

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 ヶ月後まで描画した(調査時には対象患者全員が入院後 12 ヶ月以上経過)。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」・「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」・「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」・「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。

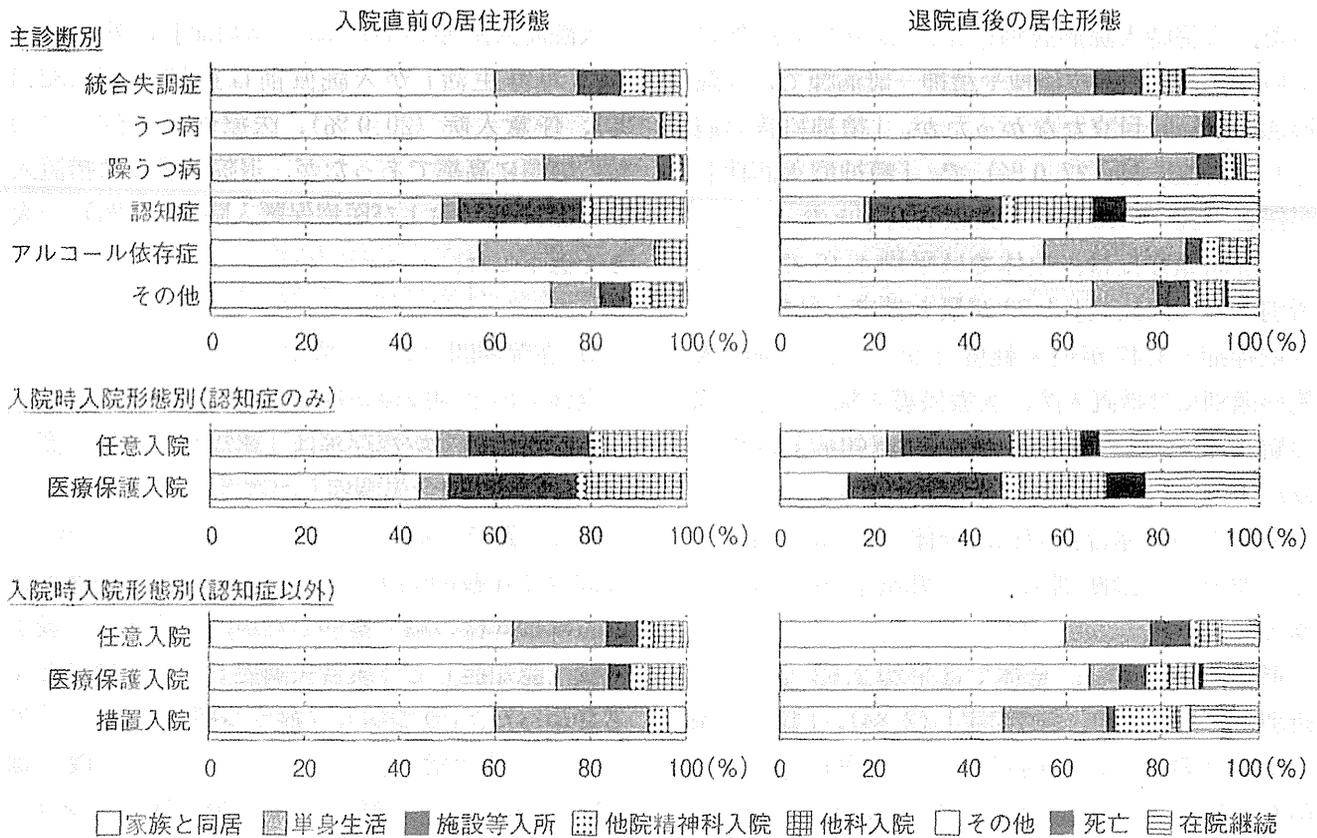


図1 入院直前および退院直後の居住形態（主診断別，入院時入院形態別）

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), %〕

	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
主診断					
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

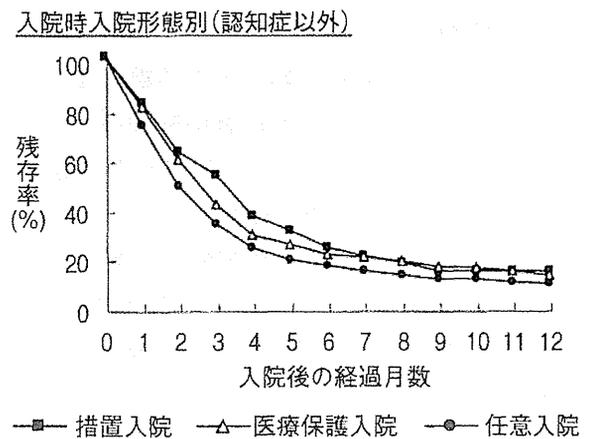
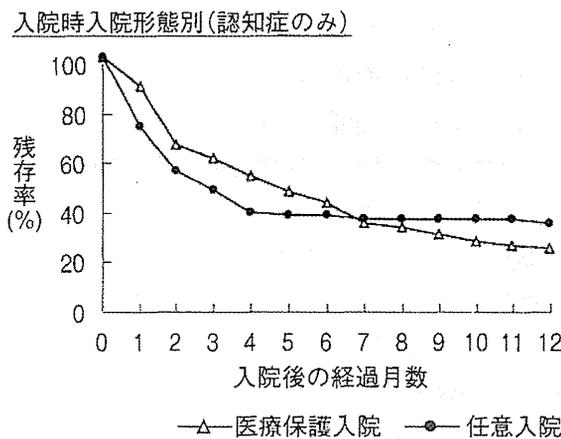
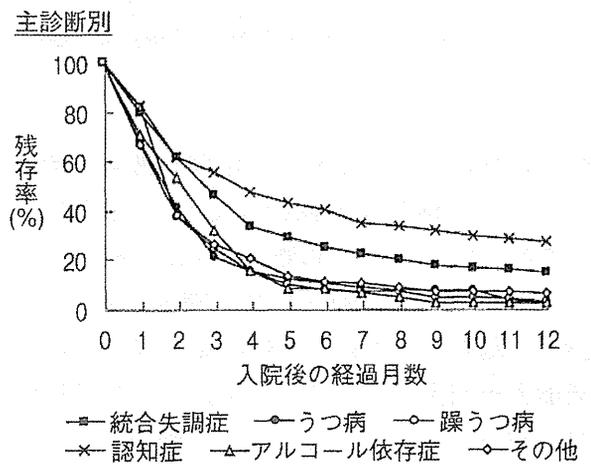
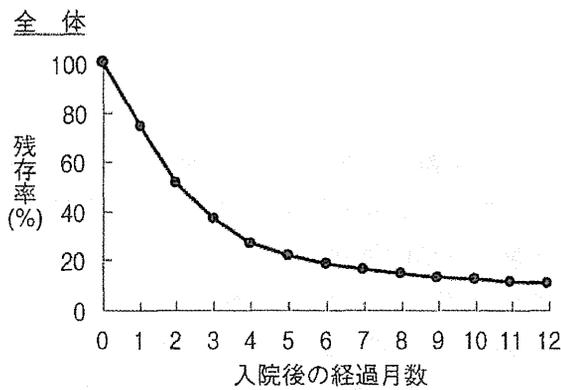


図2 残存曲線 (全体, 主診断別, 入院時入院形態別)

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		—
单身生活	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/单身生活/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。これらのほかにも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¹⁾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っ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³⁾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、家族がいない、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入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. 厚生労働省精神・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年末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. 日社精医学会誌, 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 SHIRAIISHI²⁾, 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〕

カニンガ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、カニンガ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、様々なと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つたのである。1985年、ラランデル病院の作業療法士エルスペース・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ガ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

は歴史的遺物と見なされるようになった。さらに、ダックスが収蔵品を入手した方法の正当性について不穏な議論が出始めた。アート・セラピストの中には作品の展示方法が作者に対して不公平だと批判し、また作品に対するダックスの解釈に異議を唱える者もいた。芸術と精神疾患についての新しい考え方の中では、コレクションは不安定な位置にあった。そのほか、雇用の不安定さや資金不足も問題となった。ファラデー通りのスタジオは恒久的な居所では全くなかった。

ファラデー通りからの移転と新たな出発

1990年代初頭、コレクションはきわめて不安定なときを迎える。大学内での主な支援者の一人であった副学長のマーギンソンはすでに大学を去っていたが、メルボルン大学では事業の再評価が行われ、コレクションのスタッフは、大学が芸術の専門家からの助言により、コレクションは無価値であり、芸術と見なすことはできないと評価していることを知った。これはダックスにとって苦い一撃となった。大学のスペースを活用したいという圧力が

高まる中で、コレクションは存続が危うい状態となり、新しい居所と後援者探しが必死で行われた。

デビッド・コポロフの下にある精神保健研究所がコレクションを傘下に置くことに興味を持った。ビクトリア州保健局精神保健部長のピーター・エイセンは、コレクションの将来についてダックスと1991年に会談し、このコレクションを「芸術コレクションとしての国際的な水準と貴重な教育・研究的資源としての両側を併せ持つ、類例の少ない組み合わせ」と位置づけていると、メルボルン大学に保証した。エイセンは、コレクションに関心を抱く大学側（メルボルン大学医学部長ゲーム・ライアン教授、メルボルン大学精神科主任ブルース・シン教授、王立オーストラリア・ニュージーランド精神医学会のロバート・ブロードベント、精神保健研究所マネージャーのデビッド・リシビエス）と会談を持ち、近いうちに、コレクションを精神保健研究所に移管することが決定された。

1993年7月、パークビルに開設された新しいギャラリーの開所式には150人もの人々が出席した。この新しい場所で、ダックスはコレクションを発展

させる好機を得たのである。1995年には、メルボルン大学精神科主任シン教授の尽力により、サイカイアトリック・アート講師の職が設けられた。これにより、週1日勤務で報酬が年1万ドルの職がコレクションに設置され、王立メルボルン病院の精神科医で民間の精神療法家でもあったレスリー・ブランドンが1996年から1999年の3年間雇用された。

芸術なのか、それとも診療記録なのか

芸術家たちもコレクションに興味を持った。ダックスは、コレクションについての書籍の出版費用について、ゴードン・ダーリング財団から助成を受けることができた。ゴードン・ダーリング財団は、ビジュアル・アート分野での著しく重要な活動や、知識と楽しみについての公的組織を通じた広範な普及活動の支援を目的とする財団である。「カニンガムダックスコレクション：サイカイアトリック・アート選集」は、1998年、ダックスの90歳の誕生日の祝いに刊行された。

コレクションの作品を、診療記録と見なすか、芸術作品と見なすかについ

ては、多くの議論があった。コレクションが入院中の精神病患者が制作した作品の集積場所となっていると同時に、制作者が作品を自発的に寄贈する所でもあるという事実は、現代的なアート・ギャラリーとしてのあり方も追及する必要があることを意味した。

コレクションは、2000年にパリで開かれた国際精神医学会議において、「精神医学の表現活動の50年」として、ジューン・モーレイとデイビッド・ホーンによって紹介されたことにより、コレクションの地位は再確立された。コレクションは作品取得方針を拡大し、コミュニティで精神的トラウマを患う者の作品も受け入れることを決定した。芸術家であり科学者でもあるアリー・ホフマンは1990年代に癌に罹患し、化学療法開始から治療終了までの治療過程と対応する、七連作を制作したが、「一連の絵画の制作過程は、治療を続ける上で非常に助けになった。…私にとっては、本当の芸術とは感情である。コレクションの作品を見たとき、そこには無力感と苦悩という本当の共通点があった」という理由から、コレクションに寄贈した。

価値についての疑問

コレクションが独自性のある貴重な公共財産であることを社会に納得させることは簡単ではなかった。初期の作品は、患者が長期入院していた時代を代表するものであったが、それはもはや過去の遺物となった精神医学を保存するものであり、現代的な精神病の理解には役立たないとの批判があった。また、パークビルに居続けられるかどうかも不確実性が高まりつつあった。当時の保健相ロブ・ノウルズはコレクションの教育的価値に対する強い支持者であったが、1999年に州選挙が行われ、ロブ・ノウルズの政府は敗北した。保健省幹部の会議でコレクションの閉鎖と作品の収納箱への保存が提案されたときには、もはやコレクションの将来はないように見えた。その提案がなされたタイミングは、ひどいことにダックスの退職の晩であった。しかしダックスは、コレクションを長年育て、保護してきたのであり、その献身は揺ぎ無いものであった。彼がその提案のことを聞き及んだとき、「私の屍の上で！」と小声で呟いたのが聞かれている。

コレクションの拡大

コレクションの価値に対するダックスの信念は決して揺らぐことはなかった。彼は2002年には94歳であった。1999年にはオイゲン・コウがサイカイアトリック・アート講師の地位をブランドンから引き継いだ。ダックスはコウと数年働いた後、コレクションの指揮権をついに手渡す時が来たと感じるようになった。保健省は2002年からコレクションの館長のポストにも補助金を支給するようになったが、このことはコウがその責務を担えるようになったことを意味した。

ダックスの勇退は、2002年12月のある会合で正式に発表され、その会合で同時にコウがカニンガムダックスコレクションの館長に正式に任命された。コウはコレクションに新しい考え方を導入したが、それは、より幅広い民衆に門戸を広げて作品の多様な解釈を促そうというものであった。

コウが2002年に著した論文「カニンガムダックスコレクションの再構築の提案」A Proposal to Reframe the Cunningham Dax Collectionでは、コレクションを芸術・創造性・精神保健

の研究センターへと発展させるビジョンを掲げている。

コウはこの論文をダックスに見せた。コウは、自分の考えを論文の形でダックスに示し、自分が何をしたいのかをダックスがはっきりと理解し、それでもなお後を継ぐことを望んだのである。

コウの考えは、コレクションを教育心理学、コンピューター技術、芸術や人文科学などの分野にまたがる研究センターにしようというものであった。作品収集の方針においても大きな変更があり、精神疾患だけでなく心理的トラウマも対象に含むことにした。また専門家や研究者、地域団体が参加するフォーラムを開催し、人間の経験およびコミュニケーションに関連する課題を探求することとした。

コウのもとで、コレクションは「ザ・カニンガム・ダックス・コレクション：精神保健における芸術・創造性・教育」と改称した。2004年、コレクションは57,000豪ドルの補助金をウィリアム・バックランド財団から受けた。この助成は、イアン・ポッター財団理事長ドロシー・スコットが、ダックス・コレクションの新しいビジョ

ンを検討するために、ウィリアム・バックランド財団のサンドラ・ウィティエーと接触したのちに実施された。

コレクションが解決しなければならない問題点として、倫理・運営方針・ガバナンスについて対処するよう提言されたため、倫理学者・芸術家・法律家・コンシューマー・精神科医の参加のもと、ワークショップが3シリーズ開催された。これらのワークショップは、作品来歴の問題に取り組むのに必要となるステップの明確化を支援し、知的所有権と物質的所有権の性質の違いを明らかにした。

コレクションの歩み

コレクションは、その起源が精神医学に深く結びついていたため、精神医学が受けたのと同様の批判を受けた。コレクションは「サイカイアトリック・アート」の収集から始まり、この看板は2005年まで続いた。しかし、振り返って見ると、コレクションが生き延びることができたこと自体が画期的なことであった。このコレクションの目的が、精神疾患やトラウマを過去に経験した・現在経験している・将来経験することになる者の利益となるこ

〔第4回〕
カニンガムダックスセンターとの
連携活動

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

はじめに

前回まではカニンガムダックスコレクションの誕生とダックスセンターへの発展を紹介した¹⁻³⁾。今回は、筆者の関与した範囲で、カニンガムダックスコレクションまたはダックスセンターとのこれまでの連携と将来への期待について述べ、この連載の結びとした。

日豪保健福祉協力とWPAシンポジウム

日本と豪州は両国の共有する保健福祉上の課題についての共同研究を行うために、小泉厚生大臣の頃に日豪保健福祉協力Japan-Australia Partnershipを開始した。その第2フェーズのテーマがメンタルヘルスとなり、国立精神・神経センター精神保健研究所の所長を代表者として、2001～2007年に共同研究が行われた。筆者は日本の研

究チームの一員としてこれに参画し、日豪の精神保健医療システムの比較研究のために、数年にわたってビクトリア州、キャンベラなどを訪問した。このときお世話になったメルボルン大学ヘレン・ハーマン教授に、精神疾患当事者の芸術活動とその作品に関心を持っていることを伝えたと、メルボルンにあるカニンガムダックスコレクションの訪問を勧められた。その後2007年11-12月にメルボルンで開催された世界精神医学会(WPA)のシンポジウム“Therapy Counts and Art Matters”において、カニンガムダックスコレクションの館長であるオイゲン・コウ博士(以下、コウ博士)と共にシンポジストを務め⁴⁾、同時にカニンガムダックスコレクションを訪問する機会を得た。メルボルンのWPAでは、カニンガムダックスコレクションの展示の一部を借りて日本の精神障害者の作品を展示することができた。こ

の展示には「こころに平和を実行委員会」の協力を得た。「こころに平和を実行委員会」は、精神障害者の絵画等による表現活動を発掘・収集し、またその活動を行う個人やグループの活動を支援すること等により、精神障害者の絵画等による表現活動の可能性を開くとともに、社会、精神保健活動、芸術活動との間に相互発展的な関係をもたらし、これを目的に活動している任意団体である⁵⁾。日豪保健福祉協力とそれを通しての交流は、両国のアートとメンタルヘルスに関心をもつ者の出会いの場となった。

精神障害者の芸術作品の発掘・調査

さて、精神疾患当事者の芸術活動を啓発に活用していくためには、どこで、誰が、どのような作品を制作し、また保存しているかという基礎的な情報を得る必要がある。全国精神保健福祉連絡協議会(以下、全国協議会)は、各都道府県の精神保健福祉協会の連携を図るとともに、精神保健福祉の普及啓発に資することを目的として1963年に設立された、精神保健福祉協会を会員とする組織である。全国協議会は

2008年度に厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の芸術作品の発掘・調査と普及啓発への活用に関する研究事業」の補助を得て、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された国民意識の改革に資する精神障害者の芸術活動の成果物の情報を全国規模で収集し、そのデータベース化と分析を行った。また、2009年2月4日-2月22日に「豪州との交流にもとづく全国精神障害者作品展『心の世界-作品を多角的にとらえる』(京都)を開催して、カニンガムダックスコレクションの作品と日本の精神障害者の作品を合同展示するとともに、その館長であるコウ博士を招いて、メンタルヘルスプロモーションにおけるアートの重要性について講演会を開催した。この研究事業およびコウ博士の講演の詳細は全国協議会ホームページを参照されたい⁶⁾。

アートとメンタルヘルスシンポジウム

2011年11月には、AAMH(Asia Australia Mental Health)⁷⁾豪州ビクトリア州にあるセントビンセントヘルス、メルボルン大学そしてアジアリンクの連合。2003年に結成され、学術、

政府、保健医療セクター等の協働により、アジア太平洋地域の精神保健医療サービスの改善を目的に活動)とダックスセンターの主催によって、アジア太平洋地域の、アートを使つてのメンタルヘルスプロモーション、特にアートによって地域における精神疾患の理解を高め、スティグマを軽減する取組の経験とアイデアを交換するためのシンポジウムがメルボルンで開催された。ダックスセンターから筆者に、日本におけるアートによるメンタルヘルスプロモーションについて報告するようという依頼があり、「こころに平和を実行委員会」の活動、本稿で述べた全国協議会の取組、日本の最も重要なコレクションである青南病院の作業療法と嬉野温泉病院の芸術療法⁸⁾の取組と作品の紹介を行った。そして、アートによるメンタルヘルスプロモーションの効果を検証するために、美術活動を生きがいとしている精神疾患当事者の人生と、人生の各段階において制作された作品を、精神保健、美術の観点から総合的にとらえし、それらの作品群をもとにした啓発教育の資材を開発する研究を筆者らがやっていることを報告した。

コウ博士の日本訪問

2012年3月に開催された第31回日本社会精神医学会(会長 竹島正)では、コウ博士は特別講演「Strategies and Innovative Approaches to Mental Health Prevention」を行った。コウ博士が、2011年のシンポジウムなどによって、青南病院と嬉野温泉病院における芸術活動に強い関心を持っていたことから、訪日の機会にこれらの病院を訪問してもらい、アートによるメンタルヘルスプロモーションの交流を広めることとした。また、コウ博士が東日本大震災の子どもに与える影響について心配し、アートを子どもたちのケアに役立てることができないかと考えていたことから、被災地への訪問と講演の予定も組んだ。

コウ博士は2012年3月9日に日本に着き、東京から仙台に移動、「みやぎ心のケアセンター」の案内で被災地(仙台市閼上)を視察し、3月10日には「みやぎ心のケアセンター」主催(「仙台子どものこころ研究会」共催)の「子どものこころ講習会」において「アートとトラウマ：アートを子どもたちに役立てることに焦点をあてる」

と題して講演した。11日には青南病院に移動し、作業療法による作品を鑑賞した後に、「Art for mental health promotion (アートで進めるメンタルヘルスプロモーション)」をテーマに講演を行った。12日には佐賀県に移動し、13日に嬉野温泉病院の主催する第15回友朋会美術館祭において青南病院と同じテーマで講演し、14日には自殺予防総合対策センターの主催でパーソナリティ障害と自殺のリスクについて講演を行った。そしてこの日の夕方には、第31回日本社会精神医学会の会場を利用しての展覧会「せいしんの美術展-さまざまなかみ」の準備と運営に携わったアーティストと交流した。この展覧会は、展示作品を、「障害を持つ人と持たない人」、「子供と大人」、「アマチュアとプロ」、「精神医療保健福祉にかかわる人とかわからない人」などで構成し、見る側と見られる側の間に立ちほだかっていたさまざまなかみ(なだかまり)をなくすため、あえてキャプションには個人情報記載せず、自由に作品と出会い、見る人それぞれが自分で作品の魅力や価値を探し、発見するようにしていた。15日には学会の特別講演を行い、16日に日本を

離れた。コウ博士の第31回日本社会精神医学会での講演については学会誌で紹介されるため、アートをとおしてのメンタルヘルスプロモーションと関連の深いところを、仙台、青南病院、嬉野温泉病院への訪問をもとにまとめる。

仙台、青南病院、嬉野温泉病院への訪問

仙台での講演は、コウ博士が精神科医であり、また精神分析的療法家であつて、特にトラウマへの関心が強いことから、「みやぎ心のケアセンター」の白澤英勝センター長に相談して実現したものである。コウ博士は仙台市閼上を訪問したが、深い悲しみに襲われるとともに、亡くなった人の数、住む所を失った人たちの数、小学校には何人の児童が居たのか、そして何人が亡くなったのか、という質問が次々に頭に浮かんだと述べている。また、コウ博士は10万人から20万人の人たちが直接被害を受け、そのうち10%が精神科治療を必要となり、しかもその半数しか治療を受けなかったとしても、「みやぎ心のケアセンター」は5千人以上に対応するプログラムを考える