

精神科医療保護入院後の退院患者の再入院とその関連要因

眞崎 直子* 藤田 利治^{2*} 甲斐 祥一* 財津 裕一^{3*}
平 泰子^{4*} 近藤くみ子^{5*} 山下 清香^{6*} 畑田 一憲^{7*}

目的 精神科医療保護入院者での退院後の再入院の発生頻度を明らかにし、その関連要因を検討する。

方法 福岡県山門保健所および田川保健所での精神保健関連事務・業務の資料と病院への問合わせによって、医療保護入院者の退院後の経過を調査した。調査対象は、2つの保健所管内に居住する者で、平成3年4月から平成5年9月までに医療保護入院後に退院をした343人(山門保健所:163人, 田川保健所:180人)であり、平成6年11月まで経過を追跡した(追跡期間;最短:1年, 最長:3年8ヵ月)。

成績 山門保健所管内および田川保健所管内の再入院率は、退院6ヵ月後でそれぞれ17%および22%, 1年後で30%および31%であった。再入院のリスクが高い者の特徴として、「診断」がアルコール依存症ないし薬物依存症, 「今回の在院期間」が長い, 「過去の入院回数」が多い, 「医療費支払い区分」が生活保護, 「合併症」あり, 「退院時の居住形態」が保護者以外と同居, 「保健所への訪問依頼」が否, 「病院の精神病床数」が多い, などが挙げられた。また, 受療中断によって追跡調査が打ち切りとなる者が多く認められた。山門保健所管内と田川保健所管内における受療中断による追跡打ち切り率は、退院1ヵ月後で10%と26%, 1年後で15%と27%であり, 退院後の早い時期に多くの受療中断が発生していた。

結論 医療保護入院者の退院後の再入院および受療中断はかなりの頻度上っており, またその関連要因の検討からも, 精神障害者を地域で支える体制の整備が急務であることが明らかになった。

Key words: 精神障害, 強制入院, 追跡調査, 再入院, 受療中断

I はじめに

精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や社会復帰の促進に加えて, 「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)への改正によって, 精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進への援助が求められている。長年にわたって保健所は, 地域における第一線の行政機関として, 地域全体の精神保健推進の役割を担ってきた。保健所での精神保健活動は地域全体に目を向けて展開すべきであり¹⁾, その基礎資料として精神障害者の実態についての断面的把握に加えて, 精神障害者の経過といった動態的把握が必要である。精神保健福祉法等による種々

の精神保健関係事務が保健所に委ねられており, 管内の精神保健福祉の向上に資するためにこれらの情報を有効活用することの必要性が指摘されている²⁾。

精神保健福祉の進展に伴い, 医療保護入院届, 退院届などの関係事務を通じて医療施設との連携を行いやすい状況にはなっている。しかしながら, 退院届に家庭訪問指導の依頼は依然として少なく, 医療保護入院届などから事後的に再入院を知ることすら少なからずある。保健所の十分な活用がなされないために, 支援を必要としている精神障害者との関わりが遅くなり, 再入院や受療中断を招いているのではないかと危惧される。

今回, 福岡県山門保健所および田川保健所における精神保健関連情報を用いて, 精神病院退院患者の経過を地域ベースで検討することにした。すなわち, 医療施設から届けられる医療保護入院者の退院届などの資料などに基づいて, 精神病院からの医療保護入院者での退院後の再入院について整理し, さらにその関連する要因についての検討を行った。

* 福岡県山門保健所

^{2*} 国立公衆衛生院疫学部

^{3*} 福岡県飯塚保健所

^{4*} 福岡県遠賀保健所

^{5*} 福岡県田川保健所

^{6*} 福岡県保健環境部

^{7*} 福岡県宗像保健所

連絡先: 〒108 東京都港区白金台 4-6-1

国立公衆衛生院疫学部 藤田利治

Ⅱ 方 法

1. 調査地域

調査地域は、福岡県山門保健所および田川保健所が所管する市町村である。山門保健所の所管地域は、福岡県の南部に位置する 1 市 5 町で構成されている。管内人口は130,535人（平成 2 年国勢調査。老年人口割合16.2％）である。所得はわずかに県平均を下回っており、生活保護率は8.8％である³⁾。平成 6 年12月末現在の管内の精神科医療施設としては精神病院が 1 施設、精神病床を有する一般病院が 1 施設であり（ともに指定病院）、全体の精神病床数は478床（人口 1 万人当たり 36.7床）と全国に比べて多い状況にある（平成 3 年病院報告：全国29.3床、福岡県45.7床）⁴⁾。また、社会復帰施設はないが、地域家族会の運営による小規模共同作業所が 1 ヶ所、通院患者リハビリテーション登録事業所が 7 ヶ所ある。

田川保健所の所管地域は、福岡県の北東部に位置する 1 市 6 町 1 村で構成されている。管内人口は136,542人（平成 2 年国勢調査。老年人口割合 17.2％）である。所得は県平均を下回っており、生活保護率は90.0％であり、県平均の26.7％、全国平均の8.8％に比べて極めて高い³⁾。これは、昭和30年代に炭坑が閉山されて主要な産業を失い、

人口流出による過疎化や生活保護受給世帯の増加を招いたためである。平成 6 年12月末現在の管内には精神病院が 5 施設であり（ともに指定病院）、全体の病床数は1,918床（人口 1 万人当たり147.5床）と全国に比べて極めて多い状況にある⁴⁾。また、社会復帰施設は平成 7 年 6 月に開所した通所授産施設がある。

2. 調査対象

山門保健所管内および田川保健所管内に居住する者での平成 3 年 4 月から平成 5 年 9 月までの医療保護入院者の退院届は、山門保健所が239人分、田川保健所が274人分であった（表 1）。福岡県では住所地以外の医療施設に医療保護入院した場合にも住所地の保健所に連絡される体制になっており、今回の調査対象者にはこれらも含まれている。このうち、死亡退院、転出、入院形態の切替えによる継続入院を除外して、山門保健所の163人、田川保健所の180人を調査対象者とし、退院時点から追跡を開始した。なお、任意入院や一般病院への入院といった入院形態の変更については、平成 5 年11月までに退院が確認された場合は調査対象者に含め、その退院時点を追跡開始時点とした。

対象者の性別の年齢階級、退院時診断の分布は、表 2 のとおりである。山門保健所では精神分

表 1 医療保護入院者の退院届の内訳

		山門保健所		田川保健所	
		人	%	人	%
退院		137# (57.3)		167# (60.9)	
入院形態の変更		82 (34.3)		64 (23.4)	
任意入院	退院あり	21#		12#	
	退院なし	45		50	
	一般病院への入院	5#		1#	
	退院なし	11		1	
死亡退院		20 (8.4)		36 (13.1)	
精神分裂病		9		14	
アルコール・薬物依存症		0		1	
痴呆		6		16	
その他の精神病		5		4	
転 出		0 (0.0)		7 (2.6)	
退院届出者総計		239 (100.0)		274 (100.0)	

: 対象者

裂病が56%を占め、田川保健所では精神分裂病は34%とやや少なく、アルコール・薬物依存症が22%と相対的に多くなっていた。

3. 調査方法

用いた資料は、保健所にある患者登録台帳、医療保護入院者の入院届、同退院届、定期病状報告、措置入院の届出、通院公費負担申請書、医療機関への問合わせ資料、社会復帰相談事業（保健所デイケア）記録、作業所参加状況の記録、精神保健相談票、老人精神保健相談票、家族会名簿、家庭訪問記録である。これらの資料に基づいて、医療保護入院後の退院時点から平成6年11月末（追跡終了時点）までの経過を追跡した。既存の資料で追跡終了時点までの経過追跡ができない場合には、医療機関への問合せを行った。また、住民基本台帳によって、居住を確認した。

調査に使用した資料は、精神保健福祉法などによって、地域における精神保健業務の中心的行政機関とされている保健所に委ねられた精神保健関係事務や精神保健業務に関わるものである。また、医療機関とのケース連絡や事例検討会は、プライバシーに十分に配慮しながら、よりよい保健医療を確保するために保健所職員が通常業務として行っているものである。今回の調査は、こうした保健所業務の中で把握される個人情報を個人が

特定されえない集計資料として取りまとめたものであり、こうした取りまとめはよりよい保健医療サービスを確保・提供して行く上で必要なものである。無論、個人が特定できる個人情報については、守秘義務のある保健所の担当職員のみが取り扱っており、プライバシー保護に抵触することはない。

退院後の経過としては再入院の有無を主として調査し、途中で追跡不能になった場合にはその理由（死亡、転出、治療終了、受療中断）とその発生時点を調べた。

分析としては、まず、退院後1年時点までの再入院について、医療保護入院者の入院届および退院届等の資料に記載された情報（以下、要因）との関連を検討した。すなわち、退院後1年間の再入院についての各要因の相対危険（オッズ比）を算出し、 χ^2 検定を用いて比較した。検討した要因は、保健所の別、性別、診断、年齢、初発年齢、今回の在院期間、過去の入院回数、医療費支払い区分、合併症、住所地、入院前の居住形態、退院時の居住形態、保護者、保護者の年齢、入院前の就業・就学状況、保健所への訪問依頼、病院の状況（精神病床数および精神病床割合、所在地、開設者）である。

また、再入院までの期間や死亡・転出までの追

表2 対象者の基本特性

	山門保健所			田川保健所		
	男	女	計	男	女	計
年齢			人 %			人 %
-24歳	20(22.2)	10(13.7)	30 (18.4)	19(17.0)	7(10.3)	26 (14.4)
25-34歳	21(23.3)	10(13.7)	31 (19.0)	24(21.4)	11(16.2)	35 (19.4)
35-44歳	24(26.7)	25(34.2)	49 (30.1)	24(21.4)	15(22.1)	39 (21.7)
45-54歳	13(14.4)	10(13.7)	23 (14.1)	18(16.1)	11(16.2)	29 (16.1)
55-64歳	5(5.6)	7(9.6)	12 (7.4)	12(10.7)	16(23.5)	28 (15.6)
65歳以上	7(7.8)	11(15.1)	18 (11.0)	15(13.4)	8(11.8)	23 (12.8)
診断						
精神分裂病	49(54.4)	42(57.5)	91 (55.8)	33(29.5)	29(42.6)	62 (34.4)
非定型精神病	2(2.2)	2(2.7)	4 (2.5)	1(0.9)	7(10.3)	8 (4.4)
躁うつ病	3(3.3)	5(6.8)	8 (4.9)	8(7.1)	3(4.4)	11 (6.1)
アルコール・薬物依存症	15(16.7)	1(1.4)	16 (9.8)	30(26.8)	9(13.2)	39 (21.7)
痴呆	6(6.7)	6(8.2)	12 (7.4)	3(2.7)	5(7.4)	8 (4.4)
その他	15(16.7)	17(23.3)	32 (19.6)	37(33.0)	15(22.1)	52 (28.9)
全体	90(55.2)	73(44.8)	163(100.0)	112(62.4)	68(37.6)	180(100.0)

跡可能であった期間を考慮した比例ハザードモデルによる検討を併せて行った。各要因と再入院との関連の大きさを相対危険（ハザード比）およびその95%信頼区間を用いて評価した。この際、死亡、転出、治療終了、受療中断については右側打ち切りデータとして発生時点までの期間を解析に加えた。さらに、要因の影響について相対的に評価するために、比例ハザードモデルを用いて変数増減法による多変量解析を行った。変数の選択基準は、有意確率5%とした。

受療中断による追跡打ち切りがかなりの数にのぼることが、事後的に判明した。今回の調査では、追跡不能の理由の一つとして受療中断を調べたが、再入院以前の受療中断は完全には把握できていない。しかし、精神障害者の社会生活を支えるために継続的な受療は重要と考えられることから、受療中断による追跡不能についての暫定的な検討を行った。すなわち、再入院が明らかになった137人、死亡した12人、転出の1人を除いて、追跡調査での最終把握状態が受療中断の83人と通院中ないし治療終了の110人との比較を、主要要因および社会復帰施設・事業の利用について行った。

Ⅲ 結 果

1. 退院後の経過

対象者の追跡期間の最短は1年、最長は3年8ヵ月であった。山門保健所管内（163人）と田川保健所管内（180人）の再入院率は、退院後3ヵ月でそれぞれ10.4%と15.6%、6ヵ月後で16.6%と22.2%、1年後で30.1%と31.1%であった（図1）。また、受療中断による追跡打ち切りは、1ヵ月でそれぞれ9.8%と26.1%、6ヵ月後で12.9%と27.2%、1年後で15.3%と27.2%であった。退院後の早い時期にかなり多くの受療中断が発生しており、しかも保健所間で大きな差がみられた。

2. 再入院の関連要因

退院後1年までに死亡ないし転出した者を除く336人について、退院後1年間の再入院と各要因との関連を検討した（表3）。「過去の入院回数」、「医療費支払い区分」、「合併症」、「保護者」、「精神病床数」が、再入院と有意に関連していた。すなわち、初回入院者と比べて、「過去の入院回数」が5回以上の者での再入院リスク（相対危険）は4.2倍であった。「医療費支払い区分」については生活保護の者での再入院リスクが高く、「保護者」が市町村長の者でリスクが顕著に増大していた。「合併症」がある場合での再入院リスクも高くな

図1 退院後の経過

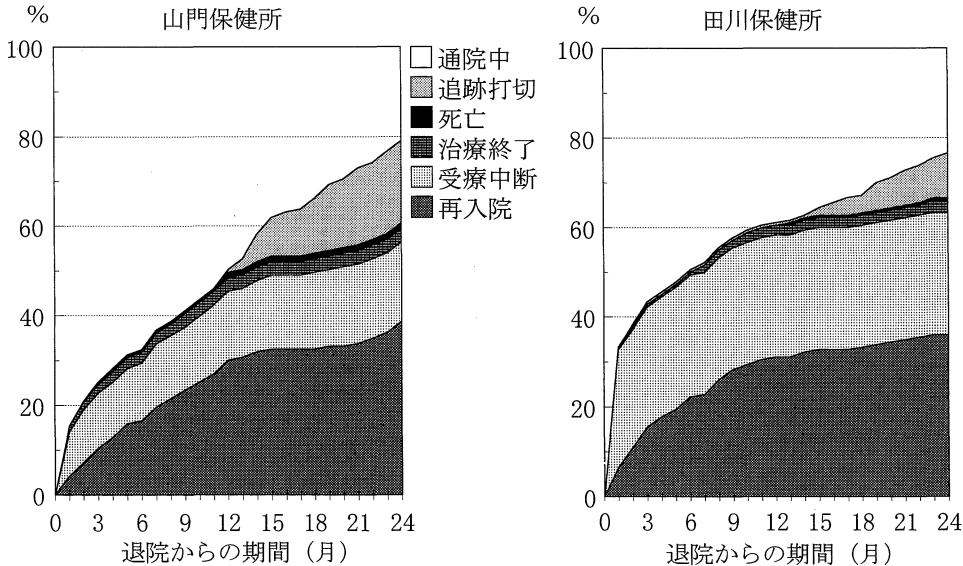


表3 再入院とその関連要因 (1)

関連要因	退院後12ヵ月間の再入院				比例ハザードモデル
	再入院				相対危険 [95%信頼区間]
	調査数	数	%	相対危険	
保健所					
山門保健所	161	49	30.4	1.00	1.00
田川保健所	175	56	32.0	1.08	1.10[0.79～1.54]
性別					
男	196	62	31.6	1.00	1.00
女	140	43	30.7	0.96	0.83[0.59～1.17]
診断					*
精神分裂病	152	51	33.6	1.00	1.00
アルコール・薬物依存症	54	18	33.3	0.99	1.73[1.07～2.79]
痴呆	18	8	44.4	1.58	0.96[0.47～2.03]
その他	112	28	25.0	0.66	0.91[0.61～1.35]
年齢					
25歳未満	55	20	36.4	1.00	1.00
25-44歳	152	48	31.6	0.81	0.76[0.48～1.21]
45-64歳	90	24	26.7	0.64	0.76[0.45～1.27]
65歳以上	39	13	33.3	0.88	0.87[0.46～1.66]
初発年齢					
20歳未満	84	32	38.1	1.00	1.00
20-24歳	63	22	34.9	0.87	0.76[0.47～1.22]
25-29歳	35	7	20.0	0.41	0.50[0.26～0.98]
30歳以上	134	39	29.1	0.67	0.69[0.45～1.04]
今回の在院期間					*
2ヵ月以下	85	20	23.5	1.00	1.00
3-5ヵ月	90	26	28.9	1.32	1.13[0.69～1.87]
6-11ヵ月	74	24	32.4	1.56	1.53[0.92～2.54]
12-23ヵ月	37	14	37.8	1.98	1.26[0.67～2.35]
24ヵ月以上	50	21	42.0	2.35	2.18[1.30～3.67]
過去の入院回数				***	*
0回	135	32	23.7	1.00	1.00
1-2回	110	30	27.3	1.21	1.08[0.71～1.65]
3-4回	41	15	36.6	1.86	1.34[0.79～2.26]
5回以上	44	25	56.8	4.24	1.43[1.20～3.10]
医療費支払い区分				*	**
健康保険(本人)	20	4	20.0	1.00	1.00
健康保険(家族)	70	15	21.4	1.09	0.98[0.40～2.39]
国民健康保険	136	41	30.1	1.73	1.14[0.49～2.66]
生活保護	88	39	44.3	3.18	2.95[0.88～4.78]
その他	7	1	14.3	0.67	0.99[0.12～8.19]

検定: + : $p < .10$, * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

表3 再入院とその関連要因 (2)

関連要因	退院後12ヵ月間の再入院				比例ハザードモデル
	再入院			相対危険	相対危険 [95%信頼区間]
	調査数	数	%		
合併症				*	***
なし	251	71	28.3	1.00	1.00
あり	85	34	40.0	1.69	2.23[1.53～3.25]
肝臓疾患	53	25	47.2		
循環器疾患	11	2	18.2		
血液・内分泌疾患	5	4	80.0		
その他	13	3	23.1		
住所地					
市部	120	41	34.2	1.00	1.00
郡部	216	64	29.6	0.81	1.05[0.74～1.48]
退院時の居住形態					*
保護者と同居	289	86	29.8	1.00	1.00
上記以外と同居	9	5	55.6	2.95	2.53[1.17～5.45]
その他	38	14	36.8	1.38	1.10[0.65～1.86]
保護者				**	
配偶者	98	20	20.4	1.00	1.00
親	178	63	35.4	2.14	1.37[0.90～2.08]
子供	16	6	37.5	2.34	1.10[0.48～2.51]
兄弟	37	11	29.7	1.65	1.42[0.76～2.64]
市町村長	6	5	83.3	19.50	2.74[1.06～7.07]
保健所への訪問依頼					+
要訪問	23	7	30.4	1.00	1.00
訪問否	49	19	38.8	1.45	1.68[0.75～3.77]
記載なし	263	79	30.0	0.98	0.98[0.48～2.01]
病院の精神病床割合					
100%	244	79	32.4	1.00	1.00
99-40%	79	25	31.6	0.97	1.19[0.81～1.75]
40%未満	13	1	7.7	0.17	0.15[0.02～1.09]
病院の精神病床数				*	**
150床未満	18	2	11.1	0.20	0.17[0.04～0.71]
150-200床未満	70	23	32.9	0.78	0.83[0.53～1.29]
200-300床未満	84	30	35.7	0.88	1.03[0.67～1.59]
300-500床未満	68	13	19.1	0.38	0.44[0.25～0.76]
500床以上	96	37	38.5	1.00	1.00
病院の所在地					
保健所管内	216	67	31.0	1.00	1.00
保健所管外	120	38	31.7	1.03	0.88[0.61～1.26]

検定：+ : $p < .10$, * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

っていた。これは、合併所の中で肝臓疾患が62%を占め、しかも退院後1年間の再入院の割合が47%と高いことが主に関係していた。この他、数は少ないが、血液・内分泌疾患のあるものでも再入院リスクが高くなっていた。病院の特性については、「精神病床数」が多い病院での再入院リスクが高い傾向にあった。

死亡・転出者を含む全対象者343人についての再入院までの期間に関する比例ハザードモデルによる各要因ごとの解析結果を、表3の右端の欄に示した。再入院リスクの高い者の特徴として、「診断」がアルコール依存症ないし薬物依存症、「今回の在院期間」が長い、「過去の入院回数」が多い、「医療費支払い区分」が生活保護、「合併症」あり、「退院時の居住形態」が保護者以外と同居、「保健所への訪問依頼」が否、「病院の精神病床数」が多い、などが示された。

次に、要因の影響を相対的に評価するために、比例ハザードモデルによる多変量解析を実施した(表4)。再入院リスクと関連する要因として、「年齢」、「過去の入院回数」、「合併症」、「退院時の居住形態」、「病院の精神病床数」が選択された。再入院リスクの高い者の特徴として、年齢が25歳未満であり、過去の入院回数が多く、合併症を持ち、退院時に保護者以外との同居であり、精神病床数の多い病院からの退院であることが挙げられた。

3. 受療中断の関連要因

最終把握状態が受療中断である者と通院中ないし治療終了の者との主要要因についての比較を、表5に示した。通院中ないし治療終了の者と比べて、受療中断者には住所が田川保健所管内、男、アルコール依存症ないし薬物依存症、初回入院、保健所への訪問依頼が否などの特徴が認められた。

また、受療中断者では、通院中ないし治療終了の者と比べて、退院後における社会復帰施設・事業などの利用が少なかった(表6)。利用の内訳では、保健所デイケア、通院医療費公費負担制度、障害年金の利用が受療中断者で少ない傾向であった。

Ⅳ 考 察

本報告では、医療保護入院後に退院したものを

表4 多変量解析による再入院の関連要因

関連要因	比例ハザードモデル
	相対危険 [95%信頼区間]
年齢	*
25歳未満	1.00
25-44歳	0.66[0.40~1.07]
45-64歳	0.45[0.26~0.80]
65歳以上	0.87[0.48~0.94]
過去の入院回数	**
0回	1.00
1-2回	1.34[0.86~2.09]
3-4回	1.42[0.82~2.46]
5回以上	3.04[1.76~5.26]
合併症	***
なし	1.00
あり	2.92[1.90~4.49]
退院時の居住形態	*
保護者と同居	1.00
上記以外と同居	2.99[1.35~6.61]
その他	0.97[0.54~1.73]
病院の精神病床数	**
150床未満	0.21[0.05~0.89]
150-200床未満	1.26[0.75~2.14]
200-300床未満	1.57[0.97~2.53]
300-500床未満	0.65[0.35~1.19]
500床以上	1.00

検定：*：p<0.05，**：p<0.01，***：p<0.001

対象者とした。任意入院のみでの退院は含まれていないことから、精神科退院患者の偏った集団を捉えていることになる。また、近年、精神科在院患者の中での医療保護入院者の割合は平成元年の48%から平成7年の31%へと減少しつつあり、またかなりの地域差も存在する⁵⁾。したがって、今回の成績は、特定地域での特定期間における実態であることを念頭に置く必要がある。しかしながら、医療保護入院などの強制入院は保健所での症例把握の契機のひとつであり、かつ、支援を必要としている場合が多いことから、その経過の実態を把握して精神保健活動に役立てることが重要と考えられる。以下では、保健所の立場から考察を行う。

1. 再入院について

精神医療・保健サービスが病院中心主義から地

表5 受療中断者と通院中・治療終了者との比較

関連要因	受療中断 n=83		通院中・治療終了 n=110		検 定
	人数	%	人数	%	
保健所					
山門保健所	30	36.1	62	56.4	$\chi^2=7.75^{**}$
田川保健所	53	63.9	48	43.6	
性別					
男	57	68.7	56	50.9	$\chi^2=6.15^*$
女	26	31.3	54	49.1	
診断					
精神分裂病	22	26.5	62	56.4	$\chi^2=23.66^{***}$
アルコール・薬物依存症	23	27.7	8	7.3	
痴呆	2	2.4	4	3.6	
その他	36	43.4	36	32.7	
年齢					
25歳未満	17	20.5	13	11.8	$z=0.95$
25-44歳	28	33.7	61	55.5	
45-64歳	26	31.3	29	26.4	
65歳以上	12	14.5	7	6.4	
過去の入院回数					
0回	41	50.6	44	40.4	$z=2.00^*$
1-2回	30	37.0	37	33.9	
3-4回	6	7.4	15	13.8	
5回以上	4	4.9	13	11.9	
保健所への訪問依頼					
要訪問	8	9.8	6	5.5	$\chi^2=9.48^{**}$
訪問否	18	22.0	9	8.2	
記載なし	56	68.3	95	86.4	

χ^2 : χ^2 検定 z : Mann-Whitney の U 検定
*: $p<.05$ **: $p<.01$ ***: $p<.001$

域ケア中心へ移行した欧米諸国においては、わが国と比較して、年間の人口当たりの精神科入院率が高い反面、短い在院期間での退院が多くなっている⁶⁾。こうした諸国では回転ドア患者 revolving door patients と呼ばれる精神科頻回入院患者の存在が大きな問題となっており、特定の病院について⁷⁻⁹⁾のみではなく、地域さらには国ベースでの再入院に関わる調査研究¹⁰⁻¹⁵⁾が実施されている。一方、わが国での精神病院退院後の再入院の発生頻度に関する地域ベースの報告は、大原ら¹⁶⁾や山下ら²⁾などの他にはほとんど見当たらない。山下ら²⁾は医療保護入院時点からの経過を追跡した報告の中で、調査対象者数が少なく精度に問題

があるとしながらも、医療保護入院での退院後の比較的短期間の内に再入院がかなり発生している可能性を指摘している。本報告では、この指摘を踏まえ、医療保護入院の退院後の再入院の実態を明らかにすることを主な目的にした。

保健所においては医療保護入院や措置入院による再入院は完全に把握可能であり、また、任意入院による再入院については今回は医療保護入院をしていた病院への問合せによって把握した。しかし、医療保護入院をしていた病院以外の病院への任意入院による再入院は把握されてはいないことから、再入院の発生頻度はわずかに過小把握になっている可能性はある。

表6 退院後の社会復帰施設・事業の利用

	受療中断 n=83		通院中 ・治療終了 検定 n=110	
	人	%	人	%
社会復帰施設・事業等の利用あり 〈利用の内訳〉	16	(19.3)	55	(50.0)
保健所デイケア	0	(0.0)	12	(10.9)
精神保健相談	10	(12.0)	17	(15.5)
家庭訪問指導	6	(7.2)	17	(15.5)
通院患者リハビリテーション事業	0	(0.0)	2	(1.8)
共同作業所	0	(0.0)	3	(2.7)
家族会	0	(0.0)	3	(2.7)
病院の訪問看護	0	(0.0)	3	(2.7)
通院医療公費負担	4	(4.8)	44	(40.0)
障害年金	0	(0.0)	8	(7.4)

*: p<.05 **: p<.01 ***: p<.001

医療保護入院からの退院後1年間の再入院率は31%で、2つの保健所管内ではほぼ等しいものであった。この再入院率は、鹿児島県鹿屋保健所管内で医療保護入院患者について検討した山下ら²⁾の1年間の再入院率43%よりは低率であり、高知県での精神分裂病の初回入院患者の再入院を検討した大原ら¹⁶⁾の成績とほぼ同じであった。精神疾患に関わる統計には大きな地域差が存在していることから^{6,17)}、医療保護入院患者の再入院率にも大きな地域差が存在する可能性もあり、各地域でのデータの蓄積が必要である。いずれにしても退院後にかんがりの再入院が発生しており、入院の繰返しを予防し社会復帰を促進するための支援が保健所に一層求められていることは確かである。

再入院についての要因分析から、いくつかの要因が再入院と関連することが明らかになった。すなわち、各要因ごとの検討では、「今回の在院期間」が長い、「過去の入院回数」が多い、「診断」がアルコール依存症ないし薬物依存症、「合併症」あり、「医療費支払い区分」が生活保護、「退院時の居住形態」が保護者以外と同居、「保護者」が市町村長、「保健所への訪問依頼」が否、「病院の精神病床数」が多いといった特性が、高い再入院リスクと関連していた。また、多変量解析の結果からは、25歳未満といった若年齢でも再入院リスクが高いことが示された。今後の頻回入院を予防

するために、再入院に関連するこれらの要因に留意しながら保健所における精神保健活動を展開する必要があると考えられる。次に、これらの要因について若干考察する。

合併症の中では肝臓疾患を合併した者での再入院リスクが高くなっていた。これはアルコール依存症ないし薬物依存症の者で肝臓疾患が多いことと絡んでいる。こうした者では精神および身体の両面での保健・医療上の管理・支援が必要である。欧米においてもアルコール依存症ないし薬物依存症の者や他の精神疾患との合併者での再入院リスクが高いことが一致して示されており^{7,9,11,12,14)}、依存症に関わる再入院予防は大きな課題となっている。また、年齢に関連しては、若年齢や初発年齢が若い者での再入院リスクが高いとする報告^{10~13)}が多く見られる。

入院回数が再入院リスクに関連することは、欧米においても報告されている^{8,18,19)}。一方、在院期間については、欧米では入退院の回転ドア現象と長期間の在院期間がトレード・オフの関係となっている²⁰⁾ためか、再入院に関連する強い要因にはなっていない¹⁵⁾ようである。しかし、本報告では多数の入院回数とともに長期の在院期間が再入院リスクと関連していた。欧米とは異なるわが国の精神保健医療の状況を勘案すれば、この結果は妥当なものと考えられる。これらの要因は、精神疾患自体が慢性化し重篤化していることを反映するとともに、医療施設に長期間に収容されていることによって能力障害と社会的不利が助長されて社会生活が一層困難になったことを表わしていると考えられる。

医療費支払いが生活保護の者での再入院リスクが高いことは、経済要因と精神疾患との悪循環の可能性を示している。福岡県は生活保護率が高いことから、生活保護を受けている精神障害者への効果的な支援を展開することが重要な課題である。保護者が市町村長であったり、退院後に保護者との同居でない場合に再入院リスクが高くなっていた。家族関係調整の必要性とともに、家族に代わる支援や生活の場の確保の重要性を示唆している。これらの結果は、精神保健活動を行っている中で、家族機能の低下による処遇困難事例が増えているとの印象とも一致している。また、保健所への訪問依頼を不要とされたり、精神病床数

が多い精神病院からの退院者での再入院リスクが高いことは、精神病院と保健所との連携の問題も考えられる。

以上の再入院リスクに関わる要因は、いずれも地域で精神障害者を支える体制の整備の必要性が極めて高いことを示唆している。地域に責任をもった活動を展開すべき立場にある保健所は、医療関係および福祉関係の諸機関と連携・協力して精神障害者への支援を行うとともに、各種社会資源の整備を積極的に促進することが大切である。

2. 受療中断について

精神障害者の受療中断は病識を持ちにくいなどの疾患の特性の上からも大きな問題であり、受療中断の防止は再発予防活動を展開する上で重要である。大原ら¹⁰⁾は精神分裂病の退院後の追跡調査の中で、転医・服薬不規則・服薬中断のあったもので再入院が多いことを指摘している。この点は欧米においても指摘されてきたところである^{9,14,21)}。

しかし、医療保護入院などの強制入院の退院後にどの程度の受療中断が発生するかについての地域ベースの報告は、わが国にはほとんど見当たらない。今回は再入院を主として退院後の経過を調査したことから再入院前の受療中断についての把握は不完全であったが、医療保護入院での退院後1年間に少なくとも22% (74人) の受療中断があったことが明らかになった。しかも、その多くは退院後の早期に発生していた。

受療中断は保健所を経由する種々の精神保健関係事務によって把握しえない問題であり、病院への問合せによって初めて明確になった。今後、受療中断についての地域ベースの検討が必要であり、その後の再入院などの経過との関係が明確にされることが重要である。

暫定的に検討した比較において、通院中ないし治療終了といった医療との関係が良好と考えられる者と比べて、受療中断者は住所が田川保健所管内、男、アルコール依存症ないし薬物依存症、初回入院、保健所への訪問依頼が否などの特徴がみられた。これらの要因の中では診断との関連が最も強く、アルコール依存症ないし薬物依存症の者での受療の継続に係わる問題が明らかであった。また、初回入院の者で受療中断が多い傾向にあり、十分な治療関係が作られていない可能性が示

された。

受療中断の問題は、地域の受け入れ体制とともに、病院における入院医療や退院時教育とも深く関連すると考えられる。今後、受療中断に対して効果的な対策を実施するためには、受療中断者の特徴をさらに明らかにし、医療機関との緊密な連携を図って行く必要がある。

田川保健所管内で受療中断が多くなっていたが、これは田川保健所管内にアルコール依存症や薬物依存症が多いことが主な原因である。この背景には、炭坑閉山によって地域の主要な産業が失われて、人口流出による過疎化や生活保護受給世帯の増加といった社会経済の問題が絡んでいる。こうした状況の中で、田川保健所では「シンナー吸引の高校生をもつ母親の集い」を行ったり、地域住民と管内の精神病院・市町村・家族会などの関係者を会員として「精神障害者に優しい町・田川をつくる会」を設立し、地域精神保健活動に取組んでいる。

また、受療中断者では医療保護入院者の退院届に保健所の訪問指導等が不要とされる割合が多く見られた。訪問指導等の依頼が記載されることは、一般に少ない。しかし、今回の調査において医療機関に連絡した結果、受療中断が判明し、保健婦の訪問依頼が出された事例もでてきた。医療施設からの依頼を待つ姿勢でなく、積極的に連携を図っていく必要がある。

受療中断や入退院の繰り返しを少なくするためには、可能ならば退院以前といった早い時期から生活環境調整や家族の理解を得られるような働きかけが必要と考えられる。早期から働きかけ、本人の十分な理解の下での同意を得てケースマネジメントの契約関係を結び、保健所自身が実施している社会復帰支援事業を含む継続的な医療・ケアを保証して行くことが必要である¹⁾。現状でも保健所と医療機関との事例検討会を定期的に行っているが、医療機関との事例を通した関わりの中で積極的に連携を深めていくことが大切であると考える。

この調査に当たりご支援ご協力をいただきました山門保健所および田川保健所の同僚の皆様、各関係機関の皆様にも厚くお礼を申し上げます。

(受付 '96.11.22)
(採用 '97.2.28)

文 献

- 1) 後藤良一, 他. 保健所における精神保健活動マニュアル作成の試み. 日本公衛誌 1991; 39: 730-734.
- 2) 山下なつみ, 他. 一保健所における精神科入院患者の在院期間と再入院の頻度についての追跡調査. 日本公衛誌 1995; 42: 219-228.
- 3) 福岡県民生部. 福岡県の生活保護. 1992.
- 4) 福岡県保健環境部. 福岡県衛生統計年報. 1992.
- 5) 厚生省保健医療局精神保健課. わが国の精神保健福祉. 厚健出版, 1996.
- 6) 藤田利治. 保健統計からみた精神障害者の社会復帰. 公衆衛生 1994; 58: 8-12.
- 7) Carpenter MD, et al. Multiple admissions to an urban psychiatric center: a comparative study. Hosp Community Psychiatry 1985; 36: 1305-1308.
- 8) Swett CP. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission. Psychiatric Services 1995; 46: 482-485.
- 9) Haywood TW, et al. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. Am J Psychiatry 1995; 152: 856-861.
- 10) Woogh CM. A cohort through the revolving door. Can J Psychiatry 1986; 31: 214-221.
- 11) Woogh CM. Patients with multiple admissions in a psychiatric record linkage system. Can J Psychiatry 1990; 35: 401-406.
- 12) Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 130-135.
- 13) Eaton WW, et al. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. Schizophrenia Bulletin 1992; 18: 217-228.
- 14) Sullivan G, et al. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. Am J Psychiatry 1995; 152: 1749-1756.
- 15) Rabinowitz J, et al. Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30: 65-72.
- 16) 大原啓志, 他. 精神分裂病の経過に関する研究(第1報): 退院患者の再入院に関与する患者特性および社会的要因について. 日本公衛誌 1981; 28: 522-532.
- 17) 藤田刊治. 精神疾患の患者数と在院期間に関する地域差の検討. 厚生指針 1991; 38: 20-26.
- 18) Rosenblatt A, Mayer J. The recidivism of mental patients: a review of past studies. Am J Orthopsychiatry 1974; 44: 697-706.
- 19) Appleby L. Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. Am J Psychiatry 1993; 150: 72-76.
- 20) De Francisco D, et al. The relationship between length of hospital stay and rapid-readmission rates. Hosp Community Psychiatry 1980; 31: 196-197.
- 21) Green JH. Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. Hosp Community Psychiatry 1988; 39: 963-966.

READMISSION AMONG DISCHARGED PSYCHIATRIC PATIENTS AND IT'S CORRELATES

Naoko MASAKI*, Toshiharu FUJITA^{2*}, Syouichi KAI*, Yuichi ZAITSU^{3*}

Yasuko HIRA^{4*}, Kumiko KONDOH^{5*}, Kiyoka YAMASHITA^{6*}, Kazunori HATADA^{7*}

Key words: Mental disorders, Involuntary hospitalization, Follow-up study, Readmission, Drop-out of treatment

Objective: This study investigated the incidence of readmission among discharged psychiatric patients and examined factors predicting early readmission.

Methods: A cohort of 343 patients, who had been hospitalized involuntarily to mental hospitals for medical care and custody, and who were discharged between April 1991 and September 1993, in two areas served by Fukuoka Prefectural Yamato Health Center (n=163) and Tagawa Health Center (n=180) were followed up until November 1994.

Results: The readmission rates within 6 months of discharge in Yamato Health Center and Tagawa Health Center were 17% and 22%, and within 1 year were 30% and 31% respectively. From Cox's proportional hazards model, alcohol/drug abuse, many of previous admission, long length of recent hospitalization, payment of medical care cost from public assistance, complication of physical disorders, living without a person responsible for custody after discharge, no request of health center's service by the hospital and discharge from a large-scale mental hospital were significantly related to increased risk of readmission. Not a few patients could not be followed up completely because of early drop-out of treatment. The drop-out rates within 1 month of discharge in Yamato Health Center and Tagawa Health Center were 10% and 26%, and within 1 year were 15% and 27% respectively.

Conclusions: The rates of readmission and drop-out of treatment among discharged psychiatric patients were considerably high. This study clarified that rapid establishment of a mental health system supporting the mentally disabled in a community is an urgent need in Japan.

* Yamato Prefectural Health Center, Fukuoka

^{2*} Department of Epidemiology, National Institute of Public Health

^{3*} Iizuka Prefectural Health Center, Fukuoka

^{4*} Onga Prefectural Health Center, Fukuoka

^{5*} Tagawa Prefectural Health Center, Fukuoka

^{6*} Division of Health and Environment, Fukuoka

^{7*} Munakata Prefectural Health Center, Fukuoka