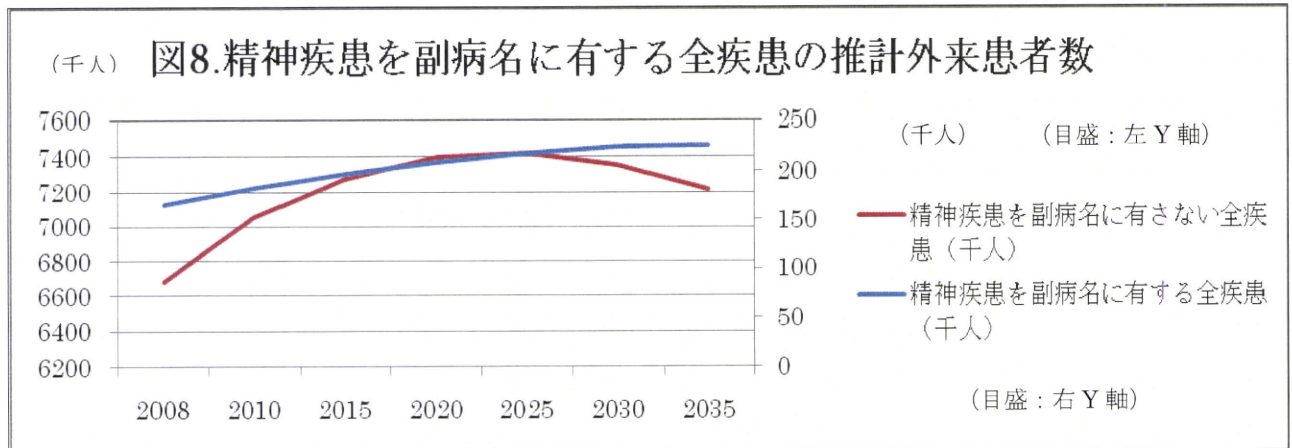


8) 精神疾患を副病名に有する全疾患の推計外来患者数の推移予測：図8

図6で示したもののうち推計外来患者の再掲である。

精神疾患を副病名に有する推計外来患者数は年々増加し、2030年以降は横ばいの兆しを見せる。一方、精神疾患を副病名に有さない推計外来患者数は2025年までは増加するが、以後は減少していく、つまり外来患者における精神疾患を副病名に有する患者数の比率が上昇することを示唆する。

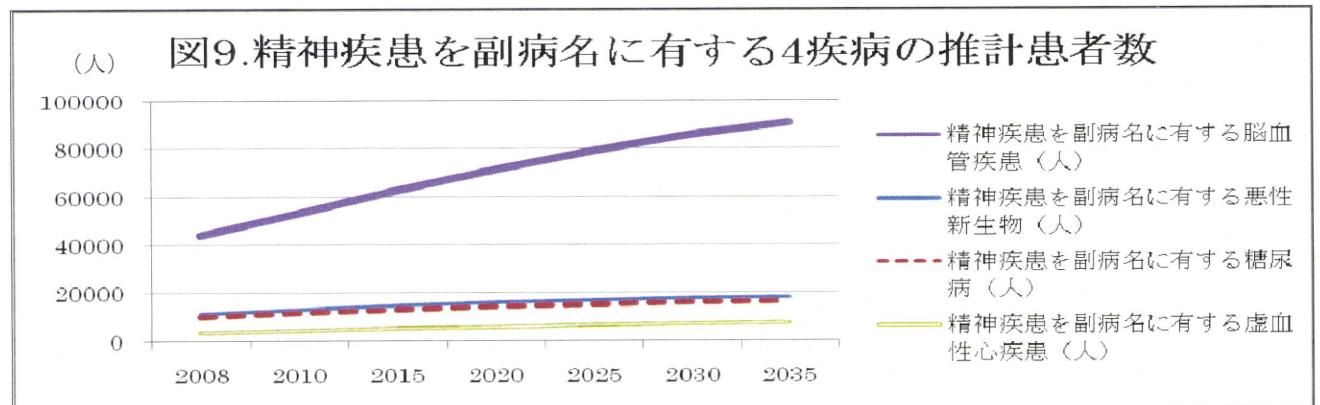


	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
精神疾患を副病名に有する全疾患(千人)	165	182	197	208	217	223	225
精神疾患を副病名に有さない全疾患(千人)	6678	7049	7268	7391	7416	7353	7208

9) 精神疾患を副病名に有する4疾病の推計患者数の推移予測：図9

精神疾患を副病名に有する疾患のうち、4疾病（悪性新生物、脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病）の推計患者数の推移予測である。

4疾病のうち脳血管疾患で精神疾患を副病名に有する患者数が最も多く、次いで悪性新生物、糖尿病、虚血性心疾患の順であるが、これらはいずれも将来的に増加の一途をたどる。特に2035年の脳血管障害、虚血性心疾患で精神疾患を有する推計患者数は現在の2倍に達する。

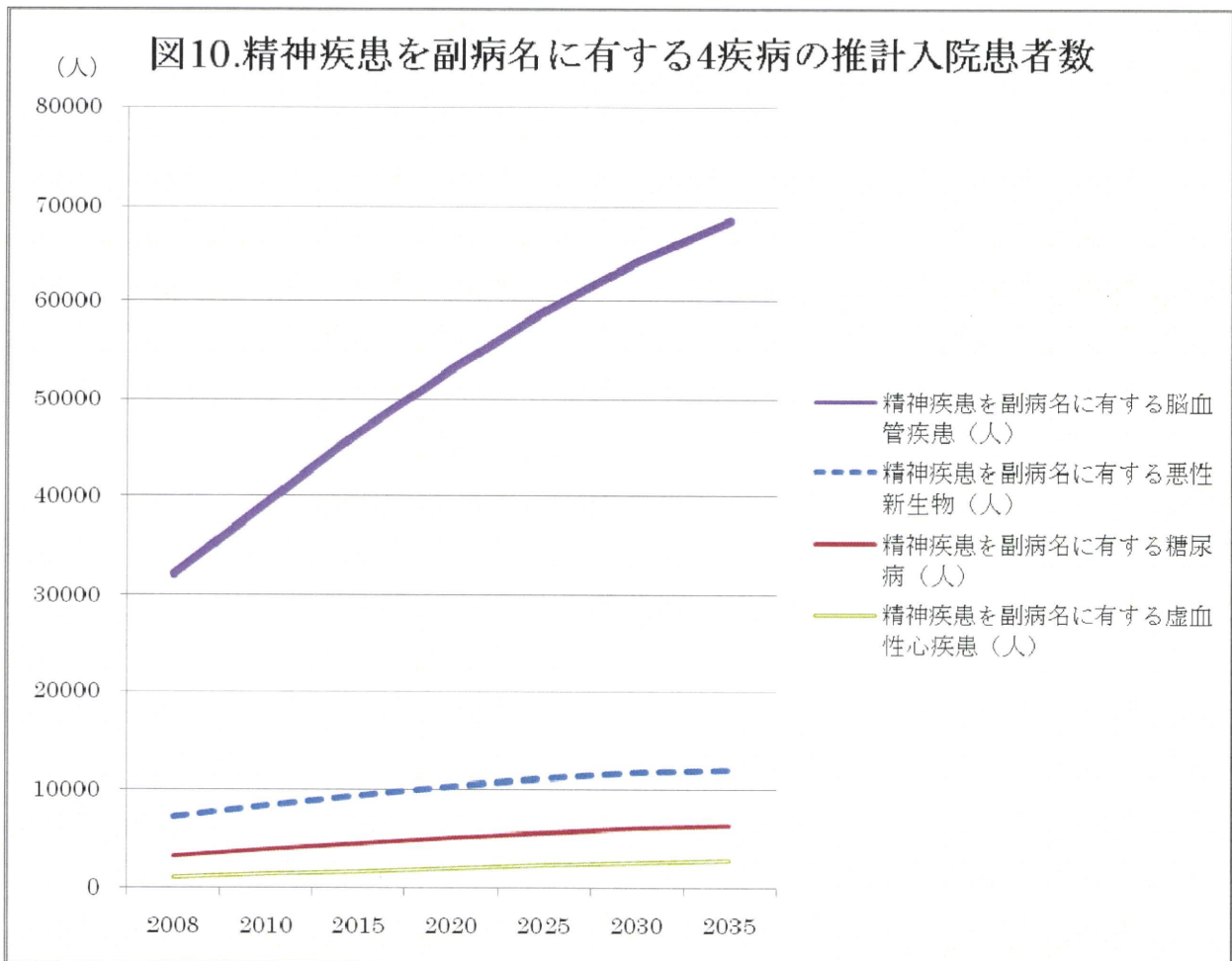


	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
精神疾患を副病名に有する脳血管疾患(百人)	439	533	627	713	787	854	907
精神疾患を副病名に有する悪性新生物(百人)	112	129	144	158	168	177	181
精神疾患を副病名に有する糖尿病(百人)	99	115	130	142	152	160	166
精神疾患を副病名に有する虚血性心疾患(百人)	38	46	54	61	67	73	75

10) 精神疾患を副病名に有する4疾病の推計入院患者数：図10

図9で示したもののうち推計入院患者数の推移予測を再掲したものである。

4疾病のうち脳血管疾患で精神疾患を副病名に有する患者数が最も多く、次いで悪性新生物、糖尿病、虚血性心疾患の順であるが、これらはいずれも将来的に増加の一途をたどる。特に2035年の脳血管障害、糖尿病、虚血性心疾患で精神疾患を有する推計患者数は現在の2倍に達する。なお、悪性新生物、糖尿病、虚血性心疾患では2030年からは横ばいの兆しを見せる。

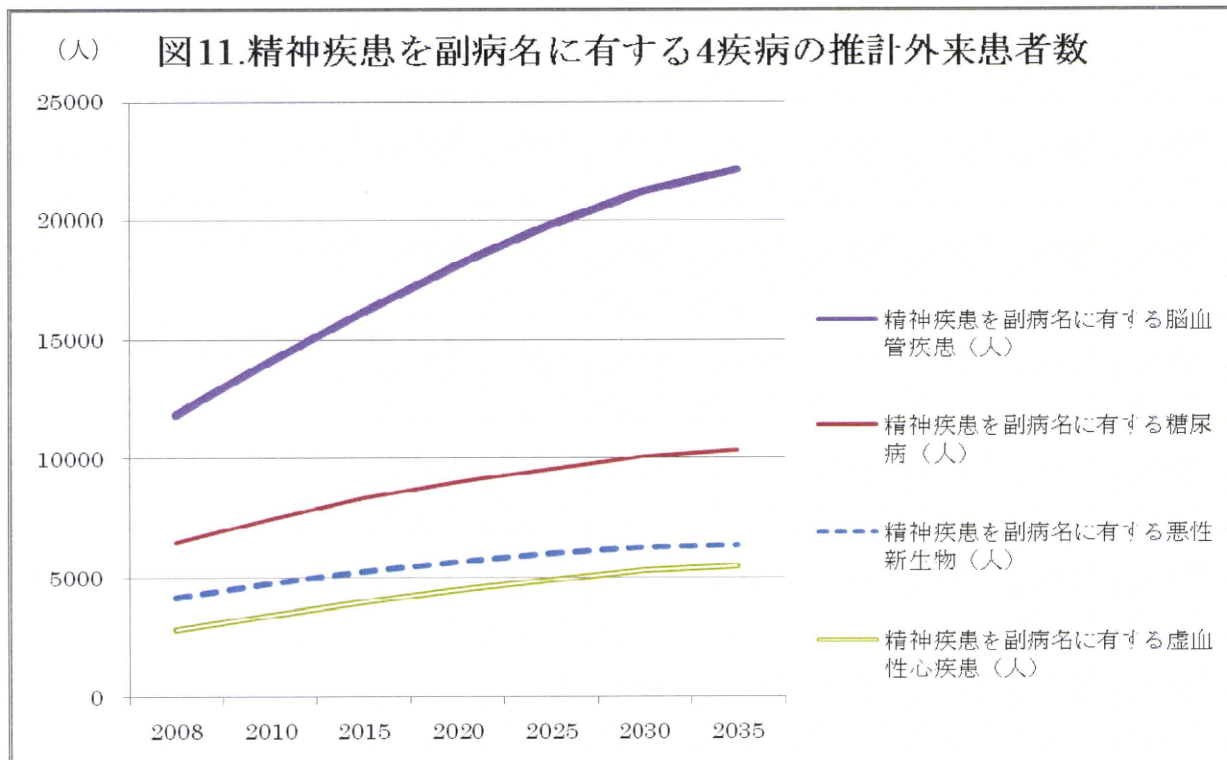


	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
精神疾患を副病名に有する脳血管疾患(百人)	321	392	465	531	589	642	685
精神疾患を副病名に有する悪性新生物(百人)	72	84	94	104	111	117	119
精神疾患を副病名に有する糖尿病(百人)	32	39	45	50	55	60	62
精神疾患を副病名に有する虚血性心疾患(百人)	10	13	16	19	22	25	27

11) 精神疾患を副病名に有する4疾病の推計外来患者数：図11

図9で示したもののうち推計外来患者数の推移推計を再掲したものである。

外来患者では4疾病で精神疾患を副病名に有する患者は、入院での悪性新生物と糖尿病の順位が逆転しており、脳血管疾患、糖尿病、悪性新生物、虚血性心疾患の順である。いずれも入院患者と同様増加するが、入院に比べて増加はゆるやかであり、2008年に比して2035年に2倍となっているのは脳血管疾患のみである。また、糖尿病、悪性新生物、虚血性心疾患に関しては2025もしくは2030年からは横ばいの兆しを示す。

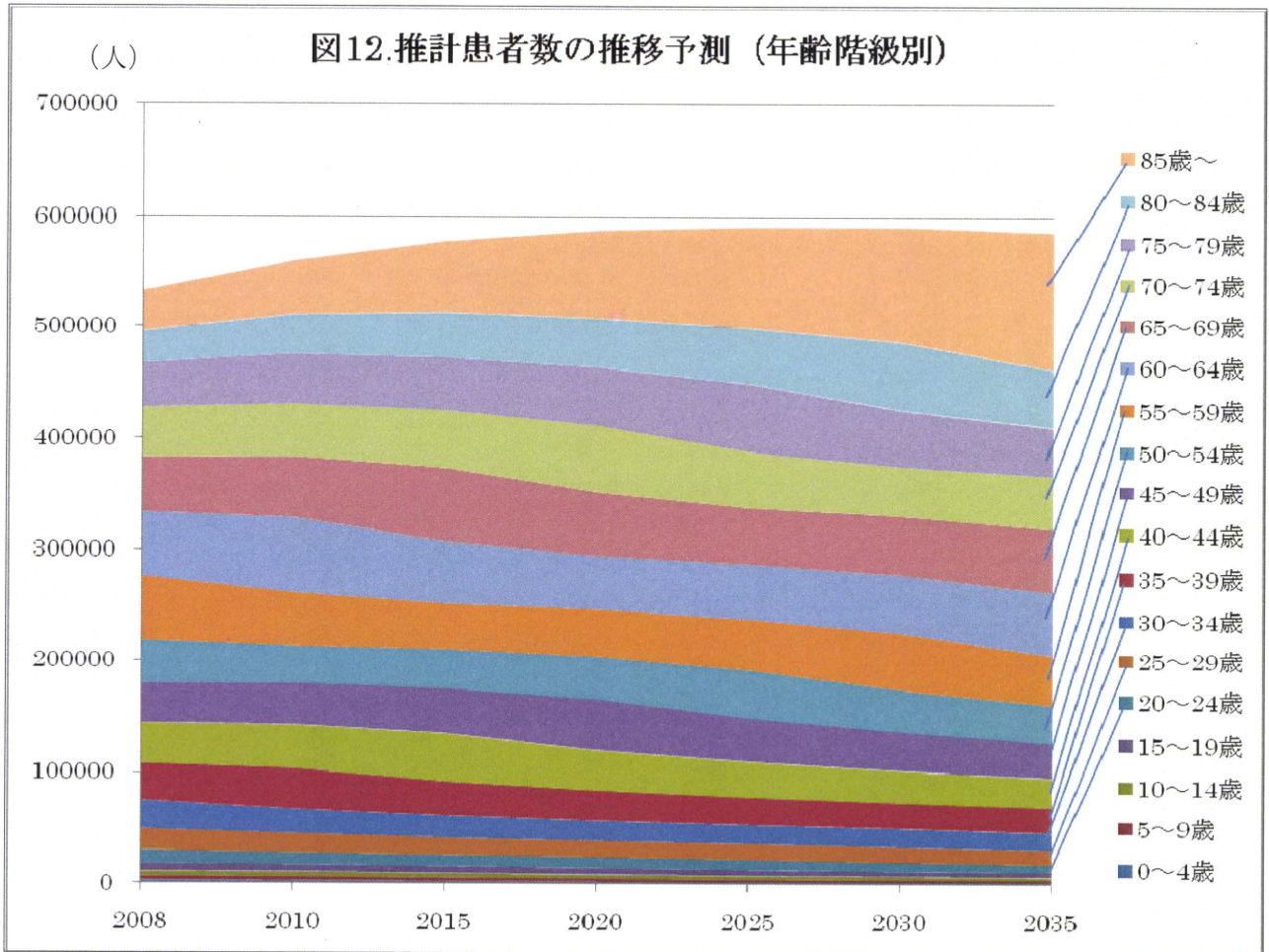


	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
精神疾患を副病名に有する脳血管疾患(百人)	118	140	162	181	198	211	221
精神疾患を副病名に有する糖尿病(百人)	65	75	84	90	95	101	103
精神疾患を副病名に有する悪性新生物(百人)	42	48	52	57	60	62	63
精神疾患を副病名に有する虚血性心疾患(百人)	29	35	40	45	49	53	55

12) 年齢階級別の精神及び行動の障害全体の推計患者数（アルツハイマー病、てんかんは神経疾患に分類されているため、この図には反映されていない）：図12

図1で示した推計患者数の推移予測（精神及び行動の障害全体）の年齢階級別（5歳階級）の再掲である。

0歳～34歳階級においては、今後は精神疾患の推計患者数は減少していき、2035年には現在の2/3程度となる。35～39歳階級においては2010年を、40～44歳階級では2015年を、45～49歳階級では2020年をピークに推計患者数が減少し、2035年にはいずれも2008年の患者数を下回っている。50～59歳階級では増減しながら徐々に減少する。現在の患者数より増加するのは60歳以上の年齢階級であり、60～79歳階級では増減を繰り返しながら最終的には増加、80歳以上階級では年々増加し、80～84歳階級では2035年には2008年の2倍、85歳～階級では3倍となり、2020年以降は85歳以上階級の推計患者数が最多となるという推移予測となった。



	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0～4歳(百人)	24	21	19	17	16	15	14
5～9歳(百人)	38	36	32	28	25	24	23
10～14歳(百人)	43	43	40	35	31	28	26
15～19歳(百人)	67	62	61	57	51	44	41
20～24歳(百人)	121	110	102	101	95	84	74
25～29歳(百人)	188	169	153	142	141	133	118
30～34歳(百人)	264	224	200	182	169	168	158
35～39歳(百人)	334	373	316	283	258	239	237
40～44歳(百人)	345	373	414	351	315	287	266
45～49歳(百人)	359	374	402	447	379	340	310
50～54歳(百人)	405	352	366	393	438	372	333
55～59歳(百人)	585	493	428	444	479	533	453
60～64歳(百人)	548	643	540	469	488	526	586
65～69歳(百人)	509	563	659	554	482	503	543
70～74歳(百人)	451	474	524	616	520	454	474
75～79歳(百人)	385	436	459	511	604	511	448
80～84歳(百人)	287	365	417	444	499	597	506
85歳～(百人)	375	500	656	807	927	1060	1261

13) 年齢階級別の精神及び行動の障害全体の推計入院患者数（アルツハイマー病、てんかんは神経疾患に分類されているため、この図には反映されていない）：図 13

図 12 のうち推計入院患者部分を抜粋した再掲である。

入院患者は今後も増加が続くが、年齢階級別では 0～34 歳階級においては減少し（特に低年齢階級において減少が著しい）、35～39 歳階級においては 2010 年を、40～44 歳階級では 2015 年を、45～49 歳階級では 2020 年を、50～54 歳階級では 2025 年を、55～59 歳階級では 2030 年を境に推計患者数が減少し、2035 年にはいずれも 2008 年の患者数を下回っている。現在の患者数より増加するのは 60 歳以上の年齢階級であり、60～79 歳階級では増減を繰り返しながら最終的には増加、80 歳以上階級では年々増加し、80～84 歳階級では 2035 年には 2008 年の 2 倍弱（ただし、2030 年を境に減少傾向に転ずるようである）、85 歳～階級では約 3 倍となる。2015 年以降は 85 歳以上階級の推計患者数が最多となるという推移予測となった。

14) 年齢階級別の精神及び行動の障害全体の推計外来患者数（アルツハイマー病、てんかんは神経疾患に分類されているため、この図には反映されていない）：図 14

図 12 のうち推計外来患者部分を抜粋した再掲である。全体としては 2015 年から横ばいとなり 2020 年以降は減少していくが、年齢階級別にみると入院患者数と同様の経過が認められる。

15) 血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数の推移予測（年齢階級別）：図 15

図 12 のうち血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数部分（入院＋外来）を抜粋した再掲である。

全体的に増加傾向にあるが、59 歳までの年齢階級ではゆるやかに減少し、60～79 歳階級では増減しながら 2035 年時点では 2008 年時点とほぼ同数となり、80 歳～の年齢階級において著明な増加を示す。80～84 歳階級においては 2030 年を境に減少傾向に転ずるようである。85 歳～の年齢階級においては増加を続け、2008 年に比して 2035 年は 3 倍以上となる。

16) アルツハイマー病の推計患者数の推移予測（年齢階級別）：図 16

患者調査にて神経疾患に分類されているアルツハイマー病部分（入院＋外来）の推計患者数の推移予測である。

管性及び詳細不明の認知症における推移とほぼ同様の経過を示す。

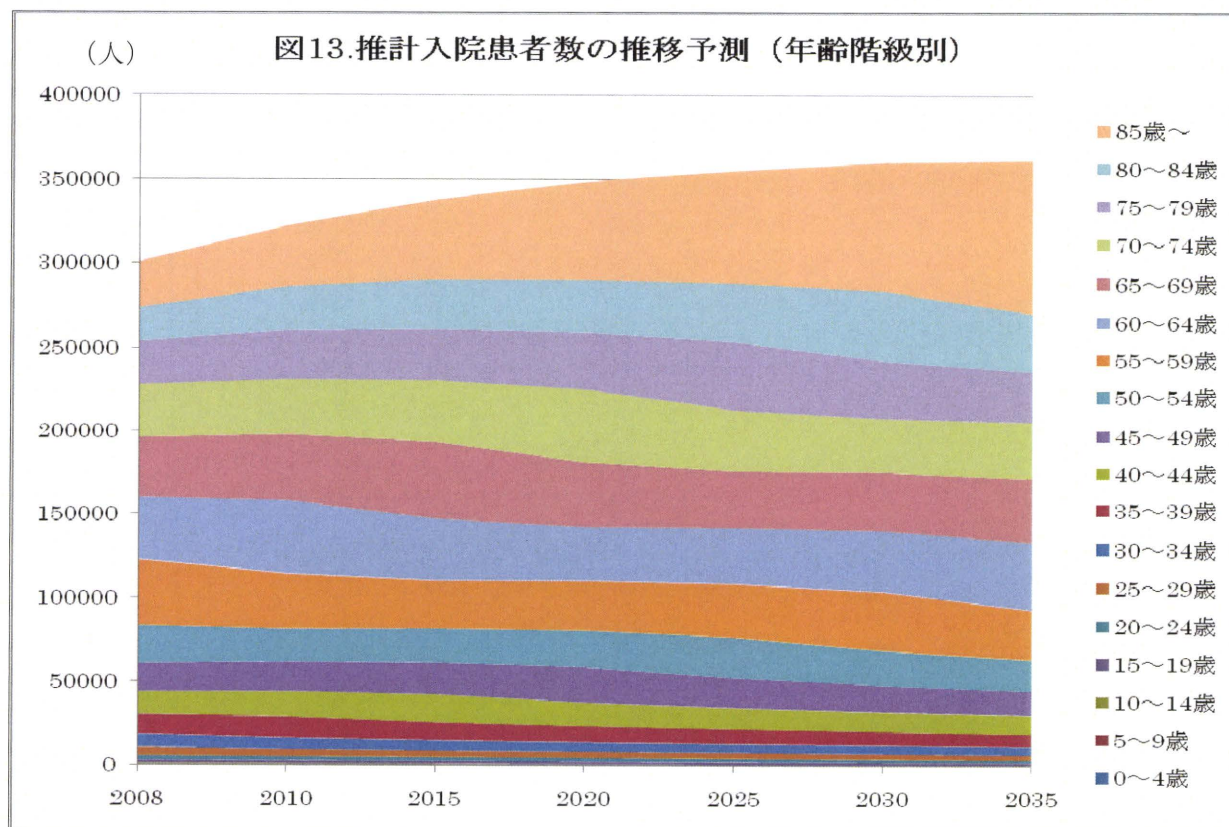
17) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の推計患者数の推移予測（年齢階級別）：図 17

図 12 のうち統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の推計患者数部分（入院＋外来）を抜粋した再掲である。39 歳までの年齢階級では今後徐々に減少し、40～44 歳階級では 2015 年を、45～49 歳階級では 2020 年を、50～54 歳階級では 2025 年を、55～59 歳階級では 2030 年を境に推計患者数が減少し、2035 年にはいずれも 2008 年の患者数を下回っている。現在の患者数より増加するのは 60 歳以上の年齢階級であり、60～84 歳階級では増減を繰り返しながら最終的には増加（ただし 75～79 歳階級では 2025 年以降、80～84 歳階級では 2030 年以降は減少していくようである）し、特に 80～84 歳階級では 2035 年には 2008 年の 2 倍弱、85 歳～階級では約 3 倍となる。2008 年時点で 55～59 歳階級が最多であったが、2035 年時点では 60～64 歳階級の推計患者数が最多となるという推移予測となった。

18) 気分障害の推計患者数の推移予測（年齢階級別）：図 18

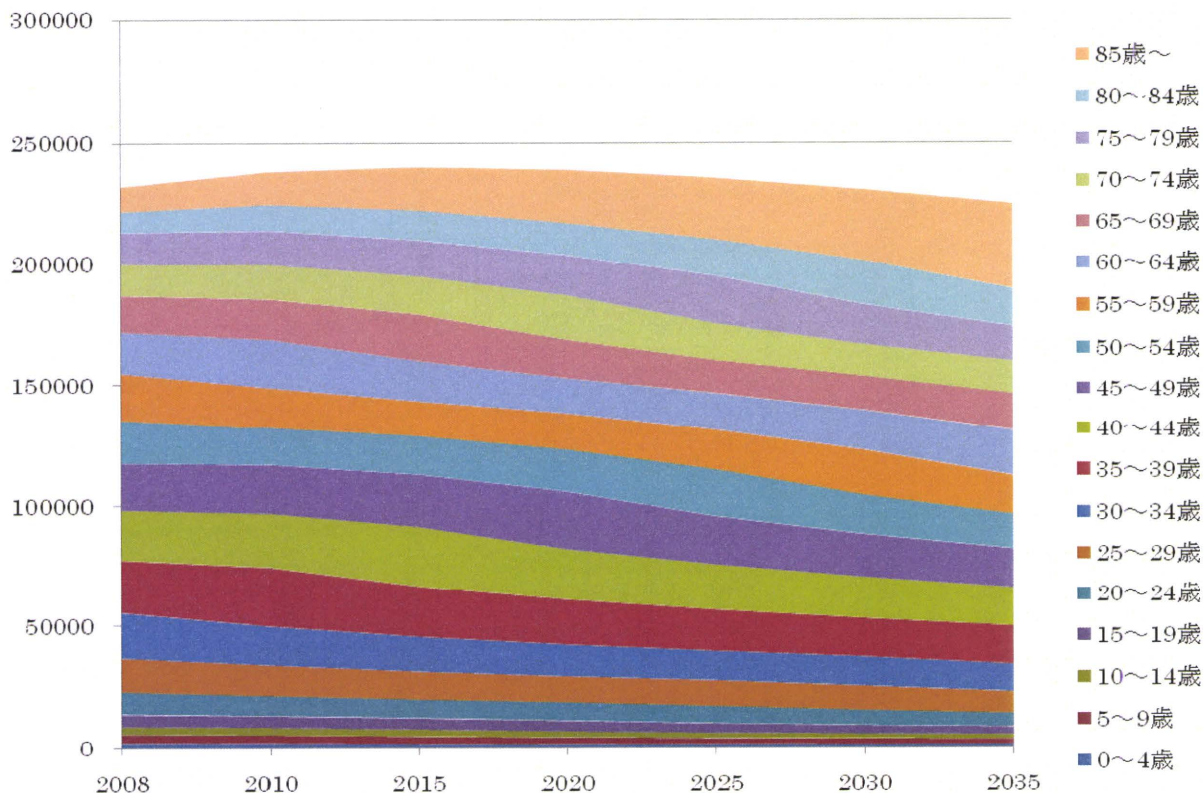
図 12 のうち気分障害の推計患者数部分（入院＋外来）を抜粋した再掲である。

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害とほぼ同様の経過をとり、2008 年時点で 35～39 歳階級および 55～59 歳階級が最多であったのが、2035 年時点では圧倒的に 60 歳以上階級の推計患者数が多くなり、85 歳以上階級が最多となるという推移予測である。



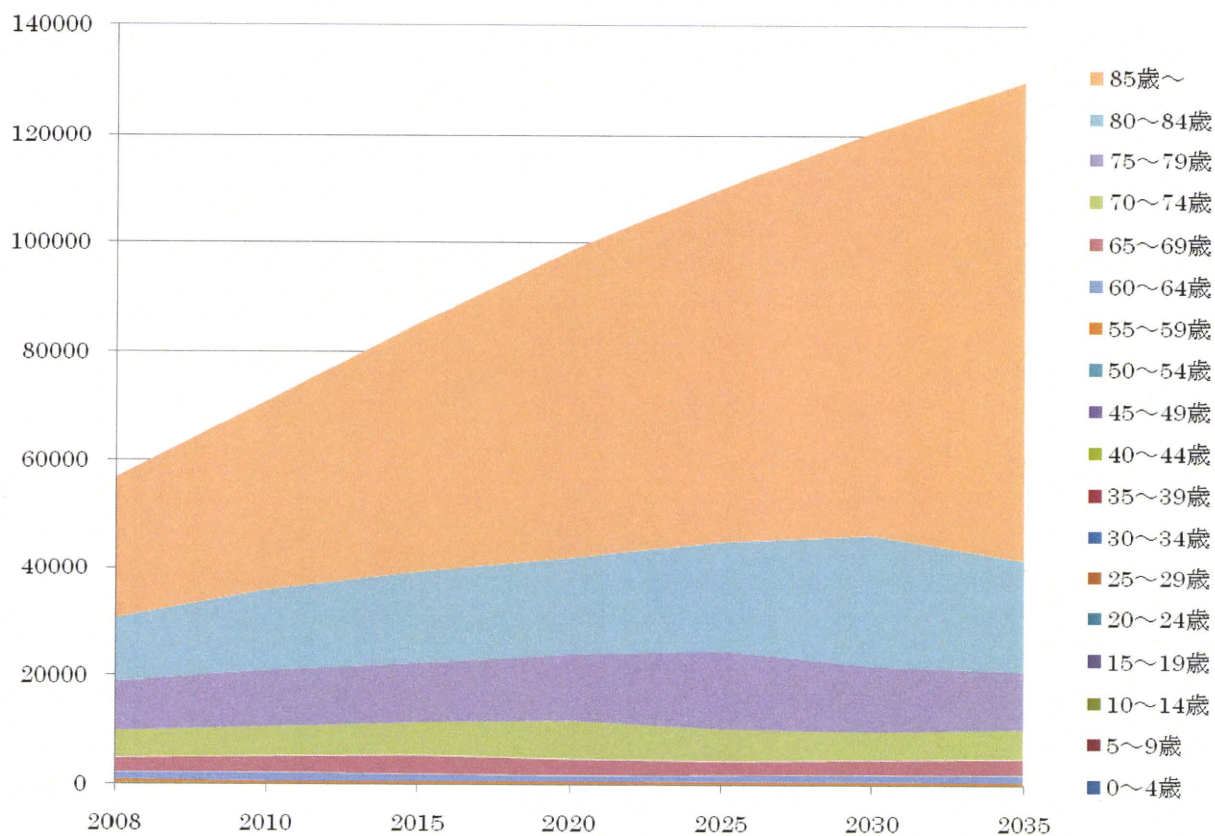
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0～4歳(百人)	2.0	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6
5～9歳(百人)	2.0	1.9	1.7	1.5	1.3	1.2	1.2
10～14歳(百人)	9.0	8.9	8.4	7.4	6.5	5.9	5.5
15～19歳(百人)	16	15	15	14	12	11	9.7
20～24歳(百人)	29	26	24	24	23	20	18
25～29歳(百人)	51	46	42	39	39	36	32
30～34歳(百人)	79	66	59	54	50	50	47
35～39歳(百人)	115	128	109	98	89	83	82
40～44歳(百人)	137	148	164	140	125	114	106
45～49歳(百人)	170	178	192	213	181	162	148
50～54歳(百人)	228	197	205	220	245	208	187
55～59歳(百人)	387	325	282	293	316	352	299
60～64歳(百人)	375	438	368	320	333	359	400
65～69歳(百人)	360	397	465	391	340	355	383
70～74歳(百人)	318	334	370	435	367	320	335
75～79歳(百人)	263	298	314	350	414	350	307
80～84歳(百人)	200	255	292	311	349	418	354
85歳～(百人)	270	360	472	582	669	765	910

(人) 図14.推計外来患者数の推移予測 (年齢階級別)



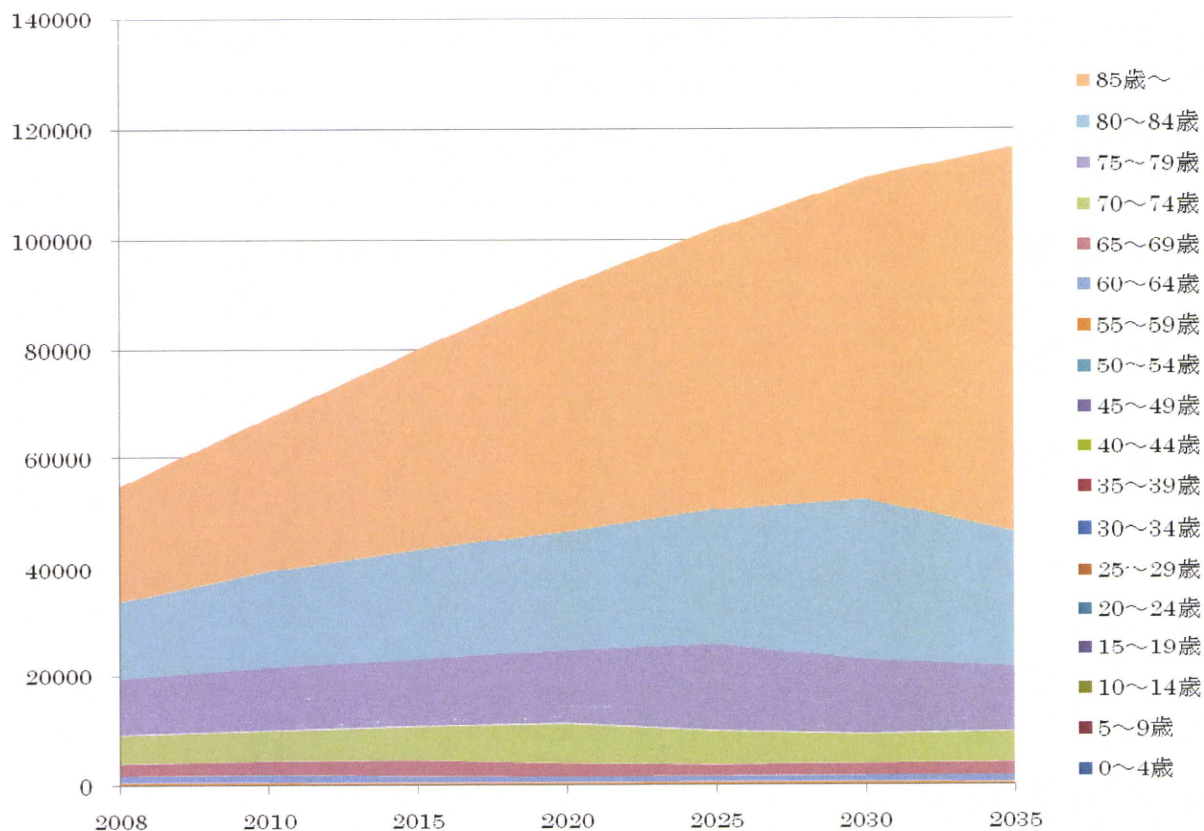
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0～4歳(百人)	23	21	19	17	16	15	14
5～9歳(百人)	36	34	30	26	24	22	21
10～14歳(百人)	34	34	32	28	24	22	21
15～19歳(百人)	51	47	46	44	39	34	31
20～24歳(百人)	92	84	78	77	72	64	57
25～29歳(百人)	136	123	112	104	103	97	86
30～34歳(百人)	185	158	141	128	119	118	111
35～39歳(百人)	219	245	207	186	169	157	155
40～44歳(百人)	208	225	250	212	189	173	160
45～49歳(百人)	189	197	212	235	200	179	163
50～54歳(百人)	178	154	160	172	191	162	145
55～59歳(百人)	198	168	146	151	163	181	154
60～64歳(百人)	174	204	171	14	155	167	186
65～69歳(百人)	149	165	193	162	141	147	159
70～74歳(百人)	132	140	154	181	153	133	139
75～79歳(百人)	123	138	145	161	190	161	141
80～84歳(百人)	86	109	124	132	148	177	150
85歳～(百人)	105	140	183	225	259	296	351

(人) 図15.血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数の推移予測 (年齢階級別)



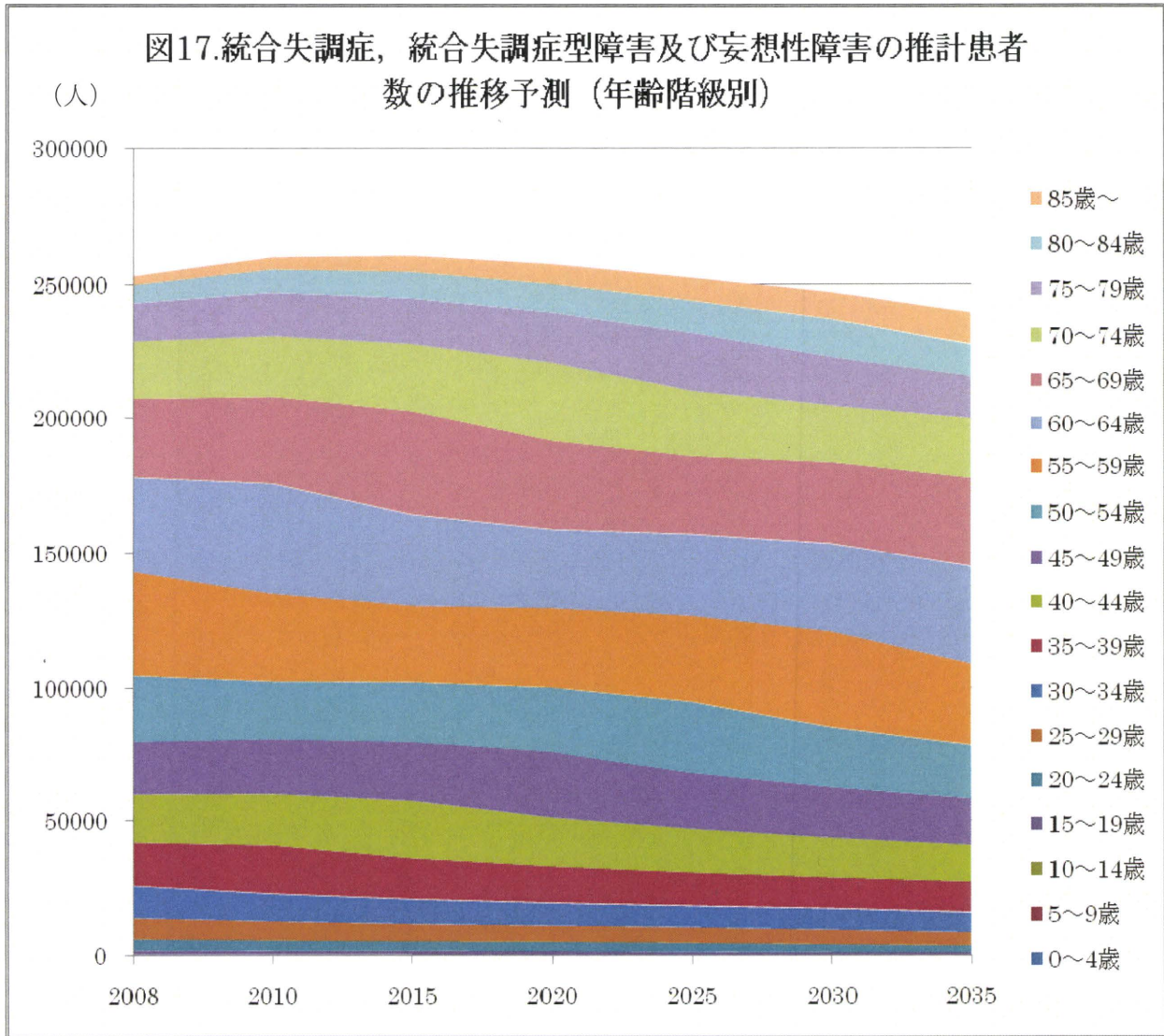
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0～4 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
5～9 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
10～14 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
15～19 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
20～24 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
25～29 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
30～34 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
35～39 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
40～44 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
45～49 歳(百人)	1.0	1.0	1.1	1.3	1.1	1.0	0.8
50～54 歳(百人)	2.0	0.9	0.9	1.0	1.1	0.9	0.8
55～59 歳(百人)	6.0	4.2	3.7	3.8	4.1	4.6	3.9
60～64 歳(百人)	13	15	10	11	12	12	14
65～69 歳(百人)	26	30	35	29	26	27	29
70～74 歳(百人)	52	56	62	73	61	53	56
75～79 歳(百人)	89	102	107	120	142	120	105
80～84 歳(百人)	116	149	170	181	204	244	207
85 歳～(百人)	264	352	461	568	652	745	886

(人) 図16.アルツハイマー病の推計患者数の推移予測 (年齢階級別)



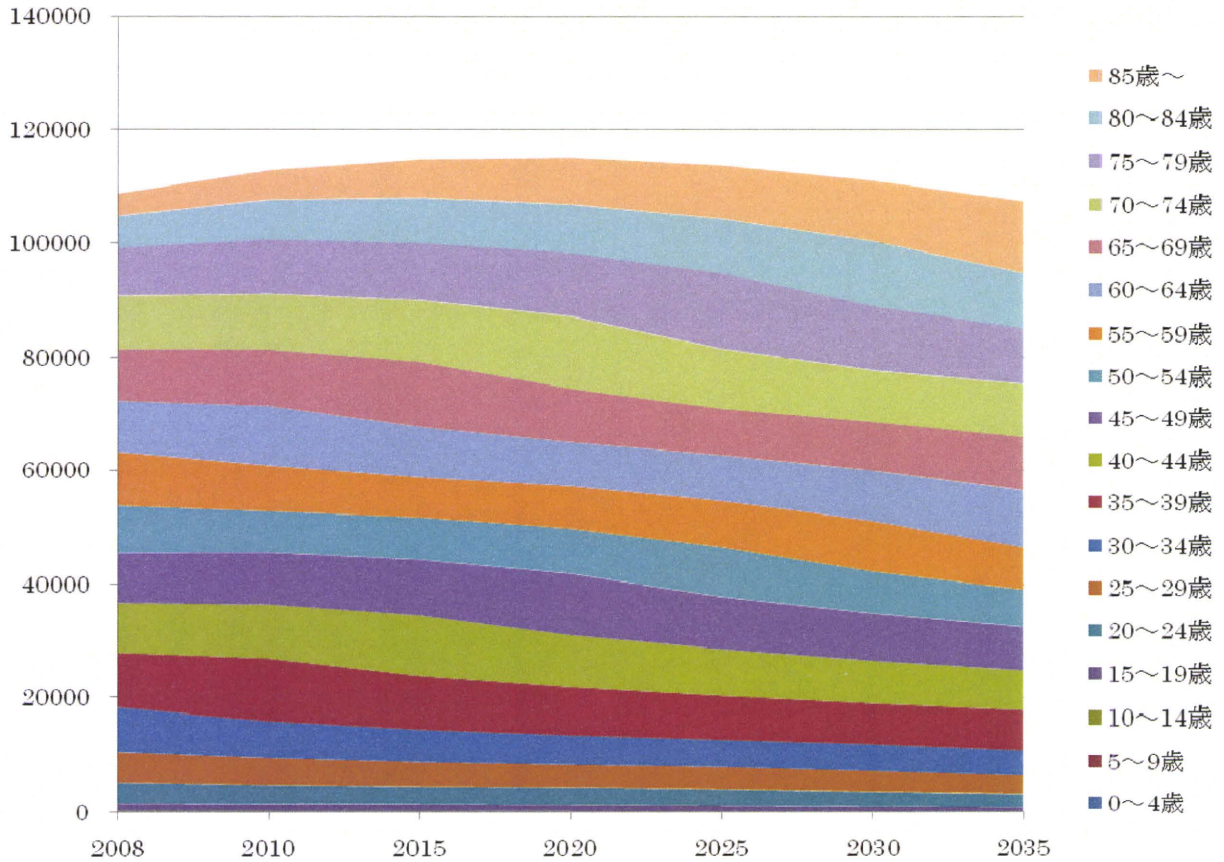
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0～4 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
5～9 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
10～14 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
15～19 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
20～24 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
25～29 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
30～34 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
35～39 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
40～44 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
45～49 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
50～54 歳(百人)	1.0	0.9	0.9	1.0	1.1	0.9	0.8
55～59 歳(百人)	5.0	5.1	4.4	4.6	4.9	5.5	4.6
60～64 歳(百人)	12	14	12	10	11	12	13
65～69 歳(百人)	23	25	30	25	22	23	25
70～74 歳(百人)	53	56	62	72	61	53	56
75～79 歳(百人)	102	115	121	135	159	135	118
80～84 歳(百人)	144	181	207	220	247	296	251
85 歳～(百人)	209	277	364	448	515	589	701

図17.統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の推計患者数の推移予測（年齢階級別）



	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0～4 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
5～9 歳(百人)	1.0	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6
10～14 歳(百人)	3.0	3.0	2.8	2.5	2.2	2.0	1.8
15～19 歳(百人)	16	15	15	14	12	11	9.7
20～24 歳(百人)	44	40	37	37	35	31	27
25～29 歳(百人)	78	70	64	59	59	55	49
30～34 歳(百人)	120	102	92	83	77	77	72
35～39 歳(百人)	160	179	152	136	124	115	114
40～44 歳(百人)	176	190	211	179	161	146	136
45～49 歳(百人)	200	208	224	249	211	190	173
50～54 歳(百人)	247	215	223	240	267	227	203
55～59 歳(百人)	387	326	283	294	317	353	299
60～64 歳(百人)	345	404	340	295	307	331	368
65～69 歳(百人)	298	330	386	325	282	294	318
70～74 歳(百人)	221	232	257	302	255	222	232
75～79 歳(百人)	139	157	166	184	218	184	162
80～84 歳(百人)	66	84	96	102	115	138	117
85 歳～(百人)	34	45	60	74	85	97	115

(人) 図18.気分障害の推計患者数の推移予測 (年齢階級別)



	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0~4 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
5~9 歳(百人)	0	0	0	0	0	0	0
10~14 歳(百人)	3.0	3.0	2.8	2.5	2.2	1.9	1.8
15~19 歳(百人)	13	12	12	11	9.8	8.6	7.9
20~24 歳(百人)	37	34	31	31	29	26	23
25~29 歳(百人)	53	47	43	40	40	37	33
30~34 歳(百人)	76	64	57	52	48	48	45
35~39 歳(百人)	95	107	91	81	74	69	68
40~44 歳(百人)	89	96	107	91	81	74	69
45~49 歳(百人)	88	92	99	110	93	83	76
50~54 歳(百人)	81	70	73	79	88	74	67
55~59 歳(百人)	97	82	71	74	79	88	75
60~64 歳(百人)	92	108	90	79	82	88	98
65~69 歳(百人)	91	100	116	98	85	89	96
70~74 歳(百人)	92	96	107	125	106	92	96
75~79 歳(百人)	85	96	101	112	132	112	98
80~84 歳(百人)	56	70	80	85	95	114	96
85 歳~(百人)	39	51	66	81	93	106	125

D. 考察

精神疾患は全体の推計患者数が 2025 年より横ばいとなり 2030 年からは減少していく一方、疾病分類別では認知症性疾患の増加が著しく、また年齢階級ごとの内訳からは、高齢者が増加している。また、精神疾患を副病名に有する疾患の推計患者数（精神身体合併症患者を反映）も増加する。つまり少子・高齢化を反映した認知症、身体合併症を有する患者数が増加し、人口が減少していくのでその比率も著しく上昇することが示唆された。これらの事項が推計人口上の予測として算出された点が、今回の分析において得られた最も有用な知見である。

また、精神疾患については入院患者数が漸増し、外来患者数は漸減していくことが推計予測され、高齢患者の増加を反映していると考えられたが、これについては、入院患者数は病床数とも関係するため、精神病床数が今後も減少していくとする可能性の考慮は反映されていないことに留意が必要である。

現在、厚生労働省の検討チームにおいて認知症における精神医療の役割についても議論がなされているが、認知症については精神科のみならず総合的な医療提供体制と福祉分野の整備とセットで論じられるべきものであり、今回の結果から判明した認知症性疾患の将来推計患者数の著明な増加からは、限りある医療資源を効率的に運用するため、一般医療、療養病床、福祉施設、在宅介護、高齢者保健相談などとの有機的な連携ネットワークの構築とセットで精神医療の果たすべき役割について施策を進めていくべきであることが改めて再確認できたものとする。

統合失調症についても高齢化の影響が著しく、全体としてはゆるやかに減少していくが、高年齢階級の増加が認められ、2008 年時点で 55～59 歳階級が最多であったのが、2035 年時点では 60～64 歳階級の推計患者数が最多となる。現在も入院患者の高齢化が大きな問題となっているが、仮に将来も現在のままの入院医療提供体制および社会復帰制度の提供体制が続くとすれば、将来は統合失調症患者の高齢化が身体合併症の問題とあわせてさらにその重みを増す課題となるであろう。

また、近年の精神疾患外来患者数増加については気分障害の増加によるところが大きいですが、今回は将来も受療率が一定と仮定した算出であり、その場合は、むしろ将来は気分障害の推計患者数は減少していくことが分かった。年齢階級別にみると、これは、近年増加している若年者の気分障害が、若年者の人口減少により減ることを反映したものと考えられる。しかしながら、今回の推計では従来うつ病の中核群であった中高年はやや低下にとどまり、高齢者は増えていくことから、身体合併症の増加も考慮すると感情障害については、今後は身体疾患への対応も含めた総合的な急性期入院および外来機能の強化にシフトした医療提供体制の強化が必要な可能性が示唆されると考えた。

E. まとめ

今後の研究課題としては二次医療圏ごとの患者構成の分布と、それに対応する医療提供体制（社会復帰施設も含む）に関する指標（医療従事精神科医師数、機能別の精神科医療機関および病床数、精神科診療所数、社会復帰施設数、など）と、プロセス指標（入院者数、通院者数など）およびアウトカム指標（平均在院日数、入院 1 年後の残存率など）との関連についての検討を実施したと考えている。

【分析に用いたデータの出典】

- 1) 平成 20 年患者調査（平成 21 年 12 月公表）、厚生労働省
- 2) 『日本の市区町村別将来推計人口』（平成 20 年 12 月推計）、国立社会保障・人口問題研究所
- 3) 人口統計資料集 2010 年版、国立社会保障・人口問題研究所

F. 発表

1. 論文発表
今後発表の予定あり
2. 学会発表
今後発表の予定あり

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究分担報告書

精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所社会精神保健研究部部长

研究要旨：医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、精神疾患を5疾病目に加える議論がなされている。実現した場合、モデルとなる精神科地域連携クリティカルパスと、地域医療計画の評価指標が必要となる。本研究の目的は、医療法改正に資するために、モデル事例を収集するとともに、(1) ワークショップを開催して地域連携クリティカルパスのモデルを開発し、(2) 精神科医療において国際的に用いられている指標を整理することである。**研究方法：**(1) 平成23年2月に関するワークショップを開催し、大腿骨頸部骨折・脳卒中・がんの領域で地域連携クリティカルパスの開発主導している専門家の支援の下、精神科地域連携クリティカルパスモデルを開発した。(2) 精神科医療における質測定方法のフレームワークづくりをしている国際グループへの調査に基づいて、質評価指標を整理した。**結果：**(1) 精神科地域連携クリティカルパスはすでに導入医療施設があることが明らかになった。ワークショップによって退院促進・うつ・認知症のパスモデルを開発した。(2) 国際的に用いられている質評価指標と比較すると、すでに提案されている指標例に、人口あたりの精神保健医療の従事者数、外来診療サービスの利用度や疾患ごとの受療者数、費用に関する指標と地域生活の継続に関する指標の追加を検討することは意義があると考えられた。**まとめ：**本研究成果は医療法改正の検討に資すると考えられる。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

稲庭千弥子	今村病院院長
大石 智	北里大学東病院精神科助教
萱間真美	聖路加看護大学教授
黒木俊秀	肥前精神医療センター部長
下村裕見子	東京女子医科大学病院係長
杉山直也	沼津中央病院副院長
平田豊明	静岡県立こころの医療センター院長
松下幸生	久里浜アルコール症センター部長
宮岡 等	北里大学教授
武藤正樹	国際医療福祉大学大学院教授
山田明美	佐久総合病院 副看護部長兼室長
吉邨善孝	横浜市東部病院精神科 医師
依田尚美	佐久総合病院 看護師長
渡邊博幸	国保旭中央病院神経精神科 地域精神医療推進部長

A. 研究目的

医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、精神疾患を5疾病目に加える議論がなされている。実現した場合、モデルとなる精神科地域連携クリティカルパスと、地域医療計画の評価指標が必要となる。本研究の目的は、医療法改正の検討に資するために、モデル事例を収集するとともに、(1) ワークショップを開催して地域連携クリティカルパスのモデルを開発するとともに、(2) 精神科医療において国際的に用いられている指標を整理することである。

B. 研究方法

(1) 精神科地域連携クリティカルパス

平成23年2月に関するワークショップを開催し、大腿骨頸部骨折・脳卒中・がんの領域で地域連携クリティカルパスの開発主導している専門家の支援の下、精神科地域連携クリティカルパスモデルを開発した。ワークショップ概要を「資料1」に示す。さらに、当該パスに関連する先行事例を収集した。

(2) 精神科医療の質評価指標

精神科医療における質測定方法のフレームワークづくりをしている国際グループへの調査に基づいて、質評価指標を整理した。

(倫理面への配慮)

本研究は、ワークショップの開催による成果が中心であり、患者・利用者へ調査を実施するものではない。しかし研究に実施に際しては倫理面へ配慮しながら進めた。

C. 研究結果 (資料参照)

(1) 精神科地域連携クリティカルパス

ワークショップにより作成された精神科地域連携クリティカルパスモデルは、「退院支援パス」「認知症パス」および「うつ病パス」が提示された。

「退院支援パス」を、図1に示す。地域移行対象患者の決定は、病状の安定と地域に受け入れ可能であれば退院できることを基準としている。フェーズは、地域移行対象患者決定(期)、退院決定時、退院準備期、および退院(期)に分類された、それぞれのタスク(行うこと)とアウトカム(達成目標)がまとめられた。

「認知症パス」は、認知症を早期に診断し、

専門医に紹介・治療を開始しかかりつけ医に再度紹介する一連の支援をパス表にまとめた(図2)。フェーズは、かかりつけ医(通院)、専門医療機関受診時、かかりつけ医(通院)の3つに分けられた。それぞれ、タスク、アウトカムと評価項目が整理された。

「うつ病」「反復性うつ病」のパスは、モデル的に北里東病院での活動に基づいて、ワークショップ以前から意見交換を続けて開発された

(図3)。またこのパスを運用する際に必要となる連携シート(図4)、パス導入基準(案:図5)、およびフェーズの考え方と手順(図6)がまとめられた。

精神科地域連携クリティカルパスの先行事例としては、秋田県での稲庭らの事例が確認できた。この地域では、統合失調症および認知症を中心に、在宅・居住施設、医療機関、および就労支援(統合失調症)や介護老人保健・福祉施設との連携を示し(図7)、精神科地域連携クリティカルパスを独自に開発して(図8)、日常診療に取り入れてきたことが明らかになった。

先行事例として、萱間らは精神科訪問看護における精神科地域連携クリティカルパス(ケアマップ)を2010年に開発していた(萱間、他、2010)。萱間らは、平成21年度の厚生労働科学研究において、文献検索と関係者へのヒアリングによって、訪問看護におけるクリティカルパスのモデルを、①アウトカム志向型パスと②業務チェック型パスとを開発した。①アウトカム志向型パス(図9)は、縦軸に時間軸、横軸にアウトカム項目を設け、各アウトカム項目に向けて、実施するケア内容を各セルに整理する方式である。②業務チェック型パス(図10)は、縦軸に職種、横軸に時間軸を設け、各時期にそれぞれの職種が実施するケア内容をセルに整理

する方式である。上記2案を再検討し、アウトカムを明示するためのケアマップ(図11)と業務チェック型パスを組み合わせ、クリニカルパスの枠組みとして整理していた。

なおワークショップに連動し、総合病院精神科の観点からの資料を収集した(図12~16)。また、国保旭中央病院の精神科病棟の再構築に基づいた訪問看護実績と平均在院日数の変化を図17と図18に示す。再構築プロジェクト試行前後の平成0年度と21年度で、入院患者数はそれぞれ184、239であり、病床を減らした21年度の方が30%増加している。稼働病床は176床から96床と前年比53.6%になったが、入院での報酬は前年比80.2%を維持していた。救急病棟の回転率が上がったことや入院精神療法、作業療法などを積極的に行うことになったことが反映されていると考えられている。また肥前精神医療センターで開発した病病連携に関する地域連携クリティカルパスを図19と図20に示す。

(2) 精神科医療の質評価指標

「精神保健ケアの質の測定：国際共同IIMHLクリニカルリードプロジェクト」についての調査を実施した。ハロルド・アラン・ピンカス医師(Harold Alan Pincus, MD)からの報告によると、本プロジェクトの目的は、(1)多くの国でのメンタルヘルスシステムの質の高いケアへの関心を高め、(2)メンタルヘルスの質を評価すると考えられる临床上やシステム上のパフォーマンス指標のマトリックスを開発し、(3)メンタルヘルスサービスの変革のために国ごとのシステムパフォーマンスを比較することである。

すでにフェーズ1では、各国の全国レベルも

しくは代表するパフォーマンス指標やアウトカム指標を収集した。そしてテーマ、方法や定義の異同を特定した。さらにそれぞれの指標の開発経緯について記述した。参加国は、現段階でオーストラリア、カナダ、イングランド、ドイツ、日本、アイルランド、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、スコットランド、台湾、アメリカである。今後は、フェーズ1の結果を踏まえ、共通するパフォーマンス・アウトカム指標のフレームワークを作り、それをメンタルヘルスの向上に当てはめる(フェーズ2)。フェーズ3では、共通の指標を用いて各国のメンタルヘルスを比較することをめざす。

フェーズ1での結果、12カ国から39のプログラム数が報告された。各プログラムの実施組織は、政府組織が24(62%)、非政府組織が10(26%)、その他・非該当が4(13%)であった。

データ源は、データベース・利用度登録が24(62%)、利用者調査もしくは消費者の回答が17(44%)、患者臨床情報(例：体重やGAF得点)が14(36%)、診療録調査や抽出が11(28%)、センサス・死亡率や他の統計が9(23%)、非臨床のデータベース・利用度登録(例：雇用、住居)が6(15%)、医師や医師グループ調査が4(10%)、支払レセプトが4(10%)、その他が10(26%)であった。

もっとも測定されている領域(3/2以上の国で測定)には、入院期間が11(92%)、隔離・身体拘束(例：隔離室滞在割合)が9(75%)、入院患者の退院後の再入院(例：退院30日以内)が9(75%)、救急メンタルヘルスケアへのアクセスが9(75%)、外来診療サービスの利用度が9(75%)、人口あたりのメンタルヘルスサービス費用が9(75%)、双極性障害やうつ病が8(67%)、物質使用障害が8(67%)、自殺リスク(例：自殺リスク

の評価がなされた割合)が 8 (67%)、非任意入院が 8 (67%)、メンタルヘルス従事者 (人口当たりの精神科医・臨床心理士数)が 8 (67%)であった。

各国から収集した指標例を「参考資料 1」に示す。

D. 考察

(1) 精神科地域連携クリティカルパス

本研究により、精神科地域連携クリティカルパスの先行事例を提示するとともに、多施設の専門家によるパスモデルを提示した。精神科地域連携クリティカルパスは、すでに先行事例が存在し、またワークショップで共通のモデルを開発することが可能であることが示唆された。ただし、精神科医療において、地域連携活動の可視化が十分に行われているとはいえない状況も明らかになった。その背景には、精神科地域連携クリティカルパスを画一的に作成することには困難が伴うという意見などが存在すると考えられる。今回収集された先行事例やモデルを周知して議論するなどして、理解を深めていく必要がある。

(2) 精神科医療の質評価指標

精神科医療の質評価指標に関する国際的なフレームワークづくりの現状が明らかになり、本研究により、比較的よく用いられている指標の候補を提案することができた。これらの指標候補を、(1) 投入した資源、(3) 提供したサービス、(3) その結果に分類すると：

- (1) 投入した資源：メンタルヘルス従事者 (人口当たりの精神科医・臨床心理士数)
- (2) 提供したサービス： 隔離・身体拘束 (例：隔離室滞在割合)、外来診療サービスの利用度、救急メンタルヘルスケアへのアクセス、

自殺リスク (例：自殺リスクの評価がなされた割合)、非任意入院、双極性障害やうつ病、物質使用障害

- (3) サービスの結果：入院患者の退院後の再入院 (例：退院 30 日以内)、および人口あたりのメンタルヘルスサービス費用 (注：予算が前もって決定されている国の場合は投入した資源に分類される)

となる。今回のまとめを勘案しつつ、4 疾病で作成された指標 (参考資料 2) と整合性を保ちつつ平成 21 年度に提案されている評価指標 (表 1~表 3) と今回の結果を比較する。

表 1. ストラクチャー指標
(総合的な指標) ・精神病床数及び人口万対病床数 ・精神科医療機関数
(A 地域医療に関する指標) ・救急・急性期対応病床 (救急・急性期・10:1・13:1) 数及び、救急・急性期対応病床数の精神科病床全体に占める割合 ・訪問診療を提供する精神科医療機関数 ・精神科訪問看護を提供する医療機関・訪問看護ステーション数 ・在宅医療カバー率 (在宅医療を受けることのできる人口割合：地域 (中学校区?) 毎に在宅医療のサービスを受けられるかどうか等から算出)
(B 救急医療等に関する指標) ・精神科救急を担う精神科医療機関数 (初期救急・24 時間 365 日対応等の類型毎に) ・急性期の身体合併症に対応する病床数 (主に総合病院精神科)
(C 専門的医療に関する指標) ・(将来的には) 重度療養患者に対応する病床数

提案されている「ストラクチャー指標」(表 1) と比較すると、人口あたりの精神保健医療の従事者数を例示的に示すことが望ましいと考えられる。

表 2. プロセス指標
(総合的な指標)
・人口あたりの行動制限の実施数
・行動制限期間
・人口あたりの年間措置患者数
・人口あたりの年間医療保護患者数
・人口あたりの精神障害者手帳交付数
・推奨される抗精神病薬処方割合もしくは単剤率
・抗精神病薬クロールプロマジン換算平均値
※国際的には、300mg～1,000mg が推奨されている
・個別処遇計画・退院計画策定数
・地域連携クリティカルパスの策定数
(A 地域医療に関する指標)
・在宅医療（訪問診療、訪問看護）における訪問件数

「プロセス指標」(表 2) と国際的な質評価指標と比較すると、外来診療サービスの利用度に関する指標が盛り込まれることが望ましい。また、疾患ごとの受療者数も、既存の調査を参考に指標化する必要がある。

表 3. アウトカム指標
(総合的な指標)
・疾患分類毎の平均在院期間
・再入院率（退院後短期の再入院率）
・長期在院患者の退院数（退院率）
・統合失調症入院患者数変化率
・認知症入院患者数変化率

提案されている「アウトカム指標」(表 3) には、国際的に用いられている「費用」に関する指標がなかった。費用の絶対値および医療費に占める精神医療費の割合などは、精神疾患にどの程度都道府県が投資をしているかを把握する指標となると考えられる。また、退院後短期の再入院率とともに、地域生活の継続に関する指標を盛り込むことが望ましいと考える。エビデンスに基づいた薬物療法には「抗うつ薬の継続」の指標がある(参考資料 1)。中川ら(2008)が指摘しているように、「OECD Mental Health Care Quality Indicator を参考にした「退院後の適正時期における外来フォローアップ」や「退院後の治療継続率」などは参考になる指標といえることができる。

E. 結論

本研究では、医療法改正の議論に資するために、精神科地域連携クリティカルパスおよび精神科医療の質評価指標の国内外の動向と事例をまとめた。精神科地域連携クリティカルパスは先行事例もあり、作成は可能であると考えられた。

質評価指標については、いくつかの指標は国内でも提案されていた。すでに提案されている指標例に加え、(1) ストラクチャ指標には人口あたりの精神保健医療の従事者数が、(2) プロセス指標には外来診療サービスの利用度や疾患ごとの受療者数が、(3) アウトカム指標には費用に関する指標と地域生活の継続に関する指標が追加されることが望ましいと考えられる。

(参考文献)

1. 伊藤弘人. 精神科医療のストラテジー、医学書院、2002.
2. 古屋龍太、他. 特集：精神科クリティカルパス. 精神医療 62, 印刷中.
3. 河原和夫. 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する予備的研究. 平成 12 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) 総括・分担研究報告書、2010.
4. 萱間真美、瀬戸屋希、大熊恵子、角田秋、林亜希子、廣川聖子、黒川正興. 精神科訪問看護の有効活用に関する研究. 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」(主任研究者：竹島正) 分担研究報告書、2010.
5. 瀬戸秀文、他. 精神科病院機能の評価軸に関する研究. 平成 17~19 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)「精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及びその結果の公表に関する研究」(主任研究者：吉住昭) 分担研究報告書、2008.
6. 中川敦夫、他. わが国および海外のアウトカムに関する精神科医療の質的評価. 平成 17~19 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)「精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及びその結果の公表に関する研究」(主任研究者:吉住昭)分担研究報告書、2008.

7. 平直子、他. 海外の文献レビュー. 平成17~19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)「精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及びその結果の公表に関する研究」(主任研究者:吉住昭)分担研究報告書、2008.

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

(発表誌名巻号・ページ・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
なし

<資料1>

厚生労働科学研究班
精神科地域連携クリティカルパスモデル開発ワークショップ：プログラム

日時：平成23年2月15日（火）～16日（水）

場所：（財）農村保健研修センター（長野県佐久市臼田787）

進行案：

【2月15日】

10:30 開会挨拶：厚生労働省・医療マネジメント学会

10:40 趣旨説明・オリエンテーション

10:45 話題提供：武藤正樹先生「地域医療計画と地域連携パス」

11:30 話題提供：山田明美先生「(院内)パス作成方法、佐久地区の地域連携パスの現状」

12:15 <昼食タイム>

13:30 各地区の活動報告・精神医療提供の課題（3～4地域）

北里大学東病院・横浜東部病院・安曇総合病院・東京足立病院

14:30 <休憩>

14:45 グループワーク：精神疾患の課題と解決方法（KJ法）

ゴール：連携をたて、解決ツールとしての精神連携パスの目的を意識する

17:00 閉会

17:05 佐久総合病院見学

【2月16日】

9:00 話題提供：下村裕見子先生「がん地域連携クリティカルパスの現状」

10:00 各地区の活動報告・精神医療提供の課題（3地域）

今村病院・窪田クリニック・メンタルクリニック・ダダ

11:00 オリエンテーション（グループワークの説明）

11:05 話題提供：大石智先生「考えてきた精神地域連携クリティカルパス」

11:45 グループワーク

12:00 <昼食タイム>

13:00 グループワーク

15:00 （演習）精神地域連携クリティカルパス作成・発表

17:00 <閉会・解散>