51.0%，県央は 54.8%，相模原市は 37.1%，県西は 35.3%が圏域内で入院している。

F2 で見ると，平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 3,022 人のうちの 2,867 人（94.9%）は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では，横浜市は 66.6%，川崎市は 72.7%，横須賀･三浦は 79.0%，湘南東部は 55.3%，湘南西部は67.4%，県央は66.5%，相模原市は48.8%，県西は 70.4%が圏域内で入院している。

F3 で見ると，平成 26 年 1 月-6 月の新入院総数 1,573 人のうちの 1,456 人（92.6%）は神奈川県内で入院治療を受けている。地域別では，横浜市は 67.6%，川崎市は 75.8%，横須賀･三浦は 82.3%，湘南東部は 54.5%，湘南西部は65.1%，県央は52.9%，相模原市は53.5%，県西は 72.6%が圏域内で入院している。

4)平成 26 年度 630 調査追加調査による平成 26年6月30日の外来患者の医療圏域内，圏域外患者数とそれのICD区分別（全患者のみ表2に示す）

外来総数で見ると，平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 7,990 人のうちの 7,811 人（97.8%）は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では，横浜市は86.8%，川崎市は85.3%，横須賀･三浦は 86.4%，湘南東部は 73.7%，湘南西部は 85.3%，県央は 68.1%，相模原市は 85.0%，県西は 69.9%が圏域内で受診している。

F0 で見ると，平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 376 人のうちの 373 人（99.2%）は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では，横浜市は 93.0%，川崎市は 83.1%，横須賀･三浦は 92.3%，湘南東部は 78.6%，湘南西部は 100.0%，県央は 72.0%，相模原は 92.5%，県西は 100.0%が圏域内で通院している。

F1 で見ると，平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 271 人のうちの 252 人（93.0%）は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では，横浜市は 90.4%，川崎市は 79.5%，横須賀･三浦は 100.0%，湘南東部は 0.0%，湘南西部は 72.7%，県央は 50.0%，相模原市は 25.0%，県西は 60.0%が圏域内で通院している。

F2 で見ると，平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 2,405 人のうちの 2,336 人（97.1%）は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では，横浜市は 85.4%，川崎市は 83.2%，横須賀･三浦は 87.8%，湘南東部は 82.5%，湘南西部は 88.8%，県央は 75.5%，相模原市は 79.6%，県西は 77.9%が圏域内で通院している。

F3 で見ると，平成 26 年 6 月 30 日の通院患者 2,754 人のうちの 2,705 人（98.2%）は神奈川県内で通院治療を受けている。地域別では，横浜市は 85.4%，川崎市は 85.4%，横須賀･三浦は 85.3%，湘南東部は 71.6%，湘南西部は 81.7%，県央は 69.1%，相模原市は 89.1%，県西は 64.6%が圏域内で通院している。

5)4 県市の 2010 年および 2025 年における精神障害者数の推計（表3，4）

性別と年齢層別にみた平成 22 年（2010）年国勢調査人口等基本集計と世界精神保健日本調査（一次）による 12 ヶ月有病率から推計した 20 歳以上の成人男性の精神障害者数（気分障害，不安障害，物質関連障害の合計）は，「20-34 歳」75 千人，「35-44 歳」83 千人，「45-54 歳」28 千人，「55-64 歳」27 千人，「65 歳以上」21 千人，全年齢で 235 千人である（20 歳以上の成人男性人口に対する割合は 6.4%）。20 歳以上の成人女性の精神障害者数（気分障害，不安障害，物質関連障害の合計）は，「20-34 歳」108 千人，「35-44 歳」62 千人，「45-54 歳」65 千人，「55-64 歳」44 千人，「65 歳以上」48 千人，全年齢で 327 千人である（20 歳以上の成人女性人口に対する割合は 8.8%）。

性別と年齢層別にみた平成 37 年（2025）年将来推計人口と世界精神保健日本調査（一次）による 12 ヶ月有病率から推計した 20 歳以上の成人男性の精神障害者数（気分障害，不安障害，物質関連障害の合計）は，「20-34 歳」62 千人，「35-44 歳」60 千人，「45-54 歳」35 千人，「55-64 歳」29 千人，「65 歳以上」28 千人，全年齢で 214 千人である（20 歳以上の成人男性人口の推計数に対する割合は 4.9%）。20 歳以上の成人女性の精神障害者数（気分障害，不安障害，物質関連障害の合計）は，「20-34 歳」91 千

人,「35-44 歳」44 千人,「45-54 歳」82 千人,「55-64 歳」44 千人,「65 歳以上」66 千人, 全年齢で326千人である(20歳以上の成人女性人口の推計数に対する割合は6.7%)

神奈川県域, 横浜市, 川崎市, 相模原市を比較すると, 人口減少がより大きく, 人口構成で高齢者の割合のより大きい神奈川県域の減少幅が大きくなる。なお, 世界精神保健日本調査(一次)からは, 12 ヶ月有病率にあげられた者の約15%が同じ 1 年間に医療機関を受診しているとの報告がある。

ステップ 3(精神科入院受療必要量の検討):

精神病床数の現状と 1 年後残留率 5%の状況における入院必要量をまとめた。現状では, 神奈川県全域の精神科病院数70箇所, 精神病床数 13,939 床であって, 平成 24 年度 630 調査における在院患者数は,「1 年未満」4,704 人,「1 年以上 5 年未満」3,314 人,「5 年以上 10 年未満」1,508 人,「10 年以上 20 年未満」1,143 人,「20 年以上」786 人の合計 11,455 人である。2025 年に 1 年後残留率 5%を実現するモデルでは「1 年未満」4,638 人,「1 年以上 5 年未満」1,976 人,「5 年以上 10 年未満」815 人となる。政令指定都市を分離して計算すると「1 年未満」4,645 人,「1 年以上 5 年未満」1,932 人,「5 年以上 10 年未満」797 人となる。

全国の人口 10 万対通報件数と人口万対病床数, 人口 10 万対措置入院件数と人口万対病床数には有意な相関はなかった(分担研究報告書「精神病床数と 23 条通報の関連からみた地域精神医療における unmet needs」参照)。

4. ステップ 4(可視化された情報に基づく検討):

研究会における発言要旨を各項目別にまとめる。

1)精神保健医療の課題, 需給バランス

(1)神奈川県内で入院の受療ニーズがほぼ満たされていることは, このデータを見るまでわからなかった。

(2)2 次医療圏内で入院の受療ニーズをすべて満たすことは難しく, それよりもう少し広域, 県全体よりも狭い範囲で, 入院受療ニーズを満たすのが実際的であろう。

(3)通院医療の受療ニーズもほとんどは神奈川県内で満たされていると思われるが, 東京都の診療所データがないので評価は慎重にする必要がある。

(4)個々の病院の病床利用率は8割台になっているところが多いにも関わらず, 精神科救急に必要とされる病床が確保されないという問題がある。

(5)住所地と医療圏受療移動では, ICD 区分別のF1に圏域内に専門医療機関がないことの影響が読み取れた。

2)精神医療マップ, 住所地と医療圏受療移動, 地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷をどのように活用できるか

(1)精神保健医療マップ, 住所地と医療圏受療移動, 地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷 (12 ヶ月有病率) 等の情報は, 単独の都道府県または政令指定都市では作成しがたいものであり, 感覚的に捉えられてきた精神保健医療の実態が可視化されたことの意義は大きい。

(2)神奈川県における人口密度の高い地域, 低い地域の違いがきれいに描出された。

(3)精神障害者の地域生活を支えるという意味では, 精神保健医療以外の情報も, 地域のカスタマイズの一環として, マップに重ねると役立つだろう。

(4)地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷については, 統合失調症と認知症の情報もほしい。

(5)個別医療機関の特定できるマップをどの程度情報共有に利用できるかという課題があり, 関係者の合意形成が必要である。

3)入院必要量の計算結果についての意見

(1)都市部における若年人口の増加の影響を検討する必要があるだろう。

(2)4県市の数字を示すことによって, その数字が果たしてリアリティを持つのかどうか, きちんと時間をかけて議論をすることが望まれる。

4)精神保健医療ニーズの変化(川崎型地域包括ケアに対応した精神保健の構築の考え方の

活用可能性)

(1)地域包括支援センターや障害者支援センターで相談業務に当たっている人から見ると，精神保健や貧困は，困難事例に共通の横串を通す問題として存在している。

(2)川崎市の全市民を対象にした地域包括ケアに対応した精神保健医療の構築は，理念的には理解できるが，実動に結びつけていくのは，時間のかかることではないか。

5)その他(自由に)

(1)精神医療マップに，グループホーム等の地域の居住生活資源を重ねたい。

D. 考察

本研究は，地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発プロセスを明らかにすることの第一歩として神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行った。神奈川県全体の人口は約 912 万人（平成 22 年国勢調査）と日本人口のおよそ 14 分の 1 を占め，その中に，横浜市（人口約 372 万人），川崎市（人口約 147 万人），相模原市（人口約 72 万人）の 3 つの政令指定都市を含むが，これら 4 県市の精神保健福祉主管課，精神保健福祉センター，神奈川県精神科病院協会，神奈川県精神神経科診療所協会等の協力を得て無事実施することができたことの意義は大きい。

全体で 912 万人という人口を抱え，しかも神奈川県域と 3 つの政令指定都市が存在するという環境の中では，2 回の研究会で 4 県市個別の詳細な議論まで進めることはできなかったが，精神保健医療関係者で情報共有して議論をするための精神保健医療マップの内容についてはおおむね整理することができた。

今回のマップ作成においては，個別の医療機関が特定できるマップは会議資料のみにとどめることとしたが，個別の医療機関が特定できるマップ等を地方精神保健福祉審議会等の資料に使用することを想定した場合，個人情報を含まない情報ではあるものの，関係者の合意形成が必要であろう。

研究会においては，本研究で使用された資料は，単独の都道府県または政令指定都市では作成しがたいものであり，感覚的に捉えられてきた精神保健医療の実態が可視化されたことの意義は大きいという意見が述べられた。

精神科の入院需要に関しては，神奈川エリア内でほぼ完結していることが明らかになった。しかし，2 次医療圏内で満たされているのは 52.8%から 75.4%であった。現状を踏まえると 2 次医療圏よりは広い範囲を精神保健医療圏域として設定することの妥当性が高いことが示された。しかし，これが地域のニーズに適合しているかどうかは検討が必要である。実際，川崎市の一般医療の現場からは，平日昼間の時間帯に精神病状態の患者に診療場面で遭遇した場合，夜間救急の時間帯にならないと入院先が確保できないこと，その場合，居住地から相当離れた場所への入院になるとの声も聞かれた。今後の研究においては，精神保健医療がどのくらい地域のニーズに適合しているかどうかの検証が必要であろう。また，今後の人口減が見込まれる地域，今後の人口増が見込まれる地域の精神科医療確保が課題と考えられた。

地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷については，統合失調症と認知症の情報もほしいと意見，精神医療マップに，グループホーム等の地域の居住生活資源を重ねたいという意見には，今後の本研究または関連する他の研究で対応していくことが必要と考える。

本研究の成果は，神奈川エリアにおいてさらに詳細な検討ができるように発展させるとともに，地域性の異なる他の都道府県・政令指定都市においても研究会形式で検討を行い，各地に応用可能な精神保健医療の可視化と情報共有のプロセスをまとめていくことが望まれる。

E. 結論

神奈川エリアにおける精神保健医療の可視化と情報共有を行った。精神保健医療関係者が，精神医療マップ等による情報を共有し，地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発につなげていくためのプロセスの

構築は十分可能と考えられた。今後は，このプロセスが他の地域にも適用できるかどうかを検証すること，また，神奈川エリアにおいては，現在の精神保健医療の提供が地域のニーズに適合しているかどうか検証する必要がある。

F. 健康危険情報　なし

G. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　なし
3. その他　なし

I. 参考文献　なし

図1.精神科病院と精神科診療所の所在地マップ

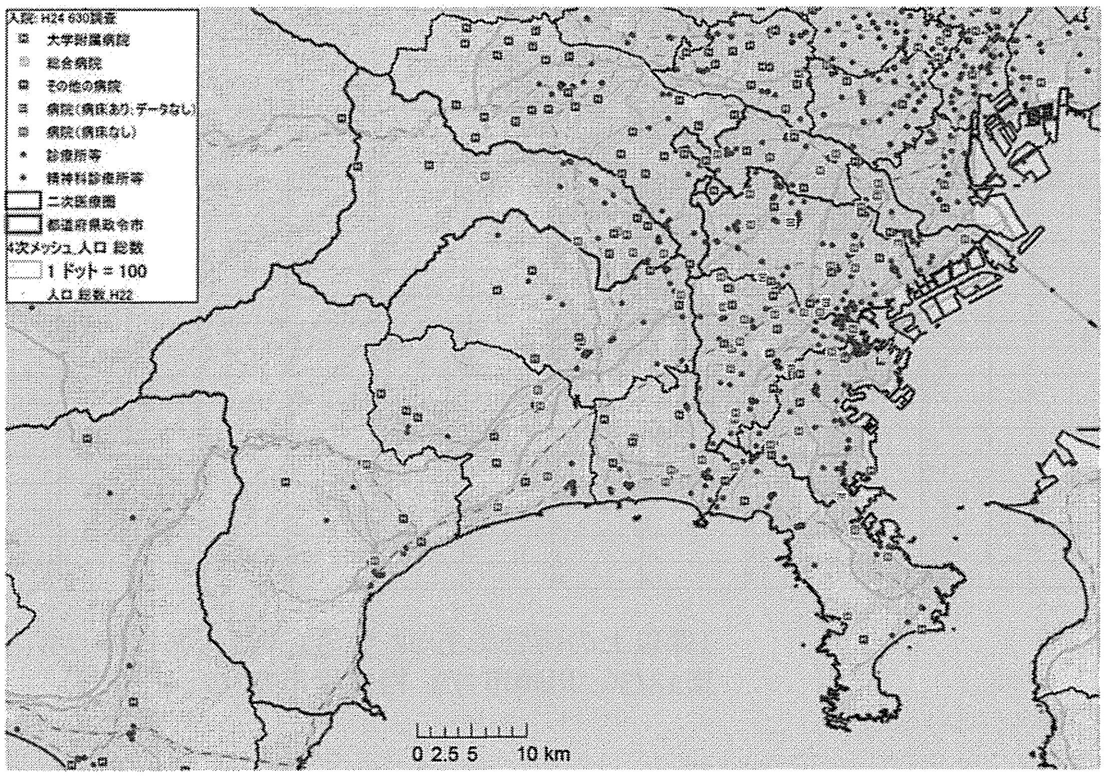


図2. 2015年を基準とする2040年の人口

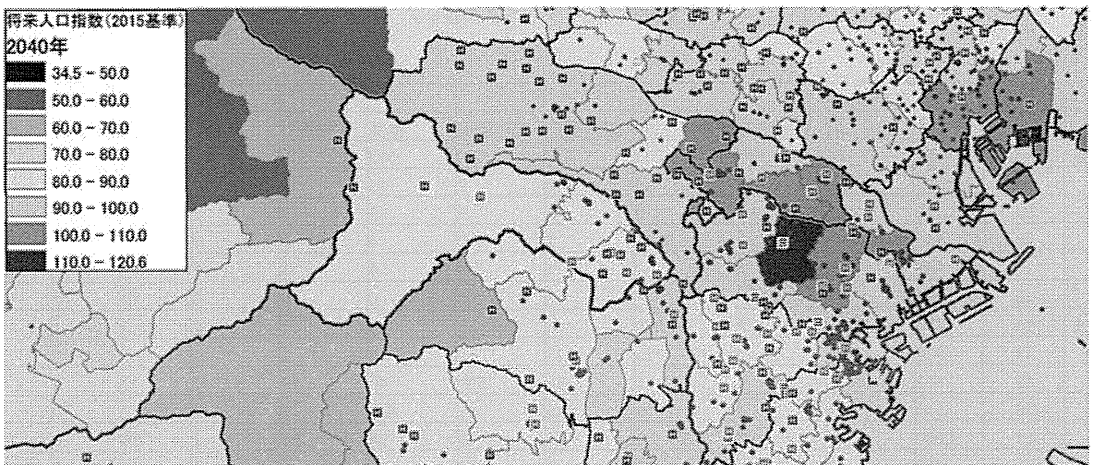


表1.平成26年1-6月の入院患者の受療圏別移動（入院総数）

			患者医療圏											
			横浜市内	川崎市内	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西	東京都	埼玉県	千葉県	静岡県
施設医療圏	施設数※	患者数	2,394	1,140	751	530	665	670	517	448	6,775	4,600	4,234	3,342
横浜北部	6	511	371	54	10	6	1	3	7	1	50	0	2	0
横浜西部	7	1,142	858	49	36	48	12	56	13	6	43	4	2	0
横浜南部	5	550	429	20	49	16	5	4	7	4	6	3	3	0
川崎北部	6	1,118	169	746	7	11	9	7	5	1	139	3	5	0
川崎南部	1	69	11	44	1	0	0	1	1	0	9	0	1	0
横須賀・三浦	4	991	209	24	577	33	14	13	8	9	57	6	14	0
湘南東部	5	472	31	13	40	294	36	28	7	7	3	1	0	0
湘南西部	6	661	38	6	8	39	434	38	20	56	13	2	0	0
県央	6	691	40	18	10	41	76	396	73	9	23	1	0	0
相模原	7	521	45	12	0	14	11	82	273	0	64	3	4	0
県西	3	449	13	5	2	10	50	4	7	338	9	1	0	0
東京都	48	6,080	110	107	5	10	8	26	71	4				
埼玉県	48	4,729	4	5	1	2	0	1	1	0				
千葉県	43	4,502	9	8	0	1	2	2	1	0				
静岡県	34	3,366	8	1	2	0	1	0	2	7				

1件以上の報告のあった施設（神奈川県域24/24，横浜市18/30，川崎市7/9，相模原市7/7の回答あり）

表2.平成26年6月30日の通院患者の受療圏別移動（外来総数）

			患者医療圏											
			横浜市内	川崎市内	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西	東京都	埼玉県	千葉県	静岡県
施設医療圏	施設数※	患者数	3,284	1,180	671	438	598	642	918	259	2,892	4,087	5,564	4,656
横浜北部	39	1,218	1,025	91	14	8	2	12	11	1	45	3	3	0
横浜西部	32	1,137	1,052	14	9	12	5	18	7	1	13	2	2	1
横浜南部	26	845	772	13	25	7	0	4	1	2	15	0	4	0
川崎北部	17	665	68	491	3	1	4	4	7	1	74	1	0	5
川崎南部	16	659	97	515	4	3	2	0	0	0	27	2	2	0
横須賀・三浦	11	724	103	2	580	16	6	1	1	2	7	1	2	0
湘南東部	13	404	28	0	23	323	13	8	1	1	5	0	0	0
湘南西部	18	663	11	1	1	36	510	40	12	47	2	0	1	0
県央	16	574	27	2	3	11	29	437	46	7	7	0	1	0
相模原	24	1,020	19	5	0	11	9	98	780	2	88	0	1	0
県西	7	206	0	0	0	2	14	1	0	181	1	0	0	6
東京都※	46	2,537	43	29	2	2	1	14	40	0				
埼玉県	98	3,932	6	4	0	0	0	0	0	0				
千葉県	121	5,747	8	2	2	1	0	0	1	0				
静岡県	115	4,699	1	2	1	1	2	1	3	13				

1件以上の報告のあった施設。東京都の診療所は報告がない。

表3.性別と年齢層別にみた平成22年(2010年)国勢調査人口等基本集計とWMHJ-1による12カ月有病率から推計した神奈川県の精神障害者数 (単位:千人)

	男性						女性					
	20-34歳	35-44歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上	合計	20-34歳	35-45歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上	合計
平成22年(2010年)国勢調査人口	894	783	587	609	813	3,686	813	725	542	615	1,007	3,701
気分障害者数	25	36	9	13	5	88	63	25	30	18	18	155
不安障害者数	35	44	20	9	8	116	57	37	36	28	35	193
物質関連障害者数	13	12	2	4	5	35	10	0	1	0	0	12
いずれかの精神障害者数	75	83	28	27	21	**235**	108	62	65	44	48	**327**

※平成22年(2010年)国勢調査人口等基本集計は総務省統計局から公表されているものを使用
※対象は外国人を含めた日本に在住する者

表4.性別と年齢層別にみた平成37年(2025年)将来推計人口とWMHJ-1による12カ月有病率から推計した神奈川県の精神障害者数 (単位:千人)

	男性						女性					
	20-34歳	35-44歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上	合計	20-34歳	35-45歳	45-55歳	55-64歳	65歳以上	合計
平成37年(2025年)将来推計人口	741	562	720	657	1,076	3,757	680	518	686	620	1,372	3,876
気分障害	21	26	12	14	6	78	53	18	38	18	25	152
不安障害	29	32	25	10	10	105	48	26	45	28	47	195
物質関連障害	10	9	2	5	6	32	9	0	2	0	0	10
いずれかの精神障害	62	60	35	29	28	**214**	91	44	82	44	66	**326**

※平成37年(2025年)将来推計人口は国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』を使用
※対象は外国人を含めた日本に在住する者

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
分担研究報告書

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革達成における情報共有と対話促進に関する研究
（2）精神病床数と23条通報の関連からみた地域精神医療における unmet needs

研究分担者　竹島　　正　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市健康福祉局）
研究協力者　小池　純子　（自治医科大学看護学部）
　　　　　　立森　久照　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
　　　　　　菅　知絵美　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：
【目的】精神保健医療における unmet needs（対処されていないニーズ）を都道府県の人口10万対精神病床数と通報件数および措置入院件数との関連から探り，今後の精神医療制度設計に資することを目的とする。
【方法】人口10万対精神病床数と精神保健福祉法第23条による通報件数，および同条に基づく措置入院件数の関連について，相関分析と散布図を用いて分析した。
【結果および考察】人口10万対精神病床数，23条通報件数，通報後の措置入院数には，都道府県間で相当なばらつきがあることが明らかになった。その一方，相関分析の結果，都道府県別の人口10万対病床数と23条通報件数（r= −.131, P= .376），通報後の措置入院件数（r= −.098, P= .509）それぞれに有意な相関はなかった。また，人口10万対23条通報件数と通報後の措置入院についても，有意な相関は認められなかった（r= .006, P= .969）。これらのことから，人口10万対精神病床数が少ないことが直接的に unmet needs を増大させている可能性は小さいと考えられた。
【結論】人口10万対精神病床数，23条通報件数，通報後の措置入院数には，都道府県間で相当なばらつきがあること，人口万対病床数と23条通報件数および通報後の措置入院件数の相関がないことが示された。23条通報から浮かび上がる unmet needs は，地域精神保健医療体制および居住・見守りの充実などによって，より小さくすることが期待される。

A．研究目的
わが国の精神保健医療福祉は「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革が推進されており，これに伴い精神病床数は減少傾向にある。今後は医療法の改正の中で，2025年に目指すべき医療機能別必要量等，医療提供体制の枠組みと実現方策が策定される見込みであり，その一環として，地域精神医療に必要なニーズを満たす入院需要必要量を検証する必要がある。

ところで，衛生行政報告例に示される精神保健福祉法に基づく通報等件数[1]は，毎年増加の一途を辿っており，過去10年では倍増，過去5年においても増加率は45%に及んでいる。通報の種別では，とりわけ警察官通報の増加が顕著であり[1-3]，入院需要必要量を検討する際には，通報等のかたちで事例化し，緊急に入院を要する場合を見越した算出が必要になる。そこで本研究では，都道府県ごとの unmet needs（対処されていないニーズ）を病床数と通報件数および措置入院件数との関連から探り，今後の精神医療制度設計に資することを目的とする。

B．研究方法
本研究では，人口10万対病床数と精神保健福祉法第23条による通報（以下，「23条通報」という）件数，同条に基づく措置入

院（以下，「通報後の措置入院」という）件数の関連について，相関分析と散布図を用いて分析した。23 条通報件数，および通報後の措置入院件数は平成 26 年度の衛生行政報告例[1]を用いた。人口 10 万対病床数の計算における病床数は平成 24 年の 630 調査[4]の平均を利用し，各都道府県の人口は平成 22 年国勢調査[5]の数値を用いた。統計学解析は IBM SPSS Statistics version 21.0 を用いて行い，両側検定において有意水準は 5%未満とした。

（倫理面への配慮）

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2014-112）。

C．研究結果

精神保健福祉法による全通報等制度は，平成 24 年度に 21,046 件，平成 25 年度 23,177 件，平成 26 年度 24,729 件と年々増加しており，通報等の約 7 割を占める 23 条通報においては平成 24 年度に 14,954 件，25 年度 16,498 件，平成 26 年後に至っては 17,799 件へと増加している。23 条通報が 3 年連続増加している都道府県は 12 県，なかでも岐阜県は平成 24 年度の 481 件から平成 26 年度においては 1,350 件へと激増している。一方，3 年連続減少している都道府県は 4 県あり，栃木県を除く新潟県，鳥取県，佐賀県は，人口 10 万対通報件数自体が少ない。人口 10 万対 23 条通報件数が最も多かった都道府県は岐阜県で 64.9 件，ついで徳島県（38.2），千葉県（29.4），香川県（25.2），東京都（19.6），鹿児島県（18.5）であった。他方，同件数が少ない都道府県は秋田県（3.5），鳥取県（3.6），佐賀県（3.9），青森県（4.2），新潟県（4.7）であって，都道府県間のばらつきは大きかった。

通報後の措置入院件数に関しては，平成 24 年度が 5,502 件，平成 25 年度 5,771 件，平成 26 年度は 5,662 件であった。件数が 3 年連続増加し続けている都道府県は香川県，高知県，福岡県の 3 県であり，逆に減少に転じているのは滋賀県，和歌山県，島根県，愛媛県，佐賀県，沖縄県の 6 県であった。通報後の措置入院件数は，降順に東京都（10.8），栃木県（9.3），長野県（8.5），広島県（7.5），神奈川県（7.2）であり，昇順に北海道（0.5），岐阜県（0.6），愛知県（0.6），兵庫県（0.7），秋田県（0.7）であり，都道府県間のばらつきは大きかった。これらのデータと人口 10 万対病床数との関連を散布図で示した（図 1，2）。

相関分析の結果，都道府県別の人口 10 万対病床数と 23 条通報件数（r= -.131, P= .376），通報後の措置入院件数（r= -.098, P= .509）それぞれに有意な相関はなかった。なお，人口 10 万対 23 条通報件数と通報後の措置入院についても，有意な相関はなかった（r= .006, P= .969）。

D．考察

最近の衛生行政報告例[1]を参照すると，全通報等件数は毎年 1,000 件を超えて増加しており，とりわけ 23 条通報件数は増加件数全体の 65%を占める。しかし 23 条通報件数自体は激増しているが，通報後の措置入院自体は一定の件数にとどまっている。このような現状にも着目しながら，今回の結果を考察する。

病床数と 23 条通報件数において統計上の有意な相関は認められなかった。ここから，23 条通報がなされる背景要因として，病床数が少ないために生じる入院医療の確保の困難や，病床数が多いことによって生じ得る不適正な通報など病床数の影響は否定されたと言える。しかし，竹島ら[2]によって，病床が少ない大都市圏での精神科医療へのアクセスが困難なことが指摘されており，必要入院料を算定する際に，大都市圏における通報事例の受け入れ病床数を勘案する必要がある。一方で，病床が多い都道府県では，精神科救急事業における 24 時間精神医療相談窓口の整備が進んでいな

い場合があり[6]，またミクロ救急が機能しないために精神科救急への依存度が高くなっている可能性がある[7]。したがって，通報対象者の特性に関して，都道府県の実情に照らした多角的な分析が焦眉の課題となる。

本研究からも明らかになったように，人口10万対精神病床数，23条通報件数，通報後の措置入院数には，都道府県間で相当なばらつきがある。通報制度の運用は，都道府県ごとに異なる実情を背景にしたものであって，必ずしも統一を図ることが望ましいとは言えない。また，通報件数には，精神科救急医療体制や地域精神医療体制の運用の影響だけでなく，警察署における対応も含めて，より広い文脈で捉えるべき課題もあるだろう。しかしながら，警察官通報とそれへの医療体制については，unmet needs を縮小し，通報となる精神障害者の地域生活を安定化させるという観点から，居住や見守りも含めて一定の均てん化を図る余地はあるであろう。

人口10万対精神病床数と通報後の措置入院の関連であるが，ここにも統計上の相関はなく，通報件数と同様に病床数が不適正な医療提供に結びついている可能性はないことが示された。措置入院に関しては従来から，あくまで精神障害者に対して緊急的に講じられる医療上の措置としての運用が求められ[8]，その要否は精神症状と問題行動の組み合わせに基づいて判断されている[9]。ここから，通報後の措置入院は，病床数の影響よりも指定医の措置入院要否判断が影響しているものと考えられた。一方で，各自治体における精神科救急医療体制の運用の相違が，通報後の措置入院の相違に影響を及ぼしていることも否定できず，必要病床数の算出には，これらの事情を考慮しておく必要がある。

E．結論

人口10万対精神病床数，23条通報件数，通報後の措置入院数には，都道府県間で相当なばらつきがあること，人口万対病床数と23条通報件数および通報後の措置入院件数の相関がないことが示された。23条通報から浮かび上がる unmet needs は，地域精神保健医療体制および居住・見守りの充実などによって，より小さくすることが期待される。

F．健康危険情報　　なし

G．研究発表
1．論文発表　　なし
2．学会発表　　なし

H．知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1．特許取得　　なし
2．実用新案登録　　なし
3．その他　　なし

I．引用文献

1) 「衛生行政報告例」（厚生労働省）（http://www.e-etat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031469，アクセス日時：2016.02.08 17:00）
2) 竹島正，下田陽樹，立森久照，金田一正史，小泉典章，松本俊彦，瀬戸秀文，吉住昭：Unmet needs の把握のための通報等調査．厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」分担報告書，49-64，2015.
3) 竹島正，小山明日香，立森久照，金田一正史，小泉典章，松本俊彦，瀬戸秀文，吉住昭：精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題-全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに-．日本社会精神医学会雑誌 21(1)：23-31，2012.
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24年度6月30日調査の概要.(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/),2012
5) 「国勢調査」(総務省統計局)(http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001039448, アクセス日時：2016.02.08 17:00)
6) 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課：精神科救急の現状.(http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000030p5p-att/2r98520000030pbc.pdf, アクセス日時：2016.02.08 17:00)
7) 平田豊明：わが国の精神科救急医療体制. 臨床精神医学 43：573-580, 2014.
8) 瀬戸 秀文, 藤林 武史, 吉住 昭：精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について 措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討. 臨床精神医学 36, 1067-1074, 2007.
9) 瀬戸秀文, 吉住昭：医療観察法施行後の措置入院の変化ー特に警察官通報の現状ならびに指定医の判断について.臨床精神医学 43：1325-1334, 2014.

図１　人口 10 万対病床数と精神保健福祉法第 23 条による通報件数

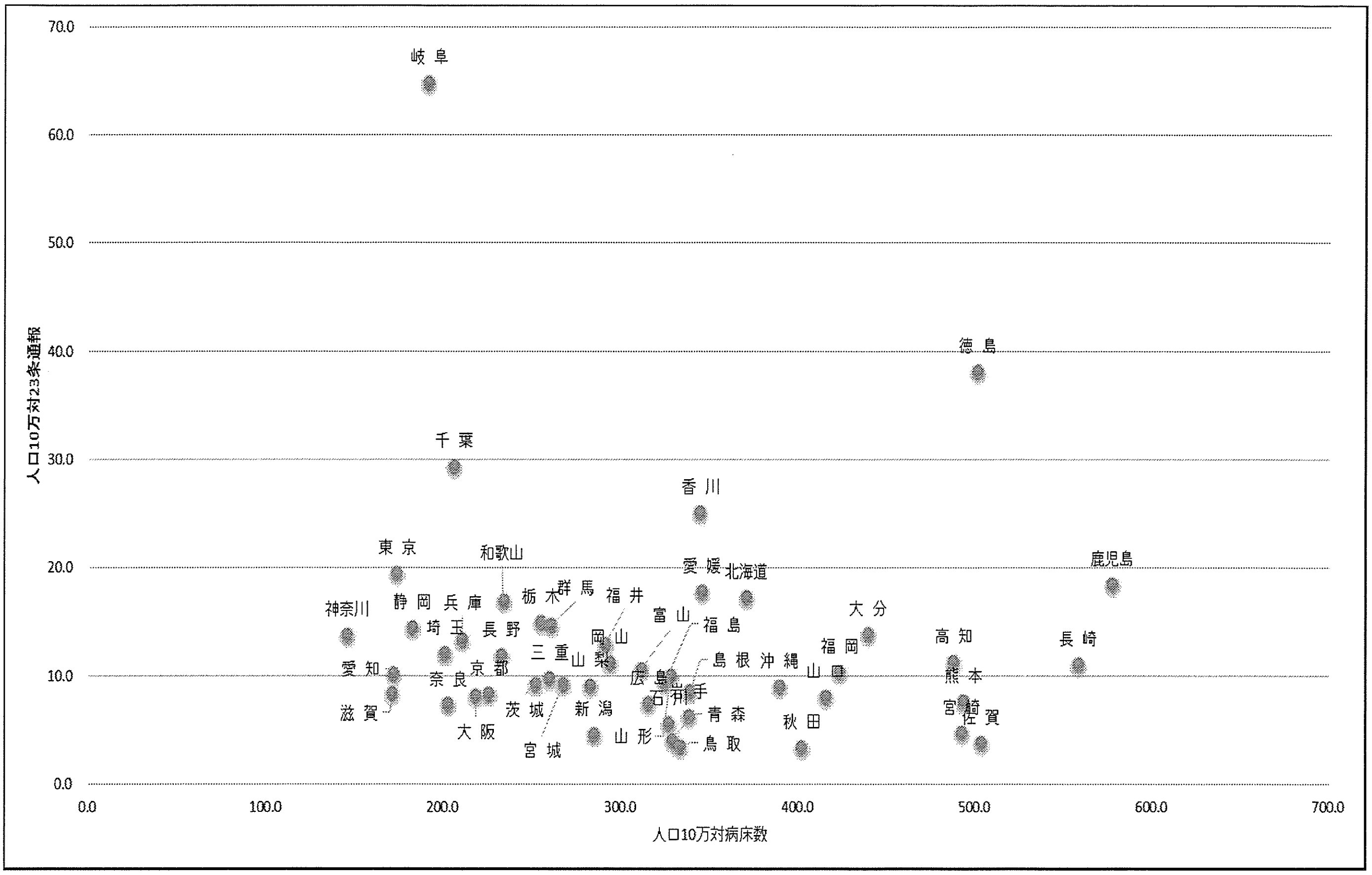
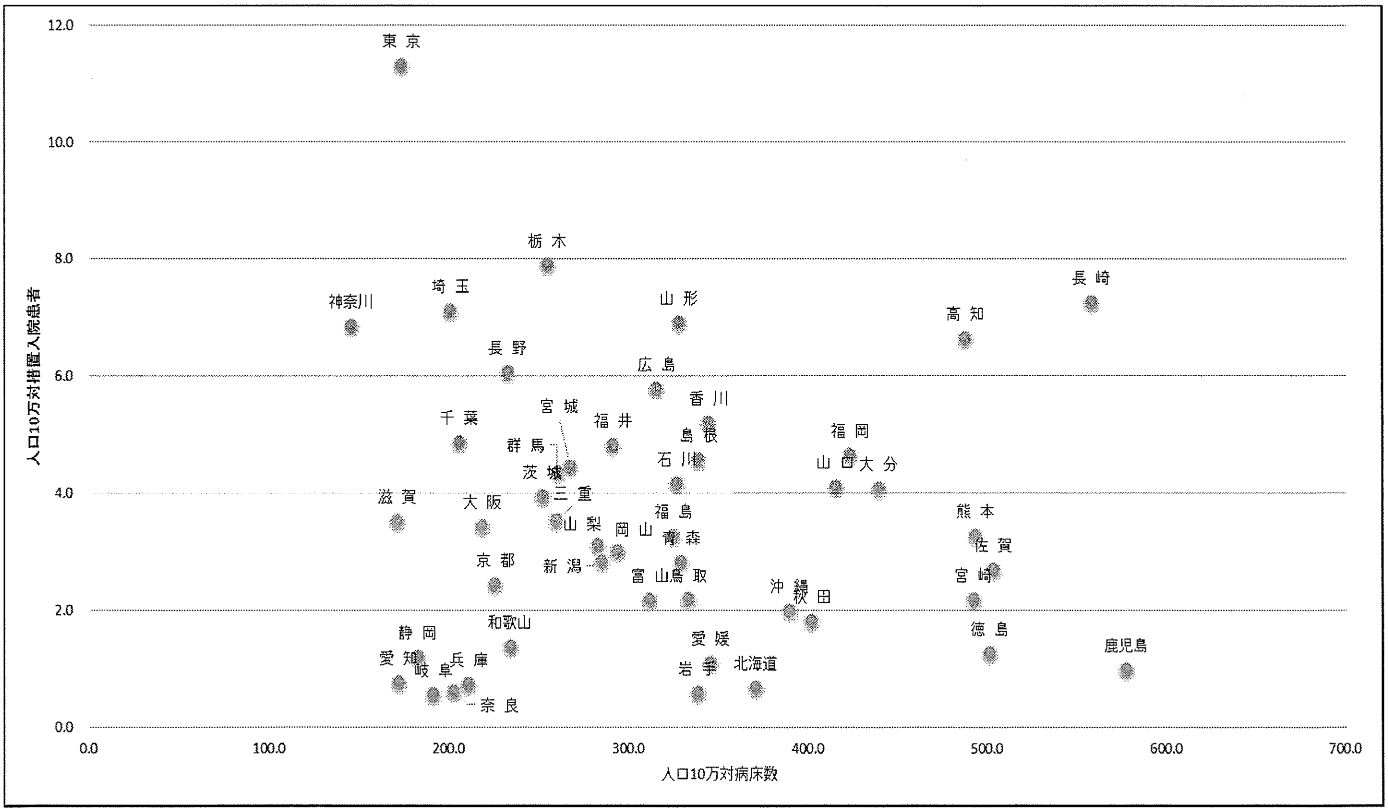


図２　人口 10 万対病床数と精神保健福祉法第 23 条に基づく措置入院件数



平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
分担研究報告書
地域のストレングスを活かした精神保健医療改革達成における情報共有と対話促進に関する研究
（3）都道府県または政令指定都市レベルの精神保健医療の課題についての率直な対話の場に関する調査

研究分担者　竹島　　正　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市健康福祉局）
研究協力者　菅　知絵美　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
立森　久照　（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：
【目的】都道府県または政令指定都市レベルの地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場に関する調査を行い，地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発の議論に活用可能な対話の場の種類やその主要な参加者の把握，および対話の場で有用な資料に関する情報を得ることを目的とした。
【方法】都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課，全国精神保健福祉センター長会，精神医学講座担当者会議，日本精神科病院協会，日本精神神経科診療所協会，全国精神保健福祉相談員会の6つの組織団体に協力を依頼し，電子調査を行った。
【結果】率直な対話の場の活動として，精神保健福祉審議会が最も多く，次いで精神科病院協会等の団体の活動，精神科救急の検討の場，精神障害者の地域移行や自立支援に関する検討の場，自殺対策の検討の場，精神保健福祉協会，精神医療審査会が挙げられた。その主要な参加者は，精神保健の関係者だけでなく，地域福祉事業者，民間団体や家族なども含まれた。また，率直な対話の場の際に用いる資料について，本調査で示した資料がある程度役立つと評価された。
【結論】地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場として，精神保健福祉審議会，精神科病院協会等の団体の活動や精神科救急の検討の場が活用されていることが確認された。参加者は，精神保健医療の関係者のほか，地域福祉事業者，民間団体や家族などの参加も多かった。対話の場の際に役立つ資料として，精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップやWMH 日本調査と精神医療に関連する推定値の資料を地域に応じて提示することが有用であると考えられた。本調査の成果を地域における精神保健医療の対話の発展に活かすことが期待される。

A．研究目的

わが国の精神保健医療は平成16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示されたものの，その達成目標である平均退院率，退院率ともに10年間の期間内の達成は困難な状況である。この背景には，各都道府県等の状況を踏まえた目標達成のプロセスが明確にされなかったことが挙げられる。

本研究は，都道府県または政令指定都市レベルの地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場に関する調査を行い，地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発の議論に活用可能な対話の場の種類やその主要な参加者の把握，および対話の場で有用な資料に関する情報を得ることを目的とした。

B．研究方法

1．対象者と調査内容および方法

都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課，全国精神保健福祉センター長会，精神医学講座担当者会議，日本精神科病院協会，

日本精神神経科診療所協会，全国精神保健福祉相談員会，の6つの組織団体を通じて，全国の都道府県・政令指定都市に協力を依頼し電子調査を行った。電子調査では，調査依頼と調査票 Web ページにつながる URL が電子メールにて送信された。回答者には，パソコンから URL にアクセスし，調査票に回答するよう求めた。調査は 2015 年 8 月 9 日から 2015 年 10 月 23 日まで行われた。

２．調査項目

調査項目は，URL にアクセスした順序に従って「1」から自動的に通し番号を付与した ID 番号，6 つの組織団体別のコード番号，精神保健医療改革の議論にも活用可能な精神保健医療関係者の率直な対話の場の有無，主要な率直な対話の場の名称（最大 3 つまで），主要な率直な対話の場の主催者，主要な率直な対話の場の開催時期，主要な参加者，主要な率直な対話の場の行政とのつながり，主要な率直な対話の場の詳細情報の入手方法，精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料に関する質問，回答者の名前，回答者の連絡先であった。なお，率直な対話の際に役立つ資料として回答者がイメージしやすいように，施設別の在院 1 年以上の患者数と入院患者の受療行動をマップ上に示した仮想マップを参照して回答を求めた。その質問は 5 問（例えば，精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ）設け，それ以外に WMH 日本調査（精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査：以下，WMH 日本調査と略す）と精神医療に関連する推定値の資料に対する質問が 3 問（例えば，WMH 日本調査と各市町村の人口をもとにした，地域における現在または将来の精神障害者数など）であった。これら計 8 問について 1＝大いに役立つから 5＝まったく役立たない，の 5 件法で回答を求めた。本調査で用いた調査票は付表のとおりである。回答者個人を特定するものではい。

３．データの処理

解析対象として，2 つのデータセットを用意した。1 つ目は調査票 Web ページにつながる URL にアクセスをした全ての回答が含まれたデータセット（以下，全ての回答が含まれたデータセットと略），もう 1 つは，全ての回答が含まれたデータセットから調査票の最後のページまで回答があったもののみを抽出したデータセット（以下，抽出したデータセットと略）であった。2 つのデータセットについて，複数回答があった場合は，通し番号で入力された ID 番号に基づき最終回答の方を採用した。都道府県・政令指定都市や組織団体の特定において，電子調査で得られたコード番号や連絡先等から特定可能である対象について行った。

精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問については，逆転項目として処理し，得点が高いほど役に立つという評価が強いとした。

本報告書においては，平成 28 年 2 月 9 日時点での速報値として分析を行った。

（倫理面への配慮）

本調査は，地域精神保健医療の開発の議論に活用可能な対話の場の調査であって，個人情報は含まれない。

Ｃ．研究結果

１．全ての回答が含まれたデータセット

１－１．回答状況

全都道府県・政令指定都市 67 箇所に協力依頼し 61 箇所（回答率 91.0%），342 施設から回答が得られた。6 つの組織団体からは，都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課が 89 施設（26.0%），全国精神保健福祉センター長会が 80 施設（23.4%），日本精神神経科診療所協会が 68 施設（19.9%），日本精神科病院協会が 59 施設（17.3%），全国精神保健福祉相談員会が 39 施設（11.4%），精神医学講座担当者会議が 2 施設（0.6%），6 つの組織団体のどれにも特定できない施設が 5 施設（1.5%）であった。

１－２．率直な対話の場の名称や活動の集計

精神保健医療改革の議論にも活用可能な精神保健医療関係者の率直な対話の場の名称や活動について，回答が得られた施設数は 342 施設中 83 施設（回答率 24.3%）であり，計 136 個の名称や活動が挙げられた。そのうち，精神保健福祉審議会が 53 回答（39.0%）と最も多く，次いで精神科病院協会や医師などによる団体(以下,精神科病院協会等の団体と略）が 22 回答（16.2%)，精神科救急に関する検討の場（以下，精神科救急と略）が 15 回答（11.0%)，精神障害者の地域移行や自立支援に関する検討の場（以下，自立支援と略）が 6 回答（4.4%)，自殺対策に関する検討の場（以下，自殺対策と略）が 5 回答（3.7%)，精神保健福祉協会が 4 回答（2.9%)，精神医療審査会が 2 回答（1.5%)，その他が 29 回答（21.3%）であった。また，6 つの組織団体で共通した対話の場はなかったものの，日本精神神経科診療所協会を除く 5 つの団体で共通して精神保健福祉審議会が多く挙げられていた(図 1)。

率直な対話の場に参加する主要な参加者については合計 646 回答が得られ，精神保健福祉行政が 124 回答（19.2%）と最も多く，精神医療に関する医師が 120 回答（18.6%)，精神医療に関する医師以外の精神保健医療従事者が 94 回答（14.6%)，障害者福祉事業者・民間団体が 84 回答（13.0%)，精神保健医療サービス利用者・家族が 72 回答（11.1%)，精神保健福祉行政以外の行政が 65 回答（10.1%)，障害者福祉事業者・民間団体以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体が 44 回答（6.8%)，市民が 15 回答(2.3%),その他が 28 回答(4.3%)であった)。次に，これらの回答を精神保健の関係者（精神医療に関する医師，精神保健福祉行政，精神医療に関する医師以外の精神保健医療従事者を含む）とその他（精神保健福祉行政以外の行政，障害福祉事業者・民間団体，障害福祉事業者・民間団体以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体，精神保健医療サービス利用者・家族，市民，その他を含む）に大別したところ，前者が 338 回答（52.3 %),後者が 308 回答(47.7%)であった。

１－３.精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問の集計

精神保健医療に関する率直な対話の場の際に役立つ資料の質問について，各項目に答えた施設数と平均値,標準偏差を表 1 に示した。どの質問項目も平均値はおよそ 4 点に近く（範囲 3.79～4.07),質問項目で記した資料がある程度役立つと評価していた。6 つの組織団体別でみても全て項目におよそ 4 点に近い評価（範囲 3.60～5.00）で，団体によって大きく評価が異なることはなかった（表 2)。

２．抽出したデータセット

全ての回答が含まれたデータセットには複数回答であるか否かを特定するには本調査では限界があった。例えば，同一回答者であっても,調査票 URL にアクセスするたびに新しい ID 番号が付与されるため,連絡先等の質問項目がある調査票の最後のページまで回答があったもののみを抽出したデータセットも用いて同様の分析を行った。

２－１．回答状況

全都道府県・政令指定都市 67 箇所に協力依頼し 52 箇所（回答率 77.6%)，106 施設から回答が得られた。6 つの組織団体からは，全国精神保健福祉センター長会が 41 施設（38.7%)，日本精神神経科診療所協会が 26 施設（24.5%)，都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課が 16 施設（15.1%)，全国精神保健福祉相談員会が 12 施設（11.3%)， 日本精神科病院協会が 10 施設（9.4%)，精神医学講座担当者会議が 1 施設（0.9%）であった。

２－２．率直な対話の場の名称や活動の集計

精神保健医療改革の議論にも活用可能な率直な対話の場の名称や活動について，回答が得られた施設数は 106 施設中 63 施設(回答率 59.4%）であり，計 106 個の名称や活動が挙げられた。そのうち，精神保健福祉審議会が 40 回答（37.7%）と最も多く，次いで精神科病院

協会等の団体が 15 回答（14.2%），精神科救急が 10 回答（9.4%），自殺対策が 4 回答（3.8%）と精神保健福祉協会が 4 回答（3.8%），自立支援が 3 回答（2.8%），精神医療審査会が 1 回答（0.9%），その他が 29 回答（27.4%）であった。また，日本精神神経科診療所協会と精神医学講座担当者会議から率直な対話の場の回答記述がなかったが，その他 4 つの団体で共通して精神保健福祉審議会が多く挙げられていた（図 2）。

率直な対話の場に参加する主要な参加者については合計 513 回答が得られ，精神保健福祉行政が 99 回答（19.3%）と最も多く，精神医療に関する医師が 96 回答（18.7%），精神医療に関する医師以外の精神保健医療従事者が 78 回答（15.2%），障害者福祉事業者・民間団体が 66 回答（12.9%），精神保健医療サービス利用者・家族が 58 回答（11.3%），精神保健福祉行政以外の行政が 48 回答（9.4%），障害者福祉事業者・民間団体以外を中核とする地域福祉事業者・民間団体が 33 回答（6.4%），市民が 12 回答（2.3%），その他が 23 回答（4.5%）であった。次に，これらの参加者を精神保健の関係者とその他に大別したところ，前者が 273 回答（53.2%），後者が 240 回答（46.8%）であった。

2－3．精神保健医療に関する率直な対話の際に役立つ資料の質問の集計

精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料の質問について，各項目に答えた施設数と平均値，標準偏差を表 1 に示した。どの質問項目でも平均値はおよそ 4 点に近い数値であった（範囲 3.60～4.07）。6 つの組織団体別でみても全て項目におよそ 4 点に近い評価（範囲 3.54～5.00）で，団体によって大きく評価が異なることはなかった（表 3）。

D．考察

本調査では，2 種類のデータセットを用いて地域の精神保健医療の課題について率直な対話の場に関する分析を行った結果，類似した傾向が得られた。

地域精神保健医療の課題についての率直な対話の場としては，精神保健福祉審議会が最も多く挙げられており，精神保健及び精神障害者福祉に関して各地域で審議が進められていることが改めて確認できた。また，精神科病院協会等の団体での活動や精神保健福祉協会，精神科救急に関する検討の場なども回答として挙がり，団体種別を超えて精神保健医療の検討がなされていることが分かった。このような率直な対話の場への参加者は精神保健の関係者が主要であるかと思われたが，地域福祉事業者や民間団体や家族などの参加者も多く，対話の場において様々な意見交換ができるものと期待される。

率直な対話の場の際に役立つ資料の質問について，精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや WMH 日本調査と精神医療に関連する推定値の資料がある程度役立つと評価された。今後，更なるデータクリーニングの必要性はあるが，全国のほとんどの都道府県・政令指定都市に設定されている精神保健福祉審議会を軸に，地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発の議論に関する資料提供を行うことが重要であると考えられた。

E．結論

本調査の結果，地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場として，精神保健福祉審議会，精神科病院協会等の団体の活動や精神科救急の検討の場が活用されていることが確認された。参加者は，精神保健医療の関係者のほか，地域福祉事業者，民間団体や家族などの参加も多かった。対話の場の際に役立つ資料として，精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや WMH 日本調査と精神医療に関連する推定値の資料を地域に応じて提示することが有用であると考えられた。本調査の成果を地域における精神保健医療の対話の発展に活かすことが期待される。

謝辞
　本調査を進めるにあたり，ご協力及びご支援をいただきました，都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課，全国精神保健福祉センター長会，精神医学講座担当者会議，日本精神科病院協会，日本精神神経科診療所協会，全国精神保健福祉相談員会の皆様には，深く感謝申し上げます。

Ｆ．健康危険情報　　なし

Ｇ．研究発表
１．論文発表　　なし
２．学会発表　　なし

Ｈ.知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
１．特許取得　　なし
２．実用新案登録　　なし
３．その他　　なし

Ｉ．参考文献　　なし

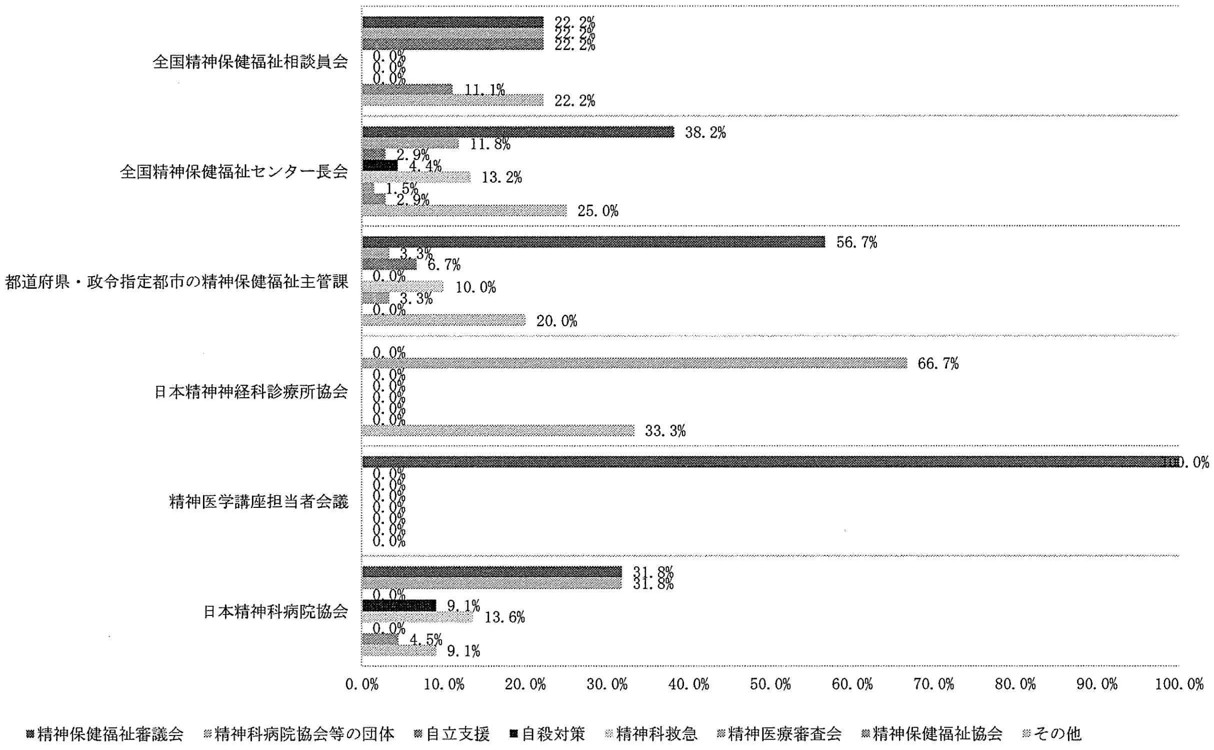


図 1. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話の場の名称と活動内訳
（全ての回答が含まれたデータセット）

表 1. 精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料に対する施設数と平均値，標準偏差

	全ての回答が含まれたデータセット			抽出したデータセット		
	回答施設数	平均値	(SD)	回答施設数	平均値	(SD)
精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ	149	4.30	(.79)	106	4.25	(.73)
より広域の,精神保健医療の資源および機能の配置のわかるマップ	149	3.99	(.85)	106	4.00	(.83)
各市町村の新入院患者数,および入院先の市町村名のわかるマップ	149	3.92	(.96)	106	3.95	(.92)
問3について,F0,F1,F2など, ICDコード別に分類したマップ	149	3.79	(.92)	106	3.81	(.86)
各市町村から通院している患者数,および通院先の市町村名のわかるマップ	148	3.97	(.86)	106	3.99	(.77)
WMH日本調査(精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査)と各市町村の人口をもとにした,地域における現在または将来の精神障害者数	147	4.02	(.86)	106	3.99	(.77)
WMH日本調査(精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査)と各市町村の人口をもとにした,満たされていない治療ニーズの推計値	147	4.07	(.84)	106	4.07	(.77)
WMH日本調査(精神障害の有病率等に関する国際的疫学調査の日本調査)と各市町村の人口をもとにした,精神障害による社会負担(機能障害,休業日数)の推計値	147	3.95	(.90)	106	3.93	(.84)

Note:1=まったく役立たない～5＝大いに役立つ

表 2. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料に対する施設数と平均値，標準偏差（全ての回答が含まれたデータセット）

	全国精神保健福祉相談員会			全国精神保健福祉センター長会			都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課			日本精神神経科診療所協会			精神医学講座担当者会議			日本精神科病院協会		
	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)
問1	18	4.61	(.78)	51	4.35	(.72)	32	4.09	(.73)	30	4.37	(.67)	1	5.00	—	17	4.00	(1.17)
問2	18	4.11	(.68)	51	4.10	(.70)	32	3.88	(.87)	30	3.93	(1.01)	1	4.00	—	17	3.88	(1.11)
問3	18	4.22	(1.0)	51	3.98	(.86)	32	4.00	(.88)	30	3.70	(1.02)	1	4.00	—	17	3.65	(1.22)
問4	18	4.00	(.97)	51	3.92	(.74)	32	3.69	(.90)	30	3.60	(.97)	1	5.00	—	17	3.65	(1.22)
問5	18	4.06	(1.0)	51	4.02	(.71)	32	4.06	(.91)	30	3.87	(.86)	1	4.00	—	16	3.75	(1.13)
問6	17	4.18	(.81)	51	4.22	(.70)	32	4.09	(.82)	30	3.70	(.95)	1	4.00	—	16	3.69	(1.08)
問7	17	4.24	(.75)	51	4.27	(.63)	32	3.97	(.86)	30	3.87	(.90)	1	5.00	—	16	3.75	(1.18)
問8	17	4.06	(.90)	51	4.18	(.71)	32	3.88	(.83)	30	3.70	(1.02)	1	5.00	—	16	3.69	(1.20)

Note:1=まったく役立たない～５＝大いに役立つ

問1～問8の質問項目内容は表1を参照

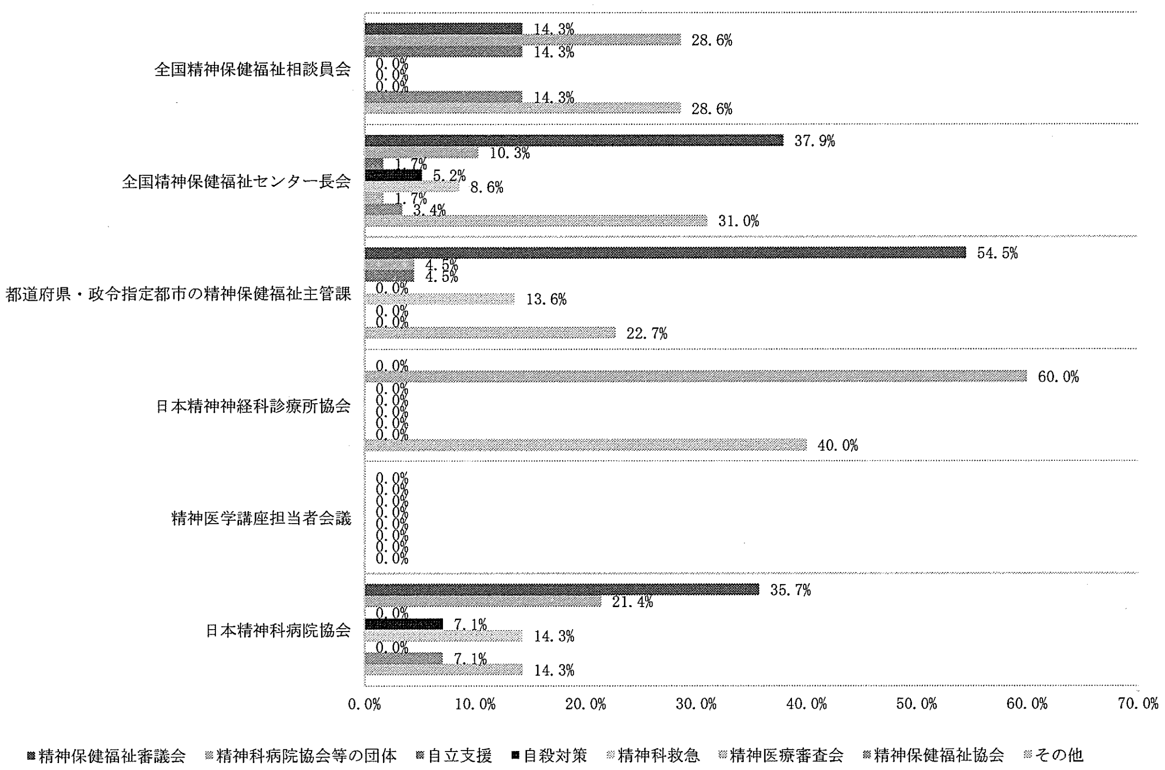


図 2. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話の場の名称と活動内訳（抽出したデータセット）

表 3. 6 つの組織団体別，精神保健医療に関する率直な対話で役立つ資料に対する施設数と平均値，標準偏差（抽出したデータセット）

	全国精神保健福祉相談員会			全国精神保健福祉センター長会			都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課			日本精神神経科診療所協会			精神医学講座担当者会議			日本精神科病院協会		
	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)	回答数施設数	平均値	(SD)
問1	40	4.23	(.70)	12	4.50	(.90)	16	3.94	(.57)	26	4.31	(.68)	1	5.00	—	10	4.30	(.95)
問2	40	4.08	(.73)	12	4.33	(.49)	16	3.69	(.79)	26	3.88	(1.07)	1	4.00	—	10	4.10	(.88)
問3	40	3.95	(.93)	12	4.42	(.90)	16	4.13	(.72)	26	3.65	(.98)	1	4.00	—	10	3.90	(.99)
問4	40	3.88	(.79)	12	4.17	(.83)	16	3.69	(.79)	26	3.54	(.95)	1	5.00	—	10	3.90	(.99)
問5	40	4.00	(.75)	12	4.25	(.87)	16	4.19	(.66)	26	3.77	(.82)	1	4.00	—	10	3.90	(.88)
問6	40	4.08	(.66)	12	4.25	(.75)	16	4.25	(.58)	26	3.62	(.94)	1	4.00	—	10	3.80	(.79)
問7	40	4.15	(.58)	12	4.25	(.75)	16	4.13	(.72)	26	3.81	(.94)	1	5.00	—	10	3.90	(.99)
問8	40	4.03	(.66)	12	4.08	(.90)	16	3.88	(.81)	26	3.73	(1.0)	1	5.00	—	10	3.80	(1.03)

Note:1=まったく役立たない～5＝大いに役立つ
問1～問8の質問項目内容は表1を参照