

栃木県は、現状および課題と施策の方向性の記述を、項目毎ではなく「現状・課題」「施策の方向性」のカテゴリ毎に整理しており、見やすい。S、P、Oの項目に関連する指標を「数値目標」という欄でまとめている。ただ、課題や施策の方向性は確認されているものの、それを指標に生かすような記述に乏しい。

群馬県は、全般的に簡潔な記載となっているが、指標に関しては自殺関連のアウトカム指標だけである。

埼玉県は、施策の方向性や目標に関する記述が不十分であるが、S、P、Oについての記述は他県に比べて充実している。

千葉県は、各地域の医療連携体制をもっと分かりやすく説明する必要がある。数値目標を達成するための施策、事業についても、もっと詳しく説明すべきである。

東京都は、医療計画において各方面の現状と課題を記述するなど、精神医療に対する深い関心がある点を評価できる。また、東京都の各区の基礎的条件が違うことから、各区の実情に応じた数値目標を設定することも考慮する必要がある。医療連携体制については、もっと分かりやすい説明が求められる。そして、数値目標を達成するための施策、事業については、もっと詳しく説明しなければならない。

神奈川県についても、数値目標を達成するための施策、事業について、もっと詳しく説明すべきである。

新潟県は、政策だけではなく、具体的な数値目標の設定することと広い県内の地域を分けて、計画を制定することが必要である。問題点としては、現状の各指標値について調査と評価が不十分であること、現状と課題に基づき計画内容の制

定が不十分であること、数値目標を達成するための施策、事業についてもっと詳しく説明すべきことなどが挙げられる。

富山県は、計画の策定姿勢として、認知症やうつ病対策を重視している姿勢がうかがえる。さらに精神・身体合併症への取組みについても努力のあとが伺える。一方、指標の目標設定は絞込みがみられるが、可能な限り一定の目標設定が望ましいと思われる。

石川県は、アウトカム指標についても目標設定されているものもあるところが分かりやすい。認知症やうつ病対策にも力点を置いている。反面、精神・合併症の取組みが弱いことから目標設定のさらなる具体化を目指すべきと考えられる。

福井県は、指標の設定やアウトカム指標もみられる。うつ病対策に力点のひとつがおかれていることが伺える。こどもの精神に係る記述もみられる。精神と身体の合併症対応が弱いところがある。指標の目標が多く項目で不明確である。

山梨県は、認知症に対する取組みが重視されている。数値目標は、絞り込んで、アウトカム指標が主に取り上げられている。医療連携により、医療資源の不足等をカバーする姿勢がうかがえる。計画はストラクチャー及びプロセスの指標について、現状値と目標を一覧化して明確にすると分かりやすいと考える。精神・合併症の取組みに難がある。

長野県は、多くはないが、指標が設定されている。アウトカム指標もみられるものの、プロセス指標が少ない。行政の資源を有効活用しようとしている姿勢が見受けられる。

岐阜県は、S、P、Oの数値目標があまり具体的ではない。

静岡県は、児童精神分野が別立てになっているが、全体として対策が具体的で

はない。

愛知県は S、P、O に関する数値目標が少ない。

三重県は、連携体制について 2 次医療圏ごとに別立てで現状分析されていることと、精神障害者に対する理解の促進が別立てで取り組む内容を提示していることが特徴として挙げられる。また、S、P、O の数値目標が少ない。

滋賀県は全体に記述内容は充実しているものの、うつや認知症に関しては S、P、O の記述が弱い。

京都府は認知症の記載が充実しているが、目標数値の記載がほとんどない。

大阪府は、数値目標の記載が全くない。現状と課題、今後の方向性等の記載に終始している。

兵庫県は、現状値に対して目標数値の記載が比較的しっかり記載されている。加えて、認知症の記載が充実している。

奈良県については、認知症はストラクチャー・プロセス・アウトカムの記載が充実している。「自殺対策」、「災害対策」の項目を独立して記載されている。ただ、認知症以外はストラクチャー・プロセス・アウトカムの記載が不十分である。

和歌山県は、うつ病・認知症の記載が充実しているものの、アウトカム指標の記載が不十分である。

鳥取県は、現状・課題、対策・目標が表になっており、わかりやすい。しかし、現在の数値の整理が中心で、今後の活動目標が書かれていない。

島根県は、計画が簡潔で分かりやすいが、現状の数値の整理で、今後の活動目標が書かれていない。

岡山県は、現状、課題、施策の方向について表にまとめられていて、読みやすい。しかし、目標値が数値化されておら

ず、実現のための具体的な活動が記載されていない。

広島県は、現状について全般的に定量的な記述になっている。施策の方向が書かれているが、目標については定量化されているものは少ない。

山口県は、統合失調症、うつ病、認知症、アルコール依存症、児童・思春期の精神疾患について医療連携体制をわかりやすい図で表示している。医療体制図に関係する病院については県のホームページに掲載している。しかし、定量化された目標が少ない。

徳島県は、施策の方向性・目標については十分な記述があるものの、S、P、O に関するものがほとんどなく、具体性に欠ける。

香川県は、計画全体にバランスが取れた記述である。しかし、うつや認知症に対する具体的記述に欠ける。

愛媛県は、全体に充実した記述である。医療資源など精神医療の根幹となる部分の記述が不十分である。

高知県は、精神医療の課題に対しては、網羅的に記述している。しかし、計画自体を作成することが目的化している

福岡県は、全体にバランスが取れている。だが、数値目標が設定されている分野が限定的である。

佐賀県は、全体にバランスが取れた記述内容である。しかし、医療資源が集中している県庁所在地を中心にした記述内容である。

長崎県は、各分野網羅的に触れている。長崎、佐世保医療圏で全体の約 7 割の病床数があり、今後はこれらを他の医療圏に増やしていくか、あるいは長崎、佐世保医療圏の既存病床をどのように他の医療圏が活用していくかを検討する必要がある。治療・回復・社会復帰の踏み

込んだ現状分析や施策の目標が設定されていない。

熊本県は、できるだけ身近な地域で治療が受けられるよう、2次保健医療圏での治療を推進する記述に特徴がある。しかし、熊本市内に集中している専門病院主体の計画となっている。

大分県は、具体的数値がほとんど記載されていない。治療・回復・社会復帰、身体合併症、専門医療などについての課題分析が不足している。また、施策の方向性や具体的目標に関する記述が少ない。

宮崎県は、中央保健所管轄内に施設が集中している。また、うつ、認知症について、S、P、Oに関する記述が少ない。

鹿児島県は、専門医療の充実が必要である。

沖縄県は、目標設定を数値化して体系的にほかの医療体制とリンクする取り組みができています。人口構成に見合った施策を積極的に講じています。地域や高齢者医療、認知症に力を入れている。反面、プロセスや全体構造と関連性の説明が少ない。戦略部分が目標に対してあまり明確になっていない。全体的に構造、プロセス（戦略）部が希薄である。力を入れ書いている部分とそうでない部分にむらがある。連携についての記述が多くあるものの具体的体制について書いていない。

平成 26 年度

資料としては、平成 24 年 6 月 30 日に行われた「精神保健福祉資料」および平成 23 年厚生労働省の「患者調査」を用いた。このデータを GIS（Geographic Information System; 地図情報システム）や DEA（Data Envelope Analysis; 包絡分析法）を用いて分析した。さらに、精神

科領域の医療資源の都道府県格差を見るために“ジニ係数”を求めた。

ジニ係数は貧富等の格差を測る指標である。0 から 1 までの値をとり、分布が平等であれば 0 に近づき、不平等であれば 1 に近づく係数であり、値の大きさが不平等度を測る指標として用いられている。

今般、精神科領域の人的・物的医療資源の配分の不均等に由来する都道府県格差などの地域格差をこの手法を用いて算定した。

DEA（Data Envelope Analysis; 包絡分析法）は、事業体をひとつの変換装置と考え、事業体に対する入力（資源投入）を出力（結果算出）に変換するプロセスの効率性を測定する手法である。この方法は官民を問わずさまざまな領域の事業体評価に用いられている。本研究では、精神医療の提供体制を「変換装置」と考え、人的・物的医療資源の投入量とその結果である医療成果との関係を分析して、都道府県の精神科医療の効率性を評価した。

（倫理面への配慮）

すべて公表資料を用いているので倫理的問題は生じないが、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会に研究計画を提出し、倫理審査非該当との通知を得ている。

1) 人的・物的面からの精神科医療資源配分の地域格差（図 1）

(1) 精神科救急病床

対人口 10 万人当たりの「精神科救急病床数」は、最も充実しているのは“山形県”である。以下、奈良県、高知県、秋田県が続いている。“青森県”、“岩手県”、“新潟県”、“香川県”、“鹿児島県”は設置されていない。しかし、ジニ係数は“0.299”で

人口10万人当たりの病床数の格差は大きいとは言えない。

(2)精神科急性期治療病床

良好なのは“大分県”、“沖縄県”、“高知県”、“青森県”、“熊本県”の順である。一方悪いのは、“千葉県”、“静岡県”、“奈良県”、“福井県”、“東京都”である。ジニ係数は“0.238”で大きくはない。

(3)認知症病床

良好なのは“鹿児島県”、“大分県”、“鳥取県”、“山口県”、“佐賀県”の順である。一方悪いのは、“和歌山県”、“愛知県”、“長野県”、“徳島県”、“栃木県”である。ジニ係数は“0.617”と大きな都道府県間格差が認められる。

(4)精神療養病床

良好なのは“長崎県”、“徳島県”、“宮崎県”、“高知県”、“石川県”の順である。特に長崎県が抜きん出ている。一方悪いのは、“東京都”、“岩手県”、“京都府”、“埼玉県”、“神奈川県”、そして“愛知県”である(図4)。ジニ係数は“0.217”で大きくはない。

(5)アルコール病床

良好なのは“広島県”、“山口県”、“宮崎県”、“沖縄県”、“宮崎県”の順である。広島県の整備状況が良い。一方、約半数の都道府県ではまったく整備されていない。

なお、ジニ係数は“0.568”と大きい。

(6)アルコール・薬物混合病床

この種の病床が整備されている都道府県は限られている。“佐賀県”をトップとし、以下“香川県”、“福岡県”、“熊本県”、“岡山県”、“兵庫県”、“長野県”、“神奈川県”、“千葉県”、“東京都”の10都道府県に過ぎない。残りの道府県ではまったく整備されていない。ジニ係数は“0.800”と非常に大きい。

(7)児童思春期病床数

「アルコール病床」と同じく、過半数の

都道府県で整備されていなかった。整備されているところは、“佐賀県”をトップとし、以下“三重県”、“島根県”、“香川県”、“長野県”、“静岡県”、“宮城県”、“東京都”の順で、21都道府県で整備されていた。残りの道府県ではまったく整備されていなかった。ジニ係数は“0.643”と大きい。

(8)合併症病床数

“徳島県”をはじめとして多くの都道府県で整備されているものの、“高知県”、“香川県”、“山口県”など10県において整備されていなかった。ジニ係数は“0.515”と大きい。

(9)医療観察法病床

この病床についても二極化が顕著であった。“佐賀県”をトップとし、以下“富山県”、“岩手県”、“沖縄県”、“奈良県”の順に続いていた。“大分県”、“福岡県”、“高知県”、“愛媛県”、“香川県”など約半数の都道府県では整備されていなかった。ジニ係数は“0.629”と大きい。

(10)病院指定医数

“高知県”をトップとし、以下“熊本県”、“長崎県”などが続いていた。最も少ないのは“神奈川県”で、次に少ないのは“愛知県”、“岐阜県”、“埼玉県”などであった。ジニ係数は“0.165”と小さく、都道府県間の格差は少なかった。

(11)精神神経学会専門医数

“岡山県”、“東京都”、“高知県”の順に対人口10万人当たりの精神神経学会専門医が多い結果となった。少ないところは“茨城県”、“埼玉県”、“岐阜県”などであった(図11)。ジニ係数は“0.126”と都道府県間の格差はほとんどない状況であった。

(12)精神科病院総医療従事者数

“鹿児島県”、“佐賀県”、“長崎県”の順に対人口10万人当たりの病院総医療従事者数が多い結果となった。少ないところ

は“神奈川県”、“愛知県”、“東京都”などの大都市を抱える都県であった。ジニ係数は“0.204”と小さく、都道府県間の格差は少なかった。

2)精神疾患患者の都道府県間移動

(1)入院

平成23年の厚生労働省の患者調査を用いて、都道府県間の精神疾患患者の移動を調べた。その結果、“沖縄県”、“高知県”、“島根県”、“北海道”、“鹿児島県”では、居住している道県の医療機関に入院する比率が高いが、“埼玉県”、“千葉県”、“佐賀県”、“東京都”、“奈良県”、“栃木県”、“茨城県”、“大阪府”、“神奈川県”では居住する都道府県の施設への入院は9割を下回っていた。

(2)外来

外来についても同様に患者調査を用いて、都道府県間の精神疾患患者の移動を調べた。その結果、“沖縄県”、“宮崎県”、“大分県”、“長崎県”、“香川県”では、居住している道県の医療機関にほぼ100パーセントの患者が通院していたが、“東京都”、“鳥取県”、“京都府”、“栃木県”、“千葉県”、“埼玉県”などでは90パーセント前後の患者は、他の都道府県の医療機関を受診していた。

3)都道府県の精神科医療システムの効率性について

(1)医療資源の投入量と対応した患者数との関係について

都道府県が有している精神科患者に専門的に対応する精神神経学会専門医数と精神科病床数という2つの資源を投入して、効率的に患者に対処している都道府県はEfficiencyが1.0とされる。いわば、精神科医療効率が良いベストプラクティスの都道府県である。

北海道、神奈川県、福井県、岡山県、そして熊本県がベストプラクティスモデルに該当する。一方、徳島県、栃木県、群馬県、および奈良県は効率が悪いところとなる。

(2)入院患者の在院期間の効率性について

入院患者が短い在院期間でしかも退院率が高い都道府県では、奈良県と鳥取県がEfficiencyと1.0、いわゆるベストプラクティスモデルとなる。東京都、福岡県、北海道、大阪府、埼玉県、神奈川県などは入院効率が悪い都道府県である。

4)都道府県の精神科医療計画の評価

上記の分析に示したように、都道府県格差の問題など医療計画を用いて精神科医療領域の資源配分を考える必要がある。ジニ係数でも示したように、認知症病床は都道府県格差をはじめとして二次医療圏間でも大きな整備格差が生じている。前者のジニ係数は0.617、後者も同じである。

特に認知症対策は、対象となる患者がこれからも増加することから大きな問題である。

図2は先述の都道府県別の対人口10万人当たりの認知症病床の整備状況である。平均値を取ると整備率が高いところに引っ張られるため、ここでは中央値を取り、さらに中央値の1/2未満の整備率が悪い都道府県を問題があるところとして選択した。その結果、右上の表にしている14都府県に該当する。

これらの都府県の現行の医療計画の『認知症対策』の内容を分析した結果は、下表に示している。

認知症疾患医療センターには言及しているものの、病床数の絶対数の不足に対する記述は、これら 14 都府県いずれも皆無であった。

図1 ジニ係数

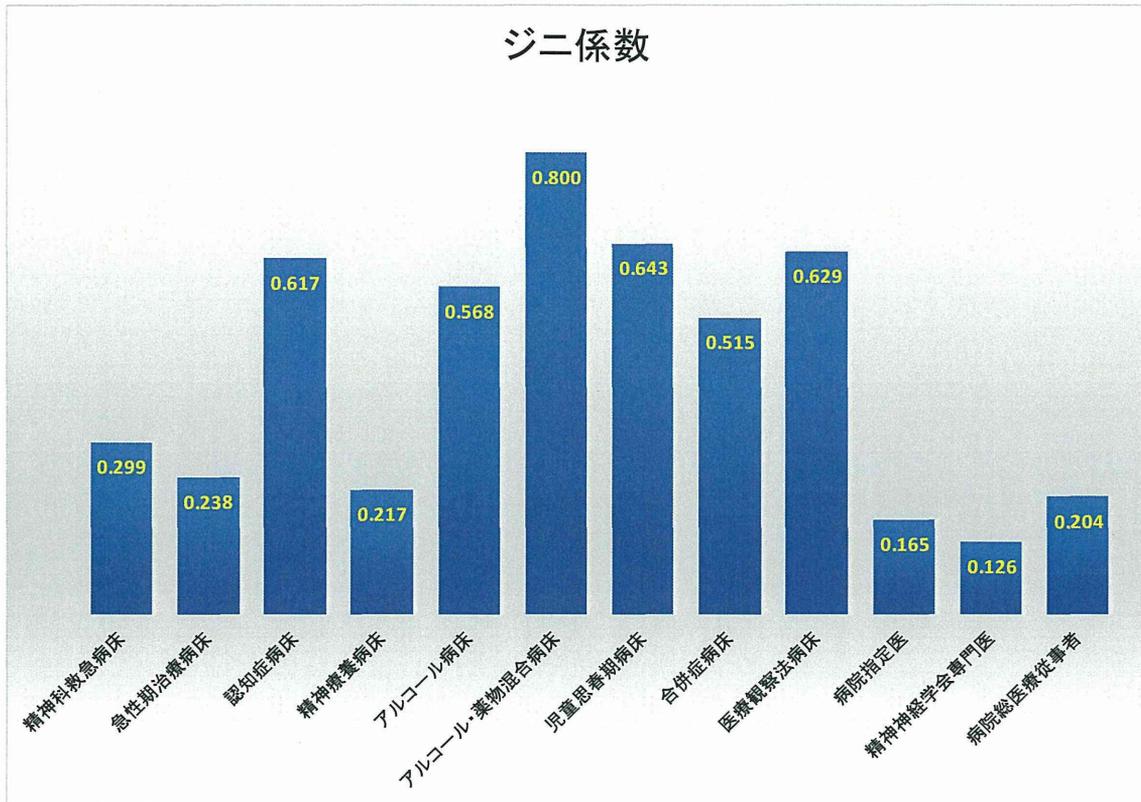
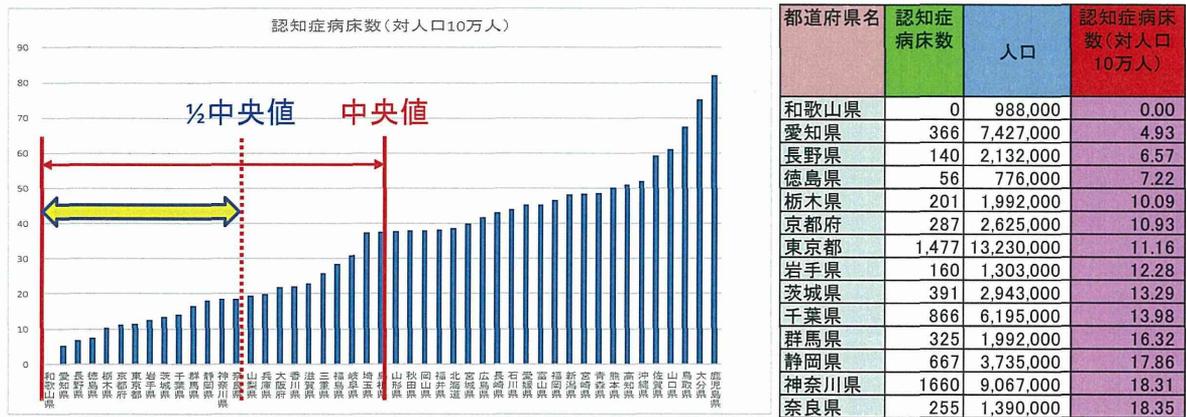


図2 都道府県の認知症病床数の実態と医療計画に記されている認知症対策



都道府県	施設整備に関する目標	都道府県	施設整備に関する目標
和歌山県	認知症疾患医療センターの整備(2→8か所)などの記述はあるが、病床整備はなし。	岩手県	認知症医療体制の整備などは盛り込まれているが数値目標などの具体的記述はなく概念的な内容にとどまっている。病床整備に関する記述はない。
愛知県	認知症疾患医療センターの整備(7→11か所)や研修などの記述はあるが、病床整備はなし。G-Pネット(一般医と精神科医の連携による患者紹介システム)の記述あり。	茨城県	認知症疾患医療センターの整備(2→7か所)や認知症バスなどの記述はあるが、病床整備はなし。
長野県	認知症疾患医療センターの整備(地域型4か所)や認知症バスなどの記述はあるが、病床整備はなし。	千葉県	認知症疾患医療センターの整備(1→8か所)や認知症バス、相談件数などの記述はあるが、病床整備はなし。
徳島県	認知症疾患医療センターの整備(二次医療圏に1か所以上)や連携などの記述はあるが、病床整備はなし。	群馬県	認知症疾患医療センターの整備(0→7か所)や認知症に関する正しい知識の普及などの記述はあるが、病床整備はなし。
栃木県	認知症疾患医療センターの整備(3→6か所以上)や連携などの記述はあるが、病床整備はなし。	静岡県	認知症疾患医療センター(2→5か所)などの記述はある。病床整備はなし。
京都府	認知症疾患医療センターの整備(二次医療圏に1か所以上)や認知症サポーターなどの記述はあるが、病床整備はなし。	神奈川県	認知症サポート医の養成、二次医療圏ごとの認知症疾患医療センターの整備、認知症支援ネットワークの構築などがあるが、病床整備はなし。
東京都	地域連携の推進、専門医療の提供、早期発見・診断、対応体制の整備、人材育成、家族・地域支援体制の整備などがあるが、病床整備はなし。	奈良県	認知症疾患医療センターの整備(基幹型2、地域型を二次医療圏ごとに1施設)や診断件数の増加などの記述はあるが、病床整備はなし。

平成 27 年度

各都道府県の医療従事者数および精神資料分野の生産性の変化等は、以下に続く表に記載している。

1) 平成 24 年と平成 16 年の精神科医療従事者数の変化

精神科医療に従事する看護師数は、大きく増加していた。他に、作業療法士、精神保健福祉士、PSW の増加が続いていた。医師数についても同様に、この期間増加していた。

一方、在院患者数ならびに病床数は減少していた。

2) 平成 24 年と平成 16 年の精神科医療の効率性の変化

精神科病床数を“資本投入量=K”、医療従事者数を“労働投入量=L”、そして認知症や統合失調症などの精神科疾患の入院患者数を“生産量=Y”として、精神科医療の生産性（効率性）の“ $A=A1/A2$ ”変化を下式（コブ・ダグラス型生産関数）により求めた。

事業規模の拡大による生産性の変化と生産性の決定要因

コブ・ダグラス型生産関数を用いて、事業規模の拡大と生産量の変化との関係を見た。この関数では、生産量（Y）は、下記の変数を式①に代入することにより得られる。

Y：生産量

A：全要素生産性

K：資本投入

L：労働投入

α ：資本分配率

β ：労働分配率

$\beta=1-\alpha$, $0 < \alpha < 1$, $0 < \beta < 1$ を満たす

医療機関の経営実績から、 $\alpha=0.5$ 、 $\beta=0.5$ とする。

$$Y=A \times K^{\alpha} \times L^{\beta} \quad \dots \quad \textcircled{1}$$

高齢化により絶対数が経年的に増加している「認知症」については、医師と看護師に 8 年間で生産性（効率）の向上が認められる。全国値で、医師は平成 24 年には同 16 年に比して 1.13 倍の医療効率の向上が認められる。同様に看護師は、1.07 倍の生産性（効率性）の向上が見られた。しかし、作業療法士、精神保健福祉士、PSW の業務効率は逆に低下していた。統合失調症については、これらのすべての職種で生産性の低下が認められた。

精神科医療全体では、この 8 年間で、各職種の生産性（業務効率）は低下していた。

D. 考察

平成 25 年度

地図情報に転化することは、複雑で難解な精神保健医療や疾患に関する情報を住民に正確にわかり易く伝達する上で有効な手段である。また、措置入院などの実績の数値には、都道府県間に格差があるように見えるが、解析により都道府県人口数と強い相関があることが明らかとなった。つまり、人口が少ない県では、措置入院自体が少なく、対人口 10 万人などで表すと数字に見かけ上格差があるように表現されるためと考えられる。

次に、都道府県医療計画の精神医療や精神疾患についての記述は、「現状と課題」「施策の方向性・目標」「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」など、細部に至るまで都道府県ごとの差異が大

きかった。そうした中で、比較的記述内容が充実していた部分は、「社会復帰」「精神保健思想の普及・啓発」のところであった。社会復帰については、都道府県が保健所や精神保健福祉センターを有していることから、政策の全体像が描きやすく内容が充実しているものと思われる。

平成 26 年度

1) 人的・物的面からの精神科医療資源配分の地域格差

精神科救急病床、急性期治療病床、認知症病床、精神療養病床、アルコール病床、アルコール・薬物混合病床、児童思春期病床、合併症病床、医療観察法病床、病院指定医、精神神経学会専門医、病院総医療従事者のうち、重要な医療提供体制の課題である「精神科救急病床」と「合併症病床」そして「認知症病床」に関する都道府県医療計画の記載内容を分析した。

(1) 精神科救急病床と合併症病床について
対人口 10 万人当たりの「精神科救急病床数」は“青森県”、“岩手県”、“新潟県”などで低い。

最も状況が悪い青森県は、「精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む。）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の常態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能」を充実していくことを掲げ、下記のような目標を定めている。しかし、病床整備などの具体的な施策の記述はない。

青森県

ア 目標

- ・24 時間 365 日、精神科救急医療を提供できること

イ 関係機関に求められる役割

- ・精神科救急患者の受入が可能な設備を有すること
- ・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- ・精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日にも対応できる体制を有すること
- ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関と連携できること
- ・専門医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること

次に悪い岩手県では、下記のような記述がされている。同じく具体的な整備目標などの施策体系は示されていない。

岩手県

①精神科救急（精神科医療機関）

- ・精神科救急患者の受入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室、手厚い看護体制等）
 - ・地域の精神科救急医療体制に参画し、地域の医療機関と連携すること
 - ・継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等について、夜間・休日にも対応できる体制を有すること
- 在宅精神障がい者等が、安心して地域で生活できるよう、休日・夜間の精神科救急医療体制を強化していく必要があります。
- 本県における精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数他県と比べて多いことから、適正受診を促進するために、精神科救急情報センターの周知・体制の充実及び関係機関との連携強化が必要です
- 24 時間 365 日対応の精神科救急情報センタースタッフの資質の向上を図るため、現場研修やケース検討会などを実施します。
- 精神科救急情報センターが適切に相談に対応ができるよう、かかりつけ医から助言をいただくなどの協力体制の拡充を行います。
- 関係機関との連携を強化するため、連絡調整委員会や意見交換会を開催します。
- 精神科救急情報センターの利用やかかりつけ医を優先して受診することについて患者や家族に対し啓発等を行い、精神科救急の適正受診を促進します。

新潟県についても下記のように社会目標は示されているものの、具体的な整備に関する施策体系の記述はない。

新潟県

- (1) 夜間の救急体制について、通年2ブロック化を目指します。
- (2) 精神科救急情報センターの整備に向けた更なる検討を進めます。
- (3) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準※の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。

(2)合併症病床

高知県と山口県の合併症病床に関する記述については、何ら具体的な施策は示されていないかった。

香川県については、「公立病院における身体合併症患者の受入体制の支援や、精神科医療行政施策の支援を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。」という記述に見られるように、寄附講座の開設という具体的な内容が示されていた。

高知県

身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者などの状態に応じて、速やかに救急医療が提供できる体制が必要です。そのためには、24時間365日対応できる精神医療相談窓口や、患者の状態に応じた精神科救急医療機関を紹介する精神科救急情報センターの設置が求められています。また、精神科医療機関での自院患者への救急対応（マイクロ救急）も充実する必要があります。

患者自身も症状の急変時に備え、医療情報を自ら管理することが必要であり、そのために薬局などを含めた地域の関係機関がそれぞれ補完しあう仕組みづくりが求められています。また、身体合併症のある精神疾患患者の入院時の受入体制として救急外来をはじめ、一般診療科との連携が求められています。

香川県

- ・身体合併症患者の受入体制の確保
- ・地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、総合病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進します。
- ・また、地域の総合病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。
- ・香川大学医学部との連携・協力体制の構築
- ・公立病院における身体合併症患者の受入体制の支援や、精神科医療行政施策の支援を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。

山口県

精神疾患においては、その疾病の特性から身体疾患の発見が遅れがちになることもあるため、診察においては精神症状だけでなく、身体疾患の有無にも注意を払う必要があります。このため、身体疾患を合併する患者については、それを担当する内科医等と、地域の連携会議等を通じて、日頃から連携している必要があります。

- ・ 24 時間 365 日、急性の身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる。
- ・ 専門的治療を要する慢性の身体疾患を合併する患者に対して、必要な医療を提供できる。
など

(3)認知症病床

これについては既に述べたように、認知症疾患医療センターには言及しているものの、病床数の絶対数の不足に対する記述は、これら 14 都府県いずれも皆無であった。

今後最も社会的な問題となる、認知症病床の地域間格差は、全国の二次医療圏単位で見ても「ジニ係数は 0.617」と極めて高い。

(4)医療従事者の確保

医療人材の確保については、各都道府県ともに医療計画の中に盛り込んでいる。とりわけ医師確保については、「医師派遣システム（ドクターバンク）」という制度的なものと、医学生や医師をターゲットにした「奨学金（医師修学資金等）」方式に関する記述が見られる。

2)精神疾患患者の都道府県間移動

患者移動については、精神科医療に限らず医療全般に見られる現象である。海で囲まれ隣県と陸続きでない北海道や沖縄県、あるいは山地に囲まれ交通機関も発達していない高知県や島根県などは地理的關係で移動が難しく、自己完結型となる。一方、交通機関が発達し地理的影響も少ない大都市を抱える都府県では、県

境を越えての移動が見られる。

医療計画は自らの都道府県内で医療が完結することを前提にして記述されているが、地域によっては広域移動を視野に入れて隣県と調整しながら計画を策定する必要がある。

3)都道府県の精神科医療システムの効率性について

(1)医療資源の投入量と対応した患者数との関係について

入院医療については、都道府県が有している精神科患者に専門的に対応する精神神経学会専門医数と精神科病床数という 2 つの資源を投入して、効率的に患者に対処している都道府県は、北海道、神奈川県、福井県、岡山県、そして熊本県であった（Efficiency と 1.0、つまり D 効率値が 1 のベストプラクティスモデルである）。

D 効率値の平均値は、0.7275 であることから多くの都道府県では、北海道、神奈川県、福井県、岡山県、熊本県の 5 県の効率性よりやや劣る程度である。ただし、D 効率値が 0.5 を下回る徳島県、栃木県、群馬県、奈良県は精神科医療の効率性の向上に向けた見直しが必要である。

入院患者の在院期間の効率性については、入院患者が短い在院期間でしかも退院率が高い奈良県と鳥取県が、Efficiency と 1.0、つまり D 効率値 1 のベストプラ

クティスモデルとなる。

D 効率値の平均値は、0.4146 であるので、効率が良い都道府県と悪いところと二極化している。特に東京都、福岡県、北海道、大阪府、埼玉県、神奈川県などは入院効率が悪い都道府県である。大都市圏を形成する都道府県であるが、退院先が定まらないことや独居や核家族化などの社会問題が背景にあると考えられる。

4)在院日数の短縮方策について

在院日数の短縮は喫緊の課題であるが、都道府県の中には未だ 1 年を超えているところも少なくない。

表 1 は X 県の県内の 6 か所の主要精神科病院の在院日数の変化である。平成 15 年から 20 年、さらに平成 20 年から 25 年にかけて、ほとんどの病院で在院日数は大きく短縮している。

それを可能にした院内の取り組みとしては、「①退院前カンファレンスを多職種参加のもと行っていること。」「②各病棟でカンファレンスを行い、全体会議を実施する前に意見交換をしていること。」「③長期入院患者を二軸評価で括り、退院支援プログラムに基づいて退院促進を図っていること。」「④主に看護師、作業療法士が中心となり社会体験学習等退院意欲を高める取り組みを行っていること。」「⑤精神デイケアや訪問看護などの社会資源を利用していること。」「⑥退院前に精神保健福祉士が自宅を訪問していること。」「⑦入院中から精神保健福祉士が関わり、地域援助事業の情報提供を行うこと。」「⑧夜間の不調時の当直への連絡体制 20:00 まで、もしくは 24 時間の電話連絡体制を採っていること。」などが挙げられた。

さまざまな形態の病棟があるため、日

数そのものでは判断しづらいため、今回は短縮率により退院について分析を行った。短縮率が低い群の病院はほとんど取り組みが聞き取れなかったが、高い群の病院からは様々な取り組みやフォローの体制作りがなされていることが明らかになり、退院後のフォローがなされている病院の優位性が認められた。

平成 27 年度

高齢化により絶対数が経年的に増加している「認知症」については、医師と看護師に 8 年間で生産性（効率）の向上が認められた。これは、この間に認知症が医療・介護上の大きな社会問題となり、診療報酬や介護報酬が増額した結果、人的・物的資源の一層の投入が可能となったとめと考えられる。特に、大きく不足しているとされる医師および看護師の人員を増やして認知症医療分野に投入することによる生産性の向上を上回る状態で、業務効率の向上が図られたことが示唆される。

その結果、全国値で、医師は平成 24 年には同 16 年に比して 1.13 倍の医療効率の向上が認められともと思われる。同様に看護師も 1.07 倍の生産性（効率性）の向上が見られた。しかし、作業療法士、精神保健福祉士、PSW の業務効率は逆に低下していた。恐らく、業務や患者数に対して医師や看護師に比して余剰気味な職種であることが、生産性の低下となって表れたものと思われる。

また、統合失調症については、これらのすべての職種で生産性の低下が認められた。

精神科医療全体では、この 8 年間で、各職種の生産性（業務効率）は低下していた。原因としては、患者の減少や医業収益の全体としての低下がある一方で、精神

科分野の医療従事者の数が増加傾向にあることが、生産性の低下を招来しているものとする。

E. 結論

平成 24 年 6 月 30 日に行われた「精神保健福祉資料」と平成 23 年厚生労働省の「患者調査」の内容は、現行の医療計画（平成 25 年 4 月より施行）が策定される際に都道府県の精神科医療の実態を表したものである。これらの資料に示された精神科医療の提供体制を改善するための内容と施策体系を持って現行の医療計画は策定され、実施されているはずである。しかし、本研究で示した都道府県の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらない。

平成 27 年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が策定される。だが、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。

いま、策定されている都道府県地域医療構想は、病床機能の 4 区分を中心に、2025 年の医療提供体制を定めるものである。もちろん精神医療に関しては、ほとんど触れられていない。

この構想は、demand side（需要サイド）の内容に偏りすぎた計画である。医療計画も記述のほとんどは、demand side に立つものである。医療人材の育成・確保といった supply side（供給サイド）の内容は単に社会目標を表明したに過ぎず、具体性に乏しいものである。ましてや、supply side のもう 1 つの柱である財政的な記述は一切されていないなど、問題を抱えるものである。

これらの課題を踏まえて、本研究によ

り得られた成果は、精神医療領域でより実効性がある医療計画を策定する際の、基礎資料としての活用が期待される。

今後、医療計画に記述がある事項の実効性を担保するために必要となる具体的な事業計画や実施計画の策定、パスや連携の仕組みを構築するための要件、人的・物的資源の有効活用方策を調べる。こうした観点から都道府県の医療計画の記述内容や策定過程のどこに問題があるかを同定するとともに医療計画や制度の運用に由来する精神疾患対策の修正すべき部分を提示し、より良い政策や医療計画の策定・実施方法を提言するなど研究成果の取りまとめを行う必要がある。

E. 結論

平成 24 年 6 月 30 日に行われた「精神保健福祉資料」と平成 23 年厚生労働省の「患者調査」の内容は、現行の医療計画（平成 25 年 4 月より施行）が策定される際に都道府県の精神科医療の実態を表したものである。これらの資料に示された精神科医療の提供体制を改善するための内容と施策体系を持って現行の医療計画は策定され、実施されているはずである。しかし、本研究で示した都道府県の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらない。

本来なら医療計画は、図 3 のように政策体系が構築されているべきである。しかし、現行の計画は、 で囲まれた部分のみである。そこから下の「施策」体系や「事業計画」「実施計画」が欠落しているので、実効性にかけるのである。

また、平成 27 年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が

策定される。だが、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。

本研究により得られた成果をもとに、より実効性がある医療計画の策定が望まれる。

医療計画に記述がある事項の実効性を担保するために必要となる具体的な事業計画や実施計画の策定、パスや連携の仕組みを構築するための要件、人的・物的資源の有効活用方を調べる。こうした観点から都道府県の医療計画の記述内容や策定過程のどこに問題があるかを同定するとともに医療計画や制度の運用に由来する精神疾患対策の修正すべき部分を提示し、より良い政策や医療計画の策定・実施方法を提言するなど研究成果の取りまとめを行う必要がある。

本研究では、医療計画の記述内容の劇的な転換は、残念ながら認められなかった。いまの記述内容で今後、残りの医療計画の執行期間が、無駄にならないような方策を検討する必要がある。そのためには、精神科医療はもとよりその隣接領域を含めた地域の体系的な医療水準の向上や患者の利便性や人権保護の一層の向上ならびに患者の視点に立った医療供給が期待でき、行政サービスの質の向上や効率性アップが図られ、その成果は住民や国民の福祉の向上となって現れる方策を、次年度以降検討していく必要がある。それには、精神医療や疾患情報を住民に上手く伝達し、住民が主役の医療計画にする必要がある。また、それが医療計画の本来の趣旨であった筈である。

今後、医療計画による成果がどの程度波及しているかを調べる。成果が見られないところの施策の問題点や設定した評価指標の有効性について検証する必要がある。

ある。同時に、住民をはじめとする一般国民の医療計画の精神疾患対策の認知度についての調査も行い、本年度研究で明らかにされた課題の改善方策も検討しなければならない。

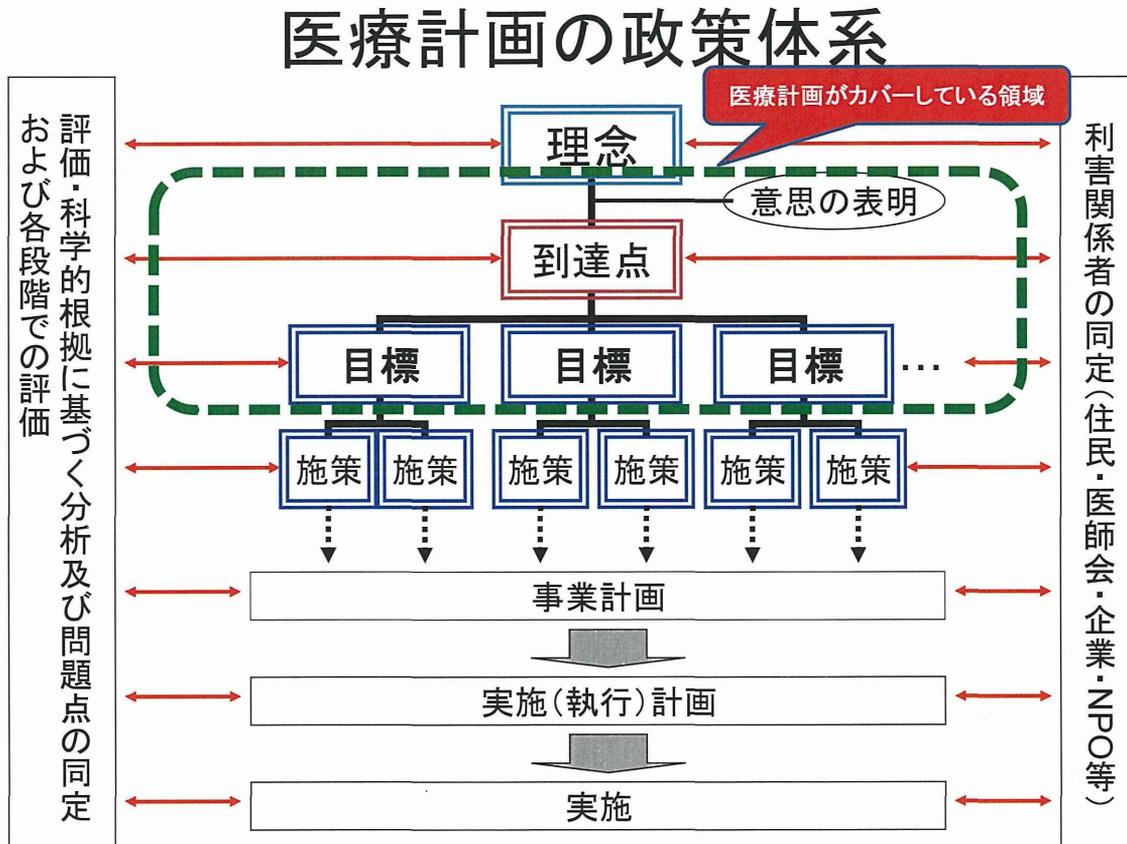
また、高齢化により絶対数が経年的に増加している「認知症」については、医師と看護師に 8 年間で生産性（効率）の向上が認められた。これは、この間に認知症が医療・介護上の大きな社会問題となり、診療報酬や介護報酬が増額した結果、人的・物的資源の一層の投入が可能となったとめと考えられる。特に、大きく不足しているとされる医師および看護師の人員を増やして認知症医療分野に投入することによる生産性の向上を上回る状態で、業務効率の向上が図られたことが示唆される。

その結果、全国値で、医師は平成 24 年には同 16 年に比して 1.13 倍の医療効率の向上が認められともと思われる。同様に看護師も 1.07 倍の生産性（効率性）の向上が見られた。しかし、作業療法士、精神保健福祉士、PSW の業務効率は逆に低下していた。恐らく、業務や患者数に対して医師や看護師に比して余剰気味な職種であることが、生産性の低下となって表れたものと思われる。

また、統合失調症については、これらのすべての職種で生産性の低下が認められた。

精神科医療全体では、この 8 年間で、各職種の生産性（業務効率）は低下していた。原因としては、患者の減少や医業収益の全体としての低下がある一方で、精神科分野の医療従事者の数が増加傾向にあることが、生産性の低下を招来しているものと考えられる。

図3 医療計画の政策体系



F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(1) 論文発表

[原著論文]

1. Towfiqua Mahfuza Islam, Md. Ismail Tareque, Makiko Sugawa, Kazuo Kawahara. Correlates of Intimate Partner Violence Against

Women in Bangladesh. The Journal of Family Violence. Online Feb. 2015.

2. Takamichi Kogure, Masahiko Sumitani, Machi Suka, Hirono Ishikawa, Takeshi Odajima, Ataru Igarashi, Makiko Kusama, Masako Okamoto, Hiroki Sugimori, Kazuo Kawahara. Validity and Reliability of the Japanese Version of the Newest Vital Sign: A Preliminary Study. PLOS ONE; April 2014, Vol.9,

- Issue4, e94582
3. Eiko Shimizu , Kazuo Kawahara. Assessment of Medical Information Databases to Estimate Patient Numbers. 薬剂疫学. 第18卷・第2号、 2014.
 4. 25 February 2014.
 5. Md. Ismail Tareque, Towfiqua Mahfuza Islam, Atsushi Koshio, Kazuo Kawahara. Economic Well-Being and Elder Abuse in Rajshahi District of Bangladesh. SAGE Journal Research on Aging, online March 27, 2014.
 6. Yoshida K, Kawahara K. Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: comparative study of Japanese and German metropolitan areas. BMC Health Services Research. 2014, 14(1): 48.
 7. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa, M.: Relationships between the active aging index and disability-free life expectancy: A case study in the Rajshahi district of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging*.
 8. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, and Y. Tanaka. Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system. Health Policy in publication, January 2014.
 9. Towfiqua Mahfuza Islam, Md. Ismail Tareque, Makiko Sugawa, Kazuo Kawahara. Correlates of Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh. The Journal of Family Violence. Online Feb. 2015.
 10. Takamichi Kogure, Masahiko Sumitani, Machi Suka, Hirono Ishikawa, Takeshi Odajima, Ataru Igarashi, Makiko Kusama, Masako Okamoto, Hiroki Sugimori, Kazuo Kawahara. Validity and Reliability of the Japanese Version of the Newest Vital Sign: A Preliminary Study. PLOS ONE; April 2014, Vol.9, Issue4, e94582
 11. Eiko Shimizu , Kazuo Kawahara. Assessment of Medical Information Databases to Estimate Patient Numbers. 薬剂疫学. 第18卷・第2号、 2014. 25 February 2014.
 12. Md. Ismail Tareque, Towfiqua Mahfuza Islam, Atsushi Koshio, Kazuo Kawahara. Economic Well-Being and Elder Abuse in Rajshahi District of Bangladesh. SAGE Journal Research on Aging, online March 27, 2014.
 13. Yoshida K, Kawahara K. Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: comparative study of Japanese and German metropolitan areas. BMC Health Services Research. 2014, 14(1): 48.
 14. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa, M.: Relationships between the active aging index and disability-free life expectancy: A case study in the Rajshahi district of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging*.
 15. Tomoko FUJIMOTO, Kazuo

KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan : From questionnaire analysis. *Journal of dermatology* 2013; 40: 1-5

16. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa, M.: Relationships between the active aging index and disability-free life expectancy: A case study in the Rajshahi district of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging*. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, and Y. Tanaka. Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system. *Health Policy in publication*, January 2013.

[総説]

1. 河原和夫、菅河真紀子. 医療計画の効果と課題. *お茶の水医学雑誌* 61 : 129—138 (2013)

[学会発表]

1. Tareque MD Ismail Kawahara K, Sugawa, M, Hoque N.: Healthy Life Expectancy and the Correlates of Self-rated Health for the Elderly in Rajshahi District of Bangladesh International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 28th 2013
2. Tareque MD Ismail Kawahara K,

Sugawa, M, Hoque, Changes in Healthy Life Expectancy and the Correlates of Self-rated Health in Bangladesh between 1996 and 2002 Wednesday, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 28th 2013

3. Islam TM, Tareque MI, Kawahara K, Sugawa, M, Hoque N.: *The most important factor needs attention in intimate partner violence: A case of Bangladesh*. Presented in Session 233: Intimate partner violence, organized by International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 31, 2013.
4. Islam TM, Tareque MI, Rahman KMM, Sugawa M, Kawahara K.: Violence against women. In Titumir RAM (ed.) *Institutions Matter: State of Women in Bangladesh 2013*. The Unnayan Onneshan, Dhaka-1215, Bangladesh.
5. 河原和夫、菅河真紀子、杉内善之、野崎慎仁郎、上原鳴夫. アジア諸国における血漿分画製剤の製造体制およびわが国の国際貢献の可能性について (第2報). 第37回 日本血液事業学会総会. 札幌市.
6. 菅河真紀子、河原和夫、杉内善之、野

- 崎慎仁郎、上原鳴夫. アジア諸国における血漿分画製剤の製造体制およびわが国の国際貢献の可能性について (第1報). 第37回 日本血液事業学会総会. 札幌市. 2013.
7. 菊池雅和、河原和夫. 社会医療法人の制度リスクについて 第51回日本医療・病院管理学会総会. 京都. 平成25年9月27日.
 8. 熊澤大輔、菅河真紀子、島陽一、竹中英仁、村田正夫、河原和夫. セーフコミュニティ活動における科学的な状況把握に基づく行政の政策立案の取り組み 第72回日本公衆衛生学会総会. 津市. 2013年10月25日.
 9. 菅河真紀子、島陽一、菊池雅和、村田正夫、熊澤大輔、竹中英仁、河原和夫. 医療計画における精神疾患の課題認識の実態と施策策定過程の分析(第1報) 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 2013年10月23日~25日.
 10. 島陽一 菅河真紀子 菊池雅和 村田正夫 熊澤大輔 竹中英仁 河原和夫. 医療計画における精神疾患の課題認識の実態と施策策定過程の分析(第2報) 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 2013年10月23日~25日.
 11. 村田正夫、菅河真紀子、竹中英仁、島陽一、熊澤大輔、河原和夫. 東京23区のうちで平日準夜間等小児初期救急を病院で行う区での受診件数、子ども医療費補助及び子ども人口との相関. 第72回日本公衆衛生学会総会. 津市. 2013年10月24日.
 12. 竹中英仁、熊澤大輔、村田正夫、島陽一、菅河真紀子、河原和夫 献血固定施設における献血者数と固定施設の立地条件と献血ベッド数に関する研究. 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 平成25年10月23日.
 13. 清水央子、河原和夫. 日本薬剤疫学会第19回学術総会 一般演題 「患者数」の推定と医療情報 デイ タベースの評価 2013年11月16日
- [著書]
1. 田中平三、河原和夫、 他. これからの公衆衛生、 社会・環境と健康. 地域保健・衛生行政. p.239-244. 南江堂 2013.
 2. 河原和夫. アジア諸国の血液事業について. 血液製剤調査機構だより. 血液製剤調査機構. No. 134、p.11-18. 2013年.
 3. 菅河真紀子、河原和夫. 「献血者確保のための採血基準の見直しと環境整備」 『公衆衛生』第77巻 第8号, pp 619-623. 医学書院 2013年
 4. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa M.: Active aging index and healthy life expectancy in Bangladesh. In N. Hoque, M. McGehee, B. Bradshaw (eds.), *Applied Demography and Public Health*. NY: Springer. 2013.
 5. *Applied Demography and Public*

Health : Chapter 16 Md. Ismail
Tareque, Nazrul Hoque, Towfiqua
Mahfuza Islam, Kazuo Kawahara,
and Makiko Sugawa. Active Aging
Index and Healthy Life Expectancy
in Rajshahi District of Bangladesh.
pp.257-276. 2013 Springer

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし