

20030266

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15年度

総括・分担研究報告書

平成16（2004）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15年度 総括・分担研究報告書

- | | | |
|-------|-------|----------------------------------|
| 主任研究者 | 岩崎 榮 | (日本医療機能評価機構理事) |
| 分担研究者 | 岩崎 榮 | (日本医療機能評価機構理事) |
| | 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（日本医療機能評価機構）

II. 分担・協力研究報告

1. 都道府県・指定都市ごとの提示方法の開発……………13
岩崎 榮（日本医療機能評価機構）
2. 精神障害者保健福祉手帳および精神保健福祉法 32 条による
通院医療費公費負担制度利用のデータベース作成の実態等に関する主管課調査
（行政・実績報告の整理と有効活用 1）……………369
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. 精神保健福祉政策研究ネットワークによる行政・実績報告の整理と有効活用
に関する調査
（行政・実績報告の整理と有効活用 2）……………387
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. 「行政・実績報告の整理と有効活用」における法的問題点とその検討
（行政・実績報告の整理と有効活用 3）……………403
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）
5. 地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究
（地域精神保健医療福祉指標の開発）……………407
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
6. 精神病院での長期在院に関連する要因についての検討
（疫学関連指標の開発 1）……………473
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
7. 自殺死亡急増の地理的特徴
（疫学関連指標の開発 2）……………483
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
8. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する調査
（精神科入院医療関連指標の開発）……………493
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 日本医療機能評価機構 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、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する提示モデルを開発することである。**研究方法：**研究方法は、行政・実績報告の整理と有効活用の検討、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・指定都市ごとの提示モデルを開発した。**結果：**指標は、外来指標、入院・在院指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、その他の指標の5グループに分類され、34指標が提案された。提示方法は、都道府県・指定都市ごとに全国中央値を基準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、下位3位となる指標については、都道府県・指定都市ごとに提示した。**まとめ：**精神保健医療福祉に関連する指標について、都道府県・指定都市ごとの提示モデルを開発した。今後は指標の精緻化を行なうとともに、都道府県・指定都市ごとの目標値、実績等の経年変化が理解しやすい提示モデルを開発する必要がある。また、開発した提示モデルの具体的な活用方法についても検討していく必要がある。

分担研究者氏名 所属施設名及び職名

岩崎 榮	日本医療機能評価機構理事
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

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。

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することができる。

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、(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提示モデルを開発することである。

B. 研究方法

研究方法は、研究班を組織して、都道府県・指定都市ごとの提示モデルを開発する(分担研究1)。そのために、精神保健サ

ービスの評価とモニタリングに関する指標の開発を、各分担研究において行う。すなわち、行政・実績報告の整理と有効活用の検討(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、(1) 都道府県ごとの予備的モデルの有用性に関する検討、(2) 都道府県・指定都市で比較可能な提示モデルの開発、を行った。

(1) 本研究では、平成14年度に開発した都道府県ごとの予備的モデルの有用性に関する検討を行った。対象は、都道府県・指定都市の精神保健担当課である。調査は、都道府県については平成15年8月、指定都市については平成15年9月に郵送し、回収はFAXまたは郵送にて実施した。調査票は、予備的モデルの有用性に関する項目(客観性、妥当性、実用性、明確性、適時性、継続性、適切性)などから構成されている。

(2) 本研究では、都道府県・指定都市で比較可能な提示モデルの開発を行った。対

象は、既存資料および既に全国的に実施された調査データである。本分担研究においては、都道府県・指定都市へのフィードバック調査の結果を踏まえ、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集約した。その後、それぞれの指標をグループ化し、研究班会議において議論しながら提示モデルの開発を進めた。

(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、行政・実績報告の整理と有効活用の方策を探るため、(1) 精神障害者保健福祉手帳および精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担制度利用のデータベース作成の実態等に関する主管課調査、(2) 精神保健福祉政策研究ネットワークによる行政・実績報告の整理と有効活用に関する調査、(3) 「行政・実績報告の整理と有効活用」における法的問題点とその検討、を実施した。

(1) 本研究では、精神障害者保健福祉手帳および精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担制度利用のデータベース作成の実態等に関する調査を行い、データベースの共有化の可能性について検討した。対象は、全国の都道府県および政令指定都市の精神保健福祉主管課である。調査

は、郵送法にて実施した。

(2) 本研究では、精神保健福祉政策研究ネットワークを構築し、意見交換や情報提供を行った。方法は、平成 15 年 11 月に、全国精神保健福祉センター長会および全国保健所長会に文書により研究への参加者を募った。また、精神保健政策研究に携わる研究者からも参加者を募り、厚生労働省精神保健福祉課にもオブザーバーとして協力を依頼した。そして、精神保健福祉政策研究ネットワーク参加者に対し、情報提供とアンケートからなる電子メールを送付し、約 1 週間で回答してもらった。回答結果は匿名性が保持される形式に 1 週間以内でまとめ、ネットワーク参加者にフィードバックした。これを 1 クールとし、今回は研究期間内に 2 クール行った。

(3) 本研究では、行政・実績報告の整理と有効活用を図る方法を明らかにするため、下記の 2 種類の調査を実施した。

①精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担制度利用者データ電子化の実態に関する調査を行った。方法は、精神障害者保健福祉手帳の交付者、精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担制度利用者に関する、データ電子化の実態に関する質問紙調査(作成の有無と、どのような項目を電子化しているか)を行った。また、都道府県等で作成されたデータベースを匿名化された状態で提供を受け、それを他

の都道府県等と連結する場合の課題と解決すべき課題について検討した。

②政策研究ネットワークによる行政・実績報告の整理と有効活用に関する調査を行った。方法は、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部ではじめた政策研究ネットワークをとおして「精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担制度利用者データ電子化の実態に関する調査」の実態調査結果の検討、および公表できる行政・実績報告の相互提供をとおして、行政・実績報告の有効活用をネットワーク上で行った。

(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うために、地域精神保健福祉施策の立案、実施、評価に役立つ共有指標の開発に向け検討を試みた。方法は、まず精神保健福祉相談業務の日計表と記入要領案を作成した。具体的には、昨年度の調査で収集した関連資料および研究協力者が所属する各自治体毎の相談業務実施要項および相談業務統計にかかる関係書類を共有の資料とし、それを参照しながら、県内の各自治体で相互に共有すべき基本的な相談業務統計指標の選定作業を行った。

そして、相模原市保健所、横須賀市保健所、横浜市の区福祉保健センター、川崎市

の区保健福祉センター、県域保健福祉事務所、県域 33 市町村を対象として、1 カ月間の試行とアンケート調査を実施した。試行期間は、横浜市、川崎市、横須賀市、相模原市については平成 15 年 11 月、県域保健福祉事務所と 33 市町村については同年 12 月の 1 カ月間とした。

(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うために、(1) 精神病院での長期在院に関連する要因についての検討、(2) 自殺死亡急増の地理的特徴についての研究、を実施した。

(1) 本研究では、在院患者における退院の発生率である退院率を指標として、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を解明した。対象者は、「精神及び行動の障害」(ICD10: F00-F99) とてんかん (G40-G41) に分類された精神病院の 15 歳以上の在院患者および退院患者である。1999 年の厚生労働省患者調査及び病院報告を用いて、治癒・軽快による退院率と患者特性および病院特性との関連を、重み付きポアソン回帰モデルを用いて単変量解析および多変量解析により検討した。

(2) 本研究では、人口動態調査死亡票の情報を用いて、1983-1987 年までの第 2 の

急増期の状況と対比しながら、1989-1995年と1998-2000年との自殺死亡の発生状況について比較した。第1に、年齢階級別自殺死亡率を男女別に算出して、1998-2000年での自殺死亡急増の性・年齢階級別の特徴を整理した。第2に、都道府県間の自殺死亡増加の違いについて、両期間の粗自殺死亡率の差と比を用いて都道府県ごとの自殺死亡増加の状況を検討した。第3に、二次医療圏別の自殺死亡増加の違いを、自殺死亡率のベイズ推定値を用いて分析し、あわせて二次医療圏レベルの自殺死亡についての地図を作成した。

(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うために、診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向について全国調査を実施した。対象は、社会保険事務局(47局)と都道府県庁(47庁)である。前者には診療報酬上の精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算を有する病院を、後者には老人性痴呆疾患治療病棟入院料、重度痴呆患者入院治療料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料を有する病院を列挙し、調査事項について記入することを依頼した。調査内容は、精神科包括病棟等の届出を行っている医療機関名、病床

数、算定開始年月日である。診療報酬上の精神科包括病棟を「精神科急性期・救急型病棟」、「精神療養型病棟」、「老人性痴呆疾患型病棟」に分類し、病床数ならびに病床増加数について分析を行った。

C. 研究結果

(C-1)岩崎分担研究班での成果は次のとおりである。

(1)都道府県からの回収率は78.7%(37庁)、指定都市からの回収率は100%であった。その結果、「客観性」、「実用性」、「適時性」、「継続性」、「適切性」においては、「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計が全体の7割以上を占めていた。「妥当性」、「明確性」については、「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計は、全体の約5割程度を占めていた。

(2)指標は、外来指標、入院・在院指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、その他の指標の5グループに分類され、34指標が提案された。提示方法は、都道府県・指定都市ごとに全国中央値を基準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、都道府県・指定都市ごとに提示した。

(C-2) 竹島分担研究班での成果は次のとおりである。

(1) 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回収数は60(都道府県47、政令市13)、回収率は100.0%であった。その結果、各県における精神障害者手帳および通院医療費公費負担に関する情報の把握状況および電子データベース化の状況が明らかにされた。またそのデータベースの提供にかかる手続きについての各県の状況が明らかになり、各県の個人情報保護条例(今後は国の個人情報の保護に関する法律)にのっとり、しかるべき手続きを取ればデータの提供を受けることは可能であることがわかった。自由記述欄からも興味深い意見が得られ、申請者の急増に伴う事務処理の増加や、他制度との整合性の問題が指摘された。

(2) 精神保健福祉政策研究ネットワークへの参加を募った結果、20名から参加の希望を得た。内訳は精神保健福祉センター長8名、保健所長3名、研究者9名であった。第1回テーマである精神障害者手帳および通院医療費公費負担制度に関するアンケートには7名、第2回テーマである精神障害者の住居問題には6名から回答が得られ、それぞれのテーマについて興味深い情報や意見を得ることができ、このようなネットワークを構築することの一定の有用性を示すことができた。

(3) 本研究での成果は次の通りである。
①提供を受けたデータを連結し、解析する場合、それはあくまでも本研究の目的に合致する範囲内で行われなければならない。集計データであれ、個別データであれ、使用方法によっては本来の目的とは異なる別の意味及び価値を有するに至ることがあり得る。客観的データは、元来、価値中立的で公正な属性を有するものと考えられがちであるが、決してそうではないのである。研究の目的以外の観点からのデータの連結及び解析は、厳に慎まなければならない。つまり、目的以外使用により研究の公正さに疑念を持たれるような事態を避ける必要があるのである。②当該データベースを利用して解析した結果を公表するに当たっては、まず、そのデータベースの性質、つまり、作成者、作成方法、利用許可、公表許可等を明示することが必要である。次に、当該データベースの利用部分、利用方法等を明記しておくべきである。外部資料に基づいて得られた解析結果の公表によって生ずる法的責任(名誉毀損等に基づく損害賠償責任、著作権侵害等に基づく損害賠償責任等)は、すべて利用者側にある。

(C-3) 桑原分担研究班での研究の結果、横浜市18福祉保健センター、川崎市7福祉保健センター、横須賀市保健所、相模原

市保健所、県域 11 保健福祉事務所については全所から、県域保健福祉事務所管内 33 市町村については 28 市町村 (84. 8%) から回答があり、延べ相談件数は、横浜市 5384 件、川崎市 1246 件、横須賀市 320 件、相模原市 448 件、県保健福祉事務所 1826 件、県域 28 市町村 1381 件で総数 10605 件であった。

(C-4) 藤田分担研究班での成果は次のとおりである。

(1) 精神病院からの治癒・軽快による退院率は、精神疾患全体で 56.4 (／100 人年。以下、単位省略)、統合失調症等で 41.5 と推計された。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。統合失調症等においては、治癒・軽快での退院の 25% は継続在院期間が 1 ヶ月未満のものであり、退院率は 331.1 と高いものであった。しかし、5 年以上 10 年未満での退院率は 3.6、10 年以上では 1.2 であり、長期継続在院している統合失調症等のものでは治癒・軽快による退院が極めて稀なことが示された。その他の要因で非退院リスクが高いものの特性として、男、高年齢、血管性等の痴呆、精神遅滞および統合失調症等、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、および病院開設者が個人ないし医療法

人であることが明らかになった。

(2) 年平均の自殺死亡数は、1989-1995 年の 20,556 人から 1998-2000 年の 30,849 人へと 1 万人を超える急増がみられているが、その 4 分の 3 以上に相当する増加が 15 歳から 69 歳までの男において発生していた。特に 45 歳から 69 歳までの男での自殺死亡数の増加は、全増加の 62% に相当する大きさであった。男での自殺死亡率の上昇は、従来から高率であった東北地域を含む日本海側および九州地域でも起きていたが、これまでやや自殺死亡率が低い傾向にあった近畿および関東などの大都市部での増加が大きな関与を果たしていた。また、男と比較して女の自殺死亡数の増加はわずかではあるが、女の近年の自殺死亡数の増加が近畿および関東などの大都市部において明らかであった。

(C-5) 伊藤分担研究班での研究の結果、精神科急性期・救急型病棟は 6,752 床であり、毎月 81.7 床ずつ増加していた。精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料ならびに児童・思春期入院医療管理加算は、新設以降病床数は増加を続けていることが示された。精神療養型病棟は 76,155 床であり、2001 年 6 月以降は毎月 286.4 床ずつ増加していた。精神療養病棟入院料 1 は、新設以降病床数は増加を続けていたが、精神療養病棟入院料 2 は 2002 年 4 月以降

で著しく減床していることが示された。老人性痴呆疾患型病棟は 29,050 床であり、毎月 314.4 床ずつ増加していた。治療病棟ならびに療養病棟は、新設以降病床数は増加を続けていることが示された。

D. 考察

精神保健医療福祉の評価指標、ならびに都道府県・指定都市ごとの提示モデルを開発した。今後は指標の精緻化を行なうとともに、都道府県・指定都市ごとの目標値、実績等の経年変化が理解しやすい提示モデルを開発する必要がある。

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。

行政・実績報告の整理と有効活用に関する研究においては、下記の3点が明確になった。(1)公費負担の予算の高騰を抑え、制度の破綻をさけるためにも、制度利用者の実態把握は急務であり、各県におけるデータベース化の状況やデータの把握の範囲およびデータ提供にかかる手続きを検討した本研究は意義があると考えられる。今後法的な側面からの検討を加えた上で、将来的には、個人情報取り扱いに配慮した上で、精神障害者手帳および通院医療費公費負担のデータベースの全国規模のネットワークを構築し、継続的に適正な運用へのモニタリング体制が敷かれることが望ま

れる。(2) 全国の精神保健福祉センター長、保健所長および精神保健政策研究に携わる研究者から20名が精神保健福祉政策研究ネットワークに登録した。今後さらに登録者を増加させ、より多くの意見を得ることが望まれる。また、このようなネットワークを継続し、現場、行政および研究者が感じている問題点やその対処法、情報提供や意見交換を行い、その意見のとりまとめを行なうことで、精神保健福祉施策の問題提起や、対処法などの蓄積、普及を促進する可能性があることが示唆された。

(3) データを連結し解析するに当たって、その基準が設定されることになろうが、それに基づいて種々の比較検討がなされることがあり得る。その際、地域、数値、回答内容の表記等によって、地方自治体等が特定されることが生じ得る。その場合、地方自治体によっては特定されることを望まないで回答に応ずることもあり得るので、その意向に背反しないように配慮する必要がある。個別データについては、より深い配慮が望まれるところである。

地域精神保健医療福祉指標の開発においては、県内の各種自治体の業務担当者が一同に会し地域精神保健福祉相談に関する共有の業務統計日計表の試案を開発・提示するという共通目標達成に向けた協働作業に取り組むことで、日常業務の評価と計画的推進の必要性について認識の共有

化を押し進めることができたと考える。

疫学関連指標の検討においては、下記の2点が明確になった。(1) 治癒・軽快での退院可能性の低下に対して、入院以来の継続在院期間が長期間であることが強く関与している状況であり、治癒・軽快による退院が稀な長期継続在院患者に対する特段の対策を講じる必要性が定量的にも明らかになった。その他の退院可能性低下と関連する患者特性には、性別、年齢および診断があげられた。また、これまで退院との定量的な関係の検討がほとんどなされてこなかった病院特性についても、患者特性と比べて関連は弱いものの、医師および看護師・准看護師の不足が退院可能性低下と関連することを明らかにした。第四次医療法改正での職員配置基準が遵守されて退院可能性が高まることが期待されるとともに、医療の質を担保する取組みが一層推進される必要性が示唆された。(2) 近畿および関東などの大都市部における自殺死亡数の相対的増加は、社会・経済的要因の関与を推察させるものである。近年の自殺死亡急増の背景にはこれまでとは異なる要因の強い関与があると考えられ、自殺死亡急増についてのさらなる構造的説明が必要とされている。また、都市部での自殺死亡増加という新たな事態に対して、的確な自殺予防対策を確立し推進することが強く求められていることが明らかと

なった。

精神科入院医療関連指標の開発においては、診療報酬上では約3割が包括病棟を取得しており、包括病棟を中心として機能分化が進められていることが示唆された。また、精神科急性期・救急型病棟、老人性痴呆疾患型病棟は一貫して増加傾向にある一方で、精神療養型病棟では精神療養病棟入院料2が病床の増加速度にピークが示されていることが明らかとなった。本研究結果は、機能分化の方向性を検討する際だけでなく、各医療機関にとっても中長期計画を策定する際の有用な情報になると考えられる。

E. 結論

精神保健医療福祉に関連する指標について、都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発を行った。今後は指標の精緻化を行なうとともに、都道府県・指定都市ごとの目標値、実績等の経年変化が理解しやすい提示モデルを開発する必要がある。また、開発した提示モデルの具体的な活用方法についても提示していく必要がある

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 伊藤弘人. 都道府県別指標で地域の改善点が明らかに. 公衆衛生情報 9 : 33-36, 2003.
- 伊藤弘人. 精神科医療の質的評価. 公衆衛生 68 : 108-111, 2004.

2. 学会発表

- 濱野強、竹島正、藤田利治、伊藤弘人. 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究. 第 62 回日本公衆衛生学会総会抄録集 789, 2003.

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・指定都市ごとの提示方法の開発

分担研究者 岩崎 榮 日本医療機能評価機構 理事

研究要旨：本研究の目的は、精神保健医療福祉施策に関連する指標、ならびに都道府県・指定都市ごとの提示モデルを開発することである。**研究方法：**(1) 都道府県・指定都市の精神保健担当課を対象として、平成 14 年度に開発した都道府県ごとの予備的モデルの有用性に関する検討、(2) 既存資料およびすでに全国的に実施された調査データを用いて、都道府県・指定都市で比較可能な提示モデルを開発することである。**結果：**(1) 平成 14 年度に開発した予備的モデルについては、各都道府県の関係者から一定の評価を得ることができた、(2) 指標は、外来指標、入院・在院指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、その他の指標の 5 グループに分類され、34 指標が提案された。提示方法は、都道府県・指定都市ごとに全国中央値を基準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、都道府県・指定都市ごとに提示した。**まとめ：**精神保健医療福祉に関連する指標について、都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発を行った。今後は指標の精緻化を行うとともに、都道府県・指定都市ごとの目標値、実績等の経年変化が理解しやすい提示モデルを開発する必要がある。

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长
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
濱野 強	国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室リサーチレジデント

A. 研究目的

医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おいても、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、精神保健サービス変化の実態やあるべき姿、また施策の進展の地域差など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、精神保健福祉施策の評価と計画的推進の柱を立て、(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た。

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、都道府県・指定都市の現状や施策の進捗状況を評価する指標の開発を行うとともに、都道府県・指定都市での比較可能な提示モデルを開発することである。

B. 研究方法

1. 都道府県・指定都市への予備的モデルのフィードバック調査

対象は、都道府県・指定都市の精神保健担当課である。調査は、都道府県については平成15年8月、指定都市については平成15年9月に郵送し、回収はFAXまた

は郵送にて実施した。調査票は、都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方、当事者の参画組織の有無、予備的モデルの有用性に関する項目などから構成されている。

なお、都道府県からの回収率は78.7%(37庁)、指定都市からの回収率は100%であった。

2. 都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発

対象は、既存資料および既に全国的に実施された調査データである。本分担研究においては、都道府県・指定都市へのフィードバック調査の結果を踏まえ、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と都道府県・指定都市ごとの提示モデルを開発した。

提示方法は、中央値を基準として、その達成状況を中央値からの隔たりを標準化してグラフ化した。中央値からの隔たりの標準化には、以下の4種類の公式を用いた。

(1) 数値が大きいほうが好ましい指標については、下記の公式を用いた。

①中央値を上回っている場合

$$y = (X_3 - X) / (X_1 - X) \times 100$$

(y: 標準値(%), X: 中央値, X₁: 最大値, X₃: 実測値)

②中央値を下回っている場合

$$y = -(X_4 - X) / (X_2 - X) \times 100$$

(y : 標準値(%), X : 中央値、X₂ : 最小値、X₄ : 実測値)

(2) 数値が小さいほうが好ましい指標については、下記の指標を用いた。

③中央値を上回っている場合

$$y = -(X_3 - X) / (X_1 - X) \times 100$$

(y : 標準値(%), X : 中央値、X₁ : 最大値、X₃ : 実測値)

④中央値を下回っている場合

$$y = (X_4 - X) / (X_2 - X) \times 100$$

(y : 標準値(%), X : 中央値、X₂ : 最小値、X₄ : 実測値)

なお、達成状況は各地方自治体における精神保健医療福祉サービスの現況が、全国中央値と比較してどのような特徴があるのかを示すものであることを付記しておく。

(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。最新の注意を払いながら、データの管理および分析を行った。

C. 研究結果

1. 都道府県・指定都市への予備的モデルのフィードバック調査

1) 都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方

各都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方については、それぞれの地域特

性が反映されていた(資料1、6参照)。

わが国の精神保健医療福祉施策が、入院医療主体から地域における保健・医療・福祉へと転換している中で、各都道府県・指定都市もその流れに応じた方向性を示していることが明らかとなった。

2) 当事者の参画組織の有無

19都道府県(51.4%、n=37)、11指定都市(84.6%、n=13)においては、精神保健医療福祉施策・事務事業の企画、立案に当事者が参画していることが明らかとなった(資料2参照)。

3) 予備的モデルの有効性の検討

平成14年度に開発した予備的モデルの有用性を検討するため、「客観性」、「妥当性」、「実用性」、「明確性」、「適時性」、「継続性」、「適切性」の7項目について、4件法(とてもそう思う、ややそう思う、あまりそう思わない、まったくそう思わない)で回答を求めた。その結果、「客観性」、「実用性」、「適時性」、「継続性」、「適切性」においては、「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計が全体の7割以上を占めていた。「妥当性」、「明確性」については、「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計は、全体の約5割程度にとどまっていた(資料3、4参照)。

2. 都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発

議論の結果、指標は5グループに分類され、34指標が提案された（資料5参照）。

1) 外来指標（6指標）

外来指標は、6指標が提案された。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）、デイケア実人数（人口1万人あたり）である。

なお、患者数に関する3指標について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・在院指標（12指標）

入院・在院指標は、12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）、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）、非任意入院患者数（人口1万人あたり）、統合失調症在院患者数（人口1万人あたり）、気分障害在院患者数（人口1万人あたり）、痴呆在院患者数（人口1万人あたり）であ

る。

なお、1年以内の社会復帰率とは、平成13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13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13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（6指標）

社会復帰指標は、6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）、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。

なお、入所授産施設については、施設数が少ないため、指標とすることは控えた。

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、ショートステイ事業実施市町村割合、精神衛生費（都道府県民1人あたり）、国民医療費（入院・入院外）である。

なお、国民医療費の達成状況をグラフ化して順位付けを行うことは、誤差があるために控えた。

5) その他の指標（2指標）

その他の指標は、2指標が提案された。すなわち、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。

D. 考察

1. 予備的モデルの都道府県・指定都市へのフィードバック調査

平成14年度に開発をしたモニタリングの予備的モデルの妥当性を検討するため、フィードバック調査を行った。その結果、昨年度開発した予備的モデルについては、一定の評価を得ることができたと考える。

次年度は、アウトカム指標を中心とした新たな指標や目標値、実績等の経年変化が理解しやすい提示モデルを開発することにより、「妥当性」や「明確性」について

もより一層の理解が得られると考える。

2. 都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発

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・指定都市ごとの提示モデルを開発したものである。

資料として示したように、都道府県・指定都市の現況を指標を用いてまとめることにより、各都道府県・指定都市の精神保健医療福祉サービスが全国と比較してどのような特徴（優れている点や改善すべき点）があるかを把握することができる。

また、このような各都道府県・指定都市の特徴が一目でわかるデータマップは、精神保健医療福祉施策の策定の際にも活用可能であると考えられる。すなわち、その地域において優先順位の高い課題を決定する際の参考資料となるからである。

今回提示した指標は、各都道府県・指定都市へのフィードバック調査の結果をふまえて、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ある。しかし、各都道府県・指定都市における精神保健医療福祉サービスを十分に示しているのか、実際に利用可能な指標であるのかについては、引き続き検討する必要がある。

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、意見や提案を集約するとともに、具体的な活用方法についても提