

患者調査・マスタープランの概要と 鹿沼病院における長期入院患者の転帰 —— 72,000人の退院は可能なのか? ——

駒橋 徹*

抄録 厚生労働省は、精神科病院の長期入院患者の退院を促進するために、社会的入院である72,000人を退院させると言い始めた。そのうちに72,000床を減らすと言ひ方を変えた。それだけの入院患者を退院させ、そして精神科病床を削減することができるのだろうか? まず、72,000の数字の出所を確かめた。その結果、平成11年度の患者調査にあることが解った。入院の状況を調べる項目で、受け入れ条件が整えば退院可能と判断された患者が71,600人となっていた。しかし、どのような受け入れ条件が必要かについては言及されておらず、また、長期入院患者に限った数字(退院が可能と判断される患者数)は報告されていなかった。一方、日本精神科病院協会では、平成14年にマスタープランを行い、今後どの程度の患者を退院させられるか調査した。その結果からは、3年以上の入院患者約130,000人のうち約18,000人が現行の福祉ホームへ退院可能と考えられた。平成14年マスタープランの対象となった、平成14年6月30日に当院に入院中であった患者278名の2年後の転帰を調べたところ52名が退院していた。調査時点で3年以上入院していた患者は52名中17名で、その17名中、福祉ホームへ退院できた患者は3名であった。ただ、この3名中2名は、平成14年のマスタープラン結果からの予測では、24時間介護が提供される新しい類型の施設でないと退院させられないと考えられる精神症状や能力障害の程度であった。また、平成14年マスタープラン時に、精神症状と能力障害の程度から現行の福祉ホームへ退院可能と予測された18名中、1名だけがその後の2年間に福祉ホームへ退院できた。長期入院患者の退院には、受け入れ先の有無や精神症状と能力障害の程度のみならず、様々な条件が整う必要があると考えられ、72,000人の退院が可能かどうかの判断はつかなかった。

キーワード: 72,000人、患者調査、マスタープラン、精神科病院、長期入院患者

1. はじめに

いつのことかはっきりしないが、「精神科病院へ社会的入院をしている72,000人を退院させよ

う」から、「精神科病床72,000床を削減しよう」と、厚生労働省は入院患者の退院促進を精神科病床削減に変えて訴え始めた。72,000という数字の根拠もはっきりしないうちに、精神保健福祉対策本部では、精神保健医療福祉の改革ビジョンを平成16年9月に発表した。入院患者の1年以内の残存率を24%以内に、1年以上の入院患者の退院率を29%以上に(図1)という目標まで作った。そして、各県ごとにこの数字を遵守できるように具体案を作成するようと言う。

Outline of the Patient Research and the Master Plan and outcome of patients necessitated prolonged hospitalization in Kanuma Hospital: Can 72,000 long-term hospitalized patients be discharged?

* 特定医療法人清和会 鹿沼病院 [〒322-0002 栃木県鹿沼市千渡1585-2]

Toru KOMAHASHI: Kanuma Hospital

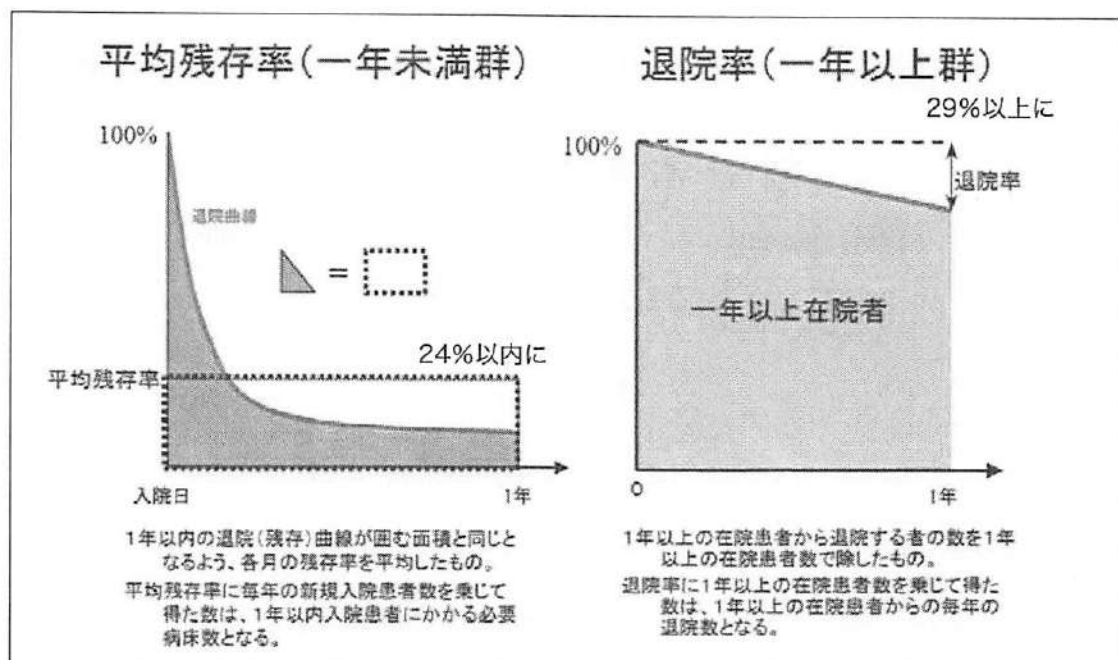


図1：精神保健医療福祉の改革ビジョン 精神保健福祉対策本部（平成16年9月）

本当にこんなに多くの方を退院させ、精神科病床を削減できるのだろうか？

いくつかの資料を調べた結果、72,000という数字の根拠が、平成11年の患者調査にあることがわかった。当院もこの調査に参加していたが、私はその調査内容や目的を十分に理解していなかった。患者調査について概略を説明し、72,000人の根拠について言及したい。そして、日本精神科病院協会主催で行われた平成14年のマスタープランの結果を基に、72,000人の退院と精神科病床削減が実現可能な数字なのかどうか考えてみた。

2. 患者調査

(1) 患者調査の概要

患者調査とは、厚生労働省が3年に1度行っている全国規模の調査である。全数調査ではなく、抽出調査であり、病院、診療所、歯科診療所がその対象機関となっている。直接の実施主体は、各県の各健康福祉センターとなっている。そして、その目的は「病院および診療所を利用す

る患者について、その傷病の状況等の実態を明らかにすることを目的とする。」と明記されている。

(2) 平成11年患者調査について

i) 調査対象

調査の対象として、病院は6,420施設選出された。抽出率は入院患者が70%、外来患者が33%であった。一般診療所は5,901施設選出され、抽出率は7%、歯科診療所は980施設選出され、抽出率は1.6%であった。

ii) 調査の期日

調査の期日は、平成11年10月19日から21日の3日間のうち、医療施設ごとに指定した1日とした。なお、退院患者の調査については、平成11年9月1日から30日までの1ヵ月間であった。

iii) 調査方法と調査内容

規定の調査日(前述のように対象機関ごとに異なる)について、所定の用紙、すなわち奇数票(図2)、偶数票(図3)、病院退院票(図4)に

表1: 患者調査 入院の状況 (精神科病床)

	平成8年	平成11年	平成14年
総数	325.9	329.4	320.9
生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する	204.8	196.9	189.6
生命の危険がある	3.6	4.7	5.9
受け入れ条件が整えば退院可能	54.6	71.6	69.0
検査入院	0.1	0.3	0.3
その他	62.8	55.8	56.2

記入要領に従って記載する。

奇数票では、患者の性別、出生年月日、住所、外来入院の種別、受療の状況、診療科目、診療費支払方法、紹介の有無、病床(病棟)の種別、入院の状況、心身の状況を調査した。偶数票では、入院、外来別の患者の性別、出生年月日を調査し、病院退院票では、患者の性別、出生年月日、住所、入院退院年月日、受療の状況、手術の有無、診療科目、診療費支払方法、病床(病棟)の種別、入院前の場所、退院後の行き先、転帰を調査した。

iv) 県西健康福祉センターの場合の調査対象機関

県西健康福祉センターの管轄からは、病院として、上都賀総合病院、鹿沼病院、古河記念病院、見龍堂病院、川上病院、珪肺労災病院、御殿山病院、今市病院、大澤台病院、西方病院、足尾双愛病院が選出されていた。診療所では、入院、外来退院を含む調査は、宮司外科胃腸科小児科、細川医院、岡医院、河合医院が選出され、外来のみの調査では、仁神堂クリニック、飯岡小児科、中村耳鼻咽喉科クリニック、山口内科医院、熊谷医院、高橋医院、川村医院が選出されていた。歯科診療所では、蝦原歯科医院が選出されていた。

v) 患者調査の結果と72,000人の根拠

患者調査票(奇数票)の中の項目である「入院の状況」について、精神科病床における結果を表1に示す。受け入れ条件が整えば退院可能と判断された患者は、平成8年に54,600人、平成11年に71,600人、平成13年に69,000人であり、この平成11年の結果から72,000という数字が出てきた

ものと判断される。しかしながら、受け入れ条件については何も定義がなされておらず、どういう条件が整えばこの71,600人が退院できるのかが解らない。

ところが、この71,600、すなわち約72,000を根拠に、精神保健福祉対策本部では、平成16年9月に具体的な病床削減目標値を策定している。1年未満入院群の平均残存率を24%以内、1年以上入院群の退院率を29%にすることを目標として、各県で具体的な数字目標を挙げるようにとのことである。

vi) 患者調査結果からの推計

72,000人が退院すると仮定すると栃木県ではどうなるのか? 平成15年6月現在、栃木県の精神科許可病床数は5,400床ある。栃木県の人口は約200万人であるので、全国で同じように退院者が出ると仮定すると、

$$72,000 \times (200 \text{万} \div 1 \text{億} 2,000 \text{万}) = 1,200 \text{人の退院者が出ることになる。}$$

栃木県の病床数5,400から退院する1,200人を計算すると、

$$5,400 - 1,200 = 4,200 \text{床となり、栃木県の精神科病床数は} 4,200 \text{床で十分となる。}$$

一方、人口1万人あたりの病床数を計算してから、栃木県の人口約200万人を乗じることで計算してみる。

現在、精神科病床数は全国で約33万床ある。72,000床が減ると25.8万床となる。これを日本の人口1億2,000万で割り、次いで1万を乗じると、

$$25.8 \text{万} \div 1 \text{億} 2,000 \text{万} \times 1 \text{万} = 21.5$$

图 2

秘

指定統計第66号

厚 1 - 1 - 15 - 1

平成11年7月9日登録

患者調査

病院 (奇数) 票

平成11年10月19～21日（指定された1日）

厚 生 省

保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

紀人上の注意

- 1) ※印刷時には、記入しないでください。
- 2) 16)～19)欄は、15)で選んだものについて記入してください。ただし、「1)病気の診断・治療」の場合は、主病名について記入してください。

[illegible]

図 3



指定統計第66号

 厚1-1-15-2
 平成11年7月9日登録

 記入上の注意
 ※印欄には、記入しない
 てください。

患者調査

病院(偶数)票

平成11年10月19~21日(指定された1日)

厚生省

※保健所符号	
施設番号	H-
調査票番号	

1 入院	2 外来
------	------

患者番号	性別	出生年月日					
1	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
2	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
3	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
4	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
5	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
6	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
7	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
8	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
9	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
10	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
11	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
12	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
13	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
14	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
15	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
16	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
17	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
18	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
19	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日
20	1 男 2 女	1 平成	2 昭和	3 大正	4 明治	年	月 日

この調査票に記入した患者数

人

図 4



指定統計第66号

厚1-1-15-5

平成11年7月9日登録

患者調査

病院退院票

平成11年9月1～30日

厚生省

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

- ※印欄には、記入しないでください。
- ①～⑩欄は、⑤で通んだものについて記入してください。ただし、「1(傷病の診断・治療)」の場合は、主傷病について記入してください。

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日																																			
(3)患者の住所	1 病院と同じ市区町村内 2 病院とは別の市区町村	都道府県	市 郡 区 町 村 市区町村コード																																			
(4)入院・退院年月日	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日	退院年月日	平成 11 年 9 月 日																																			
(5)受療の状況	1 傷病の診断・治療 (1) 主傷病名 外傷の原因(中毒を含む) (2) 副傷病名 外傷の原因 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょく管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 その他の保健サービス ①～⑩に記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。 不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② その他の交通事故 ⑫ 他傷 ③ スポーツ中の事故 ⑬ 不明 ④ 転倒・転落 ⑤ 溺水 ⑥ 窒息 ⑦ 煙、火、火災 ⑧ 有害物質(農薬・ガス等) ⑨ ①～⑩以外の原因による不慮の事故																																					
(6)手術の有無	1 有 手術日 1 平成 年 月 日 手術名 2 無 2 昭和 年 月 日 (いずれか1つ) に○をす																																					
(7)診療科名	<table border="1"> <tr> <td>01 内科</td><td>02 小児科</td><td>03 産科</td><td>04 小児科</td><td>05 小児科</td><td>06 小児科</td><td>07 小児科</td><td>08 小児科</td><td>09 小児科</td><td>10 小児科</td><td>11 小児科</td><td>12 小児科</td><td>13 小児科</td><td>14 小児科</td><td>15 小児科</td><td>16 小児科</td><td>17 小児科</td><td>18 小児科</td><td>19 小児科</td><td>20 小児科</td><td>21 小児科</td><td>22 小児科</td><td>23 小児科</td><td>24 小児科</td><td>25 小児科</td><td>26 小児科</td><td>27 小児科</td><td>28 小児科</td><td>29 小児科</td><td>30 小児科</td><td>31 小児科</td><td>32 小児科</td><td>33 小児科</td><td>34 小児科</td><td>35 小児科</td> </tr> </table>			01 内科	02 小児科	03 産科	04 小児科	05 小児科	06 小児科	07 小児科	08 小児科	09 小児科	10 小児科	11 小児科	12 小児科	13 小児科	14 小児科	15 小児科	16 小児科	17 小児科	18 小児科	19 小児科	20 小児科	21 小児科	22 小児科	23 小児科	24 小児科	25 小児科	26 小児科	27 小児科	28 小児科	29 小児科	30 小児科	31 小児科	32 小児科	33 小児科	34 小児科	35 小児科
01 内科	02 小児科	03 産科	04 小児科	05 小児科	06 小児科	07 小児科	08 小児科	09 小児科	10 小児科	11 小児科	12 小児科	13 小児科	14 小児科	15 小児科	16 小児科	17 小児科	18 小児科	19 小児科	20 小児科	21 小児科	22 小児科	23 小児科	24 小児科	25 小児科	26 小児科	27 小児科	28 小児科	29 小児科	30 小児科	31 小児科	32 小児科	33 小児科	34 小児科	35 小児科				
(8)診療費支払方法	1 全額自費診療 2 自費診療と保険(公費)診療の併用 3 保険(公費)診療のみ <table border="1"> <tr> <td colspan="10">I (保険)</td> <td colspan="4">II (公費)</td> </tr> <tr> <td>01 国民健康保険</td><td>02 国民健康保険</td><td>03 国民健康保険</td><td>04 国民健康保険</td><td>05 国民健康保険</td><td>06 国民健康保険</td><td>07 国民健康保険</td><td>08 国民健康保険</td><td>09 国民健康保険</td><td>10 国民健康保険</td><td>11 国民健康保険</td><td>12 国民健康保険</td><td>13 国民健康保険</td><td>14 国民健康保険</td> </tr> </table>			I (保険)										II (公費)				01 国民健康保険	02 国民健康保険	03 国民健康保険	04 国民健康保険	05 国民健康保険	06 国民健康保険	07 国民健康保険	08 国民健康保険	09 国民健康保険	10 国民健康保険	11 国民健康保険	12 国民健康保険	13 国民健康保険	14 国民健康保険							
I (保険)										II (公費)																												
01 国民健康保険	02 国民健康保険	03 国民健康保険	04 国民健康保険	05 国民健康保険	06 国民健康保険	07 国民健康保険	08 国民健康保険	09 国民健康保険	10 国民健康保険	11 国民健康保険	12 国民健康保険	13 国民健康保険	14 国民健康保険																									
(9)病床(病棟)の種類	精神科病床 [1 老人性痴呆疾患療養病床 2 その他の精神科病床] 3 感染症病床 4 結核病床 老人病床 [5 介護力強化病床 6 その他の老人病床] 7 療養型病床群 8 その他の一般病床 他の病床からの転床の有無 1 無 2 有 [直近の転床年月日 平成 年 月 日]																																					
(10)入院前の場所	家庭 (1 当院に入院 2 他の病院・診療所に入院 3 在宅医療 [訪問診療・訪問看護] 4 その他) 5 他の病院・診療所に入院 6 老人保健施設に入所 7 社会福祉施設に入所 8 その他(多生児・不明等)																																					
(11)退院後の行き先	家庭 (1 当院に入院 2 他の病院・診療所に入院 3 在宅医療 [訪問診療・訪問看護] 4 その他) 5 地域医療支援病院・特定機能病院 6 その他の病院 7 診療所 8 老人保健施設に入所 9 社会福祉施設に入所 10 その他(死亡・不明等)																																					
(12)転 帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他																																					

マスタープラン調査 (病棟票)

(平成 14 年 6 月 30 日時点)

病院名		病棟名		会員番号		病棟コード		※病棟コードは記入しないでください。			
1. 病棟機能 ☐ 精神科急性期治療病棟 1 ☐ 精神科急性期治療病棟 2 ☐ 精神療養病棟 1 ☐ 精神療養病棟 2 ☐ 老人性痴呆疾患治療病棟 ☐ 老人性痴呆疾患療養病棟 ☐ 精神一般病棟 ☐ 児童・思春期精神科入院医療管理加算											
①看護配置 ②看護婦比率 ③看護補助加算 ④主な病棟機能 (1つだけ選択)		① 2:1 以上 ☐ 2.5:1 以上 ☐ 3:1 以上 ☐ 3.5:1 以上 ☐ 4:1 以上 ☐ 5:1 以上 ☐ 6:1 以上 ☐ 6:1 未満									
		② 70% 以上 ☐ 40% 以上 70% 未満 ☐ 20% 以上 40% 未満 ☐ 20% 未満									
		③ 4:1 ☐ 5:1 ☐ 6:1 ☐ 10:1 ☐ 15:1 ☐ 15:1 未満									
		④ 急性期治療 ☐ 慢性期治療 (リハビリテーション) ☐ 老人精神病棟 ☐ アルコール・薬物専門 ⑤ 児童・思春期専門 ☐ 合併症 ☐ その他									
2. 病棟定床		病床数 床 うち、介護保険病床数 床 ※老人性痴呆疾患療養病棟介護保険適用の場合のみご記入ください。				3. 病棟の開放・閉鎖					
① 男性のみ ☐ ② 女性のみ ☐ ③ 男女混合 ☐		5. 長期隔離患者数 ※調査時点で問題行動のため3ヶ月以上に及ぶ隔離病室を使用せざるを得ない場合 長期隔離のうち、 人 分裂病者数 人 知的障害患者数 人									
6. 病棟職員											
①看護師			②准看護師			③看護補助者			④作業療法士の経験年数を有する看護師・准看護師		
常勤	非常勤	非常勤の 常勤換算後数	常勤	非常勤	非常勤の 常勤換算後数	常勤	非常勤	非常勤の 常勤換算後数	常勤	非常勤	非常勤の 常勤換算後数
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
7. 看護職員の勤務形態		☐ 当直 ☐ 2交代 ☐ 3交代 ☐ 混合									
8. 建築年		9. 基準の変更を伴う増改築を 最後に行った年				10. 申請上の病棟面積					
〔昭和〕〔平成〕 年		〔昭和〕〔平成〕 年				m ² (小数点以下切り上げ)					
11. 病棟の開設にあたり補助金を受けているか		☐ 国及び地方自治体より補助金あり ☐ 地方自治体より補助金あり ☐ 国・地方自治体より補助金なし									
12. 1人あたり病室面積ごとの病室数・病床数		4.3~6.3 m ² 室 床 6.4~7.9 m ² 室 床 8.0 m ² 以上 室 床									
13. 病棟内施設 (該当するものすべて)		☐ 隔離室 ☐ 作業療法室 ☐ 生活機能回復訓練室 ☐ 談話室 ☐ 食堂 ☐ 面会室 ☐ 浴室 (シャワー室) ☐ 在宅療養訓練指導室 ☐ 観察室 ☐ デイルーム ☐ 入所・家庭復帰訓練病室 ☐ 重度の身体的合併症用病室									

(提出期限：平成 14 年 7 月 31 日)

図 6

(必ず記入して下さい) マスタープラン調査(個人票)

病院名: _____ 会員番号: _____ 病棟コード: _____ 医師コード: _____ ページ: _____

病棟名: _____

評価医師名: _____

※この欄へは記入しないで下さい

1	①生年月	②性別	③今回入院開始年月	④今回は否めない過去の入院回数	⑤入院形態
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3
イニシャル ()	[明治] [昭和] [大正] [平成]	00 男 女	[昭和] [平成]	過去 回	0000 1 2 3 4
	⑥病名	⑦能力障害	⑧精神症状	⑨処遇	⑩費用
	00000000000000000000 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	000000 1 2 3 4 5	00000000 1 2 3 4 5 6	00 1 2	0000 1 2 3

つまり、人口1万人当たり、21.5床となる。その21.5に栃木県の人口200万をかけると4,300床となる。こちらの計算方法では、栃木県に必要な精神科病床数は4,300床となる。

3. マスタープラン

(1) マスタープランの概要

日本精神科病院協会では、平成5年にマスタープラン作成のための基礎調査を行なった。協会所属の病院の協力の元、24万人を超える在院者についての調査結果が報告され、それ以後の精神科医療施策における貴重な基礎データとして活用された。その後、介護保険の導入、医療法の改正などが行われ、今後も医療供給体制の再構築、医療保険制度や診療報酬制度の見直しなど医療界における構造改革が着々と進められようとしている。同様に精神科医療を取り巻く環境も大きく変化し、これからの精神科病院のあり方、とくに精神科病床の機能分化の方向性、長期在院者の療養のあり方などに関する具体的な提言を行うには、新たなマスタープラン作成が必要とされるようになった。

(2) 平成14年のマスタープランについて

i) 目的

わが国における精神科病床入院患者の実態を調査し、今後の精神科病院のあり方、とくに精神科病床の機能分化の方向性や長期在院者の療養のあり方などについての具体的な提言を行っていくための基礎データを収集する。

ii) 調査対象及び調査期日

対象は、日本精神科病院協会（以下日精協）加盟病院の精神科病床に規定の調査日（平成14年6月30日）に入院している全患者を対象とした。

iii) 調査方法と調査内容

規定の調査日（平成14年6月30日）において、病棟票（図5）、個人票（図6）に記入要領に従っ

て記載する。

病棟票では、病棟の機能、定床、開放・閉鎖の区別、男女の区別、長期隔離患者の数、配置職員数、看護職員の勤務形態、その病棟の建築年、病棟面積、設立時の補助金の有無、病室面積などを調査した。一方、個人票では、生年月日、性別、今回の入院年月日、入院回数、入院形態、病名、処遇、費用、障害年金の有無、能力障害評価、精神症状評価について調査した。なお、能力障害評価は精神保健福祉手帳における能力障害評価に準拠して行い、精神症状評価は日精協版精神症状評価を用いて行った。以下にその能力障害評価と精神症状評価の基準を示す。

能力障害評価

- 1 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
- 2 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
- 3 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- 4 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
- 5 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

精神症状評価

- 1 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活ではほとんど目立たない程度である。
- 2 精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
- 3 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または

表2：日精協の提案

	精神症状1	2	3	4	5	6
能力障害1	既存の社会復帰施設		新しい 類型			
能力障害2						
能力障害3	新しい類型	医療				
能力障害4						
能力障害5						

固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。

- 4 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、躁状態を含む。
- 5 精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、躁状態を含む。
- 6 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

iv) 回収率および調査人数

日本精神病院協会に所属している1,217病院中、999病院が参加した。回収率は82.1%であり、調査人数は236,420人になった。

v) 精神症状評価と能力障害評価と「これからの精神医療のあり方基本計画」

平成14年マスタープランの結果を基に、平成15年3月に、日精協は「これからの精神医療のあり方基本計画」を提案した。この提案では、上記の精神症状と能力障害の組み合わせで、長期入院患者について、どのような患者をどのような社会復帰施設に退院させることができるかを検討している。

長期入院患者を入院「3年以上」と定義し、

・「3年以上」のうち〔精神症状1・2×能力障害1・2〕に該当する患者群は現行の社会復帰施設での処遇が可能。

・「3年以上」で〔精神症状3×能力障害1・2〕および〔精神症状1・2×能力障害3〕の患者群については医療的ケアと生活支援が24時間にわたって手厚く提供される“新たな施設類型”ならば可能。

・「3年以上」で〔精神症状3×能力障害3〕は医療の対象とする。

と、以上のようなものである。これを解りやすく表にすると表2のようになる。また、平成14年マスタープランの精神症状と能力障害の分布を、全国の結果と当院の結果を併せて表3に示した。

表3：精神症状と能力障害（3年以上群）

	精神症状1	2	3	4	5	6
能力障害1	13.7% (17,748)		7.8% (10,097)	57.1% (74,042) 49.4% (91)		
能力障害2	9.8% (18)		9.8% (18)			
能力障害3	2.1% (2,744) 2.2% (4)		15.2% (19,646) 22.3% (41)			
能力障害4	4.1% (5,318)					
能力障害5	6.0% (11)					

表4：平成14年6月30日に在院しその後の2年間に退院した患者の転帰

	～3ヵ月 未満	～6ヵ月 未満	～1年 未満	～1年半 未満	～3年 未満	～5年 未満	～10年 未満	～20年 未満	20年 以上	合計
自宅	16	3	3		2	2				26 (50%)
アパート						1				1 (1.9%)
福祉ホーム	1			1	1		2	1		6 (11.5%)
施設	1	2	1							4 (7.7%)
転院			1				1	3	2	7 (13.5%)
死亡	1	1			1		1	1	3	8 (15.4%)
合計	19	6	5	1	4	3	4	5	5	52

表3にあるように、精神症状と能力障害の組み合わせからは、3年以上の長期入院のうち、現行の社会復帰施設へ退院可能と予測された患者数は17,748人、医療的ケアと生活支援が24時間にわたって手厚く提供される新たな施設類型には12,841人、合わせて30,589人が退院可能と推測された。(和泉貞次:日精協マスタープラン調査報告—各疾患に関する現状と課題、今後の対策—, No 6 Vol 22では、この30,589人から脳器質疾患を除き、また日本の全精神科病床数の補正をして39,592人が退院可能と推計している。)

vi) 当院2年間の退院者の転帰とマスタープラン調査での精神症状と能力障害

平成14年6月30日に当院に在院し、マスタープラン調査の対象となった患者は278名であった。その平成14年6月30日に在院した278名のうち、

平成16年6月30日迄の2年間に退院した者は52名であった。その52名の転帰は表4のようになった。自宅へ退院できる者は5～10年未満の入院患者で、それ以上になると自宅へ退院している者はいなかった。福祉ホームへ退院した者は入院期間によらず、少しずついた。転院は、すべて身体的合併症に原因があった。死亡退院は、より長期の入院患者に多かった。

一方、2年間に退院した52名の、平成14年6月30日時点での精神症状と能力障害を表5に示した。()内の数字は、福祉ホームへ退院した患者数を示している。入院期間が3年以上群の長期入院者の退院者は、52名中17名であり、その転帰は表6のようになった。福祉ホームへ退院できた者は3名であった。この入院期間3年以上群17名の精神症状と能力障害は表7のようになった。日精協案では、新しい類型の施設なら

表5：平成14年6月30日に在院しその後の2年間に退院した患者の障害の程度

	精神症状1	2	3	4	5	6	合計
能力障害1		1					1
能力障害2	1	(2) 8		1			10
能力障害3		(1) 2	(2) 8	8	1		19
能力障害4			2	(1) 11	3	2	18
能力障害5					2	2	4
合計	1	11	10	20	6	4	52

■ は、福祉ホームへ退院者があったカテゴリー
() 内の数字は福祉ホームへの退院者数

表6：平成14年6月30日に在院しその後の2年間に退院した患者の転帰（3年以上入院群）

	3～5年	～10年	～20年	20年以上	合計
自宅	2				2 (11.8%)
アパート	1				1 (5.9%)
福祉ホーム		2	1		3 (17.6%)
転院		1	3	2	6 (35.3%)
死亡		1	1	3	5 (29.4%)
合計	3	4	5	5	17

表7：平成14年6月30日に在院しその後の2年間に退院した患者の障害の程度（3年以上入院群）

	精神症状1	2	3	4	5	6	合計
能力障害1							0
能力障害2	1	(1) 2					3
能力障害3		1	(1) 4	1			6
能力障害4				(1) 7	1		8
能力障害5							0
合計	1	3	4	8	1		17

■ は、福祉ホームへ退院者があったカテゴリー
() 内の数字は福祉ホームへの退院者数

表8：3年以上入院群で、精神症状・能力障害が軽度の18名

症例	病名	年齢	性別	在院年数	入院回数	保健	転帰
1	S	72	F	23	3	国保	
2	S	71	M	22	2	生保	死亡退院
3	S	64	M	16	6	国保	
4	S	61	M	22	1	国保	
5	S	60	F	8	1	国保	
6	S	59	M	11	3	生保	
7	てんかん性精神病	57	F	8	6	国保	
8	S	53	M	32	3	国保	
9	S	50	M	14	3	政府管掌	
10	MR	49	M	9	2	生保	
11	S	49	M	20	5	国保	
12	S	48	M	26	2	生保	
13	S	47	M	12	4	生保	
14	S	45	M	3	7	生保	アパートへ
15	S	44	M	8	1	国保	福祉ホームへ
16	MD I	43	F	9	7	生保	転院
17	S	39	M	3	2	国保	
18	S	33	M	10	2	共済組合	

対応できるとされた精神症状と能力障害の組み合わせ、医療が望ましいとされた精神症状と能力障害の組み合わせからも現状の福祉ホームへ退院できている。

vii) 精神症状と能力障害軽度の者について

精神症状が1～2、能力障害が1～2と判定された当院の患者は18名、全入院患者の9.8%であった(表3)。この18名の病名、年齢、性別、在院年数、入院回数、保険の種別、転帰は表8のようになった。

当院では、60歳を超えるような高齢入院者に対しては、退院の積極的な働きかけをしていなかった。一方、若い入院患者には退院の働きかけを積極的に行っていたが結果はあまり芳しくなかった。各主治医に福祉ホーム等へ退院できない理由を問うてみた。患者本人が退院を希望しない、家族が退院に同意してくれない、福祉ホームへ退院すると金銭的にまかなえない、一見安定しているが根強い幻覚妄想があり動かすことが心配、糖尿病があるのに食事量の調節ができない、お金の管理能力が乏しくトラブルになりやすいなどが挙げられた。

viii) 当院併設の福祉ホーム利用料

前述の3年以上の長期入院者で能力障害、精神症状ともに軽度の群の中には、金銭的な理由で福祉ホームへ退院できない者が少なからず認められた。そこで、当院併設の福祉ホームの利用料等について報告する。

当院には昭和55年12月に竣工した福祉ホームAと平成15年6月に竣工した福祉ホームB型がある。福祉ホームAの利用料は、水道光熱費込みで月額15,000円である。一方、福祉ホームB型の利用料は、月額32,000円で、水道高熱費は別途月額8,000円を頂いている。また、福祉ホームB型の同じ建物の中に地域生活支援センターが併設されており、常時地域生活支援センターを利用できることから、その月額利用料2,000円も合わせて支払って頂いている。それらのため、福祉

ホームB型利用料は、月額42,000円となる。

ところで、入院費用は高額療養費制度を利用すれば、月額約40,000円ですむ。これには給食費(780円×30日=23,400円)も含まれる。一方、当法人の福祉ホームでは、月額の施設利用料の他、食費、外来受診費用、デイケア等の利用費用がかかる。なお、病院の給食を1日1,050円で提供しており、これを利用すると1,050円×30日=31,500円(月)で食費が賄えるが、患者さんの負担は大きい。

4. いくつかの先進的な試みの紹介

(1) ささがわプロジェクトについて

i) ささがわプロジェクトの概要

ささがわプロジェクトとは、福島県郡山市にある「あさかホスピタル」(病床数581床)の分院として開設されていた開放型病院「ささがわホスピタル」(病床数102床)の施設化計画である。平成14年3月31日に「ささがわホスピタル」を廃院し、翌4月1日からNPO法人による居住施設「ささがわヴィレッジ」と、精神障害者地域生活支援センター「アイ・キャン」のふたつに転換した。廃院当時、94人が入院しており、82人が統合失調症であった。その82人の平均年齢は54.5歳、平均在院期間は25.2年であった。その94人をOTP(Optimal Treatment Program)というシステムを導入しサポートしている。

ii) ささがわプロジェクトの転帰

精神科地域ケアの新展開(星和書店)からの引用となるが、平成15年12月(廃院後8ヵ月経過時点)での転帰は、自殺者が1名(脱施設化後2ヵ月の時点)、無断外出後に事故で死亡が確認されたもの1名、精神症状の悪化に伴う再入院6名、身体疾患の悪化に伴う再入院10名となった。再入院となった16名中、再度ささがわヴィレッジに入所した者は9名で残り7名は入院継続中であつた。これを良い転帰とみるか、あまり良くない転帰とみるかは意見の分かれるところと考

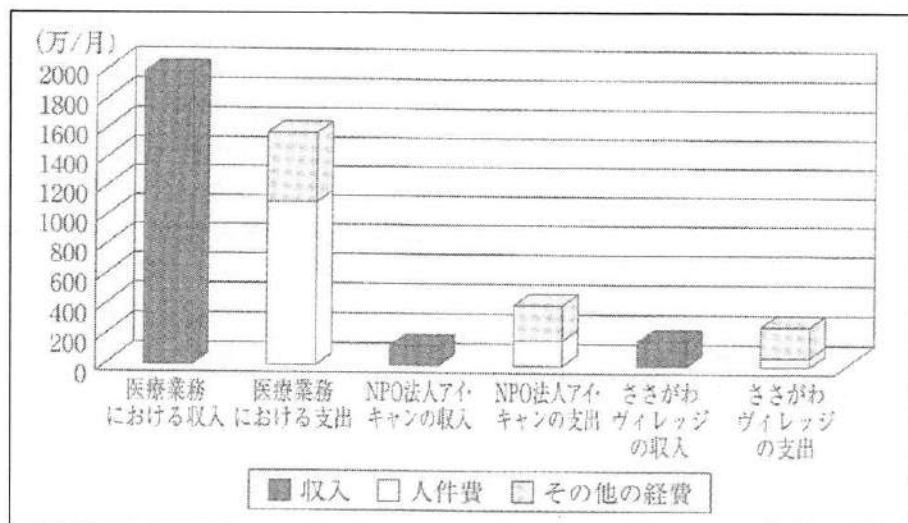


図7：ささがわプロジェクトにおける経済分析

心と社会2003 34巻4号 ささがわプロジェクト；あさかホスピタル脱施設化の試みより引用

える。

さて、病院をまるごと施設に転換するという画期的なプロジェクトであると思うが、収支としては赤字とのことで、どこの病院でも実行に移せるものではない。図7にその収支図を示す。

(2) ACT-Jプログラムについて

平成15年3月から、国立精神神経センター国府台地区にてACT（アクト）プログラムのパイロットスタディが行われている。重い精神障害を持つ精神医療の頻回利用者が、できる限り安定した質の高い生活を地域で送り続けられるように支援しているプログラムである。現在、同意が得られた28名が対象となっている。元来、ACTは重症入院者を対象として発展してきたプログラムであるが、日本では重症外来者からプログラムの適応を始めている。

5. まとめ

平成11年の「患者調査」に72,000人の根拠があることは解った。しかし、患者調査では、「受け入れ条件が整えば退院可能」の「受け入れ条件」が曖昧であり、受け入れ先があれば退院できると

いうわけではない。

一方、日精協が行ったマスタープランにおける、能力障害と精神症状の程度による退院予測は、当院でははずれていた。

退院には、生活の場の整備だけでなく、生活費の保証なども必要である。ささがわプロジェクトのようにさまざまな条件が重なり合えばひとつの病院の入院患者すべてを、一度は退院させることができることもある。退院の可能性は、単に能力障害や精神症状の重症度により決まるものではなく、地域の環境、利用可能な社会資源や医療、患者の個人的な状況により大きく変化し、一概に論じられないだろう。従って72,000人の退院が可能かどうか、さらには、その72,000床の削減が可能かどうか予測は困難である。

長期入院を余儀なくされてきた患者さんたちを退院させ、地域でサポートしていくことは重要なことと私は考える。しかし、それは簡単にできることではない。行政には、生活の場のみならず生活費の保証などを行って頂きたい。また、私たちは、デイケア、デイナイトケア、訪問看護、訪問介護を充実させ、OTPやACTなどの手法を取り入れ、少しでも多くの患者さんを地域でサポートしていくよう努力したい。

文 献

- 1) 和泉貞次：日精協マスタープラン調査報告—各疾患に関する現状と課題—今後の対策. 日精協誌、22；36-44、2003
- 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（概要）. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0924-6c.html>. 2004
- 3) 水野雅文、村上雅昭、佐久間啓：精神科地域ケアの新展開 OTPの理論と実際. 星和書店、東京、2004
- 4) 西尾雅明：ACT入門 精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム. 金剛出版、東京、2004
- 5) 西尾雅明：ACT（包括型地域生活支援プログラムの）の目指すもの. Schizophrenia Frontier、5；37-41、2004
- 6) 佐久間啓：ささがわプロジェクト—あさかホスピタルにおける脱施設化の試み. Schizophrenia Frontier、5；26-30、2004
- 7) 佐久間啓：ささがわプロジェクト—あさかホスピタルにおける脱施設化の試み. 心と社会、34；78-86、2003
- 8) 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
- 9) 財団法人 日本精神科病院協会：これからの精神医療のあり方基本計画. 2003
- 10) 財団法人 日本精神科病院協会：平成14年マスタープラン調査データ集. 2003

掲 示 板

第19回 日本総合病院精神医学会

日 時：2006年12月1日（金）～2日（土）

場 所：栃木県総合文化センター

内 容：特別講演、シンポジウム、一般演題などを予定しています。

参加費：未定

大会事務局：

第19回日本総合病院精神医学会事務局

大会長：加藤 敏 事務局長：阿部隆明

〒329-0498 栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1

自治医科大学精神医学教室