

就業者の自殺予防についての見解(表9)

- 日本人的な頑張りを求められる中間管理職の方(特に中小企業)の職場不適合等でうつ症状に注意。技術革新する構造改革で、今まで組立て作業をしてきた人たちの職種がどんどん変っていき、ついていけなくなる人が目立って多くなってきている。
 - 職場において特に管理職の人達が部下の変化に気付くようにする必要がある。そのため啓発教育が、大切と考える。気づいた後、気楽に相談できる体制(プライバシー保護も含め)作りが必要。又支援のためのノウハウの確立も重要である。自殺を真剣に考える様になる前の対策が必要。なんとなく嫌な感じ位から、かなりストレスがたまってきている状態での対応が可。理想的な職場内に自殺のサインを含む精神変調に対する気づきのネットワークが形成されればよいと思う。外因的なものよりは本人の病態水準に影響されることが多いので防ぐのは難しいのでは?早期発見、早期交援できるもの、それで助けられる人の自殺は防ぎたい。職場が主体となって良好な職場、働きがいのある職場作り。既婚者についてはまずは配偶者との対話がうまくいっているかがベース。独身者についてもまずは、親、兄弟、友人に悩みを打ち明けられる関係があるかどうか会社としては、どこまでプライベートな問題に踏み込んで良いのかという駆け引きが難しいが、上司事業所の健康相談員、産業医、外部の精神科医との相談体制・ネットワーク作りが必要。(上司に相談があったが難しく、外部の精神科医との支援がすぐにできる体制ができています)
- 1)ハイリスク群を明確にする。
 ①独身、単身者②極度のストレスのかかる職場③慢性的に人間関係の悪い職場等。
- 2)うつ状態を見逃さない。
 ①職場との接点を健管スタッフが多く持つように心がけ、情報を入れる。
- 精神科医、臨床心理士、産業医、看護婦の連携づくりが必要、心理士による相談体制が必要、メンタルヘルス不全者を受容する職場作りと保健医療職の配置、各事業場に配置してあるTHP指導者のレベルアップとして活用
 - 労災死亡事故で、「1:29:300」(ハインリッヒの法則)という考え方がある。勤労者の自殺の増加傾向というテーマに対して、この法則を当てはめるとすれば、自殺は「1」に該当し、未遂者の企画や可能性の高い勤労者が「29」、もっと裾野の「自殺予備軍」が「300」いるという図式になる。そして、「自殺者をなくす」対策よりは、回り道のように見えるかもしれないが、「裾野を小さくする」ことによって、自殺にまで至る確率を小さくするという考え方のほうが目的にかなうと思う。たとえば、自殺事例の背景を探る場合、当人や家族・企業が到底表に出せないと考え、ひた隠しにする「本音」の部分が、真の自殺の動機になっているのであるから、当人や人間関係の名誉を十分に配慮しながら真相を明らかにし、今後の犠牲者の発生防止に役立てることが必要である。(昔、国鉄民営化の際に国鉄本社がそれを行ったが、きわめて骨の折れる仕事であった。)このような抜本的な対策を実行しない限りは有効な自殺予防は不可能だと思う。とくに自営者・管理者の自殺者が多いということは、それだけ事態が深刻だということであるから、到底医療保健レベルのメンタルヘルスだけでは有効な対策がとれるとは思えない。産業保健の中心的なスタッフと企業経営者とが協力して、(必要があれば専門家の意見を諮問することも含めて)個々の勤労者が孤立しない方法について知恵を絞って取り組む必要があると思う。

○

自殺事例について

1)年齢		
20～29歳	13	31.0%
30～39歳	11	26.2%
40～49歳	6	14.3%
50～59歳	10	23.8%
不明	2	4.8%
	42	100%
2)性別		
1.男	38	90%
2.女	4	10%
	42	100%
3)自殺時の勤続期間		
～1年	8	19%
1～3年	5	12%
3～5年	2	5%
5～10年	9	21%
10～20年	4	10%
20年～	4	10%
不明	10	24%
	42	100%
4)事例の職場の人数		
1. 5人未満	1	2%
2. 6～10人	5	12%
3. 11～20人	3	7%
4. 21～50人	6	14%
5. 51～	5	12%
6. 不明	22	52%
	42	100%
5)事例の職位は		
1.課長	1	2%
2.課長補佐	2	5%
3.係長	4	10%
4.一般	25	60%
5.不明	10	24%
	42	100%

(表1)

6)事例の職種		
1.営業	2	5%
2.生産	9	21%
3.開発・研究	9	21%
4.総務・経理・事務	9	21%
6.企画・調査	1	2%
7.その他・不明	12	29%
	42	100%
7)事例の業務の困難さ、トラブルは		
1.あり	5	12%
2.なし	14	33%
3.わからない	23	55%
	42	100%
8)事例の人間関係の悪さ		
1.あり	3	7%
2.なし	13	31%
3.わからない	26	62%
	42	100%
9)事例の性格傾向		
1.消極的・無口・非社交	9	21%
2.積極的・明朗・社交的	11	26%
3.多弁	1	2%
4.几帳面	7	17%
5.神経質	3	7%
6.不明	11	26%
	42	100%
10)事例の欠勤傾向は		
1.あり	18	43%
2.なし	9	21%
3.わからない	15	36%
	42	100%

(表2)

9)事例の遅刻傾向は		
1.あり	4	10%
2.なし	23	55%
3.わからない	14	33%
4.休職中	1	2%
	42	100%
10)自殺前1週間の残業時間		
1.残業なし	11	26%
2.不明	26	62%
3.休業、休職	2	5%
4.2,3,10,20	3	7%
	42	100%
11)精神科治療		
1.精神科治療の既往は		
1.あり	10	24%
2.なし	21	50%
3.わからない	11	26%
	42	100%
2.自殺時に精神科治療は		
1.受けていた	14	33%
2.受けていない	16	38%
3.不明	12	29%
	42	100%
「受けていた場合」は		
ア.受診した時期		
10年以上	2	17%
1～数年	3	25%
1年以内	3	25%
1ヵ月以内	3	25%
前日	1	8%
	12	100%
イ.精神疾患の病名は		
1.精神分裂病	1	7%
2.うつ病	3	21%
3.うつ状態	7	50%
4.躁うつ病	1	7%
5.境界例	1	7%
6.その他	1	7%
	14	100%

(表3)

12)自殺の手段		
1.縊死 及び窒息死	21	50%
2.飛び降り	7	17%
3.ガス	2	5%
4.薬物中毒	1	2%
5.感電死	4	10%
6.鉄道	2	5%
7.火傷	1	2%
8.凍死	1	2%
9.不明	3	7%
	42	100%
13)自殺の兆候について		
ア.職場		
1.全く気がつかなかった	13	31%
2.落ち着きがなかった	1	2%
3.欠勤、遅刻がち	2	5%
4.口数が少なくなった	6	14%
5.入院中、休職中	2	5%
6.抑うつ表情	3	7%
7.元気、高揚	1	2%
8.不明	14	33%
	42	100%
イ.家庭		
1.なし	3	7%
2.聞いていない	4	10%
3.父親が数年前に自殺	1	2%
4.ノイローゼ気味	2	5%
5.妻と不仲(主治医知らず)	2	5%
6.残業、帰宅が遅い	1	2%
7.身障の子供	1	2%
8.抑うつは軽快、安心	1	2%
9.「自殺マニュアル」書き読む	1	2%
10.借金	1	2%
11.不明	25	60%
	42	100%

(表4)

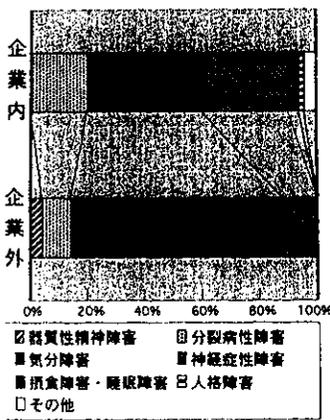
<具体的な事例の業務内容>(表5)	
監督業務 乗務員指導	2
オリンピック関係のマルチメディア	1
インターネット関連システムの評価・検証	1
融資	1
開発設計室室長、半導体	2
組立作業現場の雑用	4
建築・見積・積算設計	4
事務	4
販売	1

<業務の困難さ、トラブル>(表6)	
1.新しい技術に追いつけない焦り	
2.1~2週間前に悩み、上司宅を訪問、話はなく一泊して元気に帰宅	
3.発症直前に直属長の異動、業務内容も複雑で重圧	
1年前に異動、業務遂行が困難	
4.業務軽減、合う業務を模索中	
欠勤、うつ病、復職後は単純作業で経過良好	2
1年前より作業ミス、作業能力低下。職場を変え適応始めた自殺	
5.業務の集約で勤務先が縮小、転勤と打診	
6.仕事が変わり「うれしい」と言っていた	
前日まで普通に仕事。職場の同期自殺後自殺マニュアル本を読む	
7.几帳面で完璧性格、仕事は真面目	
8.女性問題	1

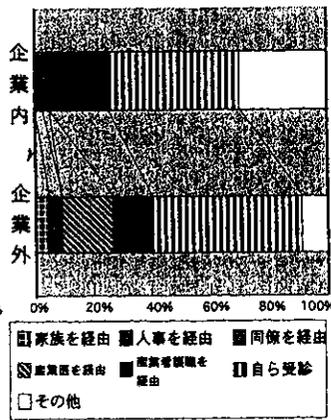
<事例の自殺予防についての見解>(表7)

1.本人より相談、病院紹介し受診。産業医は本人と主治医に入院を勧めたが、自宅療養で自殺 事故直前後任カウンセラーが家族との連携が取れず自殺。離婚話を扱えなかった。
2.職場より健康管理へ情報提供があれば最悪の事態は避けられたかも知れない 数ヶ月前から欠勤、無口、上司あるいは健康管理センターへの相談が早期であれば 職場での相談体制の整備 職場の人間関係の調整に保健婦が介入。受診拒否の人に対する職場内心理カウンセラーの対応 業務集約化の流れで健康管理スタッフも一県下で1ヶ所となり目が届きにくい状況。 同僚との交流が少ない。コミュニケーションを大切にしたメンタルヘルス活動 職場復帰時に役職から格下げ、プライドを傷つけられた様子。(保護的な環境を配慮したことがマイナス?) 潜在的に自殺を考えている人に対して、もっと積極的にメンタルヘルス教育
3.治療継続していたため、職場での面接、相談の機会が少なかった。 産業医面接の前日、行方不明。主治医の所に連れて行くべきであった。15年内服治療で安定。 頻回に事例のフォローアップ(職場訪問)、地域の単科精神病院の治療で安心していた。 脳トックで未破裂動脈瘤が発見。クリッピング後うつ状態。
4.借金があった。家族と親しく

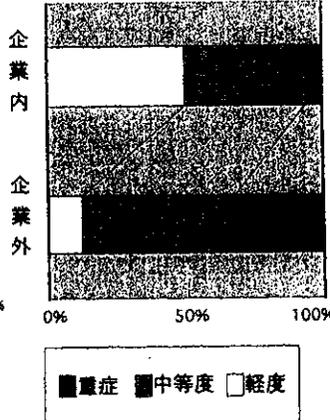
(図 1.) 精神科診断



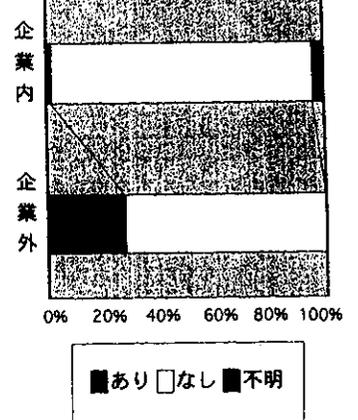
(図 2.) 受診経路



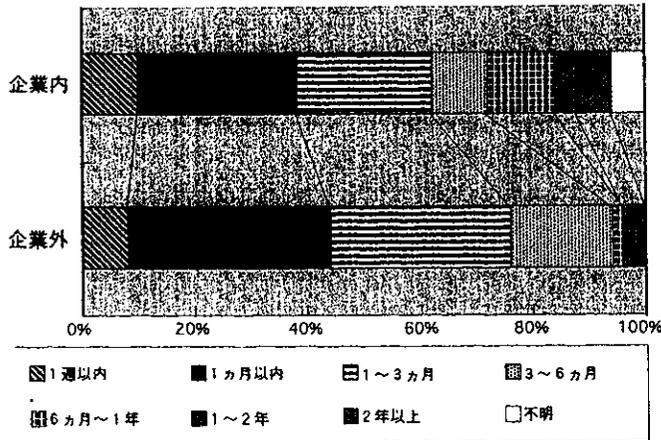
(図 3.) 重症度



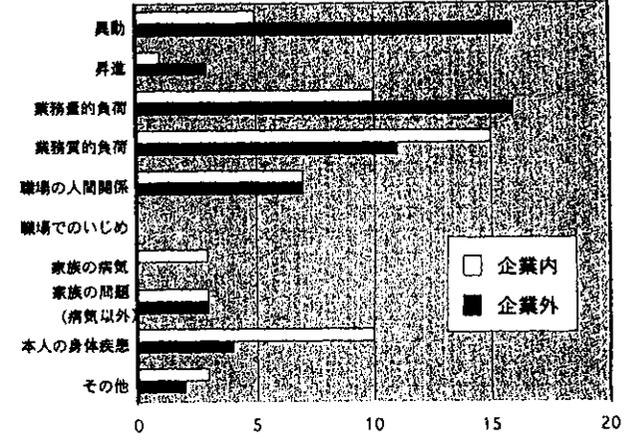
(図 4.) 自殺企図



(図 5.) 受診潜時

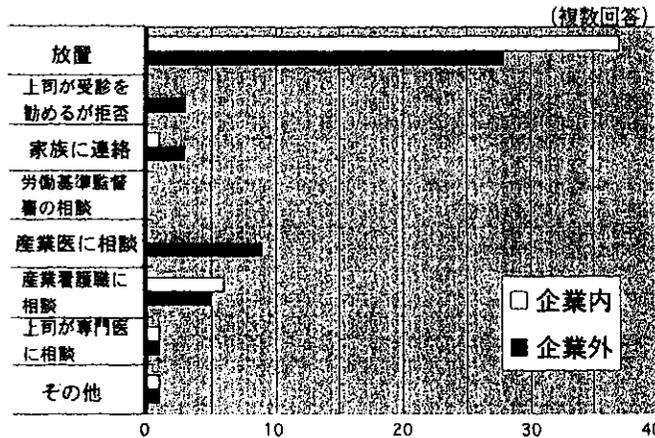


(図 6.) 発症の契機となった事柄 (複数回答)

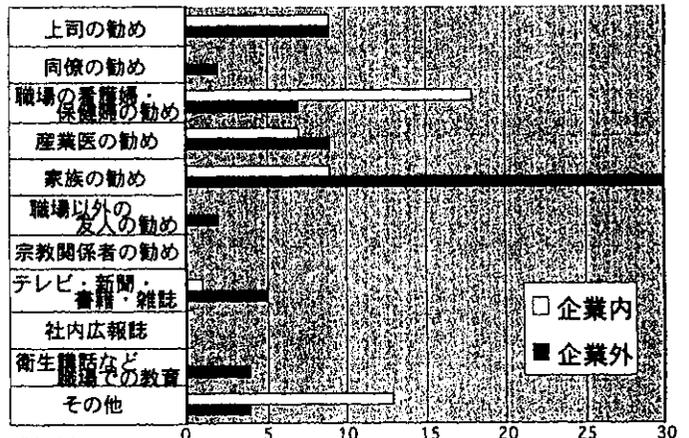


(図 7.)

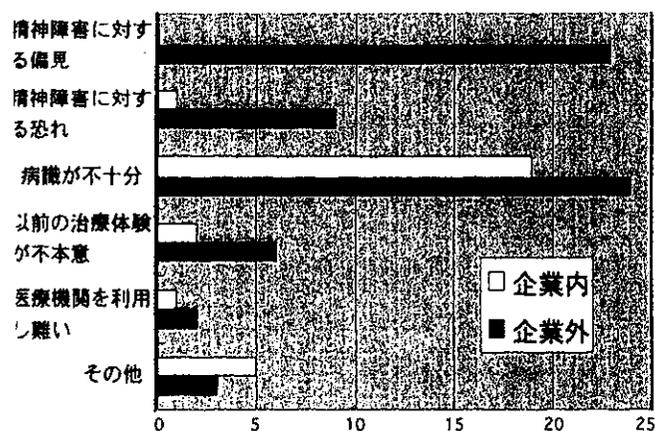
発症から受診に至るまでの上司・職場の対応 (複数回答)



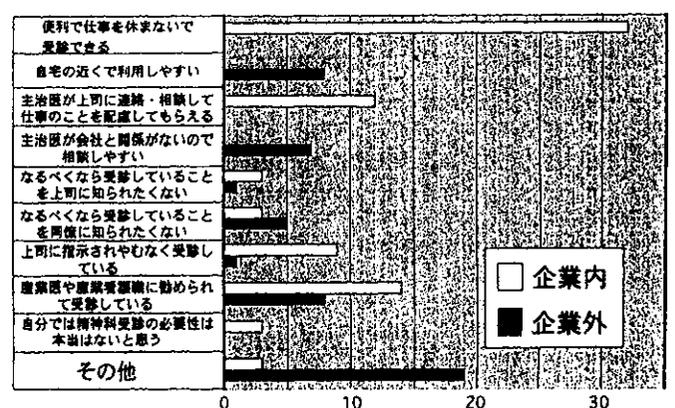
(図 8.) 受療行動を促進した要因 (複数回答)



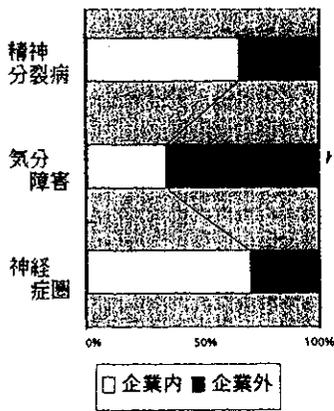
(図 9.) 受療行動を阻害した要因 (複数回答)



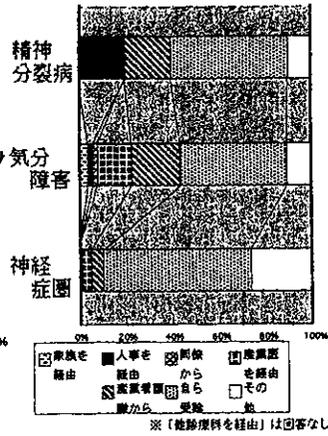
(図 10.) それぞれの医療機関を利用している理由 (複数回答)



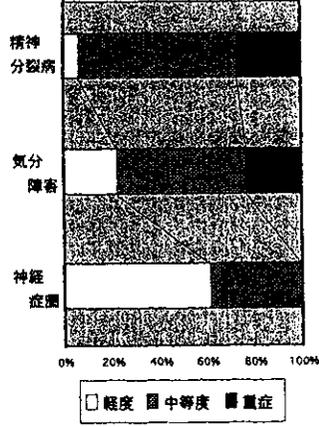
(図 11.) 医療機関



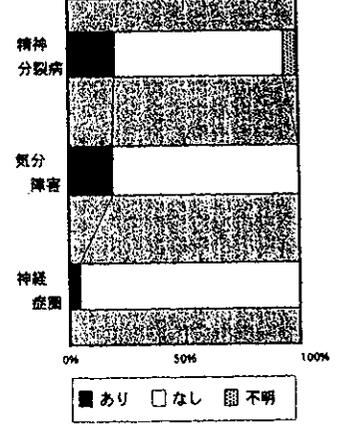
(図 12.) 受診経路



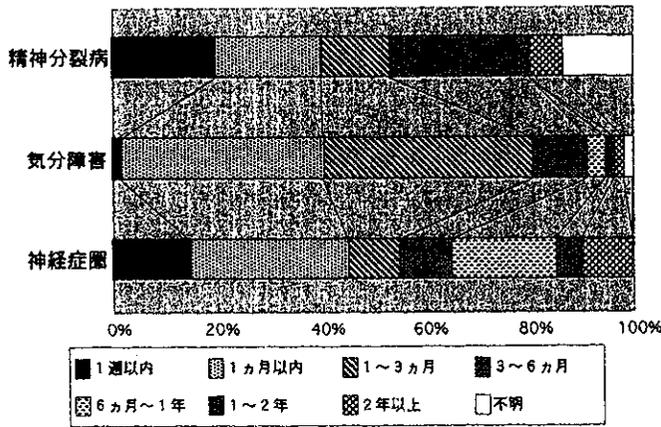
(図 13.) 重症度



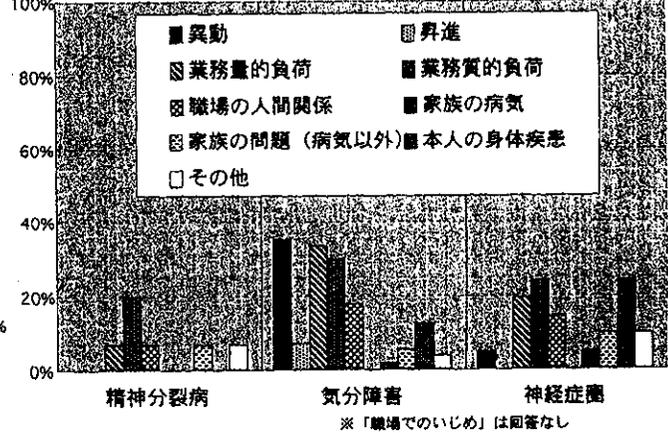
(図 14.) 自殺企図



(図 15.) 受診潜時

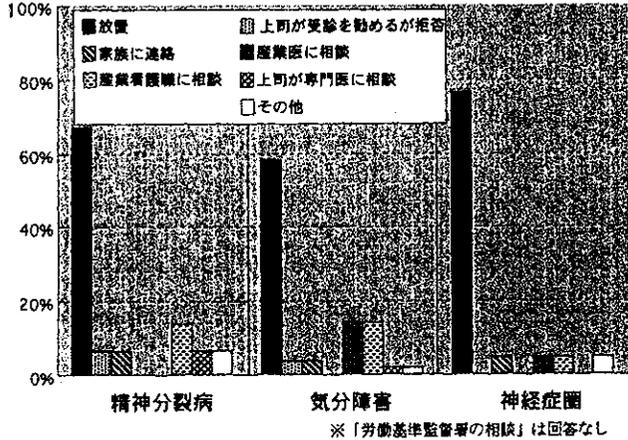


(図 16.) 発症の契機となった事柄 (複数回答)



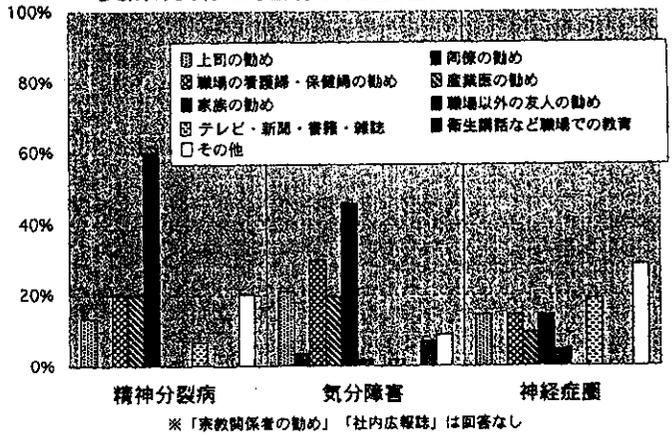
(図 17.)

発症から受診に至るまでの上司・職場の対応 (複数回答)

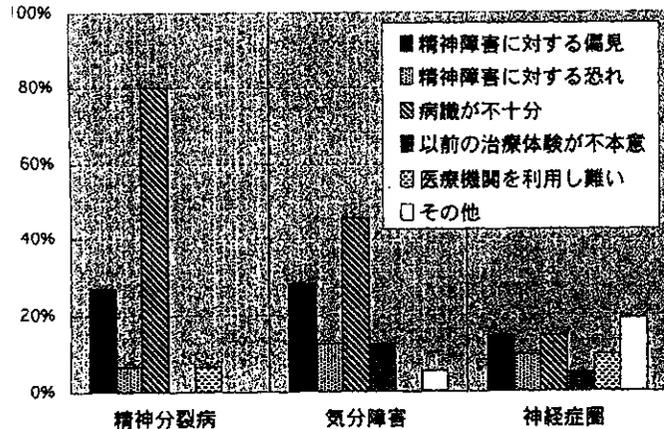


(図 18.)

受療行動を促進した要因 (複数回答)



(図 19.) 受療行動を阻害した要因 (複数回答)



(調査票 1.)

就業者の精神保健に関するアンケート調査

貴施設名

以下の質問についてご意見をお書きください。

1-1 勤労者医療に貴センターは積極的に関わるべきとお考えですか。

(積極的に関わるべき あまり関わらなくても良い わからない)

1-2 積極的に関わるべきと回答された先生は、どのように関わるべきとお考えですか。下記の適当と思われる番号に○をおつけください。

1. 勤労者のこころの健康に関する啓蒙、教育
2. 企業と提携して職場のメンタルヘルスに関する相談を受ける
3. 勤労者のカウンセリングの実施
4. 勤労者の精神科治療の提供—外来治療のみ
5. 勤労者の精神科治療の提供—入院・外来治療
6. その他

()

2-1 貴施設は産業推進センターとの連携が現在ありますか。あるとすればどのような形で連携されていますか。

(ある なし)

ある場合は具体的にお書きください。

2-2 産業保健センターあるいは産業保健推進センターとの連携について、どのようにお考えでしょうか。下記の適当と思われる番号に○をおつけください。

1. 精神保健福祉センターは産業保健センター、産業保健推進センターと同等に産業精神保健に関する相談をうけるべきである。
2. 精神保健福祉センターは産業保健センター、産業保健推進センターと連携して、産業精神保健に関する相談、入院治療の相談・紹介などの役割を担うべきである。
3. 精神保健福祉センターは産業精神保健に関する相談にあまり積極的に関わるべきではな

(調査票 2.)

い。

4. 精神保健福祉センターは、精神障害者の就労援助に関する相談を主体的に行うべきである。
5. その他 ()

3-1 最近、勤労者の自殺が増加傾向にあることが報告されていますが、医療機関にかからずに自殺に至った事例も少なからずあり、この自殺予防についてはどのようにお考えですか。

下記の適当と思われる番号に○をおつけください。

1. 健康診断の中にメンタルヘルスに関する項目を入れる。
2. 管理監督者への教育・啓蒙を推進する
3. 企業規模によっては精神科医による相談室設置を義務付ける。
4. 中小企業では産業保健センター、産業保健推進センターの具体的な企業への関わりを義務付ける。
5. その他 ()

3-2 1.に○を付けられた先生にお伺い致します。勤労者へのメンタルヘルスへの介入方法として、守秘義務の問題があり、具体的にどのような介入方法が可能でしょうか。

1. こころの健康に関するチェックリストを作成し、勤労者へ実施し、メンタルヘルスケアが必要と判断した者への面接を実施する。
2. こころの健康に関するチェックリストは、あくまでも自己診断にとどめるべきで、メンタルヘルスケアを受けるかどうかは、本人の意思に任せる。
3. インターネットによるチェックリストを自由に自己チェックが可能な環境を整備し、アクセスすると自分のこころの健康度が自分だけにわかり、治療、あるいは相談を受けるかどうかは、本人に任せ、あくまでも気づきにとどめる。
4. 身体的な健康診断の時に保健婦など産業医療スタッフが簡単な問診を行い、メンタルヘルスケアが必要な勤労者へは、面接を実施する。
5. その他 ()

4-1 平成10年8月にはEAP(従業員支援プログラム)の日本支部設立の会議が行われましたが、米国ではすでに8000社以上のEAPサービス機関があり、大手企業500社の70%以上、50人以上の企業の24%が利用しているとのこと。EAPはもともと従業員の心理的問題に伴う労働力の損失、生産低下を軽減する目的に設立されたもので、日本に浸透するかどうか、今後の問題ですが、形態として内部EAP(大企業で行われているサービス)と外部EAP(事業所外のEAPサービス機関に業務を委託)があります。そして、日本でも、市町村や某組合連合が1

(調査票 3.)

週に5日間(1日5時間で臨床心理士、カウンセラーが電話相談を受け、精神科医1人が常駐して対応)のメンタル相談を行う計画が進行しております。このような動向についてどのように思われますか。下記の質問にお答え下さい。(複数選択可)

1. 非常に歓迎すべきである。
2. 日本にはなじまない。
3. 従業員50人以上の企業には産業医の何らかの選任義務があるが、精神科医の関わりを安全衛生法の中に組み入れるべきである。
4. 地域産業保健センターには月額で数万円のメンタル事業の予算がついているが、この予算を増額し、精神科医を配置する。
5. その他

4-2 2.に○をお付けになった方は具体的に産業精神保健に取り組むにはどのような方策があるのか、お教え下さい。

4-3 その他に産業精神保健に関するご意見がございましたら、お教えください。

ご協力どうもありがとうございました。

		%
積極的に関わるべき	40	87.0
あまり関わらなくても良い	4	8.7
わからない	1	2.2
その他	1	2.2
計	46	100.0

		%
連携あり	5	10.9
連携なし	41	89.1
計	46	100.0

		%
健康診断に加える	25	26.0
管理者への教育・啓蒙	39	40.6
規模により設置義務付け	18	18.8
中小企業はセンターと関わる	8	8.3
その他	6	6.3
計	96	100.0

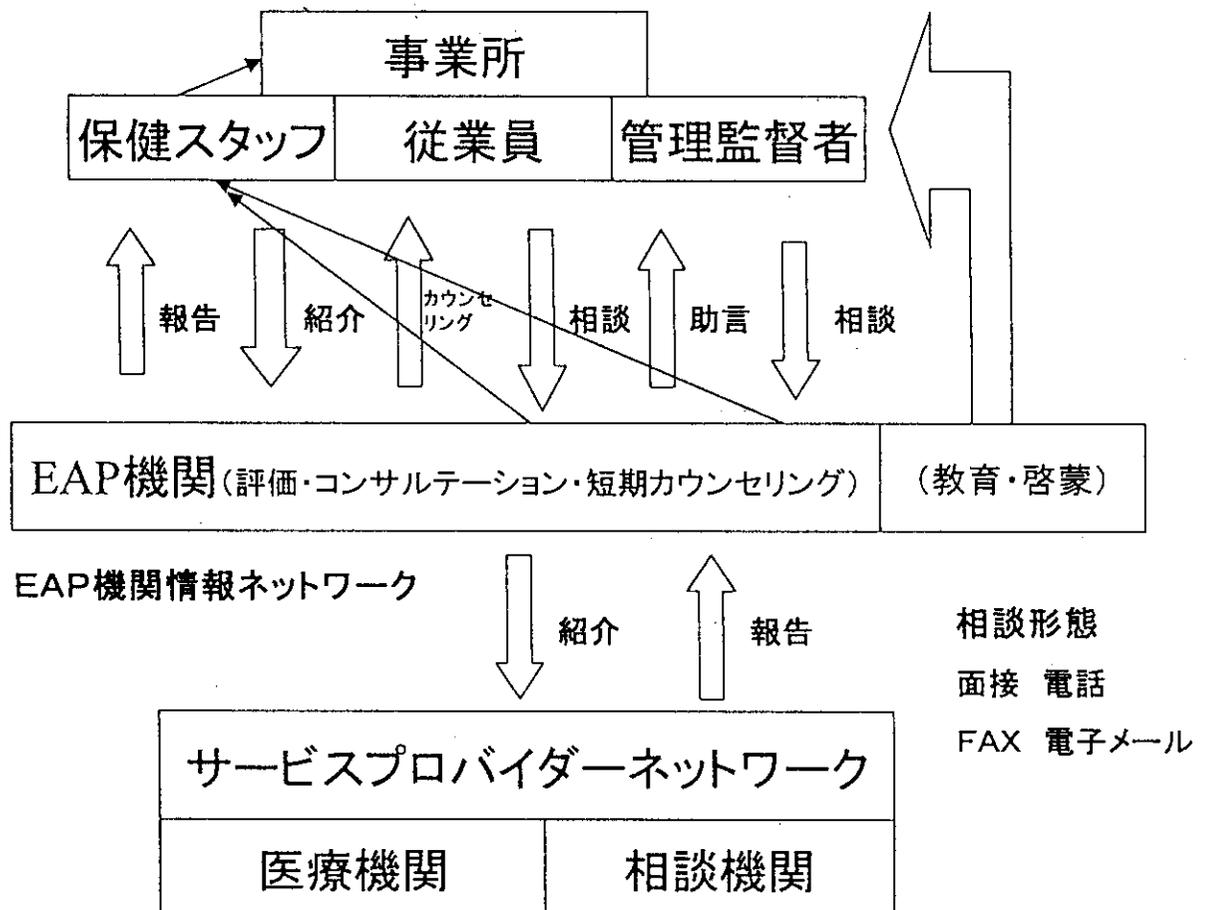
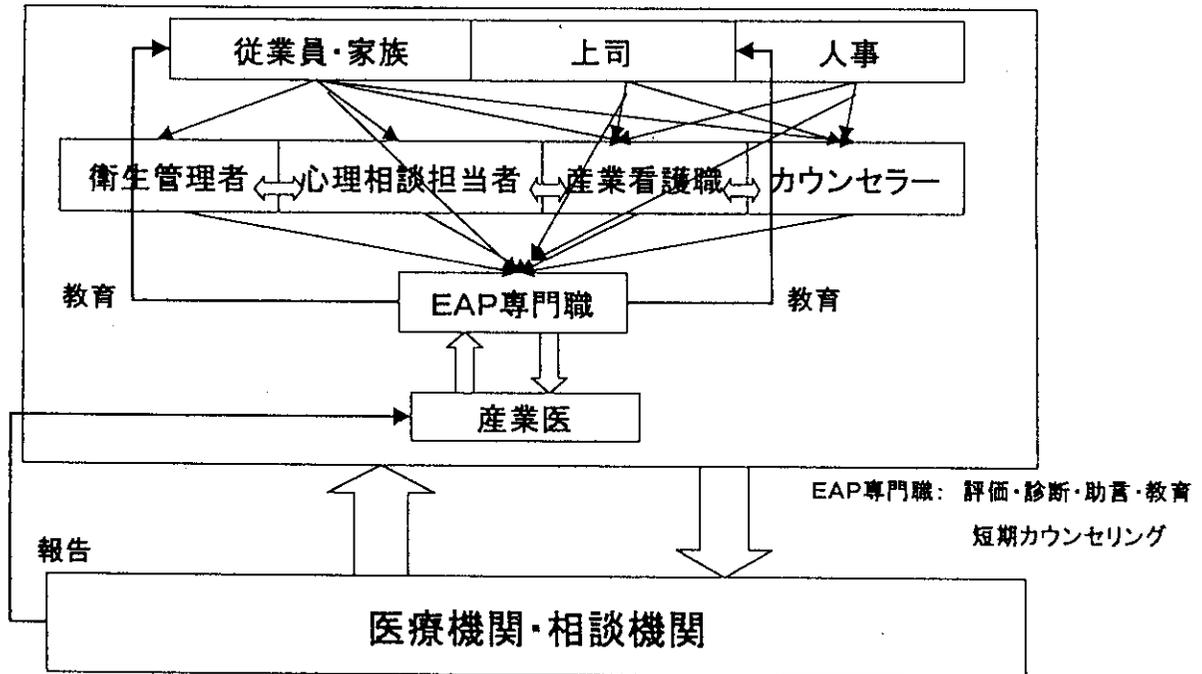
		%
歓迎すべき	27	36.5
日本になじまない	1	1.4
精神科を衛生法に組み込む	25	33.8
産業保健センターで精神科医	19	25.7
その他	2	2.7
計	74	100.0

		%
こころの健康に関する啓蒙	38	51.4
企業と連携して相談を受ける	18	24.3
カウンセリングの実施	6	8.1
精神科治療－外来のみ	6	8.1
精神科治療－入院・外来	1	1.4
その他	5	6.8
計	74	100.0

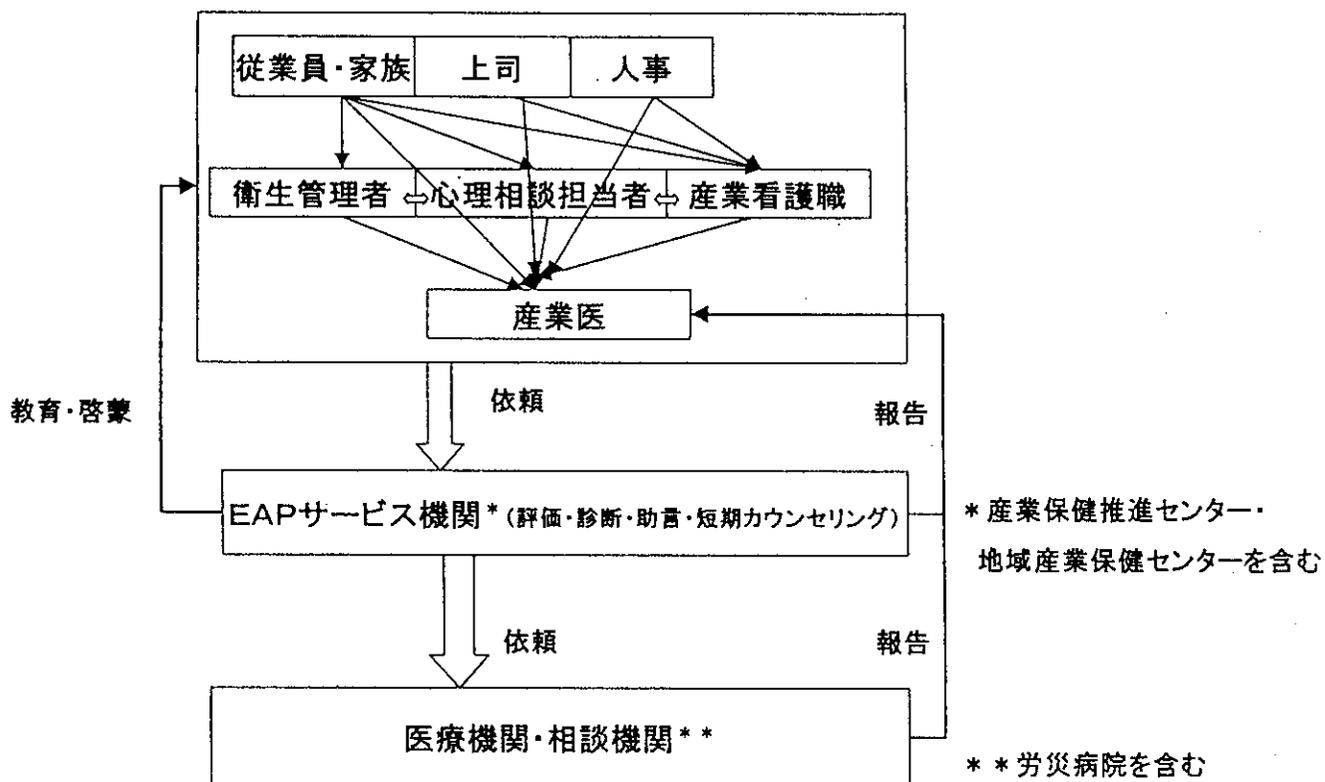
		%
同等に相談を受けるべき	6	10.5
連携して相談・紹介すべき	28	49.1
就労援助相談を主体にすべき	18	31.6
その他	5	8.8
計	57	100.0

		%
チェックリストと面接	2	5.3
自己診断にとどめるべき	18	47.4
インターネットを利用	7	18.4
健診時に問診し面接	9	23.7
その他	2	5.3
計	38	100.0

(図 20.) 内部EAPモデル(大規模事業所)

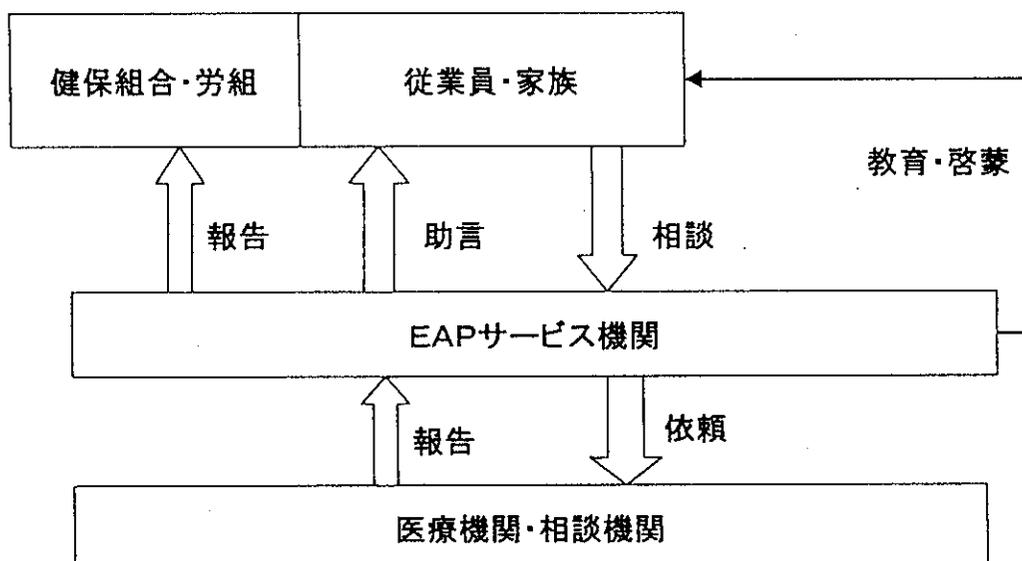


(図 21.) 外部EAPモデル(中小規模事業所:事業主契約)



(図 22.)

外部EAPモデル(健康保険組合・労働組合等契約)



精神保健福祉情報の整備に関する研究

分担研究者 竹 島 正

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

精神保健福祉情報の整備に関する研究

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：本研究は、平成10年6月30日調査結果をもとに精神保健福祉の現況と課題を検討し、またサーベイランス機能の観点から、今後の調査のあり方と調査結果の活用について考察したものである。研究の結果、今後の精神保健福祉情報の構築の方向が明らかになった。

社会復帰率を高め、長期在院を減少させる医療の推進には、入院後3ヶ月の患者残留率を引き下げようような方策が必要と考えられた。また在院患者の高齢化は進行しており、医療とケアのニーズの変化に対応した精神科医療の機能区分が必要であり、具体的には一般病床と療養病床の機能的な区分、一般病床における精神科医師配置の強化が重要と思われた。精神科デイケアや社会復帰施設等は今後も実施施設が増加するため、サーベイランスを強化する必要がある。

6月30日調査は、これまで在院患者に関する調査が主であったが、精神保健福祉に関する総合的な情報として、調査項目を地域精神保健の方向に合わせて見直すとともに、都道府県等への情報のフィードバックを進める必要がある。

A 研究目的

社会経済の構造改革が進むなか、精神保健福祉も医療とケアのニーズの変化に応じた改革が求められている。

現在進められている精神保健福祉法の改正においても、①精神障害者の人権に配慮した適正な医療の確保、②緊急に入院が必要な精神障害者の移送、③保護義務の軽減、④精神障害者の保健福祉施策の充実等、重要な内容が含まれている。また医療法の改正においても、精神病床に一般病床と療養病床という新たな機能区分を設けることの必要性について検討が行われている。

このように精神保健福祉は大きな転換期にあり、サーベイランス機能の強化は重要な課題である。

この研究では、統計資料をもとに精神保健福祉の現況と課題を検討するとともに、今後必要とされるサーベイランス機能のあり方について考察した。

B 研究方法

厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課は、毎年6月30日付で精神医療、デイケ

ア施設、社会復帰施設等の調査を行い、その概要を「我が国の精神保健福祉」に公表している。この調査は我が国の精神保健福祉の状況を知るうえで貴重な資料となっている。

本研究は、平成10年6月30日調査結果をもとに精神保健福祉の現況と課題を検討し、またサーベイランス機能の観点から、今後の調査のあり方と調査結果の活用について考察したものである。検討に当たっては次のことに重点を置いた。

- ① 精神医療の基本データについて年次変化を捉えるとともに、大学、国公立、民間病院の機能について検討する。
- ② 精神医療に新たな機能区分を設けることの必要性について検討が行われていることから、医療体制と入院状況等の関連性について考察する。
- ③ 平成10年6月30日調査で新たな調査項目となった、患者残留率について検討を行う。
- ④ 急速に普及が進んでいるデイケアや社会復帰施設等の状況について検討する。
- ⑤ 精神保健福祉に関するサーベイランスの観点から、6月30日調査の今後の在り方

について考察する。

C 研究結果

1 基本データの経年的観察

1) 長期経過による観察

「我が国の精神保健福祉」昭和46年版以降に掲載されている統計資料から、継続してデータの得られる項目について動きを観察した。

(1) 病床数と在院患者数

昭和60年まで在院患者数が病床数を上回っていたが、昭和62年からは病床数が在院患者数を上回るようになった。さらに平成5年以降は、病床数、在院患者数とも緩やかな減少傾向にあるが、在院患者数の減少率の方が大きいので、徐々に空床が拡大しつつある。また人口万対病床数も昭和62年頃から横ばい、平成5年以降は減少傾向にある(図1, 2)。

(2) 入退院状況と平均在院日数

新入院・退院患者数は年間で約4千人ずつ増加しているが、平均在院日数は年間で約5.8日ずつ減少している。高齢化した長期在院患者の退院率は低いと考えられるため、平均在院日数の減少の要因は、新入院患者の増加と入院期間の短縮化が影響していると思われる(図3, 4)。

(3) 疾患別・入院形態別在院患者数

疾患別の在院患者構成比率では、器質性精神障害の増加以外に変化は乏しい。平成10年に「精神分裂病」が約2%増加し、「その他」が減少しているが、このことには平成10年からICD-10分類が採用され「精神分裂病」が「精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害」となったことも影響も考えられる(図5)。

入院形態別の在院患者比率では、昭和63年に現在の入院形態となってから、任意入院が増加し、医療保護入院と措置入院が減少してきたが、その変化は鈍化しつつある(図6)。平成10年の入院形態別の在院患者比率は、任意入院69.6%、医療保護入院約27.5%、措置入院1.3%、その他1.6%である。

(4) 在院患者の高齢化の状況

在院患者全体と主な疾患別の双方とも、在院患者に占める65歳以上の比率は増加しており、平成10年においては全入院患者に占める65歳以上の比率は30.9%となっている。また在院患者の61.3%以上を占める精神分裂病についても20.2%が65歳以上となっている(図

7)。

平成10年調査においては、これまで「20歳以上65歳未満」と一括されていた在院患者の年齢区分が、40歳で区分された。全在院患者と精神分裂病について見ると、「20歳以上40歳未満」がそれぞれ12.9%と14.6%、「40歳以上65歳未満」がそれぞれ55.4%と64.6%で、在院患者全体の86.3%は40歳以上となっており、精神病院内の高齢化が進行している(図8)。

このため、すでに高齢に達した、あるいは高齢が迫っている多数の在院患者の医療とケアのあり方について、具体的な方向を示すことが望まれる。

2) 精神医療に関する分析

平成10年調査をもとに、精神医療の状況を検討した。

(1) 国公立病院と民間病院の比較

a. 医療体制

医師、看護職員等、常勤専門職員1人当たりの受け持ち患者数では、大学、国公立病院、民間病院で大きな差がある(表1)。新看護体制の取得は、平成10年で79.5%となっているが、開設者別に見た看護体制の取得状況では、「3対1」以上の看護体制の取得は、大学98.8%、国・都道府県立94.3%、公立77.2%、法人・個人25.0%であり、大学、国公立と民間病院に大きな差がある(図9)。

b. 在院期間別患者比率

平成10年の在院期間別患者比率は、「1年未満」28.1%、「1年以上5年未満」26.3%、「5年以上」45.6%である。この比率は、病院開設者によって大きく異なる。在院期間1年未満の割合は、大学病院>国・都道府県立、公的病院>法人・個人であり、在院期間5年以上の割合は、大学病院<国・都道府県立、公的<法人・個人である(図10)。在院期間別患者比率の違いは、患者構成自体が異なるため単純な比較は困難であるが、高齢期を迎えた長期在院患者の処遇の問題は、民間病院にとって、より深刻な課題となっている。

c. 開設者と疾患別在院患者比率

開設者と疾患別在院患者比率では、大学病院で気分障害、神経症性障害が明らかに多い。また国・都道府県立に比べ、法人・個人で器質性精神障害による在院比率が高い(図11)。

d. 入院形態別の在院患者比率

入院形態別の在院患者比率では、都道府県

立病院に医療保護入院が多いものの、措置入院率に大きな違いはなく、在院患者に占める措置入院患者の比率は、大学病院 0.7%、国・都道府県立病院 1.8%、公的病院 1.2%、法人・個人病院 1.3%である（図 12）。

e. 病床の閉鎖・開放率

病床の「終日閉鎖」の比率は、大学病院 44.5%、国・都道府県立病院 43.8%、公的病院 47.7%、民間病院が 52.3%であり、民間病院がやや高いものの、大きな差はない（図 13）。

(2) 専門医療等

近年、充実が求められている専門医療では、アルコール専門病床 4,852 (4,375) 床、薬物依存専門病床 0 (40) 床、児童思春期専門病床 741 (494) 床の報告となっている。また痴呆性疾患専門病床は 13,333 (9,972) 床で、急性期治療病床は 5,512 (1,812) 床である（カッコ内は平成 9 年調査）。

ここで報告のあった専門病床は、定義づけを明確にしたものでも、医療保険制度の背景を持った病床について正確な報告を得たものでもない。あくまで概況として理解すべき数値であるが、薬物依存専門病床等は政策的に必要とされながら整備が進んでいない。

また措置入院患者数は全国で 4,293 人、そのうち 5 年以上の在院は 2,477 人である。人口 100 万対では、平均が 19.7 人であるが、東京の 0.7 人から鹿児島島の 95.9 人まで大きな差がある。このような大きな差が存在することは、重症患者に対する専門医療の位置づけを明確にする必要を示唆するものである。

2. 医療体制と入退院状況

医療体制とアウトプットとしての医療効果の検討は、今後の精神医療のあり方を考えるうえで重要な事項である。もちろん医学的に十分な根拠のある検討を行うには、諸条件のコントロールが必要であるが、そのような体制と資料が整うまでは既存の資料から情報を得る努力を行うべきである。

大学、国公立病院の医療体制が民間病院より手厚いことは先に述べた。ここでは公立・民間の枠にとらわれることなく、医療体制の違いがアウトプットとしての医療活動にどのように表れているか、6 月 30 日調査をもとに検討する。

全病院と民間病院（法人+個人）について、看護体制と医師 1 名当たり受け持ち患者数で

区分し、平成 9 年 6 月中に入院した患者が 1 年間にどれくらい家庭復帰あるいは社会復帰施設に退院しているか（仮に社会復帰率と呼ぶ）を検討した。この結果、医師 1 名当たりの患者数が少なく、看護体制が高い方が、社会復帰率が高く、「医師 1 名当たり患者数 32 人未満、3 対 1 看護以上」と「医師 1 名当たり患者数 48 人以上、6 対 1 看護」では、1 年以内の社会復帰率に、全病院、民間病院とも約 25%の違いがあった。また「看護体制」と「医師 1 名当たり受け持ち患者数」を比較すると、医師 1 名当たりの受け持ち患者数の変化がより明確に社会復帰率に反映している。この結果は、社会復帰率を高める医療体制強化の方向を示すものと考えられる（図 14, 15）。

3. 患者残留率等の分析

平均在院日数は、国際的によく用いられている計算方式と、日本の計算方式は全く異なっている。国際的によく用いられているのは、退院患者の平均在院日数、あるいは 50%の患者が退院する日数（中央値方式）である。平成 10 年調査では、平成 9 年 6 月中に入院した患者数について、平成 10 年 5 月までの 1 年間、1 ヶ月単位で退院状況（家庭復帰、社会復帰施設、転院、死亡）の報告を得ている。この結果から退院後 1 年までの患者残留率を求め、さらに残留率の違いと、開設者、地域ブロック、デイケア実施の有無の関連性について検討した。

1) 開設者と残留率

入院後 1 年の患者残留率は全病院平均で 17.4%である。入院後 3 ヶ月までが残留率の減少が最も大きく入院後 3 ヶ月で約半数が退院している。中央値方式による平均在院日数は約 90 日になる。

開設者別では、医療スタッフの配置の多い、大学、国公立病院で残留率が 10%未満であり、法人・個人病院では 20%前後であることがわかった（図 16）。

ところで、国・都道府県立にも、国立療養所のような単科精神病院から「総合病院の精神科」まで多様な病院が含まれている。このため、国・都道府県立を「単科精神病院」「一般（精神病床 80%以上）」「一般（精神病床 80%未満）」の 3 つに区分して患者残留率を求めたところ、「単科精神病院」と「一般（精神病床 80%以上）」の残留率はそれぞれ、10.3%、

10.4%であり、「一般（精神病床 80%未満）」の残留率 4.8%とは差があった（図 17）。

2) 地域別に見た患者残留率の検討

全国を9ブロックに分け、地域別の患者残留率を検討したところ、地域別の残留率の差は少なかった。各ブロック間の人口10万対在院患者数は全国平均から最大1.8倍、最小0.7倍、新入院患者数は、最大1.5倍、最小0.7倍でほぼ同様であった（表2, 3）。地域ブロック別に見ると、人口万対病床数、人口万対新入院患者数で最大2倍程度の地域較差がありながら、患者残留率では比較的差が小さい。このことは、精神医療の新たな機能区分を検討するに当たって、地域性を加味すれば精神科治療病床の整備目標数の推定が可能であることを意味するものと考えられる（図 18）。

3) デイケア実施の有無と患者残留率

デイケア実施病院は531（31.9%）で、その内訳は大学病院12（14.3%）、国・都道府県立55（43.0%）、公的27（20.9%）、法人・個人437（33.0%）である。全病院と法人・個人病院について、デイケア実施の有無と患者残留率をグラフにすると、全病院、法人・個人ともデイケア実施病院が未実施の病院よりも患者残留率が低く、デイケア実施が在院期間の短縮に寄与する可能性が示唆される（図 19）。

4) 退院までの期間

平成9年6月に入院した患者の、退院の月別比率（家庭復帰、社会復帰施設、転院、死亡退院）を示したが、家庭復帰は2ヶ月にピークがあり、実際の入院治療が4ヶ月位を退院の目途として行われている。このことから現状の急性期・亜急性期の治療期間は4ヶ月程度と考えられ、デイケアの実施、社会復帰施設の充実、地域ケアシステムの整備を含めて病院内外の環境を整えば、さらに在院期間の短縮が進むと考えられる。

転院は都道府県立病院から1ヶ月以内が最も多い。また新入院患者の死亡退院は入院後1ヶ月以内が最も多く138人であり、1年間で平成9年6月に入院した患者25,535人のうち758人（3.0%）が死亡している。このなかには高齢者も多数含まれていると思われるが、合併症対策、自殺予防等、精神医療充実の方策を検討するためにも、新入院患者の死亡の分析が必要と思われる（図 20, 21, 22, 23）。

4. デイケア、社会復帰施設等の状況

1) 精神科デイケア等

精神科デイケア等の実施施設数は増加しており、それぞれの利用実人員は平成9年6月1ヶ月間で、精神科デイケア35,016人、ナイトケア1,870人、デイナーケア4,517人、老人性痴呆疾患デイケア4,130人である。また1人1ヶ月当たりの利用回数（延べ利用人数を実利用人数で割ったもの）は、精神科デイケア9.6回、ナイトケア9.3回、デイナーケア10.4回、老人性痴呆疾患デイケア11.4回となっている。

2) 社会復帰施設等

社会復帰施設等も増加しており、平成10年調査（平成9年度）の定員は、生活訓練施設2,686人、福祉ホーム919人、授産施設2,869人、福祉工場210人、グループホーム2,618人となっている。利用前の状況では、通所授産施設、福祉工場以外は、精神病院に入院していた者が多く、全体の53.8%である。また退所後は、家庭復帰35.4%、就労12.4%で、精神病院に再入院は31.8%となっている（図 24, 25）。

精神科デイケアおよび社会復帰施設の利用者は急速に増加しており、今後も増加が続くと予想される。例えば平成9年6月に入院した患者のうち、社会復帰施設に退院した患者は6.0%であるが、このうち約3分の1が再入院していると考えれば、社会復帰施設の効率的な運営を図るための医療との連携、優れた地域ケアシステムの検討は重要な課題である。

5. 6月30日調査項目のサーベイランスの観点からの検討

6月30日調査は厚生省障害保健福祉部精神保健福祉課から全国都道府県・政令指定都市に依頼して実施される調査で、全国すべての精神病院、社会復帰施設等の情報が得られることが特徴であり、近年、調査項目の充実が図られ、平成10年には新入院患者の退院状況に関する報告を得られるようになった。

表3に平成10年の調査項目を挙げたが、精神保健福祉のサーベイランス機能として6月30日調査を捉えたとき、次のことが課題と考えられる。

- ① 精神保健福祉法の改正が続くなかで、法施行状況の全体を見ることができ

よう、調査項目を編成すること。

- ② 地域精神医療の方向に沿って、新入院、外来患者の状況に関する調査項目を設けること。
- ③ 調査結果が、都道府県・政令指定都市の施策推進、医療機関等の取り組み推進に活用できるよう情報のフィードバックを行うこと。
- ④ 調査実施マニュアルの整備等により調査負担を軽減するとともに報告の精度を高めること。

D. 考察

精神病院在院患者数は減少に転じており、そのなかで精神病院在院患者の高齢化が着実に進行している。特に在院患者の86.3%が40歳以上であり、30.9%が65歳以上であり、在院患者の高齢化はさらに進むと思われる。高齢化の背景には、退院困難な長期在院患者の蓄積と高齢化、若年患者の入院期間の短縮と病態の変化がある。国民に必要な精神医療を提供するためには、現在進められている精神医療の新たな機能区分と長期入院患者の療養のあり方に関する検討をさらに促進することが必要と思われる。

医療体制（常勤医師1人当たりの受け持ち患者数と看護体制）と社会復帰率の関連を検討したところ、新入院患者の社会復帰率を高めるため、最も効果的であり得るのは、精神病院における精神科医師の配置を増やすことと考えられた。精神科医師の配置を増やすことは、患者の処遇に最も責任を持つ医師が病棟で患者に接する時間が増えることにポイントがあると思われる。しかし医師数と看護婦数が国公立病院より少なくても高い社会復帰率を実現している民間病院があることは事実であり、病棟に勤務する医師数を増やすことを基本に、医療機能を高める院内システムについて対象研究が必要である。

患者残留率の分析から、入院後3ヶ月時点の患者残留率の違いが1年時点の残留率にほぼ反映されることがわかった。このことは、3ヶ月時点の患者残留率を低下させる医療を押し進めることが、結果として入院後1年の患者残留率の減少、ひいては長期在院の減少につながることを意味している。また精神科デイケアの実施も、早期退院の実現により患者残留率を低下させる可能性がある。

我が国の中央値方式による平均在院日数は90日程度と推定される。また、急性期・亜急性期治療の期間は、現状では4ヶ月を上限と捉えることが妥当と思われる。

新入院患者の1年後の残留率17.4%は、諸外国のNew Long Stayの残留率より著しく高いという印象が持たれるかも知れないが、今回算出した残留率が痴呆性疾患等を含めたケアミックスの状態を反映した数値であることに留意する必要がある。諸外国との数値間の直接比較は困難と考えられる。

国・都道府県立病院と民間病院の役割の違いは、6月30日調査では必ずしも明確にならなかった。しかし大都市圏の都道府県立病院に、早期の転院率の高い病院、患者残留率が非常に低い病院がいくつか見られ、精神科救急等に機能を特化させている病院があることがわかった。また措置入院患者数の都道府県間の著しい差異は、重症患者に対する専門医療設置の必要性を、逆に明らかにするものと考えることができる。また精神科専門医療で、政策的にも重要となっている薬物依存専門病床等の設置推進には誘導が必要である。

地域ブロック別の新入院患者の状況等から、地域別に必要な急性期治療病床数は、地域ブロックの特性を加味することで推定は可能と思われる。また推定数を明らかにすることは、国公立病院および民間病院の機能転換を促す意味があると思われる。

デイケア、社会復帰施設は急速に増加しているが、どのような運営や地域条件の整備が社会復帰率を高めるかについては十分な情報が得られていない。このため運営実績や地域環境の異なる地域・施設間の比較研究を通して、施設の機能を十分に発揮する運営のあり方、医療との連携、地域ケアシステム等について具体的な情報を得る必要がある。

6月30日調査は我が国の精神保健福祉に関するきわめて重要な資料である。この資料の価値をさらに高めるためには、地域精神保健の方向を捉え、かつ精神保健福祉法の運用状況をとらえる資料としての調査項目の組み立てを検討するとともに、現在、調査協力を得ている都道府県等の機関への情報のフィードバックを進める必要がある。

E. 結論

6月30日調査は新たに患者残留率に関する

る項目が追加されたことで、我が国の精神保健福祉に関してさらに貴重な情報が得られるようになった。この研究においては6月30日調査の検討をともに、今後の精神保健福祉情報に関する整備の方向を明らかにした。

現在課題となっている精神医療の機能区分のあり方に関して、患者残留率および医療体制から、社会復帰率を高め、長期在院を減少させる医療の推進には、患者残留率の普及を進めるとともに、入院後3ヶ月の患者残留率を引き下げよう方向が有効と考えられた。また長期在院患者の高齢化、医療とケアのニーズの変化に対応した精神科医療の機能区分が必要であり、具体的には一般病床と療養病床の機能的な区分、一般病床における精神科医師配置の強化が重要と思われた。また精神科一般病床の地域特例を配慮した必要数の推定は可能であると思われた。

精神科デイケアや社会復帰施設等は、今後も実施施設が増加するため、より社会復帰率を高める運営のあり方、地域システムの構築について検討を進める必要がある。

6月30日調査は精神保健福祉に関するサーベイランス機能として重要であり、調査項目を地域精神保健の方向に合わせて検討するとともに、都道府県等への情報のフィードバックを更に進める必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし