

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達成における情報共有と対話促進に関する研究  
(2) 精神病床数と 23 条通報の関連からみた地域精神医療における unmet needs

研究分担者 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）  
研究協力者 小池 純子（自治医科大学看護学部）  
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）  
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）

研究要旨：

【目的】精神保健医療における unmet needs（対処されていないニーズ）を都道府県の人口 10 万対精神病床数と通報件数および措置入院件数との関連から探り，今後の精神医療制度設計に資することを目的とする。

【方法】人口 10 万対精神病床数と精神保健福祉法第 23 条による通報件数，および同条に基づく措置入院件数の関連について，相関分析と散布図を用いて分析した。

【結果および考察】人口 10 万対精神病床数，23 条通報件数，通報後の措置入院数には，都道府県間で相当なばらつきがあることが明らかになった。その一方，相関分析の結果，都道府県別の人口 10 万対病床数と 23 条通報件数( $r = -.131, P = .376$ )，通報後の措置入院件数( $r = -.098, P = .509$ )それぞれに有意な相関はなかった。また，人口 10 万対 23 条通報件数と通報後の措置入院についても，有意な相関は認められなかった( $r = .006, P = .969$ )。これらのことから，人口 10 万対精神病床数が少ないことが直接的に unmet needs を増大させている可能性は小さいと考えられた。

【結論】人口 10 万対精神病床数，23 条通報件数，通報後の措置入院数には，都道府県間で相当なばらつきがあること，人口万対病床数と 23 条通報件数および通報後の措置入院件数の相関がないことが示された。23 条通報から浮かび上がる unmet needs は，地域精神保健医療体制および居住・見守りの充実などによって，より小さくすることが期待される。

A．研究目的

わが国の精神保健医療福祉は「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革が推進されており，これに伴い精神病床数は減少傾向にある。今後は医療法の改正の中で 2025 年に目指すべき医療機能別必要量等，医療提供体制の枠組みと実現方策が策定される見込みであり，その一環として，地域精神医療に必要なニーズを満たす入院需要必要量を検証する必要がある。

ところで，衛生行政報告例に示される精神保健福祉法に基づく通報等件数<sup>1)</sup>は，毎年増加の一途を辿っており，過去 10 年では倍増，過去 5 年においても増加率は 45%に

及んでいる。通報の種別では，とりわけ警察官通報の増加が顕著であり<sup>1-3)</sup>，入院需要必要量を検討する際には，通報等のかたちで事例化し，緊急に入院を要する場合を見越した算出が必要になる。そこで本研究では，都道府県ごとの unmet needs（対処されていないニーズ）を病床数と通報件数および措置入院件数との関連から探り，今後の精神医療制度設計に資することを目的とする。

B．研究方法

本研究では，人口 10 万対病床数と精神保健福祉法第 23 条による通報（以下，「23 条通報」という）件数，同条に基づく措置入

院（以下、「通報後の措置入院」という）件数の関連について、相関分析と散布図を用いて分析した。23 条通報件数、および通報後の措置入院件数は平成 26 年度の衛生行政報告例<sup>1)</sup>を用いた。人口 10 万対病床数の計算における病床数は平成 24 年の 630 調査<sup>4)</sup>の平均を利用し、各都道府県の人口は平成 22 年国勢調査<sup>5)</sup>の数値を用いた。統計学解析は IBM SPSS Statistics version 21.0 を用いて行い、両側検定において有意水準は 5% 未満とした。

（倫理面への配慮）

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2014-112）。

### C．研究結果

精神保健福祉法による全通報等制度は、平成 24 年度に 21,046 件、平成 25 年度 23,177 件、平成 26 年度 24,729 件と年々増加しており、通報等の約 7 割を占める 23 条通報においては平成 24 年度に 14,954 件、25 年度 16,498 件、平成 26 年後に至っては 17,799 件へと増加している。23 条通報が 3 年連続増加している都道府県は 12 県、なかでも岐阜県は平成 24 年度の 481 件から平成 26 年度においては 1,350 件へと激増している。一方、3 年連続減少している都道府県は 4 県あり、栃木県を除く新潟県、鳥取県、佐賀県は、人口 10 万対通報件数自体が少ない。人口 10 万対 23 条通報件数が最も多かった都道府県は岐阜県で 64.9 件、ついで徳島県（38.2）、千葉県（29.4）、香川県（25.2）、東京都（19.6）、鹿児島県（18.5）であった。他方、同件数が少ない都道府県は秋田県（3.5）、鳥取県（3.6）、佐賀県（3.9）、青森県（4.2）、新潟県（4.7）であって、都道府県間のばらつきは大きかった。

通報後の措置入院件数に関しては、平成 24 年度が 5,502 件、平成 25 年度 5,771 件、平成 26 年度は 5,662 件であった。件数が 3 年連続増加し続けている都道府県は香川県、

高知県、福岡県の 3 県であり、逆に減少に転じているのは滋賀県、和歌山県、島根県、愛媛県、佐賀県、沖縄県の 6 県であった。通報後の措置入院件数は、降順に東京都（10.8）、栃木県（9.3）、長野県（8.5）、広島県（7.5）、神奈川県（7.2）であり、昇順に北海道（0.5）、岐阜県（0.6）、愛知県（0.6）、兵庫県（0.7）、秋田県（0.7）であり、都道府県間のばらつきは大きかった。これらのデータと人口 10 万対病床数との関連を散布図で示した（図 1、2）。

相関分析の結果、都道府県別の人口 10 万対病床数と 23 条通報件数（ $r = -.131$ ,  $P = .376$ ）、通報後の措置入院件数（ $r = -.098$ ,  $P = .509$ ）それぞれに有意な相関はなかった。なお、人口 10 万対 23 条通報件数と通報後の措置入院についても、有意な相関はなかった（ $r = .006$ ,  $P = .969$ ）。

### D．考察

最近の衛生行政報告例<sup>1)</sup>を参照すると、全通報等件数は毎年 1,000 件を超えて増加しており、とりわけ 23 条通報件数は増加件数全体の 65% を占める。しかし 23 条通報件数自体は激増しているが、通報後の措置入院自体は一定の件数にとどまっている。このような現状にも着目しながら、今回の結果を考察する。

病床数と 23 条通報件数において統計上の有意な相関は認められなかった。ここから、23 条通報がなされる背景要因として、病床数が少ないために生じる入院医療の確保の困難や、病床数が多いことによって生じ得る不適正な通報など病床数の影響は否定されたと言える。しかし、竹島ら<sup>2)</sup>によって、病床が少ない大都市圏での精神科医療へのアクセスが困難なことが指摘されており、必要入院料を算定する際に、大都市圏における通報事例の受け入れ病床数を勘案する必要がある。一方で、病床が多い都道府県では、精神科救急事業における 24 時間精神医療相談窓口の整備が進んでいな

い場合があり<sup>6)</sup>、またミクロ救急が機能しないために精神科救急への依存度が高くなっている可能性がある<sup>7)</sup>。したがって、通報対象者の特性に関して、都道府県の実情に照らした多角的な分析が焦点の課題となる。

本研究からも明らかになったように、人口10万対精神病床数、23条通報件数、通報後の措置入院数には、都道府県間で相違なばらつきがある。通報制度の運用は、都道府県ごとに異なる実情を背景にしたものであって、必ずしも統一を図ることが望ましいとは言えない。また、通報件数には、精神科救急医療体制や地域精神医療体制の運用の影響だけでなく、警察署における対応も含めて、より広い文脈で捉えるべき課題もあるだろう。しかしながら、警察官通報とそれへの医療体制については、unmet needsを縮小し、通報となる精神障害者の地域生活を安定化させるという観点から、居住や見守りも含めて一定の均てん化を図る余地はあるであろう。

人口10万対精神病床数と通報後の措置入院の関連であるが、ここにも統計上の相違はなく、通報件数と同様に病床数が不適正な医療提供に結びついている可能性はないことが示された。措置入院に関しては従来から、あくまで精神障害者に対して緊急的に講じられる医療上の措置としての運用が求められ<sup>8)</sup>、その要否は精神症状と問題行動の組み合わせに基づいて判断されている<sup>9)</sup>。ここから、通報後の措置入院は、病床数の影響よりも指定医の措置入院要否判断が影響しているものと考えられた。一方で、各自治体における精神科救急医療体制の運用の相違が、通報後の措置入院の相違に影響を及ぼしていることも否定できず、必要病床数の算出には、これらの事情を考慮しておく必要がある。

## E. 結論

人口10万対精神病床数、23条通報件数、通報後の措置入院数には、都道府県間で相

違なばらつきがあること、人口万対病床数と23条通報件数および通報後の措置入院件数の相違がないことが示された。23条通報から浮かび上がる unmet needs は、地域精神保健医療体制および居住・見守りの充実などによって、より小さくすることが期待される。

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) 「衛生行政報告例」(厚生労働省)  
(<http://www.e-etat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031469>, アクセス日時: 2016.02.08 17:00)
- 2) 竹島正, 下田陽樹, 立森久照, 金田一正史, 小泉典章, 松本俊彦, 瀬戸秀文, 吉住昭: Unmet needs の把握のための通報等調査. 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」分担報告書, 49-64, 2015.
- 3) 竹島正, 小山明日香, 立森久照, 金田一正史, 小泉典章, 松本俊彦, 瀬戸秀文, 吉住昭: 精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題-全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに-. 日本社会精神医学会雑誌 21(1): 23-31, 2012.
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料

平成 24 年度 6 月 30 日調査の概要. (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/>),  
2012

- 5) 「国勢調査」(総務省統計局)  
(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001039448>, アクセス日時: 2016.02.08 17:00)
- 6) 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課: 精神科救急の現状.  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000030p5p-att/2r98520000030pbc.pdf>, アクセス日時: 2016.02.08 17:00)
- 7) 平田豊明: わが国の精神科救急医療体制. 臨床精神医学 43: 573-580, 2014.
- 8) 瀬戸 秀文, 藤林 武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について 措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討. 臨床精神医学 36, 1067-1074, 2007.
- 9) 瀬戸秀文, 吉住昭: 医療観察法施行後の措置入院の変化 - 特に警察官通報の現状ならびに指定医の判断について 臨床精神医学 43: 1325-1334, 2014.

図1 人口10万対病床数と精神保健福祉法第23条による通報件数

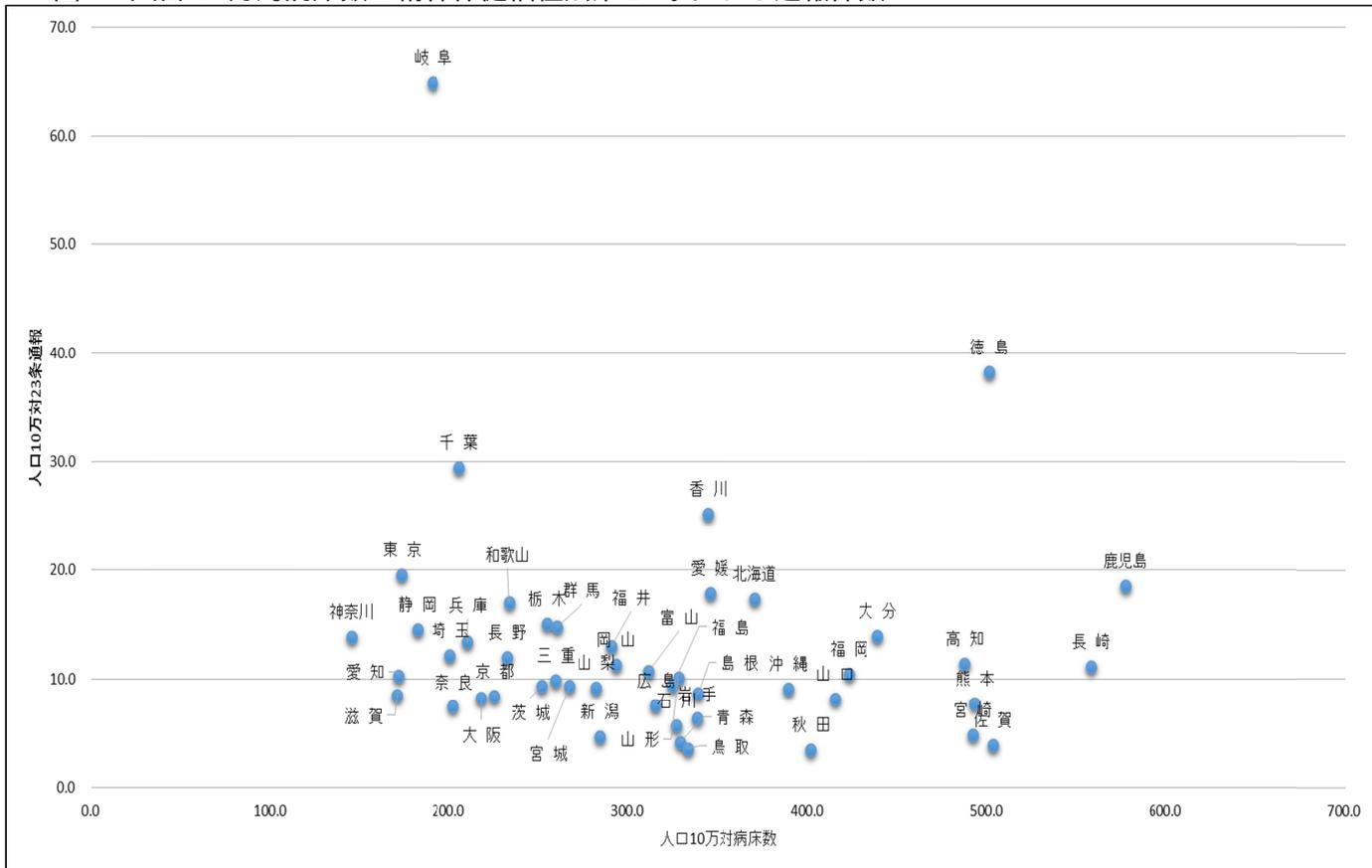


図2 人口10万対病床数と精神保健福祉法第23条に基づく措置入院件数

