

# 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

# 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

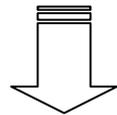
## “受け入れ条件が整えば”退院可能な患者

- 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。

# 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. 国民意識の变革
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

## 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

# 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)

# 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]

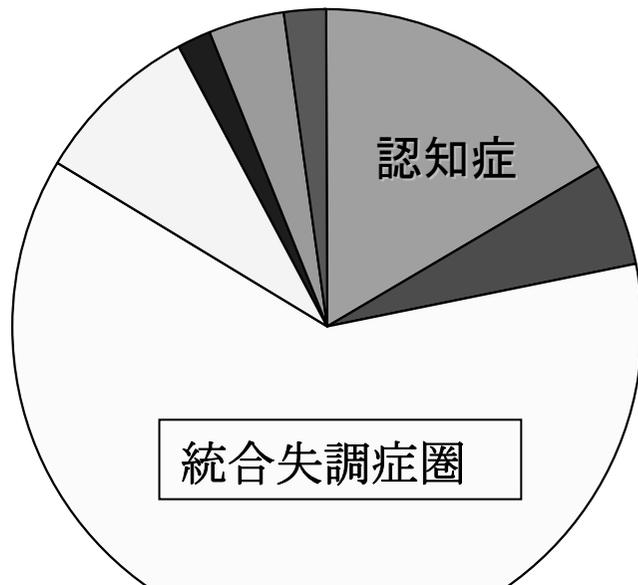
# 精神障害者の希望

|               |        |
|---------------|--------|
| ・ 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)

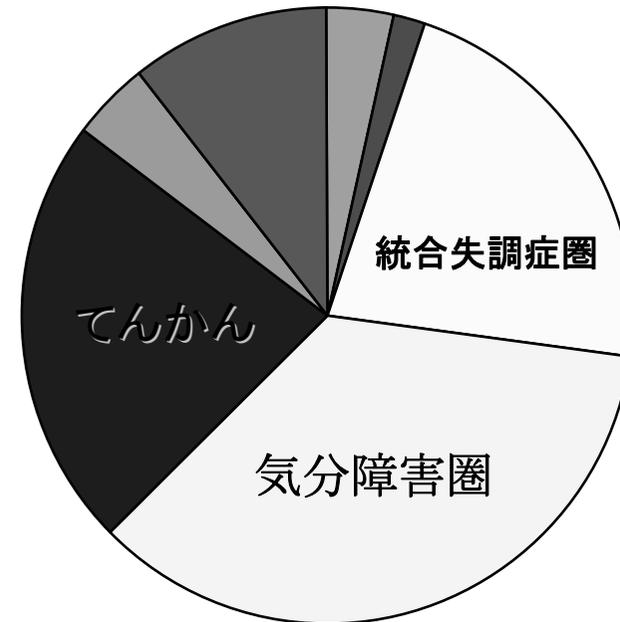
# 入院医療中心から地域生活支援中心へ

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

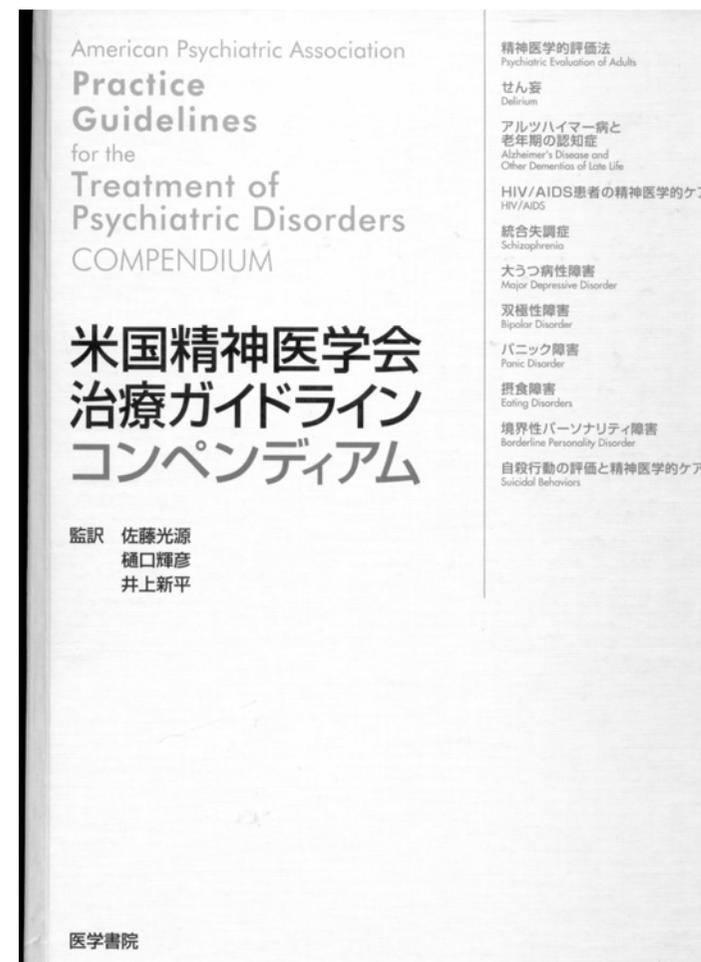
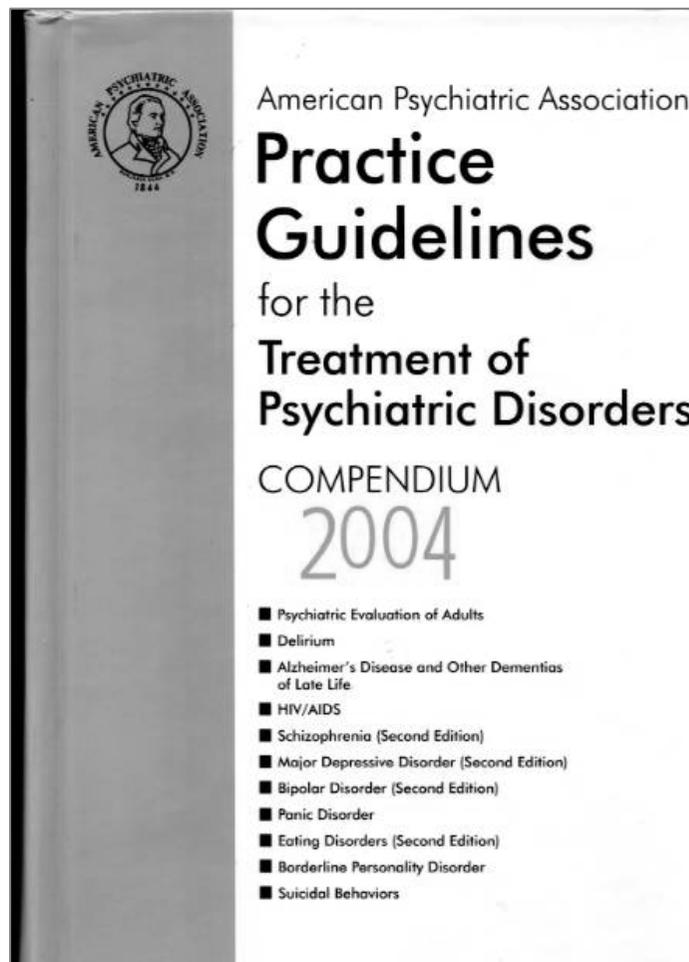
通院患者(疾患別)



(患者調査、2005)

# 病状の不安定

## -転帰、難治例と再入院の現況-



# 転帰

- 10 ～ 15<sup>(%)</sup> 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%)

# 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)

回復期

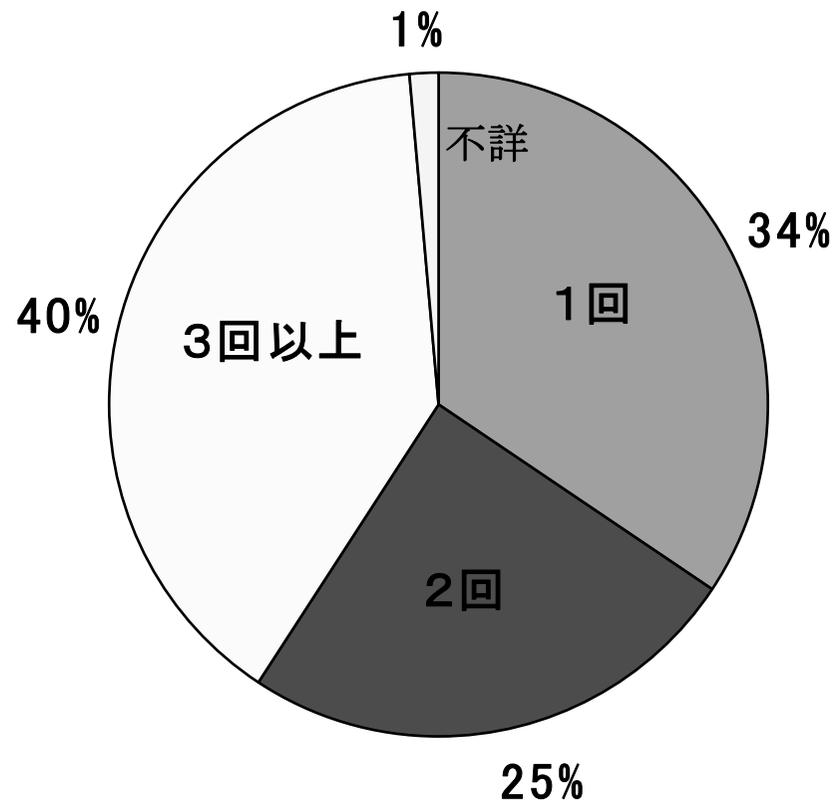
安定期

★ 重症難治例の救済

★ 臨界期(5年、約80%が再発)医療の見直し

★ 再発・再入院の予防

# 再入院



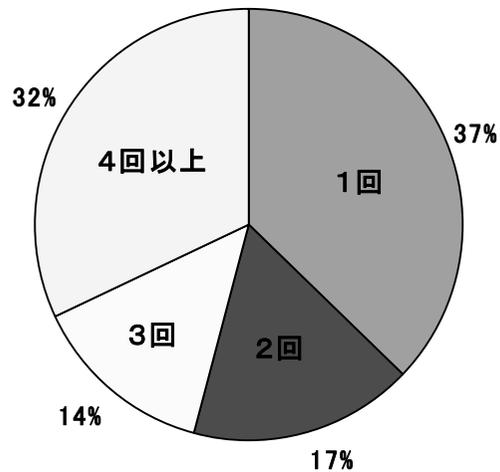
(受療行動調査、全国、1999) <sub>14</sub>

# 再入院

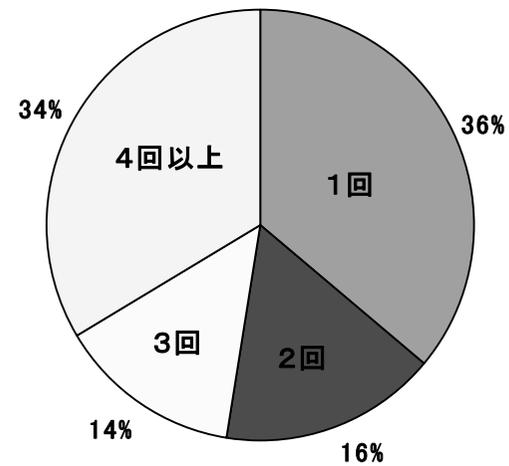
再入院率 63.3 %、 4回以上の頻回入院 32.7%

(宮城県、n=2,723、2003)

男性



女性

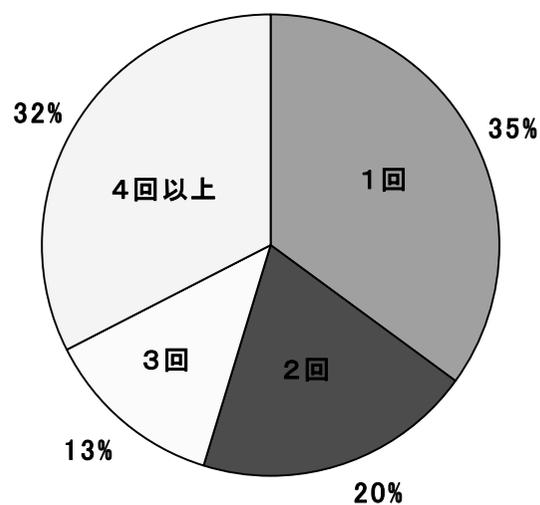


# 再入院の現状

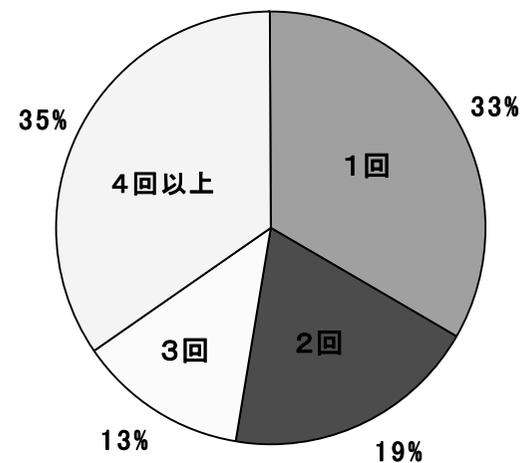
再入院率 65.8 %、 4回以上の頻回入院 33.6%

(宮城県、n=2,723、2008)

男性



女性



# 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)

## 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)

## 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。

## ②基本的な考え方

# 早期介入による“障害”の軽減

“現代の薬物療法と心理社会療法の進歩により、初発の統合失調症患者のほぼ半数に完全かつ長期的な回復を期待できる”

(The World Health Report 2001, WHO, 2002)

### 早期介入と臨界期医療の重要性

初回エピソードの70%以上は低用量の抗精神病薬に反応して3～4ヶ月以内に完全寛解し、その83%は1年後も安定している

(APA治療ガイドライン, 2004)

# 初回エピソードの治療転帰

|                      |       |
|----------------------|-------|
| 完全回復（2年以上）           | 13.7% |
| <u>5年（臨界期）後の症状寛解</u> | 47.2% |
| 社会的機能の未回復            | 74.5% |

(Robinson DG, 2004)

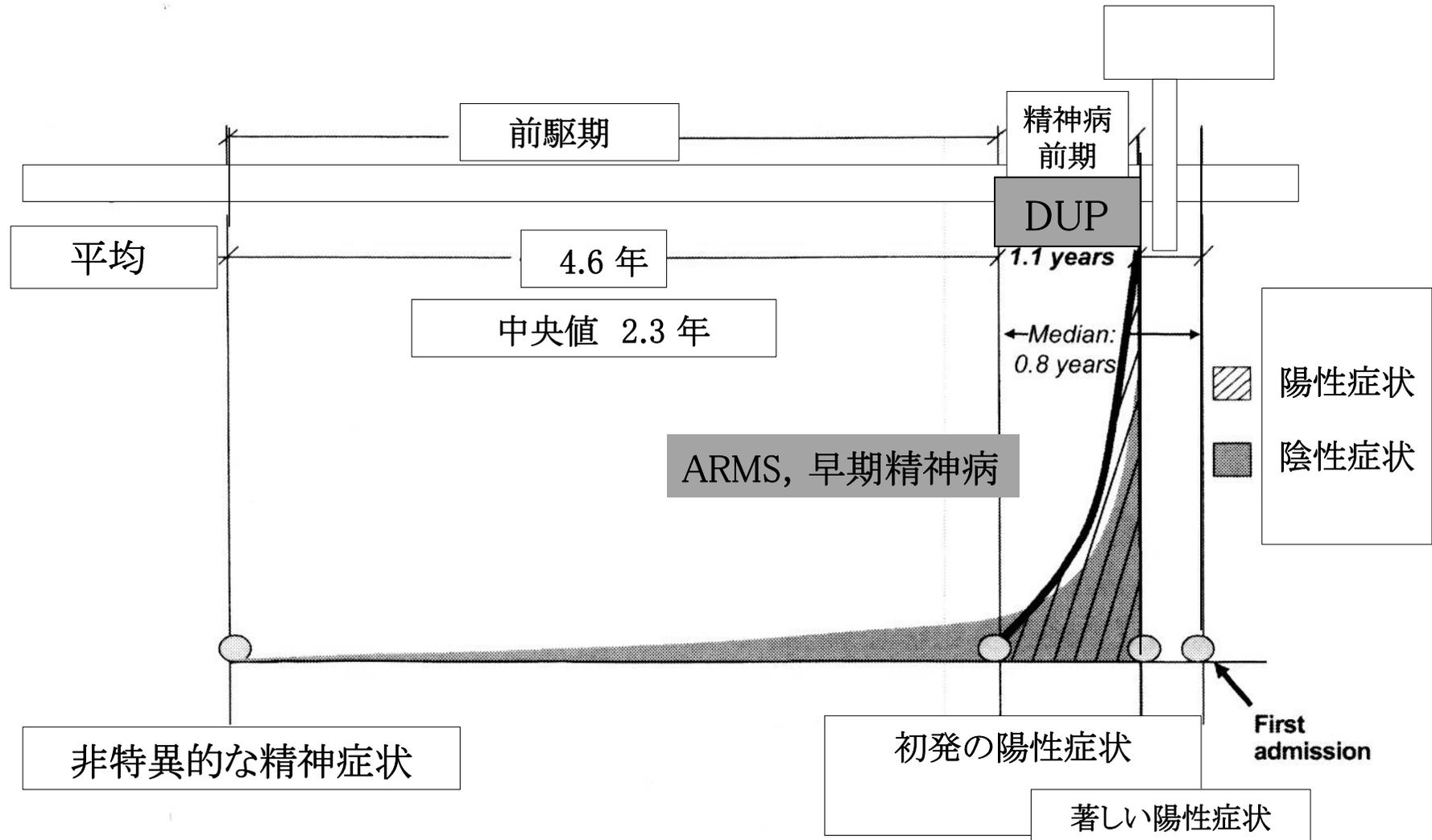
発病後 5～10年でほぼ疾患水準と機能水準はプラトーに達する。

(APA治療ガイドライン、2004)

## 完全回復の基準

- ①症状の寛解、②適切な社会・職業機能（年齢相応の役割機能や日常生活が指導なしに遂行でき、社会的交流ができる）

# 発病前の経過



(Haefner et al. 1998)

## DUPと初回入院期間・1年後の処方量

|          | 初回入院期間<br>(日) | 1年後の処方量<br>(CP mg/日) |
|----------|---------------|----------------------|
| DUP ≥ 5月 | 121.1 ± 129.2 | 770.5 ± 856.5        |
| DUP < 5月 | 40.7 ± 21.3   | 226.1 ± 222.0        |

( $p=0.080$ )

( $p=0.018$ )

(水野雅文、2008)

# 早期介入サービス(EPPIC)

|                 | EPPIC前 | EPPIC後        |
|-----------------|--------|---------------|
| DUP             | 237    | 191 (日)       |
| 入院日数(1年間)       | 79.5   | 41.0          |
| 1年後 服薬量         | 306    | 122 (mg/日)    |
| 陰性症状(SANS)      | 27.8   | 18.8          |
| QOL             | 68.8   | 84.7          |
| 平均コスト           |        |               |
| (1年, Austr\$/人) | 24,074 | 16,964 (-30%) |

EPPIC: メルボルンの早期精神病センターで地域ケアを中心とした早期発見・介入サービス

## まとめ②

# 早期介入による“障害”の軽減

- ・ 早期介入による障害予防
  - ARMSへ早期介入
  - 未治療精神病期間(DUP)を短縮
- ・ 初発精神病～臨界期の医療の改善

### ③普及啓発の基本的方向

- ・ 障害者の自尊心の回復
- ・ 障害者の社会参加、自立支援



正しい知識・態度の普及啓発

# 学校教育

~1963

精神分裂病、そううつ病、てんかんは遺伝性疾患で、優生保護法による対策が必要

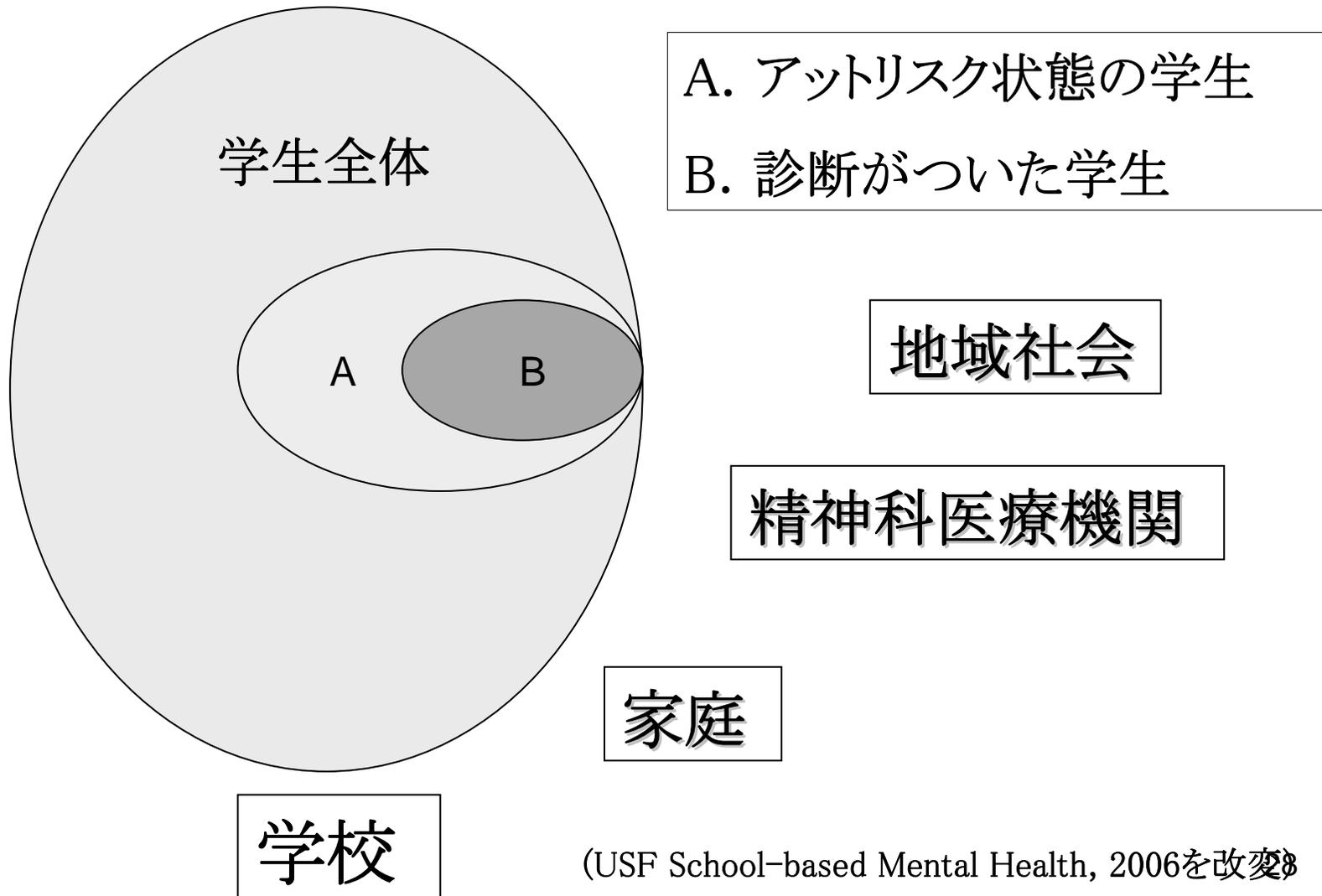
1975~1978

“回復可能な病気で、早期発見と早期治療が大切”、“偏見が社会復帰を妨げている”と記載されはじめた。

1978~

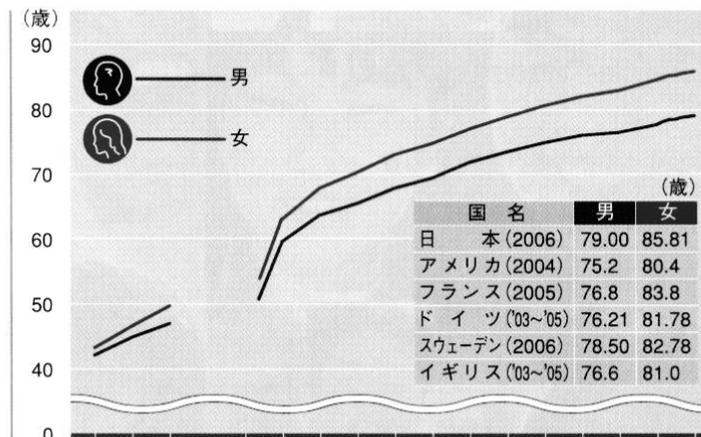
学習指導要領により、精神障害は教科書から削除。そのまま今日に至る。

# 学校精神保健と地域精神保健・福祉

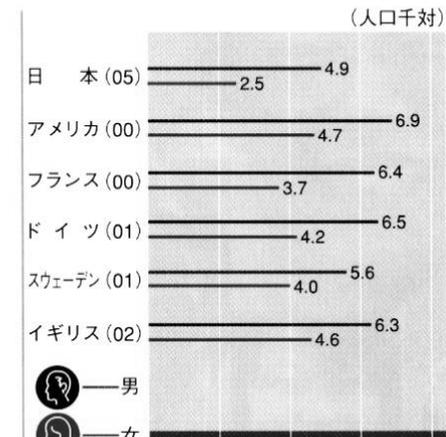


# 文部科学省検定済教科書 高等学校保健体育用

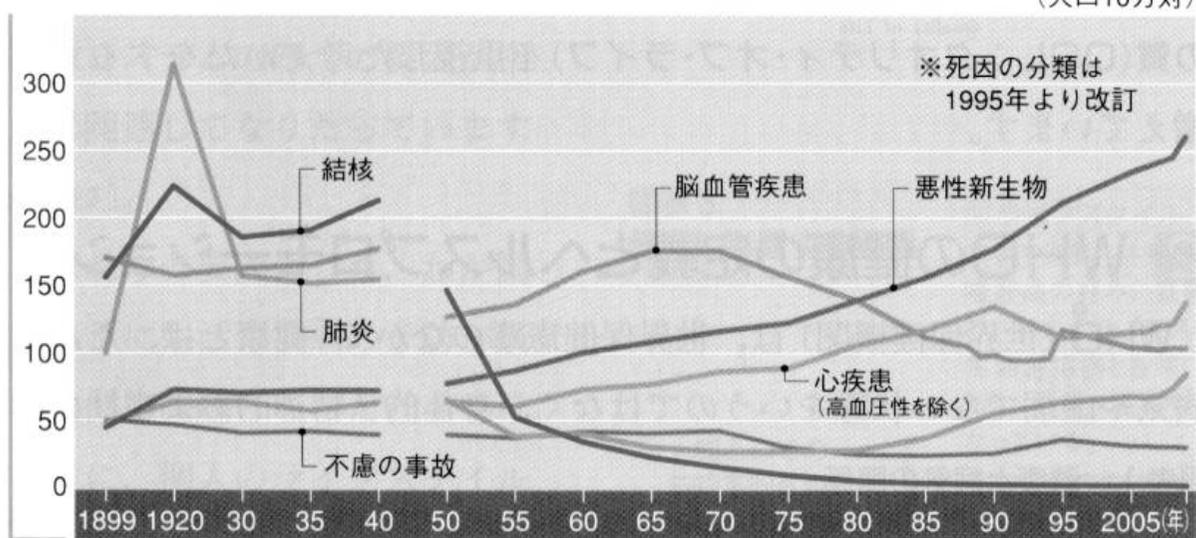
図表1 わが国の平均寿命の年次推移と国際比較



図表2 年齢調整死亡率の国際比較



図表3 おもな死因別にみた死亡率の推移



# 各国の啓発活動

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| カナダ   | 学校、精神保健専門職、地域代表、メディア      |
| スペイン  | “Working from inside out” |
| 豪州    | 学校、精神保健専門職、メディア           |
| ドイツ   | フォーカスグループ、表彰事業            |
| イタリー  | 学校、メディア、企業、(教会が協力)        |
| ギルシャ  | 学校、家族、精神保健専門職             |
| アメリカ  | 雇用者、医療従事者、警察、メディア         |
| イギリス  | 学校、警察、精神保健専門職             |
| ポーランド | 学校、雇用者、教会                 |
| エジプト  | 学校、医学生、医療従事者、当事者・家族、メディア  |
| 日本    | 病名変更、表彰事業、精神保健福祉専門職       |

(日本を含む二十数カ国が世界精神医学会グローバルプログラムに加盟して活動)

# 健康寿命を失う年数の長い疾患

(YLDs, 15-44才)

1. うつ病

3. 統合失調症

5. 双極性障害

7. HIV/AIDS

9. 骨関節炎

11. パニック障害

19. 強迫性障害

2. アルコール関連障害

4. 鉄欠乏性貧血

6. 聴覚障害(成人発症)

8. 慢性閉塞性肺疾患

10. 交通事故

16. 薬物関連障害

### まとめ③

## 正しい知識の普及啓発

1. 精神障害が健康寿命を損なう主要な原因であることを中・高等学校教育で教える
2. うつ病、統合失調症、アルコール症など主要な精神疾患に関する教育資材を整備し、教育システムを構築する
3. 学校精神保健システムの見直し、とくにスクールソーシャルワーカーの養成

# 要約

1. 精神障害の特性(再発・再燃・難治化)を踏まえた精神保健医療福祉が基本となること
2. 障害(disability)発生を防ぐための抜本的な取り組みが急務
  - ① 早期介入(ARMS介入、DUP短縮を含む)
  - ② 初発精神病エピソード～臨界期医療の改善と難治例の救済
  - ③ 再発・再入院、とくに頻回入院の実態把握と対策が急務
3. 学校精神保健教育の見直し
  - ・ 精神保健の重要性(WHO Health Report 2001)を教育指導要領に加える
  - ・ 健康寿命を損なう主な精神疾患の学校教育システムを整備する

# 病床削減について

- ・ 社会的入院を対象にしている現状について  
社会的入院＝長期入院とはいえず、“条件を整えば”という前提条件を明確に規定する必要がある
- ・ 長期入院患者の退院促進
  - 1) 病院内で安定して寛解状態にあり、自立した生活が可能  
な人
  - 2) 病院以外に、医療と福祉サービスが受けられる生活の場  
を確保できない人
  - 3) 病院よりもQOLの高い生活ができ、適切な医療が保証さ  
れている場を提供できる場合

# 認知症患者の入院

- ・ BPSDだけが、精神科医療の対象ではない
- ・ 認知症末期や重度器質性脳障害の医療も、精神保健福祉法の対象となる
- ・ 身体合併症の医療を含め、医学的な身体管理が行える医療環境の整備が必要
- ・ 入院形態について、早急に結論を出すこと