

20020290

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

平成14年度

総括・分担研究報告書

平成15（2003）年3月

主任研究者 岩崎 榮

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

- | | | |
|-------|-------|----------------------------------|
| 主任研究者 | 岩崎 榮 | (日本医科大学常務理事) |
| 分担研究者 | 岩崎 榮 | (日本医科大学常務理事) |
| | 竹島 正 | (国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部長) |
| | 桑原 寛 | (神奈川県精神保健福祉センター所長) |
| | 藤田 利治 | (国立保健医療科学院疫学部疫学情報室長) |
| | 伊藤 弘人 | (国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室長) |

目 次

I. 総括研究報告

- 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究…………… 1
岩崎 榮（日本医科大学）

II. 分担・協力研究報告

1. 都道府県ごとの提示方法の開発…………… 11
岩崎 榮（日本医科大学）
2. 行政・実績報告の整理と有効活用：精神保健福祉の資料・情報の主管課調査…………… 113
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）
3. 行政・実績報告の整理と有効活用についての北九州市における現状と課題…………… 133
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）
4. 地域精神保健医療福祉に関する指標の開発の研究…………… 137
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
5. 患者調査に基づく精神疾患の保健統計指標の年次推移
（疫学関連指標の開発1）…………… 163
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
6. 二次医療圏との関連からみた福岡県における精神障害者の受療圏
（疫学関連指標の開発2）…………… 203
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
7. 精神病院での長期在院にかかわる要因についての統計調査に基づく検討
（疫学関連指標の開発3）…………… 219
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
8. 精神疾患についての継続在院期間別の退院率の年次推移
（疫学関連指標の開発4）…………… 229
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
9. 統合失調症退院患者の再入院に関する分析
（精神科入院医療関連指標の開発）…………… 237
伊藤 弘人（国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室）

I. 総括研究報告書

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

主任研究者 岩崎 榮

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

主任研究者 岩崎 榮 日本医科大学 常務理事

研究要旨：精神保健福祉に関連する指標を開発するとともに、都道府県ごとの提示方法をモデルとして提案した。**研究方法：**研究方法は、行政・実績報告の整理と有効活用を検討、地域精神保健医療福祉指標の開発、疫学関連指標の開発、および精神科入院医療関連指標の開発を行うとともに、都道府県ごとの提示方法をモデル的に開発した。**結果：**精神保健福祉に関連する指標を開発するとともに、都道府県ごとの提示方法をモデルとして提案した。指標は、外来指標、入院指標、社会復帰指標、および地域・行政関連指標の4グループに分類され整理された。提示方法は、全国平均値を100としてその達成状況をグラフ化するとともに、47都道府県中上位3位および下位3位となる指標については、各都道府県ごとに指摘した。**まとめ：**本研究により、今後は今回開発した指標の有用性をさらに検討するとともに、この提示モデルについて関係者からの意見を参考に改定を行なう必要がある。

分担研究者氏名 所属施設名及び職名

岩崎 榮	日本医科大学常務理事
竹島 正	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部部長
桑原 寛	神奈川県精神保健福祉センター 所長
藤田 利治	国立保健医療科学院疫学部 疫学情報室室長
伊藤 弘人	国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室室長

療法の改正や障害者プランの策定など、よりよい保健医療福祉のために、制度や計画は急速に変化している。精神保健サービスについても、1990年代に外来医療が進展し、在院患者層も3ヶ月程度で退院する患者群と5年以上在院する患者群が2極化してきているなど、利用実態が大きく変化してきている。

A. 研究目的

わが国における精神保健サービスは、現在変化の時期を迎えており、サービスの評価とモニタリングが必要となっている。医

このような時期に、変化の実態やあるべき姿、また進展の地域特性など、精神保健サービスおよびその施策を評価する仕組

みや方法を開発することは重要な研究テーマのひとつということができる。

このテーマを早急に検討することは、厚生労働行政においても求められている。厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会が平成14年12月に公表した「今後の精神保健医療福祉施策について」では「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」の柱をたて、(1)地域及び国全体でみた精神保健医療福祉の水準を評価する手法(指標等)を開発すること、そして(2)評価のために必要な情報収集体制を整備し、本計画の進捗状況の定期的な評価を行うことが、提案されている。

本研究の目的は、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進に資するために、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する手法の開発および提示方法の検討を行うものである。

B. 研究方法

研究方法は、研究班を組織して、都道府県ごとの提示方法をモデル的に開発する(分担研究1)。そのために、指標の開発を行なう。すなわち、行政・実績報告の整理と有効活用(分担研究2)、地域精神保健医療福祉指標の開発(分担研究3)、疫学関連指標の開発(分担研究4)、および精神科入院医療関連指標の開発(分担研究5)である。

以下に具体的な方法を示す。

(B-1)岩崎榮分担研究者を中心とした研究グループ(以下岩崎分担研究班とする)では、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進に資するために、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する提示方法をモデル的に開発する。対象は、既存資料およびすでに全国的に実施された調査のデータである。本研究の他の分担研究において提案された指標、さらに独自の検討により必要と判断される指標を集約した。その後、それぞれの指標をグループ化し、議論しながら提示方法の開発を進めた。

(B-2)竹島正分担研究者を中心とした研究グループ(以下竹島分担研究班とする)では、都道府県・政令指定都市の情報システム整備と、精神保健福祉の各種施策を効果的に推進するために必要とされる資料・情報が、精神保健福祉主管課においてどのように整備されているかを調査した。対象は、59都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管課で、郵送法により実施した。

(B-3)桑原寛分担研究者を中心とした研究グループ(以下桑原分担研究班とする)では、地域精神保健医療福祉指標の開発を行なった。平成14年度は、神奈川県内の37市町村(政令指定都市である横浜、

川崎両市、中核市である横須賀市、保健所政令市である相模原市及び県域33市町村)における精神保健福祉業務の実施状況およびそれらの業務のモニタリング状況の把握を試みた。

(B-4)藤田利治分担研究者を中心とした研究グループ(以下藤田分担研究班とする)では、疫学関連指標の開発を行なうために、(1)患者調査に基づく精神疾患の保健統計指標の年次推移、(2)二次医療圏との関連からみた福岡県における精神障害者の受療圏、(3)精神病院での長期在院にかかわる要因についての統計調査に基づく検討、(4)精神疾患についての継続在院期間別の退院率の年次推移の研究を実施した。

1) 年次推移研究では、1974年から1999年までの厚生労働省患者調査を用いて「精神及び行動の障害」(以下、精神疾患)にかかわる保健統計指標の年次推移を整理した。検討した保健統計指標は、□受療有病率、□退院率、および□在院にかかわる期間の3種類である。

2) 精神障害者の受療圏に関する研究では、福岡県における精神障害者の通院および入院の受療圏の実態を二次医療圏との関連から明らかにするとともに、居住している二次医療圏以外の医療施設への受療の関連要因を検討した。方法は、通院については、政令指定都市の福岡市、北九州市

を除く県域に在住する者で、通院医療費公費負担制度(精神保健福祉法32条)の2001年6月30日時点の利用者16129人を対象者とした。入院については、1999年患者調査を用いて、精神障害で病院入院中の者7513人を対象者とした。福岡県の13の二次医療圏ごとに、通院および病院入院についての圏内および圏外の受療状況を整理した。多重ロジスティックモデルを用いて、対象者が居住する二次医療圏とは異なる医療圏への受療について、二次医療圏、性別、年齢、診断名および医療保険の種類などの要因との関連を検討した。

3) 長期入院に関する要因分析では、1999年の厚生労働度省患者調査病院票及び病院退院票を用いて、精神病院における長期在院にかかわる患者特性および病院特性の関連についての全国レベルの総合的分析を行なった。

4) 精神疾患についての継続在院期間別の退院率の年次推移の研究では、1975年から1999年までの厚生労働度省患者調査を用いて、精神疾患にかかわる退院率の年次推移を在院期間との関係から分析するとともに、精神病院からの死亡退院の年次推移についても検討した。

(B-5)伊藤弘人分担研究者を中心とした研究グループ(以下伊藤分担研究班とする)では、精神科入院医療関連指標の開発を行なった。本年度は、退院後短期の再入

院率についての分析を実施した。なぜなら、この指標は国際的に重要とされているにもかかわらず、わが国においては十分に検討されていないからである。日本精神科病院協会の協力を得て、協会がわが国ではじめて実施した全国調査資料から算出した。対象は、日本精神科病院協会の会員 891 病院から 1 年間に退院した統合失調症患者者である。

C. 研究結果

(C-1) 岩崎分担研究班での研究の結果、指標は、外来指標、入院指標、社会復帰指標、および地域・行政関連指標の 4 グループに分類され整理された。提示方法は、全国平均値を 100 としてその達成状況をグラフ化するとともに、47 都道府県中上位 3 位および下位 3 位となる指標については、各都道府県ごとに指摘した。

(C-2) 竹島分担研究班では、都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管課に対する郵送調査の結果、回収数は 56 (都道府県 44, 政令市 12), 回収率は 94.9%であった。本庁と出先機関をつなぐ情報ネットワークは 4 県を除いてすべてまたは部分的に整備されていた。行政を担当する職員へのパーソナルコンピュータの配備およびメールアドレスの設定は、ほとんどの都道府県・政令指定都市で全部または一部

の職員になされていた。精神保健福祉情報の種類によって電子化の状況は異なり、9 割以上から半数以下までにはばらついていた。主管課に情報の電子化を主たる用務とする職員の配置は皆無であり、経費の予算化も 25%に過ぎない。都道府県・政令指定都市の組織が行政調査を実施する際個人情報保護等に関して倫理面の審査を行う委員会等が設置されているのは 26.8%であった。他の都道府県・政令指定都市と容易に比較できる資料の保管・作成を 42 項目についてたずねたところ、精神保健福祉全般についての項目ではなしとするものが多く、保健所・精神保健福祉センターに関する項目では 2 割～5 割強がありと回答した。精神科医療に関する項目ではばらつきが大きく、精神科病院数などは 6 割以上あったが、9 割以上がなしと回答した項目もあり、2～4 割程度保管・作成しているという項目が多かった。措置診察に関する項目では 4 割程度ありの項目が多く、ありとする都道府県・政令指定都市が共通している項目が多かった。精神障害者福祉に関する項目では、精神障害者福祉手帳と精神障害者社会復帰施設の状況では 5 割程度であったが、その他の項目では少なかった。都道府県・政令指定都市ごとにいくつの項目にありと回答したかはばらついており、全くなしは 7 県、最大は 37 項目ありと回答していた。14 年度にお

いて比較のための資料を緊急に作成したことがある都道府県・政令指定都市は25%、緊急に資料を取り寄せたものは35.7%あった。施策の評価と計画的推進を目的として調査を行なったのは39.3%であった。社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書に挙げられている「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰に関する意見には、32の都道府県等の書き込みがあり、その内容は、対象者等の実態データに関する事、国の方針等に関する事に大別できた。

(C-3) 桑原分担研究班での研究の結果、県、政令指定都市、中核市、保健所政令市での業務実施状況には差異が認められ、業務統計についても評価項目や判定基準等に大きな自治体間格差が認められた。一方、本年度から開始された県内の33市町村における精神福祉業務への取り組み状況については、各自治体とも積極的であり、また、業務統計への取り組みを開始している市町村も8割に及ぶことを確認した。

(C-4) 藤田分担研究班での成果は次のとおりである。

1) 年次推移研究では、(1) 受療有病率：精神疾患の人口万対の在院患者率は1974-76年の22.7から1999年の26.6へ微増であったが、外来患者率は1974-76

年の36.9から1999年の118.0へと3.2倍に増加した。(2) 退院率：精神疾患全体の1ヵ月間の退院患者数は1974-76年の18千人から1999年の27千人へと1.9倍増加した。退院率は長年にわたって低下したが、1980年代初めを底としてその後上昇・改善に明確に転じていた。治癒・軽快による退院率についてもこの傾向はみられるが、やや軽微なものであった。(3) 在院にかかわる期間：1999年10月時点での在院患者347千人の「継続在院期間」(ある時点での在院患者での入院時点からその時点までの期間)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。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が、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た。退院までの「在院期間」の年次推移は、3ヵ月未満の退院割合では1975年の55%から1996年の66%へと増加し、経年的に単調に短期化する傾向が認められた。1996年については、347千人が入院して、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。3年以上の長期在院は6%にすぎなかった。

2) 精神障害者の受療圏に関する研究において、通院医療費公費負担制度による通院については、人口規模の小さな二次医療圏ほど住所地以外の二次医療圏を受療する傾向がみられた。住所地以外の二次医療圏を受療する者の特徴として、年齢が若い、病院よりも診療所を受療、医療保険は「共済組合保険」ないし「組合管掌健康保険・政府管掌健康保険」が示された。一方、病院入院については、精神病床数の少ない二次医療圏では住所地以外の二次医療圏を受療する傾向が明らかに認められるとともに、人口規模の小さな二次医療圏において住所地以外の二次医療圏を受療する傾向がややみられた。年齢が若い、男、診断名は「アルコール使用による精神及び行動の障害」「その他の精神及び行動の障害」「神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」「気分〔感情〕障害」で、住所地以外の二次医療圏への受療が多く認められた。

3) 長期入院に関する要因分析では、

(1) 精神病院からの治癒・軽快による退院の可能性が低いものの特性として、長期間の継続在院期間が最も強く関連していた。その他の要因で非退院リスクが高いものの特性として、居住地が北九州と北海道、男、高年齢、血管性等の痴呆、精神遅滞お

よび統合失調症、医師1人当りの入院患者数が多い、看護師・准看護師1人当りの入院患者数が多いことが明らかになった。

(2) 退院患者の52%を占める統合失調症等についても、ほぼ同様の傾向が認められた。(3) 死亡退院については、年齢が最も死亡退院との関連が強く、そのほかの要因では男、短期間の継続在院期間、開設者が医療法人および個人、看護補助者1人当りの入院患者数が多い場合に死亡退院のリスクが増大していた。

4) 精神疾患についての継続在院期間別の退院率の年次推移の研究では、治癒・軽快での退院では、1ヵ月未満ないし3ヵ月未満については退院率が経年的に上昇しているのに対して、6ヵ月以上ないし1年以上については治癒・軽快での退院率が経年的に低下していた。すなわち、継続在院期間にかかわる治癒・軽快での退院率の2極化が経年的に進行していることが明らかになった。また、精神病院での1年間の死亡退院数は1975年の4,657人から1999年の9,180人へと顕著に増加したが、年齢標準化死亡比(SMR)は1975年の376から1999年の292と低下した。

(C-5) 伊藤分担研究班では、退院後の再入院率は、退院30日後で4.0%、90日後で15.5%、360日後で31.2%、720日後で39.4%であった。有用であると考えられた退院後90日以内の再入院率は、都道府

県により、9.4%から21.4%までのばらつきがあった。退院後90日以内の再入院率と退院率との間には有意な相関は認められなかった。

D. 考察

精神保健福祉に関連する指標の都道府県ごとの提示方法をモデルとして開発した。今後は指標の開発を続けるとともに、この提示モデルについて関係者からの意見を参考に改定を行なう必要がある。

また、個別の分担研究領域については、次の諸点が明確になった。

都道府県政令指定都市においては、情報システムの整備、情報の電子化が進んでいることがわかった。これらを有効に活用するためには、共有すべき情報のフォームの統一や倫理面の審査を行う委員会等の設置の拡大が望まれる。精神保健福祉情報の整備状況に関しては、都道府県等の回答に差がみられたが、この要因には、保有する情報の都道府県間の偏りだけでなく、都道府県等の担当者の持つ情報に偏りがある可能性がある。この改善には、情報システムがほぼ整備されていることを踏まえた情報提供側の工夫も望まれる。都道府県等で行った調査研究や厚生労働科学研究の成果等の情報に関しては、例えば厚生労働省精神保健福祉課と各都道府県等の主管課、国立研究機関と精神保健福祉センター

の連携によって、双方向的な情報ネットワークを構築することが考えられる。

神奈川県における調査結果により、今後、県内各自治体が共有できる基本的モニタリング指標の開発には、その意義にかかる認識の共有化、基準枠の設定、既存の地域精神保健福祉業務統計の有効活用等を視野に入れつつ検討を行う必要があることが明らかになった。

疫学関連指標の検討においては、精神障害に対する社会偏見および精神医療資源の地域格差の下で、精神障害者の受療実態として、居住する二次医療圏を超えた比較的広いまとまりのある受療圏が観察された。治癒・軽快での退院可能性を低下との関連は、患者側要因が強いものの、施設側要因との関連も示された。精神障害者の社会復帰の推進に向けての今後の厚生労働施策の参考になるものとする。1999年においても、精神病院のみで9千人以上の死亡退院が発生し、一般人口の3倍近い死亡リスクがあることから、人権に配慮した適切な入院精神医療を推進していくため、精神病床における死亡退院の実態の解明は火急の課題であることが明らかになった。

入院関連指標の開発については、国際的に有用であるとされる精神科入院医療の質を測定する退院後短期の再入院率は、わが国においては90日を基準とすることが

妥当であり、退院率との関係で地域の特性
検討できると考えられた。

要がある。

E. 結論

本研究により、精神保健福祉に関連する
指標を開発するとともに、都道府県ごとの
提示方法をモデルとして提案した。今後は
今回開発した指標の有用性をさらに検討
するとともに、この提示モデルについて関
係者からの意見を参考に改定を行なう必

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I I . 分担・協力研究報告書

－精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究－

都道府県ごとの提示方法の開発

分担研究者 岩崎 榮 日本医科大学 常務理事

研究要旨：本研究の目的は、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進に資するために、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する提示方法をモデル的に開発することである。研究方法：対象は、既存資料およびすでに全国的に実施された調査のデータである。本研究の他の分担研究において提案された指標、さらに独自の検討により必要と判断される指標を集約した。その後、それぞれの指標をグループ化し、提示方法を議論しながら開発した。結果：指標は、外来指標、入院指標、社会復帰指標、および地域・行政関連指標の4グループに分類され整理された。提示方法は、全国平均値を100としてその達成状況をグラフ化するとともに、47都道府県中上位3位および下位3位となる指標については、各都道府県ごとに指摘した。まとめ：精神保健福祉に関連する指標の都道府県ごとの提示方法をモデルとして開発した。今後は指標の開発を続けるとともに、この提示モデルについて関係者からの意見を参考に改定を行なう必要がある。

研究協力者氏名所属施設名及び職名

竹島 正	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部部長
桑原 寛	神奈川県精神保健福祉センター 所長
藤田 利治	国立保健医療科学院疫学部 疫学情報室室長
伊藤 弘人	国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室室長
平田豊明	千葉県精神科医療センター 診療部長

(五十音順)

A. 研究目的

本研究の目的は、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進に資するために、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する提示方法の検討を行うものである。

わが国における精神保健サービスは、現在変化の時期を迎えており、サービスの評価とモニタリングが必要となっている。医

療法の改正や障害者プランの策定など、精神保健福祉のみならず、よりよい保健医療福祉のために、制度や計画は急速に変化している。精神保健サービスについても、1990年代に外来医療が進展し、在院患者層も3ヶ月程度で退院する患者群と5年以上在院する患者群が2極化してきているなど、利用実態が大きく変化してきている。このような時期に、変化の実態やあるべき姿、また進展の地域差など、精神保健サービスおよびその施策を評価する仕組みや方法を開発することは重要な研究テーマのひとつといえることができる。

このテーマを早急に検討することは、厚生労働行政においても求められている。厚生労働省では社会保障審議会障害者部会精神障害分会を平成14年1月から開催し、精神保健、医療、福祉施策の現状と課題にもとづいて、総合計画（仮称）の検討が始められている。その中の精神保健福祉施策の評価と計画的推進において、（1）地域及び国全体でみた精神保健医療福祉の水準を評価する手法（指標等）を開発すること、（2）評価のために必要な情報収集体制を整備し、本計画の進捗状況の定期的な評価を行うことが、提案されているのである。

B. 研究方法

本分担研究においては、分担研究者およ

び協力研究者と意見交換を行いながら、精神保健サービスの評価とモニタリングに資する指標を議論し、各都道府県ごとの指標とその提示方法のモデルを提案した。

（倫理面への配慮）

本研究は、すでに実施されている調査を2次的に活用したものである。

C. 研究結果（資料参照）

議論の結果、指標は4つの領域34指標が提案された。

1) 外来指標（5指標）

外来指標については5指標である。すなわち、障害者手帳交付数（人口1万人あたり）、精神障害者通院医療費公費負担承認数（人口1万人あたり）、精神及び行動の障害者数（人口1万人あたり）、統合失調症患者数（人口1万人あたり）、気分障害患者数（人口1万人あたり）である。なお、患者数に関する後半の3指標を各都道府県の数値を「精神保健医療福祉の現況」に示すことは、誤差があるために控えた。

2) 入院指標（13指標）

入院指標については、13指標が提案された。すなわち精神病床数（人口1万人あたり）、退院患者の在院期間1年以上の割合、継続在院期間5年以上の割合、退院率（100人が1年間で退院する割合）、50%退院日数、退院後90日以内の再入院率、1

年以内の社会復帰率、1年後残留率、在院患者数（人口1万人あたり）、任意入院患者数（人口1万人あたり）、統合失調症患者数（人口1万人あたり）、気分障害患者数（人口1万人あたり）、痴呆患者数（人口1万人あたり）である。

なお、1年以内社会復帰率とは、平成12年6月1ヶ月間に入院した患者が1年以内に家庭復帰または社会復帰施設等に退院した割合である。

1年後残留率とは、平成12年6月に入院した患者が1年後も入院が継続している割合である。

50%退院日数とは平成12年6月に入院した患者の50%が退院した日数の推計値である。

退院後90日以内の再入院率については、すべての退院患者についての調査は行われていないので、日本精神科病院協会が実施した調査から算出した。

3) 社会復帰指標（8指標）

社会復帰指標には8指標が提案された。すなわち、生活訓練施設（人口100万人あたり）、ショートステイ施設（人口100万人あたり）、グループホーム（人口100万人あたり）、福祉ホームA型（人口100万人あたり）、福祉ホームB型（人口100万人あたり）、地域生活支援センター（人口100万人あたり）、通所授産施設（人口100万人あたり）、福祉工場（人口100万人あ

たり）である。

4) 地域・行政関連指標（8指標）

地域・行政関連指標は8指標が提案された。すなわち、精神保健被訪問指導延べ人数（人口1万人あたり）、精神保健被相談延べ数（人口1万人あたり）、精神医療審査会（1000非任意入院あたりの審査頻度）、グループホーム事業実施市町村割合、ホームヘルプ事業実施市町村割合、精神衛生費（都道府県民1人あたり）、自殺者数（人口1万人あたり）、生活保護医療扶助の入院に依存する割合である。

なお、各都道府県における精神医療審査会に関する指標については、厚生労働科学研究において、次の5軸で評価することが提案されていた。

1. 合議体の開催頻度（多いほど退院請求審査は迅速、書類審査も緻密）
2. 報告徴収頻度（＝書類審査での照会・返戻・指導の頻度、多いほど審査が緻密）
3. 審査頻度（審査件数*1,000/[医療保護入院届+医療保護入院定期病状報告+措置入院定期病状報告/2]）
4. 通知日数（退院請求の受理から審査結果の通知までの日数）
5. 年次報告書の作成状況（審査会活動の透明性の指標）

その後、指標によって各審査会の活動性をレーダーチャートで示すなどして、実際

と比較・検討した。その結果、報告徴収頻度、および年次報告作成状況については、データ集約上の問題があるため、十分に把握できることが難しいことが判明した。そこで年次報告書作成状況に焦点を当てて全国から37の報告書を収集したが、ばらつきが甚だしく、報告書を作成しているかどうかだけでは評価できないことが明らかになった。

したがって、現時点では、審査頻度および通知日数が、各都道府県精神医療審査会の活動性指標としては最も信頼性におけるデータと考えられた。

D. 考察

本研究は、精神保健サービスの評価とモニタリングの推進に資することを目的として、都道府県ごとの提示方法をモデル的に開発したものである。

資料として示したように、都道府県ごとの指標の状況をまとめることにより、各都道府県の精神保健福祉サービスの特徴（優れている点と改善すべき点）を把握することができる。関係者は、現況から、各都道府県のこれからの方向性を検討することができるであろう。

ただし、今回示した指標はモデル的に開発したものであり、各都道府県における精神保健福祉サービスを十分に示しているのかについては、今後も引き続き検討する

必要がある。本研究班における分担・協力研究者との議論を通して提案した指標ではあるが、さらに適切な指標についての議論を深める必要がある。

そのためには、今回の提示モデルを関係者に幅広く周知し、意見や提案を集約し、改定を重ねる必要がある。また、各都道府県における関係者から、自らの自治体の特徴についての理解と施策の方向性等についても集約し、公表することも必要となると考えられる。

E. 結論

各都道府県における精神保健福祉の計画的推進を図るために、精神保健サービスの評価とモニタリングの提示案をモデル的に開発した。今後は、適切な指標の開発を引き続き進めるとともに、各都道府県や関係者の意見を集約し、提示方法を改定する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

参考文献

1. 山崎敏雄. 「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」
平成 13 年度厚労科学研究報告書、2002.
2. 山崎敏雄. 「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」
平成 14 年度厚労科学研究報告書、
2003（印刷中）.

各指標について

1. 外来指標（5 指標）	全国平均
● 障害者手帳交付数（人口1万人あたり） ¹⁾	17.0 人
● 精神障害者通院医療費公費負担承認数（人口1万人あたり） ¹⁾	28.2 人
● 精神及び行動の障害者数（人口1万人あたり） ^{2,3)}	116.5 人
● 統合失調症患者数（人口1万人あたり） ^{2,3)}	35.8 人
● 気分障害患者数（人口1万人あたり） ^{2,3)}	32.4 人
2. 入院指標（13 指標）	全国平均
● 精神病床数（人口1万人あたり） ⁴⁾	27.5 床
● 退院患者の在院期間1年以上の割合 ⁴⁾	16.6 %
● 継続在院期間5年以上の割合 ¹⁾	43.9 %
● 退院率（100人が1年間で退院する割合） ³⁾	90.0 %
● 50%退院日数 ⁴⁾	64.6 日
● 退院後90日以内の再入院率 ⁵⁾	14.4 %
● 1年以内の社会復帰率 ⁴⁾	74.5 %
● 1年後残留率 ⁴⁾	14.0 %
● 在院患者数（人口1万人あたり） ⁴⁾	26.2 人
● 任意入院患者数（人口1万人あたり） ⁴⁾	17.4 人
● 統合失調症患者数（人口1万人あたり） ⁴⁾	16.2 人
● 気分障害患者数（人口1万人あたり） ⁴⁾	1.68 人
● 痴呆患者数（人口1万人あたり） ⁴⁾	4.00 人
3. 社会復帰指標（8 指標）	全国平均
● 生活訓練施設（人口100万人あたり） ⁶⁾	1.90 ヶ所
● ショートステイ施設（人口100万人あたり） ⁶⁾	1.06 ヶ所
● グループホーム（人口100万人あたり） ⁶⁾	7.21 ヶ所
● 福祉ホームA型（人口100万人あたり） ⁶⁾	0.98 ヶ所
● 福祉ホームB型（人口100万人あたり） ⁶⁾	0.32 ヶ所
● 地域生活支援センター（人口100万人あたり） ⁶⁾	2.33 ヶ所
● 通所授産施設（人口100万人あたり） ⁶⁾	1.66 ヶ所
● 福祉工場（人口100万人あたり） ⁶⁾	0.12 ヶ所
4. 地域・行政関連指標（8 指標）	全国平均
● 精神保健被訪問指導延べ人数（人口1万人あたり） ⁷⁾	16.6 件
● 精神保健被相談延べ数（人口1万人あたり） ⁷⁾	113.7 件
● 精神医療審査会（1000非任意入院あたりの審査頻度） ⁸⁾	8.73 件
● グループホーム事業実施市町村割合 ⁹⁾	42.4 %
● ホームヘルプ事業実施市町村割合 ⁹⁾	70.5 %
● 精神衛生費（都道府県民1人あたり） ¹⁰⁾	943.6 円
● 自殺者数（人口1万人あたり） ¹¹⁾	2.41 人
● 生活保護医療扶助の入院に依存する割合 ¹²⁾	8.54 %

5. 出典

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 12 年度衛生行政報告例、2002.
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 11 年患者調査、2001 年.
3. 藤田利治. 患者調査に基づく精神疾患の保健統計指標の年次推移（疫学関連指標の開発）. 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究）、2003.
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 12 年度 6 月 30 日調査の概要)、2002.
5. 伊藤弘人、馬屋原健. 統合失調症退院患者の再入院に関する分析（精神科入院医療関連指標の開発）. 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究）、2003.
6. 障害保健福祉部企画課調査（平成 14 年 3 月 31 日現在の状況：社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書. 今後の精神保健医療福祉施策について、2002）
7. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 11 年地域保健・老人保健事業報告（地域保健編）、2001.
8. 山崎敏雄. 「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」平成 13 年度厚労科学研究報告書、2002.
9. 精神保健福祉課調査（平成 14 年 5 月 10 日現在の状況：社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書. 今後の精神保健医療福祉施策について、2002）
10. 朝日新聞社. 民力 2002（1989-2002）、朝日新聞社、2002.
11. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 12 年人口動態統計、2002.
12. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 13 年度社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）、2002.
13. 精神保健福祉研究会. 平成 13 年度版我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）、2001.
14. 桑原寛. 地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究. 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究）、2003.
15. 竹島正. 行政・実績報告の整理と有効活用. 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書（岩崎榮主任研究者：精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究）、2003.