

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)

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、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グラフとして提示した。

D. 考察

1. 平成14年度の研究

精神保健医療福祉に関連する指標、ならびに都道府県ごとの提示方法を開発することを目的として、都道府県ごとの予備的モデルの開発を行った。

このように、都道府県ごと現況について指標を用いてまとめることにより、各都道府県の精神保健福祉サービスの特徴 (優れている点と改善すべき点) を把握することができる。関係者は、現況から各都道府県のこれからの方向性を検討することができるであろう。

ただし、今回示した予備的モデルは、本研究班における分担・協力研究者との議論を通して提案した指標ではあるが、各都道府県における精神保健福祉サービスを十分に示しているのかについては、引き続き議論を深める必要がある。

2. 平成15年度の研究

平成14年度に開発した都道府県ごとの予備的モデルの妥当性を検討するため、都道府県・指定都市を対象としたフィードバック調査を行った。その結果、昨年度開発した予備的モデルについては、一定の評価を得ることができたと考える。次年度は、アウトカム指標を中心とした新たな指標や目標値、実績値などの経年変化が理解しやすい提示モデルを開発することにより、「妥当性」や「明確性」についてもより一層の理解が得られると考える。

今年度、改定した提示モデルは、各都道府県・指定都市へのフィードバック調査の結果をふまえ、本研究班における分担・協力研究者との議論を通して提案した指標である。しかし、各都道府県・指定都市において、実際に利用可能な指標であるのかについては、引き続き検討する

必要がある。そのためには、今回の提示モデルを関係者に幅広く周知し、意見や提案を集約するとともに、具体的な活用方法についても提示していく必要がある。また、個別に実施されている調査研究について、各関係機関が連携し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必要性も考えられる。

3. 平成 16 年度の研究

平成 14～15 年度に開発した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、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なかで、継続してモニタリングを行うことで、どのような施設類型が求められているのかの一端を把握することが可能になると考える。

また、法定外施設である、小規模作業所や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。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連携し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。

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を行った。さらに、原則として平成 10 年を基準として経年変化についても提示した。

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分析し、改善や見直しにつなげてことが必要である。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。さらに、提示した評価モデルの具体的な活用方法についても検討していく必要がある。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引き続き必要であると考えられる。

E. 結論

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及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。

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 9:33-36, 2003.
- 伊藤弘人. 精神科医療の質的評価. 公衆衛生 68:108-111, 2004.

2. 学会発表

- 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、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. 知的所有権の取得状況 なし

評価指標一覧

		都道府県中央値	
1. 外来指標 (7 指標)			
●	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	ヶ所
●	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	ヶ所
●	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	ヶ所
●	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	ヶ所
●	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	ヶ所
●	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	ヶ所
●	精神障害者通所授産施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾	2.2	ヶ所
●	精神障害者入所授産施設 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾	0.0	ヶ所
●	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	ヶ所
●	精神障害者福祉工場施設数 (人口 100 万人あたり) ⁶⁾	0.0	ヶ所
●	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

1. 外来指標

	都道府県中央値
● 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 (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企画課 (平成 14 年 5 月 10 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.
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.

平成14年～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）
精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

分担研究報告書
－行政・実績報告の整理と有効活用－

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：本研究は、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、把握された情報の中から精神障害者保健福祉手帳制度の運用実態をもとに、行政・実績報告を有効に活用していくモデルを明らかにすることを目的とした。研究方法：（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。（2）平成15年度は、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に対し、精神障害者保健福祉手帳および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った。（3）平成16年度は、精神障害者保健福祉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、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターに聞き取り調査を行った。結果：（1）都道府県・政令指定都市において、情報システムの整備、情報の電子化が進んでいることがわかった。（2）都道府県・政令指定都市における精神障害者保健福祉手帳および通院医療費公費負担に関する情報の把握状況および電子データベース化の状況が明らかにされた。（3）各都道府県・政令指定都市の精神障害者保健福祉手帳制度の運用実態が明らかになり、運用改善にとって貴重な情報となる意見が得られた。まとめ：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。

研究協力者氏名 所属施設名および職名

石幡 裕子	盛岡市保健センター成人保健係長	長沼佐代子	国立精神・神経センター 精神保健研究所研究生
柿本 裕一	神戸市こころの健康センター所長	藤田 健三	岡山県精神保健福祉センター所長
川島 道美	千葉県精神保健福祉センター所長	松下 太郎	東京大学大学院医学系研究科 精神看護学分野修士課程
川関 和俊	東京都立中部総合 精神保健福祉センター所長	三宅 由子	国立精神・神経センター 精神保健研究所室長
北畠 顕浩	岩手県精神保健福祉センター所長	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター 所長
小山 智典	国立精神・神経センター 精神保健研究所流動研究員		
白澤 英勝	宮城県精神保健福祉センター所長		
瀬戸屋 雄太郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所研究員		

（五十音順）

A. 研究目的

わが国の精神保健福祉施策は現在、地域保健・医療・福祉への転換が進んでおり、各種の施策が地域の事情を踏まえて効果的に推進されるためには、都道府県・政令指定都市の行政・実績報告を有効に活用し、業務の実態を施策に反映させていくことが重要である。

本研究は、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、把握された情報の中から精神障害者保健福祉手帳制度の運用実態をもとに、行政・実績報告を有効に活用していくモデルを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 平成 14 年度の研究

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 年度の研究

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 年度の研究

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に、現地訪問による個別聞き取り調査を行った。

C. 研究結果

1. 平成 14 年度の研究

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はばらついていた。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事、国の方針等に関する事に大別できた。

2. 平成15年度の研究

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きた。

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かか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. 平成16年度の研究

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。

D. 考察

1. 平成 14 年度の研究

平成 14 年度研究の結果、情報システムの整備、情報の電子化が進んでいることがわかった。これらを有効に活用するためには、共有すべき情報のフォームの統一や倫理面の審査を行う委員会等の設置の拡大が望まれる。精神保健福祉情報の整備状況に関しては、都道府県・政令指定都市の回答に差がみられたが、この要因には、保有する情報の偏りだけでなく、都道府県・政令指定都市の担当者の持つ情報に偏りがある可能性がある。この改善には、情報システムがほぼ整備されていることを踏まえた情報提供側の工夫も望まれる。都道府県・政令指定都市で行った調査研究や厚生労働科学研究の成果等の情報に関しては、例えば厚生労働省精神保健福祉課と各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課、国立研究機関と精神保健福祉センターの連携によって、双方向的な情報ネットワークを構築することが考えられる。

2. 平成 15 年度の研究

両制度の適正な運用を促すためにも、制度利用者の実態把握は急務であり、各都道府県・政令指定都市におけるデータベース化の状況やデータの把握の範囲およびデータ提供にかかる手続きを検討した平成 15 年度研究は意義があると考えられる。今後情報提供者の保護に関して法的な側面からの検討を加えた上で、将来的には、精神障害者手帳および通院医療費公費負担のデータベースの情報を有効に活用するために、全国規模のネットワークを構築し、制度運用のモニタリング体制が敷かれることが望まれる。

3. 平成 16 年度の研究

平成 16 年度研究で得られた意見等は、いずれも精神障害者手帳制度の運用改善に貴重な情報を含むものであり、今後も精神障害者手帳制度の運用実態のモニタリングを行うとともに、実務を担当する精神保健福祉センター等からの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ことが必要である。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的所有権の取得状況 なし

平成 14 年～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）

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－

地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究

分担研究者 桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター 所長

研究要旨：神奈川県をモデル地域とし、住民ニーズをふまえた地域精神保健福祉施策の企画・立案に利用しうる県内自治体共有の相談窓口業務統計指標の開発に向け検討を行った。**研究方法：**（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、前年度調査結果を踏まえ、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、昨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。**結果：**（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 福祉保健センター、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 10605 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。**まとめ：**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地域体制の整備が進みつつあるが、新たな県内自治体共有の地域精神保健福祉活動評価システムの開発に関しては、今後も継続的な検討が必要である。

研究協力者	(50 音順)
荒木 明美	横浜市こころの健康相談センター
大橋 剛	横浜市こころの健康相談センター
大竹三千代	相模原市保健所
桜井 素子	神奈川県精神保健福祉センター
柴 静枝	川崎市精神保健福祉センター
柴田 則子	神奈川県津久井保健福祉事務所
篠崎 安志	横浜市こころの健康相談センター
鈴木 和彦	秦野市障害福祉課
竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
藤井由美子	神奈川県精神保健福祉センター
村上 智之	横浜市こころの健康相談センター
矢島 義明	相模原市保健所
渡辺 明	横須賀市保健所

A 研究目的

地域住民の精神保健医療福祉ニーズが高まる中で、平成 14 年度に、市町村における精神障害者に対する福祉サービスが開始され、地域精神保健福祉体制は大きな変革期を迎えている。こうした状況の中で、市町村を含む県内自治体での精神保健福祉業務の実施状況を見直しつつ、総合的な地域精神保健福祉サービスの提供体制を整えていくためには、県内自治体が共有しうる評価指標の開発が望まれる。本研究では、神奈

川県をモデル地域とし、住民ニーズをふまえた地域精神保健福祉施策の企画・立案に利用しうる、県内自治体共有の相談窓口業務統計指標の開発に向け検討を試みた。

B 研究方法

1. 平成 14 年度研究

神奈川県の地域精神保健福祉業務の歩みと現状について整理するとともに、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 年度研究

平成 14 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。また、試行データにもとづき、県内住民の精神保健福祉相談ニーズとそれに対する相談窓口での対応状況については包括的評価を試みた。

3. 平成 16 年度研究

平成 15 年度試行データを用い、県内自治体での精神保健福祉相談ニーズの現状と相談窓口での対応状況を、様々な角度から検討した。また、神奈川県、横浜市、川崎市では、本研究の成果を踏まえて平成 17 年度以降の相談業務評価体制について見直しを行うとともに、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。

(倫理的事項への配慮)

平成15年度の県内各自治体での試行に際しては、相談業務担当者が相談記録等の既存資料データを日計表へ転記する際の連結不可能匿名化の徹底化に向け、試行実施手順およびデータ管理法を記した試行実施手順書を作成して担当者に配布するなど個人情報保護に留意した。

C 研究結果

1. 平成14年度研究

神奈川県、横浜市、川崎市、横須賀市における既存の地域精神保健福祉活動にかかる資料を整理し、図表にして提示した。また、県内各自治体で、現在、実施している精神保健福祉業務を「保健所・市町村業務指針」に準じて整理し、比較検討した結果、県内各自治体での地域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。

他方、平成14年度より開始された、県域33市町村での精神福祉業務への取り組み状況については、県の保健福祉事務所と連携しつつ予想以上に積極的かつ円滑な取り組みがなされていた。また、今後の精神福祉業務モニタリングの基礎となる台帳づくりや相談統計についても、8割強の市町村が取り組みを開始していた。

2. 平成15年度研究

(1) 基本的相談窓口業務統計指標の検討と共有相談日計表および記入要領案の作成

県内各自治体における精神保健福祉施策の企画・立案に利用しうる基本的な共有相談窓口業務統計指標と基準について検討し、①性、②年齢、③地域保健事業報告分類、④把握区分、⑤診断名、⑥状態像、⑦被面接者、⑧援助方法、⑨訪問先、⑩相談種別、⑪担当者の11項目を、共有指標として選定し、各項目別に記入の要点を検討し、共有相談日計表および記入要領案を作成した。

(2) 試行と包括的なデータ整理

共有相談日計表試案と記入要領試案を用いた試行では、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、相模原市、県保健所については全所から、県域保健福祉事務所管内33市町村については28市町村(84.8%)から回答があり、延べ相談件数は、横浜市5384件、川崎市1246件、横須賀市320件、相模原市448件、県保健福祉事務所1826件、県域28市町村1381件で延べ総数10605件であった。

この延べ件数データを用いた包括的な集計結果については、相談対象者は男女ほぼ同数で、年齢は、30歳代と50歳代にピークをもつ二峰性の分布であった。地域保健事業報告分類では、いずれかの下位項目にも分類しきれない「その他」が全体のほぼ半数を占め、それ以外では、「社会復帰相談」が多かった。診断名では、全体の86%で診断名が判明しており、統合失調症圏が52%と最多であった。状態像では、ひきこもりが最多で、以下、人格的障害、希死念慮を伴う「うつ状態」の順であった。当事者からの相談が52%と多く、家族は30%であった。援助方法は、電話56%、面接30%、訪

問 15%であった。相談種別では、生活上の問題が 39%と最多で、以下、社会復帰の問題 25%、治療上の問題 25%であった。担当者は、横浜市、川崎市では福祉職が、横須賀市、相模原市、県都市町村では、保健師の占める比率が高かった。

(3) 試行にかかる県内担当者の意見

試行にかかるアンケート調査の結果、共有の相談業務統計の意義は理解できるが、日常業務として継続実施するには負担が多く、共有相談日計表をより簡便なものに修正改善してほしいとの意見があった。他方、業務量の把握と、各自治体担当者相互の連携状況についての情報、地域保健事業報告にかかる評価項目などについては追加する必要があるとの意見が多かった。

3. 平成 16 年度研究

(1) 県内各自治体での相談窓口業務の実施状況

平成 15 年度の試行でえた実件数データ (n=2185) に基づく相談窓口業務の検討結果では、全体の 67%で診断名が判明しており、統合失調症圏は 28%であった。また、家族からの相談が 48%と最多で、本人は 39%であった。援助方法は電話 51%、面接 39%、訪問 9%で、相談種別では、治療上の問題が 37%、生活上の問題 33%、社会復帰の問題 20%であった。

実件数と延べ件数の集計結果の相互比較により、再利用者の特徴を整理すると、本人、25~44 歳、統合失調症圏、人格障害的事例で再利用が多く、相談内容については、生活上の問題、社会復帰の問題が多かった。

県内各自治体の相談業務実施状況につい

ては、政令指定都市である横浜市と川崎市とでは、地域住民ニーズおよびそれに対する対応状況は相当異なっていた。これには、管轄地域の人口規模、年齢分布、行政組織的な役割分担の相違などが関与しているものと思われる。また、中核市の横須賀市では、本人、女性、24 歳以下、診断保留、ひきこもり、生活上の問題が多かった。

県都市町村窓口での相談取り扱い件数は県域保健所に匹敵する件数で、対象事例では、女性、65 歳以上、器質性精神障害が多く、ひきこもり、生活上の問題が多く、保健師と事務職の対応が多かった。また、県域地域生活支援センター、県保健所との比較では、支援センターでは、統合失調症圏の事例への支援活動が主体であったが、県都市町村窓口は、県保健所と同様に、福祉のみならず、保健・医療も含めた総合相談窓口的機能を果たしており、ひきこもりなどの相談も少なくなかった。また、県保健所に比して、本人の利用、再相談が多く、対応には複数の職種が係わる場合が少なくはなかった。

県保健所と相模原保健所は、家族の相談が多く、相談対象事例は、男性、25~44 歳が最多であった。診断名では、器質性精神障害の比率が高く、相談種別では治療上の問題が多かった。援助方法では、電話相談が多いが、訪問援助も相対的に多かった。

県保健所の相談状況の推移については、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、状態像では、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 年度もほぼ

横ばい傾向であった。担当者については、近年、保健師の対応件数が増加する傾向にある。

(2) 県外自治体関係者等の意見

本研究でモデルとして開発した共通の相談業務統計表と記入要領については、特記すべき意見はなかった。

また、相談業務統計の見直し・変更ないし予定の有無に関しては、埼玉県では、平成 14 年度に、県立精神保健福祉センターで、市町村職員を対象に、業務統計を媒体とした研修を実施したが、その折りの体験に基づき、共有の業務統計体制の実現には市町村職員向けの研修が重要であるとしている。他方、大阪府では、平成 14 年以降 16 年まで市町村の支援のため管内市町村と業務統計を共有してきたが、平成 17 年度以降は、市町村支援を一步引き下がった形で実施するにあわせ、市町村には、従来よりも簡潔な業務統計データの提出を依頼する方針で準備をすすめていた。また、尼崎市では、相談業務にかかる独自の集計ソフトを開発し、平成 11 年以降、各センターで入力したデータをオフラインで集め整理していた。

本研究に対する意見・感想については、共有相談日計表は今後の地域精神保健福祉活動の検討に有用であること、市町村担当者には集計項目が多いので、パソコンによるデータ入力・整理を前提とした検討が必要であるなどの指摘があった。また、診断名や地域生活支援ニーズの判定については、ICD 分類や ICF 分類の採用を検討すべきとの意見が複数回認められた。

(3) 共有相談日計表と記入要領の改訂

3 年間の検討結果をふまえ、相談窓口業務統計指標 11 項目については、⑨訪問先を除いて 10 項目とし、⑥状態像を「特定の問題群」、⑦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。

D 考察

1. 平成 14 年度研究

法的に規定された各種地方自治体の役割と機能の相違に加え、地域特性などの要因もあり、各自治体における地域精神保健福祉活動に差異が生ずるのは当然である。しかし、県民へのミニマム・リクアイアメントとしての地域精神保健福祉サービスの提供を確保し、市町村、保健所、精神保健福祉センターの役割分担と連携のあり方の評価検証を継続的に行うためには、県内各自治体で基本的情報の共有化が重要で、共有の地域精神保健福祉業務のモニタリング項目の選定が必要である。その基本的な項目の選定に際しては、「保健所・市町村業務指針」および「精神保健福祉センター運営指針」を、基準の枠組みとして活用することが有効と思われた。

今後、県内各自治体が共有できる地域精神保健福祉活動のモニタリング指標の開発導入を図るには、まず、各自治体主管課と窓口担当者として業務評価の意義について、認識の共有化を図ることが重要である。

2. 平成 15 年度研究

地域精神保健医療福祉活動を計画的に推進するためには、個別相談、集団活動支援、連絡会議などネットワーク関連事業、その他、多様な業務の評価システムの構築が必

要であるが、本研究では、特に、個別相談業務にかかる指標に焦点を絞り、県内各自治体が共有しうる相談窓口業務統計指標を検討した。何故ならば、新たな住民ニーズにかかる相談・訪問活動は、地域精神保健福祉活動の基礎となる業務であり、様々な業務統計の中にあつて、当該業務に関するデータは地域ニーズの動向と当面の重点的取り組みの方向を定める上で有用と考えられたからである。なお、今回、検討しえなかった個別相談以外の事業指標についても、改めて検討の必要がある。

3. 平成16年度研究

市町村窓口は、生活者の視点にたった総合相談窓口的機能を果たしており、今後、地域住民への直接サービスの担い手としての市町村の役割はさらに増大するものと予想される。他方、県保健所や精神保健福祉センターの役割については、広域的視点にたった地域精神保健福祉活動の評価や企画立案が今後さらに重要になり、モニタリング体制の積極的整備を図る必要がある。また、全国の都道府県が共有しうる業務統計としては、既存の国統計資料の活用が望まれる。ところで、国策としての「精神保健医療福祉の改革ビジョン」と「障害福祉のグランドデザイン案」には、年齢、障害種別、疾病をこえた一元的かつ安定した障害者自立支援システムを、市町村を中心に都道府県と国が重層的に支援する体制として計画的に整備すること、3障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備に際しては、市町村やサービス提供者の事務の簡素化・効率化と、地域におけるサービス提供

の効果的な実態把握に向け、報酬請求事務等の電算化、外部委託化を進めることなどが提示されている。こうした動向の中で、今後、地域トータルケア体制の整備に向け、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を、相互補完的な地域支援活動の評価指標とすべく見直しを図ること、②市町村を中心とした3障害共通の地域サービスニーズの把握を可能にする全国共有の障害者相談業務評価法の開発、③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開発、導入を図ることなどが必要である。

4. まとめ

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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権利の出願・登録状況 なし

平成 14 年～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）
「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）
分担研究報告書

精神保健医療の評価にかかわる疫学関連指標の検討

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：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行った。**研究方法：**本研究は、下記の 4 部から構成されている。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。**結果：**(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。(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。**まとめ：**本研究では4部から構成される内容についての検討を行った。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示唆された。

分担研究者

藤田利治(国立保健医療科学院疫学部・室長)

研究協力者

佐藤俊哉(京都大学大学院医学研究科・教授)

渡辺ゆかり(福岡県立看護専門学校)

A. 研究目的

精神保健医療施策の評価と計画的推進のためには、客観的指標に基づく状況把握が必要である。

そこで、本研究では長年にわたって厚生労働省が実施している統計調査を主に用いて、精神保健医療にかかわる外来受療患者率、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についての疫学的検討を行った。

B. 研究方法

本研究は、下記の4部から構成されている。

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

平成14年度において、1974年から1999年までの厚生労働省患者調査を用いて、「精神及び行動の障害」(ICD10:F00-F99)(以下、「精神疾患」という。)に分類された在院あるいは外来受療中の患者と在院期間についての年次推移の推計を行った。また、平成16年度には、2002年の患者調査を用いた推計を追加した。すなわち、1974年から2002年までの受療患者数(在院および外来)、退院事由別の退院患者数および在院にかかわる期間別の在院患者数と退院患者数を推計し、医療施設別、性別、年齢階級別および診断別の年次推移の詳細な集計を行った。

2. 精神疾患での退院にかかわる要因分析 精神病院における長期在院の関連要因の

総合的な要因分析を行った。平成14年度において、退院率の簡易指標を用いて、治癒・軽快による退院と死亡退院についての関連要因の検討を暫定的に実施した。平成15年度には、患者調査の在院患者と退院患者のデータを用いて人年法による退院率(退院をイベントとする発生率)の厳密な推定方法を開発し、またその統計的推測方法を確立した。平成16年度においては、確立した人年法による退院率を指標として、2002年患者調査と病院報告を用いて、患者特性および病院特性と退院との関連につい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。

また、平成14年度には、退院率の簡易指標の年次推移を在院期間との関係から分析するとともに、精神病院からの死亡退院の年次推移についても検討した。

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

平成14年度において、福岡県における精神障害者の通院および入院の受療圏の実態を二次医療圏との関連から明らかにするとともに、居住している二次医療圏以外の医療施設への受療の関連要因を検討した。通院については、政令指定都市の福岡市、北九州市を除く県域に在住する者で、通院医療費公費負担制度(精神保健福祉法32条)の2001年6月30日時点の利用者16129人を対象とした。入院については、1999年患者調査を用いて、精神障害で病院入院中の者7513人を対象とした。福岡県の13の二次医療圏ごとに、通院および病院入院についての圏内および圏外の受療状況を整理した。また、多重ロジスティックモデルを用いて、対象者が居住する二次医療圏とは異なる医療圏への受療について、二次医療圏、性別、年齢、診断名および医療保険の種類などの要因との関連を検討した。

4. 自殺死亡急増の実態把握

平成15年度において、1989年から1995年までの7年間と比較し、3万人を超える自殺死亡数が観察されている1998年から2000年までの3年間の自殺死亡急増について、人口動態調査死亡票の情報をを用いて検討を行った。第1に、年齢階級別自殺死亡率を男女別に算出して、1998-2000年での自殺死亡急増の性・年齢階級別の特徴を整理した。第2に、都道府県間の自殺死亡増加の違いについて、両期間の粗自殺死亡率の差と比を用いて都道府県ごとの自殺死亡増加の状況を検討した。第3に、二次医療圏別の自殺死亡増加の違いを、自殺死亡率のベイズ推定値を用いて分析し、あわせて二次医療圏レベルの自殺死亡についての地図を作成した。

自殺死亡が増加した状態が続く中で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。そこで、平成16年度においては、1998-2000年の急増初期と比べた2003年の状況についての特徴を検討した。

C. 研究結果および考察

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

平成14年度および平成16年度での検討により、1974年から2002年までの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において、次の点が明らかになった。

- 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った。

さらに、上記の精神疾患にかかわる保健統計指標について、医療施設別、性別、年齢階級別および診断別の年次推移についても提示した。

これらの統計表は厚生労働省が保管している患者調査データの最古のものから最新のものまでを用いて推計したものであり、精神保健医療にかかわる指標について可能な限りの年次推移が整理された統計資料である。今後の精神保健医療福祉施策の進捗を、これらの統計表と対照して評価することが重要といえる。

2. 精神疾患での退院にかかわる要因分析

2002年における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