

## 別添資料 1

## 本研究に対する他自治体からの意見聴取項目

以下の項目につきご意見ご感想をお聞かせ下さい。

I 今回、モデルとして開発した県内自治体の共有精神保健福祉相談日計表案（以下、日計表案）」と「記入要領案」（平成 15 年度分担研究報告書に所収）についてお伺いします。

1 記入要領案について、わかりにくいところ、より明確にしたほうがよいと思われるところはありましたか。

2 日計表案の項目について

(1) 貴施設での相談業務統計と比べて使いにくい点がありますか。

(2) 各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。

(3) 必要のないものはありましたか。

(4) 追加・改善すべき項目はありましたか。

II 精神保健福祉相談業務統計などについて見直し、変更計画について

(1) 貴自治体では、平成 14 年度以降の精神保健福祉相談業務統計などについて見直し、変更などされましたか？ あるいは、今後の見直しを計画されていますか？

(2) 地域精神保健福祉行政施策の立案などに際して、どのような統計資料を使用されていますか？

(3) 県内の他自治体（県、政令指定都市、保健所政令市、市町村）と地域の精神保健福祉ニーズや行政施策の展開などに関する情報交換は、どのようにされていますか？

III 相談業務指標の外に、地域ニーズを把握するための指標として、どのようなものが適切と思われますか？

IV 本研究に対するご意見、ご感想をお聞かせ下さい。

## 別添資料2

### 本研究についての他自治体からの意見聴取結果

回答施設：埼玉県健康福祉部障害者福祉課、埼玉県立精神保健福祉センター、さいたま市こころの健康センター、大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課、大阪府こころの健康総合センター、大阪市こころの健康センター、福岡県保健福祉部障害者福祉課、福岡県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター、北九州市立精神保健福祉センター、福島県相双保健所、東京都多摩小平保健所、石川県加賀地域センター、兵庫県尼崎保健所、徳島県徳島保健所、埼玉県立大学保健医療福祉学部、

以下の項目につきご意見ご感想をお聞かせ下さい。	
今回、モデルとして開発した県内自治体の共有精神保健福祉相談日計表案（以下、日計表案）」と「記入要領案」（平成15年度分担研究報告書に所収）についてお伺いします。	
1. 「記入要領」について、わかりにくいところ、より明確にしたほうがよいと思われるところはありました	埼玉県庁
平成15年度分担研究報告書にもすでに書かれています。頻回相談者の業務量や「相談の質」を確認する項目があってもよいかと思いました。	
特にありません。	さいたま市センター
特にありません。	大阪市センター
・訪問先…所内での来所相談や電話相談の場合はどこにチェックするのか。	福岡県センター
・年齢…電話相談では年齢が確定できにくい場合があるので、○才代という表現でも記入できるようにしてほしい。	
・「相談種別」で、「いずれか一つを選び該当数字を記入（重複不可）」とあるが、「主なものいずれか一つを選び・・・」と書き加えたほうがよいのではないか。	大阪府庁・府センター
・「匿名相談の場合にも相談記録作成」とあるが、難しいのではないか。	
記入項目が大量になるものの工夫された神奈川版多軸診断を、ぜひ全国標準化されるよう祈っております。	福岡市センター
なお、当センターの所報にはまだ載せておりませんが、来所者のICDもつけております。本人が来所しなければほとんどz63 家族相談の項目でおとしています。	
特になし	北九州センター
なし	東京都多摩小平保健所
統一した記入要領があり、大変便利であった。分かりにくい点はありません。	石川県保健所
①「診断名」「状態像」について	尼崎市保健所
誰が判断するのでしょうか。医師が診断したものだけを記載するのか、窓口で相談を受けた担当者がそれぞれ判断するのか。窓口担当者が判断するのであれば、記入要領に、もっと具体的に細かく診断基準や定義を説明しないと、判断は難しいと思います。特に、市町村で事務担当者が相談を受ける場合などは、相談者本人が言うとおりの診断名を記述する可能性があります。	
②「診断名」について	
現在、32条や手帳の診断書等もICD10で統一されていますし、「診断名」はICD10の分類記号をそのまま記載したほうがわかりやすいのではないかと思います。	
③「状態像」について	
・「人格障害的問題」とは何かわかりにくいです。人格障害といってもいろいろ種類もあると思いますが、反社会的行為とか自傷行為の繰り返しとかいったことでしょうか？具体的な定義があったほうがよいと思います。	
・「食生活上の問題」というのは摂食障害のことでしょうか。障害者の生活上の支障という意味ではないですね。これも具体的に記載されたほうがよいと思います。	
・近年注目されているものとしては「発達障害」を追加されてはどうでしょうか。	
④「その他注目すべき状態像」のフリー記載について	
何らかのカテゴリズしないと、自由記載では共通の集計は難しいと思います。本来この日計表に計上するのは相談記録を作成しているはずなので、個人記録のほうに記述してあればよいのでは？	
・日報表は、5人区切りで25人分で、2枚で50人分となっていて、4枚で100件となり、確認しやすいです。	埼玉県立大学
・性別と年齢	
基本的な問題ですが、記入対象者は誰かですが来談した人＝本人の場合は問題ない	
本人以外の場合にどうするのか＝ここでの性別・年齢は？	
カルテは誰のものか？ 相談録は誰のものか？ たぶん、来談者等の相談対象者の年齢（本人）となるのでしょうか・・・今後の課題です。	
・年齢は、実際の年齢の記入で処理で分けるとよいと思います。	
・地域保健事業報告は、事業別を集計するときにとっても助かります。	
・把握区分	
年度新来を実数でカウントして、それいがないを積み上げて延べ数とする。とても重要で実数と延べ数の問題を解決出来ると思います。しかし、説明の、「*把握新は年度新の外数」はわかりやすいようでわかりにくい解説のような気がします。例えば「その年度まったく新たに把握した本当の新規の相談」でしょうか？	
・診断名	
診断がついている人のみと明確です。しかし時に受診していない人でもつけてしまうかたがあります。20 未受診 があってもいいのでしょうか？	

・状態像	
目的が明確なので・・	
・相談種別	
記入の説明について、「1. 2. 3に該当する場合は、再掲で選択（重複可）」これだけでは少しわかりにくいのですが。相談種別の1-5なのか、下位項目に番号がついているのでその番号なのか。例えば「相談種別の項目で1-3の場合で重複する場合については再掲枠に記載ください」でしょうか。	
ここでの「社会復帰」という項目について→「社会参加の支援に関する問題」ではいかがでしょうか。内容の1. 2は社会復帰でもよいのですが、福祉的や経済的な3-8ではこれは入力者は保健関係者とは限らないで、市町村では事務職や福祉職もいると思います。用語の使用方法に若干の違いがあると思います。	
2 日計表案の項目について	
(1)貴施設での相談業務統計と比べて使いにくい点がありますか。	
特段使いにくさはないように思いますが、使用するにあたっては、相談件数の1件の数え方の根拠を再検討する必要があると思います。この数字が行政の事務サイドには「量」として捉えられるため、業務量が減ったように考えられて人員減とされてしまうかもしれません。そうすると現場からは導入に当たって抵抗がでる可能性が高いと思います。	埼玉県庁
特にありません。むしろ相談種別の分類の仕方については、非常にシンプルに整理されており、大変参考になりました。	さいたま市センター
・「診断名」について、ICD-10の診断分類が使いにくい。	大阪府庁・府センター
・「診断名」については、本人が正しく知らされていないことも多く、正確な診断名の把握は難しい。また、市町村からは「対象は精神障害者の福祉であり、病名をカウントする必要があるのか」と言われている。そういう意味でも、「診断名」という項目では、「その他」か「保留」が増えると考えられ、項目を変える等、工夫があればと思う。	
・市町村においては、対応する職員が精神保健福祉専任でないこともあり、全体的に項目が細かすぎて、日常的に統計を取ることが難しいと思われるので、もう少し簡素なものにする必要があると考える。	
大阪市では地域保健事業報告分類に基づいて集計するだけで詳細な統計データを探っては特にありません。	大阪市センター
・当施設では来所及び電話相談は1件につき1枚のシートにチェックを入れる様式を使い、相談終了後に記入し、データをパソコン入力している。電話の場合、相談を受ける職員がシートを手元において記入する事もある。相談を受ける職員が多い場合は、共有のシート1枚に1日の相談内容を記入するのは難しいと思われる。慣れるまでの間は1件1枚とし、パソコンでこの日計表に入力する方が確実ではないか。	福岡県庁 福岡県センター
項目数はどうしても多くならざるを得ず、事務量の負担の不満が聞かれます。（どこまで絞り込めるか、なるべく少なく有用な指標を期待します。エクセルでポップアップメニューなどにしてあげると何とかなるかもしれないと思います）	北九州センター
見やすい表ではあるが、記入するのが大変でしたとのこと 特にありません。	福島県保健所
なし	東京都多摩小平保健所
項目は現在使用しているものにはすべてあるが、報告書を作る上で貴日計表にない項目がいくつかある点	石川県保健所
貴日計表にない項目がいくつかある点	
① 当保健所では現在、相談業務統計はエクセルを利用したシステムを作り、入力集計しています。ですので、紙に手書きで記録、集計するということはずいぶん手間がかかります。	尼崎市保健所
② 日報の項目や内容は、1で上記したことを除けば特に問題はありません。	
・相談種別は重複傾向があるので問題として1つを選びづらい	徳島県保健所
・状態像が不明確で記入しにくい	
(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。	
診断名の分類記載方法をICDコードに準拠する考え方は、全国的な統計基準の平均化に有用と思われれます。	埼玉県庁
どの項目も有用と感じられましたが、特に状態像（新たな地域ニーズの検討項目）は非常に有用と思われました。	さいたま市センター
すべて有用だと思うが、集計する事務量が多い。	大阪市センター
特にありません。	福岡県庁
・地域保健事業報告	福岡県センター
相談件数の考え方の統一	北九州センター
「状態像」として分類されている項目	
地域保健事業報告等、各種報告の集計がすぐできてよいとのこと	福島県保健所
なし	東京都多摩小平保健所
貴日計表であげられている項目はすべて有用だと思います。	石川県保健所
①「援助方法」「地域保健事業報告」は厚労省統計報告上必須だと思います。	尼崎市保健所
②「相談種別」は、それぞれの相談でどのように援助対応したかということが共通の統計として得られるので意義があると思います。当保健所では「援助内容」という項目名でカテゴリ分類していますが、今回の日報上の分類のほうがより具体的に詳細に分類されると感じています。	
・なし	徳島県保健所

・地域保健事業報告は、事業別を集計するときにとっても助かります。	埼玉県立大学
年度新来を実数でカウントして、それいがいを積み上げて延べ数とする。	
とても重要で実数と延べ数の問題を解決出来ると思います。	埼玉県立大学
(3)必要のないものはありましたか。	
特段ありません。	埼玉県庁
特にありません。	さいたま市センター
・「状態像」「訪問先」「再掲」については、項目が細かすぎるので、項目からはずすか、残すなら、どこかの項目と一緒に入れる等、工夫が必要と思われる。	大阪府庁・府センター
なし	大阪市センター
特にありません。	福岡県庁
・診断名は医師が対応するときに記入するようにしてはどうか。コメディカル職員等が対応した場合は状態像の判断しか出来ないと思う。	福岡県センター
必要ないというわけではありませんが、	北九州センター
◎診断名はこの際ICD10に統一しても良いのではないのでしょうか。現場の人も覚えてさえしまえばなんとかかすと思います。むしろ、厚生労働省分類(地域保健等事業報告)、状態像等いろいろな分類がある中、さらにここでしか通用しない分類を覚えることになるのが無駄な気がします。	
◎ここで「状態像」とされているのは、むしろ特定の問題群(ニーズ)抽出の作業と思われる。「状態像」と言う言葉を変えた方がよいのでは? 幻覚妄想状態とか興奮状態と言った精神医学上の状態像を思い浮かべるととまどいます。	
特にありません	福島県保健所
なし	東京都多摩小平保健所
ありません	石川県保健所
特にありません。	尼崎市保健所
・なし	徳島県保健所
特になし	埼玉県立大学
(4)住民ニーズを総合的に把握するため、追加・改善すべき項目はありましたか。	
住民ニーズとはつながらないかもしれませんが、担当者の主観でよいと思いますが、「相談の難易度」を追加してはどうでしょうか。また、相談種別の中に「相談時自体の問題」「苦情」のようなものを入れてはどうでしょうか。	埼玉県庁
15年度の回答結果のところでもあがっていましたが、状態像の項目については、新たな地域ニーズの検討という視点から見ても、やはり、アルコール・薬物以外のアディクション関連問題というような括りの項目があってもいいように感じられました。	さいたま市センター
また、健康日本21のライフステージを取り入れた指標については、大変興味深く拝見させていただきました。活用方法のことになるかも知れませんが、別の指標(母子保健や成人保健の相談等)とリンクさせる事等工夫が必要に感じられました。	
・ここで示されているのは、個別相談に関する業務統計であるが、集団援助活動(グループワーク、家族教室等)や地域精神保健福祉活動(会議、普及啓発、組織支援、社会資源整備・運営支援等)についての項目も、精神保健福祉業務の実施状況を把握するためには、必要ではないかと考える。	大阪府庁・府センター
特になし	大阪市センター
特にありません。	福岡県庁
・相談経路…相談窓口をPRするにあたり、相談があまりあがってこない関係機関に対して行うなど活用できるのではないか。	福岡県センター
・アセスメントした中で満たされないニーズとしてあがったものを積み上げていく必要があるのではないか。	
どこにいれたら良いものか? 相談種別の治療上の問題なのではないでしょうか◎医療機関に繋がっているケースかどうか、把握しなくて良いですか。あるいはケース属性に(未受診例、医療中断事例、受診中、医療不要例)などといった項目をたてては? 今後、地域で残る問題に未受診、中断例の受診援助があると思うので。34条の検討にもかかわります。	北九州センター
①地域保健事業報告と状態像のコード番号で「その他」に分類されるケース数が多くなる。「その他」に入ってしまうケースを分析して新たな分類項目を作成することが必要。	
②援助方法の区分をさらに細かくする必要がある。	
③訪問先も、近隣、自治会や警察などいろいろあるのでさらに細かな分類が必要。	
④精神科治療歴について、通院中・中断・入院中・未治療、の分類が必要、とはいえ日計表は雑多な業務の中で、シンプルでチェックしやすいものであることが必要。	東京都多摩小平保健所
⑤相談後の経過を整理し、アプローチのしかたや必要なサービスについて考えるための資料は必要と思う。	
⑥相談種別でニーズが把握できれば今後の対策の参考になり施策化に役立つと思う。	
⑦国の報告もあるので二重手間にならないように、一つのものに盛り込んだほうがよい。保健師の報告ものが多い。	
⑧市町村が使用するのであれば、担当者の職種別の記載は必須項目と考えられる。	
・年齢の項目では、県の報告に年代別のものがあるので、年代別項目があるとよい	石川県保健所
・相談経路があったらよい:相談経路の項目:1本人、2家族、3医療機関、4警察、5福祉事務所、6保健所、7精神保健福祉センター、8市町村、9学校・職場 10民生委員、11施設等、12その他	

・被面接者の項目に加えて、被相談者の項目もあったらよい:被相談者の項目:1本人、2家族、3市町村、4その他	
・受理日の他に、受理時間と相談所用時間があったらよい。	
・支援内容の項目があったらよい。支援内容:1事例検討、2同行訪問、3市町村(電話、来所)、4市町村へ出向く	
・結果の項目:1来所、2継続、3紹介(医療、他の機関)、4その他	
・相談対応者名	
・通しNo.	
32条・手帳、ヘルパー、ショートステイその他、福祉サービスの利用状況	尼崎市保健所
特になし	埼玉県立大学
<b>II. 精神保健福祉相談業務統計などについて見直し、変更計画について</b>	
(1) 貴自治体では、平成14年度以降の相談業務統計などについて見直し、変更などされましたか? あるいは、今後の見直しを計画されていますか?	
見直し及び変更はしていません。見直しの計画は今のところありません。	埼玉県庁
精神保健福祉相談業務日計表の見直し、変更はしていない。今後の計画もありません。	埼玉県立精神保健福祉センター
今後の相談業務統計については、ぜひ、見直しをしていきたいと思っています。	さいたま市センター
・市町村対象の業務統計については、来年度、見直しを予定している。現在は、あくまでも協力という形なので、できるだけ簡素なものにしたいと考えている。	大阪府庁・府センター
平成14年度以降変更、見直しは行っていない。また、現在、見直しや変更の予定はない。	大阪市センター
残念ながら見直し等の意見は出ていませんが、先生の研究報告を参考に見直しの検討が出来ればと思っています。	福岡県庁
新たな精神保健の地域の課題についても、その都度調査で実態を把握するしかなく、あたふたしている次第です。	
・見直しや変更はしていない。	福岡県センター
・現状に合わない部分も出てきているため見直しの必要性は感じているが、見直し及び変更時期は未定である。	
センターだけの統計は改訂もできますが、保健所の分についてはなかなか困難です。	福岡市センター
15年度に区担当者間で自発的に見直しをしているが、組織的には行っていない。	北九州センター
ケースの把握経路(市町村、医療、警察等)や動機(通報、来所、相談等)があればよい。・・・これは、そのような報告ものがあるためのようです。また、関わりの結果(入院となった、継続支援等)が、何らかの形で記入できるとよいか、とのことでしたが、これは難しそうです。	福島県保健所
①平成14年度:精神保健相談個票作成	東京都多摩小平保健所
②平成15年度:精神保健福祉相談統計台帳作成、精神保健福祉課報告様式の簡素化	石川県保健所
石川県では見直し変更はされていない。今後の見直し計画もないとのこと。	尼崎市保健所
平成14年以降は手直し程度で大きな変更はしていません。今のところ予定もありません。当保健所では32条・手帳の申請交付、県への進達業務に関して平成11年から、相談業務統計に関して平成12年から、アクセスまたはエクセルを利用して入力、集計するようなシステムを作り、6保健センター統一した集計をするようにしています。	徳島県保健所
・現在の治療の有無	
・相談後の今後の方針(完了・継続)	
(2) 地域精神保健福祉行政施策の立案などに際して、どのような統計資料を使用されていますか?	
衛生行政報告例、病院月報、わが国の精神保健福祉、厚生労働省のホームページにある統計、独自に集計したもの等	埼玉県庁
施策に関しては、県内の統計資料よりも国の動きを翻訳して、県内状況を入れての理屈の世界となります。県レベルで業務日計表はマンパワー配置で使用することがありますが、インパクトのある24条通報数とかハードな数だけです。	埼玉県立精神保健福祉センター
・大阪府庁・府センター保健所精神保健福祉業務年報	大阪府庁・府センター
・大阪府庁・府センター精神障害者生活ニーズ調査	
・精神科在院患者調査・退院患者調査(大阪府・大阪市)	
・患者調査	
・精神障害者保健福祉手帳交付数	
・精神障害者通院医療費公費負担承認数 等	
相談件数、手帳交付数、32条件数、措置診察件数等	大阪市センター
施策の立案の際に用いている統計資料としては、その場にあるもので(以下に記載しているものが中心ですが)、不足しているものは調査をその都度行っています。	福岡県庁
・行政監査資料(1回/2年)	
・衛生行政報告例(毎年)	
・精神保健福祉資料(630調査)	
・保健所実績報告書(毎年)	
・精神保健福祉センター年報(毎年)	
・国保医療費の統計	
・国の発行している報告物	

障害者プラン策定に関して実態調査を実施するなど行っているが、すでにある行政統計資料を活用している。	福岡県センター
①保健所事業概要	東京都多摩小平保健所
②圏域各市の報告（32条・障害者手帳等についての報告）	
③東京都精神保健福祉事業概要	
④社会復帰施設等の事業報告	
① 相談業務統計による相談の内容、集計	
② 32条・手帳の申請交付数	尼崎市保健所
③本市の年統計資料	
④国・県からの統計資料	
⑤当事者・家族会・医療機関へのアンケート調査資料	
（3）県内の他自治体（県、政令指定都市、保健所政令市、市町村）と地域の精神保健福祉ニーズや行政施策の展開などに関する情報交換は、どのようにされていますか？	
定期的な会議を開催している。電話による話し合い。	埼玉県庁
情報交換はしていませんが、全国の精神保健福祉センターから送られてくる所報やガイドブック、広報普及パンフなどは参考になります。	埼玉県立精神保健福祉センター
県内の状況は、医師とコメディカルが市町村や保健所に出かけて報告する技術協力月報や特別な話題・実状は技術協力課に口頭で報告されることがあります。また、地域で行った様々な研修の終了後のアンケートや研修担当の研修結果の起案で地域の状況がよく把握できます。最もホットで非公式な本音の状況や情報は精神科救急情報センターに毎日ローテーションで勤務してくる、さいたま市職員と保健所PSWとの雑談で、聞きたい情報も把握することができます。	大阪府庁・府センター
必要な情報は、定期的な市町村調査とホームヘルプの状況調査など、ファックスでの情報を取ることがあります。	
・保健所政令市については、毎月開催されている保健所精神保健福祉業務担当者会議に出席してもらい、主として府からの情報提供を行っている。	
・市町村については、市町村精神保健福祉業務連絡会を年2回程度開催し、主として府からの情報提供を行っている。	
・精神保健福祉業務市町村支援担当者連絡会議を2ヵ月に1回程度開催し、市町村支援担当者への情報提供や情報収集により、間接的な情報交換等も行っている（平成16年度で終了）。電話や文書やメールを使用	
県内の自治体と地域の精神保健福祉ニーズや行政施策の情報交換の方法については、特に定期的に設けてはおらず、保健所毎に実施している実務担当者会議等で行っているようです。	大阪市センター 福岡県庁
・政令市とは精神保健福祉センター同士で、センター長会議等で情報交換している。	福岡県センター
・保健福祉環境事務所(保健所)で行う保健所運営協議会精神保健福祉部会や各種研修・会議等において、市町村へ統計資料をもとに施策に必要と思われる情報を提供し、情報交換を行うケースの把握経路(市町村、医療、警察等)や動機(通報、来所、相談等)があればよい。・・・これは、そのような報告もがあるためのようです。また、関わりの結果(入院となった、継続支援等)が、何らかの形で記入できるとよいか、とのことでした。これは難しそうです	福島県保健所
①圏域市ごとの精神保健福祉関係機関連絡会等の連絡会	東京都多摩小平保健所
②圏域地域生活支援センターと市、保健所担当者連絡会	
③福祉保健局、精神保健福祉センター主催の会議	
国の地域保健・老人保健事業報告、保健所の精神保健福祉事業報告など	石川県保健所
石川県では、年度当初に地域精神保健福祉担当課長会議が開かれ、引続き同担当者会議も開かれている。また、県精神保健福祉センターの主催で保健所精神保健福祉担当者連絡会が開催され、保健所管内では市町村精神保健福祉・医療・警察担当者連絡会議を開催して情報交換がなされている	尼崎市保健所 徳島県保健所
県から要請されたときに意見交換会を開催	
・現在の治療の有無 ・相談後の今後の方針(完了・継続)	
Ⅲ 地域ニーズを把握するための指標として、相談窓口業務指標の外にどのようなものが適切と思われますか？	さいたま市センター
精神科医療に関するもの(国保の持っているデータ等)	

<p>相談業務指標よりも、国から出てくる事業、施策そのものを地域状況に合わせて展開するために何が必要かの調査指標が必要だと考えます。市町村障害者計画作成時にどこでも実施するニーズ調査が一番行政的に使える調査だと思います。相談業務指標は浅い考えかもしれませんが、地域の相談状況は把握できて地域ニーズの把握には成り得ないと思います。相談業務指標は、議会質問で議員が聞いてくる内容に役立つこと（ないと困ること）と、担当職員のマンパワーを確保、増員する時の説明資料としての2つのことに意義が有ると思っています。</p>	埼玉県立精神保健福祉センター
<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働省・6月30日調査</li> <li>・患者調査</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳交付数</li> <li>・精神障害者通院医療費公費負担承認数</li> <li>・ホームヘルプサービス・ショートステイ・グループホーム実施状況</li> <li>・精神障害者ニーズ調査</li> </ul>	大阪府庁・府センター
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活支援センター等の社会復帰施設等の相談件数</li> <li>・精神科救急医療システムにおける相談件数及びその内容</li> </ul>	大阪市センター
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活支援センター等の社会復帰施設や市町村、保健福祉環境事務所(保健所)の窓口でケアマネジメントする中で、アセスメントする際に出てきたニーズの項目(満たされないニーズを含む)を何らかの形で積み上げられたらいいのではないかと。</li> </ul>	福岡県庁 福岡県センター
<p>特になし</p>	北九州センター
<p>相談窓口業務を件数のみで把握しているが、一件毎に必要な時間が大幅に異なるので、それらを加味した総合的な指標になればなおよいかもとのことでしたが、これは複雑になりすぎて、かえって難しそうです。</p>	福島県保健所
<p>①関係機関会議の情報 ②23条・24条関係の申請 ③圏域市町村別精神保健福祉関係の事業把握</p>	東京都多摩小平保健所
<p>メンタルヘルスポランティアからのニーズ、社会復帰施設地域支援センターでの相談とニーズ把握、福祉事務所の業務、民生委員によるニーズ把握などがある。</p>	石川県保健所
<p>当事者や家族からの要望</p>	尼崎市保健所
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者地域生活支援センター利用状況・相談内容</li> <li>・居宅生活支援事業利用状況</li> </ul>	徳島県保健所
<p>IV 本研究に対するご意見、ご感想をお聞かせ下さい。</p>	
<p>市町村は特に「制度運用」「事業中心」で行政を執行しているため、個別相談から地域ニーズを把握し施策に反映させるというスタンスが根付いていないため、相談窓口業務指標は、市町村において非常に有効と思われます。ただ、今回の指標のターゲットは保健部局のみすなわち市町村で言えば保健センターを対象としているのかと思いますが、市町村の精神保健福祉ニーズは、都道府県のような分担になっていないことを考えれば、障害部局に対しての指標がもう一つ必要のように感じました。同一のフォーマットでは難しい部分もあるかもしれませんが。</p>	埼玉県庁
<p>当センターの研修で、業務が移行する前に市町村職員(意図を賛同した市町村だけ)と一緒に行った(作成して付けてみた)経緯の中で、今回の研究のアンケート調査に書かれている多くの項目が一致していました。その結果、相談業務指標に対してどのような結論(感想)を持っているかを、本調査の報告と重なってしまいますがランダムに少しあげてみます。(実務で担当した人と話し合いました)</p>	埼玉県立精神保健福祉センター
<ul style="list-style-type: none"> <li>・母子保健と成人保健とのまたがりについてルールが必要だと思います。</li> <li>・状態像は、再掲でとるほうが良いと思われます。</li> <li>・全てにわたり統計を細かくとるのは労多くして、処理に用する作業に見合うフィードバックがつける人いない。故に、目的によって量を把握するか、質(内容)をとるかが決まり相談業務日報をマンパワー目的だと、量が多く出る取り方にすべきで、質をとるのは期間限定でないといつつける現場のモチベーションも下げしてしまう。(当県では、過去不評をかつた経緯もある)</li> <li>・マニュアルのみの判断では相談側の力量の問題があり、精度をあげるためには、迷いそうな事例等を含めた研修が必須となる。</li> </ul>	
<p>市町村で相談業務日報を付けるには、保健と福祉、保健内部、など一担当者の苦労は並たいていではなく、関係する部署、職員がチームとしての合意形成が必要で、そこをどうするか大きな課題だと思われる。</p>	
<p>本研究については、協力した神奈川県下の各自治体の意識の高さ、またこれらのデータを取りまとめられたことに、まず敬服いたします。</p>	さいたま市センター
<p>相談業務に関するデータの取り方、とりわけ、そこから地域ニーズを把握するという事については、当市においても苦慮しているところですので、今回の項目の括り方や集計の仕方については、大変参考になりました。自治体によっては、相談体制の違いにより多少使用しにくい部分や把握したい項目にも違いがあるとは思われますが、共通のツールとしては本研究に挙げられている程度が妥当だと思います。</p>	

各機関で使用している従来のものと、本研究に関する指標をどうリンクさせながら、現実的なものとして活用していくことが可能なか非常に興味があるとともに、本研究での視点をぜひ取り入れて当市の相談業務統計の取り方も再検討して行きたいと思っています。	
・精神保健福祉業務の実施状況を把握するために、このような共有指標が開発されることで、今まで以上に、地域精神保健福祉施策の立案や実施、評価に役立つのではないかと考えられる。また、府内の各自治体の状況だけでなく、全国的にも共通な指標となることで、全国との比較検討も可能になり、施策を進めていく上でも大いに役立つのではないかと考える。	大阪府庁・府センター
精神保健福祉施策の企画立案の基礎データとして極めて有用である。	大阪市センター
市においても、貴研究を参考にさせていただきたいと考えている。	
県（行政）として施策を展開していく中で、市町村等と共有指標を持つことは大変重要なことと考えます。	福岡県庁
本県では、市町村職員の方々にいかに精神保健福祉に関する実施主体者としての意識を持ってもらい、事業に積極的に取り組んでいただくかが課題となっています。それには、今回先生の研究で作成していただいています指標を共有できることは、市町村の方々の意識と質の向上には動機付けとなるとともに、施策の効率的な立案と展開には有効ではないかと思えます。	
また、行政施策では事業評価を求められ、その指標を定める際にも大変役立つと思えます。	
・紙ベースのデータをパソコンに入力し、データを自動的に集約し1本化するという仕組みが十分出来ているとはいえ、集計作業にどの程度の労力が必要なのが見えない。	福岡県センター
貴センターのお仕事がepoch makingなものになると信じております。	福岡市センター
研究によるご貢献に感謝し期待しています。	北九州センター
地域ニーズを把握するための指標化は大変大事とは思いますが、指標化できない様々な声のようなものがむしろ大切では？つまり、指標化することによって、それらが消えてしまう。との意見もありましたが、これもなかなか難しそうです。だからこそ、本研究の意義があるものと、改めて感じました。	福島県保健所
明確な指標が示されていることは、とても助かる。	石川県保健所
診断名のICD10, DSMとの関係も提示されれば、なお良いと考える。	
・貴日計表及び記載要領が整えられれば、はじめての担当者であっても混乱なく集計することができると考えます。	
これだけ項目を整理されているので、当然考慮されているものと思いますが、電子的な形にしたほうが、入力も集計も楽ですし、特に、県・市町村など広域で共通の集計をするのであれば電子化しないと難しいかと思えます。	尼崎市保健所
この日報では個人IDを特定するようになっていませんが、個人を特定すれば、「把握区分」の項目は不要になります。逆に、個人を特定しないまま、広域で共通の統計をとっても、同じ人物が複数の窓口で相談に行かれた場合はそれぞれ「新規」と数えられ、「把握区分」の意味があまりないと思えます。	
また保健所は、厚労省から求められる統計数値として、面接・訪問・デイケアすべてを合わせた総合的な実数がありますが、この実数はこの日報だけでは集計できません。（当保健所では相談業務統計と、デイケア名簿とを組み合わせることで集計できるようにしています。）	
個人名を記載するのに抵抗がある場合は、生年月日とその他何かの項目（住所コードとか）を組み合わせるなりして、個人を特定するようにはできないでしょうか。この日報に計上される相談は、個人の相談記録があるはずですので、その相談記録と日報ともリンクしている	
・診断名は、ICDにできればとおもいます。	埼玉県立大学
・相談種別では、ICFでのおおわくの分類（健康・疾病、機能、活動、参加、個人因子、環境因子など）も参考になるかと思えます。	
・記入の簡素化と入力の手間を削減。日報での紙での記録は、再入力の手間と時間が課題となると思います。市町村などの別行政では入力をカード形式で行い、それを「フロッピー」ベースなどのオフラインでデータをもって、処理すると時間が短縮でき、集計結果も返送しや	
・保健所、保健センターでは統計、業務別統計となっています。精神保健福祉も別枠で現場からはなんとか1本化できないかとの意見も聞かれることがあります。これはとても無理なことなのでしょうね。	

**別添資料 3**

**精神保健福祉相談日計表の記入要領（改訂版）**

**県・政令指定都市・中核市・保健所政令市・市町村共用**

平成 17 年 3 月

**地域精神保健福祉に関する指標開発研究会**

## 1 記入方法

- (1) 相談票は被相談者氏名で起こし、年齢、診断名、特定の問題群などの属性は、従来通り被相談者の属性について記入する。
- (2) 相談1件につき1行を使って記入する。  
同一相談者から複数の対象者の相談を受けた場合は複数記入する。  
例 複数の精神障害者を持つ家族から、それぞれの障害者について相談を受けたとき。(妻がそううつ病の夫と統合失調症の子供の相談に来所したとき)  
→それぞれ1件として記入する
- (3) ①グループワークは「相談」として計上しない。  
ただし、グループワーク終了後に個別援助を行った場合は計上する。  
②コンサルテーション・ケースカンファレンス(ケアマネ手法を含む)等におけるケースは日計表ではなく、別に計上する。  
③同一対象者で、2種類以上の疾病の問題が援助の対象となる場合でも、あわせて1件として記入する。(例 うつ病とアルコール)
- (4) 特記がない限り全て記号化か数字を記入

## 2 相談件数の考え方

- (1) 日計表に計上するのは、相談記録を記入したものに限る。
- (2) 匿名相談の場合にも、相談記録を作成したうえで日計表に記入する。

## 3 訪問件数の考え方

同一援助対象者に対し2か所以上の訪問を行った場合、それぞれ1件と計上する。

### 例

- ①家庭において受診勧奨し、病院に同行した。(訪問延べ2件)  
～ただし、単に待ち合わせのために家庭にいった場合などは含まない。
- ②訪問先で家族と民生委員に面接をした。(訪問延べ1件)
- ③精神障害者を持つ兄と弟の家(2軒)を訪問し、それぞれ面接した。(訪問延べ2件)

## 4 各項目の記入方法

I 性別 1 男 2 女 3 不明 0

II 年齢区分 実年齢 で記入する。不明な場合は「0」と記入。

### Ⅲ 地域保健事業報告

- 1 老人精神保健
  - 2 社会復帰
  - 3 アルコール
  - 4 薬物
  - 5 思春期
  - 6 心の健康づくり
  - 7 その他
- 重複不可。

留意事項：地域保健事業報告には、判断基準として下記のような説明がある（厚生労働省  
地域保健事業報告作成要領）。

相談の内容が複数の区分に該当する場合は、その際の主たる相談区分に計上すること。

老人精神保健：老人及びその家族からの老人性痴呆疾患等に関する相談を計上すること。

社会復帰：回復途上にある精神障害者等の社会復帰に関する相談を計上すること。

アルコール：アルコール関連問題に関する相談を計上すること。

薬物：薬物関連問題に関する相談を計上すること。

思春期：精神発達の途上にある者又はその家族からの心の悩み等の思春期精神保健に関する相談を計上すること。

心の健康づくり：社会生活において生じるストレスの増大による精神疾患に陥らないための心の健康づくりに関する相談を計上すること。（明らかに精神疾患とみられる者で、医師の診断がなされていない者についての相談も含む。）

その他：「老人精神保健」から「心の健康づくり」までに該当しない精神保健福祉に関する相談を計上すること。精神疾患と診断されている者に関する相談はここに計上すること。

### Ⅳ 把握区分 1 把握新 2 相談年度新 3 訪問年度新 4 再(継続)

V-1 診断名 以下の ICD-10 に準拠した診断分類名から該当するコード番号を記入（複数の診断名がある場合は主たる診断名を記入する。重複不可）。医師から診断を受けている場合で、相談者から聞き取った範囲で記載。「～の疑い」の場合は「疑い」をはずして記載。診断名が判明した時点での変更がありうる。

- 1 痴呆 F0:アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、その他の痴呆)
- 2 症状性精神障害 (F0)
- 3 てんかん性精神障害 (てんかん, F0:てんかん性精神病など)
- 4 その他器質性精神障害 (F0:外傷, 炎症, 腫瘍, 変性などによる脳器質性精神障害など)
- 5 覚醒剤による精神障害 (F1)

- 6 アルコール性精神障害 (F1:アルコール依存症, アルコール精神病、アルコール性てんかん等)
- 7 その他の薬剤性精神障害(F1)
- 8 統合失調症 (F2)
- 9 分裂感情障害 (F2)
- 10 その他精神障害 (F2:非定型精神障害等)
- 11 躁うつ病 (F3:そううつ病, そう病など)
- 12 うつ病 (F3:うつ病, 退行期うつ病、気分変調症など)
- 13 神経症性障害 (F4)
- 14 心因反応 (F4)
- 15 人格障害 (F6)
- 16 精神遅滞 (F7)
- 17 その他 (F5  
F8 心理的発達の障害、F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F99-F98)および特定不能の精神障害 (F99))
- 18 診断保留 医師が診断したが診断名を保留した場合
- 19 異常と認めず
- 20 未受診
- 21 不明(未聴取を含む)

追加	V-2	身体合併症	1あり (重複している場合のみ記載)	2なし
	V-3	精神遅滞	1あり (重複している場合のみ記載)	2なし

参考 ICD10 : 精神および行動の障害

- F0 症状性を含む器質性精神障害  
痴呆、症状性精神障害、器質性精神障害、てんかん性精神障害、その他
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害  
中毒性精神障害：覚醒剤、アルコール、その他薬剤
- F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害  
統合失調症、分裂感情障害、その他
- F3 気分(感情)障害  
躁うつ病、うつ病
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害  
神経症、心因反応
- F5 生理的障害および身体因的要因に関連した行動症候群

参考 ICD10：精神および行動の障害（続き）

F6 成人の人格および行動障害

人格障害

F7 精神遅滞

F8 心理的発達の障害

F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F99-F98)

F99 特定不能の精神障害

なお、従来からの「抑うつ神経症」は、ICD10では、F34.1気分変調症（「抑うつ神経症」「抑うつ人格障害」「神経症性うつ病（2年以上持続のもの）」「持続性不安うつ病」と、F34に含まれない「不安うつ病（軽症または持続性でないもの）F41」などに別れて分類されている。

VI 特定の問題群 趣旨は、新たな地域精神保健福祉にかかる課題の相談をとることで、現在の地域ニーズを浮き彫りにしようとするもので、診断名と関係なく担当者の判断で、特定の問題の有無をチェックし該当数字を記入する（重複可）。該当する特定の問題がない場合は該当なしとして「0」と記入。

1 ひきこもり、2 性格上の問題、3 子ども虐待（不適切な養育や子育てを含む）、4 家庭内暴力、5 DV（被害者加害者を含む）、6 老人虐待、7 食生活上の問題（摂食問題に限らず）、8 「うつ状態」、9 希死念慮を伴う「うつ状態」 10 PTSD 11 アディクション（アルコール・薬物・ギャンブル・買い物等依存） 12 近隣苦情 0 該当なし

VII 被相談者 1 本人 2 家族 3 医療機関 4 他自治体精神保健福祉担当職員  
5 その他（警察・学校・職場・在支・ケアマネ・民生委員・作業所等職員・児相・労働機関・断酒会・家族会・友人・ボラ・AA・隣人等）  
のうち該当する項目全てをチェックする（重複可）

注：他自治体精神保健福祉担当職員の実例としては、県都市町村の立場からは、県保健福祉事務所、県精神保健福祉センターなど。他方、県保健福祉事務所の立場からは、市町村担当職員、精神保健福祉センターなど。

## VII 援助方法

相談 1 所内面接 2 電話 3 文書

同じ対象者（本人、家族、関係機関職員等）に1日に何度も面接、電話等の援助を行った場合でも1日は1件のみ計上する。1回ごとに1件とはしない。但し1日に1回以上援助した場合は、電話・面接回数を回数欄（Ⅷ―2）に記入する。

これは病院探しでいくつも電話をする事例や、一日に何回も電話や面接をする場合を想定している。頻回ケースと判断した場合は、Ⅷ―3にありの番号1を記載する

4 訪問 家庭 5 訪問 社会復帰施設・作業所 6 訪問 居宅生活支援事業所 7 訪問医療機関 8 訪問 その他

## IX 相談種別

1 治療上の問題 2 生活上の問題、3 社会参加の問題、4 こころの健康問題、5 その他

のいずれか一つを選び該当数字を記入（重複不可）。

### IX―2 再掲 1、2、3に該当する場合は、再掲で選択（重複可）

1 診断に関する問題 2 医療利用上の問題 3 生活上の問題、4 家族等の対応、5 経済的問題、6 住居の問題、7 就学の問題、8 社会的問題 9 就労（社会適応訓練事業を含む）、10 社会復帰施設（地域作業所を含む）、11 ホームヘルプ、12 ショートステイ、13 グループ・ホーム、14 通院医療費公費負担、15 手帳 16 介護保険

## X 担当者

当該施設の 1 医師 2 福祉職 3 保健師 4 事務職 5 その他  
6 関係機関職員（他自治体精神保健福祉担当職員）（重複可）

注：管理職はその他 但しその他警察・学校・児相、民生委員・友人、AA、市民ボランティア、隣人、職場、在支、ケアマネ、作業所職員、労働機関は除く

注：他自治体精神保健福祉担当職員の具体例としては、県城市町村の立場からは、県保健福祉事務所、県精神保健福祉センターなど。他方、県保健福祉事務所の立場からは、市町村担当職員、精神保健福祉センターなど。



共用日計表：項目別コード番号一覧

注：下線部分が追加変更箇所

- I 性別 1 男 2 女 3 不明 II 年齢 実年齢 不明 (0)
- III 地域保健事業報告 1 老人精神保健 2 社会復帰 3 アルコール 4 薬物 5 思春期 6 心の健康づくり 7 その他
- IV 把握区分 1 把握新 2 相談年度新 3 訪問年度新 4 再
- V 診断名 1 痴呆 2 症状性精神障害 3 てんかん性精神障害 4 その他脳器質性精神障害 5 覚せい剤による精神障害 6 アルコール性精神障害 7 その他薬剤性精神障害 8 統合失調症 9 分裂感情障害 10 その他の精神障害 11 躁うつ病 12 うつ病 13 神経症性障害 14 心因反応 15 人格障害 16 精神遅滞 17 その他 1 8 診断保留 19 異常と認めず 20 未受診 21 不明 (未聴取を含む) (重複不可) V-2 身体合併症 1 あり (重複している場合のみ記載) 2 なし  
V-3 精神遅滞 1 あり (診断名にない場合に記載) 2 なし
- VI 特定の問題群 1 ひきこもり 2 性格上の問題 3 子ども虐待 (不適切な養育や子育て支援が必要な場合を含む) 4 家庭内暴力 5 DV (被害者加害者を含む) 6 老人虐待 (被害者加害者を含む) 7 食生活上の問題 8 うつ状態 9 希死念慮を伴ううつ状態 10 PTSD 11 アディクション (アルコール・薬物・ギャンブル・買い物依存) 12 近隣苦情 (重複可)
- VII 被相談者 1 本人 2 家族 3 医療機関 4 他自治体精神保健福祉担当職員 5 その他(警察・学校・職場・在支・ケアマネ・民生委員・作業所等職員・見相・労働機関・断酒会・家族会・友人・ボラ・AA・隣人等) 重複可
- VIII 援助方法 1 所内面接 2 電話 3 文書 4 訪問家庭 5 訪問 社会復帰施設・作業所 6 訪問 居宅生活支援事業所 7 訪問 医療機関 8 訪問 その他 1 人の記載は 1 日に 1 回のみ 但し VIII-2 に実施回数 (電話面接) を記載 VIII-3 頻回ケースは 1 と記載
- IX 相談種別 1 治療上の問題 2 生活上の問題 3 社会参加の問題 4 心の健康問題 5 その他 重複不可
- IX-2 相談種別 1～3 については以下の再掲を選択 (重複可) 1 診断に関する問題 2 医療利用上の問題 3 生活上の問題、4 家族等の対応、5 経済的問題、6 住居の問題、7 就学の問題、8 社会的問題 9 就労 (社会適応訓練事業を含む)、10 社会復帰施設 (地域作業所を含む)、11 ホームヘルプ、12 ショートステイ、13 グループ・ホーム、14 通院医療費公費負担、15 手帳 16 介護保険
- X 担当者 当該施設の職員 1 医師 2 福祉職 3 保健師 4 事務職 5 その他 6 関係機関職員 (他自治体精神保健福祉担当職員など)

## 精神病院からの退院とその関連要因

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** 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。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。

**結果** 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 ヶ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。

**結論** 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。

### A. 研究目的

社会保障審議会障害者部会精神障害分会による 2002 年 12 月の報告書において「受入れ条件が整えば退院可能」な精神病床在院患者が現在約 7 万 2 千人いることが指摘され、その退院・社会復帰を図ることが念頭に置くべき事項に掲げられた。そして、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部において、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004 年 9 月 2 日）<sup>1)</sup>（以下、「改革ビジョン」という。）がまとめられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」の転

換をはかり、いわゆる「社会的入院」の解消に向けた総合的な対策が講じる基本方針が宣言されている。

精神障害者の退院促進するためには、退院率の実態とその関連要因を明らかにし、科学的根拠に基づく効率的な対策を推進する必要がある。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<sup>2,4)</sup>。また、精神病院特性と長期在院との関連については、われわれの報告<sup>5)</sup>を除いて定量

的な報告がなされたことはないと思われる。本報告では、退院の発生率（incidence rate）である人年法による退院率を用いて、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った。

## B. 研究方法

対象者は、主傷病が「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2002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278号、平成16年9月15日）。

患者調査病院票については、精神病院に在院中の15歳以上の精神疾患患者の全データ89,647件を使用した。病院退院票については、精神病院を退院した15歳以上の精神疾患患者の全データ12,131件（内、治癒・軽快は8,699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<sup>6)</sup>。在院患者については2002年10月8日～10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2002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。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。

人年法による退院率は、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。今回はすべての退院とともに、治癒・軽快による退院に限定した分析も実施した。治癒・軽快による退院率においては、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、人年法による退院率の推計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2002年9月の30日間、在院患者（病院票）については2002年10月初旬の調査日以前の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<sup>7)</sup>。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、患者調査からの患者特性として、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、継続在院期間は、観察対象期間の開始時点で在院中の患者についてはその時点のものを用い、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、看護師・准看護師における准看護師の割合、看護業務補助者の看護師・准看護

師に対する比、100床当たりの精神保健福祉士数、医療社会事業従事者数、医療社会事業従事者数ないし作業療法士数、開設者および病床規模を用いた。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、退院のすべてと治癒・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<sup>8)</sup>。

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<sup>9,10)</sup>。

#### (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

2002年9月の精神病院からの退院患者数は16,720人、退院率は87.7(／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病院退院票は12,131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患者特性は、男、高齢、診断が精神遅滞、てんかん、統合失調症等および痴呆、長期間の継続在院期間、地域ブロックが北陸、南九州および北九州であった。また、非退院相対リスク増大と関連する病院特性として、医師1人当たりの在院患者数が多い、看護師・准看護師1人当たりの在院患者数が多い、准看護師の割合が高い、看護師等に対する看護業務補助者の比が大きい、100床当たりの精神保健福祉士、医療社会事業従事者、作業療法士が少ない、病院開設者が個人および医療法人、病床規模が大規模、があげられた。この中で継続在院期間による違いは極めて大きく、退院の46%は観察開始時の継続在院期間が1ヵ月以下のものであった。1ヵ月以下での退院率は482.6と高率であるのと比べて、5年超10年以下では15.0、10年超では8.3と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、さらに5年、10年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、診断については統合失調症等、痴呆、てんかんおよび精神遅滞、地域ブロックでは南九州、北陸ないし東北があげられた。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り、多くの特性で有意差がみられなくなった。有意な関連がみられたのは医師1人当たりの在院患者数であり、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では医師1人当たりの在院患者数は大学病院・総合病院の精神病棟では16人、それ以外の精神病床では48人とされているが、多くの病院はこの基準を満たしていた。しかし、40人を超える精神病院では非退院相対リスクが高くなっていた。

治癒・軽快での退院に限った場合には、9月1ヵ月間に11,999人が治癒・軽快で退院し、退院率は62.9と推計された(表2)。退院全体と同様、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、非退院相対リスク増大と関連する特性も同様であり、むしろ差異が拡大する傾向がみられた。

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、10年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。患者特性では、男、高年齢、診断が痴呆、精神遅滞および統合失調症等、地域ブロックが北九州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人当たりの在院患者数が40人を超えたり、准看護師や看護業務補助者が看護師等に対して多かったりする場合に、退院の可能性がやや低くなっていた。しかし、病院開設者や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。2002年の患者調査では2/3以上の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。

「入院医療中心から地域生活中心へ」の転換をはかり、いわゆる「社会的入院」の解消に向けた総合的な対策が講じるという基本方針が改革ビジョンで宣言され、退院促進が強力に推進されようとしている。こうした現状において、

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。精神病院からの退院すべてと治癒・軽快に限定した退院と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。

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<sup>2,11)</sup>。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<sup>12)</sup>。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<sup>12)</sup>。また、統合失調症等に限っては、10年を越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、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<sup>11)</sup>。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<sup>4,11)</sup>。診断については、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<sup>13)</sup>。

また、地域ブロックによる退院率の地域格差については、単変量解析においては退院率に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。