

各位

平成27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）
「地域のストレスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
研究代表者 竹島正
（川崎市健康福祉局障害保健福祉部/
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

都道府県または政令指定都市レベルの精神保健医療の課題についての 率直な対話の場に関する調査

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成27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）「地域のストレスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」（研究代表者 竹島正）におきましては、医療介護総合確保推進法が成立し、今後の医療法改正の中で、2025年を目指す医療提供体制の枠組みと実現方策の策定が行われること、精神保健医療においても地域の精神保健医療構想の検討が必要とされることを踏まえ、異なる背景を有する複数の地域において、地域の課題の可視化と情報共有の達成プロセスの研究を行うこととしております。その一環として、都道府県または政令指定都市レベルの、地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場に関する調査を行うこといたしました。ご回答いただいた中で、詳細な調査が望ましいと考えられた地域には、訪問調査を行うことを考えております。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほど、何卒よろしくお願いいたします。

なお、本調査は、全国の都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課、全国精神保健福祉センター長会、精神医学調査担当者会議、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会、全国精神保健福祉相談員会にご協力をお願いしております。

敬具

【問い合わせ】〒212-0013川崎市幸区廻川町580番地
川崎市健康福祉局障害保健福祉部担当部長（精神保健）
竹島 正
電話 044-200-3604
Email takeshima-t@city.kawasaki.jp

回答する

Palooza

1

問1

2

問2a

3

問2b

4

問2c

5

問3

6

問4

問1 貴都道府県・政令指定都市には、精神保健医療改革の議論にも活用可能な、精神保健医療関係者の率直な対話の場がありますか。ここで言う率直な対話の場には、精神保健医療福祉審議会などの公的な会議に限らず、私的もしくは自主的な集まりも含まれます。*

- 1) ある
 2) ない

1

問1

2

問2a

3

問2b

4

問2c

5

問3

6

問4

問1で「ある」と回答した方にお聞きします。

回答例を参考に、主要な率直な対話の場の名称や活動についてご回答ください。最大3つまで回答できます。

問2-1a 名称

問2-2a 主催者

問2-3a 開始時期

問2-4a 主要な参加者（該当するものに○を付けてください）

- 1) 精神保健医療に従事する医師
- 2) 1以外の精神保健医療従事者
- 3) 精神保健福祉行政
- 4) 3以外の行政
- 5) 障害者福祉事業者・民間団体
- 6) 5以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体
- 7) 精神保健医療サービス利用者・家族
- 8) 市民
- 9) その他

問2-5a 行政とのつながり

問2-6a 詳細情報の入手先（コンタクト可能な担当者等をご回答ください）

問2-7a これ以外にも、精神保健医療関係者の率直な対話の場がありますか。*

- 1) ある
- 2) ない

1

問1

2

問2a

3

問2b

4

問2c

5

問3

6

問4

前問で「ある」と回答した方にお聞きします。

回答例を参考に、主要な率直な対話の場の名称や活動についてご回答ください。あと2つ回答できます。

問2-1b 名称

問2-2b 主催者

問2-3b 開始時期

問2-4b 主要な参加者（該当するものに○を付けてください）

- 1) 精神保健医療に従事する医師
- 2) 1以外の精神保健医療従事者
- 3) 精神保健福祉行政
- 4) 3以外の行政
- 5) 障害者福祉事業者・民間団体
- 6) 5以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体
- 7) 精神保健医療サービス利用者・家族
- 8) 市民
- 9) その他

問2-5b 行政とのつながり

問2-6b 詳細情報の入手先（コンタクト可能な担当者等をご回答ください）

問2-7b これ以外にも、精神保健医療関係者の率直な対話の場がありますか。*

- 1) ある
- 2) ない

1
問1

2
問2a

3
問2b

4
問2c

5
問3

6
問4

前問で「ある」と回答した方にお聞きします。

回答例を参考に、主要な率直な対話の場の名称や活動についてご回答ください。あと1つ回答できます。

問2-1c 名称

問2-2c 主催者

問2-3c 開始時期

問2-4c 主要な参加者（該当するものに○を付けてください）

- 1) 精神保健医療に従事する医師
- 2) 1以外の精神保健医療従事者
- 3) 精神保健福祉行政
- 4) 3以外の行政
- 5) 障害者福祉事業者・民間団体
- 6) 5以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体
- 7) 精神保健医療サービス利用者・家族
- 8) 市民
- 9) その他

問2-5c 行政とのつながり

問2-6c 詳細情報の入手先（コンタクト可能な担当者等をご回答ください）

1
問1

2
問2a

3
問2b

4
問2c

5
問3

6
問4

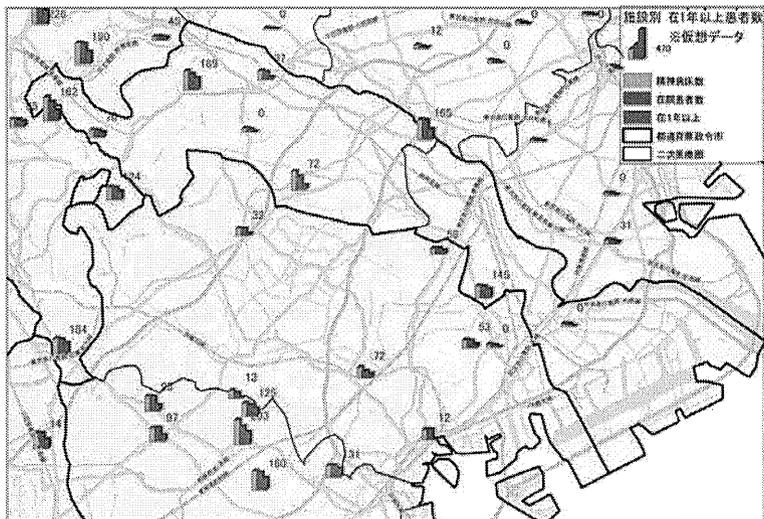
問3 精神保健医療に関する率直な対話を促進するためには、貴都道府県・政令指定都市のどのような資料が役立つと思われますか。あなたのお考えに近いものに最も近いものにそれぞれを1つ付けてください。なお、1から5の回答に当たっては、このページ下部のマップイメージを参照のうえご回答ください。

	1) 大いに役立つ	2) ある程度役立つ	3) わからぬ	4) あまり役に立たぬ	5) まったく役に立たぬ
1) 精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2) より広域の精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3) 各市町村の新入院患者数、および入院先の市町村名のわかるマップ	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4) 3について、F0、F1、F2など、ICDコード別に分類したマップ	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5) 各市町村から通院している患者数、および通院先の市町村名のわかるマップ	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6) WMH日本調査(精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査)と各市町村の人口をもとにした、地域における現在または将来の精神障害者数	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7) WMH日本調査(精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査)と各市町村の人口をもとにした、満たされていない治療ニーズの推計値	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8) WMH日本調査(精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査)と各市町村の人口をもとにした、精神障害による社会負担(機能障害、休業日数)の推計値	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

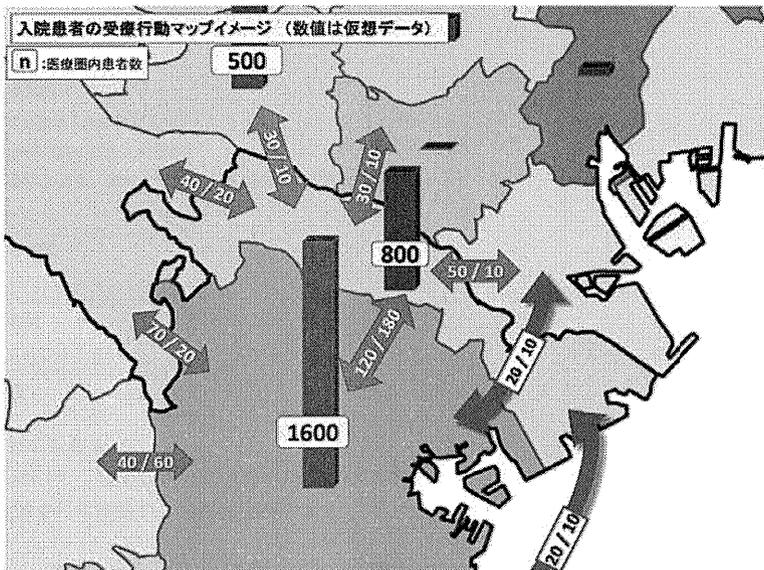
資料



マップイメージ（クリックすると拡大画像が別ウィンドウで開きます）



イメージを共有するために仮想マップを作成したもので実データではありません



- ①
問1
- ②
問2a
- ③
問2b
- ④
問2c
- ⑤
問3
- ⑥
問4

最後にご回答いただいた方のお名前と連絡先をご回答ください。

問4-1 お名前 *

問4-2 連絡先 (ご所属・電話番号・メールアドレスなど) *

都道府県または政令指定都市レベルの精神保健医療の課題についての
率直な対話の場に関する調査

ご協力ありがとうございました。

このページを閉じて終了してください。



平成 27 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）
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
分担研究報告書

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革に資する資料の作成

研究分担者 立森 久照（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（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（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
菅 知絵美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
加藤 直広（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
西 大輔（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（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市健康福祉局）

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の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2013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 72.0（目標値 76 以上）、退院率 23.8（同 29 以上）、統合失調症等による在院患者数 169,511 人（同 15 万人以下）であった。2013 年の精神科病院等の在院患者総数は 297,436 人であり、前年比で 4,720 人の減であった。統合失調症等の在院患者数は'12 年から'13 年の間で 3,906 人の減（'11 年から'12 年の間では 2,193 人の減）、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは 67,271 人と'12 年から'13 年の間で 912 人の減（'11 年から'12 年の間では 213 人の増）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、近年 71.2, 71.2, 71.4, 71.1, 70.9 とほとんど変化がみられなかったが、'12 年から'13 年の間で 72.0 とわずかながら増加した。さらに、退院率は全体としては緩やかな増加傾向を示していたが、'11 年から'12 年の間では下降し'13 年は変化が見られなかった。

【結論】在院期間が 1 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の後、この数年はほとんど変化がみられなかったが、'12 年から'13 年の間にわずかながら上昇した。しかし、'13 年時点で数値目標とはおよそ 4 ポイントの開きがあった。一方、長期入院となった患者の動態の指標である退院率は'12 年から'13 年の間ではあまり変化がみられず、数値目標の水準からはまだ 5 ポイントの隔たりがあった。このように在院期間が 1 年以内の患者の退院については改善が見られたことから改革の成果が期待される一方で、長期在院患者の退院の発生を表す指標にはほぼ変化がみられず、プラトーに達した可能性が高いと思われた。また、統合失調症の在院患者数は一貫して減少傾向にある。しかし、目標値とは 2 万人弱の開きがあった。認知症等の在院患者数においては'12 年から'13 年の間に下降したが、減少傾向にある地域もあれば増加傾向にある地域もあった。以上、'13 年時点での数値を改革ビジョンで掲げられた数値目標と比べると達成は困難であると考えられた。

A. 研究目的

本研究は1996年から現時点で最新の調査である2013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・障害保健課長から都道府県・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2013年調査のデータを使用した。

2. 方法

1996年から2013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。

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全ての年の数値はない場合がある。

（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

2013年の精神科病院等の在院患者総数は297,436人と前年から4,720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。

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率72.0（目標値76以上）、退院率23.8（同29以上）、統合失調症等による在院患者数169,511人（同15万人以下）であった。

認知症等の在院患者数は'97年から上昇傾向にあったが、'12年から'13年の間に912名減少した（'12年は68,183名、'13年は67,271名）。統合失調症等の在院患者数は'12年から'13年の間で3,906人の減少であった（'11年から'12年の間では2,193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。

平均退院率の推移を図3に示した。'98年から'05年にかけては増加傾向であったものの、ここ近年'12年までは71.2、71.2、71.4、71.1、70.9とほとんど変化がみられなかったが、'13年に72.0とわずかながら増加している。ただし、変化がみられなかった近年でも'98年と比較すると平均退院率は改善している。'98年当時より新規入院者が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'13年と破線で示した'98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も、改革ビジョン前の'99年と比べると一定の改善（21.7→23.8）はみられた（図5）。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を示し'11年から'12年の間では下降し'13年はほとんど変化がみられ

なかった。また、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ることは、前年までの調査結果と違いはない。

'13年の認知症等による在院患者数は67,271人と'12年から'13年の間で912人減少し、'97年以降増加傾向にあったのが逆転している(図2)。なお、'11年から'12年の間では213人の増加、'10年から'11年の間では1,077人の増加であった。

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。これは前年と大きな違いはない。

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'13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は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'97年から'13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、より少数の緩やかな増加傾向もしくはほとんど変化のない県、および下降傾向にある県に大別される。人口10万対の認知症等の在院患者数が他よりも高い水準かつ増加の著しい県は、東北、九州に多い。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10)。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10月1日現在総人口で除して求めた)。約4分の1(47県中12県:宮城、埼玉、千葉、東京、神奈川、静岡、愛知、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良)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(47県中5県:徳島、佐賀、長崎、熊本、鹿児島)も1割程度存在する。水準に達している県は、関東、中部、関西に集中している。

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。

図13に'13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以上が目標値のため、両指標の目標値をともに達成した県は、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。'13年時点において目標をともに達成した県はなかった。

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2013年調査のデータを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。悉皆と見なされる調査に基づいて、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1年以内の患者の退院動態の指標である平均退院率がこの数年はほとんど変化がみられなかったが'12年から'13年の間にわずかながら上昇した改善等から、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、'13年時点で数値目標とはおよそ4ポイントの開きがまだあり、平均退院率の数値目標

の達成は困難であるとされる問題が残った。

また、在院期間が1年以上継続の患者の長期在院退院率は12年から'13年の間ではあまり変化がみられなかった。数値目標の水準からはまだおよそ5ポイントの隔たりがあり、こちらも数値目標の達成は非常に困難と思われた。

統合失調症の在院患者数について、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や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ものの、全国値も目標に近づいている。期限までの数値目標の達成は困難があると思われるが、水準から隔たりが大きい県でいかにして改革の取り組みを進めていくかが課題となるだろう。

認知症を含む器質性精神障害の精神病床の在院患者数は'03年以降'12年まで一貫して増加傾向にあったが、'12年から'13年の間に下降した。認知症等の在院患者数が高い水準かつ増加の著しい県があることは注視が必要と考えられた。

E. 結論

在院期間が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の後、この数年はほとんど変化がみられなかったが'12年から'13年の間にわずかながら上昇した。しかし、'13年時点で数値目標とはおよそ4ポイントの開きがある。また、長期入院となった患者の動態の指標である退院率は12年から'13年の間であまり変化がみられず、数値目標の水準からはまだ5ポイントの隔たりがある。このように在院期間が年以内の患者の退院については改善が見られたことから改革の成果が期待される一方で、長期在院患者の退院の発生を表す指標にはほぼ変化がみられず、プラトーに達した可能性が高いと思われた。また、統合失調症の在院患者数は一貫して減少傾向にある。しかし、目標値とは2万人弱の開きがあった。認知症等の在院患者においては12年から'13年の間に下降したが、減少傾向にある地域もあれば増加傾向にある地域もあった。以上、'13年時点での数値を改革ビジョンで掲げられた数値目標と比べると達成は困難と考えられ、いかにして改革の取り組みを進めていくかが課題であろう。

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

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/dl/tp0902-1a.pdf> より入手.

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.

図1：精神病床の在院患者数の推移

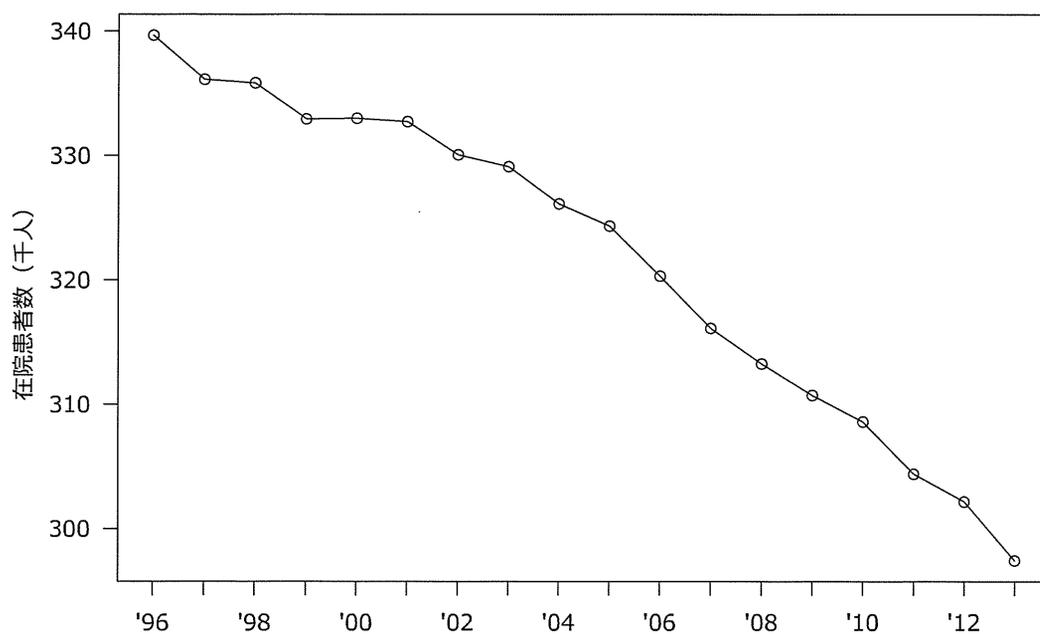


図2：認知症等（F0）と統合失調症等（F2）による在院患者数の推移

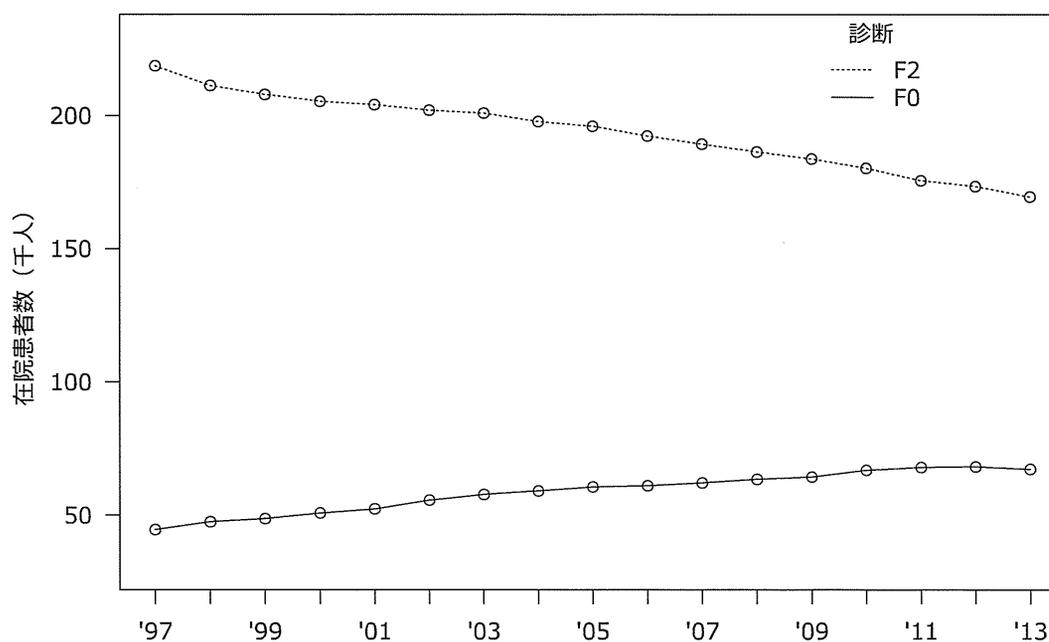


図 3 : 平均退院率の推移

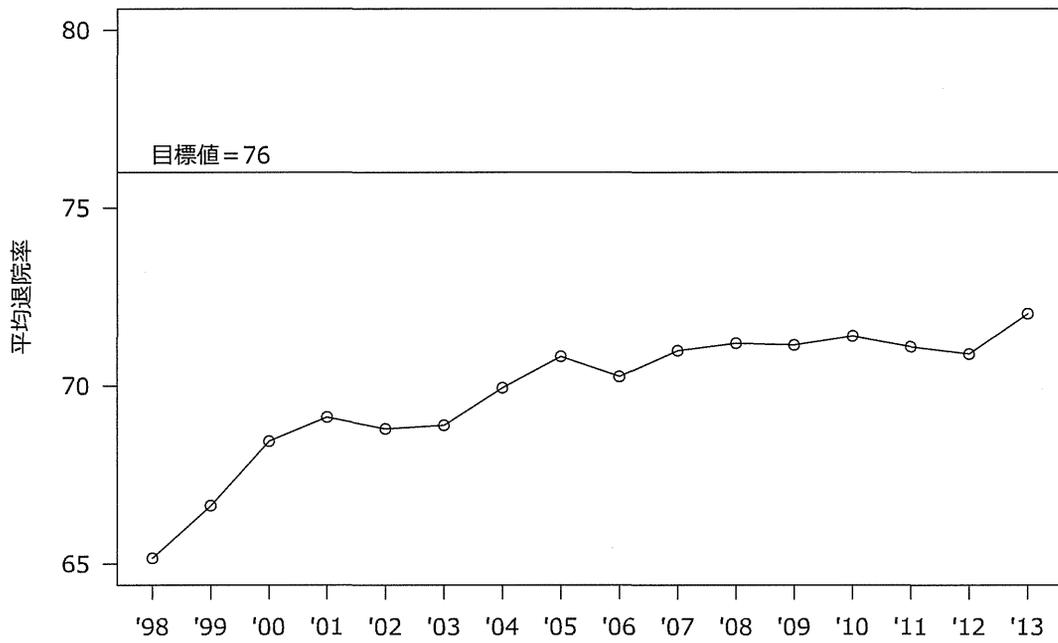


図 4 : 新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

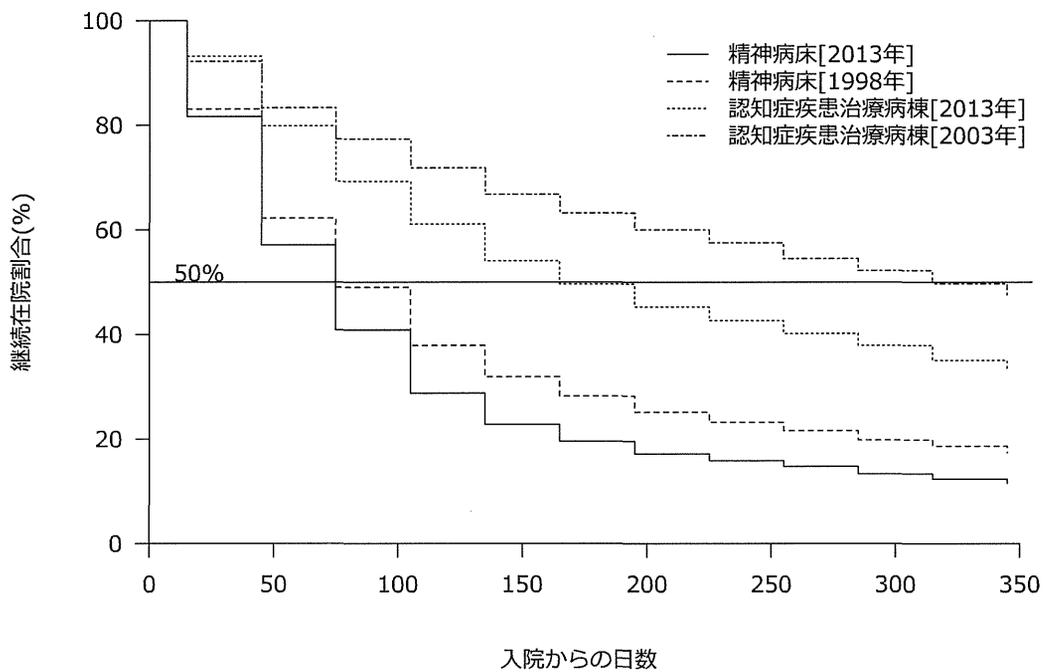


図 5 : 退院率の推移

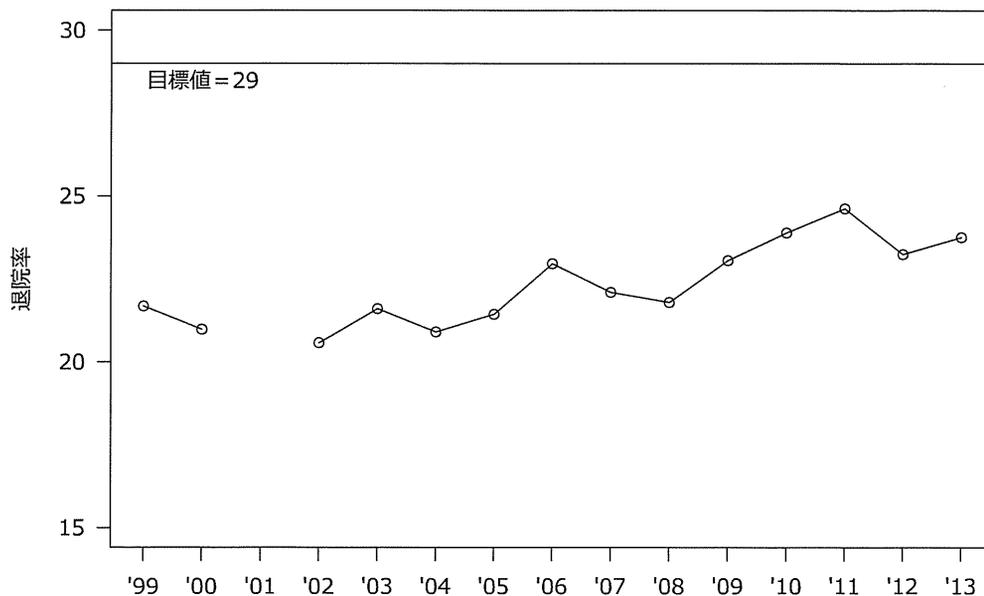
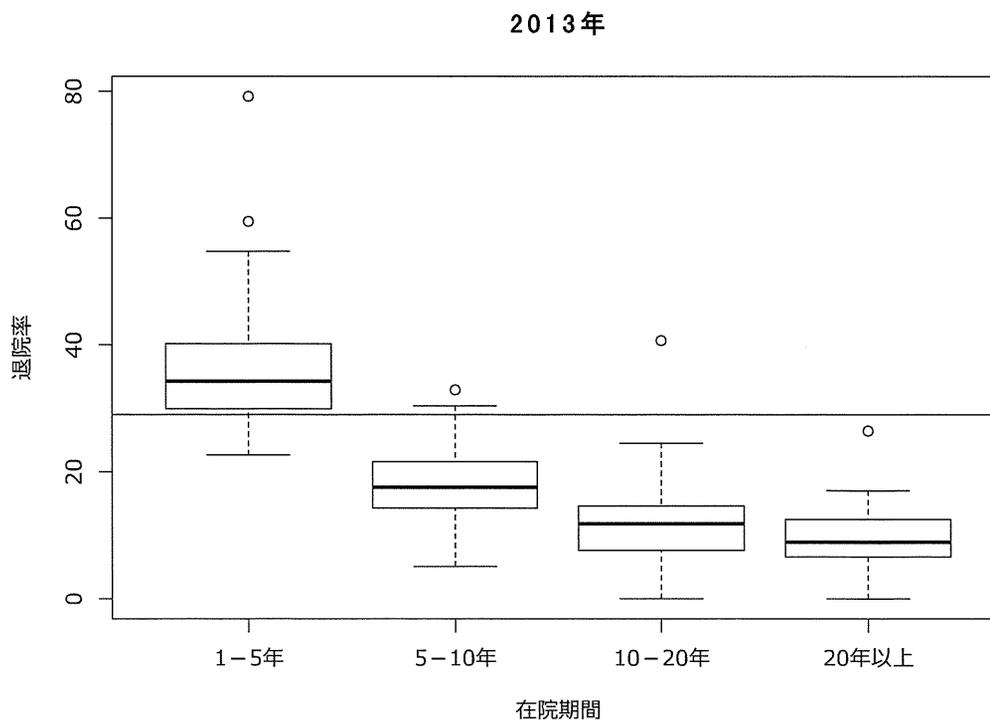
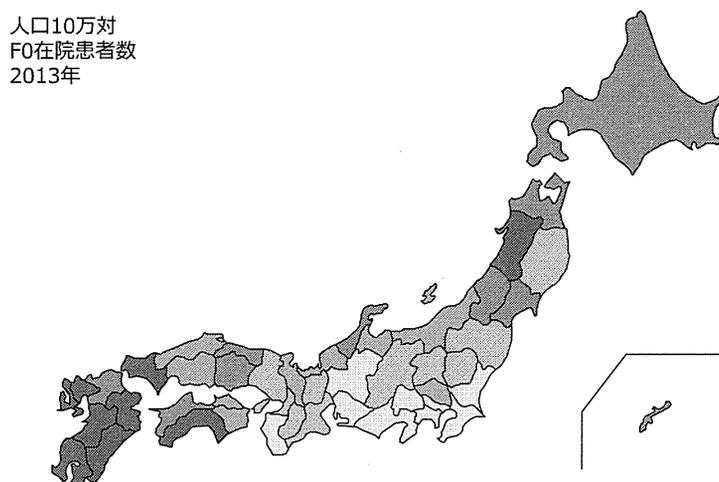


図 6 : 在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



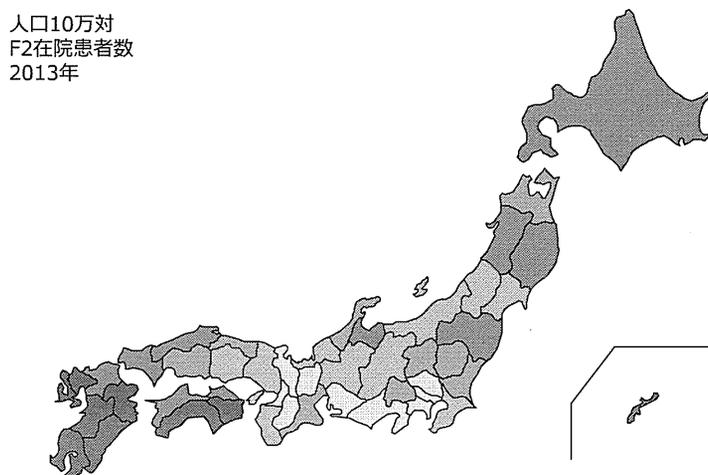
注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

図7：2013年の県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数



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8：2013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



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

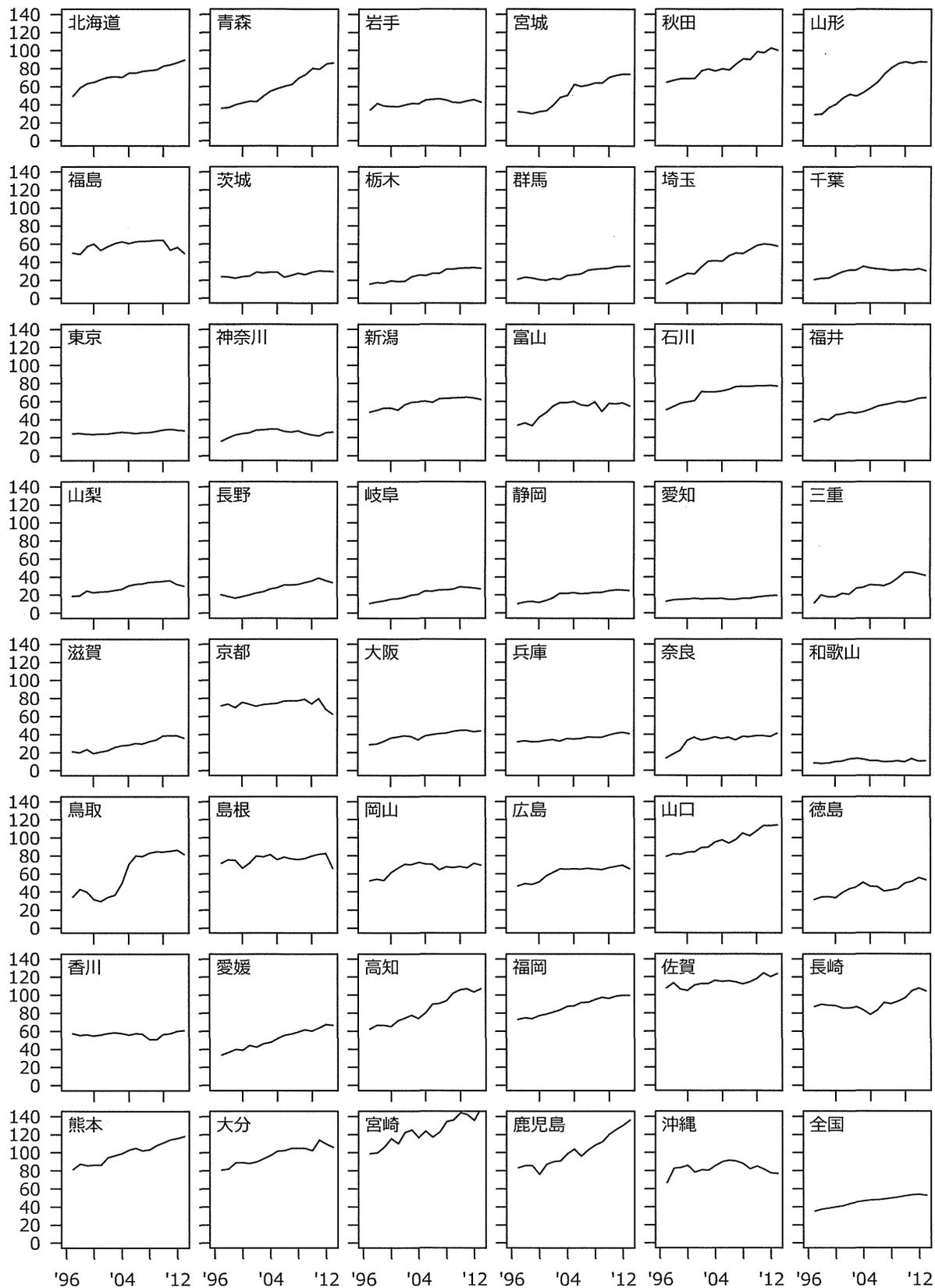
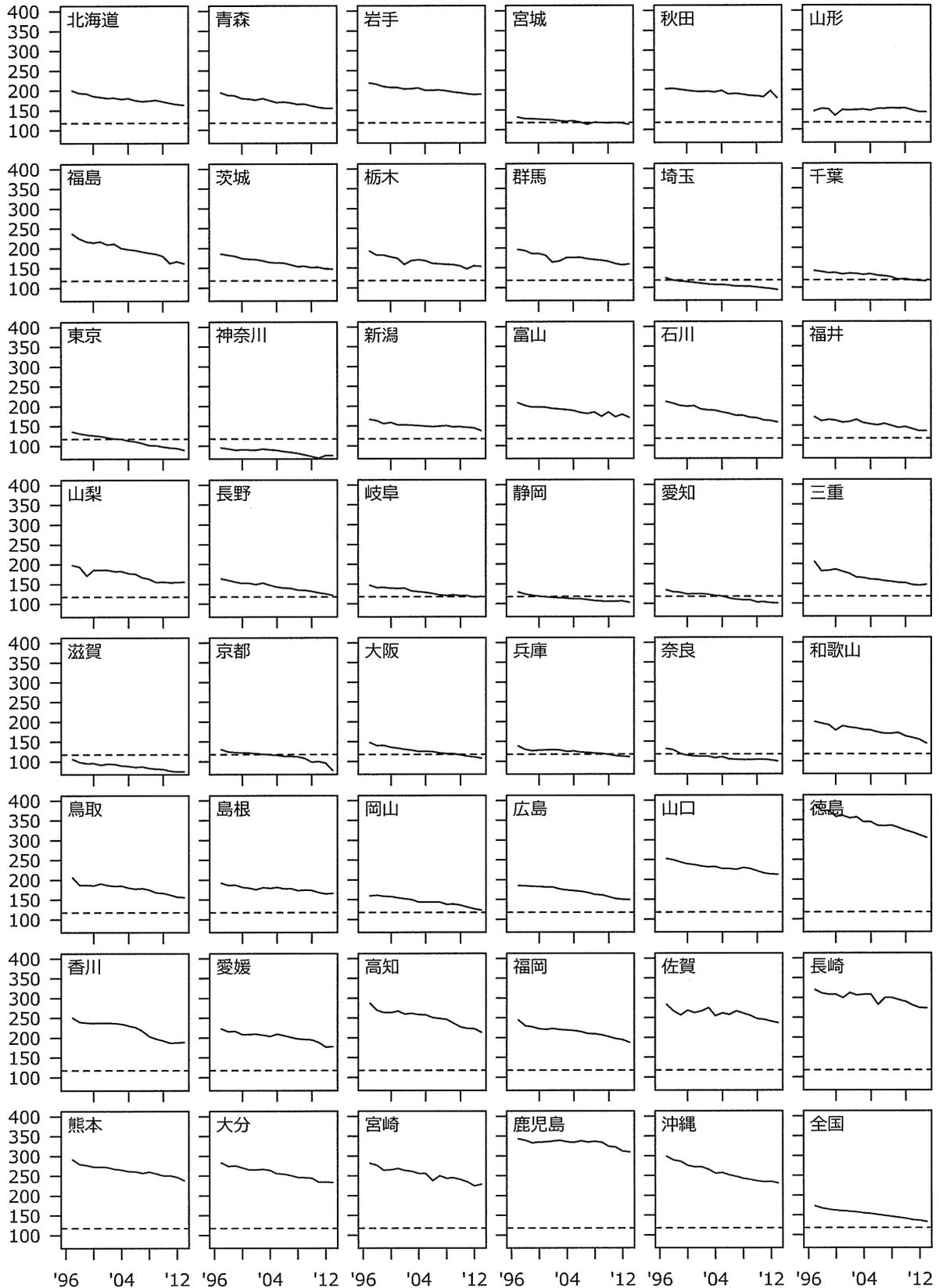
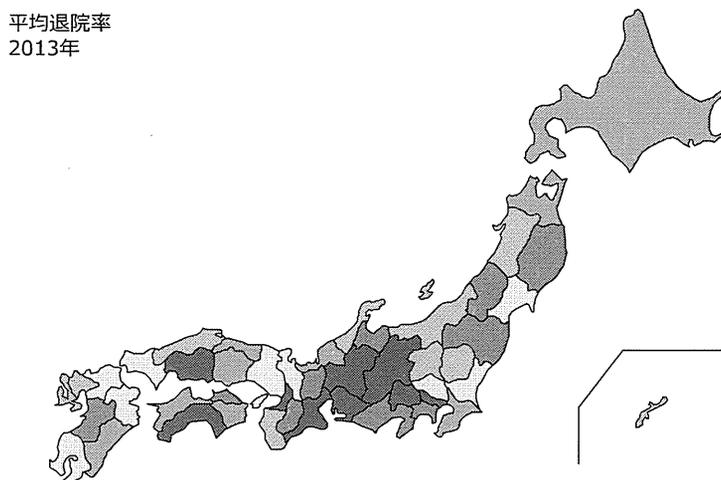


図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



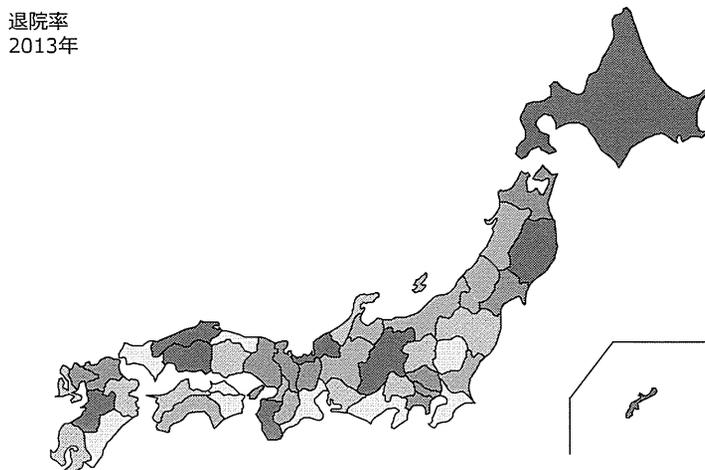
注:破線は目標を達成した場合の2014年10月1日現在総人口時の人口10万対在院患者数(118)を示す。

図 11 : 2013 年の県別の平均退院率



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 : 2013 年の県別の退院率



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 : 2013 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図

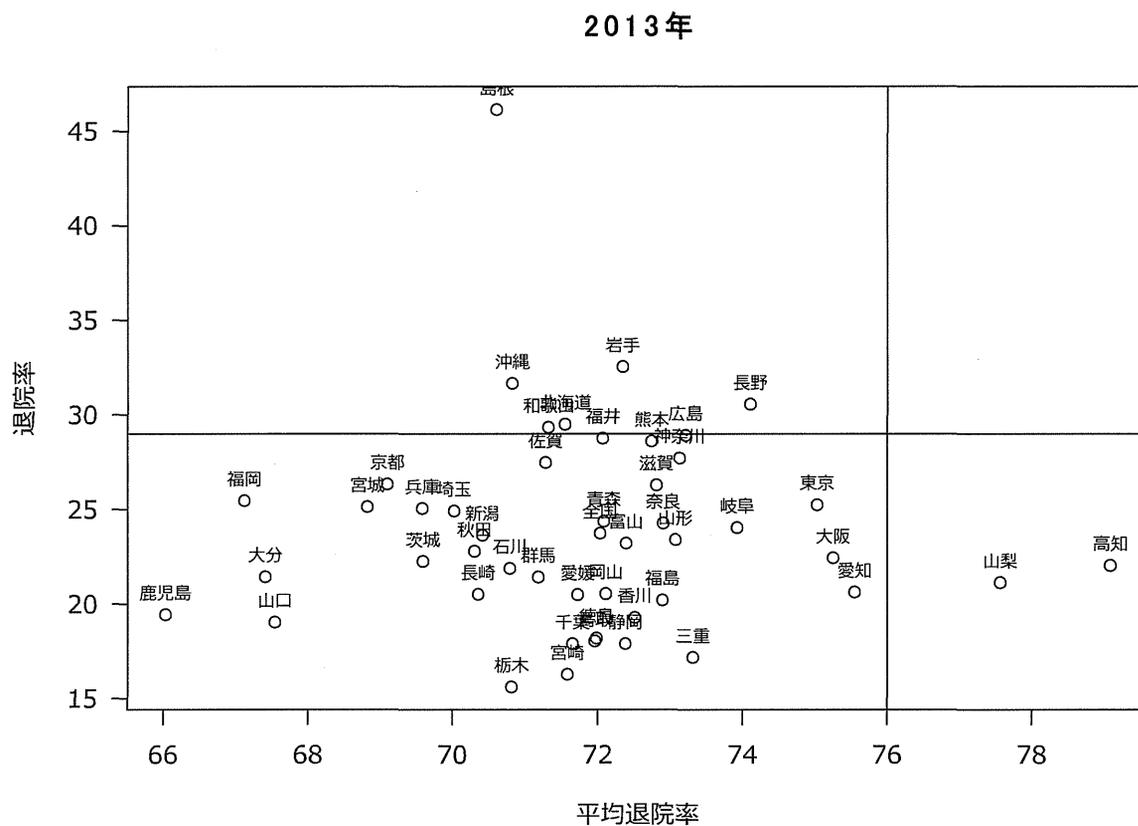
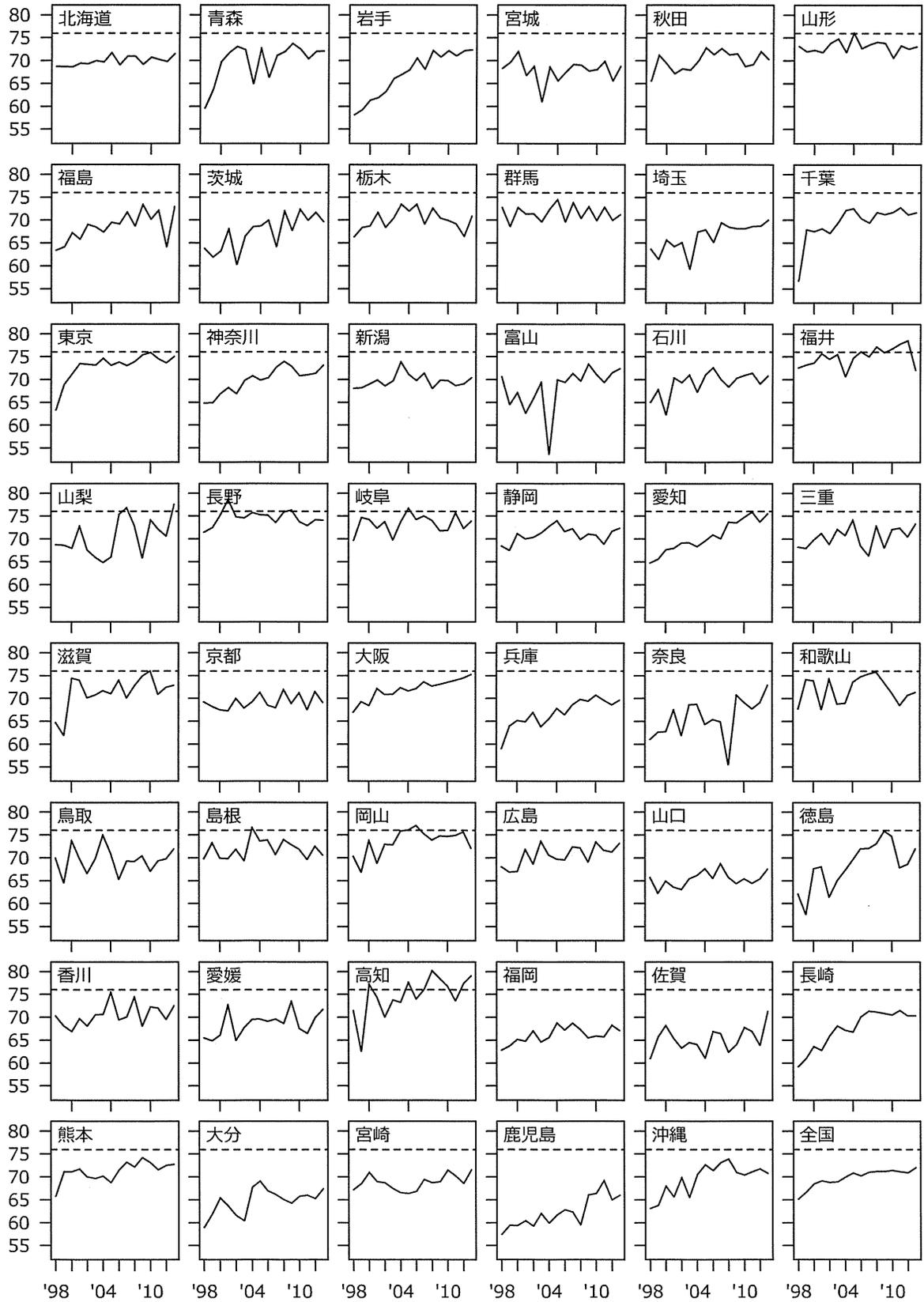
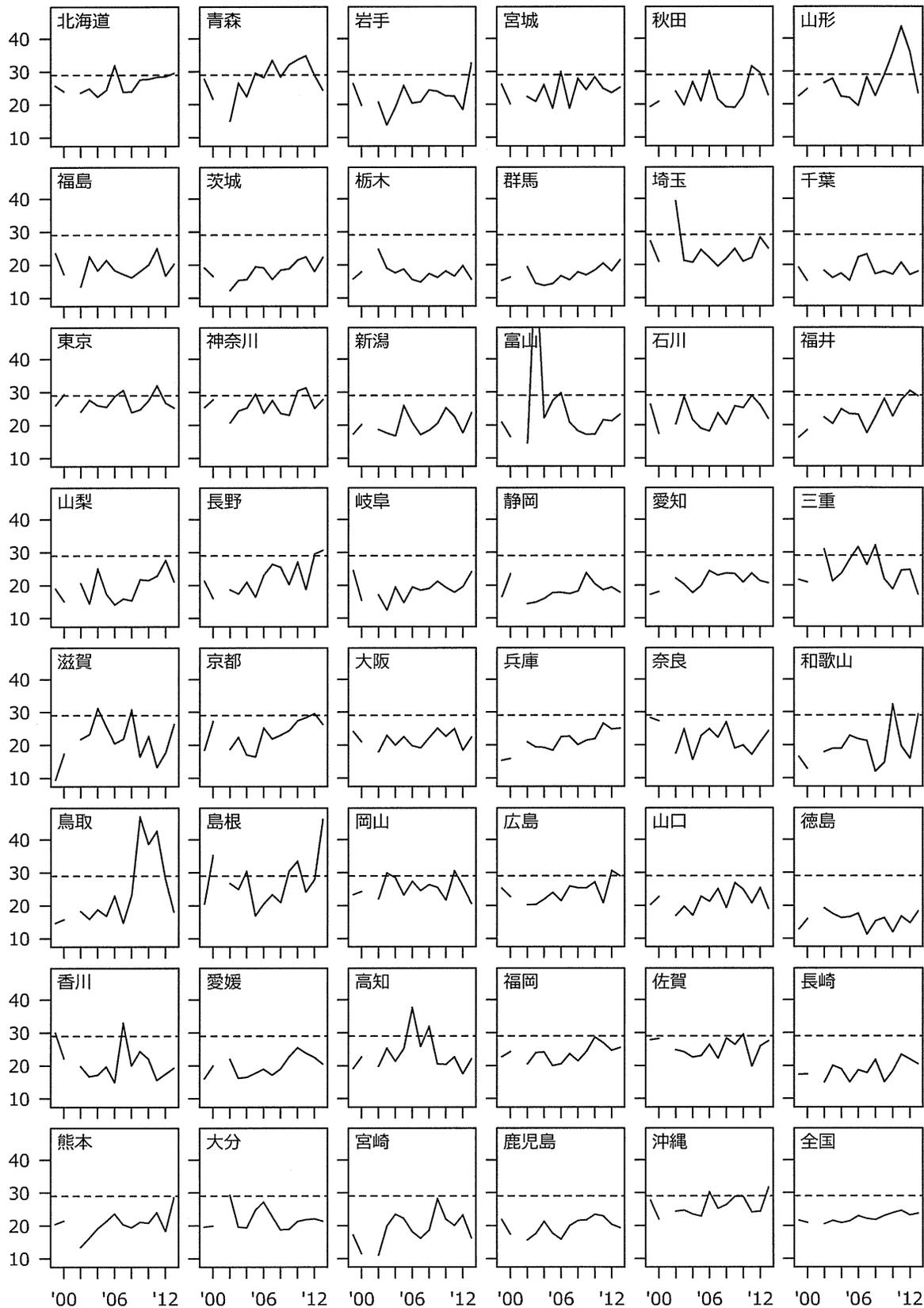


図 14： 県別の平均退院率の推移



注：破線は平均退院率の目標値 76 を示している。

図 15：県別の退院率の推移



注：破線は退院率の目標値 29 を示している。富山県，鳥取県などの異常に高い数値は病院の統廃合などによる外れ値

平成 27 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）
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
分担研究報告書

患者調査統計を用いた精神保健医療改革達成プロセスモデルの開発に関する研究

研究分担者 山之内芳雄（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：

精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、地域のニーズに対応した地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発プロセスを明らかにするための、前提・コントロールとして必要な要素と考え、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ 60 歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。統合失調症患者は特に若年層では全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、統合失調症は過去 1960 - 70 年代の病床増加の時代に入院した 20-30 歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。一律な地域移行の取組よりも、これら過去の長期在院者と近年の若年者の二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレングスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考えられた。

A. 研究目的

精神保健医療福祉の課題として、長らく精神病床入院者の地域移行が掲げられ、進められてきたと思う。厚生労働省病院報告によれば、昭和 30 年代（1955 年～）から平成の始めにかけて精神病床は 5 万床弱から 35 万床超に増えたが、その後入院処遇から地域生活への方向転換が図られてきた。その間、精神病床数は平成 6 年をピークに以降漸減傾向にあり、平成 23 年には 34 万 4 千床となった。精神病床における平均在院日数(病院報告)も平成元年には 496 日だったものが以降減少を辿り、平成 26 年には 281 日となった。わずかとはいえ減少時代に入った精神病床と、それ以上の平均在院日数の減少。この変化をどうとらえればいいのか、そして、それは政策の成果なのかを検討する必要がある。その意味で、精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、地域のニーズに対応した地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発プロセスを明らかにするための、前

提・コントロールとして必要な要素と考える。

本研究では、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。このトレンドを用いて、医療計画における必要病床数の算定における近年の変化を加味した分析を試みることで、精神保健医療改革モデルの達成のためのプロセスモデルを考える提示することに繋がると考える。

B. 研究方法

厚生労働省が実施する「患者調査」の調査票の目的外利用に関して統計法に基づく申請をし、平成 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 年の病院入院(奇数)票の全ケースにおける一部項目のデータ提供を受けた。

集計方法は、調査日に精神病床に入院する推計患者数を年齢階級（3 歳）ごとについて全対象および統合失調症患者ごとに集計した。年齢階級での入院率を算出するため、総務省人口推計から各年 10 月 1 日時点の年齢別推計人口を用いた。また、入院率の変化の傾向を