

患者集計 (N=53 人)

T3	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 (0.0%)			5 群 (54.7%)		
能力障害 2						
能力障害 3	2 群 (9.4%)		3 群 (26.4%)			
能力障害 4	4 群 (9.4%)					
能力障害 5						

患者集計 (N=22 人)

本 5	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 (4.5%)			5 群 (77.3%)		
能力障害 2						
能力障害 3	2 群 (9.1%)		3 群 (0.0%)			
能力障害 4	4 群 (9.1%)					
能力障害 5						

伊豫研究班
平成20年度研究成果報告

分担研究(松原三郎)
「精神科病院における医療実態の把握に関する研究」

1

「精神科回復期における医療実態」に関する調査結果

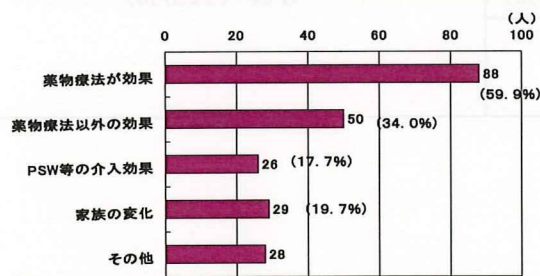
実施日:平成19年8月

対象病院:精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する74病院、個人調査134件(3ヶ月後残留したた症例)

1,423人入院
3ヵ月後の残留:300人 : 残留率 21.4%
1年後の残留:35人 : 残留率 2.5%
3ヵ月後に残留した人の
88%が1年以内に退院

2

「精神科回復期における医療実態調査」個人調査
退院に至った主因 回答147件

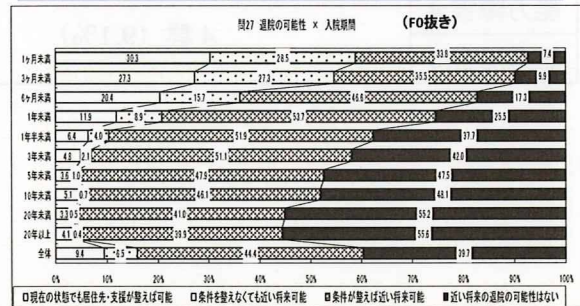


回復期では、多職種によるチーム医療が効果的

3

「精神病床の利用状況調査」

- ・ H20年2月、996病院から回答 (64.6%)
- ・ 平成20年2月15日に入院患者の10分の1調査 : 17,819人
- ・ 平成20年3月15日、8月15日再度調査



4

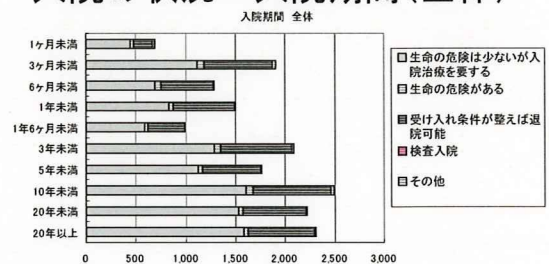
入院の状況 × 支援が整った場合の退院の可能性

	現在の状態でも、居宅へ支援が得られる状態	現在の状態でも、居宅へ支援が得られない状態	居宅へ支援が得られない状態でも、居宅へ支援が得られる状態	居宅へ支援が得られない状態でも、居宅へ支援が得られない状態	居宅へ支援が得られない状態でも、居宅へ支援が得られない状態	計
計	584	23	896	5	42	1,550
割合	603	24	345	4	17	993
	3,484	89	4,222	1	25	7,821
	6,050	360	308	0	62	6,780
計	10,721	496	5,771	10	146	17,144

	現在の状態でも、居宅へ支援が得られる状態	現在の状態でも、居宅へ支援が得られない状態	居宅へ支援が得られない状態でも、居宅へ支援が得られる状態	居宅へ支援が得られない状態でも、居宅へ支援が得られない状態	居宅へ支援が得られない状態でも、居宅へ支援が得られない状態	計
計	3.4	0.1	5.2	0.0	0.2	9.0
割合	3.5	0.1	2.0	0.0	0.1	5.8
	20.3	0.5	24.6	0.0	0.1	45.6
	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

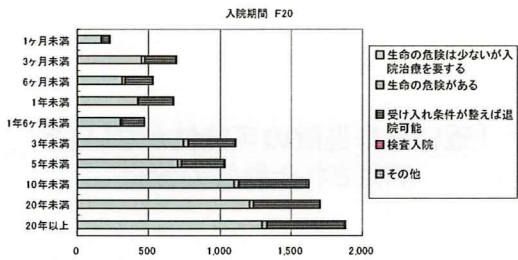
5

入院の状況 × 入院期間(全体)



6

入院の状況 × 入院期間 (F20)



7

① 統合失調症患者の入院期間別・年齢別の分析【主な結果】

ADLの支援のレベル(入院期間別)



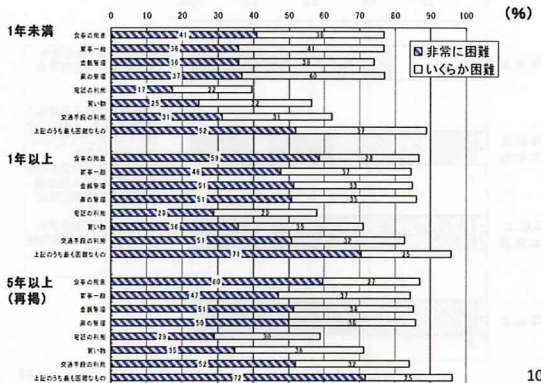
8

身体合併症(入院期間・年齢別)



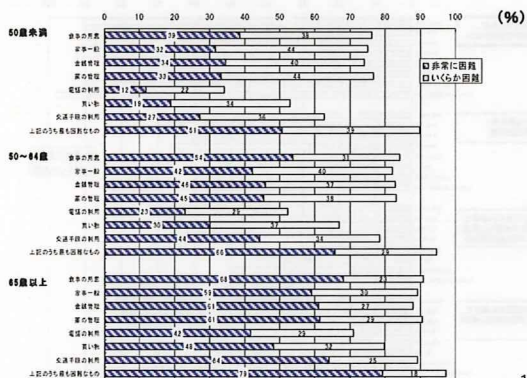
9

IADLの困難度(入院期間別)



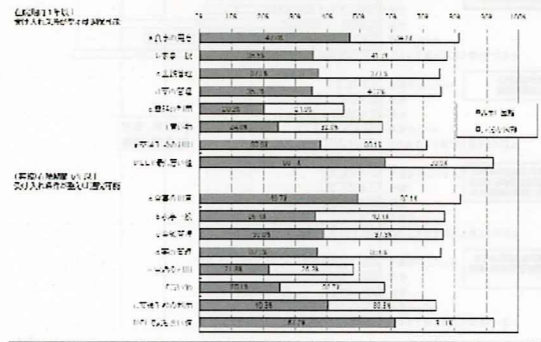
10

IADLの困難度(年齢別)



11

6ヶ月後退院群(F0を除く): IADLの状況(在院期間1年以上の分析)



12

精神科病床利用状況調査まとめ

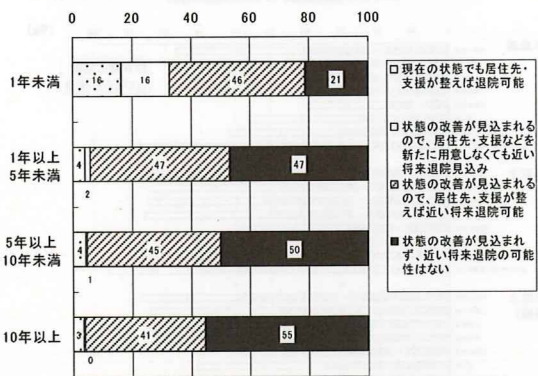
1. 入院期間1年以上(F0抜き)では、31.8%が「受け入れ条件整えば退院可能」とされたが、現状のまま退院可能は6.8%に過ぎない。25%の人は居住施設だけでなく、かなりの生活支援が必要である。
2. 25%の人達では食事・金銭管理・薬の管理を中心とするIADLの低下が著しく、手厚い生活支援が必要である。
3. このうち、約2~3%については、ADL低下や身体合併症をもっている。
4. 「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた人達の多くが実際には現状では退院が困難な状況にある。

13

「近い将来退院の可能性がない」と判定された患者の分析

14

入院患者の状況・退院の可能性(入院期間別)



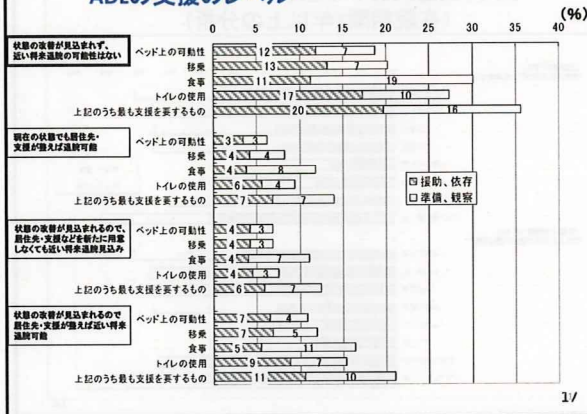
15

「近い将来退院の可能性はない」患者の退院できない理由



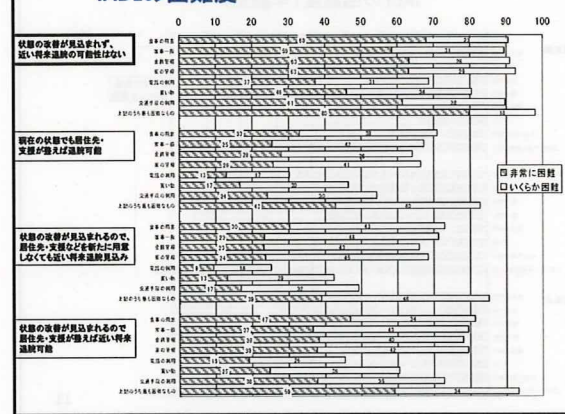
16

ADLの支援のレベル



17

IADLの困難度



18

退院困難群のまとめ

- 「近い将来退院の可能性がない」とされた群は、GAFや2軸評価(4群6群)からみても、内容は多様である。
- ADLの低下が著しい割合は、長期入院群では、10%程度であるのに比し、退院困難群では、20%程度まで上昇している。
- 2軸評価からみると、ADL低下は第4群(能力障害1-3)では低く、第6群(能力障害4-5)に集中している。
- ADL低下を除けば、**退院困難群はADL重度群と精神症状重度群の2群に分けることができる。**

19

退院者の分析

20

精神病床の利用状況調査(退院者調査)

1. 調査対象および回答状況

	施設数	患者数	
		3/15時点退院者数	8/15時点退院者数
調査対象数	858	16,598	
回答数	750	* 14,756	** 3,020
うち、対象者なし	130		
回答率	87.3%	88.9%	

*追跡調査回答病院の本調査回答患者総数。実際の回答は3月16日～8月15日までに退院した患者のみ。

**3月15日時点退院者数と8月15日時点退院者数の合計。

21

精神病床の利用状況調査(退院者調査)

(1) 8/15(6ヶ月後)時点の状況

	全体		(再掲)F20		(再掲)F0		(再掲)F0を除く	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
入院中	11,420	78.1%	7,159	85.7%	2,171	75.3%	9,249	80.0%
退院	3,020	20.9%	1,197	14.3%	712	24.7%	2,308	20.0%
有効回答数	14,440	100.0%	8,356	100.0%	2,883	100.0%	11,557	100.0%
無効回答数	316	-	201	-	61	-	255	-
合計	14,756	-	8,557	-	2,944	-	11,812	-

22

精神病床の利用状況調査(退院者調査)

(2) 8/15(6ヶ月後)時点の症状 ※退院患者について

	全体		(再掲)F20		(再掲)F0		(再掲)F0を除く	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
改善	1,784	62.0%	735	63.9%	267	39.7%	1,517	68.8%
不変	515	17.9%	235	20.4%	124	18.4%	391	17.7%
悪化	134	4.7%	47	4.1%	55	8.2%	79	3.6%
死亡	296	10.3%	76	6.6%	174	25.9%	122	5.5%
不明	39	1.4%	11	1.0%	12	1.8%	27	1.2%
その他	110	3.8%	47	4.1%	41	6.1%	69	3.1%
有効回答数	2,878	100.0%	1,151	100.0%	673	100.0%	2,205	100.0%
無効回答数	142	-	46	-	38	-	103	-
合計	3,020	-	1,197	-	712	-	2,308	-

23

精神病床の利用状況調査(退院者調査)

(3) 退院までの期間

	全体		(再掲)F20		(再掲)F0		(再掲)F0を除く	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
1ヶ月未満	89	3.0%	24	2.0%	12	1.7%	77	3.4%
1ヶ月以上1ヶ月未満	516	17.3%	157	13.3%	84	11.9%	432	19.6%
1ヶ月以上1ヶ月未満	881	29.5%	329	27.9%	180	25.0%	701	30.8%
1ヶ月以上1年未満	610	20.5%	232	19.7%	109	24.0%	441	19.4%
1年以上1年の1ヶ月未満	214	7.2%	94	8.0%	68	9.7%	146	6.4%
1年0ヶ月以上1年未満	247	8.3%	104	8.8%	86	12.2%	161	7.1%
1年以上5年未満	132	4.4%	59	5.0%	45	6.4%	87	3.8%
5年以上10年未満	124	4.2%	62	5.3%	36	5.1%	88	3.9%
10年以上20年未満	73	2.4%	51	4.3%	11	1.6%	62	2.7%
20年以上	96	3.2%	68	5.8%	12	1.7%	84	3.7%
有効回答数	2,882	100.0%	1,180	100.0%	703	100.0%	2,279	100.0%
無効回答数	38	-	17	-	9	-	29	-
合計	3,020	-	1,197	-	712	-	2,308	-

24

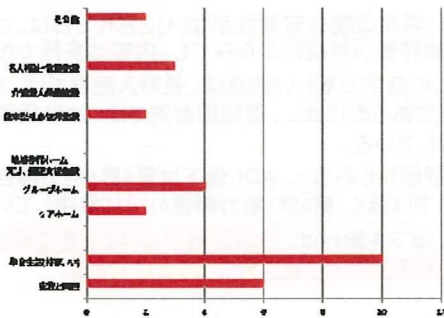
精神病床の利用状況調査(退院者調査)

(5) 退院後の居住先

	全体		(再掲)F20		(再掲)F0		(再掲)F0を除く	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
自宅(家族と同居)	1,236	59.1%	535	62.0%	121	97.2%	1,115	63.2%
自宅(専身・入院前同)	260	12.4%	107	12.5%	17	5.2%	243	13.8%
自宅(専身・新たに借りて)	104	5.0%	45	5.3%	1	0.3%	103	5.8%
ケアホーム	20	1.0%	6	0.7%	9	2.8%	11	0.6%
グループホーム	102	4.9%	41	4.8%	33	10.2%	69	3.9%
地域移行型ホーム	1	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%
退院支援施設	5	0.2%	2	0.2%	1	0.3%	4	0.2%
従来型社会福祉施設	56	2.7%	38	4.4%	3	0.9%	53	3.0%
介護老人保健施設	103	4.9%	14	1.6%	74	22.8%	29	1.6%
介護老人福祉施設	54	2.6%	9	1.1%	33	10.2%	21	1.2%
社会福祉施設	70	3.3%	22	2.6%	20	6.2%	50	2.8%
その他	78	3.8%	33	4.1%	12	3.7%	67	3.8%
有効回答数	2,090	100.0%	854	100.0%	323	100.0%	1,763	100.0%
無効回答数	16	-	5	-	4	-	12	-
合計	2,106	-	859	-	327	-	1,777	-

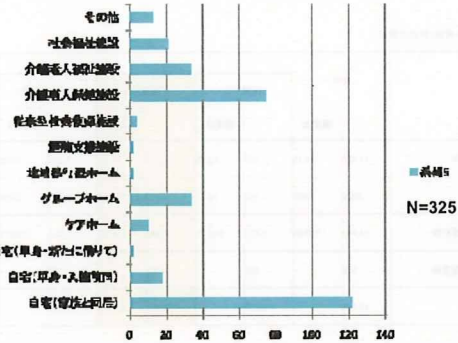
25

6ヶ月間で退院した患者2,975人(入院患者の20.9%)のうち、1年以上入院、F0を除く、合併症がない患者41名
退院後の居住状態



26

精神病床の利用状況(退院者調査、F0のみ抽出)



27

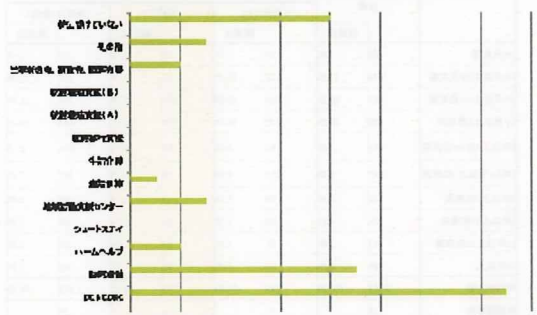
精神病床の利用状況調査(退院者調査)

(6) 退院後に受けているサービス(複数選択可)

	全体		(再掲)F20		(再掲)F0		(再掲)F0を除く	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
DC、NC、DNC	382	19.5%	217	26.6%	33	12.3%	349	20.7%
訪問看護	315	16.1%	187	22.9%	20	7.4%	295	17.5%
ホームヘルプ	79	4.0%	33	4.0%	19	7.1%	60	3.6%
ショートステイ	24	1.2%	1	0.1%	12	4.5%	13	0.7%
地域活動支援センター	71	3.6%	42	5.1%	5	1.9%	66	3.9%
生活訓練	47	2.4%	21	2.6%	6	2.2%	41	2.4%
生活介護	48	2.5%	13	1.6%	21	7.8%	27	1.6%
就労移行支援	7	0.4%	2	0.2%	0	0.0%	7	0.4%
就労継続支援A	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
就労継続支援B	19	0.7%	9	1.1%	1	0.4%	13	0.7%
当事者の会、家族会等	71	3.6%	7	0.9%	6	2.2%	65	3.9%
その他	166	8.5%	59	7.2%	43	16.0%	123	7.3%
特になし	1,043	53.4%	392	48.0%	135	50.2%	908	53.5%
有効回答数	1,954	100.0%	817	100.0%	209	100.0%	1,635	100.0%
無効回答数	152	-	42	-	60	-	92	-
合計	2,106	-	859	-	329	-	1,777	-

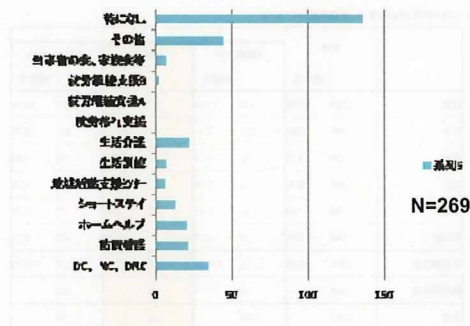
28

6ヶ月間で退院した患者2,975人(入院患者の20.9%)のうち、1年以上入院、F0を除く、合併症がない患者41名
退院後に受けている医療・福祉サービス(複数回答)



29

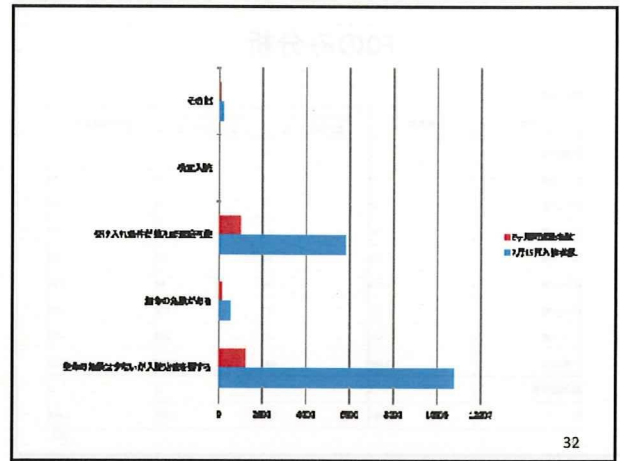
精神病床の利用状況(退院者調査、F0のみ抽出)



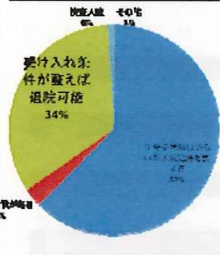
30

6ヶ月後退院群(F0を除く):年齢分布
(受け入れ条件の分析)

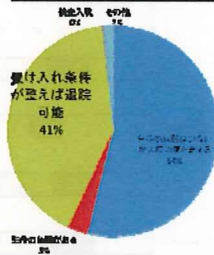
年齢	再発・再入院を繰り返す患者		再発・再入院を繰り返さない患者		再発・再入院を繰り返さない患者		再発・再入院を繰り返さない患者		割合
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
10代	27	2.9%	15	1.7%	0	0.0%	42	1.9%	5
20代	125	13.2%	7	0.8%	201	2.2%	237	10.7%	25
30代	147	15.6%	7	0.8%	123	1.3%	377	17.2%	41
40代	144	15.4%	7	0.8%	142	1.5%	342	15.5%	37
50代	205	21.9%	10	1.1%	181	1.9%	497	22.7%	48
60代	132	14.1%	6	0.7%	11	0.1%	253	11.5%	27
70代	154	16.4%	6	0.7%	76	0.8%	336	15.2%	34
75代以上	62	6.6%	12	1.3%	74	0.8%	170	7.7%	18
合計	1048	11.1%	52	0.6%	508	5.5%	2257	102.9%	252
割合	13.9%	101.0%	7.5%	100.0%	10.2%	100.0%	14.1%	100.0%	-
割合	2.9%	-	2.1%	-	2.1%	-	2.9%	-	-
割合	13.9%	-	7.5%	-	10.2%	-	14.1%	-	-



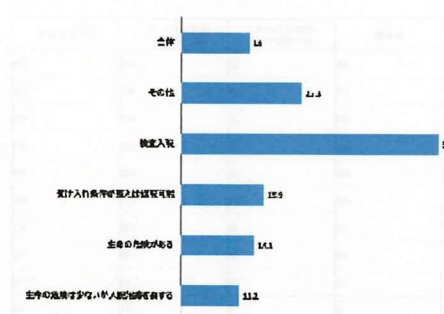
2月15日に入院中の患者の割合



6ヶ月間に退院した患者の割合



6ヶ月間退院者数/元の入院者数 (各群別%)



精神病床の利用状況調査
「F0群の分析」

精神病床の利用状況調査、F0のみ抽出

(4) 退院後の接帯状況

	全体		(再掲)F0		(再掲)F0		(再掲)F0を除く	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
外来通院(自院)	1,525	51.8%	693	59.1%	158	23.2%	1,367	60.3%
外来通院(他院)	374	12.7%	124	10.6%	76	11.2%	298	13.2%
転入院(他院精神科)	115	3.9%	55	4.7%	27	4.0%	88	3.9%
転入院(他院精神科以外)	460	15.6%	190	16.2%	171	25.1%	289	12.8%
死亡退院	265	9.0%	68	5.8%	153	22.5%	112	4.9%
その他	207	7.0%	42	3.6%	95	14.0%	112	4.9%
有効回答数	2,946	100.0%	1,172	100.0%	680	100.0%	2,266	100.0%
無効回答数	74	-	25	-	32	-	42	-
合計	3,020	-	1,197	-	712	-	2,308	-

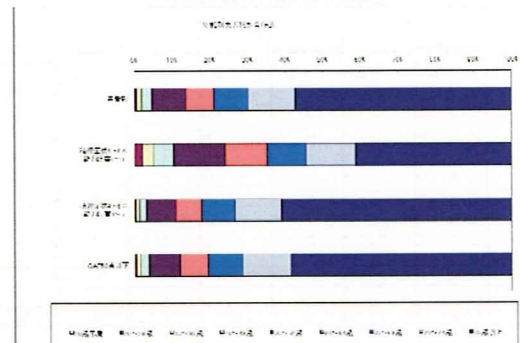
F0のみ分析

問1 年齢

年齢	患者数	精神症状4-6× 能力障害1-3	精神症状4-6× 能力障害4-5	GAF50点以下
20歳未満	2	0	1	1
20～29歳	14	5	5	10
30～39歳	48	8	24	31
40～49歳	93	14	44	67
50～59歳	316	36	193	238
60～69歳	258	30	169	221
70～79歳	313	27	218	268
80～74歳	439	33	307	383
75歳以上	1,998	109	1,510	1,722
無効回答数	6	0	3	3
計	3,487	264	2,474	2,844

37

年齢別患者割合 (F0のみ)



38

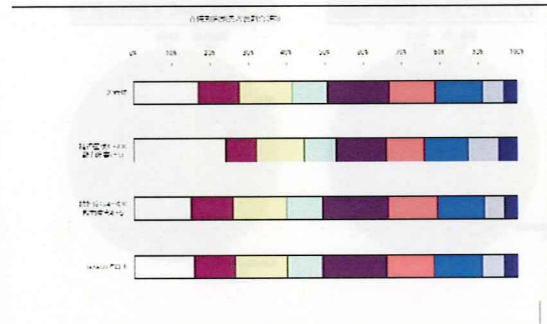
F0のみ分析

問5 在院期間

在院期間	患者数	精神症状4-6× 能力障害1-3	精神症状4-6× 能力障害4-5	GAF50点以下
3ヶ月未満	578	63	364	456
3ヶ月以上6ヶ月未満	376	21	267	312
6ヶ月以上1年未満	478	33	347	403
1年以上1年半未満	320	22	229	263
1年半以上3年未満	562	35	425	498
3年以上5年未満	418	26	317	363
5年以上10年未満	428	30	299	367
10年以上20年未満	192	21	130	167
20年以上	121	13	85	105
無効回答数	13	0	11	10
計	3,487	264	2,474	2,844

39

在院期間別患者割合



40

F0における2軸評価

二軸評価による群別 (問18×問19 精神症状×能力障害)

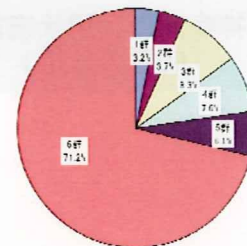
在院期間	患者数	GAF50点以下
1群	112	18
2群	128	47
3群	287	147
4群	264	202
5群	212	150
6群	2,474	2,374
無効回答数	10	6
計	3,477	2,938



41

精神症状	1群	2群	4群
軽度	112	128	287
中等	264	212	2,474
重症	10	6	10
計	347	352	2,968

二軸評価群別患者数割合 (F0)



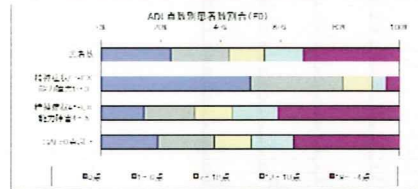
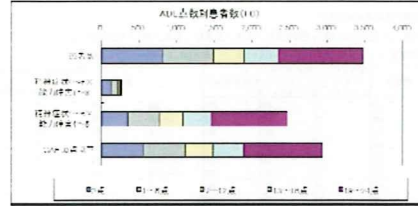
42

問8-1 過去2日間の日常動作(ADL)支援レベル

a:ベッド上の可動性 + b:移乗 + c:食事 + d:トイレの使用 (各0-6点)の合計点数

ADL合計点数	患者数	精神症状4-6N 能力障害1-3	精神症状4-6N 能力障害4-5	GAF50点以下
6点	659	132	351	555
5点	144	12	72	107
4点	135	23	79	114
3点	116	12	72	100
2点	116	19	76	96
1点	84	2	71	74
0点	81	8	58	67
7点	75	5	59	68
8点	73	6	49	61
9点	63	5	45	57
10点	59	4	41	53
11点	68	2	53	59
12点	70	1	60	67
13点	54	3	38	43
14点	76	0	69	72
15点	55	1	42	49
16点	79	2	64	68
17点	85	2	70	65
18点	100	6	85	89
19点	97	4	81	85
20点	107	2	90	94
21点	105	1	92	94
22点	89	0	79	83
23点	124	2	113	119
24点	604	2	548	567
無効回答数	20	0	15	13
計	3,487	264	2,474	2,314

43



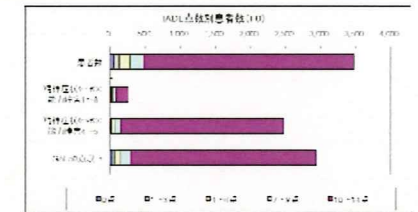
44

問9 IADL(手段的日常生活動作)各項目の困難度

a:食事の用意, b:洗濯一般, c:金銭管理, d:家の管理, e:電話の利用, f:買い物, g:交通手段の利用 (各0-2点)の合計

IADL合計点数	患者数	精神症状4-6N 能力障害1-3	精神症状4-6N 能力障害4-5	GAF50点以下
0点	52	10	9	22
1点	19	1	5	10
2点	33	6	6	14
3点	30	7	7	17
4点	46	12	8	22
5点	40	4	15	24
6点	66	9	20	42
7点	81	13	33	54
8点	59	13	26	44
9点	62	13	25	49
10点	89	19	39	69
11点	87	15	31	50
12点	150	27	83	120
13点	271	36	158	214
14点	2,381	77	2,002	2,175
無効回答数	11	2	8	9
計	3,487	264	2,474	2,314

45

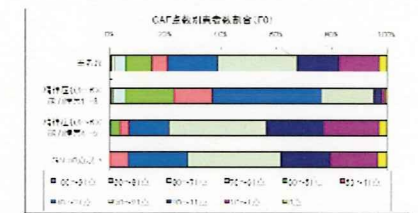
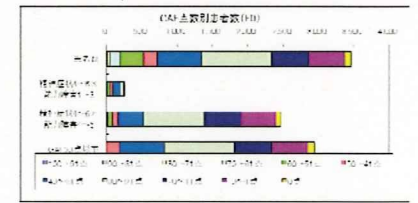


46

問16 GAF(機能の全体的評定尺度)評点

GAF点数	患者数	精神症状4-6N 能力障害1-3	精神症状4-6N 能力障害4-5	GAF50点以下
100-91点	7	1	3	0
90-81点	13	0	3	0
80-71点	39	2	3	0
70-61点	145	12	12	0
60-51点	320	45	65	0
50-41点	197	37	82	197
40-31点	628	103	352	628
30-21点	987	50	867	987
20-11点	531	7	512	531
10-1点	505	3	492	505
0点	98	2	68	98
無効回答数	14	2	9	0
計	3,487	264	2,474	2,314

47



48

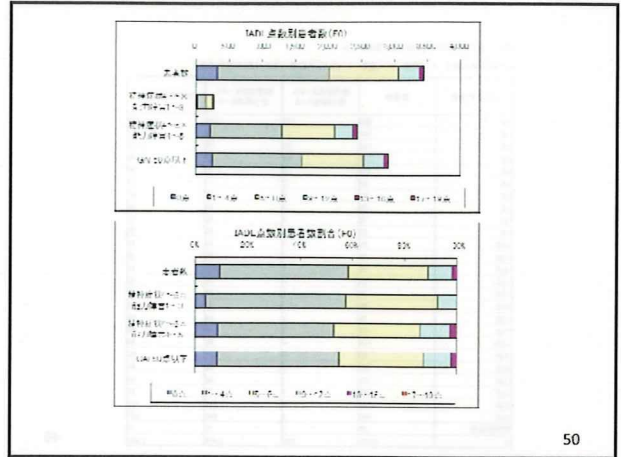
問17 精神症状詳細尺関連項目の状態

● 自傷被害の危険性、c まとまりのない髪、d 奇妙な姿勢、e 幻覚、f 異常感、g 緊張、h 抑うつ気分合計点

※詳細が0～6点の項目(a, f, g, h)は、0点=0点、1～2点=1点、3～4点=2点、5～6点=3点として算出

問17 BPRS	患者数	精神症状4～6×		GAF50点以下	精神症状4～6×			
		能力障害1～3	能力障害4～6		能力障害1～3	能力障害4～6	能力障害4～6	
0点	319	10	209	241	0点	319	10	209
1点	300	25	147	212	1～4点	1688	139	1097
2点	500	30	337	404	5～8点	1053	92	806
3点	483	43	307	377	9～12点	315	18	280
4点	425	41	290	365	13～16点	56	1	53
5点	351	31	259	303	17～19点	10	0	10
6点	286	24	211	256				
7点	249	23	195	222				
8点	172	14	149	161				
9点	130	10	111	123				
10点	95	5	87	94				
11点	51	1	48	50				
12点	39	2	34	36				
13点	25	0	25	26				
14点	13	0	13	13				
15点	11	1	10	10				
16点	4	0	4	4				
17点	6	0	6	6				
18点	2	0	2	2				
19点	2	0	2	2				
補助回答数	49	4	35	39				
計	3457	204	2474	2944				

49



50



ACT研究会の主要な点

1

地域で精神障害者を支援する方法

1. 精神科病院の機能を利用した「ケアマネジメント型支援」 → 退院支援室
2. 包括的地域支援(ACT) → 在宅支援診療所や200床以下の病院(在宅時医学総合管理料)
3. 地域にある訪問看護ステーションの機能を利用する方法 → 精神科病院との連携が必要

2

(1)精神科病院が運営するサービスを中心に利用するケアマネジメント型支援

- 対象となる人達
グループホームやアパートの利用が可能。デイケアや障害者自立支援事業への参加。自ら通院でき、服薬がほぼ可能。一定程度自立した生活が保たれているが、援助を要する。必要な援助の内容は様々。
- 利用するサービス
訪問看護(Ns、PSW)、訪問介護(居宅支援)、デイケア、グループホーム、ケアホーム、配食サービス、就労支援や自立生活訓練など各種の障害者自立支援サービス
- 医療機関側の多職種がかかわることで、きめ細かく、一層効果的となる。

3

(2)包括型地域生活支援

- 対象となる人達
- 集団生活に馴染めないためにデイケアや自立支援サービスに参加できない。
- 服薬・通院などが不規則で再燃を繰り返している。
- 家族との衝突などの問題行動を繰り返す。
- 日常生活の維持のために頻回な訪問が必要(服薬、通院、食事、金銭管理、保清)
- アルコールや薬物問題の併存。
- 多職種による頻回な訪問支援が必要(重症という概念とは異なる)。
- 休日・夜間も含めた対応と頻回な訪問による援助。

4

(3)一般の訪問看護ステーションによる支援

- 対象となる人達
- 遠隔地のために、精神科病院から直接訪問することができない。本人が一定程度理解しており、なおかつ、家族、保健センターなどの協力が得られる。
- 必要な体制
- 精神科病院との連携体制が確保されている。
- 精神症状の変化などをフォローできる体制(精神科病院と連携が必要)。
- 本人自身の理解のもとで、通院・服薬が確保されている。
- PSWなどによる援助があることが好ましい。

5

在宅医療に関する診療報酬(1)

- 往診料: 患家の求めに応じて行う……650点
(緊急往診加算: +325点、夜間加算: 650点、深夜加算: 1,300点) (在宅療養支援診療所では、緊: 650点、夜: 1,300点、深: 2,300点) (滞在時間が1時間を超えた場合には、30分ごとに100点加算)
- 在宅時医学総合管理料: 在宅療養支援診療所が在宅療養計画にもとづいて月に2回以上行った場合に、月に1回のみ算定できる(4,200点)。重度と認定される場合に、月に4回以上往診又は訪問診療を行なった場合には、重症加算として+1,000点。

6

在宅医療に関する診療報酬(2)

「訪問看護に関する部分」

- ・精神科訪問看護指導料(Ⅰ):550点(OTやPSWの同行:+450点)(週3回まで、退院後3ヶ月以内は週に5回まで。急性増悪と認めた場合には7日に限り毎日。3時間を超えた場合には、8時間を限度として、1時間ごとに40点加算)
- ・訪問看護ステーション:5,400点(24時間対応加算)2,500点(24時間連絡体制加算)

「その他」

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料:550点(月に2回まで算定)
- ・在宅患者訪問栄養指導料:530点(月に2回まで算定)
- ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料:1単位300点(週に6単位まで、1単位20分、退院後3ヶ月以内では12単位まで)

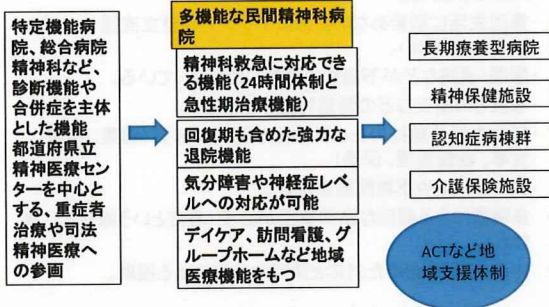
7

診療報酬制度が地域ケアの促進を阻んでいる

1. 訪問看護の回数制限、病院訪問看護の低い報酬額、訪問看護ステーションではPSWの訪問が認められていない。
2. デイケアへの不当な削減圧力
3. 重複請求が認められない(デイケア、訪問看護、OT、訪問診療など)
4. 200床以上の精神科病院に対する在宅医療への制限(在宅時医学総合管理料)
5. 中小病院に対して、急性期加算が必要。

8

多機能な民間精神科病院を中心とする地域精神科医療計画が構築できるか？



9

平成 19－21 年度 総合研究報告
分担研究報告書

精神医療の提供実態に関する国際比較研究

分担研究者 佐々木 一

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
（総合）分担研究報告書

精神医療の提供実態に関する国際比較研究

分担研究者 佐々木 一 （爽風会 佐々木病院）

研究協力者 佐竹直子（国立国際医療センター国府台病院）

研究概要 先進諸国の精神医療改革を調査し、脱施設化とは何だったのか考察し、どのような時に脱施設化は失敗するのかパターンを分析した。同時に日本の近代精神医療史を振り返り、脱施設化に必要でありながら欠ける要因、脱施設化を阻害する要因について考察した。

アウトリーチサービス、ケアマネジメント、ACT などアウトリーチサービスの充実、病院外の居住施設（特に 24 時間スタッフ SV 付き住居）の整備が必要である。居住施設については営利会社の参入は許可すべきではない。コミュニティーとは言えない僻地への新たな「収容」を許してはいけない。

日本では総合病院精神科、精神科診療所は単科精神科病院の代替として機能するに至っていない。精神科診療所をコミュニティーケアに参加させるために日本型コミュニティーメンタルヘルスセンター（CMHC）の規格を作ることが必要である。司法精神医療、救急精神医療は整備目標を見直す必要がある。

単科精神科病院の縮小を阻む要因について考察した。長期収容・大規模化を促進する現在の診療報酬制度（日本・ロシア型）から、病院を縮小するほど経営が改善する制度（先進国型）に改める必要がある。特に病床削減を阻む病棟別機能分化に対し早急に対策が必要である。民間病院を縮小させることは世界的にも大変困難と言われているが、類似の条件で削減できたベルギーの方式が参考になる。

先進諸国の中で圧倒的な低価格である日本の病院医療の縮小は精神科医療費の縮小にはつながらない。コミュニティーケアのコストは重症者をケアするようになると膨らみ続けることが知られている。精神保健の総コストは改革を成功させた先進諸国並みに増額すべきである。

A. 研究目的

精神医療改革の国際比較を行う。平成 20 年度までに諸外国における脱施設化とコミュニティーケアの特徴と問題点について調査し

た。平成 21 年度にはコミュニティーケアの新たな展開と新自由主義と財政問題が精神医療改革に与える影響を知るためオーストラリアを、民間精神病院主体の精神医療システムで脱施設化を行う可能性を調査するた

めベルギーを訪問した。上記を踏まえて諸外国の脱施設化とコミュニティーケアの技法を我が国に適応することの利点と問題点について明らかにする。

B. 研究方法

まずはインターネットを利用し、基本的なデータ、文献を収集した。印刷されている各国の精神医療に関する書物についても入手した。また各国の大学、保健関係の省庁、研究機関と連絡をとり資料を収集した。補足的に個人的な関係を利用して情報を収集した。

実地調査は以下の地域について行った。

分担研究者 佐々木 一

平成 19 年度 カナダ (トロント)、フィンランド (ヘルシンキ・タンペレ)、ドイツ (ミュンヘン・ローゼンハイム)

平成 20 年度 ルクセンブルク、スイス

平成 21 年度 ベルギー (ブリュッセル、リエージュ、アントワープ)、オーストラリア (シドニー・メルボルン)

研究協力者 佐竹 直子

平成 19 年度 カナダ (バンクーバー)、オーストラリア (メルボルン)

平成 20 年度 イタリア (トリエステ)、イギリス (バーミンガム)、シンガポール、スイス (チューリッヒ)、ドイツ (コンスタンツ)

平成 21 年度 オランダ (フローニンゲン・ヘルモンド)、マレーシア (クアラルンプール・イポー)

研究協力者

中里 道子 (平成 19 年度) UK イングランド

研究協力者である浅羽敬之、昆啓之はスウ

エーデン、フランスについて個人的に得た情報により平成 19 年度に報告した。研究協力者窪田彰は平成 20 年度に精神科診療所についての報告を行った。

それらの情報に基づき、日本の精神医療改革について考察した。

C. 研究結果

I. 精神科医療改革とは何か

1. 先進諸国での精神医療改革

20 世紀前半まで欧米諸国では、精神障がい者の多くは巨大な精神科病院に収容され、低レベルの医療と人権を軽視した取り扱いを受けていた。ヨーロッパ大陸の巨大な精神科病院は中世に始まる障がい者の収容施設 Asylum に起源をもつ。これは精神障がい者だけでなく、他の障がい者や浮浪者など社会に適応できない者全てを収容する施設であった。その多くはキリスト教系組織であり文字通りパターナリズムによる支配を受けていた。

なぜ精神科病院は巨大化する必要があったのか？近代的精神医学が誕生する前から、すなわち精神科病院で有る前から、すでに Asylum は巨大化し千人単位の規模で収容を行うようになっていた。その理由は、多くの患者を数少ない専門家で効率的に管理するためには規模が大きい方が効率的であること、市民社会の成立により一般市民の間に障がいのある家族を隠したい欲求が芽生えたこと、収容施設の方が当時は人道的と思われたこと、精神障害の発生率が上昇したこと、収容施設を持つことが社会をコントロールするために権力によって都合が良かったこと、さらに近代社会においては経

経済的な理由、すなわち障がい者を一緒に住まわせると経費がかからなかったことなどが理由とされている1)2)。近代的精神医学の関わる前に巨大な収容施設が完成していた西欧の先進諸国と、近代的精神医学の誕生後に病院が大型化した日本とは歴史の違いは、その後の脱施設化の違いの伏線となる。

薬物療法をはじめとする精神医療の進歩と患者の権利意識の向上は精神医療の提供のあり方を大きく変えた。1950年頃から欧米の先進諸国において数千床もの規模を持つ巨大精神科病院が次々と閉鎖縮小され、小規模な近代的精神科病院、総合病院精神科で必要に応じて良質な入院治療を受けられるようになった。入院施設が単科精神科病院から総合病院精神科へと変わること、プライマリケアで精神医療が供給されるようになる事を含むこともあるが必須ではない。このような一連の変化を脱施設化 (deinstitutionalization) という。脱施設化の概念は20世紀半ばフランスで誕生し、たちまち世界的に広まった1)。

先進諸国では精神科病院から患者は退院し (dehospitalization)、市民が通常生活するコミュニティー (地域) で外来精神科医療、就労支援をはじめとする持続的なアクセス可能なサービスを受け、必要に応じて訪問看護、ACT などアウトリーチのサービスを受けられるようになった。これをコミュニティーケア (community care) という3)4)。

脱施設化は単純なプロセスではない。コミュニティーのあらゆる機関、サービスの有機的なネットワークが不可欠である。ただ単純に病院を閉鎖し、コミュニティーの整

備が行われないといったことは患者を危険にさらすことになる。

WHOの提唱する健全な脱施設化は次の3つのステップからなる5)。

- ① コミュニティーにまず精神医療サービスを構築する。それによって不適切な長期入院を防ぐことができる。
- ② 長期入院患者を、十分な準備の後にコミュニティーのサービスに移していく。
- ③ 施設に頼らない患者を、十分なコミュニティーのサポートシステム (外来・住居・就労・危機介入) で維持できるようにしていく。

先進諸国では改革後、精神科病院は大きく数を減らし、精神障がい者は以前より改善された環境で生活できるようになったといわれている。20世紀の熱狂的な脱施設化の運動の時代は過去のものとなり、今は静かな時代を迎えている。旧来の精神科病院に長期に収容されるよりはコミュニティーでケアを受ける方が良いということが大方の専門家と障がい者の共通の理解となっている1)。

脱施設化により治療の場が変わっただけではない。精神医療の質も大きく変わった。薬物療法などエビデンスに基づく科学的な治療が可能となり、精神科医などの専門職の数の増加と効率的な配置により、医療という名に相応しいサービスが提供されるようになった。医療以外のサービスである就労支援サービス、居住サービス、所得保障や障がい給付などの福祉サービス、医療と福祉の強調が必要な各種リハビリテーションなど精神障がい者へのサービスは旧来の精神医療の枠を超えシームレスに広がりつつある。これらサービスの質、量、範囲の

変化を総称して精神科医療改革と呼ぶ。

2. 精神医療改革の歴史を比較する

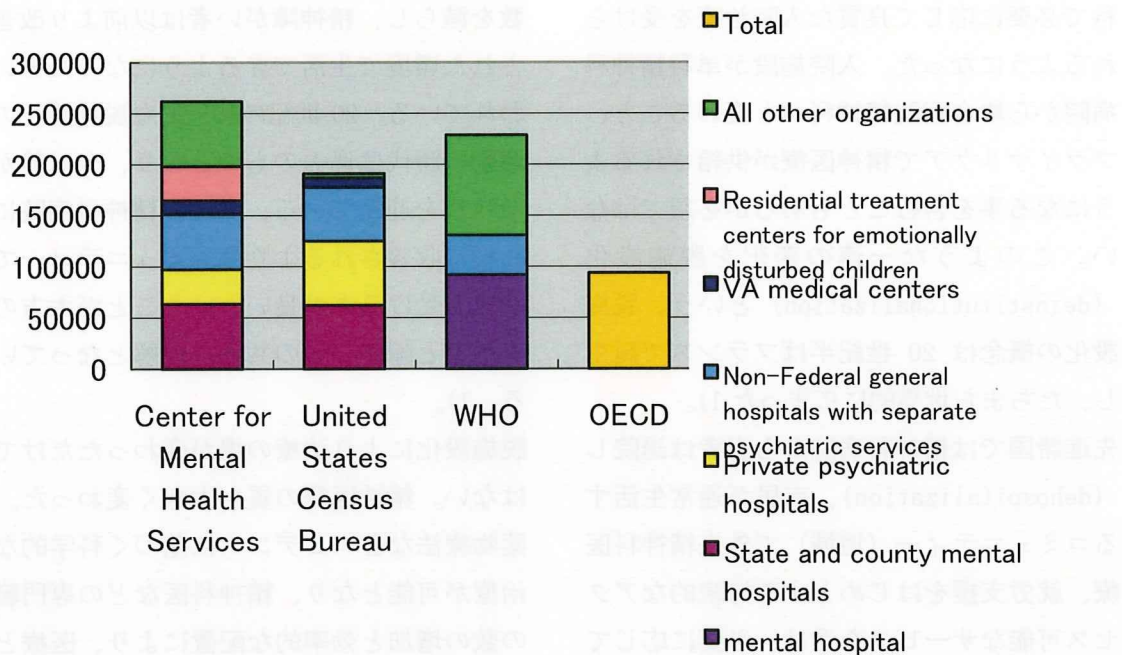
精神医療改革、中でも脱施設化のスピードは先進諸国間に大きな格差がある。ここではなぜ格差が生じたのか、諸外国と日本の歴史を OECD (6) 7) と MHEEN (Mental Health Economics European Network) 1) のデータをもとに比較して考察する。

a. OECD のデータを使用するにあたっての注意

OECD (経済開発協力機構) は医療福祉に関する加盟国の詳細なデータを発表している。精神科病床の国際比較データは日本では病

床が多すぎることを批判する資料としてしばしば提示されている。確かに OECD のデータによれば世界各国で病床が減少する中で、日本と韓国だけが全く病床を削減できていないことが分かる。日本の数値 2.8 は突出して高く、脱施設化が進んでいないことを示している。

しかし OECD の統計には、数多くの欠点がある。例えば多くの国で司法精神病床、アルコール病床をカウントしていない、英国・スウェーデンなどでは民間病院を含まない、オーストラリアなど多くの国で総合病院を含んでいないといった問題がある。



上に示すのは 1997 年のアメリカ合衆国の精神科病床数のデータである。4 種類の異なる数字がある (6) 8) 9) 10)。どこまで精神科病床に含めるかの解釈の違いが数値の差の理由だが、最も少ない病床数を示す OECD のデータは、総合病院精神科や退役軍

人病院 (VA Hospital) を含まない (6) といった点で最も実態からかけ離れている。精神科医療の提供の実態には諸国間で大きな隔たりがあり、病床数を比較することは実は大変困難な作業である。ちなみに OECD の 2008 年版には、条件が異なるため国際比

較には安易に使用しないようにという注意書きがある。

もう一つの問題としてデータの不連続性がある。2002年版（データは2000年）をもってOECDは一旦精神科病床数のデータ提供を打ち切った。2008年版（データは2006年）からデータ集計は復活したが、以前の統計とは精神病床の定義が異なるため、全く連続性のないデータとなっている。またフィンランドなど多くの主要国のデータも欠損している。従ってOECDのデータを利用して各国の病床数の絶対値を比較することは科学的ではない。また2008年版の使用も信頼性の問題がある。

b. OECDのデータを用いて脱施設化をグループ化する

しかしながら病床数の相対的変化を視ることにより脱施設化の進行パターンを読み取る目的であれば、データの連続性の保たれていた2002年版までのOECDのデータは大変有用である。

2002年版のデータより、病床数の最多時と削減後の変化（削減率）から先進諸国は次のようにグループ化できる。グループ間にはオーバーラップが少なく、きれいにグループ分けできる。各々のグループには国情、政治、精神医学史から見て特徴があることが分かる。

1 グループ

病床減少率の高い国（2000年までに削減率65%以上）

1A グループ

最も早く、60年代に病床を削減した国

イタリア	90.9%
アメリカ合衆国	92.5%
オーストラリア	93.5%

1B グループ

70-80年代に病床を削減した国

フィンランド	76.7%
スウェーデン	85.7%
イギリス (UK)	68.8%
アイルランド	70.0%
ルクセンブルグ	76.2%

2 グループ

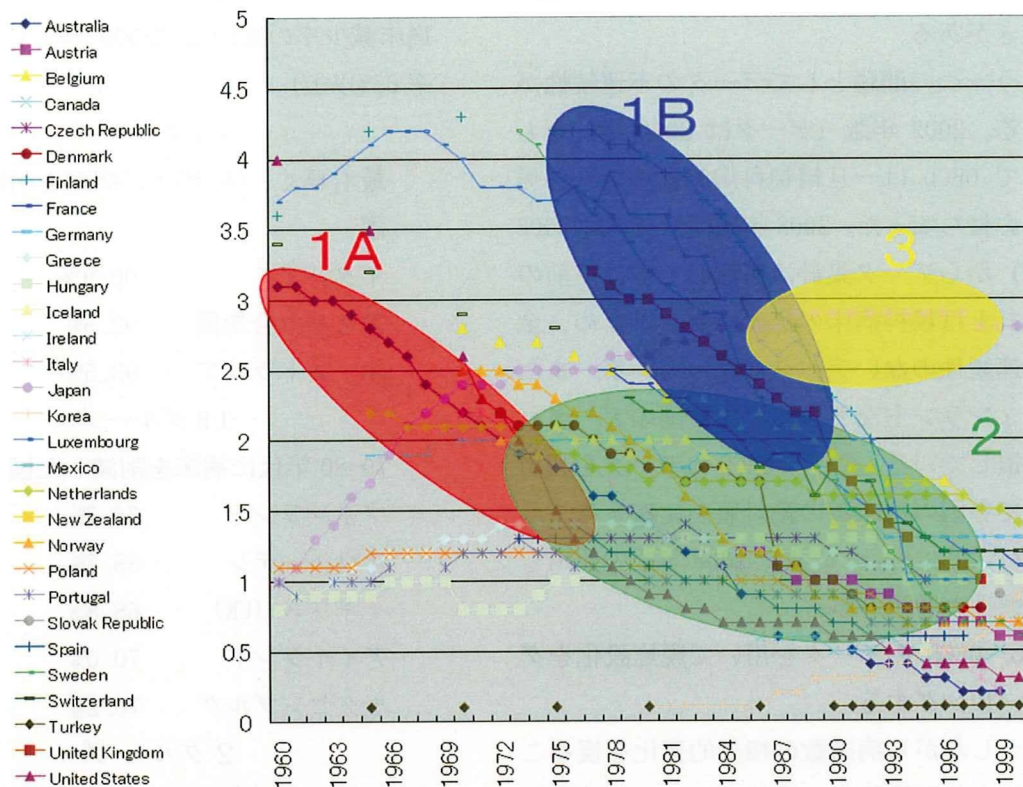
病床減少率の低い国（2000年までに40%以下）

カナダ	33.3%
ドイツ	38.1%
ギリシャ	35.7%
アイスランド	33.3%
オランダ	36.4%

3 グループ

病床を削減していない国

- 日本
- 韓国



OECDの人口千人当たりの精神科病床数のグラフ上に各グループを図示してみる。病床数は絶対値、グループは削減率という相対値であり、そもそもきれいに重なることは期待できないのだが、それでも凡その傾向を読み取ることが可能である。

1A グループ

反精神病院運動が盛んで、活動家が政治的主導権を取った国々である。最も有名なのはイタリアである。トリエステで公立精神科病院の完全閉鎖（Law180）を指揮した精神科医バザーリアは、アクティブな左翼の運動家でもあった 11)。精神医療の改革に際し「体制社会での精神病院は政治的抑圧の手段として機能するゆえに、ナチスの強制収容所と文字とおり同一である。収容所からスケープゴートを解放する道は真の革命以外に存在しない」と宣言している

12)。

アメリカは1963年ケネディ大統領の「精神疾患及び精神遅滞に関する大統領特別教書」から本格的な脱施設化は始まった。反戦運動で勢いを得た急進左派の学生運動、市民運動が脱施設化の後押しをした。大学生たちはコミュニティーケアの施設に泊まり込み、退院したばかりの慢性精神病患者のケアを献身的に行った 13)。アメリカでは精神障がい者のケアに対する国民の意識は60-70年代に最高潮に達したが、その後は下降線をたどった。更なる改革のためには再び人々の精神医療の関心が高まる必要があるが、今のところその気配はなく静まり返っている 4)。

オーストラリアは人権運動と consumerism（消費者主義より当事者主義と訳すべきだろう）が脱施設化の原動力になった 14)。

マスコミを使ったキャンペーン、政治家への直接行動を経て当時の保守党政権を動かして、州立病院縮小へと政策転換させた。

1B グループ

北および西ヨーロッパに多い。国家による精神医療に対する統制の強い国々である。

1A グループの改革はヨーロッパ全体に影響を与え、1B グループでの改革が始まった。1B グループは税方式による医療制度 NHS を採用している国が多く、政府の直接命令で病床削減・病院閉鎖が可能であり、粛々と脱施設化は進んだ。

1A・1B グループに共通した特徴として、19世紀からの公的病院での収容の歴史がある。これらの国々では豊かな人々は環境の整備された民間精神科病院で医療を受ける一方、貧しい人々は公的な巨大な収容目的の超満員の病院で悲惨な状況におかれていた(15)。収容された人々の怒り、精神疾患のスティグマ、精神医療の忌避はこれらのグループにおいてことに強く、精神医療改革のエネルギーが生まれた。

2 グループ

中部ヨーロッパに多い。大学中心の病院精神医学の古い伝統を持つ国々である。精神医学の先進国であったという強い自負、病院精神医療への強い愛着と誇りがあり、脱施設化は遅く、病床削減は「ほどほど」であった。改革の時期も遅い。ドイツでは1975

年(16)、フィンランドでは1984年(17)、ルクセンブルクでは1993年(18)(19)からである。質の良し悪しは別として国民に提供される精神医療の質はほぼ均一で、1A・1Bのような社会階層による差は無いが、有っても一部にとどまる国が多い。

ドイツ及びドイツに支配された地域には特殊な歴史的事情がある。精神科病院での収容の劣悪な状況に対する人道主義的批判が、世界各国での精神医療改革のきっかけになったが、同地域では第二次世界大戦中にナチスによる精神障がい者の強制収容所での大虐殺があり、精神科医療改革前に精神科病院の慢性期患者が激減していたのである(16)。ドイツの人々の怒りはナチズムへと向かい、その一方で脱施設化のモチベーションは高まらなかった。

3 グループ

日本と韓国が属する。精神科病床は削減できず、収容的な医療と乏しいコミュニティの資源が特徴的である。

4 グループ

90年代にはベルリンの壁の崩壊とソビエト連邦の解体をきっかけとして、東欧諸国で精神医療改革が始まった。OECDに属さない旧共産圏であるため「いわゆる先進諸国」には含まれないが、精神医療の比較的整備されたこれらの国々を4グループとする。