

これからの精神医療のあり方 ～入院から地域医療へ～

日本精神科病院協会
長尾卓夫 津久江一郎

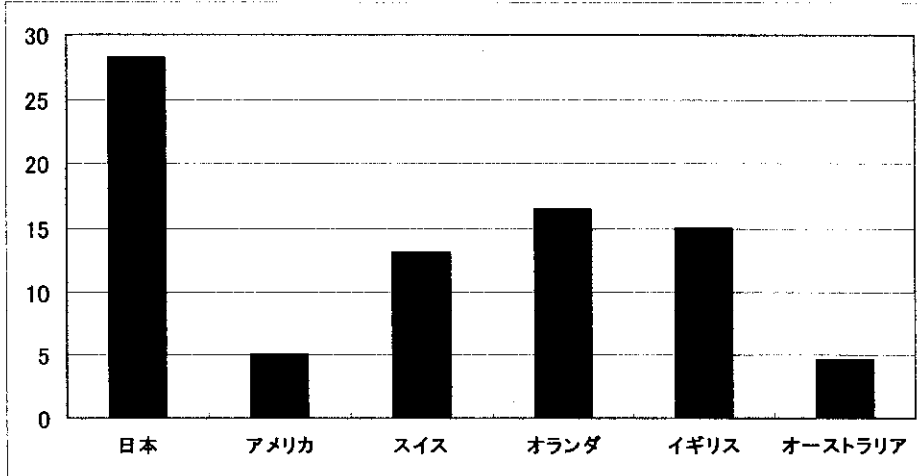
日本の精神病床は多いか？ 在院日数は長いかな？

- 単純な病床数・在院日数の国際比較は誤解のもと
- サンフランシスコとの比較
- 隠れた病床：SNF* 触法
- 痴呆等は精神病床外

*SNF: Skilled Nursing Facility

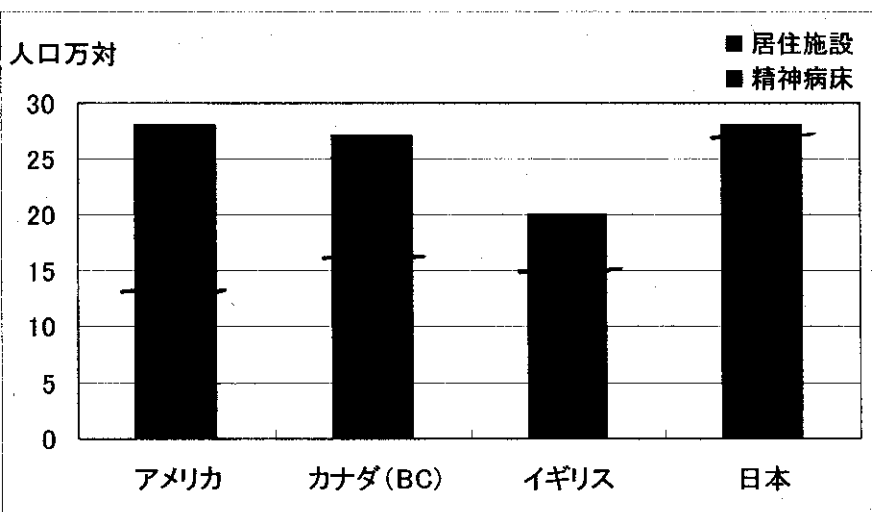
精神病床数の国際比較

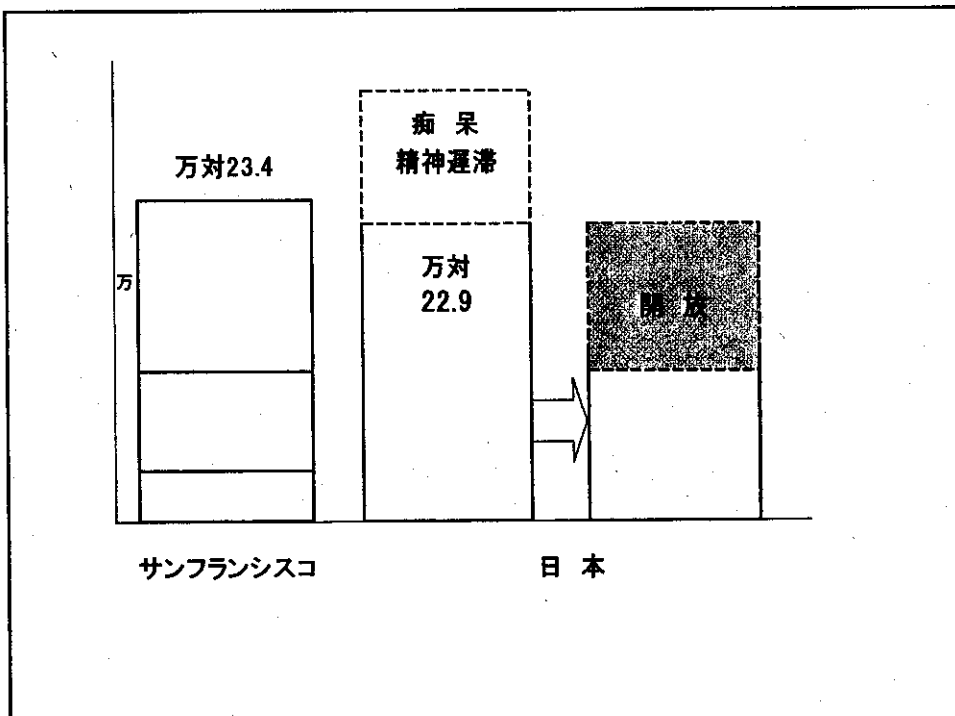
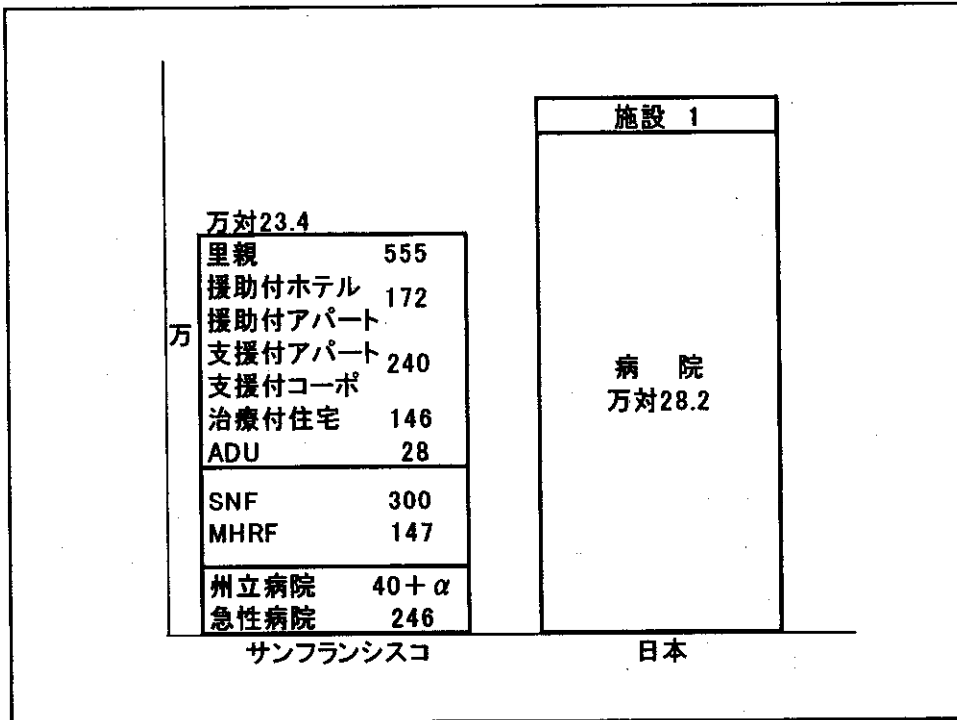
人口万対 OECD



精神病床と居住施設の国際比較

浅井邦彦より アメリカの病床には触法・SNFを含む





人員配置と1日当たりの費用比較

	サンフランシスコ総合病院精神科病棟	MHRF	クレストウッド (SNF)	当院
病床数	21床	147床	174床	485床
精神科医	3	3+内科1	1	48:1
看護師(含上級資格者)	9	9	7.2	3:1 A
准看護師(に相当)	5	90	26.2	
無資格者	不明	35	50.4	10:1
PSW OT CP等	7.13	9.5	2.4	17
費用(1日)	773ドル	500ドル	150ドル	110ドル

アメリカとの違い

- ・ 入院は
米:精神運動興奮の沈静・・・11日(SNF含まず)
日:地域社会への参加・・・60数日(急性期)
日本も急性期のみなら万対5.5床
- ・ 外来は
1日数人の診察か多人数か
米・・・退院後の外来予約が6週間先
- ・ 痴呆・精神遅滞は精神病床と別で処遇
- ・ 医療保険制度の違い・・・何時でも何処でも誰でもほぼ同じ医療が受けられるか否か
医療コストの大きな差

精神医療・ケア体制の再構築

- わが国の精神病床の現状
急性期、リハビリ、慢性期、触法、居住施設などの複合機能
- 新規入院と長期在院を分けて考える必要
- 問題は長期在院者の処遇をどうするか
居住施設や地域サポート体制
- 精神病床の機能分化
医師・看護師等の再配置

長期在院者とは

- 新規入院の80%が一年以内に退院
- 次の2年で10%が退院
- 約10%が3年以上在院
- 3年以上の継続在院者

歴史的経過—Old Long Stay—

- 戦後の病床不足
 - 1954年 万対4.3
 - 1963年 万対14.1
- 精神病床の確保が施策
- 措置入院の奨励・・・30%以上
- WHO顧問の来日
 - 1953年よりレムカウ、ブレイン、クレーマー
 - 1967-68年 D.H.クラーク

クラーク報告(1968年)

- 慢性入院患者の長期化と老齢化を予測
- 治療的コミュニティ、リハビリの奨励
- アフタケア、外来機能など地域医療への努力
- 精神病院の統制
- 精神衛生は公衆衛生局等に匹敵する部局に
- 精神科の専門家の採用 等

当時の厚生省はこれに全く無反応

長期在院を生み出す理由

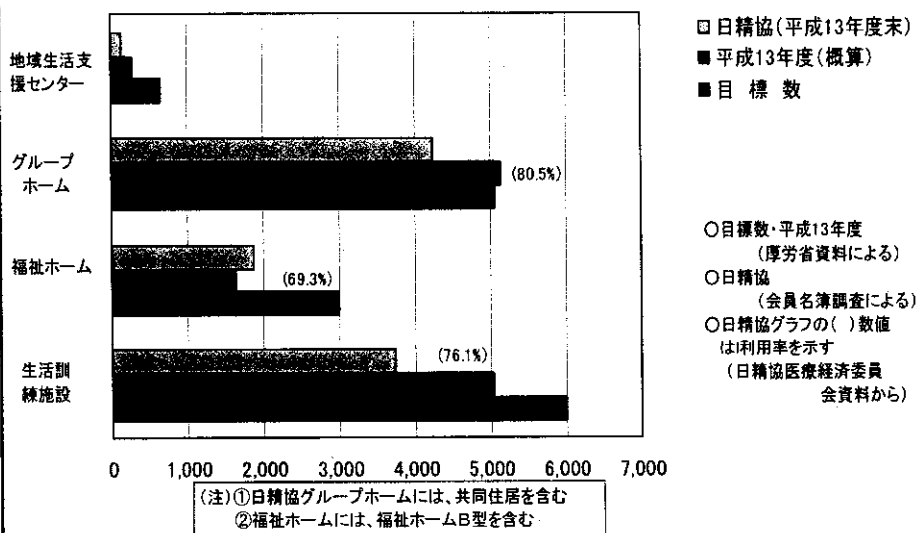
- 精神症状の持続
- 入院による適応の維持
- 家族の受け入れの限界
 - 退院させたくない 33.9%
 - 現実的に困難 29.5%
- 退院後の受け皿の絶対的不足
- 退院促進のインセンティブの欠如

資料 6

退院と家族の受け入れ（現在入院中のもの）

						(%)
	回 答 者				計	
	父・母	兄弟・ その配偶者	配偶者	その他		
総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
退院についての考え						
1) 医師の許可があれば家に引き取りたい	25.6	8.1	27.0	12.4	20.3	
2) 退院させたいが現実的に困難	27.7	34.3	28.6	33.3	29.5	
3) 退院が決まれば家で引き取る	8.8	6.3	8.7	10.0	8.0	
4) 退院させたくない	30.8	42.3	28.7	39.6	33.9	
無回答	7.1	9.0	7.0	4.5	8.3	

現行居住型復帰施設(定員数)



社会復帰施設設置と利用の問題点

- ・ 地域住民による建設反対運動
行政は不介入
- ・ 運営費用補助・知的・身体障害との大きな差
- ・ 自治体による補助の低迷
- ・ 国の補助金カット
- ・ 通過型としての利用年限
- ・ 職員配置問題 (夜間)
- ・ ショートステイの制限

	精神障害者福祉ホーム	身体障害者福祉ホーム	精神薄弱者福祉ホーム
定員	おおむね10名	10名	10名
従事者	管理人 1 顧問医（非常勤） (1)	施設長 (1) 相談介助員 1 嘱託医 (1)	管理人 1
定員/従事者 （常勤1名当たりの定員数）	10名	10名	10名
利用期間	原則2年、延長可能	規定なし	規定なし
運営費補助金	1,377千円	3,768千円	2,582千円
運営費補助金/1人（千円）	138	377	258
運営費負担割合	国 1/2 県 1/2	国 1/2 県 1/4 市町村 1/4	国 1/2 県・市町村 1/2
施設整備費負担割合	国 1/2 県 1/4 設置主体 1/4 （法人など）	国 1/2 県 1/4 設置主体 1/4 （法人など）	国 1/2 県 1/4 設置主体 1/4 （法人など）

名称	精神障害者療養施設	身体障害者療養施設	精神薄弱者更正施設
定員	おおむね20名	50名	30名
従事者	施設長 1 PSW 1 専従 3 顧問医（非常勤） (1)	施設長 1 指導員 1 PT 1 医師 1 看護師 2 栄養士 1 寮母 20 介助員 1 調理員等 4 事務員 1	施設長 1 指導員等 7 嘱託医 (1) 栄養士 1 介助員 1 調理員等 4 事務員 2
定員/従事者 （常勤1名当たりの定員数）	4名	1.5名	1.9名
利用期間	原則2年 （1年を超えない範囲で 延長可）	特になし	特になし
運営費補助金/1施設	15,122千円	220,506千円（特別区）	96,437千円（特別区）
運営費補助金/1人（千円）	756	4,410	3,215

長期在院者の実態

日精協マスタープラン調査

平成14年7月

回答病院数 999病院
回収率 82.1%
入院患者数 236,420人

精神症状・能力障害の2軸評価

精神症状評価基準

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が日常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病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つ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が判断に欠陥がある。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相大な欠陥（ひどい減衰や無言症）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	活発な精神症状、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、常時厳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、厳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。

能力障害評価基準

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。

精神症状別・能力障害別患者数

		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
3年未満	能力障害1	18,420		8,145	55,956		
	能力障害2						
	能力障害3	2,541	14,489				
	能力障害4	4,572					
	能力障害5						
3年以上		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	17,748		10,097	74,024		
	能力障害2						
	能力障害3	2,744	19,646				
	能力障害4	5,318					
能力障害5							

3年以上入院者の実態と処遇(マスタープラン調査結果から)

	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	17,748人(7.6%) (現行社会復帰施設)		10,097人 (*)	93,670人(40.1%) (入院処遇)		
能力障害2						
能力障害3	2,744人(*)	(19,646人)				
能力障害4	5,316人(1.9%) (介護精神保健施設)					
能力障害5						

(注) ①(*)は、新たな社会復帰施設対象(5.5%)
 ②%は、全調査対象233,700人に対する割合

精神症状・能力障害別処遇

1. 入院治療継続群
 - 精神症状3x能力障害3
 - 精神症状4, 5, 6
2. 現行社会復帰施設移行群
 - 精神症状1, 2x能力障害1, 2
3. 新たな施設類型群
 - 医療的ケアと生活支援を24時間提供
 - 精神症状3x能力障害1, 2
 - 精神症状1, 2x能力障害3
4. 要介護群 介護保険も視野
 - 精神科医療的ケアと介護機能
 - 精神症状1,2,3x能力障害4, 5

長期在院者の処遇別対象数

平成12年全在院患者数に換算

入院治療継続群	133,400人
現行社会復帰施設移行群 (痴呆・知的障害・精神作用物質除く)	22,300人
新たな施設類型群 (痴呆・知的障害・精神作用物質除く)	16,300人
要介護群	7,800人

新たな施設類型の提案

- 精神症状、人格水準の低下により意思伝達や現実検討能力に欠陥あるも概ね安定、逸脱行動のない人
- 日常生活または社会生活に制限を受け、時に応じ援助や一部介助を要する人
- 医療的ケアと生活支援が24時間に渡って手厚く提供される
- 利用年限のないこと

日本精神科病院協会基本姿勢

- 入院中心医療から地域医療・ケアへの転換
- 医療の質を向上させ病態にあった治療療養環境の提供
- 国・自治体は自らの責任で知的・身体障害者並みの社会復帰施設の設立を

図1 7カ国精神病床比率(人口1,000人対比率)..

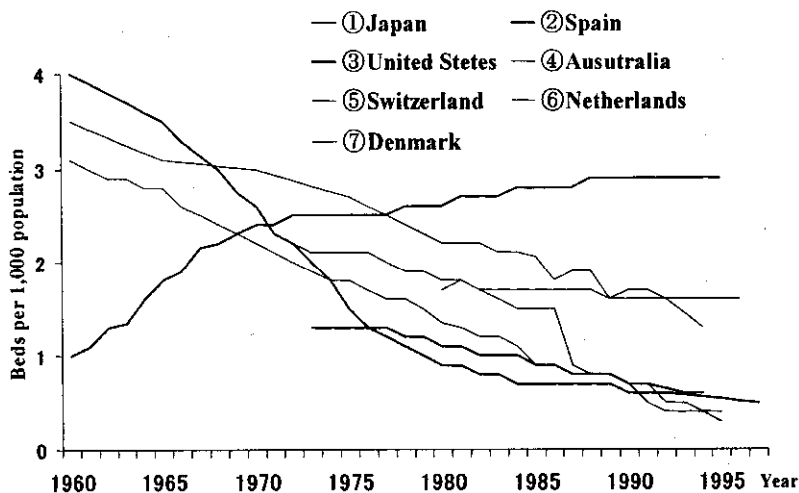
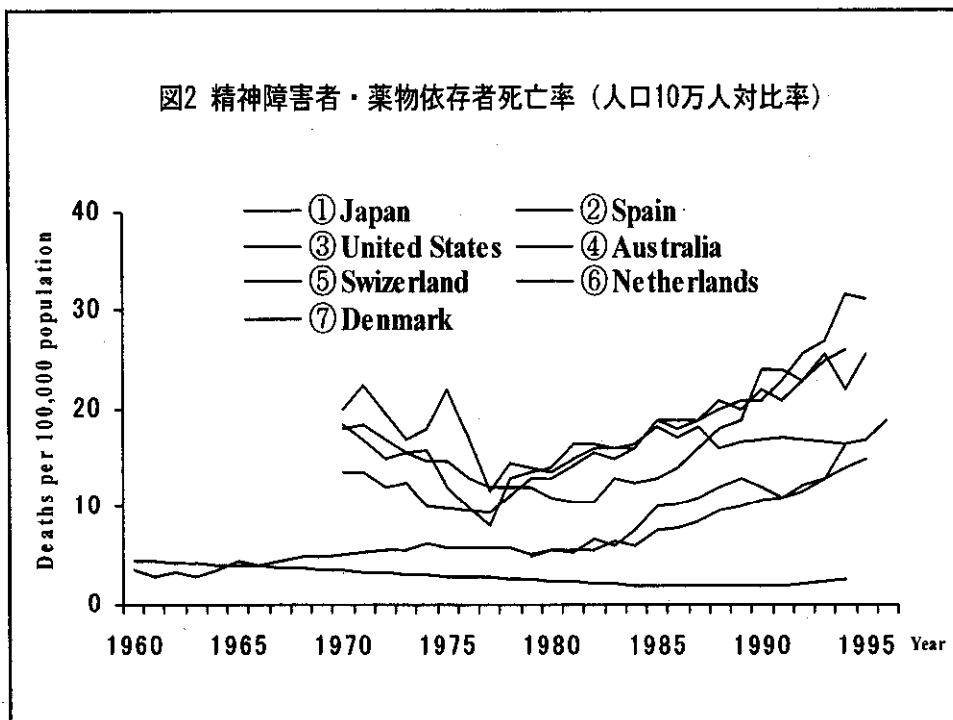


図2 精神障害者・薬物依存者死亡率（人口10万人対比率）



精神病床の機能分化

- 急性期病床 3ヶ月未満
- 回復期病床 3～6ヶ月未満
- リハビリ病床 6ヶ月～3年未満
- 慢性重症病床 3年以上
 精神症状3x能力障害3, 精神症状4～6
- 痴呆専門病床
- その他の専門病床

問題解決への課題

- ・医療・ケアの必要な精神障害者数は国際的に同じ
長期在院者対策は国の責任で施設整備を
 - ・地域医療ケアを支える体制整備
デイケア 訪問看護・介護 危機介入等
 - ・病院に地域生活支援チーム
地域生活支援室の提案・ケアマネジメント
 - ・精神病床の機能分化と質の向上(医療職再配置)
- これらは一体で行うことと、財源の確保が不可欠
単なる病床削減では行き場のない人を生み出す

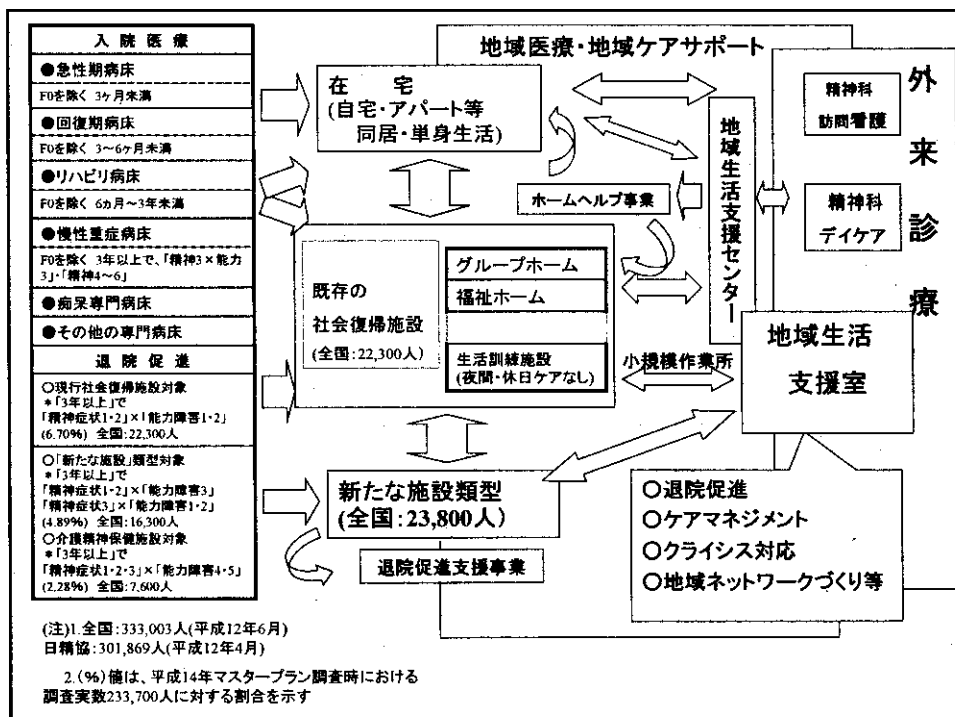


图1 7方国精神病床比率(人口1,000人对比率)

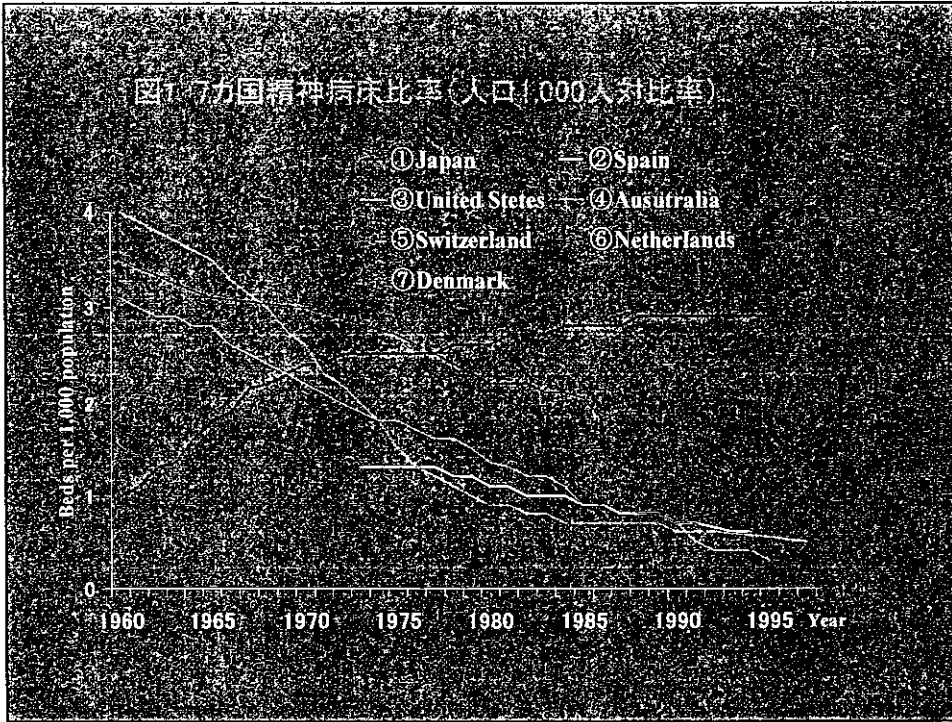


图2 精神障害者・薬物依存者死亡率(人口10万人対比率)

