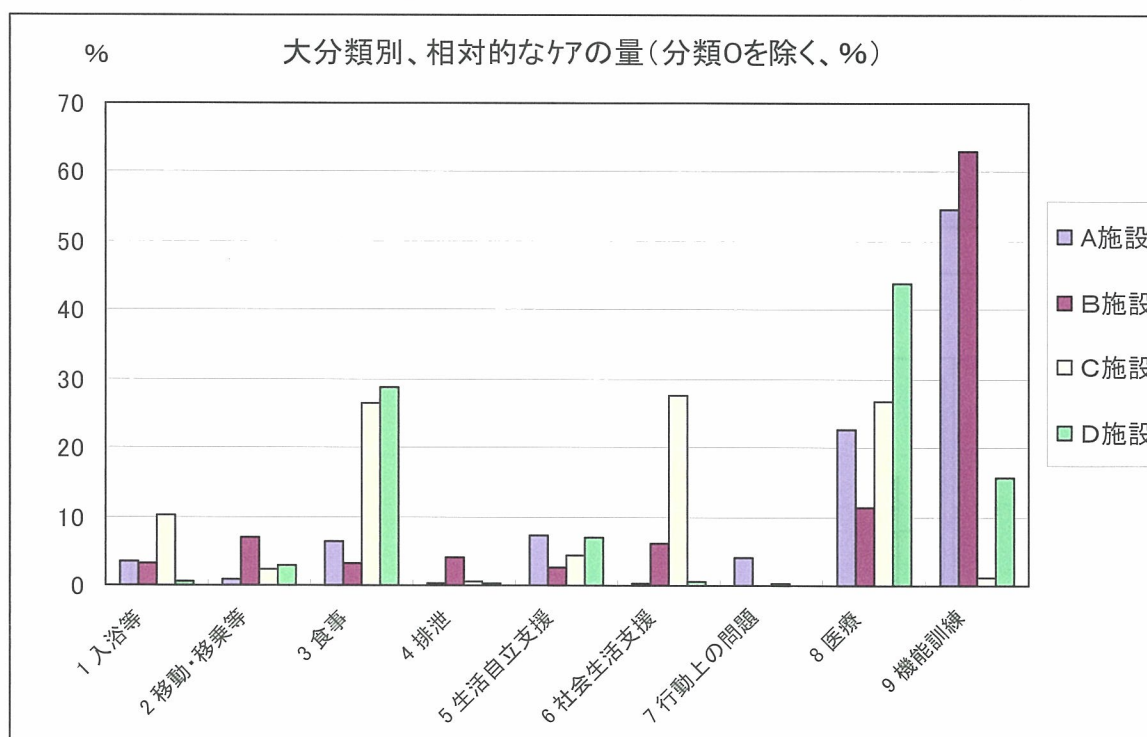


さらに、対象者と直接関わらない業務（大分類 0）を除いた集計を見ると、施設 A、B では「機能訓練」が最頻値で各 54.6%、62.9%、「医療」がこれに次ぐ。C では、「社会生活支援」「医療」「食事」が同程度の最頻値（26.3～27.7%）である。D では、「医療」が最頻値 43.8% で「食事」がこれに次ぐ(図表 5-3)。いずれにしてもケアの種類・内容及びケアの量を比較すると、施設間に有意な差が見られる。

図表 5-4 ケアコード大分類別、相対的なケアの量の比較
(ケアコード大分類0を除いた場合)

ケアコード大分類	A施設	B施設	C施設	D施設
1 入浴等	3.5	3.2	10.3	0.6
2 移動・移乗等	0.8	6.9	2.4	3.0
3 食事	6.5	3.1	26.3	28.8
4 排泄	0.3	4.0	0.6	0.3
5 生活自立支援	7.4	2.7	4.3	7.1
6 社会生活支援	0.2	6.0	27.7	0.7
7 行動上の問題	4.1	0.0	0.4	0.1
8 医療	22.6	11.2	26.7	43.8
9 機能訓練	54.6	62.9	1.3	15.6
総計	100	100	100	100



③大分類別ケアの量と二軸評価目安、2次判定等とのクロス

大分類別(分類0～分類9)のケアの量(ケア時間)合計を患者IDごとに集計し、5つの要素、すなわち主病名、1次判定、二軸評価目安、生活障害評価、及び2次判定(障害程度区分)とのクロスをとって比較してみた。この際、グルーピングした場合の総計平均を

100 とし、大分類ごとの百分率を比較した。なお、グルーピングの結果 2 人未満の層は集計から除いたので、n は 219 よりそれぞれ小さい結果を示す。

これら 5 つの要素（主病名、1 次判定、二軸評価目安、生活障害評価、及び 2 次判定）とケア量のクロスは、図表 5-3 に示した施設ごとの大分類別ケアの量と比較すると、当然ながら基本的に施設間の差異とほぼ一致した傾向が見られる（図表 5-5～5-9）。但し、標準偏差を見ると、施設 A、C、D ではそれがいずれも小さく、一方、施設 B ではいずれの要素でも高い数値を示し、患者ごとのケアの量のバラツキが大きい。

図表 5-5 大分類別ケアの量と主病名とのクロス(n=202)

施設	主病名 3桁	人数	ケアの量 平均	ケアの量 標準偏差	分類0	分類1	分類2	分類3	分類4	分類5	分類6	分類7	分類8	分類9
A	F06	2	100	0.1	86.3	0.3		0.9	0.1	1.1		0.2	5.3	5.8
	F10	2	100	30.4	75.6	0.6	0.2	0.6		0.3		11.6	1.9	9.2
	F20	52	100	11.5	86.4	0.5	0.1	0.9		1.1		0.1	3.1	7.8
B	F00	3	100	63.3	9.3	7.8	10.9	2.9	4.6	3.5	2.2		9.0	49.8
	F10	2	100	110.3	6.5	8.5	8.5			2.0	10.0		24.0	40.5
	F20	43	100	54.2	12.3	1.9	5.6	2.8	3.5	2.1	5.3		9.6	56.8
	F72	3	100	74.8	19.2	10.0	6.5	2.9	3.2	2.7	3.5		14.3	37.7
	F73	4	100	20.4	19.0	1.2	5.7	2.2	6.2	2.1	5.5		8.8	49.3
C	F06	2	100	0.8	55.3	4.4	0.9	12.0	0.2	2.0	12.7	0.1	12.2	0.2
	F10	2	100	2.3	54.3	4.4	1.0	11.4	0.1	1.9	13.1	0.1	12.2	1.4
	F20	40	100	3.6	55.4	4.6	1.1	11.8	0.3	1.9	12.3	0.2	11.8	0.6
D	F10	9	100	5.0	70.1		0.3	9.9		2.5	1.0		15.6	0.5
	F18	2	100	9.5	57.5		2.1	9.1		2.7	0.1	0.2	14.6	13.8
	F20	30	100	13.3	65.5	0.3	1.1	9.9	0.1	2.2	0.1	0.1	14.9	5.8
	F31	3	100	5.8	70.5		0.3	8.8		2.7	0.1		17.2	0.4
	F32	3	100	13.0	64.9		1.0	10.8		3.2			15.7	4.3

図表 5-6 大分類別ケアの量と1次判定とのクロス(n=215)

施設	1次判定	人数	ケアの量 平均	ケアの量 標準偏差	分類0	分類1	分類2	分類3	分類4	分類5	分類6	分類7	分類8	分類9
A	2	8	100	18.1	86.1	0.5	0.1	0.7		0.5		3.3	2.3	6.5
	3	46	100	11.2	86.2	0.4	0.1	0.9		1.0		0.1	3.0	8.1
	4	4	100	13.6	86.4	1.2	0.2	0.8	0.1	1.8		0.2	5.8	3.5
B	非該当	3	100	40.4	5.8	0.8	3.6	0.1		1.8	7.8	0.1	7.3	72.6
	1	3	100	78.5	51.5	0.1	1.6	2.1			3.1		8.4	33.3
	2	16	100	72.1	6.9	0.7	3.0	1.6	0.2	1.3	7.5		9.5	69.3
	3	14	100	65.6	9.9	3.9	4.0	3.0	1.9	3.0	5.6		11.7	57.2
	4	11	100	43.7	14.1	1.5	6.1	2.5	4.2	3.3	5.2		9.8	53.3
	5	9	100	29.9	16.3	6.4	9.4	3.2	7.0	2.6	2.7		9.8	42.6
C	非該当	4	100	2.8	54.3	4.2	1.1	11.4	0.1	1.8	13.5	0.1	11.6	1.9
	1	4	100	2.0	54.3	4.4	1.0	11.3	0.1	1.8	13.4	0.1	12.1	1.3
	2	22	100	3.9	55.5	4.6	1.0	11.8	0.2	2.0	12.5	0.2	11.8	0.5
	3	14	100	2.0	55.3	4.7	1.1	11.9	0.2	2.1	12.1	0.2	12.2	0.3
	4	3	100	0.6	54.3	5.0	1.3	11.8	0.7	1.7	12.3	0.5	12.2	0.2
	5	2	100	6.0	56.7	4.9	1.6	12.2	1.4	2.0	9.7	0.1	11.3	0.1
D	非該当	5	100	14.9	63.5		1.1	10.6		2.1	0.1		14.9	7.6
	1	19	100	13.3	66.6	0.2	1.0	10.0		2.2	0.4		14.6	4.9
	2	24	100	13.2	65.8	0.2	0.9	9.8		2.7	0.1	0.1	15.3	5.1

図表 5-7 大分類別ケアの量と二軸評価目安とのクロス(n=214)

施設	二軸評価目安	人数	ケアの量平均	ケアの量標準偏差	分類0	分類1	分類2	分類3	分類4	分類5	分類6	分類7	分類8	分類9
A	2~3	12	100	15.8	81.4	0.5	0.1	0.8		0.9		2.1	3.0	11.1
	3~4	3	100	16.1	78.9	0.6	0.1	1.0		1.5		0.4	2.7	14.7
	4	14	100	9.6	90.0	0.4		0.9		0.8			2.7	5.2
	5	17	100	8.0	87.9	0.6	0.1	1.0	0.1	1.0		0.1	3.5	5.8
	5以上	7	100	12.8	89.0	0.5	0.2	0.8		0.9		0.4	3.0	5.2
	5以上(M)	2	100	8.2	88.9	0.4		0.7	0.2	1.0			2.7	6.1
	6(M)	3	100	10.7	80.0	0.4	0.2	0.8		2.4	0.3	0.2	4.1	11.6
B	1	3	100	80.7	7.4	1.6	6.9	2.9	2.1	0.5	5.5		8.9	64.2
	2~3	13	100	58.2	18.9	2.3	4.3	1.5	1.4	2.3	5.7		9.3	54.2
	3~4	10	100	64.7	15.4	1.0	3.7	2.8	2.0	2.7	5.6		9.4	57.4
	4	9	100	53.7	7.8	7.7	7.2	2.9	3.2	1.8	4.7		10.1	54.5
	5	10	100	47.7	10.2	1.2	5.6	2.1	2.0	2.1	6.8		9.4	60.8
	5以上	5	100	39.8	10.1	0.8	8.8	1.1	7.6	4.9	4.1		13.3	49.1
	5以上(M)	4	100	82.8	29.1	1.9	4.1	3.2	7.4	2.0	2.6		10.7	39.1
C	6	2	100	60.9	8.6	1.7	11.8	11.9	11.6	2.8	3.5		9.1	39.1
	6(M)	3	100	81.7	8.7	10.9	10.7	3.5	6.5	0.9	2.5		7.9	48.4
	2~3	2	100	1.0	56.2	4.2	0.9	12.0	0.1	1.2	13.8	0.1	11.3	0.2
	3~4	3	100	1.3	54.2	3.9	1.1	11.2	0.1	1.8	12.9	0.1	12.1	2.5
	4	4	100	0.8	55.0	4.6	1.1	11.5	0.1	2.0	13.5	0.1	10.8	1.4
	5	2	100	10.2	56.0	4.6	1.0	11.9	0.1	1.9	10.3	0.1	12.7	1.3
	5以上	5	100	4.3	56.5	4.9	1.0	12.1	0.1	2.0	11.1	0.1	12.1	0.1
D	6	24	100	2.4	55.2	4.6	1.0	11.8	0.3	2.0	12.6	0.1	11.9	0.4
	6(M)	8	100	2.1	54.9	4.9	1.3	11.8	0.5	1.8	11.9	0.4	12.2	0.2
	1	5	100	15.9	64.9		1.1	9.0		2.5	0.3		14.7	7.5
	1~2	14	100	11.1	66.8	0.1	0.7	10.5		2.3	0.6		15.0	4.0
	2~3	18	100	15.7	65.9	0.3	1.0	10.3		2.5			14.7	5.2
	3~4	2	100	17.7	63.5		1.3	10.4		2.6			15.9	6.3
	4	3	100	1.9	67.4	0.1	0.4	11.4	0.3	3.2		0.3	15.9	0.9
5	5	100	10.0	63.4		1.4	10.5		2.0	0.1		15.0	7.6	
6	2	100	5.8	63.0	1.7	2.7	3.3	1.5	2.0	0.4		13.7	11.7	

図表 5-8 大分類別ケアの量と生活障害評価とのクロス(n=204、不明を除く)

施設	生活障害評価	人数	ケアの量平均	ケアの量標準偏差	分類0	分類1	分類2	分類3	分類4	分類5	分類6	分類7	分類8	分類9
A	2以上	3	100	14.8	80.5	0.3	0.2	0.8		1.1			2.5	14.6
	3以上	6	100	9.6	90.4	0.4		1.0	0.1	0.8			2.9	4.4
	4以上	44	100	12.2	85.7	0.5	0.1	0.9		1.1		0.7	3.3	7.6
B	1以上	4	100	78.1	5.5	3.2	8.7	1.5	1.7	2.0	6.9		7.2	63.2
	2以上	7	100	40.2	15.1	2.5	4.6	3.1	5.9	2.0	4.7		9.3	52.8
	3以上	4	100	44.7	35.2	2.0	3.4	0.9	1.6	1.9	5.6		9.3	40.1
	4以上	44	100	55.9	11.1	2.9	6.2	2.9	3.4	2.5	5.1		9.9	56.0
C	非該当~1	4	100	3.3	55.0	4.0	1.0	11.6	0.1	1.9	13.3	0.1	11.7	1.4
	2以上	3	100	4.3	54.3	4.2	1.0	11.5	0.1	1.5	13.4	0.1	12.2	1.7
	3以上	3	100	0.8	55.4	4.7	1.0	11.5	0.2	1.7	13.1	0.1	11.3	1.0
	4以上	40	100	3.5	55.3	4.7	1.1	11.8	0.3	2.0	12.2	0.2	12.0	0.4
D	2以上	9	100	16.1	66.9		0.9	10.2		2.5		0.1	15.1	4.2
	3以上	17	100	9.9	67.3	0.1	0.7	11.0		1.9	0.5		15.2	3.3
	4以上	16	100	12.3	65.8	0.4	1.1	9.5	0.3	2.6	0.1	0.1	15.3	4.8

図表 5-9 大分類別ケアの量と2次判定とのクロス(n=213)

施設	2次判定	人数	ケアの量 平均	ケアの量 標準偏差	分類0	分類1	分類2	分類3	分類4	分類5	分類6	分類7	分類8	分類9
A	3	11	100	17.2	85.0	0.4	0.1	0.7		0.7		2.4	2.4	8.4
	4	43	100	10.9	86.6	0.4	0.1	0.9		1.0		0.1	3.0	7.8
	5	4	100	11.2	85.2	1.2	0.2	0.9	0.1	2.6		0.2	6.2	3.4
B	2	2	100	57.0	7.2	0.9	4.4			3.1	8.7	0.2	6.3	69.3
	3	6	100	70.1	30.8	0.4	2.3	1.8		0.8	4.7		7.5	51.8
	4	31	100	65.3	9.8	2.4	4.4	2.4	1.7	2.3	6.2		9.5	61.2
	5	14	100	45.9	16.8	3.0	7.3	2.8	6.3	3.6	3.9		12.6	43.6
	6	6	100	26.9	8.6	5.8	11.7	4.9	7.6	1.3	3.6		7.6	48.9
C	1	7	100	2.2	54.3	4.3	1.1	11.3	0.1	1.8	13.4	0.1	11.7	1.8
	2	17	100	4.4	55.8	4.5	1.0	11.8	0.1	1.9	12.4	0.2	11.6	0.6
	3	12	100	1.9	54.9	4.8	1.0	11.9	0.2	2.1	12.4	0.1	12.5	0.1
	4	7	100	1.4	55.5	4.7	1.1	11.9	0.3	2.0	12.0	0.2	11.9	0.5
	5	5	100	4.2	55.2	5.0	1.4	11.9	1.0	1.8	11.3	0.3	11.9	0.1
D	非該当	5	100	14.9	63.5		1.1	10.6		2.1	0.1		14.9	7.6
	1	11	100	15.0	65.8	0.1	1.1	10.2		2.2	0.7		14.1	5.7
	2	16	100	14.3	65.9	0.2	1.0	9.6		2.7	0.1		15.2	5.3
	3	16	100	10.8	66.6	0.2	0.9	10.1	0.1	2.5		0.1	15.4	4.3

施設ごとのケアコード大分類別比較（図表 5-3）で見ると、施設A、C、Dにおいては大分類0が86.3%、55.0%、65.8%を占め、高齢者割合、長期入院割合が高い施設Bでも13.0%を占めている。

これをケアの量Top10（図表 5-2）のケアコード3桁の内容で見ると、コード011（対象者に関する連絡調整）、012（対象者に関する記録・文書作成）、013（対象者の病棟等環境整備・掃除）、014（対象者の物品管理（物品購入を含む））、あるいは015（対象者の巡回、見渡し）がTop10に含まれている。

すなわち、Top10に入ったコード3桁でいえば、施設Aでは「011+012+013+015」が85.9%、Cでは「011+012+013+015」が52.7%、Dでは「011+012+015」が63.6%を占め、これら3施設においては、対象者に直接関わらないが、対象者に関する連絡調整、記録・文書作成、あるいは巡回・見渡し等間接ケアにケアの過半の時間を費やしているといえる。

さらに、この数値は、5つの要素（主病名、1次判定、二軸評価目安、生活障害評価、及び2次判定）とのクロスで見ても、ほぼ同一の傾向にある（図表 5-5～5-9）。

なお、精神療養病床の開放病棟、閉鎖病棟との関係でいえば、調査対象の施設A、B及びDは開放病棟、施設Cは閉鎖病棟である。図表 5-5～5-9 全体を通じいえることは、施設ごとの差異がかなり明確に見られるのに対し、5つの要素と開放又は閉鎖病棟との相関を見出すことは難しい。

6. 考察

最近になって、今後精神療養病棟が存続できるのか否かの憶測というよりは、将来とも精神療養病棟を残して欲しいという願望が医療者側に根強く存在してきている。

しかし、既に退院に向けての地域移行型ホーム、退院支援施設が新しく設定されており、その中でも精神病棟転換によって設置が決まっている現状と今回の調査結果より、精神療養病棟存続という願望は、矛盾しており介護認定手法の是非を論じる以前の問題であることが判明した。

その理由として、入院中の患者である限り、医（medication）・食・住が当然手当てされている人たちであり、その人たちは入院の長・短期にかかわらず精神症状を有し、治療が必要であるグループ（治療が必要で退院できない人たちは）は当然ながら医師、看護師等を現行の医療法上を満足させるだけのマンパワーで対応するべきである。

これが精神療養病棟を存続させる唯一の条件であることは自明である。

次いで、自立支援法として退院支援施設に移行させるグループは上述の医療行為を行うグループとは自ずと異なるグループであり、この人たちの施設、在宅のケアをどう行うのが良いかという議論がここで初めて成り立つのである。

とはいっても、社保審・障害者部会第25回（平成17年4月26日）でも「障害者に対する要介護認定基準の有効性について」にもあるごとく「精神障害に関する今回の調査結果からも明らかなように、訓練、就労支援などの身体介護以外のサービスが必要であり、こうしたサービスの必要性を判定するための指標の開発をあわせて進めていくことが必要」と結論しているが、三障害一緒のサービスの一元化を今後目指すことは必要であろうが、精神障害者が地域生活に定着させるためには他の2障害と異なり精神障害者には生涯服薬を遵守するという必要性がある限り、医療者と福祉サイドが協調して、医療的ケアと福祉サービスを包括する手法を模索していくべきであろう。

このように、今後精神療養病棟で医療が必要とするグループは医療法上のルールで対処し、病棟施設を転用する場合に対しては、精神障害者の障害程度区分の決定をどのように改良するべきかということに目を向けすぎたきらいがあったが、もっと前向きに検討していかねばなるまい。

また、地域にあっても精神症状が悪化、再燃した場合いかに医療にのせるシステムを作ることもまた大切になってくると思われる。

（1）母集団の相違

- ・ 精神療養病床に入院する患者は、介護保険サービスの対象となる65歳以上の者が約3分の1しかいない。また、基礎疾患を見ても、施設間の差はあるものの、統合失調症が大部分を占めている。
- ・ すなわち、これらは、加齢を起因とするADL低下や脳卒中後遺症、認知症などにより要介護状態となる集団とは全く異なる集団と考えるのが普通である。

- ・ そのため、同一の指標を用いて要介護状態を評価しようとする事自体に根本的な無理があるのではなかろうか。

(2) ケアの内容

- ・ 職員のタイムスタディの結果を見ると、精神療養病棟におけるケアは、介護施設におけるケアとは全く異質のものである。
- ・ すなわち、食事、入浴、排泄といったような生活支援的介護はあまり必要とされていない代わりに、対象者に直接関わらない業務や医療、機能訓練的ケアが必要とされている。
- ・ 特に、対象者に直接関わらない業務（大分類0）のケア延べ時間の割合が、4施設のうち3施設で55%~86%を占め、他の1施設では13%を占めている。すなわち、対象者に直接関わらないが、対象者に関する連絡調整、記録・文書作成、病棟等環境整備・掃除、物品管理（物品購入を含む）、あるいは巡回、見渡しの間接ケアにケアの多くの時間が費やされている。
- ・ そのため、これらの入院患者が在宅生活を送るためには、介護保険で定める生活支援的な介護サービスでは不十分であり、より医療面や精神面での支援を重視したサービス体系の構築が求められる。

(3) 評価方法

- ・ 精神療養病棟の入院患者の障害及び要介護状態を評価するための指標としては、1次、2次判定の変更率を見る限り、現在の認定システムでは極めて不十分といわざるを得ない。
- ・ 特に、60%を超える患者がより高いランクに変更されている現状は、精神療養病棟の入院患者の要介護状態を低く評価しているといわざるを得ない。
- ・ 障害程度区分や二軸評価目安・生活障害評価はそれなりに意義のある評価であろうが、それだけでも十分とはいえない。
- ・ 施設間の個々の患者で著しくケアニーズが異なる状況を見ると、タイムスタディのみで精神障害者の評価を行うのは無理があるのではないか。

(4) 施設間格差

- ・ 今回の調査で明らかになったことは、精神療養病棟という入院機能の一分類ではあるが、各施設における入院患者の実態（年齢、病態、障害程度区分、ケアの量、職員の業務内容等）はかなり異なることが明らかになった。
- ・ そのため、病棟区分による患者の実態の評価は、必ずしも正確な実態を評価するとはいえない場合があることに留意すべきである。

すなわち、現在の精神療養病棟には入院期間の新旧のみならず、若年者から老人まで年齢も雑多で、しかも多様な疾患が混在した病棟であることが判明した。

そこで、医療の必要性のある患者グループと施設でケアするグループをまず弁別することが肝要となる。

こうした選別が効率の良い、質の高い医療を目指すことになり、ひいては脱入院し、施設ケアを行うことにもつながり社会的入院の解消になるものと思われる。

7. 結語

元来、精神療養病棟は平成6年4月1日より、「主として長期にわたり療養が必要な精神障害者が入院する施設」として認められたものであった。

ところが、今回の調査によると各施設間の入院患者の実態（二軸評価目安、生活障害評価、1次判定から2次判定の変更率、障害程度区分、年齢、病状、平均在院日数等）で大きく異なった障害者が在院しており、また、タイムスタディでも判明したように施設間の差によりケアニーズ（ケアの量）が著しく異なる状況となったと思われる。

精神療養病棟の患者はまず治療の必要な慢性患者に限定しなければなるまい。

こうした原点に戻ってはじめて自立支援法として退院支援施設に移行させるグループが自ずと振り分けられてくるとと思われる。

1. 既に国のモデル調査（社会保障審議会・障害者部会（平成17年12月5日））で変更率が50%を超えており、1次判定ロジックは精神障害者の要介護度を正しく反映しておらず、2次判定時の変更率が極めて高い（62.1%）。
2. 一般的な要介護認定手法は精神障害者には不適切であるが、障害程度区分や二軸評価目安を加えても十分とはいえない。但し、2次判定のプロセスにより障害者程度区分を決定するロジックの実証的研究が比較的その正当性を明確化しつつある現在、二軸評価目安、生活障害評価の手法に関しても更なる内容的検討が必要である。
3. 精神障害者が在宅において求めるケアは、従来の介護保険に基づく在宅サービスでは極めて不十分である。医療的ケアと福祉的ケアの両者のマッチングしたサービスが精神障害者に対する福祉なかんずく在宅ケアにとって必要である。
4. また、「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神患者が退院後に必要なサービス量の算定方法については、必要なケアの量的推計及び判定ロジックの研究のみならず、社会への能動的定着及び社会の受け入れ要素解析等を検討事項として加えることが必要である。
5. 本調査研究において、精神療養病床入院患者の状態像調査、タイムスタディのいずれも貴重なデータを蓄積することができた。

精神療養病床に対する今後の施策を明確にするためには、研究調査を継続し、対象施設・対象者の経年変化を見るとともに、医療の必要度の観点から診療報酬体系とくに診療行為別点数や入院期間との相関や、全国的な障害者自立支援法、介護保険法対象者との相関、及び平均的事例からのアウトライヤーの検討等に関して、さらに深い研究が必要である。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金

「障害者自立支援法の導入における退院・社会復帰促進等の
円滑化のための実証的研究」 報告書

平成 19 年 3 月

主任研究員 津久江一郎

(広島県精神科病院協会 会長 / 医療法人せのがわ 理事長・院長)

協力 : データ集計・解析
株式会社 メディカルデータ