

平成 14 年 12 月 6 日

社団法人 日本精神科病院協会  
副会長 津久江 一郎

社会保障審議会障害者部会精神障害分会資料

1. 精神科総医療費は他科に比べて低い。(総医療費の 5.2%)
2. 72,000 人のデータ分析 (日精協調査による)

・ 全入院患者で  $1 \times 1 = 7,400$  }  
全入院患者で  $2 \times 2 = 28,722$  } 36,122 人 (軽度)

・ 5年以上入院の患者で  $3 \times 2 = 22,891$  医療的対応が必要な施設  
 $2 \times 3 = 16,626$  福祉的ケアが可能な施設

↓  
新たな医療福祉混合型ケア  
サポートシステムが必要となる

平成 14 年 11 月 12 日

## 日精協マスタープラン調査速報（第 1 報）

日本精神科病院協会

津久江一郎

### 1. 調査の目的

1993 年 1 月に日本精神科病院協会（以下、日精協と略す）は精神科医療の将来構想を策定すべく、その基礎資料としての入院患者の実態把握を目的とした全数調査を行なった。その結果、長期在院患者の存在と病状などの実態が明らかとなり、さまざまなインパクトを与えることとなったのは周知のとおりである。しかしながら数年の年月が経過し、今後の精神科医療の将来構想を立てるにあたり新たなデータベースの必要性が生じ、2002 年 6 月に同様の調査を施行した。現在そのデータを解析中であるが、注目すべき結果が得られたので平成 14 年 11 月 6 日段階での速報値をここに示す。

### 2. 調査の対象と方法

対象は日精協会員病院に入院する患者のうち、平成 14 年 6 月 30 日時点で入院している患者全員を対象とした。方法は図に示す病棟調査票および個人調査票を用い、病棟調査票は病棟毎に記入し、個人調査票は入院患者毎に記入した。とくに個人調査票の重症度と病状の評価は主治医が直接評価することとし、主治医毎に個人調査票（8 人分で 1 枚）を作成した。

病棟調査票および個人調査票の調査項目については別添とするので参照いただきたいが、この速報では其のごく一部の項目についてのみ触れている。回収された調査票は全ての項目を目視でチェックののち、不完全な記入に関しては返送し再記入を要請した。スキャナーによって調査票を自動読み取りし、コンピュータ上で再び目視によりデータチェックを行った。集計は SAS を用いた。

### 3. 回収率

表 1 に示すように平成 14 年 11 月 6 日現在で日精協会員病院 1,217 病院のうち 994 病院から調査票を回収し、回収率としては 81.7%であった。そのうち個人調査票のデータを 2 重にチェックした数は 977 病院からの 236,020 人であり、この速報はそれをデータベースとして集計を行なった結果を元とする。

### 4. 結果

#### (1) 疾患別患者数

ICD10 分類にしたがって主要な疾患一つを記入としたが、表 2 に示すように 63.6%は精神分裂病であり、次いで多いのは血管性痴呆が 6.9%であるが、アルツハイマー病の 5.1%と合わせると痴呆性疾患は 12%にのぼった。次いで気分障害が 5.7%、アルコール症等が 4.7%、症状性を含む器質性精神障害が 4.4%となっている。

## (2) 入院期間別の精神症状・能力障害クロス集計

個人調査票の精神症状と能力障害の2項目のクロス集計し、入院期間毎に表3に示す。

まず全体での傾向をみると、もっとも軽度と思われる精神症状および能力障害がいずれも1の患者(寛解)は7,399人(3.2%)で、精神症状および能力障害がいずれも1または2の患者(軽度)は28,699人(12.3%)であり、この両群の患者を合計すると36,098人(15.5%)であった。そのうち、5年以上入院している患者についてみるとは105,713人(45.3%)で、寛解は2,625人(5年以上の患者の2.5%、全体の1.1%)であった。また、軽度は11,854人(5年以上の患者の11.2%、全体の5.1%)であり、この両群の患者を合計すると14,479人(5年以上の患者の13.7%、全体の6.2%)であった。

## 5. 考察

まだ速報段階であるため断定的なことはいえないが、本調査の疾患別患者割合を平成12年6月の厚生労働省調べの結果と比較すると、痴呆が1.5ポイント多く(厚生労働省データでは10.5%)、また、精神分裂病も2.4ポイント多く(厚生労働省データでは61.2%)、逆に気分障害は0.7ポイント少なく(厚生労働省データでは6.4%)、アルコール症等も0.6ポイント少なかった(厚生労働省データでは5.3%)。したがって、民間精神科病院の入院患者の疾患構造の違いが全体とは多少異なり、痴呆と精神分裂病がやや多いといえる。

本調査では前回のマスタープラン調査とは異なり、重症度を単純に問うのではなく精神症状と能力障害の2軸で主治医による評価を採用した。今回の集計では両項目がいずれも1の群を寛解、両項目が2までの群を軽度とし、両項目が3の場合は、中等度とみなされる群であり、41,292人となった。この群は医療優先のグループであり、医療確保を十分に行う必要がある。精神症状3で能力障害2の群は22,891人であり、医療優先を必要とするグループである。精神症状2で能力障害3の群は16,626人であり、ケアサポートを要するグループであるので、ケア体制(特に夜間)の必要度の濃い今までの社会復帰施設より以上のマンパワーが必要とされるグループであると思われる。4以上を重度とした。もっとも重度はさらに重度と最重度に区分できであろうが、ここでは一括して集計した。軽度は全体では3.2%であったが、入院期間で其の内訳をみると約半数は1年未満で、5年以上の長期在院患者に限ると2,625人であった。現在日精協会員病院の総病床数は301,611床であるので集計時点の233,549人から割り返すと5年以上の長期在院患者のうち寛解が3,400人、軽度が15,300人で中度は(3×3=41,292人、3×2=22,891人、2×3=16,626人)となる。中度については、3つの群にわけることができ、特に3×2、2×3については新たな医療福祉混合型のケアサポートシステムが今後必要となってくるのかもしれない。

# マスタープラン調査 現時点での傾向

平成14年11月26日現在

## 1.回収状況 (日精協会員病院数1,217病院)

	病院数	患者数
回答数	994	-
確認件数	979	236,440

## 2.疾病別患者数

病名	人数	構成割合(%)
合計	234,946	100.0
アルツハイマー病の痴呆	11,902	5.1
血管性痴呆	16,145	6.9
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	10,295	4.4
アルコール使用による精神および行動の障害	11,142	4.7
覚醒剤使用による精神および行動の障害	620	0.3
上記以外の精神作用物質使用による精神および行動の障害	564	0.2
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	149,395	63.6
気分(感情)障害	13,385	5.7
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	3,665	1.6
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	335	0.1
成人の人格および行動の異常	1,667	0.7
精神遅滞	8,458	3.6
心理的発達障害	189	0.1
小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害	364	0.2
てんかん(症状性てんかんを除く)	4,248	1.8
その他	2,572	1.1

## 3.入院期間別 精神症状・能力障害

入院期間	精神症状		3	4~6	計	
	1	2				
0~1年未満	1	3,119人 (5.2%)	9,514人 (15.8%)	5,141人 (8.5%)	32,691人 (54.2%)	60,264人 (100.0%)
	2	1,497人 (2.5%)	8,302人 (13.8%)			
	3					
	4~5					
0~3年未満	1	4,137人 (4.0%)	14,176人 (13.6%)	8,157人 (7.9%)	60,562人 (58.3%)	103,906人 (100.0%)
	2	2,511人 (2.4%)	14,363人 (13.8%)			
	3					
	4~5					
0~5年未満	1	4,761人 (3.7%)	16,794人 (13.1%)	9,844人 (7.7%)	75,616人 (59.2%)	127,778人 (100.0%)
	2	3,058人 (2.4%)	17,705人 (13.9%)			
	3					
	4~5					
5年以上	1	2,616人 (2.5%)	11,840人 (11.2%)	8,435人 (8.0%)	64,487人 (61.0%)	105,779人 (100.0%)
	2	2,170人 (2.1%)	16,231人 (15.3%)			
	3					
	4~5					
全 体	1	7,400人 (3.2%)	28,722人 (12.3%)	18,317人 (7.8%)	140,292人 (60.0%)	233,966人 (100.0%)
	2	5,237人 (2.2%)	33,998人 (14.5%)			
	3					
	4~5					

## マスタープラン調査（個人票） 記入要領

以下の設問による各入院患者の状況を、別紙記入用紙にご記入願います。

①患者の生年月を記入してください

該当する年号の上に線を引き、□の中には数字を記入してください

②性別をマークしてください

男女どちらかのマークを塗りつぶしてください

③今回の入院開始年月を記入してください

該当する年号の上に線を引き、□の中には数字を記入してください

④過去の入院回数を記入してください

今回の入院を含めず、貴院に入院した回数を記入してください。初回の入院の場合には0と記入してください

⑤入院形態をマークしてください

次の中からいずれかひとつを選択し、該当する番号のマークを塗りつぶしてください。

1 措置入院
2 医療保護入院
3 任意入院
4 その他の入院

⑥病名（ICD-10に準じて評価）をマークしてください

次の中からいずれかひとつを選択し、該当する番号のマークを塗りつぶしてください。

1	アルツハイマー病の痴呆	症状性を含む器質性精神障害
2	血管性痴呆	
3	上記以外の症状性を含む器質性精神障害	
4	アルコール使用による精神および行動の障害	精神作用物質使用による精神および行動の障害
5	覚醒剤使用による精神および行動の障害	
6	上記以外の精神作用物質使用による精神および行動の障害	
7	精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	
8	気分(感情)障害	
9	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	
10	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	
11	成人の人格および行動の異常	
12	精神遅滞	
13	心理的発達の障害	
14	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害	
15	てんかん(症状性てんかんを除く)	
16	その他	

⑦能力障害についての評価をマークしてください

次の中からいずれかひとつを選択し、該当する番号のマークを塗りつぶしてください。  
詳細は別紙「能力障害」評価表をご参照願います。

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。

⑧精神症状についての評価をマークしてください

次の中からいずれかひとつを選択し、該当する番号のマークを塗りつぶしてください。

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、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）、慢性の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（ひどい滅裂や無言症）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。

⑨処遇についてマークしてください

次の中からいずれかひとつを選択し、該当する番号のマークを塗りつぶしてください。

1	開放処遇
2	閉鎖処遇

⑩費用区分についてマークしてください

次の中からいずれかひとつを選択し、該当する番号のマークを塗りつぶしてください。

1	生活保護
2	国民健康保険
3	その他

⑪障害年金支給についてマークしてください

「有・無」のマークを塗りつぶしてください。

## 【別紙】

### 「能力障害」評価表

精神障害者保健福祉手帳の能力障害の状態評価を利用し、判定に当たっては以下のことを考慮する。

- A) 日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは助言、指導、介助などをいう。
- B) 保護的な環境（例えば入院しているような状態）でなく、例えばアパート等で单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。
- C) 判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。

#### 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出来る。

適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。

精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。

#### 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。

1に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部援助を必要とする場合がある。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。

デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

#### 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。

1に記載のことが概ね出来るが、援助を必要とする場合が多い。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

#### 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。

1に記載のことは常時援助がなければ出来ない。

例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

#### 5 精神障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

1に記載のことは援助があってもほとんど出来ない。

例えば、入院患者においては、院内の生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。



平成14年12月6日

社会保障審議会 障害者部会  
精神障害分会 委員 各位

社団法人 日本精神神経学会  
理事長



## 精神保健・医療・福祉の抜本的改革にむけて

### － 五つの基本方針 －

現在、社会保障審議会障害者部会精神障害分会で審議中の精神保健福祉総合計画について、日本精神神経学会理事会は緊急に次の「五つの基本方針」を提案いたします。貴分会がこれを真摯に検討されるよう要請いたします。

日本の精神保健医療福祉は、積年の行政施策の負の遺産を背負い、いまだにきわめて遅れているため、さまざまな不祥事を生じ、市民に不信をもたらす結果となっております。いまこそ抜本的改革案が出されなくてはなりません。しかし、貴分会の「報告書(案)」を見ると、さまざまな問題点は取り上げられてはいるものの総花的であり、これまでとられてきた施策への立ち入った検討は不十分であり、現状に内在する真の矛盾を抉り出すことも少なく、あるべき方向についての数値目標を伴わないため具体的な計画とはいえないものになっております。これでは真の改革への道遠しと嘆ぜざるをえません。

わたしたちは、国際連合の諸原則および2002年世界精神医学会横浜大会で採択された「横浜宣言」を踏まえ、ノーマライゼーションの原理にたち、次の五項目を日本の精神保健医療福祉改革のために必要な、相互に連関する最低限の要件と考え、その全面的かつ一括した実現を求めたいと思います。これにより、精神科医療は市民の不信を解き信頼を獲得する基盤ができると考えます。

### 記

#### 1. 多様な社会復帰施設の整備と精神科病床数の適正化；

当学会の2回の調査(1991, 1999年発表)では、日本の精神科病床(約34万8千床：平成12年度調)の約1/3は「社会的入院」者で占められていると推計しております。このことは、地域の受け入れ体制が整えば、これだけの人々が退院可能となることを意味すると考えられます。従って、現在まず求められることは、今後10年間の年次計画を策定し、多様なかつ質量ともに十分な社会復帰施設と各種のサービスを地域に準備し、地域の特性を勘案しながら、「社会的入院」に使用されているこれらの精神科病床数を減





らしてゆくための数値計画を明示することです。さらに、この病床削減が過去の行政施策の負の遺産を解消しようとするものであることを踏まえるならば、その実現のためには、精神科病院・病棟に対する相当な規模の財政投入を国の責任において行うことが、精神保健医療福祉の改革を進める上で不可欠であると考えます。

## **2. マンパワー不足の解消と高度な精神科医療の確立；**

これまで医療法特例により精神科の医師・看護師らのマンパワー不足は公認されてきました。これを一つの要因として、精神科病院の収容的役割が拭いがたい負の遺産として残されています。上記のように病床数の適正化を行うことは、同時にこのマンパワー不足の抜本的解消をはかることが可能となることであり、精神科病院を高度な精神科医療を行う質の高い「病院」として再生させることが可能になります。

## **3. 精神科医療費の抜本的是正；**

精神科医療費もまた極端に低額に抑えられてきました。現在でも、精神科病床数は病床数全体の1/4を占めるにもかかわらず、精神科医療費は医療費全体のわずか5%強に過ぎません。ここに記した1、2、3の問題があいまって、これまでの精神科医療の貧困さを作ってきたのであり、この悪連鎖を今こそ断ち切らなくてはなりません。そうして初めて、日本が心の危機の時代に直面するメンタルヘルスの多様な諸課題に対応することができると思います。あるべき精神科医療の未来像に沿った形で精神科医療費の抜本的改正に取り組むことが必要とされています。

## **4. 保健医療福祉圏の確立と地域精神保健医療福祉の確立；**

ノーマライゼーションの理念に基づき、障害者が生活する場で保健医療福祉を安心して利用できることが原則です。地域特性を勘案しながら一次・二次・三次の圏域を確立し、その中で保健・医療・福祉の各施設を適正に整備してゆかねばなりません。特に医療面では、二次圏域を中心に総合病院と単科精神病院および民間病院と国公立病院が救急・合併症対策を軸に、適正な機能分化をはかり、地域社会のニーズに応えることが求められます。また一次圏域を中心に、外来診療所が訪問・往診などを含む地域医療サービスを行いうるよう条件整備をすることも必要となります。

## **5. 国の責任による情報公開の積極的推進；**

従来、精神科医療の問題点として批判されてきた密室性は改められなくてはなりません。精神科病院は強制入院を伴うため、国の責任において、情報公開の原則である、公開性、透明性、説明責任を積極的に推し進めるべきです。