

200400551A

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16年度

総括・分担研究報告書

平成17（2005）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16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)
- 小山 秀夫 (国立保健医療科学院経営科学部長)

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
(都道府県ごとの提示方法の開発1) ……………15
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の認定基準に関する調査
(都道府県ごとの提示方法の開発2) ……………315
岩崎 榮 (日本医療機能評価機構)
3. 精神障害者保健福祉手帳の標準化に向けた聞き取り調査
(行政・実績報告の整理と有効活用1) ……………329
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. 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査の集計に基づく
精神障害者保健福祉手帳取得者の実態
(行政・実績報告の整理と有効活用2) ……………345
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. 精神保健福祉政策の検討や策定における情報ネットワークの活用に関する研究
(行政・実績報告の整理と有効活用3) ……………365
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)
6. 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) ……………387
桑原 寛 (神奈川県精神保健福祉センター)
7. 精神病院からの退院とその関連要因
(疫学関連指標の開発1) ……………437
藤田 利治 (国立保健医療科学院疫学部疫学情報室)
8. 精神疾患の受療有病数と在院期間の年次推移
(疫学関連指標の開発2) ……………447
藤田 利治 (国立保健医療科学院疫学部疫学情報室)
9. 増加した自殺死亡の変貌
(疫学関連指標の開発3) ……………485
藤田 利治 (国立保健医療科学院疫学部疫学情報室)
10. 精神保健医療福祉指標を用いた都道府県の類型化
(精神科入院医療関連指標の開発) ……………495
小山 秀夫 (国立保健医療科学院経営科学部)

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都道府県・指定都市別の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、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・指定都市別の比較および各指標の経年変化を把握できる提示方法について検討した。**結果:**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グループが設定され、精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する指標として40指標が開発された。提示方法は、都道府県・指定都市ごとに都道府県の中央値を基準として、達成状況をグラフ化した。また、原則として平成10年を基準として、各指標の経年変化についても提示した。**まとめ:**都道府県・指定都市別の精神保健医療福祉の水準を示す指標及びモニタリングの方法を整理し、わが国になじむ提示方法を示すことができた。本研究成果は、厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会が公表した、「今後の精神保健医療福祉施策について」において柱となっている、「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」の具体的なモデルの一つとして寄与すると考える。

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
小山 秀夫	国立保健医療科学院 経営科学部 部長

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、在院患者層は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、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、(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した(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や提示方

法の検討を、各分担研究において行った。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班(以下、岩崎分担研究班とする)では、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する指標、ならびに都道府県・指定都市別で比較可能な評価モデルを開発するため、(1) 都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象とした調査を行い、精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する指標を検討し、(2) 都道府県・指定都市別の比較及び各指標の経年変化が把握可能な提示モデルを開発した。研究方法は、以下のとおりである。

(1) 本研究では、精神保健サービスの評価指標に関する調査を行った。調査対象は、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課である。平成16年10月に調査票を郵送し、回収はFAXまたは郵送にて実施した。調査票は、社会復帰指標の有用性に関する項目、都道府県・指定都市のアウトカム指標の導入状況に関する項目、外来指標に関する項目(自由記載)、提示方法に関する項目(自由記載)などから構成されている。回収率は81.7%(都道府県40、指定都市9)であった。

(2) 本研究では、精神保健サービスの評価とモニタリングに関する評価モデルの開発を行った。都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象とした調査結果や関連学会などでの意見交換をふまえて評価領域（5領域）を設定し、既存の統計資料（精神保健福祉資料、患者調査など）および厚生労働科学研究などによる研究成果を活用し、各領域の評価指標及び提示方法を開発した。

(B-2) 竹島正分担研究者を中心とした研究班（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の標準化に向けた聞き取り調査、(2) 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査の集計に基づく精神障害者保健福祉手帳取得者の実態に関する検討、(3) 精神保健福祉政策の検討や策定における情報ネットワークの活用に関する研究を実施した。研究方法は、以下のとおりである。

(1) 本研究では、精神障害者手帳制度の運用実態を把握し、制度の適正な普及と標準化に向けた提言を行うため、岩手県、宮城県、千葉県、東京都、岡山県、京都市、神戸市の7都県・政令指定都市の精神保健福祉センターに、現地訪問による個別聞き取り調査を行った。聞き取り時間はいずれもおおよそ2時間であった。聞き取り調査の項目は、交付申請から決定に至る事務手続

き、市町村による申請状況の違い、広報活動、保健所や主管課の役割について、審査のあり方、行政事務において気づいていること、標準化に向けた課題などと題し、各センターに調査依頼時に文書で紹介した。

(2) 本研究では、精神障害者保健福祉手帳取得者の実態を等級別に検討した。

「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」について、主治医の回答に基づく精神障害者手帳等級別に、診断分類、GAF、日常生活能力などの構成割合を集計した。集計は、社団法人・日本精神科病院協会（日精協）に対し、同協会が平成15年3月に行った「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」に関して、主治医の回答に基づく精神障害者手帳等級別に、診断分類、GAF、日常生活能力等の構成割合について依頼した。

(3) 本研究では、平成15年度の分担研究の一環として立ち上げた精神保健福祉分野における政策研究のための精神保健福祉政策研究ネットワークをさらに拡大し、情報提供や意見交換を行った。方法は、精神保健計画部のホームページにおいて、常時ネットワークへの参加者を募った。また、平成16年8月から9月にかけて、全国の精神保健福祉センター長及び精神保健政策研究に携わる研究者らに、文書により参加依頼を行った。昨年度に引き続き、厚生労働省精神保健福祉課にはオブザーバーとして協力を依頼した。研究期間は、

平成16年10月～平成17年1月とし、3つのテーマについて情報提供と意見交換を行った。なお、第1回のテーマは「警察官通報（24条通報）のあり方について」、第2回は「自殺予防対策ホームページについての検討」、第3回は「地域精神保健体制と役割」とした。各回とも、ネットワーク参加者に対し、事務局から情報提供とアンケートからなる電子メールを送付し、約2週間～1ヵ月で回答してもらった。回答期間終了後、得られた回答を匿名性保持に留意してPDFファイルにまとめ、ネットワーク参加者に電子メールで添付した。

(B-3) 桑原寛分担研究者を中心とした研究班（以下、桑原分担研究班とする）では、平成15年12月の試行データなどにもとづき、本県地域住民の今日的な精神保健福祉相談ニーズとそれに対する窓口での対応状況の評価を試みるとともに、既存資料を活用して経年的な地域ニーズ動向につき検討した。また、幾つかの県外自治体等に本研究にかかる意見聴取を行い、その結果をふまえて、県内自治体共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有の精神保健福祉相談日計表（以下、共有相談日計表）と記入要領の改訂を行うとともに、市町村を中心に都道府県と国が重層的に支援する新たな体制での地域精神保健福祉活動にかかる指標とモニタリング体制の整備に向けた提言を試みた。

(B-4) 藤田利治分担研究者を中心とした研究班（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、(1) 精神病院からの退院とその関連要因に関する研究、(2) 精神疾患の受療有病数と在院期間の年次推移に関する研究、(3) 増加した自殺死亡の変貌に関する研究を実施した。研究方法は、以下のとおりである。

(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。2002年の厚生労働省患者調査及び病院報告を用いて、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、厚生労働省患者調査を用いて、1974年から2002年までの「精神及び行動の障害」（以下、精神疾患）の受療有病患者数や在院期間などについての年次推移を整理した。対象患者は、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）に分類された在院あるいは外来受療中の患者である。1994年以前は第9回修正に基づいて傷病がコード化されているが、附表に示したコード変換により第

10回修正に統一した。なお、第9回修正の「初老期痴呆」(290.1)、「他に分類された状態における痴呆」(294.1)、「精神痛」(307.8)は対象から除外した。以下では、「精神及び行動の障害」を総称して精神疾患と呼ぶ。検討した保健統計指標は、①受療有病率、②退院率、および③在院かわる期間の3種類である。

(3)「自殺死亡統計の概況」が2005年1月28日に厚生労働省統計情報部から公表されて、2003年に自殺死亡の状況が明らかになった。2003年の自殺死亡の特徴を、昨年度報告した自殺死亡急増初期の1998-2000年および健康日本21での自殺死亡数の目標値以下の自殺死亡数であった1989-1995年と比較した。比較した項目は、性別、年齢、住所地(都道府県)、自殺の手段である。

(B-5)小山秀夫分担研究者を中心とした研究班(以下、小山分担研究班とする)では、(1)都道府県の精神保健医療福祉の水準を示す指標(以下、精神保健医療福祉指標)を用いて都道府県の類型化を試みるとともに、(2)精神保健医療福祉指標の経年変化の提示モデルの検討を行った。研究方法は、以下のとおりである。

(1)本研究では、官公庁統計資料および既に全国的に実施された調査結果を指標として用いた。分析方法は、22指標を変数として、主成分分析を行った。固有値

(1以上を基準とした)と寄与率から因子数を決定し、因子負荷量と各都道府県の因子得点を求めた。その後、各都道府県の因子得点をもとに、クラスター分析を行い、デンドログラムを参考に距離10を基準として都道府県の類型化を行った。

(2)調査対象は、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課である。調査票は、平成16年10月に郵送し、回収はFAXまたは郵送で実施した。調査項目は、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉施策・事務事業の評価において有用な指標などから構成されている。なお、調査票の回収率は81.6%(40都道府県、9指定都市)であった。

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)福祉ホームB型については、精神保健医療福祉の水準を示す指標として都道府県・指定都市の担当者より多数の理解は得られなかった。また、法定外施設である小規模通所授産施設などについては、指標として一定の理解が得られた。

(2)評価指標は、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グループが設定され、精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する指標として40指標が開発された。また、提示方法は、都道府県・指定都市別に

都道府県の中央値を基準として達成状況をグラフ化した。さらに、原則として平成10年を基準として、各指標の経年変化についても提示した。

(C-2) 竹島分担研究班での成果は次のとおりである。

(1) 都各都道府県・政令指定都市では、それぞれの組織・業務体制、および業務量に応じたやり方で、精神障害者手帳の審査・交付業務を行っていることが明らかになった。また、精神障害者手帳制度が国民一般の間に普及するに伴い、制度発足時に考慮されていなかったであろう制度利用が広がりつつあることが明らかになった。そして、早急な診断書の様式改訂と、それに基づく診断書作成の手引き作成を進める必要性が示唆された。

(2) 診断分類は、精神分裂病（統合失調症）圏（F2）がもっとも多く、1級で81.6%、2級で80.2%、3級で76.4%、手帳なし（手帳を取得していない者）で56.6%であった。GAFの重症度別3区分では、重度（1～30点）が1級で17.3%、2級で6.7%、3級で4.0%、手帳なしで15.9%であった。中度（31～60点）はそれぞれ58.1%、54.9%、40.6%、46.2%であった。軽度以上（61～100点）はそれぞれ22.8%、35.8%、53.4%、36.2%であった。日常生活能力は、「普通にできる」が1級で7.1%、2級で13.6%、3級で21.7%、

手帳なしで21.8%であった。「一定の制限を受ける」はそれぞれ29.4%、38.9%、48.4%、29.5%であった。「時に応じて援助を必要とする」はそれぞれ36.0%、35.5%、24.4%、26.3%であった。「常時援助を要する」はそれぞれ20.9%、9.9%、4.3%、16.4%であった。「ほとんどできない」はそれぞれ5.7%、0.7%、0.7%、5.2%であった。

(3) 今年度のネットワーク参加者は、34名であった。内訳は精神保健福祉センター長13名、保健所長4名、研究者13名、その他（病院長など）4名であった。オブザーバーとして、厚生労働省精神保健福祉課など5名が参加した。第1回テーマ「警察官通報（24条通報）のあり方について」には14名、第2回テーマ「自殺予防対策ホームページについての検討」と第3回テーマ「地域精神保健体制と役割」には9名から回答が得られた。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、精神保健福祉政策ネットワークを構築することの有用性を示すことができた。

(C-3) 桑原分担研究班での研究成果は、次のとおりである。

(1) 試行データの解析により、市町村窓口は地域の精神障害者の福祉相談のみならず、地域住民の精神保健医療福祉にかかる総合相談窓口的な機能を担っており、窓口には、ひきこもりやうつ状態などの相

談も寄せられていることなどを確認した。

(2) 県保健所の相談件数は平成12年から平成15年までは増加し、その後、平成16年には減少に転じていた。また、平成15年まで増加傾向にあった、ひきこもり、希死年慮を伴ううつ状態などは、平成16年度はほぼ横ばい傾向であった。

(3) 県内自治体への質問紙調査では、共有相談日計表の意義は理解できるが、負担も多く、今後、より簡便なものに修正改善を図って欲しいとの意見をえた。

(4) 県外自治体などからは、今後の地域精神保健福祉体制の整備に有用であること、集計項目が多いので電算化の導入などの検討が必要との指摘があった。

(5) 3年間の検討結果をふまえ、共有相談日計表と記入要領の改訂を行った。相談窓口業務統計指標11項目については、訪問先を除いて10項目とし、状態像を「特定の問題群」、被面接者を「被相談者」に変え、共有相談日計表と記入要領を改訂した。

(C-4) 藤田分担研究班での成果は次のとおりである。

(1) 精神病院からの退院率は、精神疾患全体で87.7(／100人年)、治癒・軽快によるものは62.9と推計された。精神病院からの退院の可能性が低いものの特性として、継続在院期間が長いことが最も強く関連していた。退院の46%は継続在院

期間が1ヵ月以下のものであり、退院率は482.6と高いものであった。しかし、5年超10年以下での退院率は15.0、10年以上では8.3と低下し、長期継続在院しているものでは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特性として、男、高年齢、診断が痴呆、精神遅滞および統合失調症等、精神病院での医師および看護師の不足、があげられた。

(2) 下記の3点が示された。① 精神疾患の人口万対の在院患者率は、1974-76年の22.7から2002年の26.1へ微増であったが、外来患者率は1974-76年の36.9から2002年の154.4へと4.2倍に増加した。② 精神疾患全体の1年間の退院患者数は1974-76年の18万人から2002年の35万人へと1.9倍増加した。退院率は長年にわたって低下したが、1990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。③ 2002年10月時点での在院患者32.5万人の継続在院期間は、16%が3ヵ月未満、31%が1年未満であり、28%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1990年の32%まで増加し、以降わずかに減少して2002年には28%となり、最近になって長期継続在院に歯止めがかかってきた。退院患者の在院期間の年次推移は、3ヵ月未満が1975年の56%から2002年の70%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。2002年においては、42%が1ヵ月未満に退院し、70%が3ヵ月未満、89%が1年未満に退院した。在院期間の分布は在院患者の継続在院期間と比べて著しく短いものである。

(3)2003年の増加が激しかった男性において、25歳から54歳までの各5歳階級で自殺死亡率が高くなり、75歳以上では低下し、若い年齢方向への自殺死亡増加のシフトがみられた。初期(1998-2000年)に自殺死亡が著しく増加した大都市部を含む都道府県は、2003年の一段の自殺死亡増加にはほとんど関与していなかった。一方、従来から自殺死亡率が高かった県において、2003年に顕著な自殺死亡の増加が起き、懸念された自殺死亡増加の大都市から地方への変化が起きたことが確認された。自殺の手段についても、縊首の相対的な減少とガスによる自殺死亡の明らかな増加が発生していた。

(C-5)小山分担研究班での研究結果は、以下のとおりである。

(1)因子分析の結果、6つの因子が抽出され、因子得点から各都道府県の精神保健医療福祉の特徴が示された。さらに、因子得点を用いてクラスター分析を行った結果、都道府県の精神科入院医療の特徴は8つに類型化された。すなわち、クラスター1は、宮崎県、茨城県、栃木県など14県が含まれた。クラスター2は、東京

都、神奈川県、京都府、大阪府が含まれた。クラスター3は、沖縄県が含まれた。クラスター4は、北海道、秋田県、山形県など8道県が含まれた。クラスター5は、山梨県、広島県、愛媛県など7つの県が含まれた。クラスター6は、山口県、徳島県、香川県など6つの県が含まれた。クラスター7は、岩手県、新潟県、富山県など5つの県が含まれた。クラスター8は、青森県、島根県が含まれた。

(2)都道府県・指定都市において精神保健医療福祉施策、事務事業の評価で経年変化が有用な指標は、外来に関する指標が26.5%、入院・在院に関する指標が39.8%、社会復帰に関する指標が4.4%、地域行政に関する指標が24.8%、その他が4.4%の順であった。なお、入院・在院に関する指標においては、在院患者数、継続在院期間5年以上の割合、1年以内の社会復帰率の順であった。

D. 考察

本研究により、これまで個別に報告されてきた行政調査報告や研究成果などを整理し、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準の評価指標を開発するとともに、目標値、実績値、および経年変化について都道府県・指定都市別で比較可能な形で分かりやすく提示できた。

また、個別の分担研究については、以下の諸点が明確になった。

都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発においては、社会復帰に関する指標の精緻化を図るとともに、経年変化の提示モデルを開発した。国民に対する行政の説明責任の徹底、国民本位の効率的で質の高い行政の実現、国民的視点に立ち成果重視の行政への転換が行われている中で、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進は引き続き検討すべき重要な課題であると考えられる。今後は、提示した評価モデルの具体的な活用方法、すなわち企画立案（Plan）、実施（Do）、評価（See）を主要な要素とするマネジメント・サイクルに組み込まれ、有効に機能していくための理論と実務の両面からの検討が必要であると考えられる。そのためにも、精神保健医療福祉施策に関連する指標別年度別のデータベースを構築し、当事者、地域住民、教育関係者、保健医療福祉関係者、行政などが利用可能な情報提供体制を整備すること強く望まれる。

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) 本研究で得られた意見等は、いずれも手帳制度の運用改善に貴重な情報を含むものである。手帳制度が発足して10年を経て、その普及とともに制度運用の問題点が明らかになりつつある。手帳制度の運用において、運用実態のモニタリングを行うとともに、申請・審査・交付の実務を担当する精神保健福祉センター等で

気づかれた情報を制度運用の改善にフィードバックする仕組みを構築する必要があると考えられる。(2) 本研究で使用した「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」は、精神障害者手帳取得の有無について尋ねてはいるが、手帳取得者の実態把握を主たる目的としたものではなく、本研究により改めて集計が行われたものであるため、得られた集計結果には限界がある。しかし、これまで行政から公表されている手帳に関するデータは等級別の取得者数程度であり、詳細な分析を行ったものはほとんどないことを考えると、本研究は意義があると思われる。本研究の結果は、今後の適切な判定基準の検討に役立つと考えられ、精神障害者手帳制度の適正な普及と標準化への手がかりとなると考えられる。今後は、手帳取得者の実態に関して継続的なモニタリングを行い、さらに詳しい分析を実施する必要があるだろう。(3) 情報ネットワークの活用については、それぞれのテーマにおいて、興味深い情報や意見を得ることが可能であった。これらの意見を本研究で示したように個人に不利益を及ぼさない形でとりまとめることで、精神保健福祉施策に関する問題提起や、対処法の普及などができる可能性がある。昨年度の結果を含めて考えると、資料やアンケートの分量が多い、テーマが複雑もしくは抽象的であるなどの場合、回答率を下げる可能性が示唆された。今後は、そうした点にも

注意を払いながらこのようなネットワークを継続し、さらに多くの参加者を募り、幅広い意見を集約して、精神保健福祉政策の検討や策定に活かしていく必要がある。

地域精神保健医療福祉指標の開発においては、以下の提言がなされた。今後、市町村を基礎に置き、障害保健福祉圏域、都道府県との3層構造からなる相談支援体制を中心に、住・生活・活動を総合化する新たな地域生活支援体系の整備に向け、

(1) 国統計である地域保健・老人保健事業報告と衛生行政報告例とを、地域精神保健医療福祉関係者が共有しより積極的に活用しうる相互補完的な地域活動評価指標とすべく見直しを図ること、(2) 3障害共通の地域生活支援に係る包括的なニーズ把握を可能にする全国共有の相談業務統計フォームの開発が必要なこと、(3) 介護保険制度における電算化された評価システムになって国レベルでの地域精神保健福祉業務にかかるデータ収集・整理・提供が可能な評価システムの速やかな開発、導入が必要である。

疫学関連指標の検討においては、下記の3点が明確になった。(1) 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、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を定量的にも明らかにした。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。(2) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004年9月2日)において「入院医療中心から地域生活中心へ」という改革の基本方針が示された。そのような中で、本報告では地域精神保健の進展を評価およびモニタリングするために、厚生労働省患者調査を用いて、1974年から1999年までの「精神及び行動の障害」の受療有病患者数や在院期間などについての年次推移が整理された。(3) 自殺死亡については、従来から東北地方(秋田県、岩手県、青森県)を含む日本海側および九州地方(宮崎県、鹿児島県など)は自殺死亡率が高率であることが指摘されてきた。1998年以降の自殺死亡急増後においても、これらの地域で自殺死亡率が高いという状況は続いていた。しかしながら、1998-2000年の急増は全国一様に起きていたのではなく、これまで自殺死亡率がむしろ低い傾向にあった都市部、特に近畿および関東の大都市部で著しかったことが明らかにされている。その後も自殺死亡が増加した状態が続く中、2002年に29,949人であった自殺死亡数は2003年には32,109人へ一段と増加し、史上最悪を更新した。こうした一段の増加において、

1998年の急増初期とは自殺死亡の様相が変化してきている可能性がある。そこで、1998-2000年の急増初期と比べた2003年の状況についての検討を行った。その結果、一段と増加した2003年の自殺死亡の様相は変化してきていることが明らかとなり、これに応じた自殺予防対策が必要とされている。

精神科入院医療関連指標の開発においては、下記の2点が明確になった。(1) 精神保健医療福祉指標を因子に分解することで、各都道府県の精神保健医療福祉の特徴が明確になった。また、クラスター分析により、各都道府県の精神科入院医療は8つに類型化された。しかし、カテゴリー間で精神科入院医療が同様の特徴を示している場合でも、精神保健福祉の現況は各々大きく異なっていた。つまり、「入院医療主体から地域における精神保健医療福祉への転換」を促進するためには、精神科入院医療の現況だけでなく、保健福祉の現況も十分に把握し、総合的に施策を展開していく必要があることが定量的に明らかとなった。(2) 本調査より、精神保健医療福祉施策・事務事業の評価において有用な精神科入院指標として、在院患者数、1年以内の社会復帰率、継続在院期間5年以上の割合に高い関心が示された。新規入院患者の約50%が3ヶ月、約75%は1年以内で退院している現状や、欧米諸国において病院中心の精神医療から地域ケア中心

の地域精神保健への転換に伴い5年以上の長期継続在院患者の明らかな減少がみられたことを考慮すると、「入院医療主体から地域における精神保健医療福祉」へ転換が図られている中で、これらの指標が選ばれたのは理解できる結果といえよう。

E. 結論

都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する指標およびモニタリングの方法を整理し、わが国になじむ提示方法を示すことができた。本研究成果は、厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会が公表した「今後の精神保健医療福祉施策について」において柱となっている、「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」の具体的なモデルの一つとして寄与すると考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 藤田利治. 精神疾患入院患者での在院期間のわずかな短期化. 公衆衛生 2004 ; 68(2) : 102-107.
- 藤田利治. 保健統計からみた精神科入院医療での長期在院にかかわる問題. 保健医療科学 2004 ; 53(1) : 14-20.

- 藤田利治. 自殺死亡が急増した大都市部 (その1): 1950年以降初めての経験. 公衆衛生情報 2004; 34(6) : 1-3.
 - 藤田利治. 自殺死亡が急増した大都市部 (その2): 地図で見る自殺死亡の地域性. 公衆衛生情報 2004; 34(7) : 1-3.
 - 藤田利治. 自殺死亡の急増と失業・離婚問題の関係: 地域レベル・個人レベルで検討する. 公衆衛生情報 2004; 34(8) : 1-3.
 - 藤田利治. 精神障害者の長期在院を考える: 誤解されてきた「在院期間」. 公衆衛生情報 2004; 34(12) : 1-3.
 - 藤田利治. 精神障害者の長期在院の実態: 年齢的傾向と歴史的背景. 公衆衛生情報 2005; 35(1) : 1-3.
 - 藤田利治. 長期在院の実態解明に有用な尺度とは: 精神障害者の診断ごとの退院曲線. 公衆衛生情報 2005; 34(2) : 1-3.
 - 瀬戸屋雄太郎. WEB上で政策設計を議論・解決すべき課題が続出: 精神保健福祉政策研究ネットワーク. 公衆衛生情報 2005; 34(6) : 30-33.
 - 濱野強、宮本有紀、伊藤弘人. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する全国調査. 日本公衆衛生雑誌 2005; 52(2) : 169-175.
2. 学会発表
- Toshiharu Fujita. Current Japanese Situations (1): Extremely Long-stay of Psychiatric Inpatients in Japan from a Viewpoint of Health Statistics. Japanese Bulletin of Social Psychiatry 13(2) : 106, 2004.
 - Toshiharu Fujita. Rapid Increases of Suicide Deaths in Metropolitan Areas in Japan. Japanese Bulletin of Social Psychiatry 13(2) : 106, 2004.
 - 濱野強、竹島正、藤田利治. 都道府県・指定都市別の精神保健医療福祉施策の評価手法に関する研究. 第63回日本公衆衛生学会総会抄録集 775, 2004.
 - Tsuyoshi Hamano, Tadashi Takeshima, Toshiharu Fujita, Hiroto Ito. Monitoring and evaluating mental health services in Japan. Japanese Bulletin of Social Psychiatry 13(2) : 299, 2004.
- 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、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する指標、ならびに都道府県・指定都市別で比較可能な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福祉担当課を対象とした調査を行い、精神保健医療福祉の水準を示す評価指標を検討し、(2) 都道府県・指定都市別の比較及び各指標の経年変化が把握可能な提示モデルを開発した。**結果：**(1) 福祉ホーム B 型については、精神保健医療福祉の水準を示す指標として都道府県・指定都市の担当者より多数の理解は得られなかった。また、法定外施設である小規模通所授産施設などについては、指標として一定の理解が得られた。(2) 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 グループが設定され、精神保健医療福祉の水準を示す指標として 40 指標が開発された。提示方法は、都道府県・指定都市別に都道府県の中央値を基準として達成状況をグラフ化した。また、原則平成 10 年を基準として、各指標の経年変化についても提示した。**まとめ：**本研究により、これまで個別に報告されてきた行政調査結果報告などを整理し、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準の評価指標を開発するとともに、目標値や実績値については都道府県・指定都市別で比較可能な形で分かりやすく提示することができた。今後は、開発した提示モデルの具体的な活用方法および精神保健医療福祉関係者が利用可能な情報提供体制の整備が望まれる。

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
小山 秀夫	国立保健医療科学院経営科学部 部長
濱野 強	国立保健医療科学院経営科学部 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、在院患者層は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、精神保健サービスの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、(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評価モデルを開発することである。

B. 研究方法

1. 精神保健サービスの評価指標に関する調査

調査対象は、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課である。調査票は、平成16年10月に郵送し、回収はFAXまたは郵送にて実施した。調査票は、社会復帰指標の有用性に関する項目(6項目)、都道府県・指定都市におけるアウトカム指標の導入状況に関する項目、外来指標に関する項目(自由記載)、提示方法に関する項目(自由記載)、障害保健福祉圏域数などから構成されている。回収率は81.7%(40都道府県、9指定都市)であった。

2. 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する評価モデルの開発

都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象とした調査や関連学会などでの意見交換をふまえて評価領域(5領域)を設定し、既存の統計資料(精神保健福祉資料、患者調査など)および厚生労働科学研究などによる研究成果を活用し、各領域の評価指標および提示方法を開発した。

(倫理面への配慮)

本研究は、すでに公表されている統計情報や調査結果を2次的に活用したものである。細心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. 精神保健サービスの評価指標に関する調査

(1) 社会復帰指標の有用性について

平成14年～平成15年の研究において開発した社会復帰指標の精緻化を目的として、「福祉ホームB型施設数」、「グループホーム施設数」、「ショートステイ施設数」、「小規模作業所施設数」、「小規模通所授産施設数」、「社会適応訓練利用対象者数」、(すべて人口100万対)について、評価指標としての適切性を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(資料1)。

① 福祉ホームB型施設数について

都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を示す評価指標としての適切性については、「とてもそう思う」、「ややそう思う」の合計は48.9%にとどまっていた。その理由としては、「評価指標としては施設総数が少ない」、「施設が果たすべき機能が不明瞭である」などが示されていた。したがって、本研究においては、グラフ化は行わず現況のみを提示した。

② グループホーム施設数について

都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を示す評価指標としての適切性については、「とてもそう思う」、「ややそう思う」の合計は83.7%であった。その理由としては、「精神障害者の地域生活を支えるうえで担う役割が大きい」、「今後も需要が高まる」などが示されていた。した

がって、本研究においては、評価指標としてグラフ化及び現況を提示した。

③ ショートステイ施設数について

都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を示す評価指標としての適切性については、「とてもそう思う」、「ややそう思う」の合計は55.1%であった。その理由としては、「在宅生活の支援において重要な役割を果たしており関係者からの要望が多い施設である」などが示されていた。その一方で、「評価指標としては施設総数が少なく、そのニーズは精神障害者にとって共通ではない」などが指摘されていた。したがって、本研究においては、グラフ化は行わず現況のみを提示した。

④ 小規模作業所について

都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を示す評価指標としての適切性については、「とてもそう思う」、「ややそう思う」の合計は75.5%であった。その理由としては、「精神障害者の就労支援にとどまらず、日中活動の場や居場所などとしての機能を果たしている」などが指摘されていた。しかし、都道府県・指定都市別の公の統計資料が無い場合、本研究においては、指標として提示することは控えた。

⑤ 小規模通所授産施設について

都道府県・指定都市の精神保健医療福祉