

専門病棟の国際比較に関する研究：米国精神科入院医療の支払方式

分担研究者 伊藤 弘人 国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室 室長

研究要旨：精神科医療の地域化や専門的医療の充実に資するために、米国における精神科入院医療の支払方式についての研究を実施した。**研究方法：**先行研究および精神科医療における専門家の聞き取り調査に基づいて、（1）米国の精神科入院医療における支払方式の動向、（2）支払方式に関する理論的な整理、（3）支払方式に対する民間病院の反応について整理し、最後にわが国への示唆をまとめた。**結果：**米国では、民間保険の適用領域が制限されたことに対応し、精神科医療は「急性期」医療を充実させた。また州立病院の脱施設化施策で退院した高齢の精神障害者に対しては、高齢者保険である Medicare を通して急性期医療を提供した。低所得者保険である Medicaid の適用領域が変化したことにより、病院ではなく、ナーシングホームで長期療養ケアを提供した。診断群別定額支払方式の適用は免除されたが、他の方法による資源の効率的利用を促す保険への対応のために、組織マネジメント能力を高めた。さらに、入院需要の減少に対応するために、外来医療、部分入院、在宅サービス、居住施設を充実させた。低所得者保険である Medicaid にマネジドケアが導入されたことにより、地域精神保健福祉プログラムや一般医療との連携を強化した。**まとめ：**米国では精神科医療への支払方式の変化に伴い、提供する医療内容は急性期医療の充実と、より地域に近い精神保健医療サービスの充実を進めていた。

A. 研究目的

精神医療の地域化や専門的医療を考える際、経済的な側面を検討することは重要である。なぜなら、保健医療領域の中で、精神科医療は経済的インセンティブの影響を強く受けるためである。加えてわが国の精神科医療における民間精神科医療施設の役割は少なくなく、経済的な側面の検討なくしては、現実的にこれからの方向性を提示することは困難である。

そこで、本論では、これまであまり紹介されていない、米国の精神科入院医療の支払方式の

動向と、その研究成果についてまとめる。米国を取り上げた理由は、その他の国の多くは公的医療施設がほとんどで支払方式について民間医療施設の多い日本と近いのは米国であること、また支払方式に関する研究の蓄積が米国には膨大にあることからである。

B. 研究方法

研究は、米国の精神科医療に関する先行研究や専門家からの聞き取り調査に基づいて行った。

分析は、(1) 米国の精神科入院医療における支払方式の動向、(2) 支払方式に関する理論的な整理、(3) 支払方式に対する民間病院の反応について整理し、最後にわが国への示唆をまとめた。

(倫理面への配慮)

本研究では、先行研究による学術的蓄積をまとめるという手法を採用したので、倫理面における問題は発生しなかった。また参考にした先行研究は参考文献として本分担研究報告書の最後に示した。

C. 研究結果

1. 米国における支払方式の動向

1-1) 篤志家による人道的な活動

米国では、保険制度のなかった時期から、すでに民間病院は人道的な精神科医療を始めていた。1752年に米国で初めて設立されたペンシルバニア総合病院には、医療サービスのひとつとして精神障害者ケアが含まれていた。その後英国の Tuke 卿に代表される「道徳療法 (Moral Treatment)」の影響を受け、米国では 19 世紀前半に開放的な環境づくりと身体拘束や懲罰を最小限にする民間精神科病院の前身が設立された。すなわち McLean (マサチューセッツ州)、Bloomington (ニューヨーク州)、Hartford and Brattleboro Retreats (ニューイングランド)、Sheppard and Enoch Pratt Hospital (メリーランド州)、Institute of Pennsylvania Hospital (フィラデルフィア州) である。なお、18 世紀後半から 19 世紀にかけて、医療施設を整備するために大規模な病院が設立され、州立の単科精神科病院も増加した。

1-2) 政策的関与による追い風

20 世紀に入り、1902 年にニューヨークの Albany に初めて総合病院精神科病棟が建設された。また 1906 年にミシガン大学病院に初めて精神科治療のための病院が設立され、1912 年にアドルフマイヤーがジョンズホプキンス大学にヘンリーフィリップクリニックを設立するなど、民間精神科医療の大学での基盤が確立していった。20 世紀半ばで特筆すべき点は、第二次世界大戦時に精神科医が、徴兵制度におけるスクリーニングへの参加や兵士の精神症状への対応に積極的な役割を果たしたことである。政府はこれらの貢献への期待も含めて精神医学教育と研究へ助成し、精神科医療の中心は、総合病院精神科から単科精神科病院とそこでのプログラムへとシフトした。国の政策を支援することが、精神科医療の発展の追い風になったのである。

ただし、これらのプログラムの効果が明確ではなかったこと、また専門家間で診療に大きなばらつきがあったことなどから、他の医療専門家や国民は精神科医療に対する疑問を持つようになった。特に保険会社などの支払者は、長期ケアが必要な慢性的な障害、精神障害および結核の治療・ケアを民間保険の対象外としていた。

しかし、1954 年に Blue Cross Blue Shield が精神障害の急性期治療のみを含める方針を示してから (年間診療日数を制限する等)、抗精神病薬の導入も影響し、中小規模の精神科病院や総合病院精神科が、精神科入院医療の中心的役割を担うようになった。特に総合病院における精神科が増加した。

1-3) 公的保険と民間病院：急性期医療の評価とナーシングホームの役割の増大

精神科急性期医療の増加は、1960 年代の半ばの 2 つの公的保険の創設によって加速化した。

第一は 1966 年に施行された 65 歳以上の高齢者のための Medicare プログラムである。1972 年にこのプログラムは若年の障害者にも適用されるようになった。このプログラムによって米国民の民間精神科医療のアクセスは格段によくなった。ただし、その力点はどちらかというところ総合病院精神科へのアクセスであり、単科精神科病院への入院は生涯で 190 日という上限が決められていた。

この頃、州立精神科病院の縮小・閉鎖を中心とした政府による脱施設化施策が進められていたため、Medicare 受給者である多くの高齢の退院患者は、増悪時に急性期精神科入院医療を受けることになった。民間精神科医療施設は、短い期間の濃厚な入院医療を提供するようになった。また、総合病院精神科や単科精神科病院は、高齢者のための専門プログラムを開発した。

公的保険の第二は 1965 年に制定された低所得者のための Medicaid プログラムである。このプログラムの運用は州政府が行うが、予算自体は連邦政府が支払う。多くの州政府では、このプログラムの対象から単科精神科病院での医療費を除外した。しかし総合病院での精神科医療や低所得者層への長期療養ケアはこのプログラムで支払われた。そのため、脱施設化によって州立精神科病院を退院した精神障害者を、民間のナーシングホームが受け入れるようになった。州政府は、ケアへの費用を、州立病院から Medicaid で支払われるナーシングホームへシフトさせたのである。その費用は連邦政府の支援の約 60%に達した。

その結果、長期療養ケアの費用を支払うことのできる患者は、民間の単科精神科病院で引き続きケアを受けることになった。また、単科病院は、Medicare の患者への急性期の短期ケアを

提供することになった。一方、Medicaid の患者は、民間の単科精神科病院ではなく、ナーシングホームでケアを受けることになった。

このような変化により、総合病院精神科でのサービスは、すべての保険をカバーする急性期精神科医療の中心的存在となった。1981 年には、精神科ケアのための Medicare の支出の 63%を総合病院が担い、精神科入院患者の 35%を担うようになった。精神科医や臨床心理士による外来も躍進した。ただし、保険がカバーする外来ケアの部分は短期ケアに限られるなど制限があった。

注目すべきは、民間のナーシングホームが、Medicaid 制度を通して、重度で持続的な精神障害者 (severe and persistent mental ill people) のケアを提供する新しい施設となったことである。痴呆患者はもはや州立精神科病院へは入院できなくなり、20 世紀後半は事実上ナーシングホームが、高齢者のための長期療養型精神科施設となったのである。

1-4) 診断群別定額支払方式と精神科医療：1980 年代から

米国では、保険のカバーする範囲の増大と医療技術の進歩により、総医療費が急速に高騰することになる。この問題に対処するために、レーガン政権は Medicare による病院への支払方式の改革にのりだした。1982 年の法律 (TEFRA 法) により、これまで出来高支払であった仕組みを、効率的な診断群別定額支払方式 (Diagnostic Related Groups/ Prospective Payment System: DRG/PPS) に変更した。すなわち、類似したケアの患者群を診断群別に分類し、退院時診断群別に支払う仕組みである。この仕組みにより、支払には、資源を効率的に使うインセンティブ

がかかることになる。

精神障害も14の診断群に分類されたが、診断と資源の利用とがどれほど関連があるのかが不明確であったので、単科精神科病院と総合病院の精神科ユニットでは、この方式の導入を免除された。一方、総合病院等で外科や内科のユニットに数床あるような「混在型」精神科病床にはDRG/PPSが用いられることになった。

TEFRA法における精神科医療へのDRG/PPSの適用の免除により、多くの精神科医療においてMedicareの支払いは引き続き出来高で行われることになった。しかし、1983年の改正で、この頃の年間費用と比較して、損失がある場合は病院側が負担し、より効率的になればボーナスを受け取るという仕組みが導入された（いわゆる総医療費制）。資源を効率的に使うインセンティブが別の方法で導入されたのである。

1987年のOBRA87法は、医療費の削減と効率的な資源の利用を促進するとともに、精神障害者のナーシングホームへの入所を制限するようになった。また入所者への精神科ケアを改善させる仕組みが導入され、向精神薬の使用を制限するようになった。改正されたOBRA89法では、外来精神科医療の支払いの上限をなくし、臨床心理士や社会福祉士のサービスへ直接支払えるようにした。

1-5) マネジドケアと民間病院

政府のこれらの医療費削減策は、民間セクターの役割を増大させた。最大の変化は、「損害を補填する」という考え方から、「マネジドケアを通して資源の消費をコントロールする」という考え方への変化である。医療を受ける前の事前審査と利用度審査によって、1980年代後半から1990年代にかけて、精神科医療を受けることは

制限されてきた。

これらの影響で、保険料における精神科医療に関する割合は1988年には6.1%であったものが、1996年には3.1%になった。また入院需要も減少し、在院日数も短期になった。民間の精神科医療施設は、(1)外来医療、(2)部分入院、(3)在宅サービス、(4)居住施設を伸ばし、入院医療による収入を補完させるようにした。ただし、外来医療数自体も減少したために、民間精神科医療施設は厳しい時代を迎えていることは、周知のとおりである。

営利の精神科医療施設チェーンは増加し、規模の経済を利用するために、チェーンに所属する単科精神科病院が主流となった。一方、営利精神科医療施設と営利マネジドケアは統合され、強力となっていた。このために、高コスト構造を有し、負債があり、理念先行型の非営利単科精神科病院は、上記のグループとの競争力に劣り、100年以上の歴史のある施設も、病床削減、買収および閉鎖されてきた。

1-6) 新しいモデルの出現

精神科医療は厳しい時代を迎えていることは確かであるが、新しいモデルも出現していることも事実である。ひとつは地域の主要勢力となっている大規模な大学の医療制度である。またマネジドケアが導入されたMedicaidでは、単科精神科病院の役割は増大し、地域精神保健福祉プログラムと連携をとり、重度で持続的な精神障害者のために一貫性のある効率的なケアを提供するようになっている。一般の保険の中に精神保健サービスを含む形態（Carved inタイプ）では、これまでのように家庭医やその他の専門医との連携が可能であり、民間精神科医療は一般医療との密接な関係をもてる利点がある。

2. 米国精神科入院医療における支払方式

以上の歴史からもわかるように、米国においては、精神科医療の経済分析の蓄積がある。そこで、精神科入院医療における支払方式に関して整理する。

1) 患者の分類方法の開発

1-1) 基本的な考え方

支払方式を考える場合、まず重要なのは、治療にかかったコストを反映する患者分類である。たとえばAグループとBグループの患者群で診療報酬が異なる支払方式を考えると、この場合、(1) Aグループの中の患者にかかるコストのばらつきが小さいこと、(2) AグループとBグループでは特徴が異なり判別可能なこと、(3) 医学的に意味のある分類であること、そして(4) 臨床現場で可能な分類方法であることが必要である (Eselius, 2001)。

また、分類方法自体は支払方式ではない。分類にしたがって、支払が決まっはじめて支払方式となるからである。その意味で、後に述べるように分類方法による影響と支払方式による影響は別々に検討する必要がある。

1-2) 診断群別定額支払方式

分類でもっとも有名なのは、診断群別定額支払方式 (Diagnostic Related Groups/ Prospective Payment System: DRG/PPS) である。類似したケアの患者群を診断群別に分類し、退院時診断群別に支払う仕組みである。統合失調症の患者は1入院あたりXXドルといった支払方式である。米国では、1982年にMedicareによる病院への支払方式を、出来高支払方式から、この診断群別定額支払方式に変更した。

精神障害も診断群に分類されたが、診断と資

源の利用 (すなわちコスト) とがどれほど関連があるのかが不明確であった。たとえば精神科以外のDRGは在院日数のばらつきの30~50%を説明できるのに、精神障害のDRGでは10%程度しか説明できなかった。このことは、Eseliusの基準のうち、(1) 同じ診断群内でもコストのばらつきが大きく、さらに(2) 異なる診断群においても在院日数に違いがないなどで判別が困難であったためである (3と4は満たしている)。このような問題があるため、単科精神科病院と総合病院の精神科ユニットでは、この方式の導入を免除されることになったのである。

1-3) その他の分類方法

米国では、DRG/PPSが精神科では十分にはなじまないため、それ以外の分類方法の開発も行われてきた。たとえば、診断群に性、年齢、重症度、合併・併存症、治療内容、紹介パターン、そして施設形態 (公私や一般病床の有無など) を加味した分類方法などである。しかし、それでも説明できるのは20%程度で、一般のDRG/PPSには及ばない。診療録から得られるデータから分類すると50%程度まで上がるが、多大な労力があるために実現可能性が乏しいようである。

2) 分類と支払方式の調整方法

2-1) 分類の前提

これまで述べてきたように、最善の分類方法が精神科ではいまだ開発されていない。精神科では、それに加えて難しい点がある。患者の分類による支払方式は、その前提に、(1) 分類内の患者のばらつきは各施設で類似していること、(2) 各組織内ではばらつきが平均化できる程度の数の患者を治療すること、(3) 各施設は効率

的な医療を提供していること、を仮定している。仮定が満たされた上で適切な支払方式が運用されれば、不必要なコストの削減や在院日数の短縮など、医療が効率的に行われることになる。

しかし精神科においてはこれらの仮定が満たされない場合がある。問題は、精神科医療施設が施設ごとで異なる特徴の精神障害者の治療・ケアを行っているという点である。ある特徴の患者群のみを対象とする医療施設もあれば、すべての患者群を受け入れる医療施設もある。入院形態も医療施設で異なる。これを McGuire ら (1987) は「系統的风险」と呼んでいる。

系統的风险が大きいと、上記の3つの前提が崩れるために、赤字となる医療施設と黒字となる医療施設とが出てきてしまう。ある分類の患者群のうち、手間のかかる患者を多く受け入れる医療施設では、分類内のばらつきが平均化せず、収入に見合わず赤字となる。一方、医療施設側から考えると、各施設では黒字とするために、(1) 手間のかかる患者を受け入れないようにするか、(2) 受け入れたとしても十分医療を提供せずに早く退院させるか、(3) 不用意に転院させるなどの行動をとる場合がでてきてしまう (Frank & Lave, 1986)。

Frank らによると、系統的风险の原因は、地域特性や施設の歴史的な紹介パターンや専門性による場合と、支払方式に対応するためによる場合とがあるとしている。

2-2) 支払方式による影響

以上は、患者群分類による問題点を説明してきた。次に分類した患者群ごとにどのような支払をするかが問題となる。一般に予見支払方式 (Prospective payment system) には、(1) 1退院あたりの支払、(2) 1日あたりの支払、(3)

患者1人あたりの支払がある。DRG/PPSは診断群ごとに1退院あたりの支払方式である。日本の診療報酬における包括支払は一般に1日あたりの支払方式が多い。一方介護保険は、利用者1人ごとに介護報酬の上限が決まっている患者1人あたりの支払方式である (なおサービスへの支払は主に1日・1回あたりである)。

それぞれの支払方式で、異なる経済的なインセンティブがかかる。1退院あたりの支払では、できるだけ入院コストを下げようとする。最も入院コストに関連するのは在院日数なので、在院日数を極力短くしようとする。一方、1人あたりの支払では、医療密度の濃い医療を提供することを抑えようとする。たとえば1日に投入する医療資源 (人員、薬剤、プログラム) は少なくしようとする。また、患者1人あたりの支払では、コストのかかる患者を避けようとする。

2-3) 系統的风险を抑える方策

分類方法と支払方式による影響を調整するために、いくつかの方策が開発されてきた。たとえば実績や現在のコストを加味したり調整したりする方法、患者特性や地域特性を調整する方法、支払の上限を設ける方法などがある。米国での経験では、精神科医療においては、逸脱例を考慮する方法、病棟ごとに支払額をかえる方法、在院期間で支払額をかえる方法が有効であるとされている。ちなみに、後者の2つの方法は、わが国においても、包括病棟や入院基本料でも採用されている方法である。

米国では、出来高支払の仕組みと予見支払の仕組みとも混在させる方式も提案されている (McGuire, 1986; Frank & Lave, 1986)。Frank らは、長期在院となる患者は、専門家による事前審査をしてはどうかとも提案している。Fries ら

は、短期入院患者には1退院あたりの支払方式で、長期在院患者には1日あたりの支払方式を採用するという方法を模索している(Fries, et al., 1993)。

3. 支払方式の変化と民間病院

米国における支払方式の変化、およびその理論的背景についてまとめた。一般に、先進諸国では、施設ケアから地域ケアへという地域精神保健施策に伴い、病床の削減のみが語られることが多い。しかし、米国における支払方式の変化は、保健医療制度全体の変化にも大きく影響を受けてきた。

支払方式の変化への民間病院の対応も単純ではない。これまでの動向をまとめると、民間病院は次の対応を模索してきたとまとめることができよう。

- (1) 徴兵制度という国の施策への積極的参加により、経済的・社会的支援を得た。
- (2) 民間保険の適用領域が制限されたことに対応し、保険が適用されていた精神科「急性期」の医療を充実させた。
- (3) 州立病院の脱施設化施策で退院した高齢の精神障害者に対して、高齢者保険である Medicare を通して、急性期医療を提供した。
- (4) 低所得者保険である Medicaid の適用領域に対応して、病院ではなく、ナーシングホームで長期療養ケアを提供した。
- (5) 診断群別支払方式の適用は免除されたが、他の方法による資源の効率的利用を促す保険への対応のために、組織マネジメント能力を高めた。

(6) 入院需要の減少に対応するために、外来医療、部分入院、在宅サービス、居住施設を充実させた。

(7) 低所得者保険である Medicaid にマネジドケアが導入されたことにより、地域精神保健福祉プログラムや一般医療との連携を強化した。

特に、最後の連携の強化は、これからの民間精神科医療施設の方向性として Gottlieb からも指摘しているところである。具体的には、(1) プライマリケア、(2) 地域の危機介入サービス、(3) 一般急性期医療や総合病院、ナーシングホームや地域保健サービス、(4) 公的サービスや大学との密接な連携を意味する。つまり一貫性を重視した柔軟なサービスの提供が、民間精神保健福祉サービスに求められる役割のモデルなのである。それには、「医療」の枠の範囲で考えるのではなく、予防活動も視野にいれ、利用者主体で、ニーズにあった柔軟な対応策を広範囲に検討する必要がある。

D. 考察

米国での経験は、具体的機能分化病棟である、児童思春期専門医療、アルコール・薬物依存プログラム、ストレスケア病棟、身体合併症病棟の構築にどのような意義を有しているのだろうか。まず、定額支払に関連する方法について整理する。

第1に、診断群別定額支払方式により、精神障害者の患者群ごとに診療報酬を設定する方法には、いまだ課題が多いという点である。この国際的にもチャレンジングな領域での学術研究は、今後も引き続き必要である。

第2に、1日定額支払い方式が考えられる。これはすでにわが国においては包括病棟として

存在する。より適切な包括病棟の支払方式を構築していくことは、現実的で、意義ある方向性であると考えられる。

それには、実際に適切な医療を提供されている医療内容をモデルとして、その医療が運用できる診療報酬を設定するという方法が必要である。

第3に、患者1人あたりの支払方式がある。介護保険における要介護認定方法もこの1方法である。精神科医療においては、特に重度で持続的な精神障害者への長期ケアの支払方式として、可能性があると考えられる。

E. 結論

米国では、民間保険の適用領域が制限されたことに対応し、精神科医療は「急性期」医療を充実させた。また州立病院の脱施設化施策で退院した高齢の精神障害者に対しては、高齢者保険である Medicare を通して急性期医療を提供した。低所得者保険である Medicaid の適用領域が変化したことにより、病院ではなく、ナーシングホームで長期療養ケアを提供した。診断群別定額支払方式の適用は免除されたが、他の方法による資源の効率的利用を促す保険への対応のために、組織マネジメント能力を高めた。さらに、入院需要の減少に対応するために、外来医療、部分入院、在宅サービス、居住施設を充実させた。低所得者保険である Medicaid にマネジドケアが導入されたことにより、地域精神保健福祉プログラムや一般医療との連携を強化した。

米国においては、Medicare における精神科医療の支払方式を DRG/PPS に転換するという経験から、多くの研究成果が生み出されてきた。しかし、その結果、精神科入院医療を適切に反映する患者分類方法と支払方式の「決定判」は

いまだ開発されていないというのが現状である。その理由を端的に言えば、「急性心筋梗塞」の治療の医療施設によるばらつきに比較して、精神障害グループの治療のばらつきが大きいためである。各医療施設は、赤字を避け利益を最大化するために、適切とはいえない患者の選別や早期退院がおこる危険性がある。精神科医療において経済的インセンティブが甚大であるのは、この理由のためである。

わが国においては、本論で述べた支払方式は、包括病棟や入院基本料などに少なからず採用されている。これが米国経験を参考にしたものかどうかは確認できないが、各関係者のよりよい精神科医療制度の構築のための努力の成果であるともいうことができる。

よりよい精神科医療の支払方式については、モデルとなる国はいまのところ見つからない。現在のわが国の支払方式を、粘り強くよりよいものにしていくことが、最善の策といえることができよう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 伊藤弘人．米国の精神科入院医療の支払方式．日精協誌 21: 1232-1235, 2002.
- 伊藤弘人．米国の民間病院は支払方式の変化にどのように対応してきたか？日精協誌 21: 587-591, 2002.
- 伊藤弘人．アメリカにおけるメンタルヘルスとその支援．教育と医学 51: 22-28, 2003.
- 伊藤弘人．日本の精神科医療と医療経済．こころの科学、2003（印刷中）．

- 福井里江、伊藤弘人. アメリカにおける精神科入院医療の変化. こころの臨床アラカルト、2003 (印刷中).
 - Ito H. A preliminary study of the Impact of Managed Care on psychotherapy in Massachusetts. IMAJ 45: 396-402, 2002.
2. 学会発表
- Ito H. Economic impacts on mental health policies in Japan. XIII World Congress of Psychiatry, Vol 1: 88-89, Yokohama, Japan, 2002.
 - Murakami M, Tomimatsu M, Kawabuchi K, Ito H. Contributing factors to inpatients global functioning: A preliminary study. XIII World Congress of Psychiatry, Vol 2: 17, Yokohama, Japan, 2002.
 - Ito H. Access to treatment in Japan. Symposium on Socio Economic Burden on Depression. XIII World Congress of Psychiatry, Yokohama, Japan, 2002.

H. 知的所有権の取得状況
なし

参考文献

1. Eselius L. Prospective payment for inpatient psychiatric services: A review of the evidence and key issues. Reports at the Committee on Reimbursement for Psychiatric Care (American Psychiatric Association), Washington, DC, 2000.
2. Frank RG, Lave JR. Per case prospective payment for psychiatric inpatients: An assessment and alternatives. Journal of Health Politics, Policy, and Law 11: 83-96, 1986.
3. Fries BE, Durance PW, Nerenz DR, Ashcraft LF. A comprehensive payment model for short- and long-stay psychiatric patients. Health Care Financing Review 15: 31-50, 1993.
4. Gottlieb GL, Shtasel DL. The private sector: History, current status, and future implications. (Talbot JA, Hales RE ed. Textbook of administrative psychiatry). American Psychiatric Publishing inc., Washington, D.C., 2001.
5. 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー、医学書院、2002.
6. McGuire TG, Dickey B, Shively GE, Strumwasser I. Differences in resource use and cost among facilities treating alcohol, drug abuse, and mental disorders: Implications for design of a prospective payment system. Am J Psychiatry 144: 616-620, 1987.
7. Talbot JA, Hales RE (ed.). Textbook of administrative psychiatry: New concepts for a changing behavioral health system. American Psychiatric Publishing inc., Washington, D.C., 2001.
8. 富松愈、井上和俊、長瀬輝誼、馬屋原健、松本義郎、他. 各専門病棟への診療報酬面での評価 (厚生労働科学研究障害保健福祉総合研究事業守屋裕文主任研究者「精神医療の地域化や専門的医療に関する研究」分担研究報告書)、2002.

－精神医療の地域化や専門的医療に関する研究－

各専門病棟への診療報酬面での評価

分担研究者 富松愈 三池病院 院長

研究要旨：専門病棟の診療報酬上の評価方法の開発に資するために、精神科急性期治療病棟における診療報酬とそれを出来高に換算したときの診療報酬の変化を比較した。**研究方法：**包括病棟の診療報酬および出来高換算を電子化している1病院の精神科急性期治療病棟において、2001年4月から2002年9月までに退院した215名における実際の包括支払および出来高換算による1日あたりの診療報酬を比較した。**結果：**出来高換算による診療報酬では特に入院期間が1ヶ月までの患者で高く、その後在院日数が長くなるほど1日あたりの診療報酬は遞減していた。一方、精神科急性期治療病棟入院料による実際の支払は退院期間によらず変化がなかった。**まとめ：**本結果は、精神科急性期治療病棟において、入院期間がおおむね1ヶ月までの短期退院患者群とそれ以上入院している患者群では出来高換算で把握できるコストが異なることを示している。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

長瀬 輝誼 高月病院院長
平川 淳一 平川病院院長
馬屋原 健 光の丘病院院長
松本 善郎 たなか病院副理事長
(以上、五十音順)
川淵 孝一 東京医科歯科大学大学院教授
伊藤 弘人 国立保健医療科学院室長

(1)コストの多くを占める人的資源の投入の分布をタイムスタディなどで測る方法、(2)コストを原価計算の手法を用いて測定する方法などがある。しかし、これらの方法は、多大の時間と経費が必要であり、さらに、間接コストの配賦方法が複雑であるため、議論の分かれるところである。

そこで本研究では、日常の診療活動において入手可能な方法から、コストを測定するために、包括病棟のレセプトとそれを出来高支払で行った場合の診療報酬との比較をするという方法を試みた。

A. 研究目的

精神医療の地域化や専門的医療を考える際、経済的な評価を適切に反映させる必要がある。本研究はその初期の段階として、現在の診療報酬制度における支払いと、実際のコストとを比較することを試みる。

実際のコストを測定するためには、

B. 研究方法

対象は、(1) 精神科急性期治療病棟を有し、(2) 医事情報を電子化しており、かつ(3) 包括病棟においても出来高換算の情報も記録している1病院である。

対象患者は、2002年4月から2002年9月までの18ヶ月に精神科急性期治療病棟を退院した全患者237名のうち、他病棟への転棟した15名および欠損値のある7名を除いた215名である。

調査項目は、性別、年齢、保険、主病名、入院歴の有無、入院形態、在院日数、診療報酬である。

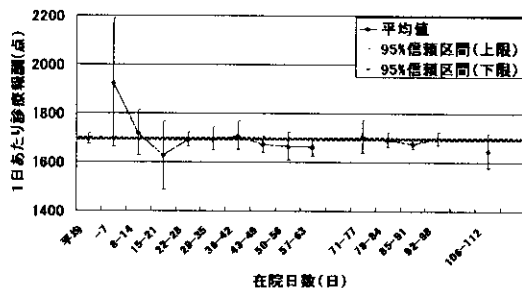
診療報酬については、実際に精神科急性期治療病棟入院料によりレセプト請求した診療報酬(以後、「包括診療報酬」とする)に加え、出来高支払で入院中に実施した診療内容を積算した診療報酬(以後、「出来高診療報酬」とする)を算出した。集計は、1入院あたりの合計を用いた。

出来高診療報酬については、平均値を1として、その変動を分析した。

C. 研究結果

1日あたりの平均包括診療報酬(95%信頼区間)は、1693.8(1671.1 - 1716.5)点であった。1日あたり包括診療報酬の在院日数別分布を図1に示す。在院日数が短い患者ほど、診療報酬点数のばらつきが大きい。どの患者グループにおいても、有意な相違はなかった。

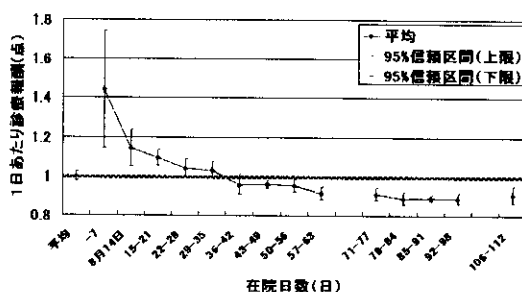
図1. 包括診療報酬分布



注: 在院日数ごとの平均得点であり、当該日数時点の平均得点ではない

当該入院を出来高診療報酬で換算し、1日あたり出来高診療報酬の在院日数別分布を示したのが図2である。平均1日あたりの出来高診療報酬を1とすると、在院日数が21日(3週間)までの患者グループでの1日あたり診療報酬は平均より有意に高かった。一方、在院日数57日(8週間)以上の患者グループでは、診療報酬は平均より有意に低かった。

図2. 出来高点数分布



注: 在院日数ごとの平均得点であり、当該日数時点の平均得点ではない

D. 考察および今後の研究について

現在の診療報酬制度は月ごとのレセプトが基礎となっているので、医事統計上もレセプト単位となっている。しかも各月の

レセプトは独立しているために、一般には各月のレセプトを入院単位につなぐ作業も困難なことが少なくない。本研究の協力病院はレセプト情報が電子化されているために、患者の1入院あたりにつなぐことができた。さらに、この病院では包括支払病棟においても出来高診療報酬額も記録していたために、今回の分析が可能となった。

実際に提供した医療内容をある程度反映している出来高診療報酬の分布は、在院日数が3週間までの患者は高く、在院日数が長くなるほど有意に低下していた。このことは、在院日数が短い患者の方が濃厚な医療を提供されていることを意味する。

しかし、実際に支払われている包括診療報酬では、恐らく精神科専門療法の施行密度の濃淡を反映している分、若干のばらつきはあるものの在院日数による診療報酬に有意な差はなかった。このことは、収入と仮想される費用との差は、在院日数が短い場合は、長い場合より小さいことを意味する。

このような支払方式は、医療施設が受け入れようとする患者グループを医療施設側が選択する危険が出てくる可能性がある。これは、McGuireら(1987)は「系統的风险」と呼んでいる(伊藤、2002)。

系統的风险が大きいと、医療施設は患者グループのうち、手間がかかり収入に見合わない患者受け入れないようにする、と

いう事態がおこることになる(Frank & Lave, 1986)。また、1人1日定額支払では、医療密度の濃い医療を提供することを抑えようとする。たとえば1日に投入する医療資源(人員、薬剤、プログラム)は少なくしようとするインセンティブが働く。

それではどのような改善策が考えられるのであろうか。一般に、系統リスクを抑える方法には、(1)実績や現在のコストの加味・調整、患者特性や地域特性の調整、(2)支払の上限の設定などがある。特に精神科医療においては、(3)逸脱例の考慮、(4)病棟ごとの支払額の設定、(5)在院期間による支払額の設定があるとされている(伊藤、2002)。

精神科急性期治療病棟が、1患者1日定額制であること、また在院期間別に収入と費用との差があることを考えると、可能な改善方法は、(1)患者の在院期間に応じた1入院当たりの支払額を設定する方法と、(2)3ヶ月の中で逡減性を設定するという方法があろう。(1)の例では、1入院あたりの診療報酬を設定する方法と在院期間に応じて退院時に加算(短期の方が高い評価)を設定する方法がある。(2)の例では、在院日数が1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月で1日支払額を逡減させることが考えられる。

本分析の限界の第一は、日数の単位が在院日数ごとの患者グループである点である。本来ならば、各患者のある日の診療報

酬を平均すべきである。しかし、本分析では1入院あたりの総診療報酬しか算出できなかったため、経時的な変化を追うことはできなかった。今後の課題である。

E. 結論

包括病棟である精神科急性期治療病棟において、収入と仮想される費用の差は、入院期間が概ね1ヶ月までの短期退院患者群の方が、それ以上長期入院している患者群よりも小さいことが示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

参考文献

1. Eselius L. Prospective payment for inpatient psychiatric services: A review of the evidence and key issues. Reports at the Committee on Reimbursement for Psychiatric Care (American Psychiatric

Association), Washington, DC, 2000.

2. Frank RG, Lave JR. Per case prospective payment for psychiatric inpatients: An assessment and alternatives. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 11: 83-96, 1986.
3. Gottlieb GL, Shtasel DL. The private sector: History, current status, and future implications. (Talbot JA, Hales RE ed. *Textbook of administrative psychiatry*). American Psychiatric Publishing inc., Washington, D.C., 2001.
4. 伊藤弘人. 米国の民間病院は支払方式の変化にどのように対応してきたか? *日精協誌* 21: 587-591, 2002.
5. 伊藤弘人. 米国の精神科入院医療の支払方式. *日精協誌* 21: 1232-1235, 2002.
6. McGuire TG, Dickey B, Shively GE, Strumwasser I. Differences in resource use and cost among facilities treating alcohol, drug abuse, and mental disorders: Implications for design of a prospective payment system. *Am J Psychiatry* 144: 616-620, 1987.
7. 富松愈、井上和俊、長瀬輝誼、馬屋原健、松本義郎、他. 各専門病棟への診療報酬面での評価 (厚生労働科学研究障害保健福祉総合研究事業守屋裕文主任研究者「精神医療の地域化や専門的医療に関する研究」分担研究報告書)、2002.

厚生省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

－精神医療の地域化や専門的医療に関する研究－

都道府県における精神科病床数の算定のあり方に関する基礎的研究

分担研究者 鮫島 健 鮫島病院 院長

研究要旨：入退院の状況の比較により、都道府県の精神科入院医療の特徴を検討した。

研究方法：対象は、厚生労働省精神保健福祉課において毎年6月30日に実施している全国実態調査結果である。本分析で用いる項目は、50%退院日数（入院患者の50%目の患者の在院日数）、1年以内社会復帰率、1年後残留率、在院期間別患者数、在院期間別患者数割合、退院数である。**結果**：50%退院日数は、全国平均は66.1日であった。短い都道府県・政令指定都市は、長野県、鳥取県、高知県、大阪市であった。一方、茨城県、鹿児島県、横浜市、福岡市は、長い傾向にあった。1年後残留率は、平均14.5%であった。1年後残留率が低い都道府県・政令指定都市には、鳥取県、高知県、大阪市があった。一方広島県、長崎県、鹿児島県、京都市は長い傾向があった。**まとめ**：精神科病床の運用状況は、都道府県により異なることが明らかになった。病床算定の際には、地域の特性を考慮する必要がある。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

五十嵐良雄	秩父中央病院院長
伊藤 弘人	国立保健医療科学院室長
竹島 正	国立精神・神経センター 精神保健研究所精神保健計画部部長
長瀬 輝誼	高月病院院長
中村 健二	鹿児島県保健福祉部部長
八田耕太郎	北里大学医学部精神医学教室講師
南 良武	木島病院院長

（五十音順）

ることになっている。

今後の良質かつ効率的な精神科医療提供体制の構築において、専門病棟の配置数や、一般精神科病床および快適な療養を提供する精神科病床数をどのように算定するのかは、システムを構築する上で重要な課題である。

平成13年度の研究では、（1）基準病床数と既存病床数との差における過剰県と不足県を比較すると、診断や年齢構成が異なること、（2）全都道府県における地域特性分析では、高齢者割合と生活保護率が、基準病床数および既存

A. 研究目的

我が国の保健医療計画では、必要とされる精神科病床数の算定は、各都道府県単位で行われ

病床数に強い関連があること、(3) 包括病棟取得状況は、都道府県により大きく異なっていたこと、が明らかになった。

本年度は、厚生労働省精神保健福祉課において毎年6月30日に実施している全国実態調査および日本精神科病院協会が実施している総合調査の結果を用い、都道府県の精神科入院医療の特徴を検討した。

B. 研究方法

対象は、厚生労働省精神保健福祉課において毎年6月30日に実施している実態調査（以下、630調査）の結果である。

630調査は、精神保健福祉課の業務の参考とするために、全国の精神科病院、社会復帰施設、保健所等の協力により、国立精神・神経センター精神保健研究所が実施主体となり定期的に実施している調査である。全数調査であるという点、および毎年行われており経年変化を分析できるという点などに特徴のある調査である。

本分析で用いる項目は、50%退院日数（入院患者の50%目の患者の在院日数）、1年以内社会復帰率、1年後残留率、在院期間別患者数、在院期間別患者数割合、退院数である。

また、日本精神科病院協会における調査から、6月1ヶ月間の精神科専門療法（入院・外来）項目別点数（入院は100床あたりの平均、外来は1病院あたり1人当たりの平均）を、特徴のある都道府県で比較した。

C. 研究結果

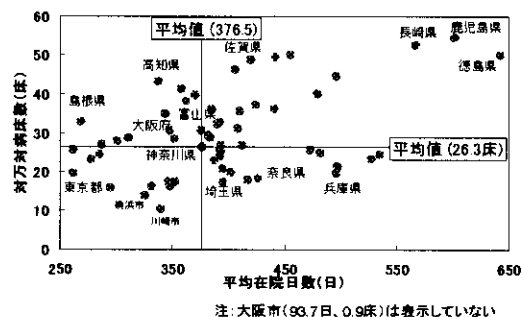
厚生労働省精神保健福祉課の調査結果を表1に示す。50%退院日数は、全国平均は66.1日であった。短い都道府県・政令指定都市は、長野県、鳥取県、高知県、大阪市であった。一方、

茨城県、鹿児島県、横浜市、福岡市は、長い傾向にあった。

1年後残留率は、平均14.5%であった。1年後残留率が低い都道府県・政令指定都市には、鳥取県、高知県、大阪市があった。一方広島県、長崎県、鹿児島県、京都市は長い傾向があった。

平均在院日数と対万対病床数をプロットしたのが図1である。緩やかな関連性は見られたが、島根県やのように平均在院日数は短いが病床数が多い県や、埼玉県・奈良県・兵庫県のように病床数は少ないが平均在院日数が長い県が存在していた。

図1. 平均在院日数と対万対病床数



次に、平成12年の日本精神科病院協会総合調査結果を分析した。まず、各都道府県で、精神科病院が立地している場所が「指定都市・と東京都区部・人口30万人以上の市（以降では「指定都市等地域」とする）」であるが「それ以外（主に人口30万人未満の市町村：以降では「少人口地域」とする）」に二分割した。この種類の地域ごとで、診療報酬上の入院精神療法、作業療法、入院生活技能訓練、外来専門療法の比較を実施した。

表2は指定都市等地域における状況を、表3は少人口地域における状況を示す。入院専門療法において、埼玉県および神奈川県では3ヵ月以内の精神療法で、指定都市等地域の方が少人

口地域より高かった。一方、富山県、長崎県および鹿児島県ではその逆で、指定都市等地域より少人口地域の方が3ヵ月以内の精神療法は高かった。

また、作業療法については、神奈川県以外の都道府県では、指定都市等地域の方が少人口地域より高かった。なお入院生活技能訓練では、すべての都道府県において指定都市等地域より少人口地域の方が高かった。

表4および表5は、指定都市等地域と少人口地域における外来専門療法の状況をそれぞれ示している。通院精神療法は、「入院精神療法3ヵ月以内」の特徴と同様の傾向がみられた。すなわち埼玉県と神奈川県では指定都市等の方が高く、富山県、長崎県、鹿児島県では少人口地域の方が高かった。

表6は、入退院患者数と外来患者延数の都道府県ごとの特徴を表したものである。これにより、4つの類型に分類することができた(表7)。

表7. 入院外来患者の地域特性による類型

類型	入退院患者	外来患者
1	指定都市等が多い	指定都市等が多い
2	少人口地域が多い	少人口地域が多い
3	指定都市等が多い	少人口地域が多い
4	少人口地域が多い	指定都市等が多い

類型1に分類されるのは、秋田県、福島県、東京都、神奈川県、石川県、静岡県、大阪府、奈良県、岡山県、広島県、長崎県であった。類型2は、栃木県、岐阜県、愛知県、和歌山県、熊本県であった。類型3は、宮城県、京都府、兵庫県、香川県、福岡県、大分県、鹿児島県であった。類型4は、北海道、埼玉県、千葉県、長野県、高知県、沖縄県であった。

D. 考察

精神科病床の運用状況は、都道府県により異なることが明らかになった。特に、西日本は病床数が多いが、1年後の残留率は全国並みといえることができる。従って、現在の医療の質が低いためではないと考えられる。何らかの長期に療養する必要性が高い方が多いことも、理由としてあげられる。

E. 結論

病床算定の際には、地域の特性を考慮する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的所有権の取得状況 なし

表1. 都道府県ごとの特徴

都道府県・ 政令市	人口 (千人)	人口万対 病床数	人口万対 在院患者数	平均在院 日数	人口万対在院患者数 * 100/平均在院日数	50%退院日数	1年後残留率
北海道	3,861	37.6	34.9	343.6	10.2	64.5	14.3%
青森	1,476	32	28.7	311.3	9.2	68.2	9.4%
岩手	1,416	34.5	32.6	392.5	8.3	88.1	19.2%
宮城	1,357	26.8	25.3	393.3	6.4	62.8	11.6%
秋田	1,189	38.1	36	385	9.4	69.5	12.6%
山形	1,244	27.7	25.7	351.2	9.8	65.1	15.2%
福島	2,127	39.7	36.1	440.8	8.2	71.3	16.5%
茨城	2,986	26.7	24.3	535.1	4.5	80.1	18.7%
栃木	2,005	28.4	25.6	472.9	5.4	68.4	14.7%
群馬	2,025	26.8	25.7	392.2	6.6	53.6	11.9%
埼玉	6,938	38.9	37.2	395.2	4.4	75.5	15.9%
千葉	5,039	22.6	20.7	394.7	5.2	65.9	17.3%
東京	12,064	21.4	19.8	252.2	7.4	31.4	11.2%
神奈川	3,813	36.7	37.3	346.3	5.0	70.3	14.7%
新潟	2,476	30	28.6	384.3	7.4	66.4	14.8%
富山	1,121	32.4	30.5	375.9	8.1	64.8	16.2%
石川	1,181	33.9	32.2	390.2	8.3	75.9	19.5%
福井	829	29.1	26.9	357.2	9.4	53.6	9.9%
山梨	888	29.4	26.8	412.1	6.5	69.5	17.4%
長野	2,215	25.3	23	267.5	7.3	49.5	12.2%
岐阜	2,108	20.8	19.2	402	4.9	55.9	10.0%
静岡	3,767	35.2	37.3	352.6	4.9	65.8	10.5%
愛知	4,872	36.7	37.6	417.1	4.3	69.3	15.0%
三重	1,857	28	26.8	393.5	6.8	61.2	13.9%
滋賀	1,343	37.2	36.2	331.7	4.9	55.6	9.5%
京都	1,177	24.4	22.9	387.6	5.9	63.3	12.1%
大阪	6,206	32.6	30.5	347.7	8.8	70.8	14.6%
兵庫	4,057	20.2	19.5	486.3	3.9	74.7	18.4%
奈良	1,443	20.6	18.2	426.8	4.3	75.4	17.9%
和歌山	1,070	26.6	23.2	527.6	4.4	56.0	9.7%
鳥取	613	30.1	28.3	352.2	8.0	44.0	7.5%
島根	762	35	32.8	288.2	12.2	27.2	14.2%
岡山	1,951	31	27.9	301.1	9.3	53.2	10.9%
広島	1,753	37.4	35.5	410.1	8.7	80.4	20.1%
山口	1,528	41.4	40	479.7	8.3	76.7	17.1%
徳島	824	53.8	50	642.9	7.8	68.6	14.2%
香川	1,023	40.4	37.1	424.1	8.7	59.2	17.7%
愛媛	1,493	34.1	31.1	408.6	7.6	72.9	16.5%
高知	814	50.1	43.1	337.9	12.8	44.8	8.7%
福岡	2,663	51.9	49.4	441.8	11.2	75.8	19.5%
佐賀	877	51.3	48.7	419.9	11.6	73.0	14.4%
長崎	1,517	56.2	52.5	567.1	9.3	71.2	20.1%
熊本	1,859	48.6	46.2	406.1	11.4	54.9	12.7%
大分	1,221	45.4	44.4	496.2	8.9	71.6	17.0%
宮崎	1,170	53.6	49.9	455	11.0	50.5	13.5%
鹿児島	1,786	56.7	54.4	601.9	9.0	94.3	22.8%
沖縄	1,318	42.7	41.2	357.9	11.5	67.2	15.0%
札幌市	1,822	41.4	39.6	371	10.7	65.2	16.2%
仙台市	1,008	37.8	37.8	348	9.2	58.5	16.8%
千葉市	887	45	46.2	348.1	4.7	81.5	15.8%
横浜市	3,427	45	43.2	325.5	4.2	82.2	15.9%
川崎市	1,250	37.2	35.1	339.9	4.1	79.9	16.8%
名古屋市	2,172	22.8	21.3	497.3	4.3	77.5	13.5%
京都市	1,468	27	24.9	481.6	5.2	62.4	21.7%
大阪市	2,599	31	29.8	327.7	3.9	64.6	12.2%
神戸市	1,493	25.7	23.9	392.3	6.1	77.9	15.3%
広島市	1,126	26.9	24.3	399.9	3.2	62.7	8.9%
北九州市	1,011	41.1	38.1	362.7	10.5	67.5	14.7%
福岡市	1,341	30.5	29.4	381.8	7.7	80.1	15.6%
合計	126,926	28.2	26.3	376.5	7.0	66.1	14.5%

表2. 指定都市等地域における6月1ヶ月間の精神科専門療法(入院)項目別点数(100床あたり)

都道府県	病院数	精神科病床数平均	入院精神療法			入院集団精神療法	精神科作業療法	入院生活技能訓練療法	
			3月以内	6月以内	6月超			6月以内	6月超
埼玉	3	192	46,398.5	4,726.0	23,824.5	3,355.1	50,952.8	77.9	508.5
神奈川	8	200	41,669.7	16,183.3	23,240.3	1,214.1	32,806.6	0.0	0.0
富山	6	174	3,779.4	4,037.7	21,270.4	9,811.7	46,465.9	179.3	3,399.3
兵庫	5	381	32,246.1	10,818.5	28,544.5	250.5	119,801.1	0.0	1,014.0
高知	5	192	10,750.5	17,228.8	11,169.0	45.1	65,180.2	180.5	665.4
長崎	6	337	1,107.0	1,894.1	11,672.6	176.4	94,758.2	0.0	824.3
鹿児島	6	274	878.6	9,507.4	18,280.0	21.6	74,124.4	18.3	1,030.5
全国	178	271	12,758.4	7,655.9	20,605.1	1,182.2	73,924.0	426.4	2,557.5

H12年総合調査より

※病院毎の100床あたり点数を算出後、各都道府県毎の平均を算出したもの

表3. 少人口地域における6月1ヶ月間の精神科専門療法(入院)項目別点数(100床あたり)

都道府県	病院数	精神科病床数平均	入院精神療法			入院集団精神療法	精神科作業療法	入院生活技能訓練療法	
			3月以内	6月以内	6月超			6月以内	6月超
埼玉	8	287	14,557.9	5,159.1	26,240.3	0.0	45,618.0	103.3	1,649.5
神奈川	6	195	36,985.7	9,437.8	21,639.1	1,875.8	89,665.4	119.5	310.5
富山	7	121	11,005.9	12,264.6	14,673.1	0.0	0.0	573.4	6,295.3
兵庫	8	328	7,542.2	4,295.5	25,958.7	33.2	88,153.3	0.0	161.8
奈良	2	323	3,914.9	6,677.0	27,093.6	0.0	66,494.1	0.0	97.5
島根	7	182	15,768.2	8,361.8	19,176.5	401.4	75,894.4	842.5	2,449.2
高知	4	188	526.3	6,343.3	22,095.5	0.0	42,469.8	0.0	221.4
長崎	12	255	5,565.3	3,019.8	14,493.5	103.1	46,897.0	183.3	2,032.8
鹿児島	12	200	957.8	3,524.3	12,831.4	0.0	41,785.7	248.9	1,708.8
全国	37	248	9,597.3	6,424.0	20,417.3	473.7	78,712.0	391.6	2,744.0

H12年総合調査より

※病院毎の100床あたり点数を算出後、各都道府県毎の平均を算出したもの

表4. 指定都市等地域における6月1ヶ月間の精神科専門療法(外来)項目別点数(1病院あたり1人当たり平均)

都道府県	病院数	1病院あたり 外来患者延数	通院 精神療法	通院集団 精神療法	精神科 作業療法	デイケア 小規模	デイケア 大規模	ナイト ケア	デイナー ケア
埼玉	3	2,454.0	244.6	0.0	0.0	64.3	20.7	0.0	0
神奈川	8	1,787.8	219.9	0.2	1.4	14.6	113.8	4.3	25
富山	5	617.2	118.7	0.0	14.7	51.5	69.4	0.0	0
兵庫	5	1,581.0	145.3	0.0	10.8	0.0	90.2	0.0	20
高知	5	1,430.2	108.3	0.0	1.0	17.8	50.5	10.5	22
長崎	6	698.7	146.6	0.0	2.9	0.0	91.4	17.7	0
鹿児島	5	918.0	99.5	0.0	0.3	33.9	90.7	0.0	98
全国	172	1,258.5	168.5	0.2	2.6	28.3	92.3	3.1	12

※病院毎の1人あたり点数を算出後、各都道府県毎の平均を算出したもの

H12年総合調査より

外来患者延数0人の病院を外して集計した

表5. 少人口地域における6月1ヶ月間の精神科専門療法(外来)項目別点数(1病院あたり1人当たり平均)

都道府県	病院数	1病院あたり 外来患者延数	通院 精神療法	通院集団 精神療法	精神科 作業療法	デイケア 小規模	デイケア 大規模	ナイト ケア	デイナー ケア
埼玉	8	1,673.1	210.1	0.0	1.3	19.7	41.1	0.0	0.0
神奈川	6	1,065.5	202.5	39.1	1.7	47.6	120.7	0.0	17.6
富山	6	865.5	162.7	0.0	0.0	45.2	0.0	0.0	0.0
兵庫	8	2,583.5	169.5	0.0	0.7	10.8	38.3	1.2	9.3
奈良	2	890.5	199.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
島根	7	1,436.0	163.0	0.0	1.3	39.4	14.9	0.0	0.0
高知	3	1,327.0	104.0	0.0	0.0	0.0	19.5	0.0	17.7
長崎	11	545.8	164.6	0.0	3.9	0.0	6.8	0.0	0.0
鹿児島	12	834.8	144.7	0.0	10.9	28.0	0.0	0.0	0.0
全国	359	1,360.5	162.3	1.0	1.9	24.5	55.1	2.3	20.5

※病院毎の1人あたり点数を算出後、各都道府県毎の平均を算出したもの

H12年総合調査より

外来患者延数0人の病院を外して集計した

表6. 日本精神科病院協会総合調査における都道府県ごとの特徴

都道府県	指定都市等地域				少人口地域			
	病院数	入院患者数	退院患者数	外来患者延数	病院数	入院患者数	退院患者数	外来患者延数
北海道	28	16.8	15.5	1237.8	27	17.4	17.3	1062.4
青森	1	5.0	8.0	475.0	11	14.4	14.3	1414.1
岩手	0				13	16.4	12.2	1120.3
宮城	7	16.7	17.7	1336.6	14	12.6	13.1	1360.8
秋田	6	12.3	12.7	1159.3	11	10.1	10.3	1053.0
山形	0				8	25.9	24.0	2457.1
福島	8	19.4	20.9	1266.0	14	11.1	11.4	1238.8
茨城	0				18	11.1	10.7	1182.1
栃木	4	5.3	5.8	657.3	12	9.3	9.5	1201.8
群馬	0				14	22.7	22.7	2267.9
埼玉	8	15.5	15.5	1976.6	16	22.1	22.3	1760.3
千葉	10	14.6	14.0	1139.4	25	15.3	14.6	1116.3
東京	20	27.2	26.9	1664.0	20	25.6	24.0	1328.0
神奈川	15	19.1	20.4	1520.1	13	18.8	18.3	1252.2
新潟	7	19.3	17.0	1569.6	13	13.1	12.5	1260.4
富山	8	7.3	7.3	643.3	10	7.8	6.6	679.8
石川	6	13.7	15.2	1178.7	4	10.8	7.8	1125.8
福井	0				10	12.6	12.5	940.4
山梨	0				5	17.2	18.6	1445.0
長野	3	6.0	7.7	2050.3	13	13.5	14.8	1571.5
岐阜	1	8.0	11.0	872.0	11	16.5	16.5	1414.8
静岡	7	14.3	14.9	1026.1	21	14.2	14.4	912.7
愛知	20	15.6	14.7	1265.4	14	16.5	16.6	1854.3
三重	0				9	19.6	21.2	1610.1
滋賀	0				5	19.8	20.0	2184.2
京都	6	25.3	27.7	1275.0	5	23.4	23.6	1622.6
大阪	14	51.7	50.9	2610.9	21	28.6	28.2	1313.5
兵庫	13	23.5	24.1	1281.5	14	16.4	18.6	1777.8
奈良	2	23.0	21.0	2789.5	4	13.8	18.3	576.3
和歌山	2	6.0	5.0	678.0	2	15.5	13.5	1307.5
鳥取	0				6	11.3	11.8	1289.8
島根	0				9	16.7	17.4	1258.6
岡山	6	41.3	27.2	2189.0	5	19.6	16.0	1525.2
広島	15	22.2	19.8	1266.0	12	17.1	17.4	929.4
山口	0				17	11.0	11.1	721.6
徳島	0				13	9.9	10.6	555.2
香川	1	22.0	23.0	949.0	7	14.1	16.0	1342.3
愛媛	4	31.5	26.8	1504.5	12	13.2	12.8	1358.8
高知	6	11.8	12.2	1200.0	7	15.4	15.3	729.0
福岡	26	16.6	16.2	965.9	38	16.3	15.4	1083.9
佐賀	0				13	14.2	14.3	891.2
長崎	7	12.7	12.1	648.6	20	10.0	9.4	533.9
熊本	13	11.8	11.5	816.5	24	13.9	12.8	1065.3
大分	7	12.0	12.7	666.0	12	9.9	9.5	848.6
宮崎	5	16.8	12.4	808.8	13	14.4	13.7	1007.5
鹿児島	9	13.7	12.2	655.2	27	7.1	8.5	815.1
沖縄	3	19.7	14.3	1740.0	12	20.7	17.8	1527.9
合計	298	19.2	18.5	1289.9	624	15.4	15.2	1201.8