

利用終了未定であり、利用期間の予測が立てられない状況にある。また調査時点でのデイケア利用経過年数については、すでに5年以上経過している者の割合が16名(66.7%)であり、3年未満の利用者は4名(16.7%)に過ぎない。

これらの対象者に対するデイケアでの治療目的は病態像の安定が16名(75%)に上り、病状の改善がその主要目的となっている。他の6名(25%)はいずれも対人関係の調整であった。

4、デイケア利用者状況から抽出される課題

サンプルとして用いた診療所デイケアの利用者状況は、その内およそ37%が病状は安定しているものの、地域で支える社会復帰施設等の社会資源がないための在籍者であった。これらの対象者は地域で支える適切な福祉的社会資源が整備されることで、デイケア利用を終結できることから、地域で支える社会資源整備が不可欠であるという課題ををあらためて実証することになった。

他の在籍者はGAFに換算して50以下であった。内15名(62.5%)がGAF40以下という数値が示された。この数値とともに、利用期間の長さや治療目標の見えなさ及びGAFスコアを考慮すると、本来なら適切な入院医療を要する対象者であると考えられる。その大半(79.1%)が統合失調症であることから、入院医療と外来医療の機能と役割分担の必要性が想起される。すなわち精神科病院における新規入院患者の大半が1年以内に退院していることからすれば、サンプル調査対象診療所の利用終了見込みが3年以上で、その終結見込みが立たない状況にあることは、利用者にとってより有効な医療の必要性をうかがわせるものといえよう。したがって入院医療と外来医療の連携は重要な課題となる。

こうした現状は①精神科病院の地域偏在により、診療所入院医療の代行を担っていること。(デイケア利用者の41.7%が週5日以上利用)②偏見の強い地域で精神障害者自身及び家族等が入院医療でなく外来医療を選択していること。③精神障害者及び家族等が疾患の重症度に係わらず在宅での地域生活を望んで外来医療を選択していること。などが考えられるが、どの地域で生活を送るにしても、適切な医療供給システムが不可欠といえる。

このようにデイケア利用者は地域で支える社会資源の不足による滞留利用者がその1/3以上を占め、デイケア利用を必要とする対象者の91.7%が利用終了未定者であった。したがってデイケア利用者像は、社会資源不足によって利用期間の目標設定ができないケースと、状態像ないし病態像によって治療期間の目標設定ができないケースに大別され、この理由によってデイケアを利用し続ける現状にあるということである。

5、課題克服に向けて

地域で支える社会資源不足によってデイケア滞留者を生じさせ、社会復帰・社会参加を阻害しないために、社会復帰施設等の受け皿を整備することは論を待たない。加えて精神科病院と精神科診療所の連携を図り、適切なデイケア利用と必要な医療が提供されることも社会復帰・社会参加に欠かせない。これらは障害及び傷病を持ちつつも地域で暮らす権利を保障する上で必要な事柄である。

こうした状況を構築するには、精神保健医療福祉に関わる関係機関の機能と役割を、互いに認識し合い、それぞれの機能を発揮させつつ他の機関と連携を図ることであり、その

ことが可能となる精神保健医療福祉機関が地域間格差を生じさせないよう、適切に整備される必要がある。

その機運は精神保健医療福祉の改革ビジョンや改革のグランドデザインによって高まりつつある。その顕著な事柄が精神科病院の機能分化であり、社会復帰施設の機能と役割の見直しによる施設類型の再編である。したがって精神科デイケアの機能と役割もその例外ではない。すなわち精神科デイケアは精神保健医療福祉の一翼を担うものであり、入院精神科医療機関と社会復帰施設等の双方に係わる重要な機能を有し、退院と社会復帰の促進に係わる役割を担う立場にあるからである。

ことにデイケア利用者に係わる通院医療費公費負担は、在宅支援の一環として自立支援医療に位置づけられたことから、関連社会資源との関係においても、その利用に係わる地域医療サービスのあり方を検討し、本稿で示したサンプルに基づくデイケア利用者の利用のあり方などを検証することが求められる。その主要な課題は精神科デイケアが担う医学的リハビリテーションの対象者像と、リハビリテーション過程をどのように規定し、利用（治療）期間の目標をどのように設定するのかということが、退院や社会復帰促進に大きく影響すると考えられるからである。

今日では医療の場で担われるリハビリテーションも、心理社会的リハビリテーションの視点と方法を取り込み、認知行動障害に関する対策やリハビリ支援を担いつつ、トータルリハビリテーションとしての支援が不可欠なことはいうまでもない。またその重要性を認識しつつも、デイケア滞留者の現状を改善しその利用成果を得るには、精神医療福祉の改革ビジョンにみられるように、地域社会資源不足や精神科入院医療機関の偏在といった課題解決だけでなく、必要な社会資源間の効果的連携を図る上でも、デイケアの対象規定と利用（治療）目標に係わるリハビリテーションゴールの設定は重要な課題と考えられるからである。

Ⅲ.研究協力報告書

平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための
精神保健福祉システムに関する研究
研究協力報告書

精神保健指標の国際比較に関する研究

仙波恒雄 医療法人同和会千葉病院

I 平均在院日数について

1. 日本における平均在院日数の計算方法に関する提案

精神保健の指標として平均在院日数は施設の医療機能評価並びに入院医療費積算の基礎指標として重要である。世界各国で精神科医療施設の脱施設化、機能分化、多様化が起これり精神科病院の平均在院日数は短縮化の傾向にある。

国際比較においては、各国同一の計算方法にもとづく数値で無ければ比較はできないことは言うまでもないことである。平成6年、平成7年厚生科学研究：精神保健指標の国際比較に関する研究I、II（分担研究者仙波恒雄）は諸外国の58か国の調査をおこない日本と諸外国における平均在院日数の計算式が異なることを報告している。（資料1、2）

国際的に汎用されている計算式は、急性病棟の退院者の在院日数の算術平均をもって平均在院日数としている。

2. 日本においては下記の2つの計算式がある。

① 厚労省方式：総在院日数／総入院者数＋総退院者数×1/2

② 630調査方式：総退院患者の在院日数／退院者数（但し20年以上の退院者の在院日数は除外）毎年6月30日の患者調査で採用されている平均在院日数

①厚労省方式は日本のみが使用している独特な計算式である。病院の病床回転率を基礎とした計算式である。しかし、精神科においては入院者の分布は20%の急性期群の患者層と80%の長期入院者の群の2峰性を示し、性質の異なる2群の母数を同一視し病床回転率を基礎としている点が問題である。基本的にはこの計算式は母数が均一な2項分布を示していないので、平均在院日数を出す計算式としては不適切なものであると考えられる。一般科においてもこの式が使われているのは概ね一般科では急性期の入院で分布は2項分布を示すので問題は少ないようであるが、精神科では不適切である。厚労省方式で平均在院日数を出すとどのように努力しても、定床数の2倍の退院者を出して初めて180日となる。

200の定床で年間約400人の退院者を出さなければならない。

英国の平均在院日数30日とするためには、定床の10倍の2000人を退院させなければならず、到底不可能なことである。

厚労省方式では平成14年で373日であるがこれと諸外国の30日と比べて日本は新入院者を1年以上留め置くのかという誤解が生まれる。実際の最近の入

院者の平均在院日数は約65日である。この乖離は計算式の差により出てきたものであり、早急に新しい国際基準に併せた計算式を検討して改定する必要がある。

②630調査方式は毎年の6月30日の患者調査で実施されている平均在院日数の算定方式である。退院者の在院日数の算術平均を取っているが20年以内の長期入院者の分も入るので、急性期の入院治療期間を示す国際的基準よりは著しく長く出るので、国際的にはつかえない計算式である。そのため630調査の数値このままでは国際的基準にあわない。

3. 提案したい計算式は、

- (1) 機能分化された急性期病棟においては在院日数の算術平均で得られた数値が平均在院日数とする。
- (2) 機能分化されていない病院においては、急性期と長期入院者とが混合しているので、退院者の中には2日、7日、30日等比較的短期に退院するものと、4年、10年と在院し退院するものもいる。この長期在院者の在院日数の影響を除くために年間退院者の50%が退院した時点を中央値(Median)としてその時点の退院者の在院日数をもって平均在院日数とすることを提案したい。

(Fig 1. 入院患者残留曲線参照)

4. 平均在院日数の実際

日本で常用されている①式による厚労省数値と3の(2)で新しく提案している中央値による平均在院日数とを比較してみると、2002年では厚労省値373日が、あたらしく提案している平均在院日数では65日となる。約5.5分の1となる。65日という数値は最近の入院者の入院期間の現場の感覚とも一致するものである。この数値で国際比較することにより、何をどうすればよいかの具体策が立てられる。

年	厚労省方式		新しい計算式
1999年	406日	⇒	70.3日
2000年	390日	⇒	66.2日
2001年	376日	⇒	64.6日
2002年	373日	⇒	64.9日

5. 評価

英国30日、米国14日、日本65日というふうに比較して初めて実質的な討論が可能となる。今までの373日という数値では不思議というほかなく、外国への説明責任も果たせない。日本では一旦入院させれば1年も入院させるのかという誤解さえ生むこととなる。

世界的傾向として急性期病棟の平均在院日数の目標値は約30日～40日であろう。日本も40日以内になると国際的な基準で合格である。日本もそこまで短縮する必要がある。一方さらに日本では長期入院者の精神病院への在院していることが問題としてある。これは、入院医療中心の政策から大きく地域医療への移行という大きな別な命

題として解決していかなければならない問題を抱えている。

Ⅱ. 病床数の国際比較について

OECD の統計において話題になるのが日本の精神病床数が世界一多く万対28であることがあげられる。世界的に地域医療への方向で精神科病床も多様な形態をとるようになってきている現在、精神病院の病床の定義が各国において同一ではない。日本では、老人、薬物依存、知的障害、触法患者等を含んでいるし、米国では老人精神障害者はほとんどがナーシングホームで処遇される。亜急性期を担当するスキルドナーシングホームは精神病床から除外されている。比率は少ないが民間病院は入れていない等可成り国により異なる。

OECD に登録する場合どのような精神病床基準で届けるかは明確にし、その条件を付記するべきである。

Ⅲ. 精神医療福祉の将来の課題についてコメント

入院中心医療体系から地域医療・ケアへの転換を促進する事は大きな目的であるが

就中、脱施設化は重要な課題であるが、諸外国の実践を参照としながらも日本のとるべき政策は家族制度を含む文化的土壌を踏まえて、まず地域に社会復帰施設、住居、地域支援を整備し、適切な財源を確保し、それに見合う対象者を病院から移行させて行くべきである。しかし、急激な脱施設化は行うべきではない。

米国の友人からの報告では財政的理由で州立精神病院が軒並み閉鎖されかつての州立病院の約8割が削減され、代わりに大量のホームレスを生むこととなった。精神障害をもつホームレスが地域にあって生活環境が劣悪で、生活習慣病、薬物依存で、各種施設にいる精神障害者に比べて平均寿命が17歳短いという報告がある。又、脱施設化を行った国々では年々精神障害者の死亡率が3倍から6倍に増加しているという報告がある。日本では死亡率はきわめて低い数値で経過している (Dr.GlennCurrier,Rochester,NY,2000)。

又、米国で200万の刑務所入所者のうち約15%の30万人の精神障害者が刑務所に収容され大きな問題をかかえている。かつて60万人の精神障害者が精神病院から出されたが、30年後の現在30万が刑務所に収容されている。いるということは急激な脱施設化による結果であり、明らかに米国の失政である。

これらを教訓として日本が今後地域医療体制の健全に発展させるためには常に地域の受け皿の整備と病院から地域に移す **Check and Balances** のシステムこそが重要である。

資料

1. 仙波恒雄他：平成6年度厚生科学研究、精神保健指標の国際比較に関する研究Ⅰ、p123から139、日精協誌、第14巻第6号、p62から75、1995。
2. 仙波恒雄：平成7年度厚生科学研究、精神保健指標の国際比較に関する研究Ⅱ、p33から43、1996。
3. 仙波恒雄：第18回世界社会精神医学会講演（神戸）、日本精神医療福祉の課題、2004年10月
4. Dr.GlennCurrier,Rochester: Psychiatric Services vol 51(7)NY2000.

Fig 1

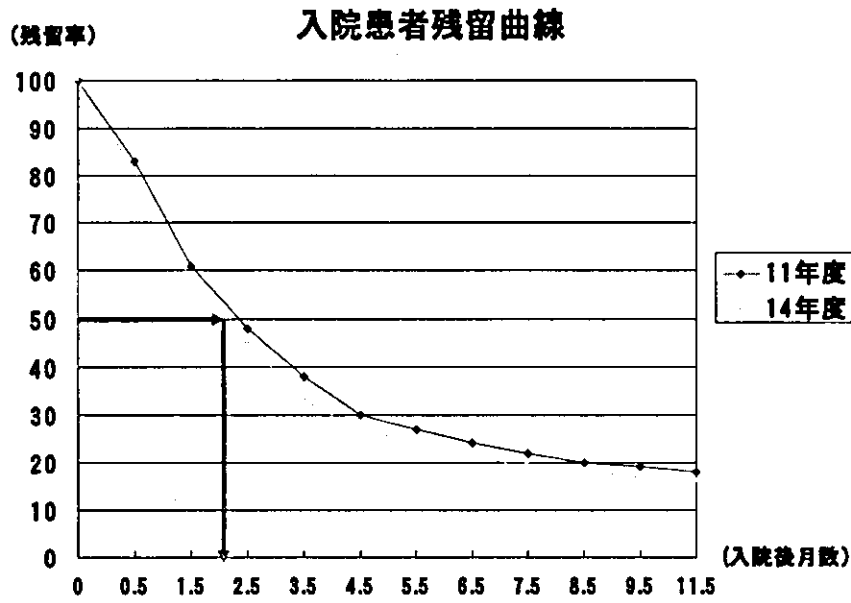
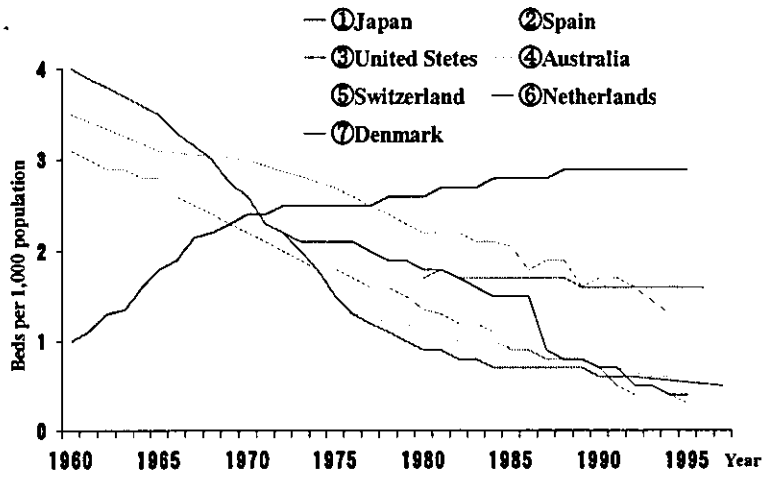


Fig 2.

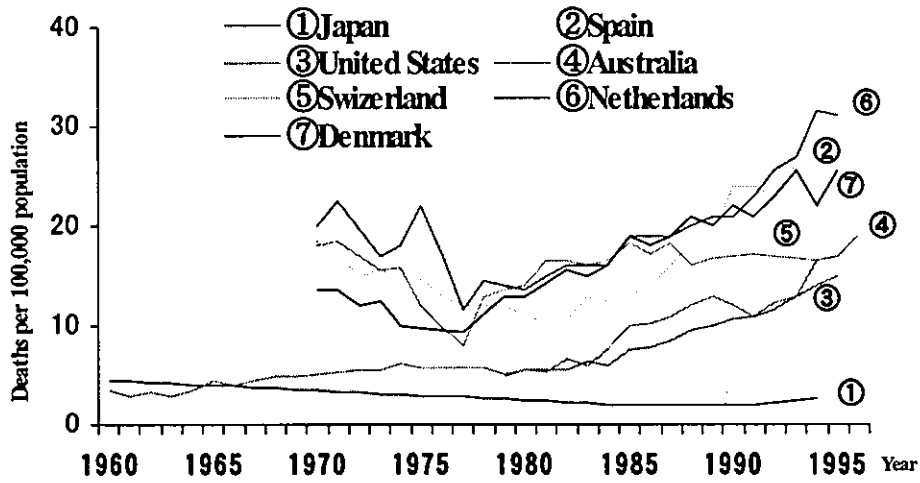
Psychiatric inpatient beds per 1,000 population in seven countries



Source: OECD Health Data 98 – Dr. Glenn Currier, 2000

Fig 3.

Deaths among persons with mental and substance use disorders per 100,000 population



Source: Calculations using OECD Health Data 98 – Dr. Glenn Currier, 2000

「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための
精神保健福祉システムに関する研究」

研究班名簿

主任研究者	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	井上 新平	高知大学
	長谷川敏彦	国立保健医療科学院
研究協力者	小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所
	新保 祐元	全国精神障害者社会復帰施設協会
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	長沼 洋一	国立精神・神経センター精神保健研究所
	藤田 利治	国立保健医療科学院
	山内 慶太	慶應義塾大学

(50音順)

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための
精神保健福祉システムに関する研究」研究報告書

発 行 日 平成 17 年 4 月

発 行 者 「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進
のための精神保健福祉システムに関する研究」

主任研究者 竹島 正

発 行 所 国立精神・神経センター精神保健研究所

〒187-8502 東京都小平市小川東町 4-1-1

TEL : 042-341-2711 FAX : 042-346-1944
