

200400551B

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14年度～16年度

総合研究報告書

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14年度～16年度

総合研究報告書

- | | | |
|-------|-------|--|
| 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 平成16年度) |
| | 伊藤 弘人 | (元国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室長
平成14、15年度) |

目次

I. 総合研究報告

- 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. 分担研究報告

1. 都道府県ごとの提示方法の開発……………13
岩崎 榮（日本医療機能評価機構）
2. 行政・実績報告の整理と有効活用……………25
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）
3. 地域精神保健福祉に関する指標の開発……………29
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）
4. 疫学関連指標の開発……………35
藤田 利治（国立保健医療科学院疫学部疫学情報室）
5. 精神科入院医療関連指標の開発……………41
小山 秀夫（国立保健医療科学院経営科学部 平成 16 年度）
伊藤 弘人（元国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室 平成 14、15 年度）
6. 都道府県・指定都市別の精神保健医療福祉の現況……………46

I. 総合研究報告書

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・指定都市ごと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、および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・指定都市別の比較及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、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するとともに、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モデルを示すことができた。研究成果は、平成 14 年 12 月に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ものとする。

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（平成 16 年度）
伊藤 弘人	元国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室 室長 （平成 14・15 年度）

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、また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

本研究は、研究班を組織して都道府県・指定都市別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)、及び精神科入院医療関連指標の開発(分担研究5)である。

以下に各研究の具体的な方法を示す。

(B-1) 「都道府県ごとの提示方法の開発」

本研究は、下記の3部から構成されている。

(1) 平成14年度は、既存の統計情報や全国的に実施された調査データ、本研究の分担研究において提案された指標、さらに研究会議及び精神保健医療福祉施策の動向をふまえ独自の検討により必要と判断される指標を集約し、都道府県ごとの予備的モデルを開発した。

(2) 平成15年度は、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象として、平成14年度

に開発した予備的モデルの有用性に関する調査を実施するとともに(回収率78.7%)、既存の統計情報や全国的に実施された調査データを用いて都道府県・指定都市ごとに比較可能な提示モデルを開発した。

(3) 平成16年度は、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い

(回収率81.7%)、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の精緻化を図るとともに、都道府県・指定都市ごとの比較が可能であり、各指標の経年変化も把握できる提示モデルを開発した。

(B-2) 「行政・実績報告の整理と有効活用」

本研究は、下記の3部から構成されている。

(1) 平成14年度は、都道府県・政令指定都市の情報システム整備と、精神保健福祉の各種施策を効果的に推進するために必要とされる資料・情報が、精神保健福祉主管課においてどのように整備されているかを調査した。59都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に対して郵送調査を行い、回収数は56(都道府県44、政令市12)、回収率は94.9%であった。

(2) 平成15年度は、全国の都道府県および政令指定都市の精神保健福祉主管課に対し、調査票により、精神障害者保健福祉手帳(以下、精神障害者手帳)および精神保健福祉法32条による通院医療費公費負担制度(以下、通院医療費公費負担)利用のデータベース作成の実態等に関する調査を行い、データベースの共有化の可能性について検討した。60都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に対し郵送調査を行い、回収率は100%であった。

(3) 平成16年度は、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を対象として、現地訪問による個別聞き取り調査を行った。

(B-3)「地域精神保健医療福祉指標の開発」
本研究は、下記の3部から構成されている。

(1)平成14年度は、県内の政令指定都市(横浜市、川崎市)、中核市(横須賀市)、保健所政令市(相模原市)、県域33市町村の地域精神保健福祉業務の実施状況と業務統計指標、モニタリング状況などを調査した。

(2)平成15年度は、前年度の調査結果をふまえて、県内の自治体で共有しうる精神保健福祉相談日計表(以下、共有相談日計表)試案と記入要領試案を作成し、県内自治体の協力を得て1カ月間の試行とその試行にかかる質問紙調査を実施した。

(3)平成16年度は、前年度の試行データを用い、県内の今日的な精神保健福祉相談の実情と各種行政相談窓口での対応状況を検討した。また、本県と類似の自治体構成を有する埼玉県、大阪府、福岡県の関係者等に意見聴取を行い、3年間の検討結果をふまえて共有相談日計表と記入要領の改訂を行った。

(B-4)「疫学関連指標の開発」

本研究においては、精神保健医療施策の計画的推進のための客観的指標に基づく状況把握のため、主に厚生労働省の統計調査を用いて精神保健医療にかかわる指標についての疫学的検討を下記の4部より行った。すなわち、(1)精神疾患での受療有病数と在院期間についての年次推移の検討、(2)精神疾患での退院にかかわる

要因分析、(3)精神疾患での入院および外来についての受療圏の実態とその関連要因の検討、(4)自殺死亡急増の実態把握、である。

(B-5)「精神科入院医療関連指標の開発」

本研究は、下記の3部から構成されている。

(1)平成14年度は、退院した統合失調症患者の再入院曲線を算出し、退院率との関連を分析した。調査対象は、日本精神科病院協会の会員891病院から1年間に退院した統合失調症患者である。

(2)平成15年度は、診療報酬上の精神科包括病棟の現状把握と取得動向について全国調査を実施した。調査対象は、社会保険事務局(47局)及び都道府県庁(47庁)である。

(3)平成16年度は、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、都道府県の精神科入院医療の類型化を試みるとともに、精神保健医療福祉指標の経年変化の提示方法の検討を行った。

C. 研究結果

(C-1)「都道府県ごとの提示方法の開発」

本分担研究における成果は次のとおりである。

(1)平成14年度において集約した指標は、外来指標、入院指標、社会復帰指標、及び地域・行政関連指標の4グループに整理された。提示方法は、全国平均値を100として達成状況をグラフ化するとともに、47都道府県中上位3位および下位3位となる指標については、都道府県ごとに提示した。

(2)平成15年度は、平成14年度に開発した予備的モデルの有用性に関する調査を行い、都道府県・指定都市の担当者から一定の評価を得た。また、提示モデルは、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、34指標が提案された。提示方法は、都道府県・指定都市ごとに全国中央値を基準として達成状況をグラフ化し、47都道府県中上位3位及び下位3位となる指標については都道府県・指定都市ごとに提示した。

(3)平成16年度は、調査結果などをふまえ、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の精緻化を図った。その結果、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、40指標が開発された。各指標の詳細は、下記のとおりである。

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)

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年以上群〕、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年未満群〕である。(1)人口1万人あたり)

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)

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、一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)

また、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。さらに、原則として平成10年を基準として、各指標の経年変化もグラフ内に提示した。

(C-2)「行政・実績報告の整理と有効活用」

本分担研究における成果は次のとおりである。

(1)本庁と出先機関をつなぐ情報ネットワークは4県を除いてすべてまたは部分的に整備されていた。行政を担当する職員へのパーソナルコンピュータの配備およびメールアドレスの設定は、ほとんどの都道府県・政令指定都市で全部または一部の職員になされていた。都道府県・政令指定都市の組織が行政調査を実施する際、個人情報の保護等に関して倫理面の審査を

行う委員会等が設置されているのは26.8%であった。精神保健福祉情報の種類によって電子化の状況は異なり、9割以上から半数以下までにばらついていた。主管課に情報の電子化を主たる用務とする職員の配置は皆無であり、経費の予算化も25%に過ぎなかった。他の都道府県・政令指定都市と容易に比較できる資料の保管・作成を42項目についてたずねたところ、精神保健福祉全般についての項目ではなしとするものが多く、保健所・精神保健福祉センターに関する項目では2割～5割強がありと回答した。精神科医療に関する項目ではばらつきが大きく、精神科病院数などは6割以上あったが、9割以上がなしと回答した項目もあり、2～4割程度保管・作成しているという項目が多かった。措置診察に関する項目では4割程度ありの項目が多く、ありとする都道府県・政令指定都市が共通している項目が多かった。精神障害者福祉に関する項目では、精神障害者手帳と精神障害者社会復帰施設の状況では5割程度であったが、その他の項目では少なかった。都道府県・政令指定都市ごとにいくつの項目にありと回答したかはばらついており、全くなしは7県、最大は37項目ありと回答していた。14年度において比較のための資料を緊急に作成したことがある都道府県・政令指定都市は25%、緊急に資料を取り寄せたものは35.7%あった。施策の評価と計画的推進を目的として調査を行ったのは39.3%であった。社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書に挙げられている「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰に関する意見には、32の都道府県・政令指定都市の書き込みがあり、その内容は、対象者等の実態データに関すること、国の方針等に関することに大別できた。

(2) 精神障害者手帳に関しては、半数の都道府県・政令指定都市で全8年間のデータを把握しており、90%の都道府県・政令指定都市で5年以上のデータを把握していた。通院医療費公費負担については、約半数の都道府県・政令指定都市で10年以上のデータを把握していたが、把握している年度数は都道府県・政令指定都市によってばらついていた。精神障害者手帳交付者に関して電子化されたデータベースを作成しているのは57都道府県・政令指定都市(95%)であった。通院医療費公費負担に関して電子化されたデータベースを作成しているのは54都道府県・政令指定都市(90%)であった。電子化されたデータベースがある都道府県・政令指定都市のうち、共通のデータベースを作成しているのは47都道府県・政令指定都市(87.0%;全体中では78.3%)であった。データベースの提供に係る手続きについての各都道府県・政令指定都市の状況より、各都道府県・政令指定都市の個人情報保護条例(今後は国の個人情報の保護に関する法律)にのっとり、しかるべき手続きを取ればデータの提供を受けることは可能であることがわかった。自由記述欄からも興味深い意見が得られ、申請者の急増に伴う事務処理の増加や、他制度との整合性の問題が指摘された。

(3) 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。

(C-3)「地域精神保健医療福祉指標の開発」

本分担研究における成果は次のとおりである。

(1) 県内各自治体での精神保健福祉業務の実施状況、業務統計指標、モニタリング状況には大きな差異が認められた。

(2) 共有相談日計表と記入要領案を用いた試行の結果、県 11 保健所、横浜市 18 福祉保健センター、川崎市 7 保健福祉センター、横須賀市と相模原市保健所の全所および県内 37 市町村中 32 市町村から延べ 10,605 件の回答を得た。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 以上をふまえて、最終的な県内自治体共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有相談日計表と記入要領を改訂、提示した。

(C-4)「疫学関連指標の開発」

本分担研究における成果は次のとおりである。

(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。在院患者の継続在院期間については、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については、3 ヶ月未満が 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。

(2) 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。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が明らかになった。

(3) 精神障害者が居住する二次医療圏を超えた比較的広いまとまりのある受療圏を受療している実態が明らかになった。

(4) 近年の自殺死亡急増の初期（1998-2000 年）における自殺死亡率の上昇は、従来から高率であった東北地域を含む日本海側および九州地域でも起きていたが、これまでやや自殺死亡率が低い傾向にあった近畿および関東などの大都市部での増加が大きな関与を果たしていた。しかし、2003 年における一段の自殺死亡の増加

は、従来から自殺死亡率が高かった県で起き、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。

(C-5)「精神科入院医療関連指標の開発」

本分担研究における成果は次のとおりである。

(1) 退院後の再入院率は、退院 30 日後で 4.0%、90 日後で 15.5%、360 日後で 31.2%、720 日後で 39.4%であった。有用であると考えられた退院後 90 日以内の再入院率は、都道府県により、9.4%から 21.4%までばらつきがあった。退院後 90 日以内の再入院率と退院率との間には有意な相関は認められなかった。

(2) 平成 15 年 9 月現在、精神科急性期治療病棟は 6,752 床であり、1 ヶ月ごとの病床増加数は毎月 84.4 床であった。精神療養病棟は 76,155 床であり、病床増加数の減速が示された 2001 年 6 月以降では、1 ヶ月ごとの病床増加数は毎月 286.4 床であった。老人性痴呆疾患専門病棟は 29,050 床であり、2002 年 4 月以降の 1 ヶ月ごとの病床増加数は治療病棟が毎月 85.9 床、療養病棟（医療保険適応）は毎月 137.2 床、療養病棟（介護保険適応）は毎月 35.1 床であった。

(3) クラスタ分析を行った結果、都道府県は 8 つに類型化された。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。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。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、都道府県・指定都市別の精神保健医療福祉の水準を継続的に評価する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。また、個別の分担研究領域については、以下の諸点が明確になった。

(D-1)「都道府県ごとの提示方法の開発」

平成 14 年度から 16 年度の研究により、これまで個別に報告されてきた行政調査報告等を整理し、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、目標値、実績値や経年変化については都道府県・指定都市ごと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。

(D-2)「行政・実績報告の整理と有効活用」

平成 14 年度から 16 年度の研究では、都道府県・政令指定都市の行政・実績報告の全容および活用状況を、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進のための基礎資料として把握した。そして把握された情報の中から、精神障害者手帳制度の運用実態にもとに、行政・実績報告を

有効に活用する方策を検討した。本研究により、都道府県・政令指定都市における制度運用の実態から気づかれたことをまとめ、その結果を厚生労働省精神保健福祉課にフィードバックしていくシステムを構築することの必要性が示唆された。今後は、厚生労働省精神保健福祉課、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課、国立研究機関、精神保健福祉センター等の連携をさらに強化し、制度運用の標準化のモデルを明らかにしていく必要がある。

(D-3)「地域精神保健医療福祉指標の開発」

平成14年度から16年度の研究では、県内自治体の共有相談日計表案と記入要領案を作成、試行した。また、県内外の自治体関係者等から本試行について意見聴取を行い、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、共有相談日計表と記入要領の改訂版を作成提示した。今日、地域精神保健福祉体制は市町村を中心に、県保健所や精神保健福祉センターがそれを支援する体制整備が進みつつあるが、新体制に対応した県内各自治体共有の新たな地域精神保健福祉活動にかかる評価システムの開発については、今後も継続的な検討が必要である。

(D-4)「疫学関連指標の開発」

平成14年度から16年度の研究では、4部から構成される内容について検討を行った。この中で、精神疾患での外来受療患者率、入院受療患者率、在院患者の継続在院期間、退院患者の在院期間、人年法による退院率、外来及び入院受療での住所地以外の二次医療圏受療割合、自殺死亡率などの客観的指標を取り上げて、疫学的な詳細な検討を実施した。これらの各客観的

指標は、精神保健医療施策の評価とモニタリングのための指標として有用であることが具体的に示唆された。

(D-5)「精神科入院医療関連指標の開発」

平成14年度から16年度の研究により、既存の調査結果を活用するとともに独自調査を行い、都道府県・指定都市の精神科入院医療の水準を示す評価指標を開発することができた。特に、平成15年度の研究成果である「診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向に関する調査」結果に関しては、厚生労働省の「精神病床等に関する検討会」において参考資料として採用された。今後、入院医療主体から地域精神保健医療福祉施策への転換がより一層図られることは間違いない。そのような中で、精神科入院医療の変化の実態やあるべき姿を定量的に示すことは、施策を効果的・効率的に推進していくうえで不可欠である。そのためにも、開発した指標に関する情報収集体制を整備し、継続して定期的な評価が可能となるシステムの構築が望まれる。

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モデルを示すことができた。研究成果は、平成14年12月に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

- 伊藤弘人. 都道府県別指標で地域の改善点が明らかに. 公衆衛生情報 2003 ; 33(9) : 33-36.
- 渡辺ゆかり、藤田利治. 二次医療圏との関連からみた福岡県における精神障害者の受療実態. 日本公衆衛生雑誌 2003 ; 50(5) : 400-413.
- 藤田利治、谷畑健生、三浦宜彦. 1998 年以降の自殺死亡急増の地理的特徴. 厚生指標 2003 ; 50(10) : 27-34.
- 谷畑健生、藤田利治、尾崎米厚、黒沢洋一、箕輪眞澄、畑栄一. 自殺と社会背景としての失業. 厚生指標 2003 ; 50(8) : 23-29.
- 藤田利治. 大都市部での自殺死亡急増. 保健医療科学 2003 ; 52(4) : 295-301.
- 伊藤弘人. 精神科医療の質的評価. 公衆衛生 2004 ; 68(2) : 108-111.
- 藤田利治、佐藤俊哉. 精神病院での長期在院に関連する要因：患者調査及び病院報告に基づく検討. 厚生指標 2004 ; 51(1) : 12-19.
- 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

- 藤田利治. 病院報告及び患者調査を用いた精神疾患にかかわる長期在院の関連要因の検討. 第 61 回日本公衆衛生学会総会抄録集 200, 2002.
- 渡辺ゆかり、藤田利治. 福岡県における精神障害者の受療圏とその関連要因. 第 61 回日本公衆衛生学会総会抄録集 813, 2002.
- 藤田利治. 精神疾患での在院期間の年次推移：1975～1999 年. 第 67 回日本民族衛生学会総会講演集 28-29, 2002.
- 藤田利治. 精神病院での退院率の年次推移と関連要因. 第 13 回日本疫学会学術総会講演集 208, 2003.

- 藤田利治、谷畑健生、三浦宜彦. 大都市部での自殺死亡急増. 第62回日本公衆衛生学会総会抄録集 176, 2003.
 - 藤田利治、佐藤俊哉. 精神病院における統合失調症の退院率に関連する要因. 第68回日本民族衛生学会総会講演集 116-117, 2003.
 - 濱野強、竹島正、藤田利治、伊藤弘人. 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究. 第62回日本公衆衛生学会総会抄録集 789, 2003.
 - 濱野強、伊藤弘人. 診療報酬上の精神科包括病棟の取得動向. 第7回日本健康福祉政策学会学術大会抄録集 18, 2003.
 - 藤田利治. 統合失調症入院患者の退院率にみられる地域差. 第14回日本疫学会学術総会講演集 79, 2004.
 - 藤田利治. 統合失調症入院患者の退院率にみられる地域差. 第14回日本疫学会学術総会講演集 79, 2004.
 - 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示す指標、ならびに都道府県・指定都市ごとに比較可能な評価モデルを開発することである。**研究方法：**本研究は下記の 3 部から構成されている。すなわち、(1) 平成 14 年度は、既存資料および既に全国的に実施された調査データ、本研究の分担研究において提案された指標、さらに研究班会議、及び精神保健医療福祉施策の動向をふまえ独自の検討により必要と判断される指標を集約し、予備的モデルを開発した。(2) 平成 15 年度は、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象として、平成 14 年度に開発した都道府県ごとの予備的モデルの有用性に関する調査を実施するとともに、既存資料及び全国的に実施された調査データを用いて、都道府県・指定都市ごとに比較が可能な提示モデルを開発した。(3) 平成 16 年度は、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い、都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を示す指標を開発するとともに、都道府県・指定都市別での比較が可能であり、各指標の経年変化を把握できる提示方法を開発した。**結果：**(1) 集約した指標は、外来指標、入院指標、社会復帰指標、及び地域・行政関連指標の 4 グループに分類され整理された。提示方法は、全国平均値を 100 としてその達成状況をグラフ化するとともに、47 都道府県中上位 3 位および下位 3 位となる指標については、都道府県ごとに指摘した。(2) 平成 14 年度に開発した予備的モデルについては、各都道府県・指定都市の担当者から一定の評価が得られた。また、提示モデルは、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、34 指標が提案された。提示方法は、都道府県・指定都市ごとに全国中央値を基準としてその達成状況をグラフ化し、47 都道府県中上位 3 位および下位 3 位となる指標については都道府県・指定都市ごとに提示した。(3) 精神保健医療福祉の水準を示す指標として、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、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：**平成 14 年度～16 年度の研究により、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示す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、提示した評価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。

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 (平成 16 年度)
伊藤 弘人	元国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室 室長 (平成 14・15 年度)
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 極化しているなど、利用実態は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、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

本調査は、下記の 3 部から構成されている。

1. 平成 14 年度の研究

平成 14 年度は、既存資料および既に全国的に実施された調査のデータ、本研究の分担研究において提案された指標、さらに、研究班会議や精神保健医療福祉施策の動向をふまえ、独自の検討により必要と判断される指標を集約した。その後、グループを設定し、評価指標及び提示方法を議論しながら都道府県ごとの予備的モデルを開発した。

2. 平成 15 年度の研究

平成 15 年度は、都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象として、平成 14 年度に開発した都道府県ごとの予備的モデルの有用性に関する調査を実施した。また、調査結果をふまえ、既存資料および既に全国的に実施された調査データを用いて都道府県・指定都市ごとで比較可能な提示モデルを開発した。

3. 平成 16 年度の研究

平成 16 年度は、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実施した。また、調査結果をふまえ都道府県・指定都市の精神保健医療福祉の水準を示す評価指標、および都道府県・指定都市ごとの比較が可能であり、各指標の経年変化を把握できる評価モデルを開発した。

C. 研究結果

1. 平成 14 年度の研究

議論をふまえ、指標は4領域34指標が提案された。

(1) 外来指標 (5指標)

外来指標は、5指標が提案された。すなわち、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⁾、精神及び行動の障害者数¹⁾、統合失調症患者数¹⁾、気分障害患者数¹⁾である。

(¹⁾ 人口1万人あたり)

(2) 入院指標 (13指標)

入院指標は、13指標が提案された。すなわち、精神病床数¹⁾、退院患者の在院期間1年以上の割合、継続在院期間5年以上の割合、退院率(100人が1年間で退院する割合)、50%退院日数、退院後90日以内の再入院率、1年以内の社会復帰率、1年後残留率、在院患者数¹⁾、任意入院患者数¹⁾、統合失調症患者数¹⁾、気分障害患者数¹⁾、痴呆患者数¹⁾である。

(¹⁾ 人口1万人あたり)

(3) 社会復帰指標 (8指標)

社会復帰指標は、8指標が提案された。すなわち、生活訓練施設数¹⁾、ショートステイ施設数¹⁾、グループホーム施設数¹⁾、福祉ホームA型施設数¹⁾、福祉ホームB型施設数¹⁾、地域生活支援センター施設数¹⁾、通所授産施設数¹⁾、福祉工場施設数¹⁾である。

(¹⁾ 人口100万人あたり)

(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⁾、精神医療審査会(1000非任意入院あたりの審査頻度)・グループホーム事業実施市町村割合、ホームヘルプ事業実施市町村割合、精神衛生費²⁾、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⁾ 都道府県民一人あたり)

また、提示方法は、全国平均値を100として達成状況をグラフ化するとともに、47都道府県中上位3位および下位3位となる指標については、都道府県ごとに提示した。

2. 平成15年度の研究

(1) 都道府県・指定都市への予備的モデルのフィードバック調査

1) 都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方

各都道府県・指定都市の基本方針や基本的な考え方については、それぞれの地域特性が反映されていた。しかしながら、わが国の精神保健医療福祉施策が、入院医療主体から地域における保健・医療・福祉へと転換しているなかで、都道府県・指定都市もその流れに応じた方向性を示していることが明らかとなった。

2) 当事者の参画組織の有無

19都道府県(51.4%、n=37)、11指定都市(84.6%、n=13)において、精神保健医療福祉施策・事務事業の企画、立案に当事者が参画していることが明らかとなった。

3) 予備的モデルの有効性の検討

平成14年度に開発した予備的モデルの有用性を検討するため、「客観性」、「妥当性」、「実用性」、「明確性」、「適時性」、「継続性」、「適切性」の7項目について、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。その結果、「客観性」、「実用性」、「適時性」、「継続性」、「適切性」においては、「とてもそう思う」「ややそう思う」の合計が全体の7割以上を占めていた。「妥当性」、「明確性」については、「とて

もそう思う」「ややそう思う」の合計は、全体の約5割程度にとどまっていた。

(2) 都道府県・指定都市ごとの提示モデルの開発

調査結果などをふまえて、提示モデルは5グループに分類され、34指標が提案された。

1) 外来指標 (6指標)

外来指標は、6指標が提案された。すなわち、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⁾、精神及び行動の障害者数¹⁾、統合失調症患者数¹⁾、気分障害患者数¹⁾、デイケア実人数¹⁾である。

(¹⁾人口1万人あたり)

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、精神病床数¹⁾、継続在院期間5年以上の割合、退院率(100人が1年間で退院する割合)、50%退院日数、退院後90日以内の再入院率、1年以内の社会復帰率、1年後残留率、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⁾である。

(¹⁾人口1万人あたり)

3) 社会復帰指標 (6指標)

社会復帰指標は、6指標が提案された。すなわち、生活訓練施設数¹⁾、福祉ホームA型施設数¹⁾、福祉ホームB型施設数¹⁾、地域生活支援センター施設数¹⁾、通所授産施設数¹⁾、福祉工場施設数¹⁾である。

(¹⁾人口100万人あたり)

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⁾、精神医療審査会(1000

非任意入院あたりの審査頻度)、グループホーム事業実施市町村割合、ホームヘルプ事業実施市町村割合、ショートステイ事業実施市町村割合、精神衛生費²⁾、国民医療費(入院・入院外)である。

(¹⁾人口1万人あたり、²⁾都道府県民一人あたり)

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)

また、提示方法は都道府県・指定都市ごとに全国中央値を基準として達成状況をグラフ化し、47都道府県中上位3位及び下位3位となる指標については都道府県・指定都市ごとに提示した。

3. 平成16年度の研究

(1) 精神保健サービスの評価指標に関する調査

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、「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」などが示されていた。

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、「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。

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。

4) 小規模作業所

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。

5) 小規模通所授産施設

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みると、「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。

6) 社会適応訓練利用対象者数

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みると、「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、「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」なども指摘されていた。

7) 提示方法について

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わかり易い」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）」、「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手法及び提示モデルの開発

調査結果などをふまえ、提示モデルは5グループに分類され、40指標が提案された(資料1)。

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)

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