

第87回日本精神神経学会

シンポジウム V

「精神障害者のリハビリテーションと福祉」

社会復帰メニューの利用が在院期間に
およぼす効果についての統計学的検討

澤 温

精神神経学雑誌第93巻第11号別冊

平成3年11月25日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 93, Numerus 11, 1991

社会復帰メニューの利用が在院期間に およぼす効果についての統計学的検討

澤 温 (さわ病院 (大阪))

社会復帰の促進は精神保健法を取り上げるまでもなく慢性に経過しやすい、またなんらかの障害を残す可能性のある患者を取り扱う精神科においては重要なことは言うまでもない。最近保養棟あるいは精神保健施設の設置の必要性について言われているが、デイケア、作業療法、授産施設、訪問看護、24時間体制のケアなどの社会復帰メニューが揃えば揃うほどこの必要性は無くなってくるものとも考えられる。

また世界的に見れば日本の精神科病床数は多すぎ、また在院期間も長すぎるといわれ、厚生省も

日本精神病院協会もこのことには頭を痛めている。この1つの策が保養棟あるいは精神保健施設で、この実現で病院のベッド数から外し外部の批判をかわそうとしているとの見方もできる。

そこで、①私どもの病院を例にとり、どのような社会復帰メニューの整備で入院期間が減少し、長期在院者を退院させることができるようになったか、②1年間に医師がどの社会復帰メニューを利用し、どのメニューの利用が入院期間、長期在院者の退院数と相関するか、③特にデイケアおよび訪問看護が実際に入院回数、入院期間を減少さ

表 1 さわ病院の概要

1) 病院形態
精神科, 神経科, 歯科
定床 580 床
基準看護 1 類
基準給食, 基準寝具
開放病棟 2 病棟 閉鎖病棟 6 病棟
(1 病棟は老人と合併症, 1 病棟は半閉鎖)
2) 従業員数
〈さわ病院, 授産施設〉
医師 (常勤: 14 名, 非常勤: 2 名), 歯科医師 (1 名), 薬剤師 (5 名),
看護要員 (看護婦・士: 68 名, 准看護婦・士: 88 名, 看護助手: 13 名),
栄養士 (7 名), 放射線技師 (1 名), 臨床検査技師 (7 名), 歯科衛生
士 (1 名), 作業療法士 (9 名), 臨床心理士 (2 名), 事務員 (23 名),
保育婦 (2 名), 運転士 (2 名), 営繕士 (6 名), 調理員 (19 名), 作業
員 (5 名), その他 (7 名)
〈さわ・江坂神経クリニック〉
看護婦 (1 名), 作業療法士 (1 名), 臨床心理士 (2 名)
3) 臨床統計 (91 年 4 月分)
〈外来患者数〉
さわ病院
1778 件, 1 日平均 93.3 人
さわ・江坂神経クリニック
377 件, 1 日平均 30.6 人
〈入院患者数〉
597.8 人
〈デイケア参加数〉
さわ病院
1 ヶ月延べ 526 人, 1 日平均 25 人
さわ・江坂神経クリニック
1 ヶ月延べ 240 人, 1 日平均 11.4 人
〈OT 参加数〉
1 日平均 生産 89.7 人, 創作 55.9 人 (全体 145.6 人)
〈授産施設参加数〉
1 ヶ月延べ 690 人, 1 日平均 32.9 人
〈訪問看護〉
91 年 4 月 103 人 (315 回) 訪問看護者 3 人
〈ふたばの家利用者数〉
82 件/90 年 4 月～91 年 3 月, 31 件/91 年 4 月～

せているのか, ④デイケアが発展しない要因はなにか, 調べてみた。

このことから今後精神科ベッド数を減らし, 入院期間を減らす上で示唆し得る要因があるか, そしてひいては保養棟あるいは精神保健施設が必要なのかどうかについても考えてみたい。

(1) さわ病院ではどのような社会復帰メニューの整備で入院期間が減少し, 長期在院者を退院させることができるようになったか?

表 1 にさわ病院の概要を示した。表について改めて解説しないが, 補足すると, 月間入院数は 60 名で, OT としては 3 単位の人員を配置し,

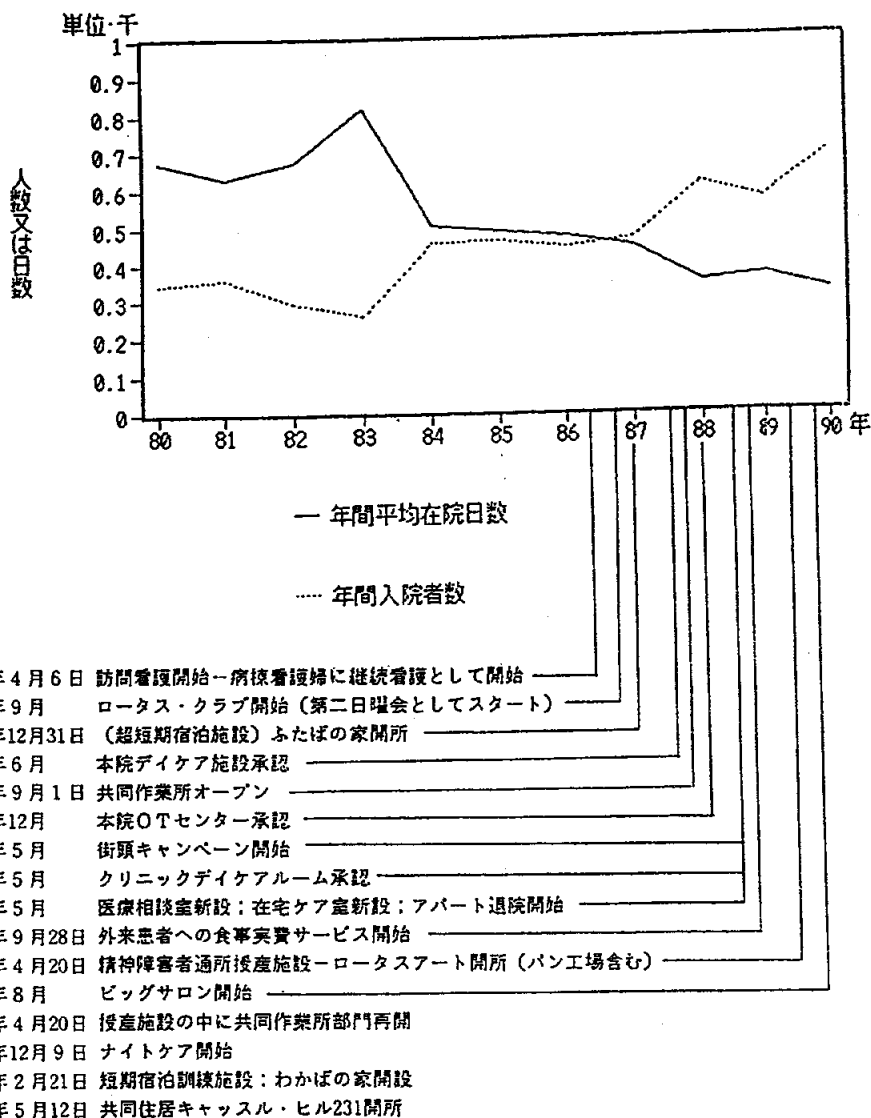


図1 年間平均在院日数と年間入院者数の推移

訪問看護登録数は30(89年3月,訪問看護者1名)~109名(91年4月,訪問看護者3名),訪問看護実施数は90(89年3月)~315(91年4月),常勤医13名(内指定医7名,非指定医6名)で常に指定医と非指定医が24時間体制で応需している。医師の受持ちは患者担当制で病棟担当制で

はない。

図1に,社会復帰メニューの整備の歴史と,年間平均在院日数および年間入院患者数について示した。

社会復帰メニューの整備の歩みは新しく,本院デイケアは85年3月から開始したが承認は87年

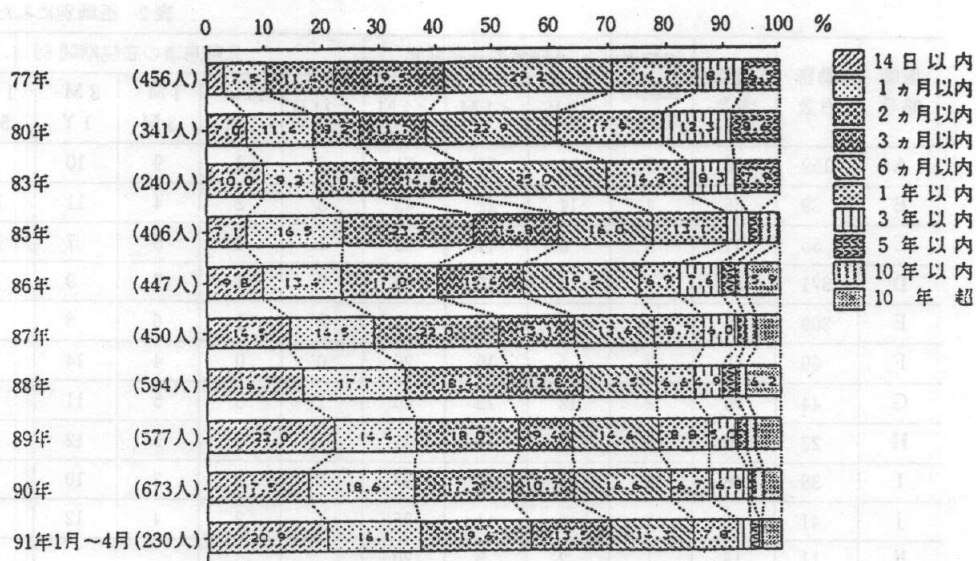


図 2 在院期間一覧表 (77年→91年4月退院)

6月で、クリニックデイケアは88年5月であった。訪問看護開始は87年4月からで88年5月に在宅ケア室として独立させた。作業療法承認は87年12月であった。通所授産施設は89年4月に開始した。精神医学ソーシャルワーカーの配置の歴史も新しく88年5月であった。ナイトケアは90年12月から始め、間もなく承認される予定である。

その他制度に基づかないメニューとしては86年6月から患者さんとその家族と職員そして最近では地域の人々との交流の場として毎月第二日曜日に催し物を行っている。社会復帰のためのサポートメニューとして86年12月から患者と家族の宿泊施設、ふたばの家を開き、これは退院訓練の1泊宿泊や外来患者の危機介入にも用いられている。88年9月から外来患者に食事の実費サービスを開始、89年8月からお盆、年末年始、ゴールデンウィークに3日以上ケアからはずさないためにビッグサロンと銘打って集いを持ち、91年2月にはふたばの家より長く、1週間をめどに宿泊し退院訓練をするわかばの家が開所し、91年5月には退院し6ヵ月をめどに数人で共同で住まい、

毎日訪問看護を受け、なんらかの日中のメニューに参加し、必要なら病院の食事の実費サービスを受けられるいわゆる共同住居をスタートさせた。

このようなメニューの整備とあいまって在院日数は顕著に減少し、10年前の600～700日から現在では315日になっている。また外来患者のレセプト枚数は前年に比して1ヵ月で約197枚の増加があり、このため1年間に入院する患者数は増加しても、在院日数が減少しているため、当院のみではほぼベッドはまかなってバランスを保っている。

また図2から分かるように退院者を母数として各退院者の在院日数を見てみると1986年から10年以上の在院患者が退院し始めていることがわかる。

(2) 1年間に医師がどの社会復帰メニューを利用し、どのメニューの利用が入院期間、長期在院者の退院数と関連するか？

調査1

調査方法

調査は89年4月1日から90年3月31日までについて下記の調査項目について行った。調査項

表2 医師別にみた社会復帰メニ

医師略号	勤務月数	退院者数	退院者在院期間>5Y	入院者の在院期間			入院患者の在院期間 89.4.1					
				<2 W	<1 M	<3 M	<14 D	15 D-1 M	1 M-3 M	3 M-1 Y	1 Y-5 Y	>5 Y
A	159	96	5	31	50	71	3	2	9	10	9	21
B	39	66	4	14	22	43	3	2	4	11	12	26
C	55	41	3	6	11	22	1	1	5	7	18	27
D	371	55	4	4	10	24	0	1	7	9	18	29
E	300	66	5	16	26	44	0	2	6	8	13	32
F	60	40	3	5	10	25	0	0	4	14	10	31
G	44	66	2	12	25	40	1	3	5	11	7	23
H	23	40	3	9	19	31	1	0	5	12	5	30
I	38	48	2	11	20	33	0	2	2	10	7	33
J	41	46	3	8	11	25	1	2	4	12	9	24
K	11	18	1	2	5	20						
L												
r1=	0.67**	0.74***	★	0.64**	0.59**	0.62**			0.73***			
r2=		0.9****	0.64**	★	0.98****	0.96****	0.66**		0.56*			
r3=		0.9****	0.59**	0.98****	★	0.97****	0.61**		0.58**			
r4=		0.91****	0.62**	0.96****	0.97****	★	0.66**		0.58**			
r5=		★	0.74***	0.9****	0.9****	0.91****	0.62**	0.59**	0.68**			0.58**

医師別の勤務月数, 1年間の退院者数, 1年間の退院者数の内訳 (入院期間2週間以内, 1月以内, 3月以内, 5年以上の各期間の患者数), 89年4月1日および90年3月31日現在の受持ち患者の在院期間別患者数 (2週間以内, 2週間を越えて1月以内, 1月を越えて3月以内, 3月を越えて1年以内, 1年を越えて5年以内, 5年を越えたものに分けた), 1年間の退院先別患者数 (老人ホーム, 救護あるいは更生施設, 身体障害あるいは精神薄弱者施設), 1年間の授産施設指示数, 入院患者作業療法指示数, デイケア指示数, 訪問看護指示数である。

*: $p < 0.1$ **: $p < 0.05$ ***: $p < 0.01$ ****: $p < 0.001$

目は勤務月数, 出迎え以外の往診数, 1年間の退院者数, 1年間の退院者数の内訳 (入院期間2週間以内, 1月以内, 3月以内, 5年以上の各期間の患者数), 89年4月1日および90年3月31日現在の受持ち患者の在院期間別患者数 (2週間以内, 2週間を越えて1月以内, 1月を越えて3月以内, 3月を越えて1年以内, 1年を越えて5年以内, 5年を越えたものに分けた), 1年間の退院先別患者数 (老人ホーム, 救護あるいは更生施設, 身体障害あるいは精神薄弱者施設), 1年間の授産施設指示数, 入院患者作業療法指示数, デイケア指示数, 訪問看護指示数である。

調査結果と考察

11名の各医師別の勤務月数, 出迎え以外の往診数, 1年間の退院者数, 1年間の退院者数の内訳 (入院期間2週間以内, 1月以内, 3月以内, 5年以上の各期間の患者数), 89年4月1日および90年3月31日現在の受持ち患者の在院期間別患者数 (2週間以内, 2週間を越えて1月以内, 1月を越えて3月以内, 3月を越えて1年以内, 1年を越えて5年以内, 5年を越えたものに分けた), 1年間の退院先別患者数 (老人ホーム, 救護あるいは更生施設, 身体障害あるいは精神薄弱者施設), 1年間の授産施設指示数, 入院患者作業療法指示数, デイケア指示数 (本院とクリニックの2デイケア指示数の和), 訪問看護指示数を

ユーの利用が退院者数に及ぼす影響

入院患者在院期間 90.3.31						出迎 外往 診数	(89.4~90.3)						
<14 D	15 D- 1 M	1 M- 3 M	3 M- 1 Y	1 Y- 5 Y	>5 Y		老 人 ホー ム	教更 施設	身精 施設	LA 指示数	OT 指示数	DC 指示数	NV 指示数
3	4	3	4	15	18	12	3	2	0	7	24	22	30
2	3	5	7	16	19	0	0	0	0	2	20	10	6
1	1	3	3	18	28	3	0	0	0	4	14	4	2
0	1	6	14	12	23	0	0	3	1	2	27	6	5
1	2	4	5	16	25	0	0	0	0	8	20	6	8
1	2	3	5	12	31	0	0	1	0	2	16	8	4
4	2	5	7	4	23	1	0	1	0	9	29	7	23
1	2	8	6	10	27	0	0	2	0	1	9	2	4
1	2	6	7	11	30	1	1	1	0	1	16	2	2
1	1	6	12	18	21	1	0	0	1	1	21	2	5
2	2	8	7	7	18	0	0	0	0	1	11	0	0
		0.53*		0.63**								0.67**	
	0.81****					0.8***	0.83****			0.59**		0.84****	0.81****
0.55*	0.81****					0.8***	0.82****			0.64**		0.83****	0.86****
0.56**	0.85****					0.77***	0.79***			0.62**		0.87****	0.84****
	0.64**					0.67**	0.66**			0.67**	0.7***	0.86****	0.84****

上の各期間の患者数), 89年4月1日および90年3月31日現在の受持ち患者の在院期間別患者数(2週間以内, 2分けた), 出迎え以外の往診数, 1年間の退院先別患者数(老人ホーム, 教護あるいは更生施設, 身体障害あるいは院とクリニックの2デイクエ指示数の和), 訪問看護(NV)指示数

表2に示した。

(各項目別数値の特徴)

調査期間中当院には病棟で入院患者を担当している常勤医が11名いた。このうち1名は調査期間の全期間勤務せず, 89年7月4日から勤務していた。11人の医師のうちAのみは受持ち患者数の定数が50名で, それ以外の医師は53名を定数としている。

勤務月数は90年3月現在で最長371ヵ月, 最短9ヵ月である。このうち医師Aは159ヵ月のうち113ヵ月, F医師は60ヵ月のうち12ヵ月, J医師は41ヵ月のうち5ヵ月はパートであった。

89年4月1日現在の5年以上の在院患者数を

見てみると, A医師が21名で1番少なく, I医師の33名が一番多いがそれほどのばらつきは認められなかった(変動係数18.6%)。一方90年3月31日現在の5年以上の在院患者数を見てみると, やはりA医師が18名で一番少ない。K医師が同数の18名であるが, これは入職し, 他の医師から何人かずつ受持ち変更で担当するようになったためである。それゆえ90年3月31日現在の5年以上の在院患者数の減少を議論することは困難であるが, 1年間の退院者の中で5年以上在院したものを数えると, A医師とE医師が5名で多く, K医師を除いて2~4名の患者が退院している。

89年3月31日現在あるいは90年4月1日現在の在院者について1年を越えて5年以内の在院患者についてみると、D医師とG医師のみに1年後の患者数の減少が認められた。それゆえこのことから退院の策を講じなければ年々5年以上の在院患者が増えてくる可能性のあることを示唆している。

1年間に退院させた患者のうち短期入院者については、89年3月31日現在あるいは90年4月1日現在の在院者は各医師でそれほどの差はないが、この1年間に入院した患者の在院期間を見てみると、2週間以内の退院者が最大であったのはA医師のみであり、あとは期間の長さもあり、1ヵ月を越えて3ヵ月までのものが一番多かった。1ヵ月以内のうち最初の2週間とあとの期間でみると、2週間を越えて1ヵ月までの方が多いのはD医師、H医師、K医師のみで、他の医師は2週間以内であった。

1年間の退院者総数はA医師が96名と極端に多い。他はK医師を除いて40~60名である。表にはのせなかったがA医師と退院者数が40名と一番少ないF医師、H医師(K医師を除く)が退院させた患者のうち3ヵ月以内に再入院した患者はそれぞれA医師14名(14.6%)、F医師5名(12.5%)、H医師7名(17.5%)で差は認められない。それゆえA医師の退院者が多いのは短期で再入院を繰り返すためかも知れないという可能性は否定され得る。

社会復帰、あるいは再入院防止をサポートするメニューとして、1年間の出迎え以外の往診数、1年間の授産施設指示数、入院患者作業療法指示数、デイケア指示数、訪問看護指示数を見てみた。

1年間の出迎え以外の往診数はA医師を除いて殆どなされていなかった。その他1年間の授産施設指示数はG医師が最も多く、これにE医師、A医師が続いた。入院患者作業療法指示数は、H医師が特に少ない以外はかなり均等に指示が出されていた(変動係数32.1%)。

デイケア指示数は、バラツキが多く(変動係数91.7%)、A医師が22件と極端に多く、勤務月

数が少ないK医師は別としても、H、I、J医師は極端に少ないことが分かった。

訪問看護指示数もバラツキが多く(変動係数111%)、A医師が極端に多く、G医師がこれに続き、他の医師はすべて1桁台に留まった。

1年間の退院先別人数を老人ホーム、救護あるいは更生施設、身体障害あるいは精神薄弱者施設に分けて見てみた。老人ホームはA医師が多く、他の医師はほとんどなかった。救護あるいは更生施設はD医師が多く、これにA、H医師が続いた。身体障害あるいは精神薄弱者施設はほとんど見られなかった。

これらのことから、社会復帰、あるいは再入院防止をサポートすると考えられ得るメニューである出迎え以外の往診、授産施設指示、デイケア指示、訪問看護指示の利用度は、入院患者作業療法指示を除いて各医師で極端な差が認められた。

(各項目別数値間の相関)

これらの各項目のうち、5年以上の入院期間を有するものの退院者数と他の因子の相関、短期入院日数と他の因子との相関、退院者総数と他の因子との相関について調べてみた。

イ) 5年以上の入院期間を有するものの退院者数と他の因子の相関

5年以上の入院期間を有するものの退院者数と他の因子との相関について表2のr1に示した。これに対しては、デイケア指示数が $r=0.67$ と $p<0.05$ で有意に相関した。また退院者総数が $r=0.74$ と $p<0.01$ で有意に相関した。一方面白いことに、勤務月数が $r=0.67$ と $p<0.05$ で有意の相関を示した。長期勤務医師には長期入院患者が多くこの退院に多くのエネルギーが注がれているとも考えられるが、89年3月31日現在、90年4月1日現在の各医師別患者の在院期間からみると必ずしもそうは言えない。この要因に関しては今後検討していかなければならないと考えられる。またもう1つ面白いことには5年以上の入院期間を有するものの退院者数に対して、入院者のうち短期在院で退院した患者数が、2週以内で $r=0.64$ ($p<0.05$)、1ヵ月以内で $r=0.59$ ($p<$

0.1), 3ヵ月以内で $r=0.62$ ($p<0.05$) と高い相関を示したことである。これは89年4月と90年3月の1〜3ヵ月以内の在院者とも有意の相関を示した。このことは長期入院者の退院が直接短期での退院者を増やしたとは考えられず、一方を促進する努力(例えばいろいろな社会復帰メニューを利用するとか)をしていけば自然に他方にもそのメニューの適用が増大し推進することが考えられる。

ロ) 短期入院日数と他の因子との相関

入院者を母数として短期で退院した患者について入院期間を2週以内, 1ヵ月以内, 3ヵ月以内に分けて他の因子との相関を見た。

入院後2週間で退院した患者について見てみると(表2のr2), 退院者総数が $r=0.90$ と $p<0.001$ で極めて高い相関を得た。また, 2週間以内の退院者数は同じ短期の1ヵ月以内, 3ヵ月以内の退院者数とそれぞれ $r=0.98$, $r=0.96$ といずれも $p<0.001$ で極めて高い相関を示した。

社会復帰メニューとの関係を見ると, 出迎え以外の往診が $r=0.8$ ($p<0.01$), 授産施設指示数が $r=0.59$ ($p<0.1$), デイケア指示数が $r=0.84$ ($p<0.01$), 訪問看護指示数が $r=0.81$ ($p<0.01$) と, 入院患者作業療法指示数以外の全てのメニューが高い相関を示した。

入院後1ヵ月以内に退院した患者について見てみると(表2のr3), 退院者総数が $r=0.90$ と $p<0.001$ で極めて高い相関を得た。また, 1ヵ月以内の退院者数は3ヵ月以内の退院者数と $r=0.97$ ($p<0.001$) で極めて高い相関を示した。

社会復帰メニューとの関係を見ると, 出迎え以外の往診が $r=0.8$ ($p<0.01$), 授産施設指示数が $r=0.64$ ($p<0.05$), デイケア指示数が $r=0.83$ ($p<0.01$), 訪問看護指示数が $r=0.86$ ($p<0.001$) と, やはり入院患者作業療法指示数以外の全てのメニューが高い相関を示した。

入院後3ヵ月以内に退院した患者について見てみると(表2のr4), 退院者総数が $r=0.91$ と $p<0.001$ で極めて高い相関を得た。

社会復帰メニューとの関係を見ると, 出迎え以

外の往診が $r=0.77$ ($p<0.01$), 授産施設指示数が $r=0.62$ ($p<0.05$), デイケア指示数が $r=0.87$ ($p<0.001$), 訪問看護指示数が $r=0.86$ ($p<0.01$) と, やはり入院患者作業療法指示数以外の全てのメニューと高い相関を示した。

ハ) 退院者総数と他の因子との相関

退院者総数と他の因子との相関については表1のr5に示した。退院者総数と社会復帰メニューとの関係を見てみると, 授産施設指示数が $r=0.67$ ($p<0.05$), デイケア指示数が $r=0.86$ ($p<0.001$), 訪問看護指示数が $r=0.84$ ($p<0.01$) と, 高い相関を示した。また退院者総数のみは入院患者作業療法指示数も $r=0.70$ と $p<0.05$ で相関した。

以上の結果から長期在院者を多く退院させるのにも, 入院患者を短期に退院させるにも出迎え以外の往診, 授産施設利用, 訪問看護指示, そして特にデイケア指示が大きな因子になっていることが分かった。

(3) デイケアおよび訪問看護が実際に入院回数, 入院期間を減少させているのか?

(2) ではデイケアを始めとする多くの社会復帰メニューを利用する医師が長期在院者を退院させ, また入院者を短期で退院させうることを述べたが, それらが直接的に在院日数を減らしたり, 入院回数を減らしたかについては証明していない。

そこで次のような調査をした。

調査2

調査方法

85年12月8日〜91年3月13日までにデイケアか訪問看護を開始した患者を対象とし調査した。デイケアに通所した患者は135名, 訪問看護を受けた患者は154名であった。このうちデイケア指示患者7名, 訪問看護指示患者41名は指示前にデイケア, 訪問看護を利用していないのであとの統計処理が出来ないため省いた。そのため以後の対象はデイケア利用者128名, 訪問看護利用者113名とした。しかし特に訪問看護が初診時から入院阻止のために指示されることは極めて重要で,

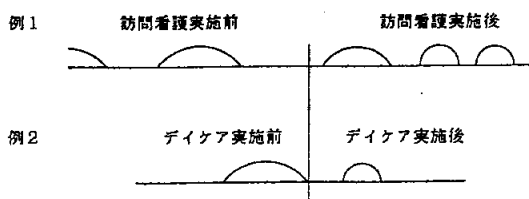


図3 調査2の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2ヵ月以内の空白は連続と見なした）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（但し実施後入院の無かった患者については1回当りの入院期間を0日とした）。

表3 調査2結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67 ± 0.19	0.55 ± 0.08	0.48 ± 0.13
訪問看護	113	0.17 ± 0.06	0.32 ± 0.06	0.14 ± 0.04
Mean $\pm$ SEM				

表4 日精協会員病院の社会復帰施設数
1176 病院 297265 床

	89/9/1	90/9/1
作業療法施設	115	203
デイケア施設	81	115
援 護 寮	4	20
福祉ホーム	16	29
通所授産施設	1	8

時には最初から入院を前提としない往診と共に行い、患者にとって病院が嫌なものにならず時には繰り返す訪問から任意で入院を希望して来ることもある。

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2ヵ月以内の空白は連続と見なした）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（但し実施後入院の無かった患者については1回当り

の入院期間を0日とした）。

この結果の指数が1以下であればデイケアや訪問看護を利用して入院期間や入院回数が減ったのであり、ほぼ1であれば入院を阻止できなかったといえ、1以上であればデイケアや訪問看護がむしろ入院期間や回数を増加させたといえる。

例を図3に示した。

調査結果と考察

結果を表3に示した（各数値の土のあとの値は標準誤差を示した）。

デイケアについて各指数をみても入院期間の合計は 0.67 ± 0.19 、入院回数は 0.55 ± 0.08 、1回の入院期間は 0.48 ± 0.13 であった。また訪問看護についてみても入院期間の合計は 0.17 ± 0.06 、入院回数は 0.32 ± 0.06 、1回の入院期間は 0.14 ± 0.04 であった。

このことからデイケアも訪問看護も入院期間の合計、入院回数、1回の入院期間のいずれをも顕著に減少させることがわかった。

(4) デイケアが発展しない要因はなにか？

このようにデイケアも訪問看護も入院期間およ

表 5 大学病院における精神科デイケアの状況

貴科での精神科デイケアについてお答え下さい。	合計	国立	公立	私立
1) 貴科では精神科デイケアを行っていますか？	80			
①はい ()	18	10	1	7
②いいえ ()	62	32	8	22
2) 1) で①はいに○をつけた方のみお尋ねします。				
i) 貴科では週に何回行っていますか？ () 回	2.68	2.13	3	3.43
ii) それは保険診療で行うデイケアですか？				
①はい ()	6	2	0	4
②いいえ ()	13	9	1	3
iii) ii) で②いいえと答えた方にお尋ねします。保険診療で行わない理由についてお尋ねします。以下の理由のうち該当するものがあれば書いて下さい。				
①保険で縛られては自由なデイケアができない	1	1	0	0
②したいがスタッフが集まらない	7	6	0	1
③その他 ()	9	5	1	3
3) 1) で②いいえに○をつけた方にお尋ねします。デイケアを行わない理由はなんですか？				
①大学ではする必要を感じない	2	1	1	0
②したいがスタッフが集まらない	34	19	6	9
③その他 ()	39	17	6	16

100 %

(参考) 1986.4 北大調査

調査対象 80 大学

実施 12 大学

予定・計画 19 大学

び入院回数を顕著に減少させることはわかったが、デイケアも訪問看護も現在それほど多く行われていない。

デイケアは 1974 年に保険診療が認められ、訪問看護は 1986 年に認められている。当院で試算すると訪問看護は現在でも毎月 30 数万円の持ち出しであり、これがなかなか普及しないというのはうなずける。しかしデイケアは土地があれば建物を建ててもかなり採算があうにもかかわらず、表 4 に示すように日本精神病院協会の会員病院 1176 のうちデイケア承認施設を有しているのはたった 115 病院でほぼ 10 % にすぎない。

このように病院がデイケアを整備せず、また調査 1 で見たように医師によってデイケアの指示数がありにもばらついていることから、病院の開設者も各医師もデイケアの必要性をあまり感じないのではないと思われる。

その要因は何かを調べる上で、現在の大学医学部、および医科大学の精神科でどれほどデイケアが行われているか調査した。

全国 80 の大学医学部および医科大学の精神科にアンケート調査を行った。

91 年 3 月から 4 月の間に電話回答を含め全精神科から回答を得た。

その結果を表 5 に示したが、デイケアを行っているのは国公立で 11 (27.5 %), 私立で 7 (31.8 %) であった。また保険診療で行っているのは国公立で 2 (5 %), 私立で 4 (18.2 %) であった。これを 5 年前の北大の調査と比べてみると当時 80 大学のうち 12 大学 (15 %) が実施しており、91 年現在の 18 大学 (22.5 %) は 50 % の増加といえるが他科のリハビリの整備数と比べると信じられないほど少ないことがわかる。

以上のことからまとめると、

1) 長期在院患者を退院させ、また入院患者を早期に退院させるにはデイケアを始め、訪問看護、授産施設などの社会復帰メニューを適切に利用することがもっとも有効であることは2つの調査の結果から明らかである。

2) 多くの社会復帰メニューのうち、訪問看護、授産施設は経済的に成り立たないが、デイケアは十分経済的に成り立っている。

3) デイケアは特にこの社会復帰促進の推進力になるが、民間病院はもとより、大学病院もその設置は極めて貧弱である。

4) 大学病院は急性期の治療のみでなく、慢性期のリハビリテーションについても教育する必要がある、この教育がない限りデイケアを始め多くの社会復帰メニューを使いこなす医師は育たない

と思われる。

5) 社会復帰を推進するには多くの社会復帰メニューを用意し利用することが必要であるが、さらに次の点が保障される必要がある。

①設置者が設置の必要性を認識すること。

②実際に設置すること。

③指示をする医師がその必要性を認識すること。

④医師が患者のニーズに応じて適切にメニューを使いこなすこと。

このように社会復帰メニューが整備されて多くの患者が社会で生活しうようになつてなおかつ施設内ケアが必要な時に初めて保養棟や精神保健施設の必要性が議論されるべきであろうと思われる。