

2015/6030A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

精神障害者の地域生活支援の在り方と

システム構築に関する研究

（ H 2 6 - 精神 - 指定 - 0 0 2 ）

平成27年度総括・研究分担報告書

研究代表者：伊藤順一郎

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

平成 28（2016）年 3月

精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究

（ H 2 6 -精神-指定-002 ）

平成27年度総括・研究分担報告書

目次

1 章 総括研究報告

精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究	1
研究代表者（伊藤順一郎）	

2 章 分担研究報告

1. 精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討

1-1. 市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の 目安となる活動指標の作成に関する研究	8
研究分担者（吉田光爾）	
1-2. 市町村行政による精神障がい者の退院支援・居所支援・地域生活 支援システム構築に関する実態調査	17
研究分担者（吉田光爾）	
研究協力者（瀧本里香）	

2. 地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討	28
研究分担者（原 敬造）	
研究協力者（藤井千代）	

3. 全国が多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究	41
研究分担者（萱間真美）	

4. ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価	86
研究分担者（佐藤さやか）	
研究協力者（富沢明美）	

5. 多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討	94
研究分担者（西尾雅明）	

6. 地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討	116
研究分担者（本田美和子）	

3 章 研究成果の刊行に関する一覧	121
-------------------	-----

1 章. 総括研究報告書

精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究 総括研究報告書

研究代表者：伊藤順一郎

（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

平成 23 年 4 月、精神障害者アウトリーチ推進事業の実施に際して、厚生労働省は「アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、『入院』という形に頼らない。」という具体的な方向性を打ち出した¹⁾。これは、アウトリーチチームによる支援の方向性を指し示す文言である。しかしながら、『入院』という形に頼らないことを、単に臨床チームの技術向上に求めることは難しい。なぜなら、「入院に頼る」ということは、本人の症状の問題だけではなく、家族によるケア能力の低下、近隣の人々との関係、行政や警察力を含む周囲からの「入院」への期待、さらに精神科医療の専門家が入院をどのように捉えるかなども絡んだ複合的な相互作用の結果としてしばしば生じるからである。すなわち、入院に頼るという事象は、精神科病棟の存在を受け入れた社会のシステムが存する限り生まれ続けると考えざるを得ない。

もし、真の意味で『入院』という形に頼らないシステムを現出しようとするのであれば、臨床チームの技術向上も内包しながら、入院という事象を回避する具体的な代替策を含むような、精神保健医療福祉システムのパラダイムシフトが必要である。そのひとつの例として、英国やイタリアの精神保健福祉医療システムがあげられる。これらの国では、精神科医療における予防・治療・リハビリテーションに関連するほぼ全ての機能を、地域社会の中で展開する。人の生活の場に精神科医療の機能が出向いていき、市民の構成する社会のシステムのなかに、精神保健医療福祉の構成要素を入れ込んでいくありようと言ってもいいかもしれない。本研究班は、我が国でこのような文脈でのシステムの転換が可能なのか、我が国で有効かつ実現可能な地域生活中心の精神保健医療福祉システムへの変化はどのように始められるのか、システム変換の障壁はどのようなものなのか、といった大きな課題を論じるための核となる資料を作成することを目的に構成された。

以上は、昨年度の総括研究報告において述べた事柄である。

基本的な考え方は変わらないが、本年度、新たに加える事項として支援者と対象者の関係性、支援者と地域の関係性の問題を挙げたいと思う。システムの再構築は政策課題として重要であることは言を俟たないが、実際のシステムは「人と人とのつながり」の連続である。そこで働くものが、どのような理念のもと、どのような技術を駆使して、また何を関係性の中で大切に思いながらかわるかということを追求していくことは、「血の通ったシステム」を作るうえで欠かせない。これは、研究的にはスタッフの研修のありようとその成果を検討するものとなる。

本研究班は6つの分担研究班よりなる。それぞれの研究班の課題と研究の方法は異なるが、いずれも「入院中心」から「地域生活中心」へ精神保健医療福祉がパラダイムシフトを行う際に、押さえておくべき内容を研究課題として内包している。

2年目の本年度報告は、各研究班で中間報告的に見えてきた成果と課題をまとめる姿となった。3年度での集約に向けての一里塚的内容が、本年度の内容である。

【本研究班の構成】

まず、本研究班のテーマと内容(目的)を簡単に記す。

1) 精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討(吉田班)

国は精神科病院のいわゆる社会入院者、すなわち「受入条件が整えば退院可能な者7万人」の退院促進のために、平成15年度から『精神障害者退院促進事業』を実施し、その後も事業形態を変えながら取り組みを継続しているが、十分な社会的入院の解消には至っていない。厚生労働省は平成24年、障害者自立支援法において、退院促進に関する活動を個別給付事業(地域移行・地域定着)として位置付け更なる促進を図った。しかし法制化されたものの実際の相談支援事業所の地域移行・地域定着に関する取り組み状況に関しては十分把握されておらず、制度運用を検討するための基礎資料は得られていない。

そこで本研究では、全国の相談支援事業所に対して地域移行・地域定着の実際の活動の状況を調査し、制度の運用の基礎資料を作成し、現状と課題を把握することを目的とした。

2) 地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討(原班)

「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムづくりにおいて、精神科診療所は地域生活支援の拠点となりうる資源であるが、精神科診療所の類型や、サービス提供の実態に関するデータは得られていない。

本研究では、精神科診療所におけるサービ

ス提供状況現状を調査し、類型化を図ることで、地域生活を支える社会資源としての精神科診療所の役割について検討することを目的としている。とりわけ、多機能型診療所(仮称)(外来診療+訪問看護+デイケア+訪問診療または往診+チームミーティング実施)に注目し、そのニーズの量と質を推計することを課題の一つとした。

3) 全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究(萱間班)

平成26年度に、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、厚生労働省は病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価として、「精神科重症患者早期集中支援管理料」を新設した。しかしながら、この制度は様々な障壁から多くの医療機関が参加できてはいない。

本研究は、この制度の実施状況や実施にあたる課題を明らかにし、今後推進するために必要な改善について検討することを目的とする。

4) ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価(佐藤班)

本研究では、包括的な地域生活支援が多職種によって提供される、Assertive Community Treatment (ACT)のチームを中心に、1) チームにおける認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)のニーズを把握し、2) アウトリーチ型CBTに関する研修内容を検討し、3) アウトリーチチームにおけるCBTの効果検討を実施する

ことを目的としている。

研究活動を通じて、地域におけるエビデンスに基づいた支援技法の向上を目指す。

5) 多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討 (西尾班)

アウトリーチ型の支援においては、精神科病棟内での支援とは異なる支援態度やスキルを必要とするが、我が国におけるアウトリーチ支援は萌芽期にあり、その人材育成方法については試行錯誤の段階にある。

そこで本研究では、精神障害者に対するアウトリーチ事業関係者に2日間にわたる研修会を実施し、その参加者を対象にしたアンケート調査を行う。研修における学習アウトカム、参加者への影響などを評価することで、アウトリーチ支援にかかわる人材としての態度や実践スキルに好ましい変化を与える研修プログラムについて、提言を行うことを目的とする。

6) 地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討 (本田班)

自分が受けているケアや治療の意味が理解できず、ケアの拒絶もしくはケアを実施する者に対する暴言・暴力行為などの認知症周辺症状を表出する認知症高齢者は多く、これにより本人の生活の質保持が難しくなるとともに、ケアを行う者の疲弊や燃え尽き症候群が生じている。

そこで、欧州の認知症ケアにおいて、認知症周辺症状に対する非薬物治療として実績とエビデンスのある、包括的なコミュニケーションに基づくケア技法ユマニチュードの導入を試みる。

本研究では、地域社会で家族を介護している一般市民に対して、ユマニチュードの基本技術の教育を行い、介入前後での介護者および認知症高齢者の評価を行い、効果を測定することを目的とする。

【本研究班の位置づけ】

“入院に頼らない”「地域生活中心の精神保健医療福祉」へのパラダイムシフトは、支援技術の向上、制度設計における精神保健医療福祉システムの転換を含むものであるが、さらに、精神医療概念そのものの転換をも迫るものである。たとえば、関係性のとり方、薬物療法の方法論、危機介入やリハビリテーションの方法など、精神医療を形作っている考え方のありようが、入院病棟でのものと、地域生活支援の中での精神医療では大幅に異なる。

入院のような管理的な環境では症状は薬物療法によって「標的」となる対象であるかもしれないが、地域精神医療においては、「活動」や「参加」を重視する文脈で、症状と共存しながらでも有意義な生活を送ることが求められる。したがって、薬物療法の効果のアセスメントや、選択基準においても、病棟と地域では差異が見いだされるのである。これら精神医療概念の転換および、そこから導き出される方法論の変更は、今後、パラダイムシフトを推進するにあたって、強く意識され、言語化されることが必要であろう。換言すると、言語化を可能とする資料提供が本研究の第一義的な目的となる。

以上のような文脈にあって、本研究班の位置づけは、「地域生活中心の精神保健医療福祉」システムづくりに向けての、教育・研修の可能性とシステム・チェンジの可能性についての資料提供となる。

教育・研修については、精神保健医療福祉の専門家の教育の効果と、一般市民なかでも介護負担の大きい家族に対する研修の効果について資料提供が可能となる。

精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討(吉田班)では、地域移行事業、地域定着事業に焦点をあてることで、どのような状況下において、市町村の相談支援事業がケースマネジメントのシステムとして整備され、利用

者の地域生活の充実に貢献することができるのかについて分析、資料作成ができる。

地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討（原班）では、診療所機能が多機能化して、地域の精神保健医療福祉を支える拠点となりうるかを占うために、初診患者のサービス利用状況に関する前方視的調査をおこなうことで、現存する精神科診療所の類型化と求められる機能の明確化が期待できる。

全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究（萱間班）では、当面の診療報酬上の評価をもとに、利用者の地域滞在日数の増加や生活の質の向上にエビデンスのある、多職種アウトリーチチームの活動にインセンティブがつくような、制度設計のための資料作成が期待される。

ACT、多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価（佐藤班）では、認知行動療法という定式化された支援技法の、多職種アウトリーチチームでの応用可能性について、実現可能性のある技術定着のガイドラインとその効果について一定の評価が期待できる。

多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討（西尾班）では、2日間の研修をどのように組み立てると有効な研修になるのか、参加者の経験や技能による内容の違いもありうるが、参加者の声を直接的に反映したモデル研修づくりが期待される。

地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討（本田班）では、認知症が対象ではあるものの、介護者に対してきわめて構造の明確な研修をすることが、家族の介護負担や患者の症状行動にどのような影響を与えるかを観察、評価する。有効な支援技法の構造と、市民を支援者に招き入れることの意義について検証する、意欲的な研究になる。

一方、システム・チェンジの可能性については、現行の制度設計に合わせ、医療領域と

福祉領域に分けて資料を作成する。

【本年度の研究の進捗状況】

1) 精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援のあり方についての検討（吉田班）

平成26年度に行った全国の地域移行・定着支援事業委託を受けている事業所に対する郵送自記式調査票による加え、それらを含む市町村および都道府県に関する実態調査を行った。結果358市町村のうち109市町村、都道府県（+政令指定都市）67ヶ所のうち45ヶ所を回収した。現在、このデータを元に人口・病床数当たりの地域移行・地域定着数の多寡と、自治体のシステム整備の状況の関連を分析した。また、これに加えてグッドプラクティスを行っている自治体に対する質的調査も実施した。

さらに、市町村における精神保健福祉関連の資源整備状況に関する指標・データベースをビッグデータとしてWeb上で管理するシステムの構築・整備のため、市町村に独自に調査する項目およびWeb上で連結可能な既存の指標を整理した。

調査結果から、358市町村のうち109市町村、都道府県（+政令指定都市）67ヶ所のうち45ヶ所を回収した。市町村・都道府県の長期入院者の退院のためのシステム作りの重要性は認識されているが、実際のシステム作りは進んでいない現状が改めて浮き彫りになった。

また、市町村における精神保健福祉関連の資源整備状況に関する指標・データベース構築に関しては、自治体担当者に尋ねる必要性のある項目と、既に国が行いインターネット上で自動的に収集・連結できる既存の調査・データを確認するとともに、いわゆる630調査との整合性なども合わせて管理できるよう項目を整理し、それらを連結可能なシステムを整備中である。

詳細については、市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の目安となる活動指標の作成に関する研究についてまとめた吉田 研究分担報告書、および、市町村行政による精神障がい者の退院支援・居所支援・地域生活支援システム構築に関する実態調査についてまとめた吉田（研究分担者）・瀧本（研究協力者）を参照のこと。

2) 地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討（原班）

研究分担者を中心に、日本精神神経科診療所協会（以下 日精診）の有識者と意見交換をし、診療所の類型ごとの役割を明確にするため、日精診所属の診療所より一定の条件で無作為に抽出した診療所で、初診患者のサービス利用状況の前方視的検討を行った。

精神科診療所の類型を、仮に多機能型診療所（外来診療＋訪問看護＋デイケア＋訪問診療または往診＋チームミーティング実施）とそれ以外の非多機能型診療所に分類した。日本精神神経科診療所協会所属の診療所から多機能型診療所と非多機能型診療所を無作為に抽出し、それぞれの診療所の初診患者連続 50 例の属性、サービス利用状況、転帰に関する前方視的調査を行い、44 箇所より計 2258 名の 6 ヶ月間フォローアップを得た。

さらに、多機能型精神科診療所の機能を検討するため研究同意の得られた 1 箇所の診療所に通院する外来患者 1000 名の属性およびサービス利用状況に関する横断面データを収集し分析を行った。

調査結果から、多機能型診療所では、非多機能型診療所と比較し、統合失調症圏のハイユーザー患者が多い傾向にあり、比較的重度の精神障害者の地域生活を支えるための有効な社会資源となりうることが示唆された。

詳細については、多機能（垂直）型診療所のあり方についての検討を行った原（研究分担者）・藤井（研究協力者）を参照のこと。

3) 全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究（萱間班）

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定をしている医療機関に対し、算定までの経緯、対象者の状況、支援内容について、カルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。また、届出医療機関に対し、実施状況やサービス提供体制、困難や課題について半構造的インタビューを実施した。

平成 26 年度新設の「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は、平成 27 年 8 月の時点で、全国で 11 施設であった。そのうち平成 27 年 12 月までに支援が終了したケースは 6 施設 13 事例であった。多くは 1 年以上入院の患者であり、カンファレンスの開催、家族や周囲への退院後の手厚い支援の保障、手厚い支援の実施、服薬継続支援のために、活用されていた。支援対象者の多くはその後も地域生活を継続していた。本制度に関するインタビューでは、患者の算定要件、および施設基準の厳しさが報告された。

本制度は、平成 28 年度診療報酬改定で障害福祉サービスの利用者が利用できるようになること、24 時間往診が必須要件でなくなることから、今後さらなる普及が見込まれ、引き続き制度の利用状況の調査を行うとともに、他サービスとどのように関連させ活用されていくのかについても、継続的に調査することが重要と考えられる。加えて、利用者への客観的・主観的なサービス評価の実施、および、スタッフやチームへの本制度の波及効果（多職種カンファレンスによる効果等）についても評価を行っていく必要があることも示唆された。

詳細については、多職種アウトリーチチームのモニタリング研究についてまとめた萱間研究分担報告書を参照のこと。

4) ACT、多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価（佐藤班）

平成 27 年度は、ACT 全国ネットワークに

参加する 28 チームに所属するスタッフ全員を対象とした全国悉皆調査の分析と、すでに ACT 支援の過程で CBT を提供する実践者のグループインタビューから今後アウトリーチ活動において CBT の活用が期待される利用者の課題と、CBT 普及のために工夫できることについて検討を行った。

全国悉皆調査では、回答者 192 名のうち CBT を実践するスタッフは 20% 程度であり、未実施者の多くがその理由として「研修の機会がない」「どのようなケースが CBT に適応なのかわからない」ことを挙げていた。今後 CBT を提供したい利用者の特徴としては、「(妄想も含め) 考え方に偏りがあるケース」「不安を中核として問題行動があるケース」「生活の中で目標を見つけるための支援が必要なケース」が挙げられた。ACT に CBT は必要ない・なじまないといった意見はほとんどみられず、地域生活支援の場でも CBT のニーズ高いことが示唆された。CBT 実施の有無について関連する要因を検討したところ、科学的根拠に基づく実践 (EBP) に対して親和性が高い支援者ほど、CBT を行っていないことが明らかとなり、EBP を重視するマインドのある実践者のほうが気軽に CBT 提供を試せない実態が示唆された。

また CBT を提供する実践者のグループインタビューでは ACT 支援の過程で CBT の実践を試みて感じるハードルとして、ツールはあったほうが便利だが、アウトリーチの過程では利用者に「使ってみよう」と思ってもらうまでが大変で、結局そこでつまずくスタッフも多いこと、ACT 支援ではプライマリーケースマネージャー 1 人ではなく複数のスタッフが小さなチームを組んで支援しているので、チーム内でコンセンサスを作る必要があるが、関心のあるスタッフばかりではないし、自分もきちんと説明できるという自信がないこと、などが挙げられ、その解決策として CBT の支援過程で実施される支援技法を CBT にそれほど関心がないスタッフでも最

低限実施できたほうが良い支援技法 (資料を用いた課題別・問題別の心理教育と利用者の困り事の構造化) と CBT に関心の高いスタッフに求めるより複雑な支援技法とに分けて整理し、それぞれに別の研修、伝達方法をとることが望ましいとの意見が出た。

詳細については、ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価についてまとめた 佐藤 (研究分担者)・富沢 (研究協力者) を参照のこと。

5) 多職種アウトリーチチームの研修のあり方についての検討 (西尾班)

平成 27 年度は、関係各機関にモデル研修会の案内を送り、参加希望があった者で、平成 28 年 1 月 14 日～15 日に仙台で開催された研修に参加した 18 名を対象とし、①サイコドラマの手法を用いた事例検討を中心とする 2 日間の研修の前後で、研修会で扱うテーマに関する重要度や実践度についての自己評価(13 項目)を問うアンケートを実施した。また、②求められる研修のあり方を検討するために、研修会内で参加者全員にフォーカスグループインタビューを実施した。

アンケート調査では、前後とも全項目で実践度は重要度より有意に低く、13 項目中 7 項目で研修期間中に実践度が有意に増加し「尊重すること」「インフォーマル」の項目で大きく重要度の認識が変化、さらに、「私は、利用者を患者扱いせず、人としてみている」で前後差が認められた。

また、研修会参加者のグループインタビューでは、情緒的な共感や擬似的な体験を研修などの機会に求める意見や、多職種・非専門職参加の研修、一般企業や地域住民との相互交流など、新たな視線の獲得やより広い視野を求める意見、が比較的多く出された。

調査結果より、ロールプレイを用いた研修の有用性や、幅広い視点での研修ニーズを満たす受け皿の必要性が示唆され、多職種アウトリーチの支援者に特化した研修モデルの呈

示に向けた準備が整った。

詳細については、多職種アウトリーチチーム研修のあり方についての検討を行った西尾研究分担報告書を参照のこと。

6) 地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討 (本田班)

認知症患者の地域生活支援として自宅介護を行っている家族を対象としたケア技術の実践教材を開発し、その効果について検証する地方都市・僻地におけるパイロットスタディを行った。

本年度は、認知症高齢者を自宅で介護している家族介護者 9 名にケア技術 (ユマニチュード) 研修を実施し、研修前と研修後 1 ヶ月・3 ヶ月の認知症高齢者の行動心理症状、家族の介護負担感について検証した。

調査結果から、研修後 1 ヶ月で認知症高齢者 9 名中 8 名の Behavioral Pathology in Alzheimer' s Disease (BEHAVE-AD) 値は有意に減少し ($p<0.001$)、認知症行動心理症状の改善が認められた。Zarit 介護負担尺度による介護負担感には明らかな差は認められなかったが、認知症高齢者を介護している家族を対象としたインタビュー調査から、ケア技術を意識して用いることにより認知症症状の軽減、および認知症症状が進行した場合でも、認知症高齢者とのコミュニケーションが良好に保たれている可能性が示唆された。

詳細については、地域社会で暮らす認知症高齢者への包括的なケア技法の効果に関する検討についてまとめた本田 研究分担報告書を参照のこと。

文献

1) 厚生労働省：精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き。厚生労働省，東京，2011。

2章. 分担研究報告書

精神障害者の退院促進および福祉サービスも含めた地域生活支援の あり方についての検討： 市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の 目安となる活動指標の作成に関する研究

研究分担者：○吉田光爾^{1,2)}

研究協力者：瀧本理香²⁾，山下眞史²⁾

協力：株式会社アクセライト

1) 日本社会事業大学社会福祉学部

2) 日本社会事業大学研究科大学院

要旨

【目的】市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する活動指標の整理と、それに基づいた Web データベースを構築する。

【方法】各種統計資料の整理および Web システムの構築

【結果①】既に存在し公表されている統計データ（医療施設調査・国勢調査・独立行政法人福祉医療機構による Web サイト（WAMNET））を整理し、それらの情報を組み込んだ形での Web 調査フォームを設計している段階である。

【結果②】これらの Web 調査フォームのデータは、①市区町村担当者が独自に入力するデータ、および②上記既存の統計データの活用からなる。なお、その結果については、市区町村が全国・および都道府県の他市区町村との比較の中で、当該自治体の精神保健医療福祉の整備状況について閲覧できる様式になっている。

【考察と今後の計画】課題として①各種データベースのローデータについての所在・管轄が明らかではない事、②一部の調査項目に関する統合を図る必要がある、等が存在することがわかった。なお、現在開発中のシステムを来年度初頭に実装し、調査を実施予定である。また 630 調査結果とのデータ結合を検討中である。

A. 研究の背景と目的

精神保健医療福祉の支援体制整備については、精神疾患が五大疾病として医療計画に位置付けられたこと、障害者総合支援法に基づく障害福祉計画の作成が求められることなど、市区町村・都道府県がその計画を主体的に立てることが求められている。しかし、自治体がこうした計画を構築するにあたり参照できる各種統計資料は散在しており、地域特性・

地域リソースを反映した統合的な資料としてまとまってはいない。また、特に障害者総合支援法を中心にサービスの提供者として市区町村への期待が高まる一方で、各種の統計資料は都道府県単位で成果がまとめられていることが多く、サービスの提供・計画の策定と、情報・課題の把握の間にギャップが存在する。そこで各市区町村が全国や各都道府県内の他の自治体との比較・参照の中で、それぞれの

精神保健医療福祉のサービスの整備状況を把握することができるシステムを開発することは、今後の精神保健医療福祉の支援体制整備を促進する効果があると考えられる。特に結果のフィードバックの即応性・既存の統計資料を活用することなどを踏まえ、こうした資料参照のシステムは ICT 技術・Web システムを活用してデータベース構築することが適当と考えられる。

そこで本研究では、市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する活動指標の整理と、それに基づいた Web データベースを構築することを目的とする。

B. 方法

本データベースは平成 26 年度・27 年度を開発期間とする。本年度は①Web システムの制作企業との打ち合わせ、②精神保健福祉の関係者と精神保健医療福祉システムの進捗を把握するのに必要な指標・および既存の各種統計資料を検討し、Web データベースシステムを試験的に準備した。

なおデータベースに統合される情報としては、既存の統計・Web 上に存在するデータと、市区町村から入力されクラウド化されるデータが存在する。

C. 結果

上記の準備作業の結果、現在以下のデータベースを構築中である。

1) データベースに収集・結合される情報

データベースに統合される情報として以下を予定している。

①医療機関に関する情報（既存）

医療資源に関する情報として

- ・精神科病院数（有床）
- ・精神科病床数
- ・精神科診療所数（標ぼう）
- ・精神科デイケア数
- ・精神科デイ・ナイトケア数

- ・訪問看護（主に精神）数（医療機関以外）
 - ・訪問看護（医療機関）数
 - ・訪問看護（訪問看護ステーション）数
- などを収集する予定である（表 1）。これらについては、既に公開されている医療施設調査および独立行政法人福祉医療機構による Web サイト（WAMNET）のデータを利用することが可能である。

なお、これらの一部についてはいわゆる 630 調査で把握されているものの、当該調査は市区町村データを含まないため、630 調査の担当者と協議し、市区町村データを組み込み、連結可能な形にできるかどうかを検討中である。なお『精神科医療救急 体制あり数』については医療施設静態調査で把握されているが、市区町村データを含んだ形で公開されていないため、開示請求をかける必要がある。

②福祉事業所に関する情報（既存）

社会福祉資源に関する情報としては以下の下記事業所数を把握する。

- ・相談支援事業者数（計画相談）
- ・相談支援事業者数（地域移行）
- ・相談支援事業者数（地域定着）
- ・居宅介護
- ・重度訪問介護
- ・行動援護
- ・重度障害者等包括支援
- ・同行援護
- ・短期入所（ショートステイ）
- ・療養介護
- ・生活介護
- ・自立訓練（機能訓練）
- ・自立訓練（生活訓練）
- ・就労移行支援（一般型）
- ・就労移行支援（資格取得型）
- ・就労継続支援（A 型）
- ・就労継続支援（B 型）
- ・施設入所支援
- ・共同生活援助
- ・宿泊型自立訓練

- ・施設入所支援
- ・共同生活援助
- ・宿泊型自立訓練

これらについては、既に公開されている独立行政法人福祉医療機構による Web サイト (WAMNET) のデータを利用することが可能である (表 2)。

③市区町村に関する情報 (既存)

当該市区町村に関する情報については

- ・人口
- ・高齢化率
- ・人口密度
- ・財政力指数
- ・歳入
- ・地方税
- ・自殺死亡者数

などを収集する予定である。Web 上で公開されている『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数』(総務省公表)・『国勢調査』・『地方財政統計年報』より入手可能である (表 3)。

④市区町村から収集する情報

なお上記の情報は公開されている既存のデータベースから把握可能であるが、活動を把握する指標としてはそれだけでは十分ではなく自治体から独自に入手する必要がある情報が存在する。それらとして以下のものをあげ収集することを検討している (表 3)。

- ・自立支援医療給付件数
- ・精神障害者保健福祉手帳給付数 (等級別)
- ・計画相談 (精神) 件数
- ・計画相談 (知的) 件数
- ・計画相談 (身体) 件数
- ・計画相談 (精神) 費用
- ・計画相談 (知的) 費用
- ・計画相談 (身体) 費用
- ・地域移行件数
- ・地域定着件数
- ・地域移行費用

- ・地域定着費用
- ・障害支援区分 (各支援区分の人数)
- ・地域活動支援センター I 型事業者数
- ・地域活動支援センター II 型事業者数
- ・地域活動支援センター III 型事業者数
- ・地域活動支援センター I 型費用
- ・地域活動支援センター II 型事業費用
- ・地域活動支援センター III 型事業費用
- ・自立支援医療給付費 (政令指定都市のみ)
- ・地域生活支援総事業費
- ・居住サポート事業 事業費
- ・障害福祉予算
- ・障害福祉予算中の精神保健福祉費 (算出困難な場合は未記入可)
- ・障害者計画の有無
- ・自立支援協議会の設置有無
- ・日常生活自立支援事業(権利擁護) 利用件数
- ・成年後見制度利用件数

2) WEB データベースの仕様

ウェブデータベースは以下の形で作成予定である。

①市区町村担当者のログイン画面

市区町村担当者に対して郵送で送られる ID とパスワードでログインする。(図 1)

②自治体データベースのホーム画面

既に公開されているデータから把握される『医療機関データ』『福祉事業所データ』閲覧へのリンク、および市区町村によるデータの入力画面へのリンクが表示される。(図 2)

③医療機関・福祉事業所データの閲覧

医療機関・福祉事業所データについて、当該地自体の情報が表示される。なお当該自治体の各数値について、全国区および都道府県内で比較するため 100 パーセンタイル順位およびそれをレーダーチャートに示したものが表示される (※本順位は社会資源数などについての多寡に関するパーセンタイル上の順位であり、優劣を示すものではない)。(図 3・4)

なお比較する他自治体の範囲に関しては、人口規模・高齢化率・人口密度・歳入などを入力して、当該自治体に似たものにカスタマイズすることが可能である（図5）。

④自治体によるデータ入力および結果の閲覧

自治体による各種数値の入力に関してもWEBで可能なようにシステムを構築している（図6）。※ただし郵送による返送も可。この入力件数が一定数になり次第、医療機関・福祉事業所データと同様に、全国比較の結果表示が可能になるようにする。

D. 考察

本研究では既に公開されている既存のデータの活用および市区町村が独自に入力する情報を検討したが、本作業を進める中で、幾つかの課題が明らかになった。

1) ローデータの所在と結合について

各種統計資料についてはWeb上でローデータが公開・ダウンロード可能になっているものもあるが、結果が概略として公表されているもの、ローデータの所在が十分に把握できないものが存在する。また本研究ではWAMNETからデータを集約したり、市区町村から把握する予定の変数についても、都道府県や国民健康保険団体連合会など、他の主体が既に把握している可能性も存在する。今後情報を恒久的・集約的にとりまとめるシステムを構築する際には、さらに情報選定の妥当性・ローデータの所在および管轄・公開可能性などを検討する必要がある。

2) 市区町村データの導入・年度データなどの技術的にテクニカルな問題

医療機関・資源に関するデータについては、いわゆる630調査で把握されているものの、市区町村データが630調査に導入されていないため現段階では本研究との連結は不可能である。しかし、これについては担当者と協議し可能かどうかを検討中である。またデータ

によっては毎年度調査が実施されないもの、あるいは最新のデータか不明瞭なものなどもあり、それらをWeb上で一覧性のよい形で表示する場合にはどのようにしたらよいか、ということに関しては検討の余地があると考えられる。

なお次年度は上記の課題点を検討しつつ、次年度初頭に実際に全市区町村に調査を実施予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 医療機関に関する情報

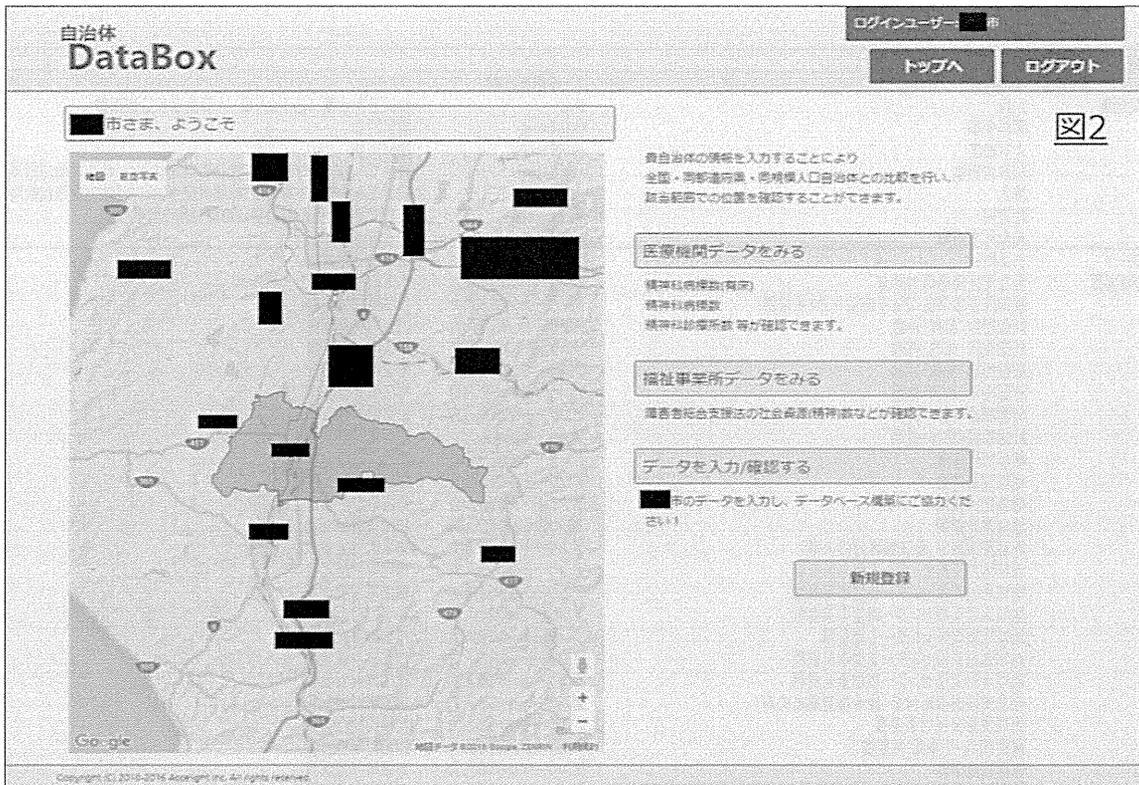
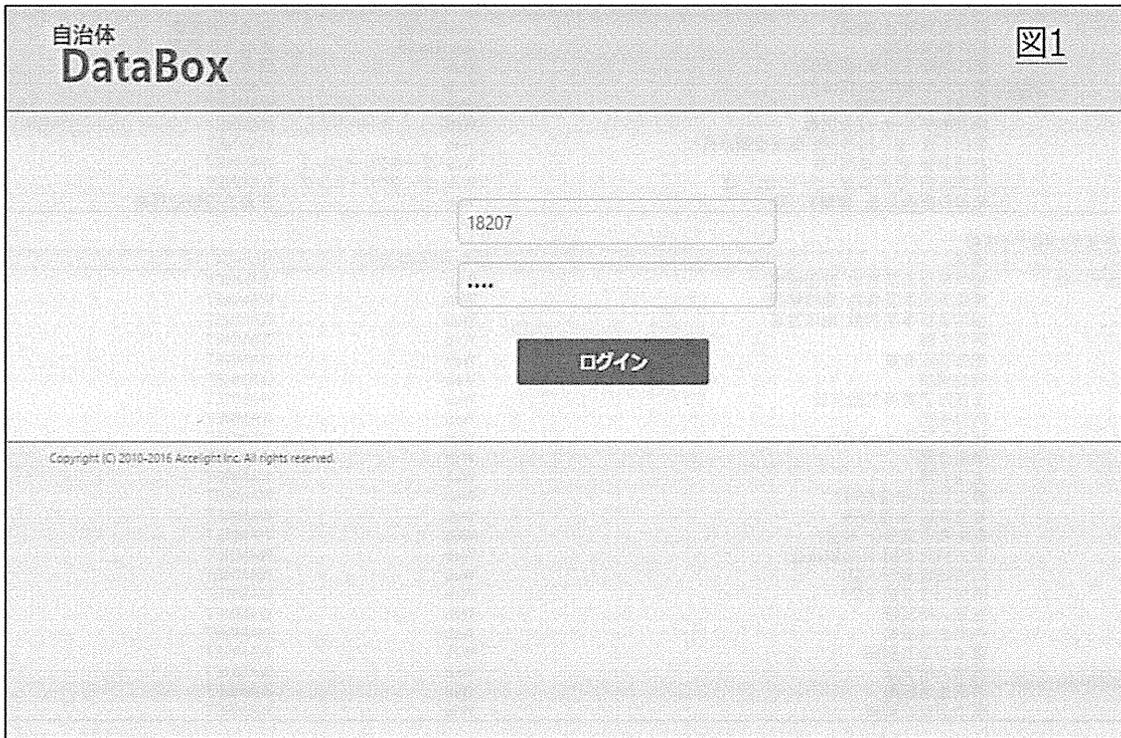
内容分類	項目	データ取得分類	リソース
医療機関データ	精神科病院数(有床)	web(Excel)	医療施設調査
	精神科病床数	web(Excel)	医療施設調査
	精神科診療所数(標ぼう)	Web	医療施設調査
	精神科診療所数(標ぼう)	Web	WAMNET
	精神科デイケア数	Web	WAMNET
	精神科デイ・ナイトケア数	Web	WAMNET
	訪問看護(主に精神)数(医療機関以外)	Web	WAMNET
	訪問看護(医療機関)数	Web+データクリーニング	WAMNET
	訪問看護(訪問看護ステーション)数	Web+データクリーニング	WAMNET
	精神科医療救急 体制あり数	Web	医療施設静態調査

表2 福祉事業所に関する情報

内容分類	項目	データ取得分類	リソース
福祉事業所データ	相談支援事業者数(計画相談)	Web	WAMNET
	相談支援事業者数(地域移行)	Web	WAMNET
	相談支援事業者数(地域定着)	Web	WAMNET
	居宅介護	Web	WAMNET
	重度訪問介護	Web	WAMNET
	行動援護	Web	WAMNET
	重度障害者等包括支援	Web	WAMNET
	同行援護	Web	WAMNET
	短期入所(ショートステイ)	Web	WAMNET
	音楽介護	Web	WAMNET
	生活介護	Web	WAMNET
	自立訓練(機能訓練)	Web	WAMNET
	自立訓練(生活訓練)	Web	WAMNET
	就労移行支援(一般型)	Web	WAMNET
	就労移行支援(資格取得型)	Web	WAMNET
	就労継続支援(A型)	Web	WAMNET
	就労継続支援(B型)	Web	WAMNET
	施設入所支援	Web	WAMNET
	共同生活援助	Web	WAMNET
	宿泊型自立訓練	Web	WAMNET
	施設入所支援	Web	WAMNET
	共同生活援助	Web	WAMNET
	宿泊型自立訓練	Web	WAMNET

表3 自治体に関する情報

内容分類	項目	データ取得分類	リソース
自治体基礎情報	人口	Web	住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
	高齢化率	Web(Excel)	国勢調査
	人口密度	web(Excel)	国勢調査
	財政力指数	web(Excel)	統計でみる市区町村の姿(総務省自治財政局「地方財政統計年報」)
	歳入	web(Excel)	統計でみる市区町村の姿(総務省自治財政局「地方財政統計年報」)
	地方税	web(Excel)	統計でみる市区町村の姿(「市町村別決算状況」)
	自殺死亡者数	web(Excel)	内閣府 自殺の統計
自治体入力 区:東京都特別区	市区町村	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	自立支援医療給付件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	精神障害者保健福祉手帳給付数(等級別)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(知的)件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(身体)件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	計画相談(精神)費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域移行件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域定着件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域移行費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域定着費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害支援区分(各支援区分の人数)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅠ型事業者数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅡ型事業者数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅢ型事業者数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅠ型費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅡ型事業費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域活動支援センターⅢ型事業費用	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	自立支援医療給付費(政令指定都市のみ)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	地域生活支援事業費	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	居住サポート事業 事業費	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害福祉予算	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害福祉予算中の精神保健福祉費(算出困難な場合は未記入可)	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	障害者計画の有無	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	自立支援協議会の設置有無	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	日常生活自立支援事業(権利擁護)利用件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者
	成年後見制度利用件数	アンケートorWEB入力	市区町村担当者



医療機関データを見る

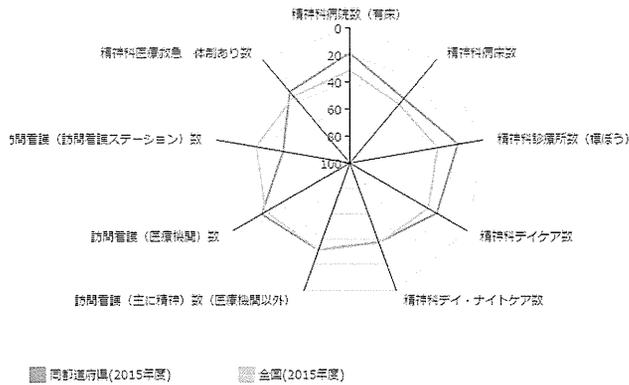
データタイプ 市 同規模自治体平均 県平均 全国平均 カスタム

データ年度 2013年度 2014年度 2015年度

図3

集計データ

項目名	2015年				
	市	県平均	県内順位	全国平均	全国順位
精神科病院数（有床）	1	0.6	3位(18.8%)	0.8	543位(31.3%)
精神科病床数	198	143.6	6位(37.5%)	151.2	749位(43.0%)
精神科診療所数（標ぼう）	3	2.4	3位(18.8%)	2.5	603位(34.6%)
精神科デイケア数	1	0.4	4位(25.0%)	0.4	578位(33.1%)
精神科デイ・ナイトケア数	0	0.1	6位(37.5%)	0.1	641位(36.9%)
訪問看護（主に精神）数（医療機関以外）	1	0.8	5位(31.2%)	0.7	541位(31.1%)
訪問看護（医療機関）数	3	2.8	4位(25.0%)	2.6	501位(28.8%)
訪問看護（訪問看護ステーション）数	6	5.7	8位(50.0%)	5.6	521位(29.8%)
精神科医療救急 体制あり数	0	0.1	5位(31.2%)	0.1	625位(35.9%)



福祉事業所データを見る

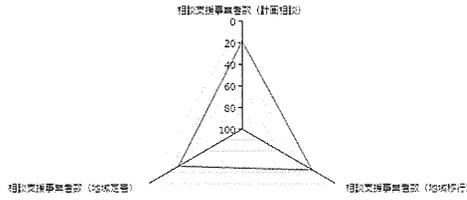
データタイプ 市 同規模自治体平均 県平均 全国平均 カスタム

データ年度 2013年度 2014年度 2015年度

図4

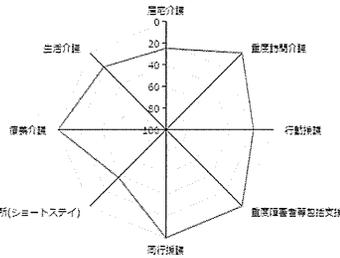
集計データ

項目名	2015年		
	市	県平均	県内順位
相談支援事業所数（計画相談）	6	4.2	3位(18.8%)
相談支援事業所数（地域移行）	3	1.3	4位(25.0%)
相談支援事業所数（地域定着）	2	1.2	5位(31.2%)



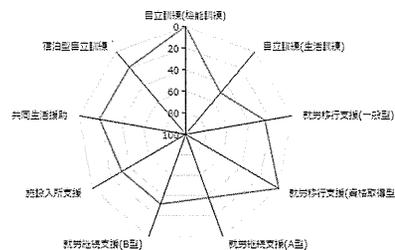
同規模自治体(2015年度)

項目名	2015年		
	市	県平均	県内順位
居宅介護	6	4.7	4位(25.0%)
居保訪問介護	0	0	1位(0%)
行動支援	3	1.2	3位(18.8%)
重症障害者等包括支援	0	0	1位(0%)
同行支援	0	0	1位(0%)
短期入所(ショートステイ)	1	0.8	6位(37.5%)
療養介護	0	0	1位(0%)
生活介護	4	1.4	3位(18.8%)



同規模自治体(2015年度)

項目名	2015年		
	市	県平均	県内順位
自立訓練(機能訓練)	0	0	1位(0%)
自立訓練(生活訓練)	1	0	8位(50.0%)
就労移行支援(一般型)	4	1.7	4位(25.0%)
就労移行支援(資格取得型)	0	0	1位(0%)
就労継続支援(A型)	5	3.3	6位(37.5%)
就労継続支援(B型)	6	2.6	5位(31.2%)
短期入所支援	2	0.7	5位(31.2%)
共同生活援助	2	4.6	3位(18.8%)
宿泊型自立訓練	0	0.1	2位(12.5%)



同規模自治体(2015年度)

ログインユーザー: 市

トップへ

図5

カスタム条件編集 (N = 32)

人口規模 (人) 10000 ~ 20000

高齢化率 (%) ~

人口密度 (人/km2) ~

歳入 (百万円) ~

キャンセル この条件で表示

項目名	2015年				
	市	県平均	県内順位	全国平均	全国順位
(有床)	1	0.6	3位(18.8%)	0.8	543位(31.3%)
	198	143.6	6位(37.5%)	151.2	749位(43.0%)
数 (標ぼう)	3	2.4	3位(18.8%)	2.5	603位(34.6%)
ア数	1	0.4	4位(25.0%)	0.4	578位(33.1%)
ナイトケア数	0	0.1	6位(37.5%)	0.1	641位(36.9%)
に精神) 数 (医療機関以外)	1	0.8	5位(31.2%)	0.7	541位(31.1%)
医療機関) 数	3	2.8	4位(25.0%)	2.6	501位(28.8%)

図6

自立支援医療給付件数

精神障害者保健福祉手帳給付数

1級	2級	3級
件	件	件

計画相談

	精神	知的	身体
件数	件	件	件
費用	円	円	円

地域移行/定着

	件数	費用
地域移行	件	件
地域定着	件	件

障害支援区分 (人数)

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
人	人	人	人	人	人	人

地域活動支援センター

	I型	II型	III型
事業者数	件	件	件
費用	件	件	件