

を用いた。なお、自殺死亡などの比較的稀な事象について二次医療圏別の自殺死亡率等を求めた場合、人口規模が小さいために偶然変動の影響を受けて数値が不安定な動きをすることが知られている<sup>4)5)</sup>。そこで、二次医療圏ごとの自殺死亡の死亡率（15歳以上）については、ベイズ・モデルを適用して、次のベイズ推定値を算出した。

観察集団の死亡率（ベイズ推定値）

$$= \frac{\text{観察集団での年間の死亡数} + \beta}{10 \text{月} 1 \text{日現在の観察集団の日本人人口} + \alpha}$$

なお、 $\alpha$ と $\beta$ は、事前分布としてはガンマ分布を選択し、人口規模を重みとして二次医療圏ごとの自殺死亡率の1次および2次のモーメントから求めた（モーメント推定値）<sup>5)</sup>。

また、地理的な集積性を視覚的に概観するため、二次医療圏レベルの自殺死亡についての地図を作成した。1998-2000年の自殺死亡率について作図するとともに、両期間の自殺死亡率（ベイズ推定値）の比（=1998-2000年の自殺死亡率/1989-1995年の自殺死亡率）を二次医療圏ごとに算出し、これを100倍したものを指標として男女ごとに作図した。今回は紙面の都合から、15歳以上の1998-2000年の自殺死亡率および両期間の自殺死亡率比についての地図のみを提示した。

これらの集計と地図作成には、SAS 8.02 for Windowsを用いた。

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報あるいはヒト生体資料を扱うことはなく、倫理面の特段の配慮は該当しない。

### C. 研究結果および考察

女では、1989-1995年から1998-2000年にかけての15歳以上の自殺死亡率は人口10万人当たり13.9から16.3へと17%増であった。1983-1987年の15歳以上の自殺死亡率は17.0であったこ

とから、1998-2000年での増加は第2の急増期をわずかに下回るものといえる。年齢階級別には、1989-1995年と比べて、1998-2000年の方が70歳未満の各5歳階級でやや高率であったが、70歳以上ではむしろ低率であった（図2）。一方、第2の急増期である1983-1987年においては、1989-1995年と比べて全ての年齢階級で自殺死亡率が高く、特に高齢で高率であった。

一方、男では、1989-1995年から1998-2000年にかけての15歳以上の自殺死亡率は人口10万人当たり26.1から41.8へと60%上昇し、女と比べて極めて大きな増加がみられた。特に、50歳から64歳までの各5歳階級での自殺死亡率の上昇（差）は、人口10万人当たり20をはるかに超える激しいものであった（図3）。自殺死亡率の比（1998-2000年/1989-1995年）では、15歳から69歳までの各5歳階級のほとんどで50%を超える激増がみられた。1989-1995年から1998-2000年にかけて1年間の自殺死亡数の平均は20,556人から30,849人へと増加したが、その4分の3以上は15歳から69歳までの男における増加によるものであった。特にその中でも、45歳から69歳までの男の増加は全増加の62%に相当する大きさであった。一方、1983-1987年での15歳以上の自殺死亡率は34.2であり、1989-1995年と比べて、年齢階級別には55歳未満と65歳以上で自殺死亡率が高くなっていた。

1983-1987年と1998-2000年での15歳以上の自殺死亡率が、自殺死亡数が2万2千人未満であった1989-1995年の自殺死亡率に対して高い地域を、表2に高位10都道府県として示した。男については、1998-2000年での急増は大阪府で最も著しく、次いで奈良県、京都府と近畿の府県が続き、神奈川県、東京都、埼玉県といった関東の都県も高位10位までに含まれていた。自殺死亡数（/年）の増加は自殺死亡率の上昇よりさらに大きなものであり、1998年以降の急増は人口規模の大きな都道府県で顕著であることがわかる。同様の傾向は、男の中でも自殺死亡率の上昇が著しかった15歳から69歳まで

と45歳から69歳までの年齢階級においても観察された。一方、1989-1995年と比べて、第2の急増期である1983-1987年においては、近畿及び関東の都府県はほとんど高位10位までに含まれていなかった。1998年以降の自殺死亡急増は、第2の急増期とは地理的特徴を異にしている。

女についても、1989-1995年と比較した1998-2000年での高位10位に、神奈川県、大阪府、東京都及び兵庫県といった近畿と関東の都府県が含まれ、やはり大都市部で自殺死亡増加が著しい傾向がみられた。一方、第2の急増期である1983-1987年においては、男と同様、近畿と関東の都府県での大きな増加はみられなかった。

次に、自殺死亡の地理的特徴をさらに詳細にみるために、二次医療圏を単位とする自殺死亡率を用いて検討した。1998-2000年での15歳以上の男についての二次医療圏別の自殺死亡率(ベイズ推定値)による地図を、図4に示した。従来から東北地方(秋田県、岩手県、青森県)を含む日本海側および九州地方(宮崎県、鹿児島県など)は自殺死亡率が高率であることが指摘されてきたが、自殺死亡急増後の1998-2000年においても依然として人口10万人当たりの自殺死亡率が55を超える二次医療圏がこれらの地域に集積していた。図は省略するが、1989-1995年及び1983-1987年においても、これらの地域の自殺死亡率が相対的に高率であることが確認されている。1998年以降の急増はこれらの地域でも起きており、依然として自殺予防対策の推進が必要な状況に変わりはない。

一方、1989-1995年から1998-2000年にかけての15歳以上の男の自殺死亡率(ベイズ推定値)の比( $\times 100$ )を用いて二次医療圏ごとの自殺死亡増加の状況を示したのが、図5である。100の場合に両期間の自殺死亡率(ベイズ推定値)は等しく、175は1989-1995年と比べて1998-2000年の自殺死亡率(ベイズ推定値)が1.75倍であることを表している。大都市部の二

次医療圏については人口が多い割には面積が狭いことから視覚的には目立たないとも思われるが、1.75倍を超える自殺死亡率が急増した地域には近畿(大阪府、京都府及び兵庫県で、11の二次医療圏)と関東(東京都、神奈川県、埼玉県及び千葉県で、11の二次医療圏)の人口規模の大きな二次医療圏が多く含まれていた。

1985年前後の第2の急増期については、種々の統計資料を詳細に検討した上で、経済生活問題、特に「サラ金」問題の関与が強いことが報告されている<sup>9)</sup>。この報告の中で、自殺死亡急増の前と後とで都道府県別の自殺死亡率の相対的位置関係には大きな変化はみられなかったことが指摘されている。今回、図5と同様の検討を新たに行った結果、1989-1995年と比べた1983-1987年(第2の急増期。図は略)には大都市部での自殺死亡増加の現象は確かにみられなかった。

図は省略するが、女についても、1989-1995年と比べた1998-2000年での自殺死亡率が1.30倍を超える上昇を示した二次医療圏には、近畿および関東とともに札幌(北海道)などの都市部の人口の多い二次医療圏が含まれていた。

#### D. 結論

近年の自殺死亡率急増の実態を、性別、年齢および地域との関連から整理した。年平均の自殺死亡数は、1989-1995年の20,556人から1998-2000年の30,849人へと1万人を超える急増がみられているが、その4分の3以上に相当する増加が15歳から69歳までの男において発生していた。特に45歳から69歳までの男での自殺死亡数の増加は、全増加の62%に相当する大きさであった。男での自殺死亡率の上昇は、従来から高率であった東北地域を含む日本海側および九州地域でも起きていた。しかし、これまでやや自殺死亡率が低い傾向にあった近畿および関東などの大都市部での増加が大きな関与を果たしていた。また、男と比較して女の自殺死亡数の増加はわずかではあるが、女の

近年の自殺死亡数の増加が近畿および関東などの大都市部において明らかであったことも留意すべき点である。

近畿および関東などの大都市部における自殺死亡数の相対的増加は、第2の自殺死亡急増期（1983-1987年）には経験しなかった新しい事態である。近年の自殺死亡急増の背景にはこれまでとは異なる要因の強い関与があると考えられ、自殺死亡急増についてのさらなる構造的解明が必要とされている。また、これまで東北地方や山間部においての高齢者の自殺は問題視され、秋田県等では実態調査や予防事業がモデル的に行われてきている。しかしながら、大都市部での自殺死亡増加という新たな事態に対して、的確な自殺予防対策を確立し推進することが強く求められている。

#### 文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成10年人口動態統計：上巻. 2000.
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部. 自殺死亡統計：人口動態統計特殊報告. 1999.
- 3) 谷口たみ子, 石川正文, 飯野一浩, 中田正. 人口動態統計に見る自殺の現状. 厚生指標, 45(8) : 3-9, 1998.
- 4) 丹後俊郎. 死亡指標の経験的ベイズ推定値について：疾病地図への適用. 応用統計学 1988 ; 17 : 81-96.
- 5) 平子哲夫, 佐伯則英, 中田正. 人口動態市区町村別統計へのベイズ統計の応用について：(1)標準化死亡比への応用. 厚生指標 1999 ; 46(10) : 3-11.
- 6) 福富和夫, 西田茂樹, 林謙治, 藤田利治, 簗輪眞澄. 自殺の急増について. 厚生指標, 33(4) : 3-9, 1986.

#### E. 健康危険情報

該当なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 渡辺ゆかり, 藤田利治. 二次医療圏との関連からみた福岡県における精神障害者の受療実態. 日本公衆衛生雑誌 50 : 400-413, 2003.
- 2) 藤田利治, 谷畑健生, 三浦宜彦. 1998年以降の自殺死亡急増の地理的特徴. 厚生指標 50(10) : 27-34, 2003.
- 3) 藤田利治, 佐藤俊哉. 精神病院での長期在院に関連する要因：患者調査及び病院報告に基づく検討. 厚生指標 50(1) : 12-19, 2004.

##### 2. 学会発表

- 1) 藤田利治, 谷畑健生, 三浦宜彦. 大都市部での自殺死亡急増. 第62回日本公衆衛生学会総会抄録集 176, 2003.
- 2) 藤田利治, 佐藤俊哉. 精神病院における統合失調症の退院率に関連する要因. 第68回日本民族衛生学会総会講演集 116-117, 2003.
- 3) 藤田利治. 統合失調症入院患者の退院率にみられる地域差. 第14回日本疫学会学術総会講演集 79, 2004.

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

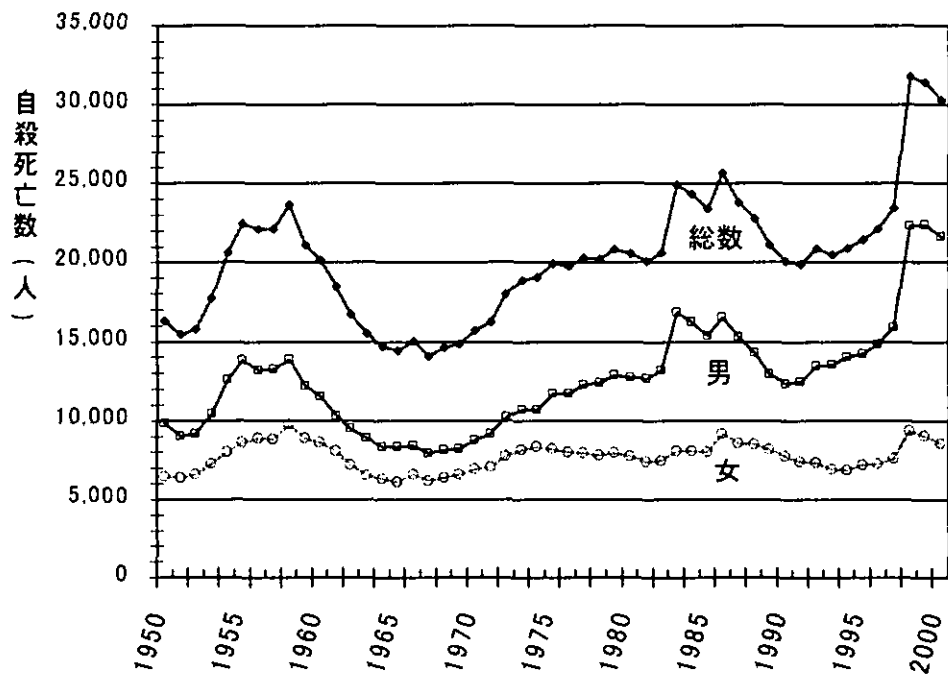


図1 自殺死亡数の年次推移

表1 年齢（5歳階級）別の自殺死亡率

年次	自殺死亡率（/100,000）														
	15-19y	20-24y	25-29y	30-34y	35-39y	40-44y	45-49y	50-54y	55-59y	60-64y	65-69y	70-74y	75-79y	80-84y	85y-
1950年	17.5	44.9	36.0	24.4	22.4	24.3	32.5	39.7	56.1	67.7	85.1	105.4	120.9	121.9	182.8
1955年	37.2	84.1	54.8	30.3	24.5	23.6	32.1	37.6	47.8	55.3	67.8	86.7	111.1	122.6	128.5
1960年	25.3	58.7	44.1	22.9	18.6	18.6	23.7	31.4	39.2	49.4	60.3	72.6	86.2	97.6	85.7
1965年	8.8	23.3	23.8	18.0	15.8	15.4	20.7	23.8	32.7	42.1	52.3	59.1	76.1	110.2	87.8
1970年	8.7	18.8	22.0	18.3	19.3	16.4	18.1	22.9	29.7	35.9	45.7	57.6	74.2	85.1	122.5
1975年	12.6	26.0	26.0	24.9	24.4	27.5	27.2	26.1	29.7	36.7	41.0	52.8	73.9	104.6	99.2
1980年	9.5	24.5	26.4	24.0	27.0	31.4	34.7	31.9	32.4	32.4	35.1	49.0	62.7	81.4	108.1
1985年	6.8	20.1	23.8	23.2	25.4	36.5	48.1	50.9	44.4	36.7	38.5	47.2	64.4	80.4	98.8
1990年	4.8	14.2	17.5	19.5	20.4	22.4	30.4	33.8	33.8	31.1	32.7	42.1	50.5	69.9	91.5
1995年	6.6	15.3	20.0	20.2	21.9	26.0	31.4	41.7	41.1	37.1	28.9	32.7	42.5	54.4	79.1
2000年	8.8	22.0	24.4	28.8	33.0	36.8	49.0	59.5	72.5	58.2	48.1	41.2	39.1	55.4	73.2
出生コホート															
1901-1905年生							32.5	37.6	39.2	42.1	45.7	52.8	62.7	80.4	91.5
1906-1910年生						24.3	32.1	31.4	32.7	35.9	41.0	49.0	64.4	69.9	79.1
1911-1915年生					22.4	23.6	23.7	23.8	29.7	36.7	35.1	47.2	50.5	54.4	73.2
1916-1920年生				24.4	24.5	18.6	20.7	22.9	29.7	32.4	38.5	42.1	42.5	55.4	
1921-1925年生			36.0	30.3	18.6	15.4	18.1	26.1	32.4	36.7	32.7	32.7	39.1		
1926-1930年生		44.9	54.8	22.9	15.8	16.4	27.2	31.9	44.4	31.1	28.9	41.2			
1931-1935年生	17.5	84.1	44.1	18.0	19.3	27.5	34.7	50.9	33.8	37.1	48.1				
1936-1940年生	37.2	58.7	23.8	18.3	24.4	31.4	48.1	33.8	41.1	58.2					
1941-1945年生	25.3	23.3	22.0	24.9	27.0	36.5	30.4	41.7	72.5						
1946-1950年生	8.8	18.8	26.0	24.0	25.4	22.4	31.4	59.5							
1951-1955年生	8.7	26.0	26.4	23.2	20.4	26.0	49.0								
1956-1960年生	12.6	24.5	23.8	19.5	21.9	36.8									
1961-1965年生	9.5	20.1	17.5	20.2	33.0										
1966-1970年生	6.8	14.2	20.0	28.8											
1971-1975年生	4.8	15.3	24.4												
1976-1980年生	6.6	22.0													
1981-1985年生	8.8														

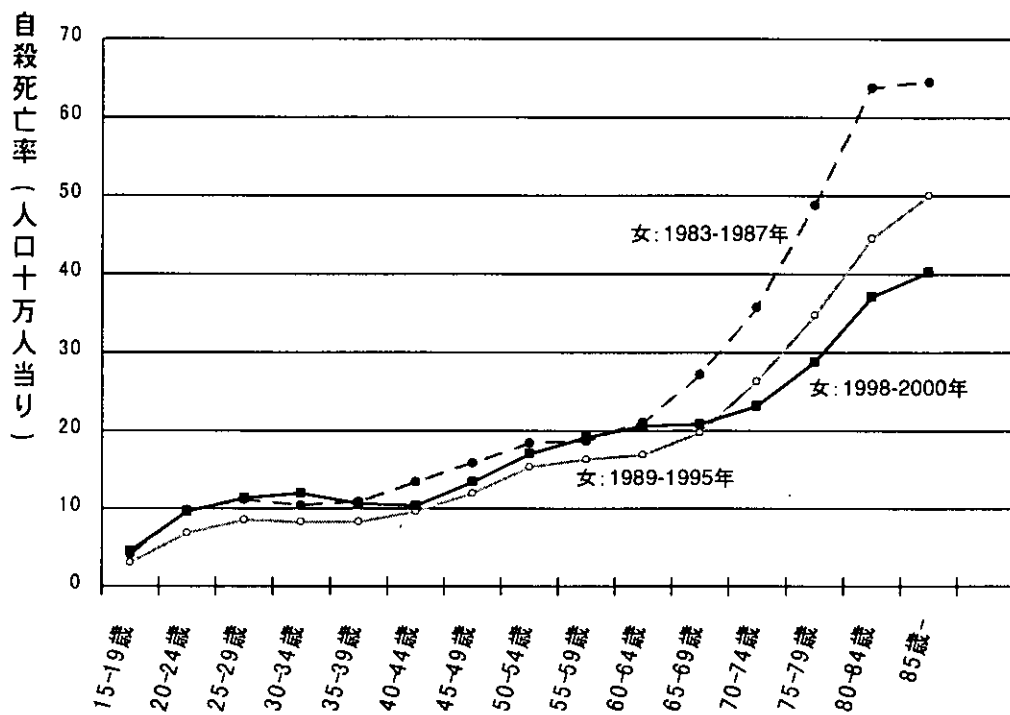


図2 期間別の女での年齢階級別自殺死亡率

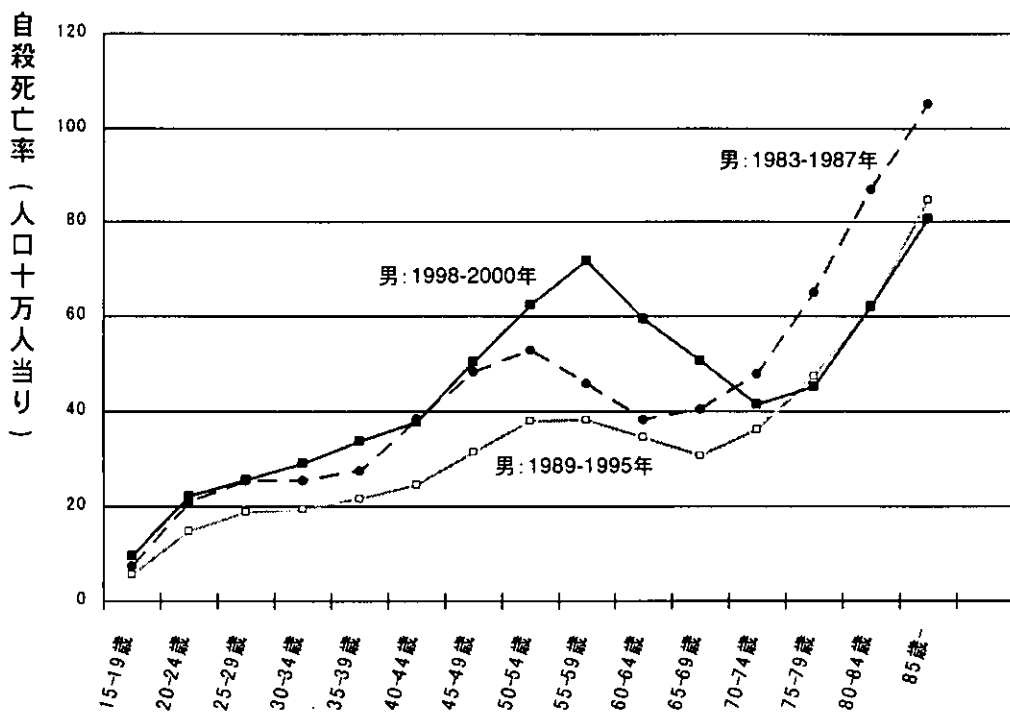


図3 期間別の男での年齢階級別自殺死亡率

表2 自殺死亡率の増加の高位10都道府県

1989-1995年との比較

	1983-1987年での増加					1998-2000年での増加					
	自殺死亡数 (/年)		自殺死亡率 (/100,000)		比	自殺死亡数 (/年)		自殺死亡率 (/100,000)		比	
	1989- 1995年	1983- 1987年	1989- 1995年	1983- 1987年		1989- 1995年	1998- 2000年	1989- 1995年	1998- 2000年		
男 15歳以上						男 15歳以上					
北海道	613	868	27.6	40.6	1.47	大阪府	894	1,658	25.1	46.1	1.84
徳島県	81	115	25.2	36.9	1.47	奈良県	112	208	20.6	36.1	1.76
大分県	135	187	28.7	41.1	1.43	京都府	248	442	23.7	41.4	1.75
岡山県	180	243	23.7	33.9	1.43	神奈川県	713	1,309	20.7	36.0	1.74
愛媛県	176	242	30.5	43.1	1.41	北海道	613	1,085	27.6	47.4	1.72
高知県	112	156	35.6	50.2	1.41	宮城県	216	389	23.9	40.3	1.68
群馬県	219	282	27.5	38.6	1.40	東京都	1,129	1,938	22.4	37.5	1.68
和歌山県	138	187	33.1	46.3	1.40	兵庫県	533	919	25.1	41.7	1.66
山口県	188	257	31.0	43.4	1.40	埼玉県	594	1,066	21.9	36.5	1.66
福島県	222	292	27.0	37.5	1.39	佐賀県	95	162	28.9	47.9	1.66
女 15歳以上						女 15歳以上					
愛媛県	96	136	14.4	21.1	1.47	神奈川県	368	529	11.2	15.0	1.34
大分県	72	96	13.3	18.2	1.37	大阪府	468	632	12.5	16.6	1.33
山口県	97	129	14.0	19.2	1.37	沖縄県	52	73	10.6	13.8	1.30
群馬県	145	178	17.4	23.2	1.33	東京都	627	835	12.4	16.0	1.29
滋賀県	69	81	13.3	17.7	1.33	三重県	106	141	13.7	17.5	1.28
熊本県	102	130	12.7	16.8	1.33	山口県	97	124	14.0	17.8	1.27
島根県	63	79	18.5	23.9	1.29	熊本県	102	132	12.7	15.8	1.25
鹿児島県	127	160	16.1	20.8	1.29	兵庫県	310	399	13.4	16.5	1.24
徳島県	53	66	14.5	18.7	1.29	福岡県	265	345	12.6	15.5	1.23
茨城県	167	192	14.1	18.1	1.28	北海道	327	416	13.3	16.3	1.22

図4 二次医療圏別の自殺死亡率（バイズ 推定値）（15歳以上の男）  
1998-2000年

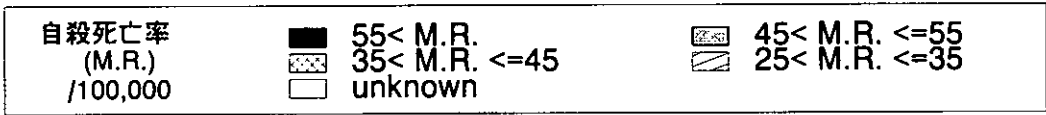
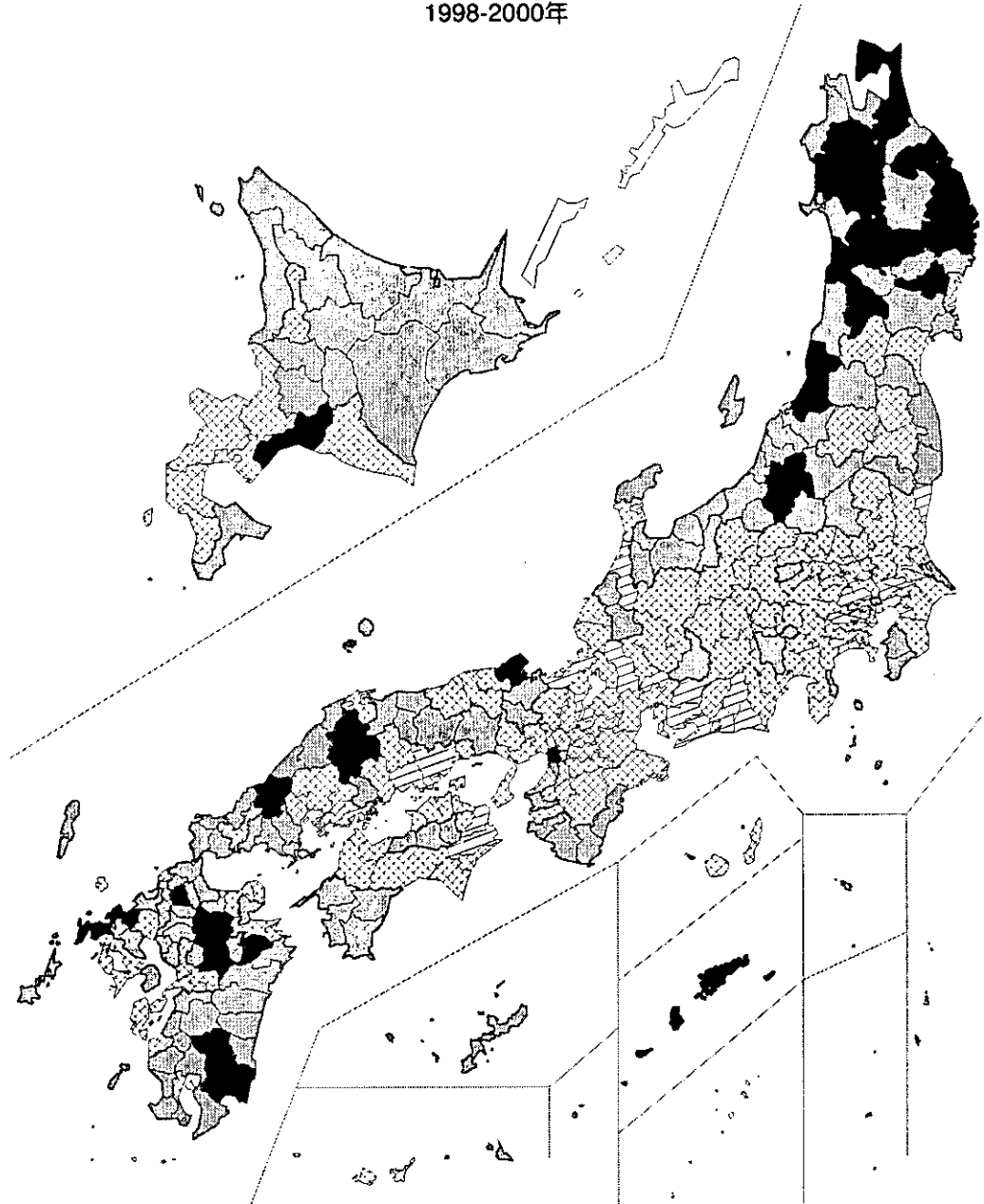
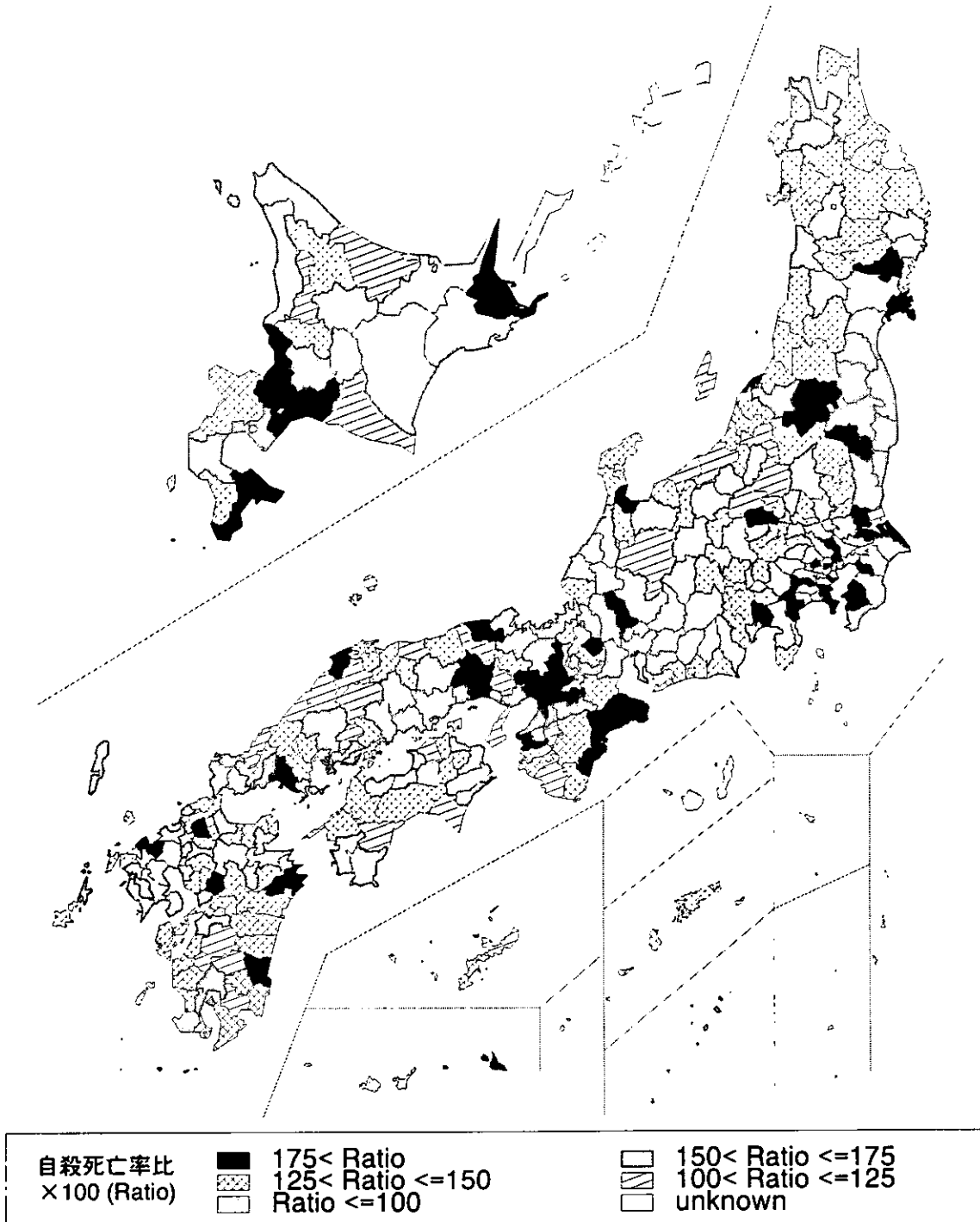


図5 二次医療圏別の自殺死亡率（ベイズ 推定値）の変化（15歳以上の男）



自殺死亡率比 = 1998-2000年の自殺死亡率 / 1989-1995年の自殺死亡率 × 100



－精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究－

## 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向

分担研究者 伊藤弘人 国立保健医療科学院経営科学部 室長

**研究要旨：**本研究は、精神病床の機能分化の状況を把握することを目的として、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向について全国調査を実施した。**研究方法：**調査対象は、社会保険事務局（47局）と都道府県庁（47庁）である。前者には診療報酬上の精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算を有する病院を、後者には老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患者入院治療料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料を有する病院を列挙し、調査事項について記入することを依頼した（回収率100%）。調査内容は、精神科包括病棟の届出を行っている医療機関名、病床数、算定開始年月日である。診療報酬上の精神科包括病棟を「精神科急性期・救急型病棟」、「精神療養型病棟」、「老人性痴呆疾患型病棟」に分類し、病床数ならびに病床増加数について分析を行った。**結果：**1) 精神科急性期・救急型病棟は6,752床であり、毎月81.7床ずつ増加していた。精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料ならびに児童・思春期入院医療管理加算は、新設以降病床数は増加を続けていることが示された。2) 精神療養型病棟は76,155床であり、2001年6月以降は毎月286.4床ずつ増加していた。精神療養病棟入院料1は、新設以降病床数は増加を続けていたが、精神療養病棟入院料2は2002年4月以降で著しく減床していることが示された。3) 老人性痴呆疾患型病棟は29,050床であり、毎月314.4床ずつ増加していた。治療病棟ならびに療養病棟は、新設以降病床数は増加を続けていることが示された。**まとめ：**診療報酬上では包括病棟を中心として機能分化が進んでいることが示唆された。本研究結果は、機能分化の方向性を検討する際だけでなく、各医療機関にとっても中長期計画を策定する際の有用な情報になると考えられる。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

濱野 強 国立保健医療科学院 経営科学部  
サービス評価室リサーチレジデント

縮化と入院患者数の減少が見込まれるために精神病床を集約化する方向性が示された<sup>1)</sup>。これを受け、厚生労働省精神保健福祉対策本部では、重点施策として精神病床の機能分化を図り、急性期医療の充実と専門病床等の整備を進めることが示された<sup>2)</sup>。

以上の動向に先行し、診療報酬上では包括病

### A. 研究目的

平成14年12月に公表された「今後の精神保健医療福祉施策について」では、入院期間の短

棟を中心として機能分化が進められてきた<sup>5)</sup>。  
この背景には、診療報酬が2年に1度改定されるために、より適切な支払方式にするために柔軟に対応できることがあげられる。現在、診療報酬上の精神科包括病棟には、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、老人性痴呆疾患治療および療養病棟が存在する。

したがって、精神病床における包括病棟の動向を明らかにすることは、今後の機能分化の方向を検討する上での一つの指標になると考えられる。しかし、これまで包括病棟の取得動向の調査は系統的には行われていない。また、包括病棟の時系列的変化を把握することは、各医療機関にとっても中長期計画を策定する際の有用な情報になると考えられる。

そこで本研究では、精神病床の機能分化の状況を把握することを目的として、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向について全国調査を実施した。

## B. 研究方法

2004年3月現在、精神科の包括病棟には精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料

(1)(2)、精神療養病棟入院料(1)(2)、老人性疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料(医療保険適応病床、介護保険適応病床)が導入されている。本研究ではこれらの病棟をまとめて「精神科包括病棟」と総称する。

なお、児童・思春期精神科入院医療管理加算、重度痴呆患者入院治療料は、診療報酬上の精神科包括病棟ではない。しかし、両者とも病棟単位で算定を行っていることから、本研究においては包括病棟に含めて調査・分析を行った。

## 1. 対象

対象は、それぞれの病棟の届出先である都道府県および社会保険事務局である。精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算については、都道府県社会保険事務局(47局)を対象とした。老人医療に関連する老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患者入院治療料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料については、都道府県庁(47庁)を対象とした。

## 2. 調査方法

平成15年5月に調査票を郵送し、FAXまたは郵送にて回収した。調査票は、診療報酬上の精神科包括病棟の届出を行っている医療機関名、算定開始年月日、病床数から構成されている。

都道府県庁からの回答率は100%、社会保険事務局からの回答率は80.9%(38局)であった。回答が得られなかった社会保険事務局(9局)については、再度の依頼および行政文書開示請求を行い、最終的にすべての社会保険事務局から回答を得た。

## 3. 分析方法

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算を「精神科急性期・救急型病棟」、精神療養病棟入院料を「精神療養型病棟」、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患者入院治療料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料を「老人性痴呆疾患型病棟」に分類した。そして、各病棟について病床数と取得動向の分析を行った。

病床数の分析は、都道府県庁、社会保険事務局から得られた結果について単純集約を行った。取得動向の分析は、算定開始年月日を独立変数、

病床数を従属変数として単回帰分析を行い、1ヵ月あたりの病床増加数（以下、病床増加数）を算出した。なお、単回帰分析は次に示す回帰方程式を用いた。

$y=ax+b$ （ $y$ ：病床数、 $x$ ：算定開始年月日、 $a$ ：1ヶ月あたりの病床増加数、 $b$ ：切片）

ただし、精神科急性期治療病棟入院料2については病床数が少ないため、入院料1と入院料2を合計して精神科急性期治療病棟として取得動向の分析を行った。また、重度痴呆患者入院治療料についても病床数が少ないため、老人性痴呆疾患治療病棟に含めて取得動向の分析を行った。

## C. 研究結果

### 1. 精神科急性期・救急型病棟（図1、表1）

#### 1) 精神科急性期・救急型病棟の全体の取得動向

精神科急性期・救急型病棟は、1996年4月に精神科急性期治療病棟入院料が新設されて以降、病床数は増加を続けていた。なお、1996年4月～2003年9月の病床増加数は、毎月81.7床（ $r^2=.980$ 、 $p<.001$ ）であった。調査時点での病床数は、6,752床であった。

#### 2) 各包括病棟の取得動向

精神科急性期治療病棟は、1996年4月に新設されて以降、病床は増加傾向にあることが示された。なお、1996年4月～2003年9月の病床増加数は、毎月74.6床（ $r^2=.983$ 、 $p<.001$ ）であった。調査時点での病床数は、精神科急性期治療病棟入院料1が5,147床、精神科急性期治療病棟入院料2が581床であった。

精神科救急入院料と児童・思春期精神科入院医療管理加算についても、2002年4月に新設さ

れて以降、病床数は増加傾向にあることが示された。なお、2002年4月～2003年9月の病床増加数は、精神科救急入院料が毎月27.2床（ $r^2=.844$ 、 $p<.001$ ）、児童・思春期精神科入院医療管理加算が毎月11.2床（ $r^2=.934$ 、 $p<.001$ ）であった。調査時点での病床数は、精神科救急入院料が463床、児童・思春期精神科入院医療管理加算が561床であった。

### 2. 精神療養型病棟（図2、表2）

#### 1) 精神療養型病棟の全体の取得動向

精神療養型病棟は、2001年6月頃に病床の増加速度にピークが示された。なお、1994年4月～2001年5月と2001年6月～2003年9月の病床増加数を比較すると、前者の毎月779.1床（ $r^2=.947$ 、 $p<.001$ ）は、後者の毎月286.4床（ $r^2=.940$ 、 $p<.001$ ）の約2.7倍であった。調査時点での病床数は、76,155床であった。

#### 2) 各包括病棟の取得動向

精神療養病棟入院料1は、1994年4月に新設されて以降、病床数は増加を続けていることが示された。なお、1994年4月～2003年9月の病床増加数は、毎月738.3床（ $r^2=.953$ 、 $p<.001$ ）であった。

精神療養病棟入院料2は、2002年4月以降で著しく減床していることが示された。なお、1994年4月～2002年3月と2002年4月～2003年9月の病床増加数の比較においても、前者は毎月162.1床（ $r^2=.989$ 、 $p<.001$ ）、後者は毎月-217.7床（ $r^2=.858$ 、 $p<.001$ ）であった。

さらに、2002年4月～2003年9月の間に精神療養病棟入院料2を辞退した医療施設は118施設であり、そのうち精神療養病棟入院料1に変更を行った医療施設は57施設（48.3%）であ

った。

調査時点での病床数は、精神療養病棟入院料1が74,478床、精神療養病棟入院料2が1,677床であった。

### 3. 老人性痴呆疾患型病棟 (図3、表3、4)

#### 1) 老人性痴呆疾患型病棟の全体の取得動向

老人性痴呆疾患型病棟の病床数は、増加を続けていることが示された。なお、1996年4月～2003年9月の病床増加数は、毎月314.4床 ( $r^2=.982$ ,  $p<.001$ ) であった。調査時点での病床数は、29,050床であった。

#### 2) 各包括病棟の取得動向

老人性痴呆疾患治療病棟ならびに療養病棟は、1996年4月の新設以降、病床数は増加を続けていることが示された。なお、1996年4月～2003年9月の病床増加数は、前者は毎月102.5床 ( $r^2=.993$ ,  $p<.001$ )、後者は毎月144.0床 ( $r^2=.993$ ,  $p<.001$ ) であった。

2000年4月に新設された老人性痴呆疾患療養病棟 (介護保険適応病床) についても、病床数は増加傾向にあることが示された。なお、2000年4月～2003年9月の病床増加数は、毎月35.8床であった ( $r^2=.947$ ,  $p<.001$ )。

調査時点での病床数は、老人性痴呆疾患治療病棟入院料が9,879床、重度痴呆患者入院治療料が1,882床、老人性痴呆疾患療養病棟入院料が17,289床 (医療保険適応病床が12,774床、介護保険適応病床が4,515床) であった。

## D. 考察

### 1. 精神科急性期・救急型病棟

わが国の精神科医療においては、急性期医療

の充実及び専門病床の整備等を進め、入院医療の質を向上させることが課題となっている<sup>2)</sup>。そのような中で、精神科急性期・救急型病棟が一貫して増加傾向にあるのは理解できる結果である。

短期入院患者が増加し精神科医療が急性期化している中で<sup>4)</sup>、各包括病棟は今後も増加が見込まれる。ただし、精神科救急入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算については、仕組みができてまだ日が浅いことから、動向について継続的に調査を実施していくことが必要である。

### 2. 精神療養型病棟

精神療養型病棟については、病床の増加速度にピークがみられた。入院医療主体から地域における保健医療福祉への地域精神保健施策の推進、そして非定形抗精神病薬をはじめとした医療技術の進歩により、長期療養型病棟のニーズが減少していることが考えられる。

精神療養病棟入院料2が平成14年4月の診療報酬改定以降で減床している結果は興味深い。この結果は、診療報酬の減額改定に伴い、各医療施設がどのような病棟を配置するか意思決定を行ったことを示唆している。また、入院料2の届出を辞退した医療機関のうち48.3%がより診療報酬点数が高い入院料1へと届出を変更しており、診療報酬の改定に対して各医療機関が柔軟かつ迅速に対応していることが考えられる。

### 3. 老人性痴呆疾患型病棟

平成14年4月の診療報酬改定により、治療病棟ならびに療養病棟の医学管理料が減額されているにもかかわらず、なお老人性痴呆疾患型病棟が増加傾向にあることは興味深い結果である。

入院患者の高齢化や痴呆性高齢者の増加により、老人性痴呆疾患型病棟のニーズが高まっているからかもしれない。痴呆性高齢者の治療・ケアにおける精神科医療の役割と効果については、明確な根拠が提示されていない現状にあり<sup>5)</sup>、今後も継続的な調査の実施が必要である。

療養病棟は治療病棟に比べて病床増加数が多いことが示されたが、これは療養病棟の施設基準がより緩やかであることだけでなく、短期間での治療が困難な現状が影響していると考えられる。治療病棟は、3ヶ月を超えた場合には、診療報酬が減額される逓減性の病棟である。しかし実際には、治療病棟の入院患者の約60%は診療報酬が減額される3ヶ月を過ぎても残留していることが報告されている<sup>6)</sup>。経済的メリットを確保することが困難な現状が、療養病棟に比べて治療病棟の病床増加数が少ない理由として考えられる。

#### E. 結論

本研究では、精神病床の機能分化の状況を把握することを目的として、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向について調査を実施した。その結果、診療報酬上では包括病棟を中心として機能分化が進んでいることが示唆された。今後、動向を参考にさらに適切な経済的インセンティブの新設・改定をはかり、精神保健医療施策を立案する必要がある。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 濱野強、宮本有紀、伊藤弘人. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する全国調査. 日本公衆衛生雑誌 (投稿中). 2004.

##### 2. 学会発表

- 濱野強、伊藤弘人. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得状況. 第7回日本健康福祉政策学会学術大会報告集 印刷中. 2003.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む) なし

#### 文献

- 1) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会. 今後の精神保健医療福祉施策について. 2002.
- 2) 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向. 2004.
- 3) 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー. 東京: 医学書院. 2002; 18-51.
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成11年患者調査(全国版). 東京: 厚生統計協会.
- 5) 伊藤弘人. 「これからの精神医療のあり方基本計画」について. 日本精神科病院協会雑誌 2003; 22: 793-798
- 6) 日本精神科病院協会高齢者対策・介護保険委員会. 老人性痴呆疾患専門病棟に関するアンケート調査結果報告. 日本精神科病院協会雑誌 2002; 21: 1263-1268.

(N. of Beds)

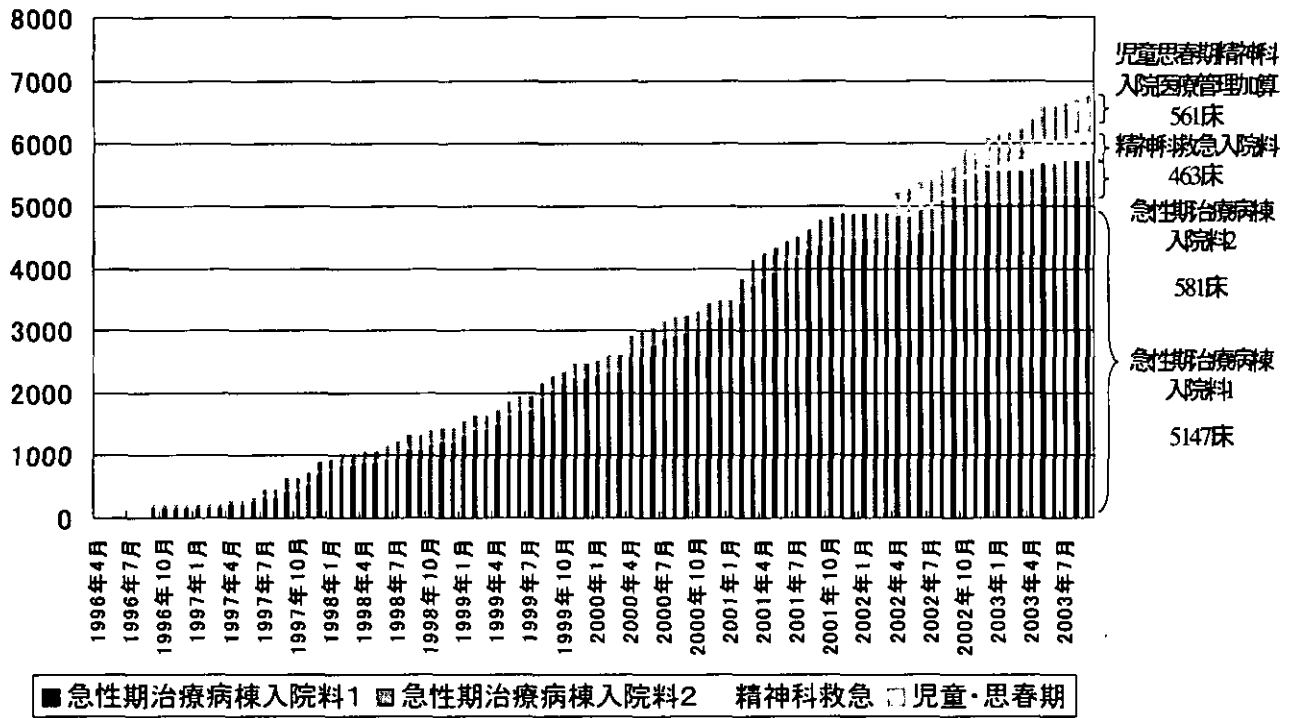


図1 精神科急性期・救急型病棟の取得動向

(N. of Beds)

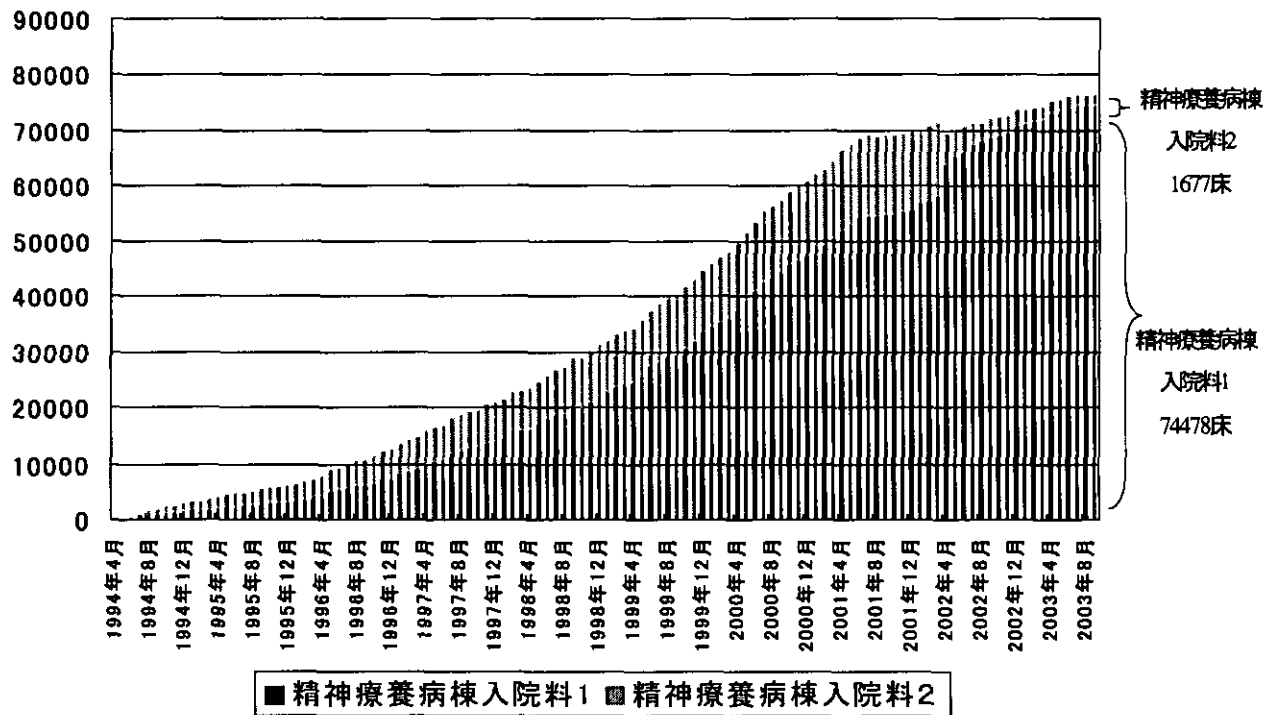


図2 精神療養型病棟の取得動向

(N. of Beds)

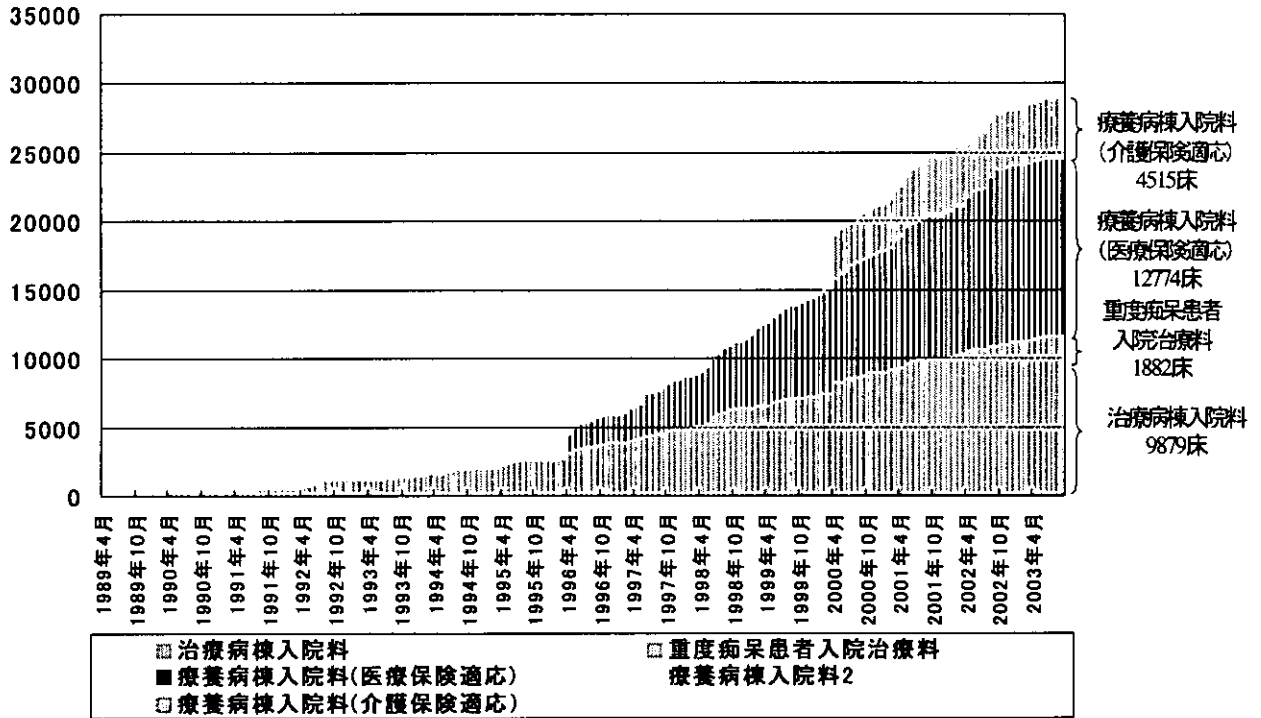


図3 老人性痴呆疾患型病棟の取得動向

表1 精神科急性期・救急型病棟の現況

	精神科急性期治療病棟入院料						精神科救急入院料		児童・思春期精神科 入院医療管理加算	
	医療機関数			病床数			医療機関数	病床数	医療機関数	病床数
	全体 (入院料1+2)	入院料1	入院料2	全体 (入院料1+2)	入院料1	入院料2				
北海道	4	3	1	223	165	58	0		1	28
青森	0			0			0		0	
岩手	0			0			0		0	
宮城	2	2		107	107		0		0	
秋田	1	1		38	38		0		0	
山形	3	3		180	180		0		0	
福島	3	3		136	136		0		0	
茨城	0			0			0		0	
栃木	1	1		40	40		0		0	
群馬	2	2		105	105		1	33	0	
埼玉	4	4		217	217		0		0	
千葉	6	4	2	317	218	99	1	50	2	86
東京	6	5	1	442	409	33	1	42	1	264
神奈川	3	3		143	143		0		1	40
新潟	3	3		97	97		0		0	
富山	0						0		0	
石川	1	1		44	44		1	44	0	
福井	0			0			0		0	
山梨	0			0			0		0	
長野	2	1	1	95	40	55	0		0	
岐阜	0			0			0		0	
静岡	3	3		150	150		1	46	0	
愛知	6	6		307	307		0		0	
三重	1	1		53	53		1	32	0	
滋賀	0			0			0		0	
京都	4	4		201	201		0		0	
大阪	12	9	3	793	561	232	1	32	2	111
兵庫	2	2		112	112		0		0	
奈良	3	2	1	135	85	50	0		0	
和歌山	0			0			0		0	
鳥取	0						1	35	0	
島根	1	1		30	30		0		1	32
岡山	1	1		64	64		0		0	
広島	1	1		60	60		1	60	0	
山口	1	1		45	45		0		0	
徳島	0			0			0		0	
香川	0			0			0		0	
愛媛	2	2		104	104		1	39	0	
高知	3	3		137	137		0		0	
福岡	14	14		660	660		0		0	
佐賀	0			0			1	50	0	
長崎	2	2		100	100		0		0	
熊本	6	5	1	263	209	54	0		0	
大分	1	1		54	54		0		0	
宮崎	1	1		45	45		0		0	
鹿児島	0			0			0		0	
沖縄	5	5		231	231		0		0	
合計	110	100	10	5728	5147	581	11	463	8	561



表 2 精神療養型病棟の現況

	医療機関数			病床数		
	全体 (入院料 1+2)	入院料 1	入院料 2	全体 (入院料 1+2)	入院料 1	入院料 2
北海道	38	37	1	4736	4686	50
青森	6	6		631	631	
岩手	1	1		60	60	
宮城	10	9	1	1391	1337	54
秋田	5	4	1	616	556	60
山形	8	8		684	684	
福島	14	13	1	1149	1059	90
茨城	13	12	1	3291	3049	242
栃木	16	15	1	2169	2120	49
群馬	11	11		1521	1521	
埼玉	16	11	5	1706	1200	506
千葉	24	24		3988	3988	
東京	24	23	1	2868	2736	132
神奈川	19	19		2242	2242	
新潟	13	13		1485	1485	
富山	9	9		1236	1236	
石川	8	8		960	960	
福井	4	4		400	400	
山梨	5	5		487	487	
長野	11	10	1	973	918	55
岐阜	5	5		779	779	
静岡	15	15		1684	1684	
愛知	19	19		2526	2526	
三重	7	6	1	730	670	60
滋賀	6	6		792	792	
京都	8	8		898	898	
大阪	28	28		4469	4469	
兵庫	20	20		2525	2525	
奈良	4	4		822	822	
和歌山	7	6	1	563	503	60
鳥取	5	5		515	515	
島根	7	7		831	831	
岡山	11	10	1	1440	1376	64
広島	21	20	1	2457	2409	48
山口	10	10		1137	1137	
徳島	7	7		934	934	
香川	9	9		1005	1005	
愛媛	8	8		930	930	
高知	15	15		1416	1416	
福岡	49	49		5244	5244	
佐賀	6	6		524	524	
長崎	23	22	1	2554	2526	28
熊本	27	27		2180	2180	
大分	15	14	1	1299	1238	61
宮崎	15	14	1	2028	1970	58
鹿児島	18	17	1	1400	1340	60
沖縄	16	16		1880	1880	
合計	636	615	21	76155	74478	1677

表3 老人性痴呆疾患治療病棟・重度痴呆患者入院治療料の現況

	老人性痴呆疾患治療病棟入院料		重度痴呆患者入院治療料	
	医療機関数	病床数	医療機関数	病床数
北海道	7	374	3	193
青森	2	120	0	
岩手	1	50	1	45
宮城	3	215	0	
秋田	2	100	0	
山形	0		0	
福島	6	311	1	50
茨城	2	100	0	
栃木	1	50	0	
群馬	0		0	
埼玉	8	518	0	
千葉	3	145	2	69
東京	4	236	5	260
神奈川	9	428	1	44
新潟	9	493	0	
富山	5	285	0	
石川	3	134	1	50
福井	3	140	0	
山梨	2	98	0	
長野	3	138	1	50
岐阜	2	92	0	
静岡	1	50	0	
愛知	1	40	1	50
三重	3	140	0	
滋賀	1	50	0	
京都	2	116	0	
大阪	8	436	0	
兵庫	7	456	0	
奈良	2	97	1	50
和歌山	0		0	
鳥取	2	100	1	56
島根	4	209	0	
岡山	5	282	0	
広島	12	615	0	
山口	4	198	0	
徳島	2	95	0	
香川	2	95	0	
愛媛	2	108	3	148
高知	0	0	0	0
福岡	19	1060	9	474
佐賀	3	200	2	150
長崎	4	210	0	
熊本	2	110	3	143
大分	5	374	0	
宮崎	3	135	1	50
鹿児島	3	216	0	
沖縄	9	460	0	
合計	181	9879	36	1882

表4 老人性痴呆疾患療養病棟の現況

	医療機関数				病床数		
	全体	医療・介護適応	医療保険適応	介護保険適応	全体	医療保険適応	介護保険適応
北海道	16	4	11	1	1007	833	174
青森	5	2	1	2	424	142	282
岩手	1	1			50	38	12
宮城	2		2		210	210	
秋田	3	1	2		150	130	20
山形	6	1	5		345	305	40
福島	5		5		264	264	
茨城	5		5		274	274	
栃木	2		2		110	110	
群馬	1	1			60	40	20
埼玉	12		11	1	1267	1219	48
千葉	8	1	4	3	553	326	227
東京	8	1	4	3	959	548	411
神奈川	18	3	13	2	1274	942	332
新潟	12	1	7	4	651	417	234
富山	4	4			203	95	108
石川	5	1	4		386	286	100
福井	2	2			145	88	57
山梨	1	1			60	40	20
長野	2	1		1	156	50	106
岐阜	4		4		260	260	
静岡	6	3	3		648	520	128
愛知	1		1		120	120	
三重	1		1		50	50	
滋賀	2	1	1		120	92	28
京都	2			2	120		120
大阪	14	3	9	2	1177	961	216
兵庫	6	4	2		505	309	196
奈良	1	1			200	150	50
和歌山	0				0		
鳥取	0				0		
島根	2	1	1		120	90	30
岡山	9	5	2	2	584	352	232
広島	8		4	4	471	263	208
山口	7	2	5		433	387	46
徳島	2	1	1		168	108	60
香川	4	2	1	1	170	49	121
愛媛	5	2	3		252	202	50
高知	3		3		151	151	
福岡	11	4	5	2	571	443	128
佐賀	1	1			60	12	48
長崎	3		3		161	161	
熊本	13	9	4		683	485	198
大分	8	2	5	1	514	388	126
宮崎	3		1	2	170	60	110
鹿児島	13	7	6		819	692	127
沖縄	2	2			214	112	102
合計	249	75	141	33	17289	12774	4515

FAX: 048-451-7711

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究班事務局行き

## ご意見を募集しています

今年度開発した指標および提示方法について、また本報告書について、広くご意見を募集しています。本用紙をご利用いただき、あるいはその他の書式をお使いいただき、ファックスでお寄せください（048-451-7711）。関係者の皆様のご協力をお待ち申し上げます。

1. 指標について

2. 提示方法について

3. その他、本研究に対するご意見・ご感想

ありがとうございました。