

結核医療 -現状を踏まえた未来への動向とその対策-

大田 健 小林信之 永井英明 第67回国立病院総合医学会
山根 章 鈴木純子 (平成25年11月9日 於金沢)

IRYO Vol. 69 No. 7 (335–339) 2015

要旨 結核患者は減少しているが、減少の勾配はゆるやかで10万人当たり17名とまだ結核中蔓延国に位置している。本邦での特徴は内因性再燃による高齢者結核の比率が高いことであり、都市部での若年～中年層の社会的弱者における結核の蔓延化も問題となっている。高齢者結核は、社会の高齢化とともに増え続ける訳ではなく、1972年以降のリファンピシンを加えた治療が普及した後の世代では激減することが期待される。しかし、今後10年間は高齢者人口の増加とともに高齢者結核の割合が増えるであろう。高齢者結核患者は、基礎疾患や合併症（入院患者では77%に合併症があり、悪性疾患はじめ重篤な疾患もある）、認知症、ADL低下などをかかえており、一般病棟と同等以上の多様で密度の濃い医療を必要とする。治療薬の進歩は入院期間の短縮をもたらし、外来治療の比重が大きくなっている。この傾向は診断技術の向上による早期発見とも相まって今後とも助長され、外来医療体制の充実、すなわち外来を担当するスタッフの増員、保健所や連携医との協力による患者サポートの強化が求められる。一方、隔離に必要な病床数は減少するので、民間での結核病床はさらに減少し、隔離を必要とする結核患者の医療は、国立病院機構を中心に行なうことが一層求められる状況が予想される。これは排菌中の結核患者を限られた医療機関に封じ込めることにもなり、伝染性疾患の蔓延を抑制することにも貢献すると考えられる。国立病院機構東京病院（当院）では、51の東京都保健所を対象に結核連携会議を毎月1回実施し、退院後の Directory Observed Treatment, Short-course (DOTS) を基盤とするガイドラインに沿った治療の継続についての対策を講じており、耐性菌感染の減少が得られている。

キーワード 直接監視下短期化学療法、高齢者結核、若年成人結核、医療環境の動向

歴史的背景

1944年ストレプトマイシン（SM）をはじめとす

る抗結核薬が発見されて、1971年リファンピシン（RFP）の登場により1972年にはイソジアニド（INH）とRFPを主体とする短期化学療法が確立

国立病院機構東京病院 † 医師
(平成26年5月27日受付、平成27年4月10日受理)

e-mail : kenohta@tokyo-hosp.jp

Healthcare for Tuberculosis: Trends and Measures from the Present to the Future

Ken Ohta, Nobuyuki Kobayashi, Hideaki Nagai, Akira Yamane and Junko Suzuki, NHO Tokyo National Hospital
(Received May 27, 2014, Accepted Apr. 10, 2015)

Key Words: Directory Observed Treatment, Short-course (DOTS), tuberculosis in aged people, tuberculosis in young adults, trends in medical environment

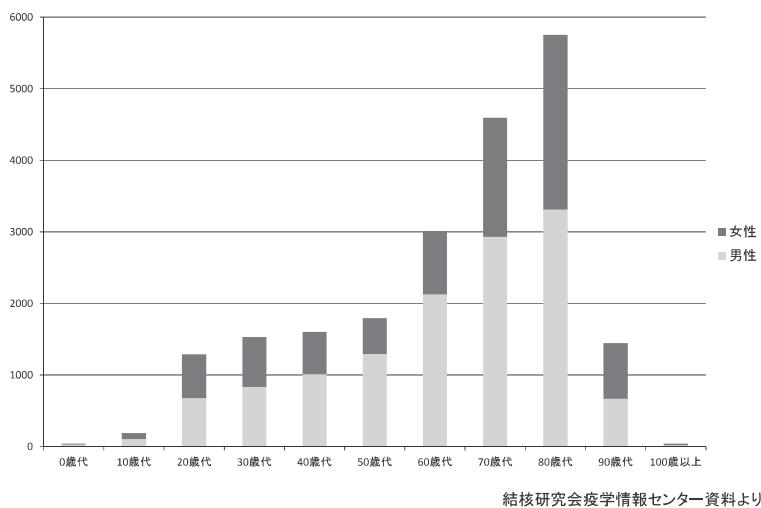


図1 日本全国の結核年齢分布（2012年）

され結核は治癒する疾患となった。しかし、HIV感染症や多剤耐性菌の出現により1990年代には再び危機に見舞われた。そこで1990年からは2カ月間のINH+RFP+エタンブトール(EB)+ピラジナミド(PZ)に4カ月間のINH+RFP、すなわち2HREZ/4HRの初期強化短期化学療法の確立、1995年以降のWHOによるDirectory Observed Treatment, Short-course (DOTS) 戦略、すなわち直接監視下短期化学療法の普及、21世紀に積極的に新薬、新技術の開発が始まった。そして、治療成績の見直しにより空洞病変・菌陰性化に要する期間が2カ月を超えたものや免疫抑制剤使用などの合併症などでは標準治療に3カ月期間を延長するといった治療の個別化がガイドラインで勧められるようになった。また2012年には新薬デラマニドが開発され、現在もさらに数剤が治験段階にあるという状況にあり、新薬を用いた治療期間短期化や耐性結核治療などの開発による治療期間の短縮、耐性結核の治療が引き続き目標となっている。以上のような治療の進歩は、20世紀末までは増加の一途であった世界の結核患者数の増加を阻止し、2007年にはほぼプラトーに達して2010年にはピークアウトした状態をもたらしている。ただし日本はまだ罹患率10万人当たり15人を超える（2010年で17.7人）中蔓延国であることを忘れてはならない。

現状と問題点

1. 結核患者の高齢化

わが国は結核高蔓延期に感染した現在の高齢者が内因性発症していることにより、高齢者結核が半数以上をしめており、米国をはじめとする低蔓延国と比べて明らかに高齢者における罹患率が高い。結核研究会疫学予防センター資料によると、日本における結核患者の年齢分布は60歳代から急増し、80歳代が最も多くを占めており、いずれの年代においても男性優位である（図1）。このような年齢分布は、国立病院機構東京病院（当院）の結核入院患者でも同様で、80歳代が最も多いが、このような極端な高齢化を示す国は、おそらく他にはないと思われる。さらに65歳以上の高齢者における年次推移をみると、最近5年間は65-80歳は減少、80-84歳は横ばいで85歳以上に増加がみられ¹⁾、今後さらに高齢化が進む傾向にある。ただし、高齢者結核は、社会の高齢化とともに増え続ける訳ではなく、1972年以降のリファンピシンを加えた治療が普及した後の世代では激減することが期待される。

しかし、今後10年間は高齢者人口の増加とともに高齢者結核の割合が増えることが予想される。高齢者結核患者の問題点の第一は、とくに80歳以上で、現在最も強力なHERZの4剤での治療開始が困難なことで²⁾、結果として治療成功例が少なく死亡例が多くなっている¹⁾。さらに、高齢者結核患者は、基礎疾患や合併症（入院患者では77%に合併症があり、悪性疾患はじめ重篤な疾患もある）、認知症、ADL低下などをかかえており、一般病棟と同等以上の多様で密度の濃い医療を必要とする。合併症としては高齢者に限らず糖尿病が多く¹⁾、糖尿病のコ

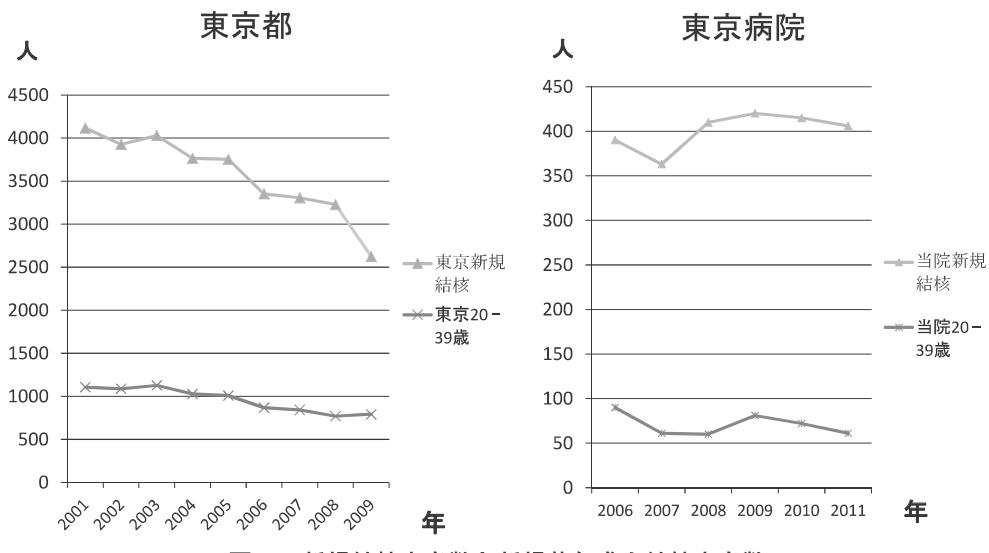
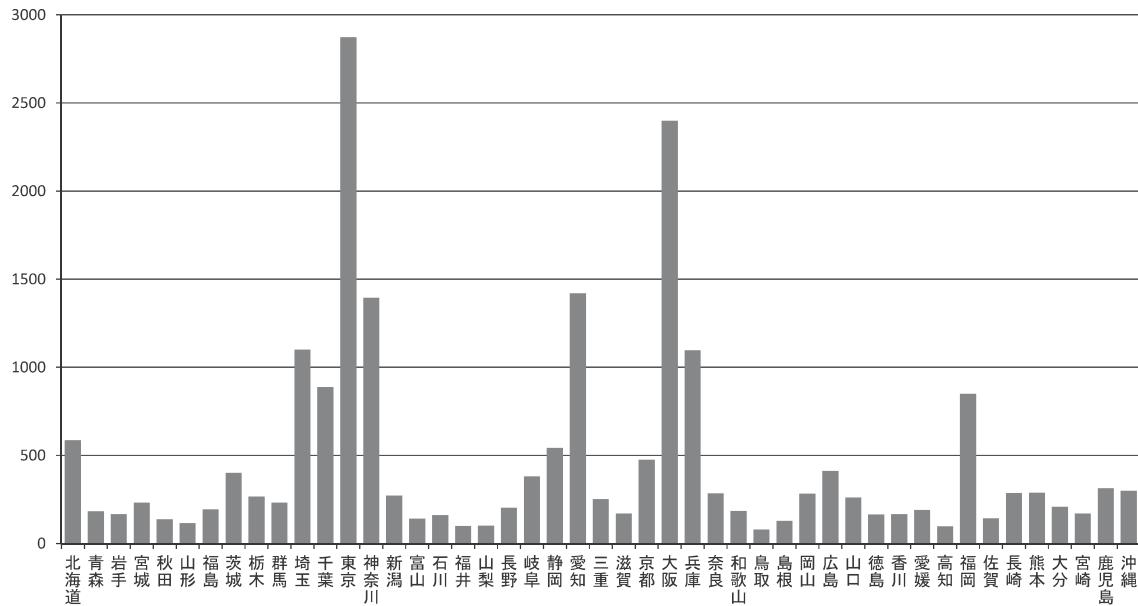


図2 新規結核患者数と新規若年成人結核患者数

図3 都道府県別新登録結核患者数
結核研究所疫学情報センター「結核の統計」より

ントロールは結核治療に大きく影響する。

2. 若年成人での新規結核患者

東京都では新規結核患者総数の減少に比べ、若年成人（20-39歳）の結核患者の減少が鈍化してきている。また、当院における若年者結核も減少傾向はみせておらず、全新規結核患者に占める割合は、常に15-20%で推移している（図2）。東京と同様の傾向は、大阪、名古屋、横浜などの大都市でもみられている（図3）。罹患する若年成人には、生活状況

の悪い社会的弱者や高蔓延国から来日した外国人などを認めることから、医療機関への受診、診断、治療開始の遅れにより結核蔓延の原因となることも懸念されており、結核の低蔓延化に向けて困難な課題である。

3. 医療環境の動向

結核新規登録患者の減少にともない全国の結核病床数は減少している。2012年の全国総結核病床数は7208床で、そのうちNHOで2670床、37%を占めて

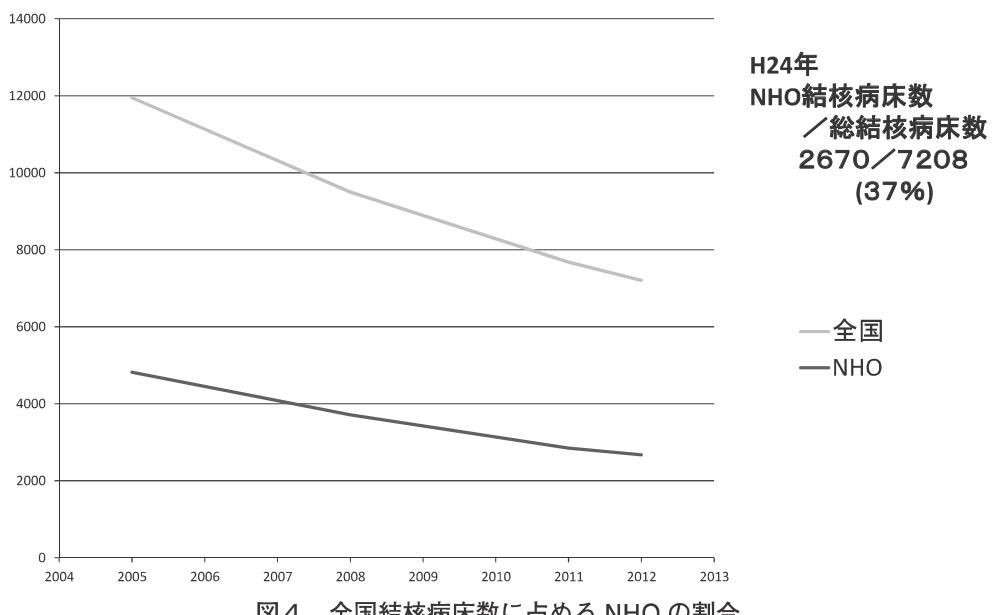


図4 全国結核病床数に占める NHO の割合

いる（図4）。また全国総結核入院患者数は2465人で、そのうちNHOの結核入院患者数は1068人、43%を占めている。すなわちNHOは全国の結核入院の半分近くを担っているという状況にある。病床利用率では、全国平均が35%，NHO全体では40%という状況にあり、採算という点では各医療機関のお荷物的な存在になりつつある。当院では結核病床を100床持つが、60-70%で推移している。また、平均在院日数では、全国的にNHOも同様で70-75日で最近5年以上横ばいの状態である。当院では全国平均よりも、60日前後と短い傾向にある。いずれにしても過去の在院日数からは大幅に短縮しており、外来治療に引き継いで治療を完遂することの重要性が増している。

未来への動向

治療薬の進歩は入院期間の短縮をもたらし、外来治療の比重を大きくしている。この傾向は診断技術の向上による早期発見とも相まって今後とも助長され、外来医療体制の充実、すなわち外来を担当するスタッフの増員、保健所や連携医との協力による患者サポートの強化が求められる。一方、今後さらに全国的には民間での結核病床はさらに減少し、隔離を必要とする結核患者の医療は、NHOを中心に行なうことが一層求められる状況が予想される。これは排菌中の結核患者を限られた医療機関に封じ込める

ことにもなり、伝染性疾患の蔓延を抑制することにも貢献すると考えられる。

当院の患者は都内全域と埼玉県南部からが多い。東京23区からの患者が過半数を占める。当院では、51の東京都保健所を対象に結核連携会議を毎月1回実施（2013年7月には120回目の会を開催）し、保健所と患者の支援体制について話し合うことにより退院後のDOTSを基盤とするガイドラインに沿った治療の継続についての対策を講じており、耐性菌感染の減少が得られている。

今後、外来治療の比重が高くなると考えられるので、保健所との連携が重要となっている。当院の保健所との連携は、今後の各地域における保健所との連携に関するモデルケースになるとを考えている。

わが国の結核医療をさらに積極的に推し進めるには、まず「結核低蔓延化作戦」を国のスローガンとして立ち上げ、作戦の実行にNHOが積極的に関与し、とくに結核の入院治療は全国的にNHOが担い、外来診療をこれまで結核医療を担っていた各種医療機関と協力して行なうことを探討したい。

〈本論文は第67回国立病院総合医学会シンポジウム「セーフティーネット医療の10年後 -そのために今何をすべきか-」において「結核医療 -現状を踏まえた未来への動向とその対策-」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

erculosis Annual Report 2011 : (2)Childhood and elderly tuberculosis. Kekkaku 2013 ; 88 : 611-6 .

-
- 2) Tuberculosis Annual Report 2011 : (4)Tuberculosis treatment and treatment outcome. Kekkaku 2013 ; 88 : 677-86.

[文献]

- 1) Tuberculosis Surveillance Center ; RIT ; JATA. Tu-

セーフティーネット医療の10年後 -療養介護事業移行にともなって- (重症心身障害部門)

宮野前 健[†]

第67回国立病院総合医学会
(平成25年11月9日 於金沢)

IRYO Vol. 69 No. 7 (340-345) 2015

要旨 旧国立療養所（現・国立病院機構）の重症心身障害病棟は昭和40年代に設置が始まり、重度の重複障害を併せ持つ子供たちに半世紀にわたり療養の場を提供してきた。障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）（→346p を参照）施行の経過措置を経て、国立病院機構ではセーフティーネットの役割を担ってきた筋ジス病棟と重症心身障害病棟は、療養介護事業へ移行し大きな転換期を迎えた。この法律が求める福祉の視点での対応は、生活支援員やサービス管理責任者の配置、個別支援計画作成と評価など重症心身障害病棟運営に質的な変化をもたらしている。国立病院機構が掲げるセーフティーネットの役割として重症心身障害医療は、ポストNICU児の対応や短期入所・通園事業などの在宅支援の拡充など確実に進展しつつあるが、さまざまな課題もみえてきた。福祉の視点からの対応や、加齢とともに複雑な合併症の増加と重症化など医療ニーズの増大にともない幅広い診療科の参加が必要となり、それを支える人材の確保や専門性の向上も課題となっている。

セーフティーネット分野の医療は、医学部学生や研修医・若手医師、看護学生などのよき研修場所としての機能も担うことが可能であり、重症心身障害医療への理解や将来の人材確保にも繋がる。国立病院機構では医療分野ごとのネットワークが構築され施設間の連携が取りやすく、重症心身障害データベースの運用、共同研究の推進、専門性向上やセーフティーネットとしての機能向上をはかる上で、このネットワークの活用こそが今後の重症心身障害医療推進の大きな鍵となると考える。

キーワード 重症心身障害、ネットワーク、セーフティーネット、共同研究、療養介護事業

はじめに

旧国立療養所からスタートした重症心身障害病棟

の成り立ちを振り返ることは、現在の状況を理解する上で必要である。日本の戦後の障害児福祉は「児童福祉法」制定（1951（昭和26）年施行）から始ま

国立病院機構南京都病院 小児科 [†]医師

e-mail : miyanomt@hosp.go.jp

（平成27年1月7日受付、平成27年4月10日受理）

Safety Net Particularly for People with Severe Motor and Intellectual Disability Ten Years Later Corresponding Change of New Welfare System

Takeshi Miyanomae, NHO Minami-kyoto Hospital

（Received Jan. 7, 2015, Accepted Apr. 10, 2015）

Key Words: severe motor and intellectual disability, net-work, safety net, collaborative study, welfare service of medical care

表1 主な重症心身障害施策の年譜

1948年：日赤産院に小林提樹先生が乳児院を設置して重症児医療スタート
1951年：児童福祉法施行（1947年制定）
1959年：重症心身障害児対策協議会設立
1961年：島田療育園、1963年びわこ学園、1964年秋津療育園
1964年：日本重症心身障害児を守る会設立
1966年：全国の国立療養所に重症児病棟開設が始まる（480床）
1967年：児童福祉法改正により重症心身障害児施設の法的根拠確立（病院／福祉施設）
1981年：国際障害者年スタート「ノーマライゼーション」の考え方の登場
1989年：重症児通園モデル事業開始 短期入所の取り組み
2000年：政策医療重症心身障害ネットワークの立ち上げ (精神神経センター研究費委託研究；三重病院長神谷齊先生班長)
2001年：通園事業を南福岡病院他3施設で実施
2004年：国立病院・療養所が「独立行政法人国立病院機構」に再編
2005年：療養介助職を導入（ヘルパー2級以上の資格、夜勤可能） 療育指導室スタッフを福祉職として位置づけ
2006年：障害者自立支援法施行 国立病院機構の筋ジス病棟と福岡病院重症児病棟が、「療養介護病棟」に移行
2012年：重症児病棟が支援法に基づく「療養介護事業（医療型）」へ移行 (障害者総合支援法)

った。知的障害と身体障害の障害種別からのスタートであったため、その二つの障害を併せ持つ子供たち（重症心身障害児）は「制度の狭間」に置かれていた。昭和30年代重症心身障害児を持つ親たちや高い理念を掲げた糸賀一雄などの先駆者たちが中心となり、民間の重症心身障害児施設が造られ始めた。その運動の中から1964（昭和39）年に「全国重症心身障害児（者）を守る会」が設立されて、「最も弱いものをひとりもれなく守る」ことを掲げ、その活動は国を動かし重症心身障害施策提言・推進の原動力となった。

一方、旧国立療養所は戦前から国策として結核診療のみを行ってきたが、抗結核薬の普及や経済発展とともに社会・生活環境の改善とともに結核患者の減少をもたらし、社会の要請や疾病構造の変化に応じた後継医療として、重症心身障害医療や筋ジストロフィーや小児慢性疾患医療を取り入れてきた。その流れの中、昭和40年代旧国立療養所に重症心身障害病棟の設置が始まり10年間に80施設8080床が整備された。その時代は対象児童全員が、医療の支援を受けられる「施設入所での療養生活」を目標に各地に施設開設の運動が展開された。その後福祉施策の充実にともない、公立・法人立の重症児施設数は

確実に増加し、単なる入所施設としてだけではなく、在宅重症児支援として通園事業や短期入所（レスパイト入院）、発達障害外来の設置など、地域のニーズに沿った障害児（者）医療・福祉施策を積極的に取り入れてきた（表1）。

一方、旧療養所は四半世紀の間施設数、病床数に変化はなく（図1）、国の施設は国のモデル事業は実施できないとの立場で、新たな福祉施策の取り組みが遅れた。また官庁会計制度の元、本来人件費相当の措置費（児童指導費等）の使途についても曖昧なままにされ、十分な人員配置が民間のそれに比べて少なく、その結果重症心身障害施策は結果として「一国二制度」と揶揄されるような質的な格差が生じた。また国立病院・療養所の統廃合の流れの中で、2001（平成13）年から旧国立療養所の経営モデル移譲として足利病院など6施設が社会福祉法人や恩賜財團済生会に移譲されたのは、このような背景があったためと考えられる。

独立行政法人国立病院機構 以降

2004（平成16）年政策医療を旗印に独立行政法人国立病院機構として再スタートを切り、大きく運

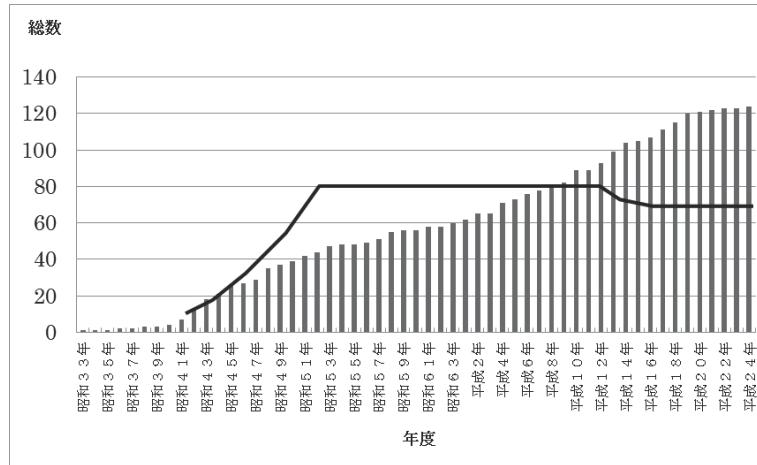


図1 公立・法人立重症心身障害施設と国立病院機構施設数の変化
棒グラフ 公立・法人立重症心身障害施設(平成25年重症児福祉協会資料より作成)
線グラフ 旧国立療養所(現国立病院機構)

表2 公立・法人立施設と旧療養所・国立病院機構の比較

	公立・法人立施設	旧療養所	国立病院機構
設立	昭和30年代	昭和40年代	平成16年
背景	何とかしなくては	結核の後継医療	政策医療
理念	この子らを世の光に	(経営基盤)	セーフティーネット
施設数	124	80	74*1
ベッド数	約12000床	8080床	約7400床
人員*2	1:1	1:0.6前後	1:0.8-1.0
職種	生活支援員、看護師	看護師、看護助手 療育指導室	看護師、療養介護職 福祉職

*1 国立精神・神経医療研究センター病院を含む

*2 人員配置比率 利用者(入所者): 現場スタッフ

営・経営環境が変化した。また障害福祉のグランドデザインから始まった福祉の構造改革の流れの中、障害者自立支援法(現 障害者総合支援法)に基づく療養介護事業が始まり、福祉の視点での国立病院機構の重症児病棟も質的な変化を迫られることになった。また外部(社会)から厳しい評価を受ける制度に変わり、国立病院機構が掲げるセーフティーネット分野である重症心身障害の体制づくりが急務になった。その中でさまざまな課題が浮かび上がり、その対策が採られてきた(表2)。

1. マンパワーの確保

これまで重症心身障害医療を担ってきた小児科医の確保が次第に困難になってきた。これは入所者の高齢化が進み、小児科医が対象とする年齢を大きく

超えたこと、新研修医制度の始まりで急性期疾患中心の研修となり、重症心身障害医療の位置づけが曖昧にされてきたことが背景にあると考える。中枢神経系の障害が中核となっている重症心身障害は“治癒”が困難であるため、成人後も継続した対応が不可欠で、福祉施策としても「児者一貫」としての取り組みが必要である。医療的にも高齢化とともに複雑な病態が絡み合う合併症の増加が進むため、内科をはじめ多くの診療科の総合的な対応も不可欠となっている。そのため各施設が持つ医療資源や専門性を活かして、神経内科や整形外科などが担当する取り組みが次第に増加してきている。しかし現場を支える看護師や生活支援員・療養介護職員の確保自体も困難な地域も存在する。

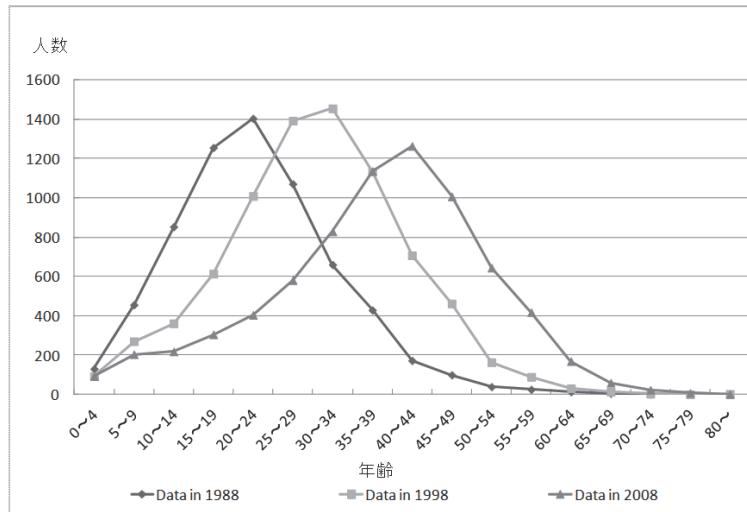


図2 年齢分布の経年的変化

平成25年度国立病院機構重症心身障害協議会報告書（2014.10）より作成

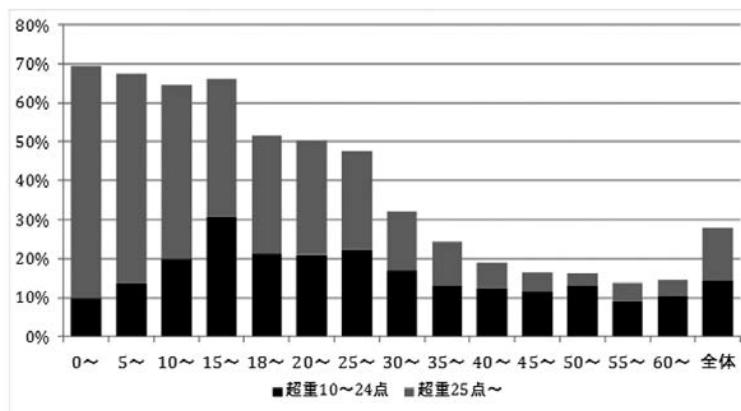


図3 年齢別超・準超重症児（者）の割合

2. 福祉制度への対応

障害者総合支援法による療養介護事業が、すべての国立病院機構重症心身障害病棟においてスタートして、医療法だけでなくこの支援法が規定する福祉対応も必要になっている。つまり日中活動・社会参加の充実に向けた人員配置や個別支援プログラム作成と実施・評価などである。その中心を担う療育指導室はセーフティーネットとして地域の福祉行政との連携や在宅重症児者支援など、その役割も大きく変化しており、サービス管理責任者や日中活動支援の中核を担う福祉職として専門性をますます求められている。また児童福祉法に規定された保育士の配置も、18歳未満の利用者数減少にともない、その専門性のあり方や病棟における役割も変化してきている。

3. 在宅支援としてのセーフティーネット機能

重症心身障害児（者）支援は、病院・施設入所から地域生活・社会参加への大きな流れの中にある。国立病院機構が掲げるセーフティーネット医療の充実には、単なる入所施設のみの役割だけではなく、在宅重症児者への支援やポスト NICU 児の支援施設としての役割、医療的ケアにおける情報発信や障害者専門看護などの取り組みは、必要不可欠である。現在ほとんどの施設で短期入所事業に取り組んでいるが、「空きベッド」活用が原則であり、地域のニーズに十分応えられていないのが現状である。その理由の一つに利用単価が低く契約入院（長期入院）に比較し経営面では不利であり、通園事業においても経営面ではマイナス収支の可能性も高く事業実施に踏み切れない事情もあるため、柔軟な制度と利用単価の改善が必要である。

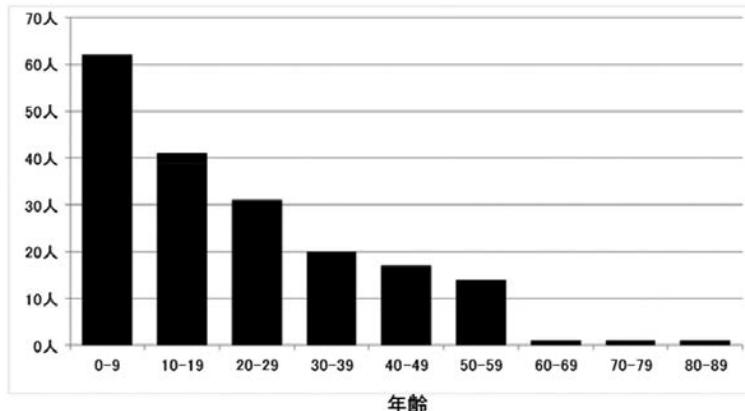


図4 新規入所者の年齢分布（2012年）N=181名

4. 専門性向上

重症心身障害をきたす原疾患・病因は多岐にわたり、合併症が多く複雑な病態生理を示し年齢層も幅広い。そのため重症児医療は、一般医療や“臓器別”医療の延長線上では対応が困難で専門性が高く、福祉や教育分野を含めた多職種との連携が必要な集学的医療分野である。リハビリ、栄養や生活支援スタッフなどさまざまな職種との専門性を活かした連携も今後ますます重要になってくる。

5. 入所者の高齢化と重症化、ポスト NICU 児と強度行動障害児（者）の対応²⁾

現在国立病院機構の重症児病棟利用者の平均年齢は45歳前後となっており、毎年確実に高齢化が進行している（図2）。また超重症児・準超重症児の割合は低年齢ほど高く18歳未満では約70%に及んでいる（図3）。入所者の死亡率は年間約2%で、毎年160名から200名が死亡退院しているが、これとほぼ同数の新規入所者を受け入れていることになる。2012（平成24）年の新規入所者181名の年齢分布をみると、20歳未満が57%・10歳未満が34%を占めており（図4）、ポスト NICU 児などの医療ニーズの高い重症心身障害児を積極的に受け入れていることがうかがえる。また精神医療の立場で対応している強度行動障害者の療養介護事業での位置づけが不明確で混乱を生じている実態もある。

6. 重症心身障害医療分野の臨床研究・社会医学的研究

国立病院機構が進める臨床研究において、重症心身障害を対象とした取り組みは、その障害の特性ゆ

えにさまざまな制限が加わっている。多くの合併症と複雑な病態生理を持つ重症心身障害に対しては一般医療の延長では対応が困難であり、症例積み上げ型の研究や実態調査研究も必要である。またセーフティーネットとしてその役割や取り組みに対する福祉・社会医学的な研究も不可欠で、その成果を国立病院機構として情報発信していくことが国民からの評価に繋がると考える。

将来を見据えた取り組み

障害者総合支援法に基づく療養介護事業実施は、国立病院機構の重症心身障害病棟運営に大きな影響を与えており、診療報酬以外では措置費時代の一律の収入はなくなり、利用者に対する生活支援員の割合に応じた総合支援法（福祉）の給付金（療養介護サービス費）となったが、日本全体の経済・財政状況に医療・福祉施策が大きく左右される時代になった。また療養介護事業に必要な生活支援員数の換算方法や支援費額の移行措置などは、2018（平成30）年まであり今後どう施策が変化するかで、病院経営上大きな課題となると予想される。そのため生活支援員の増員に関しては、それぞれの施設の特性や状況を勘案した対応が必要である。

国立病院機構病院の病床数は約5万5千床で、そのうちセーフティーネットと位置づけられている療養介護事業の対象である重症心身障害、筋ジストロフィーや神経難病などの病床数は全体の2割弱を占めている。このことは必然的に国立病院機構全体で福祉の視点での病院運営が必要となり、サービス管理責任者の配置や個別支援計画の作成・評価、外部

監査にも対応した体制整備が不可欠となった。また在宅重症心身障害児者への地域支援として、短期入所や通園事業など積極的な取り組みが、国立病院機構全体のセーフティーネット機能の評価へと繋がると考える。その役割を担う福祉の専門として位置づけられている療育指導室の役割と責任は大きく、対外的な地域の福祉行政などへの対応など、各施設における立ち位置を明確にする時期になっている。

独立行政法人病院機構は医療分野ごとに施設間のネットワークを構成しており、同じ運営母体で横の連携がとりやすい組織である。重症心身障害病棟を持つ機関病院は東京都と大阪府を除くすべての道府県にあり、73病院が一つのネットワークを構成している。このネットワークを通じてデータベースの構築や臨床研究や看護の専門性を向上する取り組みが可能となっており少しづつ成果を上げている。また重症心身障害をはじめセーフティーネット医療の現場は、医学部学生や前期研修医の教育の場としての役割は大きく、急性疾患をターゲットとした教育や臨床研究ばかりでなく、重症心身障害児（者）や神経難病など、さまざまな障害を持つ患者の生涯を見据えた対応を学ぶ場ともなる。

このネットワークの活用が重症心身障害医療の質と専門性を担保し、国立病院機構のセーフティーネ

ットとしての重症心身障害医療の向上に繋がり、社会的評価に耐えうる組織になると考える。

〈本論文は第67回国立病院総合医学会シンポジウム「セーフティーネット医療の10年後 -そのために今何をすべきか-」において「今もとめられている事 -将来を見据えた在宅支援、重症心身障害医療の専門性向上と福祉の視点」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 「重症心身障害児(者)の症例データベースの普及と利用方法に関する研究」研究班〔編〕. 重症心身障害児(者)の症例データベースの普及と利用方法に関する研究, 平成9~10年度国立療養所中央研究管理研究, 福岡: 1993.
- 2) 平成25年度国立病院機構重症心身障害協議会報告書, 2014.
- 3) 小林信也. 臨床研修医の受け入れに国立病院機構版重症心身障害医療「臨床研修プログラム」を使用した経験. 日重症心身障害会誌 2013; 38: 161-6.



隣に伝えたい 新たな言葉と概念

【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)】

英 Services and Supports for Persons with Disabilities Act

【用語の解説】

日本の障害者施策は戦後「日本国憲法」に国民の福祉が位置づけられ「児童福祉法」「身体障害者福祉法」等の多くの法が整備されたが、当時は更生、保護が目的の内容であった。

1950～60年代には欧米からの「ノーマライゼーション」の理念が伝わり、障害者も健常者と同じような暮らしを営むことを目指す考え方が広まった。その後1997年の社会福祉基礎構造改革によって行政が利用サービスを決める「措置制度」から利用者がサービスを選択し決定する「契約制度」に考え方が変わり、2003年には障害者がサービスを選び契約し利用する「支援費制度」に移行した。その結果、障害福祉サービス利用者の増加、財源の確保、障害の種別・地域によるサービスの格差等が問題となり、これらの解消のために2005年に障害者自立支援法が制定された。しかし障害者自立支援法も「明確な法の理念がない」「サービス利用決定の基準が実情に合わない」「利用者の費用負担が大きい」等の課題を抱えた。そこで障害者自立支援法を見直し2013年「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」が制定された。障害者総合支援法では法の目的を「障害児者が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう支援……」とし、障害児者をひとりの人間として尊重し社会で生活を送るための支援をすることを明確にした。また、障害者の範囲を広げ、難病疾患の患者も障害福祉サービスを利用できることとした。更にサービス利用決定の基準を決める指標として、従来の「障害程度区分」から障害者が社会で暮らすために必要とする支援の内容、量に視点をおいた「障害支援区分」に変更した。

このように障害を取り巻く法・制度が大きく変わり、関係者はその対応に追われてきたが、障害者総合支援法施行後2年が経過し、障害児者がその人らしく暮らすために私たちができること、必要な支援内容・方法、これまで提供してきた支援などについて評価・検討を深めることが重要であると思われる。

(国立病院機構東埼玉病院 療育指導室長 吉田 誠)

本誌340pに記載

医療観察法の将来

村上 優[†]

第67回国立病院総合医学会
(平成25年11月9日 於金沢)

IRYO Vol. 69 No. 7 (347–350) 2015

要旨 2005年7月に施行された医療観察法医療は精神科領域の政策医療として、その多くを国立病院機構の精神科施設が担ってきた。施行後10年近くを経て制度は安定してきたおり、入院期間は平均763日で予定された18カ月よりは長いが、触法精神障害者^{*1}の社会復帰も促進し再他害行為も低い。わが国ではじめての法律モデルの強制入院で裁判所の合議体が治療必要性を判断する。法と精神科医療の対話で運営されているが、いまだ成熟していないところがあり、審判前の手続きで関係者のカンファレンスが当初審判だけでなく入院継続や退院請求時にも必要である。10%程度に3年を超える超長期入院がみられるが、クロザピン使用や多職種で行う心理社会的アプローチを継続するなかで退院促進すべきだと思われる。

地域差に加えて入院期間の施設差が大きく、2008年より多職種による医療観察法施設の相互訪問と相互の検討（ピアレビュー）がなされている。2012年には国の事業として制度化されて医療観察法医療の均霑化^{*2}に役立っている。医療観察法の対象は疾病性、治療反応性、社会復帰要因（阻害要因としては他害行為をおこすリスク）の3要件が存在するケースであるが、この判断の基礎となる刑事精神鑑定や医療観察法鑑定、裁判（審判）のあり方が重要な意味を持つ。対象者ごとに医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士が多職種チームを組み、また地域には保護観察所に置かれた社会復帰調整官が地域支援をコーディネートする。

キーワード 医療観察法、社会復帰、再他害行為

はじめに

わが国の精神科病床は他国に比べて人口比2.6床／千と著しく多い。社会復帰を促進する目的でさ

ざまな施策が進められているが、いまだその効果は十分ではない。2005年に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する医療及び観察に関する法律」（医療観察法と略す）が施行された。これ

*1 触法精神障害者：心神喪失または心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど刑事责任を問えない状態で殺人や他害行為を行った者）

*2 均霑化：地域格差をなくして、どこ地域でも等しく高度な医療を受けることができるようすること。

国立病院機構琉球病院（現所属 榊原病院） †医師
(平成27年1月13日、平成27年5月8日受理)

The Future of Medical Care and Observation Act
Masaru Murakami, NHO Ryukyu Hospital
(Received Jan. 13, 2015, Accepted May. 8, 2015)

Key Words: Medical Care and Observation Act, rehabilitation, recidivism

人	日数	行為	内容	対処	対象 行為	状況
①	400	物損	他人の携帯電話を破損	24条措置通報	殺人	通院中
	681	傷害	他患者に暴行	精神保健福祉法入院継続		入院中
	755	傷害	看護師を殴打	任意から医療保護入院に切替		入院中
②	402	傷害	主治医を殴打	再入院申し立て	傷害	通院中
③	856	傷害	不明	措置入院→再入院申し立て	殺人	不明
④	1007	傷害	他患者を殴打	裂傷に対し縫合処置 事件にせず	殺人	入院中
⑤	不明	わい せつ	痴漢行為	不明	わい せつ	通院中
⑥	211	わい せつ	保健師に嫌がらせ	ケア会議で指導	わい せつ	通院中
	709	わい せつ	訪問看護師に嫌がらせ	ケア会議で指導		通院中
⑦	36	不明	不明	不明	放火	不明

図1 再他害行為等

まで一般精神科医療でみてきた「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者」に対して、その安全な社会復帰を促進することを目的として、裁判所での審判を経て強制入院させる制度である。これまで精神科医のみが判断していた医療モデルの強制入院制度から、裁判官と精神保健審判員の合議により判断する法律モデルの強制入院制度である。発足の当時は保安処分となり治療なき拘禁となるとの批判もあったが、社会復帰を促進するという法の目的や関係者の努力により、わが国の精神科医療では最も多くの人材を投入した精神科専門医療として成果をあげている。その6割の病床を運営するNHO施設は政策医療としての役割を發揮してきた。法が施行されて10年近くとなり、次の10年のあり方を見据えた評価と改革が必要となっている。

2013年の評価

医療観察法の入院医療施設は全国に30施設800床が整備されて、当初の予定であった720床を超えており、一方で医療観察法の指定通院医療施設は407施設で、まだ通院施設の不足がみられており、身近で通院医療を受けることが円滑にできないという指摘もある。医療観察法医療は安定的な運用に移行しつつあるが、一部地域（とくに北海道）には入院施設がなく、また通院施設は都市部での不足も含めて地域差が大きい。

再他害行為なく社会復帰促進については図1に示したように重大とされる行為の発生率は1.7%で他国に比して低く抑えられている。これは対象者の主病名にパーソナリティ障害が含まれられていないということを念頭に置くとしても、重複障害ではこの障害に加えて物質使用障害や知的障害・発達障害が4割にみられることを考えれば、わが国での比較データはないがこの制度の安全化社会復帰への効果と評価できる。

入院期間は当初想定された18カ月よりは長いが表1に示すように中央値763日、平均値で912日となっている。多くの入院対象者は2年以内に退院するが20%程度が長期に、さらに10%が3年以上の超長期入院となっている。長期化要因の多くは治療抵抗性で精神状態の安定が不十分であり、そのため衝動性が高くて再他害行為の可能性が高くて退院が遅れている。2009年よりわが国でも治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンが登場したが、医療観察法医療の場面での使用が少ないことも一因である。琉球病院では3年以上の長期入院者にクロザピンを使用することで精神状態が改善して、超長期入院者が退院し、その後入院者の30%-40%にクロザピン投与が試みられている。クロザピン使用を困難にしている一因には通院施設での継続が確保できないなど、地域的な要因も挙げられる。

地域差に加えて入院期間の施設差が大きく、2008年より多職種による医療観察法施設の相互訪問と相

表1 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
H20年度 (n=625)	603	(577-629)	620	(591-650)
H21年度 (n=766)	688	(650-726)	740	(706-774)
H22年度 (n=863)	727	(695-759)	821	(779-864)
H23年度 (n=1,086)	748	(725-771)	897	(852-942)
H24年度 (n=1,347)	763	(740-785)	912	(871-952)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

互の検討（ピアレビュー）がなされている。2012年には国の事業として制度化されて医療観察法医療の均霧化に役立っている。そこで集積された長期入院例の検討でもクロザピンの可能性は強調すべきであろう。

医療観察法の対象は疾病性、治療反応性、社会復帰要因（阻害要因としては他害行為をおこすリスク）の3要件が存在するケースであるが、この判断の基礎となる刑事精神鑑定や医療観察法鑑定、裁判（審判）のあり方が重要な意味を持つ。刑事精神鑑定に関しては日本司法精神医学会が、2014年より刑事精神鑑定の学会認定医制度を始めることになっており、精神鑑定の質の改善が期待される。また審判のあり方も当初の処遇を決める当初審判にあたってはカンファレンス（審判外の手続き）を経ることにより、法律家（裁判官、検察官、弁護士）と医療（鑑定医、精神保健審判員、精神保健参与員）のこの医療観察法医療の必要性をめぐる会話、コミュニケーションが進んできた。今後はこれら当初審判だけでなく入院継続や入院によらない医療のあり方などでも、広く審判前のカンファレンスが実施されるよう期待したい。医療観察法は法律モデルの強制入院であり法律と医療の対話が進むことが、この法による精神障害者治療を進めることにつながる。

医療観察法医療の特徴はその心理社会的医療の豊富さ、多様さである。そのために対象者ごとに医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士が多職種チームを組み、また地域には保護観察所に置かれた社会復帰調整官が地域支援をコーディネートする。そこでは疾病教育、内省プログラム、怒りのマネジメント、SMARPP（せりがや覚せい剤依存再

発防止プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program : SMARPP）による物質使用など認知行動療法を多く取り入れた治療が展開され、これに限らずに生活技術をあげるために社会生活技能訓練（Social Skills Training : SST）^{※3}や生活訓練室など病棟内にダイニングキッチンを持つ部屋を準備するところも増えてきている。

今後の10年

今後の10年では第1に医療観察法の定着した安定的な運用への配慮が求められる。まずは地域に入院施設がない北海道に指定入院医療施設を設置すべきである。入院施設よりのフィードバックが地域に直接なされることによって法への理解が進み、またパーソナリティ障害のように医療観察法が本来的に対象とすべきか否かの議論が進むであろう。なにより地域での医療を円滑に進めるために、数値目標をたてて通院施設を増やすべきで、加えて積極的地域生活支援 ACT やクロザピンなど高規格の外来施設を広げることが求められる。このためにも、通院施設でも多職種チームが活動できる財政的な基盤を提供することが求められる。この法による医療の本来の成否は通院医療の充実によるといつても過言ではない。

関連職種は病院の多職種チーム MDT の発展に限らず、地域でのコーディネーターの社会復帰調整官、保健師などの地域の支援者、グループホームや包括地域生活支援センターなど多様な支援者のネットワークをつくることが必要である。その方法論であるケア・プログラム・アプローチ CPA の普及や、危

※3 社会生活技能訓練（Social Skills Training:SST）：対人交流における障害の原因が社会機能の欠如にあるととらえ、不適切な行動を修正し、必要な社会技能を習得することを目的とした治療法である。