

200606039A

平成18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

**「障害者自立支援法の導入における退院・社会復帰促進等の
円滑化のための実証的研究」報告書**

平成19年3月

主任研究員 津久江一郎

=== 目 次 ===

1. はじめに …………… 2
2. 研究目的 …………… 3
3. 研究調査方法 …… 4
4. 調査結果の概要 …… 5
 - (1) 精神療養病棟における障害程度区分調査 …… 5
 - (2) 状態像調査、タイムスタディ施行対象施設 …… 11
5. 本調査研究の結果 …… 12
 - (1) 患者基礎情報 …… 12
 - (2) 2次判定（障害程度区分）について …… 20
 - (3) 患者状態像の調査について …… 26
 - (4) タイムスタディの概要 …… 38
6. 考 察 …………… 44
7. 結 語 …………… 47

1. はじめに

平成 14 年 12 月、厚労省において、大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が作られた。平成 15 年 5 月には中間報告が出され、普及啓発指針検討会、精神病床等検討会、在宅福祉・地域ケア体制等検討会の 3 つの検討会が設置されることとなり、この各検討会からは各々報告が出され、改革のグランドデザイン案となり、障害者自立支援法へと結実していったことは周知のとおりである。

介護保険における要介護認定、一般科療養病床における医療区分、ADL 区分と同様に、自立支援法においては障害程度区分によって評価され、施設基準でなく各重症度により、報酬が決定されることとなった。さらに、病棟設備転用型としての地域移行型ホーム・退院支援施設というカテゴリーが提出された。これは、精神一般病棟及び精神療養病棟を対象としていると思われる。

また、このような退院促進・地域ケアに向けた自立支援法施行に対して医療者の意見としては、自立支援法施行前後の解説、次いでその問題点の指摘、自前の解決策の記述が多くあった。

いずれにしても、①自立支援法施行までの準備期間が不足であったこと ②これまで受けてきたサービスがむしろ後退するのではないかという不安 ③今回の法施行による各種支援サービスの充実を図ることと、これが長期入院の解決につながるのかという危惧等が主流であったように思う。

しかし残念ながら、これら上述の論旨の根拠は、あくまでも自立支援法施行後の状況を判断しながらの論説であり、実際のデータに基づく科学的根拠によるものではなかった。

さて、地方自治が推進される中であって、医療制度も都道府県単位で再編成されようとしている。精神科医療体制も地域ケア体制への展開を考えれば都道府県毎の地域に根ざした独自の体制の構築が迫られている。

以上の趣旨から、広島県においては、広島県福祉保健部保健対策室、障害者支援室、総合精神保健福祉センターと広島県精神科病院協会により、平成 18 年 8 月「精神保健福祉に関する政策研究会」(以下、政策研究会という)を立ち上げ、官民合同で協議をすすめたところ、以下の事項について検討していく必要性が指摘された。

- ①「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神患者に関する必要なサービス量の算定方法について検討する必要がある。
- ②精神障害者における障害程度区分に関しては、その精神症状を必ずしも十分に反映しているとはいえないという指摘があるため、精神障害者に関して状態に応じた必要な介護サービスの提供量を把握する手法を検討する必要がある。
- ③「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神障害者が退院した場合に、最も「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神障害者が多いと想定される精神療養病棟精神療養病床につ

いて、今後の在り方について検討する必要がある。
政策研究会によるこれらの課題提示に基づいて、次のような研究調査を行なった。

2. 研究目的

(1) 「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神患者に関する必要な受け皿及びサービスの調査及び検討

障害者自立支援法の施行により、精神科領域においても「入院生活中心から地域生活へ」という方向が推し進められているところである。また、「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神患者 7 万 2 千人を平成 24 年までに退院させる方針が厚生労働省から示されている。このことを踏まえ、現在、市町村が障害福祉計画において、必要なサービス量を算出することとなっているが、退院後に必要な受け皿及びサービスについては十分に調査・検討されておらず、不明確な点も多いとの指摘がある。したがって、「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神科患者が多く入院していることが想定される精神療養病床に入院中の患者に関する実態調査を実施することにより、退院後に必要な受け皿及びサービスについて検討する。

(2) 障害程度区分における課題の実情分析及び考察

障害者自立支援法の施行により、障害の種別（身体障害・知的障害・精神障害）にかかわらず、障害のある人々が必要とするサービスを利用できるよう、サービスを利用するための仕組みを一元化し、施設・事業が再編されたところである。しかし、精神障害者における障害程度区分に関しては、その精神症状を必ずしも十分に反映しているとはいえないという指摘がある。そのため、精神療養病床に入院した精神患者約 200 名に対してタイムスタディ調査を実施することにより、状態に応じた必要な介護サービスの提供量を把握する。

また、精神療養病床に入院中の患者に対して、心身の状況の調査及び二軸評価を行い、身体障害と精神症状の評価を基にした、適切に精神症状を反映した障害程度区分を可能とする在り方を検討する。

(3) 精神療養病床の今後の在り方に関する検討

「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神科患者の退院が可能となり、入院患者の減少が促進された場合においては、精神科病床数が減少する。また、精神療養病床における障害程度区分等の調査及び検討結果を踏まえた上で、精神療養病床の今後の在り方について検討を加える。

3. 研究調査方法

(1) 精神療養病棟を有する広島県精神科病院協会の実態調査

広島県において精神療養棟を運営している民間の精神科 22 病院中 20 病院 2,504 床中 2,200 名の調査を平成 18 年 8 月 5 日～9 月 19 日に施行した。

障害程度区分判定ソフトにより 1 次判定を行なった。

さらに二軸評価（能力障害評価・精神症状評価）、生活障害評価を行なった。

2 次判定は「市町村審査会委員マニュアル・市町村審査会における 2 次判定について」に準拠し、19 病院定床 2,353 床中 2,049 名に対して施行した。これに準拠すれば、実際上は市町村審査会における各合議体においても評価の差異が出ることであり、各当該病院間の差異は同様の範囲であり特に問題ないと考えた。

調査の習熟、正確を図るため、先行して 2 回にわたり、審査経験のある市町村審査会委員により、障害程度区分及び判定ソフトの説明会を行なった。

(2) タイムスタディの実施

さらに正確を期するために 2,200 名の調査のうち約 1 割に相当する 219 例（4 病院の各精神療養棟）に対して、平成 19 年 3 月 5 日から 3 月 16 日の間、24 時間タイムスタディを行い、1 次判定、2 次判定・障害程度区分の分析を試みた。

(3) 検討委員会の設置

本調査研究のため、下記委員による検討委員会を設置して検討を行い、結果を本報告書にまとめた。

	氏名	所属
委員長	津久江 一郎	医療法人せのがわ 理事長・院長
委員	石井 知行	医療法人社団知仁会 メープルヒル病院 理事長・院長
委員	谷本 雄謙	特定医療法人仁康会 小泉病院 理事長
委員	村岡 満太郎	特定医療法人大慈会 三原病院 院長

4. 調査結果の概要

(1) 精神療養病棟における障害程度区分調査

平成18年8月5日～9月19日の調査における各病院の1次判定及び2次判定と二軸評価目安及び生活障害評価の結果を図表1-1に示す。

各病院の2次判定における障害程度区分変更率を図表1-2に示す。変更割合のバラツキが各病院間で大きいのは、患者構成の違いによるもの、また、審査会委員マニュアルの区分変更の説明が抽象的であること、典型的な区分変更の例もその変更のロジックが判りにくいこと等によると思われる。2病院は変更の理解が不十分であるとの理由から変更していない。変更していない2病院を除外した全体の変更率の平均は55.9%であった。なお、障害程度区分2次判定における疾患別（ICD-10）集計は図表1-4のごとくであった。

各判定の評価割合を図表1-3に示した。図表1-3に示すごとく1次判定のピークは区分2、2次判定のピークも区分2にあり、二軸評価目安のピークは区分6、生活障害評価では4以上が最多数を占めた。

2次判定区分と二軸評価目安を区分毎にパーセンテージをグラフにして比較したのが図表1-6である。

前述したごとく、二軸評価目安では区分6に該当する割合が最も多く、区分5以上が49%となる。これに対し、障害程度区分の2次判定では区分2にピークが見られ、区分5以上の重度の割合は13%に過ぎない。障害程度区分と二軸評価目安・生活障害評価に大きな乖離が見られる。

障害程度区分・2次判定の集計結果が図表1-5、入院期間別・年齢別の結果を加えた集計結果が図表1-7である。

年齢は50歳未満から10歳毎に70歳以上までの4つの階層で示した。入院期間は1年未満、1年以上3年未満、3年以上、に分けて調査した。

図表1-3で見られたごとく、ピークは区分2にある。年齢層としては50歳以上65歳未満層が最も多く、入院期間別には、3年以上層が最多であった。これを入院期間別、年齢別にグラフにしたのが図表1-7である。

入院期間別には今まで見てきたように3年以上群が最も多かった。3年以上群の中でも区分2が最も多かった。1年以上3年未満群では区分3、1年未満群では区分2が最多であった。年齢別には50歳以上65歳未満群が最も多かった。70歳未満の全年齢群で区分2が最も多く見られた。70歳以上群は区分3、区分2、区分4の順であった。区分5、区分6も9%と12%であり、他の年齢層に比べて、重度者の割合が多く見られた。70歳以上の割合は区分5の層の中においては42%、区分6の層の中においては49%を占めていた。これは、障害程度区分評価が介護保険要介護認定調査項目を基本的評価のツールとしているため、高齢者層においては、より実態に近い正確な評価に近づいているものと思われた。

図表 1-1 施設別、1次判定、2次判定、二軸評価目安及び生活障害評価

病院	精神療養病棟定床数	調査患者数	1次判定							2次判定						
			非該当	1	2	3	4	5	6	非該当	1	2	3	4	5	6
A	60	60	0	6	29	13	1	7	4	0	5	24	12	7	4	8
B	46	37	1	20	13	3	0	0	0	0	10	19	8	0	0	0
C	240	118	30	34	46	4	2	1	1	30	13	43	27	3	1	1
D	158	96	3	14	29	27	5	5	13	2	13	24	22	17	5	13
E	156	152	2	41	47	40	8	7	7	0	25	41	47	21	11	7
F	60	58	1	15	10	19	9	3	1	1	15	10	19	9	3	1
G	60	60	0	20	26	9	3	1	1	0	20	30	5	3	1	1
H	120	86	3	29	44	8	1	0	1	1	14	29	32	8	1	1
I	180	163	9	54	51	29	8	10	2	2	14	54	47	29	15	2
J	94	94	8	22	28	11	7	7	11	8	20	25	15	8	7	11
K	106	106	0	6	28	36	9	17	10	0	1	5	11	51	12	26
L	120	110	1	33	50	20	4	2	0	1	33	50	20	4	2	0
M	180	174	9	61	71	30	1	0	2	0	32	71	53	15	1	2
N	120	105	17	29	24	23	4	4	4	13	23	29	18	14	5	3
O	100	100	5	15	43	26	4	4	3	2	16	28	30	14	6	4
P	101	101	16	31	43	9	0	1	1	16	20	29	25	9	1	1
Q	155	149	15	42	55	25	3	6	3	4	10	35	32	14	31	23
R	119	118	10	35	28	15	10	15	5	0	14	35	25	16	10	18
S	161	151	9	32	35	33	15	9	18							
T	168	162	4	28	51	57	9	9	4	0	3	29	52	56	9	13

病院	精神療養病棟定床数	調査患者数	2軸評価目安										生活障害評価		
			1	1~2	2~3	3~4	4	4以上	4~5	5	5以上	6	2以上	3以上	4以上
A	60	60	0	0	10	4	16	0	0	12	1	17	1	18	41
B	46	37	10	7	10	3	1	0	0	3	3	0	5	5	18
C	240	118	30	18	34	9	15	0	2	2	6	2	9	17	34
D	158	96	7	8	18	1	12	3	0	10	2	35	6	7	81
E	156	152	0	1	14	2	20	0	0	29	30	56	6	13	115
F	60	58	3	1	11	8	10	0	0	11	8	6	11	6	36
G	60	60	0	0	8	6	11	1	0	13	8	13	5	11	44
H	120	86	7	3	32	7	13	0	0	10	6	8	11	21	37
I	180	163	3	10	24	27	12	0	1	19	20	47	15	20	105
J	94	94	3	10	25	15	3	0	3	6	5	24	17	28	43
K	106	106	2	1	29	8	28	0	0	2	10	26	5	12	88
L	120	110	3	9	52	8	11	0	0	16	4	7	10	15	72
M	180	174	0	1	16	1	23	0	0	28	49	56	13	23	106
N	120	105	33	8	28	5	5	1	1	3	7	14	19	12	48
O	100	100	0	1	10	15	3	0	3	12	6	50	12	6	66
P	101	101	5	21	31	4	8	2	0	9	8	13	5	20	63
Q	155	149	13	10	44	3	20	0	0	22	18	19	19	24	29
R	119	118	10	14	28	9	2	1	5	9	4	36	14	12	67
S	161	151	5	8	29	10	8	0	1	13	19	57	15	14	104
T	168	162	0	1	8	2	20	0	0	24	29	78	5	15	136

図表 1-2 1次判定→2次判定変更率

病院	変更率	病院	変更率
A病院	31.7%	K病院	83.0%
B病院	45.9%	L病院	0%
C病院	39.0%	M病院	58.0%
D病院	22.9%	N病院	28.6%
E病院	41.4%	O病院	39.0%
F病院	0%	P病院	44.6%
G病院	6.7%	Q病院	83.2%
H病院	66.3%	R病院	87.3%
I病院	79.1%	T病院	96.9%
J病院	8.5%	平均(F、Lを除く)	55.9%

図表 1-3 判定区分の評価割合

1次判定										
合計	非該当	1	2	3	4	5	6			
2200	143	567	751	437	103	108	91			
割合	6.5%	25.8%	34.1%	19.9%	4.7%	4.9%	4.1%			
2次判定										
合計	非該当	1	2	3	4	5	6			
2049	80	301	610	500	298	125	135			
割合	3.9%	14.7%	29.8%	24.4%	14.5%	6.1%	6.6%			
2軸評価目安										
合計	1	1~2	2~3	3~4	4	4以上	4~5	5	5以上	6
2199	134	132	461	147	241	8	16	253	243	564
割合	6.1%	6.0%	21.0%	6.7%	11.0%	0.4%	0.7%	11.5%	11.1%	25.6%
生活障害評価										
合計	2以上	3以上	4以上							
1835	203	299	1333							
割合	11.1%	16.3%	72.6%							

図表 1-5 障害程度区分 2次判定 集計結果

程度区分	合計	50歳未満	50歳以上 65歳未満	65歳以上 70歳未満	70歳以上	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上
非該当	80	19	42	8	11	15	20	45
1	301	57	145	49	50	52	53	196
2	610	123	274	94	119	79	90	441
3	500	107	197	66	130	63	103	334
4	298	39	102	52	105	48	49	201
5	125	7	38	27	53	28	25	72
6	135	9	35	24	67	22	34	79
合計	2,049	361	833	320	535	307	374	1,368

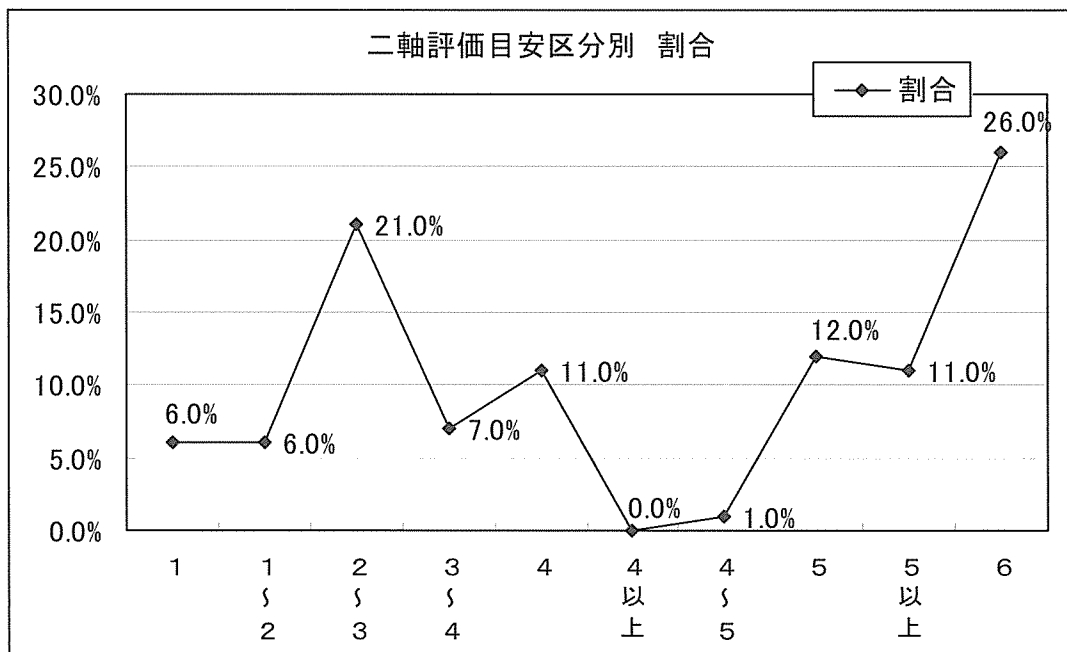
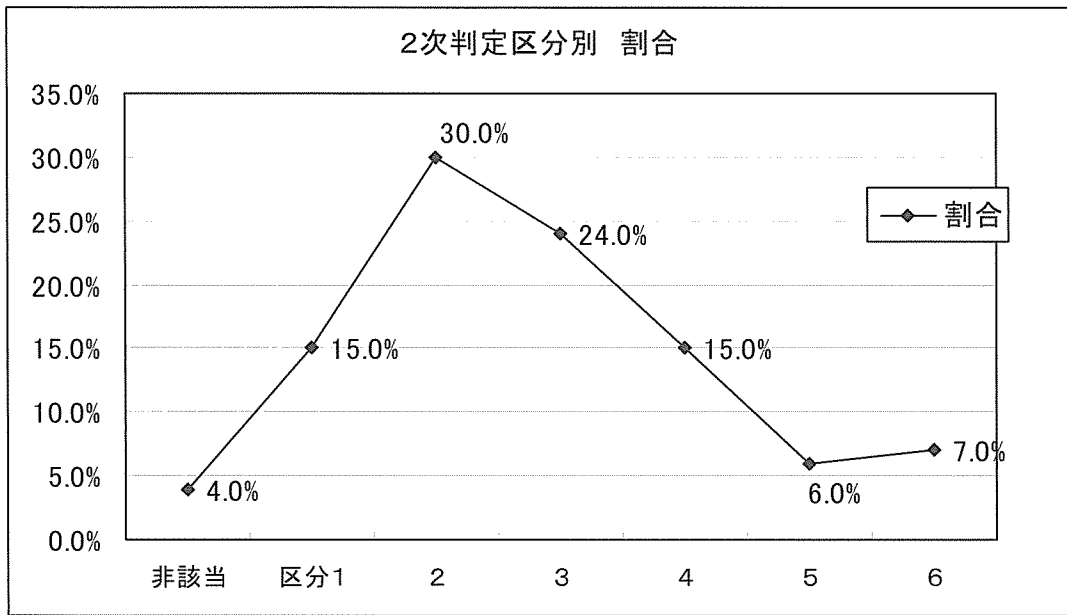
図表 1-4 障害程度区分・2次判定における疾患別（ICD-10）集計

ICD-10	区分		非該当						1		2		3		4		5		6	
	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率	数	比率
F0	133	6.8%	3	2.3%	8	6.0%	21	15.8%	23	17.3%	28	21.1%	16	12.0%	34	25.6%				
F1	112	5.7%	8	7.1%	28	25.0%	22	19.6%	23	20.5%	15	13.4%	9	8.0%	7	6.3%				
F2	1389	71.3%	46	3.3%	225	16.2%	474	34.1%	359	25.8%	153	11.0%	74	5.3%	58	4.2%				
F3	122	6.3%	5	4.1%	26	21.3%	40	32.8%	19	15.6%	14	11.5%	11	9.0%	7	5.7%				
F4	5	0.3%		0.0%		0.0%	2	40.0%		0.0%	2	40.0%		0.0%	1	20.0%				
F5	0	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%				
F6	4	0.2%		0.0%	2	50.0%	1	25.0%		0.0%		0.0%	1	25.0%		0.0%				
F7	66	3.4%		0.0%	3	4.5%	14	21.2%	29	43.9%	9	13.6%	6	9.1%	5	7.6%				
F8	0	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%				
F9	0	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%				
G40	39	2.0%	1	2.6%	4	10.3%	7	17.9%	8	20.5%	8	20.5%	5	12.8%	6	15.4%				
その他	78	4.0%	5	6.4%	10	12.8%	22	28.2%	19	24.4%	13	16.7%	2	2.6%	7	9.0%				
総計	1948	100.0%	68	3.5%	306	15.7%	603	31.0%	480	24.6%	242	12.4%	124	6.4%	125	6.4%				

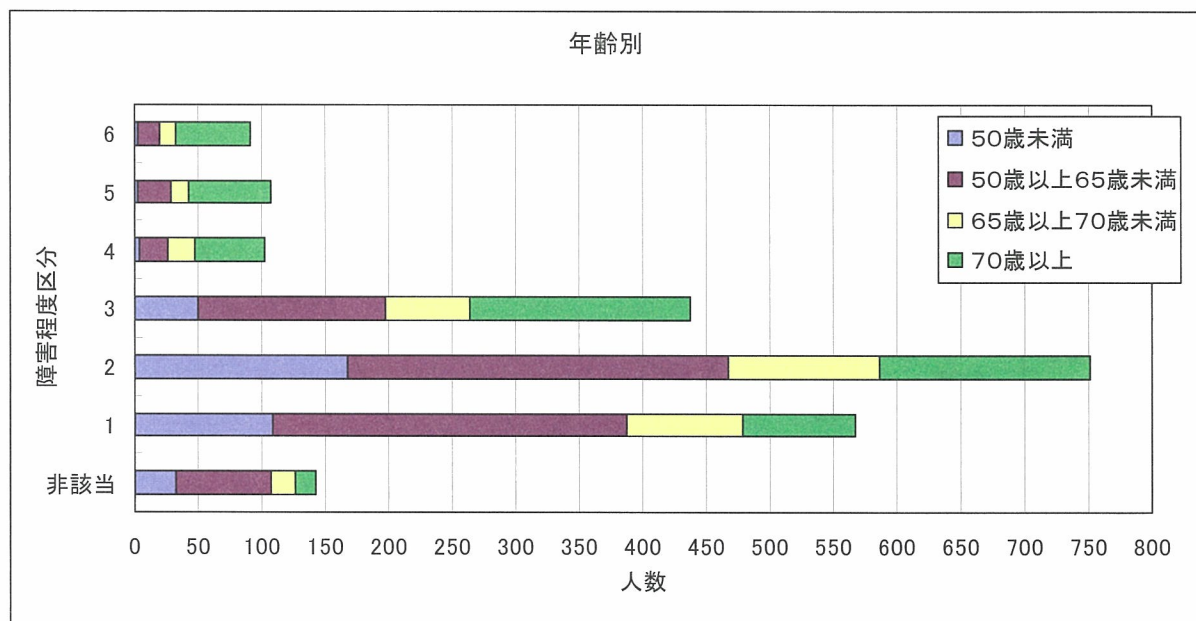
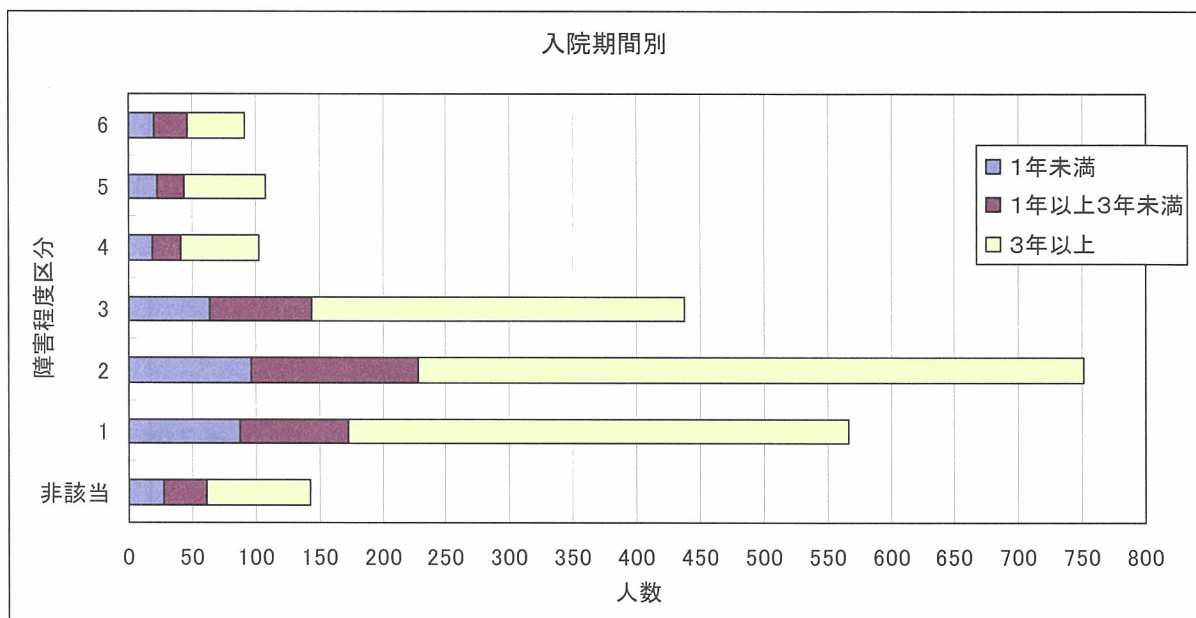
※ 12月20日時点での集計途中資料であり、現在各情報提供病院に再度主病名(ICD-10)のチェックを依頼中(平成19年1月末日提出)である。(1948/2099集計データ)

※ 斜体青文字の数字は区分総数1948件に対する件数及び率を表しており、それ以外の数字はICD-10分類ごとの区分の件数及び率を表している。

図表 1-6 2次判定及び二軸評価目安の区分別割合(n=2,049)



図表 1-7 入院期間別及び年齢別障害程度区分(n=2,049)



(2) 状態像調査、タイムスタディ施行対象施設

本研究の調査対象施設は、4病院から病棟単位で1ヶ所ずつ抽出した開放病棟3ヶ所、閉鎖病棟1ヶ所である(図表 2-1)。また、4病院の施設基準等特性は図表 2-2 のとおりである。

図表 2-1 調査対象施設と患者数

病院名	A病院	B病院	C病院	D病院
調査対象の精神療養病棟	院内 3ヶ所(閉鎖病棟 1、開放病棟 2)のうち、開放病棟の中から 1病棟	院内 1ヶ所の開放病棟	院内 2ヶ所(閉鎖病棟 2)のうち、1病棟	院内 2ヶ所(閉鎖病棟 1、開放病棟 1)のうち、開放病棟
対象患者数	59人	60人	50人	50人

図表 2-2 対象施設の病院特性

病院名	A病院	B病院	C病院	D病院
病床数	405床	405床	386床	325床
診療報酬体系 入院基本料 特定入院料	精神病棟入院基本料 15対1 60床 特殊疾患療養病棟 2 45床 精神科急性期治療病棟 1 60床 老人性認知症疾患治療病棟 60床 精神療養病棟入院料 180床	精神病棟入院基本料 15対1 245床 精神療養病棟入院料 60床 老人性認知症疾患療養病棟 50床 老人性認知症疾患治療病棟 50床	精神病棟入院基本料 15対1 50床 精神療養病棟入院料 100床 老人性認知症疾患治療病棟 96床 老人性認知症疾患療養病棟 50床 療養病棟入院基本料(内科) 48床 介護療養病床 42床	精神病棟入院基本料 15対1 105床 精神科救急入院料病棟 60床 精神科急性期治療病棟 59床 精神療養病棟入院料 101床
平均在院日数	病院全体 282.0日 該当病棟 3,675日	病院全体 1,491日 該当病棟 3,700日	病院全体 390.5日 該当病棟 441.1日	病院全体 131.8日 該当病棟 270.4日
診療科目	精神・神経科、内科	精神・神経科、内科、呼吸器科、歯科	精神・神経科、内科、胃腸科、呼吸器科、リハビリテーション科、神経内科、心療内科、歯科	精神・神経科、内科、放射線科、歯科

5. 調査研究の結果

(1) 患者基礎情報

① 患者の年齢構成

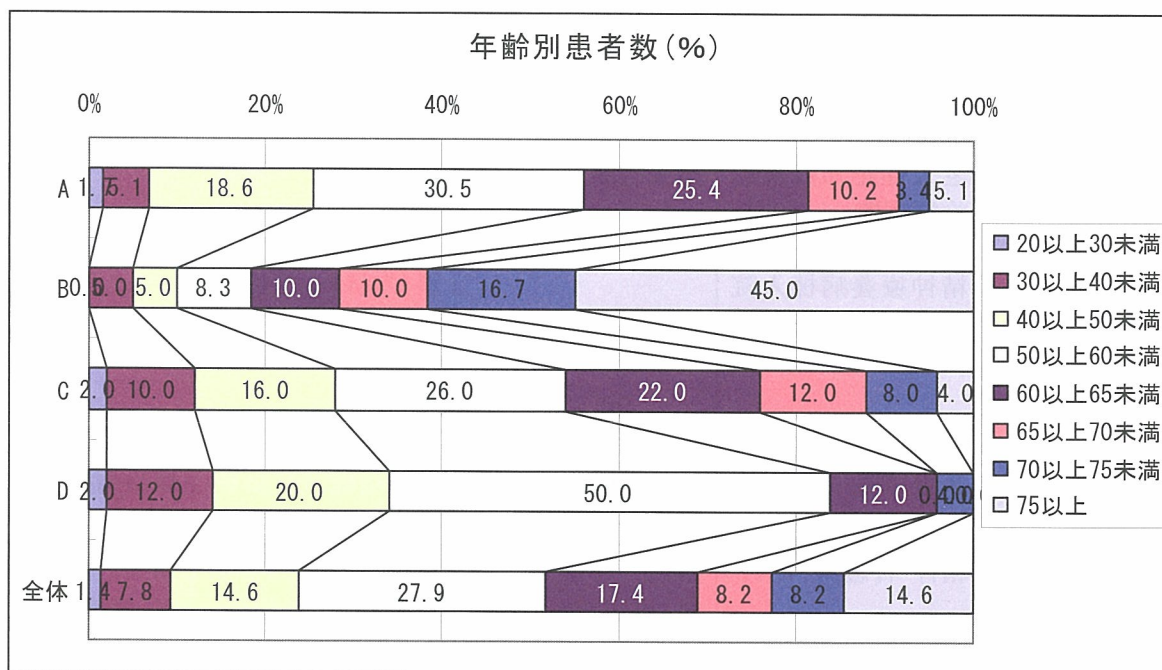
精神療養病床の入院患者の年齢分布は 20 歳台から 75 歳以上まで幅広く分布している。このうち、10 歳刻みの人数では、50 歳以上 60 歳未満の患者数が最頻値であり、次に、60 歳以上 70 歳未満が多くなっている（図表 3-1、3-2）。

なお、精神療養病床では、介護保険サービスの受給対象となる 65 歳以上の患者（第一号被保険者）は全体の約 3 分の 1（32.9%）に過ぎない。

図表 3-1 性別／年齢別患者数（総数 n=219）

施設	性別	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 65未満	65以上 70未満	70以上 75未満	75以上	総計
A	男		3	8	13	9	3	1	1	38
	女	1		3	5	6	3	1	2	21
B	男		3	2	4	5	3	4	6	27
	女			1	1	1	3	6	21	33
C	男		3	6	7	8	4	2	1	31
	女	1	2	2	6	3	2	2	1	19
D	男	1	5	7	19	5		2		39
	女		1	3	6	1				11
全体		3	17	32	61	38	18	18	32	219

図表 3-2 年齢別患者数%（n=219）



同じ精神療養病床に入院する患者でも、施設によって年齢構成は全く異なっている。例えば、40 歳未満の患者が占める割合は施設により 5.0%~14.0%、65 歳以上の高齢者の占

める割合は施設によって 4.0%～61.7%まで、有意な差がある。

②男女別、患者数

患者の性別を見ると、男女比は約 3 : 2 と男性患者が有意に多くなっている。また、これを施設別に見ると、男性が 45.0%を占める施設から 78.0%を占める施設まで、女性では 22.0%から 55.0%を占める施設まで、有意な差がある。

図表 3-3 男女別患者比率 (%)

施設	A		B		C		D		全体	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
%	64.4	35.6	45.0	55.0	62.0	38.0	78.0	22.0	61.6	38.4

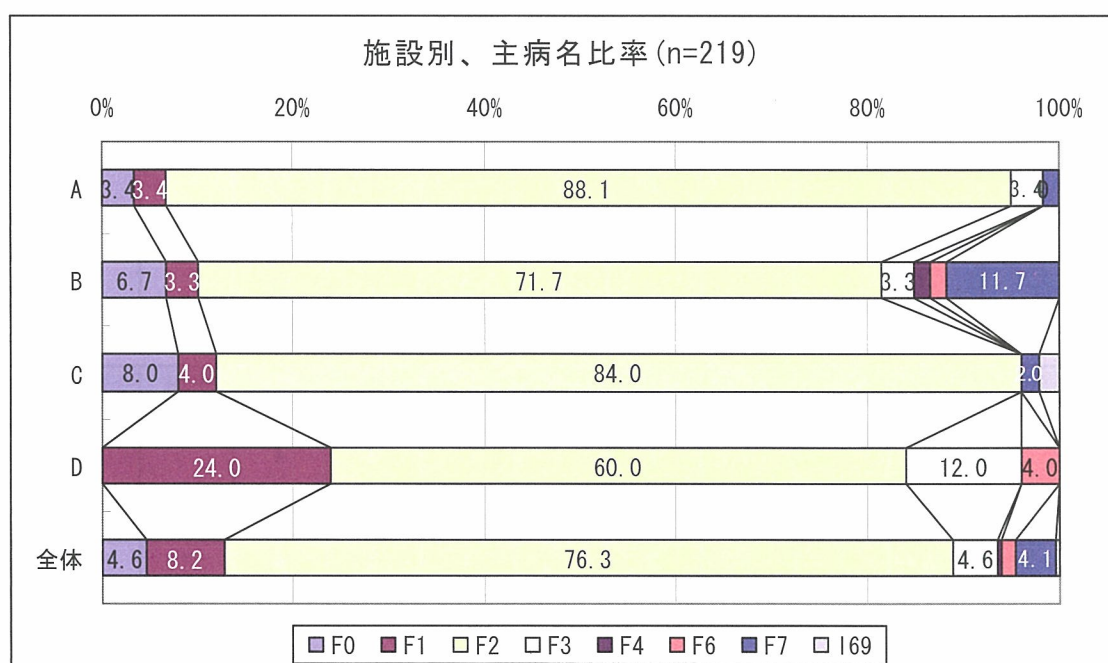
③施設別、主病名比率

主病名(ICD-10 の 2 桁病名)については、F2 (統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害) が 76.3%と大部分を占めており、F1 (精神作用物質使用による精神及び行動の障害) が 8.2%で続いている (図表 3-4)。

なお、前述したが広島県全県の調査でも F2 は 71.2%を占めていて、類似の傾向を示している(図表 1-4)。

図表 3-4 施設別主病名頻度

施設	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	I69	総計
A	2	2	52	2			1		59
B	4	2	43	2	1	1	7		60
C	4	2	42				1	1	50
D		12	30	6		2			50
全体	10	18	167	10	1	3	9	1	219



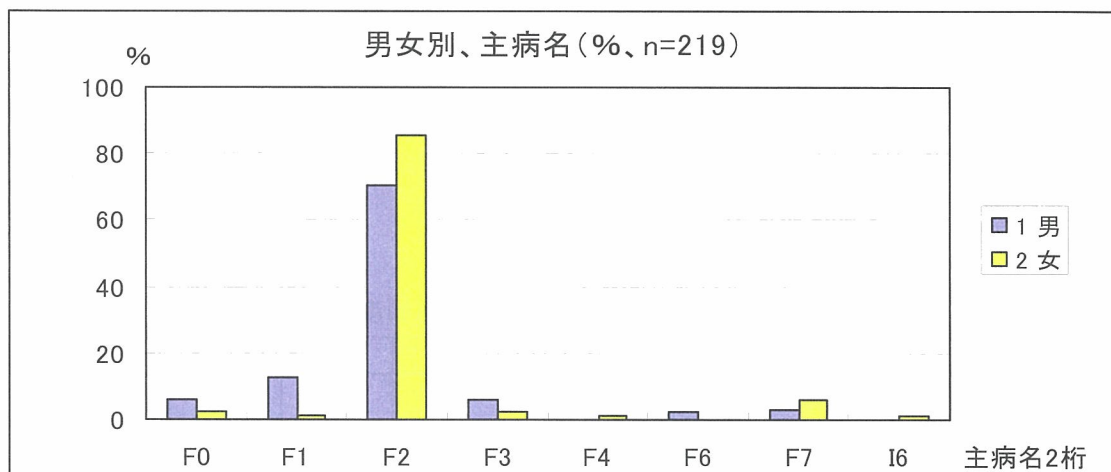
また、施設別の特徴としては、B病院にF7（知的障害<精神遅滞>）の患者が11.7%見られるほか、D病院のF1の患者24.0%を除き、著しい施設間の相違は見られない。

しかしながら、いずれの施設においても統合失調症の患者が過半数を占めている。なお、男女別の主病名頻度を見ると、ピークは両者ともF2で70.4%、85.5%であり、男性は次いでF1の12.6%が多い(図表3-5)。

ちなみに、4病院の3桁コード（ICD-10）病名表記による施設別主病名頻度は図表3-6のとおりである。

図表 3-5 男女別主病名頻度

性別	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	I6	人数
1 男	8	17	95	8		3	4		135
2 女	2	1	72	2	1		5	1	84



図表 3-6 施設別主病名(3桁コード)の頻度

施設	F00	F01	F02	F03	F06	F10	F18	F19	F20	F25	F28	F30
A					2	2			52			
B	3		1			2			43			1
C		1		1	2	2			40	1	1	
D						9	2	1	30			
全体	3	1	1	1	4	15	2	1	165	1	1	1

施設	F31	F32	F33	F45	F60	F63	F70	F72	F73	F79	I69	総計
A		1	1				1					59
B		1		1	1			3	4			60
C										1	1	50
D	3	3			1	1						50
全体	3	5	1	1	2	1	1	3	4	1	1	219

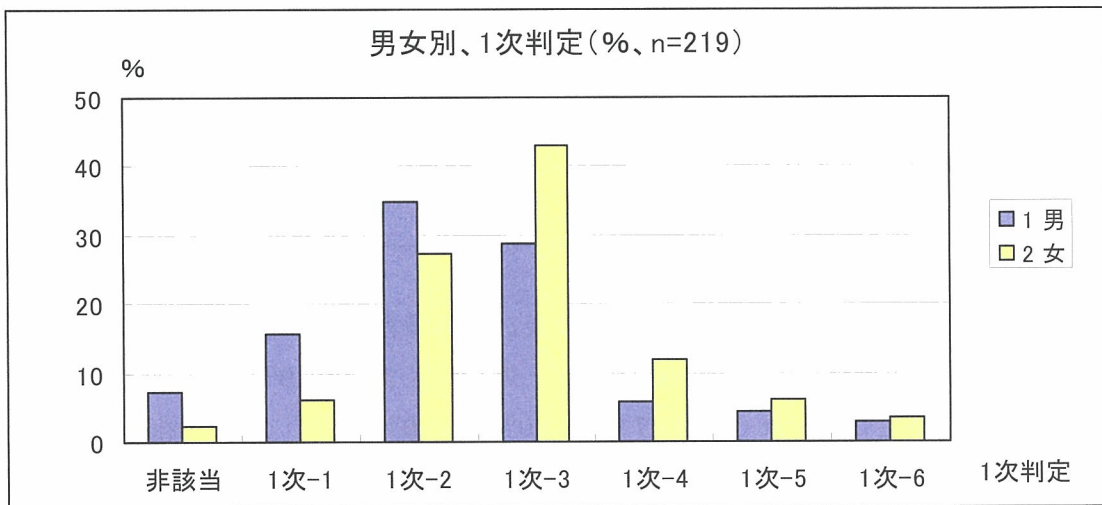
④1 次判定、二軸評価目安及び生活障害評価の頻度

1次判定の性別頻度を見ると、男性は判定2～3で60%を超え、女性は判定3～2で70%を超えている(図表3-7)。

二軸評価目安(精神症状、能力障害のかけあわせの評価目安)の性別頻度は、男性は目安2～3が最頻値で26.7%、女性は目安5が最頻値で17.9%であるが、全体に幅広く分布している(図表3-8)。なお、広島県全体の調査では最頻値の区分6が26.0%、次いで区分2～3が21.0%を占めていた(図表1-6)。

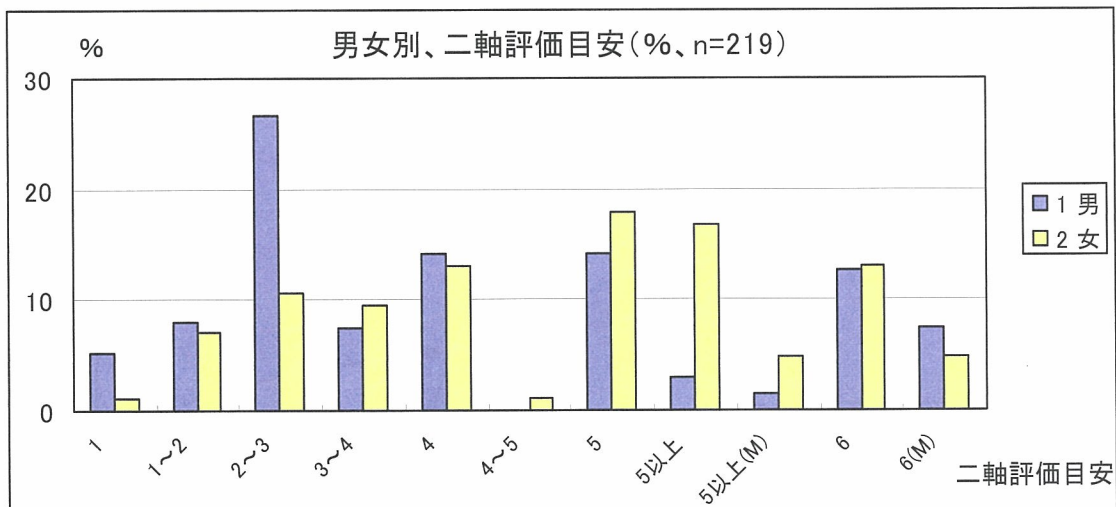
図表 3-7 1次判定の頻度

性別	非該当	1次-1	1次-2	1次-3	1次-4	1次-5	1次-6	人数
1 男	10	21	47	39	8	6	4	135
2 女	2	5	23	36	10	5	3	84



図表 3-8 二軸評価目安の頻度

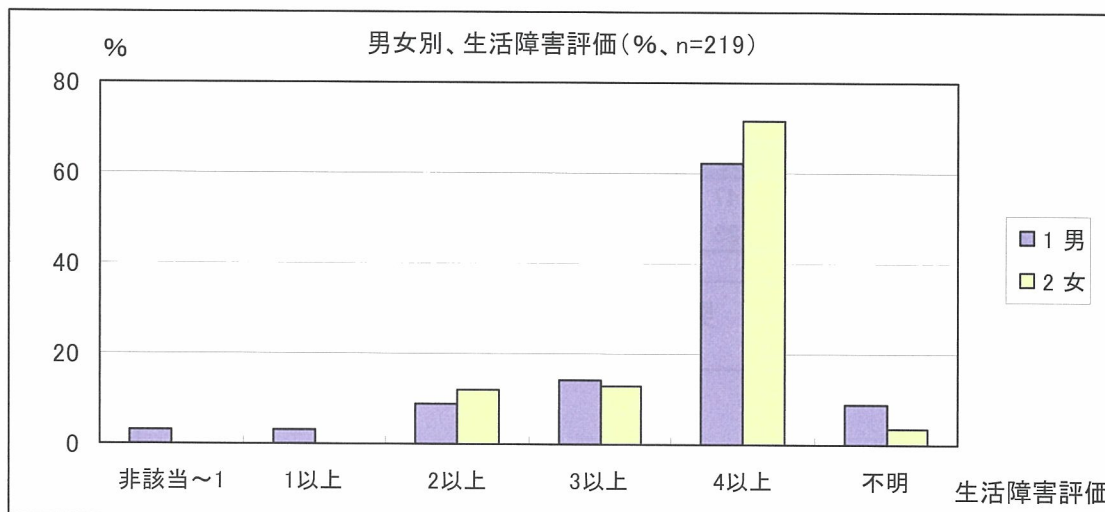
性別	1	1～2	2～3	3～4	4	4～5	5	5以上	5以上(M)	6	6(M)	人数
1 男	7	11	36	10	19		19	4	2	17	10	135
2 女	1	6	9	8	11	1	15	14	4	11	4	84



生活障害評価の性別頻度を見ると、評価「4以上」に集中しており、男性は62.2%、女性は71.4%を占め、調査対象患者の際立った特徴をなしている(図表3-9)。

図表3-9 生活障害評価の頻度

性別	非該当~1	1以上	2以上	3以上	4以上	不明	人数
1 男	4	4	12	19	84	12	135
2 女			10	11	60	3	84

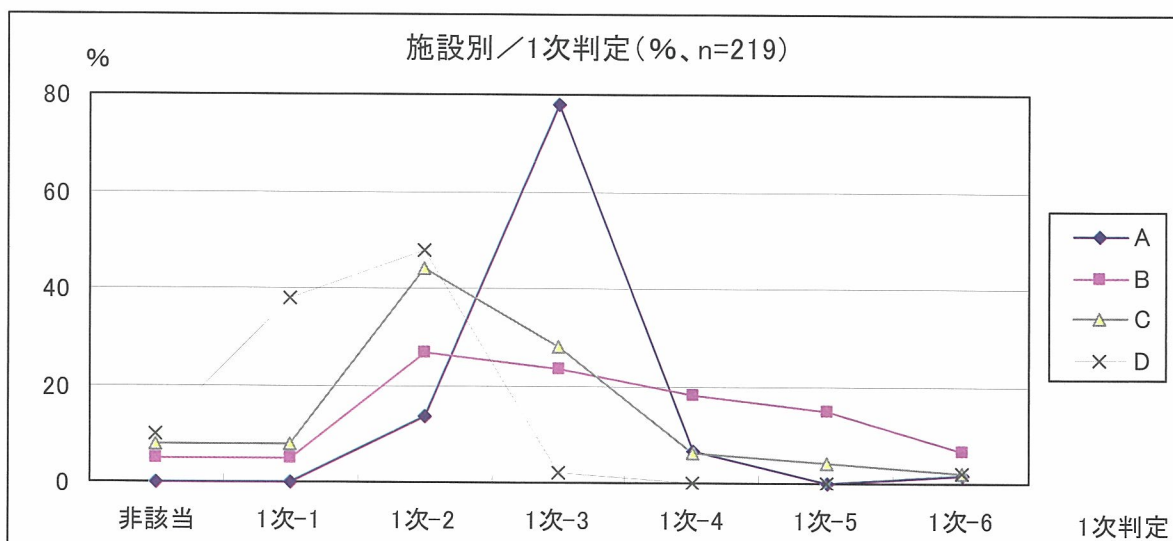


なお、施設別の1次判定、二軸評価目安及び生活障害評価の頻度は次のとおりである。

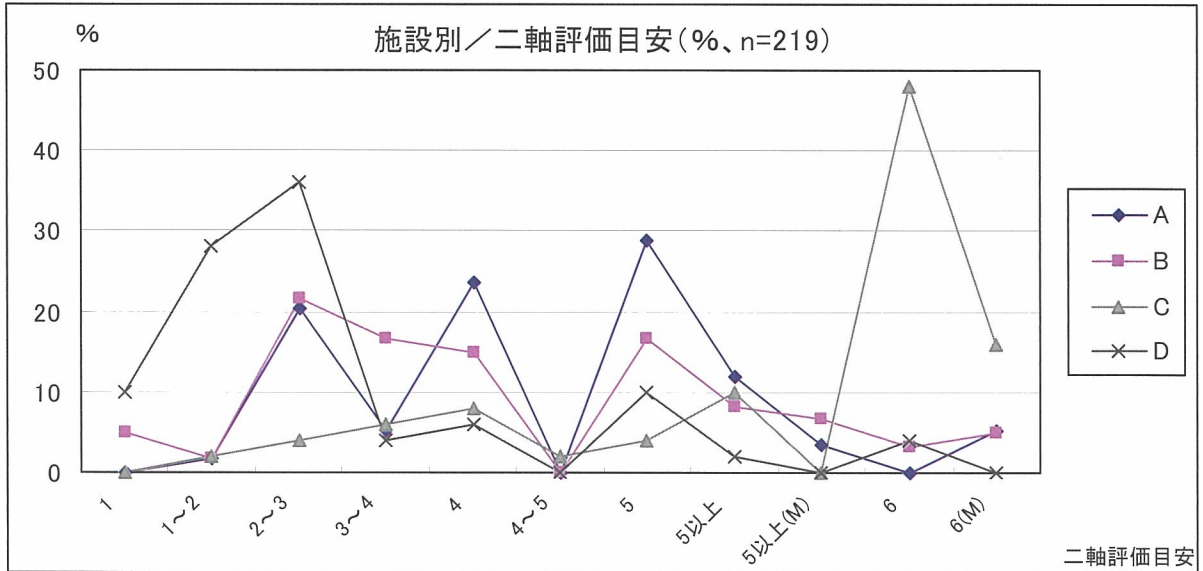
1次判定の施設別頻度では、A病院のピークは判定3で78.0%、B、C、D病院のピークはいずれも判定2でそれぞれ26.7%、44.0%、48.0%を占めている(図表3-10)。

二軸評価目安の施設別頻度を見ると広く分散していて、最頻値はA病院が目安5(28.8%)、B病院が目安2~3(21.7%)、C病院が目安6(48.0%)、D病院が目安2~3(36.0%)である(図表3-11)。

図表3-10 施設別、1次判定の頻度

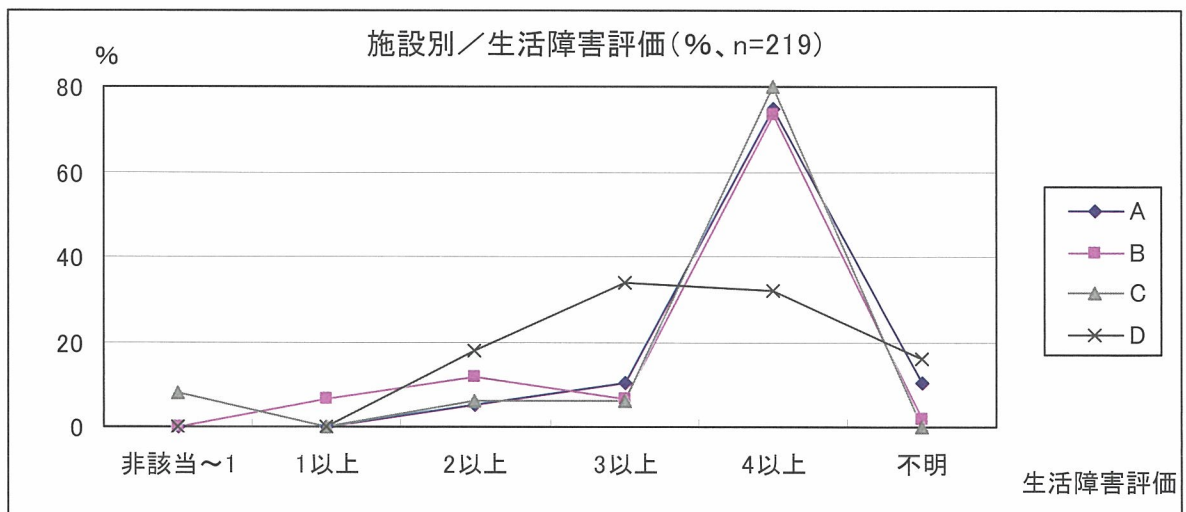


図表 3-11 施設別、二軸評価目安の頻度



生活障害評価の施設別頻度を見ると、A、B、C病院のピークは評価「4 以上」で、それぞれ 74.6%、73.3%、80.0%を占めているが、D病院のピークは評価「3 以上」34.0%、「4 以上」32.0%となっている(図表 3-12)。

図表 3-12 施設別、生活障害評価の頻度



⑤ 1次判定と二軸評価目安、生活障害評価のクロス

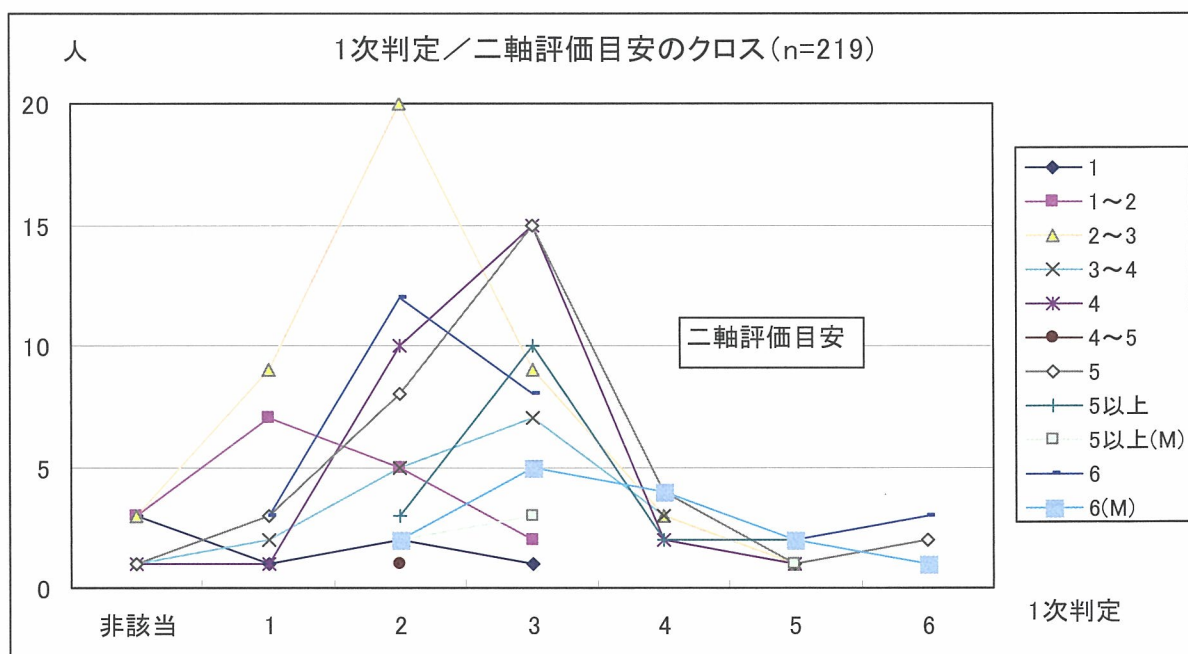
1次判定と二軸評価目安の相関にはかなりのバラツキが見られ、また、1次判定と生活障害評価の相関にも、バラツキが見られる(図表 3-13)。

例えば、1次判定=非該当は二軸評価目安では1～5となり、1次判定=5は、1～6(M)の間でバラツキが大きい。

生活障害評価においても、1次判定の「非該当」はすべての区分に分布している。また見方を変えと、生活障害評価=4以上は約70%を占めているが、それらは1次判定の非該当～6の間に幅広く分布している(図表 3-14)。

図表 3-13 1次判定／二軸評価目安のクロス

	二軸評価目安	1	1～2	2～3	3～4	4	4～5	5	5以上	5以上(M)	6	6(M)	総計
1次判定	非該当	3	3	3	1	1		1					12
	1	1	7	9	2	1		3			3		26
	2	2	5	20	5	10	1	8	3	2	12	2	70
	3	1	2	9	7	15		15	10	3	8	5	75
	4			3	3	2		4	2			4	18
	5	1		1		1		1	2	1	2	2	11
	6							2	1		3	1	7
	全体	8	17	45	18	30	1	34	18	6	28	14	219



図表 3-14 1次判定／生活障害評価のクロス

	生活障害 評価	非該当 ～1	1以上	2以上	3以上	4以上	不明	総計
1次 判定	非該当	1	2	1	2	4	2	12
	1	1		7	9	6	3	26
	2	2		8	12	41	7	70
	3		1	4	6	61	3	75
	4		1	1		16		18
	5			1	1	9		11
	6					7		7
	全体	4	4	22	30	144	15	219

