精神保健研究　64：　57–61, 2018

【特集　リカバリーを考える ―危機を乗り越え、自己実現する当事者をどう支援するか―】

退院率と再入院率から地域の「リカバリー」を考える

Considering community “recovery” from hospital discharge rate and re-hospitalization rate.

山之内芳雄 [1)]

Yoshio Yamanouchi

Ⅰ．はじめに

「リカバリー」の考え方は多義的・主観的なものであり[1)]、誰がどのような目的で使うかによっても様々な意味を持つ。臨床的に疾患の寛解であると考える人もいれば、その社会職業機能の回復を伴うこと、さらには自己効力感の回復と考える人もいる。さらに、それを地域・大衆の中でどのように捉え見えるようにするかとなると、見方や定義を限定せざるを得ないし、その上でも解釈上の限界は大きい。その前提で、わが国の精神医療における「リカバリー」を退院率と再入院率という指標を用いて考えることとしたい。

様々な精神疾患で入院治療を受ける者が一定数いる。彼らは、家庭・地域での生活が可能になるほど疾患の症候がおさまれば退院する。しかし、症候がおさまっても地域生活では再燃が容易に想定されれば退院は困難であろう。逆に、ある程度の症候があっても地域生活を送れるような環境的な配慮があれば、退院できる。個別の患者には疾患・重症度・家庭環境すべてが異なるが、地域全体であれば、それら個人にかかる要因はほぼ一定であるとみなせる。地域全体での退院の度合いを見ることは、そこで入院した人たちの症候のおさまり度合いと地域での支えの度合いを、総合的に見る事ができるだろう。次に、退院した者が家庭・地域生活を維持できるかどうかは、少なくとも入院が必要なほどにリカバリーが損なわれていないかどうかを見るためには必要と思われる。これも個別に見れば、地域生活は続いていても、社会職業機能や自己効力感は回復できていない場合もありうる。しかし、たとえば退院した者の全員がすぐに再入院するようであれば、地域全体で見たときには地域生活を支える環境に何か課題があるのではないかと考えることができる。本稿では、地域のマスで見たときに個別の要件は一定になる、という前提のもとで、「リカバリー」を育み支える地域の状況に着目してデータを示したい。

1）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健計画研究部
Dept of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Ⅱ．方　法

厚生労働省が持つレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を、厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」班が集計して、「平成 26 年度版新精神保健福祉資料」[2)]として一般に公表しているデータを用いた。新精神保健福祉資料には全国の 344 二次医療圏ごとに、精神疾患における 15 領域ごと入院 / 外来ごとの診療実績のある医療機関数と患者数、さらに入院医療においては前年度末月に入院した患者の退院状況、前年度末月に退院した患者の精神病床への再入院状況などを提示している。さらに再入院状況は、1 年未満の在院期間者と 1 年以上在院期間者に分けて表示している。平成 26 年 3 月から平成 27 年 3 月までに、1 日以上の精神病床入院または ICD10 で F00 ～ 99 および G30,31,40 の病名が付与された全患者の保険診療レセプトの存在するすべての患者レコードを SPSS Modeler 17.1 を用いてデータ集計している。NDB データの集計にあたってはその利用目的が、都道府県の医療計画・障害福祉計画の立案に必要な、行政目的の厚生労働省内申請データであり、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」（厚生労働省　平成 28 年 6 月改定）に基づいて適切に取り扱っている。本稿における解析は、すべてそこで得られた公表データ、および国勢調査公表データを用いたため、「人を対象とする医学的研

究に関する倫理指針」の対象には該当しない。

本稿では、全国の 344 二次医療圏における新規入院者の日ごとの退院率と、1 年以上在院者の日ごとの再入院率の算出データを用いた。退院率の対象は、該当する二次医療圏に所在する精神病床に平成 26 年 3 月 1 日から 31 日に入院した患者、再入院率算出の対象は、該当する二次医療圏に所在する精神病床に 1 年以上在院の後、平成 26 年 3 月 1 日から 31 日に退院した患者である。それぞれ、平成 26 年 3 月 2 日から平成 27 年 3 月 31 日までに退院と再入院を 1 例ずつ各人 365 日目までを追跡期間として集計した。この際図 1 に示したように、精神病床以外に転棟または転院した者で、追跡期間中に連続して再び精神病床に入院した場合は、退院または再入院とはしなかった。転院により異なる医療圏に転出した場合や異なる医療圏の病院に再入院した場合は、入院時・退院時の医療圏におけるデータとして取り扱った。また、生活保護による医療や自由診療は NDB に掲載されていないため、例えば入院中に生活保護に切り替えとなった場合は、退院として取り扱った。

退院率と再入院率について地域特性を分析するため、一つ目は東日本と西日本の差異を検討した。総務省の都道府県コード 23 番愛知県までを東日本、24 番三重県以降を西日本として、退院率と再入院率の差異を Mann-Whitney 分析で検定した。二つ目は過疎による差異を検討するため、追跡 90 日目（3 カ月目）の値を全二次医療圏ごとに算出したものの、平成 27 年国勢調査人口等基本集計から人口と人口密度を用いて、過疎地域・地方都市・大都市の分類での差異を Kruskal-Wallis 分析で検定した。分類方法は、医療圏の人口が 100 万人以上または人口密度 2000 人 /km2 以上を大都市、人口 20 万人以上または人口密度 200 人 /km2 以上を地方都市、それ以外を過疎地域とした。二次医療圏の属性との検討では、SPSS23.0（J）を用いて算出した。

Ⅲ．結　果

平成 26 年 3 月の入院者数・1 年以上在院後退院者数は、23669 人・4417 人であった。全国における退院と再入院の 1 年追跡期間の状況を、図 2, 3 に示

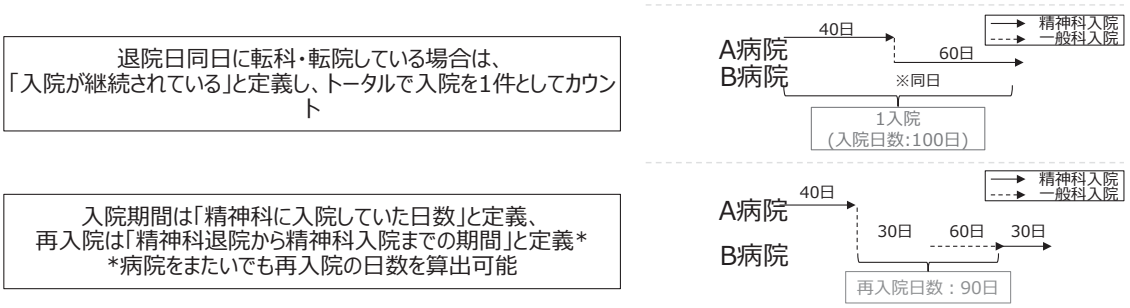


図 1．NDB の集計定義の特徴

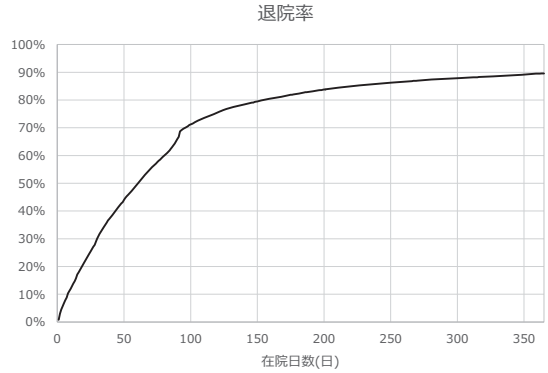


図 2．精神病床入院者の日ごとの退院率曲線
（全国　平成 26 年 3 月入院者を 1 年間追跡）
N=23669

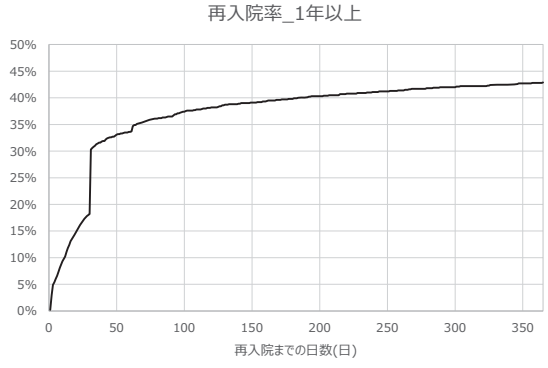


図 3．1 年以上在院後に精神病床退院した者の
日ごとの再入院率曲線
（全国　平成 26 年 3 月退院者を 1 年間追跡）N=4417

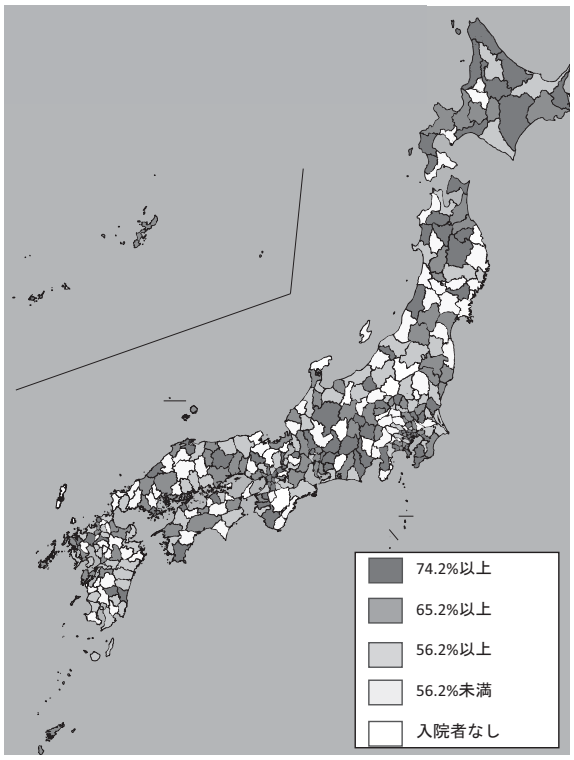


図 4.　二次医療圏ごとの 3 か月時点退院率

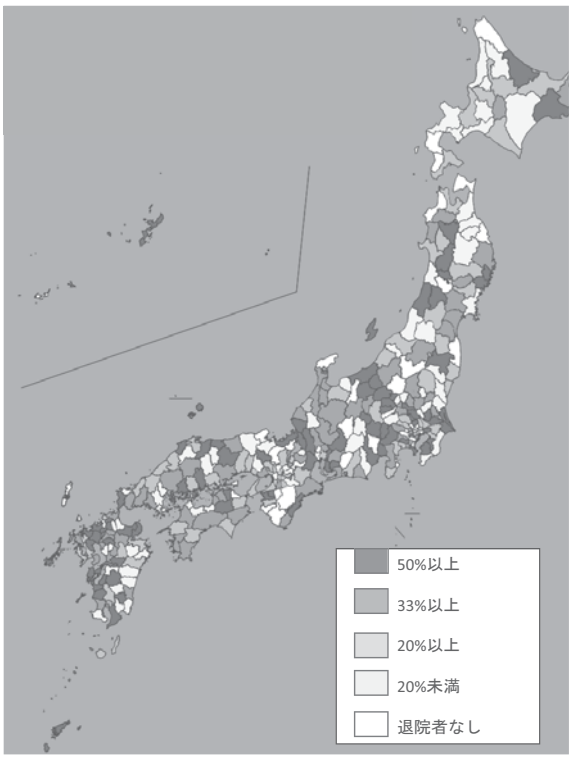


図 5.　二次医療圏ごとの 1 年以上在院者 3 か月時点再入院率

した。全国の 3 ヶ月時点の退院率は 66%、再入院率は 37% であった。特筆すべき結果として、退院率において、入院後 88 日目は 64% だが 92 日目は 69% と、4 日間で 5% 急に上昇していた。また再入院において、退院後 29 日目は 19% だが 31 日目は 30% と、2 日間で 11% 急に上昇していた。

次に、全国 344 の二次医療圏における 3 ヶ月時点の退院率と再入院率の四分位ごとの全国的な分布を、図 4, 5 に示した。入院者が存在した医療圏は 324、退院者が存在した医療圏は 309 であり、これらで以下を検討した。退院率の第一四分位は 74.2%・中央値は 65.2%・第三四分位は 56.2% であった。退院率の高い地域は北海道・北東北、大都市部に多く見られ、逆に西日本、九州の大都市部以外では全般的に低い傾向が見られた。再入院率の第一四分位は 50.0%・中央値は 33.0%・第三四分位は 20.0% であった。再入院率の低い地域は、東日本、大都市中心部に多く見られ、逆に中部地方山間部、

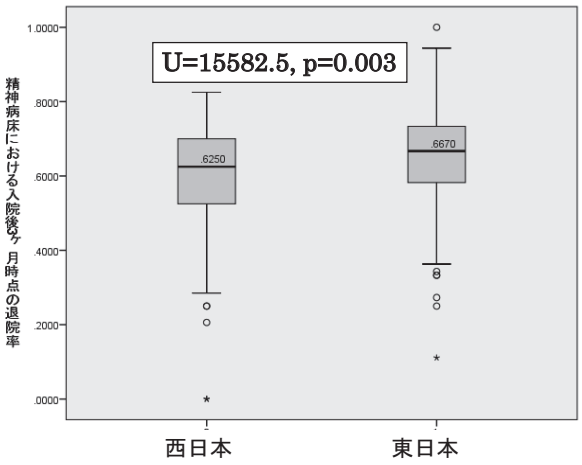


図 6.　東・西日本における退院率の差異

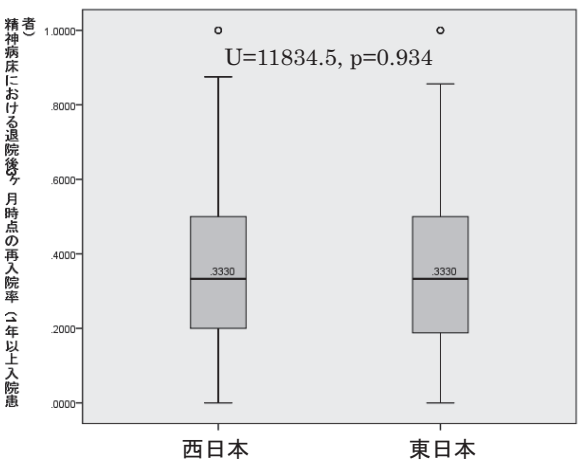


図 7.　東・西日本における再入院率の差異

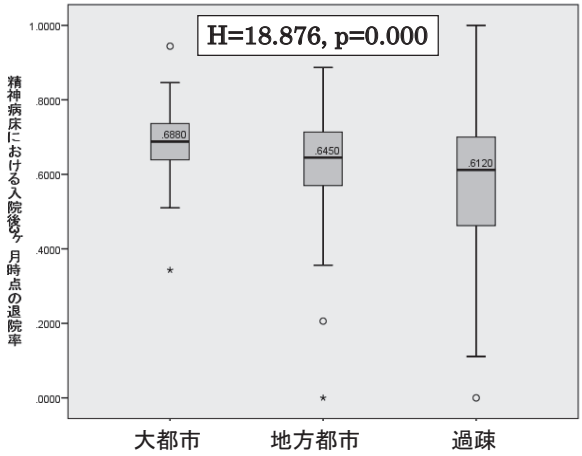


図 8. 過疎分類における退院率の差異

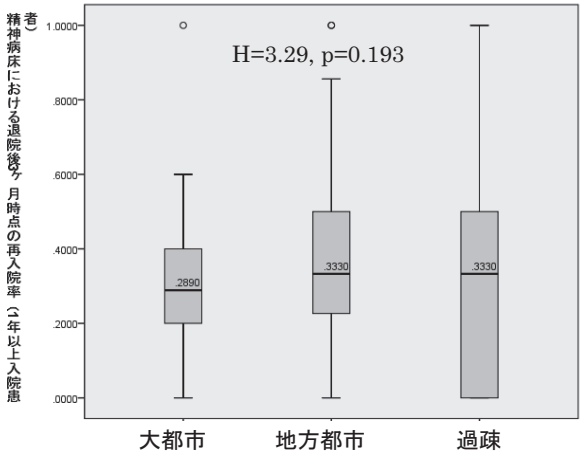


図 9. 過疎分類における再入院率の差異

関東など大都市の周辺地域、九州では高い傾向が地図から見られたものの、退院率ほどの地域差は見られなかった。

地域特性の分析であるが、東西日本の比較を図 6, 7 に、過疎による相関を図 8, 9 に示した。両者とも退院率は東日本が有意（U=15582.5, p=0.003）にが高かったが、再入院率では差異は見られなかった（U=11834.5, p=0.934）。過疎分類の分析では、退院率は、大都市部が高く過疎地は低い傾向で有意な差異が見られた（H=18.876, p=0.000）が、再入院率は差異がなかった（H=3.29, p=0.193）。なお東西日本の比較においては、退院率・再入院率とも Shapiro-Wilk 検定で正規分布に従いかつ Levene 検定で等分散であったが、過疎分類においては、退院率・再入院率とも正規分布に従わずかつ等分散ではなかったため、両者ともノンパラメトリック検定で分析した。

Ⅳ. 考　察

「リカバリー」を育み支える地域の状況に着目し、精神病床に入院した患者の退院状況と、1 年以上在院の後退院した患者の再入院状況について、全国データと二次医療圏ごとの概況、そして地域特性の差異を検討した。

全国では、退院率において 3 ヶ月時点で 66% が退院しており、3 ヶ月を境に数日で退院率が伸びていることがわかった。1 年超在院者退院後の再入院率においては､3 ヶ月時点で 37% が再入院しており、1 ヶ月前後で急に伸びる時期があることがわかった。精神病床の平均在院日数は年々減少しており、わが国でも 3 ヶ月で 3 分の 2 が退院できる状況になった。3 ヶ月前後の退院率の伸びは、入院 3 ヶ月まで高い入院報酬があるもののその後急速に落ち込むという、診療報酬による誘導の効果が否定できないと考える。一方再入院率における 1 ヶ月前後の急速な伸びは、診療報酬での誘導はされておらず、一定割合の患者が退院後 1 ヶ月で入院せざるを得ない状況になっているのではないかと考えている。リカバリーを育み支えるための地域における外来医療・障害福祉・介護サービスなどの基盤整備が求められると考えている。

二次医療圏での検討では、退院率に東西格差と過疎格差が見られた。東日本は精神病床数が少なく、医療従事者の不足も言われている。その病院環境の中、ともすると症候がおさまらない状況で地域生活への早期の移行が行われているかどうか懸念される。一方で再入院率にはそのような格差が見られなかったことを考え合わせると、逆に西日本や過疎地域において、より早期の地域移行が進められてもいいのではないかとも考えられる。また、地図から大都市部では退院率が高く、再入院率は都心部では低いことが見られたが､一方大都市周辺～近県部では、その逆の傾向が見られた｡北海道や北東北とあわせ、地域基盤整備のみならず入院医療におけるリソース不足が想定された。

しかしながら、ここで掲げた仮説については職員数や交通の便など他因子を含め、さらなる注意深い検討が必要と考えている。また、NDB データによる集計は今回が初めてであり、経年的な影響も考え合わせる必要があると考える。そうした中で各地域は、これらデータで出たことを、それぞれの特性の

中で吟味し、方向性を見定め、改善できることを見出していけるのではないかと考える。

結　論

本稿では、地域のリカバリーを見るために、精神保健福祉資料として公表されているNDBを用いた、全国と二次医療圏の退院率と再入院率を算出したものを用いて、その傾向について考察した。全国的には入院後 3 ヶ月で 3 分の 2 が退院するようになったが、医療圏での格差は、東西日本の比較や過疎分類での比較において存在していた。また、長期の入院の後退院したものの、1 ヶ月くらいで地域生活を続けがたくなる一群がいることを示した。個人個人のリカバリーを育み支えるため、地域の基盤を整備するための方向性や改善策が提示できるよう、データの蓄積と多面的な解析と検討が必要であると考えている。

文　献

1）Deegan, P.E.: Recovery: the lived experience of rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation J, 11（4）, p12. 1988
2）精神保健福祉資料　http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/（2017.11 閲覧）