

# 長尾構成員提出資料

# 精神医療福祉の経過と現状

## —議論のための基礎資料—

日本精神科病院協会

長尾卓夫

# 精神衛生法(昭和25年)

## 第一条

この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に務めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。

# 精神保健法(昭和62年)

## 第1条

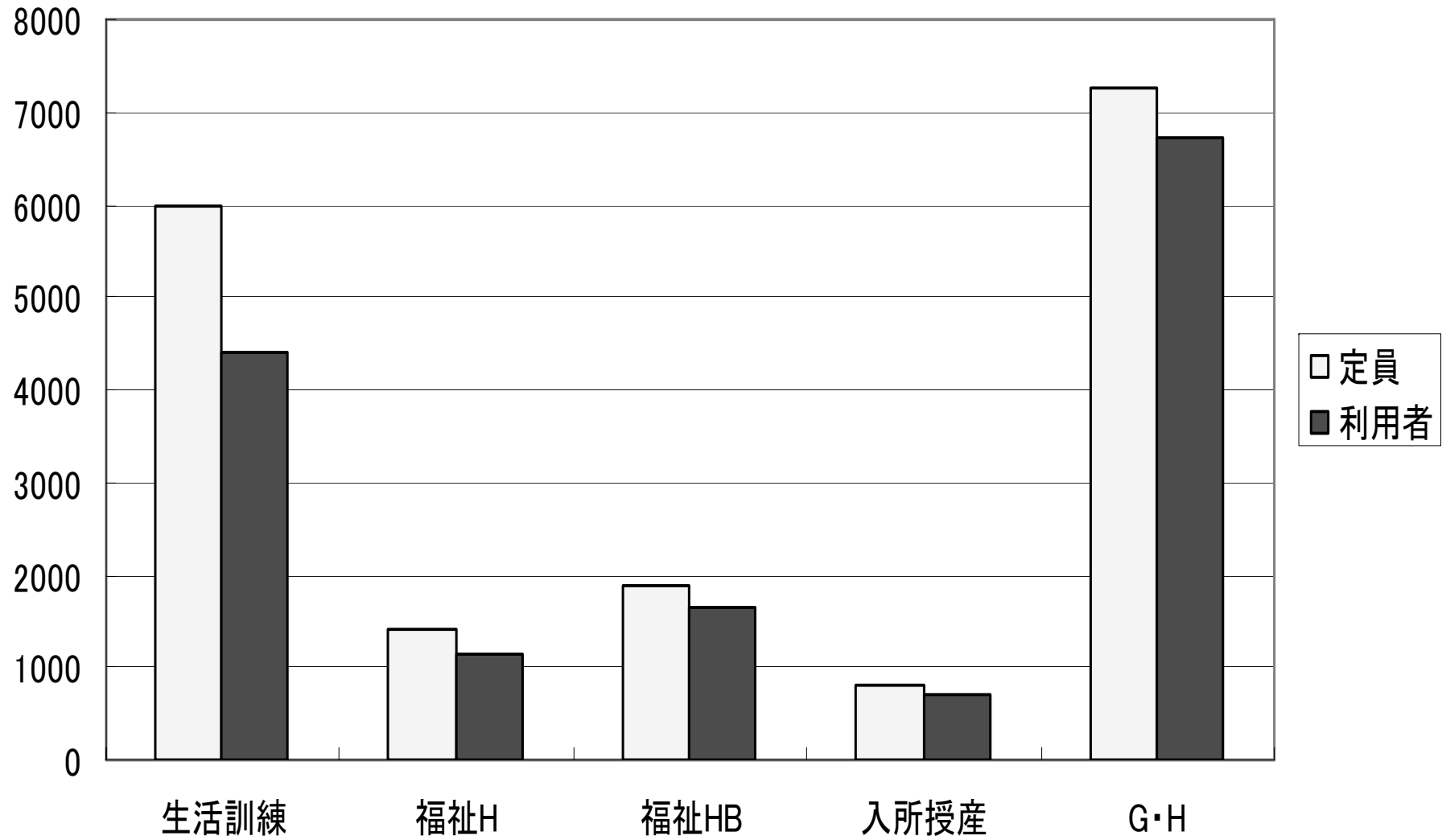
この法律は、精神障害者の**医療及び保護**を行い、その**社会復帰を促進**し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の**福祉の増進**及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする

**\* 社会復帰施設設置は義務規定なし**

# 長期在院は何故起こったか

- 精神衛生法の制定はされたが
- 精神障害者福祉法がなかったこと
- 社会復帰施設設置は義務規定でなかった
- 家族の疲弊と受け入れの限界
  - 退院させたくない 33.9% (全家連調査)
  - 現実的に困難 29.5%
- 退院後の受け皿の絶対的不足
  - 地域住民の建設反対・行政不関与
  - 建築補助金の不足・設置者からの持ち出し

# 精神障害者社会復帰施設H17



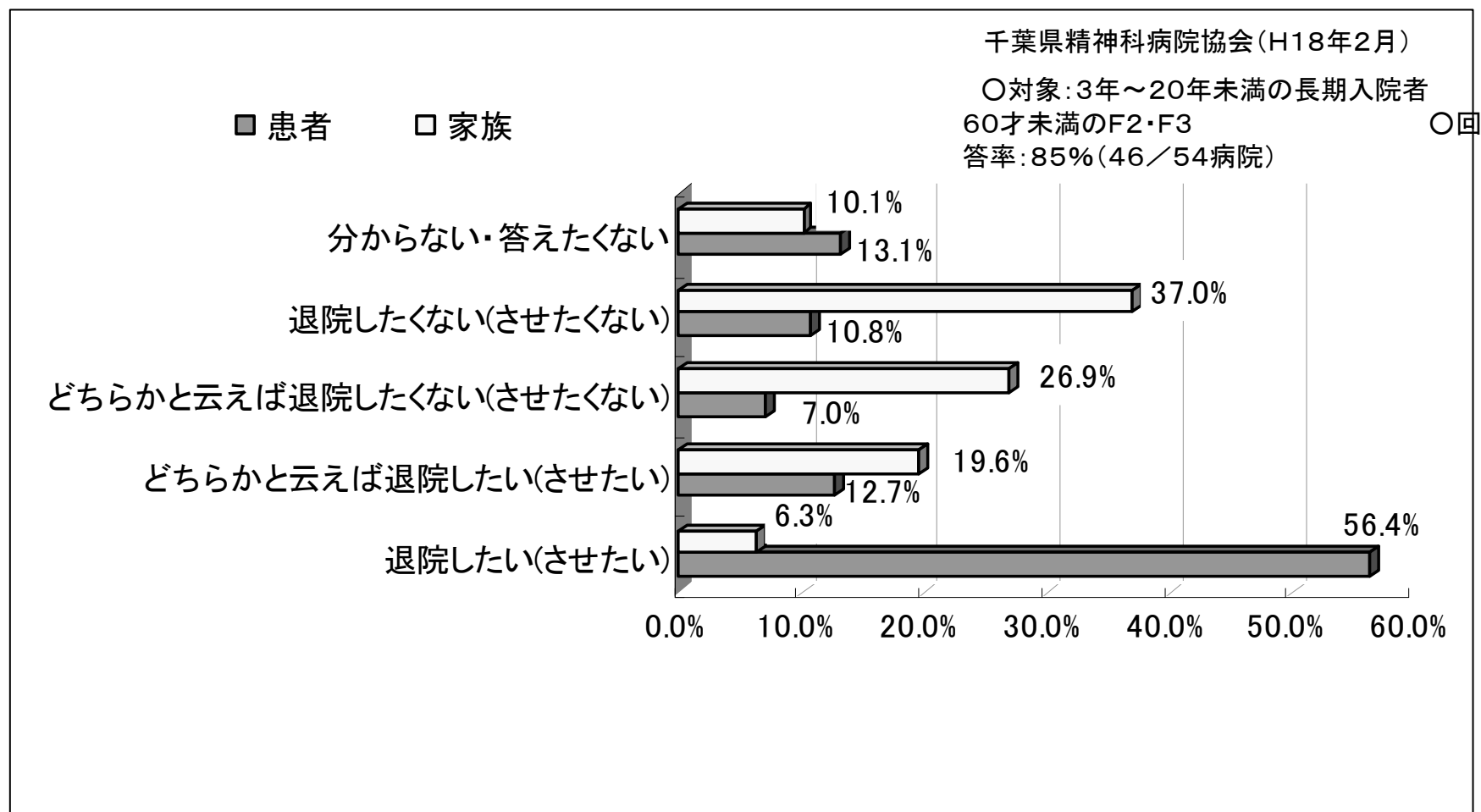
資料 6

## 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

全家連調査

# 長期入院者・家族の退院意向調査





# 無視されたクラーク勧告 (1968年)

- 慢性入院患者の長期化と老齡化を予測
- 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
- 厚生省に精神科の専門家の採用を
- 病床数は万対25床程度が適當 等

# 精神医療の日・米欧比較

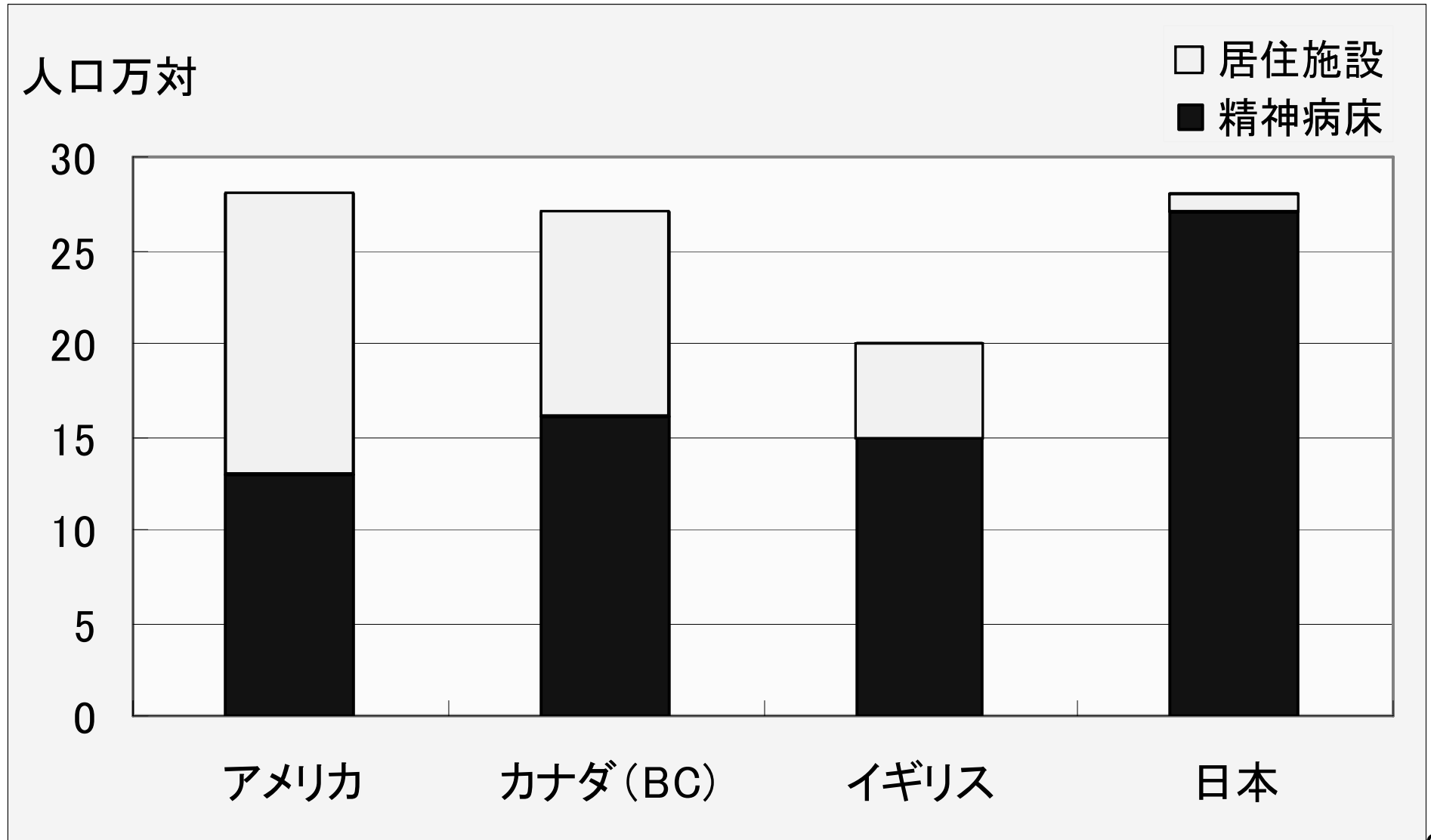
- 単純な病床数・在院日数の国際比較は誤解のもと
- サンフランシスコとの比較(2002, 視察)  
隠れた病床: SNF\* 司法病床  
(Prison Hospital)  
認知症等は精神病床外

\*SNF: Skilled Nursing Facility

# 精神病床と居住施設の国際比較

浅井邦彦より

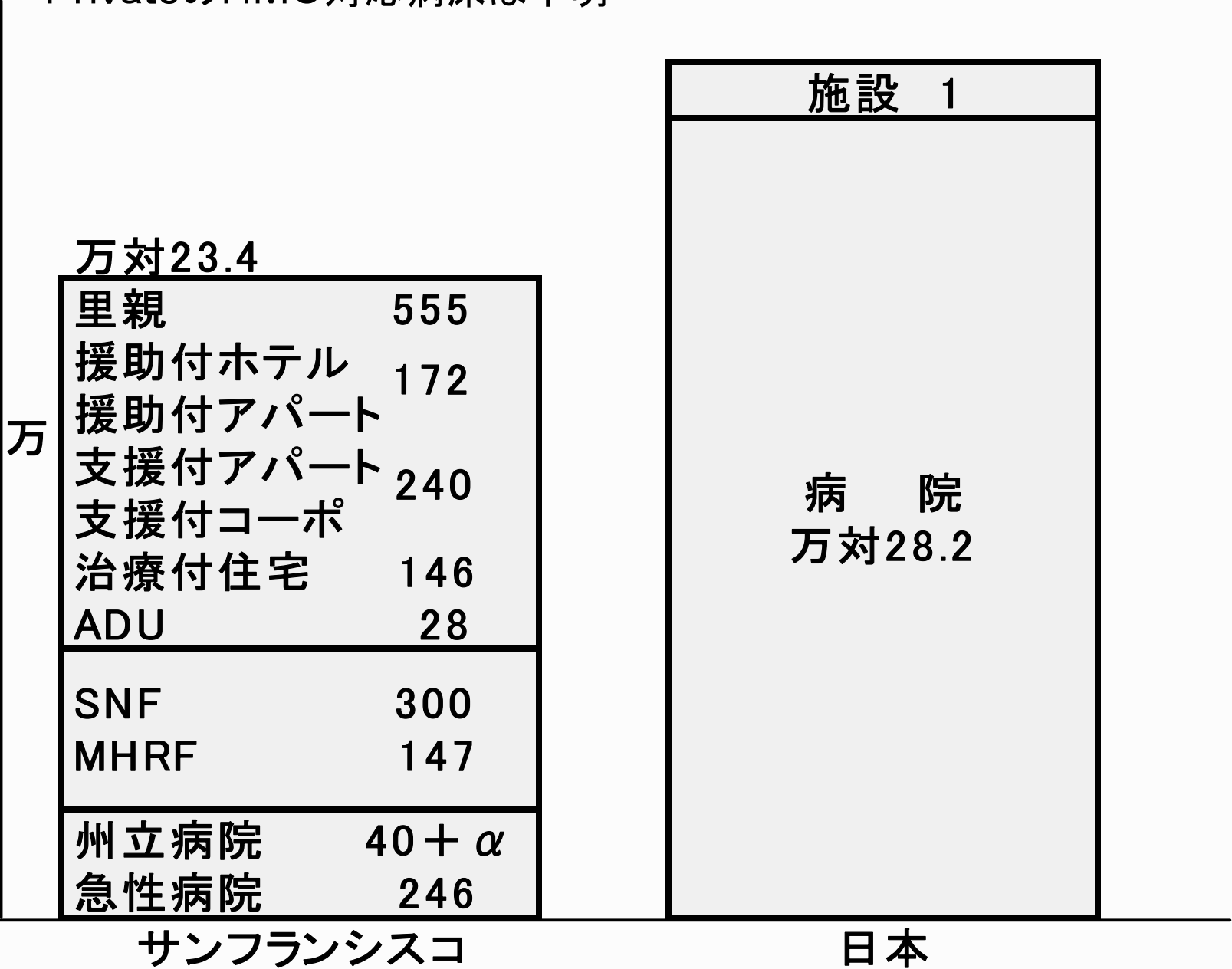
アメリカの病床には司法・SNFを含む



# サンフランシスコとわが国の比較

2002年

PrivateのHMO対応病床は不明



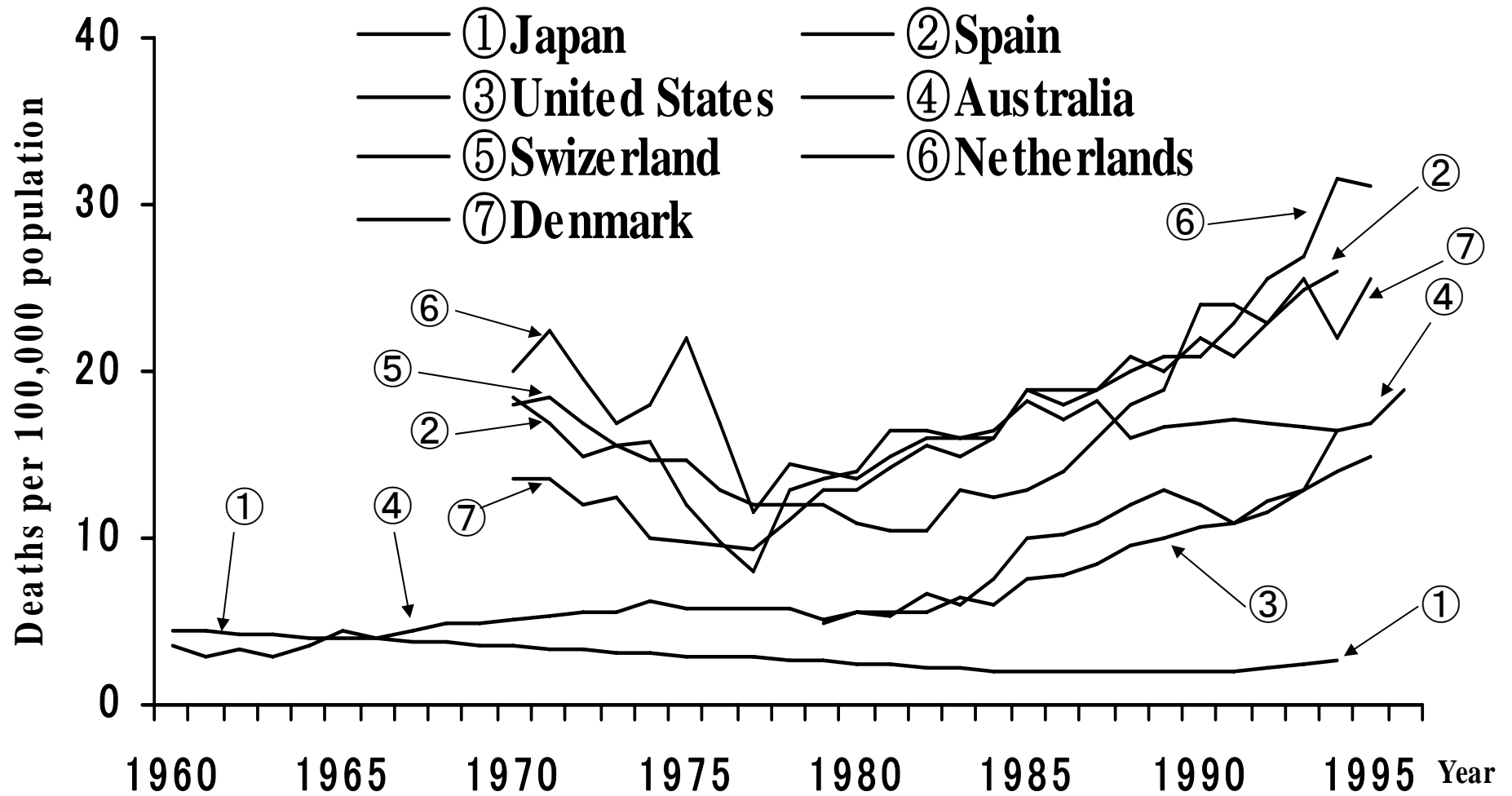
# 人員配置と1日あたりの費用比較

	SF総合病院	MHRF	クレストウッド(SNF)	高岡病院
病床数	21床	147床	174床	485床
精神科医	3	3+内科1	1*嘱託	12
看護師	9	9	7.2	122
准看護師	5	90	26.2	58
無資格者	不明	35	50.4	41
PSW等	7.13	9.5	2.4	17
費用/日	773ドル	500ドル	150ドル	110ドル

# アメリカとの違い

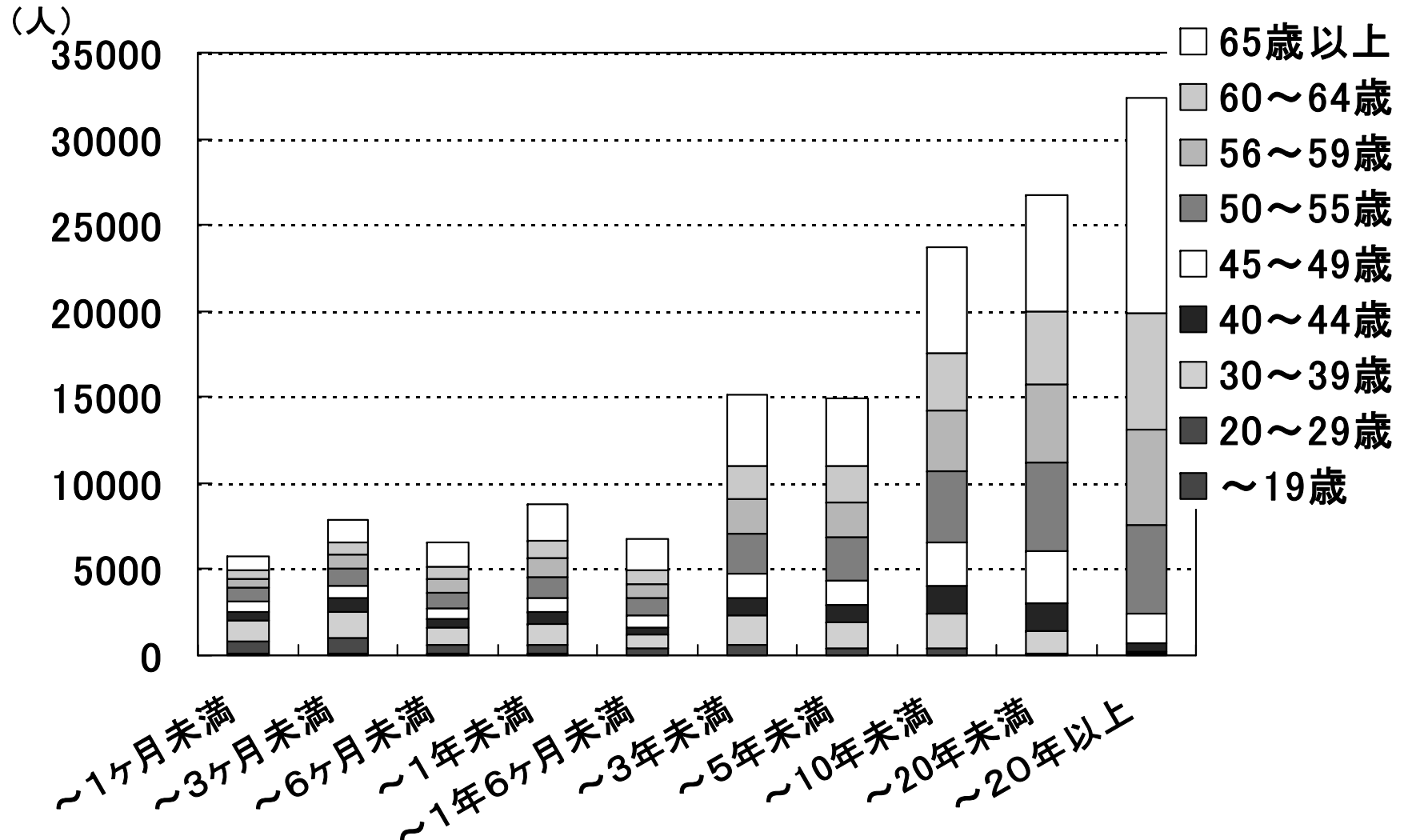
- 入院について
  - 米：精神運動興奮の沈静・・・11日（SNF含まず）
  - 日：地域社会への参加・・・60日弱（急性期）
  - 急性期・回復期・慢性期・認知症病床・  
司法病床・ケアつき居住施設などの複合機能
- 外来について
  - 1日数人の診察か多人数か
  - 米・・・退院後の外来予約が6～8週間先
- 認知症・精神遅滞は精神病床と別で処遇
- 医療保険制度の違い・・・何時でも何処でも誰でもほぼ同じ医療が受けられるか否か
  - 医療コストの大きな差

図2 精神障害者・薬物依存者死亡率（人口10万人対比率）



# 統合失調症 在院期間と年齢

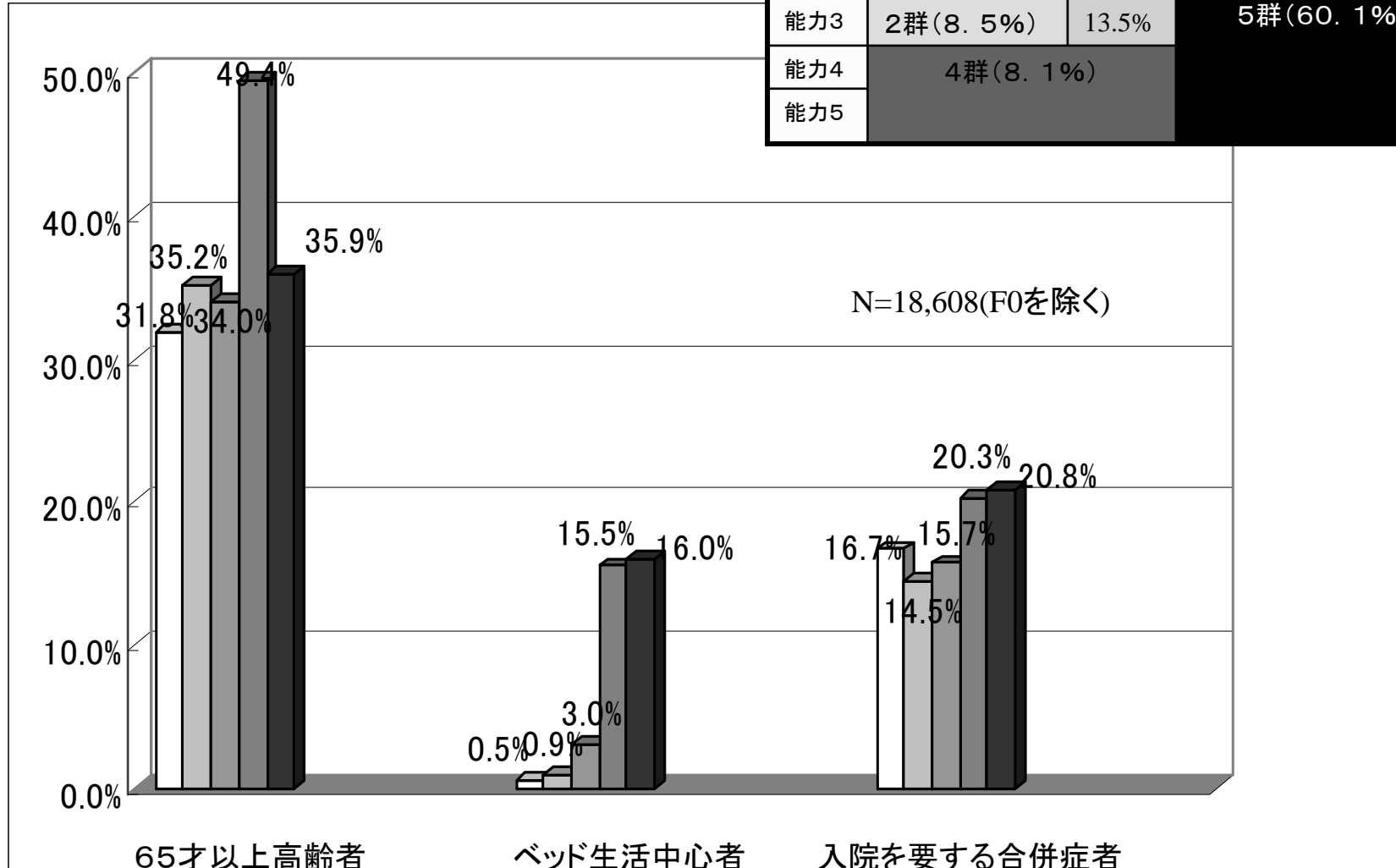
平成14年度マスタープラン日精協調査





# 1年以上の入院者各群別の状態像のまとめ

	精神1	精神2	精神3	精神4	精神5	精神6
能力1	1群(9.9%)			5群(60.1%)		
能力2						
能力3	2群(8.5%)		13.5%			
能力4	4群(8.1%)					
能力5						



# 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

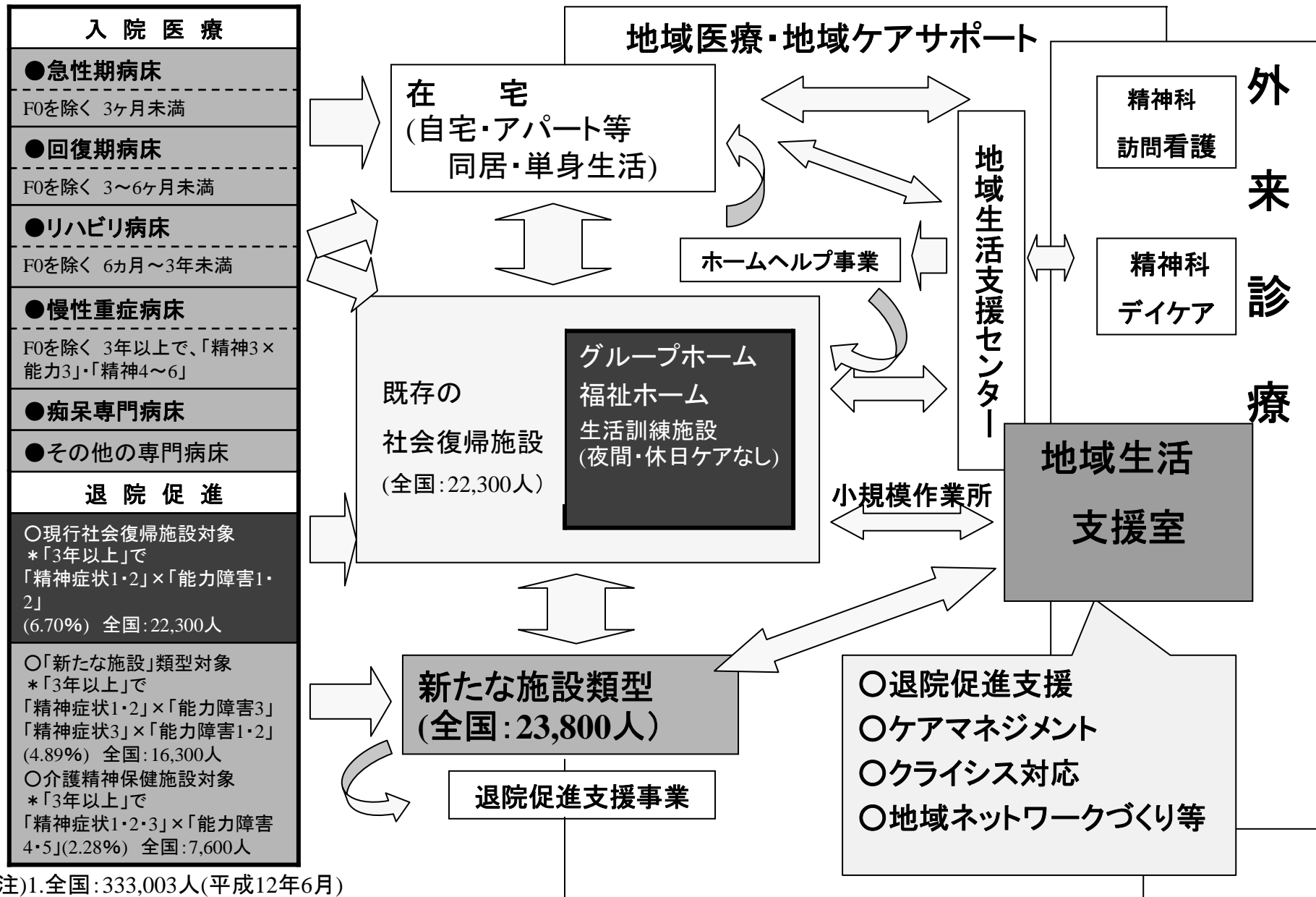
精神症状・能力障害の2軸評価

# 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ら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。

# 能力障害評価基準

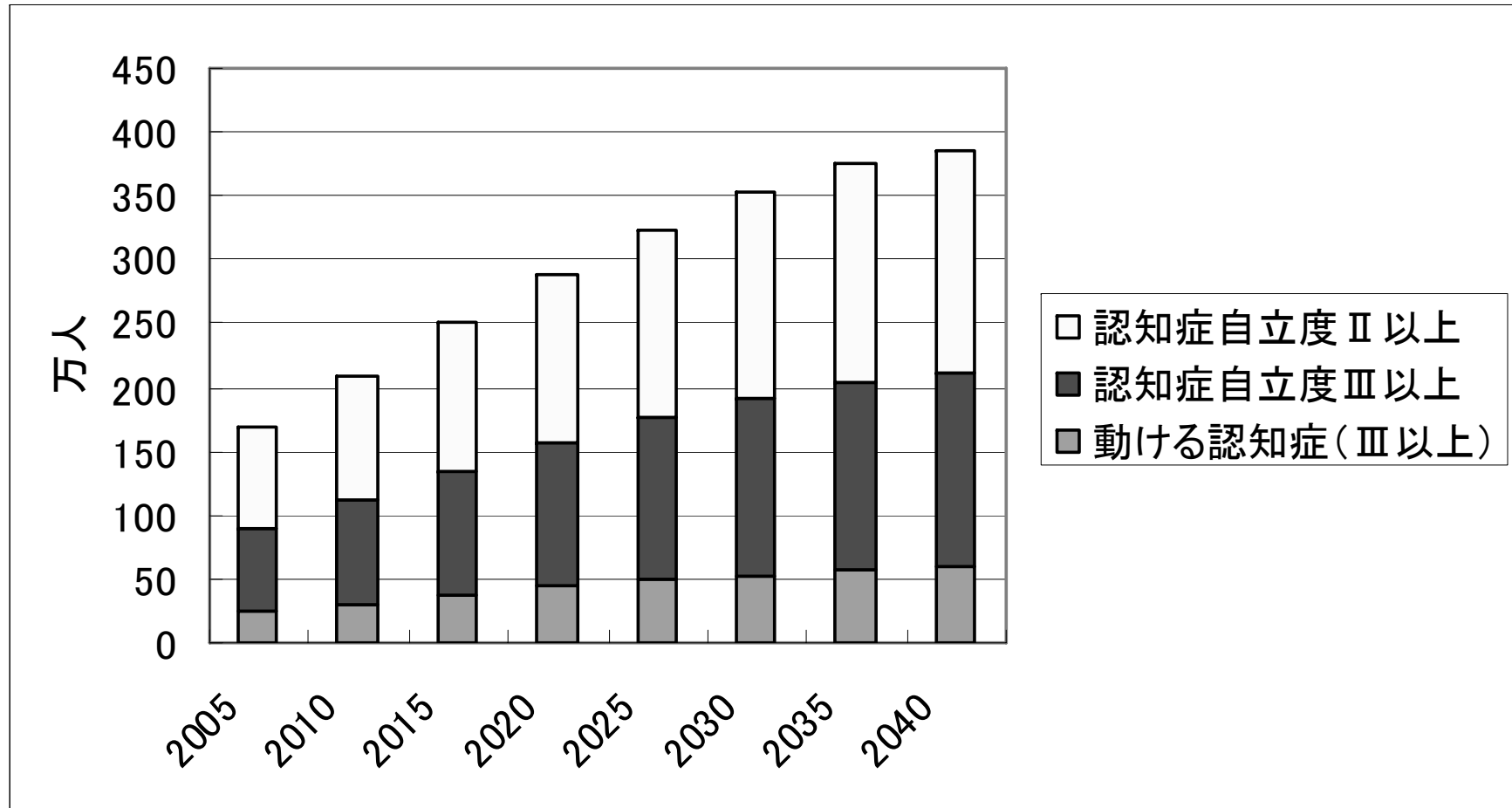
1	精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2	精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。



(注)1.全国:333,003人(平成12年6月)  
日精協:301,869人(平成12年4月)

2.(%)値は、平成14年マスタープラン調査時における  
調査実数233,700人に対する割合を示す

## 認知症高齢者の急激な増加



認知症の発生率: 65歳以上人口の6.7%(2005)、9.7%(2025)

動ける認知症: 認知症のうち16.8%(2002)、65歳以上の1.1%

# 精神症状・行動障害のために入院を要する認知症高齢者数の将来予測

年	2005	2010	2015	2020	2025	2030
自立度Ⅱ以上認知症 高齢者数(万人)	169	208	250	289	323	353
(65歳以上の%)	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2
BPSDのために入院を 要する高齢者数(万人) (認知症の3.2%)	5.4	6.7	8.0	9.2	10.3	11.3

# 認知症（器質性精神障害）問題

- 統合失調症と同じ問題となる危険性
- 在宅での家族介護の限界
- 在宅医療・介護支援体制の不備
- 核家族化・共稼ぎ・老々介護
- 療養病床の削減と入所施設の不足
- BPSDが軽快しても受け皿がない
- 今まさに社会問題として考えるべきこと



## 各事業の年間収支予想

	事業収入			事業支出			利用率別収支差額		
	サービス費	利用料	作業収入	人件費	諸経費	工賃	100%	90%	80%
GH 10人	5,617	6,960	—	6,800	6,960	—	▲1,183	▲1,745	▲2,307
CH 10人	7,281	6,960	—	7,800	6,960	—	▲519	▲1,248	▲1,976
(小計)	12,898	13,920	—	14,600	13,920	—	▲1,702	▲2,993	▲4,283
生訓20人	32,052	—	—	13,600	600	—	17,852	14,646	11,441
生介20人	18,881	—	—	14,600	600	—	3,681	1,792	▲96
継B 20人	24,288	—	2,640	8,000	1,200	2,400	15,328	13,139	10,950
サービス管理責任者人件費							▲5,000	▲5,000	▲5,000

(予想算定の条件)

- OGHの世話人は6:1を選択
- 利用料(入所施設の「食費・水光熱費」基準額58千円)は、全て人件費を除く経費として消化
- 就労継続B型では、作業収入10千円/日と仮定し、工賃は一人月額10千円として計算
- 利用率については、各事業定員に対する平均利用者割合により算定した
- 人件費は、サービス管理責任者・看護師5,000千円・サービス提供職員4,000千円とし、必要配置数は小数点第2位を繰上げた人数で算定した

# 地域移行への経済的問題点

生活費として手元に残る金額比較

障害基礎年金2級(月額6.6万円)のみの単身者、45歳国保加入例

	医療費	保険料	食費等	生活費
入院(3ヶ月以上)	24600円	2000円	14400円	25000円
施設入所	2500円	2000円	36500円	25000円
地域生活	2500円	2000円	58000円	3500円

①地域生活の食費等は部屋代・食費・水光熱費の額で障害者支援施設利用時の国の定めた月額を用いた

②支援施設入所者の場合は25000円が手元に残るように補足給付を受けている

# 地域移行支援を進めるために

- 家族が対応でき難い人たちを社会がどう対応するかとのコンセンサスが必要
- そのための社会啓発は必要不可欠
- 看護学生・研修医でさえ当初は無理解
- 社会的問題行動に迅速に危機介入が必要
- 利用者・サービス提供者とともに成り立つ制度整備が急務