

ってその福祉の増進に寄与する。

精神保健医療との関連：この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものを言う。発達障害者支援法においては、(1)ライフステージを通した一貫した支援、(2)医療、保健、福祉、教育および労働を担当する部局相互の緊密な連携、(3)都道府県等における発達障害者支援センターの設置、(4)発達障害の理解の促進、(5)専門家の養成等に取り組むこととしている。

(2)DV 防止法（配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律）

目的：配偶者からの暴力に係る通報、相談、保護、自立支援等の体制を整備することにより、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護を図る。

精神保健医療との関連：配偶者からの暴力は、犯罪となる行為をも含む重大な人権侵害であるにもかかわらず、被害者の救済が必ずしも十分に行われてこなかった。配偶者からの暴力を防止し、被害者を保護するための施策を講ずるため、都道府県が設置する婦人相談所と、市町村の設置する適切な施設が、配偶者暴力相談支援センターとして機能することを求めている。配偶者からの暴力では、被害者が精神保健医療の問題をかかえる等、精神保健医療の配慮を要する事例も少なくないと考えられる。

(3)犯罪被害者等基本法

目的：犯罪被害者等のための施策に関し、基本理念を定め、ならびに国、地方公共団体及び国民の責務を明らかにするとともに、犯罪被害者等のための施策の基本となる事項を定めること等により、犯罪被害者等のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって犯罪被害者等の権利利益の保護を図る。

精神保健医療との関連：犯罪等に巻き込まれた犯罪被害者等の多くは、これまでその権利

が尊重されてきたとは言い難いばかりか、十分な支援を受けられず、社会において孤立することを余儀なくされてきた。さらに、犯罪等による直接的な被害にとどまらず、その後も副次的な被害に苦しめられることも少なくなかった。この法律の基本理念は、(1)犯罪被害者等は個人の尊厳が尊重され、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有すること、(2)被害の状況および原因、犯罪被害者等がおかれている状況等の事情に応じた適切な施策を講じること、(3)再び平穏な生活を営めるまでの間とぎれることなく支援を行うこと、である。犯罪被害者やその家族の中には、PTSD(外傷後ストレス障害)やうつ病などのこころの健康問題を抱える場合があり、基本理念に沿った支援と援助が必要とされる。

(4)災害救助法

目的：災害に際して、国が地方公共団体、日本赤十字社その他の団体及び国民の協力の下に、応急的に、必要な救助を行い、災害にかかった者の保護と社会の秩序の保全を図る。

精神保健医療との関連：第 22 条に「都道府県知事は、救助の万全を期するため、常に、必要な計画の樹立、強力な救助組織の確立並びに労務、施設、設備、物資及び資金の整備に努めなければならない」とされ、第 23 条に救助の種類として「四 医療及び助産」が挙げられている。また第 24 条は「都道府県知事は、救助を行うため、特に必要があると認めるときは、医療、土木建築工事又は輸送関係者を、第 31 条の規定に基く厚生労働大臣の指示を実施するため、必要があると認めるときは、医療又は土木建築工事関係者を、救助に関する業務に従事させることができるとしている（第 31 条「厚生労働大臣は、都道府県知事が行う救助につき、他の都道府県知事に対して、応援をなすべきことを指示することができる」）。ここに規定される医療には災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team, DPAT）が含まれる。

(5)麻薬および向精神薬取締法

目的：麻薬および向精神薬の輸入、輸出、製

造、製剤、譲渡し等について必要な取締りを行うとともに、麻薬中毒者について必要な医療を行う等の措置を講ずること等により、麻薬および向精神薬の濫用による保健衛生上の危害を防止し、もって公共の福祉の増進を図る

精神保健医療との関連：精神保健指定医は、麻薬中毒者またはその疑いのある者の診断を都道府県知事より求められることがある。

(6)覚せい剤取締法

目的：覚せい剤の濫用による保健衛生上の危害を防止するため、覚せい剤および覚せい剤原料の輸入、輸出、所持、製造、譲渡、譲受及び使用に関して必要な取締りを行う。

精神保健医療との関連：覚せい剤の用途を医療・学術研究に限定し、それ以外の者による輸入・製造・譲渡・譲受・所持・使用などを禁止している。

(7)薬事法

目的：医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の品質、有効性及び安全性の確保のために必要な規制を行うとともに、指定薬物の規制に関する措置を講ずるほか、医療上特にその必要性が高い医薬品及び医療機器の研究開発の促進のために必要な措置を講ずることにより、保健衛生の向上を図る。

精神保健医療との関連：この法律で「指定薬物」とは、中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚的作用を有する蓋然性が高く、かつ、人の身体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生するおそれがある物として、厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定するものをいう。麻薬に似た幻覚症状や興奮作用がある脱法ドラッグについて、厚生労働省は薬事法の「指定薬物」と成分構造が類似していれば一括して規制対象とする「包括指定」の導入を決めた。

さて、これまでの薬物・アルコール対策は、薬物の不適正使用・有害使用の防止に重点がおかれ、依存症に対する治療的な視点が乏しく、対策が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けにくい状況が生み出されていることが指摘されている。薬物乱用は、薬

物を乱用した本人だけの問題ではなく、家族を含めた多くの人々の人生を不幸にしており、政府は、青少年に対する予防教育、薬物依存者の社会復帰支援、密売組織の徹底した取締り、密輸入防止に向けた水際対策等に取り組んでおり、内閣府は、企画・立案や総合調整を担う官庁として施策全体の基本方針として「薬物乱用防止五か年戦略」をとりまとめ、これに基づき関係省庁が対策を実施している。

(8)自殺対策基本法

目的：自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与する。

精神保健医療との関連：自殺対策基本法に基づいて、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」（以下、大綱）が閣議決定された。大綱には、自殺を予防するための当面の重点施策として、(1)自殺の実態を明らかにする、(2)国民一人ひとりの気づきと見守りを促す、(3)早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する、(4)心の健康づくりを進める、(5)適切な精神科医療を受けられるようにする、(6)社会的な取組で自殺を防ぐ、(7)自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ、(8)遺された人の苦痛を和らげる、(9)民間団体との連携を強化する、の9つの柱が示されている。大綱は策定後1年間のフォローアップ結果等を踏まえて、2008年に一部改正され、“(5)適切な精神科医療を受けられるようにする”の下位項目として、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」が追加された。大綱は、施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね5年を目途に見直しを行うこととされており、2012年に見直しが行われた。見直し後の大綱は、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指すことを、大綱の副題及び冒頭で明示し、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性を挙げ、具体的施策として、若年層向けの対策や、自殺未遂者向けの対策を充

実すること、国、地方公共団体、関係団体及び民間団体等の取組相互の連携・協力を推進することとしている。

D. 考察

地域精神保健医療の社会サービスへの統合度の評価指標案を作成することを目的として、プライマリケアとの連携、精神保健医療の関連する領域、精神保健が関連すると思われる法律と精神保健医療の関連する領域の検討を行った。

WHO の示した精神保健医療に目を向けた最適のサービス構成の組み合わせのピラミッドは、長期入院施設と専門的な精神医療サービスを頂点に、総合病院における精神医療サービスと地域精神保健医療サービス、精神保健医療に目を向けたプライマリケアサービス、非公式のコミュニティケア、セルフケアの五層で構成される。非公式のコミュニティケアとは、公式の保健福祉システムに含まれないもので、例としては、伝統的な治療者、教師・警官・村のヘルスワーカー・NGO の活動、利用者や家族の集まり、そしてふつうの人々である。セルフケアは、ヘルスワーカーと患者のパートナーシップによって、患者が自分自身のケアに積極的になることであり、地域住民全体を対象にしたヘルスプロモーションとつながることで最も効果的になると述べられている。わが国の精神保健医療改革では、WHO の示したピラミッドの五層のうち、最上層の二層については検討がなされているものの、その下の基盤となる三層とその支援を、ピラミッドの構造において論じることはあまりなかったと思われる。このその結果として、プライマリケアと非公式のサービス（非公式のコミュニティケア、セルフケア）への精神保健医療専門家の支援は、個別努力に依存する傾向が大きかった。もちろん、認知症やうつ病などをテーマに医師会等の協力を得てプライマリケアの協働を図る取組はあるが、対象を特定したものであって、最適のサービス構成の組み合わせをつくるという発想は明確

にされていないように思われる。

“Because mental health matters”は精神保健の問題は、警察、裁判所、住居とホームレス支援サービス、プライマリヘルスケア、子どもと家族のサービス、高齢者施設、アルコールと薬物のサービス、そして学校やスポーツクラブなどの地域活動の場において日々経験されている可能性があり、これらのサービスを利用する住民で精神保健医療のニーズを抱える人たちを支援する仕組みを整える必要があることを示唆しており、わが国においてもこのような状況を裏付ける報告がなされている。精神保健が関連すると思われる法律と精神保健医療の関連する領域の検討からは、精神保健医療のニーズは、法律を所掌する行政部門の中に分散して存在していることを改めて示した。

精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の整備とともに、さまざまな法律を所掌する部門の中に、分散して存在する時代を迎えている。精神保健医療の問題は国民的課題となっていることを踏まえて、医療計画の記載事項に精神疾患が含まれるようになったことを機会に、その次のステップとして精神保健医療の社会サービスへの統合を進める施策を研究していく必要があると考えられた。例えば、各種社会サービスの場面に医療機関に勤務する精神保健医療の専門家が応援・支援を行う場合、それに対して、診療報酬以外の対価を医療機関に支出することのできる仕組みを構築することなども検討されてよいと考えられた。そのようにして精神保健医療の問題をかかえた地域住民への支援を強化することは、プライマリケアも含めて、フロントラインで精神保健医療を含む住民の問題に対応にする人たちの活動を支え、精神保健医療への理解を高め、精神障害者への偏見を少なくし、精神保健医療改革にも良い影響を及ぼすと考えられた。

最後に、本研究をもとにまとめた精神保健医療の社会サービスへの統合度の評価指標案の項目リストを示す。25年度はこのリスト案

をもとに聞き取り調査を行い、関連資料を収集する(カッコ内は25年度に取り組むこと)。

- 1) プライマリケアとの連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 2) 警察, 裁判所, ホームレス支援サービス, 子どもと家庭のサービス, 高齢者施設, アルコールと薬物のサービス, 学校やスポーツクラブなどの地域活動の場における精神保健の問題をかかえた人々との出会いはどのようなものがあるかと(聞き取り)
- 3) 地域保健精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(資料)
- 4) 健康日本21の各論「休養・こころの健康づくり」への取組(資料・聞き取り)
- 5) 母子保健との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 6) 医療計画の記載事項に精神疾患が入ったことの具体的記載(資料)
- 7) 精神保健福祉法の運用実態のモニタリング(資料・聞き取り)
- 8) 障害者基本法の運用実態のモニタリング(資料)
- 9) 障害者自立支援法の運用実態のモニタリング(資料・聞き取り)
- 10) 障害者虐待防止/高齢者虐待防止における精神保健医療の取り組み(聞き取り)
- 11) 児童福祉法/児童虐待防止法と精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 12) 身体障害者福祉法/知的障害者福祉法と精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 13) 介護保険サービスと精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(資料・聞き取り)
- 14) 障害者虐待防止/高齢者虐待防止における精神保健医療の取り組み(聞き取り)
- 15) 生活保護法の適用になる者のかかえる精神保健の問題の実態と, 支援をシステムとするために行われていること(資料・聞き取り)

- 16) ホームレス特別措置法適用になる者のかかえる精神保健の問題の実態と, 支援をシステムとするために行われていること(資料・聞き取り)
- 17) 学校教育(教育委員会)と精神保健医療との連携(聞き取り)
- 18) 労働安全衛生法, 労働契約法と精神保健医療からの支援実態(資料・聞き取り)
- 19) 障害者雇用促進法における精神障害者雇用推進の支援(資料)
- 20) 警察官職務執行法における精神錯乱等の対応の実態(資料)
- 21) 刑法第39条の精神鑑定の実態(資料)
- 22) 成年後見の運用実態(資料)
- 23) 道路交通法における精神障害関連事象の実態(資料)
- 24) 銃砲刀剣類所持等取締法の運用実態(資料)
- 25) 酔っぱらい防止法の運用実態(資料)
- 26) 発達障害者支援法にかかる精神保健医療をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 27) DV防止法にかかる精神保健医療をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 28) 犯罪被害者等基本法にかかる精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 29) 災害救助法にかかる取り組み実態(資料)
- 30) 麻薬および向精神薬取締法/覚せい剤取締法/薬事法にかかる取り組み実態(資料)
- 31) 「薬物乱用防止五か年計画」にかかる精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 32) 犯罪被害者等基本法にかかる精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 33) 「薬物乱用防止五か年計画」にかかる精神保健医療との連携をシステムとするために行われていること(聞き取り)
- 34) 自殺対策基本法にかかる自殺対策の取り組み実態(資料)

E. 結論

地域精神保健医療の社会サービスへの統合度の評価指標案を作成することを目的として、プライマリケアとの連携、精神保健医療の関連する領域、精神保健が関連すると思われる法律と精神保健医療の関連する領域の検討を行い、地域精神保健医療の社会サービスへの統合度の評価指標案の項目リストを作成した。医療計画の記載事項に精神疾患が含まれるようになったことを機会に、精神保健医療の社会サービスへの統合を進める情報を集約し、施策を研究していく必要があると考えられた。

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

Figure 1.1 WHO service organization pyramid for an optimal mix of services for mental health

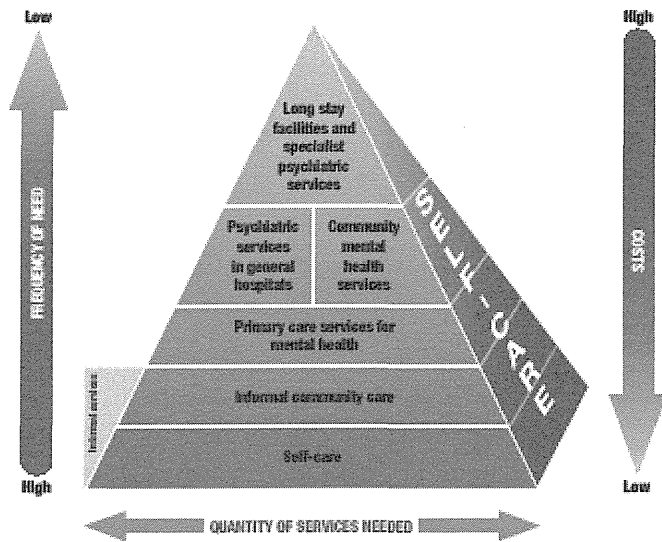


図 1. 精神保健医療に目を向けた最適のサービス構成の組み合わせのピラミッド(WHO)

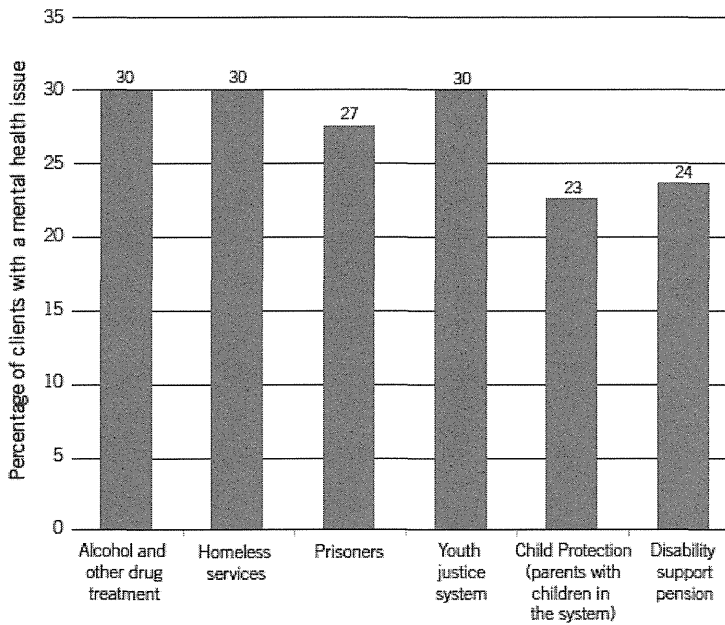


Figure 9: Proportion of mental health clients involved with other social programs²⁸

図 2. 他の社会プログラムにおける精神保健医療の問題をかかえるクライアントの割合

平成 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）

「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書

630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究

研究分担者 立森 久照 ((独)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 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
赤澤 正人 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
趙 香花 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
西 大輔 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
長沼 洋一 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究代表者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】最新の精神保健福祉資料データによる精神病床利用者の数的状況に基づいて精神保健医療福祉の改革ビジョンの進捗を明らかにする。

【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精神科医療施設などの状況についての資料を、同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ほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996年から2010年調査のデータを使用した。

【結果】改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率 71.4（目標値 76 以上）、退院率 23.9（同 29 以上）、統合失調症等による在院患者数 180,236 人（同 15 万人以下）であった。2010 年の精神科病院等の在院患者総数は 308,615 人であり、前年比で 2,123 人の減であった。統合失調症等の在院患者数は '09 年から '10 年の間で 3,664 人の減（'08 年から '09 年の間では 2,673 人の減）、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは 66,893 人と '09 年から '10 年の間で 2,564 人の増（'08 年から '09 年の間では 885 人の増）であった。なお認知症に限った場合（F00-F03）は、'09 年から '10 年の間で 2,662 人の増（56,666→59,328）であった。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縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているという特徴に変化はない。統合失調症等はほぼ全ての県で人口 10 万対患者数が減少傾向にある。平均退院率は概ね増加傾向にあったと言えるが、近年は 71.0, 71.2, 71.2, 71.4 とほとんど変化がみられない。一方で退院率の推移は、例えばここ 5 年間で 23.0, 22.1, 21.8, 23.1, 23.9 と一貫した傾向がうかがえないものの、改革ビジョン前と比べると一定の改善はみられた。

【結論】改革ビジョンの目的のひとつは、いわゆる社会的入院による長期在院の解消にあると考えられる。新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均退院率の改善等（63.2→71.4）から、新たにそうした状況を生じさせない点では改革の成果が伺えた。ただし数値目標の達成にはこの取り組みを続ける必要がある。一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても退院率に一定の改善（21.7→23.9）は見られた。長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。認知症等の在院患者数は '03 年以降 '10 年まで一貫して増加傾向にあったが '09 年から '10 年の間の増加はその前の 1 年間と比べて著しいものであった。

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」（以下、改革ビジョン）の前半5年の成果の評価と後半5年に向けた見直しが「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」（以下、あり方検討会）にて実施された。2009年に公表の「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、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で掲げられていた平均残存率24以下（その後、厚生省は平均残存率ではなく平均退院率を指標として用いることとした。本報告書も平均退院率を用いる。両者は平均退院率＝100－平均残存率の関係にあるので、平均退院率の目標値は76以上となる。）および（1年以上在院者の）退院率（1年以上在院者）29以上に加えて、統合失調症と認知症に関する目標値の設置の必要性を指摘した。前者は今後5年間でその人数を約15万人以下にするとの目標値が設定された。後者についても「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド（認知症と精神科医療）とりまとめ（平成23年11月29日）」（以下、検討チームとりまとめ）では、退院に関する目標として2020年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2カ月とする（現在の6カ月から大幅に短縮）と記されている。

本研究は1996年から現時点で最新の調査である2010年までの精神保健福祉資料のデータを用いて精神科病床を有する病院（以下、精神科病院等）における在院患者の数的状況や改革ビジョンの数値目標の推移を分析することにより、改革ビジョンのこれまでの進捗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障害・保健課では、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を得ている。

この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）のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。本研究では1996年から2010年調査のデータを使用した。

2. 方法

1996年から2010年の精神保健福祉資料の精神科病院等の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は、総務省統計局公表の各年10月1日現在推計人口を使用した（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>）。

在院患者総数、症状性を含む器質性精神障害（F0）（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（F2）（以下、統合失調症等）による在院患者数、改革ビジョンで数値目標とされた平均退院率、1年以上在院者の退院率（以下、退院率）について最新の全国値を明らかにし、それらの年次推移を分析した。都道府県（以下、県）ごとの認知症および統合失調症等による在院患者数の最新の状況およびそれらの人口10万対在院患者数の推移を県間で比較した。県ごとの平均退院率、1年以上在院者の退院率の最新の状況と年次推移を分析した。結果に示した図は変化を捉えやすくするために軸の下限が必ずしも0ではない。誤って読み取ることを避けるために軸の目盛ラベルを確認されたい。

なお精神保健福祉資料の調査内容は年により多少異なるため、集計項目によっては1996年以降の全ての年の数値がない場合がある。

（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・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. 改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

2010年の精神科病院等の在院患者総数は308,615人と前年から2,123人の減であった。在院患者総数は図1に示したように一貫して減少傾向にあることが分かる。

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率71.4(目標値76以上)、退院率23.9(同29以上)、統合失調症等による在院患者数180,236人(同15万人以下)であった。

平均退院率および退院率を求める際の“退院”には死亡もしくは転院を事由とする場合を含んでいる。病床利用の観点から両指標を用いる場合にはこの定義は妥当と思われるが、患者の社会復帰の観点からは“退院”に死亡を事由とする場合を含めない数値、および死亡・転院を事由とする場合を含めない数値も併用することに意味があると考えられる。特に後者は、退院後の行き先が自宅もしくは施設であった者のみを退院として扱ったもので、社会復帰できた者の状況をより反映した数値であると捉えられる。死亡を退院に含めなかった場合と死亡・転院を含めなかった場合の平均退院率はそれぞれ69.6と60.6であった。同様に退院率はそれぞれ19.1と9.3であった。

統合失調症等の在院患者数は‘09年から‘10年の間で3,664人の減少であった(‘08年から‘09年の間では2,673人の減少)。図2に示すように統合失調症等による在院患者数も一貫して減少傾向にあることが分かる。

平均退院率の推移を図3に示した。概ね増加傾向にあったと言えるが、近年は71.0, 71.2, 71.2, 71.4とほとんど変化がみられない。平均退院率の改善が示すように、新規入院者がより短期間で退院できるようになったことは新規入院患者の退院の様子を示した図4において実線で示した2010年と破線で示した1998年の比較からも明らかである。

一方で1年以上継続して在院した患者が1年間にどれくらい退院するかの指標である退院率の推移は、例えばここ5年間で23.0, 22.1, 21.8, 23.1, 23.9と一貫した傾向がうかがえないが、改革ビジョン前と比べると一定の改善(21.7→23.9)はみられた。(図5)。在院期間別の退院率を県ごとに算出し、その分布を箱ひげ図を並べて示した(図6)。在院が長期になる者には退院を阻害する何らかの要因が存在すると考えられるため、在院が長期に継続するほど退院が発生しづらくなり退院率が低くなると予想される。図からもこの傾向を読み取ることができるが、特に在院期間が1年以上5年未満の群とそれ以外の群では退院率の違いが顕著であった。

2010年の認知症等による在院患者数は66,893人と‘09年から‘10年の間で2,564人の増加であった(‘08年から‘09年の間では885人の増加)。増加傾向は1997年以降一貫して観察された(図2)。認知症疾患治療病棟に新たに入院した患者のおよそ1年間の退院の様子を図4に点線で示した。入院から165日(=5.5カ月)から195日(=6.5カ月)の間に半数が退院し、約1年(11.5カ月)で6割強が退院していた。一点破線で示した‘03年と比較すると‘10年は、半数の者が退院するまでの日数は短く、約1年間継続して在院する割合は低くなっていることが分かる。

2. 県別の改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

人口10万対在院患者数の大小の地理的な分布を把握するために2010年の県別の人口10万対在院患者数に基づいて県をそれぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分し、その結果を日本地図上に色の塗り分けで示した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示す。図7が認知症等、図8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縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているのが特徴である。この特徴はこれまでの傾向と変化がない。

次に県別に1997年から2010年にかけての人口10万対在院患者数の推移を検討した。

図9に示すように、認知症等の推移は、明確に増加傾向にある県と、より少数のほとんど変化のない県に大別され、明確に減少傾向を示す県はない。

統合失調症等については、ほぼ全ての県で人口10万対患者数が減少傾向にある。図中に破線で示したのは、目標値（統合失調症等の在院患者数15万人以下）を達成した場合の人口10万対在院患者数の118である（15万人を2014年時の予測人口で除して求めた）。約4分の1（47県中12県）が既にこの水準に達している一方で、この2から3倍の水準にある県も1割程度存在する。

図11、12にそれぞれ平均退院率および退院率の高低を日本地図上に色の塗り分けで示した。塗り分けの規則は人口10万対在院患者数と同じである。双方ともその分布に明確な規則性は観察できず、人口10万対在院患者数のように数値の高い（もしくは低い）県が特定の地域に集中していない。強いて言うなら平均退院率の高い地域は日本の中央部に集まっている印象はある。

図13に2010年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図を示した。実線は両指標の目標値である。平均退院率は76以上、退院率は29以上が目標値なので、両指標の目標値をととも達成した県は、2本の実線で分けられた4つの領域のうち右上にプロットされる。図から明らかなように2010年時点において目標をととも達成した県はない。ただし、いずれかの指標が目標を達成した県は2割程度存在し、退院率が目標を達成している県の方が多い。

県別の平均退院率の推移は、多くの県で目標値に向けて増加傾向にあるか、目標値近くの水準を保って推移していた（図14）。退院率については全国値の推移と同様に県別でも明確な傾向が認められない県が多い（図15）。

D. 考察

精神保健福祉資料の1996年から2010年調査

のデータ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の二次解析を行った。悉皆と見なしうる調査に基づいて、わが国の精神科病院等における統合失調症等、認知症等による在院患者数、平均退院率、および退院率の全国および県の最新の状況および推移を明らかにできた。

在院期間が一年以内の患者の退院動態の指標である平均退院率の改善等（63.2→71.4）から、数値目標には達していないものの、新たに長期在院を生じさせない点では改革の成果が伺えた。しかし、改革ビジョン前から一貫して上昇傾向にあった平均退院率の数値がこの数年はほとんど変化がみられないことは、数値目標の達成の観点からは先行きが懸念される。本研究からはその理由や今後の推移の予測をすることはできないが、来年以降も数値目標のモニタリングを続けることによって、平均退院率が停滞状況にあるのか、再度上昇に転じる前の一時的な停留なのかなどを明らかにしたい。

一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても退院率に一貫した傾向がうかがえない（ここ5年間では23.0, 22.1, 21.8, 23.1, 23.9）ものの、改革ビジョン前と比べると一定の改善（21.7→23.9）はみられた。数値目標の水準からは隔たりがあるが、最近3年間では先に示したように続けて上昇していた。退院率が明らかな上昇傾向を示し始めたのかどうかは来年以降の数値を検討する必要がある。

統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。既に目標値を達成した場合の10万対在院患者数の水準に達している県とその水準の近づいている県と、減少傾向にあるものの水準からの隔たりが大きい県と二極分化している現状が存在する。すでに繰り返し指摘したように、この水準からの隔たりが大きい県で如何にして改革の取り組みを進めて行くかが鍵を握る。

認知症を含む器質性精神障害の精神科病床の在院患者数は'03年以降'10年まで一貫して増加傾向にあったが'09年から'10年の間の増加

はその前の 1 年間のそれと比べて著しいものであった。具体的には‘08 年から‘09 年の間では 885 人の増加に対して‘09 年から‘10 年の間で 2,564 人の増加であった。認知症に限った場合 (F00-F03) は, ‘09 年から‘10 年の間で 2,662 人の増 (56,666→59,328) であったので, この増加のほとんどが認知症によるものと考えてよい。すでに「検討チームとりまとめ」で示された方針に従って, 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化と認知症患者の退院支援を強化することにより, この状況がどのように変化するかを明らかにするために次年度以降もモニタリングを続けたい。

E. 結論

悉皆と見なしうる調査に基づいて改革ビジョンの数値目標などの最新の状況とこれまでの推移を全国および県ごとに明らかにした。

新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均退院率の改善等 (63.2→71.4) から, 新たにそうした状況を生じさせない点では改革の成果が伺えた。ただし数値目標の達成にはこの取り組みを続ける必要がある。一方, すでに長期在院となった者の地域移行に関しても退院率に一定の改善 (21.7→23.9) は見られた。長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。認知症等の在院患者数は‘03 年以降‘10 年まで一貫して増加傾向にあったが‘09 年から‘10 年の間の増加はその前の 1 年間と比べて著しいものであった。

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

I. 参考文献

- 1) 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/d1/tp0902-1a.pdf> より入手.
- 2) 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.
- 3) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド (認知症と精神科医療) とりまとめ. 2012年1月に <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-att/2r9852000001xal3.pdf> より入手.

図 1：精神病床の在院患者数の推移

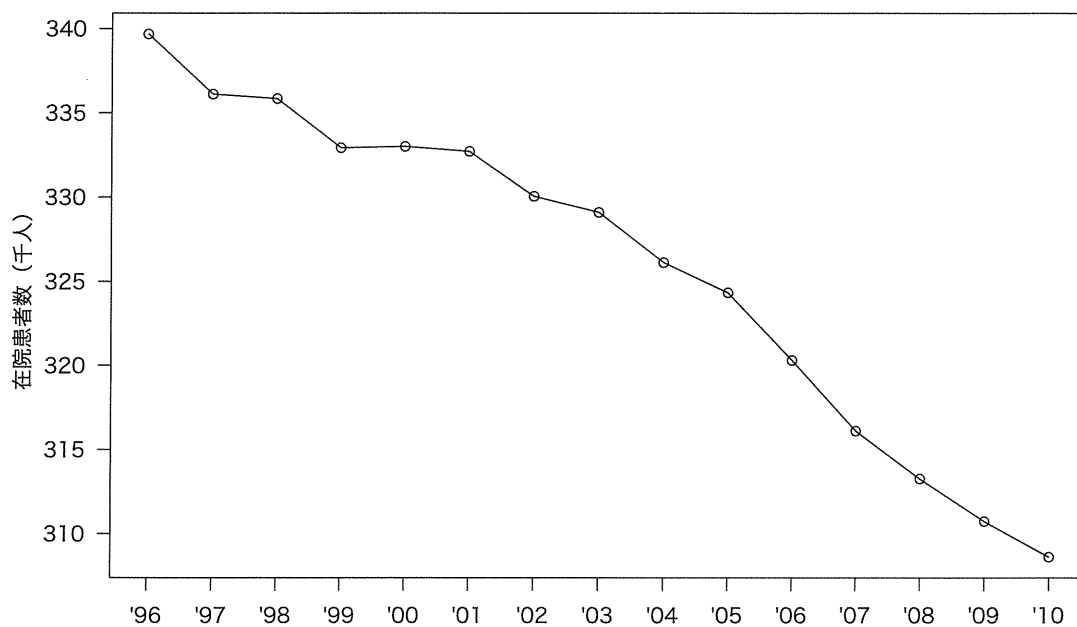


図 2：認知症等 (F0) と統合失調症等 (F2) による在院患者数の推移

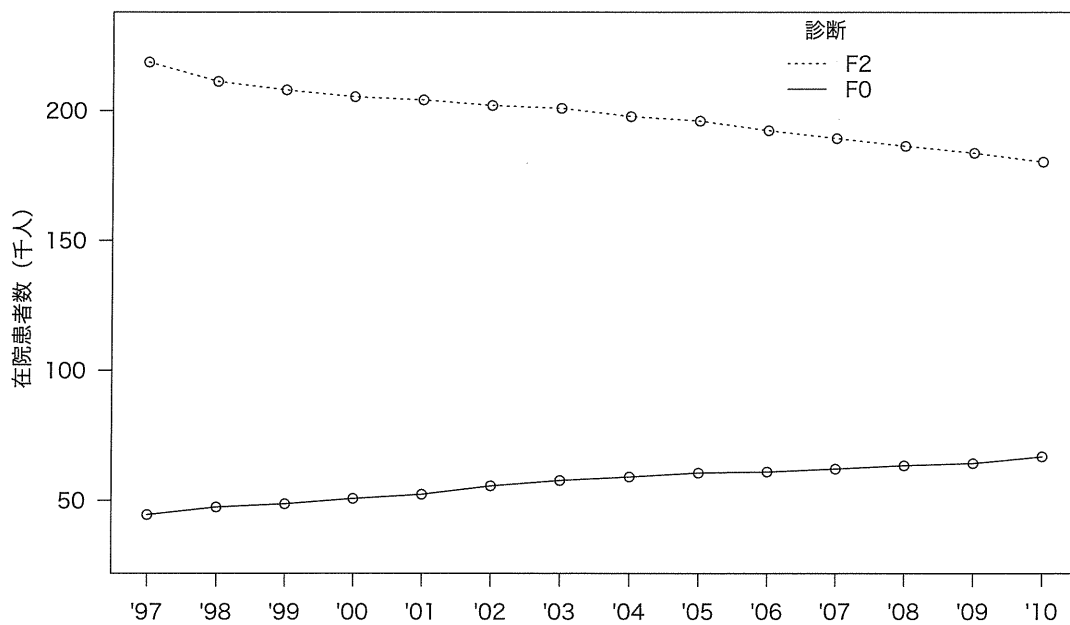


図 3：平均退院率の推移

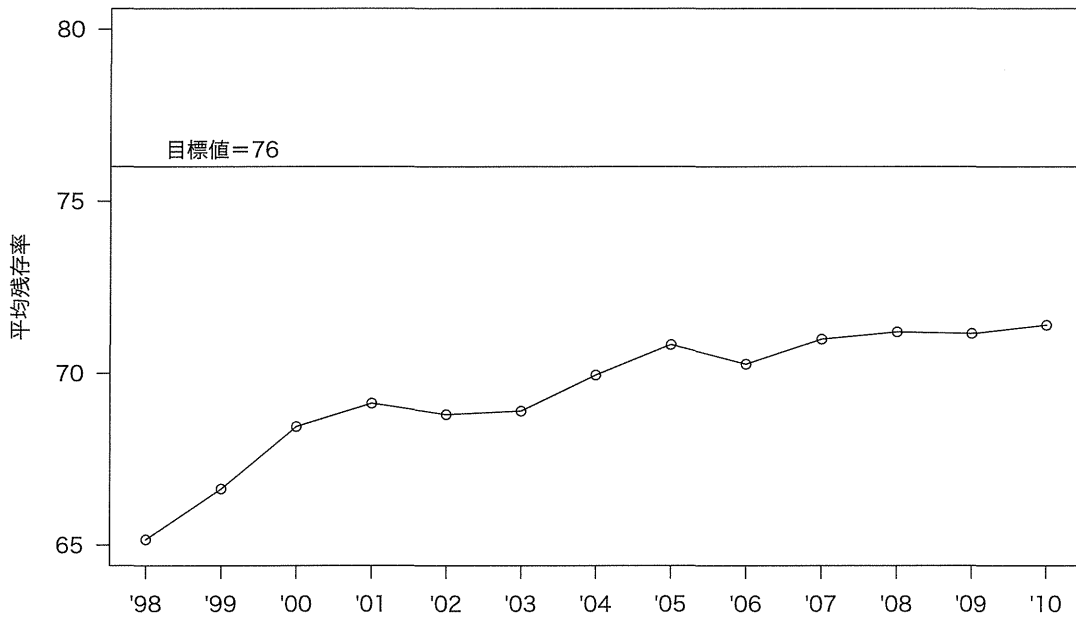


図 4：新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

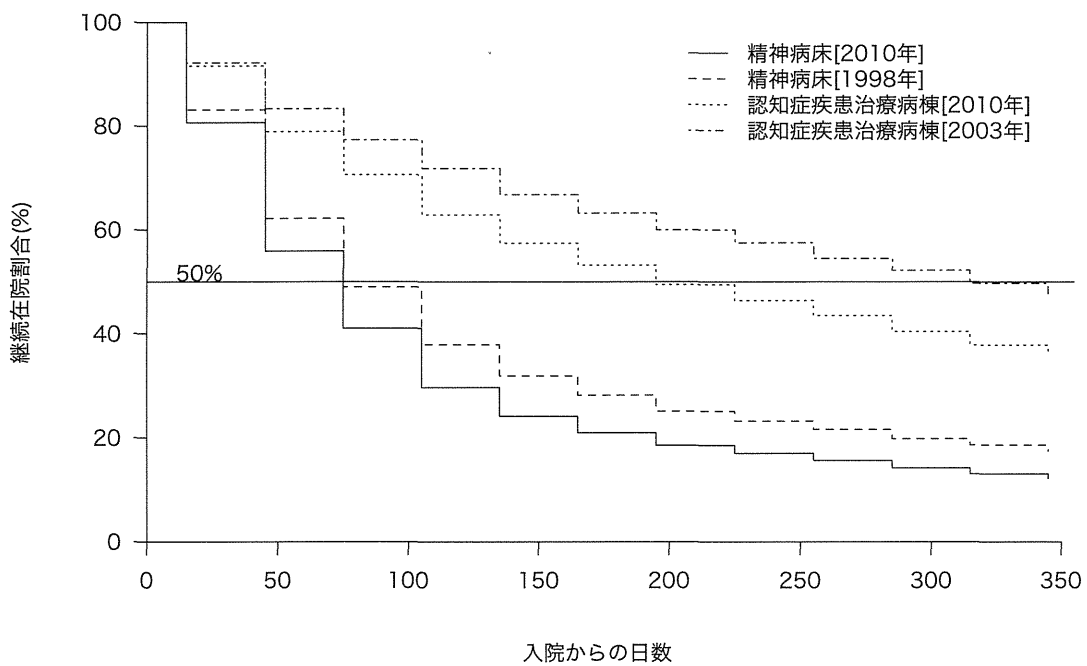


図 5：退院率の推移

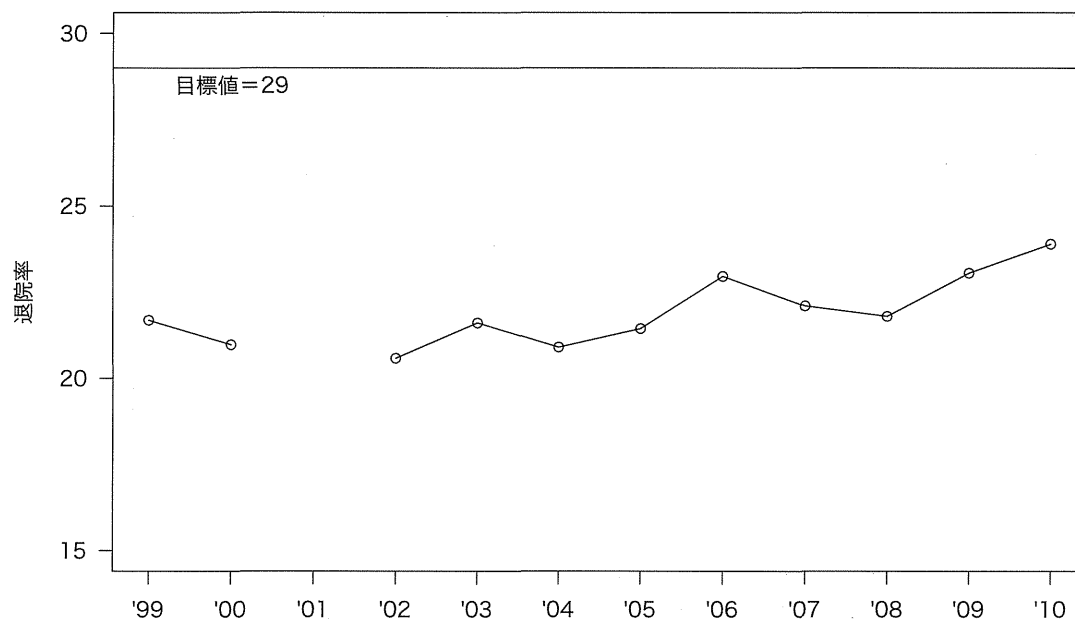
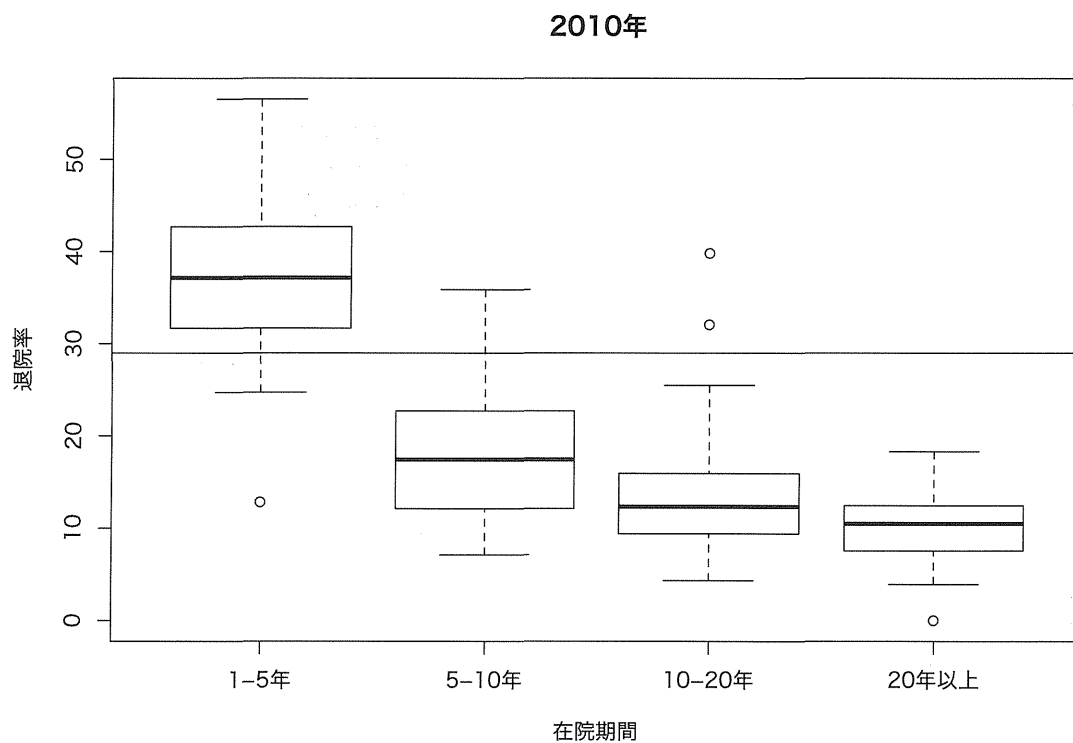


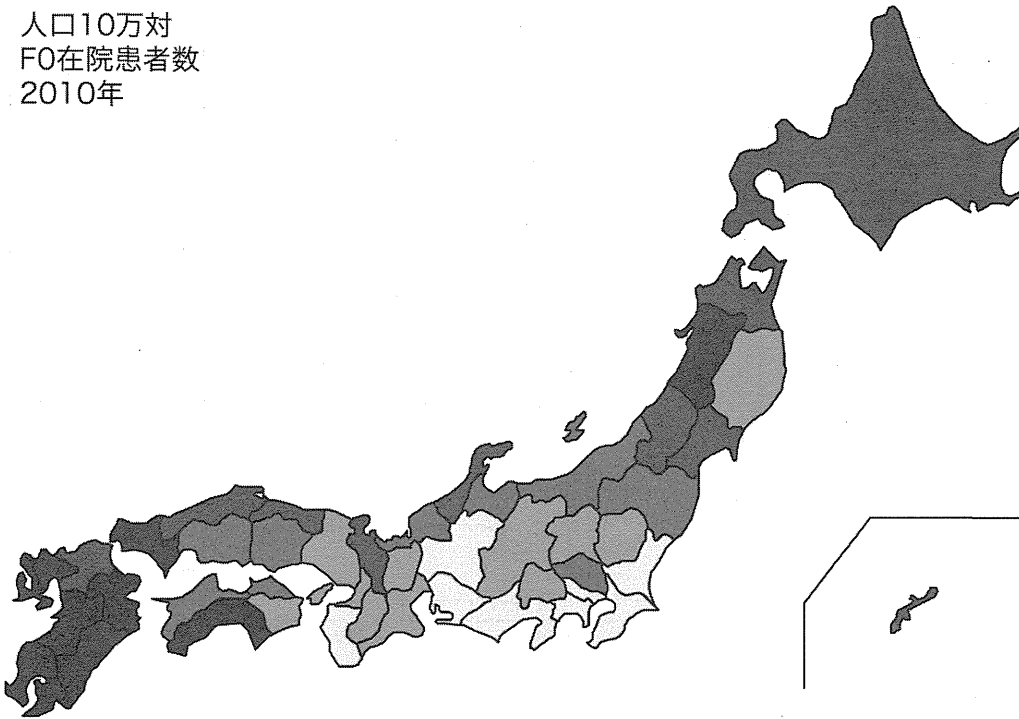
図 6：在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

図7：2010年の県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数

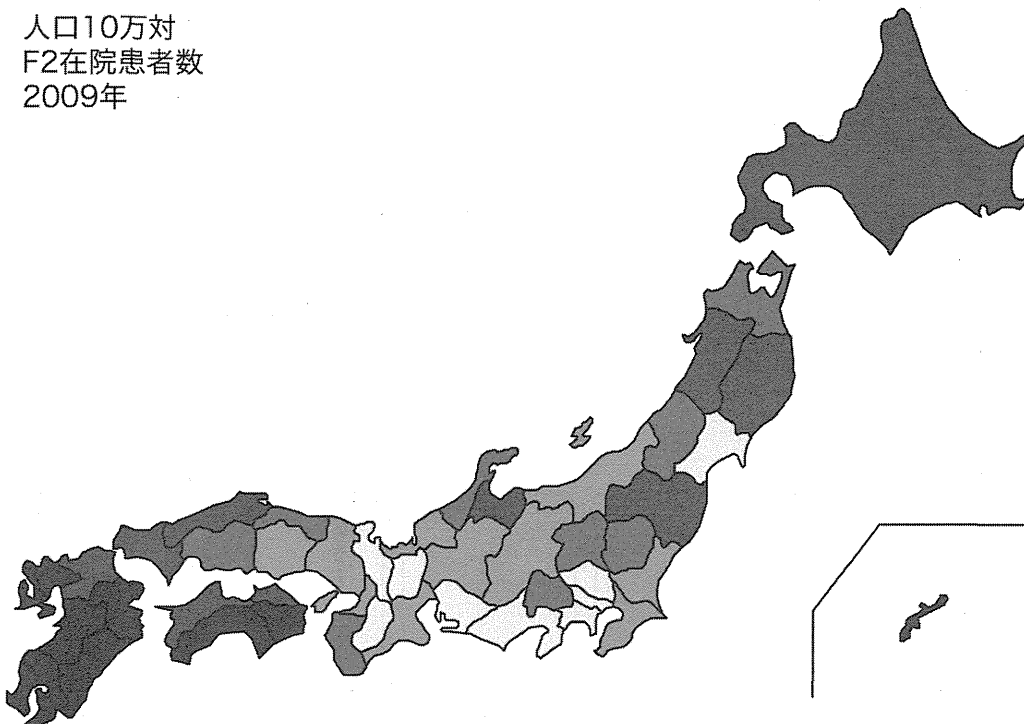
人口10万対
F0在院患者数
2010年



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

図8：2010年の県別の統合失調症等（F2）による人口10万対在院患者数

人口10万対
F2在院患者数
2009年



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

図9：県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数の推移

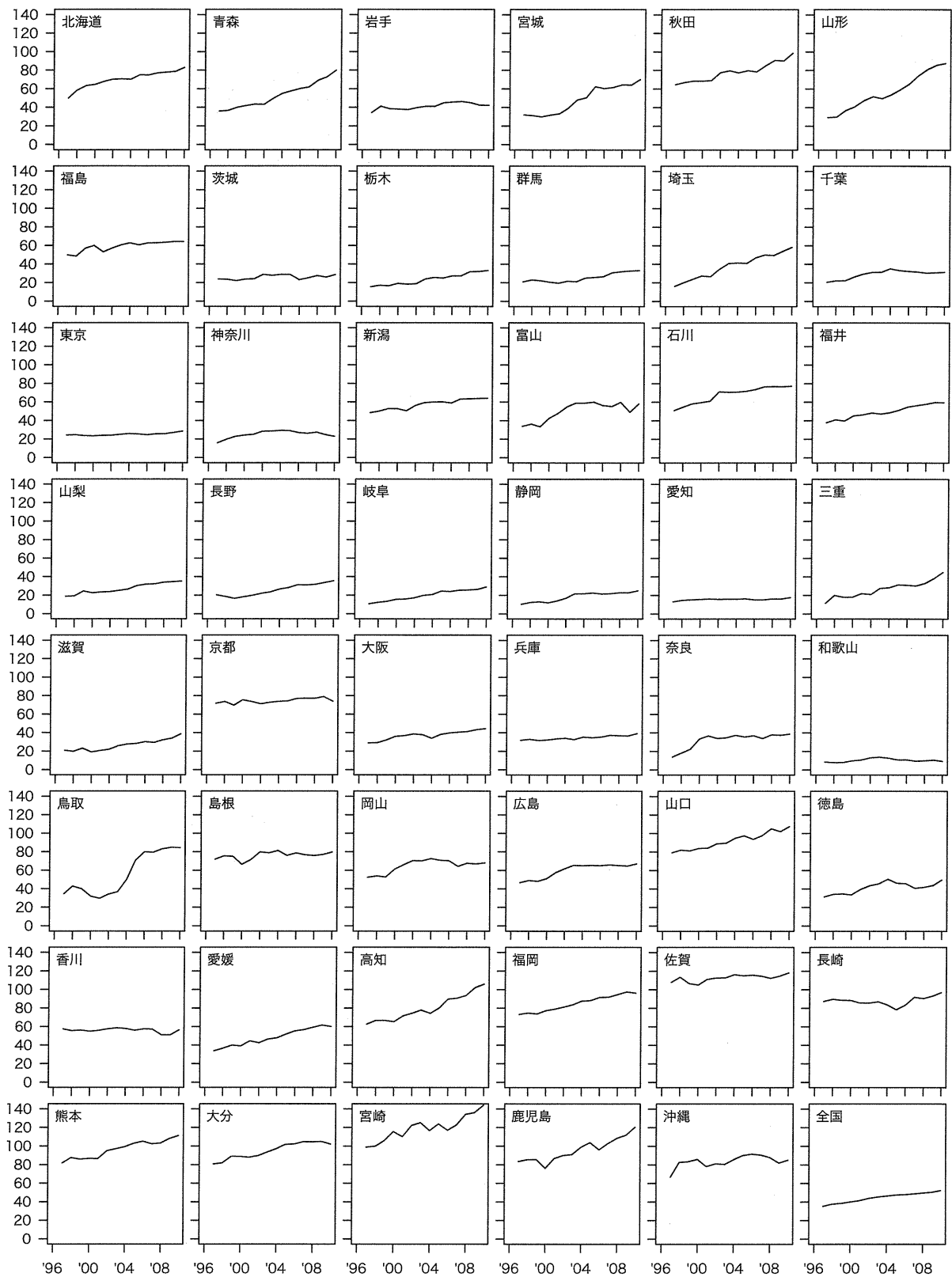
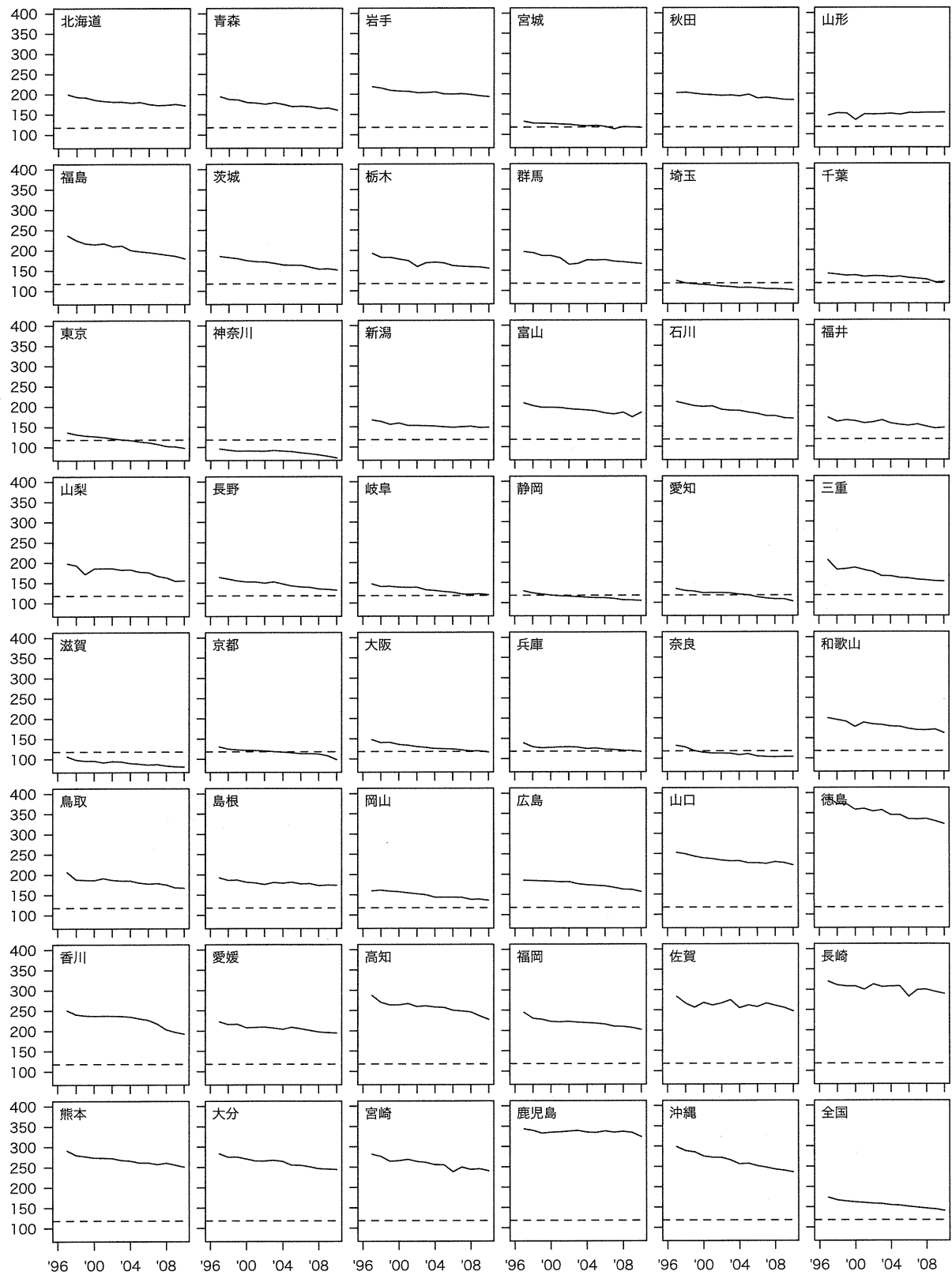


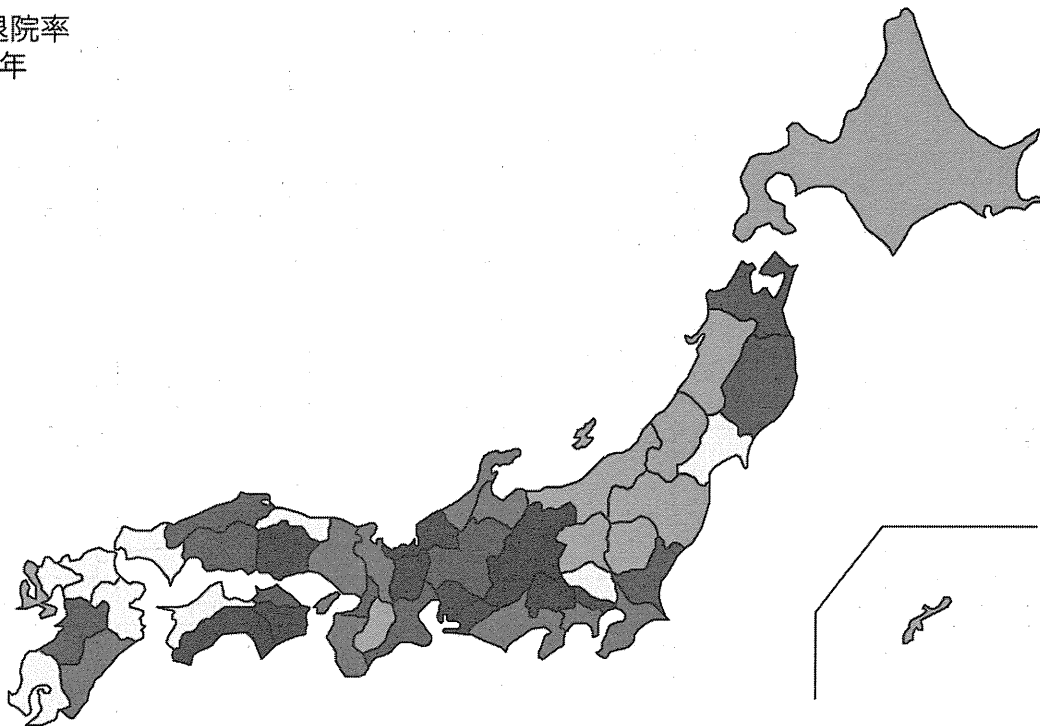
図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



注：破線は目標を達成した場合の 2014 年時の人口 10 万対在院患者数（118）を示す。

図 11 : 2010 年の県別の平均退院率

平均退院率
2010年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

図 12 : 2010 年の県別の退院率

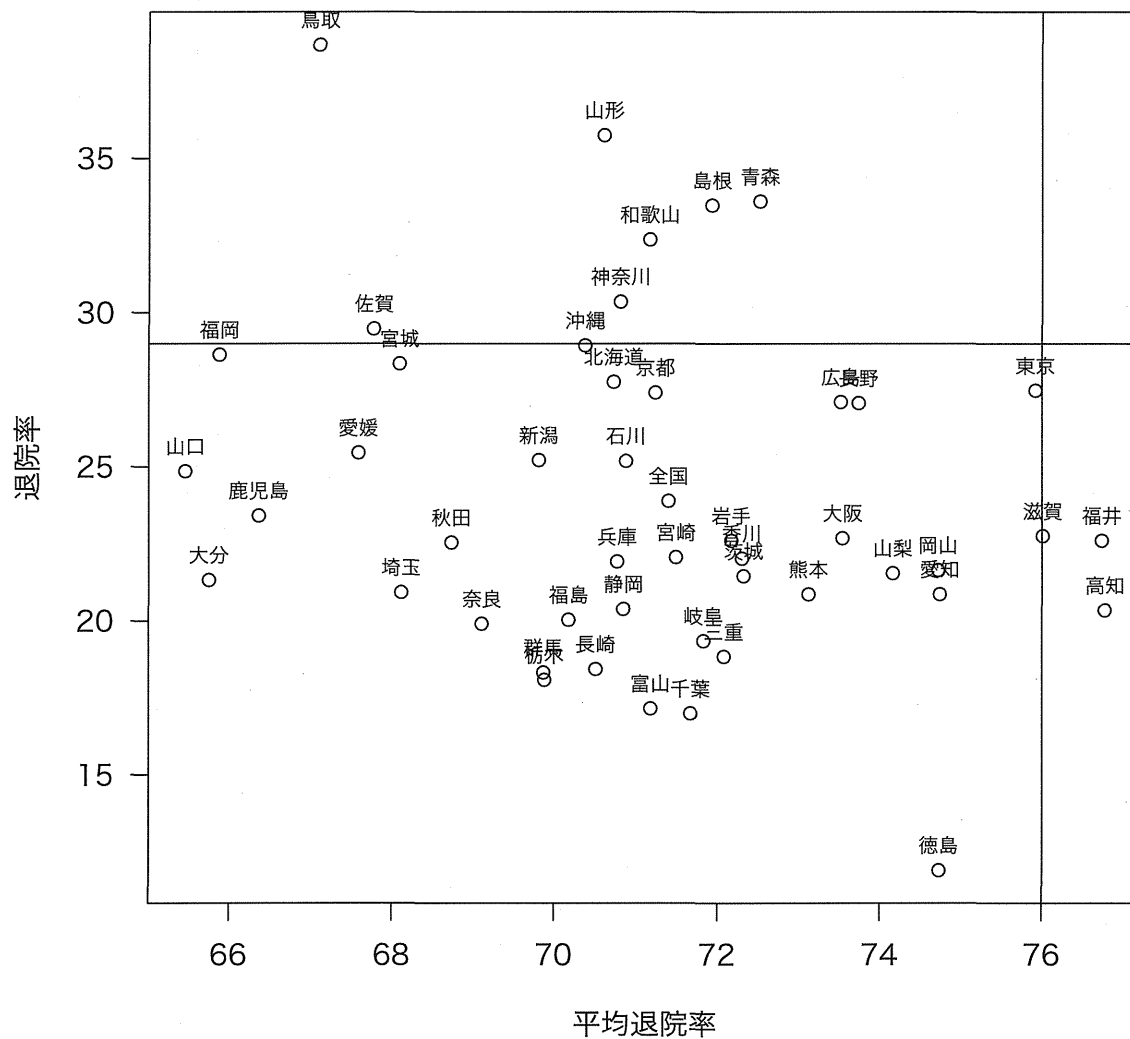
退院率
2010年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は退院率が高いことを示している。

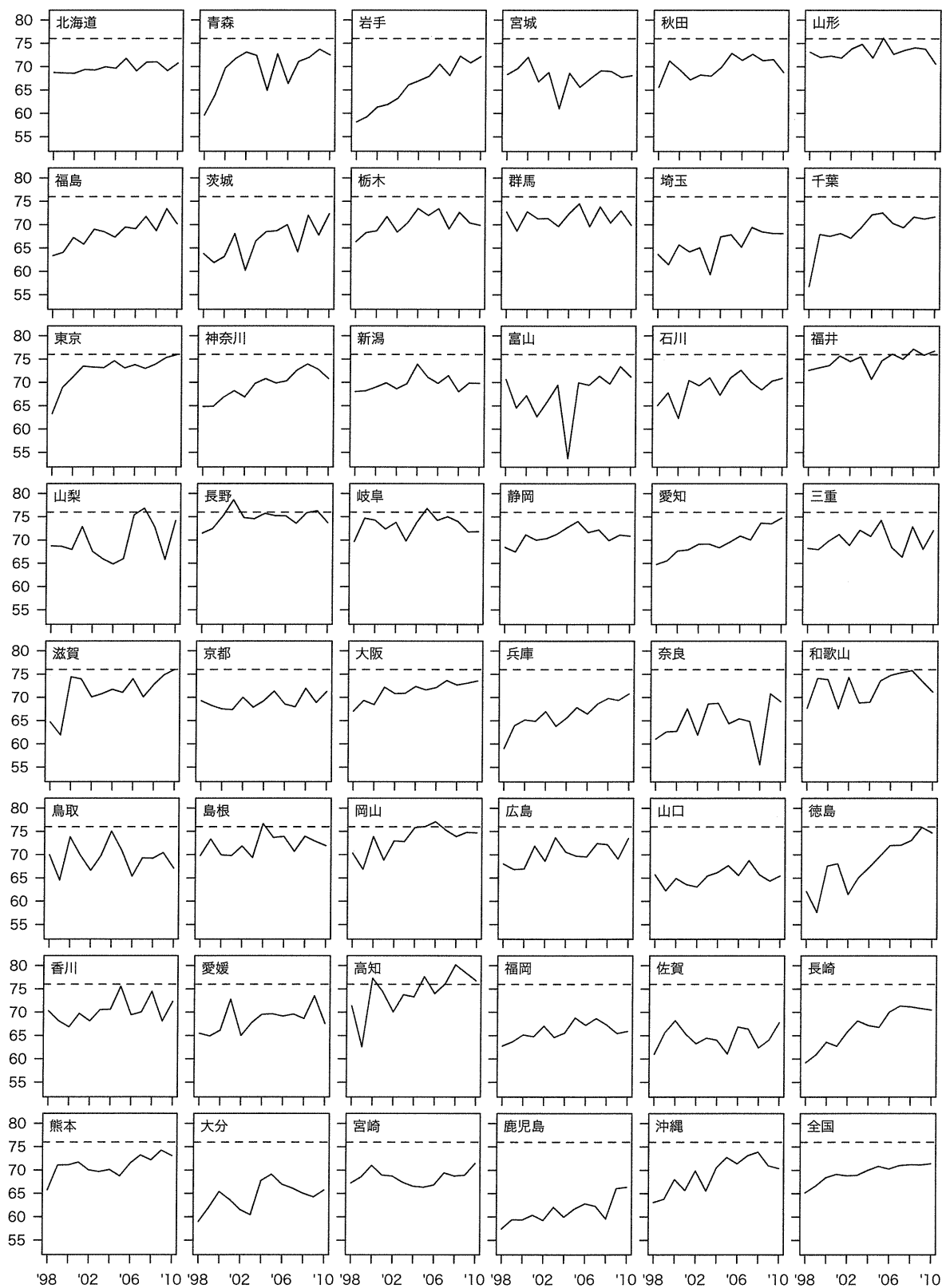
図 13 : 2010 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図

2010年



注：図中の2本の線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。

図 14：県別の平均退院率の推移



注：破線は平均退院率の目標値 76 を示している。