

しかし、処方量を CP 換算量で調べた結果、退院時より退院 3 年後および調査時(退院後 7-10 年後)のいずれも処方量が増加していた。その増加傾向は GH より AP-S で顕著であった。この結果は、操作的退院が保護的環境の病棟から対人的にも空間的にも「ゆとり」や「緩衝」が限られ環境に患者を置くことになり、症状の増悪を招いていたことを示唆した。この結果は、退院後の支援体制が整っていても避けることが出来ない臨床上の不利益があることを示している。

国は「条件を整えば」退院促進可能としているが、条件がいかにか整っていても避けられない不利益な側目を内包している可能性があることを忘れてはならない。

グループホームの経営実態は、障害者自立支援法の施行後は入居者の障害区分や日々の入居者数の変動によって経営が不安定であることが判明した。これは、グループホームやケアホームの経営が安定するには日々の利用者数で変動が大きい支援費給付の仕組みの改善が必要であることを示唆している。

国は居住系サービスにグループホーム、ケアホームの整備に加え公営住宅の利用を挙げている。

公営住宅の利用は、配食サービスの導入や精神科医療の経験のある世話人やヘルパーの導入などと組み合わせたものでなければならないであろう。公営住宅を利用には家賃や光熱費や食費乃至配食サービスの費用が発生する。有限会社 SF のアパート経営は、障害者年金給付額(2 級相当を想定)の患者の生活を考慮して、光熱費、朝夕賄費を含んだ家賃を 5 万円前後に設定して、赤

字体質になっていた。公営住宅の利用で発生する家賃や光熱費や食費などの基礎的経費の自己負担に上限を定め、超過部分に公費を当てるなどの対策が必要に思われる。

E. 結論

当院が平成 10 年から 3 年間で 88 床削減の為に操作的退院を行った。3 年間の研究の結果、操作的退院は「地域精神医療」を作り上げることだったことが明らかになった。この結果は、国が進めている長期入院患者の退院促進も地域精神医療の展開なしには実現できないことを示唆した結果といえよう。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

「操作的退院患者の 7~10 年経過」
小宮山徳太郎、南風原泰、篠田守
第 37 回日本精神科病院協会精神医学会
一般口演 S-21
平成 21 年 11 月 21 日 高松市、香川県

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表 (2007-2009)

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松原三郎	わが国の精神科医療とその課題	松原三郎	専門医のための精神科リュミエール 4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰	中山書店	東京	2008	2-17
伊豫雅臣	精神科プライマリ・ケアの必要性と役割	伊豫雅臣	専門医のための精神科臨床リュミエール 7. 精神科プライマリ・ケア	中山書店	東京	2008	2-12
渡邊博幸 伊豫雅臣	統合失調症患者が見た治療や治療中断後、入院してきた場合にリスペリドンで治療開始するかオランザピンにするか迷いますが、この使い分けを教えてください	藤井康男	統合失調症の薬物療法 100 の Q&A	星和書店	東京	2008	10-13
松原三郎	精神保健福祉法―法に基づいた入院手続きと処遇	山内俊雄	精神科専門医のためのプラクティカル精神医学	中山書店	東京	2009	622-633
松原三郎	精神科医療と国民経済	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書	中央法規	東京	2009	134

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Zhang L, Shirayama Y, Iyo M, Hashimoto K.	Minocycline attenuates hyperlocomotion and prepulse inhibition deficits in mice after administration of the NMDA receptor antagonist dizocilpine.	Neuropsychopharmacology.	32 (9)	2004-2010	2007
Shimizu E, Imai M, Fujisaki M, Shinoda N, Handa S, Watanabe H, Nakazato M, Hashimoto K, Iyo M.	Maintenance electroconvulsive therapy (ECT) for treatment-resistant disorganized schizophrenia.	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry	31(2)	571-573	2007
Shimizu E, Hashimoto K, Ochi S, Fukami G, Fujisaki M, Koike K, Okamura N, Ohgake S, Koizumi H, Matsuzawa D, Zhang L, Watanabe H, Nakazato M, Shinoda N, Komatsu N, Morita F, Iyo M.	Posterior cingulate gyrus metabolic changes in chronic schizophrenia with generalized cognitive deficits.	J Psychiatr Res.	41(1-2)	49-56	2007
伊豫雅臣	【統合失調症の認知機能障害】 病態と治療	臨床精神薬理	10 巻 7 号	1147-1152	2007
伊豫雅臣	自立生活を支える統合失調症薬物治療 服薬アドヒアランスに関する「千葉県精神科臨床医による、統合失調症の薬物療法コンセンサス」からの考察.	臨床精神薬理	10 巻 7 号	1327-1339	2007

英一也, 足立千啓, 小川ひかる, 河西孝枝, 小林園子, 佐藤文昭, 田中幸子, 津田祥子, 野々上武司, 原子英樹, 松島崇明, 梁田英麿, 山下真有美, 佐竹直子, 伊藤順一郎	ACTにおける多職種の協働－臨床現場でチームアプローチした事例を中心に－	精神科臨床サービス	7	508-514	2007
松原三郎	障害程度区分の問題点と今後のあり方	日精協誌	26(4)	339-345	2007
松原三郎	今後の慢性期精神科医療のあり方について－精神科病院の立場から－	精神保健政策研究	16	64-71	2007
荒川志保, 伊豫雅臣	【いまremissionを考える 統合失調症治療の新たなゴール】 Remissionの基準 その妥当性と展望	Schizophrenia Frontiers	8(4)	274-277	2008.1
Matsuzawa D, et al.	Negative Correlation between Brain Glutathione Level and Negative Symptoms in Schizophrenia: A 3T 1H-MRS Study	PLoS ONE	3(4)	e1944	2008. 4
松原三郎	病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方	日精協誌	27(5)	390-395	2008.5
Iyo M, et al.	Fluvoxamine as a sigma-1 receptor agonist improved cognitive impairments in a patient with schizophrenia	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry	32(4)	1072-1073	2008. 5
松原三郎	医療観察法の地域サポートと ACT	臨床精神医学	37(8)	1029-1036	2008.8
伊豫雅臣, 渡邊衡一郎	服薬アドヒアランスによる統合失調症再発予防	臨床精神薬理	(11)8	1607-1615	2008.8
松原三郎	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	日精協誌	27(11)	967-979	2008.11

岩崎弥生, 小宮浩美, 石川かおり, 東本裕美, 野崎章子, 山田洋	精神科入院患者の退院促進を指向した看護援助に関する調査	日本精神衛生学会第24回大会抄録集		26-27	2008
松原三郎	中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方	日精協誌	28(4)	253-254	2009
松原三郎	精神科救急病棟が持つべき機能について	医療福祉建築	165	6-7	2009
畠 稔	急性期統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因—退院準備度評価尺度(DRI)を用いた評価—	第40回日本看護学会論文集(精神看護)		113-115	2009
小宮浩美, 岩崎弥生, 東本裕美, 山田洋, 石川かおり	精神障害者の退院支援における看護援助(その1) —事例調査を用いた援助の効果の検討.	第29回日本看護科学学会学術集会講演集		503	2009
岩崎弥生, 小宮浩美, 東本裕美, 山田洋, 石川かおり	精神障害者の退院支援における看護援助(その2) —質問紙調査による退院援助の実施状況の把握	第29回日本看護科学学会学術集会講演集		503	2009
岩崎弥生, 小宮浩美, 石川かおり, 東本裕美, 野崎章子, 山田洋	精神科入院患者の退院促進を指向した看護援助に関する調査	日本精神衛生学会誌こころの健康	24(1)	76-77	2009
Iwasaki, Y., Komiya, H., Higashimoto, H., & Ishikawa, K.	Strength-based discharge nursing for people with mental illness: A questionnaire survey.	Shanghai International Nursing Conference		184	2009
Komiya, H., Iwasaki, Y., Higashimoto, H., & Ishikawa, K.	Effects of strength-based discharge nursing support for long-stay patients with mental illnesses.	International Nursing Conference		362	2009
佐竹直子, 伊藤順一郎	ACTによる措置入院患者への支援	精神科治療学	24	1117-1122	2009

伊豫雅臣、椎名明大、松原三郎、川田和人、吉川明弘、三邊義雄、畠稔、福島秀行、岩崎弥生、小宮浩美、小宮山徳太郎、南風原泰、篠田守、佐々木一、羽間京子	退院促進に関する精神医療の質的実態把握と最適化	精神神経学雑誌	111(9)	1165-1170	2009
伊豫雅臣、浅野誠、早川達郎、石毛稔	精神科救急における患者像およびその治療技法薬物療法を中心に.	臨床精神薬理	12(4)	791-802	2009.4
Kanahara N, et al.	Does hypofrontality expand to global brain area in progression of schizophrenia?: A cross-sectional study between first-episode and chronic schizophrenia	Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry	33(3)	410-415	2009.4
佐竹直子、羽間京子	退院支援及び地域生活支援の必要度及び満足度について - ACT-J における調査より -	日本精神障害者リハビリテーション学会 第 17 回福島大会抄録集		197	2009

研究成果の刊行物・別刷

わが国の精神科医療とその課題

わが国には 35.3 万床の精神科病床があり、32.4 万人 (25.4 人/人口 1 万人) の入院患者がある (2005 <平成 17> 年 6 月 30 日厚生労働省調査)。また、平均在院日数も 363 日 (2003 <平成 15> 年調査) で、諸外国と比較して著しく多く、かつ長期入院に及んでいる。精神障害者が地域で生活することが原則とされている諸外国の現況をみると、わが国の精神科医療には変革が必要と思われる。しかし、このような状況を生んできた経緯を十分に認識しながら施策を進める必要がある。

戦後の精神科医療の歴史

精神衛生法からの出発

1950 (昭和 25) 年に精神衛生法が施行され、わが国の精神保健福祉行政の基本的な枠組みが規定された。その第 1 条 (目的) では、「精神障害者等の医療及び保護を行ない、且つ、その発生の予防に努めることによつて……」と記載されたが、地域における保健所の役割や社会復帰施設等に関する具体的な記載は認められなかった。また、措置入院*¹ では「医療及び保護のために入院させなければ自身を傷つけ又は他人に害を及ぼす恐れ……」(第 29 条)、さらに同意入院*² では「医療及び保護のために入院の必要があると認める場合において保護義務者の同意があるとき……」(第 33 条) と、「医療と保護」という概念が記載されている。医療だけでなく「保護」という概念が付加されたことは、入院当初の同意や行動制限等には必要な要件ではあるが、次第に慢性・長期間の保護としての意味合いが重視されるようになり、結果として、精神衛生法そのものが、精神科病院に、初期の医療だけでなく、慢性の精神障害者等の長期保護の役割を担わせる方向を生んでしまった。

精神科病床の増設

精神衛生法施行当時では、全国精神科病床数は 3 万床にすぎなかった。1953 (昭和 28) 年には、WHO 顧問の Lemkau らが日本を訪れ、精神科病床を 10 万床とすることを勧告した。1954 (昭和 29) 年の全国精神障害者実態調査では、全国には約 130 万人の精神障害者がおり、このうち約 35

* 1 措置入院

精神衛生法第 29 条に規定された強制入院制度。精神保健指定医 2 名が自傷他害の恐れがあると認めた場合に、知事の命令により強制的な入院が行われる。

* 2 同意入院

精神衛生法第 33 条に規定された入院形式。精神障害のために入院の必要があると診断した者について、保護義務者の同意を得て入院させることができる。

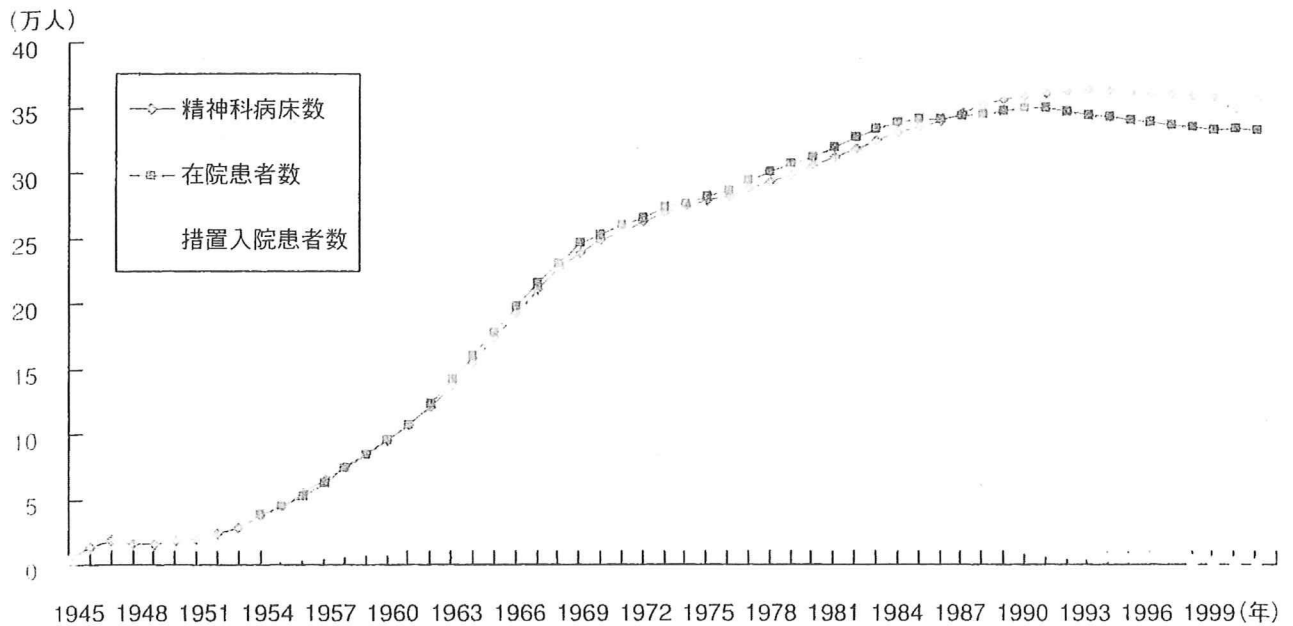


図1 戦後のわが国の精神科病床数・入院患者数の推移

万人について当時の判定では入院が必要とされた。この結果をもとに精神科病床の増設を促すために、精神科医療施設建築に関する1/2国庫補助制度が設けられた。さらに1958(昭和33)年には、精神科病院増設に伴って職員の不足が深刻化したために、人員の基準として「医師の配置数は患者48人に対して1名、看護婦等の配置数については6人に対して1名」とする、いわゆる「精神科特例」が厚生事務次官通知として出された。この「精神科特例」は現在も受け継がれているが、これを廃止するためには、急性期部分と長期慢性入院患者の人員基準を見直すなど、精神科病院における病棟の機能分化を促進する必要がある。

精神科病院と精神科病床数は急速に増加したが、1963(昭和38)年の全国精神障害者実態調査では、全国では124万人の精神障害者がおり、このうち28万人について入院が必要とされた。1967(昭和42)年には、WHO顧問であったClarkが来日して、翌年に「精神科病床は25床/1万人が適切」「精神科病院のリハビリテーションの充実」「外来におけるアフターケアの充実」などについて勧告を行った^{*3}。

このように昭和20～30年代には、精神科病床の増設は、国の施策として積極的に行われたものであった(図1)。

法改正の歴史と社会参加の促進

1964(昭和39)年には、ライシャワー駐日アメリカ大使刺傷事件^{*4}が発生して、翌年、精神衛生法が改正された。その内容では、「保健所における訪問・相談事業の強化」「精神衛生センターの設立」「通院医療費公費負担制度の新設」「緊急措置入院制度を含む措置入院制度の充実」などで、

*3 クラーク報告

WHO顧問として1967年11月に来日したClark DH(イギリス・フルボーン病院院長(当時))が、3か月間日本に滞在して、日本における精神衛生のあり方をWHOに報告したもの。精神衛生部局の重視、専門家の採用、適切な精神科病床数は人口1万対25床などの報告がある。

*4 ライシャワー事件

駐日アメリカ大使であったライシャワー氏が19歳の精神障害者の男性に刺された事件。これをきっかけに精神衛生法の改正が行われた。

* 5 宇都宮病院事件

栃木県宇都宮市の報徳会宇都宮病院で、職員等による入院患者への虐待・暴行により2名が死亡した事件。この事件は国連人権委員会でも取り上げられ、精神衛生法の改正につながった。

地域精神科医療について、第一歩がようやく踏み出された。

1983（昭和58）年に宇都宮病院事件*⁵が発生し、1987（昭和62）年になって、精神保健法が公布された。この内容では、入院患者の人権の確保が中心課題ではあるが、同時に、精神障害者社会復帰施策としては、精神障害者生活訓練施設や精神障害者授産施設などに関する規定が設けられた。

1993（平成5）年には、障害者基本法が制定されて、精神障害者が初めて障害者として位置づけられた。また、同年には精神保健法の一部が改正され、このなかで「国、地方公共団体、医療施設の設置者又は社会適応訓練事業を行なう者は、精神障害者の社会復帰の促進への努力」（第4条）が明確化された。また、同時にグループホーム（精神障害者地域生活援助事業）が法定化された。

1995（平成7）年には、精神保健法は精神保健福祉法（正式名称は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」）へと改正されたが、このなかでは、法の目的として「自立と社会参加の促進と自立及び社会参加への援助」が加えられている。さらに、「精神障害者保健福祉手帳」が始まり、「生活訓練施設（援護寮）、授産施設、福祉工場、福祉ホーム」の4施設が明記され、社会適応訓練事業が法定化された。

1998（平成10）年からは精神保健福祉士が国家資格として活動が開始され、1999（平成11）年には精神保健福祉法の一部が改正され、在宅福祉事業として「精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプ）」「精神障害者短期入所事業（ショートステイ）」が加えられた。

1996（平成8）年度から2002（平成14）年度までの7年間にわたって「障害者プラン」が社会復帰施設やグループホームなどの整備を数値目標で示しながら、全国的に展開された。さらに、2003（平成15）年度から2007（平成19）年度までの5か年については、「新障害者プラン」が策定されたが、このなかでは「ノーマライゼーションと社会参加の向上」「社会のバリアフリー化の推進」「地域基盤の整備」などが重点施策とされ、精神障害者施策では、在宅サービス（地域生活支援センター、ホームヘルプサービス、ショートステイ）、施設サービス（生活訓練施設、通所授産施設、グループホーム、福祉ホーム）の整備等が重点的に図られた。

精神保健医療福祉の改革ビジョン

2002（平成14）年12月に社会保障審議会障害者部会精神障害分会が報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」を示したが、このなかには、「ケアマネジメント手法を活用」し、「総合的計画的なサービスを提供」し、「『受け入れ条件が整えば退院可能』な7万2千人の退院・社会復帰を目指す」と記載されている。この報告書を受けて、厚生労働大臣を本部長とす

る「精神保健福祉対策本部」が発足し、2003（平成15）年5月には中間報告として「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を発表したが、「精神障害に関する普及啓発」「7万2千人の早期退院，社会復帰の実現」「精神科病床の機能分化と入院医療の質の向上」「地域生活や活動の支援」などが指摘されている。

2004（平成16）年になり、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」*6が発表されたが、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針のもとで、「立ち後れた精神保健福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」「受け入れ条件を整えば退院可能な者（約7万人）については、精神科病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等…（中略）…進めることにより、併せて10年後の解消を図る」とされている。具体的には、①国民意識の変革として、精神疾患を正しく理解し、誰でもかかりうる病気であるという認知度を90%以上とする、心のバリアフリーの推進、②各都道府県の1年未満平均残存率を24%以下、1年以上群の退院率を29%以上とする、③国・都道府県・市町村における計画的な取り組みとして、地域実態を正確に把握し、地域専門家・当事者と意見交換しつつ計画的な取り組みを進める、目標達成を反映した基準病床の算定やニーズに基づく社会復帰施設の整備、④精神医療体制では、早期退院を促進するために精神科病床の機能分化の促進、精神科救急の整備、などがあげられている。さらに、この改革ビジョンを推進するために、同年10月には「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）」*7が示され、障害種別を超えた共通の障害福祉サービス体系の必要性が強調された。

* 6

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>

* 7

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html>

障害者自立支援法の出現

障害者自立支援法は2006（平成18）年10月から、その一部が施行された。この法律の特徴は以下のようにまとめることができる。

- ①身体・知的・精神の3障害が同一のサービス体系のもとで処遇される。
- ②財政的に存続可能な仕組みとして、利用者負担制度（応益負担）を導入。
- ③サービス体系自体を、夜間（居宅サービス）と日中（訓練、介護、就労）とに大別。
- ④報酬単価の明確化、すなわち、サービス提供の人数、障害の程度、日数による換算など。
- ⑤障害程度区分審査制度の導入。
- ⑥退院から社会復帰については、これまでの精神障害者社会復帰施設とは大きく様相を異にしている（図2）。

この制度の導入には、社会保障にかかわる財源改革の意向が色濃く反映されているが、当初には、地域における精神保健福祉サービスが貧困な状

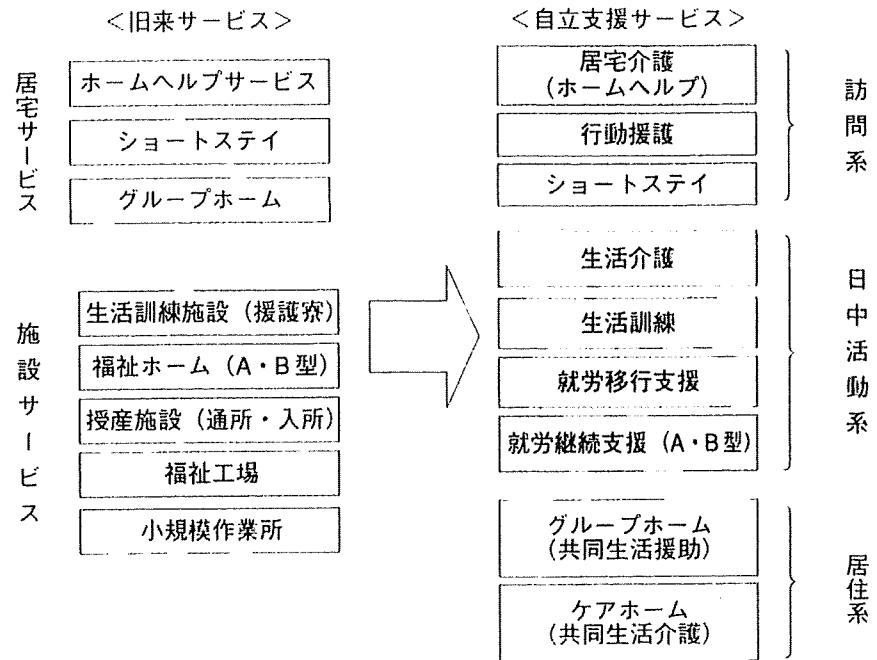


図2 旧来サービスから障害者自立支援サービスへの転換（精神障害関連）

態にあることから、3障害を統合したサービス体系によって精神科関連についても地域サービスが利用しうるものとして期待された。事実、地域福祉サービスが少ないために、「支援費制度」*8の導入も精神障害者では見送られてきた。ところが、実際に導入されるとさまざまな面で地域福祉サービスとしては不十分と思われる点が指摘されるようになった。

- ① 同居家族収入と連動した利用者負担の増大（後に利用者個人の収入を基本とした算定方法に変更された）。
- ② グループホームやケアホームでは、夜間の居住提供だけでは収支バランスはとれず、日中活動との合算によって採算が合う。
- ③ 多機能型事業を導入しても、6人程度の小規模では採算をとることが困難である。
- ④ 精神障害者では、就労を目標としたサービス体系では、他の障害と比較して就労へ拡大することが困難である。
- ⑤ 障害程度区分では、精神障害者は著しく低く評価されており、他の障害とは異なった判定基準が求められる。

以上のように、これまでの社会復帰施設を中心とする施策からは大きくかけ離れたサービス体系に戸惑いもあるが、それ以上に、3障害を同一の枠組みで行うことには種々の問題があるといえよう。特に、長期に入院を余儀なくされている、中等度以上に障害がある人たちを、新たな障害者自立支援サービスを利用して病棟から送り出すことには問題が残る。新たに提案された「退院支援施設」*9や「地域移行型ホーム」*10も人員基準が低いために、地域への移行という機能を十分に果たしうるかは疑問が残ると

*8 支援費制度

2003（平成15）年に、身体障害者、知的障害者を対象として施行された制度。事業者との契約に基づき、利用者の必要に応じた適切なサービスに対し、市町村から支援費の支給を受けられる。

*9 退院支援施設

障害者自立支援法で規定された。既存の病床転換として利用できる（20～60床）。通常的生活訓練や就労移行支援に、退院支援施設加算が加えられる。

*10 地域移行型ホーム

病院敷地内の既存の建物を利用して定員20人以下（原則個室）として、原則2年間にわたって共同生活援助・介護を行う。2分の1の病床転換が求められる。

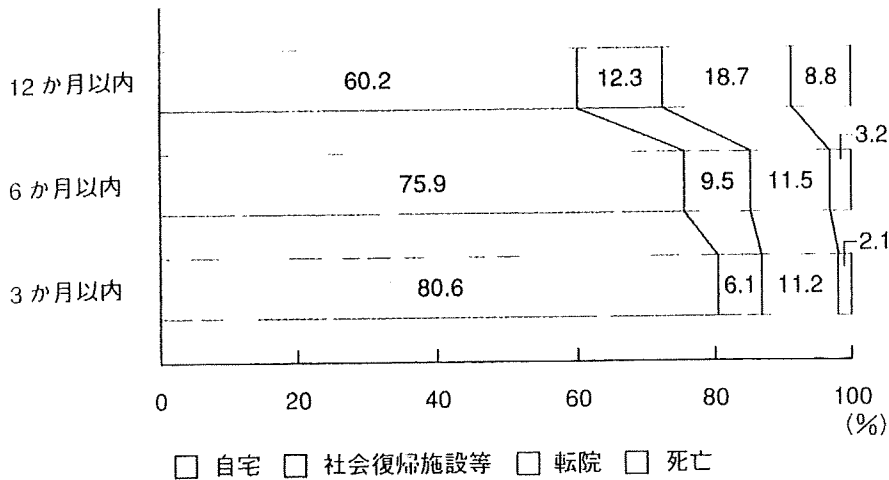


図3 入院後1年以内に退院する患者の退院先

ころである。

わが国の精神科病院入院者の状況

2005（平成17）年6月30日調査の結果をみると、わが国には35.3万床の精神科病床があり、32.4万人（25.4人/人口1万人、病床利用率91.8%）が入院をしている。疾病別でみると、このうち、認知症等の器質性精神障害者は約6.0万人（18.5%）、統合失調症圏患者は19.6万人（60.5%）である。年齢別では、65歳以上は約14.0万人（43.2%）であるが、器質性精神障害者を除いた26.4万人（20.7人/人口1万人）では、65歳以上は8.4万人（31.8%）である。また、統合失調症圏患者19.6万人では、65歳以上は30.0%である。在院期間をみると、3か月未満16.7%、1年未満31.5%、1年以上は68.5%である。

2006（平成18）年度版『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』¹¹⁾をみると、2003（平成15）年では1年間に34.2万人が新たに入院しているが、1年後の平均残存率は31.1%、1年後の退院率は21.6%、平均在院日数は363.7日である。

他方、精神科病院の年間新入院患者数は徐々に増加し、一方で、早期退院が次第に進み、この結果、病床利用率・平均在院日数も次第に減少の方向にある。しかし、依然として長期在院者数は多く、また、高齢化率も器質性精神障害者を除いても43%（2005年）と高齢化が進んでいることがわかる。

退院患者の状況を2005（平成17）年6月30日調査からみると、2004（平成16）年6月に入院した患者3万1,501人は、3か月以内に58.1%が退院し、6か月以内には81.3%、さらに1年目には85.9%が退院している（残留率14.1%）。退院先をみると（図3）、3か月以内では自宅退院が

80.6%と高いのに比して、6か月ではその割合は75.9%にまで減少して社会復帰施設へ退院する割合が9.5%にまで高まっている。この割合は1年目では自宅退院は60.2%にまで減少しており、長期に残留した人たちの退院先が極端に減少している傾向が認められる。この原因が本人の病状によるのか、それとも、地域における居住・生活支援サービスの不足によるのかについて、検討が必要である。認知症専門病棟に関する調査では、退院先は、40.6%が他院への転院、25.5%が家庭復帰、22.8%が施設、11.2%が死亡であった。

退院が可能と思われる人たちの調査

1991（平成3）年に、日本精神神経学会によって行われた入院患者に関するニーズ調査²⁾では、31.4%が「適切な地域の受け皿があれば退院可能」とされた。1993（平成5）年には日本精神科病院協会（日精協）総合調査が行われ、精神症状では入院患者のうち12.9%が「寛解・院内寛解」とされ、さらに、「軽度」を含めると31.4%とされた。1999（平成11）年に、日本精神神経学会によって再度行われたニーズ調査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%であった。同年行われた厚生労働省入院患者調査では、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされたのは21.6%（7万2,000人）であった。しかし、入院を余儀なくされている人たちが退院可能か否かは、個々の人たちの年齢、疾患、入院期間、精神症状、家庭環境などによって大きく異なるものであり、さらに詳細な調査が必要と思われる。

2003（平成15）年の「精神障害者サービスニーズ調査」⁴⁾では、個々の精神症状、能力障害などを含めて多面的な調査が行われた。同様な調査は、2008（平成20）年2～3月に「精神病床の利用状況調査」でも行われている。後者では、「受け入れ条件が整えば退院可能」と回答されたのは、33.7%にもものぼった（F0*¹¹を除けば33.0%）。しかし、このうち、「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」とされたのは15.4%にすぎず、「状態の改善が見込まれるので、近い将来退院可能」と将来的な可能性を示したのは78.9%にもものぼっている。したがって、現状でそのまま退院可能とされたのはわずか5.2%にすぎない。また、1年以上の入院群では、受け入れ条件が整えば退院可能とされたのは21.2%（F0を除けば19.5%）、そのまま退院可能は3.4%とますます少なくなっている。このように、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた人たちの多くは、将来的な予測に基づいたものであり、実際に退院した人たちのうち、退院前に「退院可能」と判定された人たちは48%にすぎない。

* 11 F0
症状性を含む器質性精神障害（ICD-10）。

表1 「精神症状」判定基準

- 1 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活のなかではほとんど目立たない程度である。
精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、
- 2 院内の保護環境ではリハビリテーション活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくつかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
- 3 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが、逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、躁状態を含む。
- 4 精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動がみられることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、躁状態を含む。
- 5 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

表2 「能力障害」判定基準

- 1 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
- 2 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
- 3 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- 4 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
- 5 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

2 軸評価からみた入院患者の状況

日精協政策委員会では、2002（平成14）年のマスタープラン調査⁵⁾以来、2軸評価（精神症状と能力障害）（表1, 2）を中心に会員病院の入院患者調査を行ってきた。2006（平成18）年には、長期入院者（1年以上日精協会員病院に入院）について検討したところ（図4, 5）、精神症状からみて退院可能（1群+2群）は18.4%であるが、3群（13.5%）の一部を含めて、退院を促進する場合には、障害者支援施設も含めた、高機能な中間施設が必要であると考えられた。また、それだけではなく、ADLの低下や合併症の有無を考えると、現状では7万2,000人（21.6%、長期入院

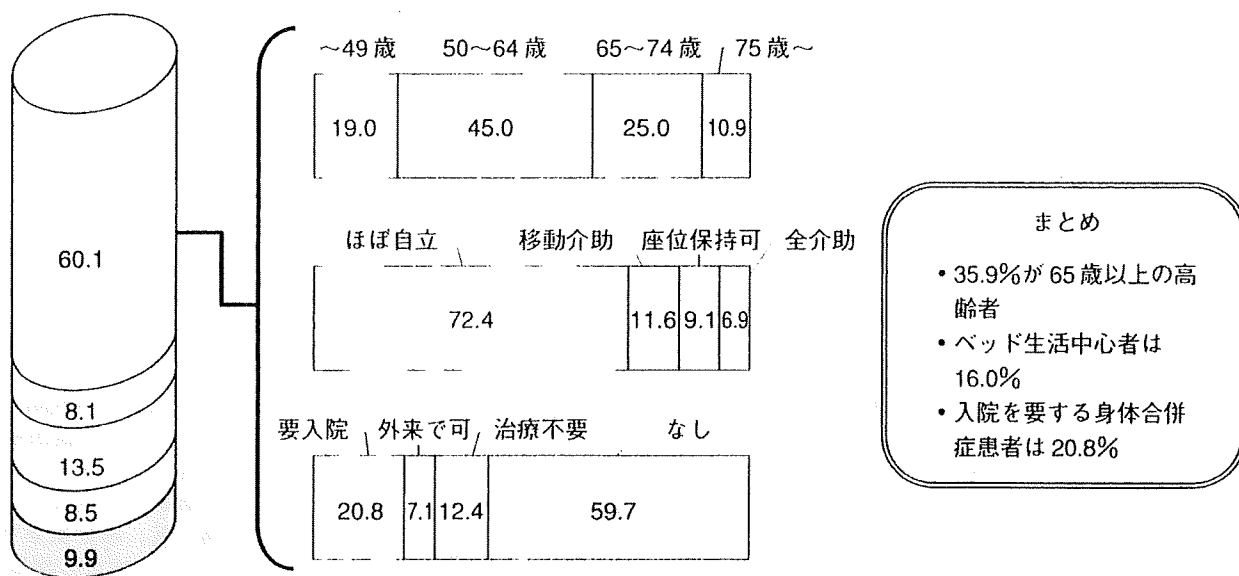
	精神症状 1	精神症状 2	精神症状 3	精神症状 4	精神症状 5	精神症状 6
能力障害 1	1 群 (9.9%)		2 群	5 群 (60.1%)		
能力障害 2						
能力障害 3	2 群 (8.5%)		3 群 (13.5%)			
能力障害 4	4 群 (8.1%)					
能力障害 5						

図 4 2 軸評価別にみた長期入院患者の状態

N=18,608 (F0 を除く).

精神科一般病棟・精神療養病棟に「1 年以上継続して入院する患者」を対象としている。

(日本精神科病院協会政策委員会, 2006 <平成 18> 年 6 月 30 日調査.)



□ 1 群 □ 2 群 □ 3 群 □ 4 群 □ 5 群

図 5 5 群の状態像

精神科一般病棟・精神療養病棟に「1 年以上継続して入院する患者」を対象としている。

(日本精神科病院協会政策委員会, 2006 <平成 18> 年 6 月 30 日調査.)

者では 10.2%) については, 十分な分析と受け皿 (適切な居住施設と生活支援サービス) がなければ実施はきわめて困難であると分析された。入院患者の状況調査については, 2008 (平成 20) 年に筆者らが行った「精神病床の利用状況調査」は, さらに詳細な結果を示すものと考えられる。

入院 1 年以内の治療状況

前述したように 2005 (平成 17) 年 6 月 30 日調査の結果をみると, 全国平均では, 3 か月以内に 58.1% が退院し, 6 か月以内には 81.3%, さらに,

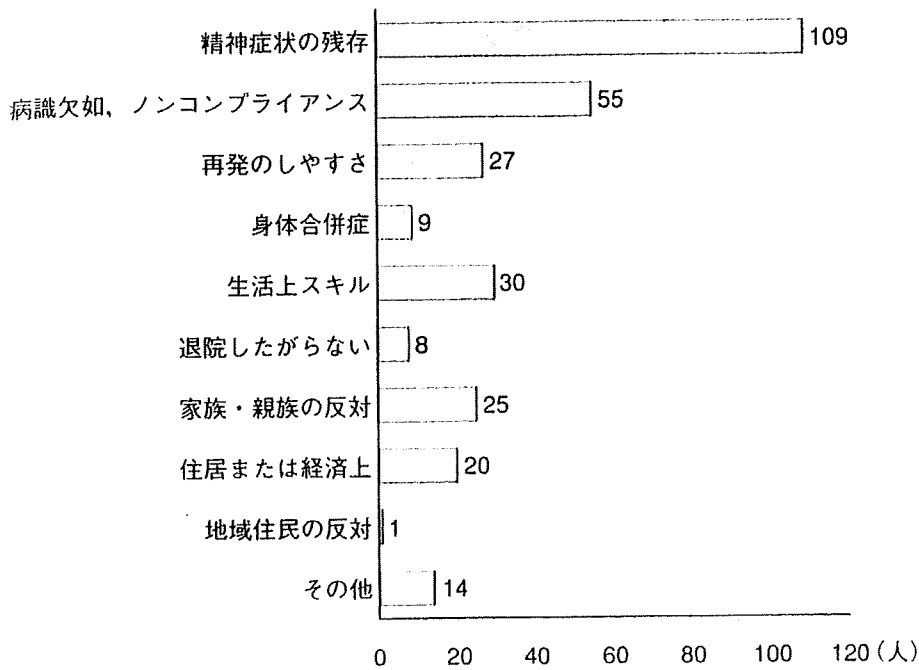


図6 3か月以内の退院を困難にした要因

回答 147 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

1年目には85.9%が退院している(残留率14.1%)。筆者が行った、急性期病棟ならびに救急入院料病棟^{※12}206施設に対する調査結果(2007年)では、3か月以内の退院率は78.6%にものぼり、さらに1年後には96.7%(残留率3.3%)である。3か月を経ても退院できなかった134人についてみると、その82%が1年以内に退院している。全国調査では、3か月時点で残留した入院患者のうち、69.5%が1年以内の退院に成功している。4か月以降についても12%程度の退院率に差異が認められる。

3か月を経ても退院とならなかった要因としては、精神症状が残存していることと、服薬のノンコンプライアンス(病識欠如)が主たるものであるが(図6)、一方、回復期(4か月~12か月)に退院が可能となった要因をみると、「薬物療法の効果」だけでなく、「薬物療法以外(作業療法やSSTなど)」、さらには「PSW等の介入」も効果を示している(図7)。すなわち、多職種が治療等に関与することが大きな効果を示していることがわかる。また、1年を経ても退院とならなかった要因をみると、「精神症状の残存」、「病識の欠如」、「生活上のスキル」などがあげられる(図8)。

他方、1年以内の退院先をみてもわかるように、退院先は「自宅」が最も多いものの、その割合は入院期間が長期になるに従って、急速に減少し、1年半を超えると、その割合は4割以下になってしまう。そのためには、早期に自宅に退院することと、さらに、長期に至った場合には、グループホームを主とする居住施設の存在が重要となることを示している。

救急入院料病棟
精神科急性期治療病棟の基準に加えて、病床の半数以上が個室、70%以上が医療保護入院、医師数が16対1、さらに地域の措置入院患者の4分の1以上を受け入れている等の条件をクリアしている必要がある。

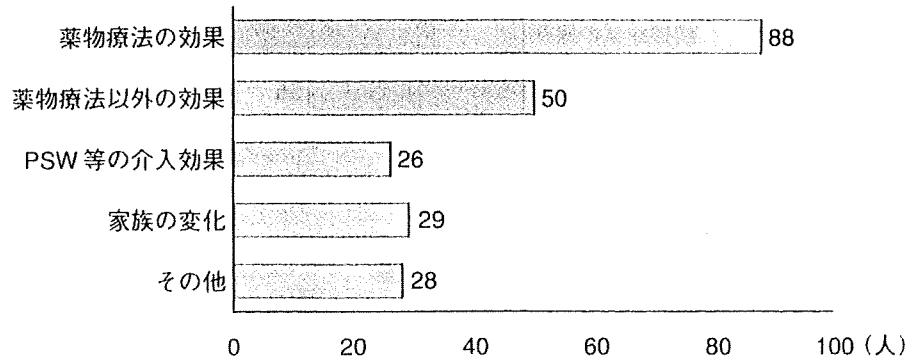


図7 回復期に退院できた要因

回答 147 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

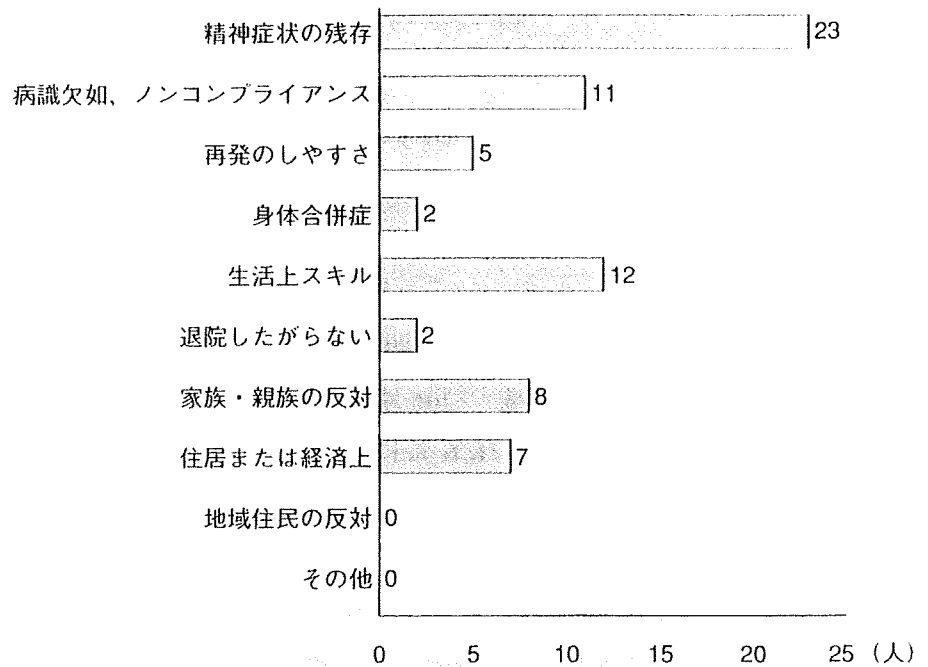


図8 1年経ても退院とならない要因

回答 27 件.

(「精神科回復期における医療実態調査」個人調査)

病床の機能分化

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神病床の機能分化が重視された。その具体的なイメージは伊藤弘人によって示されている(図9)。そのなかでは、「急性期治療群」「社会的入院予備軍(いわゆる New Long Stay^{*13} 予備軍)」「重度療養群」に大別された。

前節で述べたように、急性期(3か月以内)の治療と退院の促進は、入院の長期化を防ぐためには最も効果的である。さらに、4～12か月の間

*13 New Long Stay
1年間の入院を経ても退院できず、長期入院となる可能性の高い入院患者の一群。

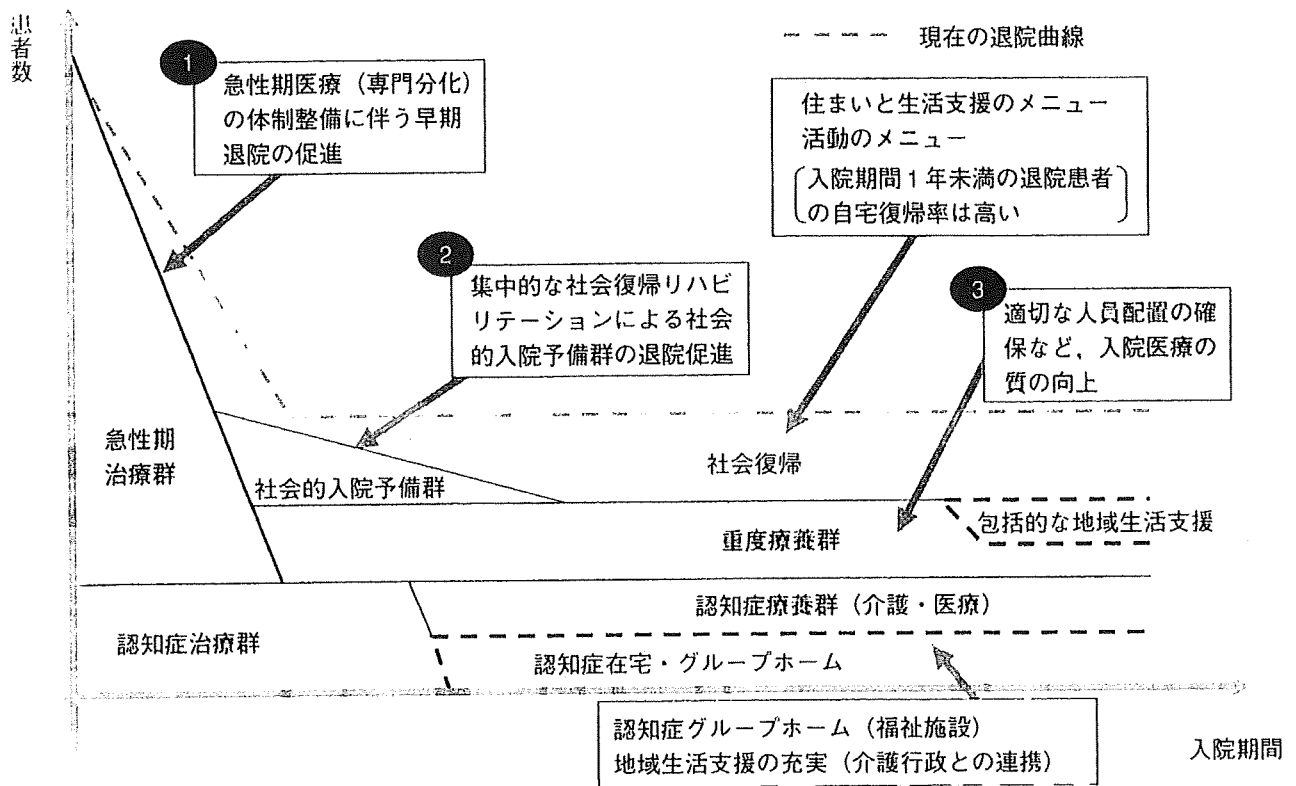


図9 病床の機能分化のイメージ

①②③は、病棟・ユニット単位で分化の促進および評価を進めていく。

(厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」資料、2004、より)

の治療においては、精神症状が治療困難である事例が多い。このために、薬物療法が重要な役割を果たすものと考えられるが、それと同時に「多職種がかかわった治療」がきわめて有用であることが示されている。

わが国では、入院1年後の残留率が14.1%であるが、他方では、急性期と回復期で比較的人員基準が高い環境下で治療を行っている医療機関では、1年後の残留率5%以下を達成している。年間5万人程度が残留していくものを2万人以下に抑えるためには、現状よりもさらに急性期・回復期治療に特化していくことが必要になる。このためには、医師・看護師・PSWなどの人員を急性期・回復期に移動する必要がある、結果として病床の機能分化を促進する必要がある。

他方、1年以上の長期入院者では、日精協の調査結果が示すように、(A)「精神症状が重度で退院が困難な群（長期重症者群，精神症状が4～6）」、(B)「ADL*14、IADL*15が低下し、さらに、慢性合併症をもち、日常生活に介護を要する群（要介助群，能力障害が4～5）」、さらに、(C)「精神症状・能力障害がともに軽度で看護・介護の密度が少なくすむ群（軽症群，精神症状3以下で、なおかつ能力障害が3以下）」の3群に分けることができる。最近の調査結果では、長期入院者を1～6群に分けているが、(A)約18%、(B)38%、(C)44%が予測される。しかし、この数字で

* 14 ADL (activities of daily living)

日常生活動作。食事摂取、移動、排泄など、日常生活を行ううえで必要な基本的動作能力。

* 15 IADL (instrumental activities of daily living)

手段的日常生活動作。掃除をする、電話をかける、金銭を管理する、食事の仕度をするなど、ADLを応用しながら、日常生活の活動を拡げる能力。