

どの工夫が必要となるだろう。また、今後「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の成果により患者の退院状況に何らかの変化が生じる可能性があり、推移を把握する必要がある。

#### A. 研究目的

わが国の精神保健医療福祉においては、平成 16 年に厚生労働省がとりまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的理念に基づき、新たに入院する患者の早期退院と長期在院患者の地域移行が課題のひとつとなっている。本研究では、精神科新規入院患者について、入院後 1 年間の動態を退院の事由別に明らかにし、さらに疾患・年齢構成の影響を検討した。

#### B. 研究方法

本研究では厚生労働省精神・障害保健課、障害福祉課（平成 18 年度以降）、および国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部が共同で実施する「精神保健福祉資料（いわゆる 630 調査）」の最新のデータである平成 18 年度データを用いて 2 次的に解析を行った。なお、一部の解析には平成 14 年から平成 18 年までの 5 年間のデータを使用した。

##### 【研究 1】

まず、平成 17 年 6 月 1 ヶ月間の新規入院患者の退院の発生の時間的な様子を、退院の事由別（家庭復帰、社会復帰施設等への入所、転院、死亡の 4 種類）に退院曲線を描くことにより明らかにした。次に、新規入院患者の在院期間が長い都道府県と短い都道府県において患者の退

院の発生の時間的な様子にどのような違いがあるのかを検討するため、新規入院患者の退院曲線をもとに計算される「平均残存率」が高い 16 県（高群：47 都道府県のうち高いほうの 3 分の 1）と低い 16 県（低群：低いほうの 3 分の 1）とその中間の 15 県の 3 群の退院曲線を、退院の事由別に比較した。なお、平均残存率の計算式は以下のとおりである。

平均残存率 = (6 月 1 ヶ月間の新入院患者の当年 6 月～翌年 5 月末の毎月の残存者数の合計) / 6 月 1 ヶ月間の新入院患者数 × 12

##### 【研究 2】

研究 2 では、疾患による退院状況の違いをみるために、疾患ごとの 1 年後残存率を過去 5 年分算出した。次に、精神科入院患者の多数を占める疾患（F0：認知症、F2：統合失調症、F3：気分障害）について、患者の年齢別の 1 年後残存率を計算した。さらに、【研究 1】の 3 群それぞれについて同様の計算を行い、群間の違いを明らかにした。なお、疾患・年齢別の比較については、用いたデータの性質上平均残存率を算出することができないため、ここでは代わりに 1 年後残存率を指標として用いた。1 年後残存率とは、6 月 1 ヶ月間の新規入院患者のうち 1 年

後（5月末）時点で入院を継続している率である。

## C. 研究結果

### 【研究1】

図1に新規入院患者の退院曲線を示す。最終的に1年後の時点で家庭復帰した率は67.1%であり、転院10.5%、社会復帰施設等への入所6.7%、死亡2.6%であった。

3群で退院の事由別に退院曲線を描いたものが図2である。家庭復帰による退院率は、平均残存率低群・中群・高群の順で高かった。低群と高群で比較すると、両群の差は8月末までは徐々に大きくなり（8月末時点：高群41.9%、低群50.6%、差8.7ポイント）、その後は差が少しずつ小さくなり、1年後の5月末時点での家庭復帰率は高群63.6%、低群70.1%（差6.5ポイント）であった。転院および社会復帰施設等への退院率に関しては、全群でほとんど差はなかった。死亡による退院率は、家庭復帰による退院率とは反対に、高群・中群・低群の順で一貫して高かった。3群ともに8月末までの死亡が多く、月当たりの死亡による退院率は高群約0.5%、中群約0.4%、低群約0.3%であり、その後は高群約0.2%、中群約0.1%、低群約0.1%で推移していた。

図1および図2の退院曲線は平成17年6月1ヶ月間の新規入院患者の動態を示しているが、そのうち1年以内に退院した患者の退院曲線を図3および図4に示す。図3より、1年以内に退院した患者のうち8割が9月末日までに退院して

いることが読み取れる。

### 【研究2】

研究1では、平均残存率の高低により分類した3群間で、新規入院患者の退院の発生の時間的状況を比較した。しかし、退院状況は患者の疾患や年齢、重症度、生活環境といった患者特性が少なからず影響していると思われる。仮に患者の疾患や年齢によって退院状況が異なる場合、在院期間が長くなりがちな疾患・年齢の入院患者が多い都道府県では、そうでない都道府県よりも残存する患者が多くなることは容易に想像できる。実際、図5に示されるように、平均残存率高群・中群・低群の順にF0患者割合が高いなど3群間で患者の疾患内訳には差があり、このことが平均残存率の高低に影響を及ぼしている可能性がある。そこで研究2では、まず疾患ごとの1年後残存率を算出し、疾患により退院率にばらつきがあるかどうかを検討した。

図6に結果を示す。平成17年6月新規入院患者の1年後残存率は13.2%であった。疾患ごとにみると、F0で24.6%と最も高く、ついでF2が16.5%、F7（精神遅滞）が15.0%であった。F3（気分障害）、F4（神経症性障害）は低く、それぞれ5.2%、4.6%であった。なお、過去5年間の疾患別1年後残存率を図7に示す。全体として1年後残存率は僅かに下がってきているが、F0では数値が上下していた。

次に、精神科入院患者の多数を占める、F0、F2、F3について、それぞれ20歳未

満、20歳以上40歳未満、40歳以上65歳未満、65歳以上75歳未満、75歳以上の年齢別5群で1年後残存率を算出した(図8)。その結果、F2、F3ではおおよそ高い年齢ほど1年後残存率が高く、F2では40歳未満の若年層では1年後残存率は10%以下であるのに対し、65歳以上では約30%であった。F3では40歳未満では約1%であるのに対し、65歳以上では約10%であった。F0については、若年の認知症患者(65歳未満)の1年後残存率が高かった。次に、研究1の3群で、疾患別の1年後残存率を算出し(図9)、さらにF0、F2、F3についてはそれぞれ年齢別5群で1年後残存率を算出した(図10)。その結果、F0、F1、F2、F3といった精神科入院患者の大半を占める疾患でおおむね平均残存率高群で1年後残存率が高かったが、特にF0でその差が大きかった。年齢別にみると、各疾患とも75歳以上の高齢患者の1年後残存率が高かった。

#### D. 考察

研究1より、平均残存率が低い、すなわち患者の在院期間が短い都道府県では、平均残存率の高い県に比べて家庭復帰による退院が多いこと、とりわけ入院後2-3ヵ月での比較的早い段階での退院が多いこと、さらに死亡による退院が少ないことが明らかになった。また、社会復帰施設等への入所や転院による退院患者数は多くなく、家庭復帰率が平均残存率にもっとも影響を及ぼしていると考えら

れる。さらに、1年以内に退院する患者のうち実に8割が入院後3-4ヶ月以内に退院していることが明らかになった。入院3-4ヶ月後までに退院できるかどうか、患者の退院のひとつの目安となるかもしれない。

研究2では、患者の疾患や年齢により退院状況が異なることが示された。特にF0やF2患者では入院期間が長くなる傾向にあった。またF2やF3では高齢患者の1年後残存率が高く、家族のサポート不足や合併症の問題等により高齢者の入院が長期化しやすいことが推察される。一方、F0では若年患者(65歳未満)の1年後残存率が高く、これは若年発症の認知症患者を地域で支える仕組みが必ずしも十分に整備されていない現状を反映しているものと考えられる。また、平均残存率の高い都道府県ではそれ以外の都道府県に比べて、F0患者や高齢の患者など入院期間が長くなる傾向のある患者の1年後残存率が特に高いことから、こうした患者の退院の状況が特に平均残存率に影響を及ぼしていると推察される。

このように、疾患・年齢により患者の退院状況が異なることから、平均残存率や退院率等の指標を用いる際には、こうした影響を考慮し、都道府県ごとに疾患別・年齢別に評価したり、標準的な疾患・年齢構成に合わせて(標準化して)算出するなどの手法を用いることが必要かもしれない。今後、そうした方法の有用性を検討する必要があるだろう。

また、疾患ごとの1年後残存率の経年

推移をみると、おおむねどの疾患でも徐々に低下していたが、F0については値が上下しており、今後の動向に注目する必要がある。

本報告では、平成18年度のデータを中心に分析を行ったが、今後、平成16年に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の成果により患者の退院状況に何らかの変化があらわれる可能性がある。今後も継続して推移を把握する必要があるだろう。

- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

#### E. 結論

精神科新規入院患者の入院後1年間の動態が明らかになった。疾患・年齢により患者の退院状況が異なることから、平均残存率や退院率等の指標を用いる際には、都道府県ごとに疾患別・年齢別に評価したり、標準的な疾患・年齢構成に合わせて（標準化して）算出するなどの手法を用いることで、疾患や年齢構成の影響を考慮することが可能になる。また、今後も患者の退院状況に関して推移を把握する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- 1. 特許取得 なし

図1 17年6月新入院患者の動向

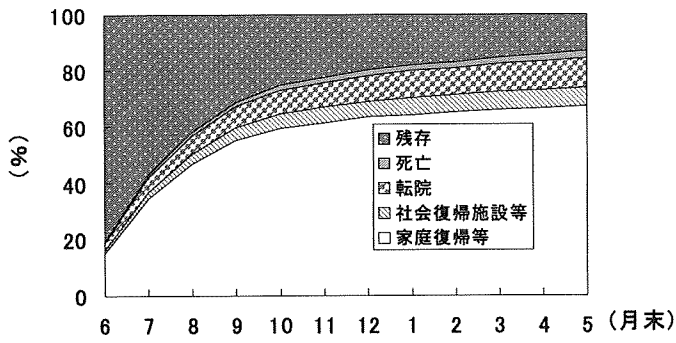


図2-1 新入院患者の家庭復帰曲線

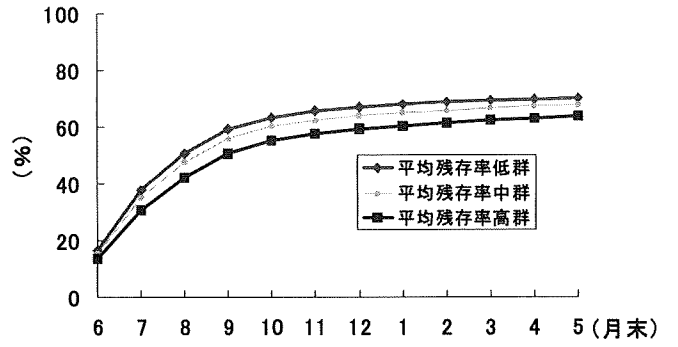


図2-2 新入院患者の死亡曲線

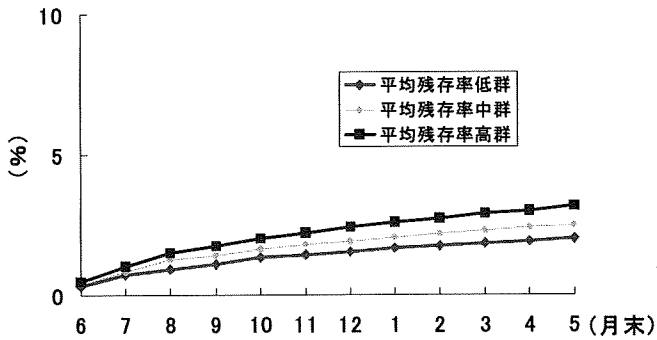


図2-3 新入院患者の社会復帰施設への入所曲線

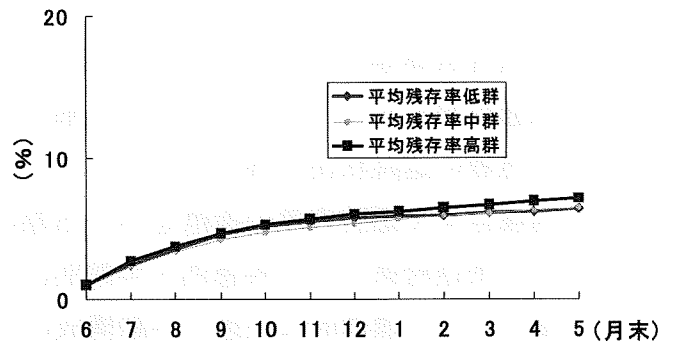


図2-4 新入院患者の転院曲線

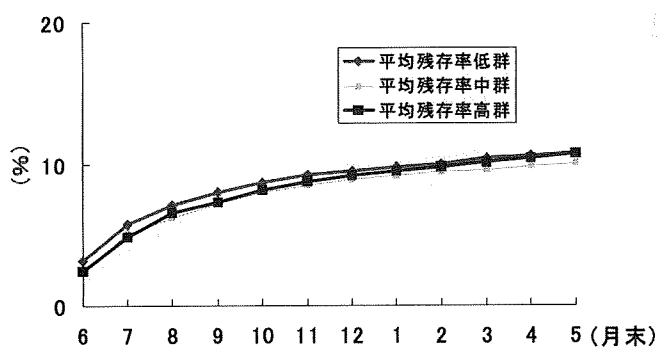


図3 1年以内に退院した患者の退院曲線

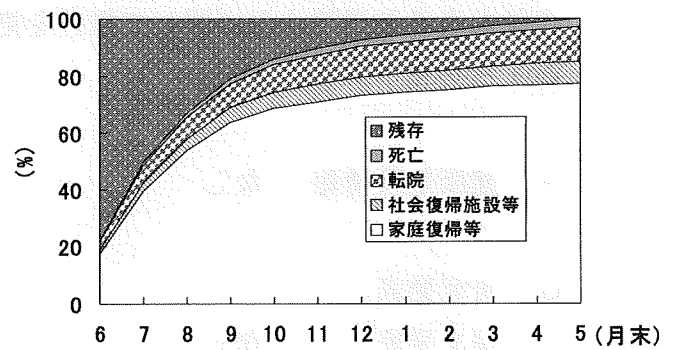


図4-1 1年以内に退院した患者の家庭復帰曲線

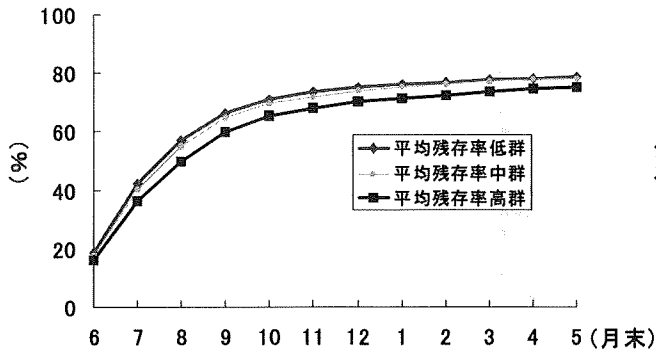


図4-2 1年以内に退院した患者の死亡曲線

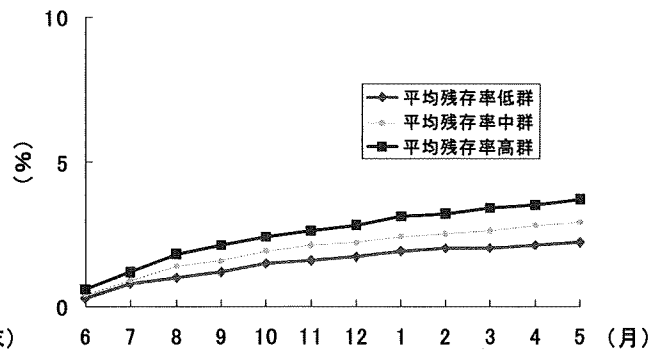


図4-3 1年以内に退院した患者の家庭復帰曲線

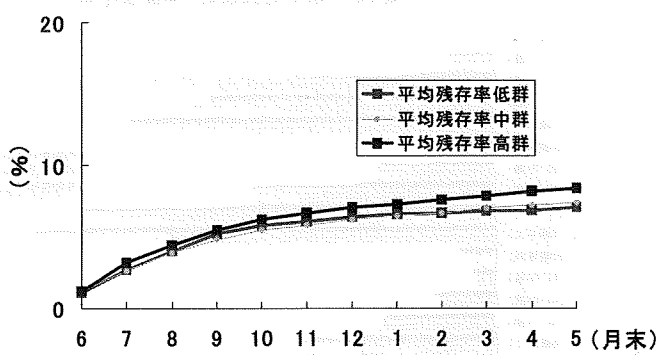


図4-4 1年以内に退院した患者の転院曲線

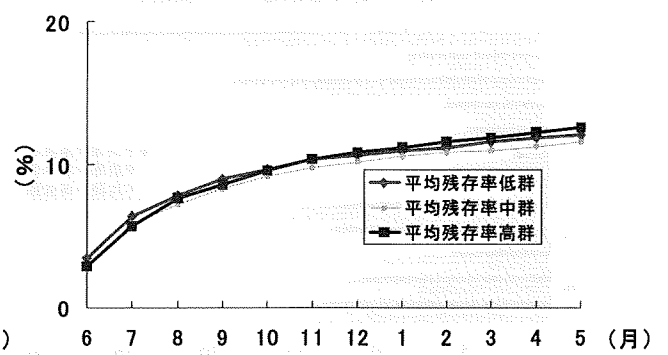


図5 新入院患者の診断内訳

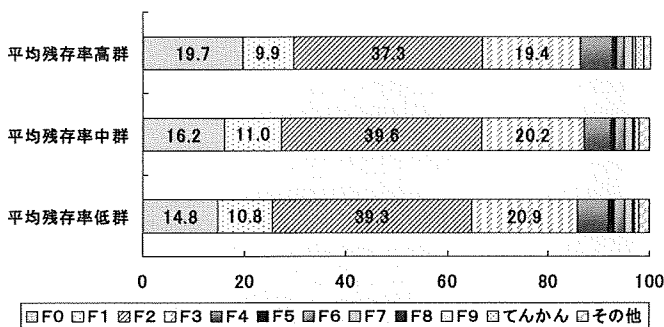


図6 各疾患の1年後残存率

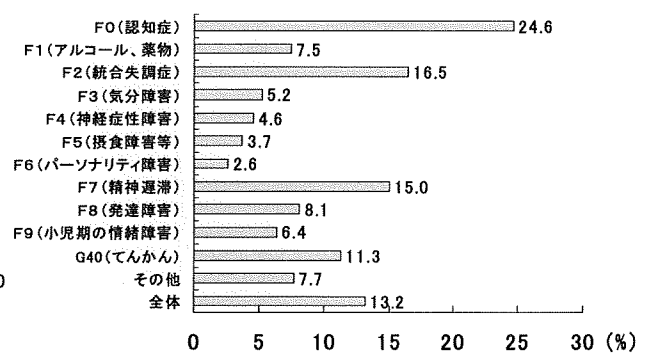


図7 過去5年間の疾患別1年後残存率

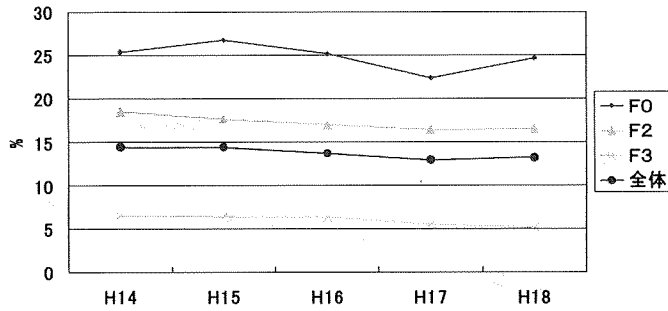


図8 各疾患の1年後残存率

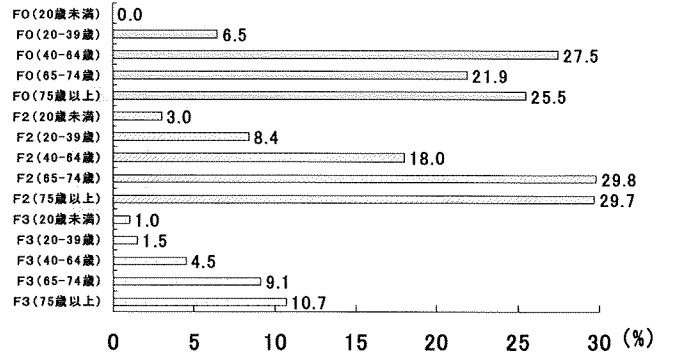


図9 3群の各疾患の1年後残存率

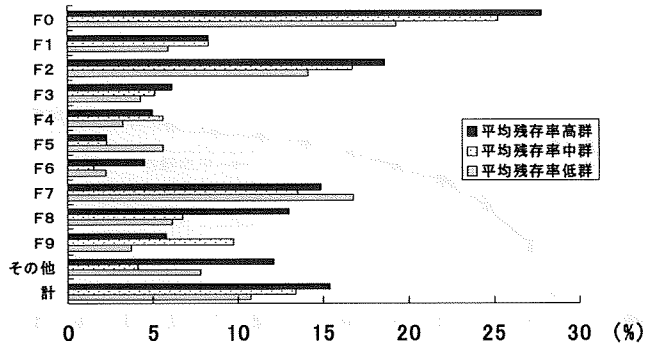
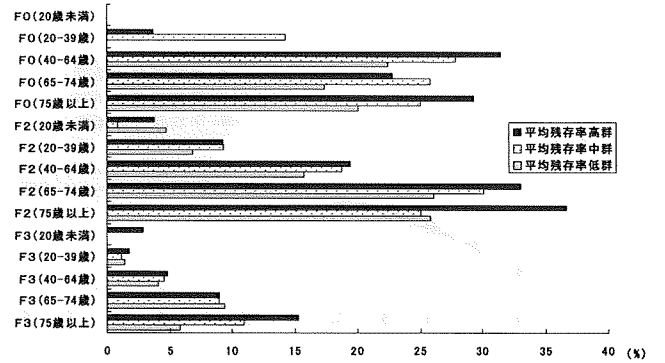


図10 3群の各疾患の1年後残存率



平成 21 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）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神保健医療福祉体系の改革のモニタリングの詳細分析

研究分担者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 長沼 洋一（国立精神・神経センター精神保健研究所）

小山明日香（国立精神・神経センター精神保健研究所）

河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究代表者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：

【目的】本報告書作成時点で結果が公表されている最新の調査である 2006 年の精神保健福祉資料のデータおよび改革ビジョンが公表される直前の 2003 年のそれを用いて精神科病床を有する病院（以下、精神科病院等）における統合失調症、認知症による在院患者の数的状況を明らかにすることを目的とした。

【方法】厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国 of 精神科医療施設などの状況についての資料を精神・障害保健課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等の悉皆調査により得られたものである。本研究では 2006 年および 2003 年調査のデータを使用した。対象施設数はそれぞれ 1,645、1,662 であった。

【結果】2006 年の精神科病院等の在院患者総数は 320,308 人であり、2003 年比で 8,788 人の減であった。2003 年から 2006 年の間に認知症等の在院患者数は 57,729 人から 61,027 人と 3,298 人の増加であった。一方で同期間の統合失調症等のそれは 200,935 人から 192,329 人と 8,606 人の減少であった。また認知症等の内訳では、この期間にアルツハイマー型認知症は 3,870 人の増加、血管性認知症は 2,803 人の減少であった。都道府県別に比較すると認知症等、統合失調症等ともに人口 10 万対在院患者数が多いのは日本の周辺部、特に南部に集中しているのが特徴である。

【結論】2009 年 9 月公表の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」では数値目標に統合失調症による在院患者数を今後 5 年間で約 15 万人（2005 年比で 4.6 万人減）にすることが追加された。この目標を達成するためには長期在院患者の高齢化による死亡退院率の増加を考慮しても、地域移行を一層促進する必要があると思われた。またこの 3 年間の動態では全体の在院患者数は減少している中で認知症等によるそれは 5% 程度増加しており今後注視が必要である。精神保健改革の進捗状況が速やかに把握できるように、例えば数値目標に関係する部分だけは別途回収するなどの工夫をすることも今後は検討したい。



## A. 研究目的

2004年9月に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、基本方針の部分に「受入条件が整えば退院可能な者約7万人については、全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしており、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図るものである。」と示されている。

改革ビジョンが2009年9月にその中間点を迎えることを踏まえ、その後期5年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示することを目的として、昨年4月から「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において検討を開始した。ここでは前半5年が過ぎたことをうけ、その成果の中間評価と後半5年に向けた見直しがなされた。

2009年9月に公表された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」では今後の数値目標について、これまでに掲げられていた平均残存率および退院率（1年以上群）の数値目標は引き続き掲げるとした上で新たな2つの数値目標を提示している。それらは統合失調症による入院患者数（精神保健福祉資料でいうところの在院患者数）と認知症に関する目標値である。前者については今後5年間でその人数を約15万人（2005年比で4.6万人減）にすると目標値が設定された。後者についても今後の検討を経て数値目標が設定される予定である。

本研究では、本報告書作成時点で結果が公表されている最新の調査である

2006年の精神保健福祉資料のデータおよび改革ビジョンが公表される直前の2003年のそれを用いて精神科病床を有する病院における統合失調症、認知症による在院患者の数的状況を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 対象

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（当時）では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設などの状況についての資料（以下、精神保健福祉資料と称す）を得ている。

精神保健福祉資料のデータはわが国の精神病床を有する病院（以下、精神科病院等）の悉皆調査により得られたものである。分析には2006年および2003年調査のデータを使用した。対象となった施設数は2006年調査が1,645、2003年調査が1,662であった。

### 2. 方法

2006年および2003年の精神保健福祉資料の精神科病院等の在院患者についてのデータを用いた二次解析を厚生労働科学研究として実施した。人口10万対の数値を算出するために、総務省統計局公表の2003年および2006年の10月1日現在推計人口を使用した（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>）。

「症状性を含む器質性精神障害（以下、認知症等）」および「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（以下、統合失調症等）」による在院患者について次の

集計を行った。一部の集計ではアルツハイマー病型認知症および血管性認知症も内数として示した。

- 在院患者数
- 在院患者数（都道府県別）
- 人口10万対在院患者数（都道府県別）
- 2003年から2006年までの人口10万対在院患者数の変化（都道府県別）

#### （倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（現、精神・障害保健課）が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した、全国の精神科病院の状況についての資料を、厚生労働科学研究として、精神・障害保健課の許可を得て二次的に分析したものである。データは施設ごとの集計値として報告されており、そこには個人を特定可能な情報は含まれていない。

## C. 研究結果

### 1. 全国の状況（表1）

2006年の精神科病院等の在院患者総数は320,308人であり、2003年比で8,788人の減であった。2003年から2006年間に認知症の在院患者数は57,729人から61,027人と3,298人の増加であった。一方で同期間の統合失調症のそれは200,935人から192,329人と8,606人の減少であった。また認知症の内訳では、この期間にアルツハイマー病型認知症は3,870人の増加、血管性認知症は2,803人の減少であった。

### 2. 都道府県別の状況

表2に都道府県別の2003年および2006年の在院患者数を疾患別に示した。

2006年値で認知症等は最小112から最大4,634に、統合失調症等は最小1,073から最大14,120に分布していた。認知症等の内訳では全体の傾向と同じく多くの都道府県でアルツハイマー病型認知症による在院患者数が増加する一方で血管性認知症によるそれは減少していた。

2006年の都道府県別の人口10万対在院患者数を図に示した。人口10万対在院患者数に基づいて都道府県をそれぞれの区分にほぼ同数の都道府県が含まれるように5つに区分した。色が濃い都道府県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。図1が認知症等、図2が統合失調症等についてである。双方とも人口10万対在院患者数が多いのは日本の周辺部、特に南部に集中しているのが特徴である。

次に都道府県別の人口10万対在院患者数の2003年値から2006年値への変化を検討した。認知症等においては過半数の都道府県で2003年から2006年にかけて増加をしていた（表3）。一方、統合失調症等においてはほぼ全ての都道府県でこの3年間で減少していた（表4）。統合失調症等ではもともとの人口10万対在院患者数が多かった地域で比較的大幅な減少が観察されたが、もともとの人口10万対在院患者数が多い地域でもこの3年間にあまり変化のない地域も存在した。

## D. 考察

2009年9月公表の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」では数値目標に統合失調症による在院患者数を今後5年間で約15万人（2005年比で4.6万人減）にすることが追加された。この目標を達成するためには長期在

院患者の高齢化による死亡退院率の増加を考慮しても、地域移行を一層促進する必要があると思われた。認知症についても数値目標が設定される予定である。この3年間の動態からも全体の在院患者数は減少している中で認知症によるそれは5%程度増加しており注視が必要である。

認知症等の在院患者数が大幅に増加をしている県やほぼ全ての県が減少している中で統合失調症等の在院患者数が増えている県などが存在した。こうした県では病院数や病床数も増加が確認できたが、それ以上の情報は本データからは得られない。聞き取り調査などによる情報の補完が必要であろう。また統合失調症等においてももとの人口十万人対在院患者数が多いにもかかわらず、この3年間にあまり変化のなかった地域についても聞き取り調査などによる個別の状況の把握が必要と考えられた。

本研究の限界としては使用したデータが最新で2006年時点のものと古いことが挙げられる。これは、精神保健福祉資料は悉皆調査であること、および調査内容もわが国の精神科保健医療福祉の状況を包括的に把握する必要があるため多岐にわたることなどの理由から、調査を開始してからデータが利用可能になるまでに相当の時間を要するためである。精神保健改革の進捗状況が速やかに把握できるように、例えば数値目標に関する部分だけは別途回収するなどの工夫をすることも今後検討したい。

#### E. 結論

現時点で最新の調査である2006年の精神保健福祉資料のデータおよび改革ビジョンが公表される直前の2003年のそ

れを用いて精神科病床を有する病院における在院患者について二次解析を行った。これにより悉皆調査に基づいてわが国の精神科病院等における統合失調症、認知症等による在院患者の全国および都道府県の数的状況を明らかにできた。

精神保健福祉資料のデータは悉皆調査に基づくものであり、これを利用することによりわが国の精神科医療機関等の利用者の数的な状況を詳細に把握することができる。このデータを用いて精神保健改革の進捗状況を継続的に観察し評価することは、この改革の目標を達成するために重要である。

F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

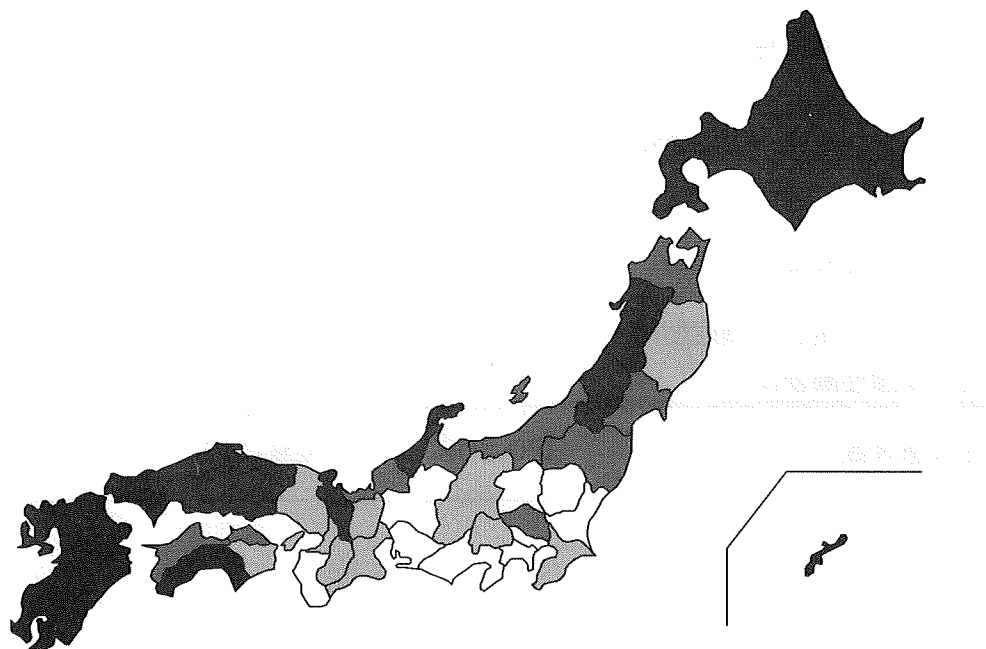
1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

#### I. 参考文献

精神保健福祉対策本部. (2004年9月). 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2006年3月に <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> より入手.

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. (2009年9月) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 2009年12月に <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> より入手.

図 1 : 2006 年の都道府県別の認知症等による人口 10 万対在院患者数



注：それぞれの区分にほぼ同数の都道府県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い都道府県は人口 10 万対在院患者数が多いことを示している。

図 2 : 2006 年の都道府県別の統合失調症等による人口 10 万対在院患者数



注：それぞれの区分にほぼ同数の都道府県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い都道府県は人口 10 万対在院患者数が多いことを示している。

表1：全国の2003年と2006年の在院患者数

	2006年	2003年	2006年 - 2003年
症状性を含む器質性精神障害 (F0)	61,027	57,729	3,298
アルツハイマー病型認知 症(F00)	22,356	18,486	3,870
血管性認知症(F01)	19,001	21,804	-2,803
統合失調症、統合失調症型障 害及び妄想性障害(F2)	192,329	200,935	-8,606
総在院患者数	320,308	329,096	-8,788

表 2 : 都道府県別の 2003 年および 2006 年の在院患者数

	F0		F00				F01		F2	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
北海道	4,002	4,201	1,119	1,314	1,670	1,645	10,271	9,816		
青森	723	858	172	327	366	295	2,615	2,426		
岩手	577	630	218	168	217	210	2,852	2,747		
宮城	1,141	1,423	309	567	492	522	2,901	2,807		
秋田	926	889	306	327	484	388	2,285	2,142		
山形	609	789	173	266	323	398	1,836	1,838		
福島	1,278	1,303	287	413	582	429	4,466	4,059		
茨城	833	691	167	235	335	203	5,032	4,857		
栃木	481	552	105	203	117	127	3,404	3,262		
群馬	429	539	101	169	143	195	3,387	3,560		
埼玉	2,879	3,325	827	1,397	1,070	1,129	7,646	7,480		
千葉	1,896	1,974	587	539	465	439	8,115	7,905		
東京	3,103	3,113	1,191	1,273	996	747	14,711	14,120		
神奈川	2,497	2,381	989	942	879	540	8,003	7,597		
新潟	1,454	1,425	567	698	557	469	3,740	3,590		
富山	657	626	196	276	231	161	2,145	2,032		
石川	833	861	268	337	332	289	2,230	2,122		
福井	390	449	188	204	71	67	1,363	1,238		
山梨	224	280	99	144	53	53	1,617	1,548		
長野	520	681	189	189	159	223	3,372	3,068		
岐阜	419	508	107	178	187	164	2,799	2,660		
静岡	823	818	287	294	314	198	4,340	4,257		
愛知	1,139	1,105	223	307	377	227	8,830	8,281		
三重	511	578	101	131	100	112	3,078	2,988		
滋賀	352	420	134	185	91	102	1,283	1,196		
京都	1,932	2,030	852	896	793	792	3,143	2,997		
大阪	3,333	3,504	991	956	965	930	11,344	10,965		
兵庫	1,831	1,979	445	557	537	543	7,179	6,888		
奈良	499	522	221	254	204	145	1,609	1,490		
和歌山	143	112	52	45	28	9	1,920	1,775		
鳥取	224	483	91	152	59	165	1,130	1,073		
島根	593	580	209	247	245	181	1,358	1,307		
岡山	1,376	1,377	463	597	642	467	2,940	2,809		
広島	1,883	1,872	711	757	707	486	5,078	4,910		
山口	1,351	1,391	523	624	550	470	3,499	3,367		
徳島	373	368	43	57	100	87	2,923	2,700		

(次ページへ続く)

	F0		F00				F01		F2	
	2003	2006	F00		F01		2003	2006		
			2003	2006	2003	2006				
香川	596	580	165	214	204	234	2,408	2,289		
愛媛	687	809	250	284	177	182	3,068	3,003		
高知	628	708	222	312	287	222	2,108	1,977		
福岡	4,219	4,634	1,313	1,690	1,846	1,460	11,111	10,886		
佐賀	982	998	407	473	317	287	2,396	2,224		
長崎	1,302	1,223	434	439	476	359	4,589	4,141		
熊本	1,797	1,931	475	544	786	765	4,948	4,795		
大分	1,138	1,234	568	671	429	345	3,248	3,074		
宮崎	1,455	1,345	401	439	708	503	3,040	2,733		
鹿児島	1,610	1,676	491	711	715	547	6,003	5,892		
沖縄	1,081	1,252	249	354	418	490	3,572	3,438		

注：F0＝症状性を含む器質性精神障害(F0)，F00＝アルツハイマー病型認知症，F01＝血管性認知症，F2＝統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害。

表3：2006年および2003年の認知症等による人口10万対在院患者数

	2006	2003	06 - 03		2006	2003	06 - 03
宮崎	117	125	-8	栃木	27	24	3
茨城	23	28	-5	京都	77	73	4
長崎	83	87	-3	岐阜	24	20	4
和歌山	11	14	-3	北海道	75	71	4
富山	56	59	-2	山口	94	89	4
神奈川	27	29	-2	滋賀	30	26	4
秋田	78	79	-1	岩手	46	41	5
香川	57	58	-1	鹿児島	96	91	5
愛知	15	16	-1	群馬	27	21	6
東京	25	25	-1	埼玉	47	41	6
広島	65	65	-0	山梨	32	25	7
新潟	59	59	-0	長野	31	23	8
静岡	22	22	-0	福井	55	47	8
島根	79	79	-0	福岡	92	84	8
岡山	70	70	-0	熊本	105	97	8
徳島	46	46	0	大分	102	93	9
千葉	32	31	1	愛媛	55	46	9
大阪	40	38	2	青森	60	49	11
奈良	37	35	2	沖縄	92	80	11
福島	63	60	2	高知	90	78	12
兵庫	35	33	3	宮城	60	48	12
石川	73	71	3	山形	65	50	16
佐賀	116	113	3	鳥取	80	37	43
三重	31	27	3	全国	48	45	3

注：「06 - 03」は2006年値から2003年値を引いたもの。都道府県はこの値で昇順に並べ替えた。



表 4 : 2006 年および 2003 年の統合失調症等による人口 10 万対在院患者数

	2006	2003	06 - 03		2006	2003	06 - 03
長崎	282	306	-23	北海道	175	181	-6
宮崎	238	261	-23	岐阜	126	133	-6
徳島	335	358	-22	神奈川	86	92	-6
佐賀	258	275	-17	三重	160	165	-6
福島	195	211	-16	広島	171	176	-6
福井	151	165	-14	京都	113	119	-6
沖縄	251	265	-13	熊本	261	267	-6
長野	140	152	-12	兵庫	123	129	-5
大分	255	267	-12	茨城	163	168	-5
高知	251	261	-11	福岡	215	220	-5
愛知	113	123	-10	千葉	130	135	-5
香川	227	236	-9	山口	227	231	-4
和歌山	173	182	-9	大阪	124	129	-4
富山	183	192	-9	岩手	200	203	-4
青森	170	179	-8	新潟	148	152	-4
東京	112	120	-8	宮城	119	122	-3
石川	181	189	-8	島根	177	180	-3
滋賀	86	94	-8	埼玉	106	109	-3
栃木	162	169	-7	静岡	112	114	-2
鳥取	178	185	-7	愛媛	206	207	-1
秋田	189	196	-7	鹿児島	338	338	-0
岡山	144	151	-7	山形	152	149	3
奈良	105	112	-7	群馬	176	167	10
山梨	176	182	-6	全国	151	157	-7

注：「06 - 03」は 2006 年値から 2003 年値を引いたもの。都道府県はこの値で昇順に並べ替えた。

平成 21 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）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

自立支援医療の適正な運用に関する研究

研究分担者 大塚 俊弘（長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター）

研究協力者 小泉 典章（長野県精神保健福祉センター、全国精神保健福祉センター長会）

山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨：

【目的】本研究では、自立支援医療費（精神通院医療）について、全国の都道府県および政令指定都市における利用実態を分析するとともに、精神障害者がより良い地域生活を継続することが可能となるために必要な通院治療サービスが適切に提供できる体制が充実されるよう、その支給対象や支給認定体制等に関して、一定の方向性を施策提言することを目的とする。加えて、自立支援医療費（更生医療）における支給認定の現状分析を行い、その結果をもとに適正な支給認定のあり方について一定の方向性も提言する。

【方法】1）平成 18—20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究・分担研究「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」報告書について検討し、利用実態の分析に必要な未実施の調査項目を抽出し、調査計画を立案する。2）数カ所の精神保健福祉センターの協力を得て試行的な利用実態調査を実施する。3）平成 21 年 3 月全国身体障害者更生相談所長協議会発行の「身体・知的障害者更生相談所 実態調査資料(Ⅱ 身体障害者更生相談所 自立支援医療実績調査集計医資料)」について検討し、自立支援医療費（更生医療）における支給対象認定の現状分析の調査計画を立案する。

【結果】1）自立支援医療費（精神通院医療）の利用実態をより正確に分析するには、診療報酬明細書（以下レセプトと略す。）審査を実施している精神保健福祉センターにおける利用実態調査が必要であるという結論に至った。2）試行的な利用実態調査については、現在調査実施中であり、22 年度に報告予定である。3）自立支援医療費（更生医療）の支給対象については、予想を超えた多種の診断名や手術名の種類が報告されており、各都道府県・政令指定都市間の格差があることも明らかとなっており、支給が適切に行われているかに関する調査方法について、全国身体

障害者更生相談所長協議会の協力を得ながら検討する必要性が確認された。

【考察および結論】①自立支援医療費（精神通院医療）の利用実態の分析のためには、レセプト審査を実施している精神保健福祉センターの協力を得て、ICD コード別のレセプト抽出調査を実施する必要がある。協力センターの確保、調査方法を早急に決定し、平成 22 年度前半に調査を終えるとともに、平成 23 年度の全センター調査計画を立案する。②自立支援医療費（更生医療）の支給認定内容については、その支給対象は多種で自治体間の格差も大きいことが明らかであり、その実態調査には、大きな困難が予想される。平成 22 年度当初において全国身体障害者更生相談所長協議会と協議を行い、その調査方法について検討し決定し、年度内の調査開始を実現したい。

## A. 研究目的

平成 16 年 9 月に、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）をとりまとめた。「改革ビジョン」は、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部による報告書で、わが国の精神保健医療福祉施策を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するために今後 10 年間に実行すべき目標を示したものである。

「改革ビジョン」の中には、精神保健医療福祉体系の再編に関していくつかの事項が挙げられているが、中でも、「医療体系の再編」は最も最優先される事項と言える。

多くは慢性の経過をたどり、再燃や再発を繰り返す傾向の強い精神科疾患とともに生活する精神障害者にとって、より良い地域生活を継続するには、自ら疾病管理、健康管理をしなければならない。そのためには、質の高い継続的な通院医療サービスが安定して供給される体制の構築が必要である。言い換えれば、わが

国の精神保健医療福祉が「入院医療中心」となってきた一つの要因として、通院医療サービスの供給体制の軽視があったのは間違いない。

「自立支援医療費（精神通院医療）」は、現存する精神障害者に対する通院医療サービスの供給に関する唯一の制度であり、今後も地域精神科医療の基礎をなすものと考えられる。

精神科疾患に対する通院医療サービスの基本は、薬物療法と認知行動療法等の心理・精神療法、心理・精神療法と強化型ケースマネジメントの技法等を組み合わせた系統的なリハビリテーションの 3 つであるが、これらが、必要とする精神障害者に対し平等に、継続的に、そして安定的に供給されていることが重要である。

本研究は、「自立支援医療費（精神通院医療）」の利用実態を分析するとともに、精神障害者がより良い地域生活を継続することが可能となるために必要な通院治療サービスが適切に提供できる体制が充実されるよう、その支給対象や支給認定

体制等に関して、一定の方向性を施策提言することを目的に、支給認定業務を担っている全国の精神保健福祉センターを対象とした調査を行うものである。

併せて、もう一つの自立支援医療費である「自立支援医療費（更生医療）」についても、支給認定の現状分析を行い、その結果をもとに適正な支給認定のあり方について一定の方向性も提言することとした。

## B. 研究方法

1)平成18-20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究・分担研究「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」報告書（分担研究者 山下俊幸）について検討し、利用実態の分析に必要な未実施の調査項目を抽出し、調査計画を立案する。

2) 1) で立案した調査計画に基づき、数カ所の精神保健福祉センターの協力を得て試行的な利用実態調査を実施し、平成22年度の本調査方法を決定する。

3)平成21年3月全国身体障害者更生相談所長協議会発行の「身体・知的障害者更生相談所 実態調査資料（Ⅱ 身体障害者更生相談所 自立支援医療実績調査集計医資料）」について検討し、自立支援医療費（更生医療）における支給対象認定の現状分析に関する平成22年度調査計

画を立案する。

## C. 研究結果

1)平成18-20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究・分担研究「自立支援医療（精神通院医療）の適正な給付に関する研究」報告書（分担研究者 山下俊幸）において、調査された内容は、支給認定件数の実態、重度かつ継続の判定や不承認の判定に関する実態等が中心であり、ICDコード別の細かい支給内容の検討までは至ってなかった。また、3自治体の協力を得てレセプト審査のあり方についての聞き取り調査はなされていたが、レセプトを元にした支給内容の調査は実施されていなかった。

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定については、もっぱら主治医が作成した診断書を元になされており、利用の実態をより正確に分析するには、レセプト審査を実施している精神保健福祉センターにおける利用実態調査が必要であるという結論に至った。都道府県、政令指定都市、それぞれ5-10の精神保健福祉センターの協力を得て、ICDコード別（F0-9、G40）にそれぞれ20件程度のレセプト抽出調査する方向で、その調査方法の検討を開始した。

2)レセプト審査を実施している精神保健福祉センターのうち、都道府県1カ所、政令指定都市1カ所の協力を得て、試行