

特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望

精神病床の機能にもとづく基準病床数の算定式のあり方について

竹島正

国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部

Functional Evaluation of Psychiatric Hospitals

Tadashi TAKESHIMA

Division of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

研究要旨： 一般病床・療養病床と精神病床における現在の基準病床数算定式の比較、全国および都道府県における患者動態の分析などをもとに、精神病床における基準病床数の算定式の問題点と見直しの方向について考察した。精神病床における基準病床数の算定式においては、都道府県を単位に、「退院可能性の高い 1 年未満の入院患者、特に新たな入院患者を対象とする部分」と「1 年以上の在院患者群の動態（退院状況）と退院促進目標等を反映した部分」の 2 つの合計とすることが妥当と考えられた。また人口万対精神病床数の多い県では、人口減少と過疎化による地域社会の弱体化や崩壊が精神病床数の増加と関連している可能性があり、新たな長期在院の増加を防ぐ方策が必要と考えられた。

A 目的

精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた対策の方向」（平成 15 年 5 月）には、普及啓発（正しい理解・当事者参加活動）、精神医療改革（精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床の減少を促す）、地域生活支援（住宅・雇用・相談支援）、「受け入れ条件が整えば退院可能」な約 7 万 2 千人の対策の重点施策 4 項目が記載されている¹⁾。これらは互いに密接に関連していて、精神保健福祉の構造改革といえる。これらの改革は実際に取り組むとなると、広範な分野の協働が必要なことから、なかなか改革が進まなかった。しかし心神喪失者等医療観察法が 2003（平成 15）年 7 月に可決成立し、附則として、精神医療全般の水準の向上を図ること等が議決されたことなどから、この課題の解決に、広範な分野が協働する可能性がみえてきた。さて精神医療改革には、医療法の改正における精神病床の扱いが密接にかかわる。2003（平成 15）年 3 月に閣議決定された「規制改革推進 3 か年計画」を受けて、2003（平成 15）年には「医療計画の見直し等に関する検討会」が発足しており、精神病床における基準病床数の現行算定式の問題点と見直しの方向について分析する。

精神病床における基準病床数の現在の算定式には、①精神病床の中に短期で退院する患者群と歴史的長期在院患者が併存する²⁾³⁾⁴⁾という、精神病床の患者動態の実態を踏まえた算定式になっていないのではないか、②入院期間（平均在院

日数等）の短縮が基準病床の算定に反映されていないのではないか、③基準病床数に地域差が大きいのではないか、という指摘がある。

本研究においては、一般病床・療養病床（以下、一般病床と略す）と精神病床の現在の算定式の比較、全国および都道府県における患者動態の分析などをもとに、精神病床における基準病床数の算定式の問題点と見直しの方向を明らかにする。

B 方法

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課では、毎年 6 月 30 日付けで、精神保健福祉課長から都道府県・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、全国すべての精神病院、社会復帰施設等の活動状況などについて資料を得ている（以下、630 調査と略す）。この調査は精神保健福祉課の業務の参考にすることを目的としており、全国の精神病院、社会復帰施設などの協力によって継続され、わが国の精神保健福祉の現況を把握する貴重な資料となっている。

本研究においては、現在の算定式の問題点を明らかにするため、平成 11 年度から平成 14 年度の 630 調査の結果等を主な資料として^{5)~8)}、次の 4 つの分析を行った。

はじめに現在の一般病床と精神病床の基準病床数の算定式の比較を行い、外形的な相違、内容において相違している可能性のある事項を抽出した。

つぎに一般病床と精神病床の基準病床数の算定式の比較によって示されたことが、実際の精神病床における全国的な

〒272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-3
1-7-3 Konodai, Ichikawa, Chiba-ken, 272-0827, Japan

患者動態においてどのようにあらわれているか分析した。

さらに精神病床における全国的な患者動態の分析が、都道府県においてはどのような動態としてあらわれているか分析した。

さいごに都道府県の人口推移と病床数の関係を分析し、都道府県における精神病床較差の是正における留意点について考察した。

C 結果および考察

1. 基準病床算定式の比較

一般病床と精神病床の算定式、その相違点を表1にまとめた。一般病床では、基準病床数は二次医療圏の区域ごとに算定することとされ、入院率、流入・流出とも、都道府県内外への流出入が用いられている。また「病床利用率」、「平均在院日数推移率」が算定式に組み込まれている。

精神病床では、基準病床数は都道府県の区域ごとに算定することとされ、入院率については、その都道府県を含む地方ブロックの性別・年齢階級別入院率が適用され、流入・流出については都道府県内外への流出入が用いられている。また「病床利用率」、「平均在院日数推移率」のうち「平均在院日数推移率」は組み込まれていない。

一般病床と精神病床の算定式の外形上の相違は、基準病床

数算定の区域の設定、入院率の根拠となる地域の設定（都道府県、地方ブロック）、平均在院日数推移率が算定式に組み込まれているか否か、の三点である。

基準病床数算定の区域の設定については、一般病床には、当該区域として二次医療圏が、精神病床では地方ブロック率が適用されている。地域医療の確保のためには、精神病床の算定式においても、一般病床と同じく二次医療圏を適用すべきではないかという議論がある⁹⁾。しかし二次医療圏を基準病床数算定の区域とするならば、現在精神病床のきわめて少ない地域にも精神病床を増加することになり、結果として精神病床のさらなる増加につながるおそれがあることに留意する必要がある。

基準病床数の算定の基礎となる入院率は、一般病床は都道府県、精神病床は地方ブロックのデータをもとにしている。精神病床の場合、基準病床数の算定をおこなう都道府県の入院率が、地方ブロックの入院率より低い場合には、地方ブロック内の入院率の高い都道府県の影響を受けることになり、結果としてその都道府県の基準病床数が高くなる。ゆえに基準病床数の算定の基礎となる入院率は、精神病床においても都道府県の数値を採用することが望ましいと考えられる。

平均在院日数については、「病院報告」から計算されるものと「患者調査」の「退院患者票」から計算されるものがあ

表1 一般病床・療養病床と精神病床の算定式と相違点

1. 一般病床・療養病床の算定式（二次医療圏の区域ごとに算定）

基準病床数（基本部分）＝ $(\Sigma A B' + C' - D') / E \times F$

流出超過加算数＝ $(\text{都道府県外への流出患者} - \text{都道府県内への流入患者}) / E \times F \times (1/3)$

A：当該地域の性別・年齢階級別人口（5歳毎）

B'：当該区域の性別・年齢階級別入院率（5歳毎）

C'：0～他区域からの流入入院患者数の範囲で知事が定めた数

D'：0～他区域への流出入院患者数の範囲で知事が定めた数

E：病床利用率（0.84）

F：平均在院日数推移率（0.9）

2. 精神病床の現行の算定式（都道府県の区域ごとに算定）

基準病床数（基本部分）＝ $(\Sigma A B + C - D) / E$

基準病床数の加算部分＝ $D/E \times 1/3$

A：当該区域の性別・年齢階級 別人口（5歳毎）

B：当該区域の属する地方ブロックの性別・年齢階級別入院率

C：他区域からの流入入院患者数

D：他区域への流出入院患者数

E：病床利用率（0.95）

3. 算定式の相違点

①一般病床には、当該区域として二次医療圏が、流入・流出には都道府県が適用されている。

- ・精神病床では地方ブロック率が適用されるため、当該 県の入院率が地方ブロックより低い場合も、高い入院率が適用される。
- ・また二次医療圏を適用した場合、二次医療圏単位に精神病床を確保する動機づけにはなっても、結果として精神病床のさらなる増加を引き起こす恐れがある。

②一般病床には、病床利用率だけでなく、平均在院日数推移率が含まれている。

- ・精神病床には「平均在院日数推移率」は含まれていないが、そもそも一般病床における入院率と精神病床に おける入院率は同じ性質のものか（要検討）。
- ・また精神病床に平均在院日数推移率を適用する場合、平均在院日数の減少率を適用できるか（要検討）。

るが、いずれの計算式によっても、短期で退院する患者群と歴史的長期在院患者が併存する精神病床においては、一般病床の平均在院日数推移率とは異なった意味をもつと考えられるので、その事実を実証的に明らかにしておく必要がある。

基準病床数の算定の基礎となる入院率は、内容において相違している可能性がある。入院率はある特定の日に入院している推計患者数によって算出されている。短期で退院する患者群と歴史的長期在院患者が併存する精神病床において、一般病床と同じ算定方法を用いることに問題がないか、明らかにする必要がある。

以上まとめると、精神病床における基準病床数算定式においては、基準病床数算定の基礎となる入院率については、都道府県の数値を採用することが妥当と考えられた。また入院率、平均在院日数推移率については、短期で退院する患者群と歴史的長期在院患者が併存する精神病床において、一般病

床における算出方法をそのまま適用できるか、全国的な患者動態の特性をもとに明らかにする必要がある。

2. 全国的な患者動態の特性

1) 在院患者の状況

在院患者の平均在院日数(病院報告による)は、1985(昭和60)年をピークに減少傾向にある(図1)。

1995(平成7)年から2000(平成12)年の5年間の平均在院日数減少率は年平均で3.5%である。

入退院患者数は年々増加しており、1990(平成2)年頃から入院患者数を退院患者数が上回る傾向にあり、2000(平成12)年では、入院患者数323,729人に対して退院患者数325,086人である(図2)。

在院患者の年齢構成における「65歳以上」の割合は1990(平成2)年には22.0%であったが、2001(平成13)年は35.2%、平成2002(平成14)年には37.3%であって、急速に

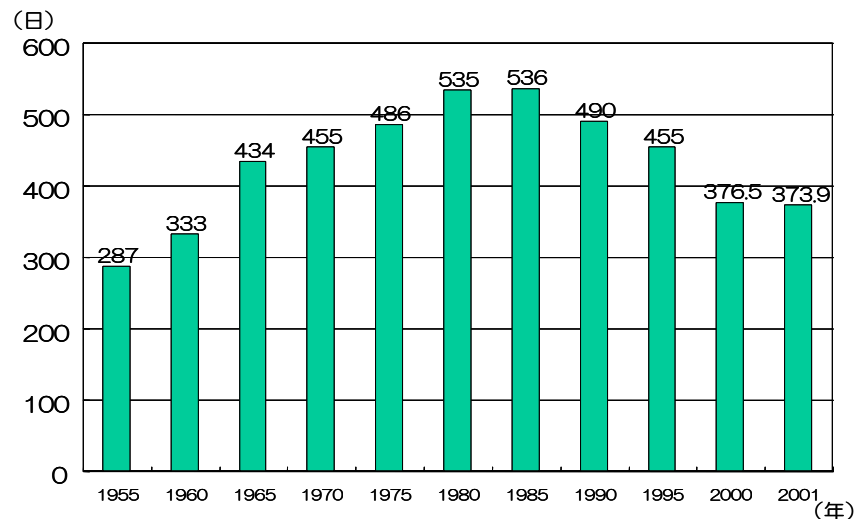


図1 平均在院日数の推移

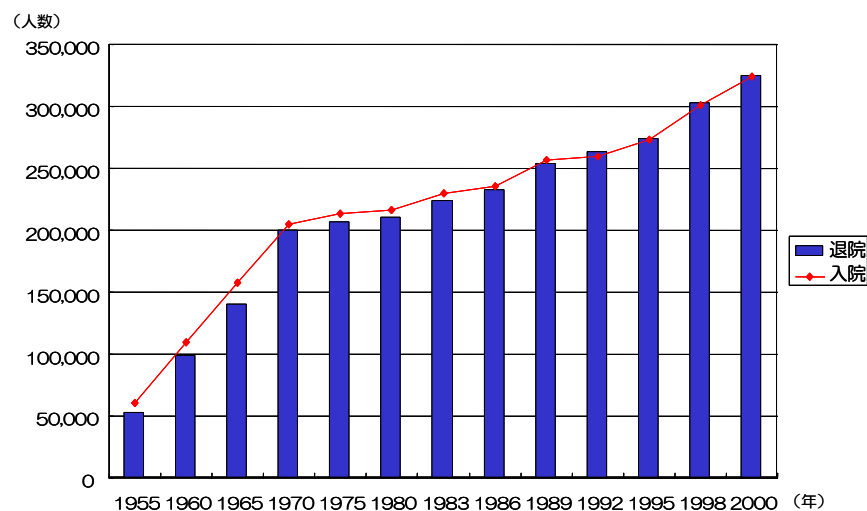


図2 年間入退院患者数

増加している（図3）。

国民全体の65歳以上の割合は18.5%（2002（平成14）年）であって、毎年およそ0.5%程度増加している。精神病床においては、在院患者の「65歳以上」の割合、増加率とも国民全体を大きく上回っている。

在院期間別の患者数では、1年未満の患者が30.1%で、1年以上の在院患者が69.9%をしめている。また在院患者実数でみた場合、1年未満は横ばい、1年以上5年未満はやや増加、5年以上はやや減少という傾向があり、在院期間としてきわめて幅広い分布になっている（図4）。

2) 入退院患者の状況

630 調査では、1999(平成11)年以降、ほぼ全国すべての精神病院に前年の6月1ヶ月間に入院した患者の、調査年5月末までの1月ごとの退院患者および退院時の状況（家庭復帰、社会復帰施設等、転院、死亡の別）が病院ごとの集合デー

タとして報告され、全国および都道府県ごとに集計されている。そのデータをもとに入院患者の残留率を入院後1年まで追跡したのが図5である。入院した患者の約半数は2ヶ月以内に退院しており、残留率の低下度は入院期間が1年に近づくにしたがって小さくなる。

筆者は630 調査における、入院した患者の退院状況をもとに、精神科医療のマクロ指標として、1年後残留率（調査年5月末まで約1年間継続して入院となった患者の割合）、50%退院日数（1ヶ月間の入院患者数のうち50%が退院する日数を推計したもの）、1年以内社会復帰率（前年6月から調査年の5月末までの約1年間に家庭復帰または社会復帰施設等に退院した者の割合）を提案した⁹⁾。1999（平成11）年から2002（平成14）年の4年間の630 調査をもとに、マクロ指標を算出して表2にまとめた。また病院報告による平均在院日数も50%退院日数のあとに記載した。

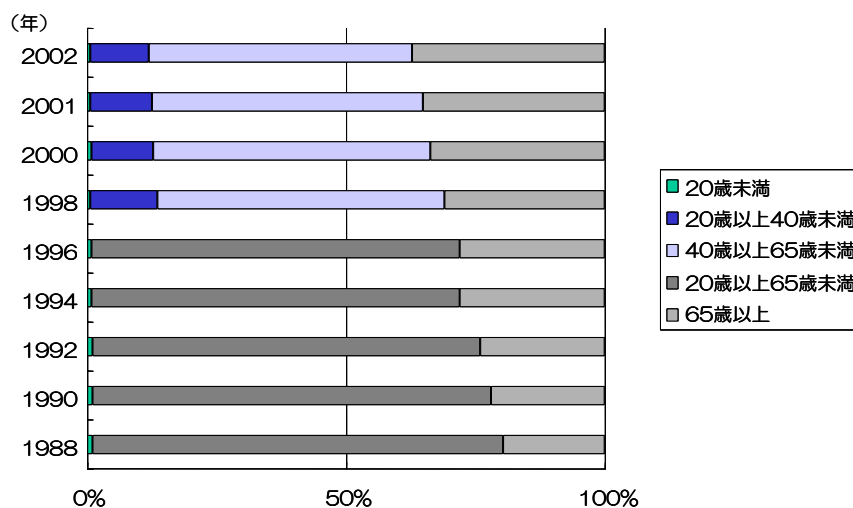


図3 在院患者の年齢構成の変化

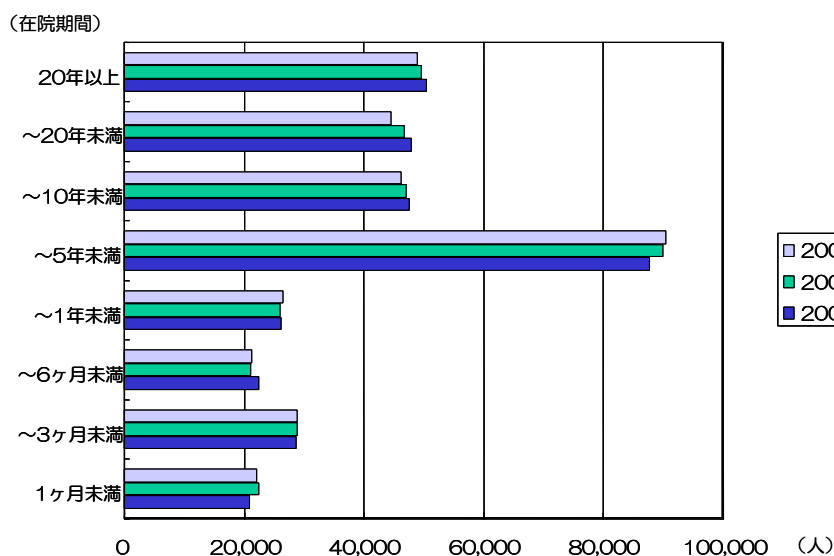


図4 在院期間別の入院患者数

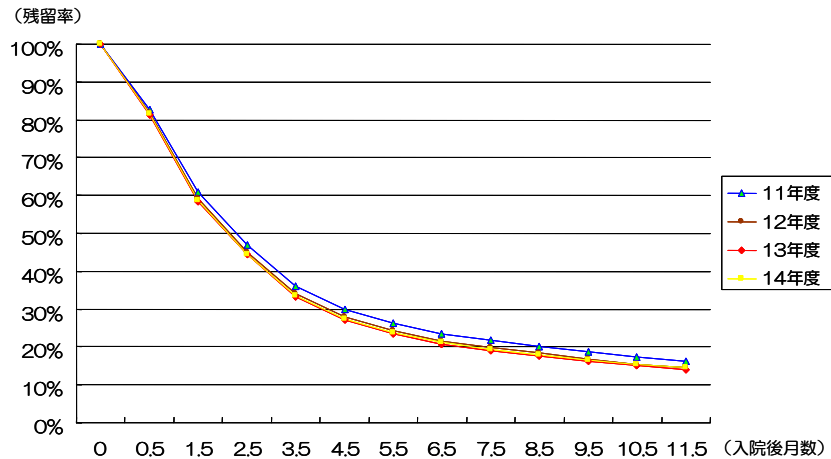


図5 入院患者残留曲線

表2 入院患者残留率をもとにした指標

	入院患者数	1年以内 社会復帰率	1年後残留 率	50%退院日数/平 均在院日数
11年度	26,155	72.1%	16.3%	70.3/406.4
12年度	26,889	73.2%	14.5%	66.2/390
13年度	27,311	73.5%	14.0%	64.6/376.5
14年度	27,959	72.7%	14.4%	64.9/373.9

1ヶ月間の入院患者は2万7千人くらいであるが、毎年増加傾向にある。また1年後残留率は1999（平成11）年度調査では16.3%であったが、その後は14%台で推移している。1年以内社会復帰率は70%台前半で推移している。50%退院日数は、1999（平成11）年度に70.3日であったが、2000（平成12）年度は66.2日に減少し、その後は横ばい傾向である。このように新たに入院した患者の入院日数の短期化の傾向は定着してきているものの、新たな入院患者の平均在院日数についてはこの3年はあまり変化がない。また平均在院日数と50%退院日数には大きな差がある。この理由は、ここにあげた平均在院日数の算定式は、病院報告によるものであって、総入院日数/入退院患者数の相加平均で算出され、分母には入退院に関係しない患者が含まれないことによる。このため精神病床のように長期在院患者の割合が多い場合は、数値が著しく大きくなり、新たに入院した患者の動態をあらわす50%退院日数とはまったく異なる数値を示すことになる。

2002（平成14）年6月1ヶ月間の退院患者の在院期間別の退院状況では、退院患者の85.5%は1年未満の在院であっ

て、在院期間が1年をこえた患者の退院は少ない（図6）。しかも家庭復帰、社会復帰施設等への退院が少なくなる。このことを考慮すると、入院期間が1年をこえた患者の社会復帰可能性は相当に小さくになると考えられる。

さて平成11年度患者調査にある、退院患者の平均在院日数（「退院患者票」の「入院年月日」と「退院年月日」から直接差引き計算により在院日数を求め、その平均値を計算する）では、「精神及び行動の障害」が主傷病である者は315.7日でもっとも長く、「神経系の疾患」76.7日、「循環器系の疾患」63.1日と続いていた。患者調査においても「精神及び行動の障害」は著しく長く、一般病床と精神病床の入院患者の動態が異なることを反映していた。

新たな入院患者については、一般病床に近い患者動態を示すものの、入院患者残留率の低下度は入院後2～3ヶ月までは大きいものの、入院期間が1年に近づくにしたがって小さくなり、1年後も退院できないで残留する患者も約14%残ることがわかった。また精神病床においては、新たに1年以上の入院となる患者が発生し、またすでに歴史的長期在院患者

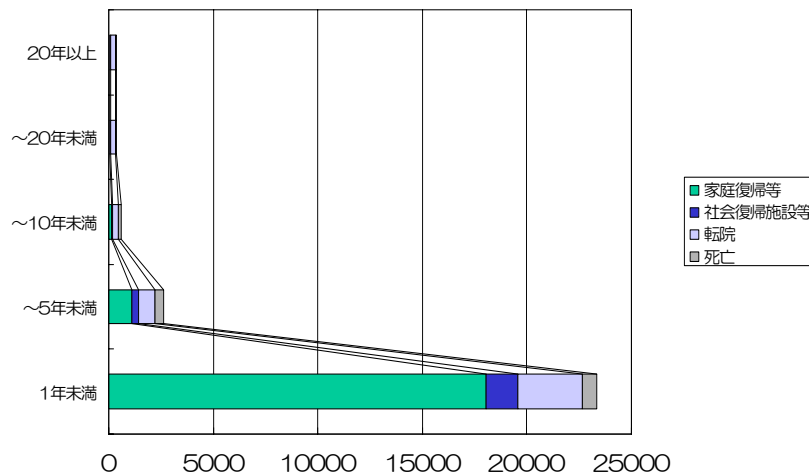


図6 在院期間別の退院状況（14年度）

として在院して患者があるため、一般病床と同じ計算方法を用いた場合、平均在院日数や退院患者平均在院日数が著しく長くなることがわかった。

以上まとめると、精神病床において一般病床と共通の病床算定式を適用できるのは、1年後残留率が約14%あるとしても、退院可能性の高い1年未満の入院患者、特に新たな入院患者であると考えられた。この場合、入院率には一般病床のように在院率を用いるのではなく、新たな入院の発生を入院率として採用することが適切である。

また入院患者の残留曲線は1999（平成11）年から2000（平成12）年には低下したものの、その後の2年間はあまり変化を示しておらず、1年後残留率も14%程度で推移しており、50%退院日数もあまり変化していないことから、一般病床と同じ計算式にもとづく平均在院日数減少率を導入することは適切ではないと考えられた。

つぎに1年以上の在院患者については、ある時点での在院患者数、新たな長期在院移行群を基礎に、当該患者群の動態

（退院状況）と退院促進目標等を反映した計算の仕組みが考えられる。当該患者群の動態（退院状況）としては、在院期間1年以上の患者の退院状況、在院患者の高齢化にともなう死亡退院の増加が考えられる。また退院促進目標等には、「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の対策という政策課題や、高齢の長期在院患者の介護保険への移行が考えられる。

このように、精神病床における基準病床数の算定式においては、都道府県を単位に、「退院可能性の高い1年未満の入院患者、特に新たな入院患者を対象とする部分」と「1年以上の在院患者群の動態（退院状況）と退院促進目標等を反映した部分」の2つの合計とすることが妥当と考えられる。この考え方の妥当性については、病床算定式の単位である都道府県データをもとにさらに検証する必要がある。

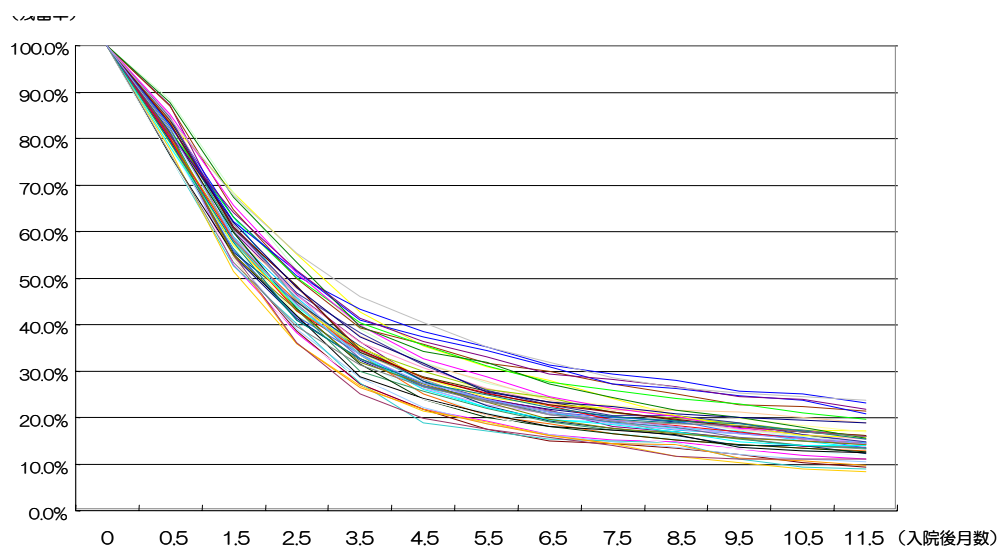


図7 都道府県別の入院患者残留率（平成14年度）

3. 都道府県の患者動態の特性

1) 1年未満の入院患者、特に新たな入院患者の動態

都道府県別の入院患者残留曲線を示す（図7）。

入院患者残留率の減少率は都道府県によって異なるものの、入院後2～3ヶ月までの入院患者残留率の速やかな低下と、その後の約1年までのゆるやかな低下は共通していた。1年後残留率は、全国で14.4%，最大23.7%，最小9.0%であった。また人口万対入院患者数は全国平均で2.2，最大4.1，最小1.3であった。新たな入院の発生率や退院状況に都道府県差はあるものの、都道府県を単位に、「退院可能性の高い1年未満の入院患者、特に新たな入院患者を対象とする部分」について一般病床と同様の算定式を立てることは十分可能と考えられた。

2) 1年以上の在院患者群の動態（退院状況）と退院促進目標等

2002（平成14）年度630調査によると、1年以上の在院患者は230,801人で、1ヶ月の退院患者は27,280人、そのうち1年以上の在院患者は3,958人である。1ヶ月の退院患

者数を単純に12倍すると1年以上の在院患者の1年間の退院率（1年以上の在院患者の退院数/1年以上の在院患者数）は20%程度と考えられる。この数値を精査することは、1年以上の在院患者群の動態（退院状況）の把握に役立つと思われる。

2002（平成14）年度630調査をもとに、都道府県別の人口万対在院患者数データを表3にまとめた。在院患者総数は全体では33,0500人で、F0（器質性精神障害等）を除くと274,000人である。人口万対在院患者数は、全国では26.0人であって、F0（器質性精神障害等）を除くと21.6人であった。都道府県別の人口万対病床数では、概して東北の一部と西日本に精神病床が多く、F0（器質性精神障害等）の人口万対の在院患者数も、東北の一部と西日本が高い傾向にあった。都道府県別の在院期間別の人口万対在院患者数では、入院期間にかかわらず西日本に人口万対在院患者数が多い傾向があるが、特に長期在院群で顕著であった。ここで注目する必要があるのは、新たな長期在院となる可能性のある「1年以上5年未満」の人口万対在院患者数が西日本で高いこと

表3 都道府県別の人口と人口万対在院患者数

都道府県名	人口万対在院患者数	F0(器質性精神障害等)を除く人口万対在院患者数	F0(器質性精神障害等)の人口万対在院患者数	人口万対在院患者数					人口万対在院患者数				人口万対入院件数
				1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上20年未満	20年以上	20歳未満	20歳以上40歳未満	40歳以上65歳未満	65歳以上	
北海道	35.3	28.3	7.0	11.0	10.5	4.8	4.5	5.0	0.2	3.8	17.0	14.4	3.3
青森	28.3	24.0	4.3	9.1	6.9	4.0	3.9	4.6	0.2	2.9	15.8	9.4	3.0
岩手	32.2	28.2	3.9	9.8	9.2	4.4	5.0	3.9	0.2	3.5	18.2	10.4	2.3
宮城	21.4	17.4	3.9	7.9	5.7	3.2	2.5	2.6	0.1	2.3	10.7	8.4	2.1
秋田	35.9	28.2	7.7	11.5	9.0	5.1	4.9	5.5	0.1	2.9	17.7	15.2	3.2
山形	26.5	21.3	5.1	10.3	8.0	3.2	2.8	2.8	0.2	2.5	13.2	10.7	3.0
福島	34.8	29.1	5.7	8.8	8.7	5.1	5.5	6.8	0.1	3.1	18.4	13.2	2.6
茨城	23.9	21.0	2.9	5.2	5.5	3.5	4.2	5.5	0.1	2.6	14.3	7.2	1.4
栃木	22.8	20.9	1.9	5.3	5.4	3.3	4.1	4.9	0.1	2.5	14.0	6.4	2.0
群馬	23.0	20.8	2.2	6.1	5.6	3.5	3.9	4.1	0.1	2.9	13.8	6.6	2.1
埼玉	17.4	13.9	3.5	6.2	4.7	2.1	2.2	2.6	0.1	2.6	8.9	6.0	1.3
千葉	20.9	17.7	3.2	6.1	5.9	2.9	3.0	3.0	0.2	2.6	11.3	7.0	1.8
東京	19.2	16.8	2.5	7.5	5.2	2.7	2.2	2.2	0.3	2.8	9.5	6.9	2.3
神奈川	15.3	12.4	2.9	5.8	4.5	1.9	1.7	1.5	0.2	2.2	7.5	5.6	1.5
新潟	28.0	22.4	5.6	8.5	7.6	3.8	3.4	4.9	0.2	2.5	14.2	11.2	2.6
富山	31.0	25.5	5.5	8.9	9.1	4.5	4.0	4.5	0.1	3.4	16.3	11.4	2.2
石川	32.1	25.0	7.1	9.9	8.5	4.0	4.3	5.7	0.2	3.3	15.9	12.9	2.6
福井	27.0	22.2	4.8	9.5	6.2	3.6	3.6	4.8	0.2	2.6	13.9	10.7	2.8
山梨	26.6	24.2	2.4	7.1	6.0	3.6	3.9	6.2	0.2	2.5	14.4	9.7	2.0
長野	22.6	20.4	2.2	8.9	5.2	2.9	2.6	3.8	0.2	2.6	12.2	7.9	2.5
岐阜	19.7	17.9	1.7	5.8	4.3	2.8	3.2	3.6	0.1	2.5	10.9	6.3	1.7
静岡	17.3	15.6	1.7	5.8	4.2	2.6	2.5	2.5	0.1	2.1	9.9	5.4	1.4
愛知	18.4	16.8	1.6	5.0	4.8	2.9	3.0	2.8	0.1	3.0	10.4	5.2	1.4
三重	26.3	24.2	2.1	7.0	6.7	3.8	4.0	4.6	0.5	3.6	13.5	9.0	2.2
滋賀	16.4	14.1	2.2	5.5	4.2	2.1	2.0	2.8	0.1	2.2	8.1	6.2	1.4
京都	22.8	15.7	7.1	6.7	7.0	3.5	2.7	2.9	0.1	1.9	9.4	11.8	1.8
大阪	21.2	17.4	3.9	7.3	6.2	2.9	2.6	2.4	0.2	2.8	11.2	7.5	2.1
兵庫	20.6	17.2	3.4	5.8	5.9	3.3	2.7	3.0	0.1	2.6	10.6	7.6	1.4
奈良	17.9	14.5	3.4	5.6	5.1	2.4	2.3	3.0	0.1	2.7	8.8	6.4	1.6
和歌山	23.0	21.7	1.3	5.5	4.9	3.0	3.3	6.4	0.1	2.2	13.1	7.7	1.6
鳥取	28.2	24.8	3.4	8.9	6.7	4.2	4.2	4.2	0.2	3.1	15.2	9.8	2.1
島根	33.0	25.1	7.9	13.1	9.6	4.1	3.1	3.8	0.4	2.9	14.5	15.4	3.5
岡山	27.9	20.9	7.1	9.6	8.2	3.4	3.3	3.5	0.1	2.7	12.4	12.9	3.1
広島	31.8	25.6	6.2	9.9	9.4	4.5	4.1	4.1	0.2	3.5	15.1	13.3	2.9
山口	39.7	30.9	8.8	10.7	11.5	5.4	5.2	7.1	0.2	3.7	19.0	17.2	2.4
徳島	49.0	44.7	4.3	9.1	11.8	8.9	8.3	10.5	0.1	4.9	29.0	15.1	2.4
香川	37.1	31.3	5.7	9.4	10.5	4.9	5.6	6.3	0.1	3.2	19.4	14.5	3.0
愛媛	30.8	26.5	4.2	8.8	7.7	4.2	4.7	5.6	0.2	2.6	17.1	10.9	2.4
高知	43.3	35.9	7.4	13.6	12.3	5.8	5.7	6.1	0.1	3.4	21.0	18.8	4.1
福岡	41.6	33.5	8.2	12.6	12.6	5.9	5.8	4.9	0.2	4.1	20.0	17.6	3.1
佐賀	48.1	36.9	11.2	19.2	13.4	5.8	5.7	6.0	0.4	5.4	21.8	20.7	3.4
長崎	51.5	43.0	8.5	12.6	12.4	6.8	7.3	8.7	0.3	4.3	26.2	20.9	3.0
熊本	46.2	36.7	9.5	12.4	12.9	6.5	5.9	8.4	0.2	3.6	22.7	19.8	3.6
大分	43.1	34.1	9.0	11.9	13.2	5.8	5.7	6.5	0.1	3.4	21.5	18.3	2.7
宮崎	49.6	37.5	12.2	13.0	13.7	8.0	6.8	8.5	0.2	3.5	23.3	22.8	3.5
鹿児島	54.1	45.2	9.0	12.4	15.1	8.4	8.5	9.8	0.2	4.6	28.0	21.4	3.0
沖縄	41.0	32.8	8.2	12.9	12.3	6.6	6.0	3.4	0.2	4.9	22.3	13.9	3.8
合計	26.0	21.6	4.4	8.0	7.1	3.7	3.5	3.9	0.2	2.9	13.4	9.8	2.2

である。都道府県別の年齢別の人口万対在院患者数では、「40歳以上 65歳未満」と「65歳以上」で西日本が高い傾向があるものの、全国的にも在院患者の相当数を構成している。すでに述べたように在院患者の37.3%が65歳以上であって、精神病床在院患者のうちの相当数が、介護保険制度の適用になる可能性もあり、精神保健福祉施策と介護保険制度の連携の必要性を示唆するものと考えられた。

以上まとめると、都道府県別の差のみられた部分は、いわゆる歴史的長期在院患者等を中心とした患者群である可能性が高い。都道府県単位で1年以上の長期在院患者群の特徴を把握し、その動態（退院状況）と退院促進目標等を反映した算定式を作成することは十分可能であり、また算定を行うことによって、それぞれの都道府県の精神保健福祉の改革

課題が明らかになると考えられた。

3. 都道府県の人口推移と病床数

都道府県別の分析の結果、西日本を中心とした人口万対精神病床数の多い都道府県では、F0（器質性精神障害等）、「40歳以上 65歳未満」および「65歳以上」の在院患者、長期在院の患者が多いことがわかった。ではなぜこういった人口万対病床数の差、在院患者数の差が生じたのであろうか。筆者が1987（昭和62）年に高知県でおこなった調査によると、保健所の把握している在宅の精神分裂病（統合失調症）患者2,697人のうち、16.7%（不明385人を除く）は発病時の居住地が県外であった¹⁰⁾。高知県に限らず、高度経済成長とともに人口が減少し、過疎化が進んだ都道府県においては、都

表4 都道府県別の人口推移と精神科病床数

都道府県名	1960(昭和35)年実人口	1980(昭和55)年実人口	2000(平成12)年実人口	人口増加率(1980/1960)	人口増加率(2000/1960)	仮想人口(昭和35年の人口が全国平均の増加であった場合の人口)	2000(平成12)年実人口-仮想人口	在院患者数	2000(平成12)年の人口万対病床数(P)	仮想人口であった場合の2000(平成12)年の人口万対病床数(Q)	P-Q
北海道	5,039	5,576	5,683	1.11	1.13	6752	-1069	20,082	35.3	29.7	5.6
青森	1,427	1,524	1,476	1.07	1.03	1912	-436	4,175	28.3	21.8	6.5
岩手	1,449	1,422	1,416	0.98	0.98	1942	-526	4,558	32.2	23.5	8.7
宮城	1,743	2,082	2,365	1.19	1.36	2336	29	5,055	21.4	21.6	-0.3
秋田	1,336	1,257	1,189	0.94	0.89	1790	-601	4,267	35.9	23.8	12.1
山形	1,321	1,252	1,244	0.95	0.94	1770	-526	3,291	26.5	18.6	7.9
福島	2,051	2,035	2,127	0.99	1.04	2748	-621	7,395	34.8	26.9	7.9
茨城	2,047	2,558	2,986	1.25	1.46	2743	243	7,148	23.9	26.1	-2.1
栃木	1,514	1,792	2,005	1.18	1.32	2029	-24	4,571	22.8	22.5	0.3
群馬	1,578	1,849	2,025	1.17	1.28	2115	-90	4,661	23.0	22.0	1.0
埼玉	2,431	5,420	6,938	2.23	2.85	3258	3680	12,084	17.4	37.1	-19.7
千葉	2,306	4,735	5,926	2.05	2.57	3090	2836	12,366	20.9	40.0	-19.2
東京	9,684	11,618	12,064	1.20	1.25	12977	-913	23,210	19.2	17.9	1.4
神奈川	3,443	6,924	8,490	2.01	2.47	4614	3876	12,978	15.3	28.1	-12.8
新潟	2,442	2,451	2,476	1.00	1.01	3272	-796	6,924	28.0	21.2	6.8
富山	1,033	1,103	1,121	1.07	1.09	1384	-263	3,473	31.0	25.1	5.9
石川	973	1,119	1,181	1.15	1.21	1304	-123	3,792	32.1	29.1	3.0
福井	753	794	829	1.05	1.10	1009	-180	2,236	27.0	22.2	4.8
山梨	782	804	888	1.03	1.14	1048	-160	2,361	26.6	22.5	4.1
長野	1,981	2,084	2,215	1.05	1.12	2655	-440	4,996	22.6	18.8	3.7
岐阜	1,638	1,960	2,108	1.20	1.29	2195	-87	4,143	19.7	18.9	0.8
静岡	2,756	3,447	3,767	1.25	1.37	3693	74	6,499	17.3	17.6	-0.3
愛知	4,206	6,222	7,043	1.48	1.67	5636	1407	12,983	18.4	23.0	-4.6
三重	1,485	1,687	1,857	1.14	1.25	1990	-133	4,884	26.3	24.5	1.8
滋賀	843	1,080	1,343	1.28	1.59	1130	213	2,196	16.4	19.4	-3.1
京都	1,993	2,527	2,644	1.27	1.33	2671	-27	6,040	22.8	22.6	0.2
大阪	5,505	8,473	8,805	1.54	1.60	7377	1428	18,701	21.2	25.4	-4.1
兵庫	3,906	5,145	5,551	1.32	1.42	5234	317	11,443	20.6	21.9	-1.2
奈良	781	1,209	1,443	1.55	1.85	1047	396	2,587	17.9	24.7	-6.8
和歌山	1,002	1,087	1,070	1.08	1.07	1343	-273	2,456	23.0	18.3	4.7
鳥取	599	604	613	1.01	1.02	803	-190	1,727	28.2	21.5	6.7
島根	889	785	762	0.88	0.86	1191	-429	2,516	33.0	21.1	11.9
岡山	1,670	1,871	1,951	1.12	1.17	2238	-287	5,453	27.9	24.4	3.6
広島	2,184	2,739	2,879	1.25	1.32	2927	-48	9,155	31.8	31.3	0.5
山口	1,602	1,587	1,528	0.99	0.95	2147	-619	6,067	39.7	28.3	11.4
徳島	847	825	824	0.97	0.97	1135	-311	4,038	49.0	35.6	13.4
香川	919	1,000	1,023	1.09	1.11	1231	-208	3,794	37.1	30.8	6.3
愛媛	1,501	1,507	1,493	1.00	0.99	2011	-518	4,594	30.8	22.8	7.9
高知	855	831	814	0.97	0.95	1146	-332	3,522	43.3	30.7	12.5
福岡	4,007	4,553	5,016	1.14	1.25	5369	-353	20,876	41.6	38.9	2.7
佐賀	943	866	877	0.92	0.93	1264	-387	4,216	48.1	33.4	14.7
長崎	1,760	1,591	1,517	0.90	0.86	2358	-841	7,815	51.5	33.1	18.4
熊本	1,856	1,790	1,859	0.96	1.00	2487	-628	8,583	46.2	34.5	11.7
大分	1,240	1,229	1,221	0.99	0.98	1662	-441	5,260	43.1	31.7	11.4
宮崎	1,135	1,152	1,170	1.01	1.03	1521	-351	5,808	49.6	38.2	11.5
鹿児島	1,963	1,785	1,786	0.91	0.91	2630	-844	9,668	54.1	36.8	17.4
沖縄	970.00	1,107	1,318	1.14	1.36	1300	18	5,403	41.0	41.6	-0.6
合計	94389	117060	126,926	1.24	1.34	126481	445	330,500	26.0	26.1	-0.1

昭和35年(1960)は沖縄県のみ昭和47年(1972)を使用

市に出て発病して出身地に帰ったものが少なからずあるうえに、人口減少と地域社会の弱体化・崩壊によって支えを失って長期在院となった者が相当数いる可能性は否定できない。しかもこれらの地域や都道府県の過疎化は、現行も進行していると考えられる。国が都道府県と協働して精神保健福祉の改革を実現するには、過疎化・都市化と精神障害在院患者数にかかわる社会精神医学的研究が必要になる。ここではその第一歩として、全国の都道府県について、人口の都市集中がおこりはじめた1960年を起点に、仮に全国の人口増加率が均一であった場合の仮想都道府県人口と、その場合の精神病床数を算出し、現行の病床数との差を比較した(表4)。

1960(昭和35)年の人口は9438.9万人で、1980(昭和55)年には1億1,706万(1.24倍)に、2000(平成12)年には1億2,692.6万人(1.34倍)に増加している。しかし岩手、秋田、山形、島根、山口、徳島、愛媛、高知、佐賀、長崎、大分、鹿児島県の12県においては、1960(昭和35)年当時の人口の方が、1980(昭和55)年、2000(平成12)の実人口より大きい。これらはいずれも人口万対精神病床数の多い県である。仮に各都道府県でような人口増加が起っていた場合を仮定して、実際の人口と比較した場合の仮想人口と比較すると、これらの都道府県の実人口は仮想人口より30～80万人程度少なくなる。人口流失と過疎化が著しかったことを表していると思われる。このほかの都道府県においても、仮想人口に対して2000(平成12)年実人口が少ないところが多い。さて全国の各都道府県で、1960(昭和35)年から2000(平成12)年まで、全国平均である1.34倍の人口増加が起っていた場合を想定した、2000(平成12)年の人口が仮想人口であった場合の人口万対病床数をあてはめた仮想精神病床数を算出し、実際の人口万対精神病床数と比較したところ、2000(平成12)年の人口万対病床数の不均等を相当程度是正することがわかった。地域の過疎化・崩壊は、精神障害者等の社会的弱者を長期在院者とするほかなかったとも考えられる。その結果として、病床が不足し、新たな病床がつくられ、結果として現在の都道府県別の人口万対精神病床の差につながっていったとも考えられる。しかも人口万対精神病床数の多い都道府県には、新たな入院や、「1年以上5年未満」の在院患者数が多い都道府県もあることから、精神病床の増加は、単なる過去の問題にとらえるわけにはいかない。精神医療改革をすすめるために、過去と現在をつなぎ、将来のあり方を考える社会精神医学的視点が必要ではないだろうか。

また現在のように、都市人口が膨大になったあとで、都市で出生した第二世代は、帰るべき出身地をもたない都市住民である。しかも少子化と、都市化の影響を直接受ける世代である。都市部における精神保健福祉の改革と地域支援体制の整備も、きわめて大きな問題である。

D. 結論

一般病床・療養病床と精神病床の現行基準病床数の算定式の比較、全国および都道府県における患者動態の分析などをもとに、精神病床における基準病床数の現行算定式の問題点と見直しの方向について考察し、精神病床の基準病床数の算定式は、入院患者の動態から、一般病床と異なる構造の算定式が必要であることを明らかにした。

本研究は、平成16年2月6日に開催された第4回「精神病床等に関する検討会」における、筆者の参考人説明「現在の病床算定式の問題点と見直しの方向について」をもとにまとめたものである。

本研究の分析は、平成12～14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」(主任研究者竹島正)によるものを含む。

文献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」(精神保健福祉対策本部)の概要、2003
- 2) 藤田利治：精神疾患入院患者での在院期間のわずから短期化。公衆衛生68；102-107, 2004
- 3) 岩崎榮, 竹島正, 桑原寛, 藤田利治, 伊藤弘人, 濱野強：都道府県・指定都市ごとの提示方法の開発。平成15年度厚生労働科学研究(障害保健福祉総合研究事業)「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」総括・分担報告書13-367, 2004
- 4) 伊藤弘人：精神科入院医療の変化と機能分化。第2回「精神病床等に関する検討会」参考人説明, 2003
- 5) 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11年度6月30日調査の概要-
- 6) 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12年度6月30日調査の概要-1, 2002
- 7) 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13年度6月30日調査の概要-1, 2003
- 8) 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14年度6月30日調査の概要-
- 9) 竹島正, 中村健二, 重藤和弘 他：精神科医療機能に関するマクロ指標の検討-入院患者残留率を中心に-。精神神経学雑誌104；394-415, 2002
- 10) 竹島正：在宅分裂病患者のマクロ実態。分裂病のリハビリテーション, 精神科MOOK22, 22-32, 金原出版, 1988