

その2 外来票

<年齢階層・罹患期間中入院期間グループ別患者割合(%、外来票、男性)>

%	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳
入院経験なし	0.00	37.50	26.51	23.76	17.19	13.46	14.24	9.42	9.70	10.34	6.50	5.88	8.00	20.00
10分の1未満	0.00	12.50	21.69	25.25	27.19	31.13	29.72	28.57	26.09	26.11	28.46	23.53	24.00	20.00
4分の1未満(10分の1未満再掲)	100.00	37.50	33.73	41.58	45.00	43.80	42.72	43.51	46.15	44.33	40.65	32.35	36.00	40.00
4分の1以上2分の1未満	0.00	6.25	9.64	4.46	6.56	6.86	8.98	12.99	9.36	10.84	8.13	7.35	12.00	0.00
2分の1以上4分の3未満	0.00	6.25	6.02	3.96	2.50	3.69	2.48	4.22	6.69	6.40	8.94	19.12	16.00	0.00
4分の3以上	0.00	0.00	2.41	0.99	1.56	1.06	1.86	1.30	2.01	1.97	7.32	11.76	4.00	20.00
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n数	1	16	83	202	320	379	323	308	299	203	123	68	25	5

<年齢階層・罹患期間中入院期間グループ別人口当たり患者数(外来票、男性、平成15年3月人口対)>

	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳
入院経験なし	0.00	0.17	0.55	1.04	1.16	1.24	1.19	0.73	0.57	0.48	0.20	0.11	0.07	0.05
10分の1未満	0.00	0.06	0.45	1.10	1.83	2.86	2.48	2.21	1.53	1.22	0.90	0.46	0.21	0.05
4分の1未満(10分の1未満再掲)	0.03	0.17	0.71	1.81	3.03	4.03	3.57	3.37	2.70	2.06	1.28	0.63	0.31	0.10
4分の1以上2分の1未満	0.00	0.03	0.20	0.19	0.44	0.63	0.75	1.01	0.55	0.50	0.26	0.14	0.10	0.00
2分の1以上4分の3未満	0.00	0.03	0.13	0.17	0.17	0.34	0.21	0.33	0.39	0.30	0.28	0.37	0.14	0.00
4分の3以上	0.00	0.00	0.05	0.04	0.11	0.10	0.16	0.10	0.12	0.09	0.23	0.23	0.03	0.05

<年齢階層・罹患期間中入院期間グループ別患者割合(%、外来票、女性)>

%	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳
入院経験なし	61.54	36.67	19.05	19.25	14.22	12.07	13.55	11.67	9.82	12.23	9.38	3.70	25.00	14.29
10分の1未満	15.38	16.67	25.60	26.78	32.00	33.62	29.91	30.74	30.67	28.78	32.29	38.89	33.33	42.86
4分の1未満(10分の1未満再掲)	23.08	33.33	42.86	41.84	44.89	45.69	41.12	44.75	44.17	43.17	44.79	46.30	33.33	42.86
4分の1以上2分の1未満	0.00	8.33	7.74	8.37	8.00	5.17	7.94	6.61	8.59	8.63	5.21	5.56	0.00	0.00
2分の1以上4分の3未満	0.00	5.00	4.17	2.51	0.89	3.02	4.67	5.45	2.45	2.16	4.17	5.56	8.33	0.00
4分の3以上	0.00	0.00	0.60	1.26	0.00	0.43	2.80	0.78	4.29	5.04	4.17	0.00	0.00	0.00
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n数	13	60	168	239	225	232	214	257	163	139	96	54	12	7

<年齢階層・罹患期間中入院期間グループ別人口当たり患者数(外来票、女性、平成15年3月人口対)>

	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳
入院経験なし	0.26	0.63	0.83	1.00	0.68	0.68	0.75	0.75	0.31	0.38	0.22	0.05	0.09	0.04
10分の1未満	0.07	0.29	1.12	1.40	1.52	1.89	1.65	1.98	0.97	0.88	0.74	0.54	0.12	0.11
4分の1未満(10分の1未満再掲)	0.10	0.58	1.88	2.18	2.13	2.57	2.26	2.88	1.39	1.33	1.03	0.64	0.12	0.11
4分の1以上2分の1未満	0.00	0.14	0.34	0.44	0.38	0.29	0.44	0.43	0.27	0.27	0.12	0.08	0.00	0.00
2分の1以上4分の3未満	0.00	0.09	0.18	0.13	0.04	0.17	0.26	0.35	0.08	0.07	0.10	0.08	0.03	0.00
4分の3以上	0.00	0.00	0.03	0.07	0.00	0.02	0.15	0.05	0.14	0.15	0.10	0.00	0.00	0.00

表5 発症年コホート・罹患期間中入院期間グループ別患者数割合

<発症年コホート・罹患期間中入院期間グループ別患者割合(%、入院票、男性)>

	1922-1926年	1927-1931年	1932-1936年	1937-1941年	1942-1946年	1947-1951年	1952-1956年	1957-1961年	1962-1966年	1967-1971年	1972-1976年	1977-1981年	1982-1986年	1987-1991年	1992-1996年	1997-2001年	2002-2003年
10分の1未満	0.00	0.00	40.00	0.00	33.33	0.00	5.43	4.86	3.56	4.43	7.58	6.35	8.20	11.87	10.28	9.24	4.20
4分の1未満(10分の1未満再掲)	0.00	50.00	60.00	50.00	33.33	17.85	11.96	12.55	9.86	13.29	17.05	17.69	21.29	22.16	20.56	18.15	12.61
4分の1以上2分の1未満	100.00	50.00	0.00	50.00	0.00	23.53	3.26	11.74	10.96	13.71	13.64	16.78	19.51	16.89	18.59	14.97	6.72
2分の1以上4分の3未満	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	29.41	25.00	15.38	20.55	20.89	15.91	19.05	16.41	12.66	15.26	10.19	21.01
4分の3以上	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	29.41	54.35	55.47	55.07	47.68	45.83	40.14	34.59	36.41	35.20	47.45	55.46
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n数	1	2	5	4	6	17	92	247	365	474	528	441	451	379	321	314	119

<発症年コホート・罹患期間中入院期間グループ別患者割合(%、入院票、女性)>

	1922-1926年	1927-1931年	1932-1936年	1937-1941年	1942-1946年	1947-1951年	1952-1956年	1957-1961年	1962-1966年	1967-1971年	1972-1976年	1977-1981年	1982-1986年	1987-1991年	1992-1996年	1997-2001年	2002-2003年
10分の1未満	100.00	100.00	20.00	25.00	0.00	0.00	2.17	4.86	3.84	4.01	7.01	4.54	6.87	8.71	8.41	7.01	2.52
4分の1未満(10分の1未満再掲)	100.00	100.00	20.00	50.00	0.00	11.76	6.52	8.50	11.23	10.76	14.77	13.38	14.63	17.15	18.69	19.43	7.56
4分の1以上2分の1未満	0.00	50.00	20.00	100.00	16.67	17.85	10.87	10.12	15.89	9.92	14.58	11.56	15.52	14.78	11.21	13.69	10.08
2分の1以上4分の3未満	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	17.85	18.48	12.96	17.26	18.57	18.75	14.51	11.09	10.82	10.28	10.19	15.97
4分の3以上	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	70.59	50.00	40.08	38.63	36.29	27.08	30.39	22.82	25.07	22.43	37.90	47.05
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n数	1	2	5	4	6	17	92	247	365	474	528	441	451	379	321	314	119

<発症年コホート・罹患期間中入院期間グループ別患者割合(%、外来票、男性)>

	1947-1951年	1952-1956年	1957-1961年	1962-1966年	1967-1971年	1972-1976年	1977-1981年	1982-1986年	1987-1991年	1992-1996年	1997-2001年	2002-2003年
入院経験なし	0.00	0.00	5.88	3.39	0.00	2.84	8.15	9.59	11.54	15.70	21.65	47.13
10分の1未満	0.00	0.00	35.29	22.03	28.57	30.11	28.76	31.40	31.54	28.82	23.59	4.60
4分の1未満(10分の1未満再掲)	0.00	0.00	47.06	44.07	46.43	44.89	45.92	44.48	47.16	44.52	39.83	13.79
4分の1以上2分の1未満	0.00	16.67	0.00	11.86	8.93	13.64	10.30	7.85	5.90	7.74	8.23	13.79
2分の1以上4分の3未満	0.00	50.00	5.88	13.56	8.04	5.68	4.72	4.94	2.82	2.58	4.33	18.39
4分の3以上	100.00	33.33	5.88	5.08	8.04	2.84	2.15	1.74	1.03	0.65	2.38	2.30
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n数	1	6	17	59	112	176	233	344	390	465	462	87

<発症年コホート・罹患期間中入院期間グループ別患者割合(%、外来票、女性)>

	1952-1956年	1957-1961年	1962-1966年	1967-1971年	1972-1976年	1977-1981年	1982-1986年	1987-1991年	1992-1996年	1997-2001年	2002-2003年
入院経験なし	0.00	9.09	2.13	1.45	6.87	8.88	9.27	10.14	15.66	23.17	46.75
10分の1未満	0.00	18.18	27.66	28.99	35.11	34.91	33.98	36.23	31.93	22.71	3.90
4分の1未満(10分の1未満再掲)	25.00	36.36	46.81	50.72	45.04	46.75	46.33	47.83	43.37	38.76	19.48
4分の1以上2分の1未満	25.00	0.00	10.64	8.70	6.87	5.33	7.34	3.77	6.02	9.17	18.18
2分の1以上4分の3未満	50.00	36.36	8.51	5.80	3.82	1.18	1.16	1.16	2.11	4.59	11.69
4分の3以上	0.00	0.00	4.26	4.35	2.29	2.96	1.93	0.87	0.90	1.61	0.00
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n数	4	11	47	69	131	169	259	345	332	436	77

表6 罹患期間中入院期間平均

*全罹患期間を1として表示(罹患期間中入院期間平均±標準偏差)

<性・年齢階層別罹患期間中入院期間平均(入院票)>

	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳
男平均	0.61	0.42	0.55	0.45	0.52	0.57	0.57	0.61	0.65	0.70	0.72	0.71	0.68	0.80
男標準偏差	0.27	0.33	0.31	0.33	0.33	0.32	0.32	0.32	0.31	0.29	0.30	0.30	0.33	0.23
女平均	0.63	0.40	0.46	0.44	0.51	0.50	0.57	0.60	0.61	0.65	0.65	0.68	0.68	0.77
女標準偏差	0.21	0.30	0.31	0.30	0.32	0.33	0.31	0.32	0.31	0.31	0.32	0.31	0.30	0.28

<性・年齢階層別罹患期間中入院期間平均(外来票)>

	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-79歳
男平均	0.19	0.19	0.17	0.18	0.21	0.32	0.28
男標準偏差	0.14	0.2	0.19	0.2	0.22	0.31	0.29
女平均	0.06	0.18	0.15	0.17	0.18	0.2	0.13
女標準偏差	0.08	0.18	0.16	0.2	0.22	0.24	0.19

<性・発症年コホート別入院期間平均(入院票)>

	1922-1926年	1927-1931年	1932-1936年	1937-1941年	1942-1946年	1947-1951年	1952-1956年	1957-1961年	1962-1966年	1967-1971年	1972-1976年	1977-1981年	1982-1986年	1987-1991年	1992-1996年	1997-2001年	2002-2003年
男平均	0.43	0.28	0.07	0.25	0.32	0.58	0.73	0.71	0.72	0.7	0.64	0.61	0.56	0.57	0.57	0.65	0.70
男標準偏差	0	0.15	0.02	0.13	0.25	0.27	0.28	0.3	0.28	0.29	0.32	0.31	0.33	0.34	0.33	0.35	0.28
女平均	0.07	0.18	0.27	0.29	0.67	0.71	0.73	0.69	0.65	0.66	0.6	0.62	0.55	0.55	0.53	0.61	0.69
女標準偏差	0	0.19	0.19	0.16	0.24	0.27	0.26	0.29	0.3	0.29	0.31	0.32	0.33	0.33	0.34	0.35	0.26

<性・発症年コホート別罹患期間中入院期間平均(外来票)>

	1947-1951年	1952-1956年	1957-1961年	1962-1966年	1967-1971年	1972-1976年	1977-1981年	1982-1986年	1987-1991年	1992-1996年	1997-2001年	2002-2003年
男平均	0.93	0.62	0.19	0.29	0.27	0.21	0.16	0.16	0.13	0.12	0.15	0.21
男標準偏差	0.00	0.17	0.30	0.27	0.28	0.24	0.21	0.21	0.18	0.16	0.21	0.26
女平均		0.46	0.30	0.23	0.21	0.15	0.13	0.13	0.10	0.11	0.14	0.17
女標準偏差		0.23	0.26	0.24	0.24	0.21	0.21	0.18	0.15	0.16	0.19	0.21

研究2-1. 精神病床における患者残存の年次変化に関する研究

分担研究者 長谷川敏彦(国立保健医療科学院政策科学部)

研究協力者 堀口 裕正(九州大学大学院医学研究科)

A. 目的

日本の精神病床の利用については、さまざまな問題が指摘されている。その中で今回の研究においては精神病床の病床利用について年次変化が見られるかを明らかにすることを目的とする。分析には日本の入院患者の状況を1時点で非常に大きな母集団で捉えている厚生労働省の患者調査を利用した。患者調査のデータを利用することによって、精神病床の新規入院患者が一定期間後も入院している確率を計算することができる。その計算法を利用することによって都道府県や年次で差があるかを検証する。

B. 方法

1. データ

2002年度患者調査および1999年度患者調査の入院票および退院票の個票データを使用した。患者データのうち、精神病床に入院している患者を抽出した。

2. 退院曲線

本手法は、患者調査の入院票（在院患者の調査）と退院票（退院患者の調査）を使用して、9月1ヶ月間における在院日数別在院患者数と退院患者数の推計を行い、そのデータから在院日数別の区間退院確率（ハザード）を計算し、その数値を利用し

て在院日数別の残存率（入院が継続されている確率）を求めたものである。

計算式は次のとおりである。

$$F(t_i) = 1 - \prod_{h=0}^{i-1} (1 - \lambda(t_h))$$

$$S(t_i) = 1 - F(t_i)$$

$$p(t_i) = \lambda(t_i)S(t_{i-1})$$

i 在院日数

$\lambda(t)$ 時間 t (日)におけるハザード

$d(t)$ 時間 t (日)における退院患者数 (患者調査退院票の実数)

$n(t)$ 時間 t (日)における在院患者数 (患者調査入院票の実数)

$$\lambda(t_i) = \frac{D(i)}{N(i)}$$

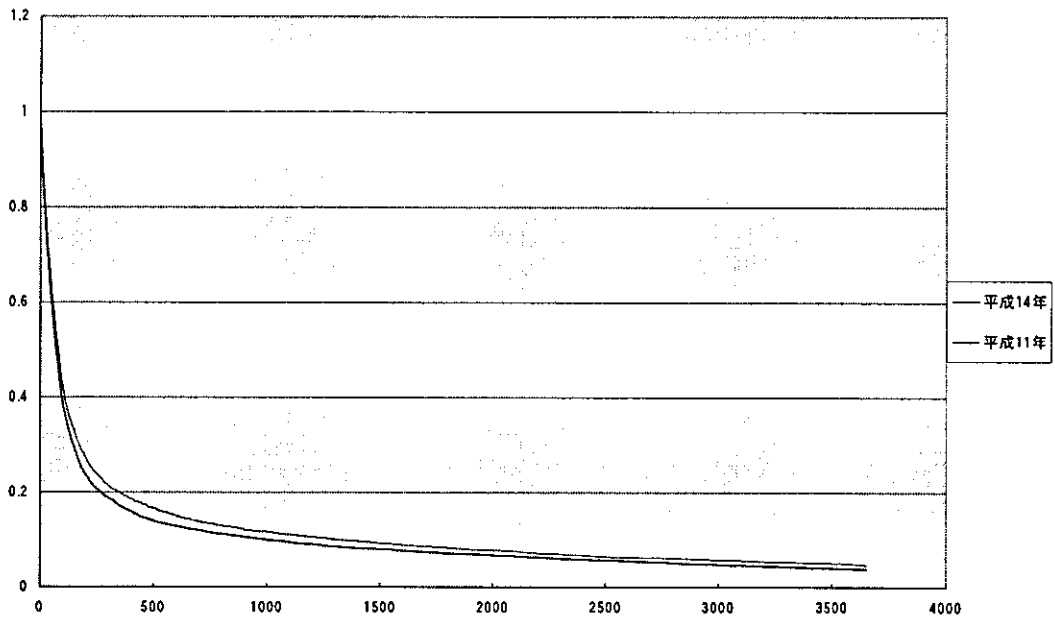
$$D(i) = d(t_i)$$

$$N(i) = n(t_i) + \sum_{j=0}^{29} \frac{(30-j)}{30} d(t_{i+j})$$

C. 結果と考察

まず各年度における入院残存をグラフ 1 に示す。

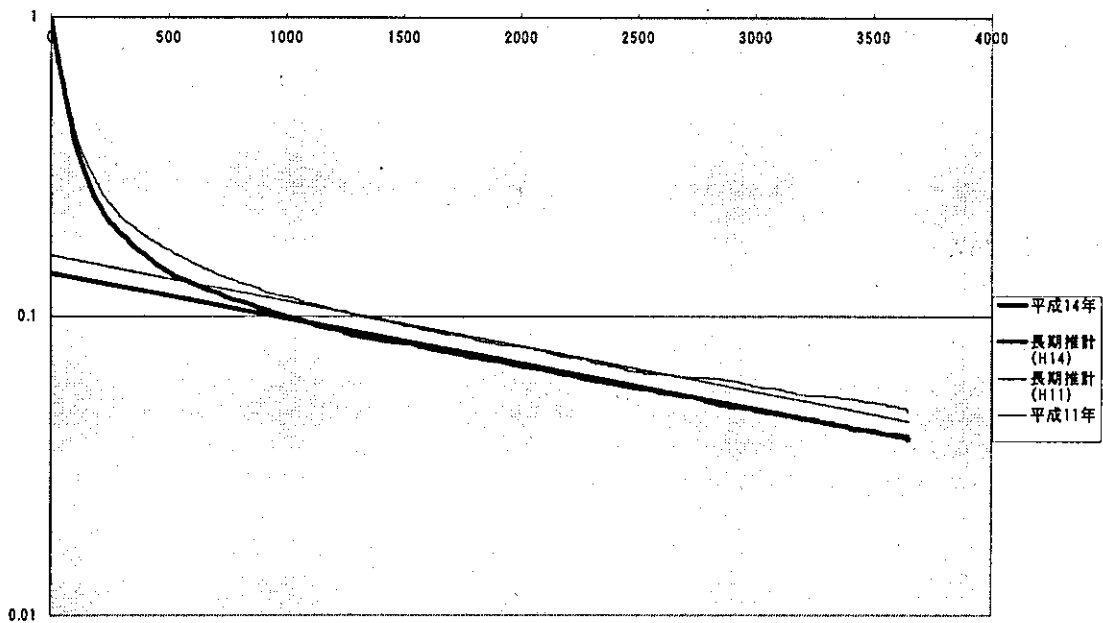
グラフ 1



1999年と比較して2002年の入院残存が減っているのがわかる。すなわち、退院が早まっていることを示している。

グラフ1を対数で表記したものをグラフ2に示す。

グラフ 2



このグラフを見ると、短期で退院する患者の率は1999年と比較して2002年は大

きく増えているのに対して、長期でのカーブは2年次ともほぼ直線で、平行であることがわかる。生存関数において直線は指数関数で近似されることを意味する。それはハザードが在院日数に依存せず一定になることである。

長期部分にあわせて指数関数で推計したグラフを同時に示している。推計式はそれぞれ

$$y = a \times e^{(-0.00035 \times x)}$$

$$a = 0.16 \text{ (1999年)}$$

$$a = 0.14 \text{ (2002年)}$$

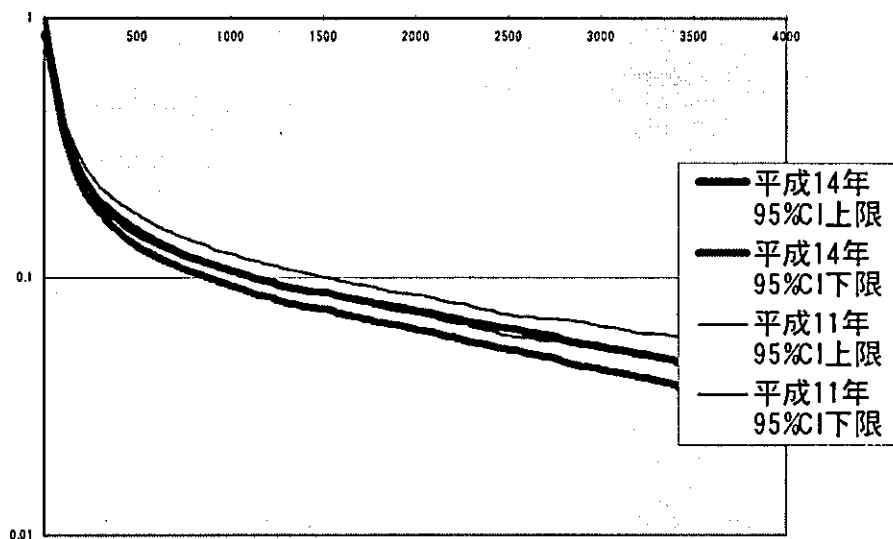
である。すなわち1日あたりの退院ハザード0.035% (1年に換算すると退院ハザード12%)で、切片が異なる2つの直線となっている。この切片の差が2年次の入院初期の退院数の差である。

正確な検定を行っているわけではないので断定的に表現することは出来ないが、グラフを見る限り、精神病床の長期入院患者については、在院日数に関係なく一定の退院率で、その退院率が3年間で変化していない可能性を示唆していると思われる。

次に1999年と2002年で退院率に統計的な有意差があるかどうかを分析した。2カ年の生存関数についての95%CI値をグラフ化したものをグラフ3に示す。

次に1999年と2002年で退院率に統計的な有意差があるかどうかを分析した。2カ年の生存関数についての95%CI値をグラフ化したものをグラフ3に示す。

グラフ3



1000日を越えたあたりから部分的に95%CIが重なる部分もあるが、ほとんどの部分で2カ年の間には有意な差があるといえる。

D. 結論

日本の精神病床利用については短期で退

院する患者は1999年から2002年の間に有意に増加したといえる。

また、長期に入院している患者の退院率は在院日数に依存せず一定で、その退院率は3年間の間に変化が見られなかった可能性が高いといえる。

研究2-2. 精神病床における患者残存の地域比較に関する研究

分担研究者 長谷川敏彦(国立保健医療科学院政策科学部)

研究協力者 堀口 裕正(九州大学大学院医学研究科)

A. 目的

日本の精神病床の利用については、さまざまな問題が指摘されている。その中で今回の研究においては精神病床の病床利用について地域差があるか、また年次変化が見られるかを明らかにすることを目的とする。分析には日本の入院患者の状況を1時点ですべて非常に大きな母集団で捉えている厚生労働省の患者調査を利用した。患者調査のデータを利用することによって、精神病床の新規入院患者が一定期間後も入院している確率を都道府県ごとに計算することができる。その計算法を利用することによって都道府県や年次で差があるかを検証する。

B. 分析の方法

1. データ

平成14年患者調査および平成11年患者調査の入院票および退院票の個票データを使用した。患者データのうち、精神病床に入院している患者を抽出した。

2. 退院曲線

本手法は、患者調査の入院票（在院患者の調査）と退院票（退院患者の調査）を使用して、9月1ヶ月間における在院日数別在院患者数と退院患者数の推計を行い、そのデータから在院日数別の区間退院確率（ハザード）を計算し、その数値を利用して在院日数別の残存率（入院が継続されて

いる確率）を求めたものである。

計算式は次のとおりである。

$$F(t_i) = 1 - \prod_{h=0}^{i-1} (1 - \lambda(t_h))$$

$$S(t_i) = 1 - F(t_i)$$

$$p(t_i) = \lambda(t_i) S(t_{i-1})$$

i 在院日数

$\lambda(t)$ 時間 t (日) におけるハザード

ード

$d(t)$ 時間 t (日) における退院患者数 (患者調査退院票の実数)

$n(t)$ 時間 t (日) における在院患者数 (患者調査入院票の実数)

$$\lambda(t_i) = \frac{D(i)}{N(i)}$$

$$D(i) = d(t_i)$$

$$N(i) = n(t_i) + \sum_{j=0}^{29} \frac{(30-j)}{30} d(t_{i+j})$$

C. 結果と考察

結果は、表のとおりである。データはそれぞれ都道府県別の1ヶ月推定新入院患者数、91・182・365・730日目の入院継続確率を示した。

まず1ヶ月の推定新入院患者数であるが、これはこの分析の母集団となる。母集団が小さければ推計結果のぶれも大きくなる。

日本国全体で平成11年で1ヶ月の新入院

は約 34,700 人、都道府県で最大は東京の 1702 人、最小は山梨の 306 人であり、その差は約 5 倍弱であった。

平成 14 年でもほぼ同様な結果であった。1 ヶ月の新入院は約 32,680 人、都道府県で最大は東京の 2116 人、最小は 25 の 221 人であり、その差は約 9 倍と広がることとなった。

入院継続確率についても都道府県によって大きなばらつきがあった。

また、平成 11 年と比較して平成 14 年のほうが若干入院継続確率が下がっており、退院が早まってきているといえる。

D. 結論

日本の精神病床利用については地域における差が大きく存在していることが判明した。

また、630 調査のように入院患者のコホートを追跡することにより退院率を計算する方法以外に、従来の官庁統計を組み合わせる方法が確立したことは、意義深いと考える。

結果表 1999年

都道府県	初期値	91日残存率	182日	365日	730日
北海道	1,532.3	31.85%	20.02%	11.70%	7.17%
青森	868.3	19.91%	10.55%	5.69%	3.14%
岩手	657.5	27.97%	17.51%	9.78%	7.23%
宮城	625.7	23.84%	13.61%	9.70%	5.51%
秋田	521.3	26.71%	15.17%	10.04%	5.31%
山形	614.4	16.35%	8.73%	6.25%	2.94%
福島	589.0	33.23%	19.44%	12.58%	7.74%
茨城	593.5	30.33%	20.23%	13.66%	9.51%
栃木	599.0	20.11%	10.45%	6.18%	3.74%
群馬	776.3	21.71%	12.66%	7.95%	4.99%
埼玉	689.6	29.07%	17.48%	11.08%	7.33%
千葉	1,020.4	17.27%	10.33%	6.49%	4.67%
東京	1,702.8	31.44%	16.01%	10.34%	7.24%
神奈川	1,066.2	39.89%	23.44%	13.05%	8.49%
新潟	639.1	31.73%	18.45%	10.05%	6.06%
富山	717.6	18.67%	10.59%	6.37%	3.41%
石川	417.9	23.60%	14.60%	9.69%	6.03%
福井	568.2	17.23%	9.49%	4.56%	3.25%
山梨	306.5	21.05%	9.21%	6.84%	6.03%
長野	741.7	22.52%	12.41%	6.74%	3.95%
岐阜	901.4	13.47%	7.65%	4.17%	3.38%
静岡	548.6	30.15%	15.38%	8.74%	5.87%
愛知	894.0	25.98%	13.99%	8.95%	5.46%
三重	411.9	21.36%	14.56%	9.00%	6.40%
滋賀	532.6	14.02%	7.99%	3.17%	2.00%
京都	387.1	31.11%	17.29%	11.51%	6.53%
大阪	1,276.0	31.92%	17.93%	11.56%	7.11%
兵庫	541.0	30.58%	19.34%	13.50%	8.87%
奈良	372.2	25.19%	14.36%	9.72%	7.50%
和歌山	347.0	15.76%	7.40%	5.51%	3.06%
鳥取	383.2	18.72%	11.56%	6.84%	4.36%
島根	474.3	28.95%	15.81%	11.16%	6.53%
岡山	605.2	21.02%	12.32%	6.81%	4.70%
広島	972.0	8.06%	4.05%	2.38%	1.62%
山口	542.8	35.20%	22.03%	17.53%	10.64%
徳島	494.0	26.98%	13.46%	8.33%	6.15%
香川	604.5	16.96%	10.46%	5.73%	3.56%
愛媛	587.8	26.81%	14.18%	9.68%	6.57%
高知	561.7	19.85%	10.03%	4.91%	3.82%
福岡	1,434.1	32.63%	20.71%	13.38%	8.73%
佐賀	879.2	19.83%	12.62%	8.19%	4.74%
長崎	704.6	21.64%	15.42%	11.41%	7.82%
熊本	1,380.9	21.23%	12.54%	8.96%	5.36%
大分	983.4	20.22%	12.88%	10.24%	6.65%
宮崎	1,043.7	22.87%	15.06%	9.94%	7.57%
鹿児島	800.4	31.79%	20.32%	12.43%	9.31%
沖縄	793.7	20.06%	13.80%	8.88%	5.71%
全国値	34,704.7	24.74%	14.57%	9.25%	6.09%
MAX	1,702.8	39.89%	23.44%	17.53%	10.64%
MIN	306.5	8.06%	4.05%	2.38%	1.62%

推定1ヶ月
入院数(対
象病院の)

結果表 2001年

都道府県	初期値	91日残存率	182日	365日	730日
北海道	1,640.3	31.57%	18.54%	11.51%	7.16%
青森	860.6	22.35%	12.34%	7.70%	5.59%
岩手	594.4	34.43%	17.68%	11.35%	6.60%
宮城	582.2	18.21%	10.51%	5.97%	2.94%
秋田	442.7	27.15%	12.16%	7.52%	4.30%
山形	475.6	20.51%	10.03%	5.92%	2.58%
福島	664.8	25.49%	15.96%	10.88%	6.80%
茨城	542.0	27.93%	17.82%	12.59%	9.41%
栃木	748.3	17.61%	10.91%	7.10%	5.12%
群馬	556.0	26.41%	16.65%	10.44%	5.84%
埼玉	846.9	24.68%	13.52%	8.62%	6.75%
千葉	720.4	27.55%	16.23%	9.20%	6.17%
東京	2,116.7	31.90%	16.25%	8.81%	5.68%
神奈川	1,092.9	34.73%	18.87%	11.46%	6.88%
新潟	764.9	23.42%	12.73%	7.38%	4.34%
富山	336.7	22.56%	13.80%	8.36%	5.89%
石川	400.4	25.82%	16.74%	13.57%	9.13%
福井	501.2	21.41%	8.36%	4.52%	2.18%
山梨	323.3	22.58%	12.51%	7.65%	4.37%
長野	639.9	24.77%	11.57%	6.58%	4.35%
岐阜	554.8	17.23%	8.55%	5.16%	2.96%
静岡	604.5	20.97%	10.94%	4.97%	2.65%
愛知	875.0	26.28%	15.09%	9.27%	5.83%
三重	392.3	32.60%	19.51%	9.45%	6.87%
滋賀	221.7	29.76%	17.02%	9.93%	6.29%
京都	458.0	26.96%	15.14%	11.05%	7.91%
大阪	1,310.3	31.91%	17.31%	10.67%	7.31%
兵庫	591.5	37.52%	22.30%	12.45%	7.71%
奈良	257.1	19.41%	13.06%	8.46%	5.55%
和歌山	337.6	19.34%	11.56%	5.89%	3.11%
鳥取	278.6	24.54%	16.67%	11.92%	7.98%
島根	384.5	25.68%	13.60%	8.69%	5.72%
岡山	592.8	23.09%	11.80%	7.51%	5.10%
広島	803.1	24.54%	13.38%	8.79%	6.25%
山口	496.3	35.27%	20.59%	13.15%	9.97%
徳島	466.6	18.01%	9.74%	7.91%	3.55%
香川	509.1	23.43%	11.81%	7.83%	5.09%
愛媛	693.6	25.53%	13.83%	7.35%	5.31%
高知	643.0	18.47%	9.25%	6.30%	3.73%
福岡	1,383.3	34.40%	20.39%	12.04%	7.78%
佐賀	712.9	25.46%	16.02%	8.19%	5.29%
長崎	684.6	17.92%	10.93%	7.61%	4.89%
熊本	1,358.5	19.14%	9.69%	6.55%	4.12%
大分	714.7	21.97%	16.02%	11.21%	8.15%
宮崎	765.9	25.67%	12.04%	8.10%	4.77%
鹿児島	748.4	32.07%	20.40%	14.51%	10.24%
沖縄	991.4	15.75%	9.35%	5.47%	3.23%
全国値	32,680.4	26.20%	14.72%	9.16%	6.00%
MAX	2,116.7	37.52%	22.30%	14.51%	10.24%
MIN	221.7	15.75%	8.36%	4.52%	2.18%

推定1ヶ月
入院数(対
象病院の

研究2-3. 統合失調症の死亡率の推計方法の開発と一般人との比較に関する研究

分担研究者 長谷川敏彦(国立保健医療科学院政策科学部)

研究協力者 堀口 裕正(九州大学大学院医学研究科)

A. 目的

統合失調症の患者は、これまでも一般に死亡率が一般人と比べて高いことが諸外国の研究で指摘されてきた。しかし、本邦では、これまで入院患者の死亡率に関する研究はほとんどない。そこで、すでに調査された患者調査を用いてその入院票と退院票から新たな手法を用いて、統合失調症の入院患者の死亡率の推計を試みた。特に計算方法としては、カプラン・マイヤー法を基本にする方法と、生命表とハザードを計算する方法の二つを用いて比較した。急性期の影響を省くために、さらに第一法カプラン・マイヤー法を用いて、一年から5年、ならびに10年の死亡率を計算し、一般の日本人の生命表の値と比較した。

B. 方法

1. 統合失調症の死亡率の計算方法

1) 第1法

9月1日現在で入院している患者を患者調査2002年度の入院票・退院票双方から抽出、9月1日時点での年齢で3区分(40歳未満、40~69歳、70歳以上)と性別によりに分け、1ヶ月間の調査期間で、死亡を事例発生とする生存分析をカプラン・マイヤー法によって行った。その際、退院票のデー

$$F(t_i) = 1 - \prod_{h=0}^i (1 - \lambda(t_h))$$

$$S(t_i) = 1 - F(t_i)$$

$$p(t_i) = \lambda(t_i) S(t_{i-1})$$

i 在院日数

タは退院日にて死亡患者を事象発生例、生存退院患者を打ち切り例と判断し、入院票で選ばれた患者は全て30日目で調査が打ち切られたうちきり例として判断した。この方法で計算した1ヵ月後の生存率を12乗することによって1年後の残存率を計算した。

なお、統合失調症急性期における死亡の影響を排除するため、使用したデータは在院期間1年以上の患者のデータを利用した。

2) 第2法

患者調査の2002年度入院票(在院患者の調査)と退院票(退院患者の調査)を使用して、9月1ヶ月間における在院日数別在院患者数の推計を行い、在院日数別死亡退院数から推計値を除算することによって在院日数別の区間死亡確率(ハザード)を計算し、期間生存率を求める方法で推計を行った。データを年齢で3区分(40歳未満、40~69歳、70歳以上)と性別によりに分け、それぞれ分析を行った。

在院患者数・ハザード・生存率の推計式は次のように設定する。

$\lambda(t)$ 時間 t (日)におけるハザード

$d(t)$ 時間 t (日)における退院患者数(患者調査退院票の実数)

$d2(t)$ 時間 t (日)における死亡

患者数（患者調査退院票の実数）

$n(t)$ 時間 t (日)における在院

患者数（患者調査入院票の実数）

$$\lambda(t_i) = \frac{D(i)}{N(i)}$$

$$D(i) = d(t_i)$$

$$N(i) = n(t_i) + \sum_{j=0}^{29} \frac{(30-j)}{30} d(t_{i+j})$$

なお、統合失調症急性期における死亡の影響を排除するため、使用したデータは在院期間 365 日時点での在院患者の在院確率を計算した。

統合失調症急性期における死亡の影響を排除するため、使用したデータは在院期間 365 日時点での在院患者を 1 (母集団) として、その後の区間死亡確率 (ハザード) を計算し、以後の死亡確率を推計することとした。

2. 1 年以上入院者（慢性期）の死亡率と一般人の死亡率との比較

1) 1 年以上入院者の死亡率

2) 一般人との比較

一般人の死亡率は、簡易生命表をベースにした誕生日コホートごとのコホート生命表を作成し、一切階級ごとに 2002 年から 9 年前と 4 年前の 2 点での死亡率からの変化を算出した。さらに患者調査で使われたかきさいデータで重み付けし、それぞれ、0-39、40-69、70 歳以上の 3 つの年齢階級で重み付けをし、算出した。上述の手法で算出された統合失調症の 1-5 年、1-10 年の年齢グループごとに割り返し、その倍率を求めた。

C. 結果

1. 第 1 法と第 2 法の比較 (12 ヶ月以内の死亡率)

推計の結果を表に示す。

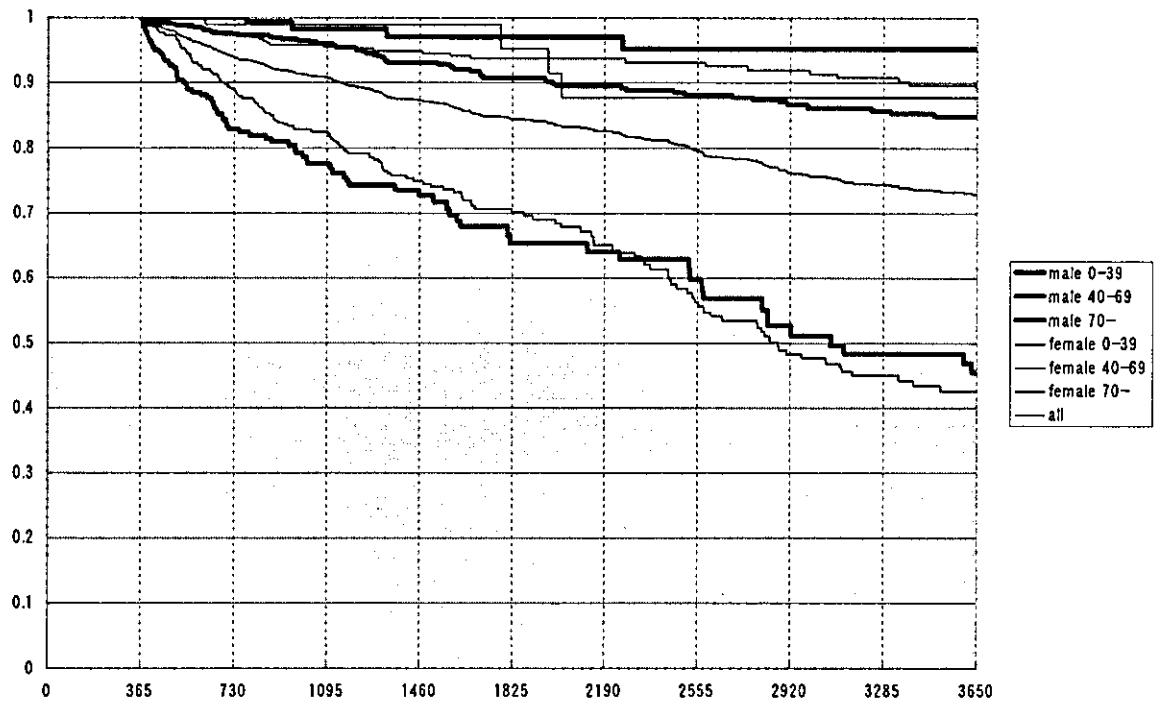
表 1 平成 14 年の生存分析結果

性別	年齢	第 1 法			第 2 法
		12 ヶ月生 存率	95%CI+	95%CI-	12 ヶ月生 存率
男性	0-39	0.994733	0.999424	0.990062	0.989752
男性	40-69	0.980614	0.984317	0.976925	0.968253
男性	70-	0.945833	0.962505	0.929427	0.89604
女性	0-39	0.989848	0.998034	0.981723	0.989752
女性	40-69	0.988422	0.991685	0.985169	0.968253
女性	70-	0.958684	0.970516	0.946983	0.89604

表2 慢性期生存率(1-5年、1-10年)

実測		
性別	1-5年	1-10年
男性		
0-39歳	0.970324	0.952004
40-69歳	0.906777	0.848545
70歳以上	0.654898	0.455459
女性		
0-39歳	0.952637	0.877853
40-69歳	0.93747	0.895908
70歳以上	0.70156	0.426297

次に第2法で計算したグラフを次に示す。



2. 1年以上入院者（慢性期）の死亡率と一般人の死亡率との比較

結果を下記に示す。

表3 慢性期死亡率と一般人死亡率の比較

	実測		一般人口		倍率	
	1-5年	1-10年	1-5年	1-10年	1-5年	1-10年
男性						
0-39歳	0.029676	0.047996	0.003273	0.006677	9.067246	7.187827
40-69歳	0.093223	0.151455	0.018905	0.035745	4.931136	4.237092
70歳以上	0.345102	0.544541	0.052888	0.106403	6.525187	5.117727
女性						
0-39歳	0.047363	0.122147	0.001654	0.003284	28.64199	37.19617
40-69歳	0.06253	0.104092	0.009118	0.017701	6.857679	5.88051
70歳以上	0.29844	0.573703	0.030553	0.059405	9.768069	9.657568

D. 考察

統合失調症の入院患者の死亡率は、新たに調査するまでもなく、患者調査の入院票と退院表を用い、生命表の原理に基づいて分析すると、死亡率が推計されることが検証された。 Kaplan-Meier法はその時点における死亡率を表し、ハザード法はそれ以前の病歴を反映しており、目的によってその手法を選択すべきである。ただ、ハザード法を用いた場合、長期にわたるコホートは落ちる傾向にあり、死亡率が高く表現されてしまう欠点がある。したがって、一般人と比較する場合は、 Kaplan-Meier法に基づくほうがその年齢階級における死亡率を反映して有用と考えられる。

これによると、一般には病状が落ち着き、自殺等の急性期の死亡率が低いと思われている一年以降の死亡率においても一般国民よりも高い死亡率であることが証明された。特に若年期については、一般人は死亡率が

低いこともあって、相対的には極めて高い死亡率を示した。若年期、中年期、高齢期のそれぞれの死亡率が高いことの原因についてはさらに詳細な研究が必要と思われる。

E. 結論

官庁統計を用い、いくつかの方法によって、統合失調症長患者の死亡率が推計可能であることがしめされた。それぞれの手法手法には、欠点と利点があり、目的に応じて使い分ける必要がある。さらに Kaplan-Meier法を用いた手法により、非急性期の死亡率を一般の日本人の生命表と比較したところ、極めて高い死亡率が示され、その原因の調査研究が必要とされる。

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

（分担）研究報告書

新たな病床算定式に基づく精神医療の臨床的評価に関する研究

分担研究者 井上 新平

[高知大学医学部 神経精神科対医学教室]

研究協力者 橋詰 宏

[高知県立芸陽病院]

研究要旨

精神病床の基準病床数の算定式において示された検討されている精神医療の方向が臨床精神医学的にどのように評価できるかを明らかにしようとした。1県の分析ではあるが、残存率の改善のほう取り組みやすいようで、シミュレーションを描きやすい。これは近年の新規入院患者の入院短期化に相応したものであった。一方退院率はほとんどの病院で達成されておらず、シミュレーションを描きにくい。さらに残存率を低下させると1～2年の在院期間の患者が減少し、退院率をよけいに下げにくいという現象がある。地道なりハビリテーションの活動が望まれるが、病院によるリハビリテーションの限界についても検討する必要がある。さらに都道府県単位での、数値目標達成のための体制作りが望まれる。

A. 研究目的

新たな病床算定式を適用した場合、精神医療がどのような影響を受けるか、良質かつ適切な内容が維持できたり実現できたりするか、逆に質の低下をきたすかを考察する。

B. 研究方法

高知県は1年未満入院患者の残存率が29.9%、1年以上の退院率が19.8%で、全国のおぼ中位である。したがって高知県の詳細な分析は他県にも役立つところが大きいと思われる。いわゆる630調査の病院別データを県内23の病院に求め、結果22病院から同意が得られた。また高知県健康福祉部健康対策課に新たな算定式に基づく基準病床の計算を依頼した。

（倫理面への配慮）

今回の方法では、調査に同意を得た病院のみを分析対象にしており、また個別の病院名は出さないで問題はない。

C. 研究結果

1. 高知県の精神医療状況

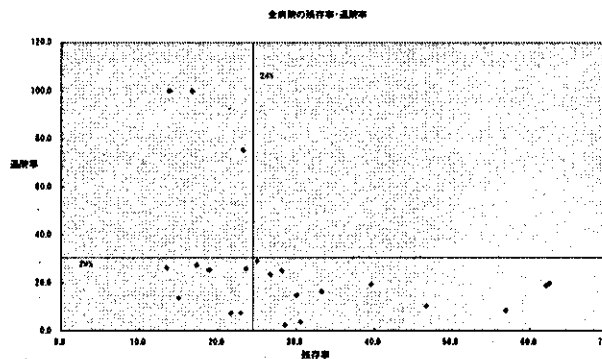
「我が国の精神保健福祉 平成15年度版」によると、高知県は人口万対病床数49.9で多いほうから7番目、人口万対在院患者数43.3で同じく8番目である。在院患者では、全国平均と比べて65歳以下のすべての年齢階級で少なく、65歳以上の年齢階層で多かった（全国：37.3%、高知県：43.2%）。疾患では精神作用物質による障害（アルコール使用による障害が大部分）が多い（全国：5.5%、高知県：9.4%）。また「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究 平成15年度総括研究報告書」によれば、特徴的な事柄として外来患者で統合失調症が少なく（39位）、気分障害が多い（9位）。デイケア実人数も多い（4位）。継続在院期間5年以上割合が少なく（9位）、50%退院日数が短く（1位）、非任意入院患者が多く（39位）、統合失調症在院患者数が多

い(41位)。また福祉ホームA型が少ない(41位)。以上のように、病床数が多く、高齢者が多く、長期入院の傾向は少ないほうで、統合失調症は入院治療に偏っていると言える。また福祉ホームA型は少ないが、その他の社会復帰施設は中央値を挟んで対称的である。

2. 残存率の分析

今回は平成15年と平成16年の調査から結果を得た。図に残存率と退院率による病院をプロットした。残存率は平成14年～15年で25.9%(最小9.4%、最大63.9%、中央値26.9%)、平成15年～16年で25.8%(最小13.5%、最大62.5%、中央値25.9%)であった。残存率24%以下の病院が占める新規入院者の割合は平成14年の45%から平成15年の58%へと上がっていたが、県全体の残存率はほとんど変化がなかった。

図：全病院の残存率・退院率



今後の残存率を予測する際に重要な事柄が2つある。ひとつは残存率が年毎に大きく異なる病院が多く、その差が10%を超える病院が8ヶ所もあったことである。残存率変化の要因としては、年齢の高いほど、F0が多いほど、医療保護入院が多いほど残留率は高くなる。またF1は残留率を高めることも低めることもあり一定しない。さらに年齢・診断・入院形態の諸要因に変化がなくても残存率が大きく変わる病院も2ヶ所ある。今後の動向に影響するのは、平成15年入院者の残存

率が大きく低下した2病院の動向であり、いずれも上記の年齢と疾病の影響を受けていたものである。高齢者、痴呆性疾患や身体合併症をもつ患者がどの病院に集まるかということが鍵になる。

残存率低下のためにもうひとつ重要な事項は、24%を超え、かつ1月20人以上の新入院を持つ4病院の動向である。これらの病院のうち3ヶ所は、疾病が統合失調症中心で残存率の年変化は小さいが、残りの1ヶ所は年毎に疾病構造が異なるやや特異的な病院である。

表 残存率低下のシミュレーション

シミュレーション	残存率
すべての月で1人ずつ退院者が増える=残留患者が12人減少	24.3%
最初の5月間、各月2人ずつ退院者が増える=残留患者が10人減少	23.8%
最初の3月間、各月3人ずつ退院者が増える=残留患者が9人減少	23.8%
最初の2月間、各月4人ずつ退院者が増える=残留患者が8人減少	24.0%
A病院 H16の残存率=26.7%	
最初の2月間、各月1人ずつ退院者が増える=残留患者が2人減少	21.2%
残留患者が減らない条件であれば	23.1%
B病院 H16の残存率=28.6%	
最初の2月間、各月1人ずつ退院者が増える=残留患者が2人減少	20.3%
残留患者が減らない条件であれば	23.6%
C病院 H16の残存率=30.1%	
最初の2月間、各月1人ずつ退院者が増える=残留患者が2人減少	22.8%
残留患者が減らない条件であれば	24.0%
D病院 H16の残存率=46.7%	
最初の2月間、各月1人ずつ退院者が増える=残留患者が2人減少	37.1%
残留患者が減らない条件であれば	42.9%

H16.6現在の残存率=25.8%

平成16年6月時点での残存率は25.8%と数値目標からそれほど遠くはないように見える。たとえば県全体で残存率を下げるシミュレーション結果は表の通りである。表からもわかるように、入院後早期の退院者が多いほど(残留曲線の降下が急なほど)残存率は低下する。表に示したA病院のシミュレーションでは、たとえば入院後の2ヶ月間、各月1名ずつ退院者を増やすという実践は、そのことだけではそれほど困難でないかもしれない。しかしこのシミュレーションでは、1年後の残留患

者はゼロとなり、退院後1年～2年の患者をなくすることになる。それは次項で述べるように1年以上入院患者の退院率を減らすことにつながるという問題点が生じる。

3. 退院率の分析

退院率は平成15年から平成16年にかけて15.4%、最大75.3%、最小2.4%、中央値19.2%であった。1年以上入院者がゼロの病院が2ヶ所あった。退院率が目標の29%を超えている病院は3ヶ所しかなく、しかも3ヶ所の1年以上入院者の合計は19人で全体の0.9%に過ぎなかった。退院率が22～29%の病院が7ヶ所で1年以上入院者の合計が589人で全体の27%、15～22%の病院が5ヶ所で同じく584人、27%、そして15%以下の病院が7ヶ所で989人45%であった。退院率の目標達成には一部の病院の努力では無理で、全体的な取り組みが必要である。

退院率29%を達成するには、平成16年調査で319人の退院患者の上積みが必要である。必要な退院者数により病院を分類すると、上積みの必要がない病院は4ヶ所で、これらの病院の合計の1年以上の在院者数は42人(全体の2%)である。10人未満の退院者の上積み(3人～7人、中央値6.5人)が必要な病院は6ヶ所で、同じく1年以上の在院者の合計は444人(同20%)、同様に10人以上20人未満の上積み(11人～18人、中央値17人)が必要な病院は7ヶ所で、1年以上の在院者の合計は719人(同33%)、同様に20人以上の上積み(24人～48人、中央値31人)が必要な病院は5ヶ所で、1年以上の在院者の合計は955人(同44%)である。

退院率が低い病院と多数の上積みが必要な病院とは必ずしも一致してはいない。退院率が低くても、残存率が高かったり、1年以上在院者の数が少なかったりする場合は、必要な上積み

の患者数は少ない。逆に残存率が低く1年以上在院患者数が多ければ、退院率が高くとも、求められる上積みの患者数は多くなる。

もうひとつの特徴は、入院後1～2年の入院期間の者の退院動態が重要なことである。この期間の入院者の退院は、2年以上入院者の約2.5倍である。したがって、先述のように残存率を低下させるために1年以内の退院者を増やすことは、退院率を大きく減らすことにつながる。結果、残存率を低下させるとともに、2年以上の入院者を徐々に退院させるという2つの努力が求められる。

さらに残存率と退院率が似ていても、必要な上積み患者数がかかなり異なる病院があることがある。その違いを分析すると、平成16年までに1年以上の長期在院患者を相当に減らしてきている病院では患者数が少ないことがわかる。つまり、唯一の要因ではないかもしれないが、長期在院患者のリハビリテーションの違いが現れているようである。またデイケアや社会復帰施設を有しながら低い退院率の病院も見られる。これらの病院では、長期在院患者の数が多のが特徴である。

D. 考察

残存率は26%弱で数値目標との差は小さかった。残存率に影響する要因としては、疾患、年齢、入院形態があり、F0圏の疾患、高齢、医療保護入院が残存率を低めていた。また特殊な例であるが、その他の疾患が大部分を占める病院では残存率がかかなり低かったが、これも疾患の違いの反映である。個々の病院ではこのような要因により年によって残存率が大きく異なることはあるが、県全体ではほとんど変化はなかった。つまり受診動態の違いはあっても、大きく1県という器で見れば残存率にほとんど変化がないと思われた。また、残存率は急性期治療のあり方にも大きな影響を

受けることが考えられるが、残存率が非常に高い病院は少なくなってきたおり、新規入院患者の早期退院化の傾向は定着しつつあるといえる。

このような事情により、残存率低下のためのシミュレーションが可能であった。低下のために重要なポイントは、入院後1-2ヶ月での早期退院促進である。シミュレーションでは、いくつかの病院がこの治療戦略に取り組みば（あるいは現在の短期入院化をさらに促進すれば）、24%の数値目標は充分可能と思われた。わが国の新規入院患者の在院日数は、諸外国に比べて依然長い状態であり、急性期治療後の外来やデイケアがしっかりしていれば、特に臨床的な不都合はないように見える。しかしながら、毎月の新規入院患者の退院患者を1ヶ月目と2ヶ月目に1名ずつ増やし、結果1年後の残留患者を2名減らすという治療がどれくらいのものかは、当事者へのアンケートなどで確認する必要がある。

残存率と退院率を決定する臨床活動は相互に独立しているはずであるが、実際は複雑に関連している。今回判明したことは、残存率が高くなると入院後1年以降の患者数が増え、その分1年以上の患者の退院率が増えるように働く。実際そのような例が散見された。

退院率は県全体で15.4%であり、目標値の半分程度であった。29%をクリアしている病院は少なく、しかもその病院の長期在院患者は県全体の2%程度であった。さらに、29%に向けて必要な退院者の上積みが多くなるほど、病院の数も増える傾向があった。以上より、退院率を低下させるような魅力的なシミュレーションは描けなかった。数値目標との差が小さい病院は、急性期治療とリハビリテーションの両方に力を入れているか、病床数が少ないか、老人医療などに特化しているなどであった。現状では、退院率を上げて退院者を出すことは臨床的に妥当でない。結局、

求められる退院者数が多い病院では、計画的な退院促進のためのプログラムを準備する必要がある。またすでにリハビリテーションに取り組んでいる病院では、それらのプログラムが退院促進に有効に働いているかどうかの見直しも必要で、さらに1病院の努力では限界があるのかなど、地域の社会的受け皿の検討なども必要である。

E. 結論

残存率の数値目標達成はそれほど無理がないように思われるが、退院率の数値目標達成には、すべての病院がリハビリテーションプログラムを導入することが必要である。しかしこのような結論は、病院へのアンケートなどにより確認される必要がある。さらに、以上のような治療戦略は県レベルで検討される必要があり、そのような仕組みを構築すべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

井上新平: 大学病院と脱施設化の方向. 最新精神医学(掲載予定)

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究： 新たな病床算定式に基づく精神医療の臨床的評価に関する研究
研究協力報告書

デイケアの役割と退院、社会復帰の促進について

研究協力者 新保 祐元

研究概要

退院、社会復帰・社会参加の促進は、精神科医療の機能分化による役割分担が重要な鍵を握る。国は精神保健医療福祉の改革ビジョン等を示し、その実体化を図ろうとしている。わけても7万2千人の退院促進という数値目標を示したことは画期的なことであった。

その促進を図るには、入院医療の機能見直しによる強化のみならず、受け皿となる社会復帰施設等の整備が欠かせない。また、退院促進によって在宅生活に移行した精神障害者が、地域での外来医療を適切に享受しながら社会参加の促進を促すことも大切である。これらの双方に係わる資源が精神科デイケアといえよう。

精神科デイケアはこの意味において退院促進と社会復帰・社会参加の促進に重要な位置を占める。したがってデイケア利用者の現状把握によデイケアの利用成果を知ることは、退院、社会復帰促進に関する課題とそのあり方を問う上で欠かせない。

ここではデイケア利用者40名の利用状況と、利用期間予測などを診療所医師に質問紙に記入する方法で回答いただいた。その結果を参考にデイケアの利用ゴール等について検討し、他社会資源からの受け入れと移行に関する現況と課題を整理した。

その結果、デイケアのリハビリテーションゴールの現状を確認し、改革のビジョンやグラウンドデザインなどで示される機能の明確化に伴う必要な役割の方向性について述べることにする。

1、研究の目的と方法

精神科デイケア利用者の利用状況をサンプル調査で把握する。ことにGAFの状態像等との関連においてデイケア利用期間目標が設定されているのかを明らかにする。

このことによって精神科デイケアの治療目標と利用期間等の現状が、精神科入院医療患者の退院促進と、社会復帰・社会参加促進地に向けたリハビリテーション医療の役割を担っているのかを検討する。

そのうえで抽出された課題を基に、精神科デイケアの対象規定と治療目標（利用期間）設定の必要性を示そうとするものである。

研究方法は、精神科診療所に併設されたデイケア施設を利用するおよそ40名の利用者を対象に、あらかじめ用意した質問紙に主治医に記入していただいた。その結果を文献等を参考に整理することとした。

2、はじめに

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」

において指摘され、精神保健医療福祉の改革ビジョンに示された「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる、約7万2千人の精神科病院入院患者のみならず、精神科医療に係わる早期退院と社会復帰・社会参加の促進は、その受け皿となる地域精神医療や地域社会資源の有効活用を図ることが効果的である。

とはいえ地域精神保健医療福祉の現況は、地域精神医療や地域社会資源のそれぞれが持つ機能と役割を、有効に活用するための役割分化と連携がなされているとは言いがたい。その要因は各種社会資源の絶対量の不足から生じる地域社会資源の偏在が顕著であり、地域間格差がはなはだしかったりするとから、地域精神保健医療福祉システムが成立しないという実態があることを拒めない。

こうした課題を是正し、退院や社会復帰・社会参加の促進を図るには、地域精神医療や地域社会資源に関する機能や役割の有効性を明らかにし、利用者をはじめとする市民に透明度のある情報伝達が不可欠である。それは精神保健医療福祉に係わる各種社会資源の必要性を市民に認識させるものであり、利用者にとって暮らしやすい地域社会を形成する前提条件となる。

ことに疾病と障害を併存する精神障害者に対する地域精神医療の役割は大きく、地域生活を安寧ならしめるために担われるリハビリテーション医療はつとに重要である。その中心的機能と役割を持つのが精神科デイケアである。したがって精神科デイケアは疾病の改善や安定を図り、退院や社会復帰・社会参加を促進する有力な社会資源である。その眼目は、医学的リハビリテーションの効用によって地域（心理社会的）リハビリテーション場面、例えば社会復帰施設や作業所等の日中の活動の場への移行や、職業復帰等を担うことになる。換言すれば、デイケアのリハビリテーションゴールを想定したプロセスが問われるということである。

3、デイケア利用者に係わるサンプル調査の概要

精神科デイケアがリハビリテーションゴールを想定し、その機能や役割をどのように担っているのかを知るためには、精神科デイケア利用者の現状把握が欠かせない。

そこでサンプル調査であるが、デイケア開始後20年を経て、地域に根ざした精神科外来医療の展開がなされていると目される診療所と、開設7年を経て地域に根ざしつつある精神科診療所のデイケアを利用するおよそ40名に対し、その現状と利用継続予測（デイケアのゴール）、及び状態像（GAF）等について担当医から質問紙に答える方法で回答を得た。

利用定員20名と30名の診療所デイケア利用者のおよそ37%はGAF 61以上の状態像で、「病状は安定しているが、地域で支える資源がないためデイケアに在籍している者」である。これらを除く24名の疾患は、統合失調症19(79.1%)名、人格障害2(8.4%)名、感情障害1名、神経症1名、知的障害1名(各4.1%)である。

この24名は診療所医師がデイケアの継続利用を必要とすると見なす対象者であり、GAFによる状態像は31～40が10名(41.7%)と最も多く、次いで41～50が6名(25%)、21～30が5名(20.8%)、51～60が3名(12.5%)であった。

こうした状態像にある利用者の予後予測は、24名中1名が1年半で利用終了が可能と予測され、1名が3年以内にデイケア利用を終了できると見込まれている。残り22名は