、海底火山の噴火によってできたものといわれ、昭和二十七年に国の特別天然記念物に指定されています。それ以来、発掘は禁止されていますが、最近では指定地以外でも発見され話題を呼んでいます。

日本道路公団・宮繁護総裁（当時）より、移転に伴う労苦への陳謝が公式になされ、当院理事長の誠意への感謝の印として、菊花石が贈呈されました。



壮年期 I

この時期は、論文はほとんど書いていません。介護老人保健施設ゆうゆ、精神科デイナイトケアわくわく、生活訓練施設あい、地域生活支援センターみらい、福祉ホームBきらきら（当時）を建築しました。平成7年に介護老人保険施設ゆうゆを立ち上げて、認知症病棟をつくりました。ここにおいて長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）がほとんどゼロに近い方と、20点台を取れる方と一緒にケアするのはよくないと感じ、重症度別に処遇するために、病棟を増築してきました。本館（既設の病棟）から48床を抜いて認知症病棟と内科療養病棟を合築することを二回繰り返しました。（新館、別館（ユニットケア））このため、病棟面積はすべてにおいて基準以上のゆったりとした広さになっています。施主として、設計士と突っ込んだ議論をしながら建てましたので、これらの設計図が自分の論文であると思いながら建築しました。



高円宮殿下ご視察

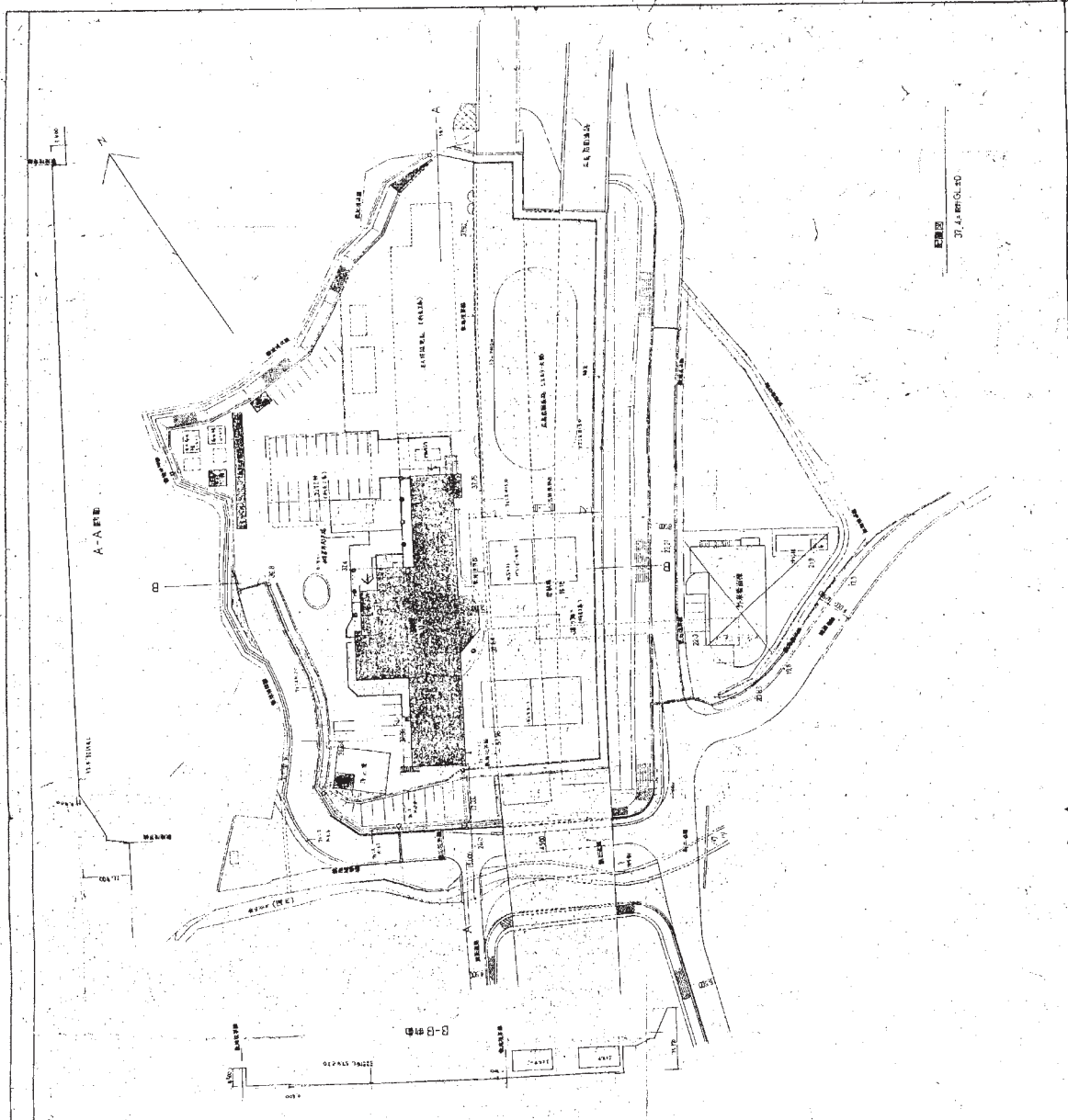
平成8年、老人保健施設ゆうゆ開設1周年を記念して高円宮憲仁殿下にお成りいただきました。当日、妃殿下は残念でしたが急用のためご欠席となりました。高円宮殿下の温かいお人柄と、厚い博識に惹きつけられました。その後、スポーツ中に急逝されました。謹んで哀悼の意を捧げます。

また、厚生省羽毛田老人保健局長（当時）に記念講演をしていただきました。

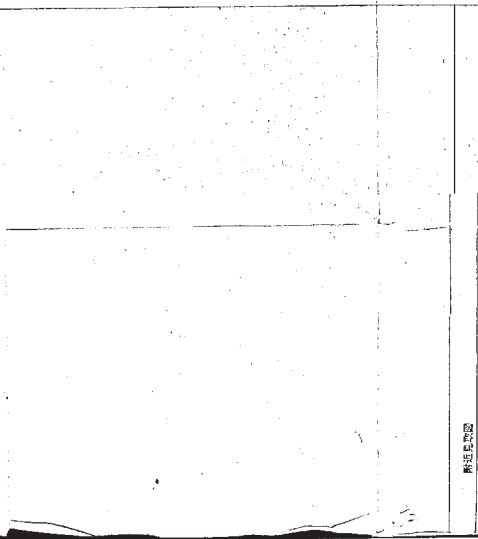


メープルヒル病院本館

平成元年 本館建築時の高速道路との位置関係図

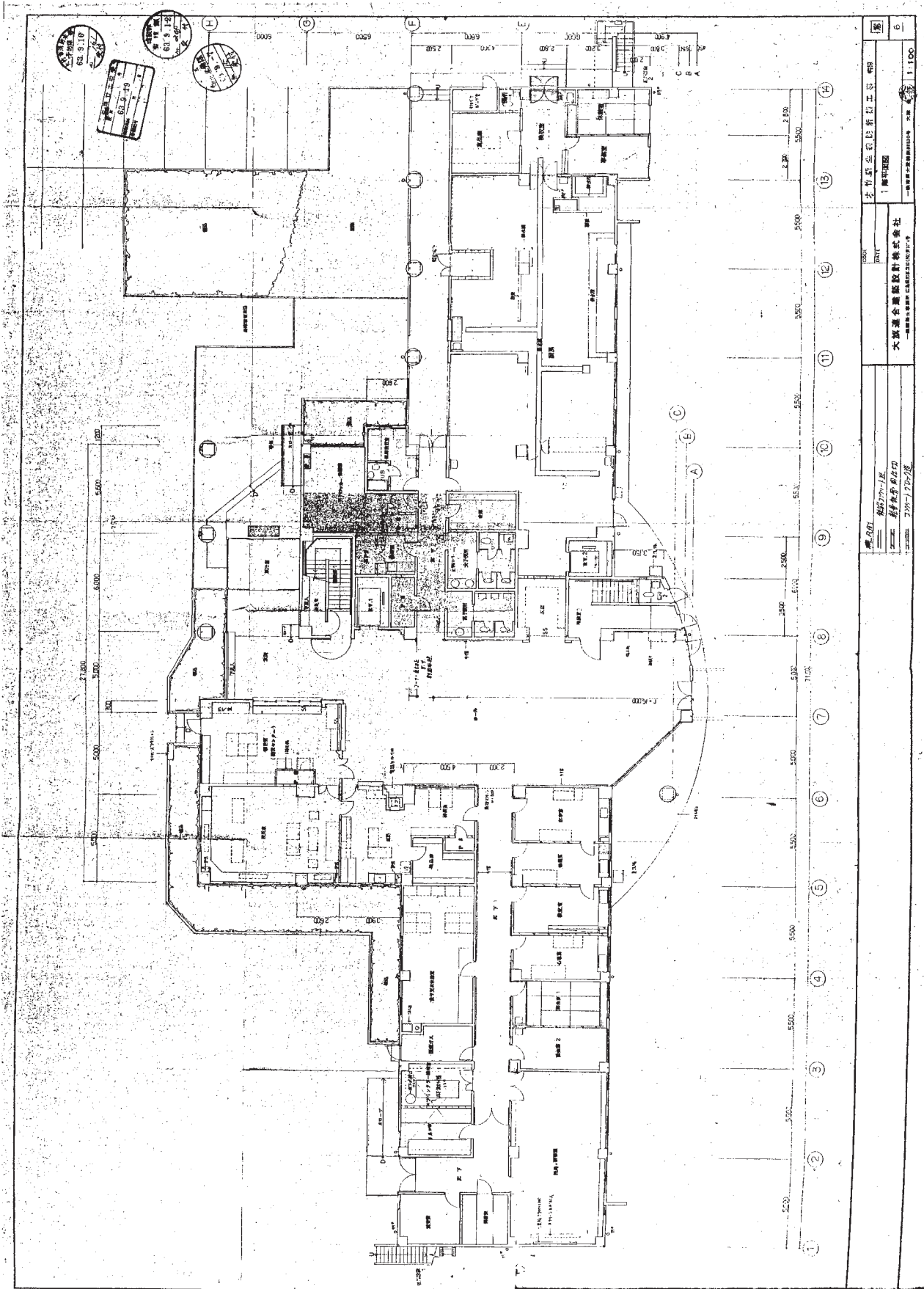


計画概要	主館新館 建設中 1992.6.
建築名称	主館新館 建設中
建築地区	9/12.31
敷地面積	4,113.00㎡ (約100坪)
建築面積	4,113.00㎡ (約100坪)
構造形式	鉄筋コンクリート造 6階 1991/10
建築主	11.3



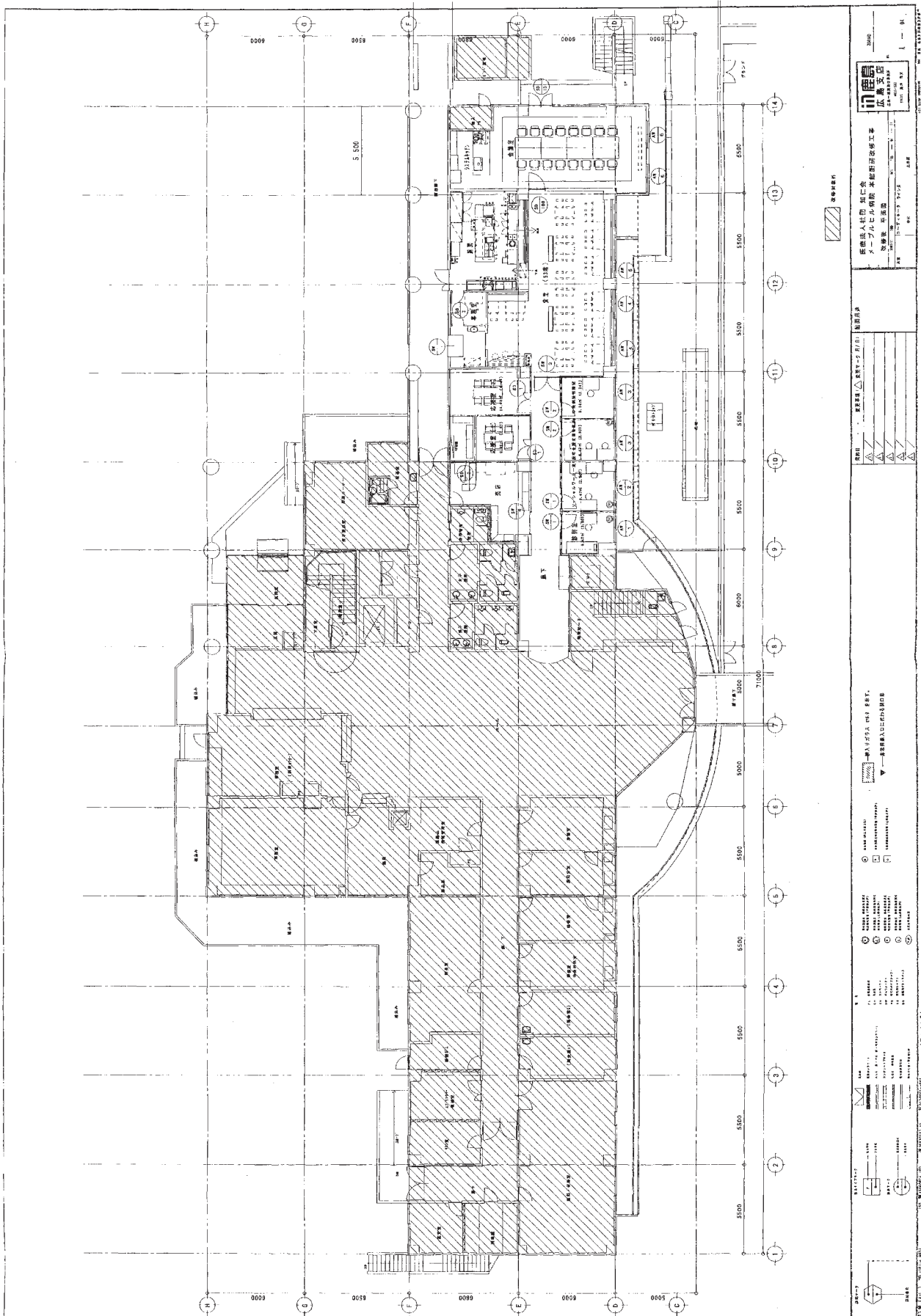
設計者	大塚通合建築設計株式会社
監理者	大塚通合建築設計株式会社
縮尺	1:500
図名	新館建設中
図号	
図日	
図尺	
図紙	
図説	
図注	
図面	
図名	
図号	
図日	
図尺	
図紙	
図説	
図注	
図面	

本館1階 エントランスホール

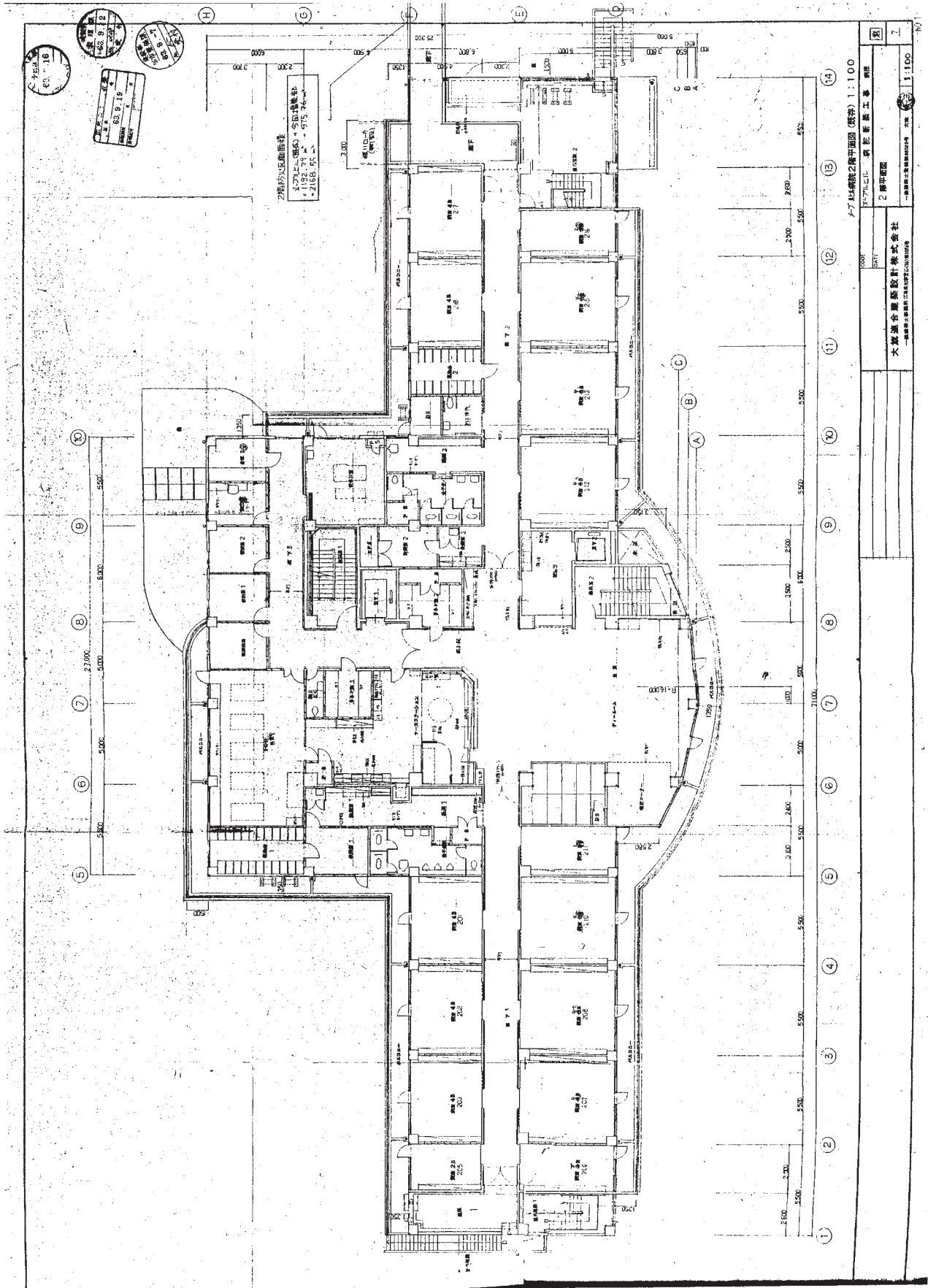


図名	本館1階 エントランスホール
図号	1-100
設計者	大塚建築設計株式会社
設計者	大塚建築設計株式会社
設計者	大塚建築設計株式会社
設計者	大塚建築設計株式会社

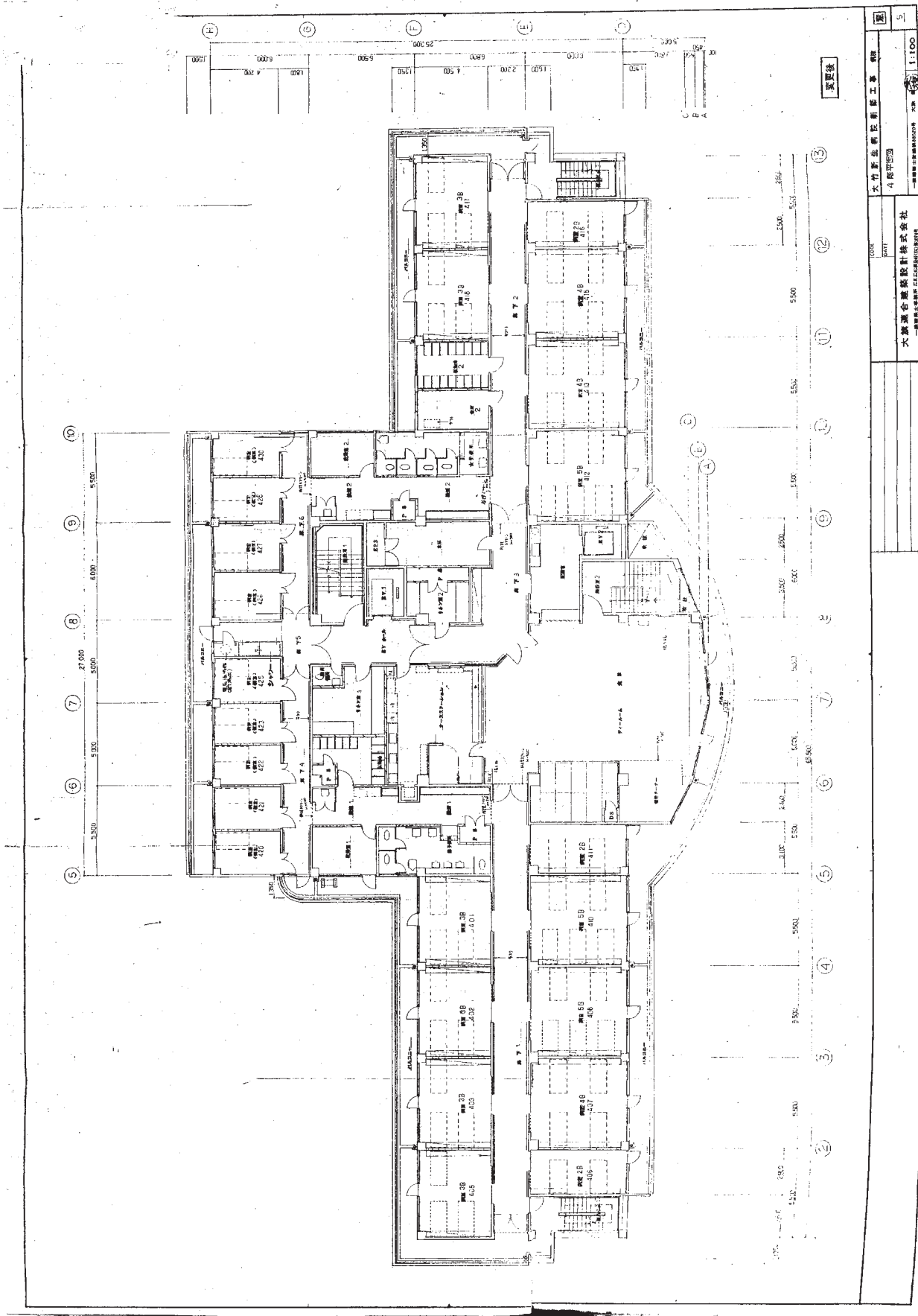
本館1階 改装後



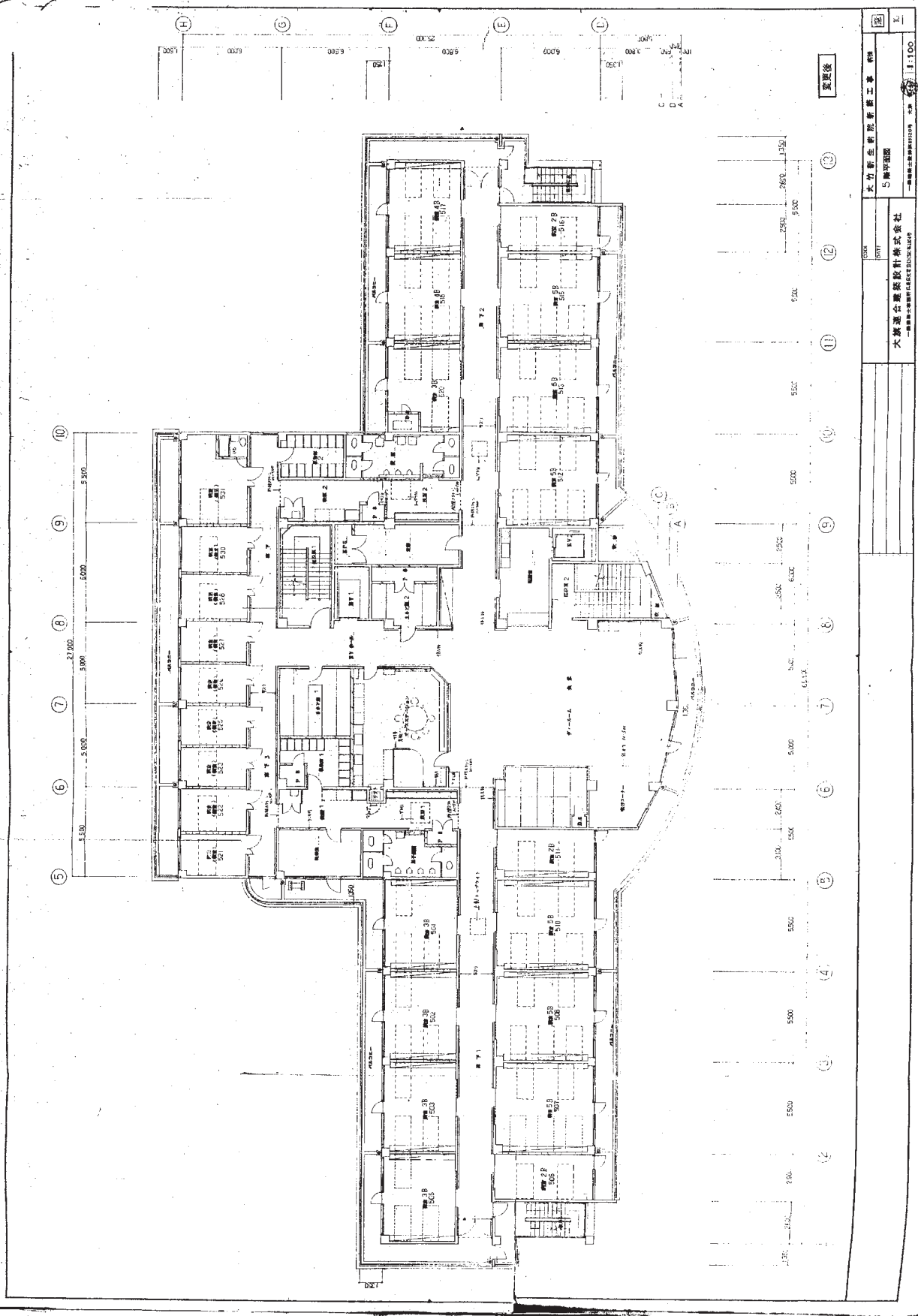
本館 2階 精神一般身体合併症棟



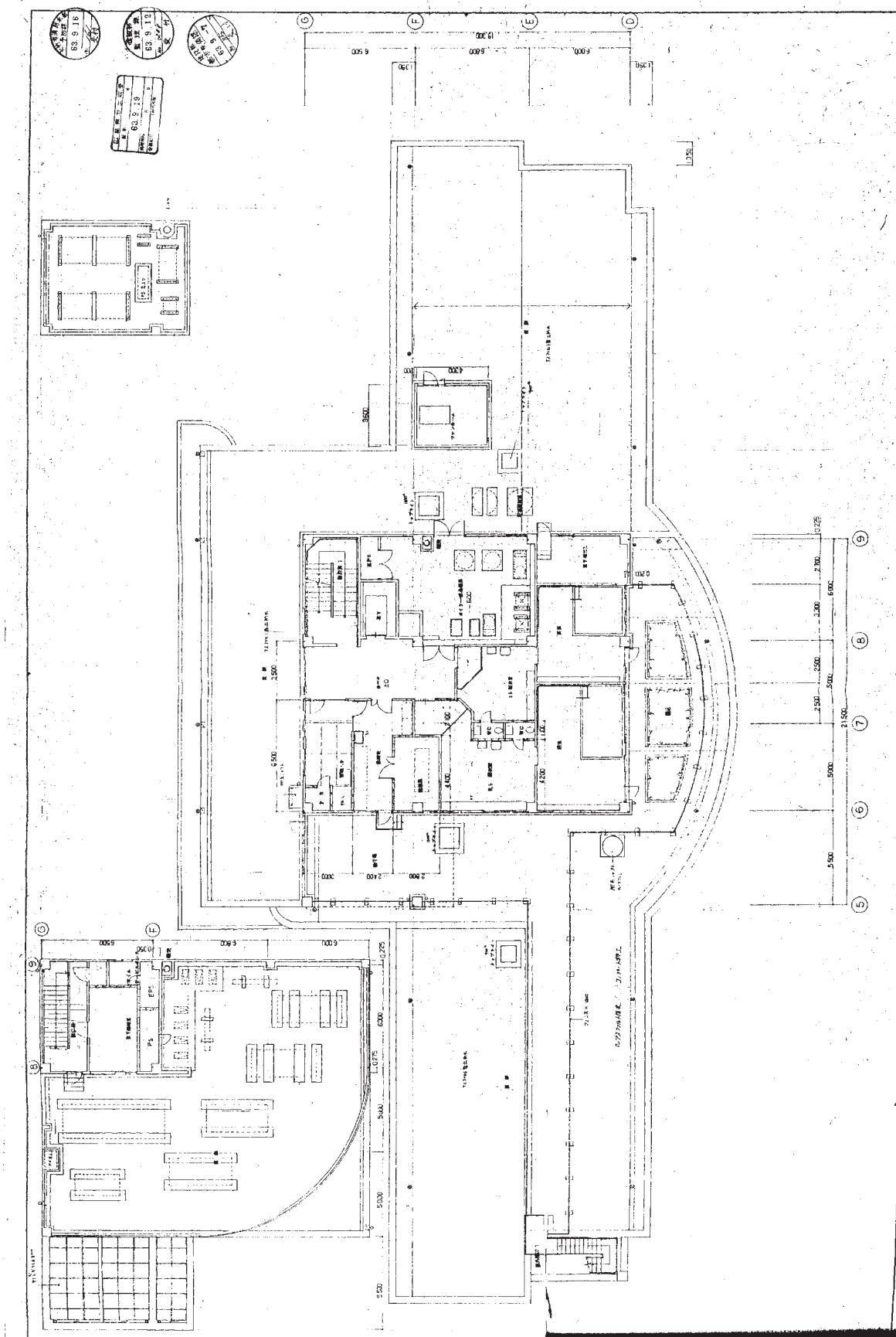
本館 4階 精神療養病棟



本館 5階 老人性認知症疾患療養病棟

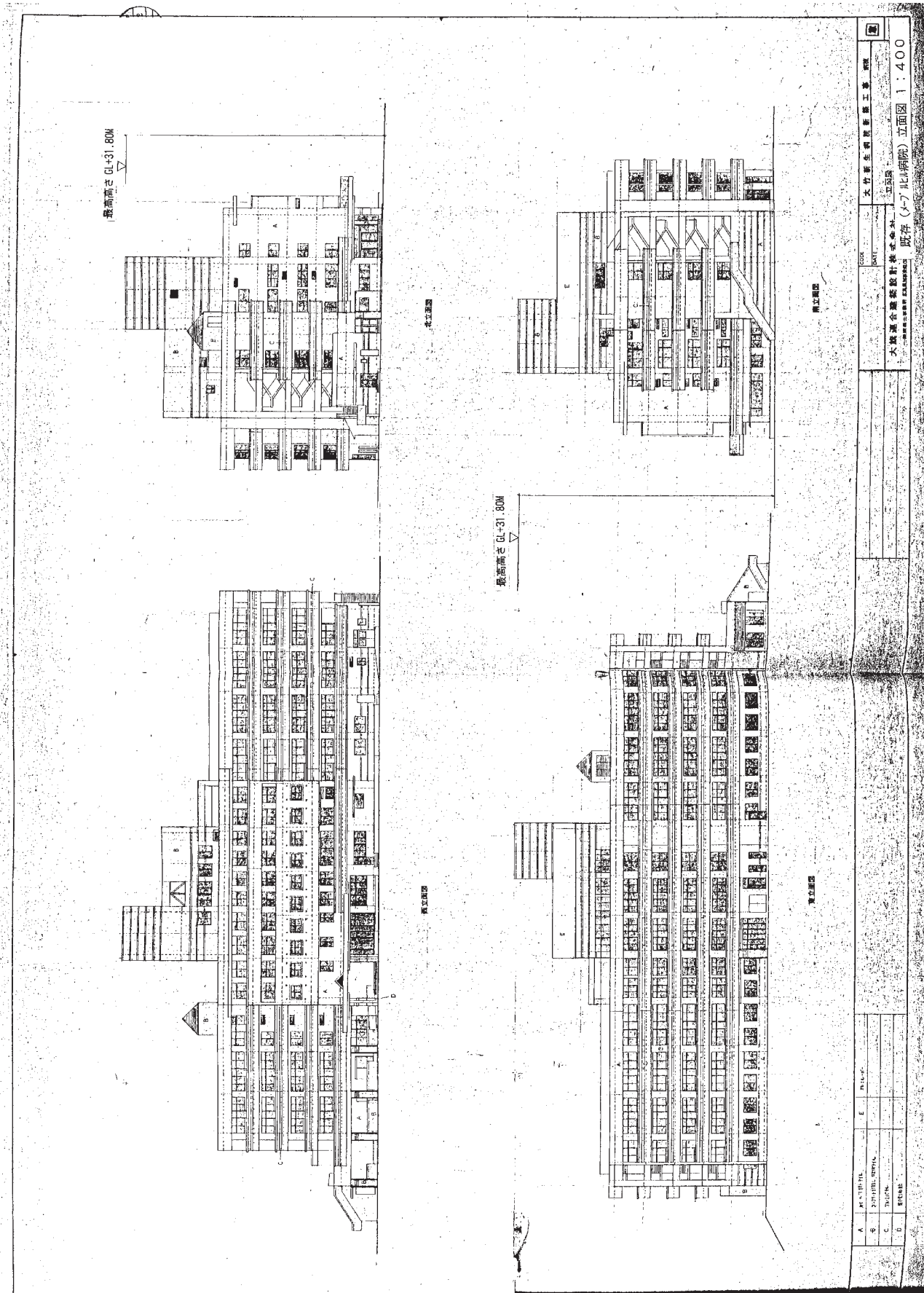


本館 6階 浴室



11	11	1:100
文竹衛生機器新設工事	PH 配管図	PH 配管図
大塚通合建築設計株式会社	大塚通合建築設計株式会社	大塚通合建築設計株式会社
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
TEL 03-5561-1111	TEL 03-5561-1111	TEL 03-5561-1111
FAX 03-5561-1112	FAX 03-5561-1112	FAX 03-5561-1112
大塚通合建築設計株式会社	大塚通合建築設計株式会社	大塚通合建築設計株式会社
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
TEL 03-5561-1111	TEL 03-5561-1111	TEL 03-5561-1111
FAX 03-5561-1112	FAX 03-5561-1112	FAX 03-5561-1112

本館 立面図

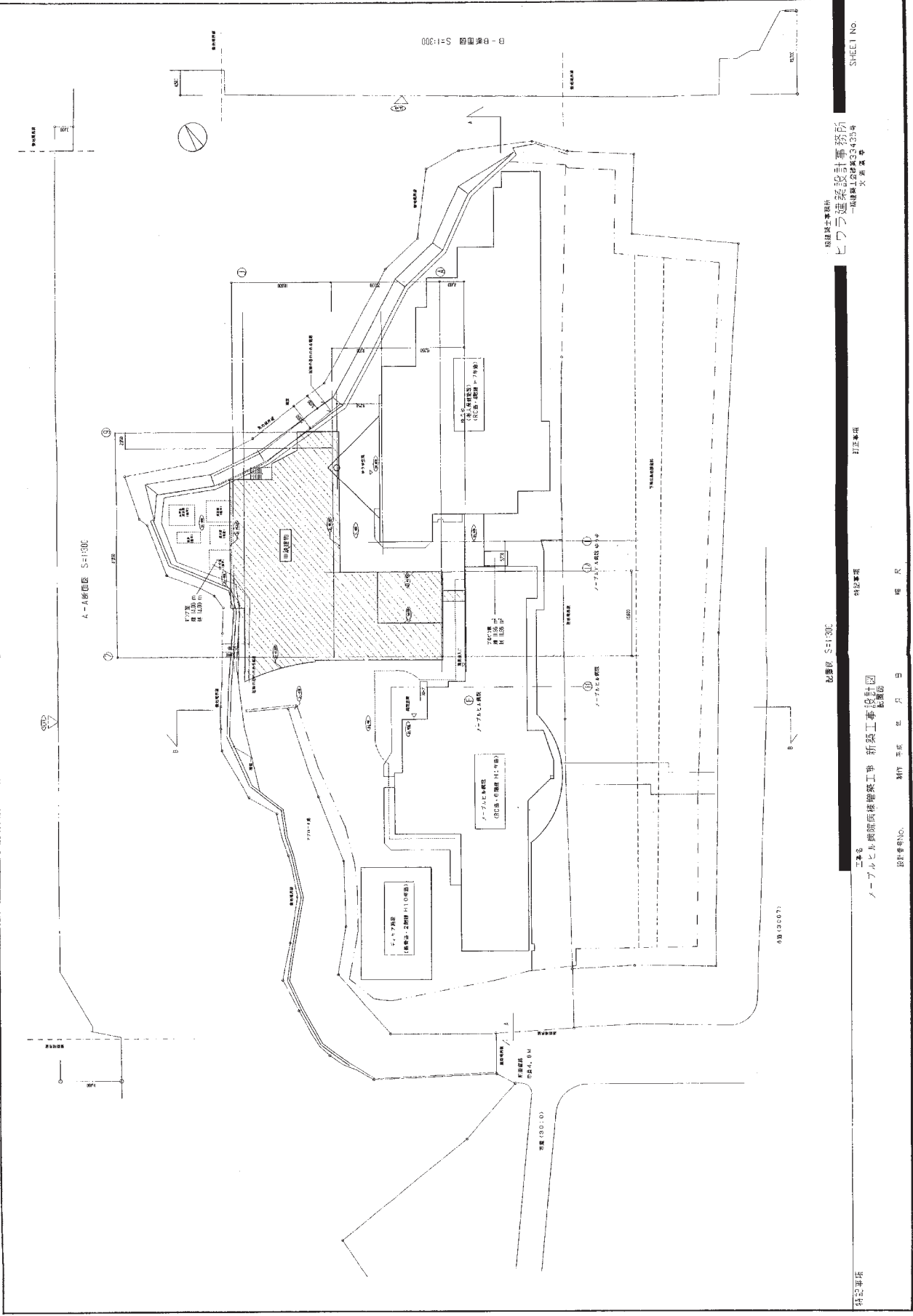


A	第一層	E	五層
B	第二層	F	六層
C	第三層	G	七層
D	第四層	H	八層

大館総合建築設計事務所
 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
 TEL: 03-5561-1111 FAX: 03-5561-1112
 大館総合建築設計事務所 設計 (一) 北病院 立面図 1:400

メープルヒル病院新館 (リハビリテーションセンター)

平成12年 新館建築時 本館、新館、ゆうゆ、わくわく 位置関係図



00C-1E-1 図面番号 - 日

設計士事務所
ヒロコ建築設計事務所
〒104-8543 東京都中央区
文京区

打込事項

記号 5-130C

工事名
メーブル北館新築工事 新築工事設計
監理図

期日 年 月 日

設計者 No.

製作者 No.

単位

尺

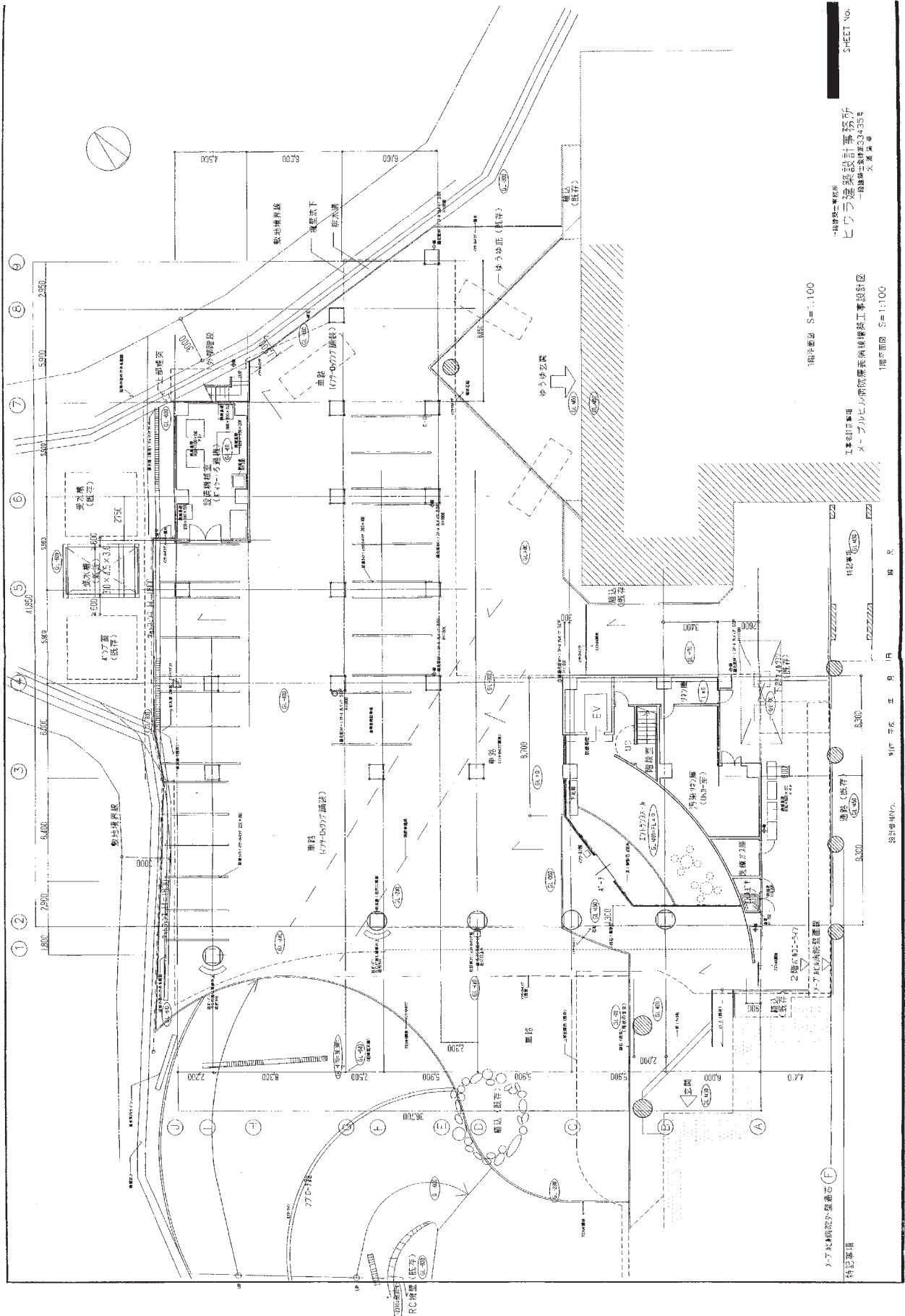
寸

分

秒

分

新館1階 エントランスホール・駐車場



設計者 株式会社 建設設計事務所
 建築士 藤田 誠
 建築士 藤田 誠
 建築士 藤田 誠

1階平面図 S=1:100
 1階平面図 S=1:100

新館1階
 エントランスホール・駐車場

設計者 株式会社 建設設計事務所

設計者 株式会社 建設設計事務所

設計者 株式会社 建設設計事務所

設計者 株式会社 建設設計事務所

設計者 株式会社 建設設計事務所

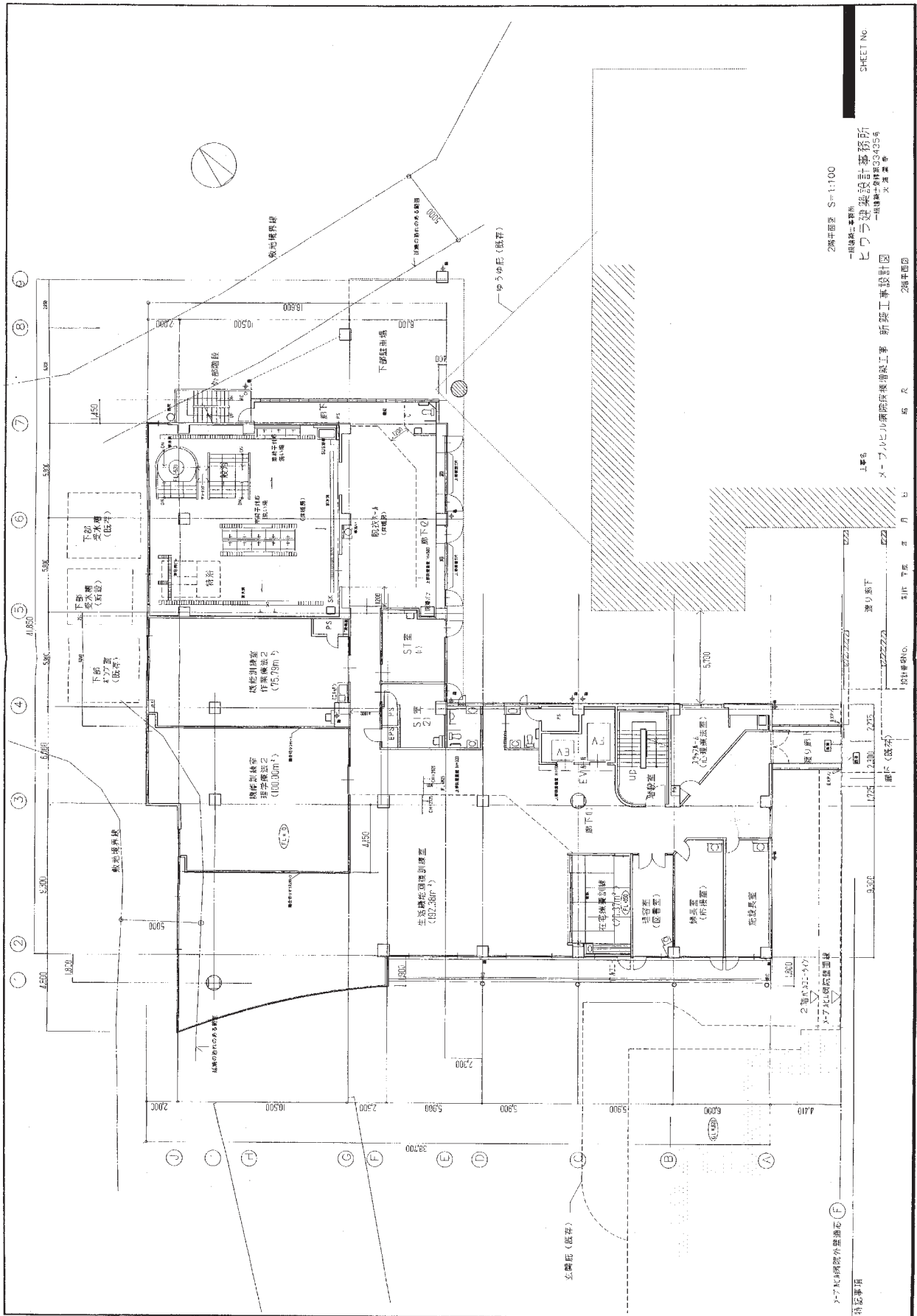
設計者 株式会社 建設設計事務所

設計者 株式会社 建設設計事務所

設計者 株式会社 建設設計事務所

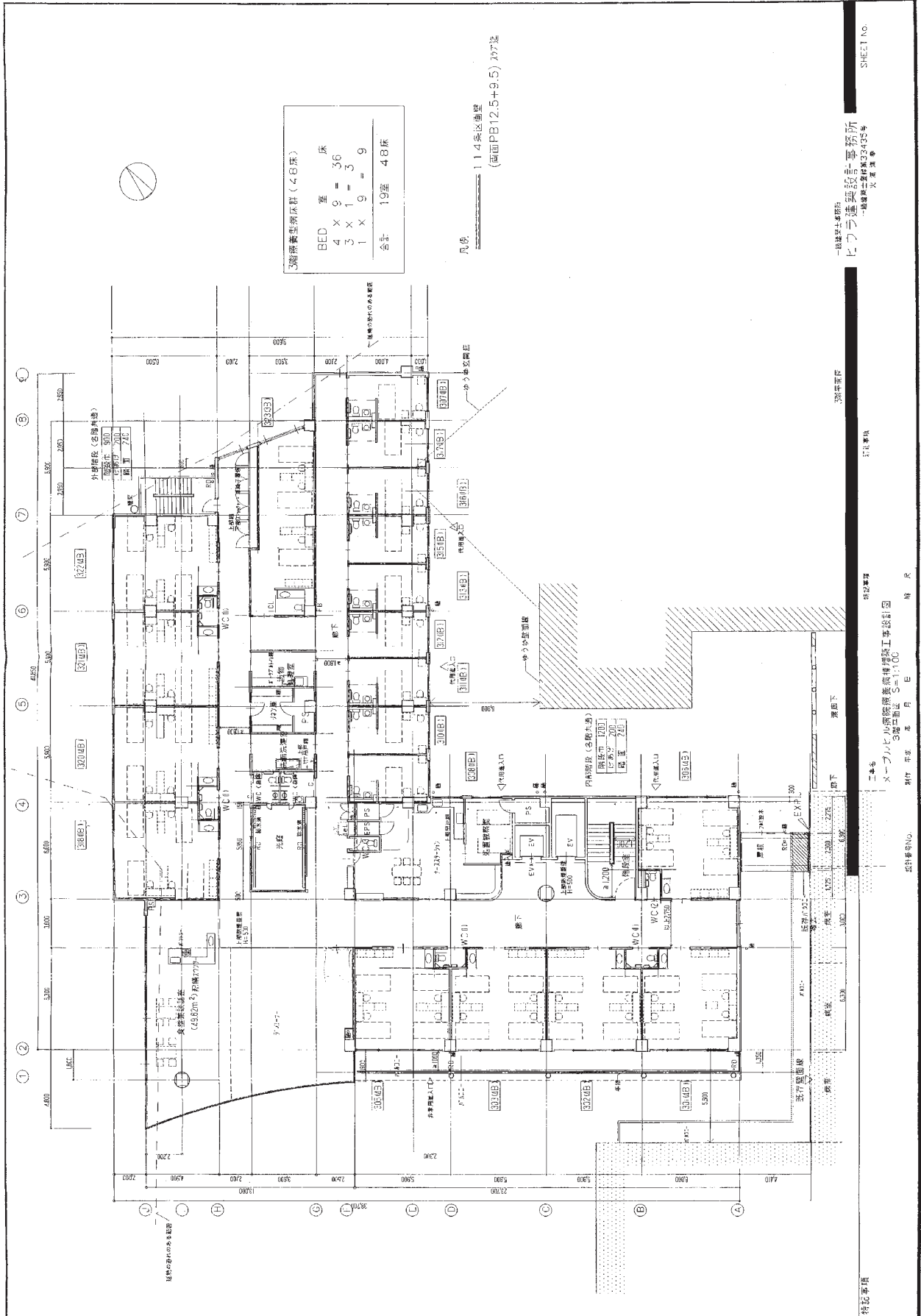
設計者 株式会社 建設設計事務所

新館2階 リハビリテーションセンター (PT、OT、ST)、浴室



2階平面図 S=1:100
 一階建築士事務所
 ヒラサキ建築設計事務所
 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-10-10
 電話 03-5561-1111
 代表取締役 高橋 隆雄
 設計士 高橋 隆雄
 監理 高橋 隆雄
 施工 高橋 隆雄
 新館工事設計図
 新館工事設計図
 2階平面図

新館 3階 内科療養病棟



一級建築士事務所
ピラミッド建築設計事務所
一級建築士事務所 2343号
大塚 浩吉

設計事務所
ピラミッド建築設計事務所
二巻 浩吉
梅竹 浩吉 月 日

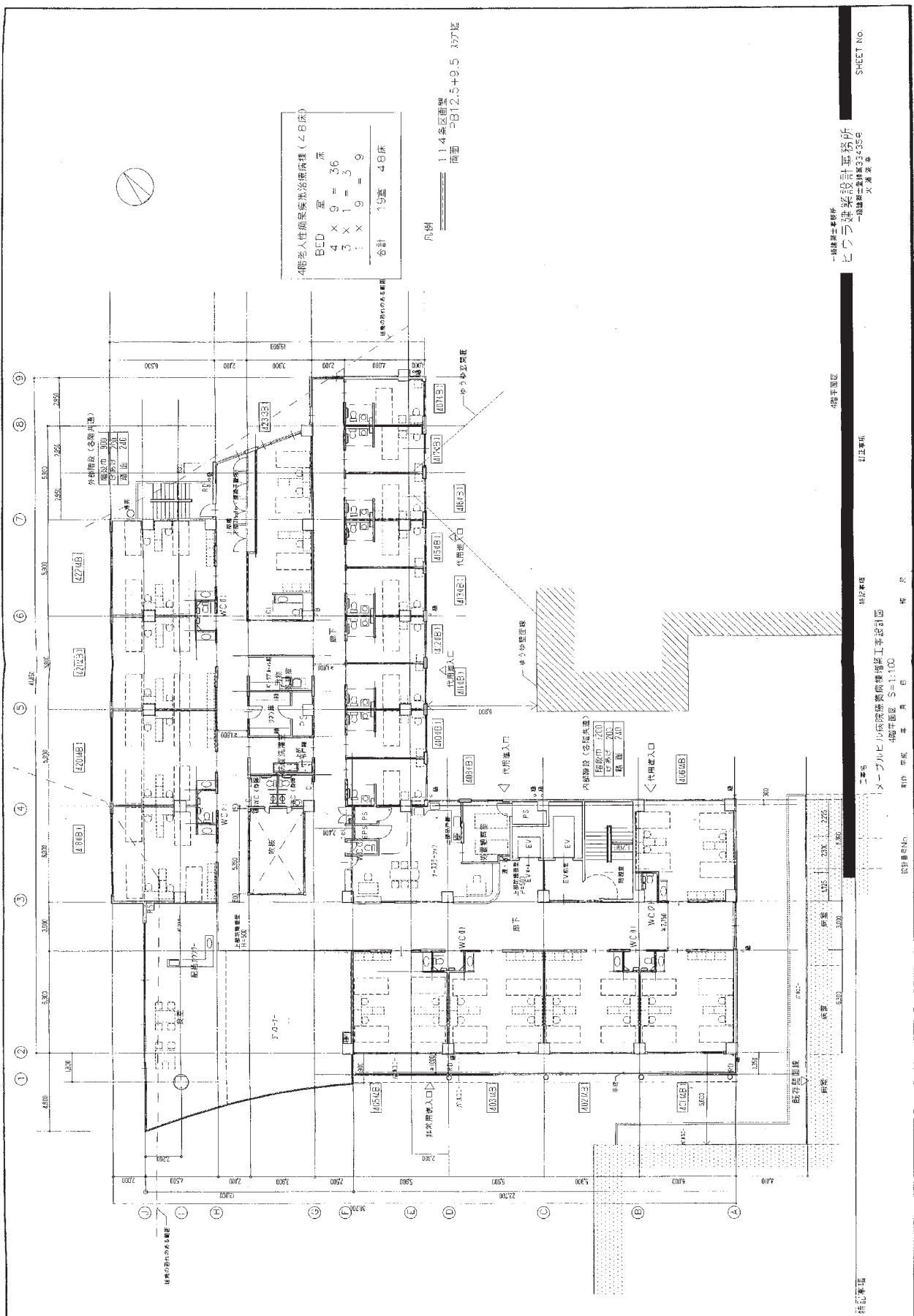
設計事項
二巻 浩吉
梅竹 浩吉 月 日
設計番号No.

設計事項
二巻 浩吉
梅竹 浩吉 月 日
設計番号No.

設計事項

SHEET NO.

新館 4階 認知症疾患治療棟



新館 5階 洗濯室・私物保管庫



一級建築士事務所
 ヒロシ建築設計事務所
 一級建築士登録第33435号
 〒100 東京都千代田区千代田 1-1-1
 文京区千代田

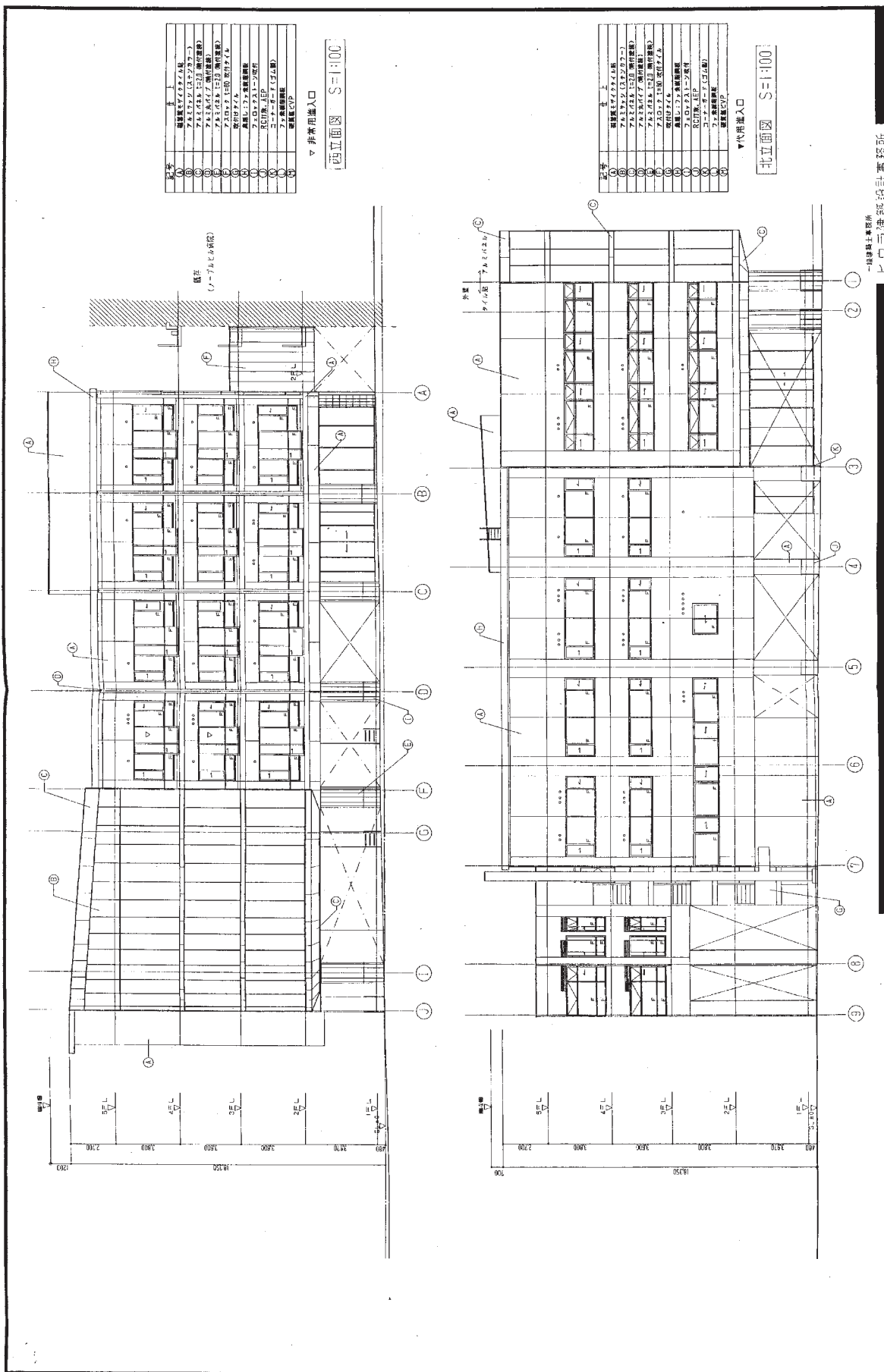
建築士
 担任者

工事名
 メーブルニル本店附属棟増設工事 新築一式設計図
 5階増設部・5階増設部 S=1:100

特記事項
 設計者
 年月日

SHEET NO.

新館 立面図 (西側、北側)



▽ 非常用出入口

西立面図 S=1:100

記号	名称
1	特設エレベータ
2	非常用エレベータ
3	非常用エレベータ (エレベータ)
4	非常用エレベータ (エレベータ)
5	非常用エレベータ (エレベータ)
6	非常用エレベータ (エレベータ)
7	非常用エレベータ (エレベータ)
8	非常用エレベータ (エレベータ)
9	非常用エレベータ (エレベータ)
10	非常用エレベータ (エレベータ)
11	非常用エレベータ (エレベータ)
12	非常用エレベータ (エレベータ)
13	非常用エレベータ (エレベータ)
14	非常用エレベータ (エレベータ)
15	非常用エレベータ (エレベータ)
16	非常用エレベータ (エレベータ)
17	非常用エレベータ (エレベータ)
18	非常用エレベータ (エレベータ)
19	非常用エレベータ (エレベータ)
20	非常用エレベータ (エレベータ)
21	非常用エレベータ (エレベータ)
22	非常用エレベータ (エレベータ)
23	非常用エレベータ (エレベータ)
24	非常用エレベータ (エレベータ)
25	非常用エレベータ (エレベータ)
26	非常用エレベータ (エレベータ)
27	非常用エレベータ (エレベータ)
28	非常用エレベータ (エレベータ)
29	非常用エレベータ (エレベータ)
30	非常用エレベータ (エレベータ)
31	非常用エレベータ (エレベータ)
32	非常用エレベータ (エレベータ)
33	非常用エレベータ (エレベータ)
34	非常用エレベータ (エレベータ)
35	非常用エレベータ (エレベータ)
36	非常用エレベータ (エレベータ)
37	非常用エレベータ (エレベータ)
38	非常用エレベータ (エレベータ)
39	非常用エレベータ (エレベータ)
40	非常用エレベータ (エレベータ)
41	非常用エレベータ (エレベータ)
42	非常用エレベータ (エレベータ)
43	非常用エレベータ (エレベータ)
44	非常用エレベータ (エレベータ)
45	非常用エレベータ (エレベータ)
46	非常用エレベータ (エレベータ)
47	非常用エレベータ (エレベータ)
48	非常用エレベータ (エレベータ)
49	非常用エレベータ (エレベータ)
50	非常用エレベータ (エレベータ)
51	非常用エレベータ (エレベータ)
52	非常用エレベータ (エレベータ)
53	非常用エレベータ (エレベータ)
54	非常用エレベータ (エレベータ)
55	非常用エレベータ (エレベータ)
56	非常用エレベータ (エレベータ)
57	非常用エレベータ (エレベータ)
58	非常用エレベータ (エレベータ)
59	非常用エレベータ (エレベータ)
60	非常用エレベータ (エレベータ)
61	非常用エレベータ (エレベータ)
62	非常用エレベータ (エレベータ)
63	非常用エレベータ (エレベータ)
64	非常用エレベータ (エレベータ)
65	非常用エレベータ (エレベータ)
66	非常用エレベータ (エレベータ)
67	非常用エレベータ (エレベータ)
68	非常用エレベータ (エレベータ)
69	非常用エレベータ (エレベータ)
70	非常用エレベータ (エレベータ)
71	非常用エレベータ (エレベータ)
72	非常用エレベータ (エレベータ)
73	非常用エレベータ (エレベータ)
74	非常用エレベータ (エレベータ)
75	非常用エレベータ (エレベータ)
76	非常用エレベータ (エレベータ)
77	非常用エレベータ (エレベータ)
78	非常用エレベータ (エレベータ)
79	非常用エレベータ (エレベータ)
80	非常用エレベータ (エレベータ)
81	非常用エレベータ (エレベータ)
82	非常用エレベータ (エレベータ)
83	非常用エレベータ (エレベータ)
84	非常用エレベータ (エレベータ)
85	非常用エレベータ (エレベータ)
86	非常用エレベータ (エレベータ)
87	非常用エレベータ (エレベータ)
88	非常用エレベータ (エレベータ)
89	非常用エレベータ (エレベータ)
90	非常用エレベータ (エレベータ)
91	非常用エレベータ (エレベータ)
92	非常用エレベータ (エレベータ)
93	非常用エレベータ (エレベータ)
94	非常用エレベータ (エレベータ)
95	非常用エレベータ (エレベータ)
96	非常用エレベータ (エレベータ)
97	非常用エレベータ (エレベータ)
98	非常用エレベータ (エレベータ)
99	非常用エレベータ (エレベータ)
100	非常用エレベータ (エレベータ)

北立面図 S=1:100

▽ 外限出入口

記号	名称
1	特設エレベータ
2	非常用エレベータ
3	非常用エレベータ (エレベータ)
4	非常用エレベータ (エレベータ)
5	非常用エレベータ (エレベータ)
6	非常用エレベータ (エレベータ)
7	非常用エレベータ (エレベータ)
8	非常用エレベータ (エレベータ)
9	非常用エレベータ (エレベータ)
10	非常用エレベータ (エレベータ)
11	非常用エレベータ (エレベータ)
12	非常用エレベータ (エレベータ)
13	非常用エレベータ (エレベータ)
14	非常用エレベータ (エレベータ)
15	非常用エレベータ (エレベータ)
16	非常用エレベータ (エレベータ)
17	非常用エレベータ (エレベータ)
18	非常用エレベータ (エレベータ)
19	非常用エレベータ (エレベータ)
20	非常用エレベータ (エレベータ)
21	非常用エレベータ (エレベータ)
22	非常用エレベータ (エレベータ)
23	非常用エレベータ (エレベータ)
24	非常用エレベータ (エレベータ)
25	非常用エレベータ (エレベータ)
26	非常用エレベータ (エレベータ)
27	非常用エレベータ (エレベータ)
28	非常用エレベータ (エレベータ)
29	非常用エレベータ (エレベータ)
30	非常用エレベータ (エレベータ)
31	非常用エレベータ (エレベータ)
32	非常用エレベータ (エレベータ)
33	非常用エレベータ (エレベータ)
34	非常用エレベータ (エレベータ)
35	非常用エレベータ (エレベータ)
36	非常用エレベータ (エレベータ)
37	非常用エレベータ (エレベータ)
38	非常用エレベータ (エレベータ)
39	非常用エレベータ (エレベータ)
40	非常用エレベータ (エレベータ)
41	非常用エレベータ (エレベータ)
42	非常用エレベータ (エレベータ)
43	非常用エレベータ (エレベータ)
44	非常用エレベータ (エレベータ)
45	非常用エレベータ (エレベータ)
46	非常用エレベータ (エレベータ)
47	非常用エレベータ (エレベータ)
48	非常用エレベータ (エレベータ)
49	非常用エレベータ (エレベータ)
50	非常用エレベータ (エレベータ)
51	非常用エレベータ (エレベータ)
52	非常用エレベータ (エレベータ)
53	非常用エレベータ (エレベータ)
54	非常用エレベータ (エレベータ)
55	非常用エレベータ (エレベータ)
56	非常用エレベータ (エレベータ)
57	非常用エレベータ (エレベータ)
58	非常用エレベータ (エレベータ)
59	非常用エレベータ (エレベータ)
60	非常用エレベータ (エレベータ)
61	非常用エレベータ (エレベータ)
62	非常用エレベータ (エレベータ)
63	非常用エレベータ (エレベータ)
64	非常用エレベータ (エレベータ)
65	非常用エレベータ (エレベータ)
66	非常用エレベータ (エレベータ)
67	非常用エレベータ (エレベータ)
68	非常用エレベータ (エレベータ)
69	非常用エレベータ (エレベータ)
70	非常用エレベータ (エレベータ)
71	非常用エレベータ (エレベータ)
72	非常用エレベータ (エレベータ)
73	非常用エレベータ (エレベータ)
74	非常用エレベータ (エレベータ)
75	非常用エレベータ (エレベータ)
76	非常用エレベータ (エレベータ)
77	非常用エレベータ (エレベータ)
78	非常用エレベータ (エレベータ)
79	非常用エレベータ (エレベータ)
80	非常用エレベータ (エレベータ)
81	非常用エレベータ (エレベータ)
82	非常用エレベータ (エレベータ)
83	非常用エレベータ (エレベータ)
84	非常用エレベータ (エレベータ)
85	非常用エレベータ (エレベータ)
86	非常用エレベータ (エレベータ)
87	非常用エレベータ (エレベータ)
88	非常用エレベータ (エレベータ)
89	非常用エレベータ (エレベータ)
90	非常用エレベータ (エレベータ)
91	非常用エレベータ (エレベータ)
92	非常用エレベータ (エレベータ)
93	非常用エレベータ (エレベータ)
94	非常用エレベータ (エレベータ)
95	非常用エレベータ (エレベータ)
96	非常用エレベータ (エレベータ)
97	非常用エレベータ (エレベータ)
98	非常用エレベータ (エレベータ)
99	非常用エレベータ (エレベータ)
100	非常用エレベータ (エレベータ)

SHHEET NO. A 14

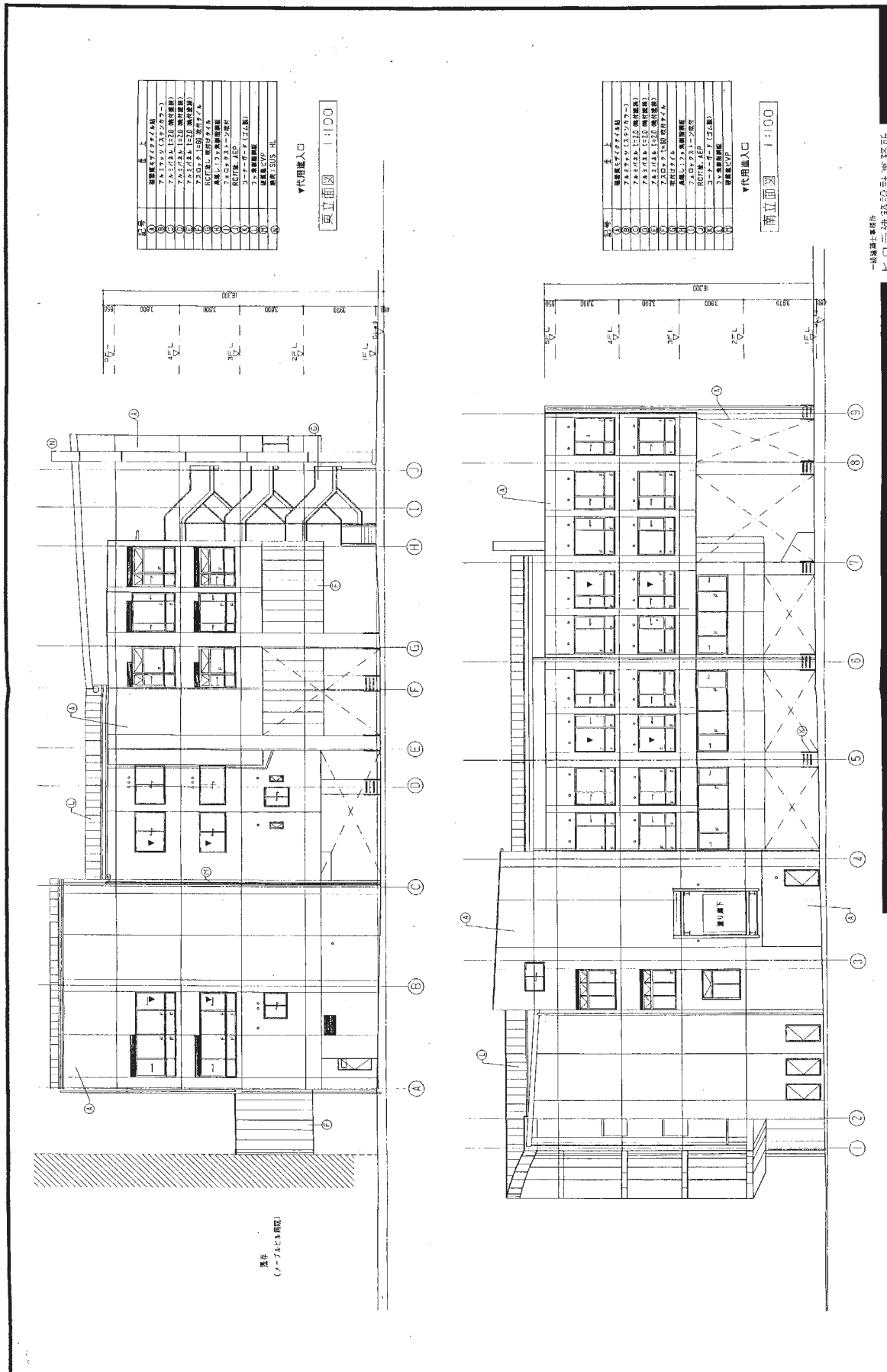
一般建築士事務所 ヒワラ建築設計事務所
 一般建築士事務所 3105号 大塚 隆幸

訂正事項
 特記事項
 工事名 メープルビル病院敷地内雑用棟工事設計図
 北・西立面図 製作 平成 11年 6月 10日
 設計者名 鶴 尺

縮尺
 1/200
 1/300
 1/400
 1/500
 1/600
 1/700
 1/800
 1/900
 1/1000
 1/1100
 1/1200
 1/1300
 1/1400
 1/1500
 1/1600
 1/1700
 1/1800
 1/1900
 1/2000

0.00
 0.10
 0.20
 0.30
 0.40
 0.50
 0.60
 0.70
 0.80
 0.90
 1.00
 1.10
 1.20
 1.30
 1.40
 1.50
 1.60
 1.70
 1.80
 1.90
 2.00

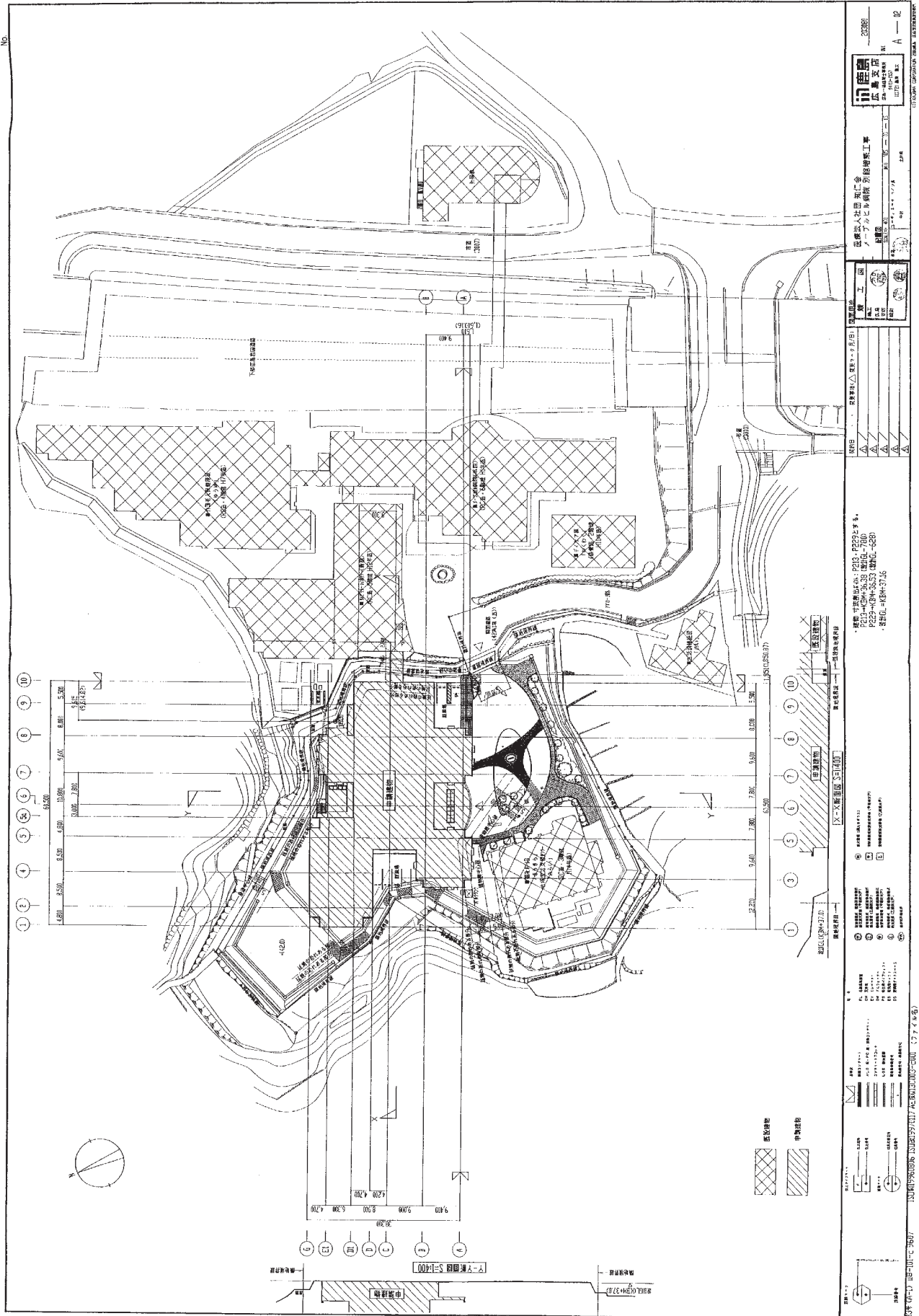
新館 立面図 (東側、南側)



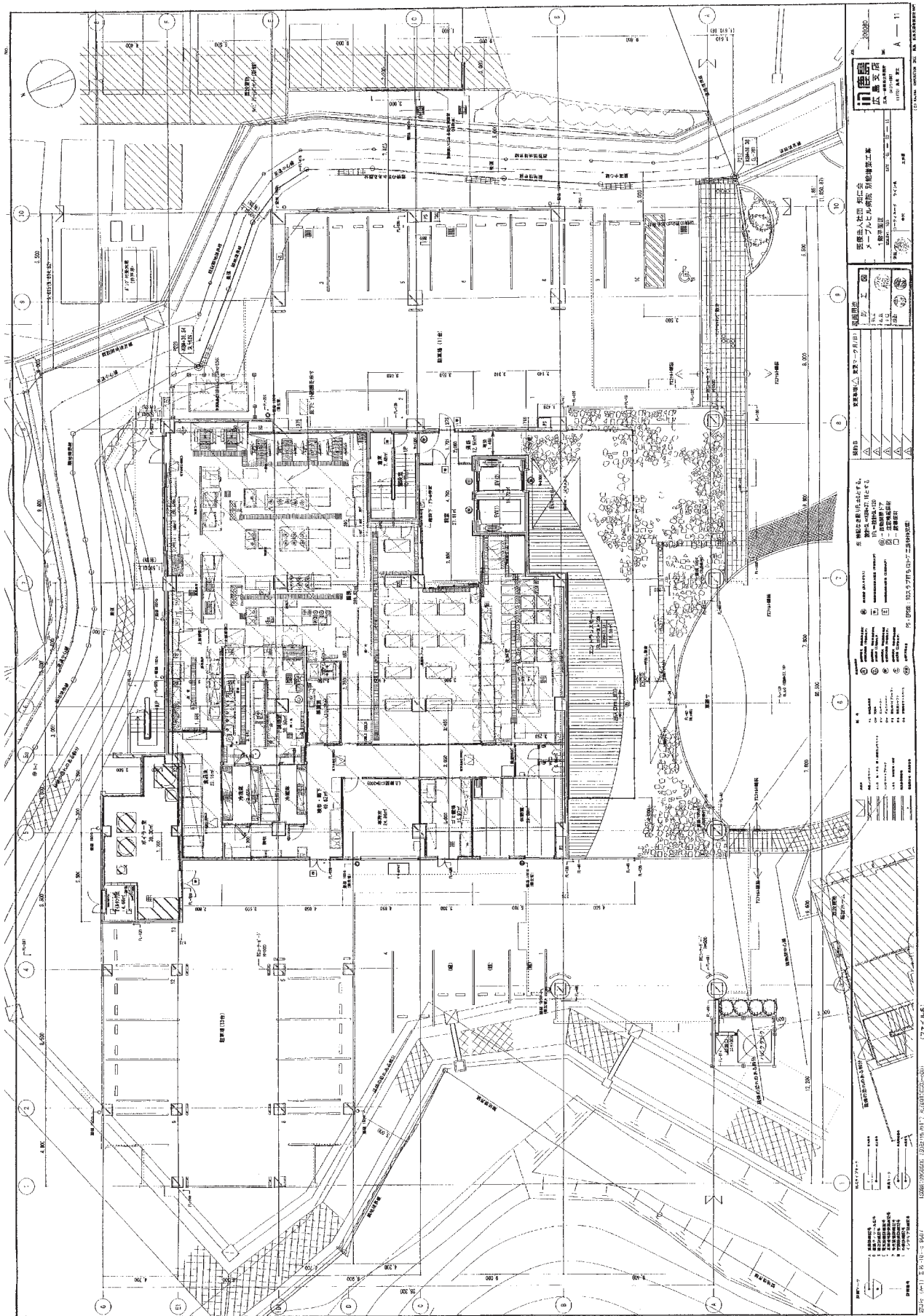
1:100
 代用出入口
 東。南立面図
 工事名 マグノリア病院隣接養病棟増築工事設計図
 設計者 廣田 昌成
 設計年月 平成 18年 5月 14日
 設計者No. 01090000
 図 尺 S:1100
 特記事項
 ① 基礎工事
 ② 配管工事
 ③ 電気工事
 ④ 設備工事
 ⑤ 養生工事
 ⑥ 防水工事
 ⑦ 塗装工事
 ⑧ 断熱工事
 ⑨ 屋根工事
 ⑩ 外装工事
 ⑪ 内装工事
 ⑫ 竣工清掃
 ⑬ 引き渡し
 ⑭ 解体工事
 ⑮ 撤去工事
 ⑯ 処分
 ⑰ 仮設工事
 ⑱ 仮設仮設
 ⑲ 仮設仮設
 ⑳ 仮設仮設
 ㉑ 仮設仮設
 ㉒ 仮設仮設
 ㉓ 仮設仮設
 ㉔ 仮設仮設
 ㉕ 仮設仮設
 ㉖ 仮設仮設
 ㉗ 仮設仮設
 ㉘ 仮設仮設
 ㉙ 仮設仮設
 ㉚ 仮設仮設
 ㉛ 仮設仮設
 ㉜ 仮設仮設
 ㉝ 仮設仮設
 ㉞ 仮設仮設
 ㉟ 仮設仮設
 ㊱ 仮設仮設
 ㊲ 仮設仮設
 ㊳ 仮設仮設
 ㊴ 仮設仮設
 ㊵ 仮設仮設
 ㊶ 仮設仮設
 ㊷ 仮設仮設
 ㊸ 仮設仮設
 ㊹ 仮設仮設
 ㊺ 仮設仮設
 ㊻ 仮設仮設
 ㊼ 仮設仮設
 ㊽ 仮設仮設
 ㊾ 仮設仮設
 ㊿ 仮設仮設

メープルヒル病院別館

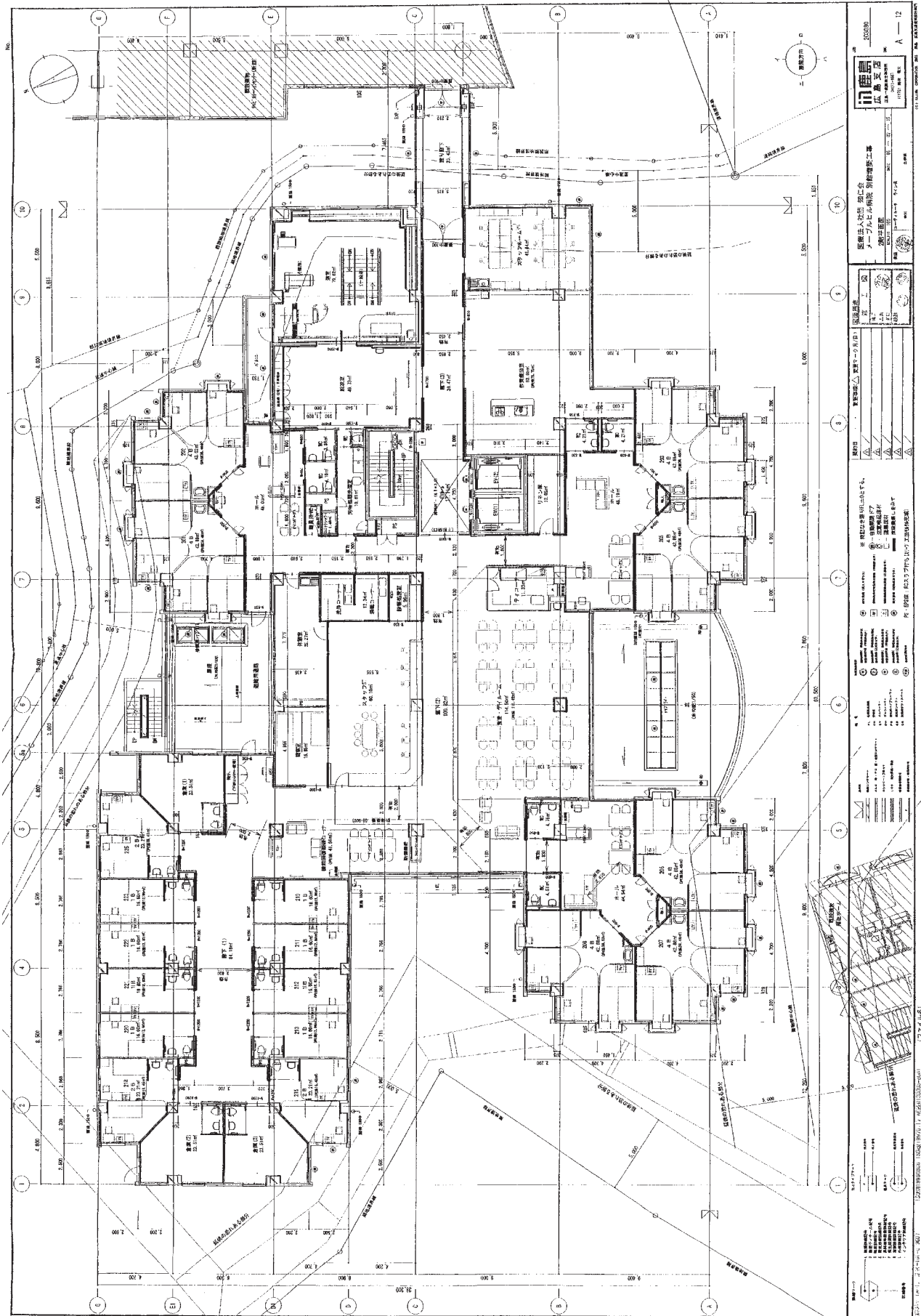
平成17年 別館建築時 本館、新館、別館、ゆうゆ、わくわく、社会復帰施設 位置関係図



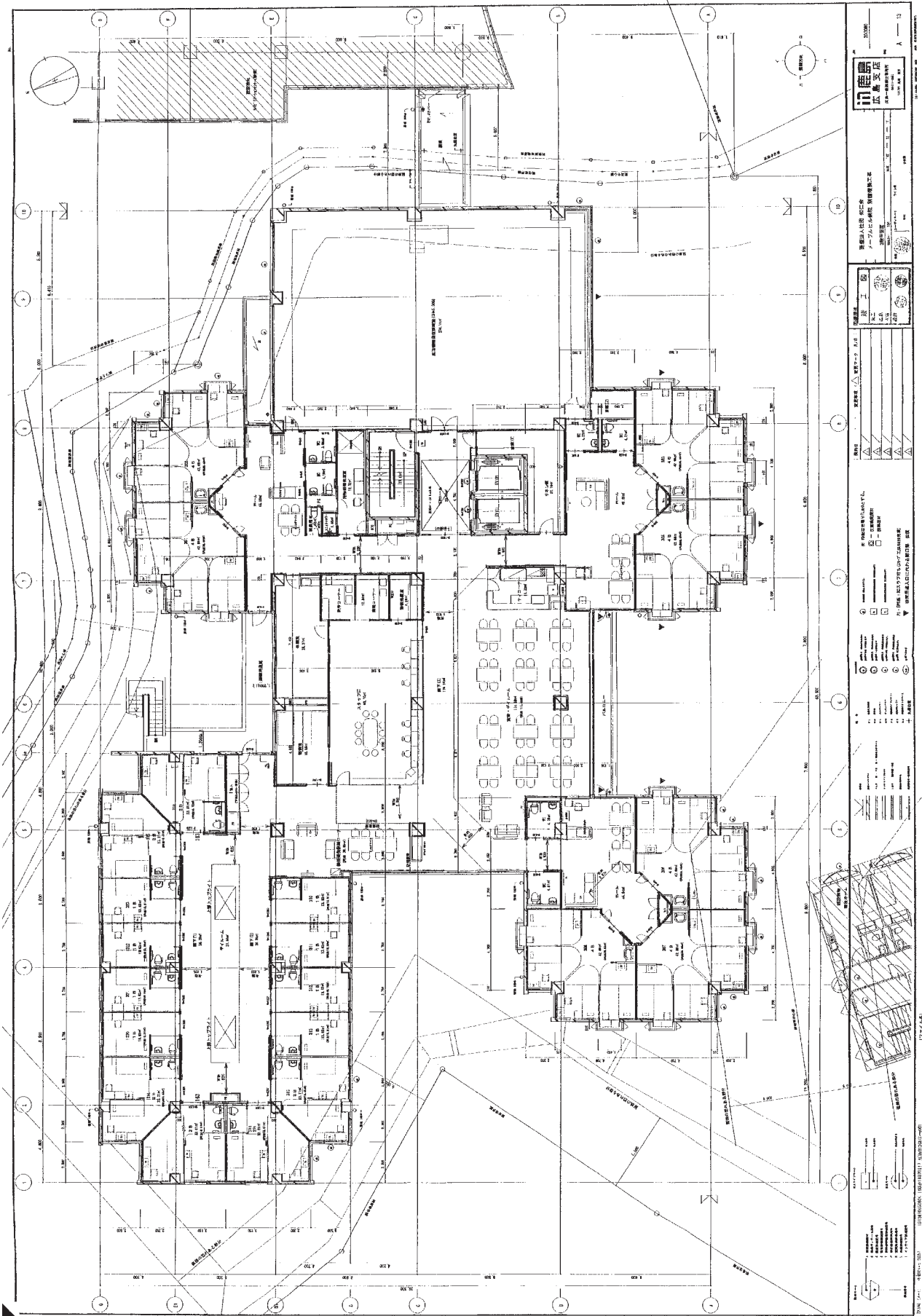
別館1階 エントランスホール・厨房



別館 2階 介護療養型医療施設 (内科)

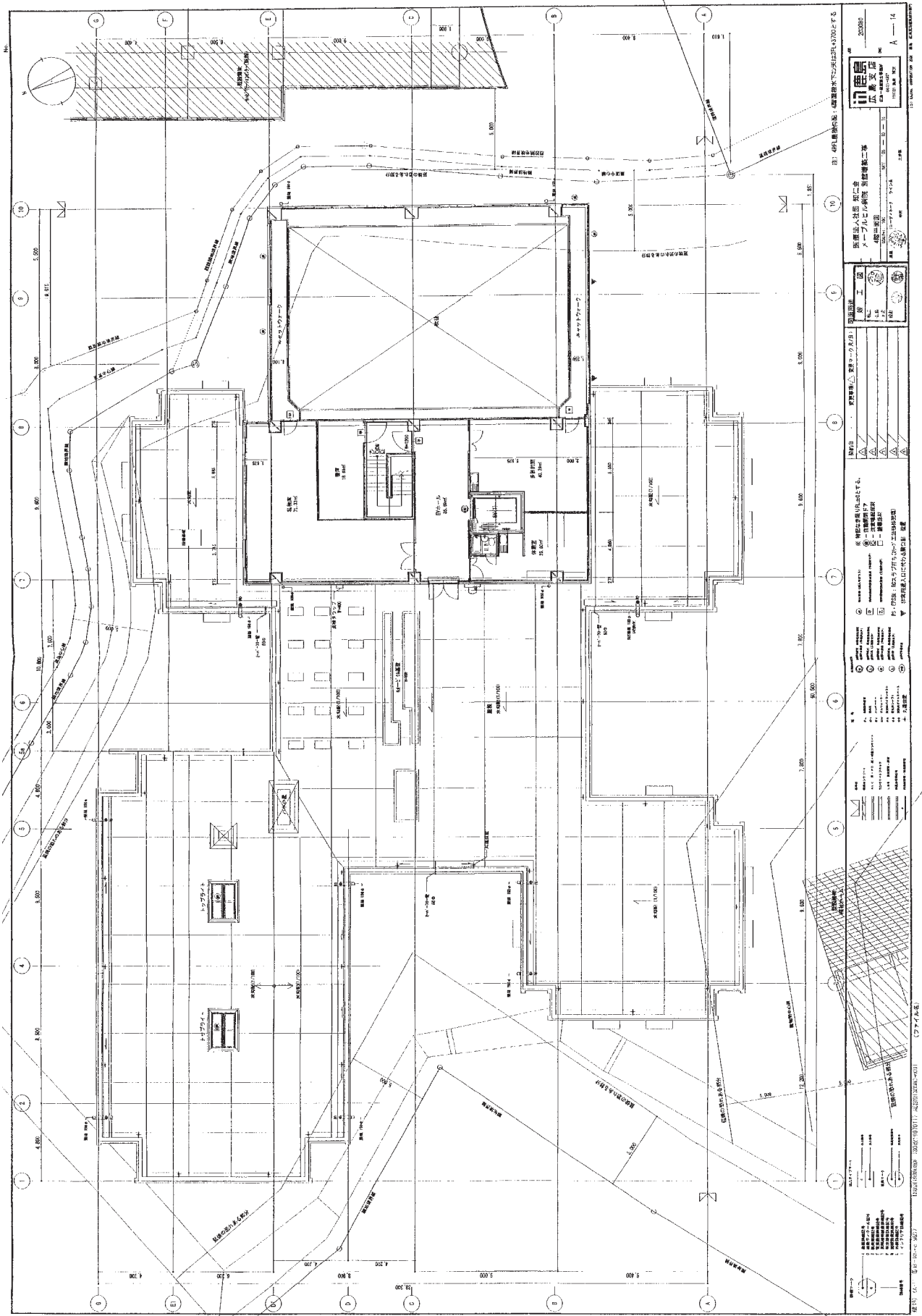


別館 3階 認知症疾患治療棟

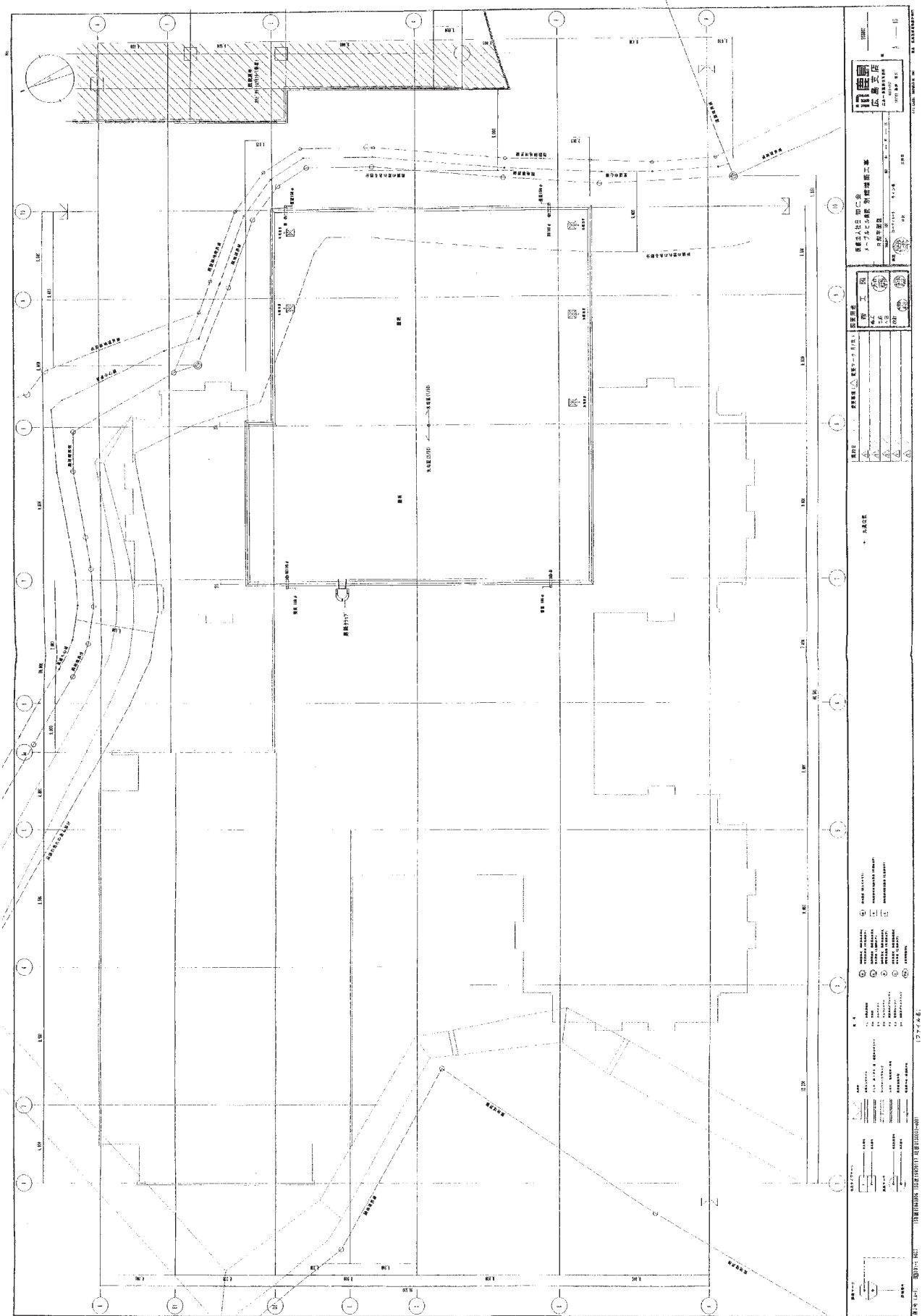


建設業 建設業 建設業 建設業 建設業 建設業 建設業 建設業 建設業		
設計者 大成建設	監理者 大成建設	施工者 大成建設
建築士 大成建設	構造士 大成建設	電気技師 大成建設
機械技師 大成建設	衛生技師 大成建設	消防技師 大成建設
環境技師 大成建設	測量士 大成建設	建築検査士 大成建設
建築士事務所 大成建設	構造士事務所 大成建設	電気技師事務所 大成建設
機械技師事務所 大成建設	衛生技師事務所 大成建設	消防技師事務所 大成建設
環境技師事務所 大成建設	測量士事務所 大成建設	建築検査士事務所 大成建設
17-7-A-1		

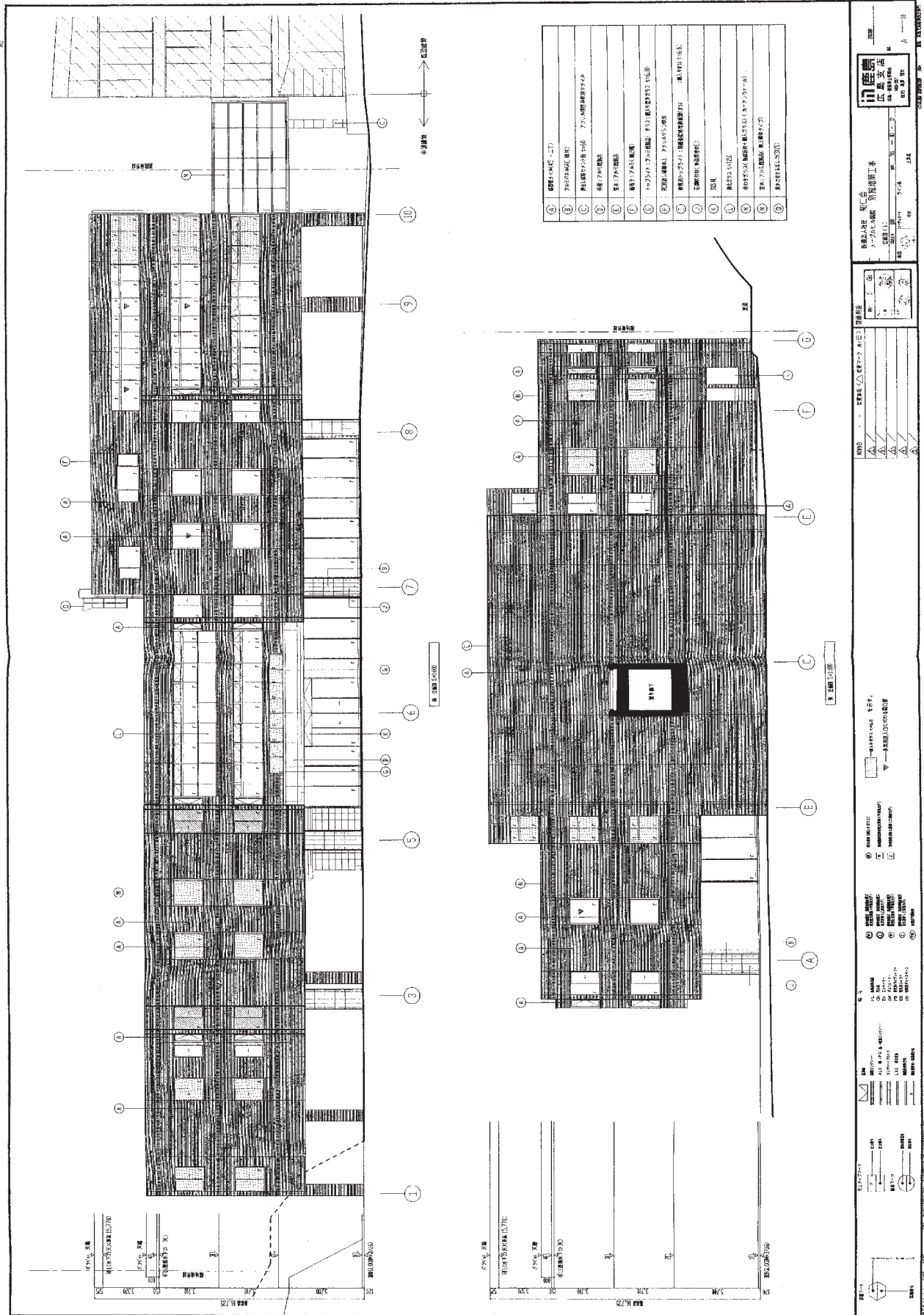
別館 4階 多目的室・私物庫



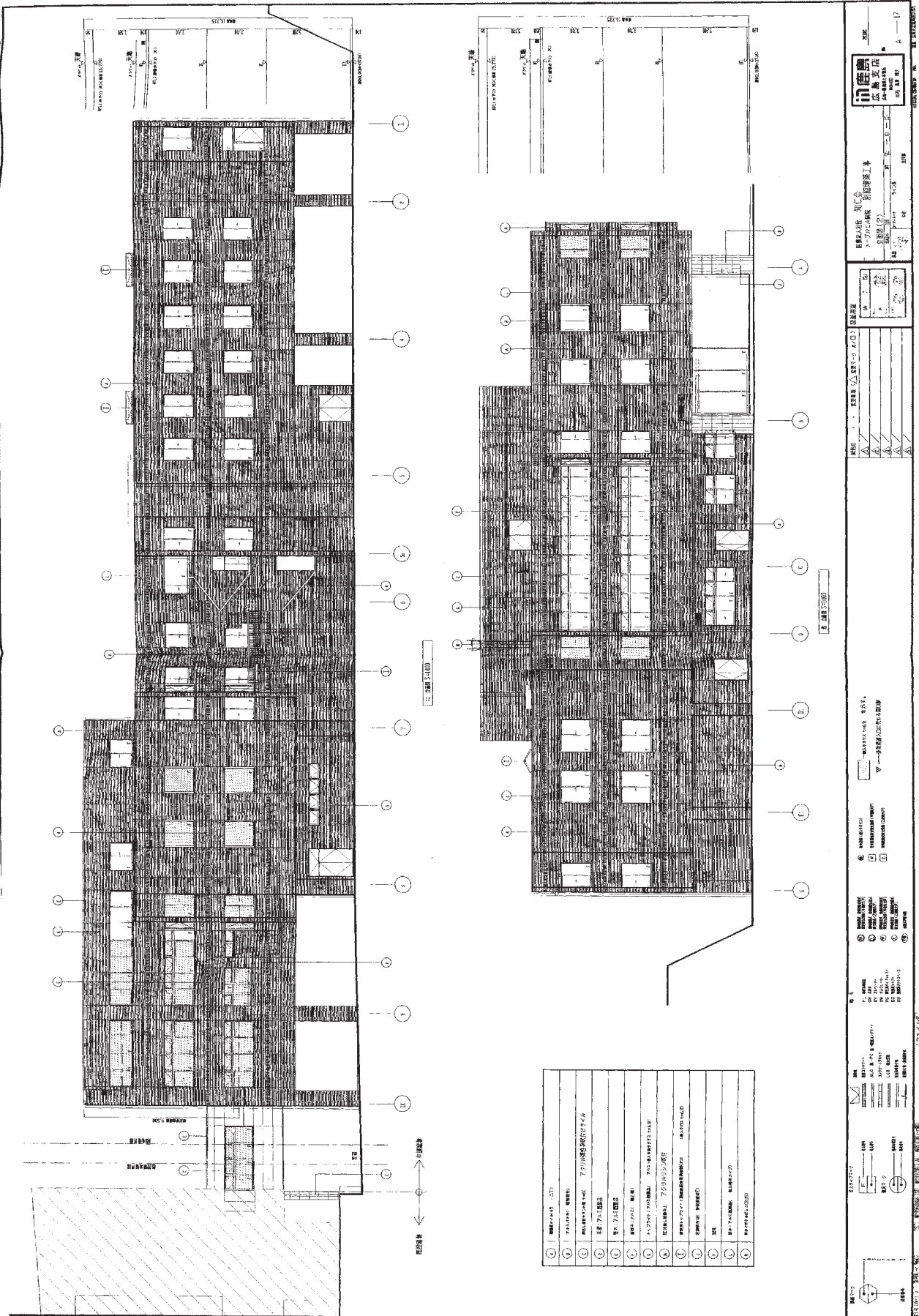
別館 屋上



別館 立面図 (南側、東側)

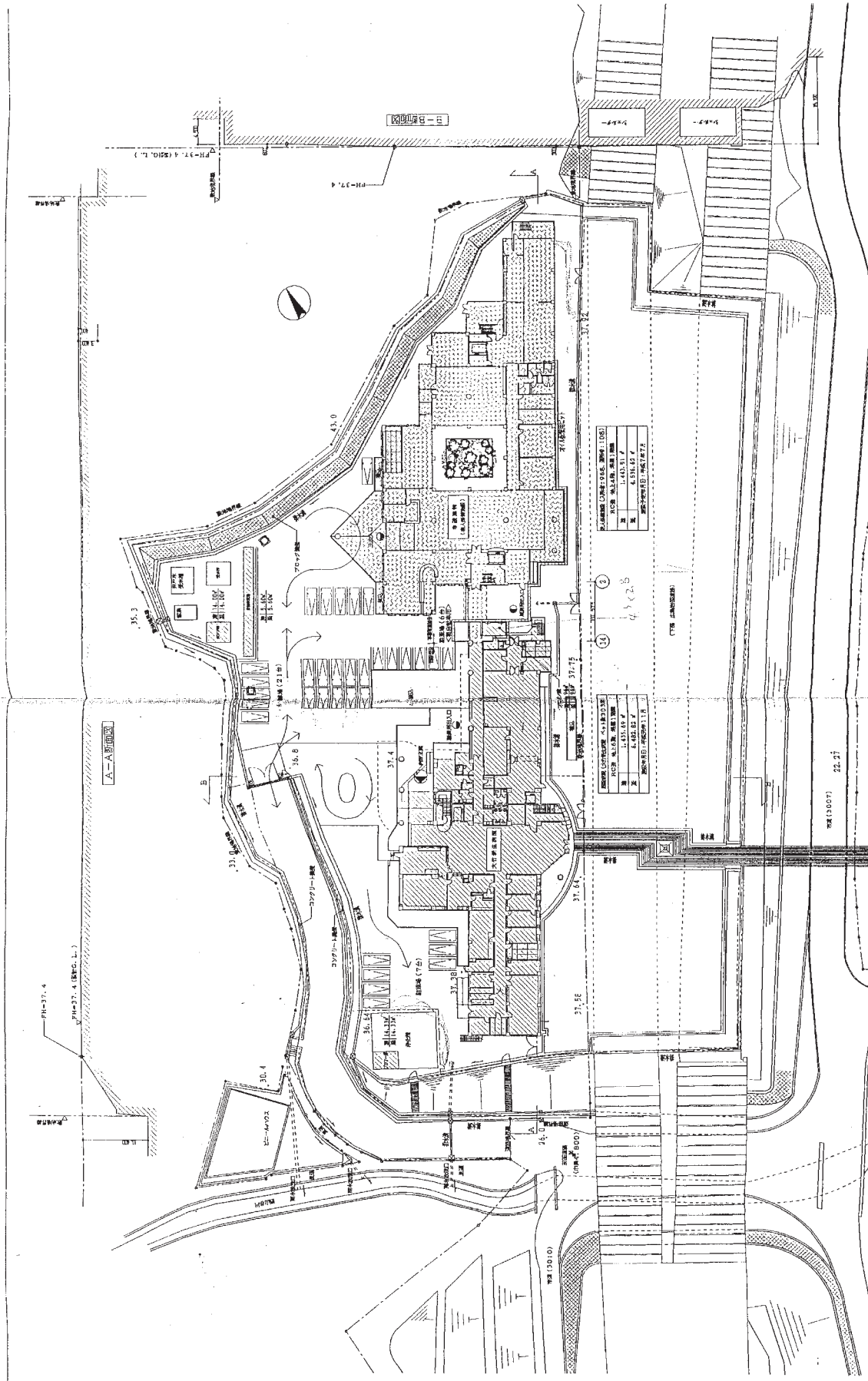


別館 立面図 (北側、西側)



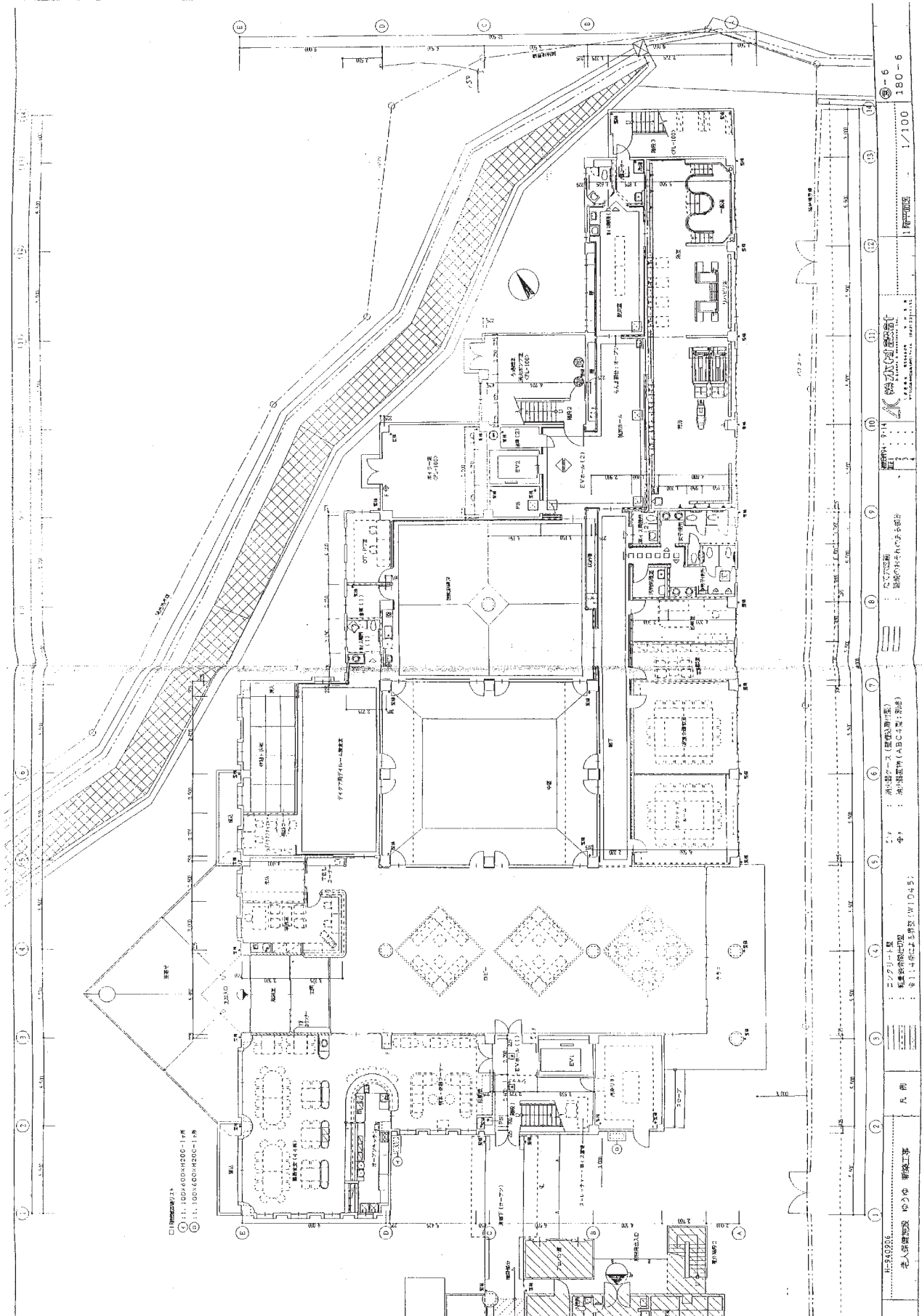
介護老人保健施設ゆうゆ

平成 7 年 介護老人保健施設 ゆうゆ 建築時 本館、ゆうゆ 位置関係図

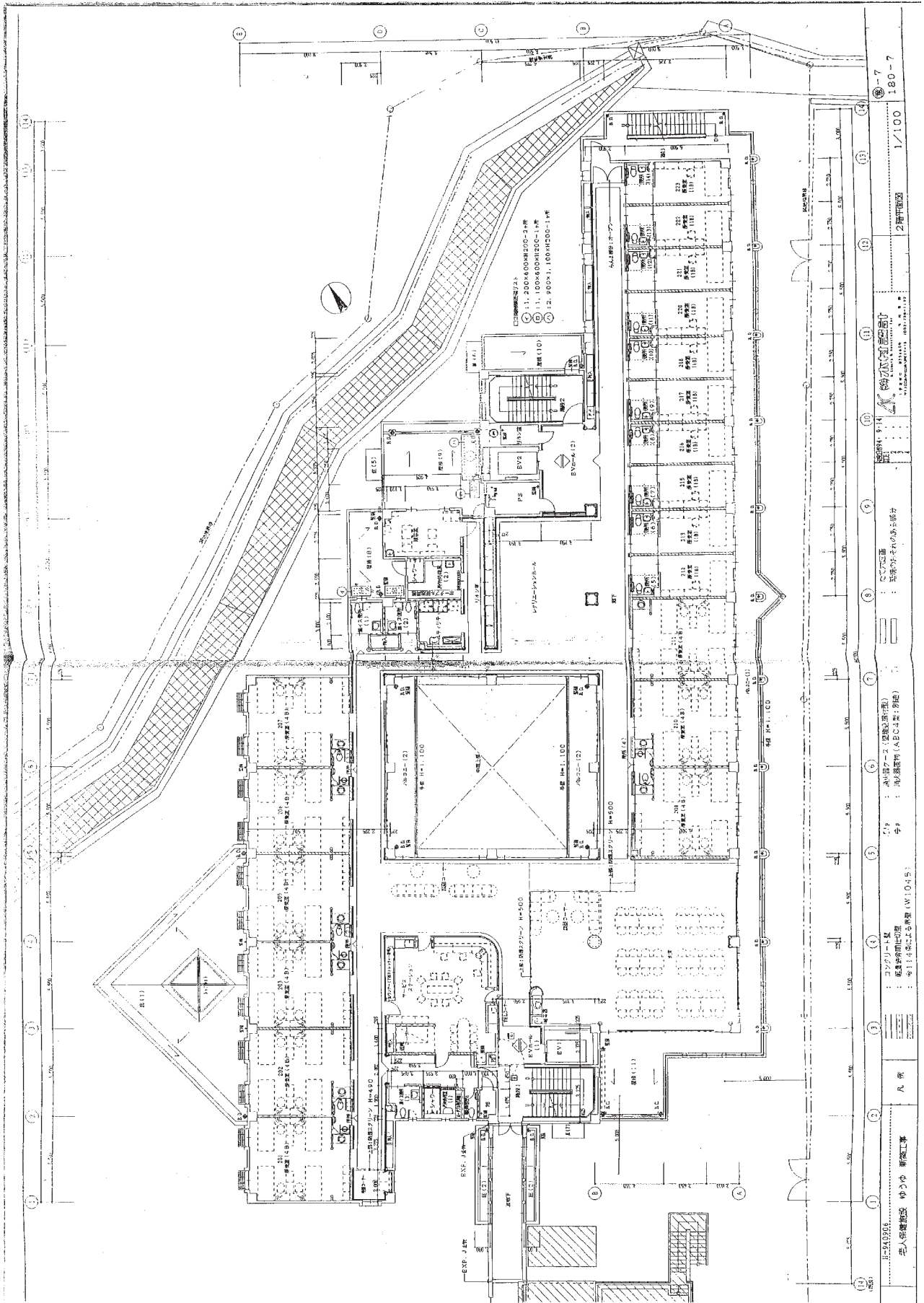


1/300
 180-5
 株式会社 株式会社
 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
 TEL: 03-3211-1111
 FAX: 03-3211-1112
 老人保健施設 ゆうゆ 新築工事
 所
 図
 180-5

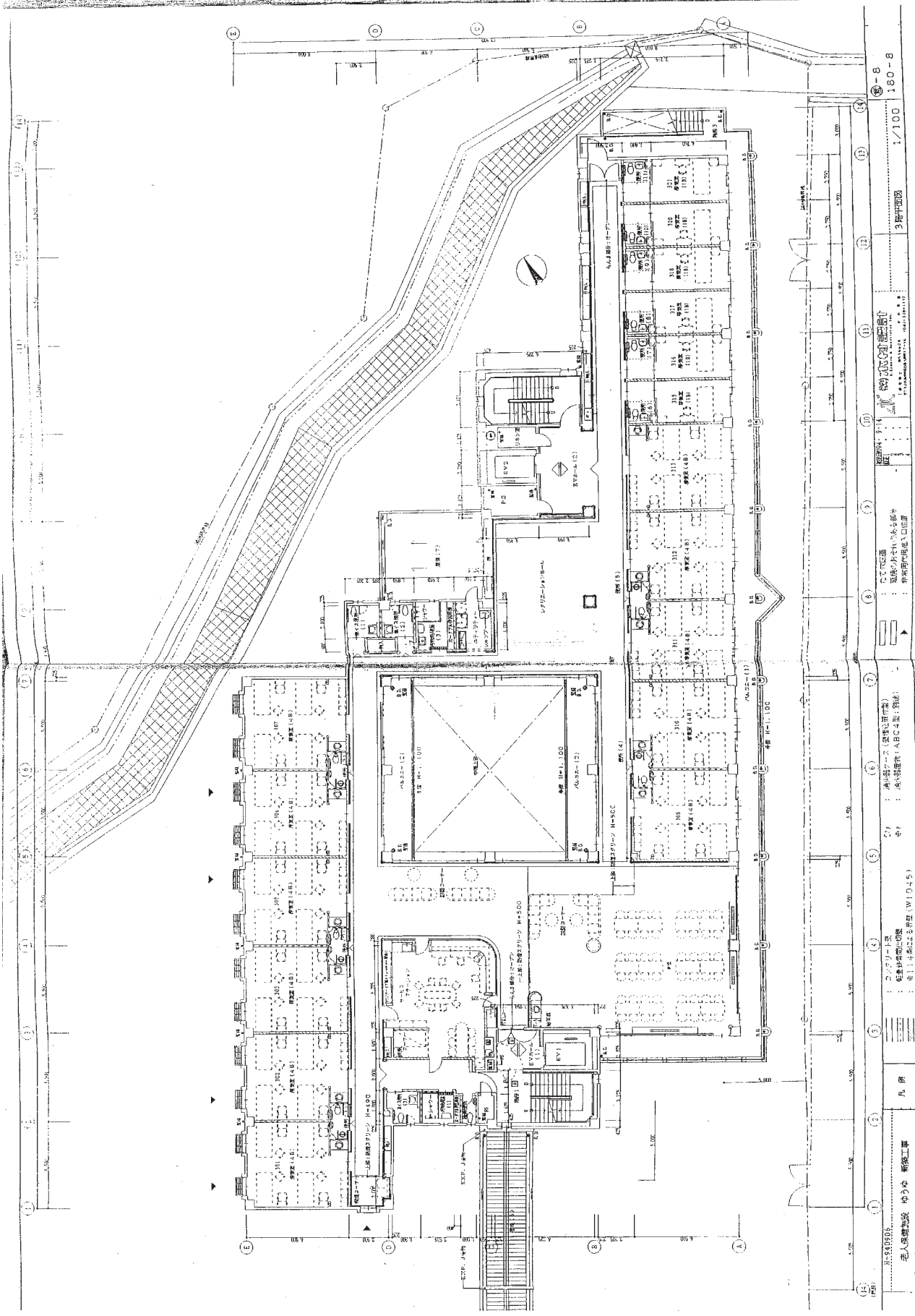
ゆうゆ1階 エントランスホール、通所リハビリテーション、浴室



ゆうゆ2階 一般棟



ゆうゆ3階 認知症棟



1/100 3階平面図

3階平面図

設計者 株式会社 株式会社 株式会社

設計者 株式会社 株式会社 株式会社

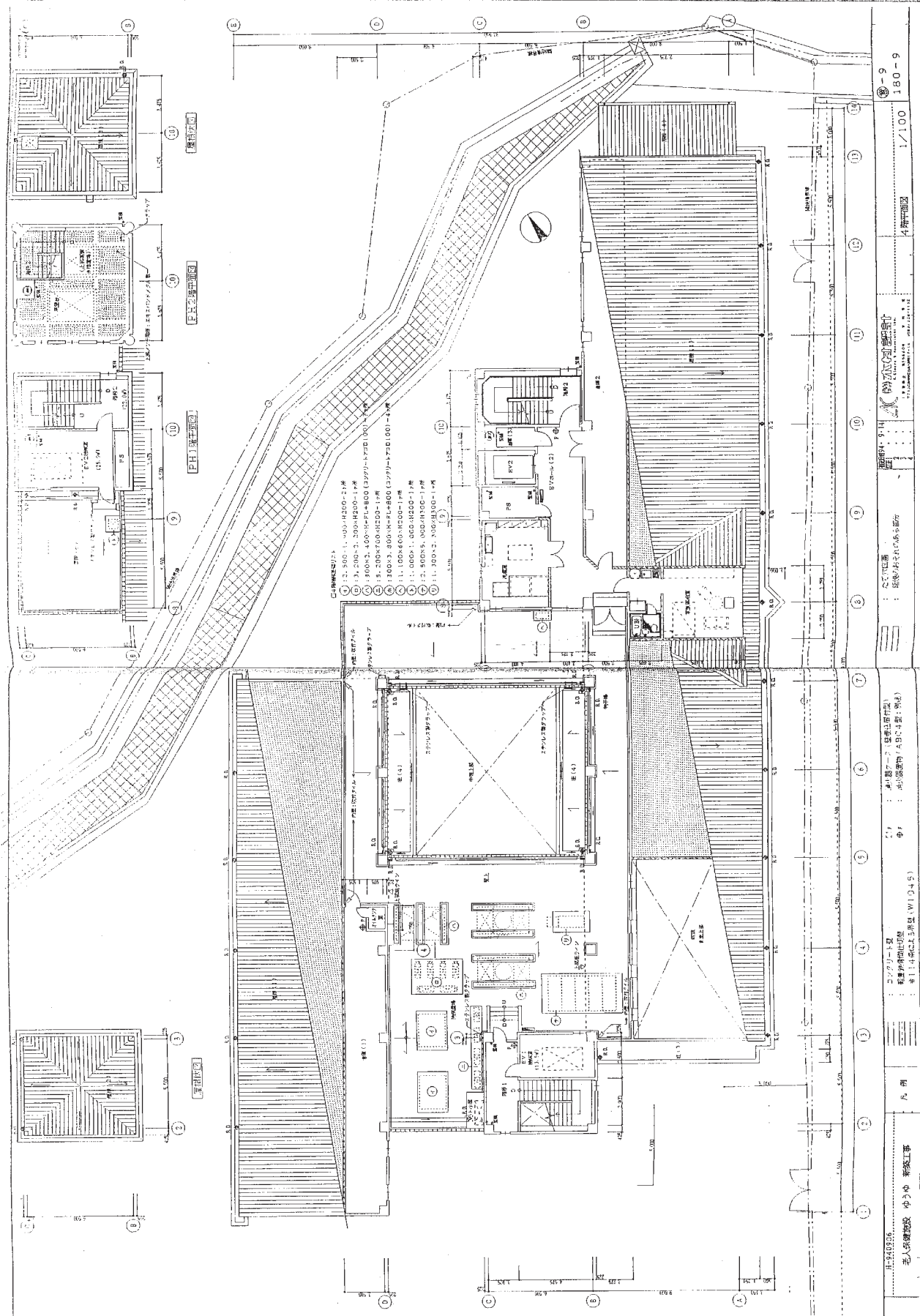
設計者 株式会社 株式会社 株式会社

設計者 株式会社 株式会社 株式会社

設計者 株式会社 株式会社 株式会社

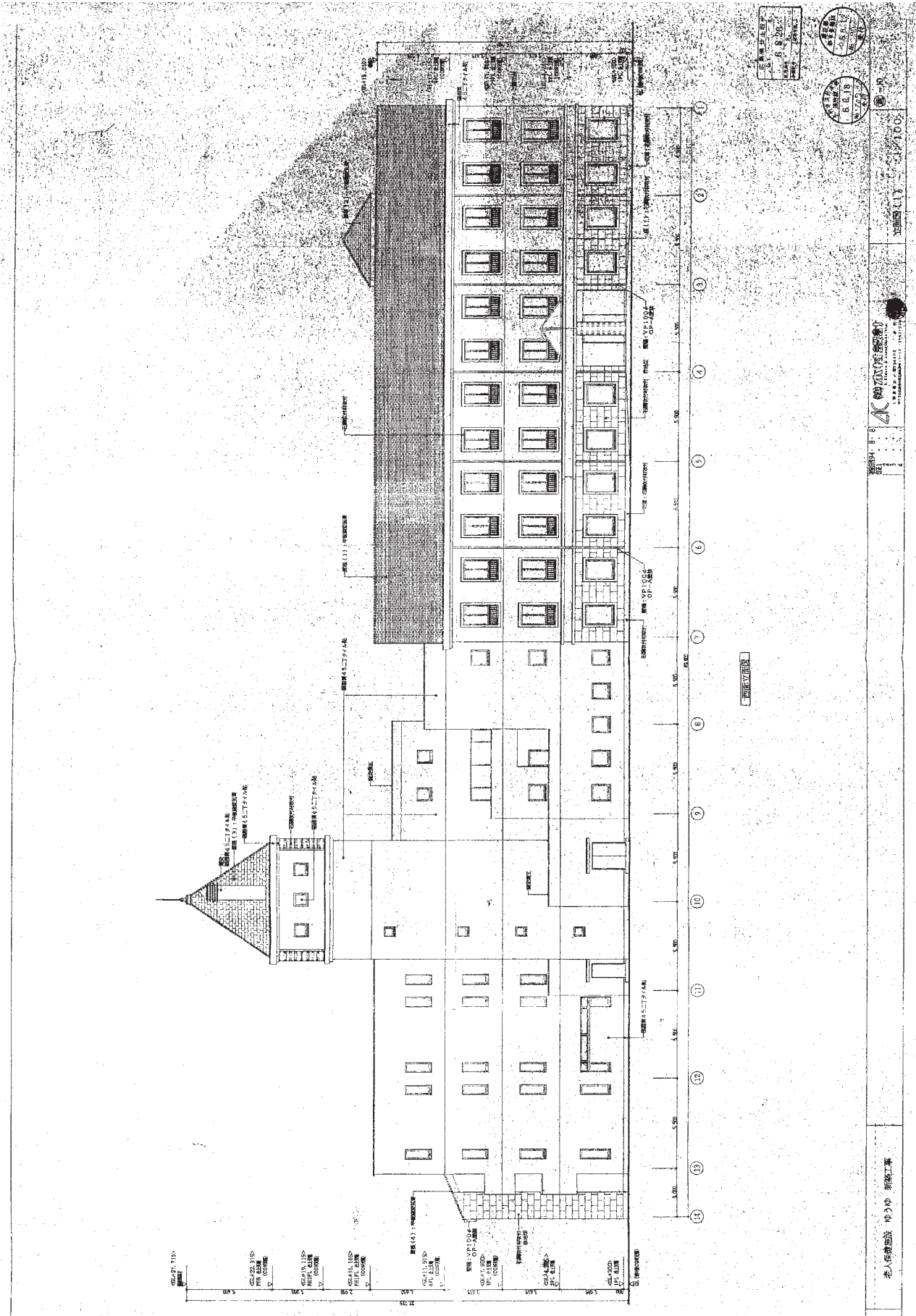
設計者 株式会社 株式会社 株式会社

ゆーゆ 4階 洗濯室、私物庫

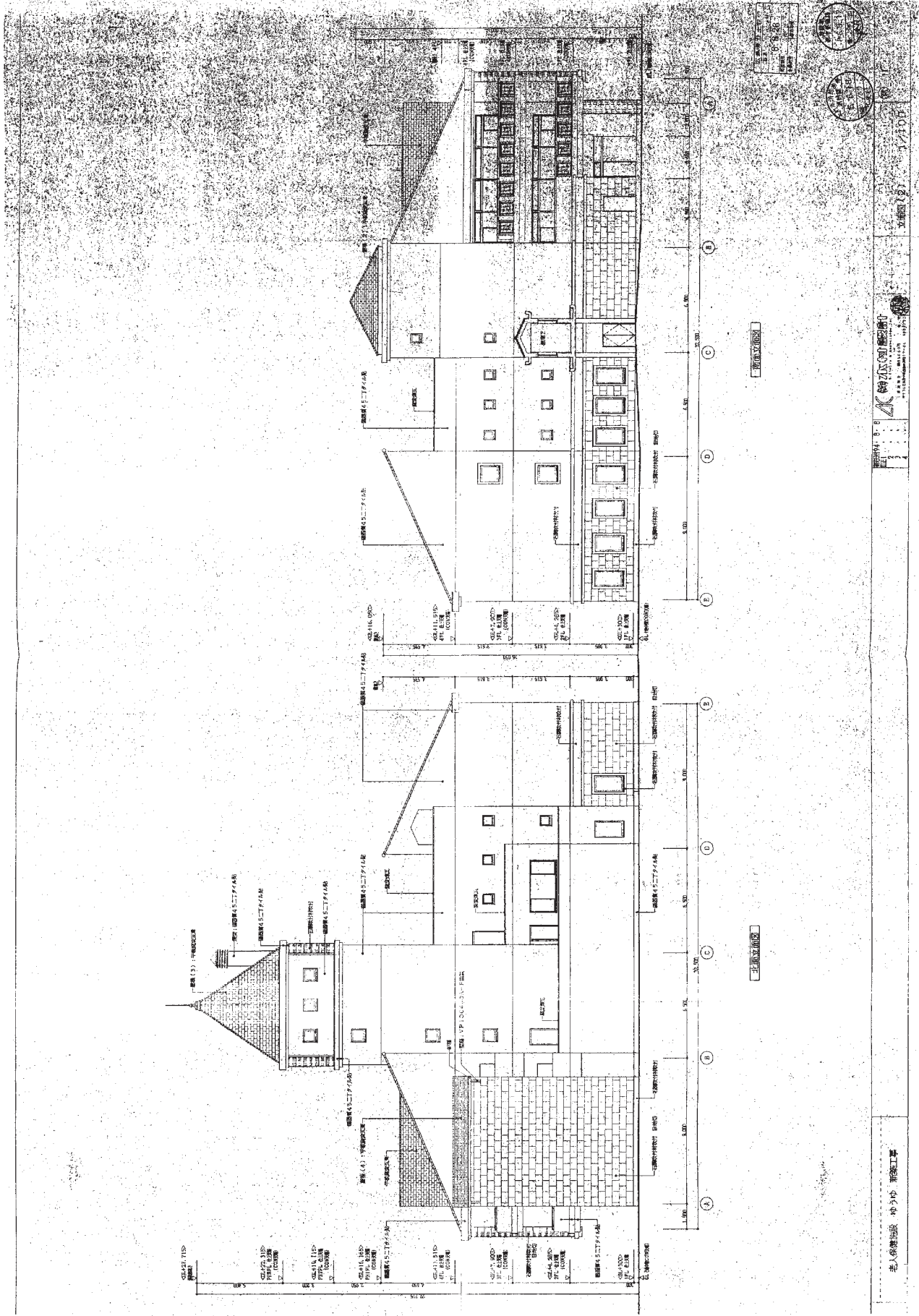


R-240306
 老人保健施設 ゆうゆ 新築工事
 九 階
 コソコソ-1 階
 洗濯室・私物庫
 1:100
 180-9
 1/100
 4階平面図

ゆうゆ 立面図 (西側)

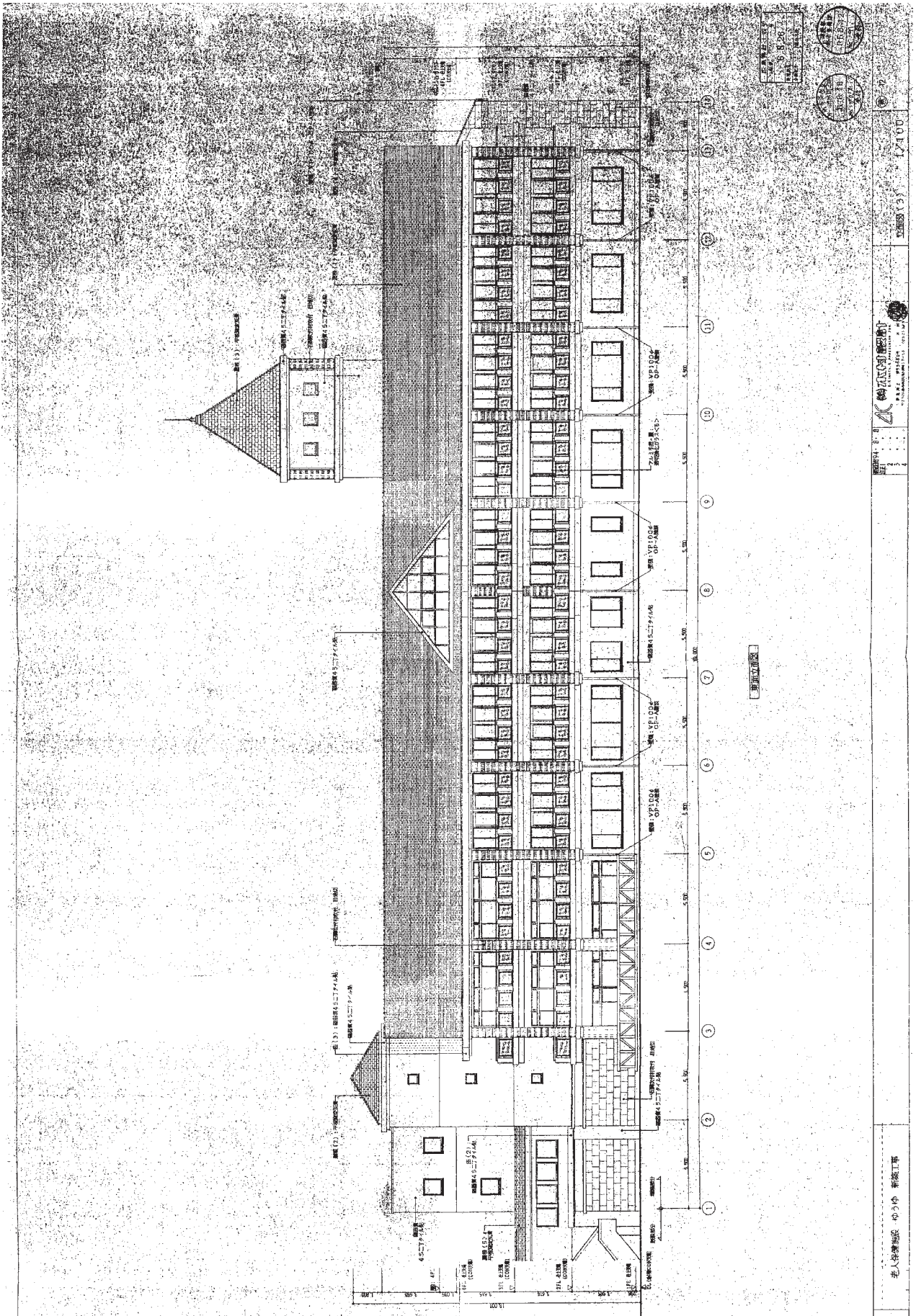


ゆうゆ 立面図 (北側、南側)



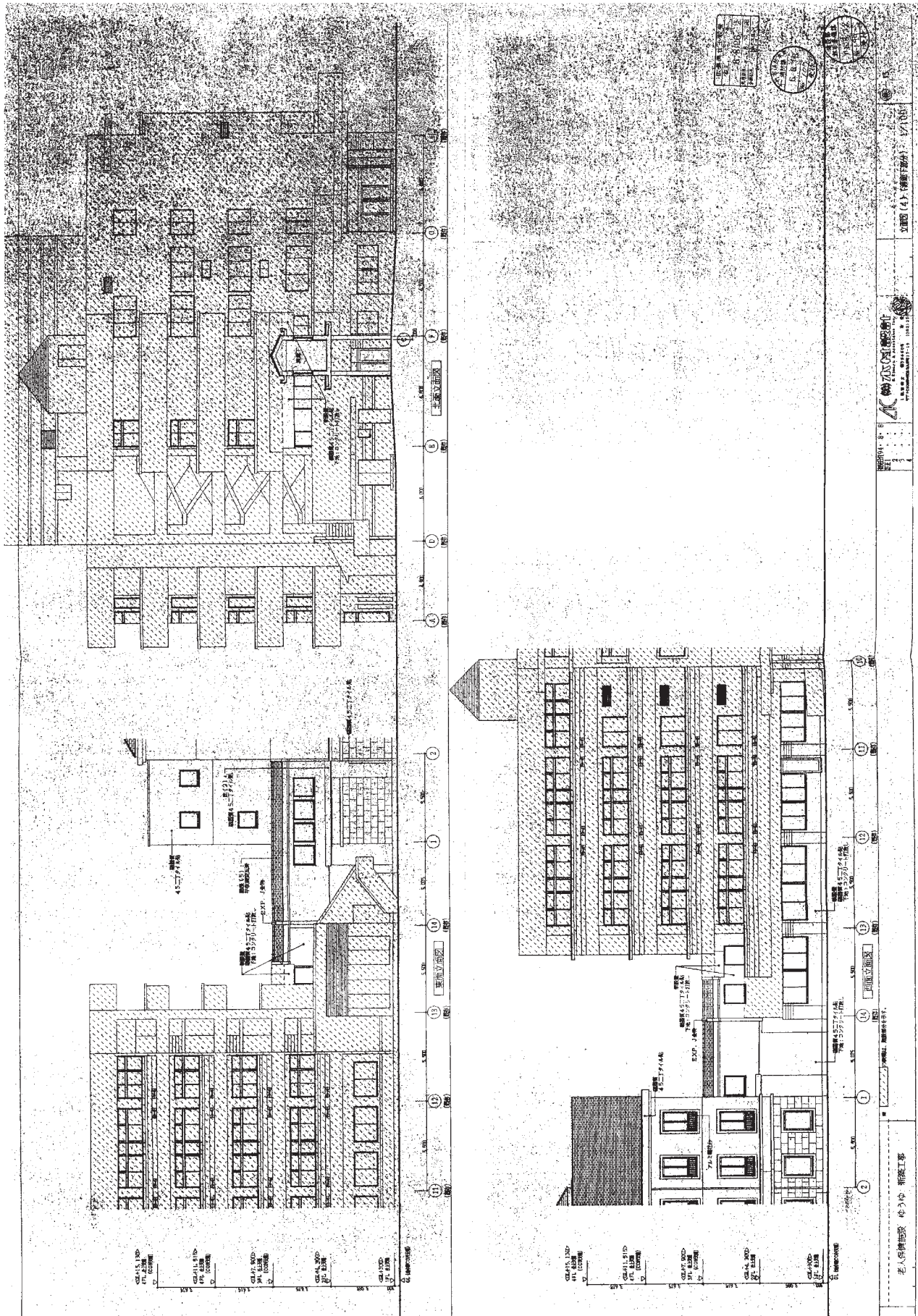
老人保健施設 ゆうゆ 新築工事
 株式会社 建築設計
 1/100
 立面図

ゆうゆ 立面図 (東側)



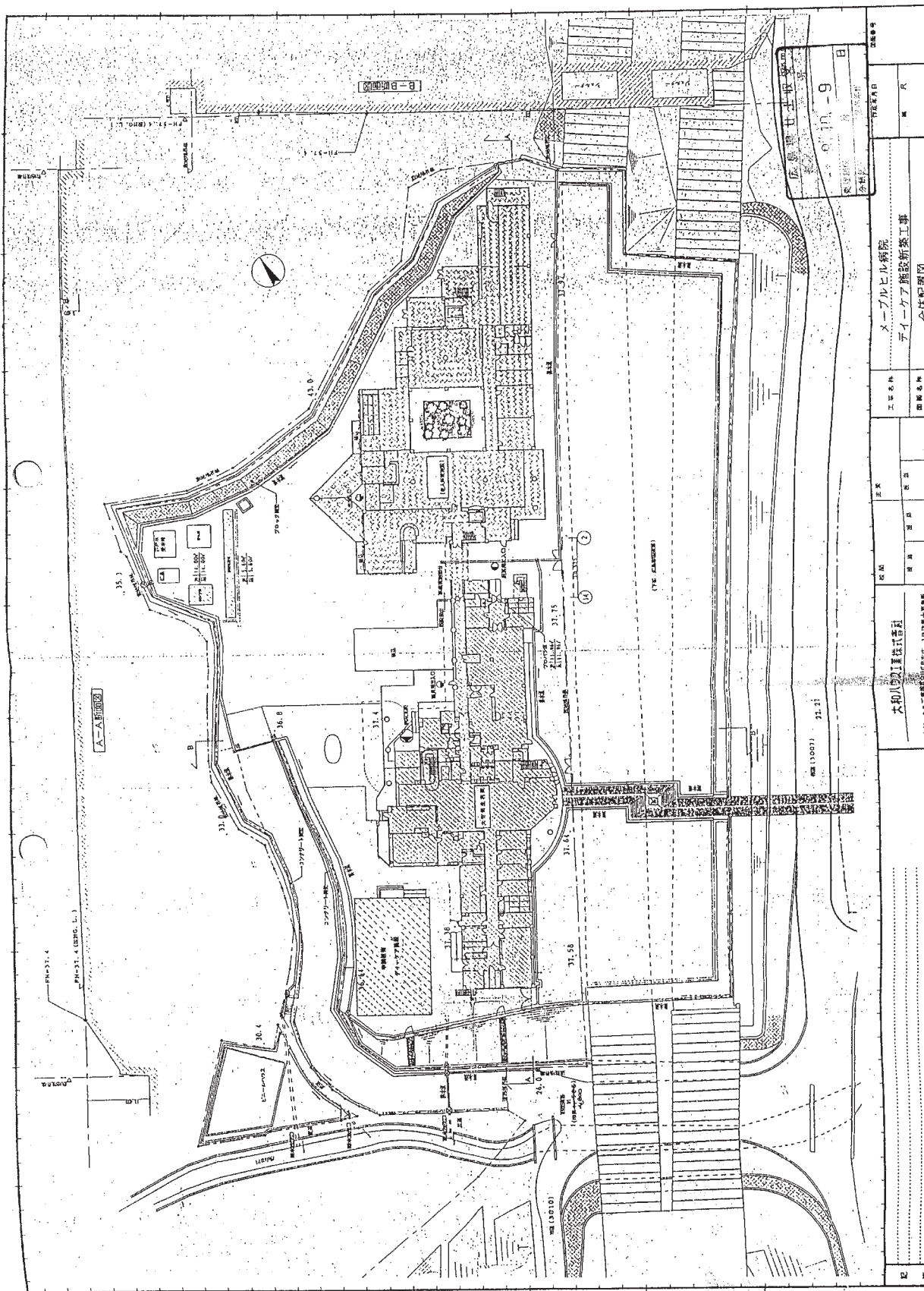
老人介護施設 ゆうゆ 新築工事
 図面 (3) 立面図 (3) 1/100
 2014.8.8
 株式会社 〇〇〇〇
 〒〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇
 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

ゆうゆ 立面図 (非常階段、本館連絡通路)



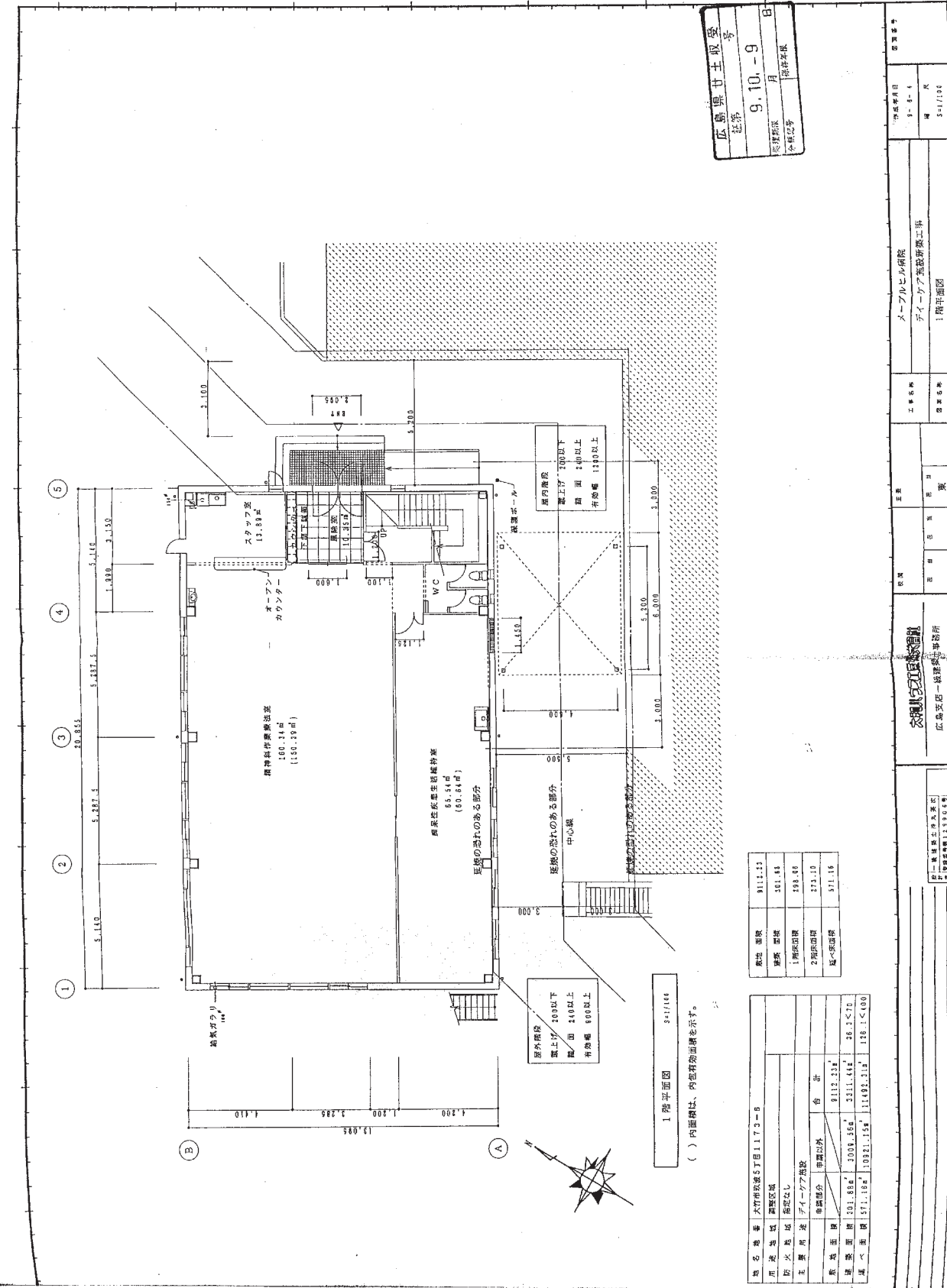
デイナイトケアわくわく

平成10年 デイナイトケアわくわく建築時 本館、ゆうゆ、デイナイトケアわくわく 位置関係図



図番	011-9 日
作成年月日	平成10年
図名	大和ハコ工業株式会社 大和ハコ工業株式会社 1階建築士事務所
工事名称	メーブルビル病院 デイケア施設新築工事
図面名称	全体配置図
建築	建築
設計	設計
校核	校核
承認	承認
大和ハコ工業株式会社	
大和ハコ工業株式会社 1階建築士事務所	

デイトケアわくわく1階 精神科作業療法室



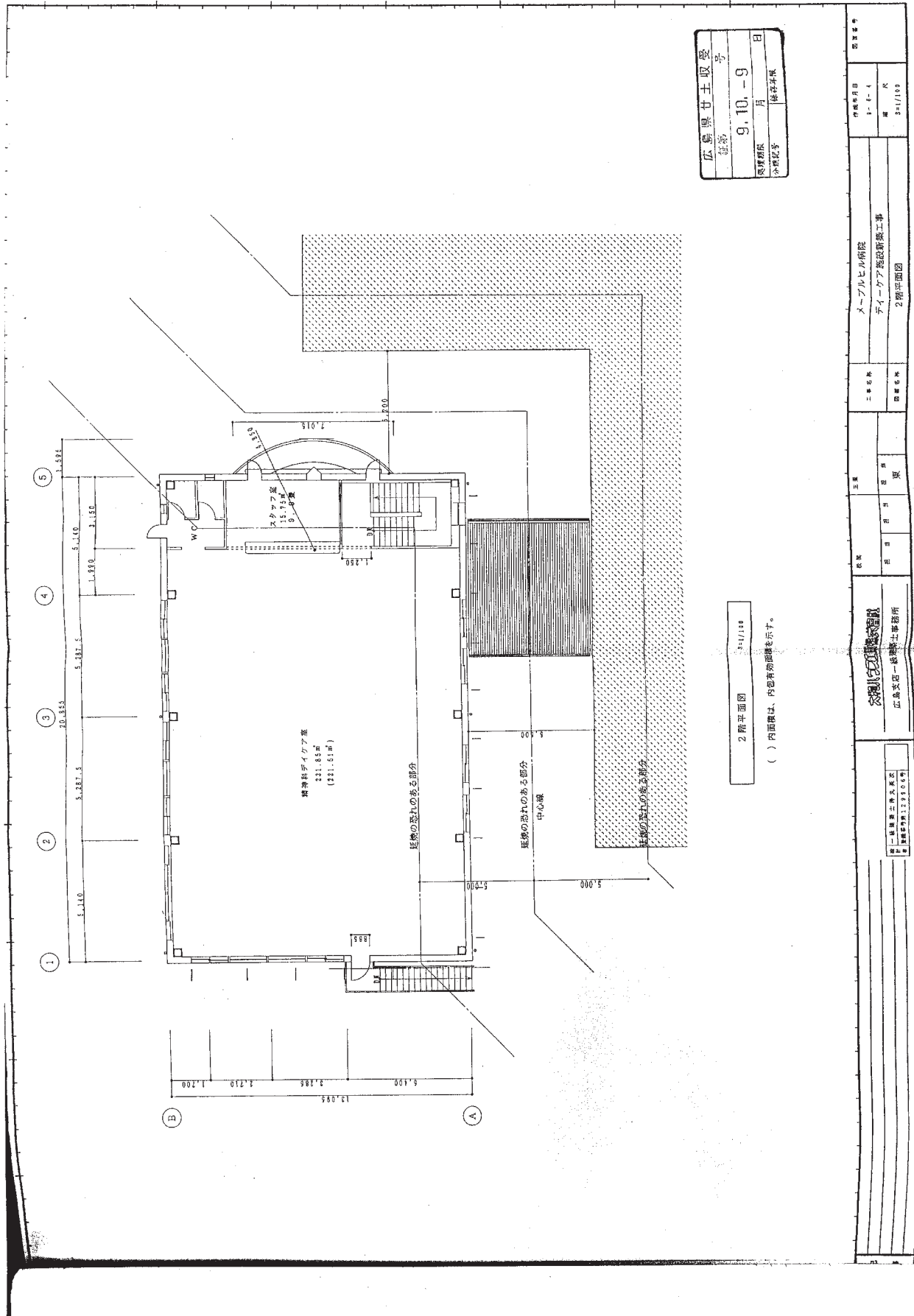
広島県廿土取室
 建築 9.10.-9
 月 月 除雪年度
 全館図号

敷地面積	9111.23
建坪面積	381.83
1階床面積	380.00
2階床面積	373.10
延べ床面積	571.16

地名	大竹市取室丁目1.7.3-B	告示
用途	医療施設	
防火	指定なし	
主用途	デイケア施設	
敷地面積	9111.23㎡	告示
建築面積	381.83㎡	38.3<10
延べ面積	571.16㎡	31.42<31.8

図名	1階平面図	図番	8-1/104
作成者	大田建設事務所	広島支店一級建築士事務所	広島県廿土取室
建築士	大田建設事務所	大田建設事務所	大田建設事務所
建築年月日	9-10-1	図尺	3:1/100
図号	8-1/104	図名	1階平面図
工事名称	メーブルビル病院 デイケア施設改修工事	図番	8-1/104

デナイトケアわくわく 2階 精神科デナイトケア室



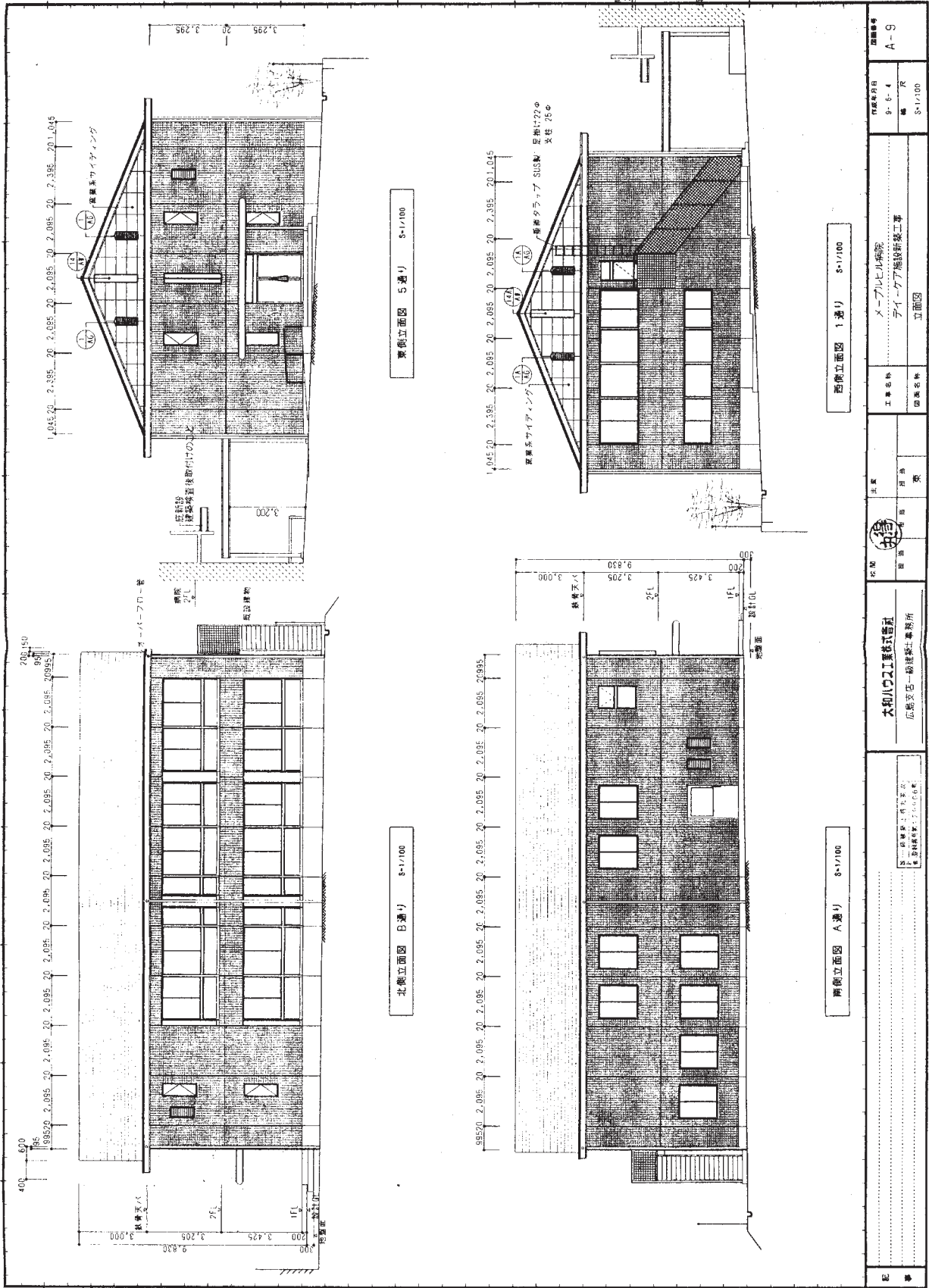
広島県士取巻	号
登録	9.10.-9
受理期限	月 備考年報
分限記号	日

2階平面図 20.0/100

() 内面積は、内包常形面積を示す。

図号	2階平面図
作成年月日	3-6-4
図尺	3=1/100
工事名称	メーブルヒル病院 デナイトケア施設新築工事
図番	2階平面図
地区	広島
市町	広島市
区	東区
事務所	株式会社 廣島建設
事務所	広島支店一級建築士事務所
建築士	廣島建設株式会社 代表取締役 廣島 隆夫 〒730-0001 広島市東区南大蔵1-2-10

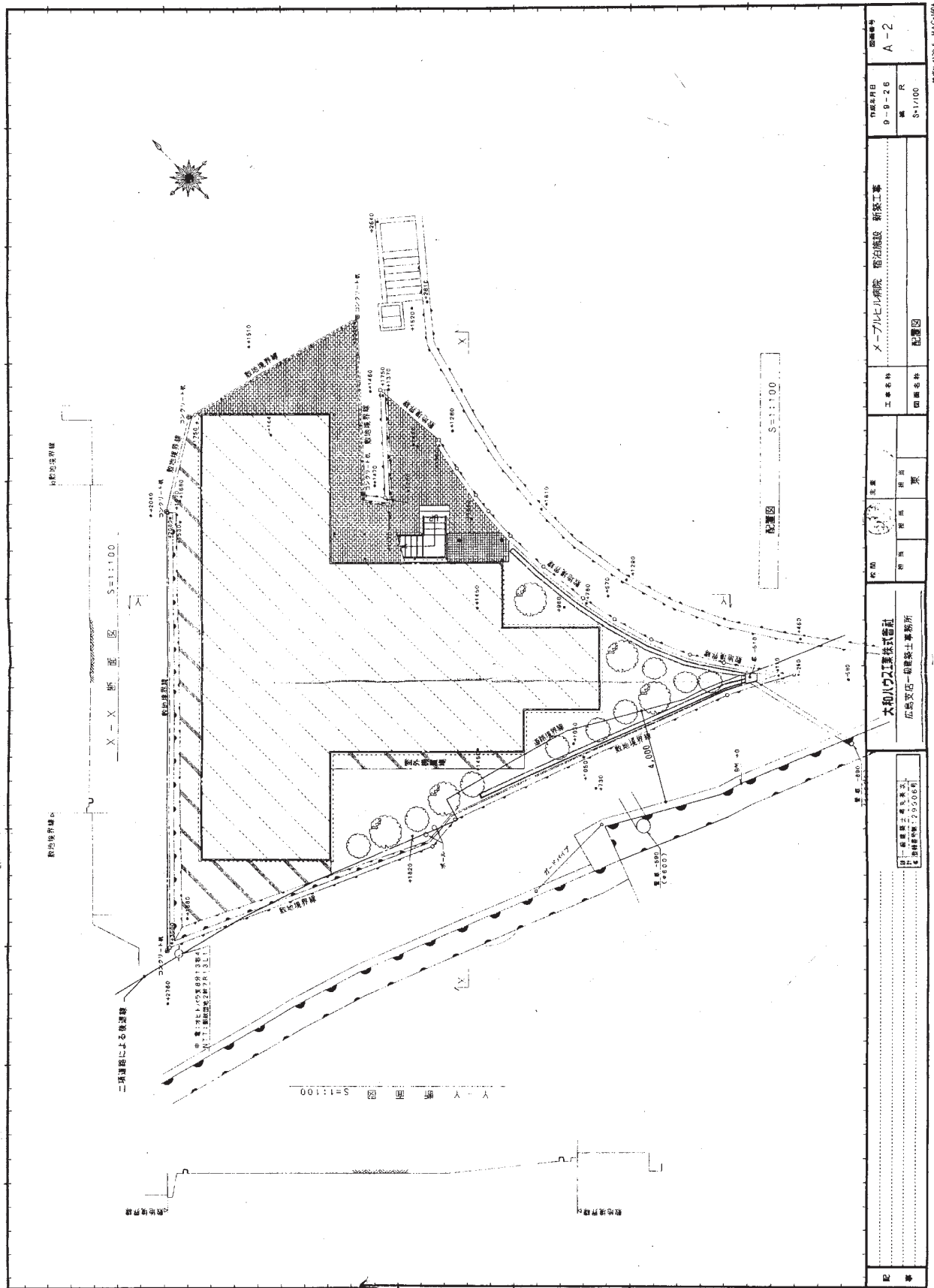
デナイトケアわくわく 立面図



記	大和ハウス工業株式会社 広島支店 一級建築士事務所	主 査 印	工 事 名 称 メープルビル病院 デイケア施設新築工事	図 案 号 A-9
事	〒733-0102 広島市南区宮島町5-1-1 大和ハウス工業株式会社 広島支店	技 師 印	工 事 日 付 9-6-4	縮 尺 S-1/100
		印	印 案 者 姓 名 立 面 図	

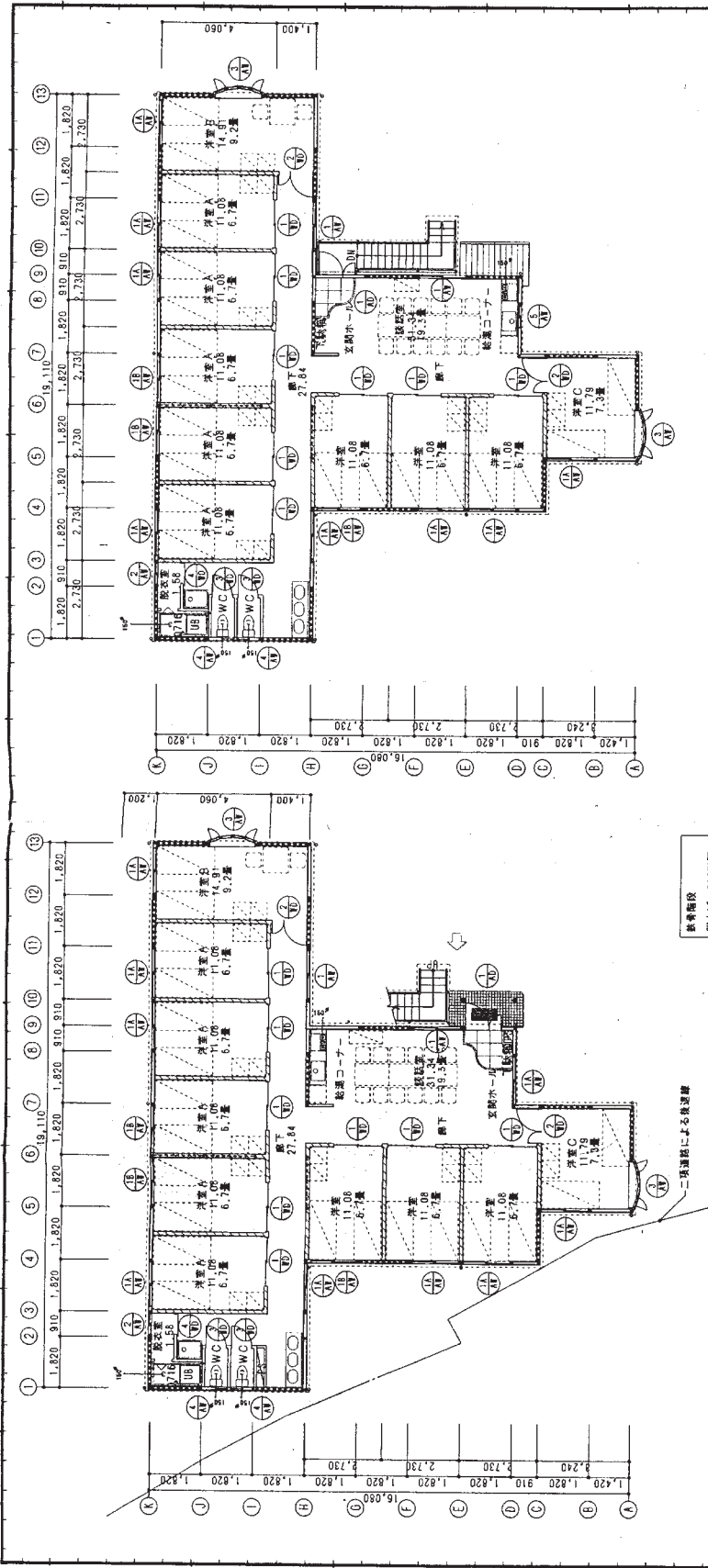
精神障害者生活訓練施設あい(当時)

平成12年 精神障害者生活訓練施設あい建築時（当時） 位置関係図



大和ハウジング株式会社 広島支店一級建築士事務所 〒730-0000 広島市東区本町1-1-1 電話 083-250-0001		図面番号 A-2
作成者 大和ハウジング株式会社		作成年月日 9-9-26
図面名称 配置図		縮尺 3/100
用途 東		工事名称 メーブルビル病院 電気施設 新築工事
地区 東		図面名称 配置図

精神障害者生活訓練施設あい（当時） 1階、2階 平面図



敷地面積	344.42
建築面積	195.11
1階建築面積	180.73
2階建築面積	180.73
柱×梁面積	361.46

地名 町番	大竹市成塚5丁目1173-4、1167	
用途地域	調整区域	
防火地域	指定なし	
主要用途	申請部分	申請以外
	合計	344.42㎡
敷地面積	0	195.11㎡
延べ面積	0	361.46㎡
柱×梁面積	0	104.9

階	室名	必要面積 (A)	排気面積 (L)			換気面積 (V)			換気量 (S)					
			W	H	N	A	W	H	N	A	W	H	N	A
1	居室A	11.08	1/7 = 1.58	1.68	1.26	1.05	0.04	1.68	0.23	1.89	0.25	1.64	0.47	0.4
	居室B	14.91	1/7 = 2.13	1.82	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.23	1.89	0.25	0.45	0.7
	居室C	11.79	1/7 = 1.68	1.62	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.24	1.92	0.25	0.45	0.4
2	調理室	31.25	1/7 = 4.48	1.66	1.26	1.05	3.45	0.14	1.90	1.18	1.66	0.25	1.43	1.01
	廊下	27.84	1/20 = 1.39	1.20	2.00	1.20	1.20	2.00	1.20	2.00	1.20	0.40	1.48	

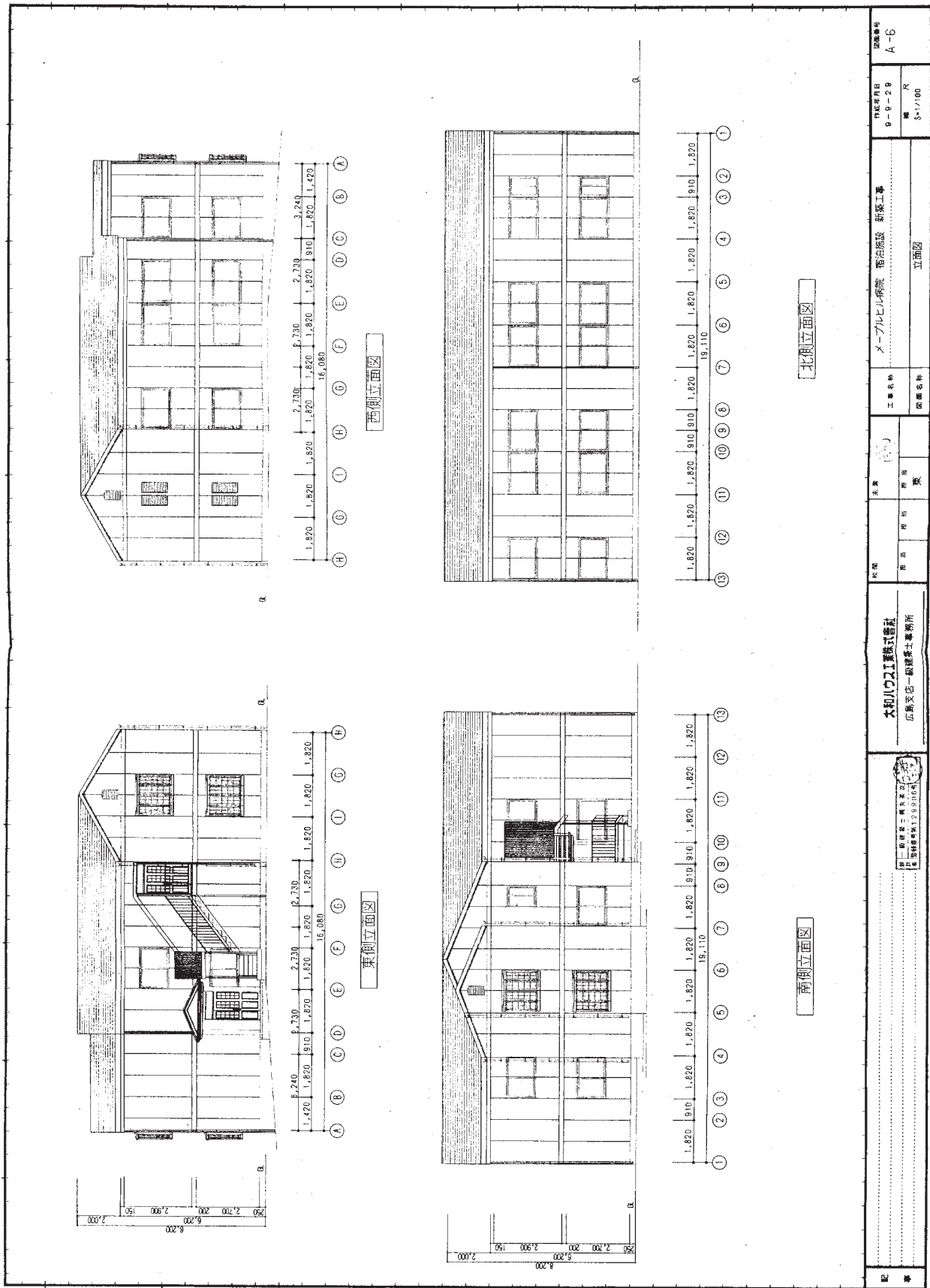
階	室名	必要面積	換気面積 (L)			換気面積 (V)			換気量 (S)					
			W	H	N	A	W	H	N	A	W	H	N	A
1	居室A	10.73	1/7 = 1.53	1.62	1.26	1.05	0.04	1.68	0.23	1.89	0.25	1.64	0.47	0.4
	居室B	14.91	1/7 = 2.13	1.82	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.23	1.89	0.25	0.45	0.7
	居室C	11.79	1/7 = 1.68	1.62	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.24	1.92	0.25	0.45	0.4
2	調理室	31.25	1/7 = 4.48	1.66	1.26	1.05	3.45	0.14	1.90	1.18	1.66	0.25	1.43	1.01
	廊下	27.84	1/20 = 1.39	1.20	2.00	1.20	1.20	2.00	1.20	2.00	1.20	0.40	1.48	

階	室名	必要面積	換気面積 (L)			換気面積 (V)			換気量 (S)					
			W	H	N	A	W	H	N	A	W	H	N	A
1	居室A	10.73	1/7 = 1.53	1.62	1.26	1.05	0.04	1.68	0.23	1.89	0.25	1.64	0.47	0.4
	居室B	14.91	1/7 = 2.13	1.82	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.23	1.89	0.25	0.45	0.7
	居室C	11.79	1/7 = 1.68	1.62	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.24	1.92	0.25	0.45	0.4
2	調理室	31.25	1/7 = 4.48	1.66	1.26	1.05	3.45	0.14	1.90	1.18	1.66	0.25	1.43	1.01
	廊下	27.84	1/20 = 1.39	1.20	2.00	1.20	1.20	2.00	1.20	2.00	1.20	0.40	1.48	

階	室名	必要面積	換気面積 (L)			換気面積 (V)			換気量 (S)					
			W	H	N	A	W	H	N	A	W	H	N	A
1	居室A	10.73	1/7 = 1.53	1.62	1.26	1.05	0.04	1.68	0.23	1.89	0.25	1.64	0.47	0.4
	居室B	14.91	1/7 = 2.13	1.82	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.23	1.89	0.25	0.45	0.7
	居室C	11.79	1/7 = 1.68	1.62	1.26	1.05	0.08	0.14	1.90	0.24	1.92	0.25	0.45	0.4
2	調理室	31.25	1/7 = 4.48	1.66	1.26	1.05	3.45	0.14	1.90	1.18	1.66	0.25	1.43	1.01
	廊下	27.84	1/20 = 1.39	1.20	2.00	1.20	1.20	2.00	1.20	2.00	1.20	0.40	1.48	

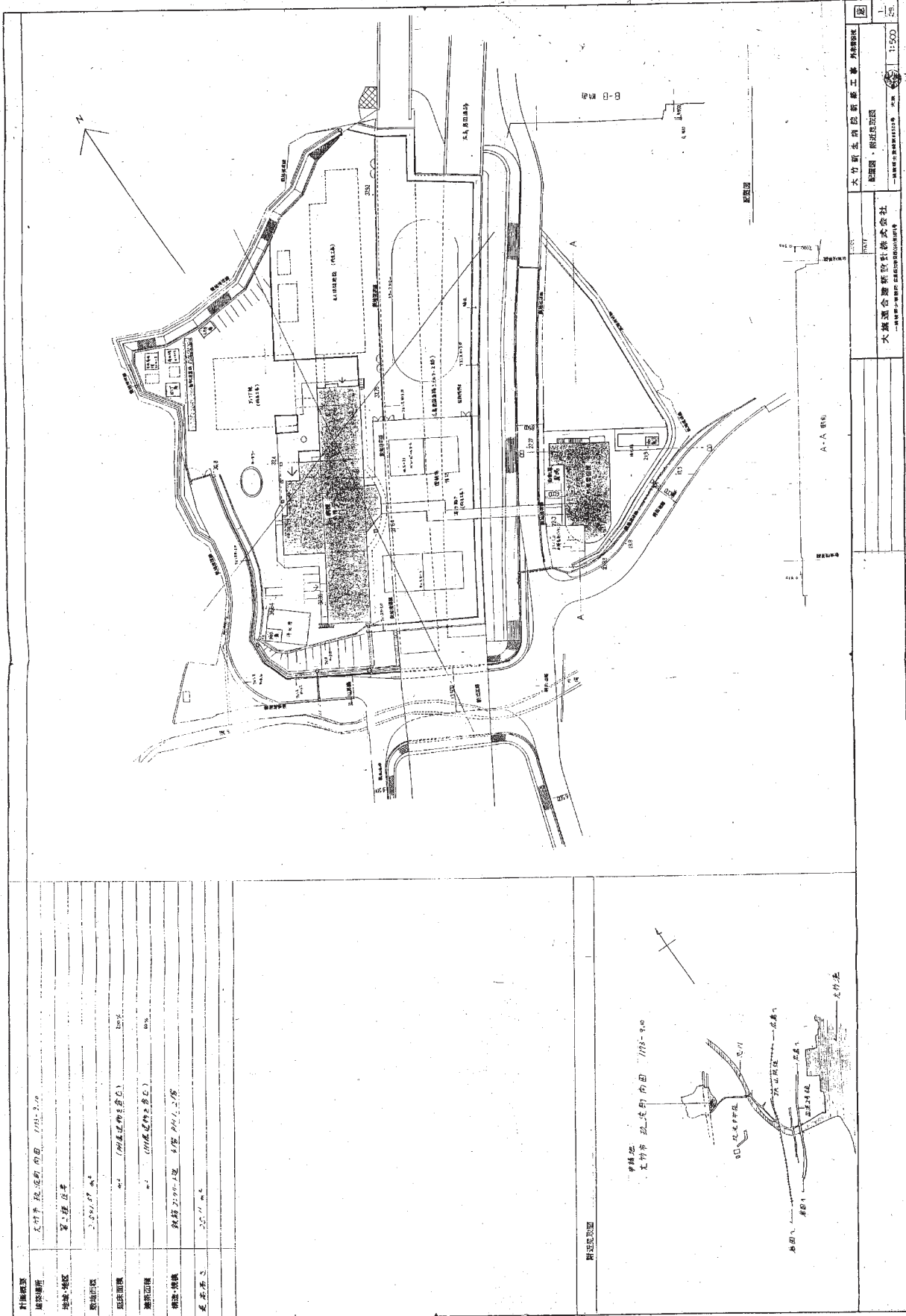
建設者		大和川工務株式会社		設計者		メーアビル病院 旭池施設 新築工事	
監理者		大和川工務株式会社		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
建築士事務所		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
設計者		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
設計者		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
設計者		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
設計者		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
設計者		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	
設計者		旭池施設 新築工事		建築士事務所		旭池施設 新築工事	

精神障害者生活訓練施設あい（当時） 立面図

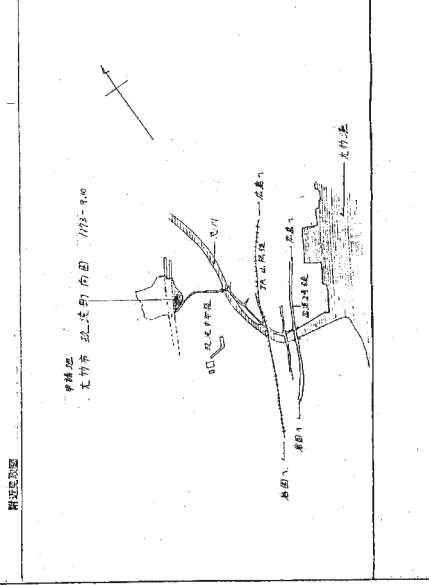


メープルヒル病院外来棟

平成元年 外来棟建築時 位置関係図

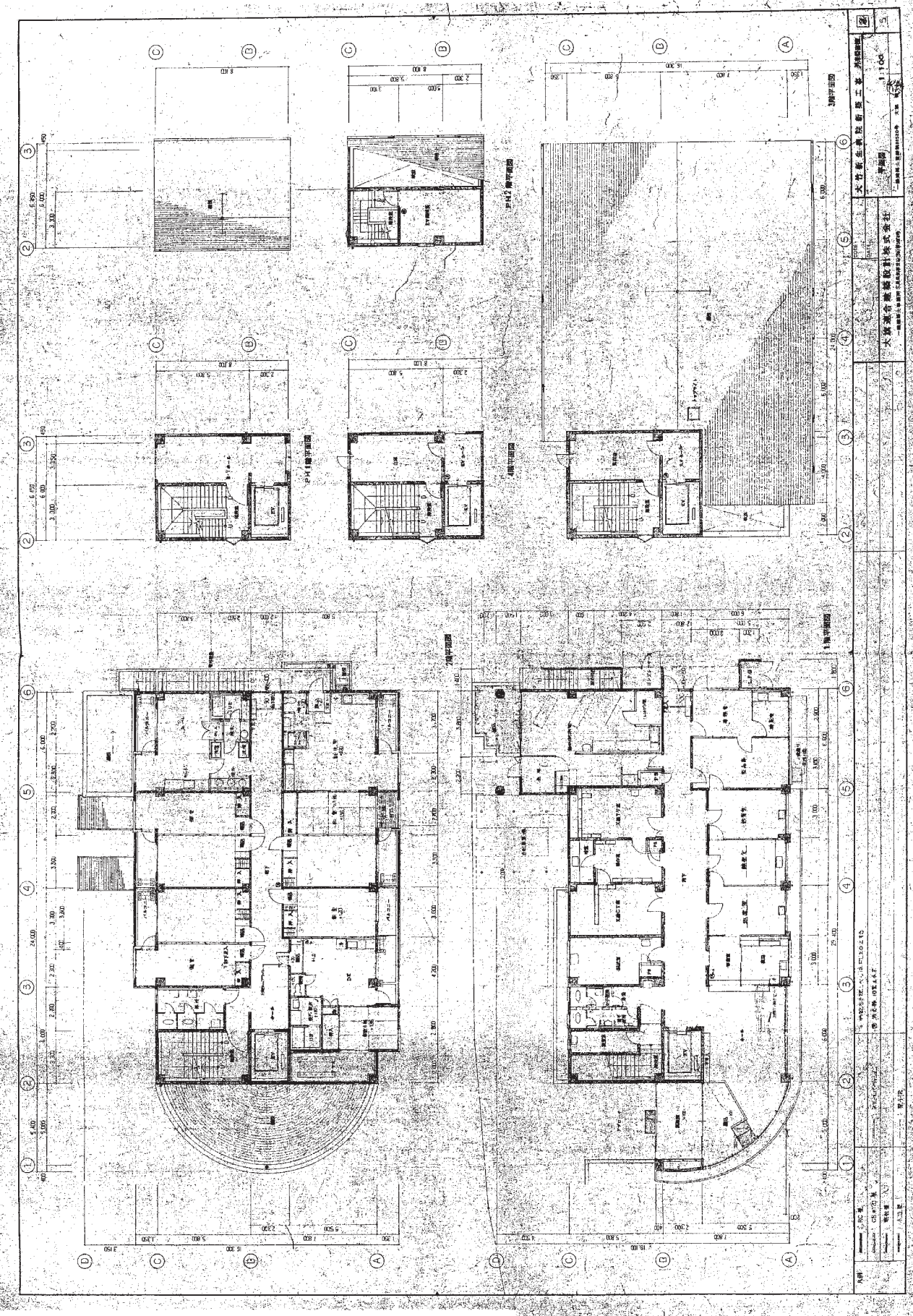


所在地	大竹市 荒瀬町 内田 1115-9-0
建築事務所	大竹市 荒瀬町 内田 1115-9-0
地籍・地区	第 1 種 住宅 区画
敷地面積	2,081.87 ㎡
建築面積	400.00 ㎡ (建築延床面積)
建築容積	400.00 ㎡ (建築延床積)
構造・基礎	鉄筋コンクリート造 基礎 部分人工基礎
完成年月	2001 年 5 月

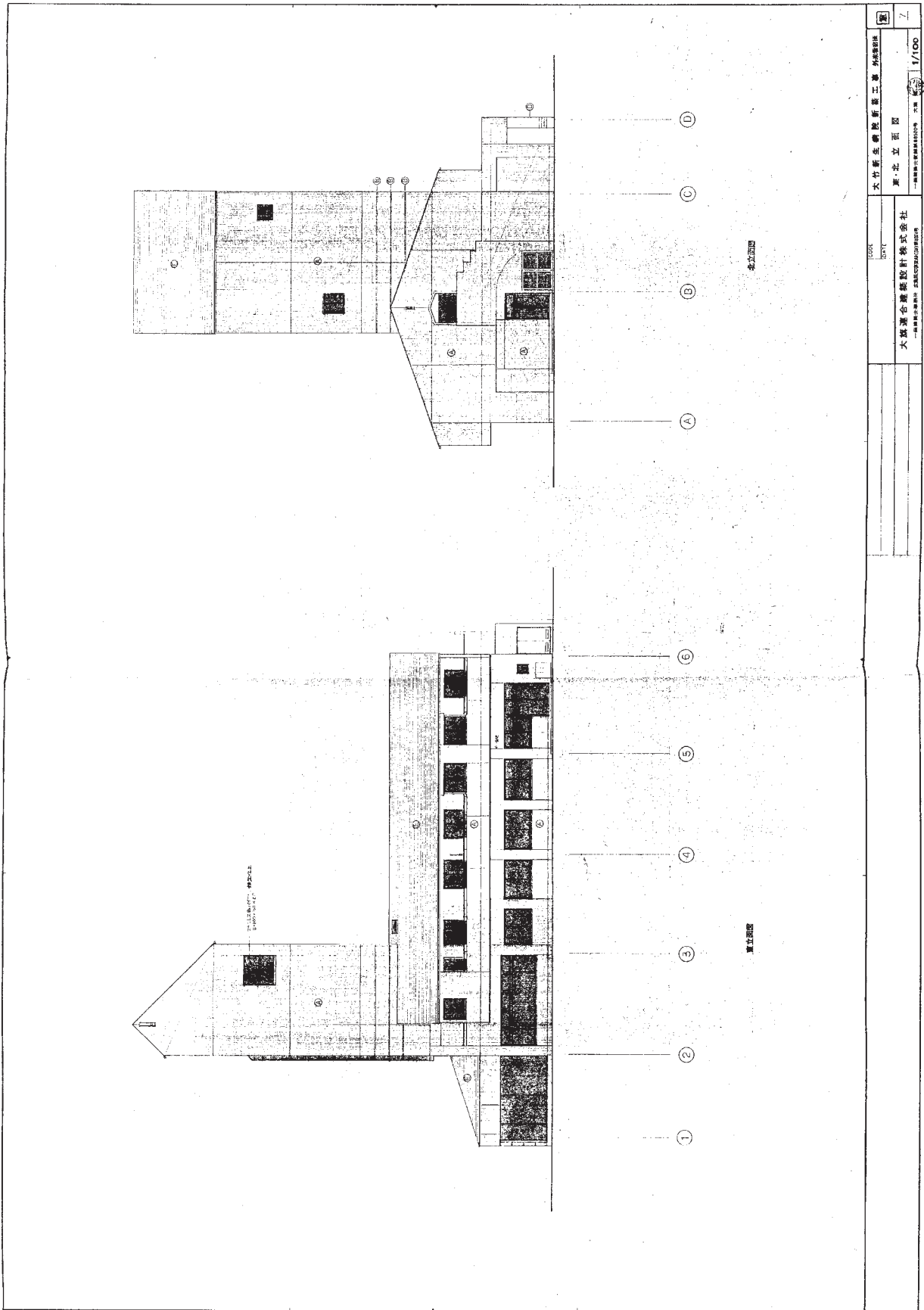


大竹市 荒瀬町 内田 1115-9-0
 大竹市 荒瀬町 内田 1115-9-0
 大竹市 荒瀬町 内田 1115-9-0
 大竹市 荒瀬町 内田 1115-9-0

外来棟・託児室

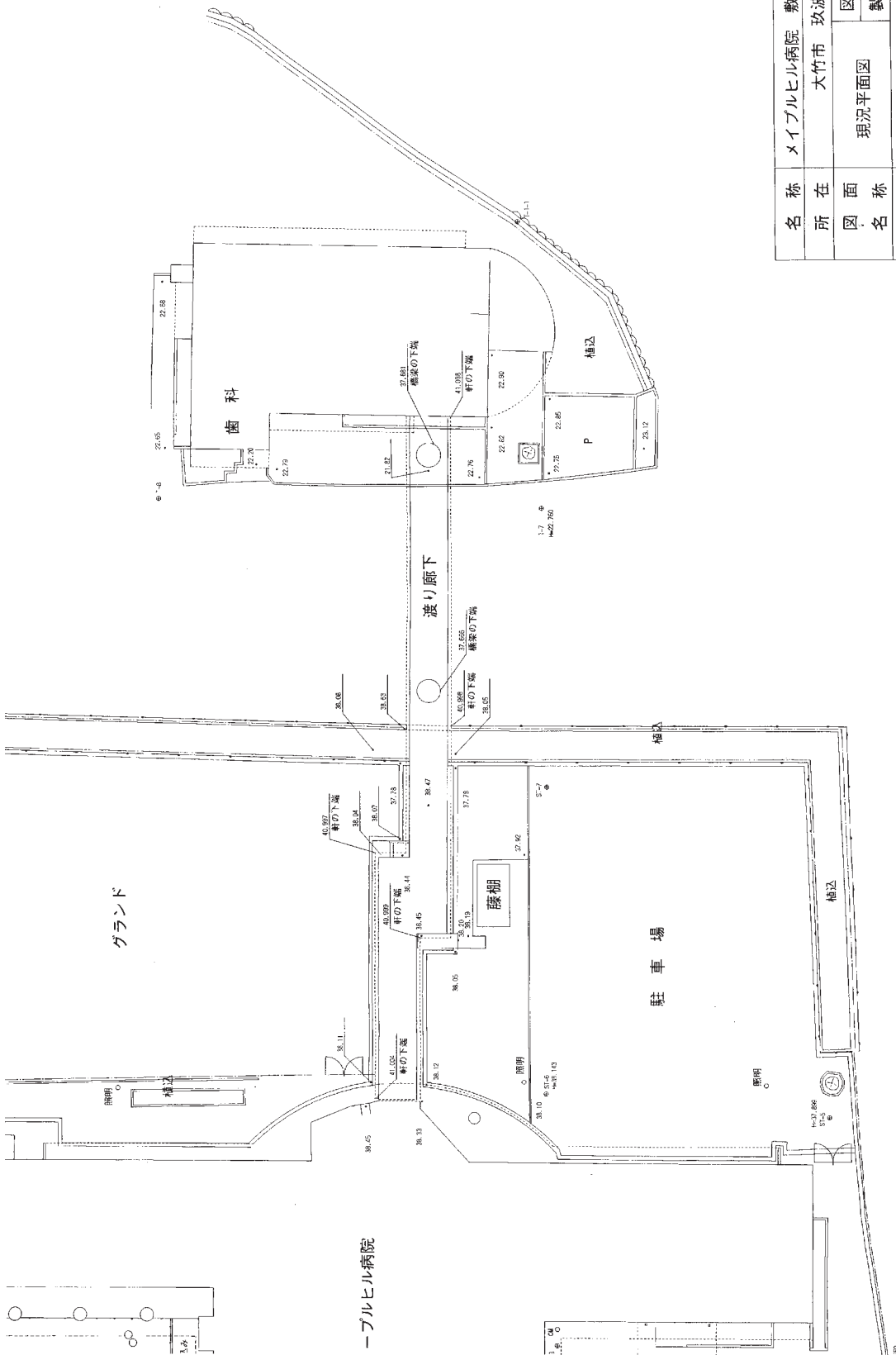


外来棟 立面図 (北側、東側)



渡り廊下

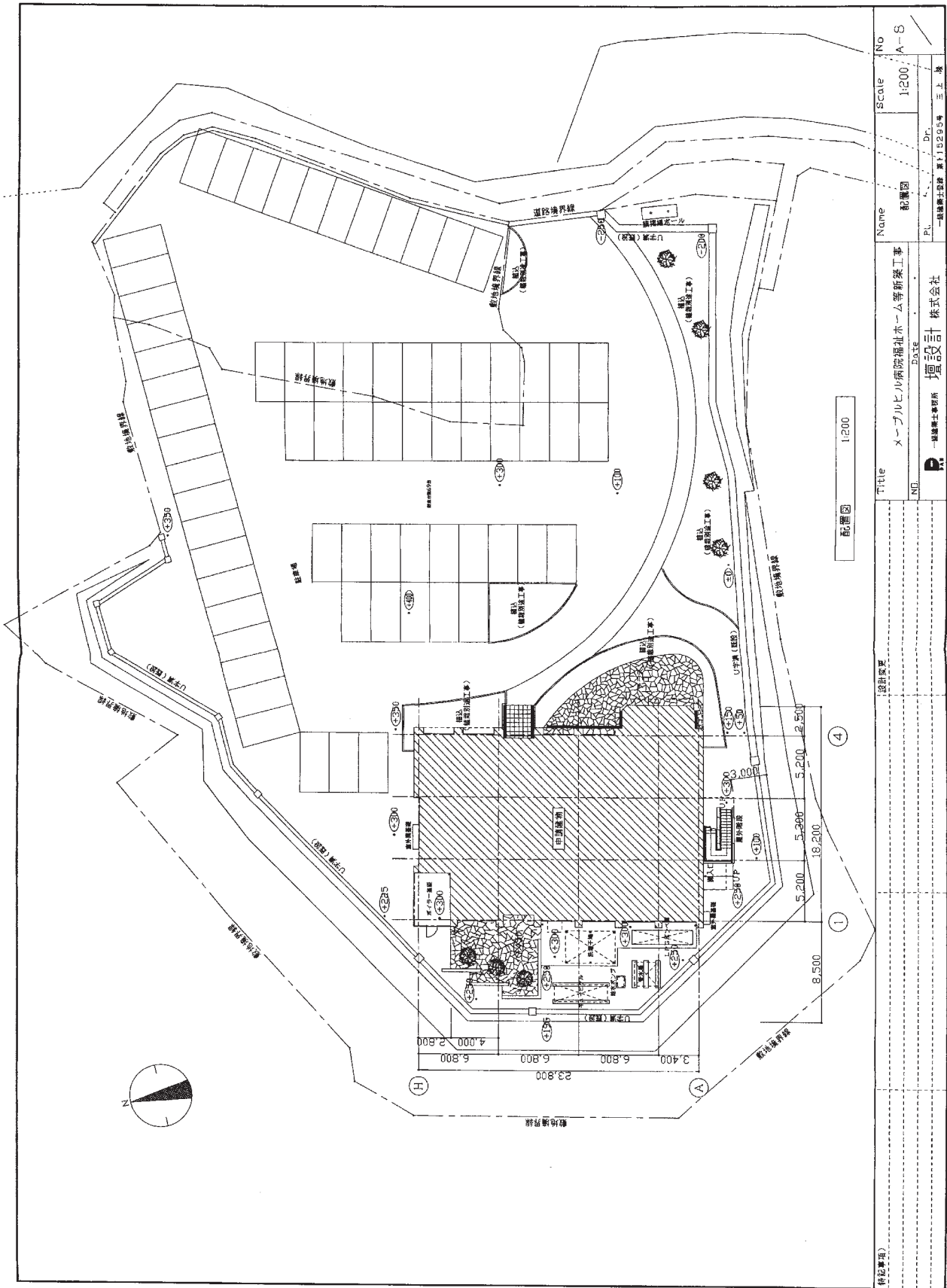
外来棟 渡り廊下



名称	メイブヒル病院 敷地測量		
所在	大竹市 玖波		
図面名称	現況平面図	図面番号	1-3
縮尺	S=1:300	製作日	8-10
測量日	平成 14 年 8 月	測量種類	
調整者			
実施者	東洋測量株式会社		

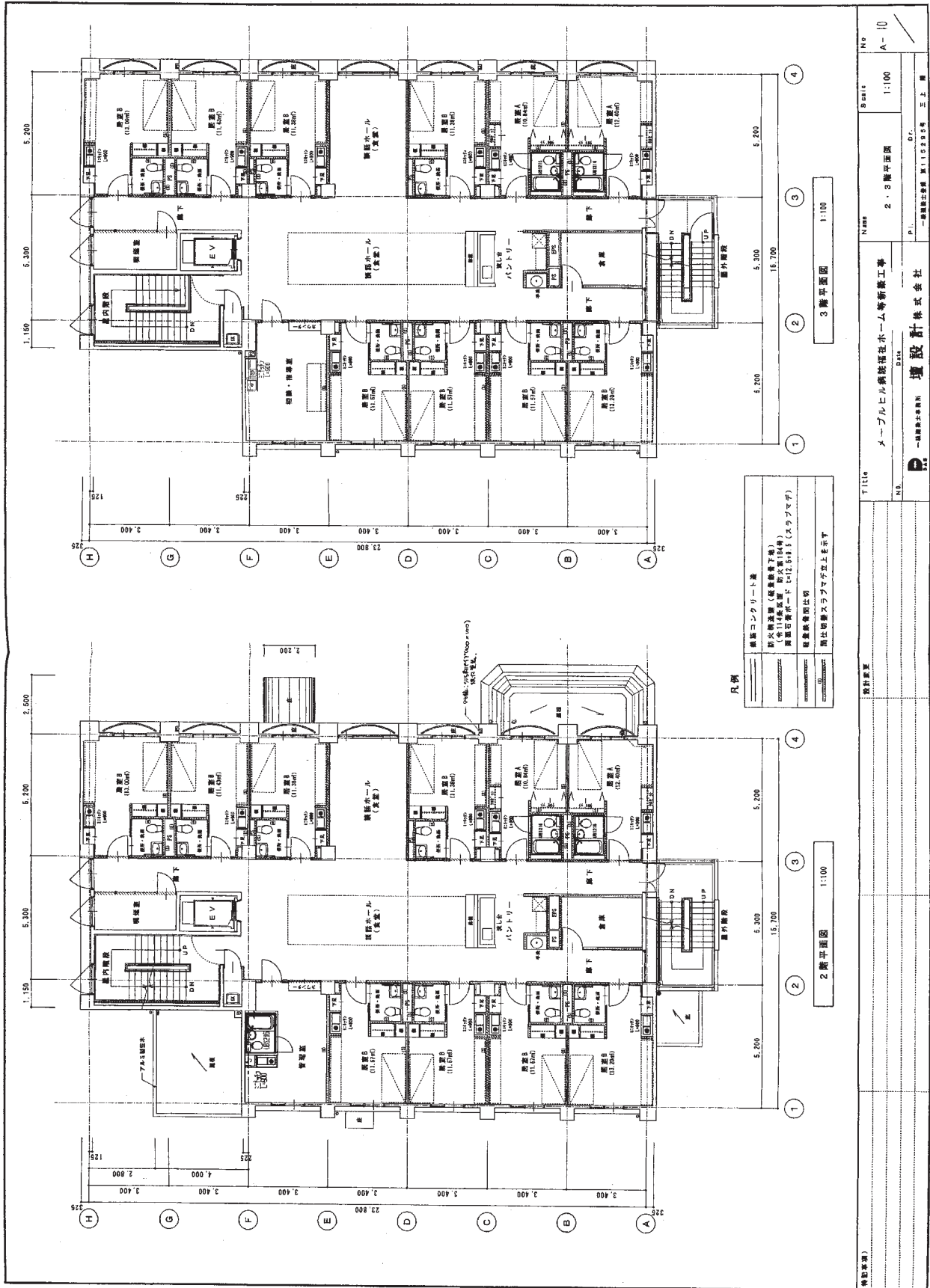
地域生活支援センター みらい(当時)
精神障害者福祉ホームB型 きらきら(当時)

平成14年 地域生活支援センターみらい、精神障害者福祉ホームB型きらきら（当時）建築時 位置関係図



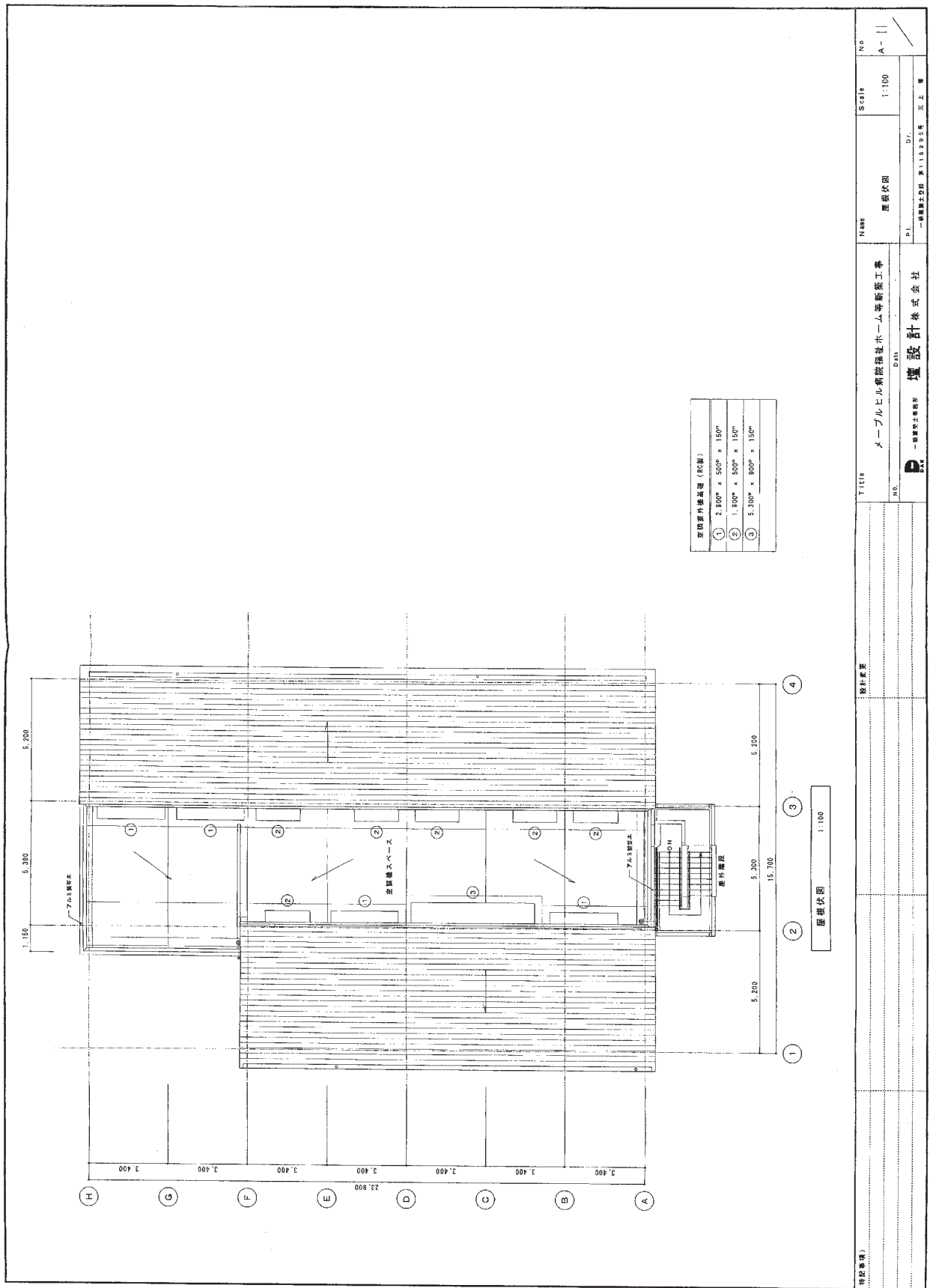
設計者 P 一級建築士事務所	Title メーブルビル小病院福祉ホーム等新築工事	Name 配置図	No A-S
設計者 P 一級建築士事務所	NDL	PI	Scale 1:200
設計者 P 一級建築士事務所	設計年度	Date	DC 1995年 3月 14日
設計者 P 一級建築士事務所	設計者 一級建築士事務所	一級建築士事務所 第112295号	No A-S

2階、3階 精神障害者福祉ホームB型きらきら (当時)



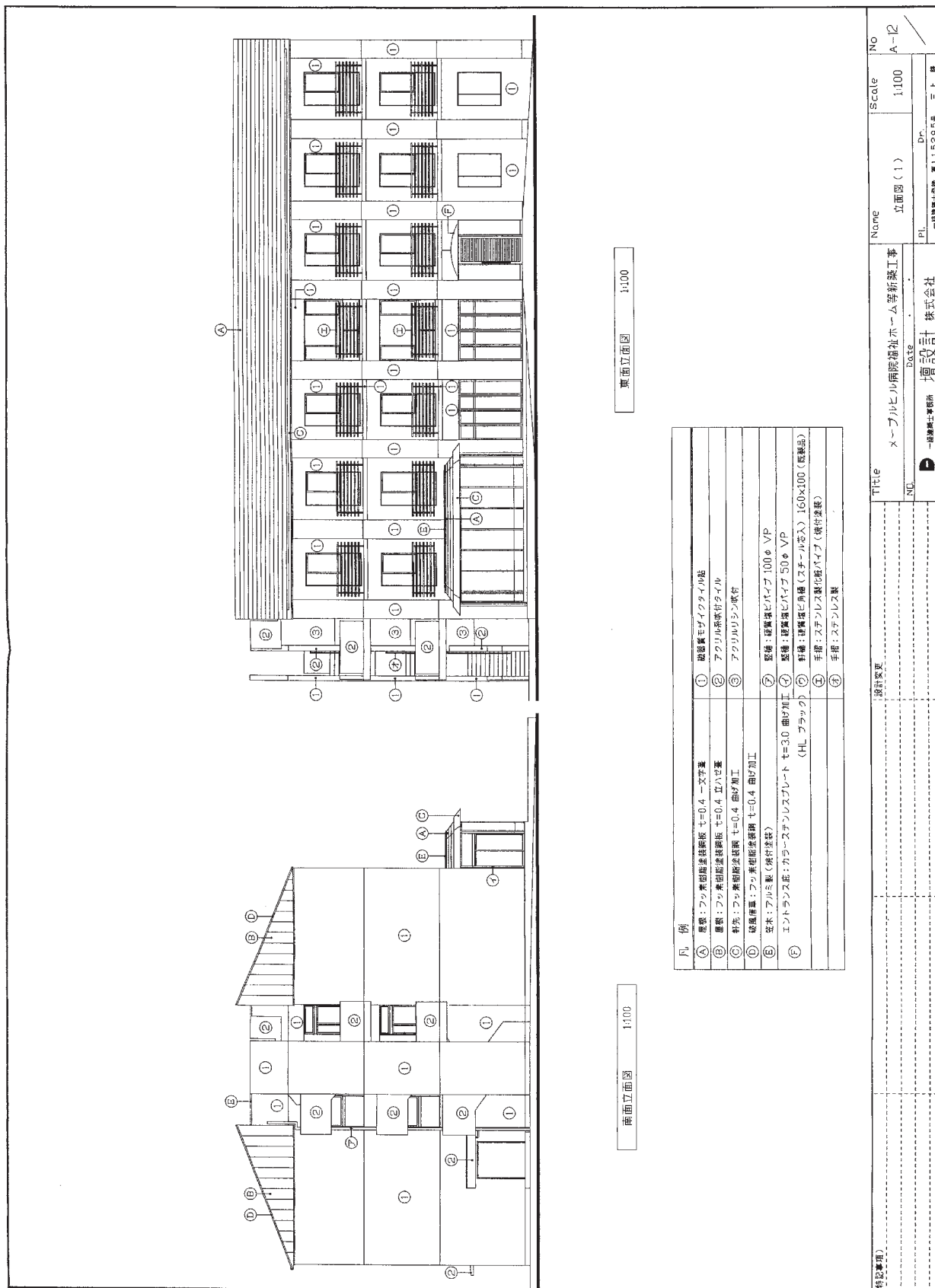
Project No.	A-10
Scale	1:100
Project Name	2・3階平面図
Client	メープルヒル福祉福祉ホーム等新建工事
Design Firm	環境設計株式会社
Date	第一建設事務所 第116209号 正五期

精神障害者福祉ホームB型きらきら（当時） 屋上



特記事項 設計者 設計監理	1118 名称 メーブルビル病院福祉ホーム新築工事 011 設計 壇設計株式会社 一級建築士事務所 〒1152055 東京都台東区 三上 1-1	No. A-11 縮尺 1:100 日付 平成25年 11月 25日
---------------------	---	--

地域生活支援センターみらい、精神障害者福祉ホームB型きらきら（当時） 立面図（東側、南側）



東面立面図 1:100

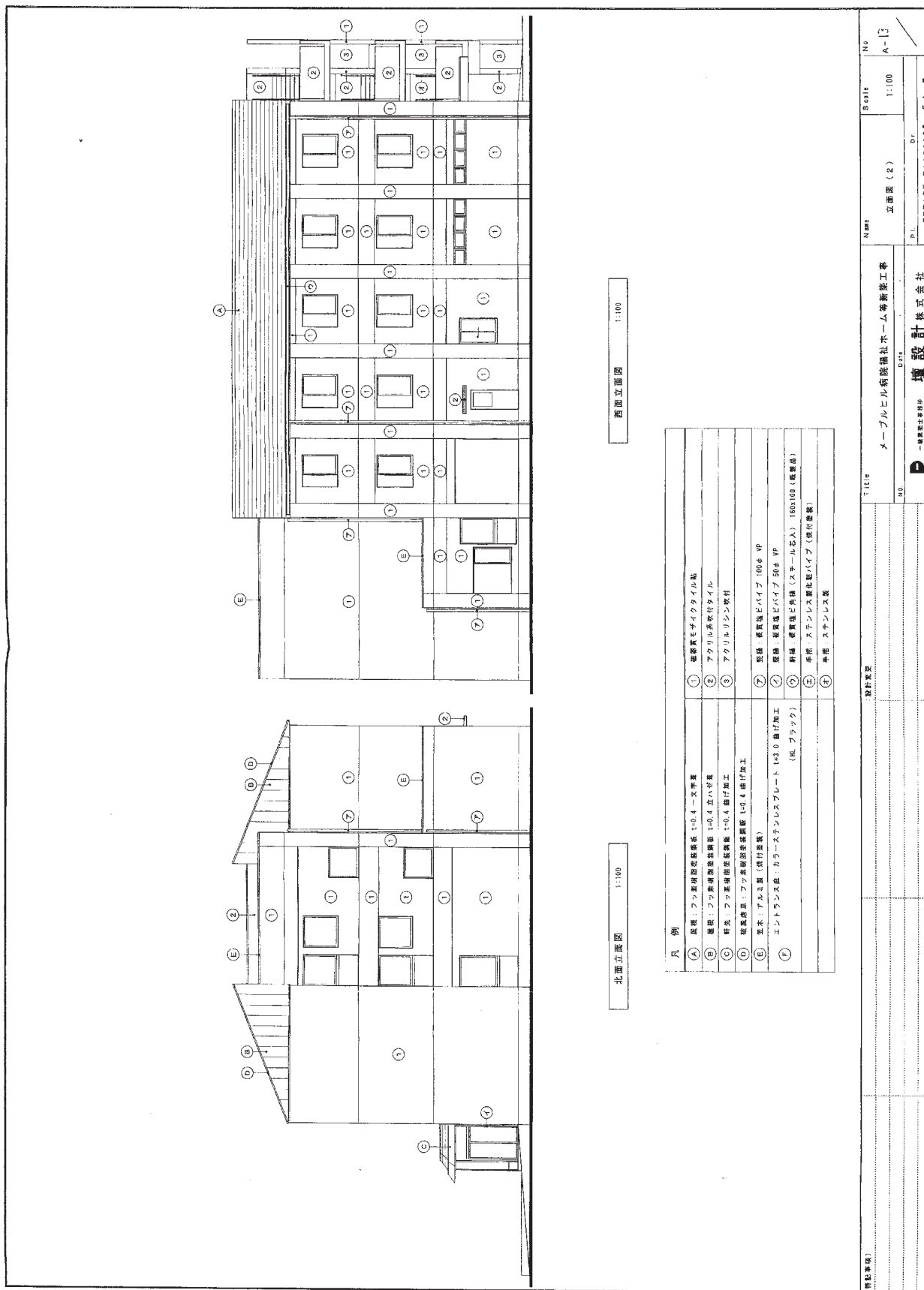
南面立面図 1:100

凡例

①	破綻部モザイクタイル貼
②	アクリル系付タイル
③	アクリルリシン床付
④	破綻部：緑葉模ビバンプ100φ VP
⑤	破綻部：緑葉模ビバンプ50φ VP
⑥	破綻部：緑葉模ビバンプ160x100（既製品）
⑦	破綻部：ステンレス製化粧パイプ（既付塗装）
⑧	破綻部：ステンレス製

特設事項	設計変更	Title	グループビル病院福祉ホーム等新築工事	Name	立面図(1)	Scale	1:100	No	A-12
		NO.		PL	一社建築士事務所	Date	11.28.99	Dr.	三上 隆
					設計者				

地域生活支援センターみらい、精神障害者福祉ホームB型きらきら（当時） 立面図（西側、北側）



丘門会巻頭言について

折に触れ、広島大学神経精神医学教室の同門誌である丘門会誌に巻頭言を書かせて頂きました。

巻 頭 言

丘門会副会長 石井知行 (S.46)

本年4月1日から、我々の母教室である広島大学医学部神経精神医学講座は、大学院大学移行に伴い広島大学大学院医歯薬学総合研究科創生医科学専攻先進医療開発科学講座となりました。新名称が今もって憶えられないだけでなく、内容の変化も理解が難しいものがあります。国内における政治経済社会情勢だけでなく世界の汎ゆる情勢が大きく変化している中であって大学もその埒外におれる筈はありません。国立大学として生き残るために、大学院大学の群の中に入りトップ30を目指すスタートに立つことができたのはたいへん喜ばしい事と存じます。

山脇成人教授もご就任以来、目覚しく活躍された10周年が過ぎ、2nd Decadeに入っています。精神薬理学を中心として生物-心理-社会モデルにそって脳科学と精神病理学、心理学等を統合しようとするご努力は、peripheralであった精神医学の重要度の認識を広げました。

近年、医療不信の高まりが見られておりますが、国民の権利意識の向上、生活水準の向上等に見合っ
て医療への要求水準が高まってきていることが現在の医療不信の背景にあるように思われます。EBMなどを取り入れたより科学的な医療と臨床教育が重要となりつつあります。そして、これを反映して日本における医学教育も過度の研究センターから、臨床教育も重視する見直しと反省の時期へと入ってきています。

大学院大学は研究センターの組織ですが、一方においては地方国立大学の使命としては、地域医療に対する貢献と人材の供給があります。都会と違い広島県には医学教育機関は一つしかなく研究と臨床の各々に重い責任があり、この2つの責務を同時に遂行することは至難であるように思われます。

然しながら、現在まで発揮されてきた山脇教授のパワーとご見識によりこの難題も達成されていくものと思われます。勿論、山脇教授お一人に重荷を背負って頂くのではなく、現場の地域医療を担っている我々丘門会員がこれ迄以上に一致団結して教授を中心として精神医学の振興と地域医療への貢献に努力していくことが求められているように思われます。

高畑長吉会長、津久江一郎日精協副会長、中村英雄副会長をはじめとして巨星のごとき大先輩が多くおられ、先輩方のご指導を仰ぎながら会員一同が力をあわせればこの難局をのりきっていただけるものと思
います。

これからの研修体制について

副会長 石井知行 (S.46)

臨床研修義務化が始まり、今年度から研修医が我々の科にも回ってきて、来年は初めての卒業生が出ます。

我々の時代には、殆どの者が大学で研修をして、大部分の者がPh.D.を目指しました。今の研修医達は、マッチングという自分が研修病院を選択するという経験を最初にしています。我々と違った行動原理、行動パターンのドクターが現れてくると思います。スーパーローテーション終了後にそのまま市中病院で専門医研修をする者もいるのでしょうから、大学病院も研修に関しては、one of themとなるでしょう。

大学の在り方としては、やはり、Ph.D.、さらに先進医療を含む高度のspecialityにあるでしょう。多くの制度や施策がアメリカの後追いの性格をもっていますので、アメリカの事情を少し述べてみます。

(A) アメリカでの医学部生の科選択
M.D. / Ph.D. (M.D.におけるPh.D.取得者の比率)

M.D.とPh.D.に関する数の統計は見つかりませんでした。調べている資料の大半はAMAやAPAなどの会員制になっているホームページにおいてあることありますが、元々アメリカではあまりM.D. / Ph.D.両方のコースを取る医師は数が多くない上にM.D. / Ph.D.にはそれほど関心が高くありません。アメリカでは開業した方が収入が多いこともあって、あまり大学などの施設でのアカデミックポジションは人気が高くありません。医学部入学前には医学部に入るためのいわゆる“箔”として研究したり、レジデンシー中に将来のsubspecialty (例えば循環器科など)に入るために多少の研究をすることはあっても、内科医の資格を取ったり、循環器科などの専門医の資格をとった後にはわざわざPh.D.コースを取るような時間がかかることをする医師は限られています。

以前はM.D. / Ph.D.を取る為には日本と同様に卒業後に研究をするあるいはまたPh.D.コースに入る

というのが一般的だったようですが、専門的な教育課程の必要性から1964年にNIHの部署であるthe National Institute of General Medical Scienceがthe Medical Scientist Training Program (通称MSTP)を作りました。NIHの助成金を受けているものをMSTP、受けていないものは単にM.D. / Ph.D.と呼ばれます。このMSTPまたはM.D. / Ph.D.のコースを取ることでM.D. / Ph.D.両方の資格が卒業時に与えられます。徐々にこのプログラムは増えつつあり、現在全米で30以上あります。MSTPプログラムコースは1、2年目が基礎医学、3年目から通常5年目あるいはそれ以上が研究、6、7年目が臨床医学実習(いわゆるクリニカルクラークシップ)に充てられます。多くのプログラムが修了に7、8年必要となります。アメリカでは医学部は通常高額の授業料(例えばピッツバーグ大学の場合には年間4万ドル)が伴うために通常の4年間のM.D.コースの卒業生でさえ卒業時には多くの借金を背負っています。7年間それ以上の時間を必要とするこのコースはそれ以上の多大な負担を学生に強いるため奨学金その他でかなりの優遇がされていますが、それにもかかわらず金銭面の負担からドロップアウトしてM.D.またはPh.D.のみで卒業する学生も多くいます。

M.D. / Ph.D.コースの卒業生の90%以上がレジデンシー、フェローシップと終わらせた後に、大学などのアカデミックなポジションにつきます。

どうもアメリカでは成功の尺度が収入で図られると言うこともあって、わざわざ時間がかかるM.D. / Ph.D.コースに入学したり、あるいはM.D.をとった後またPh.D.を取るようなことをするものはよほど研究が好きに者に限られている、という印象があります。どこかの科に入学する要素としてはPh.D.という学位よりも他の要素が大きいようです。あるprogram directorが面白いことを言っています。教室が行き詰ってしまって、仕事が出来ないM.D.と優秀なPh.D.のどちらかを切らなければいけない場合、優秀なPh.D.を切るそうです。M.D.は最低自分の食い扶持くらいは勝手に稼いでくれるけれども、

Ph.D.は研究が結果を出してグラントを取るまでは自分の食い扶持さえ稼げないからだそうです。

研修プログラムを選ぶ際の要素

Factors important to students in selecting a residency program (学生が研修プログラムを選ぶ際重視する要素) という少し古い15年ほど前の論文がAcad Med. 1990; 65(10); 640-643にあります。また同様の論文がAre international medical graduates a factor in residency program selection? A survey of fourth-year medical students. (外国出身の医師の割合は研修プログラムを選ぶ際に影響する要素となるか? 医学部4年生を調査した。) というやはり少し古い論文がAcad Meds. 1996; 71(4); 381-6. にあります。

これらによると以下のようにその要素が整理されます。

1. 非常に重要な要素

働いている医師の満足度
面接時の印象
研修内容の多様さ
地理的条件

2. 重要な要素

教育機会
患者管理での責任
研修終了後の機会 (就職、専門家への進みやすさ)
患者の量の多さ
プログラムの権威
外国出身の医師の割合

3. あまり重要でない要素

科自体の権威
スタッフの監督がどれほど行き届いているか
当直スケジュール
electiveの数 (electiveとは自分で選んで回れるローテーション。内科ローテーションでは例えば循環器や呼吸器など、自分の興味のある科を回ることが多い。)
支援サービス
(物理的な意味での) 施設
研究をする機会
給料
給料以外の特典

4. 重要ではない要素

AIDSの患者を治療する機会
AIDSの患者があまりいないこと
一つの病院でのみ研修すること

アメリカでは研修終了後には自分で仕事を見つけなくてはならないためにその科の研修を修了した医師がどれだけ仕事を見つけやすいかも重要な要素です。

99年の資料によると、血管外科の場合には研修終了後に職が見つかる割合は100%、自分の条件にあった職を見つける際に苦労したと応えた割合は0%となっています。全員が苦労せずとも自分の希望通りの職を見つけられたと言うことです。整形外科の場合には職場が見つかる率は98.1%、苦労する率は20.5%。内科の場合には、職が見つかる率は83.9%、苦労する率は30.8%になっています。精神科の場合にはそれぞれ90%、21.6%です。皮膚科96.4%、11.8%。

参考までに、手取り収入の平均 (99年) は血管外科資料なし、整形外科33万ドル、内科17万6千ドル、精神科13万6千ドル、皮膚科22万4千ドル。

1週間の平均就労時間は血管外科資料なし、整形外科55時間、内科59時間、精神科50時間、皮膚科45時間。

まとめると、外科系は患者の数が多く仕事が忙しかろうとも収入が多いため人気があります。皮膚科、眼科などのマイナーも仕事量が少なく収入は多く、訴えられる可能性も低いため最近最も人気があります。内科、精神科は人気が無い科になっています。

日本では日本独自の要素、例えば医師の技術料が異常に低く抑えられているため収入体系がいびつであることや、やりがいや人との繋がり (部活や出身地など)の目に見えない要素が重視されていること、入りたい科には問題なく入れて市場原理が働かないことなどもあって、学生が科あるいは研修プログラムを選ぶ際にはアメリカと大分異なった過程を経ています。それでもマッチングや研修義務化などのアメリカの後追的な政策の導入によって学生の嗜好もアメリカに近づいてきているようです。

具体的には自分の生活重視、臨床重視、研究軽視などです。特にスーパーローテーションで各科の実態を見るのできつくて汚くて収入も少ないところには誰も行きたがらないでしょう。

長期的には外科の入局者は減少、内科も微減、マイナーは増加という傾向だろうと予想する向きもあります。短期的には、内科、外科のメジャー系が一

時的に増加することもあるでしょう。これは昨年度の総会懇親会の閉会の挨拶で申し上げましたが、卒業してすぐに、内科外科でトレーニングを受ければ、その思考過程は内科医外科医となり、その同一性も内科医外科医となります。山脇教授が、「医学部の中では、僕でさえ文科系と言われるんじゃないから」とよく言われますが、スーパーローテーターは、ガチガチの理科系思考回路を持って、我々の所にやってきます。彼らが納得できるようなエビデンスと論理をともなった説明や教育が必要とされます。いずれにしても、精神科は苦戦が予想されます。

(B) 入局者を増やすために

金銭面での有利さを強調する医局もあるようですが、アメリカと異なって借金を抱えている学生も少なく、貧困を体験した学生も少ないため、訴求力には今ひとつではないかという印象です。

現在はインターネットを通じてどのような情報もやり取りされます。2チャンネルなどのアンダーグラウンドな掲示板に始まって最近流行ってきたブログなどによって情報の共有化がかつて無い速さで行われます。例えば、掲示板などには中四国地方の研修病院ランキング（学生が作ったものなので実態を反映しているとは言いがたい、イメージ先行のもの）が出回り大きな影響を与えています。それらの情報源は結局研修医や学生の口コミです。どれだけ彼らの希望に添った研修が出来たかにより病院の学生向けの印象が決まってしまう。私見としては、教育内容の充実なども大事ですが、選択肢の幅を広げることが大事なのではと思います。最近の学生は自分がやりたければ臨床だけを納得いくまでやりたいし、研究も気が向けばやってみたい、そういう世代なのです。何を生意気な、と思うかもしれませんが。学生に広く受け入れられる医局とは、医局員の主体性を重視して選択肢を提供できる、開かれた医局なのではないか、と思います。具体的には、大学の教室を核に、同門会会員の病院・診療所も組み入れてフィールドを多様にした研修の選択肢やelectiveを増やすことが必要でしょう。

我々もドクターを供給してもらおうという考えから、いかに精神科を志望するドクターを増やすか、精神科研修に協力していくのかという大局的な見地に切り替える必要があるでしょう。勿論、研修終了者の全員が大学に残り研究に従事したり教授に就任できたりするわけではありません。また、今までのようにルールを破って一本釣りした方が有利という

ことのないように、研修修了後はどのようなフィールドでどのような条件で就職できるのかというメニューを多く用意して明示していくことが重要だと思います。研修終了後の研究においても、どのようなフィールドの研究ができるかのメニューの提示は勿論ですが、研究職としてどのような方面にどのような就職ができる可能性があるかを示すことも大事です。研究方面においては、山脇教授のご活躍により、国際的にも際立っていますし、教授を輩出した実績も有力であると思います。来年度は、スーパーローテーションの最初の卒業生となりますから、後期臨床研修のために、多くの研修医が大学に帰ってくるものと思われます。まだどうなるかよく判らない、模様眺め、様子見などがありとまどっている者も多く、当分の間は大学に帰ってくる研修医が多いでしょう。然しながら、基本的には上記のような状況ですから次第に漸減していくものと思われます。

他科に比べて精神科は市中病院での専門医研修が難しい状況にありますから、この大学に帰ってくる流れが盛んな間に、しっかりと精神科に研修医をひきつけていく努力が必要だと思います。

地域における精神科医療と研究が衰退していかないように、今までよりも更に教室と同門会が一体となって力をあわせていくべきでしょう。

以上、参考までにアメリカの事情を少し述べてみました。広島大学病院における臨床研修医46名中、本学出身者は10名だそうです。すでに学生の時に回って様子がわかっているからと、大学病院における研修に全く興味を示さない学生もいるそうです。研修医をとりまく状況はすでに大きく変わっており、今までの常識も通用しなくなりつつあります。我々も認識を大きく切り替えて、時代の変化に果敢に挑戦する姿勢でありたいものです。

追記

ご存じの如く、この臨床研修必修化は、我々の同級生である今田先生の医事課長の時の発案です。重要申し送り事項として、実現までに医事課長が3代かかったそうです。彼は厚生行政に大きな足跡をいくつか残しましたが、この臨床研修制度は、医療文化を根本から大きく変えるだろうという意味において、彼の最も大きな業績の一つであると思います。

(いしい ともゆき：メープルヒル病院)

感情労働について

医療法人（社団）知仁会　メープルヒル病院　理事長・院長
丘門会副会長　石井　知行

丘門会会報第144号
平成19年11月30日発行

感情労働について

副会長 石井知行 (S.46)

救急、産科、小児科などを中心として一般急性期医療の医療崩壊が言われています。救急車を受け入れる病院の実態を、勤務している医師から直接聞いてみると想像以上のものがあります。過酷な勤務状況と刑事事件化するリスク、勤務に相当しない低報酬、早い者勝ちの立ち去り型サボタージュなど、報道以上の状況に驚きます。

ある私立大学病院の分院の胸部外科では、この4年の間入局者がおらず、10人の外科医のうち3人が本年の7月に辞めたそうです。入局4年目の医師は2日に1日の当直となり、残った者に更に負担がかかる悪循環となっています。

昔から医者の世界は、重労働と低賃金でした。無給医局員という言葉はポピュラーでしたし、徹夜で仕事をした翌日に外来をするのも常識でした。私の祖父や父も内科の開業医でしたが、夜中に往診依頼の電話がかかるとすぐに起きて行っていましたし、それが当時の常識でした。これらのことは当時は当たり前前のこととして受け入れられていました。

このようなことが受け入れられなくなった変化が起きた原因はいろいろ云われています。その一つに労働が変化して感情労働となったことがあります。

感情労働とは、「肉体労働」「頭脳労働」と並ぶ言葉で、人間を相手とするために高度な感情コントロールが必要とされる仕事をさすもの。つまり、「働き手が表情や声や態度でその場に適正な感情を演出することが職務として求められており、本来の感情を押し殺さなくてはやりぬけない仕事」のこと。体を酷使する肉体労働の時代、頭脳を駆使する頭脳労働の時代が過ぎ、感情をすり減らしつつ労働する時代となってきています。そうした労働の代表格が接客業、クレーム処理係、教師、医師、看護師などです。

具体的には、AERAとネット上の記事から引用します。

ここにきて、この「感情労働」があらゆる職種に広がり始めている。『感情労働と看護一人とのかかわりを職業とすることの意味』（2001年、医学書院）などの著書で、看護の現場に感情労働の概念を伝え

た武井麻子・日本赤十字看護大教授は、近著『ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか』で、看護や介護職、接客業や電話相談業、クレーム処理など、様々な職業で過酷な感情労働が求められている現状を指摘した。大手書店ではビジネスの書棚にも置かれ、出版元の大和書房には、サービス業や銀行員など、様々な業種の読者から反響が寄せられた。

武井教授はこう語る。「ひと相手の仕事は昔からあったらろうと、働く側の問題点を指摘する声もありますが、一概にそうではないと考えます。以前は、顧客が常連や顔なじみであることが多く、ある程度の親密さや信頼感がありましたが、今は気質も好みも分からない不特定多数の人を相手にしなければなりません。しかも瞬間芸的なスピードで、感情労働が求められています」

不特定多数に対する、瞬間芸的な感情労働。元電器量販店店員の青木詠一さん(42)が日々、売り場で直面した苦情の嵐は、まさしくそれだった。

10年以上前に買ったテレビが故障し、「欠陥商品だ」と怒鳴り散らす客。保証書を自分が紛失しておきながら、「無料で修理に応じる」と詰め寄る客。入荷待ち商品の「お客様控え」の渡し方が気に食わなかったと言ってパート店員を罵倒し続ける客。帰省中に買った商品を帰りの新幹線で使おうとして部品が足りないことに気づき、「すぐもってこい」と車内から電話をしてきた若い男性……。

●お客様は神様？

青木さんがクレームの数々をブログにつづったところ反響は大きく、04年、その内容が『それでもお客様は神様ですか？』（大和書房）という一冊の本にまとめられた。こう振り返る。

「異動までの15年ほどを苦情処理に費やしましたが、苦情の質は徐々に変わってきました。来店ではなく、携帯電話やメールなどによる間接的な形が増えたためか言葉が暴走し、陰湿化しています」

感情労働の過酷さの背景に浮かび上がる、消費者サイドの「変貌」。いまもっともその変化が大きく、どんどん「感情労働化」している職業は、教師だろう。首都圏の高校教員のケンジさん(47)が数年前ま

で勤務していた高校は、いわゆる「底辺校」。暴力事件も日常茶飯事で、教師への暴力も珍しくなかった。例えば掃除をさぼっていた男子生徒をケンジさんが呼びとめたところ、生徒はいきなりつかみかかり、「ぶっころされてえのか？」

ケンジさんはとっさに腕を後ろに組み、殴られることを覚悟しながら冷静になるよう説得した。殴られても、あくまでひるまず冷静に。それが、経験上の「対処策」だ。一方で、問題行動の多い生徒も進級できるよう、学力の問題などについて本人や親に働きかけたが、砂漠に水をまくような作業だった、という。

●「いちゃもん化」社会

大阪大学大学院人間科学研究科の小野田教授は、学校に対する保護者や近隣住民の要求が刻々と「いちゃもん化」する底流にあるものは、現代ニッポンの「コンビニ・ファミレス文化」と考える。

「例えばコンビニでは立ち読みだけして出ていく客にも、店員が『ありがとうございます』と言いますし、ファミレスでは小さな子供が1人で来ても『いらっしやいませ』『何になさいますか』と声をかける。本来なら『立ち読みやめんかい』『キミ1人で来たらあかんで』でしょう。こういう奇怪なコミュニケーションの積み重ねが、消費者サイドに間違っただけの権利意識を植え付けてしまっている」

確かにコンビニやファミリーレストランが社会に定着する以前の「店」と「客」の関係性は、今よりずっと人間的で直接的であり、画一的にマニュアル化されてはいなかった。その分、客の側も緊張感があった。つまり小野田教授の言う「権利意識」とは、何であれ「消費者」は丁寧に扱われることがサービスの最低基準だという、ある種ゆがんだ意識である。

精神科医の和田秀樹氏は、「超消費社会」がキーワードだと指摘する。

「生産が消費に追いつかなかった時代はモノを作った側が強かったけれど、モノがあふれて消費不況が慢性化した今ではサービス合戦しかない。その構図から『お客様』の側にもものすごい甘えが許される環境ができて、月並みなサービスでは満足できない消費者たちがたくさん育っちゃった」

現代の「安全神話」の弊害もある。緩和ケア、そして神経科病棟の現場で看護師長を務めながら、エッセイストとしても活躍する宮子あずささんは、「緩和ケア」や「心のケア」という言葉のもたらす安心感に、違和感を感じてきた。

「緩和ケア病棟で接するご家族の中に、親御さんが末期がんだというのに『落ち込んでいるので、前

向きにしてやってください』などと言う方もいます。確かに医療は発達しましたし、緩和ケアも充実しつつあります。それでも、いつの世も病は苦しく、死は恐ろしいもののはずなんです」（以上AERAより引用）

以前からそうしたひと相手の仕事は当然存在したわけで、なぜ今になって感情労働がクローズアップされているのでしょうか。あるいは、ひと相手の仕事が多くなるにも感情をすり減らすように変質してしまったのでしょうか。

こうした変化がなぜ起こったかを説明するのは簡単ではありません。懐古趣味のひとは昔はいい時代で、人間関係も良好だったと言うかもしれません。消費者サイドの変化も一因かもしれません。自分だけはいいサービスを受けて当たり前だとするゆがんだ意識。

近代化とともに必然的に起こった情報量の増大、社会の流動性の増大によって社会の「アーキテクチャー化」が進んでいるのかもしれませんが。「アーキテクチャー化」についてWebから引用します。

つまりこのような「感情労働」時代は、社会の「アーキテクチャー化」と関係するだろう。

法は完全なものではなく、それを社会的な規範や、信頼関係で補完されるものでしかありません。そして規範や信頼というのは漠然としてみなこれが当たり前だろうという場の「空気」によって支えられています。

しかし社会的な流動性が高まり、規範や信頼の共有が危うくなる中で、もはやアーキテクチャーに頼るしかない。そして法はみなに共有された絶対に正しい社会正義などではなく、誰かがつくった一つの社会設計（アーキテクチャー）であり、不完全なものであり、いつも古く、改革するべきものであることに自覚的になっているということです。

「社会のアーキテクチャー化」とは、法は正義であると素朴に信じられていたものが懐疑され、設計事項として剥き出しになり、それを知り、うまく活用したものが勝つということです。

なぜ『社会のアーキテクチャー化』が進むのか。

社会の「設計事項」が剥き出しになると、先生と生徒、医者（看護婦）と患者などの、様々な道徳、習慣、地域的に支えられていた社会関係が、アーキテクチャーとして剥き出しになります。その設計事項をうまく活用したものが勝ちである、ということ、すなわち学校の先生、医者などは、教育する機械、

医療する機械となる。こちらの要望を投げつけ、うまく処理してもらえればよい関係でしかなくなる。

しかし彼らは人間であるとともに、社会がアーキテクチャー化するからなおさら、失われつつある倫理観を過剰に担わされている。ここに大きなギャップが生じる。社会がアーキテクチャー化する中で、軌轢に「感情労働」は生まれていると言えるだろう。

(以上 Web上の記事より引用)

本論に戻りますと、そこでは感情労働の担い手(上記挙げた職種)は「失われつつある倫理観を過剰に担わされて」しまいます。規範や道徳、信頼などといったこれまで不文律だったものが、社会の流動性の増大によって失われ、社会関係(たとえば医者-患者関係)が、契約を果たしさえすればいい(医者は病気を治しさえすればいい)といった関係にまで退縮しはじめているにもかかわらず、かつてと同様の役割を担わされ、そのギャップが「感情労働」を引き起こしている、という指摘は説得力があります。逆に云えば、かつては、背景にある本質としてのお医者さんの役割を見ていたので、結果が良くとも悪くとも感謝されていた時代がありました。今はこま切れにoutcomeを見ますから、過誤がなくとも、結果が悪ければトラブルとなることがあります。

介護保険においては、介護は時間単位で買うサービスとなりました。30分毎の商品となりますから、貢献という本質は見えにくくなってきています。

医療もDPCさらにはDRGによって疾病に対する請負業となっていくでしょう。当然、医療としての貢献という全体像は捨象され、outcomeだけが求められていくでしょう。

これまで医療従事者の精神的なケアは全く顧みられてきませんでした。(患者さんや家族に対する精神的ケアも満足のいけるレベルにない病院も多いですが、それはまた別の機会に論じようと思います。)そのため、日本の病院では燃え尽き、鬱、自殺などが多く、離職率が高いという問題がありました。病

院というひとの生死に関わる場では、ずっと以前から「感情労働」化が先鋭化していたのです。「感情労働」という問題に対処するのは簡単ではありません。

方法論の一つとして、何事にもクールに対処し、摩擦や問題はスルーする(そういえば、一時「スルー力」が話題になりました。)というやり方があります。その方向性の延長として業務の「マニュアル化」があります。マニュアルで規定されたところまではサービスしても、それ以上は別の業務(たとえば警察など)に任せるのです。こうした動きは実際に一部の病院で見られます。たとえば、北大病院では患者の暴言に対応するために警察OBが「保安員」として雇われているそうです。(読売新聞 2007年6月30日)。「マニュアル化」では先進国のアメリカでは、病院入口にごつい保安員がいるのは当然の光景になっています。

職員の感情をケアするシステムを職場に組み込むのも方法の一つでしょう。医師を含めて、職員に対する感情ケアが重要となってくるでしょう。このことを良く理解するのが、我々精神科医の役割でもあります。

教育の重要性も論をまたないでしょう。対応が難しい患者さんや状況(たとえば告知をどうするか、患者さんと家族の間で方針が食い違ってきたらどうするかなど)への対処法、自分の感情のマネジメントの仕方など教育によってすべてを教えるのは無理ですが、基本的な考え方を教えることはできます。

現在、医療界では病院の淘汰が進んでいます。それは医療従事者を十分に確保できない魅力の欠如から起こることもあれば、経済的な理由から起こることもあります。病院間、さらには診療科間の格差は広がりがつあります。医療従事者の「感情労働」問題をケアできない病院はこれから淘汰される可能性が高い、と言えるのではないのでしょうか。

(いしい ともゆき：メープルヒル病院)

巻 頭 言

丘門会副会長 石井知行 (S.46)

平成22年となり、「平成」と年号が変わってからすでに21年が経過した時間の早さに感慨を覚えます。

日本経済は「失われた10年」といわれていましたが、昨年のリーマンショックにより、さらに世界的な不況の中に投げ出されました。すでに大恐慌が始まっているという説もあります。昨年は政権交代がありました。日米関係を始めとした外交、効果に疑問のもたれるバラマキ政策による水ぶくれの政府予算と国家財政の巨大赤字、不景気の2番底の予測など、一気に不安定で不安をかきたてる情勢となっており、日本全体が危険な漂流をはじめています。「エコノミスト」誌(英)は、日本の急激な衰退について特集を組みました。その中にあって医療・社会福祉はもちろんのこと、医学教育も過渡期にあります。かつては能力を担保するものが学位しかなかった。官公立病院の部長、院長などもその就任にあたって学位取得を条件として求められることが多かったように思います。

近年専門医制度がはじまり能力の担保は学位だけではなくになりました。臨床の能力としては専門医がありますから学位は研究職としての能力を担保するキャリアパスとしてアイデンティティーが確立していくでしょう。現在過渡期にありますからこの点が曖昧な部分もありますが、学位が研究職のキャリアパスとして若者にとって魅力的で世界的に通用していくものにならないと、その将来性が危惧されます。学位取得にともなって学位論文だけでなく専門知識、研究のデザイン力、論文作成能力(論理的な批判力、論理的な文章を書く力)、発表力、グラント作成能力等が獲得できることが求められます。さらに経済的な支援の仕組みやメンターなどのサポート体制などの充実も求められます。予算や人員の不足などの問題がありますが大学における教育・研究は医学・医療の貴重な火種ですから、とりあえず第106回日本精神神経学会学術総会におけるシンポジウムにおいて議論をスタートさせることになりました。大学院教育について先生方のご指導ご助言をお願い致したく、このシンポジウムの趣旨を以下に掲載しますので万障お繰り合わせの上、何卒このシン

ポジウムへのご参加をよろしくお願い致します。

『今回のシンポジウム開催にあたっては、現在の医学系大学院教育に対する危機感が根底にあります。医学系大学院は医学部卒と他学部卒双方からなり、その多様性に基づく学際的な研究が優れた研究成果を生み出してきたように思われます。しかしながら、数年前の臨床研修医制度導入以来、医学系大学院への医学部卒業生の志望者の減少傾向には拍車がかかっております。研究費の減少など、大学院での学術研究を取り巻く環境の悪化とあいまって、日本における学術研究は地盤沈下をおこしているのではないかと危惧しております。管見の限りでは日本発の臨床研究論文も大幅に減少しているように思われます。

今回のシンポジウムにあたっては医学部卒業生に対する精神医学大学院教育の在り方の議論を始めていきたいと考えております。精神医学領域における研究者としてのキャリアパス全体を枠組みとして考えつつ、長いキャリアの中で大学院教育はどのように位置づけられるべきなのか、どのような教育を提供していくべきなのか、そうした議論を提供するきっかけになる良い機会になってほしい、と考えております。

現在キャリアとしては、医学部卒業後、初期研修を行い、精神科医局に所属し、後期研修前あるいは後に大学院に進学し医学博士を取得、といったものが一般的であるように思われます。こうしたキャリアパスは研究者として成長していく上で本当に最適なものなのでしょうか。臨床と研究の両立はどのようになされるべきなのでしょうか。臨床経験を積んだ後の社会人入試の位置づけはどのようなのでしょうか。いくつかの大学において開設されつつあるMD/PhDコースはどのように位置づけられるべきなのでしょうか。

今回のシンポジウムでは外国で大学院教育を受けた先生を含め、多様なバックグラウンドを持つ先生方に参加をお願いしました。各々の先生方はご自身のバックグラウンドの延長線上に独自のキャリ

アパスを描いていらっしゃる事と存じます。そうしたご自身のキャリア設計を踏まえた上で、日本の精神医学大学院教育のあるべき姿、大学院教育に望むものをご教示いただけたら、と思います。そしてそれが現状と大きな食い違いを見せるのであれば、どのようにそれが解決できるのか（制度の面からでも

個人としての方法論からでも）ご提案いただけたらと思います。こうした研究者の立場からのgoal-orientedなアプローチによって議論を深めていきたいと考えております。』

（いしい ともゆき：メープルヒル病院）

壮年期Ⅱ

認知症に対する重症度別機能分化は患者様にとって安定した環境であるため、見学に来られた方々が患者の皆様が安定していることに驚かれます。以下の別刷は重症度別機能分化の意義やチーム医療についての考え方をまとめています。しかし、入院前に非常にご苦労されたご家族ほど患者様が安定されても退院に拒否的になり、退院につながりません。もっと、認知症入院医療が在宅生活と地域ケアをサポートするための仕組みとして、循環型医療介護連携システムを提起しています。

特集 緑陰随想

庭

広島 マーブルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

日本精神科病院協会雑誌

2005 Vol. 24 No. 8

創造出版

緑陰随

庭

広島 マープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

広島は戦争末期に原爆が落とされ、何もかも焼き尽くされた。75年間は草木も生えないと言われていたのだが、またたく間に夾竹桃の花が咲き、そのことに広島の人々は励まされ鮮明な記憶となって残っている。いまも夏になると広島では夾竹桃が赤く美しく咲き誇っている。

私が幼い頃、父親はABCC（現放影研）で放射線と癌について研究していた。彼は長崎大医学部出身で、広島で家族や多くの友人、長崎で恩師や学友を失うといったダブルパンチをくらっていた。官舎は小さくとも住宅の体をなしていたが、近くにはガラスがないため板を打ち付けた窓を開閉している家があったのを憶えている。その頃、父親の上司のアメリカ人の家で催されたパーティに連れて行ってもらい、初めてステーキを目の当たりにして驚いたことを鮮明に覚えている。翌日、ステーキについて学校で同級生に説明したのだが、誰も見たことがなく、想像の枠の外にあった。その白人の家の庭には、緑の芝生が貼ってあり、ブロンドの幼女が犬と遊んでいるのがおとぎ話のようで眩しかった。家を建てる時には、芝生を貼った庭を造りたいと思ったものであった。

昭和47年に当院は高速道路開通予定地となり、移転候補地を長年にわたり探したが、道路公団建設局の不誠実（先送り）のため候補地は転々とした。最終的に約10km離れた場所を候補地としたが、その候補地周辺において、精神科病院であるために激しい移転反対運動を受けた。このストレスのためか、私と母親が大病をするなど大きなダメージを受けた。平成元年に近くの別の場所に病院を移転し、これに伴い家を新築したときに、念願叶い、家の海側には芝生を貼り、山側は和風庭園とした。このとき、私たちのダメージに対する陳謝と移転協力に対する感謝の徴として、「美し松」なる珍しい天然記念物の松を、宮繁道路公団総裁より贈られ、自宅の庭の中心に植えている。また、移転時には、四季にわたり病院の庭に常に花が咲いているように植木を選定した。移転した私の自宅の庭からは、宮島と瀬戸内

海が眺望でき、冬以外の季節には庭で海を眺めながら朝食を摂っている。私たち夫婦は共働きなので、朝食は私が作ることになっている。野菜サラダとヨーグルトを主食として食べるのだが、ロングヘアチワワの愛犬がいつもレタスやキュウリなどの野菜をねだる。鳥になってしまうぞとおどすのだがキョトンとしている。晴れた日に、クリアに見える宮島も美しいが、湿気のために朧に見えるときの宮島は幽玄さをたたえてさらに美しい。この庭には、何種類かの小鳥が飛んできて、枝にとまったり、芝生の上をついばんで歩く。無警戒に近くまで寄ってくるのが可愛らしい。以前はパンをちぎって置いていたが、カラスも寄ってくるようになり、つぐみがカラスに食べられたらしく、羽が散っていたことがあったのでとりやめた。ほかにも松、梅、楓などを植えているが、松と梅の間に家内がバラの苗を買ってきては植えてしまう。松と梅は簡素な美しさだからすぐそばにバラを植えるのはこらえてくれと頼むのだが、バラの花は増え続けている。

広島大学保健学科岡村教授に土曜日に非常勤医として勤務していただいている。彼の指導するOTRの大学院生が、認知症、暴力がある、車椅子使用の条件の揃った方について修士論文のデータを当院において集めた。車椅子を使用して屋外散歩により症状がどれくらい改善されるかという研究であったが、これによりBPSDがよく改善されるという結果が出た。このとき、高齢者の散歩用の庭がないことに気づき、車椅子、歩行器使用の方のための庭を高速道路上に造った。山陽自動車道の当院の前の部分はシェルターにより覆われており、高速道路上の庭は全国でここ1カ所のみである。宮島と瀬戸内海の島々を借景として、噴水、バラ園、藤棚などを配置し、みはらし庭園と名付けた回遊式の庭である（写真1）。よく外国映画で、面会に来た恋人や家族が、病院の広い芝生のある美しい庭で車椅子を押しながら談笑するシーンを見て羨ましく思っていた。現在、面会のご家族が車椅子を押して楽しんで歩かれるのを見ると、やっとこの夢が叶ったと喜んでいる。



写真1



写真2

シェルター上の端のほうには各病棟割当の菜園があり、各々が競争し、工夫をこらして花、野菜、果物などを作っている。シェルター上の残り半分は、精神科作業療法のための運動場としてさつきで囲っており、さつき広場と命名している。

本年4月に広島県で初となるユニットケア型病棟が竣工した。老人性認知症治療病棟、内科療養病棟、厨房よりなっているが、もちろん、この建物の前にも庭を作った(写真2)。水が壁を伝って落ちる噴水、バラ園、桜の散歩道などを組み合わせている。ここに入院されたまったく発語のない認知症の方を毎日この庭にお連れしていたら、3、4語の単語が出てくるようになったとナースが喜んでいた。小グループの患者様たちがこの庭のベンチで、日の光の下で花に囲まれて談笑し、「ここはええとこじゃ。長生きをしたいのー」と言われると、こちらもうれしくなってしまう。

庭には、人を和ませ癒す力があるように思える。庭は古来より、人の精神のあり様に深く関わってきたように思う。これについて、少し眺めてみたい。

平安の庭造りの古書である「作庭記」では、「石を建てん事、まず大旨を心得べき事なり、池を築いて海とみなし、石を建て島とみなす」とあり、日本人は庭により自然を表現しようとしていた。平安の頃より、貴族が庭に池を造り、島や海などの自然を見立てて、舟遊びなどを行っている。曲水の庭では、流れてきた短歌の下の句を完成するという優雅な遊びを楽しんでいる。平安時代にはこのような技術の完成がほぼ見られていたようだが、禅が入り、石の庭が現れる。とくに夢窓疎石による名作が多く残されており、西芳寺、天龍寺(京都)、永保寺(岐阜)

などが有名である。仏教的宇宙観ともいえる枯山水には、大仙院、東福寺、龍安寺(京都)などがある。夢窓国師は「夢中間答」の中で、「奇石、珍木を集めるのは、庭の本当の美しさを愛しているのではない。山水そのものに得失はなく、得失は人の心にある」といっており、庭は修行のためであった。わけでも、龍安寺の石庭は有名で、巖石は五大山をあらわすと言われているが、虎が子を背負って河を渡る「虎の子渡し」の伝承があるのも面白い。この寺も一時はさびれた貧乏寺であったそうで、観光によって甦っている。このことも、人々の心のあり様を示していて興味深い。

さらに、茶室と連なった庭が作られるようになった。露地を作り、客を茶室にいざなうために、飛び石と石灯籠を配置している。豊臣秀吉の醍醐の花見の謂われのある醍醐寺三宝院、小堀遠州やその一統の作によるとされる桂離宮、修学院離宮、金地院、仙洞御所(いずれも京都)などがある。同じ作者によるものでは、岡山に頼久寺がある。

大名庭園としては、「六義園」(東京)、「水前寺公園」(熊本)、「偕楽園」(水戸)、「後楽園」(岡山)などが有名である。出張にかこつけて、いずれも一度は訪れてみたい所である。

日本の庭の近代的な創始者として、植治がいる。代表作には、平安神宮神苑、無鄰菴などがあるが、借景を強調した遠近法と石の演出による空間構成はダイナミックである。さらに重森三玲が「日本庭園史図鑑」を著し、作庭を庭園学としてその芸術性を高めた。彼は「作庭記」を見直して、「新作庭記」を著したり、数多くの著作を残している。手元に、彼による「茶室茶庭事典」があるが、写真も多く、

説明も細部に渡っている。三玲作の広島「半兵衛庭園」や宮島口にある子息の完途作の広銀レゾナンスの庭なども、広島においでの際は是非ご覧になられたらとお勧めしたい。山口県徳山の奥の漢陽寺(臨濟宗)の庭も三玲作であるが、曲水と枯山水を組み合わせた名園である。この寺の亡くなられたご老師と懇意にさせていただいて、ご老師が体調が悪いときは、拙宅で療養されたこともあった。閑栖と号されて、多くの方に慕われていた。この寺も、ご多分にもれず以前は寂れた貧乏寺であった。出光佐三氏が徳山に石油工場を作る際、彼は精進料理しか食べないこともあり、この寺に滞在していた。この

とき、彼が重森氏を紹介して、寺に名園を作り、観光資源として設備投資することを勧めた結果、この寺の庭ができた。いまでは寺も興隆し、観光バスも来るようになっている。

この例でもわかるように、名園があれば、人々が集まりそれを楽しむ。庭には気持ちを和ませ、日常生活から離れた境地に気持ちを遊ばせるものがある。最近では、ガーデニングが流行したり、また、都会においては、小さな空間でも、人々はそこに鉢植えや花を飾ったりする。庭に対する思いはめぐって尽きない。

特集 精神科病院における作業療法

精神科作業療法における園芸作業の現状と課題

※¹広島 マーブルヒル病院 理事長・院長 ※²同 作業療法士
石井 知行※¹ 廣瀬 晃子※² 鮫島 広志※²

日本精神科病院協会雑誌
2006 Vol. 25 No. 4

創造出版

精神科作業療法における園芸作業の現状と課題

石井 知行^{*1} 廣瀬 晃子^{*2} 鮫島 広志^{*2}

Key Words: 精神科作業療法、園芸療法、園芸活動

色とりどりに咲いた花々は美しく、木立ちの緑は心を和ませる。寄ってくる虫や鳥や自然の音、花や土の匂いなど、庭は心を安定させるものに満ちあふれている。ヘルマン・ヘッセは庭仕事の中で言葉を紡ぎ出し詩を書いたり、水彩画を描いている¹⁾。「土や植物を相手にする仕事は、瞑想するのと同じように、魂を解放し、休養させてくれます」と言っている。さらに、自分が植物を栽培し、収穫し、料理して食べることは最高級の贅沢であり、作物を食べることは作物を育てた土を食べることであると、水上勉が魅力的に述べている²⁾。

1699年、土いじりがガーデニングとして『イングリッシュ・ガーデナー』において健康との関連について述べられた。1880年、フィラデルフィアのフレンズ病院において精神障害の回復に園芸作業が有効であることに気づかれ、『園芸療法』という考え方が確立した³⁾。

1945年、第二次大戦末期に戦争による傷痍軍人のために、ロングビーチ連邦病院にPatient's Gardenが作られ、患者とボランティアが植物の栽培、鳥の観察、作物の料理などを行っている。そして1983年、アメリカ園芸療法協会が設立された。

その後、園芸療法は幅広い分野に広がった。精神障害、心身症、薬物依存、知的障害、身体障害、高齢者、さらにアメリカにおいては受刑者の刑期終了後における社会復帰プログラムの一環として行われている。

園芸療法の効果として田中⁴⁾は、「不安と緊張がほぐれる、創造的な表現ができるようになる、衝動を抑えることができるようになる、フラストレーションに耐えられるようになる、計画・順位・判断ができるようになる、自分の行動やその結果に対する自己評価ができるようになるなどが評価されています。身体的リハビリテーションとして発達した園

芸療法が、対象者の精神的側面に着目している点にご注意ください。園芸療法の対象は広く、身体的・精神的問題を含んだ全ての人々が対象ですが、療法である以上、健常人が園芸を楽しんで心の満足を得る趣味の行動とは一線を画しています。」と述べている。

精神障害に対する園芸療法の効果として、五感を通しての働きかけがあり、その要素には四季、一日の時間、天候、対象としての自然があり、表1の効果が挙げられる⁵⁾。

当法人は主として、(1)精神科病棟、老人性認知症専門病棟、内科療養病棟、(2)精神科社会復帰施設部門、(3)介護老人保健施設、(4)在宅サービス部門からなっている。平成元年、コンピュータによって自動開閉する天窗を装備した約345m²の鉄骨造りの温室を整備して園芸活動を始めた。後に社会復帰施設の敷地が入用となったため、残念だったがこれは廃棄した。現在、(a)スタッフに関わる園芸活動、(b)地域の高校との交流を通じた園芸活動【クライנגルテン】、(c)作業療法士（以下、OTという）による作業療法としての園芸療法が行われている。

(a)スタッフに関わる園芸活動について

使用している場所は、各病棟に割り当てられた菜園、ベランダ、精神科のための運動場であるさつき広場の一部がある（当法人においては、高齢者の散歩用の庭はそのADLに合わせて、みはらし庭園⁶⁾として別に造園されている）。肥料は残飯を温風乾燥式生ごみ処理機により乾燥・圧縮した有機肥料を使い、自動耕運機を使って畑作りをしている。この園芸活動に対するアンケート結果を表2～表7にまとめた。

*1 広島 メープルヒル病院 理事長・院長

*2 同 作業療法士

表1 園芸療法の効果

身体的効果	自律神経系の適度な賦活 呼吸、心肺機能の維持改善 循環器系の機能の維持改善 血圧の安定 感覚系の賦活 運動器官、機能の維持改善 筋骨格、関節可動域 基本的体力、バランス、巧緻動作、目と手の協調、移動姿勢 保持、耐久性 代謝機能の維持改善 内分泌機能の賦活、リラクセス、解放、鎮静と賦活
精神的効果	不安の軽減 気力の回復 注意力の回復 有用感 達成感 実存的受容 時間の概念 季節感
社会的効果	共有体験を通じたコミュニケーション 協力、協調 愛他性

(文献5より引用)

表2 園芸をするにあたっての目標 (アンケート)

別2	・1日の生活の中に変化を持たせるため(活動性のUP) ・季節感を肌で感じていただく ・入院(発病)以前に学ばれていたことを活用していただく
別3	・メンバー同士の交流増加 ・生活歴を考慮し、楽しみの提供、自信の回復、自尊心の回復など ・会話量の増加 ・意欲↑伴う自主性↑など
新4	・植物の成長、収穫の喜びを得る
わくわく	・美しい花やおいしい作物を楽しみに育てよう! という目標
本4	①精神面の安定 ②対人交流促進による、対人関係能力の学習と向上 ③体力の維持向上 ④内科的疾患の改善(DM、便秘症など)
ゆうゆ3	・土や植物に触れることにより、リラクセスし、喜びにつなげる

別館2階 : 内科療養病床
 別館3階 : 老人性認知症疾患治療病棟1
 新館4階 : 老人性認知症疾患治療病棟1
 わくわく : 精神科デイナイトケア
 本館4階 : 精神療養病棟1
 ゆうゆ3階 : 介護老人保健施設・認知症病棟

表3 園芸の内容(アンケート)

部署	作物	場所	時期	参加人数	病名(人数)	ADL				男女別		平均年齢
						J	A	B1	B2	男性	女性	
別館2階	ひまわり	別館ベランダ	5~10月	6	認知症(5) 大腿骨骨折(1)	0	6	0	0	0	6	84.6
	ゆり	別館ベランダ	11~5月	4	認知症(3) 大腿骨骨折(1)	0	4	0	0	1	3	85.25
	チューリップ	別館ベランダ	11~6月	4	認知症(3) 大腿骨骨折(1)	0	3	0	1	0	4	85
	パンジー	別館ベランダ	10~6月	3	認知症(2) 大腿骨骨折(1)	0	3	0	0	0	3	89.6
	水仙	別館ベランダ	11~3月	4	認知症(3) 大腿骨骨折(1)	0	4	0	0	1	3	85.25
	フリージア	別館ベランダ	11~5月	4	認知症(3) 大腿骨骨折(1)	0	4	0	0	1	3	85.25
	かすみ草	別館ベランダ	10~5月	3	認知症(3)	0	3	0	0	0	3	89.6
	あさがお	別館ベランダ	5~11月	10	認知症(7) 大腿骨骨折(1) 膝関節炎(1) 高血圧(1)	0	9	1	0	2	8	83.4
別館3階	トマト・小玉スイカ・きゅうり	菜園	4~8月	10	認知症(10)	0	10	0	0	7	3	78.2
	さつまい芋	菜園	7~11月	10	認知症(10)	0	10	0	0	7	3	78.2
	キャベツ・玉ねぎ	菜園	11~4月	10	認知症(10)	0	10	0	0	7	3	78.2
	イチゴ	菜園	11~4月	10	認知症(10)	0	10	0	0	7	3	78.2
ゆうゆう3階	チューリップ	ゆうゆうベランダ	11~4月	6	認知症(6)	0	2	4	0	1	5	83
	クロッカス	ゆうゆうベランダ	10~2月	6	認知症(6)	0	2	4	0	1	5	83
	水仙	ゆうゆうベランダ	9~4月	6	認知症(6)	0	2	4	0	1	5	83
	パンジー	ゆうゆうベランダ	12~5月	6	認知症(6)	0	2	4	0	1	5	83
	シクラメン	ゆうゆうベランダ	12~5月	6	認知症(6)	0	6	0	0	1	5	83
	プリムラ	ゆうゆうベランダ	12~4月	35	認知症(35)	0	6	25	4	5	30	84.2
	あさがお	ゆうゆうベランダ	4~9月	40	認知症(40)	0	6	26	8	7	33	87.5
	風船かつら	ゆうゆうベランダ	4~9月	47	認知症(47)	0	6	26	15	8	39	86.5
	ゴールドクレスト	ゆうゆうベランダ	4~3月	47	認知症(47)	0	6	26	15	8	39	86.5
	ランタナ	ゆうゆうベランダ	7~4月	47	認知症(47)	0	6	26	15	8	39	86.5
	ハイビスカス	ゆうゆうベランダ	7~12月	47	認知症(47)	0	6	26	15	8	39	86.5
	コリウス	ゆうゆうベランダ	6~10月	47	認知症(47)	0	6	26	15	8	39	86.5
	水菜	菜園	12~3月	11	認知症(11)	0	8	2	1	3	8	87.2
	菜の花	菜園	12~5月	11	認知症(11)	0	8	2	1	3	8	87.2
	ミニトマト	菜園	5~10月	11	認知症(11)	0	8	2	1	3	8	87.2
	ほうずきトマト	菜園	5~10月	11	認知症(11)	0	8	2	1	3	8	87.2
	きゅうり	菜園	5~7月	11	認知症(11)	0	8	2	1	3	8	87.2
	さつまい芋	菜園	5~11月	11	認知症(11)	0	8	2	1	3	8	87.2
わくわく	蘭	外来廊下	4~3月	2	統合失調症(2)	2	0	0	0	2	0	35
本館4階	ひまわり	さつき広場	5~8月	10	統合失調症(7) 知的障害(2) アルコール依存症(1)	8	1	1	0	3	7	56
	トウモロコシ	さつき広場	4~8月	10	統合失調症(7) 知的障害(2) アルコール依存症(1)	8	1	1	0	3	7	56
	枝豆	さつき広場	6~9月	10	統合失調症(7) 知的障害(2) アルコール依存症(1)	8	1	1	0	3	7	56
	ミニトマト	さつき広場	6~11月	12	統合失調症(9) 知的障害(2) アルコール依存症(1)	10	1	1	0	4	8	58.4
	ジャガイモ	さつき広場	6~11月	12	統合失調症(9) 知的障害(2) アルコール依存症(1)	10	1	1	0	4	8	58.4
	イチゴ	さつき広場	11~1月	12	統合失調症(9) 知的障害(2) アルコール依存症(1)	10	1	1	0	4	8	58.4

表4 園芸の頻度について（アンケート）

別2	1～2日/週
別3	1日/週
わくわく	6日/週
本4	1日/週
ゆうゆ3	(屋外) 1日/週 (ベランダ) 毎日

(b)園芸活動【クラインガルテン】の概略について

平成13年、地元の高校から、「作物を育て、収穫することを一緒に体験してみませんか」と誘いを受けたことから始まり、高校所有の畑【クラインガルテン】において、認知症の方と高校生が共同して園芸活動を始めた。平成15年からは、地域住民、保育所、他の福祉施設なども参加し、地域との交流菜園へと発展した。

(c)OTによる作業療法としての園芸療法について

老人性認知症疾患治療病棟1と精神療養病棟1（慢性期）について各OTが報告する。

報告1：老人性認知症疾患治療病棟における園芸活動の実施状況とその効果

作業療法士 廣瀬 晃子

1. 導入の流れ

患者様が何か作業を行う場合、その場をOTが設定し声かけや促しがなければ、力を発揮することが困難で本人の意思よりも職員の考えが先行してしまっている状況の中で、主体性ある活動参加に向けて、その一作業として園芸活動を実施することにした。対象は認知症疾患治療病棟に入院中で、園芸に興味があり歩行の安定している方10名、平均年齢は78.2歳である。毎週火曜日の週1回、午前中に1時間程度の活動を実施。メンバーに加え、看護師、ケアワーカー、OT、OTAが参加している。

2. 経過

平成17年4月中旬より、草抜き・石拾い・土作りを始め畑作りに着手。経験者は各々の育て方の違いから衝突することが多い。4月下旬にトマト8株・きゅうり5株・スイカ5株の苗の植え付けを行う。収穫し食べることが一番の楽しみであり、作業中は「どのくらい収穫できるか」などの話がさかんに挙がる。活動が進むにつれ「では、たくさん野菜を収穫するためにはどうしたらいいか」というような具

体的な話し合いになり、スタッフ一同経験者に指導を仰ぎ実践。また、この頃になると意見を衝突させていたメンバーが、他メンバーの意見を傾聴するようになり、メンバー同士でお互いが納得いくように話を進めていくようになる。水やりは職員が付き添い毎日交代制で行った。野菜は順調に成長し、収穫した野菜は病棟の患者様にまず目で楽しんでいただきその後でふるまい、ふるまう際にはメンバー紹介を欠かさずに行う。「あんたがこのきゅうり作ったん?」「ありがと!」「こんなおいしいトマトは初めてじゃ」など、ふだん会話を交さない患者様の間に活気ある会話が溢れた。褒められたメンバーは照れくさそうに笑っておられたが、自信に満ちた表情にも見えた。夏野菜収穫後、畑を整地しながら「次はさつまいもかね?」など次も何かを育てることを前提に積極的な意見が挙がり、「園芸を続けたい」「野菜を育てたい」という主体性ある参加がうかがえる。そして、園芸活動以外の時間もメンバー間で誘い合い、一緒に何かをしている風景を目にすることが多くなった。

3. まとめ

皆で行う園芸にこうしなければいけないというマニュアルはなく、自分たちの野菜だからこそ話し合い、自分たちが納得する方法で育ててほしいとスタッフ間で考えた。皆が同じ知識を培ってきているわけではないので衝突は起こってあたり前、スタッフはそれをうまくまとめようなどと思わず、メンバー同士存分に意見を交してもらおうようにした。野菜の育て方の違いによる衝突があっても、その衝突は言い換えれば人と人とのつながりであり、病棟で口を開くことのみならずメンバー間に衝突という形ではあるが人とのつながりが見られたことは、孤立していた日々の生活の刺激となったに違いない。また、皆で育てている野菜の目に見える成長が、メンバーに対するお互いの見方を変えさせ、新たな一面に気づききっかけとなったのではないかと。自分にも意見を交すことのできる相手がいるということが他者から受け入れられる経験となり、自己肯定的感情を芽生えさせ他メンバーのことも称賛することができるようになったり、お互いが納得いくように話し合いを進めたりすることができる場となったのではないかと考えられる。園芸に関して、スタッフの知識不足がメンバーの混乱を招くのでは?という不安もあったが、メンバーの生活の中で培われてきた知識、および園芸に関する経験・知識に助

表5 1回あたりの作業時間・作業内容（アンケート）

部署	10分	20分	30分	40分	50分	60分	70分	80分	90分	トータル
別2	園芸用具準備	種・苗の植え付け	植物への水やり	園芸用具片付け						50分
別3	移動	説明作業分担	作業（雑草抜き・整地・追肥・水やり）		片付け移動	反省				1時間10分
ゆうゆ3	水やり									20分
わくわく	水やり・鉢の移動・植え替え									50分
本4	声かけ移動	準備・作業説明	土作り・草抜き・種まきなど			水やり	お茶会orミーティング			1時間30分

表6 グループ構成について（アンケート）

部署	人数	病名	グループは、クローズドかオープンか	ミーティングの有無 その内容
別2	4名	認知症	オープン	していない
	3名	大腿骨骨折	オープン	していない
別3	10名	認知症	クローズド	している 内容（今後の方針、現在の進行について）
わくわく	2～3名	統合失調症	オープン	していない
ゆうゆ3	5名	認知症	クローズド	していない
本4	12名	統合失調症 うつ病 知的障害 アルコール依存症	セミオープン	している 内容（感想会・フィードバック）

けられ、またその生きた知恵・知識をスタッフに伝えることで世代間交流の場となった。また、メンバーの経験の差による作業の違いによって参加の仕方が違って無理なく参加ができるように、異なる作業に参加しているメンバー間の橋渡しの役目をスタッフが担った。すると、それぞれの持ち場で作業をしても、1つの話題に皆が参加していたり、園芸経験者が過去のエピソードを誇らしげに語ったり、未経験者が「歌名人だった」「料理の腕なら誰にも負けない」など、各メンバーが過去のエピソードを思い出し生き生きと語る場となった。メンバー相互の記憶を刺激して話をする中で、自分もなんらかの形でグループの一員として参加しているとメンバー自身が感じる事ができ、自己表現しやすい環境を作ったのではないかと考えられる。そして、メンバー間の仲間意識が向上し、園芸活動での関係が園芸活動以外での病棟生活においてもなじみの関係を築ききっかけになったのではないかと考えられる。

活動性や意欲の低下が著明な方々でも、作業および作業時間を共有し「楽しい。おもしろい。」と感じる気持ちが、「またやりたい」という自発的な気持ちを生み出し、そこからメンバーが作り上げた「したいと思える園芸」、言い方を変えれば「行きたい

と思える活動空間」ができ上がったのではないかと。それは自然と園芸活動時、ふだんの日常生活にも言動や反応に現れ、メンバー間の仲間意識の向上や信頼関係を築ききっかけとなっていたと思われる。園芸活動の時間が生活リズムの1つとなったメンバーは、園芸活動時間以外も生き生きとして見え、メンバー自らが自分の生活を活性化させていった。そして、園芸活動の作業工程から得られる身体的効果はたくさん考えられたが、認知症の患者様を対象に行っている園芸活動では、その身体的効果よりも園芸グループ参加の楽しみが、園芸のみならず、園芸という一作業を介して得られる人と人とのつながりや、触れ合いに楽しさや喜びを感じ、安心感を得られることが何よりの効果ではないだろうか。

4. 課題

野菜の成長を見に行ったり、農耕には携わることは困難であるが収穫の喜びを一緒に味わったりするためには、畑周辺の整地や段差解消等の環境整備が必要となってくる。身体レベルにかかわらず、畑へ足を運びたいと思った患者様が、いつでも無理なく活動に参加できることが望まれる。

表7 園芸を実施した効果（アンケート）

1 精神的効果

別2	・夕食後、落ち着きのない方もいたが園芸を行うことで、落ち着きが出てきた
別3	・メンバー間の仲間意識の向上（活動時間外でのメンバー間同士の交流・会話の増加） ・生活にハリを与える ・日時を意識して生活している（習慣化） ・収穫の喜び、皆へふるまい、賞賛されることの喜び、自信、達成感、自尊心の回復 ・過去に経験のある人には、フロー体験の増加 ・自主性向上 ・自己主張の増加 ・モチベーションの増加（次は何を植えるかなどの意見が挙がったり、畑を増やそうという意見があったり） ・試行錯誤する中での他者との交流↑、協調性↑、傾聴し受容する態度が見られるようになる ・させられている感覚ではなく、主体的作業である
ゆうゆ3	・季節感を感じることが出来る ・ストレスが発散できる ・仲間づくり ・手で触れることで脳に刺激となる
わくわく	・園芸を実施する際に「手伝うよ」という思いやりの言葉が他利用者より聞かれることがあった ・主体的にする方が固定してしまい、責任感がついた（責任感がついた→過剰になるとストレスになるおそれもある）
本4	・互いに協力し合うようになる ・仲間を助ける（車椅子を押すなど） ・工程を覚えていくと、道具を自発的に準備する ・役割として認識を持つ ・次に植えたい物を提案する ・仲間に正の評価を出し、自分も頑張らなくてはならないという発言が出現する ・食べることが可能な作物を育てることで、料理への興味も生じていた ・気分転換 ・集中力の向上 ・ストレスの発散

2 身体機能・運動能力的効果

別2	・日頃細かな作業をされない方も園芸に参加することで、手指を使うこともでき、日常生活内で活動性が向上した
別3	・身体機能等の向上は見られていないかもしれないが、維持は図れていると思われる
ゆうゆ3	・手先がよく動くようになる ・立ち上がりがうまくできるようになった ・目によい
わくわく	・身体的リハビリとして効果を目指していない
本4	・糖尿病の患者で言えば、血糖値が低下している ・考えられる効果としては、心肺フィットネスの維持・向上（ただし週3回以上で1回30分以上）

3 評価方法

別2	・ある程度の目標を設定し、達成できたかどうかを評価した
別3	・観察および患者様の発言からの評価
わくわく	・とくに評価指標を用いていない
本4	・患者様の表情などを観察し、それも評価に取り入れた ・主に観察とフィードバックによる参加者からの意見・発言より評価

報告2：精神療養病棟1における園芸活動の実施状況とその効果

作業療法士 鮫島 広志

1. 基礎情報

対象は精神療養病棟1（閉鎖）に入院しており、園芸に興味のある方で、内訳は統合失調症8名、ア

ルコール依存症1名、知的障害1名である。

2. 活動内容

期間は平成16年12月より継続中である。頻度は週1回、火曜の午前に行っている。手順は病棟にて声かけを行い、畑へ移動、作業説明と役割分担を行い、作業を開始する。作業終了後、寒い時期は作業療法

室で、温かい時期は畑の側でミーティングを行う。声かけから作業終了までで50分、ミーティングで15分の約1時間程度のプログラムで実施している。

参加者は固定の患者様10名とOT1名、その他2～4名の見学の患者様と看護師、ケアワーカー、OTAも参加することがある。作業内容は畑作り、土作り、種まき・植え付け、水やり等の直接的な園芸作業と、収穫した作物を試食したり、育てた花を病棟に飾ったりする間接的な園芸作業とを行っている。これまでにチューリップ、ヒマワリ、トウモロコシ、ミニトマト、枝豆等を栽培した。

3. 活動のまとめ

長期入院となってしまっている対象者は、新たな活動への意欲が低く、同じ活動ばかり行ったり、病院やスタッフへの依存が強くなっていたり、生活の幅が狭まっている方が多い。とくに閉鎖病棟の場合何を行うにも制限があり、自発性や主体性を発揮する機会に乏しく、自分らしさを失ってしまいがち。そこで新たな集団プログラムとして園芸活動を行えたことは、そういった問題点を改善する一手段となったのではないかと感じている。

園芸の大きな特性として以下の3点が挙げられる。作業としては水やり、種まき、収穫、草抜きなど単純作業が多く存在し、作業能力に左右されにくい。場所も工夫次第でどこでも行える。つまり対象の幅が広いことが第1の特性である。第2の特性は、種を植えると芽が出るといった具合に、毎回なんらかの変化があることである。またその変化に対象者自身が関わることができ、成長に伴い達成感や満足感を得やすい。第3の特性は作業としてつながりを持ちやすいことである。一言に園芸活動といってもその種類はさまざま、植物を育てること、収穫した作物を調理し食べること、採取した花を生けたり押し花にしたりと広がりを持つことができる。その他さまざまな特性があるが、上記の3点を基本に今後の活動を展開していきたい。

園芸活動の効果としては、屋外の新鮮な空気に触れ、季節感を肌で感じながら五感を使って作業を行うことで心身のリラクゼーション効果がある。また、日常の生活環境とは異なる環境で作業を行うため気分転換となる。さらに植物の成長を通して満足感や達成感を得ることができ、意欲の向上や自己評

価を高め自信の回復につながる事が示唆された。また、さまざまな対人交流の機会が生まれ、リラクゼーション効果も相乗して、より自然な流れでの対人交流が行われていた。これにより仲間意識が芽生え、思いやりや協調性を養うことができた方も見られている。これらの結果より、対人関係能力向上も期待できることが推測できた。

4. 今後の課題

最大の課題はチームアプローチであり、病院全体として取り組むべき課題の1つとして園芸活動がある。一人の対象者には多くの職種が関わっており、それぞれの対応が対象者へさまざまな影響を与えていることを自覚し、より良い関わり方について常に意見交換していく必要がある。

全体のまとめ

以上、精神障害に対する園芸活動と園芸療法を概観してきた。どこにおいても、人は花と緑の中に安らぎを見出すし、全国すべての病院においてなんらかの形で園芸は行われていると思う。病院内のできるだけ多くの患者様が園芸活動を楽しみ、その裾野を基礎として園芸療法が豊かに発展していくことを願っている。

文献

- 1) ヘルマン・ヘッセ：庭仕事の愉しみ、草思社、東京、1996.
- 2) 水上 勉：土を喰ふ日々、新潮社、東京、1982.
- 3) 大見賀直子：知っておくためになる園芸療法のなるほど話、<http://allabout.co.jp/health/stressmanage/closeup/CU20030515A/index.htm>
- 4) 田中 豊：園芸療法とは、<http://www.bekkoame.ne.jp/~takasuna/what.html>
- 5) 山根 寛：作業療法と園芸療法、園芸療法研修会事務局、1997.
- 6) 石井知行：緑陰随想：庭、日精協誌 24(8)：34-36, 2005.

広島県における精神療養病棟入院患者の 障害程度区分による実態調査

石井 知行、津久江 一郎

Tomoyuki Ishii, Ichiro Tsukue: Investigation of the Validity of the Algorithm
for Evaluating the Degree of Disability in those who are Institutionalized
in Long-term Psychiatric Care Facilities in Hiroshima

精神神経学雑誌第109巻第10号

平成19年10月25日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 109, Numerus 10, 2007

資料

広島県における精神療養病棟入院患者の 障害程度区分による実態調査

石井 知行¹⁾、津久江 一郎²⁾

Tomoyuki Ishii, Ichiro Tsukue: Investigation of the Validity of the Algorithm for Evaluating the Degree of Disability in those who are Institutionalized in Long-term Psychiatric Care Facilities in Hiroshima

障害者自立支援法において、障害程度区分によって障害者評価がされることとなった。広島県における精神療養病棟入院患者2,200名に対して調査した。年齢別・期間別には50歳以上65歳未満かつ3年以上入院群が最多であった。障害程度区分判定ソフトにより1次判定を行い、さらに、2軸評価目安・生活障害評価を行った。2次判定は市町村審査会委員マニュアルに準拠して行った。障害程度区分においては、1次判定、2次判定ともにピークは区分2にあった。2次判定上位区分変更率は病院間によりバラツキが大きかった。平成17年度障害程度区分判定等試行事業自治体、又、平成18年11月末までの広島県各市町審査会においても、障害程度区分上位区分変更率は、バラツキが大きくみられている。2次判定における各市町審査会の裁量による上位区分変更の判断の基準をより明確にし、見解の統一を図ること等により、より適切な2次判定のあり方が検討されるべきであると思われた。

2軸評価目安において目安6、生活障害評価による変更目安区分4以上にピークがみられ、特に、重度障害において、障害程度区分評価と2軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きかった。70歳以上の高齢者層においてはその乖離は小さかった。障害程度区分評価が身体障害による生活障害を評価するロジックを基本としているため高齢者層においては、比較的妥当であるが、精神障害による生活障害に対しては、障害が重度になると有効性に疑問が持たれた。精神障害の特性に対応した新しい適切な評価法の開発の研究が必要であると思われた。

(索引用語：障害者自立支援法、障害程度区分、精神療養病棟、精神障害、障害者福祉)

I はじめに

平成14年12月、厚生労働省において、大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が作られた。平成15年5月には、中間報告⁹⁾が出され、普及啓発指針検討会、精神病床等検討会、在宅福祉・地域ケア体制等検討会の3つの検討会が設置されることとなり、この各検討会からは各々報告¹⁰⁻¹²⁾が出され、改革のグランドデザイン案¹³⁾となり、障害者自立支援法²⁵⁾へと結実していったことは周知の通りである。

障害者自立支援法によって、3障害の制度格差を解消するため障害者施設策の一元化が図られた。このため、障害程度区分評価¹⁴⁾は、要介護認定調査

項目(79項目)を基本としてこれに、①多動やこだわりなど行動面に関する項目、②話がまとまらない、働きかけに応じず動かないでいるなど精神面に関する項目及び③調理や買い物ができかどうかなど日常生活面に関する項目など27項目を追加した106項目から成っている。

要介護認定調査項目を基本的ロジックとして採用することは、精神障害による生活障害の評価及び支援の必要度の判定には不適切ではないかとの意見²²⁾も聞かれる。しかし、退院支援、地域ケア移行への中心となり、受入条件が整えば退院可能となるであろうと考えられる主たる対象である精神療養病棟入院患者の障害程度区分評価のデータは公表さ

著者所属：1) 広島県精神保健福祉に関する政策研究会・広島県精神科病院協会理事・メープルヒル病院、Board member of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Board member of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Maple Hill Hospital
2) 広島県精神保健福祉に関する政策研究会・広島県精神科病院協会会長・瀬野川病院、Chairman of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Chairman of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Senogawa Hospital

受理日：2007年9月1日

れていない。

精神療養病棟がどのような患者群で構成されているのかのプロフィールを把握すること、及び精神療養病棟に入院中の患者を障害程度区分により評価することによりどのような問題点が見いだされるのか検討するため本研究を行うこととなった。

地方自治が推進される中であって、医療制度は都道府県単位で再編成されようとしている。精神科医療体制も地域ケア体制への展開を考えれば都道府県毎の地域に根ざした独自の体制の構築が迫られている。

以上の趣旨から、広島県においては、広島県福祉保健部保健対策室、障害者支援室、総合精神保健福祉センターと広島県精神科病院協会により、平成18年8月「精神保健福祉に関する政策研究会」（以下、政策研究会という）を立ち上げ、官民合同で精神保健福祉のあり方を研究していくこととなった。この調査は政策研究会による研究の一環として施行した。

Ⅱ 精神療養病棟における障害程度区分調査

(1) 調査方法

広島県において精神療養病棟を運営している22病院中20病院定床2,470床を対象とした、調査の習熟、正確を図るため、先行して2回にわたり、審査経験のある市町審査会委員により、障害程度区分及び判定ソフトの説明会を行った。

対象病院のうち、1病院は精神療養病棟4病棟のうち2病棟において調査し、1病院は3病棟のうち2病棟を対象として調査した。調査期間中、満床でない病棟もあり、在院実人数の2,200名に対して、平成18年8月5日～同年9月19日の間において、各病院の該当スタッフにより調査を施行した。障害程度区分判定ソフト¹⁴⁾により1次判定を行った。2次判定は「市町村審査会委員マニュアル・市町村審査会における2次判定について」¹⁵⁾に準拠し、19病院定床2,309床中2,049名に対して施行した。この時点において、2次判定における変更が理解不十分として1病院は施行していない。

日本精神科病院協会が平成14年に全会員病院に対して能力障害と精神症状の2軸の評価による調査を行い平成14年マスタープラン調査データ集⁴⁾として発表している。

平成18年3月、厚生労働省企画課長通知¹⁹⁾によりこの評価法が「〈精神障害の機能評価〉○精神症状・能力障害二軸評価 ○生活障害評価」として「医師意見書」に取り入れられることとなった（表1）。

さらに、これが2次判定において、表2のような形で「精神障害者の障害程度区分審査会における二次判定の目安」⁵⁾として障害程度区分を変更する参考のために利用されることが期待された。その後、平成18年5月と6月、厚生労働省精神・障害保健課障害程度区分係長による事務連絡^{20,21)}があり、この利用について議論中である。精神症状や能力障害は、変動や評価のバラツキもあることからこの「二軸評価」から障害程度区分を変更する目安（以下、「2軸評価目安」という）においては「1～2」などの巾を持たせた評価法が採用されている。

現時点においては、公的に認知された精神症状と能力障害に対する適切と思われる評価法が確立されていない。障害程度区分の特徴を検討するため、この2軸評価目安と障害程度区分評価を比較することとし、障害程度区分判定と同時に2軸評価目安及び生活障害評価による区分変更（以下、生活障害評価という）を行った。

(2) 調査結果

障害程度区分1次判定における入院期間別・年齢別分布を表3に示した。入院期間は1年と3年で区分した。

「病床の機能分化のイメージ」¹³⁾において、1年の入院期間を目処としていること、及び3年以上入院者の処遇のあり方と社会復帰の可能性についての論議⁸⁾があることにより1年と3年で区分した。

精神療養病棟入院患者の平均年齢が高齢化しつつある実態から、年齢は50歳、65歳、70歳で区分した。

表4に障害程度区分1次判定における入院期間別、年齢別集計結果を示した。同様に図1が障害程度区分2次判定及び2軸評価目安における入院期間別年齢別集計結果である。

図1にみられるように入院期間別には3年以上群が最も多く、3年以上群の中でも区分2が最も多かった。1年以上3年未満群では区分3、1年未満群では区分2が最多であった。年齢別には50歳以上65歳未満群が最も多かった。年齢別に障害程度区分をみると、70歳未満の全年齢群で区分2が最も多くみられた。70歳以上群は区分3、区分2、区分4の順であった。区分5、区分6も9%と12%であり、他の年齢層に比べて、重度者の割合が多くみられた。70歳以上の割合は区分5の層の中においては42%、区分6の層の中においては49%を占めていた。2軸評価目安においては入院期間別にも年齢別にも目安

表1 精神症状・能力障害二軸評価と生活障害評価 (文献19) より引用)

1. 精神症状・能力障害二軸評価

(1)精神症状評価

現在の精神症状について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

回答欄	
1.	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるのが日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2.	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3.	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4.	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状 (欠陥状態、無関心、無為、自閉など)、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5.	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥 (ひどい減裂や無言症) がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6.	活潑な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動 (自殺企図、暴力行為など) が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

(2)能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

(詳細は別紙「能力障害」評価表を参照してください)

回答欄
1. 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2. 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3. 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4. 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

2. 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

No.	項目	回答欄	内容
1	食事		1) 適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
			2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。
			3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
			4) いつも同じものばかり食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
			5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2	生活リズム		1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。(※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
			2) 時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
			3) 時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1~2時間程度のばらつきがある。
			4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
			5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。

No.	項目	回答欄	内容
3	保清		1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
			2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなせる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
			4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4	金銭管理		1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
			2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
			3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
			4) 3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
			5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5	服薬管理		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
			2) 薬の必要性は理解しているにいかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
			3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
			4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
			5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6	対人関係		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
			2) 1) が、だいたい自主的にできる。
			3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせてられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
			4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7	社会的適応を妨げる行動		1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
			2) この1ヵ月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
			3) この1ヵ月に、そのような行動が何回かあった。
			4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
			5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

表2 精神障害者の障害程度区分審査会における二次判定の目安 (文献5) より引用)

① 「二軸評価」から障害程度区分を変更する目安

	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	1	1～2	2～3	3～4	4以上(M)	5以上(M)
能力障害2	1～2	2～3	2～3	3～4	4以上(M)	5以上(M)
能力障害3	3～4	3～4	4	5	5以上(M)	6(M)
能力障害4	4～5	4～5	5	5以上	6(M)	6(M)
能力障害5	5以上	5以上	6	6	6(M)	6(M)

※ (M)：医学的管理を優先することが好ましい。

② 「生活障害評価」から障害程度区分を変更する目安

<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事・生活リズム・保清・金銭管理・対人関係 ランク3以上が1項目以上あれば区分2以上 ランク3以上が2項目以上あれば区分3以上 ランク4以上が1項目以上あれば区分4以上 ・ 社会的適応を妨げる行動 ランク3以上が1項目でもあれば区分4以上 ・ 全ての項目でランク2以上が1項目でもあれば区分1以上
--

注) 方法

- ・ 「二軸評価」と「生活障害評価」は医師の意見書の特記事項欄に記載してあります。この内容が客観的に正しいものと判断されれば、二次判定における変更の根拠とすることができます。
- ・ 「二軸評価」と「生活障害評価」のうち、より重度に評価される方を利用してください。両者を勧案して、より重度に変更することもできます。

表3 障害程度区分1次判定における入院期間別・年齢別分布

入院期間	50歳未満	50歳以上65歳未満	65歳以上70歳未満	70歳以上	総計
1年未満	72	109	47	105	333
1年以上3年未満	65	140	62	133	400
3年以上	232	618	233	384	1467
総計	369	867	342	622	2200

6が最も多くみられた。

各病院全体の1次判定、2次判定、2軸評価目安、生活障害評価の割合を図2に示す。

1次判定のピークは区分2、2次判定のピークも区分2にあり、2軸評価目安のピークは目安6、生活障害評価による変更目安区分4以上が最多数を占めた。

2次判定における障害程度区分上位変更率を表5に示す。2病院は変更しない方が妥当であると当該スタッフが考え、変更されていない。この2病院のデータは、2次判定に採用している。

Ⅲ 考察

障害程度区分評価において、最も多数を占めていた群は障害程度区分2の50歳以上65歳未満かつ3年以上入院群であった。1次判定においては区分5は5%、区分6は4%であり合計9%であった。2次判定によると区分5は6%、区分6は7%、合計13%であった。生活障害評価による変更目安区分4

以上群が73%と最多であり、2軸評価目安においては、目安6群が26%であり、2軸評価目安5以上の重度群は49%に達した。各評価基準で重度障害に対する評価の乖離が大きい。つまり、特に障害が重度になると障害程度区分評価と2軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きい。又、高齢者層においては、区分5、区分6が比較的多くみられており、高齢者の場合は重度の場合もその乖離が小さかった。これは障害程度区分評価が介護保険要介護認定調査項目を基本的評価のツールとしていることによる可能性があるためではないかと思われる。すなわち、身体障害による生活機能障害を評価するロジックであるため高齢者層においては比較的妥当であるが、精神障害による生活機能障害に対しては、障害が重度になるほど障害程度区分と2軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きい。障害程度区分評価の不合理については、松原⁷⁾が指摘しているが、これにより医療と生活支援の乖離が益々著しくなってしまったことを憂慮している。平成17年10月に発表された障害程度区分判定等試行事業の実施結果¹⁸⁾においても、

表4 障害程度区分1次判定における障害区分別・入院期間別・年齢別集計結果

1次判定	入院期間	50歳未満	50歳以上65歳未満	65歳以上70歳未満	70歳以上	総計
非該当	1年未満	11	13	0	3	27
	1年以上3年未満	5	19	5	5	34
	3年以上	16	44	13	9	82
	合計	32	76	18	17	143
区分1	1年未満	31	35	10	10	86
	1年以上3年未満	15	42	11	17	85
	3年以上	63	202	70	61	396
	合計	109	279	91	88	567
区分2	1年未満	23	36	16	21	96
	1年以上3年未満	33	44	22	33	132
	3年以上	112	220	80	111	523
	合計	168	300	118	165	751
区分3	1年未満	5	16	12	30	63
	1年以上3年未満	10	22	11	36	79
	3年以上	35	109	44	107	295
	合計	50	147	67	173	437
区分4	1年未満	0	4	4	11	19
	1年以上3年未満	0	5	3	14	22
	3年以上	4	13	15	30	62
	合計	4	22	22	55	103
区分5	1年未満	2	3	2	15	22
	1年以上3年未満	0	3	5	14	22
	3年以上	1	20	7	36	64
	合計	3	26	14	65	108
区分6	1年未満	0	2	3	15	20
	1年以上3年未満	2	5	5	14	26
	3年以上	1	10	4	30	45
	合計	3	17	12	59	91
総計		369	867	342	622	2200

精神障害は他障害よりも有意に低い評価が出ており、このことはすでに課題となっていた。

2次判定については、平成17年度障害程度区分判定等試行事業自治体における平成18年6月末までの判定結果の精神障害に対する2次判定上位区分変更率は52.9%¹⁶⁾であった。これについては平均値のみが発表されており、各合議体の個別の変更率は発表されていない。

今回の調査においては、表5にみられるように、2次判定上位区分変更率のバラツキが大きく、スタッフの未習熟によるところがあるのかもしれないが、同時に、これは、患者構成の違いによるものと各病院スタッフにより障害のとらえ方に違いがあること等によると推測される。2次判定においては、特記事項、医師意見書記載内容、1次判定で考慮していない項目群の内容等から障害程度区分基準時間をより長く要すると判断される事例等について区分が上方修正されることとなっている¹⁷⁾。その判断は各合議体の裁量に任される仕組みとなっており、この裁量の違いによりバラツキが発生したものと推測

される。今回の変更率の平均は50.9%であり、試行事業自治体における2次判定上位区分変更率と近い値を示している。今後の市町村審査会における2次判定においても同様に、各合議体毎に区分変更のバラツキが予想される。表6に平成18年11月末までの広島県における各市町村審査会の市町毎の障害程度区分上位区分変更率²⁾を示した。表5と同様に、市町村審査会毎に上位区分変更率の大きなバラツキがみられ、又、3障害ともに、そのバラツキが大きい。1次判定の評価が比較的適切であるとされている身体障害においてもバラツキがみられ、さらに知的障害においてもバラツキがみられている。精神障害においては0~100%と最も大きなバラツキがみられる。上位区分変更率の平均をみると、身体障害、知的障害、精神障害の順に大きくなっている。これは、2次判定において変更が必要であった各障害の実態を示しており、精神障害においては最も上位区分変更が必要であったと言えるであろう。逆に言えば、精神障害においては、1次判定のみでは障害程度区分の評価が最も不十分であったと思われる。各審査

図1 障害程度区分2次判定及び2軸評価目安における入院期間別・年齢別集計結果

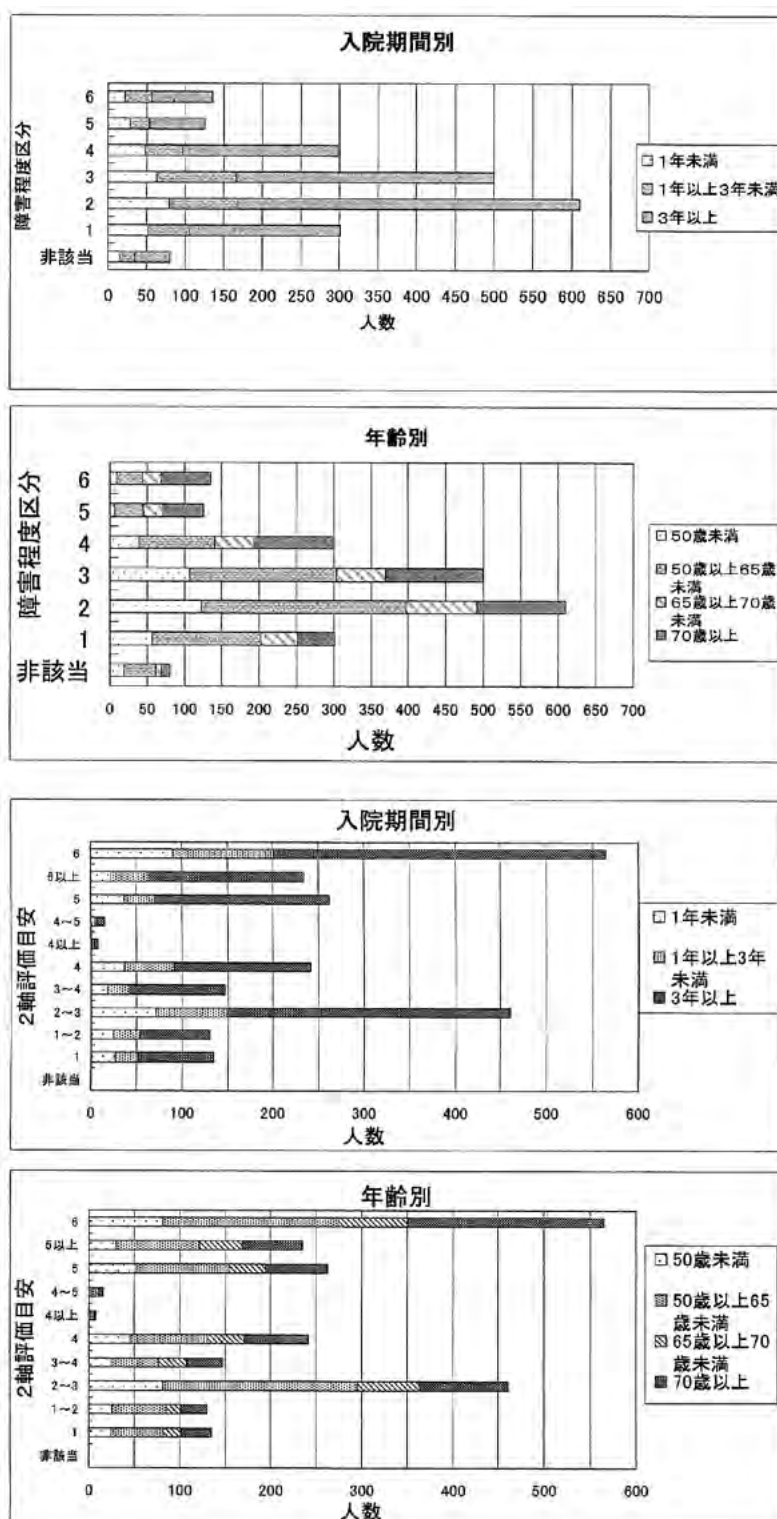


図2 障害程度区分と2軸評価目安・生活障害評価における各障害区分の割合

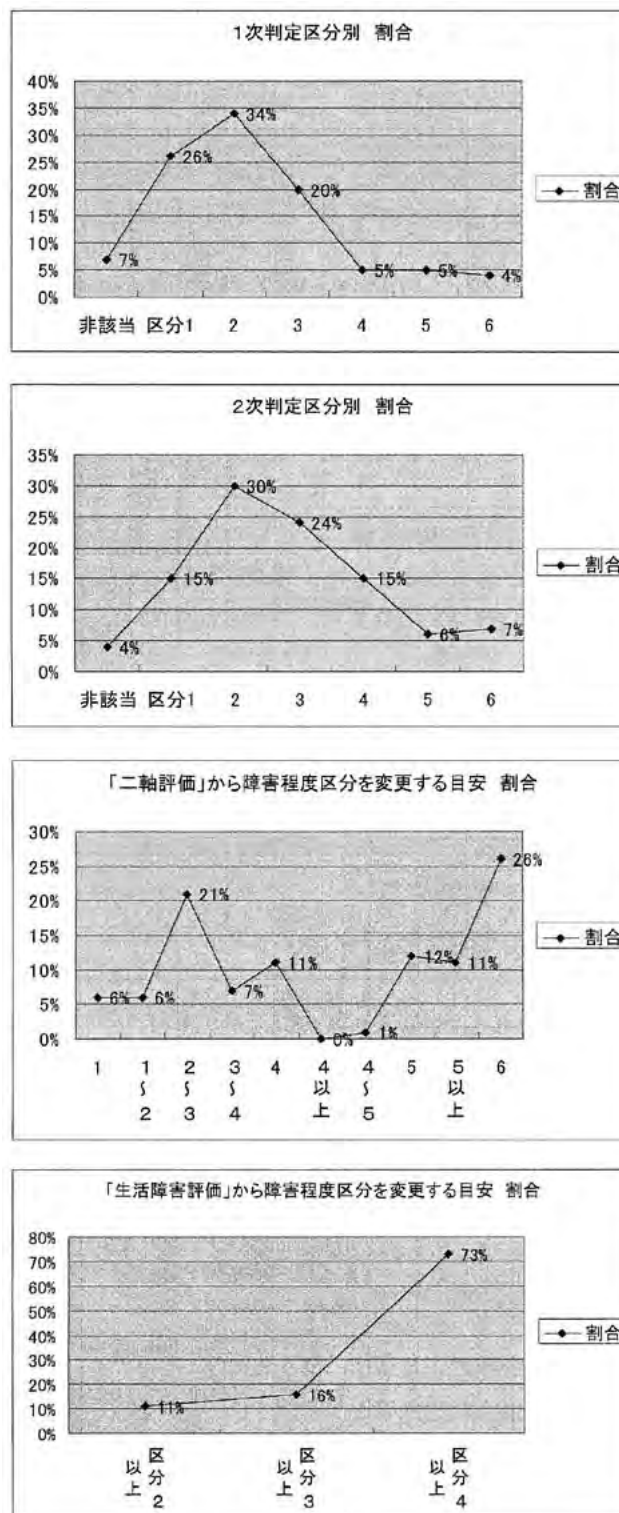


表5 障害程度区分2次判定における障害程度区分上位区分変更率(四捨五入)

病院	変更率	病院	変更率
A病院	31.7%	K病院	83%
B病院	45.9%	L病院	0%
C病院	39%	M病院	58%
D病院	22.9%	N病院	28.6%
E病院	41.4%	O病院	39%
F病院	0%	P病院	44.6%
G病院	6.7%	Q病院	83.2%
H病院	66.3%	R病院	87.3%
I病院	79.1%	T病院	96.9%
J病院	8.5%	平均	50.9%

会毎にみても、3障害に共通して変更率が高い審査会と共通して小さい審査会があり、変更に対する各審査会毎の違いがみられる。つまり、3障害に対して全く変更していない審査会もあれば3障害すべてに対して大きく変更している審査会もあり、真に公平が保たれているのか疑問が残る。市町審査会毎の上位区分変更率のバラツキが障害に対する理解と考え方の違いによるものだけでなく、今後、市町村財政の格差が大きくなり、財政状況が厳しくなれば、財政格差による違いも出現し得るのではないかと憂慮される。

2次判定変更事例集の発行だけでなく、同一症例を用いた変更のシミュレーションを通して変更の基準を明確にし、見解の統一を図るなどの研修体制が必要であると思われる。全国一律の内容の研修による市町審査会審査委員の資質の向上と上位区分変更の平準化が望まれるのではなかろうか。

受け入れ条件が整えば退院可能ではないかと推定される障害程度区分非該当、区分1の軽度障害者をみると障害程度区分1次判定で33%、2次判定で19%、2軸評価目安で12%であった。1次判定においては、軽度に評価される割合が高い傾向がみられた。この層が、リハビリ、退院支援が充実されれば、地域移行可能となる患者群ではないかと思われる。しかしながら、退院可能ではないかと推測される非該当、区分1の患者群は地域生活移行のための諸サービスを障害程度区分の制限により利用が困難であるというパラドックスがある。

2次判定における上位区分変更率の市町毎のバラツキが他の2障害より大きいこと、障害程度区分評価と2軸評価目安・生活障害評価との乖離が重度障害において大きくみられること、高齢者においてはその乖離が比較的小さいことなどから、精神症状と能力障害に対するより適切な評価法の開発が望ましいと思われる。精神症状と能力障害を評価する評価法^{3,6,23,24)}は既に多数が開発されている。地域ケア

表6 広島県内市町における障害程度区分上位区分変更率(文献2)より引用)

(平成18.11月末現在)

市町名	上位区分変更率(%)			
	身体障害	知的障害	精神障害	障害全体
A	15.8	37.1	46.9	28.4
B	16.1	33.5	40.0	26.6
C	11.1	18.2	50.0	17.2
D	17.8	53.5	52.2	40.6
E	7.6	51.7	76.4	42.7
F	26.7	48.4	74.6	43.5
G	29.0	66.7	0.0	52.0
H	36.8	45.7	27.8	39.2
I	0.0	52.8	33.3	38.9
J	35.7	59.3	50.0	51.2
K	18.0	35.9	43.6	30.1
L	25.6	57.5	73.9	47.5
M	7.1	20.7	22.2	12.8
N	9.1	42.9	100.0	26.3
O	11.4	37.1	54.5	29.1
P	0.0	36.8	33.3	21.1
Q	62.5	62.1	100.0	63.5
R	0.0	0.0	0.0	0.0
S	0.0	33.3	55.6	28.1
T	9.1	33.3	0.0	20.0
U	36.4	26.7	0.0	27.6
V	19.0	37.5	66.7	30.0
W	29.4	14.3	50.0	27.0
広島県全体	18.3	42.2	53.2	33.8

へのつながりを視野に入れるなら、米国において版を重ねてきたLOCUS¹⁾も優れており、これらを参考にしながら適切な評価法の開発の研究が期待される。

なお、障害程度区分評価が開始初期にあるため、本稿は2軸評価目安との比較を主眼とした第1報である。疾患別などの詳細な検討は次稿に譲りたい。

まとめ

広島県における精神療養病棟入院の2,200名に対して障害程度区分及び精神症状・能力障害二軸評価と生活障害評価の調査を行った。年齢別・期間別には50歳以上65歳未満かつ3年以上入院群が最多であった。障害程度区分評価は、1次判定、2次判定ともピークは区分2であった。2軸評価目安6、生活障害評価による変更目安区分4以上にピークがみられ、障害程度区分評価の成績と乖離がみられた。とくに、重度障害において2軸評価目安・生活障害評価と障害程度区分評価の乖離が大きかった。精神症状と能力障害に対するより適切な評価法の開発の研究が必要であることが示唆された。2次判定における上位区分変更率はバラツキが大きく、より適切な2次判定のあり方が検討されるべきであると思われる。

謝 辞

調査に御協力いただいた広島県精神科病院協会の会員病院の先生方並びにスタッフの皆様に深く感謝いたします。

文 献

- 1) American Association of Community Psychiatrists: Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services Adult Version 2000 (木村 卓, 八木 深訳: 精神疾患および依存症のためのケアレベル活用システム成人用2000年版. 厚生労働省委託研究「政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究班」, 2006)
- 2) 広島県福祉保健部社会福祉局障害者支援室: 広島県福祉保健部社会福祉局障害者支援室開示資料. 2007
- 3) 稲垣 中, 八木剛平: 精神分裂病の評価尺度—治療抵抗性分裂病を中心に—. 臨床精神薬理, 2 ; 19-26, 1999
- 4) 日本精神科病院協会: 平成14年マスタープラン調査データ集. 2003
- 5) 日本精神科病院協会, 日本精神神経科診療所協会, 日本精神保健福祉士協会: 精神障害者の障害程度区分審査会における二次判定の目安. 2006
- 6) 湖海正尋, 稲田俊也: 主観欠損症候群評価尺度日本語版 [SDSS-J]. じほう, 東京, p.32-33, 2003
- 7) 松原三郎: 障害程度区分について, 日精協誌, 25 ; 285-295, 2006
- 8) 松原三郎: 長期入院から地域生活へ. 精リハ誌, 10 ; 132-139, 2006
- 9) 厚生労働省精神保健福祉対策本部: 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向. 2003
- 10) 厚生労働省精神保健福祉対策本部心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会: 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書. 2004
- 11) 厚生労働省精神保健福祉対策本部精神病床等に関する検討会: 精神病床等に関する検討会最終まとめ. 2004
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会: 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会最終まとめ. 2004
- 13) 厚生労働省社会・援護局障害保険福祉部: 今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案). 2004
- 14) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 認定調査員マニュアル. 2006
- 15) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 市町村審査会委員マニュアル. 2006
- 16) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 障害程度区分認定状況調査における障害程度区分の分布状況. 平成18年 8月24日障害保健福祉関係主管課長会議資料. 2006
- 17) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 障害程度区分・二次判定参考資料の作成について. 平成18年 8月24日障害保健福祉関係主管課長会議資料. 2006
- 18) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 障害程度区分判定等試行事業の実施結果 (速報): 平成17年10月 5日社会保障審議会障害者部会資料. 2005
- 19) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部: 医師意見書記載の手引き. 平成18年 3月17日障企発第0317001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知別添資料. 2006
- 20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係: 障害程度区分にかかる市町村審査会での審査判定について: 平成18年 5月30日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係長事務連絡. 2006
- 21) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係: 障害程度区分にかかる市町村審査会での精神障害者の審査判定について: 平成18年 6月23日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課障害程度区分係長事務連絡. 2006
- 22) 佐久間 啓: 精神科地域医療と障害者自立支援法. 精神誌, 108 ; 860-866. 2006
- 23) Sederer, L. I., Dickey, B.: Outcomes Assessment in Clinical Practice. Maryland, 1996 (伊藤弘人, 栗田広訳: 精神科医療アセスメントツール. 医学書院, 東京, p.40-90, 2000)
- 24) 富田拓郎, 北村俊則: 精神症状評価尺度の妥当性に関する方法論的問題点. 臨床精神薬理, 2 ; 13-17, 1999
- 25) 障害者自立支援法 (平成17年法律第123号).

Investigation of the Validity of the Algorithm for Evaluating the Degree of Disability in those who are Institutionalized in Long-term Psychiatric Care Facilities in Hiroshima

Tomoyuki ISHII¹⁾, Ichiro TSUKUE²⁾

- 1) *Board member of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Board member of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Maple Hill Hospital*
- 2) *Chairman of the Council on Psychiatric Welfare in Hiroshima, Chairman of the Hiroshima Psychiatric Hospital Association, and Director of the Senogawa Hospital*

Key Words: Disability Support Act, algorithm for evaluating the degree of disability, long-term psychiatric care facilities, mentally disabled, welfare services for persons with disabilities

The Disability Support Act is intended to integrate welfare services for those who are physically, intellectually, or mentally disabled and promote the independence and social participation. However, the Act has been the center of intense controversy since its implementation in 2005. A number of important issues on implementing the Act in psychiatric medicine have been raised, and the validity of the for evaluating algorithm the degree of disability in those who are mentally disabled is considered to be of the utmost importance. We investigated the validity of the algorithm for evaluating the degree of disability in 2,200 patients who were institutionalized in long-term psychiatric care facilities in Hiroshima. The discordance rate between the primary evaluation by computer program and secondary evaluation by specialists' review was 50.9%. A wide disparity in evaluating the degree of disability was observed between that by secondary evaluation by specialists' review and that by evaluation of IADL. This disparity was more prominent in those who were more severely disabled. Further studies are needed to develop a new evaluation method to address the psychiatric signs and symptoms, and cognitive deficit of the mentally disabled.

〈Authors' abstract〉

特集 精神科医療と精神障害者福祉のはざまを超えるために

普及型ACT-Jステーションおよび自立支援法・
精神障害分野の精神保健福祉法への移行について

広島 マーブルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

日本精神科病院協会雑誌

2009 Vol.28 No.3

創造出版

普及型ACT-Jステーションおよび自立支援法・精神障害分野の精神保健福祉法への移行について

広島 マープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

Key Words: 医療的アウトリーチサービス、普及型ACT-Jステーション、ケースマネジメント、自立支援法見直し、地域移行における事件・事故

はじめに

平成16年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹⁾において「入院医療中心から地域生活中心」という基本的方策が表明された。また、平成18年4月には、障害者自立支援法²⁾（以下、自立支援法という）が制定され、3障害一元化が図られ、立ち遅れていた精神障害者福祉の向上が期待されたことは、周知の通りである。

平成20年11月、「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」から「中間まとめ」³⁾が提出された。自立支援法の見直し⁴⁾等の精神保健医療福祉の改革が検討されている現段階において、現場の実態を挙げ、現場からの意見を述べたい。

精神医療と福祉の現場

精神医療を中心とする施設と福祉を中心とする施設の3施設を典型として述べる。

1) 社会福祉法人清風会について

社会福祉法人清風会は、広島県安芸高田市において表1に見られるように、ホテル・病院などの寝具・ユニホームなどのクリーニング事業を中心として、3障害のための各種施設を運営しており、自立支援法による福祉のありようが典型的にみられる。同一敷地内にある工場に就労している全障害者の約8割が、同法人の居住施設に入所している。グループホーム等は旧制度から自立支援法における新制度へ移行している。全障害者数662名のうち、精神障害者は72名が入所、就労している。

同法人は、昭和47年クリーニング事業を身体障害者福祉工場として開始し、昭和63年、知的障害者福祉工事を追加し、平成3年精神障害者授産施設を設置した。いずれも就労継続支援A型を取得しており、

平成14年地域生活支援センターを開設している。すなわち、同法人は身体、知的、精神の3障害に対し、「雇用」「社会就労＝授産施設」（社会的支援をして就労する。授産施設で作業をして、お金を稼ぐ。通過施設から終極施設）「施設生活」「地域生活」の4つの機能があるとしている。

医療としては、身体障害者養護施設内に診療所を併設し、看護師1名と内科と外科のパート医が2～3日/週、勤務している。

入所し就労している精神障害者の約6割は近隣の精神科病院からの紹介、約2割が本人・家族の直接の依頼であり、地域の保健師、民生委員からの紹介が各1割となっている。

ほとんどの入所者が、もとの入院先の精神科病院に通院しており、また、精神科を併設する近隣の総合病院と嘱託契約を結んでいる。精神症状不安定時に、すぐに対応できないのが問題であり、ほとんど毎日にわたって精神状態が不安定になる事例が発生しており、最も多いのが幻覚妄想の増悪により仕事ができなくなったり、幻覚妄想に基づいた他人入所者とのトラブルである。

就労継続支援A型の施設に属する看護師1名が対応し、直接、もとの入院先の病院へ依頼するが、看護師1名では不十分だそうである（法人全体の看護師2名）。

近隣への迷惑となる刑事問題としては、交通事故・無銭飲食があった。傷害事件には至っていないが、トラブルによる暴力はほとんど毎日発生している。

自殺は、過去5年内において5件の発生がみられており、うち2件は昨年中に発生している。発生割合からみて、外来通院と看護師1名のみのサポートでは就労の場における精神科医療の不足を感じる。

2) 瀬野川病院について

広島市に位置する瀬野川病院は、図1にみられる

表1 社会福祉法人清風会について

	身体障害	知的障害	精神障害
雇用	就労継続支援A型 清風会吉田工場 1972（昭和47）年8月開設 （定員50名）	就労継続支援A型 清風会みつや工場 1988（昭和63）年4月開設 （定員70名）	就労継続支援A型 清風会サンライフ 1996（平成8）年4月開設 （定員30名）
訓練	身体障害者授産施設 清風会ワークセンター 1977（昭和52）年4月開設 （定員80名）	知的障害者授産施設 清風会サンプリエ 1994（平成6）年4月開設 （定員50名）	精神障害者通所授産施設 清風会サンホーム 1991（平成3）年4月開設 （定員30名）
	身体障害者通所授産施設 清風会ニューワーク 2004（平成16）年4月開設 （定員30名）	知的障害者通所授産施設 清風会みやび 2006（平成18）年11月開設 （定員30名）	
施設生活	身体障害者療護施設 清風会吉田清風荘 1979（昭和54）年4月開設 （定員80名）	知的障害者更生施設 清風会サンサンホーム 1997（平成9）年4月開設 （定員50名）	
地域福祉	経過的デイサービスセンター 清風会デイサービスセンター 2002（平成14）年4月開設 （定員15名）		経過的精神障害者 地域生活支援センター 清風会支援センター 2002（平成14）年4月開設
	福祉ホーム 清風会第2吉田寮 （定員30名）	地域移行型ホーム 清風会第1竹原寮／清風会第2竹原寮 清風会第3竹原寮／清風会第1吉田寮 （定員各20名）	
	高齢者	グループホーム 清風会常友寮（6名） 清風会川本寮（4名） 清風会第1みつや寮（4名） 清風会第2みつや寮（6名） 清風会いろは寮（7名）	

障害	定員	現員
精神	70	72
知的	310	305
身体	285	285
合計	665	662

図1 医療法人せのがわのトータルケア

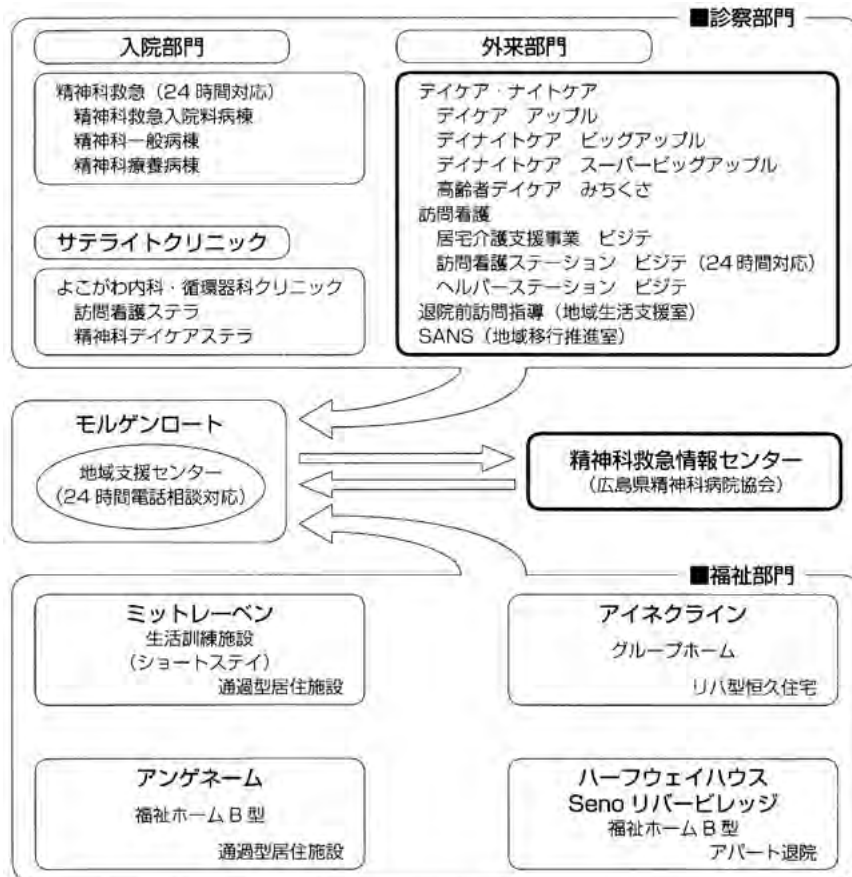
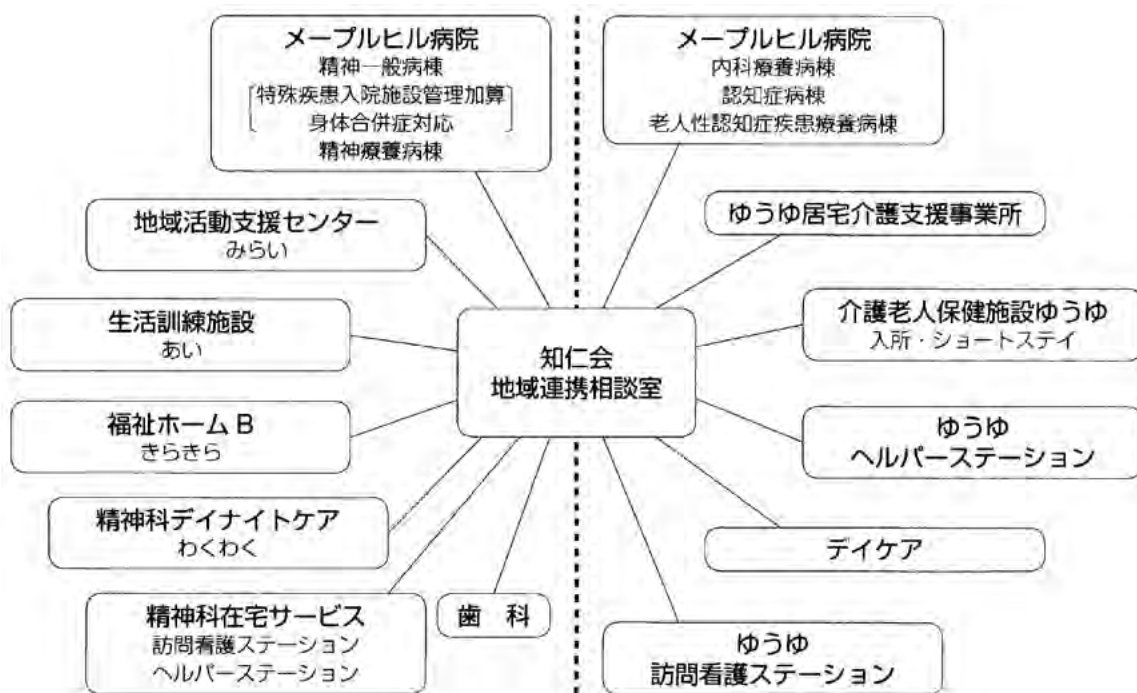


図2 医療法人知仁会の地域連携



ようにスーパー救急を擁する広島県屈指の精神科病院である。平成20年8月、同院で発生した事件を報道⁵⁾から引用する。

『2人刺殺の現行犯で逮捕 広島、精神科の通院患者 2008年8月26日』

26日午前2時40分ごろ、広島市安芸区中野東4丁目の瀬野川病院から「精神科の通院患者が刺された」と広島県警海田署に通報があった。

患者らが住む病院近くのアパート1階の部屋で、いずれも無職のAさん(59)とBさん(55)が血を流して死亡しているのを駆け付けた署員が発見。殺人の現行犯で、2階に住む無職C容疑者(36)を逮捕した。

花の水やりをめぐって被害者ともめたといい、「イライラして頭にきてやった」と供述。同署は、C容疑者は善悪の分別可能で、刑事責任を問えると判断した。

調べでは、C容疑者は26日午前2時ごろ、AさんとBさんを包丁(刃渡り23cm)で刺殺した疑い。いずれも腹や胸の10数カ所を刺されていたという。

病院によると、3人は退院後も病院側が一部を借り上げた3階建てアパートで、ほかの患者とともに社会復帰のため自立しながら通院。C容疑者は犯行

後、包丁を持ってアパート隣の病院関連施設に向かった。落ち着いた様子だったという。(共同通信)(実名はアルファベットに転換した)

長期入院者を地域移行のため退院させ、共同住宅(アパート)に住居させ起きた事件である。同アパートには、同院職員を居住させていたようであるが、入院中は安定していた患者が退院すると環境の変化やストレスの増強により、不安定となることはしばしばみられる。

同院のようにマンパワーの充実した、精神症状の増悪に最もよく対応できる病院の関連施設においてさえ殺人事件が発生したことは衝撃的であった。

3) メープルヒル病院について

当院は、広島県大竹市にあり、筆者が院長を務め、図2にみられるように統合失調症を中心とした精神科医療と高齢者医療(内科・認知症専門病棟)を行っている。地域活動支援センター・福祉ホームB・生活訓練施設・精神科デイナイトケア・訪問看護ステーション等を併設している。新制度へは移行していない。地域活動支援センターは、アウトリーチとして、PSWによる自宅への訪問・通所初期に限定して、閉じこもりなどの外出困難な方に対して送迎サービ

スなどを行っている。

デイトケアへは、施設内・在宅等からの通所があり、広島県社会適応訓練事業による就労訓練・作業所への通所・施設から近隣への一般企業への通勤の方々等がおられるが、施設を退所して単身生活を営み、就労している方はごく少数にすぎない。

一般就労可能と思われる障害者の就労については、PSWがハローワークへの同行を繰り返すなどの努力をしているが、きわめて困難である。そのため、一般企業への就労の代替として、当法人関連施設において就労している方もいるが、待遇は一般従業員と同等としている。

社会訓練適応事業においては、PSWがカリキュラムを立て、プリセプターを付けていたが、作業の難易度を上げるたびに不安焦燥が高まり、また難易度を下げるなど一進一退であった。一定期間内に順調に作業に習熟し、目標に到達できるというものではなかった。作業所・一般企業においても同様であり、病状不安定の要因として作業の難易度が高度となったり、作業量が増えたことなどがみられた。逆に言えば、どのような段階においても医療が必要であることは言うまでもない。

考 察

1. 3施設(福祉工場、精神科病院)の課題について

1) 清風会について

清風会は、福祉工場の整備からスタートしており、就労と住居の場は確保されている。全障害者のうち89%を占める身体障害と知的障害においては、とくに大きな問題は発生していないが、11%の割合の精神障害においては、より密度の高い医療のサポートがないと問題が多いことがわかる。もとの入院先の病院への外来通院と看護師1名によるサポートでは不十分であり、自傷他害の事例がさらに発生しないような体制が必要である。

2) 瀬野川病院について

瀬野川病院は、広島県における精神科急性期医療を中心的に担っていることから、平均在院日数の短縮、長期入院者の地域移行に積極的に取り組んでいる。しかしながら、地域移行後における医療的サポート体制の整備が政策的に不十分である現況においては、地域移行に熱心に取り組むほど、事故や事件の発生する可能性が高くなるジレンマがみられる。最近、行政において、社会的コストについては財政にしか主たる関心がないようにもみられるが、このよ

うな殺人事件も社会的コストである。事件・事故のより発生しないような地域移行におけるシステムの整備と、さらなるマンパワーの制度的な充実が望まれる。

3) メープルヒル病院について

メープルヒル病院においては、精神障害者に苦痛を与えない地域移行を基本理念としている。多職種による会議において、問題点と対応を協議し、前述のように作業の難易度が高く過負担であるようなら低い段階へ引き下げるなどの工夫をしている。そのため、地域移行における事故の発生はみられていないが、一般就労への壁はきわめて高い。とくに、就労支援については、そのスキルも含め課題が多い。

2. 医療的アウトリーチサービスについて

以上を通して、地域移行のためには、外来通院と看護によるサポートのみでは不十分であることがわかる。就労の場を含め、精神障害者が安定した地域生活を維持するためには、より密度の高い医療のサポートの必要性が高いと思われる。精神障害が重度ではなくとも、ストレス脆弱性のために、日常生活あるいは就労から受けるストレスによる病状不安定は多くみられ、不安定化する前に包括的にサポートする必要がある。

訪問を中心としたサービスとして、訪問看護ステーション、訪問診療などがあるが、既存のサービスでは危機介入に対して不十分である。定期的に訪問するだけでなく、利用者からの要請に応じて、危機的な状況に対して訪問できる体制が必要となる。また、連絡が取れない、服薬をしていないような状況などがあれば、すぐに訪問してタイムリーに対応して再発防止やトラブル防止に役立つことが必要である。

すなわち、訪問を中心としたより医療の密度の高いアウトリーチサービスが広範に普及することが必要であり、普及しやすい種々のサービスメニューが整備されるべきではないだろうか。

上記のニーズに応える、障害者の要請に応じて危機介入できるシステムについて述べる。

重度の精神障害者に対するアウトリーチサービスとしてアメリカにおいては、ICM (Intensive Case Management)、ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム)⁶⁾がある。ケースマネジメントとしてはACTはチームで障害者を担当し、ICMは個人で担当する違いがあるが、以下、概略を説明する。

1) ACTについて

ACTはご存知のように1970年代初頭にウィスコンシンで始まったモデルであり、1960年代精神病院を閉鎖し精神疾患を持つ患者を地域で治療しようという試みが失敗した後、精神疾患を持つ患者に対するケアの向上を目的として考案された。当初は精神病院に対する緊急入院に代わる選択肢の1つとみなされていたが、その後、緊急の入院を必要としない患者も対象として含まれるようになった。

ACTの目的として、精神疾患を持つ患者が、医療サービスを受け続けるようにすること、入院を減少させること、社会的機能とQOLの向上（日常的な必要、買い物、洗濯、移動などにもサポートを提案する）などが主なものとなる。治療に対して、抵抗的、非協力的な患者に対しても治療を続ける assertive outreachを行う。

ACTの有効性については、綿密なコクランレビューが発表されているが⁷⁾、医療チームの治療下であって、入院率を低下させ、入院期間を短縮し、患者満足度、雇用、住居状態においてよりよい結果を示しており、他レビューにおいても同様の結論が示されている⁸⁾。ホームレスの患者に対しても、ACTモデルは、症状改善、住居状態の改善をもたらすが⁹⁻¹¹⁾、医療コストは従来のcommunity serviceと変わらず、コストパフォーマンスがよいとされている¹²⁾。

2) ICMについて

ICM¹³⁾は、精神疾患を持つ患者は通常の場合 managementによるケアにはうまく関わることができないけれども、救急外来などのコストのかかるサービスを頻繁に利用することがある、という認識から1980年代にスタートした。退役軍人病院（VA hospital）が主となって関わっている。チームは精神科医、ケースマネージャー、その他のサポートスタッフからなり、それぞれのケースマネージャーは10～15名程度の患者を担当する。

ICMにおいてもACTと同様に入院期間を短縮し、住居状況を改善し、症状とQOLをやや改善することが示唆されている¹⁴⁾。

また、老年病学領域においてもPACE（Program of All-Inclusive Care for Elderly People）¹⁵⁾があり、Adult day health centerを中心として、地域に住む高齢者に対して包括的な医療を提供することを目的としている。高齢者に対する同様のシステムの日本への導入も今後の課題であろう。

3) ACT-Jについて

日本においては国立精神・神経センター国府台病院において、ACT-J（ACT-Japan）¹⁶⁾が試行されたことは、ご承知の通りである。ACT-Jは、表2にみられるように重度の精神障害、頻回の入退院者を対象としており、精神科医、看護師、OT、PSW、就労支援のスタッフなどの10名のチームが、約100名の障害者をチームとして担当している。10名のチーム全員が100名の利用者の情報を共有するが、個別には3～5名の個別処遇チーム（ITT； Individual Treatment Team）が対応する。

表2 ACTプログラムの特徴

1. 重い精神障害を抱えた人を対象
2. さまざまな職種の専門家から構成されるチーム
3. 利用者数の上限を設定
4. スタッフ全員で1人の利用者のケアを共有
5. ほとんどのサービスを責任を持って直接提供
6. 積極的に訪問が行われる
7. 期限を定めず継続的に関わる
8. 1日24時間・365日体制

* 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター：新たな地域精神保健福祉の動向—日本におけるACT（包括型地域生活支援）プログラムでの取り組み—。2005より

4) 普及型ACT-Jステーションについて

精神疾患の症状と障害は、密接不可分であるから、精神科医の存在が本質的に重要であり、精神科医の判断と指示は欠かせない。したがって、精神科医を管理者とする小規模の「普及型ACT-Jステーション」が考えられないか。

すなわち、現在の訪問看護ステーションを母体として、精神科医と他職種を加え、チームとしてサービスを提供する多職種チームによる包括型ケアマネジメントとする。管理者は、精神科医であり、同一敷地内にある他の事業所（病院・診療所など）の兼務を認められる。精神科医が、管理責任を持ち、多職種のチームを運営する。現在のステーションの看護職数の基準は、2.5名だが、これを3名とし、さらにPSW 3名程度の人員を追加する。OT 1名は加算要件として、必置としない。6名の人員であれば、訪問サービスを中心として、早番・遅番の勤務、夜間オンコール体制等のローテーションが組めるであろう。必要な場合、医師も適宜、医療としての立場から訪問に加わる。

利用者を100名程度とすれば、人口密集地でない限りその居住範囲は広範となり、即応体制が困難となる恐れがある。要請に応じてただちに訪問して対

応するためには、担当の地域範囲を狭くする必要があり、30～50名程度の利用者数が適当であろう。このように、精神科医を管理者とする「普及型ACT-Jステーション」であれば、多くの病院・診療所が運営できるのではないかと。スタッフの待機の時間もあるから、待機中における同一敷地内の事業所の兼務を認めれば、ステーションとせずとも、院内の「地域連携室」に普及型ACT-Jチームを設立する方策もある。もちろん、報酬は運営が可能な適切な額が必要だが、再発防止、トラブル防止に寄与できれば、再入院率の低下につながり、医療費削減、事件事故の防止となり、障害者の安定した地域生活を結果すると考える。

日本精神科病院協会が、自立支援法の見直しについて要望¹⁷⁾しており、「地域連携室」のケアマネジメント、アウトリーチを含む相談支援について言及しているが、さらに、医療機能を拡充強化した訪問サービス中心の包括型アウトリーチサービスとして、各病院が運営可能な事業の1つとして「普及型ACT-Jステーション」はあり得ないかと思う。ACTの日本への導入と普及の検討や試み^{18～22)}が見られるが、この「普及型ACT-Jステーション」も亜型の1つとして検討の余地があるように思われる。

このステーションにより、old long stay対策として重度精神障害および頻回の入退院者に対応するだけでなく、1年以上入院した長期入院者を退院後1年間ケアをして、再発防止を目的とするnew long stay対策を行えば、結果として病床削減につながるのではないだろうか。精神障害者の安定した地域生活、再発防止、トラブル防止の結果、地域移行が進捗し、病床数が削減されるのであって、地域生活サポートの整備が不十分なまま長期入院者の減少目標値を定め、地域移行、病床削減を進めることは、障害者と地域社会に被害を及ぼし、既述したような事件・事故がさらに引き起こされるであろう。

就労支援については、普及型ACT-Jチームの就労支援機能が強化されることが望ましい。障害者を地域において包括的に支援することが骨子であるから、身近な就労支援は必要である。また、障害者を取り巻く地域の方々、たとえば、アパートの所有者、雇用主、近隣の方々に対する相談に応じることも重要であり、業務の1つとなる。さらに、障害者就業・生活支援センターや労働局の障害者雇用のための事業等が拡充強化され、精神医療福祉との連携が図られるとよいのではないだろうか。

日本における多くの分野において、ハードには投資するが、ソフトには経費をかけようとしない傾向

がある。地域移行の受け皿整備としては、このようなソフトの充実こそ重要であろう。

3. 自立支援法からの精神障害分野の分離について

筆者は、広島県障害者自立支援協議会の設立の前段階から会長を務めており、3障害福祉関係団体等の意見を聞く機会に恵まれた。ここでは紙幅の都合上詳細は割愛するが、自立支援法における3障害一元化の施策によっては、精神障害者福祉についてその障害特性に十分に見合っているとは言えない^{23, 24)}。

原点に戻ると、障害者基本法²⁵⁾の基本理念「障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、尊厳にふさわしい生活を保障される権利があり、社会を構成する一員として社会のあらゆる活動に参加する機会を保障される権利があり、参加する機会が与えられる」ということが出発点であった。この理念にのっとり、障害保健福祉施策²⁶⁾は、自立支援法を通じて地域での生活を促進するしくみへの転換と障害者による「自己実現・社会貢献」を図ることを基本的視点としている。

このような基本的理念から、障害者の地域生活への移行が促進されているが、精神障害においては他の2障害との本質的違いがみられる。精神疾患の特性は、症状と障害の不可分性と症状の易変性にあり、他の2障害においては基本的に精神疾患にみられるような症状の障害との不可分性と易変性はみられない。自立支援法による施策においては、福祉を目的とした法の趣旨とその定める範囲から、この特性が無視されざるを得ず、福祉と医療との連続性が低下してしまう。しかしながら、精神疾患、とくに統合失調症においては、ストレス脆弱性から由来する病状の急変、増悪がみられることがあり、精神症状に左右された問題行動が出現することがある。この問題行動による事件・事故は、障害者本人にとって痛ましい負担であり、同時に、社会に対しては安全・安心を損なう社会的コストであり、精神障害に対する差別と偏見の拡大再生産につながる。

地域移行を推進するためには、この疾患と障害の特性に対応して、事件・事故を防止するシステムの整備を先行的に充実させ、社会に対する安全・安心の担保を図らなければ、国民の精神障害者福祉に対する理解は得られない。くり返すが、社会的コストとは財政負担だけを意味するのではない。社会の安全・安心を確保することは、社会的コストを抑制し、精神障害者の福祉にも貢献するのである。

前述してきたようなシステムに加え、精神科救急

医療システムなどの整備がさらに必要であり、諸システムが病院を中心としてリンクしていることが望まれる。これに対応するためには、法律と担当課が違えば縦割りの弊害は免れないから、1本の法律と1つの担当課に戻すのがよいのではないだろうか。自立支援法から精神障害部分を分離し、精神保健福祉法へ移行し、実質的に医療と福祉を連携させ、障害者に苦痛を与えない地域ケアを目標とすることが望ましいと思われる。自立支援法から介護保険への移行論も仄聞するが、財源の都合中心でなく、障害者福祉のあり方を中心に考えるべきであろう。介護保険へと移行すれば、精神障害の障害特性との乖離は、ますます大きくなるのが危惧される。しかしながら、一方では「与党障害者自立支援に関するプロジェクトチーム」²⁷⁾において、介護保険との統合を前提とせず、障害者施策としてのあるべきしくみを考察することを基本的視点としていることに安堵している。

精神保健福祉法は強制法としての本質を持っており、自立支援法による障害者福祉が充実すれば、医療および保護に特化して精神保健法に戻せばよいとの議論もある。概念の整理は明確になるが、精神保健法と自立支援法の2本立ての縦割りによっては、精神障害者福祉が真に向上するとは思えない。

病状増悪による強制入院から地域生活サポートのための福祉サービスまで、精神保健福祉法により、一括して切れ目のない精神医療と精神障害者福祉の向上を目指すべきであろう。

4. 世界における地域移行について

「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」²⁸⁾において佐々木は、脱施設化により、コストは高くなることを指摘している。この研究において、脱施設化にあたっては、①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National Schizophrenia Project）。②WHOの勧告でも「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。③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 Dr.Gittelman）、その順序を守らずに改革を行えば精神障害者にどのような被害をもたらすかは、イタリア、アメリカなどの実例より明らかである、という引用がされていることを紹介して稿を結びたい。

まとめ

①地域ケアへの移行および地域生活支援においては、より医療の密度の高い訪問中心のアウトリーチサービスが重要であること。②そのためには、精神科医の存在が重要であり、また、広く普及するために精神科医を管理者とする「普及型ACT-Jステーション」が考えられないか。③自立支援法における3障害一元化によっては、精神障害特性に対応しきれず、精神医療福祉の実質としての連携のためには、自立支援法から精神障害部分を分離し、精神保健福祉法に移行できないか。

以上の3点について、意見を述べさせていただいた。

文 献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2004.
- 2) 障害者自立支援法（平成17年法律第123号. 平成18年6月23日法律第94号）
- 3) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会中間まとめ. 2008.
- 4) 社会保障審議会障害者部会：障害者自立支援法施行後3年の見直しについて. 2008.
- 5) 熊本日日新聞2008年8月26日付記事
- 6) 西尾雅明：ACT入門. 金剛出版, 東京, 2004.
- 7) Marshall M, Lockwood A: Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Review). Cochrane Database Syst Rev, 2008.
- 8) Denise Caicedo MD: DISCOVERING A COMMUNITY The faces and places of psychiatry in Gainesville, Florida, <http://medinfo.ufl.edu/~compsych/mhicm.html>, 26 January 2009.
- 9) Coldwell CM, Bender WS: The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. Am J Psychiatry 164: 393-399, 2007.
- 10) Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, et al: A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 54: 1038-1043, 1997.
- 11) Nelson G, Aubry T, Lafrance A: A review of

- the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management intervention for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry* 77: 350-361, 2007.
- 12) Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, et al: Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *Am J Psychiatry* 154: 341-348, 1997.
- 13) Hhogan MF, Paterson DA: Intensive Case Management (ICM), http://www.omh.state.ny.us/omhweb/EBP/children_icm.htm, 20 January 2006.
- 14) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 24: 37-74, 1998.
- 15) Kodner DL: Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Care in the Community* 14: 384-390, 2006.
- 16) 西尾雅明：ACTの具体的内容（日本の特徴）。
http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/pdf/20061228_act2.pdf#search='ACTの具体的内容'
- 17) (社) 日本精神科病院協会：障害者自立支援法の抜本的見直しの視点と要望。2008.12.5
- 18) 西尾雅明：日本におけるACTの実施状況。精神医学 50：1157-1164, 2008.
- 19) 澤 温：日本におけるACTの普及予測。精神医学 50：1167-1176, 2008.
- 20) 伊藤順一郎：ACTは病床削減に貢献できるのか？。精神医学 50：1177-1185, 2008.
- 21) 竹島 正, 小山明日香, 河野稔明, 他：地域精神医療におけるACTの位置づけ。精神医学 50：1187-1193, 2008.
- 22) 高木俊介, 上田綾子, 岡田 愛, 他：ACTとアウトリーチ。精神医学 50：1195-1201, 2008.
- 23) (社) 日本精神科病院協会：障害者自立支援法施行後3年の抜本的見直し（要望）。2009.1.8.
- 24) (社) 日本精神科病院協会専門対応チーム (T.Hanai)：障害者自立支援法施行後3年の見直しについて。2008.
- 25) 障害者基本法（昭和45年法律第84号。平成16年6月4日法律第80号）
- 26) 厚生労働省障害保健福祉部：今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）。2004.
- 27) 与党障害者自立支援に関するプロジェクトチーム：障害者自立支援法の抜本的見直し報告書。2007.
- 28) 佐々木一：平成19年度厚生労働科学研究費補助金精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」。2008.

特集 行動制限—隔離・身体拘束—の現状と問題点

認知症患者の行動制限、とくに身体合併症加療の
ための身体拘束の法的根拠について

広島 マーブルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

日本精神科病院協会雑誌

2009 Vol.28 No.10

創造出版

認知症患者の行動制限、とくに 身体合併症加療のための身体拘束の法的根拠について*

広島 マープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

Key Words**: 認知症、身体合併症、身体拘束、高齢者保健法

はじめに

日本国憲法は国民の基本的な人権の享有をうたっており、抑留、拘禁についての原則とそれを行う際には法律の適正手続きによらなければならないことを、同法18条、31条、34条に規定している。医療において行動制限を規定しているのは精神保健福祉法¹⁾のみであり、これに拠る以外はすべて緊急避難とされている。しかしながら、法の運用のための手続きの整備と運用実態に疑問が持たれ、稿を起すこととした。なお、身体拘束廃止のためには現状の3～5倍のマンパワーが必要と思われ財源論を含め論点が異なるため、今回は論及しない。

高齢者医療介護福祉施設における行動制限について

高齢化の進行に伴い認知症患者数は増加²⁾しており、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) や内科的理由による行動制限も増加していると推測される。これを反映して介護保険施設においては原則として身体拘束は禁止されることになった^{3,4)}。しかし緊急避難による身体拘束のみは許されている。緊急避難による身体拘束は、切迫性、非代替性、一時性を要件としているが適切性が疑われるような拘束が漫然として行われている実態も多く見聞される。また介護老人福祉施設や介護老人保健施設などにおいて、玄関などの外部への出入口や病棟の出入口にテンキーなどにより施錠をして、閉鎖病棟化している実態が多くみられる。平成21年3月19日群馬県老人施設たまゆらの火事において、入所者が焼死するという痛ましい事件⁵⁾が

起きたが、出入口につっかい棒がしてあり、閉鎖の状態になっていたと言う。

精神科における行動制限は、精神保健福祉法を根拠としているため行動制限のスキームやチェックシステムが整備されており、人権の制限に対する担保が確立されている。高齢者施設においては、行動制限の根拠となる法律がないため、そのスキームやチェックシステムが未整備であり、人権の保障が確立されていないため、行動制限の適切性が疑われる例も見聞される。「たまゆら」の事故においても、根拠とする法律があり閉鎖処遇についてのチェックがあれば、被害を防止できた可能性があると思われる。在宅においても、いかに家族が介護者であるとはいえ問題は同様である。在宅の認知症患者の家庭に対して、玄関に取りつける鍵の補助金が議論された市があったと仄聞している。このような状況において高齢者虐待が多くみられるようになり、高齢者虐待防止法の制定が必要となる一因となったと思われる。

憲法31条は「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命もしくは自由を奪われ又はその他の刑罰を科せられない」と適正手続きの保障を定めている。緊急避難という概念のみを根拠として実行のための根拠となる法律が存在しないため、不適切な実態がみられることは憲法違反にあたるのではないだろうか。精神保健福祉法にならい高齢者保健法を制定するべきであると考えられる。高齢者保健指定医、高齢者医療審査会などを創設して人権の制限の適切性に対する担保が図られるべきである。

*Physical restraint on patients with dementia : Discussion of the legal basis for its application during treatment for medical symptoms

**dementia, medical comorbidity, physical restraint, law related to health and welfare of the elderly persons

表1

<p>各精神病院長様</p> <p style="text-align: center;">身体拘束について</p> <p>このことについて、次のとおり厚生省に確認したのでお知らせします。</p> <p>車椅子からずり落ち防止のための簡易的な固定は、身体拘束にあたらぬが徘徊防止のための車椅子への固定は、身体拘束になる。</p> <p>点滴の抜去防止のための固定について、通常の点滴の際の固定は身体拘束にあたらぬ。ただし、通常の点滴と比較して長時間にわたる点滴については、身体拘束に準じて診療録への記載等を行うこと。</p>	<p>事務連絡 平成12年5月30日</p> <p>広島県健康対策課 精神保健福祉係長</p>
--	---

内科療養病床における身体拘束について

ご承知のようにこの場合はすべて緊急避難として
いる。病院機能評価Ver.6⁶⁾において精神科に特有
な病院機能の評価項目として、以下の項目が挙げら
れる。

- 7. 2. 3 身体拘束が適切に行われている
- 7. 2. 3. 1 身体拘束の方法が整備されている
- 7. 2. 3. 2 身体拘束が適切に行われている
- 7. 2. 3. 3 身体拘束を減らす取り組みが行われている

療養病床に特有な病院機能評価項目としては以下
のとおりである。

- 8. 1. 2 療養病床の入院患者の意見を
尊重し人権に配慮している
- 8. 1. 2. 2 人権に配慮した対応が行われ
ている
 - ①身体抑制に関して人権に配
慮した方針が明確にされ遵
守されている

以上のように、内科療養病床における身体拘束に
ついても緊急避難という概念のみを根拠としてお
り、精神保健福祉法のような根拠とする法律が存し
ないため、機能評価項目においてさえ抽象的かつ簡
便となっている。

認知症病棟等における身体合併症の治療の 必要性に由来する身体拘束について

「厚生省告示第百三十号⁷⁾ 第四身体的拘束につ
いて」において、以下のような規程がみられる。

二. 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のよ
うな場合に該当すると認められる患者であり、身体
的拘束以外により代替方法がない場合において行わ
れるものとする。

- ア 自殺企図または自傷行為が著しく切迫してい
る場合
- イ 多動または不穏が顕著である場合
- ウ アまたはイのほか精神障害のために、そのま
ま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶお
それがある場合

この規程においては、精神症状のために必要な身
体拘束についてしか定義されていない。このため表
1のような事務連絡が出され、表2が追加して連絡
されるなどの混乱がみられる（表2の文中における
別紙1は表1、別紙2は表3を示す）。平成12年7
月31日精神保健福祉課が発した事務連絡・「精神保
健福祉法改正に関する疑義照会に対する回答につい
て」（以下、事務連絡という）においては表3のと
おりである。

告示においては、精神症状のために必要な身体拘
束までしか規定されていないが、この事務連絡Q&
Aにおいては身体合併症治療の場合においても精神
科病床においては精神保健指定医（以下、指定医と
いう）の診察と判断を求めている。

なぜ、精神科病床（認知症病棟等）においては身

表 2

<p>各精神病院長様 (広島市管轄を除く)</p>	<p>事務連絡 平成21年 3月27日</p>
<p>広島県健康福祉局 精神医療部健康対策課</p>	
<p>身体拘束について</p>	
<p>本県の精神保健福祉行政の推進については、日ごろから御協力をいただき厚くお礼を申し上げます。</p>	
<p>さて、このことについては、別紙1のとおり平成12年5月30日付で「広島県健康対策課精神福祉法改正に関する疑義照会に対する回答について」がされており、身体拘束に関する内容も含まれています。</p>	
<p>この両事務連絡において身体拘束の取り扱いに関する表現が一致していないことにより、関係機関における解釈に曖昧な点が生じていたことが懸念されますので、このたび、別紙1を廃止し、身体拘束に関する解釈を明確化することとしました。</p>	
<p>ついては、今後は身体拘束を含む処遇については、別紙2に沿って対応いただきますようお願いいたします。これまで別紙2に沿って対応いただいていた場合は、引き続き、適切な対応をお願いします。</p>	
<p>なお、個別の事例については疑義等がありましたら、管轄の保健所へお問い合わせください。</p>	
<p>担当 精神保健グループ</p>	

表 3

<p>各都道府県指定都市 精神保健福祉業務担当課殿</p>	<p>事務連絡 平成12年 7月31日</p>
<p>厚生省大臣官房障害保健福祉部 精神保健福祉課</p>	
<p>精神保健福祉改正に関する疑義照会に対する回答について</p>	
<p>標記について、日本精神病院協会より疑義照会があり、別紙のとおり回答したので業務の参考とされたい。</p>	
<p>精神保健福祉法改正に関するQ&A</p>	
<p>【質問2】 身体拘束について</p>	
<p>(1) 12時間を超えない身体拘束でも、指定医の診察は必須なのでしょうか。</p>	
<p>(2) 痴呆・精神遅滞などに身体合併症がある場合は、合併症治療のための拘束をせざるを得ない場合がありますが、その際でも指定医の診察が必須なのでしょうか。</p>	
<p>【答】</p>	
<p>(1) 身体拘束については、開始時に精神保健指定医の診察が必要です(厚生省告示130号第四)。</p>	
<p>(2) 精神保健福祉法の規定に係る病棟、いわゆる精神科病棟においては、精神保健指定医の判断が求められます。</p>	

体合併症加療のためであっても指定医の診察と判断が必要なのか、論理の飛躍がみられ、精神科病床であるからという理由で指定医の診察と判断を求めらるのであれば短絡である。

精神科病床(認知症病棟、精神一般病棟(特殊疾患入院施設管理加算)、老人性認知症疾患療養病棟(介護保険))において、身体拘束を必要とする認知症による精神症状を、厳密に評価するためには指

定医が必要だが、内科的治療のために必要とする場合は内科医が中心となって治療しており、その必要性は治療を実行している内科医が判断するのであり、緊急避難であるから、その時機・方法等を含めむしろ内科医の診察と判断を求めるべきである。このQ&Aに関しては、現場の治療について知悉していないと言わざるを得ない。

法令とは、法律および政省令、施行規則までを言

表4 精神保健ケアに関する法：基本10原則

<p>10. 法の支配の尊重</p> <p>●要旨 決定は、他の基準や自由裁量によらず、現行法に則って行わなければならない。</p> <p>●内容</p> <p>1) その国の法制度により、法は憲法、条約、国内法、政令、省令、施行規則などのさまざまな形をとり得る。</p> <p>2) 決定が従うべき法は、その決定が行われる時点で施行されている法であって、過去の法や法案であってはならない。</p> <p>3) 法は、公開されていて、誰もが見聞きでき、理解できるものでなければならない。</p> <p>●指針 この原則のさらなる尊重のために役立つ行動</p> <p>1) 患者に彼らの持つ権利を知らせる。</p> <p>2) 世間一般の利害関係を持つ人々、とりわけ決定を行う人々に必要な人が確実に知ることができるよう、法の出版、人々が解する言語で説明するなど法の広報普及に努める。</p> <p>3) 決定を行う人に対し、法令の意味、行使の仕方についてトレーニングする。</p> <p>4) 国際的に認められた人権についての基準（たとえば、国連原則、この基本10原則）を国内法のなかに取り込む。</p> <p>5) 精神保健法の実際の運用をチェックする監査機関を持つ。その監査機関は、保健行政当局や保健サービス機関から独立していなければならない。</p>
--

* MENTAL HEALTH CARE LAW : TEN BASIC PRINCIPLES 木村朋子訳

い、事務連絡（厚生省発・県発）は単に事務連絡にすぎないのであって、解釈の標準を示して、参考とするものであり法令の範疇に入らず、強制力を伴うものではない。

このような重大事を、公開の議論を経た法令によらず安易に事務連絡によることは、WHO精神保健ケアに関する法⁸⁾：基本10原則（表4）の「法の支配の尊重」に逸脱しているとまでは言えないにしても、現場の実情を無視した裁量の幅が広がりすぎており、疑義が持たれる。これが現場に混乱をもたらし、かえって、不適切な拘束を招いていることがあるのではないかと推測される。

認知症の身体合併症の治療は、今後の大きな課題であり、第17回今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会²⁾においても、以下の2点が検討課題として挙げられているので、引用する。

- ①慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設（介護療養型を含む）等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することをふまえて、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症へのいっそうの対応を行うことが必要ではないか。
- ②認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場について、どう考えるか。

高齢化の急速な進行により、身体合併症の治療がよりいっそう必要な認知症患者が激増し、他精神疾患においても同様であると思われる。身体合併症、終末期への対応が大きな課題となり、今後さらに増加する認知症身体合併症患者を治療するためには、内科医と精神科医の協働作業が必要となる。とくに、内科医の診察と判断は重要となる。認知症病棟、精神一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算）、老人性認知症疾患療養病棟（介護保険）において今後大量の認知症の身体合併症患者の治療の必要性が予想され、身体拘束がやむを得ない事例が増加する状況にあっては、指定医の絶対数に鑑みて短絡的にすべてを指定医に求めるのではなく、身体拘束を必要とする原因によっては、判断する医師を指定医以外にも求めることのほうがより適切であろう。

認知症病棟等における認知症患者の身体合併症の治療が必要な患者に対する適切な身体拘束のあり方の試み

高齢化の進行に伴って、認知症患者の身体合併症の治療が課題となってきており、生命予後を考えればむしろ、身体合併症に対する治療が中心となるであろう。したがってどのような治療のために、身体拘束が必要であるかということをもとに作成したマニュアル案が表5である。表5には誌面の都合上、マニュアル案の一部である「対象となる条件」「身

表5 身体拘束マニュアル案

如何なる場合においても身体拘束は、頻回巡視、人員配置について検討を尽くした後において、やむを得ず行われるものであって緊急避難の要件を充足しなければならない。

I 身体拘束マニュアル（精神保健福祉法に該当する場合）

5. 身体拘束が対象となる条件

- ①自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している状態
- ②多動又は不穏が顕著である場合
- ③①又は②のほか精神症状のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合
- ④その他

8. 遵守事項

- ①精神保健指定医は、当該患者に対して身体拘束を行う理由を書面「身体拘束を行うにあたってのお知らせ」にて知らせ、その旨を診療録に記載する
- ②指定医は、次の事項を必ず診療録に記載する
 - ア) 精神保健指定医の氏名
 - イ) 身体拘束を行った旨
 - ウ) 身体拘束を行う理由・症状
 - エ) 身体拘束を開始した年月日時刻及び解除した年月日時刻
- ③身体拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならない
- ④身体拘束が漫然と行われることがないように、精神保健指定医は頻回に診察を行い、必ず所見を署名のうえ診療録に記載する

II 緊急避難的身体拘束マニュアル（精神保健福祉法に該当しない場合：内科的理由等）

5. 緊急避難的身体拘束が対象となる条件

- ①転倒・転落の危険性が高い状態
- ②内科的処置（点滴・IVH・経管栄養等や酸素マスク・カニューレ等）が必要な状態であるが、チューブ自己抜去等の可能性が高く処置が困難な状態（生命の危険も考えられる）
- ③創部の清潔保持が必要であるが、ガーゼ自己抜去や創部を触るなどして創部の清潔保持が困難な状態（創部から感染を起こす可能性も考えられる）
- ④その他

8. 緊急避難的身体拘束に関する記録

- ①医師は、緊急避難的身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況、緊急やむをえなかった理由を記録しなければならない
- ②医師は、次の事項を必ず診療録に記載する
 - ア) 医師の氏名
 - イ) 緊急避難的身体拘束を行った旨
 - ウ) 緊急避難的身体拘束を行う理由・症状
 - エ) 緊急避難的身体拘束を開始した年月日時刻及び解除した年月日時刻
- ③緊急避難的身体拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならない
- ④緊急避難的身体拘束が漫然として行われることがないように、医師は頻回に診察を行い、必ず所見を診療録に記載する

III 緊急避難的身体拘束マニュアル（つなぎ服・ミトン・4本柵）

4. 緊急避難的身体拘束が対象となる条件

- ①内科的処置（点滴・IVH・経管栄養等や酸素マスク・カニューレ等）が必要な状態であるが、チューブ自己抜去等の可能性が高く処置が困難な状態（生命の危険も考えられる）
- ②創部の清潔保持が必要であるが、ガーゼ自己抜去や創部を触るなどして創部の清潔保持が困難な状態（創部から感染を起こす可能性も考えられる）
- ③脱衣・おむつはずし・不潔行為などが目立ち清潔が維持できない状態（感染の危険性も考えられる）
- ④その他

7. 緊急避難的身体拘束に関する記録

- ①医師は、緊急避難的身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況、緊急やむをえなかった理由を記録しなければならない
- ②医師は、次の事項を必ず診療録に記載する
 - ア) 医師の氏名
 - イ) 緊急避難的身体拘束を行った旨
 - ウ) 緊急避難的身体拘束を行う理由・症状
 - エ) 緊急避難的身体拘束を開始した年月日時刻及び解除した年月日時刻
- ③医師は、毎日診療録に所見を記載する必要はないが、定期的に病棟スタッフから情報を得るようにし、緊急避難的身体拘束が漫然と行われることがないように努める

（いずれも書面告知および同意等については他の条項に記載）

体拘束に関する記録・遵守事項」のみを掲載し、実施手順マニュアルは割愛した。

まとめ

①厚生省事務連絡は、法の支配の尊重に逸脱しているとまでは言えないが、現場の実情を無視した裁量の幅が広がりすぎており、認知症病棟等における身体拘束が、すべての指定医の診察と判断を必要としているのは短絡ではないかと思われる。

精神科病床（認知症病棟、精神一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算）、老人性認知症疾患療養病棟（介護保険））において認知症患者の身体合併症治療のために必要とされる適切な身体拘束のためには、その原因によって、判断する医師が指定医か内科医かを選択することが、より合理的ではないかと思われ、そのための身体拘束マニュアル案の一部を掲載した。

②法律改正によるべきであると思われる事案が政省令改正によったり（例：医療観察法における省令改正については日精協代議委員会が決議文⁹⁾を提出した）この事務連絡にみられるように、裁量の幅が広がりすぎていたり、法の趣旨からの逸脱ではないかと思われる事例が最近多くみられる。

また、精神保健福祉法以外による行動制限、身体拘束をすべて緊急避難によるとして、根拠法と人権の制限に対する担保のしくみを作らないことは法の整備の怠慢ではないかと思われ、憲法に違反しているのではないかと考えられる。適切な行動制限、身体拘束のためのスキーム、チェックシステムを整備し、根拠となる高齢者保健法を制定することが必要であろう。現場の実態をつぶさに知るわれわれが適切な行動制限、身体拘束のために思慮を深め要求すべきことは要求していくべきだと考えられる。

文 献

- 1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律. 昭和25年厚生省令第31号、平成12年3月28日厚生省令第49号.
- 2) 第17回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：認知症について. 2009.5.21.
- 3) 老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準. 平成11年3月31日厚生省令第40号.
- 4) 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準. 平成11年3月31日厚生省令第39号.
- 5) 読売新聞2009年4月14日付記事.
- 6) 財団法人日本医療機能評価機構：書面審査自己評価票（統合版評価項目V6.0）. p.113、121、2009.
- 7) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準. 昭和63年厚生省告示第130号、平成12年3月28日厚生省告示第97号.
- 8) <http://www.psy-jinken-osaka.org/10gensoku.pdf#search=WHO精神保健医療に関する基本10原則>.
- 9) 決議文. 平成20年9月26日社団法人日本精神科病院協会第82回定期代議員会.

投稿

精神科病床における認知症病棟の機能分化
とくに身体合併症病棟について

広島 マーブルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

日本精神科病院協会雑誌
2010 Vol.29 No.2

創造出版

精神科病床における認知症病棟の機能分化 とくに身体合併症病棟について*

広島 メープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

Key Words:** 認知症病棟、機能分化、BPSD、身体合併症、身体合併症病棟 (MPUs)

はじめに

高齢化の進行に伴う認知症患者数の増加¹⁷⁾により、認知症患者のBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) や身体合併症(以下、合併症という)加療の重要性が指摘されている^{2,10,13,14)}。さらに認知症の重症化に伴い、合併症が増悪することが指摘されている¹⁵⁾。また、認知症に伴う身体疾患の治療のコストは、認知症を伴わない場合よりも高いことが指摘されている⁷⁾。精神科医療一般においても重度の精神疾患を抱えた患者は十分な医療を受けづらく、結果として身体疾患の合併が多くみられており^{3,6)}、認知症を含む精神障害者の合併症に対する加療は大きな課題となっている。

平成21年9月、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」として報告を発表した。これにおいて、認知症については以下のように記述して、その課題について述べている。

「認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行う機能、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に対する医療の提供に大別される」¹⁸⁾

これらの課題に応えるためには、現状の認知症の医療と介護の支援システムを改善し拡充強化する方向性が必要であり、現場のニーズの理解のなかに回答があると思われるため、現場の実情と現場からの

意見を述べたい。

精神科病床における認知症病棟の変遷と現状

認知症に対する入所施設としての処遇は、昭和63年老人保健施設における痴呆性老人加算を嚆矢とする。以後、老人性痴呆疾患治療病棟入院管理科、老人性痴呆疾患療養病棟入院管理科が制定された。介護保険の開始により老人性痴呆疾患療養病棟は医療保険適用と介護保険適用に分離された。平成16年には老人性痴呆疾患治療病棟入院科2が制定され、老人性痴呆疾患療養病棟(医療保険適用)は廃止されることとなった。さらに老人性痴呆疾患療養病棟(介護保険適用)は、老人性認知症疾患療養病棟となり、介護療養病床の廃止に伴い平成24年に廃止される予定となっている。

上記にみられるように認知症に対する施設処遇は、介護保険からスタートしており、施策も老人保健局を中心とする介護保険適用と、社会援護局・精神・障害保健課を中心とする医療保険適用に分離している。医療と介護が縦割りに分離しているため、どのような時期のどのような状態像に対して、どのような医療や支援が適切なのか、統一的に理解されないまま場当たりの変遷をたどっている。

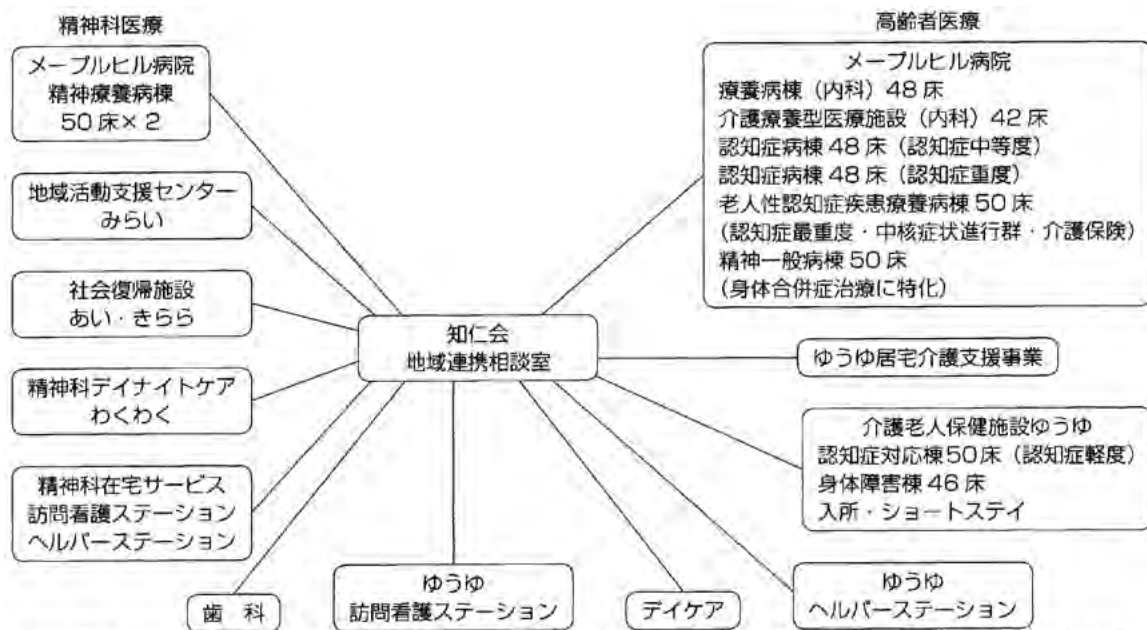
当法人における認知症の医療と介護、および身体合併症加療のシステムについて

当法人の概要を図1に示すが、精神科医療がと高齢者医療(認知症・内科)を2つの軸としている。高齢者医療は認知症病棟48床×2(認知症中等度・

*The rationale for dementia care units in a psychiatric hospital – A growing need of integrating medical treatment

**dementia care unit, differentiation, BPSD, medical comorbidities, medical-psychiatric units (MPUs)

図1 知仁会の概要



上記の表のように知仁会が高齢者医療と精神科医療（精神科、内科、神経内科、放射線科、歯科）リハビリ（PT、ST、OT、POT、心理）社会復帰施設、在宅サポートサービスを組み合わせたケアミックスを展開している。

表1 知仁会における認知症病棟の機能分化

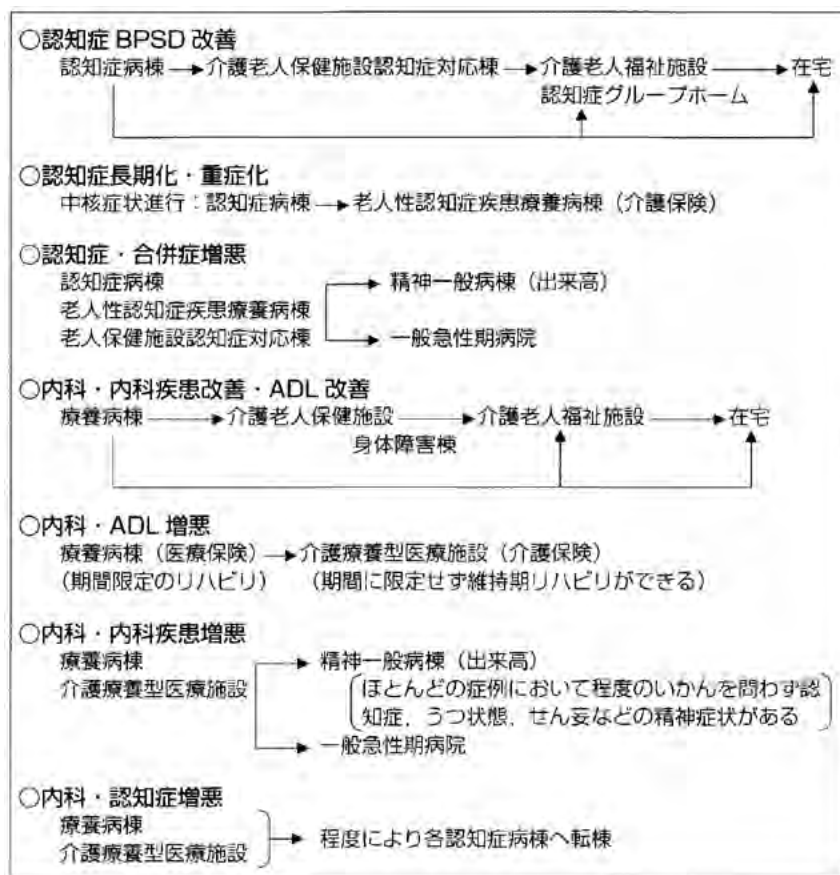
- ① 認知症病棟（認知症中等度・ユニットケア型）
- ② 認知症病棟（認知症重度・回廊式）
- ③ 老人性認知症疾患療養病棟（認知症最重度・中核症状進行群・介護保険対応）
- ④ 療養病棟（内科疾患中等度～重度・認知症軽度）
- ⑤ 介護療養型医療施設（内科疾患軽度・認知症軽度・ADL低下重度・介護保険対応）
- ⑥ 精神一般病棟（合併症重度・急性期・検査必要時・入院時の合併症の診断、検査、トリアージ機能）
- ⑦ 介護老人保健施設認知症対応棟（認知症軽度・回廊式・介護保険対応）

ユニットケア型、認知症重度・回廊式）、老人性認知症疾患療養病棟50床（認知症最重度・中核症状進行群・介護保険適用）、精神一般病棟50床（身体合併症対応）、療養病棟48床、介護療養型医療施設42床（介護保険適用）からなっている。さらに併設の介護老人保健施設に認知症対応棟50床（認知症軽度）が整備されている。認知症はその発症からの時期、BPSDの重症度、中核症状の進行度、ADLの程度、IADLの程度、合併症の種類と程度などの組み合わせによりその状態像は多様であり、適切な処遇のためには、一括して1つの認知症病棟にくくられるものではない。おのおのの状態像に対応した医療、リハ

ビリ、看護、介護、福祉サービスが求められる。また、療養病棟（内科）においてもきわめて高頻度に認知症、抑うつ、不安、せん妄などの精神症状がみられる。

これに対応して、当法人は表1にみられるように精神科医療と内科医療が連携して高齢者病棟の機能分化を図っている。さらに認知症の経過に対応したフローチャートが図2である。認知機能とBPSDの程度により、各病棟の設備は大きく違っている。介護老人保健施設認知症対応棟（軽度・回廊式）、認知症病棟（中等度・ユニットケア型）は在宅に近い設備としており、個室には電話、冷蔵庫、テレビ、

図2 知仁会における病状の変化によるフローチャート



絵画が整備してあり、内部から施錠が可能で完全に個室化となっている。認知症病棟（中等度）の4床室は内部を隔壁で仕切り、1人に1つの窓があるブドウの房状の構造となっている。病棟面積は38.6㎡/床、4床室の病室面積は9.7㎡/床、個室13㎡/床として広さを確保している。認知症病棟（重度）は、視覚障害に対応してポイントごとに原色を使用し、回廊式となっている。老人性認知症疾患療養病棟（最重度・介護保険適用）は異食、徘徊、収集、暴力などによる危険の回避のため、きわめてシンプルな構造であり、放尿、放便、弄便などの不潔行為が頻回にみられるため、清潔を保ちやすい内部環境としている。

重症度別に機能分化した病棟運営による効果は以下のとおりである。認知機能が低下し失語、失認などがみられても、おのおのの程度において患者間の交流はみられるものである。周囲とレベルが違えば交流が困難で感情も不安定となりやすいが、同じレベルの患者集団のほうが患者間の交流がよくみられ、感情安定が図られ、BPSDの改善につながっている。OTのプログラムが立てやすく重症度別に難

易度を変えてあるため、プログラムに参加しやすくその効果も上がるように思われる。重症度別のOTプログラムは表2に掲載している。各病棟においてADLにより3段階に分けてテクテク体操という立ち上がり、歩行訓練、散歩活動などをグループ別に行っているが、認知症の程度とADLは関連があり、ADL維持のための活動が可能となる。また、おのおのの病棟における公文式学習ドリル、お手玉、はり絵、合唱などの活動もレベルにより設定が容易で、効果がみられることが病棟における看護研究の成果として院内学会において発表されている。

日本精神科病院協会によるアンケート¹⁶⁾においては認知症の治療を必要とする合併症の併発が約74%にみられており、当法人においても状況は同様である。精神一般病棟（出来高）は合併症対応に特化しており、7割以上が日常生活自立度B2以上となっている。50床のうち、30床にO₂、バキュームの配管（以下、配管という）があり、重症患者用としてICU対応の観察室を設けている。この病棟においてはほとんどの患者は内科医が主治医となっているが、同時に精神科医も治療に従事している。主病

表2 認知症病棟における軽度・中等度・重度別作業療法提供の違いについて

プログラム内容	軽度認知症	中等度認知症	重度～最重度認知症
①歌・体操・RO	○歌の内容に変化を付け、適度な刺激導入につなげる	○歌など同じ内容を継続しつつ、変化をもたらせる	○重度認知症患者様は、環境の変化に対するストレスが大きいため、歌など同じ内容を継続していくことが多い
	○体操に巧緻的動作を多く含む	○状態に応じて、体操の難易度を変化させる	○体操では、視覚的に認知しやすい、粗大的な動作を主とする
	○現実見当識への刺激入れとして、「今日はなんの日？」など複雑な問いかけを含み、患者様からの発言を多く求める	○日付確認など、患者様からの発言を多く求め、不足部分は療法士からの話題提供で補う	○基本的な、日付・季節・天気などの確認を行い、主に療法士からの話題提供による刺激導入
②創作活動	○巧緻的作業を多く含む、何回かに分けて完成させることができるもの	○基本的には一度で完成できる作業を行うが、季節に関する大きなはり絵などは、数回に分け作業を提供することもある	○作業工程が単純なものを用い、一度の活動で完成できる作業を行う
	○個人の趣向や得意な作業を重視し、個々人で作業内容が異なる	○数種類の作業のなかから、療法士が判断した作業を提供する	○異食の方が多いため、粘土・のり・小さな物品（ビーズやちぎった紙）・短い鉛筆などは用いない
	○一度に多くの患者様に作業提供が可能（30名程度）	○一度に作業を提供できる人数は、リスク管理上15人程度	○一度に作業を提供できるのは、リスク管理上数名程度
	○2～3名で共同作業を行うこともある	○基本的には個々人の作業である	○個々人の作業である
③ゲーム	○個人対抗で競う	○個人対抗・集団での競技など、状況に応じて内容を変化させる	○集団で、1つのこと（風船バレーなど）を行うことが多い
	○個々人が主体的に参加	○参加者皆が主体的に参加するためには、多くの職員介入があれば可能	○見学や空間共有での参加者を多く含む
④園芸療法	○屋外の畑で作業を行う	○屋外の畑で作業を行う	○屋内で作業を行い、ベランダで管理を行う
	○野菜など、食べられるものを主に育て、後の調理活動につなげる	○野菜など、食べられるものを主に育て、後の調理活動につなげる	○主に、プランターで花を育て、季節感を味わう
⑤調理活動	○個人～15名程度	○個人～数人程度	○基本的には、職員と1対1で行う
⑥外出活動	○当院バスに乗車し、近隣の行楽地へ行き、散策する	○当院バスに乗車し、近隣の行楽地へ行き、散策する	○庭など、近場で散歩を行う
	○1人の職員に対する患者数は2～3名程度	○1人の職員に対する患者数は1名	○1人の職員に対する患者数は1名

により主治医を決めるが、合併症のためほとんどの患者は、精神科—内科、精神科—内科—神経内科、内科—神経内科等のごとく重複して担当している。これに歯科医、歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、音楽療法士、PSW、社会福祉士などが連携してチーム医療を行っている。

考 察

かつて、不祥事の発生がみられ、精神科医療が劣悪であると社会的に避難を受けた時代があった。思春期の障害から処遇困難例、触法患者まであらゆる病態を同じ病棟において処遇するところに要因の1つがあるとして、専門病棟を確立、分離して機能分化を図り、質の向上に努力してきた最近の経緯があ

表3 精神科専門病棟

名称
精神科救急入院科1
精神科救急入院科2
精神科急性期治療病棟入院科1
精神科急性期治療病棟入院科2
精神療養病棟入院科
児童・思春期精神科入院医療施設管理加算（出来高）
アルコール・薬物専門病棟（出来高・非加算）
精神科救急・合併症入院科（出来高・非加算）
認知症病棟入院科1
認知症病棟入院科2
老人性認知症疾患療養病棟（介護保険法）
特殊疾患入院施設管理加算
急性期入院対象者入院医学管理科（医療観察法）
回復期入院対象者入院医学管理科（医療観察法）
社会復帰期入院対象者入院医学管理科（医療観察法） （緩和ケア病棟）

り、これを表3に示す。現在、認知症の治療のための病棟は認知症病棟としてひとくりにされているが、前述したように、認知症はその疾患の種類、発症からの時期、BPSDの重症度、中核症状の進行度、合併症の有無などにより多様であり、これに対する処遇もひとくりにされるべきではない。脳の器質的変化と同時にpsychologicalな変化があり、おのこの病態に対応した処遇が求められる。認知症の医療と介護においても精神科医療一般と同様に、病棟の機能分化を図ることが質の向上につながる。

認知症の入院加療については、その残留率の高さが問題とされている。フロイトが人間関係の本質を「凍える夜の山嵐の原理」と表現したように、人間関係は愛憎のアンビバレンツから成り立っている。健康なときはこのアンビバレンツのバランスがとれているが、認知症などの障害が発症すればこのバランスが崩れ、在宅において家族の拒否的感情が育ち、そのストレスからBPSDが増悪することは、統合失調症にみられるhighEE（Emotional Expression）の問題と同様である。家庭は安らぎと憩いの場であるが、同時に葛藤と対立が最も根深いのが家庭の本質である。入院によりいったん家庭から離れ、ストレスから遠ざかりスタッフの受容やリハビリがあれば、少量の薬剤やあるいはほとんど薬剤を使用しなくてもBPSDが改善されることが多くみられる。

ほとんどの家族は認知症のBPSDに対して一生懸命に介護し、困惑し、疲労困憊し、拒否的感情が大きく育ってから、入院のために患者と来院する。BPSDが改善しても在宅に受け入れていただけないと入院時に推察できる患者が多くみられ、また、その推察のとおりになることが多く経験される。認知症においては早期診断と同時に、家族関係を考慮して、在宅ケアがよいのか、早期入院がよいのかトリ

アージュする体制が必要である。家族の拒否的感情が大きく育つ前に早期入院、早期治療、早期リハビリへとつなげることが、家族の良好な受け入れとなり、早期入院によって早期退院が可能となる。認知症に対する早期治療がコストを引き下げる可能性があることが指摘されており^{4,8)}、早期入院による入院期間の短縮は、心理的影響のみならず、経済的にも家族負担の軽減に大きな効果があると思われる¹²⁾。BPSD増悪時のみ早期入退院を繰り返すことにより、入院期間全体の合計は短縮されQOLも比較的維持されるであろう。認知症疾患医療センターの発展が期待される場所である。

現在の施策においてはBPSDの加療による短期の入院が目標とされている。しかしながら、認知症をReverseまたはStopする治療法が完成されていない現時点においては、認知症は不可逆的に進行する。したがって、中核症状またはBPSDの進行に伴って多くの末期の患者の在宅でのケアは困難となる。とくに、最重度の患者においては、誤嚥性肺炎、尿路感染、脳血管障害などにより、急激に全身状態が重症化することが頻回にみられることから、医療濃度の薄い福祉施設ではなく、医療施設で処遇されるべきであろう。また、ADLの維持のための維持期リハビリの継続の重要性は論を待たない。このような場合には長期にわたる処遇が必要であり、介護保険適用病床が適当であろう。介護が中心であってもすぐに医療が対応できることが必要であり、老人性認知症疾患療養病棟（介護保険適用）の存続が望まれる。この病棟においては認知機能の高度の低下と同時に放尿、放便などの不潔行為、徘徊、暴力や介護への抵抗などの問題行動、転倒、転落などが頻回にみられ、合併症や全身状態の急激な変化に対応する医療的処置や、そのなかでのリハビリ活動などきわめて負担の大きい医療、看護、リハビリが強いられる。最重度の障害に対する医療と看護への加算があってしかるべきである。

合併症を包括病棟で加療することは、疾患の種類と重症度により赤字へとつながり安価で低濃度の萎縮医療へとつながる恐れがある。医療費抑制の立場からは包括によりキャップをかぶせたいであろうが、今後の高齢者とその家族はベビーブーマーと言われた権利意識の高い社会階層であり、要求水準が高くなることも考えられる。血糖コントロールが困難な糖尿病、重症肺炎、がん、播種性血管内凝固症候群（DIC）なども多くみられ、また、ターミナルの決定など精神科医のみでは診療困難である。したがって、精神科と他の一般科との連携が必要であり、

その協力関係として3つのモデルがある。

- ①一般病床に精神科が介入する精神科リエゾン
- ②精神科病床に他科がコンサルトとして介入
- ③精神疾患と身体疾患双方のケアを十分に行うことを目的とした病床（海外ではMedical-psychiatric units (MPUs) と呼ばれている）

①の一般病棟に精神科が介入する精神科リエゾンには、その効果を判定する研究が多数発表されている。それを比べ、②や③に関しては十分な研究知見が蓄積されていないようである。②に関しては老年病内科医または一般内科医、家庭医などが、認知症病棟の精神科医師と協調して働くといった形で、すでに広く行われているため、研究を行うのが難しいことが原因のように思われる。(精神科患者が身体疾患を合併し、それが精神科医師によってマネジメントできないレベルであるときに他科コンサルトを介入させないことは倫理的ではなく、比較対象研究として扱えないからである)。③のMPUsに関しては、歴史が浅いこともありまだ十分な研究知見が蓄積されていない。アメリカ⁹⁾とヨーロッパ¹⁾、オーストラリア⁵⁾、ニュージーランド¹¹⁾ からそれぞれの経験を報告した論文が発表されているが、おおむね円滑に運営されていると思われる。MPUsでは精神科疾患、身体疾患を合併した重篤かつ複雑な患者に対して、一般病院よりも統合された高度な医療を提供できており、結果として入院日数も同等または減少している。

以上考察した海外での報告をふまえ、認知症の合併症を加療するには、内科機能を充実させた精神一般病棟（出来高）が望ましい。現在の特殊疾患入院施設管理加算を要件緩和して、拡充強化させた加算が必要であり、包括化されるべきではない。認知症の合併症加療のためには、精神科救急入院料と同様に、医師数16対1、32対1などの基準が必要ではないかと思われる。精神科救急入院料においては短期の平均在院日数のためにこの基準が必要であるが、合併症加療においては、精神科と一般科の医師が重複して診療する必要があるため高濃度の医師数が求められる。当然、この基準に対して加算があるべきである。医師数には必須として内科医などの一般科医師が含まれるべきである。認知症患者の合併症の治療は内科医を中心とする一般科医師と精神科医師の協働作業によるべきである。そして、ハードにおいても配管設備、CT、X線、モニター、エコー、消化器内視鏡、IVH、胃ろう等の設備が装備される必要があろう。

まとめ

- ①BPSD対応の認知症病棟は、重症度により分類・分離、機能分化することが望ましい。
- ②中核症状の高度の進行に対応した長期対応の最重症病棟が必要である。長期入院と維持期リハビリに対応するため、老人性認知症疾患療養病棟（介護保険適用）が存続されることが望ましい。
- ③合併症加療病棟は包括化せず、出来高として、精神一般病棟に精神科医だけでなく内科医を中心とする一般科医師を配置して医師数は16対1、32対1などの配置基準と一般科医師の配置加算が求められる。身体合併症病棟（MPUs）の創設が望まれる。

文献

- 1) Alberque C, Gex-Fabry M, Whitaker-Clinch B, et al : The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit : a European experience. *Psychosomatics* 50 (4): 354-361, 2009.
- 2) 浅野弘毅, 栗田主一, 近藤 等 : 認知症患者センターと救急医療. *老年精神医学雑誌* 18 : 1170-1175, 2007
- 3) Dickey B, Normand SL, Weiss RD, et al : Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 53 : 861-867, 2002.
- 4) Fillit H, Hill JW, Futterman R : Health care utilization and costs of Alzheimer's disease : the role of co-morbid conditions, disease stage, and pharmacotherapy. *Fam Med* 34 (7): 528-535, 2002.
- 5) Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell CJ : Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 17 (1): 26-31, 1995.
- 6) Goldman LS : Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep* 2 : 256-263, 2000.
- 7) Hill JW, Futterman R, Duttagupta S, et al : Alzheimer's disease and related dementias increase costs of comorbidities in managed Medicare. *Neurology* 58 (1): 62-70, 2002.
- 8) Hill JW, Futterman R, Mastey V, Fillit H : The effect of donepezil therapy on health costs in

- a Medicare managed care plan. *Manag Care Interface* 15 (3): 63-70, 2002.
- 9) Kishi Y, Kathol RG : Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics* 40 (4): 345-355, 1999.
- 10) 栗田主一, 渡 路子 : 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療—新たな政策提言に向けて. *老年精神医学雑誌* 18 : 1210 - 1214, 2007.
- 11) Maier AB, Wächtler C, Hofmann W : Combined medical-psychiatric inpatient units : evaluation of the Centre for the Elderly. *Z Gerontol Geriatr* 40 (4): 268-274, 2007.
- 12) Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, et al : A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess* 11 (15): 1-157, 2007.
- 13) 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. *老年精神医学雑誌* 18 : 1176 - 1183, 2007.
- 14) 三根浩一郎 : 認知症専門病棟の歴史と今後の課題. *日精協誌* 28 (4) : 31 - 38, 2009.
- 15) Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, et al : Prevalence and Impact of Medical Comorbidity in Alzheimer's Disease. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences* 57 : 173-177, 2002.
- 16) 鮫島 健, 他 : 老人性痴呆症疾患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.
- 17) 第17回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 : 認知症について. 2009.5.21
- 18) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 : 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 2009.9.24

特集 これからの精神科病院の経営戦略
—病院の機能をどのように生かすのか—

慢性期医療を中心とする病院の経営戦略

広島 メープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

日本精神科病院協会雑誌
2010 Vol. 29 No. 4

創造出版

慢性期医療を中心とする病院の経営戦略*

広島 メープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

Key Words**: 慢性期医療、認知症病棟、リハビリテーション病棟、慢性期重症療養病床、地域移行

はじめに

平成16年9月、「精神保健福祉の改革ビジョン」が作成され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が打ち出された。改革ビジョンの10年計画の中間点に当たることから、平成21年9月、今後の精神保健福祉医療のあり方等に関する検討会が「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（以下、「更なる改革に向けて」という）を発表した。これは統合失調症患者の地域移行を促進することにより、目標値を定めて病床削減を図り、他の疾患に対する専門医療や精神科救急、地域における保健医療福祉体制などの充実を目的としている。救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化、在宅医療の充実をうたい、そのために人員基準の充実を目指し、最も必要な分野に重点的に医療従事者を確保している。さらに医療法に基づいて、人員配置基準について精神病床の看護配置の経過措置の見直しにふれていることは見落とせない。

地域移行のための制度が十分に整備されていない現段階において、病床削減の目標値を設定して地域移行を促進する方法論に対しては、広島県においてみられたように患者に重大な被害を及ぼす危惧が持たれ異論があるが¹⁾、本論においてはこの報告に基づいて慢性期医療を中心とする病院の経営戦略について考察したい。急性期医療へのシフト、統合失調症長期入院患者の地域移行の促進、統合失調症入院医療ニーズの減少、認知症、感情障害の増加などによる疾病構造の変化などから、慢性期入院医療は大きな変革を迫られている。一般的な慢性期医療を中心とする病院の生き残りのための経営方策と、大多数を占める統合失調症慢性期病床のこれからのあり

方と変化の方向性について述べたい。

入院医療のこれからのあり方

上記の課題については、すでに日本精神科病院協会が平成15年「精神医療のあり方基本計画」⁴⁾（以下、「あり方基本計画」という）を提出し、さらに平成16年「基本計画推進協議会」報告書³⁾を取りまとめ、以後、医療制度の部分的な変更がみられたが、基本的には最も現実的かつ適切と思われる回答を出している。すなわち、①短期・集中治療を目的とし回復期を含む6ヵ月までの急性期治療病床、②New Long Stayを防止するため、より高密度のリハビリテーションを入院後3年を目途に行うリハビリテーション病床、③長期重症者の療養を目的とする期間制限のない慢性重症療養病棟、④これまでの治療機能をさらに高めた老人性痴呆疾患治療病床、⑤その他の専門病床を提案し、病院機能の累計として、①基本形（統合失調症治療モデル型）、②痴呆分化型、③神経症・うつ病分化型、④薬物・AL分化型、⑤社会復帰分化型の5種類を提示し、その組み合わせパターンを例示している。

慢性期医療を中心とした病院のこれからの方向性

図1にみられるように、精神科医療におけるこれからの中心的課題は統合失調症に対する急性期医療とそれに対応した地域医療、認知症のBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)と身体合併症への対応である。

急性期医療へのシフトが求められ、それが必要かつ重要であることが理解されても、地域特性、とく

*Hospital management strategy centered around long term care medicine

**long term care medicine, dementia care unit, rehabilitation unit, convalescent unit for ill long term care patients, transition to home

図1 精神保健医療体系に関する検討【論点整理】

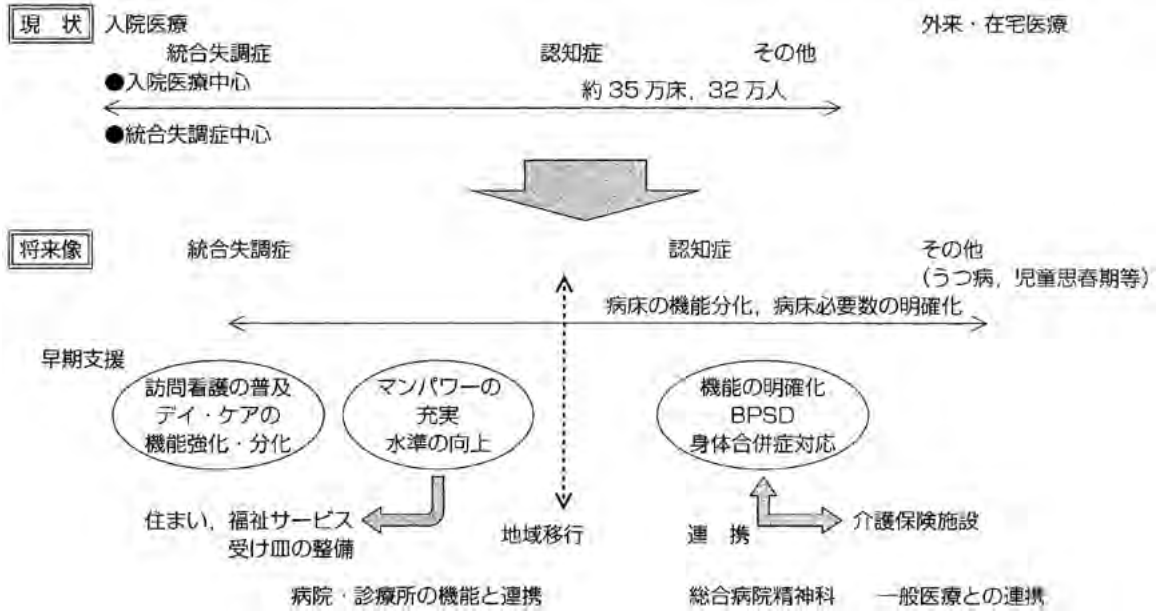
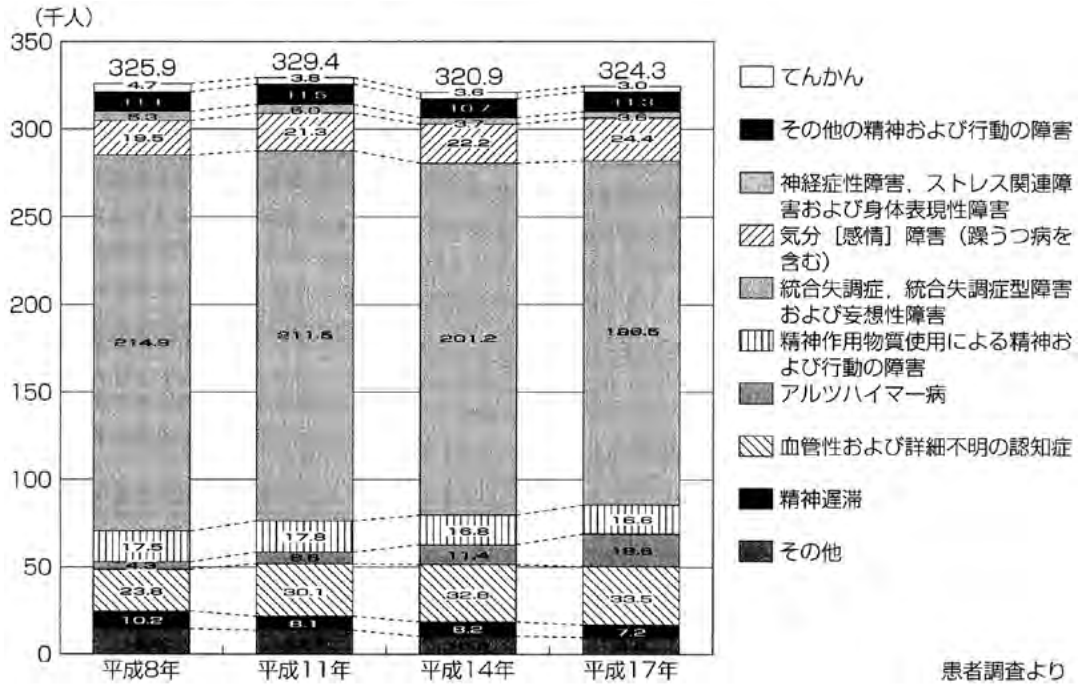


図2 精神病床入院患者の疾病別内訳



に大都市ではなく、人口の少ない地方にある場合や病院規模によっては急性期医療を中心とすることは困難であることが多いと思われる。短い平均在院日数の維持のためには病棟の規模に応じた必要新規入院患者数を確保しなければならず、また、病棟別ではなく病床別による機能分化の議論が進んでいない現状においては、一般的に急性期治療病棟などの選択は困難であることが多い。児童・思春期やアルコー

ル・薬物依存などの専門病棟の選択もその専門性から限られたものとなる。

1. 認知症医療への転換について

疾病構造の変化としては、図2にみられるように感情障害とアルツハイマーなどの認知症の増加がみられている。感情障害に対しては、ストレスケア病棟を中心として専門的に分化されるのが望ましい。

図3 メープルヒル病院病棟概要図

本館6階 心理室・展望浴場			
本館5階 老人性認知症疾患療養病棟 (介護50床)	50床		
本館4階 精神療養病棟1	50床	新館4階 認知症病棟1	48床
本館3階 精神療養病棟1	50床	新館3階 療養病棟(内科)	48床
本館2階 精神一般病床(特殊疾患管理加算)	50床	新館2階 リハビリセンター・浴室・特浴	別館2階 介護療養型(I)(介護42床) ユニットケア型病棟
本館1階 ロビー 管理部門 医局・薬局・事務室・地域連携室他 レストランテ・アーチェロ		新館1階 ロビー	別館1階 ロビー・調理室・給食事務室

超高齢社会の進行に伴い、認知症は新規発症の大幅な増加が予想されている。在宅と施設のつながり、医療と介護の連携、器質的変化と心理的変化の双方などに最もよく対応できるのはわれわれ民間精神科病院であり、病床利用率の低下⁵⁾も認知症に対する入院医療の拡充強化により補い、入院医療による社会貢献ができるであろう。

統合失調症の入院ニーズの減少と精神療養病棟のシェアの低下が予想されたため、当法人は図3にみられるように2回にわたり精神一般、精神療養病棟から48床ずつ合計96床を減床して認知症病棟を新築して病床転換をした。同時に内科療養病棟をおのおの合築し高齢者医療へのシフトを行った。その後の経過をみると、地域の医療ニーズからみて精神一般、精神療養病棟のみでは病床稼働率は維持できていなかったと思われる。

認知症への対応については、単に空床となった精神療養病棟を埋めるだけでは質の向上につながらず、他の介護保険施設に対する競争力を持っていない。認知症の場合は、その施設処遇の制度設立の経緯から介護保険対応のシェアが大きく、介護保険施設との競争となる。医療の必要な重度の患者の介護保険施設への入所もみられ疑問が持たれるが、これに対しては医療機能の重要性を示していく必要がある。また、競争力の確保という意味だけでなく、質の向上に努力しなければ診療報酬の適正化に対抗できない。介護保険施設は、アメニティ向上とバリアフリーなど高齢者特性に対応して努力しており、これをし

のぐ必要がある。ソフトにおいては認知症病棟の質の向上のためには、以下のように機能分化²⁾を図る必要がある。

- ①BPSD対応のためには、重症度により分類・分離を図る。
- ②中核症状の高度の進行に対応した長期対応の最重症病棟が必要である。
- ③身体合併症病棟(Medical psychiatric units: MPUs)として、精神一般病棟(出来高)に一般科医師を16:1、32:1などに配置して配置加算により内科機能の充実を図る。

上記のようにハード・ソフトの質の向上に努力し、介護保険施設が持たない機能を充実させて他の介護保険施設に対して競争力を持つことが必要である。今後の認知症患者数の増加を考えれば、認知症病棟への転換はいまだ時期を失っていない。ニーズのある所に事業機会があるのだから、認知症医療と支援に転換し、その質の向上に努力していくことが、慢性期医療を中心とした病院が存続していく1つの選択肢であろう。また、日精協は認知症患者の増加に鑑み、認知症病棟の病床数の増加を主張していくべきであろう。認知症病棟の機能分化が進めば入院医療は地域医療と認知症患者の地域生活をよりサポートするものとなる。入院医療と地域医療は決して相対立するものではなく、認知症病棟への早期入退院により地域生活における認知症患者のQOLも保たれる²⁾。

図4 統合失調症による精神病床入院患者のうち「近い将来退院の可能性はない」患者の退院できない理由（医療機関による回答）



長期入院患者に対する病床（棟）のこれからのあり方

長期入院患者については、その大部分を占める統合失調症患者の地域移行をさらに促進するなどして、病床数の適正化を図ることが基本とされている。長期入院の主たる施設である精神療養病床（棟）については、あり方基本計画において「急性期治療後の療養を目的とするが、New Long Stayを防ぐためにより高密度のリハビリテーションが実施される「リハビリテーション病床（おおむね入院後3年間）」と、長期重症者の療養を目的とする「慢性重症療養病床」に分けることができる。いずれの病棟においてもその目的を達成するためには専門スタッフ（作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士等）の配置が不可欠である」として2種の病床に分類することを提案している。

リハビリテーション病床を、New Long Stay対策としておおむね入院後3年間として入院年数により区切っている。地域移行の趣旨に鑑みると、長期入院患者のなかにはこれまでリハビリの不十分であった群が存在することも推測され、Old Long Stay対策も重要であり入院年数により分類せず、精神症状・能力障害2軸評価と生活障害評価により患者群を①リハビリテーション病床と、②慢性重症療養病床に分けるのがよいと思われる。

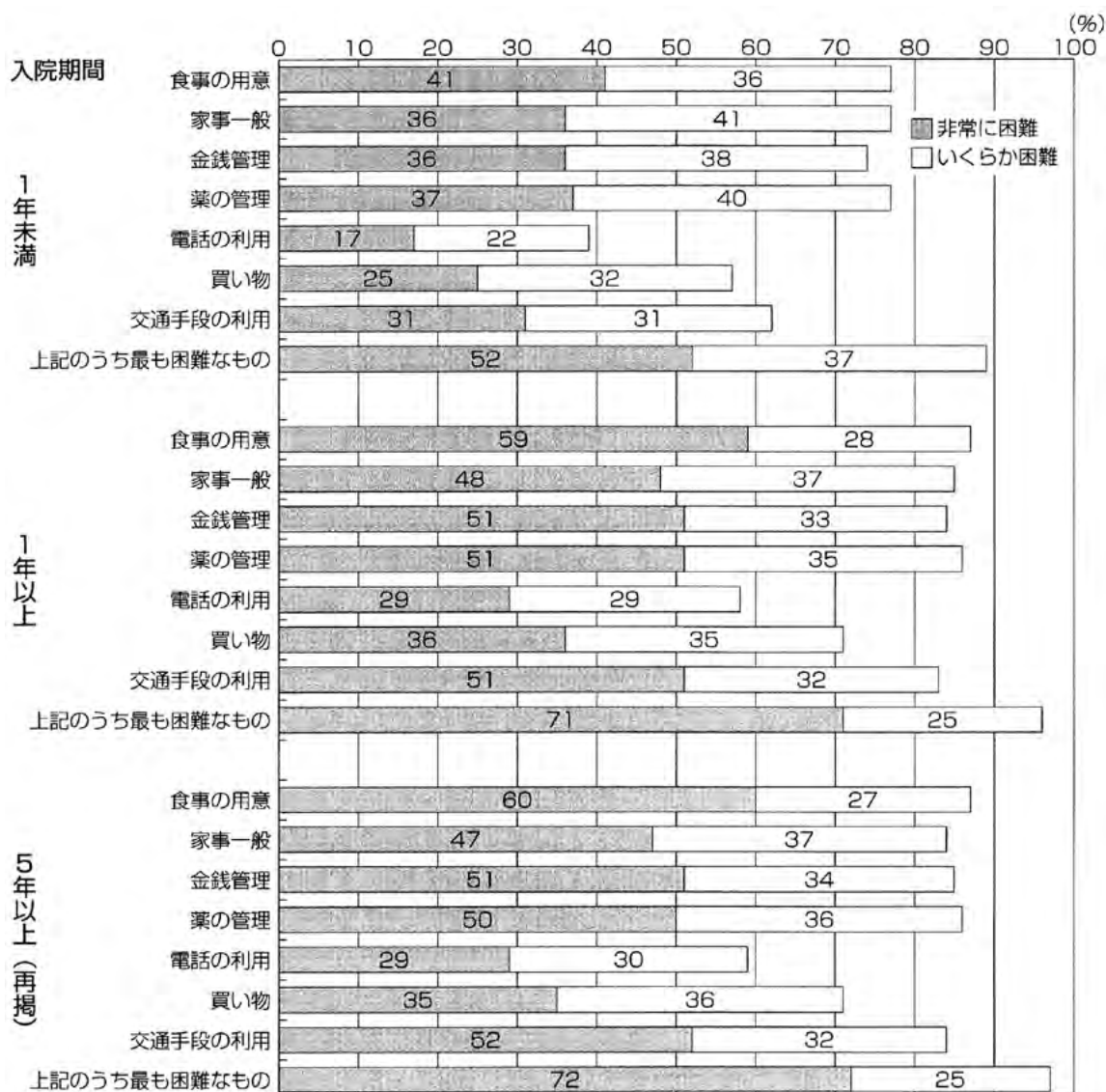
1. リハビリテーション病床について

長期入院患者の退院を困難にしている主たる要因

は、図4にみられるようにセルフケア能力の欠如と重度の精神症状である。このうちIADLの障害は、図5のように入院期間が長期化するほど重度化している。これに対するリハビリは、これまでのOTをさらに充実させて認知症病棟と同様に病棟にOTRを専従とすることによるリハビリの充実が求められる。また、病棟生活における大部分の時間が生活リハビリとして役立つような病棟内のケアマネジメントが重要である。図5に例示するIADLが向上しないと地域生活が困難であり、そのためのリハビリメニューが必要である。しかしながらご承知のとおり、長期入院患者の多くに自閉・閉じこもりを含め他者との交流・コミュニケーション能力の低下がみられる。まずこの回復と生活自立支援を目的としたケアマネジメントが求められる。

平成19年広島県精神科病院協会は、広島県の4つの会員病院において、精神療養病棟の看護介護等のコメディカルのケア時間の24時間タイムスタディ⁶⁾を行った。この調査のため当法人においては表1の日本精神科看護協会の精神科看護度（看護観察の程度・生活の自立度）により、当該病棟入院患者を保護室入室者を含め5つのグループに分けた。保護室入室者はさらに2つのグループに分けグループごとにケアマネジメントを行った。このケア時間の結果が表2である。ケアマネジメント方式を採用した当法人の結果が表2のCである。この結果からわかるようにケアマネジメントによらないと、多くのケア時間を確保することはできない。「更なる改革に向

図5 統合失調症による精神病床入院患者のIADLの困難度（入院期間別）



けて」において、精神病床においては個々の患者の精神症状等の状態像やケアに要する手間等による評価体系とはなっていないという指摘がされている。

平成22年度診療報酬改定においても、精神療養病床について一律の評価を見直し重症度に応じたGAFスコアによる加算の新設がみられた。今後予想される診療報酬は、精神症状と障害を評価し、これに対してタイムスタディを行い、どの程度の看護介護等のケア時間をかけたかにより、支払い方式が決定されるようになるのではないかと考えられる。多くのケア時間をかけIADLの改善を図る体制を作らなければ、診療報酬の適正化に対抗することができないと思われる。OT、SST等を中心としたリハビリの充実と病棟内ケアマネジメントの導入が必要と思われる。

2. 慢性重症療養病床（棟）について

重度の精神症状と高度の能力障害・生活障害の患者群が対象である。おそらく脳内における不可逆的な変化があり、そのために著しい改善は望めず、常に医療と看護の支援を要することにより生活が可能となっている。他者との交流・コミュニケーション能力の改善と、生活支援のために前述したリハビリ病床におけるのと同様のケアマネジメントが必要である。今後長期入院患者も高齢者となるため、また、長期に及ぶ入院のため、生活の場としての環境整備が必要である。認知症病棟と同様に多床室は4床/室、8㎡以上/床としてカーテンなどによりプライバシーに配慮された環境が望ましい。精神療養病床に対するこれからの施策は保健施設への移行などを含め、内科療養病床に対する施策に準じて行われる

表1
精神科看護度（生活の自立度）

生活の自立度	生活状況	看護援助
	①移動 ②食事 ③排泄 ④清潔 ⑤身だしなみ ⑥身辺の整理 ⑦意思の疎通 ⑧対人関係 ⑨活動への参加 ⑩行動	
I	自分ではできない	全面的な介助を行う 複数対応が必要
II	自分でできることもあるが、できないことが多い	部分的な介助及び繰り返してきて働きかけや指導を行う
III	自分のことは大体できるが、自主的な行動には問題が残されている	必要により、日常生活面の指導・援助を行う 社会適応に向けて活動を展開し、必要な助言や指導を行う
IV	自主的な行動がかなりとれるが、社会適応には問題が残されている	社会復帰に向けて、計画的な活動を展開し、状況に応じて適切な行動がとれるよう援助する

精神科看護度（看護観察の程度）

看護観察の程度	症状・問題行動	身体的な症状・問題の程度	精神症状・問題行動・異常行動の程度
A 常時観察を要する		重症患者 ・急性心不全、呼吸不全、出血等によるショック状態、全身火傷、脊椎損傷等の緊急状態 ・意識障害、呼吸困難、一般状態の悪化、重篤な状態 ・レスピレーター、モニター使用、気管切開、気管挿管、酸素吸入、持続点滴等を装着している 手術直後の患者 ・全身麻酔手術後の要観察期 医療・看護処置が複雑な患者 ・持続点滴で薬物治療をしている ・つきっきりの検査を要する ・誤飲や嚥下困難で気道閉鎖を度々起こしている 意識障害の高度な患者 ・昏睡状態、半昏睡、朦朧状態等 悪性症候群の患者	精神障害の高度な患者 ・自殺が切迫している ・けいれんの重積発作がある ・せん妄状態・錯乱状態・もうろう状態 ・離脱症状が出ている ・失見当識・昼夜の区別が不能である ・興奮状態・不穏状態が激しい ・自傷行為・他者への攻撃性・脅迫が激しい ・放火・弄火の恐れがある ・性的逸脱行為が激しい ・頻繁にトラブルを起こす ・水分を過剰摂取している（水中毒） ・昏迷状態 隔離・身体的拘束をいている患者 鑑定入院の患者 入院1週間以内の患者
B 断続的な観察 おおむね1～2時間 毎の観察		重症患者に準じ、要注意の患者 ・まだ状態が不安定で急変の恐れがある ・病状が進行し、衰弱が著明である ・症状は安定しているが、医療・看護処置を多く必要とする ・意識混濁がある ・運動麻痺があり自力では動けない ・言語障害でコミュニケーションが十分取れない ・意識障害、気管切開等で意思の伝達が出来ない ・失禁がある ・感染予防のために隔離している 術後の患者 ・全身麻酔後の回復期にある ・腰椎麻酔後から翌朝まで 特殊撮影または生検後の患者 ・パーキンソン症状等による歩行困難がある場合	精神障害の中程度の患者 ・自殺念慮がある ・時折興奮状態を呈する ・不安・徘徊・不眠が激しい ・時々けいれんを起こす ・拒食・拒薬が著しい ・弄便・放尿等の不潔行為がある ・異食・盗食がある ・時に、トラブルを起こす ・時に、たかり・いじめ・脅しをする ・心氣的・病的体験にもとづく訴えが多い ・無為無欲無気力な状態 ・感情や身体的苦痛等を訴えることが出来ない ・意志の疎通が困難
C 継続した観察は特に 必要がない 日より長く間隔をあ けた観察		軽症の患者 ・運動・視力・言語等に障害があっても、あまり不自由がない ・術後の回復期 ・治療上の規制がある	精神障害の軽度の患者 ・症状は安定しているがBの状態がまれに見られる ・自発的な行動があまりみられない ・集中的・持続的な行動がとれない ・対人関係が円滑でない

表2 ケアの分類と量

(ケアコードの上位10位、網かけは上位3位までを示す)

A			B			C			D		
ケアコード	計	%	ケアコード	計	%	ケアコード	計	%	ケアコード	計	%
011: 対象者に関する こと(連絡調整)	24,861	36.3	011: 対象者に関する こと(連絡調整)	797	5.1	011: 対象者に関する こと(連絡調整)	18,869	9.9	011: 対象者に関する こと(連絡調整)	28,800	38.9
012: 対象者に関する こと(記録・文書作成)	23,971	35	012: 対象者に関する こと(記録・文書作成)	782	5	012: 対象者に関する こと(記録・文書作成)	26,480	13.9	012: 対象者に関する こと(記録・文書作成)	5,503	7.4
013: 対象者に関する こと(入院(所)者の 病棟等環境整備・掃除 (職員に関する場所・ 病室(居室)内を除く)	421	0.6	213: 敷地内の移動 (介助)	529	3.4	013: 対象者に関する こと(入院(所)者の 病棟等環境整備・掃除 (職員に関する場所・ 病室(居室)内を除く)	25,807	13.5	015: 対象者に関する こと(巡回・見渡し)	12,823	17.3
015: 対象者に関する こと(巡回・見渡し)	9,562	14	614: 行事、 クラブ活動(見守り等)	740	4.8	015: 対象者に関する こと(巡回・見渡し)	29,370	15.4	341: 摂食 (準備)	3,006	4.1
341: 摂食 (準備)	292	0.4	899: 医療 (その他)	375	2.4	341: 摂食 (準備)	10,444	5.5	344: 摂食 (見守り等)	2,712	3.7
811: 薬剤 の使用(準備)	663	1	913: 基本 日常生活訓練(実施、 評価、デモンストレー ション)	816	5.3	345: 摂食 (後始末)	4,131	2.2	811: 薬剤 の使用(準備)	1,675	2.3
843: 観察・ 測定・検査 (実施)	350	0.5	921: 応用 日常生活訓練(準備)	718	4.6	613: 行事、 クラブ活動(実施・評 価・介助)	4,565	2.4	843: 観察・ 測定・検査 (実施)	1,914	2.6
863: 病気の 症状への 対応(実施)	350	0.5	923: 応用 日常生活訓練(実施、 評価、デモンストレー ション)	3,209	20.7	614: 行事、 クラブ活動(見守り等)	13,864	7.3	861: 病気の 症状への 対応(準備)	980	1.3
923: 応用 日常生活訓練(実施、 評価、デモンストレー ション)	3,840	5.6	924: 応用 日常生活訓練(見守り 等)	1,371	8.8	811: 薬剤 の使用(準備)	9,842	5.2	863: 病気の 症状への 対応(実施)	3,624	4.9
924: 応用 日常生活訓練(見守り 等)	893	1.3	941: スポー ツ訓練(準備)	992	6.4	853: 指導・ 助言(誘いかけ・拒否 時の説明)	3,930	2.1	924: 応用 日常生活訓練(見守り 等)	1,940	2.6
Top10計	65,203	95.2	Top10計	10,329	66.5	Top10計	147,302	77.4	Top10計	62,977	85.1
合計	68,482	100	合計	15,495	100	合計	190,699	100	合計	74,552	100

(ケアの量がケア時間を示す)

ように思われる。

内科療養病床の基準と病床削減政策に鑑みると、保護室を病床指定せず一時的な使用を原則とする観察室とすることが、施策の一環として迫られる時期がくるかもしれない。もしそうなれば観察室使用時にも自分の居場所・ベッドが病棟内に確保されていることが求められるであろう。統合失調症患者も国民としての権利を平等に有しているのであるから、リハビリテーション病床、慢性重症療養病床ともに、認知症病棟と同様のアメニティ、施設基準を要求されるであろう。

すでに病床削減が基本的政策であるから、この政策範囲のなかで環境・医療水準の向上に努力し、また、経済的にもこの努力が成立するよう要求していくことが必要である。上記の施策が診療報酬の配慮によって可能となり、病棟が適切に運営されるものでなければならぬことは当然である。慢性期医療の質の向上のためにはそれに相当した診療報酬の確保が必要であることは言うまでもない。

急性期・地域医療体制と慢性期医療のあり方について

精神疾患とその障害であれ、他の医学領域の疾患であれ、全症例が急性期において十分に軽快・治癒し地域医療へと引き継がれるものではない。遷延化・重症化する症例は必ずあり、慢性期医療は後急性期治療（Post Acute Therapy）として重要である。短い平均在院日数が求められる急性期医療が成り立つためには充実した慢性期医療が必要である。

医療経済の見地からの過度の急性期医療への偏重がもたらす弊害は、アメリカの医療事情からよく理解される。アメリカにおいてはきわめて短期の急性期医療の後に軽快・治癒の有無にかかわらず、ただちに在宅医療となることがあらゆる医療領域において患者の大きな負担となっている。

日本は医療費抑制を主たる動機の1つとして、急性期医療重視に向かおうとしている。診療報酬改定において急性期医療費のアップと慢性期医療費の削減が繰り返されている。慢性期医療が荒廃すればその被害は患者と家族に及ぶ。診療報酬と施設基準の低い劣悪で安価な施設化には反対していかなければならない。これまでの慢性期医療のあり方を反省し、

充実した慢性期医療へと改善する努力をしていくことが重要である。

なお、病棟転換型社会復帰施設等については誌面の都合により今回は言及しない。

まとめ

1. 慢性期医療を中心とした病院の存続のためには認知症病棟への転換を図り、認知症の医療と支援を専門的に行っていくことが選択肢の1つと考えられる。
2. 精神療養病棟は精神症状・能力障害2軸評価と生活障害評価によりリハビリテーション病床と慢性重症療養病床に分け、リハビリテーション病床はOT、SST等によるリハビリの充実と病棟内ケアマネジメントによりIADLの向上を図ることが必要である。
慢性重症療養病床は生活の場としてのアメニティの向上が求められる。
3. 慢性期医療は後急性期治療（Post Acute Therapy）として重要であり、充実した慢性期医療への改善の努力が重要であると思われる。

文献

- 1) 石井知行：普及型ACT-Jステーションおよび自立支援法・精神障害分野の精神保健福祉法への移行について。日精協誌 28 (3)：15-23, 2009.
- 2) 石井知行：精神科病床における認知症病棟の機能分化～特に身体合併症病棟について。日精協誌 28 (10)：63-68, 2009.
- 3) 日本精神科病院協会：「基本計画推進協議会」報告書。2004.
- 4) 日本精神科病院協会：これからの精神医療のあり方基本計画。2003.
- 5) 日本精神科病院協会：平成19年度日本精神科病院協会医療経済実態調査報告。2008.
- 6) 津久江一郎：平成18年度厚生労働科学研究費補助金「障害者自立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.

特集 平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けて
精神科病棟と介護保険の現状

精神科領域における医療と介護の 機能分化について

広島 マーブルヒル病院 理事長・院長
石井 知行

日本精神科病院協会雑誌
2011 Vol. 30 No. 5

創造出版

精神科領域における医療と介護の機能分化について

広島 メープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

Key Words**: 身体-精神合併症病棟、認知症治療病棟、障害程度区分、支援必要度区分

はじめに

平成24年における診療報酬と介護報酬の同時改定が近づくにつれ、医療と介護はどのように機能分化し連携していくのか、診療報酬と介護報酬の整合性、連続性はどのように図られるのかが課題となっている。しかしながら改めていうまでもなく、どのような急性期においても患者には生活があるのだから、介護の要素があり、また、介護期においても医療の要素があり、本来は密接不可分である(図1)。現在、一般病床・療養病床という病床区分がなされているが、病床だけでなく施設や在宅までを医療の流れとして捉えると、時期により急性期・慢性期・介護期に区分する考え方が必要である(図2)。内科療養病床の医療・介護提供体制の試案がある(図3)。精神科における病棟機能分化についての研究^{2,3,5,6,10)}や議論も行われており、認知症医療と認知症以外の精神科一般医療の機能分化について検討した(表1)。この表において、精神科一般医療については現行病棟を分類した。認知症は医学的には緩徐かつ非可逆的に進行する疾患であるが、発病からの時期と重症度とにより認知症患者は、一時的なBehavioral and Symptoms of Dementia (BPSD)の憎悪等を改善するための短期間の入院加療を必要とする群・比較的長期間の入院を必要とする群・さらに中核症状が進行した長期間の療養を必要とする最重度の群に区分される。このため認知症医療においては、本来は急性・慢性という概念はなじまないが、上記の趣旨から一般医療と同様に、医療的に、急性期、慢性期による区分のあり方を提唱した。また、それぞれの報酬は、精神科一般の介護期は障害者自立支援法の障害程度区分により、認知症は介護保険の要介護認定によっているが、この是非につい

ても検討した。

精神科一般医療について

かつて不祥事が発生し、精神科医療が劣悪であるとは非難を受けた時代があり、その当時は改善を意図してもきわめて低廉な精神科医療費のためにハード・ソフトともに、その充実が困難であった。しかしながら、質の向上のために専門病棟を確立し、表2のように病棟機能分化を図ってきたのが最近の経緯であり、児童・思春期障害やアルコール・薬物症などにも専門的に対応できるようになってきている。

しかし、これからの医療は病期に応じた効率的で良質な加療が求められ、高騰する医療費の削減のため漫然として病床を使用することは許されなくなる。入院医療はどのような時期においても患者の地域生活への出来るだけ早い復帰を目的としていることを明確にする必要がある。

このような状況において、急性期医療がますます重要となることは論をまたない。より早期の地域生活への移行と医療費削減のためのより効率的で良質な急性期医療の追求により、在院日数の短縮化が図られるようになるであろう。

しかしながら、すべての医療領域の疾患において、全症例が急性期において十分に軽快・治癒するものではない。必ず遷延化・重症化する症例があり、慢性期医療は後急性期治療(Post Acute Therapy)として重要である。在院日数の短縮のために、より重度でより急性期に近い症例が慢性期病棟へと移行してくるため、充実した慢性期医療が必要である。また、充実した慢性期医療のあり方への模索と努力⁷⁾が重要である。つまり、急性期医療の充実のためには、より充実した慢性期医療が求められる。

**medical-psychiatric unit, dementia special care unit, classification of disability levels, classification of support requirement

図1 医療と介護の関与度



図2 これからの医療の流れ

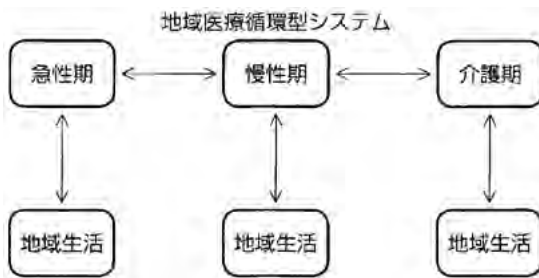
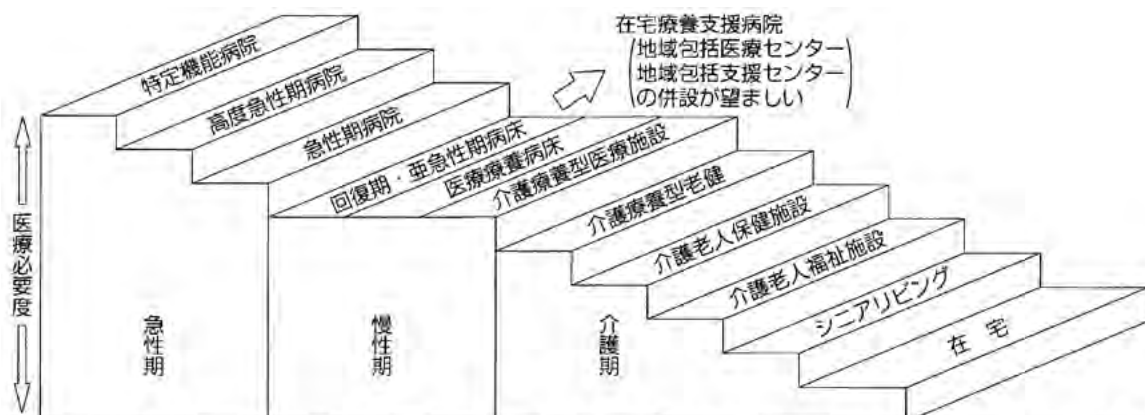


図3 医療・介護提供体制



病院は病院病床を統一し、平均在院日数、病床面積、医療専門職配置数の3つの主要素の優劣、介護保険施設は、医療関与度で報酬上の傾斜をつけるべきである。そうすれば、急性期医療から介護保険施設、在宅まで一本筋の通った道ができる。慢性期医療はこの階段の踊り場に位置する。

(2009年3月 武久洋三試案)

表1 精神科における病棟機能分化
精神一般医療

急性期	慢性期	介護期
<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急1 ・精神科救急2 ・精神科急性期治療病棟1 ・精神科急性期治療病棟2 ・精神科救急・合併症 ・アルコール・薬物専門病棟 ・急性期入院対象者入院 医学管理料（医療観察法） など 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神一般病棟 ・精神療養病棟 ・回復期入院対象者入院 医学管理料（医療観察法）など 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者生活訓練施設 ・精神障害者福祉ホーム施設 （・精神保健施設） （・精神福祉施設） ・社会復帰入院対象者入院 医学管理料（医療観察法）など （障害者自立支援法）

身体－精神合併症病棟（MPU）

認知症医療

急性期	慢性期	介護期
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症治療病棟A 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症治療病棟B 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人性認知症疾患療養病棟 ・介護老人保健施設 ・認知症グループホーム （介護保険） など

身体－精神合併症認知症対応病棟（MPU-D）

1. 精神科一般医療の機能分化について

わが国の精神科病床数が諸外国と比較して多すぎることが、図4にみられるようによく指摘されている。そして、受け入れ条件が整えば退院可能な患者の地域移行が政策課題となっている¹⁷⁾。しかし、図4において精神科病床数と居住施設入所者数を合計すると、諸外国とわが国は大差がない。統合失調症においては、精神症状は比較的安定しているが、認知障害のために生活障害が顕著であり、社会生活への適応のためのリハビリが必要な患者群が多数存在している¹⁵⁾。日本精神科病院協会（以下、日精協という）山崎学会長が、この患者群に対する病床転換を主張しているが、この時期は生活に対する支援・介助や生活リハビリが中心であるため、介護期にあるといえる。介護期においても、リハビリや福祉サービスにより、地域生活への移行を目標とすることは当然であるが、図2と表1の各期において地域生活へと移行できなかった症例は、より右側のステージへ移行し、憎悪した場合はその逆となる。

2. 精神障害に対する障害程度区分について

精神科一般医療の介護期における障害程度区分の不合理性については、筆者が「広島県における精神療養病棟入院患者の障害程度区分による実態調査」⁹⁾において指摘した。障害者自立支援法制定の経緯を簡便に述べると、平成18年障害者自立支援法制定にあたり、3障害一元化という概念が提唱された。当時は、他の2障害に比して遅れた精神障害者福祉が、他の障害者福祉なみに改善されるという期待が持たれた。しかし、障害程度区分による精神障害の評価は、他の2障害に比して低い評価であった⁹⁾。また、3障害一元化という概念は、障害者特性の本質的違いを無視している。精神疾患の特性は、症状と障害の不可分性と症状の易変性にあり、ほかの2障害においては、基本的に精神疾患にみられるような症状の障害との不可分性と易変性はみられない。

当時の与党（自民党）の「与党障害者自立支援法に関するプロジェクトチーム」¹⁹⁾において、障害者施策としてのあるべきしくみを考察することが提起され、さらに、平成21年3月障害者自立支援法の

表2 精神科専門病棟

名称
精神科救急入院料1
精神科救急入院料2
精神科急性期治療病棟入院料1
精神科急性期治療病棟入院料2
精神療養病棟入院料
児童・思春期精神科入院医療施設管理加算（出来高）
アルコール・薬物専門病棟（出来高・非加算）
精神科救急・合併症入院料（出来高・非加算）
認知症病棟入院料1
認知症病棟入院料2
老人性認知症疾患療養病棟（介護保険法）
特殊疾患入院施設管理加算
急性期入院対象者入院医学管理料（医療観察法）
回復期入院対象者入院医学管理料（医療観察法）
社会復帰期入院対象者入院医学管理料（医療観察法） （緩和ケア病棟）

改正案が閣議決定された。これによって「障害程度区分」の名称を「障害支援区分」に変更し、「障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示す」とされた（表3）。

これに伴い、日精協・政策委員会に「障害程度見直し検討部会」が設立され、以下の基本的事項が確認されたので、引用する。

○精神障害の特定…

- ①精神障害者の状態は固定したものではなく、些細な環境要因により変動するなどにより、実際の支援必要量は判定時の区分ではカバーできない。

②「見守り」支援でも、うつ状態の自殺予防に配慮した見守りと金銭管理のそれでは支援員の支援ストレス強度は異なり、時間では支援必要度を表現できない。

○障害程度区分は「支援必要度区分」に基づいて…
障害程度区分は、精神障害者が地域で普通に暮らすのに必要な支援の必要度に基づいて設定されるべき。また、支援者らによる「支援計画」と連動した区分として設定されるべき。

○福祉サービスは介護サービスに還元できない…
介護保険は高齢者のADLの代理行為（介護）と補助（介助）という介護サービスを対象とする。障害福祉サービスはそれに限定されず、普通に暮らすために必要な援助をニーズに基づいて提供する。

これに基づいて、日精協版「1次判定見直し方式の検討～実務経験専門職員（PSW、看護職員等）による“重み付け”支援必要度判断の導入～」においては以下の方針に基づいて調査が行われることとなった。

○厚労省の「障害程度区分見直し」案は、タイムスタディに基づく時間によって区分判定するもので、時間のみでは測定不能な支援は評価されない。

○支援実務を担っているPSWや看護職等の専門職によって、支援必要度および障害程度区分をその臨床的経験を根拠に判断してもらい、多数の判断によって精度を確保する方式を検討する。

（以上、障害程度区分の抜本的な見直しについて「障害程度区分検討部会」より引用）

図4 諸外国における精神科病床、居住施設入所者数とわが国の比較

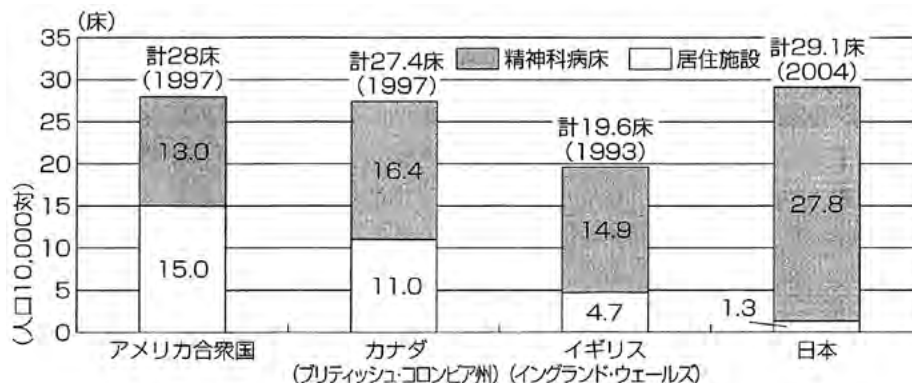
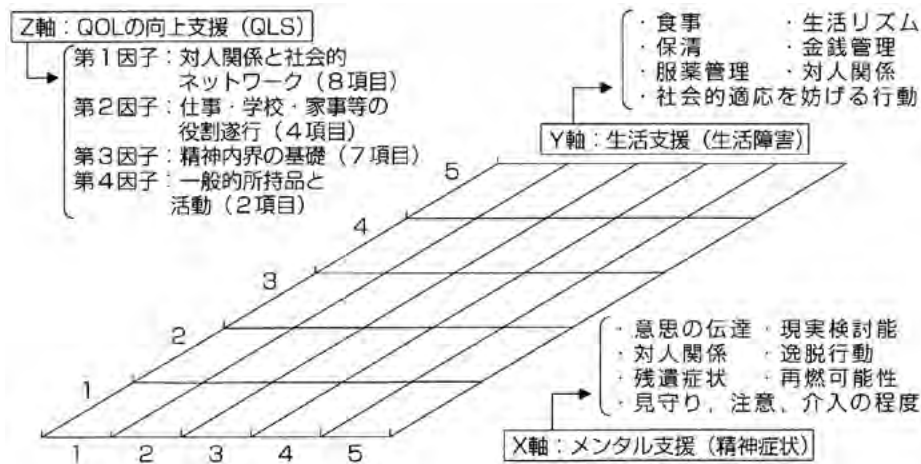


表3 障害者自立支援法等の一部を改正する法律案の概要

<p>①利用者負担の見直し 利用者負担について、応能負担を原則に 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減</p> <p>②障害者の範囲および障害程度区分の見直し 発達障害が障害者自立支援法の対象になることを明確化 障害程度区分の名称と定義の見直し (※障害程度区分そのものについても障害の多様な特性をふまえて抜本的に見直し)</p> <p>③相談支援の充実 相談支援体制の強化(市町村に総合的な相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置づけ) 支給決定プロセスの見直し(サービス利用計画案を勘案)、サービス利用計画作成の対象者の大幅な拡大</p> <p>④障害児支援の強化 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実 (障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ など) 放課後型のデイサービス等の充実</p> <p>⑤地域における自立した生活のための支援の充実 グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設(個別給付化) (その他)事業者の業務管理体制の整備、精神科救急医療体制の整備等</p> <p>施行期日:1年6カ月を超えない範囲内において政令で定める日。(障害者の範囲は公布の日。障害程度区分、③、④は平成24年4月1日。)</p>
--

図5 精神障害者に必要な支援ニーズ領域



趣 旨

これによる支援ニーズ調査の概要が図5、図6である。要介護認定区分や障害程度区分はタイムスタディによる時間の基準のみによっており、精神障害者に対する支援は時間のみでは測定不能な支援が必要であることを政権交代前に厚生労働省社会・援護局障害福祉課も認識し、以下のような合意に達していた。

障害程度区分の見直しについて、厚生労働省が障害者支援実態調査により作成する「新たな障害程度区分」と、(社)日本精神科病院協会が作成する「支援必要度」を同一の客体に対して試行することにより、新たな障害程度区分の妥当性を検証するものとする。

図6 支援ニーズ調査項目(票)の作成

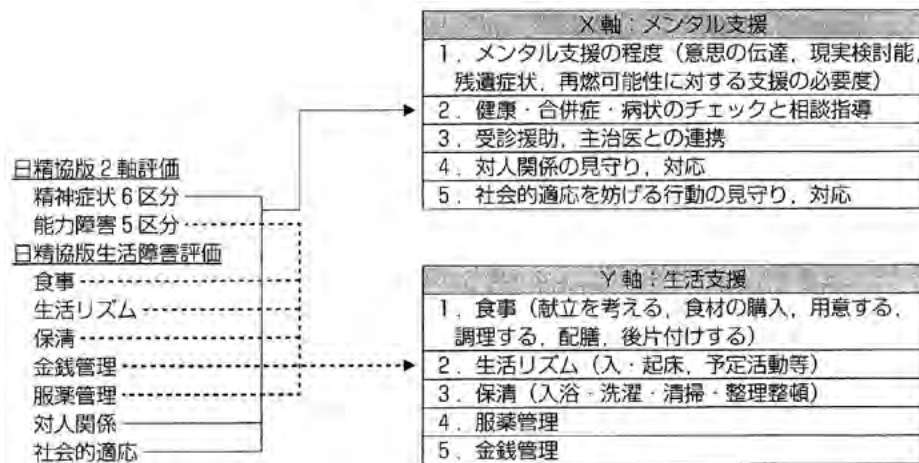


図7 保坂班平成18年度報告書

◆一般医療レベルからみた身体-精神疾患合併症病床

(保坂班/平成18年度報告書:岸 康宏-分担研究者)

〈身体-精神疾患合併症病床の分類〉(MPU: Medicine Psychiatry Unit)

	精神科重症度	身体科重症度	代表的病棟
タイプⅠ	低~高	0~低	精神科病棟
タイプⅡ	0~低	中~高	一般病棟(精神科コンサルテーション)
タイプⅢ	低~高	中	MPU(精神科運営)
タイプⅣ	低~高	中~高	MPU(内科運営)

○タイプⅣ MPUの必要病床数は、
 ・総合病院病床の1~2%
 ・一般身体科医師からみた需要は
 2.4~3.1%

◆精神科救急医療レベルからみた身体-精神疾患合併症病床

(保坂班/平成18年度報告書:平田 豊明・本間 正人・藤原修一郎)

▶平田(精神科救急病棟)

○精神科救急病棟入院の急性期患者の約12%に身体疾患が併存ないし続発し、そのうちの約18%は身体的に重症。すなわち、精神科急性患者の約2%には重症身体疾患が合併。

▶本間(救命救急センター・救急医療センター)

○上記センターへの入院患者の12%が広義の精神科救急に該当し、そのうちの約33%が身体的救急合併症を有していた。これは、救急救命センター入院者の2.2%にあたる。

▶藤原(身体合併症の定義)

○身体合併症:入院治療あるいは継続して一般科医師の診療を必要とする疾患

○「重症身体合併症」の対象疾患:意識障害・昏睡状態、自殺企図などによる熱傷・骨折・外傷・急性薬物中毒、呼吸不全・心不全・ショック状態、重篤な代謝障害、手術前後、悪性腫瘍、透析、その他

方法

- ①(社)日本精神科病院協会と厚生労働省のおのおのが独自に仮の判定基準を作成する。
- ②①を同一の対象者に用いて試行する。
- ③試行の結果について、双方で検証を行う。

(以上、「(社)日本精神科病院協会と厚生労働省による新たな障害程度区分の検証について」より引用)

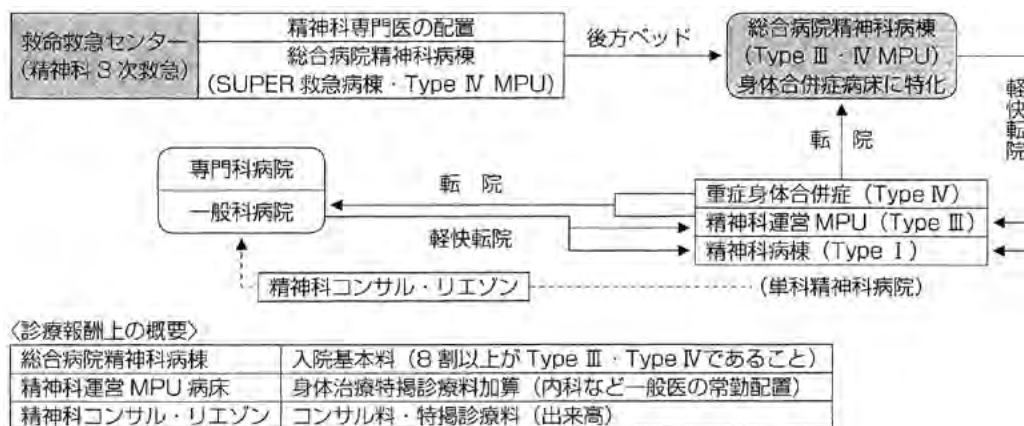
障害福祉課と調査の準備も進んでいたが、政権交代により頓挫した。現在、障害者総合福祉法が検討されており、最終的にどのような認定方法となるか予測がつかない。

精神科一般の介護期における報酬が障害程度区分の延長となるか、あるいは介護保険との一本化によって要介護認定区分となるか不明であるが、いずれにしても時間のみでは測定不能な支援を評価するためには、この検討部会方式による支援必要度区分の完成と導入が望まれる。

3. 精神科一般医療における身体合併症加療について

精神科病院における身体合併症加療は、積年の課題となっているが¹⁶⁾、図7の保坂班平成18年度報告書にみられるように、タイプ別の身体-精神疾患合併症病床(Medical Psychiatric Unit、以下、MPU

図8 精神・身体疾患合併症治療システムの検討



という)が必要である。MPUに関しては、アメリカ¹¹⁾、ヨーロッパ¹⁾、オーストラリア⁴⁾、ニュージーランド¹²⁾からそれぞれの経験を報告した論文が発表されており、おおむね円滑に運営されている。

MPUにおいては、精神疾患と身体疾患を合併した重篤かつ複雑な患者に対して、一般病院よりも統合された高度な医療を提供できており、結果として入院日数も同等または減少し、医療費削減にも貢献している。

この運用システムの試案が図8に示されているが、われわれが貢献できるのは、タイプI、III¹⁰⁾であろう。どのタイプにおいても、MPUにおいてはタイプに応じて内科医など一般科医の常勤配置が必要であろう。

MPUにおける精神科医と内科医など一般科医の協働による医療は、総合精神科病院精神科だけでなく、われわれ、民間精神科病院こそが、身体-精神-社会の3つの軸によるサポートという理念に基づいて充実させる努力をしていくべき領域である。

認知症医療について

1. 認知症医療の機能分化と身体合併症加療について

認知症医療については、筆者が論じたごとく、病棟機能分化の必要があり⁸⁾、急性期-慢性期-介護期というステージによる分化だけでなく、重症度による機能分化が必要である。少なくとも中核症状が進行した最重度患者群に対する長期療養のための療養病棟が必要である。この患者群においては、BPSDも重度であり、また、身体合併症も高頻度に

みられる¹⁶⁾ことから医療の密度の薄い福祉施設でなく、精神科病床である老人性認知症疾患療養病棟が必要である。この時期は介護期にあり、介護保険による施設の存続が望まれる。

認知症の身体合併症は、高齢であることから高頻度にみられ、重度かつ病態が広い範囲にわたることが多く、たとえば、血糖コントロールが困難な糖尿病、重症肺炎、がん、播種性血管内凝固症候群 (DIC) なども多くみられる。また、内科医など一般科医の診療を必要とするため、前述したMPUにおけるタイプIII、IVが必要である。精神科医、内科医の常勤配置だけでなく、精神内科医の配置も望ましい。胃ろう、IVH、気管切開などにも対応できることが求められ、CT、エコー、GIF、CF、心モニターなどの設備やPT、ST、OTなどのリハビリスタッフの配置も必要である。MPUの診療報酬については、前述の筆者の著述⁷⁾に述べたごとく、出来高と加算によることが望ましい。

すなわち、せん妄の憎悪などの重度かつ救急の必要な一時的なBPSDの憎悪等のため、精神科急性期治療病棟に類似した急性期対応の認知症治療病棟A、慢性期に対応し、回復期リハビリおよび療養病棟に類似した認知症治療病棟B、重度の中核症状進行群に対応する老人性認知症疾患療養病棟 (介護保険)、身体-精神疾患合併症認知症対応病棟 (MPU-D)の4類型化による病棟機能分化が必要である。

認知症における身体合併症は、病態が重度かつ広範囲にわたるだけでなく、回復が若人のようにスムーズでなく長期化しがちであるため、身体-精神疾患合併症認知症対応病棟 (MPU-D)は急性期

から慢性期にわたる病棟となる。認知症治療病棟を持つ299病院からの回答¹⁶⁾によると、74%は内科医等の一般科医を配置しており、今後、認知症と身体合併症を同時に加療するニーズの飛躍的な増大に鑑みると、MPU - Dはわれわれ民間精神科病院が、医療的貢献の意味においてだけでなく、経営的意味においても追求していくべき方向性である。

2. 認知症における要介護認定について

ゴールドプランにみられるように、認知症に対しては、介護事業が先行した経緯がある。そのため現在に至るも、介護事業者においてはもちろんのこと、社会的に、認知症は進行性の脳の病気であるという認識が薄く、老衰の亜型であるかのような社会的風潮があり、認知症の処遇が介護に偏っているため医療がなおざりにされ認知症患者に不利益を及ぼしているのではないかと思われることがしばしばみられる。例えば、認知症として処遇されてきた患者が認知症疾患医療センターの鑑別診断において、脳腫瘍や頭蓋内出血であった例などが比較的良好にみられる。医療と介護の連携のあり方についての議論がなされずに、介護保険がスタートしたため、症例ごとに医療と介護保険による介護のどちらが適応となるのかの区別が混然としたままである。

堤¹⁴⁾によると、介護保険における要介護認定は要介護認定基準に従って行われるが、心身の状況が重い・軽いといった項目によるのではなく、時間による基準であり、どれくらいの量の介護サービスが行われているかを時間により測定したものである。したがって、心身状態の重篤度と要介護度は必ずしも重ならないという。たとえば、胃ろう造設者と食事介助者とは、食事介助者のほうが時間を要するため、要介護度は高くなるという。

このためか、介護保険制度がスタートしてから、徘徊などがみられる動ける認知症高齢者に対する要介護認定が低すぎるといふ苦情が後を絶たなかった。堤¹⁴⁾は、心身の重篤度と要介護度は必ずしも重ならないため、介護の実感とは合わない旨を解説している。また、介護認定審査会委員テキスト²⁰⁾においては、以下のような説明がなされている。

「有無で評価する項目のうちBPSD関連（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略。認知症に伴う行動・心理状態を意味します）の項目については、その頻度に基づいて「ある」「ときどきある」「ない」で評価されますが、行動が「ある」ことをもって介助が発生していると

は限らないため、特記事項の記載に基づき必要に応じて2次判定（介護の手間にかかる審査判定）でコンピュータで加味しきれない具体的な介助量を確認し、1次判定を変更するかどうか検討する必要があります」

（以上、介護認定審査会委員テキストより引用）

すなわち、発生した症状・行動に対する介護・介助時間であるため発生のおそれは高いが、いつ発生するかわからない症状や問題行動に対する見守りなどの負担やストレスは評価され難い。また、同じ転倒のおそれでも、下肢筋力の低下による転倒のおそれと広い範囲を激しく動き回る徘徊による転倒のおそれは、介助の負担は本質的に異なる。介助者を対象とした暴言暴力の負担も正当に評価され難い。しばしば介護への抵抗による暴力のため、スタッフが受傷するが、スタッフの献身的な忍耐により介護・介助は支えられている。

運動能力の低下していない認知症高齢者の指標については、平成15年度より「レ点の制度」により、要介護認定を1～2段階上げる判定制度がとられていたが、平成21年度から基準時間を積み足す認知症加算が取り入れられるようになった²⁰⁾。

介護保険制度発足当初と比較して、大きな改善のあとがみられるが、依然として時間に測定されない支援が評価されていない。動ける認知症高齢者の評価においても、日精協方式支援必要度区分の認知症版を検討し、取り入れることが望ましいといえる。

ドイツにおいても、連邦保健相レスラーのもとで介護改革が進められており、認知症対策も含まれている。レスラーは身体介護に必要な時間（分）を基準に認定審査が行われていることの不合理性を指摘したうえで、「われわれは、この分刻みの介護を転換し、自立の程度で判定する方向へ向かわねばならない」と強調している¹³⁾。

認知症の入院医療と地域ケアについて

入院医療はいうまでもなく、地域生活をサポートするためである。そして、地域ケアのみでは治療困難な急性憎悪や在宅生活を困難にする重度の症状や問題行動があり、入院医療がなければ、地域ケアは成立しない。

多様な社会資源の連携のもとに、循環型のシステムが作られ、入院医療もこのシステムのなかに位置づけられることが重要である。患者だけでなく、家族関係を中心とした環境要因を考慮に入れて、在宅

ケアでよいのか、早期回復、早期退院のための早期入院がよいのかトリアージすることが重要と思われる。このトリアージがhigh Emotional Expression (high EE) の解決への方向性となり、循環型システムへとつながる。遅れた入院のために、家族の拒否感情が強くなり、症状や問題行動が改善しても、家族の退院拒否や協力の拒否となることがしばしばみられ、長期入院へとつながることはよく経験されることである。長期入院の防止策の1つとして、認知症の場合は、早期発見、早期診断を目的の1つとする認知症疾患医療センターが、このトリアージ機能を発展させることが重要である。また、医療から介護への切れ目のないサービス提供はこの医療センターが担っており、医療センターの役割が重要となってくると思われる。

1. 認知症と精神科医療に関する議論の取りまとめに向けた骨子(案)¹⁸⁾について

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:認知症と精神科医療)より上記骨子(案)の中間発表が発表された。項目③では、「入院を前提と考えるのではなく、できる限り入院をせずに生活を継続させるような支援を含め、地域での生活を支えるための精神科医療とする」とされた。ここにおいては患者-家族関係の実態、地域ケアの実態を理解せず、理念のみに走った短絡的な理解がみられる。

このような理想的にみえるが、逆効果をもたらす誤解が、ますます認知症の入院の残留率を上げ、長期入院へと追いやるのである。

2. 認知症における地域包括ケアについて

平成22年4月にスタートした介護保険制度改定見直し作業において、単身・重度の要介護者であったとしても、在宅を中心とする住み慣れた地域で「尊厳と個性」が尊重され、「地域包括ケア体制」を目標とすることが決められた。

ここにおいても、この理念は理想的である。しかし最近、政権交代後、政府の施策は思いつきの現実性に欠け、人気取りが先行するものが多く見られる。

平成23年2月から社会保障審議会介護給付費分科会において、平成24年度の介護報酬改定への議論が始まっており、ここにおいて、「地域包括ケア」の具体化への議論がスタートしている。同分科会における「2012年度介護報酬改定に向けたメモの基本的視点」には、認知症にふさわしいサービスを提供す

ることという項目が入っている。

しかしながら、看護師、特に、訪問看護師、介護スタッフが絶対的に不足している状況において、莫大な財源を必要とする地域包括のケアの実現化には疑問が残る。とくに、財源問題のまともな議論なしに検討が進んでいることに対してさらに疑問が大きくなる。絵にかいた餅にならないように、形式だけでなく、実体のある現実化が図られるように、財源の検討を伴って現実的な議論を進めていくことが必要であり、また、医療の重要性も認識されるべきである。

まとめ

1. 精神科における医療と介護の機能分化は、急性期・慢性期・介護期という時期による区分と各時期のあり方の検討と質の向上への努力が必要であり、入院医療と地域ケアは、循環型システムを形成することが重要である。入院医療は地域生活をサポートするためにあり、また、入院医療がなければ地域ケアは成立しない。民間精神科病院は、この循環システムのかなめであり、医療保険と介護保険を含めた施設ケアと地域ケア全体を最終的にバックアップするものとならなければならない。そのためには、精神医療だけでなく、身体医療、リハビリ、福祉サービス、在宅サポートサービスなど広範囲にわたる機能を複合的に充実されていくことが必要である。
2. タイプに応じて内科医など一般科医の常勤配置をした身体-精神合併症病棟(MPU)の設置が求められる、身体合併症を併発した認知症患者は一般科病院において忌避される傾向にあり、また、精神科病院においては、一般科病院におけると同程度の身体合併症加療を受けることが困難である。今後、身体合併症を併発した認知症患者が飛躍的に増加することに鑑みると、とくに、身体-精神疾患合併症認知症対応病棟(MPU-D)が設立されるべきであり、認知症治療病棟を有する病院がMPU-Dを設置できるよう政策誘導がなされるべきである。
3. 認知症病棟は、急性期に対応した認知症治療病棟A、慢性期に対応した認知症治療病棟B、中核症状の進行した最重度の介護期に対応した老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)、身体合併症加療のための身体-精神疾患合併症認知症対応病棟

(MPU-D)の4類型化による機能分化が必要ではないかと思われる。

4. 障害程度区分、要介護認定区分ともに時間に測定されない支援が評価されていない。精神障害の障害特性から時間に評価されない支援が必要であり、日精協方式支援必要度区分の完成と導入、動ける認知症高齢者の介護保険における評価においても、同方式支援必要度区分－認知症版の検討と導入が待たれる。
5. 少子高齢化と社会の成熟により疾病構造が大きく変化しつつある状況において、精神科病院も新しいあり方を模索していかないと生きのびることが困難になるのではないかと思われる。

*障害程度区分見直しの経緯公表については花井忠雄障害程度見直し検討部会部会長（当時）の了解をいただいた。

文 献

- 1) Alberque C, Gex-Fabry M, Whitaker-Clinch B, et al : The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit : a European experience. *Psychosomatics* 50: 354-361, 2009.
- 2) 朝田 隆 : 認知症医療において精神科病棟が果たすべき固有の機能. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 2007.3.
- 3) 藤原修一郎 : 身体合併症病棟に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 2007.3.
- 4) Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell CJ : Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 17: 26-31, 1995.
- 5) 花井忠雄 : 平成18年6月日精協政策委員会実態調査. 精神・身体合併症治療に係る病床機能と診療報酬の検討, 2009.4.15.
- 6) 保坂 隆 : 精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 2007.3.
- 7) 石井知行 : 慢性期医療を中心とする病院の経営戦略. 日精協誌 29 (4) : 57-65, 2010.
- 8) 石井知行 : 精神科病床における認知症病棟の機能分化. 日精協誌 29 (2) : 103-109, 2010.
- 9) 石井知行, 津久江一郎 : 広島県における精神療養病棟入院患者の障害程度区分による実態調査. *精神神経学雑誌* 109 (10) : 908-920, 2007.
- 10) 岸 泰宏 : 精神科－身体科合併症病棟の構築にあたっての研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 2007.3.
- 11) Kishi Y, Kathol RG : Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics* 40 (4): 345-355, 1999.
- 12) Maier AB, Wachtler C, Hofmann W : Combined medical-psychiatric inpatient units : evaluation of the Centre for the Elderly. *Z Gerontol Geriatr* 40 (4): 268-274, 2007.
- 13) 小柳治宣 : ドイツにおける介護の現状と改革のゆくえ. *週刊社会保障* 65 (2625), 2011.
- 14) 堤 修三 : 介護保険の意味論 制度の本質から介護保険のこれからを考える. 2010.
- 15) 日本精神科病院協会 : 平成14年マスタープラン調査データ集, 2003.
- 16) 日本精神科病院協会 : 認知症高齢者とその他の高齢精神障害者の身体合併症対策と治療同意について. 平成20年度老人保健健康増進等事業, 2008.
- 17) 第1回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 : 精神保健医療福祉の現状. 2008.4.11.
- 18) 認知症と精神科医療に関する議論のとりまとめに向けた骨子（案）：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）論点（案）への意見. 2010.11.10.
- 19) 与党障害者自立支援に関するプロジェクトチーム : 障害者自立支援法の抜本的見直し報告書. 2007.
- 20) 要介護認定 介護認定審査会委員テキスト2009改訂版. 2009.8.

特集 精神科チーム医療の今、そしてこれから
認知症に対するチーム医療の現状と今後の方向性

広島 マーブルヒル病院 理事長・院長
石井 知行

日本精神科病院協会雑誌
2011 Vol. 30 No. 8

創造出版

認知症に対するチーム医療の現状と今後の方向性

広島 メープルヒル病院 理事長・院長

石井 知行

Key Words*: チーム医療、医行為、高齢者包括的評価、高齢者機能評価病棟

はじめに

医療の各領域において、チーム医療が推進されつつある。アメリカにおいては高齢化の進行を反映してとくに老年病学の領域において、早期よりチーム医療に対する関心が高く、文献の蓄積がなされている。日本においては、平成21年8月に「チーム医療を推進するための日本の実状に即した医師と看護師との協働・連携のあり方等について検討を行う」ことを目的に「チーム医療推進に関する検討会」が発足し、平成22年3月には報告書「チーム医療の推進について」(以下、報告書という)¹²⁾が発表された。

平成22年4月、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(医政局長通知)¹³⁾が発出され、医療スタッフの業務内容が整理された。平成22年5月、チーム医療推進会議が立ち上がり、その下に、平成22年10月から「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」が開催され、チーム医療推進のための基本的考え方と具体的実践事例が検討されている。このチーム医療推進会議の意見とチーム医療先進国であるアメリカのチーム医療の状況をレビューし、さらに日本の現状の1例として、当院における認知症に対するチーム医療を紹介し、認知症チーム医療の今後のあり方について検討したい。

厚生労働省におけるチーム医療推進の審議について

上記の報告書に表1、2、3が掲載されている。チーム医療推進のために各医療スタッフの専門性の向上、役割の拡大、医療スタッフ間の連携・補完の推進の必要性が言われている。

すなわち、チーム医療とは「多様な医療スタッフが各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い患者の状況

に的確に対応した医療を提供すること」と定義され、そのために各職種の業務範囲の拡大とその法制化が課題とされている。これについては、医師の業務独占の範囲との整合性および安全の確保が焦点となるであろう。医行為の解釈、すなわち、医師法第17条、歯科医師法第17条および保健師助産師看護師法第31条の解釈については医政局長通知¹⁴⁾が出されており、またどのような行為が医行為に該当するあるいはしないのか定めた多くの判例の蓄積²⁰⁾と最高裁判例¹⁹⁾がある。

医行為には絶対的医行為と相対的医行為があり、絶対的医行為とは医師法第17条の「医師でなければ医業をしてはならない」に固執したものであり、相対的医行為は医師の指示により第三者によっても行い得る行為である。医師の指示により看護師が行う注射がこれに該当する。つまり、医師が看護師に指示して行わせる行為は相対的医行為である²⁰⁾。

看護師に関しては1) 医師の「包括的指示」の要件の明確化、すなわち看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態への変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示することが成立するための具体的な要件の明確化、2) 「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一連の医行為(特定の医行為)を、医師の指示を受けて実施できる特定看護師(仮称)の制度の設定、3) これ以外の看護師においても安全に実施し得る行為があるかの検討とその法制化、が検討されている。すなわち特定看護師は、業務独占、名称独占とせず、幅広い医行為を含めた看護業務について、「特定看護師」が医師の「包括的指示」の下で実施することができるとしつつ、その他の看護師は、医療安全を確保できる十分な体制が整備された状況において、これを医師の「具体的な指示」の下に実施することができるものとすべきである⁶⁾

*interdisciplinary team care, medical procedure, comprehensive geriatric assessment, geriatric assessment unit

表1 チーム医療の推進について（チーム医療検討会報告書）①

<p>1. 基本的な考え方</p> <p>○「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。</p> <p>○「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。</p> <p>○チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。</p> <p>2. 看護師の役割の拡大</p> <p>○チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。</p> <p>【自律的に判断できる機会の拡大】</p> <p>○看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。</p> <p>【看護師の実施可能な行為の拡大】</p> <p>○看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。⇒看護業務に関する実態調査等を早急に実施。</p> <p>【行為拡大のための新たな枠組み】</p> <p>○一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。⇒医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討。</p> <p><行為例></p> <p>◆CT・MRI等の実施時期の判断、読影の補助等 ◆縫合等の創傷処置 ◆副作用出現時の薬剤変更・中止</p> <p>○当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。</p> <p>※医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」(NP)については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点については慎重な検討が必要。</p>

表2 チーム医療の推進について（チーム医療検討会報告書）②

<p>3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大</p> <p>○薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。</p> <p>○助産婦、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。</p> <p>○医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。</p> <p>○介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。</p> <p>4. 医療スタッフ間の連携の推進</p> <p>○各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が必要。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>○社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。</p> <p>○認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。</p>
--

表3 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

○各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。

○このため、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を以下のとおり整理。
(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬剤師	リハビリテーション関係職種	管理栄養士
①薬剤選択等に関する積極的な処方提案 ②薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施 ③薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案 ④プロトコールに基づく薬剤の変更等（医師との協働）等	①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引 ②作業療法士の業務範囲の明確化	①医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等 ②特別治療食の内容・形態の提案 ③経腸栄養剤の種類の選択・変更の提案
臨床工学技士	診療放射線技師	その他
①喀痰等の吸引 ②動脈留置カテーテルからの採血	①画像診断における読影の補助 ②放射線検査等に関する説明・相談	○その他の医療スタッフの積極的な活用 ○MSWや診療情報管理士等の積極的な活用 ○医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

としている。

「診療の補助」のうち、特定能力認証証を受けた特定看護師が実施に当たり高度な判断を要する一定の医行為を特定行為というが、特定医行為の具体的な内容として、局所浸潤麻酔の実施、動脈ラインの確保、中心静脈カテーテルの挿入、挿管チューブ・ドレーンの抜去、エピオイドの投与量、用法の調整、褥瘡の壊死組織のデブリードマン、電気凝固メスによる止血など、これまで医師によって行われてきた医行為が多く含まれている。

平成22年4月には特定看護師の早期制度化・法制化を求めて日本看護協会が厚労省医政局・老健局へ要望書¹¹⁾を提出している。医行為の範囲に対する見解と⁸⁾その調査⁹⁾は日本医師会によって行われており、さらに、日本医師会は、看護師の役割の拡大については異論がなく、「患者の視点」と「現場の意見を尊重して混乱を招かない」という立場を堅持するという見解¹⁰⁾を出している。

上記の報告書において、医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（以下、NPという）の導入の必要性については、慎重な検討が必要とされている。

また、医師の指示とその監督のもと、医師の行う業務の約8割を行う「フィジシャン・アシスタント」

（以下、PAという）については外科医をめぐるさまざまな課題の一環として、引き続き検討することが望ましいとされている。日本の医事法制は医師の指示を中心として構成されており、医師の指示を受けないとされるNPや、医師の指示、監督を受けるが医師の業務の大部分を行うPAの制度化は、この体系に馴染むことが困難であるため報告書において慎重な検討を要するとされていると思われる。すなわち、現在、審議中のチーム医療はあくまでも医師の指示による相対的医行為の解釈の拡大変更を意図しているのではないかと推測される。看護師以外の医療スタッフの役割の拡大については表2、表3のとおりである。この業務範囲の明確化と法制化について、今後のチーム医療推進方策検討ワーキンググループの議論が注目される。

上記のワーキンググループの実践的事例集²¹⁾によると、精神科領域においては、多職種協働によるチーム医療の提供の重要性、身体的ケアスタッフと精神的ケアスタッフが協働して治療を行える体制整備の必要性、長期入院患者の地域移行のためのチームによる取り組みの促進などをうたっている。認知症医療におけるチーム医療の事例が表4である。

チーム医療の評価については、表5のような評価方法が提案されているが、これからの検討課題であ

表4 認知症医療におけるチーム医療

チーム（取組）の名称 認知症支援チーム
チームを形成する目的 認知症疾患の早期発見・早期治療、介護サービス等社会資源の利用、本人・家族支援を行うことにより、質の高い地域生活の継続を目指す
チームによって得られる効果 医療が患者の「生活」につながっている
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師（精神科）：診断と治療および治療目標の設定 看護師：入院中の症状観察、退院に向けた病棟生活の支援、退院時の情報提供・助言 作業療法士：入院中の日常生活機能回復訓練、グループ活動の運営 臨床心理士：診断補助、入院中の回想法、グループ活動の運営 診療放射線技師：診断補助 精神保健福祉士：早期発見・早期治療に向けた専門医療相談、介護サービスの導入に向けた支援、介護関係者との連携、本人・家族への支援、グループ活動の運営 ※精神科医療においては、急性期、回復期、慢性期いずれのステージにおいても、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）は様々な情報を把握し、生活上の課題を整理して他スタッフに提供し、診断・治療・ケアなどをより有効にする役割を担う。
チーム運営に関する事項 ・入院時に本人・家族より患者の生活歴等を聴取し、趣味・嗜好等を看護・介護に取り入れ、精神状態の安定を図る ・認知症専門医による指導・バックアップ体制、院内外における研修の企画・参加、認知症看護認定看護師の配置・教育、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の病棟配置 ・専門医療相談票、入院時面接票、ソーシャルワーカー報告書、カンファレンス報告書、日常生活回復訓練個人記録、回想法等すべてカルテ添付、定期的にケースカンファレンス開催 ・病前の生活情報を元に質の高い地域生活を目指しチームで治療計画を立案 ・情報の共有化：かかりつけ医と専門医療機関との専用の診察情報提供書書式の作成・活用。地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの情報提供連絡票の活用。ケースカンファレンスに介護関係者等が参加。 ・家族のサポートやケア：入院時に家族の思いや希望を聴取し、家族の介護負担・経済的負担等を軽減できるような社会資源を活用。家族教室の開催。若年性認知症家族交流会の開催。
具体的に取り組んでいる医療機関等 浅香山病院

表5 チーム医療の評価方法について

<p>・評価の視点</p> <p>チーム医療の評価に当たっては、たとえば以下の4つの視点を考慮することが考えられる。</p> <p>①医療の質 例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上 等</p> <p>②患者の視点 例) 早期社会復帰、治療への理解、患者満足度 等</p> <p>③医療スタッフの視点 例) 労働生産性の向上、負担軽減効果、スタッフの満足度 等</p> <p>④経済的視点 例) 労働生産性向上、費用対効果（増収・コスト削減効果） 等</p> <p>・評価方法</p> <p>チーム医療の評価に当たっては、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容も多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要である。</p> <p>①アウトカム評価 例) 平均在院日数短縮、合併症減少、コスト減少 等</p> <p>②プロセス評価 例) 推奨される治療の実践割合 等</p> <p>③ストラクチャー評価 例) 専門職種の配置、電子カルテ等の導入の有無 等</p>
--

る。しかしながら、チーム医療が医療者の自己満足に陥らないためには医療関係者ととどまらず、患者を含めた社会に対して説明できる評価方法の開発と研究、そして、チーム医療がどのような良好な結果をもたらすかのエビデンスの蓄積が重要である。

アメリカにおける高齢者に対するチーム医療について

アメリカにおいては、早期よりチーム医療に対して、とくに高齢者医療の領域において、研究面、臨床面より関心が高かった。チーム医療に基づいて、高齢者に対して包括的な評価・ケア (Comprehensive Geriatric Assessment、以下、CGAという) を行う病棟は、Geriatric Assessment Unit、または Geriatric Evaluation Unit (以下、GAU、GEUという) と呼ばれ、1970～1980年代から広くみられるようになった。1982年にはRubensteinらが高齢者のケアに対してGAUがポジティブな影響を与え得るというレビュー論文を発表している¹⁵⁾。さらに彼が率いる研究グループはGAUと通常の病棟を比較する研究¹⁶⁾を行い、GAUにおけるチーム医療によって在院日数の短縮・機能の改善・コストの低下がみられたと結論づけている。また、Meta-AnalysisにおいてもGAUにおいて生存率や機能の改善がみられることが報告^{17,18)}されている。近年行われた比較対象研究においては入院病棟と外来におけるCGAが、生存率の改善をもたらさないが、入院病棟においては機能低下の予防、外来においてはメンタルヘルスの改善をもたらすことが報告⁴⁾されている。また、CGAを在宅の患者に対して行った場合にはコストを抑え、入院を減らし機能低下を防ぐことが報告^{2,3,5)}されている。このようにチーム医療に基づいて包括的な評価、ケアを行うプログラムは、それに特化した病棟、一般病棟、外来、在宅と幅広い場面において良好な結果をもたらすというエビデンスが蓄積されてきている。

一方、アメリカの実際の医療現場におけるチーム医療への取り組みはどのように進展してきたのかを振り返る。Veterans affairs hospitals (退役軍人を対象とした連邦政府下にある巨大病院群、以下、VA hospitalsという) を例としてみていきたい。

VA hospitalsにおいては、1970年代にチーム医療を行う訓練に対して連邦政府から資金が提供されるようになった。1970年代後半から1980年代前半にかけて高齢者医療におけるチーム医療教育プログラム (Interdisciplinary Team Training in geriatrics) が始められている。当初は高齢者医療にフォーカ

スを当てていたが、後になり他の部門も対象とするようになりInterprofessional Team Training and Development (ITT&D) Programと改名されている。高齢者医療や僻地医療を行う医療者に対してチーム医療を教育するプログラムに資金が出されたり、The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (病院機能評価団体、以下、JCAHOという) が、患者に対するケアは本質的にチーム医療でなくてはならない、と提唱したのもこのころである。

1990年代に入り、チーム医療を教育するプログラムに対して連邦政府また民間部門から資金が提供されるようになった (例としてthe VA's primary care Education (PRIME) Program, the Hartford Foundation-funded Geriatric Interdisciplinary Team Training (GITTT) Program, the Robert Wood Johnson-funded Collaborative Interprofessional Team Education (CITE) Initiativeなどが挙げられる)。また、多くの医療団体においてチーム医療のアプローチをいかしてパフォーマンスの向上をめざすプログラム (continuous quality improvement (CQI) またはtotal quality improvement (TQI) と呼ばれる) が導入された。今日ではこうした医療ケアの質の向上を目指すプログラムの設置はJCAHOによって義務づけられている。

ここで概観したように、アメリカの実際の医療現場においてチーム医療のアプローチは広く取り入れられている。特筆すべきことは、今日においては臨床現場のみにとどまらず、医療ケアの質の向上などマネジメントまで含めたすべてのレベルにおいてチームとしてのアプローチが取り入れられていることであろう。

チーム医療導入のもたらす影響について

医学が普遍性を追求した科学である一方、医療とはそれが行われる社会において歴史や生活習慣、経済のなかから立ち上がるその社会に固有の文化としての側面を持つ。したがって、アメリカで行われているチーム医療を、日本で成功裡に導入するためには医療を文化としてとらえる視点が欠かせない。つまり、アメリカ社会のどのような性格がチーム医療に成功をもたらしているのか、またアメリカ型チーム医療を日本に導入することによってどのような影響が起り得るのかの考察が必要となる。

アメリカにおけるチーム医療の現況を概観すると、文献において常に強調されていることの1つに

各職種の専門性に基づいた独立性がある。法によって求められる医師の指示、監督は日本と同様に多かれ少なかれみられる。アメリカにおいて医師から独立した職種としては「ナースプラクティショナー」(NP)があるが、NPでさえも医師からまったく監督を受けないのはアメリカにおいて16の州とコロンビア特別区であり、その他の州では医師の監督を要件としている。しかし、チームにおいてリーダーである医師が間違っている場合には、あるいは他の職種のメンバーが自分の専門性に照らして間違っていると感じられた場合には、それを指摘することが他の職種のメンバーに倫理的に強く求められており、また実際にそのように行動するのである。医師は自分の意見に相違していたとしても他職種からの意見を尊重する。ここでみられる倫理的な原則は、患者の利益のためという1点のみである。また、医師と意見を相違することによって他職種のメンバーが不利益を被らないよう注意深く制度設計されている。

こうした行動にみられるチームメンバーが共有していなければならない前提とは、1) 医師はすべての専門に通じているわけではなく間違いを犯す可能性がある、2) 医師と意見を相違することで報復を受けることをおそれることなく、その間違いを他メンバーは指摘できる、3) 他職種からの意見を医師は尊重しなければならない、4) チームの原則は患者の利益のためである。ここではチームの形態は流動的であり、リーダーも医師に固定されている必要はない。つまり、医師は最も高い教育を受けており医療面ではリーダーであるが、患者の状態や目的に応じて、別職種の者がチームのリーダーになるほうがふさわしい局面も出てくる、ということである。たとえば退院間近になり病状が安定してくると、入院から退院へのスムーズな移行がチームのフォーカスになり、リーダーはソーシャルワーカーのほうがふさわしいことがあり得る。

このように考察していくとチーム医療を支える要素として、各職種の専門性に対する信頼、間違いを起こすことを前提としたお互いの専門領域を補完し合う制度設計、チームメンバーのチーム医療に対する理解、多様性などが浮上する。多様性の重要性については、近年の集団知能に対する研究¹⁾から、多様性が集団知能を高める重要な要素の1つであることが解明されている。

これらの要素-専門性に対する信頼、人間が失敗を犯す存在であることを前提とした高度な制度設計、多様性-などはアメリカ社会の長所として挙げられるものであり、チーム医療がアメリカ社会にお

いて成功する要因となっていることが理解できる。

日本におけるチーム医療のあり方について

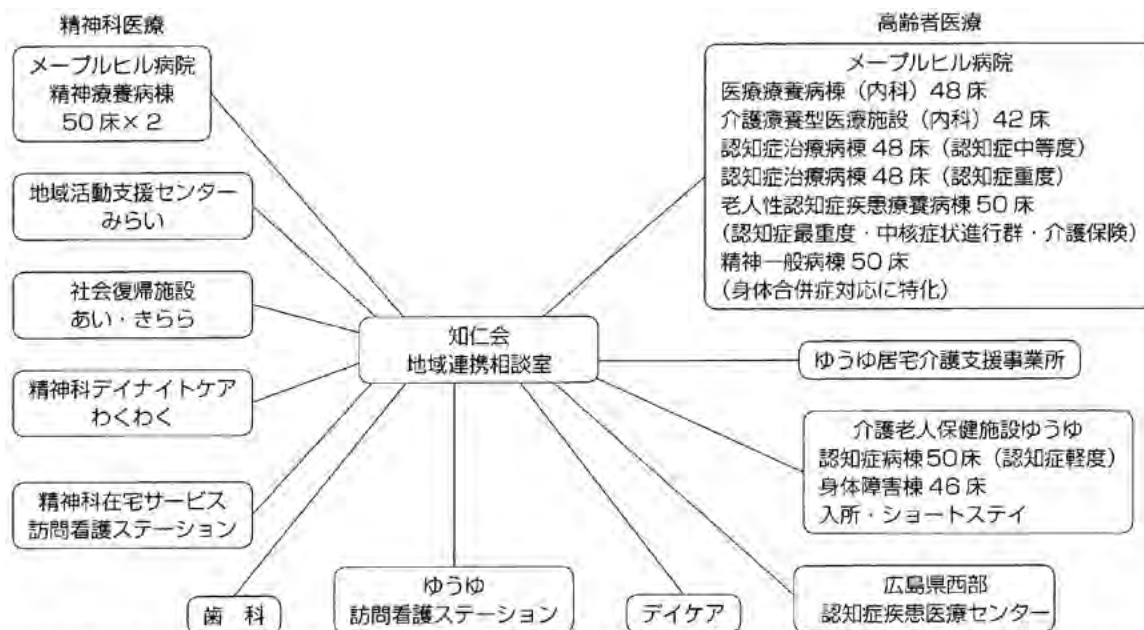
医療関係者から、以前のように患者から感謝されることが少なくなったとよく聞かされる。最近では、モンスターペイシエントと言われる患者群も登場している。医療者・患者関係が変化しているこのような状況において、国民が求めている医療とは何か、日本のあるべきチーム医療とは何かを考えると、チーム医療に期待される軸は2つあると思われる。医療の質を向上するというoutcomeと、患者満足度を高めるというoutcomeの2つの軸が設定される。

医療の質の向上については、すでに前述した。患者満足度を高めるためには2つの要素がある。1つは患者・家族が、自分が能動的に治療に関わっている、能動的に治療方針に関与していると感じることのできる体制である。すなわち、患者・家族を広義のチームの一員としてとらえ、チーム全体に関わっているしくみが望ましいといえる。インフォームド・コンセントだけでなく、可能であれば患者・家族のチームミーティングへの参加なども望ましいだろう。

2つめは医療者と患者・家族との信頼関係の構築である。医療者、とくに医師がface to faceの関係をもち、コミュニケーションの向上を図ることが重要である。そのためには、医師がコミュニケーションに十分な時間を割くことができる体制が必要である。近年、諸手続のために、医師の記入する書類や行政に協力する業務が飛躍的に増加している状況にあって医師の負担軽減の方策が必要である。アメリカにおいては、カルテは必ずしも医師が記入しなくとも、録音すればスタッフが録音から起こすしくみを導入している病院もあるし、医師間のコンサルテーションによる分業も進んでいる。たとえば、術後においてもICUには専属医師としてIntensivistが配置されている。また、日本においては少なくとも36時間連続勤務のような勤務のない、医師が労働基準法によって守られる体制が必要最低条件である。

しかるに、現在のチーム医療をめぐる議論等においては、一職種である看護師の業務範囲の拡大、すなわち、その地位の向上と待遇改善が中心的に追求されている。たとえば、看護師の72時間の平均夜勤時間の要件は、施設基準による診療報酬に労働条件を紛れ込ませる禁じ手であったが、これがさらに強化されようとしている。とくに、看護師について特定看護師などの制度設立⁶⁾や待遇改善が中心的に検討されてきている。このような偏った方策では適

図1 知仁会の概要



上記の表のように知仁会は高齢者医療と精神科医療（精神科、内科、神経内科、放射線科、歯科）リハビリ（PT、ST、OT、POT、心理）社会復帰施設、在宅サポートサービスを組み合わせたケアミックスを展開している。

表6 知仁会における認知症病棟の機能分化

- ① 認知症治療病棟（認知症中程度・ユニットケア型）
- ② 認知症治療病棟（認知症重度・回廊式）
- ③ 老人性認知症疾患療養病棟（認知症最重度・中核症状進行群・介護保険対応）
- ④ 医療療養病棟（内科疾患中程度～重度・認知症軽度）
- ⑤ 介護療養型医療施設（内科疾患軽度・認知症軽度・ADL低下重度・介護保険対応）
- ⑥ 精神一般病棟（合併症重度・急性期・検査必要時・入院時の合併症の診断、検査、トリアージ機能）
- ⑦ 介護老人保健施設認知症対応棟（認知症軽度・回廊式・介護保険対応）

正なチーム医療が発展していくとは考え難い。日本におけるチーム医療の発展のためには、医師を含めた各職種全体のあり方が、もっと公平に検討されるべきであろう。

当法人における認知症チーム医療について

当法人における高齢者医療は図1にみられるように、内科医療と認知症医療が医療と介護の連携のなかにある。さらに、認知症病棟は表6、図2のごとく重症度により機能分化している。この機能分化については筆者が「精神科病床における認知症病棟の機能分化—とくに身体合併症病棟について」⁷⁾において述べた。認知症医療においては、精神科医、神経内科医、内科医が協働して加療しており、主病

の必要性により主治医が決まるが、この2～3者が同時に担当することが多い。また、放射線科医が画像を担当している。コメディカルとしては看護、介護、PT、OT、ST、臨床心理士、音楽療法士、PSW、社会福祉士、ケアマネージャー、病棟クラーク、診療録情報管理士が従事している。歯科は、歯科医と歯科衛生士が治療と口腔ケア、口腔健診および歯磨き指導などの教育を担当している。各職種に対して行ったアンケートのうち、自分の職種の関わり方に関する課題と認知症チーム医療はどうあるべきかについての代表的な意見を表7に掲載する。総じて情報の共有と各職種による話し合いが求められているように思われる。

図2 知仁会における病状の変化によるフローチャート

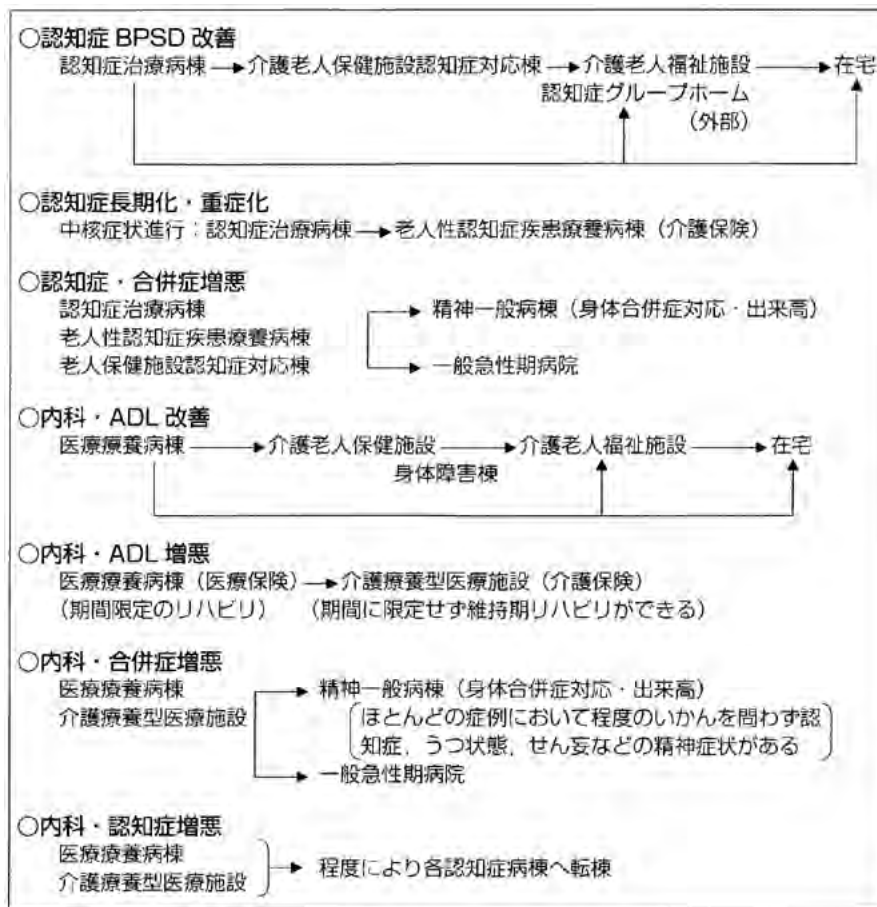


表7 メープルヒル病院における認知症チーム医療に対する各職種アンケート

職種	認知症チーム医療と自分の職種の関わり方に関する課題	認知症チーム医療はどうあるべきか
精神科医	・身体拘束等の減少 ・神経内科医と一緒に受け持つケースで、レビー小体型認知症のBPSDが顕著な場合など（抗パーキンソン薬は神経内科医が処方、向精神薬等を精神科が処方などのケース）は薬物の調整が難しい	患者および家族のQOL向上につながる
神経内科医	すべての指示は医師から発するという事なので、すべての職種と連携が必要である。患者に関わるすべてのケアについて（ある程度）把握しておく必要があり、外来の患者であれば、担当ケアマネジャーとともに患者を取り巻く環境要因などトータルに全人的に理解していく必要がある。入院の患者については病棟の担当看護師とともに、患者の全体像を把握し、すべての職種と連携していく。	医師はチーム医療の中心と思うが、実際が仕事量が多く、十分に患者・家族に関わっていく時間が取れないことが多い。入院においては、担当看護師、外来（在宅）だとケアマネジャーや訪問看護師が、家族や、患者の気持ちに寄り添う治療・ケアのあり方を汲み上げて、医師に伝えることができるのではないかと。すべての職種の連携が必要だが、全体の方針・調和を取っていくためには、中心的存在が必要で、やはり、それは医師の役割と思う。誰もが、自分の意見を率直に言える雰囲気づくりは、もちろん大事である。
内科医 (A)	病院内での認知症チーム医療に限定すると、1人の認知症患者において専門医である神経内科医や精神科医が診療する範囲と、一般内科医が診療する範囲が明確に区別されていないこと。	1人の認知症患者に専門医である神経内科医と一般内科医の2人主治医制として、お互いの診療範囲を明確に区別し、それぞれ専門性のある治療を実施すべきと思います。
内科医 (B)	認知症が進んで経口摂取が難しくなったり身体的合併症を伴うようになると、介護より治療が主になってくる。どの段階で介護から治療へ重きがるのか判断が難しい。もちろんどの段階にあってもすべての職種が関わる必要がある。	バランスのよい介護と治療ができる。

職 種	認知症チーム医療と自分の職種の関わり方に関する課題	認知症チーム医療はどうあるべきか
内科医 (C)	入院患者のほとんどが高齢者のため、認知症と内科的疾患を合わせ持っている。そのため内科的治療が必要な場合でも本人の理解・承諾が得られず、治療に難渋することがある。治療するために、多くのスタッフの労力がとられてしまう面がある。	内科、精神科、神経内科等、他科の医師との連携が必要であるとともに、リハビリ、看護、PSW等多職種の協力や考え方の統一が必要であると思う。医師として、多職種へわかりやすい指示、説明が必要である。
PT	今はPTでできる能力維持に務めているが、認知症の人のQOLを視野に入れ、以下にチームで患者様に関わっていきけるか、病院との連携、ケアマネ、デイケアと密に関わっていくことが望ましい。	入院し、退院したら関わりが現在ではなくなってしまう。その関わりを地域も含め、その人らしいQOLの維持のために多職種で一患者に関わってほしいのではないかと考えます。
OT	認知症病棟のみにかかわらず、現状では集団での関わりが多く、その人個人の趣味や生活歴に応じた個別的な関わりが少ないように思います。	作業療法活動内においての一時的なアプローチだけではなく、病棟内あるいは、退院後の生活等、その人個人の1日の全般的な生活へ向けてのアプローチ等が必要であるように思います。そのためには、さまざまな職種と情報を共有し、一貫した目標設定に向けた援助が必要。さらには、積極的な家族との交流を支障がない程度に行い、患者の性格や生活歴等の詳細を得られるよう努めて、より充実した身体・精神機能の安定が図れたらと思います。
ST	摂食・嚥下障害の患者に関わっていますが、症状が多様化しており十分な対応ができていないのが現状です。今後は患者様にあったきめ細かい対応を病棟職員と協力していっていただくことが課題です。	チームのメンバーが話し合いを重ね、情報を共有し、共通の目的・目標を持って患者に関わっていくことが大事だと考えています。
音楽療法士	音楽療法の報告は、報告書として提出し、職員はいつでも閲覧できるようにしている。音楽療法だからこそ発見できたと考えられる患者の一面を、ぜひ多くの職種<言語聴覚士、理学療法士、看護師など>にも知っていただき、患者をより理解していただくことで、ケアの相乗効果を期待したい。	チーム医療については、それぞれの職種の専門性を発揮することが大切である。そして患者のカルテには、それら異業種専門家たちが治療やケアについて書き込み、担当の患者に関して知りたい情報があると、いつでもそのカルテを閲覧できるといった情報の共有をし、連携を取りながら患者に関わることが大切だと思う。
臨床心理士	・神経心理学的検査の結果や解釈を、他の職種が活用しやすいように、わかりやすい文章やフォーマットで作成する工夫が必要だと思います。 ・周辺症状の出現や退院時に家族が受け入れを拒否する背景に、心理的な要因も関与している印象を受けます。そこで多職種による症状の治療に並行して、心理がその背景にある要因へのアプローチ、または「今後訪れる死への準備」に関わることができるとは思っています（少人数制の集団精神療法（スピリチュアル回想法など）、状態を正確に知ってもらい患者への陰性感情を下げるための家族同席の面接やグループ活動、など）。	・認知症ケアは、早期発見・早期治療ができる「入口」と、入院治療後に在宅へつなげる「出口」の、両方が重要だと思います。医療機関と地域社会が密に関わり、スムーズな連携が求められるため、病院内のスタッフだけでなく「認知症チーム」と考えるのではなく、地域の専門スタッフ（ケアマネ・包括センターなど）もチームとして考える大きな見方や体制が必要だと思います（定期的な地域の専門スタッフと医療機関のスタッフが集まり、情報交換・ケースカンファレンスをするなど）。
PSW (A)	現在所属している認知症疾患医療センターでは医師、看護師、CP、PSWがチームとして働いていますが、センターとしての役割の鑑別診断を行うことに関しては、連携を取り、円滑に行っていると思います。しかし、鑑別診断が終わった後は、ほとんどが医師と本人・家族との関わりになってしまいます。（当院に通院を継続する場合）鑑別診断が終わった後に必要な場合は、センターチームで振り返りや今後の方針についてミーティングを行うことで、治療の参考にもなると思いますし、包括・ケアマネジャーとの連携もより密になるのではないかと考えます。そのような場を作ることもPSWの仕事だと思うので、今後の課題に挙げたいと思います。	認知症チーム医療のメンバーは、院内だけでなく、院外の包括支援センタースタッフ、ケアマネ等も入るべきだと思います。認知症の診断には認知症患者の日常生活の様子がとても重要であるので、そのことに詳しい包括支援センタースタッフ、ケアマネは不可欠です。その認知症患者に関わっている人すべてがチームになり得ると思います。
PSW (B)	資源活用のために行政と連携することを始め、地域をいかしたコミュニティの資源開拓（家族会や当事者の会など）と運営、啓発活動等が今後の課題となると考えます。	本人のサポートシステムが確立されていること。それは固定的ではなく本人の状況に応じてサポート体制が変わっても総合的に対応できる医療チームであることと考えます。
老人性認知症疾患療養病棟（介護保険・最重度）看護師	他職種との意見交換の場を持つ。そのために、カンファレンスを定期的実施しており、各専門職種が集まり、それぞれの専門的視点から、患者・家族が抱える問題点を抽出している。私たちは、情報提供するだけではなく、それぞれの専門職種からの情報をもとに、どのような援助が望ましいか、意見交換を行っている。今後、ご家族の参加を働きかけ、意見を尊重し、症状が改善すれば在宅復帰を目指して支援していきけるよう、関わっていききたい。	①他職種との情報交換をもとに、患者の全体像を把握することが大切となる。 ②他職種と常に連携を取り、業務を協働する事が必要である。 ③患者の人権、家族の意向を尊重する。 ④患者のニーズに沿ったケアができるよう、チームワークづくりを目指す。患者や家族との人間関係をうまく築き、信頼関係を構築する。
認知症・身体合併症病棟看護師	治療を優先とするために他職種との関わりが手薄となり、リハビリ等が制限されてしまうこと。	現在の状態を把握しながら、それぞれの職種でどのような関わり方をしていくのがベストなのかの意見交換を密に開き、患者に合わせた対応ができるといいと思います
介護福祉士	介護福祉士（ケアワーカー）は、患者が日常生活を送るうえで一番身近な情報を知り得る職種であるため、観察に努め、身体面、情緒面の変化を見逃すことのないよう変化の早期発見に努める。看護師への報告、連絡、相談を密にする。	他職種との情報の共有。 介護の専門性を高めることが患者のQOLを上げることにつながると思うのでスキルアップしていきたい。

結 論

1. コメディカルの医行為の範囲

チーム医療の推進のためにはコメディカルの業務範囲の拡大が必要であるが、これと、医師の業務独占との整合性が求められる。とくに看護師の業務範囲の拡大についての議論が重要であり、包括的指示の要件の明確化と特定看護師制度の是非についての判断が求められる。しかしながら、看護師を巡る諸制度については日本精神科病院協会山崎学会長による、日本看護協会の利己的な行動が、看護医療を壊し続けているとの指摘²²⁾は的を射ている。看護の現場を理解せず、看護師・准看護師養成に無関心なまま、看護業務の範囲の拡大、高度化を図れば、看護医療・医療提供体制に混乱をもたらす可能性がある。チーム医療の発展を中心として、医療提供体制の整備と医療水準の向上を目指す、冷静かつ真に患者中心の医療を志向した大局的な議論が求められる。

2. 日本におけるチーム医療

日本におけるあるべきチーム医療のためには、全体のバランスから各職種の業務範囲と連携のあり方、医師への労働基準法適用などの待遇改善が検討されなければならない。一職種に偏った検討によるチーム医療が、真に患者中心の医療となるのが疑問が持たれる。

3. チーム医療の方法論および評価方法の確立とそのエビデンスの蓄積

前述したアメリカにおけるCGAによるGAUなどのチーム医療やその成果に対する評価の研究なども参考にしながら、観念論ではなく客観的にチーム医療の成果に対するエビデンスを蓄積しながら検討していくべきである。

4. 医療文化のパラダイムシフト

患者中心医療を追求すれば、チーム医療の確立とその充実が重要となってくるが、チーム医療を日本に導入することによってどのような影響が考えられるであろうか。日本においては医師は常にリーダーであり、チームは常に医師を中心に回っていた。それに比し、アメリカ型チーム医療においては医師はチームのリーダーというよりもチームの一員である。そしてアメリカにおいては医師・歯科医師の地位の相対的低下がみられることもある。チーム医療の推進とは、これまで医師を中心とした医療文化の大変革であり、この大きなパラダイムシフトを受け

入れる意識改革が必要となるように思われる。

文 献

- 1) Woolley A W, Chabris CF, Pentland A, et al : Evidence for a Collective Intelligence Factor in the Performance of Human Groups. Science 330 (6004): 686-688, 2010.
- 2) Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al : Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 316 (7141): 1348-1351, 1998.
- 3) Büla CJ, Bérod AC, Stuck AE, et al : Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people : secondary analysis of a randomized trial. J Am Geriatr Soc 47 (4): 389-395, 1999.
- 4) Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al : A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. N Eng J Med 346 (12): 905-912, 2002.
- 5) Cravens DD, Mehr DR, Campbell JD, et al : Home-based comprehensive assessment of rural elderly persons : the CARE project. J Rural Health 21 (4): 322-328, 2005.
- 6) 第15回 チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ：特定看護師（仮称）の考え方（試案）. 2011.
- 7) 石井知行：精神科病床における認知症病棟の機能分化—とくに身体合併症病棟について. 日精協誌 29 (2) : 103-109, 2010.
- 8) 日本医師会：医行為の範囲の明確化（診療看護師資格の新設）に対する日本医師会の見解（定例記者会見）. 2010. 6. 16
- 9) 日本医師会：日本医師会調査「看護職員が行う医行為の範囲に関する調査」結果. 2010. 10.
- 10) 日本医師会：「チーム医療の推進に関する検討会」報告書に対する日本医師会の見解（定例会見）. 2010. 3. 24.
- 11) 日本看護協会：要望書. 2010. 4. 26.
- 12) 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）. 2010. 3. 19.
- 13) 厚生労働省医政局長：医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（通知）.

- 2010.4.30.
- 14) 厚生労働省医政局長：医師法第17条，歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）. 2005.7.26.
 - 15) Rubenstein LZ, Rhee L, Kane RL : The role of geriatric assessment units in caring for the elderly : an analytic review. *J Gerontol* 37 (5): 513-521, 1982.
 - 16) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al : Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 311 (26): 1664-1670, 1984.
 - 17) Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, et al : Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes : overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc* 39 (9 pt 2): 8 S-16S. discussion 17S-18S, 1991.
 - 18) Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al : Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342 (8878): 1032-1036, 1993.
 - 19) 最（三小）判 昭30.5.24 刑集 9.7.1093.
 - 20) 歯科医療の情報館：医行為（医業）. <http://dscyoffice.net/law/010320.htm>
 - 21) チーム医療推進方策検討ワーキンググループ：チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. 2011.6.
 - 22) 山崎 學：巻頭言 もういい加減にしろ. *日精協誌* 30 (2) : 1, 2011.

介護を支える現場から

石井 知行

「精神科」第21巻第1号
2012年7月 発行

科学評論社

特集

診療報酬・介護報酬の改定と精神科医療

介護を支える現場から*

石井 知行**

Key Words: revision of long term care fees, cooperation between medical and long-term care, medical and long-term care for dementia patients

はじめに

平成24年度介護報酬改定は診療報酬改定と同時改定であり、平成37年にピークを迎える超高齢社会に向けて体制を整備していく出発点となるものであった。社会保障・税一体改革成案による医療・介護機能再編を目指す取り組みの方向性として入院医療の機能分化・強化と連携、地域包括ケア体制の整備があげられている。そして、この改定においては「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ、という理念が謳われている。高齢化の進展に伴い、高齢者認知症患者数の増加、特に後期高齢者認知症患者数の増加が予想¹⁾され、高齢者認知症患者に対する医療・介護は診療報酬・介護報酬のどちらにおいても重点事項であり、診療報酬上においても連携のための工夫がみられている。また、認知症対策は精神科のみならず療養病床においてもbehavioral and psychological symptoms of dementia（以下、BPSDという）対策のための医療連携の評価が導入されるなど重要性を増してきている。

介護報酬改定について

平成24年度介護報酬改定における基本的視点として表1の4点があげられている²⁾。認知症に対する基本方針もこの中に含まれている。

また、今後の課題として表2があげられている、

精神科における介護報酬の改定について

1. 重度認知症患者デイ・ケアについて

デイ・ケアは医療保険対応であるが、介護保険対

応のデイサービスにしたらいのではないかという議論が仄聞されることがあった。これはデイ・ケアにおける医療行為とは何かという趣旨が明確でないことが一つの要因であった。医師をはじめとした人員基準の緩和を見越してこれを歓迎する声が聞かれることもあった。今回、夜間の精神状態および行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケア（6時間以上）に加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に夜間ケア加算を算定できることとなった。夕暮症候群、長時間ケア体制などの問題はあろうが、デイ・ケアにおける精神科医療行為をアピールできるものと思われる。

2. 高齢者認知症に対する介護保険と医療保険の適用について

表3にみられるように、高齢者認知症に対しては介護保険と医療保険のどちらかにより処遇ができることとされている。介護報酬改定の基本方針における、(3)認知症にふさわしいサービスの提供の中に、「専門医療機関における確定診断や地域の医療機関（かかりつけ医）からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う」、「『地域ケア会議』を実施し、アセスメント結果を活用したケア方針（将来的に状態が変化し重症となった場合や緊急時対応等を含む）を検討・決定する」とある。どのような重症度や状態等であれば介護保険によって処遇し、あるいは医療保険により処遇するのか、という境界があいまいなまま介護保険制度発足以来、介護保険が運営されてきている。すなわち、高齢者認知症に対する処遇の報酬は一物二価になっており、同じ患者がたまたまどちらによってケアされるかによりケア内容も費用も異なる。しかしながら、それぞれの患者に応じた介護必

*Opinion from front-line doctors providing long-term care.

**Tomoyuki ISHII, M.D., Ph.D.:医療法人社団知仁会メープルヒル病院〔☎739-0651広島県大竹市玖波5-2-1〕; Maple Hill Hospital, Otake, Hiroshima 739-0651, Japan.

表1 平成24年度介護報酬改定における基本的視点

1. 地域包括ケアシステムの基盤強化
介護サービスの充実・強化を図るとともに、介護保険制度の持続可能性の観点から、給付の重点化や介護予防・重度化予防について取り組み、地域包括ケアシステムの基盤強化を図ることが必要である。
このため、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするため、
①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスを提供する。
また、重度者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に応じたサービス提供の強化を図る。
2. 医療と介護の役割分担・連携強化
医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化することが必要である。
このため、
①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設および訪問看護、リハビリテーションの充実ならびに看取りへの対応強化
②介護保険施設における医療ニーズへの対応
③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進を進める。
3. 認知症にふさわしいサービスの提供
認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくため、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において必要な見直しを行う。
また、今後の認知症施策の方向性を考える上で、認知症の人への対応について、以下のような流れに沿った基本的枠組みが、全国で構築されることが必要である。
・在宅の認知症の人やその疑いのある人について、その症状や家族の抱える不安などの状況把握を行うとともに、専門医療機関における確定診断や地域の医療機関（かかりつけ医）からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う。
・地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者や対象者が一堂に会する「地域ケア会議」を実施し、アセスメント結果を活用したケア方針（将来的に状態が変化し重症になった場合や緊急時対応等を含む）を検討・決定する。
このような基本的枠組みを全国で構築していくためには、
①認知症早期診断・治療、ケア体制の確立と認知機能の低下予防
②認知症にふさわしい介護サービス事業の普及
③認知症ケアモデルの開発とそれに基づく人材の育成
④市民後見人の育成など地域全体で支える体制の充実
が必要であり、今後、調査・研究等を進め、次期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。
4. 質の高い介護サービスの確保
介護サービスの質を評価するため、要介護度等の変化を介護報酬上評価することについて「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」において検討が進められたが、要介護度等はさまざまな要因が複合的に関連した指標であり、その変化には時間がかかるとともに、利用者個人の要因による影響が大きいとの指摘がなされた。
しかしながら、介護サービスの質を向上させることは、大変重要な課題であるため、まずは、要介護認定データと介護報酬明細書（レセプト）データを突合せさせたデータベースの構築を図るなどの手段により、具体的な評価手法の確立を図る。

要度、医療必要度があり、それに基づいて介護保険と医療保険とどちらによる処遇が適切なのかという議論と基準があるべきである。この判断材料の一つに資するべく、以下において精神科認知症入院機能のあり方について私案を述べる。

3. 精神科認知症入院機能について

精神科認知症入院機能は地域ケアとの連携という観点も考慮して、以下のように整理される。

①急性期－治療機能。

②回復期慢性期－医療・リハビリ機能。

③最重度慢性期－医療・維持リハビリ・介護機能。

④身体合併症治療機能。

⑤在宅－医療介護支援機能。

これに基づいて認知症病棟の機能分化が以下のように提唱される。

①認知症急性期治療病棟。

②認知症治療病棟。

③期間限定のない超長期間入院病棟（認知症患者療養病棟・介護保険対応）。

表2 平成24年度介護報酬改定における今後の課題

- ・今後の課題(1)
 - 認知症ケア → 認知症にふさわしいサービスの提供を実現するため、調査・研究等を進め、次期介護報酬改定に向けて結論が得られるよう議論を行う。
 - 質の評価 → 介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態を改善する取組みを促すための報酬上の評価のあり方について検討する。
 - ケアプラン・ケアマネジメント → ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程やその資格のあり方に関する検討会を設置し、議論を進める。
 - 集合住宅における訪問系サービスの提供 → 集合住宅における訪問系サービスの提供のあり方については、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。
- ・今後の課題(2)
 - 新サービス等の実態把握 → サービスつき高齢者向け住宅や、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスの実施状況について、適切に実態把握を行い、必要に応じて適宜見直しを行う。
 - 医療提供のあり方 → 介護事業所、介護施設における医師・看護職員の配置のあり方については、医療提供のあり方の検討をあわせて、適切に実態把握を行い、必要に応じて見直しを行う。
 - 生活期のリハビリテーション → 生活期のリハビリテーションの充実を図るため、施設から住宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションを包括的に提供するとともに、リハビリ専門職と介護職との連携を強化するなど、リハビリテーションのあり方について検討する。さらに、リハビリテーションの効果についての評価手法について研究を進める。
 - 介護予防サービス → 予防給付は、介護予防や生活機能の維持・改善に効果があるものに重点化する観点から、効果が高いサービス提供のあり方について、検証・見直しを行う。

表3 高齢者認知症に対する介護保険と医療保険による処遇

介護保険		医療保険	
施設サービス	在宅サービス	入院	地域
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 療養病棟 老人性認知症疾患療養病棟	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 訪問看護ステーション ヘルパーステーション 介護老人福祉施設デイケア 介護老人保健施設デイケア デイサービスセンター 認知症対応型デイサービスセンター 認知症対応型グループホーム 介護付有料老人ホーム等	認知症治療病棟 退院調整加算 認知症夜間対応加算* 精神病棟入院基本料算定病棟 重度認知症加算 療養病棟入院基本料算定病棟 地域連携認知症集中治療加算* 地域連携認知症支援加算*	重度認知症患者デイケア 夜間ケア加算* かかりつけ医 認知症専門医紹介加算* 認知症専門医療機関連携加算* 認知症療養指導料* 認知症疾患医療センター 認知症専門診断管理料1 認知症専門診断管理料2*

*平成24年度診療報酬改定により新設。

④身体－精神合併症認知症対応病棟（medical psychiatric units-dementia；MPU-D）。

①認知症急性治療病棟

BPSDの急性憎悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟である。家族が疲弊しきって拒否感情が育ったり、恐怖を抱く前に入院し、退院しやすい・受け入れてもらえる家庭環境・地域環境を保つことを目標とする。精神科急性期治療病棟に準じる案であり、早期入院早期退院のサイクルを目指して平均在院日数を2～3カ月程度とする。緊急入院のための空床確保が必要である。

②認知症治療病棟

現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向

上を図る。

③期間限定のない超長期間入院病棟（認知症疾患療養病棟・介護保険対応）³⁾

・中核症状の進行が最重度・寝たきりでない、動ける認知症を対象とする。

重度のinstrumental activity of daily living（以下、IADLという）低下のため介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のために、より医療が必要な患者群が対象である。

④身体－精神合併症認知症対応病棟（medical psychiatric units-dementia；MPU-D）³⁾

・重度の身体合併症対応に特化し、対象は認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。

表4 介護療養病床の取り扱いについて

介護療養病床については、平成23年度までに老人保健施設等へ転換することとしていたが、転換が進んでいない現状を踏まえ、先の通常国会において成立した介護保険法等の一部改正法により、以下の措置が講じられた。

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる（平成24年度介護報酬改定における対応を検討）。

・精神科医だけでなく内科・神経内科など一般科医の常勤配置を施設基準とし、特殊疾患入院施設管理加算病床などに準じる。

4. 老人性認知症疾患療養病床（介護保険対応）について

老人性認知症疾患療養病床（以下、認知症療養病床という）は平成18年、医療療養病床の病床数削減と介護療養病床の廃止の方針が決定されたときに同様に廃止されることとなった。平成23年6月「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、介護療養病床廃止期間が平成24年3月末から6年間延長されることとなった。これに伴い、認知症療養病床の廃止も延長となった。しかしながら、厚生労働省は廃止の方針を正式には変更していない。これを反映したと思われるが、認知症疾患型介護療養施設サービス費（認知症療養病床の介護報酬）はすべて減少となっている。

これからの認知症療養病床のあり方としては前述の病棟機能分化における、③期間限定のない超長期間入院病棟に該当するのがよいと思われるが、病床数が少数であるため介護療養病床の動向に準じており、まず介護療養病床について概観する。

介護療養病床の取り扱いについては表4のとおりである²⁾。

介護療養病床からの転換意向は、約60%の施設が未定であるが未定とした理由のうちの、転換にかかわる主な懸念事項は以下の3つである²⁾。

・地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難。

・転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難。

・転換すると利用者の十分な医療的ケアができない。

後期高齢者の増加に伴い中核症状末期の重度患者群の増加が予想されている。中核症状が進行するにつれ、BPSDも治療抵抗性を示すようになった可能性を示唆するメタ解析⁴⁾もあり、中核症状重度群ではBPSDも改善困難であることが臨床上よく経験される。高齢者認知症の大部分は進行性であるため、中核症状が進行した重度の認知機能障害、治療抵抗

性のBPSDのため退院困難あるいは退院不可能な患者群がみられる。また、高齢者認知症患者には身体合併症が高頻度にみられ⁵⁾、身体合併症加療も同時に施行される必要がある。すなわち、重度の認知症機能低下のためIADL低下に対する介護が中心であるが、治療抵抗性のBPSD、身体合併症等のため医療必要度が高い患者群が多数存在し、さらに増加が予想される。介護が中心であり現状では介護保険対応であるが、医療必要度が高いため介護保険施設でなく精神科病床において処遇されることが適切である。また、介護療養病床においても重症者の増加がみられており、医療も介護も必要な患者群の増加が指摘⁶⁾されている。

現時点においては、認知症療養病床は日本精神科病院協会会員病院中27病院30病棟1,535床と少数であるが、少数であっても中核症状・BPSD重度群の増加が予想される中にあることは、存在意義は大きい。存続の必要性は今後ますます増大すると思われる。

認知症疾患医療センターおよび認知症対応強化型地域包括支援センターについて

平成20年4月から、認知症疾患医療センター（以下、医療センターという）が設立、運営されてきているが、この運営事業の概要を図1に示す。医療・介護の連携強化が重要であり、このため医療センターと、認知症対応強化型地域包括支援センター（以下、支援センターという）による、連携事業が施行されてきている（図2）。医療センターの設置は全国においてすでに150カ所以上となり、300カ所を目標として整備が続けられている。強化型地域包括支援センターはモデル事業終了後も地域包括支援センターとして連携に取り組むことになっている。この連携は「早期受診に向けた連携」と「鑑別診断後の連携」の2つの観点から取り組まれている。早期診断をより一層推進するため、診療報酬において、認知症専門診断管理料の評価が引き上げられ、認知症の症状（BPSD）が憎悪した患者の紹介を受けた専

図1 認知症疾患医療センター運営事業

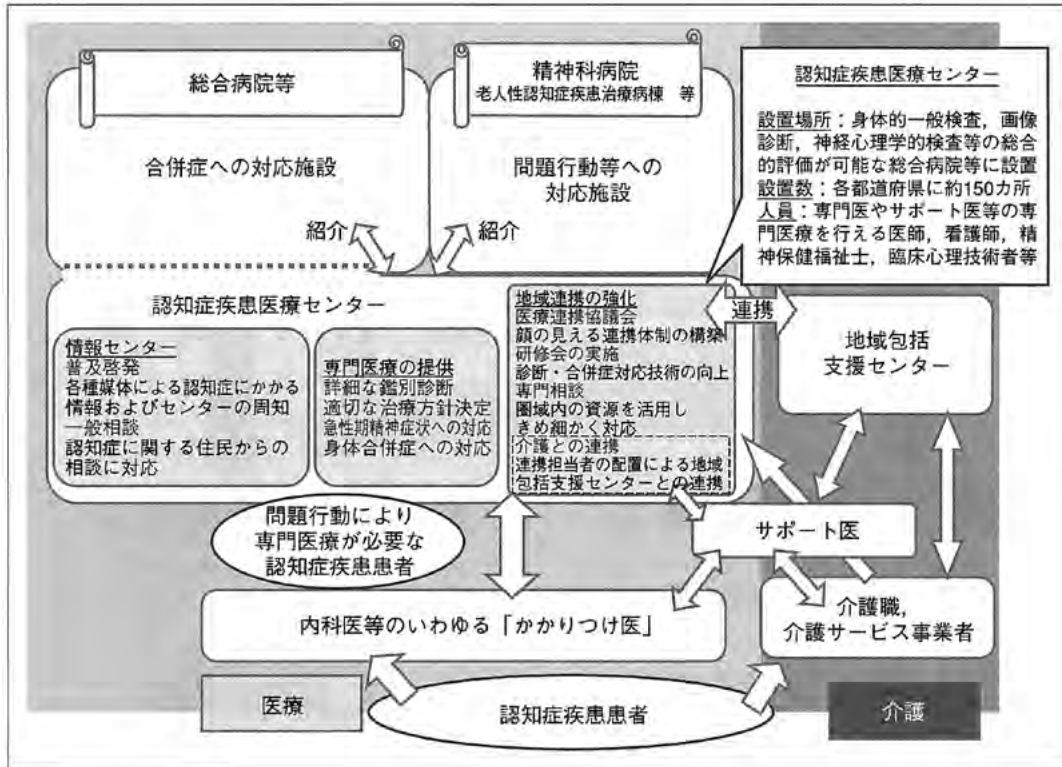


図2 認知症医療介護連携の事業スキーム

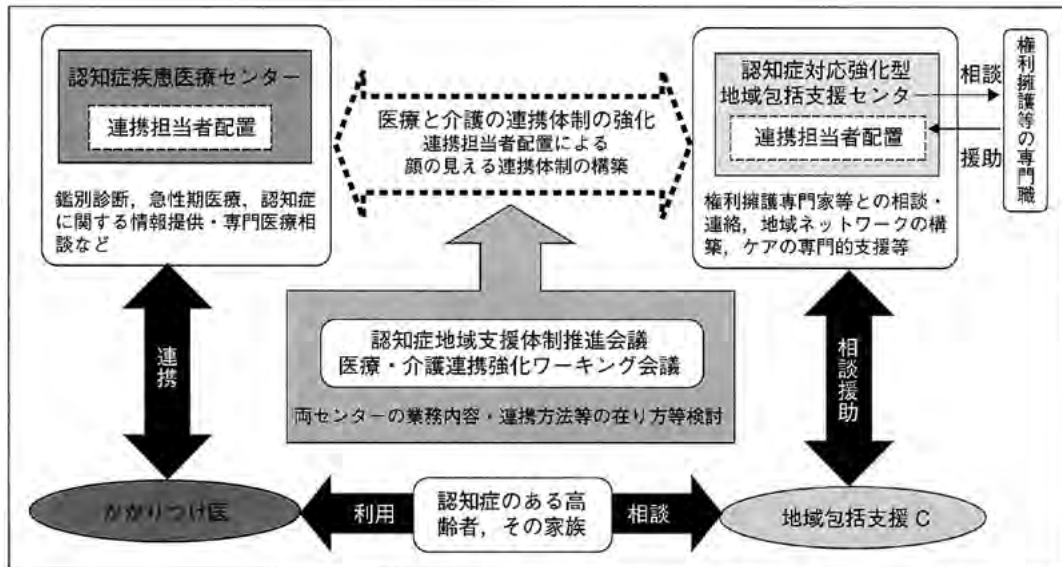


図3 認知症対策の推進

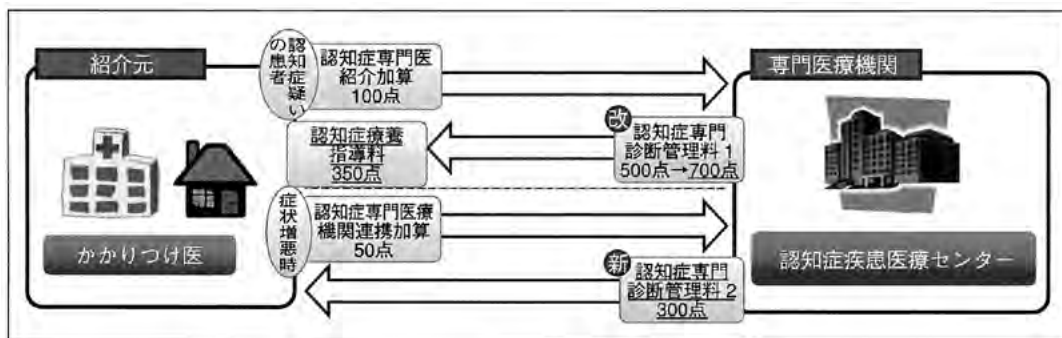


表5 認知症疾患医療センターの機能

- 専門医療の提供
専門医療相談、鑑別診断、BPSD・身体合併症への急性期対応
- 地域の関係者との顔の見える連携体制の構築や研修等による地域の保健医療水準の向上
 - ・地域の保健医療福祉関係者による連携協議会の開催
 - ・かかりつけ医や介護関係者等への実務的な研修会・事例検討会等の開催
 - ・認知症医療の最新情報の発信 等

門医療機関の評価が新設された(図3)。また、地域医療のためには、精神科医とかかりつけ医の連携が重要であり、このために地域連携パスが各地において開発されつつあるが、認知症と診断された患者についてかかりつけ医がその後の管理を行うことの評価が診療報酬において新設された〔認知症療養指導料350点(月1回、6月まで)〕。

医療センターは介護との連携強化のキープポイントとなるが、その機能は表5に整理される。医療と介護、施設との地域の連携のために医療センターと支援センターの果たす役割はますます重要となっていくであろう。

まとめ

- ①平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定は医療・介護連携強化が重点であり、平成37年における超高齢社会のピークを目標とした体制を整備していく出発点となるものであった。
- ②介護報酬改定の基本方針と今後の課題を紹介した。
- ③高齢者認知症を処遇する制度は介護報酬と診療報酬による一物二価になっており、どちらの制度を選択すべきかの適用の基準についての議論が必要であり、その一助として精神科認知症入院医療の機能と機能分化について論じた。
- ④医療と介護が同時に必要とされる実態があり、廃止が予定されている老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)の存続の必要性について言及した。
- ⑤医療と介護、施設と地域の連携のために医療センターと支援センターの果たす役割は重要であることを指摘した。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口(平成14年1月推計). 東京: 国立社会保障・人口問題研究所; 2002.
- 2) 厚生労働省. 平成24年度介護報酬改定の概要. 東京: 厚生労働省; 2012.
- 3) 石井知行. 精神科病床における認知症病棟の機能分化 とくに身体合併症について. 日本精神病院協会雑誌2010; 29: 103-9.
- 4) Campbell N, Ayub A, Boustani MA, et al. Impact of cholinesterase inhibitors on behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease: a meta-analysis. Clin Interv Aging 2008; 3: 719-28.
- 5) 研究代表者伊豫雅臣. 平成19年度厚生労働科学研究. 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究 分担研究 精神病床の利用状況に関する調査. 2008.
- 6) 鹿島洋一, 矢野善宣. 介護療養病床は医療と介護の“すきま”の人たちの受け皿として存続が必要. JMC2011; 78: 34-40.

現在の状態像

公衆衛生的、統計学的な根拠の薄弱な政策が厚生労働省によって繰り返されており、これは厚生労働省の政策立案における宿痼ではないかと思われます。戦後、目の食糧問題等に目を奪われ優生保護法により大規模な産児制限策がとられました。戦後ベビーブームは欧米諸国も同様でしたが、産児制限により出生者数が急激に減少したため他国に例を見ない、人口のかたまりが2つ、日本においてのみ形成され、その間の、深く広い谷が現在の深刻な少子高齢化となって跳ね返ってきています。少子高齢化が経済の衰退と国力の低下を招いています。過去の社会党のオポチュニズムと旧厚生省の無定見な政策が日本を破滅的衰退に追いやるようとしています。(本文参照)現在も、厚生労働省による非科学的な認知症施策が行われようとしています。情緒的であってかつデータの裏づけと将来予測を欠く政策は、国民、特に今後の大幅な増加が予想される認知症の方に、被害をおよぼすと危惧されます。非力を省みず、強く警告しています。

精神科認知症入院医療の機能分化と 認知症の将来予測による政策立案のあり方

石井 知行

「臨床精神医学」第41巻第8号
(2012年8月)

アークメディア

論説

精神科認知症入院医療の機能分化と 認知症の将来予測による政策立案のあり方

石井 知行

抄録:精神科認知症入院機能について、地域医療との連携を考慮して、急性期－治療機能、回復期、慢性期－リハビリ機能、最重度慢性期－医療・維持リハビリ・介護機能、身体合併症治療機能、在宅医療介護支援機能を提示し、これに基づいて、急性期治療病棟、治療病棟、超長期間入院病棟、身体－精神合併症病棟の病棟機能分化を提案した。地域ケアに対して夜間を中心とする24時間対応の地域包括ケアと家族支援の重要性を指摘した。「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：認知症と精神医療）」が提出した「とりまとめ」の提言に対して、地域ケアと入院医療の連携について、および、目標値のあり方について検討した。認知症有病率将来予測の必要性について述べ、恣意によらず、科学的に統一されたデザインのもとに大規模データを作成し、検証可能な形で行われた解析に基づいて政策立案を行うことの重要性について述べた。

臨床精神科学41 : 1055～1062

Key Words: 認知症 (dementia)、病棟機能分化 (functional differentiation of hospital beds)、
認知症の将来予測 (forecast of dementia prevalence)

(2012年4月28日受理)

1 はじめに

平成23年11月、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：認知症と精神医療）より「とりまとめ」²⁾が提出された。この「とりまとめ」における「基本的な考え方」にみられる「ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすること」という理念は正しいと思われ共感できるが、「とりまとめ」の提言の中には認知症医療介護の実態と乖離した点もみられる。特に精神科入院医療の重要性についての理解が不十分であり、その質の向上についても抽象的かつ表面的な提言となっている。「とりまとめ」に欠けているのは充実した地域ケアが成立するためには、充実した質の高い入院医療が必要である、という観点である。地域ケアと入院医療との連携による循環型医療、医療と介護の密接な連携によって、地域での生活を可能とする地域ケアが成立する。入院医療は地域生活をサポートするためにある。認知症は進行性の疾患であり、長期にわたって徐々に重度化することから、急性憎悪や在宅生活を困難にする重度の症状と問題行動など地域ケアのみでは治療困

難である場合も経過中には多くみられ、入院医療がなければ持続可能な地域ケアは成立しない。地域ケアを重視するあまり、入院医療について否定的となる²¹⁾のは短絡である。日本においては、英国における精神保健医療体制¹⁶⁾のように、大部分を地域ケアによる体制になく、地域ケアを中心とする体制に移行するためには財源もマンパワーも絶対的に不足している。今後の少子高齢化の進行による社会保障費の増加と財政を支える若年人口の減少から、持続可能な社会保障制度の維持のためには地域ケアと入院医療双方の効率化と質の向上および緊密な連携がより重要となる。このため、上記「とりまとめ」において論じられることの少なかった精神科認知症入院医療のあり方について検討し、認知症の将来予測による政策立案のあり方について論じたい。

2 高齢者認知症疾患の特徴

1. 認知症は非可逆的に進行する長期にわたる精神症状と問題行動を伴う神経難病である

高齢者認知症の大部分は非可逆的に進行する長期にわたる神経難病である。発症当初から長期を

Functional differentiation of psychiatric hospital beds specialized in dementia and policymaking based on the forecast of prevalence of dementia

ISHII Tomoyuki メープルヒル病院 [〒739-0651 広島県大竹市玖波5-2-1]

視野に入れた各進行期と各進行期に応じてみられる多様な病態に対する適切な処遇が必要である。進行期および各原因疾患によってBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (以下、BPSDという)と呼ばれるいわゆる周辺症状も短期に改善する症例から、長期にわたって改善がみられない症例がある。その重症度も軽度から重度にわたり、Instrumental Activity of Daily Living (以下、IADLという)の困難を伴うのみの処遇が容易な症例から、重度の暴力のため家族、近隣住民に迷惑を及ぼす問題行動を呈する症例まで多様である。そして、この問題行動により家族関係に悪影響を及ぼし、家族の長期にわたる必死の介護の努力の後、入院に至った症例では、家族の拒否感情が大きく育っており、BPSDが改善しても外泊・退院の拒否がみられることが多い。例えば、嫉妬妄想のため妻を追いかけ杖で殴り、骨折させた症例、失火の恐れ強い症例、夜間せん妄のため包丁を振り回し窓を破って外へ出て道路で騒いだ症例などは家族の退院拒否のみならず近隣からも家庭へ返さないことを申し入れされている。このような例では重篤な問題行動の発生する前にできるだけ早期に入院させるべきである。問題行動が軽度であっても入院までの介護期間が長い場合に外泊、退院の拒否がしばしば経験されることがある。また、現時点においてはほとんどの症例において、中核症状が非可逆的に進行し末期に至ることがみられ、末期に対する入院医療も必要である。

2. 高齢者認知症患者の増加、特に後期高齢者認知症患者の増加

高齢者数、特に後期高齢者数の増加に伴い、認知症の有病率の増加が予想されている。なかでも後期高齢者の有病率は高く、患者数が飛躍的に増加することが予想²³⁾されており、後期高齢者認知症患者の増加および医療とケアのサポートによる発症からの長期化に伴い、重度患者の増加が予想される。

3. 中核症状重度化とBPSD治療抵抗性

軽度認知症に付随して起こったBPSD全般に対してはcholinesterase inhibitorは効果があったにもかかわらず、中等度から重度の認知症に付随して起こったBPSDに対しては効果が認められなかった、というメタ解析の結果⁸⁾がみられており、中核症状が進行するにつれてcholinesterase inhibitorによる治療に対して抵抗性を示すようになった可能性を示唆していると考えられる。この所見は、中核症状重度化群においてはBPSD改善困難例を多く経験するわれわれの臨床上の所感ともよく合致している。

4. 認知症患者においては身体合併症が高頻度に見られる²⁵⁾

高齢者認知症患者においては身体合併症が高頻度に見られる²⁵⁾。したがって、身体合併症治療、精神療法・薬物療法を中心としたBPSDに対する治療、抗認知症薬を中心とした中核症状に対する治療、および心理社会療法、リハビリなどが総合的にチームによって同時に施行される必要がある。特に、身体合併症が重度の場合は内科医など一般科医を中心とした治療が必要であり、精神疾患と身体合併症双方のケアを十分に行うことを目的とした病床(海外ではMedical Psychiatric Unit : MPU¹⁹⁾と呼ばれている)の設立が求められる。

3 認知症入院医療の機能

1. 在宅ケアか入院医療かのトリアージ

在宅ケアでよいのか、入院医療がよいのか、どちらがよいのかのトリアージ機能が必要である。家族が患者に及ぼす影響は統合失調症におけるEE (Emotional Expression) 問題と同様に大である。家族の過大な介護負担は患者への拒否感情となり、患者自身への大きなストレスとなり、BPSDに影響を及ぼす。前述したように、この拒否感情のためにBPSD改善後も外泊・退院などに対する家族による拒否が多く経験される。また、高齢化に伴い介護者もまた高齢者であるという老々介護も社会問題化しており、介護負担が介護者の健康状態の悪化につながる^{1, 10)}も蓄積されてきている。そのトリアージのためには、患者のみならず、患者を取り巻く家族との関係を中心とした家族環境、近隣との関係、など周囲の環境も考慮して総合的に判断されるべきである。

2. 早期退院のための早期入院の必要性

前述したように、入院が必要な症例においては、早期退院のためには早期入院が必要である。BPSD、身体合併症などの憎悪時に早期入院し、寛解すれば早期退院することにより、よりQOLの高い地域生活を維持できる(表1)。

メープルヒル病院併設広島県西部認知症疾患医療センター(以下、センターという)の経験では、平成22年7月の開設から、平成24年1月までの認知症治療病棟から自宅へ退院した患者18名において、平均在院日数は77.5日であった。このうちセンター非対応患者群は91.7日、センター対応患者群は49.2日であった。自宅への退院患者数と、施設へ退院した患者数の合計は22名、平均在院日数は

表1 早期入院を積極的に

必要な場合はとにかく早期入院！
→早期退院のサイクルへ。
家族が疲弊しきる前、恐怖心を抱く前に入院し、退院しやすい（受け入れてくれる）家庭環境・地域環境を保つことが大事です。
入院を検討する時期
当院は、精神科救急の病院ではありませんので、緊急入院の枠がありません。→ベッド調整期間が必要です。「この薬でだめだったら、入院が必要か…」と思われるまさにその時に、できればご紹介をお願いします。入院し、薬剤を減量することで落ち着く場合も多く経験します。
また、NPIやFABの点数が悪い場合は、家族の負担が大きいので、入院・入所を検討します。
(広島県西部認知症センターパンフレットより)

129.7日、そのうちセンター非対応患者群139.3日、センター対応患者群104.1日であった。センターが入院の必要な患者を早期入院させれば、入院期間の短縮を図れることが推測される。特に自宅への退院患者群において、この傾向が顕著であると思われた。

3. 入院中における薬物調整の必要性

高齢者は薬物の影響を受けやすく、また薬剤相互作用も起こりやすいため薬剤有害事象を経験する危険性が高い。抗精神病薬、抗不安薬や、身体合併症のため多くの種類の内科薬を服用していることが多い。これらの薬剤により、せん妄をきたす症例もみられる。また、在宅においては多くの科によって統一されていない薬剤投与が行われていることが多い。特にBPSDが顕著であった在宅患者では、大量の抗精神病薬、抗不安薬が処方されている症例が多くみられる。BPSDのため、すでに家族の拒否感情の高い、ストレスフルな家庭環境から離脱して入院し、よくトレーニングされたスタッフにより受容されるとBPSDも軽度化してこれらの薬物の減量を図れることが頻回に経験される。高齢者において薬剤有害事象を起こしやすい薬物のリストなども近年作成されており⁴⁾、高齢者を専門にした内科医、精神科医による入院における薬物の調整、吟味が重要である。

4. 入院におけるグループ形成（仲間）の有用性¹⁸⁾

同程度の重症度の患者群をグループ別にケアすると、病態と重症度の異なる患者群を一緒にケアするよりも、感情の安定とBPSDの改善がよくみられる。特に、テーブルメイトによる交流の効果が大きいと観察される。看護、介護、OTのプログラムなどもより効果的で適切となる。重症度別病棟機能分化がより望ましい¹⁸⁾。

5. 緊急入院による在宅療養支援機能

BPSD、身体合併症などの急性憎悪に対応する緊急入院が後方支援として在宅医療をサポートする。

6. 入院における行動制限と人権上の問題点

一般科・介護施設などにおいては、緊急避難の名目で行動制限が行われている。特に小規模の施設においては密室化しやすく、不適切な実態が広く見られ、高齢者虐待などの不祥事の発生がみられている。緊急避難による身体拘束は、切迫性、非代替性、一時性を要件としているが適切性が疑われるような拘束が漫然として行われている実態も多く見聞される。また介護老人福祉施設や介護老人保健施設などにおいて、玄関などの外部への出入口や病棟の出入口にテンキーなどにより施錠をして、閉鎖病棟化している実態が多くみられる。平成21年3月19日群馬県老人施設たまゆらの火事において、入所者が焼死するという痛ましい事件²⁹⁾が起きたが、出入口につっかい棒がしてあり、閉鎖の状態になっていたという。緊急避難の名目によって法令の根拠なしに行動の制限が行われているこれらの実態は、基本的人権を保障した憲法に対する違反であり、法整備とそれに伴う仕組みづくり、施設整備を行ってこなかった行政、立法の不作为の責任は免れないと思われる。精神保健福祉法に基づいて根拠とする法令があり、人権制限を適切にするための仕組みが最も厳密であるのは精神科医療のみである²⁰⁾。

7. 入院における医療とリハビリ、在宅支援サービスの統合と連携

精神科認知症入院医療においては、精神科、内科、神経内科、放射線科、歯科などの医療と、リハビリ（PT、ST、OT、POT（精神科OT））、心理、PSWなどを組みあわせ、さらに介護保険諸制度（居宅介護支援事業所、デイサービス、訪問看護、訪問リハビリなど）につなげたチーム医療によるケアミックスを提供することができる。特に、精神科病院を中心とした入院医療と在宅支援サービスの統合と連携を図れる¹⁸⁾。

以上が精神科における認知症入院医療の機能であるが、このうち精神科のみがもつ特徴的な機能は2つある。

i 身体面－精神面－社会面の3つの軸を統合したサービス提供

ii 法令に基づいた厳密な運用による行動制限と適切な人権の制限に対する担保

上記の諸条件より、精神科認知症入院医療機能は、以下のように整理される。

①急性期－治療機能

- ②回復期慢性期－医療・リハビリ機能
- ③最重度慢性期－医療・維持リハビリ・介護機能
- ④身体合併症治療機能
- ⑤在宅－医療介護支援機能

4 認知症病棟機能分化(案)について

以下の考察に基づいて病棟(床)の機能分化を以下のとおり提唱する。

- ①認知症急性期治療病棟
- ②認知症治療病棟
- ③期間限定のない超長期間入院病棟(認知症患者療養病棟・介護保険対応)
- ④身体－精神合併症認知症対応病棟(Medical Psychiatric Unit-Dementia、以下MPU-Dという)

①認知症急性期治療病棟

BPSDの急性憎悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟であり、早期入院早期退院のサイクルとする。家族が疲弊しきって拒否感情が育ったり、恐怖を抱く前に入院し、退院しやすい・受け入れてもらえる家庭環境・地域環境を保つことが重要である。精神科急性期治療病棟に準じる案であり、平均在院日数を2～3カ月程度とする。緊急入院のための空床確保が必要である。

②認知症治療病棟

現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向上を図る。

③期間限定のない超長期間入院病棟(認知症患者療養病棟・介護保険対応)¹⁸⁾

- ・中核症状の進行が最重度
- ・寝たきりでない、動ける認知症を対象とする。重度のIADL低下のため、介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のために、より医療が必要な患者群が対象である。

④身体－精神合併症認知症対応病棟(Medical Psychiatric Unit-Dementia、MPU-D)¹⁸⁾

・重度の身体合併症対応に特化し、対象は認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。

・精神科医だけでなく内科・神経内科など一般科医の常勤配置を施設基準とし、特殊疾患入院施設管理加算病棟などに準じる。

5 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:認知症と精神科医療)「とりまとめ」に対する意見

1. 「とりまとめ」における基本的な考え方

a. 「とりまとめ」における「入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とすること」という文章は誤解を含んでいる。精神科医療は地域生活をサポートするためにあり、その連携が求められるのである。つまり、地域ケアを前提としても経過の必要性から入院医療を欠くことができないことがあり、どちらかを前提とすることは間違いであると思われる。「入院を前提と考えるのではなく、また、同時に地域ケアのみと前提を考えるのではなく、地域での生活を支えるために必要な精神科医療とすること」という文章に訂正されるのがよいのではないかと思われる。重要なのは、地域ケアと入院医療の連携に基づいた総合的な医療介護モデルであって、前提的に入院を否定すれば、前述したように、時期を逸した入院のために家族の拒否感情などから退院拒否につながり、かえって社会的入院を結果するであろう。

b. 「精神科病院は入院医療として必要な医療を提供するという基本的考え方を明確にする目標であることが必要である」という文章からは、入院医療として必要な医療とは何か提示がなく、どのような医療を必要な入院医療と考えているのか理解できない。

c. これに続く「同時に、症状の面からみて退院可能と判断される患者については、介護保険事業計画などを通じて介護保険サービスをはじめとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により、地域で受け入れていくための体制づくりを行っていくことが必要であり」という文章では、退院可能性に触れ、介護保険との連携を謳っている。では症状の面からみて、退院可能と判断されない退院不可能な患者に対する適切な処遇については考慮されているのだろうか。退院不可能な患者に対するケア提供も一つの重要な機能であり、重度の認知機能障害、BPSDなどのため、退院困難あるいは退院不可能な患者であっても入院における医療と介護を統合してQOLの維持向上に努力して、個人としての尊厳を保つ処遇を考慮することは重要である。自分たちの主張の趣旨から外れる患者群を無視してはならない。

2. 認知症を考慮した目標値

a. 「より短期間の入院で地域につなげるようにす

るという観点」は正しいが、そのためには入院医療の効率化と質の向上を図る必要がある。この目的のためにどのような方策が必要であるかという考え方がみられない。

b. 「BPSDの改善までの期間は、多くの場合約1カ月程度であるとの意見、BPSDの改善後も薬物療法の調整などに一定期間を要するとの意見、入院期間が3カ月以上になると再び自宅や地域で受け入れることが困難になるとの意見などがあつたことをふまえ、当面は、現状の6カ月よりも短くすることを目標としつつ、達成時期までの目標値は、2カ月にすべきである」という部分からは、短期入院への意思は正しいが、統計学に対する理解不足、科学的思考の欠落がみられる。認知症は進行期や原因疾患により病像や重症度が多様であり、調査にあつてどのような母集団を設定するか、またサンプル数は適正であるか、どのような時期に評価するかなどにより成績は大きく変化する。BPSDの改善までの期間が約1カ月程度であるとの意見²²⁾のみに基づいて目標設定とするのは、極めて根拠が薄弱であると言わざるを得ない。この意見は大阪府における精神科専門病院入院140例のうち、退院可能群92例についての所見であり、一つの研究から認知症患者全体に一般化して根拠とすることに対しては疑問がもたれる。退院を阻害する要因は多岐に渡り、これに対する検討の議論なしに目標値を設定するのは短絡である。つまり、目標ありきのいたずらな目標値設定でなく、科学的な根拠に基づいた目標設定、目標に至る方法論を議論し、提案することが重要である。

3. 地域包括ケアと家族支援

精神疾患の治療においては、家族介入・家族支援が極めて重要であり^{12,14,15,17,26)}、「家族を抜きにして患者の生活は語れない」¹³⁾といわれる。認知症においては、暴言・暴力、放尿・弄便、異食、徘徊、夜間不穏などの問題行動による在宅介護への負担が大きく、特に夜間においては家族への負担は極めて大となる。また、前述のように在宅介護の負担が介護者の健康状態の悪化につながることも指摘されている。夜間を中心とする24時間対応の地域包括ケア⁹⁾の充実が必要である。

「とりまとめ」においては、家族や介護者への相談支援や訪問支援について触れられているが、英国における家族支援のように、「精神障害単独ではなく、障害児、知的障害、身体障害、高齢者、育児などの国民全体のケア（介護）にあたる人たちへの支援」¹⁷⁾が必要であり、家族支援を強化するためには英国の地域ケア法（Community care act）のよ

うな家族支援を重点とした法の制定が望まれる。

4. 認知症の有病率の将来予測

「とりまとめ」において、各種目標値の設定が提示されている。この設定のためには有病率、特に重症度、病態等の把握が極めて重要であるが、これについては簡単にしか触れられていない。認知症有病率の将来予測は、政策立案のために極めて重要である。他国においてはDelphi consensus method（文献や専門家の意見を統合するための手法）により地域での有病率を推定し、それに基づいて全世界での認知症の有病率将来予測を行った研究¹¹⁾がある。また、発症率や進行率、人口の増加率などに基づいてモデルを作成し、統計学的に全世界での有病率を推定している研究⁷⁾もある。予測においては有病率、発症率の地域差を考慮することも重要であるが、都市部と農村部の有病率の違いについても農村部の有病率が都市部と比較して高いという結果が複数報告されている^{24,27,28)}。日本においては朝田の有病率の調査³⁾が比較的大規模かつ他地域研究であり有用であるが、これまでの調査においては各施設による比較的地域が限定された小規模な調査がなされており、研究者が利用できる大規模なデータベースは存在していない。政府部局が統括する大規模臨床データベースの作成が望まれる。

6 アメリカにおける大規模臨床データベースと日本における政策立案のあり方

アメリカにおいては、大規模臨床データベースが多数運営されているが、そのうち一般に開放されているデータベースにNHANES、NHIS、BRFSSなどがある。例えば、米国全国健康・栄養調査^{5,6)}（National Health and Nutrition Examination Survey ; NHANES）は米国保健省（U.S Department Health and Human Service's）の機関であるNational Center for Health Statistics（NCHS）が実施しているものである。詳細な面接調査と包括的な調査を行い米国民の総合的な栄養状態をモニターすることを目的として行われている。1988～1994年に行われた第3回目の調査（NHANES III）では、生後2カ月以上の施設に入所していない米国人34,000人を対象として調査が行われた。調査項目は食事状況あるいは栄養状態のみならず、心身の健康状態あるいは疾病、保健サービスへのアクセスなどについて、広範な情報が収集された。これらのNHANES、NHIS、BRFSSなどの大規模臨床データは連邦政府の部局によって作成されており、デー

タはpublic domain（社会全体の公共財産の意。知的創作物について著作者や発明者などが著作権などの一切の権利を放棄し、一般公衆に属する状態にあること）にあるため誰でもが自由にサイトからダウンロードして使うことができる。ただし、論文にして発表する際には定められた形で引用または謝辞に含めることが求められている。

日本においては、収集されたデータが公開されていないことが多く、その解析や解釈の過程も極めて不透明である。そのうえ当局にとって都合の良い一部を取り出した恣意的な政策への利用がみられることから、病院団体や各種業界団体もデータ作成に懐疑的となり、その協力に対して警戒的となることしばしばみられる。恣意によらず、科学的に統一されたデザインのもとに大規模データを作成し、検証可能な形で行われた解析に基づいて政策立案を行うことが真に国民、特に障害者、患者に対する医療介護の質の向上に役立つのである。例えば、精神科病床7万2千床削減問題についても、病院に対する簡易なアンケートの回答を根拠として立案された。統計学的にデザインされた患者に対する実態調査を行い、精神症状と能力障害の各重症度について地域移行の可能な群を検討し、各群について必要な、各種にわたる地域支援サービスとその必要財源を検討し提案されていたら質の良い政策提案であったと思われる。不十分なデータや薄弱な根拠に基づいて帰納するのではなく、妥当にデザインされた調査のデータに基づいた科学的思考による政策立案が望まれる。つまり、根拠の薄弱な目標値の設定でなく、認知症有病率、重症度別患者数、家族の介護力などの将来予測により把握したニーズに基づいて政策立案がなされるべきである。国民のニーズの総体をより正確に把握した政策立案の後に財源論についての議論がされるべきである。目標値の設定を多用する方法は財源論から出発していることによるのではないかと推測されるのではないだろうかと考えられる。

7 まとめ

1) 精神科認知症入院医療の機能について地域医療との連携という観点も考慮して以下のように提示した。

- ①急性期－治療機能
- ②回復期慢性期－医療・リハビリ機能
- ③最重度慢性期－医療・維持リハビリ介護機能
- ④身体合併症治療機能
- ⑤在宅－医療介護支援機能

特に、精神科のみにみられる特徴的な機能は以下の2つであると考えられた。

i 身体面－精神面－社会面の3つの軸を統合したサービス提供

ii 法令に基づいた厳密な運用による行動制限と適切な人権の制限に対する担保

2) 認知症入院機能に基づいて、病棟（床）機能分化を以下のように提案した。

①認知症急性期治療病棟

認知症治療病棟

③期間限定のない超長期間入院病棟（認知症疾患療養病棟・介護保険）

④身体－精神合併症認知症対応病棟（MPU-D）

病棟（床）機能分化については反対論もみられるが、すでに精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料などのように、機能分化により質の向上が図られてきた実績がある。今後の認知症入院医療のニーズの増加に応えるためには、入院医療の効率化と質の向上を図る必要があり、そのためには機能分化が必要であると思われる。

3) 家族の介護負担の軽減のためには、夜間を中心とした24時間対応の地域包括ケアが必要である。また、家族支援が極めて重要であり、英国の地域ケア法（Community care act）のような法の制定が望ましいと思われる。

4) 認知症有病率などの将来予測の重要性を指摘し、大規模臨床データベースの作成と、科学的な知見に基づく政策立案の必要性について言及した。

文 献

- 1) Andrén S, Elmståhl S : The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. J Clin Nurs 17: 790-799, 2008.
- 2) 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：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：認知症と精神科医療とりまとめ. 2011
- 3) 朝田 隆：厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）認知症の実態把握に向けた総合的研究. 総括研究報告書, 2011
- 4) Beers MH : Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med 157: 1531-1536, 1997

- 5) Boyle MA, Morris DH : Community Nutrition in Action. Wadsworth Publishing Inc, Belmont, CA, 1999
- 6) Briefel RR, 吉池信男訳 : アメリカにおける栄養モニタリング. 最新栄養学. 建帛社, 東京, 1997
- 7) Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K et al : Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia* 3: 186-191, 2007
- 8) Campbell N, Ayub A, Boustani MA et al : Impact of cholinesterase inhibitors on behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease : a meta-analysis. *Clin Interv Aging* 3: 719-728, 2008
- 9) 地域包括ケア研究会 : 地域包括ケア研究会 報告書—今後の検討のための論点整理—. 2009
- 10) Etters L, Goodall D, Harrison BE : Caregiver burden among dementia patient caregivers : a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract* 20: 423-428, 2008
- 11) Ferri CP, Prince M, Brayne C et al : Global prevalence of dementia : a Delphi consensus study. *Lancet* 366: 2112-2117, 2005
- 12) 伊勢田堯 : 英国の精神保健福祉施策から学び, 明日につなげる施策づくりを. 響き合う街で 51 : 27-33, 2009
- 13) 伊勢田堯, 長谷川憲一, 近藤智恵子 : 統合失調症治療における家族支援. *こころのりんしょう* 29 : 257-262, 2010
- 14) 伊勢田堯, 増田一世, 堀江紀一ほか : 精神保健医療における歴史的誤りを正すための家族支援の意義と課題. *臨床精神医学* 40 : 63-68, 2011
- 15) 伊勢田堯, 中村伸一編 : 専門医のための精神科臨床リュミエール17 精神科治療における家族支援. 中山書店, 東京, 2011
- 16) 伊勢田堯, 西田淳志, 岡崎祐士 : 英国における精神保健福祉改革の動向—更なる進化のプロセス—. *精神保健政策研究* 18 : 79-88, 2009
- 17) 伊勢田堯, 岡崎祐士, 針間博彦ほか : あるべき家族支援サービスネットワーク—英国の家族支援の動向—. *精神科臨床サービス* 10 : 290-294, 2010
- 18) 石井知行 : 精神科病床における認知症病棟の機能分化 とくに身体合併症について. *日本精神科病院協会雑誌* 29 : 103-109, 2010
- 19) 石井知行 : 精神科領域における医療と介護の機能分化について. *日本精神科病院協会雑誌* 30 : 28-38, 2011
- 20) 石井知行 : 認知症患者の行動制限, とくに身体合併症加療のための身体拘束の法的根拠について. *日本精神科病院協会雑誌* 28 : 63-68, 2009
- 21) 河崎建人 : 「認知症と精神科医療」とりまとめの顛末記. *日本精神科病院協会雑誌* 31 : 4-6, 2012
- 22) 数井裕光 : 専門病院で入院治療をすべきBPSDの基準作成に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業) 認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究(主任研修者:数井裕光) 総括・分担研究報告書, 2011
- 23) 国立社会保障・人口問題研究所 : 日本の将来推計人口(平成14年1月推計).
- 24) Liua L, Guob X, Zhoua YQ et al : Prevalence of Dementia in China. *Dement Geriatr Cogn Disord* 15: 226-230, 2003
- 25) 松原三郎 : 精神科病院における医療実態の把握に関する研究. 平成19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) 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究(研究代表者:伊豫雅臣) 総括・分担研究報告書, 2008
- 26) 松原三郎, 佐々木一編 : 専門医のための精神科臨床リュミエール22 世界における精神科医両改革. 中山書店, 東京, 2010
- 27) Nunes B, Silva RD, Cruz VT et al : Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurol* 11: 42, 2010
- 28) Rajkumar S, Kumar S : Prevalence of Dementia in the Community : a Rural-Urban Comparison from Madras, India. *Australas J Ageing* 15: 57-61, 1996
- 29) 読売新聞2009年4月14日付記事.

WHO訪問・講演

平成24年、山崎學日精協会長とともにジュネーブのWHO本部を訪問し認知症施策について講演をさせていただきました。厚生労働省からの情報が一方的に流されているため現場からの情報を発信し、あるべき認知症施策について、サクシーナ部長をはじめとしたスタッフと議論させていただきました。



Mental System and
Dementia Care in Japan
JPHA's perspective

Maplehill Hospital
Tomoyuki Ishii, M.D., Ph.D.

日本精神科病院協会雑誌
2012 Vol. 31 No. 10

創造出版

Mental System and Dementia Care in Japan JPHA's perspective

Maplehill Hospital

Tomoyuki Ishii, M.D., Ph.D.

The JPHA team, lead by Dr. Yamazaki, President of JPHA, had a meeting with Dr. Hiroki Nakatani (Assistant Director-general, HIV / AIDS, Tuberculosis, Malaria and Neglected Tropical Diseases) at the headquarters of WHO, Geneva in September 2012. Afterwards, President Yamazaki gave a lecture on history and perspective of Japanese psychiatric medical care, and I gave a lecture on the actual situation and issues of medical/nursing care for dementia in Japan. Our lecture attracted the considerable interest of the audience and we had a question and answer session. Then we were given the opportunity to discuss the topic with Dr. Shekhar Saxena (Director, Department of Mental Health and Substance Abuse) and Dr. Tarun Dua (Medical Officer, Neurological Diseases and Neuroscience Evidence, Research and Action on Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse). They regularly have a conference on the topic with MHLW and Dr. Yamazaki, Dr. Fuchino and I requested them to consult us, doctors from JPHA, who are familiar with the actual situation of medical care in Japan and take our opinion into consideration.

The content of the lecture is provided below. At the lecture we distributed "Functional Differentiation of Psychiatric Hospital Beds specialized in Dementia and policymaking Based on the Forecast of Prevalence of Dementia" (Clinical Psychiatry 41: 1055-1062) to the audience to facilitate their understanding of the psychiatric care and health policy making in Japan. The abstract of this paper is also shown below.

WHO Lecture in 2012

Japan faces many difficulties regarding the medical treatment and nursing care for dementia, with the background of a rapidly increasing aging population, declining birthrate, and the nation's financial deterioration. We are one of the first countries in the world to experience this situation. Therefore, I would like to speak about the medical care and nursing care for dementia in Japan.

I will discuss these topics in the order shown from 1 to 6 (slide - 1).

1. Japan's Aging Population Issue

This is changes in the population of Japan after 1880 (slide - 2). The growth of the population reached its peak, approximately 127,000,000 in 2005, and the aging rate, or the percentage of the population aged 65 years or older, was 20% then. The population decreases after this, and it is expected to be 89,900,000 in 2055, and the aging rate at that point will be 41%.

Among OECD nations, population aging is most advanced in Japan (slide - 3). It will progress further in the future, and Japan will have the highest rate of elderly.

In 2008, the national medical expenditure of Japan accounted for 8.5% of GDP (slide - 4). This is comparatively low in the OECD countries, 11th lowest among the 34 nations, however, the ratio of the individual payment for the medical cost is almost as low as Scandinavian countries which are known to have advanced social security system.

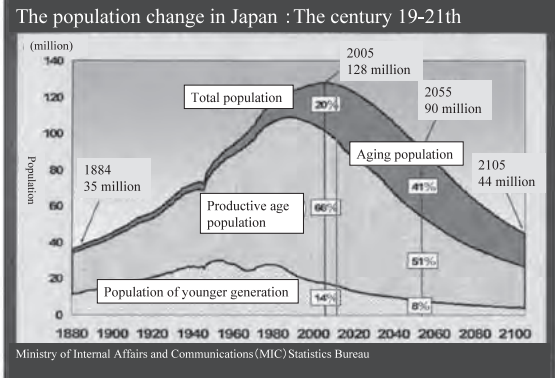
With the elevation of the aging rate, the increase rate of the medical cost for elder care

Dementia Health Care in Japan

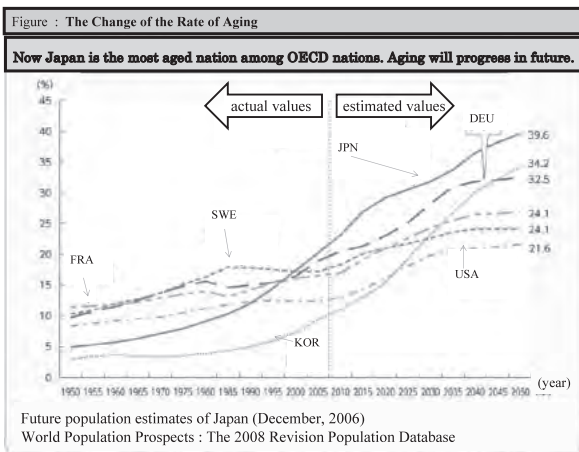
1. Japan's Aging Population Issue
2. Prevalence of Dementia in Japan
3. Health Care Policies for Dementia in Japan
4. Contributing to Community Care:
Functions of Psychiatric Inpatient Treatment for Dementia
5. Dementia Health Care in Japan:
How Policy-Making Should Be
6. Conclusion

Slide- 1

The actual situations of the increase of elderly people



Slide- 2

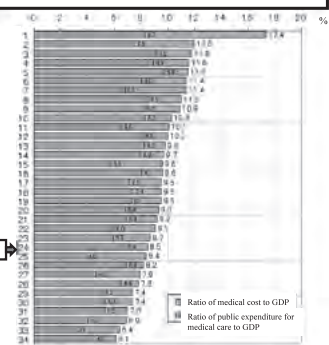


Slide- 3

Ratio of medical costs to GDP in OECD nations

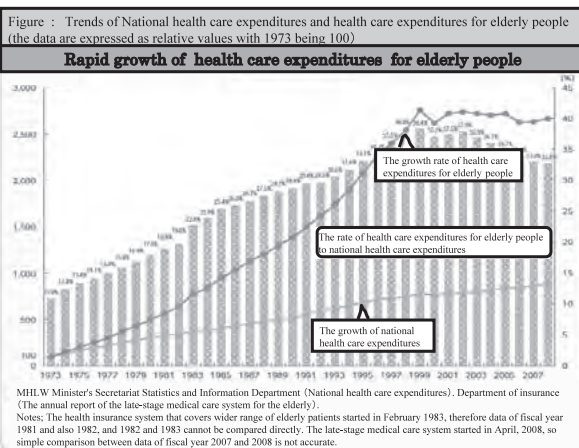
Ratio of medical costs of Japan is 8.5% in 2008. It is relatively low among OECD nations (11th lowest in 34 nations).

The ratio of costs paid at private expense is as low as those of nations that have advanced social security system.



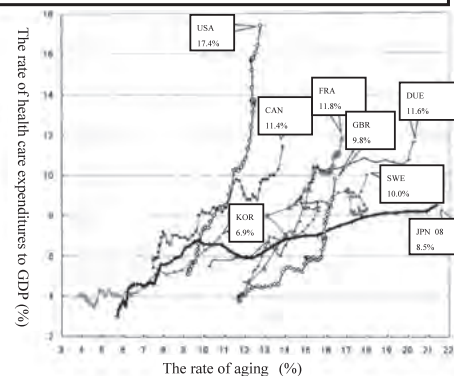
(Notes) Data in 2008 (Portugal, Australia, Japan and Turkey), 2007 (Greece). Ratio of public expenditure to GDP was calculated from public ratio. For Netherlands (2002) and Luxembourg (2008) The public ratio came from different year from the ratio to GDP.

Slide- 4



Slide- 5

The change of health care expenditures and the rate of aging of some developed nations, 1960-2009



Slide- 6

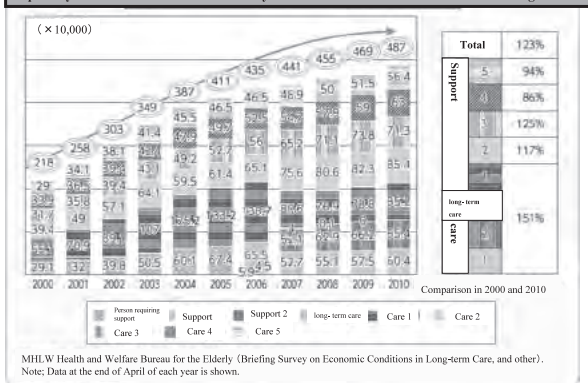
rises (slide – 5).

This is the relationship between the rate of medical cost for elder care in terms of GDP and the aging rate (slide – 6). Aging rate of Japan is

high, but the rate of medical cost for elder care to GDP is low. In other words, we can speculate that the medical cost per elderly person is low.

The long-term care insurance system

Figure : The change of the number of elderly authorized as each of nursing care level (between 1 and 5 based on assessment of care requirements)
 The number of elderly with certification of needed long-term care have been increased. Especially the rate of increase of the elderly certified as mild and moderate level is high



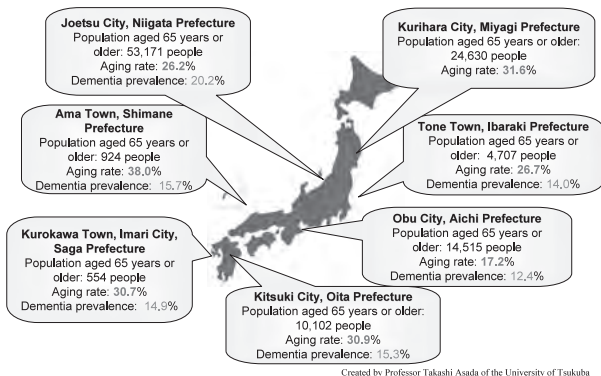
Slide-7

Review of Dementia Prevalence Studies of Elderly People aged 65 Years or Older in Japan (1986–2007)

Author, Journal (year)	N	Major results (Prevalence)
Sekita et al. Arch Psychiatr Scand (2010)	887 in 1995 1,185 in 2002 1,937 in 1999 1,566 in 2005	Crude prevalence: 1995: 6.7% (AD: 1.4, VLD: 2.4, Other: 2.9), 1999: 5.7% (AD: 1.8, VLD: 1.9, Other: 2.1), 1999: 7.1% (AD: 3.4, VLD: 1.7, Other: 1.0), 2005: 12.2% (AD: 6.1, VLD: 3.4, Other: 2.7)
Wada-Isoe et al. Neuroepidemiol (2009)	917 (March 1, 2008)	104 (11.3%)
Meguro et al. J Neurol Sci (2007)	1,053 (in 1999)	Dementia: 141 (13.4%)
Mitsuno et al. Alzheimer Dis Assoc (2004)	1,501	AD: 153 (10.2%), MCI: 4.9%
Ishida et al. Neurology (2001)	1,438 (January 1, 1997) 1,162 (4000)	60 (4.2%) 116 (10.0%)
Yamada et al. Psychiatry Clin Neurosci (2003)	1,162 (January 1, 1998)	142 (12.3%)
Shikata et al. Neuroepidemiol (1999)	201 (January 1, 1995)	17 (8.5%)
Urakami et al. Dementia Geriatr Cogn Disord (1998)	1,750 (in 1980) 2,201 (in 1996)	186 (10.6%) 1,750 (12.2%)
Ogita et al. Int J Epidemiol (1995)	3912 (July 1, 1991)	Estimated prevalence: 6.7%
Shibayama et al. Acta Psychiatr Scand (1988)	1,100 (October, 1986)	111 (10.0%)

Slide-8

Dementia Prevalence Studies in Multiple Regions in Japan (2009–2010)



Slide-9

ADNI Overview of J-ADNI Clinical Study

- Five-year study (2008–)
- 38 clinical facilities
- 600 cases examined
- 1.5 tesla MRI
- PET
- FDG PET
- Amyloid PET
- Blood/ApoE genotype
- Cerebrospinal fluid
- Clinical/psychological testing (14 types of internationally standardized tests)

Examination group (65-74 years)	Number of cases	Follow-up
Early AD	150	2 years
MCI	300	3 years
Healthy volunteers	150	3 years

Slide-10

following Germany's similar system started in 2000 (slide – 7). The users of this system increased rapidly. The total sum of care costs was 3.6 trillion yen in 2000, but it reached 8.9 trillion yen in 2011. A characteristic of the Japanese nursing care insurance is that long-term care insurance is treated preferentially compared to other systems such as medical insurance.

2. Prevalence of Dementia in Japan

This is a review of dementia prevalence studies in Japan (slide – 8). Most involve diagnosis with DSM and all studies involved relatively small-scale surveys. Prevalence is shown to be between 3.2 and 8.5 %.

This is Tsukuba University Professor Asada's ground-breaking study, which surveys the prevalence of dementia and its precursor state

using methods unified for residents of 65 years or older living in all regions throughout Japan (slide – 9). The most recent survey shows the prevalence to be 12.4 to 20.2 %, and the average is 15.4 %.

ADNI is also being conducted in Japan (slide – 10).

This slide shows dementia prevalence and its future estimates according to the long-term care insurance date (slide – 11). In 2025, it is predicted that the prevalence will be 5.1 %, but this is medically inaccurate as it is calculated by using the long-term care insurance data.

These inaccurate and overly low figures are being used as the basis of national and local government policy planning.

It was pointed out at the Japanese Upper House Budget Committee that it is inappropriate to plan policies based on inaccurate dementia

Dementia Prevalence According to Long-term Care Insurance Data

Future estimate	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Dementia Degree of autonomy II or higher	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
Dementia Degree of autonomy III or higher	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	5.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.8	10.4
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

* The lower row is the ratio of population 65 years or older (%)

(June 2003: Ministry of Health, Labour and Welfare Health and Welfare Bureau for the Elderly (General Affairs Division estimates))

References:
 Degree of autonomy II: Despite the observation of some symptoms, behavior and communication difficulties that hinder daily life, independence is possible if somebody is watching them.
 Degree of autonomy III: Symptoms, behavior and communication difficulties that hinder daily life are seen from time to time and nursing care is required.

Slide-11

Future Estimates of Elderly Households

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
General households (10,000 households)	4,678	4,904	5,014	5,048	5,027	4,964
Head of household 65 years or older	1,114	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
Single Ratio	303 (27.2%)	386 (28.9%)	471 (30.6%)	566 (32.2%)	635 (34.4%)	680 (36.9%)
Couple only Ratio	385 (34.6%)	470 (35.1%)	542 (35.2%)	614 (34.8%)	631 (34.2%)	609 (33.1%)

(Note) Ratios are the percentage among households with the head of household 65 years or older.

Source: National Institute of Population and Social Security Research "Household Projections for Japan - October 2003 Projections -"

Slide-13

prevalence rates calculated by using the long-term care insurance data (slide - 12). The Prime Minister acknowledged that old and inaccurate data were being used and promised to improve the situation.

As mentioned earlier, community care policies are being planned based on inaccurate and overly low figures of dementia prevalence.

In 2025, it is estimated that there will be 18.4 million households with household heads aged 65 years or older, 36.9% of which will be single households and 33.1% of which will be households comprised of elderly couples only (slide - 13).

The estimated number of patients with dementia according to a recent survey conducted by Professor Asada is much greater than that predicted by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare, MHLW, using the prevalence

Japan Upper House Budget Committee (2012.4.4)

○Member of Upper House (Midori Ishii)

"As far as I know, regarding the prevalence rate used as the basic data for dementia, it appears to be based on estimates in the 2003 report on elderly care, but the data is not shown. I would like to know the details of this data. I say this because this data is calculated from the long-term care insurance data, and I feel that it is very imprecise and lacks accuracy as a data on the prevalence of dementia."

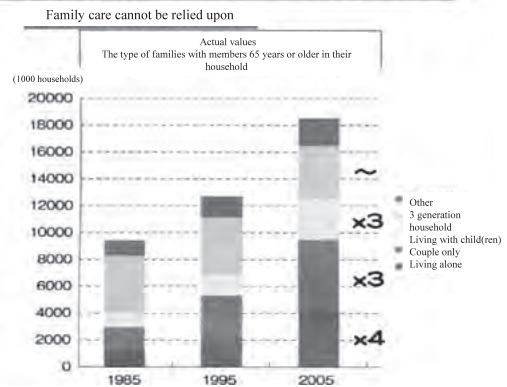
"Policy is being drafted based upon figures using this arbitrary, old data that is completely improper for use regarding dementia. Aren't we getting our priorities wrong here? I would like to ask the Prime Minister. Listening to this exchange, I feel that the order of policy planning and statistical survey has been reversed the wrong way around. Prime Minister, this is how your cabinet is creating policies - how do you feel about that?"

○Prime Minister (Yoshihiko Noda)

"Regarding this topic of dementia, after hearing that the data was from 2003, I felt that was a bit old." "I hope that adjustments can be made so that constructive debate based on recent data and evidence can be conducted"

Slide-12

Can the Elderly be Taken Care of by Families?



Slide-14

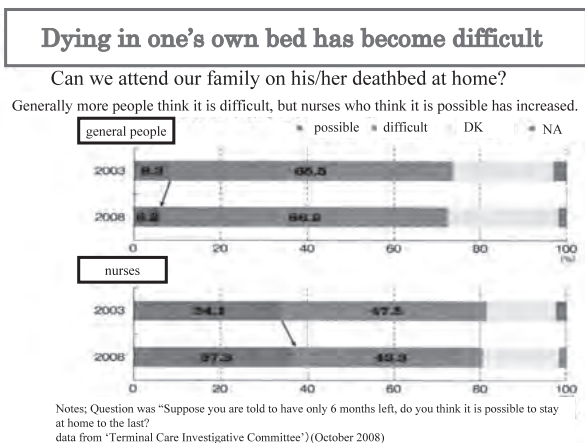
rate among elderly people. Therefore, it can be gathered that many patients with dementia are present in elderly households, and that there are a number of households including a patient with dementia and households comprised of couples with dementia.

Although it was previously common in Japan for families to have two or three generations living together, in recent years the number of households with elderly members only or single people or couples only are increasing, and it is becoming difficult to receive nursing care from family members (slide - 14).

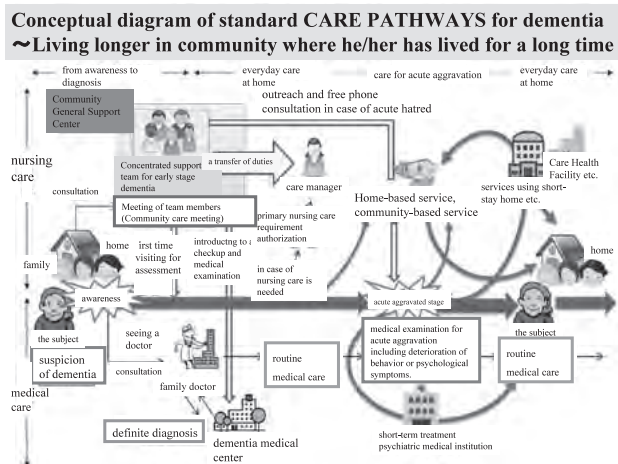
Consequently, dying in one's own bed has become difficult (slide - 15).

3. Health Care Policies for Dementia in Japan

This is the policy that MHLW announced this

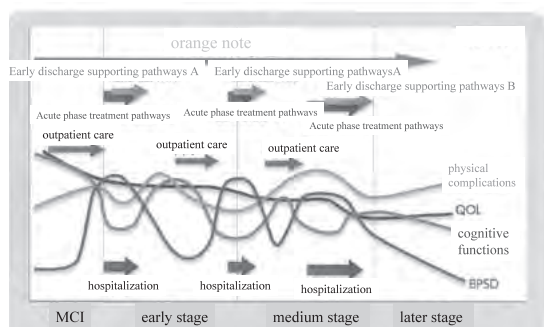


Slide-15



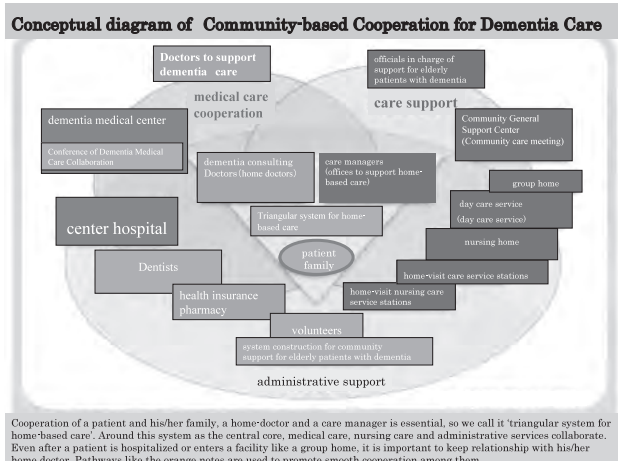
Slide-16

pathways in the progress of a patient's condition



Diagnosis, rehabilitation and keeping eye on patients are provided under the cooperation of various categories of services. To make this system effective, 'an orange note' is used. The purpose of it is to prevent deterioration of BPSD and family relationship. When deterioration of BPSD or physical complications causes difficulty in outpatient care, it shifts to 'early discharge supporting path' to promote smooth returning to community.

Slide-17



Slide-18

June (slide – 16). This policy says that the use of hospitals or institutions for psychiatric treatment is an inappropriate trend for the care of elderly people. Their idea that makes much of community care is acceptable, but policy embraces community and nursing care but downplays medical care.

I'm concerned that the medical care to patients with dementia will be insufficient. MHLW recommend group homes, as dominant care facilities for patients of dementia. The terms for starting group home are not strict, so anyone or any company can start this service, But regulations guaranteeing quality of care are insufficient. Abuse of residents or fires that sometimes caused the death of residents are actual examples.

4. Contributing to Community Care: Functions of Psychiatric Inpatient Treatment for Dementia

The member hospitals of Japan Psychiatric Hospitals Association strive to coordinate the community care and the treatment in the hospital by operating these systems using the clinical pathways (slide – 17).

We think the cooperation of medical care, nursing care and the government in the local community is important (slide – 18).

These are the functions of psychiatric inpatient treatment for dementia (slide – 19).

In order for the cooperation between community care and inpatient treatment to function, a more efficient and higher-quality psychiatric inpatient treatment is necessary.

These are the functions of inpatient treatment required to make this possible.

Functions of Psychiatric Inpatient Treatment for Dementia

1. Triage between home-based care and inpatient treatment
2. Necessity of early admission for early discharge
3. Necessity of drug adjustment during hospital stay
4. Usefulness of group formation (companions) during hospital stay
5. Home care support function of acute hospitalization
6. Physical restraint during hospital stay and human rights issues
7. Integration and cooperation of medical care, rehabilitation and home care support services during hospital stay

Slide-19

A proposal for Function differentiation of Psychiatric Wards for Dementia

Wards:

- ①Wards for acute patients with dementia
- ②Wards for general treatment for dementia
- ③Wards for terminal care or very-long-term hospitalization (long-term care beds / covered with long-term care insurance)
- ④Medical Psychiatric Unit – Dementia (MPU-D)

Function of Psychiatric Hospitalization for Patients with Dementia

- ①Function to treat acute symptoms
- ②Function in convalescent stage, chronic stage and rehabilitation
- ③Function for Profound chronic stage, medical care and maintenance rehabilitation and nursing care
- ④Function to treat physical complications
- ⑤Function to support home-based medical care and nursing care



Characteristics of Functions

- I Providing services that includes integrated physical, mental and social supports.
- II Making sure physical restraint following strict operation of a law and appropriate restriction of human rights

Slide-20

Concrete Example of Policy Made by MHLW

‘Length of hospitalization (of patients with dementia) should be 2 months or shorter.’

This suggestion is invalid, because it was based on one study that showed 92 patients with BPSD could discharge after 1 month of hospitalization.

•Proposed Plan was

‘We should reduce the number of psychiatric beds by 72,000’

This plan was made based on a simple a questionnaire survey to medical personnel. Policy making should have been done based on points as follows:

- Statistically designed survey of patients
- Discussion about possibility of each severity level of mental conditions and impediment to shift nursing care service from hospitals to communities
- Discussion about the types of community services and source of revenue

Slide-21

I’d like to show you my personal idea here (slide – 20). I believe that optimization and quality improvement of the psychiatric inpatient treatment is essential, and the function differentiation of wards for the patients with dementia is indispensable. For details, please read the paper distributed.

5. Dementia Health Care in Japan: How Policy-Making Should Be

This is a concrete example of inappropriate policy (slide – 21). One study showed that 92 patients with BPSD could discharge after 1 month hospitalization. This result was overgeneralized, and the target of the length of hospital stay was set to 2 months. The idea that the length of hospital stay should be as short as possible is correct, but results of these kinds of studies vary

widely because dementia shows various pathologic conditions and severity depending on the stage and underlying diseases. Population setting, suitability of the number of samples and timing of evaluation also influence the result.

Furthermore, here is another example of questionable MHLW’s policy. The proposed plan was… “We should reduce the number of psychiatric beds by 72,000.”

This plan was made based on a simple questionnaire survey to medical personnel. Policy making should have been done based on the following points.

First, I think patients survey should be statistically designed.

Second, it’s essential to evaluate the severity of symptoms and disability, community support, and finance, all, as part of the decision to discharge

Opinion Against Policy-making by the MHLW

1 . Rather than reasoning based on insufficient data and weak evidence, policy-making should be based on scientific thinking and appropriately-designed survey data.

2 . Creating large-scale data under a scientifically unified design, without arbitrariness, and conducting policy-making based on this data will truly help to improve the quality of medical care for citizens and, in particular, for the disabled and patients.

Slide-22

Inappropriate Drug Usage and Undermedication in United States and Europe

In assisted living facilities in USA, effective and applicable drugs are not used appropriately
Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, et al.

In USA, inappropriate usage of drugs for elderly people (including cases that effective and applicable drugs are not prescribed appropriately) are quite common.

Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, et al.

Inappropriate usage of drugs for elderly people and undermedication

Hanlon JT, Schmadler KE, Ruby CM, Weinberger M.

STOPP(Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START(Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)

Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D.

In hospitals in Switzerland, investigation using STOPP START list showed many inappropriate prescription (including cases that effective and applicable drugs are not used appropriately)for elderly people.

Lang PO, Hasso Y, Drame M, et al.

Undermedication in Japan

The point of issue in medical care system for elderly people in Japan Especially for care for patients with dementia, policy made by MHLW that downplay medical care and make much of a nursing care may accelerate undermedication.

Slide-24

patients.

Finally, different support services are necessary to handle the different needs of patients discharge into the community.

Here are more of opinion against MHLW's policies (slide – 22, 23, 24).

Community care in Japan has several limitations: Japanese government's financial deterioration= a decrease of social security resources, decreasing productive age population= a decrease of nursing care work force, increased number of elderly couple households and single households= a decrease of capability of nursing care by family members, inaccurate estimates of dementia prevalence rate= higher number of patients with dementia than estimates suggest. These limitations altogether lead to difficulty of home-based care, and therefore we need to

Limitations of Community Care

- Japanese government's financial deterioration = social security resources ↓
- Decreasing productive age population = Nursing care work force ↓
- Increased number of elderly couple households and single households = Capability of nursing care by family members ↓
- Inaccuracy of dementia prevalence rate = higher number of patients with dementia than estimates suggest ↑



Difficulty of home-based care



Necessity of efficient and high-quality cooperation and cooperation pathways for community care and institutional care

Slide-23

The Japan Geriatrics Society 2012 "Position Statement" regarding "Medical Treatment and Care for Elderly People in the Terminal Phase"

We stand against age discrimination (ageism)

"The best medical treatment and care" are those that give consideration to the characteristics of the elderly and, without offering too little or too much medical care, place importance on the quality (QOL) of the person's remaining period

Slide-25

establish efficient and high-quality cooperation and cooperation pathways for community care and institutional care.

The overmedication of elderly people has been brought into question. But recently, undermedication, that is to say, effective and applicable drugs not being used appropriately, is gaining attention.

The MHLW has adopted a policy that attaches great importance to in-home care, and according to it ,care managers make plans for nursing care within range of the long-term care insurance.

However, this causes a delay in the understanding of the clinical condition of the patients and prevents them from receiving adequate medical care. This might have an unfortunate outcome. Also in the response to patients with dementia,

Conclusion

1. MHLW's policies relied on inaccurate estimates and predictions concerning the prevalence of dementia.
2. Policies that downplay medical care and focus too much on nursing care accelerate undermedication and may lead to an unfortunate situation.
3. To help elderly people with dementia stay in the community, it is necessary to establish a flexible system provided by community care, institutional care and an integrated model based on close cooperation between medical and nursing care.

Slide-26

the policy that focuses mainly on nursing care and disregards medical care may hinder appropriate medical care.

This is the position statement made by the Japan Geriatrics Society (slide – 25).

6. Conclusion

In summary, we concluded that, (slide – 26).

1. MHLW's policies relied on inaccurate estimates and predictions concerning the prevalence of dementia.
2. Policies that downplay medical care and focus too much on nursing care accelerate undermedication and may lead to an unfortunate situation.
3. To help elderly people with dementia stay in the community, it is necessary to establish a flexible system provided by community care, institutional care and an integrated model based on close cooperation between medical and nursing care.

Functional Differentiation of Psychiatric Hospital Beds specialized in Dementia and policymaking Based on the Forecast of Prevalence of Dementia

ABSTRACT:

About the functional differentiation of the psychiatric hospital treatment for the patients with dementia, we proposed the function of each

stage; medical care for the acute phase patients, rehabilitational function for the convalescent/ chronic phase patients, medical care and maintenance rehabilitation adding to nursing care for Profound chronic stage patients, function for treatment for physical complications and function to support in-home medical/ nursing care.

Based on this, we suggested the functional differentiation of hospital beds of a ward for the acute phase patients, general medical wards, very-long-term hospitalization wards, and the treatment ward for physical-psychiatric complications. We pointed out importance of local care system integration available around the clock with a focus on the nighttime. We discussed the cooperation between the local care system, and the hospital treatment and the structure of desired target values with regard to the suggestion in the summary submitted by "The examination team for the construction of a new mental health medical care system (The 2'nd round: Dementia and the Psychiatric Medical Care)" (abbreviated as 'the summary' in the rest of this article). We described the need of the prediction of the prevalence of the dementia in the future, and also stated the importance of making large-scale data obtained from the investigation with the scientifically unified design without arbitrariness and policy making based on the verifiable analysis.

(Clinical Psychiatry 41: 1055-1062)

精神科病院と日精協は存続できるだろうか？

広島・メープルヒル病院 理事
担当職務：病院経営管理委員会

石井 知行

Tomoyuki ISHII

日精協理事就任の挨拶ですが、厚生労働省老健局の認知症施策に強い危機感を抱いているため、あえて横紙破りの一文を書かせていただきました。参議院選挙前に自民党Jファイルに「認知症対策の推進」を入れていただきました。早期相談体制は認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携による相談体制が各地において発展しつつあり、このさらなる整備が必要です。しかし、日本医師会が、この本文に見られるように強引に文言を変更させたと聞いています。

広島の石井でございます。今後とも、ご指導とご鞭撻のほど、よろしくお願いいたします。

日本の社会現象の本質の1つは、急激な少子高齢化であり、デフレや生産年齢人口の減少など多くはこれを要因としている。少子化の主要因は戦後の人口政策の失敗によるが、ここでは言及しない。

少子高齢化などのため、疾病構造の変化があり、少子化による統合失調症の新規発症の減少および軽症化、地域ケアの充実、抗精神病薬の発達などにより、入院のニーズは減少しつつある。したがって、アルコール・薬物、児童思春期などの特殊な病棟を除いては、スーパー救急などを中心とした少数の急性期病院のみが病院として生き残れるであろうと考えていた。しかし最近の、外来を中心とした高速回転するある病院が診療所へ移行した事例をみると、病院として生き残れるところはもっと少なくなるかもしれないと思われる。有床診療所に施設が併設された形態となるのか。精神療養病棟の入院患者は平均年齢が次第に上昇しつつあり、新潟大学教授・染矢俊幸先生の言をまつまでもなく、精神療養病棟はいずれ自然消滅する恐れがある。

病院から施設その他へ移行した会員も協会にとどまることができるよう、日本療養病床協会は日本慢

性期医療協会へと名称変更した。日精協もそのひそみに倣うときが来るのであろうか。

事業はニーズに対応できる場所にしか成立しない。都会でなく人口の少ない地方にある一般の精神科病院は、高齢社会のニーズに貢献するしか生きる道はないと考え、認知症を中心とした高齢者医療にシフトし、その充実に努力してきた。しかし最近、認知症疾患医療センターの主管が老健局に変わり、認知症は介護を中心とする体制が整備されつつある。「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」が刊行されたり、「今後の認知症施策の方向性について」にみられるように、グループホームの活用が主張されたり、精神科病院はBPSDの重度短期のみに押しこめられようとしており、われわれの分野は次第に削りとられている。しかし、われわれこそが身体-精神-社会の3つの軸からあらゆる社会資源をインテグレートでき、医療と介護、施設ケアと地域ケアの中核たり得ると思われる。

参議院選挙公約集である自民党J-ファイルも、当初、以下の取り消し線の部分のように提言されていたが、土壇場になり、J-ファイルの重要性を認識した(各省庁はこれをしっかりと読み込んでいる)ある基幹的医療職能団体が上層部にねじ込んで、かかりつけ医を中心とする体制を提言する文言に強引に変更させたと聞いている。

貴重な社会資源であるはずのわれわれは存続できるだろうか？ 嗚呼。

自民党J-ファイル2013

245 認知症対策の推進

認知症対策としては、認知症の早期診断、鑑別診断とともに、身体合併症、精神症状と問題行動、認知症終末期医療などあらゆる病態に機能分化して対応可能な適切な精神科医療を充実し、地域での生活

を継続するための地域ケアと施設ケアを統合した医療介護総合モデルの体制の確立を目指します。

~~医療と介護、施設と地域が相互に補完し、多職種連携による早期相談体制の整備を検討します。~~

また、かかりつけ医が中心となり、他職種と連携して高齢者や家族の相談等に応じる体制の整備を検討します。

特集 これからの認知症医療・ケア

認知症施策を踏まえた今後の認知症入院医療

医療法人社団知仁会メープルヒル病院理事長・院長

石井 知行

Cognition and Dementia
Vol. 12 No. 2: 17 (105)-25 (113), 2013

メディカルレビュー社

特集

これからの認知症医療・ケア

認知症施策を踏まえた今後の認知症入院医療

Perspective on future inpatient care and current health policy for dementia

医療法人社団知仁会メープルヒル病院理事長・院長

Tomoyuki Ishii 石井 知行

Summary

認知症入院医療が地域包括ケアシステムの一環として地域生活をサポートするためには、疾患の本質を正確に認識し、介護に偏重せず、早期診断、早期介入から始まる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護システムの確立が必要である。医療と介護、施設ケアと地域ケアが不可分に、相互に補完することによって循環型システムが発展する。認知症疾患医療センターと地域包括支援センターを中心として地域ケア・施設ケアにわたる各種の社会資源の連携が重要であり、そのためのツールとして認知症地域連携パスが重要である。認知症入院医療の質の向上と効率化のためには、認知症入院病棟機能分化が必要であり、以下のように機能分化することが望ましい。①認知症急性期治療病棟、②認知症治療病棟、③最重度認知症療養病棟、④身体-精神合併症認知症対応病棟 (MPU-D)。

Key Words: 循環型医療介護システム、認知症地域連携パス、認知症入院病棟機能分化、認知症急性期治療病棟、認知症治療病棟、最重度認知症療養病棟、身体-精神合併症認知症対応病棟 (MPU-D)

I はじめに

超高齢社会の進行による多様な医療・介護・福祉のニーズの増大のために、地域包括ケアシステム¹⁾が提唱された。介護保険制度改革²⁾において地域包括ケアシステムの確立が謳われ、5つの視点として「①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物等、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護等(厚生労働省)、⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備(国土交通省)」が挙げられている。このシステムを提唱した山口¹⁾は問題点として、①マンパワー(専門職)の確保ができるか、②健全経営が可能か、③シームレスなサービス提供(医療と介護、施設ケアと在宅ケアの連携)が可能か、④首長(市町村長)と住民の理解と協力があるか、を挙げ、これらの問題点がクリアできなければこのシステムは実現困難であると言及している。高齢者世帯の増加、特に単独世帯、高齢者夫婦のみ世帯の増加などによる家庭の介護力の低下、生産年齢人口の減少による地域介護力の低下、国の財

政逼迫などを考慮すると、地域包括ケアシステムが運営されるためには、上記の③シームレスなサービス提供の質の向上と効率化が欠かせない。

平成23年11月、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より「(第2R:認知症と精神医療)とりまとめ」(以下、とりまとめ)が提出された。さらに、「今後の認知症施策の方向性について」(以下、方向性について)および「認知症施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)」が厚生労働省より発表された。このとりまとめについては、筆者がすでに論評³⁾しているが、認知症患者を在宅・地域中心にケアするためには、医療と施設を軽視して介護と地域サポートサービスのみを重視することによって成し遂げられないことについて述べたい。

認知症入院医療の課題として、①退院受け入れ先不足や在宅療養拒否による入院期間の長期化、②精神科単科病院において身体合併症が併発した場合や、一般病床において精神症状と問題行動(behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)が顕在化した場合などでは、施設内での症状悪化の対応が難しいこと、③かかりつ

け医による早期診断の難しいこと、などの問題点⁴⁾が挙げられている。

認知症の早期診断、鑑別診断、早期介入が課題となっているが、これをシステムとして確立するためには関係機関同士の連携の推進が不可欠である⁵⁾。この連携の中心となるのは、認知症疾患医療センター（以下、医療センター）と、地域包括支援センター（以下、支援センター）であり、この連携が地域ケアと身体合併症、BPSDなどによる入院、介護保険施設などの施設ケアをつなぐ拠点となる。さらに、認知症入院医療は地域生活をサポートするためであるが、この連携システムが循環システムとして機能していくためには、認知症入院医療の質の向上と効率化が不可欠であり、そのためには入院医療の機能分化が必要である。「方向性について」を吟味しながら、地域包括ケアシステムの充実した運営のために、認知症施策を踏まえた認知症入院医療について検討したい。

II 高齢者認知症疾患の特徴

1. 高齢者認知症疾患の経過の特徴

高齢者認知症は長期にわたって非可逆的に進行し、重度化する認知機能障害とBPSDを伴う脳疾患であり、終末期に至ることが多い。発症当初から長期的な進行と重症度に応じてみられる多様な病態に対する適切な処遇が必要である。重症度および各原因疾患によって、BPSDの改善に要する期間も大幅に異なる。その重症度も軽度から重度にわたり、手段的日常生活動作（instrumental activities of daily living；IADL）の困難を伴うのみの処遇が容易な症例から、重度の暴力のため家族、近隣住民に迷惑を及ぼすような問題行動を呈する症例まで多様である。こうした問題行動は家族関係に悪影響を及ぼすため、家族の長期にわたる必死の介護の努力の後、入院に至った症例では、家族の拒否感情が大きく育っており、BPSDが改善しても外泊・退院の拒否がみられることが多い。このような家族の拒否感情が大きく育っている症例においては、在宅においてBPSDが増悪することがしばしばみられる。

2. 高齢者認知症患者の増加、特に後期高齢者認知症の増加

今後、高齢者数、特に後期高齢者数⁶⁾の増加に伴い、認知症有病率は飛躍的に増加することが予想される。特に東京、大阪などの大都市とその周辺における高齢者数の大規模な増加が予測されている。

3. 中核症状重度化とBPSD治療抵抗性

中核症状が進行するにつれて、BPSDが治療抵抗性を示すようになる可能性を示唆する研究⁷⁾があり、中核症状重度化群においては臨床的にもBPSD治療困難例が多く経験される。

4. 認知症患者における身体合併症が高頻度にみられること⁸⁾について

高齢者認知症患者においては身体合併症が高頻度にみられる。

III 「今後の認知症施策の方向性について」を考える

前記の高齢者認知症の特徴を踏まえて、「方向性について」の内容を主な項目に沿って概観したい。

1. 認知症に対する基本認識について

- ・認知症はBPSDを伴い認知機能が進行性に低下する脳の難病であることの基本的認識が必要である。
- ・「方向性について」では、進行性に重度化する脳の疾患であること（医学的本質）を軽視してケア（お世話）を強調するためあえて認知症患者と呼ばず、認知症の人という造語が使われ、精神症状と問題行動は、認知症行動・心理症状と言い換えられ、医学的印象と問題の深刻さを薄めようとしている。QOL維持のためにはケア（お世話）が重要であるが、いかにケア（お世話）が重要であっても、進行性に重度化する脳の病気であるという本質を見失ってはならない。治療的側面を軽視し、お世話の面を強調しすぎることは、かえって患者と家族に被害を及ぼす。たとえば、ケアマネジメントにおいては、介護保険優先の名目のために福祉系ケアマネージャーがケアマネジメントを立てる際に医学的知識不足から、適切な医療が提供されず望ましくない事態⁹⁾となることがしばしば指摘されている。

2. 早期診断、早期対応について

「方向性について」において提唱されている身近型認知症疾患医療センター（以下、身近型）について・身近型についてはクリニックへの併設が想定されているようであるが、この定義と施設基準、機能などが明確にされておらず、従来の医療センターとの棲み分けが不明瞭である。

- ・医療センターが整備中であり、発展途上であるのにいたずらに類似の制度を乱立させることは混乱と非効率をもたらすことが危惧される。医療センターに初期集中支援チームの役割を入れて整備し、認知

症医療・介護の中心となる司令塔はどこか明確にするべきである。

・早期診断、鑑別診断、早期対応は医療センターが十分に実績¹⁰⁾を上げつつある。医療センターへのアクセスの向上については、熊本大学を中心として、アクセスを考慮した医療センターの配置を充実させつつある熊本モデル¹¹⁾の発展がより現実的な選択肢であると思われる。

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築について

1) 認知症の薬物治療に関するガイドラインについて

「不適切な薬物使用により精神科病院に長期入院するケース」が論じられているが、特殊な例でなく、一般的、標準的多数例の根拠を示すことが必要である。高齢者に対する不適切な薬剤の使用は米国¹²⁾¹³⁾、ヨーロッパ¹⁴⁾において以前から指摘されており、どのような薬剤が不適切であるかを示したりリスト¹⁵⁾も作成されている。その一方で近年、薬剤の不適切使用だけでなく、過小医療¹⁶⁾の問題が注目を集めている。医療軽視、介護重視の政策は高齢者医療、特に認知症の処遇について過小医療の問題にさらに拍車をかけるのではないかと危惧される。

2) 入院の対象

治療上強制が必要な場合に限定してはどうかという意見が記載されている。入院医療の機能については後述する。

4. 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保について

・一般病院の医療従事者の研修の拡充により、認知症の身体合併症治療の確保ができると述べられている。一般科医の認知症研修はサポート医、かかりつけ医のみならず、各地区の学会、医師会、製薬業界などの主催によりすでに活発に行われており、これ以上研修の拡充を行っても認知症の身体合併症治療の確保は難しいと考えられる。

・認知症医療は専門医療であり、その専門性が軽視されている。

・認知症身体合併症治療は内科医、神経内科医など一般科医と精神科医などの協働によるMedical Psychiatric Unit-Dementia (MPU-D)などの制度¹⁷⁾⁻²¹⁾が必要であり、研修によって解決されるべき問題ではない。

5. 地域での生活を支える介護サービスの構築について

・認知症ケアの拠点としてのグループホームの活用の推進が謳われているが、グループホーム、小規模多機能施設などは、その機能としての能力以上の重度の利用者を経営上の都合から抱え込んでいる実態が広くみられる。小規模であるため、人員繰りが難しくきわめて少人数で運営せざるをえない実態がしばしば仄聞される。グループホームの2単位を日中1人だけの職員が掛け持ちでケアしている実態さえみられることがある。同様に、小規模であるため密室化しやすく、また従業員の専門職の要件が厳しくないため提供されるケアの質が担保されていない。

・事業経営者参入の要件が緩和されすぎているため、劣悪な業者の参入がみられている実態があり、良質な業者と悪質な業者の差が大きい。

以上の実態から、グループホームなどの小規模施設においては、暴言・暴力などの高齢者虐待²²⁾、さらにパンストを頭に被せるなどのセクハラ²³⁾や火事による死亡²⁴⁾などの不祥事の発生が多くみられているが、報道されている高齢者虐待は氷山の一角ではないかと思われる。しかし、現状では行政による監査が不十分であり、また十分な監査体制をつくることはきわめて困難である。医療・介護・福祉に対する基礎教育が不十分なため、基本理念が欠落していることが数多くの不祥事の主要因であると思われる。認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進を謳う前にグループホームのあり方を根本的に見直すことが必須である。

6. 地域での日常生活・家族の支援の強化について

高齢者認知症患者の地域生活のためには家族への支援が決定的に重要である。家族支援の強化のためには、英国における地域ケア法 (Community Care Act) も参考となるであろう。

7. 医療と介護の連携について

疾患や障害には多様な状態像と重症度があり、医療においては急性かつ高度な医療を要する時期からリハビリ・介助を中心とした時期があり、介護においてもリハビリ・生活支援を中心とした時期から身体介助を中心とする終末期まであり、その状態像は多彩である。医療においても介護においても機能分化が図ってこられたのはそれぞれの時期に対して適切な医療、あるいは介護を提供するためであった。宮島は「急性期、亜急性期、回復期リハ、医療療養、介護療養、そして老健施設、特養ホームといった機能別に細分化された病院・施設群は、たらい回しの原因にもなっている」²⁵⁾、「『居住とケアの分離』

というシステムであれば、高齢者は自宅に居ながらにして、必要な医療と介護のサービスを受けられるので『たらい回し』はあり得ようがない²⁶⁾と指摘している。しかし、この指摘においては、必要な医療と介護サービスのすべてを在宅で提供できる体制が確立しておらず、家族支援が不十分な現状において、在宅・地域ケアと医療・施設ケアの補完性が見落とされているように思われる。地域医療の限界と医療全体をより理解することにより、シームレスな医療と介護の連携をデザインすることが可能となる。入院医療というまでもなく、地域生活をサポートするためである。地域ケアのみでは治療困難な急性増悪や在宅生活を困難にする重度のBPSDや身体合併症があり、入院医療がなければ、地域ケアは成立しない。

8. 地域包括ケアシステムにおける認知症施策のより妥当な現実化のために

今後、認知症施策のより妥当な現実化のためには、どのような重症度の患者群がそれぞれどれくらい予測されるか、それぞれの重症度群に対してどのようなサービスが必要か、また上記の数値の今後の予測などを、統計学的にデザインされた実態調査により全体像を把握することが第1ステージである。

第2ステージとして、これに対するサービスに必要な財源とどのような職種のマンパワーがどれくらい必要となるかの見積もりが求められる。民間企業であれば、新規事業を企画するに際して、事業の可否の予測のために、財源・人材などの見積もりをするのが常識であり、より正確なシミュレーションを実行するのが事業責任である。高齢者認知症の有病率については、朝田²⁷⁾による大規模な研究に基づいた有病率が発表され、従来、行政の政策立案のために使用されていた介護保険による有病率のデータは不正確であることを内閣総理大臣が認めている²⁸⁾。有病率という基本的なデータすら不正確な現状で、「方向性について」のように認知症治療病棟の中央在院日数を平成32年度までに2ヵ月にする、などの数値目標を掲げることは拙速にすぎるといわざるをえない。また、この根拠となるBPSDが1ヵ月で改善したというデータは大阪大学病院などの4つの病院からの少数のデータであり、再現性に疑問がもたれる。上記のような、最近の有病率調査における高齢者認知症有病率は、介護保険のデータに基づいた推測⁶⁾よりもはるかに高値となっており、これまでの予測を上回る今後の高齢者認知症患者数の大幅な増加が予想される。したがって、「医療・

介護に係る長期推計²⁹⁾などにおける医療・介護サービスの需要と供給の見込みについても疑問がもたれる。科学的な予測が不十分な提言は社会に被害を与える。

IV 認知症入院医療の機能について

1. 在宅ケアか、介護保険施設ケアか、入院医療のトリアージ

家庭は安らぎと憩いの場であるが、同時に葛藤と対立が最も根深いのが家庭の本質である。入院によりいったん家庭から離れ、家族の拒否的感情というストレスから遠ざかりスタッフの受容やリハビリがあれば、少量の薬剤やあるいはほとんど薬剤を使用しなくてもBPSDが改善されることは多く見られる。ほとんどの家族は認知症のBPSDに対して一生懸命に介護し、困惑し、疲労困憊し、拒否的感情が大きく育ってから、入院のために患者と来院する。BPSDが改善しても在宅に受け入れていただけないと入院時に推察できる患者が多くみられ、またその推察のとおりになることが多く経験される。認知症においては早期診断と同時に、家族関係などの周囲の状況を考慮して、在宅ケアがよいのか、早期入院がよいのか、あるいは医療必要度と介護必要度を検討して介護保険施設がよいのかトリアージする体制が必要である。

2. 早期退院のための早期入院の必要性

家族の拒否的感情が大きく育つ前に早期入院、早期治療、早期リハビリへとつなげることが家族の良好な受け入れとなり早期入院によって早期退院が可能となる。認知症に対する早期治療がコストを引き下げる可能性があることが指摘されており³⁰⁾³¹⁾、早期入院による入院期間の短縮は、心理的影響のみならず、経済的にも家族負担の軽減に大きな効果があると思われる³²⁾。BPSDや身体合併症の増悪時のみ早期入退院を繰り返すことにより、入院期間全体の合計は短縮されQOLも比較的良好に維持されるであろう。

3. 入院中における薬物調整の必要性

高齢者は薬物の影響を受けやすく、薬剤相互作用も起こりやすいため薬剤有害事象を経験する可能性が高い。抗精神病薬、抗不安薬や、身体合併症のため多くの種類の内科薬を服用していることが多い。これらの薬剤により、せん妄をきたす症例もみられる。また、在宅においては統一されていない薬剤投

与が多く、科によって行われていることが多い。特にBPSDが顕著であった在宅患者では、大量の抗精神病薬、抗不安薬が処方されている症例が多くみられる。BPSDのためすでに家族の拒否感情の高い、ストレスフルな家庭環境から離脱して入院し、よくトレーニングされたスタッフにより受容されるとBPSDも軽度化してこれらの薬物の減量を図れることが頻回に経験される。高齢者において薬剤有害事象を起こしやすい薬物のリストなども近年作成されており³³⁾、高齢者を専門にした老年病科医(内科医)、精神科医による入院における薬剤の調整、吟味が重要であり、不適切な薬物治療の是正は入院機能の1つである。

4. 身体合併症加療の必要性

認知症をreverseまたはstopする治療法が完成されていない現時点においては、認知症は不可逆的に進行する。したがって、中核症状またはBPSDの進行に伴って多くの末期患者の在宅におけるケアは困難となる。特に、中等度から重度の患者においては、誤嚥性肺炎、尿路感染、腸閉塞、脳血管障害などにより、急激に全身状態が重症化することが頻回にみられ、医療濃度の薄い福祉施設ではなく、医療施設で処遇されるべきであろう。

5. 終末期医療(認知機能障害最重度)の必要性

認知機能障害最重度群にあっては、ADL、IADLも低下しており、人間としての尊厳を守り、ADL、IADLの維持のための維持期リハビリの継続の重要性は論を待たない。介護が中心であっても治療抵抗性のBPSD、身体合併症のためにすぐに医療が対応できることが必要である。

6. 緊急入院による在宅療養支援機能について

BPSD、身体合併症などの急性増悪に対応する緊急入院が後方支援として在宅療養をサポートする。この機能が身体合併症の重度化や在宅における高齢者虐待を防止するのである。

7. 入院における医療とリハビリテーション ーチーム医療によるケアミックス

精神科認知症入院医療において、精神科、内科、神経内科、放射線科、歯科などの医療と、リハビリ[理学療法士(PT)、言語聴覚士(ST)、作業療法士(OT)、POT(精神科(OT))、心理、栄養、精神科ソーシャルワーカー(PSW)などを組み合わせ、さらに介護保険諸制度(居宅介護支援事業所)、デ

イサービス、訪問看護、訪問リハビリなど)につなげたチーム医療によるケアミックスを提供することが必要である²¹⁾。

8. 精神科認知症入院医療の特徴的機能

以上が精神科における認知症入院医療の機能であるが、このうち精神科のみがもつ特徴的な機能は2つある。

- i) 身体面-精神面-社会面の3つの軸を統合したサービス提供
- ii) 精神保健福祉法に基づいた厳密な運用による行動制限と適切な人権の制限に対する担保

上記の諸条件より、精神科認知症入院医療機能は、以下のように整理される。

- ①急性期-治療機能
- ②回復期慢性期-医療・リハビリ機能
- ③最重度慢性期-医療・維持リハビリ・介護機能
- ④身体合併症治療機能
- ⑤在宅-医療介護支援機能

V 認知症入院病棟機能分化(案)について

以上の考察に基づいて病棟(床)の機能分化を以下のとおり提唱する(図1)。

- ①認知症急性期治療病棟
- ②認知症治療病棟
- ③最重度認知症療養病棟
- ④身体-精神合併症認知症対応病棟(Medical Psychiatric Unit-Dementia; MPU-D)

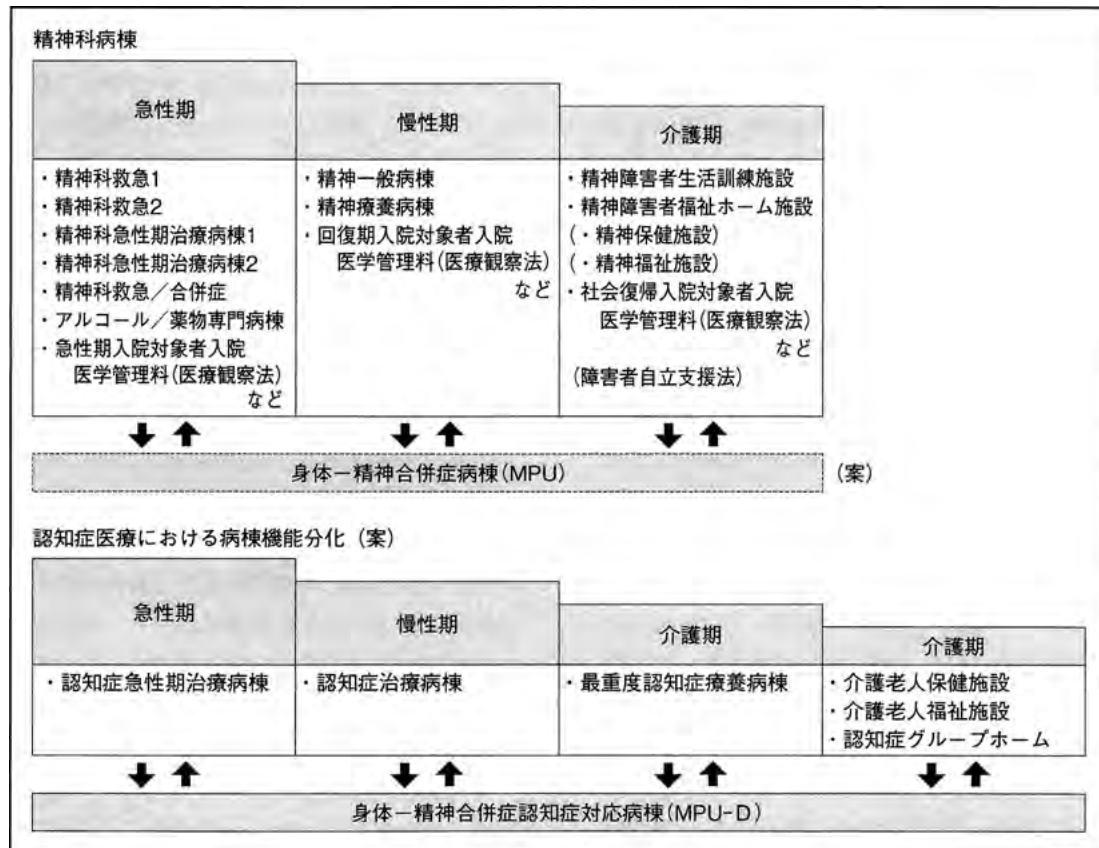
1. 認知症急性期治療病棟

BPSDの急性増悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟であり、早期入院早期退院のサイクル。家族が疲弊しきって拒否感情が育ったり、恐怖を抱く前に入院し、退院しやすい・受け入れてもらえる家庭環境・地域環境を保つことが重要である。精神科急性期治療病棟の基準に準じる案であり、平均在院日数を2ヵ月以内とする。緊急入院のための空床確保が必要である。

2. 認知症治療病棟

現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向上を図る。ぬり絵、風船バレーなどの集団レクリエーションに加えて、実行機能・生活機能障害をBarthel Indexなどのスケールを用いて評価し、障

図1 精神科における病棟機能分化



害の種類と重症度に応じて生活機能の回復を目標とするリハビリが重要である。

3. 最重度認知症療養病棟

中核症状の進行が最重度、寝たきりでない動ける認知症を対象とする。重度のIADL低下のため、介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のために、より医療が必要な患者群が対象である。

4. 身体-精神合併症認知症対応病棟 (MPU-D)

- ・ 重度の身体合併症対応に特化し、対象は認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。

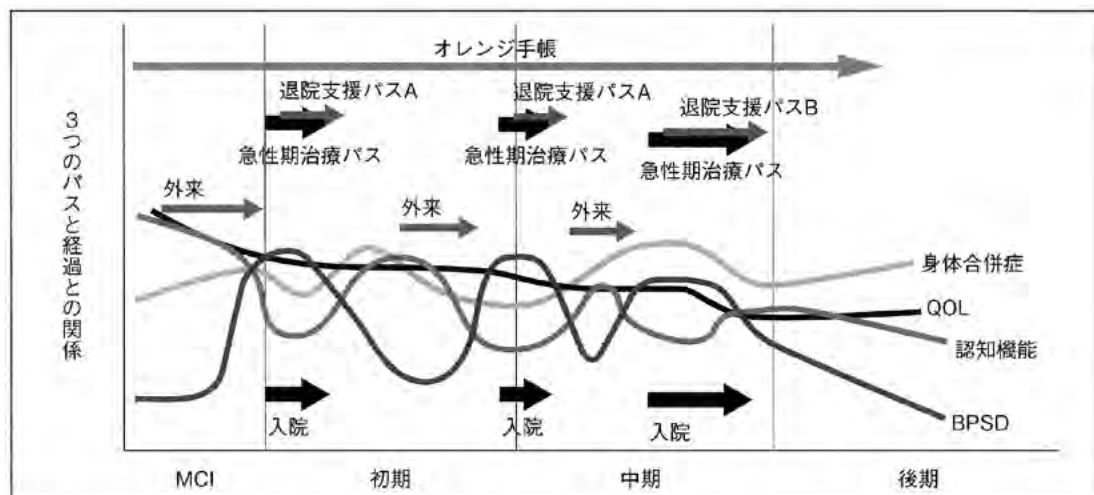
- ・ 精神科医だけでなく内科・神経内科など一般化医の常勤配置を施設基準とする。

VI 認知症疾患医療センターと認知症地域連携パスについて

認知症入院医療と地域ケアの連携のためには、医療センターと支援センターの連携が有効である³⁴⁾。医療センターによる早期診断、鑑別診断、早期の介入などにより、介護事業所との連携も向上しつつあり³⁵⁾、実績が重ねられている。認知症地域連携パスについては日本精神科病院協会が「オレンジ手帳」を発行・販売しており、図2のような利用が図られている。大阪大学精神科による「つながりノート」、広島県安佐医師会「脳の健康パスポート」などの多数の試みが進行中である。広島県においては認知症地域連携パスモデル事業が開始されている。認知症入院医療が地域ケアをサポートするためには地域連携パスをツールの1つとして医療センター、支援センター、かかりつけ医、各種の介護保険事業者、家族、当事者、自治体などが情報を共有して連携することが重要であると思われる。

図2 クリニカルパスと認知症経過の関係

日ごろからオレンジ手帳を利用し、他職種連携により診断・治療、リハビリ、見守りなどを行う。これによりBPSDの増悪、家族関係の悪化などを防ぐ。それでもBPSDの増悪や身体合併症などのために外来治療が困難になった場合は入院し、「退院支援パス」によりスムーズな地域移行を図る。(山口真源氏提供)



文 献

Ⅶ まとめ

i) 認知症入院医療が地域包括ケアシステムの一環として地域生活をサポートするためには、疾患の本質を正確に認識し、介護に偏重せず、早期診断、早期介入から始まる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護システムの確立が必要である。医療から介護へ、施設から地域へ、というスローガンはそれぞれ不可分なケア相互の補完性を軽視しており、シームレスな医療と介護の連携を阻害する可能性があることが懸念される。

ii) 認知症疾患医療センターと地域包括支援センターを中心として地域ケア・施設ケアにわたる各種の社会資源の連携が重要であり、そのためのツールとして認知症地域連携パスが必要である。

iii) 認知症入院医療の質の向上と効率化のためには、認知症入院病棟機能分化が必要であり、以下のように機能分化することが望ましい。

- ①認知症急性期治療病棟
- ②認知症治療病棟
- ③最重度認知症療養病棟
- ④身体-精神合併症認知症対応病棟 (MPU-D)

- 1) 山口昇：地域包括ケアのスタートと展開. 高橋 紘士 編, 地域包括ケアシステム. 東京, オーム社, 12-37, 2012
- 2) 厚生労働省老健局総務課：保険者の果たすべき役割について. 第32回社会保障審議会介護保険部会資料, 2010
- 3) 石井知行：精神科認知症入院医療の機能分化と認知症の将来予測による政策立案のあり方. 臨精医 41: 1055-1062, 2012
- 4) 平野成樹, 村山紀子, 吉山容正, 他：千葉市認知症疾患医療センター開設後の現状と地域医療ネットワーク構築および問題点. Dement Jpn 26: 497, 2012
- 5) 野崎伸一：認知症疾患医療センターの展望と期待-行政の立場から. 老年精医誌 21: 403-411, 2010
- 6) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護-高齢者の尊厳を支えるケアの確立について, 2003
- 7) Campbell N, Ayub A, Boustani MA, et al: Impact of cholinesterase inhibitors on behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease; A meta-analysis. Clin Interv Aging 3: 719-728, 2008
- 8) 松原三郎：精神科病院における医療実態の把握に関する研究. 平成19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) 精神医療

- の質的実態把握と最適化に関する総合研究（研究代表者：伊豫雅臣）総括・分担研究報告書，2008
- 9) 社団法人広島県医師会：平成24年度中国四国医師会連合総会．広島県医師会速報第2160号，2012
 - 10) 内海久美子：認知症疾患医療センターの役割と課題－地域連携の実践の立場から，老年精医誌 21：432-437，2010
 - 11) 池田学，小嶋誠志郎：熊本県認知症疾患医療センターの取り組み．老年精医誌 21：438-443，2010
 - 12) Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, et al: Medication undertreatment in assisted living settings. Arch Intern Med 164: 2031-2037, 2004
 - 13) Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, et al: The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. Ann Intern Med 140: 714-720, 2004
 - 14) Lang PO, Hasso Y, Drame M, et al: Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. Age Ageing 39: 373-381, 2010
 - 15) Gallagher P, Ryan C, Byrne S, et al: STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 46: 72-83, 2008
 - 16) Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, et al: Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. J Am Geriatr Soc 49: 200-209, 2001
 - 17) Kishi Y, Kathol RG: Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. Psychosomatics 40: 345-355, 1999
 - 18) Alberque C, Gex-Fabry M, Whitaker-Clinch B, et al: The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit; A European experience. Psychosomatics 50: 354-361, 2009
 - 19) Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell CJ: Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. Gen Hosp Psychiatry 17: 26-31, 1995
 - 20) Maier AB, Wachtler C, Hofmann W: Combined medical-psychiatric inpatient units; Evaluation of the Centre for the Elderly. Z Gerontol Geriatr 40: 268-274, 2007
 - 21) 石井知行：精神科病床における認知症病棟の機能分化－とくに身体合併症病棟について，日精協誌 29：167-173，2010
 - 22) MSN産経west 2012年10月16日付記事．[<http://sankei.jp.msn.com/region/news/121016/hygl2101602040001-nl.htm>]
 - 23) MSN産経west 2012年11月21日付記事．[http://sankei.jp.msn.com/west/west_affairs/news/121121/waf12112108000000-nl.htm]
 - 24) 読売新聞 平成21年4月14日付記事
 - 25) 宮島俊彦：地域包括ケアの展望（その1）課題と方向．社会保険旬報 2510：18-25，2012
 - 26) 宮島俊彦：地域包括ケアの展望（その5）住まいとケア．社会保険旬報 2514：14-22，2012
 - 27) 朝田隆：認知症有病率と精神医療資源の今後．老年精医誌 23：535-543，2012
 - 28) 第180回国会参議院予算委員会会議録第18号．平成24年4月4日
 - 29) 内閣官房社会保障改革担当室：医療・介護に係る長期推計．2011
 - 30) Fillit H, Hill JW, Futterman R: Health care utilization and costs of Alzheimer's disease; The role of co-morbid conditions, disease stage, and pharmacotherapy. Fam Med 34: 528-535, 2002
 - 31) Hill JW, Futterman R, Mastey V, et al: The effect of donepezil therapy on health costs in a Medicare managed care plan. Manag Care Interface 15: 63-70, 2002
 - 32) Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, et al: A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. Health Technol Assess 11: 1-157, 2007
 - 33) Beers MH: Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med 157: 1531-1536, 1997
 - 34) 栗田主一：認知症疾患医療センターに対する期待と課題．老年精医誌 21：412-420，2010
 - 35) 井門ゆかり：認知症疾患医療センターシステムの利点と地域連携の変化．Dement Jpn 26: 498，2012

認知症の地域生活のための循環型医療介護システムへ向けて

医療法人社団 知仁会 メープルヒル病院

石井 知行

「第109回日本精神神経学会学術総会抄録」

超高齢社会の進行による多様な医療・介護・福祉のニーズの増大のために、地域包括ケアシステムが提唱された。このシステムを提唱した山口は問題点として、(1)マンパワー（専門職）の確保ができるか(2)健全経営が可能か(3)シームレスなサービス提供（医療と介護、施設ケアと在宅ケア連携）が可能か(4)首長（市町村長）と住民の理解と協力があるか、を挙げ、これらの問題点がクリアできなければこのシステムは実現困難であると言及している。しかし、国家財政の悪化→社会保障給付の抑制、生産年齢人口の減少→地域の介護労働力の低下、高齢者夫婦のみ所帯・単独所帯の増加・家事を担ってきた女性の就労機会の増加→家庭の介護力の低下、認知症有病率調査データの不十分さ→推計以上の大量の認知症患者の増加などから、上記の(1)(2)(3)のクリアは困難ではないかと思われ、在宅介護は極めて困難になることが予想される。

平成24年、「今後の認知症施策の方向性について」（以下、「方向性について」という。）及び「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」が厚労省より発表された。ここにおいて、精神科病院への入院を不適切なケアの流れと断じ、地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進が謳われている。グループホームは高齢者虐待などの不祥事の多発、火事による死亡事故などからみられるように、ケアの質を担保する仕組みの構築と共に根本的な制度の見直しが必要である。また、精神科病院の入院機能は在宅ケアとのシームレスな連携を可能にする循環型の医療介護総合モデルの中核の機能を持つために、機能分化が必要である。

認知症入院病棟機能分化の私案を以下に示す。

- (1)認知症急性期治療病棟：BPSDの急性増悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟
- (2)認知症治療病棟：現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向上を図る。

(3)最重度認知症療養病棟：中核症状の進行が最重度・寝たきりでない、動ける認知症を対象とする。重度のIADL低下のため、介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のために、より医療が必要な患者群が対象である。

(4)身体—精神合併症認知症対応病棟（Medical Psychiatric Unit-Dementia, MPU-D）：重度の身体合併症対応に特化し、対象は認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。精神科医だけでなく内科・神経内科など一般科医の常勤配置を施設基準とする。

さらに、入院機能がほかの社会資源と有効に連携するために、認知症地域連携パスが重要である。「方向性について」において、近畿地方の4施設における少数例のデータから、認知症治療病棟の中央在院日数を2か月にする数値目標を掲げているが、大学病院や総合病院を含む偏った施設からのデータであり、データの外的妥当性に疑問が持たれる。一般の精神科病床で本当にそうした目標を達成することが可能かどうか、入院期間を短縮するためには何が必要か、入院中のケアの質はどのようなか、そうした疑問に答えられるデータはまだ得られていない。

こうした疑問に答える端緒とすべく、広島県において「精神科病床に入院した認知症患者の入院実態調査」をパイロットスタディ中である。

上記のように地域ケアのリソースに限界がある中で地域包括ケアシステムを現実化するためには、精神科病院への入院を不適切なケアの流れなどと誹謗に陥るのではなく、あらゆる社会資源の質の向上と効率化を図り、その連携を緊密化することが求められる。公衆衛生的、統計学的な根拠の薄弱な¹⁾「方向性について」の施策により、今後、認知症の方々への適切な処遇が可能であろうか。科学的検証による長期展望を欠いた政策の失敗例を以下に挙げる。

戦後、政府の政策により、産児制限が行われ、こ

れが現在の人口減少問題の主要因となっている。

「日本は戦後、飢餓への転落を恐れて、「産児制限」を行った。優生保護法で堕胎を事実上合法化した結果、異常なまでに子供の数が減り、当然この世代が生み出す「次世代」の数も減少した。日本の人口構造は「団塊」と「団塊ジュニア」の二つの山があるのではなく、両世代の間に「谷」があるのだ。自国民の人口構造を恣意的に変えた先進国は日本だけ。結果、二十～三十九歳の女性は今後も減り、今後五十年で三分の一近くまで落ち込む。一方で英仏はこの間に、数%増加する。つまり、「女性が子を産まない」のではなく、「生む女性がない」ことに気付くべきだ。」と松谷²⁾は述べている。

「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」「母性の生命健康を保護する」という見地から、優生保護法が3回改正され、中絶の適用条件に「経済的理由」等が導入され、さらに審査が簡略化された。貧困を理由とした中絶、精神病、または精神薄弱者の強制的優生手術が正当化された。さらに、家族計画運動として避妊が奨励された。³⁾ 1950年代を通して約1000万人の人口が失われ、その後も現在に至るまで毎年大量の人口が妊娠中絶により失われて

いる。

現在の日本の人口減少・少子化の主要因は、このような政策の失敗にあると思われる。科学的手法によらない政策立案の失敗が再び繰り返されようとしている。不十分なデータや薄弱な根拠に基づいた認知症施策は国民に被害を与えるのではないかと危惧される。

地域包括ケアシステムを現実化し、認知症入院医療が地域生活を有効にサポートするためには、早期診断・早期介入からはじまる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護システムの確立が必要である。医療と介護、施設ケアと地域ケアはそれぞれ不可分なケア相互の補完性があり、シームレスな医療と介護の連携が必要である。

- 1) 石井知行：認知症施策を踏まえた今後の認知症入院医療. *Cognition and Dementia* 12 (2) : 105-113, 2013
- 2) 松谷明彦：高齢化と人口減少の恐ろしさ. 選択 2012年9月号 : 3, 2012
- 3) 山本起世子：生殖をめぐる政治と家族変動. 園田学園女子大学論文集第45号 : 1-18, 2011

認知症の地域生活のための循環型医療介護連携システムへ向けて Step toward a circulatory collaborative health care system for community life of patients with dementia

医療法人社団知仁会 メープルヒル病院

石井 知行

Maplehill hospital
Tomoyuki Ishii

Key Words: 認知症入院病棟機能分化案、循環型医療介護連携システム、科学的政策立案のあり方
(dementia ward function diversification plan, circulatory collaborative health care system,
approach to scientific policy making)

はじめに

超高齢社会の進行による多様な医療・介護・福祉のニーズの増大のために、地域包括ケアシステム⁽³⁷⁾が提唱された。地域包括ケアシステムにおける5つの視点として、「①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物等、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護等（厚生労働省）、⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備（国土交通省）」が挙げられている。このシステムを提唱した山口はシステム実現の問題点として、①マンパワー（専門職）の確保ができるか、②健全経営が可能か、③シームレスなサービス提供（医療と介護、施設ケアと在宅ケアの連携）が可能か、④首長（市町村長）と住民の理解と協力があるか、を挙げ、これらの問題点がクリアできなければこのシステムは実現困難であると言及⁽³⁷⁾している。しかし、国家財政の悪化による社会保障給付の抑制、不十分な認知症有病率調査データ⁽³⁰⁾に基づいた推計以上の認知症患者の大幅な増加⁽³⁾⁽⁹⁾、生産年齢人口の減少がもたらす地域の介護労働力の低下、高齢者夫婦のみ所帯・単独所帯の増加、家事を担ってきた女性（15～64歳）の就業率上昇（平成25年4月に62.5%と過去最高値を更新した）⁽³⁴⁾による家庭の介護力の低下などから、上記の①②③のクリアは困難ではないかと思われ、地域包括ケアシステム、ひいては在宅介護が極めて困難になることが予想される。

医療と介護、施設と地域は不可分なケア相互の補完性があり、シームレスな連携の確立が重要である。本稿では認知症施策の問題点、特に厚生労働省の政策立案の問題点を論じた。上記のごとく医療介護の総供給能力の低下、なかんずく地域介護力の低下と高齢者医療介護の総需要の増加の中にあっては、まず、現有の社会資源の質の向上と効率化を図り、緊密な連携体制をつくることが必須である。また地域包括ケアシステムをより現実的な形にするために、循環型医療介護連携システムについて提言したい。

I 認知症施策について

平成24年、「今後の認知症施策の方向性について」（以下、「方向性について」という。）及び「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」が厚労省より発表された。これによる主な施策について以下に述べ、これについて反論したい。

1 長期入院の解消

i) 「認知症の人の精神科病院への長期入院の解消」について

「方向性について」では、認知症の人の精神科病院への長期入院を不適切な「ケアの流れ」の結果として、長期入院の解消を謳っている。これは、次の5つの問題点に対応できていないことによるとしている。①早期診断・早期対応の不十分さのため、施設や精神科病院を利用せざるを得ない。②不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケース

が見受けられる。③一般病院・施設において行動・心理症状に対応できないため、精神科病院に入院するケースが見受けられる。④認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院が見られる。⑤退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受け入れ体制が十分でないといわれている。

ここにおいては、精神科医療に対する誤解が見られるが、精神科認知症入院医療の機能については後述する。高齢者認知症の過半数がアルツハイマー病などの進行性の神経変性疾患であり、疾患の種類、病期、病像も多様であり、その対応のあり方についても多様にならざるを得ないことが理解されていないが、いずれにしても、早期退院を阻害する要因の解明なしに長期入院解消の施策を提言することは短絡であると考えられる。

ii) 「精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援」について

「方向性について」においては、長期入院の解消のために認知症治療病棟の入院日数の中央値を2か月にする数値目標を掲げているが、その根拠となったのは近畿地方の4施設における少数例のデータである⁽¹²⁾。これは大学病院や総合病院を含む偏った施設からのデータであり、その結果が、日本全国の精神科病院に当てはめることができるかどうかといったデータの外的妥当性に疑問が持たれる。一般の精神科病床で本当にそうした目標を達成することが可能かどうか、入院期間を短縮するためには何が必要か、入院中のケアの質はどうか、そうした疑問に答えられるデータはまだ得られていない。

iii) 「精神科病床に入院した認知症患者の入院実態調査」について

こうした疑問に答えるためには、認知症患者に対応する精神科病院に新規に入院した認知症患者を対象に個票により入院理由・入院中の治療の実態とBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (以下、BPSDという)の経過・患者の出入り経路・転機・退院支援の実態とその結果を評価し、治療や退院・在宅復帰を妨げるリスク因子を検討する前向きコホート研究が必要である。

2 身体合併症加療

さらに、認知症患者は他の高齢者と比較して身体合併症の発症が多くみられることが示唆⁽²⁵⁾されており、認知症患者の身体合併症加療は重要課題の一つである。これについては「方向性について」にお

いては、一般病院勤務の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としている。しかし、一般病院の医療従事者に対する認知症研修はすでに様々の団体の主催により活発に行われており、研修の拡充によってどの程度認知症に対する対応力が向上するのかは疑わしい。また、一般病院の医療従事者による認知症ケアの質をどのように担保するのかという視点も欠けている。現行の制度によっては、身体合併症に対応が困難である実態があり、研修の拡充により認知症の身体合併症治療を確保とするのは政策として未成熟であるといえよう。

3 グループホームの活用の推進

地域の認知症ケアの拠点としてグループホームの活用の推進を謳っている。グループホームは小規模であるため、人員繰りが難しくきわめて少人数で運営せざるをえない実態がしばしば仄聞される。グループホームの2単位を日中1人だけの職員が掛け持ちでケアしている実態さえみられることがある。同様に、小規模であるため密室化しやすく、また従業員の専門職の資格要件が厳しくないため提供されるケアの質が担保されていない。

また、事業経営者参入の要件が緩和されすぎているため、劣悪な業者の参入がみられている実態があり、良質な業者と悪質な業者の差が大きい。

以上の実態から、グループホームなどの小規模施設においては、暴言・暴力などの高齢者虐待も発生しており、セクハラや火事による死亡などの不祥事の発症が多くみられているが、⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁹⁾⁽¹⁰⁾報道されている高齢者虐待は氷山の一角ではないかと思われる。しかし、現状では行政による監査が不十分であり、また十分な監査体制をつくることはきわめて困難である。ケアの質を担保する仕組みの構築と共に根本的な制度の見直しが必要である。

II 認知症に対する政策立案のあり方

1 非科学的政策立案の失敗例

概観⁽¹⁹⁾してきたような「方向性について」の施策により、今後、認知症の方々への適切な処遇が可能であろうか。「方向性について」では認知症医療現場に対する不十分な理解や公衆衛生学的、統計学的な根拠の乏しさが見て取れる。残念ながら、これまでもこのような科学的根拠に乏しい政策が厚生労働省によって行われており、これは厚生労働省の政策立案における宿痾ではないかと思われる。非科学的な政策立案が不適切な状況を引き起こす事例を挙

げつつ論じる。

i) 精神科病床7万2千床削減問題

長期にわたって懸案であった精神科病床7万2千床削減問題においては、受け入れ条件が整えば退院が見込めるという病院に対する簡易なアンケートの回答を根拠として立案された。統計学的にデザインされた患者に対する実態調査を行い、精神症状と能力障害の各重症度について地域移行の可能な群を検討し、各群において必要な、各種にわたる地域支援サービスとその必要財源を検討し提案されていたら質の良い政策提案であったと思われる。科学的思考を欠く未成熟な政策であったため、地域移行は進展せず、行政、病院、患者家族、それぞれにとって望ましくない経過となった。すなわち、これまでの調査研究は施設票による主観の混じったアンケートを根拠にしたものが多く、個票による実態調査があまり行われていなかったことが問題点である。

ii) 少子高齢化・人口減少問題

科学的検証による長期展望を欠いた政策の失敗は、優生保護法改正、受胎調節普及を主要因とする少子高齢化・人口減少問題にもみてとれる。⁽¹⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁶⁾

⁽²¹⁾⁽³⁶⁾⁽³⁸⁾

2 大規模臨床データベースの必要性

認知症有病率の調査と将来予測は政策立案のために極めて重要である。しかし、政策立案のために最近まで使用されてきた介護保険による有病率のデータが不正確であることは内閣総理大臣も認めている⁽⁹⁾。有病率という基礎的なデータすら整備されずに政策立案が行われてきた。アメリカやヨーロッパにおいては大規模臨床データベースが多数運営されており、Public Domainにより多くのデータベースが一般公開されている⁽²⁰⁾。必要なデータを収集し大規模臨床データベースを作成し、これに基づいた予測により政策立案がされるべきである。

3 認知症に対する疫学調査研究の重要性

科学的手法によらない政策立案の失敗が認知症ケアの政策において繰り返されようとしている。今後の認知症患者数の増加及び重症度分類による医療・介護のニーズと地域・施設のケアの供給能力のマッチングによる予測に基づいた政策が立案されるべきである。介護者のうつ・自殺・介護殺人などの問題の深刻化⁽¹⁴⁾⁽¹³⁾⁽⁴¹⁾、および家族の介護を理由とする離職（介護離職）も増加しており、さらに今後の大幅な増加が懸念され、家庭に対する経済的負担も深刻化している。⁽²⁴⁾⁽⁴⁰⁾ 前述のような地域ケアの限界を知らながら悪戯に地域ケアのみを強調することは、地域・家庭に過重なケア負担を求めているとの

非りを免れないであろう。既存の施設・病院の質の向上と効率化を図り、より緊密な連携を進展させ有効活用しなければ、今後の未曾有の超高齢社会において急激な増加が予想される認知症患者に対する適切な処遇は確保されない。

4 循環型医療介護連携システムの確立

地域包括ケアシステムを現実化し、認知症入院医療が地域生活を有効にサポートするためには、早期診断・早期介入からはじまる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護連携システムの確立が必要である。すなわち、入院・入所が必要な場合には、利用しやすく効果的かつ効率的で、より短期に退院・退所を可能とし、必要に応じてこれを繰り返すことができ、これにより介護・地域ケアの負担が軽減されるようなシステムが望ましいといえるだろう。しかし、このようなシステムは施設・医療を軽視することによっては達成されない。医療と介護、施設ケアと地域ケアはそれぞれ不可分なケア相互の補完性があり、シームレスな医療と介護の連携が必要である。

Ⅲ 精神科認知症入院医療の機能

「施設から地域へ」「医療から介護へ」のローガンのもと、「方向性について」では重点は介護に置かれ精神科入院医療は認知症ケアにおいて期待される役割が大幅に縮小されている。しかしながら上述のように円滑な循環型医療介護連携システムの確立の為には、医療と介護は車の両輪となるべきである。高齢者に対する医療・介護のニーズが極めて増大する状況が予測されているのであるから、「施設も地域も」「医療も介護も」が重要であり総合的にシステム化される必要がある。その中において精神科認知症入院医療はなお中心的な役割を果たすことが必要であると考えられる。ここでは入院医療の果たす機能およびその機能を十分に発揮するための病棟機能分化について私案を述べる。

精神科認知症入院医療の機能については以下に拙著⁽¹⁹⁾より引用する。

- 1) 在宅ケアか、介護保険施設ケアか、入院医療かのトリアージ
- 2) 早期退院のための早期入院の必要性
- 3) 入院中における薬物調整の必要性
- 4) 身体合併症加療の必要性
- 5) 終末期医療（認知機能障害最重度）の必要性
- 6) 緊急入院による在宅療養支援機能について
- 7) 入院における医療とリハビリテーションの組

み合わせ — チーム医療によるケアミックス

i) 薬物調整の必要性

以上の諸機能がみられるが、このうち、薬物調整の必要性について述べる。

高齢者は薬物の影響を受けやすく、薬剤相互作用も起こりやすいため薬剤有害事象を経験する危険性が高い。抗精神病薬、抗不安薬に加え、身体合併症のため多くの種類の内科薬を服用していることが多い⁽¹⁷⁾。これらの薬剤により、せん妄をきたす症例もみられる。また、在宅においては統一されていない薬剤投与が多く科によって行われていることが多い。特にBPSDが顕著であった在宅患者では、大量の抗精神病薬、抗不安薬が処方されている症例が多くみられる。「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」が刊行されたが、十分な理解を得られないとかえって安易な向精神薬使用を広汎に招くのではないかと危惧される。

BPSDのためすでに家族の拒否感情の高い、ストレスフルな家庭環境から離脱して入院し、よくトレーニングされたスタッフにより受容されるとBPSDも軽度化してこれらの薬物の減量を図れることが頻回に経験される。高齢者において薬剤有害事象を起こしやすい薬物のリストなども近年作成されており⁽⁴⁾、高齢者を専門にした老年病科医（内科医）、精神科医による入院における薬剤の調整、吟味が重要であり、不適切な薬物治療の是正は重要な入院機能の1つである。とくに、抗精神病薬については総死亡率の増加など強い副作用から可能な限り使わないことが国際的な合意となっており、その使用をどれだけ減らせるか、といったことが医療の質として用いられている国もある。⁽²⁾しかしながら、そうした観点から精神科病院を調べた研究も多くはない。

ii) 精神科認知症入院医療の特徴的機能

以上が精神科における認知症入院医療の機能であるが、このうち精神科のみがもつ特徴的な機能は2つある。

① 身体面－精神面－社会面の3つの軸を統合したサービス提供

② 精神保健福祉法に基づいた厳密な運用による行動制限と適切な人権の制限に対する担保

上記の諸条件より、精神科認知症入院医療機能は、以下のように整理される。

①急性期－治療機能

②回復期慢性期－医療・リハビリ機能

③最重度慢性期－医療・維持リハビリ・介護機能

④身体合併症治療機能

⑤在宅－医療介護支援機能

とくに認知症疾患医療センターをツールとして介護との連携、地域医療との連携が発展しつつある。

IV 認知症入院病棟機能分化案

精神科認知症入院病棟の入院機能を地域ケアとのシームレスな連携を可能にする循環型の医療介護連携システムの中核的機能を持つためには、機能分化が必要である。

認知症入院病棟機能分化の私案を以下に示す。

① 認知症急性期治療病棟：BPSDの急性増悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟

② 認知症治療病棟：現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向上を図る。ぬり絵、風船パレーなどの集団レクリエーションに加えて、実行機能・生活機能障害をBarthel Indexなどのスケールを用いて評価し、障害の種類と重症度に応じて生活機能の回復を目標とするリハビリが重要である。

③ 最重度認知症療養病棟：中核症状の進行が最重度・寝たきりでない、動ける認知症を対象とする。重度のIADL低下のため、介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のために、より医療が必要な患者群が対象である。

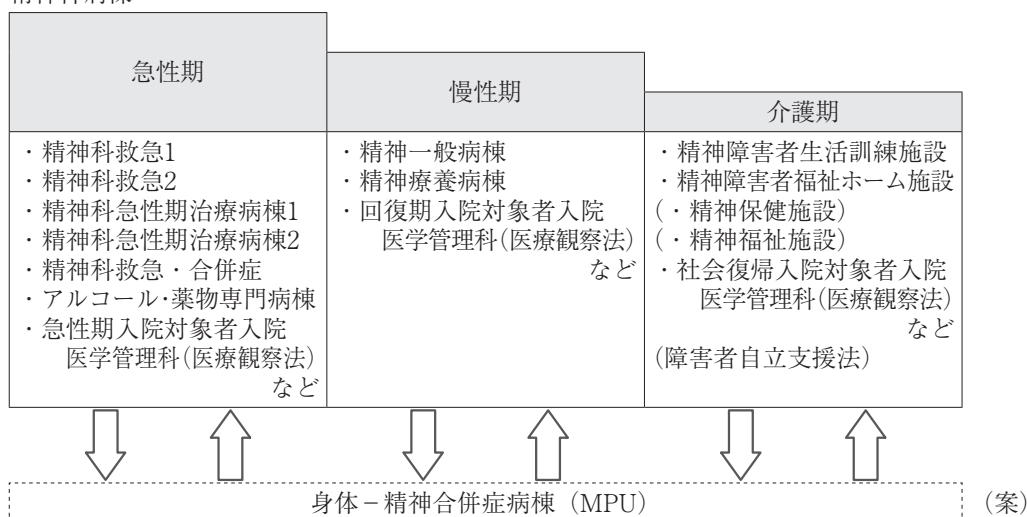
④ 身体－精神合併症認知症対応病棟（Medical Psychiatric Unit - Dementia, MPU-D）：重度の身体合併症対応に特化し、対象は主として認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。身体合併症加療のニーズは、保坂班平成18年度報告⁽¹⁵⁾にみられるようなニーズだけでなく、今後の超高齢社会にあっては後期高齢認知症患者の増加、精神疾患患者全体の高齢化等により飛躍的な増加が予想される。脳卒中、心筋梗塞などの急性期、人工透析、骨折などの特殊かつ緊急以外はMPUにおいて対応可能である。また、当院の身体合併症対応病棟（精神一般）においては一般急性期病院からの認知症患者及び精神疾患患者の身体合併症のポストアキュート、ターミナルを受け入れているが、急性期病院の在院日数低下の必要のために、次第により重症を受け入れている実態があり、一般急性期病院における同様の医療よりも医療費削減に貢献している。表1に示すよう

表1 身体-精神合併症対応病棟 (Medical Psychiatric Unit MPU、精神一般病棟)

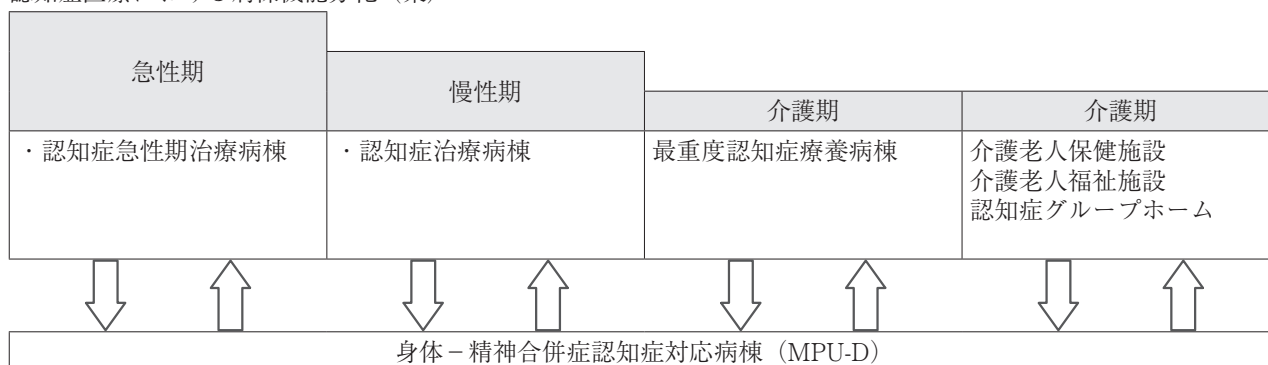
趣旨 必要により複数主治医制	
専任医師	
① 精神科医師 1名	一般科医師 (内科等) 1名 = 24 : 1
② 精神科医師 1名	一般科医師 (内科等) 2名 = 16 : 1
診療報酬	
<ul style="list-style-type: none"> ・身体治療特掲診療料加算 (内科など一般医の常勤配置) (保坂班) ・主病は身体合併症であること ・主病が治癒後は他病棟あるいは他院、他施設、在宅等への転院 	
<ul style="list-style-type: none"> ・MPU設置が困難な小規模病院の場合は医師の配置基準以上に一般医の常勤配置をすれば、病院全体に対して身体治療特掲診療料加算 	

表2 認知症医療における病棟機能分化 (案)⁽¹⁸⁾

精神科病棟



認知症医療における病棟機能分化 (案)



に、精神科医だけでなく内科・神経内科など一般科医の常勤配置を施設基準とする。必要により、複数主治医制度が有効である。精神保健福祉法改正により、医師数16 : 1病棟が検討中であるが、今後のニーズからMPUが求められる。なお、MPUは既に各国で運営され実績を挙げている。⁽¹⁾⁽¹¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾

精神科においては病棟機能分化により質の向上が

図られてきた経緯がある。認知症入院医療においても、質の向上のためには機能分化が必要であり、医療必要度により表2のように整理される。小規模精神科病院においては、病棟機能分化は困難であるが、身体合併症対応能力を向上させるためには、内科医等の一般科医の常勤配置が必要であり、そのためには、一般科医常勤配置加算が有効であろう。

さらに、認知症入院医療がほかの社会資源と有効

に連携するために、認知症地域連携パスの発展が重要である。

おわりに

1 公衆衛生的、統計学的な根拠の乏しい政策の失敗が繰り返されてきている。「今後の認知症施策の方向性について」において、提言されている施策は科学的根拠が乏しいため、再び政策失敗が繰り返されないように以下の提案をしたい。

2 科学的に統一されたデザインのもとに、大規模データベースを作成し、検証可能な形で行われた解析に基づいて政策立案を行うことが重要である。そのあとに、ステークホルダーの意見調整、財源問題による調整が行われるべきである。施行された政策に対しては評価研究が行われるべきである。⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

(8) (31) (32) (33) (35)

3 地域ケアのリソースに限界がある中で地域包括ケアシステムを現実化するためには、あらゆる社会資源の質の向上と効率化を図り、その連携を緊密化する循環型医療介護連携システムが必要である。つまり、精神科医療が、身体—精神—社会の3つの軸から、あらゆる社会資源を統合して医療と介護、施設ケアと地域ケアの中核となることが重要である。認知症疾患医療センター、認知症地域連携パスなどが、ツールの一つとなる。

4 認知症入院医療の質の向上と地域ケアとの連携のためには、認知症入院病棟機能分化が必要であり、以下のように機能分化することが望ましい。

- ①認知症急性期治療病棟
- ②認知症治療病棟
- ③最重度認知症療養病棟
- ④身体—精神合併症認知症対応病棟(MPU-D)

尚、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

- (1) Alberque C, Gex-fabry M, Whitaker-Clinch B, et al : The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit : a European experience. *Psychosomatics*, 50 ; 354-361, 2009
- (2) Alistair Burns : National Dementia Strategy in England. Department of Health, UK, 2009
- (3) 朝田隆 : 認知症有病率と精神医療資源の今後. *老年精神医学雑誌*, 23 ; 535-543, 2012

- (4) Beers MH : Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*, 157 ; 1531-1536, 1997
- (5) Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al : Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316(7141) ; 1348-51, 1998
- (6) Büla CJ, Bérod AC, Stuck AE, et al : Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: secondary analysis of a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*, 47(4) ; 389-95, 1999.
- (7) Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al : A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Eng J Med*, 346(12) ; 905-12, 2002.
- (8) Cravens DD, Mehr DR, Campbell JD, et al : Home-based comprehensive assessment of rural elderly persons: the CARE project. *J Rural Health*, 21(4) ; 322-8, 2005.
- (9) 第180回国会参議院予算委員会会議録第18号. 平成24年4月4日
- (10) 第183回国会参議院予算委員会会議録第17号. 平成25年5月14日
- (11) Gertler R, Kopec-Schrader EM, Blackwell CJ : Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry*, 17 ; 26-31, 1995
- (12) 平成23年第18回 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. 釜江和恵提出資料.
- (13) 濱田健司 : 介護・看病疲れによる自殺. 共済総研レポート2009.12
- (14) 保坂隆 : 介護者のうつ予防のための支援の在り方に関する研究. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分), 2006
- (15) 保坂隆 : 精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 2007
- (16) 池田一夫, 灘岡陽子, 神谷信行 : 我が国における世代出生数の動向. *東京都健康安全研究センター研究年報*, 58 ; 331-335, 2007
- (17) 石井伸弥, 秋下雅弘 : 認知症高齢者の薬物療

- 法一課題と対応一. 老年精神医学雑誌, 24(8); 749-755, 2013
- (18) 石井知行: 精神科領域における医療と介護の機能分化について. 日本精神科病院協会誌, 30(5); 422-432, 2011
- (19) 石井知行: 認知症施策を踏まえた今後の認知症入院医療. *Cognition and Dementia*, 12(2); 17-25, 2013
- (20) 石井知行: 精神科認知症入院医療の機能分化と認知症の将来予測による政策立案のあり方. *臨床精神医学*, 41(8); 1055-1062, 2012
- (21) 加藤寿延: 日本の人口革命と新生活運動. 亜細亜大学経済学紀要, 1(5); 19-37, 1970
- (22) Kishi Y, Kathol RG: Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics*, 40(4); 345-355, 1999
- (23) Maier AB, Wachtler C, Hofmann W: Combined medical-psychiatric inpatient units: evaluation of the Centre for the Elderly. *J Gerontol Geriatr*, 40(4); 268-274, 2007
- (24) 的場康子: 介護離職を減らすため相談体制の充実を. *Life design report*, 2013.10; 39-41, 2013
- (25) 松原三郎: 精神科病院における医療実態の把握に関する研究. 平成19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) 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究(研究代表者: 伊豫雅臣) 総括・分担研究報告書, 2008
- (26) 松谷明彦: 人口減少時代の大都市経済. 東洋経済新報社, 東京, 125-127, 2010
- (27) 森岡仁: 戦後日本の人口変動. 駒沢大学経済学論集, 39(3); 37-54, 1970
- (28) MSN産経west 2012年10月16日付記事. [<http://sankei.jp.msn.com/region/news/121016/hyg12101602040001-n1.htm>]
- (29) MSN産経west 2012年11月21日付記事. [http://sankei.jp.msn.com/west/west_affairs/news/121121/waf12112108000000-n1.htm]
- (30) Okamura H, Ishii S, Ishii T, et al.: Prevalence of dementia in Japan: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Discord*, 36(1-2); 111-8, 2013
- (31) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*, 311(26); 1664-70, 1984.
- (32) Rubenstein LZ, Rhee L, Kane RL: The role of geriatric assessment units in caring for the elderly: an analytic review. *J Gerontol*, 37(5); 513-21, 1982
- (33) Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, et al: Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*, 39(9 pt 2); 8S-16S, discussion 17S-18S, 1991.
- (34) 総務省統計局: <労働力調査ミニトピックスNo.8>女性(15~64歳)の就業率の上昇. 2013
- (35) Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, et al: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342(8878); 1032-6, 1993
- (36) 田中弘子: 「産児制限論」の歴史的 position について. 仙台白百合短期大学紀要, No.19; 181-193, 1991
- (37) 山口昇: 地域包括ケアのスタートと展開. 高橋紘士 編, 地域包括ケアシステム. 東京, オーム社, 12-37, 2012
- (38) 山本起世子: 生殖をめぐる政治と家族変動—産児制限・優生・家族計画運動を対象として—. 園田学園女子大学論文集, 45; 1-18, 2011
- (39) 読売新聞 平成21年4月14日付記事
- (40) 吉田和央: 介護休暇・休業の利用状況と介護離職の問題. *Business Labor Trend*, 2012.11; 53, 2012
- (41) 湯原悦子: 認知症介護における介護者のうつを考える. 医学界新聞2929号, 2011年5月23日付記事

精神神経学雑誌巻頭言について

日本精神神経学会専門医更新ポイントが、学術集会、研修会参加によるのみでは不合理且つ不便であるため、アメリカのインターネットによる研修システムの紹介を同学会評議員会（幕張メッセ開催）に提出しました。その後、同学会理事に推奨されたので、この実現を目的にして理事に就任させて頂きました。同学会誌巻頭言に、この提案のダイジェストを書かせて頂きました。これは、E-ラーニングシステムとして稼働しつつあります。

ダイバーシティの確保による集団知能の向上、女性医師活用促進による女性の権利の拡大、などを目標とした男女共同参画が重要であると考えています。理事の2期目としては、男女共同参画委員会を立ち上げ、以下の項目を同委員会の趣旨と致しました。

- ① ポジティブアクションによる女性理事の登用
- ② 女性医師の臨床・研究の助成
- ③ 精神疾患の半数以上は女性であり女性患者のための臨床のあり方、また多くの研究が男女性差には言及しているが、その由来に対してはほとんど未追求であり、性差由来を追及する医学における女性学の探求

巻頭言

専門医制度充実のために

日本精神神経学会理事

石井 知行

Tomoyuki Ishii

日本精神神経学会は公益法人化が決定し、主な課題はクリアされつつあるが、専門医制度の充実という大きな課題が残されていると思われる。2005年、専門医制度の発足により会員数は急激に増加し、学術総会への参加者も飛躍的に増えたが、単に量的に変化しただけでなく学会の本質が変化したと思われる。すなわち学術団体としてだけでなく、日本の精神科医師に対する卒後および生涯教育の責任とそれを通して精神科医療の質の向上に対する国民への責任により、専門医療の教育団体としての性格がより鮮明になった。しかしながら、専門医制度については制度の統一性、専門医の質の担保に懸念が持たれており、専門医のあり方に関する検討会において、認定と養成プログラムを統一的に担う中立的な第三者機関の設置が議論されているところである。専門医更新については地理的、経済的、勤務状況などの制約からの研修参加へのアクセスの改善、より広い領域をカバーする教育機会、透明性の向上による権威の保持、また、更新ポイントの学術総会への高点数の配分の偏りなどの課題が挙げられ、これらに 대응するため、更新ポイントの一部をインターネットを介して教材を提供する研修による方法を提案したい。米国における専門医制度を紹介すると、Certification in Psychiatry (精神科専門医) はさらにCertification in Subspecialtyを所持する仕組みとなっており、ABMS (American Board of Medical Specialty) によって運用されている。資格更新は①Professional Standing, ②Self-Assessment and Lifelong Learning, ③Cognitive Expertise, ④Practice Performance Assessmentからなる。この②Learningにおいては、CME (Continuing Medical Education, 卒後医学教育) の制度による単位として毎年平均約30点取得が求められる。学会、出版社などの営利団体、病院やメディ

カルスクールなどがCMEを提供している。そして、ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education) がCMEの単位提供団体を監督している。これらの団体提供による医師が取得したCMEは13,741,621あり、そのうちインターネットを介して提供されたものは4,532,162 (33.0%) に上る (ACCME Annual Report Data)。American Psychiatric Associationも、インターネットを介してCMEを提供している。

インターネットを介したCMEの利点として、24時間いつでも利用可能であること、自分の好きなペースで学習できること、いつでも復習可能なこと、様々なコースが利用可能であること (一例としては、臨床的な一場面が示され、そこでどのように考え行動すべきかステップを追ってクイズ形式でコースが進んでいく) などが挙げられる。欠点としては実際の研修会などに出席した場合に可能な他出席者との社会的交流が得られないことがある (Fam Pract Manag, 10(3) : 59-60, 2003)。

この導入にあたっては困難が予想される。一定水準の質の教材を作成し、かつそれを最先端の知見に沿った形で更新していくには、各専門領域における専門家の労力が継続的に必要になる。また、この制度を可能にするためのホームページを構築、運営する必要があり、導入コスト、ランニングコストも必要になるだろう。日本精神神経学会が認定した団体にホームページの運営を任せることで、この困難を軽減できる可能性がある。学会が教材の監督を行って教材の質を保証し、学会に認められた団体は教材の作成、ホームページの作成、運営を請け負う代わりに会員から利用料を徴収する、という形のモデルは可能であると考えられる。上述のACCMEにおいても、ACCMEが認定した営利団体が有料でCMEを提供している例がある。

巻頭言

男女共同参画委員会設立について

公益社団法人日本精神神経学会 理事

石井 知行

Tomoyuki Ishii

平成11年に制定された男女共同参画社会基本法の前文と内閣府男女共同参画局長の公益社団法人代表者宛て文書の要旨は以下の通りである。

「我が国においては、日本国憲法に個人の尊重と法の下での平等がうたわれ、男女平等の実現に向けた様々な取組が、国際社会における取組とも連動しつつ、着実に進められてきたが、なお一層の努力が必要とされている。

このような状況にかんがみ、男女共同参画社会の実現を二十一世紀の我が国社会を決定する最重要課題と位置付け、社会のあらゆる分野において、男女共同参画社会の形成の促進に関する施策の推進を図っていくことが重要である。」

これに基づいて、「社会のあらゆる分野において、2020年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも30%程度になるよう期待するという目標（平成15年6月20日男女共同参画推進本部決定。以下、「『2020年30%』の目標」という。）が立てられた。政策・方針決定過程への女性の参画の拡大は我が国にとって喫緊の課題であり、平成23年12月17日に閣議決定された第3次男女共同参画基本計画においても、特に早急に対応すべき課題の一つとして、実効性のあるポジティブ・アクションの推進が掲げられている。新公益法人制度の施行に伴い、新たに公益社団法人及び公益財団法人へ移行した法人においても、「2020年30%」の目標の達成に向け、今後、理事、監事、評議員の選任に当たっては、女性の参画の拡大に積極的に取り組んでいくことが要望されている。」としている。

「Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups」(2010, SCIENCE)が集団知能に対する貢献として、ダイバーシティと女性のsocial sensitivityについて触れているが、女性の業績に対する貢献は企業の世界で

は共通認識となりつつある。

クレディ・スイスの調査によると、女性取締役が一人でもいる企業の方が自己資本利益率や利益の伸びなどが良好な結果になった。多様な取締役会は議論を活発化させ、企業の新たな視点の獲得にもつながる、としている。アメリカの年金基金などをメンバーとし、120兆円の運用資金を持つ「30%連合」は、現在は14%程度の米上場企業の女性取締役の比率を、2015年までに30%に引き上げることを目標に掲げる。(平成25年9月10日 日本経済新聞) すなわち、女性幹部の存在によるダイバーシティ確保の業績に与える好影響が評価されている。

また、日本の行政においても女性の厚労省事務次官、県警本部長などが誕生している。

一方、医療施設従事医師の精神科における女性比率は20.4%であり、日本精神神経学会の女性会員は全会員中24%、代議員3%、理事は0%となっている。

このような状況にあって、平成25年6月、日本精神神経学会に男女共同参画委員会が設置された。

設置目的

- ・女性理事登用方法の研究：内閣府男女共同参画局及び公益認定等委員会の指導を受ける
 - ・女性医師の学術研究、臨床のあり方の研究と、助成
 - ・精神疾患患者の半数以上は女性であり、女性という軸を設定した精神医学分野の研究の発展
- 多くの疾患の研究において、男女の性差への言及がみられるが、その原因を追究した研究は数少ない。とくに、精神医学分野において女性を軸とした研究の発展が必要と思われる。

女性医師の地位向上のためだけでなく学会活動の活性化・集団知能の向上のためにも、女性の代議員・理事への更なる登用が求められている。そのために

も政府の奨励するポジティブ・アクション制度がある。日本精神神経学会の男女共同参画が少しずつでも進展していくことが期待される。

日本精神神経学会における専門医資格更新において インターネットを利用した単位提供の提案

中国・四国地区

石井 知行

1. 現状の問題点

近年、社会的に大きく注目を集めた医療事故が多発し医療に対する信頼の回復は焦眉の問題となっております。この困難な状況の中、医師の専門性について、きちんとした裏付けを保証する専門医制度は医療に対する信頼の回復を助ける一助を担うと信じております。

実際、医療の高度化、医師に対して求められる高度な専門性、医療の安全に対する意識の高まりなどに関連して専門医制度も昨今注目を集めておりますし、2002年4月から可能になった専門医資格の広告にも助けられ、専門医の存在が一般に広く知られるようになってきました。

そうした中、専門医に対する信頼をさらに高めていく上で留意しておかなければならないのは、専門医制度に対する信頼の根底にあるのは医師の専門性に対する裏付けを保証する研修や教育、ひいてはその水準を担保する各専門学会に対する信頼である、ということであります。というのも、専門医認定制機構における専門医の定義「5年以上の専門研修を受け、資格審査ならびに試験に合格して、学会等によって認定された医師」にみられますように、医師の能力を審査して専門医の認定を行うのはあくまで学会であるからです。(社団法人 日本専門医制評価・認定機構 参照URL：<http://www.japan-senmon-i.jp/index.html>)

そして現在専門医認定、資格更新の基準は各学会によって独自に決められており、各学会によってばらつきがあります。日本精神神経科学会においては、資格更新に際して600単位以上の単位取得が必要とされています。単位取得方法としては

1. 研修会、研究会等への参加
2. ケースレポートの提出とそれに付随する口頭試

問に合格

3. 日本精神神経学会および各地方単位の精神神経学会あるいは精神医学会での研究発表

4. 「精神神経学雑誌」に掲載された臨床研究があります。(精神科専門医制度規則施行細則) この中で会員の多くが単位取得方法として主に選択している方法は1. 研修会、研究会等への参加 になります。しかし、この研修会、研究会等への参加によって単位を与え、それをもって専門性の裏付けとする方法にはいくつかの問題点があるように思われます。

まず第一に、こうした医師によって行われる研修会、研究会等への参加によって単位を与えるという方法は、医師という専門家集団の閉鎖的運営であるという批判を免れず、一般の方から高い信頼を得る機構としては働きにくい、ということがあります。

第二に、会員各自の勤務状況、地理的状况によって参加できる研修会、研究会は自ずと限られてしまい、精神科という広大な領域全てをカバーする教育機会を提供する手段としては必ずしも最適ではありません。

第三に、これは第二の点と関連しますが、こうした方法は限られた教育機会しか提供できないため、各会員が望んだ教育が受けられない可能性があります。例えば薬物に関連する問題行動に関する最新の知見を得たいと希望しても、出席可能な研修会、研究会がそれを提供しているとは限りません。

第四に、必要な研修会、研究会への出席は会員にとって非常に大きな負担になる可能性があります。必要単位取得のためには複数の会への出席が必要となります。特に日本精神神経学会学術集会の出席に高い点数が割り振られているため、日本精神神経学会学術集会開催中には数多くの会員が勤務先病院を離れて学術集会に出席しており、各病院において残

された医師による手薄な医療しか提供できていない現状があります。このことは「たらい回し」などの言葉に象徴される医療体制への信頼の揺らぎとあいまって、万が一医療事故が起こった際には非常に大きな問題を引き起こす可能性があります。

第五に、研修会、研究会へ出席するための金銭的負担も昨今の経済的状況において決して無視できるものではありません。

こうした問題点を念頭に置き、現在の日本精神神経学会における専門医資格の更新に必要とされる単位の取得方法として、インターネットを利用して教材を提供する方法を提案します。

2. 米国における状況

インターネットを利用した専門医教育は各先進国で行われておりますが、ここでは米国における状況を取り上げます。

米国の専門医についてはAmerican Board of Medical Specialties (ABMS)によって制度が運用されております。(参照URL: www.abms.org) 精神科においては4年間のレジデンシー(研修)プログラムを終了した後、試験に合格することによってCertification in Psychiatry(精神科専門医)がAmerican Board of Psychiatry and Neurologyによって認定されます。(参照URL: www.abpn.com) その後、fellowship training等を経て、Certificate in Subspecialty(Subspecialtyの専門医)が認定されます。Subspecialtyとしては現在Addiction Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry, Clinical Neurophysiology, Forensic Psychiatry, Geriatric Psychiatry, Hospice and Palliative Medicine, Neurodevelopmental Disabilities, Neuromuscular Medicine, Pain Medicine, Psychosomatic Medicine, Sleep Medicine, Vascular Neurologyがあります。Certification in Psychiatry(精神科専門医)を持つ医師は精神科において標準的な医療を提供できる医師として考えられ、Certificate in Subspecialty(Subspecialtyの専門医)を持つ医師はその狭い領域において高い専門的知識と技能を有すると見なされます。

専門医を取得しないと収入面で大きな違いがありますし、またどの医師がどの専門医を持っているかなどの情報はAmerican Board of Medical Specialties (ABMS) や各学会のホームページで簡単に調べることができますので、専門医取得は米国の医師のキャリアにとって非常に重要な1ステップ

になっています。また各学会が専門医の質のみならず量(認定する専門医の数)もコントロールしており、American Board of Medical Specialties (ABMS) による制度の運用もあり、専門医は高い権威を保っています。

こうした専門医は更新制であり、10年間に一度更新することになっています。The Maintenance of Certification (MOC) Program(専門医資格更新制度)は下に挙げる4つの要素からなっております。

1. Professional Standing
 2. Self-Assessment and Lifelong Learning
 3. Cognitive Expertise
 4. Performance in Practice
- 以下、順を追って説明します。

1. Professional Standing

有効な医師免許を保持していること。(米国では各州が医師免許を発行し、一定の年数毎に更新することが求められます。更新の際には一定以上のContinuing Medical Education, 卒後医学教育を受けていることが求められます。)

2. Self-Assessment and Lifelong Learning

A. Self-Assessment Program

10年間の間に自己評価を行うための試験を少なくとも二回受けることが求められます。このSelf-Assessment Programは2010年から始まります。

B. Lifelong Learning

Continuing Medical Education (CME, 卒後医学教育)の単位を毎年平均30単位取得していることが求められます。

3. Cognitive Expertise

コンピューターによる臨床に関連した問題を中心とした試験です。

4. Performance in Practice

専門医を保持している10年間の間に診療の質が向上していることを示すために診療録のレビューと外部によるレビューが行われます。このPerformance in Practiceは2013年から始まります。

米国における専門医の更新は、専門医の質を保証するために非常に厳しいものであり、かつ現状に応じて改良が続けられている、ということが見て取れるかと思われれます。

単純に比較して日本精神神経学会による専門医資格更新の要件である単位取得は、American Board of Psychiatry and NeurologyによるThe Maintenance of Certification (MOC) Program(専門医資格更新制度)の2-Bの部分にしか相当して

いない、ということもまた見て取れます。

では2-B Lifelong Learningについて更に詳しく見ていきたいと思えます。

ここでは上述のようにContinuing Medical Education (CME, 卒後医学教育)の単位を毎年平均30単位取得していることが求められます。

CME(卒後医学教育)の制度はAccreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME)によって運営されています。(参照URL: www.accme.org) ACCMEがCMEの単位を提供する各団体(営利組織、各学会)を監督し、CMEが一定以上の水準を保って提供されていることを保証しています。ACCMEによって認められたCME提供団体は毎年ACCMEに対して活動内容を報告する義務を負っているのですが、ホームページにて入手可能なACCMEによるAnnual Report Data 2007(年次報告2007年版)は興味深いデータを示しています。736団体がCMEを提供しており、主な内訳としては270団体が学会、150団体が出版社や教育会社などの営利団体、93団体が病院や医療組織、123団体がメディカルスクールです。そうした団体が直接提供したCME活動は合計89,462あり、内インターネットを介して提供されたものが35,021(39.1%)にも上ります。American Psychiatric Associationなどの学会もインターネットを介してCMEを提供しています。(参照URL: www.psych.org/MainMenu/EducationCareerDevelopment/LifeLongLearning.aspx) 米国でのインターネットを介したCMEの提供の試みは1995年頃に始まりましたが、現在広く使われており、CMEの一部として無くてはならないものとなっていることが分かります。インターネットを介したCMEの利点として、24時間いつでも利用可能であること、自宅や自分の職場から自分の好きなペースで学習できること、いつでも復習可能なこと、様々なコースが利用可能であること、安価であること、インターネットの特性を生かした双方向性の教材が利用可能であること、(一例としては、臨床的な一場面が示され、そこでどの様に考え行動するべきかステップを追ってクイズ形式でコースが進んでいく)などが挙げられます。欠点としては実際の研究会、勉強会などに出席した場合に可能な他出席者との社会的交流が得られないことがあります。(Fam Pract Manag. 2003 Mar; 10(3):59-60)

3. インターネットを利用した単位提供を導入することの是非と導入に伴う困難

インターネットを利用した単位取得が可能になれば、会員にとっての利点、欠点は米国の場合と同様になると予想されます。上述のように利点としては、

1. 24時間いつでも利用可能であること
2. 自宅や自分の職場から自分の好きなペースで学習できること
3. いつでも復習可能なこと
4. 様々なコースが利用可能であること
5. インターネットの特性を生かした双方向性の教材が可能であること

それに加え、日本精神神経科学会または学会が認める団体がインターネットを利用した教材を提供することになりますので、専門医教育の透明性の向上、専門医教育の質の保証に繋がり、一般の方の専門医制度への信頼向上の仕組みになるでしょう。また、この制度は日本の他学会には例を見ない先進的なものですから、モデルケースとして高く評価され得るでしょう。

会員にとっての欠点としては実際の研究会、勉強会などに出席した場合に可能な他出席者との社会的交流が得られないことがあります。インターネットを利用した方法によってのみ単位取得する会員が多数派となる自体は極めて予想しづらいため、大きな問題になる可能性は低いと思われます。

このように会員にとって、また日本精神神経科学会にとっても大きなメリットのあるインターネットを利用した単位提供ですが、導入にあたっては困難が予想されます。一定水準の質の教材を作成し、かつそれを最先端の知見に沿った形で更新していくには、各専門領域における専門家の労力が継続的に必要になります。また、この制度を可能にするためのホームページを構築、運営する必要があり導入コスト、ランニングコストも必要になるでしょう。

日本精神神経科学会が認定した団体にホームページの運営を任せることで、この困難を軽減できる可能性があります。日本精神神経科学会が教材の監督を行って教材の質を保証し、日本精神神経科学会に認められた団体は教材の作成、ホームページの作成、運営を請け負う代わりに会員から利用料を徴収する、という形のモデルは可能であると考えられます。上述のACCMEにおいても、ACCMEが認定した営利団体が有料でCMEを提供している例があります。(認定手続きについてはwww.accme.org/index.cfm/fa/AccreditationProcess.home/)

AccreditationProcess.cfm) 近年日本でも広く用いられるようになってきたUpToDate (参照URL: www.uptodate.com) やJournalWatch (参照URL: www.jwatch.org) などの有料インターネット教材においてもCMEが取得できるコースを用意しています。

結 論

医療に対する信頼を回復する手段として専門医制度が重要であることは言を俟たない。しかし、研修会、研究会等への参加によって専門医資格更新に必要な単位の大半を与え、他の選択肢が無い現状は問題が大きい。単位取得を容易にし、かつ専門医教育の質の保証、透明性の向上を行う手段としてインターネットを介して教材を提供する方法を提案する。導入に際しては米国における専門医制度が参考になると考えられる。

「男女共同参画委員会」設置の提案

趣 旨

男女共同参画社会基本法が平成11年に制定され、「社会のあらゆる分野において、2020年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも30%程度になるよう期待する。」という目標（平成15年6月20日男女共同参画推進本部決定。以下、「『2020年30%』の目標」という。）が立てられた。

政策・方針決定過程への女性の参画の拡大は我が国にとって喫緊の課題であり、平成23年12月17日に閣議決定された第3次男女共同参画基本計画においても、特に早急に対応すべき課題の一つとして、実効性のあるポジティブ・アクションの推進が掲げられている。このため、男女共同参画会議 基本問題・影響調査専門調査会では、政治分野、行政分野、雇用分野及び科学技術・学術分野におけるポジティブ・アクションの推進方策について検討が行われているところであり、平成23年7月20日に同専門調査会にて、ポジティブ・アクションの必要性や考え方、各分野における具体的な推進方策について盛り込んだ中間報告がとりまとめられた。

新公益法人制度の施行に伴い、新たに公益社団法人及び公益財団法人へ移行した法人においても、上記基本計画及び中間報告について理解していただくとともに、「2020年30%」の目標の達成に向け、今後、理事、監事、評議員の選任に当たっては、女性の参画の拡大に積極的に取り組んでいくことが要望されている。

目 的

- ・女性理事登用方法の研究：内閣府男女共同参画局及び公益認定等委員会の指導を受ける
- ・女性医師の学術研究、臨床のあり方の研究と、助成
- ・精神疾患患者の半数以上は女性であり、女性という軸を設定した精神医学分野の研究の発展

社団法人
広島県病院協会会報

医療と介護の連携のあり方について

社団法人広島県病院協会 常任理事

石井 知行

Tomoyuki Ishii

2012年 90号

2012年度介護報酬改定は診療報酬改定と同時改定であり、2025年にピークを迎える超高齢社会に向けての体制整備の出発点と位置づけられるものであった。この改定においては「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へという理念が謳われた。しかしながら、地域における医療と介護が充実するためには施設ケアと地域ケアの両方が必要である。言うまでもなく、介護のためには医療が必要であり、施設も地域も、医療も介護も、両方のより緊密な連携と効率化及び質の向上による医療介護総合モデルの確立が必要かつ重要である事は自明であるのに、あえて、一部だけを強調しバランスを崩すことは重大な齟齬をきたすであろうと思われる。例えば、ケアマネジメントにおいては、介護保険優先の名目のために福祉系ケアマネがケアマネジメントを立てる際に医学的知識不足からの、望ましくない事態を結果する事がしばしば指摘されている。ケアマネジメントにも何らかの形でかかりつけ医など医療系の人材が関与すべきであると思われる。

個々の利用者には医療と介護の両方の必要性があり、どのような重症度や状態等であれば介護保険によって処遇し、あるいは医療保険により処遇するのか、という境界があいまいなまま介護保険優先という名目のもとに、介護保険制度発足以来、介護保険が運営されてきている。すなわち、高齢者認知症に対する処遇の報酬は一物二価になっており、同じ患者がたまたまどちらによってケアされるかによりケア内容も費用も異なる。しかしながら、それぞれの患者に応じた介護必要度、医療必要度があり、それに基づいて介護保険と医療保険とどちらにより処遇するのが適切なのかという議論と基準があるべきである。

本年6月18日、厚生労働省より「今後の認知症施策の方向性について」の概要が発表されたが、認知症施策についてますます医療が軽視され、介護に偏った内容となっている。高齢者の認知症は精神症状と問題行動（BPSD）を伴う進行性の脳の難病であるが、この医学的側面が軽視され認知症行動・心理症状と言いかえられ、医療のより効率的な質の向上のためのあり方はほとんど無視されグループホームの活動の推進が謳われている。グループホームは参入の要件が緩和されすぎており、その質は多様で幅が広く、しばしば高齢者虐待や失火などの不祥事が報道されている。また、その監査体制も近年適時調査など厳しさを増してきている医療と比較して、十分であるとは言い難い。

このような状況にあって医療サイドの効率化と質の向上への努力と医療が軽視されてはならないことを主張していくことが重要であると思われる。

(医療法人社団知仁会メープルヒル病院 理事長)

あとかき

2010年 88号

保健医療指導監査の強化による医療費抑制の議論がみられていましたが、保健医療指導監査部門の充実強化策として、7月22日の厚生労働省政策コンテスト（第二次選考）に「権限の相違はあるものの、悪を正し刑罰（行政上の措置）を課す点においては共通点があることから、犯罪（詐欺罪）に対するプロである警察庁や警視庁（捜査第二課＝知能犯、詐欺、横領担当）からの出向者の受け入れ」という以下のアイデアが提出され、受賞しました。

「本提案における警察庁・警視庁からの出向者は、医療指導監査室の所属を想定したものだが、「指導・監査は、47都道府県で実施している。将来的に体制を整えれば、都道府県に一人ずつの配置を想定」（向本氏）」これは、性悪説にもとづいて医療界を犯罪者集団として前提しており、又、医療と犯罪捜査は本質的になじまないものですから、おおいに疑問がもたれます。世界的にも寡聞にして聞いたことがありません。これに対する態度を早急に明確にしていく必要があると思われまます。

2011年 89号

医療の各領域において、チーム医療が推進されつつある。平成21年、「チーム医療推進に関する検討会」が発足し、報告書「チーム医療の推進について」が発表された。

チーム医療とは「多様な医療スタッフが各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と定義され、そのために各職種の業務範囲の拡大とその法制化が課題とされている。これについては、医師の業務独占の範囲との整合性及び安全の確保が焦点となるであろう。

看護師に関しては、1) 医師の「包括的指示」の要件の明確化、すなわち看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態への変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示することが成立するための具体的な要件の明確化、2) 「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一連の医行為（特定の医行為）を医師の指示を受けて実施できる特定看護師（仮称）の制度の設定、3) これ以外の看護師においても安全に実施し得る行為があるかの検討とその法制化、が検討されている。

平成22年4月には特定看護師の早期制度化・法制化を求めて、日本看護協会が厚労省医政局・老健局へ要望書を提出している。医行為の範囲に対する見解とその調査は日本医師会によって行われており、さらに、日本医師会は、看護師の役割の拡大については異論がなく、「患者の視点」と「現場の意見を尊重して混乱を招かない」という立場を堅持するという見解を出している。

アメリカにおいてはJCAHOが、患者に対するケアは本質的にチーム医療でなくてはならない、と提唱しており、患者中心医療を追求すれば、チーム医療は必然となる。

日本看護協会の利己的な行動が、看護医療を壊し続けているとの指摘（日精協山崎会長）もあり、これは的を射ている。看護の現場を理解せず、看護師・准看護師養成に無関心なまま、看護業務の範囲の拡大、高度化を図れば、看護医療・医療提供体制に混乱をもたらす可能性がある。チーム医療についての議論を注意深く見ていく必要がある。

医療法人社団知仁会メープルヒル病院 理事長 石井知行

2012年 90号

政権交代後、日本の状況は望ましくない方向に流されつつあり、医療においても厳しい状況となっています。長妻厚生労働大臣（当時）のもとにスタートした行政事業レビュー・政策コンテストから引き続き、医療指導監査業務等実施要項が作成され、さらに適時調査、個別指導等の実施件数の増加を図るとされ、現在の状況になっているのはご承知の通りです。このような状況においては、我々がお互いにより研鑽を積んで協力しながら生き延びる工夫をしていくことが求められていると思われま

医療法人社団知仁会メープルヒル病院 理事長 石 井 知 行

2013年 91号

広島県病院協会は、本年、50周年記念を迎えることになりました。諸先輩の御努力と御研鑽の蓄積の上に今日を迎えることが出来ました。50周年記念事業として、作家の百田尚樹先生にご講演いただくことになっております。「海賊と呼ばれた男」「永遠の0」を読んでおりましたが、いずれにしても素晴らしい日本人を主人公として描いた感銘深い作品です。このような社会と国に尽くす日本人がいたことが誇らしく思えてきます。もちろん、自分も含め、利己的に走りすぎた我々現代人に本来の日本人のあり方を考えさせてくれるような作品でした。50周年記念事業が、日本人として医療人としてのあり方を考えなおさせてくれるよいきっかけになるものと期待されます。

医療法人社団知仁会メープルヒル病院 理事長 石 井 知 行

知仁会だより理事長挨拶について

広報誌・院内誌である知仁会だより・理事長挨拶の抜粋です。

理 念

- ・私たちは、患者様を身体面・精神面・社会面の三つの軸でトータルに理解し、治療と支援を行います。
- ・私たちは、患者様の権利を尊重し、患者様への接遇やサービスの向上と医療の安全に尽くします。
- ・私たちは、患者様の個人情報保護と企業情報保護に全力で取り組みます。
- ・私たちは、良質で効率的な医療・看護・介護・リハビリ・福祉サービスを目指します。
- ・私たちは、健全な病院経営を行います。
- ・私たちは、知仁会の施設サービス・在宅サービスを通じて一生をあたたくお世話します。
(ターミナルケア実施)
- ・私たちは、地域社会と連携し、地域社会への貢献に努力します。
- ・私たちは、障がい者の人権を擁護し、差別と偏見の解消に努めます。
- ・私たちは、仕事の意義と組織の一員であることを理解し、知仁会に誇りを持ち、より向上するために支え合って働きます。

患者様の権利憲章

- ・個人として、その人格を尊重し、最善の医療を公平かつ安全に受ける権利があります。
- ・病気、検査、治療、リハビリなどについて十分な説明を受ける権利があります。
- ・患者様の個人情報、及びプライバシーは保護されます。
- ・転医、転院を希望する場合は必要な情報を提供します。また、他の医師の意見を求めたい場合は、他の医療機関への紹介を受ける権利があります。(セカンドオピニオン)
- ・診療情報の開示を推進し医療の透明性の確保に努めます。
- ・良好で快適な療養環境のもとに医療を受ける権利があります。
- ・精神科医療においては、精神保健福祉法に準拠した施行がなされます。
- ・患者様はお互いに快適な療養生活を送るための病院内の定められた規則を守り、また、病院双方とにより権利憲章を発展させる責務があります。

私達知仁会は疾患や障害のために、生きていくことのできない、あるいは生きていくことが困難な方々が生きていくことができるように、あるいは少しでもQOLを維持向上させながら生きていけるようにサポートするための機能体です。

一般的に組織が成り立つためには次のような要件が必要であると言われていました。

- ① 達成しようとする共通の目的がある。
- ② 構成員が協力し合って行為をしようとする意欲を持っている。
- ③ 構成員は相互に意思を伝達することができる。

冒頭の言葉はこの①の共通の目的にあたります。そして②、③のために相互にコミュニケーションをはかる情報伝達のツールとしてこの広報誌を発刊することとなりました。

この共通目的へ向けて意思疎通をはかりながら、皆で協力して働いていきましょう。

「組織」の3つの要件

① 達成しようとする「共通の目的」がある。
② 構成員が協力し合って行為をしようとする意欲を持っている（協働意思）。
③ 構成員は相互に意思を伝達することができる（「コミュニケーション」）。

皆様、あけましておめでとうございます。21世紀に入って早や4年目の2004年となりました。世界は、歴史的に安定期を過ぎ、激動期に入っています。世界各地の紛争や戦争、テロ、飢餓など人類の不幸が続いています。日本でも不況が続いていますが、これは、制度疲労によるものであり、構造的なものですから一朝一夕に解決出来るものではありません。国や自治体などの公的機関の累積債務はとうに1千兆円を超しており、GDPの2倍以上という危機的状況にあります。勿論、早晚、危機はやってきます。我々はこれに身構えて危機を乗り越える為の先見性と知恵と準備を持ち、そして我々自身の健康に留意しなければなりません。

このような状況を背景にして、保健医療福祉においても大きな変化と改革とが来ようとしています。どのような経済状況、どのような制度になろうとも、人々が生きている限り、ニーズはあるのですから、より患者様中心の保健医療福祉をめざして、常に自己点検をして質の向上と効率化をめざしていけば、我々が生き残ることはできると確信しています。患者様の表面に現れている症状や障害に対応するだけでなく、患者様やご家族がどのような不安の中にあるか、どのような苦しみや悲しみの中にあるかに思いを致らせ、この方々にどうしてさしあげるのが今のこの方々にとって良いことなのかを考えていくことが大事であります。さまざまな制約の中で、思い通りにいかないことが殆どですが、少しずつでも改善を図っていく姿勢が大切です。同時に、それが勝手な思い込みとなって善意の押し付けや自己満足となってもいけません。却って患者様にとって有害となります。このような基本的認識のうえに、より良質な医療、看護、介護、リハビリ、福祉サービスを目指して、ライン、スタッフ共に全職員が連携、協力して努力していきましょう。

今年度は診療報酬引き下げ、新病棟建築企画、第3者評価受審など大きな行事が目白押しとなっています。収入減を乗り越え、半世紀先にも通用する新しい病棟のあり方、第3者評価受審の準備などを通して、厳しい状況にも耐えていける、より良質かつ効率的な保健医療福祉機能体となるよう気持ちを合わせてみんなで楽しくかつ一生懸命働いていきましょう。

正月も過ぎて、寒さが本格的となり、雪が積もる日が続くようになりました。本年7月に受審予定の第三者評価機構による病院審査において、実績を要するものが、半年間の実績期間に入りました。各部署において、着々と実績を積み重ねられていることと思います。受審による評価だけが目的ではなくて、その過程における病院改善が真の目的です。やっではいるけど漠然としていたこと、文書化されていなかったこと、正確化されていなかったことなどの整理が進みました。更に患者様の処遇に関しても、あるべき方向に向かっての改善が進みつつあります。取り組むのに厳しいプログラムもありましたが、皆様の理解と努力のおかげで少しずつ進んでいっております。

当院においては、精神科病床と内科病床があるため、第7領域「精神科に特有な病院機能」第8領域「療養病床に特有な病院機能」の両領域も受ける必要があります。全領域を受審することとなります。多軸による評価ですから、準備が進んでいくと、患者様に対する医療やリハビリなどのサービスのみならず、病院の財務管理、経営的安定性や職員に対する人事管理、労働安全衛生管理なども向上すると思われまます。保健医療福祉を取り巻く情勢は、益々、厳しさを増していくものと思われ、我々が生き延びていく為にも、更に質の改善と効率化を目指して、患者様中心の体制をつくり上げていきましょう。

大きな変化や改革があいついでいます。何年か経つと、諸制度や諸状況は全く違ったものになると思われまます。保健医療福祉の分野も大きく変化しています。その中の一つに、新医師臨床研修制度があります。これは、同級生の今田先生が、厚生労働省医事課長の時に言い出したことですが、重要申し送り事項となって、実現するまでに医事課長が3代かかったと言っておりました。官僚制度は、集団意思としてこのように長期的に政策を遂行していくので、すごいというか、怖いというか、……。

これが、本年4月からスタートするための準備として、指導医養成研修に行ってきました。全国から48名が集まっており、国立保健医療科学院からファシリテーターが来て、ワークショップ中心のハードな研修でした。何と午前10時から午後11時まで、翌朝は8時半から始まり食事は30分余で、という調子で、久しぶりに歯ごたえがありました。今回終了した者が各地方において、これから各ブロックにおける指導医養成研修を組織する事になります。研修医を指導する方法について勉強したのですが、当法人においても、新入社員研修、職員教育にも取り入れて有効だと思うので簡単に紹介します。

学習のために、まず、GIO (General Instructional Objective)、一般目標、概念的・包括的な学習目標を立てます。例えば、「不安障害についての診断と治療導入ができる」というように。そして、SBOs (Specific Behavioral Objectives)、行動目標、観察・測定可能な学習目標を立てます。学習方法の種類、その順序、指導者又は補助者は誰か、学習媒体は、と立てて、次いでそれを評価します。評価はフィードバックして育成するための形成的評価と到達度を見るための総括的評価があります。さらにこれに対して、研修医の側からの指導医の指導に対するフィードバック、逆の評価が行われます。例として、第1、第2グループの成果物を挙げておきます。

教育方法をもっと考えて、我々の質の向上に努力していけば、良質な新入社員の獲得にも寄与していくと思われまますので、皆で教育についても努力していきましょう。

この新医師臨床研修制度 (スーパーローテーション) の中に、やっ精神科が入れてもらった経緯があります。国民の中で最も精神障害に対する差別と偏見がひどいのは、他科の医師です。この研修制度が、一般科医師の障害者差別意識の改善に役立ち、さらにプライマリケア、一般医療の中で、bio-psycho-socialな見識の形成に寄与していくことを願うと共に、その方向性に希望を見いだしています。

新年度の4月となり、新卒新入社員が入社する時期がやってきました。今まで、いろんなお話をしてきましたが、今回、新しい職員は知らないでしょうが、当病院移転時にお世話になった恩人であり、私が尊敬する元参議院議員の柳沢錬造先生の私宛の手紙の一部を紹介します。柳沢先生に頂いた手紙は、時折、読み返しているのですが、これは経営にとって最も基本的な所に触れられている部分です。我々は、医療と福祉において、治療と支援を行う機能体です。組織を構成しているという意味において、職員一人一人にとって重要な事が書かれてあります。

先生は、苦学をされ、戦争においても南方で筆舌に尽くしがたい苦労をされました。その誠実さで石川島播磨重工業の組合や、30万人位の造船重機を組織された方です。参議院民社党において、良識的な活躍をされ、勲二等瑞宝章を受賞されました。

■柳沢錬造先生から頂いたお手紙をご紹介します。■

企業経営の基本理念

柳沢錬造

企業と言っても、生産企業体もあれば、セールス企業体もあり、また病院のような企業体もあります。企業体としてはいろいろありますが、企業経営の基本的理念というものは同じであると思います。

では、何が重要かと言えば次のようなポイントであると思っています。

(1) 企業にとって最高の財産は人間である。

企業と言えば、一般的に利益が出ているか、株式の配当はどの位か、或いは赤字になっているか、というようなことが、一つのものさしとして扱われています。そして、大きな利益を出していれば、優良企業として評価されています。

確かに、それも大切な点ではありますが、企業という物はあの高度成長の好況時にはどんな杜撰な経営をしていても、大きな利益を出していましたし、不況が長期化すると、どんなに努力をしても、赤字になってしまうものです。従って、企業というものは、赤字か黒字かという経理面だけで判断してよろしいのかと思っています。

私は、企業として、もっとも大切なことは経営者が企業で働く人間（職員）を最高の財産と認識して、この職員が気持ちよく働いてもらっているかどうかです。職員の質のレベルがどこまで向上しているか、100%完璧に近い状態にまで到達しているか、その点に全力を注ぐ必要があるでしょう。それこそが、その企業の将来を左右する重要な要素であると思えるからであります。

(2) 企業のトップから末端までのパイプの通りがよくなっているか。

これは企業の規模にもよることではありますが、大切なことです。企業のトップの意志がそのまま速やかに末端の職員にまで伝わるようであればいいです。そのトップから末端に伝わるまでに、何時間か、何日かかるか、ということ調べてみると、その企業が機能しているか、どうかがよく分かります。

特に、中間管理職の役割が重要です。トップの指示したことが、中間管理職によって修正されて流されたり、甚だしいのは止めてしまい、下部に流さないこともあります。

この中間管理職が優秀であれば、上司からの指示を下部に流すだけでなく、それに対する下部職員の反応を掴んで、フィードバックして上司に報告しています。このような中間管理職のいる職場では、まずミスはありません。このようなパイプが何本あるかは、企業の規模によっても違いますが、仮に、10本あるとしてそのうちの5本もつまっているようであれば、その企業は崩壊寸前でありましょう。1本つまっているだけでも、それは1割が経営にブレーキをかけているのではなく、経営に対して5割位の影響を与え、打撃を与えているものです。

(3) 人間関係がすべての原点である。

私は長い運動の経験から企業経営も、労使関係も、労働運動も全てが人間関係によって成り立ってい

ると思っています。そして、いろいろの企業の労使関係を見まして、面白いと思ったことは、労使関係というのは、良ければ労使双方が良いし、悪ければ労使双方が悪いのであり、一方が良くて、片方が悪いというような労使関係は未だに見たことはありません。

こんな、悪い労使関係があるだろうかと思うような悪い労使関係の企業でも、その労使の当事者達は自分たちが悪いとは思っていません。我々は真面目にやっているのだが、相手が悪いから良くないのだと思っています。だから、このような企業はいつまでたってもよくなりません。

企業内において、重要な役割を持つ中間管理職が上司に対してお世辞を言ってご機嫌をとるような人は劣等感に陥っているのであり、このような管理職は部下に対しては優越感をもって威張るので始末が悪いです。たった一人の中間管理職のあり方によって、その職場の雰囲気ガラッと変わってしまいます。経営者は職場がどのような人間関係になっているか、よく把握してより良い人間関係となるよう努力することも重要な任務であります。

平成16年4月26日 発行 第7号

新緑の薫る5月になりました。今年度はOTRも全員合格を果たし、大変喜んでます。これで、OTRは常勤のみの合計が10名となりました。リハビリがさらに充実、向上することを期待しています。

当院に対する大きなニーズの一つには身体リハビリがあります。以前当院に勤務していたPTの浦辺さんが、いつもOT的PTになりたいと言っていました。関節運動など身体機能の改善に努力しても、意欲のない方、認知機能障害を合併している方等への働きかけの難しさから、身体機能の維持向上をめざすだけの限界を感じていたのだと思います。身体機能への働きかけと同時に、楽しいリハビリ或いは楽しく生活していくことを通して意欲の向上を図りたいという考えではなかったのかと推測しています。現状においてはPTが手薄ですからOTRが身体リハビリをカバーしてもらって、PT的OTを目指して、当院に対する地域社会のニーズに答えてもらうことを期待しています。幸い新人OTRの皆さんがPTの先輩にも指導してもらっているようですから、喜んでます。

昨年、松山で開催されたOT研修会において地域生活サポートに関するOTの講演がありました。身体機能、精神機能、社会機能と全領域への働きかけにOTRのウイングを広げようとの意欲であると思いました。OTRの皆さんは役割が広がりつつあることを自覚し、意識化しながら、努力をしてほしいと思います。

職員全員の努力のおかげで、病院、老健を中心とした当法人の諸部署に対する評価が少しずつ高まってきているようです。地域からのニーズにお応えし、信頼していただけるよう、皆で協力して努力して行きましょう。ここで働く全員が常勤はもちろん、非常勤も含めて、全員がこの我々という保健医療福祉の機能体の一員であり、良くするのも、悪くするのも一人一人にかかっていると言うことを理解しない限り、知仁会の質の向上は望めません。

全員で患者様、利用者様中心の運営を努力して行きましょう。

平成16年5月25日 発行 第8号

受審準備を進めてきた財団法人日本医療機構評価機構の訪問審査が7月28日～7月30日に決まりました。していなかったこと、していても漠然とやっていたこと、記録をとっていなかったことなど、管理や委員会、研修会、いろいろな手順などの整理や明確化、正確化が随分進みました。

わけても、患者様を中心とする最も基本的な考え方に基づいた行動様式は、大変改善されてきていると思います。最近では予備審査がなくなりましたので、第1回目の審査は殆どの病院が不合格となるようです。しかし、この第1回目の指摘事項により更に改善が進めばよいわけです。我々が受審する様式はVer. 4ですが、

これは来年6月までで7月からは看護部門が更に厳しくなるVer. 5がはじまります。

この評価機構の評価をクリアしていかないと病院として通用していかなくなると予想されます。

面接調査に対する担当者も決まりましたので、Q&Aの整備など準備を進めて万端を整えて下さい。勿論、この受審の本質は、受審することを通じた病院の改善運動ですから、不都合な点、良くない点、非効率な面、患者様中心でない面などを更に改善して行って合格を目指しましょう。

平成16年6月25日 発行 第9号

一般職員、管理者（リーダー）、医師の部門に分けた山田ビジネスコンサルティングによる人事考課研修が、今月、医師研修によって最初のステージが終わりました。これは私達の質の向上の為に患者満足度の向上、職員満足度の向上を目標として行われました。マインドチェックシート、業務スキルチェックシートを使って、自己評価を行って見ると漠然としていた自分の理解、特に職業人としてのあり方が良く理解出来たと思います。これに、他者評価が加わると更に客観化されます。この評価を通してより良い専門職、管理職を育成していくためのものです。最終的には患者満足度の向上に繋がることを目指しています。

医師研修は、どのような医師像や行動が患者様のみならず、他職種からも求められているかという議論を通じた医師行動指針作成研修を行いました。自己チェックシートによってマインドチェックを行い、他部門と同じようにグループミーティングをしました。医師としての医学的課題や、チーム医療における他職種、他施設との連携等々が課題として挙げられました。山田ビジネスコンサルティングをファシリテーターとするこの研修を続けていく予定です。

最終目標は患者満足度の向上ですが、この研修を通して私達の職業人としての人格的成長も図られることを期待しています。

平成16年7月26日 発行 第10号

7月22日に行われたかえで会において、現在、論議中である精神障害者福祉の介護保険への統合についてお話しましたので、その要点を述べます。

まず、諸情勢が激しく変化していますが、その基本要因として3つあります。

①お金がない（経済の低成長化、不況の長期化、行財政赤字等）②供給過多（世界的には旧東側経済圏が参加してきたこと、終戦後から整備が進み供給過多となった）⇒供給サイド→消費サイド中心への移行③国民意識の変化（知的水準の向上、情報アクセスの発達）

これらを背景としていろいろな政策が打ち出されてきています。

お金がない⇒社会保障（医療、福祉、年金）改革となっていることが一つの軸です。

以下、表題についての問題点を列記します。

『①「三位一体の改革」の下で、精神障害者福祉に対する国の政策責任を明確にすることが不可欠である。』

国の義務と責任が不明確になる恐れがあります。

『②身体・知的障害者福祉水準への精神障害者福祉の底上げが前提である。』

精神障害者福祉は身体・知的障害者福祉の1/2の水準にあります。

『③精神障害者福祉サービスにおける医療のあり方を明確にする必要がある。』

精神障害者の場合においては、障害と疾患をあわせもつことから、福祉サービスと医療とが不可分となります。

『④要介護認定の問題』

老年性痴呆においても要介護認定が低く出すぎるという問題があります。現行のシステムで社会復帰施

設入所中の方を判定すると、自立（40.6%）要支援（36.3%）要介護1（22.2%）と低く出てしまいます。77%が自立、要支援となりサービスを受けることができなくなる恐れがあります。これについては、本年3月に県医師会宥床診部会に依頼されて、矢島精神保健福祉課長（前医療課審議官）を広島に招請したときに話し合ったのですが、彼は、認定方法を改善して1～2ランクのゲタをはかせると言っていました。

このように問題点が多いのですが、3障害福祉（精神・身体・知的）が介護保険に統合される流れが進んでいる状況にあります。

大きな状況の変化の中にありますから、節目ごとに、いろいろな変化についてお知らせしていきたいと思っています。

平成16年10月1日 発行 第12号

私は厄年の41歳の時に、病院移転問題、廿日市阿品の当院移転反対運動によるストレスのためか、フィッシャー症候群という病気で広島市民病院に入院しました。これはある種のウイルス感染に対して過剰生産されたIgGが神経鞘を傷つけることにより起こることが判っています。ギランバレーの亜型と言われている脳幹部脳炎です。最近ではこのIgGをカラムで吸着させる治療を行うのですが、当時は判っておらず、ただ、大量のステロイドを点滴注射するだけでした。この病気で死んだ人はないと言われていたのですが、場所が場所だけに、どうなるのだろうかという不安が強く、極期にはこのまま死ぬのではないかと不安でたまらなかつたものでした。3主徴として、失調、失腱反射、全眼球運動麻痺が出現し、そのため、ふらふらして、座っていることもできず、両眼瞼下垂でまぶたが上がらず、物が全て2重に見えていました。ベットサイドのポータブルトイレを使うのが嫌で付き添いの人に車椅子を押しってもらって行くトイレをフラフラのために長く感じたものでした。知り合いの市民病院の先生方の好意で個室をあけていただき、大変良くしていただきました。しかしながら、病室も殺風景でトイレ・入浴設備もなく、夜には暖房も切れて、平常の生活水準よりも随分落ちるものでした。一番苦しい時こそ、平常の生活水準よりもむしろ水準を上げて苦しさを少しでも楽にする必要があると思ったものです。

それから以後は、病院建築をする時は、経済的に許される限り、少しでも自分の生活水準に近づけようという考えでやってきました。ゆうゆ、新館、あい、みらい、きらきらでは部分的に私の生活水準以上のことができたと誇りに思っています。

意識障害がない限りは、急性期医療でも慢性期医療でもそこには生活があります。

生活の上に医療や看護やリハビリがオンされています。病気や障害のために困難なときこそ少しでも平常通りの生活ができることが必要と思います。

とくに、高齢者の場合は、環境の変化に弱いですから、普段の生活に近い生活をしていただいて、その上に医療やリハを積み重ねていくことが重要と思います。

そのような考えから別館病棟はユニットケア型とすることにしました。特養と違って、社会的基盤のコストである税金を負担していますから、経済的制約があります。全室個室が理想ですが、叶わないまでも、4床室は個室的多床室として、一人に一つずつ窓があり、プライバシーを確保する構造になっています。一つの病棟を4つのユニットに分けユニット毎にリビングと呼ばれるセミプライベートスペースとしてのデイルームがあります。これ以外に大きなデイルームやセミパブリックスペースとしての生活機能訓練室(274㎡)などがあります。いつもではなくとも、このリビングを利用して、小集団でより日常生活に近く、お茶を出したり、食事や談話を楽しむ等の工夫をしてもらったらと思っています。

来年は介護保険の見直しがあり、再来年には診療報酬、介護報酬の同時改訂が予定され、更に第5次医療法改正が控えています。国と地方自治体の借金が1000兆円を越す中にあるのは、経営が厳しくなる方向や改悪が予想されます。

私は、日精協の学術研修委員会で活動していましたが、10月の改組に伴い、診療報酬委員会委員となりました。この委員会の下に診療報酬検討部会、介護報酬検討部会、DPC検討部会、病床規模別検討部会、調査分析部会があります。日本医師会の社会保険診療報酬検討委員会と連携して活動しており厚労省課長や医療経済学専攻の大学教授も交えた勉強会を行ったり、調査結果は中医協へ報告したりします。診療報酬の分析を通して厚労省に要求する改定案を作成しますが、平成18年の診療報酬改定のために、平成17年7月までに改定案を作成する目標でいます。

診療報酬改定が精神科医療、高齢者医療の質の低下につながらないようにほんの少しだけでもお役に立てればという気持ちでおります。

平成16年11月24日、午前9時15分から午後4時30分まで知仁会学会が開催されました。多職種から22題の発表があり活発な討論が行われました。

参加していただいた職員や座長の先生方に御礼申し上げます。抄録集のあいさつでも述べました通り、日頃、感じている疑問や試みた工夫を言語化して文章にまとめると、客観化することができ、理解が進みます。これを多職種の質の向上につなげることがこの学会の目的です。

この目的をさらに明確にするために、座長を務めていただいた渡辺先生、加藤先生、井門先生、松尾先生、大畠先生、野見山先生、佐々木先生、石井（篤）先生、と私、及び歯科の東川先生、整形の貴船先生にお集まりいただき、どの演題を表彰するか議論いたしました。

座長の各先生に、担当の範囲から1題ずつ推薦していただき、それについて合議いたしました。

知仁会学会賞は、本3の「口腔刺激が精神障害者に与える影響～音波振動歯ブラシを使用した口腔ケア～」になりました。

この患者様は当院で最重度の方で思考が高度に解体し、人格崩壊が重度であり、副作用が出やすいため薬物療法も困難な方でした。最近随分改善されているので、どうしてかなと思っていたら、こういう試みをされていたことは大変素晴らしい看護のあり方でした。

統合失調症の発病の要因の一つに乳児期（口唇期）における養育剥奪がいられています。大量飲水、タバコへのこだわり、解体不安など口唇期の特徴と関連づけられる症状がよく現れます。口腔ケアは精神病理的にみれば口唇期欲求を満たしていると思われ、この症例の改善の機序を考察してまとめれば素晴らしい研究になると思います。

優秀賞には新3の「離床が与える患者様への影響～座位を獲得するまでの身体面と精神面での一考察～」と新4の「てくてく歩行リハビリ～車椅子患者編～」が受賞しました。

新3の演題に対する加藤先生のコメントです；

健常者、動物ではある程度確立したテーマを今までどこもしていない患者様に対してチャレンジしてみた試みは大いに評価してよい。今後症例数を増やす（病棟間を越えて）あるいは諸々の場面でどうなるかの研究を重ねていくともっと深く、全国レベルでの先駆的発表になり得る可能性があり、期待したい。コルチゾールがストレスでいかに評価でき得るホルモンであるかの説明と回答がより明確であった方が望ましい。

新4の演題に対する松尾先生のコメントです；

素晴らしい取り組みだと思えます。「てくてく歩行リハビリ」がどのように、どのような点でQOLの改善につながるのかの考察があればもっと良いと思えます。

受賞しなかった他の演題にも素晴らしい試みや研究が多くありました。皆で勉強しながらさらに効率的で質の良い患者様中心の医療と福祉を目指していきましょう。

平成17年1月8日 発行 第15号

皆様、新年明けましておめでとうございます。

新世紀となって早や2005年となりました。昨年度の新年のご挨拶でも同様のことを申し上げましたが、世界的にも大きな戦争やテロがあったり激動の中にあります。このために、日本国内のいろいろなことが激変しつつあります。激動の大きな引き金の一つはソ連の崩壊でした。これは、中央集権官僚制による社会主義体制がその非効率性から最終的には経済的にファイナンスできなくなって崩壊したものです。日本も資本主義と民主主義のお面をかぶっていましたが、その本質は中央集権官僚制によるソフトな社会主義体制であるとも言えます。この非効率さが特殊法人を含めて国と地方を合わせての1000兆円以上に及ぶ膨大な借金として結果しており、これがファイナンスできなくなる時期が近づきつつあるように思われます。旧ソ連の崩壊と似たような過程をたどるのではないかと推測しております。さしずめ、小泉総理はゴルバチョフに該当するといったところでしょうか。いずれ、エリツィンやプーチンの役どころの人も出てくるでしょう。旧ソ連では3回に分けて通貨のdevaluationを行っています。その時、年金と貯金で生活していた多くの高齢者が生活が破綻して自殺したそうです。医療も国営でしたから公務員や病院が大変困ったそうです。ただし、国はこれによって借金をチャラにできたわけですから、その後のロシア経済は復興しつつあります。

日本においても社会保障としての医療は大変厳しい時代を迎えると予測されます。しかしながら、人々が生きている限り、ニーズはあり、そのニーズに応えられるかぎり、その時の通貨価値にあわせて何とか経済的にも成り立っていけるのではないかと考えています。ただし、お金が逼迫した中ですから、我々に対する要求水準は非常に高いでしょうからそれに答えることができるように質の向上に必死の努力が求められると思います。これに応じることができた事業体が生きのびることができるでしょう。知仁会においても、3月には広島県で初となるユニットケア型の新病棟が竣工します。

このような時代が到来することを、今から見据えて、患者様中心の質の向上に皆で努力していきましょう。

平成17年2月1日 発行 第16号

昨年7月に、日本医療機能評価機構による病院機能評価を受審しました。

10月にこの審査結果が出ました。

【改善要望事項】

1. 臨床検査部門の体制を整備してください。(4.5.1)

【留意事項】

該当項目はありません。

というものでした。法的には、臨床検査技師は必要ないが、これ位の規模の病院になると、臨床検査技師の配置が望ましいとは口頭で言われていたのですが、これが唯一の不合格点となりました。ご存知のように、早速、臨床検査技師に入社していただいて、臨床検査体制を整えました。

又、殆どの評価は、aとb(優と良)でしたが、1つだけc(可)がありました。タバコの自動販売機を置

いていたことがcとなりました。これは喫煙を勧めていることになり、望ましくないということでしたので、早速撤去いたしました。病院評価の受審は、これを通じた病院機能の改善運動ですから、bと指摘されたことは殆どの場合において改善しました。

我々が気が付かない点や知っていてもそのままにしておいたことなどを指摘され、大変有意義かつ病院改善に役立つものでした。

これらをふまえて、1月26日、石井（篤）副院長、高木師長、川崎総務課係長の3人が「窓口相談」に行きました。

改善要望事項の改善についての報告書とbについて改善したことの参考資料を添付して再審査請求すれば、書面審査により3～4ヶ月後に認定証を頂戴できることになりました。病院評価のversion 3は比較的簡単で、マニュアル整備があればよく、次のversion 5は一段と厳しいものになっており、病院改善にとってversion 4で受審したことは、丁度良い機会に恵まれたと思います。

これからも、この評価の軸に沿って改善を続け、5年後のversion 5のクリアを目指していきたいと思っています。

今後、この病院評価機構の認定証取得は病院の質の向上のために必須となっていくでしょう。

平成17年3月1日 発行 第17号

今月は全国精神医療審査会連絡協議会総会に出席してきました。私は、広島県精神医療審査会会長を拝命しています。これは、精神保健福祉法に拠り、行動制限に対する人権擁護の担保として機能している組織です。広島県知事に委嘱され、4つの合議体からなっています。1つの合議体は3名の医療委員、1名の法律委員、1名の有識者委員の5名から成っています。法律委員には弁護士、広島大学法学部教授、広島地裁裁判長などがおられ、有識者委員には民生委員、老人福祉施設の協会の代表などがおられます。私は第1合議体長も兼ねています。このため、冒頭の連絡協議会総会に出席してきたのですが、今年は国の主催による全国会長会議が廃止となり、その理由も明らかになっていませんでした。

この審査会の審査も都道府県により同じような事案に対して対応の格差が大きいことが明らかにされました。多くの分野で国から地方への権限委譲が行われていますが、全国一律に国がなすべき責務から国が撤退している印象のものが多くみられ、残念な限りです。

今まで、伝達してきましたが、昨年9月発表の精神保健医療福祉の改革ビジョンが10月には改革のグランドデザイン案としてまとめられ、さらに障害者自立支援給付法として国会に上程されようとしています。3障害の福祉を一括してケアマネジメントし、応益負担が導入されることが特徴です。詳しいことは、説明する機会をもうけます。

これにともなって、精神保健福祉法が変わります。任意入院の同意書を入院後も一定期間ごとに提出したり、市町村における相談体制の強化が図られます。精神医療審査会の委員構成が変わり、措置、医療保護入院の定期病状報告の頻度、様式も見直されます。

激動の中にありますが、医療分野において変化を集約すると、①包括化の進行、②地域主義、③情報化、の3つになります。①については、勿論、病棟機能分化を含みますが、ホスピタルフィーはDPC・RUG等の導入拡大、ドクターフィーは技術評価により出来高、②医療は都道府県単位、福祉は市町村単位、③情報の公開への流れ、となります。

これらの流れの中であって、すでに病院の淘汰が始まっています。落ちこぼれていけないように、質の向上を図りながら、地域社会に貢献できるよう皆で努力していきましょう。

3月27日に開催された知仁会設立46周年記念新病棟竣工祝いが無事に盛大にとりおこなわれました。今田寛陸先生に、厚生行政中枢における豊富な経験から医療・介護について記念講演をしていただきました。衆議院議員 能勢和子先生、高村正彦先生（代理）、広島県議会議員 林正夫先生、大井哲郎先生、大竹市議会議員 広中龍彦先生、原田博先生、中川康二先生、畠中文四郎先生、厚生労働省三浦公嗣老人保健課長には心温まるご挨拶と激励の言葉を頂戴致しました。日精協の先生方には、北海道から長崎まで遠路、ご多忙の中を副会長をはじめとして多くの先生方に出席いただきました。地元の先生方や民生委員、ボランティア活動の方々など日頃からご支援を頂いている皆様にも日曜日という貴重な時間にも拘わらずご参列いただきました。心から厚く感謝申し上げます。又、嬉しいことに、当日は計93名の職員を永年勤続表彰いたしました。パーティー前に、新病棟竣工の神事を行い、設計事務所：デザインワークス及び施行：鹿島建設に感謝状を贈呈いたしました。

今回の新規事業にあたっての基本的考え方は以下の2点です。

第1点は超高齢化の進行にともなって主たるニーズは高齢者医療となりますから、内科精神科医療ともに更に高齢者医療にシフトしたことです。即ち精神科病床の一部は老年性認知症治療病棟に振り替えました。第2点は地域のニーズにお応えする形にしたことです。内科病床を介護対応を増やして、更に重度の患者様に対応する特殊疾患療養病棟を新設しました。これにともない内科の先生、PT等のリハビリスタッフの増員を図るため入社していただきました。

これからどのようにユニットケア型のケアを行っていくかの模索が始まります。より患者様中心のケアとはどのようなあり方か、職員全員が勉強しながら努力していきましょう。

4月1日から、内科の青木先生、中村先生に常勤として勤務していただくこととなりました。これまで青木先生は消化器、中村先生は内分泌、特に糖尿病を専門としておられました。大変喜ばしく、おいで頂いたことを深く感謝いたしております。これにより常勤医師数が増加し、さらに充実いたしました。ドクター引き上げのために困っている病院も多い中であって、大学などから来ていただいている非常勤の先生方については、来られなくなる方にはそれぞれ後任も決まり非常勤の医師数も逆に増加し、医師数合計は増加しました。又、リハビリスタッフ数、看護職員数も増加しました。誠に有難く感謝いたしております。

このように、ハード、ソフトともに充実していく環境が整いつつあります。これから、医療提供体制の改革、医療保険制度改革、新しい高齢者医療制度創設、介護保険改革、など諸施策や制度変更が短期間の内に目白押しにやってきます。基本は国、地方にお金がないからお金を切りつめて効率的な運営にしていこうということと、社会の変化から患者様中心の徹底にあります。職員間にも資質、能力、熱意などにピンからキリまで大きくバラツキがあります。ですから、職員全員がこれからの社会の変化を勉強しながら自分たちの仕事の意義を理解して、各職員の質の向上を図る教育が重要となります。内外の研修に参加したり、議論したり、共に勉強しながら患者様中心の医療、看護、介護、リハビリ、福祉サービスの質の向上に努力していきましょう。これらは決して理事長の号令によってできるものではありません。職員全員一人一人が協力して作り上げていくものです。地域から必要とされる患者様中心の病院、施設、地域サポートを皆で作っていきましょう。

ユニットケア型の別館病棟の竣工が終り4月から稼働を始めました。本年も早や風薫る新緑の5月となりました。4月から個人情報保護法が施行されています。職員は周知しましたからご存知と思いますが、大事

なことなので、以下に要点を列記します。

1. 個人情報の利用目的について掲示を必ずしてください。

同封されている掲示ポスターを、待合室や窓口及び各病棟の患者様に見える場所に必ず掲示しつづけてください。

2. すべての職員から誓約書に署名捺印させて保管してください。

同じく冊子の書式モデルに収録されている従事者からの誓約書を、現在雇用されているすべての職員及び理事等（パートのみならずアルバイト、看護学生、派遣職員なども含む）に、ひとりずつ署名捺印してもらい、大事に保存してください。

3. 委託業者から確認書をもってください。

委託業者との契約で、確認書の中に新たに加えてもらう条項があります。当座は、冊子の書式にある、業者の確認書を出させて、補完とします。

4. 院内規則を整備して遵守させて下さい。

院内規則のモデルが、冊子の中に綴じられております。コピーしていただき、表紙をつけるかバインダーに綴じ、「〇〇病院 個人情報法保護に関する院内規程」と表書きして保管してください。

5. コンピューターの利用管理をしてください。

専用品以外にレセコンを作動させないことや、レセコンやパソコンのある部屋が不在になる時の施錠を確実にを行うようにしてください。またコンピューターは、IDやパスワードの設定をおこなって、安易に誰でも使えないようにしてください。

いつも説明していますように、世界的に、多くの現象は供給側中心（サプライサイド）から消費者中心（コンシューマサイド）となりつつあることによります。今回の事態も情報面における消費者中心の流れでありましょう。

自分の経験では、最もclientの情報の扱いに鈍感なのは、残念ながら自分も含めて、医者と弁護士です。次いで、医療従事者です。医者同士、医療従事者同士の雑談において、聞くに堪えないこともありました。これからは、個人情報保護は患者様中心の医療の根幹の一つであると認識して、患者様に関する情報の扱いに留意していきましょう。決して聞くに堪えないような雑談となったり、個人情報の漏洩とならないように気を付けて下さい。

平成17年 6月13日 発行 第20号

本年3月の挨拶で述べましたが、障害者自立支援法が今国会に上程されています。これは、病床機能分化とセットで地域ケアを推進するためのものです。3障害共通の福祉サービスを市町村主体に一元化していくものです。精神障害に対する福祉サービスは身体、知的障害と比較して遅れていたのが嬉しい事ですが、懸念も多くあります。これは元来、介護保険による制度として考えられていたのが、自民党の反対などで進まず、また支援費制度の赤字を穴埋めするために急遽、まとめられた感のあるものですから、不備もいろいろあります。障害程度区分、市町村主体、ケアマネジメントの3点に問題がみられます。

障害程度区分は介護保険の調査項目に生活障害評価、精神症状評価、日常生活能力評価を追加しています。

これにより、GAF、精神症状・能力障害二軸評価、生活障害評価を行うようになっていきます。介護保険の評価項目に継ぎ足しなので適正な評価がなされるか懸念される所です。介護保険は、身体障害を評価するロジックであり根本的に全く違っているものをつぎはぎにしています。

市町村主体となると、市町村による格差が大きくなるでしょう。熱心に努力する市町村と財政難を理由にさぼる所が出てくるでしょう。矢島精神保険福祉課長は、法律で義務付けられているし、調整交付金もあるから問題ないと云います。然しながら、例えば我が大竹市には、介護保険において在宅介護支援センターが、1中学校区に1つずつ義務付けられていますが、1つしかありません。以前、この設立について何度もお願いし、法の趣旨を説明しました。当時の民生部長に「国は国、うちはうちじゃ」と云われてしまい、あきらめました。

ケアマネジメントは3障害共通のケアマネジメントになり、共通のケアマネージャーがあたります。この運用も精神障害者に不利でならないように気をつけていく必要があります。

6月から試行事業が始まる予定となっており、介護保険の準備と比べると拙速は否めません。懸念はありますが、大きな制度改正を伴って進んでいきますから、精神障害の方々のQOL、福祉の向上のお役に立つように取り組んでいきましょう。

平成17年7月20日 発行 第21号

6月20日に日本医療機能評価機構による認定証（バージョン4）が交付されました。

複合（精神・療養）において認定証を頂戴しました。病院機能評価の受審はこれを通じて病院の質の改善運動であることを病院職員全員が認定し、協力し、努力した結果であります。趣旨を確認するために、評価機構のパンフレットから引用します。

設立の趣旨

国民が適切で質の高い医療を安心して享受できることは、医療を受ける立場からは無論のこと、医療を提供する立場からも等しく望まれているところです。

国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上を図るために、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として、財団法人日本医療機能評価機構は設立されました。

第三者による評価の必要性

病院を始めとする医療機関が提供する医療サービスは、医師、看護師等様々な専門職種の職員の技術的・組織的連携によって担われていますが、医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の高い医療を効率的に提供していくためには、組織体としての医療機関の機能の一層の充実・向上が図られる必要があります。

もとより、質の高い医療を効率的に提供するためには、医療機関の自らの努力が最も重要であり、そのため医療機関が自らの機能を評価するいわゆる自己評価が実施されているところですが、こうした努力をさらに効果的なものとするためには、第三者による評価を導入する必要があります。

第三者評価の実施により、次のような効果を期待することができます。

- (1) 医療機関が自らの位置づけを客観的に把握でき、改善すべき目標もより具体的・現実的なものとなります。

- (2) 医療機能について、幅広い視点から、また蓄積された情報を踏まえて、具体的な改善方策の相談・助言を受けることができます。
- (3) 地域住民、患者、就職を希望する人材、連携しようとする他の医療機関への提供情報の内容が保証されます。
- (4) 職員の自覚と意欲の一層の向上が図られるとともに、経営の効率化が推進されます。
- (5) 患者が安心して受診できる医療機関を増やすことになり、地域における医療の信頼性を高めることができます。

日本医療機能評価機構は、こうした医療機関の機能の第三者評価を実施するとともに、医療機能の評価に関する調査・研究、医療関係者の研修等を行い、わが国における医療機関の機能の一層の充実・向上のための支援を行います。

このような趣旨に沿って、以下の各領域について受審しました。

領域と評価項目数

領域	大	中	小
1. 病院組織の運営と地域における役割	10	24	70
2. 患者の権利と安全の確保	7	16	44
3. 療養環境と患者サービス	8	26	90
4. 診療の質の確保	27	63	202
5. 看護の適切な提供	14	27	90
6. 病院運営管理の合理性	6	22	81
計	72	178	577
7. 精神科に特有な病院機能	5	17	48
8. 療養病床に特有な病院機能	4	9	29

今回の認定証交付により、各項目について合格点が出されたこととなります。しかし、合格はしても、この過程で更に改善しなければいけないことにいろいろ気付きました。この改善を進めながら次の認定更新に備え、時代の流れにキャッチアップしていきましょう。ただし、質の改善とは、他人を責めることではありません。共に勉強し、努力し、かばい合いながら向上していくことです。

チーム医療の最も根幹をなすものは、患者様、自分以外の職員、病院、地域に対する愛情です。チームの和を保ちながらわきあいあいと楽しく努力してきましょう。

平成17年 8月13日 発行 第22号

8月1日、院内にレストラン・アーチェロがオープンしました。広島グルメサービスに進出してもらい、昼を中心に営業してもらっています。勿論、パスタだけでなくうどんやカレーなども揃っています。東京の新宿にパークハイアットホテルがありますが、ここのメインレストランのニューヨークグリルのデザインをアメリカのデザイナーと2人でデザインした丹藤氏に、家具も含めてトータルにコーディネートしてもらっています。カジュアルな明るい雰囲気になっているのでここでの食事を楽しんで下さい。

最近イタリア料理が流行っており、重厚な味付けのフランス料理店は姿を消しつつあるようです。イタリア料理は海鮮や米なども使い、我々日本人と親和性が高いようです。フランス料理自体もヌーベルキュージュが主体となって日本料理に近づいている印象があります。世界の料理の発信源となっているスペインのエ

ルブジも訪日しては、日本料理からサジェスションを得ているようです。素材の味そのものを楽しむ新鮮さを重視した日本料理の素晴らしさが見直されています。

私が子どもの頃、祖父が経営していた石井病院に結核病棟がありました。結核の患者様に毎日卵がつくのを見てうらやましくて、「僕も結核になりたい」と思ったものでした。そのような栄養、食生活の状況でした。日本が経済的に回復すると、その反動でグルメブームが来て欧米の料理への崇拝が高まりましたが、青い鳥は足元にあったのです。日本料理、日本文化、元来の日本人のあり方などに胸を張って自信を取り戻す時に来ていると思います。

平成17年 9月 7日 発行 第23号

9月19日、「敬老の日」おめでとうございます。知仁会の諸施設に入院、入所、通所されているご高齢の皆様が長寿を達成されたことを心からお慶び申し上げます。皆様がADL、QOLを維持向上させて長寿を楽しまれることを祈念いたしております。

日本は古来より長老を尊敬しその言葉を大事にしてきました。農耕社会にあっては、長年の経験の蓄積が大事であることが基本にあったからでしょう。然しながら近年、増々、変化の速さが加速化している工業社会、さらに脱工業情報社会にあっては、経験の蓄積の重要性が減少していると思われます。新しい情報と技術の摂取、新しい環境への適応がより重要となってきています。ビジネスだけでなく社会のあらゆる分野においてこの現象が見られ、変化についていけない物は脱落するのではないかという不安があります。

このような社会構造の変化を基盤として、経験の蓄積や長老に対する畏敬の念が低下してきています。若者中心文化の中において、むしろ、老いは見下ろされてさえます。

勿論、お釈迦様が生病老死と指摘されたように、老いは人間にとって本質的に苦しいものです。誰もが若く元気なままでいたい、不老不死は昔からの人類共通の願望でした。しかし全ての生命は老い死んでいきます。避けようのない宿命です。しかし、この中においても老いの肯定的価値があります。老年期において人間は生の意義を深く噛みしめ、若い頃には気付かなかった路傍の小さな草花の美しさに気付きます。見落としていた価値を認識します。さらに、葛藤や対立を含む人間関係の本質は古来より変わらず、そこにおける人生の叡智を後続の者に伝えていく事ができます。

私たちは折りにふれ、有形無形に人生の先輩方からの教えをいつの間にか受け取っているのです。

平成17年10月 8日 発行 第24号

10月1日から、ホテルコスト（居住費・食費）の全額自己負担導入が始まりました。基本食事サービス費は全額廃止となり、施設の減価償却相当分等が介護報酬から減額されました。老人保健施設ゆうゆ及び病院の介護保険病床（内科療養病床、老人性認知症療養病棟）の合計でおよそ年額3500～4000万円の減収が予想されています。患者様・ご家族の自己負担も大幅に増えましたから、病床稼働率にも影響するので最終的にはどれ位のダメージになるのか、結果が出てみないと判らないものがあります。さらに、来年には、第5次医療法改正、診療報酬・介護報酬同時改訂があります。診療報酬改訂は－5%がスタートのように日医会長が言っていますから相当大幅なマイナスになることが予想されます。大幅な減収になっても、患者様へのサービスの質の維持向上を図り、職員の待遇を確保することが私の責務であると考えています。

要介護度の重度化は低栄養によることが多かったため栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算がつかいましたが、これはちょうど栄養士一人の人件費に相当するそうです。しかしこれは大変素晴らしいことなので、栄養ケア・マネジメントは管理栄養士に張り切ってもらって進めていきたいと思っています。さらに経管栄養の

方の経口摂取を進めるために経口移行加算が新設されました。これも素晴らしい仕組みなので是非ドクターに指示を出して頂いて積極的に取り組んでいって下さい。このしほりにあるVFやGIFは当院で可能ですから、どんどん進めたいと期待しています。療養食加算も新設されました。これは、すでにサービスとして行っていましたが評価されるようになりました。

居住費（滞在費）と食費等のホテルコストは施設等と利用者との契約によるとなっています。今まではこれは全て保険に含まれていて、全ての費用のうち1割を利用者が自己負担していました。ホテルコストを利用者との契約により利用者が全額自己負担するということは、単に自己負担分のアップという意味だけでなく、施設、病院の本質が変わってしまうということです。我々の本質はホテル・レストランと全く同じになってしまいました。本質的には、我々はホテルになったのです。ただ、違いは、このホテルに医療サービス、介護サービスが保険からのせられるだけです。

安いビジネスホテルの小さい部屋に安く泊まりたい人は安い料金を払って泊るし、高級シティホテルのスイートに泊りたい人は高いお金を払って泊る。多床室、個室、ユニットケア型個室と各々、居住費が違ってきます。自分が選んでホテルに泊るのと同じことです。

ホテルやレストランをお客が利用し、帰る時はそこの従業員がありがとうございましたとお客に挨拶します。あれと全く同じ立場になります。それが良いかどうかは別にして我々も患者様が帰られる時はありがとうございましたと挨拶する時代が来るかもしれません。

このような本質的な変化が大きな国民的議論もなしに殆どの人が気付かないうちに起きてしまいました。が、これも仕方ありません。

いずれにしても、利用者との直接契約となり、その自己負担分も大幅に増えますからその要求水準は高くなります。

以上、述べましたように、今までと全く本質が変わりましたから接遇、医療、看護、介護、リハビリ、福祉サービスなどの質の向上に腰を据えて取り組みましょう。そうでなければ、他の施設に負けて衰退してしまいます。

組織図を見ればお判りのごとく、我々は何でも揃っています。内科・神経内科・精神科・歯科医療からPT・OT・ST・心理などのリハビリ、デイケア・デイナイトケア・デイサービスなどの通所部門、居宅介護支援事業所、訪問看護、ヘルパーステーション、地域生活支援センター、生活訓練施設、福祉ホームB型など医療保険から介護保険、施設サービスから在宅サービスなど多様なニーズにお応えできるよう揃っています。

このように多様な機能が揃っている組織は近隣にありません。この特徴を活かしながら、さらにサービスの質の向上に本気で取り組んでいきましょう。我々は病気や障害をお持ちの方々に貢献し、絶対に衰退していかないと決意を新たにしましょう。

平成17年11月4日 発行 第25号

私の従兄夫婦が博多でフランス菓子店「16区」を経営しています。彼らはフランスのニースで修行した後、パリ16区の高級菓子店で働いてから帰国し帝国ホテルでパティシエを務めたのち、博多で開業しました。ニースにいる時は貧乏していて送ってもらったカップ麺を食べていたそうです。パリで働いている時、カトリーヌ・ドヌーブというフランスの国民的大女優の誕生パーティーのケーキを特別に造り、あまりにもおいしく素晴らしかったので、お礼を云いに来店されたけれども、自分はフランス人ではないからと遠慮して直接お礼の言葉を受けなかったそうです。

又、淡谷のり子が亡くなる前にわざわざ車椅子で来店したとか、いろいろエピソードがあります。最近で

は日本経済新聞の「なんでもランキング」でフランス菓子の全国ベスト10以内に入っていました。この店が福岡の「わが街いい店大賞」を受賞した時の新聞記事の抜粋を紹介します。

～大賞の知らせに、「ありがとうございます。」とにこやかな笑顔の代表取締役社長の三嶋隆夫さん。味はもちろん雰囲気や接客にも称賛が集まった読者からの声に、「心配りは意識してもなかなかできることではありません。お客さまからおしかりをいただいたり、失敗したことを反省して、それを逆にプラスに活かしていくこと。失敗から得ることができれば、失敗は決してマイナスではありません。従業員みんながそういう気持ちでいることが、接客態度にも活かしているのではないのでしょうか」。これだけの人気店なのに1店舗だけの展開なのは、サービスや商品に目が行き届かなくなってしまうから。

2世代にわたってのファンも多い同店のお菓子。「いつ食べてもおいしいね。」と支持される新鮮さを失わないために、常に進化し続けています。～

知仁会だより10月号において、『ホテルコストと食事療養費の全額自己負担化により、我々の本質が変わって我々は本質的にホテル、レストランと全く同じになった。ただ、違いは、このホテルに医療サービス、介護サービスが保険からのせられるだけです。』といただきました。これからは、このように本業のサービス業を見ならう必要があると思い「16区」を紹介しました。

平成17年12月1日 発行 第26号

本年10月から介護保険病床において、ホテルコストと食事療養費の全額自己負担化が始まりました。そしてこれは施設と利用者との直接契約によるとなっています。更に来年10月からはこれが医療保険適用療養病床にも拡げられる予定です。我々の本質が変わって我々は本質的にホテル、レストランと全く同じになりました。ただ、違いは、このホテルに医療サービス、介護サービスが保険からのせられるだけです。医療・看護・介護・リハビリ・福祉サービスに関して、研修しながら質の向上に努力するのは勿論ですが、これからはサービス業の本質を理解して努力していくことが大事になってきます。サービス業とは、勿論、笑顔は大事ですが、単に、にこやかにすればいいというものだけではありません。これを理解してもらうために先月号においては、フランス菓子店「16区」を紹介しました。

今回は、居酒屋「和民」の社長のインタビューが読売新聞に載っていたので、少し長くなりますが引用します。

居酒屋「和民」を中心に約500店舗の飲食店チェーンを経営する。安心できる食材を使った手作り料理を安く提供することを目的に掲げる。

どこにでもある居酒屋なら、僕たちがやらなくてもいい。店で出す野菜は有機野菜を中心に、肉も魚も生産地が確認できるものを使おうと決めました。安心・安全は食の基本です。そんなことをしようと思ったら、普通なら、おカネをかけなければできないと思ってしまいますが、ここで「できない」とってはダメ。「びっくりするほど安い値段で料理を出す」という条件を先に作ってしまう。そこに創意工夫が生まれます。不可能を可能にするのが経営です。

考えた末、有機野菜は自分たちで作ることにしました。2002年に農場の経営を始めて、今では耕地面積が240㌔にもなりました。有機農業としては日本最大の規模です。店で使っている野菜の半分は自前の農場で収穫したものです。

週に1度は店舗を回る日をつくる。店長に知らされない「抜き打ち」訪問も多い。

店の雰囲気は良いか、お客さんが本当に喜んでくれているかは、行って見てみないと分からない。組織が大きくなると、トップにはいい情報ばかり集まるようになりがちです。毎週、お客さんからのクレームを材料に2時間以上かけて会議するのですが、最近、「料理が冷えていた」という指摘が1週間で20件もありました。早速、ある店に行って何品か注文しました。1品だけですが、ぬるい状態で料理が出てきたので、厳しく怒りました。そうやって、一つ一つ問題を解決していきます。

小学5年の時、父親が経営していた会社を清算した。それをきっかけに、社長を志すように。小学校の卒業アルバムには「大人になったら、会社の社長になります。」と書いた。

裕福だった生活が一変した。「社会を見返してやるぞ」と決心しました。高校生のころは経済小説を読みあさり、大学時代には世界一周の旅に出て、何の仕事をし、どんな社長になりたいのかを考え続けました。

その旅で訪れたニューヨークのライブハウスで目の当たりにしたのは、おいしい食べ物があり、良いサービスや雰囲気があれば、人はみんな、いい笑顔になるということでした。震えるほど感動し、こういう場面を作りたいと思い、飲食店をやることを決意しました。小5で母を亡くし、父は朝も夜もなく働いていたから、「温かい家庭の食卓のような場所をつくりたい」という思いもありました。

3月に有料老人ホームを運営する「アールの介護」を買収、施設介護事業に参入した。

介護の世界は、ビジネスとして始めた人と、昔から福祉としてやっている人の両極端で、サービス業としての視点が欠けています。そこで、「僕たちの出番だ」と思った。改善の余地だらけで、新しいスタンダードを作ることができるからです。

例えば、機械を使った流れ作業の入浴はやめ、普通のお風呂にしました。おむつも使いません。職員は今までの何倍も大変ですが、我々はサービス業だから、「やらせてもらっている」と考えます。「やってあげる」という発想とは違うんです。

僕も毎週、ユニホームを着て、お年寄りの入浴を手伝ったりしています。今は、これまでの介護界の常識と奮闘中。あと半年でこれぞワタミの介護だということを完成させますよ。おばあちゃん子でしたから、元々、お年寄りが好きです。一番楽しかった思い出を尋ねると、皆さん目を輝かして話してくれます。

平成18年1月1日 発行 第27号

皆様、あけましておめでとうございます。21世紀も早や2006年となりました。皆様方にはご健勝に新年を迎えられたことと存じます。

本年は医療制度構造改革、医療法改正、自立支援法スタート、介護保険制度改革、診療報酬・介護報酬同時改訂、等々我々に関連したものだけでも激動の中にあります。

この激動は医療にとどまらず、金融、保険、郵政など各分野に涉っています。

5年位前に何かの本で「年次改革要望書」というものがありました。最近になってやっと雑誌にもよく取り上げられるようになっていきます。

1993年にクリントン大統領と宮沢首相の話し合いで決まっており、以後、毎年出されています。金融・農業・流通・医薬品・医療機器・エネルギー・弁護士業など産業から行政、司法などあらゆる領域にわたっています。正式には「Annual Reform Recommendations from the Government of the United States to the Government of Japan under the U.S.-Japan Regulatory Reform and Competition Policy Initiative」とい

いSUMMARY OF RECOMMENDATIONSとANNEXより成っています。(ホームページアドレス：<http://japan.usembassy.gov/j/p/tpj-20051207-77.html>)

これを読んでみると、最近の日本の変化がこれに基づいていることがよく判ります。

2005年11月2日、「日米間の「規制改革及び競争政策イニシアティブ」に関する日米両首脳への第四回報告書」が出されています。

少し長くなりますが、興味深いのでこの1頁目を引用します。

小泉純一郎内閣総理大臣とジョージ・W・ブッシュ大統領は、2001年6月に「規制改革及び競争政策イニシアティブ（規制改革イニシアティブ）を設置した。現在4年目の規制改革イニシアティブは、規制改革及び競争政策に関する分野別及び分野横断的な事項に焦点を当てることにより経済成長を促進することを目的としている。

具体的な進展の追求及び双方向の対話の原則に則り、日米両政府は、2004年10月、規制改革についての詳細にわたる要望書を交換した。これらの要望書は、このイニシアティブの下に設置された上級会合及び作業部会における両政府間の広範にわたる議論の基礎を提供した。これらの会合は、過去一年間にわたり、電気通信、情報技術、知的財産権、エネルギー、医療機器及び医薬品、競争政策、透明性及び政府慣行、民営化、司法制度改革、商法改正、流通、領事事項及び貿易投資関連措置を含む主要な分野における改革についての議論を行ってきた。これまでと同様、いくつかの作業部会では、民間部門の代表からインプットを受けた。これらの民間部門の代表は、このイニシアティブの下で取り上げられている重要な問題について見解を表明し、貴重な専門知識、所見及び提言を提供した。

日本国政府は、過去一年間にわたり、一連の規制改革措置をとってきており、その中には、2005年3月に閣議決定された「規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）」が含まれる。米国政府は、この閣議決定、及び、規制改革・民間開放推進会議が日本の規制環境を改善するために行ってきた努力を歓迎する。また、米国政府は、構造改革特別区域推進本部が特区を通じて規制の緩和を推進するために行っている作業を引き続き歓迎している。さらに、日米両政府は、地域及び世界において知的財産権の保護と執行を強化するための協力にますます焦点を当ててきている。両政府はこの協力を二国間、地域及び多国間の議論の場において引き続き向上させていく決意を確認する。

今回の両首脳への報告書には、規制改革イニシアティブの下での作業に関連する日米両政府による主要な規制改革及びその他の措置が列挙されている。(財務金融対話において取り上げられた金融サービスに関する措置も含まれる。) 両政府は、この報告書に明記された措置を歓迎し、これらの措置が、競争力のある製品及びサービスの市場アクセスを改善し、消費者利益を増進し、効率性を高め、経済活動を促進するとの見解を共有する。

両政府は、更に規制改革を促進する決意を再確認するとともに、いずれかの政府の要望に基づき、双方の都合の良い時期に、この報告書に含まれている措置を取り上げるために会合する。

ここに双方向の対話の原則と書いてありますが実態は一方的にアメリカが日本に要求を突きつけるものであり、日本がアメリカに要求することは許されていない。これを内政干渉の制度化と呼んだ官僚もいるそうです。

これにより、アメリカの要求は各分野毎に各省に振り分けられて法律化され制度化されています。

2005年の規制改革要望書は12月7日に出されました。これについて米国通商代表部が同日に発表した報告書を引用します。

米国通商代表部

2005年12月7日、ワシントンDC

本日、米国通商代表部は、主要分野の米国企業に対し日本市場が一層開放されることを意図した広範な改革要望書を日本国政府に提出した。この要望書には、最先端の医薬品を迅速に患者の元に届け、関税手続きを簡素化し、移動および固定電気通信分野における競争政策強化に向けた措置が盛り込まれている。

ワシントン州シアトルで本日開催された貿易フォーラムの会議冒頭で、カトラー米国通商代表補（日本・韓国・APEC担当）は、要望書を日本政府に提出した。日米両国は同フォーラムで、米国産牛肉の輸入を早急に再開することなど、2国間貿易における緊急課題に取り組んでいる。

ポートマン米国通商代表は、「米国は、あらゆる機会を利用し、日本が米国産牛肉の輸入を早急に再開することを求める。そして、この問題は引き続きブッシュ政権にとって最優先課題である」と述べた。

規制改革イニシアティブ

「われわれは、小泉首相による大胆な経済改革の提言を歓迎し、米国企業が日本でビジネスを行う上で障壁となっている複雑な規制を一掃し、より一層の成果を挙げることを期待する。これは国際貿易を推進するだけでなく、日本を成長の軌道に留まらせることにもつながる。さらに言えば、アジア最大の経済国としての日本の規制緩和に向けた努力は、経済の自由化に努めている同地域の他の国々にとって良い見本となる」とポートマン代表は述べた。

「日本郵政公社の重要な改革を前進させるためには、その改革計画の中で、公正な競争環境の確立を明確にすることが重要である」とポートマン代表は強調した。米国は、同国の要望書の中で特に日本郵政公社の改革に焦点を当てている。郵政民営化の主要法案が国会を通過した今、米国の関心は、同改革を遂行することによって、銀行、保険、エクスプレス貨物分野において、米国企業を含む民間企業に不当な不利益が生じることがないようにすることである。

今年の要望は、日本の医療機器および医薬品分野における進展にも大きな焦点を当てている。「米国企業が日本市場に供給している先端医療機器および医薬品の膨大な数を考慮すると、日本政府が検討している医療機器および医療改革にこうした企業が十分かつ有意義な意見具申の機会を得ることは、重要である。特に、日本の医療価格設定政策が、革新性を評価することが重要である」とポートマン代表は付け加えた。

日米規制改革および競争政策イニシアティブ（規制改革イニシアティブ）の下に本日、日本政府に提出された要望書は、情報技術、知的財産権の保護、電気通信、農業、流通ならびに競争政策などの主要分野を網羅している。

カトラー米国通商代表補は、外務省の石川薫経済局長に要望書を提出した。2001年に「成長のための日米経済パートナーシップ」の重要な柱としてブッシュ大統領と小泉首相が着手した規制改革イニシアティブを受けて、両国政府は毎年改革要望書を交換している。同要望書は、各国政府が取るべき改革の措置を明記し、

両国首脳への年次報告の基礎としての役割を担う。このイニシアティブに関する主管庁は米国側が米国通商代表部であり、日本側が外務省となる。

規制改革要望書の概要および詳論は、米国通商代表部のホームページで閲覧可能である。

貿易フォーラム

本日の貿易フォーラムにおいて、日米両政府は、一連の重要な2国間問題を取り上げている。そのなかでも特に、米国政府は、日本が米国産牛肉の輸入を再開することを強く求める。

1日の予定で開催されている貿易フォーラムが取り扱うその他の課題は、建設や船舶、新たに計画されている大規模小売店舗の出店規制など市場アクセスに関する懸念事項、および米国のワイン輸出業者にとり不利となり得る日本の酒税法の改正を求める提案である。貿易フォーラムは「成長のための日米経済パートナーシップ」において重要な役割を担っている。

長々と引用したのは、現在の日本社会の激動が主としてアメリカの思惑によって動かされることを理解してもらいたかったからです。

今年の郵政改革も、勿論、これを下敷きにしたものです。

日本に対してアメリカと共通の社会的インフラネットワークを整備しようとしている、共通のプラットフォームを作ろうとしているように思います。

勿論、アメリカ資本が自由自在に乗り込んでくるためであり、アメリカの国益の追求のためです。

現在までに、銀行、証券、生命保険などでいろいろ問題が起きて大騒ぎとなったことがありました。その後、気が付いてみると、アメリカ資本が日本の会社を安く買いたたいて、これらの分野には横文字の会社がいっぱいできています。

例えば、バブルが弾けた後、生命保険会社に資産内容のディスクロージャーを課しました。それまで資産運用には不動産投資を中心としていたのですから、バブルの後に開示すれば、資産がいたんでいるのは当然です。そして当然のように消費者の不信を買い、解約と新規契約の落ち込みが起り、多くの生命保険会社が経営困難に陥りました。昨年、当院が借金をしたので、決して迷惑をかけることがないように私が生命保険に加入しようとしたら、アメリカ系の横文字の生命保険会社がずらっと並んでいたのに驚きました。

つまり、まずたたいておいて値を下げてからアメリカの資本が買いたたいて進出した構図だったのです。他の業種も全てそうです。

医療分野においても、随分前からアメリカ資本が進出したがっているとうわさされています。

アメリカにおいてはDRGが導入された後、たくさんの病院が倒産してそれを株式会社が買いとってチェーン化していきました。これらのチェーンが日本の自治体病院を買いたがっていると言われていています。どの自治体も大赤字の発生源である自治体病院を手放したがっています。地域に対する責任があるため廃止も困難で困っています。それを買い取って行ってチェーン化したいそうです。

これに対抗して厚労省自体は赤字に陥っている公的病院の日本側の買い取りの受け皿として公益性の高い社会医療法人なるものを作ろうとして躍起になっています。さらに、公的医療保険の範囲が狭くなれば、保険会社が民間医療保険として進入してくるでしょう。国民皆保険が崩れ、最悪の場合には、現在のアメリカのように公的医療保険は、medicare, medicadeだけとなるかもしれません。

国際的統一ルールと称してアメリカのルールを日本だけでなく、世界中に対して掲げようとしています。例えば、中国に対してアメリカと同じ建築市場のルールを採択させたそうです。(拒否できない日本、関岡英之、文春新書)

中国はあのようにしたたかな国ですから、勿論、相当の見返りをもぎとっています。我が日本もこの中国のようにもっとしたたかであってほしいと思うのですが。あまりにもいいなりで場当たりなので。

アメリカはこのように政権が変わっても、変わらない基本戦略をもって、エゴイスティックに自国の国益を追求していています。

日本ももう少し国益を追求し、発展させるための基本的戦略が持てないだろうかと願います。

国、地方あわせての公的債務残高は1000兆円を越えているといえます。これは政・官の無責任、無駄遣いと先送り、国民のエゴ、アメリカの陰謀などが複雑に絡み合っただけ起きたものと思います。その膨大な借金の前では今回のように医療費を何千億円か（国庫は2500億円減）を削っても焼け石に水です。

少子高齢化による医療費の膨張は日本医師会が指摘しているように、故意に過大に見積もってあります。

医療費の半分以上は人件費です。先進国並に手厚い医療、看護を目指せばもっとお金をかけて人員を厚くすることが必要です。

それなのに何故、小泉首相のツルの一声によって過去最大の引き下げ幅の医療費改定となったのか？

過去に多くの業種において、先程述べたようにまずたたいておいてから次いで安く買いたたいてアメリカ資本を進出させた手口を紹介しました。

今回も同様の手口が繰り返されているような気がしてなりません。

アメリカ資本が医療機器、製薬だけでなく病院と医療保険にも進出してくる前段階のような気がします。

読んできてお判りのように、これらの構造改革により、市場原理、競争原理が社会の基本の原理となっていくでしょう。日本社会が基本的にアメリカ社会の構造に近付いていき、訴訟社会となり人々のあり方も変わっていくでしょう。

我々日本人は何千年かにわたり、狭いこの国土を耕し国内のみで生産し、ためにお互いにゆずり合い基本的には調和を重んじて生きてきました。そうすることが我々が生きのびる方策であったのです。

この日本人のアイデンティティーにより培われた奥床しさ、謙譲、礼儀正しさ、正直、惻隱の情など日本の美德が失われていくことが怖いと思います。嘆いても始まりませんが、いずれにしても、これからの短い期間に日本社会のあり様は大きく変わると思います。

恐らくこれが基本的流れでしょうから、医療分野においてこれから我々がどうなっていくか、どうすれば生き延びていけるかは、良くも悪くもアメリカの医療事情がどうなっているか、どのように変化していつているのかをよく観察する必要があります。然しながら、同時に、より基本的には、何のために医療の仕事をしているのか、我々の守るべき日本固有の価値とは何なのか、噛みしめながら働いていかないと何をしているのか判らなくなってしまうそうです。

現在、複雑怪奇に見える大激動の中にあり、大きな不安をとまっていますので、この激動の基本的枠組みについての考えを年頭にあたり所感として述べてみました。

ついに病院倒産時代のX・デイが始まりました。今回の医療費改訂は3.1%代のカットのように言われていますが、これはあくまでも平均値に過ぎません。救急や急性期を除いて、5%から10%弱の収入減になる病院が多く見られます。金繰りが苦しいところはいずれ倒産の危機に立たされるでしょう。我々、経営者は財源を考えて財政を組み立てます。無責任で放漫な経営をすれば、たちどころに倒産してしまいます。これが国や自治体の無責任な財政と本質的に異なる所で、例えば、夜勤加算があれば、これを財源として、夜勤者への待遇を手厚くするために夜勤手当をアップしました。いきなりこれを廃止されれば、どのような思考過程を持てばいいのか困惑してしまいます。また、あがった利益は、その半分を税金として払い、残りの半分から設備投資のための借金の元本を払います。そしてその残りを再生産のために蓄積していくことが必要です。これがあって初めて、患者様や職員へのいろいろな形での還元が図られます。

日本老年医学会雑誌の1月号に「イギリスの医療改革と日本医療の現状と課題」が載っています。これによると、「世界ではじめて、全国民に利用時原則無料で医療を保障する制度を作った国がイギリスである。しかし、そのイギリスでは、長きにわたる医療費抑制政策の結果、130万人を超える入院待機者に象徴される医療の荒廃を招いた。そこからの脱却を図ろうとブレア政権は、医療費を5年間で実質1.5倍にし、医師・看護師を大幅に増員する医療改革に取り組んでいる。政府の発表によれば最近になりようやくその効果が見え始めている。」とあります。サッチャーらは1990年代に競争原理の導入で、医療費を節減しながら質を上げるという政策を施行していましたが、第3世界並みといわれる医療の荒廃を招きました。1998年度で入院の待機者は130万人以上となり、ガン患者が治療を受けられるまでの待機期間は、乳がん62日、大腸がん95日、前立腺がん143日となっています。医療事故も多発し満足度も低下しました。これから、日本の医療が同じような道を辿ることでしょう。これに抵抗するには、医療情報を公開し、経営の透明性を高めて、国民の信頼を得る必要があります。今回の改訂において領収書発行に抵抗していましたが、如何なものかと思えます。コンビニでもどこでも明細を発行する時代です。まず、原則として、賛成しておいてから完全発行が難しい分野に付帯条件付きで発行するようにすればよいものを。これでは国民の信頼は得られず、いくら医療費抑制が国民に跳ね返ると、国民の生命と健康を守る大義を主張しても、欲張り村の村長さんとしか見なされません。

厳しい環境となりますが、①より患者様中心の医療・看護・介護・リハビリ・福祉サービスのための質の向上、②共に働く仲間が増えていくような良好な人間関係を基礎とした明るく働きやすい職場を作っていくことにより乗り越えていきましょう。

知仁会だよりの1月号でアメリカ政府のAnnual Reform Recommendationsについてふれましたが、この時、これについて詳述している『拒否できない日本』（関岡英之、文春新書）を紹介しました。これを読むとアメリカの自分勝手にでおかつ、遠大な戦略のもとにアメリカの国益とアメリカ資本の利益のための施策に流されていく日本はどうなるだろうかと危機感を覚えずにいられませんでした。かつての太平洋戦争についても、柳沢錬造先生が『大東亜戦争秘録』（富士社会教育センター）に戦争に至る経緯を詳しく調べて述べておられます。又、アメリカ側から見た戦争へ至る経緯が『アメリカの鏡・日本』（ヘレン・ミアーズ、メディアファクトリー）に書かれています。ヘレン・ミアーズはGHQの労働局諮問委員会のメンバーでした。GHQの内部情報に触発されて書いています。アメリカがすでに日露戦争の終結の翌年から日本を戦争へ追い込む謀略を開始して進めていった経過を述べています。そのためマッカーサーによってこの本の翻訳出版は禁止されていました。

この両書によっても、アメリカの策略のもとに、それと気付かず次第に戦争へと追いやられていく日本がよく理解できます。近年のイラン、イラク外交などを見てもアメリカは全く変わっていないように見えます。この『アメリカの鏡・日本』は英語版は絶版となっているようですが、この本こそ、復刻させてアメリカ人が読むべきだと思います。アメリカが世界史の中において果たしてきた役割を違う角度からアメリカ人は見直すべきだと思います。これらを読むと、日本民族の善良さ、人の好さ、更に表面的な浅薄さが強く感じられ、我々日本人がいじましくも思えます。

私が幼い頃、父親はABCC（現放影研）で放射線とガンについて研究していました。所長も婦長もアメリカ軍人で太って大きな人たちで威張っていました。日本人は殆どの方が栄養不良でやせていてペコペコしていました。アメリカでは冬にもアイスクリームを食べるそうだとか車だけが走る道路があってライトをつけなくても走れるほど電灯が道路の側についているなど聞いて驚いたものでした。殆どの日本人がアメリカの豊かさや強大さに憧れて一生懸命働いて努力してきたと思います。近頃、駅や街頭などでの子供達を見ると自由に振る舞っていますが、同時に他人への迷惑を顧みない態度や自己中心的な振る舞いが目につきます。我々はアメリカを目指してきて、その結果がこれなのかとってしまいます。人が通る通路や入口付近で固まって話してはいけない、通行する人の邪魔になるからとか、風呂に入ったら後の人が使いやすいように洗面器などを片付けておけとか、厳しくしつけられたものでした。このような躰や考え方の上に、我々、日本人の良さがあつたように思いますが、それが失われていきつつあるように感じます。日本と日本人の良さを再確認して日本人であることに高い誇りを持っていくことが最も基本的なことのようには思います。

平成18年7月6日 発行 第33号

争ひし亡き夫恋し春の雨

ゆうゆデイケアの俳句会で利用者の方が作られて、デイケアに飾ってありました。今は亡き夫に対するかつてのアンビヴァレントな感情とアンビヴァレントゆえに深かった愛情をもって思慕する思いが素直に表現された句と思い、感銘を受けて読みました。この方は、他にも素晴らしい句を作っておられ、生き生きとしておられました。改めて、文学の力に思いが到りました。

デイナイトケア「わくわく」においても、俳句の会があり、こちらは、以前からRCCラジオの、歌手・南一誠さんによる番組「一誠夢がたり一座」に投稿しては、ラジオで読んでいただいているそうです。随分、前から、一誠さんとの暖かい交流が続いているそうです。デイナイトケアだけでなく、入院中の方も投稿して読んでいただいたそうです。

東京医大の精神科教授が俳句の及ぼす効果を強調しておられました。俳句やその他にもいろいろの活動を通じて、障害を抱えていても、障害を少しでも克服しながら、楽しく、充実した時間を過ごしていかれることは素晴らしいと思います。

平成18年8月7日 発行 第34号

長い梅雨があげ、盛夏となりました。今年は短時間に激しい大量の雨が降り、各地で災害が発生して、尊い人命が失われることもありました。地球の気象の変化をスーパーコンピュータで予測するプログラムについて、TV番組で見ました。アメリカで発生したハリケーン・カトリーナについて、季節外れの発生とそのコースも正確に予測していて、アメリカ政府も驚いたそうです。このシュミレーションによると、CO2発生濃度が京都議定書の範囲内におさえられても、いずれ、カトリーナ級の超大型台風が日本をおそうことが予測されていました。家ごと吹き飛ばされたり、ビルの窓ガラスが全部割れるCGが映されていました。

文明の発達と経済成長によって、便利で豊かになった反面、足元からそのしっぺ返しが来ているような気がします、これも歴史の必然でしょうか。

歴史の波に流されながらも、自分の位置とあり方を見直していただきたいものです。

平成18年9月5日 発行 第35号

私事で恐縮ですが、今月で満60歳となり、還暦になります。還暦などは人ごとのように漠然と思っていたのですが、矢張り、来るべきものは来るのだと感じました。当たり前のことですが。人生の2/3の節目にあたるので、あとの1/3を多少なりとも皆様のお役に立ったり、社会貢献したいものだと思っています。

私の好きなエリック・クラプトンという歌手は、それまで後ろ向きの暗い歌ばかり歌っていたのですが、昨年、還暦の時にCDアルバムを出しました。30歳年下の女性と結婚して子どもを3人作って「疲れた」という歌を歌っています。何が疲れたかということと子どものオムツを夜中に替えるのに疲れた、と楽しそうに明るく歌っています。近々、日本にもコンサートで来るそうです。私も、もう一段とエネルギーを発揮していきたいと思しますので、宜しくお願い致します。

平成18年10月10日 発行 第36号

今月から障害者自立支援法が施行となりました。これに伴い地域生活支援センターみらいは、地域活動支援センターみらいに衣替えしました。幸いに大竹市にみらいの活動実績を評価され、減額となりましたが交付金により運営できるようになりました。

身体障害に対する支援費制度の予想以上の大幅な赤字への対応が喫緊の課題であったこと。

及び精神科通院医療費公費負担金制度が精神科以外の他科で高額になっていることを以前より財政当局から厚労省が追及されていたこと。主にこの2点の解消を図るために障害者福祉を介護保険に移行させようとしたが、自民党の反対でならず、経過的にこの法案を成立させたように聞いています。

短期間に、急遽、現場の意見を取り入れず成立させているため重大な欠陥があることはマスコミなどでも指摘されている通りです。無理矢理、3障害共通にしようとしたため、精神障害に対する障害程度区分評価は実用に耐えられるものではなく、精神障害は低くしか評価されず極めて不利な立場に置かれることとなりました。

さらに市町村を主体とするため市町村格差が懸念されていましたが、これも予想以上の格差となって現れつつあります。これについては10月6日付けの中国新聞で報道されている通りです。また例えば、9月の時点において、広島県では、1市7町が地域生活支援センターを直営する予定となっておりますが、この内、新しくセンター組織をつくるのではなく、現有の保健師に業務にあたらせることとなっている所もあり、障害者福祉に対する明らかな後退がみられます。

これらについては、中心となるべき日精協がもっと大きな役割を果たすべきだと思います。

法成立前の日精協協議員会において、これに対する反対運動を全国的に展開してこれらの是正を図っていくことを目標とすることをお願いしましたが、国会と役所に対してロビー活動を充分に行っているから宜しいとの答弁でした。これは、日精協ニュースにも掲載され、皆様に紹介した通りです。

どのような法や制度であろうとも、我々はその下で粛々と業務を遂行していかざるを得ませんから、障害者福祉に後退を来さないよう皆で協力してまいりましょう。

11月になり、朝晩は肌寒くなってきました。寒くなってきたというものの、以前に比べると、随分暖かいものです。毎日、病院を回る時に、病院前の景色を眺めて美しいと感動しています。日により表情が違うので、飽きることがありません。場所的には、本館各階とゆうゆ各階のデイルーム、本館とゆうゆの間の渡り廊下、見はらし庭園から眺めています。忙しくて時間が無い時は、渡り廊下を歩きながら横目で楽しんでいきます。

くっきりと晴れた海、おぼろにかすんだ海、風が強く波のために黒い海、それぞれに違う美しさがあります。巖島、可部島、阿多田島、大黒神島などが一望できます。

特に、おぼろにかすんだ島々の美しさに心が和みます。日本は湿気の多い国ですから、このおぼろが日本固有の美しさであり、日本人の感性を育てたと思います。

毎日いくら眺めても見飽きることがありません。少し視線を動かせば、目の前にこんな美しさ、こんな宝庫があります。

11月30日、第4回知仁会学会がメープルホールで開催されました。本年は22題の演題が発表されました。各々の職種がいろいろの試みを研究されていて、大変素晴らしいと感銘いたしました。次第に患者様中心の医療が根付いていきつつあると喜びました。折角、各職種がいろいろの研究をしているのですから、もっと外部へ向けて発表してもらおうと良いと思います。当法人の職員は内気で尻込みがちですが外部と比べて決して劣っていません。日精協の学術研修委員をしていた時に日精協精神医学会で、排便を確認するために便の模型を紙粘土で作った演題が出されていて、評価委員会で皆が感心して優秀賞を授与したことがありました。帰ってからこのことを病棟で話したら「ウチは以前からやっています。」と模型を出されました。折角、このような良い試みをしているのなら、外で発表して広く役立ててもらえば良かったのにと云ったのを憶えています。今後とも、精進して質の向上に努力していきましょう。そしていろいろの試みを内部だけでなく、外部へ向けても情報発信していかれることをお願いします。

新年 明けましておめでとうございます。

21世紀も早や7年が経ち、2007年となりました。国家財政の逼迫、少子高齢化による医療介護需要の増大を受けて、社会保障改革、就中、医療改革が進んでいます。病院淘汰の時代に入ったといわれ、大量の病院がなくなっていくことが予想されています。病院産業界は、5年後は血の海、焼け野が原であるという学者（日本医科大学医療管理学 長谷川教授）もいます。

我々は、患者様の目線に立ち、どのように努力すればニーズに応えていけるのかを探っていき、その中で我々は、決して淘汰されず、生き残っていきましょう。

そのためには、質の向上と効率化が必要です。チーム医療ですから、職員間の協調、協力、親和性が大事です。欠点を克服したり、悪い事態が起きても再発しないように工夫をしたりする前向きな姿勢が最も基本です。

このために昨年は、スマイルカードを始めたり、ヒヤリハット報告を進めています。

「トヨタの口ぐせ」という本に、「現場は毎日変化させないといけない」という言葉が載っていました。

ムダを見つけ、ムダを無くす為にカイゼンをやると現場はどんどん変わるということだそうです。

現場が変わっていないと、「お前の現場はいつもいっしょじゃないか」と叱られるそうです。カイゼンをやり続けなさいということだそうです。

トヨタにとっての「ムダ」とは、我々にとっては患者様の安全であり、作業の質と効率です。

ヒトを非難したり、罵ることは、簡単です。自分は正しいことを云っていると気持ちよくなります。しかし、そこからは何も生まれず、感情のいさかいだけが残ります。

何か良くないことがあれば、どのようにすればこれをカイゼンできるのかという考え方で、お互いに協力して、目的をはっきりと意識して努力していく基本的態度を身につけていきましょう。

平成19年3月5日 発行 第41号

朝晩は冷えるものの、日中は水もぬるみ、春がしのび寄って来ている事を感じさせます。

「漸老逢春能機回」という詩句があるそうで、「だんだん年をとった。あと幾度春に逢えるだろうか」という意味だそうです。次第に年月や時間が貴重に感じられます。

現在の医療改革は財政中心であり哲学なき医療費抑制ですから、これから先、益々医療費削減が予想されます。そのため今のうちにできるだけと思い設備の改善や療養環境の向上に努力しています。

お見舞いのご家族が小さな子ども達を連れて来られ、患者様と共に寛いでおられるとその甲斐があったと喜んでます。さあ、又、春がめぐって参ります。

平成19年5月10日 発行 第43号

風薫り、新緑が萌える季節となりました。

新緑、常葉樹と樹の種類に多様性があり、さらに花々が一層多く咲き乱れ、風景は華やかな中にも奥深さを感じられます。若葉も樹の種類によって色とりどりであり、見飽きることがありません。別館前のすだれのように水が落ちる噴水のそばには、すみれやパンジーが色とりどりに咲き乱れ、バラ園のバラは蕾みがほころびようとしています。さくら坂では、染井吉野が終わり、八重桜が盛りを迎えています。

高速道路上の見はらし庭園のアーチのバラは枝がぎっしり張り巡らされ小バラが花を多くつけています。もう少し暑くなれば、例年のように、アーチ前の落下式噴水の池に鳥が水浴びに来るでしょう。回廊庭園のさつき、藤棚の藤も花が咲き乱れています。さつき広場においてもさつき、アメリカ花木が瀬戸内海を借景として咲き誇っています。入院、入所の方々の園芸も花が咲いたり、野菜が実ったり、育てている皆様方の笑顔が目につかぶようです。たおやかな瀬戸内海と安芸の宮島を眼前にしたこの素晴らしい自然環境と庭園もケアの大事な場所です。リハビリスタッフのみならず、職員各々が工夫を凝らして有効活用して下さい。

平成19年6月7日 発行 第44号

多職種の多くの新卒新入社員が毎年入社してきます。年々、挨拶ができない若者が増えているので、最近では4月からの当分の間、月間目標を「大きな声で明るく挨拶をしましょう」として、朝礼で理念と一緒に唱

和しています。挨拶は人間関係の始まりであり、基本であること、チーム医療において、良い人間関係が重要であることは言うまでもありません。挨拶だけでなく、就労ということを理解していない人も見かけますので、少し説明します。

学校教育においては、皆さんがお金を払う立場です。お金を払って教育サービスを買っています。就労においては、皆さんはお金を払ってもらっています。給与・賞与だけでなく、健康保険、厚生年金、労災保険など自分がもらう以外のお金を事業主負担として払ってもらって手厚い保護を受けています。語弊はありますが、新卒新入社員は教育商品を提供される立場から専門労働をお金を払ってもらって提供する立場に180度変わったのです。働いている時間は1分たりとも無料ではなくお金を払ってもらっています。そしてこのことを通して、事業所に、患者様入所者様及び社会に貢献しています。研修で出張している時もその能力や知識の向上が患者様に何らかの形で還元されることを期待されて、日当、出張費が支払われているのです。

かつて、部門によっては、「自分たちが稼いでいる、稼いでいない部門を食わせてやっている」と云って誤解している職員がいました。まるで、自分たちの仕事のために患者様や他の職種がいるように振る舞う職員もいましたが、これは明らかに間違っています。

事務部門のように、直接お金を稼がない部門もあります。しかし事務部門がなければ組織は成り立たず、運営できません。

診療報酬が付けられている部門の人の仕事に、直接お金が払われるのではありません。報酬は集団全体に対して集団の成果に対して支払われているのです。

仕事をするために、職場にいます。学校生活のように部活やその後も残って雑談したりという生活とは違います。仕事がすんだら速やかに帰らせるようにと労働基準監督署から強く指導されています。残業とは残業の申請が事前にあると認められたもの、部署内に欠勤や緊急時があって急に残業したものなどを云います。

当然、残業手当として割増賃金が支払われます。当法人は残業手当のつかないサービス残業は期待していません。残業以外では居残りしないよう指導しても従わない職員がいましたが、これも間違っています。

学校生活と職業生活の違い、事業組織について理解しながら働いて下さい。

平成19年7月9日 発行 第45号

私と当法人の大恩人であり、長きにわたり親身にご指導いただいていた元参議院議員・勲2等・柳沢錬造先生が6月10日ガンのためにご逝去されました。葬儀に際しては参議院議長を初めとする各界代表の弔辞がありました。いずれも先生のお人柄と業績が偲ばれるものでした。

お亡くなりになる1週間前の6月3日に入院しておられることを知らせていただいたので、ガン研・有明病院にお見舞いに行きました。処置中ということで、暫くお待ちしてからお会い致しました。痩せておられましたが、いつものようにニコニコとして笑顔で話され、私の今の状況に対して誠に正鵠を射ているアドバイスを頂戴致しました。お気を使われて「1階の喫茶店で院長先生にお茶をさしあげなさい」と奥様におっしゃり、固く握手してお別れ致しました。笑顔でいっぱい固い握手でした。

私も医者をして36年していますから死にいく方々を大勢みてきています。死亡診断書もいっぱい書いてきましたから、大体この人は後どの位だろうかという予測は一応あたります。その時、柳沢先生はあと2、3ヶ月位のご余命であろうかと考え、その間に何とか、又、スケジュールを調整して、先生のご体調が良ければもう2、3回お会いしたいと思いました。僅か、1週間後にお亡くなりになるとは思いもよりませんでした。

その時、生まれて初めて偉大な人物にお会いしたのだと思いました。ご自身はガンのために、さぞ、苦しかったり、痛かったり、又、死を目前にして不安や絶望も高まっておられたことと思います。それを一片の

かけらも見せず、「なあ、院長先生よ～」といつもの調子で、笑顔で、私がかうまくいくように私の事を心配した親身なアドバイスだけをおっしゃいました。死を直前にしながら、このように偉大な人物がいるのかという思いでした。

柳沢先生は、長野県でお生まれになり、小学校に入る1週間前から新聞配達をし、当時の年3回の休刊日以外は休まず続けられ、冬の寒い朝などは本当につらかったと書いておられます。戦争は激戦地であったラバウルで従軍されました。帰還する輸送船に乗る時に他の人にゆずってあげ、その輸送船が撃沈され、自分を後回しにしたために、生還されました。柳沢先生の人生はこのようなエピソードで満ちています。

戦後は石川島播磨重工業に入社され造船重機労連委員長として活躍され昭和52年に参議院選に当選されています。当選後は、民社党の国対委員長、組織局長として活躍されています。「おかしな国会物語」「改革への挑戦」「道を拓いて」などを上梓され、ご引退後も「大東亜戦争秘録」を著しておられます。

これらの本は、内容が素晴らしいので、是非皆様にも読んで頂きたいと思い、配ったり、図書室に置いてありますので、読んだ職員も多いと思います。

常に前向きに、額に汗して働く人々のために努力されておられました。ご引退前の最後の参議院予算委員会での質問の時には、傍聴に呼んでいただきました。当時の竹下首相に対して、北朝鮮へ行った日本人妻が帰れない問題を取り上げ、早くから北朝鮮における人権問題を提起しておられました。

最後にお会いした時に、笑顔で私にアドバイスをされたり握手をされたりしたのは、思い返しますと死力を振り絞ってのことであられたと思います。恐らく、その後はぐったりされた事と思います。そのように、私を大事にしてくださいました事に、死顔を拝みながら涙があふれるのを禁じ得ませんでした。

このような偉大な方とお会いでき、警咳に接し、長期間、親身に指導していただいた事に深く感謝いたしております。

高速道路開設による移転問題の最も大きな利得はこの点にあるように思います。

柳沢錬造先生のご冥福を心からお祈り申し上げます。

合掌

平成19年8月6日 発行 第46号

私の妹でもある石井みどりが日本歯科医師連盟から立候補し今回の参議院選挙において当選致しました。多くの方々のご支援を頂戴し感謝致しております。又、多くの方々の親身なご親切が身に染みしました。

自民党への逆風の中で、残念なことですが比例区の医療系候補は石井みどり以外は全員落選されました。石井みどりは228,165票を頂戴し、自民党公認候補者35名中8位でありました。偏に皆様方のご支持とご厚意のおかげと深く感謝致しております。

当初、国政に立候補するなどということに対して強く反対しておりました。看護師から衆議院議員となった能勢先生がいつも「刀を逆さにしてその刃の上を歩いているような毎日です。」とおっしゃっていました。そのような修羅場にこのこと出かけて行くことはないだろうと反対しておりました。

石井みどりは日本歯科医師会常任理事として社会保障審議会に出席しておりました。審議会は現場を知らない学識経験者や経済人などが多数となって構成されており、あまりにも現場の意見が通らない、現場の意見が反映されず官僚主導であり政府の政策と現場の実態との齟齬が大きすぎるということが立候補への動機となったそうです。

多くの方のご支持とご期待を頂いた訳ですから、粉骨砕身、「公平な社会 安心の医療実現」のために努

力し活躍してくれることと思いますので、これから尚一層のご支持を宜しくお願い致します。

尚、ご支援を頂いた方にお礼を申し上げたいのですが、公職選挙法の規定により文書でのお礼が申し上げられませんので、失礼を致しております。

平成19年 9月 7日 発行 第47号

敬老の日、おめでとうございます。

ヘイフリックの限界というのがあります。細胞分裂の回数には限界があるというものです。これを応用してみると、もし、病気やいろんな危険がなければ、人間は約120才まで生きられるそうです。

生活環境や栄養の改善、戦争がしばらく無かったこと、医学、医療の発達などにより、平均寿命が延び、多くの方々が長生きを楽しむことができるようになりました。

不老不死はあり得ませんが、秦の始皇帝がその権力を駆使して届かなかった理想に、多くの人が近付いているわけです。

超高齢社会になり、大変だという論調がマスコミを中心に多くみられます。しかし、超高齢社会は文明の進歩のおかげで到達した素晴らしい状況です。そのために経済が悪くなり困ったことだというのは、本末転倒です。

戦争のために、焦土と化した国土の復興を中心とした政治経済構造が、その役割を終えてからも続いています。

その目的や効率性に首をかしげるような公共工事や特別会計などの多くの公的な事業は枚挙にいとまがありません。巨額の赤字が国、地方に積み上がっています。このために、社会保障、特に高齢者医療福祉を大幅にカットしようとしていることには大きな疑問が持たれます。現代における姥捨て思想です。

財政改革のためには、戦後復興の体制からスイッチして、無責任で非効率な官僚のあり方を改革する必要は誰もが認識していますが、進んでいません。週刊東洋経済の「官治国家、再び」という特集にも実態が詳しく報告されています。

高齢化の負の面がマスコミで強調されています。しかし、高齢化した多くの国民がその人生と生活を楽しむことができるような社会や国のあり方とすることが本来です。

社会の成員、国民のために、社会のあり方、国のあり方は規定されるべきですから。

ワインは若い頃はとげとげしくとがっていて、とても飲める代物ではありません。時間をかけて熟成することにより、まろやかになり、いろいろの香りや味わいが調和した複雑な風味となります。

高齢期は、ワインで言えば飲み頃の人生の収穫期です。

病気や障害があっても、少しでもQOLが高く生きていただけるようにスタッフ一同努力したいと考えています。

病気や障害のために寝たきりになったり、苦痛が大きくなったり、悲惨な状態におちいることもあります。その病気や障害から、少しでも回復なさるようにお世話したいというのが、知仁会の基本理念です。

広大神経精神医学教室の同門会誌の巻頭言において「感情労働」について述べましたので、分割して掲載致します。

感情労働について ～その1～

救急、産科、小児科などを中心として一般急性期医療の医療崩壊が言われています。救急車を受け入れる病院の実態を、勤務している医師から直接聞いてみると想像以上のものがあります。過酷な勤務状況と刑事事件化するリスク、勤務に相当しない低報酬、早い者勝ちの立ち去り型サボタージュなど、報道以上の状況に驚きます。

ある私立大学病院の分院の胸部外科では、この4年の間入局者がおらず、10人の外科医のうち3人が本年の7月に辞めたそうです。入局4年目の医師は2日に1日の当直となり、残った者に更に負担がかかる悪循環となっています。

昔から医者の世界は、重労働と低賃金でした。無給医局員という言葉はポピュラーでしたし、徹夜で仕事をした翌日に外来をするのも常識でした。私の祖父や父も内科の開業医でしたが、夜中に往診依頼の電話がかかるとすぐに起きて行っていましたし、それが当時の常識でした。これらのことは当時当たり前のこととして受け入れられていました。

このようなことが受け入れられなくなった変化が起きた原因はいろいろ云われています。その一つに労働が変化して感情労働となったことがあります。

感情労働とは、「肉体労働」「頭脳労働」と並ぶ言葉で、人間を相手とするために高度な感情コントロールが必要とされる仕事をさすもの。つまり、「働き手が表情や声や態度でその場に適正な感情を演出することが職務として求められており、本来の感情を押し殺さなくてはやりぬけない仕事のこと。体を酷使する肉体労働の時代、頭脳を駆使する頭脳労働の時代が過ぎ、感情をすり減らしつつ労働する時代。そうした労働の代表格が接客業、クレーム処理係、教師、医師、看護師などです。

11月号において、感情労働について述べました。いつも強調している接遇と矛盾する面があるように見えたと思います。医療における接遇とは、不安をお持ちの方々に対するサポートですから、極めて重要です。しかしながら、世の中にはいろいろのタイプの方々がおられ、予想もしていない状況が起きます。一見、正反対のように見えますが、クレーム処理、感情労働について知ることで、対人関係のバランス、さらには接遇についてより深く理解できると思いますので、同門会誌の巻頭言に書いた「感情労働について」の続編を続けます。

感情労働について ～その2～

感情労働について、具体的には、AERAとネット上での記事から引用します。

ここにきて、この「感情労働」があらゆる職種に広がり始めている。『感情労働と看護—人とののかかわりを職業とすることの意味』（2001年、医学書院）などの著書で、看護の現場に感情労働の概念を伝えた武井麻子・日本赤十字看護大教授は、近著『ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか』で看護や介護職、接客業や電話相談業、クレーム処理など、様々な職業で過酷な感情労働が求められている現状を指摘した。大手書店では

ビジネスの書棚にも置かれ、出版元の大和書房には、サービス業や銀行員など、様々な業種の読者から反響が寄せられた。

武井教授はこう語る。「ひと相手の仕事は昔からあったらと、働く側の問題点を指摘する声もありますが、一概にそうではないと考えます。以前は、顧客が常連や顔なじみであることが多く、ある程度の親密さや信頼感がありましたが、今は気質も好みも分からない不特定多数の人を相手にしなければなりません。しかも瞬間芸的なスピードで、感情労働が求められています」

不特定多数に対する、瞬間芸的な感情労働。元電気量販店店員の青木詠一さん（42）が日々、売り場で直面した苦情の嵐は、まさしくそれだった。

10年以上前に買ったテレビが故障し、「欠陥商品だ」と怒鳴り散らす客。保証書を自分が紛失しておきながら、「無料で修理に応じろ」と詰め寄る客。入荷待ち商品の「お客様控え」の渡し方が気に食わなかったと言ってパート店員を罵倒し続ける客。帰省中に買った商品を帰りの新幹線で使おうとして部品が足りないことに気づき、「すぐもってこい」と車内から電話をしてきた若い男性…。

●お客様は神様？

青木さんがクレームの数々をブログにつづったところ反響は大きく、04年、その内容が『それでもお客様は神様ですか？』（大和書房）という一冊の本にまとめられた。こう振り返る。

「異動までの15年ほどを苦情処理に費やしましたが、苦情の質は徐々に変わってきました。来店ではなく、携帯電話やメールなどによる間接的な形が増えたためか言葉が暴走し、陰湿化しています」

感情労働の過酷さの背景に浮かび上がる、消費者サイドの「変貌」。いまもっともその変化が大きく、どんどん、「感情労働化」している職業は、教師だろう。

首都圏の高校教員のケンジさん（47）が数年前まで勤務していた高校は、いわゆる「底辺校」。暴力事件も日常茶飯事で、教師への暴力も珍しくなかった。例えば掃除をさぼっていた男子生徒をケンジさんが呼びとめたところ、生徒はいきなりつかみかかり、「ぶっころされてえのか？」

ケンジさんはとっさに腕を後ろに組み、殴られることを覚悟しながら冷静になるよう説得した。殴られても、あくまでひるまずに冷静に。それが、経験上の「対処策」だ。一方で、問題行動の多い生徒も進級できるよう、学力の問題などについて本人や親に働きかけたが、砂漠に水をまくような作業だった、という。

●「いちゃもん化」社会

大阪大学大学院人間科学研究科の小野田教授は、学校に対する保護者や近隣住民の要求が刻々と「いちゃもん化」する底流にあるものは、現代ニッポンの「コンビニ・ファミレス文化」と考える。

「例えばコンビニでは立ち読みだけして出ていく客にも、店員が『ありがとうございます』と言いますし、ファミレスでは小さな子供が1人で来ても『いらっしゃいませ』『何になさいますか』と声をかける。本来なら『立ち読みやめんかい』『キミ1人で来たらかんで』でしょう。こういう奇怪なコミュニケーションの積み重ねが、消費者サイドに間違っただけの権利意識を植え付けてしまっている」

確かにコンビニやファミリーレストランが社会に定着する以前の「店」と「客」の関係性は、今よりずっと人間的で直接的であり、画一的にマニュアル化されてはいなかった。その分、客の側も緊張感があった。つまり小野田教授の言う「権利意識」とは、何であれ「消費者」は丁寧に扱われることがサービスの最低基準だという、ある種ゆがんだ意識である。

精神科医の和田秀樹氏は、「超消費社会」がキーワードだと指摘する。

「生産が消費に追いつかなかった時代はモノを作った側が強かったけれど、モノがあふれて消費不足が慢性化した今ではサービス合戦しかない。その構図から「お客様」の側にもものすごい甘えが許される環境ができて、月並みなサービスでは満足できない消費者たちがたくさん育っちゃった」

現代の「安全神話」の弊害もある。緩和ケア、そして神経科病棟の現場で看護師長を努めながら、エッセイストとしても活躍する宮子あずさんは、「緩和ケア」や「心のケア」という言葉のもたらす安心感に、違和感を感じてきた。

「緩和ケア病棟で接するご家族の中に、親御さんが末期がんだというのに、『落ち込んでいるので前向きにしてやってください』などと言う方もいます。確かに医療は発達しましたし、緩和ケアも充実しつつあります。それでも、いつの世も病は苦しく、死は恐ろしいものはずなんですが」（以上 AERAより引用）

平成20年2月5日 発行 第52号

社会における人間関係のあり方が、本質的に変わってきています。クレーマー現象などがみられ、誰でもがクレーマーになり得るなどとも言われています。

これをみていくため、引き続いて「感情労働について」の続きを掲載致します。

感情労働について～その3～

以前からそうしたひと相手の仕事は当然存在したわけで、なぜ今になって感情労働がクローズアップされているのでしょうか。あるいは、ひと相手の仕事がそんなにも感情をすり減らすように変質してしまったのでしょうか。

こうした変化がなぜ起こったかを説明するのは簡単ではありません。懐古趣味のひとは昔はいい時代で、人間関係も良好だったと言うかもしれません。消費者サイドの変化も一因かもしれません。自分だけはいいサービスを受けて当たり前だとするゆがんだ意識。

近代化とともに必然的に起こった情報量の増大、社会の流動性の増大によって社会の「アーキテクチャー化」が進んでいるのかもしれません。「アーキテクチャー化」についてWebから引用します。

つまりこのような「感情労働」時代は、社会の「アーキテクチャー化」と関係するだろう。

法は完全なものではなく、それを社会的な規範や、信頼関係で補完されるものでしかありません。そして規範や信頼というのは漠然としてみなこれが当たり前だろうという場の「空気」によって支えられています。

しかし社会的な流動性が高まり、規範や信頼の共有が危うくなる中で、もはやアーキテクチャーに頼るしかない。そして法はみなに共有された絶対に正しい社会正義などではなく、誰かがつくった一つの社会設計（アーキテクチャー）であり、不完全なものであり、いつも古く、改革するべきものであることに自覚的になっているということです。

「社会のアーキテクチャー化」とは、法は正義であると素朴に信じられていたものが懐疑され、設計事項として剥き出しになり、それを知り、うまく活用したものが勝つということです。

なぜ『社会のアーキテクチャー化』が進むのか。

社会の「設計事項」が剥き出しになると、先生と生徒、医者（看護婦）と患者などの、様々な道德、習慣、地域的に支えられていた社会関係が、アーキテクチャーとして剥き出しになります。その設計事項をうまく活用したものが勝ちである、ということ、すなわち学校の先生、医者などは、教育する機械、医療する機械となる。こちらの要望を投げつけ、うまく処理してもらえばよい関係でしかなくなる。

しかし彼らは人間であるとともに、社会がアーキテクチャー化するからなおさら、失われつつある倫理観を過剰に担わされている。

ここに大きなギャップが生じる。社会がアーキテクチャー化する中で、軋轢に「感情労働」は生まれていると言えるだろう。

（以上 Web上の記事より引用）

寒い日が続いておりますが寒さの中にも、桜が蕾をつけています。少し長くなりますが、「感情労働について」の残りの部分を掲載致します。

感情労働について～その4～

本論に戻りますと、そこでは感情労働の担い手（上記挙げた職種）は「失われつつある倫理観を過剰に担わされて」しまいます。規範や道徳、信頼などといったこれまで不文律だったものが、社会の流動性の増大によって失われ、社会関係（たとえば医者—患者関係）が、契約を果たささえすればいい（医者は病気を治ささえすればいい）といった関係にまで退縮しはじめているにもかかわらず、かつてと同様の役割を担わされ、そのギャップが「感情労働」を引き起こしている、という指摘は説得力があります。逆に云えば、かつては、背景にある本質としてのお医者さんの役割を見ていたので、結果が良くとも悪くとも感謝されていた時代がありました。今はこま切れにoutcomeを見ますから、過誤がなくとも、結果が悪ければトラブルとなることがあります。

介護保険においては、介護は時間単位で買うサービスとなりました。30分毎の商品となりますから、貢献という本質は見えにくくなってきています。

医療もDPCもさらにはDRGによって疾病に対する請負業となっていくでしょう。当然、医療としての貢献という全体像は捨象され、outcomeだけが求められていくでしょう。

これまで医療従事者の精神的なケアは全く顧みられてきませんでした。（患者さんや家族に対する精神的ケアも満足のいけるレベルにない病院も多いですが、それはまた別の機会に論じようと思います。）そのため、日本の病院では燃え尽き、鬱、自殺などが多く、離職率が高いという問題がありました。病院というひとの生死に関わる場では、ずっと以前から「感情労働」化が先鋭化していたのです。

「感情労働」という問題に対処するのは簡単ではありません。

方法論の一つとして、何事にもクールに対処し、摩擦や問題はスルーする（そういえば、一時「スルー力」が話題になりました。）というやり方があります。その方向性の延長として業務の「マニュアル化」があります。マニュアルで規定されたところまではサービスしても、それ以上は別の業務（たとえば警察など）に任せるのです。こうした動きは実際に一部の病院で見られます。たとえば、北大病院では患者の暴言に対応するために警察OBが「保安員」として雇われているそうです。（読売新聞2007年6月30日）。「マニュアル化」では先進国のアメリカでは、病院入口にごつい保安員がいるのは当然の光景になっています。

職員の感情をケアするシステムを職場に組み込むのも方法の一つでしょう。医師を含めて、職員に対する感情ケアが重要となってくるでしょう。このことを良く理解するのが、我々精神科医の役割でもあります。

教育の重要性も論をまたないでしょう。対応が難しい患者さんや状況（たとえば告知をどうするか、患者さんと家族の間で方針が食い違ってきたらどうするかなど）への対処法、自分の感情のマネジメントの仕方など教育によってすべてを教えるのは無理ですが、基本的な考え方を教えることはできます。

現在、医療界では病院の淘汰が進んでいます。それは医療従事者を十分に確保できない魅力の欠如から起こることもあれば、経済的な理由から起こることもあります。病院間、さらには診療科間の格差は広がりつつあります。医療従事者の「感情労働」問題をケアできない病院はこれから淘汰される可能性が高い、と言えるのではないのでしょうか。

各職員の能力、意欲、態度には大きなバラツキがあります。このバラツキを少なくして標準化していく努力をしています。接遇についても、たまたま一人の職員の態度が良ければ病院全体に好印象を持たれますし、たまたま、悪い一人に出会うと病院全体が悪い病院のように受け取られてしまいます。

これについて日経ビジネス2008.5.19号にユニークな文章が載っていたので、引用します。

帝国ホテルに対するお客様の評価は、「さすが帝国ホテル」というお褒めの言葉と、「帝国ホテルともあろうものが」という叱責の言葉の両極端に分かれます。中間の評価はありません。

そして、この評価を決めるのは従業員のサービスの質です。お客様が帝国ホテルに求めるサービスのレベルが高いだけに、従業員の些細なミスが即、クレームにつながってしまうのです。

「 $100 - 1 = 0$ 」。これは帝国ホテルのサービスの教訓としている“算式”です。ホテルのサービスは、様々なセクションの従業員によるサービスがつながって成り立っています。その途中で1人の従業員がお客様の気分を害するようなことがあれば、サービスの連環は断ち切れ、ホテル全体の評価が地に落ちてしまいます。

$100 - 1$ は99ではなくて0。100年以上かけて築き上げてきたブランド価値も、たった10秒で失われてしまうことがある。「どんな大きな組織も一人ひとりの人間の力で支えられている」。こうした考えに至ったのは、波乱に富んだ人生の中で、人の持つ力を心から信じてきたからでしょう。(帝国ホテル会長 藤居 寛 談)

「うつくし松」

アカマツの希少種、多葉松の一種。一株から多くの枝を伸ばす末広りの樹形が特徴（天然記念物）柳のような葉を持つ美しい松でした。

昭和47年・当院の敷地が、日本道路公団広島岩国道路の建設予定地になり、幾多の代替地を検討いたしました。廿日市町地御前における代替候補地では、精神疾患とその障害に対する偏見から移転反対運動を受けるなど艱難辛苦が続きました。日本道路公団との交渉を積み重ね、本社預かりとなりました。当時の本社預かりは、東京湾横断道路と当院でした。更に交渉の末、平成元年・現在地に移転致しました。

日本道路公団・宮繁護総裁（当時）より、移転に伴う労苦への陳謝が公式になされ、当院理事長の誠意への感謝の印として、天然記念物「うつくし松」が贈呈されました。

以来、大切に育てておりましたが、松喰い虫のため枯死致しました。

これを末永く記念するため、東京藝術大学・田中一幸教授と研究室チームによる創作により姿を変え、オブジェ「風の牧」として蘇りましたので、別館1階のホールに陳列しております。

背景には、既に枯れた状態ですが、在りし日の姿をとどめる、写真家・馬場祥光氏の作品を飾っております。

食品の安全が問題となっています。偽装疑惑から、有害物質の混入疑惑へと発展しています。有機リン酸

系農薬であるメタミドホスが高濃度に検出されたことが騒がれていましたが、今度はメラミンを混入したミルクが問題となっています。これは、塗料や接着剤に使われているものだそうです。このような問題はまだまだ冰山の一角が現れたような気がします。

1960年代末に、ある雑誌に小麦を船倉から積みおろしている写真が載っていました。このように安い小麦が大量に入ってしまったら将来の日本の食糧はどうなるだろうかという警鐘を鳴らす記事であったように思いました。安い輸入食品が目前にあれば、消費者はどうしてもそれを買ってしまいますから、その食糧を生産している国内業者は淘汰されてしまいます。その結果、益々輸入品が増えるという循環が成立します。

ある意味において、現在の状況は国民の選択の結果とも言えますが、生活の根幹である農業の保護はこの国においても課題となっているそうです。

当院においては、汚染された食品が入らないよう栄養士が納入業者に点検をしています。加工食品については、原産地の表示義務などありませんから万全ではありませんが、安全な食事をして頂くよう努力をして参ります。

平成21年1月6日 発行 第63号

新年明けましておめでとうございます。

本年は、昨年来の金融危機が実体経済に本格的に影響を及ぼし、大不況の到来が予想されています。すでに、リストラ・派遣労働者の雇い止め・賃金カットなどが報道されています。古来より、人類は戦争や不況の中を生き抜いてきたのですから、何とか凌いで生きていくことができると思います。

このような状況では、お金の価値が高くなります。入院・通院・入所・通所されている方々は、自己負担分を払われています。この自己負担分を割高と感ぜられないように、むしろ相当した、あるいはそれ以上の価値があると感ぜて頂けるような、医療・看護・介護・リハビリ・福祉サービスを職員一同は提供するよう努力して参ります。

本年もどうぞ宜しくお願い申し上げます。

平成21年2月6日 発行 第64号

除夜の鐘トランプ暫し中断す
正月や子孫曾孫集い来し
ろう梅や卒寿の我をはげませる

ゆうゆデイケアにおいて、通所の方が作られた俳句です。各々にご家庭の雰囲気や人生航路の軌跡が垣間みられるようです。

以前紹介しました一句：

争ひし亡き夫恋し春の雨

葛藤や争いもあつたけれど、またあつたがゆえに深かつた夫婦の愛情とそれへの懐かしさのにじみ出た、素晴らしい句と思ひました。

通所の皆様とお話ししていると、各々の方が老化による問題を抱えておられ、それによって要介護認定を

受けておられるけれども、それを受容しながら、今の生活や過去の出来事をデイケアにおいて、しみじみ味わっておられることがわかります。皆様とお話して、若い頃、その時に気づかなかったことの意味に気づき、味わうことができるのが老年期なのだと感じています。

平成21年 3月 6日 発行 第65号

経済危機が続いていますが、経済評論家のリチャード・クーはこれを「今回の経済危機は、資産価格の急落を受けた民間がバランスシートの修復のために債務の最小化に走ることで発生するバランスシート不況であり、そのような状態を放置すると、貯蓄や借金返済をする人はいるのにそれを借りて使う人がいなくなり、総需要が減少する」と定義しています。不安な方が多いと思いますので、「力強く日本を再生する会」（自民党本部）における彼の資料を少し紹介します。

〈バランスシート不況の特徴〉

- ・資産価格のバブルが弾けると、借金が資産を上回り、債務超過のバランスシートを持つ民間部門が数多く生まれ、バランスシート不況が発生する。
- ・民間部門は、バランスシートを修復するために、利益の最大化から債務の最小化へと行動の優先順位を変える。
- ・民間がレバレッジの圧縮を始めると、借り手不足のために、たとえ金利がゼロになっても、新たに生まれた貯蓄と返済された借金が銀行システムに入ったまま出られなくなる。すると、これら貯蓄分と借金返済分の合計が、経済の所得循環から漏れ出ることになる。
- ・このような所得循環の漏出が引き起こすデフレギャップは、経済を縮小均衡へと追い込み、それは民間が新たな貯蓄が出来なくなるほどに困窮するまで続く（これを恐慌という）。
- ・この種の不況においては、民間のバランスシート修復が終わるまで、経済が自律的成長過程に戻ることはない。

平成21年 4月10日 発行 第66号

散るさくら一ひらごとの暈し染

八染 藍子

桜の花が咲き、みるみるうちに花びらが舞ながら散っていく四月となりました。天気も不安定で、暖かかったり寒かったり、春一番といわれる強風が吹いたりしています。正月があけるとすぐに春になってうつろいやすい季節の中に、時の早さを感じます。

本年も新卒新入社員を迎えました。見通しの立たない困難な時代ですが、彼等の若さの中に時代を生き抜くパワーを感じます。医療福祉の現場において貢献できるように育てる初期教育の重要さを感じております。

平成21年 5月13日 発行 第67号

風が薫り、新緑が映える美しい5月となりました。病院、ゆうゆのみはらし庭園・さつき広場・さくら坂においては、藤の花棚・さつき・アメリカ花水木・バラ・小バラ・八重桜、その他の花々などが咲き乱れて

います。

本年もいくつかの病棟において、ノロウイルスの発生がみられましたが、大規模な集団発生には至りませんでした。これは偏に、職員の努力と研鑽のたまものと思います。シーズン始めから、予防的に消毒体制を施行していたこと、発生時のマニュアルを全職員に徹底していたことなどにより、拡大を最小限に防ぐことができたと思います。

いずれの例においても、初発例は共通点がありました。頻回に家族の面会がある方が、面会時に寿司を含むものを食べていた例、外泊から帰院して発症した例、外出時に外食していた例などでした。職員にも陽性の例がありましたが、カキ鍋などを食べていました。

これに気づいてからは、二枚貝などの貝の生ものを食べないように気をつけて頂くチラシを作成し、注意を喚起しました。

ノロウイルスは通年的に発生がみられるそうですから、今後もチラシを渡して、発生予防に努めて参りましょう。

平成21年 6月 9日 発行 第68号

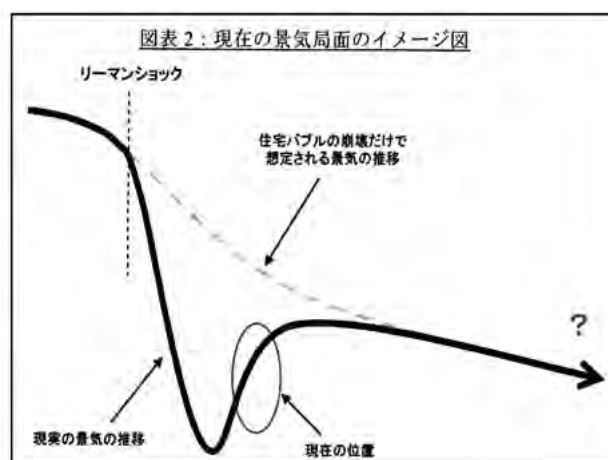
最近になり、株式相場の上昇が囿したてられ、経済危機が遠のいたかのような論調が新聞などのマスコミで目立ちます。

リチャード・クーのレポートの図表1の右端の部分がリーマンショックを表していますが、これは、リーマンを破綻させたアメリカ政府の政策ミスによるものでした。

その後の巨額の資金を使った対策によって、本来落ち込まなくてすんだ部分が回復しつつあるのが図表2にみられる現在であり、まだ不況が続いており、これから、ヨーロッパで本格化する金融危機を考えれば、予断を許しません。

GMが破産し、国有化されることが報道されています。これも決着であるようには思えません。

大変な時代が続きますが、私たちは自分のやるべきことを粛々と努力していき、少しでも翻弄されないようにしたいものです。



平成21年 7月13日 発行 第69号

病院機能評価の更新審査を12月に受審することになりました。各部門において、マニュアルの整備・見直し・自己評価などに取り組んでいます。今回はVer. 4で認定されました。今回のVer. 6はVer. 5から小項目が整理統合され、3割減となっています。

大きく変わったのは第2領域で、名称が「患者の権利と安全の確保の体制」から「患者の権利と医療の質及び安全の確保」に変わりました。又、第4領域において「体制の整備」「機能の発揮」「質の改善」という視点から評価項目が整備されました。

これに合わせて、輸血・生物製剤などのマニュアルや管理、医療機器の管理、診療録についての基準や管理、指示出しから実施確認までの正確化、画像及びよりコメディカルが参加したカンファレンス、患者様・ご家族の要望を取り入れた看護計画などに取り組んできました。

病院機能評価受審は、病院運営の質の改善運動ですから、各部門が全員で議論しながら取り組んでいきましょう。

平成21年 8月 7日 発行 第70号

8月になり、やっと梅雨があけました。今年は、局地的な集中豪雨が続き、北九州や山口県、広島県などにおいて、甚大な被害がみられました。防府市の特別養護老人ホームに入所中の方々が土石流のために亡くられるなど、痛ましい事故が続きました。

地球温暖化による変化の一つは、気候の変化が激しくなる事だそうです。集中豪雨や干ばつ、台風やハリケーンの大型化、豪雪などがこれまでの常識をくつがえして予想外にひどくなるそうです。

麻生政権が衆議院を解散し、8月30日、衆議院選挙となりました。内閣支持率が最も低下した中での選挙となっています。

本降りになって出ていく雨宿り

〈川柳〉

平成21年12月 9日 発行 第74号

第7回知仁会学会が11月25日、メープルホールにおいて開催されました。各部署が日常業務の中に課題を見出して、改善のために研究する考え方や態度が次第に定着してきているように思われました。これらの研究を通して、問題解決能力や意欲も向上してきています。

今年は病院機能評価Ver. 6の受審準備の為に、各部署が忙しく、応募題数は例年より少なくなりましたが、介護部門の演題数が増えています。いずれも介護の立場から、患者様のQOL向上の為に工夫した素晴らしい研究でした。

介護は最も患者様の身近にあり、看護とは又違った軸があり、看護学と同様に介護学が求められていると思います。全職員が努力・協力して、より一層医療と支援の質の向上を目指して参りましょう。

平成22年 1月 8日 発行 第75号

あけましておめでとうございます。本年もどうぞ宜しくお願い致します。

平成22年となり、「平成」と年号が変わってからすでに21年が経過した時間の早さに感慨を覚えます。

日本経済は「失われた10年」といわれていましたが、昨年のリーマンショックにより、さらに世界的な不況の中に投げ出されました。すでに大恐慌が始まっているという説もあります。昨年は政権交代がありましたが、日米関係を始めとした外交、効果に疑問のもたれるバラまき政策による水ぶくれの政府予算と国家財政の巨大赤字、不景気の2番底の予測など、一気に不安定で不安をかきたてる情勢となっています。

平成21年11月、参議院内閣委員会において、菅副総理が「日本国憲法には、三権分立という言葉はありません」と三権分立を否定し、さらに国の行政組織は法に基づいて設置されるという法治主義を否定しました。

子供の頃から、日本は憲法による三権分立と国民主権が国是であると理解していましたから、ショックを受けました。これから独裁的な国に日本がなっていくのではないかと危惧しています。太平洋戦争中の新聞や昨年のマスコミ論調などを読み返してみると、新聞などのマスコミが国民を戦争や政権交代にあおっていたことがよく理解されます。「エコノミスト」という外国雑誌は、急激に日本の衰退が始まったという特集号を組みました。

このような状況がありますが、私達の使命は、病気や障害をお持ちの方々に貢献していくことにありますから、粛々と日常の業務を改善意識と目標意識をもって、職員一同努力して参ります。本年もよろしくお願い申し上げます。

平成22年 3月15日 発行 第77号

平成22年 4月からの診療報酬改定が発表されました。当初、民主党は診療報酬の20%アップを主張していました。医療費の大幅なアップのためには負担と給付のあり方、税と保険料と自己負担の関係など根本的な見直しが必要です。必要財源の確保や保険料率はどれくらいまでが可能かなど重大問題の議論なしに謳われていましたから、診療報酬大幅アップは最初から画に描いた餅でした。10年ぶりに小幅アップになったと報道されていますが数字のからくりがあり、アップになっていないという説もあります。急性期は手厚く評価されましたが慢性期は削減されています。どのような疾患であれ、全症例が急性期において十分に軽快・治癒し地域医療へと引き継がれるものではありません。遷延化・重症化する症例は必ずあり、慢性期医療は後急性期治療（Post Acute Therapy）として重要です。充実した慢性期医療へと改善し診療報酬削減にみられるような慢性期医療への軽視に抗していく必要があります。

平成22年 6月10日 発行 第80号

第106回日本精神神経学会学術総会が5月20日～5月22日、広島国際会議場・アステールプラザで開催されました。山脇成人広島大学精神神経医学教授が会長として主催され、私が福会長を務めさせて頂き、6千人を超える参加者がありました。

第1日目は「精神医学の未来を切り開く大学院教育はこれでよいのか！」というタイトルのシンポジウムをコーディネートし、笠井東大精神科教授と一緒に座長を致しました。笠井教授には私の考えをよく理解して頂いて、よく協力をして頂きました。日本における学術研究が地盤沈下を起こしているのではないかと、日本発の臨床研究論文が減少しつつありこのままでは衰退してしまうのではないかとという危機感から企画しました。言うまでもなく学術研究の将来を担うのは大学院教育です。しかしながら高等教育への公財政支出はOECD諸国28ヶ国中最低であり、OECD諸国平均はGDPの1%ですが、日本は0.5%しかかけていません。しかし予算も人員も不足していることを嘆くだけでは改善の方向性はみえず事態は悪化をたどるばかりです。まず現場から、とくにこのような学会の場から改革のための議論を行い、それを社会に向けて発信していくことが重要だと思い、今回は外国で大学院教育を受けられた先生方をはじめ、多様なバックグラウンドをお

持ちの先生方に議論と提言を頂きました。

最近になり事態は益々悪化しています。昨年の行政刷新会議の事業仕分けで若手研究者育成資金が縮減と判定されたことを受け、東京大学の学生が昨年12月に理系研究者を志望する東大の学生にアンケートを実施したところ、縮減が実施された場合、8割超が研究者になることをあきらめるか、海外にいくなど進路に影響があると回答しました。

国立大学付属病院長会議は4月28日に、「国立大学病院の教育・研究・診療機能を危うくする財政的仕組みの廃止を憂慮」と題する緊急声明を発表しました。これは、同日実施された事業仕分け第2弾において、国立大学病院の施設設備と大型機器の資金調達を代行してきた「国立大学財務・経営センター」の主要業務をすべて廃止とする結論に対して出されています。

声明では、国立大学病院の教育・研究機関としての存在意義と、診療報酬では賄いきれないために生じる不採算性に触れ、民間病院との違いを強調。財政困難の原因は、教育研究機関に交付される病院運営費交付金の大幅な減額と、国から国立大学法人に引き継がれた病院再開費用の返済負担が大きいことにあると主張しています。この経営難を改善するために「国立大学財務・経営センター」が設立されたはずであるとしています。

このように学術研究、大学院教育を取り巻く環境が悪化しているからこそ現場からの議論が必要であると思われま。望ましい在り方のビジョンを作り、そのためには予算がどれくらい必要であるかというところまで議論するべきであると思います。大学における教育研究は医学医療の貴重な火種です。又、科学技術の上に医学医療はもちろんのこと、産業があり、産業活動によって雇用や利潤が生まれ、国民生活の豊かさへとつながります。科学技術立国ですから、科学技術をおろそかにすることは、日本の未来を壊していくことです。

民主主義社会は声を挙げなければ駄目です。日本の将来を考えて声を大にして主張していくことが大切です。

平成22年 8月 8日 発行 第82号

7月20日に、当院において井門先生をセンター長として、広島県西部認知症疾患医療センターが開設されました。

認知症の入院加療については、その残留率の高さが問題とされています。フロイトが人間関係の本質を「凍える夜の山嵐の原理」と表現したように、人間関係は愛憎のアンビバレンツから成り立っています。健康なときはこのアンビバレンツのバランスがとれています。認知症などの障害が発症すればこのバランスが崩れ、在宅において家族の拒否的感情が育ち、そのストレスからBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 認知症の精神症状と問題行動)が増悪することは、統合失調症にみられるhighEE (Emotional Expression)の問題と同様です。BPSDによる家族の負担と苦労は極めて大きいものがあります。家庭は安らぎと憩いの場ですが、同時に葛藤と対立が最も根深いのが家庭の本質です。入院によりいったん家庭から離れ、ストレスから遠ざかりスタッフの受容やリハビリがあれば、少量の薬剤やあるいはほとんど薬剤を使用しなくてもBPSDが改善されることが多くみられます。

ほとんどの家族は認知症のBPSDに対して一生懸命に介護し、困惑し、疲労困憊し、拒否的感情が大きく育ってから、入院の為に患者様と来院されます。BPSDが改善しても在宅に受け入れていただけないと入院時に推察できる患者様が多く見られ、また、その推察どおりになることが多く経験されます。認知症においては早期診断と同時に、家族関係を考慮して、在宅ケアがよいのか、早期入院がよいのかトリアージュする体制が必要です。家族の拒否的感情が大きく育つ前に早期入院、早期治療、早期リハビリへとつなげることが、家族の良好な受け入れとなり、早期入院によって早期退院が可能となります。認知症に対する早期治療がコストを引き下げる可能性があることが指摘されており、早期入院による入院期間の短縮は、心理的影響

のみならず、経済的にも家族負担の軽減に大きな効果があると思われます。BPSD増悪時のみ早期入退院を繰り返すことにより、入院期間全体の合計は短縮されQOLも比較的維持されるでしょう。

認知症疾患医療センターが、認知症の早期のトリアージュに役立ち、認知症の方々とご家族に対して、より一層貢献するよう努力して行きたいと思えます。

平成22年10月5日 発行 第84号

本年9月、広島県精神医療審査会委員を卒業しました。

これは、委員の任期が最大10年と規定されているためです。後半の6年間は会長を務めさせて頂き、第1合議体長をしておりました。

精神医療審査会は、精神科患者様の人権の担保をする機関ですから、人権擁護の為に適切か否かという見地から、色々の判断をしてきました。退院請求の為に意見聴取も随分たくさん行ないました。合議体の審査委員は医療側・法律側・有職者側の5人からなっていますが、審査委員の為に意見聴取マニュアルも作成致しました。

卒業はしましたが、重要な機関ですから、後進の育成も含め、微力ですができるだけの協力を惜しまないつもりでおります。

平成23年2月14日 発行 第88号

昨年は新型インフルエンザ流行のため、職員、来訪者全員にマスク着用、手指消毒を厳重に協力していただき、一例もインフルエンザ発生がみられませんでした。本年も同じ事をお願いして行っており、これまで一例も発生がみられていませんでした。

最近になり、本館における受付を通さず、胸に受付バッジをつけず、マスク着用をしていない見舞い客を時々見かけていたので気になっていました。特に頻回に見舞いに来られるご家族の方は本館での受付が面倒なのではないかと心配していました。

油断大敵、てきめん新館3階においてインフルエンザが一例発生しました。これが拡大しないように努力するのはもちろんですが、来訪者は必ず本館受付において登録の上、マスク着用、手指消毒を厳重にお願いすることが重要です。

ノロウイルスについてもこれまでのところ発生がみられていません。外出・外泊時の注意書きを渡してこれまで以上に食物について厳重に守っていただくことが大切です。ノロウイルスの感染による嘔吐に対する訓練を各部署において2階ずつ行ってきました。もしこのようなことがあったときには誰もが迅速に対応して院内感染が広がらないように準備していきますので、宜しくお願い致します。

平成23年3月14日 発行 第89号

昨年7月、認知症疾患医療センターを開設してから約8ヶ月が経ち、無事に最初の事業年度を終えることができました。井門センター長以下、スタッフの努力により、最初は手探りでしたが、次第に軌道に乗り、地域の認知症の方々への貢献が大きくなっているように思われます。この間に212件の相談を受け付け、120

名の新規患者様を鑑別診断しています。研修会への参加や開催、連絡協議会への参加など多くの実績をあげています。

このセンター事業を経験しての井門センター長の意見が非常に重要と思われるので、以下に掲載します。

①センター事業を通しての気付き

- ・認知症と思っていたら、脳腫瘍や大きな脳出血だったケースが…。
以前と様子が違ってきたという時は、ぜひ早めに頭部CT検査をお願い致します。
- ・レビー小体型認知症は実はかなり多い認知症です。
病気の特徴で、様々な薬剤の副作用が出やすく、状態が急に増悪することが多いので注意が必要です。
- ・前頭側頭型認知症では、物忘れなどがほとんど見られず、認知症の診断の難しいことがあります。

②よりよい認知症診療のために

- ・薬剤性の認知障害に注意が必要です。
H2 ブロッカー、咳止め、抗ヒスタミン剤、頻尿治療薬、等多数。
- ・必要な場合は早期入院し、早期治療、早期退院のサイクルへ。
向精神薬などは多くの場合、かなり減少できます。
家族が疲弊しきる前に入院し、退院しやすい（受け入れてくれる）家庭環境を保つことが大事です。
- ・パーソン・センタード・ケアの視点
その人に合ったケアを！
その人の病気を理解する！
家族への支援で家族に笑顔を！

平成23年 4月 8日 発行 第90号

東北関東大震災でお亡くなりになられた方々と、深い悲しみの中にある方々に心からお悔やみ申し上げます。

病院団体を始めとする多くの団体や個人が競うように支援されていることに日本人の素晴らしさを改めて感じました。

東北関東地方の方々が悲しみと労苦を乗り越えて復興されることを心から祈念しております。

平成23年 5月 9日 発行 第91号

本年も4月になり、新卒・新入社員を迎える季節になりました。入社するという事は、組織に属するという事ですが、当院の会計顧問の（株）東京ファイナンシャルプランナーズの山田会長がこれについて興味ある指摘をしておられるので引用します。

会社とかの組織とそこで働く社員とは組織が個（社員）を搾取する関係にあるから利害が対立する、とする考え方があり、ほとんどの日本人がそう思いこんでいますけど、しかしこれはある特定のイデオロギーの影響の残った間違い思考だと思います。

戦後60年以上も平和で経済は右肩上がりが続いたからでしょう、日本人は国家依存症、会社依存症、学校依存症、親依存症と自分以外の他に依存する傾向の人が多くなってしまったと大分以前に書いたことがあります。これらのうちの会社依存症のケースは実は、個が会社に依存し、上述したのとは逆に結果として、個が会社を搾取している関係になりがち、いや個が組織を搾取しているケースと言えます。このことにつきわ

ざわざ具体例を示す必要は無いでしょう。この点からも分かるように、組織は個を搾取する、とする考え方は一方的であり、絶対的に正しいということではありません。と言うより、間違い思考である、と言って良いと思います。

トナカイですら集団組織となることで危険な外敵と戦い、自分達の存続を図ります。

狼ですら集団として組織を形成し、組織のルールを決め、守り、自分達を守ります。一匹狼という言葉がありますけど、あれは集団から排除された狼に過ぎません。

ましてや人間は大昔から集団を形成し、ルールを決め、守り、外敵から自分達を守って生きてきました。即ち集団組織は我々人間が生んだ人間の為の知恵の産物であり、個と組織とは反発し合う存在ではありませんでした。

しかし正しい組織の活用をしませんとその組織は長く栄えることはありませんし、必ずいつの日か消滅します（どこかの国もそういう命運を辿りましたし…）。そしてそこに至る過程及び結果のいずれにおいても、その構成員たる個はひどく傷ついたり苦勞することになります。でありますから、組織と個が反発する関係が生じたら、智恵を出し合い、時には譲り合って、その両立を目指し調整すればよいのです。その結果両者の目標を一体化することすらできます。

故に本来的には個と組織は、人間と、人間にとっての手段、という関係にあるものと捉えるのが正しいと思います。そしてそれらが対立してしまい両立できないとすれば組織を活用する人間に問題がある、その場合に問題となる人間とは、その組織のリーダーのこともあれば構成員たる個や複数以上の個であることもある、と考えるのが正しいと思います。

個と組織は元々お互いに良い関係を構築できるはずです。私達の組織はそれを目指し、個と組織の両方の幸せを追い求め、ひいては個と組織と社会全体の幸せを追い求め続けます。

平成23年 6月 8日 発行 第92号

政権交代後、日本はどんどん崩れていっています。鳩山政権の迷走による普天間問題を象徴とする外交防衛のほころび、バラまき政策の羅列と増税の否定の矛盾等にみられる無責任による財政の悪化を始めとした内外の多岐にわたる国力の低下がみられます。

国家の基本的責務は国民の生命と財産の保護です。菅政権にいたっては、東日本震災、原発問題に対してパフォーマンスに終始して国家としてなすべきことの遂行が極めて不十分です。

今回の内閣不信任案の騒ぎをみていると、余りにも菅首相の浅薄で浅ましい権力への執着がみられ、国民に対する責任感がなく、その人格が疑われました。現在は国内の危機はいうに及ばず、中国の尖閣諸島上陸への準備、ガス田開発の強化を始めとした軍事的海洋進出、韓国による竹島占領強化のための軍事基地、民生用施設の増設、北方領土に対するロシアの占領強化のための政府高官の訪問、アメリカによるTPP導入の企図等内外にわたり、国家的危機の段階に突入しています。目先のバラまきに惑わされず、日本がどう生きのびられるか考えていくことが必要と思われまます。

平成23年 7月11日 発行 第93号

東日本大震災に対する救援支援活動においては、自衛隊、警察、消防隊の献身的な活躍が光っています。自衛隊では入隊時に、全員が以下の宣誓を行って署名、捺印をするそうです。

宣誓

私は、我が国の平和と独立を守る自衛隊の使命を自覚し、日本国憲法及び法令を遵守し、一致団結、厳正な規律を保持し、常に徳操を養い、人格を尊重し、心身を鍛え、技能を磨き、政治的活動に関与せず、強い責任感をもって専心職務の遂行に当たり、事に臨んでは危険を顧みず、身をもって責務の完遂に務め、もつて国民の負託にこたえることを誓います。

(自衛隊法施行規則第39条)

自衛隊には、領土の保全、国民の生命と財産の保護の為に生命をかけて戦っていただくのですから、正當に評価をして、感謝しなければならないと思われま

平成23年 8 月 8 日 発行 第94号

今回の東日本大震災は、以下に引用するように、地球に影響を及ぼす大災害だったそうです。地軸がずれて、地球の自転速度が変わったと読んで驚きました。この様な大災害に被災地の方々が耐えておられて、又、他地域の国民も支援に努力している事に希望が見出されると思います。

「今度の東北地方太平洋沖地震は、地中のエネルギーの放出量（マグニチュード、以下M）では人類史的に大きなものだった。

気象庁によれば、M9.0。これは1960年のチリ地震のM9.5、1964年のアラスカのM9.2、2004年のインドネシア・スマトラ沖のM9.1に続く 4 番目の大地震ということになる。

これぐらい大きな地震だと、普段の地震では聞かないような話を科学者たちから聞く。イタリアの地球物理学・火山国立研究所によれば、この地震で地軸が10センチずれてしまったという。地軸は北極と南極を結ぶ線で、それを軸に地球は自転している。NASAのジェット推進研究所の科学者リチャード・グロス氏の計算では、地球の質量的なバランス軸である形状軸のズレは17センチだという。イメージがわからないがただごとでないのは分かる。これにともない、地球の自転速度が加速し、1日の長さは100万分の1.8秒短くなった。また、アメリカ地質研究所によれば日本列島全体が東へ8フィート（243センチ）移動したのだそうだ。」

(潮田 道夫)

平成23年 9 月 7 日 発行 第95号

「敬老の日おめでとうございます」

長寿をお迎えになった方々に心からお祝い申し上げます。

超高齢社会、高齢化問題などといわれておりますが、これは偏りに国民が真面目に努力して働いて経済が成長し、栄養水準、生活水準が向上し、医療や福祉を利用しやすくなったことによりますが、大変おめでたいことだと思います。ご承知のように長寿祝い（数え年）には以下があります。

古稀祝い：70歳の祝い。杜甫の詩の中の「人生七十古来稀也」にちなんでいます。

喜寿祝い：77歳の祝い。「喜」を崩すと「七十七」と読めるところからだそうです。

傘寿祝い：80歳の祝い。「傘」を崩すと「八十」と見えるからだそうです。

米寿祝い：88歳の祝い。「米」を崩すと「八十八」に見えるからだそうです。

白寿祝い：99歳の祝い。「百」から一をひくと「白」になるからだそうです。

これ以上は下記があります。

- ・「上寿」…100歳の祝い。「御百寿」「御紀寿」「百賀の祝」とも言います。
- ・「仙寿」…100歳以上の祝い。
- ・「茶寿」…108歳の祝い。
- ・「皇寿」…111歳の祝い。
- ・「椿寿」…110歳以上の祝い。
- ・「大還暦」…120歳の祝い。

まだ皇寿、椿寿、大還暦の方々にはお目にかかったことがありません。益々ご長寿を保たれて上記のお祝いにお目にかかれますように祈念いたします。

平成23年10月11日 発行 第96号

自殺率が低下したイギリスの精神医療を週刊朝日9月9日号が紹介しています。これによると、地域医療に対して「早期介入チーム」が150チーム、「危機解決・家庭治療チーム」が350チーム、「積極的訪問治療チーム」が250チームほど配置されているそうです。このために、労働党のブレア政権は精神保健サービスの予算を7800億円から1兆1千億円に増額したそうです。精神疾患はガン、循環器疾患とともに社会的損失の大きい3大疾患と位置づけられるためだそうです。

日本においても、精神疾患患者数は323万人におよび、自殺者の約9割が何らかの精神疾患罹患者であり、自殺による死亡数も3.1万人で糖尿病による死亡数の約2倍になっていることなどから、医療計画に記載すべき疾患である4疾病（ガン、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療）に精神疾患を追加して5疾病5事業となりました。

又、障害者制度改革においては、地域移行の議論が進んでいます。しかしながら、精神科医療の質の向上、地域生活中心の障害者福祉のためには、綿密な制度設計と十分なマンパワーと財源が必要です。病床削減すれば、そのマンパワーと財源が出てくるような意味のことを厚労省が考えているようですが、これは民主党がマニフェストで予算の無駄を見つけて20兆円をひねり出すといったと同じ類の与太話です。医療費と社会保障費の削減のために地域生活中心を主張するのはいかがわしく、アメリカやドイツにおいてみられたように、かえって障害者にひどい状況をもたらすでしょう。医療と福祉の充実のためには一人一人が主張し、声をあげていく必要を感じています。

平成23年11月11日 発行 第97号

TPP問題が世情を賑わせています。賛成、反対の意見が侃侃諤諤交わされています。しかし、これについての正確な情報は出されておらず、国会に対しても未だ提出されていません。民主党内でさえ情報提供されていないと不満が出ています。民主党の普天間問題における失敗を補うための人身御供として仕立て上げられようとしています。日本人は正確な情報に基づいて議論するのではなく、情緒的判断に左右されやすいので、重要な局面において間違えやすい傾向があります。太平洋戦争についても、60年安保改定騒動についても同様です。アメリカは日露戦争の翌年にはオレンジ計画を立て、日本が知らないだけで着々と日本を戦争へと追い込んで行きました。（アメリカの鏡：日本）日本はその都度の局面の情勢に流されて戦略性がなく、戦争へと誘導されていったのです。さらに、60年安保騒動はあれだけ大規模な反対運動であったのに、その指導者たちは安保改定の中身をほとんど知らなかったという調査結果が発表されています。今回のTPP問題も

その中身が詳しく知らされないまま右往左往しているところに危なっかしさを感じます。

平成23年12月13日 発行 第98号

多事多難であった2011年も師走となりました。

今年は1000年に1度の東北大震災が最も大きな国難でした。しかしながら、東北地方の方々がこの苦難に耐えられ、又、自衛隊、消防、警察などの献身的な救助活動は目を見張るものがありました。

同時に菅内閣、東電の無責任は目にあまるものがありました。事前にシミュレーションにより大地震による10m以上の津波が予想されており、これに対する防潮堤が考えられていたのに、東電内部で握りつぶされていたという報道に驚きました。

中国海軍の膨張と太平洋海域への拡大進出、竹島問題、北方領土などの領土問題、TPP問題などに対する対応をみると、国を愛さない政治家と与党による日本の衰退が益々顕著となってきています。世界的にもEUの経済危機、アラブの春、イラク・アフガニスタンの情勢悪化、イランの核開発問題など激動期にあります。

いずれ、このような情勢が形を変えて医療にも大きな波となって押し寄せてくるでしょうが、私たちは、一致協力をしてこれからの困難な時代を乗り越えていきましょう。

平成24年3月8日 発行 第101号

今年は例年よりも寒さが厳しく、北陸・北海道地方では大雪が続きました。3月は弥生といいますが、草木が芽吹く月という意味だそうです。3月に入ると寒さも少しずつ弛み始め、春の訪れを予感させるものがあります。

昨年の東北大震災から1年が経ちました。犠牲になられた方々のご家族の痛みはなかなか癒えることがないものとお察し申し上げます。

世界銀行の試算によると、この経済損失は約19兆円にのぼるそうです。これに原発事故による損害を加えると更に膨大になりそうです。インフラが破壊されたことによる産業への打撃は大きく、失業者数も膨大な数にのぼっているそうです。日本人は古来より天変地異に耐えてきており、東北以外の国民も協力してこの苦難を乗り越えていけるものと確信しております。

平成24年5月16日 発行 第103号

別表のような「戦後の経済成長率の推移」の表を目にしました。この表のように戦後は高度経済成長期、安定成長期、低成長期とあり、近年は経済が収縮するマイナス成長がみられています。マイナス成長とは、言うまでもなく、生活水準の低下を表しています。

日本の戦後においてみられたような高度成長は、極めて例外的であり、もう二度とみられないと考えられています。日本はすでに1000兆円を超える世界一の借金大国となっており、少子・高齢化、すなわち、生産人口の減少と社会保障費の増大により高度成長になることはまずあり得ません。

事業においては、借金すれば投資をして利益をあげることにより利息と元本を返済します。生産性を向上して利益をあげるという思想性のない国債は、その利息と事務費用と元本をさらに国債を発行することで償還するため、雪だるまのようにふくれあがっていく本質をもっています。さらに、増税によって民間から資

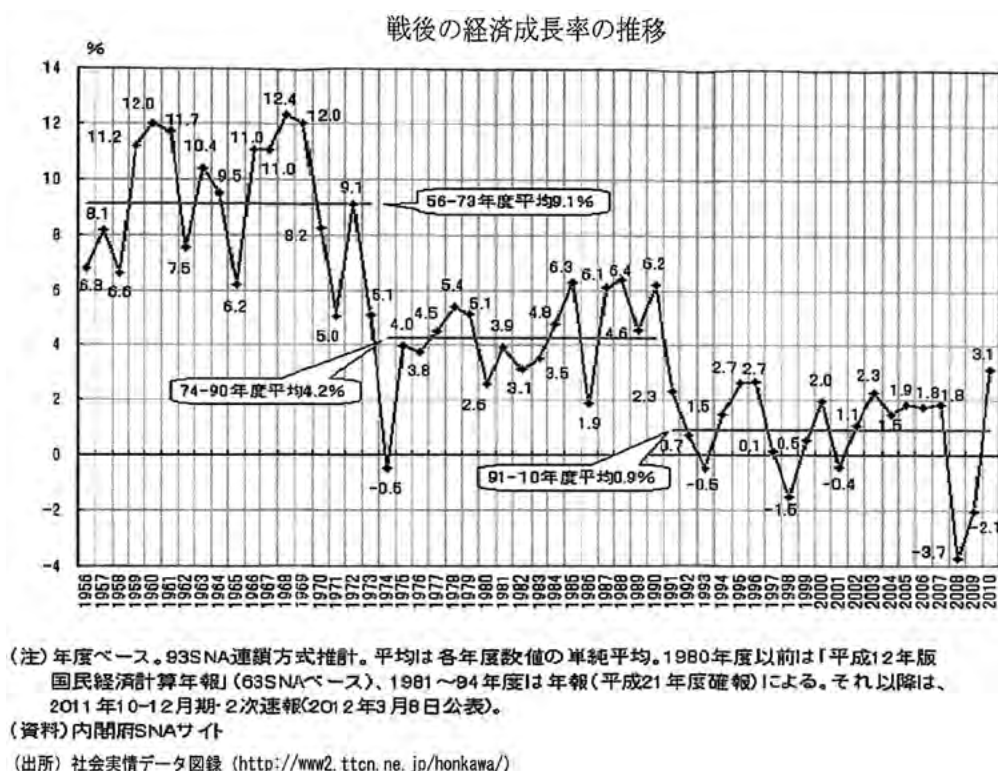
金を吸い上げて官による公的ファクターが民間よりも非効率な使い方をすれば、経済はさらに収縮します。

したがって、今後はマイナス成長があり得ると思われます。

赤字国債による財政悪化がどんどんふくらんではじける時期が近づいてきています。日本においては、国債を買っているのはほとんど国内だから大丈夫だという人がいます。国民の預けたお金を使って銀行、生命保険会社などが買っており、94%が国内で買われています。近年もアルゼンチンなどのように国がデフォルトすることがありましたが、主に国外の銀行が買っていたため、デフォルトによってダメージを受けたのはアメリカの銀行などでした。日本がデフォルトすると、壊滅的なダメージを受けるのは、日本国内の銀行であり、ほとんどの国内の銀行が倒産となり、国民の資産が棄損されるでしょう。

苦勞に耐え、創意工夫を尊び、自助、共助を基本とする精神が社会を發展させます。同時に社会的弱者に対するセーフティーネットの充実が重要です。これと民主党のマニフェストにみるような子供手当、農家への所得保障などは、セーフティーネットの充実の思想とは似て非なるものであり、国民の精神をばらまきにより中毒に陥れ、腐敗させるものです。

時期はわかりませんが、現在のギリシャ以上の大きな危機がいずれ訪れるかもしれません。これに身構え、日々をまじめに額に汗して努力していくしかないと思われます。



平成24年6月13日 発行 第104号

私事で恐縮ですが、現在、あごヒゲを生やしております。1月から伸ばし始めたのですが、冬の間はインフルエンザを中心とした院内感染対策のためマスクをしていたので、ヒゲが伸びつつあることに誰も気付きませんでした。マスクを外すと長くなっており皆が驚くので、「朝、目覚めたらヒゲが伸びていた。」と冗談を言って笑いをとっています。

この冗談で学生の頃に読んだカフカの「変身」という小説を思い出しました。この小説は、グレゴール・

ザムザという主人公が、朝、目が覚めると毒虫になっていたという話です。以下はネットから引用したあらすじです。

ある朝、グレゴール・ザムザが不安な夢から覚めると、自分が一匹の巨大な毒虫に変身しているのを見いだす。身体は固い甲冑のような外皮に包まれ、胴体からは細い足が何本も生えている。夢ではないかと思うが、まぎれもない現実なのである。窓の外に目をやると、雨の降る陰鬱な天候だ。

もう少し眠ろうと思って身体の向きを変えようとするが、何度試みても身体がゆるるだけで、そのたびにもとの仰向けの姿勢にもどってしまう。眠るのをあきらめた彼は、仕事のことを考える。

グレゴールは、布地のセールスマンとしてあわただしい毎日を過ごしてきた。彼は一家を養い、両親の借金を返すために休む間もなく働いてきた。すっかり神経をすりへらした彼は、苦勞の多い現在の職をうとましく思い、将来に希望をかける。いろいろな思いにふけているうちに出勤の時間が迫ってきて、母が起こしにくる。彼は起き上って仕度をしようとするが、身体が思うように動かず、大変苦勞をする。

彼がなかなか起きてこないで、両親や妹は、病気ではないかと思う。そのうちに店の支配人までもグレゴールを呼びにくる。

室内に入った者たちは、そこに巨大な毒虫を発見して驚愕する。支配人はあとずさりし、母は声もなくすりこみ、父は泣きはじめる。

やがてグレゴールは一室に閉じ込められる。妹が食事の世話をしてくれたが、あれほど可愛がってきた妹も、今では逃げ出すことしか考えていないようである。

母に会いたいというグレゴールの願いはかなえられる。が、グレゴールを見るやいなや、母はソファーに倒れてしまう。怒った父親が果物皿のリンゴを投げつけると、その一つがグレゴールの背中にのめり込んで、彼は重傷を負う。

唯一の働き手を失った一家は、大きな打撃を受ける。父は働きに出、母は内職をし、音楽学校に入りたがっていた妹は、売子になる。

変身して以来グレゴールは数々のつらい体験をするが、家族の者も彼のために不快な思いをしなければならなかった。彼らは、今ではグレゴールがいなくなることを願っている。怪我の悪化と、こうした家族の敵視の中で、グレゴールは、彼自身この世から姿を消さなければならないと覚悟する。

変身後数か月を経たある夜明け方、一室に閉じ込められていた大きな褐色の虫けらは、虫けらのまま死ぬ。朝になって、その干からびた死骸を見いだした家族の者たちは、ほっとする。父親は、神に感謝して十字を切り、女たちもそれにならう。そして親子そろって、早春の日ざしを浴びながら、散歩に出かける。両親は、とみに美しくふくよかになった娘をながめて、婿探しのことなどを考えている。

家族の中に不治の病や障害が発生した時とよく似ているように思われます。毒虫に変身しても、病気や障害が発生しても、同じように愛し続けられることは家族の課題であるように思われます。

START-UP NATION ～ THE STORY OF ISRAEL'S ECONOMIC MIRACLE ～という本の訳本が日本経済新聞で紹介されたので読んでいます。この本はアメリカ、中国でベストセラーとなり、中国では江蘇省の党書記が公務員全員に熟読を勧めたそうです。さらにこの書記は、テルアビブを複数回訪問したり、この本の著者と話し合ったそうです。アラブ諸国との関係から中央政府ではなく、地方政府がおこなっているようです。

イスラエルは、700万人の人口の国なのにナスダック上場企業が60社以上、日本の10倍以上あります。イスラエルでは新しい技術やアイデアが短期間で企業化され、大きな成功を収めています。

イスラエルにおいては、家族・友人の絆、教育、活発な議論を尊重します。イスラエル国軍においては、徹底的かつ自由な議論が尊ばれます。そして、徴兵による軍隊時代に若者は急速に成熟します。この気風が起業化精神を養います。また、家族の食事を大事にするため、イスラエル国軍の基地には大きな食堂があり、週末には家族が兵士と食事をここでするそうです。

中国は日本のマネをし続けて、大量生産では日本に追いつこうとしています。これから後には、イスラエルに学んで、さらにイスラエルと組んで日本を追い越そうとしているようです。

イスラエルの対アラブ政策が必ずしも正しいとは思われませんが、このような教育、特に高等教育、活発な議論の尊重は学ぶべきと思われまます。

我々がこの国土を失った時、迫害と虐殺に耐えて、世界を2000年間放浪した後に、我々は国土を回復できるでしょうか。

「和を以て尊しとなす」は議論を尽くした後の和です。議論やデータの十分な吟味を尽くすことが、我々の生き延びる道につながるように思います。

9月14日から日精協山崎会長と共にジュネーブのWHO本部を訪問しました。まず、中谷アシスタントディレクタージェネラルより、世界の感染症対策についての説明を受けました。その後、山崎会長と私がそれぞれ講演をさせていただきました。山崎会長が精神科医療一般について話され、私が日本における認知症医療介護のあり方とその課題について話しました。これまで厚労省からの情報発信のみで、それがOECD諸国のデータとして日本に還流して利用されてきました。民間からの現場に則した情報発信が必要であるという趣旨から、WHOにおける講演が企画されました。講演後、聴衆から共感を得て大きな拍手と鋭い的を得た質問を頂きました。

その後、Saxena部長、Dr.Duaとそれぞれ議論致しました。WHOは現在、グローバルアクションプランを検討しています。

目標値を立てて、世界の80%以上の国において2020年までに目標値が達成されることを目標とするプランです。WHO本部に日本の現状と課題を理解して頂き、その理解が逆流して日本政府の施策に影響を及ぼす可能性の芽を見出した有益な訪問でした。

12月14日開催予定の毎年恒例となっている、カープ選手、コーチ、解説の達川さん、大野さん、歌手の南一誠さん、田中俊雄アナウンサー、カープ応援団、などによる「もちつき会・クリスマス会」も今年で39年になりました。新型インフルエンザ問題の時のみ、1年お休みしましたが、それ以外は連続しておいで頂いて開催しています。初優勝前にキャッチャーの水沼さんにおいで頂いたのが最初でした。以後、多くの選手においで頂いたのが走馬灯のように思い出されます。この多くの選手の中から大活躍した名選手が多く輩出されました。小早川選手、江藤選手、亡くなった津田投手、町田選手、高木投手、現在活躍中の丸選手、石原選手、堂林選手や古葉監督など、多くの選手の笑顔が浮かびます。

入院中の方々との交流は貴重なものとなっており、今年も地元の方々も含め、大勢の方が楽しみにしております。



6月7日、大竹市と広島市において石井みどり先生を励ます会を開催します。石井みどり先生は国民皆保険を守るため働いてきており、大竹市においては市長、県・市の各議会議員、地域住民の皆様が参加されます。精神保健医療福祉推進のために、災害時の被災者への支援体制、認知症体制、孤独死多発社会防止などに取り組んできました。「医療法人税制問題 議員懇談会」を立ち上げ、これが発展して、与党の「医療と税制に関するプロジェクトチーム」となって消費税増税問題などに対して議論中です。今後、健康保険法の抜本改正に取り組んでいきます。このため、広精協政治連盟として広島県地区候補である溝手顕正議員とともに励ます会を催します。宮沢洋一・平口洋・中川俊直・小島敏文・小林史明の国会議員をはじめとして、多数の県議会議員、広精協会員病院の職員が参加されます。精神疾患が医療の5疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）に入ったように精神保健医療福祉は国民にとって重要な課題となっています。国民の幸福のためのますますの活躍を祈念するとともに応援していきたいと思えます。

参議院選挙が自民党の勝利となり、衆参ねじれが解消しました。

日本は明治初期と似たような厳しい周囲の情勢に取り囲まれており、ギリギリセーフになればよいのですが。

尖閣諸島については、日本が「問題は存在しない」と正しい主張をしているのに、中国が勝手な言い分を繰り返し、事実上の実効支配をたくらんでいます。北朝鮮は核実験を3回も行き、ミサイル実験を続けて、攻撃の対象に日本を名指ししました。日本国民を拉致して日本の主権を侵して、正当な理由もなく、日本に

対する武力攻撃を公言しています。

侵略されてもいいのなら別ですが、平和を維持するには、相当の努力とコストが必要です。

現在の状況は、ある意味で、現行憲法によって引き起こされているとも言えます。

日本が、自分の国と国民を守るためには、憲法改正、もしくは自主憲法の制定が必要なのは当然のことです。

自分たちが自分で国と国民を守ろうとするのは悪いことではなく、当たり前のことです。歴史上、領土と国民を守れなかった国は全て破滅しています。

平成25年9月9日 発行 第119号

石井みどり先生が第23回参議院議員通常選挙において

29万票余を獲得して当選いたしました！

厚生労働委員長に選任されました。

この度、石井みどり先生が第23回参議院議員通常選挙において29万票余を獲得して当選いたしました。

これは自民党比例区の候補者の中で4位の得票数になります。また、8月2日参議院本会議にて厚生労働委員長に選任されました。

石井みどり先生は日本を、災害におびえずにらせる国、安全であることが当たり前の国、子どもを生み育てやすい国、安心して働き続けることのできる国、老後の安心が目に見える国にするために経済再生のみならず、社会保障制度の充実・強化を目指し日々頑張っておられます。



8月7日、厚生労働委員会にて厚生労働委員長として初の委員会運営を行う



議員会館内の厚生労働委員長室にてデンマーク駐日大使と面会する



2009年7月10日、本会議場にて臓器移植法改正案A案の賛成討論を行う

平成25年10月9日 発行 第120号

NHKT Vドラマ「八重の桜」の八重は、結構、裕福な暮らしをしているように見えます。ほとんどの会津藩民は戊辰戦争後、下北半島の斗南に移住させられ、餓死寸前の生活を強いられました。柴五郎という会津人の遺書「ある明治人の記録」を読みました。会津落城の時は10歳でしたが、祖母、母、7歳の妹が自刃しています。斗南においては、海岸に流れ着いた昆布やわらびなどを集めて食べていたのですが犬の死体を見つけたので、解体して、塩で煮て食べました。少し長くなりますが、以下に引用します。

『建具あれど畳なく、障子あれど貼るべき紙なし。板敷には蓆を敷き、骨ばかりなる障子には米俵等を藁縄に縛りつけ戸障子の代用とし、炉に焚火して寒気をしのがんとせるも、陸奥湾より吹きつくる北風強く部

屋を吹き貫け、炉辺にありても氷点下十度十五度なり。炊きたる粥も石のごとく凍り、これを解かして啜る。『これ副食物ならず、主食不足の補いなれば、無理して喰らえども、ついに咽喉につかえて通らず。口中に含みたるまま吐気を催すまでになれり。この様を見て父上余を叱る。

「武士の子たることを忘れしか。戦場にありて、兵糧なければ犬猫なりともこれを喰らいて戦うものぞ。ことに今回は賊軍に追われて辺地にきたれるなり。会津の武士ども餓死して果てたるよと、薩長の下郎どもに笑われるは、のちの世までの恥辱なり。ここは戦場なるぞ、会津の国辱雪ぐまでは戦場なるぞ」と、つねと変わりて語気荒く叱る。予期せざる父上の激怒に触れ余の心戦き慄えて、口に含みたる犬肉の塊り眼をつむりて一気に飲み下せば、胸につかえて苦しきことかぎりなし。』

『およそ二十日間、毎日犬肉を喰らいつづけたり。そのためなるか、あるいは栄養不足のためなるか知らず、春になりて頭髮抜けはじめ、ついに坊主頭のごとく全体薄禿となれり。』その後、青森県庁に給仕として採用され、以後、陸軍幼年学校に入り最後は、北京における義和団事件で活躍した後、陸軍大将になっております。

我々が失ってしまった艱難辛苦に耐える力、矜持を失わない心に感銘しました。

平成25年11月10日 発行 第121号

日本精神神経学会の理事の2期目の仕事として男女共同参画委員会を立ち上げました。「Science」に掲載された「Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups」という論文で、集団知能というものがあり集団知能にはダイバーシティが重要でありそれには女性のsocial sensitivityの高さが貢献していることとあったこと、外国へ行って大学や施設を訪問すると男性幹部だけでなく女性幹部も対応することから、組織には女性幹部が必要であると感じていたからであります。この委員会の設立趣旨と目的は以下の通りです。

設立趣旨

- ・男女共同参画社会基本法が平成11年に制定され、「社会のあらゆる分野において、2020年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも30%程度になるよう期待する。」という目標（平成15年6月20日男女共同参画推進本部決定。以下、「『2020年30%』の目標」という。）が立てられた。
- 政策・方針決定過程への女性の参画の拡大は我が国にとって喫緊の課題であり、平成23年12月17日に閣議決定された第3次男女共同参画基本計画においても、特に早急に対応すべき課題の一つとして、実効性のあるポジティブ・アクションの推進が掲げられている。このため、男女共同参画会議基本問題・影響調査専門調査会では、政治分野、行政分野、雇用分野及び科学技術・学術分野におけるポジティブ・アクションの推進方策について検討が行われているところであり、平成23年7月20日に同専門調査会にて、ポジティブ・アクションの必要性や考え方、各分野における具体的な推進方策について盛り込んだ中間報告がとりまとめられた。

目的

- ・女性理事登用方法の研究：内閣府男女共同参画局及び公益認定等委員会の指導を受ける
- ・女性医師の学術研究、臨床のあり方の研究と、助成
- ・精神疾患患者の半数以上は女性であり、女性という軸を設定した精神医学分野の研究の発展

来年開催予定の「第110回日本精神神経学会学術総会」において、北里大宮岡教授が大会長を務めますので彼と相談をして、特別講演を厚生労働省村木厚子事務次官をお願いをして、引き続き男女共同参画委員会のシンポジウムにも参加していただくこととなりました。

10月4日その打ち合わせを同氏と委員会メンバーにより参議院厚生労働委員長室において行いました。

日本の男女共同参画は、一般社会よりも各医学会が遅れています。警察でさえ、女性の県警本部長が誕生しましたが、まだ学会理事はいません。この特別講演とシンポジウムを契機として精神神経学会の男女共同参画が各医学会に先駆けた嚆矢となればよいと思っております。



あとかき

飛ばした与太を集め、恥多き人生を振り返ってみると、多くの方々に助けて頂いたり、お世話になったことに改めて気づかされました。なかんずく3人の先輩の警咳に接し、大きく影響されました。

・大恩のある参議院議員柳沢錬造先生（主要著書：道を拓いて）とは、親密な交流を続けさせて頂いておりましたが、お亡くなりになる直前に枕元に呼んで頂き、指針となるお言葉を賜りました。

・心の通じた交流をさせて頂いた山口県鹿野町漢陽寺 杉村宗徹老師（閑栖様）

・老人保健施設ゆうゆ施設長にお迎えした藏本淳先生（元広島大学原爆放射線医科学研究所長）とは、毎日昼食を取りながら医学医療の根本原理について話し合いました。

ご迷惑ばかりお掛けしたにも拘らず、ご指導頂いたりお助け頂いた多くの諸先輩、友人、後輩、妻・篤子に心から感謝致します。

平成25年11月吉日

石井 知行



最愛の妻 篤子と

