

図6 精神保健福祉士 (回答 139 件)

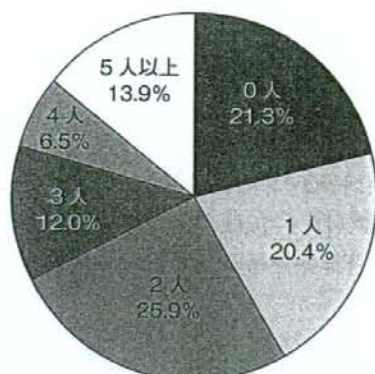


図7 訪問看護の看護師数 (回答 108 病院)

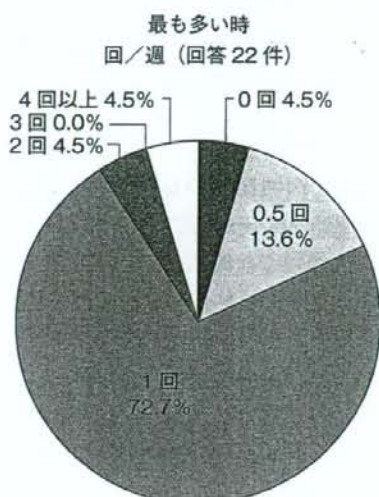
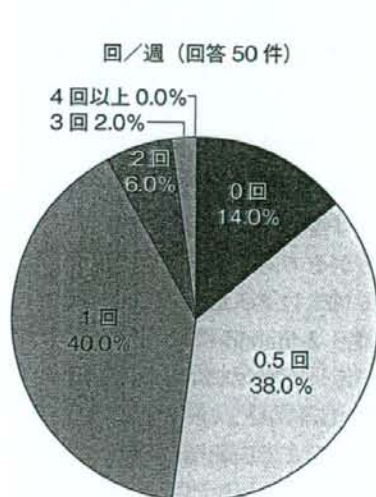


図8 通院処遇例訪問看護 (医療保険) の頻度

～4回以上が9%あり、事例によっては頻度を高めている場合もあることが明らかになっている(図8)。さらに、社会復帰調整官の訪問(週に1回程度)や保健センター保健師訪問(月に1回程度)が加わっているが、これらを加えても週に1.5～2回の訪問が標準といえる。このような状況を見ると、わが国での医療観察法対象者の地域でのアウトリーチ体制は、基本的には、「処遇の実施計画」というケアプランに基づいた、Case Management型(後述)であるという事ができる。そして、事例としては少ないが、必要に応じて密度の高い支援が実施されている

(Intensive Care)のが実情である。

## 5 海外で実践されている地域サービス

前述したように、英国ではCPAを基本として各種の地域精神科医療が実施されている。そして多職種からなるCommunity Mental Health Team (CMHT)がアウトリーチを行う。多職種の中心はCommunity Psychiatric Nurse (CPN)とPSWである。チームは毎朝カンファレンスを行ってチームとしての連携を行っている。しかし、訪問回数としては、週に1～2回程度が

標準であり、ケースマネジメント型のアウトリーチである。さらに密度の高いケアが必要であれば、強力型(enhanced) CPAを行って、Intensive Case Management (ICM), あるいは、積極型アウトリーチチームとして1名が10人程度を受け持つチームに移行して週に3~3.5回程度でフォローされる。これらは英国のNHS-Trust (精神保健事業団)が運営をするものである<sup>11,12)</sup>。

Marksら<sup>10)</sup>は、すでにMadisonやSydneyで行われていたPACTを参考視して、Londonで、緊急入院を余技なくされている精神障害者(現在入院中も含めて)、すなわち比較的重症な精神障害者(serious mental illness; SMI)を対象として、①24時間365日活動、②問題を生じた場所にまで出かけて対処する。Crisisの場合でも2~3日の入院で済ませる、③ケースマネジメントの実施、④問題指向型のケア、⑤広範な日常生活への援助、⑥同時に日常生活機能訓練も実施、⑦利用者の権利擁護も重視。このような対象法を基本としてHome-Based Care (Daily Living Program; DLP)を実施した。スタッフは精神科医(1名)、精神科看護師:CPN(7名)、PSW(1名)の計9名で、対象者は92名である。20カ月間の試行の結果、再入院の期間は3~18カ月間も短縮された。このように、それまでのHospital-Based Careからの転換が高く評価された。

最近の海外でのACTの実施状況は、国際精神保健リーダーシップ会議(International Initiative for Mental Health Leadership; IIMHL)が行ったBirmingham(UK), Nashville(USA), Auckland(New Zealand), Toronto(Canada)の4都市における実施状況比較報告をみると、各都市では、ACTがそれぞれの特徴をもちながら急速に発展していることがわかる<sup>4)</sup>。(1)Birminghamでは、8つのAOT(Assertive Outreach Team)が事業団によって運営されている。活動目的の中心は再入院(回転ドア現象)を防止することで、1チームは5名のスタッフから構成され、平均

で62名を受け持つ。Case ManagementやRisk評価が平行して行われている。(2)Nashvilleでは、精神障害をもったHomelessに対して支援チーム(Homeless Outreach Partnership and Empowerment; HOPE)を組織しているが、1チームは6人構成で、1人あたり6名を標準とし、小規模ではあるが、Homeless shelterを利用しながらユニークな活動をしている。(3)Auckland(南部地区)では、人格障害、司法医療対象者も含めた精神障害者を1チーム17名構成でみている。看護師は6名で一人当たり20名と多数を受け持つ。しかし、これに加えて精神科医(1名)、Forensic nurse(0.5名)、物質使用障害専門家(0.5名)、Social worker(2名)、さらには直接に生活支援を行うSocial Care Worker(5名)が加わって訪問看護師を支援し、多職種で支援を行う。(4)Torontoは1,200万都市であるが、13のACTをカナダ精神保健協会が委託を受けて運営している。1チームは11名が標準であるがその内容は、看護師4名、Social worker 1名、OT 11名、Case Manager 2名、精神科医0.5名、Adduction専門家1名、職業訓練の専門家1名、就労の専門家0.5名、Peer Support Worker 0.5名など、多職種が物質使用障害から就労に至るまで広範囲にわたって支援する体制にある。1人あたりの事例数は8名が標準である。また、性犯罪者や放火犯は扱わないとのことである(Steve Lurie氏私信)。

ACTはTorontoを筆頭に急速な拡大を続けている。スタッフ1名当たりの負荷は10名が原則であるが、地域によってさまざまな工夫が行われている。ACTは利用者の医療・生活全体を安心感を与えながら支援するものであるため、軽症の事例であっても週に3~3.5回の訪問が行われるのが原則であり、その中で、必要であれば就労にまで支援を拡大する、すべてを地域の中で行おうとするのが基本的な考えである。これに対して、Case Managementが基本にあり、必要に応じて支援の密度を上げようとする手法は、本来のACTの考えとは異なるものである。

## 6 司法精神障害者のための地域精神科医療

英国(England)ではCPAに基づいてCMHT(Community Mental Health Team)がアウトリーチ活動を行うが、その頻度は対象者の状況によって調整が行われる。前述したように積極型アウトリーチチームはACTと同様の事例負荷数で行われ、さらに必要に応じて、家族治療チーム、早期介入チームが加えられる。暴力や犯罪など種々の問題行動が予測される場合には警察、保護観察所など関係機関が集まった(multi-agency)チームで対応することもある。

このようにCMHTに必要なサービスを付加する状況で司法精神障害者(Mentally Disordered Offender; MDO)をどのようにして受け入れるかは、英国にとって大きな課題であった。責任能力判定を前提とするわが国の医療観察法とは異なって、英国では精神科医療での治療可能性があれば人格障害であっても司法精神医療の対象となる。矯正施設における処遇と司法精神医療との相互連携が求められている。実際には、性犯罪者は地域精神科医療からは除かれ、保護観察所の所管で管理されている。また、CPAであっても、一部の対象者は、監督付き退院(Supervised discharge, Conditional discharge)の状態が命令されており、一定の住居に住まうこと、精神科外来に通院することなどが義務づけられている。Hollowayは、地域精神科医療チームで司法精神障害者をみる場合は、対象者に対するRisk-assessment/managementが重要であると述べている<sup>7)</sup>。Buchananは、Risk-managementとともに、多職種でかわるアウトリーチの効果を強調し、さらに、緊急に入院できる専用病棟やデイケアセンターなどの医療資源の必要性も強調している<sup>1)</sup>。

地域治療命令(Community Treatment Order; CTO)や条件付退院(Conditional Discharge)は、医療観察法では通院処遇の判定に相当する。わが国では、地域精神医療は貧困で不確かな状況

にあるが、それでも医療観察法による通院処遇は、「処遇の実施計画」が関係機関がかかわった中で策定され、さらに、通院医療機関では多職種のチーム医療が稼動するなど、これまでの地域医療とは格段に高い密度で行われ、また、現状では一定以上の成果を挙げているといえる。ところが、世界的にみると、すでに地域医療が充実している地域ではCTOなどが本当に有効なものかどうか議論されている。Kiselyらは、CTOを実施しても、その後の入院期間には有意な減少は認められないと報告している<sup>9)</sup>。Carpinelloは、物質使用障害者、強姦、反社会性人格、自傷行為の事例にのみ有効であったと報告している<sup>2)</sup>。Huntらは、TorontoでCTOを受けている224名と受けていないコントロール群92名について、受けているサービス(主にACT)に差がないようにして調査を行った。その結果、CTOを受けている群の方が、有意に再入院期間が短く済んでいることが明らかとなった<sup>8)</sup>。ACTなどアウトリーチ機能が充実した状態であっても、CTOなど司法的な枠組みは効果であるが、同時に、種々の専門家がかかわり、また、Risk-assessment/managementを実施する必要もある。

TorontoにおけるACTの実施報告をみると、13のACTチームのうち5チームにおいて司法精神障害者が含まれており、その割合も10%以下である。特にRiskの評価をすることもなく、一般精神障害者との差異なく受け入れられている<sup>3)</sup>。

## 7 わが国の地域司法精神科医療が進む方向

不十分な医療・福祉資源の中にあっても、わが国の医療観察法の通院医療は、「処遇の実施計画」を取り巻く関係者の献身的な努力によって支えられている。医療観察法の通院医療は、これまでの地域精神科医療の問題を増幅して示しているといえる。この問題の解決は、現在の地域における訪問機能をいかにしてACTにま

で高めるかではないか。これまで述べたように、精神障害者を多面的・包括的に支援するACTは、理想的な手法ではあるが、保険診療報酬に縛られたわが国の現状では、いきなりACTを導入することは困難な状況にある。しかし、段階的に進めるとすれば、まず、Case Management型のCMHTを目指すことが必要であろう。現在、わが国では、これに相当するものは「訪問看護」しかなく、これを訪問看護ステーション化しようとするれば、PSWによる訪問が除外されることになる。わが国が地域精神科医療充実の第一歩として行うべきは、多職種の参加が許される「精神科訪問支援ステーション」の新設ではないか。

司法精神科医療が行うべきことは、通院対象者のRisk評価を常に正確に行って、その状態に応じて訪問回数を増やしたり、専門家を派遣したりするなど、状況に応じてすばやく対応することであろう。

#### 文献

- 1) Buchanan A : Who does what? The relationships between generic and forensic psychiatric services. Care of the mentally disordere offender in the community, Oxford Univ Press, New York, pp245-263, 2002
- 2) Carpinello SE : Kendra's Low: final report on the status of assisted outpatient treatment. New York state office of mental health, pp1-16, 2005 (<http://www.omh.state.ny.us/omhweb/Kendra>)
- 3) CMHA Toronto ACT Teams Program Review

: Building towards recovery. Canadian Mental Health Association, Toronto, 2008

- 4) Deuchar N, Vanderpyl J, Doub TW et al International Comparative ACT Study Process and Data. The international J. Leadership in Public services, vol.4, pp41-57, 2008
- 5) 平成 18 年度厚生労働科学研究報告書, 「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」研究代表者小山司, 分担研究 (松原三郎) 「強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究」.
- 6) 平成 19 年度司法精神医療等人材養成研修会, ガイドライン集, 2007
- 7) Holloway F : Mentally disordered offenders and the community mental health team. Care of the mentally disordered offender in the community, Oxford Univ Press, New York, pp222-241, 2002
- 8) Hunt AM, Silva A, Lurie S et al : Community Treatment Orders in Toronto: The Emerging Data. Can J Psychiatry 52 : 647-656, 2007
- 9) Kisely S, Cambell LA, Preston N : Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Review Issue3. John Wiley & Sons, London, 2005
- 10) Marks IM, Conolly J, Muijen M et al : Home-based versus Hospital-based care for people with serious mental illness. Brit J Psychiatry 165 : 179-194, 1994
- 11) 西尾雅明 : イギリスにおける集中型・包括型ケアマネジメント, ACT の実際, ACT, ケアマネジメント, ホームヘルプサービス, 精神看護出版, 東京, pp125-136, 2004
- 12) 大島 巖 : 包括型ケアマネジメント, ACT の実際, ACT, ケアマネジメント, ホームヘルプサービス, 精神看護出版, 東京, pp98-112, 2004

\* \* \*

精神病床利用状況調査からみた

わが国の精神科医療の課題

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

日本精神科病院協会雑誌

第27巻 第11号

2008年11月5日発行

# 精神病床利用状況調査からみた わが国の精神科医療の課題

松原 三郎

石川 松原病院 理事長

## Key Words

精神病床利用状況調査, 退院可能性,  
精神能力障害 2 軸調査, 手段的日常生活動作 (IADL)

## はじめに

これまで多くの入院患者調査が行われてきた。平成3(1991)年には、日本精神神経学会がニーズ調査<sup>1)</sup>を行い、31.4%について「適切な地域の受け皿があれば退院可能」とされた。平成5(1993)年には日本精神科病院協会(日精協)政策委員会が精神症状6段階評価法をもとに調査<sup>2)</sup>を行い12.9%が「寛解・院内寛解」、31.4%が「軽度」であった。平成11(1999)年に日本精神神経学会が再度行ったニーズ調査<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%ときわめて近い数字を示した。同年、厚生労働省は入院患者調査を利用して「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者を抽出し、その数は7万2千人(21.6%)にのぼると指摘した。平成14年になり、日精協は入院患者のさらに詳細な分析を行うために、精神症状6段階評価・能力障害4段階の2軸による入院患者の状態調査<sup>4)</sup>を実施した(日精協マスタープラン調査)。調査対象者は日精協会員病院入院患者235,420人と膨大なものであった(調査結果は後述)。

## 精神障害者社会復帰サービスニーズ調査

平成15(2003)年3月には、全国規模で「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」<sup>5)</sup>を日精協が委託を受ける形で実施された。1万400人あまりの入院患者から回答が得られたが、結果をみると、GAF尺度(Global Assessment of Functioning)は61点以上が19.2%、51点以上が41.5

%にのぼり、精神症状6段階評価では「寛解・院内寛解」は21.8%にもものぼった。また、「受け入れ条件が整えば退院可能」と回答された患者は全体の34.5%にのぼり、全体に軽症精神障害者が入院している状況が指摘された。しかし、このうち、入院期間が1年以内の患者の占める割合や、さらに、増加しつつある認知症高齢者の影響など、さらに詳細な分析は行われないうちに終わっている。特記すべきは、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた患者34.5%のうち、「現在の状態で、居住先が整えば、あるいは、居住準備なしでも退院可能」とされた患者は、11.3%にすぎず、「状態の改善が見込まれれば退院可能」とされた患者は20.6%(全体の57.9%)にのぼっている。すなわち、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた患者の57.8%は将来的な症状の改善を予想して回答されたものであることが示された。また、「現在の状態でも居住施設が整えば退院可能」とされた15%については、入院期間が1年以内が42.4%であり、「状態の改善が見込まれ居住施設・支援が整えば近い将来には退院可能」とされた37.2%については、1年以内は30.3%であった。逆に言えば、長期入院(1年以上)の患者では「居住施設・支援」を要する患者の割合が多くなっていることが指摘された。

また、このなかでは本人のニーズも調査された。「半年以内の退院の希望」では、「希望する」は56.2%、「希望しない」は22.3%、「わからない」は21.5%であった。「退院後に希望する暮らしの場」は53.4%が「家族と同居」、23.1%が「単身生活」、「グループホーム・福祉ホーム」を希望するのは6.7%にすぎなかった。「退院後の活動の場」では、「デイケア」16.2%、「共同作業所」



図1 「1年以上」患者の2軸評価

表1 長期入院患者（1年以上，F0を除く）における各群の特徴

	全体に占める 割合	65歳以上	ADL (B1以下)	身体合併症 (入院が必要)
1群	9.9%	31.8%	0.5%	16.7%
2群	8.5%	35.2%	0.9%	14.5%
3群	13.5%	34.0%	3.0%	15.7%
4群	8.1%	49.4%	15.5%	20.3%
5群	60.1%	35.9%	16.0%	20.8%

12.7%で、最も多かったのは、「特に利用したいものはない」(50.5%)であった。「退院後のフォーマルな支援で不可欠なもの」では、最も多かったのは「かかりつけの病院・診療所」53.8%、「病院・診療所の相談員」41.4%で、「訪問看護」25.3%であった。

### 日精協2軸調査を中心とする調査・分析

平成14年日精協マスタープラン調査では、「精神症状3・能力障害3以下で、精神症状3・能力障害3に該当する者を除いた部分」を退院可能群とし、1年以上の長期入院者では24.8%、3年以上の長期入院者では21.0%であった。いずれも退院可能とされた7万2千人(21.6%)に近い数字である。

平成18年6月には、日精協政策委員会が126病院を対象として、さらに詳細な分析を行っている。このときには、前述の「精神症状3・能力障害3以下で、精神症状3・能力障害3に該当する者を除いた部分」は18.4%と比較的低い数字

を示した(図1)。これは、集計からF0群(認知症群)を除いたことが影響しているものと思われる。この調査では、2軸調査だけでなく、「年齢」「日常生活自立度(ADL)」「身体合併症」についても分析が加えられた。ADLについては、J~Cランクのうち、B1(屋内での生活はなんらかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体)以下の部分を抽出して分析された。また、身体合併症については、「入院治療が必要であるが、主治医(精神科医)が治療できる」のレベル以下の部分を抽出した。この結果は表1に示したが、とくに第5群では、精神症状の悪化だけでなく、ADLの低下や身体合併症が重度の人たちの割合が多いことが示されている。また、「受け入れ条件が整えば退院可能」に該当すると思われる「1群・2群」であっても、33%あまりが65歳以上であり、15%あまりが入院による治療が必要ななんらかの身体合併症を持ち、通常のままでは地域生活へ移行するのは容易ではない人が多いことがわかる。

表2 「精神病床の利用状況に関する調査」の概要

- ・ 郵送による調査依頼先 1,542 病院
- ・ 調査日 平成 20 年 2 月 15 日時点
- ・ 回答 966 病院 (回答率 64.6%) (民間病院 1,218, 国立病院 138) (総入院患者数 204,271 人)
- ・ 1/10 患者調査数 17,819 人 (8.7%)
- ・ 1 カ月後調査 (平成 20 年 3 月 15 日時点), 入院中 15,509 人, 退院者 1,203 人 (7.8%)
- ・ 6 カ月後調査 (平成 20 年 8 月 15 日時点)

### 新たな「精神病床利用状況調査」

改革ビジョンでは、「7万2千人の早期退院社会復帰の実現」は10年後を目途として行われる計画である。本年は計画開始から6年目にあたり、5年を経た時点での調査が必要となった。さらに、これまでの調査はその時点で入院中の患者の調査が中心であったが、実際に退院できた患者がどのような状況にあったかという「動態」についての調査は行われてこなかった。

今回の調査<sup>6)</sup>は、平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究(主任研究者、伊豫

雅臣千葉大学教授)」の分担研究「精神科病院における医療実態の把握に関する研究(分担研究者、松原三郎)」として行われたものである。さらに、各団体の協力を得るために、日精協、自治体病院、講座担当者、国立病院機構等の代表者を含めた企画委員会のもとで実施された。調査の概要は表2に示すとおりである。

#### 1. 年齢・入院期間・疾病分類

年齢等分析では17,785人が対象となったが、年齢では65歳以上高齢化率は42.5%で、F0を除いた場合は33.6%である。年齢分布では、60～69歳が25.6%と最も多く、これに50～59歳の23.5%が続く。F20(統合失調症)だけを抽出すると、60～69歳は28.8%であるのに対して50～59歳は28.7%とほぼ同数になる(図2)。

入院期間では全体の31.1%が1年未満であるが、平成15年社会復帰サービスニーズ調査では、28.4%であり、1年未満群が徐々に増加していることがわかる。他方、10年以上は26.3%と社会復帰サービスニーズ調査の28.8%に比してわずかに減少している。図3に示すように入院期間別の入院患者数は二峰性の傾向はますます顕著になっ

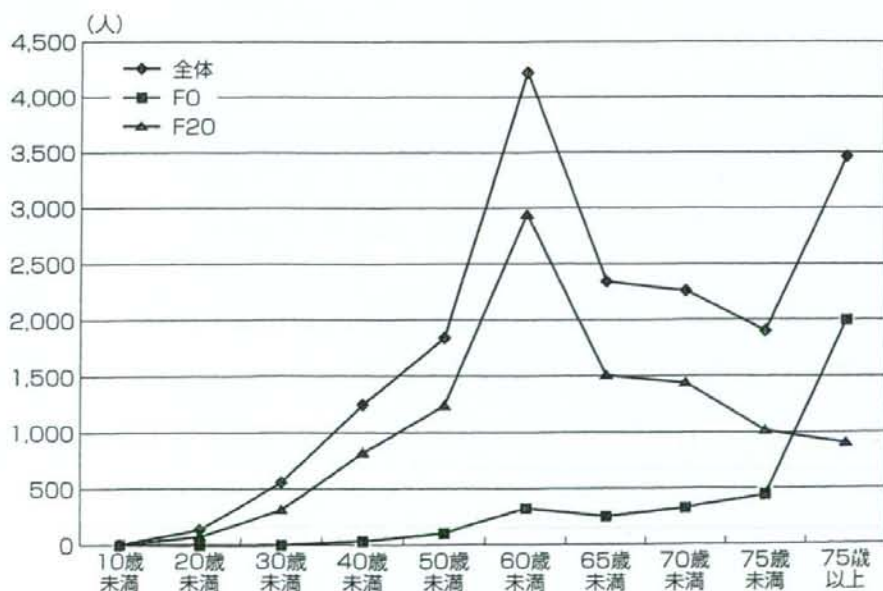


図2 年齢



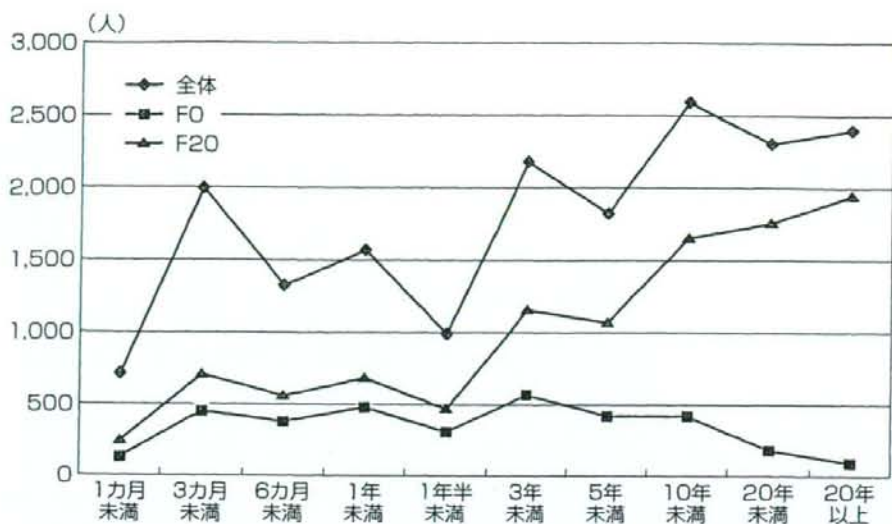


図3 入院期間

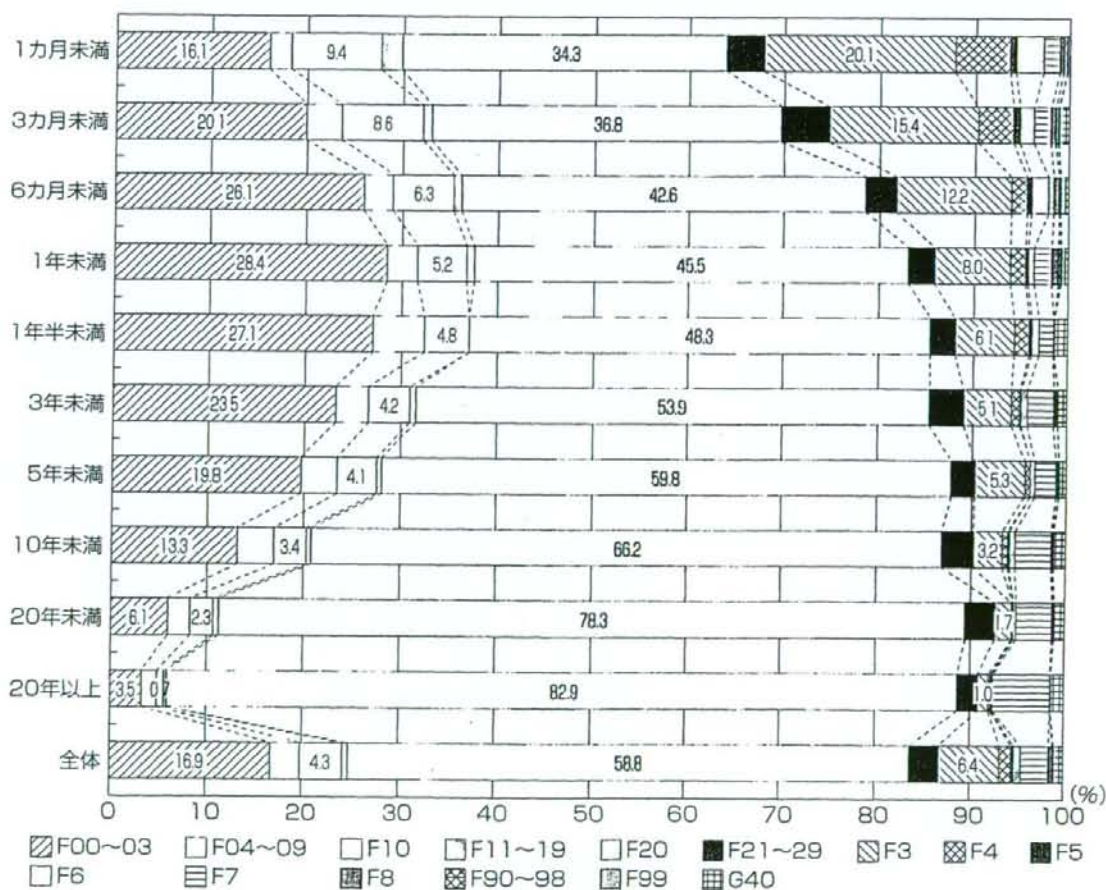


図4 主診断×入院期間 (全体)

2軸評価による群分け

	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		2群			
能力障害 2						
能力障害 3	2群		3群			
能力障害 4	5群			6群		
能力障害 5						

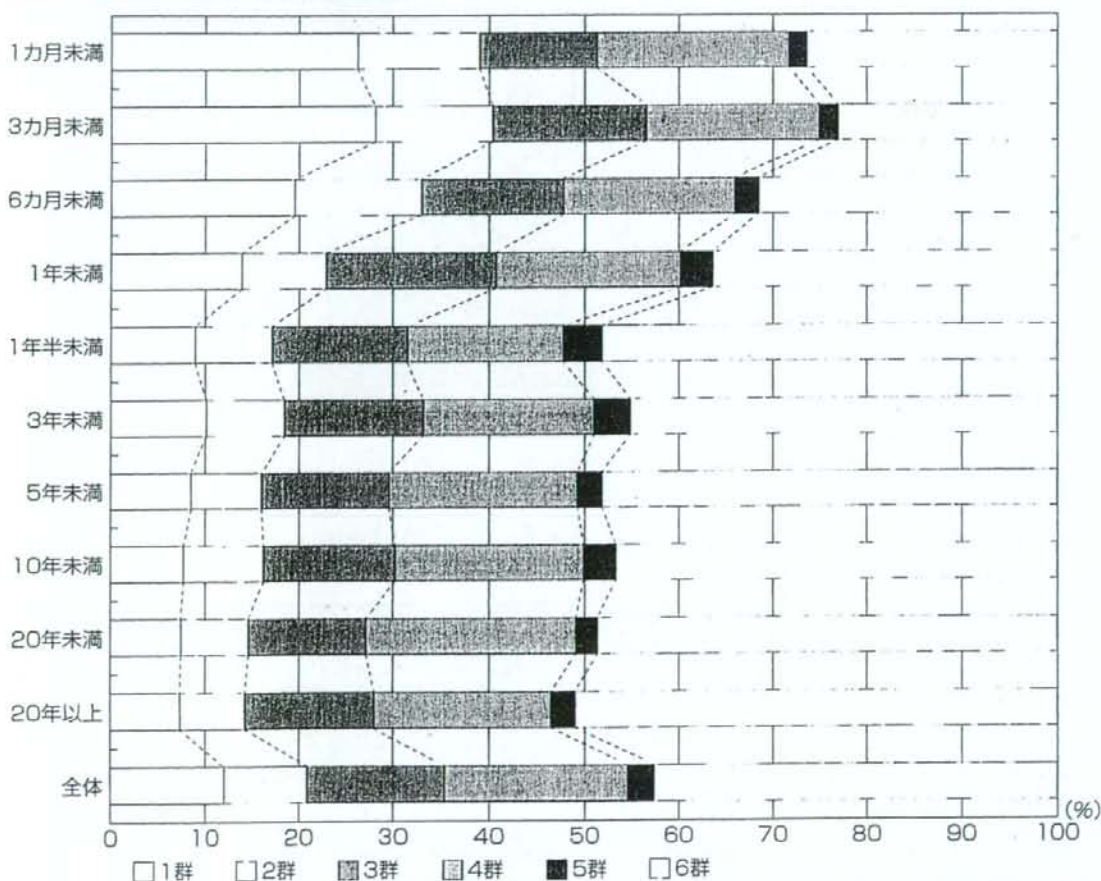


図5 2軸評価×入院期間 (F0を除く)

てきていると言える。疾患別で入院期間をみると、F20 (統合失調症) では1年未満は21.1%と少なく、F0 (認知症圏) では41.2%である。

入院患者の疾患分類をみると、統合失調症

(58.8%) と最も多く、続いて認知症 (16.9%)、気分障害 (6.9%) と続いている。社会復帰サービニーズ調査では、統合失調症 (66.3%)、認知症 (8.8%)、気分障害 (6.6%) であり、この5

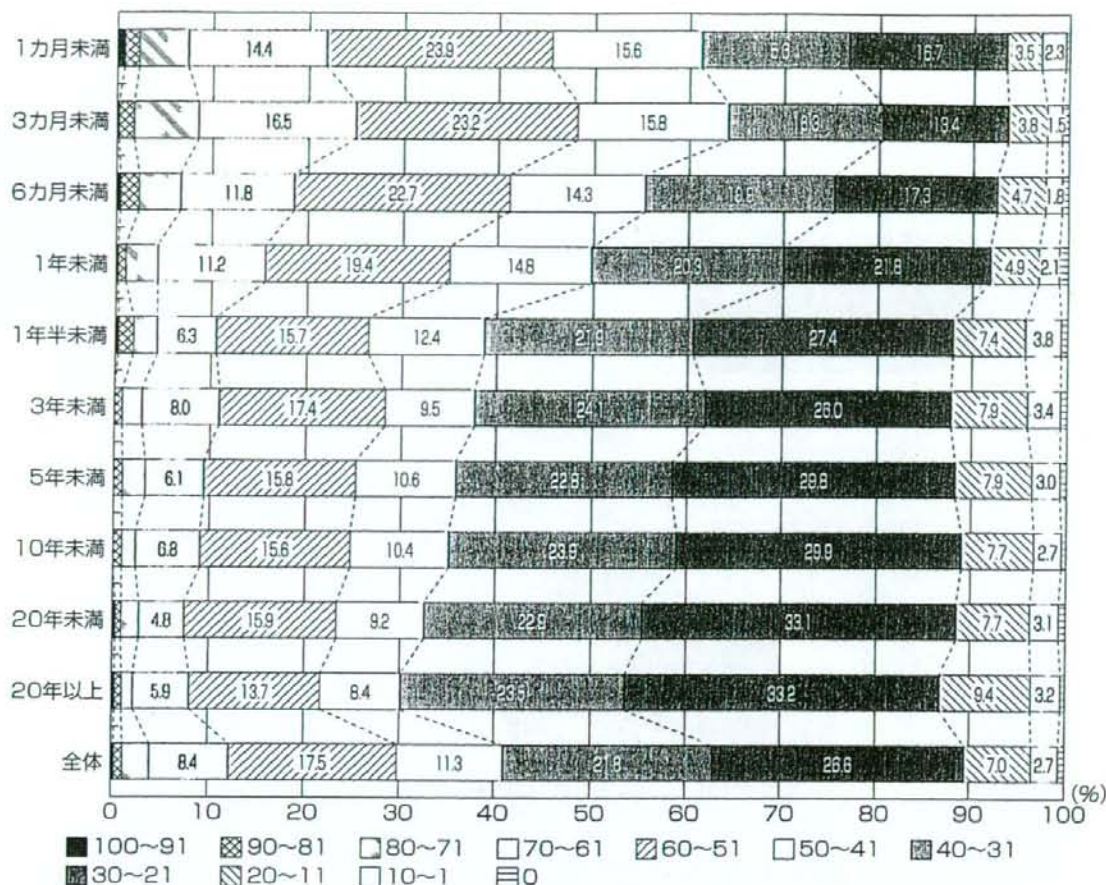


図6 GAF×入院期間 (F0を除く)

年間で認知症の占める割合が著しく増加していることがわかる。この疾病分類を入院期間別でクロス集計すると、入院期間1年未満では統合失調症は50%未満で、認知症が25%程度を占めているのに比し、入院期間が10年を超えると、統合失調症が占める割合は75%を超えている(図4)。

## 2. 入院患者の症状の分析

### 1) 2軸評価・GAFと入院期間との関係

図5は、2軸評価表を6群にまで分けて、入院期間との間でクロス集計をしたものである。この図では、F0群を除いて集計したものであるが、入院期間が1年を超えると、第5・第6群の合計は常に50%を超えていることが示された。10年を超えると、第1群・2群に属する部分はわずか

に15%程度にとどまり、第3群を含めても30%程度にしかない。

図6では、F0群を除いた集計で、GAFと入院期間との関係を見たものである。GAFは一般に50以下のスコアでは、社会生活では困難が予想されるが、図では、1年以上では50点以下群が70%を超え、10年以上では75%を超えるまでの高率を示した。

2軸評価とGAFの結果は、いずれも、長期入院になるに従って患者の精神・身体状態からみると、退院が困難な状況にあることが示されている。

### 2) ADL・身体合併症・IADLの状況

とくに長期入院者の2軸評価やGAFの結果が退院困難性を示していることから、その原因を明

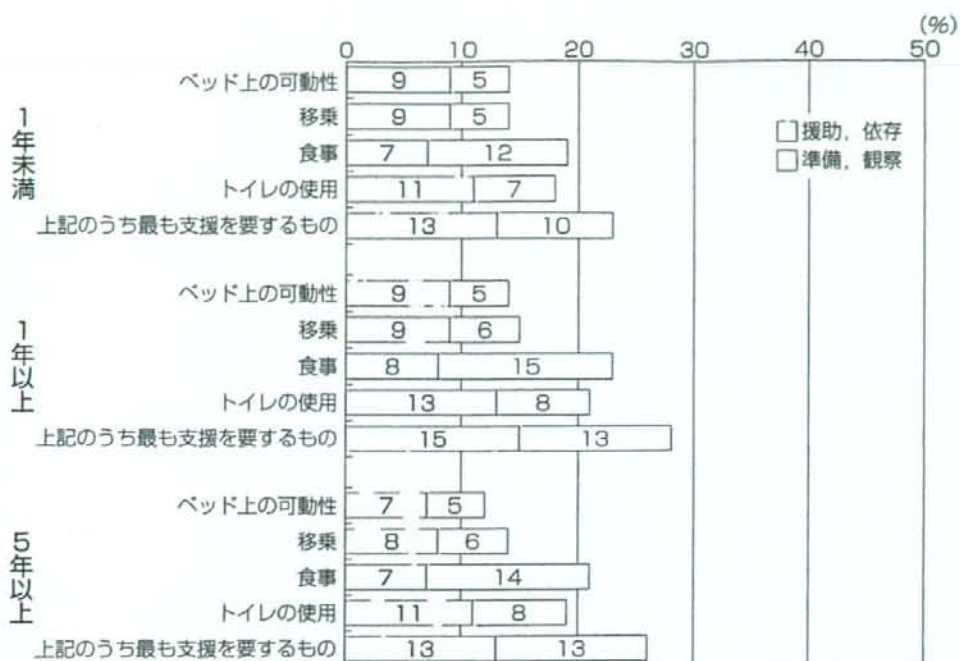


図7 入院期間別 ADL の支援のレベル (F20 のみ抽出)

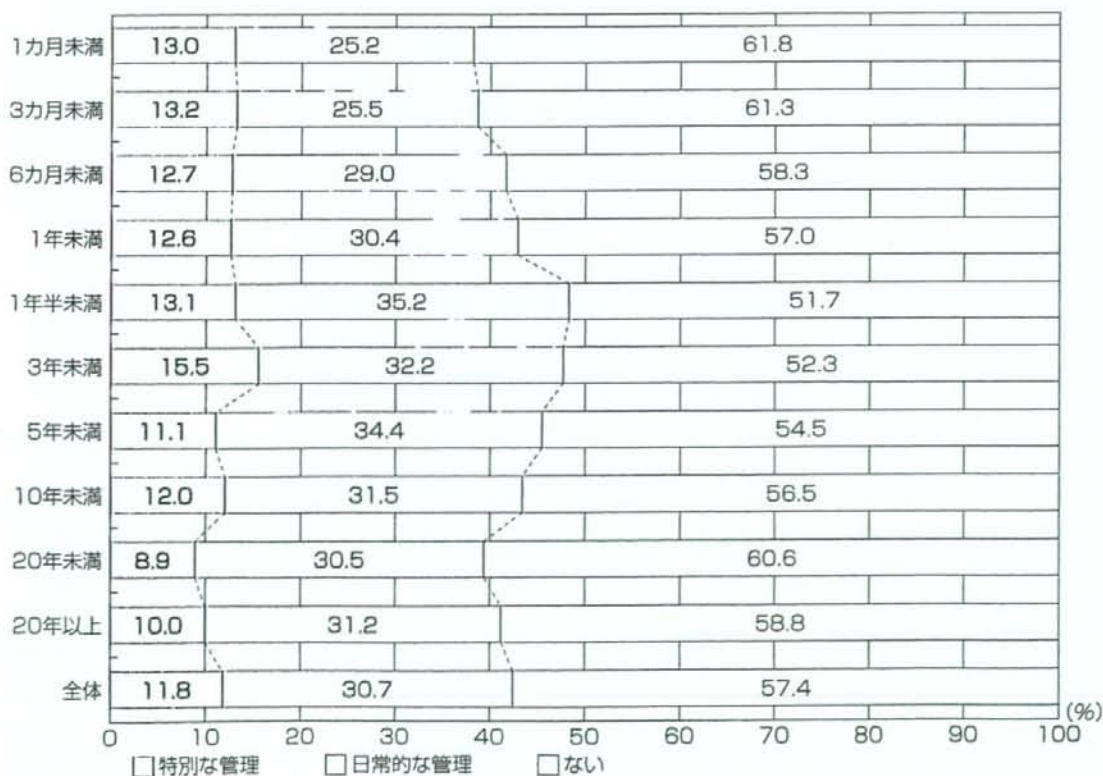


図8 身体合併症×入院期間 (F0を除く)

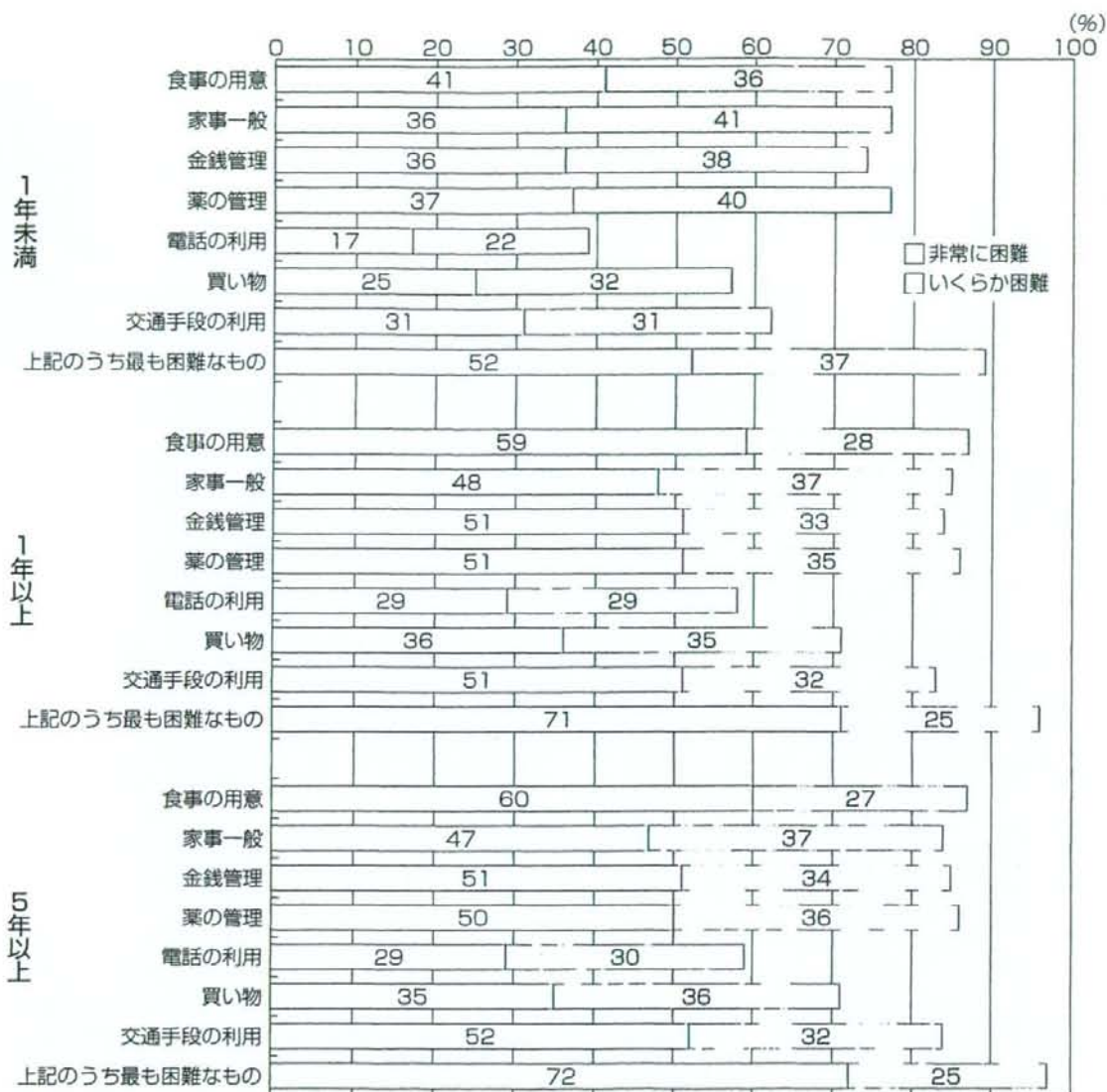


図9 入院期間別 IADL の困難度 (F20のみ抽出)

らかにする必要がある。その1つとしてADLの結果を代表的な統合失調症 (F20) に限定して検索を行った。この結果、図7に示すように、ADLの障害の程度は1年未満と1年以上群との間には大きな差はなかった。最も支援を必要とする項目だけを抽出しても、それは25%を超えることはなく、いずれの項目 (食事・排泄等) も20%を超えることはほとんどなかった。さらに、ADLに大きな影響を与える身体合併症の併発状

況をみると、特別な管理を要するものは15%以下にとどまり、また、入院期間に大きく左右されることはなかった (F0を除いたデータ) (図8)。

IADLについて統合失調症 (F20) のみについて分析すると (図9)、1年以上入院群と5年以上入院群とでは障害の程度に大きな相違はないが1年未満群と1年以上群を比較すると、1年以上群は明らかにIADLについては低下していることがわかる。その内容は、食事の用意、家事一般

表3

(A) 入院の状況 (患者調査と同じ)

	全 体		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
生命の危険は少ないが入院治療を要する	10,822	62.6	1,901	55.9	6,712	67.1
生命の危険がある	500	2.9	173	5.1	228	2.3
受け入れ条件が整えば退院可能	5,810	33.6	1,294	38.1	2,989	29.9
検査入院	10	0.1	3	0.1	3	0.0
その他	146	0.8	27	0.8	66	0.7
計	17,288	100.0	3,398	100.0	9,996	100.0

(B) 入院の状況×支援が整った場合の退院の可能性 (割合)

問27	問13	生命の危険は少ないが入院治療を要する					計
		生命の危険がある	受け入れ条件が整えば退院可能	検査入院	その他		
現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能	3.4	0.1	5.2	0.0	0.2	9.0	
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能	3.5	0.1	2.0	0.0	0.1	5.8	
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	20.3	0.5	24.6	0.0	0.1	45.6	
状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし	35.3	2.1	1.8	0.0	0.4	39.5	
計	62.5	2.9	33.7	0.1	0.9	100.0	

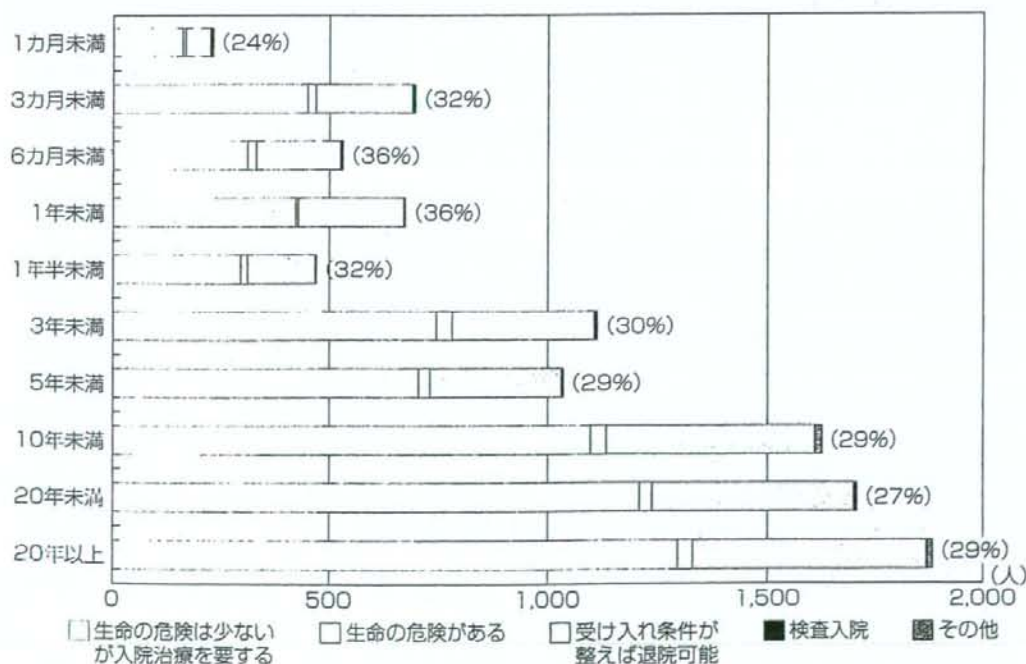


図10 入院の状況×入院期間 (F20)

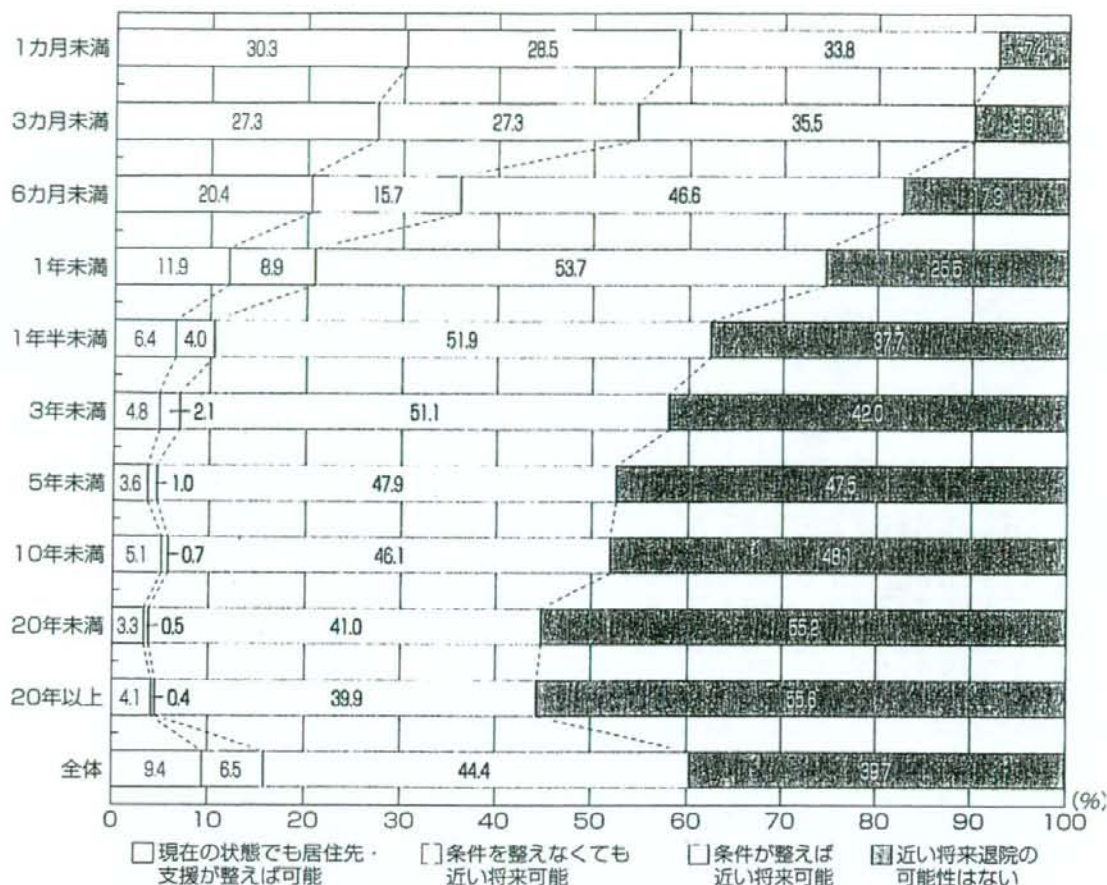


図11 退院の可能性×入院期間 (F0を除く)

(保清), 金銭管理, 薬の管理などでは, 「いくらか困難」が75%~80%と高率を示しており, 「非常に困難」はほぼ50%に達している。最も困難な項目のみを抽出した場合には, 90%以上においてIADLは「いくらか困難」であり, 「非常に困難」な状態は70%に達している。このことは, 2軸評価・GAFの分析で示された1年以上の長期入院患者における退院困難性の大部分は, IADLの低下が大きく影響しているためであると言える。

### 3. 「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者の分析

#### 1) 患者数とその割合

表3では, まず, (A) では, 従来の患者調査

と同様に「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる患者数とその割合を示した。全体で33.6%, 認知症 (F0) では38.1%, 統合失調症 (F20) では29.9%である。この数値は, 21.6% (7万2千人) とされた平成11年調査に比較して明らかに高い数値を示している。このことでは, 認知症患者の増加が影響していると思われるが, それだけではなく, 回答を行った主治医そのものの意識の変化も影響していることも否定できない。

さらに, (B) では「患者調査の項目」と「居住施設・支援が整ったと仮定した場合の退院の可能性」とのクロス集計を行ったものである。これをみると「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた患者のうち, 「現在の状態でも, 居住先・支援が整えば退院可能」となっているのはわずかに

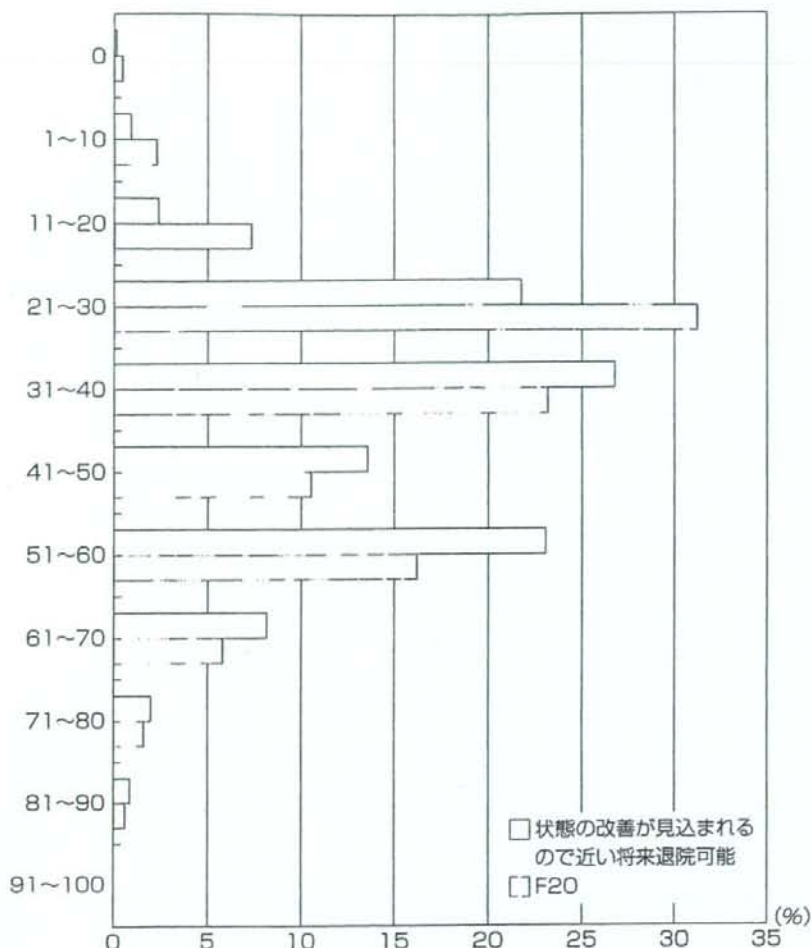


図 12 GAF の分布 (F20 全体と近い将来退院可能群との比較)

5.2% (受け入れ条件が整えば退院可能とされた患者の 15.5%) にすぎない。26.6% (受け入れ条件が整えば退院可能とされた患者の 72.0%) については、「状態の改善が見込まれるので」と状態改善を希望的に予測している例が多いことがわかる。換言すれば、「受け入れ条件が整えば退院が可能のようにみえる患者」と言ってもよい群ではないか。

## 2) 患者数と入院期間

前述のように全体の 33.6% が「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた。このうち、1 年未満群では 36.5% で 1 年以上では 32.5% で、入院期間

表 4

	全 体	F0 を除く 全 体	退院可能な F20 群
1 群	10.3%	12.0%	14.5%
2 群	7.8%	8.9%	19.7%
3 群	13.1%	14.3%	25.0%
4 群	3.5%	2.8%	2.7%
5 群	16.9%	19.2%	20.1%
6 群	48.3%	42.8%	23.1%

が長期になるほど次第に減少する傾向がある。とくに統合失調症 (F20) だけを抽出すると 29.9% であるが、1 年未満群では 32% であり、1 年以上では 29.3% とわずかに低い。図 10 では、入院期間ごとに「受け入れ条件が整えば退院可能」の



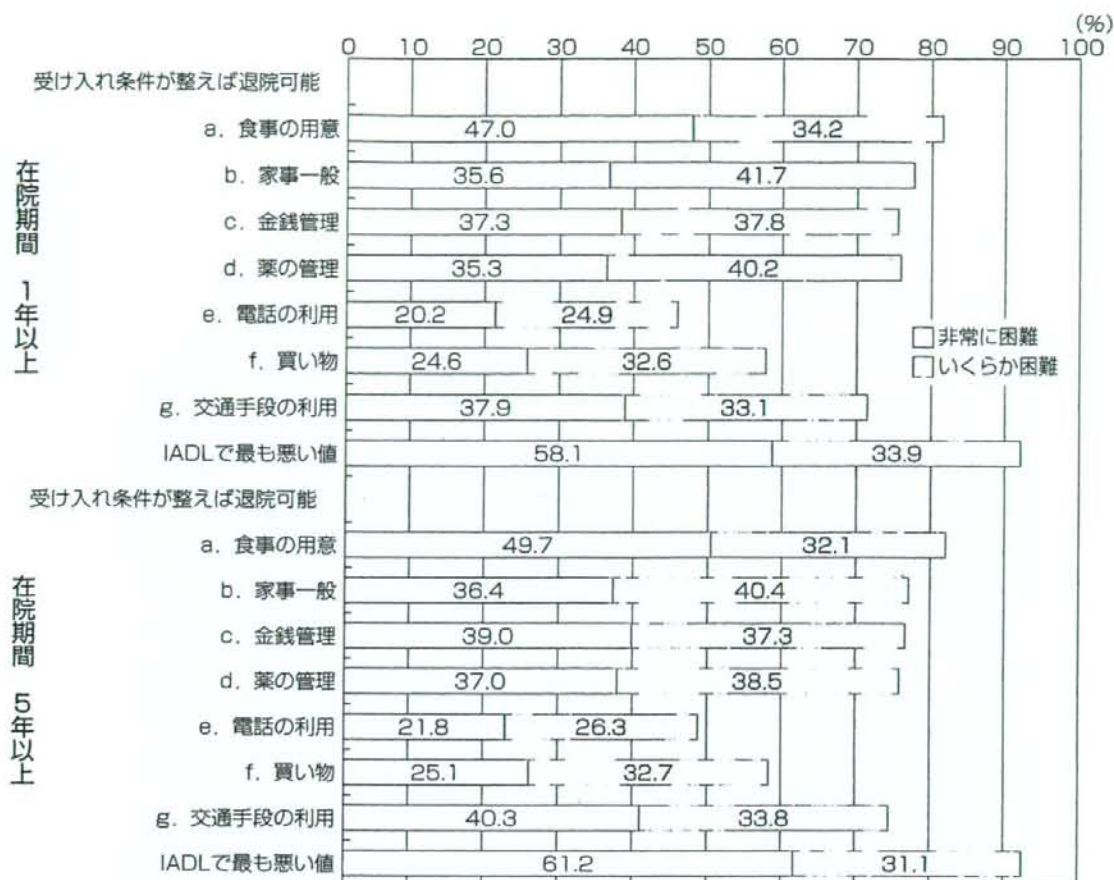


図13 入院期間別 IADL の困難度 (F0を除く退院可能な者)

占める割合を示しているが、入院期間が長期になるに従って減少はするものの、その差は大きなものではない。

### 3) 退院可能性と入院期間

図11は、「条件が整えば近い将来退院可能」とされた人たちの入院期間による変化を示したものである。前述したように「受け入れ条件が整えば退院可能」の73.0%において近い将来退院可能とされたが、この割合は図に示すように、入院6か月後から急速に増加している。同時に、「近い将来退院の可能性がない」とされた人たちは、入院1年の時点では37.7%であるが、10年未満では48.1%、さらに10年以上で55%を超えている。いずれにせよ、長期入院患者（1年以上）であっ

ても、「受け入れ条件が整えば退院可能」群は著しく増加することはないが、その中身を見ると、「条件が整えば近い将来退院可能」の割合が増加し、「現在の状態でも退院可能」は5%以下にまで減少している。

### 4) 精神症状と生活障害の程度

図12では、GAFスコアをF20全体の分布と「近い将来退院可能群」との比較をしたものである。グラフでみる限り両者の間には大きな相違は認められない。表4では、2軸評価表から、各群の分布を調査対象ごとに比較したものである。「近い将来退院可能なF20群」では、他の集団に比較して、2群と3群が明らかに増加し、6群が著しく減少していることが示されている。GAF

では、退院可能性の中身は明らかではないが、「退院可能群」では精神症状が比較的安定していることが示唆されているが、能力障害の面では著しい6群のものを除けば、大きな差異がないことがわかる。すなわち、精神症状は一定程度改善はしているが、能力障害（生活障害）の改善はまだ不十分なままであることが示されている。図13で示されているとおり、IADLを中心とする生活障害は図9に比較して一定の改善は認められるが、いまだ生活障害は高度に残遺しており、手厚い生活援助が必要な状態であることは明らかである。

### 今後の検討

新たな調査では、「受け入れ条件が整えば退院可能」、さらに、「近い将来退院可能」とされた人たちについて、より詳しい分析が行われた。そのなかでは、これらの人たちが一見退院可能であるかにみえるが、比較的重度の生活障害を持っており、このために、「退院可能」にみえて、実際には退院に移行することはたやすく示された。退院当初には夜間を含めて援助が可能な「居住施設」と「手厚い生活支援」が必要であることが示された。

これを実現するために何が必要であるか、あるいは、利用者自身が何を必要としているかなど、さらに、詳細な分析が必要である。紙面の関係から、さらなる分析は他の機会に報告したい。

### 謝辞

本調査を実施するのにあたって、多大なご協力をいただいた多くの精神科医療機関、ならびに、企画委員の諸氏に感謝を申し上げます。

### 文献

- 1) 大島 巖, 他: 長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から—。精神経誌 93(7):582-602, 1991.
- 2) 高橋正和: 在院患者調査中間報告—精神科医療マスタープランのための入院患者調査報告—。日精協誌 12(10):971-1015, 1993.
- 3) 黒田研二, 他: 長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査: 調査結果の速報。精神経誌 101(9):762-776, 1999.
- 4) 日本精神科病院協会: 平成14年マスタープラン調査データ集。2003.
- 5) 日本精神科病院協会: 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書。2003.
- 6) 厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業: 精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究。2008.

英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

日本精神科病院協会雑誌

第27巻 第11号

2008年11月5日発行

## 英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告

安藤久美子\*1 一ノ瀬真琴\*2 椎名 明大\*3 永田 貴子\*4  
松原 三郎\*5 水留 正流\*6 八木 深\*7 米山 英一\*8

\*1国立精神・神経センター武蔵病院 医師 \*2瀬野川病院 医師 \*3千葉大学医学部附属病院精神神経科  
\*4根岸病院 医師 \*5松原病院 理事長 \*6上智大学 \*7東尾張病院 副院長 \*8松原病院 医師

### 視察の概要

松原 三郎

#### 1. はじめに

平成19年12月3日から7日までの5日間にわたって、英国ロンドン（西部、南部地区）の司法精神医療を視察した。今回は、とくに、地域における司法精神医療活動を中心にプログラムが組まれた。（1）まず、西ロンドン地区精神保健トラスト（West London Mental Health NHS Trust）本部で、今回の視察プログラムのアレンジをお願いしたDr. David Reissから概要の説明を受けた後、教育セミナーとして、各種の治療プログラム

担当者から最新のプログラム内容の説明を受けた。（2）西部の特別区であるEaling地区にあるThree Bridges中等度保安病院（RSU）、Orchard病棟などの入院医療施設の見学。（3）地域にある社会復帰施設として、南部地区トラスト所属のNew Hope Project, Jigsaw House, さらに、人格障害者中心のDouglass House見学。（4）南部地区トラスト所属のLambeth病院の見学とその敷地内にあるLandor Houseでは集中的司法精神医療サービス（FIPTS）の実際を見学。（5）ロンドン地区保護観察所所属の更生保護施設Bail Hostelの見学。（6）Three Bridges内のWork Rehabilitation施設の見学。

以上のように豊富な内容の視察が行われ、教えられるところが多々あった。ご協力をいただいたDr. Reissならびに関係各位に感謝申し上げます。なお、本視察部は厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業，研究代表者小山司）が利用された。

### 治療プログラム担当者による 教育セミナー

安藤久美子, 永田 貴子

#### 1. はじめに

中等度保安レベルのもと触法精神障害者の治療を行っている地域保安ユニット（Regional Secure Unit）であるThe Three Bridge Medium Secure Unitを訪問し、西ロンドンにおいて実際に行われている司法精神医療サービス（West London Forensic Service）における各職種の役割を中心に報告する。