

201224065B

平成 22 年度～24 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（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

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研究

平成 22 年度～24 年度 総合研究報告書

研究代表者 安西 信雄
(国立精神・神経医療研究センター病院)

平成 25 年 3 月

平成 22 年度～24 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（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

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研究

平成 22 年度～24 年度 総合研究報告書

研究代表者 安西 信雄
(国立精神・神経医療研究センター病院)

平成 25 年 3 月

目次

I. 研究総括報告

- 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研究 1
安西 信雄 (国立精神・神経医療研究センター病院 副院長)

II. 研究分担報告

1. 精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理と精神医療の
地域格差について 9
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授)
2. 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 29
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 部長)
3. 精神科救急医療からの医療政策に関する研究 39
平田 豊明 (千葉県精神科医療センター センター長)
4. 精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策 65
萱間 真美 (聖路加看護大学 精神看護学研究室 教授)
5. 地域精神医療を担う診療所からの医療政策提言のための調査研究 75
平川 博之 (ひらかわクリニック 院長)
6. 精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価 101
宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授)
7. 一般(総合)病院精神科医療からの医療政策 117
吉邨 善孝 (済生会横浜市東部病院 精神科 部長)

研究總括報告

「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研究」

総括報告書

研究代表者：安西信雄（国立精神・神経医療研究センター）

分担研究者：河原和夫（東京医科歯科大学大学院）、伊藤弘人（国立精神・神経医療研究センター）、

平田豊明（千葉県精神科医療センター）、萱間真美（聖路加看護大学）、

平川博之（ひらかわクリニック）、宮本真巳（東京医科歯科大学大学院）、

吉邨善孝（済生会横浜市東部病院）

1. 研究目的

「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（平成 21 年 9 月）で医療計画に精神医療を加えることや、加える場合の具体的なあり方の検討が要請されていることをうけて、平成 21 年度に特別研究「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」（主任研究者：河原和夫）が実施された。この特別研究の成果を踏まえて、平成 22 年度から本研究班が組織された。

平成 22 年度は、実際に運用可能な地域精神医療体制の具体像を作っていくこと、さらに、医療法改正と引き続く医療計画関連通知に使用可能な具体的な方策やデータセット等の提言を行っていくことを目的に研究を実施した。

その後、平成 23 年 7 月の社会保障審議会医療部会において、医療計画において従来の「4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）」に精神疾患を加えて「5 疾病」とすることが承認され、平成 25 年度からは都道府県が医療計画を策定する際に精神疾患に対する記載が義務づけられることになった。

そこで、平成 23 年度と 24 年度は、わが国の地域精神科医療の問題点を改善し実際に運用可能な具体像を作っていくため、①実態調査にもとづき医療計画の評価に組み入れるべき医療機関の要件（明示される医療機能）・医療連携体制の要件等を検討し、②医療計画に組入れるべき

指標を整理して医療計画の全体像を明らかにして、各都道府県が精神疾患を組み入れた医療計画を適切に立案できるための支援を行うとともに、医療計画の立案・実施が適切に実施されていることを評価する指標を明らかにすることを目的に本研究を実施した。

さらに、平成 24 年 6 月 28 日に開かれた「第 7 回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討」で「今後の方向性に関する意見の整理」が発表され、その中で、今後の精神科医療においては「新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、『重度かつ慢性』を除き、精神科の入院患者は 1 年で退院させ、入院外治療に移行させる」との方針が打ち出された。その際に「重度かつ慢性」の患者については、「新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取扱いとすることとし、その基準については「調査研究等を通じて明確化する」ことになった。そこで平成 24 年度から本研究班においてその基準づくりに資する実態調査の方法を検討した。

2. 研究方法

医療計画に関しては、わが国の精神科地域医療体制の全体像の検討が必要なので、精神科救急、総合病院精神科（身体合併症）、訪問看護、行動制限最小化、および、医療計画と工程管理、政策立案と評価指標に関する分担研究班を設け、

それぞれの分担研究班において、実態を踏まえた医療機能および評価方法の検討を行うとともに、地域連携のあり方（医療連携パスの検討を含む）、医療計画の研究を実施した。

「重度かつ慢性」の患者の基準については、ワーキングチームを組織して、実態調査のための調査票の作成と調査計画の検討を行った。

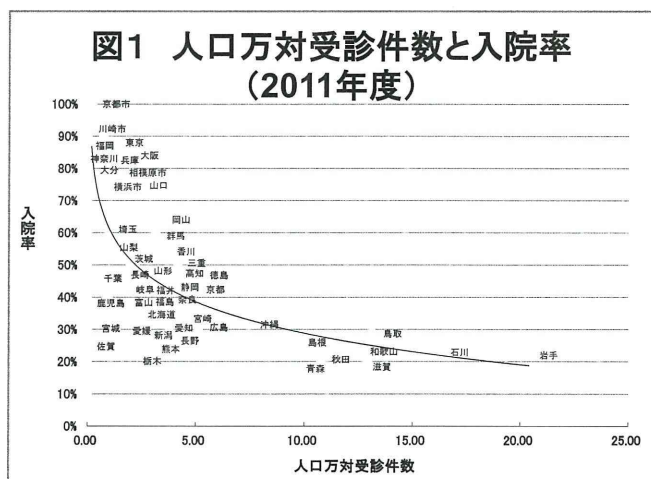
3. 研究結果及び考察

(1) 実態調査にもとづく医療機関・医療連携の要件等の検討

1) 精神科救急医療からの医療政策[平田班]

精神科救急医療の最新の実態を把握・分析し、精神科救急固有の診療圏の設定を含め、今後の精神科救急のあるべき姿を検討した。

平成 24 年 10 月現在、104 施設に精神科救急入院料が認可されている。図 1 は平成 22 年に実施した調査であるが、同じ精神科救急施設でも、左上に分布する都会型では受診率が低いが入院率が高く、重症者をトリアージして対応せざるをえない状況が示されており、図の右下に分布する地方型では人口規模に比して受診率が高いが入院率は低く、それぞれの地域における精神科救急が果たしている役割の違いが見て取れた。

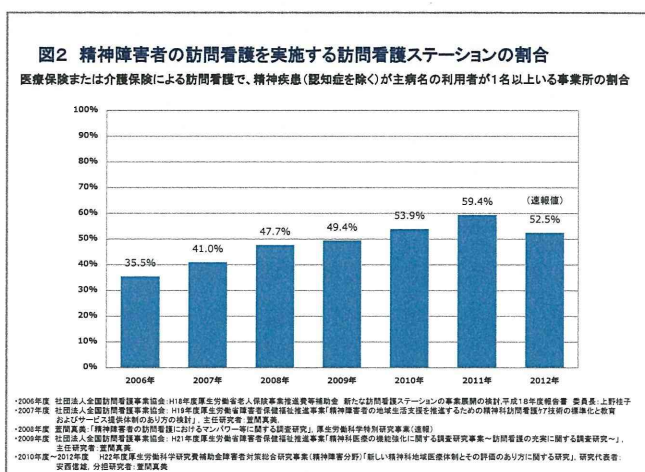


eCODO を用いた臨床評価指標を用いて検討した結果、精神科救急患者における自殺企図や自傷他害、合併症の有無、用いられた薬剤や転帰もデータ化して検討できることから医療の質の包括的評価や多施設間の比較が可能と考えられ

た。

2) 精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策[萱間班]

全国の訪問看護ステーション 3,575 事業所の悉皆調査を経年的に実施した。図 2 のように精神疾患患者の訪問看護を実施している施設は年々増加して約 50% に達していることが明らかになった。家族支援、認知症の BPSD への対応、危機状態への対応など、従来の訪問看護の枠を越えた実践も広まりつつあるが、地域生活支援ニーズに対応するためには、さらなる体制の整備が必要である。



3) 地域精神医療を担う診療所からの医療政策 [平川班]

診療所受診患者の動態調査を行い、診療所通院患者の入院実態を調査して、必要時の救急体制や入院へのアクセス等を検討した。

日本精神科診療所協会に属する約 40 診療所を対象に調査した結果、初診患者の約 2/3 が初めての精神科受診で、受診予約待機期間の中央値は 5 日、当日に 1/3 が受診し、全体の 88% が 2 週以内に受診していた。25 診療所から、それぞれの診療所通院患者のうち入院が必要であった患者について調査したところ、1 診療所当たり半年に平均 6 人の入院（統合失調症圏 45%、気分障害圏 35%）があったが、入院が必要になってから実際に入院するまでに要した期間は平均 4 日（最大 69 日）であったことから、診療所

と病院との連携が良くとれていない実態が明らかにされた。

4) 精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価[宮本班]

事例検討により行動制限最小化への阻害要因・促進要因を検討した。その結果、「患者、援助職、相互関係、臨床状況」の4局面における影響要因の強度として包括的に把握できることが明らかになった。患者の局面では、①自傷・自殺企図、②暴力・迷惑行為、③転倒・転落、④危険な行為、⑤強迫的な行為、⑥治療・処置を阻害する行為、⑦安静保持の困難の7項目が抽出され、これらの複合によって隔離・拘束が長期化することが分かった。援助職の局面では、①行動制限最小化の理解、②患者理解、③治療・ケア目標の明確さ、④感情活用能力、⑤援助関係形成能力、⑥自我の安定性、⑦役割の明確さの7項目が抽出できた。

医療観察法病棟では看護職員が手厚く配置されているので、一般の精神科病棟では隔離拘束の対象となる場合でも隔離拘束を行わず常時観察で対応できる場合があるが、これらは通常1週間で解除されていた。最近、精神科病院において認知症患者の短期入院が増加し、転倒・転落防止のため隔離・拘束が増加しており、隔離拘束の数は横這い傾向となっていた。

5) 総合病院（一般病院）精神科医療からの医療政策[吉邨班]

精神科患者の身体合併症医療について地域連携パスの試案を作成した。精神疾患患者の身体合併症医療について多職種チームのあり方を検討した。

その結果、総合病院（一般病院）における精神疾患患者への対応は必ずしも望ましい状況で実施されていないことが分かった。精神科医が一般病院に十分に配置されていないことが理由と考えられた。

身体合併症を伴う精神疾患患者への対応は、

複数の窓口があるが、十分に機能していない。現状では、精神科救急システムでの対応には限界があり、一般救急対応が中心となっている。一般救急医療では、精神疾患の合併、認知症の合併、薬物乱用、単身高齢者などが搬送困難例となっていた。

平成24年診療報酬改定で「精神科リエゾンチーム」加算が新設されたので、精神科リエゾンチームのアンケート調査を実施した。その結果、算定医療機関は、平成24年4月には26施設であったが7月には34施設に増加していた。大学病院と一般病院（精神科有床）が2/3を占めていた。

(2) 指標を整理して医療計画の全体像を明らかにし都道府県における医療計画立案を支援する

1) 総括・精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理[河原班]

精神科医療を医療計画に記載した際の目標達成に関する工程管理のあり方を明らかにした。精神科医療提供体制を展開する上で必要な政策体系をまとめ、精神科医療施設への住民のアクセス性の格差について検証した。

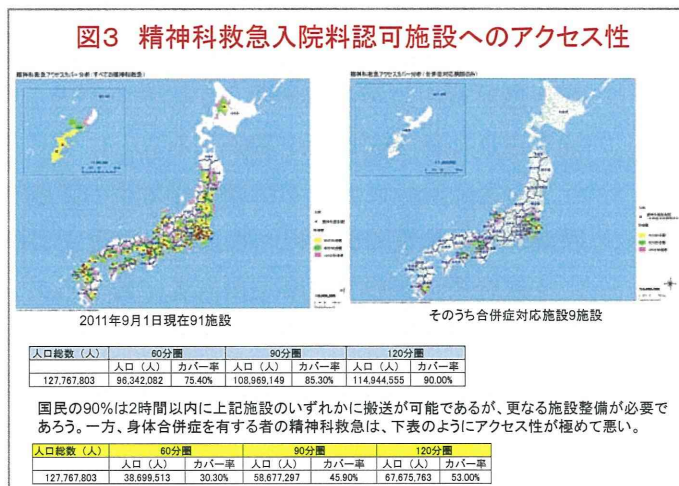
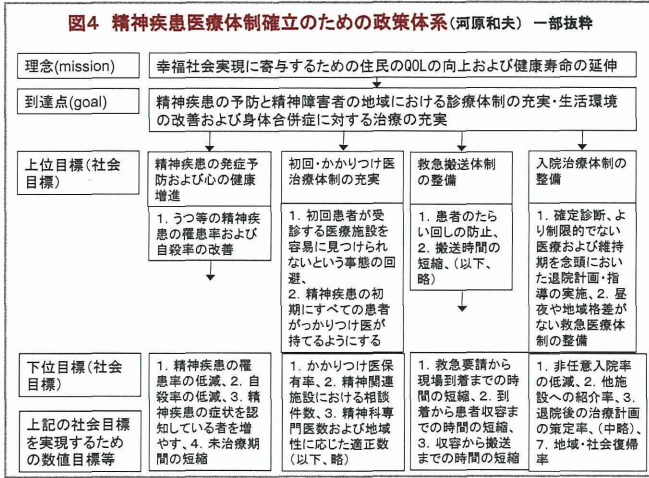


図3のように、精神科救急入院料認可施設に国民の90%は2時間以内に搬送可能であるが、身体合併症を有する者の精神科救急はきわめてアクセスが悪いことが分かった。

河原班および全体の調査研究の結果を踏まえて、「精神疾患医療体制確立のための政策体系」

としてまとめた（一部を抜粋して図4に示した）。



「幸福社会実現に寄与するための住民のQOLの向上および健康寿命の延伸」を理念(mission)として、「精神疾患の予防と精神障害者の地域における診療体制の充実・生活環境の改善および身体合併症に対する治療の充実」を到達点(goal)とするもので、それらに下に「上位目標」「下位目標」「上記の社会目標を実現するための数値目標等」「現状値(baseline data)の解析」「施策(program)」「事業計画(plan)」の次元で、それぞれの項目ごとに指標を設定したものである(本研究班 平成23年度報告書 pp.9-78を参照)。

なお、河原班では、都道府県で医療計画が策定されたと考えられる平成25年1月から、「精神疾患対策の策定過程を明らかにするとともに、策定された新医療計画を調査することにより、今後の医療計画における精神疾患対策の課題を明確にし、施策の改善につなげる」ことを目的に都道府県の医療計画策定担当者に対するアンケート調査を実施する予定である。これにより、国から示された精神疾患分野の医療計画策定指針の有用性、問題点、数値目標設定の妥当性等について課題が明確になることが期待される。

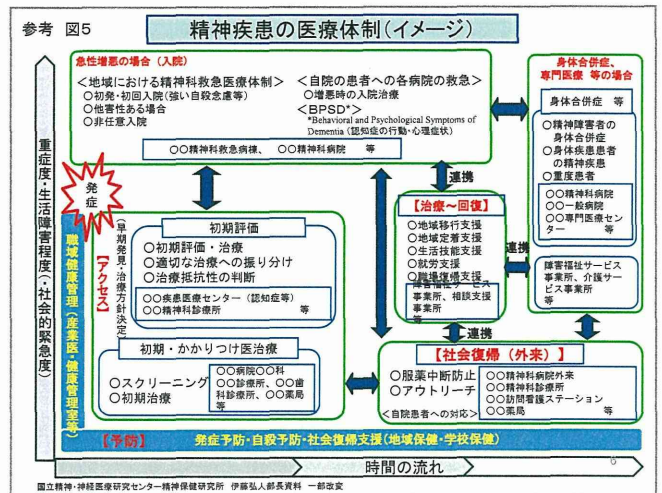
2) 精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発[伊藤班]

①専門家との意見交換に基づいて精神疾患の医療計画案を作成し、②長野県東信地域を地域連携モデル地域として精神科地域連携会議の設

立・運営を支援するとともに認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案を共同開発し、③国際機関等での精神保健医療の評価指標を整理した。

①について、予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージを作成した(図5)。精神疾患の診断および治療方針を初期に行う「初期評価」が重要であることが認識された。

②については、患者・家族に情報を集約する患者手帳の形式による精神科地域連携クリティカルパスを開発した。③については、WHO、OECD および精神科医療の質評価指標フレームワーク開発グループの指標を整理した。予期せぬ再入院率は複数の組織で指標として採用されていた。



(3) 「重度かつ慢性」の患者の基準検討のための実態調査

平成24年6月末の報告で基準作成のための調査研究の必要性が指摘されたので、調査計画と調査票の試案を作成し、平成24年10月に専門家によるワーキングチームを招集して検討を行った。その後、調査票の改訂を進め、平成25年2月から調査を実施している。

4. 評価(研究成果)

1) 達成度について

本研究班では、当初の計画を概ね達成した。残された課題としては、実際の運用を確認することなどがあるが、河原班による都道府県対象のアンケート調査が実施されれば、状況が把握できると思われる。

2) 研究成果の学術的意義について

伊藤班では、①地域精神科医療に関するこれからの方向性に関する成果を学術誌 *World Psychiatry* に発表するとともに、海外の専門家と共著で書籍として出版した。②精神科医療の質のフレームワークに関する国際的動向をまとめた。③複数地域で精神科地域連携クリティカルパスのモデル開発を行うとともに、精神科地域連携クリティカルパスのワークショップを開催した。なお長野県東信地域でモデル開発してきた認知症地域連携クリティカルパスは、日本医療マネジメント学会でのポスター賞を受賞した。

3) 研究成果の行政的意義について

精神疾患を医療計画の疾病に加えるために、様々な指標が必要であるが、河原班で作成された「精神疾患医療体制確立のための政策体系」（図4に一部を抜粋した）は、わが国の精神疾患の医療体制を向上させていくために必要な課題を多元的・包括的に示したもので、厚生労働省の施策に貢献するとともに、各都道府県における医療計画策定を支援する役割を果たしている。

また、伊藤班で作成された「精神疾患の医療体制（イメージ）」等は、厚生労働省で開催された「医療計画の見直し等に関する検討会」における参考資料として用いられた。またこの資料は、都道府県が策定している医療計画における精神疾患の医療体制（イメージ）として参考にされている。

厚生労働省の都道府県向け説明会（4月）で、伊藤弘人分担研究者は、本研究班における研究成果を踏まえて、都道府県職員への説明を行っ

た。河原和夫分担研究者は、本研究班における研究成果を踏まえて、大阪府精神病院協会で講演するとともに東京都医療計画改訂部会の座長を務め、本研究班の研究成果を実務の計画策定に応用した。河原分担研究者は神奈川県医療計画の策定委員でもあり、同県でも研究内容に基づく策定助言を行った。なお、図4の政策体系については富山県から医療計画策定委員会で行いたいとの申し出があった。

4) その他特記すべき事項について

伊藤弘人分担研究者が本研究班での研究成果を盛り込んで執筆し *Wiley-Blackwell* 社から出版された書籍「Community mental health: putting policy into practice globally」British Medical Association (BMA)が、BMA Medical Book Awards 2012 を受賞した。

5. 結論

本研究班の3年にわたる研究の結果、

1) わが国の精神疾患医療について、精神科救急、訪問看護、クリニック、行動制限最小化、総合病院精神科医療などの実態調査にもとづき、それを改善するための方策を検討し、主要な課題が明らかになった。

2) 河原分担研究者による「精神疾患医療体制確立のための政策体系」等は、医療計画の施策の具体化に貢献し、伊藤分担研究者による「精神疾患の医療体制（イメージ）」は医療計画の全体像を明らかにした。これらは、各都道府県が精神疾患を組み入れた医療計画を適切に立案できるための支援を提供した。また都道府県職員への説明会等で説明を行った。

3) 「重度かつ慢性」の患者の基準については、本研究班のもとで、専門家によるワーキングチームを開催して検討を行った。現在、実態調査結果の集計と分析を実施しているところである。（倫理面への配慮）

本研究班では、患者や家族を直接対象とするのではなく、職員や職場責任者を対象とする調査

を実施したので、倫理的問題は発生しなかった。

「重度かつ慢性」の患者の実態調査については、平成 24 年 10 月に専門家によるワーキングチームを招集して検討を行い、作成した研究計画と調査票をもとに国立精神・神経医療研究センター倫理委員会に申請し、平成 25 年 1 月 28 日に承認を得て調査を実施している。

6. 研究発表

1) 国内

口頭発表	1 2 件
原著論文による発表	1 件
それ以外（レビュー等）の発表	1 2 件

そのうち主なもの

1. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y: Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 11: 186-190, 2012.
2. Thornicroft G, Semaru M, Alem A, Drake RE, Ito H, Mari J, McGeorge P, Thara R. *Community mental health: putting policy into practice globally*. Wiley-Blackwell, 2011.
3. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA, Barley E, Drake RE, Gregorio G, Hanlon C, Ito H, Latimer E, Law A, Mari J, McGeorge J, Padmavati R, Razzouk D, Semrau M, Setoya Y, Thara R, Wondimagegn D : WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 9: 67-77, 2010.
4. Spaeth-Rublee B, Pincus HA, Huynh PT, Brown B, Rosen A, Durbin J, Goldbloom D, Lin E, Wiebe P, Griffiths H, Gaebel W, Zielasek J, Janssen B, Sommerlad K, Brogan C, Rogan M, Daly I, Ito H, Spronken P, Tromp J, Witte G, de Beer J, Chaplow D, McGeorge P, Silvestri F, Ruud T, Coia D, Cheng JJ, Adams N, Everett A, Parks J, Stuart P, Pincus H, Thompson K, Carroll C. Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries. *Can J Psychiatry* 55: 539-548, 2010.

7. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

なし

研究分担報告

研究分担報告

研究分担者：河原和夫

東京医科歯科大学大学院

平成 22～24 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）

「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研究」

分担研究 総合報告書

研究分担者

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

研究協力者

島 陽一（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

菊池 雅和（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

小暮 孝道（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

菅河 真紀子（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

研究要旨

精神科医療は民間病院での入院医療中心に発展してきたが、近年地域移行の進展、外来診療所数や患者数の増加、高齢化等による身体合併症対応の増加等、従来のような病院単位ではなく地域で外来・在宅医療を含めた医療体制を構築する必要性が生じている。加えて、一般の救急医療体制も精神科救急医療体制との連携が不十分なために少なからず影響を受けている。

これらの課題を抱える地域精神医療体制を充実するためには、地域の医療資源の配分計画でもある医療計画を通じて精神医療政策を推進する必要がある。平成 21 年 9 月にとりまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書においても、地域精神医療体制の構築の必要性から、医療計画に精神医療を加えることや、加える場合の具体的なあり方について検討するよう報告されている。

また、本研究実施期間中に精神医療が医療計画の中に位置づけられ、地域における精神医療提供体制の再構築が急務となったことから次期医療計画を策定するに当たり、精神科医療提供体制を展開する上で必要となる政策体系の要点をまとめた。次いで地域の精神科医療資源配分と資源利用についての住民のアクセス性の格差について検証した。

その結果、精神医療の政策体系の工程表を作成することができた。併せて、単位人口あたりの精神医療資源の格差についての実態やアクセス性の問題等が明らかになった。

加えて最終年の研究は、都道府県が精神医療分野に係る事項を医療計画に記載する際に現実と理念の差異、国の指針と都道府県の考え方や実情との乖離状況、策定体制などを総合的に調査することにより問題点を同定して改善につなげ、医療計画をより良きものとするための資料を得ることを目的として実施した。

具体的には都道府県の医療計画（精神疾患対策）策定担当部署に調査票を送付し、医

療計画策定指針に示された現状把握指標及び評価指標における計画策定上の問題点の有無についての担当者の考えや、医療計画策定（精神疾患対策）に際しての業務上の負担感等について調べた。

その結果、全ての指標で既存の医療機能と指針で求められている医療機能とは乖離があると考えられる自治体担当者が多いことが判明した。さらに医療圏ごとに医療機能の偏在があるとの回答も同様であった。このことから政策の優先性が高い精神科救急医療、精神身体合併症医療の基盤整備が必要であるとの結論が得られた。また、医療機関・関係機関の連携体制の構築やそれを動かすマネジメント体制の確立にも課題が見られる結果となった。

本研究により地域精神医療の実態が明らかになり、具体的な解決方策を提示することができ、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進と精神科医療提供体制の質的向上に寄与する結果が得られた。

A.研究目的

第5次医療法改正により平成20年4月より新たな医療計画制度がはじまった。がん、救急医療など4疾病5事業を重点項目として、地域連携体制等の明記や数値目標等を設定した計画の進行管理が行われている。

平成23年の7月6日の社会保障審議会医療部会で、「精神医療」が10本目の柱として医療計画に取り込まれることになった。精神科医療提供体制を展開する上で必要な政策体系の構築が急務となっている。また、その前提となる地域精神医療資源の提供体制と利用のアクセス性について分析し、問題点を明確にしていく必要もある。

医療計画は地域での医療資源の再配分計画という性質をもつものである。地域精神医療対策の体系や具体的な施策は、次期医療計画に初めて文言として医療法や厚生労働省令等の根拠をもって盛り込まれることになる。それに合わせて国は、都道府県が精神医療に関する医療計画を策定するための指針を示している。この中には数値による地域診断や目標設定の考え方が記載されている。

本研究は、都道府県が精神科医療を医療計画に盛り込んだ際の目標達成のための工程管理方法を明示し精神医療分野に係る事項を医療計画に記載する際に現実と理念の差異、国の指針と都道府県の考え方や実情との乖離状況、策定体制などを総合的に調査することにより問題点を同定して改善につなげ、医療計画をより良きものとするための資料を得ることを目的としている。

B.研究方法

平成 22 年度研究では、21 年度に行われた「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（厚生労働科学特別研究事業：研究代表者 河原 和夫）」の中の「今後の地域精神医療の提供体制の在り方に関する報告書」の記載内容を行政計画の執行体系に則って再整理した。加えて、平成 20 年の厚生労働省患者調査における推計患者数と、国立社会保障・人口問題研究所の人口統計、および将来人口推計を用いて、二次医療圏ごとに推計患者数を 2035 年まで 5 年ごとに算出した。なお、2008 年の人口における 5 歳階級の性・年齢階級別構成は、全国としてのデータしか公表されていないため、2008 年の 5 歳階級の性・年齢階級別人口は、全国一律と仮定せざるを得なかった。また、平成 20 年患者調査において、推計患者数における 5 歳階級の性・年齢階級別構成は、全国としてのデータしか公表されていないため、こちらも全ての二次医療圏において一律と仮定した。

分析の対象とした二次医療圏の数は 322 医療圏で、全国に 349 か所ある二次医療圏全体の 92.3%であった。

精神疾患を副傷病名とする「悪性新生物」「糖尿病」「虚血性心疾患」「脳血管疾患」の患者数が今後、二次医療圏単位でどのような増減を辿るかについて分析した。

平成 23 年度は、政策の展開手法として河原が開発した、「理念—到達点—現状値分析—目標（階層性あり、具体的数値の設定）—施策体系—事業計画、およびこれら各段階での評価」により政策モデルを構築した。また、患者調査、平成 20 年医療施設調査（二次医療圏別の病院医師数（常勤換算））、人口動態統計等を用いて二次医療圏単位のデータベースを作成し解析した。さらに、GIS（Geographic Information System；地図情報システム）を用いて、精神科救急施設へのアクセス性を検討した。併せて全国市町村の人口千人当たりの精神病床数を算定し、その結果をもとに地域精神医療を遂行するにあたっての医療資源の偏在の一覧表を作成するとともに精神病床の立地の多少について色分けした地図を作成し、視覚による地域偏在の把握を試みた。

平成 24 年度研究では、現在策定中の都道府県医療計画の中の精神疾患対策を医療計画に盛り込む際の問題点や現状認識等について、都道府県担当者（担当部局）に対する調査を実施した。

平成 24 年 12 月末から平成 25 年 1 月 15 日を締め切りとして、47 都道府県の医療計画（精神疾患対策）策定担当部署に調査票を郵送法で依頼した。研究の趣旨、調査協力へは任意であること、協力有無によっていかなる利害も生じないことを文書で説明の上、調査票の回答、返送をもって同意とした。

質問のうち医療計画策定指針に示された現状把握指標及び評価指標における計画策定上の問題点の有無についての担当者の考えや、医療計画策定（精神疾患対策）に際しての業務上の負担感についての設問は回答者の所属する自治体が特定できないよう匿名化処理をして分析した。

(倫理面への配慮)

疫学研究に関する倫理指針を遵守の上で実施した。平成 24 年度研究は、実施に先立って東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会で研究の承認を得た。

C.研究結果

平成 22 年度研究では、精神科医療を医療計画に記載した際の目標達成に関する工程管理のあり方を明らかにした。精神科医療提供体制を展開する上で必要な政策体系をまとめ、精神科医療施設への住民のアクセス性の格差について検証した。精神科救急入院料認可施設に国民の 90%は 2 時間以内に搬送可能であるが、身体合併症を有する者の精神科救急は極めてアクセスが悪いことが分かった。

同じく平成22年度研究では、精神疾患やその身体合併症の患者数の将来にわたる増減予測を行った。その結果、精神疾患を副傷病名とする4疾病（がん、糖尿病、虚血性心疾患および脳血管疾患）の増減予想であるが、2010年の患者数を1とした場合の2015年、2020年、2025年、2030年、そして2035年時点での患者の増減比率は、二次医療圏全体で見ると、2015年から2035年にかけて患者数が増加し、2035年時点では2010年時点の1.24倍となる。ただ、将来的には患者数が減少する二次医療圏と増加する医療圏とに二極化する。

悪性新生物を有する精神疾患患者数の動向は、全体として医療需要の増加が予想される。その一方で患者数が増加する医療圏と減少する医療圏に二極化していく。外来および入院についても将来的には患者数の増加が見込まれるものの2035年時点では、患者数が減少する二次医療圏と増加する医療圏とに二極化する。

糖尿病を有する精神疾患患者数は、全体として医療需要の増加が予想される。その一方で、患者数が増加する医療圏と減少する医療圏に徐々に二極化していくが、入院需要については悪性新生物のように大きく減少する医療圏の数はそれほど多くない。

虚血性心疾患を有する精神疾患患者数の動向は、全体として医療需要の増加が予想される。やはり患者数が大きく増加する医療圏と小幅増加のところ、また、一部減少する医療圏に徐々に分化していくが、外来・入院の医療需要については2010年時点と比べてもほとんど減少せず、むしろ増加している。

脳血管疾患を有する精神疾患患者数は、虚血性心疾患と同様に全体として医療需要の増加が予想される。やはり患者数が大きく増加する医療圏と小幅増加のところ、また、数は少ないが減少する医療圏に徐々に分化していくが、外来・入院の医療需要については、これも虚血性心疾患と同じく2010年時点と比べてもほとんど減少せず、むしろ増加している。

次に二次医療圏別の全疾患患者数の増減予測を示す。今後、需要が増える医療圏は大都市部の医療圏である。一方、需要が減少に向かうのは現時点で既に高齢化が十分に進行している地方の医療圏である。増加の比率はあまり大きくは見えないが、大都市部に位置するこれら医療圏は、もともと多くの人口を抱えていることから、少しの比率の上昇でも増

加する患者の絶対数は大きくなる。

二次医療圏別の悪性新生物を主病名とし副傷病名に精神疾患を有する患者数は今後、需要が増える医療圏は大都市部の医療圏であり、減少に向かうのは高齢化が進行した地方の医療圏である。同じく大都市部に位置するこれら医療圏は、もともと多くの人口を抱えていることから、少しの比率の上昇でも増加する患者の絶対数は大きくなる。

二次医療圏別の糖尿病を主病名とし副傷病名に精神疾患を有する患者数は今後、需要が増える医療圏は大都市部の特にベッドタウンを有する医療圏である。糖尿病については悪性新生物と異なり、2010年時点と比べても医療需要はほとんど減少しない。むしろ、都市部やその近郊の巨大人口を抱える医療圏での需要の増加の幅が大きいことから、増加する患者の絶対数は大きくなると考えられる。

二次医療圏別の虚血性心疾患を主病名とし副傷病名に精神疾患を有する患者数は今後、需要が増える医療圏は大都市部およびその周辺の医療圏である。虚血性心疾患についても糖尿病と同様に、2010年時点と比べても各医療圏の医療需要は減少せず、今より大幅に増大する。都市部やその近郊の巨大人口を抱える医療圏での需要の増加の幅が大きいことから、増加する患者の絶対数は大きくなると考えられる。

二次医療圏別の脳血管疾患を主病名とし副傷病名に精神疾患を有する患者数は、糖尿病や虚血性心疾患と同様に今後、需要が増える医療圏は大都市部およびその周辺の医療圏である。脳血管疾患についても糖尿病や虚血性心疾患と同様に、2010年時点と比べても各医療圏の医療需要は減少せず、今より大幅に増大する。都市部やその近郊の巨大人口を抱える医療圏での需要の増加の幅が大きいことから、増加する患者の絶対数は大きくなると考えられる。

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している）は漸増していくが、2030年以後低下の兆しを見せる。しかし人口が漸減していくので、人口に占める割合はむしろ上昇していく。

精神及び行動の障害全体の入院・外来別の推計患者数推移（アルツハイマー病、てんかんは神経疾患に分類している）であるが、入院患者数は漸増していく一方、外来患者数は2015年を過ぎると減少していく。

疾病分類別の推計患者数（神経疾患に分類されているアルツハイマー病、およびてんかんも含む。ただし、てんかんについては診療科が多岐にわたるため純粋な精神医療需要を反映していないと考えられる。）は、血管性及び詳細不明の認知症、およびアルツハイマー病は今後も増加し、2035年には現在の倍以上になる。一方、それ以外の疾病分類については、2015年もしくは2020年を境に漸減していく。

推計入院患者数の推移予測（疾病分類別）であるが、血管性及び詳細不明の認知症、およびアルツハイマー病の増加が目立ち、2035年には現在の倍以上になる。一方、それ以外の疾病分類については、2015年もしくは2020年を境に漸減していく。その他の精神及び行動の障害が微増していくが、それ以外の疾病分類においては2020年～2030年の間にピーク

となり、以後横ばいもしくは減少傾向を示す。推計入院患者数の増加は、血管性及び詳細不明の認知症、およびアルツハイマー病の増加による影響が最も大きい。

推計外来患者数の推移予測（疾病分類別）であるが推計入院患者数と同様、血管性及び詳細不明の認知症、およびアルツハイマー病は増加の一途をたどり、2035年には現在の倍以上になる。他の疾病分類は2015年を境にゆるやかに減少する。

精神疾患を副病名に有する全疾患の推計患者数は、2035年にかけて増加する。一方、精神疾患を副病名に有さない疾患の推計患者数は2030年以降減少傾向を示し、精神身体合併症医療の需要が今以上に増すことが示唆される。

精神疾患を副病名に有する全疾患の推計入院患者数は年々増加し、2035年には現在の約1.5倍となる。なお、精神疾患を副病名に有さない推計入院患者数も同様に増加する。

精神疾患を副病名に有する全疾患の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している。

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

精神疾患を副傷病名に有する4疾病の推計入院患者数は、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と予想される。

精神疾患を副傷病名に有する4疾病の推計外来患者数は、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であろう。

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）は、0歳～34歳階級で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。

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）は、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歳以上では約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。

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）は、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。

血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数の推移予測であるが、全体的に増加傾向にあるが、59歳までの年齢階級では緩やかに減少し、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歳以上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歳以上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。アルツハイマー病の推計患者数の推移予測は、血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と考えられる。

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は、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）し、特に80～84歳階級では2035年には2008年の2倍弱、85歳以上では約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。

気分障害の推計患者数は、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歳以上の推計患者数が多くなり、85歳以上が最多となるという推移予測である。

平成23年度研究からは、精神医療の政策体系の工程表を作成することができた。併せて、単位人口あたりの精神医療資源の格差についての実態が明らかになった。また、人口10万

人当たりの精神科医師数の二次医療圏間の格差を示すジニ係数は、0.242である。内科医は0.150、外科医は0.193、産婦人科医は0.227、産科医は0.720、そして小児科医は0.154であった。同じく精神病床数の二次医療圏間の格差を示すジニ係数は、0.297である。認知症病床数の二次医療圏ジニ係数は、0.617である。なお、一般病床数のジニ係数は0.149、療養病床数は0.308であった。このように精神医療提供体制については、二次医療圏間の格差が存することが明らかとなった。市町村別の人口千人あたりの精神病床数を算定したところ、都市部での立地が難しい反面、その郊外の市町村に精神病床が立地しており、市町村間の精神病床の偏在も示された。

精神科医療施設へのアクセス性は図1および図2に示すように、精神科救急入院料認可施設に国民の90%は2時間以内に搬送可能であるが、身体合併症を有する者の精神科救急はきわめてアクセスが悪いことが分かった。

図1

精神科救急アクセスカバレッジ分析(合併症対応病院のみ)

