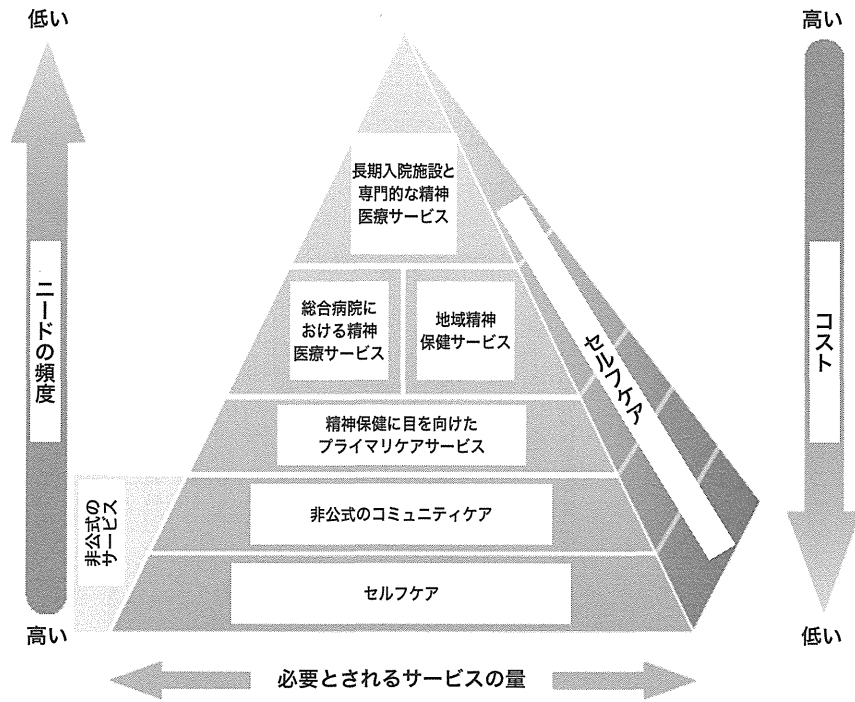


図2.精神保健のプライマリケアへの統合
-WHOとWONCAのピラミッドモデル-



World Health Organization / World Organization of Family Doctors,
Integrating mental health into primary care: a global perspective, 2008
にある図表を引用改編.

第50回 精神保健指導課程研修
(コミュニティメンタルヘルスのリーダーシップトレーニング)

1. 目的： 地域における精神保健福祉行政と精神保健医療福祉活動(コミュニティメンタルヘルス)の計画的・組織的推進のためのリーダーシップの修得を目的とする。
2. 対象者： (1) 都道府県(指定都市)等において精神保健福祉計画の企画立案の指導的立場または中心的役割を担う者(精神保健福祉審議会等の専門的検討会の委員等を含む)
(2) 公的機関または民間団体において地域精神保健医療福祉(コミュニティメンタルヘルス)の実践の指導的立場または中心的役割を担う者
3. 研修期間： 平成25年6月26日(水)から平成25年6月27日(木)まで
4. 会場： がん研究振興財団国際研究交流会館 (〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1)
5. 研修内容： 地域精神保健福祉の重要課題についての情報を提供するとともに、コミュニティメンタルヘルスの発展の方向性と、そのリーダーシップの育成について意見交換を行う。意見交換は、WHOの示した精神保健のプライマリケアへの統合のピラミッドモデル(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)の、わが国における適用可能性に焦点を当てる。
6. 主催： (独)国立精神・神経医療研究センター
メルボルン大学精神医学部門(アジア・オーストラリア・メンタルヘルス)
7. プログラム：
《午前の部》

6月26日(水)		6月27日(木)	
9:30-10:00	開講式・オリエンテーション 野田広/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)	9:30-12:30	シンポジウム「地域社会・国民の求める精神保健医療」 座長：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) シンポジスト：西脇健太郎(医療法人志仁会西脇病院)、水田恵(NPO自立支援センターふるさとの会)、籠本孝雄(大阪府立精神医療センター)、小泉典章(長野県精神保健福祉センター)
10:00-11:00	講義「地域精神保健の歴史を振り返り、今後を考える」 吉川武彦(清泉女学院大学・清泉女学院短期大学)		指定発着者：河崎建人(医療法人河崎会水間病院)、原敬造(原クリニック)、野田広((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
11:00-12:00	講義「精神保健福祉行政」 江副聡(厚生労働省精神・障害保健課)		
12:00~13:00 昼休み		12:00~13:00 昼休み	

《午後の部》

6月26日(水)		6月27日(木)	
13:00-14:00	講義「コミュニティメンタルヘルスにおけるリーダーシップ」 チャー・アン(メルボルン大学)	13:30-16:00	グループディスカッション「WHOの示した精神保健のプライマリケアへの統合のピラミッドモデルの、日本における活用可能性の検討」 ファシリテーター：チャー・アン、キャロル・ハーベイ(メルボルン大学精神医学部門)、伊藤弘人((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)、ほか
14:00-15:00	「コミュニティメンタルヘルスの研究」 キャロル・ハーベイ(メルボルン大学)		
15:00-16:00	講義「疫学・統計から見た日本の精神保健」 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)	16:00-16:30	閉校式・修了証書授与
16:00-17:00	講義「精神保健における予防」 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)		
17:00-18:00	講義「有事における心理社会的支援」 金吉晴((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所災害時こころの情報支援センター長)		

※ 6月26日(水)は18時30分から懇親会(会費制)を行います。ぜひご参加ください。

8. 本研修がコミュニティメンタルヘルスのリーダーシップトレーニングであることを踏まえて、1日目の講義の一部は、講義とグループディスカッションで行います。
9. 定員： 80名(応募者多数の場合は選考)
10. 願書作成(WEB登録)期間： 平成25年4月22日(月)～5月17日(金)
http://www.ncnp.go.jp/nimh/kenshu/h25/h25_50.html
11. 受講願書締切日： 平成25年5月17日(金)
12. 受講料： 2万円
13. その他： 海外講師によるプログラムでは日英同時通訳を行います。

平成 25 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・共同報告書

—障害福祉計画に係る基本指針における入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標の検討—

研究分担者 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)

研究協力者 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)

研究要旨：

【目的】障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいて、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後 1 年時点での退院率の上昇、(3)在院期間 1 年以上の長期在院者の減少を成果目標とすることが検討されている。これらを成果目標とすることの妥当性、および具体的な指標案の検討を行うことを目的とした。

【方法】平成 21 年度から 23 年度 630 調査データの都道府県別集計を使用して、(1)と(2)については、これらを成果目標とすることの妥当性の検討、(3)については指標の方向性の検討を行った。

【結果および考察】早期退院と社会復帰を促すには、退院率の増加率が最も大きく、かつ社会復帰率の高い入院後 3 ヶ月までの退院促進を成果目標に組み込むことは妥当と考えられた。また、3 ヶ月退院率と 1 年後退院率の成果目標となる数値も妥当と考えられた。在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の指標については、(a)現行の指標である 1 年以上退院率の最も高い 5 都道府県を成果目標とする、(b)1 年以上長期在院患者数の減少率の高い 5 都道府県の在院患者数の減少割合を成果目標とする、(c)1 年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い 5 都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とする、(d)1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比の最も小さい 5 都道府県を成果目標とする、(e)1 年時退院率の高い 5 都道府県の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比を指標とする、という 5 つを挙げ、(a)(b)(c)は過渡期の指標、(d)(e)は持続性のある指標であること、過渡期の指標としては(b)がわかりやすさの上で優位であることを示した。

【結論】成果目標として、入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇、入院後 1 年時点での退院率の上昇を用いること、およびその成果目標の設定は妥当と考えられた。また、在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の成果目標としては、過渡期の成果目標としてのわかりやすさの意味では「1 年以上長期在院患者数の減少率の高い 5 都道府県」が、3 ヶ月退院率と 1 年後退院率の成果目標との整合性と持続性においては「1 年時退院率の高い 5 都道府県の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比」が有望と考えられた。

A. 研究目的

障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいては、精神保健福祉法の「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保する指針」に示された方向性を踏まえ、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後 1 年時点での退院率の上昇、(3)在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の 3 つを成

果目標とすることが検討されている。

そして、平成 26 年 1 月 24 に開催された「社会保障審議会障害者部会（第 55 回）」においては、3 つの成果目標の具体的な目標値等について次のとおり説明された。

(1)入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇
全都道府県において平成 29 年の調査時点（6 月 30 日）までに入院後 3 ヶ月時点の退院率を現在の上位 5 都道府県（以下「目標都道

府県」という。)をプールして求めた値である64%以上とすることを成果目標とする(現状の全都道府県の平均値は58.4%)。なお、既に入院後3ヶ月時点の退院率64%以上を達成している都道府県においては、その数値を維持または上昇させることを目標とする。

(2)入院後1年時点での退院率の上昇

全都道府県において平成29年の調査時点(6月30日)までに入院後1年時点率を目標都道府県の平均値である91%以上とすることを成果目標とする(現状の全都道府県の平均値は87.7%)。なお、既に入院後1年時点の退院率91%以上を達成している都道府県においては、その数値を維持または上昇させることを目標とする。

(3)在院期間1年以上の長期在院者の減少

全国の都道府県のうち退院促進に関し実績をあげている都道府県における長期在院者数に関する指標を勘案して、1年以上の長期在院者数を減少させることを成果目標とする。なお、実績をあげている都道府県においては、その実績を維持することまたはさらに積み上げることを目標とする。

本研究は、(1)と(2)については、具体的な数値が示されていることから、これらを成果目標とすることの妥当性を検討することを目的とした。また、(3)については、まだ具体的な指標案が示されていないことから、指標案の方向性の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

平成21年度から23年度630調査データの都道府県別集計を使用して、(1)と(2)については、これらを成果目標とすることの妥当性の検討、(3)については指標の方向性の検討を行った。

はじめに、入院後3ヶ月時点における退院率の上昇を指標に取り上げることの妥当性の検討のため、新入院患者の退院、社会復帰が、入院後のどの時期に多いかを検討した。

次に、入院後3ヶ月時点における退院率の成果目標として、6月入院患者の8月末退院

率上位5県をプールした場合の計算を行い、それと「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された数値の比較を行った。同じく、入院後1年時点での数値について、6月入院患者の8月末退院率上位5県と「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された数値の比較を行った。

さらに、退院率に影響する可能性のある医療提供、患者属性を比較するため、6月入院患者の8月末退院率上位5県とその他群の、(1)精神科救急等設置病院、精神科デイケア実施病院、精神科訪問看護実施病院の割合、(2)新入院患者の年齢構成の割合、(3)新入院患者の診断別構成の割合の比較を行った。

在院期間1年以上の長期在院者の減少については、具体的な成果目標を示すには至っていないことから、可能性のある複数の指標の提案とその検討(限界を含む)を行った。

(倫理面への配慮)

本研究で用いるデータは病院別の集計データであって個人情報に含まれていない。

C. 研究結果

1. 新入院患者の退院、社会復帰の多い時期の検討

全国および各都道府県の、その月の退院数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)を表1に示した。全国では、0.5ヶ月目0.38、1.5ヶ月目0.30、2.5ヶ月目0.26、3.5ヶ月目0.28、4.5ヶ月目0.19、5.5ヶ月目0.13と漸減しており、各都道府県においても同様の傾向を示した。

上記の退院のうち、「家庭復帰等」と「グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等」の合計を社会復帰として、全国および各都道府県の、その月の社会復帰数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)を表2に示した。0.5ヶ月目0.32、1.5ヶ月目0.26、2.5ヶ月目0.23、3.5ヶ月目0.25、4.5ヶ月目0.15、5.5ヶ月目0.10と漸減しており、各都道府県においても同様の傾向を示した。

2. 入院後3ヶ月時点、1年時点の退院率

6月新入院患者の入院翌々月退院率(8月末

≈2.5 カ月後) を算出したところ、退院率の高い5都道府県として、福井、高知、岡山、東京、愛知が抽出された。この5都道府県のデータをプールして、6月新入院患者の入院翌々月退院率を算出したところ、64.0%が得られた。また、全国では58.4%、5都道府県を除く42都道府県は57.2%であった(表3)。5都道府県の数値は、「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された「入院後3ヶ月時点における退院率の上昇の成果目標」に一致していた(表3)。

退院のうち、「家庭復帰等」と「グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等」の合計を社会復帰として、社会復帰率を算出したところ、5都道府県、全国、その他の42都道府県はそれぞれ55.0%、50.0%、48.9%であった(表4)。

次にこの5県のデータをプールして、1年後退院率(翌年6月1日時点)を算出したところ、90.4%が得られた。また、全国では87.7%、その他の42都道府県は87.1%であった(表5)。5都道府県の数値は、「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された「入院後1年時点における退院率の上昇の成果目標」にほぼ一致していた。退院のうち、「家庭復帰等」と「グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等」の合計を社会復帰として、社会復帰率を算出したところ、5都道府県、全国、その他の42都道府県はそれぞれ75.8%、73.5%、73.0%であった(表6)。

なお、6月新入院患者の入院翌々月退院率(8月末≈2.5カ月後)にとらわれず、単純に1年時退院率の高い5都道府県とした場合、高知、東京、長野、滋賀、岡山が抽出された。この5県のデータをプールして、1年後退院率(翌年6月1日時点)を算出したところ、90.6%が得られた。また、その他の42都道府県は87.1%であった。

3. 退院率に影響する可能性のある医療提供、患者属性の比較

5都道府県とそれ以外の精神科救急等設置病院の割合はそれぞれ92.4%、94.2%であっ

た。精神科デイケア実施病院の割合はそれぞれ63.1%、69.0%であった。精神科訪問看護実施病院の割合はそれぞれ56.4%、65.3%であった(表7)。いずれも5都道府県よりも、その他の42都道府県の方が高かった。

5都道府県とそれ以外の新入院患者の年齢構成は、「20歳未満」は3.1%と2.8%、「20歳以上40歳未満」は25.1%と22.3%、「40歳以上65歳未満」は38.7%と38.0%、「65歳以上75歳未満」は14.0%と15.0%、「75歳以上」は19.1%と21.9%であった(表8)。5都道府県の方が、その他の42都道府県よりも、患者の年齢構成が低かった。

5都道府県とそれ以外の診断別構成の割合は、「F0」は16.9%と19.6%、「F1」は7.5%と9.2%、「F2」は37.5%と37.8%、「F3」は22.6%と21.8%であった(表9)。5都道府県の方が、その他の42都道府県よりも、「F3」の割合が高く、「F0」「F1」の割合が低かった。

4. 在院期間1年以上の長期在院者の減少の指標の方向性の検討

在院期間1年以上の長期在院者の減少を指標にするという考え方を踏まえ、本研究に関わる分担研究者等の協議の結果、(a)現行の指標である1年以上退院率の最も高い5都道府県を成果目標とする、(b)1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県の在院患者数の減少割合を成果目標とする、(c)1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とする、(d)1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比の最も小さい5県都道府県を成果目標とする、(e)1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を指標とする、という5つのケースを検討した。

(a)の1年以上退院率の最も高い5都道府県を成果目標とした場合、1年以上退院率の高い5都道府県として、鳥取、山形、青森、島根、神奈川が抽出された。これらはいずれも6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県には該当しなかった。この5都道府県のデ

ータをプールして、1年以上退院率を算出した結果、31.6%が得られた。また、1年以上退院率は、全国では23.8%、その他の42都道府県では23.3%であった(表10)。今後3年間、1年以上在院者退院率に全国値を採用した場合と上位5県群を採用した場合の3年後の1年以上在院者数の差は39,827人であった(図1参照)。

(b)の1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県を成果目標とした場合、平成20年から23年の減少率で計算(23年の数字が外れ値となった福島は除外)すると、神奈川、岩手、山梨、京都、和歌山が抽出された。これら5都道府県のうち、6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5都道府県に含まれていたところはなかった。この5都道府県のデータをプールした1年以上長期在院患者の減少率は3年間で11.3%であった。全国、その他の41都道府県の減少率はそれぞれ4.6%、4.0%であった(表11)。3年後の1年以上在院者数を算出するうえで、1年以上長期在院患者数の減少率に全国値を採用した場合と上位5県群を採用した場合の3年後の1年以上在院者数の差は13,355人であった(図2参照)。

(c)の1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とした場合、鳥取、青森、山形、神奈川、長野が抽出された。これらは(2)と神奈川が重なっていた。また、6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県に含まれていた都道府県はなかった。上位5都道府県、全国、福島も除外したその他の41都道府県の比はそれぞれ8.5%、4.6%、4.3%であった(表12)。3年後の1年以上在院者数を算出するうえで、1年以上長期在院患者数の社会復帰率に全国値を採用した場合と上位5県群を採用した場合の3年後の1年以上在院者数の差は7,887人であった((2)とは上位5県の抽出手法が異なるだけで、減少数の計算手法自体は同じである)。

(d)の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比の最も小さい5県都道府県を

成果目標とした場合、東京、青森、島根、神奈川、山形が抽出された。これらのうち、6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県に含まれていたのは東京のみであった。上位5都道府県、全国、その他の42都道府県の比はそれぞれ1.46、1.95、2.05であった(表13)。3年後の1年未満在院者数として平成21-23年の平均値を採用した場合、1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比に全国値を採用した場合と、下位5県群を採用した場合の1年以上在院者数の差は51,590人であった。

(e)の1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を成果目標とした場合、高知、東京、長野、滋賀、岡山が抽出された。これらのうち、6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県に含まれていたのは高知、岡山、東京であった。上位5都道府県、全国、その他の42都道府県の比はそれぞれ1.53、1.95、2.02であった(表14)。3年後の1年未満在院者数として平成21-23年の平均値を採用した場合、1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比に全国値を採用した場合と下位5県群を採用した場合の1年以上在院者数の差は44,590人であった。

D. 考察

新入院患者の退院、社会復帰の多い時期の検討の結果、入院後およそ3ヶ月までの退院、社会復帰が多いことが明らかになった。「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保する指針」には、入院期間が1年未満の患者への医療について「在院期間の長期化に伴い、社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、在院期間が1年未満で退院できるよう、退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための機能を確保する。」と記載されている。早期退院と社会復帰を促すには、退院率が最も高く、かつ社会復帰率の高い入院後3ヶ月までの退院促進を成果目標に組み込むことは、すでにそれを達成している

都道府県も5箇所あることから、妥当と考えられた。

なお、「社会保障審議会障害者部会（第55回）」に示された成果目標は、「全都道府県において平成29年の調査時点（6月30日）までに入院後3ヶ月時点の退院率を現在の上位5都道府県の平均値である64%以上としているが、数値から見た場合、ここでいう「入院後3ヶ月時点」は630調査における入院翌々月退院率（8月末=2.5カ月後）に当たると考えられた。

「社会保障審議会障害者部会（第55回）」に示された入院後1年時点の退院率は、本研究による上位5県の平均よりもやや高い。しかし、その差はわずかであり、全都道府県において成果目標が達成された場合には、全国値において成果目標を超える可能性がきわめて高いことから妥当と考えられた。

なお、3ヶ月退院率と1年時退院率を、それぞれ独立して最も高い数値を得ている5都道府県を選択することが成果目標をさらに高めるという考え方も取ることができるが、3ヶ月退院率と1年時退院率の上位5都道府県の構成は一部異なり、それに伴って患者属性も異なることから、慎重でなければならない。しかしながら、3ヶ月退院率の高い県は、おおむね1年時退院率も高く、3ヶ月退院率の上位5都道府県をプールした1年時退院率と、1年時退院率の上位5都道府県をプールした1年時退院率にはほとんど差がないことから、障害福祉計画における成果目標の設定は許容範囲と考えられた。

退院率に影響する可能性のある医療提供、患者属性の比較からは、3ヶ月上位5県は、精神医療の提供として、他の42県よりもサービス提供量が優れているという状況はないと考えられた。また、新入院患者の年齢構成、診断別割合から見ると、3ヶ月上位5県よりも他の42県よりもやや長期入院になりやすい患者構成であることも考えられるが、上位5県の数値の採用に困難をおよぼすほどの差ではないと考えられた。都道府県において退

院率に差を生じる要因は、個々の医療機関の努力や患者属性だけでなく、地域システムとして検討すべき点もあると思うので、3ヶ月退院率の高い都道府県の地域システムの特徴を明らかにするための訪問調査も必要と考えた。

在院期間1年以上の長期在院者の減少の指標の提案は困難を極めた。その理由は、長期在院に関連する要因がきわめて多いこと、そしてその解消策も多岐にわたらざるを得ないこと、それに対する政策上の選択肢が十分に明確にされているとは言えないこと、などによる。このため、本研究においては複数の選択肢を示し、それぞれの特徴と課題を示し、関係者の議論の資料を提供することとした。

(a)の1年以上退院率の最も高い5都道府県を成果目標とした場合、現在の成果目標との連続性が保たれるのは明らかな長所である。しかしながら、3ヶ月または1年時退院率が高くなる方向に進んだ場合、1年以上の長期在院患者は退院の困難性を抱えた患者で構成されるので、これを同時的に高くすることは難しくなる。ゆえに、長期在院患者を減少させるという過渡期の指標としては役立つとしても、長期的な指標としての位置づけは難しいと考えられた。また、成果目標を示すことはできても、それを達成する具体的な手段が見えにくいことも課題であろう。平成29年の調査時点（6月30日）までの成果目標とするのであれば、上位5都道府県よりもプールする都道府県の範囲を拡大することが望ましいかもしれない。

(b)の1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県を成果目標とした場合も、(a)と同様、長期在院患者を減少させるという過渡期の指標としては役立つとしても、長期的な指標としての位置づけは難しいという問題がある。また、1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県が、今後どれくらいの期間、高い減少率を維持できるのかは慎重に観察していく必要がある。しかしながら、この成果目標はわかりやすいという長所を持っており、その特徴を過渡期の指標として活かす

ことは考えられる。

(c)の1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とした場合も(a)(b)と共通した課題が生じるであろう。しかし、最も大きな問題は、社会復帰率の分子あたる1年以上在院患者で死亡・転院以外の理由で退院となる人数は、その確率は総じて低い傾向にあることから数が小さく、偶然変動に影響されやすいことであって、成果目標としては安定性に乏しい。

(d)の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を指標とした場合、各都道府県が現状の課題を直視しやすく、長期在院患者の減少という課題に対応する指標として長期的に使用できるという利点がある。しかしながら、そこに示された長期在院患者の課題は、政策上の選択肢が十分に明確にされているとは言えない中では、問題指摘のみにとどまるという批判も生じるであろう。また、将来、仮に新入院患者が急増して、その結果として1年未満の在院患者数が増加した場合、1年以上の長期在院の増加を容認するという結果を生じかねないという問題があるが、これまでの新入院患者数の動態を考えると、余程の地域側の準備のない、急速な脱施設化を行わない限り、そこまでの急増が起らないと考えるのが自然であろう。しかし、平成29年の調査時点(6月30日)までの成果目標とするのであれば、上位5都道府県よりもプールする都道府県の範囲を拡大することが望ましいかもしれない。

(e)の1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を成果目標とした場合、3ヶ月または1年時退院率が高くなる方向に進んだ場合も指標として活用できる可能性がある。特に、6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県のうち3県が重複しているのは、3ヶ月退院率の上昇、という成果目標との整合性が高いことを示していると考えられた。新入院患者が急増した場合、1年以上の長期在院の増加

を容認するという課題は残るが、それは(d)と同様に判断できる。しかし、平成29年の調査時点(6月30日)までの成果目標とするのであれば、上位5都道府県よりもプールする都道府県の範囲を拡大することが望ましいかもしれない。

以上の5つのケースについて、成果目標の設定方法、上位5都道府県、3年間の在院患者数の減少の見込み、指標としての特徴と課題を表15にまとめ、関係者の議論の資料とした。

E. 結論

障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいて、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後3ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後1年時点での退院率の上昇、(3)在院期間1年以上の長期在院者の減少を成果目標とすることの妥当性、および指標案の方向性の検討を行った。成果目標として、入院後3ヶ月時点における退院率の上昇、入院後1年時点での退院率の上昇を用いること、およびその成果目標の設定は妥当と考えられた。また、在院期間1年以上の長期在院者の減少の成果目標としては、過渡期の成果目標としてのわかりやすさの意味では「1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県」が、3ヶ月退院率と1年後退院率の成果目標との整合性と持続性においては「1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比」が有望と考えられた。

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

表1 退院数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
北海道	0.40	0.29	0.25	0.25	0.18	0.13	0.12	0.07	0.07	0.09	0.07	0.06
青森	0.36	0.30	0.30	0.28	0.20	0.14	0.13	0.10	0.07	0.13	0.04	0.05
岩手	0.41	0.29	0.30	0.28	0.18	0.11	0.09	0.07	0.06	0.07	0.09	0.07
宮城	0.33	0.26	0.25	0.27	0.18	0.14	0.13	0.10	0.08	0.09	0.07	0.05
秋田	0.37	0.27	0.26	0.27	0.20	0.12	0.12	0.06	0.07	0.11	0.08	0.06
山形	0.38	0.33	0.27	0.29	0.19	0.15	0.12	0.05	0.07	0.09	0.07	0.11
福島	0.40	0.32	0.26	0.26	0.20	0.13	0.12	0.09	0.08	0.10	0.07	0.08
茨城	0.33	0.30	0.27	0.26	0.17	0.15	0.15	0.10	0.07	0.06	0.06	0.09
栃木	0.34	0.30	0.26	0.28	0.20	0.11	0.10	0.09	0.07	0.09	0.04	0.04
群馬	0.39	0.30	0.27	0.29	0.21	0.13	0.15	0.09	0.10	0.07	0.04	0.09
埼玉	0.30	0.27	0.26	0.28	0.19	0.13	0.12	0.08	0.09	0.07	0.08	0.06
千葉	0.33	0.33	0.29	0.29	0.19	0.13	0.12	0.09	0.08	0.10	0.06	0.06
東京	0.41	0.35	0.29	0.30	0.21	0.17	0.14	0.10	0.09	0.10	0.07	0.06
神奈川	0.34	0.29	0.29	0.30	0.20	0.15	0.12	0.11	0.09	0.09	0.06	0.06
新潟	0.29	0.29	0.25	0.33	0.20	0.12	0.13	0.04	0.06	0.10	0.09	0.08
富山	0.44	0.35	0.25	0.23	0.12	0.12	0.14	0.10	0.08	0.08	0.05	0.04
石川	0.37	0.29	0.27	0.27	0.19	0.17	0.12	0.05	0.07	0.10	0.07	0.09
福井	0.64	0.32	0.27	0.28	0.26	0.12	0.12	0.10	0.07	0.03	0.07	0.06
山梨	0.41	0.27	0.28	0.26	0.19	0.12	0.12	0.11	0.08	0.08	0.09	0.07
長野	0.43	0.33	0.28	0.29	0.21	0.19	0.16	0.10	0.06	0.08	0.09	0.07
岐阜	0.34	0.33	0.30	0.30	0.21	0.16	0.11	0.11	0.06	0.09	0.07	0.07
静岡	0.35	0.29	0.25	0.26	0.22	0.14	0.14	0.07	0.06	0.10	0.06	0.05
愛知	0.48	0.33	0.28	0.32	0.21	0.11	0.12	0.09	0.07	0.10	0.07	0.06
三重	0.36	0.30	0.26	0.30	0.18	0.13	0.10	0.07	0.09	0.10	0.07	0.05
滋賀	0.34	0.35	0.31	0.29	0.20	0.16	0.15	0.11	0.10	0.07	0.04	0.11
京都	0.37	0.28	0.24	0.29	0.19	0.11	0.11	0.06	0.06	0.10	0.04	0.05
大阪	0.42	0.32	0.27	0.32	0.20	0.14	0.11	0.10	0.06	0.10	0.07	0.06
兵庫	0.32	0.27	0.25	0.30	0.19	0.17	0.13	0.10	0.09	0.09	0.06	0.03
奈良	0.31	0.26	0.29	0.30	0.21	0.08	0.13	0.11	0.05	0.04	0.03	0.07
和歌山	0.47	0.31	0.21	0.25	0.19	0.13	0.13	0.04	0.08	0.09	0.07	0.05
鳥取	0.44	0.32	0.18	0.23	0.18	0.10	0.08	0.07	0.08	0.08	0.08	0.05
島根	0.37	0.33	0.27	0.27	0.15	0.11	0.16	0.08	0.13	0.11	0.05	0.05
岡山	0.43	0.36	0.29	0.30	0.19	0.14	0.11	0.09	0.07	0.10	0.08	0.06
広島	0.37	0.31	0.27	0.26	0.20	0.14	0.12	0.08	0.07	0.10	0.08	0.06
山口	0.32	0.26	0.23	0.20	0.15	0.12	0.10	0.09	0.07	0.06	0.04	0.04
徳島	0.45	0.32	0.27	0.30	0.20	0.11	0.13	0.06	0.06	0.10	0.03	0.03
香川	0.38	0.33	0.27	0.25	0.18	0.09	0.14	0.07	0.05	0.08	0.04	0.02
愛媛	0.32	0.28	0.24	0.30	0.14	0.13	0.13	0.11	0.12	0.11	0.11	0.10
高知	0.63	0.29	0.29	0.30	0.17	0.13	0.13	0.06	0.09	0.16	0.11	0.07
福岡	0.30	0.25	0.23	0.28	0.15	0.10	0.09	0.07	0.07	0.11	0.15	0.12
佐賀	0.33	0.24	0.24	0.26	0.17	0.11	0.11	0.07	0.07	0.07	0.05	0.07
長崎	0.42	0.33	0.22	0.28	0.17	0.11	0.10	0.09	0.07	0.07	0.07	0.07
熊本	0.45	0.32	0.25	0.32	0.16	0.14	0.12	0.08	0.07	0.09	0.05	0.05
大分	0.33	0.27	0.21	0.24	0.19	0.06	0.12	0.07	0.06	0.09	0.06	0.06
宮崎	0.40	0.32	0.24	0.24	0.18	0.09	0.13	0.05	0.09	0.11	0.08	0.06
鹿児島	0.35	0.27	0.20	0.24	0.18	0.15	0.11	0.10	0.08	0.08	0.09	0.06
沖縄	0.40	0.30	0.28	0.28	0.17	0.11	0.09	0.06	0.06	0.09	0.06	0.07
全国	0.38	0.30	0.26	0.28	0.19	0.13	0.12	0.08	0.08	0.09	0.07	0.07

表2 社会復帰数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
北海道	0.35	0.26	0.22	0.22	0.15	0.10	0.09	0.05	0.05	0.06	0.05	0.04
青森	0.31	0.26	0.26	0.26	0.17	0.11	0.09	0.07	0.05	0.10	0.02	0.05
岩手	0.33	0.26	0.28	0.24	0.15	0.09	0.06	0.06	0.05	0.04	0.07	0.06
宮城	0.29	0.22	0.22	0.25	0.15	0.11	0.10	0.06	0.06	0.07	0.04	0.03
秋田	0.29	0.25	0.23	0.23	0.17	0.11	0.09	0.04	0.05	0.07	0.06	0.05
山形	0.33	0.28	0.24	0.25	0.16	0.12	0.07	0.03	0.04	0.06	0.03	0.06
福島	0.35	0.29	0.25	0.23	0.18	0.11	0.09	0.07	0.06	0.06	0.04	0.06
茨城	0.26	0.25	0.23	0.23	0.13	0.11	0.12	0.06	0.06	0.05	0.05	0.06
栃木	0.28	0.26	0.22	0.26	0.17	0.10	0.07	0.06	0.06	0.07	0.02	0.02
群馬	0.32	0.26	0.25	0.26	0.17	0.09	0.12	0.06	0.06	0.05	0.01	0.08
埼玉	0.25	0.23	0.23	0.24	0.15	0.09	0.09	0.06	0.07	0.05	0.05	0.04
千葉	0.28	0.30	0.27	0.24	0.16	0.10	0.09	0.06	0.05	0.08	0.03	0.05
東京	0.30	0.31	0.26	0.26	0.16	0.12	0.10	0.07	0.06	0.06	0.04	0.04
神奈川	0.28	0.24	0.26	0.27	0.18	0.12	0.09	0.09	0.06	0.06	0.05	0.04
新潟	0.25	0.25	0.22	0.30	0.17	0.09	0.11	0.03	0.04	0.07	0.07	0.06
富山	0.38	0.30	0.22	0.19	0.10	0.10	0.10	0.06	0.04	0.06	0.03	0.02
石川	0.31	0.25	0.24	0.22	0.16	0.12	0.09	0.04	0.02	0.06	0.03	0.04
福井	0.61	0.29	0.25	0.24	0.22	0.11	0.08	0.06	0.07	0.03	0.05	0.04
山梨	0.36	0.25	0.25	0.22	0.17	0.08	0.09	0.10	0.07	0.05	0.08	0.05
長野	0.39	0.30	0.26	0.27	0.19	0.18	0.11	0.07	0.04	0.05	0.08	0.05
岐阜	0.29	0.29	0.28	0.29	0.19	0.14	0.08	0.10	0.03	0.07	0.03	0.04
静岡	0.28	0.25	0.22	0.23	0.19	0.11	0.11	0.06	0.05	0.07	0.03	0.04
愛知	0.43	0.30	0.25	0.29	0.18	0.09	0.10	0.07	0.05	0.07	0.06	0.04
三重	0.31	0.28	0.23	0.28	0.17	0.09	0.08	0.05	0.08	0.07	0.04	0.04
滋賀	0.30	0.31	0.29	0.26	0.18	0.11	0.10	0.04	0.07	0.04	0.03	0.07
京都	0.30	0.23	0.20	0.25	0.14	0.07	0.07	0.04	0.02	0.07	0.03	0.03
大阪	0.36	0.28	0.24	0.30	0.17	0.11	0.09	0.06	0.04	0.07	0.05	0.04
兵庫	0.26	0.23	0.22	0.27	0.14	0.14	0.09	0.06	0.06	0.05	0.03	0.01
奈良	0.25	0.23	0.28	0.27	0.20	0.05	0.10	0.09	0.04	0.03	0.02	0.04
和歌山	0.38	0.27	0.20	0.24	0.16	0.11	0.10	0.03	0.07	0.07	0.05	0.02
鳥取	0.35	0.27	0.16	0.20	0.14	0.08	0.06	0.04	0.06	0.07	0.06	0.04
島根	0.31	0.30	0.24	0.24	0.12	0.07	0.12	0.05	0.10	0.09	0.05	0.04
岡山	0.38	0.32	0.26	0.24	0.16	0.11	0.07	0.05	0.04	0.06	0.05	0.01
広島	0.30	0.26	0.24	0.23	0.16	0.11	0.09	0.05	0.05	0.08	0.04	0.03
山口	0.23	0.21	0.18	0.18	0.12	0.09	0.07	0.06	0.05	0.02	0.03	0.01
徳島	0.40	0.27	0.24	0.26	0.16	0.10	0.10	0.03	0.03	0.08	0.02	0.03
香川	0.28	0.27	0.22	0.21	0.13	0.05	0.11	0.04	0.02	0.06	0.02	0.01
愛媛	0.27	0.24	0.21	0.28	0.13	0.11	0.10	0.07	0.08	0.09	0.08	0.08
高知	0.59	0.25	0.23	0.27	0.12	0.09	0.07	0.04	0.05	0.09	0.04	0.04
福岡	0.24	0.20	0.19	0.24	0.12	0.07	0.07	0.04	0.04	0.08	0.12	0.08
佐賀	0.28	0.21	0.22	0.21	0.14	0.08	0.09	0.05	0.05	0.05	0.03	0.04
長崎	0.35	0.27	0.19	0.23	0.14	0.09	0.07	0.05	0.04	0.05	0.04	0.05
熊本	0.38	0.27	0.21	0.28	0.12	0.09	0.08	0.05	0.05	0.05	0.03	0.04
大分	0.25	0.22	0.19	0.21	0.17	0.05	0.08	0.04	0.03	0.05	0.03	0.04
宮崎	0.32	0.28	0.21	0.21	0.15	0.07	0.08	0.02	0.07	0.07	0.04	0.03
鹿児島	0.25	0.21	0.18	0.20	0.15	0.12	0.09	0.07	0.06	0.05	0.05	0.03
沖縄	0.31	0.25	0.24	0.23	0.13	0.09	0.05	0.04	0.04	0.07	0.04	0.03
全国	0.32	0.26	0.23	0.25	0.15	0.10	0.09	0.06	0.05	0.06	0.05	0.04

表3

8月末退院率 (全国)	8月末退院率 (上位5 県群)	8月末退院率 (その他 群)
58.4%	64.0%	57.2%

表4

8月末社会復帰率 (全国)	8月末社会復帰率 (上位5 県群)	8月末社会復帰率 (その他 群)
50.0%	55.0%	48.9%

表5

1年後退院率 (全国)	1年後退院率 (上位5 県群)	1年後退院率 (その他 群)
87.7%	90.4%	87.1%

表6

1年後社会復帰率 (全国)	1年後社会復帰率 (上位5 県群)	1年後社会復帰率 (その他 群)
73.5%	75.8%	73.0%

表7

2011年	精神科ある 病院数	精神科救急 ある病院数	精神科救急 ある病院数 /精神科ある 病院数	精神科デイケア等実施病院				精神科訪問看護実施病院			
				単科精神 科病院	単科精神 科病院以 外	計	計/精神科 ある病院 数	単科精神 科 病院	単科精神 科 病院以外	計	計/精神科 ある病院 数
全国	1,614	1,516	93.9%	817	284	1,101	68.2%	800	234	1,034	64.1%
上位5県群	225	208	92.4%	96	46	142	63.1%	95	32	127	56.4%
その他群	1,389	1,308	94.2%	721	238	959	69.0%	705	202	907	65.3%

表8

2011年	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	合計
全国	947	7,655	12,787	4,981	7,191	33,561
全国の比	2.8%	22.8%	38.1%	14.8%	21.4%	100.0%
上位5県群	185	1,506	2,323	841	1,149	6,004
上位5県群の比	3.1%	25.1%	38.7%	14.0%	19.1%	100.0%
その他群	762	6,149	10,464	4,140	6,042	27,557
その他群の比	2.8%	22.3%	38.0%	15.0%	21.9%	100.0%

表9

2011年	F0				F1				F2	F3	F4	F5
	計	FO0	FO1	FO2 -09	計	F10	覚せい剤	アルコール、 覚せい剤 以外				
全国	6,409	3,051	1,167	2,191	2,989	2,593	147	249	12,662	7,373	1,714	309
全国の比	19.1%	9.1%	3.5%	6.5%	8.9%	7.7%	0.4%	0.7%	37.7%	22.0%	5.1%	0.9%
上位5県群	1,014	471	148	395	453	378	33	42	2,251	1,359	314	73
上位5県群の比	16.9%	7.8%	2.5%	6.6%	7.5%	6.3%	0.5%	0.7%	37.5%	22.6%	5.2%	1.2%
その他群	5,395	2,580	1,019	1,796	2,536	2,215	114	207	10,411	6,014	1,400	236
その他群の比	19.6%	9.4%	3.7%	6.5%	9.2%	8.0%	0.4%	0.8%	37.8%	21.8%	5.1%	0.9%

2011年	F6	F7	F8	F9	てん かん	その他	合 計
全国	470	497	237	84	273	544	33,561
全国の比	1.4%	1.5%	0.7%	0.3%	0.8%	1.6%	100.0%
上位5県群	93	88	60	18	51	230	6,004
上位5県群の比	1.5%	1.5%	1.0%	0.3%	0.8%	3.8%	100.0%
その他群	377	409	177	66	222	314	27,557
その他群の比	1.4%	1.5%	0.6%	0.2%	0.8%	1.1%	100.0%

表10

	1年以上在院患者数			1年以上在院した退院者数(月)			1年以上在院者退院率			
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	3年通算
全国	207,342	203,825	199,813	3,981	4,056	4,101	23.0%	23.9%	24.6%	23.8%
上位5県群	13,911	13,533	13,095	327	368	372	28.2%	32.6%	34.1%	31.6%
その他群	193,431	190,292	186,718	3,654	3,688	3,729	22.7%	23.3%	24.0%	23.3%

表11

	1年以上在院者			
	2008	2011	減少数	減少率
全国	205,811	196,361	9,450	4.6%
上位5県群	17,330	15,376	1,954	11.3%
その他群	188,481	180,985	7,496	4.0%

外れ値の福島県を除く

表12

	1年以上在院者			
	2008	2011	減少数	減少率
全国	205,811	196,361	9,450	4.6%
上位5県群	15,916	14,557	1,359	8.5%
その他群	189,895	181,804	8,091	4.3%

外れ値の福島県を除く

表13

	1年未満在院	1年以上在院	1年以上在院/1年未満在院
全国	104,256	203,660	1.95
上位5県群	16,803	24,509	1.46
その他群	87,453	179,151	2.05

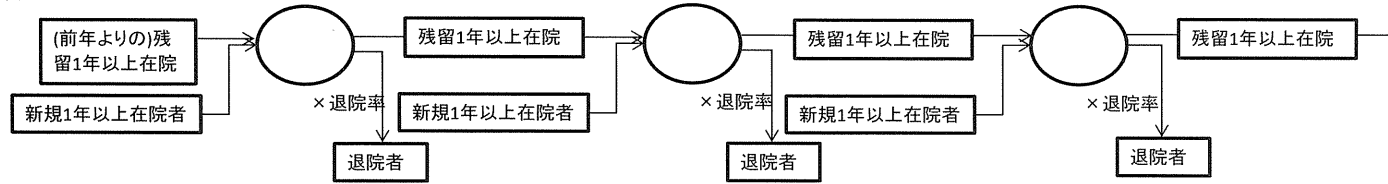
表14

	1年未満在院	1年以上在院	1年以上在院/1年未満在院
全国	104,256	203,660	1.95
上位5県群	14,075	21,475	1.53
その他群	90,181	182,185	2.02

表15

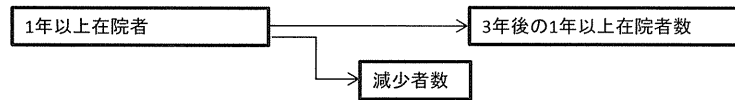
成果目標	上位5県	上位5県群の値を採用した場合の3年後の患者数の追加	指標としての特徴
1年以上退院率の最も高い5都道府県	鳥取, 山形, 青森, 島根, 神奈川県	39,827	過渡期の指標
1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県の在院患者数の減少	岩手, 神奈川県, 山梨, 京都, 和歌山	13,355	過渡期の指標, わかりやすい
1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者	鳥取, 青森, 山形, 神奈川県, 長野	7,887	指標として不安定
1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比の最も小さい5県都	東京, 青森, 島根, 神奈川県, 山形	51,590	持続性がある, やや複雑
1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比	高知, 東京, 長野, 滋賀, 岡山	44,590	持続性がある, 新入院患者の早期退院との整合性が高い, やや複雑

図1



「新規1年以上在院者数」は、「前年6月新規入院者の翌年6月残留数」の12倍の、平成21-23年の平均を定数として毎年適用
 「残留1年以上在院者数」は初期値のみ、「1年以上在院者数」の平成21-23の平均を採用
 「1年以上在院者退院率」が全国値の場合と上位5県群の場合を別個に計算し、3年後の「1年以上在院者数」の差を求める

図2



「1年以上在院者数」の初期値は平成23年の値を採用
 3年間の減少者数(退院者数から新規1年以上在院者数を引いた値)を、減少率が全国値の場合と上位5県群の場合を別個に計算し、その退院者の3年分累計の差を求める
 平成23年の「1年以上在院者数」が異常値を示した福島は、減少率の計算においては除外するが、3年間の追加減少数を計算するうえでは含める

平成 25 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

地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・リーダーとなる人材育成に関する研究
—在院期間からみた医療観察法入院処遇と一般精神科入院治療の地域・医療機関特性の関連—

研究分担者 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)
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)
菊池安希子 ((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 (東海大学健康科学部社会福祉学科)
安藤久美子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
岡田 幸之 ((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】一般の精神科医療において、長期在院の問題と関連する入院患者の退院動態は、地域の社会資源や医療体制、医療機関の特性によって異なることが知られている。本研究では、地域や医療機関のこうした特性が、全国的に標準化されている医療観察法入院処遇にも影響するのかどうかを検討した。

【方法】精神保健福祉資料（630 調査）の平成 23 年度調査分のデータを用いた。まず、調査時点で開棟後 3 年以上、入院対象者 20 名以上の指定入院医療機関 12 ヶ所について、医療機関ごとに、医療観察法と精神保健福祉法それぞれで在院患者に占める在院期間 1 年以上の入院者の割合（以下、1 年以上入院者割合）を計算し、Spearman の順位相関係数を求めた（分析 1）。次に、調査時点で開棟後 3 年以上の指定入院医療機関が所在し、入院対象者合計 20 名以上の 13 都県について、都県ごとに、医療観察法と措置入院それぞれで 1 年以上入院者割合を計算し、同係数を求めた（分析 2）。

【結果】（分析 1）相関係数は -0.41 で、弱い負の相関を認めた。すなわち、各指定入院医療機関において、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多ければ、医療観察法病棟に在院期間の長い対象者が多い傾向にあった。（分析 2）相関係数は -0.65 で、やや強い負の相関を認めた。すなわち、各都県において、在院期間の短い措置入院患者が多ければ、在院期間の長い医療観察法対象者が多かった。

【結論】一般精神科患者で早期退院を実現している地域や医療機関でも、医療観察法対象者の在院期間はむしろ長い傾向にあった。地域や医療機関のもつ一般精神科患者の地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしも関連しないのかなど、その理由を検討する必要があると思われた。

A. 研究目的

わが国では、平成 15 年の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の成立により、司法精神医療が初めて法制化された。医療観察法は平成 17 年に施行され、平成 24 年末までに審判が終局した人員は 2,724 名¹⁾と多

数の運用実績があり、指定医療機関の整備も当初の目標をほぼ達成した。

一方で、入院処遇においては、在院期間がガイドラインで標準とされている 1 年半を超え、処遇が 5 年以上継続される対象者も少数ながら出現している²⁾。また通院処遇においては、既存の精神保健福祉体制を活用してい

るため、社会資源や地域ケアを担う人材の不足が課題となっており、入院処遇からの移行に向けての調整が必ずしも円滑に進まないことが指摘されている^{3~5)}。これまで一般の精神科医療で生じてきた問題と同様の現象が、法施行から8年半が経過した医療観察制度でも起こりつつあることが示唆される。

一般の精神科医療において、長期在院の問題と関連する入院患者の退院動態は、地域の社会資源や医療体制、医療機関の特性によって異なることが知られている^{6~8)}。それに対して医療観察法入院処遇は、設備・人員配置基準、治療・処遇の進め方（標準と定めた期間を含む）、社会復帰に向けた調整の進め方などが全国的に標準化されている。とはいえ、医療観察法病棟は一般の精神科病棟とともに既存の精神科病院の中に設置されており、また退院に向けては地域の医療機関や障害者福祉サービスとの調整を要することから、医療観察法入院処遇の退院動態が地域や医療機関の状況に影響される可能性はある。一般精神科医療での退院動態の背景にある地域や医療機関の特性が、医療観察制度にも影響しているのかどうかを知ることは、医療観察制度で起こりつつある在院長期化の要因を追究する上で必要であり、対策の検討に資するものと考えられる。

本研究班では、精神保健福祉資料に係る調査（以下、630調査）において、平成23年度に医療観察法病棟の在院患者に関する個票を新設し、入院処遇の実態をモニタリングする体制を整備した。本研究では、医療観察法入院処遇に対する地域や医療機関の影響を検討するのに先立ち、予備的検討として、630調査のデータを用いて、医療観察法指定入院医療機関における対象者の在院期間と、当該医療機関および当該地域における一般の精神科入院患者の在院期間との関連を検討した。

B. 研究方法

厚生労働省精神・障害保健課および国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精

神保健計画研究部が実施した、平成23年度630調査のデータを用いた。一般の精神科入院患者と医療観察法入院対象者の在院期間の関連を、医療機関と地域の両方について検討するため、次の2つの分析を行った。

1. 医療機関単位の分析（分析1）

指定入院医療機関ごとに、医療観察法と精神保健福祉法それぞれで平成23年6月30日時点の在院患者に占める在院期間1年以上の入院者の割合（以下、1年以上入院者割合）を計算し、Spearmanの順位相関係数を求めた。

なお、精神保健福祉法における割合は、総入院者数から医療観察法の入院者数を減じた入院者数に基づいて計算した。また、医療観察法病棟の設置（以下、開棟）から間もない医療機関では、同病棟の入院者の在院期間が短く偏るため、調査時点で開棟後3年以上が経過した医療機関のみを対象とした。また、入院者が少ない場合は割合が信頼性を欠くため、医療観察法の入院者が20名以上の医療機関のみを対象とした。その結果、12カ所の医療機関が対象となった。

2. 地域単位の分析（分析2）

都道府県ごとに、医療観察法、措置入院、精神保健福祉法全体のそれぞれで1年以上入院者割合を計算した。その割合について、医療観察法と措置入院との間（分析2-1）、および医療観察法と精神保健福祉法全体との間（分析2-2）でSpearmanの順位相関係数を求めた。

なお、精神保健福祉法全体における1年以上入院者割合は、分析1と同様に計算した。また、分析1と同様の理由により、調査時点で開棟後3年以上の指定入院医療機関が所在し、医療観察法の入院者が合計20名以上の都道府県のみを対象とした。その結果、13都県が対象となった（分析1では対象医療機関数は12であるが、分析2では同一都道府県内に複数の指定入院医療機関がある場合にこれを合算することになり、その結果20名以上にな

る都県があったため合計 13 となった)。

上記のように、地域単位の分析 (分析 2) では、一般の精神科入院患者を精神保健福祉法全体とした分析に加えて、人員配置、治療・処遇、患者の臨床特性の面で医療観察法入院処遇により近い措置入院に限定した分析も行った。医療機関単位の分析 (分析 1) では、措置入院の入院者数が不十分であるため、精神保健福祉法全体を対象とした分析のみを行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、個人単位の情報が含まれない既存資料の二次解析であり、個人に対する侵襲性およびプライバシー侵害の危険はない。ただし、医療機関ごとの医療観察法入院者は比較的少数で、また多くの指定入院医療機関は所在都県で唯一のため、本稿では医療機関、都県ごとに在院期間の詳細な内訳が判明しないように結果を記載した。

C. 研究結果

1. 医療機関単位の分析 (分析 1)

医療観察法と精神保健福祉法の 1 年以上入院者割合の間には弱い負の相関があり、相関係数は $\rho = -0.41$ ($p = 0.19$) であった。すなわち、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多い指定入院医療機関では、医療観察法病棟に在院期間の長い対象者が多い傾向にあった。

2. 地域単位の分析 (分析 2)

(分析 2-1) 医療観察法と措置入院の 1 年以上入院者割合の間にはやや強い負の相関があり、相関係数は $\rho = -0.65$ ($p = 0.02$) であった。すなわち、在院期間の短い措置入院患者が多い都県では、在院期間の長い医療観察法対象者が多かった。

(分析 2-2) 医療観察法と精神保健福祉法の 1 年以上入院者割合の間にはほとんど相関がなく、相関係数は $\rho = 0.06$ ($p = 0.84$) であった。

D. 考察

医療機関単位で分析したところ (分析 1)、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多く患者の地域移行が進みやすいと考えられる医療機関でも、医療観察法病棟には在院期間の長い対象者が多かった。医療観察法入院処遇では、標準処遇期間が 1 年 6 ヶ月であるため、1 年以上入院している対象者が一定数いるのは当然であるが、1 年以上入院者割合が高ければ、退院に向けて解決すべき要因があり在院が長期化した対象者も多いと考えられる。一般精神科病棟の在院期間が短い医療機関の背景にあるものとして考えられるのは、医療機能面での特徴 (例: 急性期医療の比重が高い)、職員の意識や援助技術の高さ (例: 早期退院に積極的で、そのためのノウハウや関係機関とのコネクションに富む) など、必ずしも一様とは限らないが、いずれにしても患者の地域移行が進みやすい環境を兼ね備えていると思われる。そのような医療機関で、医療観察法病棟には在院が長期化した対象者が多い可能性があるのは意外な結果であった。その理由は本研究の結果からは分からないが、いくつかの可能性が考えられる。一つには、一般の精神科患者に対しては地域移行に促進的な要因も、医療観察法対象者の場合には、必ずしも退院促進の効果を十分にもたらさないことが考えられる。今後、可能性が高いと思われる仮説に基づいて、本結果の理由を検討していくことが必要である。

地域単位での分析 (分析 2) では、一般の精神科入院患者を措置入院に限った場合 (分析 2-1) のみ、在院期間の構成が医療観察法対象者と逆の関連を示した。すべての指定入院医療機関は措置入院を多数受け入れる国公立系の精神科病院であることを考えれば、医療機関単位の分析 (分析 1) と同様の結果となるのは自然なことである。さらに、本分析 (分析 2-1) で対象とした措置入院患者は、民間の指定病院も含めており、国公立系の病院の入院患者のみを対象とした医療機関単位の分析 (分析 1) に比して、結果の信頼性は

より高いと思われる。医療機関単位の分析(分析 1) について考察したような、一般精神科患者での地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしもあてはまらないことが事実ならば、この退院動態の違いもまた、それによって説明されるかもしれない。また、従来は措置入院で処遇され在院が長期化しがちであった患者が、医療観察法で処遇されるようになり、措置入院に在院期間の短い患者が増えた可能性も考えられる。

一方で、一般の精神科入院患者を精神保健福祉法全体(分析 2-2) に拡大した場合は、措置入院に限定した場合(分析 2-1) のような関連は認めなかった。これは、一般精神科側の分析対象の大半を、臨床特性やそれに対応する治療・処遇の面で医療観察法対象者とは大きく異なる患者が占めるためであろう。

本研究では、医療観察法入院対象者と一般の精神科入院患者とで在院期間の関連を検討したが、いくつかの限界がある。まず、分析対象とした医療機関や地域の数が少なく、結果は慎重に解釈する必要がある。開棟後3年以上という包含基準のため、早期から医療観察法病棟のあった医療機関や地域に対象が限られたうえ、相関分析という方法を用いたため、指定入院医療機関のない地域との比較はできなかった。また、地域単位の分析では、医療観察法対象者との同質性を考慮して一般精神科患者を措置入院に限ったが、医療観察法側の在院期間を急性期ステージに限定できれば、臨床病期という次元での同質性を同時に考慮した分析も可能だったであろう。本研究は予備的検討のため、分析する変数も限定的であった。本研究では在院期間に着目した分析を行ったが、医療観察法入院対象者と一般の精神科入院患者とを関連づけた検討としては、診断、年齢などほかの側面にも着目する必要がある。さらに、医療観察法入院処遇に対する地域や医療機関の影響を検討するには、入院者の属性のみを扱うこのような間接的分析にとどまらず、治療、処遇、社会復帰調整のプロセスに着目する必要がある。本研

究で得た示唆を踏まえて、今後さらなる検討を進めることが求められる。

E. 結論

一般精神科患者で早期退院を実現している地域や医療機関でも、医療観察法対象者の在院期間はむしろ長い傾向にあった。地域や医療機関のもつ一般精神科患者の地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしも関連しないのかなど、その理由を検討する必要があると思われた。

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

I. 引用文献

- 1) 厚生労働省：心神喪失者等医療観察法。
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/sinsin, 2014年2月28日閲覧)
- 2) 菊池安希子：指定入院医療機関モニタリング調査研究。厚労科研「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」(五十嵐禎人)平成24年度総括・分担研究報告書, 95-108, 2013.
- 3) 岡崎伸郎：地域処遇の課題は「医療観察法」最大の隘路として残る。司法精神医学3:126-130, 2008.
- 4) 五十嵐禎人：医療観察法の現状と今後の課題。司法精神医学4:40-50, 2009.
- 5) 赤田卓志朗：医療観察法の改正に向けて—地域ケアの立場から一般医療の向上を目指して。司法精神医学5:98-105, 2010.
- 6) 藤田利治, 竹島正：精神障害者の入院後

の退院曲線と長期在院にかかわるリスク
要因についての患者調査に基づく検討。
精神神経学雑誌 108 : 891-905, 2006.

- 7) 小山明日香, 小山智典, 立森久照, 野田
寿恵, 竹島正 : 各都道府県の1年未満在
院患者群の退院に関する指標「平均残存
率」に関連する要因の検討. 日本社会精
神医学会雑誌 17 : 159-167, 2008.
- 8) 河野稔明, 白石弘巳, 立森久照, 小山明
日香, 長沼洋一, 竹島正 : 精神科病院の
新入院患者の退院動態と関連要因. 精神
神経学雑誌 114 : 764-781, 2012.

平成 25 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 臼田謙太郎 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
後藤 基行 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
下田 陽樹 ((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)
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 2011 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 71.1（目標値 76 以上）、退院率 24.6（同 29 以上）、統合失調症等による在院患者数 175,610 人（同 15 万人以下）であった。2011 年の精神科病院等の在院患者総数は 304,394 人であり、前年比で 4,221 人の減であった。統合失調症等の在院患者数は'10 年から'11 年の間で 4,620 人の減（'09 年から'10 年の間では 3,664 人の減）、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは 67,970 人と'10 年から'11 年の間で 1,077 人の増（'09 年から'10 年の間では 2,564 人の増）であった。なお認知症に限った場合（F00-F03）は、'10 年から'11 年の間で 188 人の増（59,328→59,516）であった。認知症等、統合失調症等とともに人口 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 71.2、71.2、71.4、71.1 とほとんど変化がみられない。一方で退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるように見え、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。

【結論】在院期間が一年以内の患者の動態の指標である平均退院率は改革ビジョン前から上昇傾向にあったが、この数年はほとんど変化がみられず停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは'11 年時点でおおよそ 5 ポイントの開きがある。一方、すでに長期在院となった患者の動態の指標である退院率は年ごとの変動はあるが全体としては緩やかな増加傾向にみえ、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。数値目標の水準からはまだ 4 ポイント強の隔りがある。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'11 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後と比べて著しかった。

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、厚労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2011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科病床を有する病院（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2011年調査のデータを使用した。

2. 方法

1996年から2011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。