

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を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

精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。各都道府県の子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の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、全国の子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。

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

×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

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

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⁹⁾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。

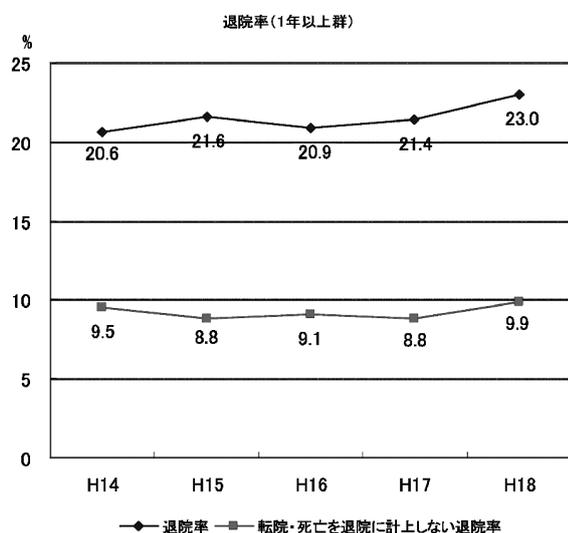
図1に、過去5年分の全国値の退院率および「転院・死亡を退院に計上しない退院率」を示す。退院率はここ5年で僅かに上昇傾向にあり、平成17年から18年にかけては1.6%と上昇率が大きかった。一方、「転院・死亡を退院に計上しない退院率」は5年間でそれほど大きな変化はなかったが、平成18年の値は9.9%であり、この5年間で最も高くなっていた。

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	28.8	13.9	14.9
神奈川	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	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	全在院患者に占める										
	転院・死亡を退院に計上しない退院率	退院率	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	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
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
転院・死亡を退院に計上しない退院率		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.