

そのことが平均残存率(1年未満群)と1年後残留率が低く、1年以内社会復帰率が高いことに反映されていた可能性がある。精神保健医療福祉の改革を進めるにあたっては、P県に見られるような精神科病院、精神科診療所、または国公立と民間という垣根をとった交流の場をつくっていくことが必要と考えられる。またQ県の聞き取りで得られた医師、看護師不足が、医療の改革を保守的にしている可能性があるという意見に関しては、医療スタッフの充実が機能的な地域精神医療の展開と密接に関係する可能性があり、データをもとに検証していく必要があると考えられた。退院率(1年以上群)に関しては、P県、Q県とも全国平均より低かったが、P県においては平均残存率(1年未満群)が低いだけ、1年以上の入院期間になる患者は退院の困難な患者が残存しており、それだけ退院が難しい可能性がある。Q県においては平均残存率(1年未満群)が高いいだけ、1年以上の在院患者にも退院可能性の高い患者がより多く含まれている可能性がある。平均残存率(1年未満群)を下げ、退院率(1年以上群)を上げるには、さまざまな都道府県の着眼と実践を情報として利用できるようにすることが有効と考えられるため、本研究のような聞き取り調査を継続発展することが必要と考えられた。

A 目的

精神保健医療福祉の改革ビジョンに示された平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)には、都道府県較差が生じている。本研究においては、平均残存率に差のある都道府県間において、精神科医療の供給体制等にどのような差があるか明らかにする。また平均残存率(1年未満群)を下げ、退院率(1年以上群)を上げるために必要な対策について考察する。

B 方法

平均残存率等の指標で、異なる特徴を示すP県、Q県において、精神保健福祉主管課、精神保健福祉センター、精神科病院等を対象に、それぞれの県の精神保健福祉の概況、地域の精神科医療や福祉サービスの実態について聞き取り調査を行った。調査内容は、精神保健福祉の概況、精神保健福祉行政の経緯、精神科医療の志気を高めるシステム、地域医療の現場からみた平均残存率・退院率の目標数値、都道府県における平均残存率・退院率の違いに影響するマクロ要因、平均残存率を下げることと退院

率を上げることを平行して実現することの課題、平均残存率を下げた場合の地域ケアのあり方(医療によるフォロー)等である。

P 県では、精神保健福祉主管課(精神保健福祉センター所長同席)、県立病院 1 施設、民間病院 3 施設、厚生連病院分院 1 施設を訪問した。県立病院は昭和 46 年以降開放医療を実施している。民間病院 3 施設は、新築にともない病棟内の機能分化(ユニット化)を行った病院、県立病院で対応できない触法患者等の対応と急性期治療病棟を積極的に活用した地域医療を行っている病院、小規模精神科病院で開放医療に取り組んできた病院である。また厚生連病院分院は大規模総合病院精神科病棟を一部分分院化したもので精神療養病棟と痴呆性疾患治療病棟からなる。

Q 県では、精神保健福祉主管課(保健所長同席)、県立病院 1 施設、民間病院 2 施設を訪問した。県立病院は昭和 30～40 年代に院外作業等で高い評価を受け、全国精神障害者家族会の発足にも大きな役割を果たしたが、その後長期在院患者の増加が顕著になり、平成 8 年以降社会復帰の促進に力を入れ、長期在院患者の減少を達成している。県立病院は Q1 ブロックに属する。民間病院の 1 施設は、全病棟を精神療養 1 としたうえ

で 1 病棟を急性期病棟として機能させ、精神科デイケア、福祉ホームを併設している。もう 1 施設は地域医療として訪問看護等に取り組んでいる病院で、いずれも精神科救急の圏域では Q3 ブロックに属する、地域医療の中核的病院である。

以上のように、P 県の訪問先は 6 施設であるが、Q 県の訪問先は 4 施設であり、そのことが得られた情報の質と量に差を生じさせた可能性はある。

P 県、Q 県の精神科医療の概況は次のとおりである。

P 県は人口 222.3 万人であって、人口万対は病床数 25.0 床(全国 28.0 床。以下カッコ内は全国値を示す)、病床利用率は 90.9% (92.7%) である。平均在院日数は 264.6 日(363.7 日)と短い。平均残存率(1 年未満群)は 23.7% (31.2%) と全国で最も低く、退院率(1 年以上群)は 18.7% (21.3%) と全国に比べてやや低い。入院患者(ここでは平成 13 年 6 月 1 ヶ月の入院をいう。Q 県も同じ)の 1 年以上入院が継続する割合(1 年後残留率)は 8.3% (14.4%) で最も低く、1 年以内に社会復帰する割合(1 年以内社会復帰率)は 82.6% (72.7%) と高い。入院患者の年齢構成では 65 歳以上が 28.9% (28.5%)、疾患別では F0(症状性を含む器質性精神障害)15.6% (15.7%)、F1(精神作用物質による精神

及び行動の障害)14.7%(13.0%)、F2(統合失調症等)33.0%(37.9%)、F3(気分障害)17.1%(18.0%)等であって、全国と際立った特徴はない。入院形態では、措置入院 1.5%(2.0%)、医療保護入院 16.0%(30.9%)、任意入院 82.2%(65.5%)であって、任意入院の割合が高い。精神病床に占める終日閉鎖病床の割合は 33.5%(42.7%)と少なく、P 県の県立病院や民間病院で取り組まれてきた開放医療の取り組みの成果を示すものと考えられる。

在院患者(ここでは平成 14 年 6 月末日に入院している患者をいう。Q 県も同じ)の年齢構成では 65 歳以上が 34.4%(37.3%)である。疾患別では F0(症状性を含む器質性精神障害)が 9.8%(16.9%)と低い。F1(精神作用物質による精神及び行動の障害)は 6.4%(5.5%)、F2(統合失調症等)は 66.2%(61.2%)、F3(気分障害)は 7.5%(6.8%)で、F2(統合失調症等)の割合がやや高いほかは際立った特徴は見られない。入院形態では、措置入院 1.3%(0.8%)、医療保護入院 22.9%(34.1%)、任意入院 75.8%(64.2%)であって、やはり任意入院の割合が高い。

保健医療全般として、全国でも平均寿命が長く、老人医療費・国民健康保険被保健者医療費・国民医療費が低く、一般

病床平均在院日数も短い。また保健師数は全国的にも多く、保健補導員制度(住民の自主的保健活動組織)を全市町村に設置している等、地域保健活動を先進的に取り組んできた県である。

Q 県は人口 299.2 万人、人口万対病床数 26.2 床(28.0 床)、病床利用率 91.3%(92.7%)である。平均在院日数 513.3 日(363.7 日)と長い。また平均残存率(1 年未満群)36.2%(31.2%)と高く、退院率(1 年以上群)16.4%(21.3%)と低い。入院患者のうち 1 年以上入院が継続する割合(1 年後残留率)は 23.1%(14.4%)と高く、1 年以内に社会復帰する割合(1 年以内社会復帰率)は 60.4%(72.7%)と低い。入院患者の年齢構成では 65 歳以上が 28.5%(28.5%)、疾患別では F0(症状性を含む器質性精神障害)16.2%(15.7%)、F1(精神作用物質による精神及び行動の障害)9.5%(13.0%)、F2(統合失調症等)48.4%(37.9%)、F3(気分障害)12.3%(18.0%)等であって、F1(精神作用物質による精神及び行動の障害)が低く、F2(統合失調症等)が高い。入院形態では、措置入院 4.4%(2.0%)、医療保護入院 32.6%(30.9%)、任意入院 62.0%(65.5%)であって、措置入院の割合がやや高い。精神病床に占める終日閉鎖病床の割合は 51.5%(42.7%)と

高い。

在院患者の年齢構成では 65 歳以上が 29.8% (37.3%) と少なく、疾患別では F0 (症状性を含む器質性精神障害) 12.1% (16.9%)、F1 (精神作用物質による精神及び行動の障害) 4.0% (5.5%)、F2 (統合失調症等) 71.9% (61.2%)、F3 (気分障害) 4.5% (6.8%) 等であって、F2 (統合失調症等) 71.9% (61.2%) の割合が高い。入院形態では、措置入院 1.0% (0.8%)、医療保護入院 28.8% (34.1%)、任意入院 70.2% (64.2%) であって、任意入院の割合がやや高い。

聞き取り調査の結果は、①診療応需体制、②歴史的経緯、精神科医師の交流・情報交換の場、③地域医療の現場からみた平均残存率・退院率の評価、④地域ケアの実態と退院率を上げるための課題 (高齢化した精神障害者への対応を含む) の 5 項目にまとめた。

なお本研究は P 県、Q 県の比較を行うことで精神保健医療福祉の改革を進めるための課題を明らかにすることが目的であって、両県の比較は目的ではないことを付記しておく。

(倫理面への配慮)

本研究は P 県、Q 県を対象とした精神保健医療福祉のシステムに関する聞き取り調査であって、聞き取り調査の内容に個別の患者に関する情報は含まれること

はなく、倫理的な問題は発生しない。ただし聞き取り調査の結果を不適切に紹介することで、聞き取り調査協力者に誤解に基づく不利益が発生するおそれがないとはいえない。そこで報告書作成にあたっては報告書案の段階で聞き取り調査協力者に内容の確認を行った。

C 結果

1. 診療応需体制

P 県では、精神科医療に限らず、県下を大きく 4 ブロックに区分でき、各ブロックのそれぞれの人口規模は 50~60 万でほぼ均等である。精神科医療に関しては、各ブロックにおいて輪番による救急対応を行っていた。県全域でも、合併症、触法精神障害者の治療を比較的多く引き受ける病院があるなど、病院間で役割を分担してきた。また自病院の受診患者は、夜間・休日でも自病院で診療することが病院間の基本的な合意事項になっていた。

精神科救急医療整備事業は、県面積が広大なため、緊急時の行動可能範囲、医療機関分布状況等を考慮し、上記の 4 ブロック体制で実施し、各ブロックに精神科救急指定病院を設置している。P1 ブロックは県立病院、P2 ブロックは赤十字病院と輪番 5 病院、P3 ブロックは独立行政法人病院 (旧国立療養所)、P4 ブロ

ックは民間病院 5 病院の輪番である。対象者は「休日・夜間において精神疾患の急発・急変により緊急に精神科診療を必要とするものであって、医療機関に置いて精神科の治療を受けている者については、当該医療機関での救急対応を優先させる」こととなっている。P2 ブロックと P4 ブロックには輪番病院の予算が計上されているが、他の 2 ブロックには計上されていない。救急システム整備拡充は今後の課題である。

Q 県では保健医療圏域はサブ圏域 1 箇所を含めて 9 圏域に分かれるものの、精神科救急医療圏は Q1 ブロック、Q2 ブロック、Q3 ブロックの 3 ブロックとなっていた。各ブロックの人口は 80～110 万で P 県の 1 ブロックに比べて大きい。救急医療体制の整備に関しては、平成 8 年 10 月から警察官通報による患者を対象にした救急体制を整備し、平成 16 年 3 月からは平日夜間についても体制を整備している。平成 12 年 4 月からは患者本人またはその家族等からの休日昼間の救急医療相談を開始した。救急窓口は精神保健福祉センターに置き、県立病院が措置入院対応を行い、民間病院で構成される輪番制当番病院が一般救急医療相談を行っている。各ブロックは 8～10 病院の輪番制である。休日・夜間は措置入院を前提としており、全県 1 区制で県立

病院(Q1 ブロックにある)が担当している。重度の身体合併症は、精神障害者身体合併症医療事業として受入協力病院を国立病院に設定している。県立病院に対しては、児童・思春期、合併症、精神作用物質による精神障害の治療、精神科救急の対応の強化を求める意見が多い。

平均残存率を下げることと救急の整備とは表裏一体だが、救急用ベッドを民間病院で確保するのは難しい。個々の精神科病院における時間外対応は病院によって異なり、たとえば「休日の救急診察は、再来の患者は受け付けるが、他は当直医の判断による」「夜間は電話対応のみで、診察や入院には対応していない」などで共通していない。

通院医療に関して、国民健康保険被保険者に限り通院医療費公費負担制度利用者の自己負担分を市町村で負担する制度が全市町村に普及している。しかしながら人口万対の精神障害者通院医療交付負担件数、精神障害者保健福祉手帳交付件数は全国平均より低い。

2. 歴史的経緯、精神科医師等の交流・情報交換の場

P 県の精神科医療の基盤づくりには、医専の時代を経て昭和 24 年から昭和 44 年まで地元国立大学(現独立行政法

人)に在籍した初代精神科教授の影響が大きい。P 県の精神科医療の第一線は、この教授のもとで学んだ精神科医師と次世代によって担われている。この大学は他学出身者にも開放的であって、民間病院を大切にする発想を持ち、病院間に序列をつけなかったという。

P 県の精神科医療では、2 代目精神科教授を座長とした地方精神衛生審議会における議論をもとに、昭和 50 年に県単独事業で精神障害回復者社会復帰対策事業(精神科病院退院後の住居手当、社会適応訓練手当、社会適応訓練謝金などの手当を支給できる)が創設されたが、このことが退院促進と長期在院の予防につながった可能性がある。また P 県の県立病院、民間病院で取り組まれてきた開放医療の取り組みは、患者や家族、地域を精神科医療のパートナーとすることが必要であるため、地域医療の普及発展に寄与したと考えられる。P 県には P 県精神科病院協会、P 県精神科医会、P 県精神神経学会の 3 団体があって、全県下の精神科医が加入している。

P 県精神科病院協会は、国立、県立、厚生連、日赤、個人、医療法人、クリニック代表を含めた組織となっている。会長は民間病院院長、副会長2名のうち1名は独立行政法人病院(旧国立療養所)である。オブザーバーとして P 県精神保

健福祉主管課、精神保健福祉センターも参加している。P 県では、国公立と民間病院で対立する構図になっておらず、議論はしてもまとまりがよい。診療報酬支払基金審査会、地方精神保健福祉審議会、精神医療審査会、日本精神科病院協会委員会等、各種委員会等の委員は、P 県精神科病院協会で推薦する方針を取っており、特定の個人に委員や役職が集中したり、固定化したりすることのないように配慮されている。

P 県精神科医会は、会長が P 県精神科病院協会会長である。4 ブロックに分かれていて、各ブロックごとに、各病院持ち回りで隔月に開催しており、年 1 回総会がある。これは、医師に限らずさまざまな職種の交流の場、互いに他の病院を知る場となっている。

P 精神神経学会は会長が地元独立行政法人大学精神科教授で年 1 回開催される。

また医療スタッフの確保に関しては、医師の確保には苦勞している。また看護師の確保には苦勞しなくなったとの話が一部にあったが、全般的には慢性的な不足状態であるという。

Q 県では病床急増期(昭和 30~40 年代)に、県南の病院を中心に首都圏の患者を多く受け入れていた可能性が指摘されていた。Q 県に大学医学部が発足した

のは昭和 48 年に創設された国立大学においてである。この大学医学部が開設されるまでは県内に大学はなく、平成 16 年に「同門会」が初めて開催された。この大学の精神科教授を中心に県内の精神科病院や診療所のネットワークづくりを進めようという動きがあり、行政、医療とも発展を期待している。

圏域、交流・連携、病棟開放化は P 県の精神科医療のキーワードであって、P 県では P2 ブロック以外は比較的病床規模の小さい病院が多く、家庭的な雰囲気の中で、きめの細かい治療をしていて、そのことが平均在院日数の短縮に寄与しているという意見があった。

Q 県には、精神医学集談会、精神科病院協会、製薬会社の支援する勉強会、指定医会議などはあるが、P 県にみられるような医療機関相互の交流はないという。

また県北、県南では地域の事情が大きく異なるため、県内の精神科病院の管理者が集まっても共有する話題を持ちにくい。Q 県精神科病院協会は民間病院のみの加盟であるが、今後、精神神経科診療所協会との相互交流の場を持つ動きがある。

また医師、看護師など、精神科の従事者の確保が困難と感じている病院が多いとのことであった。医師、看護師の不足が、

医療の改革を保守的にしているとの意見も聞かれた。

3. 地域医療の現場からみた平均残存率・退院率の評価

P 県の精神科医療関係者によると、平均残存率が低いのは P 県において精神科医療を普通に進めてきた結果であって、特に負担が大きいわけではないとのことであった。認知症の入院が少ないことも平均残存率が低いことと関係していると思われるが、精神科病院の医師が介護保険の施設の嘱託医をつとめ、介護保険の施設との連携につとめているなど、精神科病院が地域の医療機関であるという精神科病院と社会双方の認知が高い可能性がある。Q 県では平均残存率、退院率とも国の求める目標と Q 県の実態に大きな違いがあり、どのような方針でこの差を埋めようとしているのか知りたいとの意見が聞かれた。聞き取り調査の中で、Q 県は介護保険利用率が全国でも低いことの報告があった。

4. 地域ケアの実態と退院率を上げることの課題

P 県では、退院支援活動として精神障害者退院促進事業(H15-H16)を実施した。1年で4人の患者を対象に取り組み、2人は退院した。今後改めて患者調査を

し、検討会等を開催しながら進めていく方針である。徐々に体制を整備しつつ成功事例を積み重ねるしかないが、退院促進の流れはできつつある。退院促進には医療だけでなく福祉との連携が必要である。新規入院患者の退院までが短いのは、農家が多いこと、家族に頼り過ぎずに家族の機能を活用するように地域医療を進めているためと思われる、との意見があった。

高齢化した精神障害者の長期療養施設の必要性については、中間的な所に入所させるよりも病院に生活技能訓練を助成して福祉で支える方がよいと考えるとの回答であった。また県立病院のあり方について、P 県精神科病院協会県立病院整備検討委員会は回復者生活センター(P 県モデル)試案の提案を行っている。提案の内容は県立病院の長期療養者を対象に、病院敷地内または隣接地に療養所的な施設を設けるものであって、精神保健福祉法のもとで医療と福祉を融合させた施設として提案されている。

Q 県は、県土が関東平野に広がっているため、医療、市町村、社会復帰施設などの位置関係、交通の便に集約性が乏しく、施設の利用に送迎を必要とするところが多いとのことであった。このため効率的な地域サービスを展開するのが困難で、サービスにコストがかかる印象があり、県

南では、都市化が進み、地域の構造が変わるなかで退院が困難になっていることも考えられるとのことであった。退院促進に関して、医療、生活支援、住居確保、地域の理解などが連携していく必要があるとの認識であったが、訪問看護の充実等、地域サービスに関する個々の病院の捉え方は変化してきており、コメディカルスタッフの院外活動の支援が制度的に進めば状況は変わってくるとの意見であった。

高齢化した精神障害者の長期療養施設の必要性については、高齢者では、受け皿の確保が難しく、特に 6 年前に老人ホームで事件があり、精神科に入院していた者の入所は敬遠されがちであるという意見が聞かれた。

D 考察

平均残存率の異なる都道府県間において、精神科医療の供給体制等にどのような差があるか明らかにするとともに、平均残存率(1 年未満群)を下げ、退院率(1 年以上群)を上げるために必要な対策について考察するため、P 県、Q 県において聞き取り調査を行った。その結果を、数値データ、診療応需体制、歴史的経緯・精神科医師等の交流の場等の実態、地域ケアの実態について得られた情報をもとに分析し、地域医療の現場から

見た平均残存率・退院率の評価、退院率を上げることの課題について考察する。

数値データで両県を比較したところ、平均残存率(1年未満)、1年後残留率、1年未満社会復帰率等、新たな入院患者の退院までの動態に大きな差が見られた。また平均在院日数には大きな差があった。このことからQ県ではP県に比較してゆっくりした入退院の動態となっている可能性がある。入院患者の構成では、65歳以上の割合はほぼ同じであった。疾患別の割合は、F0(症状性を含む器質性精神障害)15.6%(15.7%)はほぼ同じであったが、F1(精神作用物質による精神及び行動の障害)はP県に高く、F2(統合失調症等)、F3(気分障害)はQ県に高かった。また入院形態では措置入院、医療保護入院の割合がQ県に高かった。F2(統合失調症等)で中高年の入院患者の場合、入院期間が長くなる傾向があることや、入院形態で強制入院が多かったことは、Q県の入院患者の退院までの期間を長くしている要因とも考えられる。しかしながら、これらで平均残存率(1年未満群)、1年後残留率、1年以内社会復帰率の大きな差を説明することは困難である。入院患者の退院までの期間は、入院患者の病態の違い等を考慮しても、P県がQ県より短い可能性があると考え

られた。

診療応需体制で見た場合、P県では、精神科医療に限らず、生活圏としても県土が大きく4ブロックに分かれており、精神科医療に関してもそれぞれのブロックで完結できるような体制が取られていた。また個々の精神科病院が自病院の患者は休日夜間でも診療することが基本となっており、それに精神科救急医療整備事業が重なることで、県民から見て、受診する場合のアクセスがわかりやすい構造となっていた。Q県では、精神科医療は基本的に各病院の医療のあり方の総和として行われており、行政の行う精神科救急事業に関しても、受診までのプロセスが複雑であり、時間的・距離的にも、県民からアクセスがわかりやすい構造とはなっていないと考えられた。またP県で生活圏とも重なって生まれてきた人口60万程度の地域ブロックは、Q県の人口100万程度の地域ブロックよりも精神科救急としてより機能的である可能性があり、検証していくことが望ましいと考えられた。

歴史的経緯・精神科医師等の交流の場等の実態に関して、P県では、精神科病院の急増期以前から大学を中心とした交流が存在していた。その交流のもとに、精神科病棟の開放の推進という動きがエネルギーになって地域精神医療が展開されていったと考えられる。また国公立も

参加する精神科病院協会をはじめ、様々な会において、院長同士、医師同士の交流が比較的多いことは、互いに自病院の患者は責任をもって診療するという意識を育てたと考えられる。病院間の交流が多いことは、適度の競争意識と、自病院と他の病院の機能を尊重した機能分化の展開につながり、そのことが平均残存率(1年未満群)と1年後残留率が低く、1年以内社会復帰率が高いことに反映されている可能性がある。Q県においては、P県の国立大学に見られるような大学を中心とした交流の場はなかった。県立病院や民間病院が院外作業等でリーダーシップを担った時代はあったものの、地域精神医療の方向に展開していく動きには発展しなかったと考えられる。精神科医師の交流の多寡は、病院間の適度の競争意識や機能分化の取り組みにも影響すると思われる。精神保健医療福祉の改革を進めるにあたっては、P県に見られるような精神科病院、精神科診療所、または国公立と民間という垣根をとった交流の場をつくっていくことが必要と考えられる。Q県では、P県のような地域精神医療の動きが明確にならず、通院医療に関して、国民健康保険の通院医療費公費負担制度利用者の自己負担分を市町村で負担する制度が全市町村に普及していながら、人口万対の精神障害者

通院医療交付負担件数、精神障害者保健福祉手帳交付件数が全国平均より低いなど、その効果ははっきりと表れていないように見受けられる。このことと関連して、Q県の聞き取りで得られた医師、看護師不足が、医療の改革を保守的にしている可能性があるという意見に関しては重要な情報と考えられる。医療スタッフの充実には機能的な地域精神医療の展開と密接に関係する可能性があり、データをもとに検証していく必要がある。

退院率(1年以上群)に関しては、P県、Q県とも全国平均より低かった。退院率(1年以上)を引き上げるには、精神科病院の医療改善だけでなく、地域福祉の充実が第一に必要であるが、両県を比較した場合、1年以上在院患者の実態が異なる可能性がある。P県においては平均残存率(1年未満群)が低いだけ、1年以上の入院期間になる患者は退院の困難な患者が残存しており、それだけ退院が難しい可能性がある。Q県においては平均残存率(1年未満群)が高いだけ、1年以上の在院患者にも退院可能性の高い患者がより多く含まれている可能性がある。いずれにしても退院率の向上には、両県ともさまざまな手立てを組み立てていく必要があり、Q県においては精神科救急の一層の整備等、精神科医療へのアクセスをよくすることが重要と考えられた。

また P 県、Q 県の聞き取り調査で得られたように、地域への退院・社会復帰を進めながらも、介護保険の適用にならないものの一定の医療と介護を必要とする精神障害者について、長期療養施設の必要性の有無を検討することも重要と考えられた。

本研究においては、さまざまな制約から平均残存率(1 年未満群)の異なる 2 県の比較にとどまったが、平均残存率(1 年未満群)を下げ、退院率(1 年以上群)を上げるには、さまざまな都道府県の着眼と実践を、情報として利用できるようなことが有効と考えられるため、本研究のような聞き取り調査を継続発展することが必要と考えられた。

E 結論

平均残存率の異なる都道府県間において、精神科医療の供給体制等にどのような差があるか明らかにするとともに、平均残存率(1 年未満群)を下げ、退院率(1 年以上群)を上げるために必要な対策について考察するため、P 県、Q 県において聞き取り調査を行った。この背景を、数値データ、診療応需体制、歴史的経緯・精神科医師等の交流の場等の実態、地域ケアの実態について得られた情報をもとに分析し、地域医療の現場から見た平均残存率・退院率の評価、退院

率を上げることの課題について分析した。平均残存率(1 年未満群)を下げ、退院率(1 年以上群)を上げるには、さまざまな都道府県の着眼と実践を、情報として利用できるようなことが有効と考えられるため、本研究のような聞き取り調査を継続発展することが必要と考えられた。

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 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
新たな精神病床算定式に基づく，早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究

分担研究

新たな精神病床算定式の合理性の検証と精神医療改革の実現に関する研究
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）

研究協力報告書

精神科病院の病床利用率の現状について
研究協力者 立森 久照 （国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：本研究の目的は，全国の精神科病院の病床利用率を把握し，病床利用率が一定以上低い病院の特徴を明らかにすることである。そのために，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課が，平成 14 年 6 月 30 日付けで収集した，全国すべての精神科病院，社会復帰施設等の活動状況などについての資料を利用して分析を実施した。病床あたりの 1 カ月の入院患者数，施設の種類，外来患者数，急性期病棟の有無などの基準で病院を分類し，病床利用率を比較した。病床利用率は，95.4%（四分位範囲 = 9.2%）を中央値として，31.4%から 109.7%の間に分布しており，病床利用率が低い病院群が存在することが明らかとなった。「病床数に比して 1 カ月間の入院患者数が多い病院」，「病床数に比して 1 カ月の退院患者数が多い病院」，「平均残存率が低い病院」，「大学病院」，「外来患者数の多い病院」は，それぞれそうでない病院群と比較して病床利用率が有意に低かった。しかし，「大学病院」を除いた四つでは，中央値の差の絶対値は 3%程度であった。これに対し，大学病院とそうでない病院の病床利用率の中央値は，約 15%の違いがあった。必要病数を考える際には，大学病院の病床利用率が特に低いことによる影響を特に考慮する必要があると思われる。

A. 研究目的

新たな病床算定式では，病床利用率を一律 95%としている。この新算定式は都道府県ごとの必要病床数の目安を算出するために使用されているので，全国で共通の病床利用率を使用することに問題はないと思われる。し

かし，施設ごとでは，その施設の特性によって病床利用率にばらつきがあることが予想される。例えば，救急対応のために常に一定の病床を確保することが要求されている施設では，病床利用率が低くなるであろう。新算定式に基づいて，都道府県ごとの必要病

床数を決定する際には、このような病床利用率のばらつきを考慮する必要がある。

そこで、第一に必要なこととして、全国の精神科病院の病床利用率を把握し、病床利用率が一定以上低い病院の特徴を明らかにすることを目的に本研究を実施した。

B. 研究方法

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課では、毎年6月30日付けで、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国すべての精神病院、社会復帰施設等の活動状況などについて資料を得ている（以下、630調査と称す）。

本研究では、平成14年度の630調査データを使用して、以下の分析を実施した。なお、特に断りがない場合は、以下で記述する病床、入院患者、退院患者などは精神病床におけるものを示している。

1. 全国の精神科病院のうち、その病床数と比較して、1カ月間の入院患者数または退院患者数が一定以上に多い病院群とそれ以外の病院群の病床利用率を比較。
2. 平均残存率（この用語の定義は本報告書内の竹島分担研究者の報告書を参照されたい。）が一定以上に低い病院群とそれ以外の病院群の病床利用率を比較。

3. 全国の精神科病院のうち、大学病院群とそれ以外の病院群の病床利用率を比較。
4. 全国の精神科病院のうち、精神科急性治療病棟を有する病院群とそれ以外の病院群の病床利用率を比較。
5. 全国の精神科病院のうち、応急入院指定病院群とそれ以外の病院群の病床利用率を比較。
6. 全国の精神科病院のうち、外来患者数が一定以上に多い病院群とそれ以外の病院群の病床利用率を比較。

以上の分析内容で述べた基準に従い病院を二群に分類し、群間の病床利用率の違いを Mann-Whitney 検定により確認した。有意水準は5%とし、すべて両側検定で行った。

なお、平成14年度の630調査データを施設ごとに検討し、今回の分析に使用する数値において、欠損値、論理的な矛盾、もしくは回答間違いである可能性が高い値のあった施設については、今回の分析の対象から除外した。具体的には、

- ・ 精神病床数が0の施設
- ・ 病床利用率が110%を超える施設（理論上、病床利用率は100%が上限であるが、630調査は一時点の横断的調査であり、たまたま調査時に一時的に病床数以上の在院患者がいる可能性を考慮して上記の基準とした）
- ・ 1カ月間の外来患者数が3万人を

超える施設

- ・ 調査時点での在院患者数が0の施設
- ・ 1ヶ月間の入院患者数が0の施設が分析から除外された。

この結果、14年度630調査の対象施設1664のうち、本研究の分析の対象となった施設数は、1,624となった。

(倫理面への配慮)

本研究で使用したデータに個人を特定可能な情報は含まれず、倫理上の問題はない。

C. 研究結果

病床利用率の中央値(四分位範囲)は、95.4(9.2)%, 最小値31.4%, 最大値109.7%であった。

1カ月間の入院患者数を病床数で割った値を用いて、病院を分類した。この値が中央値より大きい病院の病床利用率の中央値は93.3%であり、中央値以下の病院の96.7%より有意に低かった($z = 10.4, p < 0.001$)。また、1カ月間の退院患者数を病床数で割った値を用いて、病院を分類した。この値が中央値より大きい病院の病床利用率の中央値は93.3%であり、中央値以下の病院の96.8%より有意に低かった($z = 11.5, p < 0.001$)。

平均残存率の中央値を用いて、病院を二群に分け、その病床利用率を比較した。平均残存率が中央値以下の病院の病床利用率の中央値は92.8%であり、平均残存率が中央値より大きい病院の96.8%より有意に低かった($z =$

11.9, $p < 0.001$)。

大学病院の病床利用率の中央値は、81.5%であり、それ以外の病院の95.8%より有意に低かった($z = 11.0, p < 0.001$)。

急性期治療病棟を有する病院の病床利用率の中央値は、95.4%であり、急性期治療病棟を有さない病院の95.4%と有意差はなかった($z = 0.33, p = 0.74$)。

応急入院指定病院の病床利用率の中央値は95.0%であり、そうでない病院の95.5%と有意差はなかった($z = 1.45, p = 0.147$)。

1カ月間の外来患者数の中央値を用いて、病院を二群に分け、その病床利用率を比較した。外来患者数が中央値より大きい病院の病床利用率の中央値は94.3%であり、外来患者数が中央値以下の病院の96.3%より有意に低かった($z = 6.08, p < 0.001$)。

D. 考察

病床利用率は、95.4%を中央値として、31.4%から109.7%の間に分布しており、病床利用率が低い病院群が存在することが明らかとなった。

また、いくつかの基準をもちいて、病院を分類し、病床利用率を比較した結果、病床利用率が低い病院群の特徴が明らかとなった。

「病床数に比して1カ月間の入院患者数が多い病院」、「病床数に比して1カ月の退院患者数が多い病院」、「平均残存率が低い病院」、「大学病院」、「外来患者数の多い病院」は、それぞれそ

うでない病院群と比較して病床利用率が有意に低い。しかし、「大学病院」を除いた四つでは、中央値の差の絶対値は3%程度であった。これに対し、大学病院とそうでない病院の病床利用率の中央値は、約15%の違いがあった。必要病数を考える際には、大学病院の病床利用率が特に低いことによる影響を特に考慮する必要があると思われる。

E. 結論

平成14年度の630調査データを使用して、病床利用率について分析を行った。その結果、病床利用率が低い病院群の特徴が明らかとなった。その特徴は、「病床数に比して1カ月間の入院患者数が多い病院」、「病床数に比して1カ月の退院患者数が多い病院」、「平均残存率が低い病院」、「大学病

院」、「外来患者数の多い病院」であった。大学病院とそうでない病院の病床利用率の中央値は、約15%の違いがあった。必要病数を考える際には、大学病院の病床利用率が特に低いことによる影響を特に考慮する必要があると思われる。

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. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための
精神保健福祉システムに関する研究
分担研究：新たな精神病床算定式の合理性の検証と
精神医療改革の実現に関する研究

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）

研究協力報告書

－退院促進に向けた対策を要する都道府県の範囲－

研究協力者 小山 智典（国立精神・神経センター精神保健研究所）
箱田 琢磨（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨 精神保健医療福祉の改革ビジョンで、新たな精神病床算定式において長期入院者退院促進目標数を設定するとされている、一年以上在院患者数が多く、かつ退院率が低い都道府県として、福島、徳島、長崎、熊本、宮崎、鹿児島 の 6 県が特定された。しかし、精神病床全般における早期退院と社会復帰促進を進めていく上では、一年未満群に関する動態や長期経過も考慮する必要がある。そこで、病床数が多い、平均残存率が高い、退院率が低い、のいずれか 1 つ以上にあてはまる都道府県を特定し、長期経過を考慮した上で、退院促進に向けた対策を要する都道府県を定めた。その結果、茨城、徳島、長崎、大分、宮崎、鹿児島 の 6 県が「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県、和歌山、山口の 2 県が「退院促進に向けた対策を要する」都道府県となった。今回の結果の解釈には十分に注意し、あくまでも参考資料として考える必要がある。

A 研究目的

平成 16 年 9 月に精神保健福祉対策本部より出された精神保健医療福祉の改革ビジョンによれば、新たな精神病床算定式（一年以上群）において、
①人口当たり一年以上入院患者数が全国平均を 10%以上上回る都道府県、
②退院率（一年以上群）が全国平均を 10%以上下回る都道府県、のいずれの

条件も満たす都道府県については、達成目標に加え、長期入院者退院促進目標数（全国平均と当該県の数値の差の一定割合）を設定する——とされている。

しかし、上記の指標はいずれも現状における一年以上在院患者のみに焦点を当てており、長期在院の潜在的可能性がある一年未満群に関する動態

が考慮されていない。また、それぞれの都道府県における長期的な推移も検討されておらず、精神病床全般における早期退院と社会復帰促進を進めていく上で十分とは言えない。

そこで本研究では、長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県だけでなく、一年未満群に関する動態や長期経過も考慮した「退院促進に向けた対策を要する都道府県」を定めた。

B 研究方法

1. 長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県

表 1 に、都道府県別の人口、一年以上在院患者数、退院率、精神病床数、および平均残存率を示す。人口は総務省統計局の推計人口（14 年 10 月 1 日現在）、一年以上在院患者数と精神病床数は平成 14 年 6 月 30 日調査に基づいている。退院率と平均残存率については、分担研究報告書を参照していただきたい。

精神保健医療福祉の改革ビジョンに従い、人口万対一年以上在院患者数が全国平均を 10%以上上回る都道府県と、退院率が全国平均を 10%以上下回る都道府県を特定した。そして、双方の条件を満たす都道府県を、長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県とした。

2. 退院促進に向けた対策を要する都道府県

人口万対病床数、平均残存率、退院率の 3 指標を基準に、長期経過も考慮

した上で、全国 47 都道府県を①「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県、②「退院促進に向けた対策を要する」都道府県、③「退院促進に向けた努力を要する」都道府県の 3 つに区分した。

(1) 長期経過の考慮対象となる都道府県の特定

はじめに、人口万対病床数、平均残存率、退院率を基準に、長期経過の考慮対象となる都道府県を特定した。対象となる都道府県は、各数値のいずれか 1 つ以上について、全国 47 都道府県の平均から 1 標準偏差 (SD) 以上の隔たりがあった都道府県とした。

(2) 長期経過の考慮

長期経過については、精神保健研究所平成 11~13 年度特別研究「精神保健福祉に関する統計的考察」¹⁾において作成された CD-ROM を使用し、各都道府県における中・長期的な精神病床利用率と平均在院日数、およびその変化に着目した。

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報を含むものではないため、倫理的な問題は生じない。

C 研究結果

1. 長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県

47 都道府県の人口万対一年以上在院患者数の平均は 21.5 人であった。

人口万対一年以上在院患者数が 23.6 人以上の都道府県は、北海道、秋田、福島、山口、徳島、香川、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児

島、沖縄の15道県であった。

47 都道府県の退院率の平均は20.9%であった。退院率が18.8%以下の都道府県は、福島、茨城、群馬、千葉、富山、福井、長野、滋賀、兵庫、和歌山、鳥取、徳島、長崎、熊本、宮崎、鹿児島 of 16 県であった。静岡県は、四捨五入の関係で対象に含めていない。

上記双方の条件を満たし、長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県は、福島、徳島、長崎、熊本、宮崎、鹿児島の6県であった。(図1)

2. 退院促進に向けた対策を要する都道府県

(1) 長期経過の考慮対象となる都道府県の特定

47 都道府県の人口万対病床数の平均は32.5床、標準偏差は11.1床であった。人口万対病床数が43.6床以上の都道府県は、徳島、高知、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島の8県であった。

47 都道府県の平均残存率の平均は31.4%、標準偏差は3.5%であった。平均残存率が34.9%以上の都道府県は、岩手、茨城、埼玉、奈良、山口、長崎、大分、鹿児島の8県であった。富山県は、四捨五入の関係で対象に含めていない。

47 都道府県の退院率の平均は20.9%、標準偏差は3.8%であった。退院率が17.1%以下の都道府県は、茨城、群馬、滋賀、和歌山、鳥取、徳島、宮崎の7県であった。

図2に、人口万対病床数が多い、平均残存率が高い、退院率が低い、のいずれか1つ以上にあてはまる17県をまとめた。

(2) 長期経過の考慮

17 県における精神病床利用率の長期経過を表2に、平均在院日数の長期経過を表3に示す。

岩手県は、平均残存率が高かった。長期経過において、精神病床利用率および平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

茨城県は、平均残存率が高く、退院率が低かった。長期経過において、病床利用率は高くないものの、平均在院日数が長いことから、「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県とした。

群馬県は、退院率が低かった。長期経過において、精神病床利用率および平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

埼玉県は、平均残存率が高かったが、精神病床数は全国で3番目に少なく、退院率は全国でもっとも高かった。長期経過において、精神病床利用率および平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

滋賀県は、退院率が低かったが、精神病床数は全国で2番目に少なく、平均残存率は全国で5番目に低かった。長期経過において、精神病床利用率が高くなく、平均在院日数も長くないこ

とから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

奈良県は、平均残存率が高かった。長期経過において、精神病床利用率が高くなく、平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

和歌山県は、退院率が低かった。長期経過において、病床利用率は高くないものの、平均在院日数が長いことから、「退院促進に向けた対策を要する」都道府県とした。

鳥取県は、退院率が低かった。長期経過において、病床利用率および平均在院日数に大きな変化はないものの、いずれも全国値とほぼ同様であることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

山口県は、平均残存率が高かった。長期経過において、精神病床利用率が高く、平均在院日数が長いことから、「退院促進に向けた対策を要する」都道府県とした。

徳島県は、精神病床数が多く、退院率が高かった。長期経過において、病床利用率が漸減しているものの、平均在院日数が極めて長いことから、「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県とした。

高知県は、精神病床数が多かったが、平均残存率は全国で3番目に低かった。長期経過において、精神病床利用率および平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

佐賀県は、精神病床数が多かったが、

退院率は全国で5番目に高かった。長期経過において、精神病床利用率および平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

長崎県は、精神病床数が多く、平均残存率が高かった。長期経過において、病床利用率が漸減しているものの、平均在院日数が長いことから、「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県とした。

熊本県は、精神病床数が多かった。長期経過において、精神病床利用率および平均在院日数が漸減していることから、「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

大分県は、精神病床数が多く、平均残存率が高かった。長期経過において、病床利用率が高く、平均在院日数も長いことから、「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県とした。

宮崎県は、精神病床数が多く、退院率が高かった。長期経過において、病床利用率および平均在院日数に大きな変化がないことから、「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県とした。

鹿児島県は、精神病床数が多く、平均残存率が高かった。長期経過において、精神病床利用率が漸減しているものの、平均在院日数が極めて長いことから、「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県とした。

3. 結果のまとめ

福島、徳島、長崎、熊本、宮崎、鹿

児島の6県を「長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県」とした。

茨城、徳島、長崎、大分、宮崎、鹿児島
の6県を「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県、和歌山、山口の2県を「退院促進に向けた対策を要する」都道府県とした。その他39都道府県を「退院促進に向けた努力を要する」都道府県とした。

D 考察

精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された方法により、福島、徳島、長崎、熊本、宮崎、鹿児島の6県が、長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県となった。しかし、精神障害者の早期退院と社会復帰促進を包括的に進めていく上では、一年未満群に関する動態や長期経過も考慮する必要がある。

退院促進に向けた（特別な）対策を要する都道府県とした8県のうち、茨城、和歌山、山口、大分の4県は、長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県に含まれていない。しかしこれらの県においても、長期入院者退院促進目標数を設定するなどして、積極的に退院促進を進めていく必要があると考えられる。

本研究では採用しなかったが、対象となる都道府県の特定の際に中央値を基準とした場合や、「上位〇県」とした場合には、当然ながら対象範囲に違いが生じる。実際、わずかな差で対象に挙がらなかった都道府県もあった。また、分担研究報告書で述べてい

るように、退院率等の計算結果は、データの取り方によって若干変動する可能性がある。そのため本研究で示された結果は、あくまでも参考資料として考える必要がある。

本研究では、各都道府県の中・長期的な実態を検討するため、精神病床利用率および平均在院日数の変化に着目した。もちろん、これらの指標だけでは、地域の実情を考慮するのに十分とは言えず、数値に表れない地域の特徴も多くあると考えられる。繰り返になるが、今回の結果の解釈には十分に注意する必要がある。

E 結論

新たな精神病床算定式において長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県として、福島、徳島、長崎、熊本、宮崎、鹿児島の6県が特定された。しかし、精神病床全般における早期退院と社会復帰促進を進めていく上では、一年未満群に関する動態や長期経過も考慮する必要がある。そこでそれらを考慮し、退院促進に向けた対策を要する都道府県を定めたところ、茨城、徳島、長崎、大分、宮崎、鹿児島の6県が「退院促進に向けた特別な対策を要する」都道府県、和歌山、山口の2県が「退院促進に向けた対策を要する」都道府県となった。今回の結果の解釈には十分に注意し、あくまでも参考資料として考える必要がある。

F 健康危険情報 なし