

表 4 患者または病院・病床数に関する研究

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
患者または病院・病床数に関する研究	前田、矢野、阿部、和田、生田(1985)	全国47都道府県	・精神神経科病棟の定床数 ・構造 ・入院形態		精神神経科病棟
	藤田(1988)	全国47都道府県	・精神障害の有病率 ・精神障害の有病数	・受療率 ・在院患者率 ・平均在院日数	
	藤田(1989)	全国47都道府県	・入院及び外来受診中の精神疾患患者数の推計	・入院・外来 ・年齢 ・性 ・疾病分類 ・診療費支払方法 ・地域ブロック ・病院・一般診療所 ・診療科目 ・病院種類 ・病床規模 ・単位人口あたりの有病率	
	藤田(1991)	全国47都道府県	・精神疾患患者数の15年間の患者推移		患者調査
	藤田(1991)	全国47都道府県	・精神疾患の患者数 ・精神疾患のの在院期間		1973年と1987年の調査実施時点における在院患者数と外来患者数(当日は受療しなかった通院中の患者を含む)
	磯村、犬尾、井上、太田、来住、谷野、富田、中島、中島、長尾、花輪、星野、村上、森、安田、山上、山下、吉岡(1999)	全国47都道府県	・新規措置入院の現状		都道府県新規措置調査報告
	秦、中村、蟹江(1999)		・面積規模		「病院建築」、「建築設計資料集成」に載っているもの
	杉澤、竹島(1999)	全国47都道府県	・精神障害による受療動向		患者調査
	竹島(2000)	全国47都道府県	・精神医療		6月30日調査「我が国の精神保健福祉」
	古山(2003)	全国47都道府県	・精神病院の成立経緯 ・病院の機能・役割		
	小山(2005)	全国47都道府県	・精神科病院数 ・精神科病床数 ・精神科専門病床数 ・病院従事者数 ・新規入院患者数 ・在院患者数	・精神科病院数 ・都市化と過疎化 ・人口流出	
	中村(2006)	全国47都道府県	・要介護認定率	・病床数 ・介護保険施設数・定員数 ・居宅介護サービス登録数 ・高齢単身者割合 ・2次判定変更率	

対象	出典	対象地域	主な被説明変数	主な説明変数
精神医療の歴史	富田(1992)	全国47都道府県	・精神科医療の歴史 ・病床の地域差	・専業農家数 ・病院数 ・公費入院者 ・生保入院数 ・措置入院者数 ・工業生産高 ・農家の分布 ・農業粗生産高 ・55歳以上比率 ・産業従事者数・割合 ・部落 ・県民所得 ・事業所数 ・差別民 ・炭鉱
	飯塚(1995)	全国47都道府県	・精神科医療の歴史	
	秋元、浅井、大熊(1998)	全国47都道府県	・日本の精神医学・医療の歴史	
	松浦、中村(2000)	全国47都道府県	・精神障害を持つ人の現状	
	昼田(2001)	全国47都道府県	・日本の精神医療史	
	浅井(2001)	全国47都道府県	・精神科医療の歴史	
	岡田(2003)	全国47都道府県	・戦後精神科医療の動向	
	山下(2004)	全国47都道府県	・精神医学・医療の変遷と将来	
	高橋(2005)	全国47都道府県	・わが国の精神医療・福祉施策の動向	
長尾(2005)	全国47都道府県	・日本の精神医療の現状と今後		

#### <患者数に関する研究>

精神疾患患者に関する地域差とその要因に関する研究では、入院/外来別患者数の推計とともに、その傾向把握や地域差の要因分析を行ったもの<sup>84</sup>、新規措置入院患者数の地域差を分析したもの<sup>85</sup>、病床数と在院患者数の関係を分析したもの<sup>86</sup>、精神疾患の受療率を分析したもの<sup>87</sup>など、その内容は多様であり、統一的ではない。

しかし、これらの文献は各々患者数の地域差を示す指標を被説明変数として、複数の要因を用いて要因発見分析を行った点で、本研究の要因構造モデルに示唆を与える文献だといえる。

以下、重要な点をまとめると、①入院・外来の割合にも地域差が存在すること、②医師数や病院規模、平均在院日数との関連が指摘されるなど、医療供給体制が地域差に強く影響を与える可能性を示唆した、③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、④精神疾患の中でも入院患者数の多い統合失調症患者が長期入院する理由の一つに経済的問題が関連すること、⑤病院開設者別にみた職員あたりの患者数には大きな差があること、⑥スタッフ数の多い方が社会復帰率が高いこと、⑦デイケアは在院期間の短縮に寄与する可能性があること、⑧人口万対精神病床数、人口万対新入院患者数で最大2倍程度の地域較差がありながら、患者残留率ではその差が小さいこと等である。

精神疾患の入院/外来別患者数の推計を行ったものとして、藤田(1988、1989、1991)があげられる。これ

<sup>84</sup> 藤田(1988、1989、1991)、大島ら(1997)

<sup>85</sup> 磯村(1999)

<sup>86</sup> 竹島(2000)

<sup>87</sup> 杉澤ら(1999)

らの文献では、精神疾患患者の推計とともに、平均在院日数や受療率、在院患者率、病床数等の他の指標との関係进行分析・考察している。その結果、我が国の精神疾患患者は入院と外来でその偏在傾向が異なること<sup>88</sup>、また、その比率にも地域差があることが指摘された。

藤田(1988)は、昭和 59 年「患者調査」のデータを用いて、精神障害の有病数の推定とその有病率の地域差について検討を行った。この研究により、明らかになった点は、①入院・外来の割合にも地域差が存在すること、②入院有病率と医師数は正の相関を示すこと、③平均在院日数と入院有病率が正の相関を示すこと、④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等があげられる。さらに、藤田は精神の在院患者数には顕著な地域差が存在していることが、従来より指摘されてきたが、外来患者を含む有病数や外来患者自体についても、在院患者と同様に地域差が存在するのかどうか不明であったとしている。今回の分析では、在院患者数に見られるような顕著な地域差は外来患者を含む有病数の推定からは確認されず、九州・四国の有病率がわずかに高い程度であったとしている。さらに、明らかになった点として、精神医療における入院と外来の割合には著しい地域差があったと指摘している。また、単位人口当たりの精神科診療従事医師数は入院有病率と非常に高い相関(相関係数 0.731)<sup>89</sup>を示す一方、外来有病率とはそれほど大きな相関はなかった(相関係数は 0.306)<sup>90</sup>と結論付けている。さらに、患者が都道府県を超えて受療する可能性があることから、都道府県を 12 の地域ブロック単位に集計し相関をみたところ、入院有病率に関しては精神科診療従事医師数との相関係数が 0.879 と関連が強まったと報告している。他にも、有病率と関連するいくつかの要因について都道府県単位で検討している。平均在院日数については、入院有病率とは正の相関(相関係数 0.457)<sup>91</sup>、外来有病率とは負の相関(-0.297)<sup>92</sup>、診療間隔等については関連の強さは大きなものではなかったが、在院患者数に認められる地域差は社会経済的要因<sup>93</sup>のうち1人当たり所得とは負の相関(-0.487)、被生活保護者率とは正の相関(0.467)<sup>94</sup>となり、入院有病率と経済的要因との関連が確認されたと報告している。また、精神医療の入院と外来の比重では、九州・四国ブロックは他のブロックよりも入院医療に重みがかかっていることを指摘している。そして、有病率に関する地域差が、いかなる歴史的経過をたどって、現状に至ったのかについて十分な資料があるとはいえないとも述べている。

藤田(1989)は、患者の推計結果<sup>95</sup>から、外来患者は入院患者の 3 倍程度いることを報告した。さらに、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かったと指摘した。また、有病率は年齢とともに上昇し、外来では 55~64 歳で、入院では 45~54 歳でピークに達したとしている。外来および全体の有病率には、入院の有病率の地域差に対応した傾向はみられないと報告し、精神科医師数と相関していた。精神分裂病の有病率には、地域差がみられ、九州で高率であるが、入院に占める割合には大きな地域差はなく、ほぼ 60%であったと述べた。さらに、九州では、多くの年齢層で最高の入院率を示し、年齢調整した上でもその傾向は変わらなかったと述べている。従来の研究では、県レベルでの入院率との相関から人口の高齢化や過疎・過密によって説明

<sup>88</sup> 双方に地域差が生じている。

<sup>89</sup>  $P < 0.001$

<sup>90</sup>  $P < 0.001$  また、両者の合計としての有病率に対する相関係数は 0.530 としている。

<sup>91</sup>  $P < 0.01$

<sup>92</sup>  $P < 0.05$

<sup>93</sup> 失業者数、被生活保護者数、県民所得、農業粗生産額、人口の高齢化や過疎・過密などによって説明されることが多かった。

<sup>94</sup>  $P < 0.001$

<sup>95</sup> 昭和 59 年「患者調査」データを用いている。

されてきたが、外来での地域差には異なる傾向がみられることから、その地域差の要因解明がさらに求められると述べている。さらに、病院規模が増すと、入院比重と精神分裂病の割合が増すとも指摘した。入院の60%を精神分裂病が占め、外来では神経症27%、てんかん23%、精神分裂病21%の順で有病率が高く、精神分裂病の有病率は人口万対34.5人、神経症は24.9人と報告した。精神分裂病では入院患者1人あたり外来患者1人がいることになるが、神経症では外来患者12.8人がいることになるとも述べている。また、精神疾患と社会経済的問題には悪循環の関係があることを指摘し、入院患者の10%が生活保護、そのうち84%を精神分裂病が占めていたと報告した。以上より、この研究からは20年ほどが経過しているが、精神疾患の中でも入院患者数の多い統合失調症が長期入院をしてしまう理由の一つに経済的問題が関連していることが分かる。

大島ら(1997)は、様々な指標<sup>96</sup>を用いて、入院医療を分析した。その中で、九州地区には精神科入院率と1年以上入院率が高いこと、60歳以上割合や入院老年精神病割合が高いことを指摘した。また、南関東地区は、九州地区と対比的な結果が得られたと述べた。さらに、都道府県単位の医療統計指標の相関分析により、精神科入院率は、1年以上入院率や平均継続入院期間と相関するほか、入院神経症割合と負の相関関係にあることを示した。また、1年以上入院率と平均入院期間(相関係数0.84、以下カッコ内同様)は、精神科入院率(0.51)のほか、入院分裂病割合(0.37)と正相関し、入院40歳未満割合(-0.16)や入院老年精神病割合(-0.27)、入院神経症割合(-0.34)と負の相関関係にあると報告した。

竹島(2000)は、6月30日調査を用いて、病床数と在院患者数の年次変化を示した。この中で、①病院開設者別にみた職員あたりの患者数には大きな差があること、②スタッフ数が多い方が社会復帰率が高いこと、③デイケアが在院期間の短縮に寄与する可能性があること、④人口万対精神病床数、人口万対新入院患者数で最大2倍程度の地域較差がありながら、患者残留率ではその差が小さいことが指摘された。具体的には、平成5年以降、病床数、在院患者数とも緩やかな減少傾向にあると述べ、病床数よりも在院患者数の減少の方が大きいと述べ、徐々に空床が拡大すると指摘した。平均在院日数は、緩やかな減少傾向を示し、平成9年には432.7日と示した。疾患別患者割合では、器質性精神障害の増加傾向を除けば、変化は乏しいと述べ、入院形態別には任意入院の増加、医療保護入院・措置入院の減少は鈍化した。また在院患者の高齢化傾向を明らかにし、疾患別にみてもその傾向は同様であった。さらに、職員1人当たりの在院患者数では医師に対し、大学病院3.1、国・都道府県24.4、公的28.9、法人・個人45.8、合計37.0とした。正看護師についても同様の傾向で、法人・個人についての患者数が最も多く8.5であった。さらに、スタッフ数が多い方が社会復帰率が高いことを指摘し、医療供給体制の方向を示唆するものと述べた。患者残留率でも開設者別にみて、法人・個人が最もその率が高い。また、デイケア実施施設の方が未実施施設よりも患者残留率が低いことを指摘、デイケアが在院期間の短縮に寄与する可能性を示唆した。最後に、人口万対精神病床数、人口万対新入院患者数で最大2倍程度の地域較差がありながら、患者残留率ではその差が小さいことから、精神医療の機能区分を検討するにあたって、若干の地域性を加味すれば、精神科急性期治療に必要な病床の整備目標数推定の可能性を示唆するものと述べている。

磯村ら(1999)は、新規措置入院患者が増加していることを指摘し、かつその数には地域差が存在していることを報告した。人口万対新規措置数と人口万対申請等総件数においては、前者の方が都道府県格差が大きい。その理由として、措置入院が一定の基準に基づいてではなく都道府県ごとの精神医療状況や伝

<sup>96</sup> ①精神科入院率、②1年以上入院率、③平均継続入院期間、④入院60歳以上割合、⑤入院40歳未満割合、⑥入院分裂病割合、⑦入院老年精神病割合、⑧入院神経症割合、⑨万対精神病床数を変数として使用している。

統に強く規定されていることをあげている。

杉澤ら(1999)は、精神疾患の受療率の動向を明らかにすることを目的とした。受療率の動向を左右する要因として、第一に発生率や出現率の変化に左右されること、第二に医療機関へのかかりやすさをあげ、さらに外来受療率と入院受療率の関係に着目する必要があると指摘した。また、痴呆性高齢者の出現割合を調査した研究はあるが、その動向を時系列的に分析したものはなく、その要因を探る研究はないことを指摘し、入院と外来の受療率の動向が相反していることを指摘した。さらに、藤田(1991)によれば、精神分裂病患者の外来患者率はいずれの年齢階級でも増加していることを指摘されており、54歳以下の年齢階級では入院受療率が最近になるにつれて減少傾向であることも報告されている。

#### <精神病院に関する研究>

小山ら(2005)は、精神科病院の地域差の現状について詳細に分析し、その要因の検討を行った<sup>97</sup>。精神病院数の地域差に関する要因を分析した文献として、非常に示唆に富む内容であった。結論をまとめると、①精神科病院の実態は、都道府県別にみて質的・量的に異なっており、病床数の地域差はさまざまな要因が複雑に関連していること、②精神科病床数が多いと新規入院患者、認知症を含む器質性障害の入院患者、長期入院患者、60歳以上患者が相対的に多いこと、③病床数が少ないと年齢別にみて40歳未満の割合が高まること、④長期入院に関して、都市化と過疎化が一つの理由であること、⑤年齢別患者割合では相対的に精神科病床数が少ない都道府県では65歳以上の在院患者の割合が比較的低く、40歳未満の患者割合が比較的高いこと、⑥在院期間別では相対的に精神科病床数が多い都道府県では長期在院患者の割合が高かったことを述べた。④に関して、高度経済成長期に都市部に人口が流失したのと同時に、支えを失って長期在院となった患者が相当数発生したという可能性を指摘している。そして、専門病床の整備状況の差異や、新規入院の適応条件が異なる可能性など、今後適正化が必要な課題としてあげている。また、精神科病院数の地域差には、実際に利用することを考えると交通の利便性や病院規模を考える必要があるが、人口当たりで見ると最大で4倍以上の差が存在すると指摘している。精神科病院従事者数の地域差として、医師1人当りの在院患者数には最大で2倍程度の差があり、同様に看護師の受け持ち患者数では最大で1.5倍の差があったと報告している。さらに、この人口1万人当たりの新規入院患者数は人口1万当たりの精神科病床数が多い都道府県ほど多い傾向があると指摘している。在院患者について、疾患別構成割合でみると認知症を含む器質性精神障害による割合が高まっており、平成14年調査では全国で16.9%、相対的に精神科病床数が多い都道府県である宮崎や佐賀では、器質性精神障害の割合が20%超と比較的高いと指摘した。

さらに、我が国における精神病院に求められた社会的機能を記述した文献に、秦ら(1999)と古山(2003)があげられる。これらは、歴史的な考察を通じて当時の精神病院の機能や役割について述べた。また、我が国における精神病院の設立の経緯が詳細に記述され、現在の精神病院・病床数の偏在理由を検討するの

<sup>97</sup> 以下は具体的な結果を記載した。人口10万対精神科病院数は全国で1.31であり、少ない都道府県として、大阪0.69、奈良0.70、兵庫0.75、愛知0.77、神奈川0.78、多い都道府県として、高知2.96、鹿児島2.87、富山2.77、長崎2.59、徳島2.56としている。病床数は全国で人口1万人あたり27.8であり、少ない都道府県として神奈川16.5、滋賀17.3、埼玉18.1、静岡18.9、愛知19.6、多い都道府県は鹿児島56.2、長崎55.4、宮崎53.6、徳島52.9、佐賀51.3としている。さらに、精神科専門病床<sup>97</sup>の地域差として、急性期病床は多くの都道府県で報告されたが、岩手、山梨、岐阜、滋賀、和歌山、島根、徳島、香川の8県では報告されなかったと述べている<sup>97</sup>。さらに、人口1万当たりの新規入院患者数にも地域差が存在することを指摘しており<sup>97</sup>、少ない都道府県として埼玉1.33、滋賀1.38、兵庫1.38、静岡1.39、愛知1.41、多い都道府県として高知4.07、沖縄3.76、熊本3.61、宮崎3.56、島根3.50、最大で3倍程度の差があったと報告している。

に、非常に意義のある文献だといえる。具体的には、秦ら(1999)は、1980年代の精神病院の面積規模の比較と歴史的考察を行った。精神病院の歴史に関して、古代や中世の精神病院は、病院といえるものではなく一般の人々の社会防衛のために存在していたと述べた。

同様に、古山(2003)においても精神病院の社会的機能が求められていたことが指摘されている。さらに、古山は、以下の三点が明らかになったと述べられている。第一に、精神病院の医療的機能は、治療昨日の完備、医師による管理、都市的環境からの隔離であった、呉による精神病院モデルには二種類で分類基準は都市と村落であった。第二に、社会的機能から病院の設置が要請された。第三に、審議過程では、社会的機能を果たすため、精神病院は人口規模により種別された。具体的には、精神病院の成立が急がれた時代における精神病院の役割には二種類が存在し、①市立精神病院として、急に発病した患者を手早く治療する通貨的な施設、②村落精神病院として、慢性の病人を収容し、多くは停滞する。近村での病人も保護する。という二つが想定されていたと述べられている<sup>98</sup>。また、歴史的にみて、精神病院の建設が急がれた理由として、①精神病患者調査によって多数の病者がいることがわかり、社会の複雑さの増大によって精神病患者数は増加する、②欧米では精神病患者を公立病院に収容しているが、わが国は公共的な保護収容の設備がない、③私宅監置の状況は憐れな状況である、④危険な患者もおり、公安上の危険がある」があげられている。

#### <病床数に関する研究>

精神病床数に関する文献として、重要なものに藤田(1991)と富田(1992)があげられる。これらの文献により、病床の地域差の要因と、我が国の病床の急増の理由が推測される。また、藤田(1991)と竹島(2000)は病床の地域差と他の精神医療に関する指標との関係を分析した。その結果から、病床数の地域差と入院患者に関する各種指標が深く関係していることが示唆され、また開設者別にその傾向が異なることが明らかとなった。

病床の地域差を検討した重要な文献として、富田(1992)は、精神病床の偏在傾向を歴史的変遷とともに考察した。その中で、精神病院の問題を救済的政策と関係するとし、結論として、部落や被差別民、所得水準や人口問題、さらに産業構造や炭鉱と精神病床偏在の間に関係があると指摘した。これらの要因は、定量的な分析に基づいた結論ではないが、病床数の偏在を検討する文献としては、非常に示唆に富む内容だといえる。さらに、精神病院の起源はもともと浮浪者や乞食の収容施設から分化した施設<sup>99</sup>であり、江戸時代から「穢多・非人」や被差別部落の変遷と関係深いと述べた<sup>100</sup>。特に、都市においては貧困と治安の問題と関係深く、精神病院が特殊収容施設であったと述べている。また、昭和初期までは東京・大阪・京都に精神病院が集中していたこと<sup>101</sup>も報告した。戦前と戦後ではこうした精神医療に関わる政策が変化したとも述

<sup>98</sup> 精神病院法の審議過程での記録より、「各都道府県に公立病院を1箇所設置、東京府に国立精神病院を1箇所設置(※財政的問題により2府県以上の単位で1箇所設置する場合もある。)、種別として甲種250人(4府県)、乙種150人(12県)、丙種50人未満収容(31県)、立地は市街地の中で比較的閑静な土地、交通の便のよい場所という想定の記事があった。さらに、①は市の中央から近い交通の便利な場所に立地させ、②は人口の少ない田舎に立地させることを念頭に置いており、病院建設における地域選択の所以が理解出来る。また、規模では①200~300の人口万対15~27床、②は500~1000人の人口万対3.12床とその規模の違いが見てとれる。

<sup>99</sup> 無籍・無産の徒、乞食・非人の流入する東京にあって、救済的観点からも応急的に設立されたのが養育院であり、それから分化したと述べている。

<sup>100</sup> また、ハンセン病との関連も指摘している。

<sup>101</sup> 1918年には、全国で精神病床数5900床、うち4200床が3府にあり、ほぼ半数の2930床が東京にあったとしている。この点については、松浦(2000)でも指摘している。

べ、農村から工業地帯への人口流動にほぼ反比例して精神病床数がのびていることを示した。さらに、精神病床の分布を、全国的にみて3つのブロック<sup>102</sup>に分類した。また、偏在傾向の説明として、人口流出や人口構成、所得水準、農工のバランス等の観点から指摘している。検討している要因として、病院数、公費入院者、生保入院数、措置入院者数、55歳以上比率、県民所得、事業所数、産業従事者数・割合、工業生産高、専業農家数、農家の分布、農業粗生産高、炭鉱、部落、差別民等、複数があげられる。また、地域別にみると、病床数の多い九州地方の中でも、とりわけ福岡については、炭鉱との関係が深いことを指摘し、同様に北海道、福島においても炭鉱地帯の崩壊が精神病床数を著しく押し上げたと述べている<sup>103</sup>。1770年頃に、製塩に石炭が使用されることになったのをきっかけに、福岡では大規模な採炭が始まり、貧民労働者を使役していた。さらに、それに合わせて大量の被差別民が流入し、現在の部落の原型がととのったとしている。炭鉱地帯には、被差別部落人口の割合が異常に多いとも述べている。

以上、富田の指摘をもとに、誤解を恐れずに病床の偏在理由をまとめれば、戦後経済の発展に伴った炭鉱地帯の採炭の活発化によって、当時の貧民労働者の流入が起った。その後、石炭から石油へと需要が変化したことにより炭鉱の崩壊が起こり、所得の低下が引き起こされ、救貧的政策により収容施設が多く建設された。そして、この施設が後に精神病院へ変化したという流れであろうか。いずれにせよ、この文献により、精神病床の偏在と所得水準とは深い関係があることが示唆されたといえるであろう。

藤田(1991)は精神病床の歴史的な変遷を地域ブロックごとに追い、急増の要因を指摘し、患者数(在院、外来、入院形態別)、在院期間との関係を分析した。結論として、在院患者数、在院・外来のバランス、長期の在院期間といった指標で大きな地域差が存在することが明らかにされた。さらに、指摘された点をまとめると、①外来患者数にも地域差はみられるが、在院患者数の地域差とは対応(相関)していなかったこと、②外来医療の比重が高いのは近畿、関東といった大都市圏であったこと、③精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助<sup>104</sup>により「精神病院ブーム」<sup>105</sup>といわれる精神病床の急激な増加<sup>106</sup>が1960年代に生じたこと<sup>107</sup>、④病床の急増は九州、四国で非常に急激であり、次いで中国、北海道となっていたこと、⑤九州は他の地域と比べて退院までの在院期間が長い患者が多くなっていること、⑥年間の入院患者数の少ない3地域では、北陸・東海での在院期間がやや短い傾向がみられたこと、⑦人口あたりの措置入院患者数にも顕著な地域差が存在し、四国・九州での措置入院数が顕著に多くなっていることを報告した。具体的に病床の変遷をみると、1万対25床<sup>108</sup>を全国として上回ったのは1976年であったが、九州、中国では既に1973年に在院患者数が1万対30人を既に上回っていたと指摘している。さらに、人口あたりの在院患者数の差異について、1987年からの14年で九州・四国、北海道では1.3倍に増加したのに対し、関東では減少したと述べている。そして、外来患者数にも地域差はみられるが、在院患者数の地域差とは対応(相関)していなかったことを報告し、外来医療の比重が高いのは近畿、関東といった大都市圏であったと指摘している。人口あたりの措置入院患者数にも顕著な地域差が存在し、四国・九州での措置入院数が顕著に多くなってい

<sup>102</sup> ①東京から神戸を貫く太平洋ベルト地帯で病床数は万対20前後、②東北地方で万対病床数は27.3、③九州・四国を中心とする西日本で万対病床数は40~50とした。

<sup>103</sup> 中山(1980)の引用を用いて、富田自身が指摘している。

<sup>104</sup> 精神衛生法の改正による。また、国庫補助が非営利法人にまで拡大され、さらに医療金融公庫、厚生年金、国民年金などの融資も開始されたと述べられている。

<sup>105</sup> 飯塚(1995)、松浦(2000)、昼田(2001)、浅井(2001)、岡田(2003)でも指摘されている。

<sup>106</sup> 精神病床の急増は全国一様に生じたのではなく、九州、四国で非常に急激であり、次いで中国、北海道となっていたと述べられている。

<sup>107</sup> 吉川ら(1980)

<sup>108</sup> 歴史的に精神病床整備の目標とされ医療法にも規定された数値が1万対25床である。

ると指摘している。措置入院に関しては、1961年の精神衛生法の一部改正によって措置入院の経済面での枠が事実上大幅に拡大され、生活保護(医療扶助)からの「移しかえ」が行われたと指摘した。さらに、その後の1970年以降は「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」の機運が浸透したため、関東(一部除く)、近畿、東海では人口1万対20人前後で頭打ちとなったが、一方で九州、四国、北海道の病床数はなお増加し続けたため、在院患者数の地域差が拡大したと指摘した。継続在院期間<sup>109</sup>に関しては顕著な地域差はなく、在院期間<sup>110</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九州は他の地域と比べて退院までの在院期間が長い患者が多くなっており、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たと報告した。

竹島(2000)は、6月30日調査を用いて、病床数と在院患者数の年次変化を示した。平成5年以降は、病床数、在院患者数とも緩やかな減少傾向にあることを報告した。しかし、病床数よりも在院患者数の減少の方が大きいため、徐々に空床が拡大すると述べた。平均在院日数は、緩やかな減少傾向を示し、平成9年には432.7日と示した。疾患別患者割合では、器質性精神障害の増加傾向を除けば、変化は乏しいと述べ、入院形態別には任意入院の増加、医療保護入院・措置入院の減少は鈍化したと述べた。また在院患者の高齢化傾向を指摘し、疾患別にみてもその傾向は同様であった。さらに、職員1人当たりの在院患者数では医師に対し、大学病院3.1、国・都道府県24.4、公的28.9、法人・個人45.8、合計37.0とした。正看護師についても同様の傾向で、法人・個人についての患者数が最も多く8.5であった。さらに、スタッフ数が多い方が社会復帰率が高いことを指摘し、医療供給体制の方向を示唆するものと述べた。患者残留率でも開設者別にみて、法人・個人が最もその率が高い。また、デイケア実施施設の方が未実施施設よりも患者残留率が低いことを指摘、デイケアが在院期間の短縮に寄与する可能性を示唆した。最後に、人口万対精神病床数、人口万対新入院患者数で最大2倍程度の地域較差がありながら、患者残留率ではその差が小さいことから、精神医療の機能区分を検討するにあたって、若干の地域性を加味すれば、精神科急性期治療に必要な病床の整備目標数推定の可能性を示唆するものと述べている。

前田ら(1985)は、大学病院の精神神経科病棟について、その定床数、構造、入院形態などの運用実態を明らかにするため、アンケート調査<sup>111</sup>を実施し、分析を行った。その結果、40～49床規模が最多で38%、次が30～39床で17%で、その他は少量ずつ幅広く分布していた<sup>112</sup>。病棟構造では、開放病棟のみが22%と低く、開放病棟・閉鎖病棟・保護室の併設が31%、閉鎖病棟・保護室の併設が31%となった。病床数が多い病院になるに従い、閉鎖病棟を持つ傾向にあった。何らかの形で閉鎖病棟を持つものが78%であった。開放病棟のみの大学病院でも閉鎖病棟を持つことを望んでいた。これについては、その理由として、治療上の有用性から、開放の雰囲気は患者の負担になるため、如何なる患者にも対応するため等様々であったが、前田は「病床数が多くなれば、自然と多様な患者を受け入れざるを得なくなり、看護病棟のみでは対処しきれなくなる」と述べている。基準では、特二類<sup>113</sup>43%、特一類32%、一類13%であった。最後に、結論として、

<sup>109</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>110</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>111</sup> 全大学80個に発送の結果、アンケート回収率は総数96%、その内訳として国公立大95%、公立大88%、私立大100%であった。

<sup>112</sup> 10～118床の範囲であり、30～49床の間に55%が集中している。

<sup>113</sup> 特に嚴重な注意を要する患者を多く看護し、家族指導、社会復帰活動、リハビリテーションなど、きめ細かい看護が実施されていることが条件とされている。



患者のあらゆる病態に対応するためには幾らかの閉鎖病棟が必要であり、看護体制の充実がみられたと述べている。

#### 〈精神医療の歴史〉

精神医療の歴史については多くの研究がなされている<sup>114</sup>。精神疾患に関わる法律や病院・病床の変遷、精神医療に対する社会的なニーズ、海外の動向など、様々な点で検討がなされている。特に、歴史的な動向を記述した文献は、施策や社会的な変遷と関連付けて精神病院・病床の展開を記述したものが多かった。これら歴史的にみた精神医療や施策の動向は、病院・病床の地域差を生み出す要因の一つとして重要と考えられる。そのため、ここでは、精神医療の歴史や施策の動向を取り上げた文献から、病院・病床の変遷と我が国の精神医療が抱える問題について指摘された点をまとめて記述することとした。

秋元ら(1998)と高橋(2005)は、精神疾患の入院患者の現状として、早期に退院する患者と長期に入院してしまう患者という二つの層がいることを指摘した。二つの文献によれば、新規入院患者では早期に退院する患者が多いこと、2年以上入院している患者は入院患者全体の約6割程度であること、入院患者は入院1年を境にその様相を異にすることなどを指摘している。

具体的に、秋元ら<sup>115</sup>は、我が国の精神医療に今後求められる課題について、①病院の機能分化<sup>116</sup>、②社会的入院の受け皿作り<sup>117</sup>、③長期在院患者の問題等をあげた。我が国では、民間の精神病院は1,200以上で全入院患者の85%を担っていること、現状では急性期治療病棟が少ないこと<sup>118</sup>を指摘し、さらに、長期入院に関しては、以下のような報告をしている。新規入院ないし再入院患者はおよそ70~80%が3か月以内に退院し、1年経って残る患者はだいたい5~10%であり、2年以上長期在院している患者は33万人の入院者のうち6割くらいを占めていると述べた。そして、これらの患者を今後どのようにしていくのが重要な課題だと述べた。

さらに、高橋(2005)は、急性期の精神医療は改善していると述べた。入院期間の短縮として、半数以上が数か月で退院しており、入院期間が1年を超えるもの(残留率)は15~20%程度だと報告した。一方、1年を超えると退院者は低下し、1年間で30%以下となると述べた(退院率)。また、1年以内に退院した者の80%以上は自宅に戻るが、1年を過ぎると自宅退院は30%以下となると指摘し、患者の状態像は1年を境に大きく異なると述べた<sup>119</sup>。また、病床機能について、急性期治療軍、社会復帰予備軍、重度医療群、痴呆群の4群に群別し、病床機能分化を図る施策が打ち出されているとも述べている。さらに、社会的受け皿として重要な福祉について、精神障害者の福祉が進展しないのは、市町村がその計画を策定しないためとす

<sup>114</sup> 松浦ら(2000)、昼田(2001)、浅井(2001)、岡田(2001)、山下(2004)、秋元ら(2004)、高橋(2005)、長尾ら(2005)、飯塚(1995)、富田(1992)

<sup>115</sup> 学術論文ではないものの精神医療全般の問題を指摘した記述が多く、示唆に富む内容であったため、他の文献とはその体裁を異にするものであることを断った上で記述することとする。

<sup>116</sup> 精神科救急に関して、三次救急は救命救急も関係することから公的病院が、二次救急はブロックごとに民間病院が担い、急性期治療を積極的に行うことが必要としている。これについては、1998年度中に、厚生省のプランでは47都道府県で精神科救急システムが出来上がるものとしている。さらに、病床は療養型病床と急性期病床に分かれていくものとも述べている。また精神科救急については、松浦ら(2000)もその重要性を指摘している。

<sup>117</sup> アメリカのナーシングホームのような永住型居住施設や社会復帰施設のメニューが少ないとも指摘し、社会復帰施設が不足していると述べた。現状では、5,000人程度のキャパシティしか、社会復帰施設が持っておらず、かたは33万人が病院にいると報告している。

<sup>118</sup> 急性期対応の部分はどこ精神病院でも持っているとして述べたうえで、2年前(当時)急性期治療病棟を持っているのは、全国で20病院以下と述べている。

<sup>119</sup> 厚生労働省の精神保健改革のビジョン(2004)として、各都道府県で残留率と退院率の目標をそれぞれ24%以上、29%以下に定めようとしていると述べられている。

る指摘が多いことを指摘した。

また、秋元ら(1998)は、病床機能について、我が国では民間病院が触法患者の治療も担っており<sup>120</sup>、全国平均で閉鎖病棟が60%余りあるが、これらは触法患者を含めた処遇困難な患者のためであると指摘した。つまり、任意入院患者は全体の60~70%で、そのうち半分程度が閉鎖病棟に処遇される現状は、処遇困難患者の問題から生じていることを指摘した。

同様に、長期入院の問題を解決するために、機能分化の必要性を指摘した文献<sup>121</sup>が他にもあげられる。

山下(2004)によると、日本では急性期、リハビリ、慢性期、痴呆性老人病床、司法病床の役割に加えて病床の約半数を占める閉鎖病棟が地域居住施設の役割も果たしてきたと述べられている。また、秋元ら(1998)は我が国の現状とは反対に、精神医療アメリカでは入院中心からリハビリテーション中心に移っており、入院とデイ・ホスピタルがほぼ同数のベッドを持っていると指摘した。さらに、岡田(2003)によれば、院内リハビリテーション施設および福祉的施設は精神科病院とはまったく独立したものであることが精神科先進国における原則だと述べられている。この点について日本でははっきり論じられていないことも指摘している。

さらに、このような病床機能に関連して、我が国の精神病床を示す指標が他国のそれと内容を異にするものであると指摘した文献がある<sup>122</sup>。山下(2004)は、わが国の精神医療はその病床数の異常な多さ(およそ人口1万対30床)から、非難されることが多いが、これについて実はアメリカにおいても同じくらいの施設規模が必要とされていると述べた。アメリカの精神疾患患者に関わる施設として、精神科病床にナーシング・ホーム、ソーシャルワーカーが保護にあたるグループホーム等を加えると、人口1万あたり30床近い収容施設になるという指摘である。

これについて、長尾ら(2005)も同様の指摘をしている。長尾らは、日本の精神病床が諸外国と比べて多いこと<sup>123</sup>がOECDのデータ等で指摘されているが、統計上の数値が同じ内容を指していない可能性があることを指摘した。例として、アメリカでは精神病床数に閉鎖施設であるスキルドナーシング施設(SNF:鍵のかかった閉鎖施設で慢性長期ケアに対応)や司法精神病床<sup>124</sup>は含んでいないこと<sup>125</sup>を指摘した。また、痴呆老人も精神病床ではない施設で処遇されていないと述べた。また、浅井(2001)は、慢性精神障害者が精神病院にいるのか、ナーシングホームなどの居住施設にいるのかが日本と北米の違いであると述べている。

以上より、機能分化の必要性と裏腹に、我が国では病床機能を明確化・分化させていないために、統計上の指標という意味でも、またケアの質を低下させるという意味でも、平均在院日数を長期化させている可能性が示唆された。また、現状の日本の精神病床数は機能を考慮した数(規模)ではなく、その機能上は他国と同等である可能性が指摘されたことになる。仮にそうであるならば、それらを医療から福祉へ病床転換させることや、機能分化を進めることにより、より適切なケアを提供する体制をつくる必要がある。また、日本の精神病院は機能を明確にせず、すべての役割を同じ病棟・病床で担っていることが問題であり、このことが様々な問題を生じさせている可能性があるといえよう。病院・病床の機能分化をさらに明確にし、福祉等

<sup>120</sup> この点に関して、長尾ら(2005)も、アメリカを例にこれらの患者は司法精神病床として異なる病床にて処遇されていると指摘している。

<sup>121</sup> 秋元ら(1998)、浅井(2001)、岡田(2003)、長尾ら(2005)、高橋(2005)

<sup>122</sup> 山下(2004)、長尾ら(2005)

<sup>123</sup> 日本における精神病床数は35万4千床であり、人口1万人に対して病床数は28(平成14年10月時点)、そのうち84.4%を日本精神科病院協会に属する民間非営利病院が占めると報告した。

<sup>124</sup> 法を犯した精神障害者が処遇される司法精神病床は諸外国においては人口1万人に対して約2床程度整備されていると報告している。

<sup>125</sup> アメリカでは、人口1万人あたり精神病床数は5(OECD統計による)であると報告し、他の諸外国も日本の約2分の1程度と指摘した。

への病床転換を適切に進めることによって、現在の我が国の精神疾患に関する平均在院日数は、もう少し違った様相を呈する可能性がある。これについては、今後さらに詳細な検討が必要である。

山下(2004)は、精神病院設立に関して、他国の現状を報告している。その中で、山下は病院の立地条件の一つとして、土地代をあげ、さらにアメリカにおける精神の脱施設化の流れを財政圧迫による影響だったと述べた。1900年代はじめ、各国では精神病院設立について、経済的条件を最優先として土地の安い不偏な地域に公立施設を建てていたと指摘した。このことは、我が国の病院設立に関しても、土地の安さが立地を決める条件の一つであった可能性を示唆する。さらに、アメリカでは、1900年代はじめから巨大な精神病院を次々と作った結果、医師や看護師の不足を引き起こし、医療・看護の水準低下を招くなど、様々な不祥事を引き起こしたことを報告している。そのような現状は、長期入院や患者の症状の固定化を生じさせ、ひいては運営費用が財政を圧迫したと報告した。財政圧迫により、それらの問題点が指摘され、1963年のケネディ教書を契機として<sup>126</sup>脱施設化が進んだ。10年後には病床が半分に、20年後には約10万床に削減されたと述べている。このような財政圧迫が引き金となって起きたアメリカの脱施設化の流れは、今後我が国でも同じような経緯から脱施設化を進める可能性を示唆するものであるといえる。

さらに、病院開設者割合について、指摘した文献に昼田(2001)と浅井(2001)があげられる。我が国では民間病院と表現される法人・個人による医療機関が大半を占めることから、精神医療の問題を考える際には、それらの主体を念頭に考えることが必要であることが分かる。以下は、その詳細である。

昼田(2001)は、アメリカ等の諸外国が精神医療を地域へ比重を移していった流れと逆行する形で、日本では病床増加が起ったと指摘している。しかも、民間病院が精神病院全体の約80%、病床数では90%を占めるということは先進国の中でも特異なものであると述べている。

浅井(2001)は、我が国における精神病床数と入院患者数の推移を1925年から1998年まで示している。その傾向をみると、病床の増加と入院患者の増加の動きは明らかに相関しており、病床数が患者数を誘導していることが示唆される。また、我が国の現状として、精神科病床が全病床(167万床)の約22%を占めると指摘した。しかし、それ反して全医療費のうち精神医療費6%にすぎず、世界の先進国の中で最も低いとも述べている。その理由として、精神科における専門技術料の評価が低いことをあげた。さらに、民間病院が81%を占め、病床数では89%を占める現状は、公私の割合が欧米先進国と逆であると指摘した。さらに、指摘している点として、精神医療審査会<sup>127</sup>における退院請求件数等の地域格差やPICU(精神科集中治療室)の急性期ケアにおける有効性、長期入院患者対策の焦点は慢性分裂病患者であること、痴呆疾患患者のための老人性疾患専門病棟(治療病棟、療養病棟)整備の必要性、社会復帰施設設置の必要性等である。

最後の社会復帰施設設置に関して、浅井はその現状に地域差が存在していることを指摘しているが、現状では福祉供給と医療供給(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)に相関関係がないと指摘する文献<sup>128</sup>もある。そのため、たしかに福祉施設設置は退院後の受け皿を確保する意味で必要である。しかし、ただ福祉施設を増加させるだけでは、退院促進はされない可能性があることから、同時に病床削減をすることが重要だと考えられる。

<sup>126</sup> 昼田(2001)にも、地域精神医療の推進として、アメリカが精神病床削減を行ったとの記述がある。

<sup>127</sup> 精神医療審査会とは、入院に際して患者および家族が退院と処遇改善の要求(不服申し立て)を都道府県知事にした場合に、その審査を行うこととなっている。また、各都道府県に設置されており、強制入院患者の定期報告による入院の適否の検討および退院・処遇等についての不服申し立てについても審査を行う。

<sup>128</sup> 伊藤ら(2005)

以上より、①精神病床の機能分化がケアの質を向上させるためにも必要<sup>129</sup>、②社会的受け皿の整備<sup>130</sup>が退院促進のために必要、③病院開設者別割合として、民間病院が重要な位置を占めること、④福祉施設の充実と同時に、病床削減を同時に行う必要性等な示唆された。病床機能を明確化せず、多様な患者を混在させていることにより、平均在院日数の長期化が生じている可能性や、現在の我が国の病床数は他国が示す指標と内容を異にする可能性とともに、その数(人口あたり)は妥当で福祉等への転換により適正化される可能性があるといえる。

### 3.3.2. 行政に関する研究

次に、行政に関する研究として、精神疾患または精神医療全般に関わる地域差とその要因について分析規模が全国に及んでいるものを取り上げる。

表 5 行政に関する研究

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
行政に関わる 業務	吉住、猪俣、横山、 稲地、藤沢、大島、 樋田、野村、小島、 杉山(1988)	全国47都道府県	・都道府県の精神 衛生関係単独事業	・人口 ・単独事業数 ・単独事業予算 ・県民一人当たり予 算 ・精神衛生費 ・事業内容	
	磯村、犬尾、井上、 太田、来住、斉藤、 白石、谷野、富田、 中島、中島、長尾、 花輪、星野、村上、 森、安田、山上、山 下、吉岡(1999)	全国47都道府県	・市区町村長同意 で医療保護入院中 の精神障害者の実 態 ・市区町村長の保 護義務履行に關す る病院の意見	・医療保護入院の 頻度 ・継続在院期間 ・入院治療 ・具体的援助 ・方針 ・意見	・都道府県精神保 健福祉担当課 ・精神科医療機関
	山崎、浅井、岡崎、 川関、齊藤、弟子 丸、中島、永野、平 田、三木、三脇、八 尋(2005)	全国47都道府県	・精神医療審査会 活動の実態	・委員構成 ・書類審査件数 ・請求審査 ・審査結果 ・審査日数 ・選定基準	・全国カ所の審査 会事務局 ・精神保健主管課
	濱野、宮本、伊藤 (2005)	全国47都道府県	・診療報酬上の精 神科包括病棟の取 得状況		・社会保険事務局 (47局) ・都道府県庁(47 庁)
	大井、佐々木、竹 島、南、高岡、石 下、角田、上野 (2005)	指定都市、中核 市、政令市、東京 都特別区	・市区保健所の精 神保健活動の実施 状況		
	小山、山下、竹島 (2007)	全国47都道府県、 15政令指定都市	・精神障害者通院 医療費公費負担制 度の判定結果	・判定業務量	・精神保健福祉セ ンターの精神通院 公費の判定事務局

精神行政の精神医療に関する地域差と要因として、①都道府県・市区町村の精神衛生関係単独事業の実施状況<sup>131</sup>、②市区町村長の医療保護入院に関する保護義務履行状況<sup>132</sup>、③精神医療審査会の書類件

<sup>129</sup> 秋元ら(1998)、長尾ら(2005)、高橋(2005)

<sup>130</sup> 秋元ら(1998)、長尾ら(2005)、山下(2004)

<sup>131</sup> 吉住ら(1998)、大井ら(2005)

<sup>132</sup> 磯村ら(1999)

数や審査研究<sup>133</sup>、③診療報酬上の精神科包括病棟の習得状況<sup>134</sup>、④精神障害者通院医療費公費負担制度の判定業務量などが指摘されていた<sup>135</sup>。

吉住ら(1988)では、都道府県別に精神衛生関係の単独事業について個別に調査を行っている。この中で、社会復帰施策に関して、精神衛生法では具体的に社会復帰施設(精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム)、精神障害者通所授産施設を設置することができるにすぎないと指摘しており、昭和62年度精神衛生に関する予算額592億円のうち、措置入院負担金435億円(73.5%)、通院医療費125億円(21.1%)で95%を占め、通所患者リハビリステーション費は2億円、共同作業所助成費はわずか3,000万円にとどまっていたと指摘している。さらに、これらの予算は東京・神奈川・大阪と大都市圏に集中しており、地域でバラツキがあったと結論付けている。また予算総額の約半分は通院・入院の援助に使用されていたと報告した。

### 3.3.3. 治療に関する研究

最後に、治療に関する研究として、精神疾患または精神医療全般に関わる地域差とその要因について分析規模が全国に及んでいるものを取り上げる。

治療に関しては、作業療法の実施状況等の作業療法に関する現状を取り上げた文献<sup>136</sup>があった。これらは、作業療法の実施状況には都道府県格差があり、また、病床規模や病院開設者別にその傾向が異なることを指摘した。

具体的には、上野(1984)は、精神科治療の一つとしてあげられる作業療法の普及状況を調べるため、全国調査を行っており、最後に今後の課題についてまとめている。調査実施時点の1984年において、「精神科作業療法」を認可している施設数は全国1,568精神科施設(病院)中わずか99施設で、導入率は施設比、病床比ともに都道府県立で最も高く、ついで国立が病床比でみて高く、施設比でみて低いとしている。これは、国立病院や大学病院などの総合病院での併設精神科では導入が少なく、導入の主体は国立療養所など規模の大きな施設であること示すと述べている。さらに、開設者別、病床規模別、都道府県別、地方別にみて大きな差があり、その要因として精神病床数の約90%を占める法人・個人立による民間病院での普及率が低いことをあげている。また、開設者別にみて、民間が多いことと関連して、診療報酬上の問題と医療経済上の問題を指摘している。また、永島(1983)は、作業療法士1人当たりの請求点数が過大過ぎる施設が出てきていることを指摘した。これについては、横山ら(1986)も永島(1983)を例に、同様の指摘がなされていることを報告している。

さらに、我が国の精神医療に関して多剤併用等の投薬に関する問題を取り上げ<sup>137</sup>、それらが諸外国における単剤処方と異なり問題であるとする文献があった<sup>138</sup>。河合ら(2004)は欧米では、「多剤併用大量療法」に関して患者のQOLが改善しないばかりか、認知機能を障害し、陰性症状を悪化させると報告され、その意義が否定されたと述べている。また、多剤併用大量療法に至った患者が単剤併用への切り替えが可能かどうかを検証した文献が少なく、その方法が確立されていないこと、過量投与による弊害が十分に認識されていないことにより、日本で多剤併用大量療法から脱却できずにいると指摘した。檀原(2005)は、定型抗精

<sup>133</sup> 山崎ら(2005)

<sup>134</sup> 濱野ら(2005)

<sup>135</sup> 小山ら(2007)

<sup>136</sup> 永島(1983)、上野(1984)、横山ら(1986)、

<sup>137</sup> 河合ら(2004、2006)、檀原(2005)、

<sup>138</sup> 河合ら(2004)、檀原(2005)

精神病薬の多剤併用は慢性期病棟で顕著だと指摘した。これらの患者は、さしあたり多剤併用を減らす必要性に迫られないと指摘し、そもそも多剤併用に至った理由は症状のコントロール不全であるとも述べている。これについて、症状のコントロール不全は単に薬物療法だけではなく、病棟環境やマンパワーによって影響されると指摘した。

表 6 治療に関する研究

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
作業療法	永島(1983)	全国47都道府県	・作業療法の実施状況	・作業療法士数 ・作業療法士当たりの請求件数 ・病院開設者種類 ・経営	・定床300以上の自治体立精神病院
	上野(1984)	全国47都道府県	・精神科作業療法の実施状況 ・精神科デイケア	・開設者別「精神科作業療法」許可施設(精神病院)数 ・病床規模 ・作業療法士数 ・許可施設数の年次推移 ・精神病院数と病床からみた許可施設比および病	・都道府県精神衛生窓口
	横山、稲地、猪俣、花岡、野村、樋田、吉住(1986)		・作業療法の実施状況	・病院経営主体 ・病床規模 ・基準看護 ・作業療法士数 ・医師数 ・看護師数 ・患者数	昭和59年8月精神神経学会評議員の所属する施設および作業療法士を雇用している施設計199施設の中から、アンケート回収した130施
薬物療法	澤(2003)		・抗精神病薬治療の変化		・1病院 ・文献調査
	伊藤(2003)		・非定型抗精神病薬の臨床への導入	・経営的観点 ・コスト ・効果	
	河合、山川、馬場、太刀川、堀、朝田(2004)		・多剤併用大量療法から単剤治療への切り替え		
	檀原(2005)		・多剤併用の現状	・病棟種類 ・使用量	

薬物療法に関しては、諸外国では非定型抗精神病薬の使用によって入院日数や入院回数が減るため、医療費の削減に寄与するとの報告が多いが、日本ではそのメリットがないと述べていた<sup>139</sup>。その理由に、入院費が諸外国に比べて日本では1/3～1/5のためだと述べている。さらに、米国等と比較して非定型抗精神病薬の導入が遅いことを指摘した文献もみられた<sup>140</sup>。そのほか、生活技能訓練<sup>141</sup>や民間療法の実施<sup>142</sup>に関して考察した文献も見られた。

以上より、精神科病院における様々な治療に関して、診療報酬や病院経営と深く関連していることから、病院を経営主体別にみて、その実態を明らかにし、施策を検討する必要があることが示唆された。

<sup>139</sup> 澤(2003)

<sup>140</sup> 伊藤(2003)

<sup>141</sup> 池淵ら(1991)

<sup>142</sup> 武市ら(1991)

### 3.4. 精神医療に関わる地域差とその要因(分析規模:一部地域のみ)

以下では、精神医療に関わる地域差とその要因に関して、分析規模が一部地域のみに限られる研究のうち、重要と考えられる文献上で指摘された点を記述した。

地域差を検討した文献に、加藤(1982)、大島(1992)、福居ら(1995)、桑原(1996)、下方ら(1999)、平井(1999)、吉井ら(2005)があげられる。これらは、対象地域を一部地域のみ限定しているものの、精神医療に関わる様々な点について考察している。具体的には、吉井ら(2005)と福居ら(1995)は、疾病に関するものとして高齢者のメンタルヘルスを、加藤(1982)は精神疾患に関する都市と農村の疾病構造を分析した。この中で60歳以上の精神疾患の有病率は六大都市よりも「その他の都市」において高く、また、世帯業態別にみると日雇労働者に高いが60歳以上では常用勤務者に高くなっていると報告した。この理由に、急激な人口増加や過密化等を指摘した。また、その他には小規模作業所の実態<sup>143</sup>や精神救急に関するもの<sup>144</sup>、さらに家族の協力体制<sup>145</sup>を検討したものもあった。また、要因分析に関しても、福居ら(1995)と桑原(1996)は行っている。林ら(1999)は、島根県の精神科医療施設の地域差を比較し、人口密度や精神科医療施設の配置、行われている精神科救急医療には大きな地域差があると指摘した。また、桑原ら(1999)は、横浜川崎郡と県域群の精神科救急医療相談窓口の利用状況に差があることを指摘した<sup>146</sup>。

さらに、要因発見の研究としては、再入院<sup>147</sup>や治療からの脱落因子<sup>148</sup>を研究したものがいくつかみられた。

そして、各都道府県の精神医療・病院の歴史を記述したものに、石井(1985)、古山(1997)、立花(2005)があった。それぞれ神奈川県、東京都、大阪府に関するもので、神奈川県と大阪府については精神医療を、東京都については病院の立地の変遷をまとめたものであった。平井(1999)は老年期痴呆<sup>149</sup>の地域差の要因を記述した。

はじめに、地域差として、吉井ら(2005)と福居ら(1995)は高齢者のメンタルヘルスについて検討した。福居ら(1995)は、高齢者のメンタルヘルス(ライフスタイル、健康意識など)について、都市と農村(農・山村・漁村部)の比較<sup>150</sup>を行った。その結果、ライフスタイルについては農村部で内向的、都市部で外向的な老人の割合が高くなった。また健康感については農村部で老化に対する自覚が高く、合わせて不安を持つ傾向にあった。対人関係面では農村部で共生型、都市部で自立型の傾向があった。ただし、これらの結論について、性・年齢等を考慮にいったさらに精緻な分析が必要であると指摘した。吉井ら(2005)は、教育年数・所得が低いほど主観的健康感が悪いこと、自治体の所得レベルと健康指標に関連がみられたこと、都市と農村という違いが関係している可能性を指摘した。

<sup>143</sup> 下方ら(1999)

<sup>144</sup> 桑原(1996)、高橋ら(1998)、林ら(1999)

<sup>145</sup> 大島(1992)

<sup>146</sup> カイ二乗検定を用いた。

<sup>147</sup> 渡辺ら(2000)

<sup>148</sup> 川上ら(1986)、狩野ら(2000)、西浦ら(2004)

<sup>149</sup> 群馬県と中国の一部地域の比較を行った。

<sup>150</sup> カイ二乗検定を用いた。

表 7 精神医療に関わる地域差とその要因(分析規模:一部地域のみ)

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
精神医療に関わる研究(分析規模:一部地域のみ)	加藤(1982)	・都市 ・農村	・老人の疾病構造	・年齢 ・有病率	
	大島(1992)	(以下、すべて川崎市内) ・工業地域 ・商工業地域 ・社会・経済的に豊かな住宅地域	・家族の協力態勢の地域差 ・要因	・家族内資源量、家族類型等の家族内部環境 ・精神障害者に対する家族以外の「協力者」 ・家族の相談相手 ・近隣好意的態度数 ・近隣拒否的態度数 ・障害者本人の社会適応度	川崎市に組織された地域家族会会員がケアする精神障害者および家族
	福居、小林、神谷、早川、古賀、岡崎、川嶋、中島(1995)	京都府宮津保健所管内および京都市内	・高齢者のメンタルヘルス	・ライフスタイル ・生活環境 ・健康意識 ・ストレス対処法 ・農村・山村・漁村 ・都市部	65歳以上の健康な高齢者
	桑原、斉藤、紀藤、藤井、石井、大田(1996)	・横浜市 ・川崎市	・精神科救急医療相談窓口業務	・都市 ・相談内容 ・再相談の有無 ・相談経路 ・精神科治療歴 ・通院中の施設 ・入院歴 ・相談時間帯 ・所要時間	相談窓口で取り扱った事例1814例
	下方、森(1999)		・精神障害者小規模作業所の実態	・運営費 ・補助金 ・運営主体 ・精神障害者推定人数 ・精神科総病床数 ・在院患者数 ・精神衛生費 ・対象者補助予算率	・人口1千万人以上の地域A ・人口百万人以上の地域B ・人口百万人以下の地域C
	平井(1999)	・群馬県 ・海外	・老年期痴呆の原因疾患の変遷	・年齢 ・有病率	65歳以上の住民
	吉井、近藤、平井、松田、斎藤(2005)		・高齢者の心身健康状態	・教育年数 ・所得 ・主観的健康観 ・抑うつ	
	川上、竹村、斎藤、和田、高沢、柏田(1986)	・川崎市	・治療からの脱落	・患者の社会的属性 ・受診行動 ・診断分類	総合病院精神科外来初診者
	渡辺、河野、西浦、宮田、中屋、河村、樋口(2000)	・大阪府M市	・再入院	・外来通院の変化 ・訪問看護中断日 ・再入院日・回数 ・転院 ・死亡日 ・患者特性(性、年齢、職業の有無、病名、保険の種類、過去の入院回数、訪問回	精神科訪問看護を受けている精神障害者



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
精神医療に関わる研究(分析規模:一部地域のみ)	狩野、間島、小林(2000)	・群馬県館林市	・精神科治療からの脱落	・性 ・年齢 ・居住地 ・医療費区分 ・家族構成 ・結婚歴 ・職業歴 ・紹介の有無 ・初診時同伴者の有無 ・精神科治療歴 ・受療意欲 ・精神疾患診断 ・精神機能の重症度	1病院の精神科外来を初診した患者
	西浦、大里、三浦、羽室(2004)	・大阪府	・地域生活継続率	・基本属性 ・診断名 ・精神科入院歴 ・生活訓練施設入所歴	生活訓練施設退所者
	石井(1985)	・神奈川県	・精神病院の変遷とその背景		
	古山、土肥(1997)	・東京都	・精神病院の立地・変遷		
	立花(2005)	・大阪府	・精神医療の変遷		
	永山、林、入谷、竹野、金子(1995)	・東京都	・精神科救急医療体制 ・対象患者の特性	・診断名 ・入院形態 ・居住地 ・その後の転帰	1病院の患者
	林、小林、竹下、松崎、山根(1999)	・島根県	・精神科救急医療の現状	・性差 ・年齢 ・居住地 ・受診経路 ・受診回数 ・受療状況 ・状態像 ・自殺企図 ・診断名 ・対応	
	高橋、八田、山城、遠藤、宇田川、藤井、増井、米沢(1998)	・東京都 ・千葉県	・精神科救急患者の特性 ・入院時処置		
	小林、梅田、佐々木、吉永、西園(1983)	・福岡県	・入院患者の動態		統合失調症患者
	桑原、喜多村、北村、長崎(1991)	・神奈川県	・統合失調症患者の診療状況		
	松尾、水川、高須、片山、花房、狭間(1995)	・鳥取県	・精神科入院患者の動向		鳥取大学精神科病棟の患者
	高山、石田、石橋、本岡、中村、中沢(2000)	・福岡県	・精神科外来新患者の動向		久留米大学精神神経科患者

最後に、対象地域の現状について、単純な動向を記述したものがいくつかみられた。<sup>151</sup>

<sup>151</sup> 小林ら(1983)、桑原ら(1991)、松尾ら(1995)、高橋ら(2000)

加藤(1982)は精神疾患に関する都市と農村の疾病構造を分析した。都市と農村では同程度に患者が存在するものの、都市化の進んだ地域では、事例となる(入院する)比率が増加しやすいことを地域差の要因としてあげた。

小規模作業所の実態<sup>152</sup>に関して、下方ら(1999)は、地域規模の違いにより補助金の額に差があり、作業所の数に違いが生じ、その結果、精神障害者の処遇に差が出ると指摘した。

大島(1992)は、家族の協力体制を形成する要因を検討した結果、家族の職業や経済的要因をあげた。

渡辺ら(2000)は、再入院に影響を与える因子として、訪問看護の回数が多い、訪問看護を中断した、過去の入院回数が多い、服薬を家族が管理している、本人および家族が入院を望んでいる、デイケアや作業所などの参加がない、てんかん・心因性反応・非定型精神病・老人性精神病・アルコール依存症に罹患している、通院が不定期や中断、家族と同居しているなどの項目と関連していた。

治療からの脱落因子として、川上ら(1986)は年齢、初診時同伴者の有無、職業の有無、結婚歴、家族構成、治療歴の有無が関係していたと指摘した。狩野ら(2000)は、精神疾患の種類や脱落の時期により多少の相違を認めたが、全患者で診察 2 回目以降では、精神機能の改善度、精神科治療歴の有無、初診時同伴者の有無、居住地、紹介の有無および受療意欲が抽出されたと述べた<sup>153</sup>。さらに、西浦ら(2004)は、地域生活を継続させる関連要因(社会資源の利用状況を中心に考察)について、訪問看護の利用、地域生活包括センターの利用が関連すると指摘した。

平井(1999)は老年期痴呆の有病率の地域差に関して、その要因を教育程度、交通不便で閉鎖的・刺激に乏しいこと、経済的な乏しさから食事の栄養素の不足、喫煙・飲酒習慣などを推測した。

山口ら(1992)は、平成 3 年と比較して、任意入院の割合が増えている(任意 46.1%、医療保護 49.8%)ことは、精神保健法でいう任意入院の同意能力、すなわち「患者自らの入院について積極的に拒んでいない状態」が拡大解釈されているものと述べている。さらに、医療費区分としては、生活保護と措置の減少、健康保険等の増加が年々顕著であり、これは、生活保護の認定基準、措置の診断基準が徐々に厳密になってきたことを示している。保護義務者としては、同胞の増加、子ども、配偶者、市町村長の減少を認めた。これは人口の高齢化、少子化、核家族化と昭和 63 年の精神保健法の施行という法的な要因が大きいと考えられる。入院経路としては、家庭が約半数である。性差としては、男女差が医療費、保護義務者同様にあり、男性で医療費として生活保護、保護義務者として同胞、入院経路として関係機関の割合が高いことは男性は兄弟と別に住んでいる単身者が多いことを推測させる。女性で医療費として健康保険、保護義務者として同胞とともに子供、入院経路として家庭の割合が高いことは、女性は家族、特に子供と同居していることが多いと考えられる。また、入院に際し、保健所の介入が必要な例は難治性であることや、家族の受け入れが悪いことなどが考えられる。好ましい処遇として、入院患者の中に老人ホーム、老人保健施設などの施設が適応である者が約 20%いることは今後の施設整備が重要であることを示している。

<sup>152</sup> 下方ら(1999)

<sup>153</sup> 性、年齢、医療費区分、職業、結婚状況、同居者の有無および診断は有意な要因ではなかったと述べた。

### 3.5. 疾病別にみた地域差とその要因

以下では、「血管性及び詳細不明の認知症」、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分(感情)障害(躁うつ病を含む)」に関わる地域差とその要因について個別にレビューした。疾患別にまず疾患の定義<sup>154</sup>を述べ、次に疫学的研究、医療費に関する研究の順に記述した。

全体的な傾向として、疫学的な研究がその多くを占め、医療費に関する文献は非常に少ないことが分かる。さらに、疾患別にみると、認知症に関する研究が最も件数上多く、次いで統合失調症、気分障害という順になった。さらに、気分障害に関する文献では、疫学的に地域差とその要因を検討した文献は殆どなく、海外の研究結果の比較を行ったものに留まった。しかし、これについては、検索キーワードに気分障害等を用いていないことも影響している可能性がある。また、精神疾患(特にうつ病)との関連が指摘される自殺に関する文献は比較的多く、その要因を検討した文献がみられた。

#### 3.5.1. 認知症に関わる地域差とその要因

<疾患の定義>

「いったん正常に発達した知能が、後天的な脳の器質性障害によって慢性的に低下した状態を痴呆という。痴呆においては、知能の障害に加えて人格変化などを伴うことが多い。これまで一般に痴呆の経過は、非可逆的で回復不能であるとされてきたが、最近では、意識障害のない高次能障害の全般的障害を痴呆と呼ぶこともある。

痴呆の症状は、中核症状と周辺症状の二つに大別されることが多い。痴呆の経過中ほぼ固定して、持続して現れる症状を中核症状と呼ぶのに対し、中核症状に随伴して出現し、動揺性で可逆的な症状を周辺症状と呼ぶ。中核症状の代表的なものとして、記憶障害、見当識障害、失語、失認、失行、判断力の障害、理解力の障害などがある。周辺症状には、せん妄、幻覚・妄想、抑うつ気分、不安、焦燥感などの精神症状のほか、睡眠障害、徘徊、拒否・拒絶、過食・拒食、興奮、暴力行為、異食などの行動的な症状を中心としたものなどがある。こうした症状は、中核症状以上に痴呆の介護を困難にすることが多い一方、痴呆の経過の中、もしくは介護環境の中で、介護環境を整えることや、薬物療法を行うことによって改善する可能性がある。」

---

<sup>154</sup> 疾患の定義については、「心の臨床家のための精神医学ハンドブック」(2005)、または「精神医学テキスト」(2005)による。

表 8 認知症に関する研究

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
認知症	柴山(1987)		老年期痴呆の疫学		先行研究の調査結果
	武藤(1989)	・長野県	老年期痴呆の疫学	・有病率 ・原因疾患 ・痴呆の程度	65歳以上の高齢者
	浜西(1990)	・兵庫県	・痴呆性老人発症比率	・地域的特性	
	生地(1990)	・山形県	・痴呆の疫学	・学歴 ・職業 ・日常生活における活動状況 ・既往歴 ・医療機関受診状況 ・視力・聴力 ・日常生活動作 ・心身の症状	65歳以上の在宅老人
	今井(1997)	全国	・痴呆性高齢者の実態と対応		
	大塚(1997)	・全国	・痴呆の疫学	・有病率 ・脳血管疾患とアルツハイマー型痴呆の割合	
	今井、北村(2000)	・全国 ・諸外国	・アルツハイマー病・痴呆の疫学	・有病率 ・発症率 ・年齢 ・性別 ・危険因子	
	下方(2004)	・全国	・痴呆の疫学	・有病率 ・発症率	先行研究の調査結果
	三浦、旭、尾島、中村、林、加藤、福富、川戸、橋本(2005)	・全国	・認知症患者数の推計 ・受療医療機関の特性		
	三原(2006)	・全国	・デイ・ケア実施施設		
	松原(2001)	・全国	・老人性痴呆疾患療養病棟運営病院・病床数の分布	・運営主体 ・病床規模 ・病床利用率 ・利用者数 ・定床数 ・人員配置等	
	Gary W.Small(2003)		・アルツハイマー病治療の経済的		
	千田、尾内、石井、石井、池田、那須、河邊、石津、加藤、桑原、伊藤、林田、岡沢、宇野、中島、紀伊國、佐々木()	・全国	・痴呆乃FDG-PET検査の実態調査と医療経済効果		
			・老人性痴呆疾患の医療コスト		精神病院入院患者の70歳以上の