

万4千人のうち、「気分(感情)障害(躁うつ病を含む)」が30.6%、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が23.7%、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害(アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害を含む)」が23.7%、「神経症障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が22.0%、「てんかん」が11.2%を占めている。

このように、入院と外来では疾患別患者数の構成割合が大きく異なり、主要な疾病名が異なることが分かる。入院患者として大きな割合を占めるのは、割合の大きな疾患から順に「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「認知症及び詳細不明の認知症」、「気分(感情)障害(躁うつ病を含む)」の順であり、外来患者では「気分(感情)障害(躁うつ病を含む)」、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害(アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害を含む)」、「神経症障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、最後に「てんかん」という順になっている。

#### <医療費>

さらに、平成18年社会医療診療行為調査により、精神医療費に占める疾患別医療費を確認すると、全体のうち10%以上を占める疾患をあげると、「血管性及び詳細不明の認知症」12.3%、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」48.9%、「気分(感情)障害(躁うつ病を含む)」19.8%の3つとなる。(表1参照)

表1 疾患別精神医療費

V 精神及び行動の障害	単位%
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	48.9
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	19.8
血管性及び詳細不明の認知症	12.3
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	8.8
その他の精神及び行動の障害	5.0
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	2.9
知的障害(精神遅滞)	2.1

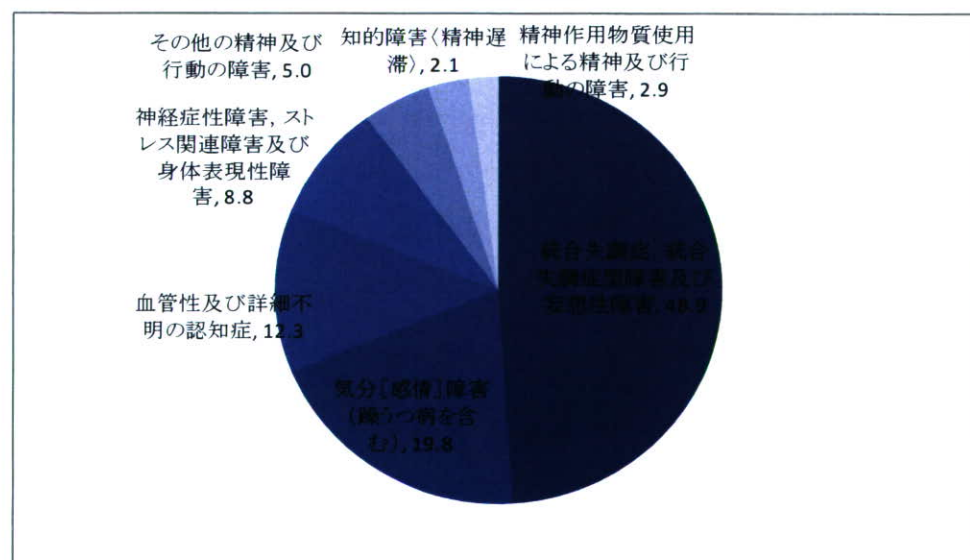


図7 疾患別精神医療費

(出典:社会医療診療行為調査上巻(平成18年度)より作成)

表 2 精神の疾患別医療費構成割合(入院・入院外別)

	単位: %		
	入院	外来	計
血管性及び詳細不明の痴呆	10.85	1.11	11.96
精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の 障害を含む)	3.57	0.51	4.08
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	41.23	7.11	48.34
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	5.39	9.18	14.57
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表 現性障害	1.19	6.6	7.79
その他の精神及び行動の障害	2.52	1.2	3.72
アルツハイマー病	3.78	0.93	4.71
てんかん	1.47	3.36	4.83
計	70	30	100

(出典:「患者調査」(平成 14 年)と「国民医療費」(平成 17 年)より作成)

これらの疾患から、財政的インパクトを考慮し、精神医療費全体に占める割合が 10%以上に及ぶ疾患を精神疾患領域における重要な疾患と考え、これらの疾患について先行研究のレビューを行うこととした。その結果、①認知症、②統合失調症、③うつ病の三つが精神疾患の中で重要だと考えた。

ただし、うつ病については医療費分析の結果から重点対象疾病に選ばれなかった<sup>6</sup>ため、検索用語としては用いていない。しかし、精神医療費の中では重要な疾患として考えられるため、うつ病に関する文献があった場合に、レビューを行うことにした<sup>7</sup>。

#### <認知症>

「血管性及び詳細不明の認知症」は、上記の①～③までの理由のすべてが該当する。①の予防対策については、脳梗塞等の脳血管疾患に起因する認知症の発症予防をする意味で一次予防が可能である。ただし、アルツハイマー型認知症<sup>8</sup>の場合には、脳血管疾患由来の認知症とは異なり、予防が難しいため一次予防の対象とはならない。加えて、早期発見・早期治療や周辺症状等の悪化を防止する意味で、二次予防と三次予防が可能だと考えられる。したがって、認知症に対しては、一次(アルツハイマー型は除く)・二次・三次すべての予防対策が可能である。

さらに、②については、医療・介護・福祉の連携を図ることで、より多くの患者が症状に合った施設で療養することが可能となる。また、適切な支援があれば、患者や家族が望む場合に在宅での療養も可能となる。さらに、認知症の場合には、関係機関や地域住民が正しく認知症について理解をし、協力し合うことが患者とその家族の療養生活にとって重要となる。

③については、前述の入院患者割合をみれば分かる通り、入院患者のうち約 16%を占め、精神医療費全体でみて約 12%を占める。このことから、適正化施策を行った際に、財政的インパクトが大きいことが予想される。

<sup>6</sup> もともの適正化重点疾病の選定基準は、①保健・検診活動として一次・二次・三次予防のいずれかの予防対策が有効であり、または②医療・介護・福祉の連携によって、医療資源の利用そのものの活用を適正化させることが可能であり、かつ③適正化を行った場合に医療費財政へのインパクトが大きい、以上の三つである。うつ病は第三の必要条件を満たしていなかったため除外したが、統合失調症や生活習慣病との関連も指摘されているため、今後は適正化重点疾病に入れる余地がある。

<sup>7</sup> したがって、うつ病に関する文献検索は必ずしも十分ではない可能性がある。

<sup>8</sup> アルツハイマー型認知症については、「V 精神及び行動の障害」ではなく、「VI 神経系の疾患」の中の神経系のその他の変性疾患に分類されている。

### <統合失調症>

次に、入院患者数約 32 万 6 千人のうち 58.9%を占める「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」を、適正化重点対象疾病として選定した。

まず、①の予防対策については、統合失調症はその発症メカニズムは複雑で、複数の要因が関連することから一次予防を行うことは難しい。しかし、症状の軽いうちに早期発見・早期治療が出来るように努めることや、適切な治療やケアを行いながら、症状のコントロールを適切に行うことは、必要以上に重症化を予防することができる。

さらに、②の連携については、統合失調症患者に多い社会的入院を防止するためには、医療・介護・福祉の連携により、早くから患者の社会復帰を図り、生活障害を最小限に止める意味で非常に重要だと言える。実際に、統合失調症患者の中には、症状のコントロールはすでに安定しているが、退院後の受け入れ先や生活の援助をしてくれる人がいない等の理由により、長期入院を強いられているケースが多く存在する。特に、この問題は高齢の患者に多い傾向があり、いわゆる社会的入院と呼ばれるものである。その理由として、親族がすでに死亡しているケースや、親族等の支援者と連絡がつかない状況が生じているケースが多いためと考えられる。また、地域での生活を支援することは、患者の QOL を向上させることにもつながり、結果的には医療資源の活用を適正化させることができる。

そして、その構成割合からみても分かるように、統合失調症は精神疾患の入院患者のうち約 41%、外来患者のうち約 7%を占めていることから、適正化によってもたらされる財政的インパクトが精神疾患の中で最も大きいものと考えられる。

### <うつ病>

近年増加傾向を示すうつ病に関しては一次・二次・三次予防ともに可能であり、自殺リスクとの関連が強く指摘されていることから、予防対策の必要性が高いと言える。うつ病は、特に早期に介入することが重症化防止のために最も重要と考えられ、適切な治療を行えば、治癒させることが可能な疾患である。自治体等が積極的にうつ病のスクリーニング検査を行うなど、新たな予防対策を立てることが求められる<sup>9</sup>。また、医療費の増大や労働生産性の低下等を防止する意味でも、予防対策を講じることは自殺者数の多い我が国にとっては、重要だと言える。ただし、うつ病の場合、入院医療費よりも入院外医療費の割合が高い。

以上の3つの疾患は、精神医療費全体のうち約 10%以上を占めると同時に、予防対策が有効か、または多機関の連携等の供給体制のバランスを考慮することにより、医療資源活用の適正化が可能と考えられる疾患のみを示している。つまり、適正化施策を講じることにより、効果を上げやすいと判断される疾患である。

一方、外来患者中の割合として、精神作用物質使用による精神及び行動の障害(アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害を含む) 23.7%、神経症障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 22.0%、てんかん 11.2%は、いずれも医療費では 10%以上を占めるが、適正化重点対象疾患からは除外した。なぜなら、これらの疾患は予防対策や医療・福祉・介護の連携等の施策を大々的に実行したとしても、その治療上の困難さから、効果を上げにくく、精神医療費全体からみてそのインパクトはあまり大きくはないと考えたためである。ただし、これらの疾患の外来に占める割合は小さいとは言えないため、適正化重点対象疾病として施策の検討を行うかどうか、今後、検討の余地があると言える。

<sup>9</sup> イギリスではうつ病患者の傷病手当としての雇用保険負担が増大し続けており、うつ病の予防対策の必要性が年々高まっている。

まとめれば、精神疾患医療費の中でも、とりわけ医療費適正化の観点から重要と考えられる疾患は、入院では統合失調症と認知症、うつ病の三つ、入院外では統合失調症、うつ病の二つである。この中では統合失調症が最も重要と考えられる。精神疾患に関する医療費の入院・入院外割合(約 7 割・3 割)、患者の入院・入院外割合(約 6 割・4割)と疾患別患者割合で大きな割合を占めるからである。平均在院日数の長さを押し上げる最も大きな要因としても、統合失調症患者の社会的入院問題が重要と考えられ、患者の QOL を向上させる意味でも適切な対策を検討することが望まれる。

## 2. 先行研究レビューの目的と手順・検索結果

適正化重点対象疾病の中で大きな割合を占める精神疾患の地域差について、2 つの目的で文献調査による先行研究レビューを行った。第一の目的は、先行研究をターゲティング型研究と要因発見型研究に分類した上で、先行研究全体の動向を把握することである。第二の目的は、個別疾病に影響を与える重要な要因を確認し、個別疾病ごとの医療費決定要因構造モデル(概念モデル)を構築することである。

概念モデルを構築することで、各疾病に影響を与える要因構造を明確にでき、さらに次年度以降で実際にデータを用いて確認すべき分析モデルの基礎を構築することができる。もちろん、先行研究で指摘されている要因は、すべてが定量的に扱える要因ではない。また、定量データであっても特別な実験や検診を行わなければ収集できない要因もある。しかし、先行研究を通じて各疾病の要因構造モデルを構築することができれば、研究実施の可否は別として、少なくとも今後どういった研究が求められるのかは明確にできるはずである。

先行研究のレビューには、医中誌 WEB と JMEDPlus を用いた。まず、①検索キーワードを用いて検索を行い、②次に、RefWorksに取り込んだのち、JMEDPlus との重複文献を除外し、③研究タイトルや研究概要などから、本研究と明らかに関係しないと思われる文献を取り除き、④ターゲティング型研究と要因発見型研究に大きく分類し、⑤個別テーマに沿って整理した。

表 3 検索に用いたキーワードと検索結果 一覧表

文献該当年度	医中誌 Web		JMED Plus		合計
	1983~2007		1966~2007		
	医療費	地域差/地域格差	医療費	地域差/地域格差	
精神	125	70	15	8	218
統合失調症	1	0	1	1	3
分裂病	29	17	4	2	52
認知症	4	1	1	1	7
痴呆	19	21	1	2	43
合計	178	109	22	14	323

※キーワードは、行列の組み合わせ。例) 医療費 and 精神

なお、文献を収集する作業の途中で、精神医療費と投薬量、あるいは精神病院の整備状況との関連を指摘している文献があったため、精神と投薬量を扱った文献 16 件、精神病院と整備を扱った文献 52 件、精神病院と歴史をキーワードとしている文献 25 件を、別途収集した。さらに、データベース以外にも重要と思わ

れる書籍を発見した場合は、随時参考にした。最後に、単一事例研究や研究者の主義主張だけを述べた文献、本研究の目的に照らし合わせて参考にならない文献などを除外した結果、約 260 件を重要文献として取り出し、分類整理を行った。

検索の結果、各種疾病名や保健関連の用語と医療費の組み合わせのヒット件数の方が、各種疾病名や保健関連の用語と地域差/地域格差との組み合わせのヒット件数よりも多かった。疾病別のキーワードで見ると、精神をキーワードとしている文献が最も多く、次いで分裂病、痴呆と続く。認知症や統合失調症は、最近改められた用語であるためか、ヒット件数が少ない。

### 3. 精神疾患の地域差とその要因

以下、はじめに先行研究の全体について概観し、その後カテゴリーごとに地域差とその要因についてまとめる。

#### 3.1. 精神疾患に関する先行研究全体の特徴

<分類>

検索された文献から、本研究の目的に合致すると考えた文献のみを取り上げた結果、およそ 260 件が残った。これらの文献を、テーマ、分析規模、そして疾患別に以下の 6 つのカテゴリーに分類した。その結果、①精神医療費に関する研究、②精神医療に関する研究(分析規模:全国)、③精神医療に関する研究(分析規模:一部地域のみ)、④認知症に関わる地域差とその要因に関する研究、⑤統合失調症に関わる地域差とその要因に関する研究、⑥うつ病に関わる地域差とその要因に関する研究の 6 つである<sup>10</sup>。

①から③までのカテゴリーは、精神医療費、精神疾患患者や精神病院・病床数に関するものなど、研究テーマが比較的大きく、医療費や医療全般に関わる文献で、かつ疾患の種類に関わらず関連するものである。④から⑥までのカテゴリーについては、個別疾病に着目し分析を行っている研究であり、要因構造モデルを構築する際には疾病ごとの個々のモデルに反映される。ただし、これらの分類は双方のカテゴリーに同時に関係する文献もあったため、その場合には、関係する議論があった箇所でも適宜参照し、同時に複数のカテゴリー内で記述した。

<特徴>

本先行研究レビューの最終目的は、精神医療費の要因構造モデル(文献モデル)<sup>11</sup>を構築することである。したがって、最終的な被説明変数は精神疾患の場合、精神医療費となる。残念ながら、今回の文献調査の結果では、精神医療費を被説明変数として、その地域差を全国的に示した文献や、地域差の要因を分析した文献はほとんど見当たらなかった。

精神医療費の地域差に限定しなければ、精神医療に地域差が存在することは 1980 年代くらいから指摘されてきており、様々な指標を用いて分析がされている。文献の大半を占めるのは、1990 年代の研究であり、2000 年以降もたびたび研究がされていた。平均在院日数や患者数、または病床数を被説明変数とする研究はなされており、これらの変数は医療費に直接的・間接的に影響を与える要因である。

<sup>10</sup> これらのカテゴリーは、どちらの型に分類するべきか曖昧な文献も多く、また同時に複数のカテゴリーに属すると考えられる文献もいくつか存在する。分類は絶対的なものではなく、便宜的なものである。

<sup>11</sup> 要因構造モデルはについて、文献モデル→理想モデルの順に概念モデルを構築する。その後、分析モデルは、一次分析モデル(変数の入手可能性により変数を取捨選択する)→実際の分析モデル(変数の相関チェック)の順に構築する予定である。したがって、今年度の概念モデルは、文献上の要因を整理した文献モデルを指す。

また、本研究では、ターゲティング型研究と要因発見型研究<sup>12</sup>という二つの手法を組み合わせ、医療費の分析を行った。これは、元来二つの手法を合わせた研究が少ないことに起因している。そのため、精神医療費に関する先行研究においても、ターゲティング型と要因発見型とがどのくらいなされているのかを把握した。今回の調査結果からいえることは、精神医療費のターゲティング型研究はそれ自体が非常に少なく、またあっても精神医療費そのものではなく、精神医療費の間接的な指標となる平均在院日数や患者数についての研究が主にされていたということである。また、要因発見型研究についても、ターゲティング型研究と同様に、医療費の地域差ではなく、医療費を間接的に示す指標の地域差に影響を与える要因を分析したものが多かった。また、個々の地域差を個別に要因分析した研究が多く、それらを体系的、または包括的に分析した研究は少なかった。

次に、疾病別の地域差に関する研究をみると、認知症に関する文献が最も多かった。この理由としては、認知症の方が一般的な認知度が高いこと、もしくは家族介護の負担の大きさからその社会的要請が高かったこと等が推測される。

平均在院日数や患者数を被説明変数とする研究では、医療供給に関する要因(病院・病床数、開設者別病院数)と診療報酬制度に関する要因を指摘したものが多く、これらが重要な要因である可能性が示唆された。また、1件当たり診療日数に関連する要因としては、医療供給に関する要因、診療報酬制度以外にも、患者側要因や福祉供給要因が指摘されていた。

そして、記述的な分析に留まるものの、精神病院の歴史的な変遷から、精神病院の分布を検討する文献がいくつかみられた。これらの文献では、病院・病床数の地理的遍在の傾向を説明する要因として、社会経済的要因が複数関連している可能性を示唆していた。しかし、病院・病床の地理的分布に関する要因は定量的データによって説明されたものはほとんどなく、定量的な根拠から説明されたとは言い難い現状にあった。

以上より、精神医療費を扱った文献は非常に少なく、これまであまり研究がなされてきていない現状だといえる。また、医療費適正化の観点から研究した文献は殆どない<sup>13</sup>に等しく、他の疾病と比べて、その医療費割合の大きさや病床数の多さに見合った研究がなされてきたとは言い難い。そのような意味で、本研究において精神医療の地域差と要因に関して、先行研究の現状に関する文献調査を行い、検討されている要因の整理とモデルの構築を行うことには大きな意義があると考えられる。

### 3.2. 精神医療費に関する研究

はじめに、精神医療費に関する研究をレビューする。下記の表は、年代順に並べた精神医療費に関する文献の一覧である。文献の特徴として、①医療費の地域差や要因発見を行った研究はあまりない、②1日あたり診療日数(平均在院日数)に関係する要因の研究は比較的多く行われている、③診療報酬がケアのコストに見合っていないことを指摘した文献はあるが、④精神科ケアの特殊性やコストを定量的な根拠により示した文献はあまりない、などがあげられる。

①について、検索キーワードの一つに医療費を用いて検索したにも関わらず、精神医療費(総医療費)自体を分解<sup>14</sup>した文献、あるいはその地域差や要因を扱った文献はあまりなかった。検索された文献が、正確

<sup>12</sup> ターゲティング型研究とは、どの構成区分(疾患、性、年齢、地域)が、医療費を押し上げているのかを分析した研究のこと。要因発見型研究とは、医療費の地域差(高低)を生み出す要因を発見するための研究である。

<sup>13</sup> 辻(2006)は、文中に精神医療費について適正化の観点から記述した部分がある。

<sup>14</sup> ターゲティング型研究の意味で用いている。

に研究の動向を示すものとするれば、精神医療費を被説明変数とした研究は十分になされていない現状にあるといえる。これは、生活習慣病に関する先行研究の現状と同様の傾向だといえる<sup>15</sup>。我が国の精神医療に対して、医療費を検討する以上に、治療環境の改善や人権的な見地から、まず、その施策の充実が望まれていたという現状が大きく反映された結果ともいえるだろう。しかしながら、最近では、各自治体の医療費適正化計画や精神疾患患者に関する検討会の資料等で、医療費適正化議論の活発化に伴って、精神医療改革へのニーズが高まり、精神疾患患者の療養環境を改善する機運が高まってきているとする記述が見られた。医療費適正化議論が、精神医療における改革を後押ししているとも考えられる。そのような意味で、今まで多くはなされなかった精神医療費に関する研究も、今後増加する可能性があり、また、それが期待される。

②について、精神医療費を被説明変数とする研究は少ないが、医療費の3要素である1日あたり診療日数に関しての研究は比較的行われているといえる<sup>16</sup>。特に、入院における1日あたり診療日数、つまり平均在院日数を被説明変数とする研究は比較的多い結果となった。これらの文献は、地域差を示した研究、要因発見を行った研究など、アプローチの仕方は様々であった。また、1日あたり診療日数以外の3要素に関して、研究した文献は殆ど見当たらなかった。

③について、医療費に関わる要因として診療報酬の不備を指摘した研究が多かった<sup>17</sup>。現行では、ケアの質を反映するような診療報酬制度になっていないため、平均在院日数の長期化を招いていること、ケアの質を向上させるようなインセンティブが働きにくいということ、病院経営の観点等から指摘していた。また、これに関連して、診療報酬の不備を指摘する文献はあったが、その根拠となる精神科ケアの特殊性やコストを定量的な根拠に基づき示した文献はあまりなく、現状を記述するに留まるものが多かった。

さらに、それ以外に指摘された点として、①精神医療費は入院医療費に強い影響を受けている<sup>18</sup>、②精神医療費は入院期間によって差が生じており、また入院期間は年齢(高齢であるほど)と入院歴によって影響を受ける<sup>19</sup>、③高齢であるほど入院期間が長くなる理由として、合併症の増加、治療抵抗性の低下、社会的受け皿の不足が指摘されていること<sup>20</sup>、④メンタルヘルスに問題がある群はない群に比べて、外来診療実日数、外来レセプト件数が有意に多いが、入院及び歯科の医療費、診療実日数、レセプト件数では有意な違いは認められなかったこと<sup>21</sup>等があげられる。

<sup>15</sup> ただし、生活習慣病については、総医療費を被説明変数として多くの研究がなされている。

<sup>16</sup> 平田(1990)、藤田(1991)、山口ら(1992)、遠藤(1992)、大島(1994)、山下ら(1995)、大島(1997)、眞崎(1997)、細美ら(2003)、藤田(2004)、小山(2004)、伊藤(2005)

<sup>17</sup> 平田(1990)、藤田(1991)、飯塚(1995)、山内(1997)、山内ら(1998)、藤原(2004、2007)

<sup>18</sup> 石橋(2003)、辻(2006)

<sup>19</sup> 石橋(2003)

<sup>20</sup> 石橋(2003)

<sup>21</sup> 石橋(2006)

表 3 精神医療費に関する研究一覧

対象	出典	対象地域	主な被説明変数	主な説明変数	分析対象層
精神医療費	中本、山本、小椋 (1990)	沖縄県東風平町	・通院費 ・入院費 ・所得 ・地域精神保健活動費 ・障害年金加算	・コミュニティケアによる効果	
	澤田、桑原、要石、若林、勝山 (1998)	滋賀県I群	・精神医療費通院公費負担利用状況		
	佐名手、三宅、竹島 (2002)	全国47都道府県	・精神疾患の医療保険入院外診療の動向		・社会医療診療行為別調査
	石橋 (2003)	福岡県	・精神疾患医療費別	・入院日数 ・性別 ・HCV抗体陽性 ・保護室利用日数 ・年齢 ・入院歴	・精神疾患患者
	藤原、守屋 (2004)	横浜市	・精神科医療費 ・診療報酬		
医療費	石原、馬場園、亀、西岡 (2006)	福岡県	・医療費 ・重複受診件数 ・診療実日数 ・レセプト件数 ・1件当たり医療費 ・1件当たり日数 ・多受診件数	・メンタルヘルスの状態	・生活習慣病予防事業参加者140名
	辻 (2006)	宮城県	・医療費	・性 ・年齢 ・疾病名 ・入院 ・外来 ・調剤の日数 ・各費用	宮城県7町の住民
診療報酬	山内 (1997)		・ケアのコスト	・ケアの時間 ・人件費 ・重症度	・19の精神単科病院で実施した調査データ
	山内、池上 (1998)		・コスト ・診療報酬	・看護形態別患者1人当たり保険収入 ・重み付け全ケア時間	・19の精神単科病院で実施した調査データ ・社会医療診療行為別調査
	藤原 (2007)	全国47都道府県	・保険点数	・在院期間 ・配置基準 ・病床規模	・全国総合病院精神科基礎調査



対象	出典	対象地域	主な被説明変数	主な説明変数	分析対象層
1件当たり受診日数	黒田、稲福、辻、丸山、多田、朝倉	大阪府Y市	・在院期間	・診断名 ・性 ・年齢 ・保護義務者の続柄 ・医療費支払い区分 ・同居の有無、 ・職業	
	平田(1990)	全国	・病床利用率 ・年間入退院平均数 ・年間病床回転率 ・平均在院日数 ・1日外来患者数	・経営主体別精神病院(民間、自治体立)	・1987年82か所の民間病院(平均病床数331.6) ・自治体立病院のデータ:1988年全国自治体病院協議会(全自病)発行の病院経営分析調査報告
	藤田(1991)	全国47都道府県	・在院期間 ・精神疾患在院患者数	・疾患別患者数(在院・外来) ・継続在院期間 ・精神科診療従事者数 ・医療扶助人員 ・措置入院患者数	・医師・歯科医師・薬剤師調査 ・社会福祉行政業務調査 ・衛生行政業務調査 ・患者調査
	山口、津田、鈴木、山口、栗田、桑原、小城(1992)	神奈川県			・老年期精神障害者
	遠藤(1992)	北海道	・有病率 ・平均在院日数		・精神分裂病患者
	大島(1994)	全国47都道府県	・(推計)平均在院日数 ・退院患者の平均在院日数 ・入院患者の平均在院日数 ・万対精神病床数 ・入院患者の疾患別構成割合		・病院報告 ・患者調査
	大島(1997)	全国47都道府県	・各種入院医療指標		
	眞崎(1997)	福岡県山門保健所及び田川保健所管内	・退院患者の再入院率	・疾患種類 ・在院期間 ・過去の入院回数 ・医療費支払い区分 ・退院後の期間	・医療保護入院患者
	藤田(2004)	全国47都道府県	・精神病院の長期在院	・年齢 ・疾患種類 ・経営種別病院 ・性別 ・スタッフ密度	・患者調査 ・病院報告
	小山(2004)	福岡県	・患者の再入院	・疾患種類 ・年齢 ・心理社会機能レベル ・入院歴 ・婚姻状況 ・発症状態	・診療報酬上の精神科急性期治療病棟の退院患者
伊藤(2005)	全国47都道府県	・生活訓練施設数 ・福祉ホームA型・B型数 ・地域生活支援センター数 ・通所授産施設数 ・入所授産施設数 ・小規模通所授産 ・福祉工場数 ・社会復帰施設合計数	・継続在院期間5年以上割合 ・1年以内社会復帰率 ・1年後在院率		

### 3.2.1. 医療費と診療報酬制度に関する研究

#### <医療費>

はじめに、医療費の地域差要因を検討した文献に、石橋(2003)<sup>22</sup>、辻(2006)があげられる。

辻(2006)は、統合失調症医療費の地域格差の要因に関して検討を行った。統合失調症における入院患者の割合が高い町ほど1人当たり医療費は高く、両者の間には有意な相関(相関係数0.66)があったと報告した。また、入院医療費を10%減少すれば、統合失調症医療費の22.9%を削減できる可能性が示されたと報告した。さらに、統合失調症の医療費の地域格差の最大の要因は入院医療であるとも述べた。

石橋(2003)は、精神医療費の入院・外来を合わせた総医療費の地域差を生み出す要因を研究した。その中で、石橋は、精神の疾患別の総医療費における差の要因を定量的な分析手法を用いて検討している。結論として、医療費に関連する要因は入院日数(期間)と年齢および入院歴であったと指摘した。具体的には、医療費は入院1日当たり医療費ではなく、入院期間によって差が生じていることを報告した。また、総医療費は年齢と入院歴により変化し<sup>23</sup>、これは入院日数が長くなることに起因するものと述べている。また、入院日数にグループ間(疾患ごと)で有意差が認められたため、その入院期間に影響を与える要因を明らかにするため重回帰分析<sup>24</sup>を実施した。すると、総医療費に対して、性別、HCV抗体陽性、保護室利用日数や点滴回数は影響をおよぼさず、年齢および入院歴が有意に影響していた<sup>25</sup>と述べている。つまり、総医療費に対しては入院日数が、また、入院日数に対しては年齢および入院歴が影響を与える要因といえる。さらに、入院日数が年齢と入院歴に比例している理由として、高齢になるにつれて合併症が増加すること、現疾患の症状の慢性化により治療抵抗性が増加すること、さらに社会的受け皿が不足することによるものと述べている。入院1回あたりの入院費用に性差はなく、保護室利用日数(隔離室管理加算)も影響しない<sup>26</sup>と述べている。

次に、精神疾患の入院医療費に影響を与える要因を検討した文献に、中本ら(1990)、藤原ら(2004)、辻(2006)がある。中本ら(1990)は、コミュニティケア<sup>27</sup>によってもたらされる医療費の節減効果を算出し、藤原(2004)は診療報酬の問題点について考察を行った。

中本ら(1990)は、コミュニティケアによって入院を防止することが出来たかどうかの判断は主観的であるとしながらも、直接便益として減らし得た入院費は4,920.2万円と報告した。保健経済学的観点から、コミュニティケアの合理性を示すものと述べた。

さらに、藤原ら(2004)は、入院医療費に関する要因として、診療報酬制度の問題点を指摘した。その中で、

<sup>22</sup> 福岡県の特定病院における精神科患者のデータを用いて薬物依存症と統合失調症の医療資源の消費量の違いをデータ分析し、入院期間中の総医療費、1日当たりの医療費、入院日数、総医療費に影響を与える要因について分析した。

<sup>23</sup> 年齢が上がるほど、入院歴が増すほど総医療費は増加する傾向にあると指摘されている。

<sup>24</sup> 入院日数に与える要因として、入院歴、年歴、性別、C型肝炎抗体陽性、保護室の利用日数、点滴日数を用いて分析を実施した。覚せい剤群では年齢が1歳増すごとに約6.5日、保護室利用日数が1回増すごとに約7日増えた。また、統合失調症と有機溶剤群では入院歴などすべての説明変数が入院日数に影響を与えておらず、覚せい剤、アルコール群では入院回数が増えると日数も増える結果となった。

<sup>25</sup> 年齢が1歳高くなると総医療費が約6.3万円、過去の精神科入院歴が1回増すと総医療費が約23.4万円増すという結果が出た。」と述べている。また、「統合失調症を基準とした場合、覚せい剤群で約224万円、アルコール群で約207万円、有機溶剤群で約260万円、それぞれ1回あたりの入院費用が低かった。」と指摘している。<sup>26</sup>年齢が1歳高くなると入院日数が約5日、精神科入院歴が1回増すと入院日数が約18日増すという結果が得られたと報告している。統合失調症を基準として覚せい剤群が約170日、アルコール群で約173日、有機溶剤群で約210日入院期間が短かったとも述べている。

<sup>26</sup> その理由として、現行では1か月に7日しか隔離室管理加算が算定できないことから加算点数が低く、総医療費に影響は出ないことをあげている。

<sup>27</sup> 地域精神保健活動の重要性が認識され、精神障害者が地域での生活を継続するために、コミュニティケアの充実が重要と指摘した。コミュニティケアの内容として、予防、治療、リハビリテーション等をあげている。

日本の精神医療における医療技術や人手に関わる評価が極めて低いと述べ、一人一日当たりの入院収入単価も一般診療科の1/3~1/2<sup>28</sup>位であり、入院費構成における精神科専門療法は薬剤費を下回っている<sup>29</sup>とも指摘した。また、入院単価について、入院基本料が定額であること、手術・処置・検査の少なさがある。さらに、精神科の入院料、人員配置、技術料に対する評価の低さなど、医療経済上の問題点は従来から報告されている<sup>30</sup>。このような、診療報酬の不適切さの理由として、精神医療の技術的な評価や要する時間に対する評価が困難であることをあげ、今後診断的、治療的、経済的に適切に評価されることが必要と指摘した。また、クリニカルパスの導入の必要性も指摘した。ここで述べられた診療報酬上の問題に関しては、後で記述する診療報酬に関する研究で指摘されていることと一致している。

次に、精神疾患の外来医療費に関する研究では、澤田(1998)、佐名手ら(2002)、藤原(2004)があげられる。

澤田(1998)、佐名手ら(2002)は、精神疾患の通院医療費公費負担に着目し研究を行っている。澤田ら(1998)は、通院医療費公費負担の利用状況を分析し、その傾向を示した。結果として、対象地域の外来患者に占める申請承認者の割合は43.5%、疾病名では精神分裂病が多く、40~50代に多く、生保>国保>社保であったと述べている。

さらに、佐名手ら(2002)は、通院医療費公費負担の増加を背景に、精神疾患の医療保険入院外診療の動向について分析を行った。医療保険入院外診療点数の増加は、1件当たり点数および件数の増加の両方によるもので、1件当たり点数の増加の背景には、昭和60年代からの診療報酬改定による影響が大きいと指摘した。疾患別にみると、他の疾患に比較して点数が高く増加しているのは精神分裂病、神経症性障害、気分障害、痴呆であり、これらの疾患が医療保険入院外診療点数全体の動向に大きく影響するものと述べている。その中でも、全疾患中最も点数の高い精神分裂病が医療保険入院外診療点数に与える影響は大きいと述べた。精神分裂病に次いで点数の高い神経症性障害は1件当たり点数は低いいため、点数の高さは主に件数の高さによる。気分障害は1件当たりの点数の伸び率が低いいため、点数の著しい増加による。痴呆は、1件当たり日数と1件当たり点数が全疾患中最も高いため、件数の増加に結びつく指摘した。精神科専門療法の点数は著しく増加しており入院外診療点数の増加要因の一つといえ、中でも通院精神療法が最も高いとも述べた。

藤原(2004)は、1日あたり外来収入内訳を他科(内科、外科、小児科、神経科)と比較した上で、精神科外来では検査料の占める割合が非常に小さく、わずか2.8%と報告した。

最後に、上記の精神医療費に関する文献とは区別されるが、石原(2006)は、メンタルヘルスと医療費に関して分析しており、メンタルヘルスに問題がある群はない群に比べ、外来診療実日数、外来レセプト件数が有意に多かったと報告した<sup>31</sup>。この文献に関しては、精神医療費と直接的に関わる医療費を対象としないため、他の文献とは区別される。しかし、医療費適正化上重要な観点と考えられるため、記述することにした。なぜなら、複数受診患者の問題が外来において、医療費に対して決して少なくはないインパクトを与えていると考えられるためである。実際に、石原(2006)外来受診者の約半数が複数の医療機関を受診し、2割近くが同一の病気で複数受診している<sup>32</sup>と指摘している。さらに、メンタルヘルスの状態によって、複数受

<sup>28</sup> 黒木ら(1996)

<sup>29</sup> 清水ら(2004)

<sup>30</sup> 黒木ら(1996)

<sup>31</sup> 入院及び歯科の医療費、診療実日数、レセプト件数のいずれにおいても違いは認められなかったと決論付けた。

<sup>32</sup> 受療調査(平成14年)による。また、その理由として、「複数の医師の意見が聞きたい」14.7%、「受けている医療に不安や不満がある」9.9%が報告されていると指摘している。

診件数のみに違いがみられたが、多受診についてはみられなかったと述べた。さらに、1人あたり傷病分類別医療費では、「症状、兆候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」では有意( $p < 0.05$ )に二群間に差があり<sup>33</sup>、「眼及び付属器の疾患」では診療実日数に差があった<sup>34</sup>と述べた。

#### <診療報酬制度>

精神医療費や平均在院日数等の精神医療について診療報酬の観点から考察した研究に、内田(1996)、山内(1997)、山内ら(1998)、藤原(2004、2007)、渡辺(2006)、紀伊國ら(1994)があげられる。これらの文献は、我が国における精神科の支払い方式や人員配置とケアのコスト等が見合っていないことを指摘した。診療報酬制度の不適切さにより、長期入院やケアの質の向上を妨げている可能性が示唆される。さらに、診療報酬点数が精神科ケアの質を反映させるシステムになっていないことから、精神科ケアの適切な評価基準や他科との違いを明確にすることが必要と考えられる。しかし、その一方で、精神科ケアの特殊性を定量的データを用いて検討した文献は少ない。したがって、そのような意味で、以下にあげる山内(1997)は、精神科ケアが他科のケアとどのような点で異なるのかを明確に定量的なデータを用いて指摘している点で重要な文献だといえる。

山内(1997)は、精神科における診療報酬制度の問題点を指摘し、それに対する解決策を示した。さらに、ケアにかかるコストを詳細に検討し、コストを構成する要素について述べている。はじめに、精神科にて提供されるケアは、検査や処置と異なり個々の行為に対して出来高で保険点数を積み上げにくい性質であると述べた上で、現行の診療報酬体系は適切にケアによって生じるコストを補償していないことを指摘した。さらに、保険点数は在院期間が長くなるにつれて漸減するが、実際には多くのケアを必要とする長期在院患者が少なくないとも述べている。これらに対する解決策として、以下の3つの必要性をあげた。①各患者から実際に発生するコストを把握すること、②現行の診療報酬制度がコストを適正に補償しているのか検証すること、③コストの高い患者特性を把握し、コスト<sup>35</sup>を適切に反映する分類方法を開発することが必要だとし、ケアに伴って生じるコストと保険点数との関係を分析した<sup>36</sup>。結論として、ケアに携わる人件費が全コスト中大きな割合を占めること、ケアのコストの患者間での相違に保険点数は適正に対応していないこと、保険収益の中で構成比の大きい「入院」部分を規定する在院期間はコストを単独で把握する特性としては妥当性に乏しいことなどをあげた。これらの分析に際しては、調査項目として特に、患者特性によるコストが分析対象であり、その中でも、面接・指導・観察・介助などのケアのコスト<sup>37</sup>が大部分を占めており、患者によって差を大きく生じる部分であるとも述べている。したがって、面接・指導・観察・介助などのケアのコストを構成する要素として、

<sup>33</sup> メンタルヘルスに問題のある群の方が医療費が高く、診療実日数も高かった。

<sup>34</sup> メンタルヘルスに問題のある群の方が診療実日数が高かった。

<sup>35</sup> 精神科の入院治療におけるコストは、入院1回あたりコストではなく、入院1日あたりコストの方が適切であると述べている。また、コストには患者特性によって変動するコストと変動しないコスト(光熱費など)の2つが存在し、後者については一律に加算することが出来るとしている。そのため、患者特性によって変動するコストの分析が必要となる。

<sup>36</sup> 人件費の比較においては、公立病院と民間病院を区別して設定しており、精神病院の経営主体別にその中身が異なっていることが分かる。公立病院では医療収益が全体の70.6%で、残りの大半を補助金による医療収益が占めるのに対し、民間病院では医療収益が93.6%から98.4%とその殆どを占めていたと報告している。また、医療収益中の入院収益は81.2%から90%の間にあり、外来は9.4%から12.4%にとどまった。支出については、医療費用が全費用の93.1%から98.7%であり、医療費用中のうち、人件費は公立病院にて74.4%、民間病院で66%から50.8%と看護形態<sup>36</sup>に応じて少なくなると報告した。さらに、看護職員およびその他のケア職員合計でそれぞれ54.9%、16.5%であり、ケア職員全体で71.4%を占めた。1日当たりの保険収益のうち84.8%を入院医学管理料や看護料の「入院」が占め、次いで、投薬7.6%、検査2.6%となった。看護形態別に患者あたりの保険収益をみると、公立病院が最も高く、民間病院は特類から看護形態の順に減少すると述べている。

<sup>37</sup> 「患者特性によって生じるコスト」は「面接・指導・観察・介助などのケアのコスト」と「検査・処置・投薬などに関連して発生するコスト」に大別される。精神医療においては、医薬品・材料のコストの全コストに占める割合は小さいと述べている。

マンパワーのコストやケア時間があり、さらにこのケア時間に職種別の給与水準で重み付けを行うため、以下の項目について経営主体別にまた看護形態別に人件費の割合、患者当たりの保険収益を調査し、さらにケア時間、職種別給与指数を用いて、保険収益と重み付け全ケア時間、在院期間区分と重み付け全ケア時間の考察を行っている。調査の結果、ケアのマンパワーのコスト<sup>38</sup>が重要な位置を占めると指摘し、一般病院に比べてもその割合が大きいことを報告した。また、ケアのコストは患者間で相違が非常に大きいのに対して、保険収益は狭い範囲に分布することを明らかにした。その理由として、個々の診療行為に対して出来高で積み上げられる投薬・検査・画像診断等の構成比が小さく、看護形態と在院期間のみで一定額が決まる「入院」部分が大半を占めることをあげた。また入院精神療法等の精神科独自の診療行為に伴う保険点数はその絶対額が小さく、回数に上限があることを指摘した。

山内ら(1998)は、入院比重が大きく、長期在院患者が多い点を我が国の精神医療の特徴としてあげ、その背景として、これまでの政策が施設基準や患者の処遇に関する法的な手続き改正にとどまったことをあげた。さらに、診療報酬のあり方では、支払い方式の点数表の記載項目の変更や点数の改正に終始し、基本的な枠組みは変わっていないと述べている。それに対し、諸外国では患者ニーズに対応したケアに要するコストと医療機関に支払われる金額とが対応するような支払方式の検討をする例が多いとも述べ、非効率かつ不適切な診療パターンを招くインセンティブが医療機関の経営上生じていると指摘した。具体的には、診療報酬の問題点についてあげており、その一つにコストと診療報酬の乖離をあげた。実際のケアのコストに診療報酬が対応していないため、ニーズに応じた適切なケアを提供するインセンティブが働かないと述べている。最後に、精神科入院ケアのケースミックス分類の導入が質の確保のために重要なケアの標準化のための基準整備の意義を有していることを指摘しており、その導入の必要性を指摘した。

藤原(2007)は、総合病院の精神科が経営的に危機的な状況であることを指摘し、その理由を考察した。その一つとして、診療報酬上の問題点を指摘し、入院基本料が平均在院日数と人員配置基準(看護配置)のセットで設定されていることが精神科の身体合併症治療や急性期治療において、支障をきたしていると述べた。

### 3.2.2. 医療費 3 要素に関する研究

間接的に医療費を示す指標として用いられる、医療費の 3 要素<sup>39</sup>を被説明変数・説明変数とする研究は比較的多くなされていた。具体的には、医療費の 3 要素のうち、入院における 1 件当たり受診日数、つまり平均在院日数に関する研究が最も多くなされており、医療費の 3 要素に関する研究のうち大半を占めていた。我が国における精神疾患患者の平均在院日数の異常な長さから、その要因を探るニーズが高かったものと考えられる。平均在院日数については、地域差を論じるもの、地域差を生じさせる要因を分析したものの両方が行われていた。

また、それ以外の 3 要素のうちで研究がなされていたものは、外来における 1 件当たり受診日数と受診率

<sup>38</sup> 人件費が占める割合が全コストのうち最も高く、そのうちケア職員が約 70%を占めたためと報告した。

<sup>39</sup> 医療費の 3 要素とは、一人当たり医療費を「受診率」、「1 件当たり受診日数」、「1 日当たり診療費」の 3 つの要素に分解したものを指す。受診率とは「一人当たりの診療報酬明細書の数を受診率という。これは、1 月に二つの医療機関に言っている人は 2、全く行っていない人は 0 というような数値の平均値になっているため、医療機関にかかる度合いを示す指標といえる。」一件当たり受診日数とは、「一か月を単位としたときに患者が医療機関を訪問する平均通院回数(入院では平均入院日数)を示す値で、平成 16 年度の 1 件当たり受診日数は 2 日程度(入院では 10~17 日)である。」1 日当たり診療費とは、「患者が医療機関で治療を受けたときにかかった 1 日当たりの総費用であり、保険給付額、公費負担制度による給付額、患者が窓口で支払う額が含まれている。」「1 日当たり医療費の増加要因としては、診療報酬の改定や人口の高齢化、診療内容の変化(薬の使い方の変化を含む)などがあげられる。」(2006 年「国民衛生の動向」p205~206 より)

に関わる、1人当たりの多受診件数(重複受診件数)があげられる<sup>40</sup>。しかし、これらについては、精神疾患というよりは高齢者等のメンタルヘルスの悪化によって引き起こされる多受診を主なテーマとしていたため、精神疾患医療費に直接的に関係する文献とは区別されるものである。

したがって、精神医療費に関する医療費3要素のうち、入院における1件当たり受診日数(平均在院日数)に関しては多く研究がなされていたが、一方で、それ以外の指標についての研究はあまりなされていないことが分かった。

医療費研究の殆どを占める平均在院日数の研究で指摘された要因は、制度側要因として①病院経営要因(診療報酬基準、経営主体別割合)、②医療供給要因(病院数、病床数、病床利用率、入院・外来割合、入院率、医療従事者数)、③福祉供給要因(福祉施設数)があげられ、また患者側要因としては④疾患別要因、⑤患者特性要因(性、年齢、同居の有無、医療費支払い区分、保護義務者の続柄)や家族要因、その他の環境要因として⑥社会経済要因(県民所得)が検討されていることが分かった。特に、制度側要因については、診療報酬制度や人員配置に関する問題点を指摘する研究<sup>41</sup>が複数みられた。また、患者側要因としては、疾患別、性別や年齢層別要因を分析した研究<sup>42</sup>が複数みられた。

さらに、平均在院日数に関して指摘されたことをまとめると、①精神病院の経営主体別に平均在院日数に差があり、特に個人・医療法人の病院(民間病院)で長期化する傾向があること<sup>43</sup>、②都道府県別にて、精神科入院率と長期入院率に相関がみられること<sup>44</sup>、③診療報酬基準がケアの向上に寄与するようなシステムになっておらず、むしろ入院医療費の安さから長期入院が生じていること<sup>45</sup>、④医療スタッフが少ないときに、日数が長期化する傾向にあること<sup>46</sup>、⑤年齢によって日数に差が見られ、特に高齢であることが長期化のリスク要因になっている、また、これは他国では見られない現象であること<sup>47</sup>、⑥疾患別にリスクの高低が異なり、特に認知症、統合失調症、精神遅滞で長期化する傾向にあること<sup>48</sup>、⑦長期入院していた患者ほど再入院するリスクが高い傾向にあること<sup>49</sup>、⑧心理社会的レベルの低いものほど長期入院のリスクが高いこと<sup>50</sup>、⑨保護義務者が65歳以上の高齢者の場合の退院可能性が有意に低く、また、入院回数や入院前に職業がない場合にも退院可能性が低いこと<sup>51</sup>、⑩福祉施設の充実は退院を促進する要因にはなっていない<sup>52</sup>可能性があること等があげられる。以降では、順に各々の研究内容について詳細に説明する。

はじめに、平均在院日数の地域差を指摘した文献に大島(1994)があげられる。大島は、平均在院日数については「(推計)平均在院日数」、「退院患者の平均在院日数」、「入院患者の平均在院日数」の3つの指標を用いて記述し、3つすべてに地域差が存在すると指摘した。この文献は、精神入院医療の地域差を検討する際の重要な指標を複数指摘した点でも、意義のある文献だといえる。具体的数値を上げると、「(推計)平均在院日数」では、全国平均値 492.1日であり、最大が和歌山 863.7日、最小は島根 299.9日と3

40 石原(2006)

41 平田(1990)、藤田(1991)、藤田(2004)

42 眞崎(1997)、藤田(2004)、小山ら(2004)、藤田(2006)、岡本(2007)

43 平田(1990)、藤田(1991)、遠藤(1992)、藤田(2004)

44 大島(1997)

45 平田(1990)、藤田(1991)、

46 平田(1990)、藤田(2004)

47 山口ら(1992)、大島(1997)、藤田(2004)、小山ら(2004)

48 大島(1994)、大島(1997)、藤田(2004)、小山ら(2004)

49 眞崎ら(1997)

50 小山ら(2004)

51 山下ら(1995)

52 伊藤ら(2005)

倍近くの差があると指摘している。地域ブロック別には、九州地方、北関東、南近畿地方が高い値となっている。「退院患者の平均在院日数」では、全国平均値で全精神障害が 325.5 日、精神分裂病が 675.5 日となり、精神分裂病に限ってみると、最大で奈良 1949.2 日、最小で山梨 125.0 日と実に 15.6 倍の差を指摘している。「入院患者の平均在院日数」については、全国平均値で全精神障害が 2982.2 日(8.2 年)であり、「(推計)平均在院日数」と比較して著しく長く、疾患別にみると、精神分裂病は 3835.2 日、老年期精神病は 988.7 日、アルコール依存及びアルコール精神病が 1077.2 日であったと報告している。地域的に平均在院日数の長い都道府県が、全精神障害および精神分裂病で全国にほぼ分散するが、老年期精神病では、九州・四国ブロックに集中していることも述べている。

平均在院日数に影響を与える要因として、制度側要因を指摘したものに平田(1990)、藤田(1991)、遠藤(1992)、藤田(2004)がある。平田(1990)、藤田(1991)については診療報酬制度を指摘した。藤田(1991)、遠藤(1992)、藤田(2004)は病院経営の観点からいくつかの要因を指摘した。以下は、その詳細である。

まず、平均在院日数に影響を与える制度側要因として、診療報酬を指摘したものに平田(1990)、藤田(1991)がある。平田(1990)は、病院経営の観点から不採算要因の分析を行い、精神科における医療費給付システムの問題点を指摘した。さらに、入院医療費と在院期間を指標とする短期入院治療システム(精神科集中治療部門、PICU)<sup>53</sup>の費用効果分析を行った。この中で、民間病院と自治体病院との経営指標の比較<sup>54</sup>を行っているが、主な比較項目(診療統計)のうち、民間病院と自治体立病院では、病床利用率、年間入退院平均数、年間病床回転率、平均在院日数、1 日外来患者数等の指標が大きく異なることが分かった。平均在院日数に至っては、民間病院 599.8 日、自治体立病院 372.9 日と顕著な差がみられた。また、医業収益に占める人件費比率は経営主体別にみて異なることが指摘されていた。さらに、現行の精神科医療給付システムが精神科医療のクオリティケアに対応しておらず、入院医療費が安いために、スタッフ一人当たりの患者数を増やして収支のバランスをとるしか、精神病院が経営的に成り立つ方法はないとする「低医療費元凶論」が根強く残る現状があることを指摘している。また、低医療費、低サービス、長期在院の3つが相互に悪循環をなす構造があるとも述べている。また、他科との比較の結果に基づき<sup>55</sup>、精神科では入院医療費の単価が低いことと入院料収入への依存が強いことが一目瞭然だと指摘し、これらが平均在院日数の長期化を引き起こしている可能性が示唆される。最後に、PICU の設置効用について述べており、精神科における慢性化したケアや治療に濃淡をつけ、在院期間を短縮し、新たな長期在院患者の発生を予防する意味でも、マクロ経済的にみた平均在院日数の短縮化によって総入院医療費の節減につながると述べており、実際に総入院医療費への節減効果の試算<sup>56</sup>も行っている。この研究から、精神病院の現状を分析する際には、①経営主体別に比較する必要性があること、②平均在院日数は医療職者数や病院経営(収入)と深く関係していること、③診療報酬制度がケアの質を上げる阻害要因となっていることなどが示唆された。後に疾病別の要因構造モデルを構築する際にも注意すべき点を多く含む文献だといえるであろう。

次に、藤田(1991)は精神疾患患者の在院期間の地域差について様々な観点から検討し、患者の退院に関する現状には、大きな地域差が存在することを指摘した。また、前述の平田と同様、在院期間には医療経

<sup>53</sup> 短期入院治療システム(精神科集中治療部門)とは、PICU と呼ばれ、精神科における急性期の集中治療部門を指す。

<sup>54</sup> 民間精神病院のデータは 1987 年における 82 か所の民間病院(平均病床数 331.6)のデータを平均して算出したものを、自治体立病院のデータは 1988 年全国自治体病院協議会(全自病)発行の病院経営分析調査報告から、36 か所の精神病院データ(平均病床数 387)を平均して算出したものを分析データとして用いている。

<sup>55</sup> 全科平均の入院医療費と精神科の入院医療費との比較を基に述べている。

<sup>56</sup> PICU システム導入による在院期間の短縮効果は年間で 8.6%、また、総入院医療費でみて、理論上 5%減少すると述べている。

経済的要因が関与してことを指摘しており、長期に及ぶ在院期間が病院経営に関する要因から引き起こされることが複数指摘されていることが分かる。文献中では、宗像(1983)よれば「精神病院の場合は一般病院に比べ、投薬、注射、検査が相対的に少なく、大きな収入源にはならないので、経済的なバランスのとり方として、たえず入院患者を多く確保し、職員数をできるだけ少なくし、しかも看護者は無資格補助者、中途採用者や准看護婦という人件費の低い者の割合を多くする傾向がある」と指摘している。また、「診療報酬基準が充実していないため、患者の社会復帰活動にエネルギーを注ぐ動機が高まらない」との記述も引用しており、藤田自身、入院精神医療偏重には医療経済的問題が深く関わっており、民間精神病院に依存した我が国の精神医療体制の構造的問題のひとつとして指摘している。さらに、地域別にみると治癒・軽快による退院患者割合に地域差があり、また退院するまでの日数も大きく異なることを指摘している。具体的には、九州の治癒・軽快による退院割合は少なく、かつ治癒・軽快による退院患者でも在院期間が他の地域と比べて長いことを報告している。また、継続在院期間<sup>57</sup>に関しては顕著な地域差はないが、在院期間<sup>58</sup>の推計から人口当たりの1年間の入院患者数は、北海道・東北、九州、中国・四国が多く、他の3地域との間に大きな差が見られたと報告している。入院期間の構成では、年間の入院患者数の少ない3地域の中では、北陸・東海での在院期間がやや短期間の傾向がみられ、在院患者数及び、在院期間には、医療経済的要因が関与していると指摘し、これらの指標に関する地域差がさらに明らかにされ、対策を検討することが必要だと述べている。以上より、長期入院には病院経営と診療報酬が深く関わっていることが指摘され、適切な入院および退院を促すため、精神科ケアの質を正しく評価するべく精神疾患ケアの評価基準の確立とそれに見合った診療報酬基準の確立が待たれる。

さらに、制度側要因として、病院経営要因として病院開設者の種類について記述した文献に、遠藤(1992)、藤田(1991、2004)があげられる。遠藤(1992)は、精神分裂病患者<sup>59</sup>の有病率と地域特性について分析を実施しているが、その中で、分析対象地域<sup>60</sup>の分裂病患者の平均在院日数が全国と比べて短いことを指摘した。<sup>61</sup>その理由に全国平均に比べて国公立の精神病床が全精神病院に占める割合が高いことをあげ、平均在院日数の短さを精神病院の経営主体別割合によって説明している。経営主体によって、平均在院日数に差があることは前述の平田(1990)でも指摘されており、病院経営要因または医療供給要因として、退院を阻害する可能性が示唆された。

さらに、藤田(2004)は、精神病院での長期在院に関連する要因として、年齢が高齢なほど、疾患別に血管性痴呆、精神遅滞、統合失調症が、性別では女性よりも男性の方が<sup>62</sup>、退院可能性の低いことを指摘した<sup>63</sup>。また、患者特性に比べて、退院率との関連は相対的には弱いとしながらも、病院特性が一つの要因として関連することを指摘し、これについては、従来から指摘されていたものの、定量的データに基づきはじめに明確にされた<sup>64</sup>重要な点と述べている。具体的には、国立および自治体の精神病院と比べて、個人や医

<sup>57</sup> ある時点での在院患者についての入院時点からその時点までの期間を継続在院期間と呼ぶ。1987年の患者調査から調査されている、その報告書では「入院期間」にあたる。

<sup>58</sup> 入院時点から退院時点までの期間を「在院期間」とし、ここでは1987年9月から1985年10月までの10年間に入院した患者コホートの退院までの在院期間を推計し、用いている。

<sup>59</sup> 現在は「統合失調症」という名称で用いられるが、文献中では「分裂病」と明記してあったため、この文献に関する記述では分裂病と表記した。

<sup>60</sup> 北海道の一部地域における統合失調症患者を分析対象としている。

<sup>61</sup> 485.9日で全国の532.6日より短い。

<sup>62</sup> 性別にみた退院可能性の傾向は欧米とは逆の傾向であるが、わが国の精神疾患においては従来から指摘してきた現象であるとも指摘している。

<sup>63</sup> 継続在院期間を含めてほかの要因を相互に調整した多変量解析を行っている。

<sup>64</sup> 定量的な裏付けから、明らかにされたという意味である。



療法人の精神病院では 1.1～1.3 倍程度の非退院相対リスクの増大がみられたと指摘した。その他にも、病院側の要因として、医療スタッフが不足している場合に、退院可能性がやや低い傾向にあり、大学病院・総合病院以外の精神科棟の職員配置基準に達していない場合には非退院リスクが増大し、医療法改正での職員配置基準が遵守されることによって退院可能性が高まることが今後期待されると述べている。さらに、精神病院からの治癒・軽快による退院の可能性が低いものの要因として、長期間の継続在院期間が最も強く影響したとも報告した。

患者側要因として、山口ら(1992)、大島(1994、1997)、藤田(2004)がある。これらは、年齢<sup>65</sup>、性別<sup>66</sup>、疾患別<sup>67</sup>、入院形態<sup>68</sup>を患者側要因としてあげた。年齢については、すべての文献で高齢であるほど入院期間が長くなることを指摘していた。性別では、女性よりも男性の方が、退院可能性の低く、疾患別には血管性痴呆2つ、精神遅滞1つ、統合失調症3つの文献が退院可能性が低いことを指示した。

入院形態について言及した文献として、山口ら(1992)は、在院期間と入院継続比率や入院形態との関係を分析した。結論として、在院期間が長くなるにつれて入院継続の比率は高くなり、退院、転院の比率が低くなっていると指摘した<sup>69</sup>。さらに、在院期間と入院形態の関係では、病識のない医療保護入院患者は病識のある任意入院患者に比べて、治療期間が長くなることを示し、「在院期間 10 年以上で任意入院が多いことは長期入院患者の中には帰住先などの問題があり、任意入院として入院を継続している例があるためと思われる。」と述べている。長期入院者が地域生活を遂行するための住居に関して、金銭的な理由または居住先の問題から確保することが困難であり、これが退院を阻害する可能性があることが示唆された点で重要な文献といえる。

大島(1994)は、入院精神医療の地域格差について、代表的な統計指標を用いて記述し<sup>70</sup>、その要因の検討を行った。「(推計)平均在院日数」、「退院患者の平均在院日数」、「入院患者の平均在院日数」の3つすべてに地域差が存在し、疾患別にその平均在院日数は大きく異なることを指摘した。また、人口万対精神病床数と老年期精神病における「入院患者の平均在院日数」が関連していることを指摘した。3種類7項目<sup>71</sup>の平均在院日数の相関は、概ね.40～.60 の間に位置しており、互いに中等度に強い相関であったと指摘した。しかし、この中で老年期精神病患者の平均在院日数のみ、相関が低く、比較的独立した現象<sup>72</sup>だとも指摘した。地域内の精神分裂病者が多く入院している場合に、平均入院期間が長期化することが推測されるとも指摘している<sup>73</sup>。

大島(1997)は、精神科入院医療指標の作成と分析を行ったが、その中で長期入院に関連する要因とし

65 大島(1997)、藤田(2004)、小山ら(2004)

66 小山ら(2004)、藤田(2004)

67 大島(1994)、山下ら(1995)、大島(1997)、小山ら(2004)、藤田(2004)

68 山口ら(2004)

69 神奈川県精神病院在院患者(老年期精神障害)の患者データを用いている。

70 具体的数値を参考までに上げると、「(推計)平均在院日数」では、全国平均値 492.1 日であり、最大が和歌山 863.7 日、最小は島根 299.9 日と 3 倍近くの差があると指摘している。地域ブロック別には、九州地方、北関東、南近畿地方が高い値となっている。「退院患者の平均在院日数」では、全国平均値で全精神障害が 325.5 日、精神分裂病が 675.5 日となり、精神分裂病に限ってみると、最大で奈良 1949.2 日、最小で山梨 125.0 日と実に 15.6 倍の差を指摘している。「入院患者の平均在院日数」については、全国平均値で全精神障害が 2982.2 日(8.2 年)であり、「(推計)平均在院日数」と比較して著しく長く、疾患別にみると、精神分裂病は 3835.2 日、老年期精神病は 988.7 日、アルコール依存及びアルコール精神病が 1077.2 日であったと報告している。地域的に平均在院日数の長い都道府県が、全精神障害および精神分裂病で全国にはば分散するが、老年期精神病では、九州・四国ブロックに集中していることも述べている。

71 ①(推計)平均在院日数、②退院者の平均在院日数(全精神障害、分裂病)、③入院患者の平均在院日数(分裂病、老年期、アルコール病、全精神障害)の以上、3種類7項目である。

72 他の変数との相関が唯一低くなっている。

73 精神分裂病患者に占める入院患者者の割合は、精神分裂病における「入院患者の平均在院日数」と関連していた。

て精神科入院率とほぼ同様の傾向にあり、疾病分類が分裂病で、高齢であるほど入院が長期化すると指摘した。ただし、全精神障害では、60歳代あるいは70歳代以上で入院が減じ、その理由として、老年期精神病の長期入院率があまり高くないためと述べている。また、精神科入院率に関しては、疾病分類別にみて分裂病が最も高く、年齢との関係でみると40歳以上の分裂病で著しく増加すると述べた。ケア提供者である家族の世代交代時期との関係による可能性を指摘した。最後に、都道府県別相関分析により、入院率が長期入院率と高い相関を示し、施設処遇優位の傾向が長期入院と深く関わる傾向を示唆した。

さらに、黒田(1984)は、在院期間に関連する因子として、入院時診断名、性、保護義務者の続柄、同居の有無、医療費支払い区分が関係すると述べた。また、我が国では特定病院における長期在院患者の特性と在院理由の検討や、入院患者のコーホートの在院期間の調査は報告されているが、地域をベースにした新たな長期在院期間の発生状況とそれに関する要因については、検討されていないと指摘した。

さらに、小山ら(2004)は、入院の長期化について分析し、海外の調査結果との比較考察を行っている。今回の分析で、高齢患者や統合失調症患者、退院時の心理社会的機能レベルが低い患者<sup>74</sup>が入院の長期化に至る可能性が高いと述べている。海外の先行研究では、性別、主診断、DSM 診断におけるⅡ軸診断の有無、雇用や婚姻などの生活状況が入院の長期化に影響すると報告している。また、海外では、年齢は入院期間延長の予測因子ではないという結果が示されているが、わが国における田所らの報告では、高齢であることは退院を妨げるリスク要因となっていると述べており、高齢者で入院が長期化しやすいことはわが国に特有の現象である可能性があると述べている。また、高齢患者の入院治療長期化の原因に、十分量の投薬が難しいことやADLの低下といった高齢者に共通する問題に加え、高齢患者への在宅支援サービスの不十分さなども影響していると指摘している。診断に関しては、統合失調症患者は転棟・転院につながる傾向が顕著であり、海外でも同様に統合失調症が入院長期化のリスク要因であるということを報告している。診断のみならず性別、入院形態など今回の検討で再入院の予測因子とはならなかった因子も、急性期治療病棟以外の患者や、より大規模なサンプルでは再入院<sup>75</sup>の予測因子となる可能性も否定できず、さらに詳細な分析の必要性を指摘した。

また、平均在院日数と再入院について検討した文献に山下ら(1995)と大島(1997)があげられる。山下ら(1995)は精神病院への1年間の入院患者における在院期間や退院後の再入院について要因を検討した。その結果、入院後1年6か月時点で、痴呆(45人)では退院が26.7%と痴呆以外の精神障害(57人)の退院68.4%よりも低いと報告した。また、退院に関する要因として、保護義務者が65歳以上の高齢者の場合の退院可能性が有意に低く、また、入院回数や入院前に職業がない場合にも退院可能性低い傾向だったと指摘した。これらは、家族の受容力や患者の社会性、家族内での役割に関連したものと述べている。さらに、医療保護入院患者の退院後では、1年以内に43%<sup>76</sup>と極めて高い再入院率を示したことを報告した。

眞崎ら(1997)は、精神科医療保護入院後の退院患者の再入院とその関連要因について分析し、欧米における再入院予測因子の研究状況を合わせて考察した。その中で、在院期間については、「今回の在院期間が長い」場合において、再入院のリスク因子となることを指摘した。さらに、欧米では入退院の回転ドア現象と長期間の在院期間がトレード・オフの関係となっているためか、再入院に関連する強い要因にはなっ

<sup>74</sup> 退院時の心理社会的機能レベルが低い患者が転棟・転院に至りやすいことは、こうした患者が在宅での生活に困難を伴うことを考えれば理解できる結果であると述べている。

<sup>75</sup> 精神科急性期治療<sup>75</sup>では、短期間の集中的な治療とケアにより、できるだけ早い段階での地域への退院を目指すのが、症状の改善が不十分で入院が長期化したり、退院後短期間で再入院となる場合もあり、急性期治療の問題点の1つとなっており、再入院率は治療アウトカムの指標としてしばしば用いられる。

<sup>76</sup> 15人とサンプル数は少ない。

いないとも述べている<sup>77</sup>。

細美ら(2003)は、統合失調症患者の精神科治療に対するクリニカルパスの導入によって、平均在院日数に有意な差<sup>78</sup>はなかったことを報告した。その理由として、スタッフ間での情報の行き違いが減ったとする反面、業務量が増加し、職員のパスに対する認識の浸透率が高くないとすることをあげている。精神科入院治療については、他科と異なりクリニカルパスの使用が遅れている傾向にあると考えられるが、導入に際しての簡素化の必要性を示唆した結果といえる。

最後に、伊藤ら(2005)は、福祉サービスの地域差と医療サービスの地域差の関係を分析し、結論として、福祉サービスの充実が医療サービスの充実と代替関係にはないと指摘した。具体的には、福祉供給を示すいくつか<sup>79</sup>の指標と医療供給指標として、継続在院期間5年以上割合、1年以内社会復帰率、1年後在院率の関連をみたが、有意な関係は示していないと指摘した。また、地域差には、患者特性による差、サービス提供施設特性による差、およびその他の複合要因による地域差に分類できると述べている。

### 3.3. 精神医療に関する地域差とその要因(分析規模:全国)

分析規模が全国に及ぶ精神医療に関する研究は、一部地域のみを分析対象とする研究よりも文献数は少ない。また、精神医療の地域差については従来から指摘されてきたテーマであり、様々な指標を用いて記述がなされている。さらに、なぜそのような地域差が生じているのかについても、長期にわたって分析されてきているといえる。その証拠に、今回重要文献として選びだした中でも、1980年代よりその地域差について検討しているものがある。<sup>80</sup>

しかしながら、それらの研究は、各々の研究で設定した被説明変数に関する要因を検討したものであり、医療、福祉、経済、精神疾患の疫学等、領域横断的に分析した研究は見当たらない。また、精神医療費の地域差に帰結した研究も殆どない。したがって、精神医療の地域差が昔から注目されてきたテーマであり、かつ各種の地域差自体が認識されていたにも関わらず、その地域差と要因に関して包括的に整理した文献は少ないといえる。今後、精神医療の供給体制を適切化させるためには、地域差とその要因とが包括的に研究され、明らかにされた上で、政策的にどのような支援が適切であるのか詳細に検討されることが必要だと考えられる。

このような現状の中、分析規模が全国に及ぶ精神医療に関する地域差を扱った研究は、①患者数や病院・病床数に関するもの、②精神行政に関するもの、③治療に関するものの3つに分類出来る。

さらに、この精神病院・病床数の地域差に関しては、歴史的な変遷の過程・要因を分析した研究がいくつか存在し、重要な意味を持つ可能性が示唆された。したがって、はじめに、①患者数または精神病院・病床の地域差とその要因に関する研究と合わせて、歴史的変遷とその要因について記述し、次に②精神行政に関する地域差とその要因に関する研究、③治療に関する地域差とその要因に関する研究を順に取り上げることとした。

<sup>77</sup> 精神医療・保健サービスが病院中心主義から地域ケア中心へ移行した欧米諸国においては、わが国と比較して、年間の人口当たりの精神科入院率が高い反面、短い在院期間での退院が多くなっている。こうした諸国では回転ドア患者 revolving door patient と呼ばれる精神科頻回入院患者の存在が大きな問題となっており、特定の病院についてのみでなく、地域さらに国ベースでの再入院に関わる調査研究が実施されていると述べられている。

<sup>78</sup> クリニカルパス使用と未使用患者群間で t 検定を実施した。

<sup>79</sup> 生活訓練施設、福祉ホーム A 型・B 型、地域生活支援センター、通所授産施設、入所授産施設、小規模通所授産、福祉工場、社会復帰施設合計数を検討している。

<sup>80</sup> 前田(1985)、藤田(1988)、藤田(1989)

### 3.3.1. 患者数または病院・病床数に関する地域差とその要因

患者数、病院・病床数に関わる研究では、多様な変数が用いられていた。患者数については、医療供給関連の変数により分析したものが多く、病院・病床数については在院期間を含めた患者特性を分析したものが多くことが特徴としてあげられる。しかしながら、今回のレビューで用いた文献全般にいえる特徴であるが、定量的な分析でも単純な相関分析に留まるものが多く、さらに定性的な分析により記述したものが多く。また、患者数の地域差には医療供給関連の変数が、病院・病床の偏在に対して在院期間を含めた患者特性を明らかにすることはあっても、では、もともとの病院・病床の偏在がなぜ生まれたのかについて言及した文献は非常に少ない。そして、これらの研究結果から、患者数または病院・病床数の地域差と要因に関して、包括的な分析から統一的な見解が導き出されるには至っていないといえる。

その上で、これらの文献から指摘された点をまとめると、①精神疾患の患者の入院と外来の地域差は一致しておらず、その地域差傾向に違いがあり、かつ入院/外来の比率にも地域差があること<sup>81</sup>、②精神疾患に関しては、外来よりも入院患者の地域差に関しての方が多く研究がなされていること、③入院患者数や平均在院日数が医療供給(病院数、病床数、医師数)と関連していること、④入院有病率<sup>82</sup>と医師数は正の相関を示すこと、⑤平均在院日数と入院有病率が正の相関を示すこと、⑥在院患者数と1人当たり所得は負の相関、生活保護率とは正の相関を示すこと、⑦男性は入院、女性は外来の有病率が高く、男性の入院患者で生活保護や精神衛生法による公費負担を受けている患者割合は女性よりも多いこと<sup>83</sup>等があげられる。

さらに、これらの研究から、地域差を示す要因として挙げたものをあげると、患者数に関するものとして入院・外来患者割合、入院形態別患者数、在院患者率、患者残存率、平均在院日数、受療率、疾患種、年齢、性別、医師数、看護師数、病院規模、病院開設者の種類、生活保護、所得等がある。同様に、病院・病床数に関しては、都市化傾向、患者特性、所得、産業構造、部落、炭鉱、人口構造等があげられる。

---

<sup>81</sup> ①～⑥は藤田(1988)

<sup>82</sup> 有病率とは、ある時点(検査時)における集団の疾病に罹患している人の割合を指す。

<sup>83</sup> 藤田(1989)