

平成 20 年 2 月吉日

「精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査」について

国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 室長 野田寿恵
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 准教授 杉山直也
 慶応義塾大学看護医療学部 准教授 末安民生
 京都府立洛南病院 副院長 川畑俊貴
 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 部長 伊藤弘人

拝啓 時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。
 「精神科病院における隔離・身体拘束に関する調査」につきまして倫理審査等ご準備ありがとうございました。
 平成 20 年 2 月を調査月といたし調査票を送付させていただきます。年度末に向けご多忙の時期とは存じますが、
 ご協力のほどよろしくお願いいたします。誠に些少ながら、調査票回収を待つて、共同研究者・看護部長・各病
 棟にお礼（図書券）を送らせていただきます。

結果は平成 20 年秋の日本精神科救急学会での発表を目標にしております。

敬具

記

研究 1. 隔離・身体拘束 実態調査 (対象は全ての病棟)
調査用紙 1・調査用紙 2・一覧性台帳を 4月10日(木)まで にご返送お願いします。
研究 2. 多職種チーム機能と隔離・身体拘束の関連 (対象は救急病棟のみ)
チーム機能調査票一式を救急病棟看護長にお渡しいただき、 2月26日(火)まで にご返送 お願いします。
研究 3. 建築学的空間構成と隔離・身体拘束の関連 (対象は救急病棟および急性期病棟)
調査用紙 3・病棟平面図を 2月26日(火)まで にご返送お願いします。

回収が 2 回に渡っており、ご面倒をおかけすると思ひます。

こちらから共同研究者、看護部長にご連絡させて頂くことがあると思ひますが、よろしくお願ひいたします。

以上

国立精神・神経センター 精神保健研究所
 社会精神保健部 調査担当 野田寿恵

研究1 隔離・身体拘束 実態調査

対象は全ての病棟です

ご提出いただいたもの
調査用紙1・調査用紙2・一覽性台帳

提出期限 4月10日(木)

行動制限に関する一覽性台帳のご提出にあたって
項目の追加と、個人情報情報のマスキングをお願いします。

■ 2008年2月分について

- ① 病棟名
- ② 患者ごとに年齢、性別を記入
- ③ 患者ごとにICD-10 F分類を記入
(F0~F7, その他)
- ④ その上で個人情報を消去したものを

■ 2008年3月分について

- ① 病棟名
- ④ 個人情報を消去したものを

国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会精神保健部 調査担当 野田寿恵

4月10日(木)までに返送

調査用紙 1

貴病院名		
調査期間	2008 年 2 月	
全ベッド数	床	
2008年2月に貴病院に入院した患者数	人	F0 _____ 人 F1 _____ 人 F2 _____ 人 F3 _____ 人 F4 _____ 人 F5 _____ 人 F6 _____ 人 F7 _____ 人 その他 _____ 人
担当する救急医療圏の人口	万人 (千以下 四捨五入)	2008年2月 貴病院の 入院患者 ICD-10 に よるF分類
救急医療圏の2007年*の措置件数 (期間: 2007年1月~12月)	件	
貴院で受けた2007年*の措置件数 2007年開設の場合はその年月日	件 2007 年 _____ 月 _____ 日	

救急医療圏: 措置入院(緊急措置, 応急入院を含む)のうち4分の1以上の受け入れを算定する際の圏域
 2007年とは、2007年1月~12月の間

4月10日(木)までに返送

調査用紙 2

貴病院名	
------	--

病棟名	2008年2月の 入院患者数	病床数	2008年2月の 病床稼働率	特定入院料ないし入院基本料 (1つに○をつけてください)	主たる治療対象疾患 最も多い F分類	次に多い F分類	2007年* 平均在棟日数	2007年* 退棟者のうち 在宅移行の割合
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				
				救急 急性期 療養 認知症 10対1 15対1 医療観察				

救急：救急入院料病棟 急性期：急性期治療病棟 療養：精神療養病棟 認知症：老人認知症疾患治療病棟
 10対1：精神病棟入院基本料 10対1 15対1：精神病棟入院基本料 15対1 医療観察：医療観察法病棟

2007年*とは、2007年1月～12月の間
 在宅：患者または精神障害者社会復帰施設

研究3 救急病棟および急性期病棟の 建築学的空間構成と隔離・身体拘束の関連

対象は救急病棟および急性期病棟です

ご提出いただくもの
調査用紙3・病棟平面図

提出期限 2月26日(火)

救急病棟および急性期病棟の図面のご提出にあたって

■ 病棟平面図コピーのご提出にあたって。

寸法が記載された詳細な病棟平面図のコピーの提出をお願いします。
もし、寸法が記載された図がないようでしたら、平面図の数箇所（直線にしてなるべく長いところ）に実寸値を記入してください。

■ 平面図をエリア別に色分けしてください。

赤色：外から施錠可能な個室

青色：その他の病室

黄色：患者が利用するデイルームと廊下

緑色：スタッフコーナー

国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会精神保健部 調査担当 野田寿恵

2月26日(火)までに返送

調査用紙 3

貴病院名	病棟名	個室総数	室
------	-----	------	---

貴病棟の個室を耐破壊性能、施設、水周り設備、アメニティの相違で分類してください。その分類ごとに部屋数を記入してください。5分類以上ありましたら、この用紙をコピーして記入してください。

分類	部屋数	耐破壊性能・安全性能 (1つに○)	施設 (棟数○可)	水周り設備 (棟数○可)	アメニティ (棟数○可)	スタッフコーナーの中から個室が見え把握できるか (1つに○)	観察設備 (棟数○可)
1	室	高度 中等度 なし	外から可能 不可能 中から可能	扉なしトイレ 扉ありトイレ 洗面台 浴室 (シャワー含む)	収納家具 机 なし	全室見える 半数くらい見える 少し見える 見えない	観察廊下 カメラ マイク 窓
2	室	高度 中等度 なし	外から可能 不可能 中から可能	扉なしトイレ 扉ありトイレ 洗面台 浴室 (シャワー含む)	収納家具 机 なし	ほぼ見える 半数くらい見える 少し見える 見えない	観察廊下 カメラ マイク 窓
3	室	高度 中等度 なし	外から可能 不可能 中から可能	扉なしトイレ 扉ありトイレ 洗面台 浴室 (シャワー含む)	収納家具 机 なし	ほぼ見える 半数くらい見える 少し見える 見えない	観察廊下 カメラ マイク 窓
4	室	高度 中等度 なし	外から可能 不可能 中から可能	扉なしトイレ 扉ありトイレ 洗面台 浴室 (シャワー含む)	収納家具 机 なし	ほぼ見える 半数くらい見える 少し見える 見えない	観察廊下 カメラ マイク 窓

隔離室エリアについて

隔離室エリア専用のスペースの有無	あり	なし
ありの場合 お答え下さい	スタッフコーナーの中から観察可能な場所にあるか 可能 不可能	
隔離室エリア専用の浴室シャワールーム	あり	なし

研究2 救急病棟における多職種チーム機能と

隔離・身体拘束の関連

対象は救急病棟です

ご提出いただくもの

病棟看護長用 1枚

回収したスタッフ用調査票

提出期限 2月26日（火）

国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会精神保健部 調査担当 野田寿恵

調査手順書

調査票一式

病棟看護長用 調査票 1通
スタッフ用 調査票と封筒 50セット
回収用まち付き封筒 1部
返送用の宅急便袋 1部
宅急便着払い送り状 1枚

1. 病棟看護長用の調査票について、病棟を担当する医師と相談のうえご記入ください。
2. この1ヶ月間、病棟に入院している患者の治療、ケアないしリハビリテーションに実際にあたったスタッフ全てに調査票と封筒の配布をお願いします。
3. 何らかの事情で配布できない時は、その人数を所定欄にご記入ください。
4. 回収用まち付き封筒を適切な場所に2週間ほど設置ください。
5. 折にふれ、スタッフへ回答を促していただくようお願いします。
看護長もスタッフの一員としております 看護長もご回答をお願いします。
6. **2月26日(火)まで**に調査票を回収し、すみやかに返送用宅急便袋に入れ、着払いにて社会精神保健部にご返送ください。

国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会精神保健部 調査担当者 野田寿恵

病棟看護長用

1. 担当病棟について

1. 病院名	
2. 病棟名	
3. 病床数	_____ ベッド
4. 病棟看護基準 (1つに○)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. 精神科救急入院料病棟</p> <p>3. 精神科療養病棟</p> <p>5. 精神病棟入院基本料 10対1</p> <p>6. 精神病棟入院基本料 15対1</p> <p>7. その他 (_____)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>2. 精神科急性期治療病棟</p> <p>4. 老人性痴呆疾患病棟</p> </div> </div>

2. 所属病棟におけるスタッフについて

病棟を担当する医師と相談うえ、この1ヶ月間、病棟に入院している患者の治療・ケアないしリハビリテーションに実際にあたっているスタッフを同定してください。

専属：常勤であり、かつ他の病棟を担当していない者

非専属：非常勤ないし、他の病棟も担当している者

		「スタッフ用」を配布できなかった人数
1. 医師	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
2. 看護師	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
3. 薬剤師	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
4. 作業療法士	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
5. 精神保健福祉士	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
6. 准看護師	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
7. 臨床心理技術士	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
8. 看護補助	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
9. 病棟クラーク	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	_____ 人
10. その他 病棟専属	(職種: _____) _____ 人	_____ 人
	(職種: _____) _____ 人	_____ 人
	非専属 (職種: _____) _____ 人	_____ 人
	(職種: _____) _____ 人	_____ 人
11. 合計	病棟専属 _____ 人 非専属 _____ 人	未配布数 _____ 人

上表に該当したスタッフ全員に「スタッフ用」を配布し、回収のうえ社会精神保健部に郵送ください。非常勤のため等で配布できなかった場合はその人数を表に記載してください。

スタッフの皆様

「精神科病棟におけるチーム機能に関する調査」のお願い

国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 室長 野田寿恵
横浜市立大学附属市民総合医療センター 准教授 杉山直也
慶応義塾大学看護医療学部 准教授 末安民生
京都府立洛南病院 副院長 川畑俊貴
国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 部長 伊藤弘人

拝啓 時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素、研究事業につきましては、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、「多職種チーム機能と隔離・身体拘束との関連」につきまして倫理委員会からの承認がおり調査の運びとなりました。高いチーム機能は治療アウトカムと関連することが先行研究にて報告されております。

つきましては、貴院の救急入院料病棟に本調査研究のご協力いただきたくお願い申し上げます。

記

- 1 アンケートへのご回答をお願いします。
- 2 ご回答の後、添付しました封筒に入れていただき、看護長が設置します回収用封筒に **2月26日（火）まで**に投函ください。
- 3 アンケートは無記名で行います。内容は本研究のみに使用し、統計解析結果の形で発表します。
- 4 アンケートへのご協力をもって、本研究への同意とさせていただきます。

以上

国立精神・神経センター 精神保健研究所
社会精神保健部 調査担当者 野田寿恵

スタッフ用

病棟の

看護長および医師より、あなたはこの病棟の入院患者の治療・ケアないしリハビリテーションに関わっていると、判断されました。

以下の質問にご回答ください

多職種チームの定義は「共通の目的に向けて働く、二人もしくはそれ以上の、職種を異にする保健医療の専門家集団」です。

あなたは、この病棟において多職種チームの一員とっていますか (1つに〇)

1. はい 2. いいえ

1. 職種 (1つに〇)	1. 医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 作業療法士 5. 精神保健福祉士 6. 准看護師 7. 臨床心理技術士 8. 看護補助 9. 病棟クラーク 10. 介護福祉士 11. その他 ()
2. 上記の職種経験年数	_____年目
3. 管理職について (1つに〇)	1. 管理職 (医師の場合は部長・医長など, 看護師は看護長, コメディカルは室長など) 2. 非管理職 (看護主任, 副看護長は非管理職です)
4. 常勤, 非常勤について (1つに〇)	1. 常勤 2. 非常勤
5. 最終学歴 (1つに〇)	1. 高校卒 2. 専門学校卒 3. 短大卒 4. 大学卒 5. 大学院卒 6. その他 ()
6. 年齢	_____才
7. 性別 (1つに〇)	1. 男 2. 女
8. この病棟に関わっている年数	_____年目
9. 精神科経験年数	_____年目

	全く そう思わない			常に そう思う	
1) チームリーダーは私が自分自身の問題を解決するのを後押ししない	1	2	3	4	5
2) チームリーダーに対して、自分がどういう立場かが分からない	1	2	3	4	5
3) チームリーダーは自分の考えをメンバーに明らかにしない	1	2	3	4	5
4) チームリーダーはメンバーが新たな一歩を踏み出すのを奨励しない	1	2	3	4	5
5) 毎日皆と働くのが楽しい	1	2	3	4	5
6) 私はこのチームの一員であることを誇りに思う	1	2	3	4	5
7) 私はチームの目的や目標に共感している	1	2	3	4	5
8) チームのミーティングで、私たちは必要な問題について話し合い解決する	1	2	3	4	5
9) チームのミーティングは、いつもあまり成果がない	1	2	3	4	5
10) 私たちのチームミーティングはまとまりがない	1	2	3	4	5
11) チームメンバーで話しているとき、皆がお互いに理解し合っている	1	2	3	4	5
12) チームの他のメンバーからは気軽にアドバイスをもらえると思う	1	2	3	4	5
13) チームの他のメンバーと話すのは楽しい	1	2	3	4	5
14) チームのメンバーはお互いを気軽に援助することができる	1	2	3	4	5
15) 自分のチームで働くのが毎日楽しい	1	2	3	4	5
16) 問題を解決するために、全てのメンバーが一生涯懸命取り組む	1	2	3	4	5

もし、ご自身がリーダーの場合は、1)2)3)4)についてはご自身についてお答えください

	全く そう思わない					常に そう思う				
17) 家族の要望に応えるために、チームはよい仕事をしている	1	2	3	4	5					
18) 全てのチームのメンバーがそれぞれの経験と専門知識に基づいて、よい解決策を生み出す	1	2	3	4	5					
19) 患者のケアニーズに応えるため、私たちのチームはよい仕事をしている	1	2	3	4	5					
20) チームのメンバーは、チーム内の他のメンバー同士の意見の相違を無視したり、避けたりする	1	2	3	4	5					
21) 私たちのチームは緊急事態への反応がよい	1	2	3	4	5					
22) 私たちのチームはほとんどいつも患者のケアニーズを満たしている	1	2	3	4	5					
23) 様々な患者がいるが、私たちのチームはよい成果をあげている	1	2	3	4	5					
24) 全体的に、私たちのチームはとてもよく機能している	1	2	3	4	5					
25) このチームの中では、問題を解決するにあたり、全ての意見が考慮される	1	2	3	4	5					

標準的な日において

26) 私の職場は	ストレスが多い	1	2	3	4	5	心地よい
27) 私の職場は	やたらにうるさい	1	2	3	4	5	適度に静かだ
28) 私が使っている備品は	質が低い	1	2	3	4	5	質が高い
29) 私が必要とする備品はいつも	品切れだ	1	2	3	4	5	手に入る
30) 私が必要とする備品はいつも	整理されていない	1	2	3	4	5	よく整理されている
31) 手に入る備品はいつも	不十分だ	1	2	3	4	5	十分だ
32) 私たちはいつも	人手不足だ	1	2	3	4	5	人手が足りている

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

分担研究報告書

－精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究－

医療経済学の観点から

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所 室長

研究要旨：本研究では、精神科病院における平均在院日数適正化のためには適切なインセンティブ（＝診療報酬）を設定するために医療経済学の観点から基礎資料を作成することを目的とし、4種類の分析を行った。（この分担報告書以降、4種の分析ごとの分担報告書が続く。）

研究方法：平均在院日数を短縮化するために必要な施策として、目的にあった診療報酬体系を再構築することが必要であるが、福祉部門との連携を視野に入れた上での設計が必要であると考えられた。これをふまえ、①退院促進策のあり方について、英国の事例（退院遅延解消策・ダイレクトペイメント）を例として英国訪問調査結果および文献検討により、経済理論の観点から検討した。②英国の保健医療福祉サービス単価推計について検討し、日本における医療と福祉をつなぐ診療報酬のあり方に対する含意を検討した。③日本における精神障害者社会復帰施設の定員数の拡大が平均在院日数短縮化にどのような影響を与えているのかをマクロデータから検討した。④平均在院日数の短縮化を行う診療報酬体系の設計を準備するための基礎資料として隔離室入室のコスト計算調査の準備を行った。

結果：①英国の事例検討から、精神科疾患患者の退院促進策を実施する際の地域ケア資源の確保の重要性が明らかとなった。②英国の保健医療福祉サービス単価推計についての検討から医療と福祉のコスト配賦の情報を明確化することの意義が明らかとなった。③精神障害者社会復帰施設の定員数の拡大は平均在院日数の短縮化を進める可能性があるが、現時点では効果が小さいことが明らかになった。④調査準備作業からチーム医療を行っている場合ですら、職種間の業務に関する認知の差が存在することが明らかとなった。

考察と結論：英国の経験と日本の現状での実証的な分析から、医療と福祉の間をつなぐ、明確化された、診療報酬体系を構築することにより早期の退院を促し、それにより地域ケアに対する需要を高めていくことが必要であると考えられる。具体的な診療報酬体系をどのように設計すべきであるかについて今年度の検討から一定の知見が得られたため、専門家などからのヒアリングを踏まえつつ具体的な体系の提案を行うことが必要と考えられる。

A. 研究目的

精神科病院における平均在院日数適正化のためには適切なインセンティブ（＝診療報酬）を設定するための基礎資料を作成すること。

B. 研究方法

平均在院日数を短縮化するために必要な施策として、目的にあった診療報酬体系を再構築することが必要であるが、福祉部門との連携を視

野に入れた上での設計が必要であると考えられた。これをふまえ、①退院促進策のあり方について、英国の事例（退院遅延解消策・ダイレクトペイメント）を例として英国訪問調査結果および文献検討により、経済理論の観点から検討した。②英国の保健医療福祉サービス単価推計について検討し、日本における医療と福祉をつなぐ診療報酬のあり方に対する含意を検討した。③日本における精神障害者社会復帰施設の定員数の拡大が平均在院日数短縮化にどのような影響を与えているのかをマクロデータから検討した。④平均在院日数の短縮化を行う診療報酬体系の設計を準備するための基礎資料として隔離室入室のコスト計算調査の準備を行った。

（倫理面への配慮）
該当しない。

C. 研究結果

①英国の事例検討から、精神科疾患患者の退院促進策を実施する際の地域ケア資源の確保の重要性が明らかとなった。②英国の保健医療福祉サービス単価推計についての検討から医療と福祉のコスト配賦の情報を明確化することの意義が明らかとなった。③精神障害者社会復帰施設の定員数の拡大は平均在院日数の短縮化を進める可能性があるが、現時点では効果が小さいことが明らかになった。④調査準備作業からチ

ーム医療を行っている場合ですら、職種間の業務に関する認知の差が存在することが明らかとなった。

D. 考察

英国の経験と日本の現状での実証的な分析から、医療と福祉の間をつなぐ、明確化された、診療報酬体系を構築することにより早期の退院を促し、それにより地域ケアに対する需要を高めていくことが必要であると考えられる

E. 結論

具体的な診療報酬体系をどのように設計すべきであるかについて今年度の検討から一定の知見が得られたため、専門家などからのヒアリングを踏まえつつ具体的な体系の提案を行うことが必要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

（発表誌名巻号・ページ・発行年等も記入）
泉田信行・野田寿恵・伊藤弘人・樋口輝彦(2007)
「英国の保健医療福祉ケア単価推計の日本の精神科医療への意義」『社会保険旬報』, No.2337,
2007年12月21日刊行, pp.20-26.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）
なし。

－精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究－

医療経済学の観点から（英国の退院遅延対策とダイレクト
ペイメントの日本への含意について）

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所 室長

研究要旨：英国における退院遅延対策等の医療関連施策による精神科治療に対する影響に関する分析から日本の精神科医療に対する施策について文献検討を実施することおよび経済理論の観点から検討すること

研究方法：具体的な方法としては、英国における訪問調査の実施、文献検討および経済理論の観点からの分析である。分析対象となる英国の施策としては、NHS 病院における退院遅延の問題を解決することを目指した医療分野における Community Care Act2003 の実施と、福祉分野における Direct Payment の実施とした。

結果：退院遅延施策については、精神科医療を受けている患者はコミュニティケアの不足による退院遅延解消の対象となっていなかった。これは精神科患者の退院促進が検討される際に常につきまとう議論が発生していたことによる。その後議会で議論されたが、結局精神疾患患者の退院遅延はこの法律の適用対象とならなかった。他の障害者に対するコミュニティケアに比して、精神障害者をサポートするコミュニティケアが相対的に不足していることによると考えられる。ダイレクト・ペイメントを受けている者を障害別に分類すると、身体障害、虚弱、感覚障害の者が 51%、高齢者 30%、学習障害 11%、精神障害 4%となっていた。精神障害者の精神障害者を除外する規定が存在することが指摘できる。

結論：精神障害者の地域生活を検討する際に必ず指摘される問題についてどのように考えるかに関する社会的な合意が必要である。より現実的な課題として、精神障害者を支えるコミュニティケアは十分な量が供給されているか否かが問題となる。これらの点に関する合意形成やサービス供給量の確保がなければ、精神科ケアの先進国と考えられる英国においても、精神科患者への施策は実施しにくいことが明らかになった。英国での施設から地域へケアの重心をより移動させる施策の結果をさらに十分に検討し、日本と英国のサービス提供体制や社会的合意の違いを踏まえた上で、英国での経験を踏まえた施策の実施が日本の精神障害者ケアの実施に対して求められる。

A. 研究目的

英国における退院遅延対策等の医療関連施策による精神科治療に対する影響に関する分析か

ら日本の精神科医療に対する施策について文献検討を実施することおよび経済理論の観点から検討すること。

B. 研究方法

具体的な方法としては、英国における訪問調査の実施、文献検討および経済理論の観点からの分析である。分析対象となる英国の施策としては、NHS 病院における退院遅延の問題を解決することを目指した医療分野における Community Care Act 2003 の実施と、福祉分野における Direct Payment の実施とした。(なお、英国における訪問調査はこの点のヒアリングのみならず、英国における保健医療福祉単価推計の実施にかかる点に関するヒアリングもその目的となっている。)

(倫理面への配慮)

該当しない。

C. 研究結果

退院遅延施策について

英国の医療問題は、よく知られているとおり、入院待機患者の多さである。待機患者の発生する理由として、論理的には退院遅延が存在することが考えられる。退院遅延患者は一時"bed blocking"と英国では呼ばれ社会問題とされていた。"bed blocking"は日本で言うところの社会的入院に該当する。この退院遅延問題に対応するために英国政府は 2003 年に Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003 を成立させた。この法律の根幹の内容は、退院遅延が地域のコミュニティケアの不足によるものである場合には、医療機関は自治体に対して一日 120 ポンド (ロンドン地域) ないしは 100 ポンド (ロンドン以外の地域) を課金することが可能となった (課金しないこともできる)。一般的には入院医療よりは在宅医療の方がコストは安いいため、この施策の導入は医療と地域ケアのト

ータルで見れば、コストを削減するものと考えられる。

Godden 他(2007)の論文(この論文の存在は英国訪問時にその存在を Peter C. Smith 教授に教授いただいた)によると、全年齢階級の入院患者のうち地域ケアへの移行によって退院遅延の状況にある患者は 2001 年第二四半期にピークを迎え、7065 人/日、入院患者全体に対して 6.6%であった。その後、Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003 の施行以前からその比率は低下し始めていた。これは医療費の拡大を提案した The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform の実施によるものと考えられる。同法の施行前には一旦比率低下のスピードが遅くなるが、2003 年第二四半期の法施行により次の四半期までに比率が 4.0% から 3.1%、人数にして 1000 人程度退院遅延者が減少した。退院遅延比率は 2004 年第四四半期から 2005 年第四四半期まで 2.1%程度で安定しているため、ほぼ法施行の効果は出きったと判断することが可能であろう。

では、この施策は退院促進策として有効であったのか、という点が次に問題となる。Godden 他(2007)の論文によると、法施行から次の四半期までに地域ケアの不足によるとされる退院遅延患者による入院日数合計は 12 万日から 6 万日に半減している。この点を見れば、施策は成功と評価されよう。しかしながら、地域ケアの不足ではなく、NHS 病院の要因によるとされる退院遅延患者の入院日数合計は同期間に 16 万日と高止まりしていた。これを考え合わせると、28 万日あった退院遅延患者による入院日数合計を 22 万日まで引き下げたこととなる。この下げ幅が大きいとみなされるか否かが政策の評価となるであろう。

この施策と精神科医療の関係について見る。実はこの法律の制定当時、精神科医療を受けている患者はコミュニケアの不足による退院遅延解消の対象となっていなかった。これは精神科患者の退院促進が検討される際に常につきまとう議論が発生していたことによる。結局精神疾患患者の退院遅延はこの法律の適用対象とならなかった。この点について、Peter C. Smith 教授にヒアリングしたところ、ひとつの問題は他の障害者に対するコミュニケアに比して、精神障害者をサポートするコミュニケアが相対的に不足していることを指摘していた。この点は Martin Knapp 教授も同様の指摘をしていた。

ダイレクト・ペイメントについて

ダイレクト・ペイメントは日本の支援費や障害者自立支援法による障害福祉サービスの利用と同様に障害者が現金給付を政府から受けサービスの配分をサポートを受けつつ自ら決定する仕組みである。小川(2005)によれば、当初身体障害、感覚障害、知的障害、その他の様々な疾病 (HIV や AIDS など)、ないしは精神疾患のある、64 歳以下の者に限られていたが、1997 年以降 65 歳以上に給付するか否かは自治体の裁量になったとされている。他の者はさておき、精神疾患を持つ者が対象とされていることにより精神疾患患者の地域での生活が保証されることにより、入院ではなく地域でケアを受ける英国の精神科医療を福祉面で支えらる。しかしながら、他のコミュニケアを受けているものの、精神障害者のダイレクト・ペイメント利用は制約されており、実際に利用者の数は少ない。

National Social Inclusion Programme のウ

ェブサイトに掲載されている精神疾患患者向けのダイレクト・ペイメントの説明文書"An introduction to Direct Payments in mental health services: Information for people eligible to use mental health services and carers"にダイレクト・ペイメントから除外される者のリストが掲載されている (この説明文書は http://www.socialinclusion.org.uk/publications/Direct_Payments_SU_Guide.pdf にて入手可能である。)。なお、1983 年精神保健法は 2007 年法により改正されている。加除修正については Mental Health Act 1983 AS IT IS TO BE AMENDED BY THE MENTAL HEALTH ACT 2007、という資料が保健省から刊行されている。

そこでは、自分自身のために必要なケアのアレンジをする自身の権利が制限される状況にある少数の人々はダイレクト・ペイメントの対象とならない。このような人々には以下の者が含まれるとしている。

- (1)以下の理由により後見を受ける状況にあるもの
 - 1)1983 年精神保健法第 7 条 (後見の申請) に基づいてなされた申請
 - 2)1983 年精神保健法第 37 条 (入院及び後見を命令する裁判所の職権) に基づいてなされた命令
- (2)1983 年精神保健法第 17 条 (退院許可) によって与えられる許可の下に退院している者
- (4)3)1983 年精神保健法第 25 条 A の範囲内におけるスーパーバイズの下でアフターケアを受けている者 (ただし、1983 年精神保健法第 25 条 A は 2007 年精神保健法で削除された)
- (5)1983 年精神保健法 42 条 2 項 (行動制限命令