

地域と研究の協働による 地域精神保健医療に関する 協議の場づくりの手引

平成27-29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者
政策総合研究事業（精神障害分野）
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
研究代表者 竹島 正

本文

目的と作成過程

- この手引きは、地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりが広がるようまとめたものです。
- この手引きは、平成27-29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）「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」によって作成しました。
- この研究の経過は次のとおりです。
- 平成27年度は、神奈川県において研究会を開催し、精神医療マップ等によって、関係者が地域精神保健医療の状況を共有することができることを示しました。また、神奈川県とは地域の状況の異なる大阪府、鹿児島県においてヒアリング調査を行いました。
- 平成28年度は、大阪府、鹿児島県において研究会を開催し、精神医療マップ等による関係者協働の検討を行いました。また、それぞれの地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の方向性を話し合いました。
- 平成29年度は、手引きの取りまとめに向けて、大阪府と鹿児島県において、実務者層と組織のトップ層による研究会議を開催しました。また、神奈川県において4県市の精神保健福祉センター所長等による研究会を開催したほか、協議の場のあり方についてのヒアリングを行いました。
- これらの成果をもとに手引き（案）をまとめ、研究会議のコメントを得て修正し、3年間の研究の成果物としました。
- なお、この手引き作成は、平成27-29年度障害者対策総合研究開発事業「精神医療に関する空間疫学を用いた疾患発症等の将来予測システムの開発に関する研究」（立森班）、平成28-29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（山之内班）と連携して進めました。

手引きの構成

手引きは次の構成となっています。

1. 地域精神保健医療の方向
2. 関係者協働の場づくり-大阪、鹿児島、神奈川での取組から
3. 地域のストレングスを発見するために（空間疫学の活用、精神保健福祉資料の活用）
4. 地域社会への共有プロセス
5. 協議の場の意義と精神保健福祉センターの役割
6. 研究班の研究成果、川崎市精神保健福祉センターにおける地域包括ケアシステムに対応した精神保健構築のための取組の活用

以後、各章について述べていきます。

1. 地域精神保健医療の方向 (その1)

- 精神保健医療の国際的な動き，国内における精神保健医療政策の発展経緯を踏まえ，今後の地域精神保健医療の方向をまとめました。
- はじめに国際的な動向を述べます。
- 2015年に採択された国連の持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）の17のゴールのひとつに保健が入り，そのターゲットに精神保健，物質乱用の記載が設けられました（表1-1）。
- それに先立って世界保健機関（WHO）は，2013年に「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」をWHO総会において採択しています。その原則は“ No health without mental health（メンタルヘルスなしに健康なし）”です（表1-2）。なお，WHOは，精神保健を「個人が，自己の能力を実感し，生活上の通常のストレスに対処でき，生産的に働き，その所属するコミュニティに貢献できる状態をいう」と定義しています。
- 国際的に，精神保健を健康に欠くことのできない，社会発展の重要な要素と捉える方向に進みつつあります。
- ここで社会には，「WHO QualityRights ツールキット」に示されているように，精神保健および社会的ケア施設の質と人権を評価し，それを改善することが求められています（表1-3）。

1. 地域精神保健医療の方向 (その2)

- 次に国内の動向を述べます。
- 精神保健行政の発展経緯を振り返ると，「精神科医療施設を整備する段階」，「地域で精神保健サービスを利用できるようにする段階」，「精神保健が社会に統合される段階」の3段階にまとめることができます（図1-1）。
- この3段階を精神保健福祉制度の発展経緯に重ねると図1-2になります。
- また，「社会の複合的な課題への取組の一部になる段階」を示すものとしては，法の対象に精神保健の問題をかかえた者が少なからず含まれる法制度の制定が続いていることがあげられます（表1-4）。
- 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」は，新たな地域精神保健医療体制のあり方について，（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築，（2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築，（3）精神病床のさらなる機能分化に取り組むこととしています（表1-5）。
- このように地域精神保健医療は，さまざまな施策と統合される方向に進みつつあります（図1-3）。

2. 協議の場づくりの実践-大阪， 鹿児島， 神奈川での取組から

- 大阪における研究会の経過，29年度における実務者研究会，組織トップ層の研究会，主要な意見をまとめました（表2-1～表2-4）。
- 鹿児島における研究会の経過，29年度における実務者研究会，組織トップ層の研究会，，主要な意見をまとめました（表2-5～表2-8）。
- 神奈川における研究会の経過，29年度における4縣市精神保健福祉センター所長等の研究会をまとめました（表2-9～表2-11）。
- 3府県における研究会をもとに，3府県の基本的な情報と，それぞれの地域の精神医療ストレンクスと課題を表2-12にまとめました。
- 協議の場の参加者と構成として，大阪府の研究会は大いに参考になります（図2-1）。実務者層の研究会では行政職員と研究者で円卓を囲みます。その後の組織トップ層の研究会になると，行政職員の一部が円卓に残り，多くはオブザーバー席に移って引き続き参加します。
- 研究会における議論を進めるうえで，（1）全体を俯瞰する空間疫学の観点からの資料，（2）医療計画の基盤となる精神保健福祉資料はきわめて重要でした。
- 研究会においては，行政の基本的な資料，例えば，例年まとめている精神保健福祉の概要や，精神医療圏，二次医療圏，障害保健福祉圏をすぐに参照できる資料も用意することが望まれます。
- なお，3府県とも，地域と研究の協議の場を設けるうえで，精神保健福祉センターは重要な役割を果たしました。

3. 地域のストレンクスを発見 するために-空間疫学の活用

- 地図を用いた空間データ解析と視覚化により，数値だけでは容易に気づかない空間的パターンに関する情報が得られます。
- また，状況を把握することで，さらに参考になる情報を得ることができ，共通認識をもって議論を行うことができます。3府県の研究会で使用した図表を図3-1から図3-14にまとめました。
- このうち，図3-4，図3-8，図3-9，図3-13は，それぞれの地域のデータや調査をもとに作成したものです。
- これらのマップのうち，患者医療圏から施設医療圏への移動は全国都道府県分の分析結果が公表されます。
(<http://spatial-epidemiology.com/>参照)

3. 地域のストレングスを発見するために- 新精神保健福祉資料の活用

- NDBと新精神保健福祉資料によって、(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築、(3) 精神病床のさらなる機能分化における地域精神保健医療の課題の描出を行い、その地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の構築に役立てていくことができます。
- 山之内による2次医療圏ごとの外来継続している患者数(NDB)、2次医療圏ごとの各疾患における入院患者数(新630調査)、市町村別の住所地ベース・医療機関所在地ベースでの1年以上入院患者数(新630調査)を表3-1から表3-4に挙げました。資料がオープンになった段階で地図を用いた視覚化をすることにより、数値だけでは容易に気づかない空間的パターンに気づきやすくなると思われます。

4. 地域社会への共有プロセス

- 地域精神保健医療の方向で述べたように、地域精神保健医療は、さまざまな施策と統合される方向に進みつつあります。
- 3府県での研究会での発言には、地域社会への共有プロセスは(1) 住民、患者、行政、医療提供者、介護保険提供者のコンセンサスづくり、(2) 地域医療連携推進法人の可能性、(3) 全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムに対応した精神保健の構築は地域精神保健医療の将来像として期待できる等の意見がありました。
- また、地域精神保健医療が、さまざまな施策と統合される方向に進むとすれば、地域精神保健医療と自殺対策や生活困窮者支援等は、よりよい社会づくりのパートナーとなるかもしれません。また精神保健および社会的ケア施設の質と人権の評価も忘れてはなりません。
- これらを踏まえて地域精神保健医療の地域社会への共有プロセスを「精神保健医療行政と精神医療の組織トップ層による協議による解決すべき課題の共有(ステップA)」、 「一般医療、障害福祉、介護を含めての協議(ステップB)」、 「地域精神保健医療はよりよい社会づくりのパートナーとなる(ステップC)」の3段階にまとめることができます(図4-1)。
- このように分けると、3府県での研究会は、第1段階から第2段階の移行期に至ったと考えられます。

5. 協議の場の意義

- 協議の場の意義は次の5点にまとめることができます。
- 地域の住民を守るために何をしなければならないかを，関係者が協働で話し合う手順や，使用する資料が明らかになります。
- 精神保健医療政策について，社会の中に統合された議論の場を活性化するとともに，議論のプロセスを明確にすることができます。
- PDCAサイクルが行政の中で回るようになります。
- 地域精神保健医療の社会機能への統合が進みます（例：全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムに対応した精神保健医療の構築）。
- 地域基盤を整備し，社会機能への統合の実践が強化されていく中で，地域精神保健医療の提供が適正になり，精神保健および社会的ケア施設の質と人権の評価と改善につながっていくことが期待されます。

協議の場を活かすには，互いに円卓を囲むという認識が大切です。

6. 精神保健福祉センターの役割

- 3府県での研究会では，研究会の企画，実施に向けての調整等，精神保健福祉センターが大きな役割を果たしました。
- 精神保健福祉センターの業務は，（1）企画立案，（2）技術指導および技術援助，（3）人材育成，（4）普及啓発，（5）調査研究および必要な統計資料の収集整備，（6）精神保健福祉相談，（7）組織育成，（8）精神医療審査会の審査に関する事務，（9）自立支援医療（精神通院医療）ならびに精神障害者保健福祉手帳の判定等の業務に大別されます。
- 協議の場づくりは，（1）企画立案，（5）調査研究および必要な統計資料の収集整備に関わるものであり，精神保健福祉センターの重要な業務と考えられます。
- 各地の精神保健福祉センターが地域精神保健医療に関する協議の場づくりに役割を果たしていくことが期待されます。

7. 研究班の研究成果，川崎市精神保健福祉センターにおける地域包括ケアシステムに対応した精神保健構築のための取組の活用（その1）

- 本研究班の分担研究「精神障害者の人権確保に関する研究」では，全国67の精神医療審査会事務局に対して，審査会活動の実績，過去1年間の審査過程で問題となった事例の報告を依頼し，その内容を分析しています。また，毎年2回，精神医療審査会委員や事務局を対象として，精神障害者の権利擁護や精神医療審査会活動のあり方をテーマとしたシンポジウムを開催しています。この研究は，「WHO QualityRights ツールキット」に示された精神保健および社会的ケア施設の質と人権を評価し，それを改善することにつながっています。
- 本研究班の分担研究「地域における精神障害者の人権確保に関する研究」では，居宅介護支援事業所等に従事するケアマネージャー（CM）等に適切な地域生活支援テキストに基づく研修会と事例検討に基づくグループスーパービジョンを展開することにより，CM等の既存の人的リソースとストレングスを活かした支援チーム形成が可能であり，地域包括ケアシステムの中で在宅精神障害者の人権確保を図ることができることを示しました。この研究の発展は，地域における精神障害者の人権確保と，地域精神保健医療の社会への共有プロセスの促進に役立つとされます。

7. 研究班の研究成果，川崎市精神保健福祉センターにおける地域包括ケアシステムに対応した精神保健構築のための取組の活用（その2）

- 本研究班の分担研究「自立支援医療の適正な提供に関する研究」では，精神通院医療利用者数の予測プロトコルの開発に取り組みました。この研究の発展は，地域精神保健医療に関する協議の場に貴重な情報を提供するものです。
- 川崎市精神保健福祉センターでは，全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムに対応した精神保健の構築に向けて，行政と研究のインターフェイスの構築と研究に取り組んでいます（図7-1）。また，その適正な実施と促進のため「研究倫理及び利益相反に関する懇談会」等を設置しました（表7-1）。これらは地域と研究の協働を発展させ，持続的なものにします。

図表

表1-1. 持続可能な開発目標（ Sustainable Development Goals: SDGs ）と保健，精神保健

- SDGsは，ミレニアム開発目標（MDGs）の後継として国連で定められた2016年から2030年までの国際目標です。MDGsの残された課題（例:保健，教育）や新たに顕在化した課題（例:環境，格差拡大）に対応すべく，17のゴール・169のターゲットからなる持続可能な開発目標（SDGs）を設定しています。保健，精神保健，物質乱用の防止・治療に関する記載を紹介します。
- ゴール3：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し，福祉を促進する。
- ターゲット3.4：2030年までに，非感染性疾患による若年死亡率を，予防や治療を通じて3分の1減少させ，精神保健及び福祉を促進する。
- ターゲット3.5：薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む，物質乱用の防止・治療を強化する。

表1-2. メンタルヘルスアクションプラン 2013–2020

- 原則： No health without mental health（メンタルヘルスなしに健康なし）
- 全体的な目標：精神的に満たされた状態（mental well-being）を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減する。
- 分野横断的の原則：（1）ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、（2）人権、（3）科学的根拠に基づく実践、（4）ライフコースアプローチ、（5）多部門アプローチ、（6）精神障害と心理社会的障害を有する人々のエンパワメント
- 目標：（1）精神保健の効果的なリーダーシップとガバナンスの強化、（2）包括的、統合され、反応性のある精神保健と社会的支援が地域を基盤に提供されること、（3）精神健康増進と予防戦略を実施すること、（4）精神保健のための情報システム、科学的根拠と調査研究の強化

日本語訳：自殺予防総合対策センター
https://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/mental_2013-2020.pdf

表1-3. WHO QualityRights ツールキット

- ツールキットの目的は、各国が、精神保健および社会ケア施設の質と人権を評価し、改善することを支援することである。
- ツールキットは、精神障害者およびその組織の広範な国際的レビューに基づいている。低所得、中所得そして高所得の国々でパイロットテストされ、これらのすべてに適用されるように設計されている。
- このツールキットでは、精神的、神経的、知的に障害のある人や、物質使用障害のある人を「精神に障害をもつ人」と呼ぶ。
- 精神科およびその他の長期滞在施設は、長期にわたって、質の低いケアと人権侵害に関わってきた。これらの施設に生活する人々は、社会から孤立し、地域社会でふつうの充実した生活を送る機会をほとんどまたはまったくない。このため、WHOは、このタイプの施設を徐々に閉鎖し、代わりに地域を基盤にしたサービスを整備し、メンタルヘルスをプライマリケアサービスと一般病院の提供するサービスに統合することを推奨している。このツールは、長期滞在施設を治療やケアのための適切な設定と承認していないが、この種の施設が世界中の国々に存在する限り、違反を防ぎ、そこに住む人の権利を促進する必要がある。
- 国連障害者権利条約（CRPD）は、施設で尊重され、保護され、遂行されなければならない人権基準の基礎である。CRPDの5つのテーマはツールキットで取り上げられている。
 - 相当な生活水準及び社会的な保障を受ける権利（第28条）
 - 到達可能な高水準の健康を享受する権利（第25条）
 - 法律の前に人として認められる権利、自由及び安全についての権利（第12条、第14条）
 - 拷問又は残虐な、非人道的なもしくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由、および搾取、暴力及び虐待からの自由（第15条、第16条）
 - 自立した生活及び地域社会への包容（第19条）

http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000018093.pdf>

表1-4.精神保健と関連する法制度等 (1995年以後)

精神保健福祉制度

- 精神保健福祉法（1995）
- 精神保健福祉法改正（1999）
- 新障害者プラン（2002）
- 心神喪失者等医療観察法（2003）
- 精神保健医療福祉の改革ビジョン（2004）
- 障害者自立支援法（2005）
- 精神保健福祉法改正（2005）
- 障害者自立支援法改正（2011）
- 精神保健福祉法改正（2011）
- 障害者基本法改正（2011）
- 障害者総合支援法（2012）
- 精神保健福祉法改正（2013）

関連する制度

- 介護保険法（1997）
- 児童虐待防止法（2000）
- 配偶者暴力防止法（2001）
- 健康増進法（2002）
- ホームレス特別措置法（2002）
- 発達障害者支援法（2004）
- がん対策基本法（2006）
- 自殺対策基本法（2006）
- 貸金業法改正（2006）
- アルコール健康障害対策基本法（2013）
- 生活困窮者自立支援法（2013）
- いじめ防止対策推進法（2013）
- 刑の一部の執行猶予制度（2013）
- 過労死等防止対策推進法（2014）
- 労働安全衛生法改正（2014）

表1-5.「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月8日）」における新たな地域精神保健医療体制のあり方

（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

（2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

○統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

（3）精神病床のさらなる機能分化

○長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

図1-1. 精神保健の発展過程

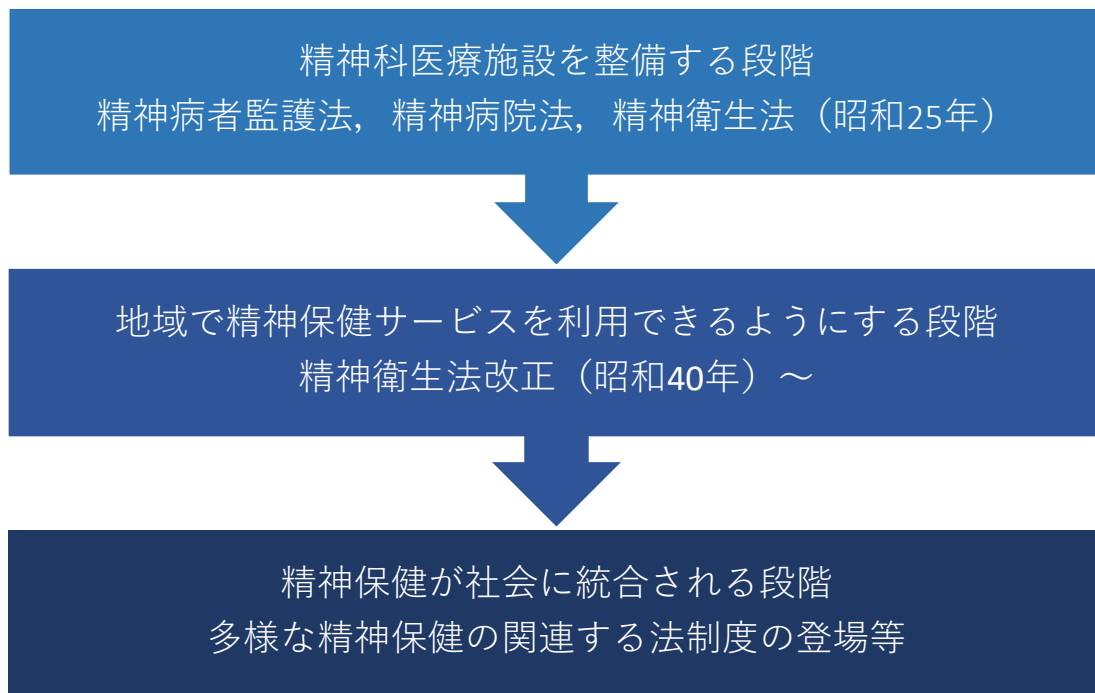


図1-2. 精神保健福祉制度の経緯

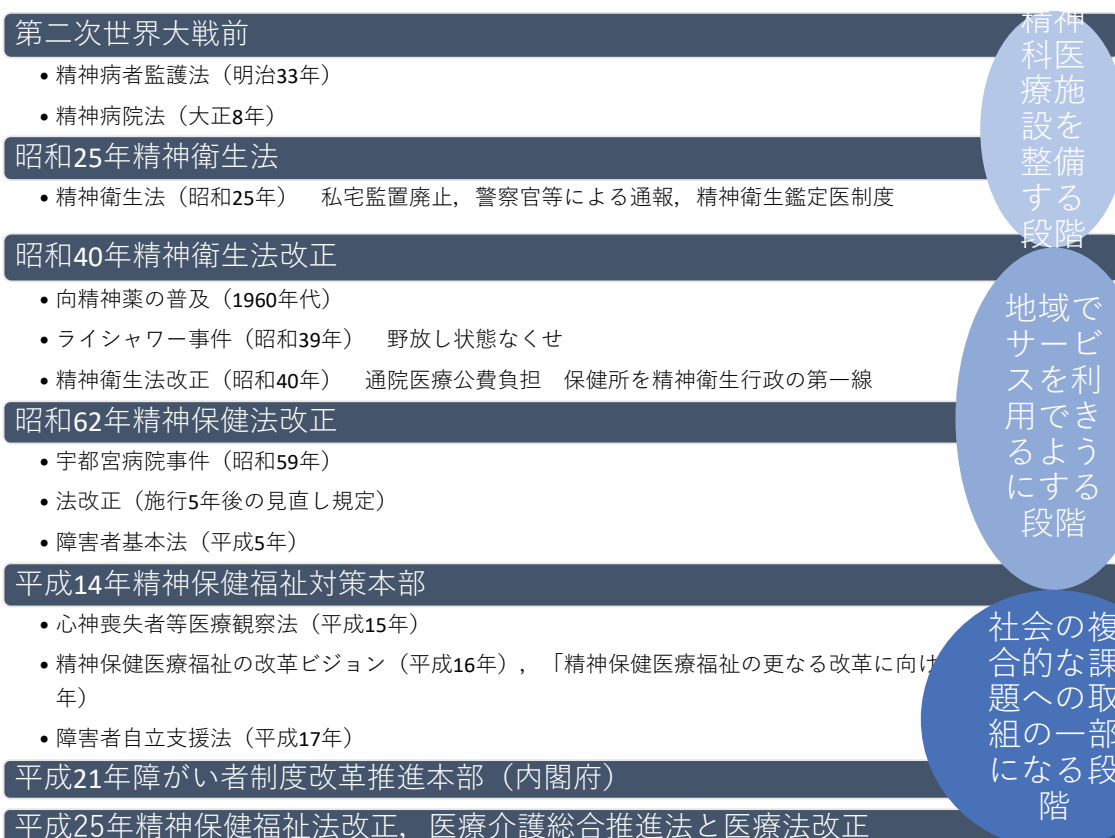
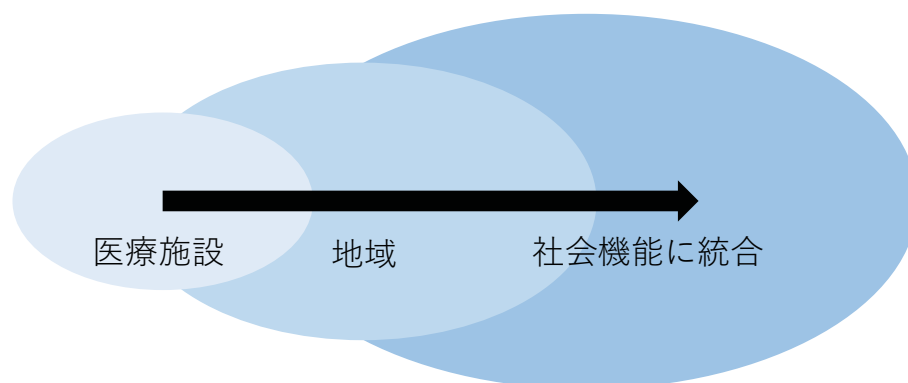


図1-3. 地域精神保健医療の方向-まとめ



- WHOは健康を「病気でないとか、弱っていないということではなく、身体的にも、精神的にも、そして社会的にも、幸福な状態にあることをいう」と定義している（日本WHO協会訳を一部改編）。また精神保健を「個人が、自己の能力を実感し、生活上の通常のスレスに対処でき、生産的に働き、その所属するコミュニティに貢献できる状態をいう」と定義している。

表2-1. 大阪における研究会の経緯

- 第1回（平成28年1月5日）：研究代表者が研究の趣旨を説明するとともに、神奈川県をフィールドにして行った初年度研究の概要を報告し、大阪府全域を対象に作成した精神医療マップ（名古屋大学 高橋邦彦）を参考に、意見交換を行った。
- 第2回（平成28年11月29日）：第1回研究会の意見を踏まえ、大阪府の精神保健福祉の概要、大阪府の精神医療マップ、精神科救急の配置マップ、入院形態別の受療圏移動、泉州地域の障害福祉サービス事業所マップ、大阪府の各圏域を比較できる資料（二次医療圏、精神医療圏、精神科救急医療圏、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域）、大阪府の平成27年度精神科在院患者調査報告書等をもとに、厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の検討状況を踏まえて意見交換を行った。
- 第3回（平成29年1月31日）：これまでの2回の研究会を踏まえた追加資料として、自殺、虐待対応件数の分析のほか、自立支援医療（精神通院）、精神障害者保健福祉手帳、生活保護の利用実態のわかる資料の所在に関する情報を用意し、意見交換を行った。
- 第4回（平成29年10月17日）：各地に共有可能な手引をまとめることを目的として、行政実務者と組織トップ層による研究会を開催した。
- なお、平成27-28年度には、大都市の特徴を把握すべく、大阪市区役所、生活困窮者支援NPO等を対象にヒアリングを行った。

表2-2. 大阪における実務者層の研究会

- 日時 平成29年10月17日（火曜）14時30分－17時

- 場所 大阪府こころの健康総合センター

- 内容

研究代表者あいさつ 14時30分－14時40分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）

講義「空間疫学の手法をもちいた地域精神医療の状況理解」14時40分－15時20分

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

講義「630調査を受けて、協議の場を醸成するための方策」15時20分－16時

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

意見交換「大阪府の精神医療の可視化と課題検討」16－17時

コーディネーター 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター）

- 参加者

浅田留美子（大阪府地域保健課），浅野美佐子（大阪府こころの健康総合センター），上野千佳（大阪府地域保健課），鹿野勉（大阪府こころの健康総合センター），笹井康典（大阪府こころの健康総合センター），高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科），竹島正（国立精神・神経医療研究センター），原るみ子（大阪府こころの健康総合センター），平山照美（大阪府こころの健康総合センター），本屋敷美奈（大阪府こころの健康総合センター），山田敦（川崎市健康福祉局障害保健福祉部），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

表2-3. 大阪における組織トップ層の研究会

- 日時 平成29年10月17日（火曜）18時－20時

- 場所 大阪府こころの健康総合センター

- 内容

研究代表者あいさつ 18時－18時10分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）

実務者研究会報告 18時10分－18時40分

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

大阪府の精神医療のあり方についての意見交換 18時40分－20時

コーディネーター 笹井 康典（大阪府こころの健康総合センター）

- 参加者

籠本孝雄（大阪府立精神医療センター），河崎建人（水間病院），笹井康典（大阪府こころの健康総合センター），木内邦明（堺市こころの健康センター），高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科），竹島正（国立精神・神経医療研究センター），堤俊仁（医療法人適水会つつみクリニック），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター），渡辺洋一郎（横山・渡辺クリニック）

※実務者層の研究会参加者がオブザーバー参加

表2-4. 大阪における研究会の 主要な意見

研究会は協議の場のような例である。大阪府の行政も交えて議論ができるのは意義がある。

大阪府の精神科医療の特徴は、他の都道府県に比べて、病床数の大きい精神科病院が多いことである。それは大阪市内に精神科病床の少ないことと関係していると思われるが、高齢化と人口減少の進む中、精神科病院のあり方も変わらざるを得ない状況にある。

大阪市内には精神科病床がきわめて少ないため、大阪市内のクリニックを受診する患者に入院が必要になったときは、ほとんどの場合、大阪府内の精神科病院に入院している。入院先では、退院のときに元のクリニックにお返しすることも多い。また、大阪府内の精神科病院には、大阪市内にサテライトクリニックを持っているところもある。このような病診連携の実態を理解する必要がある。

大阪市内に精神科病床が少ないと言っても、大阪府内にある精神科病床を大阪市内に移転するのはきわめて困難である。二次医療圏別の精神科病床数という物理的条件だけにとらわれないで、アクセスを含めた機能をとらえる必要がある。

大阪府には、2つの政令指定都市と複数の中核市があり、障害福祉サービスなどは、大阪府の保有する情報だけでは十分に実態が把握できない。

処遇困難事例はほとんど幼少時に虐待を受けている。一番金と力をそそぐべきところは虐待とそれに関連した精神保健の問題ではないか。縦割りを打ち破り、包括的、総合的な対策を構築する必要がある。

精神科医療圏は一つとなっているが、精神医療圏を二次医療圏に設定したほうがよいのではないかと。最終形は一般科の協議の場に精神科が参加することだと思う。つまり、地域で先に精神保健関係者でデータなどを駆使して協議した上で、二次医療圏の協議の場に出せばよい。精神の部会を作って事前に議論したらよい。

その一方、地域包括ケアでは障害保健福祉圏域ごととなっている。地域包括ケアは障害保健福祉圏域であり、それと医療計画をどのようにつなぐかを考える必要がある。

地域医療連携推進法人はどのような可能性を持つか。

表2-5. 鹿児島県における研究会の経緯

- 第1回（平成28年11月2日）：研究代表者が分担研究の趣旨と経緯および27年度に鹿児島県で行ったヒアリングの結果を説明した後、「鹿児島県の精神保健福祉の現状」（鹿児島県障害福祉課）、「鹿児島県における精神保健医療に関する状況の視覚化と入院・通院の受療圏移動」（名古屋大学 高橋邦彦）、「提言書－精神科病院の地域医療構想を迎えるにあたって－」（福山病院 松下兼介）、「地域のストレングスを活かすための精神医療の俯瞰」（国立精神・神経医療研究センター山之内芳雄）などの報告をもとに、関係者協働による地域のニーズに根ざした地域精神保健医療の開発の検討のための意見交換を行った。
- 第2回（平成29年1月19日）：第1回研究会の意見を踏まえて、（1）受療圏移動の一般科と精神科の対比可能な資料、（2）障害保健福祉圏域ごとの受療圏移動、（3）介護関連施設と精神科医療施設の所在を視覚化した資料、（4）障害福祉サービスと精神科医療施設の所在を視覚化した資料を踏まえて意見交換を行った。
- 第3回（平成29年10月17日）：各地に共有可能な手引をまとめることを目的として、行政実務者と組織トップ層による研究会を開催した。
- なお、平成27-28年度には、中山間の面積が大きいことや離島があることを踏まえて、鹿児島県内の精神科医療機関、保健所等を対象にヒアリングを行った。

表2-6. 鹿児島における実務者層の研究会

- 日時 平成29年10月4日（水曜）14時30分～17時

- 場所 鹿児島県精神保健福祉センター

- 内容

研究班あいさつ 14時30分～14時40分

山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

講義「空間疫学の手法をもちいた地域精神医療の状況理解」14時40分～15時20分

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

講義「630調査を受けて、協議の場を醸成するための方策」15時20分～16時

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

意見交換「鹿児島県の精神医療の可視化と課題検討」16～17時

コーディネーター 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター）

- 参加者（50音順）

内大久保修子（鹿屋保健所），五反田都子（加世田保健所），鋪根加奈（始良保健所），高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科），竹島正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター），竹之内薫（鹿児島県精神保健福祉センター），松田優子（川薩保健所 地域保健福祉課），松永絹子（鹿児島県保健福祉部障害福祉課），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター），吉田美佳（伊集院保健所）

）

表2-7. 鹿児島における組織トップ層の研究会

- 日時 平成29年10月4日（水曜）17時30分～19時30分

- 場所 鹿児島県精神保健福祉センター

- 内容

あいさつ 17時30分～17時40分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）

実務者研究会報告 17時40分～18時

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

各病院の報告 18時～18時40分

鹿児島県の精神医療のあり方（提言）と意見交換 18時40分～19時30分

- 参加者（50音順）

宇田英典（伊集院保健所），高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科），竹島正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター），竹之内薫（鹿児島県精神保健福祉センター），永田雅子（医療法人慈和会 大口病院），松下兼介（医療法人仁心会 福山病院），松永絹子（鹿児島県保健福祉部障害福祉課），福迫剛（公益財団法人 慈愛会 谷山病院），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター），山畑 良蔵（鹿児島県立始良病院）

表2-8. 鹿児島における研究会の主要な意見

中山間の精神科病院がなくなると地域医療は確保できない。

訪問看護は、片道1時間を超えるとなかなか入らない。

ケアマネジャーからは、高齢の家族が、ひきこもり、ニートとなった発達障害と思われるケースをみている相談が増えている。

中山間地域の人口減とともに、中山間地域で地域密着型医療を行ってきた精神科病院が危機を迎えている。具体的には、急性期病棟の実施困難、職員確保の困難がある。病床があることで地域医療や社会復帰施設等を有効活用してきた。アウトリーチは長距離、長時間におよぶためサービスを届けにくい。

中山間地域においては、精神科と内科が融合した医療が求められてきた。

中山間では、アウトリーチが長距離、長時間におよぶためサービスを届けにくく、医療側の持ち出しになる。

住民、患者、行政、医療提供者、介護保険提供者のコンセンサスづくりが必要である。

以下については意見が一致：10-20年のうちに中山間地域にある中小規模の病院の多くは閉院または廃院に追い込まれる。そのため精神科救急システムがまわせなくなる。人口減少の進む中で地域精神科医療を確保していくためには、精神病床の医療型精神科中間施設、医療型グループホームへの転換も検討する必要がある（例：介護医療院）。

表2-9. 神奈川における研究会

- 第1回研究会（平成27年7月1日）：神奈川エリアの精神保健医療の基本マップをもとに、神奈川エリアでの精神保健医療の可視化に必要なマップの内容、必要な情報などを検討した。
- 第2回研究会（平成27年11月25日）：第1回研究会で作成希望のあったマップ、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）等をもとに意見交換を行った。
- 第3回研究会（平成29年1月23日）：各地に共有可能な手引をまとめることを目的として、4縣市（神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市）の精神保健福祉センター所長等による研究会を開催した。

図2-10. 神奈川県4 県市精神保健福祉センター所長等による研究会

- 日時：平成30年1月23日（火曜）13時30分～15時30分
- 場所：川崎市ソリッドスクエアビル東館3階保健福祉局会議室
- 内容：

研究代表者あいさつ13時30分～13時40分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター）

講義「空間疫学的手法をもちいた地域精神医療の状況理解」13時40分～14時10分

高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

講義「630調査を受けて、協議の場を醸成するための方策」14時10分～14時40分

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

意見交換「神奈川県の精神医療の可視化と課題検討」14時40分～15時30分

- 出席者名簿（50音順）

穴倉久里江（相模原市精神保健福祉センター）、川本絵理（神奈川県精神保健福祉センター）、児島 献一（横浜市こころの健康相談センター）、白川教人（横浜市こころの健康相談センター）、新海 隆生（横浜市こころの健康相談センター）、鈴木雅文（相模原市精神保健福祉センター）、高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）、竹島正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）、山田正夫（神奈川県精神保健福祉センター）、山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

表2-11. 神奈川における研究会の主要な意見

精神保健医療マップ、住所地と医療圏受療移動等の情報は、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。

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データを見るまでわからなかった。

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实际的であろう。

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。

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。

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。

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。

全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムに対応した精神保健の構築は、地域精神保健医療の将来像として期待できる。

表2-12.大阪府，鹿児島，神奈川の概要と精神医療のストレングス

	大阪府	鹿児島	神奈川
面積	1,905平方キロメートル	9,188平方キロメートル	2,416平方キロメートル
人口	885万人	150万	913万人
精神医療圏 (28年10月現在)	1 (複数化の検討中)	9	1
二次医療圏 (28年10月現在)	8 (入院に関しては独立性が低い， 入院は大阪市から府内に流入)	9 (独立性が高い)	11
障害保健福祉圏 (28年10月現在)	18 (保健所に一致)	7	8
平成27年医療施設 (動態)調査・病院 報告)による病床 数 (人口10万対病 床数)	19,053 (215.5)	9,673 (586.9)	14,022 (153.6)
医療供給	大阪市に少なく，府内，堺市に多い	県全域に分布 (鹿児島市に多い)	人口密度の高い横浜市，川崎市に多く，東西格差が大きい
病院規模	病床数の大きい病院が多い	病床数の小さい病院が多い	
ストレングス	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病院と診療所の連携モデル構築の可能性 重層的なアルコール症ケアシステムの構築の歴史 大和川病院事件を契機に大阪府精神保健福祉審議会において「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」をまとめた歴史あり 	<ul style="list-style-type: none"> 中山間の面積が大きい中で，地域のニーズにきめ細かに対応した精神医療を構築 人口減少と高齢化の進む地域のモデル事例となる可能性 	<ul style="list-style-type: none"> 県西部と県東部で医療状況がまったく異なる 精神科救急システムなど，4県市協調の体制を築いてきた歴史がある 地域精神保健医療活動における先駆的な取組を行ってきた 4県市それぞれに医学部がある

図2-1. 大阪府における研究会の参加者と構成

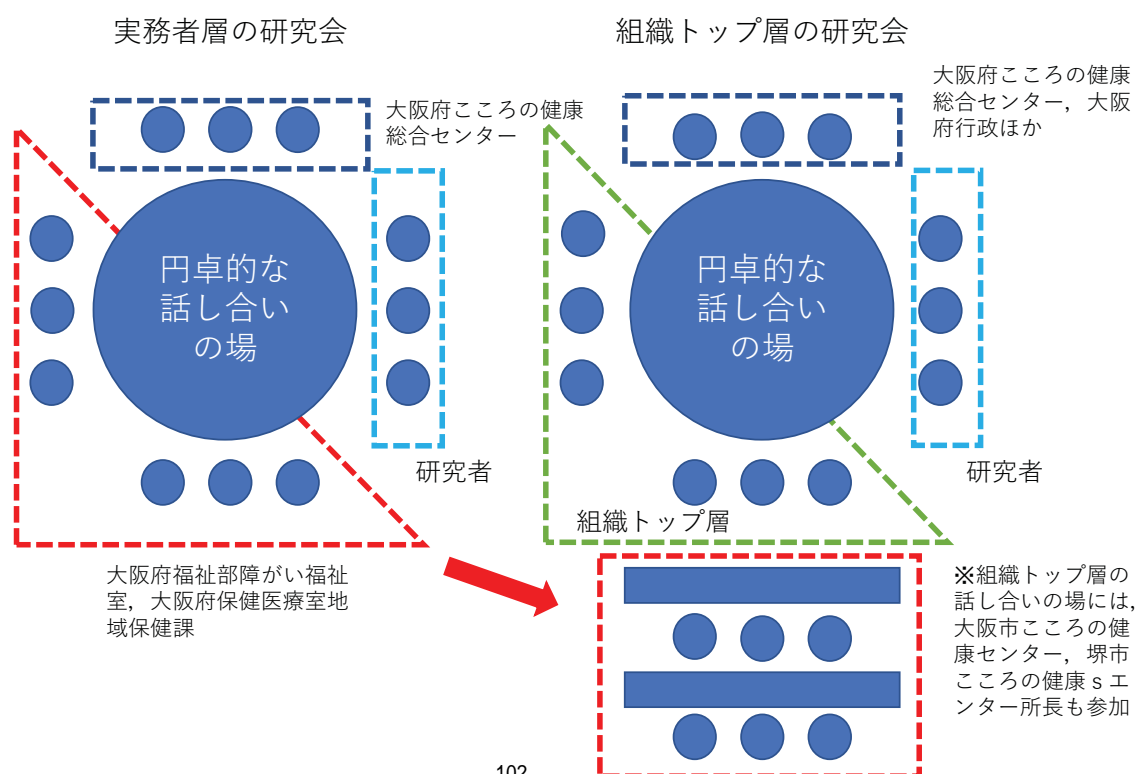


表7-1. 川崎市精神保健福祉センターにおける行政と研究の連携のための基盤整備

- 川崎市精神保健福祉センター調査研究倫理に関する要綱：同センターで実施する人を対象とする医学系研究について、倫理的観点及び科学的観点から検証するために「研究倫理及び利益相反に関する懇談会」を置く。
- 川崎市精神保健福祉センター調査研究実施要綱：同センターにおいて実施する調査研究を適正かつ効果的に推進するため必要な事項を定める。
- 川崎市精神保健福祉センター利益相反管理実施要綱：同センターの職員が行う産学公連携による研究活動の公正性、信頼性を確保し、利益相反について適正に管理するため必要な事項を定める。

図3-1. 大阪府の精神科医療機関の配置と人口密度

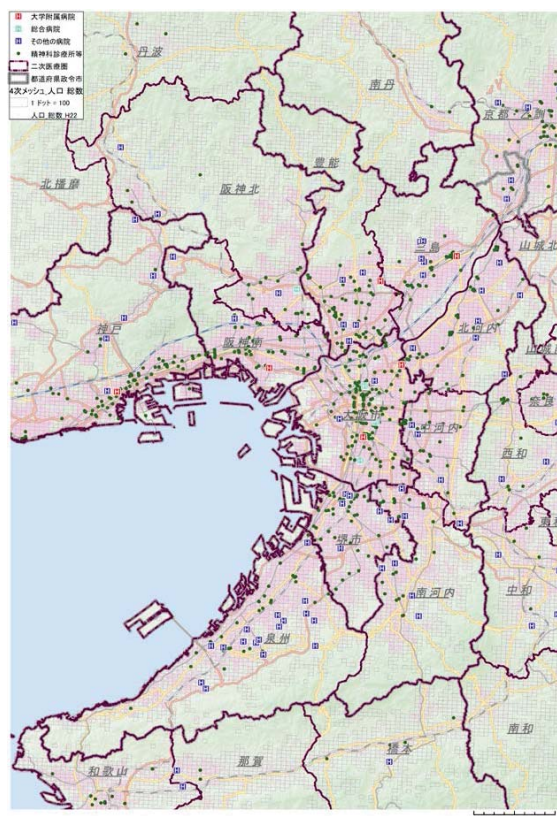


図3-2. 大阪府の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

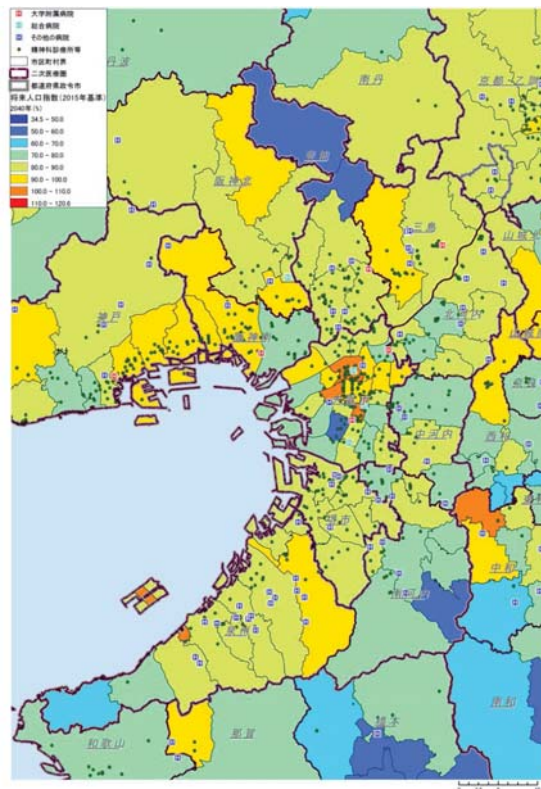
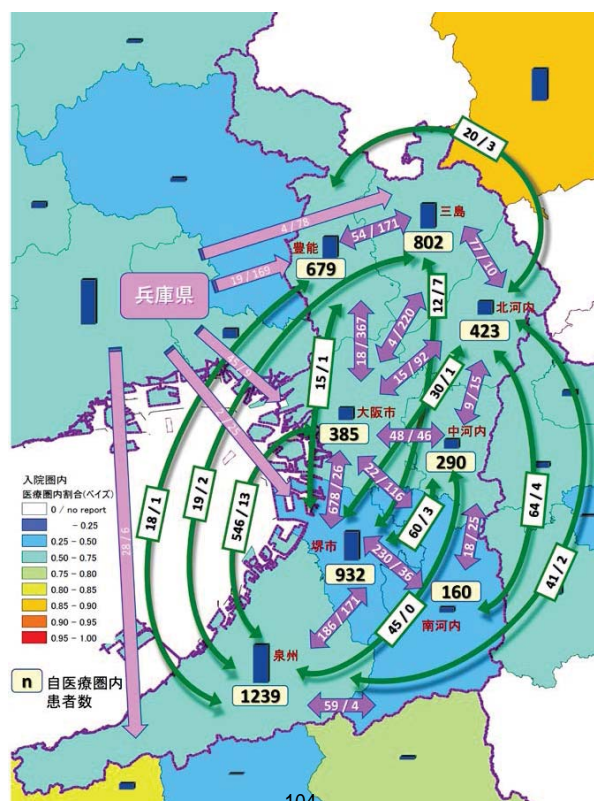


図3-3. 大阪府における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動



日本医療研究開発機構
平成27・28年度長寿・
障害総合研究事業 障害
者対策総合研究開発事
業「精神医療に関する
空間疫学を用いた疾患
発症等の将来予測シス
テムの開発に関する研
究」班より提供

図3-4. 大阪府泉州地域における精神科医療機関と精神障害者への障害福祉サービス

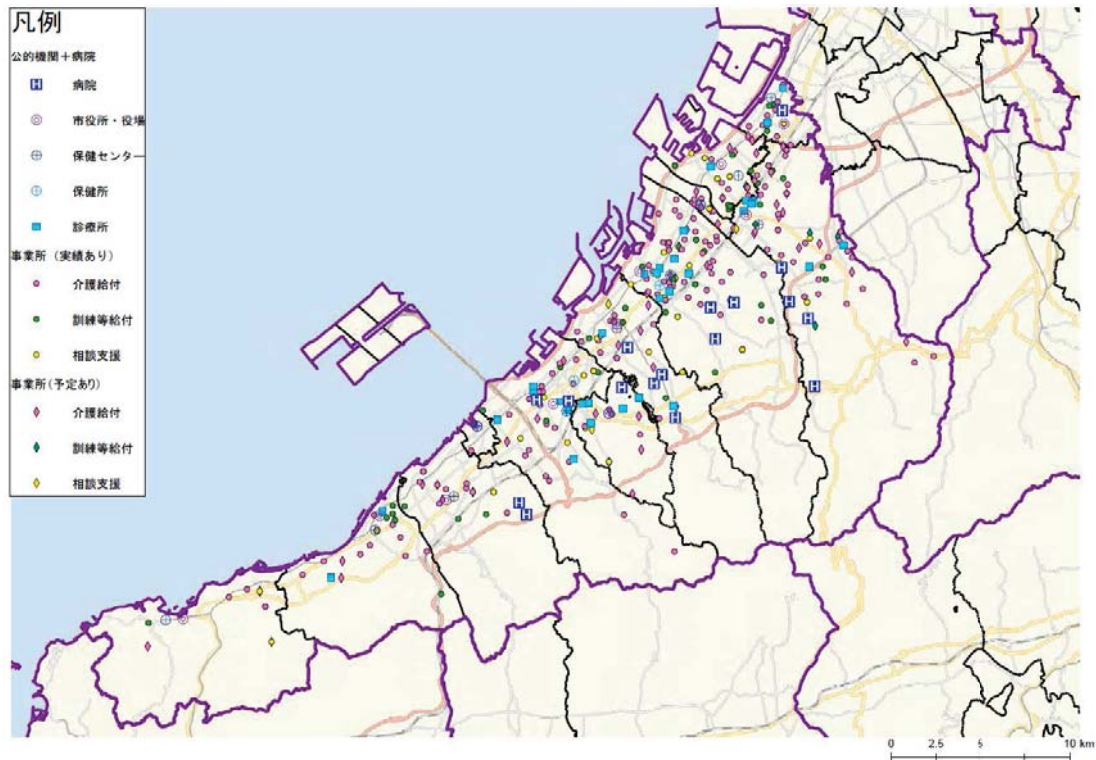


図3-5. 鹿児島県の精神科医療機関の配置と人口密度

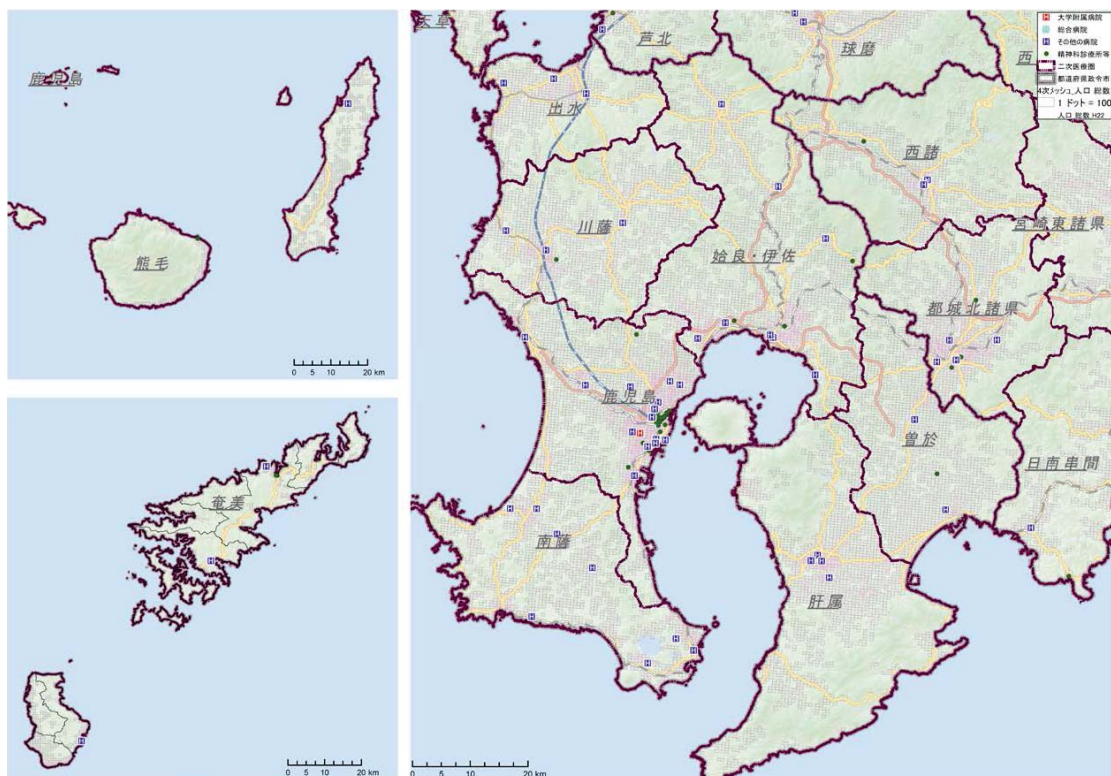


図3-6. 鹿児島県の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

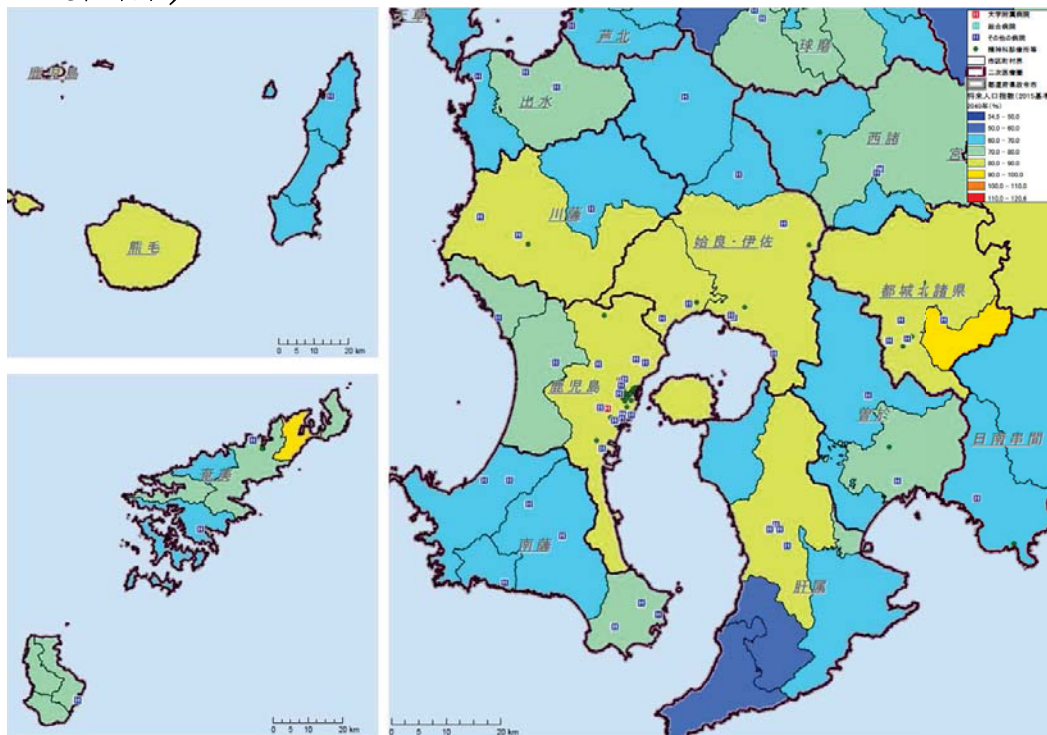
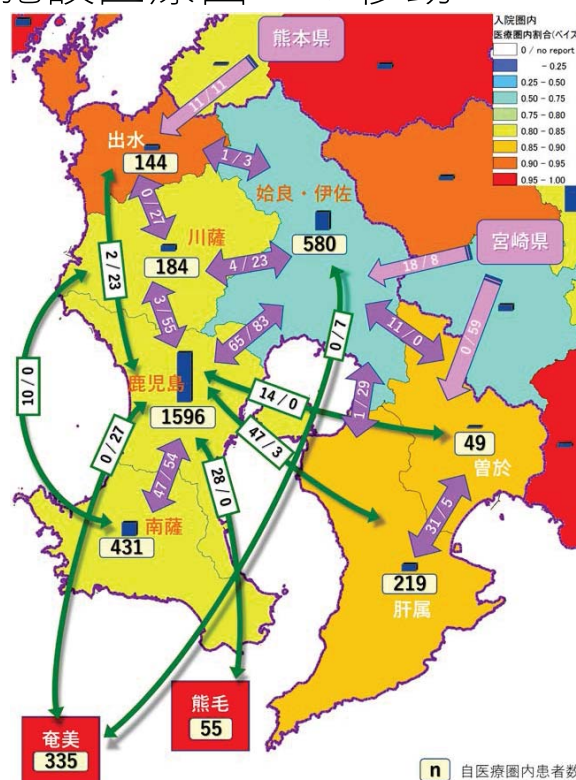


図3-7. 鹿児島県における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動



日本医療研究開発機構
平成27・28年度長寿・
障害総合研究事業 障害
者対策総合研究開発事
業「精神医療に関する
空間疫学を用いた疾患
発症等の将来予測シス
テムの開発に関する研
究」班より提供

図3-8. 鹿児島県における精神科医療機関と精神障害者への障害福祉サービス

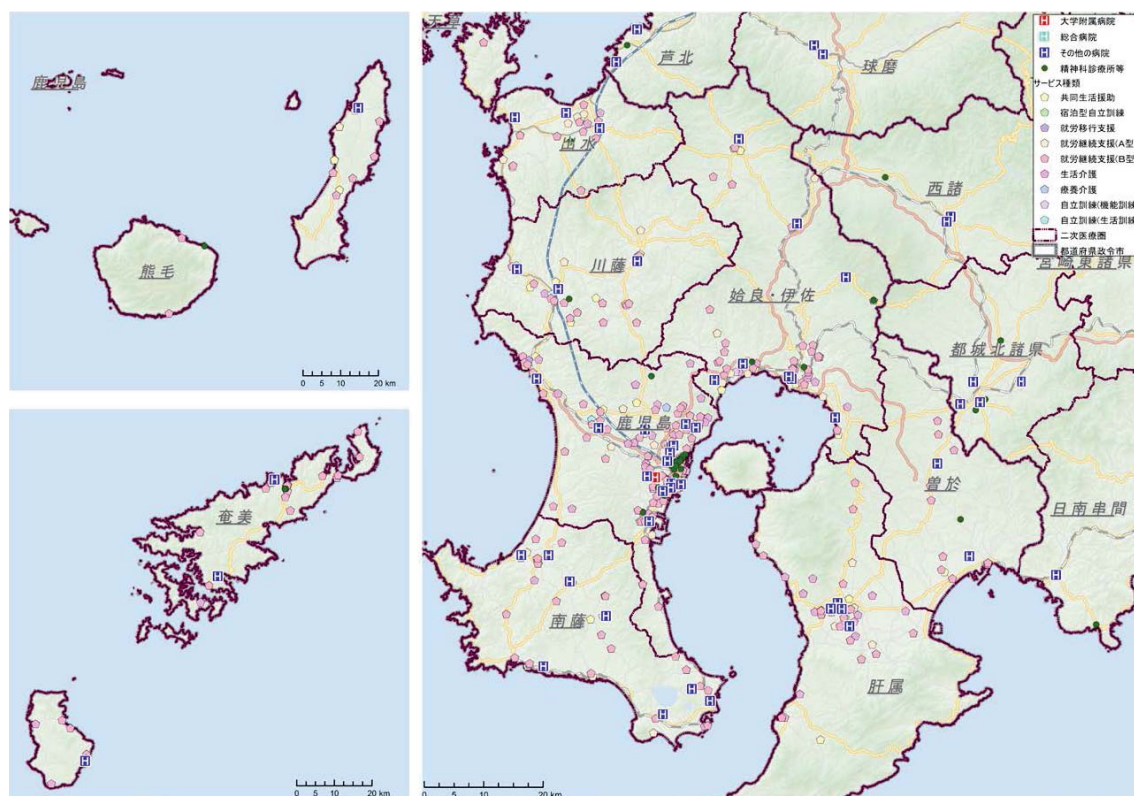


図3-9. 鹿児島県における精神科医療機関と介護サービス

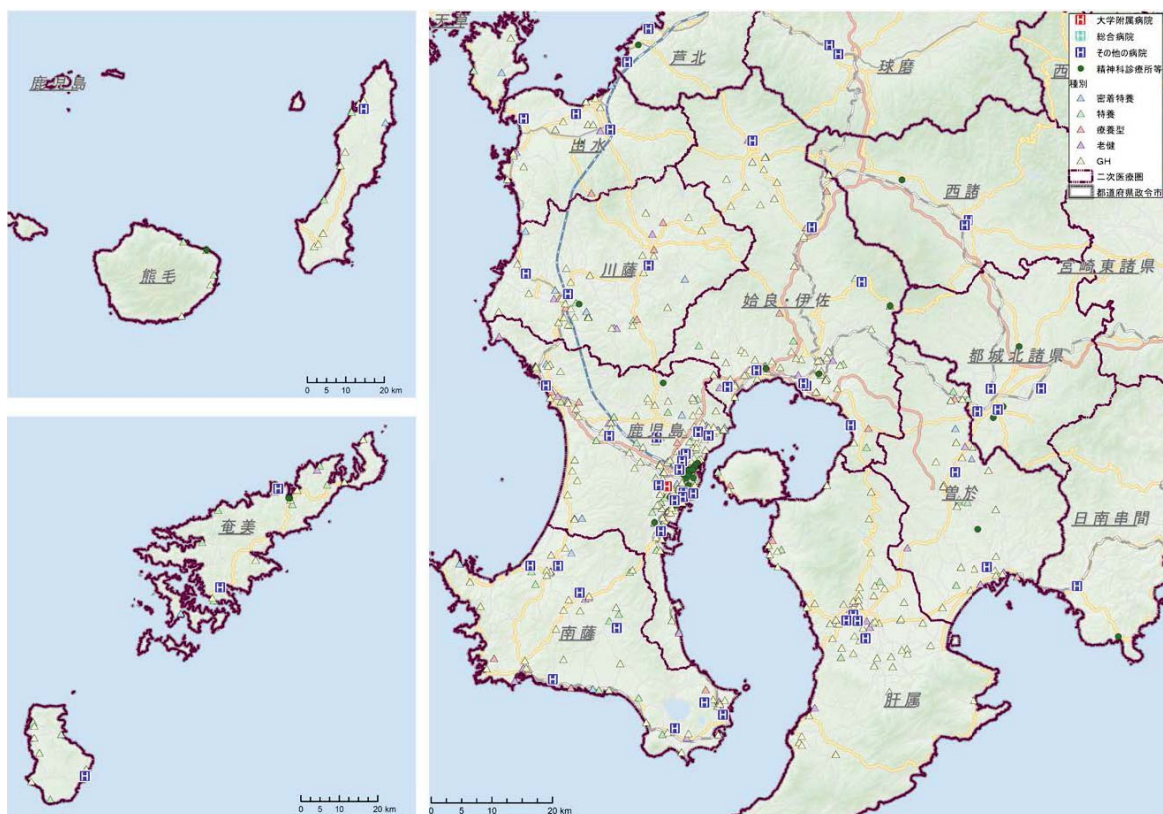


図3-10. 神奈川県内の精神科医療機関の配置と人口密度

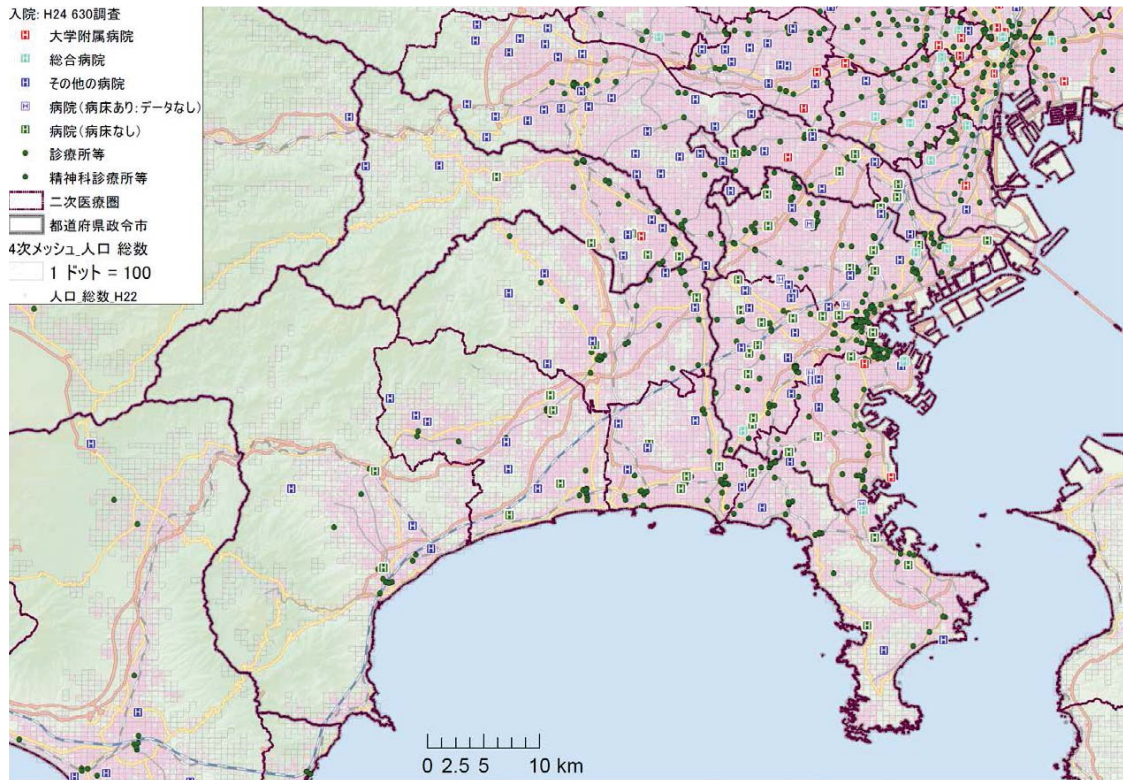


図3-11. 神奈川県内の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

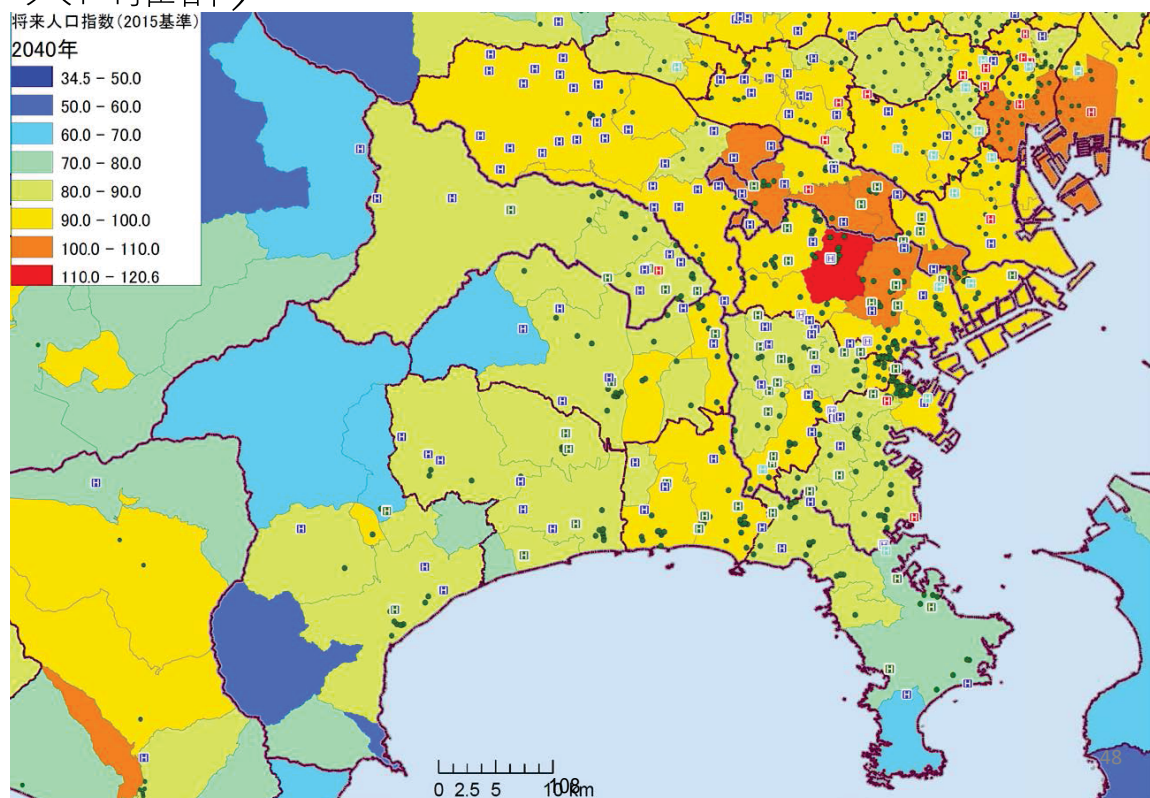


図3-12. 神奈川県における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動

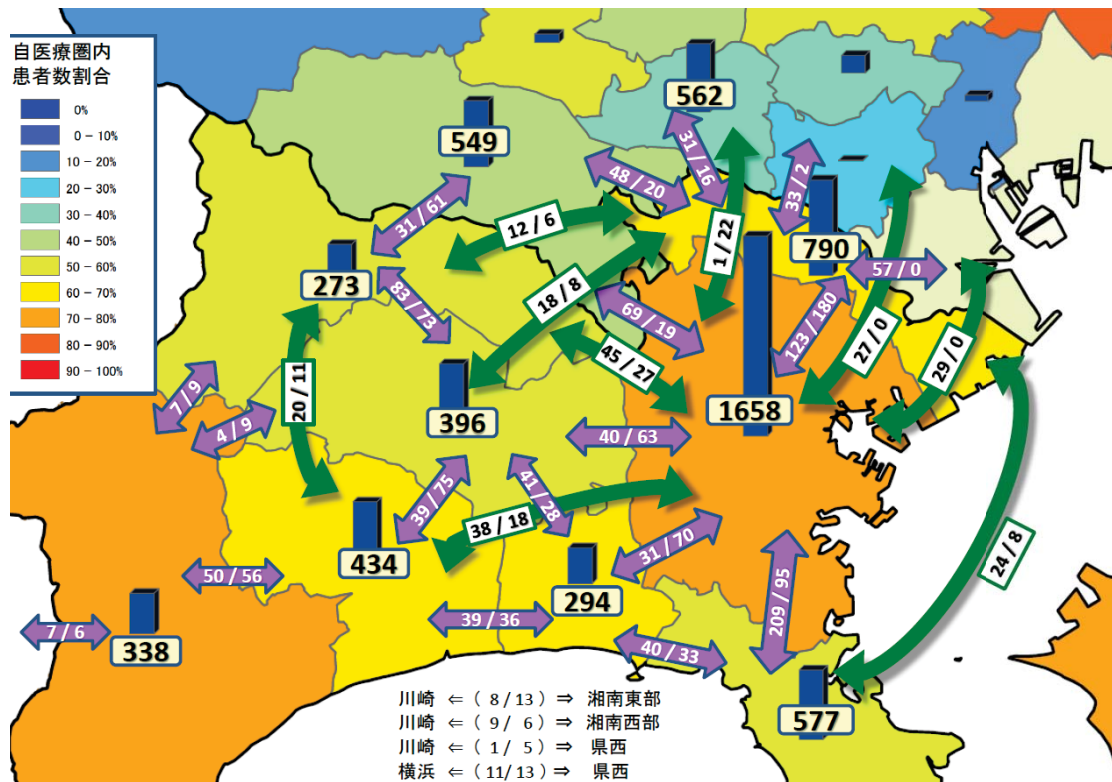


図3-13. 川崎市における介護福祉資源の配置状況

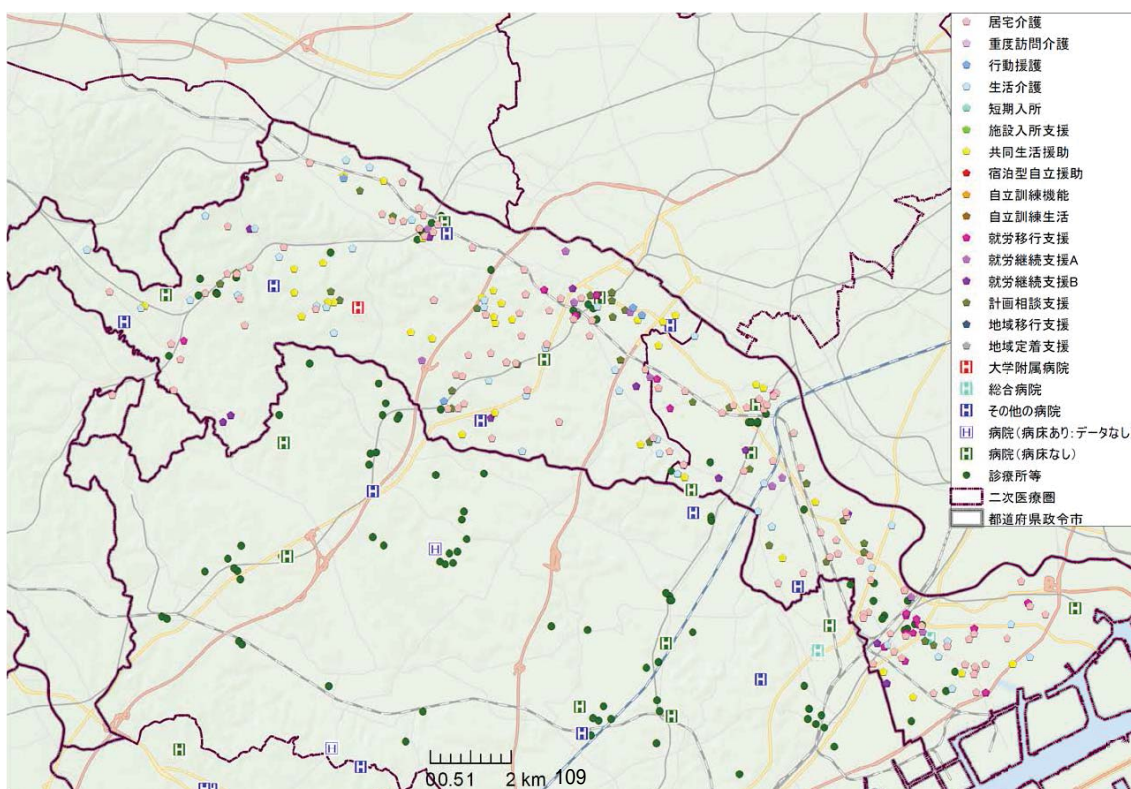


表3-1. 2次医療圏ごとの各疾患領域の外来継続している患者数など 確定値 平成26年度 NDB

都道府県番号	都道府県名	二次医療圏番号	二次医療圏名	統合失調症外来患者数(継続)	うつ・躁うつ病外来患者数(継続)	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定)	認知症外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	20歳未満の精神疾患外来患者数(継続)	知的障害外来患者数(継続)	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)	発達障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)
				P	P	P	P	P	P	P	P	P
46	鹿児島県	4601	鹿児島	7,572	13,878	1,210	12,083	1,010	46	0-9	648	3,246
46	鹿児島県	4603	南薩	1,397	1,574	368	3,868	45	0-9	0-9	34	600
46	鹿児島県	4605	川薩	1,295	1,296	625	3,050	39	0-9	0-9	0-9	242
46	鹿児島県	4606	出水	651	772	305	1,925	10	0-9	0-9	0-9	88
46	鹿児島県	4607	始良・伊佐	2,081	3,469	575	5,017	88	0-9	0-9	80	951
46	鹿児島県	4609	曾於	340	306	133	1,892	0-9	0-9	0-9	0-9	27
46	鹿児島県	4610	肝属	1,399	2,298	340	4,176	91	0-9	0-9	41	696
46	鹿児島県	4611	熊毛	309	356	172	825	0-9	0-9	0-9	0-9	106
46	鹿児島県	4612	奄美	1,256	1,243	159	1,957	38	0-9	0-9	40	292
46	鹿児島県	4699		0-9	0-9	0-9	200	0-9	0-9	0-9	0-9	0-9

表3-2. 2次医療圏ごとの各疾患における入院患者数 平成29年6月30日 暫定値

F00 アルツハイマー病型認知症	F01 血管性認知症	F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	覚せい剤による精神及び行動の障害※	アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害※	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F30-31 躁病エピソード・双極性情障害 [躁うつ病]	F32-39 その他の気分障害	
鹿児島	505	119	270	163	3	2	1783	135	86
南薩	210	52	111	62	0	12	667	53	28
川薩	143	5	36	14	0	2	262	58	0
出水	104	34	29	13	0	0	82	19	1
始良・伊佐	310	72	199	31	0	1	681	45	79
曾於	1	0	34	0	0	0	82	7	0
肝属	53	0	27	24	0	2	542	25	34
熊毛	31	2	0	2	0	0	71	1	0
奄美	23	11	29	23	1	1	309	9	2
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	F7 精神遅滞(知的障害)	F8 心理的発達障害	F9 少年期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	F30-31 躁病エピソード・双極性情障害 [躁うつ病]	F32-39 その他の気分障害	不明	
鹿児島	59	4	9	48	7	3	16	57	0
南薩	28	0	2	38	1	1	16	6	0
川薩	5	1	0	10	0	0	10	2	0
出水	5	0	0	9	0	0	2	1	0
始良・伊佐	21	2	8	56	13	9	8	7	0
曾於	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肝属	15	2	0	13	5	0	16	2	2
熊毛	1	0	0	0	0	0	2	14	0
奄美	6	0	0	5	0	2	1	1	0

表3-3. 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
○○圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
	△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
I病院		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
J病院		◎	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	
K病院		○	○		○			○	○	○				○	
L診療所		○	○								○				
M診療所		○						○					○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎		○	○		◎		○	○	○		○	
	O診療所	○	○									○	○		

☆：都道府県連携拠点機能を担う医療機関，◎：地域連携拠点機能を担う医療機関，○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関

表3-4. 市町村別の住所地ベース・医療機関所在地ベースでの1年以上入院患者数 平成29年6月30日現在

都道府県	市区町村	1年以上入院患者数			
		患者の住所地での医療機関の所在地での患者		患者の住所地での医療機関の所在地での患者	
		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
鹿児島県	鹿児島市	631	1058	692	1222
鹿児島県	鹿屋市	113	163	172	240
鹿児島県	枕崎市	34	55	28	68
鹿児島県	阿久根市	30	90	25	126
鹿児島県	出水市	30	76	8	41
鹿児島県	指宿市	83	144	119	200
鹿児島県	西之表市	23	40	31	48
鹿児島県	垂水市	37	53	0	0
鹿児島県	薩摩川内市	100	206	93	156
鹿児島県	日置市	70	134	56	95
鹿児島県	曾於市	47	100	0	0
鹿児島県	霧島市	139	282	181	356
鹿児島県	いちき串木野市	48	82	25	74
鹿児島県	南さつま市	75	163	79	198
鹿児島県	志布志市	32	52	34	53
鹿児島県	奄美市	73	72	92	78
鹿児島県	南九州市	79	164	79	126
鹿児島県	伊佐市	17	57	4	14
鹿児島県	始良市	66	130	117	135
鹿児島県	三島村	0	0	0	0
鹿児島県	十島村	0	1	0	0
鹿児島県	さつま町	28	61	31	84
鹿児島県	長島町	12	45	0	0
鹿児島県	湧水町	6	47	4	98
鹿児島県	大崎町	14	23	0	0
鹿児島県	東串良町	14	21	0	0
鹿児島県	錦江町	14	23	0	0
鹿児島県	南大隅町	13	15	0	0
鹿児島県	肝付町	24	44	0	0
鹿児島県	中種子町	11	15	0	0
鹿児島県	南種子町	1	9	0	0
鹿児島県	屋久島町	16	15	0	0
鹿児島県	大和村	3	5	0	0
鹿児島県	宇検村	6	3	0	0
鹿児島県	瀬戸内町	60	53	61	59
鹿児島県	龍郷町	7	6	0	0
鹿児島県	喜界町	14	8	0	0
鹿児島県	徳之島町	0	3	0	0
鹿児島県	天城町	3	2	0	0
鹿児島県	伊仙町	2	1	0	0
鹿児島県	和泊町	2	0	0	0
鹿児島県	知名町	1	1	0	0
鹿児島県	与論町	3	3	0	0

図4-1. 地域精神保健医療の地域社会への共有プロセス

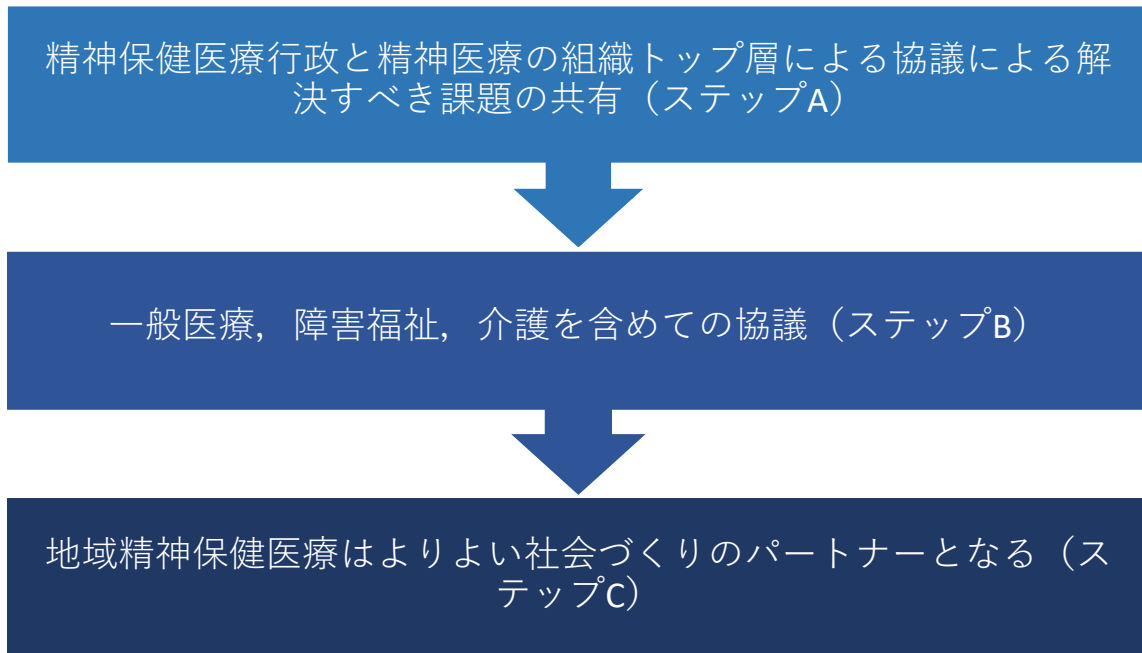


図7-1. 川崎市精神保健福祉センターにおける地域包括ケアシステムに対応した精神保健構築のための取組

