

ation, modified the plan in order to implement it in the latter half. In addition to national numerical targets of  $\geq 76\%$  for the 'discharge rate for newly admitted patients (NAP)' and  $\geq 29\%$  for the 'discharge rate for long-term patients (LTP)', the report pointed out the need to set a target for the number of inpatients with schizophrenia or dementia, and then set a target for inpatients with schizophrenia to around  $\leq 150\,000$  within 5 years.<sup>2</sup> The definition of discharge rate for NAP and discharge rate for LTP are shown as supporting information titled 'Appendix S1: Definitions of discharge rate for newly admitted patients and that for long-term patients', which is hosted via a link on the Wiley Online Library.

## AIM OF THIS ARTICLE

This article is aimed to clarify the state of psychiatric admissions and discharges in Japan using statistical data and to evaluate progress in mental health and welfare reform efforts.

## MATERIALS AND METHODS

We conducted a secondary analysis of nationwide data on psychiatric hospitals, which are collected yearly by written request from the Mental Health and Disability Health Division (MHDHD) of the MHLW to the mental health divisions of every prefectural and designated city government in Japan. With permission from the MHDHD, we analyzed data collected from 1996 to 2012.<sup>3</sup> All statistical analyses were performed using R version 3.1.1,<sup>4</sup> a free software platform for statistical computing and graphics.

## RESULTS

### Most recent national figures on psychiatric hospitals

Based on 2012 data, Japan had 1622 hospitals with 337 579 psychiatric beds. Among these hospitals, 66% (1070) were stand-alone psychiatric hospitals and 86% (1387) were privately owned (not-for-profit) institutions. The number of psychiatric beds per 100 000 population was 265. The total number of psychiatric inpatients was 302 156. Therefore, the bed occupancy rate was 90% in 2012.

The numbers of psychiatric beds and inpatients declined at a constant rate during the period shown in Figure 1a.

### Most recent national figures of indices defined in the reform vision

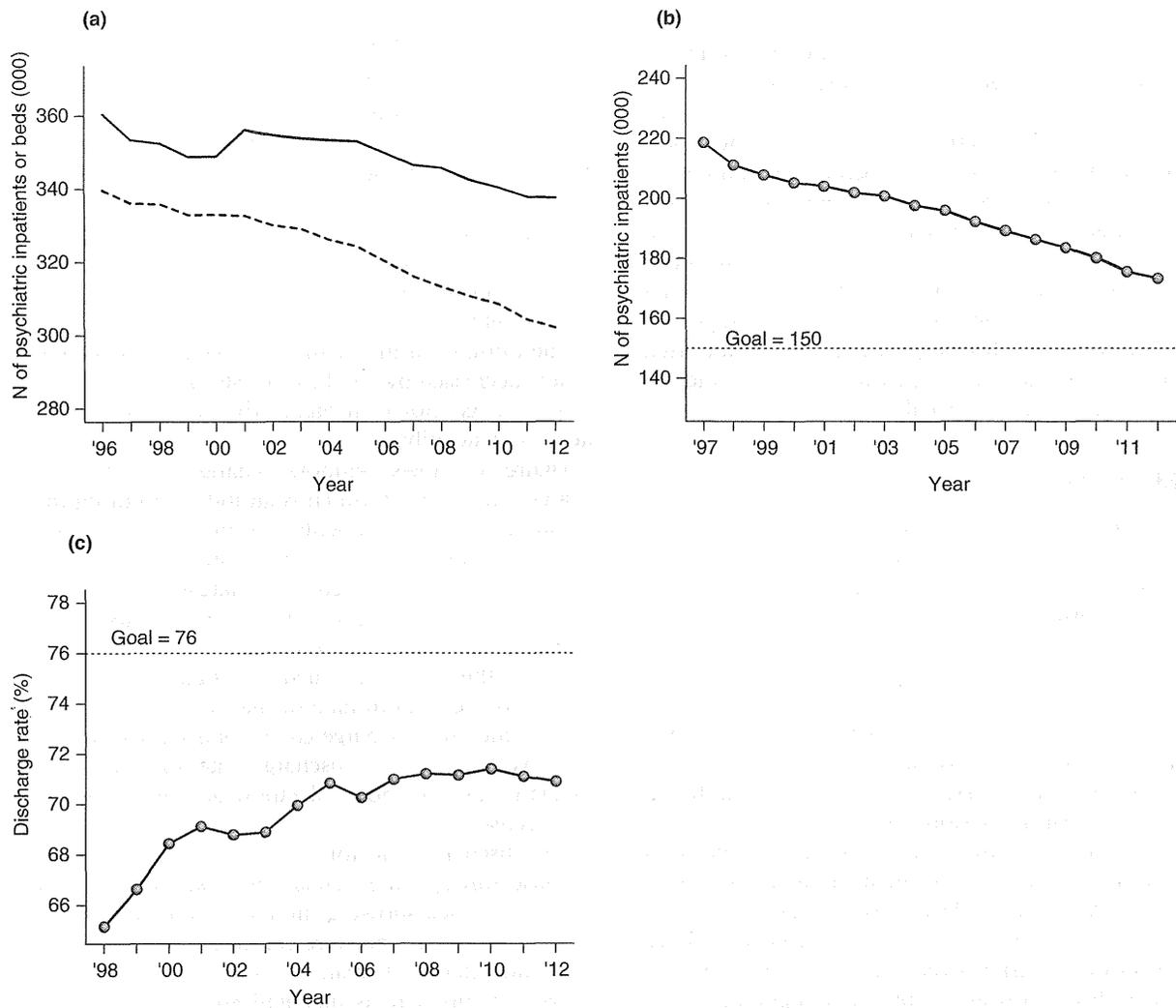
The latest national figures for indices defined in the reform vision were 70.9% for the discharge rate for NAP, 23.3% for the discharge rate for LTP, and 173 417 for the number of inpatients with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (hereinafter, schizophrenia and others). The targets for these indices are  $\geq 76\%$ ,  $\geq 29\%$ , and  $\leq 150\,000$ , respectively.

The number of inpatients with schizophrenia and others decreased by 2673 from 186 373 in the previous year. As shown in Figure 1b, this number had decreased steadily.

Figure 1c shows temporal changes in the discharge rate for NAP, which is an index capturing the dynamic states of patients hospitalized  $\leq 1$  year.<sup>1</sup> Although this index was on the increase until the mid-2000s, it appeared to plateau after that. Figure 2 shows discharge curves for patients newly admitted in 1998 (dashed line) and 2012 (solid line). In the figure, the median length of hospitalization is the *x*-coordinate of the intersection of the dotted line and discharge curve. As is clear from the improvement in the discharge rate for NAP, the median length of hospitalization of new inpatients has decreased.

The discharge rate for LTP (Fig. 3a) appeared to increase through the 2000s. The discharge rate for LTP is an index showing the rate of inpatients hospitalized  $\geq 1$  year who were continuously discharged from hospital in 1 year.<sup>1</sup> It is presumed that the longer an inpatient is hospitalized, the more difficult it gets for him or her to be discharged from the hospital. Figure 3b boxplots show distributions of the discharge rate for LTP in all prefectures for each hospitalization period. We observed clear differences between the rates of inpatient groups hospitalized  $\geq 1$  year but  $< 5$  years and those hospitalized  $\geq 5$  years. In the former group, three-quarters of all prefectures had already achieved the national target of  $\geq 29\%$  for this index, whereas in the latter group, except for outliers, no prefecture achieved this level.

The number of inpatients with organic, including symptomatic, mental disorders (hereinafter, dementia and others) increased from 63 444 in 2008 to 68 183 in 2012. Although considered necessary, no target level has been specified for this inpatient group.



**Figure 1.** (a) Number of (—) psychiatric inpatients and (---) psychiatric inpatient beds. (b) Number of psychiatric inpatients with schizophrenia. (c) Temporal trend of discharge rate for newly admitted patients.

**Progress toward attainment of national targets by each prefecture**

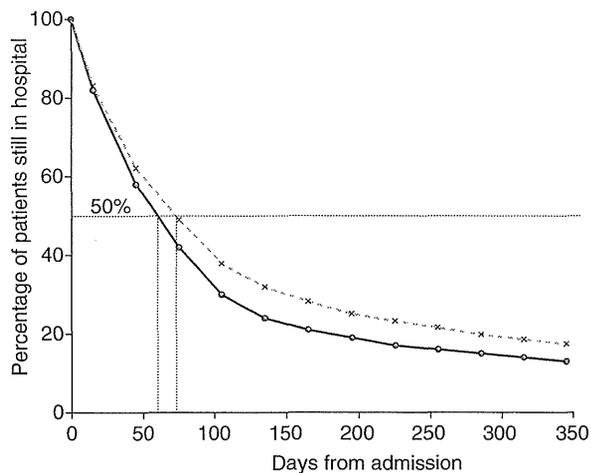
Figure 4 graphically shows geographical distributions of the numbers of psychiatric beds and inpatients per 100 000 population. We classified these numbers for every prefecture in 2012 into six or seven groups of uniform width, and then placed them on a map of Japan (darker shading indicates higher numbers).

Figure 4a shows the number of psychiatric beds per 100 000 population. As has been observed in the past, the regional numbers of psychiatric beds per

100 000 population tended to concentrate on the periphery of Japan, especially Kyushu Island and the pacific coast of Shikoku Island.

Figure 4b and 4c show results for dementia and others and schizophrenia and others, respectively. As in Figure 4a, regional numbers of inpatients per 100 000 population for both dementia and others and schizophrenia and others tended to concentrate on the periphery of Japan, especially Kyushu Island and the pacific coast of Shikoku Island.

Next we analyzed trends in the regional numbers of inpatients per 100 000 population from 1997 to



**Figure 2.** Discharge curve for patients newly admitted in 1998 (dashed line) and 2012 (solid line). The median length of hospitalization is the x-coordinate of the intersection of the dotted line and discharge curve.

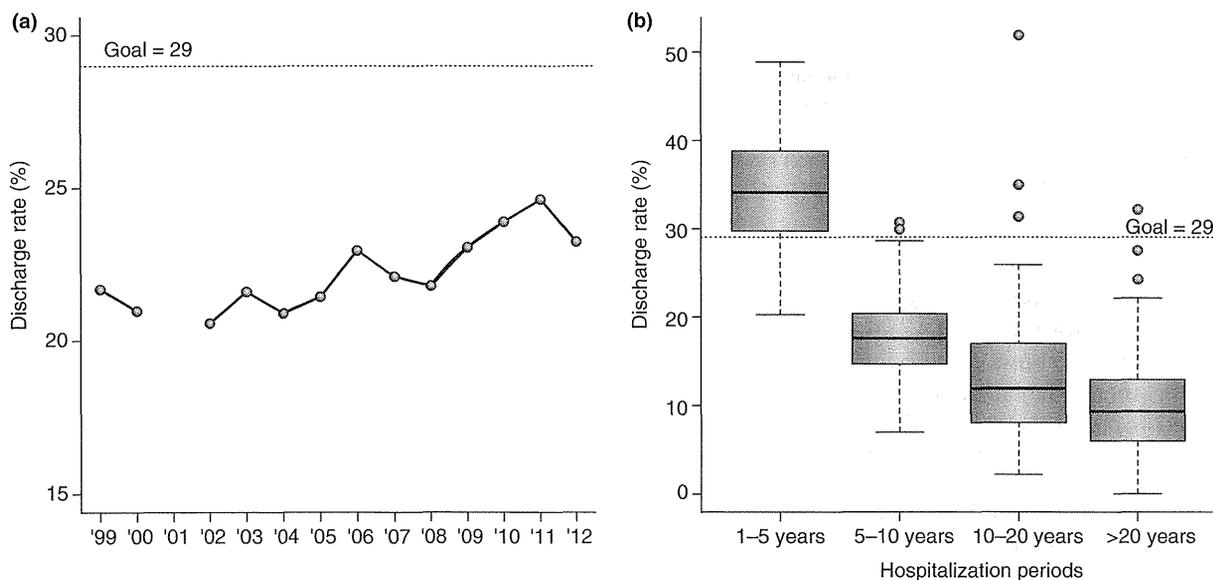
2009. As shown in Figure 5, the regional numbers of inpatients with dementia and others per 100 000 population could be divided into two groups: a group with an obvious upward trend and a much smaller group with almost no observable changes (no

group was found showing any sign of decrease). In fact, index values of some prefectures in the group with an upward trend had increased two- to threefold in this period.

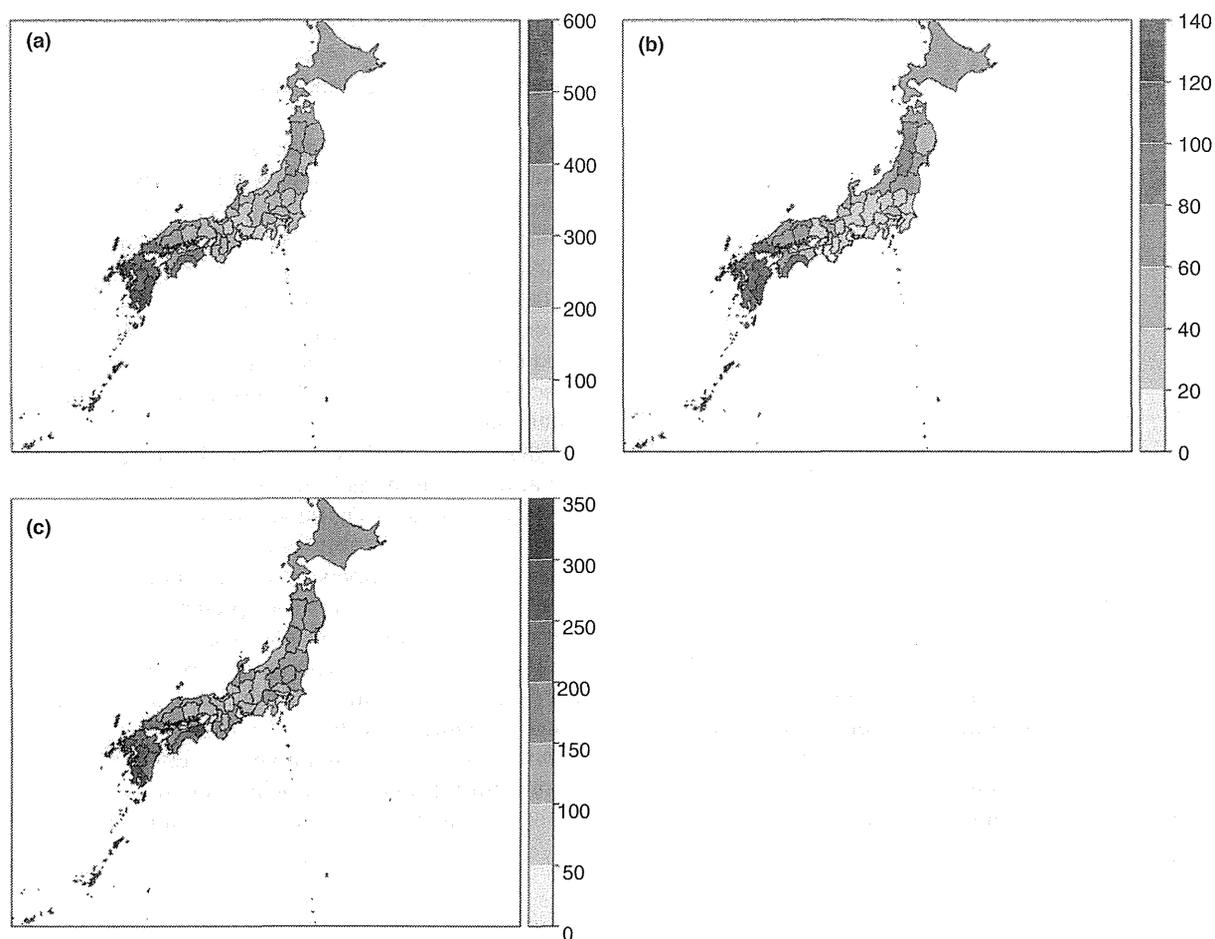
Regional numbers of inpatients with schizophrenia and others per 100 000 population were on the decrease in almost every prefecture (Fig. 6). The dashed line in Figure 6 represents the value of 118, which was calculated by dividing the target level of 150 000 inpatients by the estimated total 2014 population. One-quarter of all prefectures had already achieved this level, although five of the 47 prefectures were still at a level two- to threefold higher than this.

Figure 7 presents levels for the discharge rate for NAP and the discharge rate for LTP, respectively, in the same manner as Figure 4. No notable trends are evident in either distribution, which means that, as opposed to the numbers of inpatients per 100 000 population, high- or low-level prefectures were not concentrated in any particular area.

Table 2 shows the discharge rate for NAP and discharge rate for LTP in 2012 by each prefecture. As shown in Figure 7, both rates varied from prefecture to prefecture. For the discharge rate for NAP, two of 47 prefectures (Fukui and Kochi) had already accomplished the targets set in the reform vision and six of



**Figure 3.** (a) Temporal trend of discharge rate for long-term patients. (b) Discharge-rate distributions of all prefectures for long-term patients by period of hospitalization.



**Figure 4.** Geographical distributions of the numbers of psychiatric beds and inpatients per 100 000 population. We classified these numbers for every prefecture in 2012 into six or seven groups of uniform width, and then placed them on a map of Japan (darker shading indicates higher numbers). (a) Number of psychiatric inpatient beds per 100 000 population. (b) Number of psychiatric inpatients with dementia and others per 100 000 population. (c) Number of psychiatric inpatients with schizophrenia and others per 100 000 population.

47 prefectures (Akita, Yamagata, Fukui, Nagano, Kyoto, and Hiroshima) did so for the discharge rate for LTP. Table 2 shows these values in bold. No prefecture other than Fukui had already achieved the targets for both the NAP and LTP discharge rates.

Table 3 shows the median length of hospitalization of newly admitted patients and the percentages of patients who were not discharged within 1 year by prefecture. These indices are highly correlated. Median length of hospitalization varied widely by prefecture from 37.3 days in Fukui to 79.5 days in Kagoshima. The percentage of patients who were not

discharged within 1 year also varied from 8% in Fukui to 20% in Fukushima and Oita.

## CONCLUSIONS

One of the goals of the reform vision is to resolve long-term admission problems resulting from so-called 'social admissions'. On this point, an increase from 65.2% in 1999 to 70.9% in 2012 in the discharge rate for NAP indicates that some progress was made in preventing newly admitted patients from becoming new long-stay patients. Therefore,

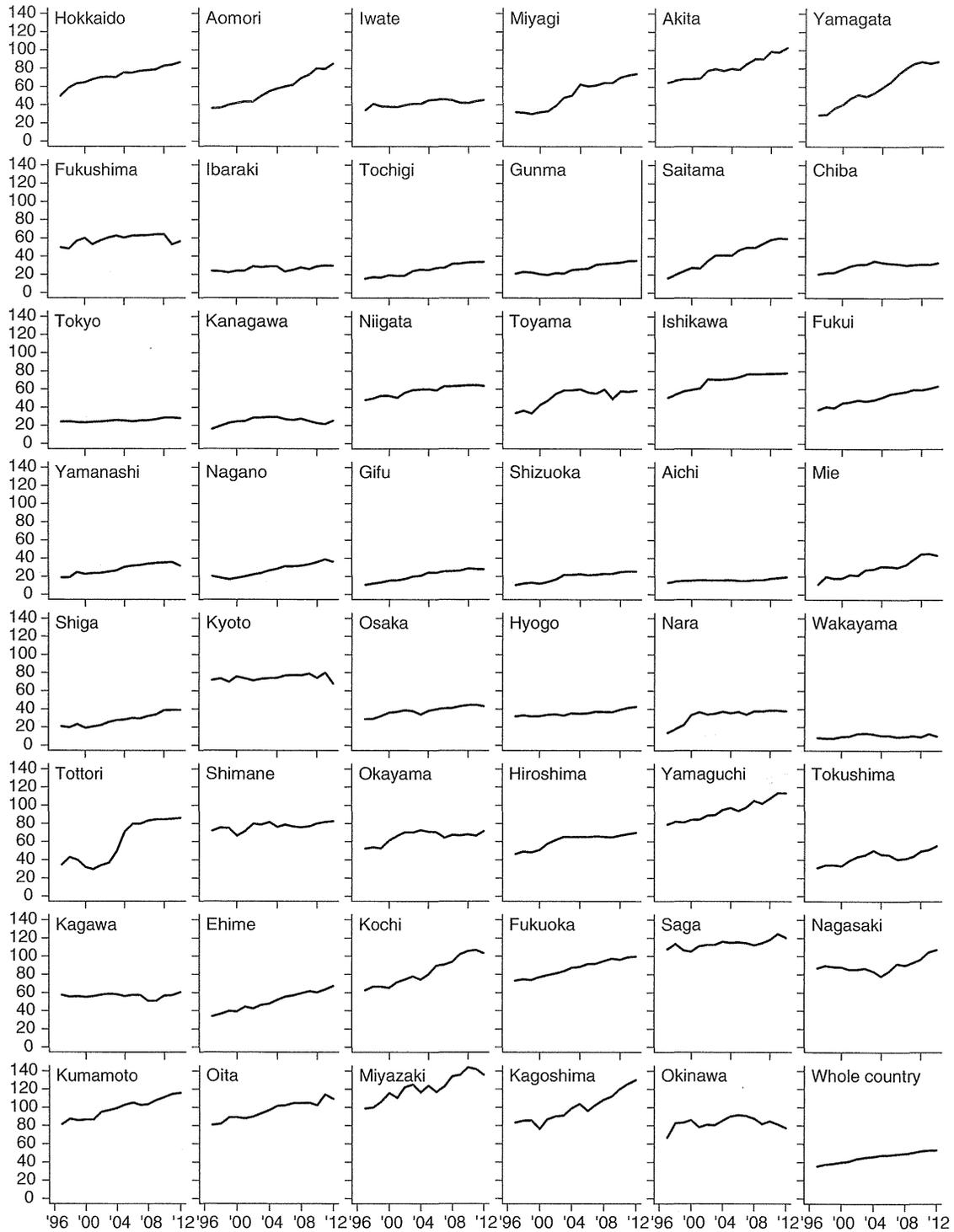
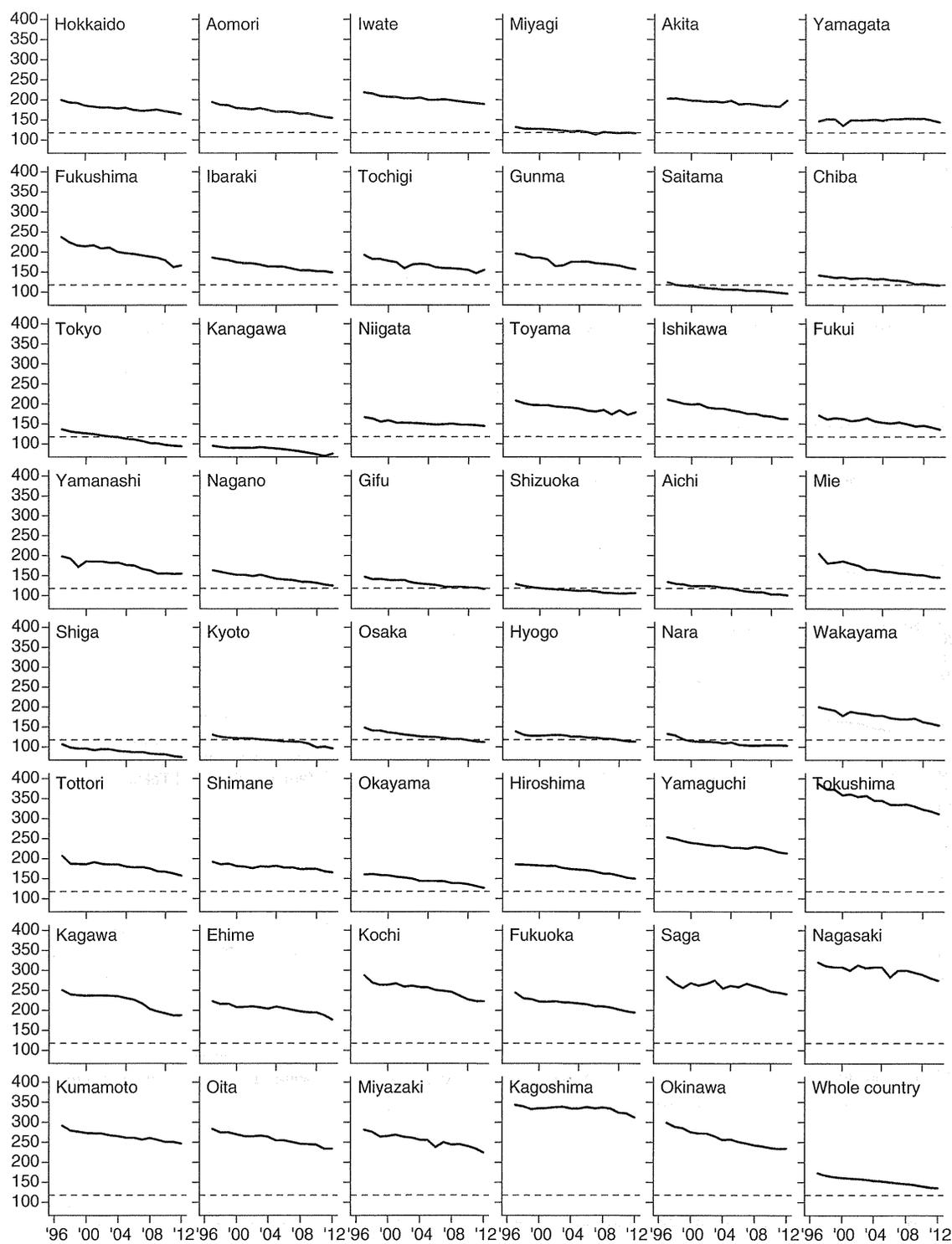
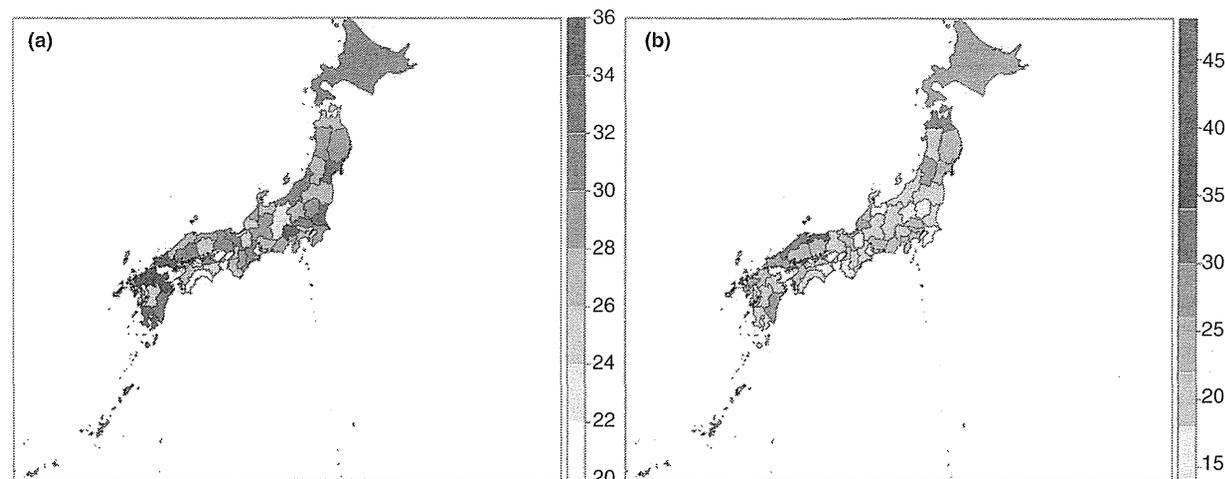


Figure 5. Temporal trends in the number of psychiatric inpatients with dementia and others per 100 000 population by prefecture.



**Figure 6.** Temporal trends in the number of psychiatric inpatients with schizophrenia and others per 100 000 population by prefecture. The dashed line represents the value of 118, which was calculated by dividing the target level of 150 000 inpatients by the estimated total 2014 population.



**Figure 7.** Geographical distributions of discharge rates for (a) newly admitted patients and (b) long-term patients. We classified these numbers for every prefecture in 2012 into six or seven groups of uniform width, and then placed them on a map of Japan (darker shading indicates higher numbers).

mental health reform has advanced to some degree, although not enough to achieve the numerical targets, and progress appears to have reached a plateau in recent years.

Regarding the discharge of long-term admissions to local communities, certain progress was made in the discharge rate in LTP, which increased from 21.7% in 1999 to 23.3% in 2012. However, some problems still remain to be solved in order to achieve the goal. As for meeting the goal concerning numbers of schizophrenia inpatients, we must hasten their reduction in their number. Considering that one-quarter of all prefectures have already met the required numerical goals, a key element will be how to proceed with mental health reform in prefectures that still lag behind. We must also monitor those regions that are experiencing soaring numbers of inpatients with dementia and others.

As the discharge rate for NAP and the discharge rate for LTP in foreign countries are not available, it is difficult to compare current Japanese conditions of discharge from psychiatric beds to those of foreign countries. According to the OECD Health Statistics, during the early 2010s, 'hospital average length of stay' for mental and behavioral disorders in developed North American and European countries varied from about 5 days (in France and the USA) to 40 days (in the UK).<sup>5</sup> The Japanese figures are not available from the OECD Health Statistics.

However, our data show that median length of hospitalization among newly admitted patients in psychiatric beds decreased from 74.6 days in 1998 to 61.5 days in 2012 in Japan. This suggests that Japan is reaching standards of developed North American and European countries, though it is highly important to pay extra attention to compare these figures among countries for two reasons. The first is that definition and coverage of population vary among them (e.g. in France, psychiatric hospitals, rehabilitation hospitals, long-term care hospitals, nursing facilities and army hospitals are excluded).<sup>6</sup> The second reason is that the Japanese figure is not average length of stay among discharged patients but median length of hospitalization among newly admitted patients.

### LIMITATION OF THE STUDY

Finally, we should note a limitation of this study describing the latest national and prefectural figures of indices defined in the reform vision. These indices are used as proxy end-points of the mental health and welfare reform. Therefore, we should also investigate actual outcomes of the reform, such as the quality of life of people with mental illness and the satisfaction of psychiatric service users, to evaluate the true impact of the reform vision.

**Table 2.** Discharge rate for newly admitted patients and for long-term patients in 2012 by prefectures

Prefecture	Discharge rate (%)	
	Newly admitted patients	Long-term patients
Hokkaido	69.8	28.5
Aomori	72.0	29.0
Iwate	72.2	18.5
Miyagi	65.6	23.5
Akita	72.0	29.6
Yamagata	72.6	35.9
Fukushima	64.2	16.8
Ibaraki	71.7	18.0
Tochigi	66.4	19.8
Gunma	70.0	18.1
Saitama	68.7	28.3
Chiba	71.2	17.0
Tokyo	73.7	26.7
Kanagawa	71.3	25.1
Niigata	69.1	17.7
Toyama	71.5	21.2
Ishikawa	69.1	26.1
Fukui	78.5	30.4
Yamanashi	70.6	27.6
Nagano	74.2	29.5
Gifu	72.3	19.5
Shizuoka	71.6	19.4
Aichi	73.7	21.3
Mie	70.5	24.7
Shiga	72.4	17.8
Kyoto	71.5	29.6
Osaka	74.5	18.5
Hyogo	68.6	24.8
Nara	69.1	20.9
Wakayama	70.7	16.0
Tottori	69.8	28.1
Shimane	72.6	27.8
Okayama	75.7	25.9
Hiroshima	71.3	30.6
Yamaguchi	65.4	25.4
Tokushima	68.6	14.6
Kagawa	69.6	17.5
Ehime	70.0	22.5
Kochi	77.4	17.5
Fukuoka	68.2	24.6
Saga	63.9	25.9
Nagasaki	70.3	21.9
Kumamoto	72.5	18.4
Oita	65.2	22.1
Miyazaki	68.6	23.3
Kagoshima	65.0	20.4
Okinawa	71.7	24.4
Whole country	70.9	23.3

Bold indicates two (Fukui and Kochi) and six (Akita, Yamagata, Fukui, Nagano, Kyoto, and Hiroshima) prefectures that accomplished the reform vision target discharge rates for newly admitted patients and long-term patients, respectively.

**Table 3.** Median length of stay of newly admitted patients and percentage of patients who were not discharged within 1 year by prefecture in 2012

Prefecture	Median length of hospitalization (days)	Percentage of patients who were not discharged within 1 year
1 Fukui	37.3	8%
2 Kochi	39.3	9%
3 Nagano	50.1	11%
4 Okayama	51.5	10%
5 Toyama	51.8	15%
6 Hiroshima	52.6	15%
7 Osaka	53.8	10%
8 Tokyo	54.3	10%
9 Aichi	55.7	10%
10 Kumamoto	56.3	12%
11 Yamanashi	57.1	12%
12 Iwate	57.6	11%
13 Gifu	57.6	13%
14 Shimane	58.1	12%
15 Hokkaido	58.4	15%
16 Kyoto	58.4	12%
17 Wakayama	59.1	15%
18 Aomori	59.6	12%
19 Mie	59.6	13%
20 Kagawa	59.6	16%
21 Okinawa	59.8	13%
22 Miyazaki	60.5	17%
23 Shiga	60.7	12%
24 Yamagata	61.5	10%
25 Ibaraki	61.5	12%
26 Kanagawa	61.5	11%
27 Chiba	62.5	13%
28 Nagasaki	62.5	13%
29 Akita	63.2	10%
30 Gunma	64.6	12%
31 Ehime	64.6	13%
32 Tokushima	64.9	16%
33 Tottori	65.1	12%
34 Ishikawa	65.6	15%
35 Shizuoka	66.1	10%
36 Niigata	68.7	13%
37 Tochigi	68.8	17%
38 Fukuoka	70.1	14%
39 Fukushima	70.4	20%
40 Hyogo	70.5	13%
41 Oita	70.8	20%
42 Yamaguchi	74.9	18%
43 Saitama	75.2	11%
44 Miyagi	77.0	17%
45 Nara	78.3	14%
46 Saga	79.3	18%
47 Kagoshima	79.5	17%
- Whole country	61.5	13%

## ACKNOWLEDGMENT

This work was supported by Health and Labour Science Research Grants (H24-Seishin-Ippan-008, H21-Kokoro-Ippan-009, and H18-Kokoro-Ippan-007). The authors do not have any conflicts of interest to declare.

## REFERENCES

1. Headquarters for Mental Health and Welfare of the Ministry of Health, Labour and Welfare. 2004, September. *Seishin hoken iryou fukushi no kaikaku bizyon* [Visions in reform of mental health and medical welfare]. [Cited 5 May 2012.] Available from URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (in Japanese).
2. Sessions organized by the Social Welfare and War Victims' Relief Bureau of the Ministry of Health, Labour, and Welfare. 2009, September. *Seishin hoken iryou fukushi no saranaru kaikaku ni mukete* [Investigative commission on the approach to future mental health and medical welfare systems]. [Cited 5 May 2012.] Available from URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> (in Japanese).
3. Mental Health and Disability Health Division of the Ministry of Health, Labour and Welfare, and National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and

Psychiatry, Japan. *Seishin hoken fukushi siryou* [Result of Nationwide Exhaustive Survey of Medical and Welfare Facilities for Persons with Mental Disability]. Mental Health and Disability Health Division of the Ministry of Health, Labour and Welfare, and National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Japan, Tokyo, 1996–2012 (in Japanese).

4. R Core Team. 2014. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Available from URL: <http://www.R-project.org/>.
5. OECD. 2014. OECD Health Statistics. [Cited 1 February 2015.] Available from URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
6. OECD. 2014. OECD Health Statistics 2014 Definitions, Sources and Methods. [Cited 1 February 2015] Available from URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2014.pdf>.

## SUPPORTING INFORMATION

Additional Supporting Information may be found in the online version of this article at the publisher's web-site:

**Appendix S1** Definitions of discharge rate for newly admitted patients and that for long-term patients.

【特集 出口を見据えた精神医療—何処をめざし如何に診るか—】

## 21世紀の精神医療の変化：さまざまなデータから

Changes in psychiatric care in the 21st century—perspectives from statistical data

山之内芳雄<sup>1)</sup>

Yoshio Yamanouchi

### はじめに

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。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、昭和62(1987)年に精神障害者の社会復帰の促進をうたった精神保健法が制定され、その後も障害者基本法(平成5(1993)年)の制定、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)への改正(平成7(1995)年)、障害者自立支援法(平成17(2005)年)の成立等を経て、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(1994)年をピークに<sup>1)</sup>以降漸減傾向にあり、平成23(2011)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(1989)年には496日だったものが以降減少を辿り、平成26(2014)年には281日となった<sup>2)</sup>。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、それは政策が進めてきた地域移行の成果なのか、について主に21世紀を挟んだ様々なデータをもとに考え、今後の出口を探してみたい。

### 精神医療をめぐる環境の変化

医療現場で聞かれる、あるいは筆者が臨床で感じる、近年の精神医療の環境の変化として、①入院が短期化した ②統合失調症の患者が目立たなくなっ

た ③認知症が増え、認知症は入院が長期化しやすいなどが挙げられよう。

#### ①入院の短期化

入院の短期化については、先に平均在院日数の増減について述べたが、一方で精神科病院の長期入院患者が大幅に減ったようには感じられないとも聞かれる。図2に示した病院報告から算定した平均在院日数は、わが国独自の計算方法であり、期間内の入退院者が増えると短くなる。病院報告での平均在院日数の低下は、入退院数の増加を反映するが、長期在院者の動向は反映しないため、注意が必要である。一方で、患者調査でも平均在院日数が計算されているが、これは期間内に退院した人の実在院日数の平均である。長期在院が多い精神病床で、さらに病院ごと病棟ごとで計算しようとするるとどちらの方法もばらつきや算定不能になることが多い。

そこで実態について、精神病床入院患者の在院期間の分布を平成8(1996)年と平成23(2011)年の患者調査を用いて対比した。両年の9月30日時点での精神病床在院患者が、入院して何日目かを示したものである。患者調査は抽出調査であるが、約3分の1が調査客体となっており、各人に調整係数を乗ずることで推計人数が示される。図3に1年未満の在院者の分布を示したが<sup>3)</sup>、平成8(1996)年と比べて平成23(2011)年はすべての期間で上回っており、特に3か月までの入院短期間の患者が増えていることがわかる。次に図4に、1年以上の在院者の分布を示した<sup>4)</sup>。1年未満とは逆に8年の方が40年までの期間の患者数が多くなっている。一方で、41年より長く入院している患者は23年でわずかではあるが増えている。

このように、長期入院者は若干ながら減っているものの、それ以上に1年未満特に3か月以内の入院が増えている。このため短期間の入院患者が占める

1) 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

Department of Mental Health Policy and Evaluation,  
National Institute of Mental Health, National Center of  
Neurology and Psychiatry

割合が増え、入院の短期化を感じられるようになったと思われる。図5は、両年の患者調査において、退院者が何日目に退院したかを半年まで示したものである<sup>5)</sup>。23年で90日目の退院が最も多くなっており、90日までと91日以降の両者の差の様子が異なることがわかる。この差異および90日目のスパイクを考える際、診療報酬制度が影響していると考えられる。入院料は在院日数が多くなるほど逓減されていく仕組みであるが、さらに精神病床の診療報酬の中で特定の施設基準を届け出のために病棟の平均在院日数の上限が定められている入院料がある。例えば、特定入院料である精神科急性期治療病棟入院料やスーパー救急と呼ばれる精神科救急病棟入院料は、入院後3か月までしか算定できなかつたり、精神科基本入院料において看護基準10対1を届け出するためには平均在院日数が40日以内である必要がある。このような要件はすべて3か月以内の入院を促進するものと考えられるが、一方で短期間の入院退院を繰り返す新たな課題も生じてきている。

## ②統合失調症が目立たなくなった

近年統合失調症が目立たなくなったというのは、医療機関の性質や入院と外来では異なる感覚を持つかもしれない。図6と図7は平成8(1996)年から平成23(2011)年までの患者調査における入院と外来の疾患別の推計患者数の変化を示したものである<sup>6,7)</sup>。入院患者は、32～35万人の間で推移しており、平成17(2005)年以降は微減傾向にある。入院患者の過半数は統合失調症圏の患者であり、認知症患者も平成17(2005)年までは増加したが、その後の増加は見られない。一方外来患者は、この15年間で1.7倍増加している。増加の多くは、うつ病などの気分障害と、アルツハイマー病などの認知症である。気分障害は40万人あまりから100万人程度に2倍以上増加、認知症は10万人に満たなかったものが、4倍に増加している。一方、入院患者で過半数を占めていた統合失調症は、外来では50万人程度で推移しており、患者数は一定であるが、気分障害や認知症の伸びの影響で、近年相対的に割合が減ってきている。このように、外来では気分障害の大幅な増加、入院においても認知症などの増加により、相対的には統合失調症患者の占める割合が減っている。

では、いわゆる統合失調症の好発年齢といわれる20から40歳代における入院率はどうなっただろうか。

図8は、平成8(1996)年と平成23(2011)年の患者調査における統合失調症の年齢階級ごとの人口10万人当たりの入院率を示したものである<sup>8)</sup>。注意したいのは、患者調査の時点での入院者の比率であるため、先の入院の短期化が影響しており、入院経験者数自体の変化はわからないが、この15年間に各年代で半分以下になっている。薬物療法の進歩、外来患者全体の増加にもあるよう受診アクセスが容易になったことなど、さまざまな要因が考えられるが、若者が統合失調症により長期入院を余儀なくされる時代ではなくなりつつあることを示すものと思われる。

## ③認知症の増加と退院のし難さ

先に図6と7において、認知症患者が特に外来で増加していることを述べた。図9は、平成8(1996)年と平成23(2011)年の患者調査における認知症の63歳から89歳までの年齢階級ごとの推定入院者数の変化である<sup>9)</sup>。各年齢層において2倍近くの増加を示している。これは、老年人口の増加によるところが大きく、図10は人口10万人当たりの入院率を示したが、これによるとほとんど変化がないことがわかる<sup>10)</sup>。日本の年齢構成はこの15年で大きく変化しており、今後も高齢化と人口減少を加味した考察が必要とされよう。

では、認知症は入院すると退院先の確保が困難であり入院が長期化するという点ではどうだろうか。図11は、平成23(2011)年患者調査における退院者の在院期間ごとの分布を認知症・統合失調症・気分障害と比較したものである<sup>11)</sup>。比較のため、各疾患の全退院者に占める各期間の割合を示した。認知症は3か月までの退院割合は少なく、3か月を超える割合が多いことがわかる。診療報酬において、認知症治療病棟の要件に入院6か月を超えたものについて退院計画を作成するというものもあり、3～6か月の退院者割合が多いことはその影響も考えられるが、認知症で精神病床に入院する患者の特性等を考えるとやむを得ないことかもしれない。

## 長期入院患者の転帰の変化

このように、21世紀のわが国の精神医療をとりまく環境は変化したと思われる。入院の3か月を目途とした短期化、うつ病など気分障害や認知症患者数の大幅な増加、統合失調症時点入院率の半減、認知

症入院率は変化がないものの人口構成の変化による増加と在院期間の長さ、について述べてきたが、これらは入院生活から地域生活への変化をもたらしたのだろうか。さて地域移行の「イメージ」として、長期入院者のそれが浮かぶ人が多いと思われる。図4で、在院期間1年以上から40年までの者はこの15年で減少していることを示したが、これら長期在院者はどのような退院をしていったのかを見てみたい。

図12は入院期間が1～5年の退院者の転帰の年次推移<sup>12)</sup>、図13はその5年を超える入院者のものである<sup>13)</sup>。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、いわゆる630調査で毎年6月の精神病床退院者全員の転帰を調べたものである。これによると、家庭復帰を果たす者は減少傾向にあり、その分社会復帰施設や老人施設に行っているわけではなく、入院1～5年では転院、5年を超えるものでは死亡が増えているのがわかる。長期在院者は退院して地域移行するようになったとは言い難く、むしろ長期化による高齢化に伴い合併する身体疾患への対応などが求められるものと言える。また、長期入院者の退院数は短期入院者のそれと比べると圧倒的に少ない。例えば、平成24(2012)年の630調査における退院者数は、入院5年以上が1,275名に対し入院3か月未満は2万人以上である。長期在院者の地域移行の取り組みは、統計になるととても少数なため成果がほとんど見えなくなる。しかし、このように経年変化にしたとき、自宅や社会復帰施設への退院が一定のトレンドのもと減少傾向にあり転院が増えている事実は、今後の地域移行への取り組みを考える機会になるのではないかと考える。

### 今後の精神保健医療福祉の改革を考える

厚生労働省は昭和62(1987)年の精神保健法制定から「入院処遇から地域生活への転換」を掲げ、その流れは平成16(2004)年の「今後の精神保健福祉施策について」、平成21(2009)年の「精神保健福祉の更なる改革に向けて」、そして平成25(2013)年の精神保健福祉法改正と「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ための指針」に受け継がれてきた。その間、精神医療をめぐる環境は大きく変化したと考える。そしてそれは従来の転換の流れに、高齢化の要素が大きく加わってきていると思われる。一般医療では、高齢化と人

口減少時代を考慮した、介護との一体化、地域医療構想の策定などが進められている。精神医療においても、同じ時代の変化は訪れる。今までの変化を理解し受け止めること、さらなる分析を行うことで、今後の精神保健医療福祉を設計していかねばならないと考える。

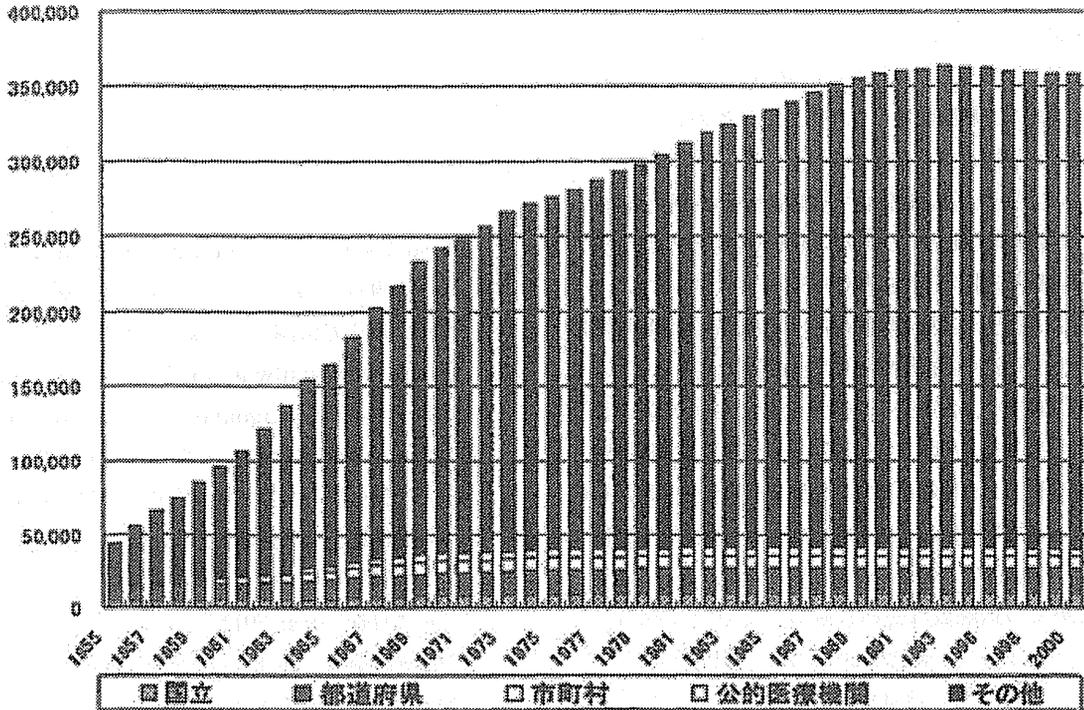
### 文 献

- 1) 日本訪問看護財団：精神障害者の在宅看護セミナー資料 <https://nippon.zaidan.info/seikabutsu/2006/00270/contents/0009.htm>, 2006
- 2) 厚生労働省：第一回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料 [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000108755\\_11.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_11.pdf), 2016
- 3) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011
- 4) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011\*
- 5) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011\*
- 6) 厚生労働省：平成8年，平成11年，平成14年，平成17年，平成20年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，1999，2002，2005，2008，2011
- 7) 厚生労働省：平成8年，平成11年，平成14年，平成17年，平成20年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，1999，2002，2005，2008，2011
- 8) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011\*
- 9) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011\*
- 10) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011\*
- 11) 厚生労働省：平成8年，平成23年患者調査，厚生労働省，1996，2011\*
- 12) 厚生労働省，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：精神保健福祉資料，厚生労働省，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，1999，2002，2005，2008，2012
- 13) 厚生労働省，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：精神保

健福祉資料, 厚生労働省, 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, 1999, 2002, 2005, 2008, 2012

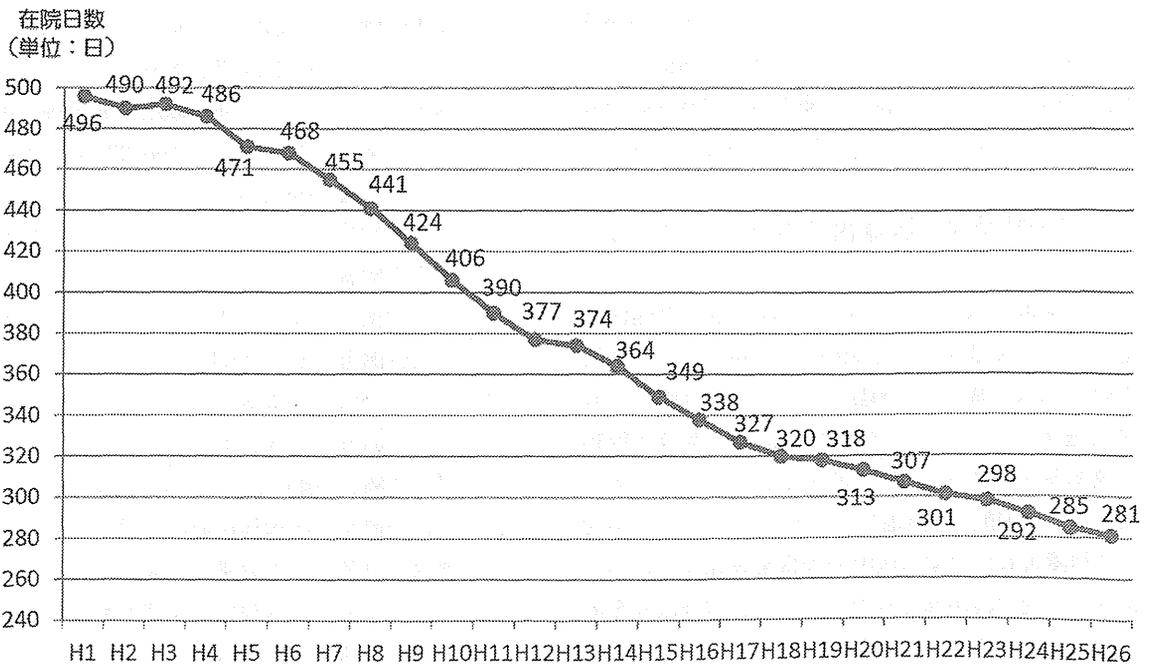
\*: 厚生労働省大臣官房統計情報部より、目的外集計申請して得られた個票データを用いて作成した

図1 精神病床数の長期推移



資料:精神保健福祉機構

図2



※平均在院日数 =  $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

資料: 厚生労働省「病院報告」より  
厚生労働省障害保健福祉部で作成

図3 在院1年未満患者数分布

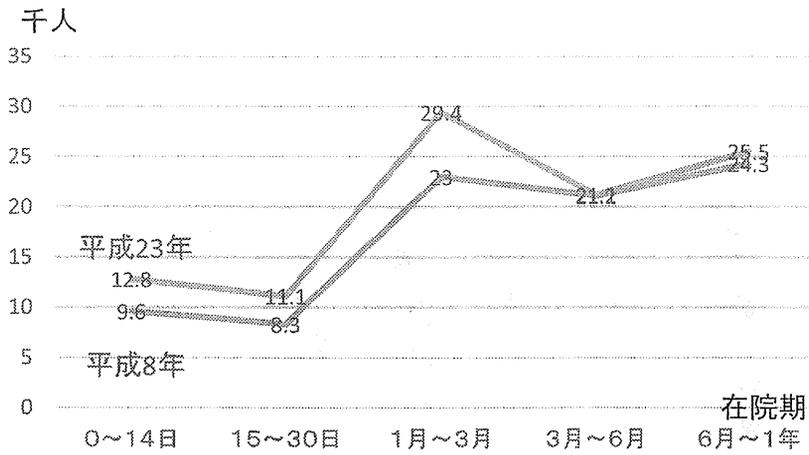


図4 在院1年以上患者の期間分布

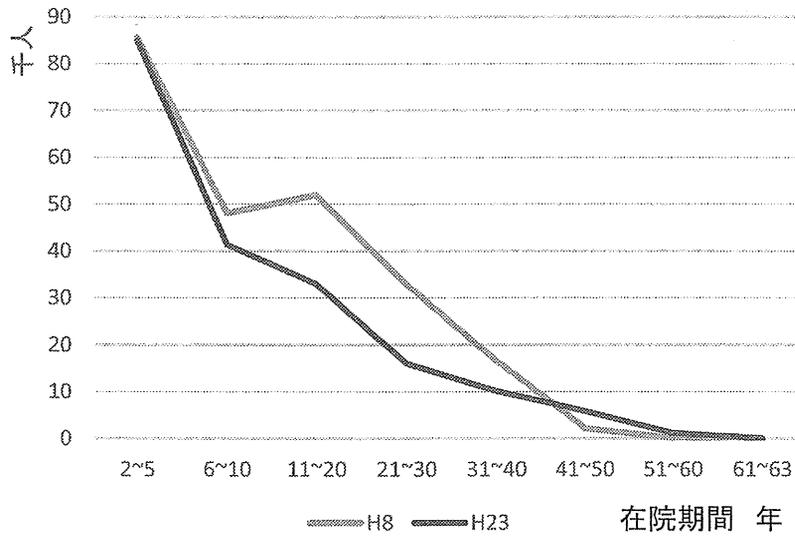


図5 退院者の在院日数分布

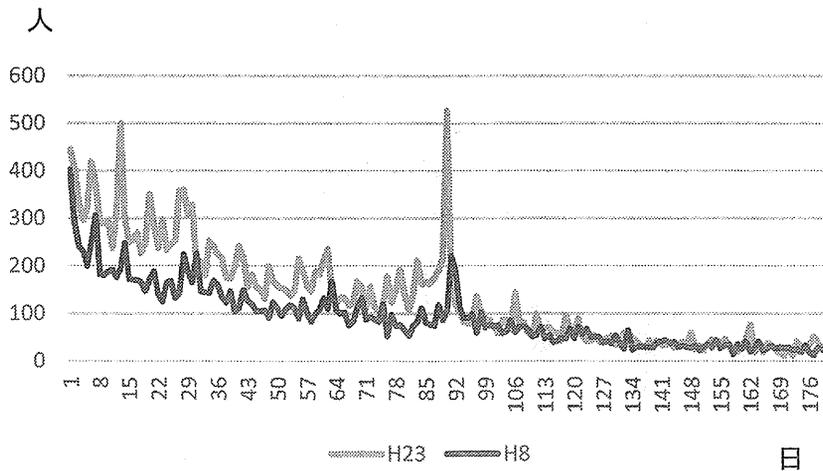


図6 精神疾患入院患者の推移

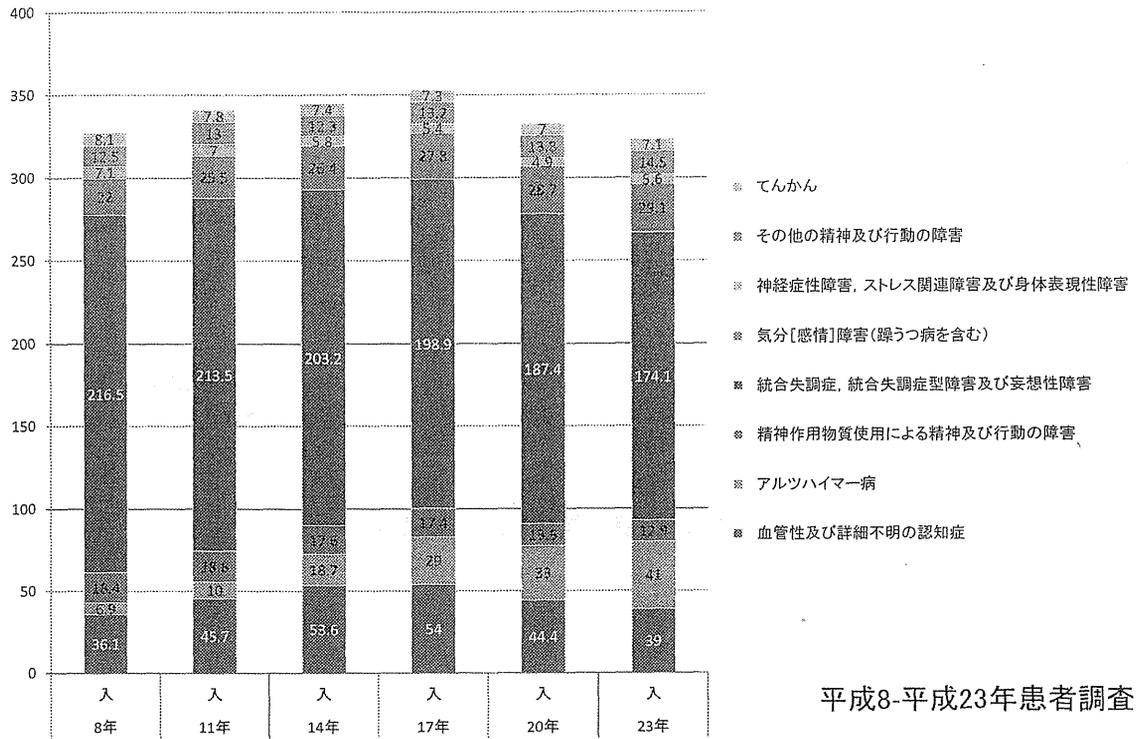


図7 精神疾患外来患者の推移

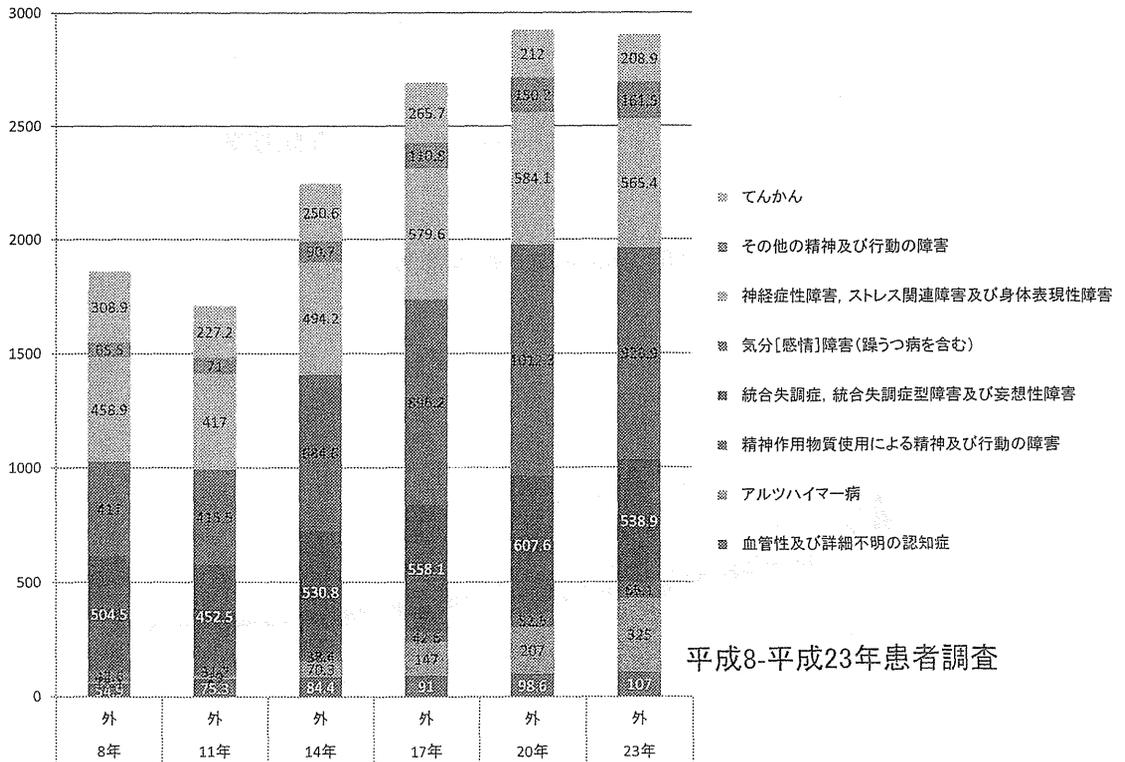


図8 統合失調症圏 (F2x) の年代別入院率

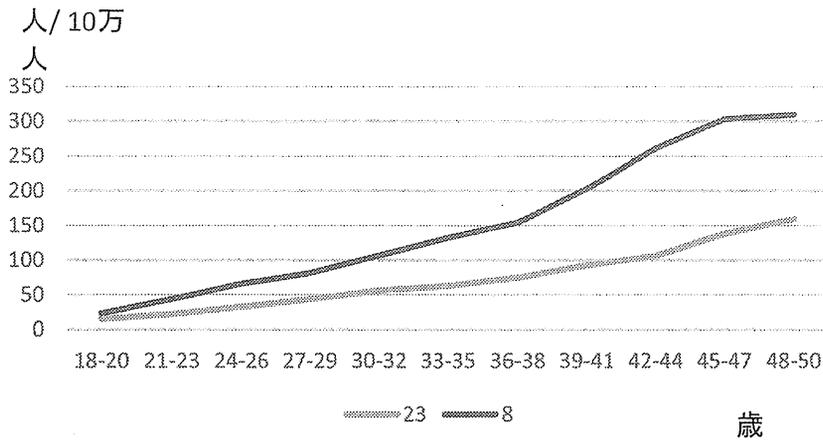


図9 認知症\*の年代別入院者数

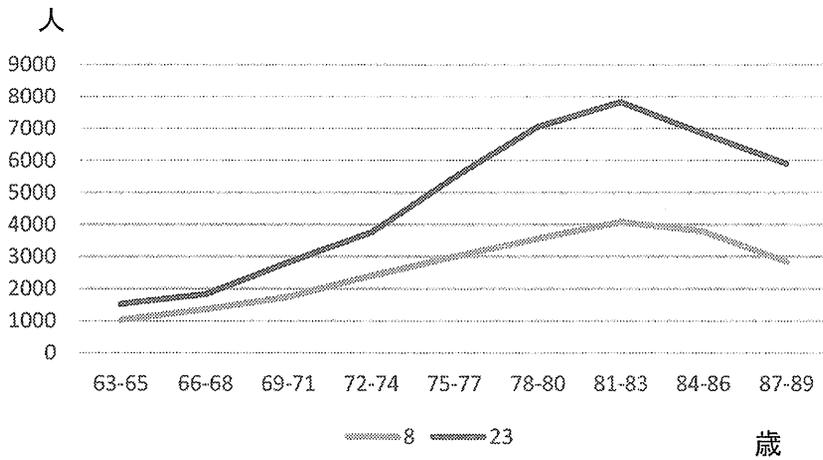
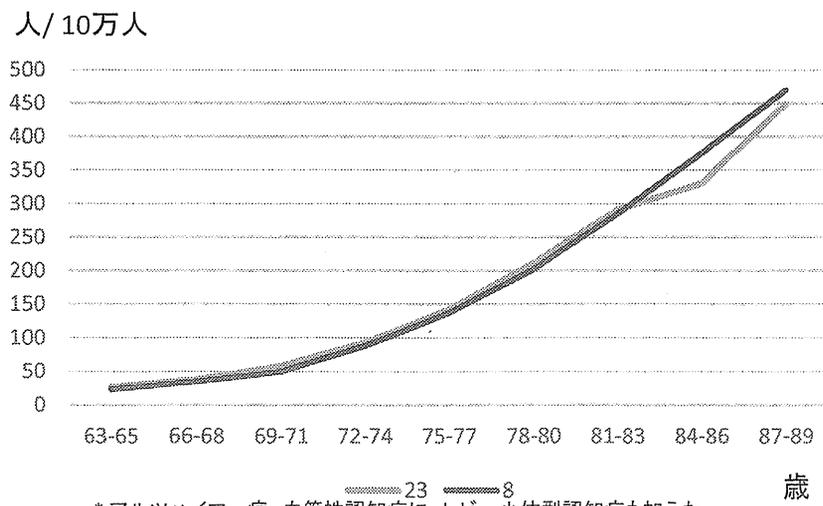


図10 認知症\*の年代別入院率



\* アルツハイマー病、血管性認知症に、レビー小体型認知症も加えた

図11 疾病別退院者期間分布  
平成23年患者調査

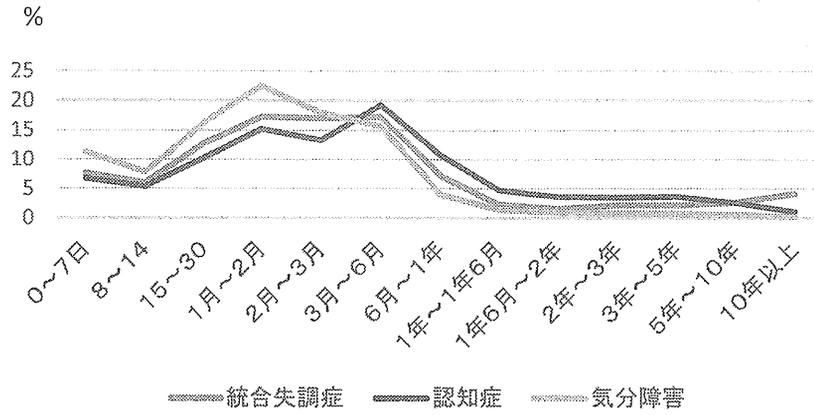


図12 入院1~5年退院者転帰の推移

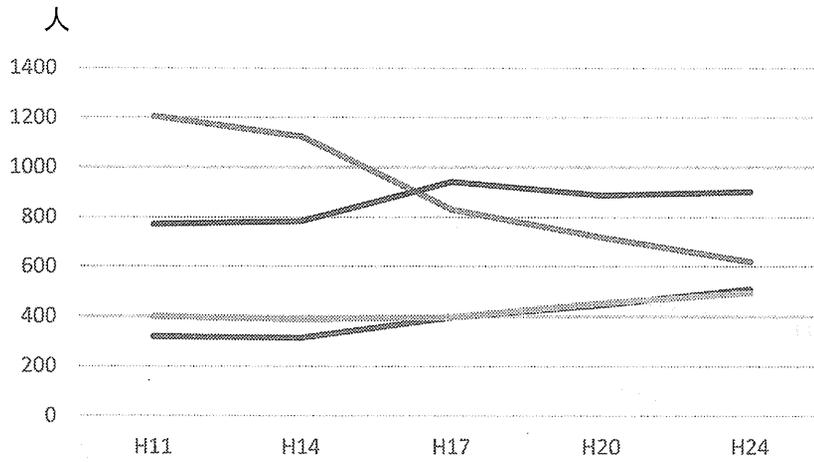
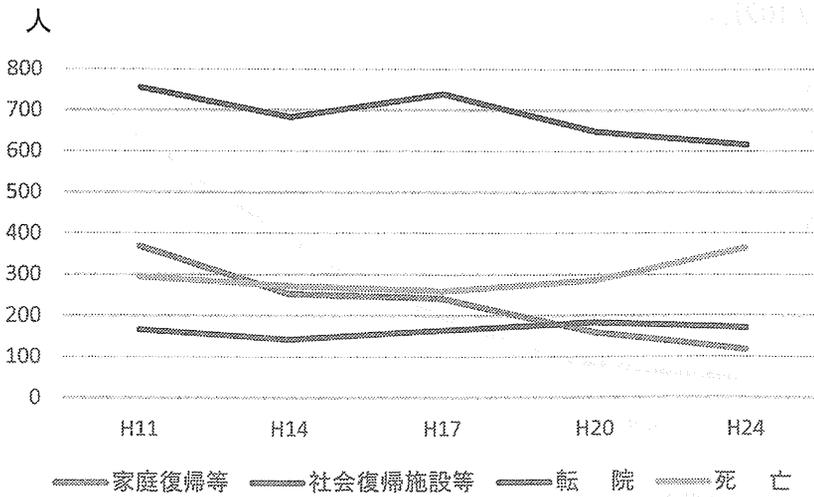


図13 入院5年以上退院者転帰の推移



## ICD-11 と ICHI (医療行為の国際分類) の最新動向

丸田 敏雅\*

抄録：第11回国際疾病分類 (ICD-11) は作業の遅れから2017年に世界保健総会 (WHA) への情報提供、2018年に WHAで採択される予定へと変更となった。本展望では ICD-11 「精神および行動の障害」の最新動向と、時を同じくして WHO が導入を検討している医療行為の国際分類 (ICHI) の最新動向について概説した。ICD-11 β版は27章から構成され、「精神および行動の障害」は第7章となり、「性保健に関する状態」と「睡眠-覚醒障害群」はここから独立して各々第5章および第8章が割り当てられている。また、認知症群は第9章「神経系の疾患群」に分類されているが、これらをどの章に分類するのかが現在検討中の様子である。さらに、ICHI は医療行為を国際的に分類しようという試みであり、日本の精神医療にも大きな影響を及ぼす可能性がある。今後、これら WHO-FIC (WHO-Family of International Classifications) の動向には注意を払っていく必要がある。

臨床精神薬理 18 : 1107-1117, 2015

Key words : ICD-11, ICHI, Diagnostic Criteria

### I. はじめに

当初2014年に世界保健総会 (World Health Assembly : WHA) で採択されるはずの第11回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision : ICD-11) であるが、作業の遅れから現在の予定では2017年に WHAに情報提供され、2018年に WHAで採択される予定に変更されている。ICD-11 は全医学分野で改訂作業が行われており、多くの分野で改訂作業が遅延していることが理由のようである。「精神と行動の障害」の改訂は後述するように、本年秋から来年初め頃より

臨床実施フィールドトライアルが我が国でも行われる予定である。

また、WHO は ICD-11 の導入と時を同じくして、医療行為の国際分類である International Classification of Health Intervention (ICHI) の導入も計画している。

本稿ではこれらの進捗状況について最新の情報から概説したい。

### II. ICD-11 「精神および行動の障害」の作成状況

今回の精神分野の改訂は、「ICD-10 の発刊以降、残念ながらバイオマーカーなど新たな診断の補助となるような知見はなく、疾病負荷の軽減を目指す臨床的有益性に焦点を置いて改訂を目指す」という方針で改訂作業が行われている。

精神分野では ICD-11 は本体の改訂の他、国際疾病分類—腫瘍学第3版 (ICD-O-3) などの派生

The latest development of the ICD-11 and ICHI.

\*聖徳大学保健センター

(〒271-8555 千葉県松戸市岩瀬550)

Toshimasa Maruta : Health Management Center, Seitoku University, 550 Iwasaki, Matsudo, Chiba, 271-8555, Japan.

表1 ICD-11の線形構造(案)

神経発達症群/神経発達障害群	物質使用による障害群
統合失調スペクトラムおよび他の一次 性精神病性障害群	衝動制御症群
気分障害群	秩序破壊的行動および反社会性障害群
不安および恐怖関連障害群	パーソナリティ障害群
強迫症および関連症群/強迫性障害お よび関連障害	ハラフィリア
特にストレスと関連する障害群	作為症/虚偽性障害群
解離性障害群	神経認知障害群
身体苦悩障害	障害やどこにも分類されない疾患に影響 を及ぼす心理的および行動上の要因
食行動障害群および摂食障害群	障害やどこにも分類されない疾患と関連 する精神および行動の障害群
排泄症群	

ICD-11β草案<sup>1)</sup>より

分類がある。それら派生分類の1つである「精神および行動の障害、臨床記述と診断ガイドライン(Clinical Description and Diagnostic Guideline: CDDG)」の改訂作業も行われている。精神分野に限って言えば、CDDGで改訂の骨格が作られ、ICD-11本体へ反映されている。ICD-11本体の線形構造(Linear Structure)と診断ガイドラインについては、ICD-11β版がインターネットで公開されており、直近のものが閲覧できる<sup>2)</sup>。

「精神および行動の障害」の改訂状況であるが、疾患群ごとに14のワーキンググループ(以下WG)があり、そこで診断ガイドラインが作成されている。これらのWGが作成したものを検証するために、WHO臨床実践グローバルネットワーク(Global Clinical Practice Network: GCPN)というネットワークを構築し現在作業が進められている<sup>3)</sup>。このGCPNのフィールドスタディ(以下FS)では、完成版でない診断ガイドラインをそのまま実際の患者様に協力して頂くには負担が大きいという理由から事例を用いて行われている。このGCPNでは、WHOの6大公用語の他、ドイツ語および日本語でも行われている。全世界から10,000名、日本からは日本精神神経学会の会員を中心に約1,000名が登録している。現在まで、特にストレスと関連する障害群、食行動障害および摂食障害群、統合失調症および他の一次性精神病性障害群、強迫症/強迫性障害群のFSが行われ、今後も継続して行われていく。現在までのICD-11改訂への経緯については他の文献をご参照頂き

たい<sup>4)</sup>。

また、実際の患者様に協力して頂くFSは、Ecological Implementation Field Study (EIFS)と命名され、本年の秋頃から日本でも開始される予定である。このEIFSでは、1) 2人の精神科医の評価者間の診断一致度と、2) 診断ガイドラインの臨床的有用性が検討される予定である。

### Ⅲ. ICD-11β版の第7章「精神および行動の障害」

ICD-11β草案は27章から構成されており、「精神および行動の障害」は第7章となっている。最も直近の線形構造を表1に示す。各障害群にどのような項目が包含されているのかを下記に記す。なお、各病名についての訳は日本精神神経学会、精神科病名検討連絡会の訳に掲載されているものはそれに準拠した<sup>5)</sup>。( )内はICD-11β草案でのコード番号である。

#### 神経発達症群/神経発達障害群

##### 1) 知的発達の障害群

知的発達の障害群には、軽度(7A00)、中等度(7A01)、重度(7A02)、最重度(7A03)、暫定(7A04)、他の特定される知的発達の障害群(7A0Y)および知的発達の障害群、特定不能(7A0Z)が挙げられている。

##### 2) 発達の言語および会話障害群

発達の語音症/語音障害(7A10)、音声障害(7A-

11) 発達の流暢症/流暢障害 (7A12), 発達の言語障害 (7A13), 他の特定される発達の言語および会話障害群 (7A1Y), 発達の言語および会話障害群, 特定不能 (7A1Z) が挙げられている。

3) 自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害 (7A20)

5桁目までに13の障害が挙げられている。米国精神医学会の精神疾患の分類と診断の手引き, 第5版 (以下, DSM-5)<sup>2)</sup>と同様, アスペルガー障害は独立した1つのカテゴリーは与えられず自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害に含まれることになった。

4) 発達の学習障害群

読字の障害を伴う発達の学習障害 (7A30), 書字の障害を伴う発達の学習障害 (7A31), 算数の障害を伴う発達の学習障害 (7A32), 他の特定される発達の学習障害群 (7A3Y) および発達の学習障害群, 特定不能 (7A3Z) が挙げられている。

5) 発達の運動協調障害 (7A40)

6) 慢性発達のチック障害 (7A41)

7) 注意欠陥症/障害群

注意欠陥・多動症/障害 (7A42.1), 多動を伴わない注意欠陥症/障害 (7A42.2), 他の特定される注意欠陥症/障害 (7A42.Y), 注意欠陥症/障害, 特定不能 (7A42.Z) が挙げられている。

8) 常同運動症/障害 (7A43)

自傷を伴わない常同運動症/障害 (7A43.1), 自傷を伴う常同運動症/障害 (7A43.2), 常同運動症/障害, 特定不能 (7A43.Z) が挙げられている。

9) 他の特定される神経発達障害群 (7A4Y)

10) 神経発達障害群, 特定不能 (7A4Z)

統合失調症および他の一次性精神病性障害群

統合失調症 (7A50), 統合失調感情障害 (7A51), 統合失調症型障害 (7A52), 急性および一過性精神病性障害 (7A53), 妄想性障害 (7A54), 他の特定される統合失調症および他の一次性精神病性障害群 (7A5Y) および統合失調症および他の一次性精神病性障害群, 特定不能 (7A5Z) が挙げられている。

気分障害群

これらは双極性および関連障害群と抑うつ障害群に二大別され, 前者には双極I型障害 (7A60), 双極II型障害 (7A61), 気分循環性障害 (7A62), 他の特定される双極性および関連障害群 (7A6Y) および双極性および関連障害群, 特定不能 (7A6Z), 後者には単一エピソードうつ病 (7A70), 反復性うつ病 (7A71), 気分変調性障害 (7A72), 混合性抑うつ不安障害 (7A73), 他の特定される抑うつ障害群 (7A7Y) および抑うつ障害群, 特定不能 (7A7Z) が挙げられている。

また, 気分障害群には特定される気分障害 (7A9Y), 気分障害, 特定不能 (7A9Z) も挙げられている。

不安および恐怖関連障害群

全般性不安症/障害 (7B00), パニック症/障害 (7B01), 広場恐怖症 (7B02), 限局性恐怖症 (7A03), 社交不安症/障害 (7B04), 分離不安症/障害 (7B05), 選択性嫉妬 (7B06), 他の特定される不安および恐怖関連障害群 (7B0Y) および不安および恐怖関連障害群, 特定不能 (7B0Z) が挙げられている。

強迫症および関連症群/強迫性障害および関連障害群

強迫症/強迫性障害 (7B10), 醜形恐怖症/身体醜形障害 (7B11), 自己臭恐怖 (7B12), 心気症 (7B13), ためこみ症 (7B14), 身体集中反復行動症/障害 (7B15), 他の特定される強迫症および関連症群/強迫性障害および関連障害群 (7B1Y) および強迫症および関連症群/強迫性障害および関連障害群, 特定不能 (7B1Z) が挙げられている。

特にストレスと関連する障害群

心的外傷後ストレス障害 (7B20), 複雑心的外傷後ストレス障害 (7B21), 遷延性悲嘆障害 (7B22), 適応障害 (7B23), 反応性アタッチメント障害 (7B24), 脱抑制社会エンゲージメント障害 (7B25), 他の特定されるストレスと特に関連する障害群 (7B2Y) およびストレスと特に関連する障害群, 特定不能 (7B2Z) が挙げられている。