

佐藤参考人提出資料

(第8回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会、東京、2008)

今後の精神保健医療福祉のあり方 について

東北大学 名誉教授
東北福祉大学大学院 教授

佐藤光源

精神保健医療の改革ビジョン

－ 入院医療中心から地域生活支援中心へ

1. 国民意識の変革(普及啓発)
2. 精神医療体系の再編(精神医療改革)
3. 地域生活支援体系の再編
(地域生活支援の見直し)
4. 精神保健医療福祉施策の基盤強化

2

改革ビジョン前期の評価

精神障害者が外来で増加(1.6倍)、入院は横ばい

入院患者: 統合失調症(平均56才) が61%、認知症が16%. 43%が65才以上.

精神障害者が明らかに増加 (精神保健医療福祉対策は?)

入院患者の高齢化・統合失調症中心の地域移行を推進

認知症患者への入院医療のあり方を検討

年間新規入院の入退院が年々増加(約2万人以上). 全退院患者の87%が1年未満で退院.

入院期間の短期化が進んでいる(再入院率は?)

入院期間1年以内の退院は毎年5万人弱で推移. 長期入院患者の動態に変化はない.

長期入院に変化はみられていない

3

“受け入れ条件が整えば”退院可能な患者

- 該当患者数: 6.9万人(H14) < 7.6万人(H17, 23%) < 34% (H19)
該当患者は、減少しないまま推移している
- 患者調査(H17)
入院期間とはあまり関連しない
(1年未満 33%, 1~5年 30%, 5~10年 14%, 10年以上 24%)
年齢(55才)と関連、統合失調症が60%、認知症が18%
- 病床調査(H19) 居住先・支援が整えば退院可能な患者
現在の精神状態でも可能; 16% (全体の 5%)
精神症状の改善が見込まれるので可能; 73% (25%)
患者・家族関係は、発症(入院)・再発(再入院)にも関連し、その改善は心理社会療法の主要目標の一つ。「受け入れ条件が整えば」という前提条件は、患者の特性や状態像を分析し、精緻化する必要がある。

4

精神保健医療の改革ビジョン

－ 入院医療中心から地域生活支援中心へ

1. 国民意識の変革
2. 精神医療体系の再編
3. 地域生活支援体系の再編
4. 精神保健医療福祉施策の基盤強化

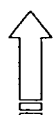


前期5年で長期入院や“社会的”入院には目立った変化はみられていない

5

論点① 基本的考え方

障害者施策における三障害一元化
(障害者自立支援法、2005)



精神障害の特性を踏まえた施策の立案・
見直しが必要

6

精神障害の特性

身体障害・知的障害

病状がほぼ固定

(医療 ⇒ 福祉)

精神障害

病状が不安定

(再発・再入院の反復、難治性病像が存在)

(医療 ⇔ 福祉)

7

二つの“精神障害”の融合

保健医療施策：精神疾患(disorder)の患者

[精神保健福祉法]

福祉施策：「障害」のため、長期にわたり日常生活
や社会生活に相当の制限を受ける者

(三障害:知的、身体、精神障害に適用)

[障害者基本法・自立支援法]

8

精神障害者の希望

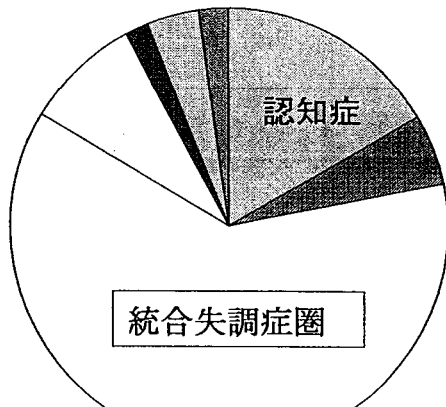
・ 病気と上手に付き合う	626(名)
・ 交友・対人関係を広げる	496
・ 就労・就職	458
・ 趣味の充実	398
・ 差別・偏見の解消	341
・ 自立・独立	311
・ 結婚	262
・ 就学・資格取得	217
・ その他	60

(仙台市, n=1,006, 複数回答, 2008)

9

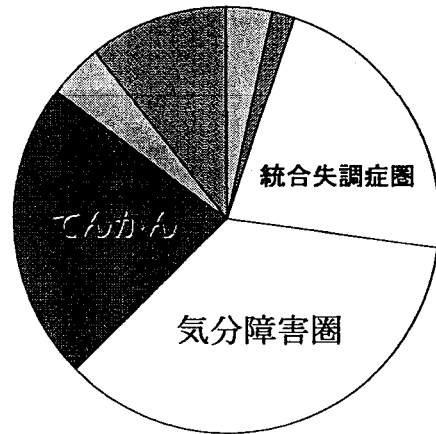
入院医療中心から地域生活支援中心へ

入院患者(疾患別)



19.7万人(平均56才)を中心に
地域移行を考える

通院患者(疾患別)

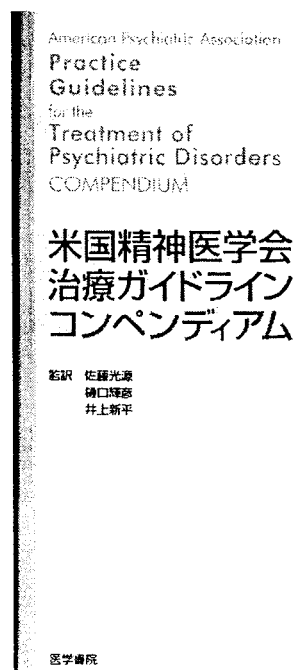
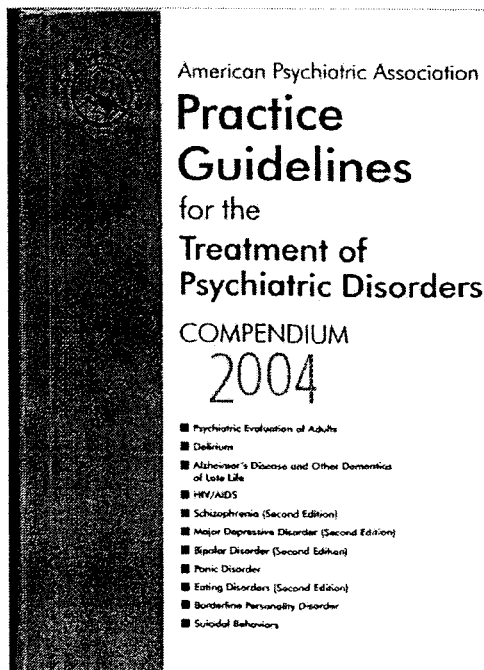


(患者調査、2005)

10

病状の不安定

- 転帰、難治例と再入院の現況 -



精神医学的評議法
Psychiatric Evaluation of Adults
2004年
2004年
クジラノハシラニ一巻と
新装版の出版
Alzheimer's Disease and
Other Dementias of Late Life
1972/2004
HIV/AIDS
統合失調症
Schizophrenia
大うつ病性障害
Major Depressive Disorder
双極性障害
Bipolar Disorder
パニック障害
Panic Disorder
摂食障害
Eating Disorders
境界性パーソナリティ障害
Borderline Personality Disorder
自殺行動の特性と精神医学的ケア
Suicidal Behaviors

11

転帰

- 10 ~ 15(%) 完全回復、再発なし
- 70 ~ 80 再発・寛解をくり返しながら、臨床的には悪化
- 10 ~ 15 重篤な精神病状態が続く

地域・家族の保護と患者の安全・保護のために長期入院が必要な一群が存在 (clozapine前: 10~20%)

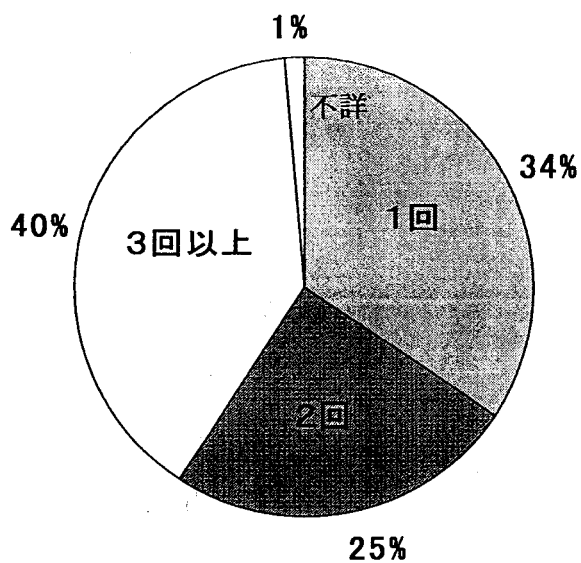
(APA 治療ガイドライン, 2004)
12

病相期対応の医療のあり方

- 発病前期
 - ★ アットリスク精神状態 (ARMS) への早期介入 (学校精神保健・医療・福祉の充実)
- 前駆期 (2~5年)
 - ★ 早期精神病への早期介入
- 精神病期
 - ★ 精神病未治療期間 (DUP) の短縮
- 急性期 (6~18ヶ月)
 - ★ 重症難治例の救済
- 回復期
- 安定期
 - ★ 臨界期 (5年、約80%が再発) 医療の見直し
 - ★ 再発・再入院の予防

(APA 治療ガイドライン, 2004)13

再入院



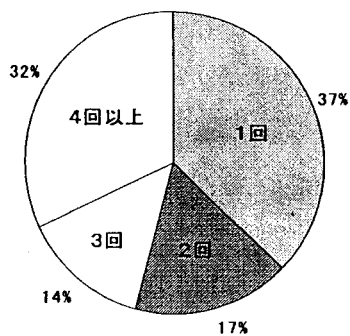
(受療行動調査、全国、1999)₁₄

再入院

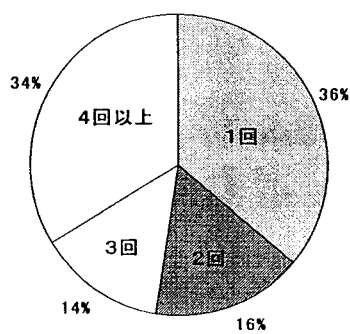
再入院率 63.3%、4回以上の頻回入院 32.7%

(宮城県、n=2,723、2003)

男性



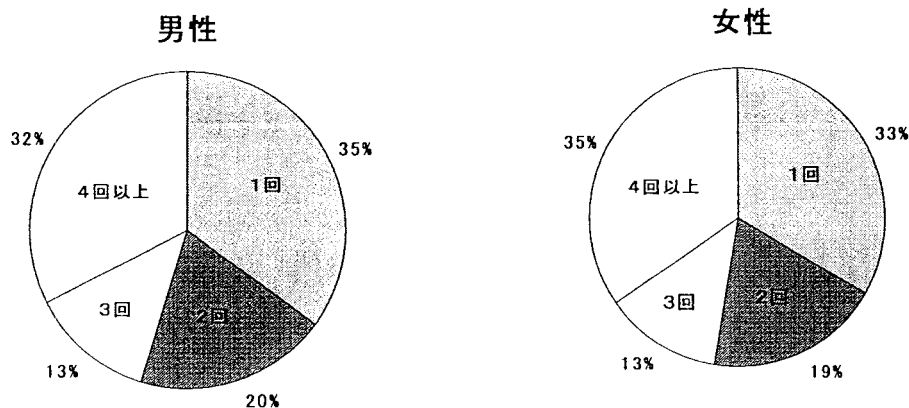
女性



再入院の現状

再入院率 65.8 %、 4回以上の頻回入院 33.6%

(宮城県、n=2,723、2008)



16

再発の現状

1. 完全寛解後の服薬中断; 75% (2年間)

(Kane, 1987)

2. 初発エピソード寛解後の服薬中断で

5年間に 1回以上 83%

2回以上 78%

3. 非服薬群; 服薬群の5倍

(Robinson, 1999)

17

難治例(治療抵抗性)の救済

- 10～30%の患者が抗精神病薬にほとんど無反応、さらに30%が不完全な反応しか示さない。
- これらの患者には、残遺症状が持続する。
- 医療観察法に準じた精神医療福祉システムの検討が必要

(APA 治療ガイドライン, 2004)

18

論点① まとめ

精神障害者の特性と施策のあり方

1. 統合失調症の多くは再発をくり返し、一部は重症の難治例である。約65%が再入院し、約3割が頻回入院という現状がある。
2. 再入院の予防、臨界期医療の見直し、難治例の医療を大幅に見直すことによって長期予後を改善し、障害を軽減すべきである。
3. 再入院・重症難治患者の現況を正確に把握し、障害予防と難治例の救済に向けた精神保健福祉対策が必要がある。

19