

て外泊や、居住候補施設の見学、さらには候補地近くの指定通院医療機関において診察を行う。指定通院医療機関となることを内諾した医療機関は、多職種チームを構成して、個別の治療計画を検討する。同時並行的に、受け入れ事前のケア会議が開催され、処遇の実施計画案が策定される。これに基づいて、再度個別の治療計画が練り直され、本人への説明と同意の働きかけも行われ、これらを保護観察所が調整のうえ、退院の審判を待つことになる。

## 2 通院前期における医療

通院前期では、「入院医療から通院治療への円滑な移行」が目標とされ、その過程では不適應による症状の悪化の可能性も高いものと推定される。そのため、懇切丁寧な説明と密度の高い指導・援助が必要になる。ガイドラインに示された通院前期における医療内容は、外来通院（週1回）、訪問看護（2～3回/週）、デイケア（1～3回/週）、通院作業療法（個別に1～3回/週）、個別・集団精神療法（1～3回/週）、家族カウンセリング（週1回）。これらの治療計画はあくまでも標準的なものであり、状況によっては訪問看護を土日も含めて増やしたり、デイケア通所の回数を増やす必要がある。このことによって、通常の保険診療上制限を超える場合もありうるものと想定される。また、この時点で問題となるのは、対象者の基礎的な社会生活能力の評価とそれに対応した援助、能力の向上への働きかけである。

## 3 通院中期における医療

基礎的な生活能力の確保された後、通院中期においては、限定的な社会活動への参加が期待される。精神症状は一定程度改善と安定を示し、また、日常生活についても軌道に乗り始めていることが想定される。このために、外来通院は2週に1回が標準となり、同時に、訪問看護も週に1～2回にまで下げられる。デイケアについては、週に3回程度を維持することが望まれる。結果として、対象者においては、疾病の自己管理とともに社会生活能力の維持向上が期待され、結果として対人関係が拡大して、限定的ではあるが、社会参加が開始される。

#### 4 通院後期における医療

通院後期においては、当事者の社会参加がより拡大して、一般医療への移行が期待される時期である。外来通院や訪問看護（週1回）の頻度においては大差がないものの、対象者は治療を継続しながら自己の生活を安定させ、一般精神医療への移行（すなわち、処遇の終了）を図ることになる。この時問題となるのは、確実な服薬と、これまでとほとんど変わることのない援助の継続である。

処遇終了の目安としては、ガイドライン上は以下のように記載されている。①一定期間再燃なく症状が安定、②終了後も継続的な医療（通院、訪問看護など）が安定して実施できる、③生活能力が確保されみずからの生活を安定して行うことができる、④安定した生活を継続するために環境と支援体制が確立している、⑤緊急時の介入方法、地域支援体制が確立している。しかし、実際には、対象者の疾病そのものの治療可能性が失われたために処遇が終了する場合が少なくないであろう。

#### 5 定期的な症状評価と治療計画の修正

ガイドラインでは初期の6か月間では毎月の評価と治療計画の検討・修正が求められている。評価の基準は「共通評価項目」で職種ごとに行ったうえで、多職種チーム会議では個々に行った評価上の問題点を中心に検討が行われる。もちろんこれ以外にも気づいた症状・問題点についても持ち込まれて話し合いが行われる。まず、それぞれの職種が責任をもって評価を行い、問題点を提供することが必要である。これらの検討によって、次月の治療目標と方法が検討される。もし、上位の計画である「処遇の実施計画」との間に矛盾があれば、自院の多職種チームのまとめ役である「ケア調整者」が窓口となって、社会復帰調整官との間で「処遇の実施計画」の一部修正について変更を求めべく調整を行う必要がある。この過程で必要に応じて対象者にも参加をしてもらい、対象者自身の理解を得る努力が必要である。

#### 6 治療プログラムの実際

実際の事例では、通院前期のケアプランはどのように行われるべきであ

【表1】 指定通院医療機関が提供する医療保険サービス

種類	担当者	回数	備考
外来診療	主治医	1回/週	必要時訪問
訪問看護	看護師・PSW・OT	3回/週	
デイケア		1～3回/週	対象者による
作業療法	OT	1～2回/週	
個別精神療法 集団精神療法（心理 教育・SST）	心理技術者 主治医・心理技術者	1回/週 1回/週、他患と の合同参加	必要時増加
家族カウンセリング	主治医・心理・PSW	1回/週	
薬剤指導	薬剤師	適宜	
栄養指導	栄養士	適宜	

## 地域福祉サービスの利用

ホームヘルプサービス	病院提供、または、地域生活支援事業	1～3回/週	
社会復帰施設、グループホーム等の利用	サービス管理責任者のケア会議への参加		

## 保健サービスの利用

保健師訪問	ケア会議との連携	1回/週～2週	地域により異なる
-------	----------	---------	----------

るか？ 都市型の指定通院医療機関であれば、比較的多種のサービスを頻回に行うことができるが、地方であれば種類・量ともに実施は困難になる。そのために、後者では保健センター看護師などの関与する割合が多くなるものと予想される。都市型（通院前期）のケアプランの例を挙げてみたい。

上記の表で示した、提供できるサービスの密度は、実際には地域における資源量によって大きく異なる。とくに、訪問看護を実施している医療機関においては、人員の面から対象者のために回数を増やすことが困難である場合が少なくない。その場合には、保健師訪問やホームヘルプサービスとの間で連携するしかない。

## VI 通院医療上の課題

指定通院医療機関が入院によらない医療を実施するうえでは、さまざまな問題点を抱えている。これらの問題点を挙げてみたい。

### 1 配置人員の問題

アウトリーチを中心に通院医療を行うためには、本法に専用の多職種チームがあることが理想であるが、実際にはほとんど不可能であり、兼任の状態が多職種チームを構成しているのが実情である。とくに、公的病院では人員の規制が強く、訪問看護などの人員を増加することは困難である。しかし、通院医療の主体は、「訪問型多職種チーム」であり、各指定通院医療機関に多職種チームを整備することがもっとも緊急の課題である。求められる具体的な施策としては、専任の訪問看護師・PSW、兼任の医師・作業療法士・臨床心理技術者等を構成できた場合には、一定の補助金（あるいは、通院医学管理料の大幅な増額）が得られるシステムである。このことによって、アウトリーチ型の多職種チームを構成することが可能になり、指定通院医療機関を中心として、地域における比較的重症な精神障害者を医療面から支援する ACT 的な活動が可能になるものと期待できる。施策としてはきわめて効果的なものと考えられる。

### 2 通院医学管理料の問題

前述の人員配置の増強とは別に、現行の通院医学管理料はあまりにも低額である。病院に所属する職員（医師、訪問看護師、PSW 等）が、ケア会議に参加し、個別の治療計画を策定し、定期的な評価を行い、さらには、対象者の同意を得る努力などを実施する必要があるが、現在の（通院前期 5万5千円）については、その数倍が必要になろう。

### 3 入院か通院かの審判上の問題

(1) 明らかに入院医療が不適切な例が混入していること 通院医療の対象者においては、みずからの病状を理解し、通院による治療が確保されることが前提であるべきであるのに、単に微罪であるから、幻覚妄想が消退したから、あるいは、指定入院医療機関が遠方であるからなどの理由で通院となる例が少なくない。対象者にとっては、より高度な医療が提供されている指定入院医療機関での治療の機会を奪われたことになる。実際に不十分な治療状態で通院が行われた場合には、精神保健福祉法による入院が行われ、結果として、長期入院を余儀なくされている現状がある。

(2) 指定入院医療機関からの退院例に問題がある 指定入院医療機関における治療が進んだ場合には通院への移行が申し立てられる。しかし、その時点では居住場所が決定をされておらず、通院医療や生活支援上の困難が予想される例が少なくない。さらに、統合失調症と人格障害・物質使用障害の並存例では、統合失調症部分は治療が進んでいても、後者の部分の治療が不十分なままに退院し、通院への移行が行われている。また、入院中に主病名が人格障害・物質使用障害であることが明確となった事例においても通院決定が行われている。このような例は前述したように指定通院医療機関の責任で、「処遇の終了」を決定すべきである。十分に検討されないままに指定通院医療機関に移行することには問題がある。

(3) 通院・地域処遇の枠組みが不十分なままの通院に移行していること 精神保健観察を含め、通院・地域処遇においては、対象者が「守るべき事項」を十分に理解していることが必要である。そればかりでなく、通院医療上の細かな点（服薬、諸検査、訪問医療、デイケア通所、作業療法の参加、家族療法への参加、断酒、生活リズム等）についても対象者本人が理解・同意をしていることはきわめて重要である。これらの枠組みの内容は、入院中に時間をかけて、対象者本人と話し合いがくり返されながら、必要な枠組みが組み立てられるべきものである。しかし、実際には具体的な枠組みは退院前ケア会議から開始されている。本人の理解・同意が不十分なまま通院に移行したために、退院後デイケア通所や作業療法への参加が拒否されたり、飲酒が行われたりする例がある。「守るべき事項」の遵守と、さらに細かな通院・地域処遇上の枠組みの設定は、精神保健観察上の基本であることを強調したい。

#### 4 直接通院の問題

対象者に関する十分な情報や治療計画のないまま、あるいは、不十分な内容の処遇の実施計画のままで開始される直接通院には大きな問題がある。もっとも重要であるべき「対象者と治療者側との信頼関係」が確立していない状況で通院医療がスタートすることには大きなとまどいがある。通院決定から実施までの間、鑑定入院医療機関内に一定期間とどまるなどして、通院スタッフとの関係性の確立、通院プログラムに関する理解を得る努力、

守るべき事項の確認等が行われる一定期間が必要である。

## 5 症状評価の問題

現在、用いられている「共通評価項目」は、客観的な立場から対象者の状態をみる点では画期的ではあるが、実際の現場では、精神症状、社会適応性（生活障害）、人格的な問題やQOLまでも含めたより詳細なものを要望する声がある。通院医療に特化した詳細な評価方法の開発が必要である。

## 6 薬物コンプライアンスの問題

服薬の確認は重要な問題であり、訪問看護師が関わるべき課題でもある。しかし、事例によっては、定期的に血中濃度を測定することで、確認をせざるをえない場合も少なくないと思われる。実際に諸外国では血中濃度の測定は重要な位置を占めている。これを実行する場合には、指定入院医療機関内で行われる薬物療法において、あらかじめ検討されるべきことである。しかし、血中濃度測定ができない新規抗精神病薬が一律に用いられている現状には問題がある。また、新規抗精神病薬デポ剤（リスペリドン）とクロザピンの導入は急がれるべきである。

## 7 通院上の治療プログラムについて

(1) 重複した診療報酬 現在の保険診療においては、デイケア・訪問看護・通院精神療法等を同一日に行うことができない。これらの点は、本観察法の対象者では緩和されているものと解釈されるが、さらに明確に、重複した療法を積極的に勧める方向にあるべきである。

(2) 専門プログラム不在 人格障害や物質使用障害例では、個々の指定通院医療機関で治療プログラムは持ち合わせていない。わずかにアルコール通院プログラムを整えている医療機関がある程度である。これらのプログラムに関する研究が今後必要であるが、基本的には指定通院医療機関が、これらの対象者の精神保健観察のもとでの通院医療の責任を負わされることにはとまどいがある。早急な解決が必要な事項である。

(3) 不十分な家族療法 通院医療上では、家族への心理教育はきわめて重要である。とくに高EE家族に対しては欠かせないプログラムである。

この分野のプログラム開発は不十分であり、検討が必要である。

## 8 居住施設の問題

居住施設の確保は社会復帰調整官にとって重要な課題である。対象者の多くは自宅に戻ることに家族や地域住民が反対をしているために、社会復帰施設（福祉ホームなど）、グループホーム、単身アパートが候補として挙げられる。ところが、24時間、土日も含めた365日のケアができる大型の施設にはほとんど空きがないのが現状である。さらに、24時間365日見守りが行われているグループホーム（ケアホーム）は少ない。また、対象者自身が少人数グループの共同生活が不向きな場合も少なくない。結果として、単身アパートに居住した状態で、通院医療機関の多職種チームが24時間365日型の見守りを余儀なくされることになる。対象者の地域生活が安定するにつれて次第に見守りの回数は減ってくるものと思われるが、初期の段階（通院前期）における指定通院医療機関側の負担はきわめて大きいことを強調したい（急性期増悪包括管理料に相当する）。指定通院医療機関がアウトリーチ型の多職種チームをもつことは必要であり、その効果も高いものと思われる。

## 9 「アウトリーチ型多職種チーム」の整備は急がれるべきである

すでに1・2の中で述べたように、ACT的な機能をもつ「アウトリーチ型多職種チーム」の形成は、対象者の通院・地域処遇のうえでは、大きな効果をもつことは明らかである。ケア会議において処遇の実施計画を策定し、関係機関が連携していることでこの機能を代行しているのが実情であるが、実際の支援場面では指定通院医療機関職員が対象者宅を頻回に訪れることが可能となる「アウトリーチ型多職種チーム」は欠かせないものである。医療観察法に参加協力している指定通院医療機関を核として、多職種チームを整備することは、地域における精神科医療の底上げに大きく貢献するものと思われる。

## 10 保護観察所や保健福祉機関との連携について

この法律における通院・地域処遇は、指定通院医療機関・保護観察所・

地域保健福祉機関の3者によって支えられている。しかし、実際には指定通院医療機関が行う医療部分と社会復帰調整官が行う福祉的生活支援部分とに大別される。本来、一体であるべき対象者へのサービスの提供が医療と福祉に乖離した状態で提供されていることについては、中長期的な課題として考えていかなければならない。

## VII おわりに

種々の問題点を列挙したが、早急に改善が必要なものと、5年後の改正に向けた検討が必要な部分とに分けられる。前者については、厚生労働科学研究班を主体として検討を重ねていくことで一定の役割が果たせるであろうが、後者については厚生労働省と法務省が連携した「専門委員会」を再度立ち上げる中で十分に検討を行う必要がある。



## わが国の精神科医療とその課題

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

専門医のための精神科臨床リュミエール4  
精神障害者のリハビリテーションと社会復帰

中山書店

2008年10月20日発行

## わが国の精神科医療とその課題

わが国には 35.3 万床の精神科病床があり、32.4 万人 (25.4 人/人口 1 万人) の入院患者がある (2005 <平成 17> 年 6 月 30 日厚生労働省調査)。また、平均在院日数も 363 日 (2003 <平成 15> 年調査) で、諸外国と比較して著しく多く、かつ長期入院に及んでいる。精神障害者が地域で生活することが原則とされている諸外国の現況をみると、わが国の精神科医療には変革が必要と思われる。しかし、このような状況を生んできた経緯を十分に認識しながら施策を進める必要がある。

### 戦後の精神科医療の歴史

#### 精神衛生法からの出発

1950 (昭和 25) 年に精神衛生法が施行され、わが国の精神保健福祉行政の基本的な枠組みが規定された。その第 1 条 (目的) では、「精神障害者等の医療及び保護を行ない、且つ、その発生の予防に努めることによつて……」と記載されたが、地域における保健所の役割や社会復帰施設等に関する具体的な記載は認められなかった。また、措置入院\* では「医療及び保護のために入院させなければ自身を傷つけ又は他人に害を及ぼす恐れ……」 (第 29 条)、さらに同意入院\*\* では「医療及び保護のために入院の必要があると認める場合において保護義務者の同意があるとき……」 (第 33 条) と、「医療と保護」という概念が記載されている。医療だけでなく「保護」という概念が付加されたことは、入院当初の同意や行動制限等には必要な要件ではあるが、次第に慢性・長期間の保護としての意味合いが重視されるようになり、結果として、精神衛生法そのものが、精神科病院に、初期の医療だけでなく、慢性の精神障害者等の長期保護の役割を担わせる方向を生んでしまった。

#### 精神科病床の増設

精神衛生法施行当時では、全国精神科病床数は 3 万床にすぎなかった。1953 (昭和 28) 年には、WHO 顧問の Lemkau らが日本を訪れ、精神科病床を 10 万床とすることを勧告した。1954 (昭和 29) 年の全国精神障害者実態調査では、全国には約 130 万人の精神障害者がおり、このうち約 35

#### \* 1 措置入院

精神衛生法第 29 条に規定された強制入院制度。精神保健指定医 2 名が自傷他害の恐れがあると認めた場合に、知事の命令により強制的な入院が行われる。

#### \* 2 同意入院

精神衛生法第 33 条に規定された入院形式。精神障害のために入院の必要があると診断した者について、保護義務者の同意を得て入院させることができる。

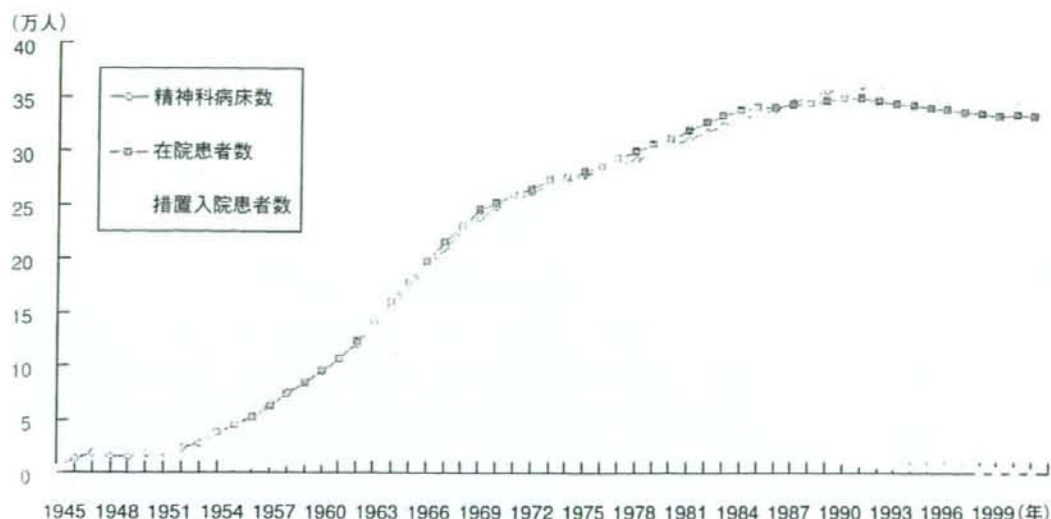


図1 戦後のわが国の精神科病床数・入院患者数の推移

万人について当時の判定では入院が必要とされた。この結果をもとに精神科病床の増設を促すために、精神科医療施設建築に関する1/2国庫補助制度が設けられた。さらに1958(昭和33)年には、精神科病院増設に伴って職員の不足が深刻化したために、人員の基準として「医師の配置数は患者48人に対して1名、看護婦等の配置数については6人に対して1名」とする、いわゆる「精神科特例」が厚生事務次官通知として出された。この「精神科特例」は現在も受け継がれているが、これを廃止するためには、急性期部分と長期慢性入院患者の人員基準を見直すなど、精神科病院における病棟の機能分化を促進する必要がある。

精神科病院と精神科病床数は急速に増加したが、1963(昭和38)年の全国精神障害者実態調査では、全国では124万人の精神障害者があり、このうち28万人について入院が必要とされた。1967(昭和42)年には、WHO顧問であったClarkが来日して、翌年に「精神科病床は25床/1万人が適切」「精神科病院のリハビリテーションの充実」「外来におけるアフターケアの充実」などについて勧告を行った<sup>\*)</sup>。

このように昭和20～30年代には、精神科病床の増設は、国の施策として積極的に行われたものであった(図1)。

### 法改正の歴史と社会参加の促進

1964(昭和39)年には、ライシャワー駐日アメリカ大使刺傷事件<sup>\*\*)</sup>が発生して、翌年、精神衛生法が改正された。その内容では、「保健所における訪問・相談事業の強化」「精神衛生センターの設立」「通院医療費公費負担制度の新設」「緊急措置入院制度を含む措置入院制度の充実」などで、

#### \*3 クラーク報告

WHO顧問として1967年11月に来日したClark DH(イギリス・フルボーン病院院長(当時))が、3か月間日本に滞在して、日本における精神衛生のあり方をWHOに報告したもの。精神衛生部局の重視、専門家の採用、適切な精神科病床数は人口1万対25床などの報告がある。

#### \*4 ライシャワー事件

駐日アメリカ大使であったライシャワー氏が19歳の精神障害者の男性に刺された事件。これをきっかけに精神衛生法の改正が行われた。

\*5 宇都宮病院事件

栃木県宇都宮市の報徳会宇都宮病院で、職員等による入院患者への虐待・暴行により2名が死亡した事件。この事件は国連人権委員会でも取り上げられ、精神衛生法の改正につながった。

地域精神科医療について、第一歩がようやく踏み出された。

1983（昭和58）年に宇都宮病院事件\*5が発生し、1987（昭和62）年になって、精神保健法が公布された。この内容では、入院患者の人権の確保が中心課題ではあるが、同時に、精神障害者社会復帰施策としては、精神障害者生活訓練施設や精神障害者授産施設などに関する規定が設けられた。

1993（平成5）年には、障害者基本法が制定されて、精神障害者が初めて障害者として位置づけられた。また、同年には精神保健法の一部が改正され、このなかで「国、地方公共団体、医療施設の設置者又は社会適応訓練事業を行なう者は、精神障害者の社会復帰の促進への努力」（第4条）が明確化された。また、同時にグループホーム（精神障害者地域生活援助事業）が法定化された。

1995（平成7）年には、精神保健法は精神保健福祉法（正式名称は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」）へと改正されたが、このなかでは、法の目的として「自立と社会参加の促進と自立及び社会参加への援助」が加えられている。さらに、「精神障害者保健福祉手帳」が始まり、「生活訓練施設（授産寮）、授産施設、福祉工場、福祉ホーム」の4施設が明記され、社会適応訓練事業が法定化された。

1998（平成10）年からは精神保健福祉士が国家資格として活動が開始され、1999（平成11）年には精神保健福祉法の一部が改正され、在宅福祉事業として「精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプ）」「精神障害者短期入所事業（ショートステイ）」が加えられた。

1996（平成8）年度から2002（平成14）年度までの7年間にわたって「障害者プラン」が社会復帰施設やグループホームなどの整備を数値目標で示しながら、全国的に展開された。さらに、2003（平成15）年度から2007（平成19）年度までの5か年については、「新障害者プラン」が策定されたが、このなかでは「ノーマライゼーションと社会参加の向上」「社会のバリアフリー化の推進」「地域基盤の整備」などが重点施策とされ、精神障害者施策では、在宅サービス（地域生活支援センター、ホームヘルプサービス、ショートステイ）、施設サービス（生活訓練施設、通所授産施設、グループホーム、福祉ホーム）の整備等が重点的に図られた。

### 精神保健医療福祉の改革ビジョン

2002（平成14）年12月に社会保障審議会障害者部会精神障害分会が報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」を示したが、このなかには、「ケアマネジメント手法を活用」し、「総合的計画的なサービスを提供」し、「【受け入れ条件が整えば退院可能】な7万2千人の退院・社会復帰を目指す」と記載されている。この報告書を受けて、厚生労働大臣を本部長とす

る「精神保健福祉対策本部」が発足し、2003（平成15）年5月には中間報告として「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を発表したが、「精神障害に関する普及啓発」「7万2千人の早期退院，社会復帰の実現」「精神科病床の機能分化と入院医療の質の向上」「地域生活や活動の支援」などが指摘されている。

2004（平成16）年になり、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」\*6が発表されたが、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針のもとで、「立ち後れた精神保健福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」「受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）については、精神科病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等…（中略）…進めることにより、併せて10年後の解消を図る」とされている。具体的には、①国民意識の変革として、精神疾患を正しく理解し、誰でもかかりうる病気であるという認知度を90%以上とする、心のバリアフリーの推進、②各都道府県の1年未満平均残存率を24%以下、1年以上群の退院率を29%以上とする、③国・都道府県・市町村における計画的な取り組みとして、地域実態を正確に把握し、地域専門家・当事者と意見交換しつつ計画的な取り組みを進める、目標達成を反映した基準病床の算定やニーズに基づく社会復帰施設の整備、④精神医療体制では、早期退院を促進するために精神科病床の機能分化の促進、精神科救急の整備、などがあげられている。さらに、この改革ビジョンを推進するために、同年10月には「今後の障害福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」\*7が示され、障害種別を超えた共通の障害福祉サービス体系の必要性が強調された。

\* 6

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>

\* 7

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html>

## 障害者自立支援法の出現

障害者自立支援法は2006（平成18）年10月から、その一部が施行された。この法律の特徴は以下のようにまとめることができる。

- ①身体・知的・精神の3障害が同一のサービス体系のもとで処遇される。
- ②財政的に存続可能な仕組みとして、利用者負担制度（応益負担）を導入。
- ③サービス体系自体を、夜間（居宅サービス）と日中（訓練，介護，就労）とに大別。
- ④報酬単価の明確化，すなわち，サービス提供の人数，障害の程度，日数による換算など。
- ⑤障害程度区分審査制度の導入。
- ⑥退院から社会復帰については，これまでの精神障害者社会復帰施設とは大きく様相を異にしている（図2）。

この制度の導入には，社会保障にかかわる財源改革の意向が色濃く反映されているが，当初には，地域における精神保健福祉サービスが貧困な状

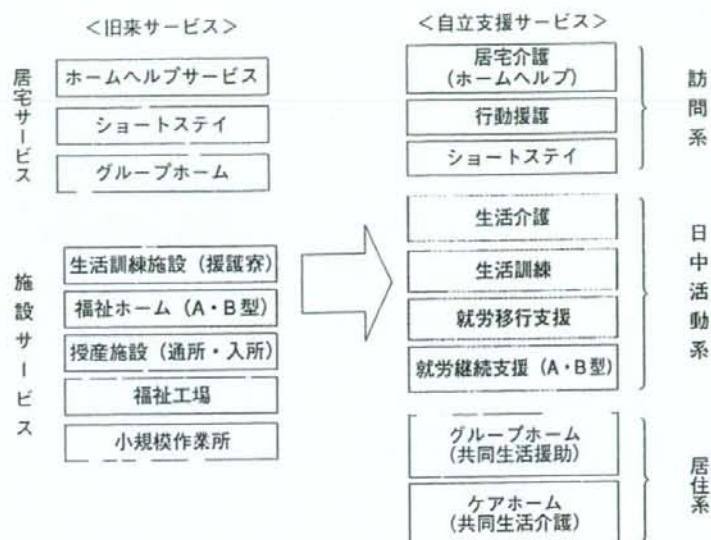


図2 旧来サービスから障害者自立支援サービスへの転換 (精神障害関連)

\*8 支援費制度

2003 (平成15)年に、身体障害者、知的障害者を対象として施行された制度。事業者との契約に基づき、利用者の必要に応じた適切なサービスに対し、市町村から支援費の支給を受けられる。

\*9 退院支援施設

障害者自立支援法で規定された。既存の病床転換として利用できる (20~60床)。通常の生活訓練や就労移行支援に、退院支援施設加算が加えられる。

\*10 地域移行型ホーム  
病院敷地内の既存の建物を利用して定員20人以下 (原則個室)として、原則2年間にわたって共同生活援助・介護を行う。2分の1の病床転換が求められる。

態にあることから、3障害を統合したサービス体系によって精神科関連についても地域サービスが利用しうるものとして期待された。事実、地域福祉サービスが少ないために、「支援費制度」\*8の導入も精神障害者では見送られてきた。ところが、実際に導入されるとさまざまな面で地域福祉サービスとしては不十分と思われる点が指摘されるようになった。

- ① 同居家族収入と連動した利用者負担の増大 (後に利用者個人の収入を基本とした算定方法に変更された)。
- ② グループホームやケアホームでは、夜間の居住提供だけでは収支バランスはとれず、日中活動との合算によって採算が合う。
- ③ 多機能型事業を導入しても、6人程度の小規模では採算をとることが困難である。
- ④ 精神障害者では、就労を目標としたサービス体系では、他の障害と比較して就労へ拡大することが困難である。
- ⑤ 障害程度区分では、精神障害者は著しく低く評価されており、他の障害とは異なった判定基準が求められる。

以上のように、これまでの社会復帰施設を中心とする施策からは大きくかけ離れたサービス体系に戸惑いもあるが、それ以上に、3障害を同一の枠組みで行うことには種々の問題があるといえよう。特に、長期に入院を余儀なくされている、中等度以上に障害がある人たちを、新たな障害者自立支援サービスを利用して病棟から送り出すことには問題が残る。新たに提案された「退院支援施設」\*9や「地域移行型ホーム」\*10も人員基準が低いために、地域への移行という機能を十分に果たしうるかは疑問が残ると

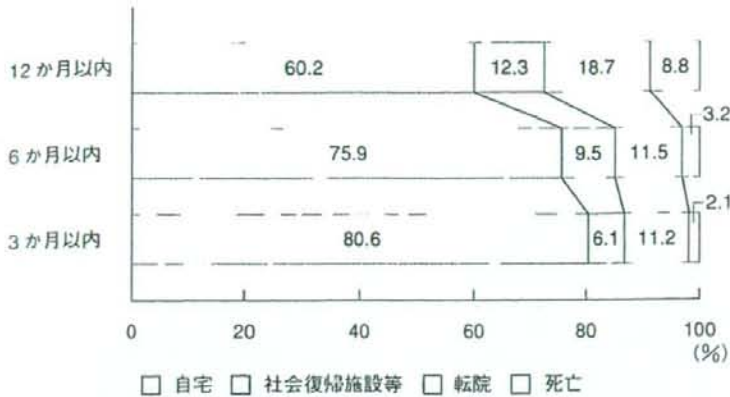


図3 入院後1年以内に退院する患者の退院先

ころである。

## わが国の精神科病院入院者の状況

2005（平成17）年6月30日調査の結果をみると、わが国には35.3万床の精神科病床があり、32.4万人（25.4人/人口1万人、病床利用率91.8%）が入院をしている。疾病別でみると、このうち、認知症等の器質性精神障害者は約6.0万人（18.5%）、統合失調症圏患者は19.6万人（60.5%）である。年齢別では、65歳以上は約14.0万人（43.2%）であるが、器質性精神障害者を除いた26.4万人（20.7人/人口1万人）では、65歳以上は8.4万人（31.8%）である。また、統合失調症圏患者19.6万人では、65歳以上は30.0%である。在院期間をみると、3か月未満16.7%、1年未満31.5%、1年以上は68.5%である。

2006（平成18）年度版『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』<sup>1)</sup>をみると、2003（平成15）年では1年間に34.2万人が新たに入院しているが、1年後の平均残存率は31.1%、1年後の退院率は21.6%、平均在院日数は363.7日である。

他方、精神科病院の年間新入院患者数は徐々に増加し、一方で、早期退院が次第に進み、この結果、病床利用率・平均在院日数も次第に減少の方向にある。しかし、依然として長期在院者数は多く、また、高齢化率も器質性精神障害者を除いても43%（2005年）と高齢化が進んでいることがわかる。

退院患者の状況を2005（平成17）年6月30日調査からみると、2004（平成16）年6月に入院した患者3万1,501人は、3か月以内に58.1%が退院し、6か月以内には81.3%、さらに1年目には85.9%が退院している（残留率14.1%）。退院先をみると（図3）、3か月以内では自宅退院が

80.6%と高いのに比して、6か月ではその割合は75.9%にまで減少して社会復帰施設へ退院する割合が9.5%にまで高まっている。この割合は1年目では自宅退院は60.2%にまで減少しており、長期に残留した人たちの退院先が極端に減少している傾向が認められる。この原因が本人の病状によるのか、それとも、地域における居住・生活支援サービスの不足によるのかについて、検討が必要である。認知症専門病棟に関する調査では、退院先は、40.6%が他院への転院、25.5%が家庭復帰、22.8%が施設、11.2%が死亡であった。

### 退院が可能と思われる人たちの調査

1991（平成3）年に、日本精神神経学会によって行われた入院患者に関するニーズ調査<sup>2)</sup>では、31.4%が「適切な地域の受け皿があれば退院可能」とされた。1993（平成5）年には日本精神科病院協会（日精協）総合調査が行われ、精神症状では入院患者のうち12.9%が「寛解・院内寛解」とされ、さらに、「軽度」を含めると31.4%とされた。1999（平成11）年に、日本精神神経学会によって再度行われたニーズ調査<sup>3)</sup>では、「適切な地域の受け皿があれば退院可能」とされたのは32.5%であった。同年行われた厚生労働省入院患者調査では、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされたのは21.6%（7万2,000人）であった。しかし、入院を余儀なくされている人たちが退院可能か否かは、個々の人たちの年齢、疾患、入院期間、精神症状、家庭環境などによって大きく異なるものであり、さらに詳細な調査が必要と思われる。

2003（平成15）年の「精神障害者サービスニーズ調査」<sup>4)</sup>では、個々の精神症状、能力障害などを含めて多面的な調査が行われた。同様な調査は、2008（平成20）年2～3月に「精神病床の利用状況調査」でも行われている。後者では、「受け入れ条件が整えば退院可能」と回答されたのは、33.7%にもなった（F0\*<sup>11</sup>を除けば33.0%）。しかし、このうち、「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」とされたのは15.4%にすぎず、「状態の改善が見込まれるので、近い将来退院可能」と将来的な可能性を示したのは78.9%にもなっている。したがって、現状でそのまま退院可能とされたのはわずか5.2%にすぎない。また、1年以上の入院群では、受け入れ条件が整えば退院可能とされたのは21.2%（F0を除けば19.5%）、そのまま退院可能は3.4%とますます少なくなっている。このように、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた人たちの多くは、将来的な予測に基づいたものであり、実際に退院した人たちのうち、退院前に「退院可能」と判定された人たちは48%にすぎない。

\* 11 F0  
症状性を含む器質性精神障害（ICD-10）。



表1 「精神症状」判定基準

- 1 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活のなかではほとんど目立たない程度である。  
精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、
- 2 院内の保護環境ではリハビリテーション活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。  
精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
- 3 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが、逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、躁状態を含む。
- 4 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動がみられることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、躁状態を含む。
- 5 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

表2 「能力障害」判定基準

- 1 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
- 2 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
- 3 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- 4 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
- 5 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

## 2 軸評価からみた入院患者の状況

日精協政策委員会では、2002（平成14）年のマスタープラン調査<sup>9)</sup>以来、2軸評価（精神症状と能力障害）（表1、2）を中心に会員病院の入院患者調査を行ってきた。2006（平成18）年には、長期入院者（1年以上日精協会員病院に入院）について検討したところ（図4、5）、精神症状からみて退院可能（1群+2群）は18.4%であるが、3群（13.5%）の一部を含めて、退院を促進する場合には、障害者支援施設も含めた、高機能な中間施設が必要であると考えられた。また、それだけではなく、ADLの低下や合併症の有無を考えると、現状では7万2,000人（21.6%、長期入院

	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 (9.9%)		2 群	5 群 (60.1%)		
能力障害 2						
能力障害 3	2 群 (8.5%)	3 群 (13.5%)				
能力障害 4	4 群 (8.1%)					
能力障害 5						

図 4 2 軸評価別にみた長期入院患者の状態

N=18,608 (F0 を除く)。

精神科一般病棟・精神療養病棟に「1年以上継続して入院する患者」を対象としている。

(日本精神科病院協会政策委員会, 2006<平成18>年6月30日調査.)

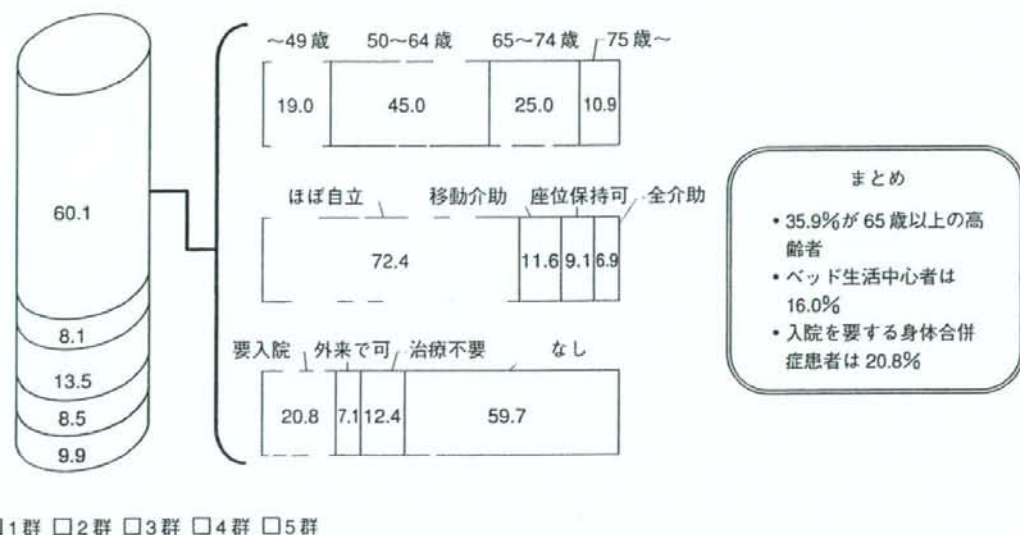


図 5 5 群の状態像

精神科一般病棟・精神療養病棟に「1年以上継続して入院する患者」を対象としている。

(日本精神科病院協会政策委員会, 2006<平成18>年6月30日調査.)

者では10.2%)については、十分な分析と受け皿(適切な居住施設と生活支援サービス)がなければ実施はきわめて困難であると分析された。入院患者の状況調査については、2008(平成20)年に筆者らが行った「精神病床の利用状況調査」は、さらに詳細な結果を示すものと考えられる。

### 入院1年以内の治療状況

前述したように2005(平成17)年6月30日調査の結果をみると、全国平均では、3か月以内に58.1%が退院し、6か月以内には81.3%、さらに、

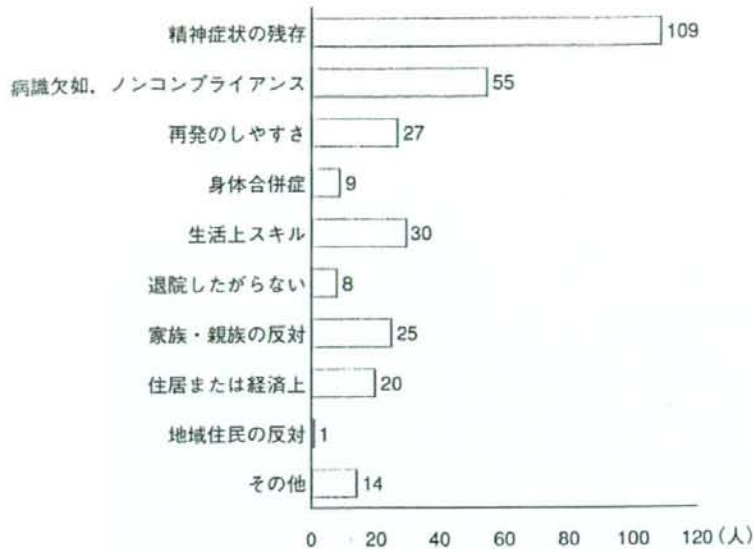


図6 3か月以内の退院を困難にした要因

回答 147 件。

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

1年目には85.9%が退院している(残留率14.1%)。筆者が行った、急性期病棟ならびに救急入院料病棟<sup>12</sup>206施設に対する調査結果(2007年)では、3か月以内の退院率は78.6%にもならず、さらに1年後には96.7%(残留率3.3%)である。3か月を経ても退院できなかった134人についてみると、その82%が1年以内に退院している。全国調査では、3か月時点で残留した入院患者のうち、69.5%が1年以内の退院に成功している。4か月以降についても12%程度の退院率に差異が認められる。

3か月を経ても退院とならなかった要因としては、精神症状が残存していることと、服薬のノンコンプライアンス(病識欠如)が主たるものであるが(図6)、一方、回復期(4か月~12か月)に退院が可能となった要因をみると、「薬物療法の効果」だけでなく、「薬物療法以外(作業療法やSSTなど)」、さらには「PSW等の介入」も効果を示している(図7)。すなわち、多職種が治療等に関与することが大きな効果を示していることがわかる。また、1年を経ても退院とならなかった要因をみると、「精神症状の残存」、「病識の欠如」、「生活上のスキル」などがあげられる(図8)。

他方、1年以内の退院先をみてもわかるように、退院先は「自宅」が最も多いものの、その割合は入院期間が長期になるに従って、急速に減少し、1年半を超えると、その割合は4割以下になってしまう。そのためには、早期に自宅に退院することと、さらに、長期に至った場合には、グループホームを主とする居住施設が存在が重要となることを示している。

#### 救急入院料病棟

精神科急性期治療病棟の基準に加えて、病床の半数以上が個室、70%以上が医療保護入院、医師数が16対1、さらに地域の措置入院患者の4分の1以上を受け入れている等の条件をクリアしている必要がある。

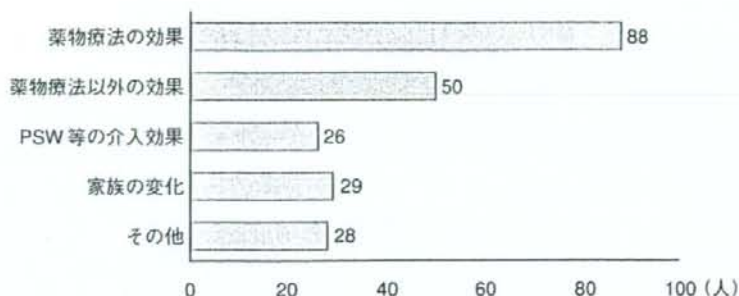


図7 回復期に退院できた要因

回答 147 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

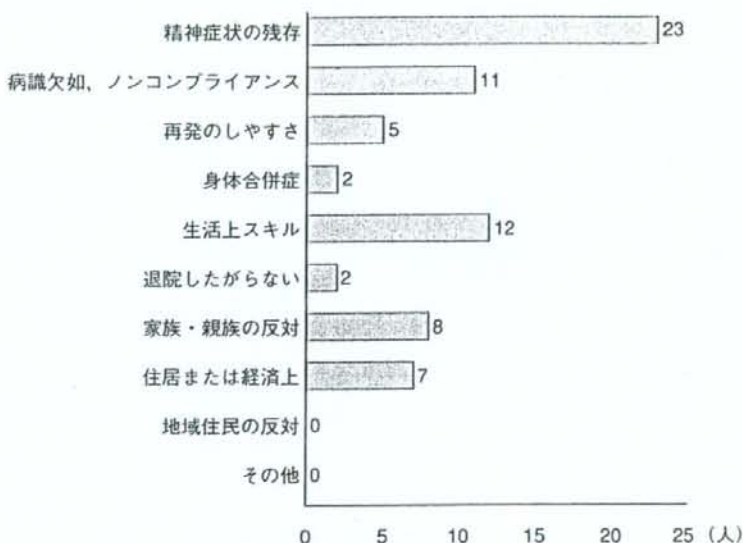


図8 1年経ても退院とならない要因

回答 27 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

## 病床の機能分化

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神病床の機能分化が重視された。その具体的なイメージは伊藤弘人によって示されている(図9)。そのなかでは、「急性期治療群」「社会的入院予備軍(いわゆる New Long Stay<sup>\*13</sup>予備軍)」「重度療養群」に大別された。

前節で述べたように、急性期(3か月以内)の治療と退院の促進は、入院の長期化を防ぐためには最も効果的である。さらに、4～12か月の間

\*13 New Long Stay  
1年間の入院を経ても退院できず、長期入院となる可能性の高い入院患者の一群。