特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望

保健統計からみた精神科入院医療での長期在院にかかわる問題

藤田利治

国立保健医療科学院疫学部

Extremely Long Stay of Psychiatric Inpatients in Japan from a Viewpoint of Health Statistics

Toshiharu FUJITA

Department of Epidemiology, National Institute of Public Health

1. はじめに

精神保健行政において入院医療対策から地域医療対策へと重点が移すという方針は，「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」とのキャッチフレーズのもとで1965年に改正された精神衛生法によってなされたとされている．しかしながら，この方針が遅々として進まなかった中で，1984年に看護職員の暴行により入院患者が死亡した宇都宮病院事件などの精神病院の不祥事件が発覚し，精神科入院医療にかかわる人権問題が国内のみでなく，国際的な問題ともなった．国連人権小委員会（差別防止･少数者保護小委）などにおいて，宇都宮病院での患者への暴行，薬物の乱用などの具体的事例だけではなく，強制入院・隔離を基本とする当時の日本の精神衛生行政自体が「国連人権宣言」や「国際人権規約」に違反しているとの指摘を受けた．これに対して，1987年に精神衛生法から精神保健法への改正がなされ，「精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保」と「精神障害者の社会復帰の促進」を図ることになった．「社会復帰の促進」が精神保健行政において目標に掲げられたのは，この1987年が最初である．しかし，その後も精神障害者の社会復帰の促進は，遅々とした状態が続いている．

社会保障審議会障害者部会精神障害分会による2002年12月の報告書は，「受入れ条件が整えば退院可能」な精神病床在院患者が現在約7万2千人いることを指摘し，その退院･社会復帰を図ることを念頭に置くべき事項のひとつにしている．精神医療における人権の確保および精神障害者の社会復帰対策が位置付けられた1987年の精神衛生法改正以来さらに15年余が過ぎたが，はたして人権が配慮されて長期継続在院がどのように少なくなり，精神障害者の社会復帰およびノーマライゼーションが促進されたのであろうか．

〒351-0197　埼玉県和光市南2-3-6
2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan

本稿では，これまでの報告[1-11]をもとにして，入院精神医療にかかわる在院期間や退院患者数などの統計指標からみて社会復帰の促進が遅々としたものであった実態を明らかにする．

2. 精神病床の平均在院日数は在院期間の代表値として不適切

在院期間については，平均在院日数という言葉に惑わされて，精神疾患で一旦入院すると1年を超える長期入院が多いといった誤解が過去には広くなされてきた．この誤解は，今日でも完全には払拭されていない．

日本の精神病床の平均在院日数については世界有数の長さであることが指摘され，1984年に発覚した宇都宮病院事件を契機として多くの批判がなされた．厚生労働省の病院報告による精神病床の平均在院日数の年次推移は，1955年が287日，1965年が434日，1975年が487日，1984年が539日というように長年にわたって単調増加を続けてきたものが，1980年代中盤に入り頭打ちになり，1985年以降はわずかに減少傾向に転じて2001年には374日になっている．しかし，この平均在院日数を精神病床での在院期間の代表値（データ分布の中心的な位置を示す算術平均，幾何平均，中央値，最頻値などの指標の総称）と考えるのは，適切ではない[1]．

第1に，精神病床の平均在院日数は，在院期間の算術平均にはなっていない[1]．平均在院日数が在院期間の算術平均なるのは，年間入院患者数と年間退院患者数が年次的に一定で等しいという定常状態が継続している場合にのみである．精神疾患の入退院にかかわる状況は，経年的に定常状態とはかけ離れたものであった．第2に，より大きな問題として，精神病床での在院期間の代表値として算術平均は適切とはいえない．精神疾患での在院期間の分布は右に極めて長い尾を引いた分布である[1-5]ことから，中央値と比べて算術平均は不当に大きな値になる．算術平均を用いることにより，精神疾患で入院した多くの患者での在院期間が不当に長いとい

う誤ったイメージを植えつけかねない．実際，精神疾患の在院期間の代表値として，欧米諸国では平均値ではなく，中央値などを使用している．1980 年代後半以降の長期在院にかかわる批判は異なる指標による国際間比較に基づくものであり，妥当性を欠くものであった．

3. 在院期間と継続在院期間

混乱を避けるため，在院にかかわる期間をふたつに分けて考えることが勧められる [1]．1 つは狭義の「在院期間」であり，「入院した患者についての入院から退院までの期間」である．もう 1 つは「継続在院期間」と筆者が呼んでいるもので，「ある時点での在院患者についての入院時点からその時点までの期間」である．(なお，厚生労働省の患者調査では，この期間のことを「入院期間」と呼んでいる)．このふたつの期間の分布は全く異なっており，かつその年次推移も違った動向を示している [1-5]．

「精神及び行動の障害」(ICD10：F00-F99．以下，「精神疾患」)についての在院期間と継続在院期間の年次推移を図 1 に示した．在院期間については，1996 年には 34 万 7 千人が入院して，その内の 39%が 1 ヵ月未満に退院し，66%が 3 ヵ月未満，88%が 1 年未満に退院したと推計された．3 年以上の長期在院は 6%にすぎない．在院期間の中央値は 2 ヵ月未満であり，1996 年の精神病床での平均在院日数の 441 日とは大きく異なっている．一方，在院期間の年次推移について，3 ヵ月未満の退院は 1975 年の 55%から 1996 年の 66%へと増加がみられた．在院期間は長年にわたって単調に短期化する傾向が認められる．平均在院日数の年次推移は在院期間の年次推移と全く異なっており，この点でも平均在院日数が不適切なことが分かる．

一方，継続在院期間の分布は，在院期間と比べて著しく長期間である．1999 年 10 月 1 日時点での在院患者は 34 万 7 千人であり，その継続在院期間は 16%が 3 ヵ月未満，30%が 1 年未満，56%が 5 年未満であり，30%が 10 年以上の越える長期継続在院患者であった．年次推移については，10 年以上の在院患者の割合が 1975 年の 20%から 1993 年の 33%まで増加し，以降わずかに減少して 1999 年には 30%となった．すなわち，1990 年代初めまで継続在院期間の経年的長期化が明らかに認められ，長期在院患者の蓄積が示されてきた．しかしながら，最近になって歯止めがかかり，わずかに短期化の傾向がみられている．今後，継続在院期間の一層の短期方向へのシフトが加速されることが求められている．

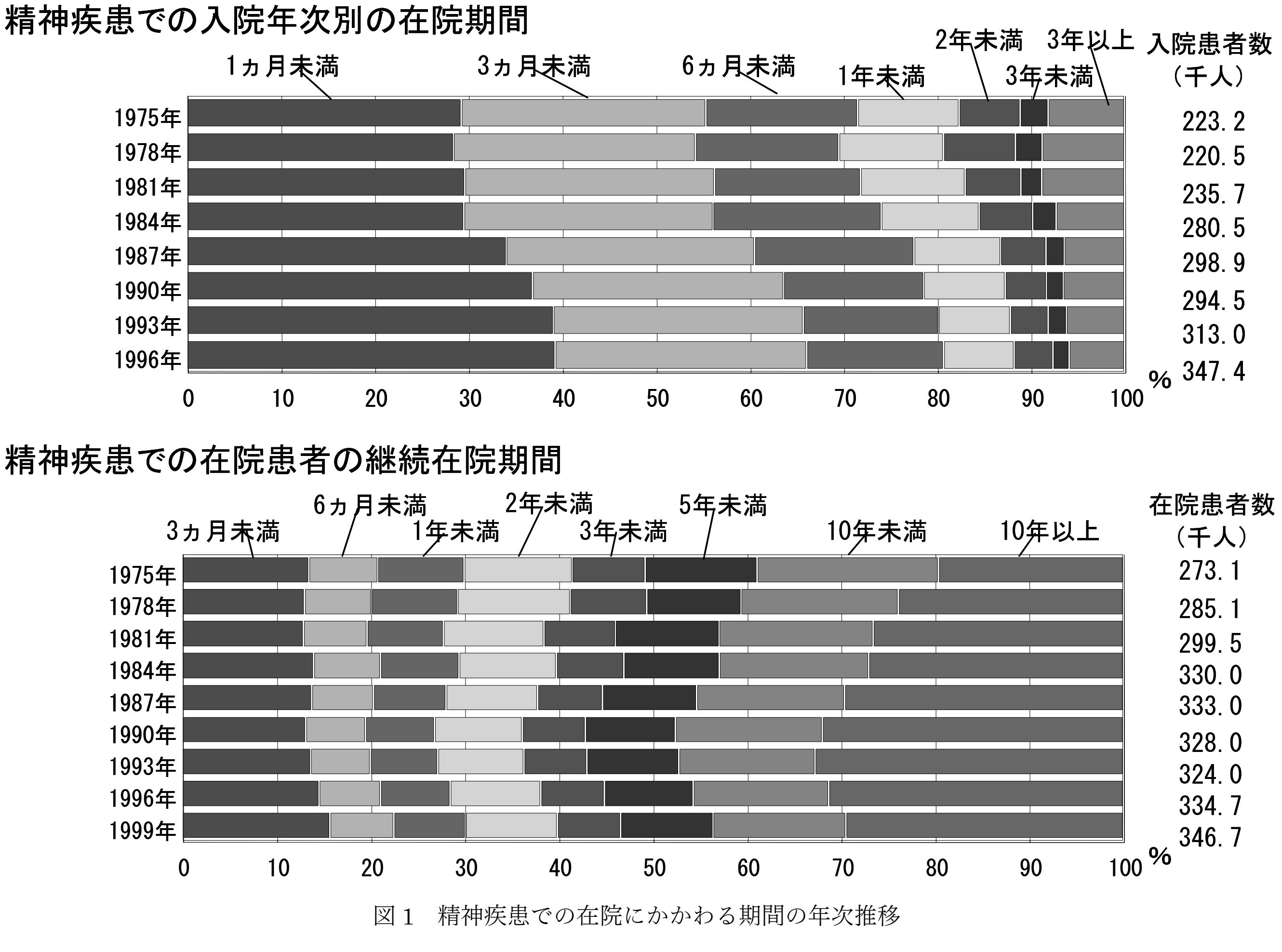


図 1　精神疾患での在院にかかわる期間の年次推移

「統合失調症，分裂病型障害及び妄想性障害」（以下，「統合失調症等」）に限っても，同様の年次推移は確認されている[10]．年次推移については省略するが，1996 年に入院した全ての精神疾患患者 34万7千人のうち統合失調症等は36%（12万6千人）であったが，在院期間が3年以上の患者2万人のうち統合失調症等が 60%（1万2千人）と多くを占めていた．また，1999 年における精神疾患での在院患者 34万7千人のうちで統合失調症等は64%（22万1千人）であったが，継続在院期間が 10 年以上の患者 10万2千人のうち統合失調症等が 84%（8万6千人）と大半を占める状況となっている．精神医療の重大課題のひとつである長期継続在院患者の蓄積は統合失調症等の蓄積であることを端的に示す数字である．

4. 英国と比べたわが国の在院期間

図 2 は，わが国の精神病床の一日平均在院患者数などの1955 年から 1990 年までの年次推移を，英国イングランドと比較したものである．わが国では，1970 年ごろまで退院患者数を大きく上回って入院患者数が増加し，それに伴って一日平均在院患者数が急増しており，その後 1980 年代半ばまで漸増，以降は人口十万人当り 280 余りの水準で推移している．

一方，英国イングランドの在院患者数の推移は，わが国とは逆に一貫して減少を続けている．欧米諸国では，監禁・拘束的な収容精神医療への反省から，病院中心の収容主義的精神医療から地域ケア中心の地域精神保健へと移行した．英国では，National Health service という国営の医療制度のもとで病院ケアから地域ケアへの転換という政策に基づき，脱施設化が進展してきた．イングランドの精神病院在院患者数は1954 年の人口十万人当り 354 であったのをピークとして減少し，1990 年には 120 にすぎない状況になっている．

このように戦後のわが国での精神病床での在院患者数の経年的増加は欧米諸国とは逆の動向を辿った．こうした中で，1984 年に発覚した宇都宮病院事件を契機としてわが国の長期在院問題が国際的にも問題とされたのであった．当時の在院期間について，英国イングランドの統計資料と比較したのが表 1 である[2]．イングランド全体での 1 年間の精神病院へ入院する人口十万人当りの入院率は，1983 年において 398であった[2]．これに対してわが国での精神疾患での入院率は精神病床と一般病床を合せても 233 であり，精神病院に限れ

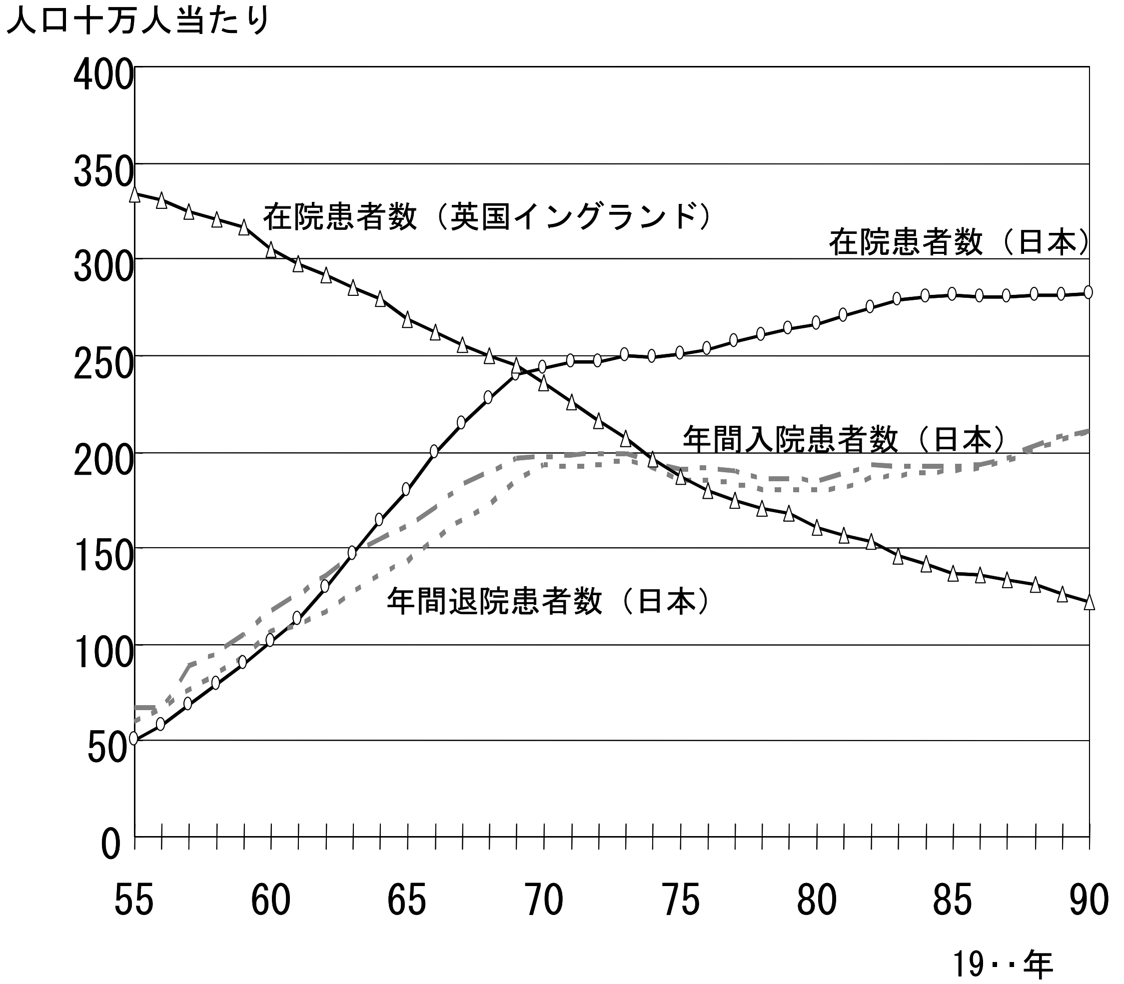


図 2 在院患者数等の年次推移

表1　精神疾患での入院率及び在院期間についてのイングランドと日本の比較

	年間入院率（／十万人）	退院患者の在院期間 <1m (%)	<6m (%)	中央値 (day)	継続在院期間（／十万人） <1y	1-5y	5y≦	計
ｲﾝｸﾞﾗﾝﾄﾞ（1983年）#1	398	---	---	---	56	36	55	147
ｷｬﾝﾊﾞｳｪﾙ	506	35	85	48	111	57	72	241
ｻﾙﾌｫｰﾄﾞ	442	61	89	21.5	64	66	102	231
ｻｳｻﾞﾝﾌﾟﾄﾝ	671	75	96	15	59	30	41	130
ｶｰﾃﾞｨﾌ	469	64	92	22	63	40	59	163
ｳｰｽﾀｰ	420	69	95	21.3	43	15	52	110
ｵｯｸｽﾌｫｰﾄﾞ	385	73	95	14	38	17	18	72
日本（1984年）#1	233	29	75	77	81	76	118	274
精神病院	124	17	68	99	52	53	91	196

#1：イングランドは15歳以上、日本は全年齢についての集計

ば124と低率であった．イングランドと比べて，精神疾患で1年間に入院する人口当りの患者数がわが国ではかなり少ないことが分かる．イングランドでは早期に入院して短期間の内に退院すること，つまり精神病院の病床回転が早いことが推察される．

英国では地域での精神保健サービスの計画を支援することを主な目的として，精神疾患の登録がいくつかの地域で実施されている[11]．これらの登録地域における退院患者での在院期間は，キャンバウェルが他の登録地域と比べて1月未満および6月未満の退院割合が低率で在院期間の中央値が長い傾向にあるが，それでもわが国の退院患者での在院期間よりも短期間である（表1）．他の登録地域の在院期間の中央値は30日未満であり，入院患者の半数以上が1月未満で退院している．1984年におけるわが国での退院患者の在院期間の中央値は精神疾患で77日，精神病院に限れば99日と長いものであった．1984年の精神病床の平均在院日数が539日であったことから，当時，「桁違いに長期間」といった多くの批判がなされた．勿論，指標の誤った解釈に基づく批判は的外れのものではあったが，確かに精神疾患での在院期間は明らかに長期間であったことが確認できる．

継続在院期間についても，わが国はイングランドと比べて1年未満の短期在院割合が低率（29%対38%）であり，5年以上の長期在院割合が高率（43%対 37%）となっている．欧米諸国では監禁・拘束的な収容精神医療への反省から，1960年前後から病院中心の収容主義的精神医療から地域ケア中心の地域精神保健へと移行した歴史がある．この間，イングランドでは5年以上の長期継続在院患者の明らかな減少が経年的に示されており[11]，わが国の継続在院期間が1990年代初めまで長期化の一途を辿ってきたのとは対照的である．

5. 退院患者にかかわる年次推移

経年的にみて，精神疾患での退院患者数の増加や退院患者の在院期間の短期化はみられるのであろうか．表2に精神疾患での在院期間別の退院患者数や退院の中での治癒・軽快が占める割合などの年次推移を示した[8]．経年的に退院患者数が増加し，かつ1ヵ月未満の短期での退院患者数およびその割合が増えていることが明らかである．退院患者の在院期間

表2　精神疾患での在院期間別の退院患者数の年次推移：15歳以上

	在院期間別の退院患者数（千人） <1m	1m-6m	6m≦	計	構成割合 <1m	1m-6m	6m≦	中央値（日）	退院患者での治癒･軽快の割合 <1m	1m-6m	6m≦	計
精神疾患												
1974-76年	56.0	93.8	62.8	212.6	26%	44%	30%	84	78%	88%	77%	82%
1977-79年	58.9	94.7	59.6	213.2	28%	44%	28%	80	76%	88%	77%	82%
1980-82年	63.7	95.7	59.7	219.1	29%	44%	27%	76	76%	86%	73%	80%
1984年	76.6	124.5	69.7	270.8	28%	46%	26%	78	80%	88%	68%	80%
1987年	96.7	132.3	68.8	297.7	32%	44%	23%	68	80%	89%	67%	81%
1990年	102.8	123.5	64.2	290.5	35%	43%	22%	58	81%	85%	58%	77%
1993年	116.3	129.3	61.2	306.8	38%	42%	20%	53	79%	82%	53%	75%
1996年	128.3	145.8	66.2	340.2	38%	43%	19%	53	77%	84%	57%	76%
1999年	163.5	162.0	70.0	395.4	41%	41%	18%	45	78%	83%	53%	75%

の中央値も次第に短くなっており，1974-76年の84日から1999年の45日へと短期化していた．しかしながら，上述の1983年におけるイングランドの多くの登録地域での在院期間の中央値は30日未満であり，これと比べてわが国の現状の精神疾患での在院期間は依然として長い状態にある．脱施設化に向けた強力な対策の推進がさらに求められている．

近年，精神病床の在院患者の2極化の進行が指摘されている．図1について述べたように，1990年代初めまでは継続在院期間は単調に長期化の一途を辿り，長期間にわたって継続在院する患者が蓄積されてきた．一方で，図1や表2にみるように，1ヶ月未満などの短期間で退院する患者も経年的に増加している．短期間で退院する患者群と長期間にわたって継続在院する患者群の2方向へと患者が分かれつつある現象を，確かに確認することができる．

さらに，6ヵ月以上の在院期間での退院において，治癒・軽快の割合が経年的に低下してきている．6ヵ月以上の在院期間での退院患者数には大きな増減が経年的にみられない中での低下であり，これは退院事由として死亡や転院（あるいは他の施設への移動）が経年的に増加していることを意味する．5年，10年を超える長期在院患者での高齢化は一般の社会以上に急激なものであり，彼らが人としての当たり前の社会生活をおくるための時間的余裕はほとんど残されていないことが統計にも現れている．

6. 長期在院に関連する要因

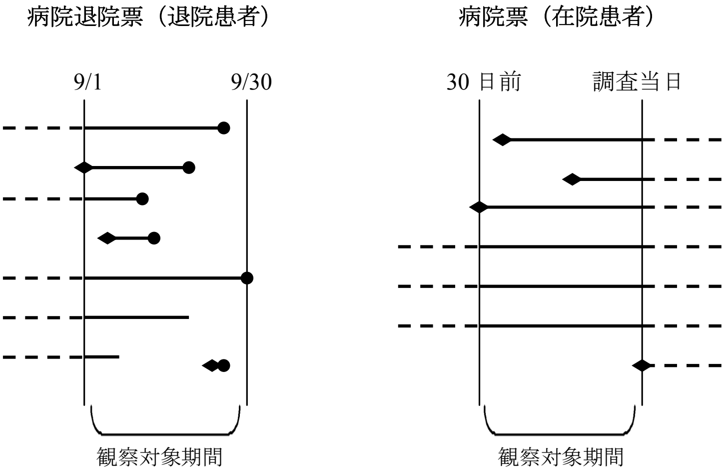
では，長期在院に関連している要因は何であろうか．ここでは退院可能性を表す退院率という指標を用いて，精神病院における治癒・軽快による退院に関連する要因の検討結果を紹介する[9]．

患者調査を用いた場合の退院率は，発生率（incidence rate）の定義にしたがって，次のようになる．

$$\text{退院率（／人年）} = \frac{\text{1ヵ月間の退院の重み付き発生数}}{\text{1ヵ月間の退院患者および在院患者の重み付き観察人年}}$$

退院率は在院患者における退院をイベントとする発生率であることから，治癒・軽快による1ヵ月間の退院数を1ヵ月間の在院患者についての観察人年で割ったものである（図3）．ここでの検討は，1999年の患者調査と病院報告を使用したものであり，統計解析などの詳細は他を参照されたい[9]．

1999年9月の精神病院における治癒・軽快による退院患者数は10,533人，退院率は56.4（/100人年．以下，単位省略）と推計された（表3）．主に統計的推測のもとになる治癒・軽快による病院退院票は7,005件とかなりのサイズであることから，すべての要因について有意な関連がみられている．単変量解析において非退院相対リスクの増大と関連する特性は，地域ブロックが北九州，南九州および関東II（茨城県，栃木県，群馬県，山梨県，長野県），男，高年齢，診断が精神遅滞，てんかん，血管性及び詳細不明の痴呆および統合失調症等，長期間の継続在院期間，病院開設者が個人および医療法人，医師1人当りの在院患者数が多い，および看護師・准看護師1人当りの在院患者数が多い，であった．特に，継続在院期間による退院率の違いは極めて大きく，治癒・軽快での退院の46%は観察開始時の継続在院期間が1ヵ月未満のものである．1ヵ月未満での退院率は338.9と高率であるのと比べて，5年以上10年未満では3.6，10年以上では1.3



・ 実線は1ヵ月間の観察対象期間中の在院期間である観察人年を表し、破線は観察人年には含まれない観察対象期間外の在院期間を示す。

・ 実線の右終点の●は治癒・軽快での退院、無印はそれ以外での退院（転院、死亡、悪化など）を示し、実線の左始点の◆は入院時点を表す。

図3　退院率についての模式図

表 3　精神病院における治癒・軽快での精神疾患の退院率とその関連要因

	9月の退院患者数	退院率 /100py	ﾎﾟｱｿﾝ回帰モデルでの非退院相対リスク（95%信頼区間） 単変量		多変量	
総計	10,533	56.4				
地域ブロック			***		ns	
北海道	539	53.9	1.20	(0.97 , 1.48)	1.23	(0.99 , 1.53)
東北	1,108	63.3	1.03	(0.94 , 1.14)	1.04	(0.93 , 1.16)
関東 I	2,071	65.9	1.0		1.0	
関東 II	651	52.4	1.24	(1.10 , 1.39)	1.03	(0.91 , 1.16)
北陸	521	56.1	1.17	(1.03 , 1.32)	0.99	(0.87 , 1.13)
東海	1,010	55.0	1.20	(1.08 , 1.34)	1.04	(0.92 , 1.17)
近畿 I	1,440	65.7	1.01	(0.92 , 1.12)	0.98	(0.88 , 1.10)
近畿 II	184	54.8	1.19	(1.01 , 1.40)	1.04	(0.88 , 1.23)
中国	816	53.6	1.23	(1.07 , 1.40)	1.01	(0.88 , 1.17)
四国	477	55.1	1.20	(1.05 , 1.36)	1.02	(0.88 , 1.18)
北九州	857	39.8	1.64	(1.44 , 1.86)	1.28	(1.12 , 1.47)
南九州	859	50.4	1.30	(1.17 , 1.45)	1.04	(0.92 , 1.17)
性別			***		***	
男	5,423	53.0	1.14	(1.08 , 1.21)	1.16	(1.09 , 1.24)
女	5,111	60.5	1.0		1.0	
年齢			***		***	
15-24歳	892	249.7	1.0		1.0	
25-34歳	1,791	155.9	1.60	(1.41 , 1.82)	1.10	(0.96 , 1.26)
35-44歳	1,921	91.5	2.73	(2.40 , 3.10)	1.19	(1.04 , 1.37)
45-54歳	2,300	50.1	4.98	(4.41 , 5.64)	1.46	(1.28 , 1.68)
55-64歳	1,677	34.3	7.29	(6.41 , 8.28)	1.88	(1.63 , 2.16)
65-74歳	1,078	31.5	7.92	(6.88 , 9.12)	2.27	(1.95 , 2.63)
75歳以上	874	40.5	6.16	(5.31 , 7.14)	2.16	(1.82 , 2.57)
診断			***		***	
統合失調症、分裂病型障害及び妄想障害	5,492	41.5	3.49	(2.97 , 4.09)	1.38	(1.17 , 1.63)
気分〔感情〕障害	1,854	162.8	0.89	(0.75 , 1.05)	0.87	(0.73 , 1.04)
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現障害	373	144.9	1.0		1.0	
アルコール使用による精神及び行動の障害	1,409	140.8	1.03	(0.87 , 1.22)	0.94	(0.78 , 1.13)
精神遅滞（知的障害）	118	23.8	6.09	(4.49 , 8.25)	1.58	(1.15 , 2.18)
血管性及び詳細不明の痴呆	645	40.2	3.60	(2.97 , 4.37)	1.73	(1.40 , 2.15)
その他の精神及び行動の障害	552	75.8	1.91	(1.57 , 2.33)	1.44	(1.19 , 1.75)
てんかん	89	39.8	3.64	(2.70 , 4.92)	1.44	(1.05 , 1.97)
継続在院期間			***		***	
1ヵ月未満	4,866	338.9	1.0		1.0	
1-3ヵ月未満	2,907	248.1	1.37	(1.27 , 1.47)	1.27	(1.19 , 1.37)
3-6ヵ月未満	1,176	112.6	3.01	(2.74 , 3.31)	2.61	(2.37 , 2.87)
6ヵ月-1年未満	668	51.5	6.58	(5.79 , 7.47)	5.42	(4.77 , 6.17)
1-2年未満	430	24.5	13.8	(11.5 , 16.6)	11.0	(9.1 , 13.2)
2-3年未満	127	10.1	33.5	(26.2 , 42.6)	25.3	(19.9 , 32.1)
3-5年未満	180	9.7	34.9	(26.4 , 45.9)	27.1	(20.6 , 35.9)
5-10年未満	100	3.6	95.0	(70.6 , 127.9)	72.7	(54.1 , 97.8)
10年以上	80	1.3	256.8	(181.0 , 364.2)	185.0	(129.9 , 263.4)
病院開設者			***		**	
国、自治体	1,075	115.6	1.0		1.0	
医療法人	7,586	52.6	2.20	(2.02 , 2.39)	1.13	(1.02 , 1.26)
個人	765	46.0	2.51	(2.20 , 2.87)	1.23	(1.06 , 1.44)
その他	1,107	66.5	1.74	(1.55 , 1.95)	0.98	(0.86 , 1.12)
医師１人当りの在院患者数			***		*	
48 人超	353	29.1	6.04	(4.96 , 7.34)	1.17	(0.93 , 1.47)
◎48人以下 - 40 人超	1,280	39.7	4.42	(3.81 , 5.13)	1.04	(0.87 , 1.25)
40人以下 - 32 人超	4,312	49.2	3.57	(3.12 , 4.09)	1.01	(0.85 , 1.19)
32人以下 - 16 人超	4,121	79.1	2.22	(1.94 , 2.54)	0.93	(0.79 , 1.09)
○16 人以下	467	175.8	1.0		1.0	
看護師+准看護師１人当りの在院患者数			***		***	
6 人超	31	18.9	3.97	(2.72 , 5.80)	1.21	(0.82 , 1.79)
6人以下 - 5人超	207	23.8	3.16	(2.63 , 3.80)	1.59	(1.30 , 1.93)
5人以下 - 4人超	1,346	39.6	1.90	(1.73 , 2.09)	1.13	(1.02 , 1.25)
◎4人以下 - 3人超	3,851	51.6	1.46	(1.37 , 1.56)	1.02	(0.96 , 1.10)
○3人以下	5,098	75.3	1.0		1.0	

第四次医療法改正：○ 大学病院・総合病院　◎ それ以外の精神病棟　***: p<0.001　**: p<0.01　*: p<0.05　ns：有意差なし

と治癒・軽快による退院は極めて稀な事象であることがわかる．

多変量解析の結果，非退院と最も強く関連するのは継続在院期間であることが明らかになった．継続在院期間が 2 年以上，さらに 5 年，10 年以上と長期間になるにしたがって，退院の可能性が顕著に低くなる．1999 年の段階で 10 年を超える精神疾患での長期継続在院者は 10.2 万人（在院患者の 30%），5 年を超えるものは 15.1 万人（44%）に及ぶ [11]．ま

た，統合失調症等に限っては，10 年を越える長期継続在院患者は 8.6 万人（39%），5 年を超えるものは 12.1 万人（55%）と問題はさらに大きい．退院可能性が極めて低いこれらの長期継続患者に対する抜本的な対策が，この結果からも強く求められる．

継続在院期間を含めて要因を相互調整した多変量解析の結果，性別では女と比べて男の退院可能性は低いものであった．これは欧米とは逆の傾向であるが，わが国の精神疾患において従来から指摘[5,8]してきた現象である．年齢については，高齢になるにしたがって退院の可能性は低くなり，継続在院期間の長さを勘案しても，これまでの報告[4,5]と同様の傾向が示された．診断については，血管性等の痴呆，精神遅滞，てんかんおよび統合失調症等での退院可能性が低く，これも従来の結果[3]と符合する．一方，地域ブロックによる退院率の地域格差は，偶然変動内の小さな違いになかった．これは，既に累積してしまっている長期間の継続在院患者の分布に地域差があるために単変量解析では大きな違いになっていたと考えられる．

病院特性について要因と長期在院との関係は重要であるが，これまでデータに基づいた適切な検討が行われてこなかった．多変量解析の結果では病院特性と退院率の関連は単変量解析と比べて弱まったが，精神病院の開設者では国立および自治体の精神病院と比べて，個人や医療法人の精神病院では 1.1～1.3 倍程度の非退院相対リスクの増大がみられた．医療従事者に関しては，医師および看護師・准看護師 1 人当りの在院患者数が多い場合，退院の可能性がやや低くなっていた．

精神病棟については他科に比べて医師は 1/3，看護は 2/3 とされた医療法での精神科特例（1958 年）の見直しが第四次医療法改正（2001 年）でなされ，新たな特例といった批判もあるものの，職員配置基準が改訂された．表 3 は，大学病院・総合病院以外の精神病棟の職員配置基準に達していない場合には非退院リスクが増大することを示しており，医療法改正での職員配置基準が遵守されることによって退院可能性が高まることが今後期待される．さらには，一般科と同等な医療の質を担保する入院精神科医療改善の努力が一層続けられる必要がある．

7.　おわりに

本稿では，入院精神医療にかかわるいくつかの統計指標の年次推移と在院期間の関連要因について報告した．在院にかかわる期間や退院患者数の年次推移には，若干の改善が認められた．しかし，病院ケアから地域ケアへの転換を政策に基づいて強力に推進し，脱施設化を進展させた欧米諸国での 1960 年以降の大変革と比べて，その改善は遅々としたものであることは明らかである．また，こうした現状において，退院困難な精神疾患患者のハイリスク・グループの構造が総合的に明らかになったことは重要と考えられる．高齢化の著しい長期継続在院患者が人としての当然の権利である通常の生活を送るための時間は逼迫していることを念頭におき，精神障害者のノーマライゼーションを強力に推進する必要がある．

文献

1）藤田利治，橋本修二：患者調査に基づく精神疾患患者の在院期間の年次推移．日本公衆衛生雑誌 38：350-358，1991.

2）藤田利治：保健統計からみた精神障害者の社会復帰．公衆衛生 58(1)：8-12，1994.

3）藤田利治：精神疾患入院患者の診断別在院期間の年次推移．精神医学 34：247-257，1992.

4）藤田利治：精神疾患入院患者の年齢階級別在院期間の年次推移．社会精神医学 15：119-129，1992.

5）藤田利治：精神疾患の受療患者数および在院期間の推計．日本社会精神医学会雑誌 2(2)：81-92，1994.

6）藤田利治：精神疾患の患者数と在院期間に関する地域差の検討．厚生の指標 38(15)：20-26，1991.

7）藤田利治：精神疾患患者数についての 15 年間の年次推移，厚生省患者調査に基づく推計（その 1）．日本公衆衛生雑誌 38：233-245，1991.

8）藤田利治：精神疾患退院患者数についての 14 年間の年次推移，厚生省患者調査に基づく推計（その 2）．日本公衆衛生雑誌 38：299-309，1991.

9）藤田利治，佐藤俊哉：精神病院での長期在院に関連する要因．厚生の指標 51(1)：12-19，2004.

10）藤田利治：精神疾患入院患者での在院期間のわずかな短期化．公衆衛生 68：102-107，2004.

11）Wing JK：Health services planning and research. Gaskell, 1989.