

精神科医療保護入院後の退院者の 再入院及び受療中断に関する追跡研究

築場 玲子*¹ 藤田 利治*²

I はじめに

宮城県では、昭和40年精神衛生法の改正が行われる以前から、保健所及び市町国保保健婦による訪問活動や精神保健相談が実施されてきた。そして、市町村ごとに問題をさぐり、保健所と市町村とが共同で地域精神保健活動に当たってきたり。

宮城県大崎保健所でも、医療機関や管内市町と連携を取りながら、精神障害者の社会復帰にむけての地域精神保健活動を行っている。例えば、家庭訪問指導、患者会・家族会活動(支所)、精神保健相談、巡回精神保健相談、酒害相談、アルコールミーティング、SST(生活技能訓練)、精神保健福祉家族教室、並びに管内市町保健婦、作業所指導員、医療機関関係者等に対する各種研修会の開催、一般住民や民生委員等に対する精神保健啓発普及活動、社会適応訓練事業所の開拓などがある。また、管内市町の精神障害者の家族会が運営する小規模作業所への支援も行っている。平成5年度からは、自助組織育成事業として回復者、家族、病院関係者、市町、福祉事務所、精神保健福祉センター職員などからなる委員が中心となり「大崎地区ノーマライゼーション推進会議」を定期的に開催し、地域住民の理解を深めるためのシンポジウムを開催している。

今回、こうした地域精神保健活動をさらに科学的に推進するため、精神科に強制入院した退院者の経過について地域ベースでの検討を行っ

た。支援を必要とする精神障害者に対する継続的なケアを確保し、不必要な再入院を予防してノーマライゼーションを推進するためには、その対象と想定される集団で治療経過の実態を把握する必要がある。

II 方法

(1) 調査地域

調査地域である大崎保健所管内は宮城県の北西部に位置し、1市13町(平成2年の国勢調査による人口:223,144)で構成されている。管内には、平成8年3月末現在、精神病院が4施設、診療所が1施設あり、全体の病床数は583床(うち指定病床70床)、人口1万人当たり26.1床(指定病床3.1床)となっている²⁾(宮城県22.5床、全国平均29.2床)。精神科医療従事者は、医師15人(100床当たり管内:2.6人、全国:2.5人。以下括弧内は同じく100床当たりの人数)、看護婦・看護師37人(管内:6.3人、全国:11.1人)、准看護婦・准看護師85人(管内:14.6人、全国:11.6人)、医療ソーシャルワーカー2人(管内:0.3人)である²⁾。管内には、精神保健福祉法による社会復帰施設はない。

保健予防・保健指導などの対人保健部門は大崎保健所、岩出山支所で担当区域で分担しており、精神保健活動は保健婦11人(本所6人、支所5人)、事務3人(本所2人、支所1人)が中心となって行っている。

* 1 宮城県総合衛生学院技術主査

* 2 国立公衆衛生院疫学部環境疫学室長

(2) 調査対象者

対象者については、大崎保健所管内（1市13町）に居住し、平成2年4月1日から平成6年3月31日までに保健所に医療保護入院の退院届出のあった者をまず選んだ。これに、単身者についての検討精度を高めるために昭和63年4月1日から平成2年3月31日までに退院した単身者を加え、314人を選定した（表1）。この中から、管外の医療機関から退院した33人（10.5%）を予め調査対象者から除き、また死亡退院、転出、入院形態の切り替えによる継続入院の者で平成6年3月までに退院しなかった者を除外した。この結果、管内の全ての医療機関から退院した226人（男性121人、女性105人）を調査対象とした。調査対象者の61.9%（140人）が精神分裂病であった。その他の調査対象者の特性については、結果表（表2、表3）での人数分布を参照されたい。

(3) 調査資料

用いた資料は保健所に委ねられている精神保健関係事務や精神保健業務と関わるものであり、医療保護入院届、退院届、定期病状報告、通院公費負担申請書台帳、精神保健福祉手帳交付台帳、及び医療機関、市町への問い合わせ資料（患者会・家族会・作業所等参加状況）、精神保健相談台帳、家庭訪問記録等である。

上記資料に基づいて、平成8年11月末までの再入院や受療中断などの経過を追跡した（最短追跡期間は2年8ヵ月、最長追跡期間は8年7ヵ月）。

(4) 分析方法

退院後の経過の分析では、まず、再入院（措置入院、医療保護入院、任意入院）、治療終了、受療中断、死亡、転出に区分してそれぞれの発生時点を調べ、受療状況の経時的推移を整理した。平成8年11月末現在で通院中の場合は、その時点で追跡打ち切りとした。そして、Cutler-Ederer法による生命表法を用いて、退院後1年、2年、3年時点についての累積再入院率及び累積受療中断率を算出した。累積再入院率の

表1 医療保護入院後の退院者の内訳

(単位 人)

医療保護入院の退院後	314
医療機関が管外のもの	33
医療機関が管内のもの	281
退院届出	131 #
入院形態の変更	
任意入院 退院あり	70 #
任意入院 退院なし	42
一般病院への入院 退院あり	25 #
一般病院への入院 退院なし	1
死亡退院	5
転出	3
不明のため追跡不能	4

注 #：調査対象者（226人）

算出においては、死亡、転出、治療終了とともに受療中断を右側打ち切りデータとして発生時点までの期間を解析に加えた。累積受療中断率の算出においては、同様に、再入院を右側打ち切りデータとした。

退院後1年、2年、3年時点での再入院及び受療中断に関わる関連要因の探索として、入院届出及び退院届出等の資料に記載された情報（以下、要因）との関連を検討した。検討した要因は、「保健所別」「住所地」「性別」「年齢」「診断名」「合併症」「今回の在院期間」「過去の入院回数」「初発年齢」「保護者」「保護者の年齢」「医療費支払い区分」「退院時の住居形態」「家族構成」「入院前の学歴」「入院前の就業」「保健所への訪問依頼」である。各要因との関連については、比例ハザードモデルを用いて、再入院と受療中断の相対危険（ハザード比）及びその95%信頼区間を用いて評価した。

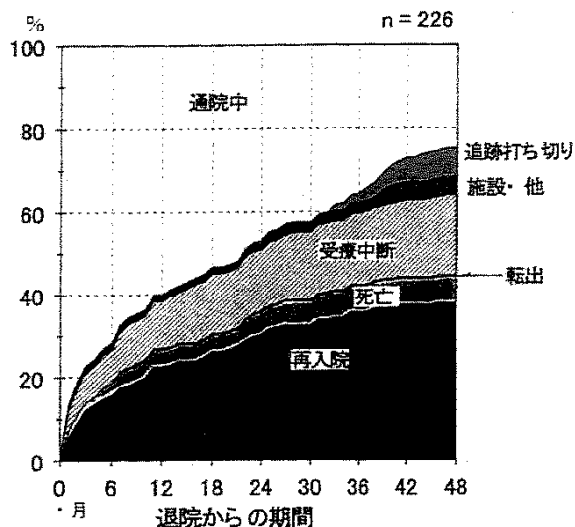
III 結 果

(1) 退院後の再入院

図1は退院後の経過である。226人の調査対象者の内、退院1年後までに22%（50人）の再入院が確認され、2年後までに30%（67人）、3年後までに35%（79人）の再入院が確認できた。受療中断や死亡などで追跡不能となった打ち切りデータを考慮した生命表法による累積再入院率は、退院1年後が25%、2年後が35%、3年後が44%であった。

表2には、退院1年後、2年後、3年後の各

図1 退院後の経過



累積再入院率とともに、比例ハザードモデルを用いて各要因ごとに基準カテゴリーに対する再入院の相対危険(ハザード比)を示した。「過去の入院回数」「入院前の学歴」「入院前の就業」は、再入院と有意な関連が認められた。「過去の入院回数」が5回以上の者の再入院リスクは初回入院者に比べて2.6倍、「入院前の学歴」が大学の者は小学・中学の者に比べて3.1倍、「入院前の就業」がある者ではない者に比べて1.6倍であった。また、「合併症」「保護者」「保護者の年齢」「家族構成」についてもわずかに関連がみられた($P < 0.10$)。

要因相互の影響を総合的に評価するため、比例ハザードモデルを用いた変数選択を行った(選択基準は有意確率10%)。結果表は省略するが、「過去の入院回数」の関連が最も強く、その他に「保護者の年齢」「入院前の就業」「合併症」が選択された。再入院リスクの高い者の特徴として、過去の入院回数が多く、合併症をもち、入院前の就業があり、保護者の年齢が比較的若いものであることが示された。

(2) 受療中断

再入院前に受療中断が確認された者を含めて、退院1年後までに16%(37人)の受療中断が確認され、2年後までに22%(49人)、3年後までに26%(59人)の受療中断が確認できた。再入

表2 再入院の関連要因

関連要因	人数 (人)	累積再入院率(%)			比例ハザードモデル	
		1年	2年	3年	相対危険	[95%信頼区間]
総保	226	24.7	34.5	44.2		
大崎保健所 岩出山支所	159	27.1	36.4	45.2	1.00	
性	67	19.2	30.2	35.9	0.87	[0.56~1.34]
男	121	28.5	40.6	46.8	1.00	
女	105	20.2	27.5	37.1	0.76	[0.51~1.15]
年齢						
24歳以下	14	24.0	40.9	49.4	1.00	
25~34	36	17.2	26.9	34.2	0.70	[0.28~1.73]
35~44	63	23.9	35.6	46.2	1.09	[0.48~2.48]
45~54	42	38.8	45.5	57.1	1.38	[0.59~3.24]
55~64	41	27.2	35.2	35.2	0.71	[0.28~1.78]
65歳以上	30	15.2	23.7	29.4	0.54	[0.19~1.48]
診断						
精神分裂病	140	20.0	31.3	39.7	1.00	
躁うつ病	18	34.3	47.4	54.4	1.33	[0.68~2.59]
アルコール依存症	17	43.3	52.7	52.7	1.47	[0.67~3.22]
痴呆	9	26.3	26.7	26.7	0.82	[0.20~3.36]
精神病	9	40.0	40.0	40.0	0.68	[0.48~1.67]
その他	33	26.4	30.7	41.5	0.90	[0.17~2.78]
合併症あり	161	21.5	30.9	39.4	1.00	
合併症なし	65	33.0	44.1	49.7	1.49	[0.97~2.30]
今回の入院期間						
2ヶ月以下	53	31.9	43.3	49.8	1.00	
3~5ヶ月	48	16.2	29.0	32.2	0.61	[0.32~1.17]
6~11ヶ月	34	12.8	31.1	43.6	0.76	[0.39~1.45]
12~23ヶ月	28	26.1	30.2	38.7	0.77	[0.39~1.52]
24ヶ月以上	63	23.5	35.4	44.6	0.90	[0.52~1.55]
過去の入院回数						
0回	76	18.4	27.7	32.0	1.00	
1~2回	73	20.8	28.1	42.7	1.33	[0.77~2.27]
3~4回	34	32.7	42.9	42.9	1.52	[0.80~2.87]
5回以上	34	41.0	54.6	65.9	2.63	[1.47~4.69]
初発						
24歳以下	98	31.9	42.5	46.9	1.00	
25~34	64	18.0	27.4	42.1	0.82	[0.51~1.30]
35~54	47	25.1	37.2	43.7	0.73	[0.42~1.27]
55歳以上	17	6.5	6.5	6.5	0.32	[0.10~1.01]
保護者						
配偶者	69	24.7	37.8	42.1	1.00	
配偶者なし	84	17.1	24.8	31.5	0.77	[0.46~1.29]
子	15	24.6	34.1	45.0	0.87	[0.34~2.25]
兄弟	41	30.6	42.7	56.1	1.38	[0.80~2.39]
町	13	63.5	63.5	75.7	2.29	[1.05~5.03]
その他	4	25.0	25.0	25.0	0.64	[0.09~4.72]
保護者の年齢						
44歳以下	43	34.7	49.4	59.6	1.00	
45~54	47	20.0	28.9	38.9	0.63	[0.34~1.16]
55~64	51	15.2	25.3	33.3	0.45	[0.45~0.84]
65歳以上	65	18.3	28.1	32.3	0.56	[0.56~0.99]
医療費支払い区分						
健康保険(本人)	14	22.6	31.2	31.2	1.00	
健康保険(家族)	35	17.6	30.7	41.3	1.64	[0.54~4.94]
国民健康保険	137	29.4	37.4	43.0	2.08	[0.75~5.76]
生活保護・その他	38	17.6	31.3	47.3	1.96	[0.66~5.78]
家族構成						
本人と親	47	17.5	27.5	30.4	1.00	
本人と夫婦	24	30.3	30.3	38.5	1.12	[0.48~2.59]
本人夫婦と子供	19	27.3	56.4	56.4	2.21	[1.01~4.84]
本人と兄弟	14	53.7	61.4	69.1	2.95	[1.38~6.29]
本人とその他	19	17.1	29.2	50.2	1.26	[0.54~2.92]
本人夫婦とその他	25	16.4	29.7	29.7	0.88	[0.39~1.92]
本人と親と兄弟	23	36.2	36.2	54.3	1.62	[0.76~3.46]
単身	43	26.2	35.9	43.2	1.40	[0.73~2.70]
入院前の学歴						
小学	86	20.7	29.9	38.9	1.00	
高大	67	28.3	41.4	49.8	1.37	[0.85~2.20]
入院前の就業	10	54.9	54.9	77.4	3.10	[1.43~6.74]
な	66	16.4	25.5	31.3	1.00	
あ	146	28.7	39.6	48.8	1.64	[1.00~2.69]
保健所への訪問依頼						
要訪	76	20.7	27.9	37.3	1.00	
訪問否・記載なし	150	26.7	37.7	44.7	1.25	[0.81~1.93]

注 検定, *: $P < 0.05$, **: $P < 0.01$

表3 受療中断の関連要因

関連要因	人数 (人)	累積再入院率 (%)			比例ハザードモデル 相対危険 [95%信頼区間]
		1年	2年	3年	
総保	226	18.4	25.6	32.9	+
大崎保健所	159	20.6	27.8	36.5	1.00
岩出山支所	67	13.3	20.5	25.3	0.60 [0.34~1.05]
性別					
男	121	18.0	28.3	32.8	1.00
女	105	18.6	22.4	32.6	0.97 [0.60~1.55]
年齢					
24歳以下	14	35.7	43.3	52.7	1.00
25~34歳	36	8.6	18.0	32.9	0.49 [0.20~1.20]
35~44歳	63	17.5	23.8	29.7	0.51 [0.22~1.17]
45~54歳	42	25.9	40.7	40.7	0.69 [0.29~1.64]
55~64歳	41	18.6	22.5	27.0	0.49 [0.20~1.23]
65歳以上	30	14.8	14.8	25.3	0.40 [0.15~1.11]
診断					
精神分裂症	140	13.4	19.9	27.7	1.00
うつ病	18	21.8	21.8	34.8	1.12 [0.44~2.85]
アルコール依存症	17	50.2	65.8	65.8	3.36 [1.66~6.80]
痴呆	9	25.0	25.0	25.0	1.68 [0.52~5.46]
精神薄弱	9	27.1	27.1	27.1	1.52 [0.47~4.96]
その他	33	16.2	29.0	39.9	1.48 [0.77~2.86]
併合					
な	161	18.8	25.2	32.8	1.00
あ	65	17.3	26.9	33.4	1.06 [0.62~1.82]
今回入院期間					
2ヶ月以下	53	33.7	45.6	54.7	1.00
3~5ヶ月	48	21.9	29.5	37.5	0.66 [0.37~1.16]
6~11ヶ月	34	15.7	23.2	28.9	0.35 [0.16~0.77]
12~23ヶ月	28	17.6	17.6	23.1	0.33 [0.13~0.79]
24ヶ月以上	63	3.7	8.9	15.5	0.18 [0.08~0.42]
過去の入院回数					
0回	76	27.6	37.0	44.4	1.00
1~2回	73	21.5	28.4	32.6	0.71 [0.42~1.19]
3~4回	34	0.0	4.4	20.1	0.24 [0.08~0.67]
5回以上	34	6.3	12.3	12.3	0.29 [0.29~0.81]
初発年齢					
24歳以下	98	22.4	30.0	35.9	1.00
25~34歳	64	6.7	16.3	28.3	0.72 [0.39~1.32]
35~54歳	47	26.3	32.1	38.6	1.29 [0.73~2.29]
55歳以上	17	19.8	19.8	19.8	0.69 [0.24~1.96]
保護者					
配偶者	69	17.8	27.3	36.6	1.00
本人	84	16.7	24.0	32.4	0.83 [0.48~1.44]
子	15	23.9	23.9	23.9	0.83 [0.29~2.39]
兄弟姉妹	41	19.6	19.6	19.6	0.60 [0.27~1.33]
町	13	16.7	37.5	37.5	0.98 [0.29~3.25]
その他	4	25.0	50.0	75.0	2.18 [0.65~7.27]
保護者の年齢					
44歳以下	43	18.7	30.1	39.1	1.00
45~54歳	47	25.9	34.0	40.7	1.12 [0.56~2.24]
55~64歳	51	20.4	24.9	30.4	0.81 [0.40~1.65]
65歳以上	65	12.6	18.7	26.3	0.58 [0.28~1.22]
医療費支払い区分					
健康保険(本人)	14	16.1	24.5	24.5	1.00
健康保険(家族)	35	17.7	23.8	38.5	2.46 [0.72~8.42]
国民健康保険	137	21.3	28.7	36.1	2.01 [0.62~6.49]
生活保護・その他	38	9.6	17.2	17.2	0.90 [0.23~3.62]
家族構成					
本人と親	47	17.8	23.1	32.1	1.00
本人と夫婦	24	22.5	33.6	57.8	1.86 [0.86~4.03]
本人夫婦と子供	19	25.0	32.5	32.5	1.41 [0.54~3.69]
本人と兄弟姉妹	14	20.9	20.9	20.9	0.72 [0.16~3.19]
本人とその他	19	11.1	18.2	18.2	0.87 [0.31~2.43]
本人夫婦と兄弟姉妹	25	12.4	21.4	26.3	0.99 [0.43~2.29]
本人と親と兄弟姉妹	23	21.8	33.8	33.8	1.19 [0.48~2.94]
単身	43	18.7	21.9	30.2	0.92 [0.41~2.03]
入院前の学歴					
小学	86	17.8	28.0	31.8	1.00
高小	67	20.9	30.4	44.5	1.31 [0.76~2.28]
大	10	20.0	20.0	20.0	0.55 [0.07~4.07]
入院前の就業					
な	66	23.9	30.2	35.4	1.00
あ	146	16.2	24.5	33.7	0.88 [0.53~1.47]
保健所への訪問依頼					
要訪	76	24.7	33.8	40.8	1.00
訪問否・記載なし	150	14.9	20.9	28.4	0.55 [0.34~0.88]

検定, *: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.001

院や死亡などで通院受療状態が追跡不能になった打ち切りデータを考慮した生命表法による累積受療中断率は、退院1年後が18%、2年後が26%、3年後が33%であった。

受療中断に係わる要因については、「診断」「今回の在院期間」「過去の入院回数」「保健所への訪問依頼」が有意に関連していた(表3)。「診断」ではアルコール依存症での受療中断が多く、「今回の在院期間」については2ヵ月以下の者での受療中断リスクが高く、「過去の入院回数」については初回入院の者での中断が多く、「保健所への訪問依頼」が「要訪問」での中断リスクが高いことが示された。また、支所に比べ、本所での受療中断リスクがやや高い傾向にあった。

IV 考 察

近年のあいつぐ精神保健福祉に関わる法律の改正、障害者基本法の改正、障害者プランの発表などにより、精神障害者の社会復帰促進や福祉の増進、ノーマライゼーションの実現が、国家レベルでようやく目指されるようになった。そして、それらの施策は他の対人保健・福祉サービスと同様に、可能な限り住民に身近な、そして住民ニーズを密接に反映できる市町村圏域において、計画性をもって取り組むことが志向されている¹²⁾。長年地域における第一線の行政機関として活動してきた保健所は、実態把握に基づき地域全体を対象とするシステムとしての地域精神保健活動構想の確立と、市町村の状況にみあった地域精神保健を提供するためのプランニングと活動の両方にかかわるべきことが指摘されている⁴⁾。

こうした保健所業務の一環として、継続的なケアを確保し不必要な再入院を予防しノーマライゼーションを推進することを目指して、今回は医療保護入院後に退院した者を対象として調査を行った。また、ほぼ同様の方法で実施された福岡県の2保健所管内での真崎らの調査⁵⁾⁶⁾を追試し、これとの比較を通して大崎保健所管内の特徴を検討することもひとつのねらいであった。

保健所においては医療保護入院や措置入院による再入院は完全に把握可能であるが、任意入院による再入院についての把握は精神保健関係事務のみからは不完全であり、今回は医療保護入院をしていた病院への問い合わせにより把握した。しかし、医療保護入院をしていた病院以外への任意入院による再入院は把握されていないことから、再入院の発生頻度がわずかに過小把握になっている可能性がある。また、近年では任意入院が医療保護入院を上回っており（任意入院者64.3%、医療保護入院者31.3%）⁷⁾、かなりの地域差も存在する⁸⁾。したがって、今回の成績は、特定地域での特定期間における実態であることを念頭に置く必要がある。しかしながら、医療保護入院などの強制入院は保健所での症例把握の契機のひとつであり、かつ、支援を必要としている場合が多いことから、その経過の実態を把握して精神保健活動に役立てることが重要と考えられる。

1) 再入院について

今回、医療保護入院退院1年後での生命表法による累積再入院率は25%であった。この成績は、鹿児島県鹿屋保健所管内における山下ら⁹⁾の調査での43%や福岡県山門保健所及び田川保健所管内における眞崎らの調査⁶⁾での34%と比べて低いものであった。この点は全国的に見て早期から地域精神保健活動に取り組んできた宮城県の特徴を示しているとも考えられるが、退院2年後では35%、3年後では44%と年々増加しており、再入院の頻度は決して少ないとは言えない。再入院リスクを個人ごとに考慮した効率的な再入院予防対策を、さらに推進することが必要と考えられる。この点で、再入院の関連要因についての検討は重要である。

再入院と最も強く関連している要因は、「過去の入院回数」であり、入院回数が多い者ほど再入院しやすい傾向にあった。入院の繰返しは精神疾患自体の慢性化や重篤化の反映であるばかりでなく、家族の引き取り拒否、住む場の欠如、経済的問題等の社会的不利の増大をまねくことはよく指摘されている。長期にわたり家族や地域と離れることにより、退行現象、受身的依存

性、意欲・関心の低下等による生活技術の低下などの機能障害も問題となる。眞崎らの報告⁵⁾とともに今回の成績は、再入院を繰り返すケースに対して、病院と連絡を取りながら早期に把握し、サポートシステムを確立することの必要性を強く示唆するものである。

単変量解析及び多変量解析において再入院と有意ないし有意傾向 ($P < 0.10$) の関連を示したその他の要因は、「入院前の就業」「保護者の年齢」「合併症」であった。「入院前の就業」ありの者での再入院リスクはなしの者に比べて1.6倍であった。保健所での精神保健活動の中で、職場での人付き合いなどの対人関係の問題を持つ者やその他の職場不適応を抱える者が少なからずいることを経験している。今回の対象者の中で管内での社会適応訓練(職親)事業を受けていた者は1人に過ぎなかった。県内全体をみても社会適応訓練事業が十分に活用されているとは言い難い状況にある。就業に関わる再入院リスクに対して、社会適応訓練事業等の資源を必要な対象に積極的に活用されるようにするための情報化、導入後のサポート体制の強化、さらには新たな事業所の開拓と啓発普及が重要と考えられる。また、既に開始されているSST(生活技能訓練)の窓口がより多くの人々に開かれるようにする必要がある。

「保護者の年齢」については、保護者が44歳以下の若い年齢の場合に再入院リスクが高くなっている。また、単変量解析では、「家族構成」が「本人と兄弟」での再入院リスクは「本人と親」の場合と比べて約3倍、「本人夫婦と子供」では2.2倍であった。世代交代による保護者の代替わりによる再入院リスク増大の可能性を示唆していると考えられる。診断が下された場合、兄弟では親の反応とは少し異なり、恐怖、拒否、怒り、親に過保護にされているという批判や嫉妬が含まれるとの指摘¹⁰⁾もある。しかし、精神分裂病の再発予防に家族教室で重要なことは最近の研究が指摘するところであり¹¹⁾、兄弟へも家族のセルフ・ヘルプグループや家族教室への参加を推進する必要があるだろう。

「合併症」のある者で再入院リスクが高い傾向

がみられた。眞崎ら⁵⁾は合併症でのリスク増大は「アルコール依存症ないし薬物依存症の者で肝臓疾患が多いことと絡んでいる」と指摘しているが、有意ではないが、今回の調査においてもアルコール依存症（薬物依存症を含む）で再入院リスクがやや高い点は符号するものである。関連の強さに関わる差異は、地域におけるアルコール依存症・薬物依存症に関わる問題の大きさの違いを反映しているとも考えられる。いずれにしても、精神及び身体の両面での保健・医療上の支援が必要であることを示していよう。

今回の調査では、単身者での再入院リスクの増大を懸念して、単身者については調査対象期間を2年間長く設定して単身者の数を増やした。表2において、家族構成が「単身者」での退院1年後の累積再入院率は26%と高いものではなかったが、保護者が「市町長」である者では実に64%に達していた。単身者であっても、保護者となる親族がいて何らかの援助がある場合と保護者になりうる親族がない場合とでは、再入院リスクに大きな違いがある可能性が示唆された。眞崎ら⁵⁾も市町村長同意の数が少ないものの、再入院リスクの顕著な増大を報告している。市区町村長同意による入院患者は、保健と福祉が今後とも協力して支援すべき対象として極めて重要である。

2) 受療中断について

精神障害者における受療中断は病識を持ちにくいなどの疾患の特性からも大きな問題であり、受療中断の防止は予防活動を行う上で極めて重要なポイントである。これまで精神分裂病の退院後の追跡調査において¹²⁾¹³⁾、再入院(再発)群に不定期服薬、中断が多いことを指摘されている。

今回の調査での退院1年後での累積受療中断率は18%であった。これは、眞崎らの調査⁵⁾では福岡県山門保健所管内が34%、田川保健所管内が51%であったのと比較して、低率といえる。しかし、退院2年後には26%、3年後には33%と受療中断が徐々に増加しており、対応が必要と考えられる。

関連要因の分析から受療中断が多い者につい

て、今回の在院期間が短い、過去の入院回数が少ない、診断がアルコール依存（薬物依存を含む）、といった特徴が示された。保健所への訪問依頼を除くこれらの特徴は眞崎らの報告⁵⁾とおよそ一致しており、受療中断者の一般的な特徴を示しているとも考えられる。「過去の入院回数」についてはリスクの方向が再入院とは逆であり、特に初回入院者については受療継続の適否に注目した支援が必要であると考えられる。

今後とも、指導医が市町に出向く巡回精神保健相談の機会を事例のケースマネージメントの場として活用したり、病院における事例検討会ならびに退院前の調整を実施する等の積極的な活動が大切であると考えられる。

V ま と め

精神科医療保護入院者での退院後の再入院及び受療中断の発生頻度を明らかにし、その関連要因を検討した。宮城県大崎保健所管内に居住する者で昭和63年4月から平成6年3月までに医療保護入院後に退院した226人（男性121人、女性105人）を調査対象者として、平成8年11月まで経過を追跡した。（追跡期間；最短：2年8ヵ月。最長：8年7ヵ月）

累積再入院率は、1年後25%、2年後35%、3年後44%であった。再入院リスクが高いものの特徴として「過去の入院回数」が多いことの寄与が最も大きく、その他に「合併症」をもち、「入院前の就業」があり、「保護者の年齢」が比較的若いなどの特徴が挙げられた。

また、累積受療中断率は、1年後18%、2年後26%、3年後33%であった。受療中断リスクが高いものの特徴として、「診断」がアルコール依存症、「今回の在院期間」が短い、「過去の入院回数」が少ない、などが示された。

これらの関連要因の検討から、今後受療中断や入退院の繰返しを防ぐためには、早期に本人の十分な理解のもとでの治療関係づくり、退院前の生活環境調整が重要であることが示唆された。また、長期入院者の地域での受け入れ体制づくり、働く場の確保、住まいの確保、地域ぐ

るみのサポートシステムづくりなど、精神障害者を地域で支える体制の整備が急務であることが明らかになった。

謝辞

この調査にあたりご協力くださいました宮城県精神保健福祉センター相澤宏邦所長、大崎保健所管内精神科病院長はじめ職員の皆様、大崎保健所佐々木淳所長はじめ職員の皆様、管内市町保健婦の皆様に厚くお礼を申し上げます。

参考文献

- 1) 相澤宏邦編：地域精神医療の新たな展開にむけて（地域精神医療委員会報告書）、宮城県精神保健協会、1992.
- 2) 宮城県保健福祉部健康対策課：平成7年度宮城県の精神保健福祉概況、1996.
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部：医療施設調査・病院報告、1994.
- 4) 吉川武彦編：地域精神保健実践マニュアル、金剛出版、1996.
- 5) 眞崎直子、藤田利治、甲斐祥一、他：精神科医療保護入院後の退院患者の再入院とその関連要因、日本公衆衛生雑誌44：372-383、1997.
- 6) 眞崎直子、藤田利治、山室照子、他：精神障害者の退院後の追跡研究、第56回日本公衆衛生学会総会抄録集1070、1997.
- 7) 厚生省保健医療局精神保健課：我が国の精神保健福祉、厚健出版、1996.
- 8) 藤田利治：保健統計からみた精神障害者の社会復帰、公衆衛生、58：8-12、1994.
- 9) 山下なつみ、藤田利治、永田昌慶：一保健所管内の精神科入院患者の在院期間と再入院についての追跡調査、日本公衆衛生雑誌42：219-228、1995.
- 10) ジョン・F・ソートン、他：誰にでもわかる分裂病とそのケア、中央法規、1994.
- 11) 江畑敬介、石毛菜緒子：心理的家族療法：こころの科学、特別企画、精神障害者の社会参加、日本評論社、1996.
- 12) 大原啓志、他：精神分裂病の経過に関する研究（第1報）：退院患者の再入院に関与する患者特性および社会的要因について、日本公衆衛生雑誌28：522-532、1981.
- 13) 大悟法憲雄：精神分裂病（new long stay）再発の状況、脳と精神の医学 3：131-137、1992.

■発売中

表示は本体価格です。
定価は別途消費税が
加算されます。

1997年 国民衛生の動向 ……2,000円

1997年 国民の福祉の動向 ……1,700円

1997年 保険と年金の動向 ……1,700円

財団法人 厚生統計協会

〒106-0032 東京都港区六本木5-13-14
TEL 03-3586-3361