

2012/6/5 知的障害者福祉協会 施設長会議
第4分科会 シンポジウム「地域移行」

精神医療の適正化と 精神障害者の地域移行 ～これまでとこれから～

公社)日本精神科病院協会常務理事
千葉 潜

精神医療と精神障害者福祉の「これまで」と「現状」

精神保健分野における制度改正の経緯

戦前
精神病患者監護法(明治33年)
精神病院法(大正5年)

医療

福祉

身体障害者福祉法
(昭和24年)
知的障害者福祉法
(昭和35年)

精神衛生法

昭和25年



昭和40年



昭和62年

平成5年

精神保健法

平成7年

医療観察法
(平成15年)

精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定(平成16年)

平成17年

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

措置入院制度の創設
保護義務者の同意による入院制度の創設

措置入院手続の改正
(緊急措置入院制度の創設など)

精神医療審査会制度の創設
応急入院制度、任意入院制度の創設

医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置

精神医療審査会の委員構成の見直し
特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入

クラーク勧告



地域移行は着手されず放置

精神障害者社会復帰施設に関する規定創設

精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)の法定化
精神障害者社会復帰促進センターの創設

法律名の変更
精神障害者福祉手帳制度の創設
社会復帰施設として、生活訓練施設(援護寮)、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の四施設類型を明記
社会適応訓練事業の法定化

手帳制度、社会適応訓練事業のみに

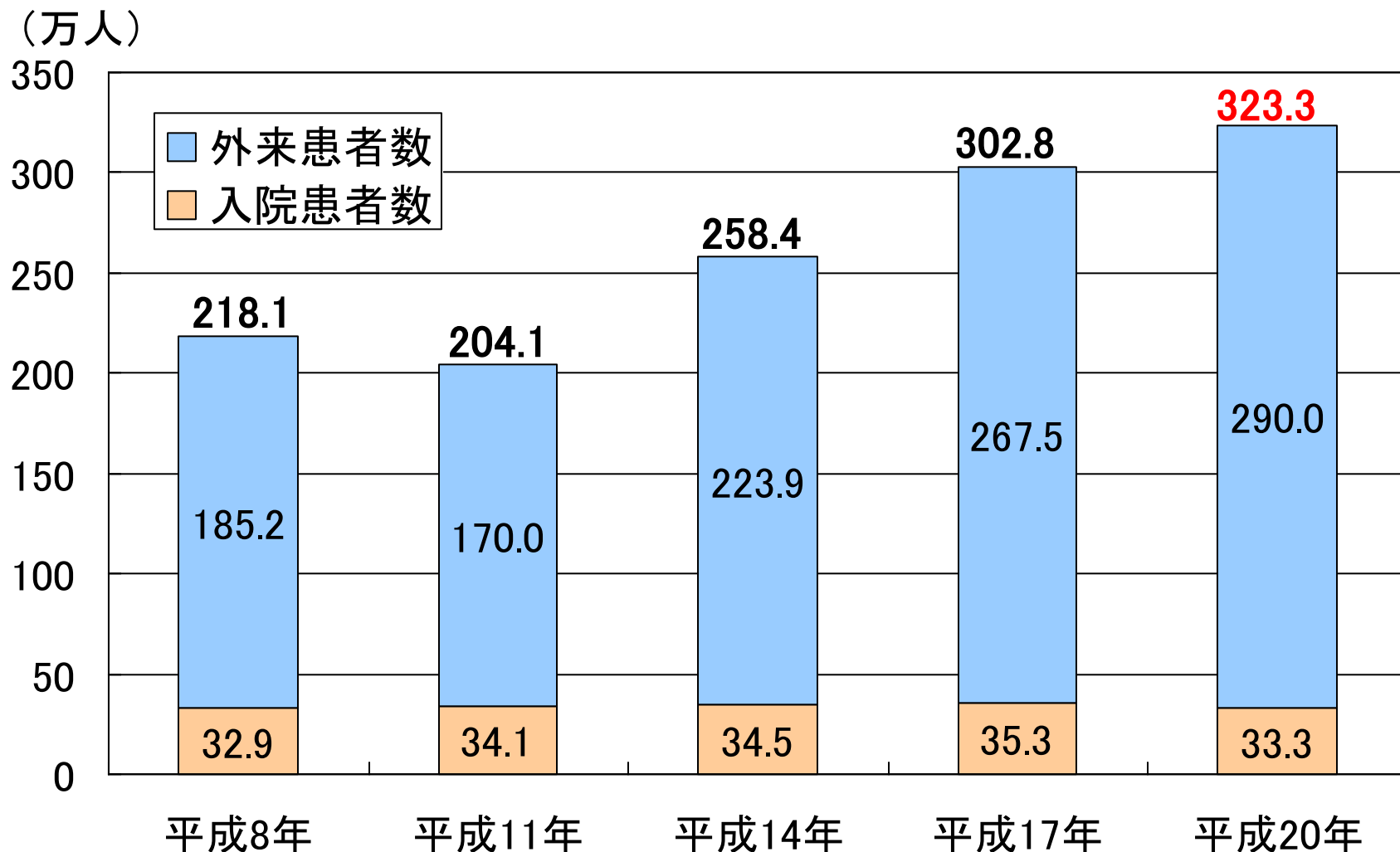
訪問系サービス
日中活動系サービス
居住系サービス
部分を移行

社会復帰施設

障害者自立支援法
(平成17年)

総合支援法

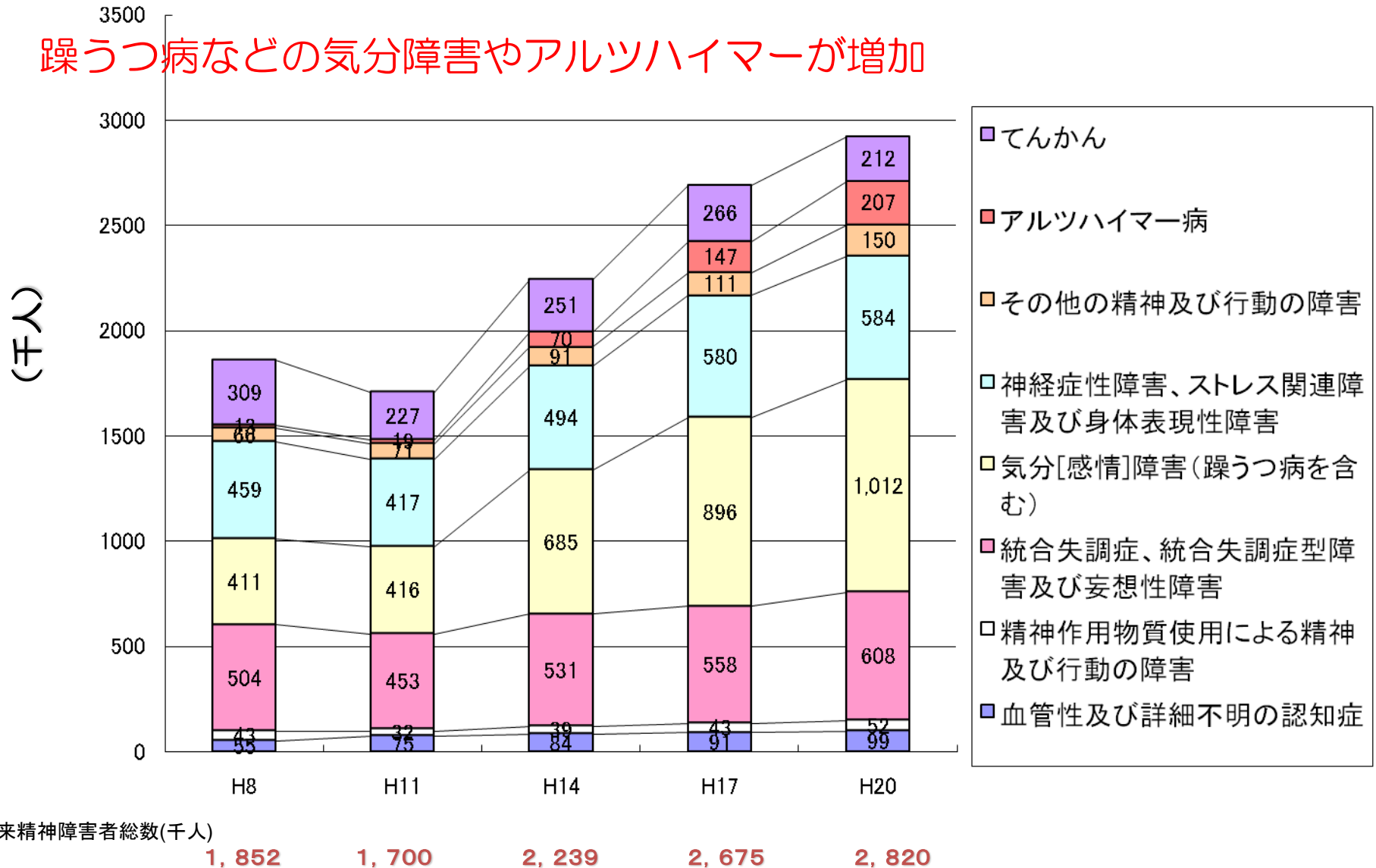
精神に係る 入院患者数・外来患者数の推移



資料：患者調査

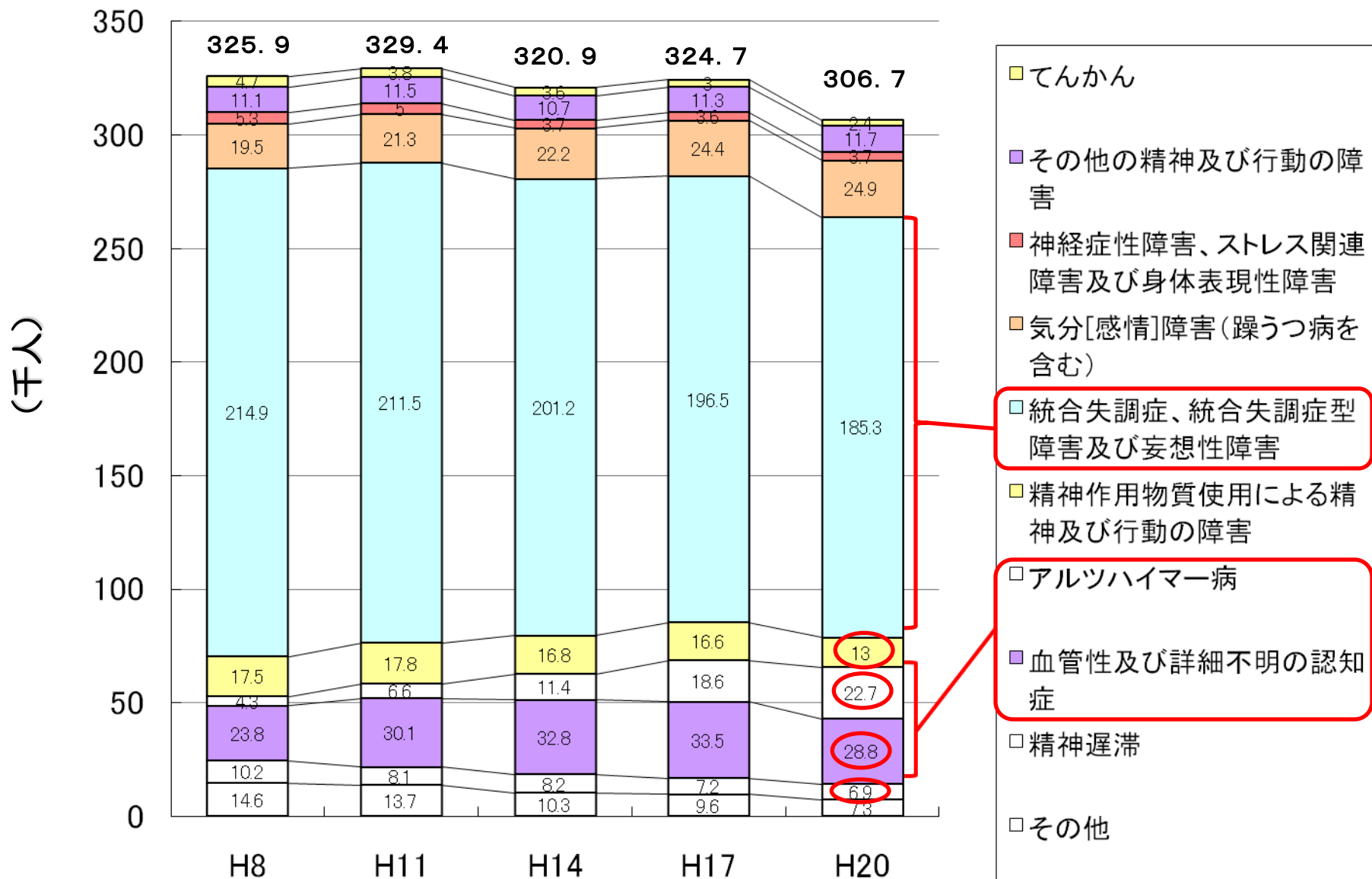
精神疾患外来患者の疾病別内訳

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

精神病床の現状

特定入院料 (153,845 + α床)

精神科救急入院料(64医療機関 3,347床)
精神科救急・合併症入院料(3医療機関 124床)
精神科急性期治療病棟入院料 (262医療機関 13,042床)
認知症病棟入院料(450医療機関 31,290床) <H22から認知症治療病棟に名称変更>
老人性認知症疾患療養病棟[介護保険](3,017床**)
精神療養病棟入院料 (827医療機関 103,025床)

小児入院医療管理料4 (病床数不明)
特殊疾患病棟入院料2 (5,459床)

注 破線は精神病床以外も含む

精神病棟入院基本料 (184,873床)

10:1 (12医療機関 381床*)
15:1 (1078医療機関 141,800床*)
18:1 (126医療機関 22,242床*)
20:1 (69医療機関 9,741床*)
特別入院基本料 (50医療機関 7,763床*)

児童・思春期精神科
入院医療管理加算
(20医療機関 800床)
<入院料に加算>

161,883床

特定機能病院 入院基本料 (3,398床)

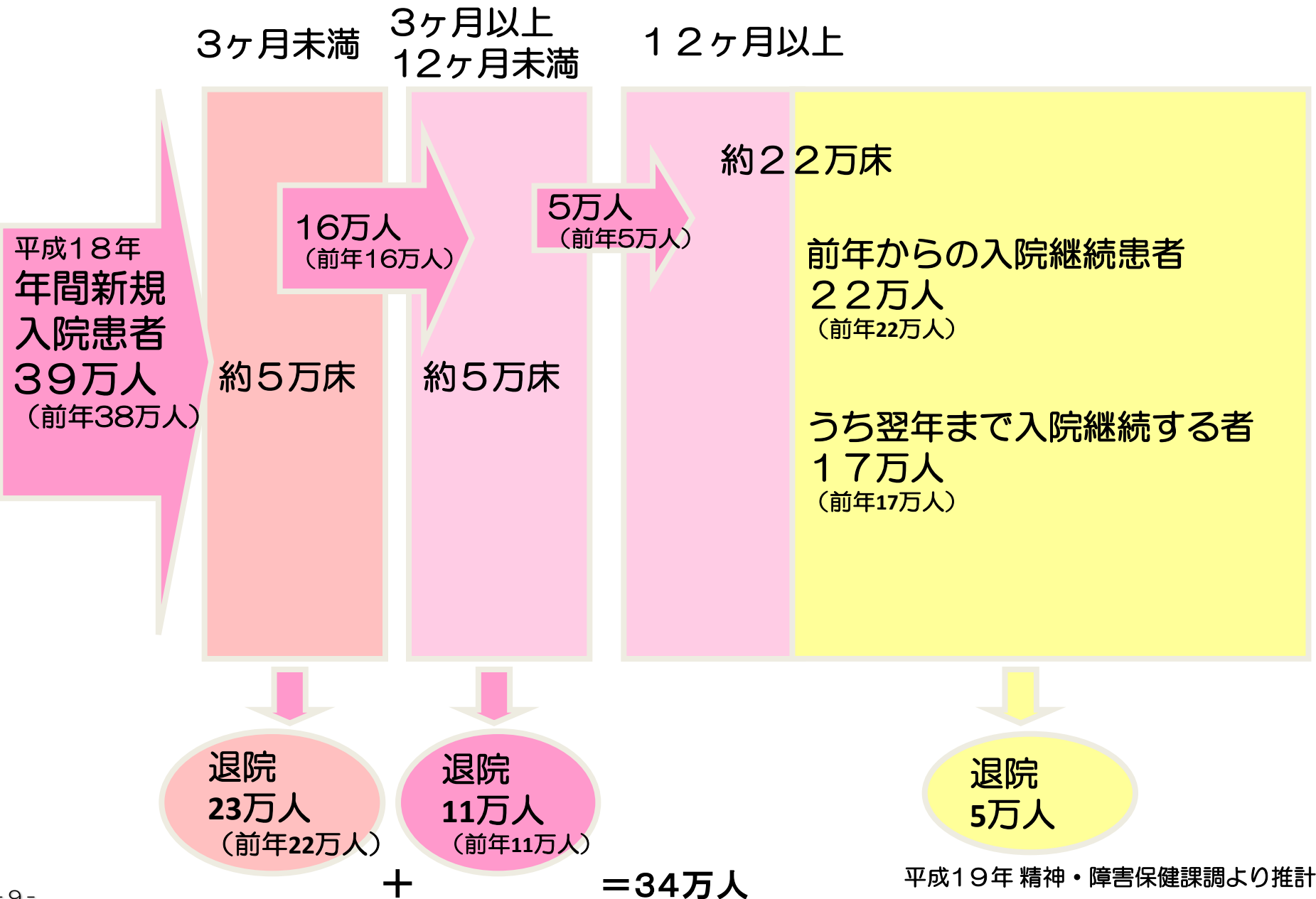
7:1 (4医療機関 98床*)
10:1 (4医療機関 153床*)
15:1 (65医療機関 2,938床*)

医療法 看護
人員基準以上

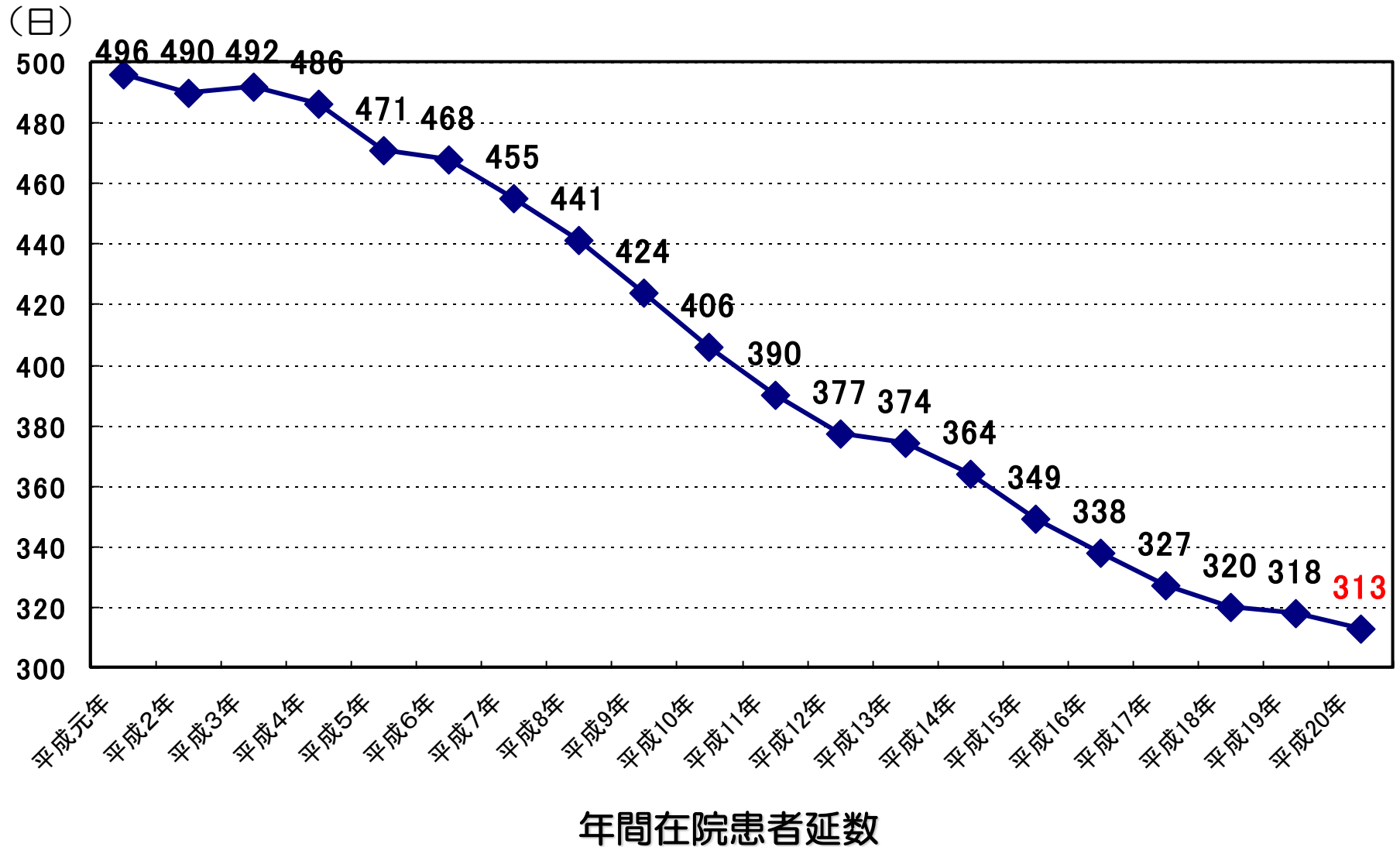
※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは一致しない)
 ※※ 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)

H21年7月1日現在 (中医協調査)

精神病床における患者の動態



精神病床の平均在院日数の推移



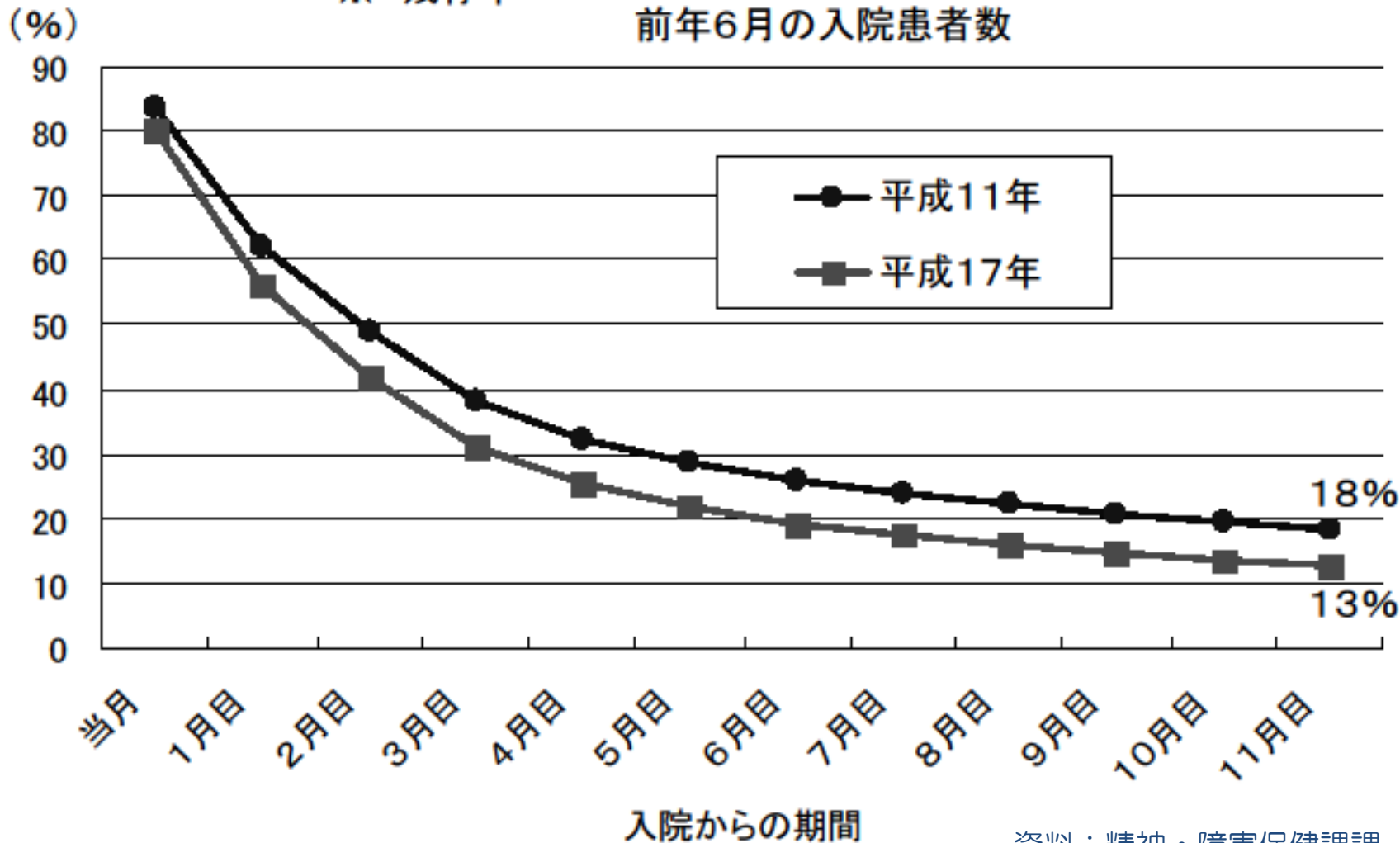
※平均在院日数= $\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$

資料：病院報告

新入院患者の残存曲線

H11→H17で残存率は少し下がった。

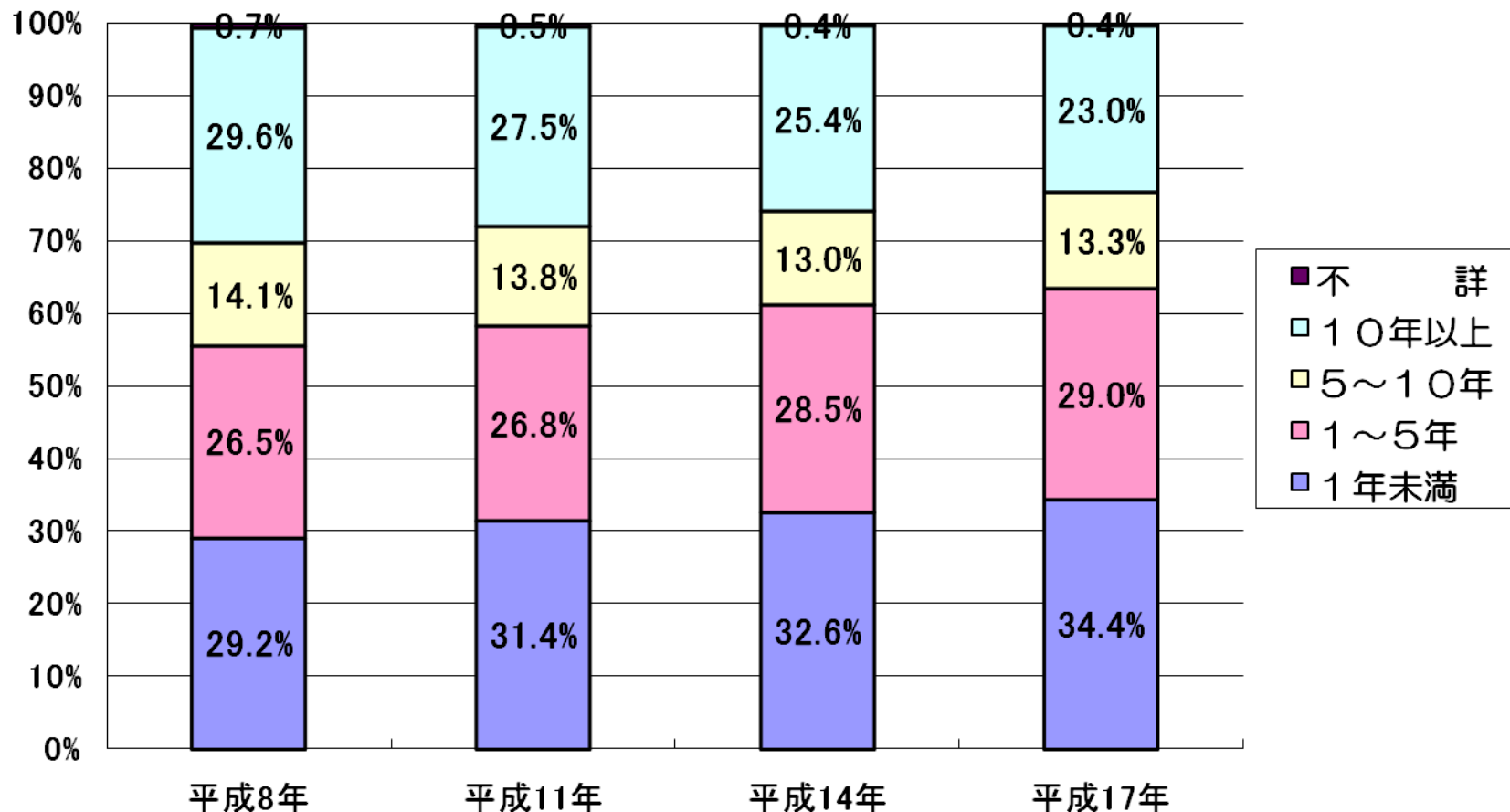
※ 残存率 = $\frac{\text{毎月の残留患者数合計}}{\text{前年6月の入院患者数}}$



資料：精神・障害保健課調

精神疾患による入院患者の入院期間別分布の推移

入院期間は、短期化傾向

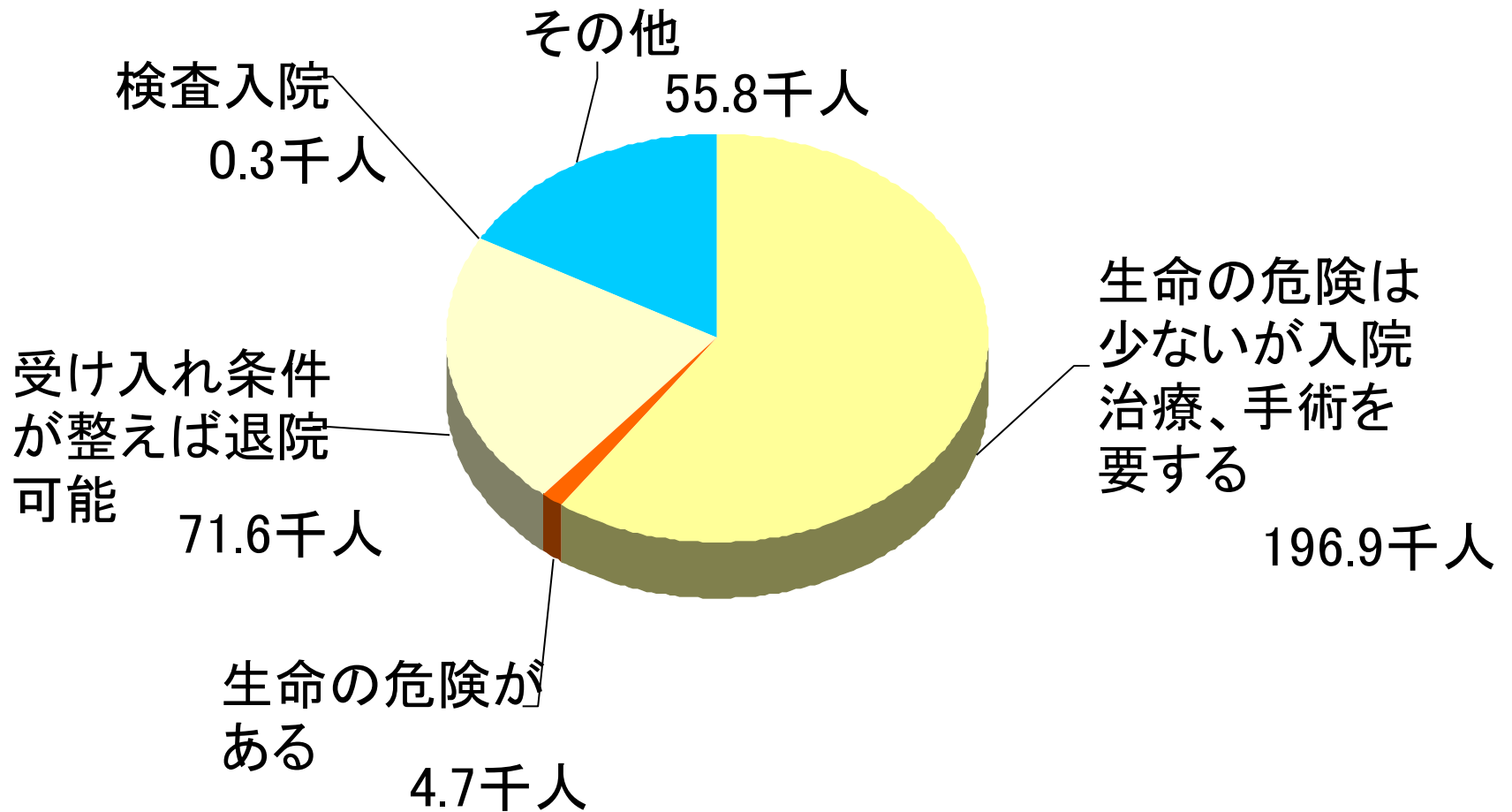


※ 精神疾患：小分類の「Ⅴ精神及び行動の障害」から「精神遅滞」を除き、
「Ⅳ神経系の疾患」の「アルツハイマー病」と「てんかん」を含む。

※ 入院期間：入院患者が調査日までに医療施設に入院している期間。

資料：患者調査

精神病床入院患者の状況

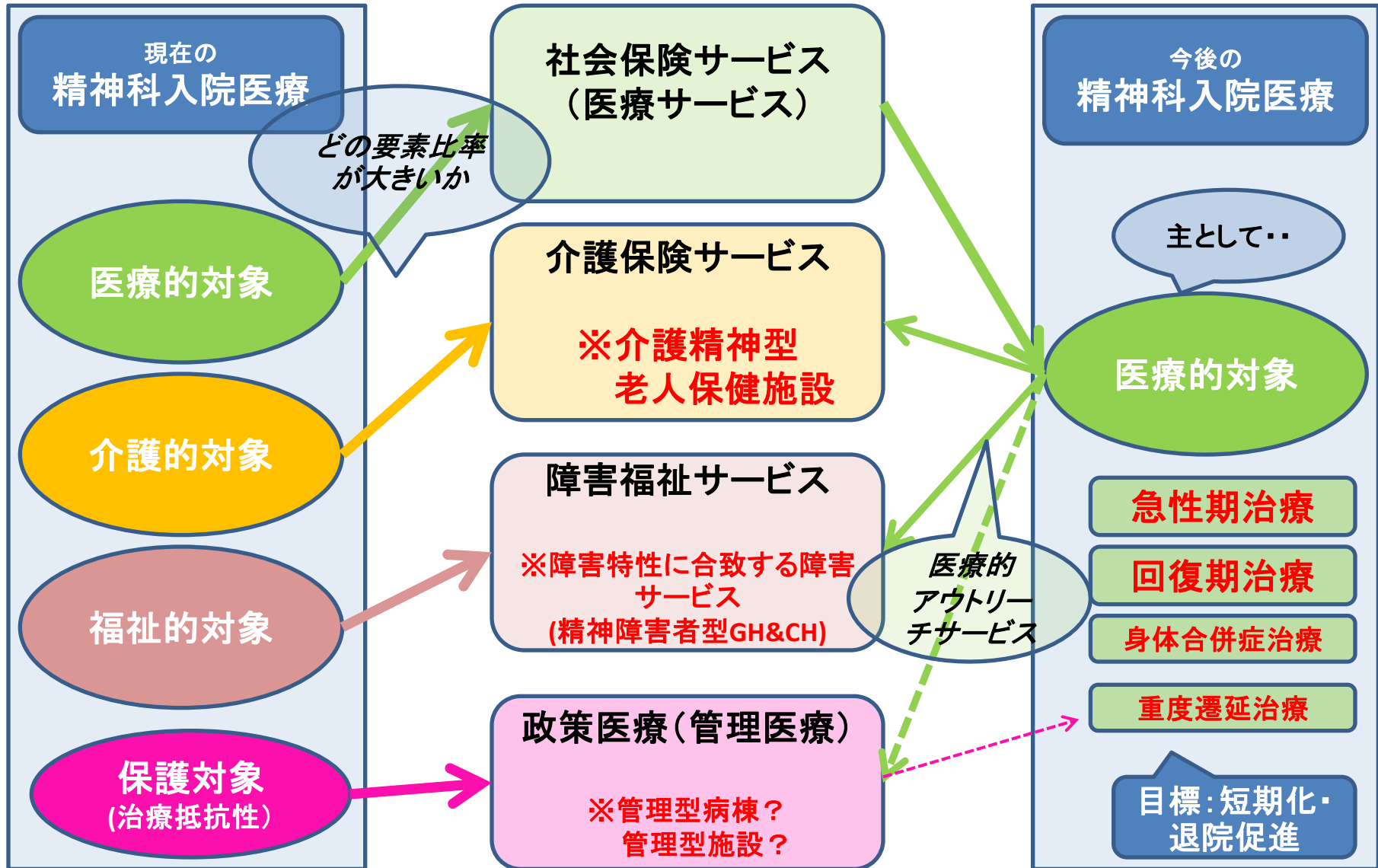


資料：厚生労働省患者調査（平成11年）

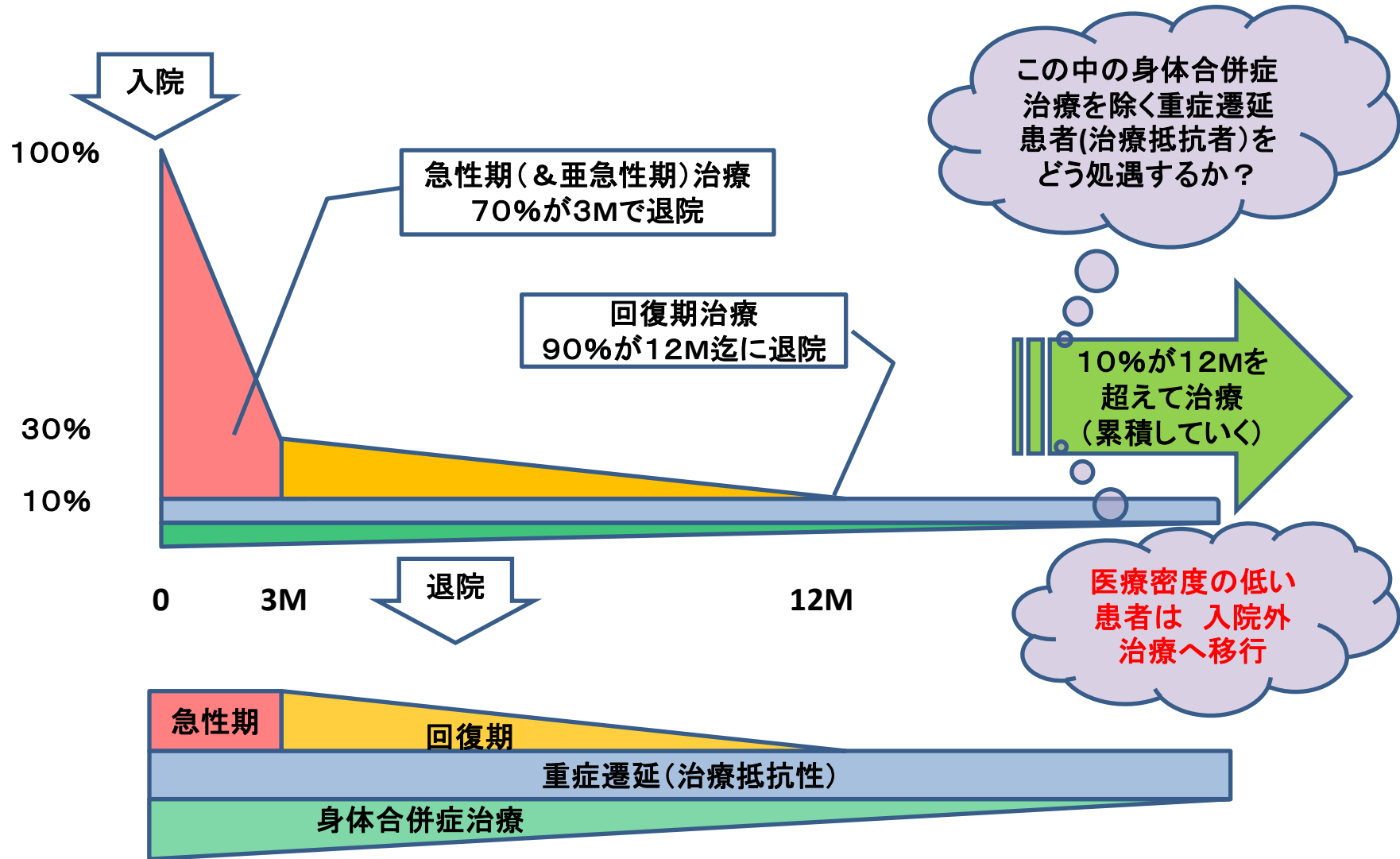
不本意な入院療養者を抱えた原因は何か？

- これまでの国策としての「入院収容主義」
- 現在も続く国策としての「低医療費」
- 国民の無理解・無知（啓発や教育の少なさ・不熱心さ）
- 家族への支援の不足（家族負担の重さ）
- 地域生活基盤の未整備
- 地域で支える福祉施策の貧困
- 精神科医療の未熟（技術・人材・研究・・・）
- 精神科医療サービス提供者の怠慢・低意識

精神科入院医療の適正化



これからの精神科入院治療の構造と課題

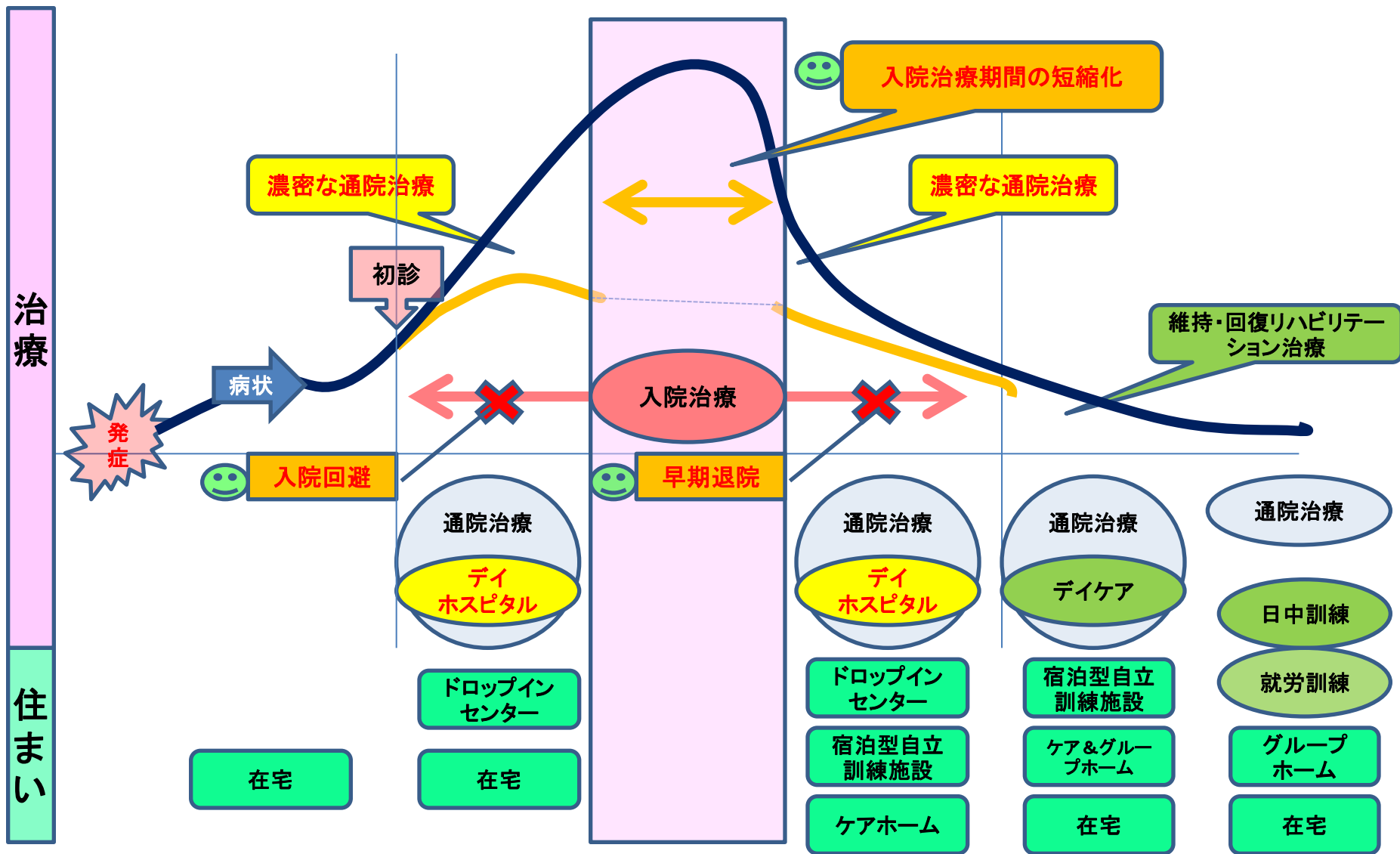


「新たな長期的治療患者(10%)を12M以上入院処遇しないシステムが必要」
(重症遷延患者と身体合併症患者を除き)

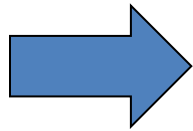
これからの精神医療サービスの方向

- 多種多様な精神疾患に対する専門的治療の提供
(統合失調症中心モデルからの脱却)
- 入院治療の適正化
 - ⇒医療密度を上げた集中的な急性期治療を中心に。
 - ⇒リハビリテーション機能を強化した回復期治療の充実。
- デイホスピタルやデイケアを中心とする入院外治療の拡充と展開。
- 長期入院者の評価と処遇の適正化を推進。
 - ⇒地域移行や介護施設移行など(施設整備が前提)。
- 重症遷延患者(難治患者)の療養環境の検討と整備。
- 身体合併症患者の診療体制強化。
- 必要な患者に対する在宅訪問診療(医療アウトリーチ)の提供
- サービス提供に必要な財源(コスト)の適正化

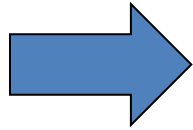
デイホスピタルの役割と機能



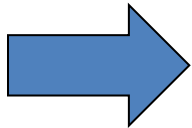
精神科入院患者の退院先



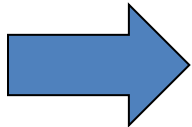
自宅や単居(アパート)住まいなど



自立支援法によるグループホームやケアホームなど



旧法による生活訓練施設・福祉ホームなど(H24.3まで)



介護保険による高齢者施設など

いずれも症状程度が軽く、病状が安定し、問題行動などが少ない場合

現在の精神障害者地域生活サービス

日中活動の場

- 自立訓練(宿泊型)
- 自立訓練(生活訓練)
- 就労移行支援
- 就労継続支援(A型・B型)

地域生活支援事業

- 地域活動支援センター
- 訪問介護(ヘルパー)

居住支援の場

- グループホーム
- ケアホーム
- 地域移行ホームなど

医療サービス

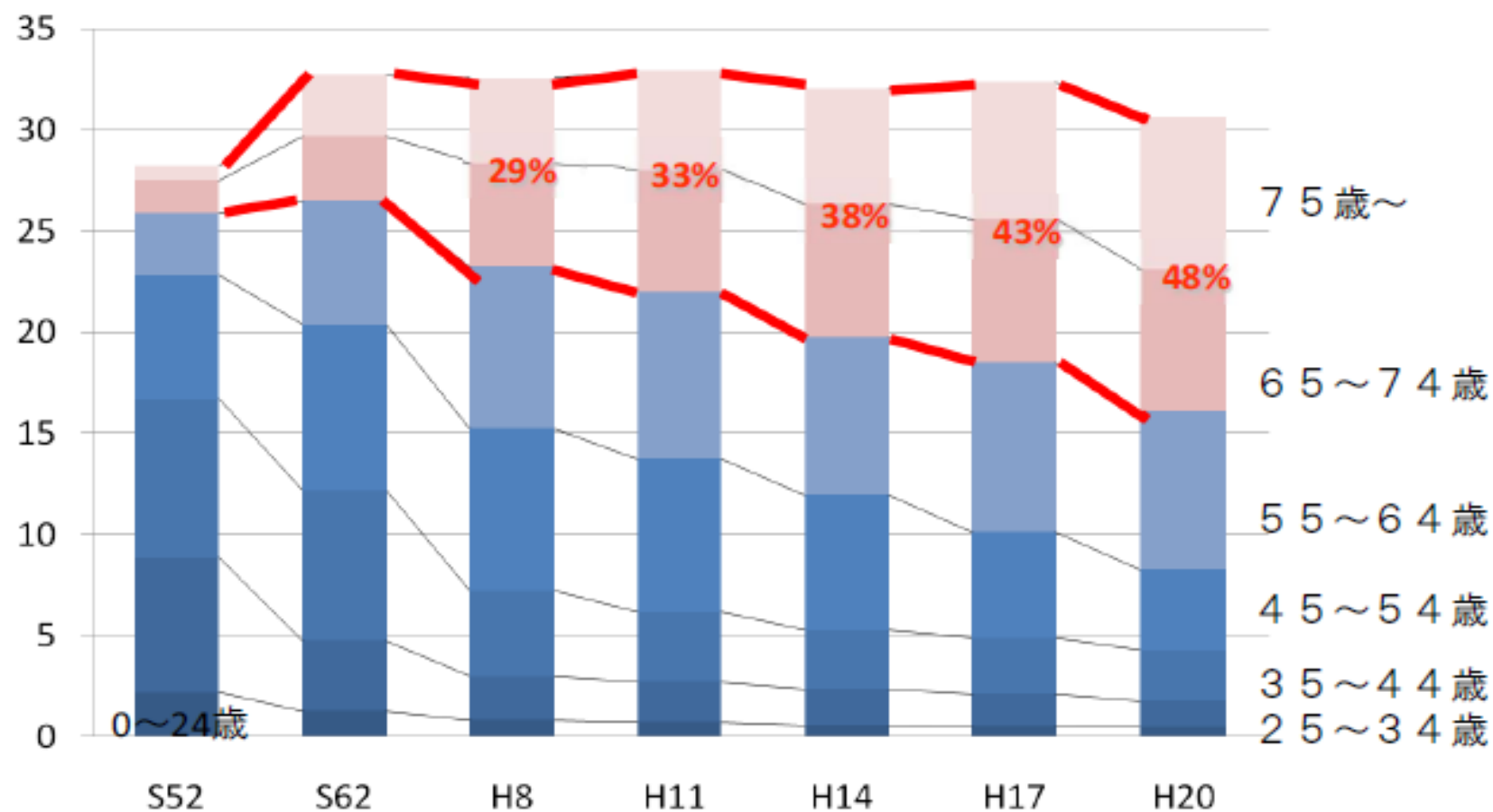
- デイケア、デイナーイトケア、ナイトケア
- 訪問看護、訪問診療
- 外来通院治療

精神障害者の高齢化と施設サービスの必要性

～高齢になってもどのように地域で生活できるか～
～「老い」と「障害」、そして「安楽な生活」を考える～

精神病床入院患者の年齢分布

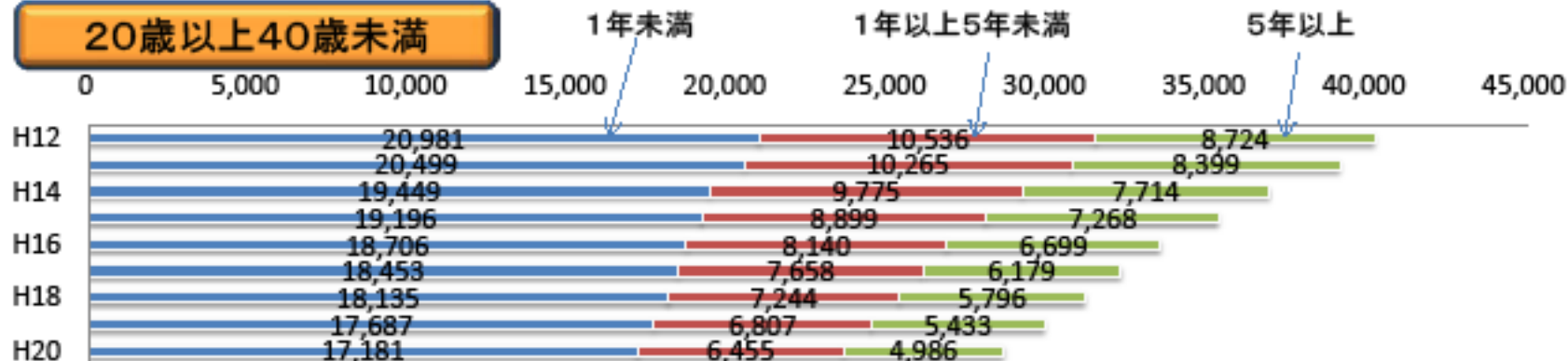
(単位:万人)



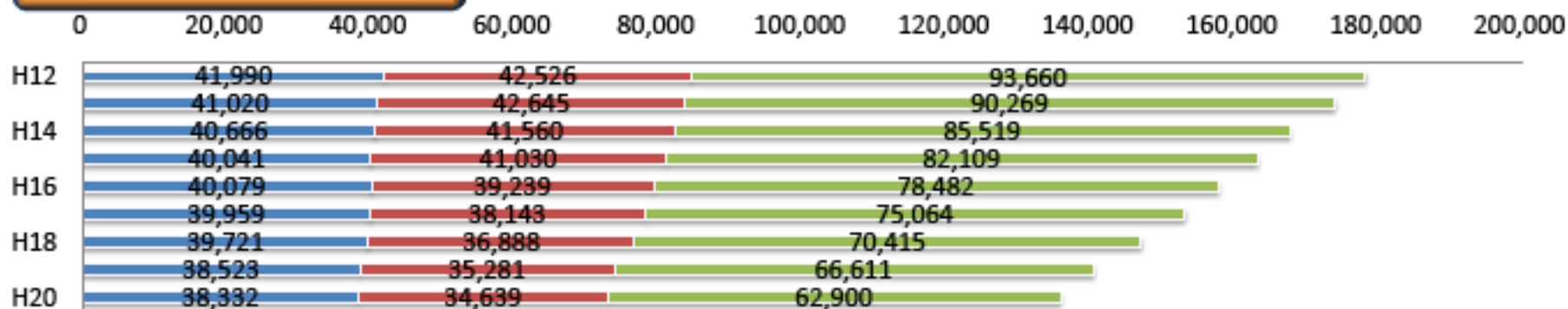
資料：患者調査

精神科病院入院患者の年齢層別推移

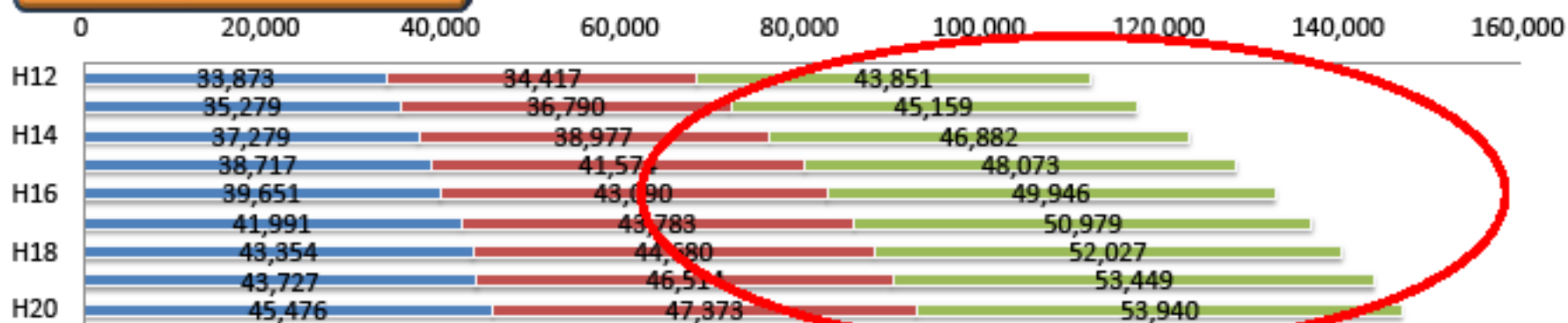
20歳以上40歳未満



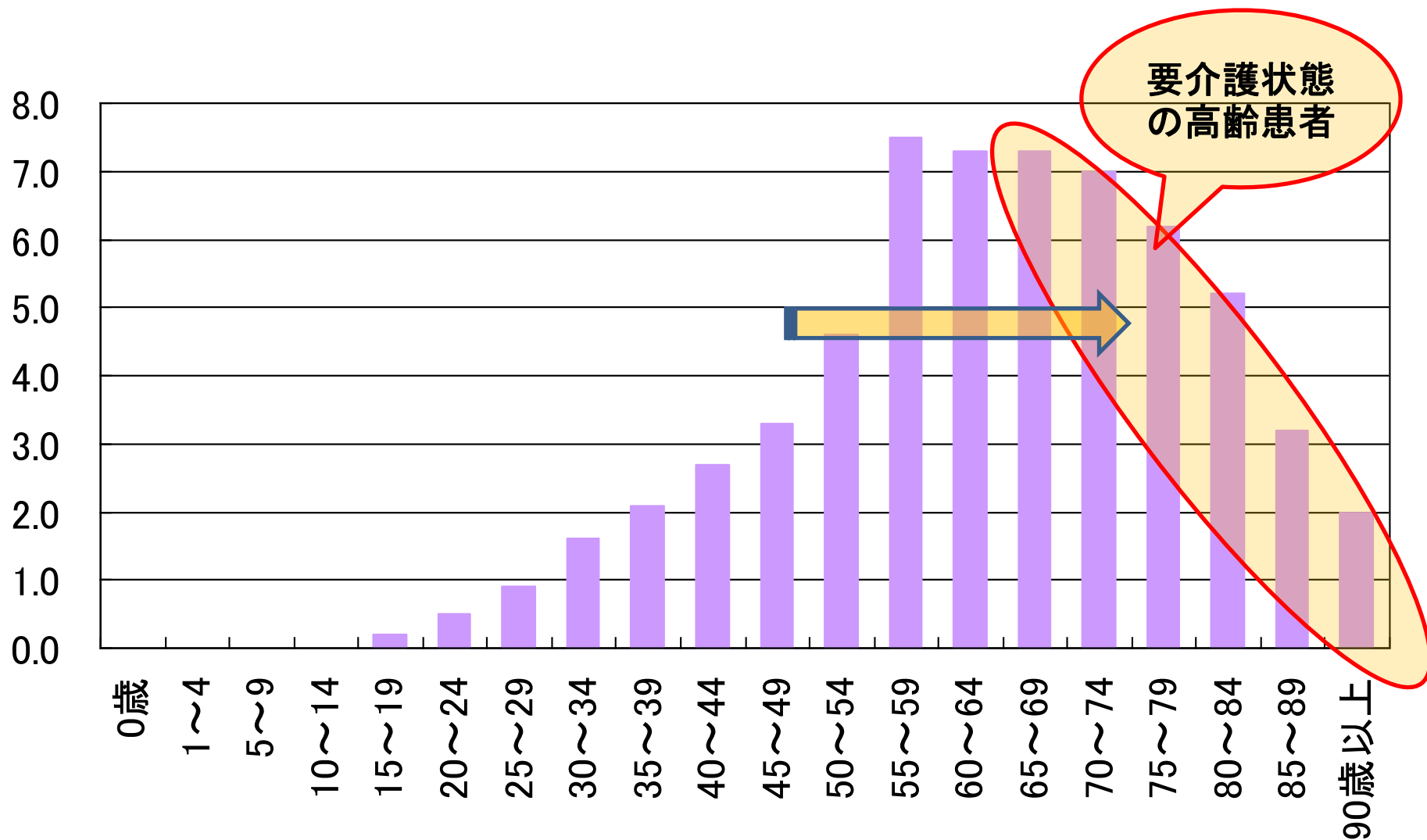
40歳以上65歳未満



65歳以上



精神病床「受入条件が整えば退院可能」者の年齢構成

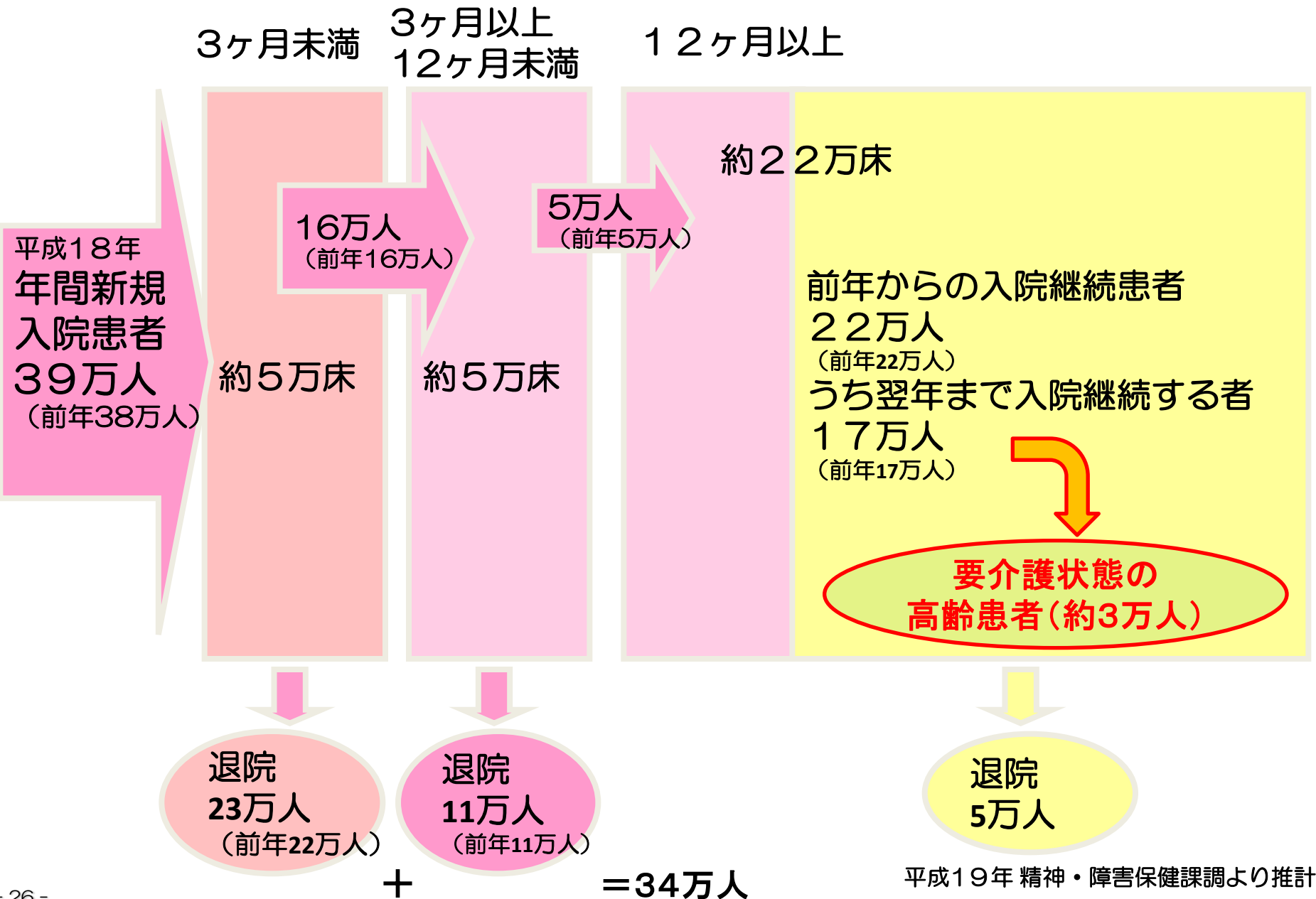


資料：厚生労働省 患者調査（平成20年）

超高齢化問題

- 日本の入院患者は長期化・高齢化・+認知症患者が多い。
これら高齢患者の退院後の生活は若年者よりはるかに困難であり、多くはアパートでの単独生活ではなく、24時間看護など支援付の居住施設が必要。
 - 世界で類をみないほど超高齢化した日本では、世界で類をみないほど居住施設が必要になるのではないかと？
- 諸外国では居住施設に移った後20-30年居住するものが多かった
⇒ 居住施設の建設してもペイした
 - しかし高齢者の多い日本では10年程度しか利用できないのではないかと？
⇒ したがって日本はもう他の国と同じ道筋はたどれないのでは？
 - 精神病床を支援住宅に改造 & 転用する「病床転換」しか選択肢がないのではないかと？

精神病床における患者の動態



受け入れ出来なかった施設側の理由

- 他の入所者とのトラブルへの不安
- 施設従業員とのトラブルへの不安
- 精神症状への対応不安
- 本人の事故の不安
- 精神科医のバックアップがない
- 病状悪化時の入院先病院を確保できない
- 必要な薬代など賄えない
- 要介護認定が状態像より低く認定される

施設側で受け入れが難しいと考える対象患者像

- 他の入所者への暴力
- 施設従業員への暴力
- 共同生活上、支障ある行為・行動
- 統合失調症で意味不明な行為・ぎこちない態度
- 施設が通院に付き添う必要
- 通院治療に費用がかかる
- 服薬管理が必要
- 経管栄養での栄養管理

要介護高齢入院患者の施設移行イメージ

救急入院料算定病棟
精神科急性期病棟

精神科一般病棟
(減床)
介護対象の高齢入院者

精神科療養病棟
(減床)
介護対象の高齢入院者

認知症治療病棟

その他の特殊病棟

65歳以上高齢者で、
精神科治療を継続して必要な、
重い生活障害を持つ要介護者

移行

移行

《創設》
介護精神型
老人保健施設(仮称)
既存病棟転換 もしくは
老健併設(サテライト可)

認知症は
一般高齢者施設か在宅へ

介護精神型老人保健施設(仮称)

介護療養病床の転換施策として創設した「介護療養型老人保健施設」を基盤に、その類型として、精神科医療の提供を強化・加味した介護転換施設としてはどうか。

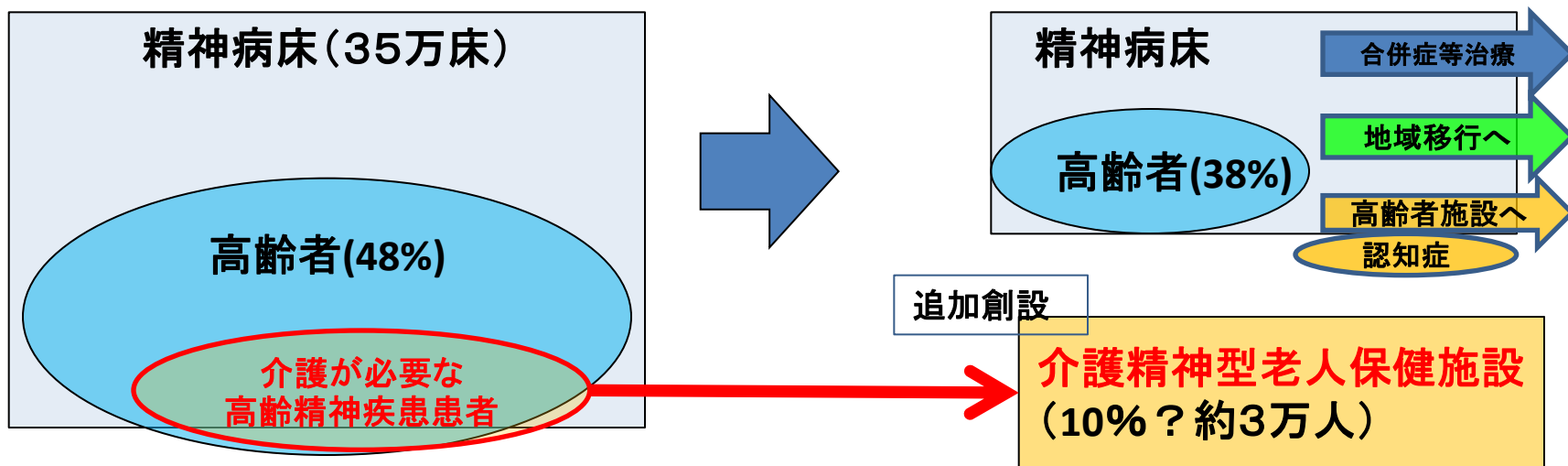
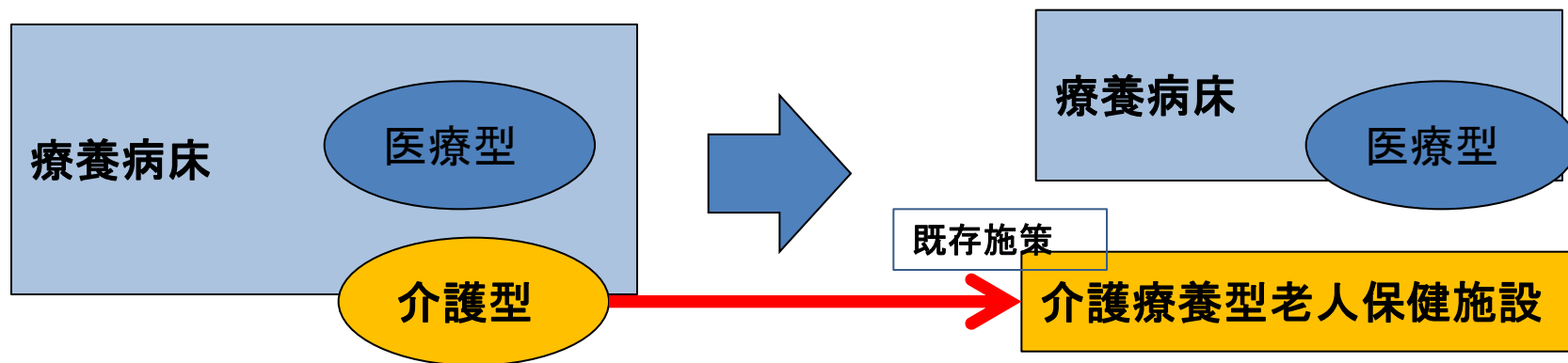
介護保険の要介護度認定は、身体的介護が主体として判定されることから、精神的な医療と管理の評価は、きわめて低い判定となる事が予想される。このことから、現行要介護判定の不足分を補完した介護保険施設サービス費(Ⅳ・Ⅴ)を新設して、人員配置を含め相応の評価をおこなうことが必要ではないか。

(介護療養型創設に際し医学的管理を理由に、上記Ⅱ・Ⅲを新設した。)

あるいは「精神疾患管理加算」として対応してはどうか。

(現行上、重度療養管理120点・認知症ケア加算76点・若年認知症加算120点などからすれば、250～350点の精神疾患管理加算が必要ではないか。)

要介護状態の高齢入院患者(主に統合失調症)における 介護サービス移行イメージ (→転換型老健へ)



ベルギーの精神医療改革の特徴

転換型ナーシングホーム

- 1990年に新型ナーシングホームPVTがスタート
- 病棟転換型PVTuが認められ推進された
 - PVTuは病院キャンパス内。一回限りの使用。患者が亡くなればそのベッドは「封印」され、患者の利用率が下がれば自然と施設は閉鎖。
 - 他に恒久型PVTp、司法専門PVTforensic
- PVTuは「入り口を別に設ければ同じ敷地内でも良い・・・」等、規則が緩和され、病棟からの転換が容易になり、改革が進んだ。
- 旧型ナーシングホームよりも利用者の自己負担を軽減したことが普及を推進した。
- ホームへの転換で経営が悪化した例はない



病院敷地内にあるPVTu (転換型ナーシングホーム)

(精神医療の提供実態に関する国際比較研究 佐々木一先生 より)