

会報

平成3年9月

会報21号

目

次

巻頭言

老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について

性に関する心の悩み相談事業の実施について

地域精神保健対策に関する中間意見

処遇困難患者対策に関する中間意見

藤縄 昭…………… 1

厚生省保健医療局長…………… 2

厚生省保健医療局長…………… 5

公衆衛生審議会…………… 6

公衆衛生審議会…………… 9

巻頭言「地域精神保健の発展を願う」

全国精神保健連絡協議会長 藤 縄 昭

平成3年7月の公衆衛生審議会精神保健部会で、地域精神保健対策と処遇困難患者対策とに関する中間意見が出された。その全文は本会報に掲載してある。なかでも地域精神保健の問題は、今日までも既にいろいろと議論されてきたところであるが、このたびは審議会の意見としてその方向が示されたことになる。そのなかで謳われているように、各（二次）医療圏での精神病院、精神保健センター、保健所などのネットワーク作りが大切なのだが、同時にその地域での精神保健に関する啓発は欠かせない。その意味で、各地の精神保健協議（議）会のますますのご活躍が期待されることである。

フランスで精神医療の「地区化」が打ち出されたのは1960年のことであるが、その「地理的民勢学的な地区の中で、医学・社会的なチームによってなされるすべての精神保健活動を機能的に協同させることの必要性」が強調された。この「地区化」について、ここで詳しく述べる余裕はないが、その当時に聞いた印象的な話として、一言触れておきたいのは、パリで精神医療の地区化を実施するに当たって、その準備に1年をかけ、その教区の司祭、学校の教師たちに精神保健への理解を深めるための啓発をして、医療チームの一員というわけではないが、その運動を支持する住民の指導的立場に立ってもらったという話である。保守的な地域社会では、その地域のキーパーソンとい

あって、はじめて地域精神保健活動もその土地に根づいていくのであろうと思う。わが国では、地域社会のキーパーソンが必ずしも宗教家とか教職者という訳にはゆかないと思うが、その地域社会では誰がキーパーソンなのか見きわめるのも、地域精神保健を発展させる上で、重要な課題になるであろう。行政的に考えられる、保健所、精神保健センター、精神病院、精神科診療所といった諸施設のネットワーク作りとは別に、そのネットワークを支える住民間での啓発活動が必要であり、その役割を各地の精神保健協（議）会に期待したいと思う。

先日、あるアメリカ人宣教師が笑い話のように言っていたのだが、アメリカの大都市では毎年人口の25%が流動していて、4年で住民は全部入れ替わってしまうと言うのである。まさか市民の全体が入れ替わってしまうということもないと思うが、「地域社会（コミュニティ）」というものの現代の実態について、一面の真理をついている。アメリカの話は極端な例としても、わが国でも大都市、あるいはその近郊のベットタウンでの人口流動はかなり激しかろう。はたして「地域社会」といいうるものがあるのか、疑わしくもなる。それだけに地域精神保健活動という作業は、言うは易しく苦勞多き仕事だと思うが、しかし一步一步やり遂げてゆかねばならない、我々のこれからの課題である。

老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について

老人性痴呆疾患対策の推進については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、別添のとおり「老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準」を定め、平成3年度から適用することとしたので、本基準の運用により、適正かつ円滑な整備を図られたく通知する。

なお、貴管下の市町村、医療法人等の関係機関に対しては、貴職から通知するようお願いする。

（健医発第819号、平成3年6月26日付
各都道府県知事宛厚生省保健医療局長通知）

また、老人性痴呆疾患療養病棟の新設に伴い、従来の老人性痴呆疾患専門治療病棟を老人性痴呆疾患治療病棟に名称変更することとした。ついては、昭和63年7月5日付健医発第785号本職通知「老人性痴呆疾患専門治療病棟及び老人性痴呆デイ・ケア施設整備基準について」中「老人性痴呆疾患専門治療病棟」とあるのは「老人性痴呆疾患治療病棟」に改めるので、併せて通知する。

老人性痴呆疾患療養病棟施設整備基準

第1 老人性痴呆疾患療養病棟

- 1 老人性痴呆疾患療養病棟の目的は、精神症状や問題行動を有しているにもかかわらず、寝たきり等の状態にない痴呆性老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療とケアを提供するものであること。
- 2 老人性痴呆疾患療養病棟を有する医療機関は、痴呆性老人に関する相談、短期入院及び家族に対する在宅療養の指導等を実施し、地域に密接した施設として機能するよう努めるとともに、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

- 1 一般原則
 - (1) 老人性痴呆疾患療養病棟の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法、老人精神病棟に関する公衆衛生審議会の意見、精神病院建築基準（昭和44年衛発第431号公衆衛生局長通知）等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、

- 清潔、事故防止等につき十分考慮したものと
- し、入院患者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 老人性痴呆疾患療養病棟の環境及び立地については、入院患者の入院生活を健全に維持するため騒音、振動等による影響を極力排除すること。
- (3) 本基準は、老人性痴呆疾患療養病棟がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めること。

2 施設規模

- (1) 病棟は、50床を上限とすること。
- (2) 病棟の面積は、病室以外に生活面のスペースを必要とするので、共通部分を含めて、1床当たりおおむね23㎡以上とすること。

3 施設整備

- (1) 病室
 - ア 個室から4床までとし、適宜必要な場所に手すりを設けること。
 - イ 患者1人当たりの床面積は、おおむね6

m²以上とする。ただし、個室の場合は、8 m²以上とすること。

(2) 入所・家庭復帰訓練病室

ア 病室は、個室とし、床面積は一人当たり10m²以上とすること。

イ 家族等が宿泊できるようにすること。

ウ 家族等の利用を勘案して便所及び手洗い設備を室内又は隣接した場所に設けることが望ましいこと。

エ 一時的に入院する短期入院病室と兼ねることができるものとする。

(3) 重度の身体的合併症用病室

ア 酸素吸入装置及び、吸引装置を設けること。

イ ナーステーションに隣接して設けること。

(4) 生活機能維持室

ア 保有病床数1床当たりおおむね4 m²以上の面積を有すること。

イ 生活機能維持のため運動療法、作業療法等を行うに必要な専用のリハビリテーション機器等を備えること。

ウ 病室と同一建物内又は隣接に設置されていること。

(5) デイルーム

ア 保有病床数1床当たり面会室を含めおおむね3 m²以上の面積を有すること。

イ 生活機能維持室と共用して運用できる位置関係にある場合は、1床当たり面会室を除き1.5m²以上の面積を有すること。

(6) 食 堂

ア テーブル、椅子、食器等については、老人性痴呆患者が使用するに当たって、危険等がないように配慮すること。

イ デイルームと兼用が可能であること。

(7) 浴 室

ア 老人性痴呆患者の入浴に適した構造・設

備を有すること。

イ 浴室は、看護婦等が入浴の介助をする必要がある場合を考慮してできるだけ広めにする。

(8) 便 所

ア 便所は、適当な広さを有し、男女別に設けるとともに、手すり等を設けること。

イ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(9) 廊 下

ア 両側に病室がある廊下の幅は、内法をおおむね2.1m以上、その他の廊下の幅は内法をおおむね1.8m以上とすること。ただし、両側に病室がある場合は廊下を一部分幅を拡幅し通路空間に変化を持たせる（アルコープ）こと。

イ 両側に病室がある廊下で一部分幅を拡幅し通路空間に変化を持たせない場合は、内法をおおむね2.7m以上とすること。

ウ 入院患者の安全を確保するため、段差を設けないようにするとともに、手すり及び常夜灯を設けること。

(10) 面 会 室

ア 家族と面談するのに必要な広さを有すること。

(11) そ の 他

イ わゆる保護室は必ずしも必要としないこと。

4 構造設備の基準

(1) 老人性痴呆疾患療養病棟は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、病棟内水平避難の確保及び避難階又は地上に通ずる避難に有効な直接階段を設けること。

(2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物とし、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。

(3) 空調設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。

(4) 新築の場合は、便所、廊下等を除く患者の生活空間の天井高を2.7m以上とすること。

(5) 床材は、滑りにくく衝撃吸収性が高いもの

を使用すること。

(6) 窓には、いわゆる鉄格子を設置しないこと。

(7) 高さが簡単に調節できる寝台（ギャッジベッド）、車椅子、ストレッチャー等の設備を必要数確保すること。

性に関する心の悩み相談事業の実施について

近年、国民各層において性に関する悩みが増加していることにかんがみ、このような現状に対処し、地域住民の性に関する心の悩みの解消と性に関する正しい知識の普及啓発を図るため、別紙「性

に関する心の悩み相談事業実施要領」を定め、保健所において相談事業等を行うこととしたので、その円滑な実施について遺漏のないよう配慮願いたい。

性に関する心の悩み相談事業実施要領

1 目的

近年、社会環境や家族構成の変化、個人の価値観の多様化等を背景として、性衝動のコントロール、心因性機能障害、若年妊娠、性倒錯、性感染症等の性に関する問題が顕著化するとともに、性に関する正しい知識の普及が必ずしも十分でないことによって、思春期から老年期までの幅広い年代層において性に関する悩みが増加している。また、その結果、うつ状態やノイローゼ状態をきたす者も増えている。

こうした問題については、身体的側面のみならず精神的側面も含めた総合的な対応が必要となるため、保健所に性に関する心の悩みについての相談窓口を設置するとともに、性に関する正しい知識の普及啓発等を行うことにより、地域住民の精神的健康の保持増進を図ることを目的とする。

2 実施主体

都道府県、政令市及び特別区

3 事業内容

(1) 性に関する心の悩み相談

保健所に性に関する専門知識を有する医師を加えた相談窓口を設置し、地域住民が気軽に性に関する悩みについて相談できるような体制を整備するものとする。

なお、相談者のプライバシーを確保するため、例えば、相談窓口を特定するような表示を避ける、相談は個室で行う等秘密が外部に漏れないよう十分配慮するとともに、相談を行った者については、相談指導票を作成の上、これを保管するものとする。

(2) 性に関する正しい知識の普及啓発

地域住民が性に関する正しい知識を理解することにより、性に関する悩みによるうつ状態やノイローゼ等の精神的不健康状態の初期症状や前兆に対処することができるよう、また精神的健康の保持増進ができるよう、性に関する正しい知識の普及啓発を行うものとする。

(3) 関係機関との連携

保健所は、本事業の円滑な推進を図るため、本庁、精神保健センター、医療機関、教育関係機関、福祉関係機関等との連携に努めること。

4 経費の負担

都道府県、政令市及び特別区がこの実施要領に基づき実施する事業に要する経費については、厚生大臣が別に定める「保健所経理事務合理化特別措置法関係経費の国庫負担及び国庫補助金交付要綱」に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

地域精神保健対策に関する中間意見

平成3年7月15日 公衆衛生審議会

(はじめに)

昭和63年7月に新たに施行された精神保健法は、その目的において、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進するとともに、国民の精神的健康の保持増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進と国民の精神保健の向上を図ると定めている。

地域精神保健活動は、住民の生活の場である地域において、住民の心の健やかさをより高め、また、精神保健法上の精神障害者を始め、広く心の健康に障害を持つ人のニーズに応えようとするものであり、精神保健法の上記の目的を地域において実践しようとするものといえる。

同法施行後、精神障害者のための社会復帰施設の整備が進められるとともに、従前にも増して、地域に開かれた精神医療と保健所、精神保健センターにおける諸活動が展開されているが、地域精神保健活動については、なお一層の充実が必要である。

本審議会は、このような状況の下で、精神保健部に地域精神保健対策に関する専門委員会を設置して、平成2年7月より10回にわたり、地域における精神障害者の社会復帰、精神医療のあり方、住民の精神的健康の理解と増進、行政の役割等について、鋭意検討を行った。その結果として、地域精神保健に関して、その基本的考え方を示すとともに、精神障害者の社会復帰の推進と地域住民の精神保健に関する理解の促進等が急務であることに鑑み、今後の課題について早急に実施すべき施策をも含めて、以下のとおりとりまとめた。

1. 地域精神保健についての基本的な考え方

地域精神保健におけるサービス・援助活動は、住民にとって住み慣れた生活の場に近い圏域内で提供されることが望ましい。またその活動に際しては、住民の様々なライフサイクル、社会生活状況、精神的健康状態等の特性に応じた、保健、医療、福祉にわたる包括的な対応が必要である。

まず、精神障害者については、個人としての尊厳が尊重され、地域社会において必要な援助が得られることが望ましい。精神障害者には、疾患と障害が共存しているため、精神医療の一層の充実を図るとともに、地域で生活を送るための受皿と支援システムをさらに整備し、その社会復帰、社会参加を促進する必要がある。

次に、地域住民については、自ら心の健康をより高め、生きがいのある生活を送るため、心の健康づくりを進めていくことが望ましい。このためには、地域において精神保健に関する思想の普及・啓発、健康教育、健康相談等を進める必要がある。

地域における精神障害者のケアと住民の心の健康づくりは、住民と精神障害者とが地域においてともに生活を送るという考え方（ノーマライゼーション）に立って、相互に関連を保ちつつ実施される必要がある。また、個々の受け手に様々なサービスが適切に行われるためには、それらが整合性をもって供給されることが望ましい。したがって、精神保健活動の推進に当たっては、保健、医療、福祉に関する対策が総合的に展開され、地域にネットワークと調整機能が整備されることが必要である。

2. 地域精神保健に関する課題と今後の方向

(1) 活動の圏域の考え方

地域精神保健活動においては、サービスの提供についての圏域を考える必要がある。都道府県が二次医療圏毎に地域保健医療計画を作成する際には、精神保健に関連する社会資源の把握、ニーズの評価を行い、必要な社会資源の整備にも配慮しつつ、精神保健に関して保健、医療、福祉が一体となった計画を策定していくべきである。

(2) 行政の役割

精神保健に関する社会資源に対するニーズの増加に伴い、地域における社会資源のシステム化が必要となる。今後、保健所は、精神保健相談指導や社会復帰相談の充実を図るとともに、地域に係るネットワーク及び情報の拠点として、地域精神保健に関する企画の機能や、保健所保健福祉サービス調整推進会議等を通じての医療機関、社会復帰施設、市町村、その他の関係機関の連絡・調整、指導、援助の役割を強化する必要がある。

精神保健センターは、精神保健に関する都道府県の技術中核機関として、複雑、困難な相談指導や調査研究、技術援助を行っており、都道府県における企画立案を始め一層の機能の充実が必要である。

精神保健行政に大都市特例を設けることは、昭和61年の本審議会精神衛生部会「中間メモ」に示されているとおり望ましいと考えるが、特に地域精神保健活動においても大都市に特徴的な問題の解決に資するものと考えられる。また、地域精神保健活動においては、生活の場に密着した地方公共団体の参加が重要である。

(3) 精神保健に対する理解と心の健康づくりの推進

社会・産業構造等の急激な変化、複雑化に

伴い、住民各層が様々なストレスにさらされ、適応障害、うつ状態、自殺等が増加する等、心の健康が損われ易い状態にある。このため、地域住民に対して、精神保健、精神障害に関する知識の一層の普及が必要である。

今後、地域住民の中から、精神保健に理解のある者を精神保健推進員（仮称）として養成し、地域において精神保健や精神障害者に関する正しい知識の普及を行い、また、精神障害者に対する支援活動等に参加、協力を行うようにすることが望ましい。

心の健康づくり事業は、精神保健センターに加えて、保健所においても現在モデル的に行われている。今後はさらに、住民にとってより身近な保健所において、精神保健に関する知識の普及・啓発、健康教育、健康相談を推進していく必要がある。

(4) 社会復帰施設の整備

昭和58年の精神衛生実態調査によれば、精神病院入院患者のうち、条件が整えば退院の可能性のある者は約2割である。精神障害者の社会復帰の最終目標は、施設へ収容することではなく地域において自立して生活することであるが、そのためにはまず、社会復帰のための施設の整備を促進することが重要である。

精神保健法においては、精神障害者に必要な訓練又は指導を行う精神障害者社会復帰施設の設置が位置付けられた。現在、精神障害者社会復帰施設として、援護寮、福祉ホーム及び授産施設の整備が行われているが、多くの施設が赤字経営であり、経営上の問題が施設整備の促進の上で障害となっていると考えられる。また、赤字経営の大きな要因として、運営費の4を施設設置者が負担していることが考えられる。今後、この点への都道府県の対応等精神障害者社会復帰施設の経営基盤の

安定化のための方策を講ずるべきである。

さらに、在宅の精神障害者が家族の疾病等によって家庭での処遇が一時的に困難になる場合があり、施設においてこのようなケースに対応していくことが必要である。

なお、精神障害者授産施設や増加の著しい小規模共同作業所を含め、精神障害者の昼間の活動のための施設について、今後その機能を体系化しつつ在り方を検討していく必要がある。

(5) 生活支援の充実

精神障害者の社会復帰、社会参加を進めるためには、精神障害者の生活能力の低下や、家族の高齢化等による受入れ能力の低下に対して、地域における生活支援の強化が必要である。

精神障害者にとって住宅を確保することは、家庭事情や住宅事情により現実には難しく、また、日常生活上の助言、指導が必要な場合がある。このため、小規模な共同住居（グループホーム）を確保し、世話人等による日常生活上の助言、指導等を行う事業に対し助成を行うべきである。このほか、精神障害者の賃貸住宅への入居が容易になるような配慮が必要である。

また、通院患者リハビリテーション事業（職親）、保健所のデイケアの充実とともに、精神障害者の雇用の促進のための方策が必要である。さらに、障害年金は障害者に対して所得を保障するものであるが、その一層の充実が必要である。

(6) 地域医療の推進

精神保健法においては、精神病院は、入院患者の社会復帰を促進するため、相談、援助を行うように努めることとされているが、入院以外の患者に対しても、精神病院及び精神科診療所は、社会復帰のための相談、援助の

役割をさらに積極的に担うことが望まれる。

地域の病院、診療所の外来機能に関しては、なお一層強化される必要があり、また、在宅医療、訪問看護の充実も必要である。精神科デイケアは、退院の促進や再入院の防止に役立つとともに、精神病院の地域への開放化に資するものであり、今後、精神障害者に身近な小規模施設の設置等精神科デイケア事業を一層拡充、整備していく必要がある。さらに、地域の精神障害者の症状の増悪に対応するためには、救急医療が必要であり、応急入院の病棟の整備とともに、今後、地域における急性期の外来診療、短期入院の体制の充実が必要である。

入院医療に関しては、救急医療、急性期医療、リハビリテーション医療、生活の質を高めた長期療養等について、また、老人、思春期、アルコール、薬物中毒、身体合併症等の患者に対する医療について、病床の機能分化の推進が必要である。そのためには、これらの機能に応じたチーム医療の促進と、専門病棟の整備、運営のための精神病院の経営基盤の安定化が必要である。

(7) 特定分野の対策の推進

老人精神保健については、今後、老人性痴呆疾患の急激な増加が予測され、専門病棟等の整備に加えて、地域ケア体制の強化が必要である。このため、保健所の老人精神保健相談指導について、今後連絡会議等における地域関係機関との調整機能、市町村への指導も含め、その充実を図る必要がある。また、老人性痴呆疾患センターについても二次医療圏に1ヶ所整備される必要がある。

思春期精神保健については、不登校児の増大等に対応し、母子保健、児童福祉、学校保健との連携を強化する必要がある。

アルコール関連問題については、国民1人

当たりのアルコール消費量が増加し、未成年者、女子、高齢者に関する問題も顕在化している。現在、精神保健センターでアルコール関連問題に関する特定相談が行われているが、保健所における相談指導等の取組みも増加しており、今後、この問題への対策をさらに充実する必要がある。

(8) マンパワー等の充実、育成

地域精神医療においては、その質を高めるために、医師、看護職員に作業療法士、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー、介護者等を加えたチーム医療の一層の推進が図られるべきである。そのためには、所要の資

格制度の検討や、職種間の業務分担の明確化、病棟機能等に応じたチーム医療の確立と評価が必要である。

保健所においては、その機能を強化するために、専任の精神保健相談員を配置し、保健婦、医師等の職種との役割分担、連携を進めるべきである。また、各職種の資質の向上のため、国及び都道府県において体系的な研修システムを確立する必要がある。

なお、精神障害者の社会復帰、社会参加の促進のためには、精神障害者の家族、本人、ボランティア団体等の民間援護団体を組織し、その育成を図る必要がある。

処遇困難患者対策に関する中間意見

平成3年7月15日 公衆衛生審議会

(はじめに)

精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を柱にした精神保健法が去る昭和63年7月に施行され、新たに設けられた人権確保や社会復帰促進のための諸制度がこれまで展開されている。

しかしながら、その病状や問題行動により病院内における治療活動に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者については、長期間保護室で処遇され必ずしも十分な治療が受けられる状況になかったり、また、他の患者と同じ病棟内で処遇されることにより一般の患者が開放的な環境でより良い治療を受けることを妨げている要因となっている。

本審議会は、このような状況を解消し、処遇困難患者を病院内でできる限り閉鎖性の少ない環境において十分な治療を行うとともに、一般の患者を開放的な環境において治療を行うための方策について、精神保健部に処遇困難患者に関する専門委員会を設置して、平成元年10月

から海外の例も参考にしつつ鋭意検討を重ねてきた。その結果、処遇困難患者の判定基準の問題、治療体系の問題、十分な治療を行うための施設の問題、施設を運営するための財源の問題、専門的な治療を行うための人材養成・確保の問題等、様々な問題が浮かび上がってきた。

これらの問題については、引き続き具体的検討を進めることが必要となるものもあるが、我が国の精神科医療の一層の充実を図る上で、処遇困難患者の処遇の改善が喫緊の課題となっている状況に鑑み、処遇困難患者を専門的に治療するための病棟を試行的に整備する必要があるとの結論を得、以下のとおり意見をとりまとめた。

1. 処遇困難患者の現状

昭和63年度厚生科学研究(精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究)によれば、精神病院に入院中の患者で、その者の示す

様々な病状や問題行動のために、病院内での治療活動に著しい困難がもたらされる患者(以下「処遇困難患者」という。)の現状は次のとおりとなっている。

(1) 処遇困難患者

処遇困難患者の数は、精神病院の入院患者342,860人(昭和63年1月31日現在)のうち1,971人(0.57%)と推定される。

処遇困難の程度についてみると、一般の精神病院で処遇可能な軽度の処遇困難性を有する者は約900人、一般の精神病院でも設備、マンパワーが整っていれば処遇可能な中度の処遇困難性を有する者は約700人、設備、マンパワーが整っていても一般の精神病院では処遇困難な重度の処遇困難性を有する者は約400人と推定される。

性別でみると、男性が74%、女性が26%となっており、年齢についてみると、男女とも30歳代から40歳代に集中しており、平均年齢は、男性が41歳、女性が42歳となっている。

診断名についてみると、精神分裂病が圧倒的に多い。入院中の問題行動についてみると、暴力行為、脅迫行為、自殺自傷、器物破損等となっている。入院経路については、家族の依頼によるものが38.2%と多く、次に他の精神病院や精神科診療所等からの紹介が20.2%、精神保健法第24条による警察官通報が11.8%となっている。

(2) 処遇の現状

処遇困難患者の病院内での生活状況についてみると、ほとんど保護室生活が13.5%、主として保護室が13.1%、一般の患者と同一の閉鎖病棟(1日24時間出入口が施錠されている病棟をいう。以下同じ。)で処遇が62.5%、一般の患者と同一の開放病棟で処遇が9.7%、その他が1.2%となっている。

保護室生活をしている患者についてみると、

保護室での生活期間が1年以内が31.9%、1年から5年が34.9%、6年から10年が14.7%、10年を超える者が18.5%となっている。

さらに、入院している精神病院の看護婦等の数について基準看護からみると、特1又は特2(概ね看護婦等1人当たりの患者数が3人以下)が18.0%、1類(概ね看護婦等1人当たりの患者数が4人以下)が20.9%、2類又は3類(概ね看護婦等1人当たりの患者数が6人以下)が24.2%、基準看護に満たないもの(看護婦等1人当たりの患者数が6人超又は6人以下であるが看護婦・准看護婦の比率が基準に達しないもの)が36.9%となっている。

2. 問題点

このような処遇困難患者の現状については、次の問題点を指摘することができる。

(1) 処遇困難患者のうち、ほとんど保護室生活や保護室生活が主である患者が500人以上いるが、これらの者については、必ずしもその病状に応じた十分な医療が受けられない状況にあり、また、人権確保の観点からみても問題がないとはいえない状況にあることから、できる限り閉鎖性の少ない環境で処遇するための方策が求められる。

(2) 処遇困難患者の72.2%が一般の患者と同じ病棟内で処遇されている。精神病院のうち、61%が閉鎖病棟であるが(昭和61年12月1日現在)、一般の患者と処遇困難患者が同じ病棟内で処遇されていることが、閉鎖病棟から開放病棟への転換を遅らせるとともに、一般の患者の開放的な環境での治療を遅らせている要因となっている。

(3) 処遇困難患者の多くは、比較的看護職員数の少ない病院において処遇されている。看護職員の少ない状況での処遇は、より閉鎖的な

環境での処遇をもたらすものとみられ、処遇困難患者を病院内でできる限り閉鎖性の少ない環境で処遇し、より良い治療を行うためには、看護職員等の従事者の数を通常の場合よりも増やす必要がある。

- (4) 処遇困難患者を治療するに当たっては、一般の患者と比べ極めて多くのマンパワーと濃密な医療が必要であるにもかかわらず、診療報酬等の面においても一般の患者と同じ取扱いになっている。このため、精神病院においては、処遇困難患者の入院を拒否したり、問題が起きる前に未治療のまま退院させるケースもあるといわれている。
- (5) 処遇困難患者をできる限り閉鎖性の少ない環境で効果的に治療するためには、治療方法や処遇方法等に関する研究や人材を養成するための研修が不可欠であるが、現在、このような機関が存在しない。

3. 今後の取組み

処遇困難患者の処遇の改善を図ることは、我が国の精神科医療を一層充実させ、また、精神障害者がより良い環境の下で治療を受けられるようにするために、避けては通れない重要な課題となっている。本件については、今後とも引き続き具体的に検討していかねばならない問題があり、また、将来的には、処遇困難性の極めて高い患者を対象とした専門病院についても検討を加えることが必要となる可能性もあるが、その重要性及び緊急性に鑑み、国又は都道府県が設置する精神病院において、以下の方針に基づいて試行的に処遇困難患者を専門に治療するための病棟を整備する必要がある。

(1) 基本的考え方

ア. 処遇困難患者については、マンパワーの充実等によって、患者の人権に十分配慮し、病状に応じた個別の治療計画の下で専門的

な医療を行う。

- イ. 処遇困難患者をその病状や処遇困難性の程度に応じて、病院内でできる限り閉鎖性の少ない環境において処遇するとともに、一般の患者の開放的な環境での処遇を一層推進する。
- ウ. 精神障害者については、地域において治療から社会復帰で行うことが必要である。処遇困難患者についても、病院内で長期間処遇することを目的とするのではなく、社会復帰を最終目的とする。

(2) 判定基準

処遇困難患者の処遇のあり方を検討するに当たっては、処遇困難患者の判定基準を明確にする必要がある。これについては、処遇困難患者という呼称の是非を含め、今後引き続き検討を加える必要があるが、試行的実施に当たっては、前記厚生科学研究のように、「その者が示す様々な病状や問題行動のために、一般の精神病院内での治療活動に著しい困難がもたらされる患者」とする。これに具体的に該当するかどうかについては、患者の病状が、現在の治療水準において治療抵抗性が強く、本人に対し十分な治療を行う上で、また、一般の患者を開放的な環境で治療していく上で、それらを著しく阻害する状態にあるか否かにより判定するものとする。また、処遇困難患者であるかどうかの判定の手続きについては、評価委員会を設置することの重要性を期することが必要である。措置入院患者であってこのような症例に相当するもの（重症の措置入院患者）とすることが適当である。

(3) 治療方針

処遇困難患者は、その病状、問題行動、疾病の特性に伴い、処遇困難性の程度、内容等が様々であるため、それぞれの患者の特性に

応じた個別の治療計画に基づき治療を行うようにすることが望ましい。

治療に当たっては、患者をできる限り閉鎖性の少ない環境に置くことを基本とし、保護室については、一時的かつ緊急的な場合等に利用する施設として位置づけ、患者が保護室で常時生活することのないようにする必要がある。

マンパワーについては、医師、看護職員、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士等を配置して、手厚い看護を行うとともに、これらの専門職員によるチーム医療の促進を図る等患者に十分な治療を行うことができる体制を整えることが重要である。

施設については、患者ができる限り閉鎖性の少ない環境で、疾病等の特性に応じて十分な治療を受けることができるよう適当なスペースを確保するとともに、デイルーム、作業療法室等の必要な施設や設備を設けることが適当である。

(4) 研修及び研究の推進

処遇困難患者の処遇に当たる医療スタッフ（医師、看護職員、コメディカル等）につい

事務局だより

本誌の編集の総会は、11月8日(金)に第39回精神保健協議会が予定されていますので、その前日の11月7日(木)高知市において開催する予定です。

何卒万障お繰り合わせのうえご参集の程お願い申し上げます。

2 事務局では、皆様からの本協議会の運営に参考となるような御意見、その他精神保健に関連する興味ある事例等の投稿をお待ちしています。

ては、患者の特性や処遇方法等に関する専門的な知識が必要とされるため、これらのスタッフの養成のための研修が不可欠となる。また、精神医学的、法的観点からの障害の特性の評価、治療方法、処遇のあり方、社会復帰促進のための方法等処遇困難患者に関する様々な研究を進めることも重要であり、そのために必要な研究費の確保に配慮すべきである。なお、このような研修及び研究については、本来、国が中心となって進めることが適当であることから、国として必要な体制の整備を図ることが望まれる。

(5) 社会復帰の体制整備

社会復帰については、現在、精神障害者全般の対策が発展途上にあつて、まだ十分とはいえない状況にあるが、処遇困難患者のための社会復帰の体制整備についても検討していく必要がある。当面は、精神障害者社会復帰施設の整備、保健所等による訪問指導の充実等既存の社会復帰対策の充実に努め、その上に立って、病状の改善した患者を居住地域に近接する精神病院に移し、フォローアップや社会復帰活動を継続することが望まれる。

平成3年9月 発行

編集・発行 藤 縄 昭

発行所 〒272 市川市国府台1～7～3

国立精神・神経センター

精神保健研究所内

全国精神保健連絡協議会

Eisai

心

気

転



セレポートは脳虚血によるアセチルコリン・ノルアドレナリン神経系の機能低下を改善し、
脳梗塞・脳出血後遺症に伴う
意欲低下、情緒障害(うつ状態)に
優れた効果を示します。

効能・効果

下記疾患に伴う意欲低下、情緒障害の改善
脳梗塞後遺症、脳出血後遺症

用法・用量

通常成人には、塩酸ピフェメランとして1回50mg
(錠：1錠、顆粒：1g)を1日3回食後経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

使用上の注意*

1. 副作用*

- (1) 消化器
ときに食欲不振、胃部不快感、腹痛、胸やけ、嘔気、嘔吐、下痢、口苦、にがみ、また、まれに便秘、食道閉塞感、腹部膨満感等があらわれることがある。
- (2) 精神神経系*
ときに眠気、頭痛、興奮、不安、不眠、めまい、また、まれに徘徊、焦燥感、せん妄、振戦、痙攣等があらわれることがある。
- (3) 過敏症
ときに発疹、痒痒等があらわれることがある。
- (4) 肝臓*
ときにGOT、GPT、ALPの上昇等があらわれることがある。
- (5) 腎臓*
まれにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがある。
- (6) 血液*
ときに貧血、また、まれに白血球減少があらわれることがある。
- (7) その他*
ときに倦怠感、胸痛、耳鳴、筋痛、また、まれにしびれ感、コレステロールの上昇があらわれることがある。

2. 妊婦・授乳婦への投与

- (1) 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。
- (2) 動物実験で母乳中へ移行することが報告されているので、授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむをえず投与する場合は授乳を避けさせること。

3. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない。
(使用経験がない。)

4. 相互作用

ワルファリンと併用することにより、プロトロンビン時間の延長が認められることがあるので、併用する場合には、慎重に投与すること。

5. 適用上の注意

薬剤自身の味である苦味感があらわれることがあるので、水とともにすみやかに服用させること。

*1991年3月使用上の注意(アンダーラインの部分)の改訂。

エーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10

資料請求は、弊社医薬事業部セレポート係まで。

脳血管性精神症状改善剤



薬価基準収載

セレポート® 錠50mg 顆粒5%
Celeport® (塩酸ピフェメラン製剤)

●ご使用にあたっては、添付文書をご参照ください。

A-C₂ 9303