

表19 入所患者数

(人)

合計	14,000	H=I+L
社会福祉施設*1(合計)	12,100	I=J+K
児童福祉施設(合計)	11,000	J
重症心身障害児施設*2	3,057	
知的障害児施設	6,440	
自閉症児施設	164	
情緒障害児短期治療施設	1,278	
障害者支援施設(合計)	1,200	K
知的障害者更生施設	812	
知的障害者授産施設	331	
その他*3	26	
特別支援学校寄宿舎*4	1,900	L
有病者数合計(参考)	693,000~924,000	

*1 社会福祉施設等調査(2008年度、2008年10月1日)による

*2 社会福祉行政業務報告(福祉行政業務報告例)(2006年度末)による。一部は病院に含まれる

*3 精神障害者授産施設・生活訓練施設・福祉ホーム

*4 知的障害者に対する教育を行う特別支援学級(旧、養護学校)の寄宿舎

*5 知的障害者に対する教育を行う特別支援学校の在籍者(学校基本調査2006による)の2%
(鹿児島での寄宿舎の入所者数割合より)と仮定した場合

表20 外来へ通院中の患者数 (人)

合計*1	188,000
在宅患者*2	185,000
入所患者*2	3,000
有病者数合計(参考)	693,000~924,000

*1 患者調査(2008年度)による

*2 在宅患者、入所患者の約20%と推定した場合

表21 児童・思春期精神科医療に関する各数値 (人)

総患者数(医療機関を受診している患者の総数) ^{*1}	192,000
20歳未満の在宅の最重度知的障害児数 ^{*2}	26,400
知的障害者に対する教育を行う特別支援学校の在籍者数 ^{*3}	94,000
20歳未満の、1年以上の長期精神科病棟入院患者数(2006年6月30日時点) ^{*4}	258
20歳未満の、2005年6月の1ヶ月間の新規精神科病棟入院患者数 ^{*4}	888
そのうち、入院期間が約1年(平均11.5ヶ月)の患者数 ^{*4}	18
児童・思春期精神科病棟数(2006年6月30日時点) ^{*4,*5}	22
児童・思春期精神科病床数(2006年6月30日時点) ^{*4,*5}	788
児童・思春期精神科病棟への2006年度1年間の入院患者数 ^{*6}	1,656
日本児童・思春期精神医学会認定医数(2009年4月1日時点)	153
米国児童・思春期精神科専門医数(2008年12月31日時点)	6,653

*1 患者調査(2008年度)による

*2 知的障害児基礎調査(2005年)による

*3 学校基本調査(2006年)による

*4 精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(2006年)による

*5 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(2007年)による

*6 入院患者の概ね50%以上が20歳未満である精神科病棟・病床

表22 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

付録 1 関連ある各調査の概要

1.患者調査（平成 17 年）

対象と方法：患者調査は、病院及び診療所（以下「医療施設」という。）を利用する患者について、その傷病状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得ることを目的とする調査である。全国の医療施設を利用する患者を対象とし、層化無作為により抽出した医療施設における患者が客体である。調査の期日は、病院については、平成 17 年 10 月 18 日～20 日（火～木）の 3 日間のうち病院ごとに指定した 1 日とし、診療所については、平成 17 年 10 月 18 日（火）、19 日（水）、21 日（金）の 3 日間のうち診療所ごとに指定した 1 日とされた。診療所については、調査日を休診の多い木曜日を避け、火曜日、水曜日及び金曜日に変更された。退院患者については、平成 17 年 9 月 1 日～30 日までの 1 か月間とされた。調査事項は性別、出生年月日、患者の住所、入院・外来の種別、受療の状況等となっている。調査票への記入は、医療施設の管理者が記入する方式で、結果の集計は厚生労働省大臣官房統計情報部において行われた。

主な結果：調査日（平成 17 年 10 月の 1 日）に全国の医療施設で受療した推計患者数が示されており、20 歳未満の入院外来別、性年齢階級（5 歳刻み）別、傷病分類別推計患者数がわかる。それによると、傷病大分類が「精神及び行動の障害」である 0～19 歳の推計患者数は、入院が 2.7 千人、外来が 12.1 千人であり、これにてんかんを加えると、それぞれ、3.4 千人、17 千人となった。「精神及び行動の障害」の総患者数は、0～19 歳で 121 千人となっており、これにてんかんを加えると、182 千人となった。退院患者数は、精神科病院、一般病院・診療所別に、それぞれわかる。

考察：全国規模の調査であり、多方面で基礎資料として広く使われているが、当然のことながら、医療施設を利用している患者しか把握されず、医療施設を利用していない患者が漏れており、各疾患の有病率を測定しているわけではない。また、疾病分類は ICD-10 に従っているが、たとえ疾病小分類であってもおおざっぱな分類である。たとえば、「その他の精神及び行動の障害」は、「摂食障害 (F50)」、「非器質性睡眠障害 (F51)」、「心理的発達の障害 (F8)」、「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F90-F98)」等児童思春期に多い疾患が含まれるため、人数が多くなってしまっており、より細かい人数がわからない。

2.精神保健福祉資料（いわゆる 630 調査）（平成 17 年）

対象と方法：一般に「630 調査」と言われているもので、精神保健福祉施策推進の資料とするため厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が毎年 6 月 30 日付で都道府県・指定都市に報告を依頼している調査で、全国すべての精神科病院、社会復帰施設等の活動状況について資料を得ている。

主な結果：この報告書の中で、年齢階級別に報告されている表があるので、その表から

20歳未満を抽出することにより、児童思春期精神医療の実態が明らかになる。表8に児童思春期病棟数および病床数（ここで児童思春期病棟とは「在院患者のおおむね50%以上が20歳未満であるもの」と定義されている）を示す。

表9に平成17年6月30日現在の精神科病院在院患者数を示す。これを患者調査と比較すると、「F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」と「F3 気分（感情）障害」は患者調査とほぼ同じであるが、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」「F8 心理的発達の障害」「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」を合計した在院患者数と、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の在院患者数は、患者調査で示されている推計入院患者数の約6~7割である。「F7 精神遅滞」と「てんかん（F0に属さないものを計上する）」については、それぞれ、患者調査の約2割と約6%を占めるのみであった。また、「F6 成人の人格及び行動の障害」については、なぜ未成年でこの診断がついているのか疑問である。

表10に、入院形態と在院期間別の精神科病院在院患者数を示す。1年以上の長期入院は267人で、13%を占めるが、入院形態が「その他」の場合は1年以上の入院が91人と過半数（55%）を占めるので、これを除くと、さらに低くなり、9%を占めるのみである。入院形態が「その他」は、自由入院や応急入院等が該当すると思われるが、これらの入院期間は一般に短いはずなので、どのような形態で長期入院になっているのか疑問である。いずれにしても、児童思春期に関しては1年以上の長期入院は1割程度と少ないことがわかった。

表11に、精神科病院在院患者の入退院の状況を示す。「平成16年6月1ヶ月間に新たに入院した患者数」と「その患者が平成17年6月1日に退院しないまま残留している患者数」、そして、「平成17年6月1ヶ月間に退院した患者数」が示されている。平成16年6月1ヶ月間に新たに入院した患者927人のうち、約1年（平均11.5ヶ月）の入院期間となっているのは、26人と2.8%を占めるのみであり、ほとんどの患者が1年以内に退院できていることがわかった。平成17年6月1ヶ月間に退院した患者のうち、1年以上の入院期間だった者は、27人と約3.1%とほぼ同じ割合であった。表12に平成16年度に入院した応急入院患者数を示す。

表13に平成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を示す。

表14に精神科デイケア、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）に利用した患者数を示し、表15に、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285人の男女別、疾患別内訳を示す。

考察：「F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」と「F3 気分（感情）障害」はほとんどすべてが精神科病床に入院しており、「F7 精神遅滞」と「てんかん（F0に属さないものを計上する）」は大多数が精神科以外の病床に入院していることがわかった。また、最近の20歳未満の入院に関しては1年以上の長期入院はほとんどなく、数%を占めるのみであることがわかった。

長沼らによる平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究」研究協力報告書「特定ニーズに対する病床数確保の必要性について方向性と必要量の検討」によれば、「状態の特性や、通学等を考慮すると 15 歳までの児童精神科と、16～20 歳までの思春期精神科に区分するのが妥当であるかもしれない」とされており、この 630 調査の限界としては、20 歳未満が 1 つのカテゴリーとして報告されており、1～15 歳、15～19 歳のカテゴリーに分かれていないことが指摘される。

3.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（平成 19 年）

対象と方法：2007 年の報告集 No37 では、全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する 27 施設を対象として行われた調査が施設別に報告されている。新規入院患者統計として、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）が施設別に診断カテゴリー別、性年齢階級別に示されており、また、新規外来患者統計として、2006 年 4 月 1 日から 2007 年 3 月 31 までの新規外来患者数が施設別に診断カテゴリー別、性年齢階級別に示されている。

結果：表 22 に新規入院患者（総数 1656 名）と新規外来患者（総数は 9441 名）の施設別人数を示す。

考察：この 27 施設は、大学病院 1、国立病院 1、独立行政法人病院 2、都道府県立病院 17、市立病院 4、その他 2 で構成されており、630 調査の児童思春期病棟数とおおむね一致する。新規入院患者統計の総数 1656 名は、630 調査で示されている平成 16 年 6 月入院患者数（表 11A）の 12 倍を分母とすると、約 15%を占めるのみであり、残りの約 85%は児童思春期病棟以外の精神病床に入院していると推測された。

4.柳澤班（子ども家庭総合研究事業）による全国保育園と小・中学校での実態調査（平成 17 年）

対象と方法：全国の公立小学校、公立中学校、全国保育協議会加盟保育園のうち、それぞれ 20%を無作為に抽出し、保育園 4200 園、小学校 4495 校、中学校 2018 校を対象とした郵送による質問紙調査で、調査対象期間は 2005 年 4 月から 2006 年 1 月の 10 ヶ月間であり、10 ヶ月有病率(10-month prevalence)を測定した研究である。サンプル数（回収率）は、保育園 1853 園（44.8%）、小学校 2459 校（54.7%）、中学校 1185 校（57.9%）であった。原著論文は「泉、奥山、2008、日本小児科学会雑誌 112:476」として発表されている。

結果：10 ヶ月に対処を必要とする精神的な問題があった子供の割合は、保育園 4.57%、小学校 2.90%、中学校 4.21%であることがわかった。

考察：本研究の長所としては、全国を対象に無作為抽出を行っている点にあるが、回収率は高いとは言えない点が限界である。さらに注意すべき点として、(1)あくまでも「学校で対処を必要とする精神的な問題」があると教師が判断しているケースであって、病気

を診断しているわけではない。(2) 学校として対応を必要とするケースに限定している
ので、家庭での対応のみが必要なケース（夜尿、夜驚等）が含まれず、内在化問題（うつ、
不安等）は過小評価されていると思われる。(3) 各問題（発達遅れ、他人との関わりの
問題、こだわりの問題、行動の問題、不登校、心の問題が原因と思われる身体症状、排泄
の問題、食行動の問題、かん黙、習癖の問題、過度の不安、抑うつ状態、非行の問題、自
殺念慮・自傷行為、睡眠の問題、虐待の問題、トラウマの問題、幻覚、妄想、薬物依存、
その他）について割合を示しているが、分母が「何らかの問題あり」総人数となってお
り、有病率ではない。(4) 養護学校への調査を行っていない。養護学校の生徒への対応は
第一義的には福祉の問題だが、精神症状が出てくれば医療を受診する必要があると考えら
れる。

付録2 各調査の方法の概要

		調査項目	
目的	対象	調査期間	
患者調査(平成17年)	病院及び診療所(以下「医療施設」という。)を利用する患者について、その傷病の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を作る。	平成17年10月18日～20日(火～木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日。診療所:平成17年10月18日(火)、19日(水)、21日(金)の3日間のうち診療所ごとに指定した1日。退院患者については平成17年9月1日～30日までの1か月間。	性別、生年月日、患者の住所、入院・外来の別、受療状況、診療費等支払方法、入院の状況、入退院年月日等。
精神保健福祉資料(いわゆる630調査)(平成17年)	精神保健福祉施策推進。	平成17年6月30日。	罹患別・入院形態別・在院期間別の精神科病院在院患者数、入退院の状況、社会復帰施設・デイケア等の利用患者数等(厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課が上記調査項目の報告を都道府県・政令指定都市に依頼。)
全国児童青年精神科医療施設での1年間の新規入院・外来患者数を把握。	児童青年精神科医療施設に所属する27施設。	平成18年4月1日～平成19年3月31日。	新規入院患者統計:各施設ごとの診断カテゴリー別・性年齢階級別の新規入院患者数(同年度内再入院の場合はその回数分カウント)。新規外来患者統計:各施設ごとの診断カテゴリー別・性年齢階級別の新規外来患者数。
柳澤班(子ども家庭総合研究事業)による全国保育園と小・中学校での実態調査(平成17年)	学校で対処を必要とする精神的な問題の把握。疾患ごとの10ヶ月有病率(10-month prevalence)を測定。	平成17年4月から平成18年1月の10ヶ月間。	発達の遅れ、他人との関わり方の問題、こだわりの問題、行動の問題、不登校、心の問題が原因と思われる身体症状、排泄の問題、食行動の問題、かん黙、習癖の問題、過度の不安、抑うつ状態、非行の問題、自殺念慮・自傷行為、睡眠の問題、虐待の問題、トラウマの問題、幻覚、妄想、薬物依存の有無等(郵送による質問紙調査。)

*社会復帰福祉施設、福祉ホーム、福祉グループホーム、入所授産施設、通所授産施設、小規模通所授産施設、福祉工場、地域生活支援センターの総称。

付録3 参考

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「一般精神科医のための子どもの心の診療基礎知識」の「B. 各論」より有病率に関係のある記述を抜粋。

- ・精神遅滞(MR) F7 (F70-79)
療養手帳や知的障害施設の利用等から、確認されている知的障害児・者は約46万人。
- ・学習障害(LD) F80-82
米国における読字障害の有病率は2~10%
日本では算数障害は1~6%、書字表出障害は2~8%
- ・広汎性発達障害(PDD) F84
1%程度
- ・多動性障害 F90
DSM-IV-TRによるAD/HDは、学齢期の子供で3-7%、青年期以降で2-7%
- ・てんかん
頻度は100-200人に1人、その7-8割は小児期に発症する。
- ・精神作用物質使用による精神行動障害 F1
一般中学生・高校生における問題飲酒者は2.9%と13.7%。
一般の10代における規制薬物の生涯経験率は約0.5%
- ・統合失調症 F2
13~14歳頃から急増し、年齢が上がるにつれて成人有病率の約1%に近づく。
- ・気分障害 F3
うつ病の有病率は、児童期で0.5%~2.5%、青年期は2.0%~8.0%。
- ・恐怖症性不安障害 F40
F40.0 広場恐怖の生涯有病率は0.6~6%。
パニック障害の生涯有病率は1.5~3%。
パニック発作の生涯有病率は3~4%。
F40.1 社会恐怖の生涯有病率は1~13%。典型的には10代半ばで発症。

- ・強迫性障害 F42

児童思春期の子どもの約 0.5~4%。

- ・重度ストレス反応および適応障害 F43

国際的には PTSD の有病率は 1~8%とされている。

近年の我が国の調査(WMHJ, 2005)では、12ヶ月有病率が 0.4%、生涯有病率は 1.6%。

子どもの PTSD の有病率に関する信頼できるデータは乏しい。

- ・解離性（転換性）障害 F44

好発年齢は約 15 歳

- ・身体表現性障害 F45

記載なし

- ・摂食障害 F50

特に欧米先進国で多く、若年女性において AN は 0.1~0.5%程度、BN は約 1~4%。

- ・非器質性睡眠障害 F51

15~18 歳対象の調査では、約 25%が不眠症状を訴え、約 4%が実際に不眠症の診断基準を満たし、0.5%が概日リズム睡眠障害の診断基準を満たす。

- ・行為障害 F91

参考：平成 16 年の少年刑法犯・触法少年の検挙・補導人員は、10 歳以上 20 歳未満の少年人口の約 1.5%。

- ・分離不安障害 F93

有病率は子どもの 4%程度。

- ・選択性緘黙 F94

日本での疫学調査はないが、最近の複数の調査では 0.5%と示唆されている。

- ・小児期の反応性愛着障害 F94.1

有病率は不明だが 1%以下と推測。

- ・チック障害 F95

子どもの 10~20%が何らかのチックを経験。

- ・不登校

約40年間増加傾向だったが、2001年度をピークに横ばい状態。小学校で317人に一人、中学校で36人に一人が不登校。

- ・ひきこもり

全国でおよそ30~40万人の青年がひきこもり状態と推測。

- ・児童虐待

小林ら(H12年)によると0から17歳の0.154%。

- ・いじめ・いやがらせ

文部省によると1985-2001年で、小・中・高等学校で年間21600件から155000件とされるが、信頼性と妥当性の検証はない。

- ・家庭内暴力

警察庁(H16年)によると、全国で1186件発生とされるが、年度によってばらつきが大きく、増加傾向とは言えない。ICD-10では「家族内に限られる行為障害」、DSM-IVであれば、行為障害か反抗挑戦性障害もしくは行為の障害を伴う適応障害となる。

- ・自傷行為

中高生の10%前後に少なくとも1回以上、「刃物で身体を切る」という様式の自傷行為の経験があり、そのうち約半数が10回以上の習慣的な自傷経験者。

- ・自殺

わが国においては青少年の死因の上位を占め、平成15年においては、10~14歳では人口10万対で男子1.0、女子1.1(死因順位3位)、15~19歳では男子8.8、女子5.6(死因順位2位)、20~24歳では男子21.5、女子9.9(死因順位1位)となっている。

- ・多動

3歳児健診で「よく動き、じっとしてない」という項目に40%以上が妥当したという資料がある。

- ・非行

犯罪少年の人口比(14~19歳の人口1000人あたりの検挙人数)は平成17年で20.1人であった。不良行為少年の数は増加傾向にある。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「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・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 河野 稔明 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
立森 久照 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
森 隆夫 (あいせい紀年病院)

研究要旨：【目的】精神療養病棟は病床ベースで 27%にも及び、実態としてその機能は多様になっている可能性がある。本研究ではこれを検証するため、異なる入院料病棟の間で在院患者の特性を比較した。さらに、専門病棟の設置時期やそれと職員配置との関連を調査し、精神科病院の機能分化における精神療養病棟の役割を検討した。【方法】在院患者特性の検討では、2007 年度精神保健福祉資料に係る 630 調査に回答した 1,642 の精神科病院を対象とし、在院患者の特性を年齢と在院期間の 2 軸で評価した。年齢は 40 歳と 65 歳を境に若年層、中年層、老年層の 3 階級で、在院期間は 1 年と 5 年を境に短期層、中期層、長期層の 3 階級で在院患者を計数した。病棟ごとに各階級の割合を算出し、入院料ごとに三角グラフ上に布置して分布の広がりを検討した。専門病棟の設置時期の検討では、1996～2007 年度の 630 調査で一貫して「指定病院」または「非指定病院」に分類された 1,313 の精神科病院（多くは民間病院）を対象とした。まず、病院に専門病棟が初めて設置された年（初設置年）を集計し、その年を専門病棟同士でクロス集計した。次に、精神病床数あたりの職員数の前年差を職種ごとに計算し、それが最大となった年（最大増加年）と専門病棟初設置年をクロス集計した。【結果および考察】精神療養病棟の在院患者特性は、やや偏りが見られたが、年齢、在院期間ともに三角グラフ上の比較的広い範囲に分布した。15 対 1 入院基本料病棟と比べると、分布する領域がやや狭いものの、著しい差異はなかった。ほかの特定入院料病棟と比べると、分布する領域が広く、患者の年齢および在院期間が多様であることが示された。専門病棟の設置時期については、複数種別の専門病棟を設置している多くの病院において、精神療養病棟は認知症病棟とともに、精神科救急病棟や急性期治療病棟より先に設置された。また、精神療養病棟および認知症病棟は、初設置年が職員（特にコメディカル）の最大増加年に先行し、精神科救急病棟については職員の最大増加年が初設置年に先行する傾向にあった。精神療養病棟は、在院患者特性の分布の広さが示すように、比較的多様な患者に対応できるため、精神科救急病棟や急性期治療病棟の設置に向けて、機能分化の足掛かりとなっていることが示唆される。【結論】精神療養病棟は、在院患者の特性が多様であり、実態として機能が多様となっていることが示唆された。また精神療養病棟の設置は、その後の職員配置の充実や、それにより可能となる急性期型の専門病棟の設置への基盤づくりに寄与してきたと考えられた。

A. 研究目的

精神療養病棟入院料は、長期の療養を必要

とする患者の療養環境向上をねらいとして

1994 年に新設された。しかし、半数近い病院

が精神療養病棟を有し（厚生労働省精神・障害保健課が実施した 2007 年度精神保健福祉資料に係る 6 月 30 日 (630) 調査で 747 カ所、45%)、精神病床の相当部分（同じく 93,025 床、27%）を占めるようになった現在では、精神療養病棟は多様な運用のしかたをされ、そこに在院している患者の特性は必ずしも均質でない可能性がある。

本研究では、精神療養病棟の多様性を検証することを目的として、在院患者の特性をほかの特定入院料病棟や入院基本料病棟と比較し、また精神療養病棟に在院する患者の特性が病院の特色によってどのように異なるか検討した。また、精神療養病棟の設置と、ほかの専門病棟の設置や職員配置の変化との前後関係を調査し、精神科病院の機能分化において精神療養病棟が果たしている役割を検討することも目的とした。

B. 研究方法

1. 在院患者の特性（横断的検討）

2007 年度 630 調査に回答した 1,642 の精神科病院を対象とした。病棟数は計 6,434 であった。分析によって対象の単位（病院か病棟か）および範囲（全部か一部か）が異なるので、詳細は分析ごとに後述する。

630 調査では、2007 年度から病棟ごとに年齢別、在院期間別の在院患者数を調査しており、この 2 軸で在院患者の特性を定量化した。年齢は 5 階級で調査しているが、40 歳未満の「若年層」、40 歳以上 65 歳未満の「中年層」、65 歳以上の「老年層」の 3 階級に統合した。在院期間は 8 階級で調査しているが、1 年未満の「短期層」、1 年以上 5 年未満の「中期層」、5 年以上の「長期層」の 3 階級に統合した。年齢、在院期間のそれぞれで算出した各階級の在院患者の割合を、在院患者特性の指標と

した。

(1) 精神療養病棟とほかの入院料病棟の比較

在院患者数 20 名以上の病棟を対象に、診療報酬上の特定入院料および入院基本料ごとに、病棟を単位として三角グラフを描画した。

対象とした入院料は、精神療養病棟入院料（精神療養）、15 対 1 入院基本料（基本 15）、特定機能病院入院基本料 15 対 1（特定 15）、精神科救急入院料（S 救急）、精神科急性期治療病棟入院料 1（急性期 1）、精神科急性期治療病棟入院料 2（急性期 2）、老人性認知症疾患治療病棟入院料 1（認知症 1）、老人性認知症疾患治療病棟入院料 2（認知症 2）であった。なお、各入院料の病棟数は結果の図中（図 3）に示した。

(2) 精神療養病棟での病院特性による比較

すべての精神療養病棟 1,673 棟（在院患者総数 89,352 名）を対象に、6 つの病院特性について在院患者特性の異同を検討した。

病院特性は、所在地域、運営形態、救急・急性期病棟の有無、認知症病棟の有無、および病床規模とした。救急・急性期病棟は S 救急、急性期 1、急性期 2 を、認知症病棟は認知症 1、認知症 2 を取得している病棟とした。所在地域、運営形態（精神保健福祉資料に準拠）、病床規模（精神病床数）の区分は結果の図中（図 4）に示した。

1 つの病院特性について、区分ごとに年齢別、在院期間別の在院患者数を合計し、各階級の在院患者の割合を算出した。それに基づき、病院特性ごとに区分を単位として三角グラフを描画した。なお、病院特性ごとの各区分の病棟数は結果の図中（図 4）に示した。

(3) 同一病院内の精神療養病棟間の比較

すべての精神科病棟が精神療養病棟で、かつ在院患者数 20 名以上の精神療養病棟を複

数有する 37 の病院（精神療養病棟総数 100 棟、在院患者総数 5,376 名）を対象に、病院ごとに精神療養病棟間で在院患者特性の異同を検討した。すべてが精神療養病棟の病院では、その中でも長期の療養を必要とする患者が多い病棟と、急性期に近い、もしくは罹病期間が短く若い患者を比較的多く受け入れている病棟とに機能が分化する可能性があるため、これを検証することを目的としている。年齢、在院期間のそれぞれで各階級の在院患者の割合を算出し、病棟を単位として病院ごとに 3 次元空間（実質的には一辺の長さが $\sqrt{2}$ の三角グラフに相当する平面上）に布置した場合の、プロット間の距離の最大値（精神療養病棟が 2 棟の病院は両棟間の距離）を求め、その分布を平面上（年齢×在院期間）に描画した（1 プロット=1 病院）。また、距離の最大値が大きい病院、小さい病院の例について三角グラフを描画した。

なお、2007 年度 630 調査における精神科病院在院患者全員（316,109 名）の年齢、在院期間を例に、三角グラフの読み取り方を図 1 に示した。

2. 専門病棟の設置時期（縦断的検討）

1996 年度から 2007 年度までの 630 調査で、運営形態が一貫して「指定病院」または「非指定病院」であった（両形態間での切り替えは許容）1,313 の病院を対象として、次の 2 つの分析を行った。これらの病院には、政令指定都市以外の市町村立病院が少数含まれるが、多くは医療法人などの民間病院である。

(1) 専門病棟間の設置時期の関連

専門病棟を 4 区分に大別し、その病院で初めて設置した年（初設置年）の前後関係を検討した。専門病棟の区分は「精神療養病棟」、「精神科救急病棟」、「急性期治療病棟」、「認

知症病棟」とした（各専門病棟の定義は図 2 参照）。

専門病棟の初設置年は、1996 年度 630 調査で設置されていた場合は 1996 年（急性期治療病棟）または 1996 年以前（精神療養病棟、認知症病棟）とし、1997 年度以降の 630 調査で設置があり、かつ 1996 年度から前年度までの 630 調査で設置がなかった場合は、その年度の期首が属する暦年とした。その上で、4 区分の専門病棟から 2 区分を選んだすべての組み合わせで初設置年をクロス集計し、バブルチャートを描画した。

専門病棟の各組み合わせにおける病院数は結果の図中（図 6）に示した。

(2) 専門病棟設置と職員増員との時期の関連

専門病棟の初設置年と、職種ごとの精神病床数あたりの職員数が最も増加した年（最大増加年）の前後関係を検討した。職種は医師、精神保健指定医（再掲）、作業療法士、ソーシャルワーカー、精神保健福祉士（再掲、1999 年度～）、臨床心理技術者、看護師、准看護師、看護補助者の 9 区分とした。職員の最大増加年は、各年度 630 調査での精神病床数あたりの職員数（非常勤は常勤の 2 分の 1 に換算）を職種ごとに求め、1997 年度（精神保健福祉士は 2000 年度）以降でその前年差が最大となった年度の期首が属する暦年とした。なお、前年差の最大値が複数回出現した場合は、当該病院のその職種を分析から除外した。その上で、専門病棟初設置年と職員最大増加年をすべての組み合わせでクロス集計し、バブルチャートを描画した。ただし、2002 年度に新設された精神科救急病棟とのクロス集計においては、職員最大増加年の定義中「1997 年度」とあるのを「2002 年度」に置き換えて計算した職員最大増加年を採用した。

専門病棟設置年と職員最大増加年の各組み

合わせにおける病院数は結果の図中（図 7）に示した。

C. 研究結果

1. 在院患者の特性（横断的検討）

(1) 精神療養病棟とほかの入院料病棟の比較

精神療養病棟（図 3 (a)）の在院患者特性は、やや偏りが見られたが、年齢、在院期間ともに比較的広い範囲に分布した。年齢については、若年層の多い病棟はほとんどなかったが、中年層が多く老年層がそれに次ぐ病棟が中心であった。在院期間については、長期層、中期層、短期層の順に多い病棟が中心であるものの、短期層が多くを占める病棟も一定数あった。

基本 15 病棟（図 3 (b)）は、年齢、在院期間とも精神療養病棟に比してやや広い範囲に分布していた。年齢については、若年層が最も多い病棟は少ないものの、若年層、中年層が同程度で老年層が少ない領域にも病棟が分布した。特定 15 病棟（図 3 (c)）は、年齢について特定の層に偏ることはなかったが、在院期間は短期層がほとんどを占める病棟が中心であった。

S 救急病棟（図 3 (d)）は、年齢、在院期間とも精神療養病棟に比して狭い範囲に分布していた。老年層の多い病棟はほとんどなく、若年層と中年層が同程度を占める病棟が中心であった。また、短期層がほとんどを占める病棟が中心であった。急性期 1 病棟（図 3 (e)）、急性期 2 病棟（図 3 (f)）は、年齢については分布の広さが精神療養病棟に比較的近かった。分布の中心は急性期 1 が S 救急に近く（老年層が少ない）、急性期 2 が精神療養に近かった（若年層が少ない）。在院期間については、急性期 1 が S 救急と同様に短期層に偏っていたのに対し、急性期 2 は長期層寄りに広く分布

しており、精神療養にやや近かった。

認知症 1 病棟（図 3 (g)）、認知症 2 病棟（図 3 (h)）は、年齢の分布が極めて狭かったが、在院期間の分布は精神療養病棟に比してやや狭い程度であった。年齢はいずれも老年層が大半を占めたが、認知症 1 のほうが中年層への広がりが大きかった。在院期間は認知症 1 のほうが広く分布し（精神療養と同程度）、認知症 2 はやや狭かったが、分布の中心は精神療養と異なり、短期層、中期層が大半を占める病棟が多かった。

(2) 精神療養病棟での病院特性による比較

まず、精神療養病棟全体（図 4 (a)）では、年齢が若年層 6.7%、中年層 50.1%、老年層 43.2%、在院期間が短期層 18.6%、中期層 28.6%、長期層 52.8%であった。

所在地域別（図 4 (b)）には、年齢は分布が狭かったが、在院期間はやや広く分布した。年齢については、老年層の割合が関東と中部で比較的 low（40%前後）、ほかの地域では 45%前後であった。在院期間については、中年層はいずれの地域でもほぼ同じだったが、北海道・東北と関東の北東 2 地域では短期層が比較的多く、中部と近畿の中央 2 地域では長期層が比較的多かった（中国・四国と九州の南西 2 地域はこれらの中間に分布）。

運営形態別（図 4 (c)）には、年齢、在院期間とも区分間の差が大きかった。年齢については、独立行政法人病院と都道府県立病院の公立 2 区分では老年層より中年層が多かったが、指定病院と非指定病院（民間がほとんどを占める 2 区分）では老年層の割合が高くなり、特に非指定病院では中年層より多かった。在院期間については、非指定病院がほかの 3 区分から掛け離れており、比較的短期層、中期層が多く、長期層が少なかった。

救急・急性期病棟の有無別（図 4 (d)）には、

年齢について「あり」が「なし」に比して、中年層が多く老年層が少なかった。在院期間については、ほとんど差がなかった。

認知症病棟の有無別（図4(e)）には、年齢について「あり」が「なし」に比して、わずかに中年層が多く老年層が少なかった。在院期間については、ほとんど差がなかった。

病床規模別（図4(f)）には、年齢は分布が狭かったが、在院期間はやや広く分布した。年齢については、150～249床と250～399床では、149床以下と400床以上に比して、わずかに中年層が多く老年層が少なかった。在院期間については、中期層はいずれの区分でもほぼ同じだったが、病床規模が小さいほど短期層が多く、長期層が少なかった。特に149床以下は、ほかの3区分からやや掛け離れており、短期層は約25%に及んだ。

(3) 同一病院内の精神療養病棟間の比較

複数の精神療養病棟のみからなる病院では、病棟間の患者特性の差が広く分布した。年齢、在院期間ともに、3区分の在院患者数の割合に基づく距離（3病棟以上ではその最大値）は、最大 $\sqrt{2}$ までとりうるが、年齢では概ね0から0.8までの範囲に、在院期間では概ね0から0.6までの範囲に、大半の病院がほぼまんべんなく分布した（図5(a)）。すなわち、病棟間で年齢、在院期間が同様の病院、やや異なる病院、大きく異なる病院が均等に近い割合で存在した。また、これらの範囲の外側にも、少数であるが年齢または在院期間が病棟間で著しく異なる病院もあった。

病棟間の患者特性の差の特徴について、代表的なケースの三角グラフを図5に示した。(b)は、距離の最大値が大きい病院の例である。2病棟のうち、一方はほとんど老年層だが、他方は中年層と老年層がほぼ半々となっている。また、一方は短期層と中期層で多くを占

めているが、他方は長期層が半数以上を占めている。(c)は、距離の最大値が小さい病院の例である。2病棟とも中年層と老年層がほぼ半々で、長期層が半数以上を占めている。

2. 専門病棟の設置時期（縦断的検討）

(1) 専門病棟間の設置時期の関連

精神科救急病棟については、精神療養病棟と両方の設置歴がある病院自体が少数であったが、多くは精神療養病棟より初設置が遅かった（図6(a)）。急性期治療病棟も、精神療養病棟より初設置が遅い病院が大半であった（図6(b)）。認知症病棟は、精神療養病棟と初設置年の前後関係に偏りはなかったが、両病棟の初設置年が同じであった病院が多かった（図6(c)）。

精神療養病棟が関係しない組み合わせについては、精神科救急病棟（図6(d)）および急性期治療病棟（図6(e)）の初設置年が認知症病棟のそれより遅く、精神科救急病棟と急性期治療病棟の初設置年の前後関係は傾向が一貫しなかった（図6(f)）。

病棟の初設置年についてまとめると、精神療養病棟と認知症病棟、精神科救急病棟と急性期治療病棟は、それぞれ同様の性質を有し、前者は後者より初設置が早い傾向があった。

(2) 専門病棟設置と職員増員との時期の関連

精神療養病棟（図7(a)）では、初設置年が1995年以前を含む1996年に集中したが、これを除いても職員最大増加年が全体的に初設置年より遅くなる傾向があった。この傾向は特に医師、作業療法士、ソーシャルワーカー、看護師で見られた。看護補助者の最大増加年は、初設置年と一致する病院が多かった。

精神科救急病棟（図7(b)）では、設置歴のある病院が少数で、集計対象期間も短いため傾向が分かりづらいが、職員最大増加年が全

体的に初設置年より早い病院が多かった。

急性期治療病棟（図 7(c)）では、初設置年が 2007 年に集中したが、これを除くと初設置年と職員最大増加年の前後関係は全体的に明確でなかった。ただし、臨床心理技術者は最大増加年が初設置年に近い病院が多く、また、看護師、准看護師、看護補助者も最大増加年が初設置年と同じかそれより 1 年早い病院が多かった。

認知症病棟（図 7(d)）では、初設置年が 1995 年以前を含む 1996 年に集中したが、これを除いても職員最大増加年が全体的に初設置年と同じかそれより遅くなる傾向があった。この傾向は特に作業療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理技術者で見られた。看護補助者の最大増加年は、初設置年と一致する病院が多かった。

まとめると、精神療養病棟と認知症病棟は、作業療法士やソーシャルワーカーといったコメディカル職種を中心に、職員最大増加年が全体的に初設置年より遅くなる点で共通した。これとは対照的に、精神科救急病棟では職員最大増加年が全体的に初設置年より早くなる傾向があった。また、急性期病棟では初設置と同時に看護職の最大増加が発生しており、精神療養病棟、認知症病棟でも看護補助者において同様の傾向が見られた。

D. 考察

精神療養病棟に在院している患者の年齢、在院期間は、やや偏りがあるものの広く分布しており、在院患者特性に相当のばらつきがあった。ほかの特定入院料病棟、特に S 救急、認知症 1、認知症 2 において年齢、在院期間が限られた領域に分布したのに対して、精神療養では分布の広がりが見られた。これは、特定の患者層を対象としない入院基本料病棟（基本 15）における分布の広がりとも著

しい差異はなかった。精神療養病棟は特定入院料病棟の中でも在院患者の特性にばらつきが大きく、担っている機能が多様であることが示唆された。

精神療養病棟の在院患者特性には、病院の特色による差異もみられた。所在地域別では、在院期間の差異がやや大きく、短期層が比較的多い地域と長期層が比較的多い地域に分かれていた。前者では、精神療養病棟が急性期・回復期の患者に対応する機能を併せ持っている可能性がある。これには当該地域の救急・急性期病棟の多寡や、地域内の病院間での機能分化が関連していることが考えられ、さらに検討を深める必要がある。運営形態別では、非指定病院で老年層が多く、長期層が少なかった。非指定病院では慢性期の患者が多く、必然的に全体の年齢が高くなり、身体疾患が合併しやすくなることから転院する患者も多くなるためと考えられる。院内にほかの特定入院料病棟があるかどうかに関しては、認知症病棟の有無はあまり影響しなかったものの、救急・急性期病棟の有無は一定の影響を及ぼした。院内に救急・急性期病棟がある病院では、ない病院に比して精神療養病棟の患者の年齢が低かったが、これは若い患者の多い救急・急性期病棟から精神療養病棟への転棟があるためと考えられる。病床規模別には、小規模の病院で、精神療養病棟に在院期間の短い患者が多かった。小規模の病院では病棟数が限られるため、ほかの特定入院料病棟を設置するのが難しく、精神療養病棟で急性期の患者にも対応しているためと考えられる。

すべてが精神療養病棟の病院では、在院患者特性が病棟間で大きく異なる病院からほとんど差のない病院まで幅広く存在していた。このことから、一部の病院では、同じ精神療養病棟でも病棟間で機能が明確に分化していることが示唆された。ただし、病棟間で在院

患者特性がほぼ同じ病院でも、実際には各病棟に急性期・回復期の患者が一定数ずつ入院している場合と、長期の療養を要する患者がほとんどを占める場合とがあると思われる。

専門病棟の設置時期については、精神療養病棟や認知症病棟が、精神科救急病棟や急性期治療病棟より早く設置された病院が多かった。病棟の機能分化を進め、複数種別の専門病棟を有するようになった病院では、精神療養病棟や認知症病棟を先に設置していた場合が多いことが示唆される。これは、一つには精神療養病棟や認知症病棟が診療報酬に位置づけられるのが早かったことが考えられる。しかし、特に精神療養病棟は、アメニティーの強化など設置時に一定の初期投資を要するものの、本研究で示したように比較的多様な患者を受け入れることができるため、精神科救急病棟や急性期治療病棟に比して運用しやすく、機能分化の布石としやすいことも大きい理由と思われる。

専門病棟設置と職員増員との時期の関連については、まず、専門病棟（特に急性期病棟）設置と看護職の増員が同期している病院が多かった。これらの専門病棟に適用される特定入院料では、高い看護基準を条件としており、これは当然の結果と考えられる。しかし、専門病棟設置と職員増員に時間差があり、前後関係が偏っているケースもあった。精神療養病棟と認知症病棟では、設置後に職員、特にコメディカルが増加する傾向にあった。これは、精神療養病棟や認知症病棟を設置すると、病院の経営が安定し、診療報酬に直結しにくいコメディカルを増員することができるためと推察できる。また、精神科救急病棟は職員増員後に設置される傾向にあった。専門病棟が精神療養病棟、認知症病棟から精神科救急病棟、急性期治療病棟の順序で設置される傾向にあることは先述したが、精神科救急病棟

を設置した病院では、まず精神療養病棟や認知症病棟の設置でコメディカルを増員し、さらにほかの職種の職員も強化することにより、精神科救急病棟の設置が可能な体制を整備していったものと考えられる。

E. 結論

精神療養病棟は、特定入院料病棟の中でも在院患者の年齢および在院期間が広く分布し、機能が多様であることが示唆された。また、その多様性は急性期型専門病棟の併設の有無や病床規模などの病院特性に左右された。

さらに精神療養病棟の多様性を精神科病院の視点から捉えると、精神療養病棟は比較的多様な患者に対応できるように機能分化の足掛かりとして設置されることが多く、その後の職員配置の充実や、それにより可能となる急性期型の専門病棟の設置において、その基盤づくりという面で重要な役割を果たしていると考えられた。

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

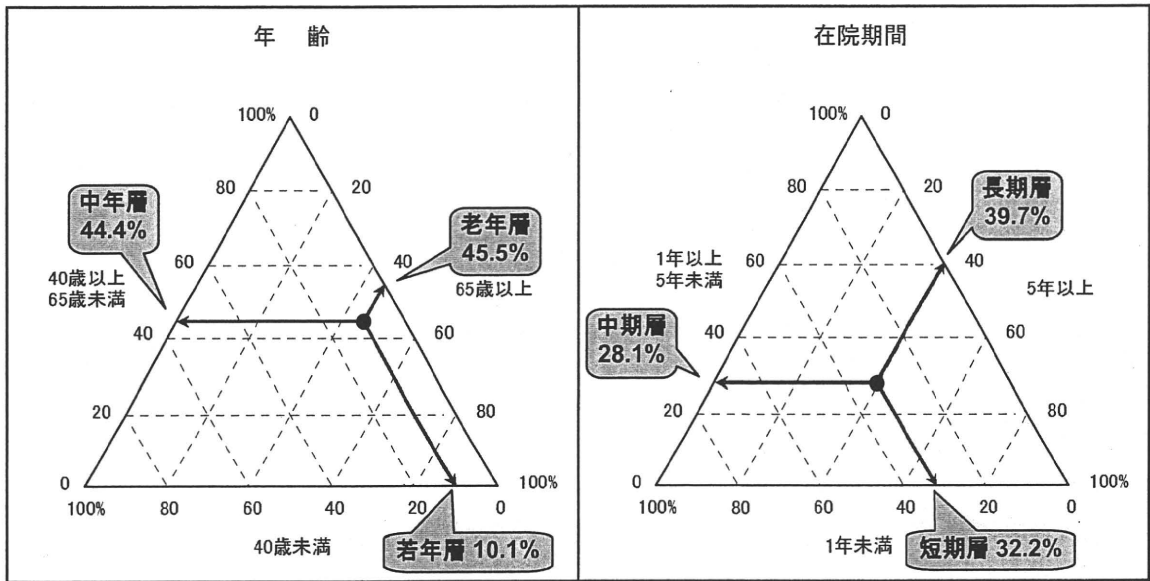


図1 三角グラフの読み取り方

2007年度630調査における精神科病院在院患者全員（316,109名）の年齢、在院期間の例。

年 度	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
精神療養病棟	精神療養病棟入院料A・B					精神療養病棟入院料1・2			精神療養病棟入院料			
精神科救急病棟						精神科救急入院料						
急性期治療病棟	精神科急性期治療病棟入院料A・B					精神科急性期治療病棟入院料1・2						
認知症病棟	老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料										老人性認知症疾患治療病棟入院料1・2	

図2 専門病棟の定義

専門病棟と、各年度の630調査で取得の有無を調査した入院料との対応を示した。

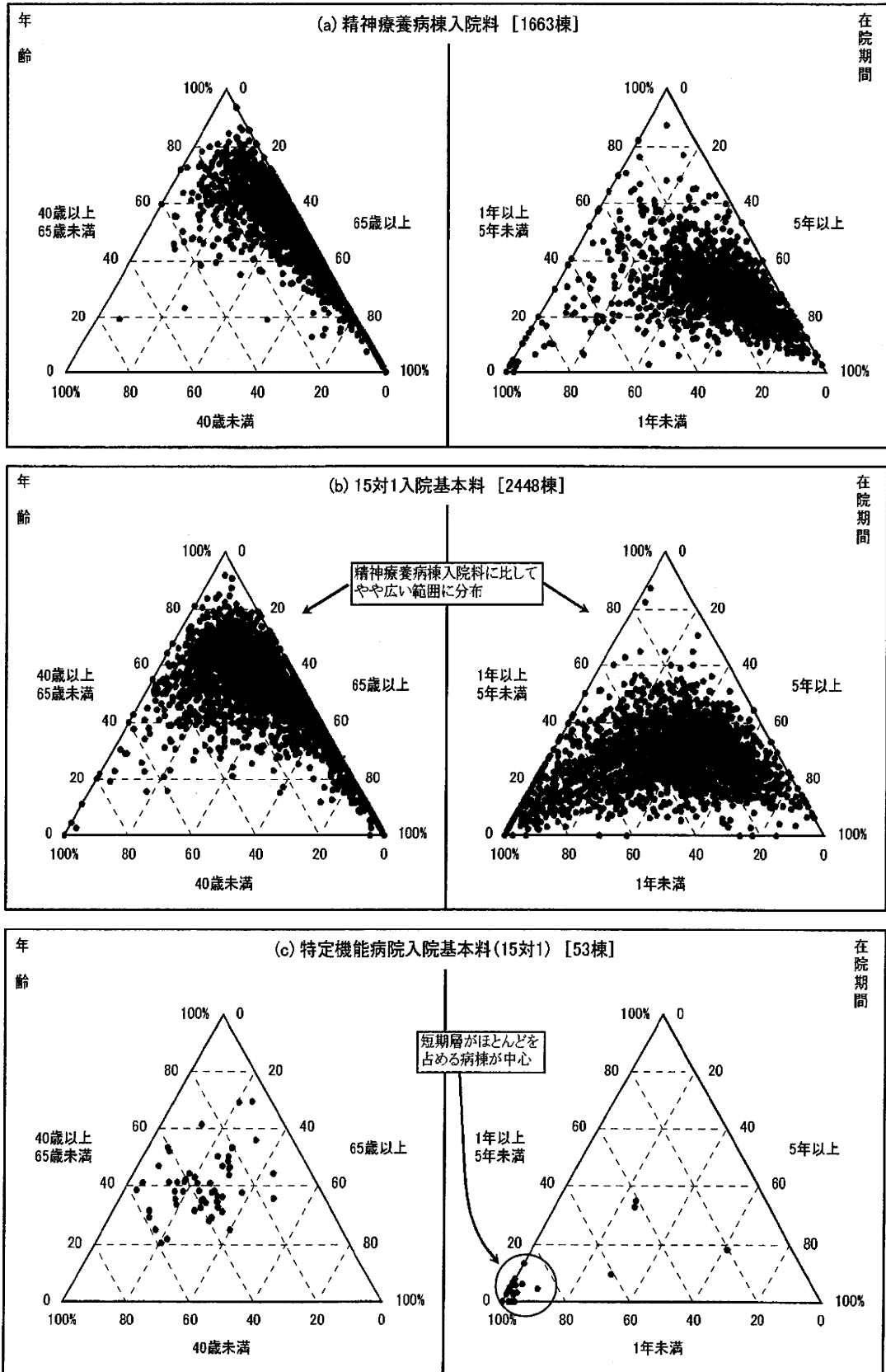


図3 精神療養病棟とほかの入院料病棟の在院患者特性の比較 (1/3)