

## 精神科医療に関する基礎資料

伊藤哲寛作成 2003.1.4改訂

1.	精神障害者数.....	2
2.	精神科医療機関数と病床数.....	2
3.	精神病床の配置の歪み.....	2
4.	一般病院（総合病院）精神科の不足と偏在.....	3
5.	欧米諸国における精神科医療の場.....	3
7.	精神病院における社会的入院患者.....	4
8.	他の診療科と比較した精神科医療の水準.....	5
9.	精神病院の医療法遵守率.....	5
10.	地域によって異なる強制入院患者の割合.....	6
11.	開放処遇の実態と地域差.....	6
12.	隔離・拘束されている患者数.....	6
13.	措置入院の運用の恣意性と地域格差.....	6
14.	精神医療審査会の機能の未成熟.....	7
15.	精神科救急体制の未整備.....	7
16.	低い精神科医療費.....	8
17.	立ち遅れた社会復帰施策.....	8
	<b>データから読みとれる精神医療施策の問題点.....</b>	<b>9</b>

## 履 歴 書

氏 名 伊 藤 哲 寛  
生年月日 昭和15年1月2日

### (学歴)

1964年3月 北海道大学医学部卒業  
1971年4月 北海道立緑ヶ丘病院  
1984年7月 北海道立緑ヶ丘病院付属音更リハビリテーションセンター所長  
1989年8月 北海道立緑ヶ丘病院院長  
2002年4月 北海道立精神保健福祉センター所長

### (学会担当など)

1995年6月 日本集団精神療学会第23回大会会長  
1997年10月 日本病院・地域精神医学会第40回大会会長  
1998年3月 公衆衛生審議会「精神保健福祉法に関する専門委員」(～1999年1月)  
1999年2月 公衆衛生審議会精神保健福祉部会委員(～2001年1月31日)  
2000年7月 公衆衛生審議会「精神病院の設備構造等の基準に関する専門委員」(～2000年12月)

### (国会参考人)

1999年5月 衆議院厚生委員会 参考人  
2002年7月 衆議院法務委員会・厚生労働委員会合同審査会 参考人

### (主な役職)

日本病院地域精神医学会評議員(1994～)  
日本精神障害者リハビリテーション学会理事(1995～)  
日本精神科救急学会評議員(1997～)  
日本社会精神医学会理事(2001～)  
全国自治体病院協議会 常務理事(兼 精神病院特別部会部会長)(1998～2002)  
失格条項をなくす会 世話人(1999～)  
精神分裂病に対する偏見を差別をなくすための特別委員会委員(日本精神神経学会 2001.5～)

### (主な著書・論文)

- 精神分裂病の地域リハビリテーション. 精神分裂病Ⅱ、臨床精神医学講座；第3巻，中山書店，1997
- わが国における集団精神療法の可能性—個人的な体験を踏まえて—  
集団精神療法ハンドブック(近藤喬一、鈴木純一編集)，301～310，金剛出版，1999
- 近未来への提言 —21世紀のために大胆な施策を— 精神科治療学 16:105-111、2001
- 精神科医療改革の行方—精神保健福祉法改正、移送制度、そして医療法改正—  
孝刊福祉労働 91号：20-31，2001
- 精神医療の現状をいかに変える. 自由と正義 52巻11号：74-83，2001
- 精神障害者差別と欠格条項. ジョイフル・ビギン 15:54-60，2001.12
- 精神保健福祉法(2002年施行)—その理念と実務—. (編著) 星和書店，2002年
- 住居サービスプログラム. 治療ガイドライン精神分裂病(佐藤光源、丹波真一、井上新平編集)  
(印刷中)

## 精神保健に関する基礎資料

### 1. 精神障害者数 (1999年患者調査からの推定)

1999年の推計：204万人 (このうち34万人が入院患者)

(統合失調症 67万人、このうち21万人が入院)

### 2. 精神科医療機関数と病床数 (2000.6 精神保健福祉課調、\*2001 医療施設動態報告)

○ 全病院数 9,239 病院\*

○ 精神病床を有する病院 1,667 病院

単科精神病院	1,079
80%以上精神病床の病院	389

精神病床を有する総合病院	199
--------------	-----

○ 一施設当たり病床数\*

一般病院 170床、精神病院 244床

○ 全病床に対する精神病床の割合：21.6% \*

全病床数 165万床 (診療所病床を除く)

精神病床数 35.7万床 (一般病院の精神病床を含む)

○ 人口1万対精神病床 28.1\*

○ 精神科診療所数 3,198 (1996年) 日精診会員数 1,068 (2001)

### 3. 精神病床の配置の歪み

#### A. 都道府県によって異なる病床数と平均在院日数

精神病床数の地域差 (2001年) 全国平均 28.1床/人口1万

鹿児島県 (56.7床)、長崎県 (56.0床)、徳島県 (54.0床)

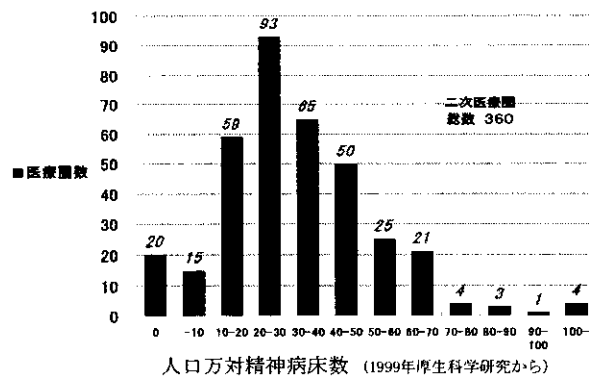
神奈川県 (16.7床)、滋賀県 (17.8床)、埼玉県 (18.2床)

平均在院日数の地域差 (2000年) 全国平均 376.5日

山形・東京 250.2日

徳島 642日・鹿児島 601日、長崎 567日

#### B. 二次医療圏によって著しく異なる精神病床配置数



4. 一般病院（総合病院）精神科の不足と偏在(1998 厚生省編集病院要覧)

○精神病床を有する病院に対する精神科有床一般病院の割合：14.5% (242/1662 病院)  
 ○総精神病床数に対する一般(総合)病院精神病床：4.9% (17,034 床/347,166 床)  
 ○一般病院が精神科を持つ割合

総合病院の中に精神病床あり	242 病院 (22.6%)
精神科外来のみ	256 病院 (23.9%)
どちらもなし	575 病院 (53.6%)
計	1,073 病院 (100%)

○二次医療圏の総合病院に (1996 年の総合病院精神医学会調査)

精神病床あり	149 医療圏 (44%)
精神科外来のみ	65 医療圏 (19%)
精神科なし	128 医療圏 (37%)
計	342 医療圏 (100%)

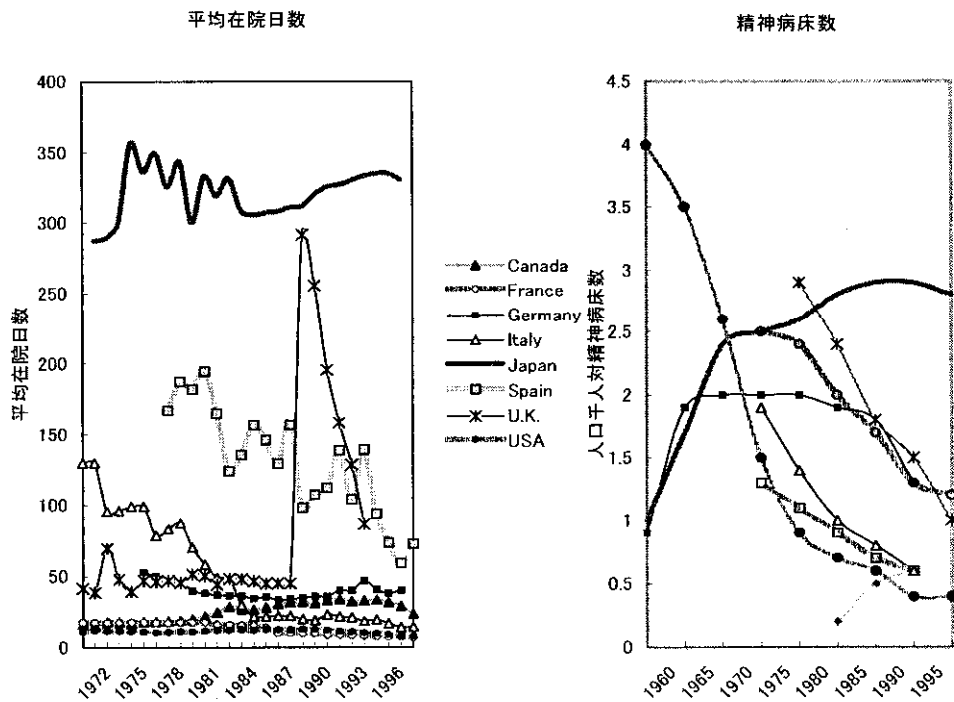
5. 欧米諸国における精神科医療の場(人口1万対資源)

	計	精神病院	一般病院**	その他
日本	28.4	20.6	7.8	
米国	9.5	3.5	2.0	4.0
カナダ	19.3	9.1	5.1	5.2
イタリア	1.7	0.0	0.8	0.9
オーストラリア	4.1	1.8	1.5	0.7
フランス	12.1	7.7	2.3	2.2

\*\*日本の一般病院には、80%以上が精神病床の精神病院を含む

出典 WHO: Atlas, country profiles on mental health resources, 2001

6. 外国と比較した平均在院日数と精神病床



人口対精神病床数と平均在院日数 (OECD,1996)

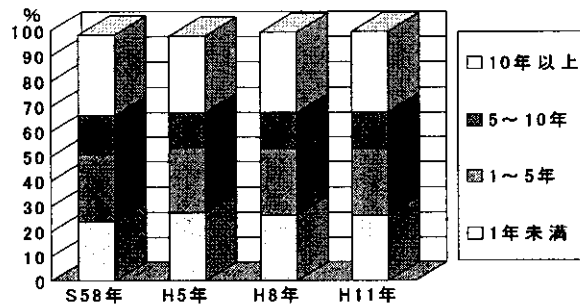
精神病床数/1万		平均在院日数	
日本	29床	日本	330.7日
英国	11	英国	86.4*
米国	4	米国	8.5
ドイツ	11	ドイツ	40.2
カナダ	4	カナダ	29.2
フランス	13	フランス	7.3
スウェーデン	8	スウェーデン	28.2

\*1993年

7. 精神病院における社会的入院患者

- 厚生省調査(1983) 退院可能・条件が整えば退院可能 30.4%
- 日本精神神経学会(1989) 社会的理由による2年以上の入院者 33.1%
- 日本精神病院協会(1989) 寛解・院内寛解 12.9%
- 全国精神障害者家族連合会(1995)
  - 社会資源が整備されれば退院可能な1年以上の入院者 39.7%
- 日本精神神経学会(1999)
  - 条件が整えば6ヶ月以内に退院可能な2年以上の入院者 32.5%
- 文部省科学研究(1999) 入院1年以上の患者のうち退院可能群 50.5%

在院患者の入院期間



- ◇ 5年以上入院患者 146,323人/333,003人=43.9% (2000年)
- ◇ 20年以上を見ると、50,601人/333,003人=15.2% (2000年)

仮に10万人が退院したとしても、欧米諸国に比べて人口万対精神病床はなお相当高いので、さらに病床が減らせると考えられる。

この10年以上、精神病床はほとんど減らず、長期入院患者の滞留の改善もなかった。1996年からの「障害者プラン—ノーマライゼーション7カ年戦略—」が地域精神医療の推進に結びつかず、精神病床の減少をもたらすことはなかった

## 8. 他の診療科と比較した精神科医療の水準

項 目	一般病院	精神病院
国・自治体立*	27.5 %**	9.6 %**
医師/100床	11.5 名	2.9 名
看・准看護師/100床	48.5 名	29.6 名
平均在院日数*	27.2 日	376.5 日
病床利用率*	82.0 %	93.1 %
外来数/入院患者数	152 %	18 %

2001 医療施設調査・病院報告 \*は精神病床 \*\*は 1999 年

### 一般病院と精神病院の従業員の比較

職 種	一般病院	精神病院
医師・歯科医	12.1	2.9
薬剤師	2.7	1.2
看護職員	49.9	29.6
看護補助職員	13.3	10.0
医療技術員	12.6	4.8
事務職員	10.2	3.4
その他	7.0	5.7
総数	107.6	57.6

(100床当たり職員数 2000.10 病院報告)

### 設立基盤ごとの100床当たり従事者数 (2000.6精神保健福祉課調べ)

	医師		看護職員			ケースワーカー		作業療法士	心理技術者
	医師	指定医(再掲)	正看	准看	看護補助者		P S W (再掲)		
大学病院	27.4	13.8	38.0	3.8	2.8	0.9	0.4	1.2	1.3
国立	4.8	2.8	29.1	7.4	4.1	0.5	0.3	1.1	0.6
都道府県立	3.8	2.7	33.5	7.0	2.0	1.0	0.6	1.1	0.8
指定病院	2.3	1.5	13.7	15.2	9.7	1.1	0.5	0.9	0.4
非指定病院	2.2	1.3	11.1	14.2	11.8	0.9	0.4	0.6	0.3
合計	2.7	1.7	14.7	14.3	9.6	1.1	0.5	0.9	0.4

なお、欧米諸国と比較すると一般病床でさえ病床あたり医師数、看護師数は極めて少ない(米、英、仏、独では100床あたり医師数は日本の3~5倍、看護婦は1.5倍~5倍である)。したがってさらに低い精神科では比較にもならない。

## 9. 精神病院の医療法遵守率 (1999年 医療法29条による立入検査結果)

医師充足率	77.1 %
看護婦遵守率	96.8 %
薬剤師充足率	81.1 %
病室定員の遵守	84.9 %
定期健康診断	85.6 %

10. 地域によって異なる強制入院患者の割合 (2000.6 精神保健福祉課調査)

	措置入院	医療保護	任意入院	その他
全国平均	1.0%	31.6%	66.3%	1.1%
多い県と市	滋賀県 2.8	奈良県 60.4	大阪市 87.1	島根県 5.2
	広島市 2.5	横浜市 52.5	香川県 82.6	札幌市 4.6
	岐阜県 2.3	千葉市 52.0	岩手県 78.2	愛知県 3.0
	栃木県 2.0	新潟県 49.8	北海道 77.7	福岡県 2.8
	佐賀県 2.0	山口県 46.4	沖縄県 74.8	兵庫県 2.8
少ない県と市	大阪市 0.0	大阪市 12.5	奈良県 39.0	秋田県その他
	香川県 0.1	香川県 17.3	千葉市 46.4	23 県市は
	仙台市 0.1	北海道 19.6	横浜市 46.5	0%
	宮崎県 0.2	岩手県 20.6	新潟県 49.7	
	京都市 0.3	青森県 21.0	山口県 52.2	

11. 措置入院の運用の恣意性と地域格差 (2000.6 精神保健福祉課調査)

- 新規措置入院率が地域によって大きな格差がある。  
滋賀県 2.8%, 広島市 2.5% に対して 香川県・仙台市は 0.1%
- 20 年以上の長期措置入院患者 839 人 全措置入院患者の 25.8% (839 人/3247 人)
- 措置入院期間が地域によって大きく異なる。

在院 5 年以上の措置入院者比率 (2000.6 精神保健福祉課調査)

全国平均	43.1%
高い県市	福井 84.2, 群馬 76.7, 兵庫 75.3, 三重 72.0, 山口 72.0
低い県市	仙台市・千葉市・大阪市 0, 神奈川 4.8, 東京都 5.2

(福井県と神奈川県では 17.5 倍の格差)

12. 隔離・拘束されている患者数

- 隔離・拘束されている患者 全入院患者の 4.1% 以上 (推定) 約 13,000 人
- このうち保護室利用者数 7,161 名 (被拘束患者の一部を含む)  
(厚生科学研究「行動制限の最小化に関する研究」での 2000.6 調査)

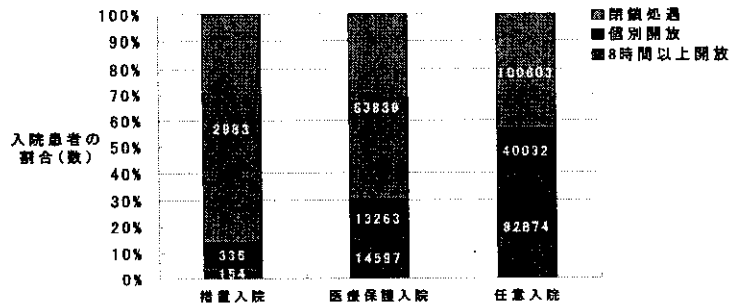
13. 開放処遇の実態と地域差

入院形態別開放率 (2000.6 精神保健福祉課調査)

	8 時間以上開放	閉鎖病棟で個別開放	終日閉鎖
措置入院	3.5%	12.0%	84.5%
医療保護入院	14.7	16.5	68.8
任意入院	43.5	24.0	32.5
その他	66.6	10.0	23.2
計	34.2	21.4	44.4

任意入院の 56.5% 閉鎖病棟

入院形態別開放率(1999.6.30)



開放処遇の割合の地域差 (2000.6 精神保健福祉課調査)

全国平均	55.6%
高い縣市	大阪市 99.1, 福井 77.8, 香川 74.0, 鳥取 73.3, 仙台市 72.1
低い縣市	兵庫 35.2, 名古屋市 35.9, 大分 38.3, 福岡市 39.5, 奈良 40.2

(福井県と兵庫県では2.2倍の格差)

#### 14. 精神医療審査会の機能の未成熟

(平成13年度厚生科学研究「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」)

- 合議体数の不足(迅速な審査が行われていない)
- 委員構成が医療委員に偏り、公平性に問題がある。
- 退院請求・処遇改善請求の低さと地域格差がある。
  - 年間請求件数 : 福岡県 100件 福井県 3件
  - 審査件数/在院患者数 : 京都府 37.1件 茨城県 1.5件
- 任意入院患者に対する人権擁護機能が不十分。

#### 15. 精神科救急体制の未整備(平成9年度厚生科学研究「精神科救急に関する研究」などから)

- 1) 精神保健指定医の確保が困難
- 2) 受け入れ医療機関確保の困難、偏在
- 3) 病床利用率が高く空床・個室確保の困難
- 4) 医師・看護婦・PSW等を夜間に配置できない
- 5) 身体合併症患者の治療体制が未整備
  - 重症合併症患者 4,000人(併設精神病床20,000床の最大1/5と推定)。
  - 厚生科学研究1997によると年間20000件発生して、平均60日間の専門的治療が必要である。これで推定すると20000\*60/365=3300人となる
- 6) 夜間搬送体制の不備
- 7) 国・自治体による助成額が低い
- 8) 精神科救急情報センターの未整備



## 16. 低い精神科医療費

精神科の一日当たり入院医療費は、一般病床の1/2から2/3にすぎない。

(たとえば、医療法人で比較すると、一般病床19,111円、精神病床11,474円/1床(1999年)だが、総合病院の一般科と精神科を比較するとその差は3倍を超えられている。)

国民医療費と精神科医療費 (資料: 国民医療費)

	1989	1990	1992	1994	1996	1999
国民医療費	19.73兆	20.61兆	23.48兆	25.79兆	28.52兆	30.94兆
精神医療費 (%)	1.21兆 (7.0)	1.23兆 (5.9)	1.35兆 (5.8)	1.48兆 (5.7)	1.47兆 (5.1)	1.62兆 (5.2)
内入院医療費 (%)		1.06兆 (86.2)	1.13兆 (83.7)	1.21兆 (81.8)	1.15兆 (78.2)	1.25兆 (76.8)
内外来医療費		1161億	2272億	2705億	3191億	3769億

先進諸国の医療費の対GDP比 (%) (1997)

米国	ドイツ	仏国	スイス	カナダ	オランダ	日本	英国
13.9	10.7	9.6	10.0	9.2	8.5	7.2	6.8

## 17. 立ち遅れた社会復帰施策

社会復帰施設運営費予算か所数の推移

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002目標
生活訓練施設	62	83	99	132	155	176	206	231	300
福祉ホーム	73	80	88	102	102	114	129	154	300
通所授産施設	61	76	93	116	121	143	172	190	300
入所授産施設	4	7	14	24	26	26	29	29	100
福祉工場	1	1	3	9	9	12	13	13	59
地域生活支援センター	0	0	47	94	115	145	195	235	650
グループホーム	150	220	430	540	576	662	795	858	920
計	351	467	774	1017	1104	1278	1539	1710	2629

市区町村障害者計画策定状況(14.3.31現在、14.9内閣府公表)

	総数	市区	町村
対象数	3,234	683	2,551
策定済み	2,706 (83.7%)	661 (96.8%)	2,045 (80.2%)
内、数値目標を含む	980 (36.2)	362 (54.8)	618 (30.2)
内、精神障害を含む	2,413 (89.2)	630 (95.3)	1,783 (87.2)

障害者基本法第7条2第2項及び第3項による

## データから読みとれる精神医療施策の問題点

- ① 病床の偏在があり、地域に適正に配置されていない
- ② 受診しやすい一般病院に精神病床が少ない
- ③ 外来よりも入院治療が主で病床数が極めて多い
- ④ 一般医療に比較して公的病床が少ない
- ⑤ 職員配置が圧倒的に少ない
- ⑥ 社会的入院が多く、平均在院日数が圧倒的に長い
- ⑦ 多数の任意入院患者が閉鎖病棟で治療を受けている
- ⑧ 精神医療審査会が十分に活用されていない
- ⑨ 強制入院の基準に地域差があり、恣意的な運用がされている
- ⑩ 救急医療が未整備である
- ⑪ 精神科の医療費が低く抑えられている
- ⑫ 精神障害者ための社会基盤整備が遅れている

## 精神病床等に関する検討会

### 精神医療改革「入院中心の精神医療から地域医療・地域ケアへの転換」 を進めるための条件

1. 社会復帰施設の充実および地域生活支援体制の確立と精神病床機能分化の進行の間に、タイムラグがあってはならない。(これらを同時に進行させなければわが国も諸外国の失敗を追認することになってしまう)
2. 社会復帰施設、ケア付住居施設については、国・自治体が責任をもって作ること。
3. 精神障害者福祉の抜本的改善を条件に退院の促進を図り、それと並行して医療スタッフの再配置による人員基準の向上を契機とした精神病床機能の再構築を行う。即ち、状態像に応じた病床機能分化による治療提供体制を構築する。

## 機能分化を推進するためには

1. 地域の精神医療ニーズに応えられるものであること  
救急・急性期医療を例にとれば、今後社会復帰を促進し、地域医療・ケアへの転換を一層図るためには、いかなる地域においても救急・急性期医療のアクセサビリティを保障することが必要（図1参照）
2. 例え診療報酬上であれ施設基準を画一的に設定せずに、地域特性により医療従事者の確保が厳しい地域や、小規模病院であっても機能分化が可能な仕組みを考える。そのためには、退院促進による人員配置の向上に備える受け皿としても、施設基準=診療報酬体系は多基準を準備する。  
わが国では幸い、民間精神病院が地域に密着して配置されており、この長所を活用できるものであること。

〔 I 〕 機能分化の現状（日精協マスタープラン調査結果平成 14 年）

○急性期治療	19% (57, 500)
急性期治療病床 1・2 精神一般病床	
○慢性期治療	48% (144, 200)
精神療養病床 1・2 精神一般病床	
○痴呆専門病床（治療・療養）	8% (23, 500)
○その他精神一般病床	25% (76, 500)
老人精神病床 薬物・AL病床 児童・思春期病床 合併症病床 その他の病床	

図(1)月当りの入院患者数(H12年日精協総合調査)

