

# 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

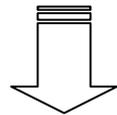
## “受け入れ条件が整えば”退院可能な患者

- 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]

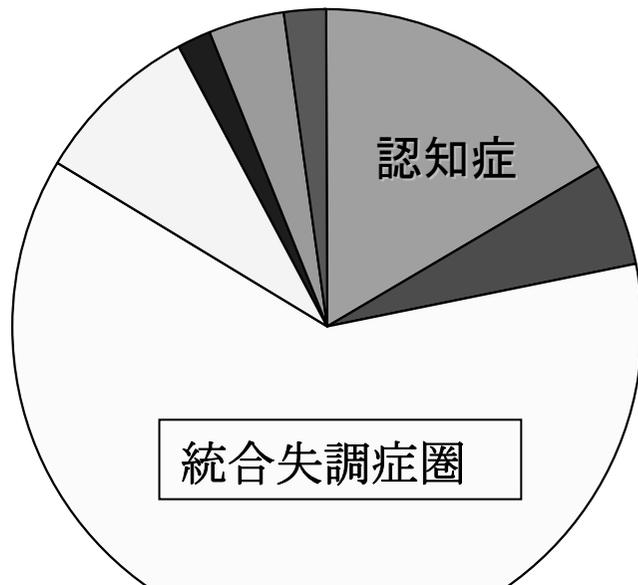
# 精神障害者の希望

・ 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)

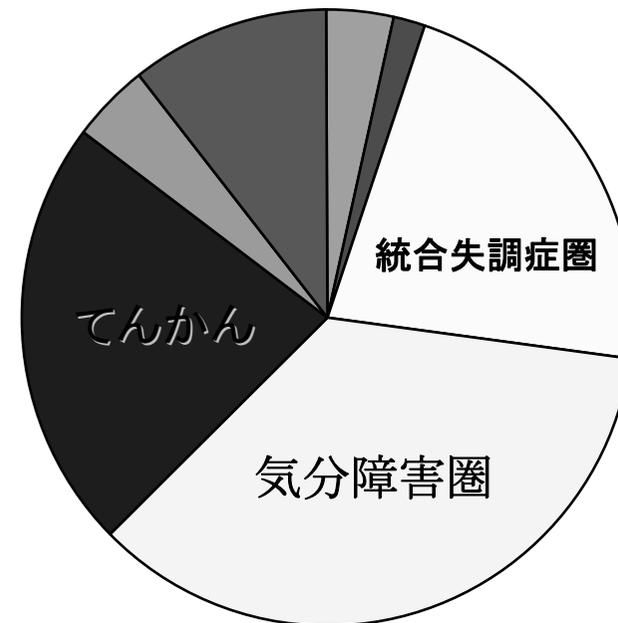
# 入院医療中心から地域生活支援中心へ

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

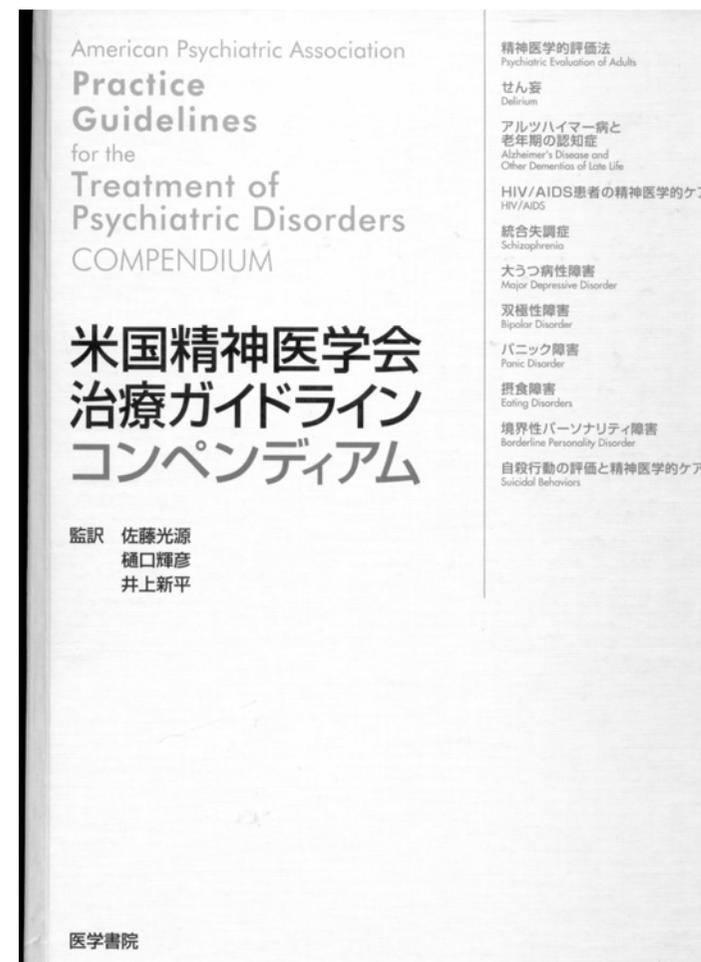
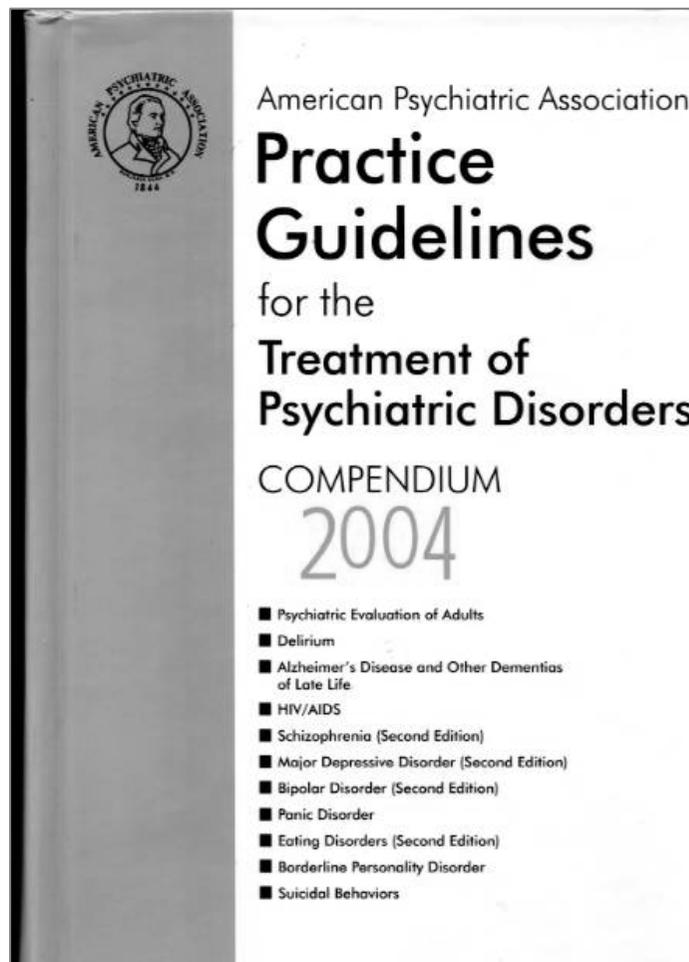
通院患者(疾患別)



(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

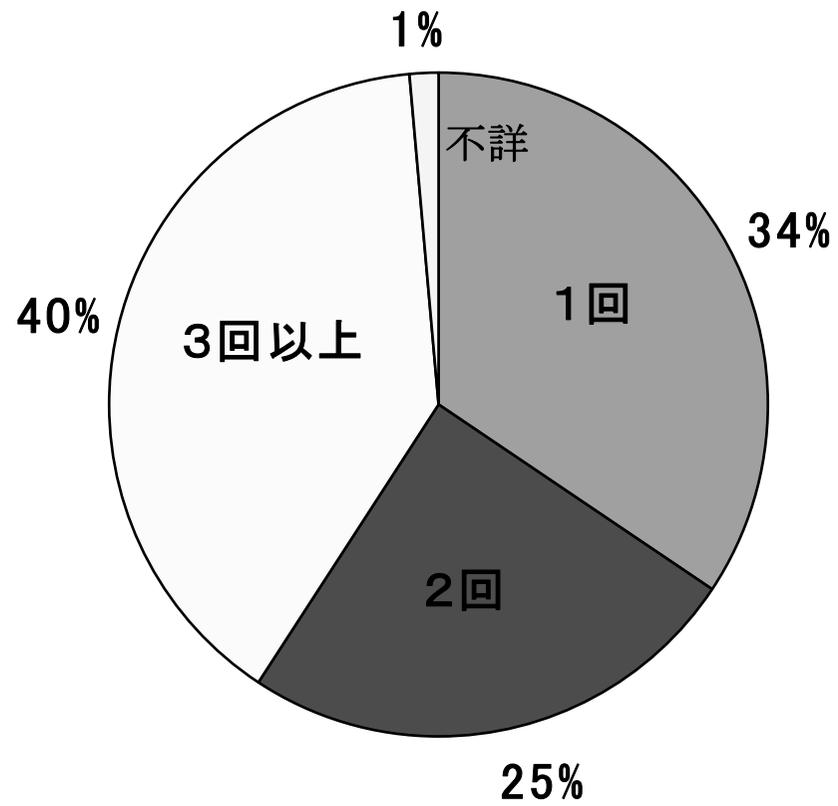
安定期

★ 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



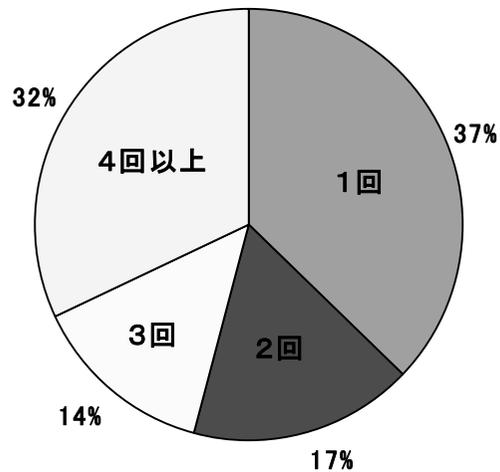
(受療行動調査、全国、1999) <sub>14</sub>

# 再入院

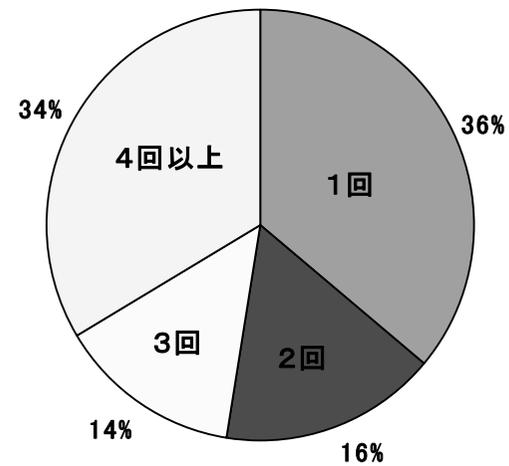
再入院率 63.3 %、 4回以上の頻回入院 32.7%

(宮城県、n=2,723、2003)

男性



女性

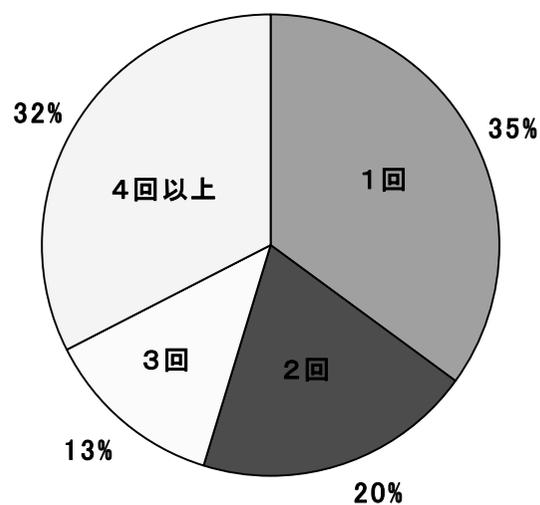


# 再入院の現状

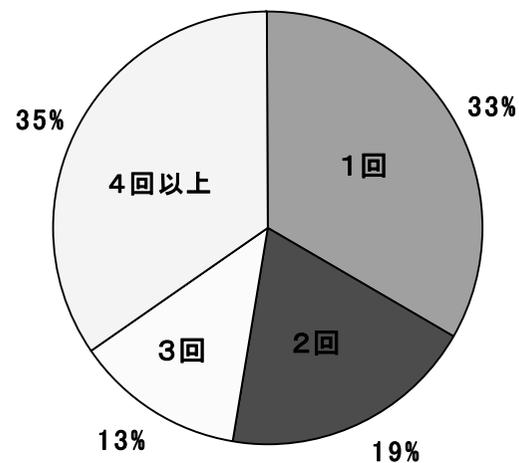
再入院率 65.8 %、 4回以上の頻回入院 33.6%

(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)