

48	関係機関への電話を5~6回	川崎市	件数
49	状態像の項目 判断つきにくい	川崎市	状態像

2試験用日計表の項目について

(1)使いにくい点はありませんか。

1	欄外コード番号の区分しにくい、見にくい。レイアウト等の工夫をして欲しい。	県城市町村	表
2	診断名、状態像の把握が困難なケースが多い	県城市町村	診断名
3	個人の記録の他に1行ずつ記載していくのは事務量が多すぎる。	県城市町村	その他
4	疾患が複数にまたがるケース。主治医の診断名が断定していないケース。まだ、医療にかかっていないが、精神と思われるケースの記載が明確にできない。不明瞭。	県城市町村	診断名
5	状態像のコードの人格障害という言葉の定義がよく分からない。	県城市町村	状態像
6	大項目小項目も同じ数字記号記入していくのに見づらく、書きづらかった(数字アルファベットなので区別したほうがわかりやすかった)	県城市町村	その他
7	診断名表記は年度新、もしくは変更時のみでよいのではないか	県城市町村	診断名
8	自由記載は記入しづらい。	県城市町村	状態像
9	地域保健事業にその他の領域が広く、その他の分類に入るケースが多くなってしまった	県城市町村	地域保健
10	診断名に「未聴取がある」といい	県城市町村	診断名
11	せまく記入しづらかった。高さが欲しい。	県城市町村	その他
12	年齢の詳細は必要なのか	県城市町村	年齢
13	相談種別の重複不可により相談内容が分かりにくい。	県城市町村	相談種別
14	診断名を一つであげると、精神発達遅滞併発が隠されてしまう。	県城市町村	診断名
15	相談種別の項目は、「生活上の問題」「社会復帰の問題」「心の健康問題」の内容が分けてく迷いました。重複回答してもいいのでしょうか？	県城市町村	相談種別
16	診断名を入れるところ。相談を受ける際、病名は？と聞くことはあまりないです。・・・というのも相談内容に、病名が必要ないことが多いです。ICD10から選ぶのもちょっと手間だと感じました。あと、状態像のところは分かりづらい。	県城市町村	診断名
17	ホームヘルプが社会復帰の問題になっているが、生活上の問題と捉えた方が自然に思える	県城市町村	相談種別
18	根底にある指針が理解しづらい。 然のスケールであるべきか(受け手) ケアパッケージを見据えての細分化をどこまで追求すべきか(記入例)	県城市町村	その他
19	項目が多くどこかいために日計表をつけるのが大変だった。	県城市町村	その他
20	1日に複雑な相談を受けるので日計表の下についている項目だけでチェックしていけるような簡単なものを使いやすい。診断名が不明な方の扱い。年齢は年代がいい。	県城市町村	診断名、 年齢
21	関係機関への連絡 調整をどの様に記入してよいか迷ってしまいました。	県城市町村	その他
22	相談種別については複数可の方が記入しやすいのではないかと思います。	県城市町村	相談種別
23	氏名記入欄がないが、把握区分が判断できない。	県城市町村	氏名
24	記入スペースが狭い。	県城市町村	その他
25	状態像が複合があった。	県城市町村	状態像
26	相談種別と再掲欄が書きにくかった。→1,2,3,4の区分が重複している人が多い。	県城市町村	相談種別
27	診断名は年金証書での申請もあり不明のことが多い。	県城市町村	診断名
28	セルの中がせますぎる所と(相談種別、再掲)、セルの中が広すぎる所がある(訪問先)ので調整してもらいたい。	県城市町村	全般
29	回答で番号を選ぶのはやりにくい。	県城市町村	その他
30	保健師業務報告と同じような書式の方がよい。	県城市町村	その他
31	週ごとの集計ではなく月ごとが良い。	県城市町村	その他
32	別紙をみずに記入できる方法はないか	県城市町村	その他
33	生活上の問題がわかりにくかった。	県城市町村	相談種別
34	状態像コード、「食生活上の」分類だとわかりにくい。	県城市町村	状態像
35	コードでの記入だったのでやりやすかったが分類に悩むことはありそう	県城市町村	全般
36	状態像の分類がわかりにくかった。	県城市町村	状態像
37	市町村では32条、45条の手続き方法の説明や手帳を取った上で利用できるサービスについての説明に手間をとられている現状が日計表に反映されない。	県城市町村	相談種別
38	個表を起すまでは不要でも実施している事業には変わりがないので、別途業務評価は取るべきだと考える。	県城市町村	その他
39	保健師活動報は年度年齢なので実年齢は使いにくかった。	県城市町村	年齢
40	担当者に看護職種があるとよい。	県城市町村	担当者
41	相談種別1~3の再掲分類が不適當(生活支援が社会復帰にある)	県保福事務所	相談種別
42	頻回相談者に関し、業務量が反映しない	県保福事務所	件数
43	関係機関との連絡時の相談内容項目がない	県保福事務所	その他
44	「なし」「不」と文字入力するところは、ナンバー化してほしい	県保福事務所	その他
45	年齢入力は、以前のように年代別にして欲しい	県保福事務所	年齢
46	相談種別の下位項目はやめて、11 診断に関する問題 12 医療利用上の問題 21 生活上の問題 22 家族等の対応 と言うようなナンバリングにして、1度で選択できるようにして欲しい	県保福事務所	相談種別
47	行の高さが狭い。	横須賀市	全般
48	各列を間違えないようにとの配慮で、網掛けとしてあると思われるが、濃すぎてかえって記入しづらい。	横須賀市	全般
49	いろいろあるが、慣れるしかない。	横須賀市	その他
50	必須項目を毎回記入するのが大変だった。記入する意味がありますか？⇒年齢、性別、相談契機etcのこと	横浜市	その他
51	実年齢の記入。	横浜市	年齢
52	毎回の年齢等の記載は大変だった。毎回必要であればせめて年代の方が...	横浜市	年齢
53	状態像の“その他”に何が該当するのか判断に困った。	横浜市	状態像

54	年齢は、記入時うろおぼえなので、従来の10才きざみの年齢幅でやってみるとスムーズに記入できて助かります。	横浜市	年齢
55	年齢、診断名を全員記入はたいへんでした。	横浜市	その他
56	毎回年齢を書く点。	横浜市	年齢
57	リピーターも毎回すべての項目を記入しなければならない。	横浜市	その他
58	診断名。ICD-10順にしてほしい。(注:横浜市の現行統計に対する意見)	横浜市	診断名
59	すべてに年齢・性別等を記入していくのは使いにくいということではないが、大変でした。	横浜市	その他
60	状態像の「その他」が多くなり、記入欄も空欄が多くなるのが気になりました。⇒「不」(該当なし)のことを指している	横浜市	状態像
61	相談種別に地域作業所がない。	横浜市	相談種別
62	実年齢をすべて記入するところ。	横浜市	年齢
63	相談件数 実際の数を入れたほうが良い。業務量の把握も必要	川崎市	件数
64	相談種別(主)の扱い 本人・母親同時面接(例)本人:退院後の相談一社会復帰 母親:外泊から退院してしまった一医療	川崎市	相談種別
65	毎回基礎データ(性別・年齢・地域保健事業報告・診断名)を入れるのが大変	川崎市	その他

(2)各自自治体共通の項目として有用と思われたものはありますか。

1	集計の目的により、どの項目も有用ではないかと思いました。	県城市町村	全般
2	相談種別、再掲分類区分を整理することで施策の立案・実施・評価の共通認識に有用であると考えます	県城市町村	相談種別
3	地域保健事業報告	県城市町村	地域保健事業報告
4	地域保健事業の際有用と考える。	県城市町村	地域保健事業報告
5	特に思い当たりませんが、相談種別、援助方法、訪問先くらい。	県城市町村	相談種別、援助方法、訪
6	よく分からない。福祉サイドについて特に相談はなかったため共通項が見えない	県城市町村	その他
7	全項目について有用だと思います。(各市町村、全国の統計資料となり具体的な傾向が理解できてよいと思います)	県城市町村	その他
8	相談種別及びその再掲分類(特に生活の分類がプラス)	県城市町村	相談種別
9	相談種別の再掲。	県城市町村	相談種別
10	地域保健事業分類。診断名分類。	県城市町村	地域保健事業報告
11	すべて有用と思います。特に「相談種別」の社会復帰はニーズの把握につながる。	横須賀市	相談種別
12	すべて有用	相模原市	その他
13	ひきこもり、アルコール、薬物等	横浜市	その他
14	年度毎に報告する時は「地域保健事業報告」など楽ではありそうです。	横浜市	地域保健
15	状態像。しかしMSWが判断することの危険性はあると思う。	横浜市	状態像

(3)必要のないものはありましたか。

1	市町村の福祉サービス担当部門では、診断名、状態像の把握の必要性が少ないケースが多いと思われます。	県城市町村	診断名、年齢、状
2	状態像コードが状態と病態が混在している。	県城市町村	状態像
3	相談種別の再掲の必要性があるのか。	県城市町村	相談種別
4	実年齢の記入より何歳代に変更希望	県城市町村	年齢
5	診断名は把握区分再の場合は空欄を希望	県城市町村	診断名
6	状態像も再度変化がない場合は空欄を希望	県城市町村	状態像
7	何を知るために統計をとるのかによって違ってくると思いますが、状態像、病名、年齢、性別はあまり必要ないと思います。	県城市町村	状態像、病名、年齢、性別
8	項目のあげ方には検討すべき点はあるように思いますが、どの項目も必要と考えます	県城市町村	その他
9	状態像とその他の状態(自由記載)、相談種別と再掲は細かすぎるように思います。	県城市町村	状態像
10	状態像のどれにあてはめてよいのか迷いました。	県城市町村	状態像
11	状態像	県城市町村	状態像
12	訪問については状態像が見えるが、窓口に来庁される本人はかなり安定している。まして家族では状態像の判断は難しい。	県城市町村	状態像
13	再の場合性別年齢は不要	県保福事務所	その他
14	状態像に「人格障害的問題」は必要か? 診断名でとればいいのか。もし、残すのであれば、「人格障害的問題」とは何を指すのか、明確にして欲しい	県保福事務所	状態像
15	相談種別の「1治療」の中で、診断に関する相談、医療利用上の問題をわざわざ分ける必要があるのか。内容的にはどちらもあてはまる。	横須賀市	相談種別
16	必須項目の基本情報。⇒年齢、性別等を毎回入力すること	横浜市	その他
17	状態像は必要か?意味がない。毎回「不」	横浜市	状態像
18	状態像は、項目が細分化されている割には「不」が多くなりました。	横浜市	状態像
19	相談種別(主)は必要あるか疑問です。	横浜市	相談種別
20	相談種別(主)→メインが複数の場合もあるので。	横浜市	相談種別
21	地域保健事業報告	横浜市	地域保健
22	状態像。あてはまらないものも多く、何を書いてよいかわからない。	横浜市	状態像
23	状態像の記入は必要ないのでは…。	横浜市	状態像

(4)追加・改善すべき項目はありましたか。

1	2(1)→それぞれに関連する欄に、表を追加するなど、上下の流れだけで記入できるよう	県城市町村	その他
2	目計表の記入などやりになれていないので具体的によくわからない	県城市町村	その他
3	年齢表も実年齢ではなく他制度とのからみも考えた表記にするのはどうか。(例:介護保険が使える年齢を近くのみ実を書く等)	県城市町村	年齢
4	2-1)の関連内容 被面接者に従来の市町村集計にある保健福祉事務所の追加を希望	県城市町村	被面接者
5	個人の記録として残さなくても、相談を受けたケースも1件としてあげられるようになるとも件数があがると思います。	県城市町村	その他
6	それぞれの項目に、番号を選んで記入するようになっていますが、選ぶ番号(項目)が多すぎて、記入要領をその度にみないと記入できないので、該当するところに○をつける	県城市町村	その他
7	1件ずつ適合する番号を考えたながら記載することに時間がかかり、その都度記入でき	県城市町村	その他
8	精神障害領域では利用したくとも利用しにくかった公的サービスを活用し、新規の社会資源を開発、工夫するためにも応援する部門とケア内容を一覧化することも必要と考えます。	県城市町村	その他
9	追加すべき項目は特にありませんでした。	県城市町村	その他
10	改善すべき項目→相談種別の再掲に関してこまかく分けられているが、それでもなお各項目に該当しないものもあった。	県城市町村	相談種別
11	手帳の有無	県城市町村	その他
12	通院の有無	県城市町村	その他
13	相談種別は、特に初回面接では一つにしぼりきれない。	県城市町村	相談種別
14	訪問後、面接用、電話用でシートを分けた方が書きやすい。	県城市町村	援助方法
15	相談種別は重複不可だと主たるものそしか書けず、実態とは合わない。	県城市町村	相談種別
16	介護保険に関する項目の追加。	県城市町村	相談種別
17	市町村職員が県保健福祉事務所職員に、同行訪問を依頼する場合にそのことを記載する項目が欲しい	県城市町村	担当者
18	年金や保険、税金に関する項目、生活保護に関する項目は相談のウエイトが大きいけど日計表に反映されない。	県城市町村	その他
19	痴呆は診断されているとは限らない。又、パーキンソンや脳卒中が主疾病の場合が多	県城市町村	診断名
20	頻回ケースは電話や面接の回数を再掲であげた方がよい	県保福事務所	件数
21	1件で病院探しなど幾度も電話することもあるので電話等の件数を再掲であげるようにした方	県保福事務所	件数
22	県保健福祉事務所職員が市町村職員に同行訪問を依頼する場合にそのことを記載する項目が欲しい	県保福事務所	担当者
23	訪問先を細かく分ける必要があるか。家庭、作業所、職場、医療機関、その他で良いのではないか。	横須賀市	訪問先
23	年齢は、20代、30代といった程度でもよいのではないか。	横須賀市	年齢
24	現在の生活状況(仕事をしている、家事、何もしていない、作業所に通所、デイケア、入院中)などの項目も必要ではないか。	横須賀市	生活状況
25	未診断の場合の項目を入れてはどうか	相模原市	診断
26	手帳、32条をその他の制度利用に組み込めないか。	横浜市	相談種別
27	診断名。わかりづらい(「その他○○」が多いため)。(注:横浜市の現行統計に対する意見)	横浜市	診断名
28	相談種別の3に「作業所」を入れて欲しい。⇒再掲の項目	横浜市	相談種別
29	連携をとって活動を展開すると記入しやすいのかもしれないが今のところ不明	川崎市	その他
30	家族構成 単身・家族同居	川崎市	その他
31	状態像 生活上の 카테고리(例 要生活支援)	川崎市	状態像
32	診断名 未診断(診断保留とは異なる)	川崎市	診断名
33	身体観察・ケア	川崎市	その他
34	相談種別	川崎市	相談種別

3. 今回の試行業務に関するご意見はありますか。

1	今回のように組織・職種を超えて、共通課題に対して検討することは、大変良い試みであり今後も必要と思う。	県城市町村	その他
2	他の報告と重複しているため、大変事務量が多くなった。	県城市町村	その他
3	活動上、件数で評価されやすい。午前1件、午後1件というように記入すると、1日に何回も訪問で対応したことが表れない。	県城市町村	件数
4	わが市はスタッフが相談業務になれていないこともあり事業担当者がまとめて記入した。件数が多くなった場合担当者の負担になる(スタッフ全員で共有すべきことだと思います)	県城市町村	その他
5	指標の目的を明確にして欲しい。	県城市町村	その他
6	業務統計試行有り難うございました。今回の集計では、今までより相談内容の傾向が明らかになると思います。集計結果のみでも年度内にぜひお知らせ下さるようお願いいたします。また、他市町村の結果及び研究報告についても参考にさせて頂きたいと思っております。	県城市町村	その他
7	現在は手書き集計をしているがパソコン入力の場合数値化する必要性を感じている。	県城市町村	その他
8	専門的見地からの意見でなくて申し訳ありません。ケア必要度と援助の必要性のすりあわせた客観性を持たせる意味あいかからも必要な試行業務でした。	県城市町村	その他
9	全県集計結果の報告をよろしく願います。	県城市町村	その他
10	相談以外での業務(事務・調整・教室の運営等)も含め、精神保健業務全体を把握できる統計の方もあれば良いのではないかと思います。	県城市町村	その他
11	集計の必要性は痛感しています。しかし、100%集計できない状況です。(担当スタッフ以外の者が相談を受けた場合など、カウントできないのが現状です。)	県城市町村	その他
12	簡単な集計をのぞみます。	県城市町村	その他
13	別に保健師の統計もあり、一本化が図れないものか。手間はできるだけ少ないほうが良い。	県城市町村	保健師
14	結構大変でした	県保福事務所	その他

15	電話、来所に限らず、問題ケースほど複雑な相談となり、関係機関に問い合わせやお願を複数する場合が多い。この様な場合、費やす時間とエネルギーが日計表に反映されな	横須賀市	相談種別
16	記入要領の制約が多く、記入に時間がかかる。誰でも記入し易い簡潔な説明を希望しま	横須賀市	その他
17	1ヶ月で、慣れた頃になってしまうので、やりにくいです。	横浜市	その他
18	それぞれの項目について、何のために統計をとるのか、マニュアル等にも明記したほうがよい。	横浜市	その他
19	統計というのはどうしてもやらされているという思いを持ちがち。この機会に自分たちの業務に	横浜市	その他
20	どのように役立てられるかを話し合うことができればよいと思います。	横浜市	その他
21	この統計が何に反映されるのか具体的に教えてほしい。	横浜市	その他
21	試行業務としてやるのでも、1ヶ月ということではなく4ヶ月位続けてみたら記入にも慣れたので	横浜市	その他
	はないかと思えます。		

4. その他、ご意見等ありましたら記入してください。

1	相談職種、再掲欄をもっと細かく分類してもよいのではないかな？	泉城市町村	相談種別
2	相談件数について、連続した援助を午前1件、午後1件と計上してしまうと、援助方法	泉城市町村	件数
3	の延べ数が分からなくなってしまう。(地域保健報告基礎資料として使いにくい)		
3	保健師活動報告表(月報)と記載事項が統一されればよいと思う。	泉城市町村	その他
4	(訪問日計表で精神障害の項目が社会復帰・老人精神保健・アルコールしかない)		
4	不明等の表記を番号で記入できるようにした方がよい。	泉城市町村	その他
5	市町村の相談の中心は居宅支援に対するサービスや社会資源への斡旋が中心であり、市で	泉城市町村	その他
6	の日計表の記入は年度集計での活用は見えにくい、統計上では有効であると思われた		
6	14年度の日計表をいただいてつけてみましたが、市町村業務の実情にあっていないのか	泉城市町村	その他
7	使いずらさを感じていました。福祉制度に絡んだ相談が多いので、そのあたりの項目を		
7	増やしてほしいです。3障害一本化ということで、業務を行っているの、精神だけ日	泉城市町村	件数
8	計表をとることに少し疑問を感じます。		
8	日計表を計上するのは相談記録を記入したものとあるが、何度も繰り返し同様の内容の	泉城市町村	個人情報
9	相談の場合、記録に残さなくとも件数としてカウントしたい。		
9	県から市へ事務の委譲があり、手帳、32条の更新事務の中で個人の情報を市で把握する	泉城市町村	担当者
10	とのことでした。県からは個人情報の関係もあり、次の名簿について情報が市には渡さ	泉城市町村	地域事業
11	れません。今回のような調査で病名が必要な場合、年金証書で手帳等の手続きをし	泉城市町村	報告
12	ている場合、市ではいつまでも病名を把握できない状態であり、やはり障害者の把握	泉城市町村	その他
13	の上からは不便が多いと改めて感じます。	泉城市町村	その他
13	現在、事務職が不在のため、殆ど担当保健師が対応しているので担当者の区分が活用され	泉城市町村	その他
14	ない。	泉城市町村	その他
14	地域保健事業報告の欄があるが、報告に役立てるには、新規者の受け付け経路など、他	泉城市町村	その他
15	にも必要な項目がある。追加できないか？	泉城市町村	その他
16	じっくり検討する時間が無くてすいません。	泉城市町村	その他
17	記入が細かいため継続してつけていくのは大変です。	泉城市町村	その他
18	1例なので、使い勝手がどうかまでは、判断がつかなかった。	泉城市町村	その他
19	32条、45条関係で手続きに来所した際に対応は事務職の方で、多少なり相談を受けるこ	泉城市町村	その他
20	ともありますが、記録を残すことまでしていないケースが多いと思います。計上できな	泉城市町村	市町村
21	いの残念です。	泉城市町村	その他
22	市町村では、直接かかわることが少ないので、実感としてなかなかわかりにくい面があ	泉城市町村	その他
23	りました。	泉城市町村	その他
24	統計に関して共通認識が必要なので試行はよかった	泉城市町村	その他
25	保健師独自の国の統計もこの日計表をつかうことで出せるようになれば普及が早いと思	泉城市町村	その他
26	17	泉城市町村	その他
27	18	泉城市町村	その他
28	19	泉城市町村	その他
29	20	泉城市町村	その他
30	21	泉城市町村	その他
31	22	泉城市町村	その他
32	23	泉城市町村	その他
33	24	泉城市町村	その他
34	25	泉城市町村	その他
35	26	泉城市町村	その他
36	27	泉城市町村	その他
37	28	泉城市町村	その他
38	29	泉城市町村	その他
39	30	泉城市町村	その他
40	31	泉城市町村	その他
41	32	泉城市町村	その他
42	33	泉城市町村	その他
43	34	泉城市町村	その他
44	35	泉城市町村	その他
45	36	泉城市町村	その他
46	37	泉城市町村	その他
47	38	泉城市町村	その他
48	39	泉城市町村	その他
49	40	泉城市町村	その他
50	41	泉城市町村	その他
51	42	泉城市町村	その他
52	43	泉城市町村	その他
53	44	泉城市町村	その他
54	45	泉城市町村	その他
55	46	泉城市町村	その他
56	47	泉城市町村	その他
57	48	泉城市町村	その他
58	49	泉城市町村	その他
59	50	泉城市町村	その他
60	51	泉城市町村	その他
61	52	泉城市町村	その他
62	53	泉城市町村	その他
63	54	泉城市町村	その他
64	55	泉城市町村	その他
65	56	泉城市町村	その他
66	57	泉城市町村	その他
67	58	泉城市町村	その他
68	59	泉城市町村	その他
69	60	泉城市町村	その他
70	61	泉城市町村	その他
71	62	泉城市町村	その他
72	63	泉城市町村	その他
73	64	泉城市町村	その他
74	65	泉城市町村	その他
75	66	泉城市町村	その他
76	67	泉城市町村	その他
77	68	泉城市町村	その他
78	69	泉城市町村	その他
79	70	泉城市町村	その他
80	71	泉城市町村	その他
81	72	泉城市町村	その他
82	73	泉城市町村	その他
83	74	泉城市町村	その他
84	75	泉城市町村	その他
85	76	泉城市町村	その他
86	77	泉城市町村	その他
87	78	泉城市町村	その他
88	79	泉城市町村	その他
89	80	泉城市町村	その他
90	81	泉城市町村	その他
91	82	泉城市町村	その他
92	83	泉城市町村	その他
93	84	泉城市町村	その他
94	85	泉城市町村	その他
95	86	泉城市町村	その他
96	87	泉城市町村	その他
97	88	泉城市町村	その他
98	89	泉城市町村	その他
99	90	泉城市町村	その他
100	91	泉城市町村	その他
101	92	泉城市町村	その他
102	93	泉城市町村	その他
103	94	泉城市町村	その他
104	95	泉城市町村	その他
105	96	泉城市町村	その他
106	97	泉城市町村	その他
107	98	泉城市町村	その他
108	99	泉城市町村	その他
109	100	泉城市町村	その他

B 内容別整理

全般			
1	県から市へ事務の委譲があり、手帳、32条の更新事務の中で個人の情報を市で把握する	泉城市町村	
	とのことでした。県からは個人情報の関係もあり、次の名簿について情報が市には渡さ		
	れません。今回のような調査で病名が必要な場合、年金証書で手帳等の手続きをし		
	ている場合、市ではいつまでも病名を把握できない状態であり、やはり障害者の把握		
	の上からは不便が多いと改めて感じます。		

2	試行業務としてやるのでも、1ヶ月ということではなく4ヶ月位続けてみたら記入にも慣れたのではないかと思います。	横浜市
3	1ヶ月で、慣れた頃になってしまうので、やりにくいです。	横浜市

目的		
1	今回のように組織・職種を超えて、共通課題に対して検討することは、大変良い試みであり今後も必要と思う。	県城市町村
2	全項目について有用だと思います。(各市町村、全国の統計資料となり具体的な傾向が理解できてよいと思います)	県城市町村
3	日計表の記入などやりになれていないので具体的によくわからない	県城市町村
4	市町村の相談の中心は居宅支援に対するサービスや社会資源への斡旋が中心であり、市での日計表の記入は年度集計での活用は見えにくいですが、統計上では有効であると思われた	県城市町村
5	業務統計試行有り難うございました。今回の集計では、今までより相談内容の傾向が明らかになると思います。集計結果のみでも年度内にぜひお知らせ下さるようお願いいたします。また、他市町村の結果及び研究報告についても参考にさせて頂きたいと思います。	県城市町村
6	14年度の日計表をいただいてつけてみましたが、市町村業務の実情にあっていないのか使いづらさを感じていました。福祉制度に絡んだ相談が多いので、そのあたりの項目を増やしてほしいです。3障害一本化ということで、業務を行っているので、精神だけ日計表をとることに少し疑問を感じます	県城市町村
7	専門的見地からの意見でなくて申し訳ありません。ケア必要度と援助の必要性のすりあわせた客観性を持たせる意味あいからも必要な試行業務でした。	県城市町村
8	根底にある指針が理解しづらい。 然るスケールであるべきか(受け手) ケアパッケージを見据えての細分化をどこまで追求すべきか(記入例)	県城市町村
9	項目のあげ方には検討すべき点はあるように思いますが、どの項目も必要と考えます	県城市町村
10	精神障害領域では利用しにくくも利用しにくかった公的サービスを活用し、新規の社会資源を開発、工夫するためにも応援する部門とケア内容を一元化することも必要と考えます。	県城市町村
11	全県集計結果の報告をよろしくお願いします。	県城市町村
12	集計の目的により、どの項目も有用ではないかと思いました。	県城市町村
13	相談以外での業務(事務・調整・教室の運営等)も含め、精神保健業務全体を把握できる統計の方もあれば良いのではないかと思います。	県城市町村
14	集計の必要性は痛感しています。しかし、100%集計できない状況です。(担当スタッフ以外の者が相談を受けた場合など、カウントできないのが現状です。)	県城市町村
15	よく分からない。福祉サイトについて特に相談はなかったため共通項が見えない	県城市町村
16	市町村では、直接かかわることが少ないので、実感としてなかなかわかりにくい面がありました。	県城市町村
17	日計表記入の理由がいまいち解りにくかった。	県城市町村
18	どのように活用できるのか、各々の項目にもつ意味が分からなかった。	県城市町村
19	現在は手書き集計をしているがパソコン入力の場合デジタル化する必要性を感じている。	県城市町村
20	統計に関して共通認識が必要なので試行はよかった	県保福事務所
21	指標の目的を明確にして欲しい。	県保福事務所
22	統計の取り方が各自自治体まちまちと思われるので、この様に、統一できれば、自分の所との比較が出来る。活用方法は大きいに有ると思う。	横須賀市
23	すべて有用	相模原市
24	統計というのはどうしてもやらされているという思いを持ちがち。この機会に自分たちの業務にどのように役立てられるかを話し合うことができればよいと思います。	横浜市
25	この統計が何に反映されるのか具体的に教えてほしい。	横浜市
26	それぞれの項目について、何のために統計をとるのか、マニュアル等にも明記したほうがよい。	横浜市

様式		
1	2(1)一それぞれに関連する欄に、表を追加するなど、上下の流れだけで記入できるようにする。	県城市町村
2	欄外コード番号の区分しにくい、見にくい。レイアウト等の工夫をして欲しい。	県城市町村
3	大項目小項目も同じ数字記号記入していくのに見づらく、書きづらかった(数字アルファベットなので区別したほうがわかりやすかった)	県城市町村
4	要領全体のレイアウトが見づらかった	県城市町村
5	それぞれの項目に、番号を選んで記入するようになっていますが、選ぶ番号(項目)が多すぎて、記入要領をその度にみないと記入できないので、該当するところに○をつける	県城市町村
6	アンケートのように問題用紙、回答用紙のようにしていただければ回答しやすかったと	県城市町村
7	項目が多くこまかいために日計表をつけるのが大変だった。	県城市町村
8	記入スペースが狭い。	県城市町村
9	簡単な集計をのぞみます。	県城市町村
10	セルの巾がせますぎる所と(相談種別、再掲)、セルの巾が広すぎる所がある(訪問先)ので調整してもらいたい。	県城市町村
11	回答で番号を選ぶのはやりにくい。	県城市町村
12	コードでの記入だったのでやりやすかったが分類に悩むことはありそう	県城市町村
13	記入が細かいため継続してつけていくのは大変です。	県城市町村
14	なし、不明等の表記を番号で記入できるようにした方がよい。	県城市町村
15	せまく記入しづらかった。高さが欲しい。	県城市町村
16	「なし」「不」と文字入力するところは、ナンバー化してほしい	県保福事務所
17	別紙をみずに記入できる方法はないか	県城市町村
18	行の高さが狭い。	横須賀市

19	各列を間違えないようにとの配慮で、網掛けとしてあると思われるが、濃すぎてかえって記入しづらい。	横須賀市
20	記入要領の制約が多く、記入に時間がかかる。誰でも記入し易い簡潔な説明を希望しま	横須賀市
21	その他に入るのが多すぎる。	相模原市
22	パソコン処理するとしたら、一画面で入力できるものにしたい。	横浜市
23	リピーターも毎回すべての項目を記入しなければならない。	横浜市
24	毎回基礎データ(性別・年齢・地域保健事業報告・診断名)を入れるのが大変	川崎市

件数		
1	実人数ごとではない集計の有用性がわからない	県城市町村
2	活動上、件数で評価されやすい。午前1件、午後1件というように記入すると、1日に何回も訪問で対応したことが表れない。	県城市町村
3	相談件数について、連続した援助を午前1件、午後1件と計上してしまうと、援助方法の延べ数が分からなくなってしまう。(地域保健報告基礎資料として使いにくくな	県城市町村
4	個人の記録として残さなくても、相談を受けたケースも1件としてあげられるようになるともっと件数が増えると思います。	県城市町村
5	日計表を計上するのは相談記録を記入したものとあるが、何度も繰り返し同様の内容の相談の場合、記録に残さなくとも件数としてカウントしたい。	県城市町村
6	相談記録を記入したものに限る。とありますが、ケースの個票に記入したものに限るのでしょうか？ 単発の相談は保健師間共有の相談ノートに記入しているのですが、それでもよろしいでしょうか。	県城市町村
7	32条、45条関係で手続きに来所した際に対応は事務職の方で、多少なり相談を受けることもありますが、記録を残すことまでしていないケースが多いと思います。計上できな	県城市町村
8	年金や保険、税金に関する項目、生活保護に関する項目は相談のウエイトが大きいですが日計表に反映されない。	県城市町村
9	1件の数え方がわかりにくい	県保福事務所
10	頻回ケースは電話や面接の回数を再掲であげた方がよい	県保福事務所
11	1件で病院探しなど幾度も電話することもあるので電話等の件数を再掲で上げるようにした方がよい	県保福事務所
12	訪問と相談は分けて集計するので集計表も分けた方がよい。	県保福事務所
13	相談件数の計上の仕方が分かりにくい。(対象、電話と面接)	県保福事務所
14	相談件数のカウントの仕方について同一の対象者から同一の方法で複数回の関わりがあった時に、午前、午後で1回づつしかカウントできないので、相談全体の傾向は分かりやすいが、業務面という面では反映されにくいように思いました。	県保福事務所
15	頻回相談者に関し、業務量が反映しない	県保福事務所
16	相談件数 実際の数を入れたほうが良い。業務量の把握も必要	川崎市
17	関係機関への電話を5～6回	川崎市
18	個表を起すまでは不要でも実施している事業には変わりがないので、別途業務評価は取るべきだと考える。	県城市町村

性差、年齢		
1	実年齢の記入より何歳代に変更希望	県城市町村
2	保健師活動報は年度年齢なので実年齢は使いにくかった。	県城市町村
3	再の場合性別年齢は不要	県保福事務所
4	年齢表記も実年齢ではなく他制度とのからみも考えた表記にするのはどうか。(例：介護保険が使える年齢を近くのみ表を書く等)	県保福事務所
5	年齢の詳細は必要なのか	県城市町村
6	年齢入力は、以前のように年代別にして欲しい	県保健福祉事務所
7	年齢は、20代、30代といった程度でもよいのではないか。	横須賀市
8	実年齢の記入。	横浜市
9	毎回の年齢等の記載は大変だった。毎回必要であればせめて年代の方が…	横浜市
10	年齢は、記入時うろおぼえなので、従来の10才きざみの年齢幅でやってもらうとスムーズに記入できて助かります。	横浜市
11	毎回年齢を書く点。	横浜市
12	実年齢の記入は、匿名相談の場合不明。‘不’でよいのか明記されていない。⇒明記されている。誤解。	横浜市
13	必須項目を毎回記入するのが大変だった。記入する意味がありますか？⇒年齢、性別、相談契機etcのこと	横浜市
14	年齢、診断名を全員記入はたいへんでした。	横浜市
15	実年齢をすべて記入するところ。	横浜市
16	すべてに年齢・性別等を記入していくのは使いにくいということではないが、大変でした。	横浜市
17	必須項目の基本情報。⇒年齢、性別等を毎回入力すること	横浜市
18	連携をとって活動を展開すると記入しやすいのかもしれないが今のところ不明	横浜市

地域保健事業		
1	地域保健事業の際有用と考える。	県城市町村
2	地域保健事業報告、心の健康づくり、その他の具体例	県城市町村
3	地域保健事業にその他の領域が広く、その他の分類に入るケースが多くなってしまった	県城市町村
4	地域保健報告のところ	県城市町村
5	地域保健事業報告	県城市町村

6	地域保健事業報告の欄があるが、報告に役立てるには、新規者の受け付け経路など、他にも必要な項目がある。追加できないか？	県城市町村
7	地域保健事業報告や保健師活動報告とあげ方に違いがありますが、別々のものとして考えてよいか。例えば、産婦の訪問。活動報告だと母子で掲げるが、その人が産後うつだと精神の目計表として掲げる。	県城市町村
8	老人でも未診断の人は心の健康づくりか？(地域保健事業報告)	県保福事務所
9	地域保健事業分類。診断名分類。	県城市町村
10	地域保健報告・国の統計なので改善しようがないか	相模原市
11	心の健康づくりの範囲があいまい。	相模原市
12	地域保健事業報告の該当項目、状態像のところ、記入する際わかりにくい所であった。	横浜市
13	年度毎に報告する時は「地域保健事業報告」など楽ではありそうです。	横浜市
14	地域保健事業報告	横浜市
15	地域保健事業報告の「7」(その他)が多くなると思うのですが、その他が続くと違和感があるので、精神全般とするとあいまいでしょうか。	横浜市

診断名		
1	診断名、状態像の把握が困難なケースが多い	県城市町村
2	市町村の福祉サービス担当部門では、診断名、状態像の把握の必要性が少ないケースが多いと思われる。	県城市町村
3	痴呆についてどのようなケースを計上するのか	県城市町村
4	疾患が複数にまたがるケース。主治医の診断名が断定していないケース。まだ、医療にかかっていないが、精神と思われるケースの記載が明確にできない。不明瞭。	県城市町村
5	診断名に「未聴取」があるといい	県城市町村
6	診断名は把握区分再の場合は空欄を希望	県城市町村
7	診断名を一つであげると、精神発達遅滞併発が隠されてしまう。	県城市町村
8	診断名を入れるところ。相談を受ける際、病名は？と聞くことはあまりないです。・・・というのも相談内容に、病名が必要ないことが多いです。ICD10から選ぶのもちょっと手間だと感じました。あと、状態像のところ、分かりづらい。	県城市町村
9	診断名について、例えばアルコール依存症だったものが、快復し別の診断名がついた場合、同一年度内でも診断名を変更するのか。	県城市町村
10	1日に複雑な相談を受けるので目計表の下についている項目だけでチェックしていけるような簡単なものが使いやすい。診断名が不明な方の扱い。年齢は年代がいい。	県城市町村
11	診断名は年金証書での申請もあり不明のことが多い。	県城市町村
12	痴呆は診断されているとは限らない。又、パーキンソンや脳卒中が主疾病の場合が多い	県城市町村
13	診断名表記は年度新、もしくは変更時のみでよいのではないか	県城市町村
14	診断名「～の疑い」は？。未診断があった方がよい。	県保福事務所
15	パニック障害はどこにつけるのか	県保福事務所
16	食生活の問題は摂食障害ととらえてよいか。	相模原市
17	診断名の神経症と心因反応の判別がしにくい。	相模原市
18	未診断の場合の項目を入れてはどうか	相模原市
19	診断名に「摂食障害」があってもよいのでは、と思います。	横浜市
20	診断名、ICD-10順にしてほしい。	横浜市
21	診断名、わかりづらい(「その他〇〇」が多いため)。	横浜市
22	診断名 未診断(診断保留とは異なる)	川崎市

状態像		
1	状態像のコードの人格障害という言葉の定義がよく分からない。	県城市町村
2	状態像も再で変化がない場合は空欄を希望	県城市町村
3	何を知るために統計をとるのかによって違ってくると思いますが、状態像、病名、年齢、性別はあまり必要ないように思います。	県城市町村
4	その他の状態が自由記載になっているが、各項目の個別評価基準の検討を前提に(ニーズ)尺度を明確化できると、マネージメント、アセスメント、モニタリングへの流れにもつながる	県城市町村
5	状態像とその他の状態(自由記載)、相談種別と再掲は細かすぎるように思います。	県城市町村
6	状態像のどれにあてはめてよいのか迷いました。	県城市町村
7	状態像	県城市町村
8	状態像が複合があった。	県城市町村
9	訪問については状態像が見えるが、窓口に来庁される本人はかなり安定している。まして家族では状態像の判断は難しい。	県城市町村
10	状態像の分類がわかりにくかった。	県城市町村
11	状態像：生活上に問題に伴う不安がある人の場合には「なし」ともいえず、記入に判断に迷った。必要性は感ずるが、項目としては選択肢を変えてもよいと思われる。	県城市町村
12	状態像コード、「食生活上の」分類だとわかりにくい。	県城市町村
13	状態像に「なし」が多くなり過ぎる。項目として挙げる趣旨からすれば現在の問題を明確にするには「近隣苦情」「要医療(医療に繋ぐ困難さ)」「医療中断」「要生活支援」を追加してはどうか	県保福事務所
14	状態像コードが状態と病態が混在している。	県保福事務所
15	自由記載は記入しづらい。	県保福事務所
16	状態像に「人格障害の問題」は必要か？ 診断名でとればよいのではないか。もし、残すのであれば、「人格障害の問題」とは何を指すのか、明確にして欲しい	県保福事務所
17	ニーズがあると思われるが、はっきり把握できないときがあり、状態像をとらえきれず、どうしたら良いか判断に迷う。	横須賀市
18	状態像「なし」の場合どこに記入するのか。	横須賀市
19	状態像「なし」をコード化してほしい。	横須賀市

20	状態像の虐待については「虐待をしている」ととらえるのか「被虐待」なのか	相模原市
21	状態像の「その他」が多くなり、記入欄も空欄が多くなるのが気になりました。⇒「不」（該当なし）のことを指している	横浜市
22	状態像の項目はどのような理由で設定されたのか。「その他」が多くなる。	横浜市
23	状態像はもう少し改善の余地があると思います（ひきこもり、暴力、うつ状態、その他ぐらいいしほるとか）。	横浜市
24	状態像がわかりにくいです（その他にどのようなものを記入したらよいでしょうか）。	横浜市
25	状態像の「その他」に何が該当するのか判断に困った。	横浜市
26	状態像。しかしMSWが判断することの危険性はあると思う。	横浜市
27	状態像は必要か？意味がない。毎回「不」	横浜市
28	状態像は、項目が細分化されている割には「不」が多くなりました。	横浜市
29	状態像。あてはまらないものも多く、何を書いてよいかわからない。	横浜市
30	状態像の記入は必要ないのでは…。	横浜市
31	ひきこもり、アルコール、薬物等	横浜市
32	状態像（その他）が記入しにくい。何のための記載なのか。	横浜市
33	状態像の項目 判断つきにくい	川崎市
34	状態像 生活上のカテゴリー（例 要生活支援）	川崎市

相談種別		
1	社会復帰後の問題で、障害者年金の受給等に関することは、8手帳に含まれるのか？	泉城市町村
2	相談職種、再掲欄をもっと細かく分類してもよいのではないかと	泉城市町村
3	相談種別 心の健康問題について有用だと思う	泉城市町村
4	相談種別の重複不可により相談内容が分かりにくい。	泉城市町村
5	相談種別及びその再掲分類(特に生活の分類がプラス)	泉城市町村
6	相談種別の項目は、「生活上の問題」「社会復帰の問題」「心の健康問題」の内容が、分けにくく迷いました。重複回答してもいいのでしょうか？	泉城市町村
7	手帳、32条の相談が多いのですが、どこに入れたらいいのか迷いました。社会復帰に入れるのかなど思ったりするのですが、入院中の方が福祉制度を使いたくて取得したという相談の場合だと、社会復帰ではないと思い「その他」にした…。そこが分かりにくかった。	泉城市町村
8	特に思い当たりませんが、相談種別、援助方法、訪問先くらい。	泉城市町村
9	相談種別の再掲。	泉城市町村
10	ホームヘルプが社会復帰の問題になっているが、生活上の問題と捉えた方が自然に思えます	泉城市町村
11	相談種別、再掲分類区分を整理することで施策の立案・実施・評価の共通認識に有用であると考えます	泉城市町村
12	改善すべき項目→相談種別の再掲に関してこまかく分けられているが、それでもなお各項目に該当しないものもあった。	泉城市町村
13	手帳の有無	泉城市町村
14	通院の有無	泉城市町村
15	相談種別については複数可の方が記入しやすいのではないかと思います。	泉城市町村
16	相談種別と再掲欄が書きにくかった。→1, 2, 3, 4の区分が重複している人が多い。	泉城市町村
17	作業所交通費助成についての相談は再掲欄に該当するものがない	泉城市町村
18	市町村では32条、45条の手続き方法の説明や手帳を取った上で利用できるサービスについての説明に手間をとられている現状が日計表に反映されない。	泉城市町村
19	相談種別は、特に初回面接では一つにしぼりきれない。	泉城市町村
20	相談種別は重複不可だと主たるものそしか書けず、実態とは合わない。	泉城市町村
21	生活上の問題がわかりにくかった。	泉城市町村
22	介護保険に関する項目の追加。	泉城市町村
23	相談種別1～3の再掲分類が不適當(生活支援が社会復帰にある)	泉保福事務所
24	相談種別の再掲の必要性があるのか。	泉保福事務所
25	相談種別における「こころの健康づくり」に関し、地域保健事業報告と今回の統計とは考え方が全く異なるので、混乱があった。注意を促す必要があると思う	泉保福事務所
26	相談種別の下位項目はやめて、11 診断に関する問題 12 医療利用上の問題 21 生活上の問題 22 家族等の対応 と言うようなナンバーリングにして、1度で選択できるようにしたい	泉保福事務所
27	関係機関との連絡時の相談内容項目がない	泉保福事務所
28	相談種別が日計表では重複可とあり、記入要領では重複不可となっている。	横須賀市
29	相談種別の「1治療」の中で、診断に関する相談、医療利用上の問題をわざわざ分ける必要があるのか。内容的にはどちらもあてはまる。	横須賀市
30	すべて有用とします。特に「相談種別」の社会復帰はニーズの把握につながる。	横須賀市
31	電話、来所に限らず、問題ケースほど複雑な相談となり、関係機関に問い合わせやお願を複数する場合があります。この様な場合、費やす時間とエネルギーが日計表に反映されない	横須賀市
32	現在の生活状況（仕事をしている、家事、何もしていない、作業所に通所、デイケア、入院中）などの項目も必要ではないか。	横須賀市
33	相談種別に地域作業所がない。	横浜市
34	相談種別(主)は必要あるか疑問です。	横浜市
35	相談種別(主)→メインが複数の場合もあるので。	横浜市
36	手帳、32条をその他の制度利用に組み込めないか。	横浜市
37	相談種別の3に「作業所」を入れて欲しい。⇒再掲の項目	横浜市
38	相談種別(主)の扱い 本人・母親同時面接(例) 本人:退院後の相談→社会復帰 母親:外泊から退院してしまった→医療	川崎市
39	相談種別	川崎市

40	24条、23条はいれるのか	川崎市
----	---------------	-----

把握区分		
1	2-1)の関連内容 被面接者に従来の市町村集計にある保健福祉事務所の追加を希望	県城市町村
2	氏名記入欄がないが、把握区分が判断できない。	県城市町村
3	把握区分は？ 12/1から再でつけてよいか	県保福事務所
4	実と延を(2, 3)でひろわないといけないので手作業は大変になる。又、番号別の記載なので集計がしにくい。	横浜市
5	ふだんの日計表は、相談と訪問で分かれていて、相談新、年度新等も別々にカウントですが、今回は一緒にしてしまいました。よかったですでしょうか？	横浜市

援助方法		
1	文書は個人宛の通知文書も援助とみなすか。	県城市町村
2	援助方法が電話、文書の場合があるのに、対象者のことは「被面接者」となっているので、より適切な表現はないか。	県城市町村
3	訪問後、面接用、電話用でシートを分けた方が書きやすい。	県城市町村
4	関係機関への連絡・調整をどの様に記入してよいか迷ってしまいました。	県城市町村

訪問先		
1	訪問先を細かく分ける必要があるか。家庭、作業所、職場、医療機関、その他で良いのではないか。	横須賀市

担当者		
1	現在、事務職が不在のため、殆ど担当保健師が対応しているので担当者の区分が活用されない	県城市町村
2	担当者に看護職種があるとよい。	県城市町村
3	市町村職員が県保健福祉事務所職員に、同行訪問を依頼する場合にそのことを記載する項目が欲しい	県城市町村
4	県保健福祉事務所職員が市町村職員に同行訪問を依頼する場合にそのことを記載する項目が欲しい	県保福事務所

保健師		
1	保健師活動報告表(月報)と記載事項が統一されればよいと思う。 (訪問日計表で精神障害の項目が社会復帰・老人精神保健・アルコールしかない)	県城市町村
2	保健師業務報告と同じような書式の方がよい。	県城市町村
3	別に保健師の統計もあり、一本化が図れないものか。手間はできるだけ少ないほうが良い。	県城市町村
4	保健師独自の国の統計もこの日計表をつかうことで出せるようになれば普及が早いと思う	県保福事務所
5	保健師の業務統計と二度手間なので、一体化して欲しい	県保福事務所

負担感		
1	個人の記録の他に1行ずつ記載していくのは事務量がすぎる。	県城市町村
2	他の報告と重複しているため、大変事務量が多くなった。	県城市町村
3	わが市はスタッフが相談業務になれていないこともあり事業担当者がまとめて記入した。件数が多くなった場合担当者の負担になる(スタッフ全員で共有すべきことだと思いますが)	県城市町村
4	1件づつ適合する番号を考えたながら記載することに時間がかかり、その都度記入でき	県城市町村
5	週ごとの集計ではなく月ごとが良い。	県城市町村
6	結構大変でした	県城市町村
7	じっくり検討する時間が無くてすいません。	県城市町村
8	慣れないため大変時間がかかりました。	県城市町村
9	いろいろあるが、慣れるしかない。	横須賀市
10	これだけの量を手作業集計するのは、業務上かなりの負担になると思う。	横浜市

追加項目		
1	追加すべき項目は特にありませんでした。	県城市町村
2	家族構成 単身・家族同居	川崎市
3	身体観察・ケア	川崎市
4	当事者家族からの相談の場合わかりやすいが、近隣者や友人などからの相談の場合、ほとんどの項目について記入するのに迷った。	県城市町村

その他		
1	報告日は翌月にしたがそれでよいか？	県城市町村
2	1例なので、使い勝手がどうかまでは、判断がつかなかった。	県城市町村

精神病院での長期在院に関連する要因についての検討

分担研究者 藤田 利治 国立保健医療科学院疫学部 疫学情報室長
研究協力者 佐藤 俊哉 京都大学大学院医学研究科 医療統計学 教授

研究要旨

目的 長期在院が問題視されている精神障害者の社会復帰・ノーマライゼーションを推進するため、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する。

方法 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 年の厚生労働度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。

結果 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 人当た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。

結論 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。

A. 研究目的

厚生労働省の病院報告¹⁾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 年代に入り頭打ちになり、

1985 年以降はわずかに減少傾向にあることが示されている。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、多くの批判がある。しかし、この平均在院日数という指標は、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、在院期間の平均値になる。精神疾患の入退院に関わる状況は定常状態にはないことから平均在院日数は在院期間の平均値になってはいない²³⁾。また、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り、代表値として平均値を用いることは不適切であり、精神疾患の在院期間が非常に長いという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、欧米諸国では中央値などを使用している。平均在院日数という日本語に惑わされて、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が、現状でもこの誤解は完全には払拭されていない。

我々は、特定期間に入院した患者コホートの退院までの「在院期間」とある時点で在院患者での入院時点からその時点までの「継続在院期間」とを区別し、厚生労働省の患者調査を用いて推計する方法を提案した²⁾。そして、平均在院日数を精神疾患の在院期間の代表値とすることの誤りを広報してきた^{3,7)}。精神疾患にかかわる在院期間の分布は経年的に短期化する傾向にあり、平均在院日数の年次推移とは明らかに異なっていた²⁷⁾。欧米と比べれば在院期間は確かに長期間である⁸⁾が、その中央値は平均在院日数と比べ著しく短期間であること⁷⁾なども既に報告した。また、医療保護入院および措置入院した精神障害者に限っても、在院期間が長いと考えられる地域においてさえ5ヵ月以内に半数が退院していることを明らかにした⁹⁾。

これまで精神疾患にかかわる長期在院に関連する要因の解明は、性別、年齢および診断など一部の要因について報告されてきたに過ぎない^{24,6)}。また、精神病院特性と長期在院との関連について、定量的な報告がなされたことはないと思われる。本報告では、誤解されることの多かった平均在院日数という統計指標ではなく、在院患者における退院の発生率 (incidence rate) である退院率を用いて、精神疾患での長期

在院にかかわる関連要因についての解明を行う。

B. 研究方法

対象者は、主傷病がICD (国際疾病分類) の第10回改正により「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 (以下、これらの疾患を「精神疾患」という)。用いた資料は1999年の厚生労働省患者調査病院票及び病院退院票、病院報告患者票及び従事者票であり、指定統計の目的外使用の承認を得て分析した (統発第0313001号、平成15年3月13日)。患者調査病院票については精神疾患を主傷病として精神病院に在院中の患者の全データ81,124件を、病院退院票については精神病院を退院した精神疾患患者の全データ9,772件 (うち、治癒ないし軽快による退院は7,071件) を分析に用いた。

患者調査は無作為に抽出された標本医療施設を受療した患者を対象にした調査であるが、在院患者については1999年10月19日~21日の3日間のうち標本医療施設ごとに指定された1日での在院中の患者、退院患者については1999年9月の1ヵ月間に同じ標本医療施設から退院した患者が調査対象にされている¹⁰⁾。標本調査である患者調査に基づいてわが国の在院患者数や1ヵ月の退院患者数を推計するために、抽出率の逆数に相当する重み係数が調査対象患者ごとに与えられている。

退院率は、次式のように、在院患者における退院をイベントとする発生率 (incidence rate) である。

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

すなわち、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り、在院患者が退院する速度を100人年当りで

表している（図1）。今回の検討は治癒・軽快による退院率についてであることから、分子の発生数は治癒・軽快による退院件数であり、死亡、悪化ないし転院などの他の理由による退院患者については右側打ち切りデータとして分母の観察人年にかかわる情報のみを使用した。ただし、全国値を求めるためには、患者調査の調査対象患者に抽出率の逆数に相当する重みを付けて推計する必要があることから、重み付きの退院数および観察人年を用いた。本報告での観察対象期間は、退院患者（病院退院票）については1999年9月の30日間、在院患者（病院票）については1999年10月中旬の調査日以前の30日間とした。なお、入院日当日に退院した退院患者と病院票の調査日に入院した在院患者の観察人年には0.5日を与えた。

病院報告はすべての病院を対象とする全数調査であり、毎月の報告がなされる患者票と年1回の報告がなされる従事者票からなる。本報告では、各月の病院報告患者票を病院ごとに累積し、これと従事者票とを医療施設整理番号によりレコードリンケージを行い、以下に述べる病院特性を作成した。

退院率との関連を検討する要因として、患者調査からは地域ブロック、性別、年齢、診断及び継続在院期間（在院中の患者の入院時点からの期間）を取上げた。なお、年齢および継続在院期間は観察対象期間の開始時点において在院中の患者についてはその時点のそれぞれのものを用い、また観察対象期間中に入院した患者についての年齢は入院時点のもの、継続在院期間は0日とした。また、病院報告からの病院特性として、病院の開設者、精神病床規模、医師1人当りの在院患者数、看護師・准看護師1人当りの在院患者数、医療社会事業従事者1人当りの在院患者数を用いた。病院報告からの病院特性は、医療施設整理番号を用いて患者調査病院票および退院病院票とのレコードリンケージを行った。

退院率と各要因との関連についての統計解

析は、精神疾患での治癒・軽快での退院、および「統合失調症、分裂病型障害及び妄想障害」（F20-F29。以下、「統合失調症等」という。）での治癒・軽快での退院について行った。解析は、まず要因ごとに退院数と退院率（1年間100人当たり。以下、/pyと表す。）を算出した。退院率と各要因との関連については、要因ごとに定めた基準カテゴリーに対する他のカテゴリーの非退院相対リスクを指標として、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。

解析に用いた重みは、上述の患者調査での調査対象患者の抽出率の逆数に相当するものであり、重み付きポアソン回帰モデルにより退院率の全国値に関する推測を行うことができる。しかし、通常の重み付き解析では、回帰係数の推定に偏りは入らないが、最尤法に基づく分散の推定は誤っており、この結果、「回帰係数がゼロ」という帰無仮説の検定、回帰係数の信頼区間が誤って計算されてしまう。このことを防ぐために、「分散のロバストな推定値」を用いて、帰無仮説の検定と95%信頼区間の計算を行った¹¹⁾。

解析結果の表示は、各要因の有意確率とともに、それぞれの要因の各カテゴリーの基準カテゴリーに対する非退院相対リスクとその95%信頼区間（統計的推測の多重性にかかわる調整は未実施）を示した。解析には、The SAS System for Windows V8.02を使用した^{12,13)}。

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報あるいはヒト生体資料を扱うことはなく、倫理面の特段の配慮は該当しない。

C. 研究結果

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1）。主に統計的推測のもとになる治癒・軽快に

よる病院退院率は 7,005 件とかなりのサイズであることから、すべての要因において有意確率 0.001 未満の違いが観察された。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、病床規模が 100 床以上、医師 1 人当りの在院患者数が多い、看護師・准看護師 1 人当りの在院患者数が多い、および医療社会事業従事者がいないあるいは 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 ヶ月未満のものであった。1 ヶ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 と治癒・軽快による退院は極めて稀な事象であった。

多変量解析の結果、非退院と長期間の継続在院期間がもっと強く関連す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っていた。他の要因の多くでは、単変量解析と比べて関連が弱まった。非退院リスクが高い患者特性は、男、高齢、診断については血管性等の痴呆、精神遅滞および統合失調症等があげられた。地域ブロックでの違いは、偶然変動内のものになった。

病院特性による違いは、単変量解析と比べて明らかに小さくなった。病院開設者については、国ないし自治体と比べて、個人の施設での非退院相対リスクは 1.26 倍、医療法人の施設で 1.15 倍ほどであり、退院の可能性がわずかに低い傾向がみられた。精神病床規模については、有意な違いはみられなくなった。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。第四次医療法改正（2001 年 3 月）

での精神病棟の職員配置基準との関連からは、大学病院・総合病院の場合の医師 1 人当たり 16 人の在院患者数という基準を満たす場合と比べて、それ以外の精神病棟の基準である 48 人さえ満たさない精神病院では非退院相対リスクが 1.16 倍と高くなっていた。看護師・准看護師についても、大学病院・総合病院の場合の看護師・准看護師 1 人当たり 3 人の基準を満たす場合と比べて、それ以外の精神病棟の基準である 4 人さえ満たさない精神病院での非退院相対リスクが高い傾向であった。医療社会事業従事者については、単変量解析と比べて関連が弱まり、偶然変動の範囲内の違いになった。

一方、精神疾患での退院患者の 52% を占める統合失調症等での治癒・軽快による退院 3,632 件のデータから、9 月 1 ヶ月間に 5,492 人が治癒・軽快で退院し、退院率は 41.5 と推計された（表 2）。精神疾患全体と同様、単変量解析では検討したすべての要因で高度に有意な差が認められ、非退院相対リスクの増大と関連する特性も類似していた。特に、治癒・軽快での退院の 25% が、観察開始時の継続在院期間が 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。一方、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での治癒・軽快による退院が極めて稀なことが示された。

多変量解析の結果、最も強く非退院と関連する要因はやはり継続在院期間であり、5 年以上、さらに 10 年以上と在院が長期化するにつれて退院の可能性が顕著に低くなることが明らかになった。他の要因の多くでは単変量解析と比べて関連が弱まった。地域ブロックでの違いは、偶然変動の範囲内の小さな差異になった。患者特性では、男、高齢において非退院相対リスクが高くなっていた。病院特性については、医師 1 人当りの在院患者数が 48 人を超えたり、看護師・准看護師 1 人当りの在院患者数が 5 人を超えたりする場合に、退院の可能性がやや低くなっていた。また、病院開設者については個

人ないし医療法人の場合に非退院相対リスクがわずかに高くなっていたが、精神病床規模については大きな違いがみられなかった。

D. 考察

本報告では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、全国レベルでの総合的分析を報告した。1999年の患者調査では68%に当たる精神病院が調査対象施設となっており、わが国の精神病院における退院の実態を反映した報告といえる。これまで性別、年齢、診断および居住地域などについて個別に報告してきた^{24,27)}が、今回のような総合的検討はわが国ではこれまで報告されたことはない。長期在院が問題視されている精神障害者の社会復帰・ノーマライゼーションの推進が図られようとしている現状において、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る。精神疾患すべてと統合失調症等の結果が類似したものであったことから、以下では特に断らない限り、両者を合わせて簡単にコメントする。なお、今回の分析には大規模なデータを使用したことから、わずかな違いについても統計的には有意($p<0.05$)となっている。退院率や相対リスクの大きさの現実的な意味に注目して解析結果を評価すべきことを、特に強調しておきたい。

退院を阻む最大の患者特性は、当然予想されるように、これまでの継続在院期間の長さであった。精神疾患の入院から退院までの「在院期間」は経年的に単調に短期化する傾向が認められることは既に報告しているが、一方で、在院中の精神疾患患者についての入院からその時点までの「継続在院期間」は逆に経年的に長期化の一途を辿ってきた²⁷⁾。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認められている¹³⁾。1999年段階で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29.5%)、5年を超えるものは15.1万人(43.6%)に及ぶ¹³⁾。また、統合失調症等

に限っては、10年を超える長期継続在院患者は8.6万人(38.9%)、5年を超えるものは12.1万人(54.8%)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患者に対する抜本的な対策が、今回の結果からも強く求められる。

継続在院期間を含めて他の要因を相互に調整した多変量解析においては、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してきた現象である^{7,14)}。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、この傾向が示された^{6,7,13)}。診断については、血管性等の痴呆、精神遅滞および統合失調症等での退院可能性が低く、これも従来の結果と符合する⁹⁾。ただし、本報告では示さなかったが、血管性等の痴呆での死亡退院数は経年的に次第に増加してきている点は留意すべきである。

また、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過ぎなかった。単変量解析においては退院率に明確な地域格差が存在していたが、多変量解析においては地域差が縮小した。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と推察される。

病院特性について要因と退院率との関連は、本報告ではじめて明確にされた重要なものである。しかし、患者特性に比べて、退院率との関連は相対的には弱いといえる。多変量解析の結果、精神病院の開設者については、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。また、医師および看護師・准看護師といった医療従事者が不足している場合にも、退院の可能性がやや低い傾向が示された。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¹⁶⁾。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と考える。

本報告では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報告した。これはわが国で最初のものである。精神疾患にかかわる長期在院が問題視されている現状において、そのハイリスク・グループの構造が明らかになったといえる。患者側要因が大きいものの、施設側要因との関連も示され、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考えられる。

E. 結論

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。

文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 12 年医療施設調査・病院報告 (全国編) 上巻. 2001.
- 2) 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 1991; 38: 350-358.

- 3) 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 1994; 58(1): 8-12.
- 4) 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. 厚生指標 1991; 38(15): 20-26.
- 5) 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 1992; 34: 247-257.
- 6) 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 1992; 15: 119-129.
- 7) 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 1994; 2(2): 81-92.
- 8) Wing JK. Health services planning and research. Gaskell, 1989.
- 9) 山下なつみ, 藤田利治, 永田昌慶. 一保健所管内の精神科入院患者の在院期間と再入院についての追跡調査. 日本公衆衛生雑誌 1995; 42: 219-228.
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 11 年患者調査 (全国編) 上巻. 2001.
- 11) Robins JM, Hernán MA, Brumback B. Marginal structural models and causal inference in epidemiology. Epidemiology 2000; 11: 550-560.
- 12) 松山裕, 林邦彦, 佐藤俊哉, 大橋増雄. Generalized Estimating Equations の理論と応用. 薬理と治療 1996; 24: 2531-2542.
- 13) Stokes ME, Davis CS, Koch GG. Categorical data analysis using the SAS system, 2nd edition. North Carolina: SAS institute Inc., 2000; 469-458.
- 14) 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 1991; 38: 299-309.
- 15) 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. 平成 14 年度構成労働科学研究費補助金 (障害保健健康福祉総合研究事業) 「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 2003: 163-201.
- 16) 金子晃一. 第 4 次医療法改正と今後の課題. 精神神経学雑誌 2001; 103: 905-920.

F. 健康危険情報

該当なし

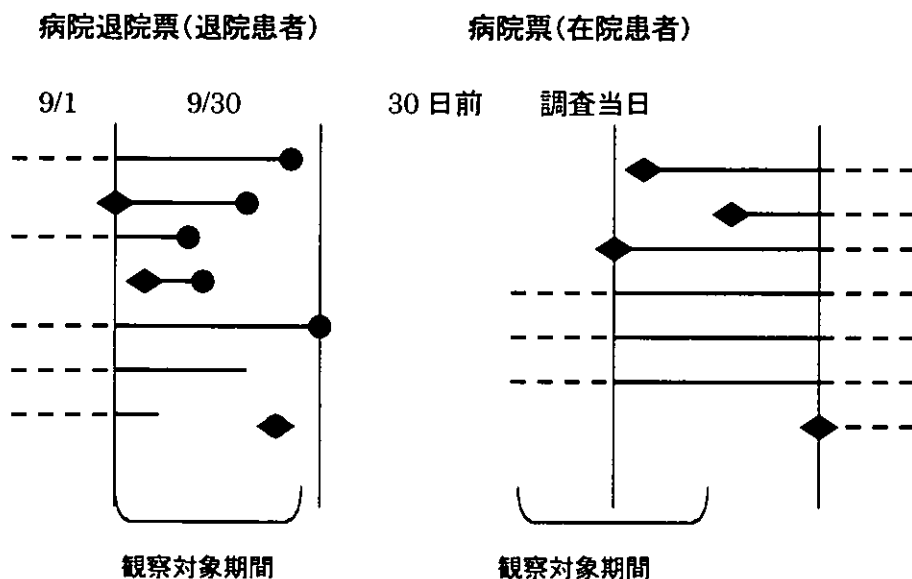
G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 渡辺ゆかり、藤田利治. 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実態. 日本公衆衛生雑誌 50:400-413, 2003.
 - 2) 藤田利治、谷畑健生、三浦宜彦. 1998年以降の自殺死亡急増の地理的特徴. 厚生指標 50(10):27-34, 2003.
 - 3) 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:患者調査及び病院報告に基づく検討. 厚生指標 50(1):12-19, 2004.
- 2) 藤田利治、佐藤俊哉. 精神病院における統合失調症の退院率に関連する要因. 第68回日本民族衛生学会総会講演集 116-117, 2003.
 - 3) 藤田利治. 統合失調症入院患者の退院率にみられる地域差. 第14回日本疫学会学術総会講演集 79, 2004.
- H. 知的所有権の取得状況
該当なし

2.学会発表

- 1) 藤田利治、谷畑健生、三浦宜彦. 大都市部での自殺死亡急増. 第62回日本公衆衛生学会総会抄録集 176, 2003.



- ・ 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1 退院率についての模式図

表1 精神病院における治療・軽快での精神疾患の退院率とその関連要因

	9月の		退院率 /100人	*1)回帰モデルでの非退院相対リスク (95%信頼区間)	
	退院患者数	人年		単定量	多定量
総計	10,533	18,672	56.4		
地域ブロック				***	ns
北海道	539	1,000	53.9	1.22 (0.99 , 1.52)	1.21 (0.97 , 1.51)
東北	1,108	1,750	63.3	1.04 (0.94 , 1.15)	1.01 (0.90 , 1.13)
関東I	2,071	3,143	65.9	1.0	1.0
関東II	651	1,244	52.4	1.26 (1.12 , 1.41)	1.03 (0.91 , 1.17)
北陸	521	928	56.1	1.17 (1.04 , 1.33)	0.97 (0.84 , 1.11)
東海	1,010	1,836	55.0	1.20 (1.07 , 1.34)	1.01 (0.90 , 1.15)
近畿I	1,440	2,190	65.7	1.00 (0.91 , 1.11)	1.00 (0.89 , 1.12)
近畿II	184	336	54.8	1.20 (1.02 , 1.42)	1.01 (0.85 , 1.20)
中国	816	1,523	53.6	1.23 (1.07 , 1.41)	1.00 (0.86 , 1.16)
四国	477	865	55.1	1.20 (1.05 , 1.36)	1.02 (0.88 , 1.18)
北九州	857	2,151	39.8	1.65 (1.45 , 1.88)	1.28 (1.12 , 1.48)
南九州	859	1,706	50.4	1.31 (1.17 , 1.46)	1.03 (0.91 , 1.16)
性別				***	***
男	5,423	10,223	53.0	1.14 (1.08 , 1.21)	1.17 (1.09 , 1.24)
女	5,111	8,448	60.5	1.0	1.0
年齢				***	***
15-24歳	892	357	249.7	1.0	1.0
25-34歳	1,791	1,149	155.9	1.60 (1.41 , 1.82)	1.10 (0.96 , 1.26)
35-44歳	1,921	2,101	91.5	2.73 (2.40 , 3.10)	1.19 (1.03 , 1.36)
45-54歳	2,300	4,591	50.1	4.98 (4.41 , 5.64)	1.45 (1.27 , 1.66)
55-64歳	1,677	4,896	34.3	7.29 (6.41 , 8.28)	1.85 (1.60 , 2.13)
65-74歳	1,078	3,423	31.5	7.92 (6.88 , 9.12)	2.21 (1.90 , 2.58)
75歳以上	874	2,155	40.5	6.16 (5.31 , 7.14)	2.06 (1.71 , 2.48)
診断				***	***
統合失調症、分裂病型障害及び妄想障害	5,492	13,222	41.5	3.49 (2.97 , 4.09)	1.37 (1.16 , 1.62)
気分(感情)障害	1,854	1,139	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	257	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	1,000	140.8	1.03 (0.87 , 1.22)	0.93 (0.77 , 1.12)
精神遅滞(知的障害)	118	496	23.8	6.09 (4.49 , 8.25)	1.58 (1.15 , 2.16)
血管性及び詳細不明の痴呆	645	1,604	40.2	3.60 (2.97 , 4.37)	1.78 (1.43 , 2.22)
その他の精神及び行動の障害	552	729	75.8	1.91 (1.57 , 2.33)	1.29 (1.05 , 1.58)
てんかん	89	225	39.8	3.64 (2.70 , 4.92)	1.34 (0.98 , 1.84)
継続在院期間				***	***
1ヵ月未満	4,866	1,436	338.9	1.0	1.0
1-3ヵ月未満	2,907	1,172	248.1	1.37 (1.27 , 1.47)	1.26 (1.17 , 1.36)
3-6ヵ月未満	1,176	1,044	112.6	3.01 (2.74 , 3.31)	2.58 (2.34 , 2.84)
6ヵ月-1年未満	668	1,298	51.5	6.58 (5.79 , 7.47)	5.29 (4.64 , 6.02)
1-2年未満	430	1,753	24.5	13.8 (11.5 , 16.6)	10.8 (9.0 , 13.0)
2-3年未満	127	1,251	10.1	33.5 (26.2 , 42.6)	25.5 (20.0 , 32.5)
3-5年未満	180	1,847	9.7	34.9 (26.4 , 45.9)	26.3 (19.9 , 34.8)
5-10年未満	100	2,811	3.6	95.0 (70.6 , 127.9)	72.3 (53.6 , 97.6)
10年以上	80	6,061	1.3	256.8 (181.0 , 364.2)	181.5 (127.4 , 258.5)
病院開設者				***	**
国、自治体	1,075	930	115.6	1.0	1.0
医療法人	7,586	14,413	52.6	2.20 (2.02 , 2.39)	1.15 (1.03 , 1.29)
個人	765	1,664	46.0	2.51 (2.20 , 2.87)	1.26 (1.07 , 1.50)
その他	1,107	1,665	66.5	1.74 (1.55 , 1.95)	1.01 (0.88 , 1.16)
精神病床規模				***	ns
20-99床	353	300	118.0	1.0	1.0
100-199床	2,629	4,096	64.2	1.84 (1.54 , 2.19)	1.16 (0.96 , 1.41)
200-299床	2,956	6,007	49.2	2.40 (2.02 , 2.85)	1.19 (0.98 , 1.45)
300-499床	3,523	6,440	54.7	2.16 (1.82 , 2.56)	1.12 (0.92 , 1.38)
500床以上	1,072	1,829	58.6	2.01 (1.67 , 2.42)	1.02 (0.83 , 1.26)
医師1人当りの在院患者数				***	**
48人超	353	1,213	29.1	6.04 (4.96 , 7.34)	1.10 (0.86 , 1.41)
●48人以下-40人超	1,280	3,220	39.7	4.42 (3.81 , 5.13)	0.99 (0.81 , 1.21)
40人以下-32人超	4,312	8,766	49.2	3.57 (3.12 , 4.09)	0.94 (0.77 , 1.13)
32人以下-16人超	4,121	5,206	79.1	2.22 (1.94 , 2.54)	0.86 (0.72 , 1.03)
○16人以下	467	266	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	166	18.9	3.97 (2.72 , 5.80)	1.29 (0.86 , 1.94)
6人以下-5人超	207	866	23.8	3.16 (2.63 , 3.80)	1.57 (1.29 , 1.92)
5人以下-4人超	1,346	3,397	39.6	1.90 (1.73 , 2.09)	1.12 (1.00 , 1.25)
●4人以下-3人超	3,851	7,469	51.6	1.46 (1.37 , 1.56)	1.02 (0.95 , 1.10)
○3人以下	5,098	6,773	75.3	1.0	1.0
医療社会事業従事者1人当りの在院患者数				***	ns
いない	2,296	5,053	45.5	1.66 (1.53 , 1.80)	1.01 (0.93 , 1.10)
200人超	1,524	3,391	44.9	1.68 (1.53 , 1.83)	1.09 (0.98 , 1.20)
200人以下-100人超	2,758	4,974	55.5	1.36 (1.26 , 1.46)	1.10 (1.02 , 1.19)
100人以下	3,955	5,254	75.3	1.0	1.0

第四次医療法改正：○大学病院・総合病院 ●それ以外の精神病院

***:p<0.001 **:p<0.01 *:p<0.05 ns:有意差なし

表2 精神病院における治癒・軽快での統合失調症等の退院率とその関連要因

	9月の		退院率 /100py	*AIC/回帰モデルでの非退院相対リスク (95%信頼区間)	
	退院患者数	人年		単変量	多変量
総計	5,492	13,222	41.5		
地域ブロック				***	ns
北海道	261	660	39.6	1.31 (0.95 , 1.80)	1.37 (0.99 , 1.90)
東北	489	1,198	40.8	1.27 (1.11 , 1.46)	1.09 (0.93 , 1.27)
関東I	1,226	2,366	51.8	1.0	1.0
関東II	332	955	34.8	1.49 (1.26 , 1.76)	1.17 (0.98 , 1.39)
北陸	243	671	36.2	1.43 (1.19 , 1.71)	1.06 (0.87 , 1.29)
東海	523	1,368	38.3	1.35 (1.16 , 1.58)	1.11 (0.94 , 1.30)
近畿I	716	1,493	48.0	1.08 (0.94 , 1.24)	1.01 (0.86 , 1.18)
近畿II	99	263	37.6	1.38 (1.10 , 1.72)	1.09 (0.86 , 1.37)
中国	420	1,057	39.7	1.30 (1.08 , 1.58)	0.98 (0.80 , 1.20)
四国	317	650	48.8	1.06 (0.90 , 1.25)	0.92 (0.77 , 1.10)
北九州	397	1,359	29.2	1.78 (1.47 , 2.15)	1.30 (1.06 , 1.59)
南九州	469	1,183	39.7	1.31 (1.13 , 1.51)	1.06 (0.90 , 1.25)
性別				***	***
男	2,730	7,294	37.4	1.25 (1.15 , 1.35)	1.17 (1.07 , 1.28)
女	2,762	5,927	46.6	1.0	1.0
年齢				***	***
15-24歳	570	254	224.4	1.0	1.0
25-34歳	1,207	908	132.9	1.69 (1.44 , 1.99)	1.18 (1.00 , 1.39)
35-44歳	1,242	1,691	73.4	3.06 (2.60 , 3.60)	1.21 (1.02 , 1.44)
45-54歳	1,302	3,753	34.7	6.47 (5.51 , 7.59)	1.61 (1.36 , 1.92)
55-64歳	777	3,766	20.6	10.88 (9.14 , 12.96)	2.03 (1.68 , 2.45)
65-74歳	316	2,230	14.2	15.82 (12.92 , 19.37)	2.90 (2.33 , 3.61)
75歳以上	78	618	12.6	17.76 (12.32 , 25.60)	3.46 (2.39 , 5.01)
継続在院期間				***	***
1ヵ月未満	2,344	708	331.1	1.0	1.0
1-3ヵ月未満	1,398	623	224.5	1.47 (1.33 , 1.63)	1.42 (1.28 , 1.58)
3-6ヵ月未満	663	594	111.7	2.97 (2.60 , 3.38)	2.68 (2.35 , 3.06)
6ヵ月-1年未満	413	751	55.0	6.02 (5.07 , 7.14)	5.23 (4.40 , 6.21)
1-2年未満	307	1,083	28.4	11.7 (9.4 , 14.6)	9.7 (7.8 , 12.2)
2-3年未満	93	827	11.2	29.5 (22.3 , 39.0)	23.6 (17.8 , 31.3)
3-5年未満	134	1,293	10.3	32.0 (22.7 , 45.1)	25.2 (17.8 , 35.6)
5-10年未満	78	2,142	3.6	90.9 (65.8 , 125.5)	71.2 (51.4 , 98.5)
10年以上	63	5,202	1.2	274.3 (187.6 , 401.1)	192.6 (131.0 , 283.2)
病院開設者				***	*
国、自治体	588	685	85.9	1.0	1.0
医療法人	3,926	10,178	38.6	2.23 (1.99 , 2.49)	1.18 (1.01 , 1.39)
個人	383	1,156	33.2	2.59 (2.14 , 3.12)	1.26 (0.99 , 1.62)
その他	595	1,203	49.5	1.74 (1.49 , 2.03)	1.00 (0.83 , 1.20)
精神病床規模				***	ns
20-99床	145	209	69.3	1.0	1.0
100-199床	1,210	2,774	43.6	1.59 (1.21 , 2.07)	1.01 (0.76 , 1.36)
200-299床	1,614	4,300	37.5	1.85 (1.42 , 2.40)	1.03 (0.77 , 1.39)
300-499床	1,953	4,642	42.1	1.65 (1.27 , 2.14)	0.96 (0.71 , 1.30)
500床以上	569	1,296	43.9	1.58 (1.19 , 2.09)	0.92 (0.67 , 1.26)
医師1人当りの在院患者数				***	**
48人超	184	884	20.8	5.55 (4.20 , 7.33)	1.18 (0.83 , 1.70)
◎48人以下-40人超	704	2,341	30.1	3.83 (3.08 , 4.77)	1.01 (0.75 , 1.35)
40人以下-32人超	2,312	6,221	37.2	3.10 (2.54 , 3.78)	0.93 (0.71 , 1.23)
32人以下-16人超	2,102	3,610	58.2	1.98 (1.62 , 2.41)	0.84 (0.65 , 1.08)
○16人以下	190	165	115.1	1.0	1.0
看護師+准看護師1人当りの在院患者数				***	*
6人超	22	136	15.9	3.44 (2.18 , 5.44)	1.20 (0.72 , 2.01)
6人以下-5人超	114	645	17.7	3.11 (2.41 , 4.01)	1.50 (1.14 , 1.98)
5人以下-4人超	711	2,438	29.2	1.88 (1.64 , 2.16)	1.08 (0.92 , 1.27)
◎4人以下-3人超	2,044	5,261	38.9	1.41 (1.29 , 1.54)	1.01 (0.91 , 1.11)
○3人以下	2,602	4,741	54.9	1.0	1.0
医療社会事業従事者1人当りの在院患者数				***	***
いない	1,322	3,709	35.6	1.56 (1.40 , 1.75)	1.00 (0.89 , 1.12)
200人超	805	2,464	32.7	1.71 (1.50 , 1.94)	1.20 (1.04 , 1.38)
200人以下-100人超	1,367	3,463	39.5	1.41 (1.28 , 1.56)	1.24 (1.11 , 1.37)
100人以下	1,998	3,585	55.7	1.0	1.0

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

自殺死亡急増の地理的特徴

分担研究者 藤田 利治 国立保健医療科学院疫学部 疫学情報室長

研究要旨

目的 自殺予防に向けて、1989 年から 1995 年までの 7 年間と比較し、3 万人を超える自殺死亡数が観察されている 1998 年から 2000 年までの 3 年間の自殺死亡急増にかかわる地域集積性について明らかにする。

方法 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。

結果 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。

結論 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解明が必要とされている。また、大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。

A. 研究目的

わが国の自殺死亡は、1998 年に急増し、年間死亡数 31,755 人と死亡統計始まって以来の高値を示した¹⁾。これは前年と比べて 35% 増と急激なものであり、以降の年次においても 3 万人を超える自殺死亡発生が継続している。自殺死亡急増に対する的確かつ効率的な対策を実施するためには、自殺死亡の実態把握を正確に行

うことが不可欠である。

ところで、公刊されている統計^{2,3)}において、歴史的には 1950 年以降において 2 回の自殺死亡急増が既に観察されている^{2,3)}。すなわち、1958 年 (23,641 人) をピークとする 1955 年前後の第 1 の急増、1986 年 (25,667 人) をピークとする 1985 年前後の第 2 の急増であり、1998 年以降の急増は第 3 のものといえる (図 1)。ま

た、図1から、第2の急増と1998年以降の急増の多くの部分は男によることが明らかであり、1998年では男は70% (22,349人) を占めていた。

自殺死亡は高齢者で高率であることが一般的であるが、欧米と異なり、わが国の自殺死亡率には年齢階級による山が急増期にはみられている。例えば、男において、第1の急増期に当たる1955年には20歳前半をピークとする若年者での自殺死亡率の山があり、以降の年次では若年者の自殺死亡率の山が次第に消失していった(表1)。また、1985年前後の第2の急増期においては50-54歳をピークとする中高年の男で自殺死亡率の山の出現が経験されている。第3の急増にかかわる2000年においては、55-59歳をピークとする極めて高い自殺死亡率の山が出現しており、70歳以上の年齢階級では1990年以前と比べてむしろ低下していた。

1985年前後(第2の急増期)の自殺死亡増加については、そのピークとなった45-59歳が1955年前後(第1の急増期)の自殺死亡のピークとなった世代と同じ出生コホート集団であったことから、昭和一桁世代のコホート効果が話題となった。しかしながら、2000年(第3の急増)での男の自殺死亡率のピークは55-59歳であり、これは1985年前後でのピークの中心世代より10年程度後に出生した世代であった(表1)。1998年以降の自殺死亡急増は、昭和一桁生まれの戦中・戦後体験により刻み込まれた心理・精神的な特性によるコホート効果というよりも、各年齢階級が受ける社会・経済的要因の時代効果との関連から検討する方がより現実的といえる。

2000年に策定された「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」においては、2010年までに自殺死亡数を2万2千人に減らすことが目標のひとつに掲げられている。自殺死亡の第2の山がみられた1985年前後以降において、目標の自殺死亡数である2万2千人未満であったのは1989年から1995年までの7年間

である。そこで、本報告では、自殺予防に向けて、1989年から1995年までの7年間と比較し、3万人を超える自殺死亡数が観察されている1998年から2000年までの3年間の自殺死亡急増にかかわる地域集積性について報告する。併せて、1983年から1987年までの第2の急増期との違いについても触れることにする。

B. 研究方法

用いた資料は1983-1987年、1989-1995年および1998-2000年の人口動態調査死亡票であり、指定統計の目的外使用の承認を得て分析した。対象は、自殺で死亡した日本における日本人である。死因の国際疾病分類コードが、1983年から1994年まではE950-E959(ICD9)、1995年から2000年まではX60-X84(ICD10)に該当するものについて検討した。

また、自殺死亡率の分母となる人口には、各年次の10月1日現在の日本人人口を用いた。都道府県と二次医療圏の年齢階級別人口は、国勢調査年の年齢階級別人口を内挿して使用した。1983-1987年、1989-1995年および1998-2000年の人口は、各期間の年次の人口を累計した。

1983-1987年、1989-1995年および1998-2000年との自殺死亡の発生状況の比較では、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比較した。15歳未満での自殺死亡数はわずかであることから、15歳以上についての都道府県別の1年当たり自殺死亡数と粗自殺死亡率を算出し、両期間の粗自殺死亡率(15歳以上)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。また、自殺死亡の増加が著しかった性・年齢階級についても、各期間の性・年齢階級別の死亡率の比較を同様の方法で行った。

第3に、二次医療圏別の自殺死亡率およびその増加の違いを、同様の方法で検討した。二次医療圏の区域には、2000年末時点での360区分