

	0	1	2	3	4
13. ひんしゆく・マナー 世間でひんしゆくをかかうような癖や習慣はないか(例: 除部を掻く、大きな放屁を平気でするなど)	礼儀正しい	概ね礼儀正しい	時々ひんしゆくをかかう行為	しばしばひんしゆくをかかう(週1回)	ほとんどひんしゆくをかかう振舞い
14. 破滅的行動 財産、所有物などのみを破壊するに至った行動について評価	感情を制御でき、振る舞いも適切	時々物を壊すといつて音すが、破壊的行動はない	たびたび物を壊すといつて音す	一か月以内に怒りにまかせて物を壊したことがある	
15. 抑うつ 「生まれてこなかったほうがよかった」とか、「人生なんて意味がない」とつぶやいていたなど。自殺企図は評価しない。	なし	時々そのような振る舞いがある(月1、2回短期で)	しょっちゅう、もしくは週一回程度で長期の抑うつ	頻りにある(毎日)	
16. 性的逸脱行動 公衆ではなく、特定の他者に向けられる性的行動について評価する(公衆の場合は13で評価する)	なし	いくらか性的なことに心を惹かれている(月1回程度)	しばしば不適切な性的振る舞いがある(月1回程度以上)	頻りに、明らかに不適切な性的振る舞いがある	頻りに、度をこした振る舞いがあり家庭生活や社会生活に支障がある
17. 身だしなみ・清潔度 清潔、髪の手入れ、更衣、失音、奇妙な服装	頻りに保つことができる	時々注意を要する	不潔で奇妙な嗜好のため、たびたび身なりに注意を要する	かなり頻りに無頓着であり、注意や助言が必要	著しく清潔に無頓着。注意しなければ汚いや失音の恐れがある
18. 動きの鈍さ 座るのが異常にゆっくり、歩くのが異常に遅いなど。年齢、身体的な状態は考慮する。	異常な動きの鈍さはない	時々中程度に動作が鈍くなるが、普段は鈍くない	しょっちゅう、刺激を与えられても中程度に動作が鈍い	常に中程度に動きが鈍く、時には極めて遅くなる	極めて動きが遅い
19. 異常な活動性の低さ 刺激を加えなければ座ったまま何もしないのは中程度の活動性が落ちた状態。動きの鈍さと活動性の低さは別に評価する。	異常な活動性の低さはない	時々、中程度に活動性が落ちるが、普段は問題なし	しょっちゅう、刺激を与えられても中程度に非活動的	しょっちゅう、中程度に非活動的に極めて低い時もある	極めて活動性が低い
20. 集中力 自分で集中しようとしてもすることが難しいか。テレビ、読書など。	問題なし	集中できない時がある	一度に数分だけ集中できる		
21. 社会的適応を妨げる行動 上記以外の行動で、社会的適応を妨げる行動があるか(例・喫煙、過食・拒食、盗癖、強迫行為、睡眠障害、飲酒)	そのような行動異常はみられない	過去一ヶ月以上前にあったと思われる	過去一ヶ月以内に数回あった		

機能の全体的評価尺度

(Global Assessment of Functioning: GAF)

- ・ 症状の重症度と機能レベルの二つの側面から、対象ケースの状態を評価します。
- ・ 下記の採点基準を 91～100 点から順に読み進めていき、過去一か月間で一番状態が悪いときの、症状の重症度または機能レベルのどちらか悪いほうが決まる得点範囲(例：31-40 点)を決めてください。
- ・ 次に、その 10 点の得点範囲内の点数を決めてください。たとえば、45、68、72 のように、得点範囲内で適当と思う点数をひとつ決め、一番下の回答欄に記入してください。

GAF の採点基準

91～100 点	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81～90 点	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例：試験前の軽い不安)ある。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味を持ち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例：たまに、家族と口論する)。
71～80 点	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例：家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例：学校で一時遅れをとる)。
61～70 点	いくつかの軽い症状がある(例：抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的、または学校の機能に、いくらかの困難がある(例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能がかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51～60 点	中等度の症状(例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例：友達が少ししかない、仲間や仕事の同僚との葛藤)がある。
41～50 点	重大な症状(例：自殺念慮、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする)、または、社会的、職業的、または学校の機能における何らかの深刻な障害(友達がいない、仕事が続かない)がある。
31～40 点	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥(例：会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)がある。
21～30 点	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意思伝達や判断に重大な欠陥がある(例：時々、減裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例：一日中、床にしている、仕事も家庭も友達もない)。
11～20 点	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例：大便を塗りたくる)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例：大部分減裂か無言症)がある。
1～10 点	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例：暴力の繰り返し)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為がある。
0 点	情報不十分

GAF 得点	点
--------	---

別紙② 生活障害評価（日精協版）

項目	評価	内容
1.食事	1	適量の食事を適時にとることができる。（外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない）
	2	時に施設からの提供を必要とする場合があるが、「1」がだいたい自主的にできる。
	3	時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
	4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
	5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2.生活リズム	1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる
	2	時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
	3	時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
	4	起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
	5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3.保清	1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて（週に1回くらいは）、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
	2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなせる。
	3	個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
	4	個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
	5	助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4.金銭管理	1	1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
	2	時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
	3	一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
	4	3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
	5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5.服薬管理	1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
	2	薬の必要性は理解しているにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。（週に1回以下）
	3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。（週に2回以上）
	4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助（場合によりデボ剤使用）、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
	5	助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デボ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6.対人関係	1	あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
	2	「1」が、だいたい自主的にできる。
	3	だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
	4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
	5	助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7.社会的適応を妨げる行動	1	周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
	2	この1か月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
	3	この1か月に、そのような行動が何回かあった。
	4	この1週間に、そのような行動が数回あった。
	5	そのような行動が毎日のように頻回にある。

【二軸評価からみた状態像区分】

T3	精神症状						合計
	1	2	3	4	5	6	
能力障害1							0
能力障害2			5				5
能力障害3			14	7	1		22
能力障害4			4	4	3	1	12
能力障害5			1	4	7	2	14
合計	0	0	24	15	11	3	53

1群: 0
2群: 5
3群: 14
4群: 5
5群: 29
計 53

患者集計 (N=53 人)

T3	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	1群(0.0%)					
能力障害2	2群(9.4%)					
能力障害3		4群(9.4%)	3群(26.4%)			
能力障害4						
能力障害5						5群(54.7%)

本5	精神症状						合計
	1	2	3	4	5	6	
能力障害1							0
能力障害2	1		2	1			4
能力障害3				3	5		8
能力障害4			2	1	2		5
能力障害5						5	5
合計	0	1	4	5	7	5	22

1群: 1
2群: 2
3群: 0
4群: 2
5群: 17
計 22

患者集計 (N=22 人)

本5	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	1群(4.5%)					
能力障害2	2群(9.1%)					
能力障害3		4群(9.1%)	3群(0.0%)			
能力障害4						
能力障害5						5群(77.3%)

T3+本5	精神症状						合計
	1	2	3	4	5	6	
能力障害1							0
能力障害2	1		7	1			9
能力障害3			14	10	6		30
能力障害4			6	5	5	1	17
能力障害5			1	4	7	7	19
合計	0	1	28	20	18	8	75

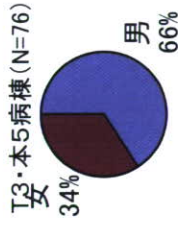
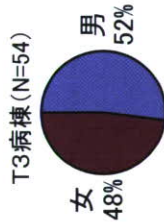
1群: 1
2群: 7
3群: 14
4群: 7
5群: 46
計 75

患者集計 (N=75 人)

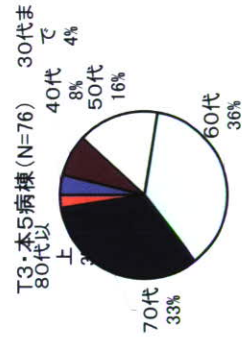
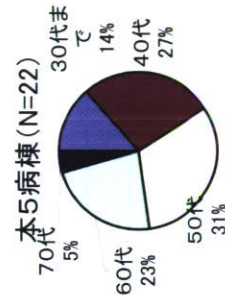
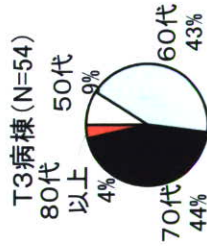
T3+本5	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6
能力障害1	1群(1.3%)					
能力障害2	2群(9.3%)					
能力障害3		4群(9.3%)	3群(18.7%)			
能力障害4						
能力障害5						5群(61.3%)

【基本調査】

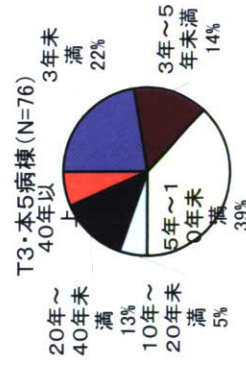
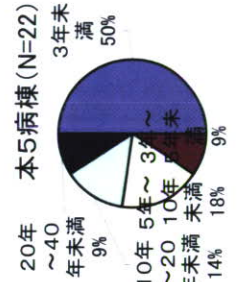
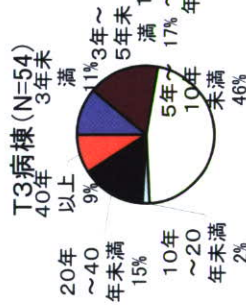
性別	T	3	本	5	合計
男	28	51.9%	22	100.0%	50
女	26	48.1%			26
合計	54		22		76



年代	T	3	本	5	合計
30代まで			3	13.6%	3
40代			6	27.3%	6
50代	5	9.3%	7	31.8%	12
60代	23	42.6%	5	22.7%	28
70代	24	44.4%	1	4.5%	25
80代以上	2	3.7%			2
合計	54		22		76



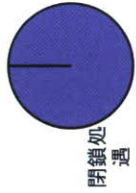
入院期間	T	3	本	5	合計
3年未満	6	11.1%	11	50.0%	17
3年～5年未満	9	16.7%	2	9.1%	11
5年～10年未満	25	46.3%	4	18.2%	29
10年～20年未満	1	1.9%	3	13.6%	4
20年～40年未満	8	14.8%	2	9.1%	10
40年以上	5	9.3%			5
合計	54		22		76



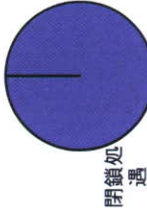
患者処遇

	T	本	合計
閉鎖処遇	3	5	
開放処遇	53	22	75
合計	53	22	75

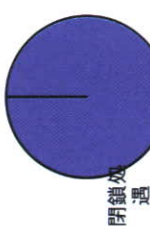
T3病棟 (N=53)



本5病棟 (N=22)



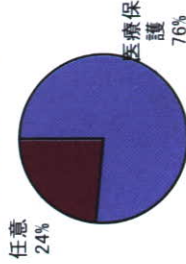
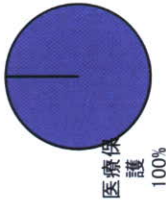
T3・本5病棟 (N=75)



入院形態

	T	本	合計
医療保護	36	22	58
任意措置	18		18
その他			
合計	54	22	76

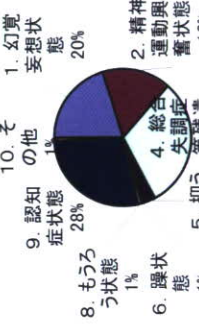
本5病棟 (N=22)



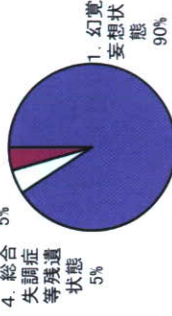
4. 病態

	T	本	合計
1. 幻覚妄想状態	29	20	49
2. 精神運動興奮状態	23		23
3. 昏迷状態	44	1	45
4. 総合失調症等残遺状態	4		4
5. 抑うつ状態	1		1
6. 躁状態	1		1
7. せん妄状態	1		1
8. もうろう状態	40	1	41
9. 認知症状態	1		1
10. その他	1		1
合計	54	22	76

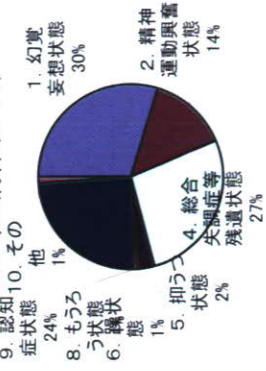
T3病棟 (N=54)



10. 本5病棟 (N=22)



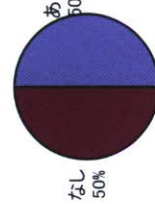
T3・本5病棟 (N=76)



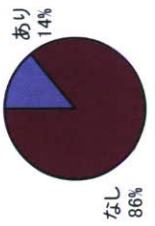
身体合併症

	T	本	合計
あり	24	3	27
なし	24	18	42
合計	48	21	69

T3病棟 (N=48)



本5病棟 (N=21)

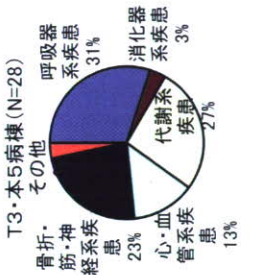
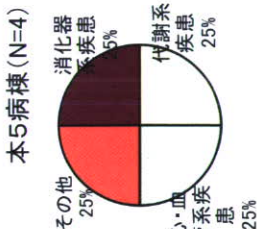
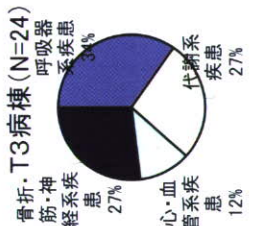


T3・本5病棟 (N=69)



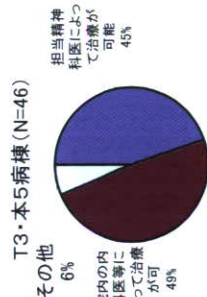
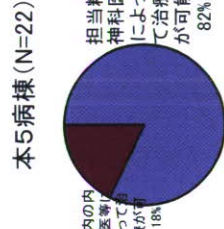
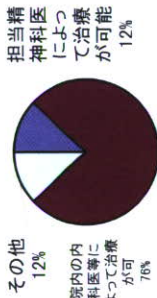
治療中の身体合併症

	T 3	本 5	合計
呼吸器系疾患	9	1	10
消化器系疾患	7	1	8
代謝系疾患	3	1	4
心・血管系疾患	7	1	8
骨折・筋・神経系疾患	9	1	10
その他	1	1	2
合計	24	4	28



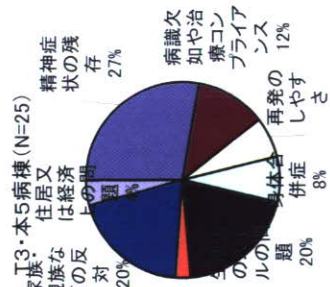
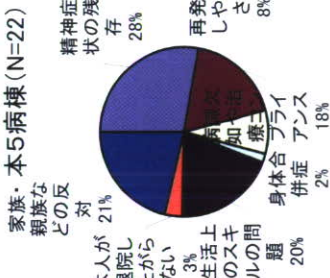
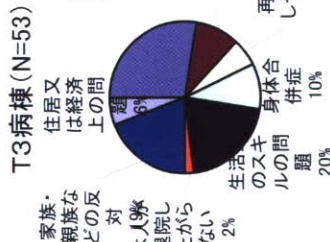
身体合併症の程度

	T 3	本 5	合計
担当精神科医によって治療が可能	3	18	21
院内の内科医等によって治療が可能	19	4	23
院外の専門医療機関での治療が必要	3	3	6
その他	1	1	2
合計	24	22	46

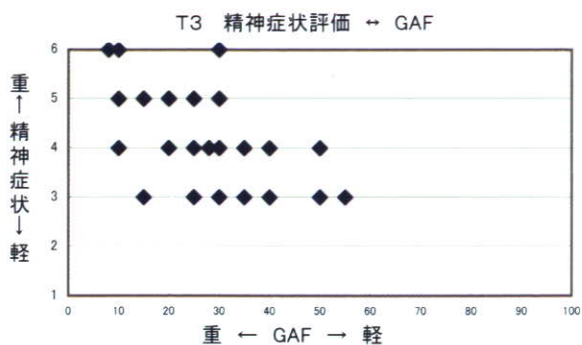


退院困難要因

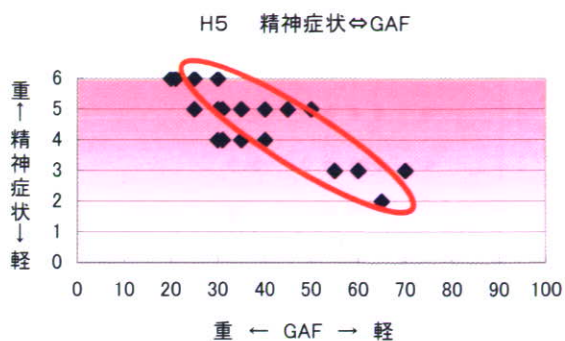
	T 3	本 5	合計
精神症状の残存	42	17	59
病識欠如や治療コンプライアンス	14	11	25
再発のしやすさ	9	5	14
生活上のスキルの問題	15	1	16
本人が退院したくない	31	12	43
家族・親族などの反対	3	2	5
住居又は経済上の問題	29	13	42
地域住民等の反対	9	9	18
その他	1	1	2
合計	53	22	75



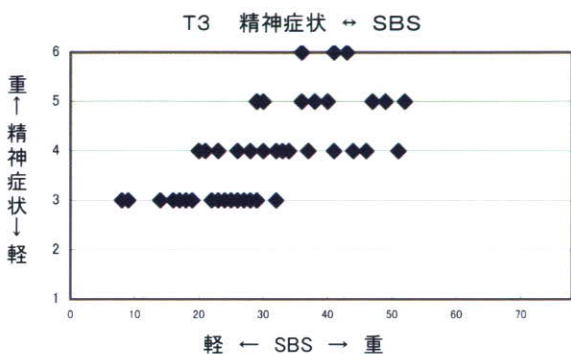
精神症状（2軸評価）⇔ 各評価（病棟比較）



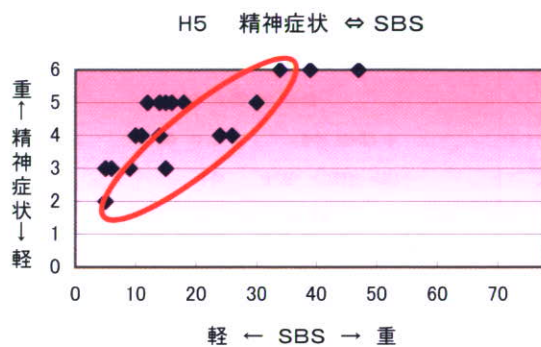
相関係数 = -0.6494



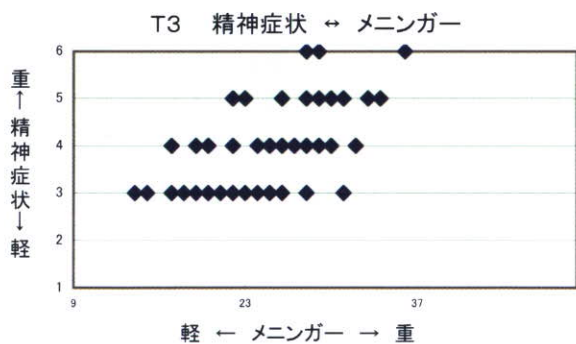
相関係数 = -0.8185



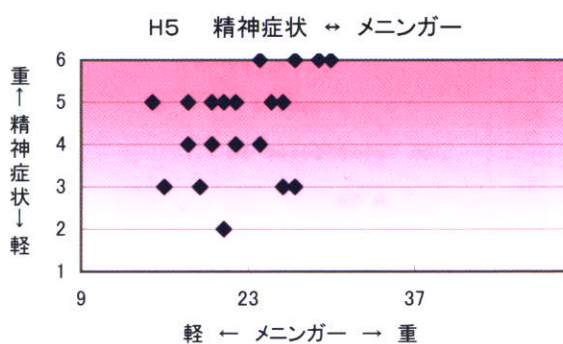
相関係数 = 0.6938



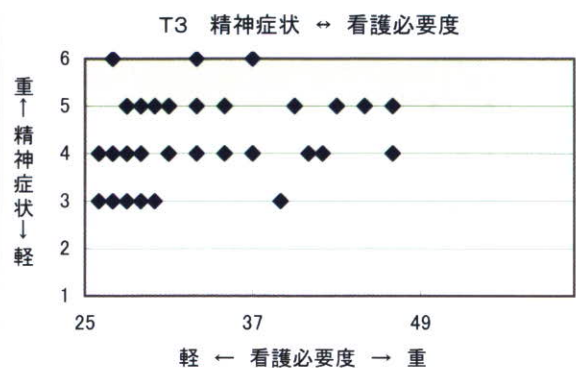
相関係数 = 0.8025



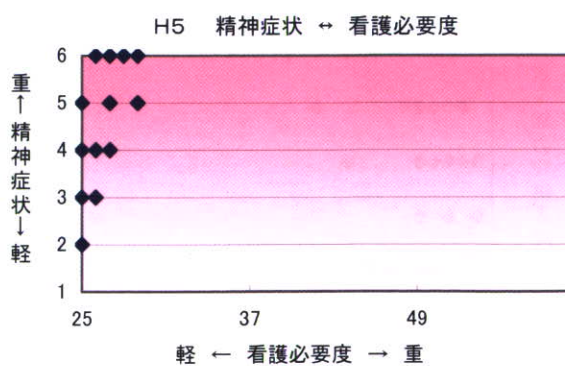
相関係数 = 0.6418



相関係数 = 0.4249

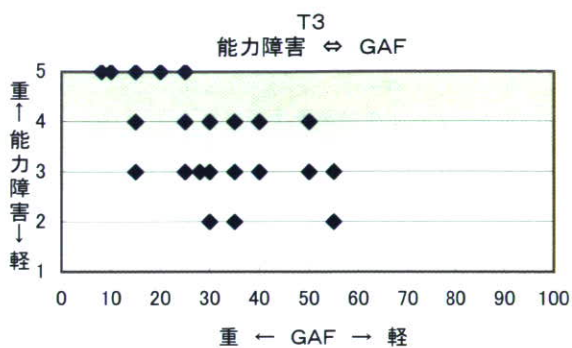


相関係数 = 0.4744

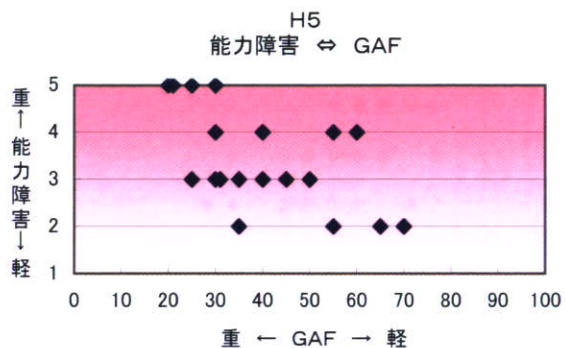


相関係数 = 0.5712

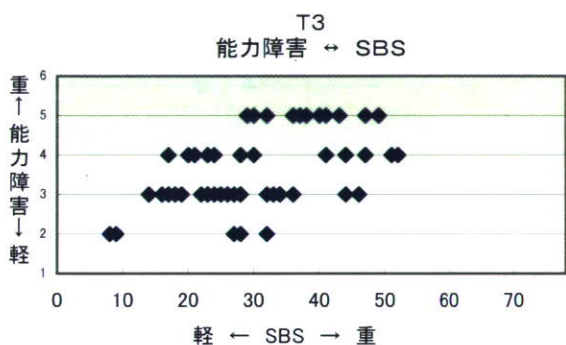
能力障害（2軸評価）⇔ 各評価（病棟比較）



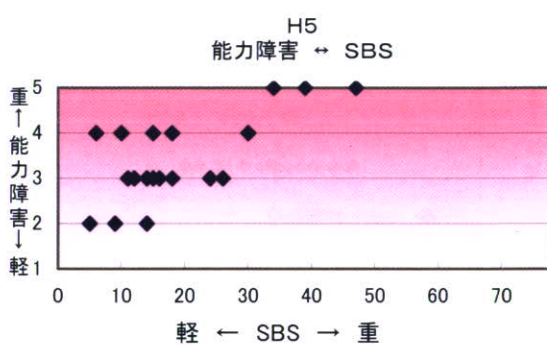
相関係数 = -0.6708



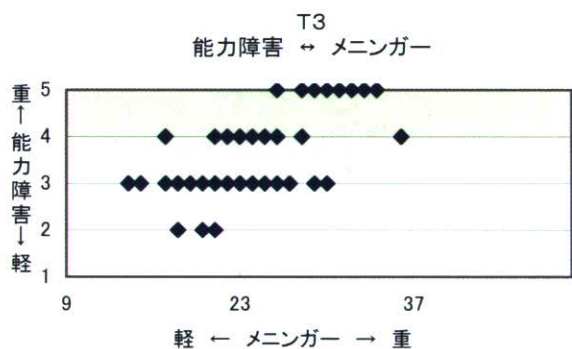
相関係数 = -0.6028



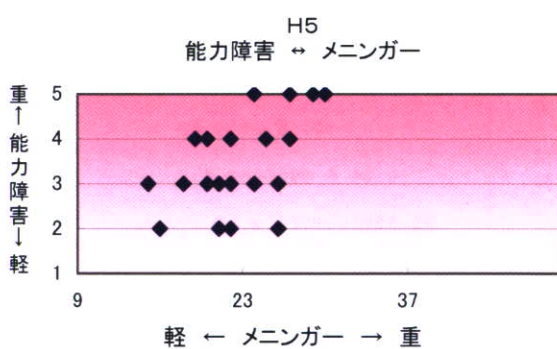
相関係数 = 0.5304



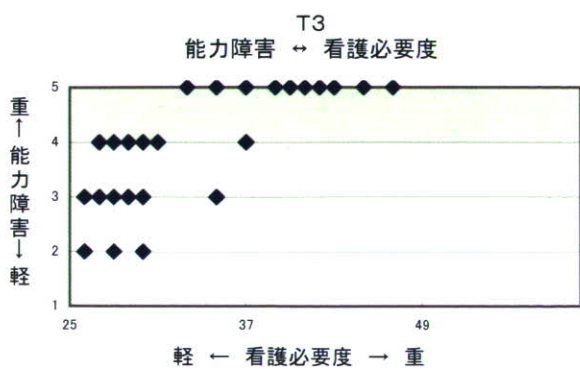
相関係数 = 0.7845



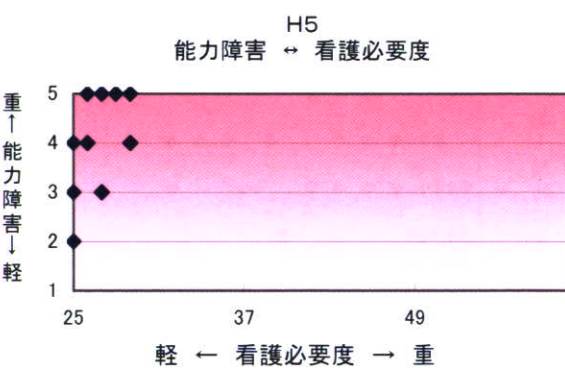
相関係数 = 0.6786



相関係数 = 0.5899

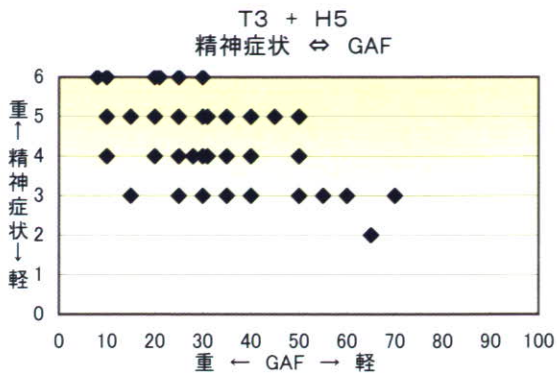


相関係数 = 0.7460

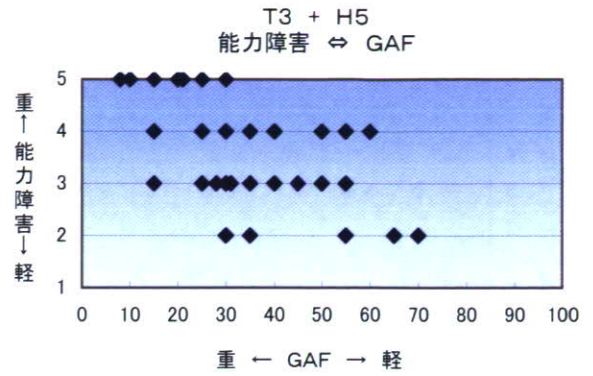


相関係数 = 0.6705

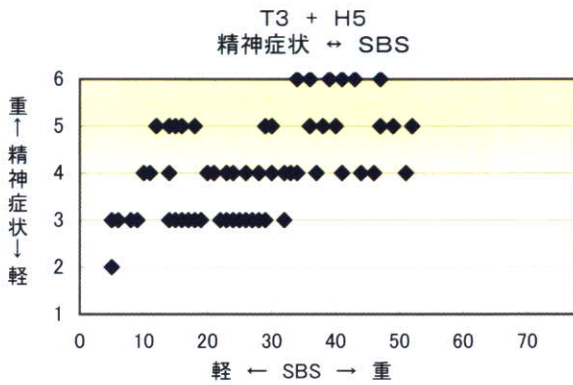
精神症状および能力障害 ⇔ 各評価 (病棟合算)



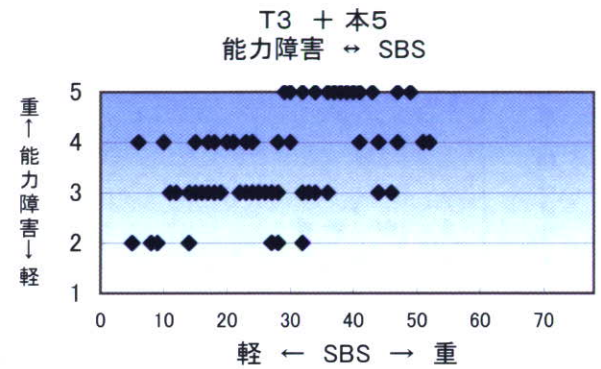
相関係数 = -0.5756



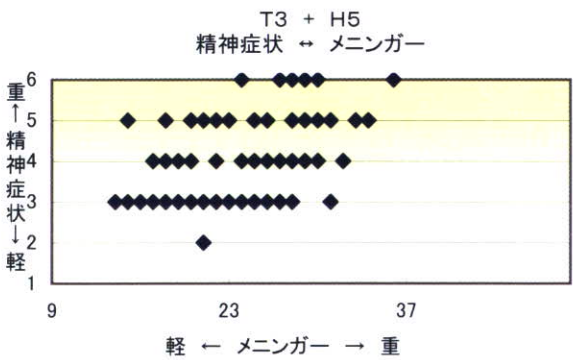
相関係数 = -0.6402



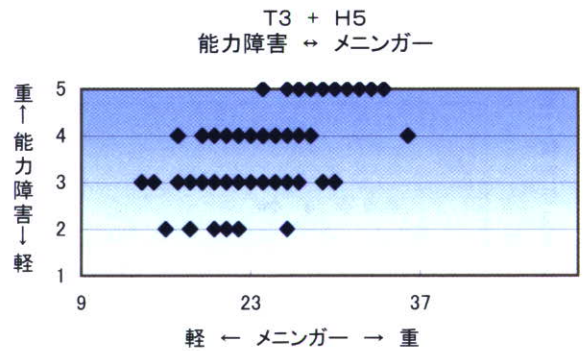
相関係数 = 0.5485



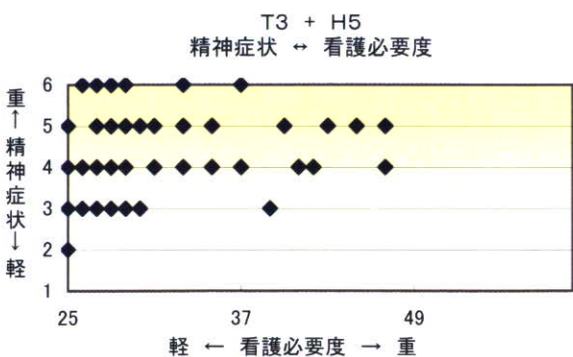
相関係数 = 0.5965



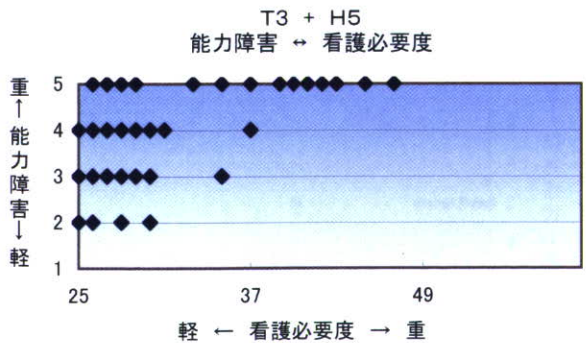
相関係数 = 0.5128



相関係数 = 0.6532

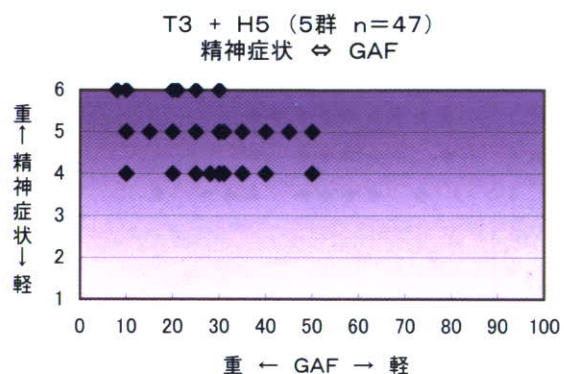
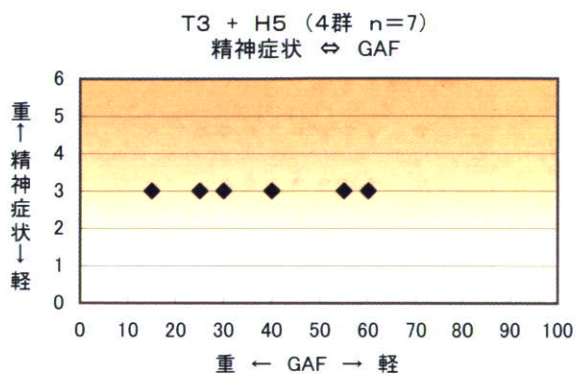


相関係数 = 0.2510

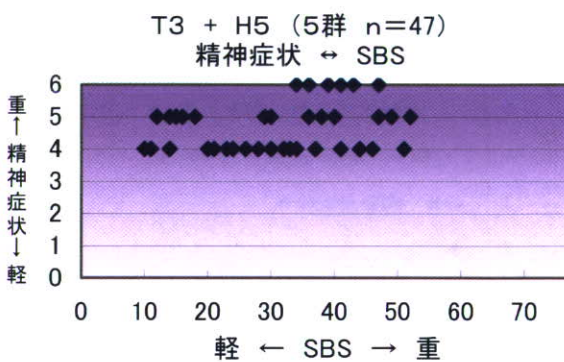
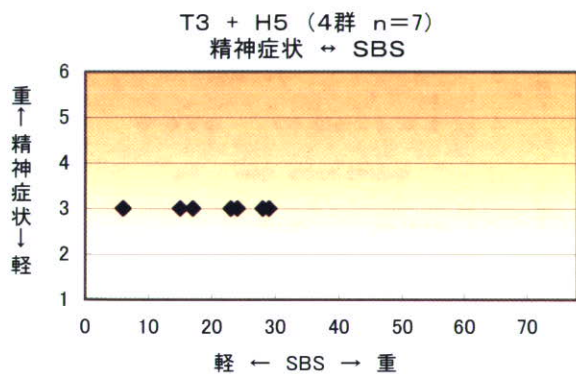


相関係数 = 0.6341

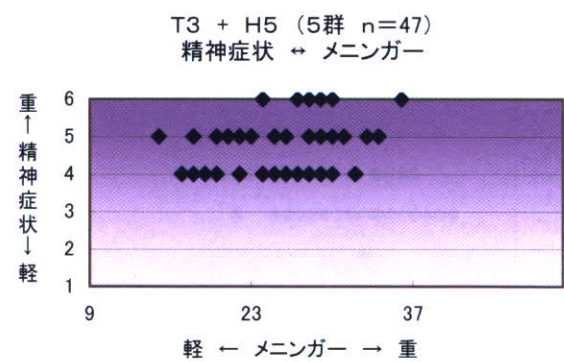
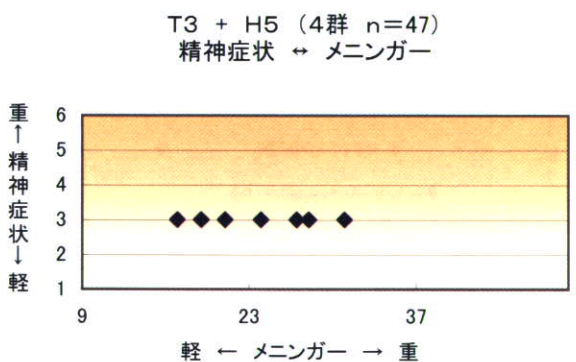
精神症状 ⇔ 各評価 (二軸評価における4群・5群比較)



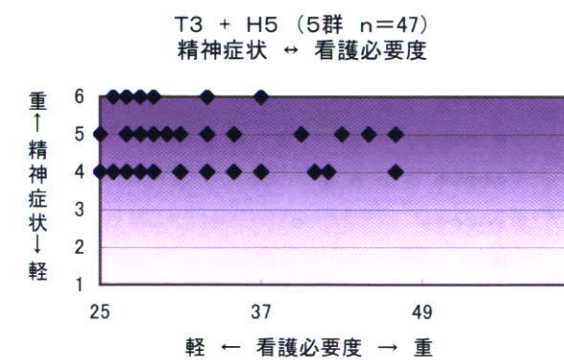
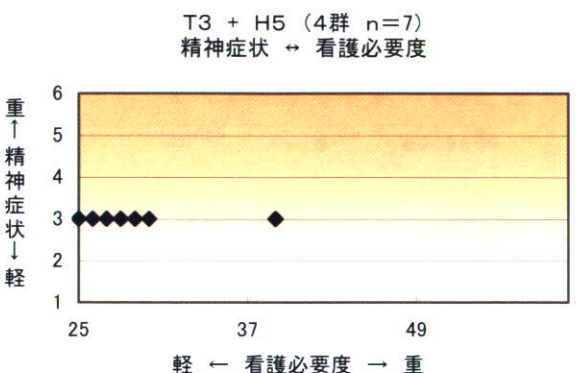
相関係数 = -0.6478



相関係数 = 0.5417

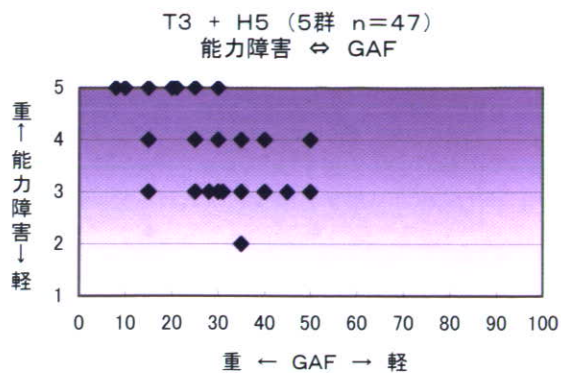
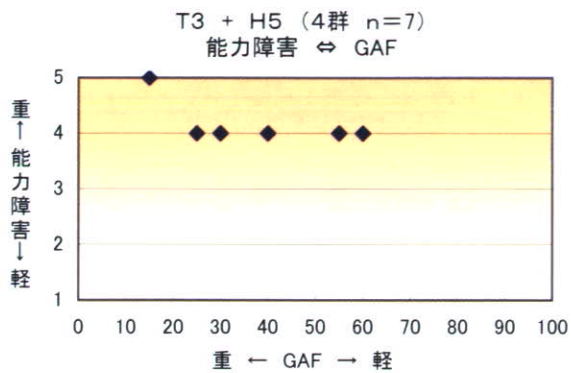


相関係数 = 0.6394

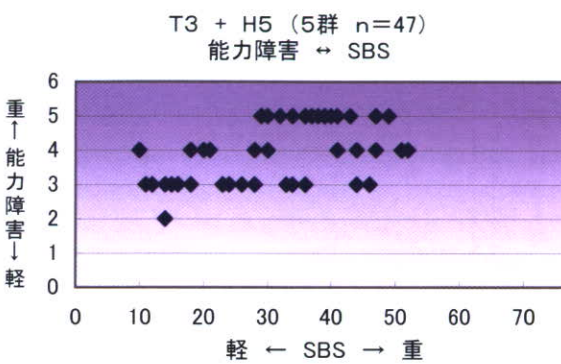
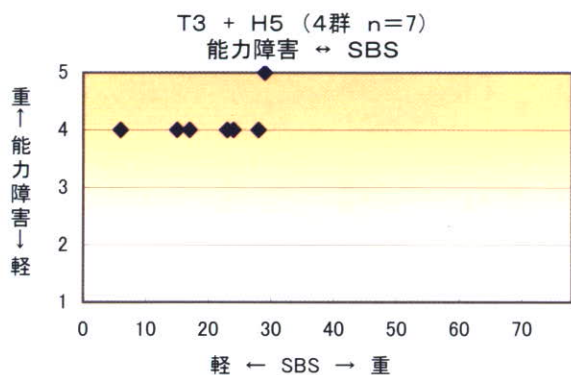


相関係数 = 0.6465

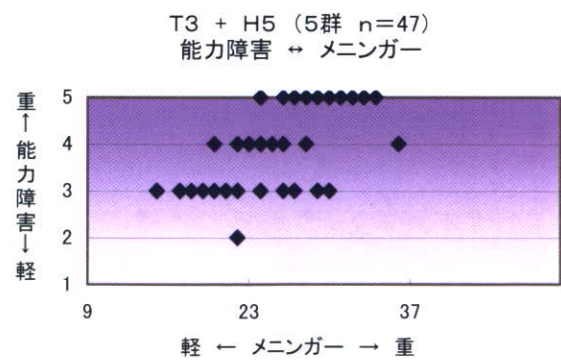
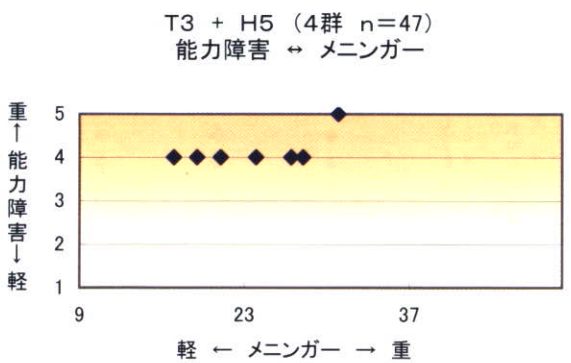
能力障害 ⇔ 各評価 (二軸評価における4群・5群比較)



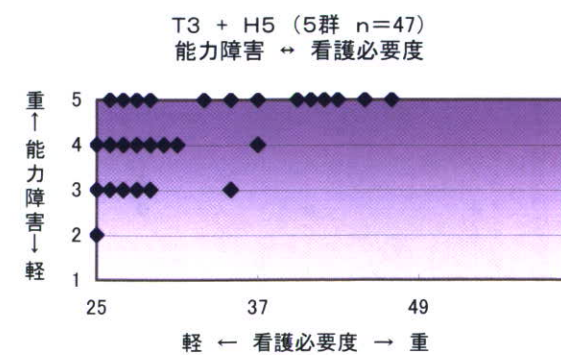
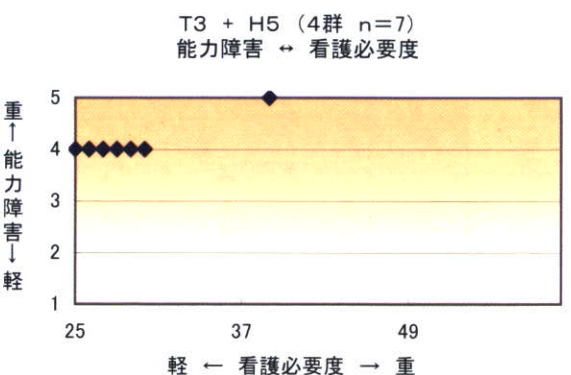
相関係数 = -0.6478



相関係数 = 0.5417

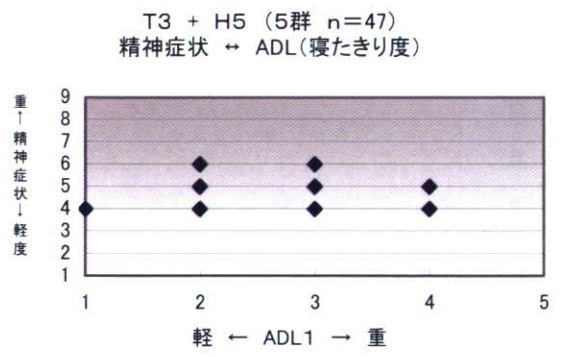
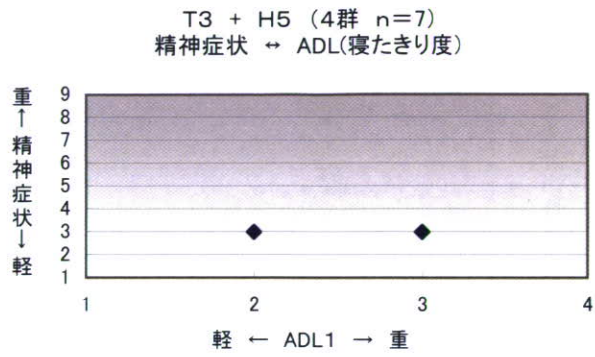


相関係数 = 0.6394

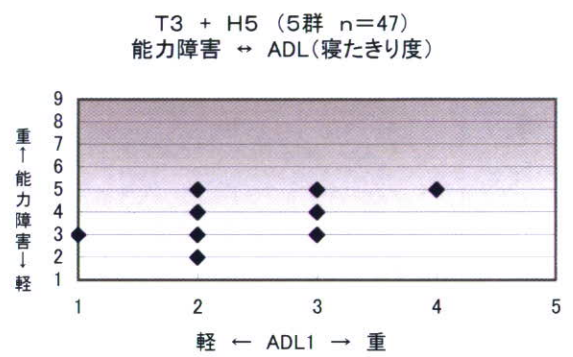
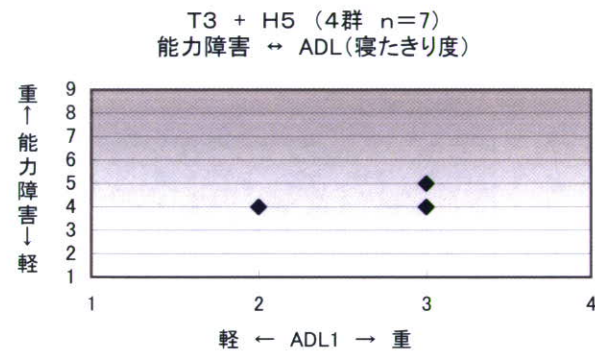


相関係数 = 0.6465

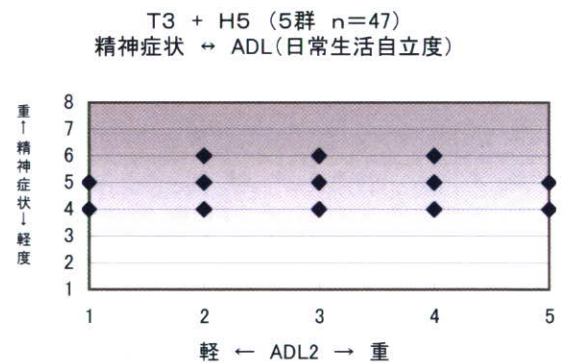
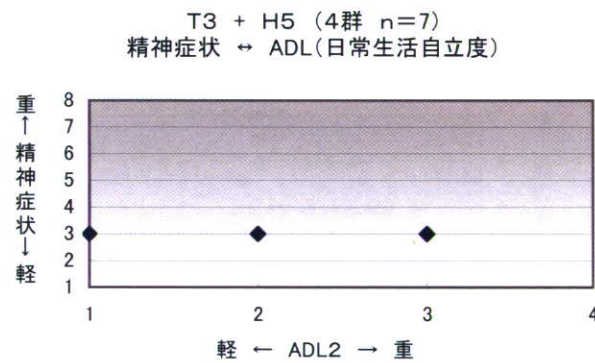
精神症状・能力障害 ⇔ ADL評価 (二軸評価における4群・5群比較)



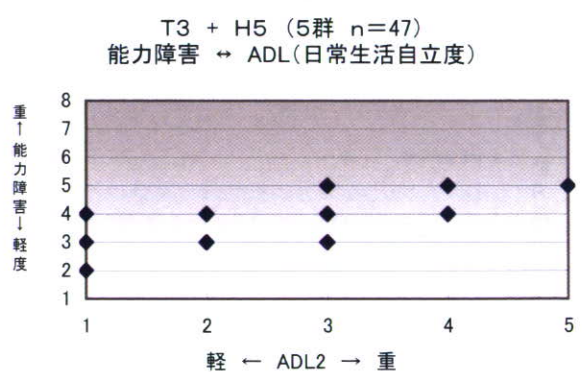
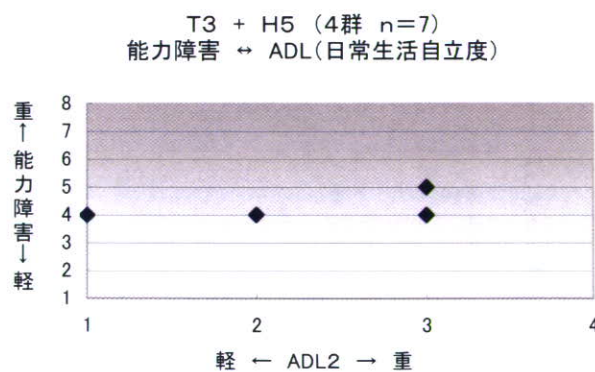
相関係数 = -0.0560



相関係数 = 0.5337

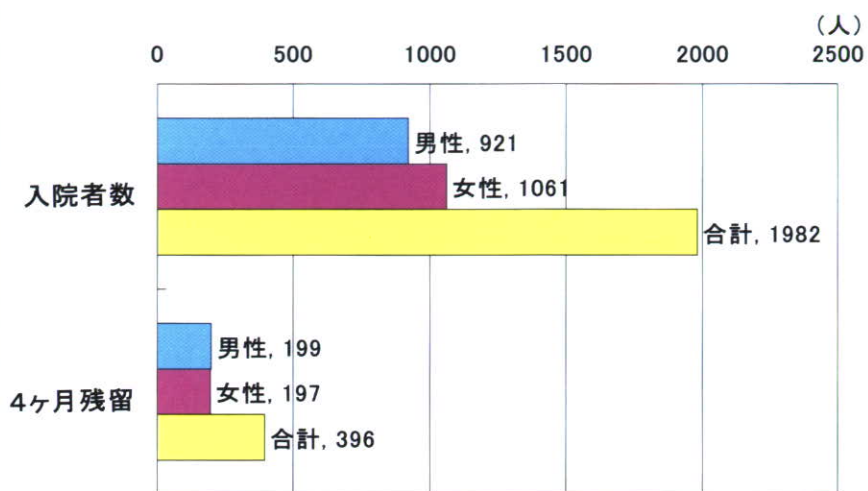


相関係数 = 0.1498



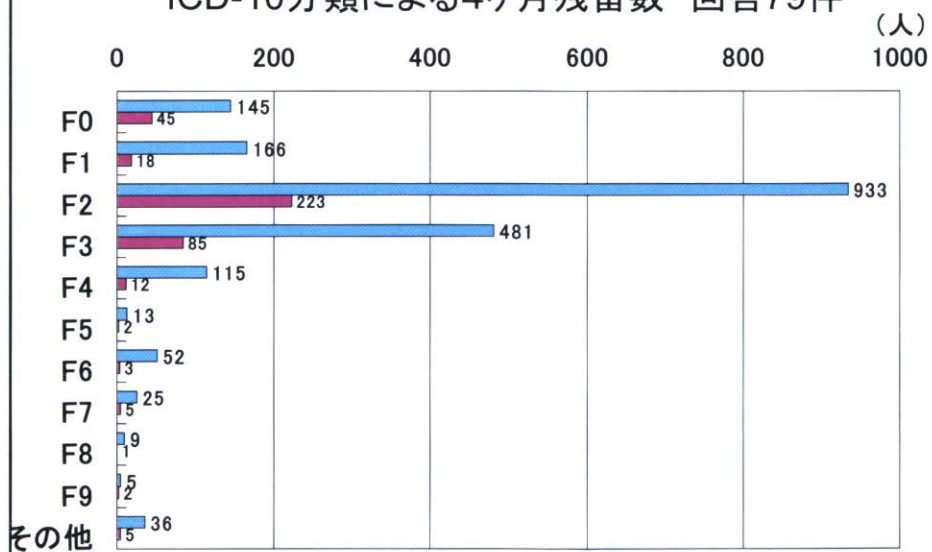
相関係数 = 0.7334

「精神科回復期における医療実態調査」施設調査
入院者数と4ヶ月残留数 回答79件



施設平均 月毎入院者数25人 → 月毎4ヶ月残留者数 5.3人

「精神科回復期における医療実態調査」施設調査
ICD-10分類による4ヶ月残留数 回答79件



平成 19 年度 分担研究報告書

精神医療の提供実態に関する国際比較研究

分担研究者 佐々木 一

精神医療の提供実態に関する国際比較研究

分担研究者	佐々木 一	(千葉大学医学部臨床教授)
	佐竹 直子	(国立精神・神経センター国府台病院)
	浅羽 敬之	(財団法人浅羽精神医学研究所)
	昆 敬之	(北国分診療所)
	中里 道子	(千葉大学医学部講師)
	徳永 雄一郎	(医療法人新光会不知火病院)
	窪田 彰	(クボタクリニック)

研究要旨

脱施設化（長期入院の精神障害者の退院、コミュニティでの医療・福祉サービスの整備）を行った先進諸国の調査を行った。フィンランド、ドイツ、カナダ、オーストラリア、スウェーデン、イギリス、フランスについては詳細な報告を行い、それ以外の諸国については文献的考察を加えた。

先進諸国ではコミュニティのサービスとして ACT などのアウトリーチサービスが活発となっており、退院促進・入院抑止に効果を発揮していた。慢性の精神障害者の居住施設としてナーシングホームなどの支援つきの居住施設はいずれの国においても整備されつつあったが、状況は国により異なった。コミュニティとは程遠い僻地に整備され新たな隔離収容施設となっている例が見られ、今後注意を要すると思われた。

脱施設化に伴う精神科病床削減率は70%を上回ると、アクセスが不良となる、入院治療の質が劣化するなどの現象が見られた。総合病院精神科の整備が進みつつあったが、単科精神科病院もコミュニティの社会的資源として活用している国が多く見られた。

社会保障、財源、官民協力、脱施設化は諸外国においても10-20年かかったプロセスであり、情報収集などアウトカムを評価できる体制を整えつつ、不利益となる障害者がいないよう充分配慮しながら慎重に進めるプロセスであることが分かった。

B. 研究方法

既に先行研究が指摘するところであるが1)2)3)4)5)、我が国における精神医療提供体制は歴史的経緯及び民俗学的特性等の影響を受け、諸外国のそれとはかなり異なっているところがある。この点を考慮せずに諸外国の社会精神医療のノウハウを盲目的に輸入することは、既存の社会資源の効率的な運用を阻害するこになりかねない。本分担研究においては、我が国の精神医療の成り立ちと現

状を踏まえて、諸外国の精神保健福祉の現状との国際比較を行い、特に一部の諸外国で既になしえた精神障害者の退院支援方策を我が国に適応することの是非について考察するとともに、我が国の特性を踏まえた退院支援方策について省察する。初年度においてはいくつかの先進諸国について調査を行う。先進諸国とは、OECDに加盟しており、世界銀行の分類でも富裕国にカテゴライズされている国と定義する。

まずはインターネットを利用し、基本的なデータ、文献を収集した。印刷されている各国の精神医療に関する書物についても入手した。また各国の大学、保健関係の省庁、研究機関と連絡をとり、資料を収集した。補足的に個人的な関係を利用して情報を収集した。実地調査を含めた詳細な検討はいくつかの国にフォーカスを絞った。

先行的な類似研究

「研究概要」に挙げられた文献を含む、類似の先行研究について考察する。

1. 海外における精神障害者の入院及び社会復帰制度に関する研究 1)

諸外国の入院、社会復帰に関する状況を検討し、日本の精神医療のとるべき施策を示した。2部構成で1部はWHO精神保健課のデータなどを検討。精神病床数の国際比較。精神病床数に司法など他の部門を含まない海外との一律な比較に疑問をさしはさむ内容。平均在院日数の算定式も国により異なることを明らかにした。2部はイタリアトリエステでのWHOの会議と当地の見学。精神保健センターのスタッフと財政のレポート、救急ユニットの見学記など。元長期入院患者が元病院を「住居」として利用しているという実態を明らかにした。

2. 精神保健指標の国際比較に関する研究 II 2)

日本の精神科病院、総合病院精神科、老人保健施設での平均在院日数の調査。諸外国のデータとの比較。諸外国の指標との整合性について述べ、数値の算出法の異なる場合、簡単には比較できないと述べた。具体的には日本の平均在院日数の算出法では、諸外国の出す平均入院日数より長い数値が出ることを明

らかにした。

3. 海外諸国の精神医療に関する国際比較 3)

イギリス、フランス、ドイツ、オランダ、イタリア、スペイン、デンマーク、スウェーデン、アメリカ、カナダなど欧米のいわゆる先進諸国のみならず、中華人民共和国、台湾、フィリピン、オーストラリアなどのアジアオセアニア諸国、イスラエルまでも調査の対象としている。先進国での脱施設化と地域での対策の問題、アメリカでの州立病院の病床削減とその一方での民間病院での増床を報告している。OECDのデータは国ごとの計算方法と対象が一律でないため、在院日数の減少について解釈に注意が必要と結論付けている。

4. 世界の精神保健医療-現状理解と今後の展望 4)

上記論文と著者、研究内容は重なり、基本的に上記論文の拡大アップデート版である。上記論文より詳細で豊富な内容となっており、後半にはさらに諸外国のPSWの活動についての報告、および海外の報告を踏まえた上で日本の現状についての分析がある。

5. 精神科医療施設の特徴に関する国際比較 5)

世界の精神医療を比較しているが、諸外国の特性を比較するに当たり、いくつか興味深い視点からの考察を行っている。

- ① 単科精神科病院中心か、総合病院精神科中心か
 - ② 精神科病床数が多いか少ないか
 - ③ GNPの高低（豊かか貧しいか）
- 諸外国との比較において、ナーシングホームのような病院以外の施設にどの程度精神障

害者が収容されているか考慮しなければ、比較は困難であるという考察をしている。病床を劇的に減らしたといわれるアメリカでも、そのような施設を全て含めれば日本と大きく違わないと報告した。

平均在院日数については上記論文を踏まえた考察。先進国、開発途上国いずれにおいても充実した地域医療が共通の求める方向であると結論。「いくつかの世界のモデル地区の精神医療状況をまとめると、ひとつの原則が浮かび上がってくる。施設としては、いずれも単科精神病院は、病態像によりまた疾患単位により機能分化され、多くの慢性患者は、医療が必要な重症者は残し、その他は、地域の社会復帰施設、ナーシングホーム、共同住居、自宅に移して病床数を減少させている。急性期は総合病院精神科で対応している。地域分担制をとり、各地域を分担する地域医療チームが継続医療を支え、慢性患者が地域で生活するための援助をきめ細かく行っている。必ず長期計画のマスタープランが掲示され、優れた指導者がいることなどが特徴としてあげられる。」と総括した。

研究課題（先行的な類似研究を踏まえて）

これらの先行研究は海外の精神医療を多面的にとらえたものであるが、最も新しいものでも7年前（データは更にさかのぼるものが使われている）の発表である。先行研究の行われた時点で先進諸国での精神医療改革の方向は定まっており、改革の理念、方法などの情報は現在でも十分役立つものではあるが、改革のアウトカムの評価、改革に対する批判を行うためにはその後の情報を得る必要がある。

どの先行研究においても日本の精神医療の特性についての記述はされている。しかし

研究対象となる諸外国はいわゆる先進国全般であったり、アジアを含む主要国全てであったり総花的な対象の選択となっている。また大胆な精神医療改革で有名な国々であっても我が国の制度・国情とかけ離れた国の記載が特に多いなど、我が国の特性を十分考慮した上で研究対象を十分絞り込んでいるとは言いがたい。当研究では、改革前において日本と類似点が多く、現実的な目標としうる国々を重点的に研究することが望ましい。

日本に諸外国の制度を持ち込んだ場合、どのようなメリット・デメリットが生じるかについての予測が必要である。障害者とその家族に痛みを負わせないためにも徹底的にデメリットをつぶし、どうしても避けられないデメリットがあるのであれば、それに対する代償あるいはセーフティーネットを用意する必要がある。

当研究では医療経済的視点を加えることとした。先行研究は精神医療のデータ収集および考察は十分行われているが、一般的な医療供給制度や医療保険の制度の相違、各国の経済的状況の格差などに関する考察に不十分な点が見られる。改革には十分なコストが保証されなければならない。アメリカ、ハンガリーに見られるように、コストカットに対する要求により精神医療が質・量ともに大きく後退した例も存在する。諸外国の精神医療の改革が経済的な事情に強く影響を受けていないか、供給側・支払い側の論理を優先するあまり、利用者たる障害者の望まぬ結果になっていないか詳細に検討する必要がある。当研究は3カ年にわたる研究であり、初年度である平成19年度においては先進諸国における精神医療資源の実態調査、平成20年度には諸外国との質的比較検討を行う。平成21年度には諸外国の方略の導入可能性について調査し、日本で可能なモデルを作るとこ

ろまで目標としている。従ってただ単に先行諸国の実情を述べるだけで無く、モデルに従って改革を行った結果について予測的な考察が不可欠であると考える。

先行する類似研究では諸外国の精神医療福祉政策と入院施設の変化を中心に述べているが、当研究では未来につながるモデルに繋げるためにそれらに加えて次の分野を重視した。

医療経済、社会復帰施設とアウトリーチ、民間精神科病院、精神科診療所

これらについては社会復帰の一部を除き、先行研究では十分な検討が行われていないが、日本特有の課題を乗り越え、精神医療改革を行うには必要不可欠な分野である。それぞれについては担当の研究者を置くことにした。

わが国の精神医療の特性

1. 病床数

351,161床(総数) 2.7床(人口千人当たり) 6)で世界第一位である。精神科病院数は1,076であり、先進諸国の中でも多い方に属する。

しかし諸外国との比較には注意を要する。病床数を国際的に比較する場合にOECD 7)の統計が引用されるが、諸外国の統計には後述するように精神科病床のうち一部しかデータに載せていない国が多く、国際比較のためのデータとしては問題がある。あるいはレジデンシャルケア、ナーシングホームは日本の病床並みの構造でありながらデータから外れているといったこともあり、一律に比較はできない。仙波らは先行研究5)の中で、諸外国との比較においてはナーシングホームのような病院以外の施設にどの程度精神障害者が収容されているか考慮しなければ比較は困難であり、また病床を劇的に減らしたとい

われるアメリカでもそのような施設を全て含めれば日本と大きく違わないという考察をしている。

2. 入院施設の規模

精神科病院一施設あたりの病床数は244床である8)。入院施設は国際的な比較からいえば「中規模」と判定される9)。しかし諸外国で脱施設化が進んだ今、日本の入院施設の規模は相対的には大とみなされる規模になりつつある。

3. 長期入院

精神科病院に10年以上入院する患者数の割合が45.2%に達する。統合失調症などICDでF2の診断の患者に絞ってみれば55.9%にも達する10)。平均在院日数は320.3日11)であり、世界一長い。ただし日本の算出法では数字が大きく出るという問題がある2)12)ため単純な比較は慎むべきである。いずれにせよ、入院期間は非常に長いと国際的には評価を受けている9)。

4. 入院患者の高齢化

長期在院患者が多いことに加え、おそらくは医療水準の高さによる一般的な長寿化の影響もあり、入院患者の高齢化が急速に進んでいる。65歳以上の高齢者のしめる割合が、全入院患者の38.4%、統合失調症などF2の診断の患者に絞っても27.5%に達している10)。

5. 統合失調症中心

入院患者に占める統合失調症の割合が大きく、統合失調症などICDでF2の診断の入院患者数の63.6%を占める10)。統合失調症の入院件数が多いだけでなく、前述したように同疾患患者の入院の長期化による。

6. 病床数の地域格差

「人口当たり精神病床数」は著しく異なり県ごとの最大の格差は2倍にもなる¹¹⁾。最大は鹿児島県、最小は神奈川県である。九州・四国地方に病床数は多い傾向にある。

7. 民間主体

精神科病床数の開設主体別の内訳をみると、個人病院 23,304 床、法人病院 239,372 床、国立病院 6,967 床、都道府県立病院 16,483 床、その他の公立病院 11,368 床、大学病院 4,690 床となっており、民間病院（個人+法人）が 88.9%を占めている¹¹⁾。北欧、英国とその元支配下にあった国々では公立がほとんど、その他のヨーロッパ諸国でも公立病院の方が比較的多く、民間が入院患者の多くを入院させている日本の状況は特異なケースである。一方で海外の民間病院と異なり、日本の民間病院は重症患者、救急患者を拒むことなく治療に当たり、司法精神医療など政策的な医療にも積極的に関わっており、精神医療の中で占める役割は大きい。

海外での脱施設化が急速に進んだのは、精神病床の多くが政府によるコントロールが容易であり減床を直接指示できる公的セクターに属していたということも理由の一つに挙げられる。

日本の民間病院の減床は容易ではない。なぜなら、

- ① 公立病院と違い、政府の直接の指示を受けない
- ② 現在の病院の経営は入院部門の収入に多く依存しており、収益の 85%は入院病床からである¹²⁾。そのため病床減は収入の減少に直結する。
- ③ 対して、支出の多くを占める減価償却費、なかでも病院建築費のコストは日本では非常に高く、それはいったん建築してし

まえば取り消すことのできない経費である。病棟のハード面に要求される基準が厳しくなったことなどに対応するため、新築は未だに続き新たな投資が続いている。計画は仮に満床で運営できたとしても今後少なくとも 10 年以上償還に必要な計画となっていることが多い。日本の金融機関は貸付時に理事長などの個人保証を要求することがほとんどであり、病床減となれば個人の負債として何億もの借金が残ることになる。病床減には徹底した反対が続くであろう。

- ④ 病棟別機能分化が病床削減に対して強烈な逆インセンティブとして作用しはじめている。現在の診療報酬では救急、急性期、認知症などの専門病棟には高い診療報酬が支払われ、その利益率は非常に高い。均質な患者を多く集めると経営効率の上がる特性を持つ病棟別機能分化では、病院全体での病床が多いほど容易に多種の専門病棟を作り出し、高い利益を上げることが可能となる¹³⁾。このため民間病院においては病床を減らすことは経営上不利になるという理解が広まっている。これらの条件を乗り越え、病床を減らすことは可能なのか？海外では病床減に対してどのような経済的な誘導・補償を行ったのか？日本で新たに公的な精神医療サービスを整備することは現実的ではない。なぜなら、
- ① 新たに作るためには膨大な資金とマンパワーが必要となる。作ったとしても精神医療に民営と公営が並立する移行期間の過剰な資源は確保できないであろう。
- ② 最近の日本も含む世界的な現象である「官から民へ」の大きな流れに逆行する。国立病院・大学ですら民営化がおこなわれている現在、精神科のみ公営とすることは今後の日本においてありえない選択