

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

I 参考・引用文献

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所:平成 11～13 年度特別研究報告書「精神保健福祉に関する統計的考察」. 2004.

表1 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、平均残存率

都道府県	人口 (千人)	一年以上 在院患者数	退院率		精神病床数		平均残存率
			人口万対	人口万対			
全国	127,435	230,801	18.1	21.3%	354,721	27.8	31.2%
北海道	5,670	14,044	24.8	24.7%	21,637	38.2	30.9%
青森	1,469	2,866	19.5	20.9%	4,695	32.0	28.5%
岩手	1,407	3,180	22.6	23.0%	4,890	34.8	37.9%
宮城	2,371	3,322	14.0	22.0%	5,579	23.5	30.8%
秋田	1,176	2,914	24.8	23.5%	4,520	38.4	31.7%
山形	1,235	2,085	16.9	22.8%	3,423	27.7	27.4%
福島	2,120	5,546	26.2	17.6%	8,083	38.1	32.6%
茨城	2,990	5,569	18.6	16.4%	7,825	26.2	36.2%
栃木	2,010	3,538	17.6	19.7%	5,501	27.4	30.5%
群馬	2,032	3,467	17.1	17.0%	4,988	24.5	28.2%
埼玉	7,001	8,096	11.6	32.5%	12,704	18.1	35.0%
千葉	5,994	8,763	14.6	17.3%	13,224	22.1	32.4%
東京	12,219	14,756	12.1	27.4%	25,775	21.1	27.3%
神奈川	8,625	8,198	9.5	24.6%	14,226	16.5	32.7%
新潟	2,465	4,879	19.8	19.4%	7,242	29.4	30.9%
富山	1,119	2,477	22.1	17.9%	3,623	32.4	34.9%
石川	1,180	2,667	22.6	22.3%	3,952	33.5	32.6%
福井	828	1,506	18.2	18.3%	2,409	29.1	25.4%
山梨	889	1,745	19.6	25.0%	2,580	29.0	30.6%
長野	2,217	3,219	14.5	18.7%	5,481	24.7	23.7%
岐阜	2,111	2,951	14.0	19.2%	4,391	20.8	26.5%
静岡	3,786	4,425	11.7	18.8%	7,147	18.9	29.5%
愛知	7,123	9,530	13.4	19.0%	13,988	19.6	31.8%
三重	1,861	3,571	19.2	25.7%	5,148	27.7	30.1%
滋賀	1,359	1,486	10.9	16.8%	2,345	17.3	27.1%
京都	2,642	4,275	16.2	21.7%	6,655	25.2	31.8%
大阪	8,815	12,433	14.1	20.1%	20,264	23.0	29.5%
兵庫	5,578	8,243	14.8	17.6%	11,820	21.2	34.3%
奈良	1,438	1,844	12.8	21.1%	2,985	20.8	36.0%
和歌山	1,061	1,870	17.6	16.3%	2,617	24.7	27.9%
鳥取	612	1,184	19.3	15.6%	1,840	30.1	29.4%
島根	757	1,571	20.8	27.8%	2,659	35.1	28.6%
岡山	1,953	3,596	18.4	23.3%	6,062	31.0	28.2%
広島	2,878	6,367	22.1	21.3%	9,633	33.5	30.8%
山口	1,518	4,472	29.5	20.8%	6,299	41.5	36.1%
徳島	820	3,256	39.7	16.0%	4,340	52.9	34.2%
香川	1,021	2,793	27.4	21.8%	4,102	40.2	31.9%
愛媛	1,486	3,328	22.4	19.4%	5,088	34.2	32.0%
高知	810	2,428	30.0	22.0%	4,021	49.6	26.2%
福岡	5,043	14,655	29.1	21.7%	21,905	43.4	34.3%
佐賀	874	2,714	31.1	25.8%	4,487	51.3	34.4%
長崎	1,507	5,347	35.5	17.5%	8,356	55.4	35.9%
熊本	1,858	6,281	33.8	18.8%	8,912	48.0	29.1%
大分	1,219	3,806	31.2	23.4%	5,415	44.4	36.4%
宮崎	1,167	4,319	37.0	13.2%	6,257	53.6	30.5%
鹿児島	1,779	7,482	42.1	18.3%	9,998	56.2	40.4%
沖縄	1,339	3,737	27.9	26.9%	5,630	42.0	32.0%
平均	—	—	21.5	20.9%	—	32.5	31.4%

人口は総務省統計局・人口推計(平成14年10月1日現在)による。

図1 長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県

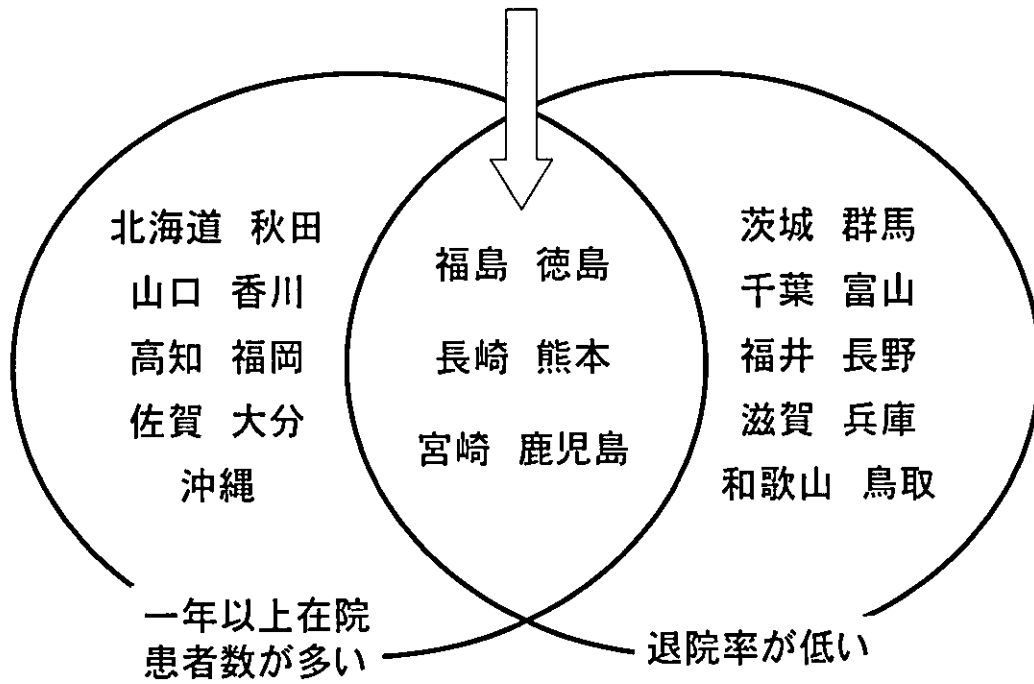


図2 精神病床数が多い、平均残存率が高い、退院率が低い都道府県

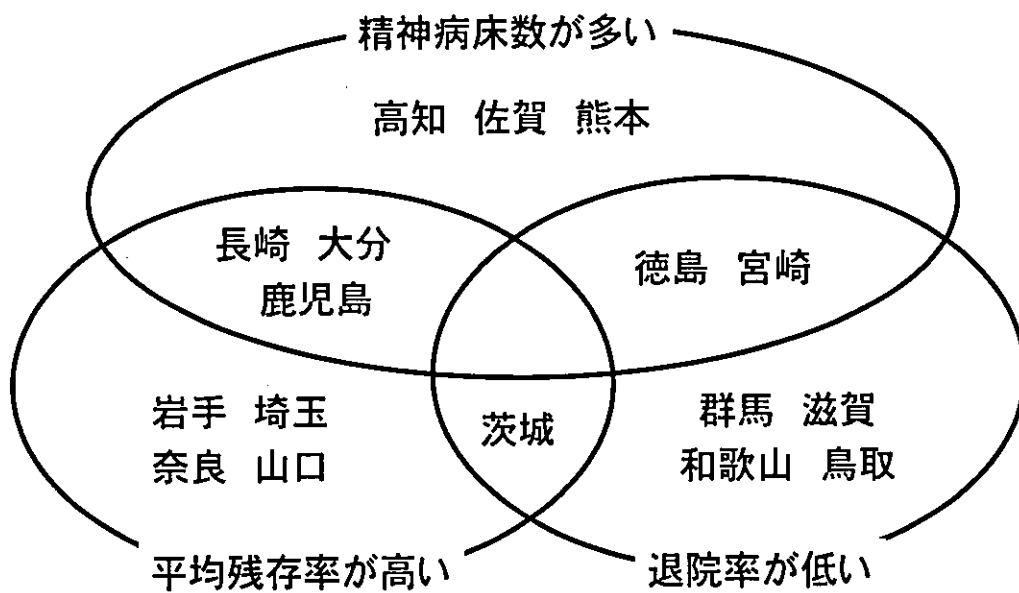


表2 病床利用率の長期経過

	岩手	茨城	群馬	埼玉	滋賀	奈良	和歌山	鳥取	山口	徳島	高知	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	全国
1980	101.3	103.6	103.4	102.4	97.3	97.9	97.6	95.5	114.3	98.9	106.0	101.5	107.4	102.0	112.0	100.3	105.3	102.3
1981	102.7	105.2	105.6	105.0	97.7	99.1	98.2	95.6	115.5	98.3	105.6	99.9	105.7	101.8	111.6	102.7	106.4	102.4
1982	106.0	100.5	103.2	107.0	100.0	106.2	99.2	96.7	111.8	101.7	106.3	96.5	108.6	102.1	114.4	101.3	106.1	102.6
1983	104.2	107.3	105.8	107.8	97.1	107.1	99.3	96.3	113.8	101.5	103.8	97.7	105.9	101.7	113.5	98.3	107.1	103.4
1984	104.8	109.3	102.9	107.4	95.8	106.9	98.3	96.0	112.0	101.0	102.1	98.1	107.7	100.7	110.4	97.4	106.7	102.5
1985	103.2	108.9	101.3	104.8	96.6	106.2	99.1	95.5	109.8	99.7	102.2	99.2	103.7	99.4	111.6	96.3	104.2	101.9
1986	100.0	105.3	102.0	103.1	94.6	102.3	97.3	97.7	105.8	101.1	99.2	97.5	104.3	98.8	109.9	95.0	103.8	100.5
1987	98.1	102.8	101.6	101.2	95.6	103.0	97.0	95.6	103.4	102.4	98.1	97.9	103.6	97.7	108.6	94.8	101.1	99.0
1988	98.0	100.6	100.1	102.5	95.9	103.1	97.4	97.9	104.4	98.0	98.1	97.0	101.9	98.0	108.9	95.0	100.7	98.2
1989	97.3	97.3	100.1	98.3	91.6	103.1	96.1	96.6	104.1	98.3	98.0	96.4	100.3	97.5	107.6	94.8	102.2	97.5
1990	98.3	97.3	99.7	97.7	96.3	101.5	93.2	97.8	104.2	98.3	95.2	96.0	98.6	97.3	105.5	95.7	102.1	97.4
1991	97.5	96.4	97.6	96.9	97.4	98.5	92.8	96.2	102.8	98.0	95.1	96.8	98.9	97.1	102.8	94.3	101.6	96.9
1992	96.6	94.9	97.9	96.4	96.3	92.2	88.8	96.0	101.5	96.4	93.2	97.2	98.7	96.9	102.2	94.5	100.8	95.9
1993	96.2	93.1	97.5	96.3	93.5	89.7	91.5	95.3	99.4	96.2	89.6	95.5	96.5	96.3	99.5	93.9	98.8	94.8
1994	96.1	91.8	97.3	97.1	93.6	90.7	90.5	93.9	98.1	95.5	90.4	95.8	96.5	96.8	99.6	94.0	98.6	94.7
1995	95.9	92.5	95.8	96.9	92.0	88.8	90.4	94.9	97.6	96.3	90.0	95.9	95.6	95.3	99.7	92.3	97.2	94.1
1996	95.2	91.7	95.9	95.8	91.7	88.7	89.8	93.2	96.9	95.6	89.1	96.4	96.4	93.9	99.1	92.9	97.4	94.1
1997	95.6	90.3	94.2	96.3	90.3	87.9	89.1	93.6	97.0	94.2	87.9	95.9	94.9	94.3	98.7	91.6	96.5	93.5
1998	94.9	91.6	95.0	93.7	90.3	89.3	87.9	93.0	96.6	93.7	87.6	95.4	94.3	95.4	98.0	92.0	96.6	93.4
1999	92.9	91.0	94.4	93.9	90.7	86.3	87.3	93.9	95.8	93.5	86.5	94.1	93.1	94.7	97.7	93.4	95.6	92.9
2000	94.4	91.1	95.6	95.1	90.5	88.4	87.3	93.9	96.5	92.8	86.0	95.1	93.5	95.0	97.7	93.1	96.0	93.2
2001	94.0	90.6	94.1	94.6	90.9	87.8	92.1	94.0	96.3	92.2	86.5	94.8	92.8	95.6	97.8	93.1	95.9	93.1

表3 平均在院日数の長期経過

	岩手	茨城	群馬	埼玉	滋賀	奈良	和歌山	鳥取	山口	徳島	高知	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	全国
1980	463.9	795.9	675.5	546.2	498.5	668.5	947.3	412.3	650.9	719.4	448.8	683.9	747.0	736.5	665.5	592.1	761.7	534.8
1981	482.5	802.3	644.4	533.8	515.5	675.5	995.2	433.1	655.9	714.2	455.9	665.4	742.0	721.8	655.9	557.0	776.1	534.8
1982	499.5	773.7	613.1	534.9	530.9	743.6	925.3	457.6	657.1	715.7	452.0	613.2	693.5	710.9	668.4	503.5	796.9	529.8
1983	544.5	807.6	590.6	557.5	472.2	783.2	1,020.4	438.3	626.5	751.4	452.1	576.3	728.7	741.8	664.4	518.2	792.3	536.0
1984	568.0	844.7	593.6	584.5	492.1	666.2	1,009.9	448.8	621.3	791.1	473.6	598.6	769.5	737.8	681.4	553.7	773.4	538.9
1985	582.2	841.0	644.2	572.5	487.0	639.9	982.2	455.0	608.7	782.8	480.6	555.4	754.9	740.9	681.4	534.6	778.4	536.3
1986	567.2	821.8	650.3	556.6	484.9	678.8	919.0	432.2	624.9	780.8	461.3	569.6	779.4	754.6	706.4	537.0	760.4	532.6
1987	540.1	776.1	639.6	549.1	460.6	670.7	919.9	413.1	606.4	804.7	457.6	580.9	781.6	739.6	678.6	553.6	757.5	522.3
1988	550.0	761.0	639.1	536.5	454.4	718.1	834.3	439.6	590.3	790.6	468.2	586.5	715.9	705.9	658.4	547.7	709.8	509.0
1989	561.6	722.4	647.9	517.7	472.0	655.0	848.9	408.2	563.8	739.3	455.6	573.5	684.8	688.4	632.8	514.5	735.1	496.1
1990	550.2	670.4	615.1	502.6	437.1	671.7	906.3	413.9	578.5	725.4	450.2	421.7	675.3	635.4	554.6	517.4	736.6	489.6
1991	562.3	653.4	597.5	509.9	419.4	613.4	863.7	398.2	577.1	715.6	450.4	477.9	677.5	652.6	566.8	517.7	728.4	492.1
1992	562.6	672.1	604.4	517.1	388.8	586.1	759.3	389.6	572.1	718.5	450.5	486.6	696.4	604.4	567.8	520.7	707.7	485.5
1993	562.6	644.2	579.6	504.4	361.7	565.6	697.1	372.4	548.6	685.5	419.5	491.9	672.7	581.8	543.0	493.2	667.5	470.9
1994	558.7	627.1	527.8	502.6	347.4	580.4	692.4	360.8	549.3	730.5	417.5	512.1	695.3	570.9	551.7	511.8	690.8	468.2
1995	540.0	630.4	505.2	489.7	338.6	580.2	721.1	363.7	523.8	715.1	427.1	513.6	692.3	544.5	539.8	485.1	639.5	454.7
1996	499.1	612.0	473.6	467.1	364.4	502.5	632.8	365.0	554.6	700.4	392.8	499.3	673.2	504.9	527.1	487.2	660.3	441.4
1997	470.9	529.9	472.0	441.8	355.9	431.2	657.9	347.7	541.9	691.4	365.3	477.5	653.4	482.5	538.4	486.0	668.2	432.7
1998	457.7	584.6	435.5	419.3	346.1	326.3	585.2	337.1	518.2	652.6	353.7	452.0	639.8	441.7	505.2	492.6	626.3	406.4
1999	434.4	566.8	419.1	398.0	329.0	441.2	551.4	331.6	488.0	666.6	344.5	439.1	610.2	427.7	511.9	466.8	615.0	390.1
2000	392.5	535.1	392.2	395.2	331.7	426.8	527.6	332.2	479.7	642.9	337.9	419.9	567.1	406.1	496.2	455.0	601.9	376.5
2001	421.9	522.5	383.5	395.3	337.1	419.4	494.2	361.4	457.3	659.9	327.3	456.5	483.9	405.9	479.0	454.6	603.4	373.9

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」

研究協力報告書

特定ニーズに対する病床数確保の必要性について方向性と必要量の検討

研究協力者 長沼 洋一 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
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:**目的** 新たな病床算定式では考慮されていない、特定ニーズに対する病床数について、児童思春期およびアルコール以外の薬物による精神障害の専門治療に要する病床数について検討し、この新たな病床算定式において、その病床数をどの程度考慮する必要があるかを検討する。**方法** 児童思春期および薬物に関して、630 調査資料からその病床数、在院患者数についての検討を行う。またそれぞれの専門領域の臨床・研究者に聞き取り調査を行った。**結果** 児童思春期に関して、20 歳未満在院患者数は、2,200～2,500 名であった。また状態の特性上、15 歳までの児童精神科と、16～20 歳までの思春期精神科に区分するのが妥当で、特に 15 歳までの児童精神科の方がより専門性が高くなる。各自治体に 15 歳までの児童精神科 40～50 床、16～20 歳までの思春期精神科 40～50 床を確保できれば、入退院のフローを考慮しても数としては足りる。薬物による精神障害に関しては、アルコール以外の精神作用物質による在院患者数が 1,600～2,500 名であった。また薬物中毒と、薬物依存とに分類でき、特に現在の入院治療体制では、薬物依存治療は難しく、専門病棟が必要である。地域性を考慮して、各自治体 40 床 1 病棟、大都市には 2 病棟を設置、全国で約 2,000 床確保できればよい。入退院のフローおよび現在の在院患者数を考慮すると最大でも 5,000 床確保できれば数としては足りるであろう。**結論** 児童思春期病棟に関しては、児童期と思春期にわけて、薬物関連病棟に関しては、薬物依存状態の治療に専門病棟がそれぞれ各自治体に必要であると考えられた。全国でのその病床数は、児童思春期で約 5,000 床、薬物関連で約 5,000 床であれば十分全患者数に対応可能であると思われる。この数字は、全精神科病床数の割合からすると、現段階ではそれぞれ 1.4% となり、新算定式により、基準病床数を算出する際には、特に考慮を要しないと思われた。ただし、両者とも現段階では、地域間の偏りなど未整備な部分が多く、早急に整備を進める必要があると思われる。

A. 研究目的 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策
精神保健福祉対策本部中間報告「精 神保健福祉の方向」に示された重点施策を踏まえ、

「精神病床等に関する検討会」では、各都道府県の基準病床数について、新たな病床算定式が示された。この新たな病床算定式では、入院期間1年未満の患者群と入院が1年以上の患者群とでは入退院の動態が異なることを踏まえて、それぞれ別の基準で病床数を算定することとなっている。

しかしこの算定式では、特定ニーズ（児童思春期、薬物など）に対する病床は、式上には入れられていない。そこで本研究では、これら特定ニーズに対する病床数について必要量を検討し、病床算定式から基準病床数を算定する際、どの程度考慮する必要があるかを検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 児童思春期に関する病床

(1) 現行病床数・患者数

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調査という)。この2000～2002年度資料から、児童思春期病棟数、病床数およびその設置県数について検討した。また、20歳未満の在院患者数についても合わせて検討した。

(2) 専門家への意見聞き取り

児童精神科医より、現在の児童精神科領域における、専門病棟・病床の必要

性・必要量について意見を得た。また地域行政担当者より、その地域における児童精神科の状況について、聞き取り調査を行った。

2. 薬物に関する病床

(1) 現行病床数・患者数

630調査資料から、薬物に関する病床・患者数について検討した。

(2) 専門家への意見聞き取り

薬物による精神障害を専門とする精神科医より、現在の薬物に関連する精神科領域における、専門病棟・病床の必要性・必要量について聞き取り調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、個人を特定可能な情報は含まれていない。

C. 研究結果

1. 児童思春期に関する病床

(1) 現行病床数・患者数

2000～2002年度630調査による児童思春期病棟数、病床数および設置県数を表1に示す。病棟数は20前後、病床数は700前後、設置県数は、10前後と3年間通じてほぼ変化は見られなかった。

一方、20歳未満在院患者数(表2)は、2,200～2,500名であり、そのうち、児童思春期領域の専門的な治療を要する可能性があるF8(心理的発達障害)の診断がついている者が、60～120名、F9(小児期および青年期に通常発症する行動および情緒障害)の診断がついている者が、160～180名となっていた。

(2) 専門家への意見聞き取り

以下に意見についてまとめた。

<専門医への聞き取り>

・児童思春期と1口に言っても、年齢によりその状態像や対応は異なってくる。

・状態の特性や、通学などを考慮すると15歳までの児童精神科と、16～20歳までの思春期精神科に区分するのが妥当であるかもしれない。特に15歳までの児童精神科の方がより専門性が高くなると思われる。

・全国児童青年精神科医療施設協議会加入病院で、児童思春期専門病床をもっているのが2002年段階で、13機関、申請中のものが6機関となっている。しかし、地域の偏りがある。

・現状では、地域の偏りなども考慮して、各自治体に15歳までの児童精神科40～50床、16～20歳までの思春期精神科40～50床あれば機能すると思われる。

<地域行政担当者への聞き取り>

・担当地域において、児童思春期の専門病棟はない。

・近年、専門外来はでき、必要な場合はそこを紹介する。

・これ以前は、入院が必要と思われる場合など、東京の病院を紹介していることが多かった。

2. 薬物に関する病床

(1) 現行病床数・患者数

2000～2002年度630調査による、薬物およびアルコール・薬物混合病棟数、病床数および設置県数を表3に示す。アルコール以外の精神作用物質専門病棟数は、4～5、アルコール・薬物混合専門病棟数は9～15であった。また、病床数は、それぞれ230～320床、500～900床であった。設置県数は、それぞれ4～

5県、5～8県となっていた。

F1(精神作用物質による精神及び行動の障害)と診断されている在院患者数を表4に示した。F1全体では、18,000～20,000名であり、そのうちアルコールによるものが16,000～18,000名、それ以外の精神作用物質によるものが1,600～2,500名であった。

(2) 専門家への意見聞き取り

以下に意見をまとめた。

・基本的には、薬物中毒(幻覚・妄想などの精神症状を呈する状態)の治療と、薬物依存(それに対する渴望に抗しきれない状態)治療とに分類できる。

・現在の入院治療体制では、薬物依存治療は難しく、専門病棟が必要である。

・630調査の、診断別在院患者数相当の病床が確保できれば十分であると考えられる。

・地域性を考慮して、各自治体40床1病棟、東京・大阪など大都市には2病棟を設置、すなわち全国で約2,000床確保できれば機能する。

・患者属性の違いを考慮するとアルコールと、それ以外の薬物の病棟は分ける方がよいと思われる。

D. 考察

1. 児童思春期に関する病床

630調査の資料から、現状での児童思春期に関する在院患者数は最大で見積もっても、20歳未満在院患者数である、2,500名ほどであると考えられる。実際には、この全てが児童思春期の関する専門治療を要するわけではないので、この数字は、より少なくなると思われる。また

聞き取り結果より、児童精神科、思春期精神科 50 床ずつが各県にあれば病床数としては、機能するとのことであるので、全国で 4,700 床程度ということになる。この数字は前述の 20 才未満在院患者数である 2,500 名より、かなり多い数字であり、在院期間や入退院のフロー等を考慮しても十分多い数字であると思われる。つまり、現状では最大でも 5,000 床程度あれば十分足りると思われる。現在、全国の精神科病床数は、約 35 万床であるから、その割合は約 1.4% となる。このことから基準病床数を算出する際には、児童思春期病床として、病床数を特別に考慮する必要は現段階ではないと思われる。しかし、現段階での病床数はともかく、専門病床のある地域に大きな偏りがみられる。そのため、利用者のアクセスの面から今後、各地域での整備が必要であろう。

2. 薬物に関する病床

630 調査資料から、全国でのアルコール以外の精神作用物質による在院患者数は最大で 2,500 名程度であると思われる。この数字全てが、専門治療を必要とする薬物依存状態であるとは限らないので、実際に薬物依存の治療を要する人数はこれより少なくなる。また聞き取り結果より、各自治体に 40 床 1 病棟、大都市には疾患の地域特性を考慮して 2 病棟、計約 2,000 床を確保できれば十分であると考えられた。この数字は前述のアルコール以外の精神作用物質による在院患者数、2,500 名程度より少ない。在院期間や入退院のフローを考慮すると、最大で見積もっても約 5,000 床程度の薬物依

存治療病床があれば十分機能すると思われる。現在、全国の精神科病床数は、約 35 万床であるから、その割合は約 1.4% となる。このことから基準病床数を算出する際には、薬物依存治療専門病床として、病床数を特別に考慮する必要は現段階ではないと思われる。しかし、薬物依存治療専門病棟自体が現在ほとんどなく、当然地域的にも偏りが見られるため、今後の整備は必須である。

E. 結論

児童思春期病棟に関しては、児童期と思春期にわけて、薬物関連病棟に関しては、薬物依存状態の治療に専門病棟が必要であると考えられた。全国での病床数は、概算で、児童思春期で約 5,000 床、アルコール以外の薬物関連で約 5,000 床であれば十分全患者数に対応可能であると思われる。この数字は、全精神科病床数の割合からすると、現段階ではそれぞれ 1.4% となり、新算定式により、基準病床数を算出する際には、特に考慮を要しないと思われた。ただし、両者とも現段階では、地域間の偏りなど未整備な部分が多く、早急に整備を進め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

表1. 児童思春期病棟および病床数と設置県数

	2000年	2001年	2002年
病棟数	20	21	20
病床数	711	697	712
設置県数	10	11	9

注1:2000-2002年630調査による.

注2:630調査では, 在院患者のおおむね50%以上が20歳未満である病棟を児童思春期病棟としている.

表2. 20未満の在院患者数

	2000年	2001年	2002年
20歳未満全体	2416	2359	2233
うちF8(心理的発達の障害)	68	74	119
うちF9 (小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の 障害)	166	179	176

注1:2000-2002年630調査による.

表3. 薬物およびアルコール・薬物混合病棟数および病床数と設置県数

		2000年	2001年	2002年
薬物	病棟数	5	4	5
	病床数	317	238	278
	設置県数	5	4	4
アルコール・薬物混合	病棟数	15	15	9
	病床数	878	886	508
	設置県数	8	7	5

注1:2000-2002年630調査による.

注2:薬物:在院患者のおおむね50%以上が「アルコール以外の精神作用物質による精神及び行動の障害」のもの.

アルコール・薬物混合:在院患者のおおむね50%以上が「アルコール」または「アルコール以外の精神作用物質」で、それぞれ単独には50%には満たないもの.

表4. F1(精神作用物質による精神及び行動の障害)と診断されている在院患者数

	2000年	2001年	2002年
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	20,024	19,506	18,047
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	17,572	17,480	16,397
覚醒剤使用による精神及び行動の障害	878	884	798
アルコール、覚醒剤をのぞく精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1,574	1,142	852

注1:2000-2002年630調査による.

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

新たな精神病床算定式に基づいた都道府県別の入院率、残存率、退院率の算出
と算定式の信頼性の検証

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）
小山 智典 （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、本報告書内の竹島の分担研究で提示された新規入院率、平均残存率および退院率の数値（最新 3 年度分の 630 調査データをプールして算出、詳しくは竹島の分担研究報告書を参照）と最新 3 年度分の 630 調査データから算出した各年の新規入院率、平均残存率および退院率の数値を比較することである。平成 12 年度、13 年度、および 14 年度の 630 調査データを使用して、新算定式をもとに、年齢層別の新規入院率、平均残存率、および退院率を都道府県別に算出した。そして、各都道府県別の新規入院率、平均残存率および退院率の各数値の年度ごとのばらつきを明らかにした。新規入院率（20 歳未満）では、年度毎のばらつきが大きい都道府県が存在した。新規入院率を算出する際に使用する 6 月一カ月間の新規入院患者数が、20 歳未満が他の年齢層と比べてかなり少ないためかもしれない。それ以外では、ほとんどの都道府県で、年度ごとの各率のばらつきはあまり大きいものではなかった。12 年度から 14 年度の 630 調査を用いて算出した各年の各率の最大値と最小値の比は、ほとんどの都道府県で 1.70 以下である。一部のばらつきの大きかった都道府県については、その理由を明らかにするために、個別に聞き取り調査を実施することが望ましい。

A. 研究目的

精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」に示された重点施策を踏まえ、「精神病床等に関する検討会」においては新たな病床算定式（以下、新

算定式と称す）による各都道府県別の基準病床数の算定式を示した。なお、新算定式の詳細については、本報告書内の竹島分担研究者の報告書を参照されたい。

この新算定式は、入院期間を 1 年で

区分し、在院1年未満の患者群と1年以上の患者群の合計を用いて基準となる病床数を表すことを提言している。また、その新算定式では、病床数を求めるために必要な変数として、新規入院率、在院1年未満の患者群の平均残存率および在院1年以上の患者群の退院率が、定義され使用されている。

これらの数値を算出するにあたっては、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、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得ている、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の資料（以下、630調査データと称す）を用いている。

本研究の目的は、本報告書内の竹島の分担研究で提示された新規入院率、平均残存率および退院率の数値（最新3年度分の630調査データをプールして算出、詳しくは竹島の分担研究報告書を参照）と平成12年、13年および14年の630調査データからそれぞれ算出した各年の新規入院率、平均残存率および退院率の数値を比較することである。

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、新算定式をもとに、平成12年度、13年度、および14年度の630調査データを使用して、それぞれの年の新規入院率、平均残存率、および退院率を都道府県別に算出した。そして、各都道府県別の新規入院率、平均残存率および退院率の各数値の年度ごとのばらつきを明らかにした。また、平均残存率および退院率それぞれについて、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を抽出し、平均残存率および退院率の各数値の年度ごとのばらつきを抽出されなかった都道府県と比較した。

（倫理面への配慮）

個人を特定可能な情報は含まれず倫理上問題となる内容は含まない。

C. 研究結果

1. 新規入院率

図1から4に、各年齢層別の新規入院率を都道府県別に示した。図中の黒い横線は、それぞれの都道府県の本報告書内の竹島の分担研究で提示された新規入院率の値を示している。また、黒い横線の上下にのびる線分は、その上端が平成12年度、13年度、および14年度の630調査データから算出さ

れた新規入院率の最大値を、その下端が最小値を示している。つまり、この線分の長さをみることにより、都道府県ごとに最近3年間の630調査データから算出される各年の新規入院率のばらつきを知ることができる。新規入院率（20歳未満）では、他と比べて、各年の新規入院率ばらつきが大きいことが分かる。

さらに、最近3年間の630調査データから算出される各年の年齢層別の新規入院率の最大値を最小値で割って比を算出した。

新規入院率（20歳未満）では、この比は最小1.04から最大6.00の間に分布しており、その中央値（四分位範囲）は、1.61（0.95）であった。表1に、この比の値を0.1毎に階級化し、その階級に含まれる都道府県数の度数分布表を示した。累積%から分かるように、半数以上の都道府県は最大値と最小値の比が、1.0以上1.70未満であり、95%以上の都道府県でこの比が3.10未満であった。

新規入院率（20歳以上40歳未満）では、この比は最小1.01から最大1.68の間に分布しており、その中央値（四分位範囲）は、1.16（0.23）であった。表2に、この比の値を0.1毎に階級化し、その階級に含まれる都道府県数の度数分布表を示した。累積%から分かるように、半数以上の都道府県は最大値と最小値の比が、1.0以上1.20未満であり、95%以上の都道府県でこの比が1.50未満であった。

新規入院率（40歳以上65歳未満）

では、この比は最小1.01から最大1.48の間に分布しており、その中央値（四分位範囲）は、1.16（0.14）であった。表3に、この比の値を0.1毎に階級化し、その階級に含まれる都道府県数の度数分布表を示した。累積%から分かるように、半数以上の都道府県は最大値と最小値の比が、1.0以上1.20未満であり、95%以上の都道府県でこの比が1.40未満であった。

新規入院率（65歳以上）では、この比は最小1.01から最大2.33の間に分布しており、その中央値（四分位範囲）は、1.18（0.26）であった。表4に、この比の値を0.1毎に階級化し、その階級に含まれる都道府県数の度数分布表を示した。累積%から分かるように、半数以上の都道府県は最大値と最小値の比が、1.0以上1.20未満であり、95%以上の都道府県でこの比が1.70未満であった。

2. 平均残存率

図5に、各年齢層別の平均残存率を都道府県別に示した。図中の黒い横線は、それぞれの都道府県の本報告書内の竹島の分担研究で提示された平均残存率の値を示している。また、黒い横線の上下にのびる線分は、その上端が平成12年度、13年度、および14年度の630調査データから算出された平均残存率の最大値を、その下端が最小値を示している。つまり、この線分の長さをみることにより、最近3年間の630調査データから算出される各年の平均残存率のばらつきを知

ることができる。図から、いずれの都道府県においても年度ごとの平均残存率のばらつきがあまり大きくないことが分かる。

さらに、最近3年間の630調査データから算出される各年の平均残存率の最大値を最小値で割って比を算出した。この比は最小1.03から最大1.32の間に分布しており、その中央値（四分位範囲）は、1.09（0.12）であった。表5に、この比の値を0.1毎に階級化し、その階級に含まれる都道府県数の度数分布表を示した。累積%から分かるように、半数以上の都道府県は最大値と最小値の比が、1.0以上1.10未満であり、95%以上の都道府県でこの比が1.30未満であった。

また、竹島の分担研究で提示された平均残存率を用いて、都道府県を、平均残存率が全国の平均より一標準偏差以上、一標準偏差以下、それ以外の三群に分類した。この三群で、最近3年間の630調査データから算出された各年の平均残存率の最大値を最小値で割った比を比較した。一標準偏差以上群（中央値1.07、最大値1.25、最小値1.03）、一標準偏差以下群（中央値1.09、最大値1.32、最小値1.07）およびそれ以外（中央値1.11、最大値1.29、最小値1.03）の三群間に有意差はなかった（Kruskal Wallis test: $\chi^2 = 1.73$, $df = 2$, $p = 0.50$ ）。

3. 退院率

図6に、各年齢層別の退院率を都道府県別に示した。図中の黒い横線は、

それぞれの都道府県の本報告書内の竹島の分担研究で提示された退院率の値を示している。また、黒い横線の上下にのびる線分は、その上端が各年度の630調査データから算出された退院率の最大値を、その下端が最小値を示している。つまり、この線分の長さをみることにより、最近3年間の630調査データから算出される各年の退院率のばらつきを知ることができる。

なお、13年度までの630調査では調査前年6月（つまり13年度調査では平成12年6月）の退院患者数を尋ねていたが、14年度630調査から調査年6月（つまり14年度調査では平成14年6月）の退院患者を尋ねる形式に変更となっている。このため、退院率の算出に使用する退院患者数のデータは、平成13年分は利用することが不可能である。よって、退院率においては、平成12年と平成14年の二年分のみを用いて結果を提示した。

図から比較的年度ごと退院率のばらつきの大い都道府県がいくつか存在するが、全体的には年度ごとの退院率のばらつきは大きくはないことがわかる。

さらに、平成12年と平成14年の退院率の最大値を最小値で割って比を算出した。この比は最小1.02から最大1.88の間に分布しており、その中央値（四分位範囲）は、1.19（0.23）であった。表6に、この比の値を0.1毎に階級化し、その階級に含まれる都

道府県数の度数分布表を示した。累積%から分かるように、半数以上の都道府県は最大値と最小値の比が、1.0以上 1.20 未満であり、95%以上の都道府県でこの比が1.60未満であった。

また、竹島の分担研究で提示された退院率を用いて、都道府県を、退院率が全国の平均より一標準偏差以上、一標準偏差以下、それ以外の三群に分類した。この三群で、最近3年間の630調査データから算出された各年の退院率の最大値を最小値で割った比を比較した。一標準偏差以上群（中央値 1.27, 最大値 1.88, 最小値 1.02）、一標準偏差以下群（中央値 1.20, 最大値 1.39, 最小値 1.04）およびそれ以外（中央値 1.16, 最大値 1.63, 最小値 1.05）の三群間に有意差はなかった（Kruskal Wallis test: $\chi^2 = 0.44$, $df = 2$, $p = 0.82$ ）。

D. 考察

新規入院率（20歳未満）では、年度毎のばらつきが大きい都道府県が存在した。新規入院率を算出する際に使用する6月一カ月間の新規入院患者数は、20歳未満が他の年齢層と比べてかなり少ない。このために、同じ絶対数だけ新規入院患者数が増減した場合の影響が、20歳未満では他の年齢層と比べて大きくなる。これが、新規入院率（20歳未満）では、年度毎のばらつきが大きい都道府県が存在する一因かもしれない。

新規入院率（20歳未満）を除くと、ほとんどの都道府県で、年度ごとの各

率のばらつきはあまり大きいものではなかった。12年度から14年度の630調査を用いて算出した各年の各率の最大値と最小値の比は、ほとんどの都道府県で1.70以下である。

また、本報告書内の竹島の分担研究で提示された各率は、12年度から14年度の630調査の値を平均して算出されている。このため、図1から6から分かるように、本報告書内の竹島の分担研究で提示された各率は、12年度から14年度の630調査を用いて算出した各年の各率の最大値と最小値の間に位置している。よって、本報告書内の竹島の分担研究で提示された各率を用いることにより、各率の年度ごとのばらつきの影響がより小さくなっている。

さらに、竹島の分担研究で提示された平均残存率を用いて、都道府県を、平均残存率が全国の平均より一標準偏差以上、一標準偏差以下、それ以外の三群に分類し、各年の平均残存率の最大値を最小値で割った比を比較した結果、この三群間に有意な違いはなかった。つまり、竹島の分担研究で提示された平均残存率の特に高い都道府県、または、特に低い都道府県の双方において、他の都道府県と比べて、各年の平均残存率のばらつきに違いがないことが明らかとなった。これは退院率についても同様である。

E. 結論

新規入院率（20歳未満）では、年度毎のばらつきが大きい都道府県が

存在した。新規入院率を算出する際に使用する 6 月一カ月間の新規入院患者数は、20 歳未満が他の年齢層と比べてかなり少ないためかもしれない。それ以外では、ほとんどの都道府県で、年度ごとの各率のばらつきはあまり大きいものではなかった。12 年度から 14 年度の 630 調査を用いて算出した各年の各率の最大値と最小値の比は、ほとんどの都道府県で 1.70 以下である。

一部のばらつきの大きかった都道府県については、その理由を明らかにするために、個別に聞き取り調査を実施することが望ましい。

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