

平成 16 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

ストレスケア病棟のあり方に関する研究

分担研究者 徳永雄一郎（不知火病院長）

研究協力者 矢崎直人（不知火病院副院長）

【研究要約】

1. 社会的必要性が高まってきたうつ病を中心としたストレスケア病棟の実態、及び必要な配置基準等の調査検討を実施した。

2. 研究概要

① 不知火病院ストレスケア病棟入院者を中心に複数の協力病院において実施。

② 研究期間及び対象：平成 15 年 10 月 9 日より平成 16 年 9 月 30 日。ICD 分類にて大うつ病と診断されたもの。

③ 調査指標：クリニカルパス，HAM-D，SDS，BPRS，GAF

④ 主な治療及びスタッフ：

「治療」：薬物療法，個人精神療法，集団精神療法，家族療法，  
職場環境調節，復職支援プログラム

「スタッフ」：50 床

医師 3 名，看護師 2.5:1，臨床心理士 2，精神保健福祉士 2，  
カウンセリングナース 2，作業療法士 1，音楽療法士 1，その他。

⑤ 主な結果：回復度：HAM-D。入院時平均 24.5。退院時平均 6.4（寛解状態にて退院）。退院時 GAF：75 点。平均入院期間：80 日。その他の結果：自殺防止。ストレスケア病棟 4 病院全入院者 4295 人中入院中自殺者 9 名。

3. 上記結果からの提言事項

① 配置基準案

	25 床以下の病床	50 床以下の病棟
医 師	1 名以上（指定医）	2 名以上（指定医，精神科医）* 追加加算
看 護 師	2.5 対 1	2.5 対 1
臨床心理士	1 名	2 名
社会保健福祉士	1 名	2 名

## ②必要病床数

人口 10 万対 12~24。

根拠：うつ病年間罹患率，自殺念慮率，自殺企図率，自殺完遂率，平均入院期間等で換算

### A. 研究目的

うつ病の増加は自殺者数の問題と共に，大きな社会的現象となっている。厚生労働省もうつ病及び自殺者数減少の数値目標を掲げ，本格的に取り組み始めている。

外来治療においては，精神科クリニックの増加に伴い，うつ病等の受診率は高くなる傾向にある。しかし，現実的なうつ病者の受診率は 25% 及びそれ以下という数値が一般的である。

さらに，うつ病治療は薬物療法が主体であるが，再発率，遷延率ともに，世界的に見ても非常に高い病気であるだけに，その治療においては外来治療のみならず，適切かつ医学的な入院治療を必要とする患者数は相当数にのぼると想定されると思われる。

このような状況のもと，うつ病の入院治療を主体とした専門的な治療病棟が必要とされていると考えられる。

うつ病治療の専門施設であるストレスケア病棟の実態を調査検討し，入院治療の必要性，適切な人員配置，必要病床数の基準等を考察した。

### B. 研究方法

①対象は，不知火病院のストレスケア病棟「ストレスケアセンター・海の病棟」入院者のうち，大うつ病性

障害と診断した患者（統合失調症，双極性障害，人格障害は除く）。

②調査期間は平成 15 年 10 月 9 日～平成 16 年 9 月 30 日。スタッフ構成・治療のスケジュール等についても同期間を対象とする。

③データ収集法は，カルテに基づき，調査，集計を行った。

④調査指標はクリニカルパス，HAM-D，SDS，BPRS，GAF。

⑤一部，ストレス病棟研究会の他病院（埼玉県・戸田病院，福井県・松原病院，広島県・草津病院）の患者データを取り入れた。

### C. 研究結果と考察

#### 1. 患者の特性

職業について，全体では会社員 24 名(27.9%)，公務員 29 名(33.7%)，自営業 7 名(8.1%)，パート 1 名(1.2%)，専業主婦 16 名(18.6%)，学生 1 名(1.2%)，無職 7 名(8.1%)，その他 1 名(1.2%)であった(Fig. 2)。

居住地は，福岡県 61 名(70.9%)，熊本県 9 名(10.5%)，その他九州 10 名(11.6%)，中国 2 名(2.3%)，四国 1 名(1.2%)，関東 3 名(3.5%)であった(Fig. 3)。

結婚歴は，未婚 11 名(12.8%)，既婚 66 名(76.7%)，死別 5 名(5.8%)，離別 4 名(4.7%)であった(Fig. 4)。

家族状況は，単身 10 名(11.6%)，核家族 53 名(61.6%)，その他 23

名 (26.7%) であった (Fig. 5)。

最終学歴は、中学 5 名 (5.8%)、高校 33 名 (38.4%)、専門学校 5 名 (5.8%)、短大 7 名 (8.1%)、大学 32 名 (37.2%)、大学院 4 名 (4.7%) であった (Fig. 6)。

当院への入院回数は、初回 68 名 (79.1%)、2 回 12 名 (14.0%)、3 回以上 6 名 (7.0%) であった (Fig. 7)。

他院への入院回数は、0 回 67 名 (77.9%)、1 回 5 名 (14.0%)、2 回以上 2 名 (8.1%) であった (Fig. 8)。入院前の自殺企図は、0 回 76 名 (88.3%)、1 回 7 名 (8.1%)、2 回以上 3 名 (3.5%) であった (Fig. 9)。

平均入院期間は、80.9 日間である。内訳は、～30 日 12 名 (14.0%)、～60 日 12 名 (14.0%)、～90 日 28 名 (32.6%)、～120 日 21 名 (24.4%)、～150 日 12 名 (14.0%)、～180 日 1 名 (1.2%) であった (Fig. 10)。

## 2. 治療の内容

### ① スタッフの構成

医師 4 名、看護師 16 名、看護助手 3 名、事務 1 名、臨床心理士 3 名 (平成 16 年 3 月までは常勤 2 名、4 月以降は常勤 2 名、週 2 日非常勤 1 名)、カウンセリングナース (カウンセリングの研修を受けた看護師、心理療法を中心に従事) 2 名、作業療法士 1 名、精神保健福祉士 2 名。

### ② 主な治療内容

個人精神療法、集団精神療法、家族療法、認知療法、作業療法、音楽療法、職場環境調整、復職支援プログラム等。

### ③ クリニカルパスに基づく治療

入院時— (実施項目) 告知, BPRS, HAM-D, 入院診療計画書, オリエンテ

ーション, ケア・プラン, 採血検査, 日常生活自立度・褥瘡状況。

3 日目— (実施項目) PSW インテーク, 検尿, TEG・SDS・バウムテスト, ストレスチェック, 自己診断, Ns 評価。

1 週間目— (実施項目) EKG・胸写・腹部エコー, Ns 評価

(検討項目) 頭部 CT, 心理テスト

2 週間目— (実施項目) EEG, 内科診察, Ns 評価

(検討項目) 作業療法, 薬剤指導

3 週間目— (実施項目) Ns 評価

4 週間目— (実施項目) HAM-D, ストレスチェック, Ns 評価

(検討項目) 家族面談, 心理面接

5 週間目— (検討項目) 復職サポートプログラム, クレペリンテスト

6 週間目— (実施項目) Ns 評価

8 週間目— (実施項目) ストレスチェック, Ns 評価

10 週間目— (実施項目) Ns 評価,

(検討項目) 退院検討, 内服自己管理

12 週間目— (実施項目) ストレスチェック, Ns 評価,

(検討項目) 退院許可, 退院時家族面談

退院時— (実施項目) 療養計画書, BPRS・HAM-D・GAF・SDS, 退院時要約, 退院時アンケート

### ④ 各職種における治療介入

医師による PT (精神療法) は、平均回数 13.2 回であった。作業療法は、平均 14.0 回であった。精神保健福祉士による介入の対象人数と回数を Table. 2 に示す。

心理検査の件数 (実施率) は、ロールシャッハテスト 61 件 (70.9%)、WAIS-R26 件 (30.2%) その他 27 件

であった。心理療法の対象者は 61 名、平均回数は 7.59 回であった。担当者別の内訳を Table. 3 に示す。

### 3. 治療結果

- ①平均入院期間—80 日。
- ②回復度—HAM-D の項目 19 (精神病徴候) と合計と SDS について、入院時平均 24.5、退院時平均 6.4 (Table. 4) であった。t 検定により入院時と退院時の比較を行った結果、いずれも有意差があり、退院時において点数が減少していることがわかった。

Table. 5 に入院時・退院時それぞれの HAM-D の度数分布を、Table. 6 に改善率の詳細を示す。なお、欠損値があるため、総数は一致していない。Table. 7 に、BPRS の入院時・退院時平均を因子ごとに示す。GAF については退院時のみ施行しており、平均は 77.68 であった。度数分布を Table. 8 に示す。70 以上の得点を示すものは 91% であった。

退院時に、GAF71 以上、HAM-D7 以下を満たす患者は 38 名であり、有効データ 75 人における割合は 51% であった。

- ③自殺件数—ストレス病棟研究会における、ストレス病棟の全入院者数 4295 名中、入院中の自殺者 9 名。

## D. 結論

### 1. 配置基準案

上記結果から、人員の配置基準案を Table. 9 に示す。病棟単位だけでなく、病床単位でのストレスケアユニットも運営できたほうが良いと考え、両案を併記した。25 床以下の病

床ユニット、50 床以下の病棟での人員配置を提言している。

25 床以下の病床ユニットでの必要な人員配置は、精神保健指定医 1 名以上、看護師 2.5 対 1 (4 割看護師)、臨床心理士 1 名、精神保健福祉士 1 名である。

50 床以下の病棟では、精神保健指定医 2 名以上、看護師 2.5 対 1 (4 割看護師)、臨床心理士 2 名、精神保健福祉士 2 名である。なお、医師はいずれの場合も 1 名追加に応じ、診療報酬点数を加算する。

### 2. 必要病床数

必要病床数は人口 10 万人対 12~24 床。全病床数は 14,400~28,800 床とした。この根拠として以下の点を挙げる。

うつ病の年間罹患率 (成人男女) は地域標本で 4.8% である。その中で入院が望ましい割合として、うつ病において自殺念慮を持つ割合 15%、入院うつ病患者の自殺企図率 3~15%、全うつ病患者地域標本の中の自殺完遂率 0.8%、この間のどこかに線を引かねばならないが、これを 1~2% とすると、 $4.8 \times (1 \sim 2) \% = 0.048\% \sim 0.096\%$  が年間必要入院率となる。これは人口 10 万当たり年間 48~96 人の患者を入院させる必要があることになる。平均在院日数は 3 カ月であるから、必要病床数は人口 10 万人当たり 12~24 床となる。かなり粗雑な算定ではあるものの、一つの目安とはなる。

これは、現在の精神科病床数 34 万 (人口 10 万対 284) の 4.2~8.4% である。

また、年間自殺数約 34,000 人の約

60%に相当する2万人がうつ病によるものとされ、それに対応する病床数は人口10万人対17床である。

一方、現在の不知火病院ストレスケアセンターの入院患者のうち大牟田市域（成人人口10万人）からの患者が占めるベッドは常時12床ほどである。

以上の点を踏まえ、必要病床数は人口10万人対12～24床、全病床数14,400～28,800床とした。

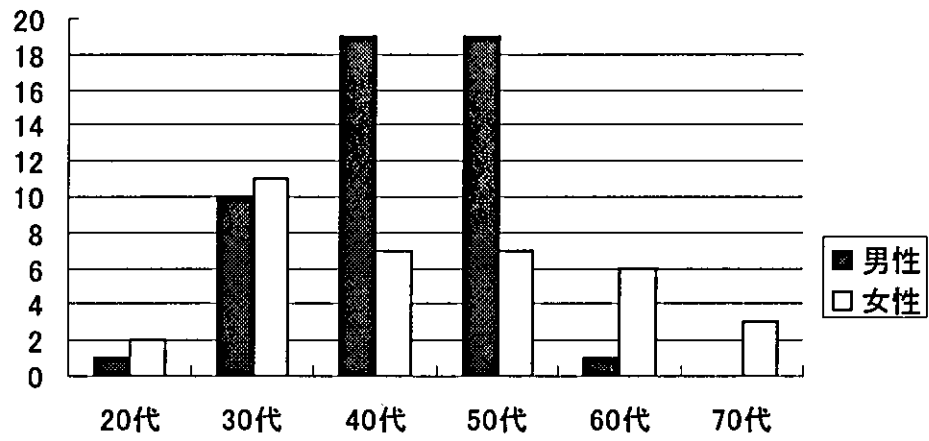


Fig.1 対象患者の年齢内訳

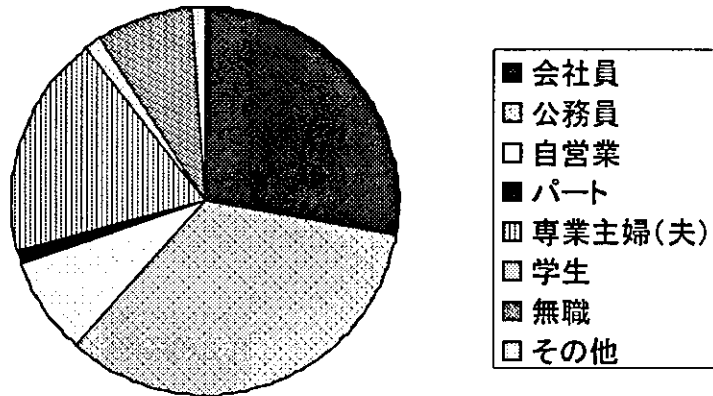


Fig.2 職業内訳

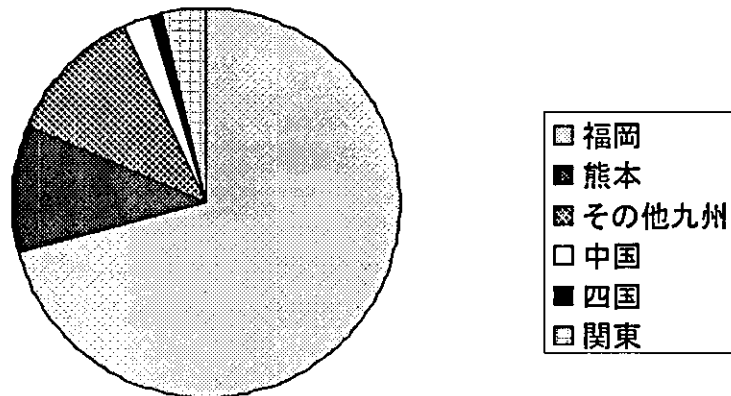


Fig.3 居住地内訳

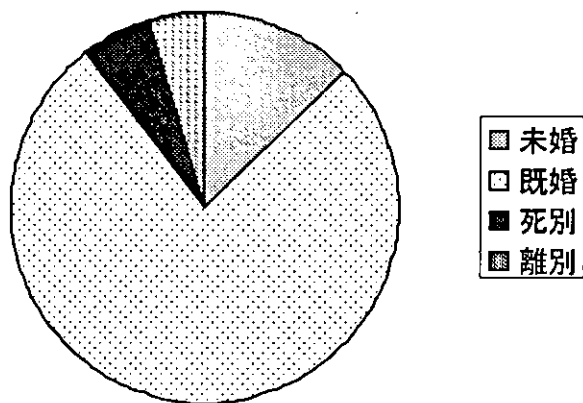


Fig.4 結婚歴

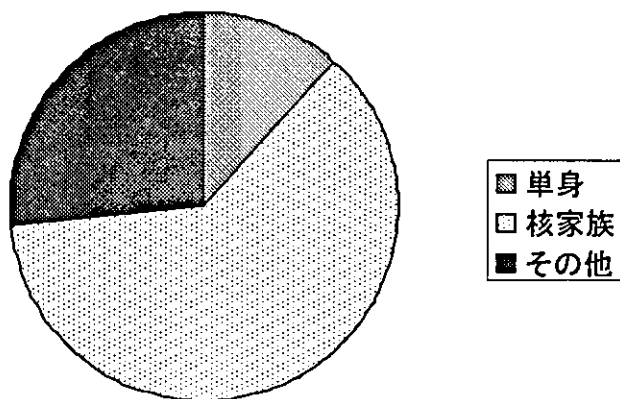


Fig.5 家族状況

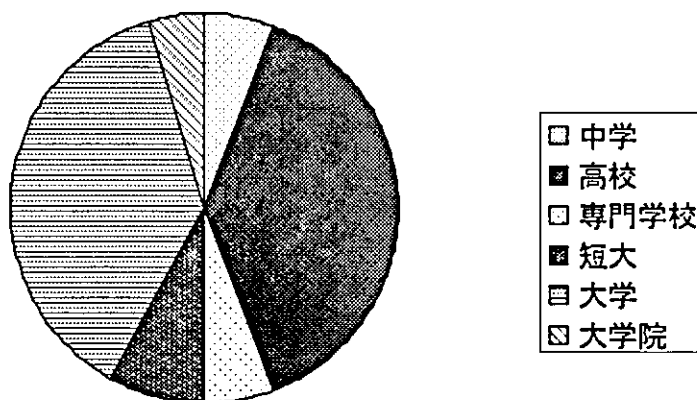


Fig.6 最終学歴

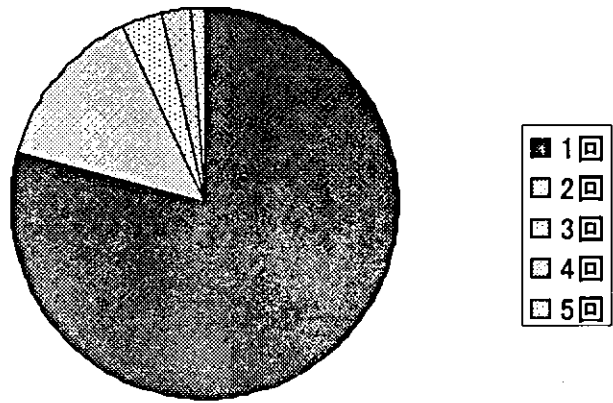


Fig.7 当院への入院回数

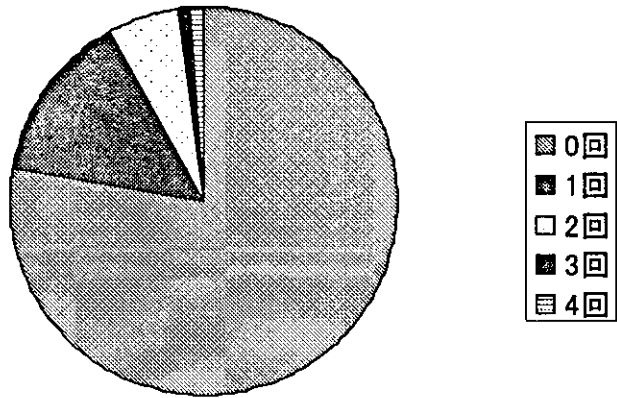


Fig.8 他院への入院回数

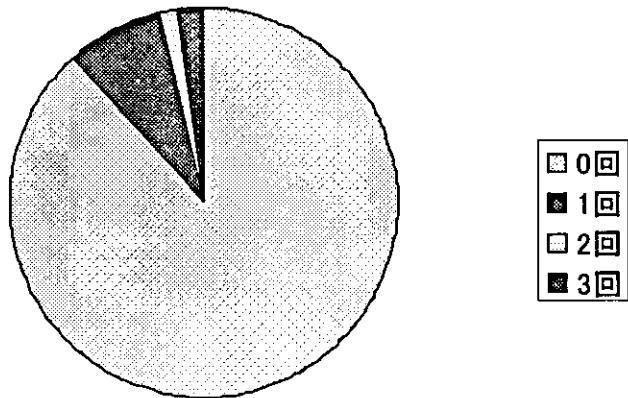


Fig.9 入院に至るまでの自殺企図



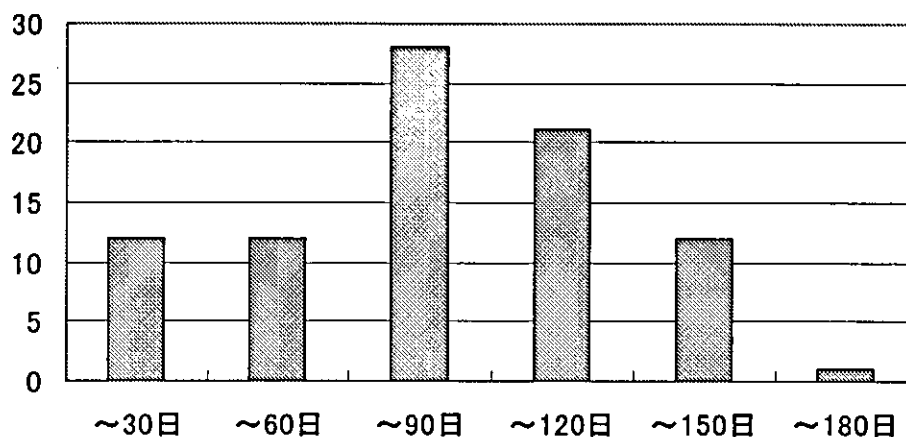


Fig.10 入院期間の内訳

Table.1 各職種によるかかわりの平均回数

	対象人数 (全対象者に対する割合%)	平均回数
医師 (精神療法)	86 (100)	13.2
作業療法	75 (87.2)	14.0

Table.2 精神保健福祉士による介入の内訳

	対象人数 (全対象者に対する割合%)	平均回数
患者への介入	34 (39.5)	1.82
家族への介入	4 (4.7)	2.25
職場への介入	41 (47.7)	3.09
上司面談	20 (23.3)	1.10
関係機関への介入	5 (5.8)	1.60
復職サポートプログラム	5 (5.8)	16.00

Table.3 心理療法の担当者別内訳

	対象人数 (全対象者に対する割合%)	平均回数
臨床心理士	17 (19.8)	13.9
カウンセリングナース	44 (51.2)	9.45
適用なし	25 (29.1)	

Table. 4 HAM-D・SDS の入院時・退院時の点数の平均（標準偏差）と t 検定結果

症状評価尺度	入院時	退院時	t 値
HAM-D 項目 19 (精神病徴候)	0.31 (0.67)	0.09 (0.37)	2.272*
HAM-D 合計値	24.54 (10.00)	6.44 (6.29)	14.68***
SDS	52.55 (8.24)	41.00 (10.28)	8.275***

\*p&lt;.05 \*\*\*p&lt;.001

Table. 5 HAM-D の入院時・退院時の度数分布

値	入院時度数 (全対象者に対する割合%)	退院時度数 (全対象者に対する割合%)
~10	4 (4.7)	61 (70.9)
~20	23 (26.7)	13 (15.1)
~30	39 (45.3)	2 (2.3)
~40	11 (12.8)	2 (2.3)
~50	6 (7.0)	0 (0.0)
~60	2 (2.3)	0 (0.0)
合計	85 (98.8)	78 (90.7)

Table. 6 HAM-D の改善率内訳

度数 (合計に対する割合%)	
悪化	3 (3.8)
変化なし	3 (3.8)
50%以下	7 (9)
50%以上	65 (83.3)

Table.7 BPRSの入院時・退院時の点数の平均

	入院時	退院時
1因子	0.51	0.31
2因子	0.31	0.15
3因子	3.11	1.36
4因子	12.54	3.63
5因子	2.42	0.74

Table.8 GAFの度数分布

値	度数 (合計に対する割合%)
50以下	1 (1.33)
60代	6 (8.00)
70代	21 (28.0)
80代	34 (45.3)
90代	13 (17.3)
合計	75 (100.0)

Table.9 スタッフ配置基準案

	25床以下の病床	50床以下の病棟
医師	1名以上 (指定医)	2名以上 (指定医, 精神科医) *追加加算
看護師	2.5対1	2.5対1
臨床心理士	1名	2名
社会保健福祉士	1名	2名

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 【書籍】

- 保坂 隆 (編集) : シリーズ臨床研修医指導の手引き「精神科」。診断と治療社, 東京, 2004
- 保坂 隆 : Type A. 樋口輝彦 (監修) 久保木富房・中村純・山脇成人 (編集) : ストレス疾患ナビゲーター。138-139, 2004
- 保坂 隆, 佐藤 武 : 精神疾患に起因する身体症状・身体疾患。坂田三允 (編集) 精神看護エクスペール3「身体合併症の看護」: 21-38, 2004。
- 伊藤順一郎 : 統合失調症 pp812-814, 家庭医学大全科, 法研, 2004.
- 伊藤順一郎 (第6章翻訳) : 大島巖・松為信雄・伊藤順一郎監訳「精神障害者をもつ人たちのワーキングライフ」「IPSの概要」. 金剛出版, 2004.

#### 【雑誌】

- 保坂 隆 : 在宅介護者の健康度と支援の必要性。精神医学 46: 562-563, 2004
- 保坂 隆 : 集団精神療法。CLINICAL NEUROSCIENCE 22: 216-217, 2004
- 保坂 隆 : がん患者への集団精神療法。臨床精神医学 33: 627-633, 2004
- 保坂 隆 : 不眠症の予後決定因子。成人病と生活習慣病 34:901-903, 2004
- 加藤雅志, 保坂 隆 : 特殊な環境で見られる精神症状。日本医師会雑誌特別号「精神障害の臨床」。S179-S182, 2004
- 加藤雅志, 保坂 隆 : 身体疾患と精神科受診。こころの科学 115:30-36, 2004
- 保坂 隆 : コンサルテーション・リエゾン精神医学からの精神障害の見方と治療姿勢。精神科 4: 379-383, 2004
- 保坂 隆 : 一般身体疾患に対する精神的ケア。Pharma Medica 22: 47-49, 2004
- 加藤雅志, 保坂 隆 : 「医療コミュニケーション」について。臨床透析 20: 13-17, 2004
- 保坂 隆, 平井啓, 福原裕一, 高橋為生, 堀 三郎 : 健診受診者のコーピングスタイルと血液生化学指標との関連。総合健診 31: 601-608, 2004
- 保坂 隆 : 妄想・幻覚の原因と診断のコツ。JIM 14: 848-851, 2004
- 保坂 隆 : リエゾン精神医療における集団療法。精神科リエゾンガイドライン (精神科治療学 Vol. 19 増刊号) 172-174, 2004
- Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y.: Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. Jpn J Clin Oncol 34:37-42, 2004
- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry 26: 398-404, 2004
- Matsubayashi H, Iwasaki K, Hosaka T, Sugiyama Y, Suzuki T, Izumi S, Makino T.: Response: Spontaneous contraception after ten years of onfertility, giving up in-vitro-fertilization (IVF)

- treatments, adoption of a child and two ovarian pregnancies: a case report. Tokai J Exp Clin Med. 29: 201, 2004
- 保坂 隆：ストレスとA型行動パターン。埼玉県臨床工学技士会会誌 13: 11-16, 2004
- Matsubayashi H, Shida M, Kondo A, Suzuki T, Sugi T, Izumi S, Hosaka T, Makino T.: Preconception peripheral natural killere cell activity as a predictor of pregnancy outcome in patients with unexplained infertility. Am J Reprod Immunol 53: 126-131, 2005
- Kamiyama K, Yamami N, Sato K, Aoyagi M, Kyoya M, Mizuno E, Uemura M, Kawamoto Y, Okuda M, Togawa S, Shibayama M, Hosaka T, Mano Y.: Effects of a structured stress management program on psychological and physiological indicators among marine hazard rescues. J Occup Health. 2004 Nov;46(6):497-9.
- Okuda M, Uemura M, Yamami N, Ogiwara R, Mano Y, Hosaka T, Mizuno E, Aoyagi M.: A study on fatigue and health disturbance in caregivers of the elderly at home. プライマリ・ケア 27: 9-17, 2004
- 安西信雄：新しい地域ケアのありかた。日本医師会雑誌特別号 131(12), 323-325, 2004
- 安西信雄, 池淵恵美：精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練。行動療法研究 30(1), 11-22, 2004
- 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎：精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題。作業療法ジャーナル 38(12) : 1090-1096, 2004
- 安西信雄, 榎野葉月：精神科リハビリテーションの概念と意義。精神科 5(3) : 169-172, 2004
- 安西信雄：退院における障害と支援方法。精神科臨床サービス 4(3) : 388-393, 2004
- 安西信雄：いま、なぜコーピングスキルに注目するのか？。精神看護 7(2) : 12-15, 2004
- 伊藤順一郎：精神障害者の地域支援と精神科病院の役割についての試論。日本精神科病院協会雑誌 Vol.23(9) : 23-29, 2004.
- 伊藤順一郎：リハビリテーションの歴史と理念 pp2-10, 精神看護エクスペール, 中山書店, 2004.
- Kishi, Y., Meller, W.H., Swigart, S.E., Kathol, R.G, Are the patients with post-transplant psychiatric consultation different from other medical-surgical consultation inpatients? Psychiatry Clin Neurosci, 2005;59(1):19-24
- Kishi, Y, Meller, W.H., Kathol, R.G, Swigart, S.E.: Timing of psychiatric consultations: Clinical characteristics related to the timing of consultation Psychosomatics 2004;45(6):470-476
- Kishi Y, Konishi S, Koizumi S, Kudo Y, Kurosawa H, Kathol RG Schizophrenia and narcolepsy: a review with a case report. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58(2):117-24
- 岸 泰宏：脊髄損傷、四肢切断。精神科リエゾンガイドライン（精神科治療学編集）委員会, 星和書店, 東京, 2004, pp231-235
- 岸 泰宏, Kathol RG：DPCと精神科。医学のあゆみ 212; 706-707: 2005
- 岸 泰宏 米国の終末期医療システムの動向。日本サイコオンコロジー学会ニューズレター-37; 12: 2004

○加藤雅志, 岸 泰宏: DRS-R-98-せん妄への臨床的応用。最新精神医学 9(4); 311-315: 2004

○町田いづみ, 佐藤 武, 岸 泰宏: 治療計画を立てるための患者評価尺度 (INTERMED) 看護学雑誌 Vol. 68 (342-353) 2004

○町田いづみ, 岸 泰宏, 佐藤 武, 保坂 隆: 治療計画のための患者評価尺 (INTERMED) の応用日本総合病院精神医学 Vol. 16 No. 2 (147-157) 2004

## IV. 研究成果の刊行物・別刷

# 精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題

安西 信雄\*1 瀬戸屋雄太郎\*2

- Q1: 社会的入院とは何か、これまでどのような調査研究が行われてきたか?  
Key Q2: 厚生労働省はこの問題についてどのような方向を目指しているのか?  
Questions Q3: 臨床現場ではこうした患者さん達の退院にどう取り組めばよいか?

## はじめに

お互いに関わりきった言葉として使っているが、正確な意味は案外知られていないことがある。「社会的入院」もそうした言葉ではなかろうか。

ケースカンファランスでは「この人は社会的入院だから退院してもらったほうがいい」「国も社会的入院解消といってるじゃないですか」「社会的入院者はいったん全部退院してもらって、それから必要な人だけ入院してもらったらどうですか」という意見が出る。その一方で、「長期在院で生活能力が落ちているのではないですか」「退院したら服薬中断が起きるかもしれない」「地域での生活を誰がどう支えるかが問題ではないか」という現実論が出される。

社会的入院問題は確かに社会的問題であるが、どのような対応が行われるかは現場の具体的な臨床的問題であり、対象とされる患者さんにとってきわめて切実な問題だからである。これらの問題の両方に立脚した実証的な検討が必要と思われる。厚生労働省が掲げる「入院医療中心から地域生活中心へ」の課題は、長く続いた精神保健福祉の閉塞感から脱却するための好機到来を感じさせるが、社会的入院者問題への対応を誤れば今後の10~20年にわたる禍根を生むことにもなりかねない。本誌のこの特集には重要な役割がある。

## 社会的入院とは何か

いつから誰が、どのような意味で社会的入院という言葉を使ったか。

小山<sup>1)</sup>は「社会的入院という言葉がいつごろから使用されるようになったかについては、必ずしも明らかではない」としつつ、過去の資料を検討した結果、「厚生省(現厚生労働省)の行政文書の中で使用されたのは、生活保護法上の医療援助の運営に対する指導要領においてである」としている。生活保護法が昭和25年(1950年)に施行されたが、当時は結核が蔓延し入院施設が不足しており、「各地の結核療養所には、たとえ治癒しても戻る家もなく、療養所に住民票があるという患者が少なくなかった」ため、こうした結核患者に対して社会的入院という言葉が使用されたとのことである。その後、昭和36年(1961年)からの精神病院建築ラッシュの後、昭和40年代に「寛解した患者が職場や家庭に帰ることができず、そのまま入院を継続するというケースが目立ってきた中で、生活保護制度の適切な運用という視点から社会的入院という言葉が用いられた」とされる。さらに「昭和48年に老人医療の無料化が行われると、今度はいわゆる老人病院の開設がブームになった」「今度は老人病院が社会的入院の温床であるとい

\*1 あんざい のおお: 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部, 医師 〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

\*2 せとや ゆうたろう: 同, 精神保健福祉士  
0915-1354/04/¥400/論文/JCLS



表 1 退院可能性に関する専門職評価の結果比較 (文献 7 より引用)

各調査の全体	厚生省 調査*1 (%)	山梨調査** (%)	学会調査**3 (%)	川崎調査**4 (%)	全家連'95 調査**5	
					医師評価 (%)	看護師* (%)
退院はむずかしい	40.7	40.0	66.9	40.9	59.2	63.3
相当の困難はあるが退院の可能性はある	26.5	27.9				
条件を整えば退院の可能性はある	22.0	20.6	33.1	41.9	39.7	35.4
退院して社会生活ができる	8.4	7.2		17.2		
無回答, 不詳等	2.4	4.3			1.1	1.3

※ 学会調査のみ, 2年以上在院者

\*1 厚生省: 昭和 58 年度精神衛生実態調査の概要, 厚生省, 1985

\*2 山角他: 社会復帰活動と医療費体系: 山梨県における社会復帰の調査から, 精神経誌, 92: 798-804, 1990

\*3 社会復帰問題委員会: 精神経誌, 93: 582, 1991

\*4 神奈川県社会復帰援護会: 川崎市社会復帰ニード調査報告書, 1994

\*5 全家連保健福祉研究所: 研究所モノグラフ 15 号, 1998

# 「活動の場と住居があれば退院可能」

各調査の「条件を整えば退院の可能性はある」群と「退院して社会生活が出来る」群を加えると, 27.8%~49.1%になる

う主張が, 国民健康保険の関係者によってなされた」とのことである。わが国の社会的入院問題は, 結核, 精神, 老人の 3 つの波を経てきたことになる。いずれも生活保護や医療費の財政困難と関連して, 支払い側や行政サイドから提起された問題であることにも注意が必要であろう。

ところで, 社会的入院という言葉はどのように定義されているのであろうか。

総理府 (現内閣府) の用語解説<sup>2)</sup>では「入院治療の必要性がなくなったにもかかわらず, 寝たきり等の要介護状態にある高齢者が, 家庭に介護者がいないなどの理由で退院できない状態にあること」と定義されている。わが国の医療と福祉のあり方を検討した経済審議会行動計画委員会の報告書<sup>3)</sup>では「医療と福祉との間にはっきりした境界線は全く引かれておらず, 両者間の混乱が今日の社会的入院といった解決が困難な大きな問題を生じる要因となっている」と指摘したうえで, 「入院治療の不要な高齢者が, 福祉施設や在宅での生活を支えるホームヘルパーなどの不足によって, 病院で暮らしていることを社会的入院と呼ぶ」と定義している。これらは高齢者についての定義であるが, 要約すれば「入院の必要のない人が退院できない状態にあること」ということになるであろう。

精神保健分野では猪俣<sup>4)</sup>は「とりあえず」の定義として「病状はある程度安定しているにもかかわらず, 居住の場その他の生活支援を得られないために入院生活を余儀なくされている人」と社会的

入院者を定義している。高橋<sup>5)</sup>は「医療上は入院治療の必要がないにもかかわらず, 社会福祉制度の不備や差別・偏見等により退院して地域に住むことができずに, 入院を余儀なくされている状態をいう」とし, 田中<sup>6)</sup>は「病状は改善されてもはや入院の必要がないにもかかわらず, 住居など社会の受け入れ態勢が不十分なために, 退院できず入院を続けている状態をいう」としている。

精神障害者の社会的入院に関するこれらの定義は, ①病状は(ある程度)改善して入院を継続する必要がない, ②居住の場や地域生活に必要な支援が得られない, ③退院できず入院生活を継続している, という共通点がある。こうしてまとめると, 前述の高齢者の社会的入院と比べて, ②の退院に必要なケアには差異がみられるが, ①と③は共通していることがわかる。精神保健分野における社会的入院を検討する際には, ①③の条件と共に, 精神障害の特性に関連すると考えられる②の条件の検討が重要になるであろう。



### 精神障害者の社会的入院をめぐる これまでの調査研究

厚生省 (現厚生労働省) の昭和 58 年度精神衛生実態調査をかわきりに, 精神科長期在院患者を対象として「退院して社会生活ができる」あるいは「条件を整えば退院の可能性はある」患者がどの程度存在するかという調査がさまざまな団体により実施されてきた。表 1 は大島<sup>7)</sup>がそれらの結果を

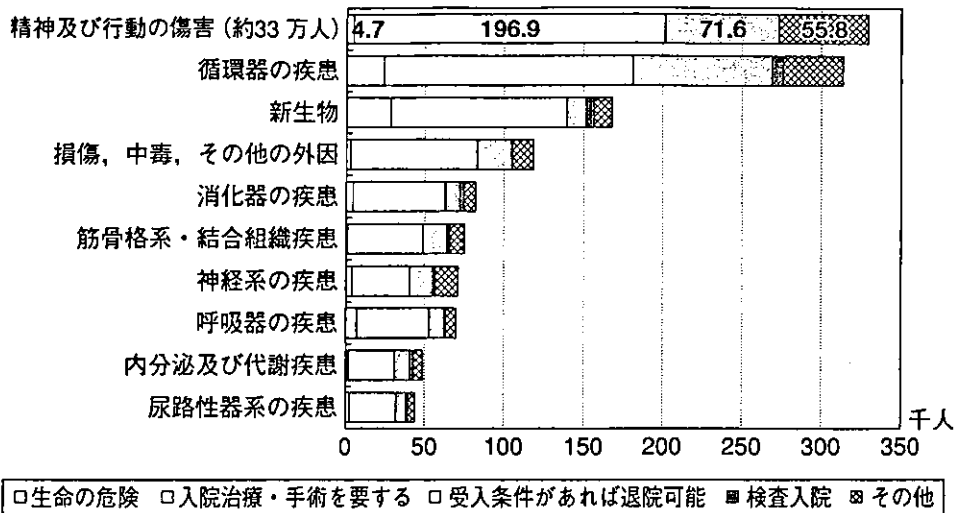


図1 入院数トップテン傷病分類の重症度別推計患者数 (厚生労働省平成11年患者調査)

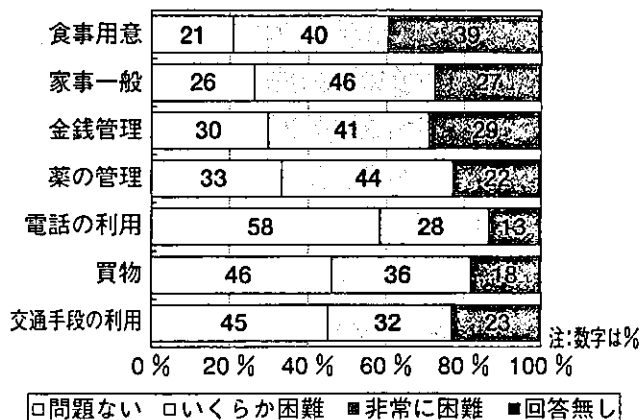


図2 「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」患者のIADLの実態 (平成15年精神科病院協会社会復帰サービスニーズ調査)

集計したものである。精神神経学会調査は2年以上在院、ほかはすべて1年以上在院患者を対象に、医師か看護師が評価したものであるが、表1から上記の2群が占める率を求めると27.8~49.1%になる。他の調査を含めても20~60%の範囲で「退院可能」あるいは「条件が整えば退院可能」な患者が存在するという結果であった<sup>7)</sup>。これらの「条件が整えば退院可能群」までを含めた患者率20~60%を精神科在院患者33万人にあてはめると6万6千~19万8千人になる。

これらの調査は、退院のための「条件」が明確とはいえず、これらの患者がただちに社会的入院としてよいか疑問はあるが、地域ケア体制の整備の必要性を根拠づけるものであった。

厚生労働省から発表された文書では「受入れ条件が整えば退院可能」な患者数は「約7万2千人」または「約7万人」とされている。この数字が初めて公式文書に登場したのは社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書<sup>8)</sup>であった。この算定根拠は図1のように厚生労働省平成11年患者調査で、在院患者のうち「精神及び行動の障害」に分類された約33万人のうち、医師による重症度評価で「受入条件が整えば退院可能」の欄にチェックされた患者が71,600人で、切り上げて7万2千人とされたわけである。

医師による社会的入院の判定がどの程度一致するかについての研究が岡田<sup>9)</sup>により実施された。単科精神病院に2年以上在院している統合失調症患者107名を対象に5人の常勤医が入院理由の判定とBPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), SRS (Symptom Rating Scale)の評価を実施した。その結果、①社会的入院患者は医学的入院患者と比べて陽性症状が軽いと評価されたが陰性症状では差を認めなかった、②社会的入院患者のほうが精神症状が軽いとみなすことは各医師間で一致していたが、どの程度の症状で社会的入院と判断するかは各医師間に大きな違いがみられた。これらの結果について、「同じ病院に勤務する医師の間ですら判断の基準が一定していないことを示しており、社会的入院の客観的な判定

表 2 厚生労働省の精神保健福祉をめぐる最近の動き

平成 14 年 12 月

- ・ 社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書
- ・ 精神保健福祉対策本部発足
- ・ 新障害者基本計画, 障害者プランの決定

平成 15 年 5 月

- ・ 精神保健福祉対策本部中間報告

平成 15 年 9 月～ 3 検討会スタート

- ・ 精神病床等に関する検討会
- ・ 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会
- ・ 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会

平成 16 年 9 月

- ・ 精神保健医療福祉の改革ビジョン (精神保健福祉対策本部)

が容易でないことがわかる」と結論された。

これまでの調査から「受入れ条件が整えば退院可能」という医師の判定にはかなりの幅があるが、岡田<sup>9)</sup>の報告はその原因の一端を明らかにしたもののといえよう。筆者はさらに2つの問題があるのではないかと考える。

第1は現在在院中の患者が地域生活に移行する際にどのような生活上の困難があり、どのような支援をどの程度必要とするかという判断の問題である。図2は日本精神科病院協会<sup>10)</sup>が実施した社会復帰サービスニーズ調査事業報告書のデータを筆者がグラフ化したものである。入院患者11,805人について、医師の判断により「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」「状態の改善が見込まれ、近い将来(6カ月以内)には退院可能」「退院困難」の3群に分類された。最も軽症と考えられる「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」と判断されたのは1,767人で、入院患者の約15%であった。この群は「受入れ条件が整えば退院可能」という群に近いのではないかと考えられる。図2ではこの群の食事用意、家事一般等の手段的日常生活動作(IADL)の評価が示されている。横棒は3つに区分されているが、右が「非常に困難」、中央が「いくらか困難」と評価されたものである(「回答なし」は少数なので図にはほとんど表れていない)。電話利用を除く他のすべての項目で過半数の患者が「いくらか」または「非常に」困難をもつと評価された。どの項目も困難がない患者は13.8%にすぎなかった。こうした生活

上の困難が地域生活において実際にどの程度の問題となるのか、どのような支援をどの程度必要とするかを病棟での生活ぶりから推測することは難しい課題である。

第2に「支援が整えば」退院可能と判断する際に、実際にその医療機関や地域で存在し機能している支援に基いて判断するのか、実際には存在しないが「あるべき姿」として判断するのかという問題である。前者と比べて後者はより判断の幅が大きくなるのではなかろうか。

社会的入院の判断には、このように「どのような生活上の困難があるか」「地域ケアの側に利用可能な支援サービスがどの程度存在するか」ということによって大きな影響を受けると考えられる。以上をまとめると、社会的入院者の退院は、多くの場合、退院で完結するものではなく、地域生活に困難をもつ患者群をどうすれば地域でケアできるかという課題として捉え直す必要があるのではなかろうか。



## 厚生労働省の精神保健施策の展開と新しい改革のビジョン

### 1. 精神保健福祉をめぐる最近の検討会等の経過

厚生労働省の精神保健福祉をめぐる最近の動きを表2にまとめた。

平成14年(2002年)12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書では、ノーマライゼーションや当事者主体の精神保健医

療福祉への転換を前提に、「これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という方向性が示され、特に長期在院患者の地域移行について「受入れ条件が整えば退院可能な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図る」と明記された。これは、従来の入院医療中心から地域生活中心への転換を図ること、「7万2千人」という数値目標を掲げて退院・社会復帰の対策を講じることを明確にした画期的なものであった。

平成15年(2003年)5月に厚生労働省精神保健福祉対策本部から中間報告が出された。ここで4つの重点施策が掲げられた。①普及啓発：精神障害についての正しい理解を広げ、当事者参加活動を推進する、②精神医療改革：精神病床の機能強化、地域ケアの拡充、精神病床の減少を促すこと、③地域生活の支援：住居・雇用・相談支援の強化、④「受入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策：退院促進支援事業(大阪方式)の全国への拡充、新障害者プラン実施による退院後の受け皿の整備・ホームヘルプ等の拡充であった。これにより厚生労働省として、精神障害分会の報告を踏まえて精神保健施策として具体化していく方向性が示された。

平成15年9月から中間報告の①～③のそれぞれの柱に対応する検討会が発足した。①精神病床等に関する検討会、②精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会、③心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会の3つである。普及啓発検討会の検討結果は平成16年(2004年)3月に「こころのバリアフリー宣言～精神障害を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針」としてまとめられた。他の2つの検討会からも平成16年8月に報告書がまとめられた。

平成16年9月2日に厚生労働省精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が発表された。これは上記の3検討会の結論を踏まえ、対策本部として見解をまとめたもので、「今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる」とされて

おり、社会的入院対策にとどまらず、わが国の精神保健福祉の転換が構想されている。

## 2. 精神保健福祉対策本部の改革ビジョンの概要

精神保健福祉の改革ビジョン<sup>11)</sup>の内容は多岐にわたるので、詳細は改革ビジョンを精読いただくこととして、ここでは本論の主題に関連する部分を中心にご紹介したい。

基本方針として「『入院医療中心から地域生活中心へ』というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」と述べられている。これは精神保健分会報告書以来の一貫した方向性といえる。

わが国の精神保健福祉のあり方に特に大きな影響を与えるであろうと思われるのは、「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標」が具体的に示されている点である。すなわち、「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする」「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする」とされ、「この目標の達成により10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される」と述べられている。精神保健分会報告書では7万2千人の「退院」が目標とされたが、改革ビジョンでは約7万床相当の「病床数の減少」に踏み込み、その達成のための数値目標が残存率と退院率という形で各都道府県に提示されたわけである。

ここで、「平均残存率」は新規に入院した患者が1年後まで退院せずに入院を継続している率であり、「新規に入院する患者については(中略)できる限り1年以内に退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する」とされている。一方、「平均退院率」は1年以上の在院患者がその後の1年間に退院する率で、「既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療(社会復帰リハビリテーション等)と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す」とされている。

「都道府県単位での退院率の改善の手法」として、「社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実ににより長期入院患者の退院を促す」ことが掲げ