

* 電子調査票を利用すると、回答作業に要する時間が短縮し、自動エラーチェックにより提出前にエラーを修正できるため、事後のエラー照会がほとんど不要になる。

図1 電子調査票を利用した場合の630調査の流れ

い、精神科病院が回答する個票のみではあるが実用化し、平成20年度に試運用を行ったうえで平成21年度に本運用を開始した。平成19年度には、電子調査票開発の参考にするため、精神科病院を対象にしたアンケートを行っている²⁾。アンケートでは、複雑なクロス集計のある個票で回答の負担が大きいことが指摘され、また回答の提出前に自動でエラーを確認できる機能の要望があったため、これらの点を重視して改良を進めた。電子調査票の利用により、回答作業に要する時間が短縮し、提出前の自動エラーチェックにより事後にエラーの照会をする必要が生じにくくなるため、回答者の負担を軽減することができる(図1)。

本稿では、630調査の電子化について、現場の方々に広く知っていただくため、電子調査票の概要を紹介する。なお、先述のように電子調査票は、現在のところ精神科病院が回答する個票のみに対応しているため、以下では精神科病院の職員が利用することを前提として述べる。また、平成21年度からは、実態把握にとくに重要な情報を迅速に収集するため、精神科病院のみを対象に通常の

630調査とは別の追加調査(A4判1枚)を実施している。電子調査票はこの追加調査には対応していないので注意されたい。

動作環境と構成

電子調査票は、一般のパーソナルコンピュータ上で使用することができる。精神科病院が業務用に使用しているコンピュータで構わない。電子調査票は1つのフォルダに格納されたファイル群であり、利用者が操作するファイル、閲覧するファイル、利用者が開くことはないが必要なファイルからなる。

利用者が操作するファイルには、作業用のメインシステムとなる個票管理アプリケーションと、作業省力化のための補助システムとなる集計支援アプリケーションの2つがあり、いずれもMicrosoft Excel®形式のファイルである。これらについては後で詳述する。閲覧するファイルには、操作方法の説明やエラーチェックの基準が記載されている。電子調査票は、これらを閲覧しなくても直感的に操作できる仕様になっているが、必要に

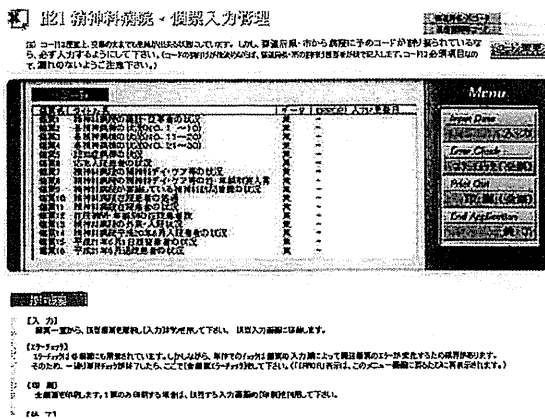


図2 個票管理アプリケーション初期画面 (平成21年度版)

応じて参照することができる。利用者が開くことではないファイルには、個票のテンプレートなどが格納されているほか、利用者が入力したデータが自動的に保存される。

個票管理アプリケーション

個票管理アプリケーションは、平成21年度調査の場合「H21精神科個票管理」という名称で、開くと図2のような初期画面(メニュー)が現れる。上部の「個票一覧」で、たとえば「個票1精神科病院の施設・従事者の状況」を選択し、「入力」ボタンをクリックすると、図3のような入力画面が現れる。利用者は、選択肢をクリックしたり数値を入力したりして回答する。

回答後は、個票ごとに用意された「エラーチェック」ボタンをクリックすると、当該個票内でのエラーが検査され、結果が画面に表示される。入力データは「保存」ボタンで個票ごとに保存する。メニューの「個票一覧」には、入力データの有無、エラーの有無(チェックを行った場合)、および入力/更新日(保存を行った場合)が表示され、個票ごとに最新の状況を知ることができる。作業を中断する場合は、入力データを保存し、メニューの「終了」ボタンをクリックしてアプリケーションを閉じる。

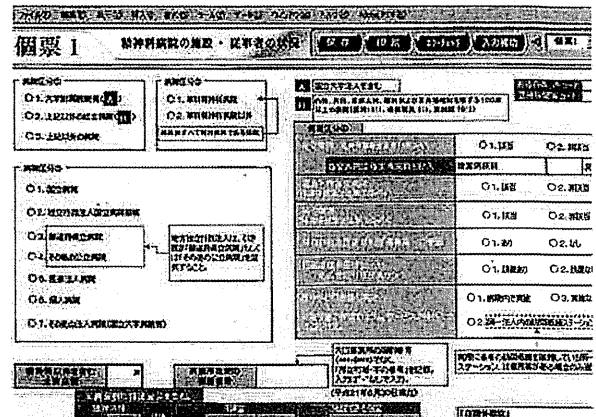


図3 個票管理アプリケーション個票1入力画面 (平成21年度版)

各個票への回答がひと通り完了すると、メニューにある「エラーチェック(全票)」ボタンをクリックする。これにより、各個票内のエラーだけでなく、個票間の矛盾など、提出する個票全体のエラーも検査することができる。利用者はエラーをすべて訂正した後、「印刷(全票)」ボタンで提出用の個票を紙に出力し、それを自治体に提出する。なお、630調査の個票様式は、電子調査票導入前からExcelファイルとして配布しているが、一部の自治体では主管部局内での検算や活用における利便性のため、Excelファイル上で回答を記入し、そのまま提出するよう調査対象機関に求めている。このため、平成22年度からは紙への印刷出力のほかに、Excelファイルとして出力する機能も付加している。

集計支援アプリケーション

630調査では、在院患者などの人数を、年齢や疾患といった属性別に回答する項目が多数ある。患者ごとの情報が入力されたデータベースから、所定の条件を満たす患者の人数が自動で集計されれば、回答作業が省力化できる。あらかじめ患者ごとに情報を入力するのに用いるのが、集計支援アプリケーションである。

集計支援アプリケーションは、平成21年度調

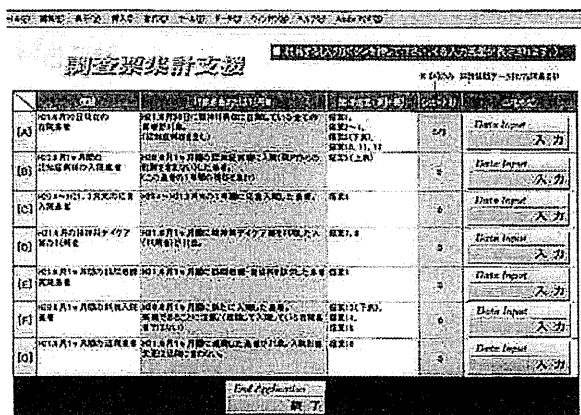


図4 集計支援アプリケーション初期画面(平成21年度版)

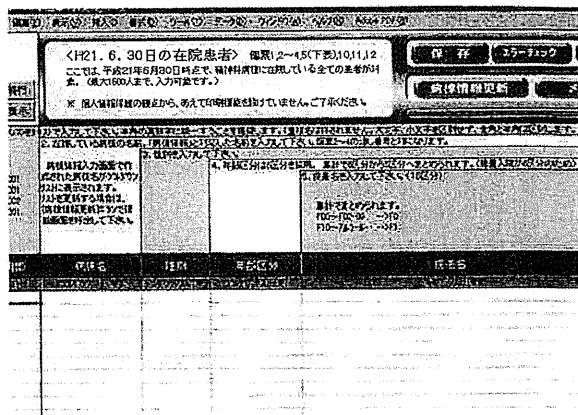


図5 集計支援アプリケーションデータシートA入力画面(平成21年度版)

査の場合「H21 調査票集計支援_Var1_2」という名称で、開くと図4のような初期画面(メニュー)が現れ、7種類のデータシートの一覧が表示される。たとえば「A H21. 6月30日現在の在院患者」を選択し、「入力」ボタンをクリックすると、図5のような入力画面が現れる。患者1名が1行に対応し、大半の項目をプルダウンリストから選択して入力する。入力したデータはデータシートごとに「保存」ボタンで保存する。さらに、「集計」ボタンをクリックすると「集計結果」という画面が現れるので(図は省略)、こちらでも「保存」ボタンで集計値を保存する。

なお、「患者ID」の欄に診察券番号など、院内の他のデータベースと照合することで個人を識別できる情報を入力する場合は、ネットワークから切断したコンピュータで作業するなど、各病院のセキュリティ規定に則った適切な措置を講じることが望ましい。当然ながら、「患者ID」など、集計支援アプリケーションで入力したデータそのものが、提出する個票に印刷されることはない。

集計支援アプリケーションに入力したデータは、個票管理アプリケーション上で読み込むことにより利用する。集計支援アプリケーションを閉じた状態で個票管理アプリケーションを開き、個票の随所に用意されている「集計インポート」ボタン

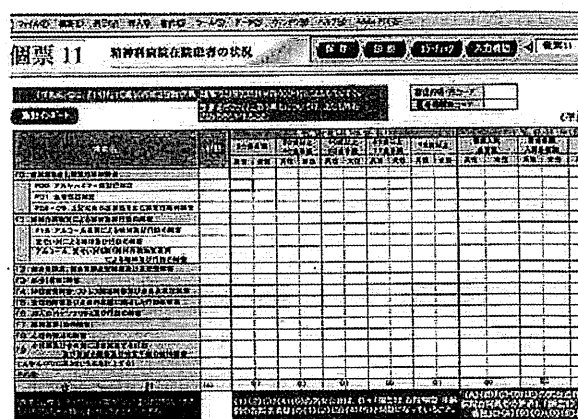


図6 個票管理アプリケーション個票11入力画面(平成21年度版)

をクリックする。たとえば、「個票11 精神科病院在院患者の状況」(図6)の左上にある「集計インポート」ボタンをクリックすると、年齢階級/入院形態別、性別、疾患名別の在院患者数が、所定の欄に自動で入力される。

集計支援アプリケーションは、病院の業務上作成された、既存の患者単位のデータベースがある場合にとくに有用である。データベースを集計支援アプリケーションの形式に合わせて編集しコピーすれば、複数の患者の情報を一括して入力できるためである。逆に、集計支援アプリケーションでデータを直接入力する場合は、作業時間が延長する可能性もある。しかし、入力の“裏技”

(一度プルダウンで選んだ選択肢は、そのセルをコピーして他のセルに貼り付けられるなど)を習得することで、ある程度の時間短縮は可能である。また、複数の個票の数値(患者数)を同一のデータベースに基づいて自動で集計するため、個票間の矛盾によるエラーが生じにくい利点もある。電子調査票の利用者には、こうした点を考慮して集計支援アプリケーションの利用を検討していただきたい。

入手方法

電子調査票は、現在のところ専用に開設したウェブサイトで配布している。サイトのアドレスは、厚生労働省から自治体を通じて文書で精神科病院に通知され、病院の担当者は電子調査票をサイトからダウンロードして入手する。ダウンロードには利用者登録が必要であり、病院名や担当者の連絡先の入力などを求めている。万一電子調査票に不具合が判明した場合に、利用者に迅速に連絡を取るためである。

おわりに

630調査の電子調査票は、平成21年度から本運用を開始した。これに先立ち、平成20年度は9自治体の62病院に試用協力を得た。その際に実施したアンケートでは、38%が作業の所要時間が短縮した、69%が操作は簡便だったと回答し、操作に慣れたときの予想では、それぞれ69%、85%に上昇した³⁾。現時点ではまだ、電子調査票導入によるエラー件数の増減や、回答およびエラー照会・訂正に要する時間の変化は検討できないが、調査回答者の負担軽減の点で一定の効果が

示唆されたと言えよう。アンケートではほかに、困難を感じやすい点や具体的な改善要望などについても回答を得ており、今後はそれらを活用し、必要に応じて精神科病院の担当者にヒアリングを実施しつつ、電子調査票の改良を続けていきたいと考えている。

筆者らは、電子調査票が調査回答者の負担軽減と集計作業の迅速化、結果の早期公表に寄与すること、さらには分析結果が精神医療の充実に寄与していくことを期待している。電子調査票は運用開始から日が浅く、利用に抵抗のある精神科病院の担当者もあることと察するが、本稿の読者には多少は具体的なイメージを持っていただけたのではないかと考えている。ぜひ、多くの精神科病院で電子調査票を利用していただければ幸いである。

文 献

- 1) 立森久照：精神病院・社会復帰施設等の実態データの収集方法とその有効活用に関する研究。平成17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)精神病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究(主任研究者：竹島 正)総括・分担研究報告書，pp.67-109, 2006.
- 2) 竹島 正，小山明日香：精神保健医療福祉の地域実態の把握と改革のフォローアップに関する研究。平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究(主任研究者：竹島正)総括・分担研究報告書，pp.9-69, 2008.
- 3) 竹島 正，河野稔明，小山明日香，立森久照，長沼洋一：「改革ビジョン」の進捗状況のモニタリングと評価に関する研究—「精神保健福祉資料」に係る電子調査票の開発と本運用—。平成21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)精神保健医療福祉体系の改革に関する研究(研究代表者：竹島 正)総括・分担研究報告書，pp.9-20, 2010.

精神病床長期在院患者の転院・死亡を考慮した退院状況の指標の検討

コヤマ アスカ タチモリ ヒサテル コウノ トシアキ タケシマ タダシ
 小山明日香* 立森 久照* 河野 稔明* 竹島 正*

目的 わが国の精神保健医療福祉体系の再編の達成目標のひとつである「退院率（1年以上群）」は、1年以上精神病床に在院する患者の退院の指標であるが、家庭復帰や社会復帰施設等への退院だけでなく、転院や死亡も退院に計上して算出する。本研究では、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を算出し、地域移行のための指標としての意義を検討した。

方法 平成14年度から18年度「精神保健福祉資料」に掲載されている集計値を用いて、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の地域格差の程度と全国値の年次推移をみた。また、各都道府県における従来の退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」と、各都道府県の精神病床在院患者特性や精神障害者の地域生活支援のための社会資源の充実度等との関連を検討した。

結果 平成18年のわが国全体における退院率は23.0%であったのに対し、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は9.9%であった。過去5年間の推移をみると、退院率は微増傾向にあったのに対して、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」はそれほど変化がなかったが平成18年には微増していた。「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は退院率に比べて各都道府県における精神科在院患者の年代や疾患割合等の変数と相関が低かった。

結論 精神病床の1年以上長期在院患者においては、退院患者に占める転院・死亡患者の割合が高く、退院率が必ずしも地域移行の指標となっていないことが明らかになった。また、近年長期在院患者の退院促進の必要性が広く認識されつつあるが、1年以上の長期在院患者の地域移行は過去5年間であまり進んでいなかった。さらに、退院率は各都道府県における精神病床在院患者の年齢層や疾患の分布の影響を受けやすい指標であるのに対して、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」はこうした患者特性の影響が少ないことから、各都道府県における退院促進事業や民間団体による長期在院患者の地域移行支援の取組みを反映している可能性が考えられた。これら二つの指標の定義や目的を理解した上で、用途や目的に応じて使い分ける、あるいは同時に用いることが必要である。

Key words : 精神病床長期在院患者, 退院率, 精神保健医療福祉の改革ビジョン, 転院, 死亡

I 緒 言

わが国の精神保健医療福祉においては、薬物療法や精神・心理療法、リハビリテーション技術等が進歩し、地域生活支援も量・質ともに充実してきた。その結果、精神科治療を受けながら地域で生活する精神障害を持つ人が徐々に増えつつある。しかしながら、海外諸国と比較してわが国における精神疾患による長期在院患者の多さは突出している。平成18年度の調査によると、わが国で精神病床に在院する

患者約32万人のうち1年以上在院している患者は約22万人であり、このうち10年以上在院している患者が8万人以上である¹⁾。これらの多くは統合失調症患者であるが、こうした長期在院患者のなかには、精神病床での入院医療を継続する意味が乏しくなっているものの、家族の高齢化や、長期の入院生活の中で自立した生活を送る能力が低下してしまったりするために退院することができずに長期在院となっている患者が相当数含まれているとされている。これらの長期在院患者が、精神病床を退院して必要な支援を受けながら一人一人にふさわしい環境で生活を送ること（その場合の居住場所は、必ずしも自宅に限定される必要はなく、グループホームや社会復帰施設、高齢者福祉施設など、各人が必要とする支援が受けられる場所であることが望ましい）は、精

* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部
 連絡先：〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部 小山明日香

神保健医療福祉における喫緊の課題の一つである。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省は平成16年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」²⁾(以下、改革ビジョンとする)を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を押し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとした。さらに、この基本的方策を更に押し進め、精神保健医療福祉施策の抜本的見直しのための改革ビジョンの後期5か年(平成21年9月以降)の重点施策群の策定に向けて、厚生労働省は平成20年4月より「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催し、検討を行ってきた。

改革ビジョンでは、概ね10年後における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標のひとつに「在院期間1年以上の患者について退院率を29%以上とする」ことを挙げている。改革ビジョンによれば、退院率(1年以上群)(以下、退院率とする)は1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したものである(退院率の詳細は後述する)。この指標の「退院」とは、家庭復帰・社会復帰施設等(高齢者施設も含む)への退院・転院・死亡を指している。改革ビジョンの当初の目的のひとつが長期在院患者の流動化促進にあったとすれば、この算出方法はある程度は理にかなっている。しかし長期在院患者の場合、スムーズに家庭や社会復帰施設等へ退院することが困難な場合が多く³⁾、また治癒・軽快による退院は非常に少なく⁴⁾転院や死亡による退院者がかなりの割合を占めている。精神病床からの転院には他院精神病床への転院と身体合併症等の治療を目的とする他科への転院があるが、前者の場合は継続して精神病床に入院していることになり、また後者においても他科での治療後に精神病床に再度入院する場合もある。改革ビジョンの第二期(後半5年間)においては、より明確に施策の効果を反映し、進捗の管理に資する指標の設定が求められているが、退院時の状況が転院および死亡であった場合を退院に計上せず、家庭復帰および社会復帰施設等への退院のみを「地域移行」と定義し長期在院患者の動向を把握することはそのための一定の意義があると考えられる⁵⁾。

さらに、近年の精神科入院医療においては、認知症患者の増加、患者の高齢化、長期在院/短期在院の二極化などの特徴が顕著であり⁶⁾、特定の患者層の多寡が退院の指標にも一定の影響を及ぼしていることが推察される。各都道府県精神病床在院患者特性や地域の社会資源等と退院の指標との関連を明

らかにすることは、わが国における長期在院患者の退院促進の実態や課題を明確にする上で重要である。

そこで本研究では、まず「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を都道府県別に算出し、従来の退院率との異同を検討した。次に、それら二つの指標の全国値の経年変化をみた。さらに、二つの指標と各都道府県精神病床在院患者特性・精神障害者の地域生活支援のための社会資源等との関連について検討した。

II 研究方法

1. 研究に用いたデータ

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課(平成18年から障害福祉課との連名)は、全国の精神病床を有する病院、「精神科」「神経科」を標榜する一般診療所等、障害者自立支援法関連施設・事業所、および精神保健医療福祉行政を対象として、毎年6月30日付で都道府県・政令指定都市に報告を依頼している(正式名称は「精神保健福祉資料」、いわゆる「630調査」)。本研究では平成14年度から平成18年度の「精神保健福祉資料」¹⁾に掲載されている集計値を用いて解析を行った。なお、「精神保健福祉資料」に基づき、本研究では医療法上の精神病床を有する病院を「精神科病院」とし、精神病床に在院する患者を「精神科在院患者」とする。精神科病院における医療法に基づく一般病床・療養病床の在院、および精神科や神経科を標榜する一般診療所における在院患者は対象に含まない。

2. 二つの退院率の算出方法

退院率の定義は前述のとおりであるが、分かりやすく言い換えれば、「1年間に精神病床を退院(家庭復帰、社会復帰施設等への退院、転院・死亡)した患者のうち、1年以上在院していた者の数を、1年以上の在院患者数で除したもの」⁷⁾となる。実際の改革ビジョンの成果の評価においては、厚生労働省は「精神保健福祉資料」のデータを用いて都道府県別の退院率を計算し、公表している。この「精神保健福祉資料」のデータを用いて退院率を算出する場合には、「1年間に精神病床を退院した患者のうち、1年以上在院していた者の数」ではなく「1ヵ月間に退院した患者のうち、1年以上在院していた者の数」を12倍した値で代替している。「精神保健福祉資料」をもとにした退院率の計算式は以下のとおりである。

$$\text{退院率} = \frac{\text{退院率6月1か月間の退院患者のうち、在院期間が1年以上であった人数} \times 12}{6月30日現在の在院患者のうち在院期間が1年以上であった人数}$$

×100

次に、家庭復帰・社会復帰施設等への退院・転院・死亡による退院をすべて退院とする退院率に対して、転院・死亡を退院に計上せず家庭復帰および社会復帰施設等への退院（すなわち「地域移行」）のみを退院とした場合の退院率を以下の計算式にて算出した。

転院・死亡を退院に計上しない退院率

$$\frac{\text{6月1か月間の家庭復帰・社会復帰施設への退院による退院患者のうち、在院期間が1年以上であった人数} \times 12}{\text{6月30日現在の在院患者のうち在院期間が1年以上であった人数}} \times 100$$

従来の退院率の算出方法の詳細については、竹島らの研究報告書⁷⁾を参照していただきたい。

なお、ここで用いられている「社会復帰施設等への退院」には、グループホームやケアホーム、高齢者福祉施設への入所も含まれる。これらの施設への入所については、必ずしも「地域」への移行といえない場合もあるが、精神病床を退院して一人一人にふさわしい環境に移行するという意味では望ましい退院方法であるため、本研究では地域の施設への入所も「地域移行」とした。

3. 解析方法

本研究では、まず執筆時現在で最新のデータである平成18年度調査の集計値⁷⁾を用いて、退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を都道府県別に算出した。また、退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の差、すなわち転院・死亡による退院率を算出した。次に、過去5年分の全国値について、同様の方法で計算を行った。

さらに、平成18年の各都道府県の退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」と、各都道府県における精神科在院患者特性や精神障害者の地域生活支援のための社会資源等の変数との相関係数を算出した。その上で、それぞれの変数について、退院率との相関係数、および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との相関係数の間で差があるかどうかを検討するため、重なりのある相関係数の差の検定 (Meng-Rosenthal-Rubin 法) を行った。

各都道府県における精神科在院患者特性に関する変数としては、認知症患者の増加、患者の高齢化、長期在院/短期在院の二極化といった近年の精神科入院医療の特徴を踏まえ、以下を選択した。すなわち、各都道府県における全在院患者に占める「65歳以上在院患者割合」、国際疾病分類 (ICD) における「F0 (認知症等の器質性精神障害。以下「認知

症」とする) 在院患者割合」、「F2 (統合失調症、統合失調型障害、および妄想性障害。以下「統合失調症」とする) 在院患者割合」、および1年以上在院患者のなかでも特に長期の在院患者、すなわち「5年以上在院患者割合」である。退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は1年以上在院患者の退院の指標であるため、上記変数における「在院患者」は1年以上在院患者に限定するほうが望ましいが、1年以上在院患者の年代・疾患内訳は不明であるため、在院期間を問わずすべての在院患者とした。なお、F0には認知症や脳疾患・脳損傷等による人格および行動の障害は含まれるが、てんかん (G40) は含まれない。精神科医療におけるF0の多くは広義の認知症であるため、本論文ではF0を指す用語として認知症を用いることとした。わが国の精神科入院医療においては、妄想幻覚や感情の平板化・意欲の低下等を主症状とする統合失調症患者がもっとも多く、認知症、気分障害がそれに続く。近年は認知症患者の増加が顕著である。平成18年度「精神保健福祉資料」のデータによれば、認知症および統合失調症は全体の在院患者のそれぞれ約2割、約6割を占めている。なお、認知症および統合失調症以外の診断については、入院期間が比較的短期間の場合が多く、例えば気分障害や神経症性障害で6月1か月間に新規入院した患者のうち翌年6月1日に継続して在院している割合を「精神保健福祉資料」の数値を用いて計算するとおよそ5%前後であり、1年以上在院患者の指標である退院率との関連を検討することは必ずしも適切でないため、今回の解析からは除外した。

また、各都道府県における精神科入院医療の供給の指標として、「人口1万人あたりの精神病床数」「人口1万人あたりの精神病床新規入院患者数」を選択した。人口1万人あたりの精神病床新規入院患者数の算出に用いる「新規入院患者数」には、6月1か月間に家庭や社会復帰施設、高齢者施設等から新たに入院した患者だけでなく他院 (精神科病院も含む) からの転院患者も含まれるが、その内訳は不明である。さらに、精神障害者の地域生活支援のための社会復帰施設等の社会資源の指標として、「人口1万人あたりの入所施設数」「人口1万人あたりの通所施設数」「人口1万人あたりの地域生活支援センター (現: 地域活動支援センター) 数」を選択した。入所施設には精神障害者が利用可能な生活訓練施設、福祉ホーム、入所授産施設、グループホーム、福祉ホームB型が、通所施設には通所授産施設、小規模通所授産施設、福祉工場が含まれる。なお、これらの変数の数値は「精神保健福祉資料」に

よるものである。都道府県別人口は総務省平成18年10月1日現在推計人口を用いた。

本研究は「精神保健福祉資料」データを二次解析したものであり、患者の個別データは含まない。統計解析はSPSS 15.0J for Windows および R Ver2.11.1 を用いて行い、有意水準は両側5%とした。

III 研究結果

表1に、わが国全体および都道府県別の退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を示す。わが国全体における退院率は23.0%であったのに対し、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は9.9%であった。都道府県別の「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は5.5%から20.2%に分布し、27府県で10%以下であり、20%を超えていたのは1県のみであった。退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との差、すなわち転院・死亡による退院率は、6.0%から21.3%であった。

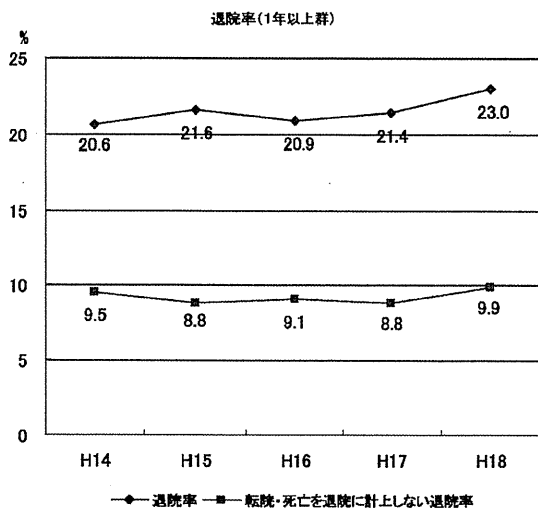
図1に、過去5年分の全国値の退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を示す。退院率はここ5年で僅かに上昇傾向にあり、平成17年から18年にかけては1.6%と上昇率が大きかった。一方、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は5年間でそれほど大きな変化はなかったが、平成18年の値は9.9%であり、この5年間ではもっとも高くなっていた。

各都道府県の退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」と、患者特性・社会資源等との相関について表2に示す。在院患者に占める65歳以上在院患者割合は、有意ではないものの退院率と相関傾向があり、その相関は「転院・死亡を退院に計

表1 各都道府県の退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」

	退院率 (A)	転院・死亡を退院に 計上しない退院率 (B)	(A)-(B)
北海道	32.0	13.6	18.4
青森	28.2	14.3	13.8
岩手	20.4	13.2	7.2
宮城	30.0	14.7	15.3
秋田	30.2	10.4	19.8
山形	19.6	8.7	11.0
福島	18.4	6.9	11.5
茨城	19.1	9.0	10.2
栃木	15.5	8.5	7.1
群馬	16.7	10.2	6.5
埼玉	22.2	10.6	11.6
千葉	22.3	8.8	13.5
東京都	28.8	13.9	14.9
神奈川県	23.7	11.8	11.9
新潟	20.8	10.4	10.4
富山	29.7	13.3	16.5
石川	18.1	6.8	11.2
福井	23.2	16.3	6.9
山梨	14.1	8.2	6.0
長野	23.1	9.0	14.2
岐阜	19.5	7.4	12.1
静岡県	17.8	7.1	10.8
愛知	24.4	12.3	12.1
三重	31.6	20.2	11.4
滋賀	20.5	8.6	12.0
京都	25.2	5.5	19.8
大阪	19.8	8.3	11.5
兵庫	22.5	8.6	13.9
奈良	25.0	13.2	11.7
和歌山	21.8	7.0	14.8
鳥取	23.0	9.6	13.4
島根	20.5	13.1	7.4
岡山	27.3	7.8	19.5
広島	21.4	8.5	13.0
山口	21.2	8.7	12.5
徳島	17.6	5.7	11.9
香川	15.0	7.5	7.5
愛媛	18.9	7.2	11.7
高知	37.7	16.4	21.3
福岡	20.5	7.1	13.4
佐賀	26.4	10.9	15.5
長崎	18.6	7.7	11.0
熊本	23.7	10.4	13.3
大分	27.2	8.1	19.1
宮崎	18.3	5.9	12.4
鹿児島	15.9	5.5	10.4
沖縄	30.3	11.0	19.3
全国	23.0	9.9	13.1

図1 退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の年次推移



注) 平成18年度調査の結果に基づく

(A)：家庭復帰・社会復帰施設等への退院・転院・死亡を退院として計算する、従来の計算方法。
 (B)：転院・死亡を退院に計上せず、家庭復帰・社会復帰施設等への退院のみを退院として計算した場合の数値。

表2 退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」と諸変数との相関

退院率	転院・死亡を退院に計上しない退院率	全在院患者に占める					人口万対 精神 病床数	人口万対 精神病床新規 入院患者数	人口万対 入所施設数	人口万対 通所施 設数	人口万対 地域生活 支援セ ンター 数
		65歳以上 患者割合	F0患者 割合	F2患者 割合	5年以上 在院患者 割合	人口万対 精神 病床数					
相関係数 r	0.682	0.249	0.325	-0.322	-0.524	0.014	0.347	0.006	0.112	-0.079	
p	<0.001	0.092	0.026	0.027	<0.001	0.923	0.017	0.969	0.452	0.597	
相関係数 r	0.682	-0.090	0.005	-0.124	-0.410	-0.166	0.231	0.077	0.221	0.156	
p	<0.001	0.547	0.976	0.406	0.004	0.264	0.119	0.607	0.136	0.297	
重なりのある相関係数の差の検定 (Meng-Rosenthal-Rubin method)		-2.810	-2.693	1.691	1.095	-1.497	-1.012	0.589	0.919	1.948	
p		0.005	0.007	0.091	0.273	0.135	0.311	0.556	0.358	0.051	

人口とは、各都道府県における全人口を指す

上しない退院率」との相関に比べて有意に強かった。在院患者に占める F0 患者割合と退院率は有意な相関がみられ、その相関は「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との相関に比べて有意に強かった。在院患者に占める F2 患者割合と退院率は有意な負の相関がみられ、その相関は「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との負の相関に比べて有意ではないものの強い傾向があった。在院患者に占める5年以上在院割合は、退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の両方と有意な負の相関があり、相関の強さに有意差はなかった。人口1万人あたりの新規入院患者数は、退院率と有意な相関があったが、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との相関と有意な差はなかった。人口1万人あたりの精神病床数は退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の両方と有意な相関はなく、相関係数に有意な差もなかった。人口1万人あたりの地域生活支援センター数は、退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の両方と有意な相関はなかったが、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との相関のほうが強い傾向があった。

人口1万人あたりの通所施設数は、退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との相関が有意ではないものの人口1万人あたりの入所施設数に比べて若干強いという特徴があった。

IV 考 察

本研究では、精神病床1年以上長期在院患者の地域移行の実態把握のための指標として、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を算出した。退院患者のうち1年以上在院していた者の半数以上は、地域移行による退院ではなく転院・死亡による退院であった。

都道府県別の数値をみると、退院率に地域格差があるのと同様に、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」にも地域格差があった。また、各都道府県の退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との差、すなわち転院・死亡による退院率にもばらつきがあった。一例を挙げると、三重県では転院・死亡による退院率は平均的だが、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の高さが突出しており、1年以上長期在院患者の地域移行が進んでいるようである。詳細は後述するが、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は、各都道府県内における退院促進に向けた様々な取組の成果や課題を反映している可能性があり、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」が高い都道府県への聞き取り調査等を通じて

退院促進の実践に関する重要な示唆が得られると考えられる。

年次推移をみると、退院率はここ数年間で僅かに上昇傾向にあり、1年以上長期在院患者の地域移行が少しずつ進んでいるように見える。しかし、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」をみると大きな変化はなく、実際に地域に退院している患者はそれほど増加していないことが読み取れる。しかし、直近の平成18年の退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の値はここ5年間で僅かながらももっとも高くなっており、今後改革ビジョンの成果としてこれらの数値がどのように推移するか継続してモニタリングする必要がある。

諸変数との関連を検討した結果、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は退院率に比べて、在院患者に占める65歳以上在院患者割合や認知症患者割合などの在院患者特性と全般的に相関が弱いという特徴がみられた。このことから、退院率が各都道府県における在院患者の年齢層や疾患の分布の影響を受けやすい指標であるのに対して「転院・死亡を退院に計上しない退院率」はこうした患者特性以外の要因を反映している可能性が考えられる。具体的には、各都道府県における退院促進事業や民間団体による長期在院患者の地域移行支援が充実しているか、退院先のレパトリーがどの程度あるか、長期在院患者の退院に関して地域住民の理解があるか、等が影響している可能性がある。

在院患者に占める高齢や認知症の患者割合が高い都道府県では退院率に比べて「転院・死亡を退院に計上しない退院率」が低く、1年以上長期在院の高齢や認知症の患者による他の精神科病院への転院や身体疾患治療のための転院、および死亡による退院の割合が高いことが推察される。また、在院患者に占める統合失調症患者割合と退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との関係から、1年以上長期在院の統合失調症患者は地域移行のみならず転院や死亡による退院も少ないことが読み取れ、統合失調症患者の流動化が少ないものと考えられる。5年以上在院患者割合は、退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」のいずれとも負の相関が強く、より長期間に渡り在院する患者の地域移行には多くの課題が残されているものと考えられる。人口1万人あたりの精神病床新規入院患者数の多い都道府県は、地域移行も、転院や死亡による退院もいずれも比較的多く、全体として退院率が高くなっている。当然のことではあるが、新たに患者が入院するためにはその分の病床が確保される必要があり、そのために新規入院患者の多い都道府県

では1年以上長期在院患者も含めて比較的病床の回転が速いと考えられる。

一方、精神障害者の地域生活支援のための社会資源等との関連については、いずれも有意な相関はみられなかったものの、人口1万人あたりの入所施設数が退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」のいずれともほぼ無相関であったのに対して、人口1万人あたりの通所施設数および人口1万人あたりの地域生活支援センター数は「転院・死亡を退院に計上しない退院率」との相関が若干高かった。また、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は、人口1万人あたりの入所施設数との相関よりも人口1万人あたりの通所施設数との相関のほうが高かった。これらの結果から、入所施設などの退院後の居住の場を確保することに加えて、精神疾患を抱える患者の日中の生活の場や日常生活についての相談の場を増やすことが、長期在院患者の地域移行に重要であることを示唆している。

最後に、本研究の限界を示す。本研究はわが国全ての精神科病院を対象とする「精神保健福祉資料」の集計値を二次解析したものであり、退院の実態を明らかにする上では貴重な資料であると考えられるが、一方で、把握可能な情報には限りがある。患者の転帰には精神症状や身体症状の重症度といった臨床症状の影響も大きいと指摘されている^{8,9)}。また、病院における人員配置等も在院患者の退院状況に関連していることが先行研究で示されている⁴⁾。さらに、長期在院患者の退院促進のためには、訪問看護や包括型地域生活支援プログラムといったアウトリーチ型サービスの充実が重要となると思われる、これらの要因についてより多角的に検討していく必要がある。また、長期在院患者は退院しても再入院しやすかつ長期入院に至りやすいとの指摘もあり¹⁰⁾、退院後の再入院等の状況について把握することも今後の課題である。さらに、本研究で用いた「精神保健福祉資料」では、家庭復帰・社会復帰施設等への退院・転院・死亡の4つを退院としているが、転院のなかには他院の精神病床への転院や、身体疾患の治療のための一時的な精神病床以外への転院、精神症状が改善した後の身体疾患の治療のための転院等が含まれ、転院の目的が必ずしも同一ではない。今後、転院の目的別の詳細に把握することができれば、1年以上長期在院患者の地域移行の実態がより明確になるだろう。

本研究では、二つの退院の指標を比較し、その意義について検討したが、これらの指標はあくまで1年以上長期在院患者の地域移行の実態を把握するための一つの手段であり、数値目標を達成することが

最終目標ではない。地域における各種サービスの充実、入院患者に対する退院準備プログラムの提供、適切な治療環境やマンパワーの充実、治療者と患者がより適切な関係性を構築していくための治療技術の向上⁹⁾等により、患者が安心して地域で生活できる基盤を整備することが重要である。

最後に、従来の退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」はともに1年以上長期在院患者の退院の指標であるが、それぞれの定義および本研究によって明らかになった特徴を理解した上で、用途や目的に応じて使い分ける、あるいは両方の指標を用いることが必要である。それにより、わが国における長期在院患者の退院促進の実態や課題がより明確になるだろう。

V 結 語

本稿では、精神病床長期在院患者の退院の実態を把握するために「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を算出し、新たな指標としての意義を検討した。退院患者のうち1年以上在院していた者の半数以上は、家庭復帰・社会復帰施設等への転院ではなく転院・死亡による退院であり、過去5年間で地域移行はほとんど進んでいなかった。退院率は各都道府県における精神病床長期在院患者の年齢層や疾患の分布の影響を受けやすい指標であるのに対して、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」はこうした患者特性の影響は強くなく、各都道府県における退院促進事業や民間団体による長期在院患者の地域移行支援の取組み等を反映している可能性がある。従来の退院率と「転院・死亡を退院に計上しない退院率」の定義や特徴を理解した上で、二つの指標を使い分ける、もしくは両方の指標を用いることが望ましい。

本研究は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究（主任研究者：竹島正）」の助成

を受け、当該研究の一環として実施された。

(受付 2010. 2. 5)
(採用 2010.10.20)

文 献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経センター精神保健研究所。精神保健福祉資料—平成18年度6月30日調査の概要—。
- 2) 厚生労働省精神保健福祉対策本部。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」。東京：厚生労働省、2004。
- 3) 安西信雄，佐藤さやか，池淵恵美，他。退院・地域移行支援のあり方を問う精神科病院から出る力・出す力を強める 退院促進研究班の経験から。精神神経学雑誌 2008; 110: 426-430。
- 4) 藤田利治，佐藤俊哉。精神科病院での長期在院に関連する要因 患者調査及び病院報告に基づく検討。厚生労働省の指標 2004; 51(1): 12-19。
- 5) 河野稔明，白石弘巳，立森久照，他。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「退院率」の定義に関する注意点。精神医学 2010; 52: 583-589。
- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課。これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）。東京：厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」，2009。
- 7) 竹島 正，立森久照，長沼洋一，他。新たな精神病床算定式の合理性の検証と精神医療改革の実現に関する研究：新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数に関する研究。平成16年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）総括・分担研究報告書 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（主任研究者 竹島正）2005; 15-43。
- 8) 下野正健，藤川尚宏，吉益光一，他。精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討。精神医学 2004; 46: 403-414。
- 9) 池淵恵美，佐藤さやか，安西信雄。統合失調症の退院支援を阻む要因について。精神神経学雑誌 2008; 110: 1007-1022。
- 10) 宮田量治，藤井康男。組織的な退院促進により公立単科精神科病院から退院した長期在院者の再入院状況と病院側の応需負担。精神医学 2009; 51: 895-904。

紹介

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における
「退院率」の定義に関する注意点

河野 稔明 白石 弘巳 立森 久照 竹島 正

精 神 医 学

第52巻 第6号 別刷

2010年6月15日 発行

医学書院



「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「退院率」の定義に関する注意点*

河野稔明¹⁾ 白石弘巳²⁾ 立森久照¹⁾ 竹島 正

Key words

“Discharge rate”, Hospitalization, Mental health administration, Psychiatric hospital

はじめに

厚生労働省は、2004(平成16)年9月に精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」³⁾(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以後10年間で進めることとした。改革ビジョンには、具体的な達成目標として、「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする」と明記されている。退院率(1年以上群)とは、精神科に長期間在院している患者の動態に関する指標であり、精神科に入院した患者の短期的

な動態の指標である「平均残存率(1年未満群)」とともに、精神科病院の患者動態の評価に使用されている。退院率(1年以上群)は、1年以上在院している患者を長期在院者とみなすことから「(1年以上群)」という語句が含まれているが、以下では単に「退院率」と称する。

退院率は改革ビジョンの達成目標に挙げられた重要な指標であるが、これを用いるにあたってはその定義に注意する必要があると考えられるため、本稿で論じることとする。

退院率の定義の解釈

退院率の定義は、改革ビジョン³⁾の「別紙4」に掲載されている(図1)。同資料には、図と(言語による)記述の両方で退院率が定義されている。以下、図の定義を「定義1」、記述の定義を「定義2」と称する。

同資料の図の部分は残存曲線になっている。残存曲線は、同時期に入院した患者が、ある時期にどの程度の割合で病院に残存している(在院を継続している)かを表す。通常は平面座標上に、横軸を入院から経過した時間(在院期間)、縦軸を病院に残存している割合(残存率)として描く。同資料では横軸が何を表すか書かれていないが、この場合は在院期間(入院時点=0)ではなく追跡期間(追跡開始時点=0)となる。すなわち定義1で

* Note for the Definition of “Discharge Rate” in “Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare”

- 1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画部 (〒187-8553 小平市小川東町4-1-1), KONO Toshiaki, TACHIMORI Hisateru, TAKESHIMA Tadashi : Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
- 2) 東洋大学ライフデザイン学部 生活支援学科, SHIRAISHI Hiromi : Department of Human Care and Support, Faculty of Human Life Design, Toyo University

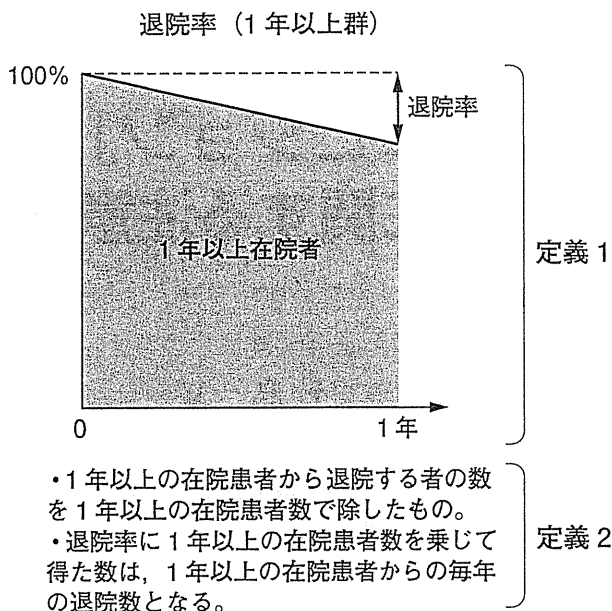


図1 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(別紙4)」

退院率の定義。図と記述の2通りの方法で表現されている。図の部分は残存曲線になっており、ここでの横軸は在院期間(入院時点=0)ではなく、追跡期間(追跡開始時点=0)である。塗りつぶした領域に「1年以上在院者」と書かれているが、厳密には「1年以上在院者」は追跡開始時点で残存率100%となっている、追跡の対象となった患者群である。右側の「定義1」、「定義2」は、筆者が付記した。

は、ある時点の「1年以上在院者」に占める、1年後までに退院した者の割合を退院率としている(塗りつぶした領域に「1年以上在院者」と書かれているが、厳密には「1年以上在院者」は追跡開始時点で残存率100%となっている、追跡の対象となった患者群である)。

定義2では、「1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの」としているが、冒頭の「1年以上の在院患者」がどの時点のものなのかは明記されていない。しかし定義2には、「退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院者数となる」と補足がある。このことから、「1年以上の在院患者」とは、退院する患者個別の退院時点で考えるのが妥当と思われる。また、「毎年の退院者数」という補足から、定義2中の「退院する者の数」は、1年間のそれを示すと考えられる。したがって、補足を加味して定義

2を書き下すと、「1年間に退院した患者のうち、1年以上在院していた者の数を、1年以上の在院患者数で除したもの」となる。

このように、改革ビジョンに記載されている退院率の定義は図と記述とで異なるが、本質的には「精神科に長期間に及んで在院している患者が一定期間に退院する割合」を示す指標である。「入院医療中心から地域生活中心へ」という改革ビジョンの方策に照らせば、退院率は高いほど好ましく、各都道府県の退院率29%以上の達成が目標となっている。

2通りの退院率とその実測値

さて、厚生労働省では精神保健医療福祉のモニタリングを目的に、毎年6月30日に精神科病院などを対象に調査を行い(以下、630調査と称する)、集計結果を「精神保健福祉資料」に公表する他、データを必要に応じて解析し、関連する施策に活用している。改革ビジョンの成果の評価においても、630調査のデータを用いて都道府県別の退院率を計算し、公表している。630調査に基づく退院率の計算は、2通りの定義のうち、定義2のほうに従っている(ただし後述の近似処理を含んでいる)。逆に、得られるデータの性質上、定義1に従った計算は不可能である。改革ビジョンの達成目標にある「29%」という数値も、定義2で計算することを前提に定められたものである。2006年度の630調査に基づく全国の退院率は、23.0%であった⁷⁾。

一方、我々は2008年度厚生労働科学研究において、定義1に従って退院率を計算したところ、16.3%であった⁸⁾。これは、精神科病院を対象に抽出調査を行い、回答のあった病院のデータに基づく結果であり、病院の特性も回答の有無によって等質とはいえないが、調査時期としては、「1年以上の在院患者数」を計数する時点を基準にすると2006年度630調査の1年後となり、比較するのに十分に近い時期といえる。

我々が厚生労働科学研究で調査して得た退院率が、630調査のそれを大幅に下回ったのは、対象

となった病院群が異なる影響も考えられるが、採用した退院率の定義が両者間で異なった影響は大きいと思われる。以下では2つの定義の相違の本質を考察する。

2通りの退院率の計算式

まず、定義1を計算式に表現すると、以下のようになる。

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

次に、定義2を計算式に表現すると、以下のようになる。

$$\text{退院率} = \frac{\text{1 年間の退院者のうち 1 年以上在院者の数}^*}{\text{1 年以上在院者の数}}$$

(*630 調査では1か月間の値を12倍する近似処理を行う)

両者とも、分母は1年以上在院者の数で共通している。定義1では、分母をコホートとしてそれを1年間追跡し、その間に退院した者の数を分子としている。すなわち、分母の中から分子が発生している。これに対して定義2では、分母を測定する時点と分子を測定する期間との関係は定められていない。定義1に準じて、仮に分母の測定時点を分子の測定期間の始期と定めた場合、分子の一部は分母の中から発生するが、残部は分母に含まれない患者群から発生する。なぜならば、分母の測定時点では在院期間が1年に満たず分母に含まれなかったが、後に在院期間が1年に達して分子の測定期間内に退院したため、分子には含まれる患者が存在するからである。したがって、分子を測定する1年間に新たに「1年以上在院者」となった患者の数が、両者の分子の差となる(定義1ではこれを含めず、定義2では含める)。

2通りの退院率の図説

2つの定義による退院率の計算式を、残存曲線を用いて図説する。曲線の左下は在院中、右上は退院済の患者群に相当する。なお、患者動態は変動せず、残存曲線は定常状態にあるものと仮定す

る(平面座標上の領域の面積は、患者数に比例する)。

ここでは平易な説明のため、退院率を計算する具体的な時期を仮定する。分母の測定時点は2007年の任意の月日とし、分子の測定期間はそれから1年間、すなわち2007年の同月日から2008年の同月日までとする。以下の説明において月日を考える必要はないので、「〇〇年」という場合には同年の同月日(1時点)を示すものとする。両方の定義に共通の分母に相当する「2007年時点の1年以上在院者」は、「2006年以前に入院し、2007年も在院中の者」であるので、2つの定義による退院率の計算式は、次のように書き換えられる。

定義1では
退院率＝

$$\frac{\text{2006年以前に入院し、2007年も在院中だが、2008年には退院済の者の数}}{\text{2006年以前に入院し、2007年も在院中の者の数}}$$

となり、定義2では
退院率＝

$$\frac{\text{2007年に在院中だが、2008年には退院済で、1年以上在院した者の数}}{\text{2006年以前に入院し、2007年も在院中の者の数}}$$

時期を特定したことにより、平面座標の横軸は在院期間から入院時期に置き換えることができる。ここでは、入院時期として2004年から2008年までの4年間について残存曲線を描くことにする。見やすさのため、在院期間に対して実際より緩やかに描いてある。

分母(両方の定義に共通)は、図2の塗りつぶし部分に相当する。これは「2006年以前に入院」(条件①)、および「2007年に在院中」(条件②)の2条件をともに満たす領域である。

定義1における分子は、図3の塗りつぶし部分に相当する。これは「2006年以前に入院」(条件①)、「2007年に在院中」(条件②)、および「2008年に退院済」(条件③)の3条件をともに満たす領域である。

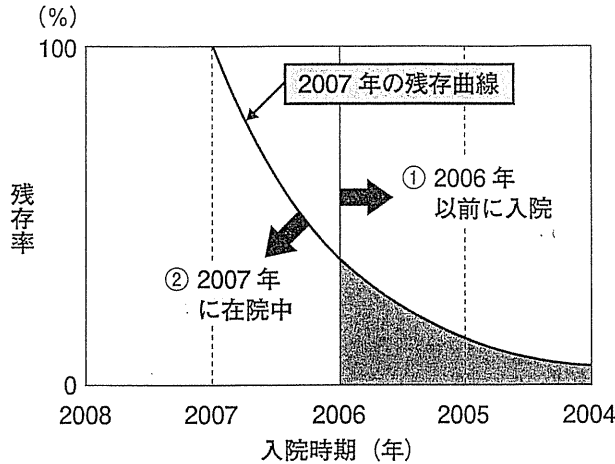


図2 退院率の計算式の分母(両方の定義に共通)

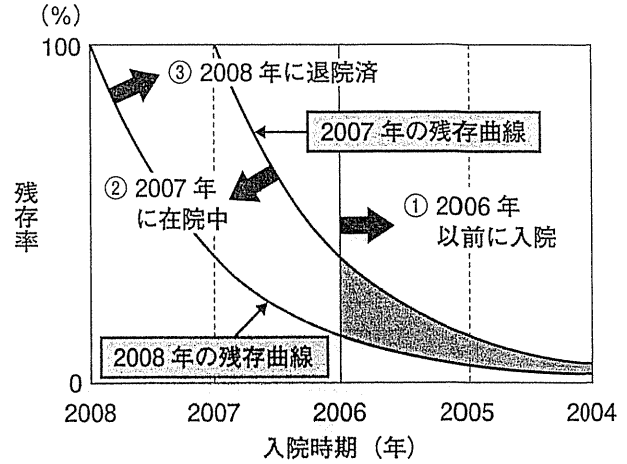


図3 定義1による退院率の計算式の分子

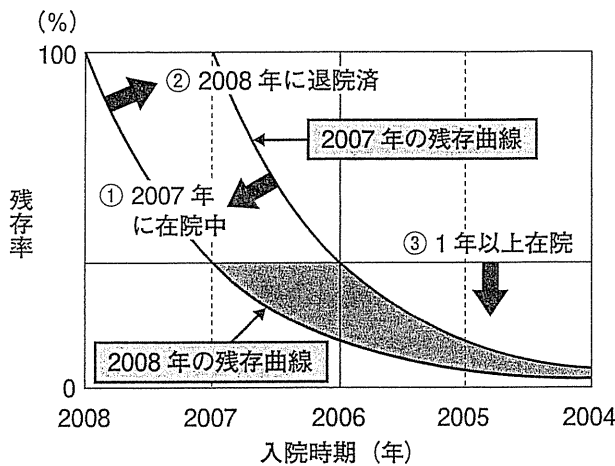


図4 定義2による退院率の計算式の分子

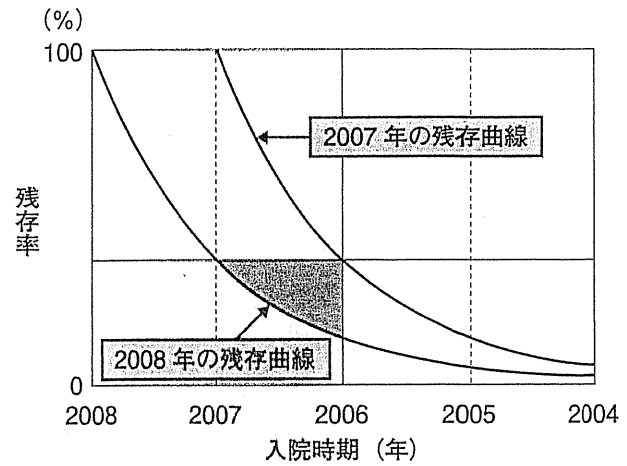


図5 2通りの定義による退院率の計算式の分子の差
定義2のほうが定義1より塗りつぶした領域の分だけ大きい。これは、分子を測定する1年間(2007~2008年)に、新たに「1年以上在院者」となった患者の数に相当する。

定義2における分子は、図4の塗りつぶし部分に相当する。これは「2007年に在院中」(条件①)、「2008年に退院済」(条件②)、および「在院1年以上」(条件③)の3条件をともに満たす領域である。条件③「在院1年以上」が図中の境界線の下方領域に相当するのは、どの時期に入院した集団でも入院1年後に残存率が境界線の水準まで低下するからである。

したがって、2つの定義による分子の差に相当する領域は図5の塗りつぶし部分となり、定義2における分子は定義1のそれよりこの分だけ大きい。これは、先述の「分子を測定する1年間に新たに「1年以上在院者」となった患者の数」に相当する。

理論に照らした実測値の考察

退院率の計算式における分子は、定義2では「1年間の退院者のうち在院期間1年以上の者」全員であるが、定義1ではこのうち「分子を測定する1年間に新たに「1年以上在院者」となった患者の数」を含めない。定義1で含めないこの部分は、1年間の退院者のうち在院期間1~2年の者の過半数(残存曲線が常に下に凸の場合)となる(図6)。「精神病床の利用状況調査」¹⁾によれば、1年以上在院して退院した患者のうち、在院期間1~1.5年の者は21%、1~3年の者は48%

を占めたという。在院期間1～2年の者の割合は21%と48%の間と考えられ、このうち定義1で含めない部分を6割と仮定すると、定義1の分子は、定義2の分子の $(100-48 \times 0.6) \sim (100-21 \times 0.6)\%$ 、すなわち71.2～87.4%となる。逆数をとって、両定義間の分子には1.14～1.40倍の開きが生じることになる。

退院率の計算式において分母は共通のため、両定義間の退院率の比は分子の比に等しいが、先述の実測値は定義1で16.3%、定義2で23.0%と、1.41倍の開きがあった。理論に基づく推定には仮定が含まれており、実測値にも定義の相違以外の要因が影響しているが、実測値の相違は、理論に基づく相違から著しく逸脱してはいないと考えられる。

退院率の変化に反映される事象

先述のように、退院率の本質は「精神科に長期間に及んで在院している患者が一定期間に退院する割合」であるが、長期在院患者群の中には、難治性の精神症状または生活機能の著しい低下のために退院がきわめて困難な患者もいれば、社会的な要因を解決できれば退院に結び付きやすい患者もいる。急性期医療の充実や、退院に向けた早期からのケースワークにより、退院可能性の高い患者が早期に退院するようになると、長期在院患者群の中で相対的に退院がきわめて困難な患者が増加する。このような病院が増えると、退院率は低下すると考えられる。したがって、退院率の変化が、長期在院患者群を構成する患者のうち、どのような特性を有する者の動態を反映しているのかを考察することは重要である。

1年間の退院者のうち、在院期間が1～2年であった者は、定義1では一部が、定義2では全部が退院率に反映される。すなわち、在院期間1～2年の者の動向は、定義1より定義2で退院率に強く反映される。在院期間1～2年の患者をいわゆるニューロングステイとすれば(ニューロングステイは在院期間5年程度までの患者を指すことが一般的であるが⁴⁾、本稿ではその中で退

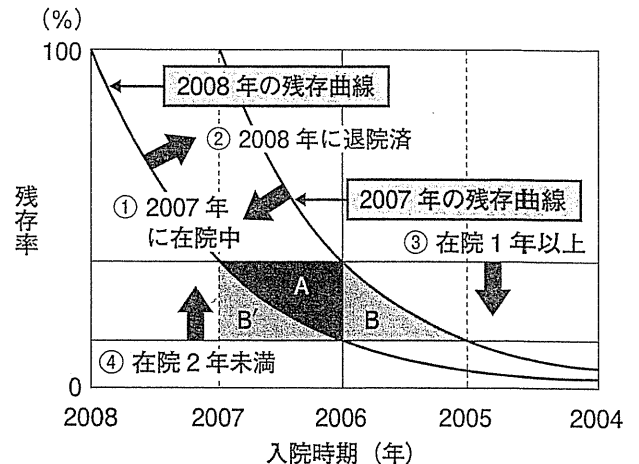


図6 2通りの定義による退院率の比の推定

退院率の計算式の分子の差は領域A(図5参照)。領域A+Bは、「1年間に退院(=①+②)」かつ「在院期間1～2年(=③+④)」。領域B≡領域B'より、領域A+B=領域A+B'。退院曲線が常に下に凸の場合、領域Aは領域A+B'の半分以上を占めるから、分子を測定する1年間に新たに「1年以上在院者」となった患者(領域A)は、1年間の退院患者のうち在院期間1～2年の者(領域A+B=A+B')の過半数を占める。

院可能性の比較的高い長期在院期間1～2年の患者を指すものとする)、退院率の低下は、当該都道府県における長期在院患者群の退院の少なさのみならず、退院促進によるニューロングステイ自体の減少によっても生じる。ニューロングステイの減少は望ましいことであるが、退院率を低下させ、退院促進が不振に見える場合があり、特に定義2ではその傾向が強いことに注意しなければならない。

このように、ニューロングステイは退院率の計算式に対して、それ自体の増減が分母を、そこから発生する退院の増減が分子を変化させ、退院率の挙動に複雑な影響を与えるが、いうまでもなく、ニューロングステイは本格的長期在院者にならないことが望ましい。ニューロングステイの発生や解消(退院)については、その背景を分析することが必要で、我々としても今後取り組むべき課題と考えている。同時に、在院期間1～2年の患者に対する効果的な治療やリハビリテーションを追究することが重要と思われる。

しかしながら現実には、在院期間が2年以上

に及ぶ者も一定数生じる。このような本格的長期在院者が時間を経て増加してきた多くの病院では、退院促進は非常に困難な課題であろう。退院促進に対しては、ケアマネジメントの要素を併せ持つ、精神科デイ・ケアや精神科訪問看護の有用性が指摘されている^{5,9)}。また、急性期治療病棟の設置により、転棟先の精神一般・療養病棟の患者動態が活性化し、退院が促進されるという意見もある⁸⁾。多くの病院にとって、これらが常に有用とは限らないし、すぐに実行できるものではないが、地域の実情に応じてなんらかの退院促進の方向性を探ることが必要である。病院でのこうした取り組みにより、地域(各都道府県)の退院率を目標に近づけることが可能となる。

退院に含まれる死亡・転院の問題

我々の 2008 年度の調査⁶⁾では、退院率を定義 1 で計算すると 16.3% にとどまった。退院した患者のうち、死亡および転院(精神科・他科)を除く退院は 34.4% と推定され、退院から死亡・転院を除いて退院率を再計算すると、5.6% となった。患者の地域移行という観点からは、死亡・転院を除いた退院の状況を知ることが重要であるため、我々は 630 調査に基づく退院率の再計算も行った¹⁰⁾。こちらは定義 2 での計算となるが、すべての退院を含めた場合に 23.0% であった退院率は、死亡・転院を除くと 9.9% となった(退院した患者のうち、死亡・転院を除く退院は 42.9%)。死亡・転院を除く退院の割合が、定義 2 (42.9%) で定義 1 (34.4%) より高いのは、在院期間 1~2 年の患者(退院率への影響は定義 2 で強い)において、地域に退院する割合が高いことを示唆している。定義の違いによる退院率の差は、死亡・転院を除いて計算した場合、より顕著になると考えられる。

死亡・転院を退院に含めた退院率(および平均残存率)の計算については、改革ビジョン第二期(後半 5 年間)の計画策定に向けて厚生労働省が開催している「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」でも課題として取り上げられ

ており、死亡・転院を除外した目標設定などが必要となる可能性が指摘されている²⁾。退院率などの患者動態指標において、死亡・転院は目的に応じた扱いを行うことが重要である。

結論

本稿では、改革ビジョンに図と記述により定義された退院率の相違を、計算式で表現したうえで図説し、それぞれの定義で計算された実測値を参照しながら考察した。改革ビジョンの達成目標は定義 2 に基づいて設定されており、成果の評価も 630 調査から定義 2 で計算された退院率を用いて行っているため、この点において問題は無い。しかし、我々が 2008 年度に実施したような⁶⁾独自の調査を実施して、特定の患者特性や地域に限定した退院率を計算し、630 調査の結果と比較する場合などには、研究者は用いる定義に注意する必要がある。また退院率は、都道府県など一定の地域(病院群)に対して計算することが前提となっており、主に都道府県の精神保健福祉部局が医療計画の策定などにおいて用いる指標である。行政機関を中心とする退院率データの利用者は、その計算に直接かかわることはなく、通常は 630 調査から定義 2 で計算された退院率のみを取り扱うが、退院率という指標がどのように定義され、何を測定しているのかについて理解することは一定の意義があると考えられる。

文献

- 1) 厚生労働省今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：第 5 回資料「精神病床の利用状況に関する調査(速報)」。p 32, 2008 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-6b.pdf>, 2009 年 5 月 15 日アクセス)
- 2) 厚生労働省今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：第 20 回資料「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」。p 55, 2008 (<http://www.mhlw.go.jp/za/0721/a09/a09-03.pdf>, 2009 年 8 月 5 日アクセス)
- 3) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：「精神保健医療福祉の改革ビジョン」。2004 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902->

- 1a.pdf, 2009 年 5 月 15 日アクセス)
- 4) 三澤史斉, 藤井康男: New Long-Stay 患者に対する治療技法の進展. 臨精薬理 8: 191-200, 2005
 - 5) 長沼洋一, 竹島正, 立森久照: デイケア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴. 日精病協誌 26: 372-378, 2007
 - 6) 白石弘巳, 伊藤哲寛, 岩下覚, 他: 入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究(研究代表者: 竹島正)」総括・分担研究報告書. pp 81-111, 2009
 - 7) 竹島正(「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」研究代表者): 目でみる精神保健医療福祉 3. 国立精神・神経センター精神保健研究所, p 30, 2009
 - 8) 竹島正, 河野稔明: 既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究(研究代表者: 山内慶太)」総括・分担研究報告書. pp 75-98, 2009
 - 9) 竹島正, 小山明日香, 河野稔明, 他: 地域精神医療における ACT の位置づけ. 精神医学 50: 1187-1193, 2008
 - 10) 竹島正, 小山明日香, 河野稔明, 他: 平均残存率(1 年未満群), 退院率(1 年以上群)への転院, 死亡の影響. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究(研究代表者: 竹島正)」総括・分担研究報告書. pp 39-43, 2009



第 33 回日本精神病理・精神療法学会

日時 2010 年 10 月 7 日(木), 8 日(金)

会場 東洋大学 白山キャンパス (〒112-8606 東京都文京区白山 5-28-20)

会長 花村誠一(東京福祉大学) 副会長 河本英夫(東洋大学)

プログラム

特別講演

1. “Dualities of the Self: Conceptual Tools for Psychopathology and Psychotherapy”
Christoph Mundt(ハイデルベルク大学名誉教授)

2. 「中動態的自己の病理」(仮題) 木村 敏(京都大学名誉教授)

シンポジウム 「いま改めて問う, 狹義の精神療法」

新宮一成(京都大学), 花村誠一(東京福祉大学)

指定討論: 藤山直樹(上智大学), 河本英夫(東洋大学)

ランチオンセミナー 「第 2 世代薬物の登場と精神科臨床の変容」

仙波純一(さいたま市立病院)

「成人アスペルガー症候群の基礎と臨床—専門外来とデイケアの経験から—」

加藤進昌(昭和大学)

インテルメッツォ 「ディア・インディヴィデュアル」

神経現象学リハビリテーション総合研究センター

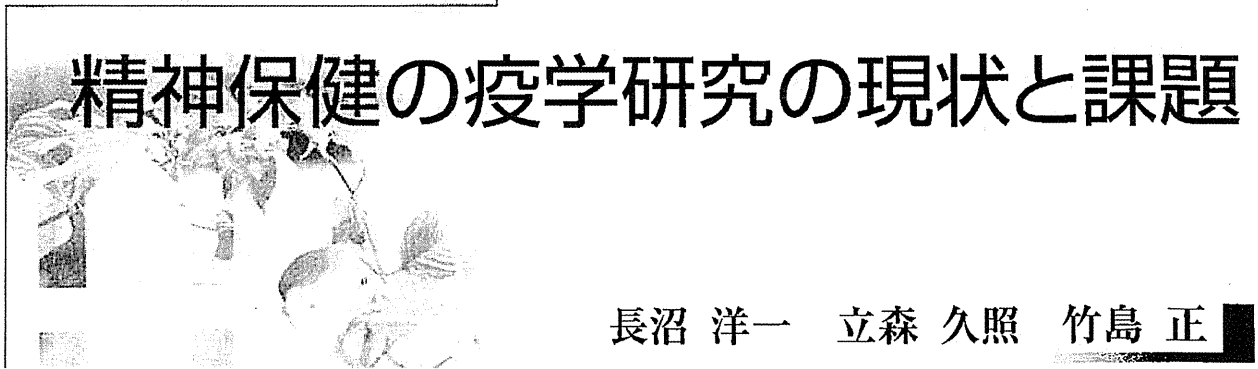
大会参加費 会員 8,000 円, 非会員 10,000 円

問合せ 第 33 回日本精神病理・精神療法学会事務局 (〒112-8606 東京都文京区白山 5-28-20 東洋大学文学部哲学科第 10 研究室)

事務局長: 安宅勝弘 副事務局長: 稲垣 諭

Fax 03-3945-8432 e-mail: ml.jspp33@ml.toyonet.toyo.ac.jp

大会 URL: <http://www.sysconet.jp/jspp33/index.html>



精神保健の疫学研究の現状と課題

長沼 洋一 立森 久照 竹島 正

精神保健の疫学研究

精神障害者や精神保健上の課題を抱えながら生活している人が、どれくらいいるのであろうか。どのような人々が発症しやすいのだろうか、また精神障害に対してどのような治療を受け、どのような転帰に達しているのであろうか。それらを明らかにする研究上の手法が、疫学研究である。疫学研究とは、病気や障害等の発生頻度や性や年代等に関する分布を調査し、その病気や疾病の予防に役立つ要因を明らかにすることを目的とするものである。文部科学省と厚生労働省が出している疫学研究に関する倫理指針(平成20年度改訂版)¹⁾では、疫学研究について「疾病の罹患を始め健康に関する事象の頻度や分布を調査し、その要因を明らかにする科学研究である。疾病の成因を探り、疾病の予防法や治療法の有効性を検証し、又は環境や生活習慣と健康とのかかわりを明らかにするために、疫学研究は欠くことができず、医学の発展や国民の健康の保持増進に多大な役割を果たしている」と説明されている。

精神障害については、その実態およびリスク要因についてもまだまだ十分に明らかにされているとは言えず、幅広い視点で疫学研究を推進していくことは重要な課題である。

本稿では、精神保健の疫学研究がわが国においてどのように実施され、どのような課題を抱えて

いるのかについて提示する。

日本における精神保健に関する疫学研究の歴史

日本では、旧厚生省によって「精神衛生実態調査」と題する全国調査が、1954年、1963年、1973年、1983年に行われた。このうち、1954年、1963年は、標本抽出による全国調査として調査員による聞き込み調査も行われていた。その結果、1954年には全国の推計患者数は130万人(性別では男性66万人、女性64万人；診断別では精神病が45万人、精神薄弱が58万人、その他が27万人)とされ、人口1千対有病率は全体で14.8(性別では男性15.3、女性14.4；診断別では精神病5.2、精神薄弱6.6、その他3.0)であった。1963年では、全国の推計患者数が124万人(性別では男性66.4万人、女性57.4万人；診断別では精神病57万人、精神薄弱40万人、その他27万人)、人口1千対有病率は全体で12.9(性別では男性14.1、女性11.8；診断別では精神病5.9、精神薄弱4.2、その他2.8)とされた²⁾。1954年調査では、これらの統計資料に基づき医療環境の整備の必要性が訴えられた。1963年調査では、経済成長や抗精神病薬の開発等により、精神障害の治療環境が大きく変化していたことから、経済状況や予後についての調査もなされ、精神障害者の世帯は著しい貧困状況にあること、またそれまで「治らな

ながぬま よういち、たちもり ひさてる、たけしま ただし：(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部 連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1