

るため、新居医師中心に訪問を診療の中心としたクリニックを作ることとなり、2006年に発足した。

(10) 地域の障害者の就業機会を増やした精神障害者の就業人数は横ばいであった。2000年から当法人の生活支援センターのスタッフが精神障害者の生活支援の一部として就労支援を始めた。彼らの仕事への動機付けをし、能力を把握し職場のニーズとすり合わせ、調整を行った。その結果メンバーの受け入れ先は急速に増大して50ヶ所となり、120名のメンバーが何らかの形で雇用されている。2004年からは就業・生活支援センターとして認可され、地域の福祉施設、医療機関の精神障害者雇用に対するニーズにも幅広く対応している。

(11) 若い援助者の会(果樹園の風)を設立した

施設横断的に福祉、教育、心理、行政の若手援助者と家族会のメンバーが集まり、精神障害者ばかりではなく、知的障害者も含め地域での生活やその援助のあり方について話し合う会を定期的に開いている。

(12) 超早期支援、予防という発想の活動

早期幼児期に、将来精神障害を起こす可能性の強いと思われる予備軍が居る。その対策として、行政と民間が協力し発達支援広場をつくり、早期からの母子関係の改善や発達の促進のために活動を始めている。

3) 現在の地域精神保健福祉活動を行う上での理念

① この地域のスタッフはできるかぎり、自分の施設の利益ではなく地域の利益を考えて行動をする。お互いの欠点

を責めず、特徴と考える。一緒に協力して行える事業や方法を考える。

② それぞれの施設のスタッフやメンバーと知り合いになれる機会をできるだけ多くつくる。

③ この地域の若手のスタッフ同士のネットワークをつくる。

④ この地域のスタッフはその行政と良好な関係をつくる。自分たちが得た情報はオープンにしていく。

特に、いろいろな施設の若いスタッフや、市民の会の活動の力が大きいと思われた。一施設にとらわれない活動こそが地域の精神保健福祉の発展の原動力になると思われた。

4. 「クラーク勧告」(1968)に基づく、わが国の精神保健医療福祉についてのコメント (助川征雄)

1) 「クラーク勧告」の指摘事項と、わが国のその後の変化と現状

1968(昭和43)年、WHOのコンサルタントとして来日したクラーク博士(Dr. D H Clark)は、3ヶ月の滞在期間中に全国の行政機関や精神科病院等を訪問し、「クラーク勧告(Clark Recommendation)」を当時の園田厚生大臣に提出した。来日当時、わが国においては、精神衛生法が一部改正され、保健所を第一線機関とし、それらを精神衛生センターがバックアップするかたちで、日本型のCMHの第一歩が開始された時期であった。

勧告の内容は、将来を見据え、示唆に富んだものであったが、結果的には、進歩的な一部の人々に受け入れられただけであった。これ以降、クラーク博士は合計7度来日し、日本の精神科医やパラメディカルスタッフをケンブリッジ精神科

リハビリテーションサービス (CPRS) などを受け入れ、研修や助言の機会を提供してきたのである。博士は健在で、2008年に88歳の誕生日を迎え、今日でもわが国の精神保健医療福祉の改革を気にかけている。

さて、現状はどうか。ここでは、その概要を要約する。

- ① 「精神保健局の設置」については、現状では独立的な局にはなっていない。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課である。
- ② 「精神科医療」については、精神科病床の減少を促すという方針が打ち出された。また、設備全体の近代化、アメニティや人権権利擁護に配慮した環境改善、退院促進事業などの地域との協働、地域精神医療の展開などがみられ、質的、機能的な前進が見られる。
- ③ 「精神科病院の管理」については、いまだに課題が多いが、法改正により、「精神医療審査会の改善」「任意入院等の適正化」などの対策が講じられている。
- ④ 「保険医療制度」については、依然として診療報酬が一般科の3分の1と低く、このことが、精神科医療全体の近代化や健全な発展を妨げる要因となっている。
- ⑤ 「アフターケア」、「リハビリテーション」、「専門家の訓練」については進歩が見られる。多様な形で地域生活支援が展開され続けている。また、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員(ケアマネジャー)などの国家資格化等が図ら

れ、改善が見られる。しかし、それらの担い手の教育や待遇面での課題を抱えている。

2) 新たな動き (地域ベースの動向)

現状では、わが国の精神保健福祉対策は、欧米先進国に比べ多くの課題を抱えているといわざるを得ない。しかし、2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部から「改革ビジョン」が示された。このことにより、「入院中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めるとして達成目標が示された。「受入れ条件が整えば退院可能な者(約7万人)」についても併せて10年後の解消を図ることとなったことは前進である。

また、同年10月「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」が提示された。そこには、わが国の指針障害者支援のこれからの方向性が次のように示されている。

- ① 障害保健福祉施策の総合化(市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備し、地域福祉を実現する)。
- ② 自立支援型システムへの転換(障害者のニーズと適性に応じた自立支援を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による「自己実現・社会参加」を図る)。
- ③ 制度の持続可能性の確保(制度を維持管理する仕組みがきわめて脆弱であり、給付の重点化・公平化や制度の効率化・透明化等を図る抜本的な

見直しが不可欠)。

いずれにせよ、「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」により、当面の進路が示されたので、これらをどう実現させるかということが大きな課題である。具体的には、現段階では、障害者自立支援法をベースにしながら、障害者の自立生活をいかに実現させていくかということが喫緊の課題である。その意味では、多様なNPOの台頭、社会福祉起業や特例子会社の増大、地域サポートネットワーク、ボランティア活動、ピアサポート活動、「よき実践」の斬増などが見られることと、法制度面の改善に向けた取り組みとなどの動向は大いに評価できることである。

3) 岡山、川崎、浜松の取り組みに関して

世界のベストプラクティスに、かつて、帯広ケアセンター(北海道)、やどかりの里(埼玉)、麦の里(和歌山)が選ばれたことがあるが、本報告書にある3つのCMHの取り組みはそれらに匹敵する価値ある内容であると思われる。

岡山での実践であるが、この地は1970年代のわが国の精神保健福祉の改革のための先進地のひとつであり、ACTへの転換はこれからの展開が期待される。

川崎もわが国の精神保健福祉の改革のための先進地のひとつであり、地域ケアの面での拡充の期待がかかる。

浜松の、メンタルクリニックダダ、EJANなどを拠点とする取り組みについては、公私協働、総合的な地域支援、就労支援での成功、医療や施設の担当者への信頼が厚い点などが注目され、今後のモデルとして発展が期待される。

4) 今後に向けた意見

2008年1月に国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部の招聘により来日したメルボルン大学のChee Ng准教授のわが国の精神保健福祉に関するレポートや、最近の私のイギリスモデルの研究などを基に、今後に向けた若干の私見を述べる。

まず、はじめに述べたいことは、「精神保健福祉改革ビジョンの達成」である。特に精神病床の削減を好機に、それらの担い手であった専門職員を、失業ではなく新たな地域の担い手に再編することである。英国はその先駆けであり、時間をかけて、かつての医療の担い手を最教育・再編し、今日の訪問型支援を主軸とする地域ベースの精神障害者支援体制を作り上げたのである。

さらに、今日の多くの課題を解決する糸口のひとつは、「地域へ、地域で仕事をする」ということではないか。精神科医療側がもっと地域志向になる必要性があるのではないか。

以下、箇条書きに追加の意見を述べる

- ・ 就労援助の拡充は不可欠である。
- ・ 24時間救急・危機介入体制の見直し
(1~3次救急時医療までの早期発見)
- ・ 相談早期治療の体制をつくり、後手による、医療や福祉との物々しく、不幸な出会いが少なくなるようにしたい。そのことは主体的なりカバリー(病気の理解や人生の進路選択を促進)を促進させるのではないか。
- ・ 精神科ケアマネジメントの確立、地方分権、ユーザーが選べるサービスへ、もっと民間が大胆にプランを打ち出すべきではないか。

最後に、精神保健医療福祉対策を、3

大疾病対策並みに格上げすることの必要性を社会に発信していく必要がある。イギリスでは「われわれの国をもっと健康に（'Our Healthier Nation'）」という国家計画のもとで、NHS（国民保健サービス）の改革のためにNSF（ナショナル・サービス・フレームワーク）を設定してサービスの充実を図った。NSFの対象となる疾患として、最初に冠動脈心臓疾患と精神疾患が選ばれたが、その根拠はDisability Adjusted Life Year（DALY 障害調整生存年数）の考え方によるとされる。そして1999年には精神保健NSFが策定されて、7つの全国基準（精神的健康の増進、プライマリー精神保健ケアの充実、サービス・アクセスの改善、専門家による訪問型治療の開発、病院と危機対応型住宅の改革、家族支援、自殺予防）が設けられた。先例をわが国にも取り入れることを含めて、CMHの発展に取り組んだ先行事例からの情報を積極的に活用することが望まれる。

D. 考察

本研究は、わが国のCMHの発展において、重要な活動を展開してきた地域における取り組みをもとに、「改革ビジョン」を実現する地域システムのモニタリングについて考察することを目的とした。そして、研究分担者の示した「地域精神保健医療福祉の発展プロセス」にしたがって、岡山、川崎、浜松の事例を紹介し、それにわが国におけるCMHの発展史の視点から考察を加えた。

ACTおかやまの事例における、「従来の精神科救急は「入院に向けての体制整備」であったが、今後病院から地域への移行を促進するためには「地域生活維

持・継続のための地域精神科救急の体制整備」が急務」との指摘は、CMHの推進の上からきわめて重要と考えられた。川崎の事例における、「自治体が新しい施策を立ち上げ、充実させていくには、わかりやすい基本理念、重点課題、実施計画などをきちんとたてて、当事者や家族、支援者のみならず、行政内部など幅広く認知され賛同を得ることが必要」という指摘、また、「統合失調症中心から、他障害や児童・教育領域との連携の強化が必要」という指摘は、CMHを組織的に展開する上できわめて重要と考えられた。浜松の取り組みにおける、「いろいろな施設の若いスタッフや、市民の会の活動の力が大きい。一施設にとらわれない活動こそが地域の精神保健福祉の発展の原動力になる」という指摘は、CMHの発展と地域ネットワークのモニタリングとしてきわめて重要と考えられた。わが国のCMHの発展についての鳥瞰的報告からは、CMHの発展に取り組んだ先行事例からの情報を積極的に活用することの必要性、課題として指摘されたことがどのように解決されているか、モニタリングすることの必要性の指摘があったが、歴史的教訓をわが国のCMH発展に活用することもまたきわめて重要である。以上の結果から、「改革ビジョン」を実現する地域システム、またはCMH発展のモニタリングとして、(1)都道府県・政令指定都市におけるCMH発展の基本理念、重点課題、実施計画などを文章化し、当事者や家族、支援者のみならず、行政内部など幅広く認知され賛同を得る取り組みの状況、(2)他の障害や児童・教育領域との連携の状況、(3)地域ネットワークの発達状況、(4)地域生活維持・継続のための

地域精神科救急の体制整備の状況が重要であることが示唆された。また、諸外国の歴史的教訓をわが国のCMHに活かすことの必要性が示唆された。

E. 結論

わが国のCMHの発展において、重要な活動を展開してきた地域における取り組みをもとに、「改革ビジョン」を実現する地域システムのモニタリングについて検討し、モニタリングの視点を明らかにした。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書

入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究

研究分担者 白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
研究協力者 伊藤 哲寛（北海道立緑が丘病院）
岩下 覚（桜ヶ丘記念病院）
河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所）
立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
長瀬 幸弘（たかつきクリニック）
八田耕太郎（順天堂大学）
平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）
藤井 潤（栗田病院）
益子 茂（東京都立精神保健福祉センター）
松原 三郎（松原病院）
溝口 明範（溝口病院）
吉住 昭（国立花巻病院）

研究要旨：

【目的】精神保健福祉の改革ビジョンのうち、「エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保」「オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上」を中心とする部分について、改革の進捗状況を把握し、必要に応じて改革推進へ向けた提言を行うことを目的として実施する。

【方法】737 の精神科医療機関に郵送によるアンケート票を送付し、平成 18 年 6 月以前に入院した患者のその後 1 年間の動向について調査した。

【結果および考察】1) 回答率は 24.3%であった。2) 対象とした医療機関の退院率は 16.3%であった。3) 認知症の退院率が高く（27.8%）、統合失調症の退院率が低かった（13.5%）。4) 入院形態による差は認めなかった。5) 退院先については、一時的な他科転入院が高率で、死亡退院がそれに続いていた。6) 地域に退院し、以後 6 ヶ月以上経過を迫えた患者のうち、17.4%が 6 ヶ月以内に再入院していた。

【結論】改革ビジョンが目標とした退院率はいまだ達成されているとは言い難く、今後は転院や死亡退院を除いた退院者の退院率を検討すべきであると考察した。

A. 研究目的

厚生労働省は、平成 16 年 9 月に精神保健福祉対策本部報告書「精神保健福祉の改革ビジョン」を公表し、「入院治療から

地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年で進めることとした。また、平成 17 年 10 月

に障害者自立支援法が成立し、併せて精神保健福祉法や障害者雇用促進法も改正された。

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」班では、こうした精神保健福祉サービスの改革の推進のためのフォローアップ研究を行い、研究成果を周知することにより、根拠に基づいた改革の実現に向けた動機付けの強化を図ることを目的として本研究を計画した。

その分担研究である「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究」では、改革ビジョンのうち、「エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保」「オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上」を中心とする部分について、改革の進捗状況を把握し、必要に応じて改革推進へ向けた提言を行うことを目的として実施する。

本分担研究班の担当する改革ビジョン該当箇所は、以下の通りである。

エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保

- 措置入院を受け入れる病院について、別紙 14 のように病棟の看護職員配置を 3:1 以上にするなどの医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度の見直しや都道府県による実地審査の強化の必要性について結論を得る。
- 医療保護入院について、定期病状報告の様式の見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。
- 保護室の利用や身体的拘束等の患者の

行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。

- 入院患者の処遇上必ず行われなければならない閉鎖病棟への電話設置について、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）等の設置や、携帯電話の活用を図る。
- 任意入院患者について、開放処遇が徹底され、また開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認するため、必要に応じ、監査の見直しを行う。
- 重度の痴呆で判断能力が欠けていたり、閉鎖病棟等で長期間処遇されている任意入院患者について、都道府県等の判断で病状報告を求めることができる仕組みについて検討する。

オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上

- 一部地域で行われている、一定の国域単位（二次医療圏域、障害保健福祉圏域等）で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にはわかりやすく提供する仕組み（パンフレット、ホームページ等）を全国的に進める。
- 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を積極的に推進する。
- 当面、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する。
- 別紙 15 のように、都道府県の実地指導

において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの具体化を図る。

- 精神医療審査会については、現行の委員構成の元での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後の在り方を検討する。

本研究班では、研究期間を通じて、以下の点についても念頭に置くこととした。

- 1) 精神科医療が短期入院や、長期入院者の地域移行を課題としていることは言うまでもない。しかし、また改革を急ぐあまり、いまだ不十分な改善しか得られていない人を退院させたり、長期入院者を十分な準備なく病院から締め出したりすることが起きてはならない。
- 2) 本研究では、精神科医療機関において、現実に行われている医療の状況を踏まえ、平均残存率や退院率といった具体的な数値に照らして改革の進捗状況を検討することになる。この検討の際には、診断名、(入院形態に反映される)状態像、国内の地域差等についても議論する必要がある。改革の実現に向けて取り組むべき課題は、こうした要因ごとに異なることが想定され、目標とその達成時期はこうした要因を勘案して設定される必要がある。
- 3) 精神保健福祉法における入院治療の際の人権尊重手続きのあり方について議論する。手続きが人権を尊重した精神科医療の実現にとって効果的であることを当然として、精神科医療に従事する者の負担が過重にならないような配慮も必要である。本研究では、現在用いられている各種届け等の帳票等に

ついて整理し、改革ビジョンの目標である効果的な人権擁護の仕組みのありようについても将来を見据えて検討することも必要である。

- 4) 以上の研究を行うに当たって、これまでに行われてきた種々の厚生労働科学研究の成果を十分に生かすことが大切である。すでに行われた研究については重複を避け、また、これまでの研究が課題として指摘したことを指摘したことを踏まえて、研究を計画し、実施することとする。併せて、類似のテーマで関連研究が並行して行われている場合には、その分担研究者らと情報交換を密にする必要がある。こうした作業を行うことにより、本研究の効率化を図るようにする。
- 5) 本研究の成果が十分利用されるだけではなく、また本研究で検討された精神保健福祉改革の指標の動向が毎年更新されるように、精神保健福祉資料(630 調査)などの活用方法について提言を行う。

以上を踏まえ、平成 18 年度から 19 年度にかけて、精神科医療機関からの退院者のうち、平成 17 年 10 月から 18 年 1 月までに入院した措置入院患者、医療保護入院患者、任意入院患者を入院順に各 5 名選び、各小票に入院後退院までの行動制限の実施状況や退院先等の状況等について調査した。その結果、183 の医療機関から回答を得た(回収率約 12.5%)。得られた 1765 名分の患者票を分析した。男性 837、女性 898、入院時の平均年齢は 52.0 歳であった。その結果、平均残存率は診断名、入院形態、医療機関の設置主体により、有意に異なっていた。特に認

知症や統合失調症の患者の平均残存率が高くなっていった。

この結果から、改革ビジョンの目標値を達成するためには、認知症と統合失調症患者の入院期間を短縮する方策をさらに検討することが必要と考えた。

さて、改革ビジョンにおいては、精神科入院患者のうち、特に長期に入院した患者の地域移行を図ることが課題となっている。長期入院者としては、1年以上入院した患者を対象とすることが一般的で、その状況は退院率で示される。改革ビジョンでは、策定後10年の間に退院率を29%以上にすることが謳われている。しかし、精神科医療機関に入院している患者の入院期間は、全体としてまだ長いので、この目標値を達成する上で、診断名、入院時の状態像別に詳しい退院率を得るなどして、具体的な対策を講じることができるようになることが期待される。

また、長期入院した後、退院した患者が、どのような生活状況であるか、とくに再入院との関連で調査が必要である。

こうしたことから、平成20年度は、「精神科長期在院者の動態に関する調査」と題し、特に、各疾患等、要因ごとに退院率を明らかにすることを主たる課題として、以下の要領で調査を行うこととした。

B. 研究方法

1) アンケートの対象者

737の精神科医療機関を対象とした。これらの医療機関に平成19年6月末で1年以上すでに入院し(入院は平成18年6月以前)、平成20年6月末も入院中の患者(A群)の数と平成19年6月末で1年以上すでに入院し(入院は平成18年6月以前)、平成19年7月から平成20年6

月に退院した患者(B群)を対象とした。

2) 調査票

送付した調査票は以下の3点である。

(1) 施設票 (A4版1枚、資料1)

精神科医療機関の基本的な情報を尋ねる帳票。すなわち、所在地、病院種別、運営主体、開設年次、精神科病床数、精神科入院料等の届出の状況(専門病床の有無、種別)、平成18年度の診療実績、等について記載を求めた。

(2) 患者数票 (A4版1枚、資料2)

以下の条件を満たすA群とB群の患者について、それぞれ主診断と入院形態でクロス集計した結果の記入を求めるもの。

A群:平成18年6月以前に入院し、平成20年6月末時点で在院継続

B群:平成18年6月以前に入院し、平成19年7月～20年6月に退院

(3) 退院患者票 (A3版1枚、資料3)

B群の患者のうち、退院先が不明の場合を除き、退院の早かった順に20名を選び(B群の対象者が20名に満たない場合は、全員)、患者の年齢、主診断、入院形態、退院先や退院後の状況について記載を求めた。対象者氏名の欄は医療機関内での便宜のために設けたが、提出時にはミシン目に沿って切り離し、氏名の情報が事務局に漏れないように配慮した。

3) アンケートの実施方法

平成20年7月11日付けで、郵送によりアンケート票の他、依頼状、回答方法の説明書、院内に掲示する「調査協力の

お知らせ」書類、返信用封筒、等一式を各精神科医療機関に郵送し、8月31日までに郵送で回答を求めた。回答は有記名とした。

国立精神・神経センター精神保健研究所内に調査事務局を置き、問い合わせに対応した。

4) 結果の処理

回収されたアンケート票は、コンピューターに入力し、データベースを作成した。入力後、矛盾するデータについて確認するなどの処理を行った後に、統計ソフト SPSS (ver.13) にて単純集計、クロス集計、その他必要な統計的解析を行った。

患者数票のデータに基づき、入院形態別、診断別などの要因別に退院率を求めた。

また、退院患者票を分析して、退院先や退院後の福祉サービスの利用状況、再入院の状況などを統計的に分析した。

なお、今回の研究では、退院率の計算は、以下の定義に従って行った。

退院率 = $\frac{\text{コホート X の以後 1 年間の退院者の数}}{\text{1 年以上在院者 (コホート X) の数}}$

この定義は、退院率の本来の定義といえるが 630 調査では若干異なる計算式を用いている。これについては、考察の項で改めて検討する。

得られた結果については、研究協力者間で意見交換を行い、報告書を作成した。

(倫理面への配慮)

本調査では、研究班、調査事務局は個

人を特定できない形式とし、協力医療機関記入に際し作成した個人を特定できるメモ等については記入終了後に直ちに廃棄を求めた。また、調査を行っている旨、院内に掲示するなどして周知し、対象者から協力拒否の申し出があった場合には、その情報の使用を中止することとした。調査結果の公表については研究報告書及び主任研究者のホームページ上で行うこととし、その成果については学会等で発表することを明記した。

なお、本調査に先立ち、研究目的、研究方法等について精神保健研究所において倫理審査を受審した。

C. 研究結果

1) アンケートの回収状況

アンケート票の回収率を高めるため、締め切りを延長し、未回答の医療機関に対して再依頼を行った。その結果、調査票を送付した 737 の医療機関のうち、178 (24.3%) から回答を得た。このうち、施設票と患者数票のいずれの項目にも欠損がない有効回答 171 を集計対象とした。

医療機関の基本属性で有効回答の有無に差があるかどうかを、情報の入手可能な一部の項目もしくは医療機関を対象に検討した。病院の設置者別（施設票の区分とは異なる。「政令市」を「他の自治体」に含めた）の回答率は有意に異なり、独立行政法人国立病院機構を含む「国」が 60% で突出し、大学附属、都道府県、他の自治体は高く、医療法人、個人、他の法人では低かった ($\chi^2=13.872, df=6, p=0.031$)。情報の入手が困難だった大学附属病院を除いて、精神病床数を比較すると、回答ありと回答なしで有意差はなかった ($t=0.492, df=691, p=0.623$)。

情報の入手が困難だった大学附属病院および公的病院を除いて、入院料等の算定の有無を比較すると、15:1 入院基本料 ($\chi^2=12.481$, $df=1$, $p<0.001$)、精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料 ($\chi^2=20.213$, $df=1$, $p<0.001$)、精神科急性期治療病棟入院料 ($\chi^2=4.462$, $df=1$, $p=0.035$)、精神療養病棟入院料 ($\chi^2=4.885$, $df=1$, $p=0.027$)、認知症病棟入院料 ($\chi^2=6.309$, $df=1$, $p=0.012$)、医療観察法関係 ($\chi^2=32.786$, $df=1$, $p<0.001$) を算定している医療機関で、回答率が有意に高く、18:1 入院基本料 ($\chi^2=4.936$, $df=1$, $p=0.026$)、20:1 入院基本料 ($\chi^2=5.179$, $df=1$, $p=0.023$) を算定している医療機関で有意に低かった。10:1 入院基本料を算定している医療機関では有意差はなかった ($\chi^2=0.559$, $df=1$, $p=0.455$)。

退院患者票に記載された平成 20 年 6 月末までに退院した患者の合計数は、2480 であったが、ここから、有効回答でなかった施設の方と、一定の欠損値や異常値のある退院患者の数を引いた 2419 名の患者票を今回の分析の対象とした。

なお、退院患者票において、退院者は各施設 20 名まで抽出して回答されているため、患者数票で得られた退院者全体の人数を、退院患者票で有効回答のあった退院者の人数で除した値で退院者データを重み付けした。ただし、再入院に関する生存分析に限り、小数による重み付けが不可能なため、重み付けをしなかった。

2) 回答した医療機関の基本属性

今回回答した対象施設を地区ブロック別に見ると、北海道・東北 28 (16.4%)、

関東 35 (20.5%)、中部 30 (17.5%)、近畿 10 (7.0%)、中国・四国 24 (14.0%)、九州 42 (24.6%) となっていた。

また、対象施設の所在する市町村別人口は、3 万人未満 19 (11.1%)、3~10 万人 51 (29.8%)、10~30 万人 46 (26.9%)、30 万人以上 55 (32.2%) であった。

さらに、対象施設の設置者は、大学附属病院 9 (5.3%) 国 (独立行政法人国立病院機構を含む) 6 (3.5%)、都道府県 12 (7.0%)、他の自治体 10 (5.8%)、医療法人 118 (69.0%)、他の法人 11 (6.4%)、個人 5 (2.9%) であった。

回答した施設の精神病床数は 216 ± 126 床 (平均±標準偏差、以下同様)、常勤換算した精神科の職員数は医師 8.45 ± 5.30 名、看護職 79.44 ± 53.12 名、ワーカー (PSW/CW) 5.19 ± 4.23 名であった。

回答した施設の精神科の診療実績は、入院患者数 273 ± 264 名/年 (平均±標準偏差、以下同様)、退院患者数 273 ± 264 名/年、外来患者数 69.8 ± 57.7 名/日であった。精神科デイ・ケア等を実施している施設は 127 施設 (74.3%) で、これらの施設のデイ・ケア等利用者数は 36.4 ± 35.6 名/日であった。精神科訪問看護を実施している施設は 121 施設 (70.8%) で、これらの施設の精神科訪問看護延べ件数は 117.4 ± 172.1 件/月であった。

なお、回答した施設の病棟機能についてみると、特定機能病院 (15:1 基本入院料) がある 9 (5.3%)、精神科救急入院料病棟がある 10 (5.8%)、精神科急性期治療病棟がある 33 (19.3%)、精神科救急・合併症病棟がある 1 (0.6%)、精神療養病棟がある 95 (55.6%)、認知症

治療病棟がある 49 (28.7%)、医療観察法関係の病棟がある 15 (8.8%) などとなっていた。

また、系列の障害者向け居住施設を有すると回答した施設は 68 (39.8%) で、これらの施設の定員は 24.7 ± 16.9 名 (平均 \pm 標準偏差、以下同様)、系列の高齢者向け施設を有すると回答した施設は 35 (20.5%) で、定員は 104.0 ± 54.7 名であった。系列外で紹介できる障害者施設があると回答した施設は 88 (51.5%)、系列外で紹介できる高齢者居住施設があると回答した施設は 91 (53.2%) であった。自治体の退院促進支援事業をよく利用すると回答した施設は 31 (18.1%) で、これらの施設の平成 19 年度の利用実績は 2.03 ± 1.77 名であった。

3) 退院率

回答があった医療機関における平成 19 年 6 月末現在の長期在院者は延べ 21920 名で、そのうち 3564 名が平成 20 年 6 月末までに退院していた (退院率 16.3%)。

退院率を診断別に見ると、認知症 27.8%、統合失調症 13.5%、うつ病 23.9%、躁うつ病 20.6%、アルコール依存症 23.7%、その他 18.9% と、認知症で高く、統合失調症で低かった ($\chi^2 = 382.350$ 、 $df = 5$ 、 $p < 0.001$)。

また、入院形態別に見ると、任意 16.0%、医療保護 16.8%、措置 7.6% であった。任意入院と医療保護入院の間には有意差は認められなかった ($\chi^2 = 2.419$ 、 $df = 1$ 、 $p = 0.120$)。

退院率を、地区ブロック、市町村人口、病院設置者、特定入院料算定の有無、居住施設や退院促進支援事業の日常的利用

の有無別に見ると、表 1 のような結果となった。認知症、統合失調症の各診断に限定した場合についても、同様な退院率を示した。特定入院料については、精神科救急・急性期関係の特定入院料や認知症病棟入院料を算定している施設では退院率が高く、精神療養病棟入院料を算定している施設では低い傾向があった。精神科救急・急性期関係の特定入院料と精神療養病棟入院料の算定の有無を組み合わせると、精神科救急・急性期関係の特定入院料のみ算定している施設で、ほかの 3 群に比して退院率が突出して高かった。

今回の退院率は、定義に忠実に算出したものであり、後の考察で触れるように 630 調査の算出方法に比較して、値が低く出ていると考えられる。

4) 退院患者票に記載された患者属性

以下、医療機関ごとに、退院した長期在院者の全体の人数で患者票のデータを重み付けして得た 3543 名についての集計結果を記載する。

(1) 入院形態

対象者の入院形態の内訳は、任意入院 2115 (59.7%)、医療保護 1418 (40.0%)、措置 10 (0.3%) であった。

(2) 診断名

対象者の診断名の内訳は、認知症 711 (20.1%)、統合失調症 2088 (58.9%)、うつ病 104 (2.9%)、躁うつ病 92 (2.6%)、アルコール依存症 118 (3.3%)、その他 430 (12.1%) であった。

(3) 年齢・性別

年齢は65.6±15.8歳(平均±標準偏差)で、40歳未満254(7.2%)、40~65歳1320(37.3%)、65~75歳882(24.9%)、75歳以上1087(30.7%)であった。性別は男性1830(51.6%)、女性1713(48.4%)であった。

(4) 在院期間

退院時までの在院期間は8.68±10.46年(平均±標準偏差)で、1~2年709(20.0%)、2~5年1236(34.9%)、5~10年759(21.4%)、10~20年390(11.0%)、20年以上448(12.7%)であった。

5) 退院先

退院先は、家族・親族等と同居402(11.3%)、自宅・アパートで独居152(4.3%)、障害者向け居住施設305(8.6%)、高齢者向け居住施設336(9.5%)、他院精神科転入院262(7.4%)、合併症治療のため一時的に他科転入院1268(35.8%)、精神科に戻る予定のない他科転入院151(4.3%)、その他23(0.7%)、死亡644(18.2%)となっていた。一時的な他科転入院が高率で、死亡退院がそれに続いていた。

退院先を年齢階級別に見ると、40歳未満では家族・親族等と同居が46.1%と半数近くを占め、他科転入院は11.4%に留まるものの、40歳以上ではこれが逆転し、65~75歳では一時的か否かを合わせた他科転入院が48.2%とほぼ半数を占めた。75歳以上では死亡退院が約3分の1を占めた(表2)。

退院先を入院形態別に見ると、任意入院では家族・親族等と同居、自宅・アパートで独居、障害者向け居住施設が、医

療保護入院では高齢者向け居住施設、他院精神科転入院、死亡がやや高率であった(表3)。

退院先を診断別に見ると、家族・親族等と同居は、統合失調症で14.0%だったが、うつ病(23.8%)と躁うつ病(26.1%)では高率で、認知症(1.8%)とアルコール依存症(6.7%)では低率だった。死亡は認知症で31.0%と突出していた。他科転入院の比率は診断による差は小さかった(表4)。

6) 退院後の状況

退院先が家族・親族等と同居、自宅・アパートで独居、障害者向け居住施設、高齢者向け居住施設の1195名について、退院後の状況を集計した。

退院時の通院方針は、自院精神科外来通院883(74.9%)、他院精神科外来通院172(14.5%)、精神科外来診療不要84(7.2%)、不明40(3.4%)、欠損16(1.3%)となっていた。

退院後の医療サービス利用については、デイケアが利用歴あり271(24.4%)、利用歴なし683(61.7%)、不明154(13.9%)、欠損87(7.3%)、訪問看護が利用歴あり267(24.2%)、利用歴なし686(62.1%)、不明151(13.7%)、欠損91(7.6%)となっていた。福祉サービス利用については、日中訓練系(作業所、授産施設、福祉工場等)が利用歴あり108(9.8%)、利用歴なし771(70.0%)、不明222(20.2%)、欠損93(7.8%)、通所型援助系(地域生活支援センター等)が利用歴あり70(6.4%)、利用歴なし805(73.6%)、不明219(20.0%)、欠損100(8.4%)、訪問型援助系(ホームヘルプ等)が利用歴あり66(6.1%)、利用歴なし804

(74.4%)、不明 211 (19.5%)、欠損 114 (9.5%) となっていた。

退院後の生活保護受給については、受給歴あり 233 (20.8%)、受給歴なし 766 (68.3%)、不明 123 (11.0%)、欠損 73 (6.1%) となっていた。

退院後の状況を診断別に見ると、認知症ではいずれの項目も不明が高率で、退院時の通院方針では通院不要も高率であった。認知症では施設への入所が多く、医療や日中の活動が施設で行われることが影響していると思われる。医療サービスおよび福祉サービスの利用歴は、5項目いずれも統合失調症および躁うつ病で高率であった。生活保護の受給歴は認知症およびうつ病で低率であった(表5)。

退院後の状況を退院先別に見ると、高齢者向け居住施設ではいずれの項目も不明が高率で、退院時の通院方針では通院不要も高率であった。医療サービスおよび福祉サービスの利用歴は、自宅・アパートで独居では訪問型のサービス(訪問看護、訪問型援助系の福祉サービス)が、障害者向け居住施設では通所型のサービス(デイケア、日中訓練系の福祉サービス、通所型援助系の福祉サービス)が高率で、家族・親族と同居では全体的に低率であった。生活保護の受給歴は、自宅・アパートで独居および障害者向け居住施設で高率、家族・親族と同居および高齢者向け居住施設で低率であった(表6)。

7) 退院患者の再入院及び関連要因の分析

退院先が家族・親族と同居、自宅・アパートで独居、障害者向け居住施設、または高齢者向け居住施設で、退院後6ヵ月以上経過しており(平成19年のうちに

退院)、かつ再入院の有無が判明している退院者710人中、退院後6ヵ月以内に再入院した者は123人(17.4%)であった。これらの再入院者の再入院までの期間の平均±標準偏差は、80.0±61.4日であった。

Kaplan-Meierの生存分析において因子水準間でペアごとにLog-rank検定を行うと、再入院までの期間については、年齢が75歳以上(図1、表7)、認知症(図2、表8)、高齢者向け居住施設に退院した者(図3、表9)で長くなっていたが、性別(図4、表10)、在院期間の長さ(図5、表11)、入院形態(図6、表12)では差は認められなかった。

また、訪問看護を利用している者の方が短く(図7、表13)、デイケアの利用の有無(図8、表14)や日中訓練系(図9、表15)などの福祉サービスの利用の有無では有意差が認められなかった。

D. 考察

1) アンケートの回収率と結果の妥当性について

近年、こうしたアンケートの回収率は低下傾向にあることが経験されているが、今回のアンケート回収率は、24.3%と昨年の本研究班の平均残存率等に関するアンケート調査の回収率(約12.5%)を上回った。

回収率向上の一因は、昨年のアンケート調査の後、回答のあった医療機関などに調査報告書概要版を郵送した際、調査に関する意見を書くための葉書を同封し、医療機関から平成19年度のアンケートの内容、形式、実施方法などに関する意見を求め、その結果を踏まえて本年のアンケートを実施したことにあつた可能性

があると推定している。

しかし、なお今回アンケートに回答した精神科医療機関は、全体の1割強にとどまっているのも事実であり、得られた結果についてデータのゆがみの有無を確認するために、回答した医療機関としなかった医療機関について比較検討するなどの検討も行った所である。しかし、今回得られた結果から何らかの結論を導いたり、推論を行ったりする際には、慎重を期する必要がある。

2) 退院率について

(1) 退院率の計算方法について

本研究では、平成19年6月末の時点で1年以上入院していた患者数、およびそのうち平成20年6月末までに退院した患者数を調査して、退院率を計算した。これは1年以上入院していた患者というコホートを以後1年間追跡する方法であり、退院率の定義に忠実な計算方法といえるが、結果は16.3%と平成18年度630調査の23.0%を大きく下回っていた。630調査ではコホートを追跡する方法を用いず、調査時点で1年以上入院していた患者数、および1年間に退院した患者のうち1年以上入院していた人数（実際には調査前1ヵ月間の人数を12倍）を調査して計算している。本研究の方法では、コホートを追跡している1年間に、新たに在院期間が1年に達する者が発生するが、これらの患者が退院しても計数されない。630調査ではこれらの退院患者も計数されるため、退院率を計算する際の分子に相当する値が大きくなる。このことが本研究の退院率が630調査のそれを大きく下回った一因と考えられる。

退院率の計算方法の違いについて、図

を用いて模式的に解説したので参照されたい（資料4）。

(2) 今回得られた退院率の特徴

退院率を診断別に見ると、認知症（27.8%）において高く、統合失調症（13.5%）で低い傾向が認められた。

昨年実施した平均残存率の調査の結果では、認知症において高く（51.0%）なっていたが、今回退院率も他の疾患より高いという結果が得られた。これは、認知症患者の退院先を見ると、合併症治療のための一時的転科（33.9%）や死亡退院（31.0%）が少なくないことなどから、認知症患者の退院率は地域移行の高さを反映するものではないことが明らかである。

一方、統合失調症では、他の疾患と比較して、平均残存率も退院率も高くなかった。しかも、認知症と同様の合併症治療のための一時的転科（35.6%）があり、死亡退院（14.6%）と併せると全体の約50%を占めるなど、実際に地域移行した患者の比率は半数程度にとどまっていた。同様の傾向は、うつ病、躁うつ病、アルコール依存症、その他の精神疾患にも認められた。いずれも一時的な他科転入院が高率で、死亡退院がそれに続いていた。これらの結果から、患者の地域移行の進捗状況を見るためには、転院や死亡退院を除いた退院者の退院率を出すことも検討すべきであると考えられた。

平均残存率の調査では、医療保護入院している患者の平均残存率が高かったが、今回の調査では入院形態と退院率の間に特別に関連は認められなかった。長く入院している精神障害者の場合、医療保護入院か否かに反映される要因とは別の要

因が退院を妨げていることが示唆される。

特定入院料については、精神科救急・急性期関係の特定入院料や認知症病棟入院料を算定している施設では退院率が高く、精神療養病棟入院料を算定している施設では低い傾向があった。特に、精神科救急・急性期関係の特定入院料のみ算定している施設で、ほかの3群に比して退院率が突出して高かった。

精神科救急・急性期病棟のみの病棟の退院率が精神療養病棟を有する場合よりも高くなるのは、単に入院患者の病状の違いによるものかどうか、今後は、施設の違いと退院者のプロフィールの比較検討も行っていく必要がある。

いずれにせよ、今回の調査によって、統合失調症に代表される精神疾患の退院率を上げるためには、かなり強力な退院に向けた働きかけが必要であることが示唆された。

3) 退院者の再入院要因

今回の調査において、転院や死亡以外で、再入院の有無が判明しており、6ヵ月以上追跡できた退院者のうち、6ヵ月以内に再入院した者は対象者の17.4%であった。これらの再入院者の再入院までの期間の平均±標準偏差は、80.0±61.4日であった。

長期入院後の退院者については、再入院の可能性を念頭において対処することが必要であることが示唆された。

再入院者は、75歳以上の高齢者、認知症患者において少なくなっていたが、性別、認知症以外の診断別、入院機関別には有意差は認めなかった。

また、退院後に利用した支援との関係では、訪問看護を利用しているの方が

再入院までの期間が短くなっていたが、デイケアの利用の有無や福祉サービスの利用の有無では有意差が認められなかった。これは、こうした支援が無意味であることを意味するものではなく、訪問看護や福祉サービスなどの利用者が、もともと重症であった可能性や、病状悪化に対して早期に対応できている可能性が反映したものであることが推定される。むしろ現状では、長期間入院していた者でも訪問看護、デイケア、福祉サービスの利用が全般的にまだ低い傾向があり、外来通院者のためのさまざまなサービス支援を拡充していく必要があると考えられる。

4) 今回調査の限界

今回の調査では例数も少なく、回答した医療機関の入院料等の算定別で回答率に有意差がある(15:1入院基本料、精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症病棟入院料、医療観察法関係で回答率が高く、18:1入院基本料、20:1入院基本料を算定している医療機関で有意に低い)などの資料の偏りがあることなどから、得られた結果の解釈は慎重に行う必要がある。

E. 結論(まとめ)

- 1) 退院率についてアンケート調査を行ったところ、178の精神科医療機関から回答を得た(回答率24.3%)。
- 2) 得られた結果から算出した退院率は16.3%であった。
- 3) 疾患別では、認知症の退院率が高く(27.8%)、統合失調症の退院率が低かった(13.5%)。

- 4) 医療保護入院と任意入院の間では、退院率に有意差は認められなかった。
- 5) 退院先については、一時的な他科転入院が高率で、死亡退院がそれに続いていた。これらの結果から、患者の地域移行の進捗状況を見るためには、転院や死亡退院を除いた退院者の退院率を出すことも検討すべきであると考えられた。
- 6) 今回の調査で退院後半年以上経過を追えた患者のうち17.4%が6ヵ月以内に再入院していた。長期入院後の退院者については、十分再入院の可能性を念頭において対処することが必要であることが示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 医療機関属性別の退院率 (1/2)

		全 体	認知症 に限定	統合 失調症 に限定
全 体		16.3%	27.8%	13.5%
地域ブロック	北海道・東北	16.7%	28.6%	13.2%
	関東	14.1%	19.8%	12.5%
	中部	15.8%	31.5%	12.7%
	近畿	19.9%	27.3%	15.9%
	中国・四国	14.2%	23.6%	12.2%
	九州	18.8%	30.5%	15.8%
市町村人口	3万人未満	16.2%	28.9%	13.1%
	3～10万人	17.2%	28.7%	13.8%
	10～30万人	14.5%	25.1%	12.2%
	30万人以上	16.8%	27.7%	14.3%
設置者	大学病院	N/A	N/A	N/A
	国(含独法)	17.1%	25.3%	14.0%
	都道府県	30.0%	N/A	28.5%
	政令市	N/A	N/A	N/A
	他の自治体	18.1%	N/A	16.7%
	医療法人	15.7%	27.7%	12.8%
	他の法人	14.9%	30.5%	13.0%
	個人	17.7%	20.0%	12.8%
救急・急性期関係 特定入院料	なし	15.6%	26.9%	12.6%
	あり	18.1%	30.9%	15.6%
精神療養病棟入院料	なし	17.9%	31.1%	15.1%
	あり	15.6%	27.0%	12.8%
救急・急性期関係 特定入院料と精神 療養病棟入院料の 組み合わせ	両方なし	16.1%	30.1%	13.0%
	救急・急性期関係のみ	26.5%	39.2%	25.1%
	精神療養のみ	15.3%	26.0%	12.4%
	両方あり	16.3%	30.0%	13.6%
認知症病棟入院料	なし	15.3%	25.8%	13.3%
	あり	17.8%	28.6%	13.9%

注:「N/A」は、母数となる1年以上在院者が50名未満で数値の信頼性が低いため、退院率を算出しなかったことを示す。

表1 医療機関属性別の退院率 (2/2)

		全 体	認知症 に限定	統合 失調症 に限定
紹介可能な系列の 障害者向け居住施設	なし	16.5%	28.2%	13.7%
	あり	15.9%	27.3%	13.3%
紹介可能な系列の 高齢者向け居住施設	なし	16.2%	30.0%	13.7%
	あり	16.5%	24.8%	12.9%
紹介可能な系列外の 障害者向け居住施設	なし	15.5%	25.3%	12.7%
	あり	17.1%	30.9%	14.3%
紹介可能な系列外の 高齢者向け居住施設	なし	15.2%	25.2%	12.2%
	あり	17.3%	30.6%	14.7%
自治体の退院促進 支援事業の利用	なし	16.1%	27.4%	13.4%
	あり	16.9%	29.5%	13.7%

表2 年齢階級別の退院先

	40歳未満	40～65歳	65～75歳	75歳以上
家族・親族等と同居	117 (46.1%)	215 (16.3%)	42 (4.8%)	27 (2.5%)
自宅・アパートで独居	27 (10.6%)	92 (7.0%)	32 (3.6%)	0 (0.0%)
障害者向け居住施設	58 (22.8%)	204 (15.5%)	31 (3.5%)	13 (1.2%)
高齢者向け居住施設	0 (0.0%)	25 (1.9%)	131 (14.9%)	180 (16.6%)
他院（精神科）転入院	16 (6.3%)	124 (9.4%)	70 (8.0%)	52 (4.8%)
合併症治療のため 一時的に他科転入院	29 (11.4%)	465 (35.3%)	389 (44.2%)	385 (35.4%)
精神科に戻る予定の ない他科転入院	0 (0.0%)	43 (3.3%)	35 (4.0%)	73 (6.7%)
そ の 他	0 (0.0%)	13 (1.0%)	4 (0.5%)	5 (0.5%)
死 亡	7 (2.8%)	138 (10.5%)	146 (16.6%)	352 (32.4%)
合 計	254 (100%)	1319 (100%)	880 (100%)	1087 (100%)

表3 入院形態別の退院先

	任意入院	医療保護入院	措置入院
家族・親族等と同居	262 (12.4%)	137 (9.7%)	3 (30.0%)
自宅・アパートで独居	122 (5.8%)	29 (2.0%)	1 (10.0%)
障害者向け居住施設	224 (10.6%)	78 (5.5%)	3 (30.0%)
高齢者向け居住施設	188 (8.9%)	149 (10.5%)	0 (0.0%)
他院(精神科)転入院	117 (5.5%)	145 (10.2%)	0 (0.0%)
合併症治療のため 一時的に他科転入院	753 (35.6%)	514 (36.2%)	1 (10.0%)
精神科に戻る予定の ない他科転入院	88 (4.2%)	63 (4.4%)	0 (0.0%)
その他	15 (0.7%)	8 (0.6%)	0 (0.0%)
死亡	347 (16.4%)	295 (20.8%)	2 (20.0%)
合計	2116 (100%)	1418 (100%)	10 (100%)

表4 診断別の退院先

	認知症	統合失調症	うつ病	躁うつ病	アルコール	その他
家族・親族等と同居	13 (1.8%)	293 (14.0%)	25 (23.8%)	24 (26.1%)	8 (6.7%)	38 (8.9%)
自宅・アパートで独居	0 (0.0%)	97 (4.6%)	10 (9.5%)	9 (9.8%)	12 (10.1%)	23 (5.4%)
障害者向け居住施設	12 (1.7%)	239 (11.5%)	7 (6.7%)	5 (5.4%)	5 (4.2%)	38 (8.9%)
高齢者向け居住施設	124 (17.5%)	131 (6.3%)	15 (14.3%)	4 (4.3%)	15 (12.6%)	47 (11.0%)
他院(精神科)転入院	39 (5.5%)	194 (9.3%)	5 (4.8%)	3 (3.3%)	5 (4.2%)	16 (3.7%)
合併症治療のため 一時的に他科転入院	240 (33.9%)	744 (35.6%)	34 (32.4%)	39 (42.4%)	47 (39.5%)	165 (38.5%)
精神科に戻る予定の ない他科転入院	58 (8.2%)	71 (3.4%)	2 (1.9%)	0 (0.0%)	10 (8.4%)	9 (2.1%)
その他	3 (0.4%)	13 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	5 (1.2%)
死亡	220 (31.0%)	305 (14.6%)	7 (6.7%)	8 (8.7%)	16 (13.4%)	88 (20.5%)
合計	709 (100%)	2087 (100%)	105 (100%)	92 (100%)	119 (100%)	429 (100%)