

表2 推計入院患者数(千人)、患者調査(平成17年10月)より

傷病小分類	0歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳	0~14歳	15~19歳	0~19歳
V 精神及び行動の障害	0	0.1	0.2	0.7	1	1.7	2.7
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	0	-	0
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0	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	0	-	-	0	0	0	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0	0	0	0.1	0.1	0.8	0.9
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	-	-	0	0	0	0.2	0.2
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0	0	0	0.2	0.2	0.3	0.5
精神遅滞	0	0.1	0.1	0.1	0.3	0.1	0.4
その他の精神及び行動の障害	0	0	0.1	0.2	0.3	0.3	0.6
VI 神経系の疾患							
てんかん	0.1	0.1	0.1	0.2	0.5	0.2	0.7
上記合計(参考)	0.1	0.2	0.3	0.9	1.5	1.9	3.4

表3 推計外来患者数(千人)、患者調査(平成17年10月)より

傷病小分類	0歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳	0~14歳	15~19歳	0~19歳
V 精神及び行動の障害	0.1	2.5	2.8	2.2	7.6	4.5	12.1
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	0	-	0
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0	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	-	-	-	-	0	0	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	-	0	0.1	0.3	0.4	0.9	1.3
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	0	0	0	0.2	0.2	1.2	1.4
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0	0.1	0.3	0.7	1.1	1.7	2.8
精神遅滞	0.1	1	0.6	0.2	1.9	0.2	2.1
その他の精神及び行動の障害	0	1.4	1.8	0.9	4.1	0.6	4.7
VI 神経系の疾患							
てんかん	0.1	0.7	1.5	1.3	3.6	1.3	4.9
上記合計(参考)	0.2	3.2	4.3	3.5	11.2	5.8	17

表4 総患者数(千人)、患者調査(平成17年10月)より

傷病小分類	0歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳	0~14歳	15~19歳	0~19歳
V 精神及び行動の障害	1	22	27	22	72	49	121
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	0	-	0
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0	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	0	-	-	0	0	0	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0	0	1	3	4	10	14
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	0	0	1	2	3	12	15
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0	1	3	6	10	18	28
精神遅滞(F7)	1	8	5	2	16	2	18
その他の精神及び行動の障害	0	14	18	10	42	7	49
VI 神経系の疾患							
てんかん	1	8	17	19	45	16	61
上記合計(参考)	2	30	44	41	117	65	182

表5 精神科病院の推計退院患者数*(千人)、患者調査(平成17年10月)より

傷病小分類	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	0～14歳	15～19歳	0～19歳
V 精神及び行動の障害	0	0	0	0	0	0.4	0.4
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	0	-	0
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0	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	-	-	-	0	0	0	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0	0	0	0	0	0.2	0.2
気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	-	-	-	0	0	0.1	0.1
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	-	-	0	0	0	0.1	0.1
精神遅滞(F7)	-	-	0	0	0	0	0
その他の精神及び行動の障害	-	-	0	0	0	0.1	0.1
その他の疾患	-	0	0	0	0	0	0
上記合計(参考)	0	0	0	0	0	0.4	0.4

*平成17年9月1日～30日までの1か月間の推計退院患者数。

表6 一般病院・診療所の推計退院患者数**(千人)、患者調査(平成17年10月)より

傷病小分類	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	0～14歳	15～19歳	0～19歳
V 精神及び行動の障害	0.1	0.1	0.1	0.3	0.6	1.1	1.7
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	0	-	0
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	0	0	0	0	0	0.1	0.1
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	-	0	0	0	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0	0	0	0	0	0.3	0.3
気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	0	-	-	0	0	0.1	0.1
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.1	-	0	0.1	0.2	0.3	0.5
精神遅滞	0	0	0	0	0	0	0
その他の精神及び行動の障害	0	0	0	0.1	0.1	0.2	0.3
VI 神経系の疾患							
てんかん	0.1	0.3	0.3	0.2	0.9	0.3	1.2
上記合計(参考)	0.2	0.4	0.4	0.5	1.5	1.4	2.9

**平成17年9月1日～30日までの1か月間の推計退院患者数。

表7 精神科病院の児童思春期病棟*
 数・病床数、精神保健福祉資料(いわゆる
 630調査)(平成17年)より

	病棟数	病床数
大学病院	0	0
国立病院	1	50
独立行政法人病院	0	0
都道府県病院	17	627
指定病院	2	50
非指定病院	1	28
合計	21	755

* 在院患者のおおむね50%以上が20歳未満である病棟

表8 20歳未満の精神科病院在院患者数*、精神保健福祉資料(いわゆる630調査(平成17年)より)

	男性	女性	合計
F0症状性を含む器質性精神障害	20	25	45
F00 アルツハイマー病の痴呆	0	0	0
F01 血管性痴呆	0	1	1
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	20	24	44
F1精神作用物質による精神及び行動の障害	7	16	23
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	2	0	2
覚せい剤による精神及び行動の障害	2	3	5
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	3	13	16
F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	373	491	864
F3気分(感情)障害	59	149	208
F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	108	216	324
F5生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	7	98	105
F6成人の人格及び行動の障害	8	34	42
F7精神遅滞	48	33	81
F8心理的発達障害	120	48	168
F9小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	93	52	145
てんかん(F0に属さないものを計上する)	26	13	39
その他	27	55	82
合計	896	1230	2126

* 平成17年6月30日現在の精神科病院在院患者数

表9 20歳未満の精神科病院在院患者数(入院形態×在院期間)*、精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(平成17年)より

入院形態	1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上 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	合計
措置	11	10	3	1	0	0	0	25
医療保護	336	354	179	132	99	0	0	1100
任意	331	259	89	80	73	4	0	836
その他	10	19	18	27	48	23	20	165
合計	688	642	289	240	220	27	20	2126

* 平成17年6月30日現在の、入院形態と在院期間別の精神科病院在院患者数

表10 20歳未満の精神科病院在院患者の入退院の状況、精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(平成17年)より

	A	B	C		
			1年未満	1年以上	合計
F0症状性を含む器質性精神障害	7	0	17	0	17
F00 アルツハイマー病の痴呆	1	0	3	0	3
F01 血管性痴呆	0	0	0	0	0
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	6	0	14	0	14
F1精神作用物質による精神及び行動の障害	21	0	25	0	25
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	2	0	4	0	4
覚せい剤による精神及び行動の障害	6	0	9	0	9
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	13	0	12	0	12
F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	328	11	285	12	297
F3気分(感情)障害	110	2	131	3	134
F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	213	4	139	1	140
F5生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	59	0	46	0	46
F6成人の人格及び行動の障害	39	1	49	0	49
F7精神遅滞	28	2	26	4	30
F8心理的発達障害	39	2	41	3	44
F9小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	46	3	34	2	36
てんかん(F0に属さないものを計上する)	11	1	17	0	17
その他	26	0	24	2	26
合計	927	26	834	27	861

A 平成16年6月入院患者数：平成16年6月1ヶ月間に新たに入院した患者数

B 平成17年6月1日残留患者数：平成16年6月1ヶ月間に新たに入院した患者のうち、平成17年6月1日に退院しないまま残留している患者数

C 平成17年6月退院患者数：平成17年6月1ヶ月間に退院した患者数

表11 20歳未満の精神科病院在院患者の状況 平成16年度に入院した応急入院患者数、精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(平成17年)より

	男性	女性	合計
F0症状性を含む器質性精神障害	0	1	1
F00 アルツハイマー病の痴呆	0	0	0
F01 血管性痴呆	0	0	0
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0	1	1
F1精神作用物質による精神及び行動の障害	0	0	0
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	0	0	0
覚せい剤による精神及び行動の障害	0	0	0
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	0
F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	7	4	11
F3気分(感情)障害	1	2	3
F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	2	3	5
F5生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0	1	1
F6成人の人格及び行動の障害	1	2	3
F7精神遅滞	0	0	0
F8心理的発達障害	1	0	1
F9小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	0	0	0
てんかん(F0に属さないものを計上する)	0	0	0
その他	0	1	1
合計	12	14	26

表12 20歳未満の精神障害者社会復帰施設等の状況*、精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(平成17年)より

	男性	女性	合計
生活訓練施設	20	11	31
福祉ホーム	1	4	5
入所授産施設	1	0	1
グループホーム	15	9	24
福祉ホームB型	1	1	2
通所授産施設	43	29	72
小規模通所授産施設	34	31	65
福祉工場	1	0	1
地域生活支援センター			
合計	116	85	201

* 平成17年6月30日現在の精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数

表13 20歳未満の精神科デイケア等の利用患者数**、精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(平成17年)より

	男性	女性	合計
精神科病院	177	108	285
精神科診療所	122	144	266
精神保健福祉センター	31	21	52
その他	0	0	0
合計	330	273	603

** 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のいずれかを平成17年6月30日あるいは直前のサービス実施日(1日)に利用した患者数

表14 20歳未満の精神科病院の精神科デイケア等の利用患者数*、精神保健福祉資料
(いわゆる630調査)(平成17年)より

	男性	女性	合計
F0症状性を含む器質性精神障害	0	0	0
F00 アルツハイマー病の痴呆	0	0	0
F01 血管性痴呆	0	0	0
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0	0	0
F1精神作用物質による精神及び行動の障害	1	1	2
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	1	1	2
覚せい剤による精神及び行動の障害	0	0	0
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	0
F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	108	69	177
F3気分(感情)障害	15	7	22
F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	14	12	26
F5生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1	2	3
F6成人の人格及び行動の障害	0	2	2
F7精神遅滞	8	6	14
F8心理的発達の障害	18	5	23
F9小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	9	1	10
てんかん(F0に属さないものを計上する)	3	2	5
その他	0	1	1
合 計	177	108	285

* 精神科病院(精神科デイケア等を実施している病院で厚生労働大臣の定める施設基準に適合している施設のみ)の精神科デイケア等の利用患者数

表15 全国児童青年精神科医療施設協議会による施設概要報告より

施設名	新規入院*	新規外来**
市立札幌病院清療院小児病棟	22	370
市立札幌病院清療院のぞみ学園	13	-
茨城県立友部病院	105	176
千葉市立青葉病院	24	423
国立精神・神経センター国府台病院	66	713
東京都立梅ヶ丘病院	402	1621
神奈川県立こども医療センター	52	541
新潟県立精神医療センター	77	153
山梨県立北病院	27	172
埼玉県立精神医療センター	89	408
自治医大とちぎ子ども医療センター	-	233
静岡県立こころの医療センター	52	307
あすなろ学園(三重県立)	86	541
大阪府立精神医療センター松心園	48	370
大阪市立総合医療センター	86	973
兵庫県立光風病院	11	33
鳥取県立湖陵病院	74	200
長崎県立精神医療センター	56	99
大村共立病院	145	145
国立病院機構 肥前精神医療センター	21	395
北海道立緑ヶ丘病院	10	291
岩手県立南光病院	15	100
総合病院国保旭中央病院	18	146
千葉県こども病院	23	147
愛知県心身障害者コロニー中央病院	73	414
国立病院機構 香川小児病院	49	470
宮崎県立富養園	12	-
合計	1656	9441

*新規入院患者：2006年4月1日から2007年3月31までの入院件数(同年度内再入院の場合はその回数分カウント)

**新規外来患者：2006年4月1日から2007年3月31までの新規外来患者数

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」
分担研究報告書

既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測

研究分担者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：【目的】「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」という）は、当面の重点施策群に「患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進」を挙げている。本研究では、精神科病院の機能分化に関する現状分析と将来予測を最終目標として、既存資料を用いて精神病床の機能分化の実態を分析し、行政機関および医療機関に聞き取り調査を行った。【方法】既存資料の分析では、平成 18 年度精神保健福祉資料を用いて、大学附属病院・総合病院以外の法人・個人による精神科病院を対象に、在院患者の特性に基づく 2 通りのクラスター分析を行い、専門病棟の設置の有無との関連を検討した。聞き取り調査では、地域性の異なる 3 県の精神保健福祉センター、および同じ 3 県に所在する民間精神科病院に面接を行った。【結果および考察】クラスター分析においては、在院期間と年齢に基づいて 5 群（病院数が僅少の 2 群を除くと、高齢・短期／長期／若年・短期）、疾患分類と年齢に基づいて 4 群（F0/F0,2 以外/F2・高齢/F2・若年）が抽出された。いずれも特定の病院群で各専門病棟の設置率が高いという関連があり、各病院群の患者特性は、おおむね専門病棟の設置意図を反映していると思われた。聞き取り調査においては、行政機関は特に精神科救急医療体制の整備を課題としており、地域の精神科医療体制の充実に資する精神科医療機関の機能分化と相互の連携は病院間の相互努力を期待していた。聞き取りを行った範囲では、各地の精神科病院は、地域の医療資源等に応じて自院の機能分化を進めており、それぞれの地域において、様々なニーズに応じた医療機能が共存し、適切な連携がなされることを望んでいた。【結論】平成 18 年度精神保健福祉資料を用いて、精神障害者の病態の多様性に応じて展開されてきた精神科病院の機能の実態を示した。精神科病院の機能分化には、平成 19 年度精神保健福祉資料病棟単位のデータの分析結果も含めて、行政、精神科医療関係者等の保有する情報を増やしていく必要があると考えられた。

A. 研究目的

厚生労働省においては、平成 16 (2004)

年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、「改革ビジョン」という)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年で進めることとした。

「改革ビジョン」は、施策の基本的方向の中に「精神病床の機能分化と地域医療体制の整備」を挙げ、「入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室(ユニット)単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す」、「緊急時に24時間対応できる精神科救急医療体制を整備するとともに、重度障害者も地域生活の選択肢を確保できる包括的サービスの事業の在り方の検討を行う」としている。

本研究は、既存資料を用いて精神病床の機能分化の実態を分析するとともに、行政機関(県)および医療機関(精神科病院)に聞き取りを行い、地域の精神科医療体制の現状と課題、また対象医療機関の機能分化の現状について調査することを目的とした。

B. 研究方法

1. 既存資料を用いた民間精神科病院の実態分析

平成18年度精神保健福祉資料(6月30

日調査)のデータを用いて、「個票1精神科病院の施設・病床の状況」の「病院区分①」が「大学附属病院・総合病院以外の病院」で、「病院区分②」が「医療法人病院」、「個人病院」、または「その他の法人病院」となっている1322病院)の専門病棟の設置の有無を集計した。また、このうち専門病棟が多様でないと考えられる、精神病床200床未満の小規模民間精神科病院(594病院)についても専門病棟の設置の有無を集計した(以下、分析の対象となった病院を「民間精神科病院」という)。

さらに、この594病院のうち平成18年6月30日に精神病床に在院していた患者が全くいなかった1病院を除く593病院を、在院患者の特性に基づいて、クラスター分析により類型化した。具体的には、在院患者を(a)在院期間×年齢階級、および(b)疾患分類×年齢階級の2通りの基準で分類し、病院ごとに在院患者全体に占める各患者層の人数の比率を算出した。その比率を患者層ごとに対象病院全体で標準化し、病院ごとに得られる各患者層のZ値を変数として、(a)、(b)それぞれの方法で「大規模ファイルのクラスター分析」を行った。クラスター数は2から5までの4通りに設定し、それぞれの場合で分析した。また、2通りの分析で得られたクラスターの各組み合わせに属する病院の数を集計し、2通りの結果の関連を χ^2 検定により検討した。さらに、得られたクラスターと専門病棟の設置の有無との関連を χ^2 検定により検討した。

なお、平成 18 年度の 6 月 30 日調査では、在院期間は 8 区分、年齢階級は 5 区分、疾患分類は ICD-10 の F コード最上位 1 桁を目安に 16 区分で集計されたが、クラスター分析では在院患者数などを考慮し、患者層を次のように定義した。(a)では、在院期間を 1 年および 5 年で 3 区分に、年齢階級を 40 歳および 65 歳で 3 区分に分割し、合計 9 の患者層を定義した。(b)では、疾患分類を ICD-10 コードの F0 (症状性を含む器質性精神障害)、F2 (統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)、および F0,2 以外の 3 区分に、年齢階級を(a)と同様に分割したが、F0 は大半が 65 歳以上であり、また F0、F0,2 以外とも全体の患者が比較的少数のため、F2 のみを年齢階級で 3 分割し、合計 5 の患者層を定義した。(a)、(b)の各患者層の合計患者数を、それぞれ表 1、2 に示した。

解析には統計ソフト「SPSS ver.13」を用いた。

2. 精神科医療の機能分化に関する聞き取り調査

1) 行政機関 (県)

地理的、経済的な地域性が互いに対照的で、調査への同意が得られた A 県、B 県、および C 県の 3 県を対象に、地域の精神科医療の体制と精神科病院の機能分化に関する現状と課題について聞き取りを行った。A 県は、県都や他の主要都市を遠く隔て、広い面積に小規模地方都市が点在する地域 (P 地域とする) を有し

ている。B 県は、工業や商業の発展が著しい大都市を有している。C 県は、広い県域を有するが、人口の偏在が比較的小さい。聞き取りに当たっては、文書による依頼を行った上で、A 県については精神保健福祉センター長に、B 県および C 県については、精神保健福祉主管課、精神保健福祉センターの両者同席のもとで実施した。

調査で得られた内容は、地域の精神科医療体制と精神科病院機能分化の現状、地域の精神科医療の課題、機能分化において期待することに分けて整理した。

2) 医療機関 (精神科病院)

行政機関に聞き取りを行った 3 県に所在し、聞き取り調査への同意が得られた民間精神科病院を対象に、地域の精神科病院の機能分化に関する認識、および自院の機能分化の方向とその理由について聞き取りを行った。聞き取りに当たっては、文書による依頼を行った上で、各県 1 病院 (A 県は D 病院、B 県は E 病院、C 県は F 病院) を訪問し、病院や関連施設の見学を行い、理事長または院長等を対象に聞き取りを行った。D 病院は P 地域の中央の地区 (X 地区とする) に所在するが、P 地域内の異なる地区 (Y 地区とする) に所在し同じ法人が運営する精神科診療所および関連施設も訪問した。B 県では E 病院とは別に、特性の異なる精神科病院および精神科診療所を 1 施設ずつ訪問し、見学を行った。

調査で得られた内容は、地域の精神科

病院の機能分化に関する認識、自院の機能分化の方向とその理由、機能分化に関する対象者の一般論的な考えに分けて整理した。

(倫理面への配慮)

既存資料を用いた民間精神科病院の実態分析では、名称を切り離した病院個別のデータを取り扱ったが、病院を特定しうる個別のデータ(所在自治体、病床数など)を伏せて結果を示した。

精神科医療の機能分化に関する聞き取り調査では、対象者に事前に調査の目的と内容を明記して書面で依頼し、医療機関での聞き取りや見学については診療の妨げとならないように配慮した。

C. 研究結果

1. 既存資料を用いた民間精神科病院の実態分析

1) 専門病棟の設置状況

6月30日調査の項目として定義されている専門病棟の設置の有無を、総合病院でない民間精神科病院全体と、このうちの200床未満の病院とで、それぞれ集計した(表3)。専門病棟の定義は、表3の注釈に示した。「精神療養病棟」は設置されている病院が最も多く、全体で半数強、200床未満で半数弱に設置されていた。

これに次いだのは「老人性認知症疾患治療病棟」で、全体で3割弱、200床未満で2割程度に設置されていた。老人性認知症疾患治療病棟入院料の算定はないが、「老人精神病棟」(在院患者のおおむね

60%以上が65歳以上の高齢者であって、「老人性認知症疾患治療病棟」に属さないもの)も、設置率は200床未満に限るとやや低くなるが、比較的に高かった。急性期治療を担う「精神科救急病棟」や「急性期病棟」は、「精神療養病棟」などの慢性期向けの病棟に比して全体でも設置率が低く、200床未満に限ると大幅に低くなった。「アルコール病棟」(在院患者のおおむね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)、「薬物病棟」(在院患者のおおむね50%以上が「アルコール以外の精神作用物質による精神及び行動の障害」であるもの)、「アルコール・薬物混合病棟」(在院患者のおおむね50%以上が「アルコール」または「アルコール以外の精神作用物質」で、それぞれ単独では50%に満たないもの)、「児童思春期病棟」(在院患者のおおむね50%以上が20歳未満であるもの)、「合併症病棟」(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になっているもの)、「医療観察法病棟」(指定入院医療機関)は、ほかの設置病棟に比して設置率が低く、200床未満に限ると「アルコール病棟」以外は設置がなかった。

2) 在院患者の特性に基づくクラスター分析

(a) 在院期間×年齢階級

各クラスターに属する病院の数、およびクラスター間における患者特性(在院期間、年齢階級)の相違の明確さを考慮すると、クラスター数を5に設定した場

合が最も適切と考えられた。各患者層の平均Z値をクラスターごとに表4に示す。クラスター1は115病院(19.4%)で、高齢者が多く、在院期間が短かった。クラスター2は419病院(70.7%)で、在院期間が長かった。クラスター3は1病院(0.2%)で、若年者が多く、在院期間は中程度だった。クラスター4は3病院(0.5%)で、若年者が多く、在院期間が長かった。クラスター5は55病院(9.3%)で、若年者が多く、在院期間が短かった。

在院期間と年齢階級から見た病院の特性を、クラスター別に異なるマーカーで散布図に示した(図1)。具体的には、病院ごとに在院期間と年齢階級の重心をそれぞれ求めてプロットした。クラスター分析では在院期間、年齢階級を各3区分に統合したが、ここでは統合せずそれぞれ8区分、5区分で計算した。在院期間の区分は、区間の幅が指数関数的に増加するため、代表値を区間の幾何平均で定義した(例:「1年以上5年未満」は $\sqrt{5}$ 年)。ただし、最短区分の「1ヵ月未満」は15日、最長区分の「20年以上」は20 $\sqrt{2}$ 年とした。年齢階級の区分は代表値を区間の算術平均で定義した(例:「40歳以上65歳未満」は52.5歳)。ただし、最年少区分の「20歳未満」は大半が10歳代と考えられるため15歳、最年長区分の「75歳以上」は80歳とした。

(b) 疾患分類×年齢階級

各クラスターに属する病院の数、およびクラスター間における患者特性(疾患

分類、年齢階級)の相違の明確さを考慮すると、クラスター数を4に設定した場合が最も適切と考えられた。各患者層の平均Z値をクラスターごとに表5に示す。クラスター1は98病院(16.5%)で、F0の患者が多かった。クラスター2は30病院(5.1%)で、F0,2以外の疾患の患者が多かった。クラスター3は344病院(58.0%)で、F2の高齢患者が多かった。クラスター4は121病院(20.4%)で、F2の若年患者が多かった。

疾患分類と年齢階級から見た病院の特性を、クラスター別に異なるマーカーで立体散布図に示した(図2)。具体的には、病院ごとにF0の患者の比率、F0,2以外の患者の比率、およびF2の患者の年齢階級の重心をそれぞれ求めてプロットした。F2の患者の年齢階級の区分は、(a)と同様に定義した。

2通りの方法で得られたクラスター相互の関連については、(a)のクラスター3および4は病院が僅少のため、分析から除外した。組み合わせ別の病院数は表6のようになり、2通りのクラスターは有意に関連した($\chi^2=587.0$, $df=6$, $p<0.001$)。(a)のクラスター1と(b)のクラスター1、(a)のクラスター2と(b)のクラスター3は、大半の病院を相互に共有した。すなわち、高齢者が多く在院期間が短い病院とF0の患者が多い病院、在院期間が長い病院とF2の高齢患者が多い病院は、それぞれ相互の重なりが大きかった。(a)のクラスター5(若年者が多く在院期

間が短い病院)は、(b)のクラスター4 (F2の若年患者が多い病院)に最も多く分類された。一方、(b)のクラスター4は、(a)のクラスター2 (在院期間が長い病院)に最も多く分類された。また、(b)のクラスター2 (F0,2以外の患者が多い病院)は、(a)のクラスター5に最も多く分類された。

得られたクラスターと専門病棟の設置の有無との関連を、(a)、(b)の順に表7、8に示した。

(a)在院期間×年齢階級では、いずれの病院にも設置のなかったものを除くすべての専門病棟で有意な関連があった(いずれも $p < 0.001$)。急性期治療を担う「精神科救急病棟」や「急性期病棟」は、若年者が多く在院期間が短い病院(クラスター5)で突出して高率だった。「アルコール病棟」も同様であった。「精神療養病棟」は在院期間が長い病院(クラスター2)で最も高率で、クラスター5がこれに次いだ。「老人性認知症疾患治療病棟」や「老人精神病棟」は高齢者が多く在院期間が短い病院(クラスター1)で突出して高率であった。

(b)疾患分類×年齢階級では、「精神科救急病棟」($p = 0.73$)を除くすべての専門病棟で有意な関連があった(いずれも $p < 0.001$)。「急性期病棟」はF2の若年患者が多い病院(クラスター4)で突出して高率だった。「アルコール病棟」はF0,2以外の患者が多い病院(クラスター2)で突出して高率だった。「精神療養病棟」はF2の患者が多い病院(クラスター3、4)

で高率で、F0やF0,2以外の患者が多い病院(クラスター1、2)では低率であった。「老人性認知症疾患治療病棟」や「老人精神病棟」はF0の患者が多い病院(クラスター1)で突出して高率であった。

2. 精神科医療の機能分化に関する聞き取り調査

1) 行政機関(県)

(1) A県

A県は、地域の精神科医療体制と精神科病院機能分化の現状として、2点が述べられた。

- 精神科救急の基幹病院は2病院で、休日は輪番制で、県内3つの各圏域で1つの当番病院が担当している。身体合併症で対応困難な場合には、6つの身体合併症治療病院が設定されている。
- 県内の精神科病院の一部は、患者の疾患や年齢に特定の傾向を有する病院である。

(2) B県

B県は、地域の精神科医療体制と精神科病院機能分化の現状として、2点が述べられた。

- 人口万対病床数が全国に比して少なく、空床も少ない。
- 夜間・休日の精神科救急事業は県域を3ブロックに分け、ブロックごとに毎日1病院の輪番制である。当番病院は各1床の空床を確保し、加えて県立病院が3床の後方病床を用意している。

地域の精神科医療の課題は、10点が述べられた。

- 行政としては、救急事例の受け入れなど、急性期医療に対応可能な精神科病院の確保が最大の課題と考えている。病棟機能の分化は、病院が自ら取り組むものと考えており、行政が主導することは考えにくい。
- 精神科救急に関して、搬送先の決定に時間を要するとの苦情があり、精神科救急システム整備事業を委託している精神科病院協会からも窮状の訴えがあり、県として精神科救急体制の強化を迫られている。
- 輪番制の精神科救急に参加している病院の受け入れ態勢に差がある。精神科病院の機能を、急性期の患者に常時対応可能な病院、輪番病院、急性期対応終了後の受入病院の3つに割り振ることを検討する必要があるかもしれない。
- 指定医の確保が困難なことが、精神科救急体制の充実を困難にしている。
- 精神科救急体制の充実には、若い精神保健指定医が十分に配置された病院、保護室の利用できる病院、アルコール以外の精神作用物質による精神及び行動の障害の事例を受け入れることのできる病院の確保が課題である。
- 精神科病院の機能として整備が必要なのは、アルコール・薬物関連、児童思春期、身体合併症の患者の入院受け入れである。児童思春期は、知的障害を伴う患者の対応に苦慮している。児童思春期に対応している病院も、年齢が

高くなると対応困難になる。身体合併症は、大学病院精神科に保護室がなく受け入れ困難な状況にある。

- 統計上は県内の精神科医は増加しているが、診療所を開業する医師が多く、病院勤務医の確保が困難となっている。
- 精神科診療所は急性増悪に対応できず、主治医としての役割を果たしていないと病院側から不満の声が上がっている。
- 医療機関の連携については、病院は精神科病院協会があるので機能している。
- 診療所については、行政として3年くらい前から、精神神経科診療所協会に措置診察や精神科救急への助力を要請してきたが、実現は難しい。

機能分化において期待することは、7点が述べられた。

- 医療機能の分化が進む中で、精神科救急医療体制が充実することを期待する。
- アルコール・薬物関連の入院応需。
- 思春期の患者の入院応需。
- 身体合併症の患者の入院応需。
- 認知症疾患への精神科医療としての対応については、精神科病院側の取組の方向を見守っている状態である。
- 民間病院は、従来の慢性期患者中心型と、急性期患者中心型に分化しつつある。県としては、その進捗とともに全体としてより良好に機能することを期待している。
- 病-診連携については、近隣の精神科診療所とサービスの範囲を分担することによって、より連携が進むかもしれな

い。

(3) C 県

C 県は、地域の精神科医療体制と精神科病院機能分化の現状として、3 点が述べられた。

- 精神医療圏域は 4 つであるが、1 圏域の医療資源が不足しているため、精神科救急は 3 圏域で運営している。
- 各圏域で、急性期の患者を中心に受け入れる病院群と、慢性期の患者の対応を主としている病院群に分かれており、その意味で機能が分化していると考えられる。
- 県内の精神科病院は、互いの病院の機能特性を知り、急性期対応、合併症対応、また後送を含めて、協力関係を作っている。

地域の精神科医療の課題は、2 点が述べられた。

- 1 圏域（精神科救急を隣接圏域と合同で運営している圏域）で急性期医療を担う勤務医が不足している。勤務医の精神科診療所開業と病院勤務医の高齢化で、状況は厳しくなっている。
- 救急患者や措置入院の受け入れに対する個別の病院の対応に差がある。

機能分化において期待することは、2 点が述べられた。

- 救急事例に臨機応変に対応できる病院を求めている。すなわち、多数の指定医がいて、救急対応に積極的で、措置

入院患者を受け入れる病院である。

- 精神科救急の輪番病院に、身体合併症に対応可能な病院が含まれていると良い。

2) 医療機関（精神科病院）

(1) D 病院

地域の精神科病院の機能分化に関する認識については、4 点が述べられた。

- 県内の精神科病院の類型としては、認知症疾患治療病棟を有する病院と有しない病院、高齢の長期在院者が中心の病院の 3 つに大別できる印象がある。
- 入退院がきわめて少なく、機能向上に努力しても高齢の長期在院者を多く抱える現状から脱却しきれない病院もある。
- 公的病院は急性期を過ぎれば速やかに退院させるが、民間病院は退院先などの事情にある程度応じざるを得ない。
- Y 地区は背景人口が小さく、加算などの措置がなければ、精神科救急、急性期の認知症に対応できる体制を取ることができない。

自院の機能分化の方向とその理由については、大きく 5 つのテーマについて述べられた。

病院と関連施設

- D 病院の周辺にグループホームを整備した。グループホームから院内の精神科デイ・ケアに通うパターンも多く、医療の継続が図りやすい。地域の入院需要には、なるべく応じる。退院につ

いてはPSWが努力する。

Y地区での展開

- Y地区には、精神科の入院施設はない。精神科外来のある医療機関はあるが、精神科医療機関のない自治体（Z自治体とする）もあり、在住の患者は数十キロメートル離れたX地区へ通院する必要があった。
- 障害者計画でY地区に地域活動支援センター設立の計画があり、当法人が参入（Z自治体に設立）。D病院周辺やZ自治体では、当法人がD病院を中心に訪問看護や多様な自立支援サービスを展開している。
- 地域に貢献するには医療も提供しなければならないと考え、Z自治体に精神科診療所を開設し、Y地区における精神科医療の空白地域を解消した。病状が不安定な患者がD病院まで通院するのは困難が大きいが、同診療所への通院で治療が続けられることも多い。D病院との連携があるため、患者の家族にも安心感がある。
- 地域活動支援センターは診療所に近接しているため、比較的用户数が多い。また、過疎地において自立支援施設を単独で運営するのは非常に困難だが、出資母体（法人）が大きいため運営できている。

積極的なアウトリーチ

- Y地区では訪問のニーズが高く、法人では医療と福祉が連携して、積極的なアウトリーチを実施している。相談支援専門員の訪問には、相談支援と訪問

看護の両方がある。

- Y地区の老人ホームからは、入所者の往診を求められた。このようなニーズに対応することも実用と考える。

認知症に関する認識と対応

- D病院を建て替える時は、認知症疾患治療病棟の設置を検討する必要がある。しかし、回転の遅い認知症病棟では地域のニーズに応えられない。認知症のグループホームの設置なども検討して、病床回転を高めたい。
- 65歳以上の統合失調症の患者を、介護保健施設はなかなか受け入れない。統合失調症の高齢者もADLが低下してくると認知症のグループホームが適しているが、入所に難色を示される。
- 統合失調症の高齢者にとっては、病院よりグループホームのほうが質の高い生活を送ることができる。認知症のグループホームを、統合失調症の高齢者の住居としても活用できるようにすることが望まれる。

自院に求められている機能、発揮しやすい機能

- 民間精神科病院は、公立病院では取り組みにくい事業展開、例えばグループホームの設置などに柔軟取り組んでいかなければならないと考えている。
- 認知症疾患は、外来だけでなく入院のニーズも高いため、これに応じることのできる体制を取る必要があるだろう。
- Y地区のZ以外の自治体には、県の保健福祉センターとその支所があるが、そこに地域活動支援センターのサテラ

イトを作りたい。未治療患者への適切な介入につながる事が期待される。

機能分化に関する対象者の一般論的な考えについては、大きく4つのテーマについて述べられた。

機能分化に関する課題

- 認知症と高齢の統合失調症の患者をどのように処遇していくかは大きな課題である。どうしても病床回転が悪くなる。
- 精神療養病棟入院料を取得するには指定医が必要であるが、認可されてしまえば在院期間が長くなっても診療報酬が変わらないので、退院促進の動機付けが弱まるのではないか。
- 精神科救急、合併症治療の充実は、患者にとってきわめて重要なことである。

人的資源の投入に適した病期

- 看護基準の効果は、入院3ヶ月以降に強くなる。入院3ヶ月未満では、薬物療法などによって病状が速やかに改善するし、入院後2年も過ぎると効果は薄くなる。
- 高齢の統合失調症の長期在院患者の場合、高い看護基準の下でも、退院に結び付けるのが難しいと感じる。

特別に考慮すべきケース

- 長期在院のうちでも重症患者の医療確保はよく考慮する必要がある。そのためにも症状評価が必要になる。
- 急性期治療病棟を作れない小規模な病院を、診療報酬上救済する必要がある。

地域での他機関との連携

- 病院が有する医療資源をどのように地域に拡大して提供するかを考えると、やはり訪問看護ステーションと連携するのが最も実行しやすい。
- 医療機能の強化に努力する病院は、救急・急性期医療に進んでいく可能性が高い。公的病院は長期間の療養を必要とする患者を受け入れられない。これら以外の病院は、慢性期の患者を受け入れることになるが、地域医療全体から見れば、そのような病院がないと成り立たないだろう。

(2) E 病院

地域の精神科病院の機能分化に関する認識については、1点が述べられた。

- 精神科医療連携のウェブサイトが開発された。県内の精神科医療機関の参加が進み、医療連携が促進されることを期待している。

自院の機能分化の方向とその理由については、2点が述べられた。

- 急性期治療病棟を設置すると、その病棟自体からの退院だけでなく、転棟先の病棟の患者動態にも変化が生じ、病院全体として入退院が増加し、地域の入院需要に応じる機会が増える。
- 精神科デイ・ケアを実施するのであれば、居場所の提供というより社会復帰志向の個別プログラムが望ましい。

機能分化に関する対象者の一般論的な考えについては、2点が述べられた。