

病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方

松原 三郎

石川 松原病院 理事長

Key Words 精神科救急病棟, 急性期治療病棟, 亜急性期病棟, 病棟機能分化

はじめに

平成16年に近代化工事を行って病棟の機能分化に着手した。総病床463床であるが、このうち30床は内科療養病棟である。建設当初から精神科急性期治療病棟は48床、半数以上を個室とし、将来的に救急入院料の算定を目論んでいた。平成19年には本格的に救急入院料の算定の準備に入ったが、医師数が充足することでようやく可能となり、平成19年12月から救急入院料の算定が可能となった。

救急入院料算定病棟（以下、救急病棟という）は、当該病棟で16対1の医師配置、365日24時間にわたる指定医の配置体制、さらに、措置入院や応急入院の受け入れ数の確保など地域の精神科救急の「基幹病院」としての役割と責任が求められる。病院は常時救急患者を受け入れるために医師、看護師の勤務体制を見直し、治療機能の高度化が求められ、さらに、病院全体の退院促進機能の効率化など、さまざまな整備をしなければならず、医師、看護師等への負担はきわめて大きくなる。

精神科救急病棟の現状

平成19年9月から救急入院料取得のための試行に入っており、実質的にはこの月から救急病棟が開始されたと言える。平成19年中の平均入院患者数は、病院全体では52名/月であった。このうち、救急病棟（48床）に入院となった患者数をみると、過去6カ月間の平均では30.3名/月であった。また、3カ月以内の退院率はほぼ60%を超えており、救急病棟の平均在院日数は直

近で40.2日であった。1カ月半程度で、病棟全体の患者が入れ替わるという状況である（図1、2）。

救急病棟への入院患者の疾病分類をみると、全国的な結果、あるいは、この地区でもう1つの精神科救急病棟を持つ県立高松病院と比較してもほぼ同一である（図3）。統合失調症が50%弱で、その他は、気分障害だけでなく、物質使用障害、あるいは人格障害圏など多種類の疾病に及んでいる。精神科救急病棟が多様な疾患への対応が求められる現状が示されている。

精神科救急病棟が常に新たな入院患者を受け入れるためには、それをサポートする病棟が必要である。当院では精神科救急病棟が2階にあるが、3階の病棟（58床の閉鎖病棟、保険区分では精神療養病棟）は亜急性期病棟としての機能を果たしている。この病棟では、救急病棟には該当しない患者（3カ月以内の再入院患者、救急病棟での滞在が3カ月を超えた患者、あるいは超えると予想される患者、病状が軽微で救急病棟に該当しない患者等）を中心に受け入れ、これによって救急病棟が円滑に回転し、さらに病床を空けて受け入れに備える体制を作ることができる。この亜急性期病棟は、平成19年1月では、平均在院日数は110日を超えていたが、救急病棟の高回転の影響を受けて、1年以内に70日台にまで低下している（図2）。当然のことながら、亜急性期病棟での入院の短期化は、さらに他の病棟にも影響を及ぼしている。図4で示すように、長期重症者を受け入れている閉鎖病棟（長期重症者病棟）であっても、平成19年1月では平均在院日数が454日であったものが、平成20年1月では280日にまで減少し、さらに病院全体でみると、平均在院日数は、平成19年1月では272日であったものが、平成20年1月では240日にまで減少している。

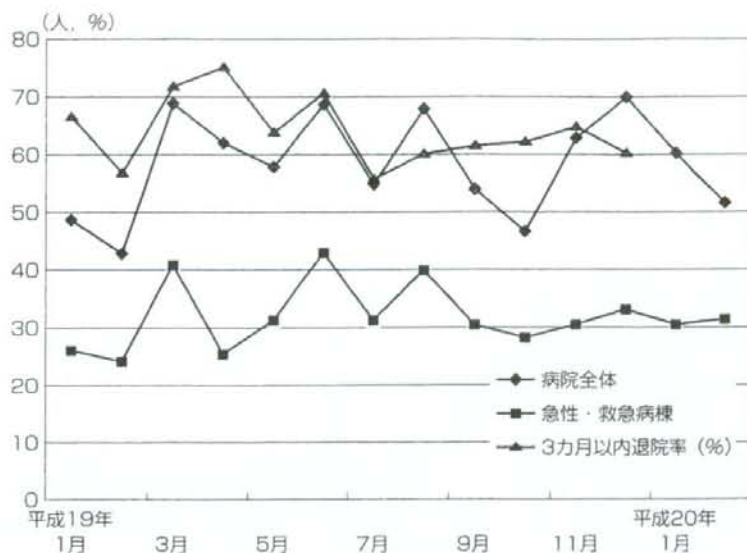


図1 入院患者数と退院率

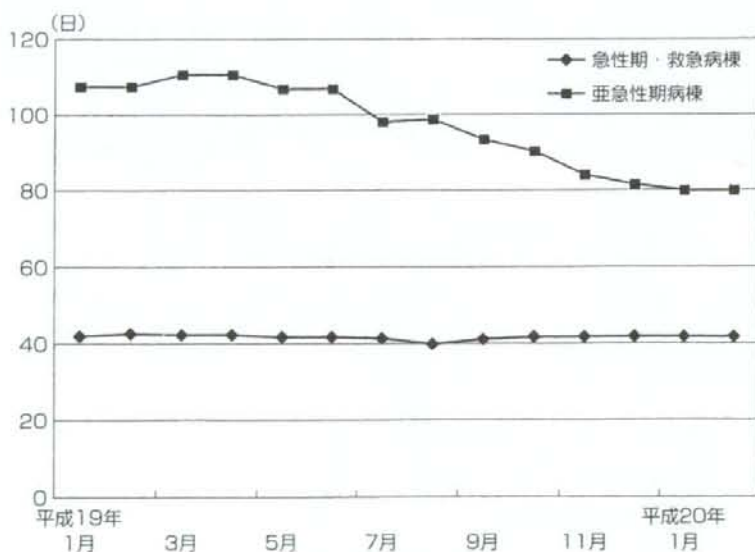


図2 病棟別平均在院日数

このように、精神科救急病棟の導入と、それに伴って生じた高回転化は、病院全体の医療構造を大きく変化させる原動力になっている。

精神科救急病棟：ハード面の整備

前述したように、平成16年から始まった当院

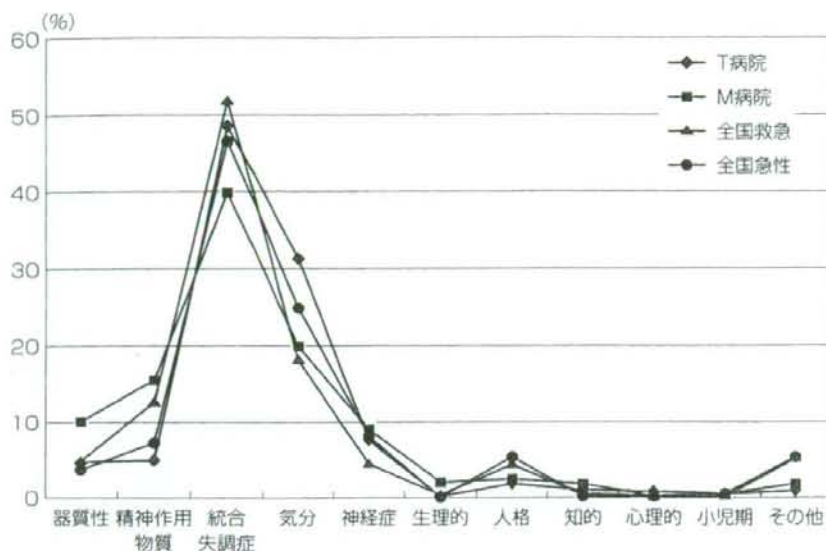


図3 救急、急性期病棟における診断構成 (2006年1年間)

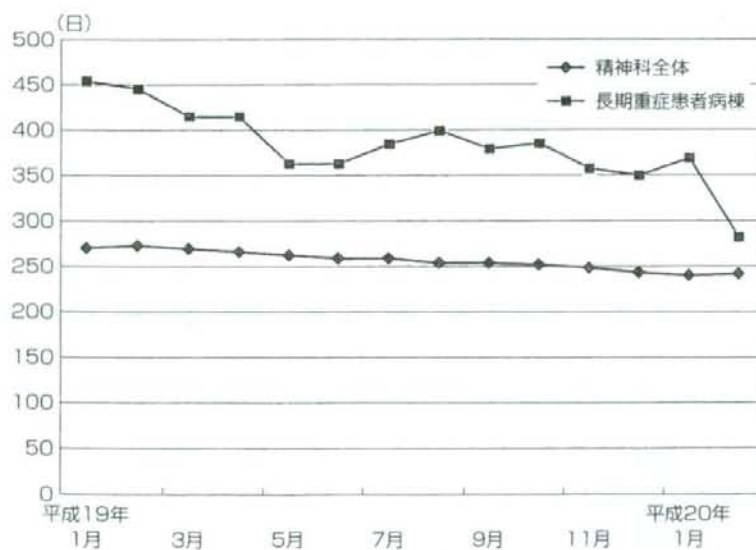


図4 平均在院日数

の近代化計画では、当初から精神科救急入院料の取得を目的として建築された。病床数は48床で医師数16対1への対応を容易にした。さらに、

特徴的な部分としては、図5に示すように、合計13室に及ぶ隔離病室を区画別に配置したことである。13室は、A、B、Cの3区画に分けられて

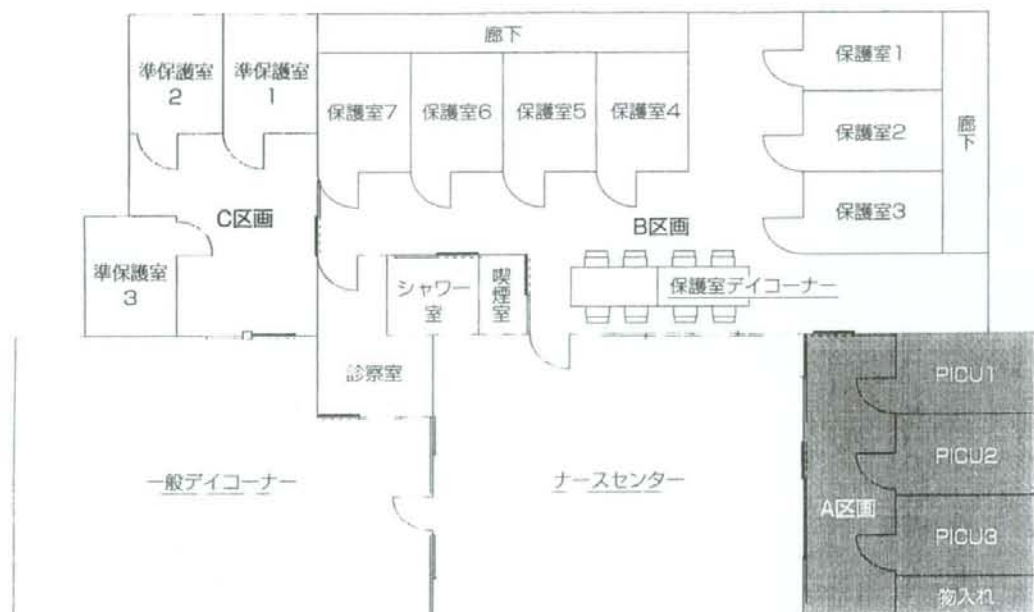


図5

いる。A区画はPICU室としての機能を持ち、各部屋に酸素吸引等の配管が行われ、夜間せん妄や身体合併症への対応が可能である。B区画の7室は、通常の隔離室として使用するが、中央に「保護室ダイコーナー」を持ち、食事、テレビ観賞、喫煙、シャワーなどが可能である。ダイコーナー利用時には、看護師1名がダイコーナーに常に配置される。C区画は、一般病室のダイコーナーと連絡しており、隔離が解除された一定期間、状態の変化がないか確認するために利用されている。もちろん、保護室が満床となった場合には、一般の保護室として使用することもある。このように、当院では、保護室の配置に十分に工夫をしたが、入院初期の治療にきわめて有効な結果を得ている。

精神科救急病棟：ソフト面の整備

救急病棟では、多数、多種類の患者さんが次々と入院してくる。単に医師数を整えるだけで済むものではなく、あらゆる面で治療機能の高度化が求められる。過去1年間、当院は救急病棟の高機

能化に相当の努力をしてきた。このような努力が、正確な診断と治療、そして医療の安全につながるものと考えてきたからである。

1. 多職種チームカンファレンス

医療観察法において実施されている多職種チーム医療の効果はきわめて大きい。各職種、とくに、看護師による評価と報告はチーム医療では欠かせない。そのほかに、臨床心理技術者、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、薬剤師、必要時には、訪問看護師、デイケアスタッフも参加して、カンファレンスが行われる。カンファレンスは毎朝8時40分から20分間、入院まもない2ケースについて行われる。入院後1週間程度でカンファレンスが実施され、診断、治療方針、問題点などが明らかにされる。この時点で、入院が3カ月を超えると判断された場合には、3階の亜急性期病棟へ移される。

2. クリニカルパスの導入

クリニカルパスの目的は、カンファレンス実施

時期や、家族へ説明する時期、各種療法参加等のタイムスケジュールを明確にすることである。とくに、家族面接を行う時期について明確にすることは重要である。決して疾患ごとの治療期限を目標化するためのものではない。

3. 急性期リハビリテーションの実施

急性期・救急病棟では、短期間に治療して、そのうえで回転ドア現象が生じないように、心理教育を始めとする各種の療法や支援が必要である。短期間で積極的に治療し、退院にまで結びつけるシステムは、「急性期リハビリテーション」としてすでに藤村ら¹⁾によって発表されている。正確な診断はもとより、個別に「心理教育」が行われるが、個人療法による部分と集団精神療法として行われる部分とがある。前者の主役は主治医であるが、同時に担当看護師の役割も重要である。担当看護師は、患者の精神状態を把握したうえで、個別に疾病教育的な接近を行う。その手法は症例によって異なっており、とくに、神経症性障害や人格障害圏では、臨床心理技術者との連携が必要になる。また、小集団による心理教育（統合失調症、気分障害など）も並行して実施されている。アルコール依存症については、病院全体で実施されているアルコール治療グループが行っている。しかしながら、当院においても看護師による個別の心理教育は、看護師が多忙であるために十分にこなせないのが現状である。さらに、必要に応じて院内の作業療法や退院生活訓練が実施される。

4. 内科医の専任配置

当院には、合計7名の内科医師（5名が常勤、うち1名は外科）が勤務しているが、このうち1名を救急病棟の専任とした。これによって、入院時の内科的チェックは全員に行われるが、同時に軽度な身体症状であっても内科医による診察が一般的である。

5. 修正型ECT

当院には、麻酔医の資格を持つ精神科医と外科医が常勤をしており、サイマトロンを用いたm-ECTを実施している。

6. 薬剤処方と検査オーダーリングシステム

平成15年から処方ミスを少なくし、調剤や医事会計を円滑にするためにオーダーリングシステムを導入してきた。今後、電子カルテの導入が必要である。

7. 病院機能評価の受審

平成19年3月には、当院は病院機能評価(ver.5)を得ている。このなかでは、病院倫理委員会や行動制限最小化委員会、医療安全委員会などがある。

退院促進のための活動

救急病棟の導入によって、退院促進の必要性がますます高まってきている。当院での退院促進活動の中心は以下の5点である。

1. 退院時ケアマネジメント

ケアマネジメントは、患者のニーズを把握する点では、きわめて重要な手法である。退院後の生活支援を行うためには、患者自身による支援プログラムの選択が必要になる。精神保健福祉士の援助によるケアマネジメントが必要であるが、残念ながら、急性期部分での実施率は10～20%にとどまっている。今後は、急性期・亜急性期での実施率の引き上げが必要であろう。

2. デイケア、デイナイトケア、ショートケア

退院後のデイケア利用は、再入院を防止するためには、きわめて有用である。しかしながら、デイケア通所だけでは1年間の再入院率は、35%前後にも及ぶ。ところが、ケアマネジメントを併用することで、再入院率は10%台にまで低下する。

3. 訪問看護チーム

現在、5名の訪問看護師が配置され、精神保健福祉士と連携をしながら訪問看護を実施している。訪問看護を受けている外来通院患者の数は次第に増加して、現在は189名にまで広がっている。訪問看護の範囲は原則として、病院から車で30分以内の範囲に限っているが、これを超える場合には、各地域の訪問看護ステーションに依頼するこ

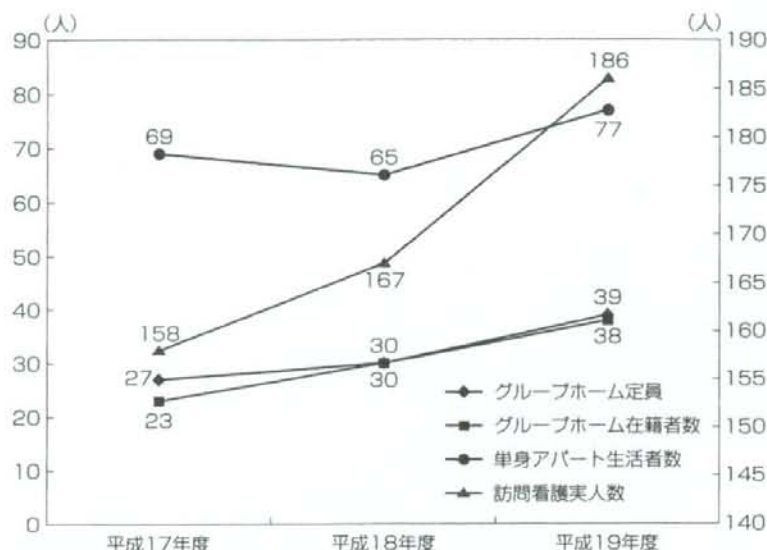


図6 グループホーム利用者・訪問看護数推移

とになる。地域においては、訪問看護による医療と生活支援はきわめて有効であり、今後は、訪問看護（精神保健福祉士によるものも含む）が地域医療の主役となるのではないかと考えられている。

4. グループホーム

当院には、現在39人分のグループホームがあるが、今後は、その増設には困難が予想される。むしろ、一般アパートへの退院を促進する必要がある。この結果、図6に示すように、グループホーム入所者数だけでなく、単身アパート入居者数も急速に増加している。

5. 障害者自立支援法を利用した就労プログラム

就労継続B、就労移行支援、生活自立訓練の自立支援事業がすでに開始されているが、これに加えて、活動支援センターがある。

おわりに

急性期治療病棟の導入以上に、精神科救急病棟

は大きな変化を病院にもたらしつつある。多数、多様な入院患者に対応するために、救急病棟の高機能化が必要となった。そして、円滑な患者受け入れのためには、他の病棟の機能向上も欠かせない。とくに亜急性期病棟の機能整備が今後必要となる。さらに、退院促進機能としては、訪問看護や障害者自立支援サービスの充実も欠かせない要素である。

このように、精神科病院の機能を向上させながら、少しずつ地域への貢献が果たせるのではないかと考えている。

文献

- 1) 藤村尚宏, 蜂矢英彦: 精神科急性期病棟. 金剛出版, 東京, 1998.

参考文献

- 1) 石川県立高松病院: 病院の概要 平成19年4月, 2007.



医療観察法の地域サポートとACT

松原三郎

Key Words

医療観察法, 通院処遇, 処遇の実施計画, ACT

1 はじめに

医療観察法が施行されてから、本年7月でまる3年を迎える。3年を経た時点での事例集計結果はいまだ不明であるが、検察庁からの申し立て件数は1,000件をこえ、退院者(約80人)も含めて、通院対象者は250人をこえているものと推定される。この間の施行状況をみると、大きく3つの問題点が浮かび上がっている。第1に、責任能力鑑定やこの法律による医療への適合性に関する精神鑑定など、精神鑑定に関する平準化が十分でないことである。特に人格障害、薬物依存、発達障害、さらには、解離性障害に関する部分に判定のばらつきが認められる。第2に、指定入院医療機関の病床数の不足である。都道府県立病院での開設が進まず、また、次第に長期入院に及ぶ事例も認められるようになってきている。第3に、通院医療ならびに地域処遇のサービスの不十分さである。わが国では、通院医療や地域生活支援のサービスは、質・量ともに極めて貧困であり、また、本法での報酬額が不十分であるために、基本的な「多職種チー

ム」を揃えることもできない状態である。このような中にあっても、通院となった対象者への医療と生活支援は、これまでとは比較にならないほどに充実したものとなっている。これは、少ないマンパワーのもとにあっても、医療観察法関係者の懸命に努力することで支えられているといっても過言でない。

本稿では、医療観察法において実施されている通院医療と地域サポートの現状を分析しながら、犯罪を起こした精神障害者の通院医療と地域サポートのあるべき姿を検討したい。

2 医療観察法の施行状況

平成19年11月時点での審判の状況では、入院決定は58%、通院決定は21%であり、通院は入院決定の半数以下である(図1)。しかし、審判結果の割合は地区によって大きく異なる。特に近畿地区では入院決定と通院決定は同数になっている。このことは、指定入院医療機関への距離が遠方であるが最も大きく影響していると思われるが、実際には、この地区では通院処遇になった対象者を地域で支えるだけの医療・

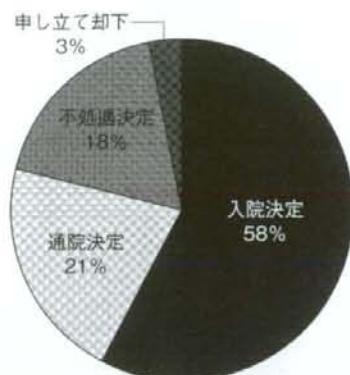


図1 当初審判の状況 (811件, H19.11.30現在)

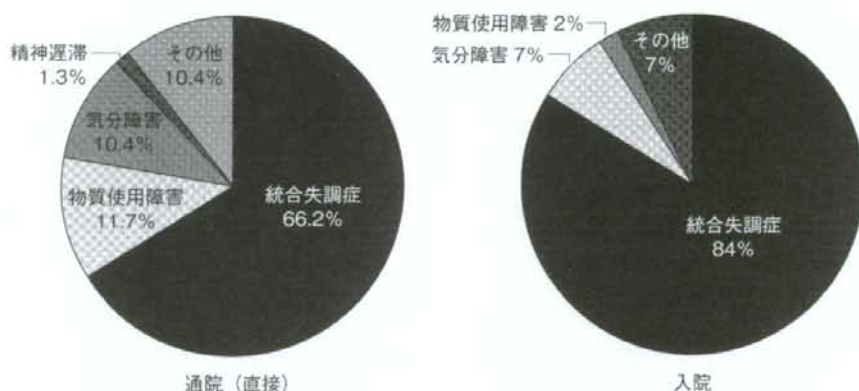


図2 入院処遇と通院処遇(直接)の疾病分類

生活支援のサービスが比較的充実している影響も無視することはできない。

さらに、通院対象者の疾病分類をみると、直接通院となった対象者では、統合失調症患者は66.2%と入院処遇よりも18%程度少なく、その代わりとして、物質使用障害(11.7%)、気分障害(10.4%)の割合が増えている(図2)。通院処遇となった対象者は、疾病分類が多岐にわたるために、治療プログラムの多様性が求められることとなる。これらの現状に対応するために、平成19年度厚生科学研究の成果物として「通院治療プログラム」が編集された⁵⁾。

3 通院処遇の枠組み

通院処遇は、指定通院医療機関による「通院医療」と保護観察所(特に社会復帰調整官)が行う「生活支援と精神保健観察」の2つのチャンネルで行なわれる(図3)。この両者を調整するシステムとして保護観察所が開催する「ケア会議」があるが、この会議では対象者に関わる「処遇の実施計画」が策定される。指定通院医療機関をはじめとする関係機関は、この処遇の実施計画に沿って各種のプログラムを実施することになる⁶⁾。

処遇の実施計画の内容は、①指定通院医療機

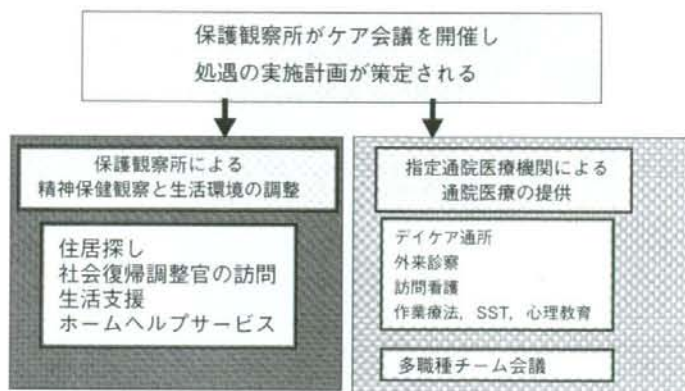


図3

表1 処遇の実施計画の策定(第104条)

- 保護観察所の主催によるケア会議の開催
- 常時参加する機関
指定通院医療機関, 精神保健センター, 保健所, 市町村保健センター, 対象者(及びその家族)
- 対象者の状況に応じて参加する機関
都道府県主管課, 福祉事務所, 社会復帰施設, その他の機関

表2

- 対象者が「守るべき事項」(第107条)
 1. 一定の住居に居住すること。
 2. 住居の移転, 長期の旅行はあらかじめ保護観察所に届け出ること。
 3. 保護観察所の長から出頭・面接を求められたときには, これに応ずること。
- 指定通院医療機関の管理者の通報義務(第111条)
指定通院医療機関の管理者は対象者が通院による医療を受けない時, 守るべき事項に違反する時には保護観察所の長に通報しなければならない。

関の行う医療の内容と, その担当者名, 実施日時・頻度などであるが, 具体的には, 外来受診, デイケアセンター通所, 訪問看護, 作業療法, 心理面接, 集団精神療法などである。②保護観察所が行う環境調整の内容(住居探し, 訪問介護など), 精神保健観察の内容(守るべき事項に沿った日常生活)であるが, 実際には社会復帰調整官が行うことになる。③その他の関係機関が行う援助(就労支援, 介護保険サービスの利用, 行政的な諸手続きへの援助など), ④病状悪化時, 特に緊急時の対応策をあらかじめ明確にしておく, ⑤本法による処遇の終了から一般精神医療への移行をできるだけ明確にする, ⑥本人の権利条項を明確にする。

処遇の実施計画は, 法第104条に規定されたものであるが, 第108条・第109条には, 各種関係機関の保護観察所との連携協力が求められている(表1, 2)。処遇の実施計画は, 対象者の参加のもとで, 医療と生活の広範囲にわたっ

て「ケアマネジメント」を実施していることになる。その点では, 対象者のニーズの把握が前提であり, また, 「通院による医療の継続」や「一定の住居に住まい面接に応ずる」などの強制的な側面をもつ精神保健観察がかせられるという二面性が存在している。いずれにせよ, ケアマネジメント(処遇の実施計画)がこのように法で定められ, さらに, 関係機関はこれに協力が求められるといった状況は, わが国では初めてである。医療観察法の施行状況の中では, 入院医療に比較して, 通院医療・生活支援の部分は貧困なままであるが, 社会復帰調整官の参加と, そしてこの法で規定されたケアマネジメントは, これまでになく強力な部分といえる。

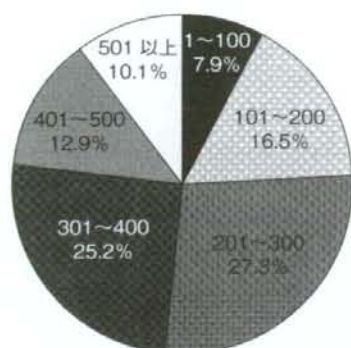


図4 精神病床数 (回答 139 件)

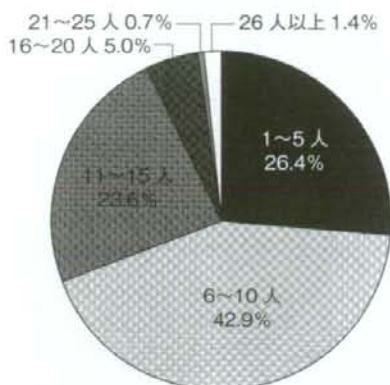


図5 常勤医師数 (回答 140 件)

4 わが国の脆弱な地域精神科医療体制と指定通院医療機関の状況

地域で生活する精神障害者に対しては、「医療」と「生活支援」は一体のものとして提供されなければならない。諸外国では、これらが国の事業として一体化されて実施されてきている。そして、ケアマネジメントとそれを実施するサービスとが常に連携したものでなくてはならない。例えば、英国ではすでに「Care Program Approach (CPA)」として実施されてきたことであるが、それを実施するための地域ケアチームが背景に控えている。

わが国では、精神障害者が地域で生活をする状況は家族との同居を前提として構築されてきた。ところが長期(1年以上)の入院群では、自宅へ退院する割合は極端に低下して(病床利用調査では15%以下)おり、長期入院の問題の解決には、居住場所の問題と、生活支援の2つの要素がかかわっている。逆にこの2つを解決できないことが長期入院を生み出している原因でもある。そして、自宅に戻ることが無理な場合には、「福祉ホームや生活訓練施設」などの中間施設(通過施設)を準備することと、さらに、その後の単身アパート生活を可能にする「生活支援」のシステムを整備することが必要で極めて重要である。

地域で利用可能な各種サービスをみると、医療保険サービスでは、「精神科デイケア、デイナイトケア」「訪問看護」「訪問診療」などが主体であるが、その他に外来機能として、作業療法、集団精神療法(SST、心理教育など)をあげることができる。障害者自立支援法サービスとしては、居住(グループホーム、ケアホーム)、日中活動(自立生活訓練、生活介護、就労継続、就労移行)、地域支援事業(活動支援センター、ショートステイ、訪問介護)などをあげることができる。これらの中で、アウトリーチ機能としては、訪問看護、訪問診療、訪問介護の3つに絞られる。少なくともチームとして医療と生活支援の双方に対応できるメニューはない。

医療観察法の指定通院医療機関の状況を平成18年12月に実施したアンケート調査からみると⁵⁾、現状の指定通院医療機関は病床数300床以上が約半数を占め(図4)、常勤医師数も6名以上が4分の3以上を占めており(図5)、比較的大型で治療機能の高い精神科医療機関が参加していることがわかる。社会復帰の機能として精神保健福祉士数では、4名以上が70%以上を占めているが(図6)、アウトリーチ機能として訪問看護師数をみると、66%が2名以下にとどまっている(図7)。しかも、訪問看護の頻度を医療観察法対象者1人あたりでは、最も多いときでもほとんどが週に1回でとどまっている(2

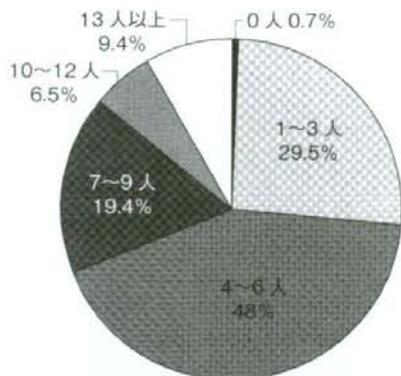


図6 精神保健福祉士（回答139件）

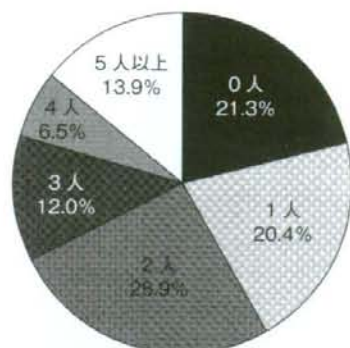


図7 訪問看護の看護師数（回答108病院）

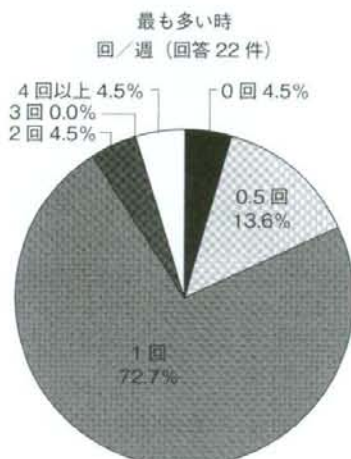
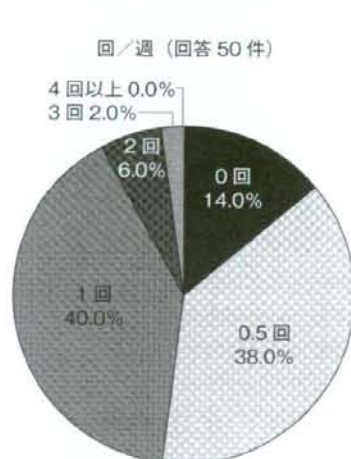


図8 通院処遇例訪問看護（医療保険）の頻度

～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^{11,12)}。

Marksら¹⁰⁾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⁹⁾。(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ので、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⁷⁾。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⁸⁾。

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、地域精神科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⁹⁾。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¹⁰⁾。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¹¹⁾。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¹²⁾。

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

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

これまでも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¹⁾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²⁾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³⁾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⁴⁾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」⁵⁾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、「受け入れ条件を整えば退院可能」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たち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, 国公立病院 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⁶⁾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

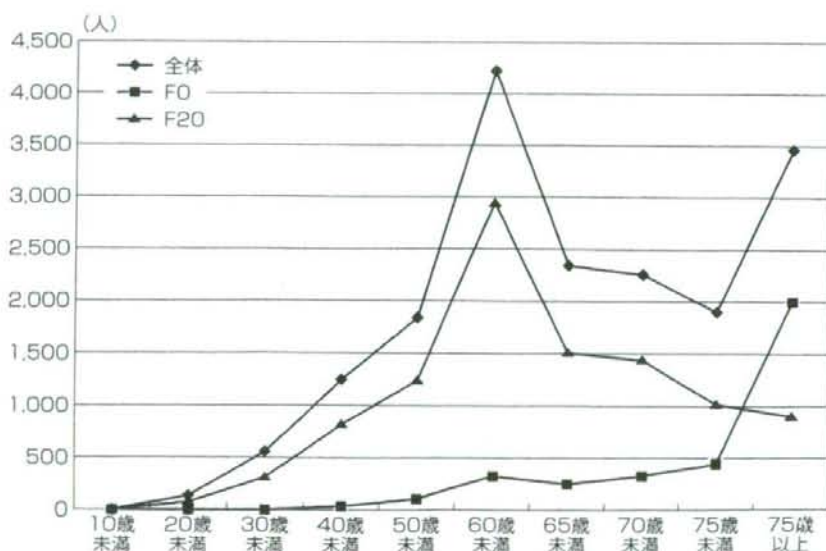


図2 年齢

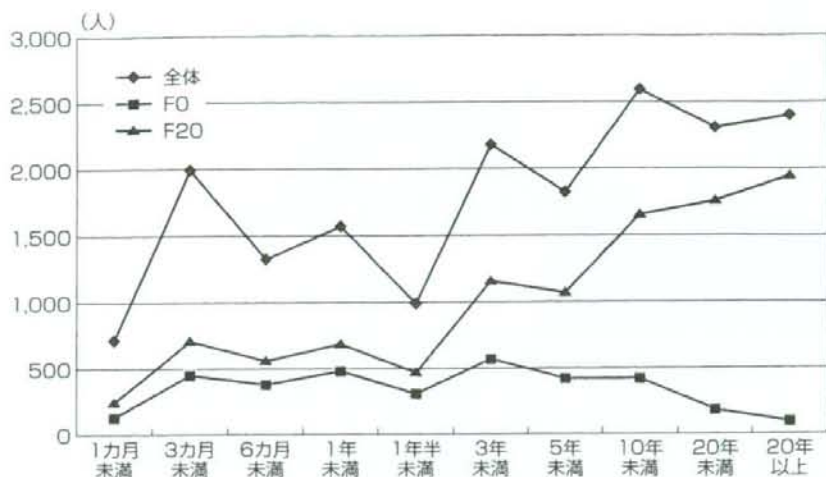


図3 入院期間

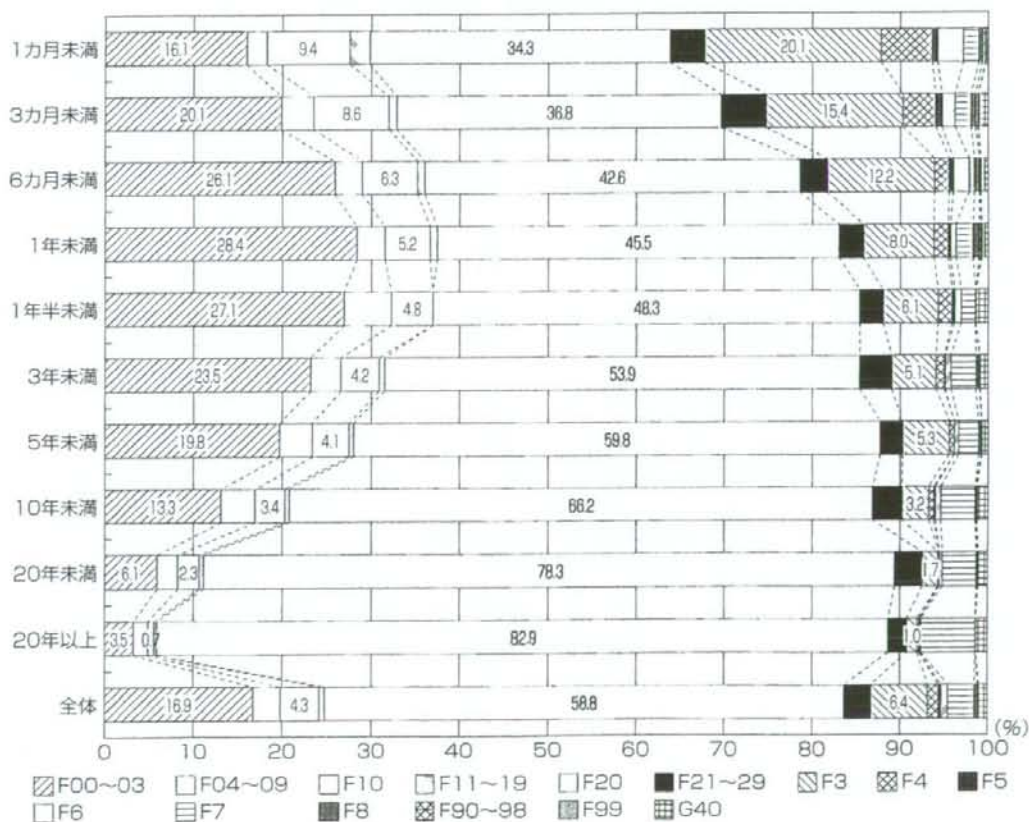


図4 主診断×入院期間 (全体)

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	4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									

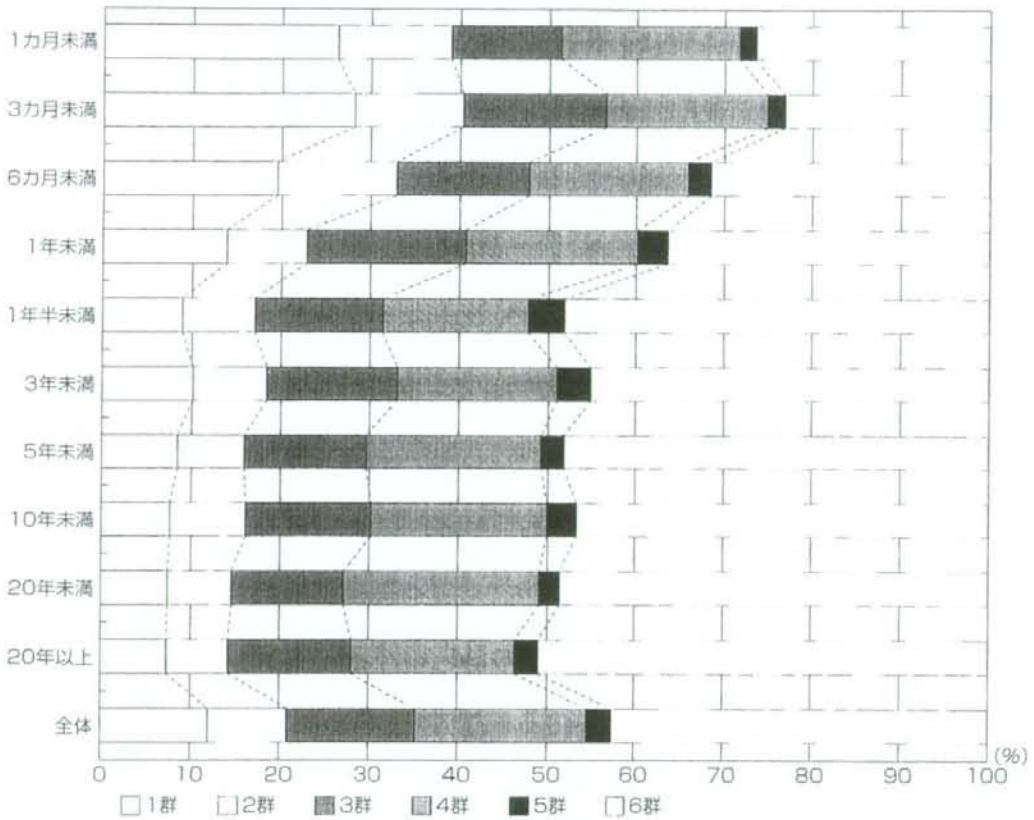


図5 2軸評価×入院期間 (F0を除く)

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。社会復帰サービスニーズ調査では、統合失調症(66.3%)、認知症(8.8%)、気分障害(6.6%)であり、この5

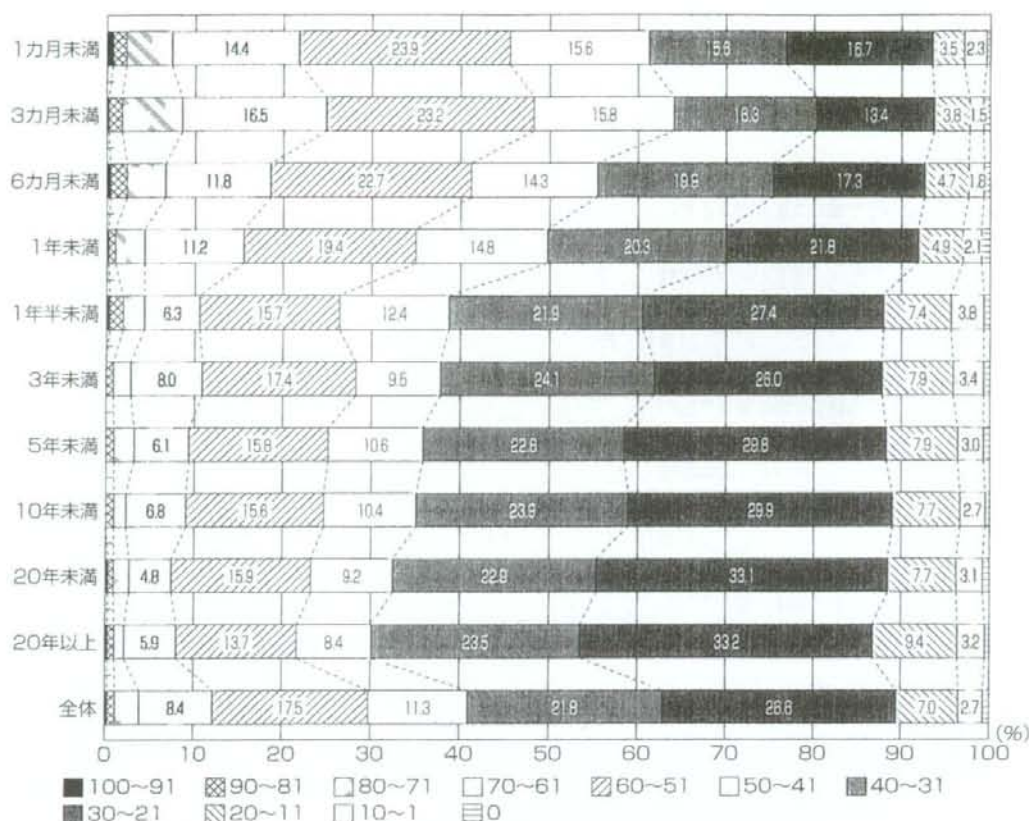


図6 GAF×入院期間 (F0を除く)

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%程度にしかならない。

図6では、F0群を除いた集計で、GAFと入院期間との関係をみたものである。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