

退院病棟、退院時転帰、再入院入退院日等。

期間と対象者：1986. 1. 1～1994. 12. 31 に精神科を初回退院した 3725 人。

病院の概要：

関東地区にある精神科を主とした公立総合病院であり、多くの専門病棟を持つ。

急性期病棟はすべて閉鎖病棟で、これらの病棟からの退院が困難であった患者が社会復帰病棟（開放病棟）に転棟した。社会復帰病棟は男女混合病棟（49 床）と男性病棟（48 床）の 2 つで、これらの病棟の患者は、開放病棟での処遇が可能であったが、精神症状が持続しているか生活能力の低下が著しく、病識が乏しく退院すれば治療中断が予測される患者で、ほとんどの患者は退院に向けての家族等の支援の得られない患者であった。

訪問看護は 1993 年 5 月から試行が開始され 10 月から訪問看護室が設けられたが、スタッフ数が少なく、多くの患者を対象に実施されるようになったのはその後数年を経てからであった。したがって、今回の対象患者の多くは訪問看護等の積極的な地域生活支援を受けていない患者群であった。

（倫理面への配慮）

本研究は国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を受けて行った。各病院から個人ごとのデータの提供を受けたが、氏名・住所等、本人を特定できる情報は除いた状態で提供を受けた。

またデータは研究所の中でのみ取り扱い、本報告書等での公表は集計データのみを用いた。

## C 結果

### 1. 精神科回復期リハビリテーション病棟の基準について

精神科回復期リハビリテーション病棟の基準についての昨年度の提案を元にさらなる検討を加え、資料 1 のような基準を作成した。

特徴としては、救急・急性期治療を十分に受けても地域への復帰が困難である患者を対象としていること、救急・急性期病棟の後方病床として機能し、転棟後 9 ヶ月の間に集中的リハビリテーションプログラムを実施して退院を促進すること、退院促進・地域連携室と連携し、退院前後の地域との連携を円滑に行うこと、などがある。現在精神科療養病棟である病棟からの切り替えが可能であるように、ハード面の基準は精神科療養病棟と同様とした。また長期在院患者も対象とすることが可能になるよう、入院患者の半数まではそのような患者も入院可能とした。

なお、結果 2 に示す病院長への聞き取りの結果から、ユニット単位での運用も可とした。

### 2. 病院長への聞き取り調査

1. の結果を元に、精神科回復期リハビリテーション病棟の設置可能性について、4 名の民間精神科病院院長に聞き取り調査を行った。その結果、以下のような意見を聴取した。

- ・ 精神科回復期リハビリテーション病棟の概念については共感できる。
- ・ 150 床以下の病院ではスタッフがそろえられない。精神科回復期リハビリテーション病棟についても病棟分化ができない。大きい病院でないと難しい。
- ・ 上記の理由から、病棟よりユニット単位の方が受け入れやすい。例えば療養病棟の一部をこの病床にするなど。
- ・ 病棟単位になるとベッドの使用にかなりの効率性を要求される。
- ・ 診療報酬は今後も社会復帰の方向に行くと考えている。

### 3. データからの結果

それぞれの病院から提供を受けたデータに含まれる変数が異なるため、別々に解析を行った。また今回の社会復帰リハ病棟は急性期治療を受けた上で退院できなかった患者を対象とすることを想定しているため、C 病院の

解析を除き、入院開始時に救急急性期治療を受けた患者を対象として解析を行った。

#### ①A 病院

救急ユニットを入院開始時に利用した患者は348名(男性247名(71.0%),女性101名(29.0%))であった。平均年齢は41.0歳であった。診断はICD-10のF2(統合失調症等)が220名(63.2%),F3(感情障害)が77名(22.1%)であった。348名中、期間内に退院した患者は212名(61%)であった。

期間内に退院した患者の診断別の各病棟の利用状況を検討したところ、表1のような結果になった。統合失調症および気分障害では後方病床へ転棟している患者が多く、その他の精神障害では少なかった。また診断別の残留曲線は図1のようになり、統合失調症、気分障害、その他の精神障害の順で残留率が高いという結果であった。

#### ②B 病院

急性期治療病棟に入院した対象者237名中、調査期間内に退院した患者は227名(95.8%)であった。そのうち急性期治療病棟での入院加療のみで退院した患者は143名(63.0%),閉鎖病棟から退院した患者が24名(10.6%),開放病棟から退院した患者が60名(26.4%)であった。

退院先による急性期治療病棟および後方病床の入院日数を比較した結果を図2に示す。急性期病棟に入院した患者の平均在院期間は50日であり、開放病棟を経由して退院する患者は2割ほどであった。自宅、社会復帰施設等、転院のそれぞれに後方病床からの患者が含まれていたが、自宅ではこれの割合は少なく、社会復帰施設等では多いという結果であった。入院日数は社会復帰施設等への退院患者が115日と長かった。

#### ③C 病院

まず、精神科病棟から初めて退院した患者の

うち、在院期間が6ヶ月以上で、退院先が当院外来であった者363名(うち社会復帰病棟からの退院患者77名)について、社会復帰病棟退院患者とその他の病棟(主に急性期病棟)退院患者の2年間の再入院について比較した。その結果を表2および表3に示す。社会復帰病棟の方がその他の病棟と比較して退院までの在院期間が長かったにも関わらず、再入院率、再入院までの期間および再入院の在院期間には差がなかった。

次に、診断別に5年間の再入院について比較した(図3,4)。どの診断においても、退院後2年間までの再入院確率が高く、その後は微増するという結果であった。再入院した患者では、80%が2年以内の再入院であった。

## D 考察

### 1. 精神科回復期リハビリテーション病棟の基準

民間病院長への聞き取り調査や、専門家による協議により、精神科回復期リハビリテーション病棟の基準を修正した。

病院長への聞き取りでは、今後精神科は病床から地域へ移行していくことは理解しており、当然の流れと感じていた。しかし、スタッフ不足や急性期病床を持っていないことなどから、精神科回復期リハビリテーション病棟を設置することは特に小規模の病院では困難であるということであった。それをクリアするには、病棟単位とせず、病床単位あるいはユニット単位での申請も可能としてほしいという要望があった。

病室単位の診療報酬としては、一般科における亜急性期入院医療管理料がある。この病床の施設基準の要点は、その病床の一定割合(6割)が居宅等へ退院していること、その病室を有する病棟における看護職員配置は2.5:1であること、である。つまり、看護配置は病棟全体、退院患者の地域復帰の割合は

病床のみ適用，ということである。

この考えは精神科においても適用できると考え，精神科リハビリテーション病棟においても病室単位を認めることを提案する。

## 2. 3 病院のデータより

A 病院の結果からは，後方病床を主に使っているのは統合失調症と気分障害患者であることが明らかになった。入院日数をみても，その他の精神病患者は比較的早期に退院していた。精神科回復期リハビリテーション病棟の対象患者としてはこれらの疾患の患者を主とする必要があり，これらの患者を主たる対象とした治療プログラムの設置が必要であることが示された。

B 病院の結果からは，退院先により入院日数や利用する病棟が異なることが明らかになった。施設に入所した群の後方病棟の在院期間が比較的長期であり，退院促進・地域連携室や，社会復帰施設を充実させることで，待機時間を減らし，入院日数を減らすことのできる可能性が示された。

C 病院の結果では，社会復帰病棟から退院した患者と，その他の病棟から退院した患者の再入院有無および再入院までの期間を調査したところ，両群間で再入院率と再入院までの期間，および再入院時の在院期間のいずれの指標も大きな差は認めなかった。

この結果，社会復帰病棟はその他の病棟と比べて，「出す力」においては差がある可能性はあるが，退院後の地域生活を「維持する力」については他の病棟と違いはない（その病院の全体的な力量に依存する）と言えそうである。

しかし，社会復帰病棟では在院期間が長い患者を扱っているにも関わらず，再入院率に差がなかったことは社会復帰病棟の意義を示す結果といえる。

また5年間の再入院の推移を見たところ，退院後2年間までの再入院が80%程度と高いことが明らかになり，この時期に退院促進・地域連携室がその他の地域ケアと連携して再発を予防

する役割を果たす必要が示された。

## 3. 診療報酬改定

過去最大である3.16%の診療報酬引き下げもあり，H18年度診療報酬改定では，本分担研究班が提案した精神科回復期リハビリテーション病棟は実現されなかった。しかし，全体としては精神科における今回の診療報酬改定は評価できるものであったと考える。変更点の概要を以下に示す。

- ・ 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から，精神科救急入院料および精神科急性期治療病棟入院料について，入院早期の評価を引き上げる。
- ・ 精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から，精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算について，入院早期の評価を引き上げ，長期入院の評価を引き下げる。
- ・ 通院精神療法の再診時の点数について，病院の評価を引き上げる一方，診療所の評価を引き下げて，病院および診療所の点数格差を是正する。
- ・ 当該保健医療機関に初めて入院する統合失調症の患者であって，新規入院または退院予定のある患者の家族に対し精神療法を行った場合には，入院精神療法を算定できることとする。
- ・ 精神科デイ・ケアについて，精神疾患患者の地域への復帰を支援する観点から，短時間のケアについて，新たに評価を行う。
- ・ 精神科訪問看護・指導料および精神科退院前訪問指導料について，精神疾患の地域への復帰を支援する観点から，算定回数上限を緩和する。
- ・ 認知症に係る評価について，医療と介護との役割を明確化する中で，入院医療に係る評価を引き上げ，重度認知症デイ・ケア料に係る評価を見直す。

- ・ 20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合は、100/100点を加算する。

以上のように、入院から地域への移行を促進するような内容となっている。

今後、診療報酬の大幅な引き上げは期待できないため、精神科回復期リハビリテーション病棟を実現するには、何らかの診療報酬を引き下げまたは転換が必要である。そのためには、過去の精神科における診療報酬の項目別の金額を検査することが必要である。これを示したのが表4である。若干古いデータであるため現状とは少し異なる可能性も否めないが、依然として入院主体の医療であることは一目瞭然である。特に、精神科療養病棟は全体の23.8%を占める。今後、精神科療養病棟を精神科回復期リハビリテーション病棟に転換し、その過程で病床削減し、地域への支出へ当てることができるように少しずつ変化していく方法も考えられる。

精神科回復期リハビリテーション病棟の診療報酬化は今回は見送られたものの、地域への移行を本格的に進めて行くに当たり、病院から地域へと押し出す力を発揮するこのような病棟は今後重要になっていくと考えられる。平成20年度の診療報酬改定に向け、さらなる基準の検討を行うとともに、病棟全体での設置を目標としつつ、退院促進プログラムや地域支援室などの各パーツごとの診療報酬化の検討も深めていく予定である。

## E 結論

精神科回復期リハビリテーション病棟の基準について検討した。平成18年度の診療報酬化は見送られたものの、地域への移行を本格的に進めて行くに当たり、病院から地域へと押し出す力を発揮するこのような病棟は今後重要になっていくと考えられる。平成20年度の診療報酬改定に向け、さらなる基準の検討を行うとともに、病棟全体での設置を目標としつつ、退院促進プログラムや地域支援室などの各パーツごとの診療報酬化の検討も深めていく予定である。

## 参考文献

安西信雄：脱施設化再考－「社会的入院」患者と精神科リハビリテーションの役割. 精神保健研究 16(通巻49)：99-103, 2003  
厚生労働省：社会医療診療行為別調査 平成15年6月審査分

## F 健康危険情報 なし

## G 研究発表 なし

## H 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む） なし

表 1 診断別の各病棟利用状況

	救急ユニットのみ		救急+閉鎖		救急+開放		救急+閉鎖+開放	
	n	%	n	%	n	%	n	%
統合失調症	24	22.4%	73	68.2%	1	0.9%	9	8.4%
気分障害	9	20.5%	29	65.9%	2	4.5%	4	9.1%
その他の精神障害	18	62.1%	11	37.9%		0.0%		0.0%
合計	51	28.3%	113	62.8%	3	1.7%	13	7.2%

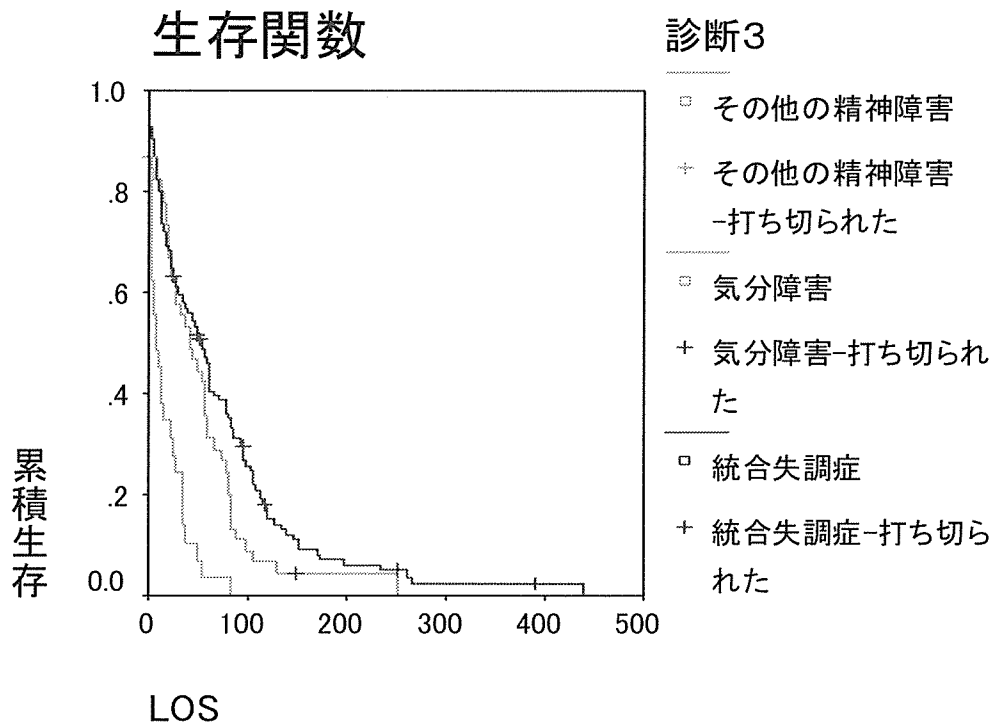


図 1 診断別の残留曲線

図2 退院先による入院日数の違い

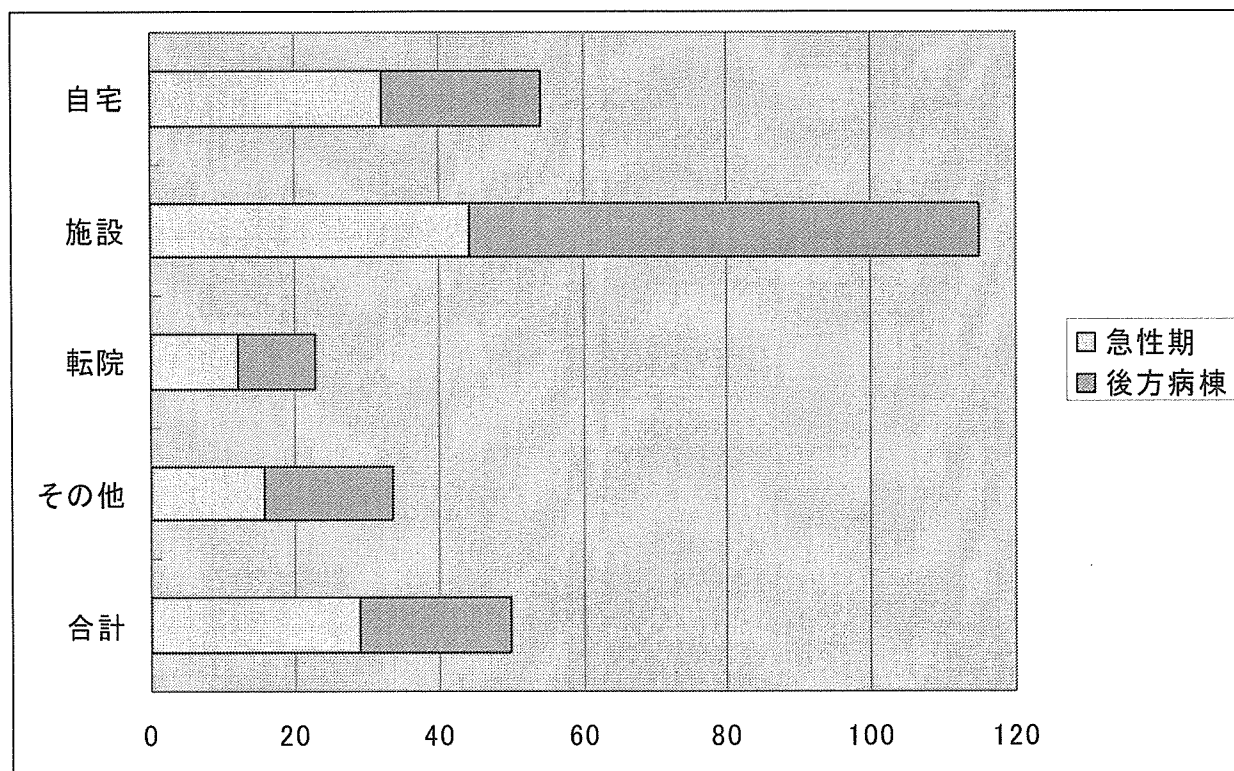


表2 社会復帰病棟およびその他の病棟の退院後2年間の再入院の有無

病棟種別	再入院		計	再入院率
	あり	なし		
社会復帰	34	43	77	44.2%
その他	122	164	286	42.7%

表3 病棟種別による入院時年齢, 在院期間, 再入院までの期間, 再入院期間

病棟種別	入院時年齢		退院までの在院期間		再入院までの期間		再入院の在院期間	
	平均(歳)	SD	平均(月)	SD	平均(月)	SD	平均(月)	SD
社会復帰	40.4	10.0	41.4	59.0	14.0	15.7	8.4	13.6
その他	38.5	14.0	14.9	14.5	16.9	15.2	7.0	13.4

図3 診断別の再入院率の推移

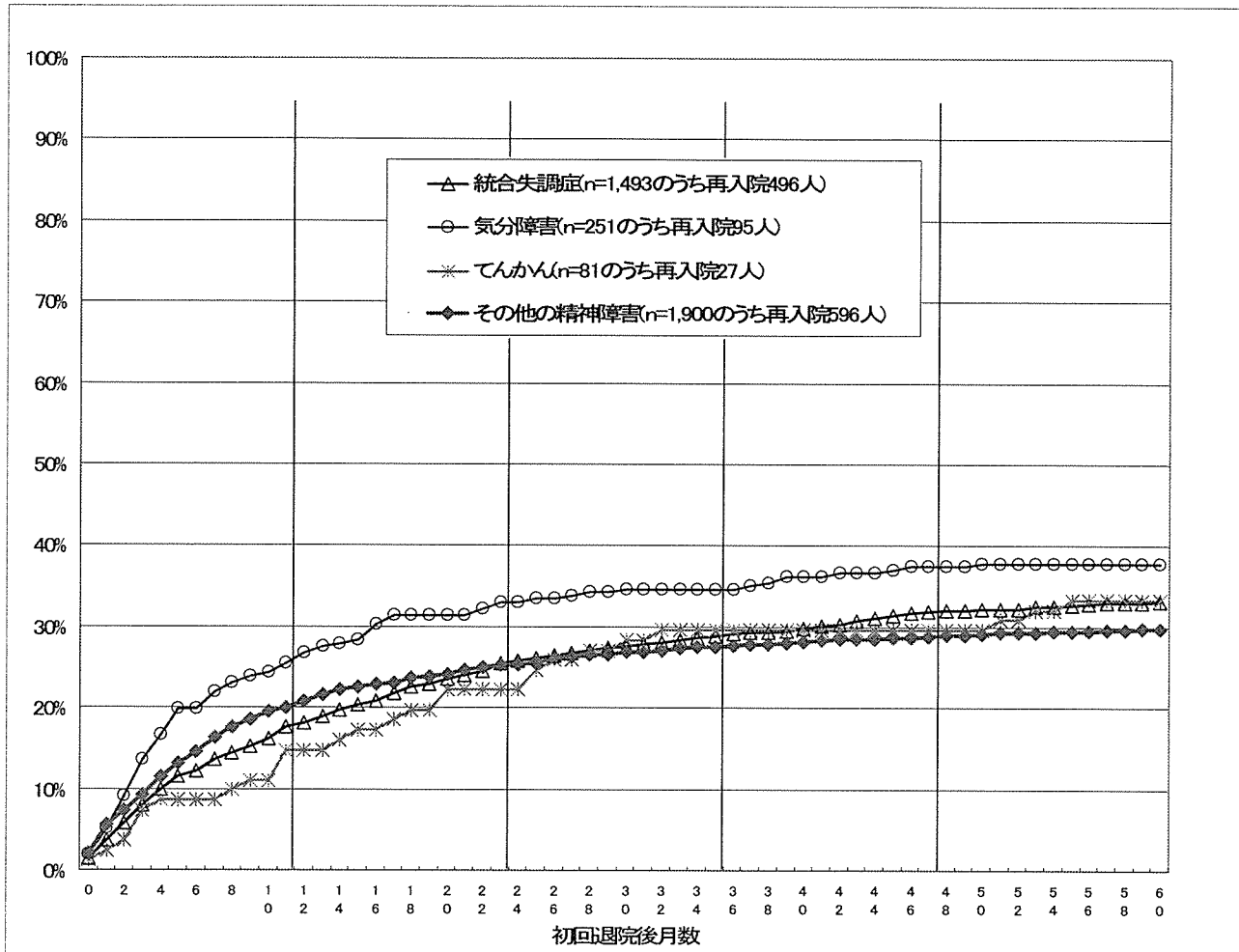


図4 初回退院後5年までに再入院した患者の再入院時期

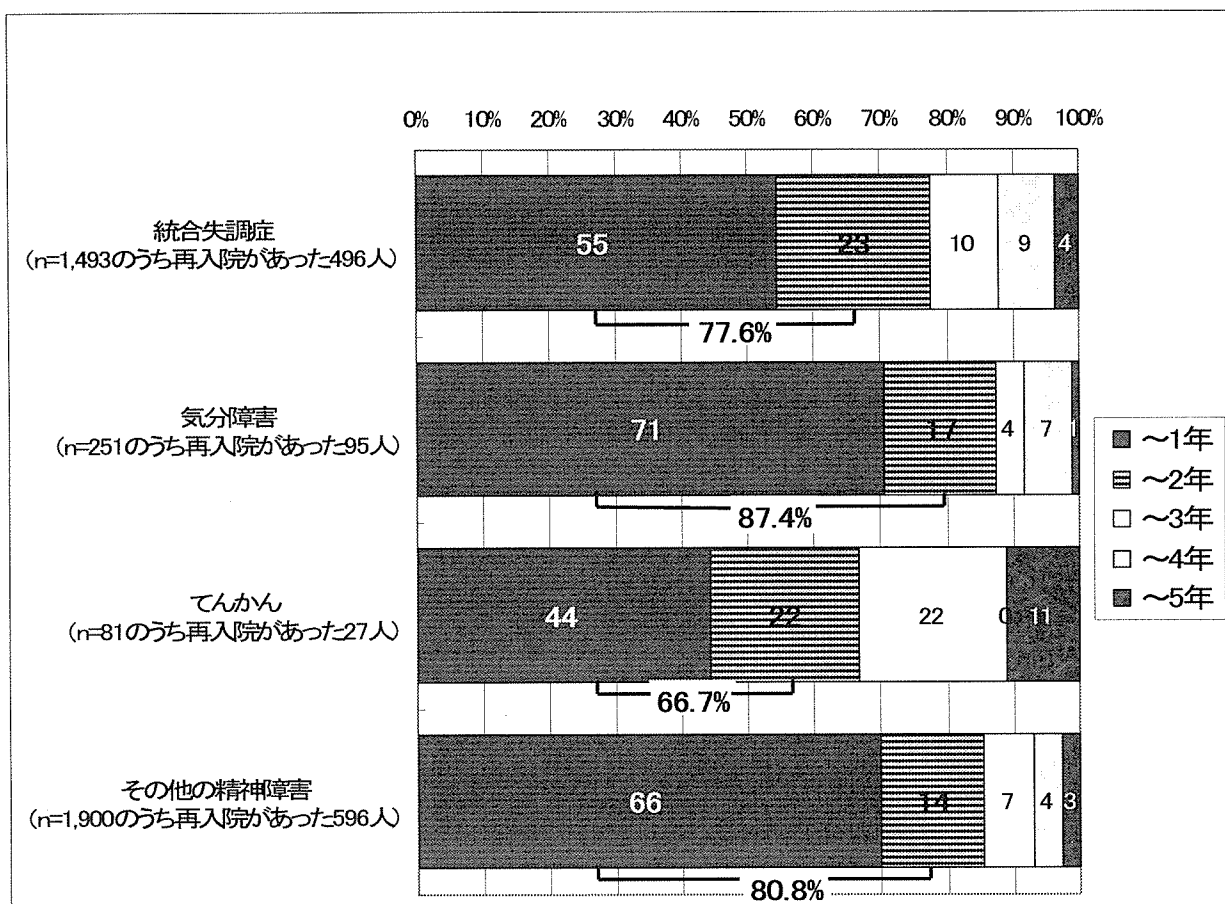




表4 平成15年 社会医療診療行為別調査 平成15年6月審査分

診療行為種別	億円	%	診療行為種別	億円	%
<b>総計</b>	<b>634</b>	<b>100.0</b>	<b>精神科専門療法計</b>	<b>63</b>	<b>9.9</b>
<b>初・再診料計</b>	<b>8</b>	<b>1.3</b>	精神科電気痙攣療法	0	0.0
初診小計	1	0.2	入院精神療法(Ⅰ)	2	0.3
再診小計	6	0.9	Ⅱ(Ⅱ)	4	0.6
再診料	5	0.8	通院精神療法 初診日	0	0.0
<b>入院料等計</b>	<b>482</b>	<b>76.0</b>	その他	15	2.4
入院基本料計	244	38.5	加算 6月以内 20歳未満	0	0.0
特定入院料計	208	32.8	標準型精神分析療法	1	0.2
特殊疾患療養病棟入院料	5	0.8	心身医学療法	0	0.0
精神科救急入院料	3	0.5	入院集団精神療法	0	0.0
精神科急性期治療病棟入院料	5	0.8	通院集団精神療法	0	0.0
精神療養病棟入院料	151	23.8	精神科作業療法	15	2.4
老人性痴呆疾患治療病棟入院料	20	3.2	入院生活技能訓練療法	0	0.0
老人性痴呆疾患療養病棟入院料	22	3.5	精神科デイ・ケア	11	1.7
入院基本料等加算計	29	4.6	精神科ナイト・ケア	0	0.0
<b>指導管理等計</b>	<b>4</b>	<b>0.6</b>	精神科デイ・ナイト・ケア	3	0.5
<b>在宅医療計</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	精神科退院指導料	0	0.0
<b>検査計</b>	<b>11</b>	<b>1.7</b>	精神科退院前訪問指導料	0	0.0
<b>投薬計</b>	<b>54</b>	<b>8.5</b>	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)	1	0.2
<b>注射計</b>	<b>4</b>	<b>0.6</b>	Ⅱ(Ⅱ)	0	0.0
<b>精神科専門療法計</b>	<b>63</b>	<b>9.9</b>	持続性抗精神病注射薬剤料	0	0.0
<b>処置計</b>	<b>3</b>	<b>0.5</b>	重度痴呆患者デイ・ケア料	4	0.6
			加算 食事	1	0.2

## 精神科回復期リハビリテーション病棟（案）

- ・ 定義：精神症状があり，病識の乏しさや社会生活における困難を有するため長期化のおそれがあり，また現に長期化している患者に対し地域生活支援と連携した積極的なリハビリテーションを実施することにより 9 カ月以内に地域へ退院させる病棟。
- ・ 対象：救急・急性期において十分な入院治療を受けても退院可能でない患者。ただし，入院患者のうち患者の 5 割以内は入院後 1 年以上でも可とする。
- ・ 3 対 1 看護。
- ・ PSW 1 名，OT 又は CP1 名以上を病棟専属とする。
- ・ 精神科療養病棟と同様の病棟環境を持つこと。
- ・ 患者の 8 割以上が 9 カ月で自宅退院（自宅・単身アパート・グループホーム・社会復帰施設を含む）。ただし 3 カ月以内に再入院した者は退院とみなさない。
- ・ 当病棟入院時に医師，看護師，在宅復帰支援を担当する者，その他必要に応じた関係職種が共同して精神科リハビリテーション総合実施計画を作成し，患者に対して説明を行う。
- ・ 心理教育，SST，OT，フィールドトリップ等退院促進プログラムの実施
- ・ 個別ケースの退院の実現を目標として主治医，担当看護師，及び地域生活支援関係者を含む多職種によるカンファレンスが実施されること。
- ・ 入院中より退院促進・地域連携室（仮称）との連携。（室の要件：病院内に地域支援専任の看護師または PSW が計 3 名以上いること）
- ・ 診療報酬は転入棟後 9 カ月までを限度として算定（3 カ月ごとに逓減）。精神科急性期治療病棟と精神科療養病棟の間の点数とする。
- ・ 病棟全体ではなく，病室単位も可能とする。その際，スタッフ配置は病棟全体で基準を満たす必要があるが，入院 1 年後の患者の割合と，自宅退院の割合は病床にのみ適用する。

## 重症療養病棟のあり方に関する研究

分担研究者 伊藤順一郎 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究協力者 鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所

### 【研究の要旨】

重症療養病棟のあり方について検討するに際して、①急性期治療が終了しても閉鎖的処遇での治療が必要な人々への退院促進的な病棟＝「回復期ケア病棟閉鎖型」の検討と、②包括型地域生活支援プログラム（ACT）下でも長期在院になる患者の状況の検討をおこなった。3ヶ所の病院調査から、回復期ケア病棟閉鎖型に関しては、①明確な定義と目標をもつ、②急性期病棟からリハビリテーションを目的に転棟する患者が常時8割以上入院している、③病棟に専従の精神科医1名、精神保健福祉士2名以上、および作業療法士1名以上の常勤配置をおこなうこと、（看護配置は3：1以上）、④個室を病棟に確保していること、療養型病床群と同じ病棟環境を持つ、⑤アウトリーチ型サービスを含む、⑥診療報酬は急性期治療病棟と療養病棟の中間の診療報酬を9ヶ月間（270日）を限度として算定できる、⑦退院患者のうち8割以上が居宅等、地域にある住居に退院している、⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム（ACT）と緊密な連携を持つ、などの特徴が必要と考えられた。また、回復期ケア病棟閉鎖型は、急性期病棟と連動して機能することが求められ、医療圏域あたり、急性期治療病床とほぼ同数の病床を持つことで、機能しうると考えられた。

包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）のパイロットスタディ下で1年以上の入院が必要であった患者は、ACT-J加入患者の4.7%であった。しかし、現状ではこれらの患者が、地域の生活支援の整備後も長期入院を必要とするかは、現段階では判断が出来なかった。狭義の重症療養病棟は、在宅医療や地域資源の整備にまずは財源を投入し、また、急性期病棟、回復期ケア病棟など、亜急性期あるいはリハビリテーションにまでわたる病棟機能を整備したうえで、改めて検討する必要がある課題に思われた。

### 【研究の目的】

本分担研究の目的は、精神科病床の機能分化の中で提唱された「重症療養病棟」のありかたについて、その病棟の機能、我が国における必要数などを検討することである。これは、平成14年の社会保障審議会障害者部会精神

障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」、平成15年の精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」

において位置づけられた、精神科病床の機能

強化，地域ケアの充実，精神病床数の減少の促進の方針の下に，具体的な病棟のあり方を検討しようというものである。

初年度である平成16年度は，既存のデータを用いて対象患者要件，年間発生見込み患者数，平均在棟日数，全国での必要数，必要な病棟の機能などについてアウトラインをまとめることにする。

### 【研究の方法】

まず，重症療養病棟の定義について議論をした。研究当初の課題によれば，重症療養病棟とは欧米で知られているように，地域ケアで支援する努力がなされていても退院できない重症の精神障害をもつ患者層 (people with severe and persistent mentally ill) に対して，サービスを提供する病棟機能ということであった。しかし，わが国においては重症の精神障害者に対する地域ケアが充分整備されているとはいえない状況である。また，退院促進のために積極的に高い機能を保持している標準的な病棟も存在しないという良い状況と思われる。そもそも，重症療養病棟の必要性の大小は，急性期治療をどの程度の確に行いうるかによっても左右されるであろう。

このような状況から，本研究は次の二つの方面から実施することにした。

・急性期治療が終了しても閉鎖的処遇での治療が必要な人々への対応を行う病棟についての状況把握と，より退院促進的な病棟にするために必要な機能の検討＝「回復期ケア病棟閉鎖型」の検討。

・包括型地域生活支援プログラム (ACT) 下でも長期在院になる患者の状況の検討：New Long Stay とよばれる，地域ケアが一定充実したあとでも地域に定着することが難しい人々のために必要な病棟についての予備的検討＝ACT-J によるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討。

《方法①：回復期ケア病棟閉鎖型の検討》

i：本年度は，(ア)急性期治療病棟を有し，また回復期の患者も処遇可能な病棟も有し，いわゆる活動性の高い治療活動を維持している精神科病院で，(イ)地域の特徴などより患者の動態が把握しやすい病院を3ヶ所を選び，調査を行った。3ヶ所の病院は自治体立の総合病院精神科1ヶ所 (A) と，民間精神病院2ヶ所 (B, C) である。

ii：調査は以下の3種類を実施した。

(ア)病院の機能についての把握のための調査票による調査

調査票を配布し，各病院，当該病棟で，病床数，病棟数とそれぞれの機能，医師数 (精神科医，精神保健指定医，その他)，職員数 (事務，看護，薬局，ソーシャルワーカー)，外来部門 (患者数，外来担当医師数，外来サービス (訪問看護など)，デイ/ナイトケアの有無，その他の通所施設，地域生活支援体制について把握をした。

＜病棟の構造，スタッフについて＞

- ・病床数 (個室・大部屋)
- ・その他の病棟の機能 (風呂，ホール，喫煙室等)
- ・スタッフ配置
- ・病棟で行われるプログラム
- ・病院内の他病棟の数と種類
- ・病院内外の他施設・サービス (訪問看護，福祉ホームなど)
- ・治療計画の有無・内容
- ・カンファレンスについて

(イ)患者処遇等についての病棟医，スタッフからの聞き取り調査

既存の病棟の急性期病棟に入院した患者の退院までの経過における現在の病棟の機能に関する問題点について質問をした。このなかでは，特にいわゆる亜急性病棟のあり方について，現状の問題点について聞き取りを行った。現状での課題の明確化するために，医師，看護師，精神保健福祉士らの治療スタッフの

視点から治療、処遇、スタッフの職場環境、患者の社会復帰へのバリア、病院管理スタッフの視点から特に医療経済、年間の経費などの聴き取りをした。

(ウ)急性期病棟に入院した患者の同病棟における治療終了後の処遇、および継続入院患者の1年後の処遇の調査

A病院、B病院では、2003年8月1日から2003年10月31日の3ヶ月間、C病院では2002年1月1日から2002年12月31日の12ヶ月間の急性期病棟への全入院症例を対象とした。各病院における病棟管理目的で整理した急性期病棟患者の属性等の情報について、それぞれの病院での一定期間に入院した患者のデータを入手した。

調査項目は以下の通りである。

<入院患者像の記述>

- ・性別・年齢
- ・診断
- ・入院日、退院日、入院日数、退院先（自宅、社会復帰資源など）
- ・急性期病棟からの転出病棟先、各病棟での在院日数

《方法②：ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討》

国立精神・神経センター国府台病院、精神保健研究所において研究事業として施行されている包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）（主任研究者 塚田和美、分担研究者 伊藤順一郎ら）の対象者のうち、平成15年5月1日～平成16年4月30日の間にエントリーされた患者43名についてのデータより、ACT-Jのサービス下においても1年以上の長期在院（long stay）が必要であったケースについて検討した。

なお、ACTとは精神科医を含む多職種チームにより、医療・保健・福祉・就労・教育など様々な分野のニーズに対応する、重症精神障害者を対象とした、訪問を中心とする援助

チームである。24時間365日対応を原則とし、地域の資源とも連携しながらもケアの責任はこのチームが引き受ける体制である。ACT-Jの概要については表1・表2にまとめた。

表1 ACTの特徴

- ・既存のサービスでは地域生活を続けることが困難な、重い精神障害を抱えた人を対象。
- ・精神科医，看護師，ソーシャルワーカー，作業療法士，職業カウンセラー，心理士など，様々な職種よりなる多職種チームによるサービス提供。
- ・チーム全体が，一人一人の利用者のケアを共有し支援していく発想。
- ・必要な医療・保健・福祉サービスのほとんどを，チームが責任を持って直接提供。
- ・利用者の生活の場に，積極的に訪問。
- ・24時間週7日のサービス提供体制。
- ・1：10のケースロード。利用者数の上限を設定。
- ・ニーズがなくなるまで，継続的な関与

表2 ACT-Jのチーム構成

- ・常勤ケースマネジャー10名（専任）
- ・看護師，精神保健福祉士，作業療法士など多職種により構成される。
- ・常勤精神科医 1名（専任）
- ・非常勤の就労担当者 1名
- ・当事者スタッフ（障害を抱えており，かつピアサポートなどの活動をする技術を有するもの），家族スタッフ（精神科受診歴のあるものの家族で，ケースワーク等の技術を有するもの） 計2名
- ・事務担当

## 【結果】

### 《①：回復期ケア病棟閉鎖型の検討》

#### 〔急性期病棟の後方病棟の実態〕

調査対象になった3病院のプロフィールを表3にまとめた。表中C病院の急性期病棟は精神科救急入院病棟の仕様となっているが、本調査期間には急性期病棟として機能していた。「後方病棟」とは急性期病棟での処遇が終わったのちに退院できなかった患者が主として利用する病棟を仮にこのように称したものである。この後方病棟が、我々の考察する「回復期ケア病棟閉鎖型」の機能を持つべき病棟である。3病院におけるこの病棟の看護基準は2.5:1~3.5:1、閉鎖的処遇をしているのが2病院(A病院においては後方病棟は開放病棟のみであった)、この2病院においては後方病棟は隔離室を有していた(B病院6室、C病院男子病棟4室、女子病棟4室)。個室はB病院は4室、C病院女子病棟は4室有していたが、男子病棟では有していなかった。2病院においては治療計画が立てられていたが、1病院では立てられていなかった。プログラムとして集団精神療法や薬剤管理指導を有しているのは1病院、SSTを施行しているのは2病院、定期的なカンファレンスを施行しているのは2病院であった。

#### 〔急性期病棟入院患者の動態〕

調査対象3病院の急性期病棟入院患者の基本属性を表4に示す。C病院は調査対象が男子病棟であった。いずれの病棟とも比較的若い層の患者を受け入れ、また主たる入院患者層はF2X, F3X (ICD-10)の患者であった。

急性期病棟以降の処遇のアウトラインを図1にまとめた。3病院とも約7割の患者が急性期病棟から直接退院していた。A病院が急性期病棟から転棟する場合はすべて開放病棟に転棟するというシステムを持っていたが、B、C病院ではそれぞれ、閉鎖病棟に16.3%、29.5%の患者を転棟させていた。急性期病棟に入院した患者のうち365日以上入院していた患者

の比率はそれぞれ、5.3%、9.8%、5.7%であった。これらの患者のうち(途中の処遇は様々ではあるが)1年後の状態が閉鎖的処遇であるものは、それぞれ、33%(1例)、78%(7例)、85%(23例)であり、対象事例のそれぞれ、1.7%、7.6%、4.9%であった。

### 《②：ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討》

平成15年5月1日~平成16年4月30日のあいだにACT-Jにエントリーになった患者は計43名であった。患者の選出のクライテリアおよび、対象患者の基本属性を表5、表6に示す。基本的にACT-Jは頻回入院や頻回の救急利用があり、かつ問題行動と生活障害を抱えている重症の精神障害者を対象としている。

このうちACT-Jの関与があるにもかかわらず1年以上の長期在院になっているケースは2例(4.7%)であった。

2例はともに40代の男性例であり、統合失調症との診断であった。家族は2ケースとも母親のみがおり、ともに精神科受診中であった。長期化となった要因については、不安定な症状に加えて、居住場所がないこと、家族のケア力が不足していること、病院主治医とACT-Jとの退院についての考え方の調整が困難なことなどがあげられた。

表3 調査対象病院のまとめ

	A病院	B病院	C病院
設置	国保立総合病院精神科	私立精神科病院	私立精神科病院
総ベッド数	237	357	505
急性期	60	58	60
慢性病棟	46	183	397
社会復帰病棟	54	58	
療養病棟	28		
合併症病棟	49		
老人性痴呆		58	48
他専門病棟		57	
関連社会復帰施設等	デイケア 作業療法センター 訪問看護 グループホーム	デイケア	デイケア 福祉工場 授産施設 地域生活支援センター 福祉ホームB型 精神障害者地域生活援助事業 訪問看護ステーション事業 在宅給食サービス事業 ケア付きアパート事業 老人性痴呆疾患センター事業 在宅介護支援センター事業 居宅介護支援事業 福祉用具貸与事業
職員数			
常勤医師	10	10	18
非常勤医師	2	7	5
看護師	72	119	162
准看護師	15	52	51
看護補助者	26	53	50
精神保健福祉士	5	5	25
作業療法士	3	8	18
理学療法士・その他	15	0	0
心理士	2	3	7
	A病院	B病院	C病院
急性期病棟			
病床数	60	58	57(男性)*+57(女性)*
個室	2	4	29(男性)*+29(女性)*
隔離室	3	6	7(男性)*+7(女性)*
看護基準	3:1看護	3:1看護	2:1看護
プログラム	病棟内作業療法 服薬教室 家族教室 遠足 運動会、季節の行事	服薬指導グループ 季節行事 音楽鑑賞会	病棟内作業療法
治療計画	有 看護計画 薬物療法 精神療法 ケースマネジメント	有 看護面での生活指導 薬物療法	有 治療方針 看護、PSWの方向性
カンファレンス	有 週に4回	有 週に一回	有 月に一回
頻度	治療情報の共有 家族関係の調整等	情報の共有 状態像の把握	今後の方向性の検討
参加者	全員	医師、看護師、PSW	医師、看護師、PSW,OT
後方病棟			
病床数	54	58	67(男性)*+67(女性)*
個室	0	4	0(男性)*+4(女性)*
隔離室	0	6	4(男性)*+4(女性)*
看護基準	3:1(看護師比率70%以上)	5:1(看護師比率60%以上)	5:1(看護師比率50%以上)
プログラム	病棟内作業療法 教育プログラム(暮らし、服薬) SST	軽体操 季節行事 所外活動	作業療法 SST**
治療計画	有 看護計画 薬物療法、精神療法 ケースマネジメント	無	有 治療内容について 医師、看護、PSWの立場から
カンファレンス	有 週に5回		月に1~3回
頻度	治療方針の確認 情報の共有		問題点、今後の方針
参加者	全員		医師、看護師、PSW,OT

\*: 男女それぞれ別の病棟あり

\*\* : 女性病棟のみ



表4 対象患者の基本属性

	A 病院	B 病院	C 病院
調査対象期間	03. 8. 1~' 03. 10. 31	03. 8. 1~' 03. 10. 31	02. 1. 1. ~' 02. 12. 31
対象者数	57	92	471
男性の比率	43. 9%	51. 1%	100%(男子病棟のため)
60 歳未満の比率	80. 7%	90. 3%	86. 2%
F2X の比率	42. 1%	66. 3%	60. 5%
F3X の比率	29. 8%	19. 6%	23. 4%

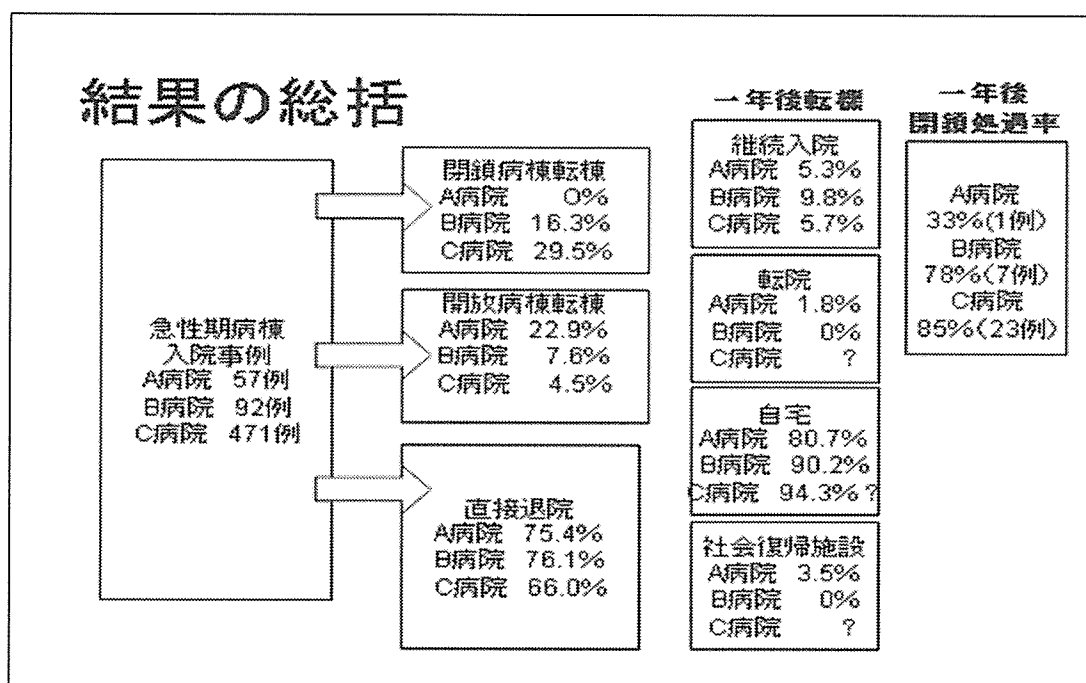


表5 ACT-J 対象者の加入基準

<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>診断</u>：統合失調症，感情障害，心因反応等の精神疾患であるもの</li> <li>除外：主診断が知的障害，痴呆，薬物依存，アルコール依存，人格障害であるもの</li> <li>・<u>年齢</u>：18歳以上60歳未満</li> <li>・<u>居住地</u>：千葉県内の市川・船橋・松戸の3市</li> <li>・<u>入院目的</u>：急性薬物中毒による短期入院や合併症治療のための入院を除く</li> <li>・<u>重症度判定</u>（以下のI，II，IIIのすべてにあてはまるもの） <ul style="list-style-type: none"> <li>I. 医療機関の利用で以下のうち，ひとつ以上にあてはまる <ul style="list-style-type: none"> <li>（①入院前2年間の入院1回以上，②救急3回以上，③3ヶ月以上の医療中断）</li> <li>II. 入院前1年間の日常生活の状況で①②のうち，ひとつ以上にあてはまる。</li> </ul> </li> <li>①自分ひとりで，継続して仕事に就く（就労，援助つき雇用，パートタイム，アルバイト等のあらゆる仕事を含む），学校に通う，作業所やデイケアに通う，家事労働（食事の準備，選択，家計管理，育児など）をになう，等の役割を遂行することができない。</li> <li>②自分ひとりで，衛生管理，栄養管理，安全管理，書類管理，危機回避など地域において成人として必要とされる日々の生活課題を一貫して遂行できない。</li> <li>III. 入院前2年間の社会適応（複数の問題行動①から⑨と，IIの合計数が4以上である）①自殺企図，②自殺念慮，③家族への暴力，④家族に対する拒否・拒絶・敵意，⑤6ヶ月以上にわたって</li> <li>の薬物乱用，⑥6ヶ月以上にわたってのアルコール乱用，⑦暴力・器物破損，万引き，窃盗，迷惑行為など，⑧逮捕歴，⑨行方不明，住居を失う，立ち退き勧告を受ける，ホームレスになるなど。</li> </ul> </li> </ul>
--

表6 ACT-Jパイロットスタディの対象者の基本属性

<p>男性：44%，平均年齢：35.8歳</p> <p>診断：統合失調症 72%</p> <p>平均罹病期間：12.8年</p> <p>家族と同居：72%</p> <p>過去1年間の一般就労：0%</p> <p>過去1年間の入院回数：平均1.7回（0-8）</p> <p>過去1年間の平均入院日数：120.6日</p> <p>過去1年間の救急受診回数：平均2.8回</p>
--

## 【考察】

### 《①：回復期ケア病棟閉鎖型の検討》

現在の「後方病棟」の機能は様々である。

急性期のあとの病棟ということでは「亜急性病棟」ということになるが、現実的には治療機能についての定義がないためその機能のばらつきは大きな幅がある。聞き取りで収集した情報によれば、実際は様々な病態の患者がそこには入院している。たとえば、合併症を持った患者は包括払いの療養病棟などではコストが取れないために、一般病棟である、「後方病棟＝回復期病棟」を使っている場合が多い。このようにすると結局は手のかかる合併症患者等に手をとられて、回復期のケアが十分に出来ないということが生じる。3病院とも精神科病棟としてはかなりのマンパワーを「後方病棟」に割いており、入院日数の短縮化に努めているが、現状では閉鎖型の「後方病棟」は回復期の病棟としてシステム的に構造化されているとはいえず、多様な機能を求められる多忙な病棟というのが現状である。

急性期病棟からの直接退院率は66.0%～76.1%というのが本調査の結果であるが、これは、本研究班の平田が報告している、急性期病棟70ヶ所における調査の直接退院率70.1%に近い数字と言うことが出来る。継続入院をしている患者について検討してみると1年後の継続入院患者率はそれぞれ、A病院5.3%、B病院9.8%、C病院5.7%であり、これは急性期病棟から退院できず継続入院していた患者のうちの割合でいえば、A病院23%、B病院41%、C病院17%にあたる。うち、1年後に閉鎖的処遇であるものの割合は、7.4%、32%、14%である。すなわち、急性期病棟からの直接退院率、1年後の「後方病棟」の残存

者の割合というアウトカムでみると、急性期病棟という比較的均一な病棟の機能は3つの病院でそれほど大きな違いはないものの、「後方病棟」の機能はばらつきがあるため、そのアウトカムには格差が生じていることが想像される。すなわち、「後方病棟＝回復期ケア病棟」の機能の均一化が求められる。

回復期ケア病棟閉鎖型の機能については、聞き取り調査等より以下のことが必要と考えられた。

- ①病棟の目的として、たとえば、「精神症状安定とADL/セルフケア能力の向上による、地域生活復帰を目標としたリハビリテーションプログラムを、精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟。リハビリテーションには地域生活支援機能として家族支援や住居確保も含む」といった、明確な定義をもつこと。
- ②主として急性期病棟での治療を終えた患者を扱うことを主目的とするため、「急性期病棟からリハビリテーションを目的に転棟する患者が常時8割以上入院している」など、入棟についての定義を持つこと。
- ③病棟に専従の精神科医1名、精神保健福祉士2名以上、および作業療法士1名以上の常勤配置をおこなうこと。看護配置は3：1以上。
- ④個室を病棟に確保していること。療養型病床群と同じ病棟環境を持つこと。
- ⑤リハビリテーションプログラムには週1回以上のセルフケア向上のための個別外出支援、外泊支援、住居確保のための支援などアウトリーチ型サービスを含むこと。
- ⑥診療報酬は急性期治療病棟と療養病棟の中

間の診療報酬を9ヶ月間(270日)を限度として算定できること。

⑦退院患者のうち8割以上が居宅等、地域にある住居に退院していること。

⑧入院中から包括型地域生活支援プログラム(ACT)と緊密な連携を持ち、退院後の地域ケアへの移行を円滑にすること。

回復期ケア病棟閉鎖型の必要病床数については、都道府県等の精神医療・保健・福祉計画によって策定する必要がある。すでに述べたように、回復期ケア病棟は急性期病棟の治療のみでは退院が困難な患者のリハビリテーションを主としておこなうものである。従って医療圏内の急性期病床の数を基準にしてその病床数を定めるべきであると考え。我々の調査結果によれば急性期病棟から回復期ケア病棟閉鎖型に転棟の必要のある患者の割合は、急性期入院患者のB病院16.3%、C病院29.5%であった。(A病院は開放病棟のみであったので除く)また、平田の調査では33%(70ヶ所の平均)である。そこで、急性期病棟から回復期ケア病棟閉鎖型を必要とする患者の割合を最も多く見積もって約3分の1と仮定できるだろう。また、病床の回転率を、仮に急性期病棟を90日、回復期ケア病棟を270日(両者あわせて1年であり、1年間以内に退院するということが目標になる)と仮定する。すると、おおよそ、急性期病床の数と等しい数の回復期ケア病床閉鎖型があれば、その圏域の急性期治療については充分機能すると計算される。

《②: ACT-Jによるケアにおいても長期入院が必要な患者の検討》

ACT-Jのパイロットスタディにおいて、ACT-Jによるケア下にありながら1年以上の長期入院となっているケースは43ケース中2例存在した。

ACT-Jのエントリー患者の割合は、国府台病院精神科に入院した患者の約5%であり、

市川・船橋・松戸3市からの入院患者のうちで検討すると、約10%程度である。ACT-J対象ケースは、エントリーの段階で、頻回に過去に入院を繰り返したり救急利用をしたりしている、あるいは医療中断をしている不安定な患者層である。また、国府台病院自体が医療水準が高く、平均在院日数90日程度のかなり回転の速い病院であることを考えると、ACT-J対象者は急性期病棟利用者のうちでも不安定な層と重なるとみてよく、多くはいわゆるNew Long Stayに移行しうる可能性を持っている者といつてよいであろう。そのうち4.7%が実際に1年以上の入院になったことを、どのように評価するかであるが、詳細に検討すればこの2例も必ずしも本人の精神症状の不安定さのみで入院が遷延しているとはいえない。例えば、ケア付きの住居プログラムが整備されていれば、退院の可能性はかなり広がっていた。また、入院病棟が治療計画に退院促進を意図した積極的な働きかけを含んでいるような機能を持っている場合には、これだけ長期の入院が必要であったか疑問が残るところであった。

したがって、ACTプログラムがあっても退院困難な患者層が存在することは推測できるものの、その患者を処遇するために必要な狭義の重症療養病棟の病床数を現時点で出すことはきわめて困難といわざるを得ない。

英国の研究などによれば、脱施設化のプロセスで多くの病棟を閉鎖し、地域生活に大半の患者を移行した後も、病棟に残遺せざるを得なかった「きわめて退院の難しい患者群」は、主に高齢者、男性、長期入院のものであったとの報告がある。また、再入院などでnew long stay(1年以上の入院)となった患者群は、激しい精神症状(精神症状の悪化、攻撃的な行動)をもつものであった。リスクファクターとしては、妄想性障害、失禁、男性が挙げられ、英国のTAPSの調査では、長期の治療施設が必要とするものは人口万対1.8であると