93. 民間の単科精神科病院における長期入院者と退院支援

中島公博、古根　高、鈴木健史、富永英俊、瀧澤美幸、坂岡ウメ子、千丈雅徳

はじめに

我が国の精神保健医療福祉施策は、平成16年9月に厚生労働省（以下、厚労省）が取りまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」[1]に基づき、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策によって進められている。平成18年10月には、障害者自立支援法における精神障害者退院促進支援事業が実施されている。五稜会病院（以下、当院）でも長期入院者の退院促進を積極的に行っているところであるが、種々の要因により、医療者側の思い通りに退院が進まないのが現状である。そこで、退院支援の一層の向上に繋げることを目的として、当院における長期入院者の現状ならびに退院状況について検討した。

対象と方法

平成13年度から21年度までの入院及び退院台帳から1年以上の長期入院者の実態調査を行った。5年以上の入院期間後に退院した65人のうち29人が転入院し、その内訳は精神科病院に16人、身体合併症にて内科外科系病院に13人である。内科外科病院に転入院した患者は全例が当院に再入院となっている。この29人と施設入所者2人、死亡退院3人を除いた31人の退院者を退院群とする。一方、平成22年1月31日現在において5年以上入院している在院者22人を入院群として退院群と比較し、退院可能となるためには何が必要か、生物学的背景因子、薬物療法等の違いがあるかを検討した（図1）。

結　果

平成13年から平成21年までの年度別の入院者のうち1年以上の入院となっている患者数、すなわち1年残存率は1.6～7.8%の幅で推移している。年間約600人の入院患者数であるので、10数名は1年以上の入院となっている。当院における長期入院者の実態について整理すると、平成22年1月31日現在の在院者数は160人である。入院期間別でみると3ヶ月未満が77人（48.1%）と急性期が半数を占めている。1年以上は51人（31.9%）で、さらに3年以上の長期入院者は28人（17.6%）、10年以上は8人（5.1%）である。

次に、平成13年から平成21年までの9年間の退院者の入院期間をみると、総計5,280人の退院者のうち3ヶ月未満の退院は3,984人（75.5%）である。3分の1は1ヶ月以内に、4分の3は3ヶ月以内に退院している。1年以上3年未満の退院者は118人（2.2%）、3年以上5年未満は31人（0.6%）、5年以上は65人（1.2%）であった。10年以上で区切れば35人（0.7%）が退院している。

次に、退院群と入院群の比較結果を示す（表1）。

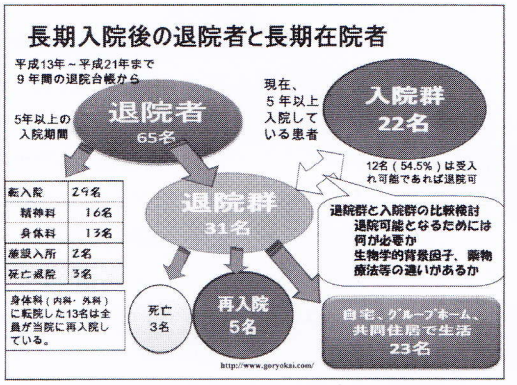

図1　5年以上の入院期間後の退院者と5年以上の長期入院者

表1　長期入院者の退院群と入院群の比較検討

		退院群(31)	入院群(22)
年齢		30－70歳（49.3歳）	35-73歳（55.0歳）
	30歳代	6	4
	40歳代	9	3
	50歳代	11	5
	60歳代	4	7
	70歳代	1	3
男女比		16/15	9/13
病名	F0	1	
	F2	27	21
	F3	2	1
	F7	1	
病棟	開放/準閉鎖	8/23	9/13
入院形態	任意/医保	31/0	14/8
BPRS		24-51（35.4）	31-68（46.5）
GAF		40-75（64.7）	20-65（44.4）
薬剤	CP換算	0-1,975mg（551mg）	0-2,100mg（877mg）
	Bip換算	0-7mg（2.2mg）	0-7mg（2.1mg）
退院先	自宅（単身）	11	0
	自宅（家族）	6	1
	GH・共同住居	13	17
	施設	1	4
2：支援により退院可能			11
3：経過不確定で要入院			8
4：難治または慢性長期化			3

五稜会病院

退院群の年齢は30－70歳、平均49.3歳、男性16、女性15、入院群は35－73歳、平均55.0歳、男性９、女性13人であった。退院群の31人のうち、３人が通院期間中に死亡し、１人は入水自殺である。当院に再入院になったのは５人で、１人は３ヶ月以内に入院になっている。診断別では統合失調症がほぼ全例で両群間の違いはない。入院形態では医療保護入院で退院した例はない。退院群の退院時BPRS は24－51（平均35.4）、GAF は40－75（平均64.7）と入院群の現在入院時点でのBPRS 31－68（平均46.5）、GAF 20－65（平均44.4）に比べて軽い。退院群では自宅に半数以上が退院しているが、入院群の退院先としては自宅の可能性はなく、グループホーム・共同住居である。

退院支援

当院では統合失調症が寛解状態にありながらも、長期入院を余儀なくされている患者の退院促進に早くから取り組んできた。平成２年からは退院後の受入れ体制を強化し、近隣の民間アパートを借り上げる形での居宅提供支援や共同住居の開設を行っている。平成15年に設立したグループホームには、退院困難患者を含む６人の退院を実現した。また、訪問看護やデイケア通所によるリハビリ参加、病院職員による住居点検などのサポートを行うことで、単身アパートで自立生活が可能となっている患者も増えている。退院支援には、今までの長期入院患者の退院支援の援助技術を整理した退院支援・地域連携パスを作成し活用している[2)]。

考　察

平成16年９月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づく精神科病院での退院促進は、平成18年10月には障害者自立支援法における精神障害者退院促進支援事業として実施されている。さらに厚労省は、平成19年に自立（生活）訓練、就労移行支援の加算事項という位置づけで「精神障害者退院支援施設」なるものを創設し、精神科病院の入院患者のうち受入条件が整えば退院可能だとされる患者の退院を促進させるとした。平成19年度の診療報酬改定時には精神科地域移行支援加算（200点/退院時）、精神科地域移行実施加算（50点/日）を策定している。こういった施策により、32万床の精神科病床を７万床減らすとしているが、遅々として進まないのが現状である。医学中央雑誌で精神科の長期入院者の退院支援を検索すると、殆どが看護師などコ・メディカルによる論文が多い。当院でも退院支援を積極的に推し進めているが、その際には管理者・主治医、コ・メディカルの共通認識と熱意が必要である。この中で、当院で作成した退院支援地域連携パスは大変有用なツールとなっている。一方で退院促進にあたっては、様々な問題が発生する。慢性の長期入院患者は生活技能が低下している事が多い。地域で単身生活を行うには相当な生活能力を備えた場合に限られる。退院促進のためには生活能力障害が高い患者も想定する必要があり、退院後のアフターケアが大事になる。昨今、注目されている包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment:ACT）などを我が国の実情に合わせた修正版ACTの普及も必要になろう。

また、退院促進にあたっては、病院経営に係わる重大な問題が内在する。退院後の空床をどうすべきかである。仮に１年間の長期入院者が退院した場合には、単純に考えて、入院後１年間残留する患者が１人か、あるいは３ヶ月間の入院患者が４回転する必要がある。当院の平均入院期間は１ヶ月半と非常に短い。空床を確保するためには、相当数の入院患者数が必要となるが、実際上これをクリアするのは困難であり空床が増加する。厚労省の病床削減方針には合致するが、経営上は厳しく、退院支援を積極的に行っている病院が赤字体質になり倒産でもしかねない。長期入院者の退院を考える場合には、これらを十分に踏まえて、病院運営上の問題も総合的に考えながら行う必要がある。そうしなければ、ただのかけ声で終わるのみで、病院管理者からはそっぽを向かれるであろう。

ま と め

長期入院者の退院促進はもちろん重要であるが、そのためには退院後のリハビリテーション、グループホーム確保、包括型支援体制構築のみならず、急性期医療、空床対策など、総合的な精神科医療体制を考慮する必要がある。

文　献

1）「精神保健医療福祉の改革ビジョン」厚生労働省、平成16年9月
2）八木こずえ、浮田志保：長期療養患者の退院支援・地域連携パス　精神科看護　36:13－19, 2009