

精神科救急件数は、31 施設のうち 27 施設で集計がなされており、現時点でも臨床指標とすることは可能とは思われた。ただ、実際の報告 238 ± 171 件（最小 12 件、最大 660 件）からは、平均的な病院では年間 200 件前後の精神科救急の診療を行っていることにはなる。まず、救急にも様々な状態があるため、時間外、休日、深夜の予定外の診療を救急とするなど、何らかの定義が必要である。そしてこの成果から、病院の優劣を判断するには、医療圏の人口や他の医療機関の動向など、その病院が地域の中でどのような役割を負った上で、どういった体制で、この実績をあげたのか、という視点が必要になるため、一面的な判断は難しいところである。同様の視点は、紹介数や紹介率にもあげられる。

なお、紹介率を算定するために、紹介数の報告を求めたが、紹介率と紹介数の報告が混在するなどの回答となった。

紹介率については、現在のところ、算定が病院の機能ごと、また都道府県ごとにまちまちであったという経緯があり、紹介率を直接、調査するか、または紹介率の基礎となる初診患者数、紹介患者数および初診の救急患者数を別個に調査するか、検討を要すると思われた。

（２）ケアの質

a 効果的な治療

効果的な治療について、病床数や入院患者数、外来患者数、医師数は、いずれも単独でも重要な臨床指標である。そのなかでより有用な指標として、医師 1 人あたりの病床、患者数が導かれた。

なお、研究班では、当初、医師 1 人あたりの病床数と患者数は、同一の指標である

として、1 つにまとめたが、実際には病床数と入院患者数の間にはズレがあり、特に医師数が減少している病院などでは、病棟を運用停止して対応する場合もあることから、現実には医師 1 人あたりの病床数と患者数で、より実態に即した指標として、医師 1 人あたりの患者数をみていく必要があると思われた。

なお、全医師数に占める非常勤医師数を常勤換算しての回答も求めたが、たとえば全医師数 6 名で、うち非常勤医師数 0.5 名としたものなど、常勤医師が 5.5 名や 6.5 名でなければ説明がつかない回答が散見された。また非常勤医師の採用形態は、若手を非常勤で採用している場合や臨時の応援など採用の形態は幅広いため、非常勤医師数の集計は行わなかった。

身体合併症治療が適正か、医師や看護師のチームワークが良好か、サービスに一貫性があるか、といった指標は、回答が偏らず、発展的指標としてみることができると思われた。一方、身体診察実施率は、ほとんどの病院で不明であり、回答があった 4 箇所のうち、64.8%とした 1 箇所以外は、10%、20%、30%と、きりのいい回答であり、おおむねすべての病院で判明しておらず、臨床指標として用いることには、現時点では問題があると思われた。

b 社会復帰・社会参加促進

デイケア実施は実施 27、何らかの条件付き 1 で、回答の 90%を超えており、現時点では基礎的指標といえると思われた。ただ、執筆担当者の施設では、病院と地域の機能分担の視点からデイケアを行っておらず、あえて行わないという立場もあり得ることには、留意する必要がある。

これ以外、実際の生活に役立つリハビリプログラム、定期的なケース会議によるリハビリ計画の見直し、リハビリの適正な管理、退院への支援体制、退院後の地域生活援助活動といった項目は、回答が分散しており、発展的指標と思われた。

また、訪問看護専従職員数は 1.8 ± 1.7 名（最小 0 名、最大 5 名）であったが、実際には外来の看護師全員が訪問看護を兼務して業務の少なからぬ部分をあてている施設もあり、組織の問題も留意する必要がある。

退院後 7 日以内の地域ケア状況についても、身体診察実施率と同様の問題があり、おおむねすべての病院で判明しておらず、臨床指標として用いることには、現時点では問題があると思われた。

c 専門性の高いケア

職員数は、病床数に相当程度、影響を受けるため、比較のためには、職員 1 人あたりの担当患者数とするしかない。このようにして比較したところ、コメディカル 1 人あたりの入院患者数は、格段の差があり、発展的指標といえるとも思われた。

入院中の診断確定率については、オーストラリアの指標（文献番号）であるが、平均数日の入院期間で、退院時に診断確定に至るかどうか、といった内容であり、本邦では当然、これより高くなるものと思われる。しかしその一方で、100%の診断確定については、可能かどうか、若干の疑問を持たざるを得ないとも思われた。

症例検討会の実施については、開催しているかどうか自体は、基礎的指標と思われた。

d 職員の資質

職員の知識・技術や患者への接遇状況や

については、回答が分散しており、発展的指標と考えられた。なお、今回は管理者からみた職員の資質であり、調査対象を患者にするなどの検討も必要と思われた。

e 記録の活用と管理

病院統計の整備・活用については、回答が分散しており、発展的指標と考えられた。また、どのように整備、活用しているかについての検討も必要と思われた。

f 看護の質

看護師数は、看護基準による規制がなされている領域であるため、一部に 10 対 1 や 13 対 1、20 対 1 で申請されているが、ほとんどすべての病院で 15 対 1 の病床が運用されており、あまりばらつきがないことが予想された。しかし、実際の入院患者数と対比することで、定床いっぱいの入院を受けている病院と、運用上の最適な病床数を設定している病院の間で、差が認められた。このため、患者 1 人あたりの看護師数も、病院間での差が大きい発展的指標とも考えられた。

g 社会的支援

精神保健福祉士数は、医療機関内の福祉職という新しい職種であるため、 4.4 ± 2.4 名（最小 1 名、最大 11 名）と、かなり幅広く分布しており、発展的指標と考えられた。

（3）安全管理

管理者の安全管理への現状についての回答は、分散しており、発展的指標と考えられた。なお、安全な治療を受けている実感については、対象を患者本人として調査した方がよい場合もあると思われた。

（4）患者の権利

患者の権利については、入退院の手続きが取り上げられることが多いが、それ以外

にも治療の選択や同意、さらに参政権や財産権なども十分に尊重されるべきである。

a 患者の意思決定

ケア計画が患者の意見を取り入れること、生活上の必要事項が必ず説明されること、病状や今後の見通しが必ず説明されることなどは、回答が分散し、発展的指標とも考えられた。

ただ、意見を取り入れることや、説明することは、患者側が説明を理解する能力が保たれており、その上で同意したり拒否したりすることができることが前提となる。この点、設問は明確にしていなかったため、このような前提が保たれている場合に限定して、あるいは前提が保たれていない場合への望ましい対応を例示した場合には、回答が変わる場合もあり得ると思われた。

b 処遇における権利擁護

プライバシー確保や国政選挙の投票への配慮は、回答が分散し、発展的指標と思われた。

精神保健福祉法に関する指標については、入院形態、行動制限や処遇、さらに入退院手続きへの回答は、きわめて適切とするか適切とするかは半々程度に分かれたものの、ほとんどの回答は、きわめて適切か適切であった。このことから、適切以上であることについては基礎的指標でもあり、その中で、きわめて適切となるかどうかで、発展的指標としての性格を有すると思われた。

患者の財産的権利についても、預かり金の管理や治療活動による収入管理という点で、個人の権利擁護の適正さが求められる領域でもあり、精神保健福祉法への指標と同様の傾向が認められた。

これに対し、ロッカーの有無、面会制限

の適正さ、個人情報保護などからみた患者の権利擁護に関する項目は、ほとんどの施設で達成されており、基礎的指標といえると思われた。

(5) 患者満足と快適性

患者満足と快適性では、患者の要求に対応することやニーズ把握に努力すること、またアメニティに関しても分煙・禁煙などの点では、ほぼすべての回答が達成に集中しており、基礎的指標といえる。しかし、それ以外の項目は、回答は分散しており、発展的指標としての性格が強いと思われた。

(6) 医療の効率性

この領域については、過年度までの調査において、適切な調査項目が見いだされておらず、今回、調査は行っていない。

(7) 国公立病院固有の機能

国公立病院固有の機能として、教育、研修機能があげられるが、回答は分散しており、研修機能をどの程度果たしているかは、発展的指標の性格が強いものと思われた。

2 評価領域の選好度

現実に医療機関を評価する場合、すべての項目にすぐれた医療機関が、よりよい、とされることはある意味、当然ではある。そして、このモデルを元に、これまでの医療機関の評価は、あらゆる側面で良好であることを、前提としてきていた。

しかし、現実には、このような医療機関は存在しない。医療に投入できる人的、財政的資源は限られているため、複数の要因は、時として、あちらを立てればこちらが立たずといった関係にあった。

このため、患者や関係者は、その時々事情に応じて、たとえば、濃厚な治療が受けられる総合病院、病後療養や社会復帰の

ために地域の病院、近所の通院しやすい診療所と、医療資源を使い分けてきていた。

このような判断は、呈示された複数の条件を同時に評価して、意思決定がなされるものである。すべてのニーズを均等に重視して施設整備することができない以上、どのような因子がより重視されるかを明らかにすることで、より有用な評価が可能になると思われた。

このような趣旨で、今回、マーケティング領域で活用されているコンジョイント分析を用いて、医療機関の有する構造、過程、成果の領域の優劣をみて、どのような医療機関がより好まれるかを明らかにすることとした。

今回は、構造領域から、医師数、コメディカル数、施設設備、過程領域からアクセスと治療過程、成果領域から成果と費用の7要因で、それぞれよいものと悪いものの2水準として、国公立病院院長が、どの領域をどの程度、重視しているかを明らかにした。

領域ごとの意義としては、順位法でも点数法でも、おおむね成果4：構造3：過程2の比率で、成果領域が最も重視されていたといえる。

しかし、成果領域については、有用な臨床指標についての合意は得られていない。今後、評価に有用な臨床指標を具体的に求めていく方策を検討する必要がある。

E. まとめ

昨年度、抽出した69の臨床指標を、研究班内でその性質について、統合を含めて再検討し、構造15、過程23、成果20の計58の臨床指標に再分類した。

その上で、自己評価など定性的な48項目および職員数や救急件数など半定量的な20項目、また仮想の医療機関の医師数、コメディカル数、施設設備、アクセス、治療過程、成果、費用の7要因について2水準でコンジョイント分析により選好度調査を行った。

臨床指標の分布については、おおむね達成され差がつかない基礎的指標11項目と、達成度がばらつく発展的指標37項目に分かれた。基礎的指標については、達成すべき項目の達成評価に、また発展的指標については基礎的なことができている病院の優劣に関する評価に有用と思われた。

ただし、この分布度調査では、各評価基準の信頼性・妥当性は検証されておらず、今後、その必要があると思われた。また、成果関連項目はデータ自体が収集されていないことも問題と思われた。

一方、選好度調査では、構造32.3%（うち医師13.7%、コメディ10.4%、施設8.6%）、過程24.6%（アクセス8.1%、過程16.5%）、成果42.7%（成果31.7%、費用11.0%）などであり、国公立病院院長は成果領域を最も重視していた。

今後、臨床指標の評価の分布からは、構造、過程領域では、臨床指標の分布により得られた項目について、具体的な評価基準を設定していく必要がある。また選好度の大きい領域内で、より重視される項目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. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I 文献

1) The Australian Council on Health Care Standards, Determining the Potential to Improve Quality of Care , pp90-105 (Mental health inpatient indicator ver. 3 Australia),

(http://www.achs.org.au/content/screens/file_download/DPI_2003.pdf) , last accessed on 21 February 2006

2) Department of Human Services (Victoria State Government) , New Mental Health Performance Indicators for 2004/2005

(http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/archive/funding/new_indicators.doc) , last accessed on 21 February 2006

3) Health Care Commission , Performance ratings methodology for 2004/05 – Mental Health

(http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_MH.doc) , last accessed on 21 February 2006

4) Healthcare Commission, Performance indicator for performance ratings 2004/2005

(<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/mhlist.pdf>) , last accessed on 21 February 2006

5) 平田豊明, 鈴木洋文編, 千葉県精神医療白書, 千葉大学精神神経科医師連合, 1979

6) 伊藤哲寛, 平成 13-15 年度厚生労働科学分担研究 精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究班, 精神科における情報公開を勧めるために 精神科医療機

関のためのガイドライン (試案), 2004

7) 伊藤弘人, 精神医療のストラテジー, 医学書院, 東京, 2002

8) 伊藤弘人, 医療評価, 真興交易 (株) 医学出版部, 東京, 2003

9) 医療マネジメント学会編, 臨床指標の実際—医療の質をはかるために—, じほう, 東京, 2005

10) 岩崎榮編, 医を測る—医療サービスの品質管理とは何か—, 厚生科学研究所, 東京, 1998

11) 吉川武彦, 竹島正, 精神保健福祉のモニタリング—変革期をとらえる, 中央法規, 東京, 2001

12) 小池清廉, 普天間健, 森俊夫, 他, 国公立精神科医療機関調査報告書, 平成 8 年国公立精神科医療機関調査報告書, 「公的病院の機能」に関する研究, 1996

13) 国公立精神科医療機関調査票

14) 独立行政法人国立病院機構, 臨床評価指標 (共通項目・精神科)

15) 独立行政法人国立病院機構医療部, 患者満足度調査の結果について, 独立行政法人国立病院機構機関誌 NHO だより, 2005 年 11 月

16) 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 15 年度 6 月 30 日調査の概要, 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部

17) 厚生労働省障害保健福祉部, 今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案), 2004 年 10 月 12 日

18) Mental Health Division, Washington State Department of Social & Health

Services, State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators

(<http://www1.dshs.wa.gov/pdf/hrsa/mh/mhdpireport2002.pdf>), last accessed on 21 February 2006

19) 日本病院評価機構, 自己評価調査票(固有項目: 精神科病床版) V5.0, 東京, 2004

20) 日本経済新聞, 医療機関に情報開示を求める項目案, 2006年1月4日, 第1面

21) Oldham JM, et al, Final Report APA Task Force on Quality Indicator, 1999

(http://www.psych.org/psych_pract/tf_to_c.cfm), last accessed on 21 February 2006

22) Pirkis J, Burgess P, Dunt D, et al, Measuring quality in Australian mental health services, 1999

([http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/\\$FILE/amhsqual.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/$FILE/amhsqual.pdf)), last accessed on 21 February 2006

23) Quality Indicator Project, Psychiatric Care Indicators,

(http://www.qiproject.org/pdf/Psych_Indicators.pdf), last accessed on 21 February 2006

24) Stephen W. Mayberg, Establishment of quality indicators for California's public mental health system. A Report to the Legislature in Response to Chapter 93, Statutes of 2000, Department of Mental Health, March 1, 2001

(http://www.dmh.ca.gov/QIC/docs/QIC_Leg_Rpt_PDF.pdf), last accessed on 21 February 2006

25) 東京精神医療人権センター・東京都地域精神医療業務研究会編, 東京精神病院事

情 2005 年版 (1998→2003), 東京, 2005
26) 読売新聞(大阪), 精神科病院の選び方, 2005年11月13日, 第23面

27) 全国精神障害者家族会連合会, 施設ケアサービスの指標 (E 票・病院用)

28) 吉住昭, 平直子, 小山宏子, 平野互, 大賀淳子, 櫻井斉司, 高橋克朗, 瀬戸秀文: 精神科病院機能の評価軸に関する研究-精神科医療機関の機能等の評価基準および臨床指標の現状について-, 精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及びその結果の公表に関する研究 平成 17 年度 総括・分担研究報告書, pp 25-50, 2006

29) 「医療機能情報公開制度 4月の制度施行は時代の必然」, じほう, 2007
(<http://www.m3.com/news/news.jsp?sourceType=GENERAL&articleLang=ja&articleId=41863&q=%C4%B9%C3%AB%C0%EE>), last accessed on 13 March 2007

30) 岡本眞一, コンジョイント分析, ナカニシヤ出版, 京都, 1999

31) 代喜一, コンジョイント分析, データ分析研究所, 東京, 1999

32) 真城知己, S P S S によるコンジョイント分析 教育・心理・福祉分野での活用法, 東京図書, 東京, 2001

33) 奥村泰之, 下津咲絵, 岡隆, 他: うつ病治療の選好構造, 精神医学 50(2):133-139, 2007

34) 吉住昭, 平直子, 小山宏子, 廣田悦子, 平野互, 大賀淳子, 櫻井斉司, 高橋克朗, 瀬戸秀文, 鶴丸藍子, 稲垣中, 中川敦夫, 香山明美: 精神科病院機能の評価軸に関する研究-精神科医療機関の機能評価に関する、より有用な臨床指標の集約について、精神医療に係る患者の利用実態や機能等の

評価及びその結果の公表に関する研究 平成 18 年度 総括・分担研究報告書, pp 23-48, 2007

35) 吉住昭, 瀬戸秀文: 精神科医療機関の情報公開-「精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及びその結果の公表に関する研究」から-. 精神神経学雑誌 109(10): 949-956, 2007

図1 ケアの近接性と継続性

- ・ 大項目: ケアの近接性と継続性
- ・ 中項目: アクセス
- ・ 分類: 構造

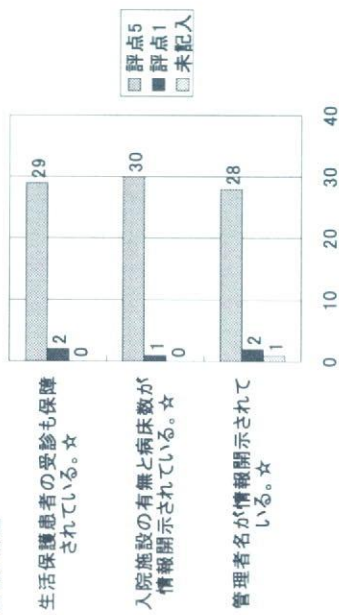
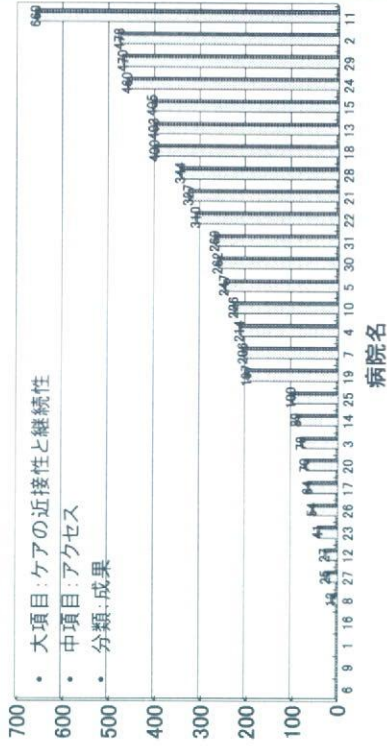
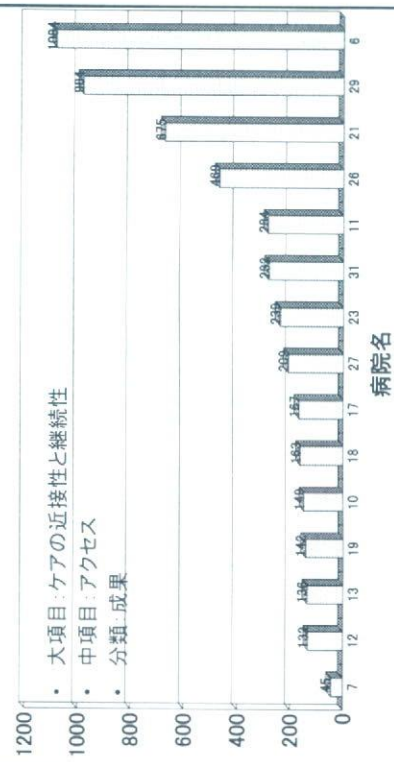


図2 精神科救急件数



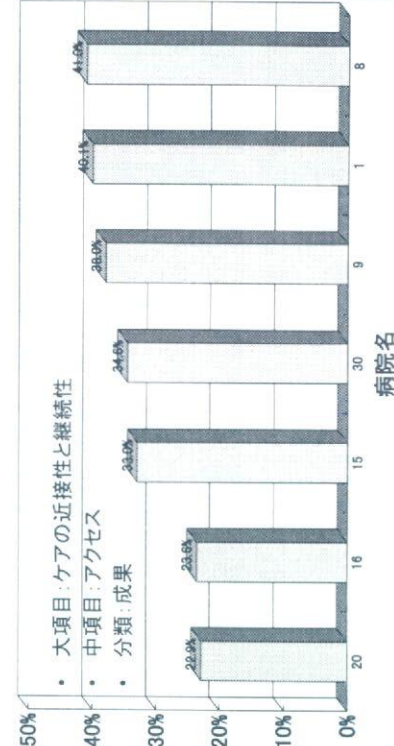
238±171件(最小12件、最大660件)。不明4病院を除く

図3 紹介数



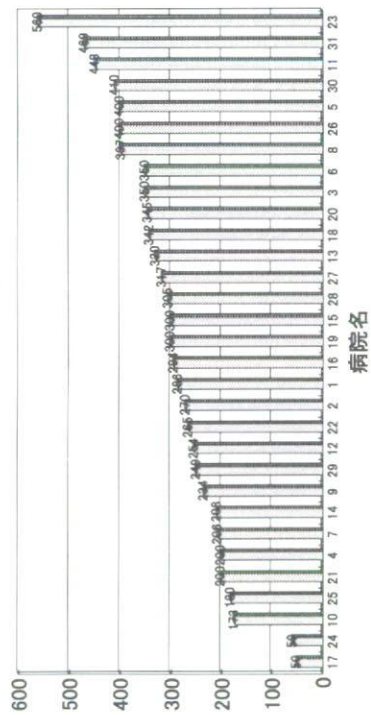
紹介率不明11病院、紹介率を回答した7病院は除外した。

図4 紹介率



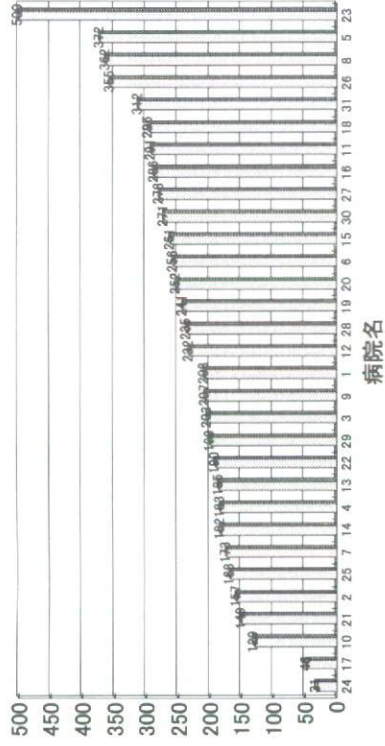
紹介率不明11病院、紹介率を回答した15病院は除外した。

図5 病床数



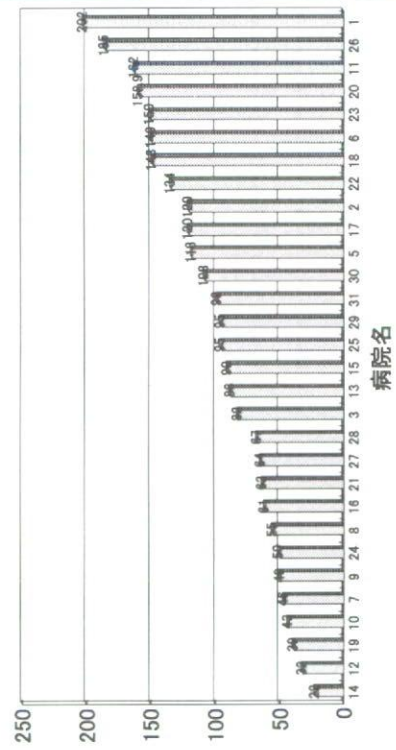
295±109床(最小50床、最大560床)

図6 入院患者数



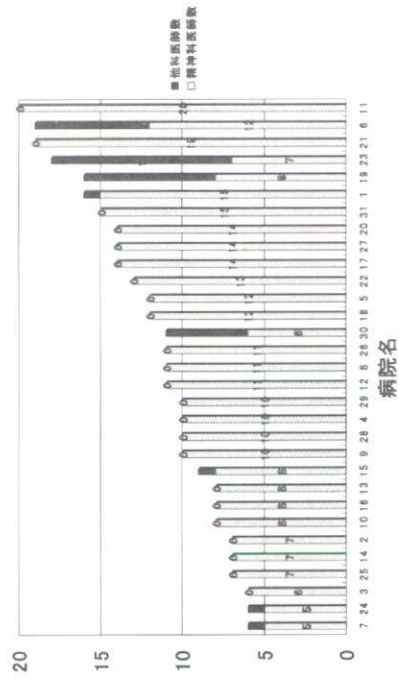
233±92.2名(最小31名、最大500名)

図7 外来患者数



96.5±47.5名(最小22名、最大202名)。
なお1日の外来数4145名との回答は、集計から除外した。

図8 医師数(精神科と他科)



全医師11.5±4.0名(最小6名、最大20名)
精神科10.4±3.8名(最小5名、最大20名)

図9 常勤医師1人あたり病床数

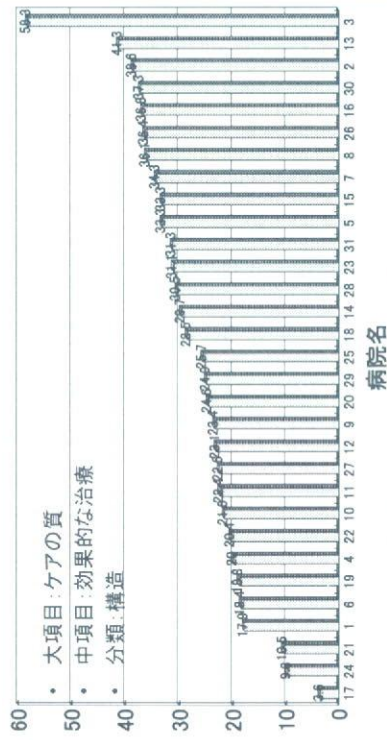


図10 医師1人あたり入院患者数

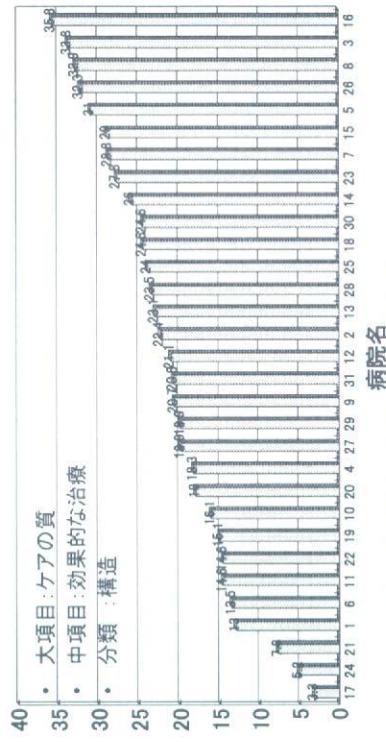


図11 ケアの質(1)

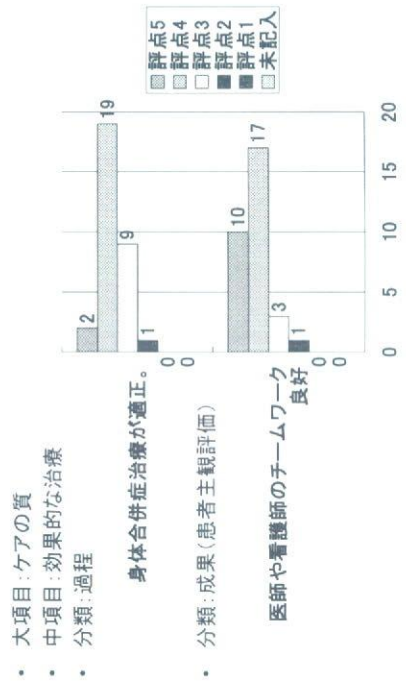


図12 ケアの質(2)

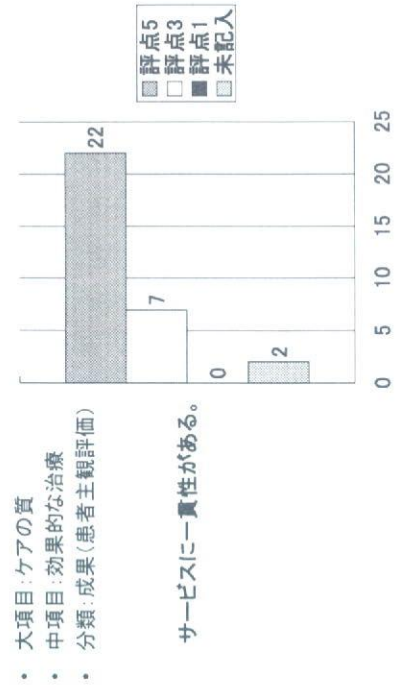
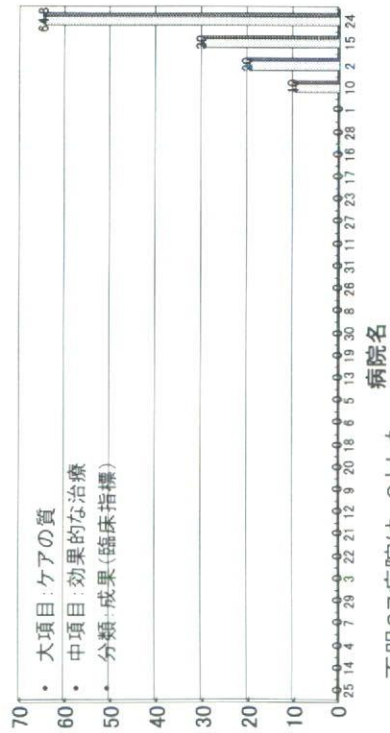


図13 身体診察実施率



不明27病院は、0とした。

図14 ケアの質(3)

- ・ 大項目: ケアの質
- ・ 中項目: 社会復帰・社会参加促進
- ・ 分類: 構造

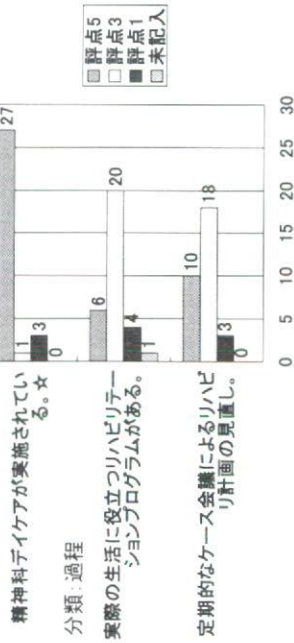


図15 ケアの質(4)

- ・ 大項目: ケアの質
- ・ 中項目: 社会復帰・社会参加促進
- ・ 分類: 過程

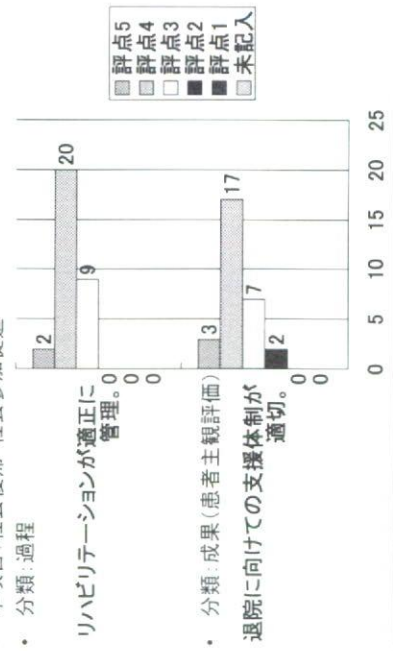


図16 ケアの質(5)

- ・ 大項目: ケアの質
- ・ 中項目: 社会復帰・社会参加促進
- ・ 分類: 過程

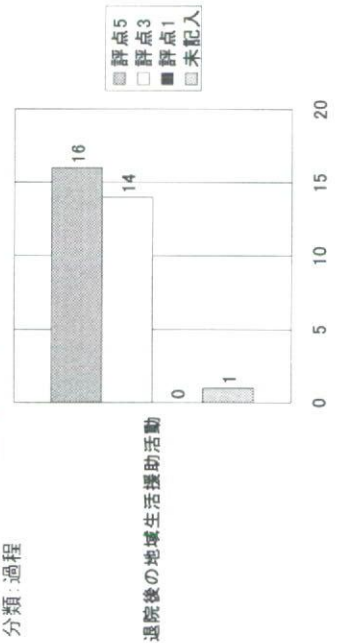


図17 訪問看護専従職員数

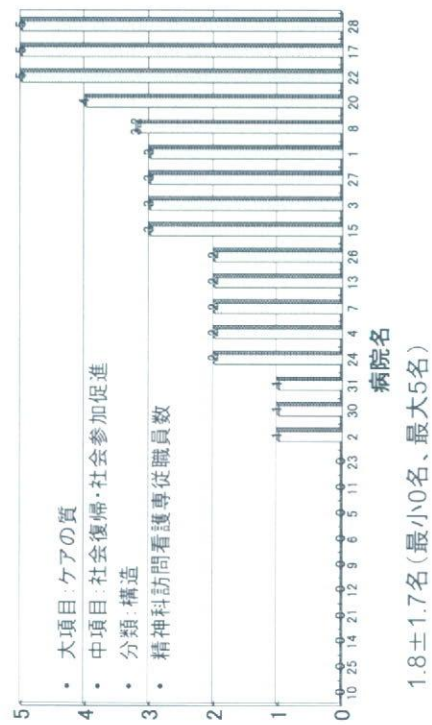


図18 地域ケア状況
(退院後7日以内)



図19 作業療法士数

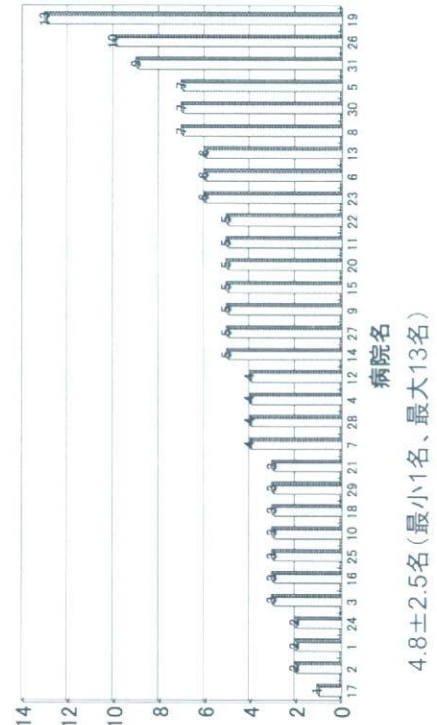


図20 臨床心理士数

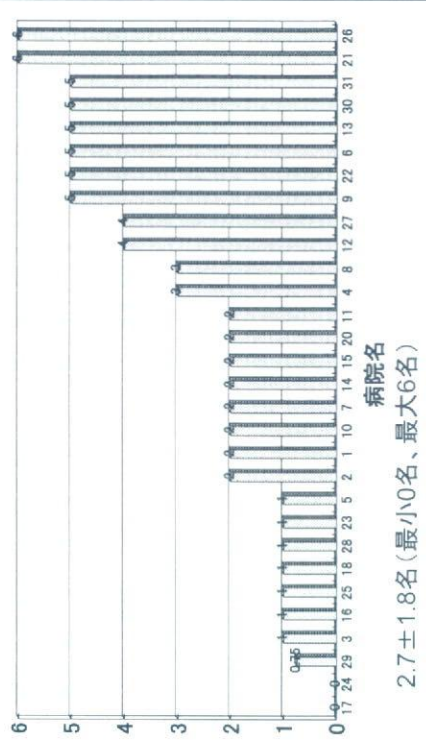


図21 薬剤師数

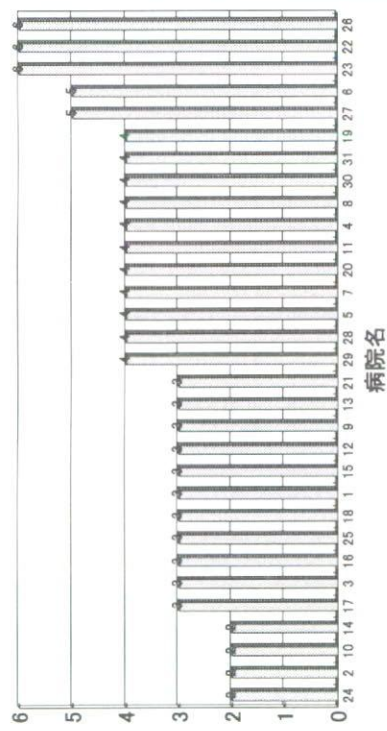


図22 他のコメディカル数

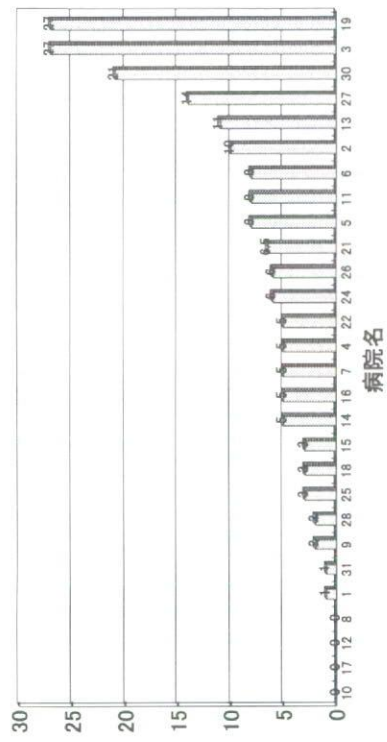


図23 常勤コメディカル数

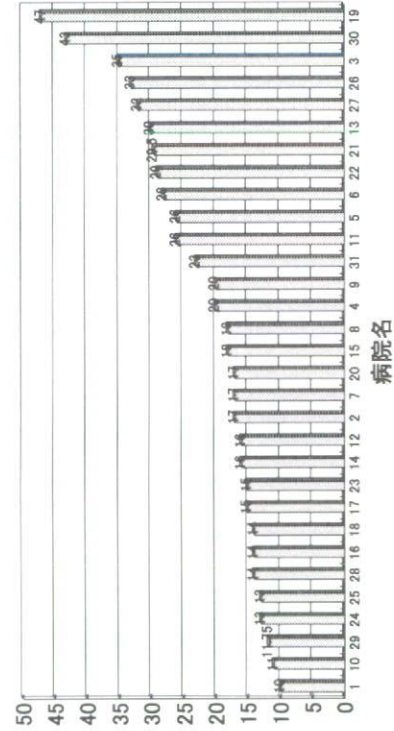


図24 常勤コメディカル1人あたり
入院患者数

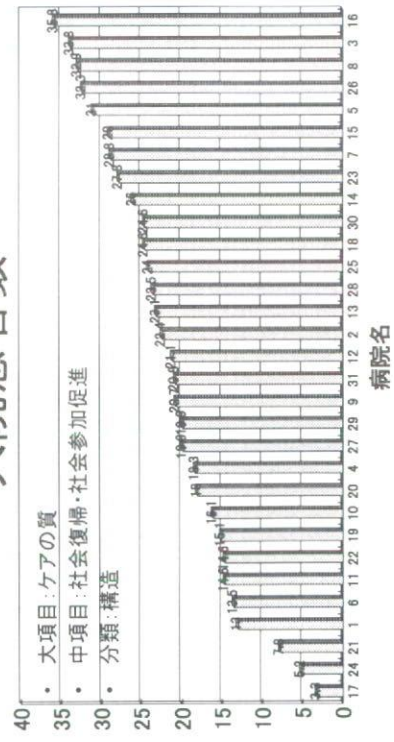


図25 入院中の診断確定率

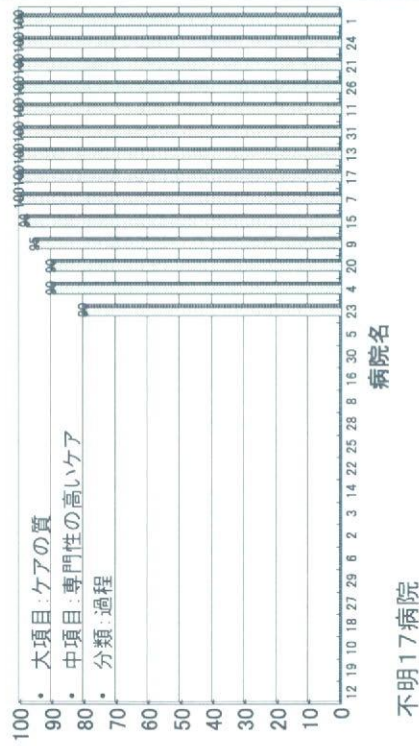
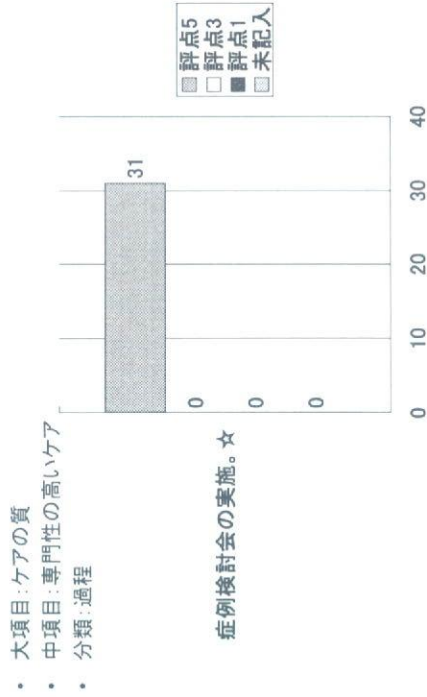
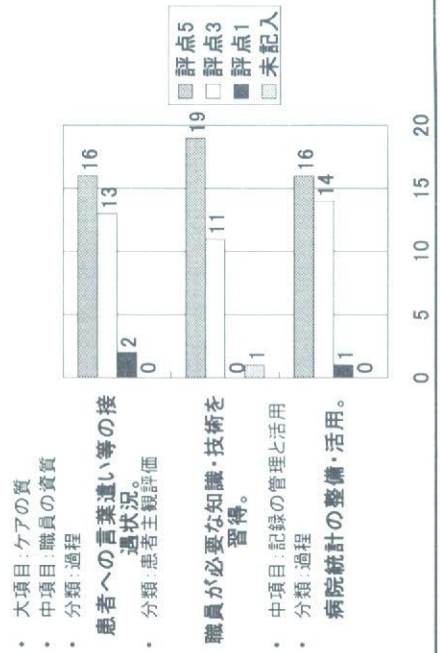


図26 ケアの質(6)



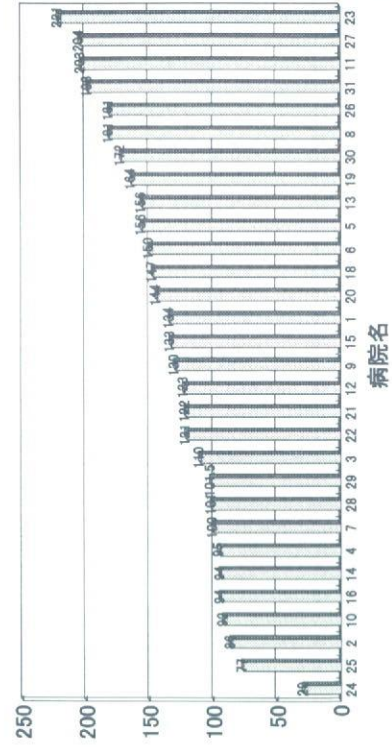
- ・ 大項目: ケアの質
- ・ 中項目: 専門性の高いケア
- ・ 分類: 過程

図27 ケアの質(7)



- ・ 大項目: ケアの質
 - ・ 中項目: 職員の資質
 - ・ 分類: 過程
- 患者への言葉遣い等の接遇状況。
- ・ 分類: 患者主観評価
- 職員が必要な知識・技術を習得。
- ・ 中項目: 記録の管理と活用
 - ・ 分類: 過程
- 病院統計の整備・活用。

図28 看護師数



144±37.3名(最小29名、最大221名)

図29 看護師1人あたり入院患者

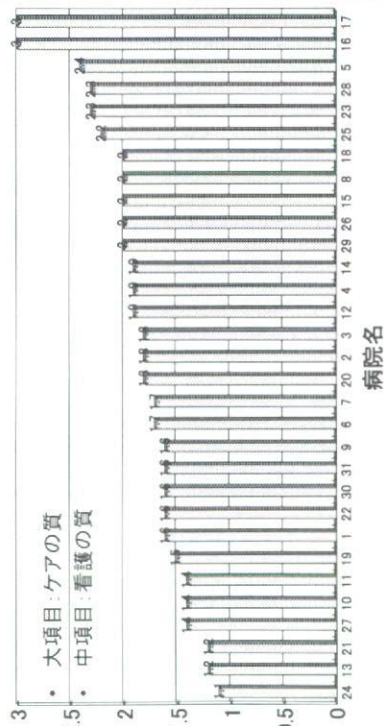


図30 看護基準

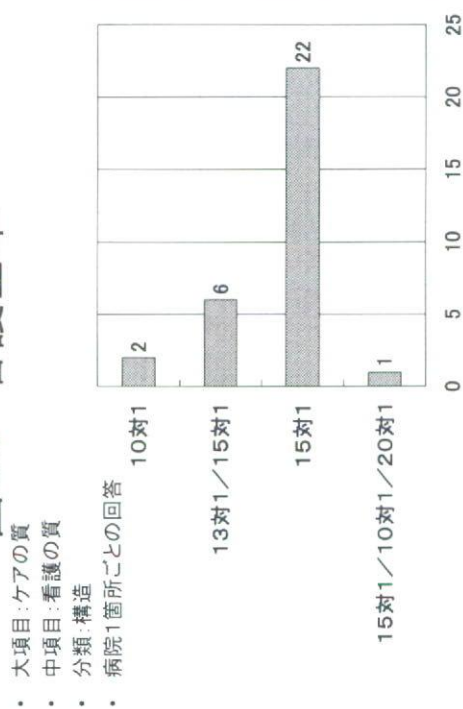


図31 精神保健福祉士数

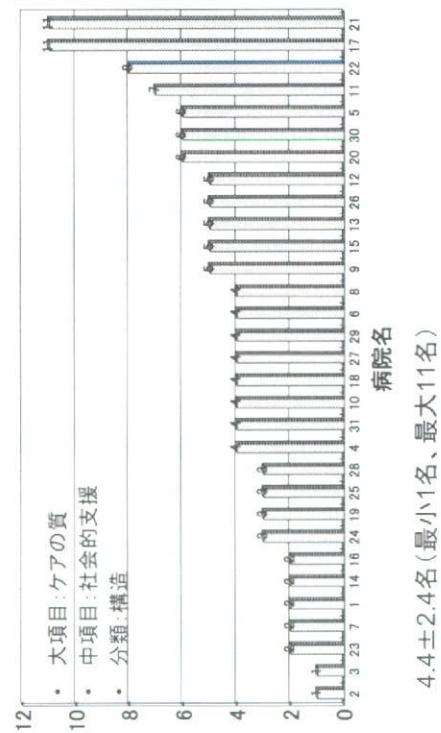


図32 安全管理

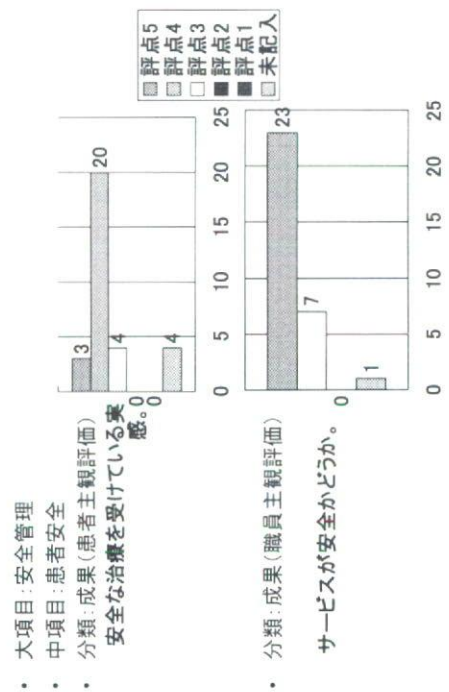


図33 患者の権利(1)

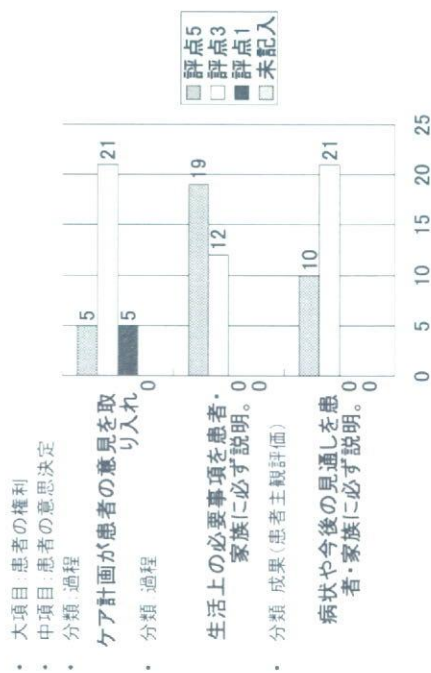


図34 患者の権利(2)

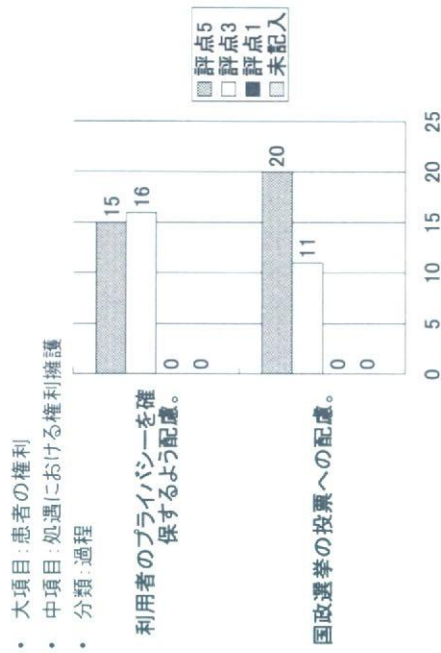


図35 患者の権利(3)

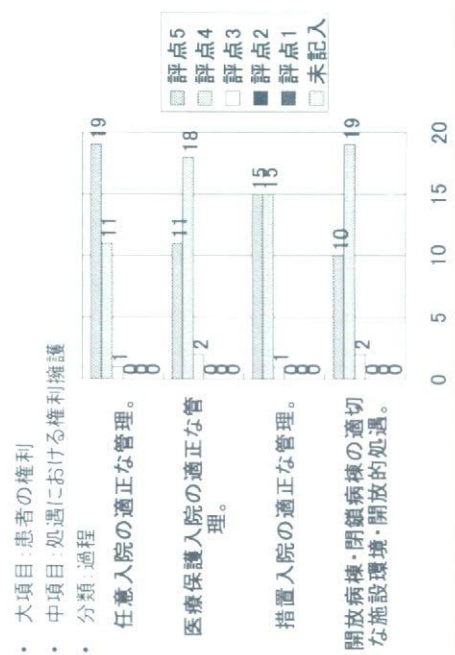


図36 患者の権利(4)

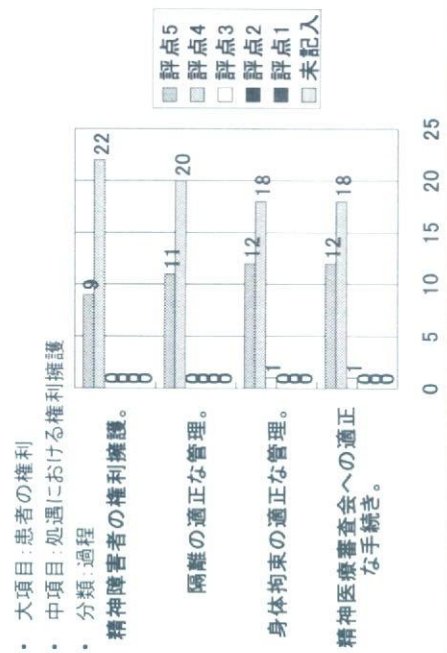


図37 患者の権利(5)

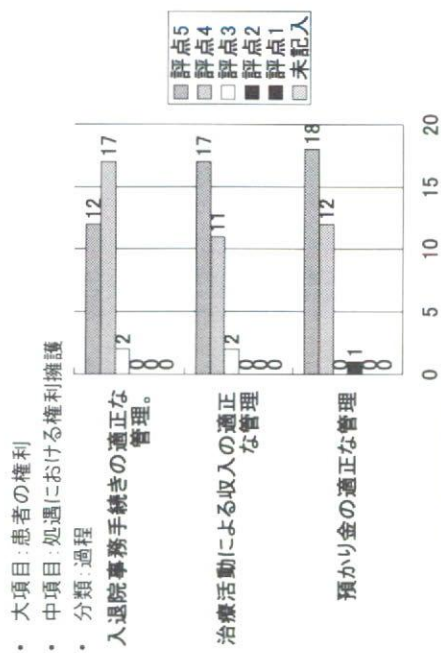


図38 患者の権利(6)

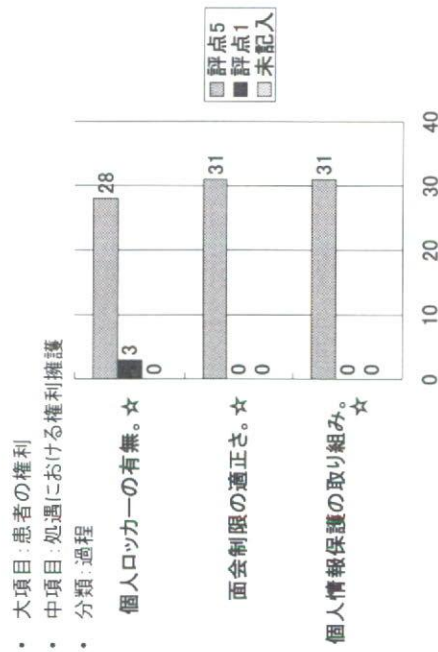


図39 患者満足と快適性(1)

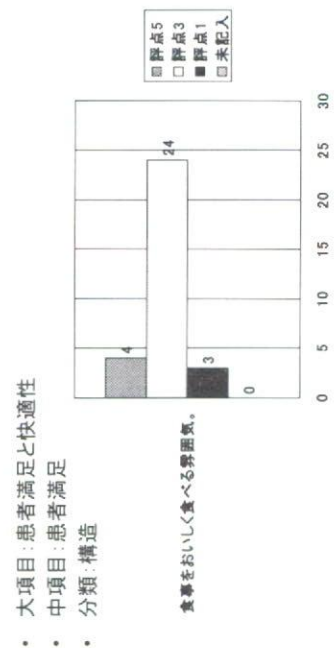


図40 患者満足と快適性(2)

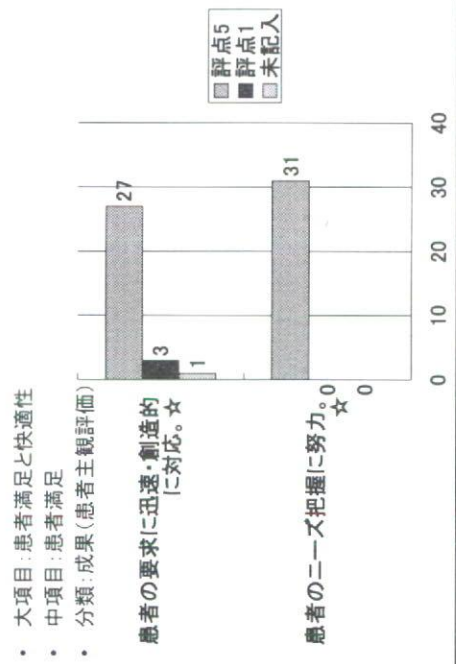


図41 患者満足と快適性(3)

- ・ 大項目: 患者満足と快適性
- ・ 中項目: アメニティ
- ・ 分類: 構造

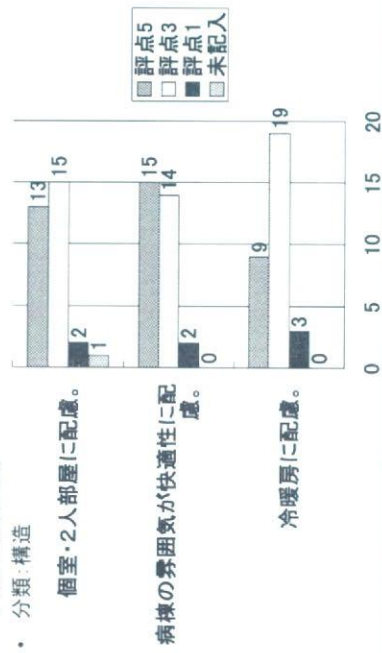


図42 患者満足と快適性(4)

- ・ 大項目: 患者満足と快適性
- ・ 中項目: アメニティ
- ・ 分類: 構造

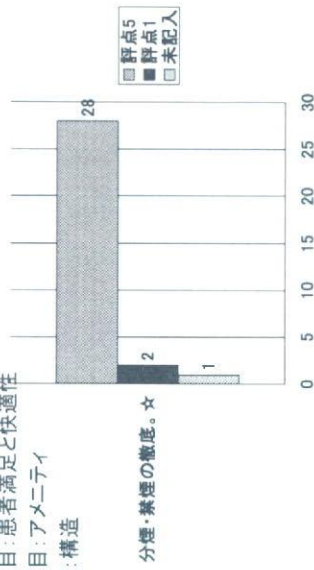


図43 患者満足と快適性(5)

- ・ 大項目: 患者満足と快適性
- ・ 中項目: アメニティ
- ・ 分類: 構造

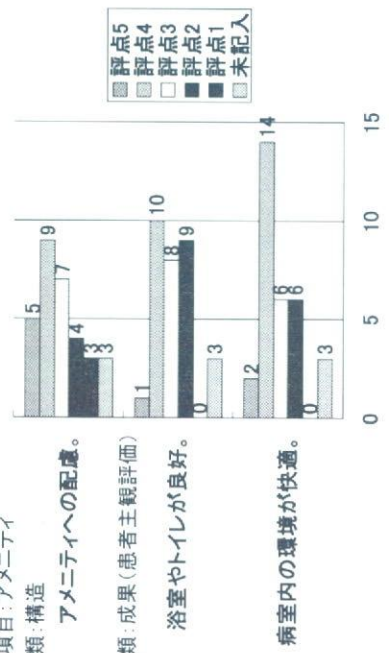


図44 国公立病院固有の機能

- ・ 大項目: 国公立病院固有の機能
- ・ 中項目: 研修者の受け入れ。
- ・ 分類: 構造

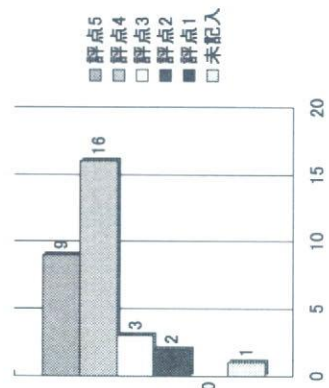


図45 全院長の選好度

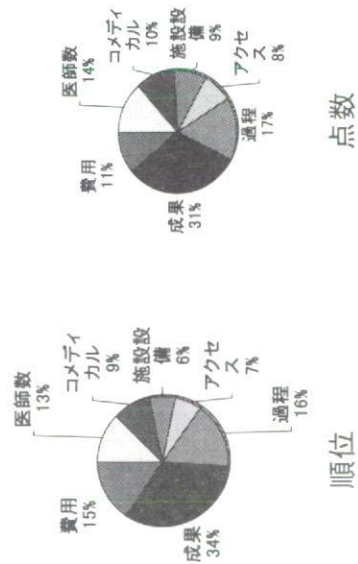


図46 Utility推定値(点数)

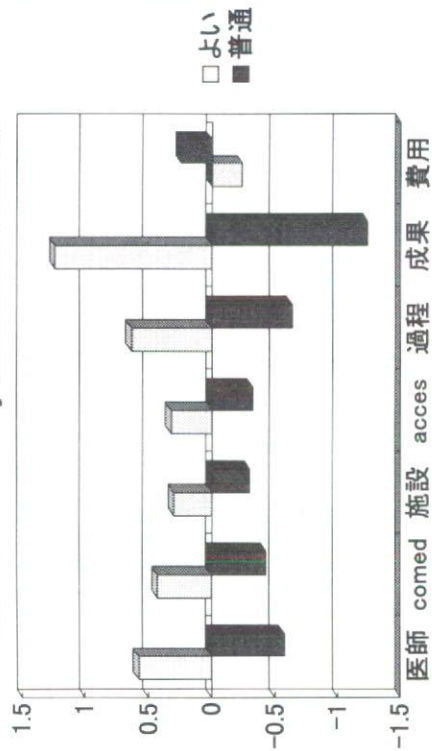
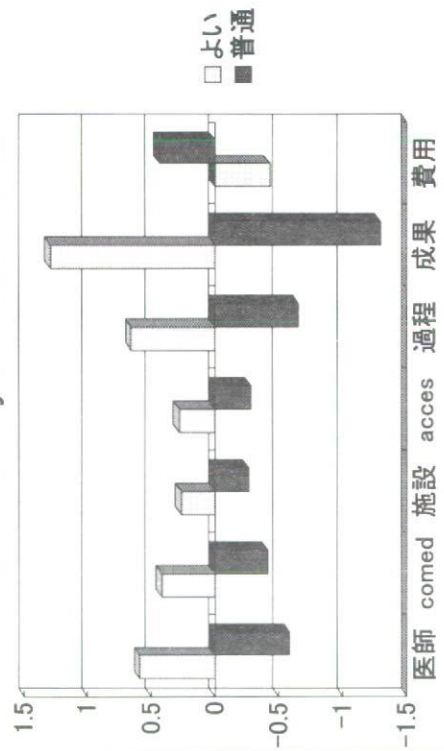


図47 Utility推定値(順位)



平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及びその結果の公表に関する研究
分担研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究
OECD の精神科医療システムの機能評価項目

分担研究者 吉住 昭（独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター）
研究協力者 中川敦夫（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）*執筆担当
佐渡充洋（慶應義塾大学医学部医療政策・病院管理学教室）
稲垣 中（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

研究要旨

医療の質の評価におけるアウトカム評価は、評価項目が簡素でかつ臨床的妥当性があり、さらに公衆衛生学的にも重要で、通常臨床場面でも煩雑なことなく入手可能であることが重要である。本研究は、OECD Mental Health Care Quality Indicator の調査及び関連する文献のレビューを行いわが国への適応を検討した。この評価指標は 12 項目から構成され、精神保健ケアの質を反映する主要 4 項目（治療、治療継続、治療連携、患者転帰）が含まれた。項目としては、1. うつ病急性期における適正受診率 2. 精神疾患患者の早期再入院率 3. 物質関連障害患者の治療期間 4. 高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬(TCA)の使用 5. 急性期における抗うつ薬治療の継続使用 6. 持続期における抗うつ薬治療の継続的使用 7. 退院後の適正時期における外来フォローアップ 8. 精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診度合 9. 通院における人種・ethnic 格差 10. 精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月後治療継続率 11. 重度精神疾患へのケースマネジメント率 12. 重度精神疾患の死亡率が挙げられた。

この 12 項目の中でも、わが国の精神科医療の特性を考慮すると、統合失調症にもう少し重点が置かれると良いと考えられ、実効性を考慮すれば、12 項目の中も①精神疾患患者の早期再入院率、②退院後の適正時期における外来フォローアップ（退院後 1 ヶ月以内の受診）、③精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月間治療継続率の 3 つをアウトカムの indicator として利用可能ではないかと考えられた。

A. 研究目的

一般人口における精神疾患の有病率は身体疾患と比較しても高く、また精神疾患の罹患に伴う社会機能への影響は大きい。例えば、common mental disorder の 1 つであるうつ病は、アメリカでは大うつ病の地域における生涯有病率は、15-17% といわれ (American Psychiatric Association, 1994)、

12 ヶ月間有病率は 6-7% (Kessler et al., 2003)、外来患者の有病率は、5-13% (Coyne et al., 1994) と報告されている。一方、わが国のうつ病の有病率は生涯有病率 6.5%、12 ヶ月間有病率 2.2% (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004) とアメリカの半分程度であるものの、決して少なくはない。WHO によれば全ての疾患の中で、2002 年時点にお