



# 精神科救急・急性期医療における地域移行

柳澤雄太<sup>†</sup>

IRYO Vol. 73 No. 7 (376-380) 2019

【キーワード】 地域移行, 退院支援, 精神科救急, 精神科急性期治療

## はじめに

わが国の精神科医療は、大きな変革期を迎えている。その方向性は、「入院医療中心から地域生活中心へ」である。

これまで、わが国の精神医療は長年入院治療中心に担われてきた。1960-70年代、諸外国で精神病床の削減、精神障害者の地域生活への移行を目指す政策が推し進められたのに対し、わが国では1958年の厚生省事務次官通知において精神病床に人員配置基準の特例が認められるなどして（いわゆる「精神科特例」）<sup>1)</sup>（表1）、精神病床は急激に増加した。その結果、平成13年時点での人口千人当たり精神科病床数は2.69床と、OECD諸国平均（0.68床）のおよそ4倍となっていた<sup>2)</sup>（図1）。その中にはいわゆる「社会的入院」も多く、平成14年患者調査によると、精神病床に入院中の患者約33万人のうち、「受け入れ条件が整えば退院可能」と判断されたのは7万人余りに上っていた。

この状況の改善を目指し、国は平成16年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」<sup>3)</sup>（図2）、以下、「改革ビジョン」を打ち出した。そのスローガンが上述の「入院医療中心から地域生活中心へ」である。

国立国際医療研究センター国府台病院（当院）は精神科救急入院料算定病棟、および精神科急性期治療病棟入院料算定病棟（以下、あわせて「救急・急性期病棟」）、計90床を持つ。本稿では、救急・急性期病棟の視点から、地域移行の現状と課題を概説したい。

## 早期退院とADL、自閉的行動の改善

「改革ビジョン」では、概ね10年後の具体的な目標として、入院1年未満の患者の平均残存率（図3）を24%以下とすること、そのために急性期等の医療を充実させることが掲げられた。

精神科入院患者の退院可否には、精神症状の改善のみならず、ADL（整容、金銭管理など）や、自閉的行動（自分から人に話しかけられない、集団行動に参加できないなど）の改善が影響することが報告されている<sup>4)</sup>。精神科入院患者の多くは日常生活や社会生活における障害が入院の契機と関連しており、生活障害の改善、あるいは環境調整が退院に向けた重要な課題になるのである。この課題解決のためには、看護師、ソーシャルワーカー（SW）、作

国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 <sup>†</sup>医師

著者連絡先：柳澤雄太 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

e-mail : dyuta.yan@hospk.ncgm.go.jp

(2019年3月1日受付, 2019年5月10日受理)

Transition to Community Life from Psychiatric Emergency Service and Acute Care

Yuta Yanagisawa, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

(Received Mar.1, 2019, Accepted May 10, 2019)

Key Words : transition to community life, discharge support, psychiatric emergency service, psychiatric acute care

表 1 昭和33年の厚生省事務次官通知による一般病床と精神病床の人員配置基準

	一般病床	精神病床 (大学病院等を除く)
医師	16:1	48:1
薬剤師	70:1	150:1
看護職員	4:1	6:1

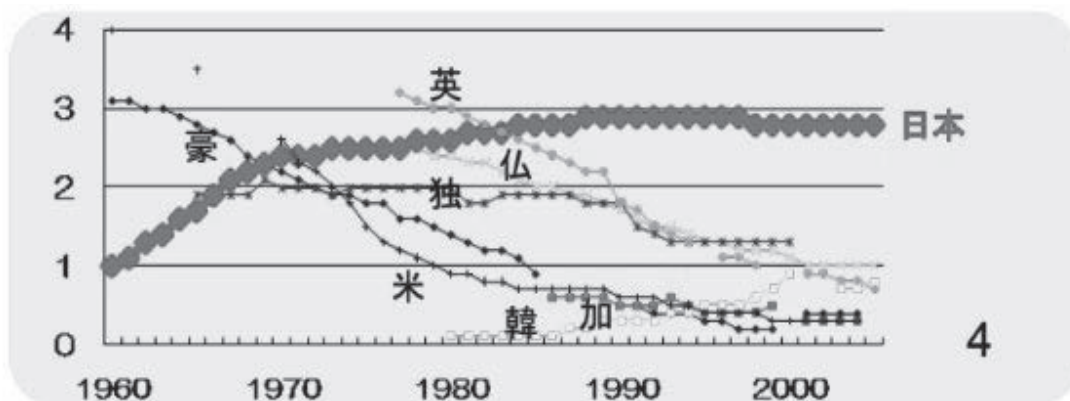


図 1 各国の精神病床数の推移 (人口千人当たり病床数, 文献2) より引用)

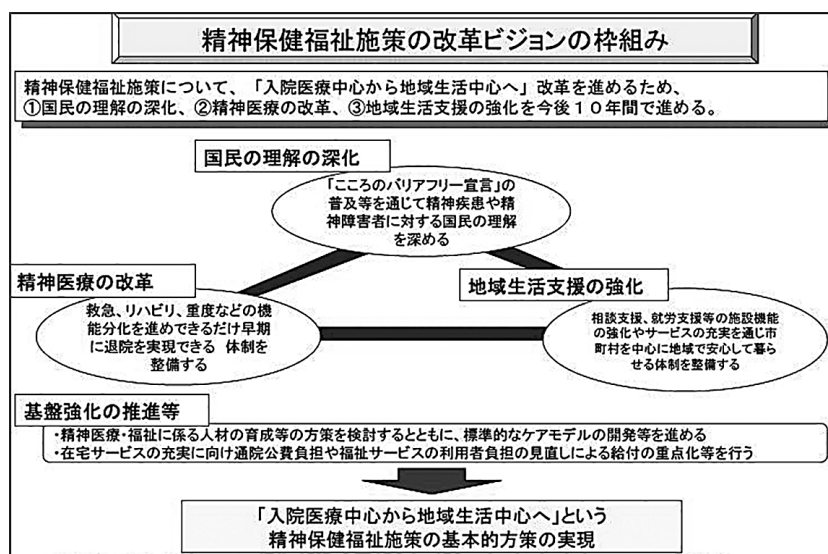


図 2 「改革ビジョン」の枠組み, 文献3) より引用

業療法士 (OT) などの役割が重要になる。

「改革ビジョン」以降、急性期治療の充実を図るべく議論が進み<sup>5)6)</sup>、診療報酬や看護師配置基準などが改定された。その後、入院1年未満患者の平均退院率 (= 1 - 平均残存率) は、平成10年には65%程度であったものが、平成20年ごろから70%強で推移している<sup>7)</sup>。竹島らは、施策の効果が示唆される

一方で、「改革ビジョン」の目標水準に近づいてはいるものの、近年の改善幅は小さく、プラトーに達した感があると評価している<sup>8)</sup>。

### 「再入院, 「回転ドア現象」の問題

せっかく患者が早期に退院しても、すぐに再入院

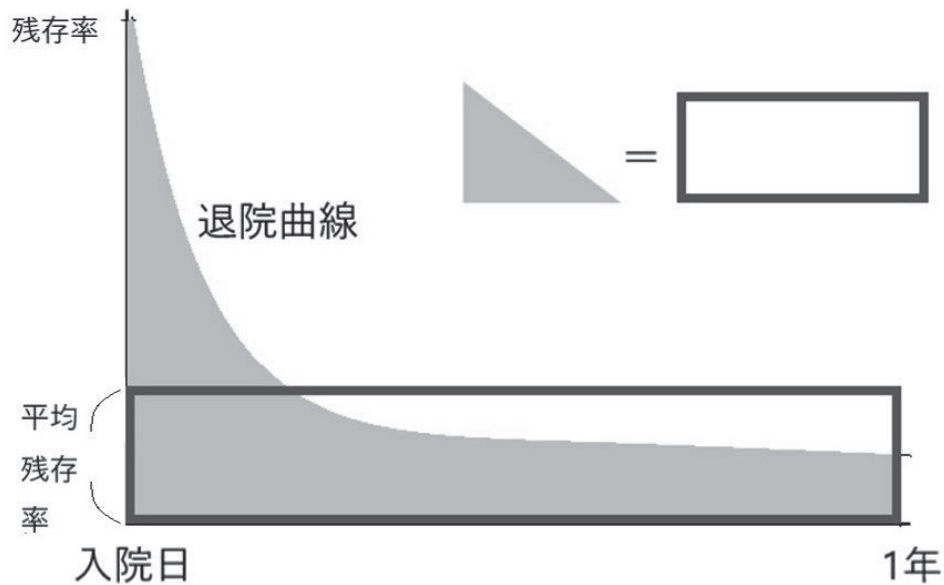


図3 平均残存率

表2 平成24年度検討会における今後の人員体制、地域移行の取り組みなどに関する記載（文献5）より抜粋、下線筆者）

<p>3カ月未満（精神症状が活発で入院治療が必要な患者）</p>	<p>3カ月～1年未満（急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者）</p>
<p>○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする</li> <li>・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</li> </ul>	<p>○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする</li> <li>・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする</li> <li>・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</li> </ul>

になってしまうのでは本当の意味で地域移行を果たしたとはいえない。実際、わが国に先駆けて入院患者の退院を促進した1960年代の米国では、地域の受け皿の整備が不十分であったため、一度退院した患者が再入院を繰り返す「回転ドア現象」がおこった<sup>9)</sup>。

地域の受け皿としては、「改革ビジョン」以降、障害福祉サービスの整備、これらのサービスと医療機関との連携を強化することが重視されてきた。平

成26年の精神保健福祉法改正で、医療保護入院者に対する退院後生活環境相談員の選任<sup>10)</sup>、地域援助事業者との連携などが義務付けられたのは、この対策の一環といえる。

しかし精神科退院患者の再入院率は、平成29年時点において退院3カ月で25%、退院1年で40%と、高い水準で推移しており<sup>11)</sup>、地域移行が本当の意味で果たされたとは到底いえない状況である。

表3 「退院支援シート」で評価している退院阻害要因

病識	問題行動	日常生活動作
病識が乏しい	家族への暴力・他害行為	整容
1年以内の通院、服薬中断歴	家族以外への暴力・他害行為	金銭管理
	自殺企図、自傷行為	清潔
		食事の用意
		認知機能低下
社会的行動	支援状況	
他人に相談できない	家族が支援しない／できない	
集団行動に参加できない	家族が困難な問題を抱えている	
多訴	公的サービスを受けていない	
依存的		

## 「急性期」の定義の問題

この現状は、「急性期」の期間設定が曖昧であることが原因の一つであると筆者には思われる。「改革ビジョン」以降の入院期間を1年で区切る考え方は、入院後1年を境に家庭に退院する割合が大きく減少していたという事実に基づいている。しかし、救急・急性期病棟の入院料算定期間は、いずれも3カ月である。入院期間が3カ月を超えると、これらの病棟では診療報酬点数が大きく目減りするので、必然的に3カ月以内の退院を目指すことになる。

平成24年時点の議論をみると、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等を時間をかけて行うのは入院3カ月-1年の期間と想定されている(表2)。しかしこれでは、救急・急性期病棟では地域移行の準備が不十分なままに早期に退院させることになりかねない。さもなくば、長期療養可能な病棟に転棟・転院させることになる。再入院しないレベルまで治療を完遂できず、精神科救急病棟が機能低下しているとの指摘は以前からあったが<sup>12)</sup>、今日においてもその指摘は当を得ていると感ぜられる。

今後の医療計画、障害福祉計画のアウトカム指標として、3カ月以内再入院率等が検討されている<sup>13)</sup>。精神科救急・急性期医療が、再入院しないレベルまで治療する役割を果たせるよう、SW、OTの配置向上など、多職種による生活支援、環境調整の質のさらなる改善が必要である。

## 当院救急・急性期病棟での取り組み

当院は、平成15年に日本初の包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment : ACT)を実践するなど、地域生活支援に取り組んできた<sup>14)</sup>。現在、上述の2病棟で毎月合計40名前後の入院患者を受け入れている。早期退院、地域移行のための取り組みとして、各病棟において毎週約1時間、医師、看護師、SW、OT、薬剤師など多職種が参加する新規入院・退院支援カンファレンスを行っている。また、カンファレンスでの議論を円滑にし、さらに退院まで一貫した支援を行うため、すべての入院患者に対し「退院支援シート」を作成している。このシートには、末安らの研究<sup>4)</sup>などを参考にして、退院を阻害する因子の評価を含めている(表3)。

地域の支援者との連携については、ケア会議等により日頃から情報や支援方針の共有に努めるとともに、平成27年より年に3回、病院に支援者を招いて、「いちかわ地域・病院交流勉強会」を開催している。平成30年の参加者は地域、病院あわせて60-90名に上り、今後の交流への期待の声がきかれている。

## おわりに

「入院医療中心から地域生活中心へ」の大きな流れの中、精神科救急・急性期病棟の現場は、入院患者の早期退院、地域移行のため試行錯誤している。そこには数値目標はあっても、明確な将来像や方法



論はまだない。今後、精神障害者が「地域生活中心」に暮らすために、救急・急性期医療をより充実させるための施策、生活能力障害改善のための効果的な介入方法についてのさらなる研究が必要である。

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

---

#### [文献]

- 1) 特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について（昭和三三年一〇月二日）。（発医第一三二号）。（各都道府県知事あて厚生省事務次官通知），1958. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta6290&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6290&dataType=1&pageNo=1)
- 2) 第1回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 平成22年5月31日 参考資料. 精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況. [https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c_1.pdf)
- 3) 厚生労働省. 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）. <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html>
- 4) 平成20年度 障害者保険福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書. 精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討. <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu-report-DB/db/20/077/report.pdf>
- 5) 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 今後の方向性に関する意見の整理. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>
- 6) 平成26年厚生労働省告示第65号良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針. ([https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/kaisei\\_seisin/dl/kokuji\\_anbun\\_h26\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf))
- 7) 竹島 正. 地域のストレスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究. 平成27(2015)年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野?障害者対策総合研究. 2015. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201516033A>
- 8) 竹島 正, 立森久照, 高橋邦彦. 精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果と今後の課題. 公衆衛生 2016 ; 80 ; 790-6.
- 9) 宇野木康子. 精神障害者をめぐる制度と政策（二）—日本とアメリカの就労支援の視座から. 社会関係研究 2011 ; 17 ; 73-108.
- 10) 原田郁大, 山本啓太, 浦野 隆ほか. 急性期中心の精神科病棟における退院後生活環境相談員業務の成果. 医療 2018 ; 72 ; 4-8.
- 11) 平成29年度 新精神保健福祉資料. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
- 12) 川畑俊貴. 精神科救急病棟の今後. 精神経誌 2009 ; 111 ; 543-8.
- 13) これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>
- 14) 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究 平成17年度-平成19年度 総合研究報告書. 2008. [https://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/ACT\\_H17-19\\_1.pdf](https://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/ACT_H17-19_1.pdf)