

法（以下、「法」）の枠組みの中で展開し、人権を制限したり強制医療を行うことも少なくない。したがって、他の診療科以上に「法の適正手続（due process of law）」遵守し、患者の人権を守ることが重要である。そのために、精神保健指定医の資格を持つ医師のみが、医療保護入院、措置入院と応急入院のような強制入院の場合、あるいは入院後の種々の行動制限の場合に、「法」の規定に基づいて人権制限を行うことができる。

入院患者の行動制限は、「法」第 36 条で定められているが、信書の発受、行政機関の職員や代理人の弁護士らとの電話や面会の制限はできないとされており、さらに、昭和 63 年以来、通信・面会、患者の隔離、身体的拘束、任意入院者の開放処遇の制限については、厳格な要件とともに告知とカルテ記載とが定められた（表 1）。平成 16 年の診療報酬改定では、行動制限最小化にかかわる委員会の設置が盛り込まれており、精神科医療機関では隔離と身体的拘束を始めとした行動制限を減らす取組みが進められている⁹⁾。

4. 医療安全管理

ヒポクラテスの誓いの昔から、医療は害を与えないことが自明の原理とされてきた。しかし、北アメリカや日本で医療過誤事件が相次いだことから、「人は誰でも間違える」⁹⁾ことが明らかにされ、産業界のリスクマネジメントの経営管理手法を取り入れ、医療事故対策だけではなく、医療安全のためのシステム構築が検討されてきた。日本では、1998 年に日本医師会が「医療におけるリスク・マネジメントについて」という答申を発表し、2002 年に厚生労働省が「医療安全推進総合対策」を策定し、診療報酬上も位置づけられた。

精神科領域においても同様に、他の診療科と同等の基準によって改善が図られ、行政機関の指導や病院機能評価においても中心的な課題となってきた。しかし、精神科医療では、他の診療科と共通するインシデントやアクシデントに加えて、精神症状それ自体による問題行動や精神保健福祉法による入院形式や医療・処遇から生じる安全管理システムの課題が少なくない。実際、特徴的な事例が数多く見受けられ注意を要する範囲は広い。南らの調査でも、転倒・転落、誤薬のような一般の医療機関と共通する事故のほか、精神科医療機関では、無断離院、患者間トラブル、自傷（自殺）行為が高い頻度で発生してい

表1 行動制限の判断が出来る者

行動制限の内容		精神保健指定医	非指定医
信書の発受	信書の発受の制限（刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受領信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受領信書を渡すことは含まれない）	×	×
電話	都道府県及び地方自治体その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限	×	×
	上記以外の電話の制限	○	○
面会	都道府県及び地方自治体その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限	×	×
	上記以外の面会の制限	○	○
隔離	隔離（12時間を超えない場合）	○	○
	隔離（12時間を超える場合）	○	×
身体的拘束	身体的拘束	○	×
任意入院者の開放処遇	任意入院者の開放処遇の制限	○	○ 但し概ね72時間以内に指定医の診察を要する

×：制限出来ない ○：制限出来る なお、告知・診療録記載が定められている。

る¹⁰⁾。

医療安全管理には医療事故の予防と医事紛争の回避という2つの要素があるとされているが、精神科医療では、本来不可分である医療的要因と管理的要因とを切り離し、患者処遇についての医学判断に過誤がない場合でも管理責任を問われ、民事責任が判断されがちである¹¹⁾。そのため今後、具体的な調査検討を続け、さらに発展させなければならない分野である。

管理・治療と医療方針

統合失調症者の管理・治療が精神科医療の主要な柱となっていることから、精神科病棟の管理・治療の原則や方針がそのまま統合失調症にあてはまる。

まず、病院の全体方針として、これまでに述べてきた新しい考え方を踏まえて、パラダイムの転換を共有することが必要とされる。外来や病棟においては、急性期とリハビリテーションについて治療計画が明示され、病棟の規則や行動制限などは共感性、柔軟性と個別性を重視して運用され、患者の disability の改善より ability の発展利用を促し、環境資源の開発調整を図ることが治療の基本となる¹²⁾¹³⁾。そのためには、チーム医療のスタッフとして、医師、看護師、心理職、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、栄養士などが参加し、全スタッフのミーティングや患者とスタッフの合同ミーティングでは共に参加して自由に議論するという、双方向的で治療共同社会的な運営が求められる。そしてこれらは、地域、家族や職場とのコミュニケーションを維持し、患者一人ひとりのニーズにあう一貫した治療と福祉サービスの体制によって支えられなければならない。現在はさらに精神科医療においても他の診療科と同じように、診断群分類 (Diagnosis Procedure Combination : DPC) やクリニカルパスの導入、ケア (ケース) マネジメントや Assertive Community Treatment (ACT) に見られるアウトリーチサービスの展開、また患者の苦情や満足度の解決、というような多様な課題に答えることが要請されている。

佐藤忠彦 著

文献

- 1) N.E. ソーマリゼーションの父・花村春樹 (訳者) 『バンクニケルセン』 ミネルヴァ書房、1994
- 2) 上田敏 『リハビリテーションを考える』 『障害者の全人間的復権』 言文書店、1983
- 3) 久木田純 『エンパワーメントとは何か』 『現代のエスプリ』 376: 10-34、1998
- 4) 隆矢英彦 『精神障害論試論』 『臨精医』 10: 1653-1661、1981
- 5) WHO: ICF International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001 (障害者福祉研究会編集) 『ICF: 国際生活機能分類』 中央法規、東京、2002
- 6) 佐藤忠彦・他 『精神科医療における情報提供とカルテ開示』 『臨床精神医学講座 S12』 (中根允文・松下正明 編) p17-38、中山書店、東京、2000
- 7) 佐藤忠彦 『個人情報保護法制下の精神科情報開示』 『課題と展望』 『日精協誌』 24 (7): 684-689、2005
- 8) 浅井邦彦 『精神科医療における行動制限の最小化に関する研究』 『精神障害者の行動制限を人権確保のあり方』 『平成 11 年度厚生科学研究報告書』 2000

- 9) Kohn L.T. et al.: To Err is Human, National Academy of Sciences, 2000. (医学ジャーナリスト協会訳) 人は誰でも間違える, 日本評論社, 東京, 2000.
- 10) 南 良武: 精神科病院における医療安全対策の現状と課題—アンケート調査及び医療事故報告者より— 厚生労働科学研究「精神科領域における医療安全対策に関する研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書, (主任研究者: 佐藤光源), p11-28, 2004.
- 11) 木之元直樹: 精神科医療と民事責任, 賠償科学, 32: 40-54, 2005.
- 12) Wright, G.N.: Total Rehabilitation. Little Brown and Co. USA, 1980.
- 13) Anthony, W. et al.: 精神科リハビリテーション, MBUN, 1993. (高橋 亨 他 訳: Psychiatric Rehabilitation)

精神科医療と福祉

現状と展望

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

Key Words 精神障害者、高齢化、社会復帰促進、福祉ニーズ、住宅確保

はじめに

精神障害者の医療と福祉の関係は、医療の対象者を表す大きなタマゴ型の中に、福祉の対象者を表す小さなタマゴ型を描いた図で説明されてきた。この図は、精神障害者の持つ医療や福祉のニーズが精神障害自体に由来する場合はよく適合すると思われる。しかし精神障害者が高齢化し、高齢者としての医療、福祉、介護のニーズを併せ持つようになると、うまく適合しなくなる。本稿では筆者の関わった研究事業の概要をもとに、精神科医療の中にどのような福祉ニーズがあるか、福祉の中にどのような精神科医療のニーズがあるか、考察する。

研究事業の概要

1. 厚生労働科学研究（平成13年精神保健福祉課調）

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課は毎年6月30日付で都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い、全国の精神科病院、精神科デイケア施設、社会復帰施設等の運営状況等に関する資料を得ている（以下、精神保健福祉課調という）。この資料は厚生労働科学研究によって解析され、その一部は「我が国の精神保健福祉」にも掲載されている¹⁾。ここでは平成13年度の研究結果をもとに述べる^{2,3)}。

1) 在院患者の年齢・入院形態・在院期間

在院患者総数は33万2,714人であった。年齢構成は、「20歳未満」2,389人（0.7%）、「20歳以上40歳未満」3万9,163人（11.8%）、「40歳以上65歳未満」17万3,934人（52.3%）、「65歳以上」11万7,228人（35.2%）で、「65歳以上」の割合は前年度から1.5ポイント増加していた。診断別では精神分裂病（統合失調症）（F2）61.4%、器質性精神障害（F0）15.7%、気分障害（F3）6.7%、精神作用物質による精神障害（F1）5.9%等であった。入院形態別では、措置入院3,083人（0.9%）、医療保護入院11万0,930人（33.3%）、任意入院21万5,438人（64.8%）、その他3,263人（1.0%）であった。措置入院と医療保護入院の合計は在院患者の34.3%であって、人口万対9.0人であった。在院患者の約2/3を占める任意入院患者のうち、9万6,039人（44.6%）は5年以上の在院であった。また9万3,387人（43.3%）は「夜間外開放」の病棟で開放処遇を受けていた。

2) 入院患者の退院状況

平成12年6月の入院患者数は2万7,311人であった。入院患者の年齢構成は「20歳未満」3.0%、「20歳以上40歳未満」28.7%、「40歳以上65歳未満」40.2%、「65歳以上」28.0%であった。診断別では精神分裂病（統合失調症）（F2）37.7%、気分障害（F3）17.0%、器質性精神障害（F0）15.6%、精神作用物質による精神障害（F1）13.8%等であった。平成12年6月入院患者の「1年以内社会復帰率（平成12年6月に入院した患者が1年以内に家庭復帰または社会復帰施設等に退院した割合）」「1年後残留率（平成12年6月に入院した患者が1年後も入院が継続している割合）」

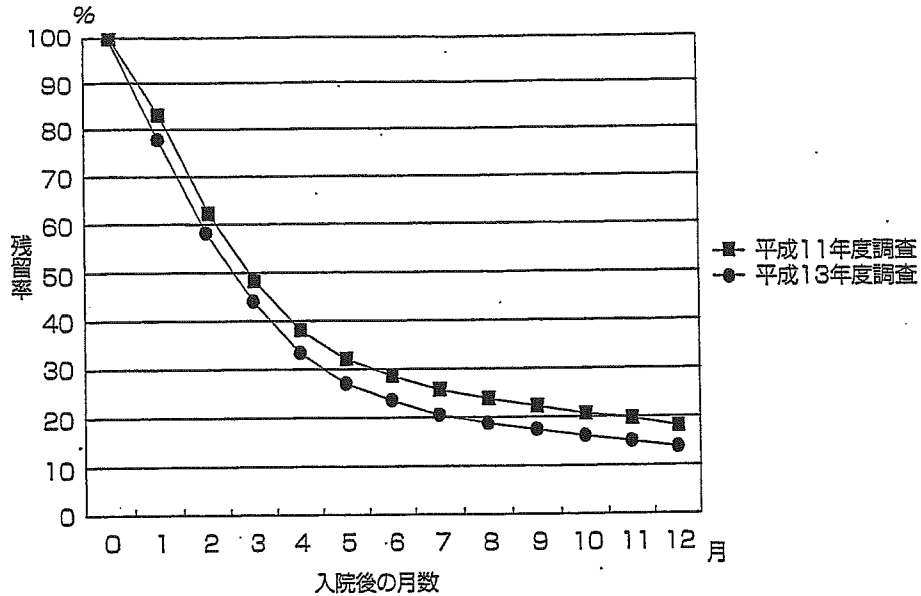


図1 入院患者残留率の動き

表1 在院期間別の退院状況

	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	合計
在院患者数	98,778人	90,026人	47,259人	46,864人	49,777人	332,714人
退院患者数	22,666人	2,737人	626人	410人	322人	26,761人
退院患者の割合	84.7%	10.2%	2.3%	1.5%	1.2%	100.0%
退院/在院比	22.9%	3.0%	1.3%	0.9%	0.6%	8.0%
家庭復帰等	78.2%	44.0%	25.1%	18.3%	7.1%	71.7%
社会復帰施設等	6.7%	12.2%	11.2%	11.2%	9.9%	7.5%
転院	12.5%	30.4%	42.7%	53.7%	56.8%	16.2%
死亡	2.6%	13.4%	21.1%	16.8%	26.1%	4.7%

「50%退院日数 (平成12年6月に入院した患者の50%が退院した日数の推定値)」⁴⁾は、それぞれ73.5%, 14.0%, 64.6日であった。これらの数値は、平成10年6月の入院患者に比べ、1年以内社会復帰率は3.1ポイント上昇、1年後残留率は4.3ポイント減少、50%退院日数は9.6日短縮していた^{4,5)} (図1)。

気分障害 (F3) 16.9%, 器質性精神障害 (F0) 15.6%, 精神作用物質による精神障害 (F1) 13.5%等であった。退院患者の84.7%は在院期間1年未満の患者であって、在院期間が1年を超えると退院患者数は少なくなる。また退院/在院比、「家庭復帰等」と「社会復帰施設等」の割合の合計も、在院期間が長くなると小さくなる (表1)。

3) 退院患者の年齢および在院期間

平成12年6月の退院患者は2万6,761人であった。退院患者の年齢構成は「20歳未満」2.6%, 「20歳以上40歳未満」28.1%, 「40歳以上65歳未満」40.0%, 「65歳以上」29.4%であった。診断別では精神分裂病 (統合失調症) (F2) 38.4%,

4) 痴呆性疾患専門病棟の状況

痴呆性疾患専門病棟の治療病棟は9,592床、療養病棟1万3,950床で、年々増加している。平成12年度1年間の入院と退院は、治療病棟で9,675人と8,603人、療養病棟で5,697人と5,709人であった。退院時状況は、治療病棟が家庭復帰27.5

%, 転院 25.1%, 老人保健施設 18.3%, 死亡 10.7%, 特別養護老人ホーム 10.7%等であった。療養病棟は, 転院 31.8%, 家庭復帰 25.5%, 死亡 16.9%, 老人保健施設 11.1%, 特別養護老人ホーム 9.2%等であった。また痴呆性疾患専門病棟の整備状況は都道府県によって差がみられた。

5) 社会復帰施設等の状況

社会復帰施設の設置状況は, 生活訓練施設 232カ所, 福祉ホーム 137カ所, 通所授産施設 186カ所, 入所授産施設 25カ所, 福祉工場 12カ所, グループホーム 874カ所, 地域生活支援センター 240カ所であった。そのうち医療法人による設置は, 生活訓練施設 64.2%, 福祉ホーム 68.6%, 通所授産施設 14.5%, 入所授産施設 60.0%, 福祉工場 16.7%, グループホーム 40.3%, 地域生活支援センター 40.0%であった。利用実人員/定員は, 生活訓練施設 74.2%, 福祉ホーム 76.8%, 通所授産施設 103.3%, 入所授産施設 78.8%, 福祉工場 73.3%, グループホーム 86.8%であった。平成12年度の新規利用者のうち精神科病院に入院していた者の割合は, 生活訓練施設 72.8%, 福祉ホーム 60.6%, 通所授産施設 14.9%, 入所授産施設 70.6%, 福祉工場 0%, グループホーム 46.6%, 地域生活支援センター 8.5%であった。退所者のうち精神科病院に入院した者の割合は, 生活訓練施設 27.5%, 福祉ホーム 30.2%, 通所授産施設 13.3%, 入所授産施設 33.3%, 福祉工場 7.1%, グループホーム 31.7%であった。

2. 社会復帰施設等に関する全国状況調査

平成11年の精神保健福祉法改正後, 社会復帰施設等の設備および運営の実態を把握するための全国調査が行われた^{6,7)}。社会復帰施設, 地域生活支援センター, グループホームの計1,278施設を対象に質問紙調査を行い, 985施設(77.3%)から回答があった。利用者全体の性別は男性69.1%, 女性30.9%, 年齢構成は40~49歳が28.5%でもっとも多かった。年齢構成を入所施設と通所施設で比較すると, 入所施設は40~49歳がもっ

とも多く, 通所施設は30~39歳がもっとも多かった。疾患別では, 精神分裂病(統合失調症)が78.9%でもっとも多く, 感情障害40%, 神経症性障害3.0%, アルコール依存症2.5%等であった。食事, 金銭管理, 通院・服薬, 等の8項目についての1人あたりの援助の必要な項目数は, 入所施設利用者のほうが通所施設利用者より高かった。施設運営においては, 1年以内になんらかの緊急対応(利用者の自傷行為, 傷害や器物破損, 入居者の行方不明等)を行ったことのある施設は, 軽微なものも含めて34.0%であった。顧問医の勤務は, 週1回~月1回の定期勤務がもっとも多く43.9%であった。入所施設のほうが通所施設よりも勤務回数が多かった。また顧問医の勤務に関しては, 現状よりも多い回数を望む意見が多く, とくに危機介入, 利用者の処遇検討会議, 援助計画立案の会議等への関与が望まれていた。

3. 福祉ホームB型調査

福祉ホームB型は「病状は安定していて必ずしも入院治療を要しないが, 意欲面の障害もしくは逸脱行動の症状を有する, または, 高齢化による一定程度の介助を必要とする状態にある精神障害者で, 一定程度の介助があれば日常生活を営むことができる者」を対象として, 平成11年度から整備が始められた。本調査の対象は平成14年3月の時点で開設されている全国29施設で, 入所者に関する個別票の回収数は479であった⁸⁾。入居者は50~60歳台が中心であり, 男性が60.5%であった。主たる精神障害は精神分裂病圏が81.0%であった。1カ月の通院回数は2回がもっとも多く, 精神科デイケア等は72.7%が利用していた。障害年金の受給率は62.8%, 精神障害者手帳取得率は59.7%, 生活保護の受給率は27.3%であった。身体的な介護を必要とする者はごくわずかであるが, 日常生活での指導助言は, 生活技術(掃除, 洗濯)の自立指導, 福祉ホーム内の対人関係維持の指導, 通院等に関する助言・支援, 金銭の使途の指導, 余暇の活用の指導の各領域で, 約半数の入所者が常にあるいは時に必要としていた。入所

前は精神科病院にいたものが77.9%であった。

4. 地域生活支援センターの活動状況に関する研究

平成12年4月1日時点で、厚生労働省精神保健福祉課の把握している全国の精神障害者地域生活支援センター217施設を対象に調査を行った⁸⁾。回答率は79.3%であった。平成11～12年度に開設した施設が半数以上で、施設の設置・運営主体は社会福祉法人と医療法人がそれぞれ4割程度であった。地域生活支援センターの設備は、独立した設備をまったく持たない施設が約1/3をかぞえるなど整備途上の段階にあった。また施設の組織体制も精神保健福祉士の確保などの課題が残っていた。1週間の登録利用者数は実人員4,098人であった。性別は男性68.0%、女性31.8%、年齢構成は「29歳未満」15.5%、「30歳以上40歳未満」26.8%、「40歳以上49歳未満」27.5%、「50歳以上59歳未満」22.1%、「60歳以上」7.7%であった。診断別では、精神分裂病(統合失調症)圏68.4%、感情障害5.5%、神経症性障害2.8%等であった。居住形態は家族と同居50.0%、単身者27.0%、施設入所14.3%等であった。単身者の割合は、男性28.9%、女性23.1%と男性が高かった。疾患別では、アルコール依存症、薬物依存、痴呆に単身者が多かった。地域生活支援センターの提供するサービスは多様であったが、提供するサービスと実際の利用には差がみられた。

考 察

これらの研究成果をもとに、精神科医療の中にどのような福祉ニーズがあるか、福祉の中にどのような精神科医療のニーズがあるか、考察する。また社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」に挙げられた施策の視点のひとつである「『受け入れ条件が整えば退院可能』な約7万2,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること」についても考察する。

精神科病院在院患者に占める「65歳以上」の

割合は、わが国の一般人口における「65歳以上」の割合18.0%の約2倍である。国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計によると、65歳以上の割合がもっとも高くなるのは平成62(2050)年であって、その割合は32.3%である⁹⁾。精神科病院在院患者の「65歳以上」の割合はすでにその割合を超え、しかも在院患者の中の「40歳以上65歳未満」の割合が50%以上であることから、精神科病院内の高齢化問題、すなわち高齢化ゆえの福祉ニーズは短期間でさらに深刻化し、精神科病院の専門性にも大きな影響を与えていく恐れがある。

精神科医療の特質のひとつは、隔離・拘束が法的に認められていることである¹⁰⁾。このため措置入院および医療保護入院が制度化され、法的手続きを経て約11万4,000人が入院している。任意入院で開放処遇が長期にわたっている患者については、保護者の高齢化、住居の確保の困難さ、社会の受け入れ体制等の社会的事情を含めて退院が困難となり、医療や看護だけでなく、生活や住居問題等、社会全体で対応すべきことまで担わざるを得ない場合もあると考えられる。これらの夜間外開放の病棟で開放処遇が長期にわたっている患者がどのような患者であるか、既存の社会復帰施策で退院可能であった患者群とどのような点が異なるか、福祉ホームB型を利用した患者群と比較した場合はどうか、分析が必要と思われる。

1年後残留率は低下し、50%退院日数は短縮していることから、新たに入院した患者は早期退院の傾向にある。通院医療によって地域生活を維持し、必要な場合に入院医療を利用するという、生活を支える精神科医療が定着しつつあるといえる。今後の精神保健福祉施策においては、在院期間が1年を超えた患者の退院可能性・社会復帰可能性が急速に小さくなることを十分に考慮し、1年後残留率を下げ、1年以内社会復帰率を高くすることを目標のひとつとして、精神保健・医療・福祉サービスを組み立てていくことが重要と思われる。また在院期間が1年以上5年未満で、社会復帰の可能性が高い患者群に対して優先的に、病院と地

域の共同による生活支援サービスを提供することも考えられるだろう。もちろん重症で1年以内の退院の困難な患者の医療の確保が損なわれることがないように措置が必要であることは言うまでもない。

痴呆性疾患専門病棟の整備状況の都道府県差が大きいこと、退院先に福祉施設や死亡退院が多いことは痴呆性疾患専門病棟の運営に福祉資源との緊密な連携が不可欠であることを示している。痴呆性疾患専門病棟の機能が十分に発揮できるよう、老人保健・介護保険制度等との連携のもとに、高齢者に必要な精神保健・医療サービスを提供することが望まれる。また高齢人口が増加している現在、痴呆性疾患だけでなく、高齢者を対象とした精神科医療を、どのような対象に、どのようなシステムで提供するかも重要な課題である¹⁴⁾。

社会復帰施設のうち、入所施設からの退所者には再入院が1/3から1/4みられた。また通所施設においても退所者の約1/8が再入院であった。このことは精神障害者の社会復帰過程に精神科医療の関与がきわめて重要であることを示すものであって、このことは社会復帰施設等の調査結果においても、顧問医の勤務回数の増加が求められていたことから裏付けられる。ここで注意する必要があるのは、顧問医に求める役割として、危機介入、利用者の処遇検討会議、援助計画立案の会議等への関与の期待が大きいことである。つまり社会復帰施設等、利用者の居住環境において、利用者との施設を視野に入れた医療支援を期待していることである。

また社会復帰施設については、その入所者の多くが40～64歳であることから、社会復帰施設等の利用者の高齢化は、精神科病院よりも早く進むことが予測される。それに伴って身体疾患や障害のために特別なケアを要する利用者は増加すると考えられる。また大きな健康上の問題を持たない利用者についても、生活習慣病の増加が予測される。高齢化に対応した介護保険サービスとの連携、健康づくりの観点から予防的な視点に立った健康管理の充実も検討していく必要がある^{6,7)}。

『受け入れ条件が整えば退院可能』な約7万2,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰」を図るためには、何より精神障害者が退院したあとの住居の確保が重要になる。これまで精神科病院個々で取り組まれた共同住居の試みにおいては、開設にあたり建物に資金を要さず撤退も容易であること、1カ所ずつでも静かに浸透して増設も可能である等の長所があるものの、火災等の事故が発生した場合の保障の問題等が共同住居の普及を阻んできた^{3,12)}。社会復帰施設やグループホームに関しては、開設・運営にあたって自治体が予算化しなければならず、予算化されない以上設置が進まないという問題があった。また設置にあたって入所者には就労が求められること、しかも入所期間が2年に制限されること等が普及または利用を阻む要因になってきた。福祉ホームB型は、高齢化しつつある精神障害者の社会復帰を、施設入所に就労を要件としないこと、精神科ケアとの連携等によって、長期在院で高齢化しつつある精神障害者の社会復帰が実現できることを示した事例であって、高齢化しつつある長期在院患者等の社会復帰のための地域施設として一定の役割を果たしていく可能性があり、新設される施設も含めて、福祉ホームB型の施設および運営をモニタリングしていくことが望まれる³⁾。

『受け入れ条件が整えば退院可能』な約7万2,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰」を実現するには、これらの問題点の整理とともに、共同住居や住居確保に取り組んできた精神科ソーシャルワーカー等の経験的情報を取り入れ、民間資本が参入可能な住居確保のモデルを研究することが望まれる。

地域生活支援センターは平成11年の精神保健福祉法改正において、精神障害者に対する相談および助言、ならびに関係機関との連絡調整等の援助を行う施設として、社会復帰施設に位置づけられた¹⁰⁾。地域生活支援センターの特徴は入所者や通所者を持たない社会復帰施設であって、地域資源のネットワーク化を図り、必要な対象に援助が向けられるよう調整する役割である。地域生活支

援センターの設置数は平成14年度末には397施設となる見込みである。最近はACTが注目されているが、その要点は多職種チームによる治療からリハビリテーションに及ぶ包括的なケアの提供にある¹³⁾。「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰には、保健・医療・福祉の総力が必要であり、その対象者にはACTのような仕組みがあれば退院できる者も相当数あると考えられる¹⁴⁾。また住居の確保に関しては、ある程度優良な物件が住居として提供されるための仕組みが必要であり、これはACTだけでは解決できないと考えられる。いずれにしても精神科病院の数十年に及ぶ経験や蓄積、国公立も含めると1,600カ所以上の地域医療を担う拠点が存在するという事実は、今後とも期待されるところがきわめて大きい。

文献

- 1) 精神保健福祉研究会 監：我が国の精神保健福祉平成13年度版。太陽美術，東京，2002。
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課，国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料平成13年度6月30日調査の概要。2003。
- 3) 竹島 正（主任研究者），他：平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」研究報告書。国立精神・神経センター精神保健研究所，千葉，2002。
- 4) 竹島 正，中村健二，重藤和弘，他：精神科医療機能に関するマクロ指標の検討—入院患者残留率を中心に。精神経誌 104：394-416，2002。
- 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課，国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料平成11年度6月30日調査の概要。2001。
- 6) 北川定謙，浅井邦彦，竹島 正，他：平成11年度地域保健総合推進事業「社会復帰施設等に関する全国状況調査報告書」（要約版）。全国精神障害者社会復帰施設協会，東京，2000。
- 7) 竹島 正，寺田一郎，三宅由子，他：社会復帰施設等に関する全国状況調査。日本社会精神医学会雑誌 10：167-182，2001。
- 8) 北川定謙（主任研究者），他：平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた体制整備のあり方に関する研究」研究報告書。全国精神障害者社会復帰施設協会，東京，2001。
- 9) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標臨時増刊 Vol. 49, No. 9。厚生統計協会，東京，2002。
- 10) 精神保健福祉研究会 監：改訂精神保健福祉法詳解。中央法規出版，東京，2000。
- 11) 竹島 正，立森久照，浅野弘毅，他：平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「市町村等における精神保健福祉施策の推進に関する研究—老人性痴呆疾患センターの活動状況および都道府県における老人性痴呆疾患対策の現況調査—」分担研究報告書。2002。
- 12) 田中稜一，中島公博，他：精神病院における長期入院者の退院・地域医療への促進—その「住まい方」とノーマライゼーション。北海道ノーマライゼーション研究 No. 9：17-31，1997。
- 13) 全国精神障害者家族会連合会：第17回精神障害者リハビリテーション会議「精神障害者の社会復帰と社会参加を推進する全国会議」テキスト。2003。
- 14) 羽藤邦利：日本にACTのような仕組みが必要であること—精神科診療所の経験から。病院・地域精神医学 45(4)。

【50周年記念特集「精神保健研究の現状と課題」】

精神保健計画部とモニタリング研究

精神保健計画部長 竹島 正

A. はじめに

精神保健計画部は、精神保健に関する計画の調査及び研究を行うため、昭和61年10月に設置された。

精神保健計画部の課題は、①精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価（モニタリング研究）、②精神科医療の現場における治療やリハビリテーション技術に関する科学的根拠を充実させるための現場との共同実証研究や研究方法論の提供（臨床疫学研究）である⁴⁾。①は行政情報をもとにしたマクロ研究、②は臨床の科学的評価に関わる研究であって、この2つがそれぞれの場面で機能することで、精神保健計画部の役割が発揮できる。臨床疫学研究については三宅が「精神医学における臨床研究をめぐる」に述べている。ここでは平成9年度以降、精神保健計画部で行ったモニタリング研究の概要を精神保健福祉施策との関連においてまとめ、展望する。

B. モニタリング研究の現状

1. 630調査の厚生労働科学研究に基づく解析（平成9年度～）

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、昭和50年代はじめから毎年6月30日付で、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、全国の精神病院等の状況等についての資料を得ている（以下、630調査という）。この資料収集は精神保健福祉課の業務の参考とすることを目的としており、全国の精神病院等の協力によって継続され、我が国の精神保健福祉に関する貴重な資料になっている¹⁰⁾。

精神保健計画部では平成9年度厚生科学研究費補助金「適正な医療の供給に関する研究」（主任研究者野崎貞彦）の分担研究「精神保健医療対策に関する基礎資料と評価に関する研究」以降、630調査に用いる

調査票の企画、調査結果の解析に携わってきた^{1,2,11,15,16)}。

平成10年度からは前年6月1ヶ月間に入院した患者の退院状況、つまり入退院の動態が把握できるようになった。同じく平成10年度からは毎年の630調査の集計結果を精神保健福祉資料としてまとめ、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課等にフィードバックするようになった^{5,6,7,8)}。平成11年度研究報告書には、この間に調査項目がどのように変わったかまとめている。

平成12年度から14年度の3年間は、厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」（主任研究者 竹島正）^{15,16)}において、引き続き630調査の企画、分担研究体制での調査結果の解析を行った。この間、退院患者の状況、1年後も入院が継続している患者の状況、応急入院の実施状況等も把握できるようになった。

モニタリング指標の開発に関しては、平成11年度データの解析をもとに、入院患者残留率を用いた精神科医療のマクロ指標（1年以内社会復帰率、入院患者残留率、50%退院日数）を提示し、精神神経学雑誌に原著論文「精神科医療機能に関するマクロ指標の検討—入院患者残留率を中心に—」¹⁰⁾として投稿し、受理されている。

ところで平成14年12月に公表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」⁹⁾には、その基本的な考え方を「入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換」に置き、7つの「施策の視点」を挙げている。そのひとつが「客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること」であって、具体的な施策として「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」が挙げられ、各種施策の進捗状況を定期的にまとめ、精神障害分会で評価・見直しすることとされた。「630調査の厚生労働科学研究に基づく解析」の成果物である精神保健福祉

資料は、同報告書に「精神科病院の状況については、厚生労働省精神保健福祉課と国立精神・神経センター精神保健研究所の協力により、毎年調査を実施し、その結果を公表している」と紹介されている。

2. 社会復帰施設等の状況(平成11年度～)

平成11年の精神保健福祉法改正によって、精神障害者社会復帰施設においても、特別養護老人ホームや保育所等の他の社会福祉施設と同様に、法令に基づく明確な基準を定めることとなった¹³⁾。このため平成11年度地域保健総合推進事業において「社会復帰施設等に関する全国状況調査」(調査委員長 北川定謙)²⁰⁾を実施し、現状の把握を行うこととなった。精神保健計画部は全国精神障害者社会復帰施設協会等と協力して、調査の企画、調査結果の解析等を行った。調査内容は、施設の概況、職員の状況、施設の運営管理、利用者の状況であって、地域生活支援センターとグループホームを含む1,274施設に、都道府県および政令市の主管課を通じて調査票を配布し、985ヶ所(77.3%)から回答を得た。この調査の結果、社会復帰施設等が多くの課題を抱えつつも地域社会に浸透しつつあることが明らかになった。しかし平成11年の精神保健福祉法改正によって社会復帰施設に位置付けられた地域生活支援センターについては、施設数や活動の実態が急速に変化しており、この施設に焦点を当てた調査が必要であることがわかった。

このため平成12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の社会復帰に向けた体制整備のあり方に関する研究」(主任研究者 北川定謙)²¹⁾においては、全国の精神障害者地域生活支援センター217施設を対象に調査を行い、172施設(79.3%)から回答を得た。この調査によって地域生活支援センターは着実に実績を伸ばしつつあるものの、開設されて数年以内の施設が多く、業務の実施状況にも施設間較差が大きいことがわかった。この原因には、地域生活支援センターの業務を何でもって測定するか明らかになっていないことが考えられた。そして平成13年度は11か所の地域生活支援センターを対象に、その業務測定方法を明らかにするための調査を行った。平成14年度からは社会復帰施設や居宅生活支援事業の利用等に関する相談・助言を市町村から地域生活支援センターに委託できるようになった。これを受けて平成14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の社会復帰に向けた

地域体制の整備に関する研究」(主任研究者 北川定謙)においては、市町村に精神障害者福祉サービスが位置付けられた初期段階における地域生活支援センターの状況を調査することとした。この調査は過去3年間の研究成果を取り入れ、地域生活支援センターの機能評価に役立てること、保護者等の援助の困難な精神障害者の地域生活支援における工夫(特に住居の確保、地域交流の実践)についての情報を収集することも目的に加え、全国325施設を対象に調査協力依頼を行い、現在解析中である。

このほか精神保健福祉情報の整備の一環として「福祉ホームB型の全国状況調査」^{10),16)}を行った。これは平成14年3月の時点で開設されている全29施設を対象に行ったもので、全施設から回答を得ることができた。福祉ホームB型は、平成11年度から「長期在院患者の療養体制整備事業」として整備が進められてきたもので、長期在院で高齢化しつつある精神障害者の退院の場として注目されている施設である。

3. 通院医療費公費負担制度の利用実態(平成12年度)

平成12年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究」(主任研究者 竹島正)¹⁴⁾においては、診療報酬明細書の内容の解析を行った。この研究は、平成12年9月から14年3月にかけて行われた「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会」に、レセプトの点検などによる通院医療費の実態分析の結果を示すことが目的であった。この研究の結果、公費通院医療費の増加の主たる要因は、通院医療を促進するという国の方針に基づくものであって、通院医療費公費負担制度はおおむね適正に利用されていると考えられた。しかし公費通院制度の適用対象や適用範囲が不明確であることが公費通院医療費の過剰な増加要因となっている懸念は否定できなかった。このため貴重な国費が必要な対象に適正に向けられるよう制度運用の原則を明らかにし、審査体制を充実するとともに、制度運用のモニタリングを行う必要があると結論づけた。本研究の成果は「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」に資料として採用され、その報告書をもとに「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条の規定による精神障害者通院医療費公費負担制度の運用について」が示されている。

4. 措置入院制度運用の実態（平成13年度～）

平成11年精神保健福祉法改正の国会審議において、重大な犯罪をおかした精神障害者の処遇のあり方について幅広い観点から検討を行うよう附帯決議がなされた¹²⁾。また大阪教育大学付属池田小学校で起こった児童殺傷事件を契機に、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇についての議論が高まった。特にこの事件の被疑者が一時的に措置入院となっていたこと、同被疑者が以前起こした傷害事件について精神障害を理由に不起訴処分となっていたこと、しかも被疑者に詐病の可能性があることから、現行の措置入院制度の運用が適正行われているか、疑問視する声が出てきた。

厚生労働省においては、国会の附帯決議を受けて、重大な触法行為をした精神障害者の処遇の在り方について法務省とともに検討を進めていたが、その検討資料として、精神保健福祉法第25条及び26条に基づく通報を中心とした措置入院制度にかかる事務処理状況について現状を把握することとなり、平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）「措置入院制度のあり方に関する研究」（主任研究者 竹島正）¹³⁾において、精神保健福祉法第25条に基づく通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況および措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態を、実証的なデータをもとに明らかにすることとなった。本研究によって、平成12年度に精神保健福祉法第25条によって通報を受けた820例については625例（76.2%）に措置診察が実施され、464例（56.6%）が措置入院となっていたことがわかった。また措置診察が実施された625例の解析の結果、措置入院の要否判断はおおむね一致しているものの、措置要否の判断の根拠となる、問題行動の書式の問題や現在の病状又は状態像の記載に不一致のある事例、措置入院の要否判断について基本的な考え方を整理しておくべき事例がみられた。このことから診察の要否判断と措置入院の要否判断のガイドライン、精神症状や問題行動把握のためのアセスメントツール、指定医の診断技術を高めるための研修、措置入院に関する診断書の書式の改訂等、措置入院制度運用の標準化のための研究継続の必要性が明らかになった。そして平成14年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「措置入院制度の適正な運用に関する研究」（主任研究者 浦田重治郎）において、精神保健福祉法第25条以外の措置入院制度の運用実態についても、実証的なデータをもとに運用実態を明らかにするとともに、措置

入院制度運用の標準化に向けての研究を進めている。

C. モニタリング研究の展望

モニタリング研究の目的は、精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価であって、施策評価のためのマクロ研究である。はじめに「B. モニタリング研究の現状」で挙げた事例について各論的に検討し、そのうえでモニタリング研究の将来像について述べる。

630調査の厚生労働科学研究に基づく解析は、630調査が、精神病院の業務体制等のシステムと患者の状況を合わせて調査する行政資料である点に特徴がある。行政資料につきまとう大きな問題は記入ミスである。630調査は調査項目が多様多岐にわたるためそのリスクも大きい。このため調査票および記入マニュアルの改訂を繰り返し行い、調査精度を高める努力を行ってきた。630調査で最も大きな成果と考えられるのは、精神病院における入退院の動態の把握が可能になったことである。しかし地域精神医療の進展とともに外来診療機能、特に精神科診療所の施設、受診患者、社会復帰対策との連携の状況等を把握できるよう630調査の内容を検討する必要がある。

「社会復帰施設等の状況」に関しては、平成11年度に行った社会復帰施設等の全国状況調査のような大規模調査を毎年実施することは不可能であろう。しかし社会復帰施設等の整備状況は年々変化しており、その状況を毎年継続して把握することは必要である。最も簡便な方法は630調査の中の「社会復帰施設等の状況」に関する調査票の改訂を行い、必要性が生じたときに大規模調査を行うことであろう。

「通院医療費公費負担制度の利用実態」の目的は、精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因を明らかにすることであったが、この研究と同じ方法を用いた研究が過去に行われていなかったため、2時点での変化を比較することはできなかった。このため社会保険診療行為別調査報告等の解析も合わせて行い、診療報酬明細書の内容の解析による研究成果を補うこととした。精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の利用者は平成12年約72万9千人であって、前年度よりも約9万5千人増加している⁹⁾。医療制度は変革期にあり、通院医療費公費負担の利用状況も大きく変わっていくと考えられる。「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」に基づく通知の効果を明らかにする意味も

含めて、診療報酬明細書の内容の解析は数年内に再実施する必要があると思われる。

「措置入院制度運用の実態」は、全国都道府県・政令指定都市における平成12年度実績の実証データに基づく解析である。本研究には、各都道府県・政令指定都市から個人情報を抹消したデータを収集し、さらに収集された情報のテキスト部分をコード化するなど、データ収集から解析のすべての段階において、たいへん負担が大きい調査であって、同じ調査を再度行うことはきわめて困難である。しかし措置入院制度の運用の実態を継続的に把握することは重要であり、その方法は検討される必要がある。特に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（案）」が国会で審議中であるが、この法律が成立した場合には、措置入院制度の運用にも影響が予想される。予想される影響と実際の変化を比較するためにも、措置入院制度運用の実態を継続して把握できるよう書類の一部がコード化され、情報の作成と収集が行政事務に組み込まれることが望まれる。

これまで述べてきたことでわかるように、モニタリング研究においては都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課等の情報収集力、または主管課の持つ情報の活用と、研究結果の行政へのフィードバックがきわめて重要であり、情報システムの整備とモニタリング研究の推進は不可分である。

また精神保健福祉行政に限らず、さまざまな施策は、制度化あるいは予算化されるときに、その効果が想定されている。モニタリング研究の最も役に立つところは、その期待される効果の実現度をマクロな情報として明らかにするところにある。

精神保健計画部では、平成14年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」（主任研究者 岩崎榮）¹⁰ の分担研究として、都道府県・政令指定都市の情報システム整備と、精神保健福祉の各種施策を効果的に推進するために必要とされる資料・情報が、精神保健福祉主管課においてどのように整備されているかを調査した。その結果、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課における情報システムの整備、情報の電子化はかなり進んでいることがわかった。しかし精神保健福祉情報の保有状況に関しては、都道府県等の回答に差がみられた。この要因は、都道府県の保有する情報に偏りがあるだけでなく、同じ都道府県内でも担当者ごとの保有する情報に偏りがあることが考

えられた。このような情報の偏りを少なくして、根拠に基づいた行政を進めるには、都道府県等に情報システムがほぼ整備されていることを踏まえた情報提供側の工夫、たとえば都道府県等で役に立つと思われるモニタリング研究成果等を、電子媒体で提供し、担当者の誰でもが閲覧できるようにすること等が考えられる。

新たな制度や施策は、国民の精神保健の保持向上のための介入であって、モニタリング研究は介入の成果を明らかにする方法である。モニタリング研究が、研究者個人や研究部の役割を越えて、国立精神・神経センター研究所の基本的な機能として定着していくことが望まれる。

参考文献

- 1) 笠原 嘉（主任研究者）他：平成10年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「適正な医療の給付に関する研究」総括研究報告書 1999.3
- 2) 笠原 嘉（主任研究者）他：平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「適正な医療の給付に関する研究」総括研究報告書 2000.3
- 3) 北川定謙（主任研究者）他：平成12年度～13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた体制整備のあり方に関する研究」総合研究報告書 2002.3
- 4) 国立精神・神経センター精神保健研究所：創立50周年記念誌 2002.1
- 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料—平成10年度 6月30日調査の概要 1999
- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料—平成11年度 6月30日調査の概要 2001
- 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料—平成12年度 6月30日調査の概要 2002
- 8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：精神保健福祉資料—平成13年度 6

- 月30日調査の概要 2003
- 9) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課:社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」の概要 2002
- 10) 三宅由子,立森久照,竹島 正:福祉ホームB型(長期在院患者の療養体制整備事業)の施設および運営に関する調査研究.国立精神・神経センター精神保健研究所 2002
- 11) 野崎貞彦(主任研究者)他:平成9年度厚生科学研究「適正な医療の供給に関する研究」総括研究報告書 1998.3
- 12) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編集:精神保健福祉行政のあゆみ.中央法規,東京,2000
- 13) 精神保健福祉研究会監修:改訂精神保健福祉法詳解.中央法規,東京,2000
- 14) 竹島 正(主任研究者)他:平成12年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「精神保健福祉法第32条による通院医療費公費負担の増加要因に関する研究」研究報告書 2001.3
- 15) 竹島 正(主任研究者)他:平成12年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」研究報告書 2001.3
- 16) 竹島 正(主任研究者)他:平成13年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供のあり方に関する研究」研究報告書 2002.4
- 17) 竹島 正(主任研究者)他:平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「措置入院制度のあり方に関する研究」総括・分担研究報告書 2002.4
- 18) 竹島 正,三宅由子,長沼佐代子:行政・実績報告の整理と有効活用ー精神保健福祉の資料・情報に関する主管課調査ー.平成14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究(主任研究者 岩崎榮)」研究報告書 2003
- 19) 竹島 正,中村健二,重藤和弘他:精神科医療機能に関するマクロ指標の検討ー入院患者残留率を中心にー.精神神経学雑誌 104(5):394-416,2002
- 20) 竹島 正,寺田一郎,三宅由子他:社会復帰施設等に関する全国状況調査.日本社会精神医学会雑誌 10:167-182,2001

精神科病院の機能に関する研究

立森 久照^{*1} 竹島 正^{*1} 須藤浩一郎^{*2}
三宅 由子^{*1} 木沢由紀子^{*1}

^{*1}国立精神・神経センター精神保健研究所

^{*2}医療法人(社団)須藤会 土佐病院 理事長・院長

投 稿

精神科病院の機能に関する研究

立森 久照*¹ 竹島 正*¹ 須藤浩一郎*²
三宅 由子*¹ 木沢由紀子*¹

*¹国立精神・神経センター精神保健研究所

*²高知 土佐病院 理事長・院長

〔研究要旨〕

厚生労働省精神保健福祉課は毎年6月30日付で精神科病院、精神科デイケア施設、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。本研究は、平成12年度調査結果の中の精神科病院に関する部分をまとめたものである。

精神療養病床、老人性痴呆疾患病床、老人精神病床、急性期治療病床は増加しており、ある程度の機能分化が進んでいることがうかがえる。とくに、老人性痴呆疾患病床、老人精神病床は今後更なる増加が見込まれ、今後の動向を観察する必要がある。しかし、薬物専門病床、児童思春期病床、合併症病床は依然設置率が低いままであり、国立病院においても整備が行き届いていない現状が明らかとなり、今後の整備が強く望まれる。在院患者の高齢化はさらに進み、33.7%が65歳以上の高齢者となり全体の1/3を突破していた。長期在院の高齢者に対する処遇を考えることが重要であり、対応を急ぐ必要がある。入院患者の動態については、入院から77日経過した時点で半数以上が退院していた。また入院患者における1年後の残留者の割合は前年度比で3.8ポイント減少しており、早期退院の傾向がうかがえた。

この調査はわが国の精神科医療の現況を把握できる貴重な資料であり、精神科医療の状況がどう変化したかをモニタリングするためにも、継続して実施することに大きな意義があるといえる。

はじめに

昭和62年の法改正以後、日本における精神保

健福祉は大きな変革期を迎え、いまでもその途上にある。このような時期には、精神科病院、精神科デイケア施設、社会復帰施設等を含む地域精神保健福祉活動の状況を継続的にモニタリングすることは、大きな意義がある。

本研究は、厚生労働省精神保健福祉課が毎年行っている調査に研究面より関与し、精神保健福祉の活動状況を総合的に把握する研究の一環として実施された。本稿では、精神科病院に焦点を絞って、その活動の状況を明らかにすることを目的とする。

(1) 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」という文章依頼を行い、全国の精神科病院の状況についての資料を得ている。この情報収集は精神保健福祉課の業務の参考にすることを目的としており、全国の精神科病院の協力によって継続され、わが国の精神保健福祉に関する貴重な資料となっている。本研究は平成12年6月30日付で行われた調査の中で精神科病院に関する部分を解析したものである。なお、本研究は、平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」の一部として実施されたものであり、本稿の内容はすでに報告書として公表されたものを含んでいる。

(2) 結果

1) 施設・病床・従業員数の状況

①施設数・病床数について(表1~3)

精神科病院数は1,667病院,病床数は34万8,966床であった。前年度の結果と比較すると,それぞれ4病院と191床の増加であった。大学病院は82(4.9%)病院で4,497床,国立病院は49(2.9%)病院で6,994床,都道府県立病院は79(4.7%)病院で1万5,942床,指定病院は1,007(60.4%)病院で25万2,213床,非指定病院は450(27.0%)病院で6万9,370床であった。指定病床数は,1万6,521床であった。

全病院のうち単科精神科病院は1,079病院で,精神病床80%以上の一般病院は199病院,精神病床80%未満の一般病院は389病院であった。精神病床80%未満の一般病院は大学病院,国立病院にとくに多く,都道府県立病院に比較的多かった。

応急指定病院は156(9.4%)病院,精神科救急医療システム整備事業等で精神科救急に参画している病院は779(46.7%)病院であった。

精神科専門病床については,精神療養病床6万2,635床,老人性痴呆疾患病床2万373床,老人精神病床1万4,732床,急性期治療病床6,541床,アルコール専門病床4,332床,薬物専門病床317床,アルコール・薬物混合病床878床,児童思春期病床711床,合併症病床2,013床であった。薬物専門病床,アルコール・薬物混合病床,児童思春期病床,合併症病床は設置率が低く,国立病院においても設置が少ないといった状況は昨年度までと変わらない。

閉鎖・開放別の病床数は,夜間外開放が12万3,523病床,個別開放が7万6,840病床,終日閉鎖が14万8,603病床であり,終日閉鎖が減少し個別開放が増加しているといった昨年度と同様の傾向が示された。電話設置病棟の比率は,夜間外開放,個別開放,および終日閉鎖いずれの病棟についてもほぼ9割であった。保護室数は1万272室(全病床の2.9%)であり,保護室利用者数は7,161人(表5)であったことから,平成12年6月30日時点での保護室の利用率は69.7%であった。100床あたりの保護室と施錠できる個室の数

はそれぞれ夜間外開放で0.48室と1.5室,個別開放で2.6室と2.3室,終日閉鎖で5.2室と1.4室であり,閉鎖処遇が多くなるほど保護室の割合が高くなっている。

②従業員数について(表4)

精神科病院の従業者数について,病床100床あたりの常勤職員数は,全体では医師2.7人,正看護師14.7人,准看護師14.3人,看護補助者9.6人,PSW1.1人,作業療法士0.9人,臨床心理技術者0.4人であった。また看護体制については,入院基本3が621病棟,精神療養1が359,入院基本5が240,入院基本6が237,入院基本4が198の順であった。

2) 患者数の状況

①在院患者の状況(表5~8)

平成12年6月30日現在の在院患者総数は33万3,003人,病床利用率は95.4%であった。前年度と比較して在院患者数は73人増加していた。年齢別にみると,65歳以上の在院患者数は11万2,141人と全体の33.7%(昨年度は32.4%)を占め,在院患者の高齢化が引き続き進んでいることが明らかとなった。

疾患別では,器質性精神障害等(F0)15.3%,精神作用物質による精神および行動の障害(F1)6.0%,精神分裂病,分裂病型障害および妄想性障害(F2)61.7%,気分(感情)障害(F3)6.4%,神経症性障害,ストレス関連障害および身体表現性障害(F4)2.5%,成人の人格および行動の障害(F6)0.7%などであった。

在院期間別でみると,全在院患者の29.7%が1年未満の在院である一方,43.9%が5年以上の在院であった。また入院形態別の在院期間では,任意入院患者の44.5%は5年以上の在院であった。

入院形態別の在院患者数は,措置入院3,247人,医療保護入院10万5,359人,任意入院22万840人であった。前年度では,措置入院3,472人,医療保護入院9万1,699人,任意入院23万3,509人であった。

表1 精神科病院の概況

病院区分	病院数	単科病院		一般病院		指定病院	急性病院 指定病院	精神科救急 医療施設
		単科病院	精神科病床の割合が30%以上	一般病院で精神科病床の割合が80%未満	一般病院で精神科病床の割合が80%未満			
大学病院	82	2	0	80	1	10	9	
国立病院	49	7	4	38	2	10	10	
都道府県立病院	79	44	0	35	4	38	42	
指定病院	1,007	767	131	109	1,007	98	599	
非指定病院	450	259	64	127	0	0	119	
合計	1,667	1,079	199	389	1,014	156	779	

(平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」報告書より引用)

表2 専門病床の状況

区分	病院数	急性指定	救急病院	精神科病床	指定病床	急性・慢性				老人性痴呆疾患			
						A		B		治療		療養	
						病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数
大学病院	82	10	9	4,497	5	1	60	0	0	0	0	0	0
国立病院	49	10	10	6,944	395	4	148	3	150	6	317	0	0
都道府県立病院	79	38	42	15,942	701	9	345	0	0	7	310	1	50
指定病院	1,007	98	599	252,213	15,420	82	4,118	21	1,081	119	5,949	137	7,167
非指定病院	450	0	119	69,370	0	5	287	7	352	39	2,031	86	4,549
合計	1,667	156	779	348,966	16,521	101	4,958	31	1,583	171	8,607	224	11,766

(平成12年度厚生科学研究補助金)

表3 開放・閉鎖等の状況

区分	夜間外開放				個別開放				終日閉鎖			
	病床数	電話設置	病床数	電話設置	病床数	電話設置	病床数	電話設置	病床数	電話設置	病床数	電話設置
大学病院	51	49	1,698	1,376	27	27	1,198	1,074	46	45	1,601	1,364
国立病院	60	56	2,785	2,191	13	13	645	514	73	63	3,514	2,668
都道府県立病院	205	121	7,229	5,483	42	41	1,926	1,613	207	146	6,787	6,076
指定病院	1,590	1,454	85,267	72,512	1,006	964	56,154	49,766	2,046	1,908	110,792	94,227
非指定病院	525	454	26,544	22,667	311	290	16,917	15,242	500	459	25,909	23,211
合計	2,431	2,134	123,523	104,229	1,399	1,335	76,840	68,209	2,872	2,621	148,603	127,546

(平成12年度厚生科学研究補助金)

②入退院の状況

(1)入院の状況

平成11年6月1カ月間の入院患者数は2万6,889人であった。同年6月1カ月間の外来患者延べ人数は206万5,207人であったので、外来患

者76.8人に対して入院患者1人となる。

疾患別では、器質性精神障害等(F0)15.7%、精神作用物質による精神および行動の障害(F1)13.2%、精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害(F2)38.4%、気分(感情)障害(F3)16.2%、

精神障害者の状況															
精神障害				老人精神				実物		実物混合		児童思春期		合併症	
A		B													
病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数	病床数
0	0	0	0	1	50	1	48	0	0	0	0	0	0	0	0
15	757	0	0	6	294	4	188	1	29	0	0	1	50	5	241
30	1,629	0	0	14	611	12	391	0	0	0	0	17	593	15	309
731	39,763	206	11,744	127	6,958	52	2,753	3	220	8	493	1	28	25	977
89	4,814	73	3,928	126	6,819	18	952	1	68	7	385	1	40	18	486
865	46,963	279	15,672	274	14,732	87	4,332	5	317	15	878	20	711	63	2,013

(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」報告書より引用

保護室						施設できる個室							
夜間分開放	個別開放	終日閉鎖	モニター設置		あり	なし	夜間分開放	個別開放	終日閉鎖	モニター設置		あり	なし
			あり	なし						あり	なし		
12	50	121	135	48	144	39	95	87	64	80	166	77	169
18	40	247	125	180	274	31	75	78	155	52	256	122	186
78	152	498	356	372	701	27	331	201	273	119	686	313	492
352	1,416	5,786	2,895	4,659	7,289	265	1,066	1,055	1,335	370	3,086	1,573	1,883
134	359	1,009	412	1,090	1,446	56	330	326	227	126	757	333	550
594	2,017	7,661	3,923	6,349	9,854	418	1,897	1,747	2,054	747	4,951	2,418	3,280

(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」報告書より引用

神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) 7.7%, 成人の人格および行動の障害 (F6) 1.6% などであった (表9)。

年齢別では、20歳未満が3.1%, 20歳以上40歳未満が27.9%, 40歳以上65歳未満が41.1%,

65歳以上が27.9%であった (表10)。

(2)退院の状況

平成11年6月1カ月間の退院患者数は2万6,251人であった。また退院の内訳は、家庭復帰