

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

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 竹島 正

平成 28 (2016) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究 研究代表者 竹島 正	1
--	---

II. 分担研究報告書

1. 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	
(1) 神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有	7
竹島 正、高橋 邦彦、立森 久照、菅 知絵美、明田久美子、伊藤 真人、川副 泰成、小池 尚志、斎藤 庸男、穴倉 久里江、白川 教人、竹内 知夫、武田龍太郎、野口慶太郎、山田 敦、山田 正夫、岡村 毅、熊倉 陽介、後藤 基行、笹井 康典、中村 江理、山之内 芳雄	
(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	23
竹島 正、小池 純子、立森 久照、菅 知絵美	
(3) 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	29
竹島 正、菅 知絵美、立森 久照	
2. 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	43
立森 久照、臼田 謙太郎、後藤 基行、菅 知絵美、加藤 直広、西 大輔、竹島 正	
3. 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	57
山之内芳雄	
4. 自立支援医療に関する研究	63
岩谷 力、我澤 賢之、竹島 正	
5. 入院患者の権利擁護に関する研究	71
河崎 建人、平田 豊明、浅井 邦彦、東 司、岡崎 伸郎、鴻巣 泰治、田辺 等、千葉 潜、中島 豊爾、永野 貫太郎、松浦 玲子、松原 三郎、松村 英幸、三木恵美子、山下 俊幸、八尋 光秀、吉澤 雅子、四方田 清	
【研究協力報告書】	81
ICD-11 の動向	
丸田 敏雅、松本ちひろ	
研究班名簿	83

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」
総括研究報告書

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／川崎市役所健康福祉局）

研究要旨：

【目的】本研究は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こととする。また、自立支援医療の適正な給付と、地域および精神科医療施設における精神障害者の人権擁護のあり方を検討することを目的とする。

【方法】(1) 神奈川エリアにおいて地域ごとの課題の可視化と情報共有の達成プロセスの検討を行った。また、unmet needs（対処されていないニーズ）を知るために、人口 10 万対病床数と精神保健福祉法第 23 条による通報、措置入院の関連を分析した。さらに、各都道府県における精神保健医療の改革プロセス実現に活用可能な関係者間の対話の場の調査を行った。(2) 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（630 調査）を同課の許可を得て二次的に分析した。(3) 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。(4) 育成医療から更生医療に切り替わった際、利用者の費用自己負担が急増する事例があるかどうか明らかにするため、全国のこども病院を対象とした調査を実施した。(5) 全国 67 の精神医療審査会事務局に対して、平成 26 年度の審査会活動の実績、過去 1 年間の審査過程で問題となった事例を報告してもらい、内容を分析した。(6) 精神保健統計の基盤になる ICD-11「精神および行動の障害」の作成状況について情報収集した。

【結果および考察】(1) 神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行った。精神保健医療関係者が、精神医療マップ等による情報を共有し、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につなげていくためのプロセスの構築は十分可能と考えられた。今後は、このプロセスが他の地域にも適用できるかどうかを検証すること、また、神奈川エリアにおいては、現在の精神保健医療の提供が地域のニーズに適合しているかどうかを検証する必要がある。都道府県別の人口万対病床数と精神保健福祉法第 23 条による人口 10 万対通報件数、人口 10 万対措置入院件数は、それぞれ有意な相関はなかった。全国の都道府県・政令指定都市の多数に存在する公的な対話の場は地方精神保健福祉審議会が中心であること、精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ等の資料は対話を活性化するのに必要とされていることが明らかになった。(2) 平均退院率は'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。退院率は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。統合失調症の在院患者数は一貫して減少傾向にあるが、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は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。(3) 統合失調症では 60 歳未満では人口 10 万当たりの入院率が平成 8 年～23 年までの 15 年間で年々低下していた。退院者の在院期間分布では入院期間は年々短縮化しており、特に 3 か月未満などの短期での退院が増えていた。医療計画における精神病床の算定式を検討する際に、3 か月・6 か月・1 年時点での患者の残存率に基づいた検討が求められる。(4) 聞き取りによる予備調査の結果、18 歳以降の自己負担額が 1 万円を越えた事例が確認された。当該事例の疾患は平成 27 年 1 月以降の難病医療費助成制度の対象難病であった。該当者が難病医療費助成制度、各都道府県の重度心身障害者医療費助成制度によ

って最終的な自己負担額は十分抑制されていることはあり得ることで、特に前者の関連で平成 27 年を境として状況が大きく変わった可能性も考えられた。(5) 平成 27 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 211 の合議体があり、合計 1,369 人の委員が任命されていた。平成 26 年度は、全国で 1,773 回の合議体が開催され、267,929 件(1 回当たり平均 151.1 件)の書類審査がなされていた。退院支援委員会審議記録については、36 の審査会から 1,566 件(1 審査会当たり平均 43.5 件)が審査されたとの報告があった。退院請求については、平成 26 年度に 3,432 件が受理され、2,501 件が審査された結果、現状継続 2,308 件(92.3%)、入院形式変更 112 件(4.5%)、退院勧告 21 件(0.8%)、その他 7 件、審査未了(翌年繰り越し)53 件であった。処遇改善請求については、500 件が受理され、342 件が審査された結果、16 件(4.7%)に改善勧告がなされた。事例調査は 23 例の事例が報告され、従来から審査で問題となった事例に加えて、平成 25 年の精神保健福祉法改正によって新たに生じたと思われる事例が見受けられた。(6) 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。

【結論】地域のストレンスを活かした地域精神保健医療の開発を、精神医療マップ等をもとに展開する可能性があること、そのプロセスの延長に、精神保健福祉審議会の活用の可能性があることを示した。630 調査のモニタリング、平成 8-23 年の患者調査の動向から、近年の精神入院医療におけるトレンドを明らかにした。自立支援医療、精神医療審査会活動のモニタリングは今後も継続される必要がある。

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
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
岩谷 力 国立障害者リハビリテーションセンター
河崎 建人 河崎会水間病院 / 全国精神医療審査会連絡協議会

A. 研究目的

本研究は、異なる背景を有する複数の地域において、地域ごとの課題の可視化と情報共有を行い、地域のニーズに対応した、地域のストレン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ことを目的とする。また、精神保健医療改革の達成プロセスの円滑化のために必要な政策と、精神病床の減少が進む場合のその地域精神保健医療への活用のあり方を明らかにすることを目的とする。さらに、自立支援医療の適正な給付と、地域および精神科医療施設における精神障害者の人権擁護のあり方を検討することも目的とする。

B. 研究方法

1. 地域のストレン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

1) 神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有

平成 26 年度の精神科入院受療必要量の算定方法の検討の結果、1 年後退院率 95% が実現した場合の入院受療必要量(人口万対病床数 16.5 以下)で精神科医療が提供されている神奈川エリアを対象に、地域精神医療に必要な入院需要必要量が神奈川県内で満たされているかどうかを明らかにするとともに、神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行い、そのプロセスをまとめた。

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

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。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。

3) 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

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い,地域のストレンスを活かした地域精神保健医療の開発の議論に活用可能な対話の場の種類やその主要な参加者の把握,および対話の場で有用な資料に関する情報を得ることを目的とした。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,精神医学講座担当者会議,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の6つの組織団体に協力を依頼し,電子調査を行った。

2. 地域のストレンスを活かした精神保健医療改革に資する資料の作成

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。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 of 精神科医療施設などの状況についての資料(630調査)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てい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。

3. 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

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。

4. 自立支援医療に関する研究

自立支援医療における身体障害を対象とする制度として障害児を対象とする育成医療と18歳以上の障害者を対象とする更生医療があり,両制度の間では中間所得(市町村民税課税対象以上市町村民税所得割235,000円)未満の世帯について利用者の自己負担額に差異がある。そこで育成医療利用者が18歳以上になった際,同一疾病の治療に際し医療費自己負担額が増加した事例があるか,またその負担が過大になっている人がいないか実態を明らかにする。今年度の研究内容として,全国のこども病院に対してアンケート調査を実施するための予備調査を,日本小児総合医療施設協議会会員のうち1施設を対象に聞き取り調査を行った。

5. 入院患者の権利擁護に関する研究

精神医療審査会の活動状況をモニタリングし,精神科入院患者の権利擁護に関する制度改革案を提示することとする。(1)全国67の精神医療審査会の活動状況を事務局にアンケート調査,(2)精神医療審査会活動の中で問題となった事例の収集,(3)全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画・開催を行った。

6. ICD-11の動向

精神保健統計の基盤になるICD-11「精神および行動の障害」の作成状況について情報収集した。

(倫理面への配慮)

本研究の実施においては「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等に基づき,必要に応じて倫理審査を受けて実施した。

C. 研究結果および考察

1. 地域のストレン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

1) 神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有

平成27年7月1日に第1回研究会を開催し,神奈川エリアの精神保健医療の基本マップをもとに,神奈川エリアにおける精神保健医療

の可視化に必要なマップの内容，必要な情報などを検討した。この結果を踏まえて，11月25日に第2回研究会を開催し，第1回研究会で作成希望のあったマップ，住所地と医療圏受療移動の分析，地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷（12ヶ月有病率）等をもとに意見交換を行った。その結果，神奈川エリアでは人口密度の高い地域に精神科医療機関が集中しており，横浜市はその中でも精神科診療所が多いこと，4県市それぞれに大学医学部と附属病院（精神病床あり）があるが，精神科救急医療の基幹病院は県東部に集中していることなど，4県市それぞれの特徴が確認された。また，今後の人口減が見込まれる地域，今後の人口増が見込まれる地域の精神科医療確保が課題と考えられた。住所地と医療圏受療移動の分析の結果，平成26年1月-6月の新入院総数7,115人のうちの6,716人（94.4%）は神奈川県内で入院治療を受けており，隣接する東京都等からの入院患者もあることから，入院需要は神奈川県内で満たされていた。しかし，2次医療圏内で満たされているのは52.8%から75.4%であった。外来では6月30日の外来患者総数7,990人のうちの7,811人（97.8%）は神奈川県内で通院治療を受けており，圏域内あるいは生活圏内の受診がほとんどであった（東京都の診療所データなし）。精神保健医療圏域を，受療実態をもとに設定するとしたら，2次医療圏よりも大きく神奈川県全体よりも小さい圏域設定が妥当と考えられたが，これが地域のニーズに適合しているかどうかはさらなる検証が必要であろう。性別と年齢層別にみた平成22年（2010年）国勢調査人口等基本集計，平成37年（2025年）将来推計人口とWMHj-1（世界精神保健日本調査一次）による12ヶ月有病率から推計した精神障害者数（気分障害，不安障害，物質関連障害のいずれか）は，2010年の男性23.5万人，女性32.7万人，2025年の男性21.4万人，女性32.6万人であった。精神保健医療関係者が，精神医療マップ等による情報を共有し，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につなげていくためのプロセスの構築は十分可能と考えられた。今後は，このプロセスが他の地域にも適用できるかどうかを検証すること，また，神奈川エリアにおいては，現在の精神保健医療の提供が地域のニーズに適合しているかどうか検証する必要があると考えられた。

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

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。また，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10万対病床数と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。

3) 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

率直な対話の場の活動として，精神保健福祉審議会が最も多く，次いで精神科病院協会等の団体の活動，精神科救急の検討の場，精神障害者の地域移行や自立支援に関する検討の場，自殺対策の検討の場，精神保健福祉協会，精神医療審査会が挙げられた。その主要な参加者は，精神保健の関係者だけでなく，地域福祉事業者，民間団体や家族なども含まれた。また，率直な対話の場の際に用いる資

料について、本調査で示した資料（精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや WMH 日本調査と精神医療に関連する推定値）を地域に応じて提示することが有用であると考えられた。

2．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

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。'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。

3．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

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。

4．自立支援医療に関する研究

先行研究で示されていた口唇口蓋裂の手術以外の事例以外に、心臓機能障害のある育成医療利用者が 18 歳以降に手術を受けた際、比較的自己負担が大きくなった事例があったこと、ただし当該疾患については平成 27 年以降の指定難病に該当することから、現在では自己負担額は抑えられることが確認された。他にも 18 歳以降の再手術のケースなどで、比較的自己負担が大きくなる事例がある可能性が考えられるが、現在実施中の全国のこども病院を対象とするアンケート調査の結果等を踏まえ、状況を明らかにしたい。

5．入院患者の権利擁護に関する研究

精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神科入院患者の権利擁護に関する制度改革案を提示することを目的とした。（1）全国 67 の精神医療審査会の活動状況を事務局にアンケート調査、（2）精神医療審査会活動の中で問題となった事例の収集、（3）全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画・開催を行った。（1）全ての精神医療審査会事務局から回答があった。平成 27 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 211 の合議体があり、1,369 人の委員が任命されていた。平成 26 年度は、1 回の合議体当たり平均 151.1 件の書類審査がなされていた。退院請求については 2,501 件、処遇改善請求については 342 件が審査されていた。退院等の請求受理から結果通知までの期間は平均 32.5 日であった。（2）事例調査は 23 例の事例が報告され、寝たきりなど医療保護入院の適応に疑問のある事例、任意入院者の長期行動制限事例、医療保護入院適応に疑義のある知的障害やアルコ

ール依存症事例など，従来から審査で問題となった事例に加えて，平成 25 年の精神保健福祉法改正によって新たに生じたと思われる事例が見受けられた。(3)平成 27 年 11 月，横浜市において第 1 回シンポジウムを開催した。弁護士による病院への出張相談の実績が報告されたのち，平成 25 年の精神保健福祉法改正に伴う医療保護入院のあり方，特に家族同意の問題点について，シンポジストから多彩な報告や提案があった。平成 28 年 2 月，東京都において第 2 回シンポジウムを開催した。精神医療審査会の機能の均てん化のためには，審査会活動のモニタリングとトラブル事例の収集・分析，そしてその成果を検討するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効である。

3 . その他

なし

6 . ICD-11 の動向

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。

D . 結論

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を，精神医療マップ等をもとに展開する可能性があること，そのプロセスの延長に，精神保健福祉審議会の活用可能性があることを示した。630 調査のモニタリング，平成 8-23 年の患者調査の動向から，近年の精神入院医療におけるトレンドを明らかにした。自立支援医療，精神医療審査会活動のモニタリングは今後も継続される必要がある。

E . 健康危険情報 なし

F . 研究発表

各分担研究報告書に記載

G .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

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

（１）神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有

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 高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

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）

明田久美子（川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課）

伊藤 真人（川崎市精神保健福祉センター）

川副 泰成（神奈川県立精神医療センター）

小池 尚志（相模原市福祉部精神保健福祉課）

斎藤 庸男（さいとうクリニック/神奈川県精神神経科診療所協会）

穴倉久里江（相模原市精神保健福祉センター）

白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）

竹内 知夫（愛光病院/神奈川県精神科病院協会）

武田龍太郎（武田病院/神奈川県精神科病院協会）

野口慶太郎（横浜市健康福祉局障害福祉部障害企画課）

山田 敦（川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課）

山田 正夫（神奈川県精神保健福祉センター）

岡村 毅（東京大学精神科）

熊倉 陽介（東京大学大学院医学系研究科）

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）

笹井 康典（大阪府こころの健康総合センター）

中村 江理（関東学院大学）

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：

【目的】本研究は、異なる背景を有する複数の地域において、地域ごとの課題の可視化と情報共有を行い、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ことを目的とする。

【方法】平成 26 年度の精神科入院受療必要量の算定方法の検討の結果、1 年後退院率 95% が実現した場合の入院受療必要量（人口万対病床数 16.5 以下）で精神科医療が提供されている神奈川エリアを対象に、地域精神医療に必要な入院需要必要量が神奈川県内で満たされているかどうかを明らかにするとともに、神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行い、そのプロセスをまとめた。

【結果および考察】平成 27 年 7 月 1 日に第 1 回研究会を開催し、神奈川エリアの精神保健医療の基本マップをもとに、神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化に必要なマップの内容、必要な情報などを検討した。この結果を踏まえて、11 月 25 日に第 2 回研究会を開催し、第 1

回研究会で作成希望のあったマップ、住所地と医療圏受療移動の分析、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷（12ヶ月有病率）等をもとに意見交換を行った。その結果、神奈川エリアでは人口密度の高い地域に精神科医療機関が集中しており、横浜市はその中でも精神科診療所が多いこと、4 県市それぞれに大学医学部と附属病院（精神病床あり）があるが、精神科救急医療の基幹病院は県東部に集中していることなど、4 県市それぞれの特徴が確認された。また、今後の人口減が見込まれる地域、今後の人口増が見込まれる地域の精神科医療確保が課題と考えられた。住所地と医療圏受療移動の分析の結果、平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 7,115 人のうちの 6,716 人（94.4%）は神奈川県内で入院治療を受けており、隣接する東京都等からの入院患者もあることから、入院需要は神奈川県内でほぼ満たされていた。しかし、2 次医療圏内で満たされているのは 52.8%から 75.4%であった。外来では 6 月 30 日の外来患者総数 7,990 人のうちの 7,811 人（97.8%）は神奈川県内で通院治療を受けており、圏域内あるいは生活圏内の受診がほとんどであった（東京都の診療所データなし）。精神保健医療圏域を、受療実態をもとに設定するとしたら、2 次医療圏よりも大きく神奈川県全体よりも小さい圏域設定になると考えられたが、これが地域のニーズに適合しているかどうかは、一般医療から見た精神医療ニーズや unmet needs（対処されていないニーズ）を含めて、さらなる検証が必要であろう。性別と年齢層別にみた平成 22 年(2010 年)国勢調査人口等基本集計、平成 37 年（2025 年）将来推計人口と WMHj-1（世界精神保健日本調査一次）による 12 ヶ月有病率から推計した精神障害者数（気分障害、不安障害、物質関連障害のいずれか）は、2010 年の男性 23.5 万人、女性 32.7 万人、2025 年の男性 21.4 万人、女性 32.6 万人であった。

【結論】神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行った。精神保健医療関係者が、精神医療マップ等による情報を共有し、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につなげていくためのプロセスの構築は十分可能と考えられた。今後は、このプロセスが他の地域にも適用できるかどうかを検証すること、また、神奈川エリアにおいては、現在の精神保健医療の提供が地域のニーズに適合しているかどうか検証する必要がある。

A. 研究目的

わが国の精神保健医療は平成 16 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示されたものの、平均退院率、退院率ともに 10 年間の期間内の達成は困難な状況である。この背景には、各都道府県等の状況を踏まえた目標達成のプロセスが明確にされなかったことが挙げられる。

本研究は、「精神医療に関する空間疫学を用いた疾患発症率の将来予測システムの開発に関する研究」（研究代表者 立森久照）、「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」（研究代表者 川上憲人）と連携して、異なる背景を有する複数の地域において、地域ごとの課題の可視

化と情報共有の達成プロセスの検討を行うことを目的とした。なお、本研究は、平成 30 年 4 月に予定されている第 5 期障害福祉計画、第 7 次医療計画（地域医療構想を含む）、第 7 期介護保険事業（支援）計画、および診療報酬、障害報酬、介護報酬の改定に備えて進めた。

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」の分担研究報告書「地域精神保健医療の社会サービスへの統合および精神医療機能別必要量の検討に関する研究-精神科入院受療必要量の算定方法の検討-」において、2025 年に入院後 1 年後残留率 5%を達成するモデルにおける入院医療必要量の計算を行った結果、在院期間別で 10 年未満の入院受療必

要量の最大値である 20 万人は、人口万対在院患者数 16.5 人に相当した。この数値で精神科医療が提供されているのは、神奈川県、滋賀県、東京都、愛知県、静岡県の 5 都県であった。これらの都道府県において、地域精神医療に必要な入院需要必要量が確保されていることを検証することはきわめて重要である。

本研究は、異なる背景を有する複数の地域において、地域ごとの課題の可視化と情報共有を行い、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こと目的とした。このため、神奈川エリアを対象に、地域精神医療に必要な入院需要必要量が神奈川県内で満たされているかどうかを明らかにするとともに、神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行い、そのプロセスをまとめた。

B. 研究方法

平成 27 年 7 月 1 日に、川崎市にて第 1 回研究会を開催した。第 1 回研究会では、神奈川エリアの精神保健医療の基本マップをもとに、神奈川エリアでの精神保健医療の可視化に必要なマップの内容、必要な情報などを検討した。

この結果を踏まえて、平成 27 年 11 月 25 日に、川崎市にて第 2 回研究会を開催し、第 1 回研究会で作成希望のあったマップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷（12 ヶ月有病率）等をもとに意見交換を行った。

その理念的手順は次のとおりである。

ステップ 1(精神保健医療政策の課題整理)：

神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市(以下、神奈川県下 4 県市)の行政、精神保健医療関係者の協力を得て、それぞれの地域における精神保健医療政策の課題整理を行った。

ステップ 2(精神医療マップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷(有病率等)の推計)：

平成 27 年度厚生労働科学研究において、空間疫学的手法を取り入れた精神医療の資源と

利用に関するマップ作成が行われていることから、神奈川県を中心にした基本広域マップ、関係者の議論をもとにカスタマイズしたマップの提供を受けた。マップには、平成 24 年度 630 調査および追加調査データを活用した。

カスタマイズに当たっては、精神科救急システムの基本情報として取りまとめている神奈川県内の精神科医療機関リスト(平成 25 年度版)より、医療機関名称および所在地に関する情報の提供を受けた。

ステップ 3(精神科入院受療必要量の検討)：

神奈川県下 4 県市について、4 県市を分割して、平成 24-26 年度総合研究報告書に掲載した「精神科入院受療必要量」の算定方法(3-1)(3-2)に基づく計算を行った。また、それに(4)に基づく「1 年以上 5 年未満」と「5 年以上 10 年未満」の計算を行った。そして、(3-1)と(4)、(3-2)と(4)の合計と、全国の人口 10 万対通報件数と人口万対病床数、26 年度追加調査の分析等を踏まえて、入院受療必要量の調整の要否を検討した。

ステップ 4(可視化された情報に基づく検討)：

ステップ 1 からステップ 3 によって神奈川県の精神医療の可視化を行い、これらの情報を神奈川県下 4 県市の行政、精神保健関係者の間で共有し、神奈川県下 4 県市それぞれのストレングスを踏まえた精神保健医療改革に向けて、可視化された資料をどのように活用できるか、意見交換を行った。意見交換は、人口密度の低い地域を含む神奈川県・相模原市グループ、人口密度の高い地域を主体とする横浜市・川崎市関係者グループをそれぞれ 2 グループ構成し、下記の 5 つを論点として行った。

- (1) 精神保健医療の課題、需給バランス
- (2) 精神医療マップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷という情報をどのように活用できるか
- (3) 入院必要量の計算結果についての意見
- (4) 精神保健医療ニーズの変化(川崎型地域包括ケアに対応した精神保健の構築の考え方の活用可能性の検討)
- (5) その他(自由に)

(4)の川崎における地域包括ケアに対応した精神保健の構築の考え方の活用可能性の検討について説明する。「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」(平成27年3月)においては、主として高齢者を中心に議論が展開されてきた「地域包括ケア」を、障害者や子ども、子育て世帯など、地域内において「何らかのケア」を必要とするすべての人、さらには現時点でケアを必要としない人を含めた「全市民」を対象として構築を推進する考えが示されている。このような考え方に対応した精神保健医療の構築は、川崎市に限らず、全国的にも必要とされる可能性が高いことから、意見交換の議題のひとつとした。

(倫理面への配慮)

本研究に使用した平成24年度630調査データは精神科医療機関単位の集計であって個人情報を含まない。平成26年度630調査追加調査データは、厚生労働省から提供のあったデータを国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て分析した。地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷(有病率等)の推計に用いたWMH-J(世界精神保健日本調査)は、平成16から18年度厚生労働科学研究費補助金こころの科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」総合研究報告書に掲載された性・年齢別の有病率を用いた。

なお、7月1日の研究会における意見の概要は下記のとおりであった。

- (1)入院日数は病院の特性によって異なるので、大学病院精神科、単科精神科病院等の種別がわかるようにする。
- (2)精神科病院の機能の類型は、診療報酬上の施設基準が参考になる。
- (3)実際に入院応需可能なベッド数の情報が役に立つ。
- (4)一般に、精神科診療所は、開設後年数とともに再診患者が増え、新患を受け入れにくくなる。
- (5)地域で医療確保に苦労するのは、認知症や統合失調症に身体合併症のある高齢患者である。

(6)医療機関ごとの入退院の流れがわかるとよい。

(7)入院が回転ドア現象となっていないか、実態がわかるとよい。

(8)グループホームを含めて、幅広い退院患者の受け入れ先の情報があるとよい。

(9)医療だけでなく保健福祉や社会資源とリンクした情報があるとよい。

(10)精神科医療において、二次医療圏という区分は適切かどうか、評価できるとよい。

(11)二次医療圏ごとの医療ニーズが県域内でどのくらい充足されているのか可視化されるとよい。

(12)精神科診療所について、(1)医師一人で他に常勤が誰もいない(ライト)、(2)コメディカル・医師が多数いるクリニック(ヘビー)という分類でよいのか。研究をもとに合理的な分類を検討する必要がある(本研究においては、精神科デイケア等の実施の有無でマップ化した)。

これらの意見と、7月1日に行われた研究班全体会議における意見を踏まえ、2次医療圏単位で、主要交通経路、人口集積度合いのわかる情報に重ねて、以下のマップを作成することとした。

(1)24年度630調査による精神科病院と精神科診療所の所在地マップ

(2)24年度630調査による個別の精神科病院の在院患者数、外来実患者数、病院機能のマップ(病院機能は、大学附属病院・総合病院・それ以外の病院、診療報酬における救急入院料・急性期治療病棟入院料・認知症治療病棟の有無、精神科デイケア等の実施の有無を表示。データのない病院は場所のみ表示)

(3)24年度630調査による個別の精神科診療所の外来患者数と精神科デイケア等の実施の有無のマップ(データのない診療所は場所のみ表示)

(4)26年度630調査追加調査による個別の精神科病院の新入院患者の退院先(家庭、精神施設、高齢施設、精神科病院、精神科以外の病院、その他)のマップ(データのない病院は場所のみ表示)

(5) 26 年度 630 調査追加調査による平成 26 年 1-6 月の入院患者の医療圏内、圏外患者数とそれの ICD 区分別 (F0, F1, F2, F3) のわかる表

(6) 26 年度 630 調査追加調査による外来患者の二次医療圏内、圏外患者数とそれの ICD 区分別 (F0, F1, F2, F3) のわかる表

(7) 市区町村別の、現状と将来の人口増加または減少を色分けしたマップ

神奈川県下 4 県市の、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷を推計に関しては、世界精神保健日本調査の成果を活用して、2010 年国勢調査、および国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (平成 25 (2013) 年 3 月発表の推計 http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoso_n13/t-page.asp) を使用して 4 県市の 2010 年および 2025 年における精神障害者数を推計した。

なお、神奈川県精神科病院数は 70 箇所 (平成 24 年度 630 調査の時点では 69 箇所) であって、平成 24 年度 630 調査には、神奈川県域 24/24、横浜市 26/30、川崎市 8/8、相模原市 7/7 の回答があった。また、平成 26 年度 630 調査追加調査には、神奈川県域 24/24、横浜市 18/30、川崎市 7/9、相模原市 7/7 の回答があった。ゆえに、全病院のデータが揃っていない横浜市、川崎市の分析結果の解釈には注意を要する。

C. 研究結果

1 ステップ 1 (精神保健医療政策の課題整理) :

2 回の研究会 (7 月 1 日, 11 月 25 日) および本研究の研究協力者からの情報をもとに、次のとおり整理した。

1) 神奈川県域

(1) 精神科救急医療の基幹病院が県の東部に集中しており、湘南西部を含めた県西地区には基幹病院がなく、病床数の大きい病院も少ない。

(2) 精神科病院と精神科診療所の連携を強化していく必要がある。茅ヶ崎保健福祉事務所管内では、精神科病院と精神科診療所を含めた連

絡会が開催されているが、今後、各地に必要なってくるのではないかと。

(3) 訪問診療や訪問看護などの通院医療体制の充実について検討する必要がある。

(4) 精神科病床数の削減に当たっては、中間施設の設置や、病床削減時の医療スタッフの活用について検討していく必要がある。

(5) 県立精神医療センターは横浜にあり、入院患者は横浜、川崎で 7 割を占めている。県西地区からは遠距離にあり、入院した場合など、保健福祉事務所との連携が物理的に困難になりやすい。

2) 川崎市

(1) 多摩川沿いの南北に細長い地形であり、南部、北部の地域性の違いを反映して、精神保健医療ニーズも異なる。

(2) 南部においては、川崎市立川崎病院が、地域医療、総合病院精神科機能、精神科救急医療の基幹病院という多岐にわたる役割を担っている。

(3) 精神科救急対応において、県西地区などの精神科病院に入院した場合、連携が物理的に取りづらい。

(4) 学校保健、地域保健、産業保健の領域で、虐待、DV、生活困窮、ホームレス、いじめ問題などと関連して精神保健の課題があがってくる。

(5) 依存症など、専門医療が市内にないものは、市外の医療機関を頼らざるを得ない。

3) 横浜市

(1) 4 県市の中で精神科医療機関が最も多く、精神科救急への対応も最も多いが、精神疾患の既往があって身体合併症を有する人たちの救急医療の確保が課題である。

(2) 精神科病院と精神科診療所の連携を強化していく必要がある。

(3) 地域移行を進める上で、実態がなかなか把握できない。

4) 相模原市:

(1) 市民病院等の公立病院がないため、すべての医療を民間病院等に依存している。このため、精神医療のみならず、医療政策全般のイニシアチブを、市が取りにくい状況にある。

(2)精神科病床を有する病院は 7 病院あるが、政令指定都市になってからも精神科医療機関との連携の実績が乏しい。

(3)精神科救急 2 次救急も、精神科初期救急の開設にともない、独自に確保していく必要がある。

(4)退院促進支援事業が障害者総合支援法の個別給付に移行してからは、各精神科病院の進める地域移行の動きや地域との連携が見えなくなった。

2 ステップ 2((精神医療マップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷(有病率等)の推計)

1)24 年度 630 調査による精神科病院と精神科診療所の所在地マップ/市区町村別の、現状と将来の人口増加または減少を色分けしたマップ(図 1,2)

(1)人口密度の高い地域と精神科医療機関の所在地はおおむね一致している。横浜市、川崎市など、人口密度の高い地域に精神科医療機関が集中しており、県西部は人口密度も低く、精神科医療機関も少ない。

(2)2040年の将来人口と重ねると、横浜北部の一部は、人口増加に対して、精神科医療の供給が不足する可能性がある。その一方で、湘南西部、県西部、横須賀・三浦は人口減少が進み、精神科医療の確保に一層の困難が生じる可能性がある。

2)24 年度 630 調査による個別の精神科病院の在院患者数、外来実患者数、病院機能のマップ/26 年度 630 調査追加調査による個別の精神科病院の新入院患者の退院先のマップ/24 年度 630 調査による個別の精神科診療所の外来患者数と精神科デイケア等の実施の有無のマップ

1)川崎市

(1)全域の人口密度が高く、精神科病院は北部に多い。精神科診療所は鉄道沿線にあり、川崎、武蔵小杉、武蔵溝ノ口、登戸、向ヶ丘遊園、新百合ヶ丘駅周辺に多い。

(2)川崎市内の精神科病院 9 箇所のうち、精神科救急病棟はなく、急性期治療病棟は3病院に、

認知症病棟は 2 病院に設置されている。

(3)26 年 1-6 月の新入院患者の診断別では、F0 の入院の多い病院、F2 または F3 の入院の多い病院など、医療機能に明確な違いがあることが推測される。北部にある大学附属病院は新規入院が多く、この病院の精神科医療機能の低下が続いた場合、川崎市北部の精神科医療確保に深刻な影響が予想される。

(4)26 年 1-6 月の新入院患者については、この 6 ヶ月の入院の半数程度が退院している病院からほぼ全員が退院している病院までである。退院先はほとんどが家庭であるが、一部に、グループホームへの転院、精神科への転院、他科転院の比較的多い病院があり、認知症患者の多い病院と重なる傾向がある。

(5)24 年度 630 調査の 6 月 1 ヶ月間の精神科外来患者数は、精神科病院では 1 千人から 3 千人位が多く、精神科診療所では 5 百人から 1 千人位が多いものの、一部は 1 千人から 2 千人位である。26 年度 630 調査追加調査では、一部の精神科病院は F2 優位であるが、他の精神科病院、精神科診療所は、F3、F4 優位である。

(6)精神科デイケアを実施している精神科医療機関は北部から南部まで存在しているものの、人口に比して少ないように見受けられる。

2)横浜市

(1)ほぼ全域の人口密度が高く、精神科病院は横浜西部、横浜南部の北部に多い。精神科診療所は横浜駅近傍に最も多く、鶴見、上大岡、東戸塚、戸塚駅周辺にも多い。

(2)横浜市内の精神科病院 30 箇所のうち、精神科救急病棟は 5 病院、急性期治療病棟は 4 病院、認知症病棟は 7 病院に設置されているが、精神科救急、急性期治療病棟は横浜西部、横浜南部の北部に多い。

(3)26 年 1-6 月の新入院患者の診断別では、F0 の入院の多い病院、F2 または F3 の入院の多い病院など、医療機能に違いがあることが推測される。一方、医療ニーズ全般に対応していると考えられる患者構成の病院もある。

(4)26 年 1-6 月の新入院患者については、入院患者半数程度が退院している病院からほぼ

全員が退院している病院まである。退院先はほとんどが家庭であるが、横浜駅近傍の大学病院と精神科病院の一部に精神科転院の比較的多い病院がある。

(5)24 年度 630 調査の 6 月 1 ヶ月間の精神科外来患者数は、精神科病院では 1 千人から 3 千人位が多いが、1 千人より少ない精神科病院もある。また、精神科診療所では 5 百人から 1 千人位が多いものの、一部は 2 千人から 3 千人位である。神奈川県内の他の地域に比べて、外来診療において精神科診療所のカバーしている割合が大きい。26 年度 630 調査追加調査では、精神科病院は F2 優位であるが、精神科診療所は、F3、F4 優位である。

(6)精神科デイケアを実施している精神科医療機関は横浜西部、横浜南部の北部に多く、横浜北部、横浜南部の西部に少ないように見受けられる。

3)横須賀・三浦

(1)隣接する横浜市と比較すると明らかに人口密度が低く、横須賀市、鎌倉市、逗子市の中心部のみ人口密度が高い。精神科病院は横須賀市、鎌倉市、三浦市にあるが、一部の精神科病院は人口密度の高い地域とは異なる場所にある。精神科診療所はいくつかの駅近傍にある。

(2)圏域内の精神科病院 6 箇所のうち、急性期治療病棟は 2 病院に、認知症病棟は 1 病院に設置されている。

(3)26 年 1-6 月の新入院患者の診断別では、F0 のほとんどいない病院もあるが、多くは医療ニーズ全般に対応していると考えられる患者構成である。

(4)26 年 1-6 月の新入院患者については 8 割程度が退院している病院が多い。人口密度の高い地域とは離れた場所にある病院は、他の病院に比べてグループホームへの退院が多い。

(5)24 年度 630 調査の 6 月 1 ヶ月間の精神科外来患者数は、精神科病院では 1 千人から 3 千人位が多いが、1 千人より少ない精神科病院もある。また、精神科診療所では 5 百人から 1 千人位が多いものの、1 箇所は 5 千人である。全体に見ると、鎌倉市を除いて、外来診療において精

神科病院のカバーしている割合が大きい。26 年度 630 調査追加調査では、精神科病院は F2 優位、精神科診療所は、F3、F4 優位である。

(6)精神科デイケアを実施している精神科医療機関は横須賀市、三浦市、鎌倉市にあるが、三浦半島西部は少ないように見受けられる。

4)湘南東部・湘南西部・県央

(1)東海道線および小田急線沿いの人口密度が高く、精神科病院もおおむねそれに沿って存在しているが、県央、湘南西部の一部の精神科病院はその地域から離れている。精神科診療所は、藤沢、茅ヶ崎、海老名駅周辺に多い。

(2)圏域内の精神科病院 17 箇所のうち、急性期治療病棟は 5 病院に、認知症病棟は 3 病院に設置されており、おおむね鉄道幹線沿いにある。

(3)26 年 1-6 月の新入院患者の診断別では、一部に F0 がほとんどを占める病院がある一方で、F2 がほとんどを占める病院があるなど、病院ごとに医療機能に大きな違いがあることが推測される。その一方、それらすべてが含まれた病院もあり、医療ニーズ全般に対応していると考えられる患者構成である。

(4)26 年 1-6 月の新入院患者については、この 6 ヶ月の入院の半数程度が退院している病院からほぼ全員が退院している病院まである。退院先はほとんどが家庭であるが、一部にグループホームへの退院、他科転院の比較的多い病院がある。

(5)24 年度 630 調査の 6 月 1 ヶ月間の精神科外来患者数は、精神科病院では 1 千人から 3 千人位が多いが、1 千人より少ない精神科病院もある。また、精神科診療所では 5 百人から 1 千人位が多い。26 年度 630 調査追加調査では、精神科病院は F2 優位であるが、精神科診療所は、F3、F4 優位である。

(6)精神科デイケアを実施している精神科医療機関は、藤沢、厚木、東海大学前駅周辺が多い。

5)県西

(1)小田原市市街地の人口密度が高く、精神科病院もそこに存在しているが、1 箇所はそこから

離れている。精神科診療所は小田原駅周辺などに少数ある。

(2) 圏域内の精神科病院 4 箇所のうち、急性期治療病棟は 2 病院に、認知症病棟は 3 病院に設置されている。

(3) 26 年 1-6 月の新入院患者の診断別では、全般に、医療ニーズ全般に対応していると考えられる患者構成である。

(4) 26 年 1-6 月の新入院患者については、この 6 ヶ月の入院の半数程度が退院している病院から 8-9 割が退院している病院までである。退院先はほとんどが家庭である。

(5) 24 年度 630 調査の 6 月 1 ヶ月間の精神科外来患者数は、精神科病院では 2 千人から 3 千人位であるが、1 千人より少ない精神科病院もある。また、精神科診療所では 5 百人から 1 千人位が多い。26 年度 630 調査追加調査では、精神科病院は F2 優位である。精神科診療所は報告された人数が少ないものの、医療ニーズ全般に対応していると推測される。

(6) 精神科デイケアを実施している精神科医療機関は、小田原市市街地に複数存在するが、それ以外はほとんどない。

6) 相模原市

(1) 人口密度の高い東部と、人口密度の低い西部からなる。精神科病院は東部に多いものの、相模湖、津久井湖の周辺にも存在する。精神科診療所は人口密度の高い東部の駅周辺に散在する。

(2) 相模原市内の精神科病院 7 箇所のうち、精神科救急は 1 病院、急性期治療病棟は 2 病院、認知症病棟は 5 病院に設置されている。精神科救急、急性期治療病棟は人口密度の高い東部にある。

(3) 26 年 1-6 月の新入院患者の診断別では、F0 の入院の多い病院、F2 または F3 の入院の多い病院など、医療機能に違いがあることが推測されるが、一部は医療ニーズ全般に対応していると考えられる患者構成である。

(4) 26 年 1-6 月の新入院患者については、この 6 ヶ月の入院の半数程度が退院している病院からほぼ全員が退院している病院までである。

(5) 24 年度 630 調査の 6 月 1 ヶ月間の精神科外来患者数は、きわめて患者数の多い大学病院を除くと、精神科病院では 2 千人位であるが、1 千人より少ない精神科病院も複数ある。また、精神科診療所では 5 百人から 1 千人位が多く、一部で 2 千人を超える診療所があり、外来診療において精神科診療所のカバーしている割合がやや大きいと考えられる。26 年度 630 調査追加調査では、精神科病院は F2 優位であるが、精神科診療所は、F3、F4 優位である。

(6) 精神科デイケアを実施している精神科医療機関は東部の人口密度の高い地域にあり、西部に少ないように見受けられる。

3) 平成 26 年度 630 調査追加調査による平成 26 年 1-6 月の入院患者の医療圏域内、圏域外患者数とそれの ICD 区分(全患者のみ表 1 に示す)

(1) 入院総数で見ると、平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 7,115 人のうちの 6,716 人(94.4%) は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では、横浜市は 69.3%、川崎市は 69.3%、横須賀・三浦は 76.8%、湘南東部は 55.5%、湘南西部は 65.3%) 県央は 59.1%、相模原市 52.8%、県西は 75.4% が圏域内で入院している。県外の割合が比較的高いのは、相模原市から東京の 73 人(14.1%)、川崎市から東京都の 107 人(9.4%) などであるが、東京都からも相模原市に 64 人、川崎市に 148 人入院している。このように、県全体で見ると、全県の精神科医療の需要にほぼ対応している。

F0 で見ると、平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 1,163 人のうちの 1,110 人(95.4%) は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では、横浜市は 77.1%、川崎市は 68.8%、横須賀・三浦は 66.1%、湘南東部は 72.3%、湘南西部は 71.4%、県央は 53.6%、相模原市は 71.6%、県西は 94.5% が圏域内で入院している。

F1 で見ると、平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 560 人のうちの 534 人(95.4%) は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では、横浜市は 55.3%、川崎市は 39.3%、横須賀・三浦は 93.3%、湘南東部は 32.4%、湘南西部は

51.0%、県央は 54.8%、相模原市は 37.1%、県西は 35.3%が圏域内で入院している。

F2で見ると、平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 3,022 人のうちの 2,867 人(94.9%)は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では、横浜市は 66.6%、川崎市は 72.7%、横須賀・三浦は 79.0%、湘南東部は 55.3%、湘南西部は 67.4%、県央は 66.5%、相模原市は 48.8%、県西は 70.4%が圏域内で入院している。

F3で見ると、平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 1,573 人のうちの 1,456 人(92.6%)は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では、横浜市は 67.6%、川崎市は 75.8%、横須賀・三浦は 82.3%、湘南東部は 54.5%、湘南西部は 65.1%、県央は 52.9%、相模原市は 53.5%、県西は 72.6%が圏域内で入院している。

4)平成 26 年度 630 調査追加調査による平成 26 年 6 月 30 日の外来患者の医療圏域内、圏域外患者数とそれの ICD 区分別(全患者のみ表 2 に示す)

外来総数で見ると、平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 7,990 人のうちの 7,811 人(97.8%)は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では、横浜市は 86.8%、川崎市は 85.3%、横須賀・三浦は 86.4%、湘南東部は 73.7%、湘南西部は 85.3%、県央は 68.1%、相模原市は 85.0%、県西は 69.9%が圏域内で受診している。

F0で見ると、平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 376 人のうちの 373 人(99.2%)は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では、横浜市は 93.0%、川崎市は 83.1%、横須賀・三浦は 92.3%、湘南東部は 78.6%、湘南西部は 100.0%、県央は 72.0%、相模原市は 92.5%、県西は 100.0%が圏域内で通院している。

F1で見ると、平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 271 人のうちの 252 人(93.0%)は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では、横浜市は 90.4%、川崎市は 79.5%、横須賀・三浦は 100.0%、湘南東部は 0.0%、湘南西部は 72.7%、県央は 50.0%、相模原市は 25.0%、県西は 60.0%が圏域内で通院している。

F2で見ると、平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 2,405 人のうちの 2,336 人(97.1%)は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では、横浜市は 85.4%、川崎市は 83.2%、横須賀・三浦は 87.8%、湘南東部は 82.5%、湘南西部は 88.8%、県央は 75.5%、相模原市は 79.6%、県西は 77.9%が圏域内で通院している。

F3で見ると、平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 2,754 人のうちの 2,705 人(98.2%)は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では、横浜市は 85.4%、川崎市は 85.4%、横須賀・三浦は 85.3%、湘南東部は 71.6%、湘南西部は 81.7%、県央は 69.1%、相模原市は 89.1%、県西は 64.6%が圏域内で通院している。

5)4 県市の 2010 年および 2025 年における精神障害者数の推計(表 3, 4)

性別と年齢層別にみた平成 22 年(2010)年国勢調査人口等基本集計と世界精神保健日本調査(一次)による 12 ヶ月有病率から推計した 20 歳以上の成人男性の精神障害者数(気分障害、不安障害、物質関連障害の合計)は、「20-34 歳」75 千人、「35-44 歳」83 千人、「45-54 歳」28 千人、「55-64 歳」27 千人、「65 歳以上」21 千人、全年齢で 235 千人である(20 歳以上の成人男性人口に対する割合は 6.4%)。20 歳以上の成人女性の精神障害者数(気分障害、不安障害、物質関連障害の合計)は、「20-34 歳」108 千人、「35-44 歳」62 千人、「45-54 歳」65 千人、「55-64 歳」44 千人、「65 歳以上」48 千人、全年齢で 327 千人である(20 歳以上の成人女性人口に対する割合は 8.8%)。

性別と年齢層別にみた平成 37 年(2025)年将来推計人口と世界精神保健日本調査(一次)による 12 ヶ月有病率から推計した 20 歳以上の成人男性の精神障害者数(気分障害、不安障害、物質関連障害の合計)は、「20-34 歳」62 千人、「35-44 歳」60 千人、「45-54 歳」35 千人、「55-64 歳」29 千人、「65 歳以上」28 千人、全年齢で 214 千人である(20 歳以上の成人男性人口の推計数に対する割合は 4.9%)。20 歳以上の成人女性の精神障害者数(気分障害、不安障害、物質関連障害の合計)は、「20-34 歳」91 千

人、「35-44 歳」44 千人、「45-54 歳」82 千人、「55-64 歳」44 千人、「65 歳以上」66 千人、全年齢で 326 千人である(20 歳以上の成人女性人口の推計数に対する割合は 6.7%)

神奈川県域、横浜市、川崎市、相模原市を比較すると、人口減少がより大きく、人口構成で高齢者の割合のより大きい神奈川県域の減少幅が大きくなる。なお、世界精神保健日本調査(一次)からは、12 ヶ月有病率にあげられた者の約 15%が同じ 1 年間に医療機関を受診しているとの報告がある。

ステップ 3(精神科入院受療必要量の検討):

精神病床数の現状と 1 年後残留率 5%の状況における入院必要量をまとめた。現状では、神奈川県全域の精神科病院数 70 箇所、精神病床数 13,939 床であって、平成 24 年度 630 調査における在院患者数は、「1 年未満」4,704 人、「1 年以上 5 年未満」3,314 人、「5 年以上 10 年未満」1,508 人、「10 年以上 20 年未満」1,143 人、「20 年以上」786 人の合計 11,455 人である。2025 年に 1 年後残留率 5%を実現するモデルでは「1 年未満」4,638 人、「1 年以上 5 年未満」1,976 人、「5 年以上 10 年未満」815 人となる。政令指定都市を分離して計算すると「1 年未満」4,645 人、「1 年以上 5 年未満」1,932 人、「5 年以上 10 年未満」797 人となる。

全国の人口 10 万対通報件数と人口万対病床数、人口 10 万対措置入院件数と人口万対病床数には有意な相関はなかった(分担研究報告書「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」参照)。

4. ステップ 4(可視化された情報に基づく検討):

研究会における発言要旨を各項目別にまとめる。

1)精神保健医療の課題、需給バランス

(1)神奈川県内で入院の受療ニーズがほぼ満たされていることは、このデータを見るまでわからなかった。

(2)2 次医療圏内で入院の受療ニーズをすべて満たすことは難しく、それよりも少し広域、県全体よりも狭い範囲で、入院受療ニーズを満たす

のが实际的であろう。

(3)通院医療の受療ニーズもほとんどは神奈川県内で満たされていると思われるが、東京都の診療所データがないので評価は慎重にする必要がある。

(4)個々の病院の病床利用率は 8 割台になっているところが多いにも関わらず、精神科救急に必要とされる病床が確保されないという問題がある。

(5)住所地と医療圏受療移動では、ICD 区分別の F1 に圏域内に専門医療機関がないことの影響が読み取れた。

2)精神医療マップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷をどのように活用できるか

(1)精神保健医療マップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷(12 ヶ月有病率)等の情報は、単独の都道府県または政令指定都市では作成しがたいものであり、感覚的に捉えられてきた精神保健医療の実態が可視化されたことの意義は大きい。

(2)神奈川県における人口密度の高い地域、低い地域の違いがきれいに描出された。

(3)精神障害者の地域生活を支えるという意味では、精神保健医療以外の情報も、地域のカスタマイズの一環として、マップに重ねると役立つだろう。

(4)地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷については、統合失調症と認知症の情報もほしい。

(5)個別医療機関の特定できるマップをどの程度情報共有に利用できるかという課題があり、関係者の合意形成が必要である。

3)入院必要量の計算結果についての意見

(1)都市部における若年人口の増加の影響を検討する必要があるだろう。

(2)4 県市の数字を示すことによって、その数字が果たしてリアリティを持つのかどうか、きちんと時間をかけて議論することが望まれる。

4)精神保健医療ニーズの変化(川崎型地域包括ケアに対応した精神保健の構築の考え方の

活用可能性)

(1) 地域包括支援センターや障害者支援センターで相談業務に当たっている人から見ると、精神保健や貧困は、困難事例に共通の横串を通す問題として存在している。

(2) 川崎市の全市民を対象にした地域包括ケアに対応した精神保健医療の構築は、理念的には理解できるが、実動に結びつけていくのは、時間のかかることではないか。

5) その他(自由に)

(1) 精神医療マップに、グループホーム等の地域の居住生活資源を重ねたい。

D. 考察

本研究は、地域のストレンク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ことの第一歩として神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行った。神奈川県全体の人口は約912万人(平成22年国勢調査)と日本人口のおよそ14分の1を占め、その中に、横浜市(人口約372万人)、川崎市(人口約147万人)、相模原市(人口約72万人)の3つの政令指定都市を含むが、これら4県市の精神保健福祉主管課、精神保健福祉センター、神奈川県精神科病院協会、神奈川県精神神経科診療所協会等の協力を得て無事実施することができたことの意義は大きい。

全体で912万人という人口を抱え、しかも神奈川県と3つの政令指定都市が存在するという環境の中では、2回の研究会で4県市個別の詳細な議論まで進めることはできなかったが、精神保健医療関係者で情報共有して議論をするための精神保健医療マップの内容についてはおおむね整理することができた。

今回のマップ作成においては、個別の医療機関が特定できるマップは会議資料のみにとどめることとしたが、個別の医療機関が特定できるマップ等を地方精神保健福祉審議会等の資料に使用することを想定した場合、個人情報を含まない情報ではあるものの、関係者の合意形成が必要であろう。

研究会においては、本研究で使用された資

料は、単独の都道府県または政令指定都市では作成しがたいものであり、感覚的に捉えられてきた精神保健医療の実態が可視化されたことの意義は大きいという意見が述べられた。

精神科の入院需要に関しては、神奈川エリア内ではほぼ完結していることが明らかになった。しかし、2次医療圏内で満たされているのは52.8%から75.4%であった。現状を踏まえると2次医療圏よりは広い範囲を精神保健医療圏域として設定することの妥当性が高いことが示された。しかし、これが地域のニーズに適合しているかどうかは検討が必要である。実際、川崎市の一般医療の現場からは、平日昼間の時間帯に精神病状態の患者に診療場面で遭遇した場合、夜間救急の時間帯にならないと入院先が確保できないこと、その場合、居住地から相当離れた場所への入院になるとの声も聞かれた。今後の研究においては、精神保健医療がどのくらい地域のニーズに適合しているかどうかの検証が必要であろう。また、今後の人口減が見込まれる地域、今後の人口増が見込まれる地域の精神科医療確保が課題と考えられた。

地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷については、統合失調症と認知症の情報もほしいと意見、精神医療マップに、グループホーム等の地域の居住生活資源を重ねたいという意見には、今後の本研究または関連する他の研究で対応していくことが必要と考える。

本研究の成果は、神奈川エリアにおいてさらに詳細な検討ができるように発展させるとともに、地域性の異なる他の都道府県・政令指定都市においても研究会形式で検討を行い、各地に応用可能な精神保健医療の可視化と情報共有のプロセスをまとめていくことが望まれる。

E. 結論

神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行った。精神保健医療関係者が、精神医療マップ等による情報を共有し、地域のストレンクスを活かした地域精神保健医療の開発につなげていくためのプロセスの

構築は十分可能と考えられた。今後は、このプロセスが他の地域にも適用できるかどうかを検証すること、また、神奈川エリアにおいては、現在の精神保健医療の提供が地域のニーズに適合しているかどうか検証する必要がある。

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. 参考文献 なし

図1.精神科病院と精神科診療所の所在地マップ

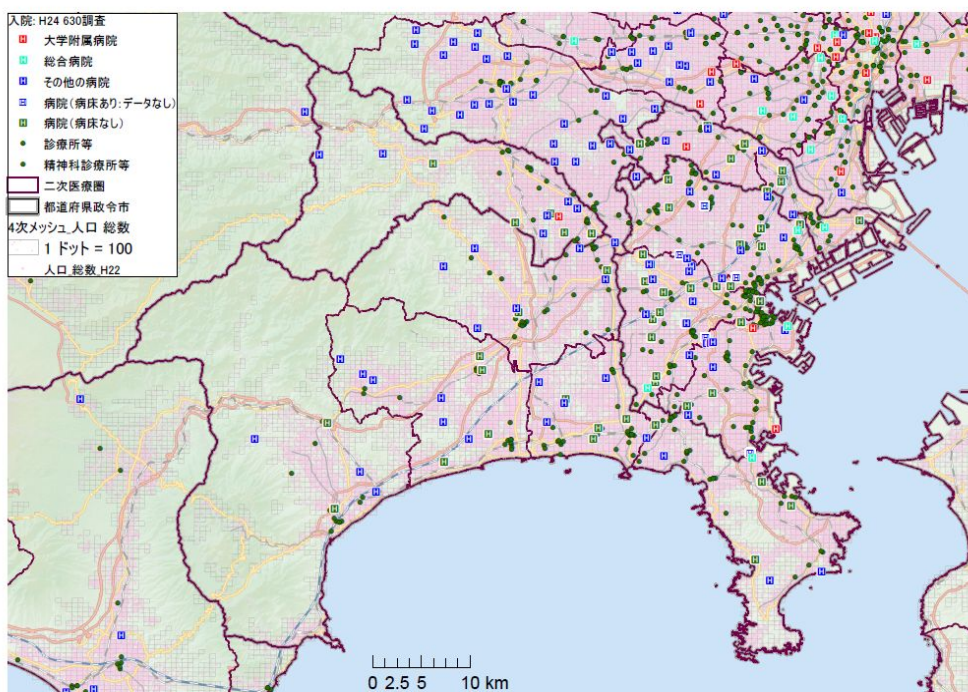


図2. 2015年を基準とする2040年の人口

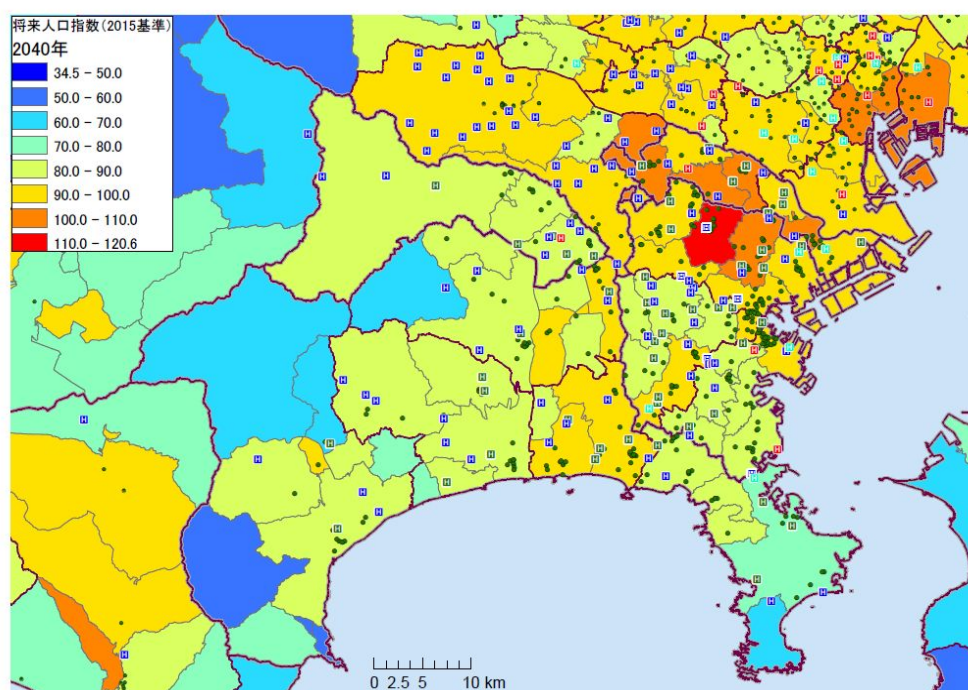


表1.平成26年1-6月の入院患者の受療圏別移動
(入院総数)

			患者医療圏											
			横浜市内	川崎市内	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西	東京都	埼玉県	千葉県	静岡県
施設医療圏	施設数	患者数	2,394	1,140	751	530	665	670	517	448	6,775	4,600	4,234	3,342
横浜北部	6	511	371	54	10	6	1	3	7	1	50	0	2	0
横浜西部	7	1,142	858	49	36	48	12	56	13	6	43	4	2	0
横浜南部	5	550	429	20	49	16	5	4	7	4	6	3	3	0
川崎北部	6	1,118	169	746	7	11	9	7	5	1	139	3	5	0
川崎南部	1	69	11	44	1	0	0	1	1	0	9	0	1	0
横須賀・三浦	4	991	209	24	577	33	14	13	8	9	57	6	14	0
湘南東部	5	472	31	13	40	294	36	28	7	7	3	1	0	0
湘南西部	6	661	38	6	8	39	434	38	20	56	13	2	0	0
県央	6	691	40	18	10	41	76	396	73	9	23	1	0	0
相模原	7	521	45	12	0	14	11	82	273	0	64	3	4	0
県西	3	449	13	5	2	10	50	4	7	338	9	1	0	0
東京都	48	6,080	110	107	5	10	8	26	71	4				
埼玉県	48	4,729	4	5	1	2	0	1	1	0				
千葉県	43	4,502	9	8	0	1	2	2	1	0				
静岡県	34	3,366	8	1	2	0	1	0	2	7				

1件以上の報告のあった施設(神奈川県域24/24, 横浜市18/30, 川崎市7/9, 相模原市7/7の回答あり)

表2.平成26年6月30日の通院患者の受療圏別移動
(外来総数)

			患者医療圏											
			横浜市内	川崎市内	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西	東京都	埼玉県	千葉県	静岡県
施設医療圏	施設数	患者数	3,284	1,180	671	438	598	642	918	259	2,892	4,087	5,564	4,656
横浜北部	39	1,218	1,025	91	14	8	2	12	11	1	45	3	3	0
横浜西部	32	1,137	1,052	14	9	12	5	18	7	1	13	2	2	1
横浜南部	26	845	772	13	25	7	0	4	1	2	15	0	4	0
川崎北部	17	665	68	491	3	1	4	4	7	1	74	1	0	5
川崎南部	16	659	97	515	4	3	2	0	0	0	27	2	2	0
横須賀・三浦	11	724	103	2	580	16	6	1	1	2	7	1	2	0
湘南東部	13	404	28	0	23	323	13	8	1	1	5	0	0	0
湘南西部	18	663	11	1	1	36	510	40	12	47	2	0	1	0
県央	16	574	27	2	3	11	29	437	46	7	7	0	1	0
相模原	24	1,020	19	5	0	11	9	98	780	2	88	0	1	0
県西	7	206	0	0	0	2	14	1	0	181	1	0	0	6
東京都	46	2,537	43	29	2	2	1	14	40	0				
埼玉県	98	3,932	6	4	0	0	0	0	0	0				
千葉県	121	5,747	8	2	2	1	0	0	1	0				
静岡県	115	4,699	1	2	1	1	2	1	3	13				

1件以上の報告のあった施設。東京都の診療所は報告がない。

表3.性別と年齢層別にみた平成22年(2010年)国勢調査人口等基本集計とWMHJ-1による12カ月有病率から推計した神奈川県の精神障害者数 (単位:千人)

	男性					合計	女性					合計
	20-34歳	35-44歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上		20-34歳	35-45歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上	
平成22年(2010年)国勢調査人口	894	783	587	609	813	3,686	813	725	542	615	1,007	3,701
気分障害者数	25	36	9	13	5	88	63	25	30	18	18	155
不安障害者数	35	44	20	9	8	116	57	37	36	28	35	193
物質関連障害者数	13	12	2	4	5	35	10	0	1	0	0	12
いずれかの精神障害者数	75	83	28	27	21	235	108	62	65	44	48	327

平成22年(2010年)国勢調査人口等基本集計は総務省統計局から公表されているものを使用
対象は外国人を含めた日本に在住する者

表4.性別と年齢層別にみた平成37年(2025年)将来推計人口とWMHJ-1による12カ月有病率から推計した神奈川県の精神障害者数 (単位:千人)

	男性					合計	女性					合計
	20-34歳	35-44歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上		20-34歳	35-45歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上	
平成37年(2025年)将来推計人口	741	562	720	657	1,076	3,757	680	518	686	620	1,372	3,876
気分障害	21	26	12	14	6	78	53	18	38	18	25	152
不安障害	29	32	25	10	10	105	48	26	45	28	47	195
物質関連障害	10	9	2	5	6	32	9	0	2	0	0	10
いずれかの精神障害	62	60	35	29	28	214	91	44	82	44	66	326

平成37年(2025年)将来推計人口は国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』を使用
対象は外国人を含めた日本に在住する者

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¹⁾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¹⁻³⁾，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¹⁾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⁴⁾の平均を利用し、各都道府県の人口は平成 22 年国勢調査⁵⁾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¹⁾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²⁾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⁶⁾、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⁷⁾。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眉の課題となる。

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関はなく、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⁸⁾、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⁹⁾。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。

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.

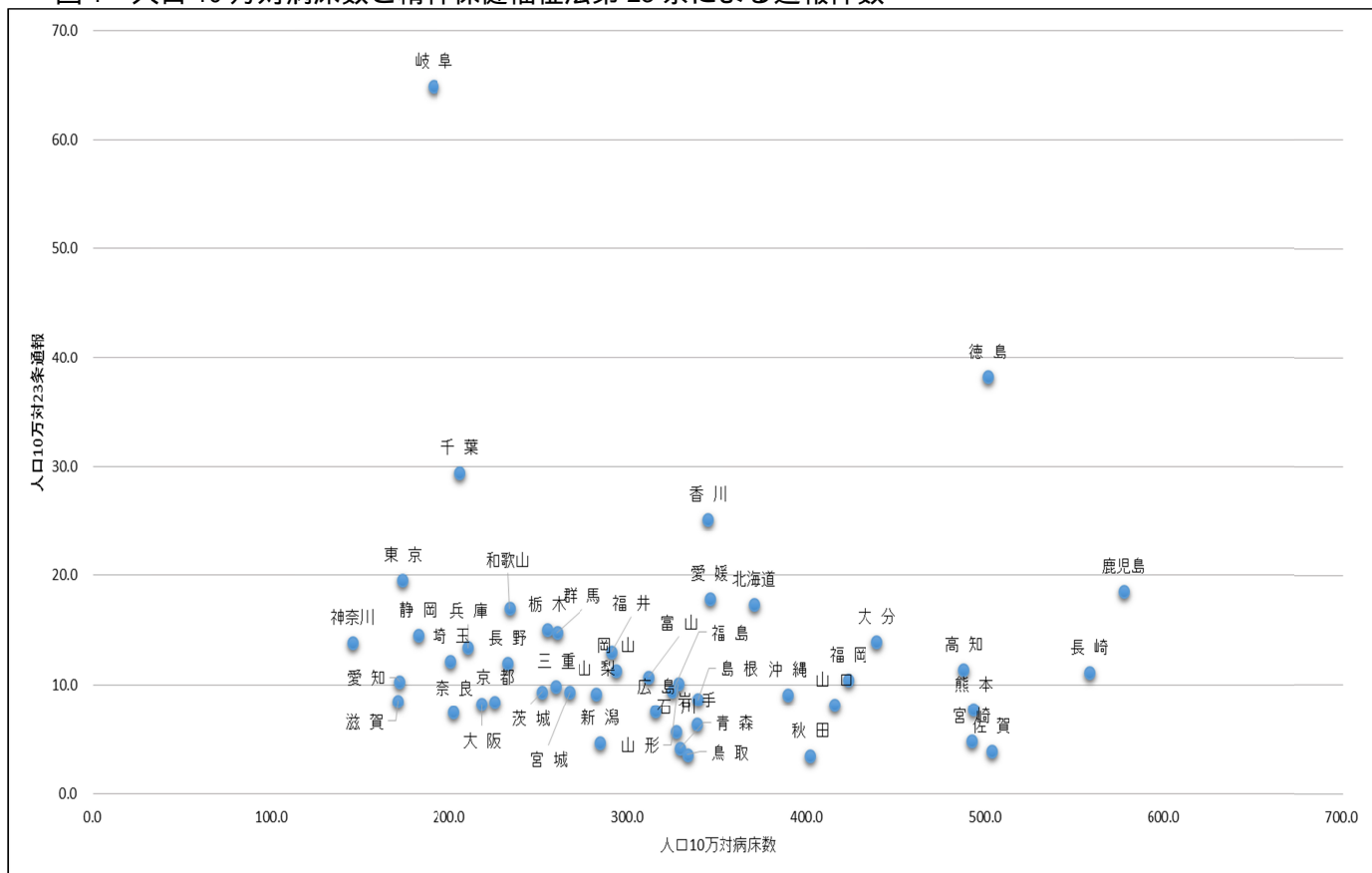
3) 竹島正, 小山明日香, 立森久照, 金田一正史, 小泉典章, 松本俊彦, 瀬戸秀文, 吉住昭: 精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題-全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに-. 日本社会精神医学会雑誌 21(1): 23-31, 2012.

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



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
（３）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

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 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）
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）

研究要旨：

【目的】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い、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の議論に活用可能な対話の場の種類やその主要な参加者の把握、および対話の場で有用な資料に関する情報を得ることを目的とした。

【方法】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，精神医学講座担当学会議，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委員会の 6 つの組織団体に協力を依頼し，電子調査を行った。

【結果】率直な対話の場の活動として，精神保健福祉審議会が最も多く，次いで精神科病院協会等の団体の活動，精神科救急の検討の場，精神障害者の地域移行や自立支援に関する検討の場，自殺対策の検討の場，精神保健福祉協会，精神医療審査会が挙げられた。その主要な参加者は，精神保健の関係者だけでなく，地域福祉事業者，民間団体や家族なども含まれた。また，率直な対話の場の際に用いる資料について，本調査で示した資料がある程度役立つと評価された。

【結論】地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場として，精神保健福祉審議会，精神科病院協会等の団体の活動や精神科救急の検討の場が活用されていることが確認された。参加者は，精神保健医療の関係者のほか，地域福祉事業者，民間団体や家族などの参加も多かった。対話の場の際に役立つ資料として，精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや WMH 日本調査と精神医療に関連する推定値の資料を地域に応じて提示することが有用であると考えられた。本調査の成果を地域における精神保健医療の対話の発展に活かすことが期待される。

A．研究目的

わが国の精神保健医療は平成 16 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示されたものの，その達成目標である平均退院率 退院率ともに 10 年間の期間内の達成は困難な状況である。この背景には，各都道府県等の状況を踏まえた目標達成のプロセスが明確にされなかったことが挙げられる。

本研究は，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い，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の議論に活用可能な対話の場の種類やその主要な参加者の把握，および対話の場で有用な資料に関する情報を得ることを目的とした。

B．研究方法

1．対象者と調査内容および方法

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，精神医学講座担当学会議，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，の6つの組織団体を通じて，全国の都道府県・政令指定都市に協力を依頼し電子調査を行った。電子調査では，調査依頼と調査票 Web ページにつながる URL が電子メールにて送信された。回答者には，パソコンから URL にアクセスし，調査票に回答するように求めた。調査は2015年8月9日から2015年10月23日まで行われた。

2．調査項目

調査項目は，URL にアクセスした順序に従って「1」から自動的に通し番号を付与したID番号，6つの組織団体別のコード番号，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の有無，主要な率直な対話の場の名称（最大3つまで），主要な率直な対話の場の主催者，主要な率直な対話の場の開催時期，主要な参加者，主要な率直な対話の場の行政とのつながり，主要な率直な対話の場の詳細情報の入手方法，精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料に関する質問，回答者の名前，回答者の連絡先であった。なお，率直な対話の際に役立つ資料として回答者がイメージしやすいように，施設別の在院1年以上の患者数と入院患者の受療行動をマップ上に示した仮想マップを参照して回答を求めた。その質問は5問（例えば，精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ）設け，それ以外に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：以下，WMH日本調査と略す）と精神医療に関連する推定値の資料に対する質問が3問（例えば，WMH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など）であった。これら計8問について1=大いに役立つから5=まったく役立たない，の5件法で回答を求めた。本調査で用いた調査票は付表のとおりである。回答者個人を特定するものではない。

3．データの処理

解析対象として，2つのデータセットを用意した。1つ目は調査票 Web ページにつながる URL にアクセスをした全ての回答が含まれたデータセット（以下，全ての回答が含まれたデータセットと略），もう1つは，全ての回答が含まれたデータセットから調査票の最後のページまで回答があったもののみを抽出したデータセット（以下，抽出したデータセットと略）であった。2つのデータセットについて，複数回答があった場合は，通し番号で入力されたID番号に基づき最終回答の方を採用した。都道府県・政令指定都市や組織団体の特定において，電子調査で得られたコード番号や連絡先等から特定可能である対象について行った。

精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問については，逆転項目として処理し，得点が高いほど役に立つという評価が強いとした。

本報告書においては，平成28年2月9日時点での速報値として分析を行った。

（倫理面への配慮）

本調査は，地域精神保健医療の開発の議論に活用可能な対話の場の調査であって，個人情報には含まれない。

C．研究結果

1．全ての回答が含まれたデータセット

1-1．回答状況

全都道府県・政令指定都市67箇所（箇所）に協力依頼し61箇所（回答率91.0%），342施設から回答が得られた。6つの組織団体からは，都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課が89施設（26.0%），全国精神保健福祉センター長会が80施設（23.4%），日本精神神経科診療所協会が68施設（19.9%），日本精神科病院協会が59施設（17.3%），全国精神保健福祉相談員会が39施設（11.4%），精神医学講座担当者会議が2施設（0.6%），6つの組織団体のどれにも特定できない施設が5施設（1.5%）であった。

1 - 2 . 率直な対話の場の名称や活動の集計

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の名称や活動について、回答が得られた施設数は 342 施設中 83 施設(回答率 24.3%)であり、計 136 個の名称や活動が挙げられた。そのうち、精神保健福祉審議会が 53 回答(39.0%)と最も多く、次いで精神科病院協会や医師などによる団体(以下、精神科病院協会等の団体と略) が 22 回答(16.2%)、精神科救急に関する検討の場(以下、精神科救急と略) が 15 回答(11.0%)、精神障害者の地域移行や自立支援に関する検討の場(以下、自立支援と略) が 6 回答(4.4%)、自殺対策に関する検討の場(以下、自殺対策と略) が 5 回答(3.7%)、精神保健福祉協会が 4 回答(2.9%)、精神医療審査会が 2 回答(1.5%)、その他が 29 回答(21.3%)であった。また、6 つの組織団体に共通した対話の場はなかったものの、日本精神神経科診療所協会を除く 5 つの団体に共通して精神保健福祉審議会が多く挙げられていた(図 1)。

率直な対話の場に参加する主要な参加者については合計 646 回答が得られ、精神保健福祉行政が 124 回答(19.2%)と最も多く、精神医療に関する医師が 120 回答(18.6%)、精神医療に関する医師以外の精神保健医療従事者が 94 回答(14.6%)、障害者福祉事業者・民間団体が 84 回答(13.0%)、精神保健医療サービス利用者・家族が 72 回答(11.1%)、精神保健福祉行政以外の行政が 65 回答(10.1%)、障害者福祉事業者・民間団体以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体が 44 回答(6.8%)、市民が 15 回答(2.3%)、その他が 28 回答(4.3%)であった。次に、これらの回答を精神保健の関係者(精神医療に関する医師、精神保健福祉行政、精神医療に関する医師以外の精神保健医療従事者を含む) とその他(精神保健福祉行政以外の行政、障害福祉事業者・民間団体、障害福祉事業者・民間団体以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体、精神保健医療サービス利用者・家族、市民、その他を含む) に大別したところ、前者が 338 回答

(52.3%)、後者が 308 回答(47.7%)であった。

1 - 3 精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問の集計

精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問について、各項目に答えた施設数と平均値、標準偏差を表 1 に示した。どの質問項目も平均値はおおよそ 4 点に近く(範囲 3.79 ~ 4.07)、質問項目で記した資料がある程度役立つと評価していた。6 つの組織団体別でみても全て項目におおよそ 4 点に近い評価(範囲 3.60 ~ 5.00) で、団体によって大きく評価が異なることはなかった(表 2)。

2 . 抽出したデータセット

全ての回答が含まれたデータセットには複数回答であるか否かを特定するには本調査では限界があった。例えば、同一回答者であっても、調査票 URL にアクセスするたびに新しい ID 番号が付与されるため、連絡先等の質問項目がある調査票の最後のページまで回答があったもののみを抽出したデータセットも用いて同様の分析を行った。

2 - 1 . 回答状況

全都道府県・政令指定都市 67 箇所に協力依頼し 52 箇所(回答率 77.6%)、106 施設から回答が得られた。6 つの組織団体からは、全国精神保健福祉センター長会が 41 施設(38.7%)、日本精神神経科診療所協会が 26 施設(24.5%)、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課が 16 施設(15.1%)、全国精神保健福祉相談員会が 12 施設(11.3%)、日本精神科病院協会が 10 施設(9.4%)、精神医学講座担当者会議が 1 施設(0.9%)であった。

2 - 2 . 率直な対話の場の名称や活動の集計

精神保健医療改革の議論にも活用可能な率直な対話の場の名称や活動について、回答が得られた施設数は 106 施設中 63 施設(回答率 59.4%)であり、計 106 個の名称や活動が挙げられた。そのうち、精神保健福祉審議会が 40 回答(37.7%)と最も多く、次いで精神科病院

協会等の団体が 15 回答 (14.2%), 精神科救急が 10 回答 (9.4%), 自殺対策が 4 回答 (3.8%) と精神保健福祉協会が 4 回答 (3.8%), 自立支援が 3 回答 (2.8%), 精神医療審査会が 1 回答 (0.9%), その他が 29 回答 (27.4%) であった。また, 日本精神神経科診療所協会と精神医学講座担当者会議から率直な対話の場の回答記述がなかったが, その他 4 つの団体で共通して精神保健福祉審議会が多く挙げられていた (図 2)。

率直な対話の場に参加する主要な参加者については合計 513 回答が得られ, 精神保健福祉行政が 99 回答 (19.3%) と最も多く, 精神医療に関する医師が 96 回答 (18.7%), 精神医療に関する医師以外の精神保健医療従事者が 78 回答 (15.2%), 障害者福祉事業者・民間団体が 66 回答 (12.9%), 精神保健医療サービス利用者・家族が 58 回答 (11.3%), 精神保健福祉行政以外の行政が 48 回答 (9.4%), 障害者福祉事業者・民間団体以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体が 33 回答 (6.4%), 市民が 12 回答 (2.3%), その他が 23 回答 (4.5%) であった。次に, これらの参加者を精神保健の関係者とその他に大別したところ, 前者が 273 回答 (53.2%), 後者が 240 回答 (46.8%) であった。

2-3 精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問の集計

精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料の質問について, 各項目に答えた施設数と平均値, 標準偏差を表 1 に示した。どの質問項目でも平均値はおよそ 4 点に近い数値であった (範囲 3.60 ~ 4.07)。6 つの組織団体別でも全て項目におよそ 4 点に近い評価 (範囲 3.54 ~ 5.00) で, 団体によって大きく評価が異なることはなかった (表 3)。

D. 考察

本調査では, 2 種類のデータセットを用いて地域の精神保健医療の課題について率直な対話の場に関する分析を行った結果, 類似し

た傾向が得られた。

地域精神保健医療の課題についての率直な対話の場としては, 精神保健福祉審議会が最も多く挙げられており, 精神保健及び精神障害者福祉に関して各地域で審議が進められていることが改めて確認できた。また, 精神科病院協会等の団体での活動や精神保健福祉協会, 精神科救急に関する検討の場なども回答として挙がり, 団体種別を超えて精神保健医療の検討がなされていることが分かった。このような率直な対話の場への参加者は精神保健の関係者が主要であるかと思われたが, 地域福祉事業者や民間団体や家族などの参加者も多く, 対話の場において様々な意見交換ができるものと期待される。

率直な対話の場の際に役立つ資料の質問について, 精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや WMH 日本調査と精神医療に関連する推定値の資料がある程度役立つと評価された。今後, 更なるデータクリーニングの必要性はあるが, 全国のほとんどの都道府県・政令指定都市に設定されている精神保健福祉審議会を軸に, 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の議論に関する資料提供を行うことが重要であると考えられた。

E. 結論

本調査の結果, 地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場として, 精神保健福祉審議会, 精神科病院協会等の団体の活動や精神科救急の検討の場が活用されていることが確認された。参加者は, 精神保健医療の関係者のほか, 地域福祉事業者, 民間団体や家族などの参加も多かった。対話の場の際に役立つ資料として, 精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや WMH 日本調査と精神医療に関連する推定値の資料を地域に応じて提示することが有用であると考えられた。本調査の成果を地域における精神保健医療の対話の発展に活かすことが期待される。

謝辞

本調査を進めるにあたり，ご協力及びご支援をいただきました，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，精神医学講座担当者会議，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の皆様には，深く感謝申し上げます。

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 なし

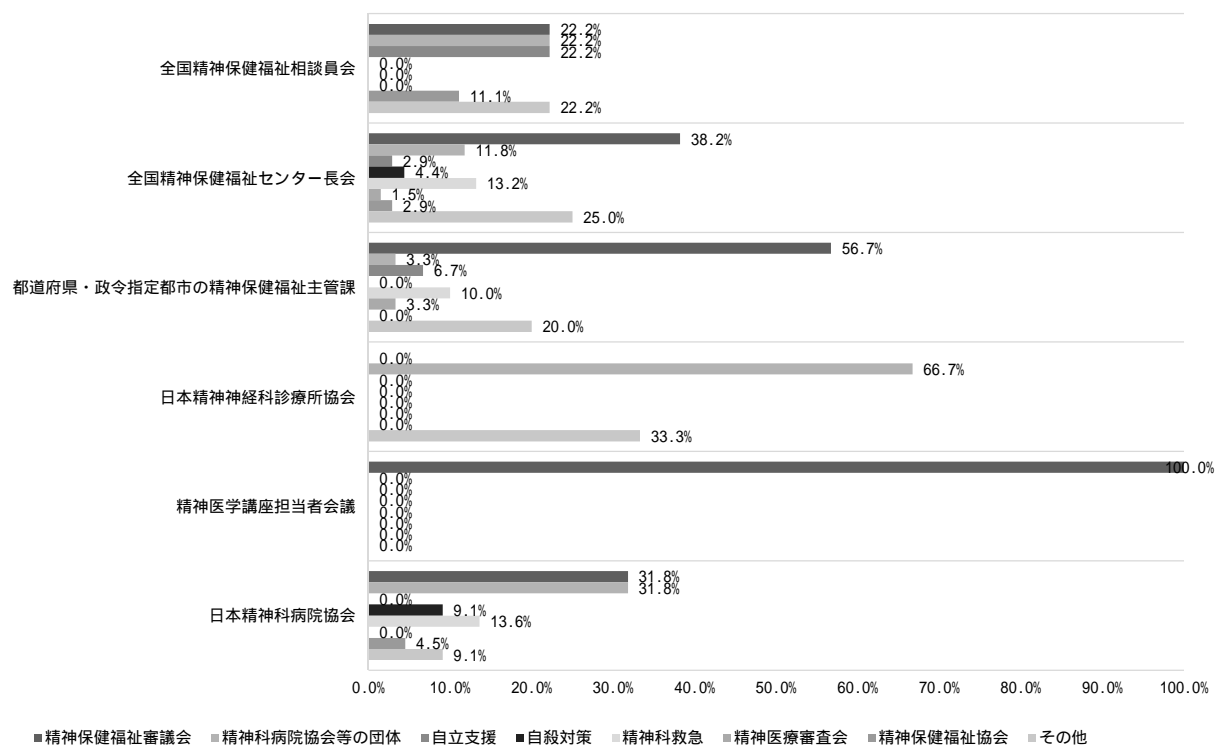


図 1. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話の場の名称と活動内訳
（全ての回答が含まれたデータセット）

表 1. 精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料に対する施設数と平均値，標準偏差

	全ての回答が含まれたデータセット			抽出したデータセット		
	回答施設数	平均値	(SD)	回答施設数	平均値	(SD)
精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ	149	4.30	(.79)	106	4.25	(.73)
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	149	3.99	(.85)	106	4.00	(.83)
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	149	3.92	(.96)	106	3.95	(.92)
問3について,F0,F1,F2など, ICDコード別に分類したマップ	149	3.79	(.92)	106	3.81	(.86)
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	148	3.97	(.86)	106	3.99	(.77)
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	147	4.02	(.86)	106	3.99	(.77)
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	147	4.07	(.84)	106	4.07	(.77)
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	147	3.95	(.90)	106	3.93	(.84)

Note:1=まったく役立たない～5 = 大いに役立つ

表 2. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料に対する施設数と平均値，標準偏差（全ての回答が含まれたデータセット）

	全国精神保健福祉相談員会			全国精神保健福祉センター長会			都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課			日本精神神経科診療所協会			精神医学講座担当者会議			日本精神科病院協会		
	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)
問1	18	4.61	(.78)	51	4.35	(.72)	32	4.09	(.73)	30	4.37	(.67)	1	5.00		17	4.00	(1.17)
問2	18	4.11	(.68)	51	4.10	(.70)	32	3.88	(.87)	30	3.93	(1.01)	1	4.00		17	3.88	(1.11)
問3	18	4.22	(1.0)	51	3.98	(.86)	32	4.00	(.88)	30	3.70	(1.02)	1	4.00		17	3.65	(1.22)
問4	18	4.00	(.97)	51	3.92	(.74)	32	3.69	(.90)	30	3.60	(.97)	1	5.00		17	3.65	(1.22)
問5	18	4.06	(1.0)	51	4.02	(.71)	32	4.06	(.91)	30	3.87	(.86)	1	4.00		16	3.75	(1.13)
問6	17	4.18	(.81)	51	4.22	(.70)	32	4.09	(.82)	30	3.70	(.95)	1	4.00		16	3.69	(1.08)
問7	17	4.24	(.75)	51	4.27	(.63)	32	3.97	(.86)	30	3.87	(.90)	1	5.00		16	3.75	(1.18)
問8	17	4.06	(.90)	51	4.18	(.71)	32	3.88	(.83)	30	3.70	(1.02)	1	5.00		16	3.69	(1.20)

Note:1=まったく役立たない～5 = 大いに役立つ

問1～問8の質問項目内容は表1を参照

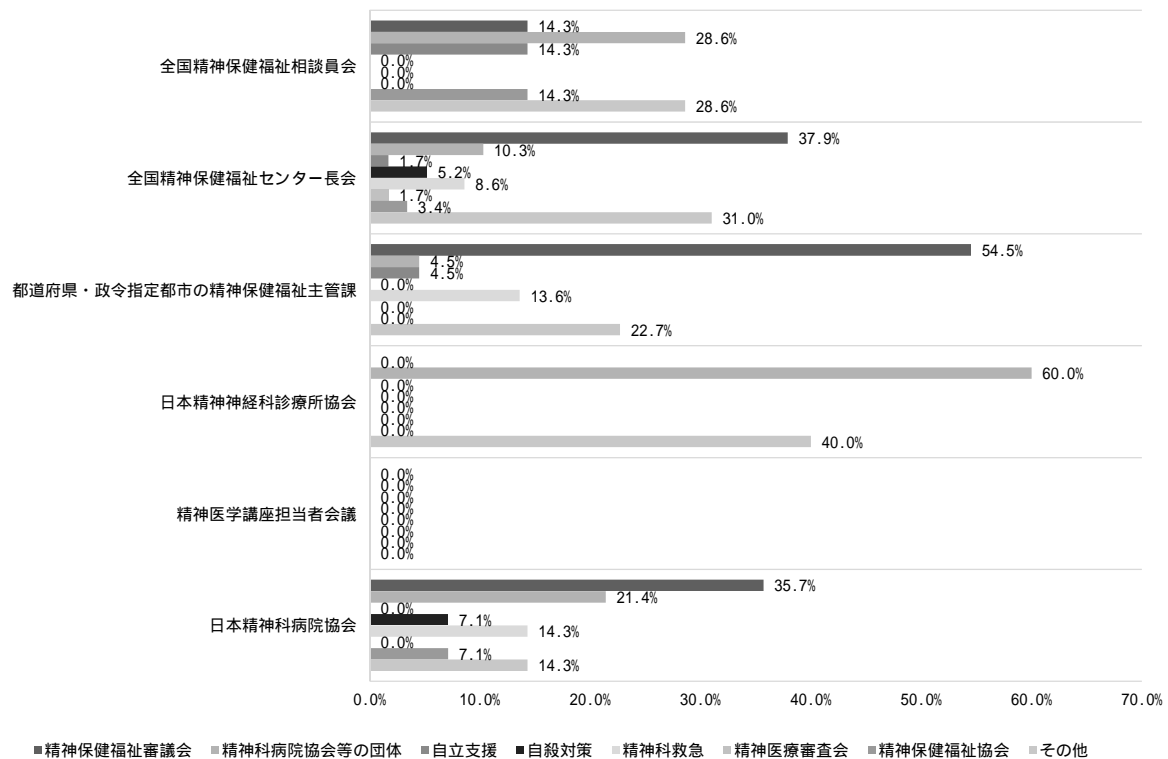


図 2. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話の場の名称と活動内訳
(抽出したデータセット)

表 3. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料に対する
施設数と平均値，標準偏差 (抽出したデータセット)

	全国精神保健福祉 相談員会			全国精神保健福祉 センター長会			都道府県・政令指定都 市の精神保健福祉主管 課			日本精神神経科 診療所協会			精神医学講座 担当者会議			日本精神科 病院協会		
	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)	回答数 施設数	平均値	(SD)
問1	40	4.23	(.70)	12	4.50	(.90)	16	3.94	(.57)	26	4.31	(.68)	1	5.00		10	4.30	(.95)
問2	40	4.08	(.73)	12	4.33	(.49)	16	3.69	(.79)	26	3.88	(1.07)	1	4.00		10	4.10	(.88)
問3	40	3.95	(.93)	12	4.42	(.90)	16	4.13	(.72)	26	3.65	(.98)	1	4.00		10	3.90	(.99)
問4	40	3.88	(.79)	12	4.17	(.83)	16	3.69	(.79)	26	3.54	(.95)	1	5.00		10	3.90	(.99)
問5	40	4.00	(.75)	12	4.25	(.87)	16	4.19	(.66)	26	3.77	(.82)	1	4.00		10	3.90	(.88)
問6	40	4.08	(.66)	12	4.25	(.75)	16	4.25	(.58)	26	3.62	(.94)	1	4.00		10	3.80	(.79)
問7	40	4.15	(.58)	12	4.25	(.75)	16	4.13	(.72)	26	3.81	(.94)	1	5.00		10	3.90	(.99)
問8	40	4.03	(.66)	12	4.08	(.90)	16	3.88	(.81)	26	3.73	(1.0)	1	5.00		10	3.80	(1.03)

Note: 1=まったく役立たない～ 5 = 大いに役立つ

問1～問8の質問項目内容は表1を参照

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」
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」（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年に目指すべき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、精神医学講座担当者会議、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川崎市幸区堀川町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

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

2

3

4

5

6

問1問2a問2b問2c問3問4

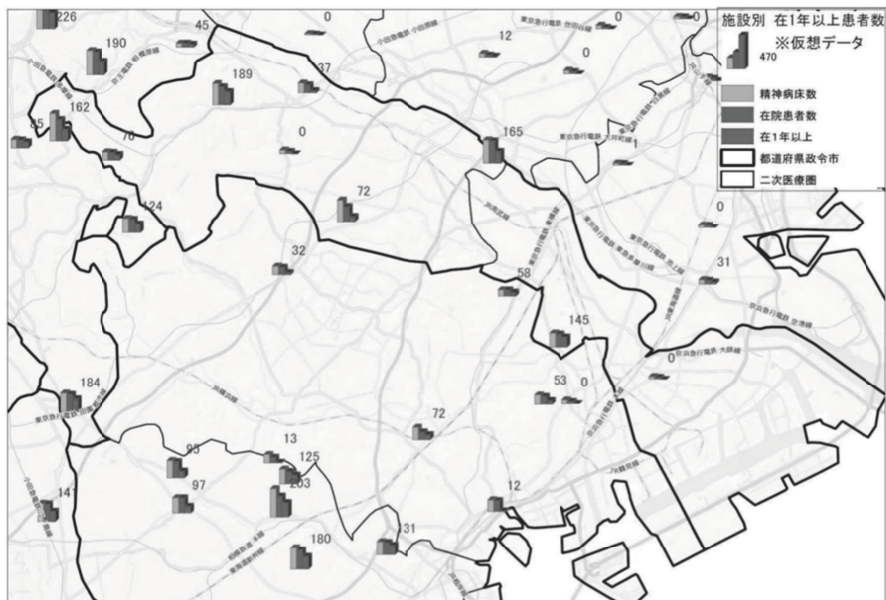
問3 精神保健医療に関する率直な対話を促進するためには、貴都道府県・政令指定都市のどのような資料が役立つと思われますか。あなたのお考えに近いものに最も近いものにそれぞれを1つ付けてください。なお、1から5の回答に当たっては、このページ下部のマッピングイメージを参照のうえご回答ください。 *

	1) 大いに役立つ	2) ある程度役立つ	3) わからない	4) あまり役立たない	5) まったく役立たない
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

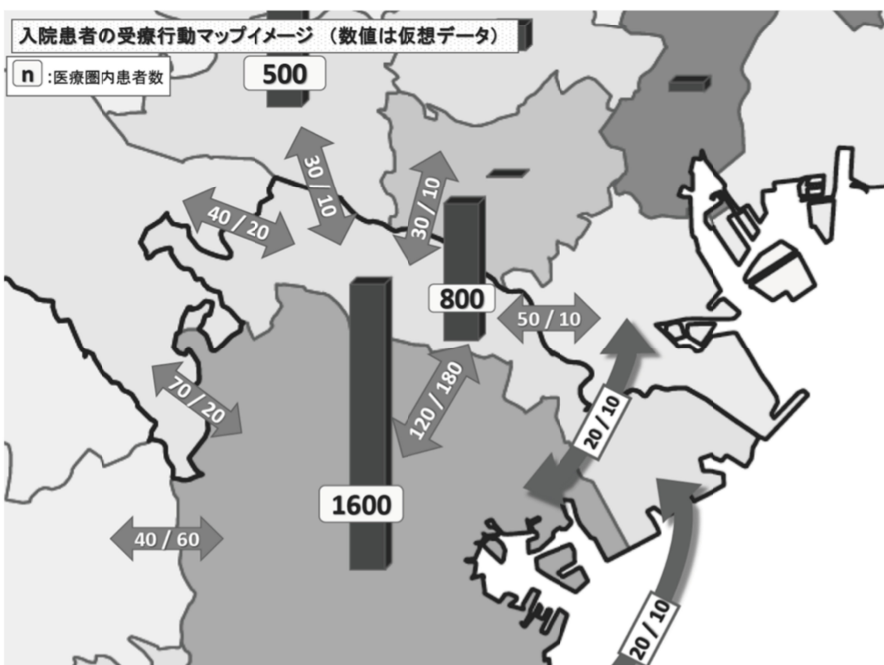
資料



マッピングイメージ（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。悉皆と見なしうる調査に基づいて、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

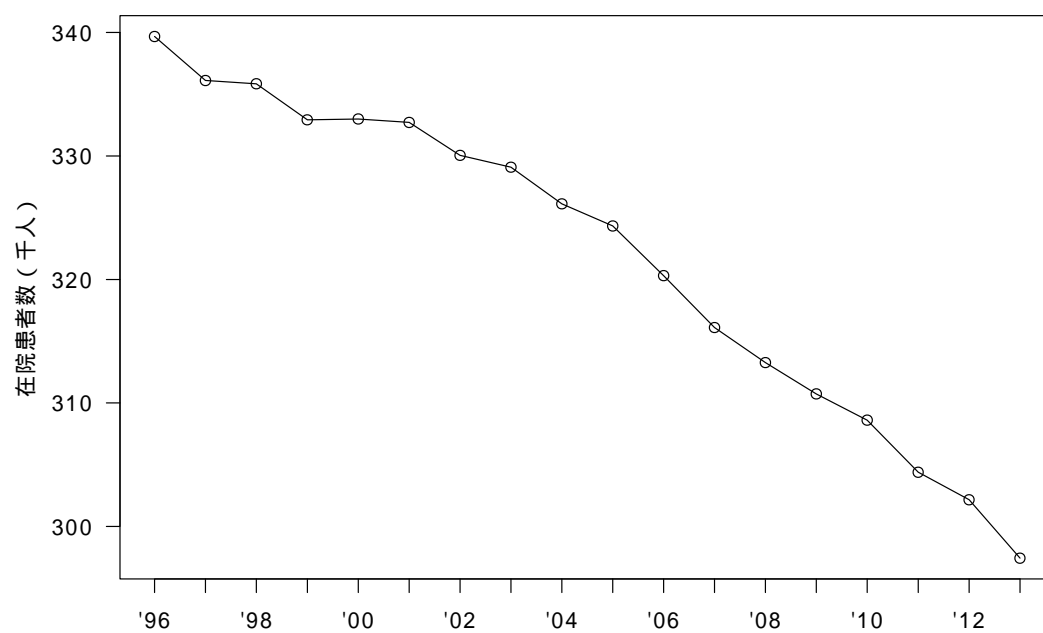


図 2：認知症等（F0）と統合失調症等（F2）による在院患者数の推移

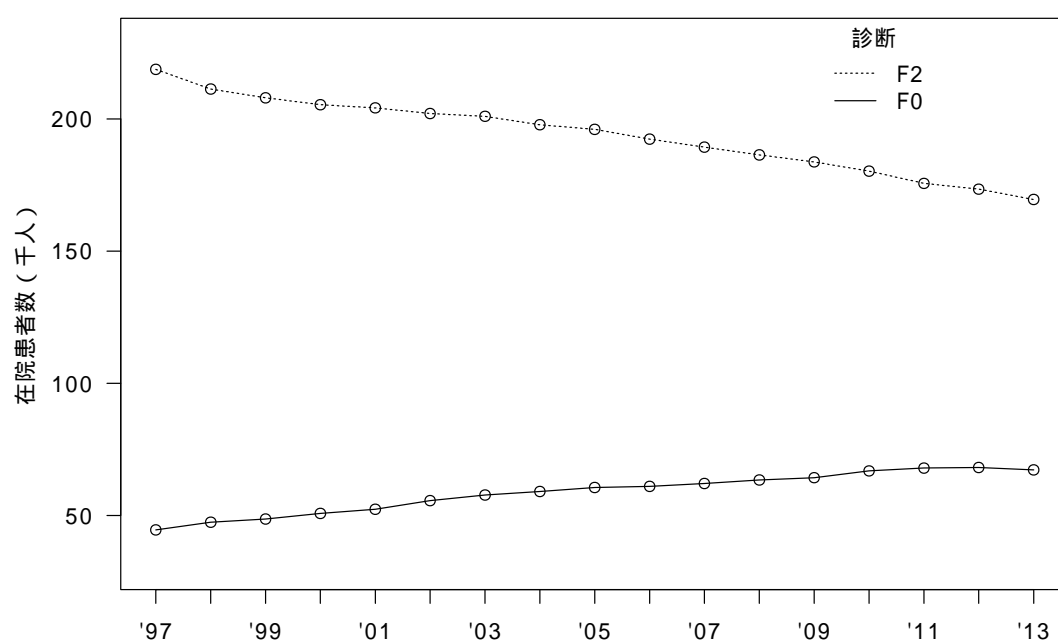


図 3：平均退院率の推移

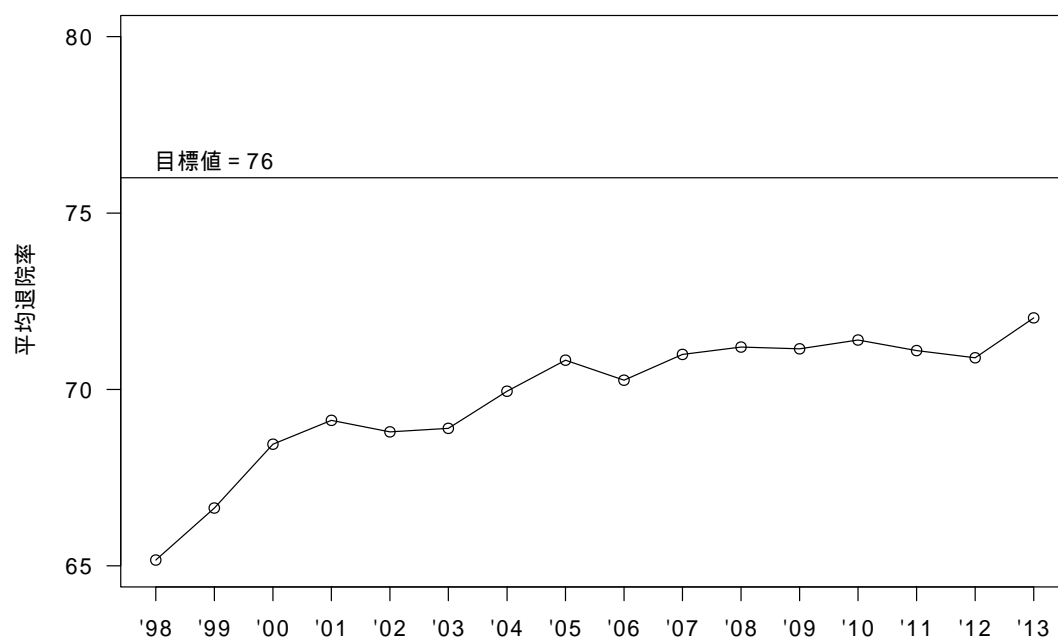


図 4：新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

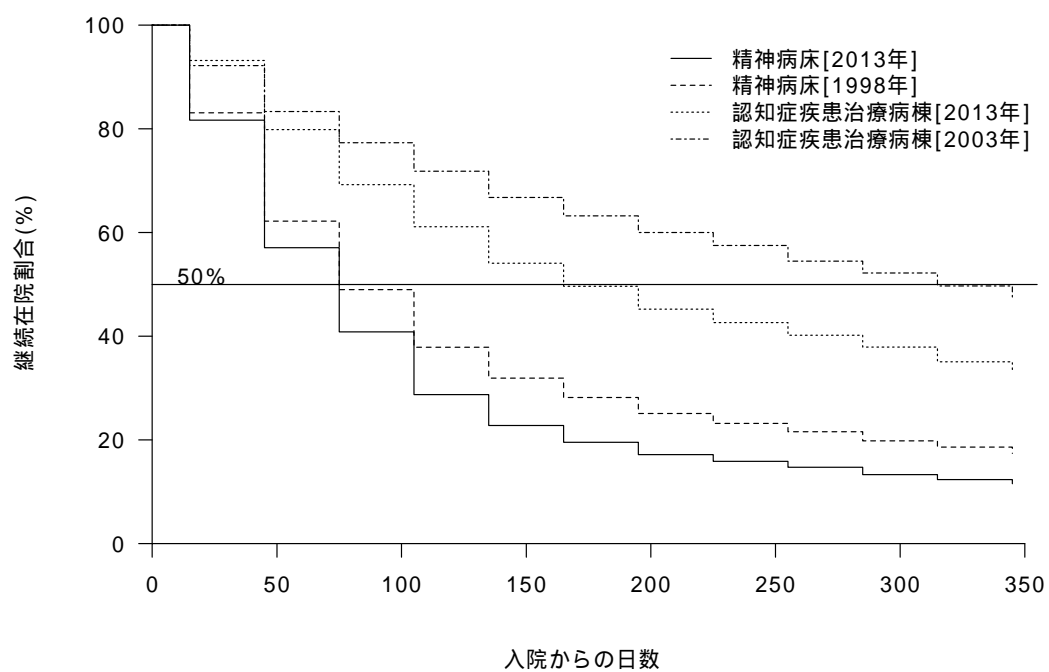


図 5：退院率の推移

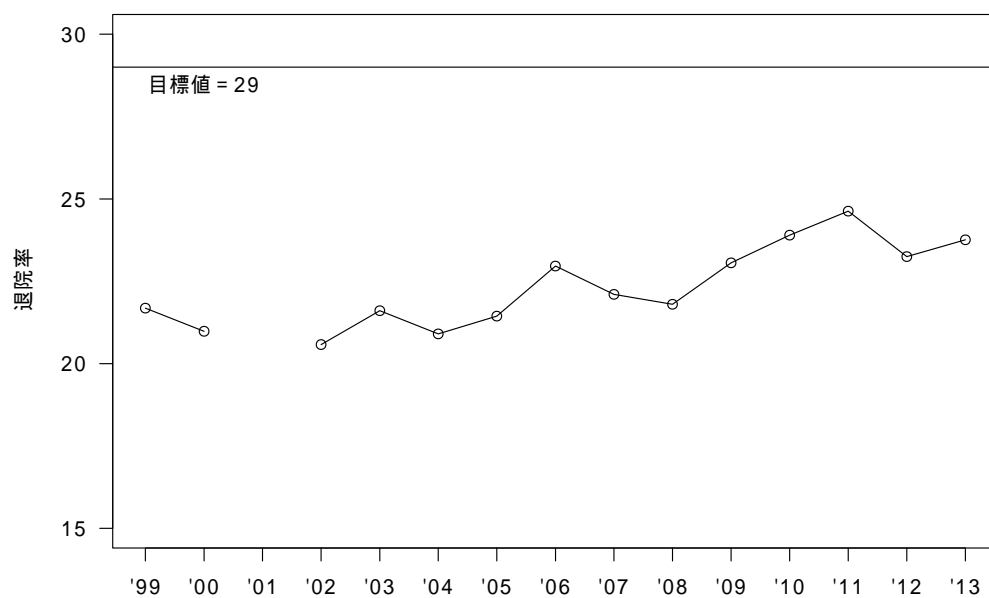
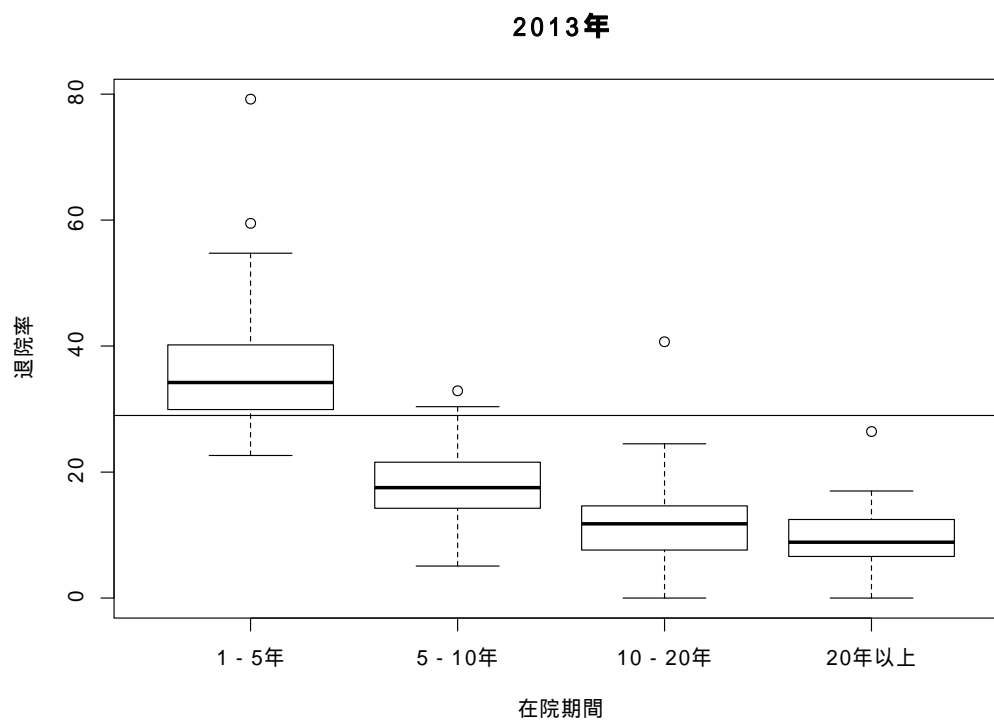
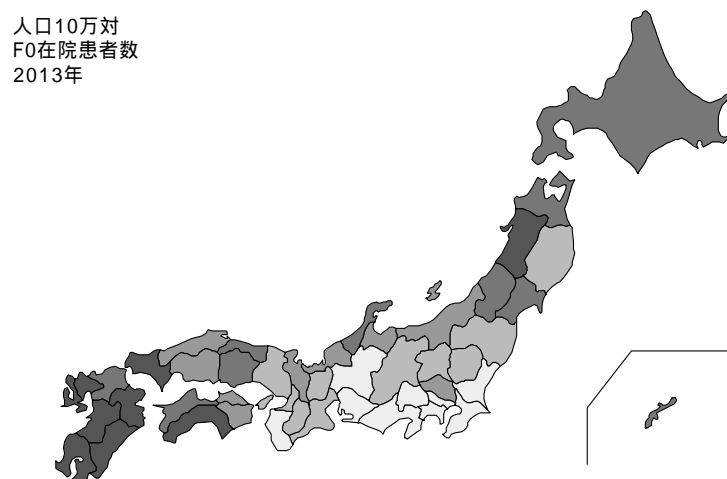


図 6：在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



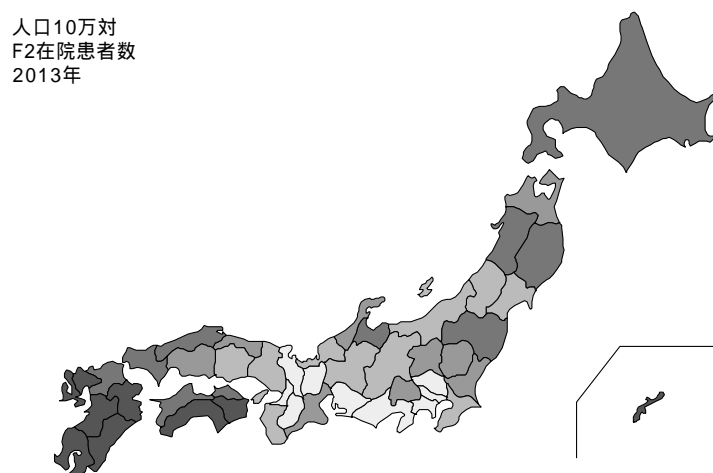
注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

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

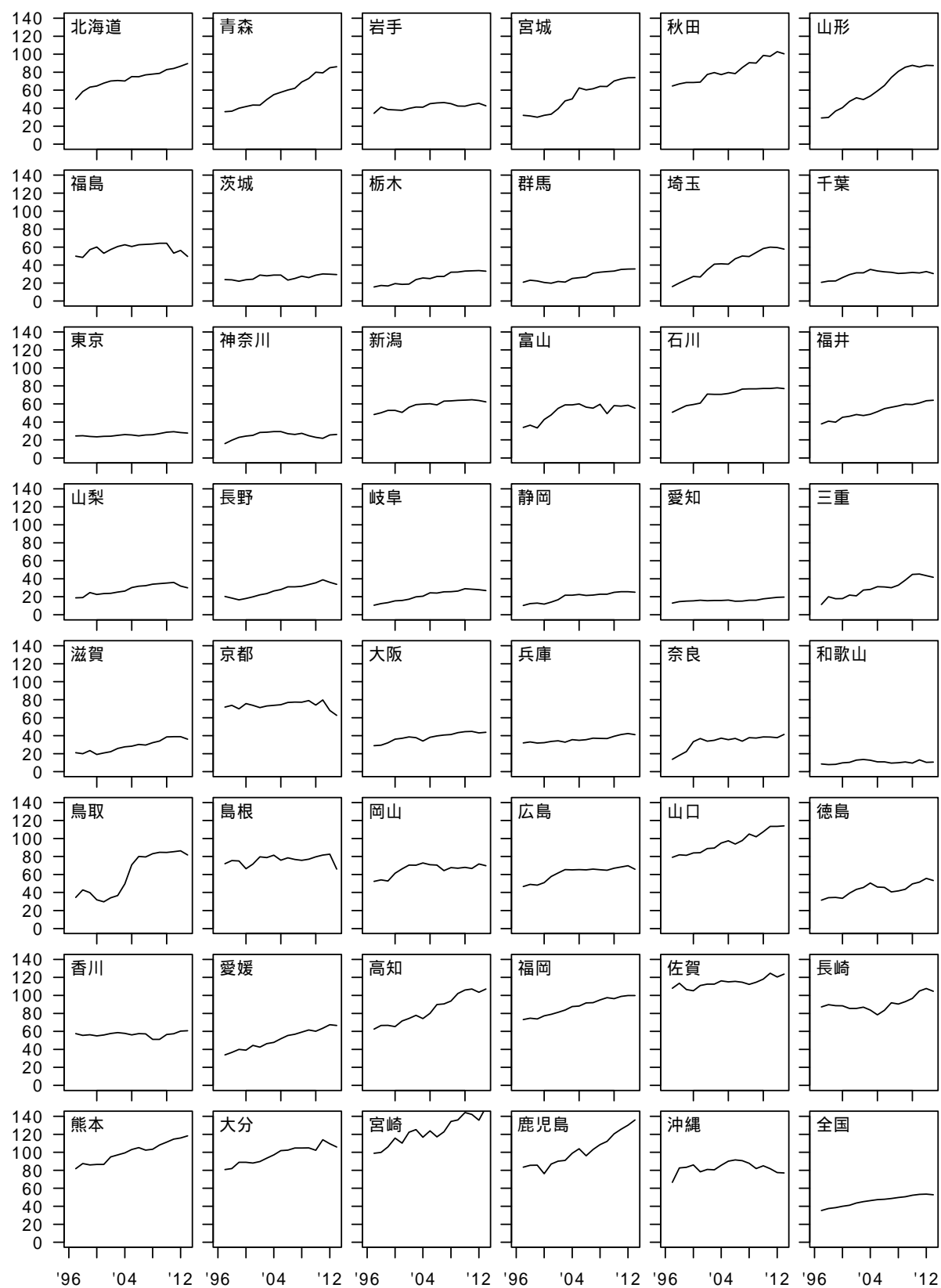
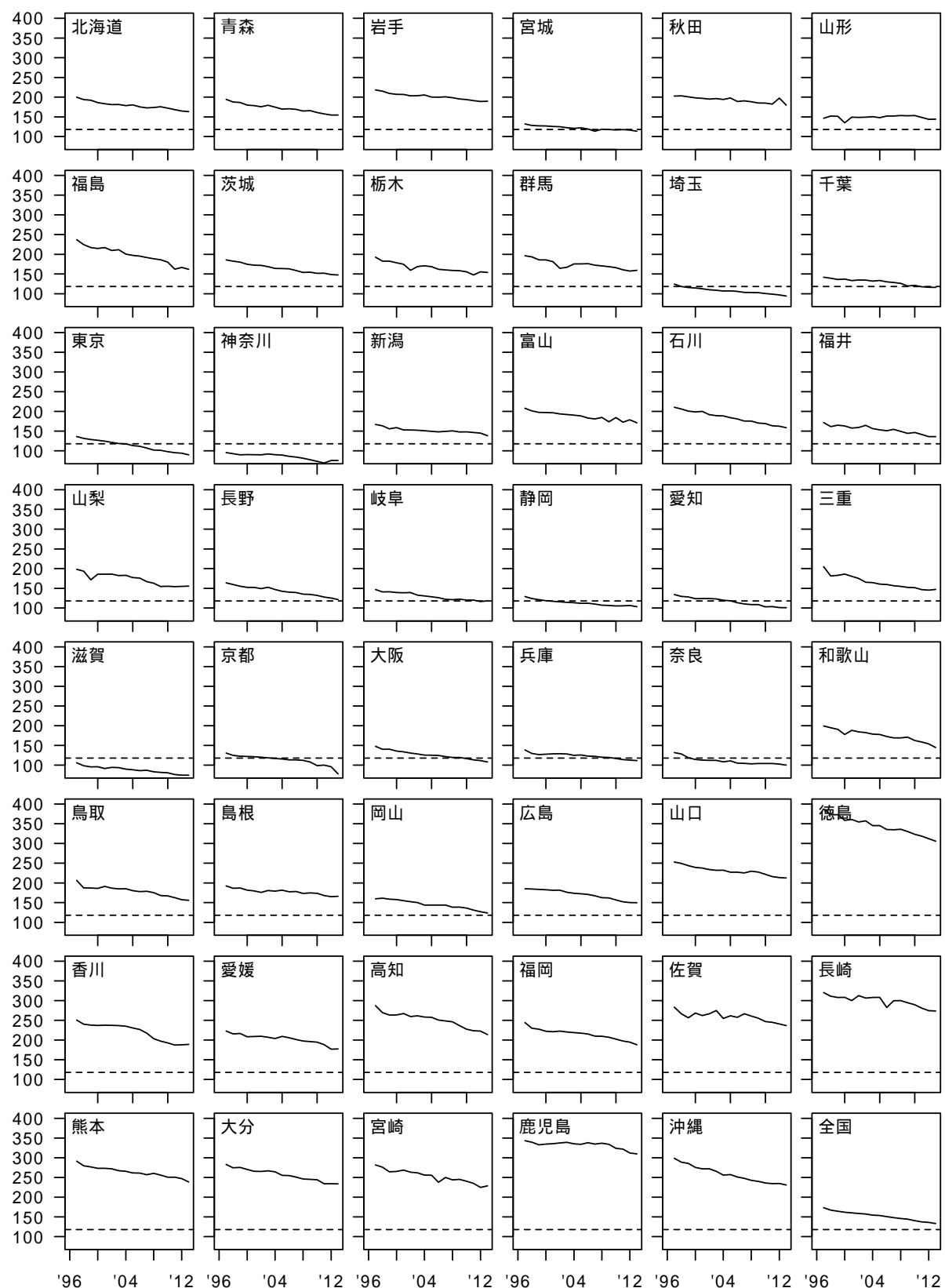
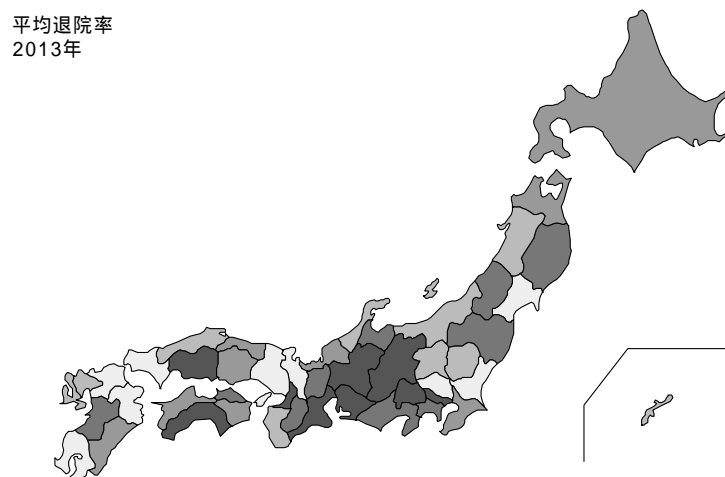


図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



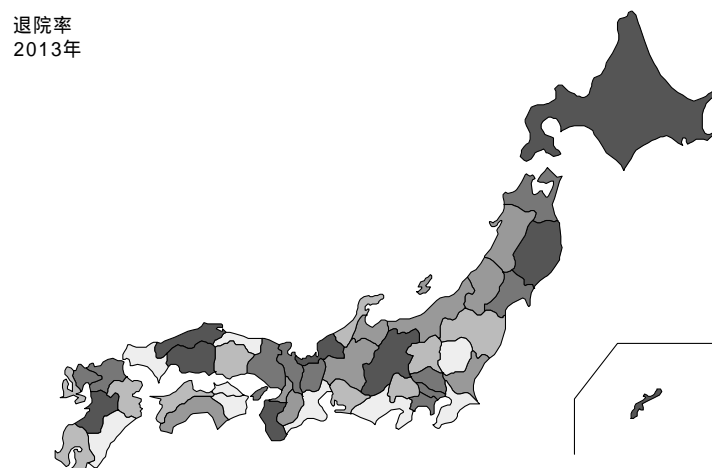
注:破線は目標を達成した場合の2014年10月1日現在総人口時の人口10万対在院患者数(118)を示す。

図 11：2013 年の県別の平均退院率



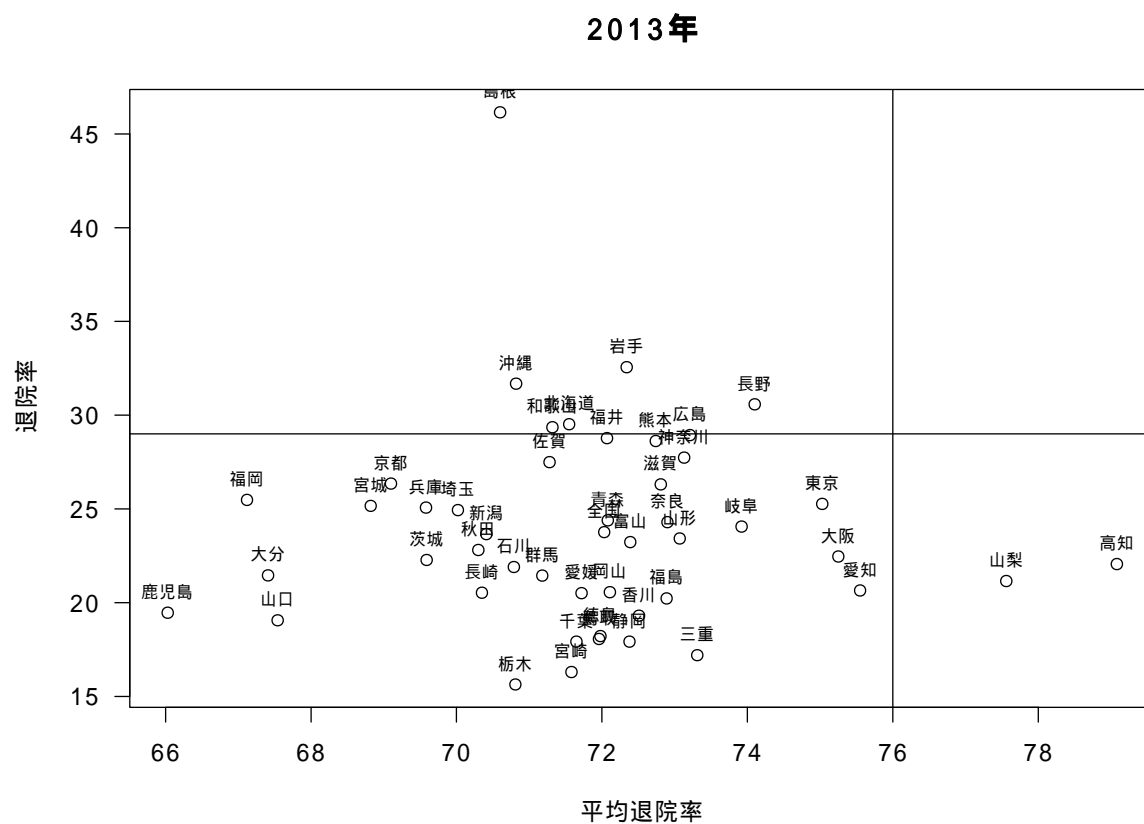
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

図 12：2013 年の県別の退院率



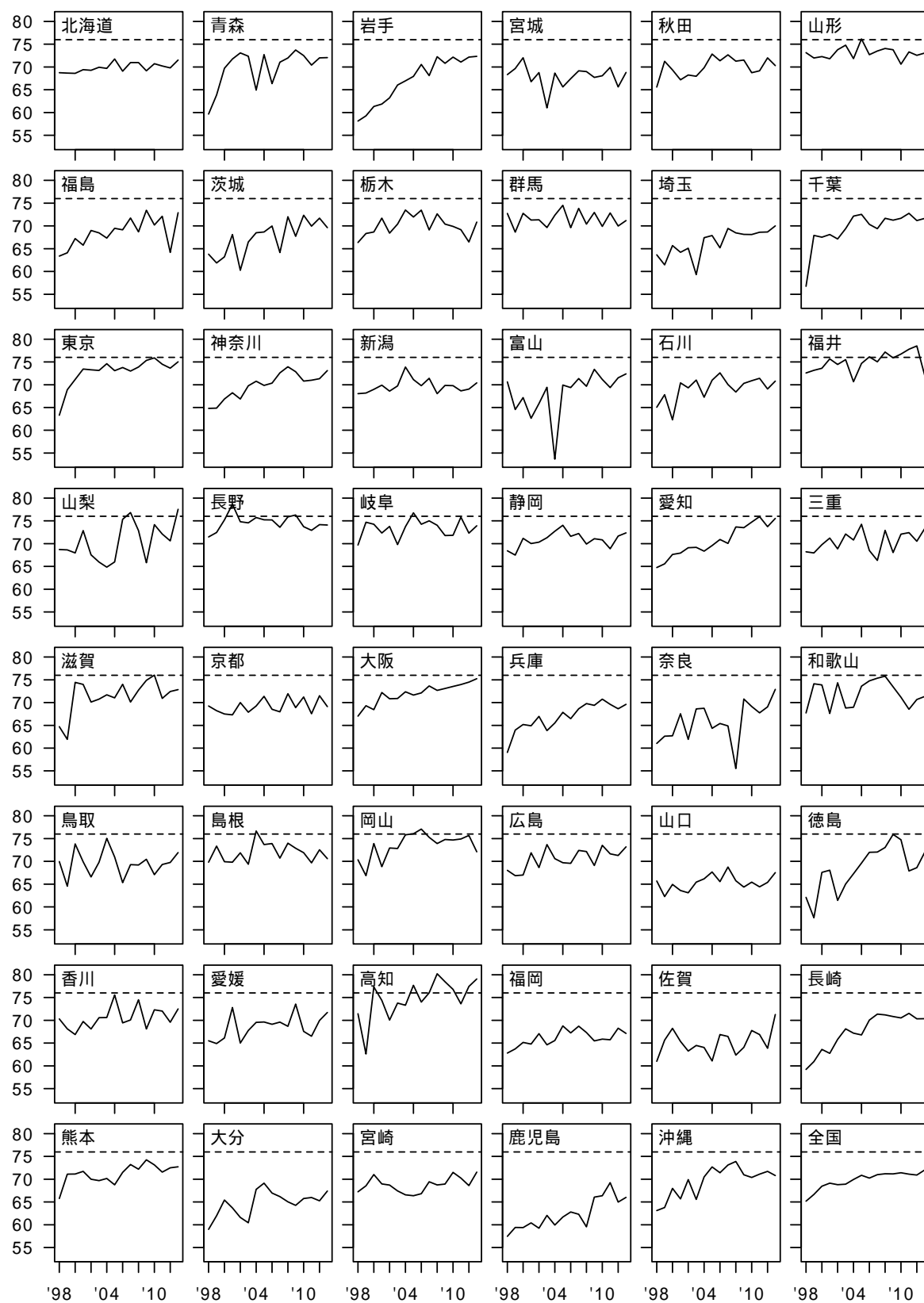
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は退院率が高いことを示している。

図 13 : 2013 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図



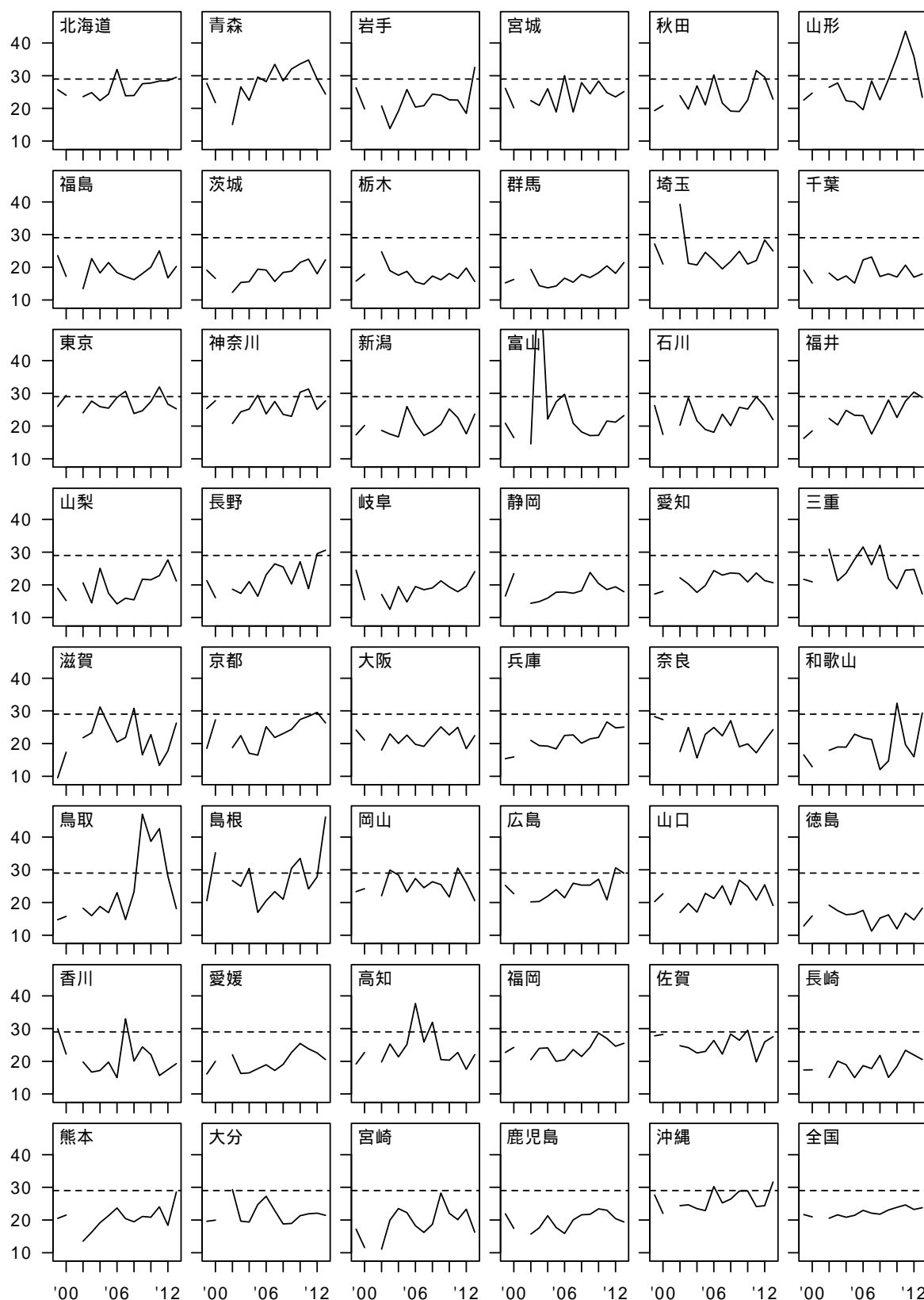
注：図中の2本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。

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

みるため、統合失調症に関して、成人における平成 26 年と 20 年、20 年と 14 年、14 年と 8 年の年齢階級ごとの入院率の変化を集計し、その年齢階級による直線回帰式を算出した。なお、患者調査は 500 床未満の病院では生年月日の末尾が奇数の患者を、500～599 床の病院の入院・外来患者については生年月日の末尾が 1,3,5,7 日の患者について、600 床以上の病院については生年月日の末尾が 3,5,7 日の患者について調査されている。各個票に調整係数があり、それを乗することで病院の入院については二次医療圏まで患者数推計ができるとされている。

また、主診断は ICD-10 コード 4 ケタまで記載されており、統合失調症患者の抽出においては、F コード 200 番台をすべて対象とした。

C．研究結果

全入院患者の年齢階級別分布を図 1 に示した。調査年を経るごとに、ピークとなる年齢が高くなり、また全体的な高さも低くなっている。ピーク年齢までの若年層では、年々数が減ってきているが、ピーク年齢以降の高齢者では年々数が増えている。次に、統合失調症におけるものを図 2 に示した。全患者のものと同様の傾向であり、ピーク年齢後の増え方が大きいように見える。

次に、各年齢階級における人口 10 万人当たりの入院率を図 3, 4 に示した。高齢者の入院率は、一旦 65 歳あたりでピークを迎え、その後漸減するものの再び 70 歳代終盤以降で伸びている。しかし、統合失調症では 50-60 歳代のピークより高齢では、入院率は下がる。また、50-60 歳代までは調査年を経るごとに入院率はほぼ一定に低下している。ピークより高齢では入院率は上昇するが、若年者の低下よりも鈍い。

最後に統合失調症において、統計数が安定している成人における年代別の入院率の変化を集計し図 5 に示した。平成 26 年から 20 年、平成 14 年から 8 年の各年齢階級の変化を直線回帰式で示し、回帰式が 1 倍を交差する年齢

を算出した。これによると、およそ 60 歳までは平成 8 年以降入院率が減少している傾向が続いている。高齢者では逆に増加傾向であるが、増加に転じる年齢は高齢化してきており、平成 8 年から 14 年の変化ではおよそ 64 歳で増加に転じたものが、平成 26 年から 20 年の変化では、およそ 74 歳に上昇した。

D．考察

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。図 1 からわかることとして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。図 2 から、統合失調症患者は特に若年層で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、図 2, 4 から統合失調症は過去 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。図 2 のピークの年代が調査を経るごとに 1 つずつ高齢に移動していることからも想定ができる。一方で、病床増加がなくなった 2000 年以降に 20-30 歳代だった者の入院率は、年を追うごとに減ってきている。地域定着が進んだこと、入院しなくてもよくなったことがこういった年代に効果として現れていると考える。

さて、精神医療の改革プロセスを今後検討する際、統合失調症の入院患者の二群に分けた検討が必要ではないかと考える。1960 - 70 年代に入院した一群の多くは、地域移行の施策が始まる前にすでに長期入院となっており、これらの多くはそのまま入院を続けているのではないかと今回の分析からも考えられたからである。一方で病床増加がなくなった 2000 年以降に成人期を迎えた世代とは異なる入院率の傾向を表していると考えられる。目的外集計の提供データ項目を増やすこと等で、その分析が可能になると考えられ、さらなる分

析を試みたい。

E．結論

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。統合失調症の長期入院者は 1960 - 70 年代の病床が増加した時代から長期入院していることが予測され、高齢化が進んでいる。一方で、2000 年以降に 20-30 歳代になった若年層では年々入院率が減少している。一律な地域移行の取組よりも、これら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る。

F．健康危険情報 なし

G．研究発表

1．論文発表

21 世紀の精神医療の変化：さまざまなデータから：山之内芳雄：精神保健研究 62: 7-14, 2016

2．学会発表 なし

H．知的財産権の出願・登録（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

図1 精神病床に入院する患者の年齢階級別患者数の推移

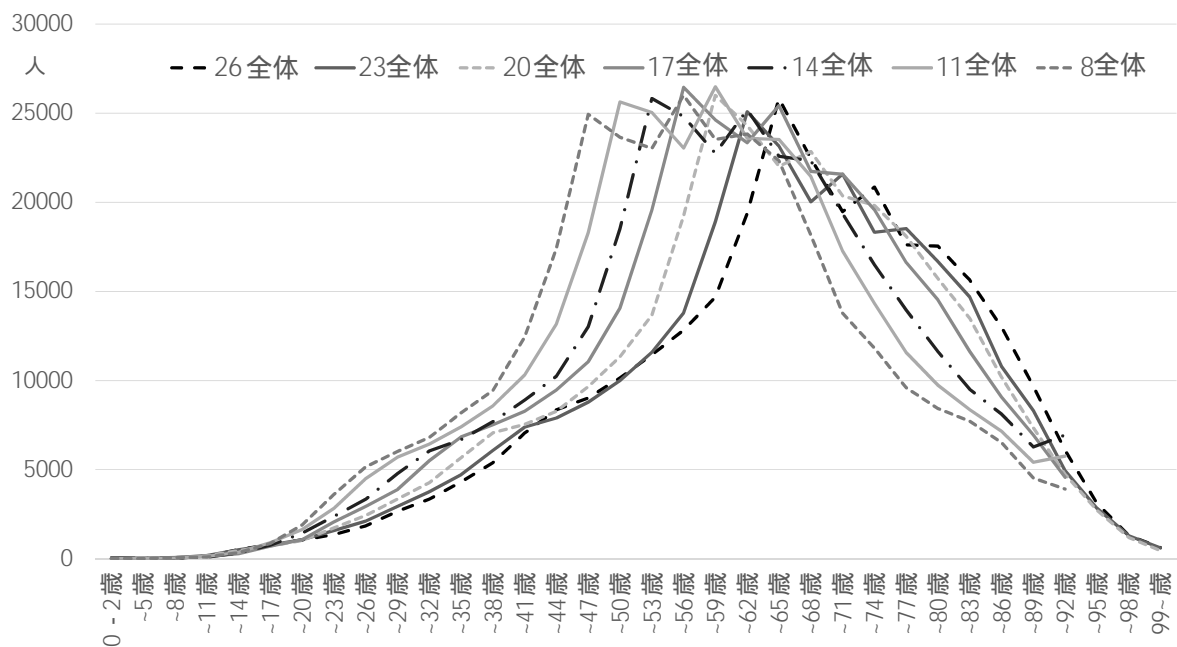


図2 精神病床に入院する統合失調症(F2**)患者の年齢階級別患者数の推移

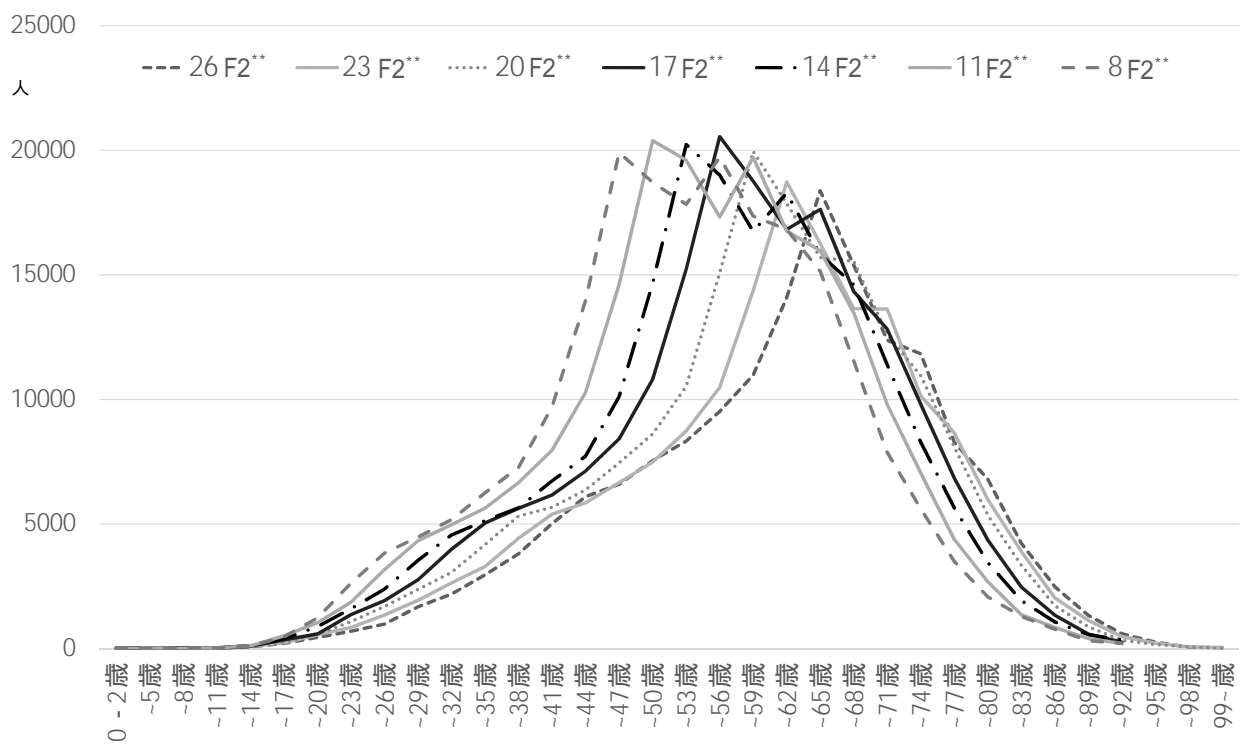


図3 精神病床に入院する患者の年齢階級別入院率の推移

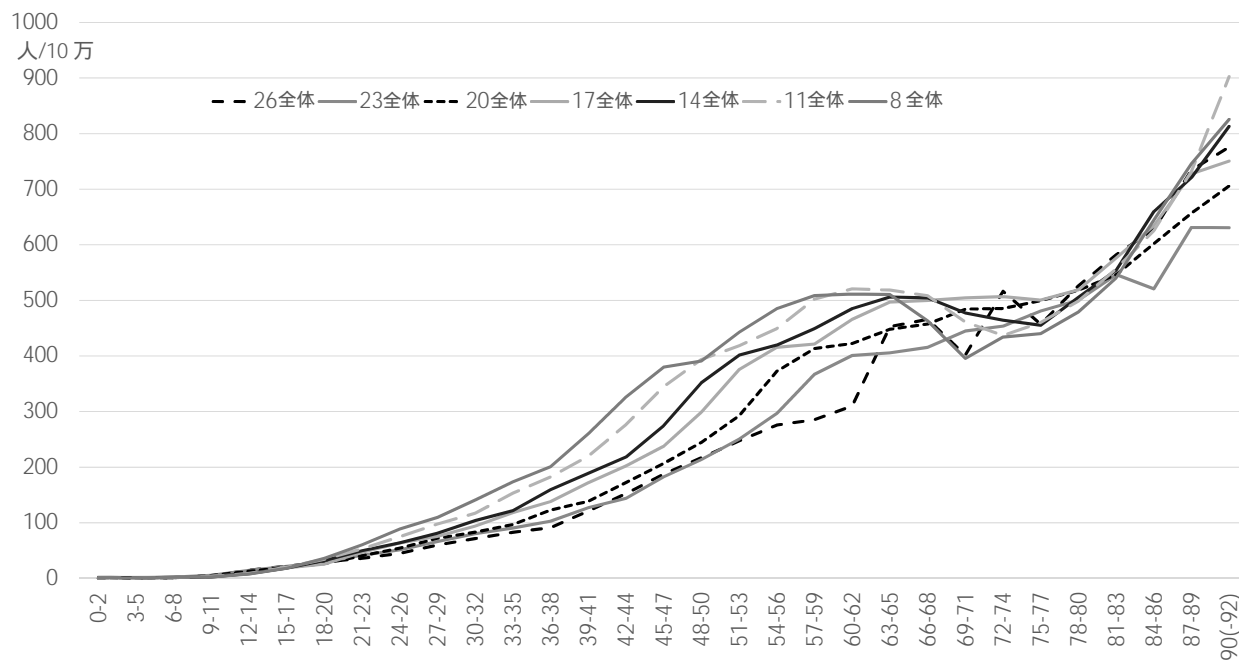


図4 精神病床に入院する統合失調症 (F2**) 患者の年齢階級別入院率の推移

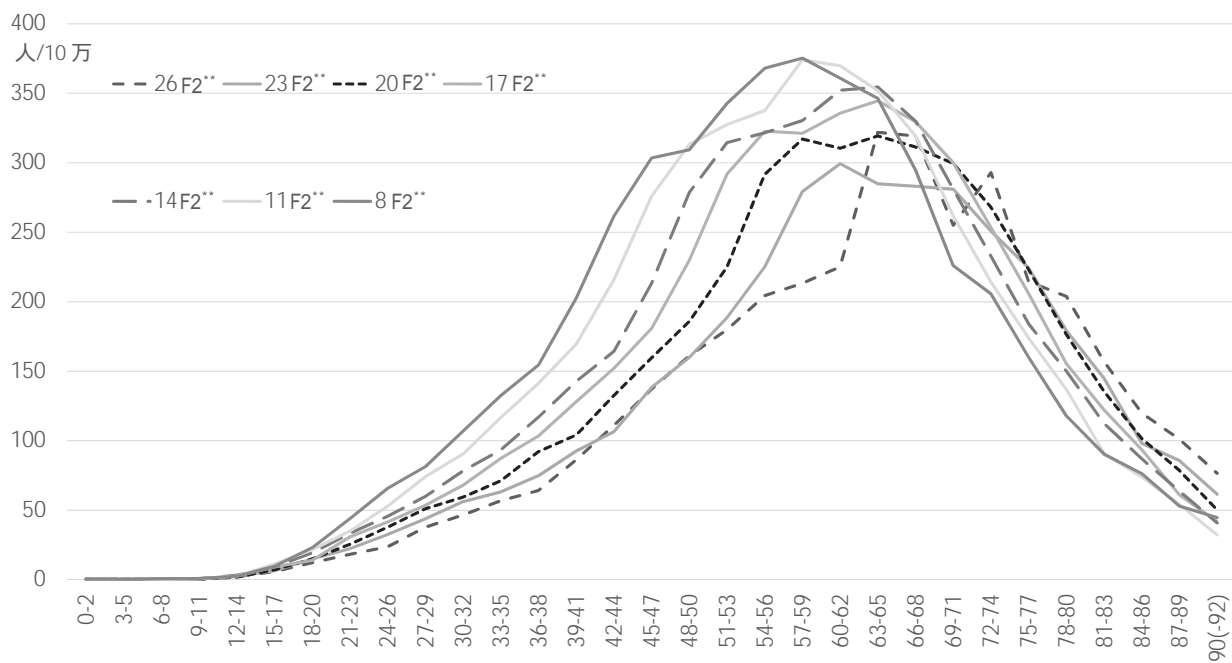
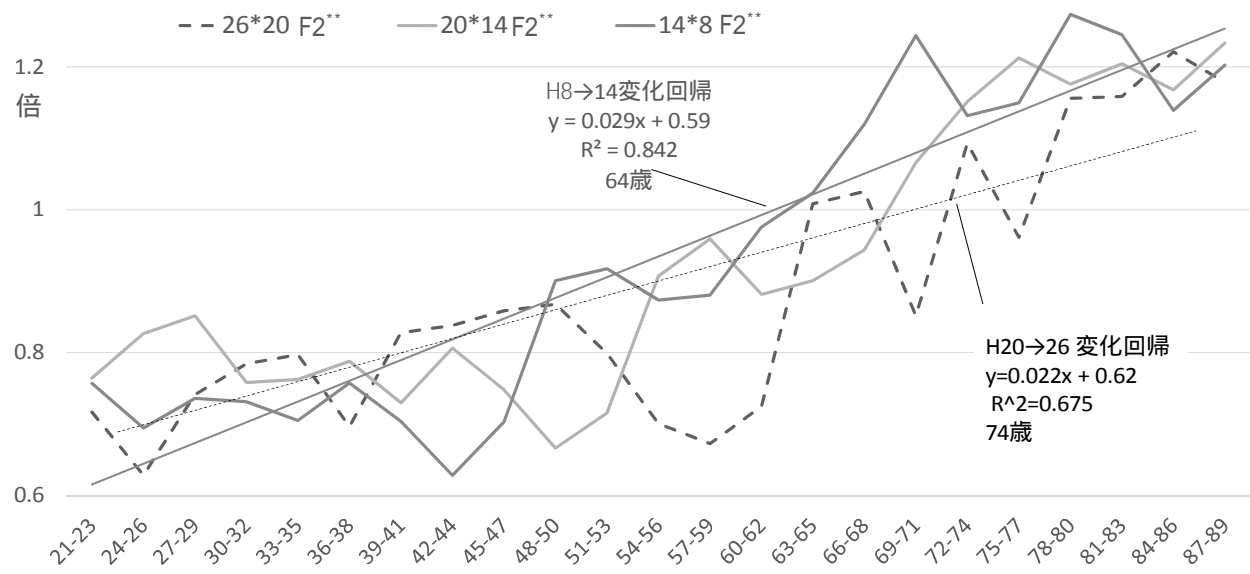


図5 精神病床に入院する統合失調症 (F2**) 患者の年齢階級別入院率の変化



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
自立支援医療に関する研究

研究分担者 岩谷 力（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究協力者 我澤 賢之（国立障害者リハビリテーションセンター）
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：

本研究の目的は、障害者総合支援法のもとで実施されている自立支援医療制度について、医療費等の状況を明らかにすることである。

本稿で扱う具体的な課題は次のものである。自立支援医療における身体障害を対象とする制度として障害児を対象とする育成医療と 18 歳以上の障害者を対象とする更生医療があり、両制度の間では中間所得（市町村民税課税対象以上市町村民税所得割 235,000 円）未満の世帯について利用者の自己負担額に差異がある。そこで育成医療利用者が 18 歳以上になった際、同一疾病の治療に際し医療費自己負担額が増加した事例があるか、またその負担が過大になっている人がいないか実態を明らかにする。

今年度の研究内容として、全国のこども病院に対してアンケート調査を実施するための予備調査を、日本小児総合医療施設協議会会員のうち 1 施設を対象に聞き取り調査を行った（平成 28 年 1 月）。その結果、先行研究で示されていた口唇口蓋裂の手術以外の事例以外に、心臓機能障害のある育成医療利用者が 18 歳以降に手術を受けた際、比較的自己負担が大きくなった事例があったこと、ただし当該疾患については平成 27 年以降の指定難病に該当することから、現在では自己負担額は抑えられることが確認された。他にも 18 歳以降の再手術のケースなどで、比較的自己負担が大きくなる事例がある可能性が考えられるが、現在実施中の全国のこども病院を対象とするアンケート調査の結果等を踏まえ、今後状況を明らかにしたいと考えている。

A．研究目的

本研究の目的は、障害者総合支援法のもとで実施されている自立支援医療制度について、医療費等の状況を明らかにすることである。

本稿で扱う具体的な課題は次のものである。自立支援医療における身体障害を対象とする制度として障害児を対象とする育成医療と 18 歳以上の障害者を対象とする更生医療があり、両制度の間では中間所得（市町村民税課税対象以上、同所得割 235,000 円未満）の世帯について利用者の自己負担額に差異がある。中間所得層の世帯に属する育成医療の利用者が 18 歳となり同一疾患について更生医療を利用する場合、重度かつ継続の場合を除き 1 月あたり自己負担上限額が医療保険の高

額療養費の水準まで引き上げられることになる。この点について、同一疾病の治療に際し医療費自己負担額が実際に増加した事例があるか、またその負担が過大になっている人がいないか実態を明らかにする。

この課題の背景として、育成医療と更生医療の両制度間で費用負担上限に差異が存在することがある。自立支援医療における利用者自己負担上限は図 1 で示すような形で設定されている。自立支援医療の利用者自己負担は世帯の所得により 1 月当たりの上限額が決められており、基本的には図の「更生医療・精神通院医療」の項が示す内容で定められている。ただし、特例的経過措置（平成 30 年 3 月 31 日まで）として「育成医療」の場合、も

しくは「重度かつ継続」に該当する場合、図のそれぞれの項が示すような自己負担上限が定められており、中間所得世帯について重度かつ継続に該当しない更生医療の場合に較べ上限額が低くなっている¹。

この課題に関しては、平成 26 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」(研究代表者 竹島正)の分担課題「自立支援医療の」において、育成医療から更生医療に移行した際利用者の自己負担額が増加する事例に関して、地方自治体の自立支援医療担当者を対象に調査を行った結果、口唇口蓋裂の手術についてその存在が示唆されたもののほとんどの自治体で「該当事例の経験がない」との回答であり事例が少ない(育成医療担当で有効回答 90 件中 2 件、更生医療担当で同 96 件中 3 件。同一自治体により口唇口蓋裂手術の事例が指摘されたほかは、治療内容の詳細不明)ことが示された(岩谷ほか(2015))。

本研究では、上記研究で示された口唇口蓋裂以外も含めて 18 歳以降医療費自己負担が増大する事例が存在するか、もし存在するとすればそれはどのような場合に生じるのか、その他障害のある子供が医療制度を利用する上での課題について明らかにするため、全国のこども病院を対象に調査をすることとした。本稿では(1)平成 27 年度に実施した予備調査(聞き取り調査)の内容・結果、(2)予備調査を踏まえ作成した平成 27 年度より実施中の全国のこども病院を対象としたアンケート調査の調査票の内容を示すこととする。

B．研究方法

B-1. こども病院における予備調査(聞き取り調査)

全国のこども病院に対してアンケート調査を実施するための予備調査を、日本小児総合医療施設協議会会員のうち 1 施設を対象に聞

き取り調査を行い(平成 28 年 1 月)この結果を踏まえ、アンケート調査内容を定める。主な調査事項として、下記について回答ならびに回答上の問題について指摘を求めた。

- ・ 18 歳未満の方と 18 歳以上の方とで著しく費用負担が異なり、後者のほうが費用負担が大きいと考えられる(あるいはそういう可能性があると思われる)疾患名
- ・ 育成医療の利用件数
- ・ 18 歳以上になった患者の方が当該疾患の治療を要する場合の受診先
- ・ 18 歳になり、かつ当該疾患について引き続き当該施設にて受診する患者数およびそのうち更生医療の利用患者数。さらにそのうち「重度かつ継続」に該当しない患者数
- ・ 育成医療利用期と費用負担が大きく変わった事例

B-2. 全国のこども病院を対象とするアンケート調査(「育成医療対象疾病の 18 歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査」)

B-1 の結果を踏まえ、収集データの元となる対象期間、対象とする疾患等について検討のうえ調査票を策定し、日本小児総合医療施設協議会会員(平成 27 年度時点で予備調査対象を含め 32 施設)を対象にアンケート調査を実施する(平成 28 年 2 月発送。平成 28 年 3 月現在実施中)。

(倫理面への配慮)

調査の対象は自立支援利用者本人でなく医療施設であり、その調査票の内容には自立支援医療利用者個人を特定可能な情報は含まれていない。調査の実施に当たり、調査事項・方法について国立障害者リハビリテーションセンター倫理委員会の審査の結果、対象として「該当せず」と判断された。

なお、アンケート調査に当たっては調査回答者について連結可能な形で匿名化を行った。データのみを使用した。なお、分析にはネットワークから切り離されたスタンドアロンの

¹ さらに重度かつ継続については、一定所得以上(市町村民税課税所得割 235,000 円以上)の世帯

コンピュータを用いる予定である。これらデータおよびコンピュータの保管・管理については、分担研究者の所属する研究機関において、鍵の掛かるキャビネット内で保管する。

C．研究結果

こども病院における予備調査（聞き取り調査）の主要な結果は下記の通りである。

設問への回答内容について

主な結果については下記の通りであった。なお予備調査では1施設のみを対象としていること、現在進行中の全国のこども病院を対象とするアンケート調査（「育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査」）を実施中であることから、該当事例における具体的な疾患名や自由記入欄回答内容等を含めた詳細な結果については、アンケート結果と併せて集計した後まとめることとする。

- （1）平成23年度以降のデータから育成医療利用者が18歳以降の更生医療を利用し、かつ「重度かつ継続」に該当しなかった事例が3例（いずれも心臓機能障害）確認された（当該施設における毎年度の育成医療利用者数は数百～千件強程度。心臓機能障害にかかる利用者の比重が比較的高い）。
- （2）各都道府県において重度心身障害者医療費助成制度が用意されているが、前項事例のうち1件（心臓機能障害。18歳以降に手術）は当該助成制度対象外となる身体障害者手帳4級の人のものであり、他制度利用も含めた最終的な自己負担額が育成医療利用時に比べ大幅に増加した。
- （3）ただし、（1）の当該事例の疾患はいずれも平成27年1月以降（その後指定追加分を含む）の難病医療費助成制度の対象難病であった。

回答上の問題等について

- （4）岩谷ほか（2015）の結果から比較的まれな事例を対象とすることから、予備調査では回答対象期間を平成18年4月以降としていた。予備調査においては対象医療機

関病院長の判断により患者・家族との相談業務担当者が回答作成作業にあたった。回答者からは、記録データの確認にかなり手間が掛かること、また相談業務にある方は数年単位で異動することが多いと思われることの両面から、調査対象期間を平成18年度以降凡てといった長期間を対象とするのは難しいのではないかとコメントを得た。

- （5）当該施設については「育成医療利用で更生医療を利用した」といった、複数時点の制度利用状況を紐付けして事例確認については、記録の控えの保存の関係で平成22年度以前にさかのぼることは確認し回答してもらうことは困難であった。
- （6）育成医療の対象疾患のなかでも分野によって受診患者数に偏りがありうることを示された。

D．考察

設問への回答内容について

・当該問題に係る状況について

先行研究で指摘されていた口唇口蓋裂以外にも、育成医療から更生医療の移行時の自己負担が大幅に増えた事例があり得ることが確認された。特に、受診・治療が継続して続けられているわけではなく、18歳以降に手術を受けるという事例である結果重度かつ継続の対象にも該当せず、費用負担が比較的大きくなるケースは他の障害でも起こりうることを考えられる。

・ただし、該当者が難病医療費助成制度、各都道府県の重度心身障害者医療費助成制度によって最終的な自己負担額は十分抑制されていることはあり得ることで、特に前者の関連で平成27年を境として状況が大きく変わった可能性も考えられる。更なる事例の収集と併せて、この点の考慮が必要であることが示された。

回答上の問題等について

・具体的な対象障害の絞り込みについて

当初対象障害をあらかじめ絞って調査

を行う方向で検討し、＜「育成医療の対象であって更生医療の対象でない障害」に加えて、「育成医療・更生医療のどちらでも対象となる障害」をそれぞれ１種類以上として選定＞することを想定し、予備調査結果を踏まえて選定することを予定していた。しかし、予備調査において心臓疾患でのみでしか該当事例が確認されず、事前調査から複数の調査対象障害を設定することはできなかった。この結果は当該医療機関が治療件数において心臓機能障害の比重が高いことに依存している可能性を否定できず、他の医療機関においてどの障害で対象事例が存在するのか予想も付きがたい。そこで最終的な調査票において、調査対象障害の部分について「育成医療の対象障害（で 18 歳以降も治療を要する事例があるもの）」の範囲内で幅を持たせることを検討することとしたい。

・調査対象期間について

当初、該当事例が極めて少ないことが見込まれ 1 年間を対象とした調査では必ずしも事例を拾いあげることができないと予想されたことから、現行の自立支援医療制度に切り替わった平成 18 年度以降全期間を対象期間とする予定であった。しかし前項の通り対象障害を事前に絞ることが難しい見込みであることから、回答者による取扱データの確認作業の大変さ、さらには調査票記入者となることが予想される医療機関の相談業務担当者がある程度の年数で異動になっていることも予想されることも鑑み、調査対象期間を 3 ～ 4 年程度等ある程度絞る必要があろうと考えられる。

これらの結果・考察を踏まえ定めた、全国のこども病院を対象とするアンケート調査（「育成医療対象疾病の 18 歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査」）の調査票を本分担研究報告書末尾に示す。

E．結論

今回の実施したこども病院 1 施設を対象とした聞き取り調査から、育成医療から更生医療への移行により利用者の費用負担が増加している事例が確認できた。目下実施中の全国のこども病院を対象とした調査の結果ならびに指定難病にかかる医療制度、自治体等で実施している助成制度について検討のうえ、この問題にかかる状況についてまとめたい。

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) 岩谷力，我澤賢之，竹島正．分担研究報告書「自立支援医療に関する研究」，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」(研究代表者 竹島正)

自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- ① 利用者負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担額を設定。(これに満たない場合は1割)
- ② 費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならぬ(重度かつ継続)者、育成医療の中間所得層については、更に軽減措置を実施。

所得区分	更生医療・ 精神通院医療	育成医療	重度かつ継続
一定所得以上	対 象 外	対 象 外	20,000円
中 間 所 得	医療保険の 高額療養費 ※精神通院の 始は重度 かつ継続	10,000円	10,000円
		5,000円	5,000円
低 所 得 2	5,000円	5,000円	5,000円
低 所 得 1	2,500円	2,500円	2,500円
生 活 保 護	0円	0円	0円
			市町村民税235,000円以上 市町村民税 33,000円以上 235,000円未満 市町村民税課税 以上 235,000円未満 市町村民税課税 (本人収入が800,001円以上) 市町村民税課税 (本人収入が800,000円以下) 生活保護世帯

「重度かつ継続」の範囲

- 疾病、症状等から対象となる者
[更生・育成] 腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)・肝臓の機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)の者
- [精神通院] ①統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)の者
②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
- 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者
[更生・育成・精神通院] 医療保険の多数該当の者

図1 自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

出典 厚生労働省ウェブサイト

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/jiritsu/dl/01.pdf

調査票番号： _____

育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査
(回答担当者様情報)

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター・顧問)
竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所・客員研究員)
我澤 翼之 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所・研究員)

■調査の目的

先天性疾患、障害をもつこどもの治療にとって、自立支援医療は重要な制度であります。身体障害をもつこどもへの自立支援医療支援は18歳を境に育成医療から更生医療へと切り替わります。本調査は、この利用する制度が切り替わる際に、面制度の規程の違いにより、費用負担が増え、支払いが困難となるなどの問題に直面する事例が存在するか、もし存在するとすればそれはどのような場合に生じるのか明らかにすることを目的としています。

病氣や障害をもつお子さんができるだけ負担なく医療を受けて頂けるように制度の谷間をうめるため、ご多忙中、大変恐縮でございますが、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は、平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究開発事業）「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」（研究代表者・竹島 正）により実施しております。

■回答担当者様について

ご所属医療機関名 ※誤りなどございましたら、 お手数ですがお直しいただけますようお願いします	
回答者様のご所属部署名	
回答担当者様のお名前	
ご連絡先 メールアドレス	
電話番号	

調査票番号： _____

育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査
(調査票本紙)

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター・顧問)
竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所・客員研究員)
我澤賢之 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所・研究員)

問 1. 平成 22 年度～26 年度の各年度における、育成医療を利用された方の人数を障害別にお書きください。(障害別の算出が困難な場合は、一番下の「年度毎の育成医療利用者の総数」の欄をご記入ください。)

※該当する方がいない区分については、当該欄に 0 (ゼロ) をお書きください。

	平成22年 度	平成23年 度	平成24年 度	平成25年 度	平成26年 度
A 群 (育成医療・更生医療双方の対象となっている障害・疾病)					
視覚障害					
聴覚又は平衡機能の障害					
音声機能、言語機能又はしゃく機能の障害					
肢体不自由					
心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害					
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害					
B 群 (育成医療の対象であり、かつ更生医療の対象ではない障害・疾病)					
呼吸器、ぼうこう若しくは直腸の機能の障害					
先天性の内臓の機能の障害 (更生医療対象である、心臓、腎臓、肝臓を除く)					
※下の欄は、上記の障害別の受診者数記入が困難な場合のみご記入ください。					
年度毎の育成医療利用者の総数をご記入ください。					
年度毎の育成医療利用者の総数					

問 2. 18 歳以上になった患者の方が当該疾患の治療を要する場合の受診医療機関について、該当する番号に○印を付けてください。

- 引き続き自医療機関にて診療を行う。
- 事例によって、引き続き診療を行う場合も、一般の医療機関を受診してもらう場合もある。
 - 診療継続か、他診療機関紹介かの判断基準などございましたら、お書きください。

- 原則凡てのケースを (成人向けの) 一般医療機関を受診してもらう。
 - 4 ページの問 6 にお進みください。

問 3. 以前、育成医療による受診をされた方で 18 歳以上になって同じ障害に伴う疾病について貴病院を受診された方の人数を障害別にお書きください。また A 群の障害については、そのうち更生医療を利用された方の人数についてもお書きください。(障害別の算出が困難な場合は、一番下の「年度毎の育成医療利用者の総数」の欄をご記入ください。)

※該当する方がいない区分については、当該欄に 0 (ゼロ) をお書きください。

	平成22年 度	平成23年 度	平成24年 度	平成25年 度	平成26年 度
A 群 (育成医療・更生医療双方の対象となっている障害・疾病)					
視覚障害					
うち更生医療での受診者数					
聴覚又は平衡機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
音声機能、言語機能又はしゃく機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
肢体不自由					
うち更生医療での受診者数					
心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
B 群 (育成医療の対象であり、かつ更生医療の対象ではない障害・疾病)					
呼吸器、ぼうこう若しくは直腸の機能の障害					
先天性の内臓の機能の障害 (更生医療対象である、心臓、腎臓、肝臓を除く)					
※下の欄は、上記の障害別の受診者数記入が困難な場合のみご記入ください。					
年度毎の育成医療利用者の総数をご記入ください。					
年度毎の育成医療利用者の総数					

問 4. 育成医療を利用したことがある方が、18 歳以降に同じ疾病名で貴病院を受診したケースで、医療費の自己負担額（窓口負担）が育成医療利用時に比べ、支払いに支障をきたすほどに増えた事例がありますでしょうか？

該当する番号に○印を付けてください。

- 1 該当する事例は見当たらない。
- 1 次ページの問 6 にお進みください。
- 2 該当する事例があった。
- 1 疾病名、18 歳以降の治療時期（年・月）、治療内容についてお書きください。
- 1 複数の該当事例がある場合はそれぞれについてお書きください。

(疾患名)	(18 歳以降の 治療年・月)	(治療内容)

問 5. 問 4 の該当事例のうち、各市町村で実施されている重度心身障害者医療費助成制度による自己負担の一部または全部の償還対象外であった事例がありますか？該当する番号に○印を付けてください。

- 1 該当する事例は見当たらない。
- 2 該当する事例があった。

問 6. その他育成医療、更生医療の利用者の費用負担について、利用者が支払いに支障が生じるなど困難に直面している事例についてご存じでしょうか？（該当事例についてご記入ください。）

問 7. 小児慢性特定疾病ならびに難病のお子さんが、自立支援医療制度を利用しようとする際に、問題となること、解決が要望されることなどございましたらお書きください。

問 8. その他身体障害者に係る医療関連制度について課題とお考えのことがございましたらお書きください。

質問は以上です。お忙しいなか調査にご協力いただき、ありがとうございました。

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
入院患者の権利擁護に関する研究

研究分担者 河崎 建人 （水間病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）
研究協力者 平田 豊明 （千葉県精神科医療センター・報告書執筆者）
浅井 邦彦 （浅井病院）
東 司 （小阪病院）
岡崎 伸郎 （国立仙台医療センター）
鴻巣 泰治 （埼玉県立精神保健福祉センター）
田辺 等 （北海道立精神保健福祉センター）
千葉 潜 （青南病院）
中島 豊爾 （岡山県精神科医療センター）
永野貫太郎 （第二東京弁護士会）
松浦 玲子 （大阪府立精神保健福祉センター）
松原 三郎 （松原病院）
松村 英幸 （根岸病院）
三木恵美子 （横浜法律事務所）
山下 俊幸 （京都府立洛南病院）
八尋 光秀 （西新共同法律事務所）
吉澤 雅子 （東京弁護士会）
四方田 清 （順天堂大学）

研究要旨：

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神科入院患者の権利擁護に関する制度改革案を提示すること。

【方法】（１）全国 67 の精神医療審査会の活動状況を事務局にアンケート調査、（２）精神医療審査会活動の中で問題となった事例の収集、（３）全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画・開催。

【結果】（１）全ての精神医療審査会事務局から回答があった。平成 27 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 211 の合議体があり、1,369 人の委員が任命されていた。平成 26 年度は、1 回の合議体当たり平均 151.1 件の書類審査がなされていた。退院請求については 2,501 件、処遇改善請求については 342 件が審査されていた。退院等の請求受理から結果通知までの期間は平均 32.5 日であった。（２）16 の審査会より入院医療の諸問題を内包する 23 の事例が報告された。（３）平成 27 年 11 月、横浜市において第 1 回シンポジウムを開催。弁護士による病院への出張相談の実績が報告されたのち、平成 25 年の精神保健福祉法改正に伴う医療保護入院のあり方、特に家族同意の問題点について、シンポジストから多彩な報告や提案があった。平成 28 年 2 月、東京都において第 2 回シンポジウムを開催。平成 26 年度に当研究班が提案した公的保護者制度について基調報告がなされ、当事者、家族、法律家、精神保健福祉士が多角的に批判を加えた。

【考察】（１）近年、法改正や政令市の増加に伴って、合議体数、委員数（特に非医療委員）が増加している。退院請求等の審査件数も漸増しているが、書類審査に対する件数も含めて地

域差が大きい。(2)これまでの研究により、通算7年間で155例のトラブル事例が集積された。入院の同意者や退院等の請求者の適格性、非自発入院の適否、任意入院者からの請求、処遇や医療の内容に対する審査会の介入権限、審査手続きなどの論点が抽出された。審査会事務局からの相談窓口の常設が望まれる。(3)公的保護者制度は、非自発入院に対する国や自治体の責任を明示し、家族の負担軽減や入院患者の権利擁護、退院促進をめざす制度であるが、権利擁護の機能は限定的となろう。しかし、公的保護者と病院との対等な関係性は、権利擁護の強化や医療の質の向上に資すると思われる。

【結論】精神医療審査会活動の均てん化のためには、審査会活動のモニタリングとトラブル事例の収集・分析、そしてその成果を検討するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効である。

A．研究目的

本研究は、わが国における精神科入院患者の権利擁護の強化に資するために、全国精神医療審査会活動および審査会制度の運用に伴う諸問題をモニタリングし、改善策を提言することを目的として行われた。

B．研究方法

1．精神医療審査会活動基礎調査

全国47都道府県と20政令指定都市に設置された精神医療審査会67カ所の精神医療審査会事務局に対し、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、平成26年度の精神医療審査会活動に関する基礎的データの報告を求めた。調査項目は資料1に示した通りである。

2．検討事例の収集

同じく、全国67の精神医療審査会事務局に対し、所定の様式に沿って、平成26年11月1日より回答日現在までの審査会活動において問題となった事例の報告を求めた。

3．全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と開催

全国精神保健福祉センター長会議との共催で、平成27年11月21日に横浜市、平成28年2月26日には東京都にて、講演会とシンポジウムを開催した。

(倫理面への配慮)検討事例の収集・分析にあたっては、事例収集の段階で関係者を匿名化したほか、報告した精神医療審査会事務局も特定

できないように配慮して記述した。

C．研究結果

1．精神医療審査会活動基礎調査

67カ所の精神医療審査会事務局の全てから回答があった。その集計結果を資料1に書き込んだ。また、退院および処遇改善請求の審査状況を図1および図2に表示した。

2．検討事例の収集

16審査会より23事例が報告された。主な論題別にその概要を示す。

(1)医療保護入院への同意に関する事例

医療保護入院届の同意者が別姓の配偶者であったため、病院に問い合わせ。住民票で同姓の夫婦であることを確認。

25年法改正以前に市長同意で医療保護入院となった事例が改正後に退院請求。入院継続としたが、同胞がいるため市長同意は不適当と回答。病院の説得により兄が何とか同意し、入院継続となった。

(2)家族間の対立に関する事例

医療保護入院の同意者が入院者の預金を無断で引き出したとして、入院者が頻回に退院を請求。同意者は本人の同意の下で引き出したと主張。調査の結果、同意者の主張が受け入れられ、現状継続の裁定となった。親族間の金銭トラブルに審査会が巻き込まれた事例。

医療保護入院の同意者（親族）が入院後に主治医となった事例。同意者に対立する親族が弁護士を代理人として退院および処遇改善（通信・面会制限の解除等）を請求した。親族が主治医となって行動制限することには利益相反の疑いがあるが、規制条文なし。入院継続は妥当、通信・面会制限は解除と裁定した。

医療保護入院の同意者が入院後に接近禁止等命令仮処分を申し立てたが、別の親族が退院請求。同意者資格について病院に問い合わせたところ、その４日後に退院となった。入院の妥当性を審査しようとしたところ、病院が「退院勧告するなら県の事業に協力しない」と抗議。退院をもって審査終了としたが、入院者は「不当な入院を調査してほしい」と訴え。仮処分申立が係争に当たるかどうかについても疑義が残った。

（３）家族等の請求に関する事例

医療保護入院者について、主治医交代と転院を求めて家族より退院および処遇改善の請求。家族と病院との信頼関係が破綻している事例であるが、審査会としては、主治医から家族への情報提供を継続されたいという意見を附帯して、現状容認の裁定を下した。後日、請求者から県に対して質問状が送付された。

医療保護入院者本人の同意なく非親族から退院の請求がなされたため、不受理としたところ、後日、入院者と養子縁組をして再請求あり。しかし、請求者が意見聴取に参加せず、現状継続となった。請求者の真意に疑問が残った。

も家族等の請求事例。

（４）代理人の請求に関する事例

退院先の見通しがないまま、代理人弁護士が任意入院者の退院を請求。病院側は

「病状的に医療保護入院は不要」としつつ任意入院を継続。同胞あるが、入院に同意しないため、医療保護入院への変更も困難。審査会委員の伝手で救護施設に退院したが、１ヶ月後、別の病院に応急入院となった。退院促進は審査会の役割ではない。

任意入院者の任意代理人を名乗る非親族が処遇改善（職員の暴言の是正など）を請求。請求の権限がないことを説明したが、納得せず、法務局など他機関にも同様の訴えを反復した。入院者同席の元、病院が請求者と協議した結果、ようやく収拾した。代弁者制度について考えさせられる事例。

⑫⑪⑩も代理人の請求事例。

（５）医療保護入院の適応に関する事例

寝たきりの認知症例への医療保護入院者に対して、期限付きで退院を勧告。期限を超えたため再勧告したところ、高齢者施設に退院となった。入院者の権利擁護と退院先確保困難の現状とを秤量して審査する必要あり。

寝たきり状態の認知症例。医療保護入院の書類審査で病院に意見書提出を求めたところ、療養型一般病院に転院したとの報告あり。退院命令は不実施。

（６）任意入院者の請求に関する事例

任意入院者が弁護士には退院請求を依頼する一方、病院に対しては入院に同意する態度を示したため、審査会がどう対応すべきが苦慮した。退院により審査終了となった。

親族から退院および処遇改善（隔離解除）が請求された任意入院者。診断は発達障害を伴う精神病圏。拒薬による職員への暴力のため長期隔離されていたが、本人は請求者と異なり、入院継続を希望。任意入院は継続、隔離は解除と裁定したところ、ほどなく自宅退院となった。

も任意入院者の事例。

(7) 病院側の対応に関する事例

医療保護入院者からの退院請求により意見聴取したが、主治医による入院継続の説明に合議体が納得せず、意見書の再提出を求めた。親族の電話による意見聴取も追加したため、審査期間が延長した（結果は現状継続）。家族等の意見聴取は必須事項かどうか。

医療保護入院の定期病状報告書に「退院への取り組みを検討する段階ではない」との記載があったため返戻したが、主治医が修正や追記を拒否。管理者が指導することで決着した。「重度かつ慢性例」などの判定基準が必要ではないか。

病院管理者が入院形態変更の審査結果に不服のため、合議体での意見陳述を希望。行政不服審査の請求を勧めたが、実施されず、入院形態も変更されていない。現況報告の要請や再度の意見聴取を検討中。

開放病棟に長期在院している医療保護入院者の書類審査にて、任意入院への変更可能との意見あり。病院に問い合わせたが、医療保護入院継続の根拠がなお不明瞭であったため、入院形態変更と審査した。その後も実施されないため理由を質したところ、数日後、任意入院に変更された。審査開始から6ヶ月後であった。

医療保護入院中の認知症事例について本人から退院請求あり。入院届の診断は重度認知症であったが、意見聴取では別病名。認知症病棟に入院させるための方便であったとの主治医の説明に対し、審査会は刑事告発（診断書偽造、偽造私文書等行使）を検討した。しかし、軽度認知症は事実であり、医療保護入院の要件はあったため告発は見送り、現状継続の裁定とした。書類審査の限界や審査会の告発権限が論点となった。

拒薬のため入院から長期間、薬物療法

を開始されないまま退院・処遇改善を頻回に請求する医療保護入院例。医療保護入院は継続と裁定した上、院内倫理委員会で治療方針を再検討し、1ヶ月後に進捗状況を報告するよう意見を附帯。意見聴取後の院内会議で不同意投棄の承認がなされた。

(8) 審査手続きに関する事例

措置解除後に医療保護入院となった事例から退院請求が出されたが、病院側から「措置解除の時点で請求取り下げの見込み」と連絡があったため、審査手続きを中断。しかし、後に取り下げの意志がないと確認されたため審査を再開し、現状継続の裁定となった。請求者の意志を審査会が直接確認する必要性を痛感した。

②① 医療保護入院者の代理人弁護士から合議体への参加と意見書等の事前開示を求められたが、県の個人情報保護条例を根拠に事前開示を拒否したところ、当該弁護士から国の審査会運用マニュアルに反すると抗議あり。国に問い合わせたところ、「各県で検討してほしい」との回答。審査会事務局が板挟みとなった。

(9) その他の事例

②② 持ち込み物品などに関する処遇改善を頻回に請求する医療保護入院者。弁護士による請求もあり。請求要件に該当しないとの回答を続けている。

②③ 14歳の医療保護入院者からの退院請求。通常の手続きで審査し、現状継続としたが、未成年者の権利行使にはサポートが必要なのではないか。

3 .全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と討論

(1) 横浜シンポジウム

平成27年11月21日、横浜市において、当年

度第 1 回のシンポジウムが開催された。最近の精神保健福祉施策に関する厚労省からの講演の後、「入院患者の権利擁護に関する一つの試み～神奈川県立精神医療センター出張相談に見る」と題する講演が同院スタッフによってなされ、弁護士による出張相談事業が紹介された。

この事業は、法テラス制度を活用して、弁護士 2 名が月 1 回病院に赴き、入院者を対象に権利擁護や経済問題など、様々な法律相談に応じる事業で、平成 23 年度の医療観察法病棟立ち上げを機に開始された。これまでに行われたアンケート調査によれば、利用者の評価は概ね良好であったが、職員からは事前の情報伝達や事後の手当て、弁護士と職員の意見交換などの面で課題が指摘された。今後も、入院者の安心感の増大と権利擁護文化の成熟、それに医療の透明性の確保のために、この事業を継続する方針が語られた。

次いで、「家族の同意制度は本当に必要なのか？」と題してシンポジウムが持たれ、鳥取県と横浜市の精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉士協会、北里大学医学部精神科、それに横浜弁護士会から 5 名のシンポジストが登壇して、平成 25 年の精神保健福祉法改正による医療保護入院制度の見直しとそれに起因する諸問題について論じられた。

各シンポジストから、保護者制度の廃止の一方で家族同意が残存したこと、首長同意の適応が狭められたこと、退院等の請求権者が拡大されたことに伴う問題点が様々な事例や実務上のエピソードを通して提示された。そして、疎遠な親族や拒絶的な親族の入院同意を得ることの意味が問われ、次期精神保健福祉法改正に向けて、非自発入院手続きの再検討（家族同意の廃止、首長同意の適応拡大など）や入院者の権利擁護強化策（弁護士相談制度の拡充、代弁者制度の導入など）が提案された³⁾。

（２）東京シンポジウム

平成 28 年 2 月 26 日、東京都において、厚労省からの講演の後、「精神保健福祉法次期改正に向けて～公的保護者制度の検討」と題して、

当年度第 2 回のシンポジウムが開催された。

シンポジウムでは、平成 26 年度に当研究班が提起した公的保護者制度について研究協力員から基調報告がなされ、当事者（大阪精神医療人権センター）、家族（精神保健福祉会連合会）、法律家（成城大学法学部）、精神保健福祉士（帝京平成大学健康メディカル学部）による意見表明と討論が持たれた。

公的保護者制度とは、医療保護入院に際しての家族同意に代わって、国が認定する精神保健専門員（仮称）が入院に同意するとともに、入院中の権利擁護や退院促進に努める責務を負うという制度で、英国の制度にヒントを得ている¹⁾。また、前回の横浜シンポジウムで指摘された諸問題を克服するための提案でもある。ただし、英国とは非自発入院の件数が桁違いに多いため、当面は首長同意（医療保護入院の約 1 割）に限定しようというものである。

この提案に対して、各シンポジストからは、現状から一歩前進と評価される点もある反面、入院同意と権利擁護、退院促進を 1 人の公的保護者が担うことは理想的にも実務的にも無理であること、入院手続きの整合に重点があり、権利擁護と退院促進に係る責務と権限が曖昧であること、入院者本人の同意と信頼を前提にできないこと、公的保護者の人権意識や退院促進に係る力量を担保するシステムがないこと、そして、権利擁護に資するかに見える公的保護者制度が、大量の非自発入院や長期在院を産み出すわが国の精神医療の構造的問題の隠蔽に手を貸すおそれがあること、などの批判が表明された。また、医療保護入院と措置入院を統合した新たな非自発入院制度を検討し、入院決定に家族や保護者等の同意は不要とすべきであるとの点で、シンポジストの意見が一致した⁴⁾。

D．考察

1．審査会活動の動向

精神医療審査会制度が立ち上がって 28 年の間に、合議体数、委員数、審査件数ともに増加してきた。平成 15 年度（2003 年度）と比較すると、政令市の増加などにより、平成 26 年度

(2014年度)の審査会数は60から67に増加、合議体数は170から206に、委員数も906人から1369人に増加した。

委員の構成比(5人中の比例配分値)は、平成15年度、医療委員が2.90人、法律家委員と有識者委員がともに1.05人だったのに対して、平成26年度は、医療委員2.74人、法律家委員と有識者委員がともに1.19人と、非医療委員の比率が上昇している。

書類審査件数は、平成15年の約19万4千件から26年度は約26万8千件に増加しているが、1回の合議体当たりの書類審査件数は、合議体開催数の増加によって、平均141件から135.6件へと減少している。しかし、最大357件(埼玉県)から最小31件(相模原市)まで、地域差が大きい。

退院等の請求審査件数は、平成15年度の2031件から平成26年度の2843件まで、11年間で4割増加しているが、図3のように少なからぬ地域差がある。ただし、請求審査件数は在院患者数と年間入院件数に相関するため、図4に書類審査件数に対する請求審査件数の比率(%)を示した。これらの数値の多寡をもって権利擁護の指標とするわけにはいかないが、精神科病院に外部審査の目が入る頻度を都道府県別に表す数値であることは確かであろう。

なお、審査に要する日数は、平成15年度の平均37.5日から26年度は32.7日に短縮した。平成25年度に当研究班が提案した合議体委員や事務局員の増員案が実現すれば、さらに迅速な審査が可能となろう。

2. 事例群の検討

事例の収集は、平成14～16年度、および24～27年度の7年にわたって行われ、155例が集積している¹⁾²⁾。これまでの研究報告書を振り返ると、これらの事例群が提起する問題点は、以下のように整理されよう。

第1は、医療保護入院の同意者あるいは退院等の請求者の適法性や適格性に関する問題で、25年の精神保健福祉法改正後に増加した。

第2は、非自発入院継続の医学的根拠に関す

る問題である。寝たきりの認知症、治療意欲に乏しいアルコール依存症などが含まれる。原則として非自発入院を継続する対象とはならないが、退院・転院先や退院後の処遇について見通しが立たない事例も多い。

第3は、審査会の権限に関する問題である。転院や治療方針の見直しが望ましいと思われる事例に対して精神医療審査会がどこまで介入できるか、審査会の裁定に従わない事例にどう対応すべきかを含む。

第4は、任意入院者からの退院や処遇改善請求(行動制限緩和など)への対応に関する問題である。原則として退院とするか医療保護入院に変更すべきであるが、ともに困難な事例もある。

第5は、審査手続きに関する問題で、頻回請求事例、代理人と入院者の意志が齟齬する事例、代理人からの情報開示請求にどう対応すべきかを含む。

このほか、集積事例群の中には、法的規定の欠如に基づくトラブル事例や国も判断に迷う論題が含まれている。こうした事例が生じた際に、審査会事務局が相談できる常設窓口があることが望ましい。

3. 公的保護者制度

公的保護者制度は、医療保護入院に対する国や自治体の責任を明確化し、家族の負担を軽減するとともに、入院者の権利擁護と退院促進の支援をめざす制度である。この制度の提案に対して、東京シンポジウムでは、前記のように、様々な角度から批判的な意見が提示された。

特に精神医療審査会制度のあり方を検討する観点からみて重要なのは、入院者の権利擁護に資することができるのかという批判であろう。入院者本人にとって不本意な入院に同意した第三者に対して、入院者が信頼を寄せ、権利擁護者と認識することは、少なくとも入院当初は困難であろう。

したがって、公的保護者が担うことのできる権利擁護者の機能は、限定的とならざるをえない。ただし、入院中の処遇や医療の内容に対して、親族よりもニュートラルな立場で評価し、

場合によっては退院や処遇改善の請求を支援することが可能である。医療機関と公的保護者との対等な関係性は、医療の質を向上させる因子ともなりうる。

権利擁護や退院促進の支援機能は、もとより特定の個人が単独で担えるものではない。複数の職種・機関が重層的に担うべき機能である。公的保護者制度は、その機能に厚みを加えることを意図しているのであって、他の職種・機関による支援機能を排除するものであってはならない。

当研究班による公的保護者制度の提案が、今後、様々な場で検討され、入院者の権利擁護と適正な医療の確保に貢献できる議論につながることを期待したい。

E．結論

精神科利用者の権利擁護と適正な医療の確保のためには、精神医療審査会の活性を高め、地域差を縮小することが不可欠である。そのためには、審査会活動をモニタリングし、トラブル事例を収集・分析する作業、そしてその成果を公開し、多角的に検討するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効と思われる。

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

今年度の東京でのシンポジウムにおいて、研究成果の一部を発表した。

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．引用文献等

- 1) 河崎建人、平田豊明、八尋光秀他：入院患者の権利擁護に関する研究．平成 24～26 年度厚生労働科学研究「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」(主任研究者 竹島正) 報告書．137-162，2015

- 2) 山崎敏雄、平田豊明、弟子丸元紀他：措置入院制度の適正な運用と精神医療審査会のあり方に関する研究．平成 16～18 年度厚生労働科学研究「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 浦田重治郎) 報告書．121-143，2007
- 3) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.38，2015
- 4) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.39，2016

資料 1

精神医療審査会活動に関する調査票

審査会名 精神医療審査会

1. 合議体の構成（回答日の現況をお知らせ下さい）

（1）合議体数 211 合議体

（2）全合議体委員の構成内訳

医療委員 751 人 法律委員 293 人 有識者委員 325 人

注）各合議体の委員定数ではありません。審査会委員名簿に掲載されている全委員の人数を委員区分別に記入して下さい。予備委員も含みます。

2. 合議体等開催数（平成 26 年度の実績をご回答下さい）

（1）全体会の開催数 83 回（2）合議体の開催数 1,773 回

3. 書類審査件数（平成 26 年度の実績をご回答下さい）

書 類 種 別	審 査 件 数
医療保護入院届	174,484
医療保護入院者定期病状報告書	91,670
（うち退院支援委員会審議記録）	（ 1,566 ）
措置入院者定期病状報告書	1,775
合 計	267,929

注 1）書類別の件数が不明の場合は合計数のみを記入して下さい。

注 2）（ ）内の内数は、合計数には含めないで下さい。

注 3）報告徴収・審問を行った事例を含め、審査過程で議論のあった事例は、「検討事例」調査用紙に概要を記入して下さい。

4. 退院請求等の審査状況（平成 26 年度の実績をご回答下さい）

（1）電話相談件数 26,440 件

（2）請求受理から結果通知までの内訳

ア）退院請求 別紙の図 1 にご回答願います。

イ）処遇改善請求 別紙の図 2 にご回答願います。

注）審査過程で議論のあった事例は、「検討事例」調査用紙に内容を記入して下さい。

（3）請求受理から結果通知までの平均日数 32.5 日

注）小数点以下 2 桁を四捨五入し、小数点以下 1 桁までご記入願います。

図1 退院請求の審査状況(平成26年度)

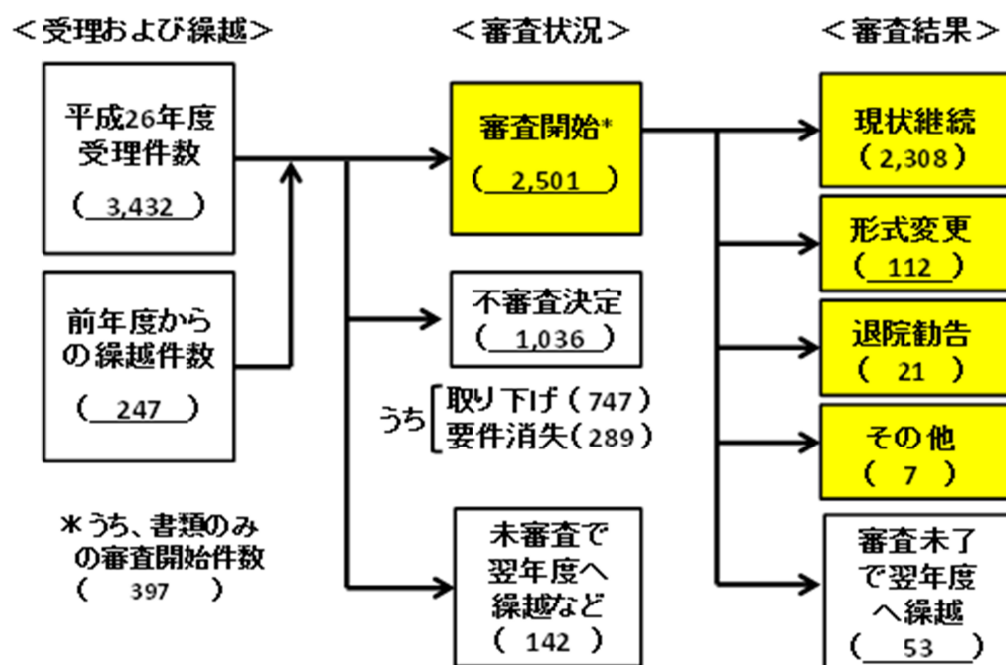


図2 処遇改善請求の審査状況(平成26年度)

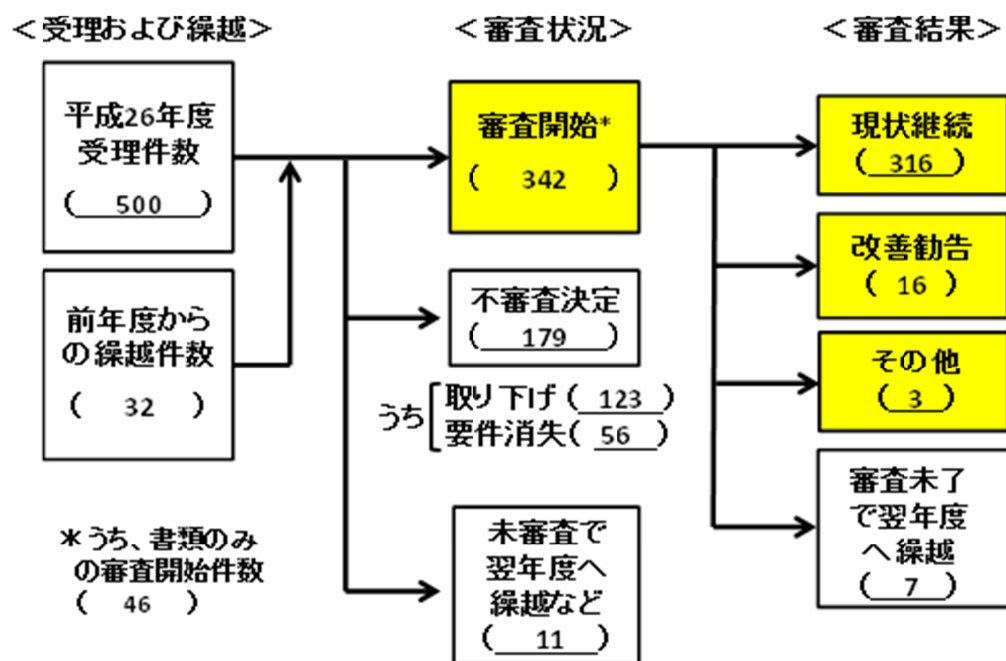


図3 退院・処遇改善請求の
審査状況(平成26年度)

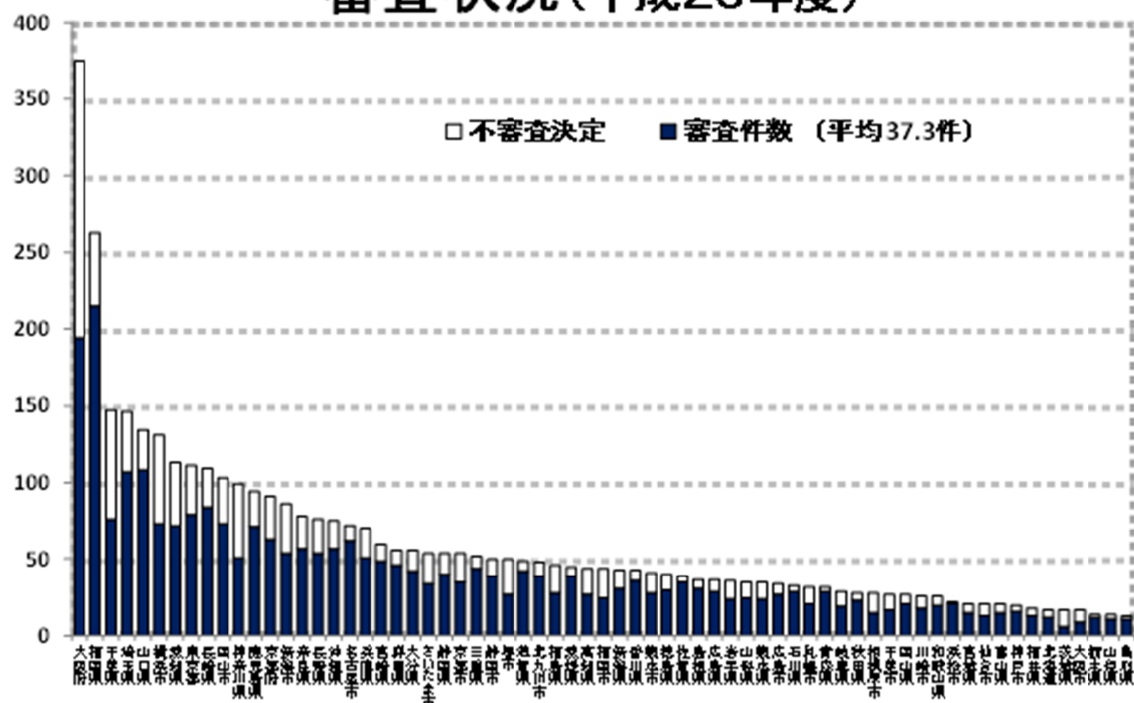
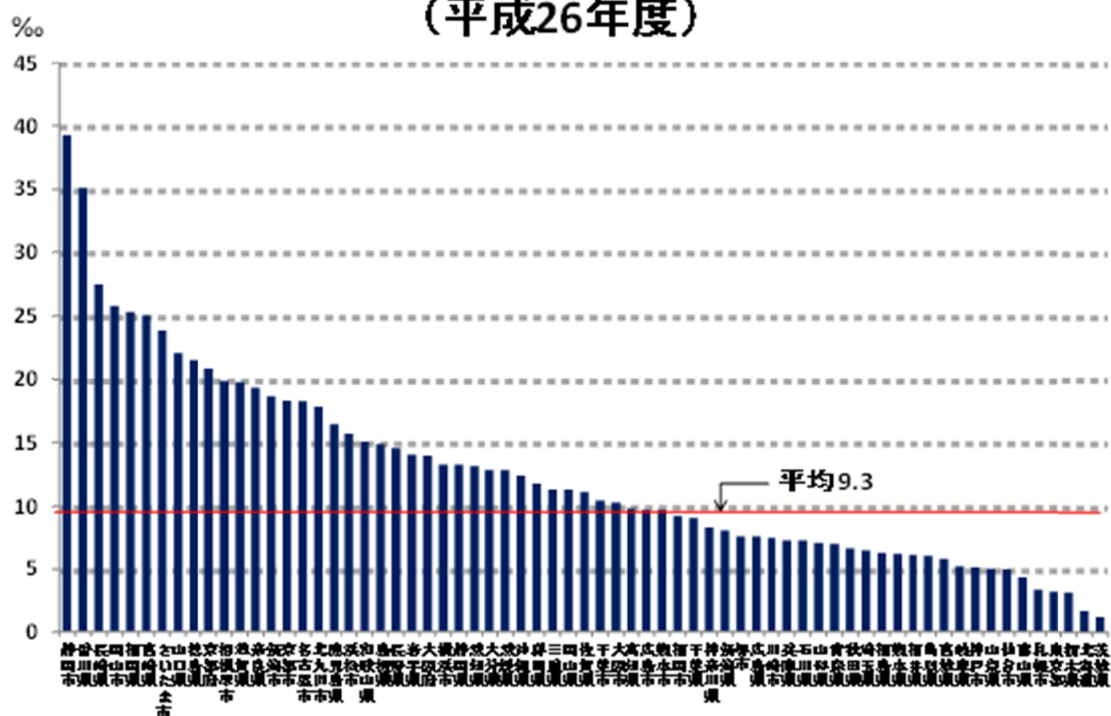


図4 書類審査に対する請求審査件数
(平成26年度)



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」
研究協力報告書
ICD-11 の動向

研究協力者 丸田 敏雅（聖徳大学保健センター、同心理福祉学部）
松本ちひろ（日本精神神経学会 ICD-11 委員会）

はじめに

現在、世界保健機関（World Health Organization: WHO）は、第 11 回国際疾病分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision: ICD-11）の改訂作業を進めており、2017 年の世界精神保健総会（World Health Assembly: WHA）で勧告を受ける予定である。

「精神と行動の障害」の改訂作業について概略を述べる。

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、疾病負担の軽減を目指す**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）のなどの派生分類がある。それら派生分類のひとつである「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 Guidelines: 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-11 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¹⁾。

「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を進められている。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を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展開されている。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、ストレスと特に関連する障害群、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。

また、実際の患者様に協力して頂く FS は、Ecological Implementation Field Studies (EIFS) と命名され、2016 年中に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。

ICD-11 版の第 7 章「精神および行動の障害」

ICD-11 版は 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下記に示す。

- Neurodevelopmental disorders[神経発達障害群]

- Schizophrenia and other primary psychotic disorders [統合失調症および他の一次性精神病性障害群]
- Mood disorders [気分障害群]
 - ・ Bipolar and related disorders [双極性障害および関連障害群]
 - ・ Depressive disorders [抑うつ障害群]
- Anxiety and fear-related disorders [不安および恐怖関連障害群]
- Obsessive-compulsive and related disorders [強迫性障害および関連障害群]
- Disorders specifically associated with stress [ストレスと特に関連する障害群]
- Dissociative disorders [解離性障害群]
- Bodily distress disorder [身体苦痛障害]
- Feeding and eating disorders [哺育と摂食の障害群]
- Elimination disorders [排泄障害群]
- Disorders due to Substance Use [物質使用による障害群]
- Impulse control disorders [衝動制御の障害群]
- Disruptive behaviour and dissocial disorders [(秩序破壊的行動および非社会性障害群)]
- Personality disorders [パーソナリティ障害群]
- Paraphilic disorders [パラフィリア障害群]
- Factitious disorders [虚偽性障害群]
- Neurocognitive disorders [神経認知障害群]
- Mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere [他章に分類される障害または疾患と関連する精神および行動の障害群]

ICD-11 版では、「性保健に関する状態」および「睡眠-覚醒障害群」は第 7 章「精神および行動の障害」には含まれていない。それぞれ第 5 章と第 8 章が割り当てられている。

また、認知症は現在のところ、「精神および行動の障害」とは別の章である「神経系の疾患群」に分類され、DSM-5 で使用されている Neurocognitive disorder という用語ではなく、Dementia という用語が使用されている。

パーソナリティ障害群の診断について

改訂のたびに特に問題となるパーソナリティ障害の診断分類であるが、ICD-11 版では、重症度別に軽度、中等度、重度で分類し、類型別の診断を廃し、パーソナリティ特性を付加的に評価できるモデルが提唱されている。これはこれまでの診断方式から大きな変化であり、今後寄せられる意見やコメントをもとに 版がどのようなかたちで最終版に落ち着くのか、動向が注目される。

GCP.Network

今後、Web で ICD-11 「精神および行動の障害」を普及させる目的で GCP.Network というコミュニケーション・サイトを運営する予定であり、そこで最新の情報も得られる予定である。

参考文献

丸田敏雅：ICD-11 と ICHI (医療行為の国際分類) の最新動向、臨床精神薬理、1107-1117、2015。

松本ちひろ：DSM-5 におけるパーソナリティ障害診断の代替モデルと ICD-11 への示唆 . 臨床精神医学 45 : 327-334 , 2016 .

平成 27 年度

「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」 研究班名簿

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 / 川崎市役所健康福祉局障害保健福祉部
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
	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
	岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター
	河崎 建人	河崎会水間病院 / 全国精神医療審査会連絡協議会
研究協力者	明田久美子	川崎市健康福祉局障害保健福祉部
	浅井 邦彦	清和会浅井病院
	東 司	天心会小阪病院
	穴倉久里江	相模原市精神保健福祉センター
	伊藤 真人	川崎市精神保健福祉センター
	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
	岡崎 伸郎	国立仙台医療センター
	岡村 毅	東京大学病院精神神経科
	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
	籠本 孝雄	大阪府精神医療センター
	我澤 賢之	国立障害者リハビリテーションセンター
	川副 泰成	神奈川県立精神医療センター
	河原 和夫	東京医科歯科大学大学院 医歯学系専攻
	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
	熊倉 陽介	東京大学大学院医学系研究科
	小池 純子	自治医科大学看護学部
	小池 尚志	相模原市福祉部
	鴻巣 泰治	埼玉県立精神保健福祉センター
	河野 稔明	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
	斎藤 庸男	さいとうクリニック / 神奈川県精神神経科診療所協会
	笹井 康典	大阪府こころの健康総合センター
	白川 教人	横浜市こころの健康相談センター
	高橋 邦彦	名古屋大学大学院医学系研究科

竹内 知夫	弘徳会愛光病院 / 神奈川県精神科病院協会
武田龍太郎	慶神会武田病院 / 神奈川県精神科病院協会
田辺 等	北海道立精神保健福祉センター
千葉 潜	青仁会青南病院
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター
永野貫太郎	第二東京弁護士会
中村 江理	関東学院大学
西 大輔	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
野口慶太郎	横浜市健康福祉局障害福祉部
平田 豊明	千葉県精神科医療センター
松浦 玲子	大阪府立精神保健福祉センター
松原 三郎	愛育会松原病院
松村 英幸	根岸病院
松本ちひろ	日本精神神経学会
丸田 敏雅	聖徳大学 保健センター
三木恵美子	横浜法律事務所
八尋 光秀	西新共同法律事務所
山下 俊幸	京都府立洛南病院
山田 敦	川崎市健康福祉局障害保健福祉部
山田 正夫	神奈川県精神保健福祉センター
吉澤 雅子	東京弁護士会
四方田 清	順天堂大学
渡辺洋一郎	渡辺クリニック / 日本精神神経科診療所協会

(50 音順)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
長沼洋一，長沼葉月，竹島正	SSTや心理教育等のプログラムを実施している精神科デイケア等の組織運営体制に関する研究．	日本社会精神医学会雑誌	第24巻3号	240-252	2015
竹島 正	自殺対策の推移と現状．	精神医学	第57巻7号	499-505	2015
竹島 正	地域における自殺対策．	健康づくり	2015年11月号	12-15	2015
後藤基行，赤澤正人，竹島 正，立森久照，野口正行，宇田英典	市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題．	日本公衆衛生雑誌	62巻6号	300-309	201506
河野稔明，白石弘巳，立森久照，小山明日香，長沼洋一，竹島 正	精神科病院の長期在院患者の退院動態と関連要因．	精神神経学雑誌	117(9)	713-729	201509
Tachimori H, Takeshima T, Konno T, Akazawa M, Zhao X	Statistical aspects of psychiatric inpatient care in Japan: Based on a comprehensive nationwide survey of psychiatric hospitals conducted from 1996 to 2012.	Psychiatry Clin Neurosci	69(9)	512-22	201509
山之内芳雄	21世紀の精神医療の変化：さまざまなデータから	精神保健研究	62	7-14	2016
丸田敏雅	ICD-11とICHI（医療行為の国際分類）の最新動向	臨床精神薬理、	18	1107-1117	2015

松本ちひろ	DSM-5におけるパーソナリティ障害診断の代替モデルとICD-11への示唆	臨床精神医学	45	327-334	2016

(作成上の留意事項)

研究成果の刊行に関する一覧表は、別紙4「研究成果の刊行に関する一覧表」(上記一覧表)を参考に作成すること。

「研究成果の刊行に関する一覧表」に記入した書籍又は雑誌は、その刊行物又は別刷り一部を添付すること。