

← 2003 (平成15) 年7月 心神喪失者等医療観察法の成立

- ・心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする(法第1条第1項)

← 2004 (平成16) 年9月 厚生労働省精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」

- ・「入院中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めるとして達成目標を示した。「受け入れ条件が整えば退院可能な者(約7万人)」についても併せて10年後の解消を図ることとした

← 2004 (平成16) 年10月 厚生労働省障害保健福祉部「今後の障害保健福祉施策について」(改革のグランドデザイン案)

- ・障害保健福祉施策の総合化(市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備し、地域福祉を実現する)
- ・自立支援型システムへの転換(障害者のニーズと適性に応じた自立支援を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による「自己実現・社会参加」を図る)
- ・制度の持続可能性の確保(制度を維持管理する仕組みがきわめて脆弱であり、給付の重点化・公平化や制度の効率化・透明化等を図る抜本的な見直しが必要)

← 2005 (平成17) 年6月 障害者雇用促進法改正

- ・精神障害者に対する雇用対策の強化(障害者雇用率制度の適用、障害者雇用納付金制度の適用)
- ・在宅就業障害者に対する支援
- ・障害者福祉施策との有機的連携等

← 2005 (平成17) 年11月 障害者自立支援法の成立

2005 (平成17) 年 平成17年改正

2 「精神保健法」の時代

宇都宮病院事件
P.73頁
精神保健法

1987(昭和62)年には、1984(昭和59)年の宇都宮病院事件などの不祥事件が直接の契機として、「精神衛生法」の改正によって「精神保健法」が成立した。この改正は、①法律の名称を「精神保健法」に改め、国民の精神的健康の保持増進に関する事項を盛り込んだこと、②精神障害者の人権の擁護とその適正な医療および保護の実施に必要な措置を規定したこと、③精神障害者の社会復帰の促進を盛り込んだこと、などが特徴である。②と③については、精神保健指定医制度の導入、任意入院・医療保護入院などを規定したこと、入院患者の処遇を見直し患者への行動制限の実施基準を厳しくしたこと、精神障害者社会復帰施設に関する規定が設けられたこと、などが具体的内容となる。

1987(昭和62)年の改正の附則に、「政府は、この法律の施行後5年を1回として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」との検討規定が設けられた。

1993(平成5)年には、上記の検討規定に基づいて精神保健法が改正された。この改正は、①精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)を法定化し、

こと、②精神障害者社会復帰促進センターを創設したこと、③調理師、栄養士などの資格制限の見直し(相対的欠格事由とすることへの変更)、④大都市特例の創設、などである。同年は、障害者基本法が成立し、精神障害者は障害者福祉の対象として明確に位置づけられた。さらに、1994(平成6)年には「地域保健法」が成立し、精神保健施策は都道府県の保健所が行う専門的かつ技術的な業務に位置づけられた。身近なサービスの市町村への移管を中心に、保健サービスは変革の時代に突入していく。

3 「精神保健福祉法」の時代

1982(昭和57)年に政府に設置された障害者対策推進本部においては、国連・障害者の十年(1983~1992年)以降の障害者施策のあり方を検討し、平成5年度から10年間の「障害者対策に関する新長期計画」を策定した。また、1993(平成5)年には、議員立法により心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正され、市町村は障害者計画を定めることとなった。これを受けて、1995(平成7)年には、政府の障害者対策推進本部は「障害者プラン~ノーマライゼーション7か年戦略~」を決定した。このプランの特徴は、関係省庁の施策を横断的に盛り込むとともに、具体的な数値目標を明記していることである。

このような背景のもと、同年、精神保健法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(「精神保健福祉法」)に改正された。この改正では、法律の名称に福祉が入ったことに象徴されるように、目的や責務規定に、これまでの「医療及び保護」、「社会復帰の促進」、「国民の精神的健康の保持増進」に加え、「自立と社会参加の促進のための援助」という福祉理念が盛り込まれ、精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員の名称も変更された。この改正は、①精神障害者保健福祉手帳制度を創設したこと、②精神障害者社会復帰施設を4類型化したこと、③社会適応訓練事業として通院患者リハビリテーション事業を法定化したこと、④通院医療費公費負担制度の保険優先化を行ったこと、などが特色である。翌年の1996(平成8)年には、国は、精神障害者地域生活支援事業運営費補助をスタートさせ、地域生活支援センターへの財政的な援助を開始している。

1999(平成11)年には、1993(平成5)年の改正時の、施行後5年目の検討規定に基づいて「精神保健福祉法」の改正が行われた。この改正は、①緊急に入院が必要な精神障害者の移送制度を創設したこと、②保護者の保護義務を軽減したこと(自傷他害防止監督義務の廃止)、③精神障害者地域生活支援センター

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

精神保健福祉法の平成11年改正

を法定化したこと、④市町村の精神保健福祉における役割を強化したこと、な
どが特色である。

4 新たなシステムづくりの時代

——精神保健医療福祉の改革ビジョンと「障害者自立支援法」

1950(昭和25)年の精神衛生法成立以降の精神保健福祉制度の改正経緯は、精神科医療を普及することから始まり、入院医療における人権擁護の仕組みをつくり、さらには、精神衛生法を保健・医療・福祉に及ぶ法制度とするとともに、地域活動の基盤を市町村に広げる取り組みであった。すなわち、精神保健福祉制度として、保健・医療・福祉にわたる体系を構築する方向で進められてきた。

さて、わが国は、少子高齢化の進展、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に社会構造の改革が必要とされ、医療、年金、社会福祉などの社会保障制度も改革を求められており、精神保健福祉制度も例外ではない。

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」を契機に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が発足し、2004(平成16)年9月には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示された。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標が示されている。

また、前年の2003(平成15)年には、「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」(心神喪失者等医療観察法)が成立した。この法律は、わが国に未整備であった司法精神医学サービス体系の整備を目的としたものであるが、附則として「精神医療全般の水準の向上」と「精神保健福祉全般の水準の向上」を図ることが国会において決議されている。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の示された翌月の2004(平成16)年10月には厚生労働省障害保健福祉部から「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」が示され、審議会などにおける議論、国会における質疑を経て、2005(平成17)年には障害者自立支援法が成立した。この法律は、こ

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

障害者自立支援法

▶2 精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)、精神障害者短期入所事業(ショートステイ)、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)を市町村を実施主体とする精神障害者居宅生活支援事業として位置づけた。

れまで身体障害、知的障害、精神障害といった障害種別などによって福祉サービスや公費負担医療の利用の仕組みや内容が異なっていたものを一元的なものにすることや、その利用者の増加に対応できるよう、制度をより安定的かつ効率的なものとするを目的とするものである。障害者自立支援法では、精神障害者通院医療費公費負担制度は、更生医療、育成医療とともに自立支援医療として規定された。また、精神保健法への改正（1987（昭和62）年）により精神保健福祉法に規定された精神障害者社会復帰施設に関する事項、精神障害者居宅生活支援事業に関する事項も、障害者自立支援法に規定されることとなった。障害者自立支援法の成立は、保健、医療、福祉に及ぶ法制度として発展してきた精神保健福祉制度の福祉部分を、身体障害、知的障害と一元化することにより、精神保健福祉法を保健医療を中心とした制度に導くことになった。

わが国の精神保健福祉制度は、精神医療と、障害福祉サービスの体系の再編という大きな改革に突入している。この改革は、決して楽なものではない。しかしながら、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を当面の指標として、社会の支持を得つつ、精神保健医療福祉の領域で働く者の総力でもって取り組んでいかなければならない、大切な道である。

参考文献

精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編『精神保健福祉行政のあゆみ—精神衛生法施行五十周年（精神病患者監護法施行百周年）記念—』中央法規出版、2000。

精神保健福祉研究会監『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成16年度版』太陽美術、2005。

竹島正「精神保健福祉法と医療」松下正明・坂田三允ほか監『精神看護学』〈新クイックマスター〉、pp.207-219、医学芸術社、2006。

第1節 精神科医療の現況

9-1-1 精神障害者の数的動向

受療率

平成14年患者調査に基づく精神及び行動の障害の人口10万対の受療率は入院受療率258、外来受療率157であった。入院では、他の傷病と比べて精神及び行動の障害の受療率が最も高い。

下の表に精神及び行動の障害の人口10万対の受療率を傷病小分類別に示した。数値は、平成14年患者調査に基づくものである。入院では、「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」が159と最も高く、以下「血管性及び詳細不明の痴呆」の42、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」の21の順であった。外来では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」が51と最も高く、以下「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」の44、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の37の順であった。

精神及び行動の障害の受療率（人口10万対）、傷病小分類別

	入院			外来		
	総数	男	女	総数	男	女
精神及び行動の障害	258	268	249	157	133	180
血管性及び詳細不明の痴呆	42	26	57	9	4	13
アルコール使用〈飲酒〉による精神及び行動の障害	13	24	2	4	7	1
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1	1	0	0	1	0
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	159	177	142	44	47	42
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	21	16	25	51	36	65
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5	3	6	37	26	48
精神遅滞	8	9	6	2	3	2
その他の精神及び行動の障害	10	11	9	9	9	9

資料：平成14年患者調査

推計総患者数

次頁の表に精神及び行動の障害の推計総患者数を、傷病小分類、年齢層別に示した。数値は、平成14年患者調査に基づくものである。

推計総患者数とは、「調査日現在において、継続的に医療を受けているもの（調査日には医療施設を受療していない者も含む。）の数を次の算式より推計したものである。」と患者調査では定義されている。

$$\text{入院患者数} + \text{初診外来患者数} + \text{再来外来患者数} \times \text{平均診療間隔} \times \text{調整係数} \left(\frac{6}{7} \right)$$

精神及び行動の障害の推計総患者数は、約228万人であった¹⁾。傷病小分類別では、「精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」が73万4000人、続いて「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」

推計総患者数、年齢階級×傷病小分類

(単位：千人)

		総数	0～4歳	5～14	15～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～74	75～84	85歳以上	不詳
総数	精神及び行動の障害	2,277	12	43	119	334	343	399	384	346	205	89	5
	血管性及び詳細不明の痴呆	138	0	0	0	0	1	1	3	18	53	62	0
	アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害	49	0	0	0	2	6	12	16	10	3	0	0
	その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	7	0	-	0	2	2	1	1	1	0	-	-
	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	734	0	3	41	125	134	175	139	86	25	5	1
	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	711	0	3	26	92	106	121	137	137	78	11	1
	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	500	0	11	34	88	83	78	77	81	40	7	2
	精神遅滞	40	5	4	3	8	5	4	4	4	2	0	0
	その他の精神及び行動の障害	103	6	21	14	18	8	7	8	10	6	4	0

資料：平成14年患者調査

が71万1000人、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が50万人、「血管性及び詳細不明の痴呆」が13万8000人であった。年齢別では、「45～54歳」が39万9000人と最も多く、続いて「55～64歳」が38万4000人、以下「65～74歳」「35～44歳」が約34万人強の順であった。

●注

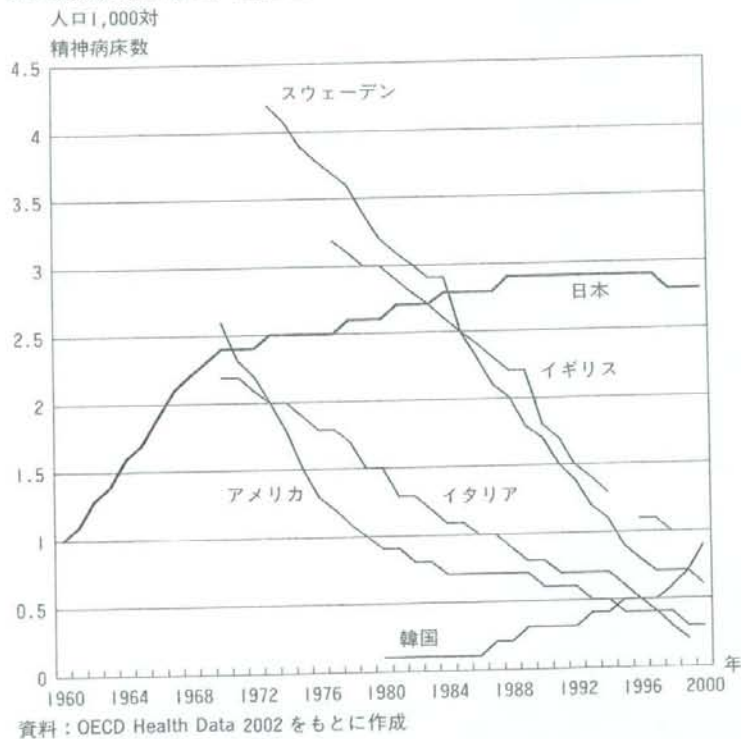
- 1) 厚生労働省の発表した平成14年患者調査による入院および外来を合わせた精神疾患の患者数は約258万人であるが、これはここに示した精神及び行動の障害の推計総患者数から精神遅滞の4万人を引き、神経系の疾患に分類されているアルツハイマー病の8万9000人とてんかんの25万8000人を加えたものである。

(立森久照・竹島正)

9-1-2 精神病床の推移

図に日本および諸外国の人口1000対精神病床数の年次推移を示した。OECD Health Data 2002をもとに作成したものである。OECD Health Dataで扱う精神病床の定義は、「精神疾患を有する患者（薬物依存症含む）の入院のための病床、ただし精神疾患に罹患していても入院の目的が医療行為でない者のための病床は省く。」とされている。ただし、例えば日本では精神病床で処遇されている老人精神障害者が、アメリカでは主にナーシングホームで処遇されているためその病床はここに示されたアメリカの精神病床に計上されていないなどの違いがある。このように、精神科医療の制度やその運用が異なる国々の間での比較であることを念頭において解釈する必要がある。

人口1,000対精神病床数の国際比較



図中太線で示した日本の人口1000対精神病床数は、1960年代に急激に増加し、その後も増加を続けていた。1990年代に入り横ばいとなり、1990年代の終わりにはやや減少しているが、その値は2.8と図中の諸外国と比較して高い。

図中に示したほとんどの諸外国の人口1000対精神病床数は1.5以下であった。また、韓国を除いては、人口1000対精神病床数は早い段階から減少傾向にあったことも日本と対照的である。

(立森久照・竹島正)

9-1-3 精神科医療施設の状況

精神科病院

表1に平成12年度から平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べによる精神病院数、およびその内訳を示す。

平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べによると、精神病院数は1662であり、ここ4年間その数はほとんど変化していない。また、その内訳もここ4年間ほとんど変化がなく、平成15年度は精神科単科病院1080、一般病院（精神科単科以外の精神科病院）582であり、精神科単科病院が約65%を占めている。

開設主体別では、平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べで、法人病院が1231とその70%以上を占め、国公立病院が240（14.4%）、個人病院が106（6.4%）、大学病院85（5.1%）となっている。こちらも2000（平成12）年から2003（平成15）年まであまり変化はみられない。

表1 精神科医療施設の状況

精神病院数	平成12年		平成13年		平成14年		平成15年	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
単科／一般								
精神科単科病院	1,079	64.7%	1,077	64.7%	1,085	65.2%	1,080	65.0%
一般病院(精神病床80%以上)	199	11.9%	196	11.8%	184	11.1%	582	35.0%
一般病院(精神病床80%未満)	389	23.3%	392	23.5%	395	23.7%		
開設主体								
大学病院	82	4.9%	84	5.0%	84	5.0%	85	5.1%
国立	49	2.9%	47	2.8%	43	2.6%	41	2.5%
都道府県立	79	4.7%	78	4.7%	79	4.7%	77	4.6%
その他公立	122	7.3%	118	7.1%	123	7.4%	122	7.3%
法人	1,208	72.5%	1,210	72.7%	1,221	73.4%	1,231	74.0%
個人	127	7.6%	128	7.7%	114	6.9%	106	6.4%

注：1 厚生労働省精神保健福祉課調べ

2 平成15年度より単科病院または一般病院として調査されている。

3 開設主体は上位のものを優先して計上している。

次に、表2に平成12年度から平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べによる精神科病棟・病床の状況について示す。

平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べでは夜間外開放病棟（夜間の時間帯を除き、出入りに施錠していない病棟）は2361病棟（病床数12万4338床：全精神病床に対する割合35.1%）、終日閉鎖病棟（出入り口に施錠している病棟）は2814病棟（病床数15万2038床：43.0%）、個別開放病棟（出入り口に施錠しているが、その病棟の入院患者の概ね半数以上は、主治医などの判断により、自由に外出できる病棟など）が1459病棟（病床数7万7429床：21.9%）となっている。平成12年度から平成15年度の厚生労働省精神保健福祉課調べでもこの数字にほとんど変化はなく、終日閉鎖の病床が40%強を占めている。

表2 精神科病棟・病床の状況

精神病院数	平成12年			平成13年			平成14年			平成15年		
	1,667			1,665			1,664			1,662		
	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%	病棟数	病床数	病床%
夜間外開放	2,431	123,523	35.4%	2,383	123,735	34.7%	2,389	124,136	35.0%	2,361	124,338	35.1%
個別開放	1,399	76,840	22.0%	1,511	79,957	22.4%	1,394	79,232	22.3%	1,459	77,429	21.9%
終日閉鎖	2,872	148,603	42.6%	2,835	152,492	42.8%	2,856	151,353	42.7%	2,814	152,038	43.0%
混合	—	—	—	—	—	—	57	—	—	—	—	—
計		348,966	100.0%		356,184	100.0%		354,721	100.0%		353,805	100.0%

注：1 厚生労働省精神保健福祉課調べ

2 「混合病棟」は平成14年度調査のみ調査されている。

表3に病院区分別の精神科デイケア等（精神科デイケア、精神科ナイトケア、精神科デイナイトケア、老人性認知症疾患デイケア）の実施施設数を示す。近年、精神科デイケア等実施施設数は増加を続け、平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べでは、精神科デイケアの実施率は50%を超えていた。

一方、医療施設の近代化が進むとともに、精神病床の機能分化、精神科デイケアや訪問看護の普及など、精神科病院の提供する医療の内容は大きく変化している。「精神病床の機能分化」については別項（166頁）で示す。

表3 病院区分別精神科デイケア等実施施設数

	施設数	精神科デイケア		精神科ナイトケア		精神科デイナイトケア		老人性痴呆疾患デイケア		左記いずれかを実施	
大学病院	85	18	21.2%	2	2.4%	1	1.2%	0	0.0%	18	21.2%
国立病院	41	18	43.9%	2	4.9%	4	9.8%	3	7.3%	19	46.3%
都道府県立	77	48	62.3%	1	1.3%	1	1.3%	2	2.6%	50	64.9%
指定病院	949	665	70.1%	71	7.5%	167	17.6%	106	11.2%	689	72.6%
非指定病院	480	121	25.2%	12	2.5%	14	2.9%	30	6.3%	145	30.2%
合計	1,662	870	52.3%	88	5.3%	187	11.3%	141	8.5%	921	55.4%

注：平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べ

精神科診療所

厚生労働省医療施設調査において、診療所は、医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く）であって、患者の入院施設を有しないもの、または患者19人以上の入院施設を有するものとして、調査されている。このうち精神科を標榜する診療所は、平成2年調査では、2159か所であったが、平成14年調査では4352か所となっており、年々増加している。しかしながら、診療科目の標榜に自由度が大きいことなども影響して、精神科診療所の全国的な実態は必ずしも明らかではない。地域の社会資源に占める精神科診療所の割合が急速に増加していることから、その全国的実態を可及的速やかに把握する必要がある。

(長沼洋一・竹島正)

9-1-4 在院患者の状況

平成15年度6月30日調査に基づき、全国における精神病院の在院患者32万9096人について、疾病別、年齢別、入院形態別、在院期間別の構成割合を算出した。

疾病別の構成割合(図1)では、統合失調症(精神分裂病)圏(F2:ICD-10に基づく国際疾病分類コード)が最も多く、在院患者全体の61.2%を占めていた。続いて多かったのが認知症(痴呆)などを含む器質性精神障害(F0)の17.5%であり、その他では、気分障害(感情障害)(F3)が7.0%、物質関連障害(F1)が5.3%、神経症圏(F4)が2.1%などとなっていた。

年齢別の構成割合では、40歳以上65歳未満である者が在院患者全体の約半数(49.6%)を占めていた。在院患者のうちおよそ5人に2人(39.0%)は65歳以上であり、精神病院における在院患者の高齢化の実態がうかがえる。20歳以上40歳未満である者は10.7%とそれほど多くなく、20歳未満である者はわずかに0.7%であった。

入院形態別の構成割合では、任意入院である者が最も多く、63.8%であった。任意入院でない者では、そのほとんどが医療保護入院であり、在院患者全体の34.7%を占めていた。措置入院である者はわずかに0.8%であった。

在院期間別の構成割合(図2)では、在院期間が1か月未満である者が7.2%、1か月以上3か月未満である者が8.7%、3か月以上6か月未満である者が6.5%、6か月以上1年未満である者が7.8%(在院期間が1年未満である者は合計で30.3%)、1年以上5年未満である者が27.9%、5年以上10年未満である者が14.0%、10年以上20年未満である者が13.2%、20年以上である者が14.6%であった。

図1 在院患者の疾病別構成割合

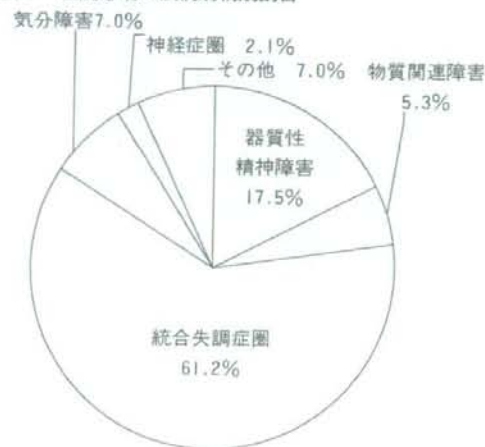


図2 在院患者の在院期間別構成割合



資料：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15年度6月30日調査の概要—をもとに作成。

資料：図1に同じ。

(小山智典・竹島正)

9-1-5 精神病床の機能分化

表に平成10年度から平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べによる、精神科専門病床数の変化を示す。

専門病床数については、ここ数年大幅な増加がみられる。1998(平成10)年から2003(平成15)年にかけて急性期病床数(1(A)と2(B)の合計)は、5511床から8884床へと増加しており、また老人性認知症疾患病床(治療と療養の合計)は、1万3384床から2万9466床、精神療養病床(1(A)と2(B)の合計)は、4万5412床から7万6170床へと大幅に増加している。しかし、一方でアルコール、薬物および児童思春期の専門病床数は、概ね横ばいとなっており、合併症についての病床数はむしろ減少傾向にある。一部は老人性認知症疾患治療病棟や老人精神病棟に転換されたのかもしれない。今後も、入院患者の早期退院を促進し、患者の病状に応じた適切な医療を提供できる体制を整備するため、急性期、社会復帰リハビリテーション、重度療養などさらなる機能分化を進めていくことが課題となっている。

なお、平成15年度厚生労働省精神保健福祉課調べによる入院料等の届出状況によれば、精神科救急入院科は14か所、急性期治療1は101か所、急性期治療2は8か所、精神療養1は616か所、精神療養2は20か所、老人性認知症疾患治療病棟が191か所、老人性認知症療養病棟が205か所となっている。

精神科専門病床数

	急性期		老人性認知症疾患		精神療養		アルコール	薬物	児童思春期	合併症
	1(A)	2(B)	治療	療養	1(A)	2(B)				
平成10年	3,540	1,971	7,362	6,022	30,395	15,017	4,812	72	741	2,640
平成11年	3,674	1,686	8,293	9,119	36,855	15,842	4,054	308	817	2,521
平成12年	4,958	1,583	8,607	11,766	46,963	15,672	4,332	317	711	2,013
平成13年	5,957	1,353	9,592	13,950	55,144	14,708	4,299	238	697	1,732
平成14年	6,871	2,341	10,215	16,260	66,911	4,433	4,238	278	712	1,532
平成15年	7,356	1,528	11,776	17,690	73,406	2,764	3,815	238	789	1,625

注：1 厚生労働省精神保健福祉課調べ

2 「急性期1(A)、2(B)」、「老人性認知症疾患(治療、療養)」、「精神療養1(A)、2(B)」は、診療報酬上の区分

3 「アルコール」：在院患者の概ね50%以上が「アルコール使用による精神及び行動の障害」であるもの
「薬物」：在院患者の概ね50%以上が「アルコール以外の精神作用物質使用による精神及び行動の障害」であるもの

「児童思春期」：在院患者の概ね50%以上が20歳未満であるもの

「合併症」：結核・感染症などを合併している患者を、他の在院患者と区分して収容できる構造となっているもの

(長沼洋一・竹島正)

9-1-6 地域間格差

表に、平成15年度6月30日調査に基づく都道府県別の精神病床数等を示す。

全国の精神病床数は35万3805床で、人口1万人当りに換算すると27.7床であった。人口1万人当たりの精神病床数は、神奈川県(16.4床)などで少なく、鹿児島県(56.7床)などで多い。

在院患者に占める措置入院患者の割合を措置率といい、全国の措置率は0.78%であった。措置率は、宮崎県(0.09%)などで低く、滋賀県(1.86%)などで高い。

このほか、精神保健医療福祉の改革ビジョン(2004(平成16)年9月、厚生労働省精神保健福祉対策本部)には、新規入院患者の1年後残留率(2002(平成14)年6月の1か月間に入院した患者のうち、2003(平成15)年6月1日に入院が継続している者の割合)についても、都道府県間で2~3倍程度の差があることが指摘されている。

都道府県別の精神病床数、措置率、1年後残留率

	人口 (千人)	精神 病床数	人口 1万対	措置率	1年後 残留率
全国	127,619	353,805	27.7	0.78%	14.4%
北海道	5,659	21,728	38.4	0.50%	14.2%
青森	1,462	4,648	31.8	0.53%	12.1%
岩手	1,402	4,890	34.9	0.97%	15.6%
宮城	2,373	5,683	23.9	0.41%	22.9%
秋田	1,167	4,493	38.5	0.50%	15.2%
山形	1,230	3,415	27.8	0.62%	10.0%
福島	2,113	8,090	38.3	0.52%	14.2%
茨城	2,991	7,741	25.9	0.85%	17.6%
栃木	2,011	5,401	26.9	1.56%	13.0%
群馬	2,034	5,024	24.7	0.47%	16.2%
埼玉	7,029	12,927	18.4	1.30%	21.8%
千葉	6,024	13,263	22.0	0.40%	13.5%
東京	12,310	25,688	20.9	1.17%	10.9%
神奈川	8,687	14,216	16.4	0.73%	12.9%
新潟	2,460	7,232	29.4	0.42%	12.8%
富山	1,117	3,627	32.5	0.86%	15.3%
石川	1,180	3,899	33.0	0.35%	12.4%
福井	827	2,405	29.1	0.68%	8.3%
山梨	887	2,599	29.3	0.47%	14.9%
長野	2,215	5,325	24.0	1.09%	8.2%
岐阜	2,111	4,374	20.7	0.97%	15.1%
静岡	3,793	7,316	19.3	0.62%	11.0%
愛知	7,158	13,842	19.3	1.02%	13.6%
三重	1,862	5,148	27.6	0.39%	12.2%
滋賀	1,366	2,309	16.9	1.86%	14.5%
京都	2,461	6,479	24.5	0.23%	16.1%
大阪	8,816	19,946	22.6	0.47%	12.0%
兵庫	5,585	11,966	21.4	0.50%	18.0%
奈良	1,436	2,985	20.8	0.63%	14.6%
和歌山	1,056	2,595	24.6	0.84%	13.2%
鳥取	611	1,834	30.0	1.12%	11.6%
島根	753	2,659	35.3	0.76%	14.7%
岡山	1,953	5,948	30.5	0.52%	12.5%
広島	2,878	9,533	33.1	1.73%	10.9%
山口	1,512	6,297	41.6	0.32%	17.5%
徳島	817	4,299	52.6	0.92%	20.9%
香川	1,020	4,080	40.0	0.16%	14.3%
愛媛	1,483	5,156	34.8	1.26%	15.2%
高知	807	3,981	49.3	0.37%	11.7%
福岡	5,051	21,601	42.8	0.91%	16.9%
佐賀	872	4,467	51.2	1.28%	18.3%
長崎	1,501	8,314	55.4	0.66%	16.7%
熊本	1,855	9,011	48.6	1.00%	14.8%
大分	1,218	5,447	44.7	0.85%	21.9%
宮崎	1,164	6,230	53.5	0.09%	14.6%
鹿児島	1,775	10,060	56.7	1.11%	20.7%
沖縄	1,349	5,634	41.8	1.02%	17.2%

資料：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15年度6月30日調査の概要—」をもとに作成。人口は総務省統計局・人口推計(平成15年10月1日現在)による。

(小山智典・竹島正)

1-0-11 自殺対策基本法

わが国における自殺の死亡者数は1997（平成9）年までは2万5000人前後で推移していたが、1998（平成10）年に3万人を超え、以後その水準で推移している（図1、図2参照）。2001（平成13）年に厚生労働省は自殺予防対策を研究事業として予算化し、2002（平成14）年には自殺防止対策有識者懇談会で「自殺予防に向けての提言」を、2004（平成16）年には厚生労働省うつ対策検討会にてうつ対策マニュアルを策定した。しかし、自殺者が3万人を越す状態はその後も続き、精神保健の分野においてのみならず、自殺に関連するさまざまな社会的要因を多角的に分析し、総合的な対策を進める必要性が指摘され、2005（平成17）年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。これを受けて政府においても自殺問題を喫緊の課題として受け止め総合的な対策を推進するため、2005年9月に自殺対策関係省庁連絡会議を設置し、同年12月に「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をとりまとめ、関係省庁が一体となって自殺問題に取り組み、今後10年間で自殺者数を1998（平成10）年の急増以前の水準に戻すことが目標として明記された。

図1 自殺死亡率の推移
(人口10万対)

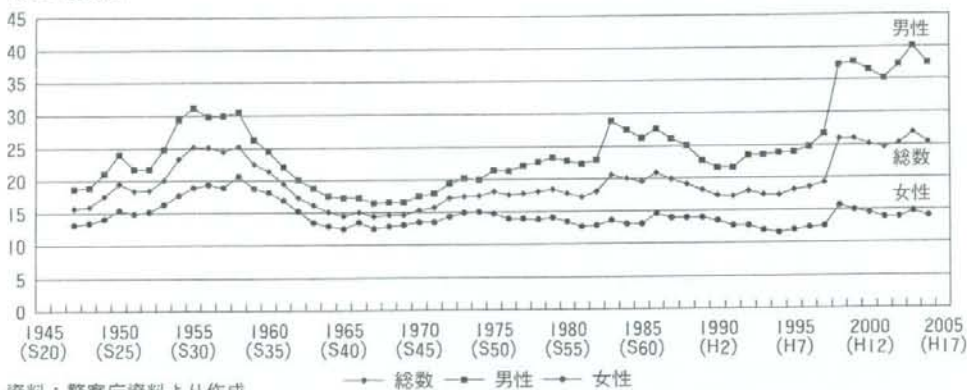
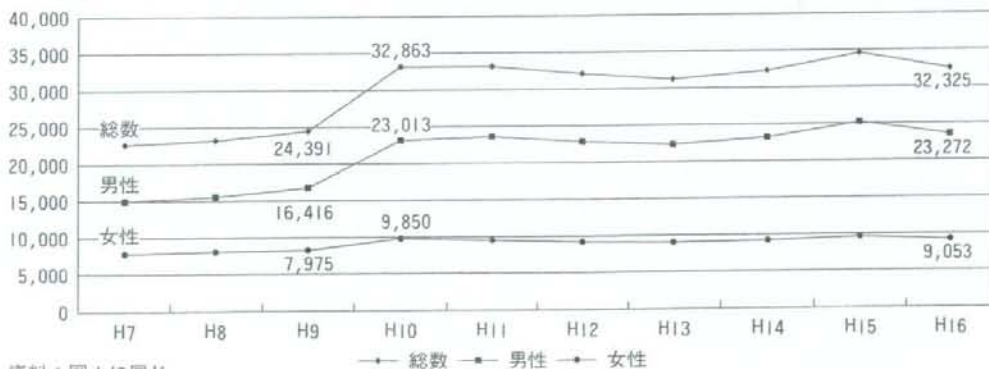


図2 近年の自殺死亡実数の推移
(人)



2006（平成18）年6月には前年末にとりまとめられた政府の総合的な対策の実効性を確保し、自殺の防止、自殺者の親族等への支援の充実といった、自殺の総合的な対策を推進することを目的とした「自殺対策基本法」が、超党派議員の議員立法として国会に提出され、可決、成立した。この法律では、自殺を単に個人の問題として片づけるのではなく、社会的に取り組むべき課題として位置づけた。また、国・地方公共団体には自殺対策を策定・実施する責務が課せられ、事業主にも労働者の心の健康を保持する等の措置を講ずる責務が課せられることとなった（表参照）。本法律の成立によって、今後は精神保健分野のみに限定されない、関係省庁が連携した形での総合的な自殺対策の展開が期待される。

自殺対策基本法の概要

○本法の目的

自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること。

○内容の概要

1 自殺対策の基本理念

- ① 自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならないこと。
- ② 自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならないこと。
- ③ 自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならないこと。
- ④ 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならないこと。

2 国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務

3 政府による自殺対策大綱の策定と、国会への年次報告

4 国・地方公共団体の基本的施策

- ① 自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析及び提供の実施並びにそれらに必要な体制の整備
- ② 教育活動、広報活動等を通じた自殺の防止等に関する国民の理解の増進
- ③ 自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上
- ④ 職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備
- ⑤ 自殺の防止に関する医療提供体制の整備
- ⑥ 自殺する危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制の整備
- ⑦ 自殺未遂者に対する支援
- ⑧ 自殺者の親族等に対する支援
- ⑨ 民間団体が行う自殺の防止等に関する活動に対する支援

5 内閣府に、関係関係をメンバーとする自殺総合対策会議を設置

●参考文献

- ・いきる～自殺予防対策支援ページ～ <http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/index.html>
- ・警察庁：生活安全の確保に関する統計 「平成17年中における自殺の概要資料」、2006。
- ・自殺対策関係省庁連絡会議：自殺予防に向けての政府の総合的な対策について、2005。

（勝又陽太郎・竹島正）

I. 2. 1. 精神保健に関する計画の調査及び研究

竹島 正、三宅由子、立森久照、小山明日香

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

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、国立精神・神経センター精神保健研究所に昭和61年に設置された。精神保健計画部では、部で担当する厚生労働科学研究等が、①精神保健福祉の現況と施策効果のモニタリングのための技術の開発と実施（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（evidence）を充実させるために現場との共同実証研究や研究方法論を提供すること（臨床疫学研究）、③精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析（政策情報研究）に分類されることから、研究者で手分けしてこれらの研究に取り組んできた。

1. この分野の研究の特徴

- ①モニタリング研究の例としては、精神科病院・社会復帰施設等の全国データの分析および電子化した調査票案の作成、精神通院公費制度の利用実態把握のためのレセプト分析、措置入院制度の運用実態に関する全国データの分析等がある。概して既存の資料、行政資料の分析が多く、研究成果は各種審議会、検討会の資料に活用される等、精神保健福祉行政に直結するものが多い。
- ②臨床疫学研究の例としては、職場ストレスと気質に関する研究、精神療法過程評価Q-セット（PQS）を用いた精神療法過程研究などがある。研究成果は英文雑誌にも掲載されている。
- ③政策情報研究の例としては、こころの健康についての疫学調査に関する研究（ひきこもり調査を含む）、精神保健福祉行政の基本資料である「我が国の精神保健福祉」の改訂意見の収集、措置入院制度における事前調査等ガイドラインの試行調査、精神障害者の住居確保に関する研究、日豪保健福祉協力に基づく共同研究等がある。政策情報研究は、精神保健計画を検討する上での探索的意味合いが強く、質問紙調査や質的情報収集など、研究

方法は多様である。

以下、厚生労働科学研究として取り組んできた研究について具体例を示す。

2. 最近の研究の動向

1) モニタリング研究—630調査の経緯と改革ビジョン研究、今後の方向

モニタリング研究では、精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価研究を行っている。これまでに精神保健計画部が継続的に携わっていたモニタリング研究の代表的なものが630調査である。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（現精神・障害保健課）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、全国の精神科病院等の状況等についての情報を得ている。この資料収集は精神保健福祉課（現精神・障害保健課）の業務の参考とすることを目的としており、全国の精神科病院等の協力によって継承され、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。

630調査は、精神科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ものである。精神科病院の業務実態や患者人口等の基礎データの収集のみならず、データ解析により入院患者残留率等を計算し入退院の動態を把握する¹⁾など、精神科医療のマクロ指標を提示することが可能である。

今年度より精神保健計画部が着手しているモニタリング研究が、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、改革ビジョン）フォローアップ研究」である。

近年、海外でも精神保健医療福祉に関する改革は積極的に取り組まれている。

例えば、オーストラリアではAustralia's Mental Health Strategyという国家規模の精神保健戦略が1992年より開始され、その成果はNational Mental Health Report 2005²⁾という報告書にまとめられているほか、様々な観点から研究論文として発表されている³⁾。この戦略によって、急性期病床数の増加とそれ以外の病床数の減少にみられる精神科医療の機能分化や、地域ケアに対する国家予算の増大や地域ケア人員の増加といった地域ケアの補強等が達成されている。

イギリスでは、1999年に精神保健施策10か年計画ともいえるべき「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク（The National Service Framework for Mental Health、以下、精神保健NSF）」⁴⁾が発表された。2004年に発表された、その中間総括と今後5年間の目標達成を加速するための課題を明確

にするための報告書『精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク5年の経過（以下、精神保健NSF5か年報告）』⁹⁾によれば、積極的アウトリーチ班の増加、急性期治療の重点化、自殺率の減少等において成功をおさめているという。

その他、アメリカ、イタリア、フランス等においても改革が進められている。地域精神保健の充実は国際的な方向であるが、国によって精神保健福祉制度は異なるため、改革の内容はそれぞれに異なるものであり、改革の状況の指標となるフォローアップデータも、各国で独自のものとなっている。

わが国においては、厚生労働省が平成16年9月に「改革ビジョン」を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ちおくれた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとした。改革ビジョンでは、約7万相当の病床数の削減を促すこととして、各都道府県の平均残存率24%以下、退院率29%以上という達成目標を示した。また、平成17年10月には障害者自立支援法が成立し、障害者が地域で普通に暮らせるための持続可能な制度が整備された。こうした改革の実現や法律の適正な運用には、フォローアップ研究と研究成果の周知が求められている。フォローアップ研究により、改革推進の動機付けが強化され、根拠に基づく改革の実現が可能となるものと考えられる。

2) 政策情報研究

a. こころの健康についての疫学調査に関する研究

こころの健康の問題への対策には、医療機関を受診する精神障害をもつ患者の実態を把握するだけでなく、地域に潜在するこころの健康の問題を把握することが重要である。地域に潜在するこころの健康の問題を把握するためは、患者調査のような医療機関の受診者を対象とした調査ではなく、一般人口をベースとした疫学調査が必要である。

欧米では、多数の地域住民を対象とした精神科疫学調査によって各種の精神疾患およびその受診行動の実態が明らかになっている。例えば、米国で実施されたEpidemiologic Catchment Area (ECA) 調査の結果は、その後の米国の精神保健対策の立案の基礎資料として活用されている。その後もNational Comorbidity Survey (NCS) およびNational Comorbidity Survey Replication (NCS-R) といった地域住民を対象とした精神科疫学調査が実施され、同様に広く利

用されている。

わが国におけるこころの健康障害に関するナショナルデータとしての地域疫学調査は、精神衛生実態調査として、昭和29年、38年、48年に実施された。しかしこれらの調査結果は、診断の判定基準が標準化されていないこと、調査における人権への配慮が不十分であったこと等の問題が指摘され、48年調査は不完全実施に終わっている。その後には、わが国でも地域住民を対象とした精神疾患の疫学調査が実施されているが⁶⁾、対象者数の問題などから、国を代表するといえるデータは得られていない。

つまり、わが国にはこころの健康の問題に関する政策を進めていくための基盤となるべき、一般人口をベースとした疫学調査データが昭和38年以降存在していないといえる。このことが国民の「こころ」の問題に対する対策を遅らせ、国民のこころの健康を改善し、予防していくための大きな障害となってきた。

この様な状況を変えるために、WHOが提唱した世界の多くの国々が共同して地域における精神・行動の障害による社会的負担を調査するための「世界精神保健プロジェクト (World Mental Health; WMH)」に参画し、「こころの健康についての疫学調査」が実施された。調査の対象は全国に設定された調査地域の住民の無作為抽出サンプルである。この対象にWHO 統合国際診断面接 (WHO- Composite International Diagnostic Interview; WHO-CIDI) をもとにしたWMH 調査票を用いて、訓練を受けた面接者による訪問面接式調査を実施した。WHO 統合国際診断面接とは、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) および International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) に準拠した現時点で最新の精神疾患の世界的に標準化された疫学調査法である。

調査は、6つの県（岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県、神奈川県）の11の調査地域で平成14年度から順次実施され、本稿執筆時点（平成18年）で全ての調査が完了したが、まだ最終的な分析結果は公表されていない。本研究から精神障害の有病率についての論文⁷⁾と精神保健サービスの利用についての論文⁸⁾がすでに公表されているが、本稿では、それらの論文よりも新しい執筆時点で最新の間接報告⁹⁾をもとにして、「こころの健康についての疫学調査」から明らかとなったことを以下に述べる。

地域住民の約6人に1人が、調査時点までの生涯に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。また、調査時点からの過去12カ月間では地

域住民の約14人に1人が、調査時点からの過去30日間では地域住民の約22～28人に1人が、その期間に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた。以上のことはこころの健康問題への対応の重要性を示していると思われる。

調査時点までの生涯で少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた者の約30%が、調査時点までの生涯に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった。調査時点からの過去12カ月間に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた者のうちこの期間に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった割合は約17%、調査時点からの過去30日間に少なくとも1つ以上の何らかの精神障害を経験していた者のうちこの期間に少なくとも1度はこころの健康に関する受診・相談経験があった割合は約7%と、さらに低い。今回の調査から明らかとなった未受診者の集団に精神科医療を受診する必要がある人がどの程度存在するか、またその人がなぜ受診しなかったのかを調べる必要がある。その上で、必要がありながら受診していなかった人についての対応および医療的対応は必要ではなかったが何らかの介入が必要であった人への対応を検討する必要があると考える。

受診・相談先の内訳をみると、他の受診・相談先と比べて医師を受診した者の割合が高い。しかし、これを精神科医を受診した者と一般医を受診した者に細分して比較すると不安障害など障害によっては一般医の受診割合の方が高いものも存在した。これ以外の障害でも精神科医を受診した者と一般医を受診した者の割合に大きな違いのない障害も多い。ここでも受診・相談先は複数回答を集計したものであるため、一般医を受診した者の中には精神科医も受診した者が一定数含まれるため単純な比較はできないが、こころの健康問題への医療面からの対応で一般医の役割の重要性を示唆している。

こころの健康問題の日常生活への影響をそれによる生活上の支障の程度と年間の休業日数により評価した。生活上の支障の程度では、評価した全ての精神障害について、慢性の身体疾患よりもはるかに大きな生活上の支障が生じていた。また、精神障害による年間の休業日数でも、多くの精神障害で、慢性の身体疾患による年間の休業日数よりも多くの休業日数を示していた。これらのことは、精神障害による社会的な影響が高いことを示しており、適切なこころの健康対策の必要性とそれによる社会的利益が大きいことを示唆している。

b. 「ひきこもり」研究について

「ひきこもり」を科学的に調査研究することは、必ずしも容易ではない。それは、「ひきこもり」が疾患ではなく状態像であり、その定義も一定のものがあるとはいえず、ケースの全体的把握が難しいからである。しかし、一方で「ひきこもり」はひとつの社会問題として近年注目されており、科学的データの必要性は増大している。

三宅ら^{10)~13)}は「ひきこもり」の実態調査を、WHOの精神障害疫学調査プロジェクト¹⁴⁾の日本での調査の中で行なってきた。ここで用いられた定義は、「仕事や学校にゆかず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」状態である。平成14年から16年までの3年間に栃木、岡山、長崎、鹿児島四県の調査地区から無作為に抽出され、調査に同意した1,186人の20歳から49歳までの対象者の「ひきこもり」経験率は1.18% (14人:95%信頼区間0.57%~1.80%)であった。またすべての年齢の対象者(20歳以上)2,974人(すべて別世帯)に、家族の中にこの「ひきこもり」にあてはまる子どもがいるかをたずねたところ、2,974世帯中0.67% (20世帯:95%信頼区間0.38%~0.97%)がありと回答し、この率から推定される全国の「ひきこもり」あり世帯は約32万世帯(95%信頼区間18万~46万)となる。この調査の特性から、「ひきこもり」経験率および「ひきこもり」のいる世帯数の推定値は最小限度を示す値として評価するのが適切である。

前記の調査以前には、斎藤¹⁵⁾によれば、「ひきこもり」の量的規模を推測した知見は、2001年に臨床教育研究所「虹」の行なった調査研究のみであるという。それによるとこの調査では、ひきこもり人口を全国で80万から120万と推測しているとのことである。この調査の対象者は「ひきこもり」問題への関心の高い集団であり、推測の根拠は不明である。また、金ら¹⁶⁾は福岡県で自記式質問紙によるひきこもりの有病率調査を行なった。現在ひきこもりである、あるいは過去にそうであったものは21人(現在7人、過去14人)、率にすると全体で3.81%、現在1.27%、過去2.50%であった。回収率が低いため、予備調査と位置づけられ、全国値の推測などは行なわれていない。その他、相談機関に来所したケースの実態調査がいくつか報告されている。高畑¹⁷⁾は平成13年に埼玉県内の450施設を対象とした3ヶ月間の調査を行い、同じく平成13年に国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部¹⁸⁾は、全国の都道府県政令指定都市の精神保健福祉センター56カ所に対して質問紙調