

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59.1%であった。その理由としては、「就労支援や日中の活動の場として重要な施設である」などが指摘されていた。平成16年4月1日現在の施設数は308施設と多く、小規模作業所からの移行を推進している都道府県も多いため、今後、施設数が大幅に変動する可能性が考えられる。したがって、本研究においては、グラフ化及び現況を提示した。

⑥ 社会適応訓練利用対象者数について

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73.5%であった。この理由としては、「精神障害者の就労支援における有効な手段でありその地域における精神保健福祉活動の評価指標になりうる」などが示されていた。その一方で、「本制度は民間企業の協力が不可欠であることや社会の景気（障害者の雇用）、地域の産業構造に左右される」ことも指摘されていた。また、本指標は、平成14年度の精神保健福祉資料（630調査）において新規に追加された調査項目であることから、利用可能なデータが非常に限られている。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) アウトカム指標の導入状況について
13都道府県・指定都市（26.5%、n=49）においては、精神保健医療福祉施策・事務事業の評価にアウトカム指標を用いていることが明らかとなった。アウトカムとは、「行政活動により算出されたサービスによりもたらされた成果（国民生活や社会経済に与える影響としての成果）」を示す。しかしながら、アウトプット指標（「行政が算出したサービス」）をアウトカム指標として認識している事例も見られた。

(3) 提示方法について（資料2）

都道府県中央値を基準としてグラフ化した提示方法については、「全国中央値から見る本市の状況を把握するには有効である」、「グラフにすることによって、全国から見た本県の位置が分かったので、今後の目標設定に役立てたい」、「全国中央値との比較ができてわかり易いと思う」、「昨年度の報告書の指摘にあるような各自治体からの意見（都道府県中央値では正確な表示にならない場合がある）も適切であるが、都道府県中央値を基準としたグラフは本市の状況を表していると思われる」などの意見がみられた。

その一方で、「評価をする際には、各県または各都市の地域性や経済動向等の影響を受けるものであり、十分な検討も必要と考える（一概に全国平均で良いとの考えではなく、質の問題や類似事業をどのよう

に評価するか)」、「各都道府県・指定都市の地域差は把握できるが、これだけをもって評価できるものではないと考える(都道府県中央値が評価基準となり得るのか疑問である)」、「指標ごとに数値が大きいほうが好ましい理由、数値が小さい方が好ましい理由を明確にしてほしい」などの指摘もみられた。

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

(1) 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について

議論の結果、指標は5グループに設定され、40指標が提案された(資料3参照)。

1) 外来指標(7指標)

外来指標は、7指標が提案された。すなわち、外来患者数¹⁾、統合失調症外来患者数¹⁾、気分障害外来患者数¹⁾、精神障害者保健福祉手帳交付数¹⁾、精神障害者通院医療費公費負担承認数¹⁾、デイケア実人数¹⁾、訪問看護実施件数¹⁾である。

(¹⁾ 人口1万人あたり)

なお、訪問看護件数とは、平成13年6月1ヶ月間の件数である。

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、在院患者数¹⁾、非任意入院患者数¹⁾、統合失調症在院患者数¹⁾、気分障害在院患者数¹⁾、痴呆在院患者数¹⁾精神

病床数¹⁾、継続在院期間5年以上の割合、平均残存率〔1年未満群〕、1年後残留率、50%退院日数、1年以内の社会復帰率、退院率〔1年以上群〕である。

(¹⁾ 人口1万人あたり)

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など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。

平均残存率〔1年未満群〕とは、1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したものの。平均残存率に毎年の新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

退院率〔1年以上群〕とは、1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したものの。退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

3) 社会復帰指標(11指標)

社会復帰指標は、11指標が提案された。すなわち、精神障害者生活訓練施設数¹⁾、

精神障害者福祉ホーム A 型施設数¹⁾、精神障害者福祉ホーム B 型施設数¹⁾、精神障害者グループホーム施設数¹⁾、精神障害者ショートステイ施設数¹⁾、精神障害者地域生活支援センター施設数¹⁾、精神障害者通所授産施設数¹⁾、精神障害者入所授産施設数¹⁾、精神障害者小規模通所授産施設数¹⁾、精神障害者福祉工場施設数¹⁾、精神障害者社会適応訓練利用対象者数¹⁾である。

(¹⁾ 人口 100 万人あたり)

なお、精神障害者入所授産施設数や精神障害者福祉工場施設数については、施設総数が少なく指標として現況を客観的に評価することが困難であることから、グラフ化は控えた。また、精神障害者福祉ホーム B 型施設数、精神障害者ショートステイ施設数、精神障害者社会適応訓練利用対象者数については、調査結果をふまえ現況のみ提示を行った。

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¹⁾、精神保健被相談延べ人数¹⁾、精神障害者グループホーム事業実施市町村割合、精神障害者ホームヘルプ事業実施市町村割合、精神障害者ショートステイ事業実施市町村割合、1 人当たりの精神衛生費、国民医療費 (入院/入院外) である。

(¹⁾ 人口 1 万人あたり)

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¹⁾、生活保護医療扶助の入院に依存する割合である。

(¹⁾ 人口 1 万人あたり)

(2) 都道府県・指定都市別での比較及び各指標の経年変化について

提示方法は、都道府県の中央値 (以下、中央値) を基準とし、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。

標準化は、以下に示す公式を用いた。

1) 現状値が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 : 現状値)

2) 現状値が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 : 現状値)

さらに、原則として平成 10 年の統計資料についても、上記の公式により標準化し、各指標の経年変化をグラフ化した。

なお、グラフで示した達成状況は、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、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。ただし、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の現況は、これまでの歴史的経緯や精神科入院医療への依存度などにより異なることから、一つの指標だけで判断するので

はなく、複数の指標を組み合わせて総合的に精神保健医療福祉の水準を判断する必要があることを付記しておく。

D. 考察

1. 精神保健サービスの評価指標に関する調査

社会復帰指標の精緻化及び提示方法について検討するため、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象として調査を行った。その結果、精神障害者福祉ホームB型については、精神保健医療福祉の水準の評価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。その理由の多くは、機能が不明瞭であることを指摘するものであった。社会復帰施設が果たすべき機能の明確化を求められている中で、継続してモニタリングを行うことにより、どのような施設類型が求められているか、その一端を把握することが可能となろう。

法定外施設である、精神障害者小規模作業所や精神障害者小規模通所授産施設について、評価指標として多くの同意が得られたことは大変に興味深い。精神障害者小規模作業所については、これまでいくつかの個別調査が経年的に行われているが、正確な数値を把握することは困難な現状にある。したがって、今後は個別に実施されている調査研究について、関係機関が結果を共有することが可能な双方向的な情報

ネットワークを構築していくことで、モニタリングが可能になると考えられた。

外来指標については、都道府県・指定都市の調査において要望が多かった訪問看護実施件数を追加した。ただし、医療機関ごとのばらつきが大きいことも予想されることから、継続して指標の精緻化を図る必要がある。また、疾病別患者数については、都道府県・指定都市の担当者によって意見が分かれた。しかし、入院医療主体から地域精神保健医療福祉を中心とした施策への転換が行われている現在、重要な指標であると考えられた。すなわち、外来での統合失調症患者数は、この転換の程度を示すことも考えられる。一方、精神科医療がどのくらい受診しやすくなっているのかは、気分障害の外来患者数がある程度示しているとも考えられるからである。

一部の都道府県においては、アウトカム指標を用いて施策や事務事業の評価を行っていることが明らかとなった。国民的な視点に立ち成果を上げることが重視した行政運営が求められているなかで、今後、精神保健医療福祉施策・事務事業の評価においてもアウトカム指標を適切に用いることがより求められよう。しかし、既存の統計資料には、成果を表すデータが極めて限られており、このような現状が、主としてインプットやアウトプットを示す指標を用いた評価が行われている理由の一つとも考えられた。今後は、調査研究などに

よるアウトカム指標の開発が必要である
と考える。

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

ヨーロッパ諸国においては、精神保健医療福祉サービスの質の向上を図るために、アウトカムの視点からの評価が積極的に行われている。また、アメリカやオーストラリアにおいては、政策がどの程度進展しているのかについて、各指標の全国値及び各州の達成度を年度毎に公表をしている。

このように、国外においてはすでに精神保健サービスの水準を評価し、公表がされている。ただし、地方分権化が進んでいる国においては、全国値を提示するのには困難が伴い、また、病床数や医療費などを中心とした公表のために具体的なサービス内容を評価することが可能なデータや指標が極めて限られている現状にある。

わが国においては、精神保健医療福祉施策の立案や評価の際に参考となる各種調査が企画・実施されており、詳細な分析が可能である。しかし、これらの調査は、指標の定義が統一されていないことや各調査結果が単独で公表されているため、全国的な集計が容易ではないことから、精神保健医療福祉施策を効果的に推進していく上で十分に活用されていない現状にある。

そこで、本研究では既に公表されている既存の統計情報および研究成果を活用し、

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を開発した。このように、客観的指標を用いて現状や施策の進捗状況を評価することにより、各都道府県・指定都市においては根拠に基づきより効果的・効率的に各種施策を推進していくことが可能になると考える。既にいくつかの都道府県では、今回提示した指標を事務事業の評価指標として活用しており、目標値を定めて達成度を年度毎で公表していた。

提示方法については、当該研究初年度（平成14年度）は全国平均値を用いて、研究2年目（平成15年度）は都道府県の中央値を基準として標準化するとともに、各指標について価値判断を行い、望ましい方向性についてグラフを用いて提示した。しかしながら、グラフで示した各都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の現況は、これまでの歴史的経緯や精神科入院医療への依存度などによって異なることが考えられた。したがって、本年度は指標別での価値判断は行わず、都道府県の中央値を用いた標準化によるグラフ化が妥当であると考えられた。

さらに、原則として平成10年度を基準として、各指標の経年変化についても提示した（資料4）。当事者のニーズや社会経済情勢に的確に対応した精神保健医療福祉施策を展開していくためには、対応すべき問題点やその原因を経年的に把握・分析し、改善や見直しにつなげてことが必要で

あるためである。

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いえよう。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ます。そのためにも、今後、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、行政等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。

E. 結論

本研究により、これまで個別に報告されてきた行政調査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を継続的に評価する指標を開発するとともに、各指標の目標値、実績値、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することができた。今後は、提示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が整備されることが望まれる。

参考文献

- 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2004.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

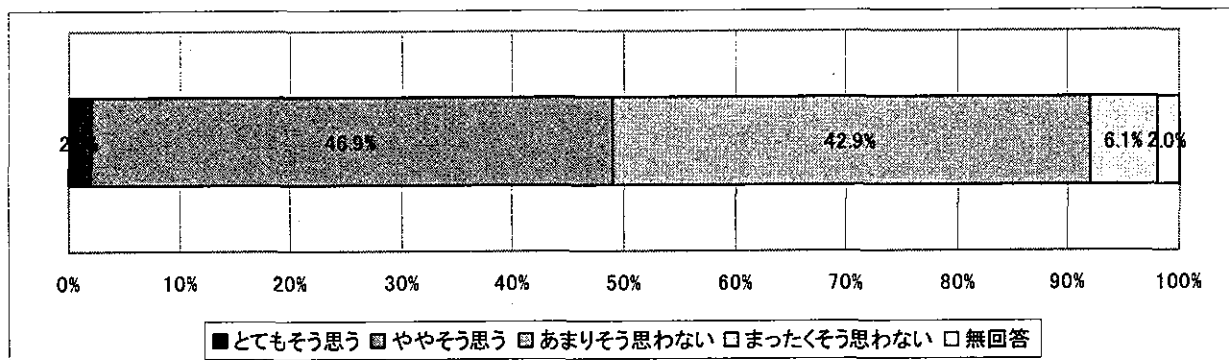
2. 学会発表

- 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

社会復帰指標に関するご意見・ご提案

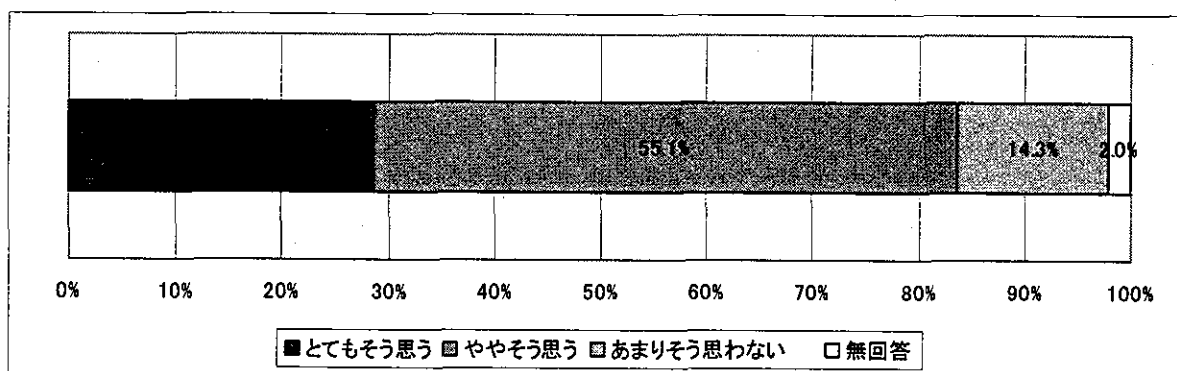
1. 「精神障害者福祉ホームB型」施設数は、貴都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を評価する指標の1つとして「適切」であると思いますか（n=49）。



- 入院生活から在宅生活への移行を支援する方法のひとつであるため。
- 施設数が多いことにより社会復帰の基盤は充実するが、入所したことによる効果（社会復帰の度合い）という評価も必要でないか。
- 入所型施設整備は、現在の予算状況では計画的な整備ができない。
- 利用者の需要に合致するよう適切な施設数を目指す必要がある。
- 精神障害者の社会復帰促進、自立を図るうえで医療と福祉の中間施設的な役割を考えると、社会的入院の減少等にもつながり、水準の評価の指標としては適切であると思う。
- 福祉ホームB型は生活の場の提供という点で福祉ホームA型、グループホームと大差なく、現状ではほぼ同様に扱われていることから、福祉ホームB型施設数だけをもって評価することは適当でない。又、県で施設整備したいと思っても、国の補助の対象にならなければ整備できず、必ずしも地域の水準を反映しない。
- 福祉ホームB型は住居の提供を目的としているため、グループホームや福祉ホームA型と併せて評価すべきであると思います。また、施設数でなく、利用定員で評価すべきではないでしょうか。
- 社会資源としては評価できるが、ハードのみでは水準評価することに疑問がある。
- 数が少ない
- 機能がはっきりしていない面があり（特に生活訓練施設と）指標として妥当ではない。
- 各保健福祉圏域での整備状況等を考慮した上で、定員数で評価すべきと考える。
- 全国の施設総数（H14.6.30調査で48施設）が少ないため、参考とはなりにくい。
- 指標としては、「施設数」よりも「定員数」の方が実態を表すものとして適切ではないか。
- 社会復帰施設は、社会的入院患者の自立と社会復帰を進める上で必要である。特に、精神保健福祉の水準を評価する指標となるものと考ええる。
- 本県では設置主体が主であり、現在の入所施設については援護寮へシフトしている為（需要が多い）。
- 精神障害者が各地域で自立した生活が行えるように支援するための施策の一つであり、他の関連する施設とある一定数設置されてその効果が現れる施設であり、各地域に偏在させないため施設数把握は重要と考えます。
- 福祉ホームB型は、精神疾患により著しく自発性、社会性が低下した状態や高齢化した患者等に対応することができる施設であり、高齢化した長期社会的入院者の社会復帰に有効であると考えます。
- もともとの数があまり多くなく、今後、グループホームほど増加率は高くないと思われ、経年比較、都道府県・指定都市間の比較に適するかは疑問がある。
- グループホーム（居住の場）と合算なりすれば意義があると思いますが、全体的な数が少なすぎるのでは。

- 施設数が少なく、適切な指標とならない。
- 福祉ホームB型を本県では3～5年以内にグループホーム又は1人暮らしができるようにする。社会復帰施設という方針で整備をしているが、一般的には病院の社会的入院の受け皿となる長期収容型施設との位置づけが強い。
- 設置運営主体の大半が医療法人にて、医療による福祉の取り込みが懸念される。
- 人口100万人あたりの数と障害保健福祉圏域あたりの数の指標の両方があればより適切である。
- 全国中央値が0.29であり、他の社会復帰施設の中央値と比べて低い為。
- 県が要望しても、国庫補助案件として採択されない場合がある。
- 精神障害者の在宅支援とは言っているものの、病院併設型で長期入所が多い。
- 生活の場を与え必要な指導も行い、社会復帰と自立の促進を図る施設なので、指標として適切と考える。
- 社会復帰施設等の数は、現状での指標化が可能なもののひとつである。他の社会復帰施設数と合わせて判断することで水準の評価につながる。
- 施設数ではなく、A型、B型合わせた利用者数（人口調整）の方がまだ評価の参考となるのではと思います（利用者数にしても数が少なく不適切）。
- 精神科病院と地域社会をつなぐ中間施設として重要な役割を担っているため。
- 医療機関が設置している福祉ホームB型は、利用者が設置した医療機関からの利用者のみ限定されてしまい、公共性が失われる危険性がある。
- 福祉ホームB型は、平成13年度に導入されたもので、現時点で、他施設に比べて整備検討期間が短かったことから整備数が少なく、また、国において入所施設の検討を行っていることから今後の整備数についても影響が出ると思われるため。
- 施設の数了他県との比較ができる。それにより今後の施策の参考になる。
- 社会的入院の解消策の一対策として効果があると考えられる。
- 今後整備されていく施設種別ではないため。
- 個々の指標の持つ意義はそれほど重要でないが、集計後の全体としてのデータとして一定の意義を持つと考えられる。
- 供給の面で地域のばらつきが大きすぎると思われる。
- 対人口数に基づく数値では一概に評価できない。
- 他の社会復帰施設（援護寮）との違いが不明瞭であるなど積極的に整備を行うかどうか疑問であるため。

2. 「精神障害者グループホーム」施設数は、貴都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を評価する指標の1つとして「適切」であると思いますか（n=49）。

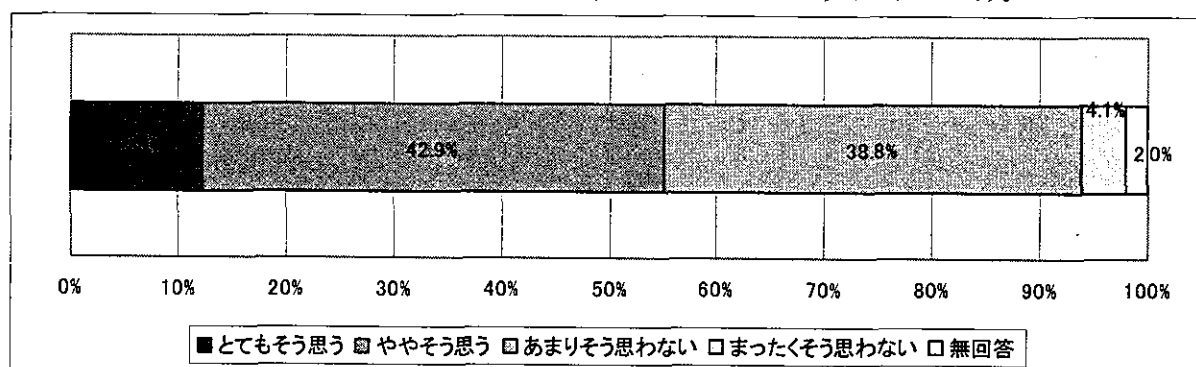


- 入院生活などから地域における在宅生活を支援する方法のひとつであるため。
- 地域生活の援助のため、グループホームの拡充は重要である。
- 地域受け皿としての役割が大きい。
- 利用者の需要に合致するよう適切な施設数を目指す必要がある。
- 精神障害者の自立のためには必要な施設であり、また地域住民の理解・協力等も伴うことも考えれば水準の評価の指標として適切であると思う。

- グループホームは、生活の場の提供という点で福祉ホームA型、福祉ホームB型と大差なく、現状ではほぼ同様に扱われていることから、福祉ホームB型施設数だけをもって評価することは適当でない。又、県で施設整備したいと思っても、国の補助の対象にならなければ整備できず、必ずしも地域の水準を反映しない。
- 社会資源としては評価できるが、ハードのみでは水準評価することに疑問がある。
- 精神障害者居宅生活支援対策の一事業として積極的に展開すべきものであり、適切であると考えます。
- 在宅生活の支援に重要なものである。しかし、数はあっても入退所の回転率が低かったり、同一の医療法人の経営する医療機関の患者の受け皿になっているようでは指標として妥当ではない。
- 定員数で見るとべき。
- 整備計画策定の際、全国における施設数の順位比較が必要であるため（定員数による指標も有用と思われる）。
- 指標としては、「施設数」よりも「定員数」の方が実態を表すものとして適切ではないか。
- 社会復帰施設は、社会的入院患者の自立と社会復帰を進める上で必要である。特に精神保健福祉の水準を評価する指標となるものとする。
- 地域の生活の場としての受け入れの場なので。
- グループホームは、精神障害者が地域で暮らすための住居として、また退院後の受け皿としても精神障害者の社会参加を促進するうえで必要不可欠である(県独自の事業も含む)。
- グループホームは、精神障害者が地域で生活する時に障壁となる「住居の確保」と「1人で暮らすことの不安」というふたつの課題に対応するものと考えられます。また、施設基準が一般民家と同等程度であることから、既存の建物の活用（公営住宅や民間アパート借り上げ等）ができ、設置にかかる費用が比較的小さいため、整備しやすい施設でもあります。
- 居住の場の指標であり、かつ市町村の精神保健福祉活動の指標としても活用できると考える。
- 国庫補助金（運営費）がつかなく、開設できないという実情があるため。
- 地域で生活する大切さを行政がいかに推進しているかの評価。
- 県が実施した障害者の意識調査によると、精神障害者は知的障害者とは異なり、グループホームを遂の住家ではなく病院からの通過点という意識が強い。
- 精神障害者の住宅保証の一環に位置づけることができる。また、市町村事業の中核でもあることから、身近な場所でのサービスの展開が期待できる。
- 人口100万人あたりの数と障害保健福祉圏域あたりの数の指標の両方があればより適切である。
- 医療法人が数カ所設置している等、地域的な偏在がみられる。
- グループホームは精神障害者が定住できる住まいの場として推進していく必要がある。
- 精神障害者の住宅の確保を図る上からも必要である。
- 日常生活上の援助を行う施設であり、社会的入院患者受け入れの基礎なので、指標として適切と考える。
- 社会復帰施設等の数は、現状での指標化が可能なもののひとつである。他の社会復帰施設数と合わせて判断することで水準の評価につながる。
- 地域で障害者が暮らすのにとっても有効で、評価することにより適切な数の必要性を訴えやすい。
- 精神障害者の地域生活を支える上でグループホームの担う役割は大きい。
- 指標の1つにはなると思うが、単なる施設数に止まらず、その地域におけるニーズをどれだけ満たしているかがより重要な点だと考える。
- グループホーム事業が市町村事業となり、整備については県よりも市町村の整備計画によるところが大きいため、市町村によりばらつきがあり、県単位での統一的な評価は困難であると予測されるため。
- 施設の数了他県との比較により福祉サービス施策の評価になる。
- 各都市ごとに患者数や類似事業の状況をどのように評価するか検討を要する。

- それぞれの地域性等もあるが、一つの指標としては参考になると思う。
- 居宅生活支援事業の実施状況は、地域生活の支援にとって重要であるため。ただし、圏域外施設の指定があるので、当該自治体の実施状況を正確に反映していない。
- 居住支援の重要な施設である。
- 対人口数に基づく数値では一概に評価できない。
- 日常的な援助を受けて生活するグループホームは、精神障害者の住まいの場として今後も需要が高まると考えられるため。

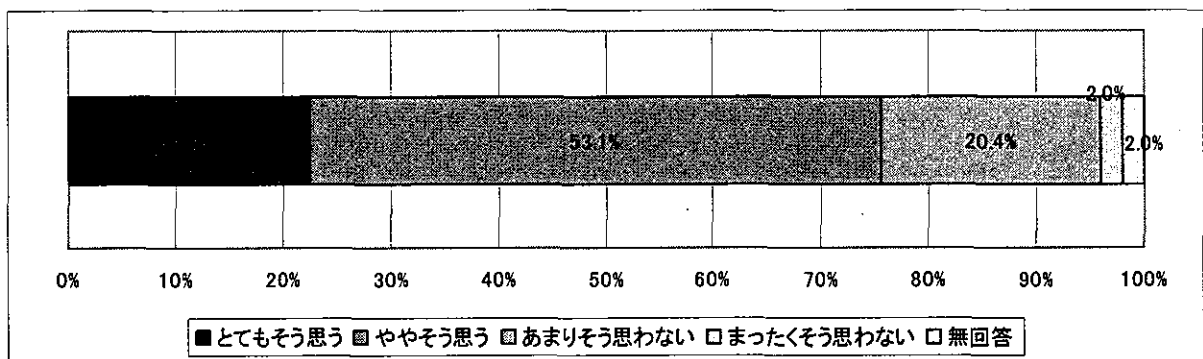
3. 「精神障害者ショートステイ」施設数は、貴都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を評価する指標の1つとして「適切」であると思いますか（n=49）。



- 地域における在宅生活を支援する方法のひとつであるため。
- 地域生活の援助のため、ショートステイの拡充は重要である。
- 受け入れ可能な施設に制限があり、入所型施設整備の進み方には地域格差があるのではないかと。
- 利用者の需要に合致するよう適切な施設数を目指す必要がある。
- 精神障害者が在宅での生活を維持していくために、精神障害者やその家族にとっては利用しやすい施設であり、在宅福祉を充実させるために必要であると考えられ、水準の評価の指標として適切だと思う。
- 施設設置に関しては国庫補助の対象となる必要があり県の判断だけで整備できないため、施設数より利用可能な定員数の方が良いのではないのでしょうか。
- 社会資源としては評価できるが、ハードのみでは水準評価することに疑問がある。
- 精神障害者居宅生活支援対策の一事業として積極的に展開すべきものであり、適切であると考えます。
- 在宅生活の支援に重要なものである。しかし、数があまりに少なく、指標になり得るのか疑問。
- 床数で見るとべき。
- 整備計画策定の際、全国における施設数の順位比較が必要であるため。
- 単位人口当たりの「利用者数」とすべきでないか。
- 社会復帰施設は、社会的入院患者の自立と社会復帰を進める上で必要である。特に精神保健福祉の水準を評価する指標となるものとする。
- 地域の生活に必要。
- 利用人数、日数をふまえた上での施設数及び床数は評価指標の一つと思われる。
- 精神保健福祉計画の目標値に達しているためショートステイの施設数が増加することは困難です。ショートステイは施設数を増やすことより、いかに活用して精神障害者自身とその家族を支援するかということが課題となっています。そのため、ショートステイを指標とするのであれば、利用日数のほうが適切と考えます。
- 身近なところでショートステイが利用できることが望ましいと考えるので、当面は、施設数を指標とするのが適切と考える。
- 施設数も大切だが現にどれだけ利用があるかの方が大切だから。
- 施設数が少なく、適切な指標とならない。

- ショートステイについては、3 障害どの施設でも受け入れてもらえるようになることが理想であり、精神障害者のショートステイの数にはこだわらない。
- 現行制度が家族の都合等、老人介護がモデルになっており、単身者の孤独や不安などを回避することを目的とした利用がしづらいため指標になりにくい。
- 人口 100 万人あたりの数と障害保健福祉圏域あたりの数の指標の両方があればより適切である。
- 介護者のいない障害者は利用できない等、利用しにくい状況がある為。
- 生活訓練施設数や入所授産施設数に制約を受ける。
- 精神障害者ショートステイは、本人都合による利用が不可であるため、実質意味がない。
- 他障害に比べて精神障害者のショートステイは極めて少なく、今後整備が必要である。
- 各地域における精神保健福祉に係わるものなので適切と考える。
- 社会復帰施設等の数は、現状での指標化が可能なもののひとつである。他の社会復帰施設数と合わせて判断することで水準の評価につながる。利用者数及び実施市町村数で総合的に判断できるとよい。
- 地域で継続的に過ごすために必要と思われるがまずは“住まい”の確保が重要と考える。
- 精神障害者の地域生活を支える上でショートステイの担う役割は大きいため。
- 指標の 1 つにはなると思うが、単なる施設数に止まらず、その地域におけるニーズをどれだけ満たしているかがより重要な点だと考える。
- ショートステイ施設が生活訓練施設に併設されていること、また、事業実施主体が市町村であり他の市町村にある施設を補助対象施設としていることから、当該施設の施設数のみを指標とすることはあまり適切でないと思われるため。
- 他県との比較により福祉サービス施策の評価になる。
- 私的理由による利用が多く、評価すべきか疑問がある。
- ショートステイを設置できる施設が、生活訓練施設、入所授産施設と限られている現状では、あまり必要がないと思われる。ただし、一つの施設の年間稼働率のようなものであれば参考になると思う。
- 居宅生活支援事業の実施状況は、地域生活の支援にとって重要であるため。ただし、圏域外施設の指定があるので、当該自治体の実施状況を正確に反映していない。
- 関係者からの要望が多い施設である。
- 対人口数に基づく数値では一概に評価できない。
- ショートステイのニーズは精神障害者にとって共通のものではないため。

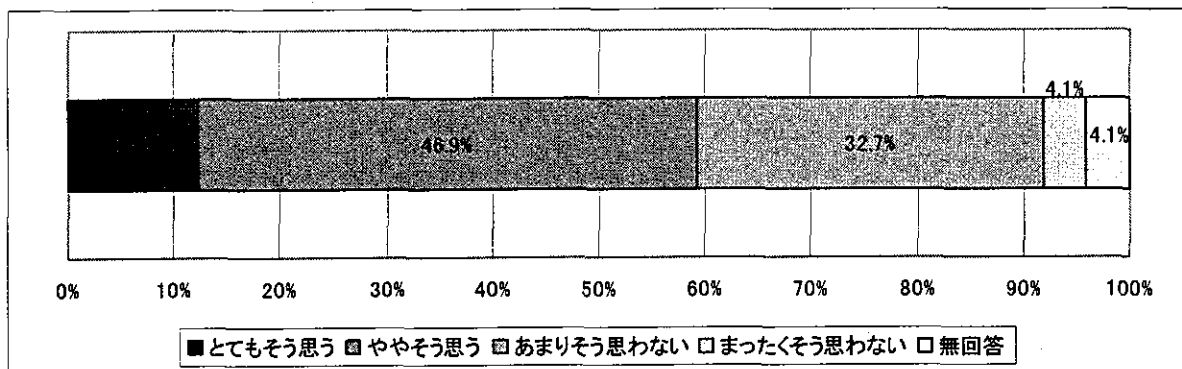
4. 「精神障害者小規模作業所」施設数は、貴都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を評価する指標の 1 つとして「適切」であると思いますか (n=49)。



- A 県は広域であり、かつ、市町村数が多いことから、地域で生活する精神障害者にとって身近な地域で作業訓練などを受けることができる小規模作業所は重要な社会資源であるため。
- 作業所の数だけでなく、その効果という評価も必要でないか。
- 精神障害者地域費リハビリテーションの基礎を成す形態。家族会立から他の設立形態への広がりが必要ではないか。
- 利用者の需要に合致するよう適切な施設数を目指す必要がある。

- 在宅精神障害者が身近に利用でき、作業訓練等で社会復帰促進を図る役割上、地域福祉の不可欠な社会資源であると思うため。
- 小規模作業所は、市町村・県の判断で設置可能であるため。
- 作業訓練を目的とした施設なので、小規模授産施設や通所授産施設と併せて評価すべきであり、また、施設数ではなく利用可能な定員で評価したほうが良いと思います。
- 社会資源としては評価できるが、ハードのみでは水準評価することに疑問がある。
- 利用者数で見ると。
- 整備計画策定の際、全国における施設数の順位比較が必要であるため。
- 小規模通所授産施設への移行も進んでおり、小規模作業所だけで評価するのは適切ではない。小規模通所授産施設とは同種の施設であり、合算すべきではないか。
- 社会復帰施設は、社会的入院患者の自立と社会復帰を進める上で必要である。特に精神保健福祉の水準を評価する指標となるものとする。
- 地域における就労の一部となっている為。
- 精神障害者が各地域で自立した生活が行えるように支援するための施策の一つであり、他の関連する施設とある一定数設置されてその効果が現れる施設であり、各地域に偏在させないため施設数把握は重要と考えます。
- 小規模作業所は、施設により多少の差異はあるものの、就労に向けた働きかけと、対人関係構築の訓練、日常生活リズム作り、居場所等の役割を果たす施設であり重要です。また、小規模作業所は家族会や関係団体が設置しているので小規模作業所の数は家族や団体の指標とも考えられます。法定施設でないため設立は家族等の力（行動力、財力）で行わなければなりません。反面、設立しやすく誰もができるという施設でもあります。これらのことから適切と考えます。
- 当事者の社会参加を促進する環境要因が整っているかどうかの指標となるものとする。
- 小規模通所授産施設への移行を進めており、施設数が少なくなっている。
- 法定外授産施設である精神障害者小規模作業所は、授産活動だけでなく、居場所や身近な相談所として大きな役割を担っており、指標として適切である。
- 運営費補助額が自治体でバラツキがあり、施設数のみでは指標となりにくい。
- 人口 100 万人あたりの数と障害保健福祉圏域あたりの数の指標の両方があればより適切である。
- 設置数も増加しつつあり、評価指標として適切。
- 作業所から小規模通所授産施設への移行を推進している。
- 精神障害者の就労支援を行う上からも必要である。
- 各地域における精神保健福祉に係わるものなので適切と考える。
- 社会復帰施設等の数は、現状での指標化が可能なもののひとつである。他の社会復帰施設数と合わせて判断することで水準の評価につながる。特に小規模通所授産施設との関連。
- 地域生活をするうえで、集う場、収入を得る場は絶対必要。
- 精神障害者にとって、地域での日中活動の場、憩いの場として大切な役割を担っており、その運営は地域のボランティア等に支えられているため。
- 作業内容、工賃を把握する必要があり、単に「施設数」のみでは指標とはならない。
- 小規模作業所は、県及び市町村の補助事業であり、地域における精神障害者の身近な授産施設の役割も果たしているため。
- 数によって精神障害者の社会復帰の状況を知る指標となる。
- 一般就労が困難である障害者の日中活動の場及び相談・支援の機能として有効。
- 入院から地域への役割大きく、法定外ではあるが指標の一つとしては参考になると思う。各都道府県・指定都市の小規模作業所 1 ヶ所あたりの補助金額があるとなおよいと思う。
- 法定外施設として、その役割は大きい。
- 地域生活を支える一つの重要な施設である。
- 対人口数に基づく数値では一概に評価できない。
- 法定施設ではないため。

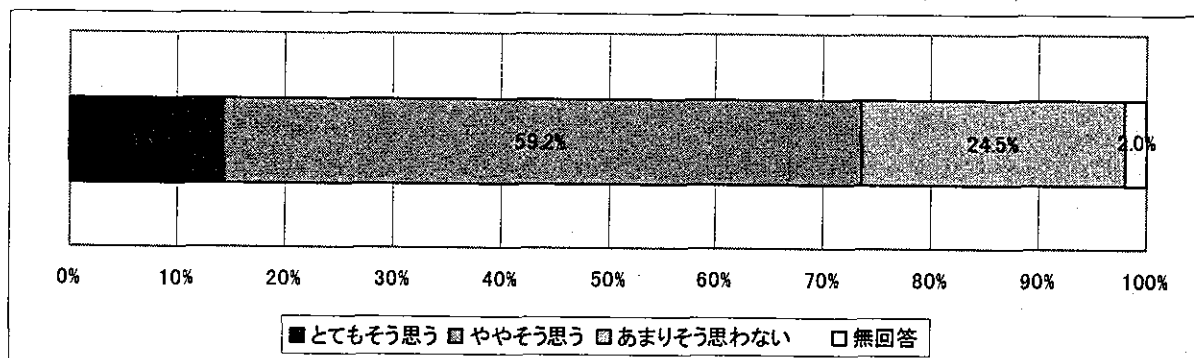
5. 「精神障害者小規模通所授産施設」施設数は、貴都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を評価する指標の1つとして「適切」だと思いますか（n=49）。



- 本県は広域であり、かつ、市町村数が多いことから地域で生活する精神障害者にとって身近な地域で作業訓練などを受けることができる小規模作業所は重要な社会資源であるため。
- 作業所から順次移行する方針である。数は年々増えている。数よりは移行したことによる効果という評価が必要ではないか。
- 移行にあたっては自己資金確保という高いハードルがあるため、促進化が図られづらい状況。今後、作業所の機能分化が明確になれば、他の形態を含めた中で1つの形態として明確に位置付けられる。現時点での「適切性」評価は難しいのではないか。
- 利用者の需要に合致するよう適切な施設数を目指す必要がある。
- 精神障害者の社会復帰の促進を図る役割等を考えると、水準の評価の指標として適切であると思う。
- 施設設置に関しては国庫補助の対象となる必要があり県の判断だけで整備できないため、社会資源としては評価できるが、ハードのみでは水準評価することに疑問がある。
- 内容的には小規模作業所と大きな違いは無い。国庫補助が認められるかどうかの問題であり、指標としては妥当ではない。
- 各保健福祉圏域での整備状況等を考慮した上で、定員数で評価すべきと考える。
- 整備計画策定の際、全国における施設数の順位比較が必要であるため。
- 小規模通所授産施設とは同種の施設であり、合算すべきではないか。作業所から通所授産施設への移行状況を把握する指標としては有用である。
- 社会復帰施設は、社会的入院患者の自立と社会復帰を進める上で必要である。特に精神保健福祉の水準を評価する指標となるものとする。
- 本県では小規模作業所からの移行が未だになく検討中のものが多いので。
- 精神障害者が各地域で自立した生活が行えるように支援するための施策の一つであり、他の関連する施設とある一定数設置されてその効果が現れる施設であり、各地域に偏在させないため施設数把握は重要と考えます。
- 就労支援のために必要な施設であるため適切と考えます。今後、小規模作業所から通所授産施設となる施設が増えることが必要だと考えます。
- 当事者の社会参加を促進する環境要因が整っているかどうかの指標となると考える。
- 評価指標になると思うが、グループホームと同様国庫補助の関係で整備が進まないという現状もあるため。
- 施設数が多いため。ただし、作業所からの移行の推進次第で施設数が大きく変動するおそれがある。
- 小規模作業所や授産施設がある中で、これだけとり出しても指標にならない。
- 小規模作業所から小規模授産施設への移行数も指標とすると地域の活力なども見えてくると思われる。
- 人口100万人あたりの数と障害保健福祉圏域あたりの数の指標の両方があればより適切である。
- 小規模作業所からの移行があり、流動的な為。

- 作業所経営を安定化させるものとして小規模通所授産施設への移行を推進している。
- 精神障害者の就労支援を行う上からも必要である。
- 社会復帰の促進を図る施設であり、指標として適切と考える。
- 社会復帰施設等の数は、現状での指標化が可能なもののひとつである。他の社会復帰施設数と合わせて判断することで水準の評価につながる。
- ほとんどの施設が作業所からの移行であり、作業所の長所を引き継いでいるため。
- 本県では小規模通所授産施設は設置しておりませんが、作業内容、工賃を把握する必要があり、単に「施設数」のみでは指標とはならない。
- 小規模通所授産施設は、小規模作業所からの移行が多く想定されるが、資産の確保がネックとなり移行できないという個々に起因する事例が多いので、県全体の水準指標としてはあまり適切ではないと思われるため。
- 数によって精神障害者の社会復帰の状況を知る指標となる。他県との比較によりサービス施策の充足状況がわかる。
- 一般就労が困難である障害者の日中活動の場及び相談・支援の機能として有効。
- この中で小規模作業所からの移行数もあればよいと思う。
- 通所授産施設よりも整備が容易であることから、有効な施設であり、地域資源として有効であるため。
- 地域作業と一体として合算すべきと思う。
- 国庫補助協議数と採択数が大きく乖離しており、国において地域バランス等を考慮した採択を行っている現状では適切でない。

6. 「精神障害者社会適応訓練」利用対象者数は、貴都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を評価する指標の1つとして「適切」であると思いますか (n=49)。



- 精神障害者の就労を支援する方法のひとつであるため。
- 事業所に足を運んで就労につなげるための施策であり、その効果が期待される。
- 予算枠、協力事業所の確保問題があるが、それ以上の本事業後の就労への道筋が見えづらいことから、通過型の利用ではなく「定着・繰り返し」型の利用になっているのでは。
- 就労（社会復帰）を目指す人が多いということはその地区の精神保健福祉活動の1つの評価になると思われる。
- 社会適応訓練は、社会の景気（障害者の雇用等）に左右されることが多く、障害者雇用が増加すると制度利用者が減少し、障害者雇用が減少すると制度利用が増える傾向があるため。
- 精神障害者の雇用という点で、訓練の利用対象者よりも雇用している事業所数その水準の評価になりうると思う。
- 運営方針が各県ごとにちがっている面があるため、一律に利用者数で評価するのは問題ないか疑問がある。
- 本制度は民間企業の協力が不可欠であり、景気と大きく連動しているため。
- 利用者が多くても利用時間が長くなり（更新、再利用など）、その事業の中で滞っているのでは効果があるとはいえない。
- 社会適応訓練事業以外の就労施策や生活支援施策が充実し、連携していれば、利用者は少なくなる。

- 都道府県により訓練期間・条件等が異なるため、利用対象者数のみを指標とするのは適切ではない。
- 就労支援策の検討において、全国における利用対象者数の順位比較が必要であるため(ただし、利用対象者の把握方法について検討が必要と思われる)。
- 訓練期間があるため、特定の時点(年度末数など)をとらえての利用者数ではなく、年間延べ利用者又は訓練修了者数としていただきたい。
- 社会復帰における有効な手段の一つだと考えられるから。ただ、訓練を終了してそのままというケースも多いと思われるので、その後どうなったのか、という追跡調査があってもいいと思う。
- 利用対象者数は、精神障害回復者の社会復帰促進の状況を相当程度反映しており、評価指標の一つとして考えられる。
- 社会適応訓練は、就労支援の有効な手段であるため適切と考えます。また、社会適応訓練の職種や仕事の量が増えていかないことが課題となっています。利用数(サービス量)職種も評価指標となると考えます。
- 精神保健福祉分野で行っている唯一の就労支援(に最も近い)対策であるため。
- 都道府県の裁量で実施できる事業だから。
- デイから共作、そして地域へと行政がいかにきめ細かく障害者を支援しているか評価できる。
- 就労に向けた取り組み状況が把握できる。
- 社会適応訓練は、福祉的就労(授産施設・小規模作業所)から一般就労の中間的な仕事量・仕事内容であり、精神障害者の経済的自立に最も大きな役割を担っている。
- 職業リハビリテーションの領域では、ハローワークや障害者職業センター等で実施するメニューも増加してきたが、手続等利用者サイドからは簡易で柔軟な使い方が出来る。
- 人口100万人あたりの数と障害保健福祉圏域あたりの数の指標の両方があればより適切である。
- 授産施設や作業所などの福祉的就労の箇所数が、利用対象者数に影響すると思われる為。
- 入院から社会復帰を果たす流れの中で、社会適応訓練は有効である。
- 精神障害者の就労支援のためにも必要である。
- 社会参加へのあしがかりを示す指標として適切である。
- 小規模作業所、小規模通所授産施設等の指標と合わせて判断することで、水準の評価につながる。
- 協力事業所をはじめ、地域の人との関わりが多く、就労支援にもつながることから評価をしていきたい事業です。
- すべての都道府県・指定都市で実施しているが、利用対象者数は各自治体の財政状況に左右されるため。
- 利用対象者数は財政面及び障害者を受け入れる社会基盤の充実と連動していると思われるため。
- 利用者の病状によるところが大きく、また、地域における産業構造にも大きく関係しているため、県全体の指標として使用するのはあまり適切ではないと思われるため。
- 各都市の企業実態や経済状況が大きく違うことから、一概に指標とすることに疑問。
- 平成15年度より各自治体の単独事業となり、各自治体の事業に対する取り組みの姿勢に差が生じてくると思われるため。
- 就労支援の指標として有効と思うが、さらに継続・中止・就労に結びついた件数などの数値もあればより有効になると思う。
- 就労支援としての社会適応訓練は必要であるが、利用者の横ばい等、検討を要する状況にあるため。
- 精神独自の就労支援策で重要なものと考えるが、就労支援ではなくリハととらえる面もあり、位置づけが行政団体によって異なっているというイメージがある。
- 就労支援施策の代表的事業であるため。

提示方法に関するご意見・ご提案

- 全国中央値も参考になり、また比較になる部分もあるが、国や県の障害者プランの達成率や充足率が比較になるのではないかと思います。
- 社会復帰施設については、種別ごとの未整備圏域数で評価するか、各県ごとのプラン進捗状況で評価するなど工夫があってもよいと思います。
- 入院・在院指標の「中央値より少ない方がプラスになっている」の意味が分かりにくい。
- 棒グラフの値（%）もグラフ中に表示して欲しい。
- この指標を継続するならば、中央値の年次変化のグラフも記載して欲しい。
- わかりやすくしてほしいと思います。
- グラフにすることによって、全国から見た本県の位置が分かったので、今後の目標設定に役立てたい。
- 全国中央値との比較ができわかり易いと思う。
- 社会復帰指標については、全国中央値を基準としたグラフに加え、障害者計画の目標値にてらしあわせたグラフが参考となる。
- 該当なし（0）の場合についての表示方法についての工夫。
- 評価をする際には、各県又は各都市の地域性や経済動向等の影響を受けるものであり、十分な検討も必要と考えます（一概に全国平均で良いとの考えではなく、質の問題や類似事業をどのように評価するか）。
- 全国中央値から見る本市の状況を把握するには有効である。
- 資料 4（昨年度の報告書）にあるような各自治体からの意見（正確な表示にならない場合がある）も適切であるが、全国中央値を基準としたグラフは本市の状況を表していると思われる。
- グラフは小さくして、障害者保健福祉計画の基本的方向性の記述や数値目標などを同一ページに示した方が理解しやすい。

評価指標一覧

1. 外来指標 (7 指標)		都道府県中央値
● 外来患者数 (人口 1 万人あたり) ^{2,3)}		144.9 人
● 統合失調症外来患者数 (人口 1 万人あたり) ^{2,3)}		40.6 人
● 気分障害外来患者数 (人口 1 万人あたり) ^{2,3)}		47.1 人
● 精神障害者保健福祉手帳交付数 (人口 1 万人あたり) ¹⁾		26.1 人
● 精神障害者通院医療費公費負担承認数 (人口 1 万人あたり) ¹⁾		43.8 人
● デイケア実人数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		5.1 人
● 訪問看護実施件数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		3.4 件
2. 入院・在院指標 (12 指標)		都道府県中央値
● 在院患者数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		28.1 人
● 非任意入院患者数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		9.8 人
● 統合失調症在院患者数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		17.6 人
● 気分障害在院患者数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		1.8 人
● 痴呆在院患者数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		4.4 人
● 精神病床数 (人口 1 万人あたり) ⁴⁾		30.1 床
● 継続在院期間 5 年以上の割合 ⁴⁾		43.3 %
● 平均残存率〔1 年未満群〕 ⁵⁾		31.3 %
● 1 年後残留率 ⁴⁾		14.5 %
● 50%退院日数 ⁴⁾		64.7 日
● 1 年以内の社会復帰率 ⁴⁾		72.8 %
● 退院率〔1 年以上群〕 ⁵⁾		20.2 %
3. 社会復帰指標 (11 指標)		都道府県中央値
● 精神障害者生活訓練施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		2.3 ケ所
● 精神障害者福祉ホーム A 型施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		1.0 ケ所
● 精神障害者福祉ホーム B 型施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		0.8 ケ所
● 精神障害者グループホーム施設数 (人口 100 万人あたり) ⁷⁾		12.1 ケ所
● 精神障害者ショートステイ施設数 (人口 100 万人あたり) ⁸⁾		0.9 ケ所
● 精神障害者地域生活支援センター施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		4.4 ケ所
● 精神障害者通所授産施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		2.2 ケ所
● 精神障害者入所授産施設 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		0.0 ケ所
● 精神障害者小規模通所授産施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		1.2 ケ所
● 精神障害者福祉工場施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾		0.0 ケ所
● 精神障害者社会適応訓練利用対象者数 (人口 100 万人あたり) ⁴⁾		21.9 人
4. 地域・行政関連指標 (8 指標)		都道府県中央値
● 精神保健被訪問指導延べ人数 (人口 1 万人あたり) ⁹⁾		14.3 件
● 精神保健被相談延べ人数 (人口 1 万人あたり) ⁹⁾		94.4 件
● 精神障害者グループホーム事業実施市町村割合 ¹⁰⁾		35.6 %
● 精神障害者ホームヘルプ事業実施市町村割合 ¹⁰⁾		53.2 %
● 精神障害者ショートステイ事業実施市町村割合 ¹⁰⁾		15.8 %
● 精神衛生費 (都道府県民 1 人あたり) ¹¹⁾		1144.0 円
● 国民医療費 (入院) ¹²⁾		204.6 億円
● 国民医療費 (入院外) ¹²⁾		48.9 億円
5. その他の指標 (2 指標)		都道府県中央値
● 自殺者数 (人口 1 万人あたり) ¹³⁾		2.6 人
● 生活保護医療扶助の入院に依存する割合 ¹⁴⁾		40.7 %

6. 出典

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 15 年度衛生行政報告例、2004.
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 14 年患者調査、2004.
3. 藤田利治. 精神疾患の受療有病数と在院期間の年次推移. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業報告書 (岩崎榮主任研究者: 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究)、2005.
4. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 (平成 14 年度 6 月 30 日調査の概要)、2004.
5. 竹島正. 新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数に関する研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業報告書 (竹島正主任研究者: 新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究). 2005.
6. 厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課 (平成 16 年 4 月 1 日現在).
7. 厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課 (平成 16 年度国庫補助内示箇所).
8. 厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課 (平成 15 年 4 月 1 日現在).
9. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 14 年地域保健・老人保健事業報告 (地域保健編)、2004.
10. 厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課 (平成 16 年 3 月 31 日現在).
11. 朝日新聞社編. 民力 2004 年版、朝日新聞社、2004.
12. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 14 年度国民医療費、2004.
13. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 15 年人口動態統計、2004.
14. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 14 年度社会福祉行政業務報告 (福祉行政報告例)、2003.
15. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 15 年 10 月 1 日現在推計人口). 2004.
16. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 14 年 10 月 1 日現在推計人口). 2003.
17. 市町村自治研究会編. 平成 16 年版全国市町村要覧 (平成 15 年 10 月 1 日現在の「全国都道府県市区町村別面積調」). 2004.

経年変化に関する評価指標一覧

	都道府県中央値
1. 外来指標	
● 外来患者数（人口1万人あたり） ^{2,3)}	113.9 人
● 統合失調症外来患者数（人口1万人あたり） ^{2,3)}	39.1 人
● 気分障害外来患者数（人口1万人あたり） ^{2,3)}	29.1 人
● 精神障害者保健福祉手帳交付数（人口1万人あたり） ¹⁾	10.5 人
● 精神障害者通院医療費公費負担承認数（人口1万人あたり） ¹⁾	20.8 人
● デイケア実人数（人口1万人あたり） ⁴⁾	3.3 人
● 訪問看護実施件数（人口1万人あたり） ⁵⁾	3.0 件
2. 入院・在院指標	都道府県中央値
● 在院患者数（人口1万人あたり） ⁶⁾	28.8 人
● 非任意入院患者数（人口1万人あたり） ⁶⁾	8.5 人
● 統合失調症在院患者数（人口1万人あたり） ⁶⁾	18.7 人
● 気分障害在院患者数（人口1万人あたり） ⁶⁾	1.7 人
● 痴呆在院患者数（人口1万人あたり） ⁶⁾	3.7 人
● 精神病床数（人口1万人あたり） ⁶⁾	29.9 床
● 継続在院期間5年以上の割合 ⁶⁾	46.9 %
● 平均残存率〔1年未満群〕 ⁷⁾	31.8 %
● 1年後残留率 ⁶⁾	17.1 %
● 50%退院日数 ⁵⁾	69.6 日
● 1年以内の社会復帰率 ⁶⁾	72.3 %
● 退院率〔1年以上群〕 ⁷⁾	21.0 %
3. 社会復帰指標	都道府県中央値
● 精神障害者生活訓練施設数（人口100万人あたり） ⁶⁾	1.1 ケ所
● 精神障害者福祉ホームA型施設数（人口100万人あたり） ⁸⁾	1.0 ケ所
● 精神障害者福祉ホームB型施設数（人口100万人あたり） ⁸⁾	0.1 ケ所
● 精神障害者グループホーム施設数（人口100万人あたり） ¹¹⁾	8.5 ケ所
● 精神障害者ショートステイ施設数（人口100万人あたり） ¹¹⁾	1.1 ケ所
● 精神障害者地域生活支援センター施設数（人口100万人あたり） ⁹⁾	2.0 ケ所
● 精神障害者通所授産施設数（人口100万人あたり） ⁶⁾	0.8 ケ所
● 精神障害者入所授産施設（人口100万人あたり） ⁶⁾	0.0 ケ所
● 精神障害者小規模通所授産施設数（人口100万人あたり） ¹⁰⁾	0.0 カ所
● 精神障害者福祉工場施設数（人口100万人あたり） ⁶⁾	0.0 ケ所
● 社会適応訓練利用対象者数（人口100万人あたり）	該当資料なし
4. 地域・行政関連指標	都道府県中央値
● 精神保健被訪問指導延べ人数（人口1万人あたり） ¹²⁾	17.5 件
● 精神保健被相談延べ人数（人口1万人あたり） ¹²⁾	89.9 件
● 精神障害者グループホーム事業実施市町村割合 ¹³⁾	17.1 %
● 精神障害者ホームヘルプ事業実施市町村割合 ¹³⁾	31.4 %
● 精神障害者ショートステイ事業実施市町村割合 ¹³⁾	16.2 %
● 精神衛生費（都道府県民1人あたり） ¹⁴⁾	828.0 円
● 国民医療費（入院） ¹⁵⁾	193.9 億円
● 国民医療費（入院外） ¹⁵⁾	54.3 億円
5. その他の指標	都道府県中央値
● 自殺者数（人口1万人あたり） ¹⁶⁾	1.7 人
● 生活保護医療扶助の入院に依存する割合 ¹⁷⁾	48.4 %

6. 出典

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 10 年度衛生行政業務報告. 1999.
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 8 年患者調査. 1998.
3. 藤田利治. 精神疾患の受療有病数と在院期間の年次推移. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業報告書 (岩崎榮主任研究者: 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究). 2005.
4. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 (平成 11 年度 6 月 30 日調査の概要).
5. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 (平成 12 年度 6 月 30 日調査の概要).
6. 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 (平成 10 年度 6 月 30 日調査の概要).
7. 竹島正. 新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数に関する研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業報告書 (竹島正主任研究者: 新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究). 2005.
8. 厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課 (平成 14 年 3 月 31 日現在: 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書. 今後の精神保健医療福祉施策について). 2002.
9. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 (平成 13 年度 6 月 30 日調査の概要).
10. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 14 年社会福祉施設等調査報告. 2004.
11. 厚生労働省障害保健福祉部企画課調 (平成 14 年 3 月 31 日現在: 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書. 今後の精神保健医療福祉施策について). 2002.
12. 厚生省大臣官房統計情報部編. 平成 10 年度地域保健事業報告. 2000.
13. 厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課 (平成 14 年 5 月 10 日現在). 2002.
14. 朝日新聞社編. 民力 1998 年版、朝日新聞社. 1998.
15. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 11 年度国民医療費. 2001.
16. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 7 年人口動態統計. 1997.
17. 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成 10 年度社会福祉行政業務報告 (福祉行政報告例). 2000.
18. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 14 年 10 月 1 日現在推計人口). 2003.
19. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 13 年 10 月 1 日現在推計人口). 2002.
20. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 11 年 10 月 1 日現在推計人口). 2000.
21. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 10 年 10 月 1 日現在推計人口). 1999.
22. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 9 年 10 月 1 日現在推計人口). 1998.
23. 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 (平成 8 年 10 月 1 日現在推計人口). 1997.