

定病院では慢性期の患者が多く、必然的に全体の年齢が高くなり、身体疾患が合併しやすくなることから転院する患者も多くなるためと考えられる。病床規模別には、小規模の病院で、精神療養病棟に在院期間の短い患者が多かった。小規模の病院では病棟数が限られるため、ほかの特定入院料病棟を設置するのが難しく、精神療養病棟で急性期に近い患者にも対応している場合があるためと考えられる。

専門病棟の設置時期については、精神療養病棟や認知症病棟が、救急・急性期病棟より早く設置された病院が多かった。病棟の機能分化を進め、複数種別の専門病棟を有するようになった病院では、精神療養病棟や認知症病棟を先に設置していたことが多いことが示唆される（なお、専門病棟として救急・急性期病棟を単独で設置した病院は27カ所にとどまっている）。これは、1つには精神療養病棟や認知症病棟が診療報酬に位置づけられるのが早かったことが考えられる。

しかし、とくに精神療養病棟は、療養環境の充実など設置時に一定の初期投資を要するものの、本研究で示したように比較的多様な患者を受け入れることができるため、精神科救急病棟や急性期治療病棟に比して運用しやすい。また、精神療養病棟は看護配置基準が低いため、他の病棟の看護職員を増員して上級の入院基本料や他の特定入院料を取得することが可能となり、機能分化の布石としやすいことも大きな理由と思われる。こうしたことから、精神療養病棟は、精神科病院の医療機能の分化・充実に寄与してきたことが示唆される。

平川²⁾は、精神科病院にとって精神療養病棟が経営的にも運用上でも自由度を増す利点を有し、病院ごとにさまざまな利用がなされたことを指摘したが、本研究の結果はそれを支持するものである。療養環境の向上を趣旨とする精神療養病棟は、症状が重度で長期療養を要する患者にとってはもちろん有益であったと思われるが、そのような患者も高齢化し、これもまた平川が指摘するように、身体合併症や介護の必要性が高まってきている。とくに精神療養病棟は別算定可能な項目が少なく、他科受診の際に入院料が大幅減額となるため、状

況のこうした変化により病院の負担は再び増大しつつあるのかもしれない。また、長期の療養を要する患者とはいえ、おのおのの状況に応じて少しでも地域生活に近い居住形態へ移行できるように援助するのが精神科医療であり、精神療養病棟ではとくに規定のない治療機能のあり方を模索することも求められるであろう¹⁾。精神療養病棟が自由度の高い専門病棟であることに変わりはないが、精神療養病棟の機能は今後も少しずつ変化していくと思われる。

おわりに

本研究では、精神療養病棟の在院患者特性と設置時期から、その機能と病院の機能分化における役割をそれぞれ検討したが、結果を解釈するうえで次の2点に留意する必要がある。1つは、在院患者特性や設置時期は、これらを直接に証明しているとはいえないことである。もう1つは、在院患者特性は年齢と在院期間のみで評価しており、それ以外の特性に違いがあってもそれはデータに反映されていないことである。たとえば、ある精神療養病棟と基本15病棟で年齢と在院期間の分布が同様であっても、精神療養病棟には生活能力が低下したり退院先の選択肢が狭かったりして、基本15病棟では対応の難しい患者が多く入院しているかもしれない。

こうした限界はあるものの、本研究の結果は、精神療養病棟が実態として有している機能と病院の機能分化における役割について一定の示唆を与えるものである。精神療養病棟は、比較的多様な患者に対応するために機能分化の足がかりとして設置されることが多く、その後の職員配置の充実や、それにより可能となる急性期型の専門病棟の設置において、その基盤づくりという面で重要な役割を果たしていると考えられる。

文献

- 1) 花井忠雄：当院の精神療養病棟の実態と今後のあり方。日精協誌 21(5):12-21, 2002.
- 2) 平川淳一：精神療養病棟。精神科 18(3):265-271, 2011.
- 3) 仙波恒雄：精神療養病棟Aの運用と実例。日精協誌 14(4):11-16, 1995.

精神科病院の新入院患者の退院動態と関連要因

河野 稔明¹⁾, 白石 弘巳²⁾, 立森 久照¹⁾, 小山 明日香³⁾,
長沼 洋一⁴⁾, 竹島 正¹⁾

Toshiaki Kono, Hiromi Shiraishi, Hisateru Tachimori, Asuka Koyama, Yoichi Naganuma,
Tadashi Takeshima : Discharge Dynamics and Related Factors of
Newly-admitted Patients in Psychiatric Hospitals

わが国の精神科医療は入院治療中心から地域生活中心へ転換しつつあり、新入院患者についても早期退院を目指している。そのためには患者特性ごとの現状把握と方策が必要である。本研究では、精神科新入院患者の実態について質問紙調査を行ったので報告する。全国の1,459の精神科病院に依頼し183ヵ所(12.5%)から得た患者データを、実際の患者構成に比例するよう重み付けし、1,784名分を解析した。全体の平均残存率(新入院患者の退院動態の指標、低いほど在院期間が全体的に短い)は29.4%であった。主診断別には認知症(45.6%)が最も高く、統合失調症(34.9%)が次ぎ、うつ病、躁うつ病、およびアルコール依存症は同等(20~21%)で低かった。入院時入院形態別には(認知症以外)、措置入院(34.5%)、医療保護入院(31.6%)、任意入院(25.6%)の順に高かった。在院長期化(1年以上)に有意に関連したのは、統合失調症では入院直前の居住形態、入院時病棟、入院時重症度、および病院の設置主体であった(在院長期化は他院精神科入院、他科入院、単身生活、精神療養病棟、高い入院時重症度、民間病院で高率)。認知症では入院時病棟、および病院の設置主体であった(在院長期化は老人性認知症病棟、民間病院で高率)。在院長期化の直接的理由は、「家族の受け入れの問題」(51.5%)、「症状が改善せず」(48.8%)、「生活能力が回復せず」(44.0%)が上位を占めたが、認知症では「身体疾患」(20.8%)、「退院先が見つからず」(29.2%)も多かった。本調査は実施から時間が経過し、回収率の低さと患者属性間で異なる抽出率の補正のため結果の慎重な解釈を要するが、精神科新入院患者の退院動態および関連する要因は、主診断や入院時入院形態で異なっていた。適切な期間での入院治療を促進するには患者の特性に応じた治療やケア・ワークが重要であり、在院長期化が高率な患者群ごとに対策が必要と考える。

<索引用語: 平均残存率, 新入院, 退院, 長期在院, 患者動態>

- 著者所属: 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研究部, Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 2) 東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科, Department of Human Care and Support, Faculty of Human Life Design, Toyo University
- 3) 熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野, Department of Psychiatry and Neuropathobiology, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University
- 4) 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司法精神医学研究部, Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

受 理 日: 2012年2月4日

1. 目 的

厚生労働省は、2004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」(以下、改革ビジョン)⁹⁾を公表し、「入院治療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以後10年間で進めることとした。また、2005年10月に障害者自立支援法が成立し、併せて精神保健福祉法や障害者雇用促進法も改正された。

改革ビジョンには、「新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す」と明記されている。また、こうした考え方にに基づき、各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とすることが達成目標に挙げられている。平均残存率(1年未満群)とは、精神科病院に入院して1年未満の患者が、どの程度のペースで退院するかを示す指標である(以下、単に平均残存率と称する)。同時に入院した患者が、以後のある時点で在院を継続している(残存している)割合を残存率と称し、入院後の1年間にわたって残存率を平均した値を平均残存率と定義する。退院のペースが速いほど平均残存率は低くなり、「入院治療から地域生活中心へ」という観点からは好ましいことといえる。

厚生労働省精神・障害保健課は、精神科病院などを対象に毎年6月30日付で調査を実施しており(以下、630調査)、集計結果を「精神保健福祉資料」に公表している。平均残存率も630調査に基づく指標であり、精神科に新たに入院した患者の動態を、全国および各都道府県で経年的に捉える指標の1つとなっている。ところが、630調査から診断や性別・年齢といった患者の属性ごとに得られる患者動態の情報は限定的である。改革ビジョンでは、施策の基本的方向として、精神病床に係る医療計画上の基準病床数の算定に関して、将来的には疾病別の入院動態に応じた方式を導入

することを目指した基礎的な研究を深めることを挙げ、また患者の病態に応じた精神病床の機能分化促進を、前半5年間の取り組みの1つとした。このため藤田ら³⁾は、厚生労働省が2002年に実施した患者調査を用いて、診断別の残存率を1ヵ月単位で求めるなど詳細な定量的検討を行った。その結果、入院後1年までの診断別の残存率は、認知症、知的障害、および統合失調症等で2003年度630調査(精神疾患全体)に比して高く推移し、気分障害、神経症性障害等、アルコール関連障害、およびてんかんで低く推移していた。特に認知症は残存率が最も高く推移し、入院1年後(厳密には約11.5ヵ月後)もなお27.0%の患者が在院を継続していたという。また、入院から時間が経過するほど残存率の低下は鈍化し、入院後1年未満では男性、高齢などの特性を有する患者で退院可能性が低かった。

藤田らが対照した2003年度630調査に基づく平均残存率は31.1%であったが、改革ビジョンが公表されて約2年後の2006年度は29.7%と若干低下した¹⁴⁾。しかし目標値との間には依然として隔たりがあり、改革ビジョン策定の10年後(2014年)までに目標を達成するには、特性が類似する患者群別の現状把握をさらに進め、具体的な対策を講じることが必要と思われる。本研究では、精神科病院の新入院患者を対象に、診断別、入院形態別の平均残存率のほか、入院前および退院後の生活状況を把握することを目的とし、全国の精神科病院の協力を得て実態調査を行ったので報告する。

2. 方 法

1) 対象病院と調査の内容および方法

全国の精神病床を有する病院1,459施設を対象として、2007年7月に調査票を送付し協力を依頼した。調査票は郵便にて回収した。

各病院には、2005年10月から2006年1月までに入院し、5日以上在院した患者を、入院時点の入院形態ごとに入院順に各5名まで選び、それらの患者について調査票(患者個票)に回答する

よう求めた。在院期間を5日以上に限定したのは、精神科救急で基幹病院に入院し、まもなく後方転送された患者について、基幹病院の分の入院を除外するためである。入院時入院形態は、任意入院、医療保護入院、および措置入院の3区分とした。調査項目は、性別、入院時年齢、主診断、精神科入院歴、入院年月日、退院年月日（調査時に未退院の場合はその旨）、入院時および退院時の重症度、入院時病棟、入院直前および退院直後の居住形態、在院中の身体合併症の有無、ならびに在院長期化の直接的理由とした。

主診断の選択肢は、「統合失調症」、「うつ病」、「躁うつ病」、「認知症」、「アルコール依存症」、および「その他」の6つとした（診断基準は特に指定せず、回答者が判断した）。「その他」を選択した場合は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）のコードをF+最上位1桁で回答するよう求めた。精神科入院歴の選択肢は、「なし」、「あり」に「不明」を加えた3つとした。入院時および退院時の重症度は、2002年度に日本精神科病院協会が実施した「マスタープラン調査」¹⁶⁾で使用された精神症状の重症度尺度を用いて、それぞれ1（最軽度）から6（最重度）までの6段階で評価するよう求めた。入院時病棟の選択肢は、「精神科救急病棟」（診療報酬（当時）上は精神科救急入院料、以下同様）、「急性期治療病棟」（精神科急性期治療病棟入院料1, 2）、「精神一般病棟」（入院基本料）、「精神療養病棟」（精神療養病棟入院料1, 2）、「老人性認知症病棟」（老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料）、および「その他」の6つとした。入院直前の居住形態の選択肢は、「家族と同居」、「単身生活」、「施設等入所」、「他院精神科入院」、「他科入院」、および「その他」の6つ、退院直後の居住形態は、入院後1年未満で退院した患者のみを対象とし、選択肢は入院直前の居住形態の選択肢に「死亡」を加えた7つとした。在院長期化の直接的理由は、1年以上在院した患者のみを対象とし、次の7つの項目から該当する全てを選択する形式で回答を得た。項目は、患者自身の理由

として「症状が改善せず」、「症状不安定（再発しやすい）」、「身体疾患」、および「生活能力が回復せず」の4項目、社会的理由として「家族の受け入れの問題」、および「退院先が見つからず」の2項目、ならびに「その他」とした。なお本研究では、在院が1年以上に及んだことを「在院長期化」と称することにした。

また、当該病院に関する調査票（施設票）にて、設置主体、精神病床数、入院料等の届出状況などの回答を得た。回答は、患者については無記名、病院については有記名とした。

2) 調査票の回収結果

回答した病院は183で、回答率は12.5%であった。病院の設置主体別には、医療法人116（63.4%）が最多となったが、回答率は概して民間に比して公立で高く、公立（国立+独立行政法人国立病院機構+都道府県立+他の公立）26.3%、大学病院15.3%、民間（医療法人+個人+他の法人）10.5%となった。回答のなかった病院についても、設置主体によっては入院料等の届出状況や病床数の情報が入手可能であったため、可能な範囲で情報を収集した。その結果、入院料等の届出状況は民間病院のみで、病床数は全病院で比較することができた。回答のあった病院では、精神科救急入院料（回答あり：7.0%、回答なし：0.6%、 $p<0.001$ 、以下同様）、急性期治療病棟入院料1（24.2%、12.7%、 $p=0.001$ ）、および老人性認知症疾患治療病棟入院料（35.2%、22.6%、 $p=0.003$ ）の届出が5%水準（Fisherの正確確率検定）で有意に高率となった。病床規模では、精神病床数はほぼ同じだったが（平均±標準偏差、回答あり：228±151、回答なし：228±133、 $p=0.996$ 、以下同様）、他種の病床の数は回答のあった病院のほうが5%水準（t検定）で有意に多かった（104±233、64±183、 $p=0.031$ ）。

患者個票は合計1,866名分が回収された。入院時入院形態の内訳は、任意入院872、医療保護入院806、措置入院188であった。

3) データの処理および解析

(1) 患者データの重み付け

患者個票のデータは、各病院で入院時入院形態ごとに最大5名分収集したため、実際の患者数とは比率が異なる。このため、対象とした4ヵ月間の全入院患者数を病院と入院時入院形態の組み合わせごとに推定し、データを重み付けして解析した。なお重み付け係数は、患者総数が回収数と同じ1,866名になるよう調整した。4ヵ月間の全入院患者数は、回収された患者個票が4枚以下の場合は患者個票と同数とし、5枚の場合は施設票で回答された2006年度1年間の入院患者数、および2006年度精神保健福祉資料に公表された全国の入院患者数における入院形態の比率を用いて推定した。その際、入院患者に占める措置入院患者の割合は、措置入院の指定の有無や特定入院料によって病院間で大きく異なるため、措置入院の推定患者数を優先的に確定するよう配慮した。手続きの詳細を知りたい読者は、著者に連絡されたい。

(2) 解析対象

患者個票は、対象条件を満たし、内容に矛盾がなく、かつ入院年月日および退院年月日（調査時に未退院の場合はその旨）が記載されたものを有効回答として解析に用いた。有効回答は1,754（重み付け後1,784）で、入院時入院形態内訳は任意入院820（同1,171）、医療保護入院766（同582）、措置入院168（同31）であった。以下では、重み付け後の数値を示す。なお、患者数は以下すべて四捨五入して整数で示す。そのため、人数内訳の合計が合計人数に一致しない場合がある。

主診断別の患者数は、「統合失調症」739（41.4%）、「うつ病」239（13.4%）、「躁うつ病」133（7.5%）、「認知症」178（10.0%）、「アルコール依存症」140（7.9%）、「その他」329（18.4%）、特定不能（複数回答など）14（0.8%）、無回答12（0.7%）であった。「その他」の内訳は、F0器質性精神障害39（2.2%）、F1物質関連障害22（1.2%）、F2精神病性障害41（2.3%）、F3気分障害2（0.1%）、F4不安障害圏92（5.2

%）、F5身体関連障害33（1.8%）、F6パーソナリティ障害圏44（2.5%）、F7精神遅滞31（1.7%）、F8発達障害圏11（0.6%）、F9情緒障害圏1（0.1%）、その他（F99特定不能、G40てんかんなど）3（0.2%）、無回答9（0.5%）であった（百分率は対象患者全体に占める割合）。性別は男性796（44.6%）、女性955（53.5%）、無回答32（1.8%）、入院時年齢は平均50.7（標準偏差18.6）歳であった。

(3) 解析方法

重み付けした患者データを用いて、統計ソフトSPSS（ver.13）により、①臨床的情報の記述統計、②入院直前・退院直後の居住形態、③在院期間、および④在院長期化の要因について解析を行った。解析は、①から③までは全体、主診断別、および入院時入院形態別に行った。④では「在院長期化の直接的理由」の記述統計と、在院長期化に関連する要因を探索する多変量解析を行った。④では対象が1年以上在院した患者のみとなり、また在院長期化の頻度は疾患によって異なると考えられるため、患者数の十分に多い主診断別（「統合失調症」、「認知症」）に解析した（「在院長期化の直接的理由」の記述統計は全体でも解析）。

なお、入院時入院形態別の検討では主診断との交絡を考慮する必要があるため、予め主診断別の入院時入院形態を集計した。その結果、「認知症」で他の主診断に比して医療保護入院の割合が著しく高かった（表1）。このため、入院時入院形態別の検討は「認知症」と他の主診断とに分けて行った。

①臨床的情報の記述統計は、精神科入院歴、入院時病棟、入院時重症度、および在院中の合併症の有無については1,784名全員を対象に、退院時重症度については調査時まで退院した1,644名を対象に行った。

②入院直前・退院直後の居住形態は、いずれも無回答でない1,756名を対象に、入院直前、退院直後それぞれの記述統計を行った。

③在院期間については1,784名全員を対象に、残存曲線を描画し、平均残存率を求めた。残存曲

表1 主診断別の入院時入院形態の割合

主診断	入院時入院形態		
	措置入院	医療保護入院	任意入院
統合失調症 (n=739)	19 (2.6%)	285 (38.6%)	435 (58.9%)
うつ病 (n=239)	0 (0.0%)	28 (11.7%)	211 (88.3%)
躁うつ病 (n=133)	2 (1.5%)	46 (34.6%)	85 (63.9%)
認知症 (n=178)	0 (0.0%)	110 (61.8%)	68 (38.2%)
アルコール依存症 (n=140)	1 (0.7%)	21 (15.0%)	118 (84.3%)
その他 (n=329)	9 (2.7%)	83 (25.2%)	237 (72.0%)

注) 百分率は当該主診断の患者に占める割合。主診断が特定不能(複数回答など)および無回答の患者は集計から除外した。人数は重み付け後の値(小数点以下四捨五入)。

線は入院12ヵ月後まで描画した(調査時には対象患者全員が入院後12ヵ月以上経過)。さらに、新入院患者の状況は地域や病院の設置主体によって異なると考えられるため、平均残存率については東日本(中部地方以东)と西日本(近畿地方以西)、公立・大学病院と民間病院のそれぞれについても算出した。患者数は、地域別には東日本978名、西日本806名、病院の設置主体別には公立・大学病院568名、民間病院1,216名であった。東日本では西日本に比して、公立・大学病院の患者の割合が高かった(東日本:39.2%,西日本23.0%,Fisherの正確確率検定で $p<0.001$)。

④在院長期化の要因のうち、「在院長期化の直接的理由」の記述統計では、1年以上在院した患者191名を対象に、7項目の各該当者数を集計した。また、患者自身の理由の有無別に、社会的理由がある患者の人数を集計した。多変量解析では、在院期間が1年以上か否かを応答変数に、性別、精神科入院歴、入院直前の居住形態、入院時病棟、入院時年齢、入院時重症度、地域(東日本/西日本)、および病院の設置主体(公立・大学病院/民間病院)を説明変数にしたロジスティック回帰分析で、主診断ごとに検討した。精神科入院歴で「不明」に該当した患者、入院直前の居住形態、または入院時病棟で「その他」に該当した患者、ならびにいずれかの変数で無回答だった患者は分析から除外した。ま

た、4つの質的説明変数については、それぞれすべての水準で該当する患者数が20以上となるよう、各説明変数で患者数の少ない水準を、主診断ごとに分析から除外した(応答変数は、いずれの主診断でも両方の水準が20以上となった)。分析は変数増減法(SPSSにおける「変数増加法:Wald」)で行い、変数選択の基準となるp値は投入0.05、除去0.1とした。それぞれの分析で初期モデルに投入した質的説明変数の水準は、表7(最終モデルに含まれる説明変数は表中、除外された説明変数は脚注)に示した。

4) 倫理面の配慮

本研究は、国立精神・神経センター倫理審査委員会(当時)より承認を受けて実施し、調査は研究班・調査事務局で患者個人を特定できない方法により行った。

3. 結 果

1) 臨床的情報の記述統計(表2その1,その2)精神科入院歴は、全体では68.5%が有しており、主診断別には「統合失調症」が85.0%で最高、「認知症」が39.6%で最低となった。

入院時病棟は、全体では「精神一般病棟」56.3%、「急性期治療病棟」23.3%の順に多かった。主診断別には、「認知症」では「老人性認知症病棟」が、それ以外では「精神一般病棟」が最多だ

表2 臨床的情報の記述統計（主診断別，入院時入院形態別，全体）その1

		主診断					
		統合失調症	うつ病	躁うつ病	認知症	アルコール依存症	その他
<全員を対象に集計>		(n=739)	(n=239)	(n=133)	(n=178)	(n=140)	(n=329)
精神科入院歴	なし	102 (13.9)	105 (43.9)	37 (27.7)	105 (58.8)	55 (39.1)	133 (40.4)
	あり	628 (85.0)	131 (54.9)	94 (70.6)	71 (39.6)	85 (60.7)	196 (59.6)
	不明	8 (1.1)	3 (1.1)	2 (1.6)	3 (1.6)	0 (0.3)	0 (0.0)
入院時病棟	精神科救急病棟	31 (4.1)	10 (4.3)	6 (4.2)	2 (1.4)	0 (0.0)	22 (6.7)
	急性期治療病棟	188 (25.5)	68 (28.3)	41 (30.7)	13 (7.3)	36 (25.8)	69 (20.9)
	精神一般病棟	440 (59.5)	147 (61.6)	73 (54.7)	57 (32.1)	64 (45.9)	204 (62.0)
	精神療養病棟	75 (10.1)	14 (5.8)	12 (9.2)	16 (9.0)	8 (5.8)	20 (6.2)
	老人性認知症病棟	4 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	84 (47.2)	0 (0.0)	5 (1.5)
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	4 (2.2)	30 (21.2)	6 (1.9)
	特定不能（複数回答など）	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (1.3)	0 (0.0)
	無回答	2 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.1)	3 (0.8)
入院時重症度		4.31 [1.09]	3.73 [1.02]	4.30 [1.16]	4.78 [0.97]	3.47 [1.34]	3.98 [1.22]
在院中の 身体合併症	なし	471 (63.7)	164 (68.4)	85 (63.6)	95 (53.1)	95 (68.1)	184 (56.0)
	あり	268 (36.3)	76 (31.6)	48 (36.4)	84 (46.9)	45 (31.9)	144 (44.0)
<調査時までには退院した者のみで集計>		(n=659)	(n=235)	(n=130)	(n=144)	(n=139)	(n=313)
退院時重症度		2.74 [1.01]	2.11 [0.79]	2.18 [0.94]	3.84 [1.08]	2.05 [0.88]	2.64 [1.14]

注) 表中の値は、質的変数は該当者数 (%), 量的変数は平均値 [標準偏差]。人数は重み付け後の値 (小数点以下四捨五入)。

表2 臨床的情報の記述統計（主診断別，入院時入院形態別，全体）その2

		入院時入院形態					全体
		認知症のみ		認知症以外			
		任意入院	医療保護入院	任意入院	医療保護入院	措置入院	
<全員を対象に集計>		(n=68)	(n=110)	(n=1,086)	(n=463)	(n=31)	(n=1,784)
精神科入院歴	なし	37 (54.4)	68 (61.5)	280 (25.8)	143 (30.8)	9 (30.2)	545 (30.5)
	あり	29 (42.4)	42 (37.9)	802 (73.8)	313 (67.5)	20 (65.1)	1,223 (68.5)
	不明	2 (3.2)	1 (0.7)	4 (0.4)	8 (1.7)	1 (4.7)	16 (0.9)
入院時病棟	精神科救急病棟	0 (0.0)	2 (2.2)	23 (2.1)	38 (8.1)	8 (27.0)	73 (4.1)
	急性期治療病棟	5 (6.6)	8 (7.7)	252 (23.2)	141 (30.5)	9 (29.4)	416 (23.3)
	精神一般病棟	27 (40.2)	30 (27.1)	658 (60.6)	257 (55.4)	13 (41.4)	1,004 (56.3)
	精神療養病棟	12 (17.7)	4 (3.6)	109 (10.0)	21 (4.4)	0 (0.9)	154 (8.2)
	老人性認知症病棟	22 (32.6)	62 (56.2)	6 (0.6)	3 (0.6)	0 (0.0)	96 (5.4)
	その他	1 (2.2)	2 (2.2)	34 (3.1)	3 (0.6)	0 (0.9)	40 (2.3)
	特定不能（複数回答など）	1 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.2)
	無回答	0 (0.0)	1 (1.0)	3 (0.3)	2 (0.4)	0 (0.4)	6 (0.3)
入院時重症度		4.32 [1.04]	5.07 [0.80]	3.70 [1.06]	4.88 [0.95]	5.51 [0.75]	4.15 [1.17]
在院中の 身体合併症	なし	36 (53.2)	59 (53.1)	689 (63.4)	289 (62.5)	20 (65.3)	1,104 (61.9)
	あり	32 (46.8)	52 (46.9)	397 (36.6)	174 (37.5)	11 (34.7)	679 (38.1)
<調査時までには退院した者のみで集計>		(n=52)	(n=92)	(n=1,018)	(n=429)	(n=28)	(n=1,644)
退院時重症度		3.56 [1.07]	4.02 [1.05]	2.39 [0.97]	2.76 [1.13]	2.78 [0.97]	2.62 [1.10]

注) 表中の値は、質的変数は該当者数 (%), 量的変数は平均値 [標準偏差]。人数は重み付け後の値 (小数点以下四捨五入)。

った。入院時入院形態別には、「認知症」以外において、急性期治療病棟や精神一般病棟では入院形態の違いは目立たなかったが、「精神科救急病棟」が措置入院 (27.0%) で、「精神療養病棟」が任意入院 (10.0%) で比較的高率となった。

入院時重症度は、全体では平均 4.15 で、主診断別には「認知症」4.78 が最も重度、「アルコール依存症」3.47 が最も軽度となった。入院時入院形態別には措置入院、医療保護入院、任意入院の順に重かった (措置入院は「認知症」以外のみ)。

在院中の身体合併症は、全体では 38.1% が有しており、主診断別には「認知症」46.9% が最高となった。

退院時重症度は、全体では平均 2.62 で、主診断別には重い順に、「認知症」(3.84)、「統合失調症」・「その他」(2.7 前後)、「うつ病」・「躁うつ病」・「アルコール依存症」(2.1 前後) の 3 群に分かれた。

2) 入院直前・退院直後の居住形態 (表 3, 図 1)

入院直前の居住形態は、全体では「家族と同居」が 64.0% を占め、「単身生活」(16.6%) が次いでいた。退院直後の居住形態 (1 年以上在院している者は入院 1 年後の状況、すなわち「在院継続」) も、全体では「家族と同居」が過半数 (56.8%) を占め、「単身生活」(13.2%) が次いでいた。1 年未満で生存退院した者は 88.1% で、「死亡」は 1.0%、「在院継続」は 10.8% であった。

主診断別には、「在院継続」であった者が「統合失調症」(14.8%) および「認知症」(27.5%) で高率であった。「認知症」では入院直前、退院直後とも「施設等入所」(順に 25.5%、27.1%) および「他科入院」(順に 19.3%、16.8%) が高率となり、他の主診断とは構成が大きく異なっていた。退院直後は「死亡」も多く (6.6%)、逆に「家族と同居」(17.8%) および「単身生活」(1.3%) は極めて低率で、かつ入院直前に比してそれぞれ大幅に減少した。

入院時入院形態別には、「認知症」以外において、「単身生活」が入院直前は措置入院 (32.3%)、任意入院 (20.0%)、医療保護入院 (11.0%) の順に高率であったが、退院直後には措置入院 (22.1%) および医療保護入院 (6.3%) で大きく低下した。

3) 在院期間 (表 4, 図 2)

全体での平均残存率は 29.4% であった。

主診断別の平均残存率は「認知症」が最も高く (45.6%)、「統合失調症」が次ぎ (34.9%)、「うつ病」、「躁うつ病」、および「アルコール依存症」は同等で比較的低かった (20~21%)。残存率自体もほぼ同様の順で推移したが、入院 2 ヶ月後までは「認知症」と「統合失調症」との差はほとんどなかった。「うつ病」、「躁うつ病」、および「アルコール依存症」の中では、入院 1 ヶ月後では「躁うつ病」が、入院 2~3 ヶ月後では「アルコール依存症」が高く推移したが、入院 5 ヶ月後以降では「うつ病」に比してこれらが低く推移した。

入院時入院形態別の平均残存率は、「認知症」、「認知症」以外とも、措置入院、医療保護入院、任意入院の順に高かった (措置入院は「認知症」以外のみ)。残存率自体は、「認知症」において、入院 4 ヶ月後以降に任意入院でほとんど低下しなくなり、6 ヶ月後までは医療保護入院のほうが高く推移したものの (平均残存率と同順)、7 ヶ月後以降は逆転した。「認知症」以外においては、入院 2 ヶ月後までは措置入院と医療保護入院との差が小さかったものの、平均残存率と同様の順で推移した。

(1) 地域別

全体での平均残存率は、東日本 28.0%、西日本 31.2% で、西日本がやや高かった。

主診断別の平均残存率は、「うつ病」で東日本が西日本に比して大幅に高く、「躁うつ病」、「認知症」、および「アルコール依存症」で西日本が東日本に比して大幅に高かった。「統合失調症」は東日本 33.9%、西日本 35.9% で、全体と同様の傾向を示した。

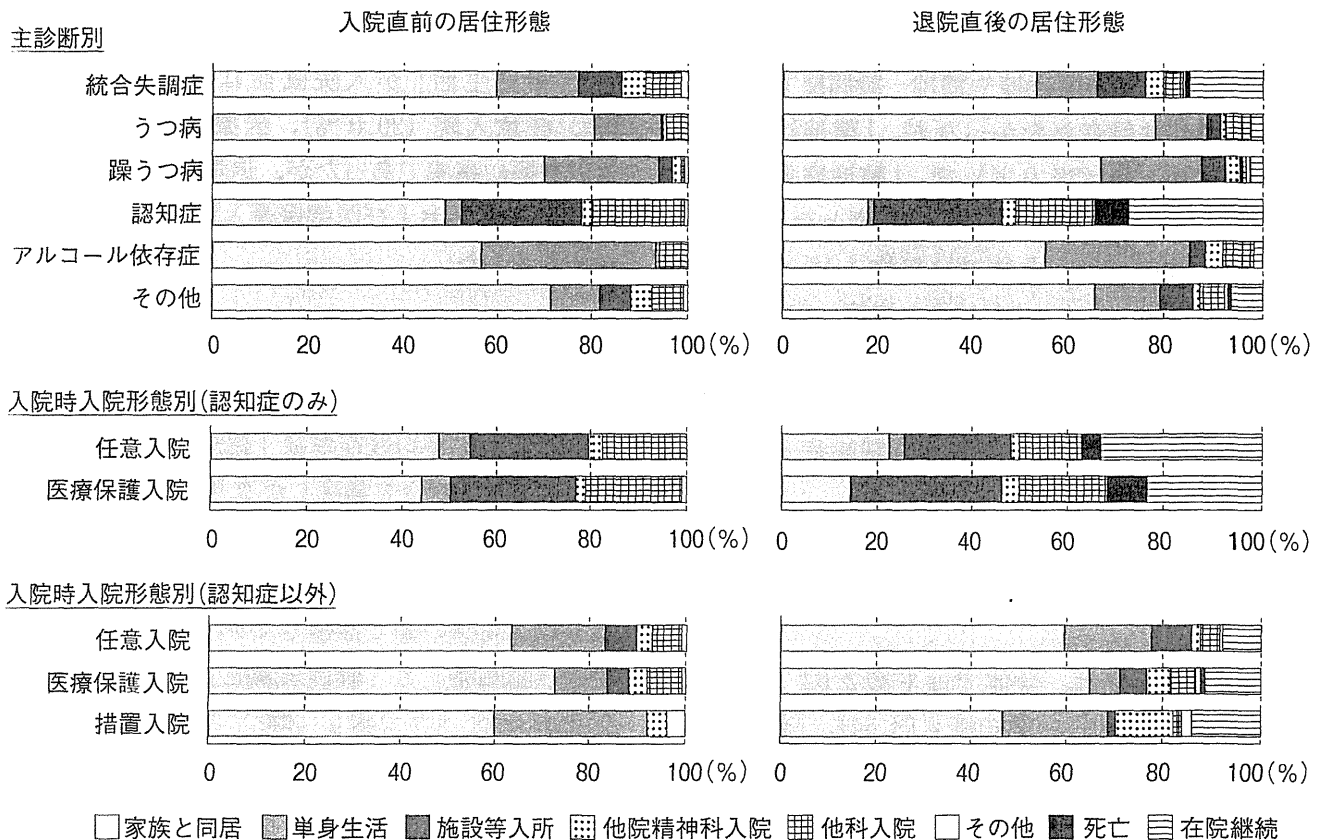


図1 入院直前および退院直後の居住形態（主診断別，入院時入院形態別）

表3 入院直前・退院直後の居住形態

居住形態	入院直前 (%)	退院直後 (%)
家族と同居	1,124 (64.0)	998 (56.8)
単身生活	291 (16.6)	231 (13.2)
施設等入所	138 (7.9)	163 (9.3)
他院精神科入院	59 (3.4)	47 (2.7)
他科入院	130 (7.4)	100 (5.7)
その他	14 (0.8)	8 (0.5)
死亡	—	18 (1.0)
在院継続	—	190 (10.8)
合計	1,756 (100.0)	1,756 (100.0)

注) 人数は重み付け後の値 (小数点以下四捨五入)。

入院時入院形態別の平均残存率は、「認知症」では任意入院で西日本が東日本に比して大幅に高かった。「認知症」の医療保護入院，および「認知症」以外のすべての入院形態では，全体と同様の傾向を示した。

(2) 病院の設置主体別

全体での平均残存率は，公立・大学病院 21.9%，民間病院 33.0%で，民間病院が大幅に高かった。

主診断別の平均残存率は，「うつ病」で公立・大学病院と民間病院の差が縮小し，「認知症」で差が拡大した。

入院時入院形態別の平均残存率は，「認知症」では，任意入院で公立・大学病院が 15.1%と民間病院 (49.7%) に比して非常に低かった。「認知症」以外では，任意入院および医療保護入院で全体と同様の傾向を示したが，措置入院では公立・大学病院 (36.6%) が民間病院 (33.0%) に比してやや高かった。

4) 在院長期化の要因

(1) 在院長期化の直接的理由の記述統計(表 5, 6) 在院長期化の直接的理由は，全体では「家族の

表4 平均残存率 [(主診断別, 入院時入院形態別, 全体) × (全体, 地域別, 病院の設置主体別), %]

主診断	全体	地域別		病院の設置主体別	
		東日本	西日本	公立・ 大学病院	民間病院
統合失調症	34.9	33.9	35.9	27.1	38.1
うつ病	20.4	23.6	15.3	17.9	22.0
躁うつ病	20.3	17.7	24.0	13.2	23.7
認知症	45.6	41.3	49.4	32.3	49.1
アルコール依存症	21.1	15.7	26.6	12.9	23.6
その他	21.9	22.1	21.6	17.5	25.0
入院時入院形態					
認知症のみ					
任意入院	43.7	32.5	50.1	15.1	49.7
医療保護入院	46.8	45.0	48.8	40.4	48.7
認知症以外					
任意入院	25.6	24.3	27.1	19.7	28.4
医療保護入院	31.6	31.0	32.5	22.2	36.6
措置入院	34.5	33.3	36.5	36.6	33.0
全体	29.4	28.0	31.2	21.9	33.0

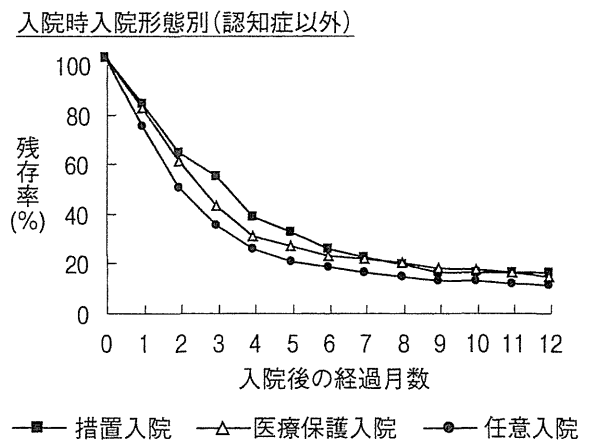
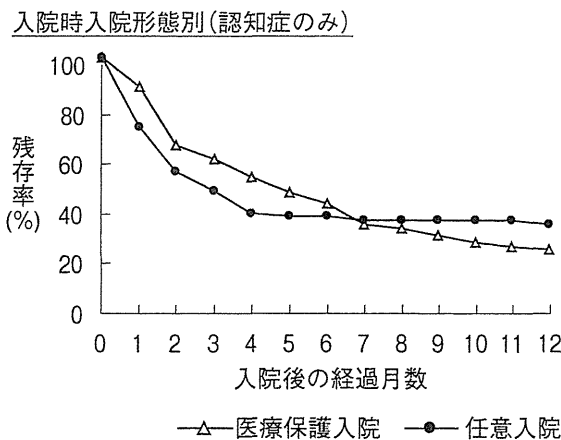
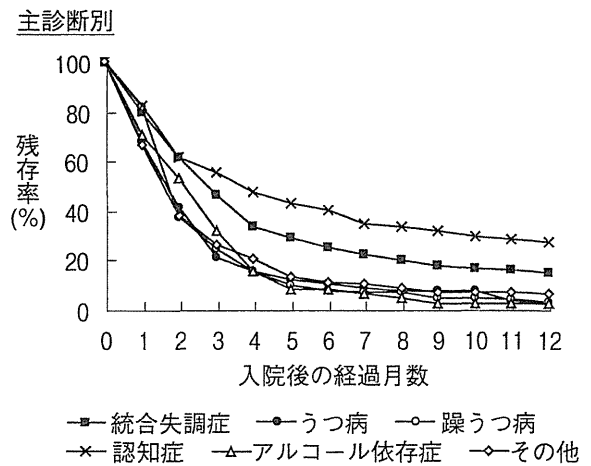
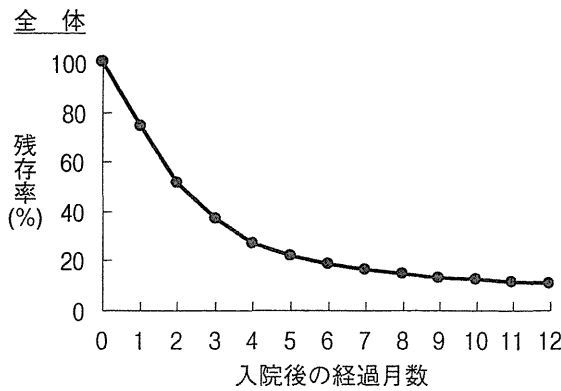


図2 残存曲線 (全体, 主診断別, 入院時入院形態別)

表5 在院長期化の直接的理由（統合失調症，認知症，全体）

	統合失調症 (n=107)	認知症 (n=47)	全体 (n=191)
患者自身の理由			
症状が改善せず	52 (48.6%)	23 (48.9%)	93 (48.8%)
症状不安定（再発しやすい）	40 (37.4%)	15 (31.3%)	69 (36.0%)
身体疾患	10 (9.3%)	10 (20.8%)	25 (13.2%)
生活能力が回復せず	48 (44.9%)	28 (58.3%)	84 (44.0%)
社会的理由			
家族の受け入れの問題	55 (51.4%)	27 (56.3%)	98 (51.5%)
退院先が見つからず	17 (15.9%)	14 (29.2%)	41 (21.3%)
その他	6 (5.6%)	0 (0.0%)	7 (3.5%)

注）人数は重み付け後の値（小数点以下四捨五入）。

表6 在院長期化における患者自身の理由の有無別の社会的理由（統合失調症，認知症，全体）

患者自身の理由	統合失調症		認知症		全体	
	あり (n=97)	なし (n=10)	あり (n=42)	なし (n=6)	あり (n=167)	なし (n=24)
社会的理由	52 (54%)	5 (50%)	30 (71%)	1 (17%)	96 (57%)	12 (50%)
家族の受け入れの問題	50 (52%)	5 (50%)	26 (62%)	1 (17%)	87 (52%)	11 (46%)
退院先が見つからず	17 (17%)	1 (10%)	13 (31%)	1 (17%)	39 (23%)	2 (8%)

注）人数は重み付け後の値（小数点以下四捨五入）。

受け入れの問題」(51.5%)、「症状が改善せず」(48.8%)、「生活能力が回復せず」(44.0%)の順に高率であった。主診断別には、「統合失調症」、「認知症」とも全体と同様の理由が上位を占めたが、「認知症」では「身体疾患」(20.8%)、「生活能力が回復せず」(58.3%)、および「退院先が見つからず」(29.2%)という理由が全体より相当に高率であった。

患者自身の理由の有無別に社会的理由を集計すると、全体では患者自身の理由のある群、ない群ともに、半数以上にいずれかの社会的理由があった。「退院先が見つからず」は、患者自身の理由のある群(23%)がない群(8%)に比して高率であった。主診断別には、「認知症」で患者自身の理由のある群がない群に比して、社会的理由の存在がより高率であった(いずれかの社会的理由がある割合は、順に71%、17%)。

(2) 多変量解析 (表7)

「統合失調症」では入院直前の居住形態、入院

時病棟、入院時重症度、および病院の設置主体が在院長期化に有意に関連していた。入院直前の居住形態が「他院精神科入院」および「他科入院」の者は、「家族と同居」の者に比して、在院長期化が順に約28倍、約18倍の高頻度となった。「単身生活」の者も在院長期化が約2.1倍の頻度で発生した。入院時病棟が「精神療養病棟」の者は、「精神一般病棟」の者に比して在院長期化が約3.0倍の頻度となった。また、入院時重症度が高いほど在院長期化の頻度が上昇した(1点の上昇で約1.3倍)。病院の設置主体については、公立・大学病院に比して民間病院で、在院長期化が約3.0倍の頻度で発生した。

「認知症」では入院時病棟、入院時年齢、および病院の設置主体が在院長期化に有意に関連していた。入院時病棟が「老人性認知症病棟」の者は、「精神一般病棟」の者に比して在院長期化が約2.9倍の頻度で発生した。病院の設置主体については、公立・大学病院に比して民間病院で、在院

表7 在院長期化に関連する要因 (統合失調症, 認知症)

	n (%) / 平均 [SD]	オッズ比	(95%信頼区間)	p 値
統合失調症 (n=688)				
入院直前の居住形態				<0.001
家族と同居	416 (60.4)	1		—
単身生活	120 (17.5)	2.1	1.1-4.2	0.036
施設等入所	64 (9.4)	2.2	0.91-5.3	0.080
他院精神科入院	37 (5.3)	28	12-64	<0.001
他科入院	51 (7.5)	18	8.5-39	<0.001
入院時病棟				0.002
精神一般	412 (59.9)	1		—
精神科救急	28 (4.0)	0.068	0.0013-3.6	0.186
急性期治療	179 (26.0)	0.78	0.40-1.5	0.452
精神療養	70 (10.1)	3.0	1.5-5.8	0.001
入院時重症度	4.31 [1.10]	1.3	1.0-1.7	0.036
病院の設置主体				0.003
公立・大学病院	199 (28.9)	1		—
民間病院	489 (71.1)	3.0	1.5-6.1	0.003
在院期間1年以上		96 (13.9%)		
認知症 (n=123)				
入院時病棟				0.050
精神一般	44 (35.8)	1		—
老人性認知症	79 (64.2)	2.9	1.0-8.2	0.050
病院の設置主体				0.028
公立・大学病院	29 (23.4)	1		—
民間病院	94 (76.6)	6.8	1.2-38	0.028
在院期間1年以上		29 (23.6%)		

注) 表中には最終モデルに含まれる変数のみを表示。応答変数は在院期間1年以上を1とコードした。初期モデルに投入したが除外された説明変数は次のとおり。統合失調症は、性別 (男/女)、精神科入院歴 (なし/あり)、入院時年齢、地域。認知症は、性別 (男/女)、精神科入院歴 (なし/あり)、入院直前の居住形態 (家族と同居/単身生活/施設等入所)、入院時重症度、地域。人数は重み付け後の値 (小数点以下四捨五入)。オッズ比およびその95%信頼区間は、有効数字2桁で表示。

長期化が約6.8倍の頻度で発生した。

理由について考察を敷衍する。

4. 考 察

本研究では、精神科病院の新入院患者の動態を調査した。主診断別、入院時入院形態別の退院動態について、臨床的特性や生活状況を併せて検討し、既存の調査などでは十分に得られなかった詳細な情報を得ることができた。以下では、平均残存率や在院長期化といった退院動態に関する結果を中心に、精神疾患全体、主診断別、入院時入院形態別の順に考察し、さらに在院長期化の直接的

1) 精神疾患全体

精神疾患全体での平均残存率は、2006年度630調査(29.7%)¹⁴⁾とほぼ等しくなった。また、藤田らの報告(論文発表とは別に報告した詳細なデータ)²⁾から平均残存率を計算すると28.6%となるが、この値とも著しい相違はなかった。

630調査、藤田らの報告、および本研究の方法の相違を整理すると、次のようになる。対象となる精神科病院と患者の選別においては、回収率の

低さや患者の抽出方法の複雑さにより、本研究は630調査および藤田らの報告に比して母集団反映の正確性が劣る。一方解析方法においては、本研究と630調査は本質的に同様であり、藤田らの報告は大きく異なる。本研究や630調査は同一の集団を1年間観察しており、改革ビジョンにおける平均残存率の定義に準じている。これに対して、藤田らは在院期間の区間ごとに異なる集団を対象にしており、観察期間は1ヵ月間となっている。区間ごとのデータを積み重ねて残存率を計算したため、誤差が拡大した可能性がある。これらのほかに軽微な相違点があるが、いずれも影響は僅少と思われる。

さて、平均残存率には、地域による差（西日本がやや高い）および病院の設置主体による差（民間病院が大幅に高い）が見られた。病院の設置主体による差は、救急・急性期や身体合併症の医療を重点的に担っている公立・大学病院と、比較的長期の入院治療が必要な患者も受け入れている民間病院の役割の違いが明確に現れたものと考えられる。藤田らも、公立・大学病院に多い「一般病院」（一部が精神病床の病院）に比して、民間病院に多い「精神病院」（全部が精神病床の病院）で在院1年未満の患者の非退院相対リスクが高いことを報告しており、これは本研究の結果を支持するものである。地域による差は、九州で高いとする先行研究¹¹⁾に符合したが、一方で藤田ら³⁾は、在院1年未満の患者の非退院相対リスクに対する地域の影響が、ほかの要因を同時に考慮した場合（多変量解析）は有意でないことを示している。本研究ではこれらの先行研究ほど地域を細かく区分できなかつたため単純に比較できないが、民間病院のデータは西日本に偏在しており、地域による差は病院の設置主体が交絡要因として強く影響した結果と考えられる。

2) 主診断別

在院期間は、主診断によって大きく異なっていた。藤田らの報告²⁾とは診断の分類が異なっているが、共通またはおおむね対応する診断において

はいずれも同様の結果となった。すなわち、入院後1ヵ月ごとの残存率は「認知症」が最も高く推移し、「統合失調症」がそれに次ぎ、気分障害やアルコール依存症は低く推移した。また、平均残存率を藤田らのデータから計算すると、認知症44.1%、統合失調症等32.4%、気分障害20.3%、アルコール関連障害23.1%となり、本調査で得た数値との著しい相違はなかった。入院2~3ヵ月後はアルコール依存症が気分障害に比して高く推移する点も同様で、3ヵ月間の入院治療プログラムが適用される場合が多いためと考えられる。

主診断別の平均残存率は地域によって異なっていた。患者の臨床像、診断ごとの入院治療の位置づけと進め方など、何らかの違いが背景にあるのかもしれないが、本研究の結果からは明らかでない。また、病院の設置主体による差も大きかった。公立・大学病院と民間病院の差が「うつ病」で縮小し、「認知症」で拡大したのは、入院治療の目標となる症状が軽快してから退院までの期間の違いによる可能性がある。後述するように、認知症では退院先の確保がしばしば困難となり、民間病院には（公立・大学病院からの転院を含め）症状が軽快しても退院の困難な患者が集中しやすいためと考えられる。

以下では、「認知症」および「統合失調症」についてそれぞれ詳しく考察する。

(1) 認知症

入院後1ヵ月ごとの残存率が最も高く推移した「認知症」は、臨床的特性や生活状況も特徴的であった。高齢での発症は十分なサポート力のある家族・親族の不在に、生活能力の回復の困難さや身体疾患の合併は保護的な生活環境（施設等入所、他科入院）の必要性に、それぞれ強く関連する。こうした事情から退院先の確保が困難となり、それが在院期間に影響していると考えられる。

認知症の入院治療の目標はせん妄や周辺症状であるが、退院時重症度の高さが示すように、記憶障害や判断能力など中核症状の改善は困難である。これは在院長期化の直接的理由に「生活能力が改

善せず」が多く挙げられたことと符合しており、入院治療の目標が達成されても退院後の生活の見通しが立ちにくくなり、退院が困難になる一因と考えられる。また、「認知症」では身体合併症が高率であり、在院長期化の直接的理由にも「身体疾患」が多く挙げられた。転科は不要だが地域への退院は困難な程度の身体合併症を有する患者が一定数おり、退院が困難となっていることが示唆される。

「認知症」では在院長期化の直接的理由として「家族の受け入れの問題」、「退院先が見つからず」という社会的理由も高率であったが、患者自身の理由がある患者では特に多いことから、上で述べたような生活能力と身体疾患の問題が退院先の確保をより困難にしている可能性がある。また、退院直後の居住形態として「施設等入所」が高率であったが、それでも認知症の患者が退院後に入所できる施設は不足しており^{7,8)}、患者の状態に適した高齢者向けの居住施設を確保することは、非常に重要な課題である。

在院長期化の要因に関する多変量解析では、入院時病棟、および病院の設置主体が在院長期化に関連していた。在院長期化が高頻度であった「老人性認知症病棟」については、同病棟が精神症状や行動異常で特に集中的な治療を要する患者を想定しており、患者の臨床的特性を反映しているものと思われる。ただし本調査では、対象患者の入院当時、老人性痴呆疾患治療病棟と老人性痴呆疾患療養病棟に分かれていた専門病棟を一括して取り扱ったため（後者にはさらに介護療養型医療施設も含まれる）、両者間で在院長期化との関連が異なっていた可能性がある。

(2) 統合失調症

「統合失調症」は「認知症」に次いで平均残存率が高く、入院後1ヵ月ごとの残存率も同様に推移した。また統合失調症は、高率な精神科入院歴が示すように、若年で発症し生涯での入退院回数が多くなりがちである。そのため、適切な症状管理で入院を予防することは言うまでもないが、入院になっても在院期間を短く抑えることにより生

活能力を維持し、地域で生活する期間を長く確保することが重要である¹³⁾。

在院長期化の要因に関する多変量解析では、入院直前の居住形態、入院時病棟、入院時重症度、および病院の設置主体が在院長期化に関連していた。他院精神科や他科から転入した者は在院長期化が著しく高率であったが、他院精神科からの転入者は治療反応性が不良で長期療養の必要を見込まれた者を多く含み、また他科からの転入者は身体合併症を有する者を多く含む（在院中の身体合併症は「統合失調症」全体28.5%に対し、入院直前が「他科入院」の者に限ると59.2%）ためと考えられる。また、入院直前に「単身生活」だった者も在院長期化が高率であった。単身生活者の退院は、生活能力の回復が重要な条件となり¹⁴⁾、また患者自身が退院後の生活に不安を抱きやすく、準備に時間を要するためと考えられる。入院時病棟では「精神療養病棟」で在院長期化が高率となったが、病棟の機能上、長期の入院治療の必要が見込まれる患者が多く入院するため、自然な結果といえる。しかし、一部の精神科病院では病棟の全部または大半が精神療養病棟となっている場合があり¹⁵⁾、このような病院でも新入院患者が適切な治療を受けて早期に退院できることが必要である。

(3) 認知症と統合失調症の比較

「認知症」および「統合失調症」における在院長期化の要因に関する多変量解析では、共通点と相違点が示された。

共通点は、病院の設置主体と地域のうち、病院の設置主体のみが在院長期化と有意な関連を示したことである。平均残存率についての考察では、地域による差が病院の設置主体による差の交絡の結果と推察したが、在院長期化に関しては（主診断ごとにではあるが）このことが多変量解析により直接的に示された。在院長期化は「入院後1年以内に退院するかどうか」を問題にするのに対し、平均残存率は「入院後1年以内のどの時期に退院するか」に着目する点で異なるが、在院期間1年未満の患者の退院動態については、地域による一

次的な影響は小さいことが示唆された。

相違点は、入院時重症度が「統合失調症」でのみ在院長期化と有意な関連を示したことである。統合失調症では、入院直前の社会適応の悪さが在院長期化に関連することが報告されているが⁴⁾、本研究では入院時の臨床指標と退院予後との関連を、症状重症度の点で定量的に示すことができた。一方、認知症で入院時重症度が在院長期化と関連しなかったのは、上で考察したように、症状の重症度よりも退院先の確保やそれに影響する身体疾患、回復しにくい生活能力といった要因が、現実問題として退院の可否に結び付くためと思われる。

3) 入院時入院形態別

在院期間は入院時入院形態別によっても大きく異なっていた。平均残存率の結果からは、措置入院（「認知症」以外のみ）、医療保護入院、任意入院の順に在院期間が長いことが示され、先行研究（ただし、少数の施設における急性期病棟の新入院患者が対象）⁵⁾と同様であった。

入院後1ヵ月ごとの残存率は措置入院で最も高く推移した。措置入院で入院した場合も、多くが在院中に医療保護入院や任意入院に切り替わると思われるが、入院時重症度の高さが示すように措置入院は病状が最も深刻であり、症状が退院可能な状態に改善するのに時間を要するためと考えられる。

医療保護入院および任意入院については、平均残存率は「認知症」かそれ以外かに関わらず医療保護入院のほうが高かったが、入院後1ヵ月ごとの残存率は「認知症」の場合に入院4ヵ月後から任意入院での低下が鈍化し、途中で医療保護入院と逆転した。この原因は明らかでないが、家族がない、または家族の支援が乏しい患者に任意入院が多いとすれば、任意入院の認知症患者の一部は症状が改善しても退院先の確保が困難となることが1つの可能性として挙げられる。

医療保護入院および措置入院では、退院直後の居住形態が「単身生活」となった者が入院直前に比して減少した。これらの入院形態では「在院継

続」が高率であり、入院後1年以内に退院しなかった患者の将来の退院先は不明だが、任意入院に比して入院時重症度の高いこれらの患者では、仮に最終的には単身生活に復帰するとしても、退院の準備に時間を要することを示唆している。

「認知症」における入院時入院形態別の平均残存率は、任意入院でのみ地域による差が大きく、病院の設置主体による差は極めて大きかった。「認知症」全体の平均残存率は、東日本より西日本のほうが、公立・大学病院より民間病院のほうが高かったが、そのほとんどは任意入院における差が占めていたことになる。「認知症」以外における入院時入院形態別の平均残存率は、病院の設置主体による差が措置入院でのみ縮小し、むしろ公立・大学病院のほうが民間病院よりやや高くなった。措置入院は行政措置である点で民間病院と公立・大学病院の役割が相違しにくいと推察される。

4) 在院長期化の直接的理由

本調査では、全体として半数以上の患者で、在院長期化の直接的理由に「家族の受け入れの問題」が挙げられた。同様の傾向は大阪府全域で実施された調査¹²⁾でも報告されており、「寛解・院内寛解群」の49.7%、「軽度・中等度群」の65.8%に、「家族がいない、サポート機能なし」または「家族から退院に反対がある」という退院阻害要因があったという。「家族がいない、サポート機能なし」は患者の高齢化や核家族化、近親者居住地の遠隔化といった現代社会の状況を反映している、解決の難しい問題である。ところが「家族から退院に反対がある」場合では、患者本人または地域の社会資源や制度の問題も伴っていることが多いと考察されている。

本研究においても、「家族の受け入れの問題」の有無によって他の理由が存在する割合が異なるか検討したところ、「家族の受け入れの問題」がある場合に、「生活能力が改善せず」（59.2%）、および「退院先が見つからず」（32.3%）の存在割合が、ない場合（順に28.0%、9.8%）に比

してそれぞれ20ポイント以上高かった。「家族の受け入れの問題」がある場合、家族の支援のみでなく、本人の生活能力に見合う退院先の整備という面からの対策が必要であることが示唆される。また、保護者として退院に拒否的な家族が多いのであれば、その義務が緩和された後も問題が残っているのか、保護者制度自体を見直すべきなのか、再検討する必要があるだろう。

5) 本研究の限界

本研究では、比較的大きな標本に基づいて諸解析を行ったが、標本の代表性については2つの制約があり、これらを考慮して慎重に結果を解釈することが必要である。まず、調査への回答率が低かった点である。公立の病院、および急性期の病状に対応する病棟を有する病院で回答率が高かったため、身体疾患の併発や重度の精神症状を有する患者が過大に抽出された可能性がある。もう1つは、入院形態、病院によって患者の抽出率が異なり、推定した抽出率を用いて重み付けをした点が挙げられる。入院患者の多い病院の負担軽減と、全体的に少ない措置入院患者データの十分な収集のために採用した方法であるが、一定期間の全入院患者を調査する方法に比して代表性が劣ることは避けられない。

患者の主診断について、「その他」を含む6区分をICD-10で再分類して2006年度630調査¹⁰⁾と比較すると、F0は $(178+39)/1,784=12.2\%$ と、630調査の17.0%に比して低率となり、F2は $(739+41)/1,784=43.7\%$ と、630調査の38.7%に比してやや高率となった。したがって、認知症圏の患者が過少抽出された可能性がある。しかし、ほとんどの解析は主診断別、もしくは「認知症」とそれ以外に分けて入院形態別に行っており、診断の偏りの影響は限定的である。また、F0およびF2以外の主診断は630調査とおおむね同様の割合となり、診断構成の面での標本の代表性は比較的良好と考えられる。全体の平均残存率が、同時期の全数調査である630調査¹⁴⁾のそれとほぼ等しかったことも、標本の良好な代表性

を傍証しており、これらのことから、本研究の標本は結果的に著しい偏りを有してはいないと推測される。

このほか、認知症の専門病棟については「治療」と「療養」を一括して取り扱ったため、在院期間などの差異は検討できなかった。加えて認知症では、一般病院の療養病床などにも多くの患者が入院しており、本研究の結果は精神科病院に限ったものであることに留意しなければならない。また、本研究で用いたデータは5年前の調査で得たものであり、現在の新入院患者の状況は調査当時から変化している可能性がある。改革ビジョンの進行とともにどのような変化が生じたか、今後改めて検討することが必要であろう。

5. 結 論

精神科新入院患者の退院動態、および入院前・退院後の生活状況は、主診断や入院時入院形態により一定の特徴を有していた。特に、統合失調症や認知症、措置入院や医療保護入院では在院期間が長く、平均残存率が高かった。また在院長期化は、主診断だけでなく、患者の人口統計学的、社会的属性にも関連する場合があった。退院促進の目標や方策は、患者の特性に応じて立てることで、達成可能性を高めることが必要と考える。また、在院長期化の可能性が高い患者群には、それらを回避できるような治療やケースワークの工夫が重要である。

謝 辞

本研究は、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）の分担研究「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」（分担研究者：白石弘巳）として実施した。

本研究の一部は、第104回日本精神神経学会総会（2008年5月29～31日、東京）で発表した。

日常業務で多忙な中を調査にご協力下さり、回答に多大な労力を払って下さった、各病院の職員の方々に厚くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 千葉進一, 谷口都訓, 谷岡哲也ほか: 地域移行型ホームに入所するための4ヶ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討. 香川大看護学誌, 13; 109-115, 2009
- 2) 藤田利治: 入院した精神障害者の残存率および退院率についての患者調査に基づく検討. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「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)」平成16年度総括・分担研究報告書. p. 95-108, 2005
- 3) 藤田利治, 竹島 正: 精神障害者の入院後の退院曲線と長期在院にかかわるリスク要因についての患者調査に基づく検討. 精神経誌, 108; 891-905, 2006
- 4) 橋詰 宏, 井上新平, 岡野寿恵ほか: 一精神病院における長期入院化しやすい分裂病患者の特徴について. 社精医, 14; 54-62, 1991
- 5) 平林直次, 津久江亮太郎, 齋藤 治: Care Programme Approach in Japan (CPA-J) による退院促進と地域ケアに関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤にした精神医療のあり方に関する研究(主任研究者: 齋藤治)」平成14~16年度総括・分担研究報告書. p. 89-109, 2005
- 6) 風祭 元, 山科 満, 岩波 明ほか: 慢性分裂病患者の精神症状と生活障害 転帰と関連する指標について. 厚生省精神・神経疾患研究委託費「精神分裂病の病態, 治療・リハビリテーションに関する研究(主任研究者: 内村英幸)」平成9年度総括研究報告書. p. 121-125, 1998
- 7) 厚生労働省: 特別養護老人ホームの入所申込者の状況. 厚生労働省報道発表資料. 2009 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003byd.html>, 2012年1月20日閲覧)
- 8) 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: 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 厚生労働省, 2009 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>, 2012年1月20日閲覧)
- 9) 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」. 厚生労働省, 2004 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>, 2012年1月20日閲覧)
- 10) 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. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, 東京, 2009
- 11) 小山明日香, 小山智典, 立森久照ほか: 各都道府県の1年未満在院患者群の退院に関する指標「平均残存率」に関連する要因の検討. 日社精医会誌, 17; 159-167, 2008
- 12) 大阪府, 大阪市, 堺市: 平成18年度精神科在院患者・退院患者調査報告書—長期入院者の退院促進のために. 大阪府こころの健康総合センター, 2007 (http://www.pref.osaka.jp/attach/13304/00000000/zaiin_chousa18.pdf, 2010年11月15日閲覧)
- 13) Sood, S., Baker, M., Bledin, K.: Social and living skills of new long-stay hospital patients and new long-term community patients. Psychiatr Serv, 47; 619-22, 1996
- 14) 竹島 正: 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, 2009
- 15) 竹島 正, 河野稔明, 立森久照ほか: 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. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「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)」平成22年度総括・分担研究報告書(印刷中)
- 16) 山角 駿: 平成14年マスタープラン基礎調査結果報告. 日精協誌, 22; 7-22, 2003

Discharge Dynamics and Related Factors of Newly-admitted Patients in Psychiatric Hospitals

Toshiaki KONO¹⁾, Hiromi SHIRAISHI²⁾, Hisateru TACHIMORI¹⁾,
Asuka KOYAMA³⁾, Yoichi NAGANUMA⁴⁾, Tadashi TAKESHIMA¹⁾

- 1) *Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*
- 2) *Department of Human Care and Support, Faculty of Human Life Design, Toyo University*
- 3) *Department of Psychiatry and Neuropathobiology, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University*
- 4) *Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

The focus of psychiatric services in Japan is being shifted from hospitalization to community care, and the Ministry of Health, Labour and Welfare aims for the prompt discharge of newly-admitted patients. Correspondingly, it set a goal to lower the “mean residual rate (MRR)”, which indicates the discharge dynamics of newly-admitted patients, to 24%. As a measure to achieve this goal, the present situation should be investigated in each homogeneous patient group. In this study, we conducted a survey of newly-admitted patients to investigate discharge dynamics and related factors by the diagnosis and type of hospitalization.

Out of 1,459 psychiatric hospitals to which we sent questionnaires, 183 (12.5%) replied. Each hospital completed questionnaires regarding a maximum of 5 patients for each type of hospitalization (voluntary hospitalization [VH], hospitalization for medical care and protection [HMCP], and involuntary hospitalization ordered by the prefectural governor [IHOPG]) between October 2005 and January 2006. We weighted the obtained patient data in proportion to the estimated total number of patients, and analyzed valid data on 1,784 patients.

The MRR for the whole sample was 29.4%. By diagnosis, dementia showed the highest MRR (45.6%), followed by schizophrenia (34.9%); depression, bipolar disorder, and alcoholism showed the lowest MRRs (20–21%). We calculated MRRs by the type of hospitalization for dementia and the other diagnoses separately, considering confounding effect between the diagnosis and type of hospitalization (markedly high proportion of HMCP observed in dementia). In dementia, HMCP showed a higher MRR (46.8%) than VH (43.7%). In the other diagnoses, IHOPG showed the highest MRR (43.7%), followed by HMCP (34.5%) and VH (25.6%).

Dementia differed from the other diagnoses in the distribution of residential settings before admission, with a higher proportion of residential care facilities (25.5%) and hospitalization in other departments (19.3%). In dementia, the residential setting after discharge showed a similar distribution, and death was also frequent (6.6%).

Multivariate analyses revealed that a long stay (one year or longer) was significantly

associated with a residential setting before admission, the type of ward at admission, a founder (a private hospital or public/ university hospital), and symptom severity at admission in schizophrenia ; and with the type of ward at admission and hospital founder in dementia. In schizophrenia, the risk of a long stay was higher on hospitalization in other psychiatric hospitals (odds ratio [OR] : 28) and other departments (OR : 18), and living alone (OR : 2.1) than in living with the family by residential setting. The risk was also higher in psychiatric long-term care wards than in general psychiatric wards by the type of ward (OR : 3.0), and in private hospitals than in public/ university hospitals by hospital founder (OR : 3.0). Additionally, the higher risk was associated with higher symptom severity assessed using a 6-point scale (OR : 1.3 per point). In dementia, the risk was higher in senile dementia wards than in general psychiatric wards by the type of ward (OR : 2.9), and in private hospitals than in public/university hospitals by hospital founder (OR : 6.8).

The most frequently reported direct causes of a long stay were problems regarding a family's acceptance (51.5%), poor improvement of symptoms (48.8%), and poor recovery of daily living abilities (44.0%). In dementia, physical diseases (20.8%) and undecidedness of residence after discharge (29.2%) were also frequent.

Considering the elapsed time after survey, the low response rate, and the data analyses with sampling bias adjustment, the results should be interpreted carefully. Nevertheless, the discharge dynamics and related factors in newly-admitted patients varied with the diagnosis and type of hospitalization. Particularly, schizophrenia and dementia, as well as IHOPG and HMCP, showed high MRRs and frequent long stays. Additionally, a long stay was related to patients' demographic and social characteristics. Adopting measures suiting patients' characteristics and arranging treatment and casework for patients at high risk of a long stay are important to facilitate community care.

<Authors' abstract>

<Key words : "mean residual rate", new admission, discharge, long stay, inpatient dynamics>

〔第3回〕

カニングダムダックスコレクションの誕生と その後の発展

竹島 正

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長

前回は、ベリンダ・ロブソンによる Recovering Art-A history of the Cunningham Dax Collection (© CD コレクション) をもとに、カニングダムダックスコレクション(以下、コレクション)の誕生前までを紹介した。今回はコレクションの誕生と、その後の発展について述べる。

タスマニアに作品を持ち帰る

ダックスは、英国以来、官僚機構の精神保健医療への干渉には批判的であったにも関わらず、コレクションのことでは行政に翻弄されることになる。精神科病院が縮小され、さらに閉鎖されていったことは、芸術療法、作業療法の成果物である作品の位置づけが曖昧になることを意味した。1972年、ダックスは、ロイヤル・パーク病院の廃棄寸前の作品を救出してタスマニアに持ち帰った。これらは、ダックスが英国から持ってきた20点の作品と、

すでにビクトリアの病院から取得していた作品とともに、コレクションの土台となった。

ファラデー通りのスタジオ

当時ダックスは、集めた作品をどうするかははっきり決めていなかったが、次第に恒久的な保存場所について考えるようになった。1981年、ニュー・サウス・ウェールズのアート・ギャラリーへの旅行中、ダックスは、メルボルン大学の精神医学部門の上級講師であったデイビッド・ホーンに出会い、ダックスが収集したコレクションと、その保存場所について話し合った。ホーンはダックスのコレクションに興味を抱き、これを研究コレクションとすること、大学こそがそれに適した場所であると考えた。翌年、ホーンは、ダックス、メルボルン大学副学長レイ・マーギンソンとの会合をもち、1984年7月にメルボルン大学はカールトン

のファラデー通りに絵画展示用のスタジオを用意した。

コレクションのファラデー通りへの移転は、様々などころから何年もかかって収集された作品が、近代的で利用しやすいコレクションへと変わる転機となった。コレクションの将来のため、有給・無給で多くの人々が協力した。また地域において患者が制作した作品の寄贈も受け入れ始めた。このことによって、もはや病院において制作された作品のみのコレクションではなくなったのである。1985年、ラランデル病院の作業療法士エルスベス・ピアソンと院長デイビッド・バーロウの支援により、コレクションにはこの病院の作業療法プログラムの寄贈による作品が加わり、約7千点の絵画を有するまでに拡大した。さらに、アラン・ニコルソンによってラランデル病院とレイクサイド病院で収集した何百点もの作品がコレクションに寄贈され、これらの作品がコレクションの現在を形づくることになる。

コレクションにとっての初期の困難の一つは、作品を分類する仕組みを作ることであった。1987年、コレクションは、ビクトリア州芸術担当相から

最初の助成金を得た。ダックスは、このコレクションが公共資源となることを望んでいたが、採用された正式名称はカニングダムダックスコレクション・オブ・サイカイアトリック・アートであった。ファラデー通りのギャラリーは1987年10月に正式オープンし、展覧会の開催とともに、訪問者は増えていった。

CDコレクションの価値論争

このコレクションの収集対象が拡大するにつれ、コレクションの作品はアート・セラピーの成果物と同じ様に捉えるべきか、作者の権利とは何かという問題に直面していった。

1970年代から1980年代にかけて、精神保健医療サービスの世界では、「ノーマライゼーション」の考え方の普及とともに、患者を一般地域社会へ統合することを促進する政策が進められた。例えば、アーツアクセスは1986年に地域在住芸術家プログラムをラランデル病院で開始し、1996年には地域に根ざしたスプラッシュアートスタジオとして移管された。

地域のアート・プログラムが多様化するにつれて、コレクションの収蔵品