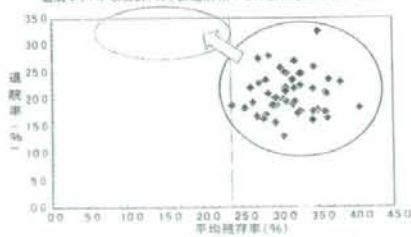


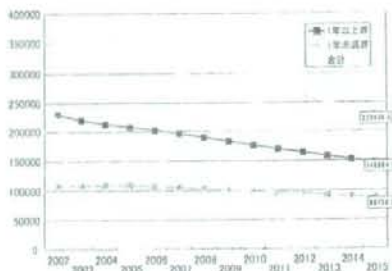
## 平均残存率と退院率の散布図

平成12～14年合計値から求めた平均残存率(1年未満群)と退院率(1年以上群)の、都道府県ごとの関係を散布図に表した



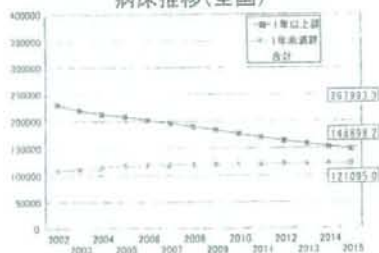
スライド41

## 新規入院率が一定の場合の病床推移(全国)



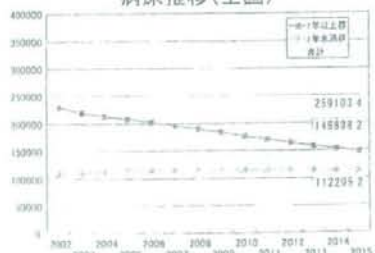
スライド42

## 新規入院率が2.6%で伸びた場合の病床推移(全国)



スライド43

## 新規入院率が2.0%で伸びた場合の病床推移(全国)



スライド44

## 考察

- 現在の平均残存率(1年未満群)は31.2%,退院率(1年以上群)は21.3%
- 2015年度の基準病床数は、新規入院率が一定なら9.2万床減の26.4万床、毎年2.6%(現在の上昇率)増なら5.8万床減の29.9万床、毎年2%増なら6.7万床減の29万床
- 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である平均残存率24%以下、各都道府県の退院率29%以上は、一定の妥当性を有すると考えられた
- 平均残存率低下で、退院率向上の困難化、また地域ケアの負担増大のおそれもある
- 精神保健医療福祉体系の再編はフォローアップ調査が必要

スライド45

都道府県において平均残存率の差を生じる要因の聞き取り調査

- 平均残存率の異なる2県で聞き取り調査
- 診療応需体制、P県は各々のブロックで医療ニーズをほぼ満たすことができる。個々の精神科病院は自院の患者は休日夜間でも診療することが基本、Q県の精神科救急事業は、受診までのプロセスが複雑である。
- 地域ブロックの大きさ、P県における人口80万程度の地域ブロックは、Q県の人口100万程度の地域ブロックよりも精神科救急として機能的である可能性がある。
- 歴史的経緯・精神科医師等の交流、P県では歴史的に医師間、病院間の交流が積み上げられてきた。そのことが病院間の協力と機能分化につながり、平均残存率が低いことに反映されていた可能性がある。

スライド46

## 入院した精神障害者の残存率および退院率についての患者調査に基づく検討

- 平均残存率と退院率について、厚生労働省患者調査を用いて性別、年齢、診断などの患者特性との関係を総合的に検討した。
- 「1年以上5年未満」の在院患者は「1年未満群」と比較して、年齢がやや高い、統合失調症等および痴呆の割合が高かった。
- 入院後1年までの残存率の推移から、痴呆、精神遅滞および統合失調症等では病院に長く残存する傾向が見られた。
- 入院後の継続在院期間長期化に伴い、著しく退院可能性が低下していた。
- 入院後1年未満と1年以上以降では性別、年齢、診断によって退院可能性が変化することが示された。

スライド47

## 新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(1)

- 平成14年度に実施された「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」のデータセットを用いて、同調査で「現在の状態でも、居住先・支援が良えば退院は可能」とされた入院患者を抽出して、主治医が適当と判断した退院後の「暮らしの場」を分析した。
- 家族と同居が適当とされた入院患者の臨床特性は幅広く分布する傾向が見られた。支援の必要頻度は1週間に「1回~数回程度が多いが、毎日訪問以上のケアが求められる患者もいる。また、家族に期待できるケアの程度も様々であった。患者の臨床的な特性と共に、家族の状況を踏まえたサービスの提供が求められる。
- 単身生活が適当とされた入院患者は、家族との同居が適当とされた患者と比べて、退院後に家族などからの支援をほとんど期待できない患者が多いことが確認された。また、病状に対する洞察や薬物療法の必要性の認識も凡そ半額で十分ではなかった。単身生活の長期継続には、訪問サービスなどの支援が必要であろう。

スライド48

るということです。それに対して、国が一定の方向を示したというのが再編の達成目標ということです。

次に、先ほど新規入院率は毎年2.6%上がっていると言いましたが、新規入院率が今後変わらない、つまり入院患者数が増えないとした場合にどうなるかと計算しますと、10年後には、23万床ぐらいの必要病床数になります。つまり11万から12万床ぐらいの減少を促すという数になってしまいます。しかし、毎年増えている入院患者さんの数が、今後急に止まるということは、少し予想し難いのではないかと思います（スライド42）。

次に、新規入院率が2.6%で伸びた場合の病床推移です。現状のまま増え続けるとしたらどうなるのか見ますと、5万から6万ぐらいの減少となります（スライド43）。

では、2.0%で増えた場合はどうかというと、国の試算している7万床の減少を促すという数に近いものが出てまいります（スライド44）。

以上のことから、国の出している目標値というのは、新規入院率が一定なら9.2万床減で、2.6%で伸びたら5.8万床減、2.0%で伸びたら6.7万床減ということで、つまり精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である「平均残存率24%以下、退院率29%以上」は、一定の妥当性を有すると言えます（スライド42～44は補正項が入っていないので、説明より減少幅が大きいのでご注意ください）。つまり、入院患者が増えないという場合と、現状どおり増えていく場合の間に位置するので、この7万床の減少を促すという数と、24%、29%という達成目標は、両方が乖離したものではないと言えます。ただ長期的に見た場合、平均残存率を下げていけば、最終的には退院できにくい患者さんが残ります。それにもかかわらず、退院率を上げるということになりますから、論理的には無理があります。だから、最初の5年間か10年間はこの数でいいのですが、その後はこの平均残存率や退院率の数はおそらく見直されることになると思います。

例えば、平均残存率がさらに下がってきたとすると24%に置いておくということは、平均残存率を下げなくていいということになってしまいます。また、退院率が上がってきても、29%よ

り高くなくていいということになってしまうので、これは5年か10年の改革期のための数字と読んだほうがいいのではないかと思います。それと同時に、退院の可能性というのは変わってまいりますので、フォローアップ調査は欠くことができないということです。

それからこれは患者調査と引き比べた場合に、入院後1年未満と1年以上では性別、年齢、診断によって退院可能性が変化するということが示されたと書かせていただきました（スライド47）。

では、「自立支援が必要な人はどのくらいいるのか」という話です。その自立支援が必要な人をどうやって計算するのかというのは大変難しい話です。お医者さんに聞く調査とか、当事者に聞く調査とかいろいろあるのですが、必要量の算定というのは、例えば社会復帰施設が作られるようになったけれども、いまだかつて、入所施設の利用者は100%になっていません。なぜかという、施設ができてでもそれにアクセスするまでの時間とか、利用期間とかいろいろな要素が複雑に絡むので、例えば20%が必要とされているとしても、実際20%の量を作るとそこまでは利用が進まないという現象が起こるのではないかと思います。つまり、ニーズには利用期間とかアクセスといったものが要素として入ってこないため、通常の形で、例えば2割の人たちが必要だからと言っているから2割計算するという方法をとりますと、今まで病床が増えたのと同じように過剰な数を出してしまうおそれがあるということです。

このようなことを考えた場合、ニーズの算定に関しては、ある程度控えめにしないといけない。「作ってみたらあまり利用がないじゃない

新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(2)

- ・ 精神障害者用施設が適当とされた患者については、支援の必要頻度を見ると、1週間に1回程度から24時間常駐まで多岐にわたっている。多様なニーズに対応できるようにする必要がある。
- ・ 高齢者用施設が適当とされた患者は、他に比べ臨床状態やケアの必要頻度などが重い状態にあった。高齢の精神障害者用施設の充実、精神障害者のサービス体系を見直す上で、重要な課題である。

スライド49

## 対象者数の推定根拠

- 患者調査(H14) 258.4万人(うち入院34.5万人)
- 入院32.9万人+精神通院公費患者数 93.3万人(H15)
- 手帳取得者数 31.3万人(H15)
- 精神科デイケア等実利用者数 6.5万人(H15.6)
- 地域生活支援センター登録者数 3.2万人(H15.6)

× 精神障害者サービスニーズ等調査(H15)

スライド50

## ニーズの推定(2)

	外来	入院(7万人退院促進分)
仕事	16.9 ~ 50.7	1.8 ~ 4.1 ( 0.6 ~ 0.9 )
訓練	14.9 ~ 21.6	6.1 ~ 7.6 ( 1.6 ~ 2.4 )

数字はサービスニーズ等調査に基づく。「仕事」の「外来」「入院」は、「就労能力(主治医回答)」及び「退院した場合に可能と思われる就労能力(主治医回答)」の「フルタイム(一般)」「フルタイム(発負荷)」「パートタイム」の割合合計を、香々外来数と入院数に乗じたもの。「訓練」の「外来」「入院」は、「就労能力(主治医回答)」及び「退院した場合に可能と思われる就労能力(主治医回答)」の「授産施設・作業所等」の割合を、香々外来数と入院数に乗じたもの(左は統合失調症のみ、右は全疾患についての数字)

スライド52

## ニーズの推定(1)

	外来	入院(7万人退院促進分)
相談	4.8 ~ 8.7	6.7 ~ 9.7 ( 1.9 ~ 2.9 )
ホームヘルプ	1.0 ~ 1.9	4.8 ~ 7.1 ( 1.3 ~ 2.0 )
権利擁護	0.3 ~ 0.6	3.3 ~ 4.5 ( 0.9 ~ 1.3 )

数字は、サービスニーズ等調査の「生活していく上で必要なサービス(主治医回答)」の「精神保健福祉専門職員」「ホームヘルプサービス」「アパートなどを借りる際の保証人の代理」の「利用している」と回答の割合を、外来および入院患者数に乗じたもの(左は統合失調症のみ、右は全疾患についての数字)

スライド51

の、あなたたちの出す数は信頼できないね」という話になったらどうしようもないのです。そこで、数値の出し方の根拠というのはいろいろあるのですが、患者調査の数では大きすぎますし、手帳の取得者というのは、皆が取っているわけではないですし、デイケアとか地域生活支援は一部の人しか捨てていないだろうと考えますと、国の数字で使いやすいのは、入院患者数と、精神通院公費利用者数になります。それに、精神障害者サービスニーズ等の調査がありますので、これをかけるのが一番わかりやすいのではないかと考えました(スライド50)。

ニーズの推定ですが、これはサービスニーズ調査の中で、1番上は、精神保健福祉の専門職員の相談を利用している方の数です。外来でこれくらいの数になります。左は統合失調症のみに絞ったときです。右は統合失調症に限らず、実際に通院公費を利用している患者数にかけた場合です。入院に関しても同様です。特に7万人退院促進分ということで、7万という数をストレートにかけました。この数を見ますと、1.3万から20万とありますが、ホームヘルプに関し

て、国の挙げている数が2万人です。この2つの数を見比べていただきたいと思います。それから、日中活動とは何なのかというと非常に難しいので、例えば相談というベースで見ると1.9万から2.9万という数があります。それから権利擁護ですが、家を借りたときのことが1番はっきりしているだろうということで、アパートなどを借りるときの保証人の代理というのを挙げるとこのような数になります(スライド51)。

同じく、仕事や訓練も、このような形で数を上げることができます(スライド52)。

それから住居の話になりますが、住居は1.4から2.1。高齢者施設分が0.8から1.2です。これを足しますと、国の挙げている数にかなり近くなります(スライド53)。

私が何を申し上げたいかというと、国の出しているニーズ量は、かなり手堅い数を出しているのではないかとことです。つまり、天ぷらで言えば薄衣の状態に出しているということです。薄衣で出しているということはどういうことかということ、これがきちんと評価されて、必要な人に必要なサービスが提供されることがないと、そのサービスをさらに充実するという、国民の支持には結びつかないだろうということです。国は手堅い数を出すことによって、実際に利用状況を見て、さらに量が必要となってきたときに、根拠として積み上げていけるような数を出しているのではないかと私は推測いたしました。

次に、「関係する事業等の状況」です。どんなことが退院促進に効果があるのかということ、これは2年ぐらい前の厚生労働科学研究で立森先生に分析してもらったものですが、急性期治

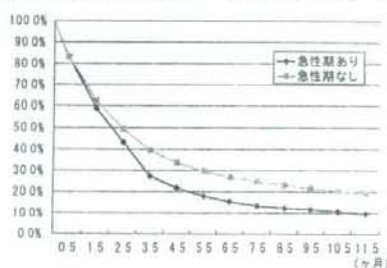
### ニーズの推定(3)

	外来	入院(7万人退院促進分)
住居	221 ~ 382	50 ~ 84 (14 ~ 21)
高齢者施設	20 ~ 77	18 ~ 40 (08 ~ 12)

数字はサービスニーズ等調査に基づく、「住居」の「外来」「入院」は、「現状の暮らしの場を変えた方がよい場合の適切な暮らしの場」及び「退院後適切と考えられる暮らしの場」(ともに主治医回答)の、「生活訓練施設」「福祉ホーム」「入所療養施設」「グループホーム」の割合合計を、各々外来数と入院数に乘じたもの。「高齢者施設」の「外来」「入院」は、「現状の暮らしの場を変えた方がよい場合の適切な暮らしの場」及び「退院後適切と考えられる暮らしの場」(ともに主治医回答)の「老人保健施設」「特別養護老人ホーム」「養護老人ホーム」「その他老人福祉施設」の割合合計を、各々外来数と入院数に乘じたもの(左は統合失調症のみ、右は全疾患についての数字)

スライド53

### 急性期治療病棟の有無と残存率



スライド54

### 精神障害者退院促進支援事業

- ・ 目的:「精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者に活動の場を与え、退院訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進する」こと
- ・ 平成15年から国の補助事業として開始
- ・ 平成17年度には全国29都道府県で実施
- ・ 障害者自立支援法においては地域生活支援事業の中に位置づけられ、一層の発展が期待されている

スライド55

### 分析対象

- ・ 平成15年度と16年度分の、16都道府県からの退院促進支援事業の実績報告を分析
- ・ 対象となった総括票は16県、個票は247名

スライド56

療病棟のある病院とない病院で残存率がどう違うかということ、急性期治療病棟のある場合のほうが残存率は低くなります(スライド54)。ある病院は比較的大規模というか、病床数が多い病院が多いのですが、それでもこういう退院促進という機能を病院の中に仕込むことによって、病院の動きが変わってくる可能性があるのではないかと思います。つまり、病棟から直接退院するのと、他の病棟に動いてそこから間接的に他の患者さんの退院を促すという仕組みが働くという、これはひとつの数字です。これが新しいデータではどうなっているかということはまだ出してみないとわかりません。

それから、「退院促進支援事業の実績分析」ですが、後ほど大阪のレポートもあるのですが、我々は厚生労働科学研究の中で15年と16年度の実績報告を基にして分析を行いました。その結果、総括票16県分、個票は247人分を分析いたしました。個票は、毎年、年度内の完結なので、翌年も事業対象になったケースは、翌年も1票として集計することになります。

年齢構成ですが、50代40代、30前の方、いろいろ幅広いです(スライド57)。

それから、入院期間も幅広いです。必ずしも長期在院ではない人たちにも制度は利用されています(スライド58)。

事業対象者の病名ですが、ほとんど統合失調症圏という現状があります(スライド59)。

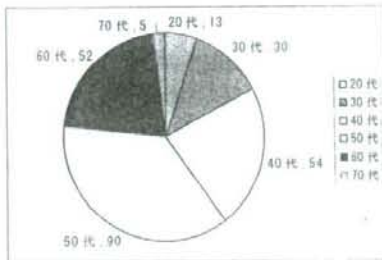
次に、退院訓練の内容ですが、院外施設への見学、生活訓練とか、いろいろなものが入っていき、当事者間の交流が結構行われています(スライド60)。

退院後の住居ですが、このうち退院している人がだいたい3分の1強ぐらいです。施設とかグループホームとか、こういった形で退院が行われているということです(スライド61)。

それから退院後の通院・通所ですが、精神科デイケアとかこういう形で書いてあります(スライド62)。つまり、私が申し上げたいことは、退院促進をしようと思ったら、やはりいくつかのサービスを組み合わせて使えるという仕組みが必要なのではないかということです。それを、こういったデータは教えてくれている気がいたします。

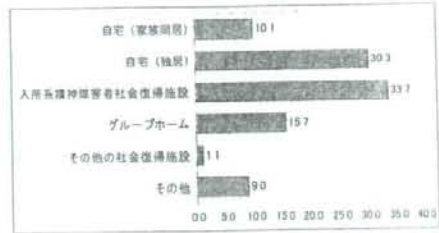
連携状況ですが、これは丸をつけさせる仕組

### 事業対象者の年齢



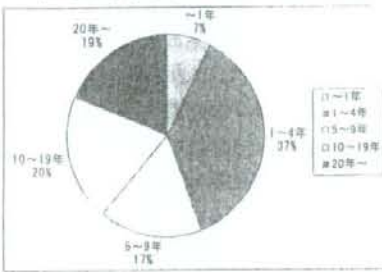
スライド57

### 退院後の住居(百分率)



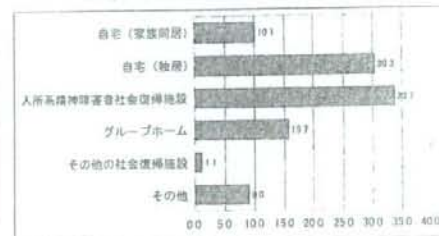
スライド61

### 事業対象者の入院期間(年)



スライド58

### 退院後の住居(百分率)



スライド62

### 事業対象者の病名

病名	度数	%
症状性を含む器質性精神障害	8	3.2
精神作用物質による精神および行動の障害	8	3.2
精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	222	89.9
気分(感情)障害	7	2.8
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	1	0.4
特定不能の精神障害	1	0.4
合計	247	100.0

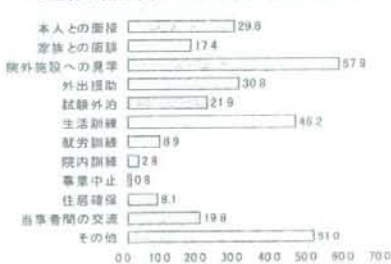
スライド59

### 退院後の関係機関との連携状況(百分率)



スライド63

### 退院訓練の内容(百分率)



スライド60

### まとめ

- 平成15年度と16年度分の、16都道府県からの退院促進支援事業の実績報告を分析(対象となった総括票は16票、個票は247名)
- 自立支援員1〜5人が16県の半数を占め、事業対象者数も10人以下である県が4割以上を占めることから、本事業は、多くの県で、一部の地域あるいは特定の地域生活支援センターで事業を実施する試行的段階にあると考えられた。
- 本事業の対象者は「中高年で入院期間の長い統合失調症圏の患者」を主としていたが、比較的若年の患者も本事業の対象となっていた。事業対象者247名のうち、退院したと思われる者は89名(36.0%)であった。
- 自立支援協議会の活動や訓練内容からは、精神障害者本人等との交流の重要性が示唆された。
- 本事業の実績をより正確に把握するためには、各県における本事業導入のデザインの把握を強化するとともに、実績報告様式の改訂等を行うことが必要と考えられた。

スライド64

みではないので、書いてあった言葉から拾ってきています。原票の工夫が必要ではないかと思っ  
ていますが、医療機関が中心となっていること  
が見ていただけるのではないかと思います  
(スライド63)。

結論で申しますと、退院促進支援事業という  
のは、行われているけれども、17年を見ていな  
いのでわからないのですが、見る限りでは、対  
象としている方が10人以下である県が4割以上  
を占めることから、まだ多くの県で試行的段階  
にあると考えられます。それから、中高年で入  
院期間の長い人と同時に比較的若年の人も対象  
になっているということです。以上のことから、  
この事業をより正確に把握するには、それぞ  
れの県がこの施行事業をどういうデザインで、今  
後どういうふうに進めようかということ、ヒ  
アリング等をしたり、実績報告の改訂等を行っ  
たりして、より事業の構造がわかるようにしな  
くはないかということなのです。

私が申し上げたいことは、退院促進支援事業  
は、まだこれぐらいの成果があるときちんと評  
価するには、まだ早いのではないかということ  
です(スライド64)。

「社会適応訓練」です。今までの就労支援と  
いう部分でこの事業の果たしてきた役割を評価  
しておく必要があるだろうということでここに  
挙げさせていただきました。一般財源化すること  
によって利用対象者を全体に小さいほうにシ  
フトしているのですが、就労者の内訳としまし  
ては、一定の成果も挙げているように見えます。  
したがって、この事業の持っている性質を就労  
支援の中に、考え方として活かしていくこと  
には意味があるのかもしれないと思います(ス  
ライド65~68)。

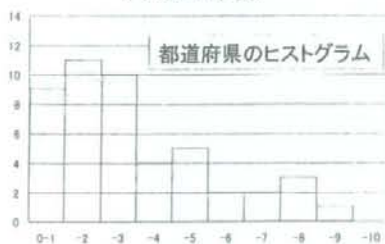
次に「住居確保」ですが、住居確保に関しま  
しては、私が最初に申し上げたこととつなが  
ってくるのですが、15年にヒアリングしたとき  
に、家の大家さんではなく、不動産屋さんにか  
きまると、結局家賃をちゃんと払ってくれて迷  
惑をかけないで、もし迷惑なことがあったら誰  
か飛んできてくれたら構いませんということ  
でした。精神障害者の偏見うんぬんの話では  
ないのです。要はちゃんと家賃を払ってく  
れて、何か困ったことがあったら誰か飛ん  
できてくれることが条件なのです(スライド69・70)。

### 精神障害者社会適応訓練事業の現状と今後の動向 —平成15年度の一般財源化による影響の検討を中心に—

- 平成14年度及び16年度の精神障害者社会適応訓練事業に関する各種数値を比較し、平成15年度の一般財源化の影響を検討すること、平成15年度以降における事業内容の変更を調べ、同事業の動向について把握することを目的に、全国の県を対象に、郵送によるアンケート調査を行った(回答は42県(83.3%) )。
- 平成14年度と平成15年度を比較すると、実績額は減少していた。それに伴って全般的に減少傾向を示す項目は「利用者数」「新規利用者数」「延べ訓練日数」であった。事業内容の変更や変更しについては、「訓練期間」の短縮や「事業所委託料」の減額が多かった。
- 精神障害者社会適応訓練事業の各県における変更しや変更の主なものは、予算削減に対応したものであるが、実績額の減少は県の財政難の影響があるため、一般財源化の影響と判断することはできない。
- 各県における本事業の動向に関する継続的観察とそれに基づく政策的評価が必要である。

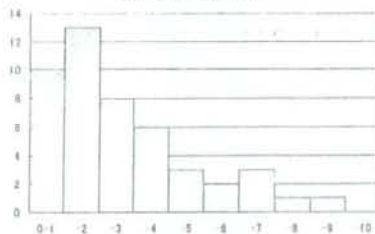
スライド65

### 人口10万当たり利用対象者数 (平成14年度)



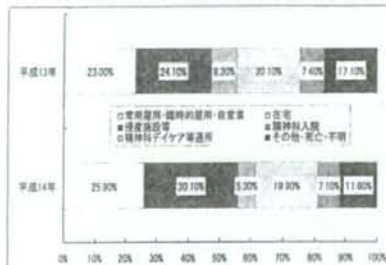
スライド66

### 人口10万当たり利用対象者数 (平成15年度)



スライド67

### 利用協力事業所修了者の内訳(全国)



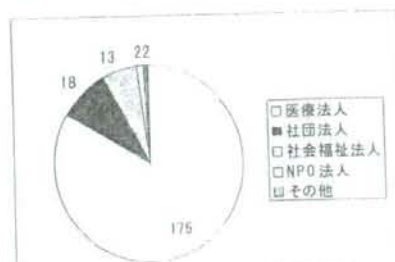
スライド68

## 精神障害者の退院・社会復帰における住居確保についての調査

- 平成15・16年度厚生労働科学研究費補助金「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」の一環
- 15年度は住居確保に必要な条件の聞き取りと先進的取り組み事例の収集
- 16年度は精神障害者の住居確保の有効な支援策模索を目的に質問紙調査  
組織・法人によるグループホーム運営は89.0%、共同住居運営は32.9%、個別住居提供は10.5%  
共同住居を確保し生活保護の住宅扶助相当の賃料で提供する事例がある程度報告され、また援助が得られれば実行可という回答も4割以上得られた。

スライド69

## 組織の区分内訳(210組織・法人)



スライド72

## 研究から得られた重要な情報

- 一般賃貸住宅の利用においては、家賃の支払い能力、問題が発生した場合の身元保証などの課題が存在した。
- 住居確保対策としてさまざまな実践あり(精神病院と不動産業者等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法、病床を転換して住居として活用する方法、職員寮を住居として活用する方法、住居確保のための有限会社の設立など)。
- 住居確保にあわせて日常生活の質の確保のために、精神科デイケア、訪問看護などが戦略的に利用されていた。
- 実際に取り組まれている事例の自立性を尊重しながらも、それを支援し、積極的に活用する視点が必要と考えられる。

スライド70

逆に、入居者をきちんと確保することができ、土地があれば、住宅ローンを使って新築の物件が建つのではないかと率直に考えました。そこで、そういう取り組みをしているところがどの

くらいあるのかということも、精神科病院協会と社会福祉施設協会に協力をお願いして、調査をいたしました(スライド71・72)。

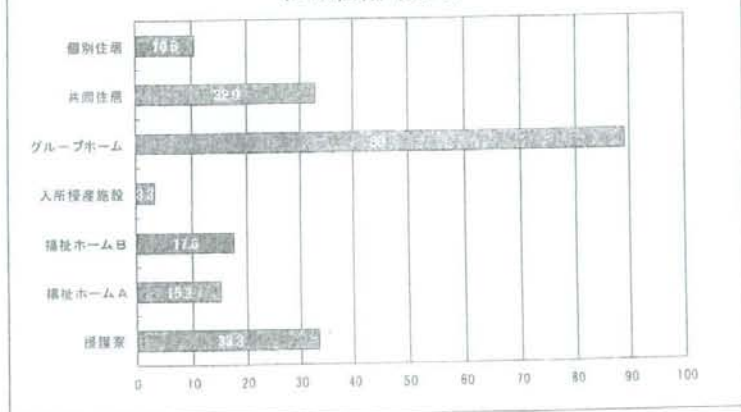
一戸建て住宅またはアパートを確保して、病院や社会福祉法人が大家になって、障害者たちの入居場所として貸すという仕組みがすでに確立している病院、これはグループホームか共同住居を持っている病院なのですが、3分の1くらいありました(スライド73)。それから、実行にあたりどのような支援があるかということになると、住居管理、賃貸契約という部分では、運営面での支援があったらよいとのことでした(スライド74)。それから制度面での保障が必要というのは、やはり賃貸契約・住居管理の部分でそういう声があります。従って、なんらかの

制度的な後押しをすると、今のところ退院が困難な人たちにも、退院させることができるのではないかと考えられます。

それから「職員が相談したり、アドバイスを得るところ」ですが、これはグループホーム、共同住居、地域生活に関わる職員です(スライド75)。保健所や、市役所の福祉のところは、地域でアパートを借りている人たちの利用の割合が高く

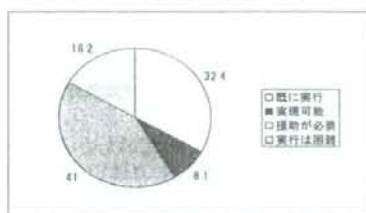
## 組織が運営する居住の場

(210組織・法人)



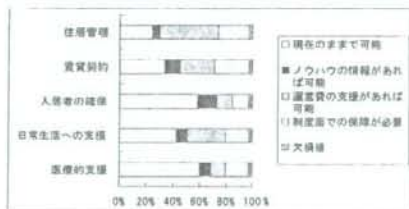
スライド71

「一戸建て住宅またはアパートを確保して貸す」  
ことの実現可能性(210組織・法人)



スライド73

実行にあたりどのような支援が必要とされるか(210組織・法人)



スライド74

なります。要するに、グループホームや共同住居といったアパート退院というのは、それぞれの人によって使い分けられているのではなかろうか、どれが良いという話ではないのではないかとことです。つまり、障害がある程度重くて医療のニーズが高い人たちは、やはり医療機関が関わりやすい形をとっていきます。そういうことが必要ない人はもっと遠くても良い。どれが良いという話ではないのではないかとというのが私の申し上げたいところです。

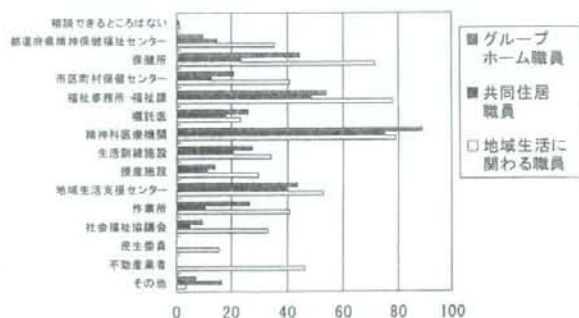
次に入居者が受けている支援です。こういうことをどうやって構造的にやるか、障害の重い人にはどこかの施設が中心になってやるほうがコンパクトで早いかもしれないし、さらにそれが発展して地域型になってもいいかもしれないということです(スライド76~78)。

改革はどのように進むだろう

か、これは私の考えですが、こちらに入院中心と書いてあちらに地域中心と書いてあります(スライド80)。要は、入院を短期で、必要ときに使いながら地域生活にシフトしていくということです。病院を「入院中心だから悪である」と考えるよりは、入院治療をすることは地域生活を支援する際に必要な道具であると考え、道具として病院が機能を提供しやすいようになることが必要だと思います。また、病院は地域ではないという捉え方がもしあるとしたら、それを解消していける仕組みがあるのではないかと思います。

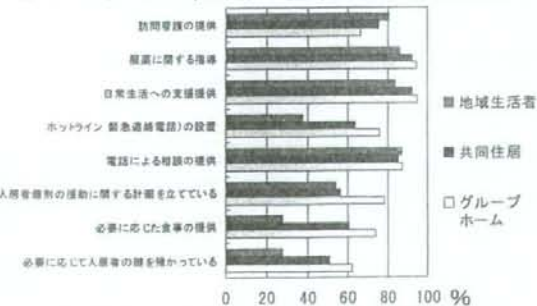
社会システムの中の精神保健、これはいろいろなところで講演するのにしばしば使っているのですが、精神保健とはいったい何なのかというと、病院施設における精神科医療から、精神障害者のためのサービスを地域で提供になり、

職員が相談したり、アドバイスを得るところ  
(グループホーム329, 共同住居128, 賃貸・地域生活支援91)



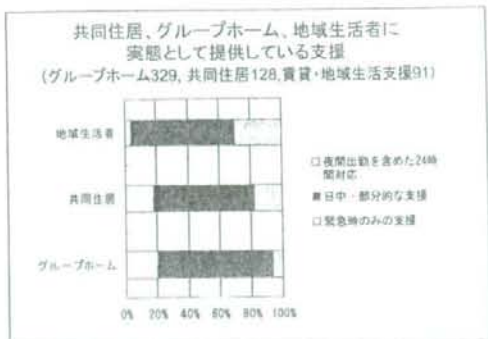
スライド75

共同住居およびグループホームの入居者が  
経営母体となる組織・法人の職員から受けている支援  
(グループホーム329, 共同住居128, 賃貸・地域生活支援91)

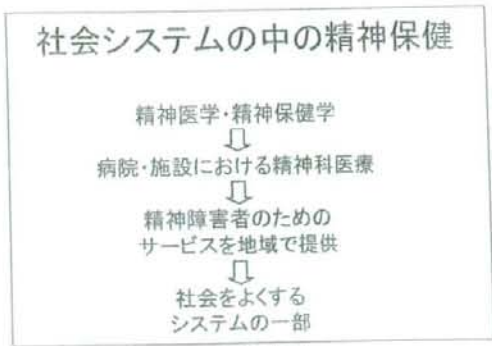


スライド76

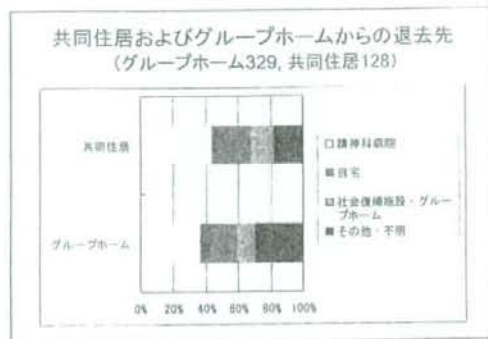




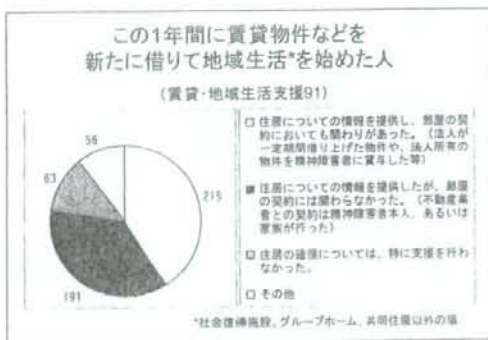
スライド77



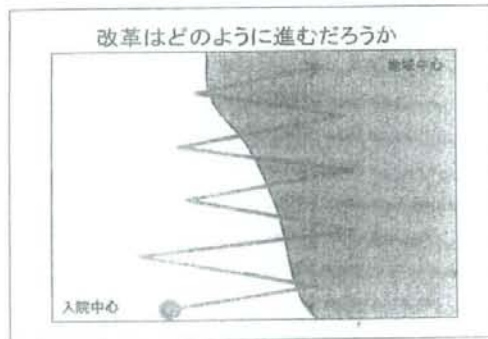
スライド81



スライド78



スライド79



スライド80

そして社会をよくする仕組みの一部として機能するということがあると思います。自殺対策など、やはりこういうところが求められてきているのではないかと考えます(スライド81)。

最後になりますが、改革というのはいかに息の長い仕事なのではなかろうかということです。ばら色の世界が隣りにあったらもう実現しているはず。改革はいかに苦しい思いをして10年、15年、20年とかけて進んでいくような重い仕事なのではないかという気がします。それから、次は高齢化の現実を踏まえた改革を考える必要があるということです。つまり現実の、70~80歳の高齢になった方がどのような居住形態を持っているか、どれくらいの方が施設で居住されているかということ踏まえながら、精神障害という一種のハンディキャップを持っておられる方についても、私は移行施設という考え方、あるいは精神障害というものを理解した特養的な機能といったものは無視できないだろうと考えます。特に介護保険の領域でも、精神障害があるために介護保険のサービスの継続利用が不可能になった方というのが、市町村で調査をいたしますと少なからず出てきますので、そのところをうまくつなぎ合わせると、国民の支援も得られるようなサービスの方向が見えるのではないかと思います。それが現実の動きに合わせた改革です。それから、さまざまな努力を情報にする。つまりいろいろな努力をできるだけわかりやすく、例えば施設名や地域の名前も付して、ここではこういうことをやっている、着眼点はこうです、というような情報をどこかでどんどん提供していくことが大事なのではないかと考えます(スライド82)。

## まとめ

- ・改革は息の長い仕事
- ・高齢化を踏まえた改革を
- ・動きと現実にあわせた改革を
- ・さまざまな努力を情報にする
- ・自殺対策と精神保健(社会システムの一部)

スライド82

私はそういう意味で、退院促進と言うときには、実際に患者さんたちが病院の中にいる、そして外来を利用しているということを考えた場合、やはり病院というものと患者さんの流れに沿った改革を考えないといけないと思えてならないのです。私の言っていることは保守的に聞こえるかもしれませんが、現実に変えようと思ったら、やはり精神医療の中で病院ができること、診療所ができること、地域ができること、それぞれを足し合わせていく、つなぎあわせていくということなしにはおそらく進まないし、国民の支援も得られないのではないかと思います。例えて言いましたら、お好み焼きを焼くときには、表にはキャベツが見えても、裏からはキャベツが見えません。片方だけ焼いてもだめで、ひっくり返さないといけない。では、キャベツが見えているほうがお好み焼きなのか、見えていないのもお好み焼きなのかという話になったときに、それはやはりお好み焼きの裏表であって、お好み焼きという実体が変わりはないのではないかと。それから7万人の退院促進というときに、やはりそのキャベツが見えるほう、見えないほう、中がぐじゅぐじゅでもいけないので、うまく裏表ひっくり返して焼いて、ということを考えないといけないのではないかとということで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

白石座長：竹島部長には今までの研究成果を踏まえて、非常に具体的なお話を短い時間で要領よくしていただきました。スライドを数えると80枚以上あって、45分なので、1枚約30秒という非常に速いペースで話していただきました。

じっくり読まないと言頭にあまり残らないということもあるかと思っておりますので、これからまた見ていただきたいと思います。時間も押しておりますので、私のほうから1つだけ確認の質問をさせていただきたいと思っております。竹島さんには、午後の総合討論にも加わっていただけるかと思っておりますので、またそのときに不足の分はお願いをします。私がお話させていただきたいのは、今日の副題にもありました「社会的入院と言われている人、自立支援法の対象となる人、その他で支援が必要な人」、そのことを巡って45分お話をいただいたわけですが、もう1回まとめて、これらの人がどのくらいいるのかということをお話させていただきたいと思っております。具体的には、障害福祉計画を立てる市町村の立場から言うと、実際自分のところにどのくらい社会的入院と言われている人たちがいるのか、それから認定区分の調査を受けようとする精神障害の人がいるのか、あるいはその他に支援が必要な人がどのくらいいるのか、ニーズ調査等を基にしながら、それぞれが工夫して苦勞して考えているところではないかと思うのです。この後の議論につながるように、だいたいどのくらいいるのか、先生のお立場から少しお話をさせていただきたいと思っております。

竹島：先ほど申し上げたとおり、数を出すということは難しく、しかも、その人たちがすぐに窓口へ押し寄せるわけではありません。多分そのサービスが、本人にとって非常に利便性が高い、利益が高いということになれば、アクセスは早くなるでしょう。それがわかってくるまで少し時間がかかるかもしれません。だから、ある程度の幅読みでしか、なかなか言えないのです。実際に、白石先生のおっしゃったような意味で見ますと、可能性がある人物像としては、例えば手帳取得者ということがあるでしょう。それから、通院公費と言いましょか、自立支援医療の通院公費の分の利用者という人たちがサービスにつながりやすい人たちでしょう。あるいは、入院のことに関しては、その退院促進の目標である7万人の人たち、あるいは現在そういった対象ではないけれど、実際に退院しているような人たちがサービスにアクセスしやすいと言えます。しかし、その中で実際に利用するのはおそらくそれにかかる何%ということに

なるのではないだろうか、それぐらいしか申し上げようがないと思います。

白石座長：市町村が社会的入院の患者さんの退院促進に関わろうとするとき、具体的にどこにどういう人がいるのか、なかなかわからないということもあるかと思うのですが、その辺についてはいかがでしょうか。

竹島：精神通院公費が、市町村から見たときに参考になりやすいのではないだろうかと思います。先ほど申し上げましたが、それにサービスニーズ調査等の数をかけたもの、さらにそれにヒアリング調査が必要ではないかと思います。私がここで申し上げたいのは、昔リゾート法ができたときに、企画会社がいろいろなリゾート推進の計画を立てて、数さえ入れれば数字が出てくるというソフトでビジネスを展開していたのです。これではうまくいきません。市町村それぞれがある程度の粗い数をもとに、関係者にヒアリングするということがどうしても必要になってくると思います。その中で優先順位を明らかにしていくということです。医療とか保健福祉の関係者がそこに専門家として、きちんと議論をしていただけるといいのではないかと思います。もちろん当事者の方もそこに参加していただきたいと思います。

白石座長：どうもありがとうございます。時間も押しておりますので、あとはまた議論に参加していろいろお話を補足していただきたいと思います。先ほどお好み焼きの例えをしてくださいましたけれど、現場で働いていると、自分と周りしか見えない、なかなか全体が見られないというところがあります。竹島さんのお話は、国全体をいわば空の上のほうから見てお話をしていただいたということで、私達はこういう数字とかあまり今まで関心もなかったかもしれませんが、これからはこういう数字も踏まえて議論をしていかなければいけないということを感じた次第です。それでは本当に竹島さんありがとうございました。

投 稿

## デイケア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴

長沼 洋一\*1 竹島 正\*2 立森 久照\*3

\*1 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部 特別研究員  
\*2 同 部長 \*3 同 システム開発研究室 室長

**Key Words** 精神科デイケア、精神科病院、退院促進、訪問看護

### 〔研究要旨〕

医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護は、長期在院患者が地域復帰するにあたっての中間的な支援を提供するサービスと位置づけられてきた。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（旧障害保健福祉課）では、毎年6月30日付で、全国の精神科病院等の状況について調査している。本研究は平成15年度調査結果を用いて、デイケアや訪問看護の実施有無について、設立状況や病棟、在院患者の構成、退院に関する変数により分析した。その結果、両方実施している病院では法人格による指定病院が多く、精神療養病棟等を取っていることが多かった。また統合失調症や気分（感情）障害を中心に相対的に年齢層の若い患者の割合が高かった。また平均残存率が低く、退院率が高くなっており、患者の退院促進に一定の寄与があると考えられた。今後、デイケアや訪問看護が、退院促進に果たす役割について、その内容など詳細な研究が必要である。

### はじめに

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部より提示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神医療施策の基本的な方向として、精神病床に係る基準病床数の算定式の見直しと、精神病床の機能分化と地域医療体制の整備な

どが挙げられた。地域医療体制の整備の中では、「医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護について、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援の違いの有無について分析を行い、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る」とされた。

医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護は、長期在院患者が地域復帰するにあたり、中間的な支援を提供するサービスと位置づけられてきた。デイケアの効果に関しては、欧米を中心にRCTデザインでの研究がなされているほか、日本でも前後デザインの研究や対照群との比較研究が報告されている。それらの結果、陰性症状や社会機能の改善においてデイケアが通常の外来治療よりも高い効果を示すことや、デイケア利用者では短期的に再入院率の低下を示すことが、池淵ら<sup>1)</sup>、吉益ら<sup>2)</sup>、安西<sup>3)</sup>の報告で総説されている。訪問看護の効果に関する研究は少ないが、荻原ら<sup>4)</sup>の統合失調症患者を対象とした研究では、訪問看護の開始前後での、総入院日数および1回入院当たりの入院日数の減少を報告している。また、訪問時に服薬状況や病状を観察指導できるとの効果報告もある<sup>5)</sup>。しかし、デイケアや訪問看護が、長期入院の改善や地域ケアへの移行に与えた影響に関する研究報告はまだあまりなされていない。

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（旧障害保健福祉課）では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文章

依頼を行い、全国の精神科病院、社会復帰施設等の状況について調査している。本研究では、その調査データの二次的分析から、デイケアや訪問看護を実施している精神科病院の特徴を明らかにし、デイケアや訪問看護の実施が長期入院の改善や地域ケアの移行に与えた影響を考察することを目的とする。

### （1）方法

平成15年6月30日付で行われた、精神保健福祉関係資料の作成のための調査（以下、630調査という）における精神科病院に関する調査項目は、運営形態に関する項目（設置主体、病床数、各種専門病棟の有無など）、患者に関する項目（平成15年6月30日時点における在院患者のICD-10に基づく疾患・性・年齢階級別数、措置入院など入院形態別の在院患者数、平成14年6月1カ月間の入院患者数およびその後1年間にわたるひと月ごとの退院患者数とその退院先、平成15年6月1カ月間の退院患者の疾患・性・年齢階級別数）および平成14年6月1カ月間のデイケア等（精神科デイケア、ナイトケア、デイナイトケアおよび老人性痴呆疾患デイケア）の利用者数、訪問看護実施件数、外来患者数などから構成されている。630調査では例年ほぼ全数の精神科病院からの回答が得られている。

本研究は平成15年630調査の中でこの精神科病院に関連するデータを用いて二次的に分析した。

### （2）対象

本研究では、630調査協力病院から、特殊な役割を担っていると考えられる精神科病院は対象から除外した。特殊な役割を担っている条件として、①大学病院や国公立病院、②在院患者の統合失調症の比率が50%未満であり、他の疾患の治療に特化していると考えられる病院とした。さらに、後述する退院に関する変数を算出するうえで、一定の病床数がない場合には誤差が大きいため、100床未満の病院は除外した。また退院に関する変数を算出するため、制度上、入院期間が短くな

る急性期治療病棟を有する病院も対象から除外した。したがって、大学病院や国公立病院を除くその他の法人・個人病院であり、急性期病棟を持たず、在院患者の50%以上がICD-10におけるF2〔精神分裂病（統合失調症）、分裂病型障害（統合失調症型障害）および妄想性障害〕であり、精神科病床数が100床以上であった精神科病院854カ所を対象とした。

### （3）分析

630調査では、平成14年6月1カ月のデイケア等利用者数および訪問看護実施件数が調査されている。それぞれ1以上あると報告した病院を「デイケア（訪問看護）実施あり」、それ以外を「デイケア（訪問看護）実施なし」とした。これらを組み合わせて、「両方未実施」群（238病院）、「片方実施」群（291病院）、「両方実施」群（325病院）とした。

これら3群について、病院の特徴、在院患者の構成、平均残存率、3カ月後退院率、6カ月後退院率、9カ月後退院率、12カ月後退院率および社会復帰率を比較した。平均残存率は、最近1年間の入院患者のうち、まだ入院している患者の割合を示す。本研究では630調査で把握される平成14年6月1カ月間の入院患者数、これら入院患者の平成14年6月～平成15年5月のひと月ごとの退院患者数およびこれら入院患者のうち平成15年6月1日時点での残留患者数を用いて平均残存率を算出した。3～12カ月後退院率は、上記項目からそれぞれ3～12カ月後の退院患者の割合を算出したものである。社会復帰率は、平成15年6月1カ月間の退院患者のうち、退院時の状況が「家庭復帰」「社会復帰施設等」であったものの割合とした。

3群の比較には、等分散性が仮定される場合は分散分析を行い、その後の検定にはTukey法を用いた。等分散性が仮定されない場合は、Kruskal-Wallis検定を用い、有意水準は5%とした。また、対比較には、Mann-WhitneyのU検定を用いた。対比較では、有意水準にはBonferroni補正を行

表1 各病院群の特徴比較

	両方未実施群 (n=238)		片方実施群 (n=291)		両方実施群
	n	%	n	%	n
単科病院	200	84.0%	250	85.9%	272
単科病院以外	38	16.0%	41	14.1%	53
法人病院	202	84.9%	272	93.5%	313
個人病院	36	15.1%	19	6.5%	12
指定病院	145	60.9%	240	82.5%	284
非指定病院	93	39.1%	51	17.5%	41
精神科病床数 (中央値, 最小値-最大値)	184.5床 <sup>a</sup>	100-455	230.0床 <sup>b</sup>	100-868	240.0床 <sup>b</sup>
精神科療養病棟1	71	29.8%	138	47.4%	194
精神科療養病棟2	7	2.9%	6	2.1%	3
老人性痴呆疾患治療病棟	8	3.4%	24	8.2%	33
老人性痴呆疾患療養病棟	13	5.5%	36	12.4%	36

注: 精神科病床数のみ, Kruskal Wallis 検定を行った後, 2群ごとについて Mann-Whitney の U 検定。  
 その他は  $\chi^2$  検定。

\*:  $p < 0.05$  <sup>a, b</sup>: 異なる文字同士に有意差あり。

表2 各病院群の在院患者の特徴比較

	両方未実施群 (n=238)		片方実施群 (n=291)	
	Mean (%)	SD	Mean (%)	SD
在院患者における各 ICD-10 診断の割合				
F0 症状性を含む器質性精神障害	9.6	9.0	10.4	9.2
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	4.5	4.3	4.4	4.9
F2 精神分裂病, 分裂型障害および妄想性障害	71.2	12.1	70.8	11.5
F3 気分 (感情) 障害	5.7 <sup>a</sup>	4.2	5.9 <sup>a</sup>	3.6
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	1.6	2.7	1.7	2.7
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	0.1	0.3	0.2	0.6
F6 成人の人格および行動の障害	0.6	1.5	0.6	1.5
F7 精神遅滞	3.5 <sup>a</sup>	3.8	2.7 <sup>b</sup>	2.7
F8 心理的発達の障害	0.0	0.2	0.1	0.2
F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	0.2	0.9	0.1	0.5
および特定不能の精神障害				
てんかん (F0 に該当しないもの)	2.2 <sup>a</sup>	2.2	2.0	1.8
その他	0.8	2.4	1.0	2.2
在院患者の入院形態				
措置率	0.7	1.2	0.8	1.0
医療保護率	31.7	19.8	33.8	18.6
強制入院率 (措置入院と医療保護入院の合計の割合)	32.4	20.2	34.5	18.7
在院患者の年齢階級				
20歳未満率	0.2 <sup>a</sup>	0.5	0.3 <sup>a</sup>	0.6
20歳以上40歳未満率	8.5 <sup>a</sup>	5.6	10.0 <sup>b</sup>	5.8
40歳以上65歳未満率	56.3 <sup>a</sup>	8.2	55.4	7.9
65歳以上率	35.1	11.0	34.3	10.3

\*:  $p < 0.05$  <sup>a, b, c</sup>: 異なる文字同士に有意差あり。

った。統計分析には SPSS ver. 13.0J. を用いた。

#### (4) 結果

##### 1) 各病院群の特徴

表1に各群の病院の特徴を示す。単科病院であるか否かは, 各群で有意差はなく, 85%程度の病院が単科精神科病院であった。病院の開設者では, 開設者が法人である病院が「両方実施」群で有意に割合が高く, 逆に開設者が個人である病院は「両方未実施」群で有意に割合が高かった。また「両方実施」群および「片方実施」群で, 指定病院の割合が有意に高かった。病院当たりの精神科病床数は, 「両方実施」群および「片方実施群」が, 「両方未実施」群より有意に多く, 精神科デイケアおよび訪問看護を実施していない精神科病院は比較的小規模であった。また, 診療報酬上の区分で「両方実施」群では, 精神療養病棟1, 老人性痴呆疾患治療病棟を有意に多く取っている一方, 「両方未実施」群では, 精神療養病棟1, 老人性痴呆疾患治療病棟および老人性痴呆疾患療養病棟をとっている病院が有意に少なかった。

##### 2) 在院患者の構成

各群の在院患者の構成について, 表2に示す。在院患者の疾患構成について各群の割合を比較したところ, 「両方実施」群で他の2群より, 有意にF3の割合が高かった。また, 「両方未実施」群では, 有意にF7の割合が他の2群より高く, てんかんの割合が「両方実施」群よりも高かった。また, 在院患者の入院形態については, 在院患者における措置入院患者の割合および医療保護入院患者の割合ともに3群で有意差はなかった。在院患者の年齢構成については, 65歳以上の患者の割合は3群に有意差はなかったが, 20歳未満の患者の割合が, 「両方実施」群で, 「両方未実施」群および「片方実施」群より有意に高く, 20歳以上40歳未満の患者の割合では, 「両方実施」群, 「片方実施」群, 「両方未実施」群の順で割合が有意に低かった。また40歳以上65歳未満の患者の割合では, 「両方実施」群で, 「両方未実施」群より

	(n=325)	合計 (n=854)		$\chi^2$
	%	n	%	
	83.7%	722	84.5%	0.644
	16.3%	132	15.5%	
	96.3%	787	92.2%	25.9*
	3.7%	67	7.8%	
	87.4%	669	78.3%	61.14*
	12.6%	185	21.7%	
	100-785	218.0床	100-868	64.28*
	59.7%	403	47.2%	49.17*
	0.9%	16	1.9%	3.13*
	10.2%	65	7.6%	9.27*
	11.1%	85	10.0%	7.71*

	両方実施群 (n=325)		合計 (n=854)		F
	Mean (%)	SD	Mean (%)	SD	
	10.0	8.9	10.0	9.0	0.479
	3.9	4.2	4.2	4.5	1.499
	71.1	11.0	71.0	11.5	0.075
	6.8 <sup>b</sup>	3.9	6.2	3.9	6.040*
	2.0	2.5	1.8	2.6	1.975
	0.2	0.7	0.1	0.6	1.686
	0.7	1.1	0.7	1.4	0.288
	2.5 <sup>b</sup>	2.6	2.9	3.0	6.916*
	0.1	0.4	0.1	0.3	0.337
	0.1	0.7	0.1	0.7	0.360
	1.7 <sup>b</sup>	1.4	2.0	1.8	5.326*
	0.8	1.8	0.9	2.1	0.389
	0.8	1.5	0.8	1.2	0.925
	34.8	17.4	33.6	18.5	1.939
	35.6	17.7	34.4	18.8	2.066
	0.4 <sup>b</sup>	0.8	0.3	0.7	7.567*
	11.3 <sup>c</sup>	6.5	10.1	6.1	15.563*
	54.4 <sup>b</sup>	8.4	55.2	8.2	3.763*
	33.9	10.8	34.4	10.7	0.811

表3 各病院群の退院に関連する変数の比較

	両方未実施群 (n=238)		片方実施群 (n=291)		両方実施群 (n=325)	
	中央値	最小値-最大値	中央値	最小値-最大値	中央値	最小値-最大値
平均残存率	0.41 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.36 <sup>b</sup>	0.05 - 1.00	0.32 <sup>c</sup>	0.00 - 0.79
3カ月退院率	0.43 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.50 <sup>b</sup>	0.00 - 1.00	0.54 <sup>c</sup>	0.00 - 1.00
6カ月退院率	0.67 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.70 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.75 <sup>b</sup>	0.13 - 1.00
9カ月退院率	0.75 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.78 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.82 <sup>b</sup>	0.33 - 1.00
12カ月退院率	0.79 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.80 <sup>a</sup>	0.00 - 1.00	0.85 <sup>b</sup>	0.33 - 1.00
社会復帰率	73.0 <sup>a</sup>	0.0 - 100.0	77.8 <sup>b</sup>	0.0 - 100.0	80.0 <sup>b</sup>	14.3 - 100.0

注: Kruskal Wallis 検定を行った後, 2群ごとについて Mann-Whitney の U 検定。

\*: p < 0.05 a, b, c: 異なる文字同士に有意差あり。

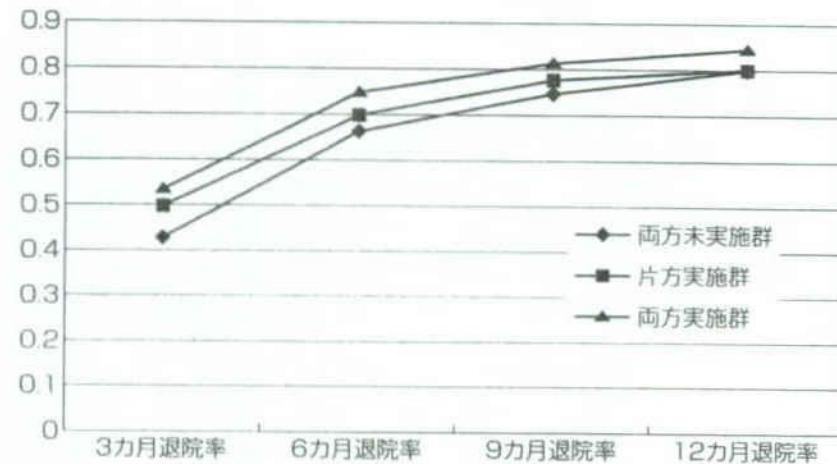


図1 各群における3~12カ月退院率の中央値の推移

り有意に割合が低かった。

### 3) 退院に関連する変数

退院に関連する変数について3群で比較したものを表3に示す。平均残存率は、「両方実施」群、「片方実施」群、「両方未実施」群の順に有意に低かった。図1に各群における3~12カ月退院率の中央値の推移を示す。3カ月退院率では、「両方実施」群、「片方実施」群、「両方未実施」群の順に有意に高かった。6, 9および12カ月退院率では、「両方実施」群が、「片方実施」群および「両方未実施」群より有意に高かった。また、社会復帰率では、「両方実施」群および「片方実施」群が、「両方未実施」群より有意に高かった。

### (5) 考察

各病院群の特徴の比較から、デイケアおよび訪問看護を実施している病院の多くが法人格を取得し、また「都道府県が設置する精神病院に代わるもの」である指定病院であることが多い<sup>1)</sup>。病床数も多く、診療報酬上の区分でも精神療養病棟1や老人性痴呆疾患治療病棟を持つ病院が多いなど、地域の基幹病院として多様な役割を担っている病院像が浮かび上がる。それに対して、両方未実施の病院は、個人病院も一定数あり、非指定病院が4割近くに上り、病床数は比較的少なく、なんらかの診療報酬上の区分を取っている割合も低い。病院そのものの経営基盤や基礎体力が、デイケアや訪問看護の実施に関連していると考えられる。

在院患者の割合では、デイケアおよび訪問看護

	合計 (n=854)		$\chi^2$
	中央値	最小値-最大値	
平均残存率	0.36	0.00 - 1.00	34.95*
3カ月退院率	0.50	0.00 - 1.00	33.19*
6カ月退院率	0.71	0.00 - 1.00	25.42*
9カ月退院率	0.79	0.00 - 1.00	19.90*
12カ月退院率	0.83	0.00 - 1.00	20.66*
社会復帰率	76.9	0.0 - 100.0	17.30*

を実施している病院では気分(感情)障害の割合が他の2群より高かったのに対し、両方未実施の病院では、精神遅滞の割合が他の2群より高く、てんかんの割合も両方実施している病院より高い。入院形態には差がなく、患者の年齢層では、デイケアおよび訪問看護を実施している群では他の2群より年齢層の若い患者の割合が高く、40歳以上65歳未満の患者層では両方未実施群より少ない。デイケアと訪問看護を実施している病院では、統合失調症だけではなく気分(感情)障害など比較的予後良好な疾患の患者の割合も一定数見られる。多様な患者であり、発症間もない患者も多いと考えられ、早期介入による治療の反応性も高いであろう。あるいは、デイケアや訪問看護等、地域生活への移行体制が充実しているため、それらの比較的若い患者が自ら選んでそうした病院を選択しているのかもしれない。

それに対して、両方未実施の病院では、精神遅滞やてんかんの患者の割合も高い。てんかんの大半は予後良好であり、6~8割が寛解に至ること<sup>6)</sup>と、両方未実施群の入院患者の年齢層が相対的に高いことを考慮すれば、難治てんかんや精神遅滞であって地域生活を維持するのに困難を抱えていたものが、生活の場として精神科病院を利用するようになったのかもしれない。

退院に関する指標については、平均残存率および3カ月退院率において、3群それぞれに有意な差が見られ、デイケアや訪問看護に取り組んでいる病院のほうが早期に退院していた。しかし、6, 9および12カ月退院率では、両方未実施の群と、

どちらかしか実施していない群との差が見られない。つまりデイケアや訪問看護のどちらか一方の実施により、退院促進にかかる効果は見られるが、デイケアおよび訪問看護両方を実施することで、退院促進にかかる効果がより大きくなる可能性が示唆された。退院時の状況が「家庭復帰」あるいは「社会復帰施設等」である割合は、デイケアや訪問看護に取り組んでいるほうが高く、こうした取り組みが、地域ケアへの移行になんらかの役割を果たしていることが示唆された。

これらの結果は、直ちにデイケアや訪問看護が長期入院者の退院促進に寄与する効果を持つというものではない。いくつかの取り組み事例<sup>7)</sup>のように、デイケアや訪問看護の実施や強化というのは、非定型抗精神病薬の導入や特徴を持った病棟の設置、家族支援や他の心理社会的介入など治療システムそのものの抜本的な改革の反映であると考えられる。病院全体の治療に対する姿勢が、急性期治療や早期介入、多様な精神疾患への入院治療の積極的導入と早期退院の促進へと向かっていると見えよう。

それに対し両方とも未実施の群では、規模や運営基盤、また在院患者の診断構成や年齢層も他の群とは異なり、他の群より退院に至るまで時間がかかり、退院後の転帰も社会復帰ではないものも多い。病棟の機能分化があまり進んでおらず、地域生活を支える社会復帰施設の普及もまだ十分ではない日本の現状を鑑みるに、病院単位である種の機能分化が行われているのが実態なのかもしれない。

なお本研究は、病院群の特性を分析したものであり、個別の病院の特徴を分析したのではない。また、家族の受け入れ体制や在院患者の症状の重症度など、退院に影響を及ぼす他の変数については考慮されていない。したがってデイケアや訪問看護が持つ退院促進効果については十分に因果関係を明らかにできたわけではなく、本研究の結果をそのまま個別の病院や事例に適用することはできない。また本研究では、平均残存率など退院に関連する変数を比較するため、制度上退院が早く

なる急性期治療病棟を持つ病院を対象から除外している。そのため、急性期治療病棟を持つ病院に関する特徴は考慮されていない。これらの病院群におけるデイケアや訪問看護の実施と退院促進の効果について、更なる検討が必要である。

また本研究はデイケアや訪問看護を行っている病院の特徴を、630調査に基づいて分析したものであり、デイケアや訪問看護の取り組みの質の評価などはできていない。一口にデイケアや訪問看護といっても、その実践の質は規模やプログラム整備状況によりかなり異なると考えられる。池淵ら<sup>1)</sup>の指摘のようにデイケア等に一定のガイドラインを設ければ、フィデリティ評価を行うことも可能になり、提供されるサービスの質と効果の評価を組み合わせることが可能になるであろう。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示されたように、医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護においては、医療の必要性の高い者に対して重点的に高質のケアを提供することが目的とされる。本研究で示唆されたように、医療におけるデイケアや訪問看護は退院促進に対して一定の役割を担っていると考えられるため、その機能強化、質の確保のためにも、今後、その機能と効果を検証し、ガイドライン作成といった取り組みに発展させていくことが課題となるであろう。

本研究からは、デイケアや訪問看護の取り組みを行っている病院では、地域の基幹病院として、積極的に入院を受け入れつつ早期に退院できるように支援している姿が示唆された。さらに進展していくと思われる長期在院者の地域生活への移行にあって、デイケアや訪問看護がよりその機能を高めていくことは、今後ますます重要になるであろう。

## 結 論

デイケアや訪問看護を実施している病院の特徴を630調査に基づき、設立状況や病棟、在院患者の構成、退院に関する変数により分析した。両方実施している病院では法人格による指定病院が多く、精神療養病棟等を取っていることが多い。ま

た統合失調症や気分（感情）障害を中心に相対的に年齢層の若い患者の割合が高い。また平均残存率が低く、3～12カ月退院率が高く、患者の退院促進に一定の効果があると考えられた。今後、デイケアや訪問看護が、退院促進に果たす役割について、更なる詳細な研究が必要であろう。

本研究は、平成18年度厚生科学研究補助金（こころの健康科学事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」の一部として実施されたものである。

<sup>注1)</sup> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年五月一日、法律第百二十三号）の第19条の八「都道府県知事は、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人（以下「国等」という。）以外の者が設置した精神病院であって厚生労働大臣の定める基準に適合するものの全部又は一部を、その設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神病院に代わる施設（以下「指定病院」という。）として指定することができる。」による。

## 文 献

- 1) 池淵恵美, 安西信雄: 精神科デイケア治療論の今日的課題. 精神医学 37:908-918, 1995.
- 2) 吉益光一, 清原千香子: 精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較. 日本公衛誌 50:485-493, 2003.
- 3) 安西信雄: 精神科デイケアの役割と効果. 精リハ誌 7:139-144, 2003.
- 4) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 他: 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究 精神科入院日数を指標とした分析. 精神医学 47:647-653, 2005.
- 5) 土江寿美子, 石飛範子, 大原美恵: 精神科訪問看護の効果と役割. 日本精神科看護学会誌 48:346-347, 2005.
- 6) Kwan P, Sander JW: The natural history of epilepsy: an epidemiological view. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75:1376-1381, 2004.
- 7) 小林喜和, 市江亮一, 藤井康男, 他: 山梨県立北病院における最近の急性期治療技法の変化. 病院・地域精神医学 48:34-35, 2005.
- 8) 岩崎弘子, 藤井康男: 心理社会的治療と非定型抗精神病薬 社会復帰へ向けて 地域ケアと薬物療法. Schizophrenia Frontier 5:40-44, 2004.
- 9) 松原三郎: 少量の risperidone で経過観察が可能な外来通院精神分裂病患者の特徴. 臨床精神薬理 4:871-875, 2001.

# JINの問題と数字

—社会でいかに役立てるか

はじめに

現在は、社会が何でも数字にして評価を求め、時代である。飲みに行く店ひとつ決めるにしても、インターネット検索と客の評価（星の数）で評判を見て、星五つのうち四つあればまあまあ、星一つまたは二つとなればやめておこうと考える。実際はそんなにうまくいくわけではないが、社会全体が「評価済みの数字」に安心を求めている。このころの問題を数字で表すことも、このような社会の傾向と離れることはできない。

このころの問題を含め、疾病や障害による影響の大きさを数字で表す方法としては、障害調整生命年 (Disability-adjusted life-years: DALY)、全世界疾病負担 (Global Burden of Disease: GBD) の算定などがある。これらは、

数字にして示すことで社会にその問題の大きさや、政策としての優先順位の高さを示すことに用いられる。

本稿では、このような大がかりなものではなく、現在行っている研究を素材に、このころの問題を数字に表すことの諸相について述べる。

筆者の所属する精神保健計画部は、精神保健に関する計画の調査および研究を行うために設置され、政策形成に関連する研究を行うことが求められている。精神保健計画部で行っている研究は、①モニタリング研究、②臨床疫学研究、③政策情報研究の三つに分けられる。この中では、モニタリング研究と政策情報研究が政策形成との関連が強いので紹介する。また筆者は、平成一八年一〇月から同研究所自殺予防総合対策センターの業務にも従事しているが、こ

竹島 正

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

こにもモニタリング研究に関連する事例があることから紹介に加える。

本稿で紹介するのは次のとおりである。

## I モニタリング研究

- (1) 「改革ビジョン」のフォローアップ
  - (2) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査
- ## II 政策情報研究
- (1) 精神障害者の住居確保研究会
  - (2) 普及啓発におけるメディアとの連携

## I モニタリング研究

モニタリング研究は、実証データに基づいて精神保健医療福祉の現況と施策効果の観察・評価を行う。これにより、現在行われている施策は当初の計画どおりに進んでいるか、目標は達



成できそうか、計画どおりに進んでいない場合はどこに原因がありそうか、などを知ることができる。

(1) 「改革ビジョン」のフォローアップ

平成一六年九月に厚生労働省精神保健福祉対策本部は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下「改革ビジョン」)を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の改革や、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一〇年間で進め、併せて約七万の精神病床の減少を促す、との基本方針を示した。

この中で「国民意識の変革」について「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を九〇%以上とする」という達成目標が示された。また、精神保健医療福祉体系の再編について「各都道府県の平均残存率(一年未満群)を二四%以下とする」および「各都道府県の退院率(一年以上群)を二九%以上とする」という達成目標が示された。

平均残存率は新たに入院した患者の退院状況の指標で、早く退院するほど低くなる。退院率は一年以上の在院患者の退院状況の指標で、一年以上在院患者の退院が増えるほど高くなる。

平均残存率および退院率の動向をモニタリングし、「改革ビジョン」に示されている施策として何を実施する必要があるかを示すことが「改革ビジョン」に関連するモニタリング研究に求められている。

さて、厚生労働省精神・障害保健課は毎年六月三〇日付で、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部局に依頼して、全国の精神科

病院、精神科デイ・ケア施設、社会復帰施設等の活動状況の資料を収集し、その概要を公表している。筆者らはこの調査に参画し、得られたデータの分析を行い、その概要を「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究」ホームページに紹介している(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/>)。このページは公平な視点から「改革ビジョン」の推進に寄与することを目的として

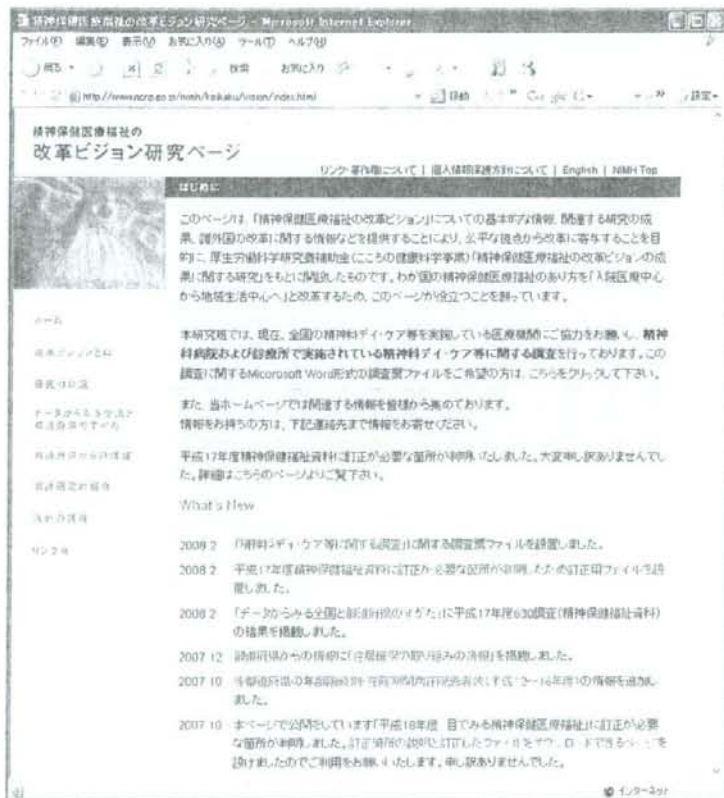


図1 「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究」ホームページ

おり、改革ビジョンの説明、研究の状況、全国と都道府県のデータ、海外の情報などから構成されている(図1)。

筆者は「改革ビジョン」の実現のためには、精神病床での在院期間が一年以上五年未満の患者数(以下、一―五年在院患者)の動向について、国レベルだけでなく都道府県単位でも注意深く観察する必要があると述べたが、その実態について分析されたものをモニタリング研究の事例として紹介する。

この研究は、二〇〇〇年から二〇〇五年までのこの調査データの二次解析を実施し、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の公表前から公表直後までの期間の精神病床での一―五年在院患者の数的状況を明らかにすることを目的としている。

平均残存率は、平成一二年から一七年にかけて三一・六から二九・二へと二・四ポイント減少している。とくに平成一五年以降は毎年ほぼ一ポイント減少しており目標達成の可能性は高い。しかし退院率は、平成一二年が二二・三と最も高く、その後は約一・五ポイント強の範囲で変動をしているが、一貫した傾向は見いだせない。このことと平成一七年の退院率が二一・四％であったことから考えると、数値目標である二九％以上を達成するためには、今後一年以上在院者の退院支援に力を入れる必要がある。

総在院患者に占める一―五年在院患者数の割合に大きな地域間差はなく、特定の地域に一―五年在院患者が偏在をしていないことが明らかとなった。改革ビジョンの退院率の数値目標を達成するために、一―五年在院患者を含む一年以上在院者の社会復帰を促進する取り組みは、全国を対象として実施することが必要であるといえよう。退院の際に一―五年在院患者は約半数が家庭もしくは社会復帰施設へ退院しており、残りの半数は転院もしくは死亡による退院であった。また、退院の際に家庭もしくは社会復帰施設に退院する割合は、在院期間が長くなるにしたがって低下し、二〇年以上の者では二〇％を下回っていた。

改革ビジョンの目標を達成し、約七万人の「受入条件が整えば退院可能な者」の解消には、すでに一年以上の長期間在院している患者をいかに社会復帰に結びつけるかも重要である。在院期間がより長い集団ほど、退院に占める社会復帰の割合は低下することから考えても、とくに一―五年在院者を社会復帰に結びつける方策が求められる。

## (2) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査

わが国の自殺による死亡者数は、平成一〇年に八〇〇〇人以上急増して三万人を超え、以後もその水準で推移している。平成一〇年の自殺

による死亡者数の急増要因としては、四五―六四歳の中高年男性の増加が大半を占め、原因・動機別では経済・生活問題と健康問題の増加が著しかったことから、当時の社会経済的変動が中高年男性に強く影響したことなどが推測されている<sup>(3)</sup>。

しかし自殺は、単にひとつの原因から起こるのではなく、健康問題、家庭問題、経済・生活問題など、さまざまな要因が複雑に絡み合う中で発生すると考えられる。このため、効果的な自殺予防対策を進めていくには、どのような経緯で自殺が起こったのかを明らかにすることが不可欠である。

わが国の自殺対策は、自殺対策基本法(平成一八年)に基づき閣議決定された自殺総合対策大綱(以下、大綱)をもとに進められている。大綱には、当面の重点施策の「1. 自殺の実態を明らかにする」に「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる「心理学的剖検」の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と記されている。

筆者らは、大綱が公表される以前から、わが国に適した心理学的剖検の開発に取り組んできた<sup>(4)</sup>。平成一八年度に行われた「心理学的剖検

のパイロットスタディに関する研究」のうち、症例・対照研究による自殺関連要因の分析では、社会階層の低さ（低所得）、直前六カ月間の生活出来事、過去一年間の社会的支援の低さ、過去一カ月の社会機能水準の低さ、過去一年間の重症な疾患への罹患が危険因子であり、自殺未遂の経験、自殺を口に出すこと、不注意・無謀行為、不眠が自殺のサインである可能性が示されている。

また、自殺事例のライフチャートを作成し、自殺に至るプロセスから自殺のタイプを分類することが自殺対策に活用できる可能性があることが示され、負債を抱えた自殺事例に焦点を当てた分析がなされているところである。

平成一八年度に行われた心理学的剖検のパイロットスタディは、平成一九年度には、わが国としてはじめての大規模な心理学的剖検の手法を用いた調査である「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に発展している。この調査は、全国の都道府県・政令指定市六四カ所のうち四六カ所（七一・九％）の参加協力を得てすでに始まっているが、平成一九～二〇年度の二年間に、遺族ケアを前提として、二〇〇～三〇〇事例の遺族への訪問面接を行い、その結果を分析することとしている。この調査の目的は次の三点にまとめられる。

①わが国における広範な心理学的剖検の実施

可能性、ならびに、各地域で実施された調査に基づく心理学的剖検データベース・システムのあり方について検討すること

②公的機関の地域保健従事者が日常業務において接触可能であった自殺事例の臨床類型（ライフステージ、精神医学的問題、社会的要因、自殺に至るまでの縦断的経過と支援の状況を考慮）を明らかにして、各類型における自殺の関連要因、ならびに自殺予防の介入ポイント・支援のあり方について検討すること

③公的機関の地域保健従事者が日常業務において接触可能な遺族への、地域保健における支援のあり方を明らかにすること  
中長期的な自殺対策を進めていくためには、自殺の実態のモニタリングは不可欠である。この調査が発展し、モニタリング研究としての役割を担うようになることが期待される。

## II 政策情報研究

政策情報研究では、精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析を行う。Iで述べたモニタリング研究は、施策の実施中もしくは終了後に行うものであるが、こちらは施策実施前に行われ、施策の立案段階での検討に必要な情報を提供するものである。政

策情報研究では、数的あるいは質的情報をもとに、この問題とそのまわりにある問題の両方を把握して政策に役立つ情報にまとめていく。

### (1) 精神障害者の住居確保研究会

「改革ビジョン」は、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一〇年間で進め、併せて約七万の精神病床の減少を促すこととしていることはすでに述べた。これを実現するためには、長期在院患者の退院促進とコミニティメンタルヘルズ体制の充実が欠くことができないが、精神保健福祉の領域を超えたことと地域に居住の場を確保するという大きな課題がある。

厚生労働省では、自治体担当者を対象に平成一九年五月に精神障害者退院促進支援研究会を開催し、平成二〇年度には「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神障害者の地域移行を進めるための事業を計画している。これらの行政の動きに対応して、民間賃貸住宅の活用を中心に、精神障害者の住宅確保に関する実践的取り組みについて情報を共有し、現状と課題を整理することを目的に研究会を開催した。

研究会では、はじめに精神障害者の住居確保に活用できる制度的な枠組みや事業、また不動産の概況と宅建協会の仕組みや取り組みにつ

いて、概要が紹介された。次いで各地の実践について、研究的な取り組みおよび現場での実践活動の報告があった。研究的な取り組みについてはもちろん、この研究会は平成一八〜二〇年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の自立支援のための住宅確保に関する研究」によって開催され、二〇年度も開催される予定である。

研究班では、賃貸住宅を貸す立場、利用する立場、精神障害者本人や親などの資産を保護して住居確保などの資金として活用するための方策の三点から研究しており、その成果を「住居確保の実践的引き・事例集」にまとめることとしている。

## (2) 普及啓発におけるメディアとの連携

「改革ビジョン」に国民各層の意識の変革が挙げられていることもすでに述べた。国民意識の変革については「精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動する変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」ことが挙げられ、その方法としてメディアを通じての啓発活動を進めることが求められている（図2）。

メディアを通じての啓発活動には、次の二段階がある。第一段階はメディア側の精神保健医療福祉に関する理解と関心を向上することであ



図2 「このころのバリアフリー宣言」のポスター

る（メディア啓発）。第二段階は、それにもなう啓発情報の質の改善と発信量の増加である（国民啓発）。

すなわちメディアを通じての国民意識の変革を進めるには、まずメディア啓発を先行させる必要がある。このため、医療分野で活動する記者と精神保健医療福祉従事者による「精神疾患の報道を考える懇話会」を開催し、互いに情報提供し、討議を行う中で、メディア啓発のあり方を検討した。その結果、メディア啓発には次の三点が重要と考えられた。

- ①幅広いメディアを対象としたメディアカンファランスを定期開催すること
  - ②メディアの質問に中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく
- 試行的な取り組みを実施すること

- ③メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態についてのアンケート調査を実施すること

## まとめ

このころの問題を数字で表し、社会でいかに役立てるか述べるため、本稿ではモニタリング研究、政策情報研究の事例を示した。

モニタリング研究は実証データに基づいて精神保健医療福祉の現況と施策効果の観察・評価を行い、政策情報研究は精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析を行う。わが国は、少子高齢化の進展、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に社会構造の改革が必要とされ、社会全体の改革の中で精神保健福祉制度の改革が進みつつある。しかし、実際の場面においては、制度設計上予想しなかった問題に直面したり、期待した効果が発揮されないなど、さまざまな問題に会う可能性がある。

本稿で示したように、制度が変わっていくと、モニタリング研究、政策情報研究を含め、このころの問題を数字でとらえ、社会に示していくことのニーズは高まる。そして社会に示していくときに大切なのは、その本質をゆがめるこ