

の市場においては、株主からの利益要求を排除することで機会主義の発生を抑制しているという説がある 21)。ナーシングホームなど居住施設においてもその点は同様と考えてよい。長期入院していた精神障害者については一層その点について強く意識しないとイケない。精神障害者は認知機能の障害のため情報収集能力、選択能力において劣るため、情報の非対称性はさらに強まる。なおかつ、後見をすべき家族も長期の入院で失われ孤立していることが多く、家族が後見できることの多い認知症などの患者とは大きく条件が異なる。ソーシャルワーカーなどが補佐できるれば良いと考えるかもしれないが、前述のドイツのナーシングホームでの話にあったように、ソーシャルワーカーが関与してもなお劣悪なホームに障害者を送り続け、後で全国的なスキャンダルとなるような事態は容易に起こりうる。ドイツでは営利企業が僻地に次々とホームを建設したが、コミュニティーメンタルヘルスの流れを全く無視して僻地を選ぶ理由は会社の利益のためであるという。アメリカでは 70 年代に一部のナーシングホームが供給するサービスの質の悪化が問題となり、しかも問題となった施設は営利組織のものに偏っていたという 21)。フィンランドでも多くのホームが営利団体により運営されているが、そのケアの内容については批判的に見ているものが多い 5)。

これらの学説、海外での実態を踏まえれば当然、精神障害者の居住施設の経営母体には厳格に非営利性を求めるべきであり、営利企業が経営への参入することは非常に危険と考えなければならぬ。

## 9. 公か民か：公・民の垣根の消失

イギリスおよび旧英連邦諸国（カナダ、オーストラリアなど）では公的な医療保険・医療供給サービスが精神医療のほとんどを独占してき

た。ことにカナダでは民間（営利企業）の参入は法により禁止されてきた。しかし最近では民間の力を活用する方向に大きく路線を変更した。イギリスでは運営の非効率、待機時間の長さ、質の低下を強く批判され続け 22)、ついにはレポートにもあるように民間精神科病院からサービスを購入するという形で、民間病院が公的医療保険の利用することを許し、精神科医療サービスの提供を民間にゆだねることになった。オーストラリアでは総合病院精神科に民間病院が多く、総合病院のシェアが増えるにつれて民間のシェアが大幅に伸びている 23)。レポートにもあるように民間の病院との人的交流も見られるようになった。イギリス、カナダでは精神医療に PFI (Private Finance Initiative : プライベート・ファイナンス・イニシアティブ)」が導入された 24)。PFI とは公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う新しい手法であり、効率的かつ効果的に公共サービスを提供できる事業に導入されるものである 25)。全く制度の異なるアメリカでも、地方自治体が地域で必要なサービスを確保するため、民間病院に資金援助する例が見られる 26)。

このように先進諸国では医療における公立・民間の垣根がもはや無くなりつつあり、公立病院が行っていたサービスを民間が提供するという流れになりつつある。非営利病院は非効率的 27)であるという批判が強いこと、世界中を覆いつつある新自由主義的風潮の中、民間で可能なサービスは公から民に移す方向にあることが理由としてあげられる。

また社会民主主義をとる北欧諸国においても、ナーシングホームなど居住施設については最初から民間主体 28) であり、コミュニティーケアのシェアが増すにつれて世界全体での民間の重要性は高まりつつある。

このように公・民の垣根は崩れ、どちらのセク

ターに属するか論議することの意味は薄れつつある。

しかし精神医療関係者、特にコミュニティー精神医療の専門家の中にはこれに反対する意見も根強い。他の医療と異なり、精神医療は弱者保護の立場が大切であり常に公的な医療であるべきと言う専門家も多い 7)。また前述したように民間の中でも営利企業については批判的な意見が強い。

#### 10. 医療経済：脱施設化でコストは高くなる・パラレルファンディングが重要

脱施設化で病床数を削減することにより社会保障費は減ると誤解する人がいるが、決してそのようなことは無い 29)30)。改革に成功した先進諸国では精神医療のコストは増加し続けている 31)32)。オーストラリアでは総コストが 19.1 億オーストラリアドル (1992-3 年) から 33.3 億 (2002-3) と急増している。それに対し 90 年代にハンガリーなど東欧諸国では脱施設化を進めると同時にコストカットを図ったため、精神医療は大混乱となった 33)。アメリカでは医療保険会社のコストカットの強い要求により精神科医療が削減され、医療の質の低下が社会的問題となったため、連邦政府が患者の権利を守り支払いを促す法律を制定した 34)。コストをかけることは無駄では無い。精神医療のコストに関する研究は「脱施設化後の精神医療の質は、コストをかけたほど良くなる」ことを示している 35)。

アメリカ、ヨーロッパ諸国では医療行為についての費用対効果の研究が盛んに行われている。入院でもコミュニティーでもコストは殆ど変わらないという報告もあれば 36)、ACT、デイケアに関して入院日数を減らしコストを減らしたといった報告も数多く存在する 37) 38)。ACT で入院は減ったがコストは減らなかったと言う報告もある 39) 40)。しかしながら例え

ば ACT に関するカナダでの研究では、比較する入院料が 600-800 カナダドル/日と非常に高い基準となっており、比較の基準そのものが甘いのではないかと言う疑問が生じる。

そもそも日本では精神科の入院医療費は先進諸国の中では群を抜く低価格となっている。日本の精神科の入院費は平均 13,410 円である 41)。今回調査したデータではアメリカでは一日あたり 500-1000 ドル、オーストラリア 400-700 オーストラリアドル、フィンランド 179-389 ユーロ、ドイツ 220-250 ユーロである。先進諸国の最も安い病棟と比較しても日本の精神科入院費は 2 分の 1、平均的な入院費との比較では約 3 分の 1 であり、先進諸国のナーシングホームとほぼ同等の価格でもある。日本で最も高い精神科救急入院料ですら 32,000 円であり、先進諸国の急性期病棟を大幅に下回る単価となっている。前述のように「これまでの入院治療のコストと比較し減らない、あるいは増える」という議論が先進諸国でなされているのであれば、入院単価が格安の日本においては先進諸国のようにコミュニティー精神医療を実施するためには、精神医療の総予算を大幅に増やす必要があることは明らかである。

また、WHO の推奨する望ましいプロセスでの精神医療改革においてはパラレルファンディングにより全体コストが一時的に急増することを忘れてはならない。パラレルファンディングとは次のように定義される。病院を閉鎖するためには、それ以前にコミュニティーの施設の建設のために投資を行い、人員を確保しておかなければならない。改革中は既存の病院と新しい施設のために経費は二重に必要になる。これをパラレルファンディングという。デンマーク、イタリア、イギリスでは病院の閉鎖を宣言したは良いが、パラレルファンディングを軽視したためコミュニティーの施設が間に合わず、大変な混乱をもたらした脱施設化を中止せよと言う

世論が起こったほどである 42)。

この研究では、脱施設化とコミュニティーケアへの移行後の絶対的なコストの上昇まで計算するまで至らなかった。精神医療には今までより遥かに多くの資金が必要となるという予測を述べるにとどめておく。

### 1 1. 医療経済：社会保障制度が改革に与える影響

医療保険についての類型のうちで、保険料が財源で政府の介入が弱いビスマルク型正統派に属するドイツ、オランダ、スイスにおいて、脱施設化が目立って遅かったという事実は興味深い。日本も政府の介入はあるがビスマルク型に属する。ビスマルク型では医療（医療保険）からコミュニティーケア（福祉＝税と医療＝医療保険）への移行は、財源として税が主であるビーブリッジ型（英国型）よりも改革が困難であったと想像される。ドイツでは福祉的な保険制度である介護保険が 90 年代に誕生し、日本もその後を追ったが、そもそも税方式であればこのような複雑な制度も必要ない。フィンランドなど北欧の精神科医は押しなべて「病院でもホームでも別にかまわない。どちらでも財布は同じだから」と言う。財源の融通が利くことが改革へのハードルを著しく低くしていたことを端的に物語る。フィンランドでは医療と福祉の組織の統合が進みつつある 43) がこれも財源の同じ国では容易である。

先進諸国から学ぶ点として、日本でも財源の振り分けをフレキシブルにすること、介護保険（現在は自立支援法も）の財源からコミュニティーケアに充てる資金の供給を大幅に増やしていくことが必要と考えられる。

なお新しい診療報酬制度である DRG の導入に伴う精神医療改革の変化について調査を行った。アメリカでは州によっては公的医療保険への DRG の導入が行われているが、特にメリッ

トもデメリットも感じていないと言う意見があった。隣国オーストリアでの導入を受けドイツでは導入が検討されていたが、精神科患者の評価には馴染まないという理由で見送られ続けている。文献的にも DRG が精神医療改革に影響を及ぼしたと言うデータは得られなかった。

### 1 2. 医療政策：情報収集の重要性、強力な精神保健行政とアウトカムの関連

脱施設化のプロセスは常に注意深くモニターしていく必要がある。改革が順調に進んだフィンランドでは常に障害者のデータを収集し、アウトカムについて評価をしながら進めていった 5)。一方、脱施設化について課題の多い 44) 国々では情報収集のシステムが無く、混乱の原因が分からず国内外から批判を受けた 18)。障害者とサービスの提供についての情報収集のシステムおよび、それを解析する公立の研究所の整備が必要である。

フィンランドでは財政的危機に見舞われたにもかかわらず、優れた行政担当者、研究者がいたため脱施設化において優れた業績を残した。一方ルクセンブルクは潤沢な資金と十分な医療スタッフがありながら責任をもって行政、研究を進める者がおらず脱施設化が非常に遅れた。今後日本で変革を迎えるにあたっては行政、研究に人的資源、財源を投入することが不可欠である。

### 参考文献

- 1) 精神科医療施設の特徴に関する国際比較（世界精神保健連盟 1993 年世界会議）（日本精神科病院協会 仙波恒雄 高柳功 樹神学 浅井邦彦 小峯和茂 河崎茂）
- 2) Dr. Blake Woodside（カナダ精神医学会理事長）講演内容 2007-9-1
- 3) Kunze, H. Reform of psychiatric services

- in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. Psychiatric Bulletin (2004) 28: 218-221 \*
- 4) Mental health atlas : 2005. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- 5) Dr. Tumi Tuori (フィンランド STAKES フィンランド国立福祉保健研究開発センター)との個人的面接 2007-10-3
- 6) Dr. Mika Hakala (フィンランド 精神医療アドバイザー)との個人的面接 2007-10-1
- 7) Dr. Albrecht Egetmeyer (ドイツ 社会精神医学者)との個人的面接 2008-2-4
- 8) Prof. Werner Kissling (ドイツ ミュンヘン技術大学精神医学教授)との個人的面接 2008-2-6
- 9) Pakilakoti(フィンランド)理事長講演内容 2007-10-2
- 10) SHARP, D. M. M. (2004) Return to the asylum: the search for clients with enduring mental health problems in Italy. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11 (5), 562-568.
- 11) Giovanni G. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2007) 257: 83-91.
- 12) Frattura L, D'Avanzo B. Italian mental hospitals closer to closing? Natuer Medicine Vol.3 No10 (1997) 1054.
- 13) Thornicroft G, Tansella M (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)
- 14) World Health Organization : The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva, Switzerland.
- 15) Pinto, M. MENTAL HEALTH CARE : Four countries, four different ways -ONE COMMON TREND(France, Italy, Portugal and Spain) 2002 EUROPHAMILI - Médipsy
- 16) 患者との個人的会話 ドイツ 2008-2-5、フィンランド 2007-10-1
- 17) Queen Street Hopital (カナダ・トロント)HP [http://www.camh.net/News\\_events/Redeveloping\\_the\\_Queen\\_Street\\_site/index.html](http://www.camh.net/News_events/Redeveloping_the_Queen_Street_site/index.html)
- 18) Haug H-J, Rossler W (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249:115-122.
- 19) KUNZE, H. & PRIEBE, S. (1998) Assessing the quality of psychiatric hospital care: a German approach. Psychiatric Services, 49, 794 -796.
- 20) 株式会社 日本総合研究所 研究事業本部 医療と介護の連携に関する海外調査研究チーム. 医療と介護の連携に関する海外調査研究 2003 日本総研 <http://www.jri.co.jp/press/2003/1024.pdf>
- 21) 遠藤久夫:医療と非営利性 講座・医療経済・政策学 第3巻 保険・医療提供制度 田中滋、二木立編 劉草書房 2006
- 22) Caritas Day Service Center カリタス (NGO) 職員 (PSW) との個人的面接 2008-2-5
- 22) Hazelton M. Mental health reform, citizenship and human rights in four countries Health Sociology Review (2005) 14: 230-241
- 23) Community Mental Health Reform in Australia. Assoc Prof Chee Ng 講演 2008-1-17 日精協会館、東京.
- 24) Dr. Gaby Abraham (Center for Addiction and Mental Health (カナダ・トロント) 部長)との個人的面接 2007-9
- 25) 内閣府HP <http://www8.cao.go.jp/pfi/aboutpfi.html>
- 26) McNitzky, R. : Hospital district may supply aid to private psychiatric facility

- Funds for new beds intended to reduce load on state hospital. The Daily Texan On Line 4/5/06
- 27) Clarkson K (1972) "Some Implications of Property Rights in Hospital Management", *Journal of Law and Economics*. 5: 363-384.
- 28) Atlas of Mental Health, Statistics from Finland, National Research and Development Centre for Mental Health 2005
- 29) Policy brief, Mental health II, Balancing institutional and community-based care. World Health Organization 2005
- 30) Fioritti, A. Reform Said or Done? The Case of Emilia-Romagna Within the Italian Psychiatric Context *Am J Psychiatry* 1997; 154:94-98
- 31) Lahtinen Y., Palomaeki T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002: Esoo, Helsinki, Juvaeskylae, Kotla, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tamprere, Turku, Vantaa. Sumomen Kuntaliito. Helsinki, 2003.
- 32) ドイツ連邦政府保健省HP  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node.param=.html\\_nnn=tr ue](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node.param=.html_nnn=tr ue)
- 33) Mental health atlas : 2005. World Health Organization. Geneva, Switzerland
- 34) Grob, G.N. The dilenna of federal mental health policy: radical reform or incremental change? London. 2006 **Rutgers University Press, London.**
- 35) Thornicroft G, Tansella M (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)
- 36) Leff J. Care in the community: illusion or reality? London, Wiley, 1997.
- 37) Burns T et al. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 5(15).
- 38) Marshall M et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders; (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5:1-75.
- 39) Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999, 44:443-454.
- 40) Phillips SD et al. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 2001, 52:771-779.
- 41) 平成 18 年度日本精神科病院協会総合調査報告 社団法人日本精神科病院協会 2007
- 42) Thornicroft G, Tansella M (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)
- 43) Lehtinen, V. *Int J Integr Care*. 2001 Apr-Jun; 1: e26. 2001, *International Journal of Integrated Care (IJIC)* Integrating mental health services: the Finnish experience.
- 44) Becher T. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (Suppl. 410): 8-14.

# 平成 19 年度 分担研究報告書

精神医療の最適化による入退院日数短縮化に関する研究

分担研究者 三邊 義雄

# 精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究

分担研究者 三邊 義雄 金沢大学大学院医学系研究科教授

## 研究要旨

精神科医療の最適化による入院日数短縮化にむけて2つの研究を柱に行った。

1つ目は特定機能病院（金沢大学附属病院）における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因：退院準備度評価尺度（DRI）を用いた評価である。特定機能病院（金沢大学附属病院）における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を DRI を用いて分析した結果、急性期が長期化している要因については潜在的な地域適応性、心理社会的適合性、好戦性、顕在的精神病理の各4因子ともに非退院群に含まれており、回復期に移行できず長期化していた。また、回復期が長期化している患者の要因については潜在的な地域適応性の1因子のみがカットオフポイント以下という結果で退院準備期に移行できず長期化していることが明らかになった。

2つ目は、救急・急性期病棟（石川県立高松病院）における統合失調症退院支援パスの導入についてである。今回の石川県立高松病院の調査データからは、パス使用の有無での入院日数や再入院率の統計的な有意差はなかった。ただし、パスを使用せず退院した患者群においても全症例ではないが、患者・家族面談シートにより今後の方向性や課題を明確にする関わりや心理教育による再発兆候や症状コントロール教育が行われているのでそれがデータに影響しているとも考えられる。今後、退院支援パスを使用していく上でそれぞれの段階でどのくらいの期間を達成目標として設定するのが望ましいのか、パス症例を増して検討していく予定である。

## A. 研究目的

I. 特定機能病院（金沢大学附属病院）における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因：退院準備度評価尺度（DRI）を用いた評価

米国では1960年代後半より収容型精神科医療体制から地域型精神科医療体制へとシフトが行われている。一方、我が国においても2004年9月厚労省より「精神保健医療福祉の改革ビジョン」のガイドラインをもとに、精神障害者の退院を促進し社会復帰を目指す方向にある。長期入院に関わる要因を明らかにすることで、統合失調症患者の早期退院を促進し長期入院を防ぐ取り組みができるのではないかと考えた。

本研究の目的は、特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を退院準備度評価尺度（以下 DRI：Discharge Readiness Inventory）を用いて分析し明らかにすることである。

II. 救急・急性期病棟（石川県立高松病院）における統合失調症退院支援パスの導入

一方、石川県立高松病院は金沢大学の重要な関連病院である。平成15年8月より、病床数44床の精神科救急入院料施設基準の病棟を運営しており、石川県精神科救急医療システムの基幹病棟として機能している。できるだけ多くの入院患者に対応をす

るという救急・急性期病棟の役割を果たすには、急性症状の改善だけでは限界があり、むしろ回復期にこそ地域生活を見据えた社会機能の回復や対処方法の獲得などが必要であると考え、平成15年より回復期における退院支援の取り組みが開始される。しかし、救急・急性期病棟では月平均27名の入院患者を受け入れなければならないため、心理教育、服薬教育、社会資源の活用、退院前訪問などの退院支援活動の途中で後方支援病棟である慢性期閉鎖病棟や慢性期開放病棟への病棟移動するケースが少なくなかった。病棟移動の問題点としては、各病棟の機能やケア方針の違いからケアが中断され、入院期間の延長が認められた。そこで、平成17年度より、急性期病棟、後方支援病棟、外来、デイケアが協同し、入院から地域生活が安定するまでを根拠に基づき効果的に援助する退院支援として統合失調症退院支援パスを作成し、平成18年度より導入となる。

入院日数の短縮と再入院率の減少を目的に患者・家族が治療に参画できる統合失調症退院支援パスを導入し、その有効性について分析する。

## B. 研究方法

I. 特定機能病院（金沢大学附属病院）における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因：退院準備度評価尺度（DRI）を

用いた評価

1. 対象

研究期間中に当病棟に入院している統合失調症患者のうち主治医の了解が得られ、患者と保護者の同意が得られた患者を対象とする。研究の目標症例数を短期退院患者群 20 名、長期退院患者群 20 名とする。

2. データの収集方法

退院準備度の評価は DRI を用いて共同研究者 2 名による直接的行動観察、患者本人との面接、および病棟内外で患者を観察する機会のある保護者からの情報聴取などを総合的に行う。評価時期：(1) 入院後 1～2 週間目、初回外泊後 1～2 週間目、主治医が退院を許可した時点 (2) 長期入院患者では在院日数が 91 日を超えた時点

3. 分析方法

1) 長期退院患者群と短期退院患者群で入院後 1～2 週間目、初回外泊後 1～2 週間主治医が退院を許可した時点の 3 点における DRI4 因子の得点及び各項目間の点を比較する。また、各群の 4 因子の得点をカットオフポイントと比較する。

2) 長期退院患者群においては、在院日数が 91 日以上となった時点がどの時期にあたるかを検討し、その時点での DRI の得点をカットオフポイントと比較する。

3) 長期退院群と短期退院群の属性(性別、年齢、入院歴、職業の有無等)を t 検定にて比較する。

4) 1) 2) 3) の結果を踏まえて統合失調症患者の長期入院に関わる要因を共同研究者で分析する。

4. 倫理的配慮

1) 患者と保護者に予め入院時に研究目的、研究内容が分かりやすく丁寧な説明を

用い下記の説明をして同意を得る。

(1)研究への参加は自由意志であり決して強制されないこと

(2)入院時に研究の同意が得られたとしてもいつでも研究への中断が可能であること

(3)聴取し記録した内容は匿名として施設名、個人名は特定されないこと

(4)研究への参加を拒否しても何ら不利益は生じないこと

(5)得られた情報は研究目的以外には使用されず、論文作成後は破棄すること

2) その対象となる者の理解と同意

(1)書面で研究の目的・内容を説明し、同意を得る。

II. 救急・急性期病棟(石川県立高松病院)における統合失調症退院支援パスの導入

1. 対象者

平成 18 年 4 月 1 日～平成 19 年 3 月 31 日までに入院した統合失調症の患者。

ただし、①任意入院で休息目的の患者、②措置・鑑定入院の患者、③急性期症状が改善され早期に家族の受け入れあり退院が決まった患者、④急性期症状が改善され早期に家族の希望で他病院への転院が決まった患者はパス適応を除外する。

2. パス導入の手順

急性期・臨界期を終え、回復期に入ったと判断された時点で医師・看護師間で検討し、パス使用を決定。回復期を回復前期(7~14 日)、回復後期(7~14 日)、社会復帰準備期(7~14 日)の 3 期に分けてアウトカム、援助項目を設定し退院支援する。

3. パスの内容

回復前期 (7~14 日間)	
《アウトカム》	《主な援助項目》
<input type="checkbox"/> 休息をとれる <input type="checkbox"/> 家族も休息できる <input type="checkbox"/> 確実に服薬できる	<input type="checkbox"/> セルフケア不足への援助 <input type="checkbox"/> 休息がとれるよう環境調整 <input type="checkbox"/> 家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 福祉情報の提供および相談



回復後期（7～14日間）	
《アウトカム》	《主な援助項目》
<input type="checkbox"/> 生活リズムが回復できる <input type="checkbox"/> 本人と家族が今後方向性や課題を明確にできる <input type="checkbox"/> 病気の知識を持つことができる <input type="checkbox"/> 再発予防の知識を持つことができる	<input type="checkbox"/> 患者と家族の思いを調整（面談シート聴取） <input type="checkbox"/> 家族の精神的ケアと教育（家族教室など） <input type="checkbox"/> 退院マネジメント（方向性を明確にする） <input type="checkbox"/> 心理教育（再発兆候や症状コントロール教育）

社会復帰準備期（7～14日間）	
《アウトカム》	《主な援助項目》
<input type="checkbox"/> 退院後の生活を考え、社会資源などを活用できる <input type="checkbox"/> 治療・服薬継続の意思が持てる <input type="checkbox"/> 再発予防、症状軽減の行動ができる <input type="checkbox"/> 家族は退院受け入れる不安を軽減できる <input type="checkbox"/> 退院を阻害する要因がなくなる	<input type="checkbox"/> 再発予防シートや症状コントロールシートの説明と活用 <input type="checkbox"/> 薬剤指導および服薬自己管理の検討・実施 <input type="checkbox"/> 外来看護師との面接・問題共有 <input type="checkbox"/> 家族へ対処方法や服薬確認について指導 <input type="checkbox"/> 退院前訪問

#### 4. 調査方法

平成18年4月1日～平成19年3月31日に入院した統合失調症患者を入退院簿とカルテより情報収集し、パスを使用し退院した患者群とパスを使用せず退院した患者群を比較した。

#### 5. 調査内容

年齢、入院日数、退院後の転帰(通院中断・不明)、再入院歴。

#### 6. 分析方法

一元配置分散分析及び $\chi^2$ 検定を使用した。

#### 7. 倫理的配慮

研究にあたり得た情報は、患者個人が特定できないよう配慮した。

### C. 研究結果

I. 特定機能病院（金沢大学附属病院）における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因：退院準備度評価尺度（DRI）を用いた評価

既に退院した患者を含めて12名にDRIを用いて調査した。12名の属性を表1に示す。

在院日数が91日以上で退院した患者1名は急性期が長期化していた。現在入院中の8名の患者のうち、91日以上が経過して急性期の期間にいる患者が3名、回復期の期

間にいる患者が3名であった。(表2)入院後1～2週間目、初回外泊後1～2週間目、主治医が退院を許可した時点での全体のDRIの平均得点を表3に示した。入院が長期化している患者では、91日以上経過して急性期の状態である場合と91日未満で回復期に移行しても退院準備期に移行できず、回復期の状態である場合があった。急性期が長期化している患者4名と回復期が長期化している患者3名のDRI4因子の平均得点を表4にまとめた。急性期が長期化している患者では、各因子の平均得点をカットオフポイントで比較すると全ての因子が非退院群に含まれた。また、回復期が長期化している患者では、潜在的な地域適応性のみが非退院群に含まれた。

表 1. 属性

n=12

年齢	平均年齢 31.8±9.1 歳	
性別	男性	4 名
	女性	8 名
職業	有	3 名
	無 (学生・主婦含む)	9 名
結婚	既婚	3 名
	独身	9 名
家族	家族と同居	12 名
	単身	0 名
入院歴	初回入院	6 名
	再入院	6 名

表 2. 現在の状況

退院患者 4 名		入院患者 8 名	
91 日未満	3 名	急性期	3 名 (長期入院患者)
91 日以上	1 名 (急性期が長期化)	回復期	5 名 (このうち 3 名が長期入院患者)
		退院準備期	0 名

表 3. DRI 得点 (全体)

	入院 1 ~2 週 目 n=12	初 回 外泊 1 ~2 週 目 n=8	主 治 医 が 退 院 を 許 可 し た 時 点 n=4	カットオフポイント
潜在的 地域適 応性	40.3	54.1	66.3	53.5 以上が退院群 53.5 未満が非退院群
心理社会 的適合性	59.8	66.9	74.3	54.0 以上が退院群 54.0 未満が非退院群
好戦性	12.5	9.1	7.8	11.0 以上が非退院群 11.0 未満が退院群
顕在的 精神病理	10.0	6.6	5.0	11.0 以上が非退院群 11.0 未満が退院群

表 4. DRI 得点 (長期入院患者)

	急性期 n=4	回復期 n=3	カットオフポイント
潜在的 地域適合性	27.8	46.6	53.5 以上が退院群 53.5 未満が非退院群
心理社会 的適合性	48.8	71.0	54.0 以上が退院群 54.0 未満が非退院群
好戦性	17.0	8.0	11.0 以上が非退院群 11.0 未満が退院群
顕在的 精神病理	13.3	7.7	11.0 以上が非退院群 11.0 未満が退院群

II. 救急・急性期病棟（石川県立高松病院）における統合失調症退院支援パスの導入

平成 18 年度当該病棟入院の統合失調症患者 114 名。パス適応を除外した患者は①任意入院で休息目的の患者 30 名、②措置・鑑定入院の患者 3 名、③急性期症状が改善され早期に家族の受け入れあり退院が決まった患者 25 名、④急性期症状が改善され早期に家族の希望で他病院への転院が決まった患者 9 名で合計 67 名。パス対象者は 47 名で、うちパスを使用して退院した患者は 9 名、パスを使用せず退院した患者は 28 名（パスを中止後退院した 2 名を含む）、妄想の持続や社会適応能力の低下などで入院が長期化し他病院に転院となった患者は 7 名、入院継続中が 3 名であった。パスを使用して 2 ヶ月以内で退院した患者は 4 名（44.4%）、2 ヶ月以上 3 ヶ月以内に退院し

た患者は 2 名（22.2%）、3 ヶ月以上で退院した患者は 3 名（33.3%）であり、パスを使用せず 2 ヶ月以内で退院した患者は 7 名（25%）、2 ヶ月以上 3 ヶ月以内に退院した患者は 10 名（35.7%）、3 ヶ月以上で退院した患者は 11 名（39.3%）であった。

1. パス使用による属性の比較（表 1）  
パス使用患者群の平均年齢は 36.4 歳（SD 11.1）、パス不使用患者群の平均年齢は 36.1 歳（SD 11.2）であった。入院日数はパス使用患者群の平均が 88.5 日（SD 53.3）、パス不使用患者群の平均が 125.1 日（SD 98.4）であり、パス使用の有無との関係において統計学的有意差はなかった。

2. パス使用の有無と退院後の転帰（通院中断・不明人数）

パス使用群にはおらず、パス不使用群では 3 名（10.7%）であった。

表 1 パス使用有無の属性の比較

パス使用群 n=9		パス不使用群 n=28	
年齢	36.4±11.1	36.1±11.2	
入院日数	88.5±53.	125.1±98.	
退院後の転帰		16名(57.1%)	
当院通院中	4名(44.4%)	9名(32.1%)	
他院通院中	5名(55.6%)	3名(10.7%)	
通院中断・不明	0名(0%)		

3. 1年以内の再入院(表 2)

パス使用患者群で 2 名（22%）、パス不使用患者群では 7 名（25%）であった。統計学的有意差はなかった。

表 2 パス使用の有無と 1 年以内の再入院の比較 (単位：人数，%)

	再入院有り	再入院無し	再入院率	
パス使用群	2 名	7 名	22%	n.s.
パス不使用群	7 名	21 名	25%	n.s.

D. 考察

特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を DRI を用いて分析した結果、急性期が長期化している要因については潜在的地域適応性、心理社会的適合性、好戦性、顕在的精神病理の各 4 因子ともに非退院群に含まれており、回復期に移行できず長期化していた。また、回復期が長期化している患者の要因については潜在的地域適応性の 1 因子のみがカットオフポイント以下という結果で退院準備期に移行できず長期化していることが明らかになった。現在、症例数が少ないために十分な結果とは言えないが、今後は症例数を増やして急性期の 4 因子の各項目間の関連

性についても検討していきたいと考えている。

また、今回の調査データからは、パス使用の有無での入院日数や再入院率の統計的な有意差はなかった。ただし、パスを使用せず退院した患者群においても、全症例ではないが、患者・家族面談シートにより今後の方向性や課題を明確にする関わりや心理教育による再発兆候や症状コントロール教育が行われているのでそれがデータに影響しているとも考えられる。パスを使用して退院した患者群で 3 ヶ月以上入院が長期化した要因としては、①心理教育を行ったが治療・服薬継続の意思を中々持てなかった、②退院先に対する希望が患者・家族間で

中々一致しなかった、③家族に対してのみ根強い被害妄想が残っているため退院先が中々決まらなかったなどである。パスを使用せず退院した患者群で3ヶ月以上入院が長期化した要因としては、①病状が安定するまで時間を要した、②キーパーソンである家族の高齢化により、家族の退院を受け入れる不安の軽減に時間を要した、③入院前と退院後の生活の場が変わる事により、生活の自立訓練が必要となったなどである。パス対象者が47名でパス使用が11名(中止2名含む)と少なかった原因としては、パスを使用する事で「退院に向けての方向性や課題が明確にできてよい」、「患者・家族も治療に参加しているという意識を持てる」、「一貫したケアが行える」などの肯定的意見もあるが、「精神科は個別性が高いからパスは使いにくい」「入院患者の対応や病状が悪い患者の対応に追われ、パスを使用する余裕がない」などの否定的意見も少なくない。医師、看護師間でパスに対する認識・理解度の違いがあり、パスを広めていくための体制作りが充分にできていないためと考えられる。精神科医療においても今後更なる入院期間の短縮を求められている。退院支援パスを使用していく上でそれぞれの段階

でどのくらいの期間を達成目標として設定するのが望ましいのか、パス症例を増して検討していく予定であるが、そのためにはパスを広めていくための体制作りも必要である。

## F. 結論

特定機能病院(金沢大学附属病院)にお

ける統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因をDRIを用いて分析した結果、急性期が長期化している要因については潜在的な地域適応性、心理社会的適合性、好戦性、顕在的精神病理の各4因子ともに非退院群に含まれており、回復期に移行できず長期化していた。また、回復期が長期化している患者の要因については潜在的な地域適応性の1因子のみがカットオフポイント以下という結果で退院準備期に移行できず長期化していることが明らかになった。

今回の石川県立高松病院の調査データからは、パス使用の有無での入院日数や再入院率の統計的な有意差はなかった。ただし、パスを使用せず退院した患者群においても、全症例ではないが、患者・家族面談シートにより今後の方向性や課題を明確にする関わりや心理教育による再発兆候や症状コントロール教育が行われているのでそれがデータに影響しているとも考えられる。精神科医療においても今後更なる入院期間の短縮を求められている。今後、退院支援パスを使用していく上でそれぞれの段階でどのくらいの期間を達成目標として設定するのが望ましいのか、パス症例を増して検討していく予定であるが、そのためにはパスを広めていくための体制作りも必要である。

## 〔謝辞〕

以下の方々に、研究協力者として多大な御助力と御支援を頂きました。心よりお礼申し上げます。金沢大学附属病院看護科・島稔、川尻征子；石川県立高松病院看護科・福島秀行、東川貞男、長岡香代子、斉藤康弘、桶谷玲子、西田千恵子。

# 平成 19 年度 分担研究報告書

地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究

分担研究者 羽間 京子

## 地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究

分担研究者 羽間京子 千葉大学社会精神保健教育研究センター 教授

研究協力者 佐竹直子 国立精神神経センター 国府台病院精神科 ACT-J プロジェクト臨床チーム 精神科医

森ますみ 千葉大学医学部附属病院精神神経科 精神保健福祉士

**研究要旨**：精神科に入院している患者の退院支援や地域生活のために必要な精神福祉的支援の質を明らかにするには、現在、地域社会が提供している社会資源を量的に把握・分析するとともに、当事者が具体的にどのような支援を必要とし、また、現にどのような支援が展開されているかについて把握・分析することが求められる。本年度は、まず、現在、地域社会が提供している社会資源の量的把握と分析を行うとともに、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究を行った。

平成 18 年における都道府県別の精神病床数及び平均在院期間と社会内資源の量を分析した結果、地域間で大きな差異があることが確認された。また、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な事例においては、それぞれの地域特性に応じた様々な取り組みが展開されているが、その実践を支えている特質として、①一人一人の患者にとってよりよい治療・支援を目指した取り組み、②患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援、③病院と精神福祉施設・団体等の間の有機的ネットワークの存在、が明らかとなった。

### A. 研究目的

精神科に入院している患者の退院支援や地域生活のために必要な精神福祉的支援の質を明らかにするには、現在、地域社会が提供している社会資源を量的に把握・分析するとともに、当事者のニーズ、現に展開されている支援の具体を把握・分析することが必要である。

そこで、本年度は、(1) 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析、(2) 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究、を中心に研究を実施することとした。

### B. 研究方法

(1) 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析

公表されている文献、厚生労働省ならび

に各都道府県・政令指定都市のウェブページに掲載されている資料の中から、最新のデータを収集し、分析を加えた。

(2) 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究

精神科入院患者の退院促進や地域生活支援の取り組みを論じた文献を詳細に検討した上で、特に先駆的な取り組みを行い、かつ地域特性の異なる複数の病院ないし精神保健福祉施設・団体等を訪問し、当該病院・施設等のスタッフとの意見交換や、地域生活支援の複数の専門家との議論を通して、各事例に共通する、実践を支える特質を抽出した。

### C. 研究結果

(1) 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析

社会資源の量的把握と分析に先立ち、厚

生労働省が公表している、平成 18 年 10 月 1 日現在の都道府県別の人口 10 万対精神病床数と平成 18 年の平均在院期間を確認した (Fig 1.及び Fig 2.)。それによれば、まず、人口 10 万対精神病床数の多い都道府県は、①鹿児島県 (572.7)、②長崎県 (553.3)、③宮崎県 (523.7)、であり、一方、少ない都道府県は、④神奈川県 (161.6)、⑤滋賀県 (173.7)、⑥愛知県 (181.0)、となっている (全国平均 : 275.8)。次に、平均在院期間の多い都道府県は、①鹿児島県 (522.2)、②徳島県 (446.9)、③茨城県 (432.7) であり、一方、少ない都道府県は、④高知県 (227.4)、⑤東京都 (235.2)、⑥福井県 (251.0) である (全国平均 : 320.3)。

社会資源については、厚生労働省が公表している平成 18 年「社会福祉施設等調査」から、平成 18 年 10 月 1 日現在の都道府県別・精神障害者社会復帰施設数及び同定員を入所型、通所型に分けて把握した (Fig 3. から Fig 6.)。定員数を比較すると、入所型社会復帰施設 (生活訓練施設、福祉ホーム (B 型を除く)、福祉ホーム (B 型)、入所授産施設) の定員数が多い都道府県は、①栃木県 (458)、②福岡県 (410)、③東京都 (407) であり、一方、少ない都道府県は、④宮城県 (20)、⑤奈良県 (22)、⑥高知県 (40)、京都府 (40)、山形県 (40) となっている。通所型社会復帰施設 (通所授産施設、小規模通所授産施設、福祉工場) では、定員数が多い都道府県は、①東京都 (1,468)、②大阪府 (1,405)、③新潟県 (393) であり、一方、少ない都道府県は、④岡山県 (0)、⑤奈良県 (20)、秋田県 (20)、⑥岐阜県 (39)、徳島 (39) となっている。以上のデータは絶対値であって人口比ではなく、加えて、法律外の社会福祉施設が含まれていないため、人口 10 万対精神病床数及び平均在院期間との単純な比較はできない。しかしながら、たとえば、入所型社会復帰施設定員が全国一の栃木県は、平均在院期間も全国平均より長い一方で、通所型社会復帰施設定員はそれほど多くなく、また、平均在院期間が全国平均に近い都道府県のなかでも、たとえば、岐阜県では通所型社会復帰施設定員数が少なく、入所型社会復帰施設定員数は比較的多いのに対し、奈良県では通所

型社会復帰施設定員も入所型社会復帰施設定員も少ないといった差異がある。各都道府県において、現在、展開されている地域生活支援が具体的にどのようなものであり、以上のような差異の背景は何かについて、更なる調査と分析が必要である。

なお、各都道府県及び政令指定都市等のウェブページを全て閲覧し社会復帰施設のデータを確認したところ (平成 19 年 12 月現在)、平成 19 年のデータを掲載しているウェブページがある一方で、平成 13 年や平成 16 年現在のデータから更新されていないウェブページもあり、情報提供に関しても地域間の差異が認められる。

## (2) 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究

精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みはすでにいくつかなされているが、特に、地域性の差異に着目し、長野県飯田市所在の飯田病院と千葉県市川市所在の国立精神・神経センター ACT-J プロジェクト臨床チームの取り組みを取り上げ、両者の実践に共通する特質を抽出する。

### ① 飯田病院の実践

飯田病院では、平成 13 年の病院の建て替えと同時に精神科病床の削減が予定され、平成 8 年から入院患者を地域医療で支えるための緻密な準備がなされ、平成 13 年の新病棟への移転時に 88 人の退院を実現した。この経緯については、『精神看護, 第 9 巻第 1 号』(2006, 医学書院) に詳しく記述されている。同病院の周辺には、グループホーム、ケア付アパート、地域活動支援センターなどが点在しており、病院と社会復帰施設のスタッフは緊密な連携をとりながら、多職種チームによる患者の地域生活支援を行っている。現在、特に、退院患者の就労支援の更なる積極化を図っている。地域に密着した病院の退院促進・地域生活支援の先駆例である。

### ② 国立精神・神経センター ACT-J プロジェクト臨床チームの実践

ACT (Assertive Community Treatment) については、たとえば、西尾雅明著

『ACT 入門－精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』（2004，金剛出版）に詳しい論述がある。ACT-J プロジェクトは、精神科医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士からなる多職種チームを形成し、「リカバリー」「ストレングス」を共通認識として、千葉県市川市と松戸市に在住する患者に、訪問を中心にした 24 時間体制での地域生活支援を行っている。スタッフは、常に一人一人の利用者に関する情報や利用者に関する困難が生じた場合の対処方法を共有しながら実践を積み重ねている。外来・救急・入院機能は、国府台病院と連携がとれるようになっている。ACT-J は、日本での都市型の ACT の先駆例である。

③上記実践を可能ならしめている共通特質

前述のように、飯田病院は地域に密着した病院の退院促進・地域生活支援の先駆例であり、ACT-J プロジェクトは、都市型の地域生活支援の先駆例であって、それぞれ地域特性は異なるが、両者の実践には共通する次の 3 点の特質がある。すなわち、a) 一人一人の患者（利用者）にとってよりよい治療・支援を目指した取り組みであること、b) 患者（利用者）の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援であること、c) 病院と精神福祉施設・団体等の間の有機的ネットワークが存在していること、である。特に、地域生活支援の高水準の実践には、共通認識を有する多職種チームによる包括的支援が、必要不可欠であると考えられる。

ただし、飯田病院やその関連機関においては、たとえば、就労支援に関する財政的裏付けの乏しさが問題として挙げられている。また、ACT-J においては、平成 20 年 3 月末をもって厚生労働科学研究費による研究期間が終了し、同年 4 月からは、NPO 法人を設立して訪問看護ステーションを主体とした実践の継続を図る予定であるが、法律上、精神保健福祉士が訪問看護ステーションで働くための手当がされておらず、その場合、多職種チームを形成できないといった問題があり、すなわち、地域生活支援を更に強力に展開していく上で解決されな

ければならない課題が存在していることが指摘される。

#### D. 考察

都道府県別の精神病床数及び平均在院期間と社会内資源の量を分析した結果、地域間で大きな差異があることが確認されたが、今後、これらの差異の背景をより詳しく調査・分析する必要がある。精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆例である飯田病院及び国立精神・神経センター ACT-J プロジェクトの事例研究の結果、共通する特質が抽出されたが、今後、広く地域生活支援を展開していく上で、特に「共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援」が果たす役割は大きいと考えられる。

なお、今後、当事者のニーズや、地域生活支援に対する当事者側の評価について調査・分析し、考察を深める必要がある。

#### E. 結論

平成 18 年における都道府県別の精神病床数及び平均在院期間と社会内資源の量を分析した結果、地域間で大きな差異があることが確認された。また、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な事例においては、実践を支える共通特質として、①一人一人の患者にとってよりよい治療・支援を目指した取り組み、②患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援、③病院と精神福祉施設・団体等の間の有機的ネットワークの存在、が抽出された。同時に、更に強力に地域生活支援を展開する上で、解決すべき財政面あるいは法律面の課題も浮き彫りとなった。

#### G. 研究発表

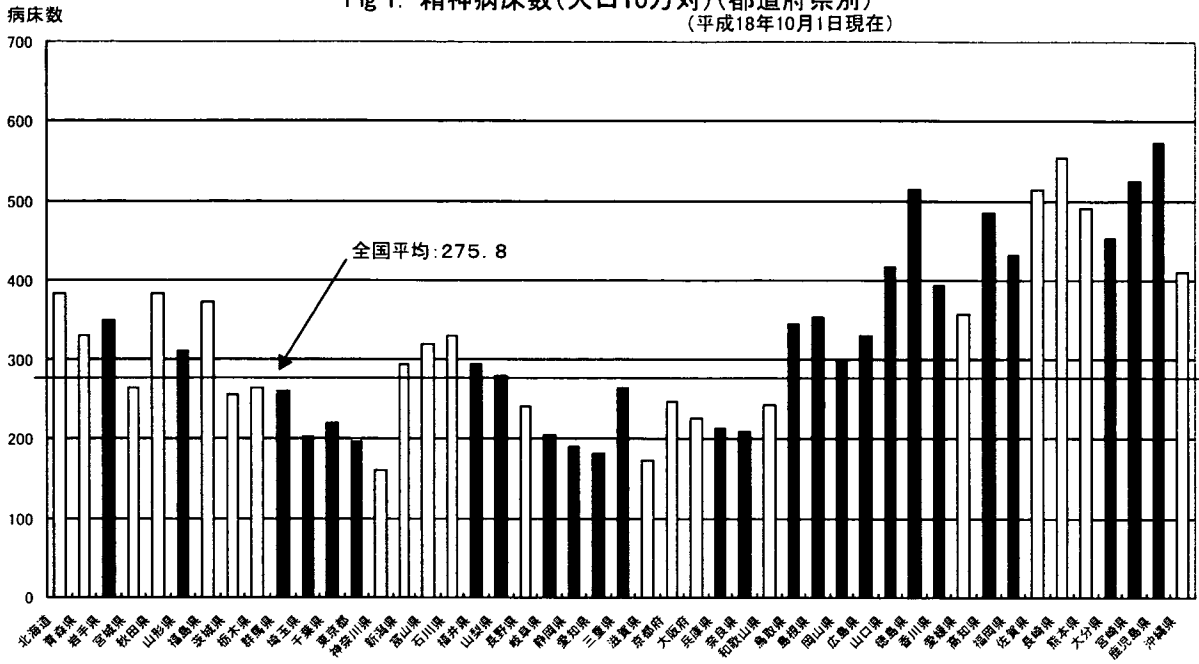
なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

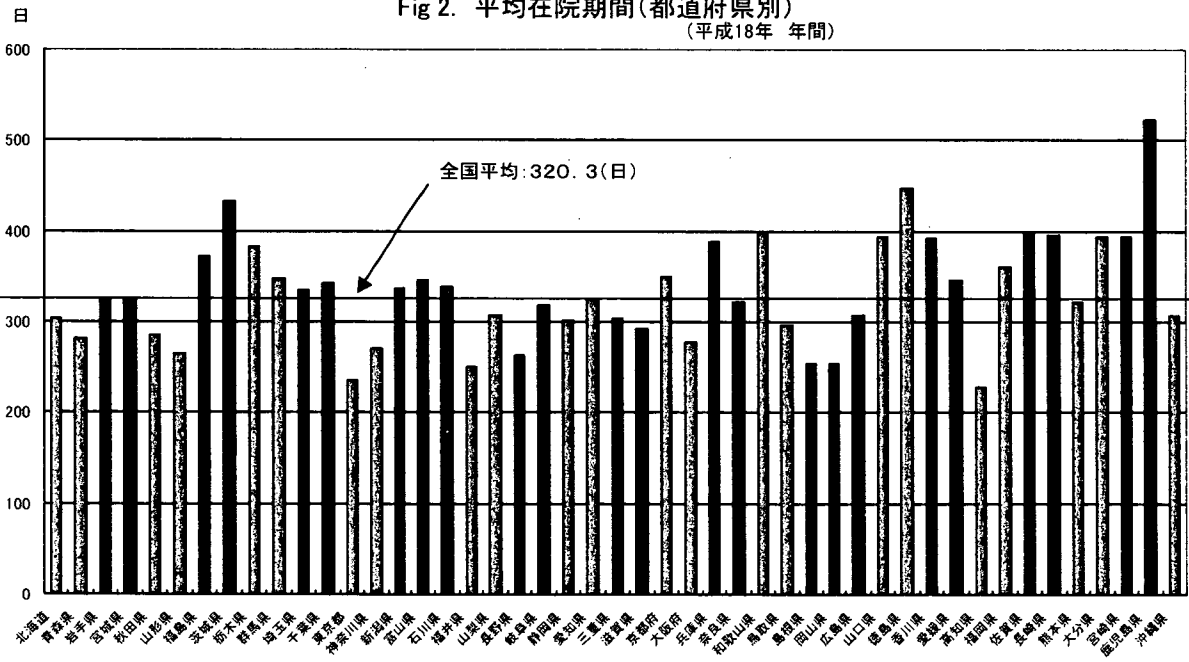


Fig 1. 精神病床数(人口10万対)(都道府県別)  
(平成18年10月1日現在)



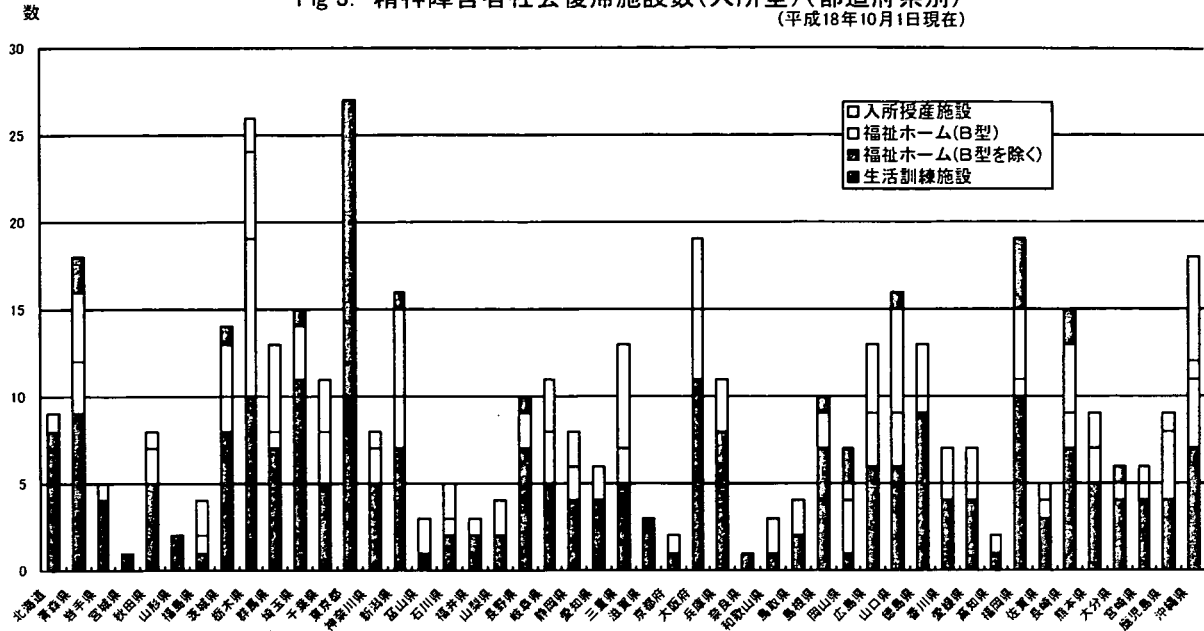
(注)厚生労働省「平成18年(2006)医療施設(動態)調査の概況」による。

Fig 2. 平均在院期間(都道府県別)  
(平成18年 年間)



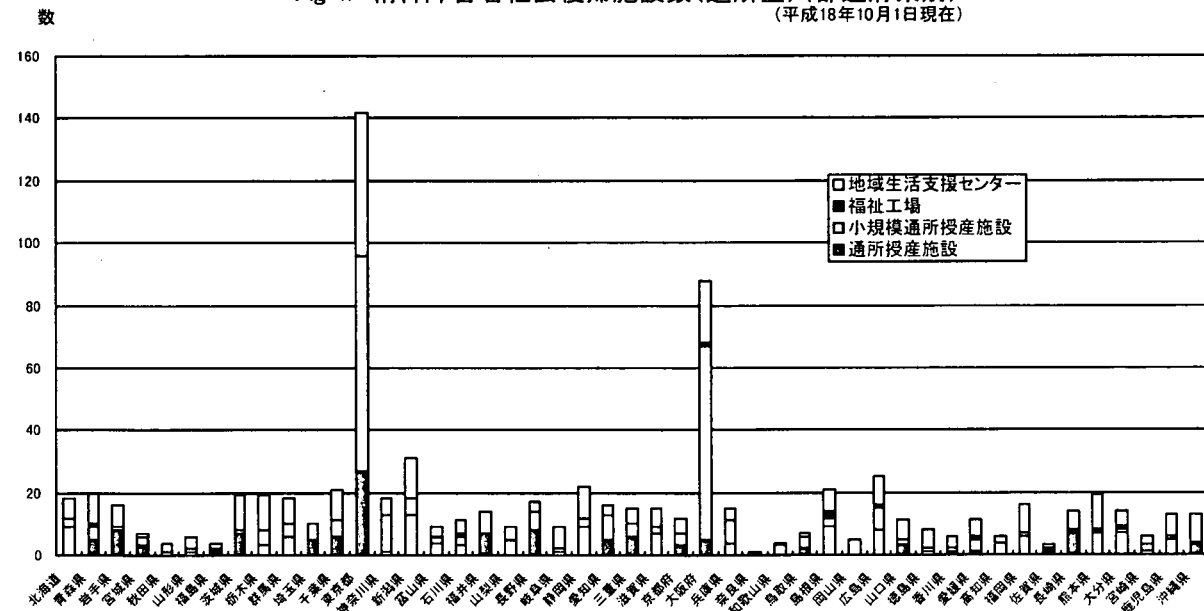
(注)厚生労働省「平成18年(2006)病院報告の概況」による。

Fig 3. 精神障害者社会復帰施設数(入所型)(都道府県別)  
(平成18年10月1日現在)



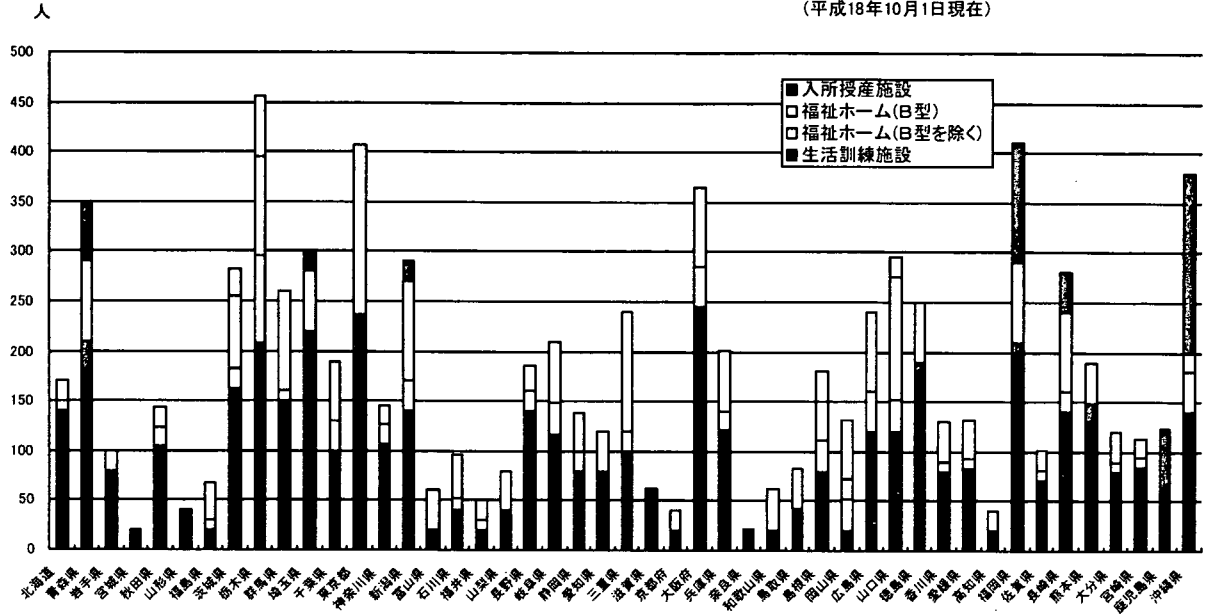
(注)厚生労働省 平成18年「社会福祉施設等調査」による。改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による精神障害者社会復帰施設数である。

Fig 4. 精神障害者社会復帰施設数(通所型)(都道府県別)  
(平成18年10月1日現在)



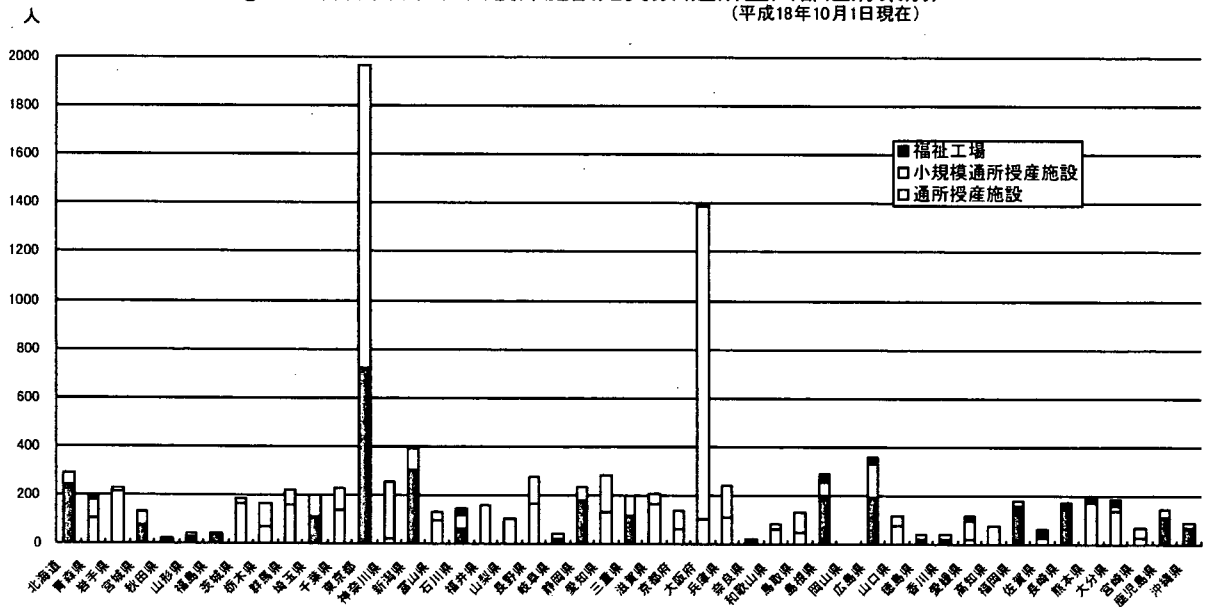
(注)厚生労働省 平成18年「社会福祉施設等調査」による。改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による精神障害者社会復帰施設数である。

Fig 5. 精神障害者社会復帰施設定員数(入所型)(都道府県別)  
(平成18年10月1日現在)



(注)厚生労働省 平成18年「社会福祉施設等調査」による。改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による精神障害者社会復帰施設数である。

Fig 6. 精神障害者社会復帰施設定員数(通所型)(都道府県別)  
(平成18年10月1日現在)



(注)厚生労働省 平成18年「社会福祉施設等調査」による。改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による精神障害者社会復帰施設数である。

# 平成 19 年度 研究協力者報告書

精神科入院患者の退院促進を指向した看護援助に関する調査

研究協力者 岩崎 弥生