

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**

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 竹島 正

平成 29 (2017) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

- 地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究
研究代表者 竹島 正1

II. 分担研究報告書

1. 地域ニーズに対応した地域精神保健医療の協働開発に関する研究7
(1)大阪研究会・鹿児島研究会の報告7
竹島 正、笹井 康典、高橋 邦彦、籠本 孝雄、河崎 建人、立森 久照、
堤 俊仁、本屋敷 美奈、山之内 芳雄、余田 俊和、渡辺 洋一郎、
竹之内 薫、宇田 英典、福迫 剛、松下 兼介、松永 絹子、山畑 良蔵、
後藤 将志、山田 敦
- (2)精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けての課題整理31
—川崎市の取組から—
竹島 正、岡部 健、野木 岳、森江 信子、津田 多佳子、鈴木
剛、明田 久美子、植木 美津枝、南里 清香、右田 佳子、熊
倉 陽介、大塚 俊弘
- (3)川崎市における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受け37
入れ状況に関する調査
竹島 正、立森 久照、菅 知絵美
2. 630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究53
立森 久照、菅 知絵美、加藤 直広、西 大輔、竹島 正
3. 地域のストレングスを活かすための NDB の活用に関する研究67
山之内 芳雄
4. 自立支援医療の適正な提供に関する研究71
岩谷 力、我澤 賢之、後藤 将志、清水 寛之、竹島 正
5. 精神障害者の人権確保に関する研究93
河崎 建人、平田 豊明、浅井 邦彦、東 司、太田 順一郎、岡崎 伸
郎、篠原 由利子、白川 教人、千葉 潜、中島 豊爾、松原 三郎、
三木 恵美子、山下 俊幸、八尋 光秀、吉澤 雅子、四方田 清
6. 地域における精神障害者の人権確保に関する研究103
—精神障害者に対する地域のまなざしと専門職の構えを中心に—
古屋 龍太、矢野 香、中越 章乃

平成 28 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
総括研究報告書

研究代表者：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精神保健福祉センター）

研究要旨：本研究は、異なる背景を有する複数の地域において、地域ごとの課題の可視化と情報共有を行い、地域の実情とニーズを踏まえた地域精神保健医療の協働開発を行うことを目的とした。また、精神障害者の人権確保の観点から、自立支援医療の適正な給付と、地域および精神科医療施設における精神障害者の人権擁護のあり方を検討することを目的とした。本研究の成果は、（１）地域の実情とニーズを踏まえた地域精神保健医療の協働開発を行うモデルとそれに使用する資料、（２）自立支援医療（精神通院）の将来の利用者数の推計プロトコル案の検討、（３）全国の精神医療審査会活動のモニタリング調査、（４）精神障害に関する知識や接触体験が乏しい住民及び専門職の対象者理解と信頼関係構築に向けた標準的な地域生活支援テキストの作成準備であった。これらの研究成果は、地域のストレングスを活かした、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実現に寄与するものである。

1. 研究目的

本研究は、異なる背景を有する複数の地域において、地域ごとの課題の可視化と情報共有を行い、地域の実情とニーズを踏まえた地域精神保健医療の協働開発を行うことを目的とした。また、精神障害者の人権確保の観点から、自立支援医療の適正な給付と、地域および精神科医療施設における精神障害者の人権擁護のあり方を検討することを目的とした。

2. 研究方法

【地域ニーズに対応した地域精神保健医療の協働開発に関する研究】（１）大阪府こころの健康総合センターおよび鹿児島県精神保健福祉センターの調整・協力のもと、大阪府と鹿児島において、行政、その地域の

核となる精神医療関係者、研究者の協働による研究会を開催し、精神医療の現状と将来のニーズに対応した、地域のストレングスを活かした地域精神保健医療のあり方の検討を行った。（２）川崎市の進める全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステム構築における精神保健福祉センターの役割を、地域包括ケアシステムの理念、精神保健福祉センターや地域リハビリテーションセンターの役割と具体的取組をもとに検討した。（３）川崎市の 8 消防署 54 救急隊を対象として実施された「精神疾患を有する傷病者の救急搬送の状況及び受入れに関する調査」から得られたデータを用いて解析を行った。

【精神保健医療改革に資する資料の作成】
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精

神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国の精神科医療施設などの状況についての資料を、同課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996年から2014年調査のデータを使用した。

【精神保健医療改革の達成プロセスの円滑化と資源活用に関する研究】 全国のレセプトデータベース（ナショナルデータベース以下NDB）を用いて、地域ごとの医療特性の描出を行い、研究代表者が行った大阪、鹿児島における研究会、および研究班会議において話題提供を行い、意見を収集した。

【自立支援医療の適正な提供に関する研究】 自立支援医療（精神通院）の将来の利用者数を正しく予測することは、必要となる財源確保上の課題のみならず、地方自治体の人員体制をどのように整えるべきかという課題への対応措置を整えていくうえで、必須である。各自治体の利用可能な推計プロトコル案としてまとめるため、比較的関連統計データが整備されている川崎市をモデル地域として、仮のプロトコルを開発し、推計数を算出した。

【精神障害者の人権確保に関する研究】（1）全国67の精神医療審査会事務局に対して、平成27年度の審査会活動の実績をアンケート調査した。（2）全国の審査会事務局に対して、過去1年間の審査過程で問題となった事例を報告してもらい、問題の内容を分析した。（3）精神障害者の権利擁護に関するシンポジウムを2回開催した。

【地域における精神障害者の人権確保に関する研究】（1）精神障害者に対する偏見と

スティグマ、地域生活支援にかかわる先行研究のレビューを行った。（2）主に高齢者介護に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象に、電話及び聴き取りによるプレ調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は必要に応じて「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等に基づき倫理審査を受けて実施する。

3. 研究結果及び考察

【地域ニーズに対応した地域精神保健医療の協働開発に関する研究】（1）大阪府の精神科医療は、大阪府の面積が小さく、平地が多いこと、交通網が発達していることと関係して、二次医療圏は独立性が低く、大阪市内の精神科入院医療機能の不足を、府下府内および堺市の二次医療圏がカバーしていた。従来、大阪市医療圏に精神病床が少ないことが問題と指摘されてきたが、大阪府下府内の精神科病院がその施設医療圏と大阪市内のふたつのキャッチメントエリアをもつと考えるならば、従来問題とされてきたこともストレングスになる可能性がある。鹿児島県の精神科医療は、中核市である鹿児島市、県立精神科病院のある始良・伊佐医療圏に向けての広域の患者移動が存在するものの、県の面積が広く、有人離島が多数存在することを反映して、二次医療圏単位の独立性が強かった。鹿児島県は、中山間の面積が大きい中で、地域を開発・発展させてきた長い歴史があり、それが地域のニーズにきめ細かに対応した精神医療の構築ともつながり、鹿児島の精神医療のストレングスにもなっている。しかし、人口減少と高齢化の進む地域で精神科医療

を継続することは容易ではなく、研究会において、精神科病院の一部を医療型中間施設に転換するという提案が示されたことには意味がある。今後は、実際に人口減少の進む地域で精神科医療を提供している精神科病院から参加した研究会を開催し、さらに検討することが望まれる。本研究では、行政、その地域の核となる精神医療関係者、研究者の協働による研究会を持ち、その地域と精神医療の特徴、課題とストレングスをまとめた。この方法は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の検討に役立ち、他の地域にもこのような場が広がることを期待される。また、本報告書に使用したマップや表の形式は、全国の都道府県等にも役立つと思われるので、その情報の定期的な更新が可能になるよう、既存の精神保健福祉資料（630 調査）を見直すことなどによる情報収集態勢の構築が期待される。（2）川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンは、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象として、その構築を推進することとしている。精神保健福祉センターにおいては、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を目標に掲げ、行政と研究者の協働による調査研究と、全市的な精神保健ネットワークの構築に向けて活動を進めている。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築には、全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムの構築などの自治体の理念とそれがつながることを論理的、に示すとともに、それを進めるための態勢を自治体内、精神保健

福祉センター内に整備することが望まれる。地域リハビリテーションセンターの考え方は、地域包括ケアシステムの構築において、障害者が取り残されないためにも、また自治体の人材育成のうえでも重要であり、全国にその考えが広がることを期待される。

（3）受診する医療機関の選定は、身体疾患等が一次救急の身体救急患者において最も困難であり、これらの困難な選定理由として傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応していなかったり、受け入れる医療機関が少なかったりしたことが多く選択された救急搬送受入態勢を円滑にするために傷病者を受け入れる医療機関の確保やかかりつけの医療機関が救急対応することが必要で有効な対策と考えられた。

【精神保健医療改革に資する資料の作成】
改革ビジョン後の数値目標の最新の状況は平均退院率 71.7（目標値 76 以上）、退院率 24.5（同 29 以上）であった。平均退院率は、近年ほとんど変化がみられず、'12 年から'13 年に 72.0 と増加したが'14 年に 71.7 とわずかながら減少した。一方、退院率は'11 年から'12 年の間で減少したものの全体としては緩やかな増加傾向を示し'13 年（23.8）から'14 年（24.5）の間でも増加していた。精神科病院等の在院患者総数は一貫して減少傾向にあり、'14 年は 290,406 人と前年比で 7,030 人の減であった。統合失調症等による在院患者数 164,323 人（同 15 万人以下）であり、'13 年から'14 年の間で 5,188 人の減（'12 年から'13 年の間では 3,906 人の減）であった。一方で認知症を含む器質性精神障害の在院患者数は 66,690 人と'13 年から'14 年の間で 581 人の減（'12 年から'13 年の間では 912 人の減）であっ

た。統合失調症等、認知症等とともに人口 10 万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているという特徴に変化はない。統合失調症等は、ほぼ全ての県で人口 10 万対患者数が減少傾向にあった。改革ビジョン終了時点での数値を数値目標と比べると改善は見られるものの目標に届いたものはなかった。

【精神保健医療改革の達成プロセスの円滑化と資源活用に関する研究】大阪府においては、府内の病床の偏在に起因する、病院所在地だけではわからない医療需要の動向が明確になった。鹿児島県においては、過疎地域を支える小規模病院が点在しており、それらが高齢化した精神障害者の身体医療も担っていることが聞かれた。地域毎の特性に応じて発達し維持されてきた必要な医療機能を抽出し、活かしていくことが必要と思われ、そのために必要なデータ提示をすることが求められる。

【自立支援医療の適正な提供に関する研究】川崎市の平成 22～27 年度利用者数予測試算と実績利用者数実績値との比較から、利用率変化幅の年代間差異の検討が必要なことなど、今後のプロトコル改良に向けた課題を明らかにした。

【精神障害者の人権確保に関する研究】

(1) 全ての精神医療審査会事務局から回答があった。平成 28 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 213 (前年 211) の合議体があり、1,434 人 (同 1,369) の委員が任命されていた。平成 27 年度は、1 回の合議体当たり平均 152.1 件 (同 151.2) の書類審査がなされていた。退院請求については 2,585 件 (同 2,501)、処遇改善請求については 386 (同 342) 件が審査されていた。退院等の請求受理から結果通知までの期間

は平均 33.2(同 32.5)日であった。近年、法改正や政令市の増加に伴って、合議体数、委員数(特に非医療委員)が増加している。退院請求等の審査件数も漸増しているが、書類審査に対する件数も含めて地域差が大きい。(2) 14 の審査会より 19 の要検討事例が報告され、様々な問題点が提示された。平成 25 年の精神保健福祉法改正で医療保護入院制度が改正されて以降は、特に入院同意をめぐる親族間の葛藤事例や首長同意の適否に関する事例が増加している。(3) 平成 28 年 10 月、金沢市において、「わが国における強制入院制度の問題点～特に措置入院制度のあり方について」と題したシンポジウムを開催した。平成 29 年 2 月には、東京都において、「非自発入院制度と権利擁護」と題したシンポジウムを開催した。「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、精神医療審査会における審査内容や審査期間の地域差を平準化するために、実態把握や好取組の紹介を行うことが提案されている。今後も、精神医療審査会活動のモニタリングや要検討事例の収集・分析、そして精神障害者の権利擁護をテーマとするシンポジウムの定期開催が必要である。

【地域における精神障害者の人権確保に関する研究】

(1) 精神障害に関する知識や接触体験が乏しい住民及び専門職は、重大犯罪による事件報道のイメージ、治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度に対する不安・恐怖などから、容易にネガティブなラベリングやスティグマ、まなざしや構えが形成されることが示唆された。一方、専門職能団体(日本精神保健福祉士協会、相談支援専門員協会等)が行った調査からは、地域移行後の高齢精神障害者への支援体制の乏しさや、障害福祉サービス提供時のサービス等利用計画作成時のケアマネジ

メント手法の未成熟，医療機関との地域連携に係る困難等の現状と課題が明らかになった。(2)多くの介護支援専門員が，未治療例や治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度やサービス提供拒否について，どのように支援してよいかわからないと，対応に苦慮していることが明らかとなった。一方で，介護支援専門員を対象とした事例検討会において，精神障害が疑われる事例についてグループ・スーパービジョンを行い，精神保健福祉士等による適切なコンサルテーションが受けられれば，徐々に精神障害者に対する構えが変化し，当事者のストレングスに着目する等の意識変化により，対象者理解と信頼関係構築に向けた意識変化が生じることが示唆された。

4. 結論

異なる背景を有する複数の地域において，地域ごとの課題の可視化と情報共有を行い，地域の実情とニーズを踏まえた地域精神保健医療の協働開発を行うモデルを開発した。また，精神障害者の人権確保の観点から，自立支援医療の適正な給付と，地域および精神科医療施設における精神障害者の人権擁護のあり方を検討した。これらの研究成果は，地域のストレングスを活かした，精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実現に貢献するものである。

平成 28 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
分担研究報告書

地域ニーズに対応した地域精神保健医療の協働開発に関する研究(1)
大阪研究会・鹿児島研究会の報告

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/川崎市精神保健福祉センター)

研究協力者(大阪研究会):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)

籠本孝雄(大阪府立精神医療センター) 河崎建人(水間病院)

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)

堤 俊仁(つつみクリニック) 本屋敷美奈(大阪府こころの健康総合センター)

山之内芳雄(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

余田俊和(大阪府福祉部障がい福祉室) 渡辺洋一郎(渡辺クリニック)

研究協力者(鹿児島研究会):竹之内薫(鹿児島県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)

宇田英典(鹿児島県伊集院保健所) 福迫 剛(公益財団法人慈愛会 谷山病院)

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)

山之内芳雄(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

山畑良蔵(鹿児島県立始良病院) 後藤将志(川崎市精神保健課)

山田 敦(川崎市精神保健課)

研究要旨

【目的】地域の背景と精神医療の提供体制の異なる大阪府、鹿児島県において、関係者協働による、地域のニーズに対応した、地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の検討を行うこと、その地域における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの具体像を検討することを目的とした。

【方法】大阪府こころの健康総合センターおよび鹿児島県精神保健福祉センターの調整・協力のもと、大阪府と鹿児島において、行政、その地域の核となる精神医療関係者、研究者の協働による研究会を開催し、精神医療の現状と将来のニーズに対応した、地域のストレングスを活かした地域精神保健医療のあり方の検討を行った。

【結果及び考察】大阪府の精神科医療は、大阪府の面積が小さく、平地が多いこと、交通網が発達していることと関係して、二次医療圏は独立性が低く、大阪市内の精神科入院医療機能の不足を、府内および堺市の二次医療圏がカバーしていた。従来、大阪市医療圏に精神病床が少ないことが問題と指摘されてきたが、大阪府内の精神科病院がその施設医療圏と大阪市内のふたつのキャッチメントエリアをもつと考えるならば、従来問題とされてきたこともストレングスになる可能性がある。鹿児島県の精神科医療は、中

核市である鹿児島市、県立精神科病院のある始良・伊佐医療圏に向けての広域の患者移動が存在するものの、県の面積が広く、有人離島が多数存在することを反映して、二次医療圏単位の独立性が強かった。鹿児島県は、中山間の面積が大きい中で、地域を開発・発展させてきた長い歴史があり、それが地域のニーズにきめ細かに対応した精神医療の構築ともつながり、鹿児島の精神医療のストレングスにもなっている。しかし、人口減少と高齢化の進む地域で精神科医療を継続することは容易ではなく、研究会において、精神科病院の一部を医療型中間施設に転換するという提案が示されたことには意味がある。今後は、実際に人口減少の進む地域で精神科医療を提供している精神科病院から参加した研究会を開催し、さらに検討することが望まれる。

本研究では、行政、その地域の核となる精神医療関係者、研究者の協働による研究会を持ち、その地域と精神医療の特徴、課題とストレングスをまとめた。この方法は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の検討に役立ち、他の地域にもこのような場が広がることが期待される。また、本報告書に使用したマップや表の形式は、全国の都道府県等にも役立つと思われるので、その情報の定期的な更新が可能になるよう、既存の精神保健福祉資料（630 調査）を見直すことなどによる情報収集態勢の構築が期待される。

【結論】精神医療改革には、行政、主要な関与者、研究者の 3 者共同の場による練り上げが必要であり、本研究の成果を踏まえた、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての研究会活動の広がりが期待される。

A 目的

地域の背景と精神医療の提供体制の異なる大阪府、鹿児島県において、関係者協働による、地域のニーズに対応した、地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の検討を行うこと、その地域における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの具体像を検討することを目的とした。

B 研究方法

大阪府こころの健康総合センターおよび鹿児島県精神保健福祉センターの調整・協力のもと、大阪府と鹿児島において、行政、その地域の核となる精神医療関係者、研究者の協働による研究会を開催し、精神医療の現状と将来のニーズに対応した、地域のストレングスを活かした地域精神保健医療のあり方の検討を行った。研究方法の詳細は個別に記載する。

1. 大阪研究会

大阪府においては、大阪府こころの健康総合センターの協力・調整のもとに 3 回の研究会を開

催し、関係者協働による、地域のニーズに対応した、地域のストレングスを活かした地域精神医療の開発の検討を行った。

大阪研究会の構成は、大阪府精神医療センター、大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会、大阪府行政、研究班に所属する研究者等の十数名であった。大阪府こころの健康総合センターの調整により、大阪府行政の精神保健福祉に関係する分野から 10 名以上のオブザーバーが参加し、必要に応じて発言した。第 3 回は大阪市こころの健康センターからの参加と「全住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築」を進めている川崎市から川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課のオブザーバー参加があった。

大阪研究会は、平成 28 年 1 月 5 日、平成 28 年 11 月 29 日、平成 29 年 1 月 31 日の 3 回開催した。

第 1 回(平成 28 年 1 月 5 日)は、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）は、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）は、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留意し、意見交換を行った。

2. 鹿児島研究会

鹿児島県精神保健福祉センターの協力・調整のもとに、平成28年2月15日から2月17日の鹿児島県内でのヒアリングと2回の研究会を開催し、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を行った。

研究会は、平成28年11月2日、平成29年1月19日の2回開催した。また、1月20日には大口病院、始良・伊佐保健所、伊集院保健所にてヒアリングを行った。

第1回（平成28年11月2日）は、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）、「提言書ー精神科病院の地域医療構想を迎えるにあたってー」（福山病院 松下兼介）、「地域のストレ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）は、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。

3. 大阪研究会と鹿児島研究会の共通事項

本研究に並行して、国立研究開発法人日本医療研究開発機構による平成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」（研究代表者 立森久照）が行われている。この研究の中で、精神科領域における定量的分類モデルの精緻化のための質的情報の収集と分析を目的として大阪府、鹿児島県においてヒアリングを行っているため、研究代表者の了解を得て、本報告書に本研究に係る部分の概要を収録して資料とした。また、研究会で用いたいくつかの図表は、同研究班より提供を受けた。

26年度630調査追加調査に回答のあった各病院の医療機能については、平成26年1-6月の新入院患者のうち、F0、F1、F2、F3それぞれについて50人以上の入院のあった病院を「専門性の高い病院」とした。また、これらのうちの3つ以上が10人を超えている病院を「地域精神医療のニーズ全般に対応している病院」とした。また、平成26年1-6月の入院患者数が10人以上で、同じ1-6

月に退院している患者数が 50%未満の病院を「入院期間が長い可能性のある病院」とした。

なお、本報告に使用した平成 26 年度 630 調査追加調査に報告のあった病院は、大阪府においては 60 病院(大阪医療刑務所病院を除く)のうちの 43 病院であって、北河内二次医療圏の大阪府精神医療センターを含む 17 病院が含まれていない。また、26 年度 630 調査以後に、北河内二次医療圏、中河内二次医療圏、大阪市二次医療圏にそれぞれ 1 病院が設立されたが、これらは分析対象には入っていない。鹿児島県においては 52 病院のうちの 50 病院であって、鹿児島二次医療圏、始良・伊佐二次医療圏のそれぞれ 1 病院が含まれていない。また、曾於二次医療圏の 1 病院は平成 27 年 2 月に閉院した。

【倫理面への配慮】本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき倫理審査を受けて実施した。

C 研究結果

1. 大阪研究会

1) 大阪府と精神医療の状況

大阪府は西日本の行政・経済・文化・交通の中心である。都道府県としては、東京都、神奈川県に次いで第 3 位の人口規模を持ち、人口密度は東京都に次いで第 2 位である。面積は 1,904.99 平方キロメートル(全国 46 位)と小さい。

「大阪府の精神保健医療の概要」(大阪府健康医療部保健医療室地域保健課)によると、大阪府の人口は 8,850,607 人(平成 26 年 10 月 1 日現在)であって、8 つの二次医療圏(大阪市、堺市それぞれ 1 医療圏。大阪市はその中に 4 つの基本医療圏がある)を設定している。精神科医療機関としては、平成 26 年度 630 調査以降に設立された 3 病院を含めて、精神科病院数 51 か所、精神科を有する一般病院(病床あり)12 か所、精神科を有する一般病院(病床なし)48 か所、精神科診療所 440 か所があり、精神病床数は 19,025 床(基準病

床数 18,318 床)である。

平成 26 年の病院報告によると、人口 10 万対精神病床数は 216.4(全国 266.1)、人口 10 万対 1 日平均患者数は 191.5(全国 232.8)、病床利用率は 88.1%(全国 87.3%)である。また平均在院日数は 237.3 日(全国 281.2 日)である。

平成 26 年度精神保健福祉資料によると、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の成果目標である平均退院率は 71.5(全国 70.9)、退院率は 18.5(全国 23.3)である。

平成 25 年度精神保健福祉資料によると、入院形態別の割合は、任意入院 47.6%(全国 52.8%)、医療保護入院 51.1%(全国 46.0%)、措置入院 0.4%(全国 0.6%)、その他 0.9%(全国 0.6%)である。5 年以上の入院患者の割合は 32.8%(全国 35.4%)、入院患者に占める 65 歳以上の割合は 51.0%(全国 53.0%)である。

大阪府保健医療計画(平成 25 年度から平成 29 年度)には、大阪府の精神保健医療の課題として、(1)患者中心の医療サービスの提供、(2)精神疾患の早期発見・早期治療のための相談体制の充実および地域連携の推進、(3)精神科救急、身体合併症治療等、医療供給体制における役割分担の明確化、(4)住み慣れた地域で、必要な支援やサービスを総合的に受けられる体制づくり、(5)精神科医療情報公開の更なる推進が挙げられている。

2) 大阪府の精神医療の状況の視覚化

(1) 全体状況の観察

2015 年を基準とした人口推計では、2015 年から 2040 年にかけて、府内全域で人口減少が進むと推測されている。人口減少が最も大きいのは大阪市の西成区、南河内の一部で、このほか、大阪市、南河内、泉州の一部も人口減少の割合が大きい。その一方、大阪市の一部は人口増加が推測されている。

大阪府内の精神科医療機関の配置状況では、精神科病院の所在地は人口密度の高い地域とほ

ば一致するものの、人口 266 万をかかえる大阪府はきわめて少ない(63 病院のうちの 7 病院で 235 床。そのうち 1 病院は平成 26 年度 630 調査以降に精神科病床を設置)。その一方、精神科診療所は大阪市内にきわめて多く、大阪市内と、大阪府内の鉄道沿線の主要駅に展開している。大阪府の周辺部の人口密度の低い地域、大阪湾沿岸部には、精神科病院、精神科診療所ともに少ない(図 1)。

個別医療圏の全体観察では、精神科病院のない医療圏は存在しない。二次医療圏別の 10 万対精神病床数は、豊能医療圏 201.7、三島医療圏 343.7、北河内医療圏 153.1、中河内医療圏 212.4、南河内医療圏 268.3、堺市医療圏 330.2、泉州医療圏 673.5、大阪市医療圏 8.7 である(大阪府資料による)。

2015 年を基準とした 2040 年の人口推計における人口減少率と平成 26 年度 630 調査をもとにした精神科医療機関の配置状況を重ねて示した(図 2)。人口減少の進む中で、精神科医療機関の経営にも影響がおよぶことが示唆される。

(2) 二次医療圏別の観察

豊能医療圏は、人口密度の高い南部地域に 6 病院があり、4 病院は 300 床以上(1 病院は 500 床以上)、1 病院は大学病院であった。救急入院料病棟または急性期治療病棟を有する病院は 2 病院であった。26 年度 630 調査追加調査に回答のあった 4 病院の平成 26 年 1-6 月の新入院患者の状況および診断別では、3 病院は地域精神医療のニーズ全般に対応している病院であった。F0 に専門性の高い病院は 2 病院、F2 に専門性の高い病院は 2 病院、F3 に専門性の高い病院は 2 病院であった。入院に対する退院の状況から、1 病院は「入院期間の長い可能性のある病院」であった。精神科診療所は人口密度の高い南部地域に多かった。

三島医療圏は、鉄道と幹線道路のある人口密度の高い地域に 8 病院があり、いくつかの病院は

かなり近接していた。そのうち 3 病院は 300 床以上(2 病院は 500 床以上)、1 病院は大学病院であった。急性期治療病棟を有する病院は 4 病院、認知症疾患専門病棟を有する病院は 4 病院、3 病院は両方があった。26 年度 630 調査追加調査に回答のあった 4 病院の平成 26 年 1-6 月の新入院患者の状況および診断別から、4 病院とも地域精神医療のニーズ全般に対応している病院であった。F1 に専門性の高い病院は 1 病院、F2 に専門性の高い病院は 3 病院であった。入院に対する退院の状況から、1 病院は「入院期間の長い可能性のある病院」であった。精神科診療所は鉄道と幹線道路のある人口密度の高い地域に帯状に存在していた。

北河内医療圏は、ほとんどの病院は人口密度の高い地域に存在しており、8 病院(現在は 9 病院)があり、そのうち 1 病院は 300 床以上、1 病院は大阪府立精神医療センター、1 病院は大学病院である。救急入院料病棟または急性期治療病棟は 3 病院に、認知症疾患専門病棟は 1 病院にあった。26 年度 630 調査追加調査に回答のあった 5 病院の平成 26 年 1-6 月の新入院患者の状況および診断別から、3 病院は地域精神医療のニーズ全般に対応している病院であった。F0 に専門性の高い病院は 1 病院、F2 に専門性の高い病院は 3 病院であった。入院に対する退院の状況から、「入院期間の長い可能性のある病院」はなかった。精神科診療所は交通アクセスのよい鉄道沿線に多かった。

中河内医療圏は、人口密度の高い地域に 5 病院(現在は 6 病院)が存在し、すべての病院に救急入院料病棟または急性期治療病棟が、3 病院に認知症疾患専門病棟があり、3 病院は 300 床以上(2 病院は 500 床以上)であった。26 年度 630 調査追加調査に回答のあった 1 病院の平成 26 年 1-6 月の新入院患者の状況および診断別から、この病院は地域精神医療のニーズ全般に対応しており、また F0、F2、F3 に専門性の高い病院であ

って、「入院期間の長い可能性のある病院」ではなかった。精神科診療所は鉄道沿線に駅に沿って存在していた。

南河内医療圏は、おおむね人口密度の高い地域に6病院が存在し、そのうち3病院は300床以上であった。急性期治療病棟を有する病院は2病院で、1病院は認知症疾患専門病棟もあった。26年度630調査追加調査に回答のあった3病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、2病院は地域精神医療のニーズ全般に対応していた。F2、F3の両方に専門性の高い病院が1病院あった。入院に対する退院の状況から、「入院期間の長い可能性のある病院」はないものの、1病院は入院、退院ともきわめて少なかった(建替え中)。精神科診療所は堺市に近い鉄道沿線に集中していた。

堺市医療圏は、大阪市に近い人口密度の高い地域に4病院、それより離れた人口密度の高い地域に1病院の5病院があり、4病院は300床以上(2病院は500床以上)であった。2病院は、救急入院料病棟、急性期治療病棟、認知症疾患専門病棟のすべてを有していた。26年度630調査追加調査に回答のあった4病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、4病院とも地域精神医療のニーズ全般に対応していた。F0に専門性の高い病院は2病院、F1に専門性の高い病院は2病院、F2に専門性の高い病院は2病院、F3に専門性の高い病院は2病院であった。入院に対する退院の状況から、「入院期間の長い可能性のある病院」はなかった。精神科診療所は、堺市堺区、堺市北区に多く、人口密度の高い地域に、おおむね鉄道沿線に存在していた。

泉州医療圏は、平地から丘陵地にかけての人口密度の高い地域に17病院が存在しており、そのうち9病院は300床以上(3病院は500床以上)であった。5病院に救急入院料病棟または急性期治療病棟が、6病院に認知症疾患専門病棟があ

った。26年度630調査追加調査に回答のあった16病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、11病院は地域精神医療のニーズ全般に対応していた。F0に専門性の高い病院は4病院、F1に専門性の高い病院は4病院、F2に専門性の高い病院は3病院、F3に専門性の高い病院は1病院であった。入院に対する退院の状況から、「入院期間の長い可能性のある病院」は4病院であった。精神科診療所は鉄道と幹線道路のある人口密度の高い地域に、精神科病院よりも海寄りに、带状に存在していた。

大阪市医療圏は、精神科病床を有する病院は6病院(現在は7病院)あり、いずれも60床未満で、3か所は救急入院料病棟があった。26年度630調査追加調査に回答のあった4病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、4病院とも地域精神医療のニーズ全般に対応している病院であった。F2に専門性の高い病院は2病院であった。入院に対する退院の状況から、「入院期間の長い可能性のある病院」はなかった。精神科診療所は市内の鉄道または幹線道路沿線に多数存在するが、どちらかというと、北区、中央区に多かった。

(3)入院・通院の受療圏移動

平成26年度630調査追加調査の1月-6月の新入院患者総数について、患者医療圏から施設医療圏の移動を図3にまとめた。精神病床の少ない大阪市から府内全域に向けての患者移動があった。また、隣県である兵庫県からも大阪府北部を中心に向けての患者移動があった。

平成26年度630調査追加調査の1月～6月の新入院患者総数について、施設医療圏における患者医療圏の割合を計算した(表1)。10%以上となっている患者医療圏をまとめると、豊能医療圏(1,327人)では豊能51.2%、大阪市27.7%、兵庫県12.7%であった。三島医療圏(1,462人)では三島54.9%、大阪市15.0%、豊能11.7%であった。北河内医療圏(568人)では北河内74.5%、

大阪市 16.2%であった。中河内医療圏(388 人)では中河内 75.0%, 大阪市 11.9%であった。南河内医療圏(433 人)では南河内 37.0%, 大阪市 26.8%, 北河内 14.8%であった。堺市医療圏(2,228 人)では堺市 41.8%, 大阪市 30.4%, 南河内 10.3%であった。泉州医療圏(2,333 人)では泉州 53.1%, 大阪市 23.4%であった。大阪市医療圏(566 人)では大阪市 68.4%であった。人口 10 万対精神病床数の少ない大阪市からは、大阪府南部を中心に、府内全域に入院していた。また、医療圏によっては、隣接する京都府、兵庫県、奈良県、和歌山県からも入院していた。

平成 26 年度 630 調査追加調査の 6 月 30 日の外来患者について、施設医療圏における患者医療圏の割合を計算した(表 2)。10%以上となっている患者医療圏をまとめると、豊能医療圏(719 人)では豊能 78.7%, 兵庫県 10.3%, 三島医療圏(676 人)では三島 80.6%, 北河内医療圏(422 人)では北河内 74.4%, 大阪市 10.2%, 中河内医療圏(492 人)では中河内 81.0%, 大阪市 10.6%, 南河内医療圏(321 人)では南河内 85.7%, 堺市医療圏(779 人)では堺市 72.5%, 泉州医療圏(1,066 人)では泉州 84.3%, 大阪市医療圏(1,298 人)では大阪市 81.3%であった。入院に比べて、通院では、患者医療圏と一致している割合が高かった。

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。また大阪府の面積が小さく、また平地が多く、大阪市内に精神病床の少ないことと関係していると思われるが、二次医療圏は独立性が低く、大阪市内に不足している精神科入院医療の機能を府内および堺市の二次医療圏がカバーしている。すなわち、府内の精神科病院は、病院の所在地と大阪市内をキャッチメントエリアとして、必要なサービスを提供するかたちで競争的に精神科医療を構築してきたと分析できる。

3) 障害福祉サービス事業所マップ(泉州地域)

精神障害者を地域で支えるためには、医療提供体制と障害福祉サービスの連携は不可欠であるとの意見があったことから、精神医療及び福祉サービスの資源と利用に関するマップを作成し、可視化を試みた。大阪府内すべての障害福祉サービス事業所データが大阪府には存在しないため、精神科病院数の多い泉州二次医療圏をモデル圏域とし、圏域内すべての障害福祉サービス事業所のうち、①おおむね過去 1 年間の精神障害者へのサービス提供実績の有無、②今後のサービス提供予定の有無を調査した(回収率は 68.5%)。泉州地域では、平成 28 年 7 月 1 日時点で 703 か所においてサービスが提供されているが、そのうち精神障害者にサービス提供の実績があるのは 306 か所であった。また、77 か所の事業所が今後の受入予定があると回答した。法令および大阪版地方分権推進制度に基づき、障害福祉サービス事業所の指定・指導権限は順次、各市町村に移管されているが、府内全域のデータの集約が必要であることが示された。泉州地域の精神科医療機関と、精神障害者に障害福祉サービスを提供している事業所を重ねたマップを図 4 に示す。

4) 二次医療圏、障害保健福祉圏域、精神医療圏、精神科救急医療圏、老人福祉圏域

すでに述べたとおり大阪府の二次医療圏は 8 ブロックが設定されている。高齢者福祉圏も二次医療圏と同じ区切りの 8 ブロックである。これに対して障害保健福祉圏域は 18 ブロックが設定されており、中核市を含めた 16 か所の保健所、2 か所の政令市保健所の管内と一致している(大阪市、堺市はそれぞれ 1 か所)。精神医療圏は大阪府全域の 1 区域である。精神科救急医療圏は、精神科救急医療体制整備事業費をもとに、精神科緊急医療体制整備事業をもとに 7 ブロックが設定されている。

5) 平成 27 年度精神科在院患者調査報告書(大阪府・大阪市・堺市)

大阪府内（政令指定都市を含む）の精神科病床を有する医療機関における入院患者の状況を明らかにして、大阪府・大阪市・堺市の精神保健福祉施策の基礎資料とするため、大阪府が大阪精神科病院協会の協力を得て平成 12 年度より実施してきた。本報告によると 1 年以上の在院患者は 9,906 人であり、総数の 59.6% を占めるが、毎年減少傾向にある。新たに精神科病院に入院した患者については、おおむね 90% 程度が 1 年以内に退院しており、1 年以上入院している患者数及び入院総数に占める割合は、年々減少している。その一方で、寛解・院内寛解患者は 700 名以上となっている。長期入院者の退院促進にあたっては、オール大阪の退院促進事業を進めることが必要と述べている。

6) 研究会における主要な意見

- ・研究会において、大阪府の行政も交えて議論ができるのは、平成 30 年度からの保健医療計画、障害福祉計画もあり、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。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に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。
- ・居住地と受診先・入院先の選択には交通アクセスも関係する。地元の交通事情をよく知る必要がある。
- ・精神科救急システムにのると、生活圏域をこえた

入院が発生することがある。

- ・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。
- ・大阪府では 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。例えば、グループホーム等の地域の居住生活資源を精神医療マップに重ねるには、これらの政令指定都市や中核市からの情報の共有が必要になる。
- ・大阪の精神医療に大きな変化を感じている。各地域の中で、各精神医療機関がどのように地域に貢献していくべきか、見極める必要がある。
- ・緊急で入院が必要な際、その日のうちに入院先が見つからないということは少なくなってきた。地域のケアの専門性もレベルアップして安心して患者さんを頼めるようになってきた。
- ・ひきこもりや発達障害に関して、高齢化し、家族の衰えが見られるようになってから事例化してくるケースがある。
- ・自殺予防が大事。今は非定型の自殺や過重労働による自殺が多い。
- ・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。
- ・前回の医療計画の議論では、大阪府全体で府内の精神科医療について考えるということで、精神科医療圏は一つとなった。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だから、それと医療計画をどのように合致させるかを考える必要がある。
- ・今あるものには、それなりの理由があって現在に

至っている。いびつなところを修正する動きは自然に起こっている。強引な形はとらず、将来的にはこういう方向性であった方がいい、つまり、今後の人口動態を考慮にいれてこういう形にいくべきという考え方を示すのがよい。

- ・国の資料では「協議の場」という言葉がたくさん出るが、既存の二次医療圏の協議の場を使って精神医療の問題を皆で議論するのは難しい(精神医療関係者が1人だけということが多い)。保健所で精神保健関係者を集めて協議してほしい。

- ・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。

- ・まず入院ありきの話ではない。地域で基本的な疾患を診る、あるいは入院するまでにならないような圏域づくりが大切。圏域ごとにすべてをそろえるのは無理がある。

7) 大阪におけるヒアリング

「一般社団法人困窮者総合相談支援室

Hippo.」: NPO 法人釜ヶ崎支援機構で相談・生活支援活動に携わってきたが、制度にのらない日常的な生活支援(金銭管理・服薬管理をはじめとする「家族的な支援」)の必要性を考えた福祉相談部門のスタッフが2013年2月に立ち上げた。支援したケースは363人で、萩之茶屋1丁目から3丁目の釜ヶ崎で生活している人が149人(4割)である。支援内容は、金銭管理、服薬管理、病院受診支援・同行、訪問介護ヘルパー・障害ヘルパーなど社会資源導入、訪問看護、就労支援など。363人のうち、245人に精神科通院歴がある(現在支援している232人のうちでは149人(64.2%)。そのうち半数以上を1人の医師が主治医となっている(大阪社会医療センター附属病院、精神科病院、西成区の診療所の3か所勤務)。地域の特性から、アルコール・薬物の専門医療、入院施設のサテライトクリニックなども利用。入院の必要な場

合は、これらの病院に依頼をかけてお願いする。単身・高齢者が多く、インフォーマルな支援が重要であるが、地域の様相が変わってきた。知的障害や発達障害の若いケースが増え、支援＝金儲けを考える「支援者」が増えてきた。その一方、既存の支援者に疲弊がある。

大正区保健福祉センター:

大阪市の南西部に位置し、大阪湾に面している。面積は9.43平方キロメートル、人口は約6万5千人である。大規模な公営団地が複数あるほか、天王寺区や阿倍野区に比べると民間賃貸住宅の家賃も安い物件が多い。高齢化も進み生活保護の被保護人員は5.7%と高い。精神保健福祉業務は保健福祉課が担当しており、平成27年度は相談1,206件、訪問150件電話1,031件である。28年度の精神保健福祉関係業務は、精神保健福祉相談(医師による相談)が月4回、回復途上にある精神障がい者が集団的な関わりを持つ中で日常生活圏の拡大や仲間づくりを行う日常生活向上教室が月1回、酒害教室が月に1回、統合失調症の家族を対象にしている家族教室を月1回、開催している。大正区内の精神科医療機関は50床のベッドを持つ病院と、往診もしている外来中心のクリニックの2か所であり、駅の近くで区の北端に位置している。精神科治療が必要な場合は、区内の医療機関へつなぐ以外は精神保健福祉相談で相談を受け、他区・他市の医療機関につないでいる。他区に比べると相談件数は1.3倍多い。また、アルコールに特化してみると、他区に比べると2.6倍も相談件数があり、アルコール問題をかかえた人が多いと考えられる。障がい者相談支援センターは障がいを持ったスタッフが中心になって運営しており、ピアカウンセリング等も実施している。児童虐待が絡むケースや外国人の相談も増えてきており、多様な問題が潜在していると思われるため、必要な時に適切な医療につなげることができる体制づくりが重要である。

枚方市保健所: 大阪市の北河内医療圏に属し、

面積は 65.1 平方キロメートル、人口は約 40 万 5 千人である。北河内地域の中核的な都市として発展し、2014 年に中核市となった。市西部は京阪電車、市東部は JR 東西線で京橋・北新地・尼崎と結び、市中心部は国道 1 号が走っている。市西部は住宅地となり、市東部は古くからの居住者が多い。精神科病床を有する病院は大阪府立精神医療センターを含めて 5 か所あり、そのひとつは透析患者などの合併症対応をしている。大阪府立精神医療センターなどの広域対応をしている病院や、身体合併症対応、入所施設（療養介護施設）併設病床など、多くの機能を持つ病院等があるため、地域としては、5 病院よりも少ない感じがある。市外の精神科病院の利用にあたっては、平地移動ができて、交通機関の乗り換え回数が少ないことが好まれる。精神医療の供給から見ると、依存症関連は市外又は京都府内の医療機関を利用しがちである。精神科診療所は長く診療を行っている診療所も多いが、PSW を配置しているところは少ない。枚方市における unmet needs (満たされていないニーズ) は、市東部の古くからの居住者の多い地域に多く、精神保健の問題をスティグマととらえる傾向がある。精神障害者福祉は精神科病院設置法人運営の事業所が無いことから、市内の社会福祉法人と NPO 法人が担い、これらの法人と精神科医療の交流があることで、病院 PSW と地域関係機関職員は、一定の顔の見える関係性がある。また、精神科病院間も PSW はよく交流している。地域の精神医療ニーズへの対応には、保健所嘱託医に、専門性の異なる、機動的に対応してくれる精神科医をお願いして顔の見える関係をつくっている。DV 被害者に精神障害がある場合、シェルターに行くまでの期間の、本人の保護と精神科医療の確保は難しい課題である。

2. 鹿児島研究会

1) 鹿児島県および精神保健福祉の状況

鹿児島県は日本の最南部に位置し、面積は約 9,188 平方キロメートル(全国 10 位)と広く、

薩摩半島、大隅半島の 2 つの半島と 26 の有人離島をもつ(2015 年国勢調査)。総人口は 1,648 千人で、65 歳以上の老年人口は 29.4%となっている。平成 26 年の病院報告によると、人口万対病床数は 58.7 (全国 26.6)、人口万対在院患者数は 52.8 (全国 23.3) であっていずれも全国最多である。また平均在院日数は 380.8 日(全国 281.2 日)であって、全国 4 位である。

平成 26 年度精神保健福祉資料によると、精神科病院数 51、精神病床数 9,725 床である。平成 26 年度精神保健福祉資料による入院形態別の割合では、措置入院 0.1% (全国 0.5%)、医療保護入院 30.9% (全国 45.4%)、任意入院 68.8% (全国 53.4%)、その他 0.2% (全国 0.7%) であって、医療保護入院の割合が低く、任意入院の割合が高い。10 年以上の入院患者の割合は 26.5% (全国 21.0%)、入院患者に占める 65 歳以上の割合は 58.2% (全国 54.5%) である。平成 26 年度の平均退院率 64.8 (全国 72.6)、退院率 21.4 (全国 24.5) はいずれも全国でも低い。人口減少と高齢化が進む一方で、面積が広く、中山間と離島が多いという環境の中で、どのように精神保健医療福祉の改革を進めていくかという課題がある。

2) 全体状況の観察

2015 年を基準とした人口推計では、鹿児島医療圏と始良・伊佐医療圏の南部を除いて、全般に人口減少が進むことが予想されている。

全県的な精神科医療機関の観察によると、精神科病院は人口密度の高い鹿児島医療圏に多く、他の医療圏においても、おおむね人口密度の比較的高い地域と精神科病院の所在地は一致している。精神科診療所はほとんど鹿児島医療圏の鹿児島市内にある(図 5)。個別医療圏の全体的観察によると、精神科病院のない医療圏は存在しない。ただし、鹿児島、肝属のように一定の狭い範囲に精神科病院が集中している医療圏と、川薩、南薩などのように分散して

いる医療圏がある。

2015年を基準とした2040年の人口推計における人口減少率と平成26年度630調査をもとにした精神科医療機関の配置状況を重ねて示した(図6)。鹿児島医療圏、始良・伊佐医療圏の鹿児島湾沿いを除いて人口減少が進む中で、医療機関の経営基盤を確保しつつ、広域に拡散した地域精神医療のニーズに応えていくことの困難さが示唆された。

(2) 二次医療圏別の観察

鹿児島医療圏は、鹿児島市内の人口密度の高い地域と精神科病院、精神科診療所の位置はおおむね一致していた。またJR沿線の日置市、いちき串木野市の市街地にそれぞれ1病院があり、3病院は300床以上であった(1病院は500床以上)。急性期治療病棟は2病院に、認知症疾患専門病棟は7病院に設置されていた。26年度630調査追加調査に回答のあった19病院(平成26年10月に開設された1病院を除く)の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、7病院は地域精神医療のニーズ全般に対応していた。F0に専門性の高い病院は2病院、F1は1病院、F2は4病院、F3は1病院であった。入院に対する退院の状況から1病院は入院期間の長い可能性のある病院であった。精神科診療所はほとんどが鹿児島市市街地の中心部にあった。

始良・伊佐医療圏は、鹿児島湾沿岸の比較的人口密度の高い地域に5病院(鹿児島県立始良病院を含む)、中山間地域の中心部に分散して3病院があった(全8病院)。このうち1病院が300床以上であった。急性期治療病棟は1病院に、認知症疾患専門病棟は6病院に設置されていた。26年度630調査追加調査に回答のあった7病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、5病院は地域精神医療のニーズ全般に対応していた。F0に専門性の高い病院は1病院、F2とF3に専門性の高い

病院は1病院であった。入院に対する退院の状況から、1病院は入院期間の長い可能性のある病院であった。精神科診療所はごく少数ある。

川薩・出水医療圏は、幹線道路もしくはJR沿線に6病院が離れて存在している。精神病床が300床以上の病院はなく、認知症疾患専門病棟は4か所に設置されている。26年度630調査追加調査に回答のあった6病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、地域精神医療のニーズ全般に対応している病院は1病院であった。F0に専門性の高い病院は1病院であった。入院に対する退院の状況から、2病院は入院期間の長い可能性のある病院であった。精神科診療所は薩摩川内と出水の市街地にごく少数ある。

南薩医療圏は、薩摩半島沿岸の幹線道路に沿って5病院あり、3病院は内陸部と幹線沿いにある(全8病院)。1病院は300床以上で、1病院に急性期治療病棟と認知症疾患専門病棟が設置されていた。26年度630調査追加調査に回答のあった8病院の平成26年1-6月の新入院患者の診断別から、地域精神医療のニーズ全般に対応している病院は1病院、F2に専門性の高い病院は1病院であった。入院に対する退院の状況から2病院は入院期間の長い可能性のある病院であった。精神科診療所はない。

曾於・肝属医療圏は、曾於は2病院が離れて存在し、肝属は鹿屋市市街地に5病院が集まっている(全7病院)。300床以上の病院、急性期治療病棟や認知症疾患専門病棟のある病院はなかった。26年度630調査追加調査に回答のあった6病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、地域精神医療のニーズ全般に対応していると思われる病院は1病院、F2に専門性を有する病院は1病院であった。曾於の都城に近い1病院は新規入院患者がきわめて少なかった(平成27年2月に閉院)。入院に対する退院の状況から、比較的入

院日数の長い病院はなかった。

奄美医療圏は、奄美大島に2病院、徳之島に1病院がある(3病院)。1病院は300床以上で、急性期治療病棟と認知症疾患専門病棟が設置されていた。26年度630調査追加調査に回答のあった3病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、奄美大島の1病院は地域精神医療のニーズ全般に対応していた。F2に専門性の高い病院は2病院であった。入院に対する退院の状況から、入院期間の長い可能性のある病院はなかった。精神科診療所は奄美大島に1か所存在した。

熊毛医療圏は、種子島に1病院が存在する。26年度630調査追加調査に回答のあったその病院の平成26年1-6月の新入院患者の状況および診断別から、地域精神医療のニーズ全般に対応していると思われるものの、本報告の定義には該当しなかった。

3. 入院・通院の受療圏移動

平成26年度630調査追加調査の1-6月の新入院患者総数について、患者医療圏から施設医療圏への移動を図7にまとめた。中核市である鹿児島市、県立精神科病院のある始良・伊佐医療圏には広域の患者移動が存在するものの、県の面積が広く、有人離島が多数存在することを反映して、その数は少なく、二次医療圏単位で独立性が強いことがうかがえた。また、曾於医療圏は宮崎県都城市への医療依存度が高く、曾於医療圏からは宮崎県の都城市に多数入院しているが、歴史的にも生活圏においても、両者は近い関係にあるという。

平成26年度630調査追加調査の1月～6月の新入院患者総数について、施設医療圏における患者医療圏の割合を計算した(表3)。施設医療圏ごとの患者医療圏の割合が10%以上となっているものをまとめると、鹿児島医療圏(1,940人)は鹿児島82.3%であった。南薩医療圏(513人)は南薩84.0%であった。川薩医療圏(224

人)は川薩82.1%、出水12.1%であった。出水医療圏(158人)は出水91.1%であった。始良・伊佐医療圏(777人)は始良・伊佐74.6%であった。曾於医療圏(55人)は曾於89.1%であった。肝属医療圏(255人)は肝属85.9%であった。熊毛医療圏(56人)は熊毛98.2%であった。奄美医療圏(336人)は奄美99.7%であった。

外来総数について、施設医療圏ごとの患者医療圏の割合が10%以上となっているものをまとめると(表4)、鹿児島医療圏(1,754人)は鹿児島88.6%であった。南薩医療圏(407人)は南薩92.9%であった。川薩医療圏(304人)は川薩80.9%であった。出水医療圏(79人)は出水94.9%であった。始良・伊佐医療圏(367人)は始良・伊佐92.1%であった。曾於医療圏(127人)は曾於96.9%であった。肝属医療圏(220人)は肝属90.0%であった。熊毛医療圏(30人)は熊毛96.7%であった。奄美医療圏(223人)は奄美99.1%であった。このように入院、通院とも施設医療圏と患者医療圏の一致している割合は高い。

3) 障害福祉サービスマップ、介護サービスマップ

鹿児島県障害福祉課から提供のあった資料をもとに、精神障害者の利用の可能性の高い障害福祉サービス、介護サービスと精神科医療施設を重ねたマップを作成した(図8, 9)。鹿児島県の障害福祉サービスは精神科医療施設が整備を進めたものも多く、両者は近接している。また、介護サービスと精神科医療施設を重ねたマップを作成した。精神科医療施設に近接して介護サービスが展開していることがわかる。

4) 二次医療圏、障害保健福祉圏域、精神医療圏、精神科救急医療圏、老人福祉圏域

鹿児島県は、二次医療圏は9圏域、精神医療圏は9圏域、精神科救急医療圏は4圏域、障害保健福祉圏域は7圏域、高齢者保健福祉圏域は9圏域であって、二次医療圏、精神医療圏、

高齢者福祉圏域の地域割りは共通である。

5) 提言書-精神科病院の地域医療構想を迎えるにあたって-

本提言は鹿児島県のこれからの精神科医療のゆくえについて、地域医療構想（ビジョン）から考察している。鹿児島県は中小の病院が大多数であり、地域人口から考えても、急性期病床をもてる病院は少ないと推定される。そのため多くの病院は、病床としては「重度かつ慢性」の病床しか持てず、残りは医療型中間施設への移行しか考えられない。小規模病院の場合、すべて医療型中間施設に変え、病床を持たないところも出現する可能性がある。その一方、精神科救急システムは、全県を4ブロックに分けて、51病院の参加でまわしているが、精神科救急入院料または精神科急性期治療病棟を有する病院だけでまわすとしたら精神科救急システムは崩壊してしまう。既存の精神科病床を医療型中間施設（名称は医療型精神科ナーシングホームまたは医療型精神保健施設など医療型を含む名称がよい）の検討が重要になる。精神科病床の医療型中間施設への転換には、一部の家族会や人権団体の反対があるが、医療型であり、クリニックを併設しており、そして一般の療養病床としての実績を十分に説明すれば理解は徐々に得られていくのではないかと。

6) 研究会における主要な意見

- ・1960年代から90年代までに精神病床数が激増した。その時期に入院した患者が高齢化しており、このまま患者が減少して病院が減れば、地域医療の崩壊を招きかねない。
- ・長期入院患者が減少していく現状において、中間施設へ転換したとしても、それは過渡的なもので、これからのニーズは外来ではないか。地域で身近に精神医療を提供できる外来体制が一つの方法ではないか。
- ・精神科は、一般科に比べて、より地域密着型だといえる。

・回復期や慢性期の患者が、居住地に帰るか、病院所在地の施設にそのまま留まるかは、医療機関の障害者福祉への参画が影響しているのではないかと。

・F0（認知症等）は地域密着性が高い。遠くに行けないだけ、患者医療圏の精神科医療施設を利用することになり、そのことが認知症疾患専門病棟の多いことと関係しているのではないかと。

・5年以上入院が継続している患者は、地元へ帰そうとしても帰れない状況のある者が多い。入院中に家族の死去や地域崩壊などで長期入院になってしまう。

・地域移行に積極的な病院は、自分たちで在宅支援の施設を作るなどしている。病院の意識や取り組みによって、地域差が出ている状況がある。

・長期入院患者を施設に移しても、外来や診療ができる体制が必要である。中間施設に転換しても医療機能を確保することで、救急体制も維持ができる可能性が高い。

・過疎地に急性期治療病棟をつくっても、ニーズが無くて患者が減っているところがある。人口規模の小さい二次医療圏の中で各医療圏にバランスよく急性期治療病棟を配置することは困難。地域と密着して医療を行っている、今の病院の努力を継続可能にすることが大切ではないかと。

・精神医療についてはもともと二次医療圏で考えられていない。各二次医療圏においてどのくらいの新入院が今後も発生するかという試算が必要である。

・人口減少と高齢化が進むとともに、精神科医療の必要量は減少しているが、ニーズがなくなるのではない。その一方、中山間部では、在宅のアウトリーチで維持していくのは厳しい。

・地域移行で退院した人たちを地域で支える体制が必要で、地域移行した分の空いた病床を有

効活用することも必要。

- ・熊本地震の時に迅速に患者を受け入れることができたことをどう考えるか。災害時の対応も織り込んだ精神医療の確保が必要である。

- ・中山間の多い地域で、地理的にどの範囲にアウトリーチが可能なのか、どのように精神医療を確保し続けるのか、現場の声を得る必要がある。

- ・鹿児島県の二次医療圏は生活圈を考慮して設定されている。

- ・救急医療圏域が4圏域になっているのは、患者の生活圈域だけではなく、精神科病院の配置状況を重視している。

- ・鹿児島県のストレンクスとして、中山間地域の多い中で、地域の総合的なニーズに対応した精神医療を構築してきたことがある。それは、人口減少と高齢化の進む地域に求められる精神医療のモデルとも言えるのではないか。

6)ヒアリングの概要(平成27年度、28年度のヒアリングの要旨を掲載)

- ・認知症に関して、介護保険施設の経済負担が大きいことから、精神科入院を選択してくる傾向が強かったが、最近では重症者の受け入れに努めている。

- ・精神科病院は創業者から2代目、3代目に代わり、変革の時代を迎えている。「急性期中心＋グループホーム＋福祉施設」、「慢性期の療養中心」の二極化が進むと思われる。

- ・鹿児島県のような中山間地域が広範な地域には、都市部向けの政策は合わないのではないか。それが合うのは、鹿児島市のような資源の集中化可能な市街地だけではないか。

- ・地域包括ケアシステムと言われるが、少子高齢化は地域住民だけでなく職員にもおよんでおり、看護・介護人材が不足している。労働人口の呼び戻しなど、地方創生から始めないといけない。

- ・農村では集落が点在しており、人と資源の集

約は困難で、在宅サービスの効率が低くなる。

- ・民間病院は、雇用創出による地域貢献など、地域と密接に連携している。地域と連携できているところは伸びていくし、そうでないところは閉じていくだろう。何よりも地域の住民が大切にされる政策でなければならない。

- ・鹿児島県の病床数や病床利用率の高さには歴史的な背景がある。例えば、戦後の食糧難時は地方農村部に人口が集中し、労働力の流動化とともに、都市部に若年層が流出した。

大口病院:昭和29年に開設され、伊佐地域唯一の精神科医療機関として、時代のニーズに合わせて変化しながら、地域密着型医療、支援に当たってきた。病院の存在する伊佐市の面積は392.56平方キロメートルで熊本県との県境に位置しており、人口は26,810人、65歳以上が39.0%を占める(2015年10月1日)。大口病院は、「精神保健福祉事業を通して幸せなまちづくりを担う」ことをミッションに掲げ、医療(精神病棟、精神療養病棟、認知症治療病棟)、暮らしの支援(自立訓練施設、ホームヘルプ、グループホーム、地域活動支援センター)、働く支援(工房あけぼの)を運営している。病棟はナースステーションがオープンスペースのようになっていて、重症患者の観察と看護が容易に行えるようにするなど、病院設計の工夫がある。伊佐地域の唯一の精神科医療機関として、地域内の多様な精神保健の問題への対応を求められ、保健所が対応してきたような精神保健福祉相談も病院に寄せられるようになってきた。地域の高齢化と人口減少が進む中で、中山間地域で独居となり、孤立を余儀なくされる精神障害者の支援には、病院で巡回バスを用意したり、診療報酬の十分ともなわない入院医療にも対応する必要がある。地域に密着した医療を提供する中で、医療経営は厳しさを増している。大口病院では平成29年度から精神病棟を地域移行機能強化病棟入院料の適用にすることを計画している。

鹿児島県始良・伊佐保健所、鹿児島県伊集院保健所・始良・伊佐保健所では「始良・伊佐保健所管内精神科病院長・診療所長との意見交換会」を毎年開催している。平成 28 年度は(1)自殺対策、(2)精神障害者地域移行・地域定着支援、(3)精神科救急医療体制、(4)精神科病院実地審査・実地指導等を協議事項としている。また「始良保健所管内精神保健業務 行政・警察 連絡会及び研修会」を開催している。その目的は精神保健の業務に従事する行政と警察が一堂に会し、精神障害者の緊急時の対応や医療に関する共通認識を深め、地域における精神保健の体制の連携強化を図ることである。平成 28 年度の議題は、(1)始良保健所管内の精神保健の現状、(2)講話「精神疾患の理解と対応～医療へのつなぎ方～」(県立始良病院院長 山畑良蔵)、(3)意見交換等である。鹿児島県の保健師は離島勤務を経験するが、離島で通報事例が発生した場合、一時診察を島内で、二次診察を空港で行い、空路で県立病院に入院させることもある。中山間地域においても、地域の医療機関だけでは対応できないので、広域での対応を必要とすることがある。地域の受け入れについては、離島の場合、役場を含めて、懇切丁寧に見てくれるが、グループホームなどの資源はきわめて乏しい。また、他害行為をおこなった場合、地域の受け入れが難しくなる場合がある。都市部から離島に移り住んだ I ターンの人の中には、コミュニティに溶け込めず、精神保健の問題を抱えるひともいる。保健師を含む県職員にとって、離島勤務は、全員で助け合っの仕事になり、地域からの学びも多い。

D 考察

大阪府の精神科医療は、大阪府の面積が小さく、平地が多いこと、交通網が発達していることと関係して、二次医療圏は独立性が低く、大阪市内の精神科入院医療機能の不足を、府内および堺市の二次医療圏がカバーしていた。従来、大阪市医

療圏に精神病床が少ないことが問題と指摘されてきたが、大阪府内の精神科病院がその施設医療圏と大阪市内のふたつのキャッチメントエリアをもつと考えるならば、またその中で病診連携がさらに図られていくなれば、大都市における unmet needs(満たされていないニーズ)の大きさも勘案して、問題と指摘されてきたこともストレングスになる可能性があると考えられた。また、大阪府において、アルコール専門医療が、保健所や地域断酒会活動と連携を取りながら重層的なアルコール症ケアシステムを構築してきた歴史を持つこと¹⁾、大和川病院事件を契機に精神障害者の人権問題に関する関係者間の対話が積み上げられ²⁾、大阪府精神保健福祉審議会において「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について(意見具申)」において「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」がまとめられたことは³⁾、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての大きな財産であろう。

鹿児島県の精神科医療は、中核市である鹿児島市、県立精神科病院のある始良・伊佐医療圏に向けての広域の患者移動が存在するものの、県の面積が広く、有人離島が多数存在することを反映して、二次医療圏単位の独立性が強かった。鹿児島県の人口万対精神病床は多く、平均在院日数は長い。その背景には、中山間の面積が大きい中で、地域を開発・発展させてきた長い歴史があり、それが地域のニーズにきめ細かに対応した精神医療の構築ともつながり、鹿児島島の精神医療のストレングスにもなっていると考えられた。しかし、人口減少と高齢化の進む地域で精神科医療を継続することは容易ではなく⁴⁾、それらの地域において精神医療機能を確保し続ける戦略として、研究会において、精神科病院の一部を医療型中間施設に転換するという提案が示されたことには意味がある。鹿児島県における研究会で示された課題は、他

の中山間地域の大きい都道府県でも広く共有される課題であるが、実際に人口減少が進む地域で精神科医療を提供している精神科病院から参加した研究会を開催し、さらに検討することが望まれる。

本研究では、行政、その地域の核となる精神医療関係者、研究者の協働による研究会を持ち、その地域と精神医療の特徴、課題とストレングスをまとめた。この方法は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の具体的な姿の検討に役立ち、他の地域にもこのような場が広がることが期待される。また、本報告書に使用したマップや表の形式は、全国の都道府県等にも役立つと思われるので、その情報の定期的な更新が可能になるよう、既存の精神保健福祉資料（630 調査）を見直すことなどによる情報収集態勢の構築が期待される。

E 結論

精神医療改革には、行政、主要な関与者、研究者の 3 者共同の場による練り上げが必要であり、本研究会のような活動が全国に広がることが期待される。また、本研究の成果を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた研究会活動の広がりが期待される。

文献

- 1) 矢内純吉:ライフワークとしての精神保健医療福祉。社団法人大阪精神保健福祉協議会創立 50 周年記念史。2005
- 2) 認定 NPO 大阪精神医療人権センターホームページ <https://www.psy-jinken-osaka.org/>
- 3) 大阪府精神保健福祉審議会:精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について(意見具申)。2000
- 4) 松下兼介:鹿児島県のこれからの精神科医療のゆくえ-地域医療構想(ビジョン)からの考察-。鹿精協会報第 153 号。2015

図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年の推計人口減少率(2015年を基準とした2040年の推計人口推計))

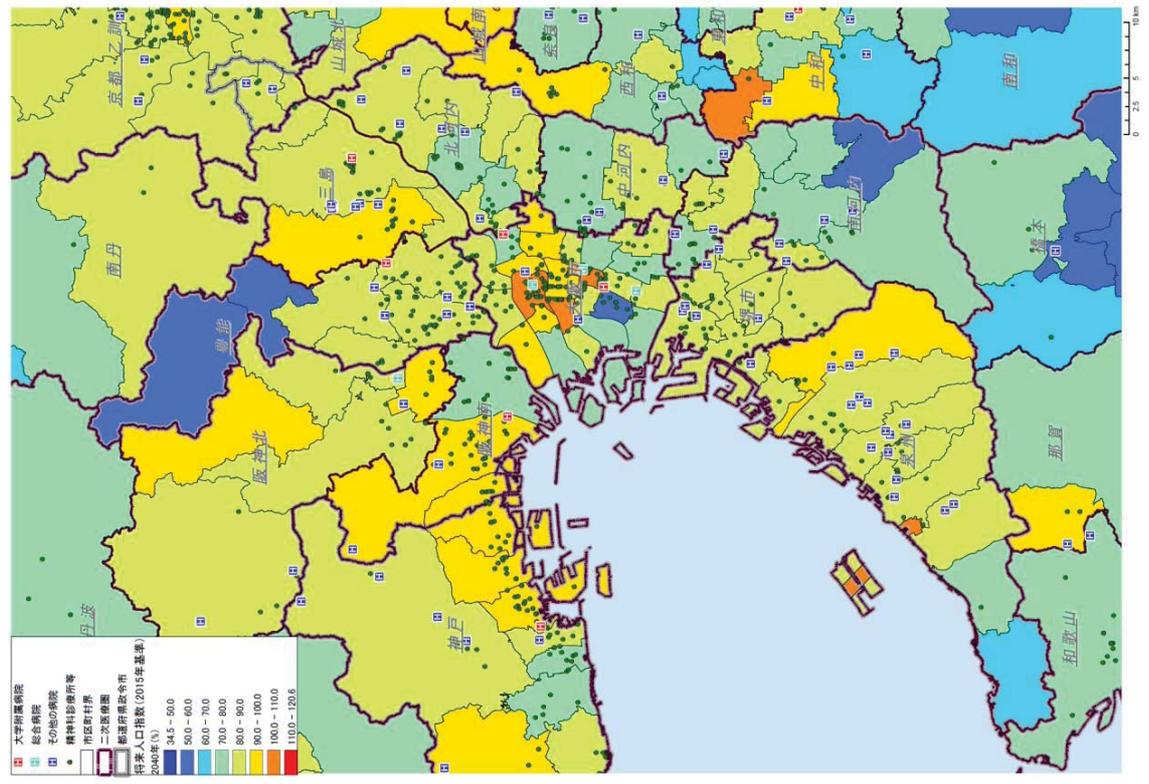


図1.大阪府の精神科医療機関の配置と人口密度

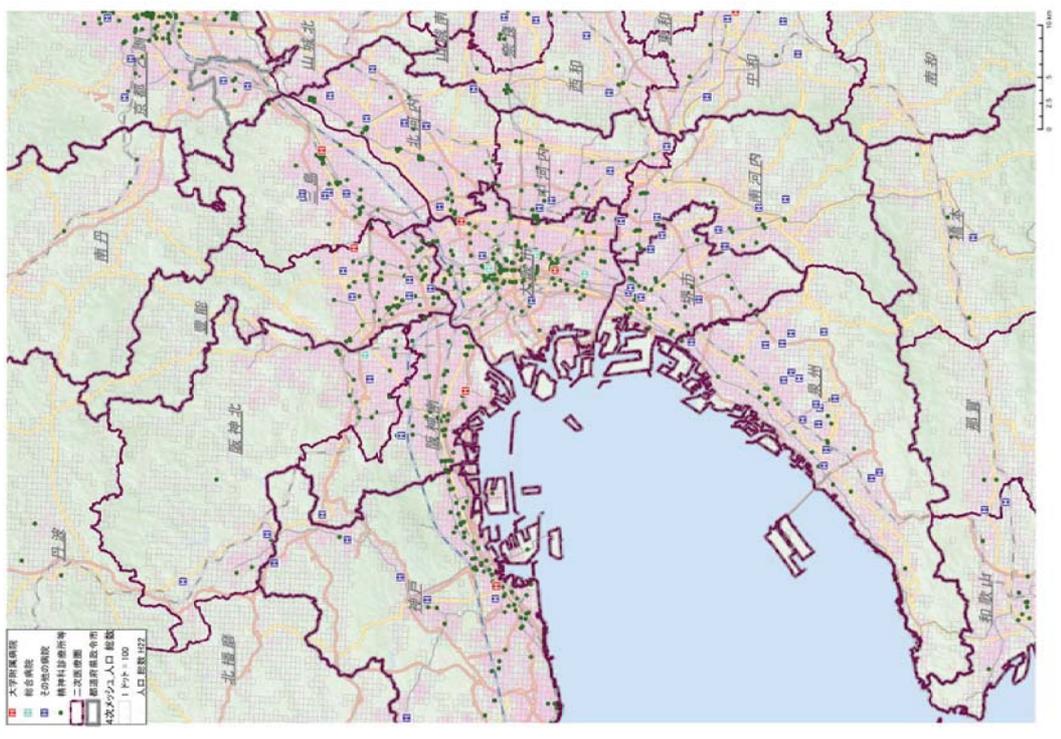
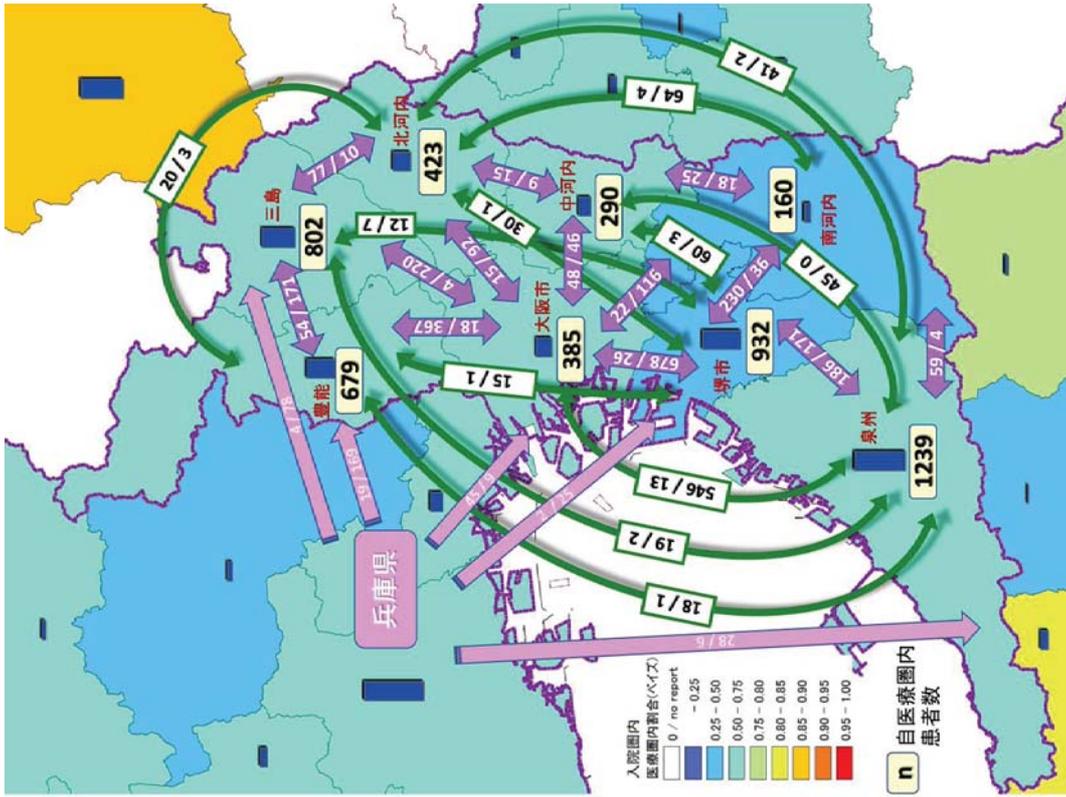


図3.大阪府における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動



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

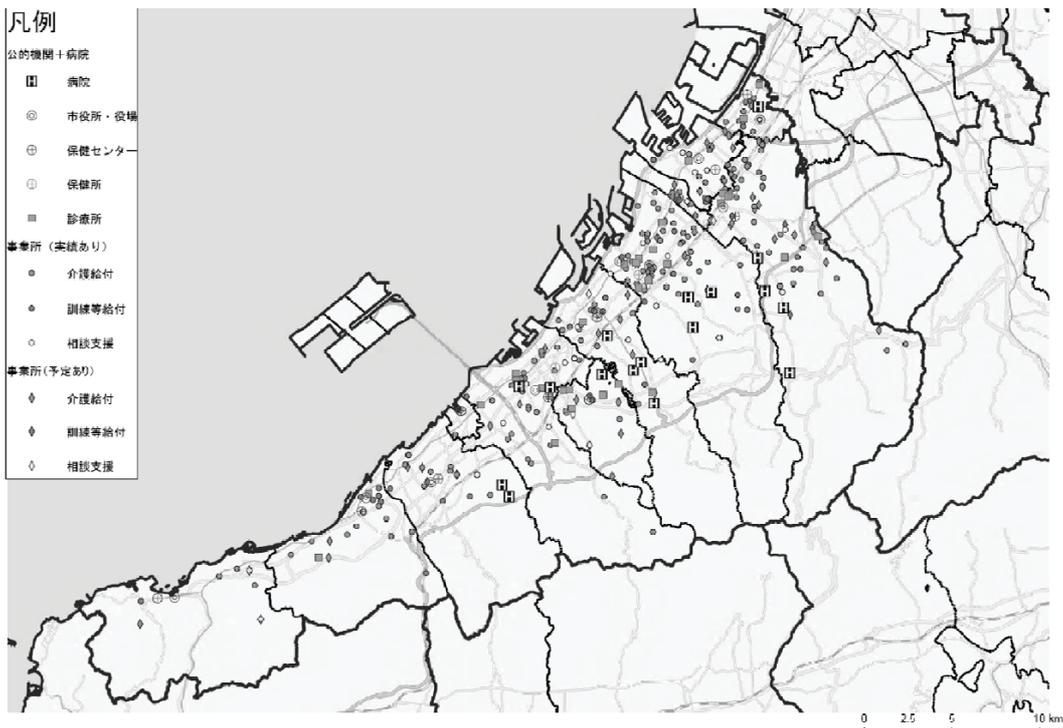


図5.鹿児島県の精神科医療機関の配置と人口密度

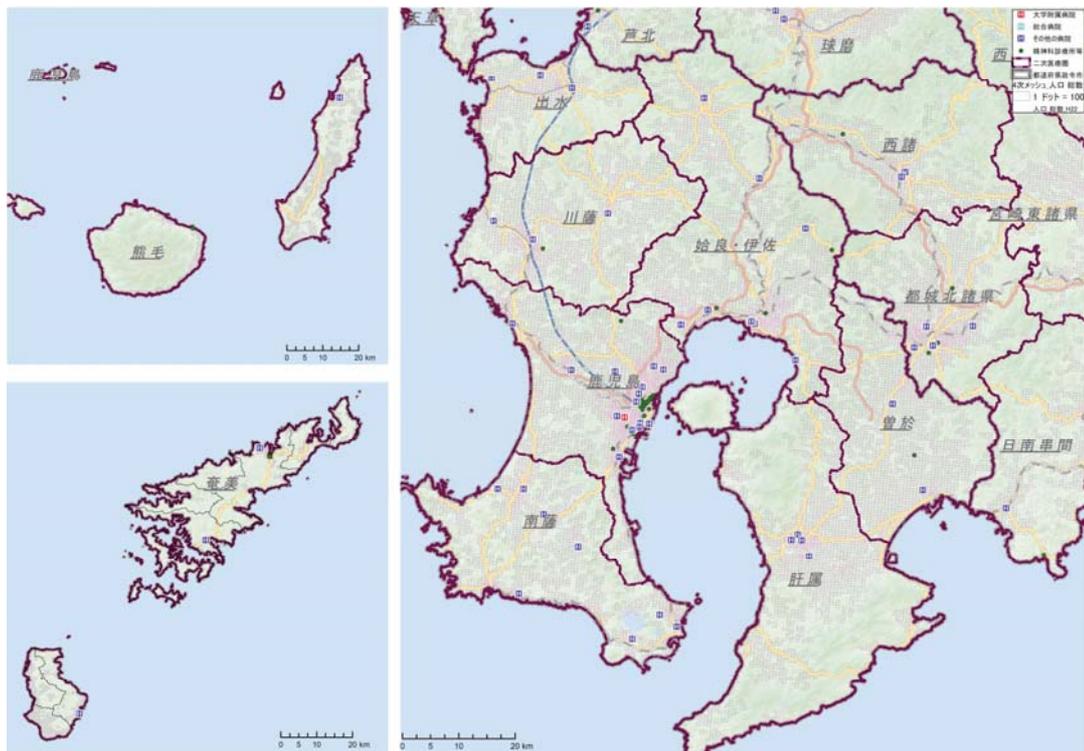


図6.鹿児島県の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

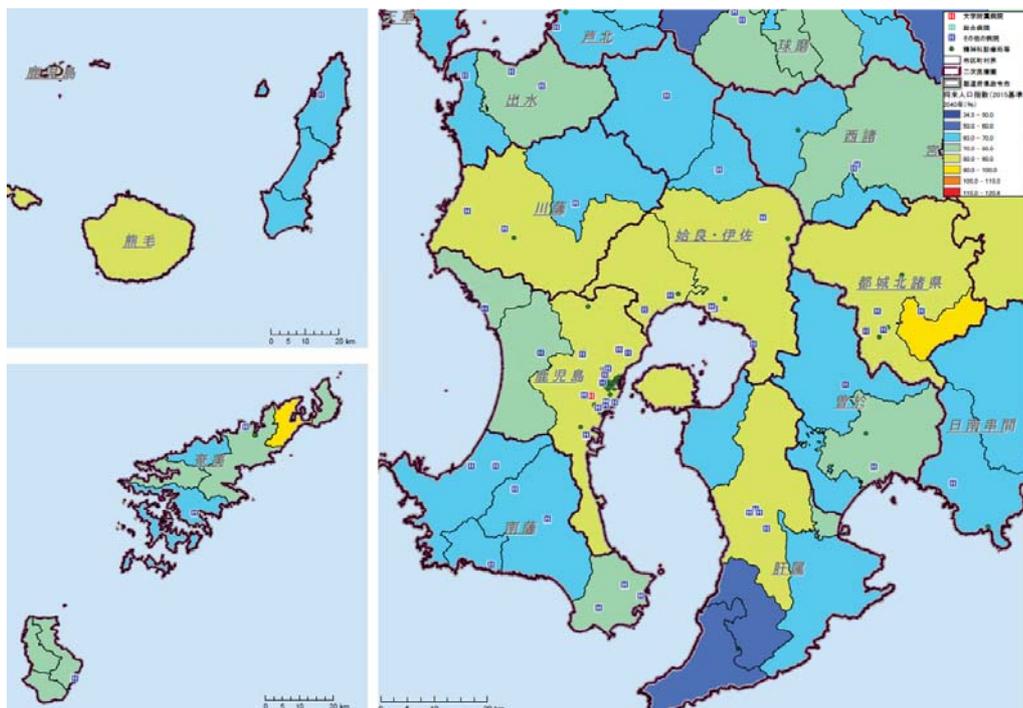
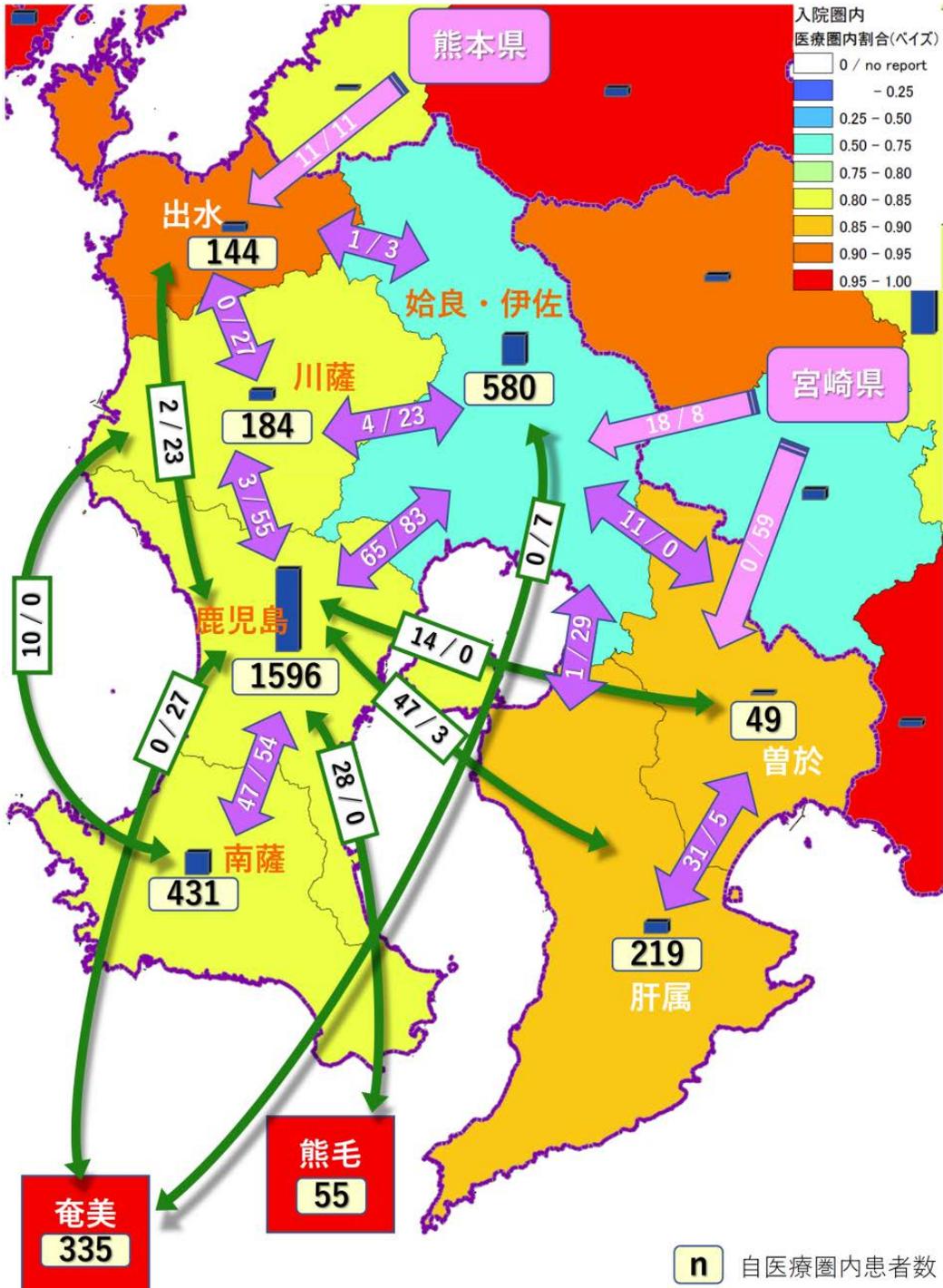


図7.鹿児島県における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動



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

表1.大阪府の新入院患者総数の各施設医療圏における患者医療圏の割合

入院(総数)	施設医療圏	施設数※	患者数	患者医療圏											不明・不定			
				豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	京都府	兵庫県	奈良県		和歌山県		
	豊能	4	1,327	51.2%	4.1%	1.5%	1%	0.7%	0.1%	0.1%	27.7%	0.2%	12.7%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	
	三島	7	1,462	11.7%	54.9%	5.3%	1%	0.2%	0.5%	0.1%	15.0%	2.7%	5.3%	0.9%	0.1%	1.3%	0.2%	
	北河内	5	568	0.5%	1.8%	74.5%	3%	0.7%	0.2%	0.4%	16.2%	1.6%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	中河内	1	388	0.3%	0.0%	2.3%	75%	6.4%	0.8%	0.0%	11.9%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	
	南河内	4	433	1.6%	1.2%	14.8%	4%	37.0%	8.3%	0.9%	26.8%	2.5%	0.5%	1.6%	0.0%	0.5%	0.5%	
	堺市	4	2,228	0.7%	0.5%	1.3%	3%	10.3%	41.8%	7.7%	30.4%	0.3%	1.1%	0.8%	0.9%	0.7%	0.7%	
	泉州	16	2,333	0.8%	0.8%	1.8%	2%	2.5%	8.0%	53.1%	23.4%	0.3%	1.2%	0.7%	2.6%	2.1%	2.1%	
	大阪市	4	566	3.2%	0.7%	2.7%	8%	3.9%	4.6%	2.3%	68.0%	0.7%	1.6%	0.5%	0.0%	3.4%	3.4%	
	京都府※	11	1,188	0.3%	0.3%	0.8%	0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%							
	兵庫県	40	5,798	0.3%	0.1%	0.1%	0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.8%							
	奈良県	10	1,429	0.2%	0.1%	0.4%	1%	0.4%	0.1%	0.1%	2.3%							
	和歌山県	9	654	0.2%	0.0%	0.2%	0%	0.2%	0.6%	0.8%	0.3%							
	医療圏が特定されたもののみ集計																	
	※1件以上の報告があった施設。京都府は京都市以外報告なし。																	

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

表2.大阪府の外来患者総数の各施設医療圏における患者医療圏の割合

外来(総数)	施設医療圏	施設数※	患者数	患者医療圏											不明・不定			
				豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	京都府	兵庫県	奈良県		和歌山県		
	豊能	11	719	78.7%	1.1%	0.0%	1%	0.3%	0.3%	0.0%	8.2%	0.3%	10.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	三島	17	676	6.1%	80.6%	2.8%	1%	0.0%	0.0%	0.1%	4.7%	1.9%	2.4%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	
	北河内	12	422	0.9%	0.7%	74.4%	8%	0.5%	0.0%	0.0%	10.2%	3.1%	1.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	
	中河内	6	492	0.0%	0.0%	3.9%	81%	3.0%	0.4%	0.0%	10.6%	0.0%	0.2%	0.8%	0.0%	0.2%	0.2%	
	南河内	8	321	0.0%	0.0%	0.3%	2%	85.7%	3.4%	2.5%	2.5%	0.0%	0.9%	0.6%	0.9%	0.9%	0.9%	
	堺市	16	779	0.1%	0.1%	0.6%	1%	7.6%	72.5%	6.8%	9.1%	0.0%	0.8%	0.6%	0.8%	0.1%	0.1%	
	泉州	25	1,066	0.1%	0.2%	0.7%	0%	1.3%	7.0%	84.3%	3.8%	0.1%	0.6%	0.0%	1.3%	0.3%	0.3%	
	大阪市	28	1,298	3.2%	1.2%	1.7%	4%	0.9%	1.7%	1.2%	81.3%	0.4%	2.9%	0.8%	0.2%	0.4%	0.4%	
	京都府	58	2,153	0.1%	0.5%	0.5%	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%							
	兵庫県	84	3,227	0.4%	0.0%	0.2%	0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.6%							
	奈良県	49	1,857	0.1%	0.1%	0.8%	1%	0.1%	0.1%	0.1%	1.4%							
	和歌山県	29	1,187	0.1%	0.0%	0.0%	0%	0.2%	0.2%	0.5%	0.0%							
	医療圏が特定されたもののみ集計																	
	※1件以上の報告があった施設。京都府は京都市以外報告なし。																	

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

表3.鹿児島県の新入院患者総数の各施設医療圏における患者医療圏の割合

入院(総数)	施設医療圏	施設数※	患者数	患者医療圏												
				鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	熊本県	宮崎県	沖縄県	不明・不定
				1,754	497	276	211	667	167	309	87	383	4,855	2,029	3,152	
鹿児島		19	1,940	82.3%	2.8%	2.8%	1.2%	3.4%	0.7%	2.4%	1.4%	1.4%	0.2%	0.3%	0.1%	0.6%
南薩		8	513	9.2%	84.0%	1.9%	0.2%	0.8%	0.6%	0.8%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%
川薩		3	224	1.3%	0.0%	82.1%	12.1%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
出水		3	158	1.3%	0.0%	0.0%	91.1%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%	0.0%	0.0%
始良・伊佐		8	777	10.7%	1.4%	3.0%	0.4%	74.6%	1.4%	3.7%	0.4%	0.9%	0.3%	2.3%	0.0%	0.1%
曾於		2	55	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	89.1%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
肝属		4	255	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	12.2%	85.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
熊毛		1	56	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	98.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
奄美		3	336	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	99.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
熊本県		44	4,927	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%				
宮崎県		19	2,062	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	2.9%	0.2%	0.0%	0.0%				
沖縄県		22	3,186	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%				
				※1件以上の報告があった施設												

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

表4.鹿児島県の外来患者総数の各施設医療圏における患者医療圏の割合

外来(総数)	施設医療圏	施設数※	患者数	患者医療圏												
				鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	熊本県	宮崎県	沖縄県	不明・不定
				1,611	415	281	123	397	191	222	53	231	3,231	1,585	3,020	
鹿児島		40	1,754	88.6%	1.9%	1.7%	0.5%	3.0%	0.3%	1.0%	1.3%	0.5%	0.2%	0.5%	0.0%	0.1%
南薩		8	407	5.4%	92.9%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
川薩		4	304	6.6%	0.0%	80.9%	10.9%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
出水		4	79	1.3%	0.0%	1.3%	94.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
始良・伊佐		8	367	2.2%	0.5%	0.8%	0.3%	92.1%	1.6%	0.5%	0.3%	0.3%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%
曾於		3	127	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	96.9%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
肝属		5	220	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	90.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
熊毛		1	30	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	96.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
奄美		5	223	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	99.1%	0.4%	0.0%	0.0%	0.4%
熊本県		58	3,202	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%				
宮崎県		26	1,621	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%				
沖縄県		40	3,019	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%				
				※1件以上の報告があった施設												

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

平成 28 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
分担研究報告書

地域ニーズに対応した地域精神保健医療の協働開発に関する研究(2)
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けての課題整理
-川崎市の取組から-

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/川崎市精神保健福祉センター)

研究協力者:岡部 健(川崎市井田障害者センター)

野木 岳(川崎市更生相談所南部地域支援室)

森江信子(川崎市百合丘障害者センター)

津田多佳子(川崎市精神保健福祉センター)

鈴木 剛(川崎市更生相談所南部地域支援室)

明田久美子(川崎市川崎区保健福祉センター)

植木美津枝(川崎市精神保健福祉センター)

南里清香(川崎市精神保健福祉センター)

右田佳子(川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課)

熊倉陽介(川崎市精神保健福祉センター)

大塚俊弘(国立精神・神経医療研究センター)

研究要旨

【目的】全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築を掲げる川崎市を例に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて、精神保健福祉センターの取組と課題を整理することを目的とした。

【方法】全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステム構築における精神保健福祉センターの役割を、川崎市の精神保健福祉の発展経緯を踏まえ、地域包括ケアシステムの理念、精神保健福祉センターや地域リハビリテーションセンターの役割と具体的取組をもとに検討した。

【結果および考察】川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンは、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象として、その構築を推進することとしている。また、川崎市においては、専門的かつ総合的支援を必要とする市民、の相談機関として地域リハビリテーションセンターの設置を進めてきた。精神保健福祉センターにおいては、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を目標に掲げ、行政と研究者の協働による調査研究と、全市的な精神保健ネットワークの構築に向けて活動を進めている。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築には、全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムの構築などの自治体の理念とそれがつながることを論理的、に示すとともに、それを進めるための態勢を自治体内、精神保健福祉センター内に整備することが望まれる。地域リハビリテーシ

ンセンターの考え方は、地域包括ケアシステムの構築において、障害者が取り残されないためにも、また自治体の人材育成のうえでも重要であり、全国にその考えが広がることが期待される。

【結論】全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築を掲げる川崎市を例に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて、精神保健福祉センターの取組と課題を整理した。川崎市の地域包括ケアシステムに対応した精神保健の構築は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の重要な一事例になる可能性がある。

A 目的

全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築を掲げる川崎市を例に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて、精神保健福祉センターの取組と課題を整理することを目的とした。

B 方法

全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステム構築における精神保健福祉センターの役割を、川崎市の精神保健福祉の発展経緯を踏まえ、地域包括ケアシステムの理念、精神保健福祉センターや地域リハビリテーションセンターの役割と具体的取組をもとに検討した。

C 結果

1. 川崎市の精神保健福祉の取組の経緯

川崎市は1924年に人口4万8千人で誕生し、工場誘致を積極的に進めるという政策のもと、町村合併を繰り返す中で、現在の南北に細長い市域を形成してきた。この間、都市化とインフラ整備不足に伴う諸問題、戦災、公害などの幾多の歴史的課題を乗り越えてきた。1972年には人口約100万人の政令指定都市に移行し、2017年には人口150万人に達すると予測されている。

川崎市の精神保健福祉の取組の経緯は、施設整備や組織体制、支援対象者等の変化から、大きく3つの段階に区分できる¹⁾。

第1期は、1971年に川崎市中原区に「社会復帰医療センター(1988年にリハビリテーション医療センターと改称)」を開設し、医療と福祉が連携し

て、地域支援とアウトリーチによって精神障害者の社会復帰を推進した時期である。

第2期は、1996年に川崎市宮前区に開設された身体障害者療護施設「れいんぼう川崎」に在宅支援室を設置し、身体障害者を主たる対象として地域リハビリテーションの取り組みを行った時期である。その後、2000年に公表された「川崎市における総合的な地域リハビリテーションシステム構想について」は、市内を南・中・北部の3圏域に分け、各地域に地域リハビリテーションセンターを整備する計画を掲げ、2008年には川崎市麻生区に北部リハビリテーションセンターを開設するに至っている。

第3期は、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」(2015年3月)を契機とする。2016年には市内全区(7区)の区役所保健福祉センターに地域みまもり支援センターを整備した。また、第2期の取り組みと実績を土台として、北部リハビリテーションセンターに加えて、新たに南部・中部の2か所にも地域リハビリテーションセンターを開設し、市内3か所の地域リハビリテーションセンター体制を整備した(川崎市南部は川崎市更生相談所南部地域支援室としてスタートし、今後、南部地域リハビリテーションセンターとしての整備が進められる予定)。

「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」の示した地域包括ケアシステムは「全ての地域住民」を対象としており、地域精神保健の新たな展開の基盤になると考えられている。

2. 全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの位置づけ

「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」は、川崎市の地域包括ケアシステムの基本的な考え方として、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象として、その構築を推進すると述べている。川崎市は地域包括ケアシステムのテーマを、「個人の生活」を守る取組であり、個人が安心して生活できる地域を創っていくための「地域づくり」であると述べている。

地域リハビリテーションセンターの理念は、「誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続ける地域を実現するため、その人らしい最適な生活機能の再構築を目指すリハビリテーションの理念に基づき、専門的かつ総合的な支援を必要とする市民を対象に個別支援を行い、かつ地域力の向上を推進すること」である。地域リハビリテーションセンターは、障害のある人と家族の「生活」を守り、安心して生活できる「地域づくり」として、全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステム構築の重要な一角をなす専門機関である。精神保健福祉センターは、全住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築に、精神保健の立場から貢献する中核的専門機関である。

3. 精神保健福祉センターの役割と具体的取組

「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を踏まえて、川崎市精神保健福祉センターは 2016 年度の組織目標に次の 5 つを掲げた。

- 1) 地域包括ケアシステムに対応した精神保健医療および自殺対策の構築のための研究の推進
- 2) 地域包括ケアシステム、地域リハビリテーションの整備に対応した中核専門機関としての活動の推進
- 3) 障害のある人を含む多様なひとが混ざり合って生き生きと暮らすことができる地域づくりへの貢献
- 4) 地域包括ケアシステムに連動したモデル地域活動の推進
- 5) 精神科救急業務の適切な取組と今後のあり方

の検討

組織目標として「研究の推進」を一番に掲げた理由は、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および自殺対策の構築は、川崎市に限らず、全国からも期待される方向でありながら先行事例がなく、その開発のための調査研究を進める必要があることによる。調査研究は「既存の精神保健医療の見える化と分析」、「一般医療における精神保健医療ニーズ」、「自殺対策研究」、「対処されていないニーズ(unmet needs)」の 4 つの側面から進めている(図 1)。また、科学技術振興機構(JST)の社会技術研究開発センターの(RISTEX)の「安全な暮らしをつくる新しい公／私空間の構築」研究領域の「都市における援助希求の多様性に対応する公私連携ケアモデルの研究開発」が川崎市をフィールドにスタートしたことから、これと密接に連携している。

さらに、精神保健福祉センターにおける救急相談で対応した事例を適切に地域支援につなぐことを目的として、精神保健福祉センター、南部地域支援室等による連携会議を開始した。この会議は、精神保健福祉法改正による措置入院制度の運用ともつながるものである。

調査研究の推進には、行政データの分析等において外部研究機関の研究者との連携を進めていく必要があり、取り組むべき課題として、倫理審査委員会の設置等がある。

4 地域リハビリテーションセンターの地域包括ケアシステムに対応した取組

地域包括ケアシステムにおける自助、互助、共助、公助という 4 つの枠組における、地域リハビリテーションセンターの役割を図 2 にまとめた³⁾。自助の部分は、基本的に地域の方々と区役所が主体になるが、地域リハビリテーションセンターは研修等でバックアップをする。互助、共助においても、地域力の育成をするためのバックアップ、サービス調整に関わることが期待される。公助における

専門的な支援とは最も期待されているところであり、特に、医療、介護保険、障害者総合支援法等の報酬の対象にならないような、すなわち民間の事業者が支援の手を伸ばすことが難しく、区役所等が単独で支援を行うことが難しい層への直接的な支援、高度の個人情報管理が要求される層への直接的な支援（精神保健福祉法による措置入院や医療観察法の対象者等）が期待される。また、被災支援専門チームの災害支援業務に関しても、役割を担うことが期待される。

地域リハビリテーションセンターは、障害者更生相談所、身体障害者と知的障害者の専門機関で行っていた判定機能と、精神障害者のリハビリテーション医療センターで形成されてきたアウトリーチを主体にした地域支援機能によって、重複障害や、はざまの障害だとか、世帯丸ごとでいろいろな課題を抱えている困難な事例に対しても、官と民の専門性をつなぎ合わせることで総合的な支援を可能にする仕組みである³⁾⁴⁾。専門職の OJT にも最適な環境・機能として、川崎市に止まらず、全国に共有することが期待される。

D 考察

川崎市は、工場誘致を積極的に進めるという政策のもと、町村合併を繰り返す中で、現在の南北に細長い市域が形成されてきた。この間、都市化とインフラ整備不足に伴う諸問題、戦災、公害などの幾多の歴史的課題を乗り越えてきた。川崎市の歴史を振り返ると、首都東京の直下にあるという環境のもと、それゆえに経験せざるを得ないトラウマを生きる力に変え、“人間臭く”成長してきた街とも言える。

川崎市の精神保健の取組は、工場労働者の精神保健の問題への気づきに始まり、国際的・国内的に先駆をなす「社会復帰医療センター」の設立に至り、すべての障害者が住み慣れた地域で最適な自立生活ができるようにするとの方向のもと、地域リハビリテーションセンターに発展している。

そして今日、全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムを構築するという方向の中に統合され、さらに発展しようとしている³⁾。

わが国の精神保健は、2004 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において改革宣言をおこない、それから 10 年以上を経た今日、人口減少社会の中で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という展開を迎えている。川崎市精神保健福祉センターにおいては、平成 28 年度の組織目標に、地域包括ケアシステムに対応した精神保健医療および自殺対策の構築のための研究の推進を掲げ、地域包括ケアシステムにおける精神保健の位置づけの明確化を図っている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築には、自治体が全ての地域住民を対象とした地域包括ケアシステムを構築する等の理念と方針を明確にすることが重要である。川崎市の地域包括ケアシステムに対応した精神保健の構築は、精神保健福祉センター、地域リハビリテーションセンターの取組も含めて、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の重要な一事例になる可能性がある。

E 結論

全ての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムの構築を掲げる川崎市を例に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けて、精神保健福祉センターの取組と課題を整理した。川崎市の地域包括ケアシステムに対応した精神保健の構築は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の重要な一事例になる可能性がある。

参考文献

1) 岡部健:川崎市地域リハビリテーションセンターの開設経過と事業概要. 日本精神保健福祉政策学会第 26 回学術大会ラウンドテーブルディスカッション「すべての地域住民を対象とする「地域包括

ケアシステム」の可能性を探る」第1部 「地域精神保健の新たなモデル-地域リハビリテーションセンターの可能性を探る」. 2017

2) 森江信子: 地域リハビリテーションセンターの役割と課題-北部リハビリテーションセンターの実践から-. 日本精神保健福祉政策学会第 26 回学術大会ラウンドテーブルディスカッション「すべての地域住民を対象とする「地域包括ケアシステム」の可能性を探る」第1部 「地域精神保健の新たなモデル-地域リハビリテーションセンターの可能性を探る」. 2017

3) 野木岳: 都市型地域包括ケアシステムにおける地域リハビリテーションセンターの今後の役割と可能性. 日本精神保健福祉政策学会第 26 回学術大会ラウンドテーブルディスカッション「すべての地域住民を対象とする「地域包括ケアシステム」の可能性を探る」第1部 「地域精神保健の新たなモデル-地域リハビリテーションセンターの可能性を探る」. 2017

4) 竹島正: 川崎市の精神保健の歴史, 現状, 展望. 日本精神保健福祉政策学会第 26 回学術大会. 2017

図1.地域包括ケアシステムに対応した精神保健医療 および自殺対策の構築のための研究の全体像

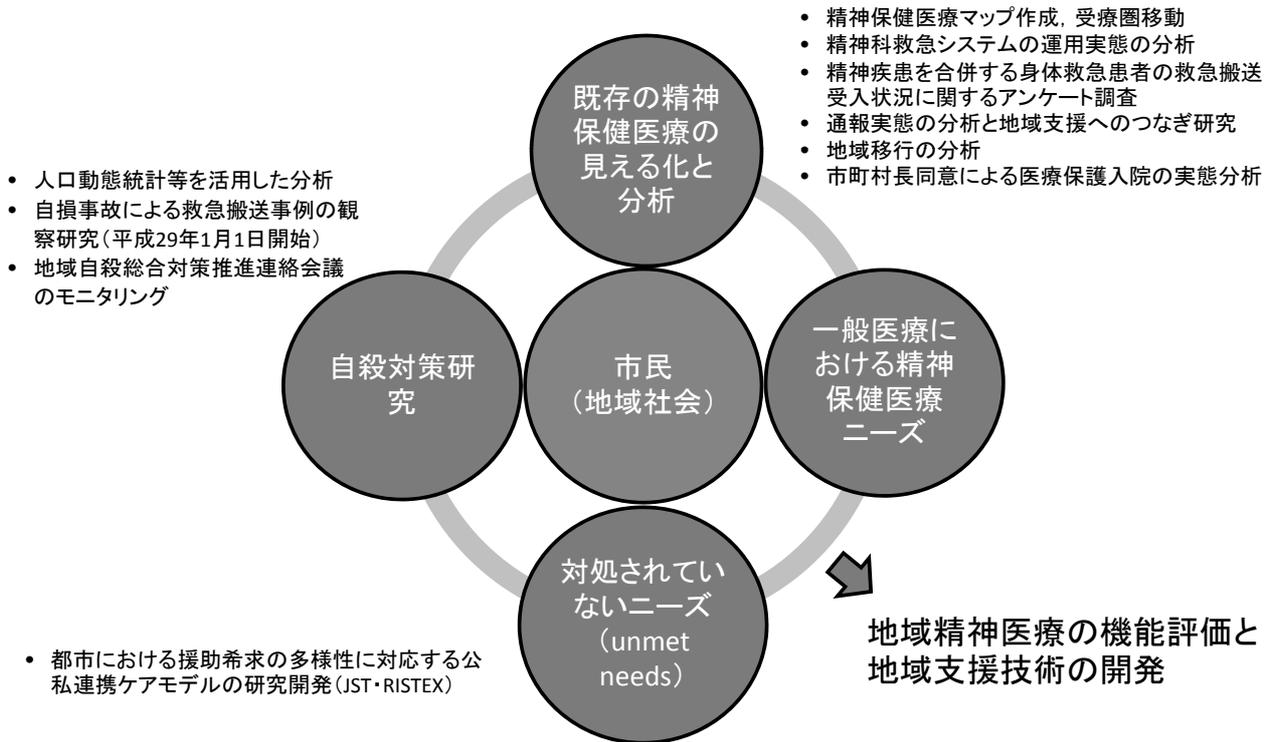
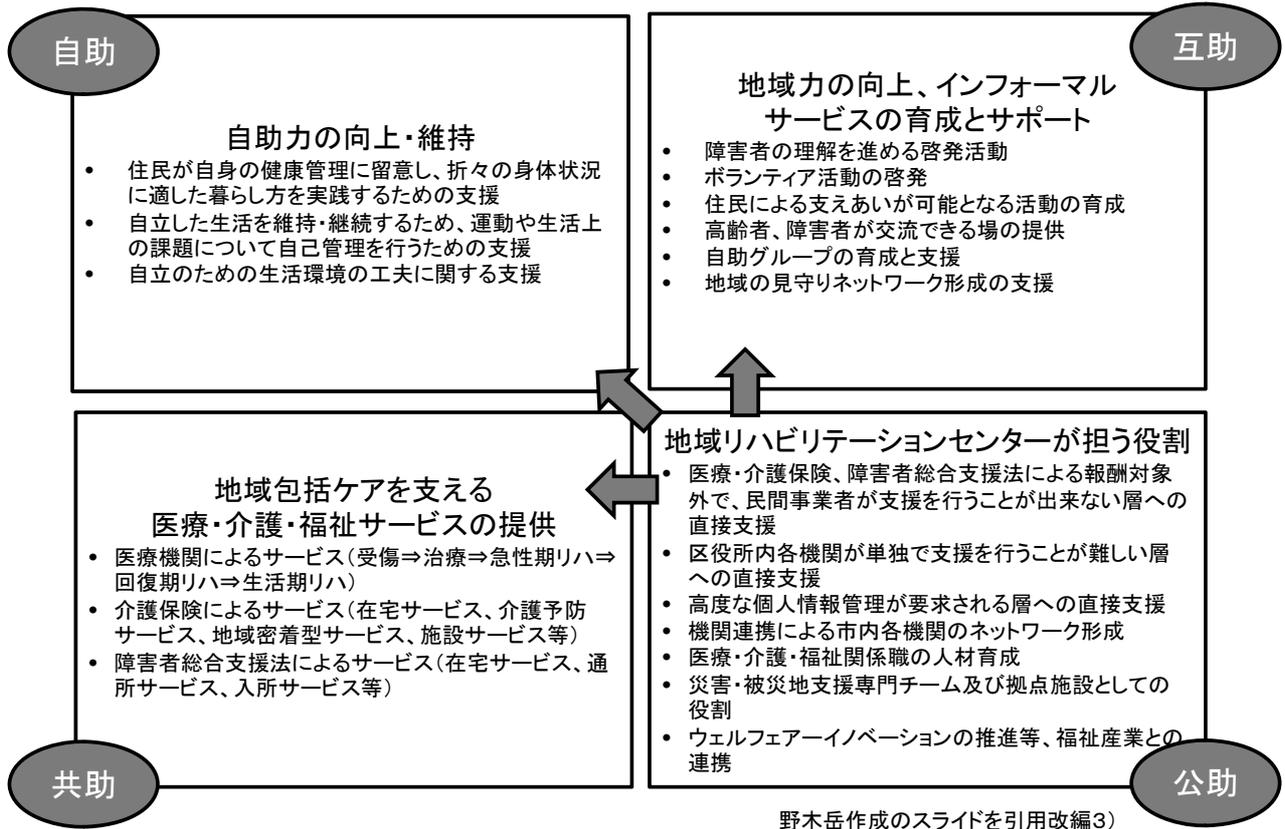


図2.地域包括ケアシステムにおける 地域リハビリテーションセンターの役割



野木岳作成のスライドを引用改編3)

平成 28 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」
分担研究報告書

地域ニーズに対応した地域精神保健医療の協働開発に関する研究（3）

川崎市における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受け入れ状況に関する調査

研究代表者：竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市精神保健福祉センター）

研究協力者：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】本調査は、川崎市における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の課題を救急搬送の視点から把握することを目的とした。

【方法】川崎市の 8 消防署 54 救急隊（27 隊×両番）を対象として実施された「精神疾患を合併する傷病者の救急搬送の状況及び受け入れに関する調査」の解析を行った（有効回答 100.0%）。

【結果及び考察】川崎市全体として、過去 1 ヶ月間に精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験頻度は、身体疾患等が一次救急相当、二次救急相当、三次救急相当、身体疾患の重症度を判断しがたいものの順で多かった。これらの患者のうち「自殺企図・自傷行為・死にたいと話す（希死念慮）」のある患者は、約 1 割が「週に 1-2 勤務日」、約 7 割が「月に 1-2 勤務日」で経験していた。受入医療機関の選定は、精神疾患を合併する身体疾患等が一次救急相当の患者において最も困難であり、その理由は「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応していないため」と「傷病者を受け入れる医療機関が少ない」がきわめて多かった。傷病者接触時に精神疾患を疑う理由は、9 割以上が「本人の言動・行動・主訴・症状等」、「精神科の既往歴」、「現在の精神科通院」と回答した。精神疾患が疑われる身体救急患者の症状の程度について、約 4 割の救急隊が医療機関へ伝える困難さをしばしば経験していた。救急搬送経験頻度は、認知症などを有する傷病者や自殺企図などを有する傷病者が多かったが、これらと比較して救急搬送が少ない精神作用物質障害などを有する傷病者や統合失調症などを有する傷病者のほうが受け入れが困難であった。精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受入態勢を円滑にするために必要な対策として、7 割以上の救急隊が「傷病者を受け入れる医療機関の確保」と「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」がきわめて有効であると回答した。精神疾患と身体疾患の重症度別受入病院一覧は活用していない救急隊が多かった。神奈川県精神科救急医療情報窓口の設置は知っている救急隊が多かったが、業務で利用したことは少なかった。南部、中部、北部で比較すると、身体疾患等が一次救急相当の患者の救急搬送は南部が中部と北部と比べて大幅に多く経験されていた。受入医療機関の選定は、精神疾患を合併する身体疾患が三次救急相当の患者の場合、中部と北部が南部よりも「比較的容易」であったのに対し、二次救急相当や一次救急相当の患者の場合、「比較的困難」であった。このように受入医療機関の選定が困難な理由として「傷病者を受け入れる医療機関が少ない」は地域による差は少なかったが、「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応をしていない」は中部や北部が南部よりも回答が多く、特に三次救急相当の患者においては顕著であった。精神疾患が疑われる身体救急搬送患者の症状の程度を医療機関へ伝えることの困難さについて、北部において南部や中部よりも経験していた。また、精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送経験の地域差は少なかったが、医療機関の受入については北部が南部や中部よ

りも多く困難を経験していた。これらの患者の救急搬送受入態勢を円滑にするために必要な対策として3地域とも「傷病者を受け入れる医療機関の確保」や「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」の有効性が最も高く地域差は少なかった。しかし、「傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取りのルール化」と「精神疾患を合併する市民の日常生活支援の充実」は北部で、「救急搬送時における関係機関の協力」は、中部で必要な対策としてきわめて有効の回答が多かった。川崎市において救急搬送時に非応需となる傷病者の背景要因として精神疾患が第1位、加えて現場滞在時間30分以上となる割合が高いという現状から、精神疾患を合併する救急患者の受入体制の整備が課題とされている。受入体制の整備においては、特に身体疾患等が一次救急相当、二次救急相当の場合の受入改善に向けて、「傷病者を受け入れる医療機関の確保」と「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」を軸に、関係者の出来ることを統合する必要がある。

【結論】川崎市における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の課題を救急搬送の視点から把握することを目的として、川崎市の8消防署54救急隊(27隊×両番)を対象とする「精神疾患を合併する傷病者の救急搬送の状況及び受入れに関する調査」の解析を行った。本調査の結果を踏まえた、関係者協働の取組による改善が期待される。

A. 研究目的

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送に関しては、全国的には、身体疾患等が三次救急相当の重症患者であれば、精神疾患を合併していても医療機関の受入に支障は生じにくいものの、身体疾患が二次救急相当の場合など、受入先の確保が困難になる状況があるとされている。平成26年8月の横浜市救急医療検討委員会専門部会の「精神疾患を合併する身体救急患者に関する報告書」においても、「精神疾患の既往歴等があるということ」を理由に医療機関側から受入れを断られてしまうことが、課題としてあげられている。

川崎市においても、救急搬送時に非応需となる傷病者の背景要因としては、精神疾患が第1位、加えて現場滞在時間30分以上となる割合が高く、搬送困難な傾向がある現状から、「精神疾患を合併する救急患者の受入体制の整備」が「川崎市精神科救急医療体制整備庁内検討会議」において検討課題とされ、その現状と受入れを困難とする要因の把握のための取組みとして、「精神疾患を合併する傷病者の救急搬送の状況及び受入れに関する調査」を、川崎市内の消防局と連携して実施した。

本調査では、川崎市で実施された「精神疾患を合併する傷病者の救急搬送の状況及び受

入れに関する調査」から得られたデータを用いて解析を行い、精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の実態を明らかにすることを目的として、精神科救急医療体制の新たな構築にむけた資料として活用できるよう検討した。

B. 研究方法

1. 調査対象および調査の内容

神奈川県川崎市の消防局を通じて、市内の8消防署54救急隊(27隊×両番)に調査協力を依頼し実施した。実施期間は、平成28年5月6日から5月27日であった。調査は、インターネット上の送信機能を用いてエクセルで作成した調査票ファイルと調査依頼文を添付、送信し、回答後、川崎市の消防局へ返信を求めた。回収された調査票は、川崎市の消防局から川崎市健康福祉局障害保健福祉部へ一括して送信された。調査票の回収率は100%であり、全8消防署の54救急隊から回答が得られた。

2. 調査項目

調査項目は、対象者の所属先、過去1か月の精神疾患を合併する身体救急患者搬送の経験頻度(身体疾患の重症度別)、傷病者接触時に精神障害を疑うときの理由、過去1か月の

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送時に経験する問題の経験頻度（自殺行動，錯乱，幻覚・妄想，意味不明の会話・行動），受診する医療機関の選定上の困難度と理由（身体疾患の重症度別），救急搬送の実務において経験される問題，精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制を円滑にするための対策，精神科救急医療情報窓口を知っているか利用したか，自由記載を含めた。

（倫理面への配慮）

本調査は，国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会より承認を受けて二次解析を実施した。

C. 研究結果と考察

1. 対象の属性

川崎市内にある次の8地域，臨港地域，川崎区，幸区，仲原区，高津区，宮前区，多摩区，麻生区の消防署から回答がえられ，各地域の隊数を表1に示した。また，8地域を南部，中部，北部の3地域に分け，この3地域別の集計も行った。

2. 全体的傾向

過去1ヶ月間に精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験頻度は，身体疾患等が一次救急相当の患者が最も多く（「ほぼ毎勤務」25.9%），二次救急相当（同16.7%），三次救急相当（同7.4%）相である患者，身体疾患の重症度を判断しがたい患者（同3.7%）の順で多かった（表2）。

過去1ヶ月間における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の問題は，「週に1-2勤務日」で「自殺企図・自傷行為・死にたいと話す（希死念慮）」のある患者が約1割（9.3%），「意味不明の会話・行動，態度の急変」のある患者が約2割の救急隊が経験していた。「月に1-2勤務日」の救急搬送になると，「自殺企図・自傷行為・死にたいと話す（希死念慮）」の患者が約7割（74.1%），「意味不明の会話・行動，態度の急変」の患者（51.9%）

と「暴れる・錯乱状態」の患者（46.3%）の搬送問題の経験が約5割と大幅に多くなった。（表3）。

受入医療機関の選定については，身体疾患等が一次救急の患者において最も困難であり（「きわめて困難」（35.2%），「比較的困難」（42.6%），二次救急（同22.2%，同51.9%），三次救急（同1.9%，同89.3%）の順であった（表4）。これらの選定において「きわめて困難」または「比較的困難」と回答した場合の理由は，「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応していないため」が身体疾患の救急区分に関係なく多く，「傷病者を受け入れる医療機関が少ない」が一次救急と二次救急では同じく多く回答があった（表5）。

傷病者接触時に精神疾患を疑うときの理由について，「本人の言動・行動・主訴・症状等」（98.1%），「精神科の既往歴」（96.3%），「現在の精神科通院」（92.6%）を回答した救急隊が9割以上を占めていた。次に「家族等の説明」（75.9%），「処方薬」（68.5%），「過去の救急搬送記録」（57.4%）の順であった（表6）。

精神疾患の疑われる身体救急患者の症状の程度を医療機関へ伝える困難を「常にある」（14.8%）または「しばしばある」（40.7%）と高頻度で感じていた（表7）。

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験と受入困難の経験の結果を表8に示した。精神疾患を合併する身体救急患者について，「ほぼ毎勤務日」あるいは「週に1-2勤務日」で救急搬送が多いのは，「症状性を含む器質性精神障害（認知症など）のある傷病者」（以下，認知症などを有する傷病者）（42.6%，37.0%）と「自殺企図，自傷，特殊中毒（縊首，リストカット，一酸化炭素中毒など）のある傷病者」（以下，自殺企図などを有する傷病者）（3.7%，88.9%）であった。次に，「神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（パニック障害など）のある傷病者」（以下，パニック障害などを有する傷病者）（5.6%，44.4%），「精神病状態（統合失調症，双極性生涯などによる）のある傷病者」（以下，

統合失調症などを有する傷病者) (5.6%, 42.6%) の順で救急搬送頻が多く、「精神作用物質による精神および行動の障害のある傷病者」(以下, 精神作用物質障害などを有する傷病者) (7.4%, 24.1%) や「知的障害, 発達生涯のある傷病者」(以下, 知的障害などを有する傷病者) (0%, 0%) は救急搬送が比較的少なかった。これらの傷病者について, 救急搬送が多い認知症などを有する傷病者(「常にある」9.3%) や自殺企図などを有する傷病者(同 13.0%) よりも, 救急搬送が少ない統合失調症などを有する傷病者(同 27.8%) や精神作用物質障害などを有する傷病者(同 22.2%) のほうが受入困難な経験頻度が高かった。

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受入態勢を円滑にするために必要な対策として、「傷病者を受け入れる医療機関の確保」(87.7%) と「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」(70.4%) が「きわめて有効」であった。次に、「救急搬送時における関係機関(警察署, 保健所など)の協力」(同 53.7%), 「精神疾患を合併する市民(救急搬送になりやすい傷病者)の日常生活支援の充実」(同 40.7%), 「傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取りのルール化」(同 27.8%) の順で回答が多かった。表 9 に示した。

神奈川県疾病者の搬送及び受入の実施基準のなかにある精神疾患と身体疾患の重症度別受入病院一覧の活用について尋ねたところ, 活用していない救急隊が多かった(70.4%) (表 10)。

神奈川県精神科救急医療情報窓口の設置について(表 11, 12), 知っている救急隊が多かったが(92.6%), 業務で利用したことがないほうが多かった(66.0%)。

3. 南部・中部・北部の3地域間差

過去1ヵ月間における精神疾患を合併する身体疾患等が三次救急相当の救急患者の救急搬送の経験頻度(図1)は, 3地域とも低か

った(「ほぼ毎勤務」南部 10.0%, 中部 4.5%, 北部 8.3%)。しかし, 二次, 一次救急相当の患者の順で救急搬送の経験頻度は高くなり, 一次救急相当の患者においては, 南部が中部と北部と比べて大幅に高かった(同南部 45.0%, 中部 13.6%, 北部 16.7%)。さらに, 南部は, 身体疾患の重症度を判断しがたい患者の救急搬送も頻繁に経験していた(同 10.0%, 中部 0%, 北部 0.0%)。

過去1ヶ月間における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の問題経験の頻度は, 3地域とも高くないが, 「自殺企図・自傷行為・死にたいと話す(希死念慮)」患者は, 中部(86.4%)が, 南部(60.0%)や北部(75.0%)と比べて「月に1-2勤務日」で高かった。その他, 「意味不明の会話・行動, 態度の急変」「暴れる・錯乱状態」「幻覚・妄想」は, 3地域でほぼ同じ経験頻度であった(図2)。

受入医療機関の選定は, 精神疾患を合併する身体疾患が三次救急相当の患者の場合, 中部と北部が, 南部よりも「比較的容易」(南部 30.0%, 中部 86.4%, 北部 75.0%)であったのに対し, 二次救急, 一次救急相当の患者の場合には, 「比較的困難」(二次救急, 一次救急順に南部 30.0%, 25.0%, 中部 63.6%, 59.1%, 北部 66.7%, 41.7%)であった(図3)。このように受診する医療機関の選定で「きわめて困難」あるいは「比較的困難」と回答した理由として, 身体疾患が二次救急と一次救急相当の患者の場合に共通して, 3地域とも「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応をしていない」と「傷病者を受け入れる医療機関が少ない」が多かった。それら理由として回答が多かった中でも「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応をしていない」の理由は, 中部(二次救急, 一次救急順に 94.4%, 84.2%)や北部(同 91.7, 100%)が, 南部(同 80.0%, 63.6%)よりも回答が多く, 特に三次救急相当の患者においては顕著であった(南部 33.3%, 中部 100%, 北部 100%)。一方, 「傷病者を受け入れる医療機関が少ない」の理由において, 地域差は少なかった(二次救急, 一次救急順

に南部 100%, 90.9%, 中部 83.3%, 73.7%, 北部 91.7%, 100%)。さらに、「傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取りが難しい」(三次救急, 二次救急, 一次救急順に南部 33.3%, 30.0%, 27.3%, 中部 50.0%, 44.4%, 42.1%, 北部 0%, 0%, 25.0%)と「傷病者または家族の搬送同意がゆらぐ」(同南部 0%, 0%, 0%, 中部 50.0%, 33.3%, 36.8%, 北部 0%, 0%, 0%)は、中部が南部や北部と比べ医療機関選定困難の理由として回答した割合が高かった。図4に示した。

傷病者接触時に精神疾患を疑う際に、「本人の言動・行動・主張・症状等」, 「現在の精神科通院」, 「精神科の既往歴」の理由とした救急隊が3地域とも9割以上占めていた(図5)。

精神疾患が疑われる身体救急患者の症状の程度を医療機関へ伝えるのに、北部(「常にある」33.3%, 「しばしばある」66.7%)が、南部(同 10.0%, 同 35.5%)や中部(同 13.6%, 同 31.8%)よりも頻繁に困難と感じていた(図6)。

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験と受入困難の経験の結果を地域別に図7と図8に示した。精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送について、地域差は少なく、3地域とも認知症などを有する傷病者の救急搬送経験頻度が高いが(南部同 40.0%, 同 40.0%, 中部同 50.0%, 同 31.8%, 北部同 33.3%, 同 41.7%,), 知的障害を有する傷病者は3地域とも低かった(南部・中部・北部とも同 0%, 同 0%)。しかし、これらの精神疾患を合併する身体救急患者の医療機関の受入について、精神障害の種類に関わらず、北部が、南部や中部よりも困難な経験を多くしていた。

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受入態勢を円滑にするために必要な対策として「きわめて有効」とした回答は、3地域とも「傷病者を受け入れる医療機関の確保」(南部 90.0%, 中部 81.8%, 北部 91.7%)や「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」(南部 75.0%, 中部 63.6%, 北部 75.0%)が最も多く、地域差は少なかった。一方、「傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取

りのルール化」(南部 20.0%, 中部 18.2%, 北部 58.3%)と「精神疾患を合併する市民の日常生活支援の充実」(南部 40

.0%, 中部 27.3%, 北部 66.7%)は北部で、「救急搬送時における関係機関の協力」(南部 50.0%, 中部 68.2%, 北部 33.3%)は、中部で必要な対策としてきわめて有効の回答が多かった(図9)。

神奈川県疾病者の搬送及び受入の実施基準のなかにある精神疾患と身体疾患の重症度別受入病院一覧の活用について、南部(70.0%)や中部(81.8%)は活用していない割合が高く、北部では五分五分の割合であった。

神奈川県精神科救急医療情報窓口があることを知っているかどうかは、3地域とも9割以上で知っていた。

業務において神奈川県精神科救急医療情報窓口を利用したことがあるかどうかは、中部と北部は、南部と比較して利用したことがある割合が高かった(「利用したことがある」南部 55.6%, 中部 71.4%, 北部 72.7%)。

D. 考察

本調査では、川崎市で実施された「精神疾患を合併する傷病者の救急搬送の状況及び受入れに関する調査」のデータを用いて二次解析を行い、精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送実態を明らかにすることができた。川崎市全体として、精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の頻度と彼らの受入医療機関の選定の困難さは、身体疾患等が一次救急相当、二次救急相当、三次救急相当である患者の順で高かった。これは、横浜市救急医療検討委員会専門部会の「精神疾患を合併する身体救急患者に関する報告書」でも身体疾患が三次救急患者であれば精神疾患を合併した患者でも医療機関の受入支障は少ない現状と同じ結果であった。また、消防局関係者によると、精神疾患を合併した一次救急相当の患者は救急搬送の対象とならないが出勤要請があると対応するため、現場滞在時間が長くなり、さらに救急医療機関選定にも時間を要

するため迅速な対応に苦慮している。

受入医療機関の選定が困難な理由としては、医療機関が少ないことや、かかりつけの医療機関が救急対応をしていないことから受診する医療機関の選定困難の回答が多かった。また、精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受け入れ態勢を円滑にするための対策として、受け入れる医療機関の確保や、かかりつけの医療機関が救急対応をすることが有効であると回答した救急隊は7割以上に、救急搬送時における関係機関（警察署、保健所など）の協力は5割以上及んだ。受入体制の整備においては、特に身体疾患等が一次救急相当、二次救急相当の場合の受入改善に向けて、「傷病者を受け入れる医療機関の確保」と「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」を軸に、関係者の出来ることを統合する必要がある。

南部、中部、北部で比較すると、身体疾患等が一次救急相当の患者の救急搬送は南部が中部と北部と比べて大幅に多く経験されていた。受入医療機関の選定は、中部と北部が南部よりも精神疾患を合併する二次救急相当や一次救急相当の身体救急患者の場合に困難であった。このように受入医療機関の選定が困難な理由として「傷病者を受け入れる医療機関が少ない」は地域による差は少なかったが、「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応をしていない」は中部や北部が南部よりも回答が多く、特に三次救急相当の患者においては顕著であった。これらの精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受入態勢を円滑にするために必要な対策として、「傷病者を受け入れる医療機関の確保」や「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」の有効性が最も高く地域差は少なかった。しかし、「傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取りのルール化」と「精神疾患を合併する市民の日常生活支援の充実」は北部で、「救急搬送時における関係機関の協力」は、中部で必要な対策としてきわめて有効の回答が多かった。以上から、川崎市内でも精神疾患を合

併する身体救急患者の救急搬送の課題において地域差がみられることが明らかとなった。

E. 結論

川崎市において救急搬送時に非応需となる傷病者の背景要因として精神疾患が第1位、加えて現場滞在時間 30 分以上となる割合が高いという現状から、精神疾患を合併する救急患者の受入体制の整備が課題とされている。そこで、本調査では川崎市における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の課題を救急搬送の視点から把握することを目的として、川崎市の8消防署 54 救急隊（27 隊×両番）を対象とする「精神疾患を合併する傷病者の救急搬送の状況及び受入れに関する調査」の二次解析を行った。受入体制の整備においては、特に身体疾患等が一次救急相当、二次救急相当の場合の受入改善に向けて、「傷病者を受け入れる医療機関の確保」と「傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること」を軸に、関係者の出来ることを統合する必要がある。今後、本調査の結果を踏まえた、関係者協働の取組による改善が期待される。

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. 参考文献

- 1) 横浜市救急医療検討委員会専門部会「精神疾患を合併する身体救急患者に関する報告書」(2014年8月) <http://www.city.yokohama.lg.jp/iryoku/ki-kento/26years/h26-shidai1.pdf>

表1. 川崎市内の8消防署54救急隊

3地域	N	(%)	区	N	(%)
南部	20	(37.0%)	臨港	6	(11.1)
			川崎	6	(11.1)
			幸	8	(14.8)
中部	22	(40.7%)	中原	6	(11.1)
			高津	6	(11.1)
			宮前	10	(18.5)
北部	12	(22.2%)	多摩	6	(11.1)
			麻生	6	(11.1)
合計	54	(100.0%)	合計	54	(100.0)

表2. 過去1ヶ月間における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験

	身体疾患等が三次救急相当であるもの						身体疾患が二次救急相当であるもの						身体疾患が一次救急相当であるもの						身体疾患の重症度を判断しがたいもの													
	地域別			合計	地域別			合計	地域別			合計	地域別			合計																
	南部	中部	北部		南部	中部	北部		南部	中部	北部		南部	中部	北部																	
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)													
ほぼ毎勤務日	2	(10.0)	1	(04.5)	1	(08.3)	4	(07.4)	5	(25.0)	4	(18.2)	0	(00.0)	9	(16.7)	9	(45.0)	3	(13.6)	2	(16.7)	14	(25.9)	2	(10.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	2	(03.7)
週に1-2勤務日	3	(15.0)	4	(18.2)	1	(08.3)	8	(14.8)	5	(25.0)	9	(40.9)	8	(66.7)	22	(40.7)	6	(30.0)	13	(59.1)	5	(41.7)	24	(44.4)	5	(25.0)	3	(13.6)	2	(16.7)	10	(18.5)
月に1-2勤務日	6	(30.0)	10	(45.5)	7	(58.3)	23	(42.6)	5	(25.0)	8	(36.4)	3	(25.0)	16	(29.6)	4	(20.0)	6	(27.3)	5	(41.7)	15	(27.8)	7	(35.0)	15	(68.2)	9	(75.0)	31	(57.4)
ない・ほとんどない	9	(45.0)	7	(31.8)	3	(25.0)	19	(35.2)	5	(25.0)	1	(04.5)	1	(08.3)	7	(13.0)	1	(05.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	1	(01.9)	6	(30.0)	4	(18.2)	1	(08.3)	11	(20.4)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表3. 過去1ヶ月間における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の問題経験

	自殺企図・自傷行為・死にたいと話す(希死念慮)						暴れる・錯乱状態						幻覚・妄想						意味不明の会話・行動、態度の急変													
	地域別			合計	地域別			合計	地域別			合計	地域別			合計																
	南部	中部	北部		南部	中部	北部		南部	中部	北部		南部	中部	北部																	
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
ほぼ毎勤務日	0	(00.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(05.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(0.0)	1	(05.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(0.0)
週に1-2勤務日	5	(25.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	5	(9.3)	4	(20.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	4	(7.4)	2	(10.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	2	(3.7)	5	(25.0)	6	(27.3)	0	(00.0)	11	(20.4)
月に1-2勤務日	12	(60.0)	19	(86.4)	9	(75.0)	40	(74.1)	9	(45.0)	11	(50.0)	5	(41.7)	25	(46.3)	6	(30.0)	9	(40.9)	5	(41.7)	20	(37.0)	11	(55.0)	11	(50.0)	6	(50.0)	28	(51.9)
ない・ほとんどない	3	(15.0)	3	(13.6)	3	(25.0)	9	(16.7)	7	(35.0)	11	(50.0)	7	(58.3)	25	(46.3)	11	(55.0)	13	(59.1)	7	(58.3)	31	(57.4)	3	(15.0)	5	(22.7)	6	(50.0)	14	(25.9)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表4. 受診する医療機関の選定

	身体疾患等が三次救急相当であるもの								身体疾患が二次救急相当であるもの								身体疾患が一次救急相当であるもの							
	地域別							合計	地域別							合計	地域別							合計
	南部		中部		北部		南部		中部		北部		南部		中部		北部							
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
きわめて困難	0	(00.0)	1	(04.5)	0	(00.0)	1	(01.9)	4	(20.0)	4	(18.2)	4	(33.3)	12	(22.2)	6	(30.0)	6	(27.3)	7	(58.3)	19	(35.2)
比較的困難	3	(15.0)	1	(04.5)	1	(08.3)	5	(09.3)	6	(30.0)	14	(63.6)	8	(66.7)	28	(51.9)	5	(25.0)	13	(59.1)	5	(41.7)	23	(42.6)
どちらともいえない	7	(35.0)	0	(00.0)	2	(16.7)	9	(16.7)	7	(35.0)	2	(09.1)	0	(00.0)	9	(16.7)	5	(25.0)	2	(09.1)	0	(00.0)	7	(13.0)
比較的容易	6	(30.0)	19	(86.4)	9	(75.0)	34	(63.0)	3	(15.0)	2	(09.1)	0	(00.0)	5	(09.3)	4	(20.0)	1	(04.5)	0	(00.0)	5	(09.3)
きわめて容易	4	(20.0)	1	(04.5)	0	(00.0)	5	(09.3)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(00.0)	0	(00.0)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表5. 受診する医療機関の選定で「きわめて困難」「比較的困難」と回答した理由

理由	身体疾患等が三次救急相当であるもの								身体疾患等が二次救急相当であるもの								身体疾患等が一次救急相当であるもの							
	地域別							合計	地域別							合計	地域別							合計
	南部		中部		北部		南部		中部		北部		南部		中部		北部							
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
傷病者を受け入れる医療機関が少ない	1	(33.3)	1	(50.0)	0	(00.0)	2	(33.3)	10	(100.0)	15	(83.3)	11	(91.7)	36	(90.0)	10	(90.9)	14	(73.7)	11	(91.7)	35	(83.3)
傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取りが難しい	1	(33.3)	1	(50.0)	0	(00.0)	2	(33.3)	3	(30.0)	8	(44.4)	3	(25.0)	14	(35.0)	3	(27.3)	8	(42.1)	3	(25.0)	14	(33.3)
傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応をしていない	1	(33.3)	2	(100.0)	1	(100.0)	4	(66.7)	8	(80.0)	17	(94.4)	11	(91.7)	36	(90.0)	7	(63.6)	16	(84.2)	12	(100.0)	35	(83.3)
傷病者または家族の搬送同意がゆらぐ	0	(00.0)	1	(50.0)	0	(00.0)	1	(16.7)	0	(00.0)	6	(33.3)	0	(00.0)	6	(15.0)	0	(00.0)	7	(36.8)	0	(00.0)	7	(16.7)
その他	0	(00.0)	0	(00.0)	1	(100.0)	1	(16.7)	0	(00.0)	8	(44.4)	2	(16.7)	10	(25.0)	2	(18.2)	6	(31.6)	1	(08.3)	9	(21.4)
全体	3	(100)	2	(100)	1	(100)	6	(100)	10	(100)	18	(100)	12	(100)	40	(100)	11	(100)	19	(100)	12	(100)	42	(100)

表 6. 傷病者接触時に精神疾患を疑うときの理由

理由	南部		中部		北部		合計	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
本人の言動・行動・主訴・症状等	19	(95.0)	22	(100.0)	12	(100.0)	53	(98.1)
家族等の説明	14	(70.0)	19	(86.4)	8	(66.7)	41	(75.9)
現在の精神科通院	18	(90.0)	21	(95.5)	11	(91.7)	50	(92.6)
精神科の既往歴	18	(90.0)	22	(100.0)	12	(100.0)	52	(96.3)
処方薬	14	(70.0)	18	(81.8)	5	(41.7)	37	(68.5)
過去の救急搬送記録	11	(55.0)	16	(72.7)	4	(33.3)	31	(57.4)
その他	1	(05.0)	5	(22.7)	2	(16.7)	8	(14.8)
合計	20	(100.0)	22	(100.0)	12	(100.0)	54	(100.0)

表 7. 精神疾患の疑われる症状があった場合に医療機関へ症状程度を伝えることの困難さ

	地域別						合計	
	南部		中部		北部		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
常にある	2	(10.0)	3	(13.6)	3	(25.0)	8	(14.8)
しばしばある	7	(35.0)	7	(31.8)	8	(66.7)	22	(40.7)
どちらともいえない	6	(30.0)	5	(22.7)	0	(00.0)	11	(20.4)
ときにある	5	(25.0)	4	(18.2)	0	(00.0)	9	(16.7)
ない・ほとんどない	0	(00.0)	3	(13.6)	1	(08.3)	4	(07.4)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表 8. 精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験と受入困難の経験

	症状性を含む器質性精神障害（認知症など）のある傷病者							精神作用物質による精神および行動の障害のある傷病者							精神病状態（統合失調症、双極性障害などによる）のある傷病者									
	救急搬送の経験							救急搬送の経験							救急搬送の経験									
	地域別						合計	地域別						合計	地域別						合計			
	南部		中部		北部			南部		中部		北部			南部		中部		北部					
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
ほぼ毎勤務日	8	(40.0)	11	(50.0)	4	(33.3)	23	(42.6)	4	(20.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(7.4)	1	(5.0)	1	(4.5)	1	(8.3)	3	(5.6)
週に1-2勤務日	8	(40.0)	7	(31.8)	5	(41.7)	20	(37.0)	6	(30.0)	5	(22.7)	2	(16.7)	13	(24.1)	7	(35.0)	11	(50.0)	5	(41.7)	23	(42.6)
月に1-2勤務日	4	(20.0)	4	(18.2)	3	(25.0)	11	(20.4)	10	(50.0)	15	(68.2)	10	(83.3)	35	(64.8)	11	(55.0)	10	(45.5)	6	(50.0)	27	(50.0)
ない・ほとんどない	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(9.1)	0	(0.0)	2	(3.7)	1	(5.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.9)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)
	受入の困難の経験							受入の困難の経験							受入の困難の経験									
	地域別						合計	地域別						合計	地域別						合計			
	南部		中部		北部			南部		中部		北部			南部		中部		北部					
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
常にある	2	(10.0)	2	(9.1)	1	(8.3)	5	(9.3)	1	(5.0)	5	(22.7)	6	(50.0)	12	(22.2)	5	(25.0)	4	(18.2)	6	(50.0)	15	(27.8)
しばしばある	7	(35.0)	10	(45.5)	9	(75.0)	26	(48.1)	11	(55.0)	9	(40.9)	4	(33.3)	24	(44.4)	7	(35.0)	10	(45.5)	4	(33.3)	21	(38.9)
どちらともいえない	2	(10.0)	1	(4.5)	1	(8.3)	4	(7.4)	2	(10.0)	3	(13.6)	0	(0.0)	5	(9.3)	3	(15.0)	1	(4.5)	0	(0.0)	4	(7.4)
ときにある	7	(35.0)	9	(40.9)	1	(8.3)	17	(31.5)	4	(20.0)	5	(22.7)	2	(16.7)	11	(20.4)	3	(15.0)	7	(31.8)	2	(16.7)	12	(22.2)
ない・ほとんどない	2	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.7)	2	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.7)	2	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.7)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)
	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（パニック障害など）のある傷病者							自殺企図、自傷、特殊中毒（麻薬、リソカット、一酸化炭素中毒など）のある傷病者							知的障害、発達生涯のある傷病者									
	救急搬送の経験							救急搬送の経験							救急搬送の経験									
	地域別						合計	地域別						合計	地域別						合計			
	南部		中部		北部			南部		中部		北部			南部		中部		北部					
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ほぼ毎勤務日	2	(10.0)	1	(4.5)	0	(0.0)	3	(5.6)	2	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
週に1-2勤務日	9	(45.0)	10	(45.5)	5	(41.7)	24	(44.4)	16	(80.0)	21	(95.5)	11	(91.7)	48	(88.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
月に1-2勤務日	8	(40.0)	11	(50.0)	7	(58.3)	26	(48.1)	2	(10.0)	1	(4.5)	1	(8.3)	4	(7.4)	11	(55.0)	11	(50.0)	7	(58.3)	29	(53.7)
ない・ほとんどない	1	(5.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	9	(45.0)	11	(50.0)	5	(41.7)	25	(46.3)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)
	受入の困難の経験							受入の困難の経験							受入の困難の経験									
	地域別						合計	地域別						合計	地域別						合計			
	南部		中部		北部			南部		中部		北部			南部		中部		北部					
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
常にある	3	(15.0)	2	(9.1)	5	(41.7)	10	(18.5)	1	(5.0)	4	(18.2)	2	(16.7)	7	(13.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(16.7)	2	(3.7)
しばしばある	6	(30.0)	7	(31.8)	5	(41.7)	18	(33.3)	4	(20.0)	4	(18.2)	6	(50.0)	14	(25.9)	0	(0.0)	2	(9.1)	3	(25.0)	5	(9.3)
どちらともいえない	5	(25.0)	4	(18.2)	0	(0.0)	9	(16.7)	4	(20.0)	0	(0.0)	3	(25.0)	7	(13.0)	2	(10.0)	6	(27.3)	0	(0.0)	8	(14.8)
ときにある	3	(15.0)	9	(40.9)	2	(16.7)	14	(25.9)	6	(30.0)	12	(54.5)	1	(8.3)	19	(35.2)	7	(35.0)	5	(22.7)	2	(16.7)	14	(25.9)
ない・ほとんどない	3	(15.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(5.6)	5	(25.0)	2	(9.1)	0	(0.0)	7	(13.0)	11	(55.0)	9	(40.9)	5	(41.7)	25	(46.3)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表 9. 精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受入態勢を円滑にするためにもっとも必要な対策

	傷病者を受け入れる医療機関の確保								傷病者を受け入れる医療機関との情報のやり取りのルール化								傷病者のかかりつけの医療機関が救急対応すること								精神疾患を有する市民（救急搬送になりやすい傷病者）の日常生活支援の充実								救急搬送時における関係機関（警察署、保健所など）の協力									
	地域別				合計	地域別				合計	地域別				合計	地域別				合計	地域別				合計																	
	南部	中部	北部			南部	中部	北部			南部	中部	北部			南部	中部	北部			南部	中部	北部																			
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)													
きわめて有効	18	(90.0)	18	(81.8)	11	(91.7)	47	(87.0)	4	(20.0)	4	(18.2)	7	(58.3)	15	(27.8)	15	(75.0)	14	(63.6)	9	(75.0)	38	(70.4)	8	(40.0)	6	(27.3)	8	(66.7)	22	(40.7)	10	(50.0)	15	(68.2)	4	(33.3)	29	(53.7)		
ある程度有効	2	(10.0)	4	(18.2)	1	(8.3)	7	(13.0)	11	(55.0)	7	(31.8)	2	(16.7)	20	(37.0)	2	(10.0)	4	(18.2)	3	(25.0)	9	(16.7)	9	(45.0)	11	(50.0)	3	(25.0)	23	(42.6)	9	(45.0)	4	(18.2)	7	(58.3)	20	(37.0)		
どちらともいえない	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(25.0)	7	(31.8)	3	(25.0)	15	(27.8)	2	(10.0)	1	(4.5)	0	(0.0)	3	(5.6)	3	(15.0)	5	(22.7)	1	(8.3)	9	(16.7)	1	(5.0)	1	(4.5)	0	(0.0)	2	(3.7)		
あまり有効ではない	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(13.6)	0	(0.0)	3	(5.6)	0	(0.0)	2	(9.1)	0	(0.0)	2	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(5.6)
有効ではない	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(4.5)	0	(0.0)	1	(1.9)	1	(5.0)	1	(4.5)	0	(0.0)	2	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)		

表 10. 神奈川県疾病者の搬送及び受入の実施基準のなかにある精神疾患と身体疾患の重症度別受入病院一覧の活用有無

	地域別						合計	
	南部		中部		北部		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
活用している	6	(30.0)	4	(18.2)	6	(50.0)	16	(29.6)
活用していない	14	(70.0)	18	(81.8)	6	(50.0)	38	(70.4)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表 11. 神奈川県精神科救急医療情報窓口があることを知っているかどうか

	地域別						合計	
	南部		中部		北部		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
知っている	18	(90.0)	21	(95.5)	11	(91.7)	50	(92.6)
知らない	2	(10.0)	1	(4.5)	1	(8.3)	4	(7.4)
合計	20	(100)	22	(100)	12	(100)	54	(100)

表 1 2. 業務において神奈川県精神科救急医療情報窓口を利用したことがあるかどうか

	地域別						合計	
	南部		中部		北部			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
利用したことがある	10	(55.6)	15	(71.4)	8	(72.7)	33	(66.0)
利用したことはない	8	(44.4)	6	(28.6)	3	(27.3)	17	(34.0)
合計	18	(100)	21	(100)	11	(100)	50	(100)

図 1. 地域別にみた過去 1 カ月間における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験頻度

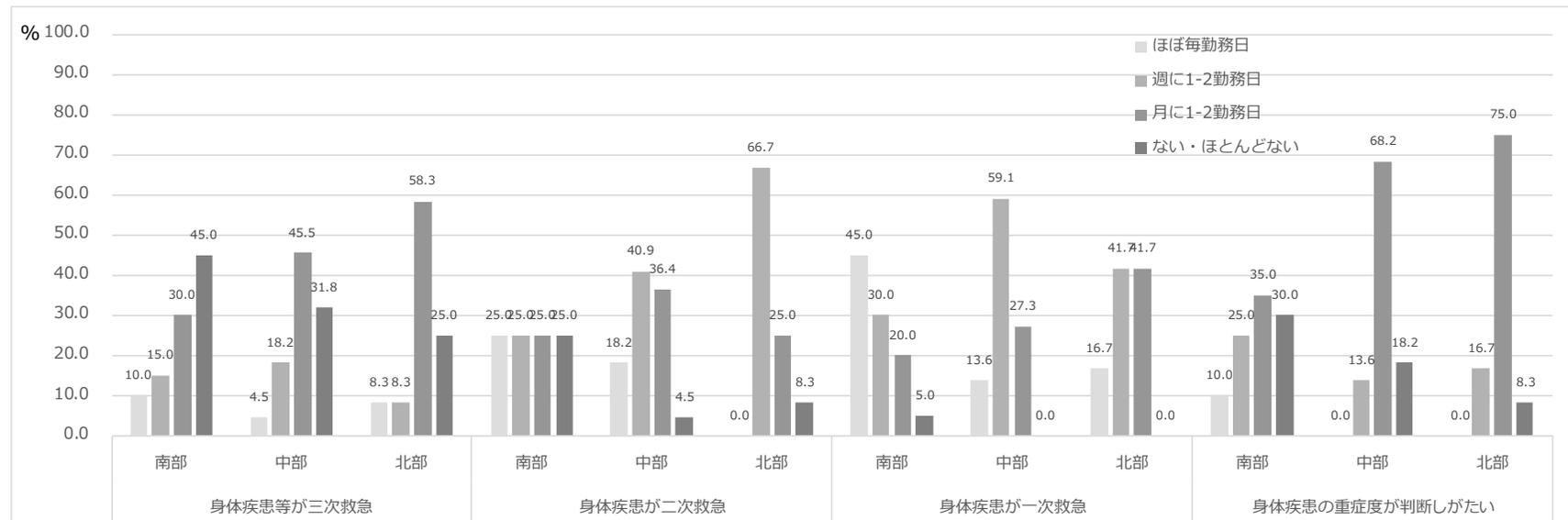


図2. 地域別にみた過去1ヶ月間における精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の問題経験

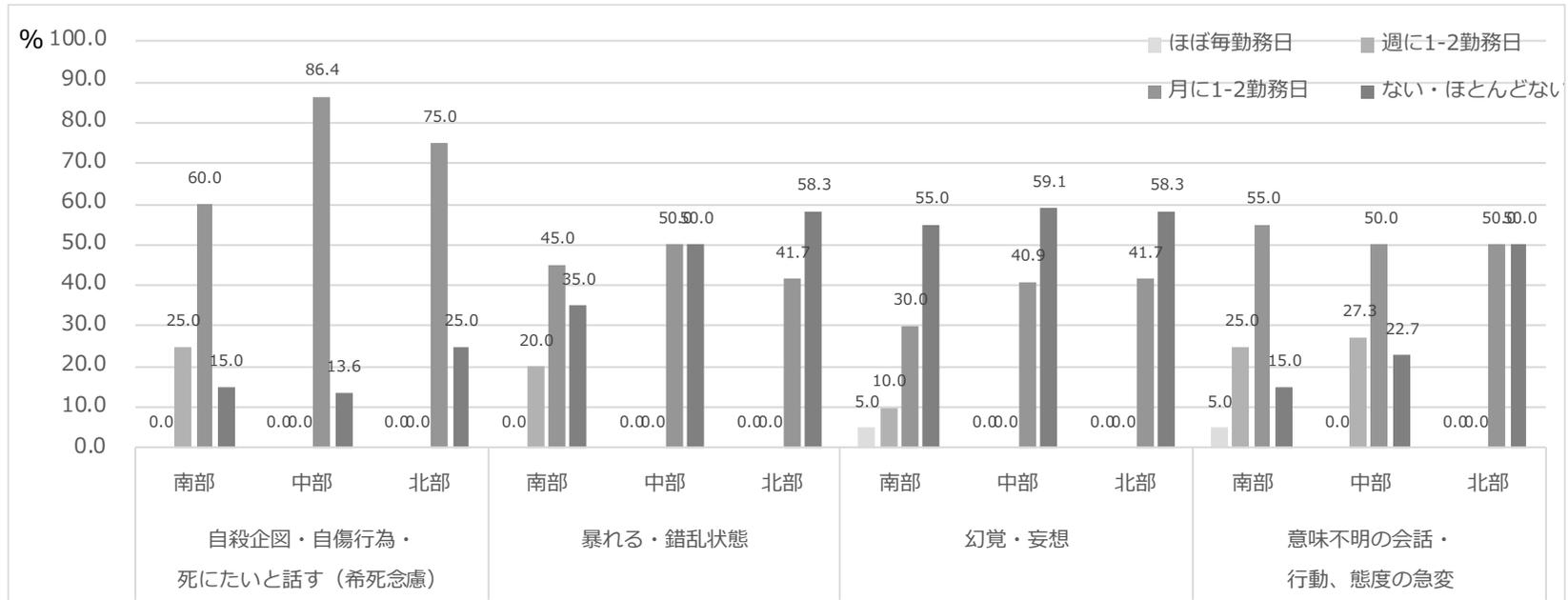


図3. 地域別にみた受診する医療機関の選定

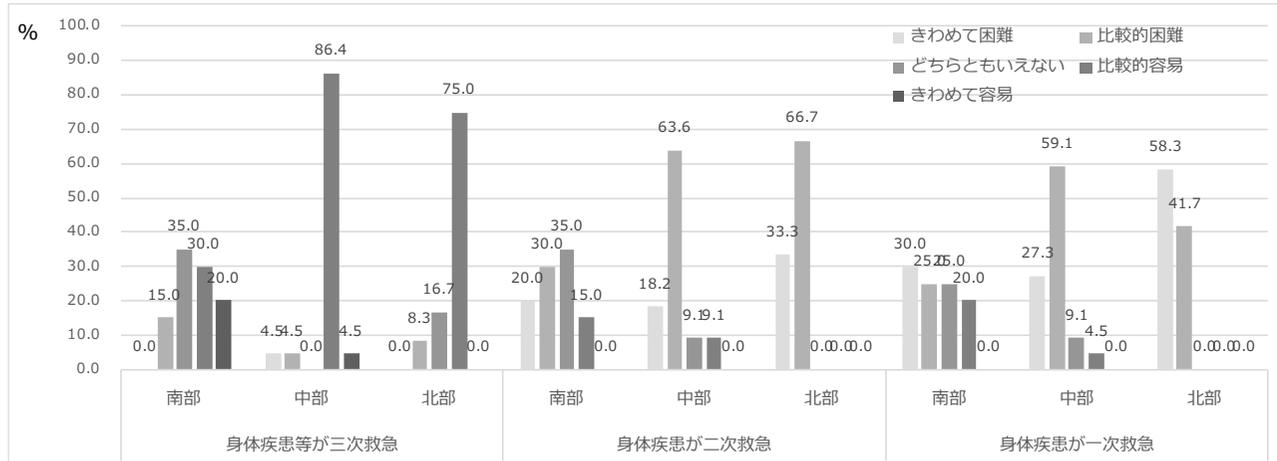


図4. 地域別にみた受診する医療機関の選定で「きわめて困難」「比較的困難」と回答した理由

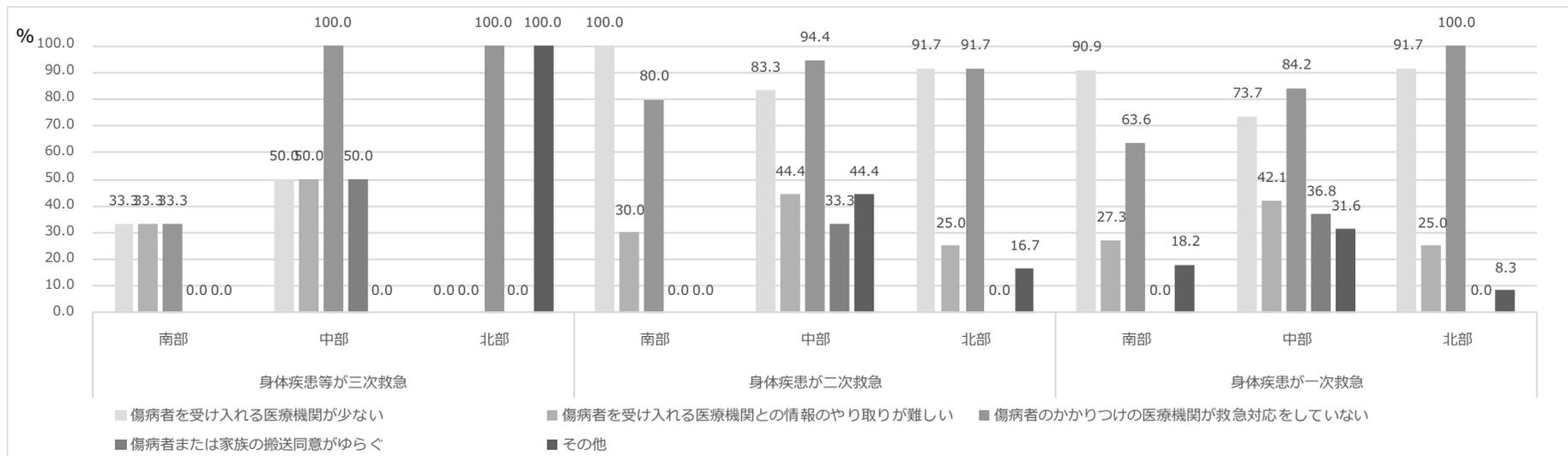


図5. 地域別にみた精神疾患の疑われる症状があった場合に医療機関へ症状程度を伝えることの困難さ

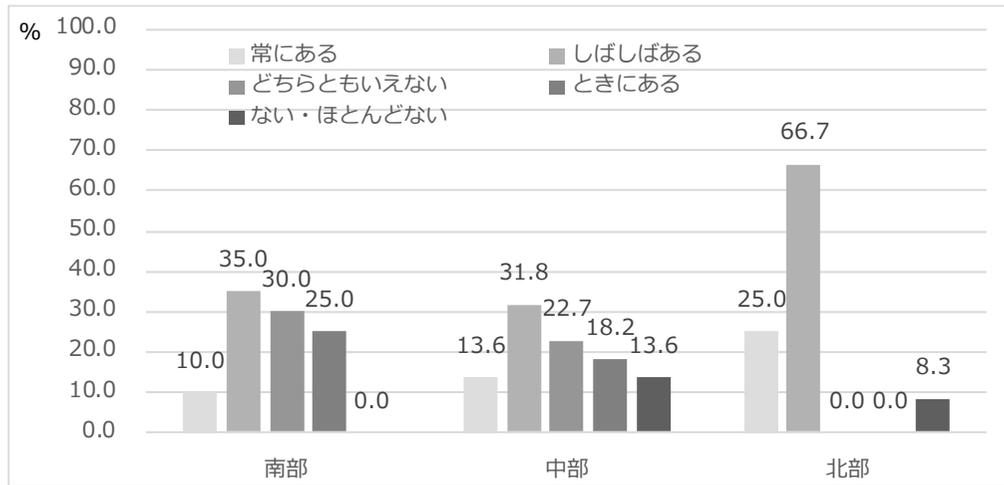


図7. 地域別にみた精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送の経験

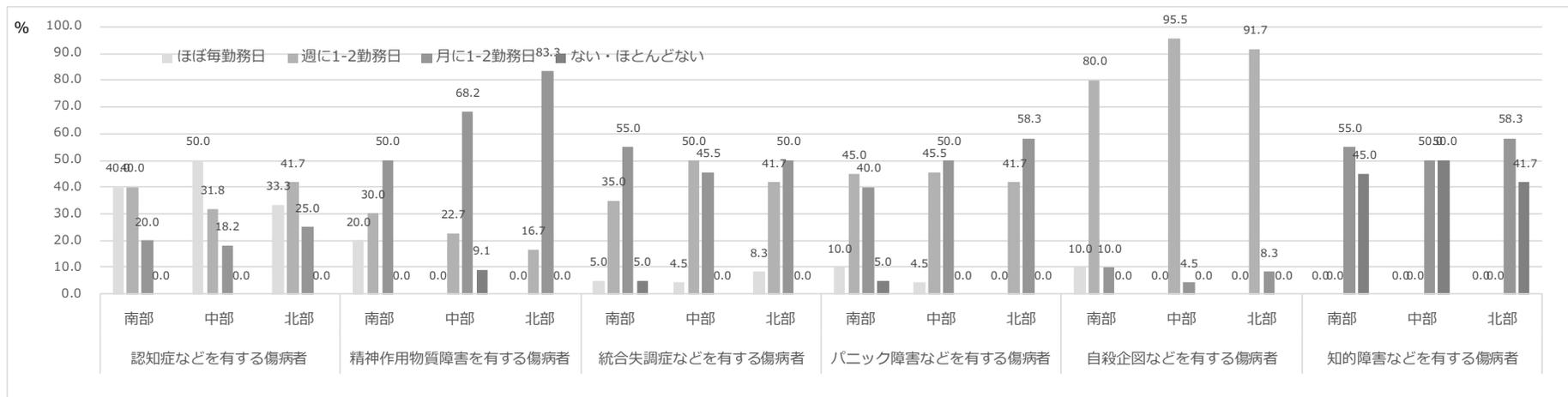


図8. 地域別にみた精神疾患を合併する身体救急患者の受入困難の経験

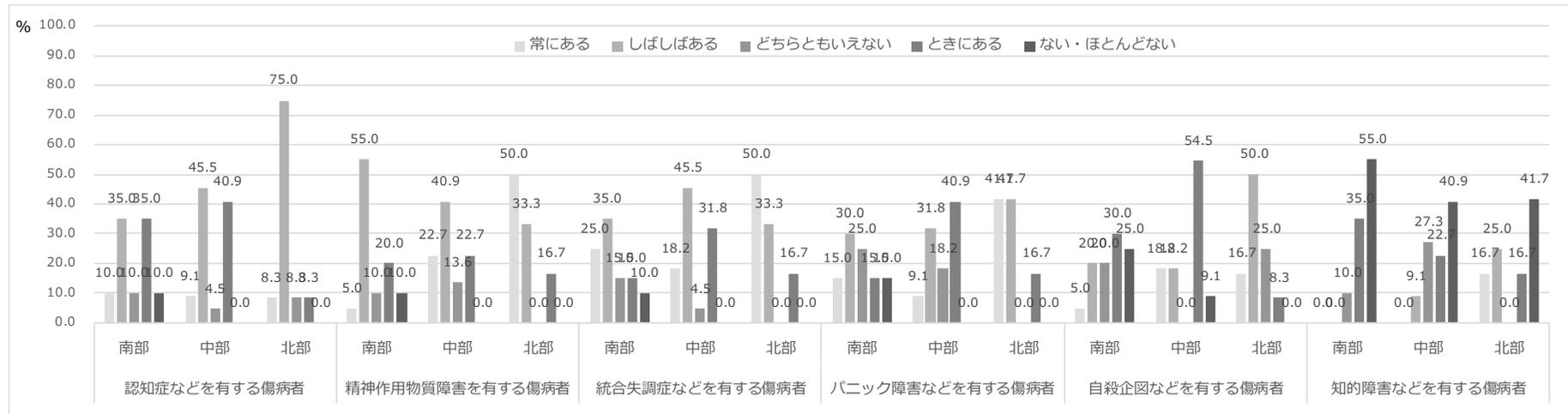
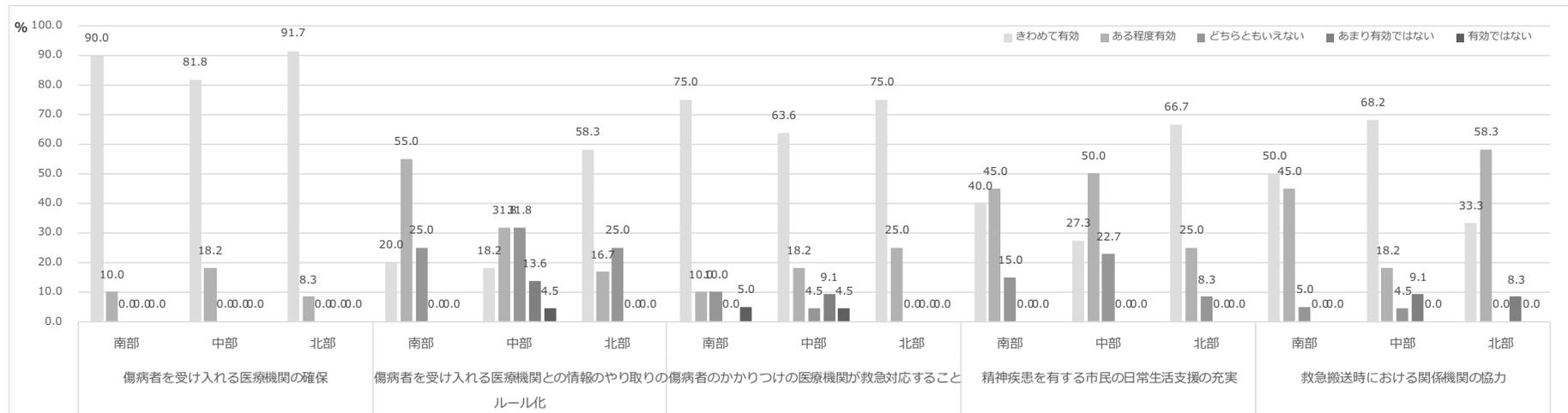


図9. 地域別にみた精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送受入態勢を円滑にするためにもっとも必要な対策



平成 28 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）
「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」
分担研究報告書

630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究

研究分担者 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)
加藤直広 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
西 大輔 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究代表者 竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 /
川崎市精神保健福祉センター)

研究要旨：

【目的】最新の精神保健福祉資料データによる精神病床利用者の数的状況に基づいて精神保健医療福祉の改革ビジョン後の進捗を明らかにする。

【方法】厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国の精神科医療施設などの状況についての資料を、同課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996年から2014年調査のデータを使用した。

【結果】改革ビジョン後の数値目標の最新の状況は平均退院率 71.7(目標値 76 以上),退院率 24.5(同 29 以上)であった。平均退院率は、近年ほとんど変化がみられず、'12年から'13年に 72.0と増加したが'14年に 71.7とわずかながら減少した。一方、退院率は'11年から'12年の間で減少したものの全体としては緩やかな増加傾向を示し'13年(23.8)から'14年(24.5)の間でも増加していた。精神科病院等の在院患者総数は一貫して減少傾向にあり、'14年は 290,406 人と前年比で 7,030 人の減であった。統合失調症等による在院患者数 164,323 人(同 15 万人以下)であり、'13年から'14年の間で 5,188 人の減('12年から'13年の間では 3,906 人の減)であった。一方で認知症を含む器質性精神障害の在院患者数は 66,690 人と'13年から'14年の間で 581 人の減('12年から'13年の間では 912 人の減)であった。統合失調症等、認知症等とも人口 10 万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているという特徴に変化はない。統合失調症等は、ほぼ全ての県で人口 10 万対患者数が減少傾向にあった。

【結論】在院期間が 1 年以内の患者の動態の指標である平均退院率は改革ビジョン前から上昇傾向の後、この数年はほとんど変化がみられず'12年から'13年の間に増加したものの'14年にわずかながら減少した。しかし、'14年時点で数値目標から 4 ポイント下回っていた。一方、長期入院となった患者の動態の指標である退院率は'13年から'14年の間で上昇した一定の改善が見られたが、数値目標から 5 ポイント下回っていた。また、統合失調症の在院患者数は一貫して減少傾向にあったが、'14年時点で目標値とは 1 万 4 千人強の開きがあった。認知症等の在院患者数においては'97年以降'12年まで増加傾向にあったが'12年から減少し'13年から'14年の間でも減少したが、減少傾向にある地域もあれば増加傾向にある地域もあった。以上、改革ビジョン終了時点での数値を数値目標と比べると改善は見られるものの目標に届いたものはなかった。

A. 研究目的

2004 年 9 月に公表された「精神保健医療福祉改革ビジョン(以下、改革ビジョン)」は、

国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を 10 年間で進めるとして達成目標を示した。本研究は 1996 年から現時

点で最新の調査である 2014 年までの精神保健福祉資料のデータを用いて精神科病床を有する病院（以下、精神科病院等）における在院患者の数的状況や改革ビジョン後の数値目標の推移を分析することにより、改革ビジョンのこれまでの 10 年間とその後の進捗を明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

1．対象

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課では、毎年 6 月 30 日付で、精神・障害保健課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設などの状況についての資料を得ている。

この精神保健福祉資料のデータはわが国の精神科病床を有する病院（以下、精神科病院等）のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。本研究では 1996 年から 2014 年調査のデータを使用した。

2．方法

1996 年から 2014 年の精神保健福祉資料の精神科病院等の患者についてのデータを用いた二次解析を厚生労働科学研究として実施した。人口 10 万対の数値を算出するためには、総務省統計局公表の各年 10 月 1 日現在推計人口を使用した（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>）。

在院患者総数、症状性を含む器質性精神障害（F0）（以下、認知症等）および統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）（以下、統合失調症等）による在院患者数、改革ビジョンで数値目標とされた平均退院率、1 年以上在院者の退院率（以下、退院率）について最新の全国値を明らかにし、それらの年次推移を分析した。都道府県（以下、県）ごとの認知症等および統合失調症等による在院患者数の最新の状況およびそれらの人口 10 万対在院患者数の推移を県間で比較した。県ごとの平均退院率、1 年以上在院者の退院率の最新の状況と年次

推移を分析した。

なお精神保健福祉資料の調査内容は年により多少異なるため、集計項目によっては全ての年の数値はない場合がある。

（倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した、全国の精神科病院の状況についての資料を、厚生労働科学研究として、精神・障害保健課の許可を得て二次的に分析したものである。データは施設ごとの集計値として報告されており、そこには個人を特定可能な情報は含まれていない。

C．研究結果

1．改革ビジョンの目標値とその後の最新状況とその推移

2014 年の精神科病院等の在院患者総数は 290,406 人と前年から 7,030 人の減であった。在院患者総数は図 1 に示したように一貫して減少傾向にある。

改革ビジョンの数値目標に対して最新の状況は平均退院率 71.7（目標値 76 以上）、退院率 24.5（同 29 以上）、統合失調症等による在院患者数 164,323 人（同 15 万人以下）であった。

認知症等の在院患者数は'97 年以降上昇傾向にあったが、'13 年から減少し'13 年から'14 年の間にも 581 名減少した（'11 年は 67,970 名、'12 年は 68,183 名、'13 年は 67,271 名、'14 年は 66,690 名）。統合失調症等の在院患者数は'13 年から'14 年の間で 5,188 人の減少であった（'12 年から'13 年の間では 3,906 人の減少）。図 2 に示すように統合失調症等による在院患者数も一貫して減少傾向にある。

平均退院率の推移を図 3 に示した。'98 年から'05 年にかけては増加傾向であったものの、ここ近年はほとんど変化がなく、'13 年に 72.0 と増加したが、'14 年に 71.7 とわずかながら減少している。ただし、減少した'14 年でも'98 年と比較すると平均退院率は改善している。

'98年当時より新規入院者が短期間で退院できるようになったことは新規入院患者の退院の様子を示した図4において実線で示した'14年と破線で示した'98年の比較からも明らかである。

一方で1年以上継続して在院した患者が1年間にどれくらい退院するかの指標である退院率も、改革ビジョン前の'99年と比べると一定の改善(21.7→24.5)はみられた(図5)。年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向を示し、'13年(23.8)と'14年(24.5)の間でも増加した。また、在院期間別の退院率を県ごとに算出し、その分布を箱ひげ図を並べて示した(図6)。在院が長期になる者には退院を阻害する何らかの要因が存在すると考えられるため、在院が長期に継続するほど退院が発生しづらくなり退院率が低くなると予想される。図からもこの傾向を読み取ることができるが、特に在院期間が1年以上5年未満の群とそれ以外の群では退院率の違いが顕著であることは、前年までの調査結果と違いはない。

'14年の認知症等による在院患者数は66,690人と'13年から'14年の間で581人減少し、'97年以降増加傾向にあったのが逆転している(図2)。なお、'12年から'13年の間では912人の減少、'11年から'12年の間では213人の増加であった。

認知症疾患治療病棟に新たに入院した患者のおよそ1年間の退院の様子を図4に点線で示した。入院から165日(=5.5カ月)から195日(=6.5カ月)の間に半数が退院し、約1年(11.5カ月)で6割強が退院していた。これは前年と大きな違いはない。

2. 県別の改革ビジョンの目標値とその後の最新状況とその推移

人口10万対在院患者数の大小の地理的な分布を把握するために'14年の県別の人口10万対在院患者数に基づいて県をそれぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分し、その結果を日本地図上に色の塗り分けで示した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が

多いことを示す。図7が認知症等、図8が統合失調症等についてである。双方とも人口10万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているのが特徴である。この特徴はこれまでの傾向と変化がない。

次に県別に'97年から'14年にかけての人口10万対在院患者数の推移を検討した。図9に示すように、認知症等の推移は、明確に増加傾向にある県と、より少数の緩やかな増加傾向もしくはほとんど変化のない県、および下降傾向にある県に大別される。人口10万対の認知症等の在院患者数が他よりも高い水準かつ増加の著しい県は、東北、九州に多い。統合失調症等については、ほぼ全ての県で人口10万対患者数が減少傾向にある。図中に破線で示したのは、目標値(統合失調症等の在院患者数15万人以下)を達成した場合の人口10万対在院患者数の118である(15万人を2014年10月1日現在総人口で除して求めた)。約4分の1(47県中13県:宮城、埼玉、千葉、東京、神奈川、岐阜、静岡、愛知、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良)が既にこの水準に達している一方で、この2から3倍の水準にある県(47県中4県:徳島、長崎、熊本、鹿児島)も1割程度存在する。水準に達している県は、関東、中部、関西に集中している。

図11、12にそれぞれ平均退院率および退院率の高低を日本地図上に色の塗り分けで示した。塗り分けの規則は人口10万対在院患者数と同じである。双方ともその分布に明確な規則性は観察できず、人口10万対在院患者数のように数値の高い(もしくは低い)県が特定の地域に集中していない。

図13に'14年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図を示した。実線は両指標の目標値である。平均退院率は76以上、退院率は29以上が目標値のため、両指標の目標値をともに達成した県は、2本の実線で分けられた4つの領域のうち右上にプロットされる。'14年時点において目標をともに達成した県はなかった。

県別の平均退院率の推移は、多くの県で目標

値に向けて増加傾向にあるが、目標値近くの水
準を保って推移していた(図14)。退院率につ
いては明確な傾向が認められない県が多い(図
15)。

D. 考察

精神保健福祉資料の1996年から2014年調査
のデータを用いて精神科病床を有する病院に
おける在院患者についての二次解析を行った。
悉皆と見なしうる調査に基づいて、わが国の精
神科病院等における統合失調症等、認知症等
による在院患者数、平均退院率、および退院率の
全国および県の最新の状況および推移を明ら
かにできた。

在院期間が1年以内の患者の退院動態の指
標である平均退院率が'12年から'13年の間に
上昇したものの'13年から'14年間に減少した
が、大幅な減少ではなかった。数値目標は'13
年とほぼ変化が見られず'14年時点でおよそ4
ポイントの開きがまだあり、平均退院率の数値
目標の達成は困難であるとされる問題が残っ
た。

また、在院期間が1年以上継続の患者の長期
在院退院率は'13年から'14年の間で上昇して
いたが、数値目標の水準からはまだおよそ5
ポイントの隔たりがあり、こちらも数値目標の
達成は非常に困難と思われた。

統合失調症等の在院患者数について、既に目
標値を達成した場合の10万対在院患者数の水
準に達している県やその水準の近づいている
県と、減少傾向にあるものの水準からの隔たり
が大きい県と二極分化している現状が存在す
るものの、全国値も目標に近づいている。期限
までの数値目標の達成は困難があると思われ
るが、水準から隔たりが大きい県でいかにして
改革の取り組みを進めていくかが課題となる
だろう。

認知症を含む器質性精神障害の精神病床の
在院患者数は'97年以降'12年まで一貫して増
加傾向にあったが、'12年から引き続き'13年
と'14年の間でも減少した。認知症等の在院患
者数が高い水準かつ増加の著しい県があるこ
とは注視が必要と考えられた。

E. 結論

在院期間が1年以内の患者の動態の指標で
ある平均退院率は改革ビジョン前から上昇傾
向の後、この数年はほとんど変化がみられ
ず'12年から'13年の間に増加したものの'14
年にわずかながら減少した。しかし、'14年時
点で数値目標から4ポイント下回っていた。一
方、長期入院となった患者の動態の指標である
退院率は'13年から'14年の間で上昇した一定
の改善が見られたが、数値目標から5ポイント
下回っていた。また、統合失調症の在院患者数
は一貫して減少傾向にあったが、'14年時点で
目標値とは1万4千人強の開きがあった。認知
症等の在院患者数においては'97年以降'12年
まで増加傾向にあったが'12年から減少し'13
年から'14年の間でも減少したが、減少傾向に
ある地域もあれば増加傾向にある地域もあっ
た。以上、改革ビジョン終了時点での数値を数
値目標と比べると改善は見られるものの目標
に届いたものはなかった。

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

精神保健福祉対策本部.(2004年9月).精神保
健医療福祉の改革ビジョン.2006年3月に
[http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/
09/dl/tp0902-1a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf) より入手.

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する
検討会.(2009年9月)精神保健医療福祉の更なる
改革に向けて.2009年12月に
[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/
dl/s0924-2a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf) より入手.

図 1：精神病床の在院患者数の推移

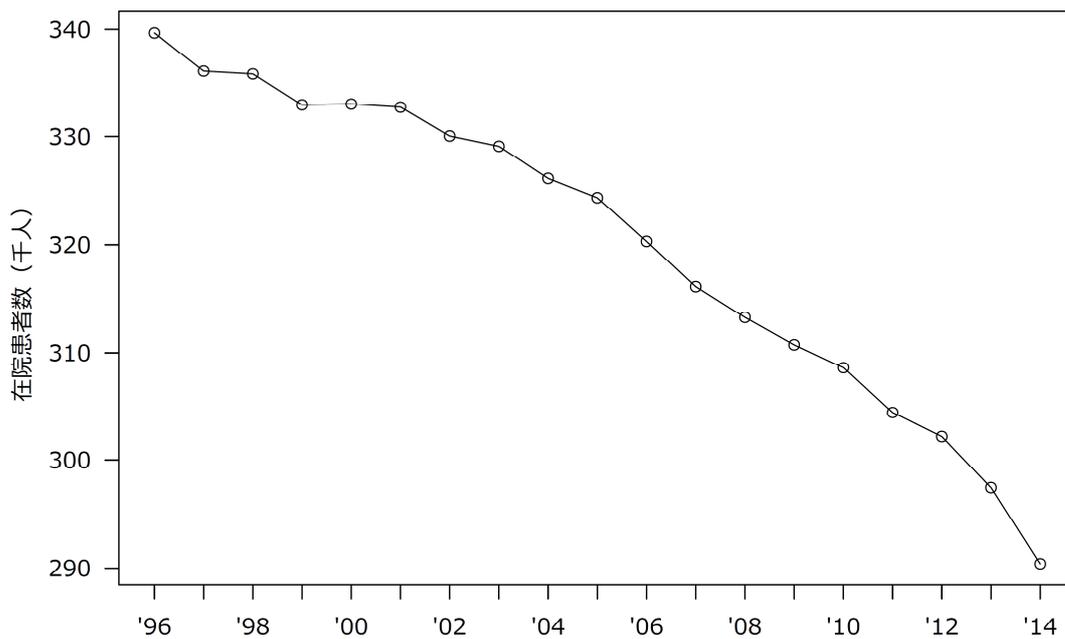


図 2：認知症等（F0）と統合失調症等（F2）による在院患者数の推移

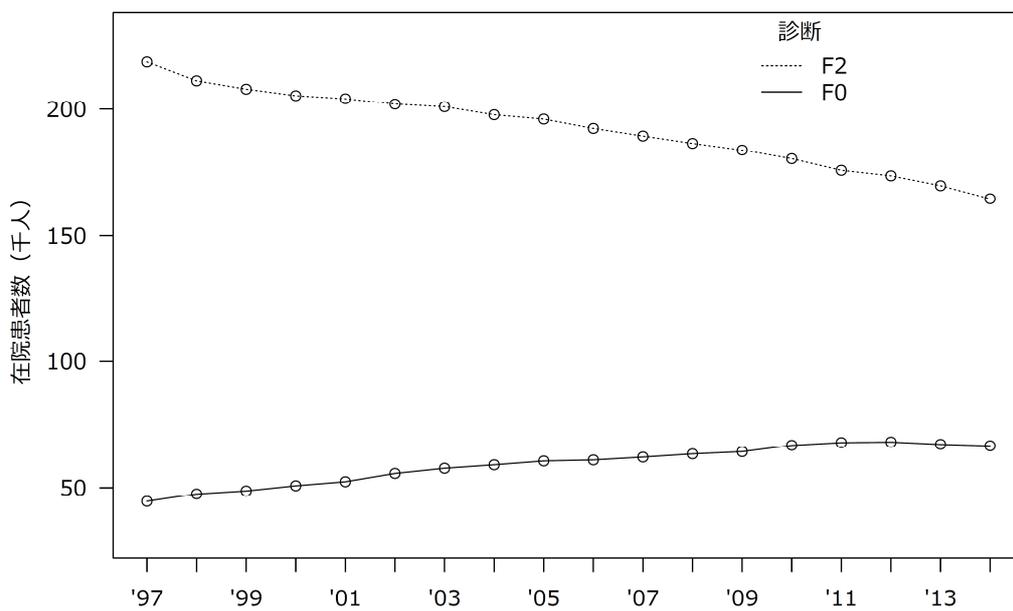


図 3：平均退院率の推移

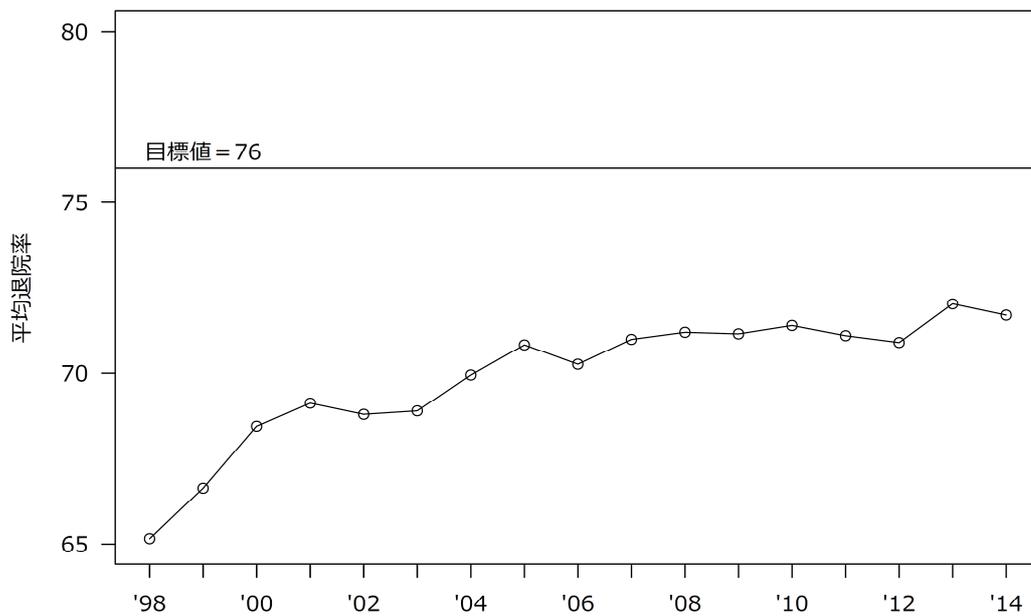


図 4：新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

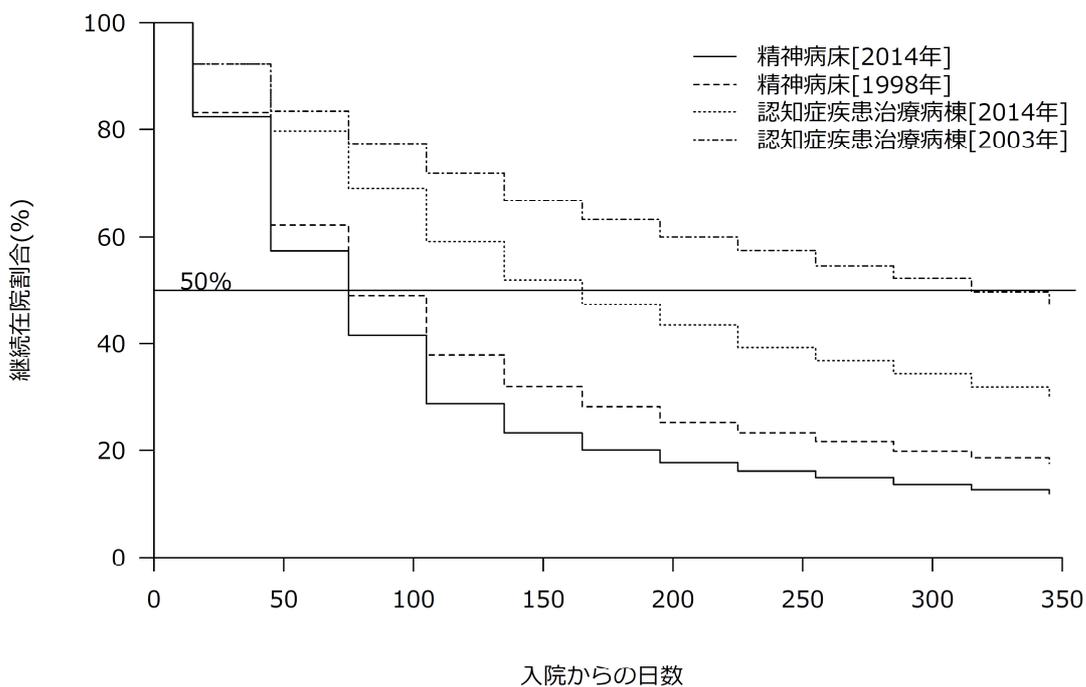


図 5：退院率の推移

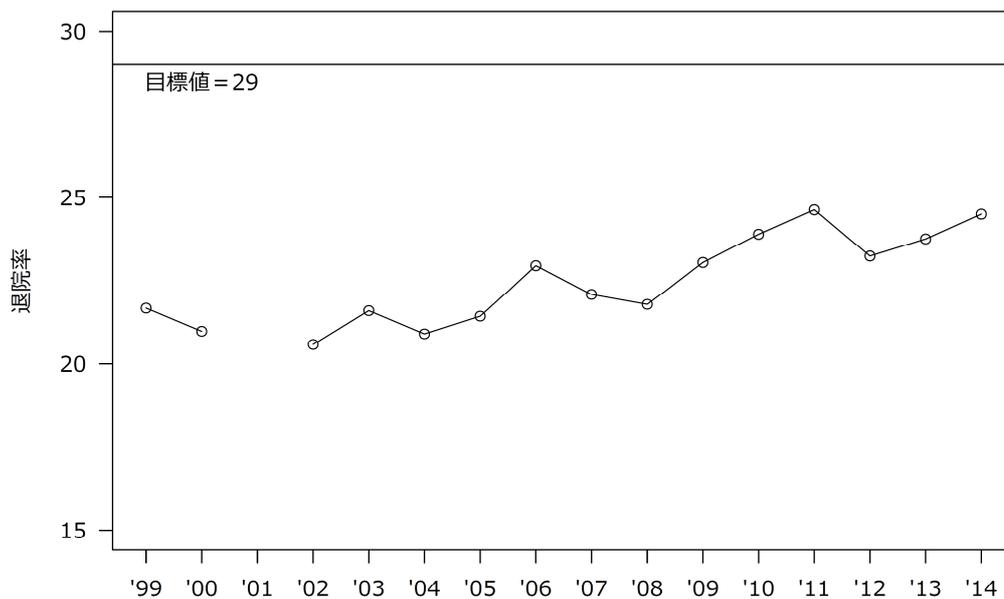
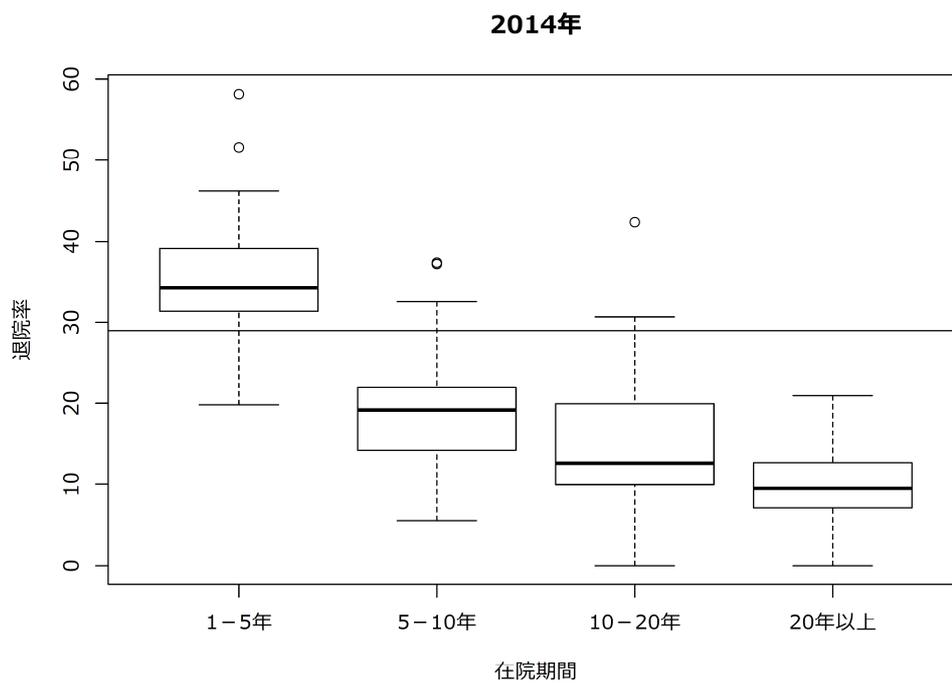
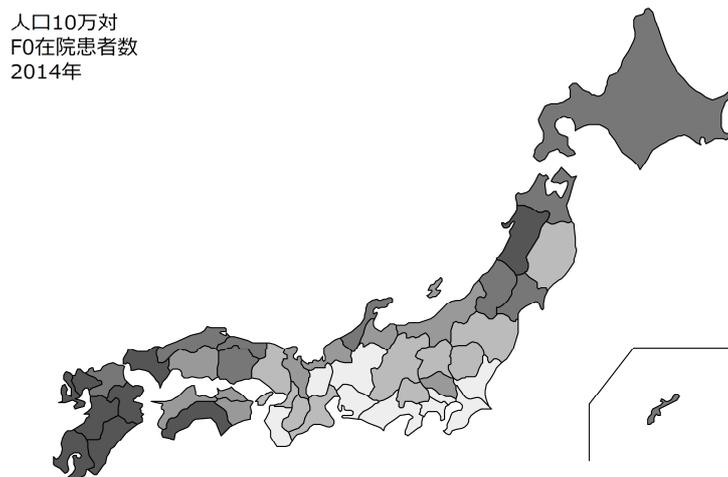


図 6：在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



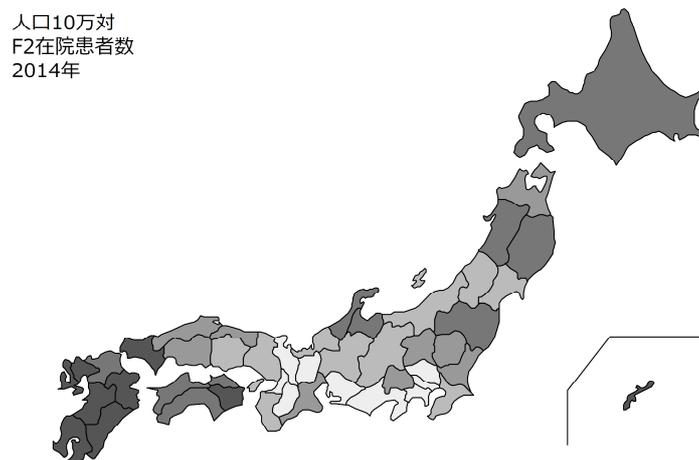
注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

図7：2014年の県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図8：2014年の県別の統合失調症等（F2）による人口10万対在院患者数



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図9：県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数の推移

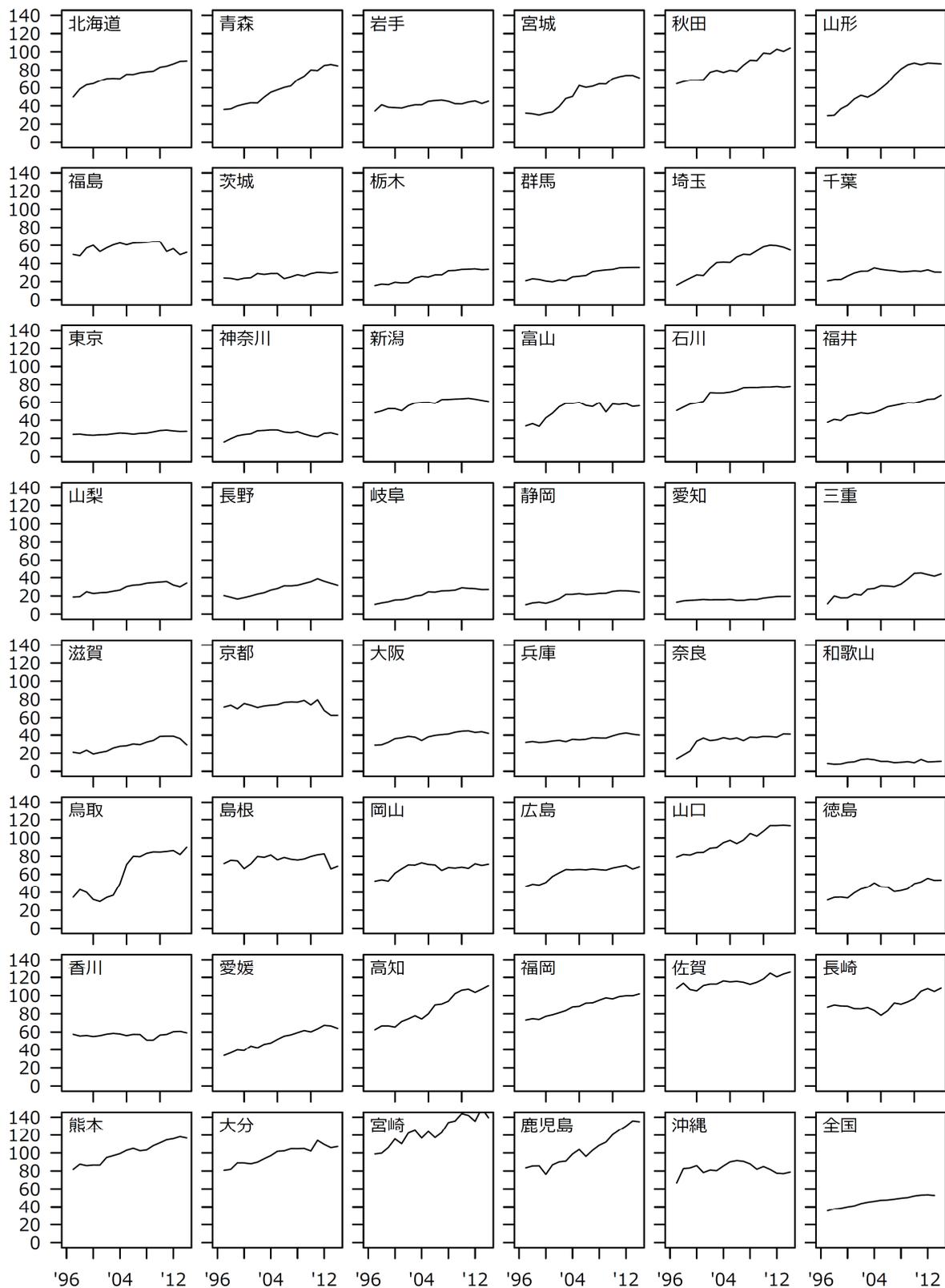
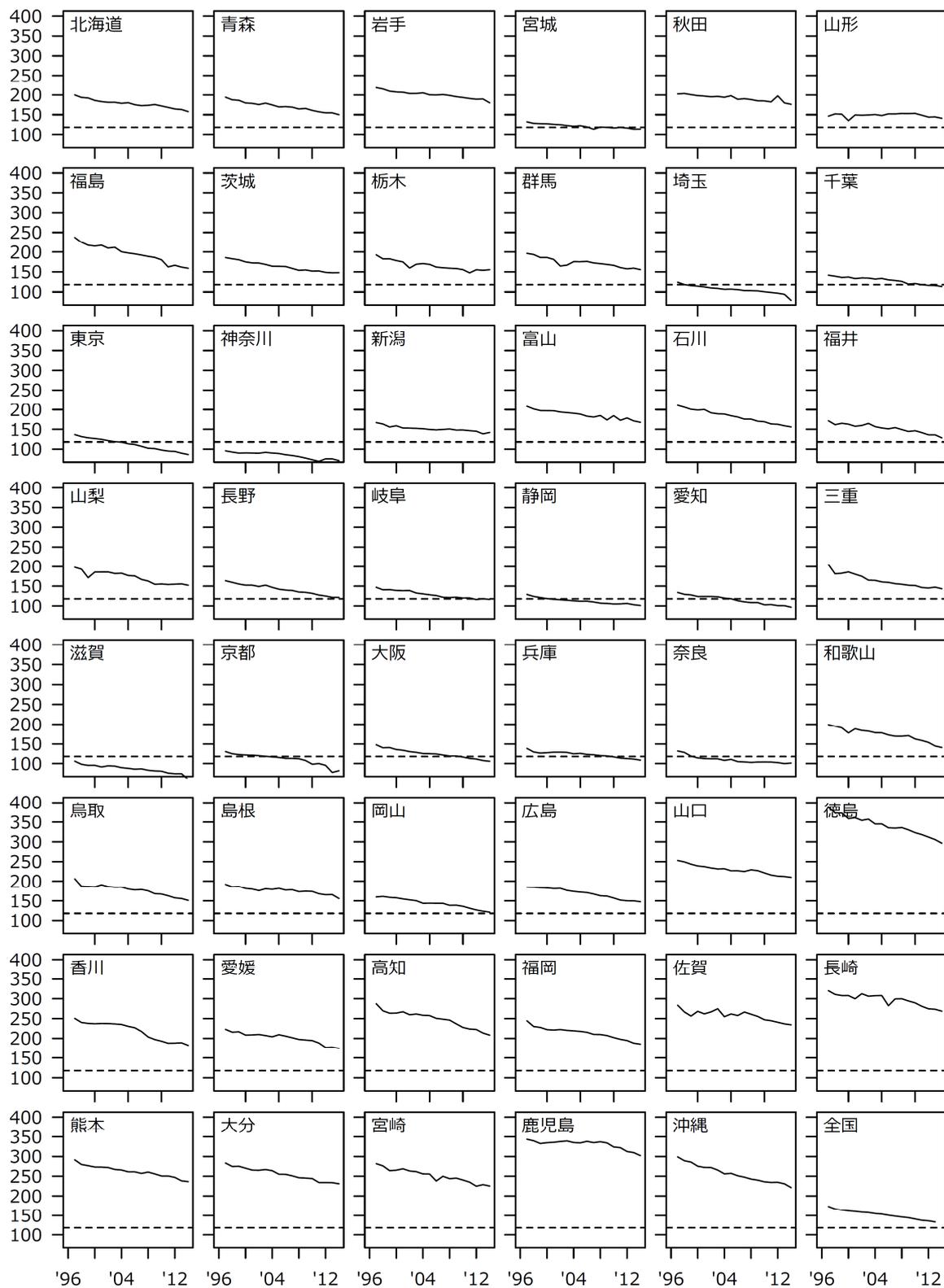
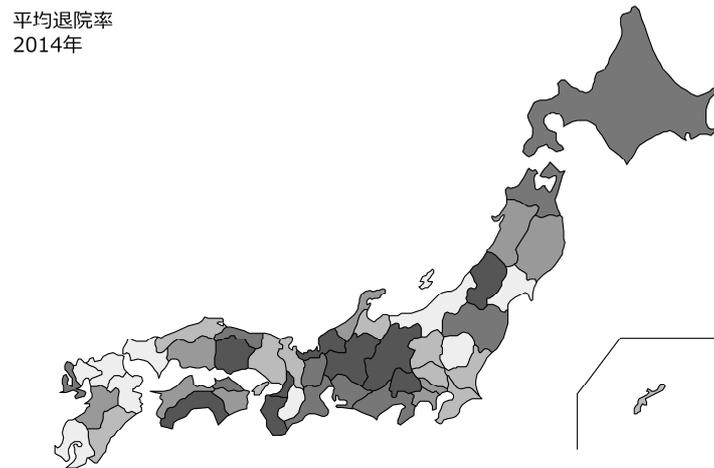


図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



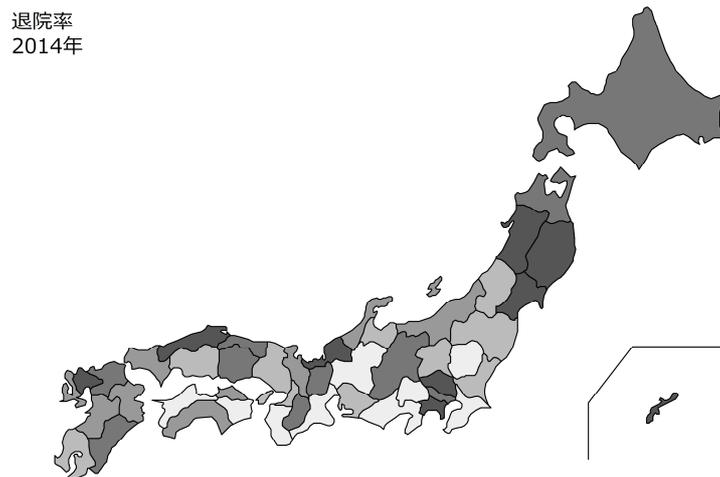
注：破線は目標を達成した場合の2014年10月1日現在総人口時の人口10万対在院患者数(118)を示す。

図 11 : 2014 年の県別の平均退院率



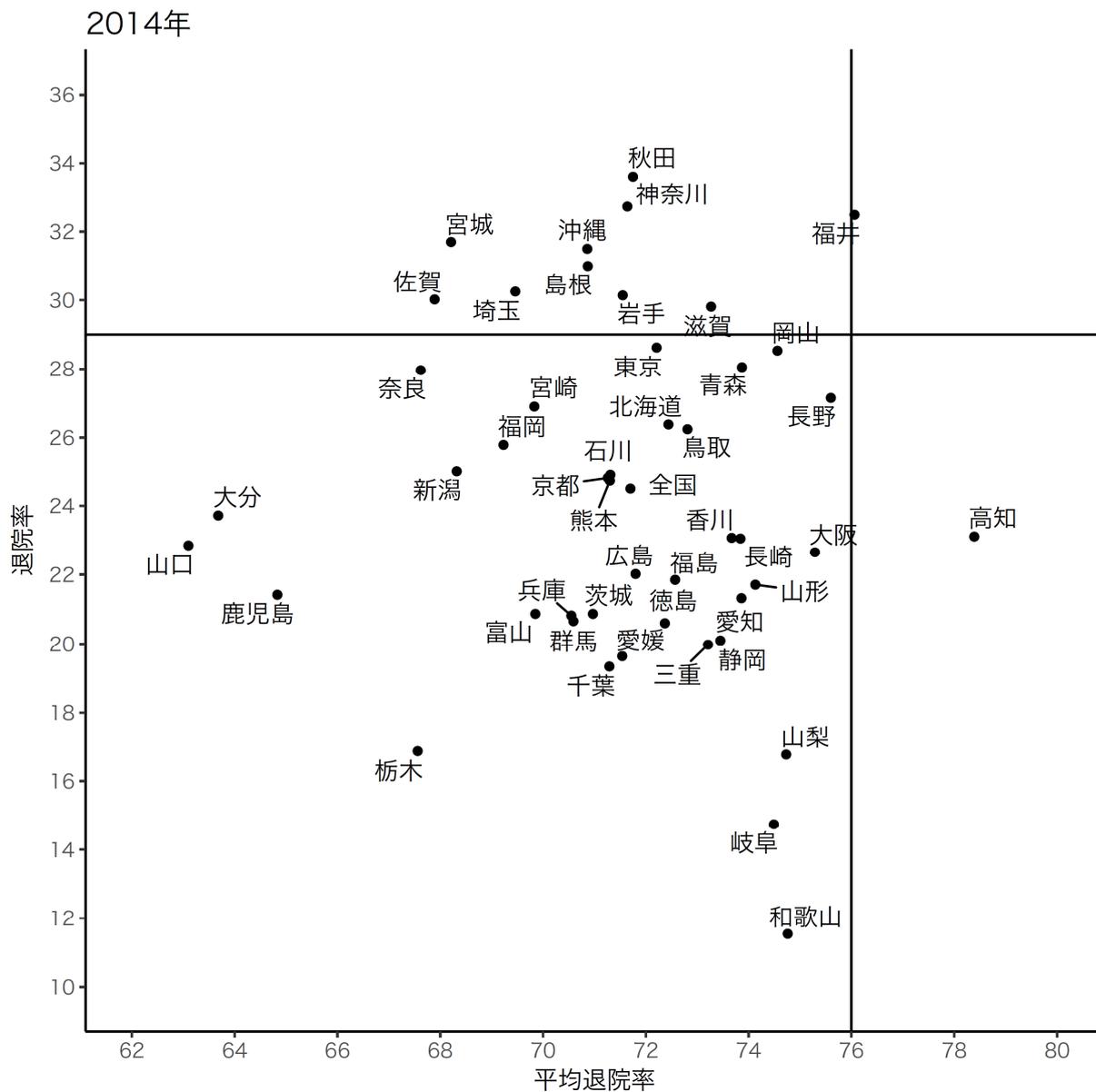
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

図 12 : 2014 年の県別の退院率



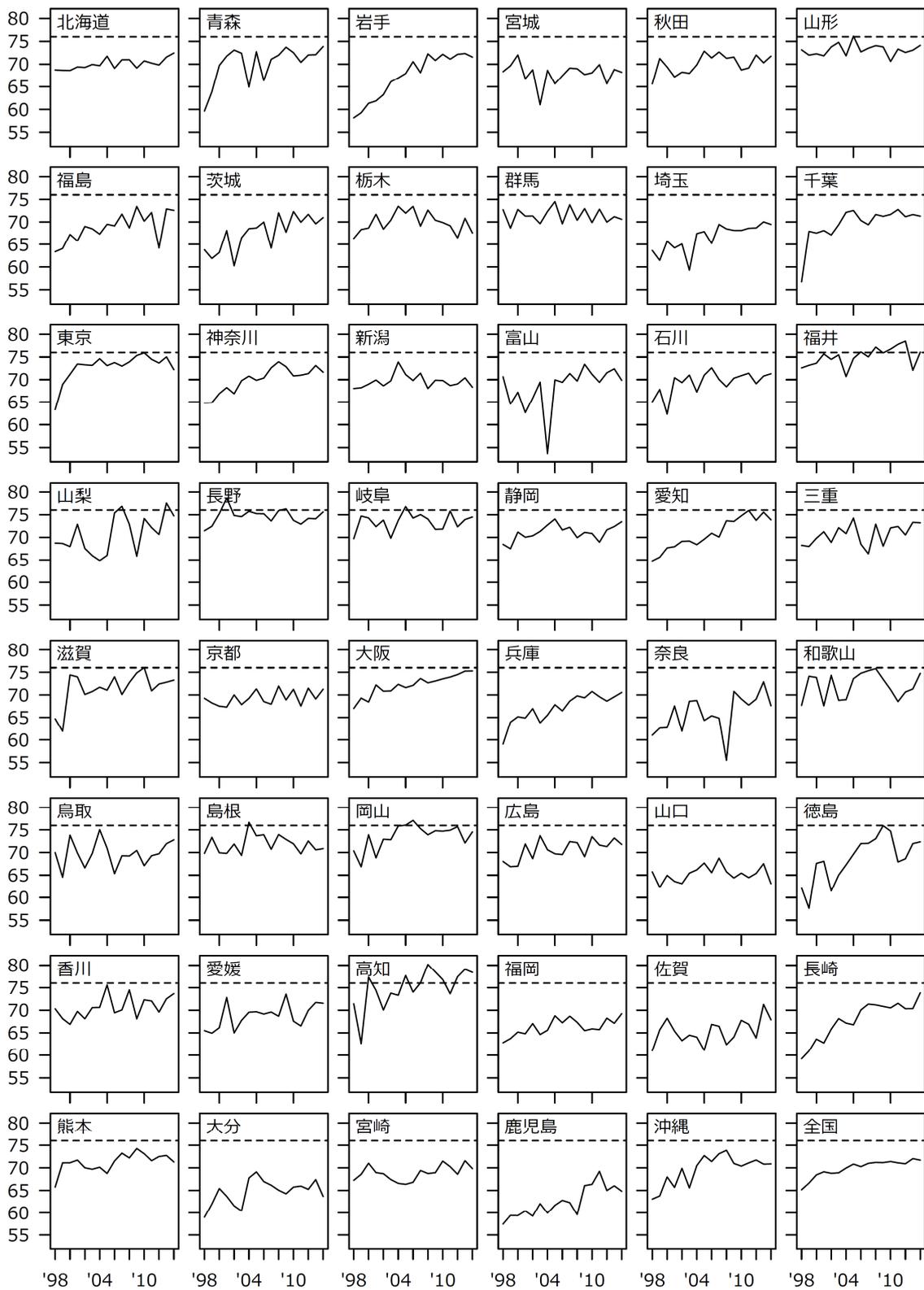
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は退院率が高いことを示している。

図 13 : 2014 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図



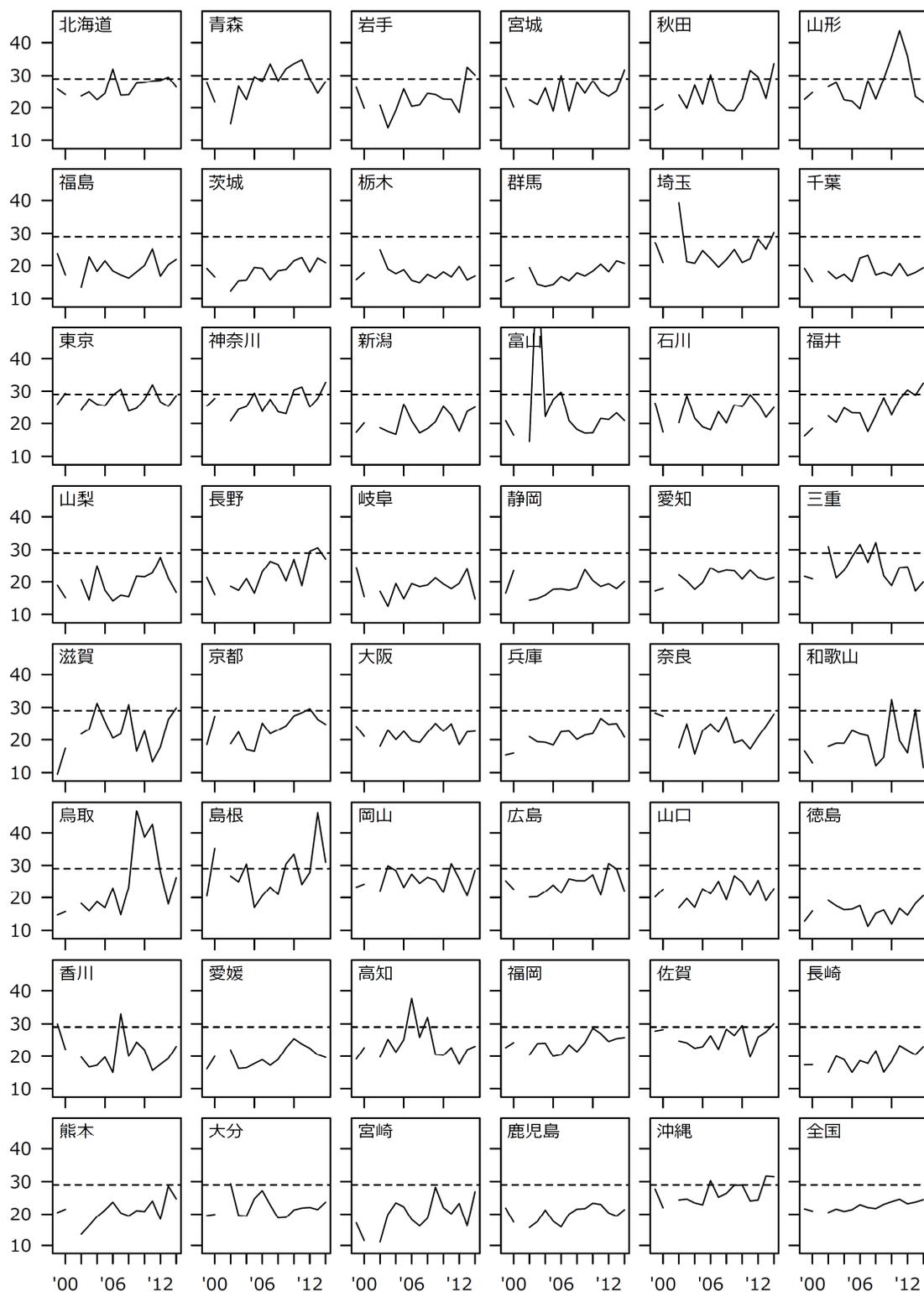
注：図中の 2 本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。

図 14：県別の平均退院率の推移



注：破線は平均退院率の目標値 76 を示している。

図 15：県別の退院率の推移



注：破線は退院率の目標値 29 を示している。富山県，鳥取県などの異常に高い数値は病院の統廃合などによる外れ値

平成 28 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すための NDB の活用に関する研究

研究分担者 山之内芳雄（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：

現実のものとなっている高齢化・人口減少・過疎化の中で、長い年月をかけて様々に形成されてきた地域毎の精神医療の成り立ちを踏まえたより現実的かつ効率的な対応が求められる。現状把握のための方策として、全国のレセプトデータベース（ナショナルデータベース 以下 NDB）を用いて、地域ごとの医療特性の描出を行い、本研究代表者（竹島正）が行った大阪（平成 28 年 11 月 29 日、平成 29 年 1 月 19 日）、鹿児島（平成 28 年 11 月 2 日）における研究会、および研究班会議（平成 29 年 2 月 15 日）で話題提供を行い、意見を収集した。

大阪府においては、府内の病床の偏在に起因する、病院所在地だけではわからない医療需要の動向が明確になった。鹿児島県においては、過疎地域を支える小規模病院が点在しており、それらが高齢化した精神障害者の身体医療も担っていることが聞かれた。地域毎の特性に応じて発達し維持されてきた必要な医療機能を抽出し、活かしていくことが必要と思われ、そのために必要なデータ提示をすることが求められる。

A. 研究目的

わが国の人口構成は、高齢化が進み、2015 年から減少に舵を切ったといわれている。また社会増減においても、都市部への人口流入が続いている¹。その環境の中、地域の精神医療を支えてきた医療機関・保健福祉システムも、地域の実情に応じた対応が求められていくことが予測される。

一方で、長い年月をかけて様々に形成されてきた地域毎の精神医療の成り立ちについては、その理解と配慮を踏まえないと、現実的かつ効率的な対応が難しいとも思われる。

そのような前提の下、地域の精神医療の現状をいかに把握し、理解し、次に進めていくかについて考えるのが本研究班の役割と認識している。そこで、現状把握のための方策として、全国のレセプトデータベース（ナショナルデータベース 以下 NDB）を用いて、地域ごとの医療特性の描出を試みることにした。

B. 研究方法

全国のすべての医療保険を用いた診療行為、投薬、診断等の情報は、医療費支払い機関にレセプト情報として毎月電子的にあげられる。その情報をすべて格納したレセプトデータベースについて、厚生労働省保険局が行政利用・研究目的で、審査の上データ提供している。

本研究では、平成 28 年 9 月に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が借り受けた、平成 26 年 1 月から 27 年 12 月までの精神医療にかかるレセプトデータを利用した研究「厚生労働行政推進調査事業精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者 山之内芳雄）」が公表した成果物を活用して、本研究代表者（竹島正）が行った大阪（平成 28 年 11 月 29 日、平成 29 年 1 月 19 日）、鹿児島（平成 28 年 11 月 2 日）における研究会、および研究班会議（平成 29 年 2 月 15 日）で話題提供を行い、意見を

収集した。

用いた成果物は、

- 精神病床に入院している患者について、2次医療圏ごとに、平成27年6月30日時点での入院期間1年未満の入院患者数と1年以上の患者数、
- 平成26年6月入院者の日ごとの退院率と、同月退院者の日ごとの再入院率
- 地域の精神科入院の状況がわかるべくこれら数値をグラフ上に組み合わせたもの

である。なお、各研究会で表示した図表に関しては、今年度の「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」で報告することとし、本報告書には掲載しない。

C. 研究結果

各研究会において、NDBデータの信頼性について説明し、次いで前述の項目に関して、全国値と地方値を示した。その上で、各地域におけるデータから見える考察と、今後の地域精神医療の展開に関して意見を聴取した。各回の研究会参加者は、研究代表者の報告書に示してある。

NDBデータの信頼性に関しては、生活保護による医療を受けた者のデータが欠如していること、「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」および本研究での利用を目的に、統計法に基づき厚生労働省大臣官房統計情報部より目的外利用申請をして受領した平成26年患者調査から生活保護者の精神病床入院者に占める割合を都道府県別に算出して、それを割り戻したことにより、推計したことを報告した。患者調査による精神病床入院患者の生活保護率は全国値で17%であり、NDBによる精神病床に入院する1年以上の患者数は、131,071人であった。このため、按分した推定の1年以上患者数は、157,917人であった。この推定値の大阪府・鹿児島県につき、表1に示した。長期入院者が鹿児島県は全国値と比べて多いことに関して、過疎地域の病院点在、通院交通の不便、身体的な医

療も担う傾向にある、届出病床ではなく実入院患者数で見ることの重要性に関する意見を得た。

退院と再入院に関しては、各地域において急性期医療が進んでいる地域では、早期の退院率が高かった。これと再入院率をあわせることで、例えば退院を早期にさせても高い比率で再入院すれば、地域定着が図れていないのではないかと、という問題提起をした。研究会では再入院率に関して、早期退院した者と長期入院の後退院したものを区別して表示したほうが課題解決の手法として望ましい意見を得た。

また、この他大阪府では病院所在地だけでなく、大阪市などの大都市部に所在するサテライトクリニックを加味した医療需要の把握が必要であること、そしてそれは鹿児島県ではほとんど考慮する必要がないことがわかった。

D. 考察

本研究では、NDBデータを用いた地域ごとの医療特性の描出を試み、それをもとに大阪府・鹿児島県において、今後の医療資源のあり方を考えるための地域の医療事情や歴史的な背景を聴取した。

大阪府においては、府内の病床の偏在に起因する、病院所在地だけではわからない医療需要の動向が明確になった。平成29年2月に報告された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、精神医療圏を置き、圏域における精神医療関係者の協議をすべきことが提言されているが、この精神医療圏域を都道府県がどのように設定するのかについて、NDBは医療機関所在地ベースでしか患者動向がわからず、今後医療機関所在地だけでない情報の収集と公開が望まれるところである。

表1. 全国・大阪府・鹿児島県のNDB集計による精神病床1年以上入院者数・患者調査によ

る生活保護者率・これらによる推計1年以上入院者数

(人口は平成22年10月国勢調査)

	全国	大阪府	鹿児島県
NDB集計による1年以上入院者数(人/人口10万)	103	71	261
患者調査による生活保護者率(%)	17	27	20
推計1年以上入院者数(人/人口10万)	124	97	326

鹿児島県においては、過疎地域を支える小規模病院が点在しており、それらが高齢化した精神障害者の身体医療も担っていることが聞かれた。歴史的にそのような病院が設置された状況で、高齢化の進展に伴いこのような新たな役割ができたきたものと思われる。しかし、高齢化や人口減少により、これら病床の維持が難しくなったときに、都市部に日常的に至便に外来通院ができるほどには交通網は発達していない。そのため、入院需要の将来推計の提示と、それを受けてのより計画的かつ戦略的な各医療機関の適切なサイズの持ち方が重要だと考える。また、それを調整すべく自治体の役割が重要であり、今後効果的なデータの提供が必要であると考え。

E. 結論

現実のものとなっている高齢化・人口減少・過疎化の中で、長い年月をかけて様々に

形成されてきた地域毎の精神医療の成り立ちを踏まえたより現実的かつ効率的な対応が求められる。大阪府・鹿児島県における、地域状況の把握に関して、NDBを用いた二次医療圏毎のデータ提示を行い、それをもとに意見聴取を行った。

精神科医療需要を考える際、医療機関所在地のみならず、住所地ベースも考慮した把握の必要性、地域点在し高齢者の身体医療も担うようになった精神科病院の新たな役割の考慮の必要性が考えられた。地域毎の特性に応じて発達し維持されてきた必要な医療機能を抽出し、活かしていくことが必要と思われ、そのために必要なデータ提示をすることが求められる。

- 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(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

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」
分担研究報告書

自立支援医療の適正な提供に関する研究

研究分担者 岩谷 力（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究協力者 我澤賢之（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
研究協力者 後藤将志（川崎市健康福祉局障害保健福祉部 精神保健課）
研究協力者 清水寛之（川崎市健康福祉局障害保健福祉部 精神保健福祉センター）
研究協力者 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所／川崎市精神保健福祉センター）

研究要旨

精神通院医療制度は、通院による精神医療を継続的に要する病状のある方の治療を支える重要な制度であり、その利用者数は年々増加しつつある。これにともない、当該制度にかかる公費支出額や地方自治体窓口での事務負担も増大しつつある。制度を適切に運用していくことに資するため、本研究では、利用者増加にともなう対応を検討するための基礎資料となる精神通院医療利用者数の予測プロトコルを開発する。今年度は、比較的統計整備が進んでいると考えられる川崎市の行政データ利用にかかる協力を得て、同市の精神通院医療利用者数の試算を通じ、暫定的な利用者数の予測プロトコル開発を進めた。この作業の一環として同市の平成 22～27 年度利用者数予测试算を行った。またその結果と実績利用者数実績値との比較から、利用率変化幅の年代間差異の検討が必要なことなど、今後のプロトコル改良に向けた課題を明らかにした。

A. 研究目的

A-1 研究目的

本研究は、自立支援医療（育成医療、更生医療、精神通院）における課題について、既存のものを含めたデータ等を活用し考えられる課題に関する状況を明らかにし、政策運営に資することを目的とする。

平成 28 年度以降の研究では、自立支援医療制度のなかの精神通院医療について利用者数が年々増加している状況に着目し、同制度利用者数の予測プロトコル開発を実施する。

精神通院医療制度は、通院による精神医療を継続的に要する病状のある方の治療を支える重要な制度であり、その利用者数は年々増加しつつある。

厚生労働省の福祉行政報告例[1]によれば、現行の精神通院医療関連統計が同統計に含まれるようになった平成 20 年度から平成 27 年度の間、支払決定金額総額がおよそ 1.5 倍に増加した。この金額増加を単位あたり金額面と件数などの数量面に分けると、単位金額面の変化は交付決定 1 件あたりの金額は 6.8%増程度であり、レセプト 1 件あたりの金額はむしろ 0.9%減とわずかながら減少している。これに対し、数量面の増加は著しい。申請件数、決定件数は 4 割程度、レセプト件数は 5 割程度それぞれ大幅な増加を示している。このような状況は、給付金額にかかる財源の問題のみならず、増加する申請に対応するための地方自治体の人員確保の面でも問題となっていると考えら

れる。こうした問題に対処していくためには、まず今後どの程度の利用者数増加が見込まれるのか政策担当者が見通しをもつことが必要である。そのために本研究では、まず利用者数の増加要因を整理し、ついでその要因を踏まえた各自治体で実行可能な精神通院医療利用者数予測のためのプロトコルを開発する。

A-2 川崎市における背景

川崎市においても、精神通院利用者は増加傾向にあることが確認される（図1）。平成22年度に1万5千人程度（人口10万人あたり1,100人弱）であったのが、平成25年度は1万8千人（同1,200人台半ば）を超え、平成27年度は2万人に達している（同1,400人弱）。主疾患毎の構成比としては、気分〔感情〕障害（F3）、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）が多く、これらで合わせて全体の7割以上を占めている（図2）。

図3は主疾患別（その他を除く）の利用者数の変化を、平成22年度数値を100に基準化し表したものである。個々の主疾患毎の利用者数の伸びは、成人の人格及び行動の障害（F6）が多少の幅で増減をくりかえしつつほぼ横ばいである他は、平成27年度時点ではいずれも増加しており、その増加幅は川崎市の人口の伸び（平成22年度を100とすると、平成27年度時点で103.5）を上回っており、この間に精神通院医療の利用率もそれぞれ上昇していることを示している。ただし、途中の期間について多少増減がある主疾患も見られた（F1、F5、F7）。

発達障害（F8、F9）は比率こそまだそれほど高くないものの、拡大傾向を示している（図2、図3下段）。また、F5のようにそれなりの幅で振幅しつつも増加とも減少とも傾向の見えないもの（図3上段）、F7のように平成25年度までは横ばいながら26年度以降利用者数が急に増加し始めたもの（図3下段）など、予測の上で考慮の必要と思われるものが見受けられる。

A-3 今年度の目標

今年度は、まず統計データの整備が比較的進んでいると考えられる川崎市のデータを用いた精神通院医療予測方法の検討を開始した。

平成28年度の目標は下記のとおりである。

- ・川崎市を対象とした精神通院医療利用者推計モデルを作成するプロトコル暫定案を開発する。
- ・上記モデルによる精神通院医療利用者数についての推計結果を示し、その制度を検討し、今後のプロトコル改良上の課題についてまとめる。

B. 研究方法

比較的関連統計データが整備されている川崎市をモデル地域として、平成22～25年度精神通院医療利用者数データにもとづく利用者数予測プロトコルの暫定案を作成し、さらにこのプロトコルによる推定結果を検討する。

利用者数の予測をするのに、考えうる最も単純な方法は、利用者数全体のトレンドを踏まえた予測（利用者数が毎年度一定の伸びを示す、利用者数の変化率が毎年度一定など）を行うことである。しかし、本研究では可能な限り、精神通院医療利用者の居住する地区や属する年代、性別を考慮した方法を用いることとする。これは、少なくとも川崎市において、居住地区や世代によって精神通院医療の利用率や人口変化率が異なることを反映させるためである。

地区について、図4、図5はそれぞれ川崎市の地区ごとの精神通院医療利用率と人口変化率を示している。精神通院医療利用率（すなわち、人口あたり精神通院医療利用者数）の最も高い地区2は、最も低い地区4の利用率より10%以上高い数値を示しており、ある程度差がみられる。また川崎市全体では人口は増加傾向がみられるものの、図5が示すように地区によりその変化率には差異がみられる。

年代について、図6、図7はそれぞれ川崎市に

おける年代別に集計された精神通院医療利用率と人口変化率を示している。図6は、年代により精神通院医療利用率は異なり、全主疾患を合わせるならば、年齢に対し逆U字状のカーブを描き、40歳代前後の人の利用率が高いことを示している。また図7は、年代別の人口が、ベビーブームの周期を反映してか、その年代によって増減の方向が異なることを示している。

利用者数の増加を正しく予測するためには、この利用率と人口増加の内訳を併せて考慮する必要がある。居住地区、年代のほか、いくつかの主疾患については性別により利用率が異なることが想定されることから、性別についても区分を設けての検討を行う。

本稿執筆時点では、こうした利用者の属性や時間の経過（年度単位のタイムトレンド）のみによる予測を取り扱う。ただし今後の研究で、環境を説明する種々の要因を合わせて扱う予定である。

本作業は、川崎市健康福祉局障害保健福祉部から研究協力を得て行った。

(1) 作業の流れ

作業の流れは以下のとおりである。

作業Ⅰ．データ利用に関する手続き

川崎市が行政データとして保有している精神通院利用実績データに基づく集計データの使用許可を得るため、データの使用目的・利用条件・管理方法等を記載した利用申請書面を作成し、川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健福祉課、川崎市精神保健福祉センターにデータ利用申請を行った（なお、ここで利用申請したデータは人数を示す集計データのみであり、個人を特定しうる情報は含んでいない）。

また申請の段階で、川崎市健康福祉局障害保健福祉部から研究協力者として新たに2名のメンバーに研究班に参画して

もらうこととなった。

作業Ⅱ．利用者数集計データの作成（川崎市健康福祉局障害保健福祉部所属メンバー担当）

上記利用申請手続きに基づき、川崎市が行政データとして保有する精神通院利用実績データから、年度、主疾患コード、地区、性別、年齢区分などを踏まえた区分（複合区分）毎に精神通院利用者数の集計データを作成する。

作業Ⅲ．分析のためのデータ構築作業（主に国立障害者リハビリテーションセンター研究所メンバー担当）

精神通院医療利用者数データと複合区分別人口データ（川崎市の公開する既存統計を利用（川崎市[2]）から、複合区分毎の人口あたり利用者数データを作成する。またその他、人口あたり利用者数に影響すると思われる要因にかかるデータを収集する（必要に応じ、川崎市メンバーと相談）。

作業Ⅳ．（主に国立障害者リハビリテーションセンター研究所メンバー担当）

回帰分析を用い人口あたり利用者数の推計を行う（本稿執筆時点では平成22～25年度のデータを使用。統計ソフトとしてはTSP 5.1を使用）。

作業Ⅴ．（主に国立障害者リハビリテーションセンター研究所メンバー担当）

推計結果にもとづいて近年（分析対象年である平成22～25年度に加え、平成26、27年度）の精神通院医療利用者数の予測値を算出し、実績値との比較検討を行い、今後のプロトコル改良上の課題をまとめる。

(2) 利用データについて

作業Ⅰ、Ⅱで述べた手続きおよび作業により、川

崎市における精神通院利用数の集計データ（複合区分）を利用する。

ここで複合区分は、下記の要素の掛け合わせにより構成される。

年度：平成 18 年度～27 年度を予定。

※本稿執筆時点では、平成 22～25 年度の複合機区分毎集計データ、平成 26、27 年度の主疾患別集計データを使用。

主疾患コード：国際疾病分類第 10 版（ICD10）に基づく F0～F9、G40（11 種）。上記以外での精神通院医療も若干数みられるものの、その特性を特定できないため分析対象から外すこととする。

地区：市内を全 7 地区に分けて考える。

性別：男・女

年齢区分：主疾患に基づき設定。

これらの複合区分のうち、年齢区分と地区については、主疾患毎に区分けの仕方を設定した（表 1）。設定に当たっては、すべての年度において、該当する区分の利用者数が 1 名となる区分が生じない範囲で統計分析が可能だけの標本数が得られるよう配慮した。まず、地区については利用者数の比較的多い、F2、F3、F4、G40 の 4 つの主疾患で 7 つの地区に分けて利用率を推定することとし、他の疾患については川崎市全体を 1 つの地区として推定することとした。そのうえで、主疾患毎の年代別利用者の散らばり具合を考慮して、属する利用者が 1 名となることのないよう年齢区分の分け方を設定した。結果的に、主疾患毎に年齢区分の分け方は異なるように設定することとなった。なお、主疾患 F5 および F9 については、どの複合区分も属する利用者数が 1 名とならないような適切な区分設定をすることができなかった。年齢の区分をいずれも分割しないとすると、データ標本数がわずか 8 個（=期数 4 × 性別区分 2）しかなく、回帰分析を行うことができない。したがって、これらの区分については代替手段としてより簡便

で単純な方法での利用者予測を行うこととする。（倫理面への配慮）

本研究では、個人を特定しうる情報を含むデータは使用しない。

C. 結果

C-1 川崎市における精神通院医療利用率推計
主疾患・地区ごとの利用率、すなわち人口 10 万人あたり精神通院医療者推計結果の推計を行った。本稿では、データを「パネルデータ」（時系列とクロスセクションを掛け合わせたデータ。時系列は平成 22～25 年度の年度単位（4 期）。クロスセクションは性別・年齢区分による（区分数は主疾患により異なる。表 1 参照））的なものとして分析する¹。説明変数としては、タイムトレンド変数、クロスセクション方向の属性（性別、年齢区分）を示すダミー変数を用いた。

・被説明変数
ratio 人口 10 万人あたり利用者数
・説明変数
year 平成 22 年度=0、23 年度=1、 24 年度=2、25 年度=3
female 男性=0、女性=1
ageXXYY XX 歳～YY 歳=1、それ以外の年齢=0
ageXX XX 歳～=1、それ以外の年齢=0

推計モデルの形状については、年度経過にともなう「人口あたり利用者数」増加を人数単位で一定とする線形推計モデル（表 2 各ページ上半分）と、同じく「人口あたり利用者数」の増加率を一定とする乗算推計モデル（同下半分。実際にはモデルとして示している数式を対数変換した形で回帰分析を行っている）の 2 種類を推計することとした。

¹ 正確には、同一の精神通院医療利用者を継続して記録したデータを用いているわけではなく、同一性別、同一年代（ここでは各時点のある年齢からある年齢までを区切りとした区分）毎に集計した経時的データを用いている点でパネルデータとは異なる。しかし、分析手法上類似の方法を用いているためここでは「パネルデータの」と表記する。以下便宜上単に「パネルデータ」とする。

推計方法は単純最小二乗法によった。推計結果を表2に示す（括弧内の数値は係数が有意でない確率p値を示している。p値が5%を超えるものについては、灰色の網掛けを加えている）。複合区分に属する利用者数を1名にしないとの制約の関係で、F5、F9については推計をしていない（代替的におこなった簡易的な推計については、本項末尾で触れる）。

本項のモデルは、パネルデータモデルのなかでも固定効果モデルの一種である。固定効果モデルは、クロスセクション方向の各主体（本モデルでは性別×年齢区分の複合区分）のそれぞれが時間とともに変化することのない一定の効果をもつことを想定するものであり、主体のうち1つを除くすべてに対し個別のダミー変数を割り当てて最小二乗法を用いる²。しかしこの想定では説明変数が（主体数-1）個増え、データ標本数の制約が厳しい場合自由度が小さくなりすぎてしまう。本稿では、クロスセクション方向の属性を性別と年齢区分とに分け、それぞれの属性毎に独立する固定効果を想定する（この想定の下では、例えば、どの年齢区分に属するかにかかわらず、性別の違いに基づく効果の違いは一定である）ことにより、ダミー変数数の増加と自由度の低下を抑えた。

なお、説明変数としてはこのほかに地区ごとの生活保護の人員保護率なども説明変数に加えてみたものの、年度を示すトレンド変数（year）と相関がみられるためか多重共線性がみられたため、外した。また、F6についてのみ、推計の結果トレンド変数（year）のp値が極めて大きかったため、表2に示した最終的な推計ではこれを説明変数から除いている。

² 同じ回帰係数を得るため、実際には固体内偏差（各変数から主体毎の時系列平均を引いた値）に変換された数値を用いて定数項が除去されたモデルを導出（この変換を固定効果変換と呼ぶ）したものについて最小二乗法推計する方法が使われることが多い。例えば、奥井 [3]を参照。

表2で求めた推定式から得られる利用率に各年度の複合区分別人口を適用することで、複合区分毎の利用者数予測値を得ることができる。現時点での予測プロトコルによる暫定的な試算値として、平成22～27年度の主疾患別利用者数予測値（暫定値）を表3に示す。ただし、回帰分析を行っていない、生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（F5）、ならびに小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F9）については下記の方法により、予測値（暫定値）を算定した。

F5： 利用者数が十数人程度の幅で変化し、ほぼ横ばい状態であることから、平成22～25年度の利用者数の平均値を予測値とする。

F9： 利用者数に増加傾向が見受けられることから、平成22～25年度の利用者数の年度あたり平均伸び率を算出し、これを平成25年実績値に適用し（1+変化率）を除算もしくは乗算することにより前後の年度の予測値を算出した。

C-2 精神通院医療利用者の推計誤差

推計結果の妥当性を確認するため、表3で求めた利用者数予測値をもとに、平成22～27年度を実績値と比較した（表4）。表4に示されている差率は、利用者数予測値と同実績値の差を実績値で除したものである。

表は4段で構成されている。上の2つの段は、それぞれ線形推計モデル、乗算推計モデルから得られた利用者数予測値に関するものである。これに対し、下の2段はより簡便である単純な推定方法によるものである。下から2段目は、平成22年度から25年度の年平均利用者増加数の分だけ毎年一定人数利用者が増加すると仮定し、平成25年度を基準にこの一定人数を減算もしくは加算することにより得られた前後の年度の予測値の差率である。一方、最下段は、前項のF9予測値の算出方法と同じ方法によるものである。すなわち、平成22年度から25年度の年平均利用者増加率だけ毎

年一定比率で利用者が増加すると仮定し、基準年とする平成 25 年度実績値に対し(1+変化率)の数値を除算もしくは乗算することにより前後の年度の予測値によるものである。

上の 2 つの段の数値を比較すると、主疾患をすべてあわせた全体の数字で見ると、こと平成 26、27 年度の数値については線形推定モデルも乗算推定モデルほぼ同程度の誤差(予測値と実績値の差率は、線形推定モデルが 2.6%に対し、乗算推定モデルは 2.4%)であった。下段の単純な推定方法をみると、特に最下段の毎年一定比率で利用者が増加すると仮定する方法は差率の絶対値において上段の値と大差ない結果である。ただし、上段が 26、27 年度につき、主疾患全体合計について実績値より高めに誤差が生じているのに対し、単純な方法では実績値より低いほうに誤差が生じている点で異なった結果が得られた。

なお、個々の主疾患毎に見ると、予測値と実績値との間に 10%を超える差率が生じているものがあることが確認された。またてんかん(G40)については、市内全体合計の差率は小さいながら地区別では R 二乗値が著しく低い地区が見られた。

D. 考察

<推定モデルの利用率等変化設定について>

- ・本稿で採用している推定モデルは、時間経過とともに精神通院医療利用率(人口あたり精神通院医療利用者数)が変化することを織り込んだ設定となっている。
- ・これに対し、表 4 の下段で示した「単純な推定方法」では、精神通院利用者数が毎年一定人数増加する想定(同表(参考 1))、ならびに毎年一定比率の変化率で増加する想定(同表(参考 2))を採用していた。そしてこれらの想定による推定の 27 年度の結果は、ほとんどの主疾患(F0、F4 以外)について実績値を下回り、全疾患合計でも同様の結果となった。このうち基本的に利用者数が多少増減しつつも概ね横ばいを続けている F5

や回帰分析対象期間(平成 22~25 年度)後に利用者が急増しており、その事情の検討が必要な F7 など別としても、少なくともいくつかの主疾患(利用者数の多い F2、F3 を含む)において、実際には年度の経過にともない利用者数のみならず利用率が変化(上昇)することを描写できるモデルを選択する必要があると考えられる。

- ・その点、本稿の推定モデルは利用率の変化を扱えるものである。線形推定モデル、乗算推定モデルとも、利用率の増減はタイムトレンド変数 year の数値の正負によって定まる。表 2 の推定結果において、year の回帰係数が 5%水準で有意であるもののほとんどすべてが正の値(唯一、推定結果 2-3、F2 の線形推定モデルにおける地区 4 を除いて)を示している。これらの推定式では year の真の係数が負値である確率が 2.5% (=5%÷2)未満であり、利用率が時間の経過の影響を受けるものについて利用率が減少していくことはほぼないことが統計的に確認できたと考えられる。
- ・しかし、F7 以外にも平成 27 年度の誤差が絶対値で 20%を超えた主疾患が見受けられ、これは利用率の増加を実際よりも高く推定してしまっているといえ、予測精度を高めることが必要である。
- ・一方、タイムトレンド変数 year の係数が統計的に有意にならない主傷病も多く見られた。線形推定モデルでは、F0、F1、F2、F6、F7 で地区の全部もしくは半数以上でこれに該当した。乗算推定モデルではこれに加え、F4、G40 も該当した。しかし、図 3 の主疾患別利用者数と人口の伸びを比較すると、(回帰分析対象期間であった)平成 25 年度までで比較しても F6 以外は利用者の伸びのほうが高く、つまり利用率は時間経過にともない高くなっているはずである。この背景の分析と、それを踏まえた利用率の変動要因を明らかにする必要がある。

<予測精度を高めるための検討点>

- ・本稿の推定モデルでは、年代毎の利用率の差異を扱える設定ではあった。ただし、年度の経過にともなう利用率の変化幅については、各年代の間で差異がない構造となっていた。しかるに、実際には図6が示すように、年代によって利用率の変化幅自体にもばらつきが見られる。この点を考慮したモデル構造に変更することにより、予測精度が高められるのではないかと考えられる。ただし、そのためには年代によって回帰式を分割する、もしくは年代を示すダミー変数とタイムトレンド変数の交差項を含めた分析を行うことになり、より多くの期間のデータを集める必要となる。
- ・今回の推計では4年度分のデータのみを使用した。このことにより、タイムトレンド変数以外の時点の特異性を表すダミー変数を導入できない（入れても多重共線性を起こしてしまう）、統計上の標本数の面から説明変数を増やせないなどの制約があった。今後、環境面を描写する説明変数を追加し予測精度を高めるためにも、より多くの期間のデータが必要である。

<その他>

- ・今回、人口あたり利用者数を被説明変数とする回帰分析を基にしたが、表4において例えばF6の差率が示すように、平成22～25年度の実績値を基に回帰分析を行ったにもかかわらず、人数で見た場合に同期間について一貫して実績値より高い結果を得たり（(1)線形推定モデル）、逆に低い結果を得たり（(2)乗算推定モデル）する事例が実際に生じることが確認された。最終的に必要とする数値は、利用者数であることから、利用者数基準での正確性を高めるための方法を講じる必要がある。

E. 結論

本研究は、利用者増加にともなう対応を検討するための基礎資料なる精神通院医療利用者数の予測プロトコルを開発するものであり、今年度は、比較的統計整備が進んでいると考えられる川崎市の行政データ利用にかかる協力を得て、同市の精神通院医療利用者数の試算を通じ、暫定的な利用者数の予測プロトコル開発を進めた。その作業の一環として同市の平成22～27年度利用者数予測試算を行い、その結果と実績利用者数実績値との比較を踏まえ、利用率変化幅の年代間差異の検討が必要なことなど、今後のプロトコル改良に向けた課題を明らかにした。

こうした成果を踏まえ、今後より精度の高いプロトコルへの改良を進めていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

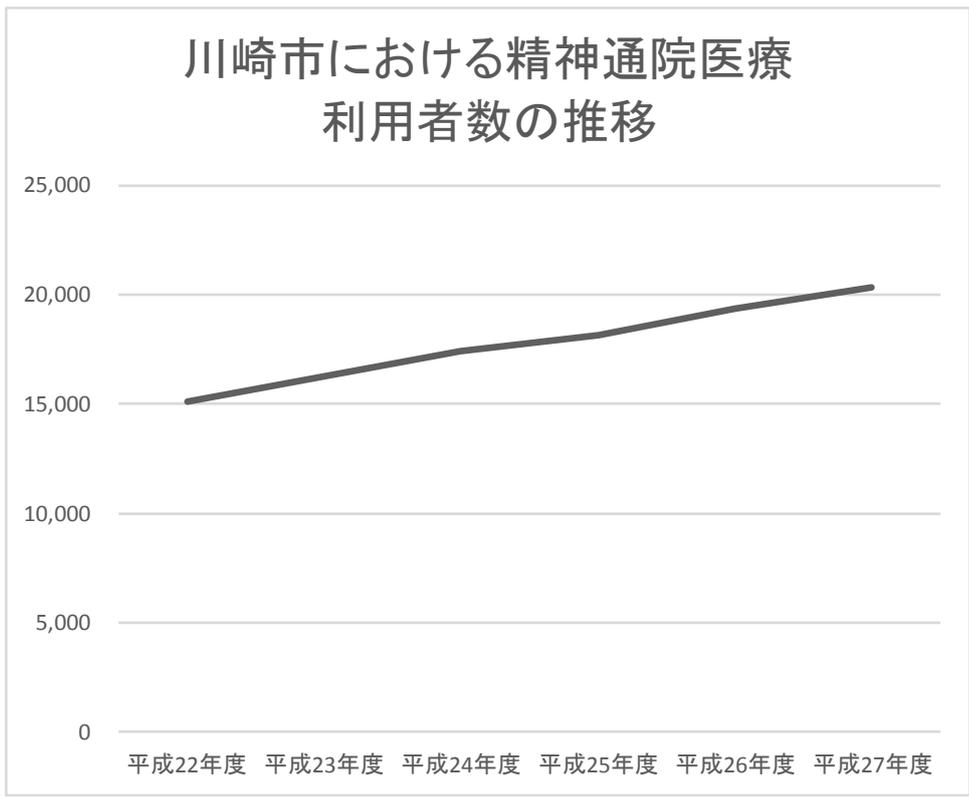
1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

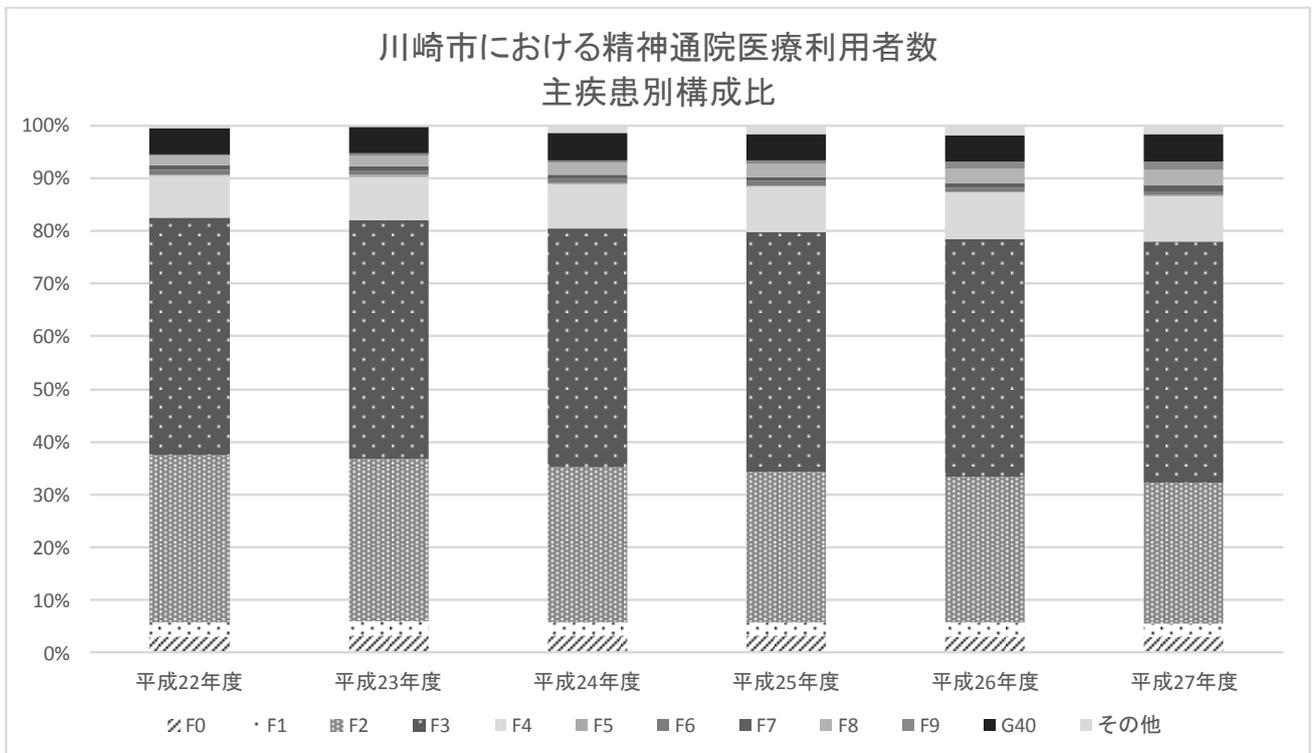
I. 引用文献

- [1] 厚生労働省. 社会福祉行政報告例,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/38-1.html>
- [2] 川崎市. 年齢別人口, 川崎市ホームページ,
<http://www.city.kawasaki.jp/shisei/category/51-4-3-2-0-0-0-0-0-0-0.html>
- [3] 奥井亮. 固定効果と変量効果, 日本労働雑誌,
657, (2015年4月号).



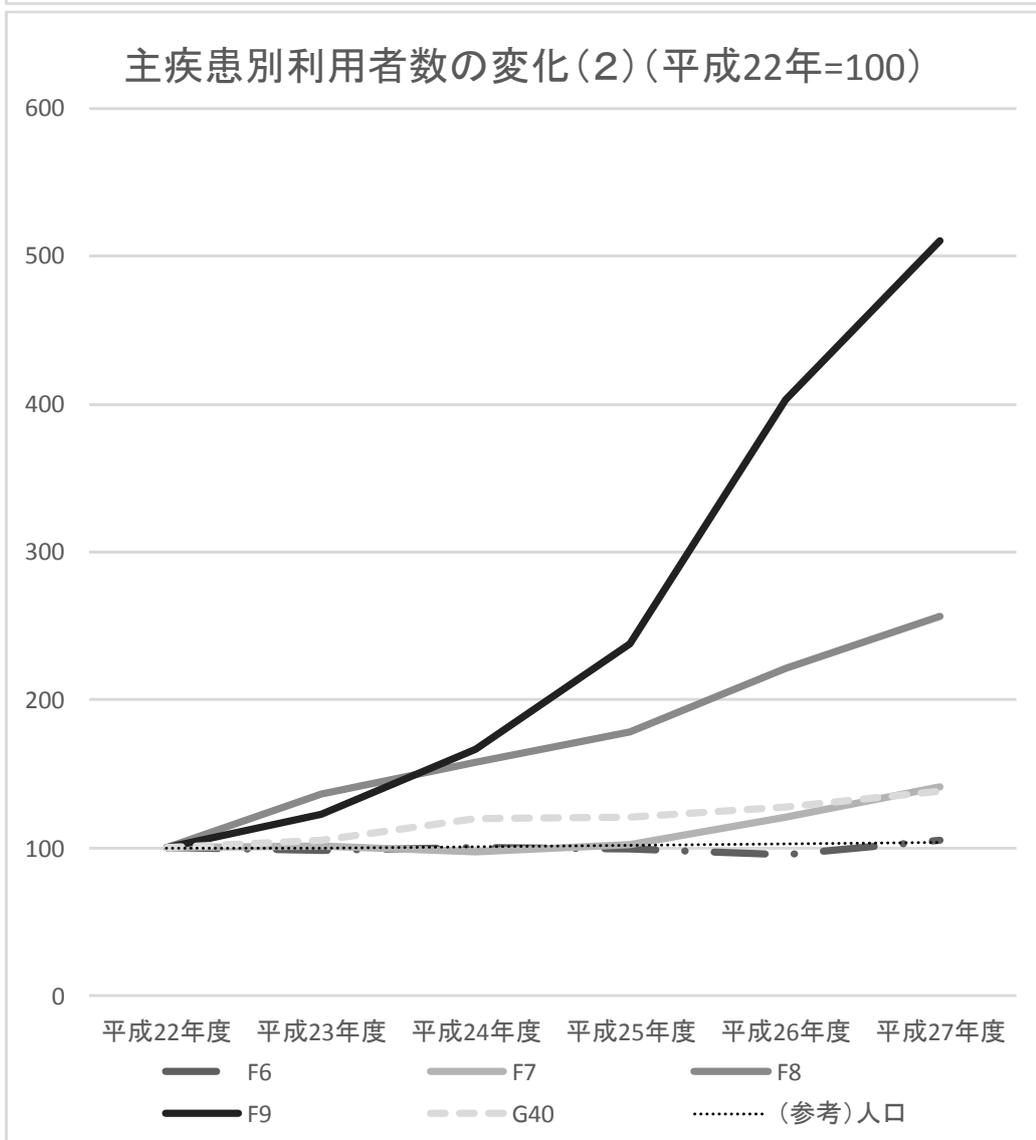
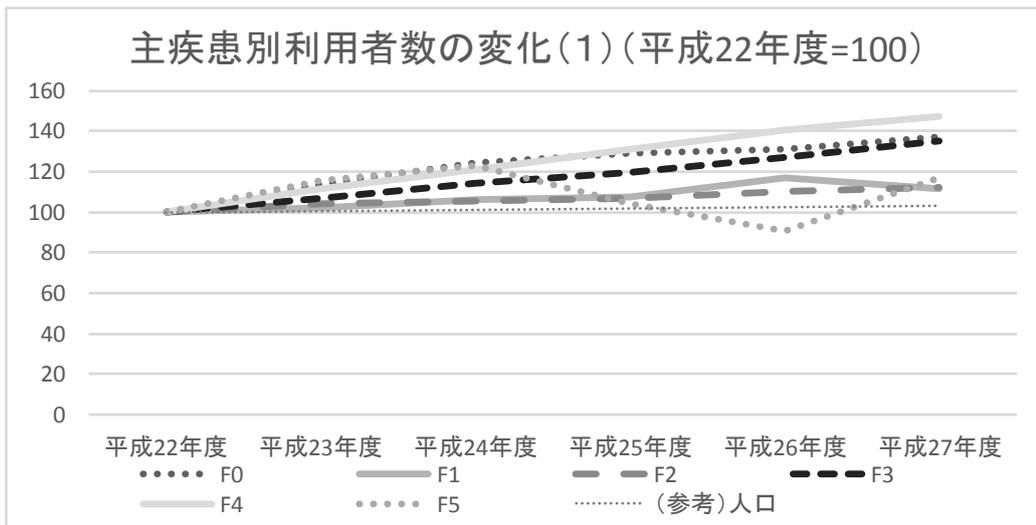
※川崎市提供資料より作成

図1 川崎市における精神通院医療利用者数の推移



※川崎市提供資料より作成

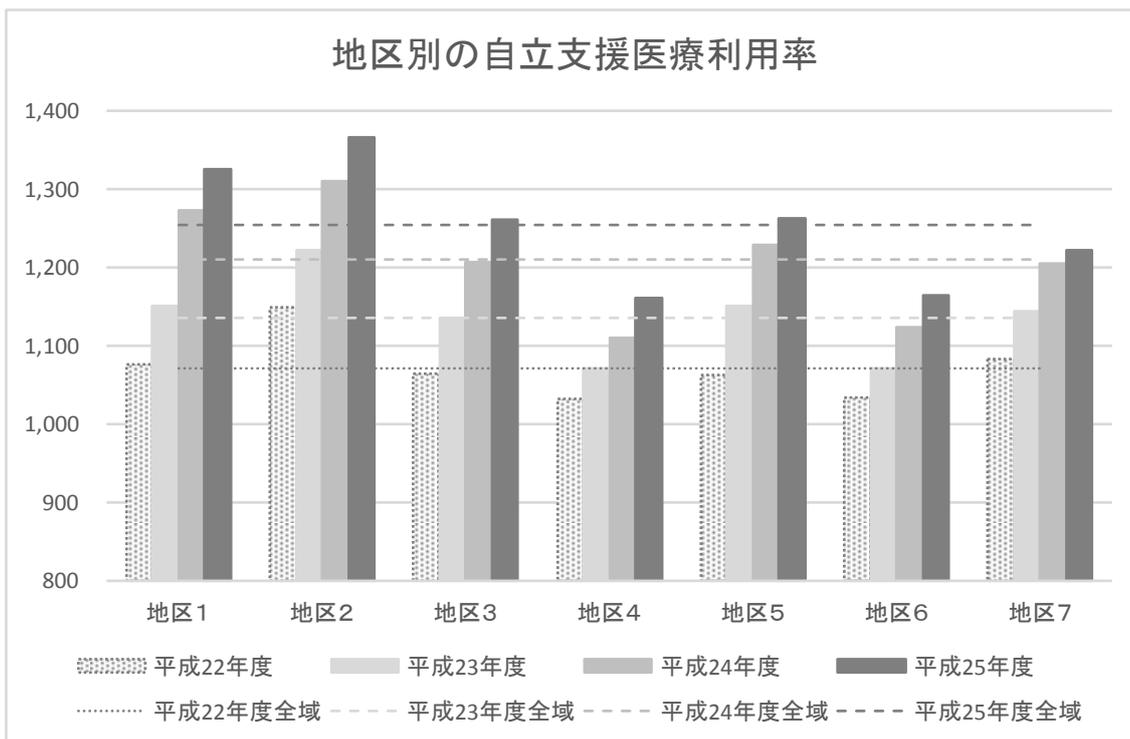
図2 川崎市における精神通院医療利用者数主疾患別構成比



(両図とも、平成22年度水準を100として基準化)

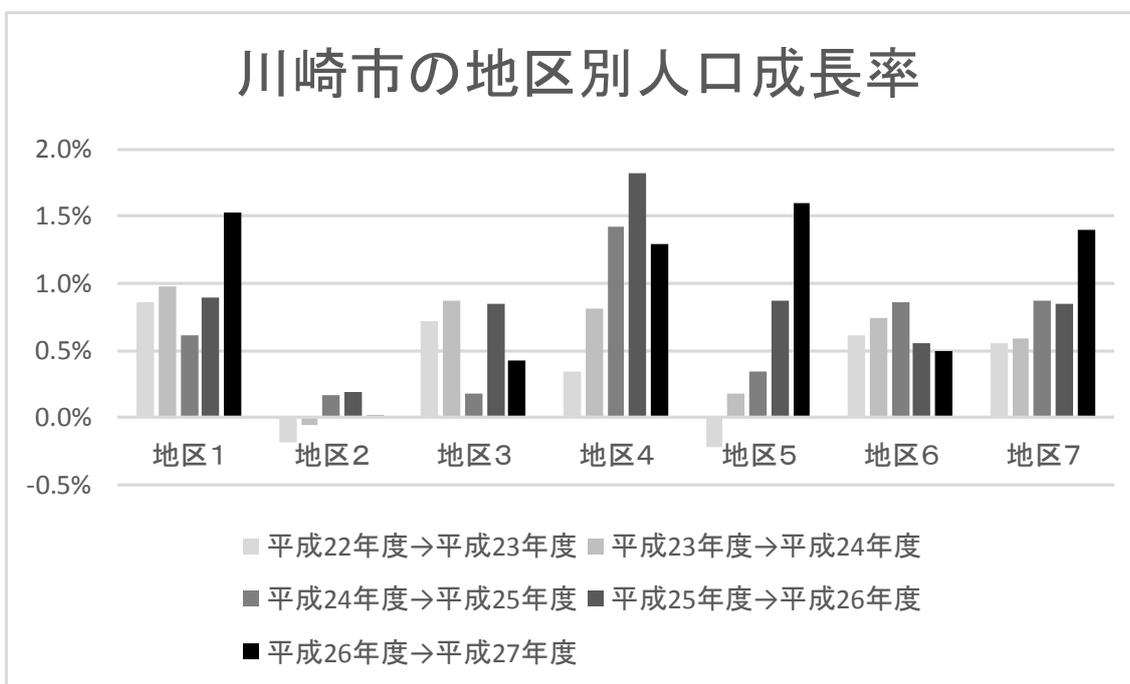
※川崎市提供資料ならびに川崎市[2]より作成

図3 川崎市における主疾患別精神通院医療利用者数の変化



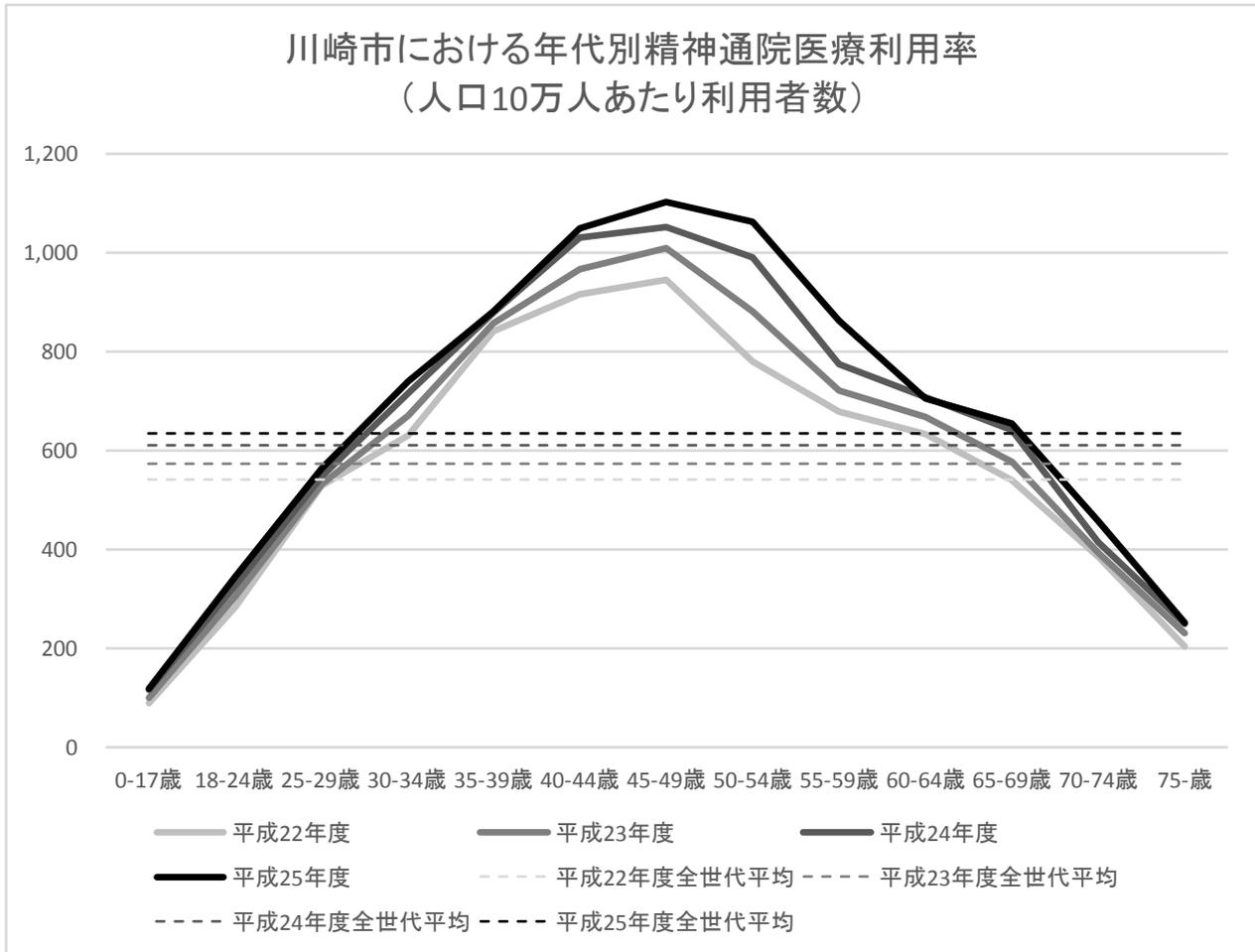
※川崎市提供資料より作成

図4 地区別の人口10万人あたり精神通院医療利用者数



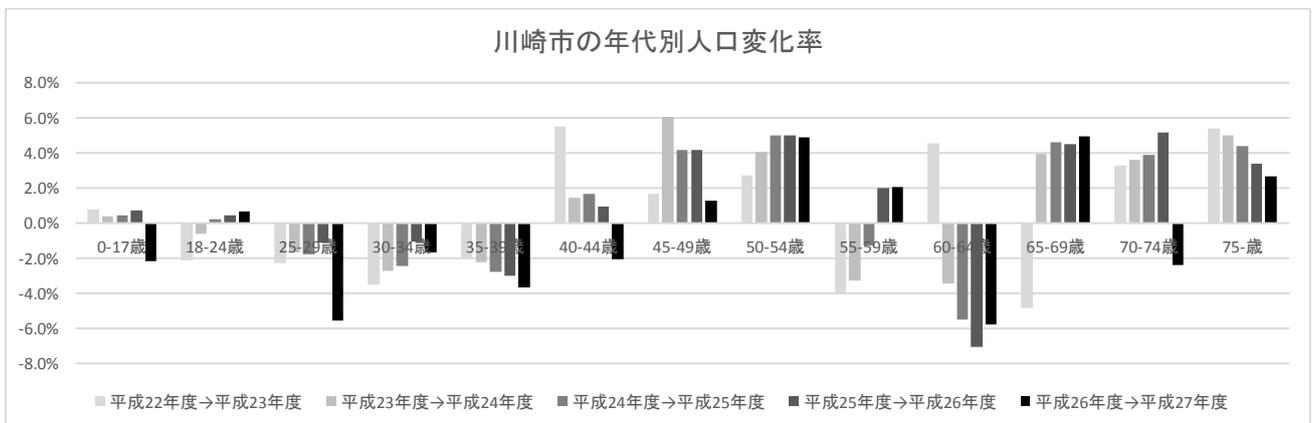
※川崎市[2]より作成

図5 地区別人口変化率



※川崎市提供資料より作成

図6 年代別人口10万人あたり精神通院医療利用者数



※川崎市[2]より作成

図7 年代別人口変化率

表1 主疾患毎の精神通院医療利用者推定における地域・年齢の区分方法

	推定上の地域区分	年齢区分	地域区分あたり標本数 (= 期間数 (=4) × 性別数 (=2) × 年齢区分数)
(1) 病状性を含む器質性精神障害 (F0)	市全域 (単一区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60-74歳、75歳以上	48 (= 6 × 2 × 4)
(2) 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)	市全域 (単一区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60-74歳、75歳以上	48 (= 6 × 2 × 4)
(3) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)	地区単位 (7区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60歳以上	40 (= 4 × 2 × 5)
(4) 気分 [感情] 障害 (F3)	地区単位 (7区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60歳以上	40 (= 4 × 2 × 5)
(5) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)	地区単位 (7区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60歳以上	40 (= 4 × 2 × 5)
(6) 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F5)	※必要な標本数を確保できる区分を設定できないため、回帰分析を用いない。		
(7) 成人の人格及び行動の障害 (F6)	市全域 (単一区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60歳以上	40 (= 4 × 2 × 5)
(8) 知的障害<精神遅滞> (F7)	市全域 (単一区分)	0-24歳、25-39歳、 40-49歳、50-59歳、 60歳以上	40 (= 4 × 2 × 5)
(9) 心理的発達の障害 (F8)	市全域 (単一区分)	0-17歳、18-24歳、 25-29歳、30-39歳、 40-49歳、50歳以上	48 (= 4 × 2 × 6)
(10) 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (F9)	※必要な標本数を確保できる区分を設定できないため、回帰分析を用いない。		
(11) てんかん (G40)	地区単位 (7区分)	0-24歳、25-39歳、40-59歳、 60-74歳、75歳以上	40 (= 4 × 2 × 5)

表2 川崎市における人口10万人あたり精神通院医療利用者数推計結果

推計結果2-1: (1) 病状性を含む器質性精神障害 (F0)

標本数: 48

モデル
$$\text{ratio} = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049} + \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age6074} + \text{係数7} \times \text{age75}$$

		市全体
(定数項)		-5.4 (0.6037)
(係数1)	year	4.0 (0.2053)
(係数2)	female	2.8 (0.6857)
(係数3)	age2539	7.3 (0.5452)
(係数4)	age4049	17.3 (0.1561)
(係数5)	age5059	37.1 (0.0035)
(係数6)	age6074	76.4 (0.0000)
(係数7)	age75	175.7 (0.0000)
R2		0.8859
自由度調整済みR2		0.8659

モデル
$$\text{ratio} = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{係数3}})^{\text{age2539}} \cdot (e^{\text{係数4}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{係数5}})^{\text{age5059}} \cdot (e^{\text{係数6}})^{\text{age6074}} \cdot (e^{\text{係数7}})^{\text{age75}}$$

		市全体
(定数項)		0.6451 (0.0000)
(係数1)	year	0.0701 (0.0580)
(係数2)	female	-0.2082 (0.0133)
(係数3)	age2539	1.5741 (0.0000)
(係数4)	age4049	2.3061 (0.0000)
(係数5)	age5059	2.9165 (0.0000)
(係数6)	age6074	3.6940 (0.0000)
(係数7)	age75	4.4954 (0.0000)
R2		0.9707
自由度調整済みR2		0.9656

推計結果 2 - 2 : (2) 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)

標本数 : 48

モデル $ratio = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049}$
 $+ \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age6074} + \text{係数7} \times \text{age75}$

		市全体
(定数項)		21.3 (0.0209)
(係数1)	year	0.7 (0.7859)
(係数2)	female	-41.9 (0.0000)
(係数3)	age2539	17.2 (0.1039)
(係数4)	age4049	48.3 (0.0000)
(係数5)	age5059	65.1 (0.0000)
(係数6)	age6074	55.6 (0.0000)
(係数7)	age75	12.5 (0.2340)
R2		0.7419
自由度調整済みR2		0.6967

モデル $ratio = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{female}})^{\text{係数2}} \cdot (e^{\text{age2539}})^{\text{係数3}} \cdot (e^{\text{age4049}})^{\text{係数4}}$
 $\cdot (e^{\text{age5059}})^{\text{係数5}} \cdot (e^{\text{age6074}})^{\text{係数6}} \cdot (e^{\text{age75}})^{\text{係数7}}$

		市全体
(定数項)		0.6993 (0.0005)
(係数1)	year	0.0868 (0.1257)
(係数2)	female	-1.3061 (0.0000)
(係数3)	age2539	2.6964 (0.0000)
(係数4)	age4049	3.6632 (0.0000)
(係数5)	age5059	3.7038 (0.0000)
(係数6)	age6074	3.2687 (0.0000)
(係数7)	age75	2.1417 (0.0000)
R2		0.9306
自由度調整済みR2		0.9184

推計結果 2 - 3 : (3) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)

標本数 : 40 (各地区につき)

モデル $ratio = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049} + \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age60}$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		43.1 (0.0187)	-4.7 (0.7666)	17.9 (0.4626)	57.9 (0.0000)	19.8 (0.3853)	40.3 (0.0826)	26.9 (0.1919)
(係数1)	year	7.9 (0.1664)	12.8 (0.0150)	17.9 (0.0268)	-7.2 (0.0140)	10.5 (0.1534)	2.8 (0.6994)	2.8 (0.6676)
(係数2)	female	23.3 (0.0707)	98.6 (0.0000)	31.4 (0.0786)	32.7 (0.0000)	23.4 (0.1548)	17.7 (0.2789)	45.4 (0.0035)
(係数3)	age2539	274.7 (0.0000)	376.2 (0.0000)	409.1 (0.0000)	170.8 (0.0000)	351.7 (0.0000)	479.0 (0.0000)	363.1 (0.0000)
(係数4)	age4049	497.1 (0.0000)	567.1 (0.0000)	502.8 (0.0000)	393.4 (0.0000)	659.8 (0.0000)	644.7 (0.0000)	643.2 (0.0000)
(係数5)	age5059	554.9 (0.0000)	458.6 (0.0000)	440.3 (0.0000)	503.4 (0.0000)	713.6 (0.0000)	484.7 (0.0000)	669.0 (0.0000)
(係数6)	age60	265.6 (0.0000)	238.4 (0.0000)	217.2 (0.0000)	327.6 (0.0000)	363.1 (0.0000)	155.3 (0.0000)	287.5 (0.0000)
R2		0.9682	0.9756	0.9331	0.9901	0.9686	0.9635	0.9728
自由度調整済みR2		0.9624	0.9711	0.9209	0.9883	0.9629	0.9568	0.9679

モデル $ratio = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{係数3}})^{\text{age2539}} \cdot (e^{\text{係数4}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{係数5}})^{\text{age5059}} \cdot (e^{\text{係数6}})^{\text{age60}}$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		4.1394 (0.0000)	3.9200 (0.0000)	3.9745 (0.0000)	4.0626 (0.0000)	3.6145 (0.0000)	3.7737 (0.0000)	3.9688 (0.0000)
(係数1)	year	0.0089 (0.6107)	0.0084 (0.6669)	0.0163 (0.4957)	-0.0144 (0.3374)	-0.0079 (0.8315)	-0.0208 (0.5611)	-0.0171 (0.5129)
(係数2)	female	0.0773 (0.0555)	0.3363 (0.0000)	0.1477 (0.0088)	0.1586 (0.0000)	0.2186 (0.0124)	0.2349 (0.0055)	-0.0103 (0.8598)
(係数3)	age2539	1.6407 (0.0000)	1.9717 (0.0000)	2.0776 (0.0000)	1.3333 (0.0000)	2.2697 (0.0000)	2.4101 (0.0000)	2.0829 (0.0000)
(係数4)	age4049	2.1413 (0.0000)	2.3425 (0.0000)	2.2544 (0.0000)	2.0018 (0.0000)	2.8481 (0.0000)	2.6863 (0.0000)	2.6032 (0.0000)
(係数5)	age5059	2.2390 (0.0000)	2.1478 (0.0000)	2.1248 (0.0000)	2.2177 (0.0000)	2.9174 (0.0000)	2.4215 (0.0000)	2.6438 (0.0000)
(係数6)	age60	1.5899 (0.0000)	1.5906 (0.0000)	1.5419 (0.0000)	1.8474 (0.0000)	2.2977 (0.0000)	1.4677 (0.0000)	1.8923 (0.0000)
R2		0.9811	0.9796	0.9682	0.9861	0.9534	0.9507	0.9714
自由度調整済みR2		0.9776	0.9758	0.9624	0.9835	0.9449	0.9417	0.9662

推計結果 2 - 4 : (4) 気分 [感情] 障害 (F3)

標本数 : 40 (各地区につき)

モデル

$$\text{ratio} = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049} + \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age60}$$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		-96.3 (0.0586)	-35.7 (0.3490)	-30.2 (0.4440)	-29.7 (0.4465)	-108.6 (0.0045)	-6.4 (0.8303)	-19.0 (0.6077)
(係数1)	year	60.8 (0.0005)	32.7 (0.0105)	33.2 (0.0118)	32.0 (0.0142)	44.4 (0.0005)	27.5 (0.0062)	37.5 (0.0031)
(係数2)	female	174.9 (0.0000)	118.1 (0.0001)	148.0 (0.0000)	148.0 (0.0000)	190.8 (0.0000)	41.4 (0.0576)	68.8 (0.0130)
(係数3)	age2539	675.0 (0.0000)	734.6 (0.0000)	694.3 (0.0000)	632.1 (0.0000)	462.2 (0.0000)	627.9 (0.0000)	609.5 (0.0000)
(係数4)	age4049	966.0 (0.0000)	1,175.2 (0.0000)	994.8 (0.0000)	973.0 (0.0000)	819.8 (0.0000)	937.3 (0.0000)	881.7 (0.0000)
(係数5)	age5059	789.5 (0.0000)	910.3 (0.0000)	693.2 (0.0000)	663.2 (0.0000)	600.4 (0.0000)	649.4 (0.0000)	651.7 (0.0000)
(係数6)	age60	265.6 (0.0000)	279.7 (0.0000)	296.6 (0.0000)	276.5 (0.0000)	278.7 (0.0000)	230.4 (0.0000)	195.6 (0.0000)
R2		0.9311	0.9688	0.9522	0.9501	0.9434	0.9683	0.9495
自由度調整済みR2		0.9185	0.9632	0.9435	0.9411	0.9331	0.9625	0.9403

モデル

$$\text{ratio} = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{female 係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{age2539 係数3}})^{\text{age2539}} \cdot (e^{\text{age4049 係数4}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{age5059 係数5}})^{\text{age5059}} \cdot (e^{\text{age60 係数6}})^{\text{age60}}$$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		3.8793 (0.0000)	3.6791 (0.0000)	4.0262 (0.0000)	4.1207 (0.0000)	3.4209 (0.0000)	3.7430 (0.0000)	4.0441 (0.0000)
(係数1)	year	0.0959 (0.0052)	0.0643 (0.1908)	0.0810 (0.0271)	0.0372 (0.2441)	0.0853 (0.0075)	0.0769 (0.0053)	0.0706 (0.0036)
(係数2)	female	0.4823 (0.0000)	0.4548 (0.0002)	0.4479 (0.0000)	0.4228 (0.0000)	0.5402 (0.0000)	0.2023 (0.0013)	0.1845 (0.0009)
(係数3)	age2539	2.3125 (0.0000)	2.6695 (0.0000)	2.2691 (0.0000)	2.1665 (0.0000)	2.3696 (0.0000)	2.5618 (0.0000)	2.2722 (0.0000)
(係数4)	age4049	2.6870 (0.0000)	3.1236 (0.0000)	2.6197 (0.0000)	2.5818 (0.0000)	2.9351 (0.0000)	2.9403 (0.0000)	2.6133 (0.0000)
(係数5)	age5059	2.4821 (0.0000)	2.8803 (0.0000)	2.2814 (0.0000)	2.2152 (0.0000)	2.6314 (0.0000)	2.5844 (0.0000)	2.3181 (0.0000)
(係数6)	age60	1.5483 (0.0000)	1.8403 (0.0000)	1.5597 (0.0000)	1.5066 (0.0000)	1.9689 (0.0000)	1.6751 (0.0000)	1.3252 (0.0000)
R2		0.9607	0.9338	0.9489	0.9561	0.9692	0.9766	0.9780
自由度調整済みR2		0.9535	0.9218	0.9396	0.9481	0.9636	0.9724	0.9740

推計結果 2 - 5 : (5) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)

標本数 : 40 (各地区につき)

モデル $ratio = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049} + \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age60}$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		-19.4 (0.2351)	3.1 (0.8099)	-0.3 (0.9767)	-7.5 (0.5343)	-16.1 (0.4277)	8.6 (0.5362)	-2.2 (0.8865)
(係数1)	year	13.7 (0.0116)	16.0 (0.0004)	7.7 (0.0273)	11.2 (0.0063)	7.7 (0.2374)	6.3 (0.1613)	1.0 (0.8391)
(係数2)	female	73.6 (0.0000)	48.3 (0.0000)	57.4 (0.0000)	41.6 (0.0000)	69.3 (0.0000)	28.5 (0.0065)	77.8 (0.0000)
(係数3)	age2539	120.9 (0.0000)	126.3 (0.0000)	76.9 (0.0000)	97.8 (0.0000)	110.3 (0.0000)	114.7 (0.0000)	132.9 (0.0000)
(係数4)	age4049	131.1 (0.0000)	121.3 (0.0000)	115.1 (0.0000)	97.2 (0.0000)	161.6 (0.0000)	150.0 (0.0000)	201.2 (0.0000)
(係数5)	age5059	50.1 (0.0094)	59.6 (0.0002)	50.1 (0.0002)	77.3 (0.0000)	124.5 (0.0000)	68.8 (0.0001)	74.8 (0.0001)
(係数6)	age60	15.4 (0.4039)	6.2 (0.6736)	-15.1 (0.2062)	14.8 (0.2844)	50.3 (0.0339)	-2.3 (0.8846)	32.8 (0.0628)
R2		0.8039	0.8470	0.8763	0.7932	0.7276	0.8324	0.8744
自由度調整済みR2		0.7683	0.8192	0.8538	0.7556	0.6781	0.8019	0.8516

モデル $ratio = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{係数3}})^{\text{age2539}} \cdot (e^{\text{係数4}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{係数5}})^{\text{age5059}} \cdot (e^{\text{係数6}})^{\text{age60}}$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		2.8182 (0.0000)	3.4830 (0.0000)	3.1109 (0.0000)	3.0172 (0.0000)	3.0399 (0.0000)	3.2544 (0.0000)	3.0625 (0.0000)
(係数1)	year	0.1799 (0.0000)	0.1449 (0.0000)	0.0653 (0.1167)	0.1190 (0.0003)	0.0672 (0.1385)	0.0786 (0.1587)	0.0159 (0.6486)
(係数2)	female	0.7301 (0.0000)	0.3601 (0.0000)	0.7974 (0.0000)	0.3796 (0.0000)	0.4823 (0.0000)	0.1834 (0.1421)	0.7022 (0.0000)
(係数3)	age2539	1.5304 (0.0000)	1.2448 (0.0000)	1.1039 (0.0000)	1.3591 (0.0000)	1.4287 (0.0000)	1.5204 (0.0000)	1.6251 (0.0000)
(係数4)	age4049	1.5257 (0.0000)	1.2113 (0.0000)	1.3374 (0.0000)	1.4239 (0.0000)	1.7125 (0.0000)	1.7331 (0.0000)	1.9760 (0.0000)
(係数5)	age5059	0.9887 (0.0000)	0.7796 (0.0000)	0.8478 (0.0000)	1.2399 (0.0000)	1.6513 (0.0000)	0.9078 (0.0000)	1.2783 (0.0000)
(係数6)	age60	0.4477 (0.0007)	0.1575 (0.1467)	-0.6417 (0.0001)	0.4062 (0.0004)	0.9959 (0.0000)	-0.1251 (0.5207)	0.7709 (0.0000)
R2		0.9194	0.8985	0.9129	0.9155	0.8511	0.8293	0.9245
自由度調整済みR2		0.9047	0.8800	0.8971	0.9001	0.8240	0.7982	0.9108

推計結果 2 - 6 : (7) 成人の人格及び行動の障害 (F6)

標本数 : 40

モデル $\text{ratio} = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{female} + \text{係数2} \times \text{age2539} + \text{係数3} \times \text{age4049} + \text{係数4} \times \text{age5059} + \text{係数5} \times \text{age60}$

		市全体
(定数項)		0.0 (0.9968)
(係数1)	female	8.3 (0.0000)
(係数2)	age2539	15.0 (0.0000)
(係数3)	age4049	11.5 (0.0002)
(係数4)	age5059	2.5 (0.3576)
(係数5)	age60	-1.5 (0.5743)
R2		0.7045
自由度調整済みR2		0.6611

モデル $\text{ratio} = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{female}})^{\text{係数1}} \cdot (e^{\text{age2539}})^{\text{係数2}} \cdot (e^{\text{age4049}})^{\text{係数3}} \cdot (e^{\text{age5059}})^{\text{係数4}} \cdot (e^{\text{age60}})^{\text{係数5}}$

		市全体
(定数項)		0.8234 (0.0003)
(係数1)	female	0.6398 (0.0005)
(係数2)	age2539	1.5324 (0.0000)
(係数3)	age4049	1.5132 (0.0000)
(係数4)	age5059	0.7304 (0.0090)
(係数5)	age60	-0.3217 (0.2308)
R2		0.7421
自由度調整済みR2		0.7042

推計結果 2 - 7 : (8) 知的障害〈精神遅滞〉(F7)

標本数 : 40

モデル
$$\text{ratio} = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049} \\ + \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age6074} + \text{係数7} \times \text{age75}$$

		市全体
(定数項)		6.3 (0.0000)
(係数1)	year	-0.1 (0.7548)
(係数2)	female	-1.4 (0.0086)
(係数3)	age2539	9.9 (0.0000)
(係数4)	age4049	9.0 (0.0000)
(係数5)	age5059	8.0 (0.0000)
(係数6)	age60	-1.1 (0.1827)
R2		0.9140
自由度調整済みR2		0.8984

モデル
$$\text{ratio} = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{係数3}})^{\text{age2539}} \cdot (e^{\text{係数4}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{係数5}})^{\text{age5059}} \\ \cdot (e^{\text{係数6}})^{\text{age6074}} \cdot (e^{\text{係数7}})^{\text{age75}}$$

		市全体
(定数項)		1.7791 (0.0000)
(係数1)	year	0.0119 (0.6964)
(係数2)	female	-0.2311 (0.0017)
(係数3)	age2539	1.0479 (0.0000)
(係数4)	age4049	0.9771 (0.0000)
(係数5)	age5059	0.9121 (0.0000)
(係数6)	age60	-0.3037 (0.0077)
R2		0.8976
自由度調整済みR2		0.8789

推計結果 2 - 8 : (9) 心理的発達障害 (F8)

標本数 : 48

モデル $ratio = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age1824} + \text{係数4} \times \text{age2529} + \text{係数5} \times \text{age3039} + \text{係数6} \times \text{age4049} + \text{係数7} \times \text{age50}$

被説明変数

ratio

説明変数	市全体
(定数項)	73.3 (0.0000)
(係数1) year	6.8 (0.0011)
(係数2) female	-25.8 (0.0000)
(係数3) age1824	-11.4 (0.1365)
(係数4) age2529	-33.0 (0.0001)
(係数5) age3039	-52.8 (0.0000)
(係数6) age4049	-58.3 (0.0000)
(係数7) age50	-68.8 (0.0000)
R2	0.8190
自由度調整済みR2	0.7873

モデル $ratio = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{係数3}})^{\text{age1824}} \cdot (e^{\text{係数4}})^{\text{age2529}} \cdot (e^{\text{係数5}})^{\text{age3039}} \cdot (e^{\text{係数6}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{係数7}})^{\text{age50}}$

被説明変数

(定数項)	4.1263 (0.0000)
(係数1) year	0.2453 (0.0000)
(係数2) female	-0.7815 (0.0000)
(係数3) age1824	-0.1197 (0.2455)
(係数4) age2529	-0.6161 (0.0000)
(係数5) age3039	-1.3301 (0.0000)
(係数6) age4049	-1.7084 (0.0000)
(係数7) age50	-3.6891 (0.0000)
R2	0.9812
自由度調整済みR2	0.9779

推計結果 2 - 9 : (1 1) てんかん (G40)

標本数 : 40 (各地区につき)

モデル

$$\text{ratio} = \text{定数項} + \text{係数1} \times \text{year} + \text{係数2} \times \text{female} + \text{係数3} \times \text{age2539} + \text{係数4} \times \text{age4049} \\ + \text{係数5} \times \text{age5059} + \text{係数6} \times \text{age60}$$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		68.8 (0.0000)	71.5 (0.0000)	70.5 (0.0000)	76.5 (0.0000)	70.9 (0.0000)	68.4 (0.0000)	55.9 (0.0000)
(係数1)	year	5.1 (0.0175)	7.5 (0.0003)	4.6 (0.1470)	3.5 (0.0287)	1.3 (0.5374)	0.8 (0.6480)	4.7 (0.0399)
(係数2)	female	-0.7 (0.8722)	-4.1 (0.3232)	-12.2 (0.0842)	-12.3 (0.0011)	-17.9 (0.0005)	5.4 (0.1702)	19.5 (0.0004)
(係数3)	age2539	-8.2 (0.2611)	-13.5 (0.0436)	-15.5 (0.1624)	-30.7 (0.0000)	2.1 (0.7739)	8.6 (0.1680)	-0.3 (0.9666)
(係数4)	age4049	-6.6 (0.3633)	-9.8 (0.1390)	-20.3 (0.0699)	-34.2 (0.0000)	32.8 (0.0001)	-20.8 (0.0017)	13.9 (0.0815)
(係数5)	age5059	-17.6 (0.0192)	-14.3 (0.0329)	-17.4 (0.1173)	-37.3 (0.0000)	-5.3 (0.4710)	-33.8 (0.0000)	8.3 (0.2909)
(係数6)	age60	-23.6 (0.0023)	-41.2 (0.0000)	-29.1 (0.0114)	-41.7 (0.0000)	-20.8 (0.0075)	-59.8 (0.0000)	-38.9 (0.0000)
R2		0.3775	0.6568	0.2822	0.7362	0.6882	0.8309	0.7017
自由度調整済みR2		0.2643	0.5944	0.1517	0.6883	0.6315	0.8002	0.6475

モデル

$$\text{ratio} = e^{\text{定数項}} \cdot (e^{\text{係数1}})^{\text{year}} \cdot (e^{\text{係数2}})^{\text{female}} \cdot (e^{\text{係数3}})^{\text{age2539}} \cdot (e^{\text{係数4}})^{\text{age4049}} \cdot (e^{\text{係数5}})^{\text{age5059}} \cdot (e^{\text{係数6}})^{\text{age60}}$$

		地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		4.2218 (0.0000)	4.2531 (0.0000)	4.0708 (0.0000)	4.3590 (0.0000)	4.2912 (0.0000)	4.2050 (0.0000)	4.0126 (0.0000)
(係数1)	year	0.0776 (0.0365)	0.0983 (0.0009)	0.0957 (0.0939)	0.0715 (0.0778)	0.0244 (0.4910)	-0.0120 (0.7438)	0.0646 (0.0319)
(係数2)	female	-0.0535 (0.5062)	-0.0751 (0.2222)	-0.1916 (0.1321)	-0.3089 (0.0013)	-0.3521 (0.0001)	0.1701 (0.0443)	0.2647 (0.0002)
(係数3)	age2539	-0.1044 (0.4123)	-0.1835 (0.0632)	-0.1192 (0.5478)	-0.5190 (0.0007)	-0.0547 (0.6617)	0.1106 (0.3958)	0.0101 (0.9217)
(係数4)	age4049	-0.0938 (0.4611)	-0.1258 (0.1966)	-0.2224 (0.2653)	-0.6247 (0.0001)	0.4143 (0.0021)	-0.3816 (0.0056)	0.1850 (0.0786)
(係数5)	age5059	-0.3116 (0.0185)	-0.1841 (0.0624)	-0.2587 (0.1965)	-0.7020 (0.0000)	-0.1276 (0.3103)	-0.6838 (0.0000)	0.1235 (0.2344)
(係数6)	age60	-0.3767 (0.0052)	-0.7066 (0.0000)	-0.3947 (0.0525)	-0.9242 (0.0000)	-0.4321 (0.0014)	-1.7662 (0.0000)	-0.7249 (0.0000)
R2		0.3534	0.7067	0.2316	0.6620	0.6761	0.8940	0.7927
自由度調整済みR2		0.2359	0.6533	0.0919	0.6005	0.6172	0.8747	0.7551

表3 推計された人口あたり利用者数から算出される川崎市の主疾患別精神通院医療利用者数予測値
(暫定値)
(平成22～27年度)

単位：人

(1)線形推定モデル												
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	421	421	4,839	6,705	1,185	58	137	144	207	75	751	14,942
平成23年度	489	435	4,967	7,290	1,323	58	137	143	301	93	808	16,043
平成24年度	558	450	5,110	7,898	1,465	58	137	143	397	115	868	17,198
平成25年度	627	465	5,254	8,513	1,609	58	137	142	495	143	929	18,370
平成26年度	696	482	5,415	9,164	1,759	58	137	142	596	178	993	19,619
平成27年度	757	492	5,483	9,645	1,884	58	135	140	685	221	1,042	20,541

(2)乗算推定モデル												
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	438	359	4,986	6,717	1,154	58	118	140	231	75	740	15,014
平成23年度	481	395	5,001	7,258	1,274	58	118	141	293	93	788	15,900
平成24年度	529	435	5,030	7,864	1,414	58	118	143	374	115	843	16,923
平成25年度	579	480	5,060	8,522	1,573	58	118	145	478	143	903	18,060
平成26年度	634	532	5,107	9,266	1,760	58	119	148	612	178	971	19,385
平成27年度	686	579	5,068	9,878	1,946	58	117	148	768	221	1,029	20,498

表4 推計された人口あたり利用者数から算出される利用者数予測値と実績値の差率（暫定値）
(平成22～27年度)

※表の各数値は、利用者数予測値と同実績値の差を実績値で除したものである。

誤差率の算出

(1)線形推定モデル												
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	-8.3%	-0.7%	-0.2%	-2.6%	-0.6%	10.6%	1.6%	1.7%	-15.6%	24.2%	0.0%	-1.7%
平成23年度	-6.5%	0.4%	-1.4%	-0.8%	-0.6%	-4.2%	3.0%	-0.5%	-9.9%	25.2%	2.3%	-1.0%
平成24年度	-2.1%	0.1%	0.0%	0.2%	1.3%	-10.2%	1.5%	2.6%	2.6%	15.1%	-3.6%	0.1%
平成25年度	5.9%	2.1%	1.3%	3.0%	2.7%	6.5%	2.2%	-2.7%	13.2%	0.0%	2.6%	2.7%
平成26年度	15.4%	-3.1%	1.2%	4.8%	4.9%	22.3%	6.5%	-17.4%	9.9%	-26.6%	3.6%	3.5%
平成27年度	20.2%	3.8%	0.8%	3.3%	7.4%	-5.7%	-4.8%	-30.6%	8.9%	-27.9%	0.0%	2.6%

(2)乗算推定モデル												
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	-4.5%	-15.3%	2.8%	-2.5%	-3.2%	10.6%	-12.8%	-1.7%	-5.9%	24.2%	-1.5%	-1.2%
平成23年度	-7.9%	-8.8%	-0.7%	-1.2%	-4.2%	-4.2%	-11.5%	-2.0%	-12.2%	25.2%	-0.2%	-1.9%
平成24年度	-7.2%	-3.0%	-1.5%	-0.2%	-2.2%	-10.2%	-12.6%	3.0%	-3.3%	15.1%	-6.3%	-1.5%
平成25年度	-2.1%	5.5%	-2.4%	3.1%	0.4%	6.5%	-11.8%	-0.5%	9.4%	0.0%	-0.2%	1.0%
平成26年度	5.1%	7.0%	-4.5%	6.0%	4.9%	22.3%	-7.9%	-13.9%	13.0%	-26.6%	1.3%	2.2%
平成27年度	8.9%	22.2%	-6.8%	5.8%	11.0%	-5.7%	-17.5%	-26.2%	22.2%	-27.9%	-1.2%	2.4%

参考 単純な推定方法による推定結果

(参考1) 平成22年度から25年度の年平均利用者増加数の分だけ毎年一定人数利用者が増加すると仮定(平成25年度を基準に算出)

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	7.2%	1.8%	1.7%	5.0%	7.9%	1.0%	-0.2%	0.7%	19.6%	34.6%	5.1%	4.4%
平成23年度	0.5%	1.5%	-0.4%	3.1%	3.7%	-11.7%	1.1%	0.0%	2.1%	37.2%	4.8%	2.1%
平成24年度	-2.0%	-0.4%	-0.1%	0.5%	1.9%	-16.4%	-0.6%	4.3%	0.5%	22.3%	-3.7%	0.2%
平成25年度	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平成26年度	3.7%	-6.9%	-1.5%	-1.5%	-1.0%	16.0%	3.7%	-14.5%	-10.5%	-32.3%	-1.6%	-2.1%
平成27年度	4.5%	-0.7%	-1.6%	-4.1%	0.0%	-9.8%	-6.0%	-26.4%	-15.3%	-39.7%	-5.7%	-3.9%

(参考2) 平成22年度から25年度の年平均利用者増加率だけ毎年一定比率で利用者が増加すると仮定(平成25年度を基準に算出)

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	6.6%	1.8%	1.7%	4.7%	7.1%	0.9%	-0.2%	0.7%	15.6%	24.2%	4.8%	4.0%
平成23年度	-0.3%	1.4%	-0.4%	2.7%	2.8%	-11.7%	1.1%	0.0%	-2.0%	25.2%	4.4%	1.6%
平成24年度	-2.5%	-0.4%	-0.2%	0.2%	1.2%	-16.4%	-0.6%	4.3%	-2.3%	15.1%	-4.0%	-0.2%
平成25年度	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
平成26年度	4.6%	-6.8%	-1.4%	-1.0%	0.0%	16.0%	3.7%	-14.5%	-6.8%	-26.6%	-1.1%	-1.6%
平成27年度	6.7%	-0.6%	-1.4%	-3.0%	2.4%	-9.8%	-6.0%	-26.3%	-7.2%	-27.9%	-4.6%	-2.6%

平成 28 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

精神障害者の人権確保に関する研究

研究分担者 河崎建人（水間病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）
研究協力者 平田豊明（千葉県精神科医療センター）
浅井邦彦（浅井病院） 東 司（小阪病院）
太田順一郎（岡山市こころの健康センター）
岡崎伸郎（国立仙台医療センター）
篠原由利子（仏教大学） 白川教人（横浜市こころの健康相談センター）
千葉 潜（青南病院） 中島豊爾（岡山県精神科医療センター）
松原三郎（松原病院） 三木恵美子（横浜法律事務所）
山下俊幸（京都府立洛南病院） 八尋光秀（西新共同法律事務所）
吉澤雅子（東京弁護士会） 四方田清（順天堂大学）

研究要旨

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神科入院患者の権利擁護に関する制度改革案を提示すること。

【方法】（1）全国 67 の精神医療審査会事務局に対して、平成 27 年度の活動状況をアンケート調査し、（2）審査会活動の中で問題となった事例を収集した。また、（3）全国精神医療審査会連絡協議会総会において、精神障害者の人権擁護に関するシンポジウムを開催した。

【結果】（1）全ての精神医療審査会事務局から回答があった。平成 28 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 213（前年 211）の合議体があり、1,434 人（同 1,369）の委員が任命されていた。平成 27 年度は、1 回の合議体当たり平均 152.1 件（同 151.2）の書類審査がなされていた。退院請求については 2,585 件（同 2,501）、処遇改善請求については 386（同 342）件が審査されていた。退院等の請求受理から結果通知までの期間は平均 33.2（同 32.5）日であった。（2）14 の審査会より 19 の要検討事例が報告され、様々な問題点が提示された。（3）平成 28 年 10 月、金沢市において、「わが国における強制入院制度の問題点～特に措置入院制度のあり方について」と題したシンポジウムを開催した。平成 29 年 2 月には、東京都において、「非自発入院制度と権利擁護」と題したシンポジウムを開催した。いずれも、平成 28 年 7 月の相模原事件を受けて、わが国の非自発入院制度を多角的に再検討し、今後の制度改革への提案を行った。

【考察】（1）近年、法改正や政令市の増加に伴って、合議体数、委員数（特に非医療委員）が増加している。退院請求等の審査件数も漸増しているが、書類審査に対する件数も含めて地域差が大きい。（2）これまでの研究により、通算 8 年間で 174 例の要検討事例が集積された。平成 25 年の精神保健福祉法改正で医療保護入院制度が改正されて以降は、特に入院同意をめぐる親族間の葛藤事例や首長同意の適否に関する事例が増加している。（3）平成 28 年 1 月から開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」では精神医療審査会の改革も論点となり、当研究班からも、これまでの研究成果に基づいていくつかの提案を行った。

【結論】「あり方検討会」の報告書では、精神医療審査会における審査内容や審査期間の地域差を平準化するために、実態把握や好取組の紹介を行うことが提案されている。今後も、精神医療審査会活動のモニタリングやトラブル事例の収集・分析、そして精神障害者の権利擁護をテーマと

するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効である。

A. 研究目的

本研究は、わが国における精神科入院患者の権利擁護の強化に資するために、全国の精神医療審査会活動および審査会制度の運用に伴う諸問題をモニタリングし、改善策を提言することを目的として行われた。

B. 研究方法

1. 精神医療審査会活動基礎調査

全国47都道府県と20政令指定都市に設置された精神医療審査会67カ所の精神医療審査会事務局に対し、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、平成27年度の精神医療審査会活動に関する基礎的データの報告を求めた。

2. 検討事例の収集

同じく、全国67の精神医療審査会事務局に対し、所定の様式に沿って、平成27年11月1日より回答日現在までの審査会活動において問題となった事例の報告を求めた。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と開催

全国精神保健福祉センター長会議との共催で、平成28年10月29日に金沢市、平成29年2月24日には東京都にて、講演会とシンポジウムを開催した。

(倫理面への配慮) 検討事例の収集・分析にあたっては、事例収集の段階で関係者を匿名化したほか、報告した精神医療審査会事務局も特定できないように配慮して記述した。

C. 研究結果

1. 精神医療審査会活動基礎調査

67カ所の精神医療審査会事務局の全てから回答があった。その自治体別の集計結果を表1から4に示した。また、退院および処遇改善請求審査の全国状況を図1および図2に示した。

2. 検討事例の収集

14審査会より19事例が報告された。主な

論題別にその概要を示す。

(1) 措置入院の紛糾事例

①措置症状は消退したが、医療保護入院相当の症状が残存。しかし、家族の同意が見込めないために医療保護入院への移行が困難な事例(2例)。審査会としてどう対応すべきか。

②高額の所持金があり、後見人の選任準備中の措置入院者に対し、疎遠だった親族から退院と処遇改善(所持品開示)の請求あり。入院者が開示を拒否したため、入院形態は変更とし、処遇については現状維持と裁定した。

③退院請求のあった措置入院者の入院形態について、主治医(非指定医)と管理者(指定医)の意見が不一致。合議体委員の意見も割れた。指定医の指導のもとで協議し、措置解除すべきと裁定した。

(2) 家族等の同意をめぐる紛糾事例

①家族が虐待加害者のため病院は首長同意の医療保護入院としたが、審査会は書類審査で入院継続不適当とした。保護要件に関し、虐待防止関連法と精神保健福祉法が衝突した場合どうすべきか。

②入院に同意した家族とは別の親族が退院を請求し、審査会が調整を求められた事例(5例)。審査会の本来任務なのか疑問ありとの意見もあった。

③親族の電話同意で医療保護入院としたが、書面同意の段階で入院に不同意の事例。書類審査では不十分のため意見聴取の結果、入院形態変更となったが、それまでの医療保護入院は有効か。

(3) 病院側の対応に苦慮した事例

①医療保護入院者からの退院請求に対して審査会は期限付きの入院形態変更を勧告したが、病院は財産分与の調整中を理由に延期。再度の意見聴取後に変更。

②医療保護入院の2ヶ月後に退院請求したアルコール関連障害の事例に関し、病院は振戦せん妄と回答。意見聴取後、任意入院に変更となった。

③医療保護入院の翌日に首長の同意書を提出した病院に注意勧告したが、過失の認識がなかったため実地審査するなど、終結に3ヶ月を要した。

(4) 医療内容に疑義ある事例

①退院請求による意見聴取に際して、請求者より職員による暴力の訴えあり。事実関係の確認困難もしくは本人が確認を辞退した(2例)。実地指導の勧告などで対応した。

②措置入院者の家族より医療内容の不備を理由に退院請求あり。受理後に入院者が死亡したが、家族が審査の継続を望まなかったため終結とした。

(5) 審査プロセスに関する問題事例

①頻回請求例への対応に苦慮。

②審査会の書類審査結果(措置入院の継続不要)と行政による実地審査が齟齬。再度実地審査を経て措置継続となった。

③意見聴取した医療委員が報告書を提出せず、審査が遅延。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と討論

(1) 金沢シンポジウム

平成28年10月29日、金沢市において、町野朔氏(上智大学法学部)より「精神障害者の人権と強制入院」と題した特別講演の後、「わが国における強制入院制度の問題点～特に措置入院制度のあり方について」と題したシンポジウムを開催した。

シンポジストの山本輝之氏(成城大学法学部)から「わが国における強制入院の問題点について」、佐竹直子氏(国立精神・神経医療研究センター)から「オランダにおける精神科強制医療システムについて」、五十嵐禎人氏(千

葉大学社会精神保健教育研究センター)から「英国における非自発入院の概要—わが国への示唆」、太田順一郎氏(岡山市こころの健康センター)から「措置入院制度への提言—日本精神神経学会における議論から」と題して口演があり、多角的な討論がなされた¹⁾。

(2) 東京シンポジウム

平成29年2月24日、東京都において、「非自発入院制度と権利擁護」と題したシンポジウムを開催した。本研究の速報の後、シンポジストの内嶋順一氏(横浜市精神医療審査会委員、みなと横浜法律事務所)、井原裕氏(栃木県精神医療審査会委員、獨協大学)、柏木一恵氏(日本精神保健福祉協会)、白川教人氏(全国精神医療審査会連絡協議会副会長、横浜市こころの健康相談センター)の各氏から、口演があり、相模原事件に関連する司法と医療の関わりや措置入院制度のあり方、そして精神障害者の権利擁護などについて、幅広い討論がなされた²⁾。

D. 考察

1. 審査会活動の動向

精神医療審査会制度が創設されて29年の間に、合議体数、委員数、審査件数ともに増加してきた。近年における委員の構成比(5人中の比例配分値)では、年を追うごとに非医療委員の比率が上昇している。

ただし、書類審査件数および退院等の請求審査件数では、依然として自治体による差が著しい(図3)。書類審査に対する請求審査の比率についても同様である(図4)。請求審査では、大都市を擁する都道府県で審査の遅れと不審査例の多さが目立つ。なお、政令市では合議体数に対する審査件数が相対的に少ないため、審査日数も迅速で、不審査比率も低い傾向にある。

審査の遅れは審査を受ける権利の制限につながるため、予備委員の活用や事務局の強化などにより迅速化が図られる必要がある。この点については、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」(以下「あり方検討会」)の報告書においても指摘されている。

2. 紛糾事例の検討

要検討事例の収集は、平成 14～16 年度、および 24～28 年度の 8 年にわたって行われ、174 例が集積している。今年度は、平成 25 年の精神保健福祉法改正による医療保護入院の見直し（保護者制度の廃止、入院同意のあり方の変更）を反映した紛糾事例が目立った。

すなわち、首長同意の適応が狭まったことによる措置入院から医療保護入院への変更困難例、医療保護入院の同意に対する親族間の意見の不一致例などである。首長同意の適応要件については見直しの必要があろう。

また、医療内容への勧告を要する例や家族間の意見不一致例に対する精神医療審査会の機能についても、議論を整理する必要がある。本研究班としては、精神医療審査会制度の創設理念に基づいて、これらの機能を強化すべきと考えるが、それを担保する審査会の人的・予算的な裏付けが欠かせない。

3. 「あり方検討会」での議論

「あり方検討会」では、精神医療審査会の機能強化に向けて、本研究からは下図のような改革案を提示した。そして、報告書では、精神医療審査会における審査内容や審査期間の地域差を平準化するために、実態把握や好取組の紹介を行う必要性のほか、審査の迅速化を図るために本研究班が提案してきた内容が示されている。

	地方審査会	全国組織
独立性の確保	労働委員会等と同等の組織的独立性を追求	全国精神医療審査会連絡協議会（全審連）の法人化、専従職員の配置、国庫補助
中立性の推進	委員の任期・選考基準の明確化、病院に所属しない医療委員の配置義務	全審連事務局の移設（弁護士会館など）
専門性の強化	事務局の人員増（審査期間の短縮化）、合議体委員の研修制度新設、審査会権限の明確化、「重度かつ慢性」患者の認定など	全審連に専従の専門委員を配置、地方審査会への助言、研修会開催、年次報告書の作成など

（平成 28 年 4 月 28 日「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」に提示）

E. 結論

精神障害者の権利擁護と適正な医療の確保のためには、精神医療審査会の機能を強化し、地域差を是正することが不可欠である。そのためには、審査会活動をモニタリングし、トラブル事例を収集・分析する作業、そしてその成果を公開し、多角的に検討するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効である。

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

今年度の東京でのシンポジウムにおいて、研究成果の一部を発表した。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 引用文献等

- 1) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.40, 2016
- 2) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.41, 2017

表1 合議体構成(平成27年度)

	合議体数	合議体委員の構成内訳																	
		医療委員	民間病院	国公立病院	診療所	教育研究機関	その他	法律委員	弁護士	裁判官	検察官	教育研究機関	その他	有識者委員	精神保健福祉士	看護師	保健師	教育研究機関	その他
北海道	4	12	8	2		2		6	6					5	4			1	
札幌市	3	8	5	1	1	1		3	3					4	4				
青森県	3	13	8	4		1		3	1	1		1		8			3	5	
岩手県	4	12	8	3		1		5	1	1	2	1		4	1	1		2	
宮城県	3	10	7	2		1		5	4			1		4	3		1		
仙台市	4	12	8	3		1		4	2	1		1		4	1			3	
秋田県	4	12	9	1	2			4	2	1	1			4	3	1			
山形県	1	11	10	1				5	1	1	1	2		6	3	1			2
福島県	4	25	17	1	5	1	1	10	10					11	5	2		1	3
茨城県	2	7	6	1				5	4		1			3	2				1
栃木県	3	9	5	2		2		3	2		1			3	2		1		
群馬県	4	17	10	5		1	1	4	4					7	3	2	1	1	
埼玉県	4	12	8	3		1		4	2	1	1			4	4				
さいたま市	2	7	5		2			3	1			2		5	3				2
千葉県	4	12	6	3	1	1	1	4	2	1	1			4	3	1			
千葉市	3	8	3	4	1			4	4					3	1				2
東京都	6	18	8	1	2	4	3	6	4	1	1			6	4	2			
神奈川県	3	10	6		2	2		4	3		1			4	4				
横浜市	4	17	9		8			5	5					8	8				
川崎市	2	7	5		1		1	2	1		1			3	2				1
相模原市	2	6	2		3	1		3	3					3	3				
新潟県	4	13	11	1		1		4	1		1	2		4	2			2	
新潟市	2	6	3		2	1		5	2		2	1		5	2			1	2
富山県	3	9	3	3	2	1		5	3	1	1			3	2	1			
石川県	2	8	4	2		2		4	3			1		4	3				1
福井県	3	12	8	2		2		4	4					4	4				
山梨県	3	9	5	1	2	1		3	1		1	1		3	1		2		
長野県	4	15	12	2		1		7	5	1	1			7	5		1		1
岐阜県	4	12	7	4		1		8	8					6	6				
静岡県	3	9	7	1		1		6	4	0	2	0	0	6	3	2	0	0	1
静岡市	3	9	5	2	2			5	2			3		4	3				1
浜松市	3	6	6					3	3					6	3				3
愛知県	5	14	8	2	3	1		7	5	1	1			7	6			1	
名古屋市	4	13	6	2	3	2		8	6	1	1			8	6	1		1	
三重県	4	12	10	2				4	1	1	1	1		9	6	3			
滋賀県	4	14	11	3				5	4			1		5	2			3	
京都府	3	9	6	2		1		3	1		1	1		3	2				1
京都市	2	8	6	1		1		4	2			2		4	1			1	2
大阪府	8	26	9	2	3	6	6	8	6			2		11	10				1
大阪市	2	6	4		1	1		2	2					2	2				
堺市	3	8	3		5			3	3					4	1			3	
兵庫県	5	15	7	2	4	2		5	3		1	1		5	2		3		
神戸市	3	9	5		3	1		4	4					5	3			1	1
奈良県	4	12	8	2	1	1		4	4					4	4				
和歌山県	3	13	4	6	3			4	3		1			7	2	1	2		2
鳥取県	2	6	5	1				3	1	1	1			4	1	2			1
島根県	1	18	11	5	1	1		3	2	1				9	3	4	2		
岡山県	3	17	13	2	2			5	4	1				7	1		6		
岡山市	6	18	8	4	4	2		8	8					8	5		2		1
広島県	5	15	9	2	3	1		5	3	1		1		5	2				3
広島市	4	12	6	2	4			4	1	1	1	1		4	2	1	1		
山口県	3	9	6	3				5	2	1	2			4	2	1	1		
徳島県	3	9	5		1	3		3	2		1			4	2		2		
香川県	3	9	5	1	2		1	5	1	1		2	1	6	1	1	1	1	2
愛媛県	2	24	18	1	3	1	1	2	2					4	1		1	2	
高知県	2	17	13	2	1	1		5	2	1	2			10	2		4	1	3
福岡県	4	12	10			2		4	3		1			4	2			2	
北九州市	2	8	6			2		4	4					4	4				
福岡市	3	9	7			2		6	5			1		5	3	1	1		
佐賀県	2	6	5	1				5	3		2			5	5				
長崎県	3	14	5	4	1	4		5	5					5	4		1		
熊本県	2	7	6	1				6	2	2	2			5	3	1			1
熊本市		7	6	1				7	3	2	2			5	3		1		1
大分県	3	9	8			1		4	2		2			4	1		3		
宮崎県	2	12	10	2				6	6					4	2		1	1	
鹿児島県	3	14	10	3		1		4	3			1		7	6		1		
沖縄県	2	6	3	3				4	1	1	1	1		6	3	2	1		
計	213	770	486	117	84	68	15	310	210	26	42	31	1	348	202	31	43	37	35
平均	3.2	11.5	7.3	2.3	2.5	1.5	1.9	4.6	3.1	1.0	1.3	1.3	0.5	5.2	3.1	1.6	1.7	1.7	1.6

表2 書類審査状況等(平成27年度)

	合議体等 開催数		書類審査件数					退院請求等の状況	
	全体会	合議体	医療保護入院届	医療保護入院者 定期病状報告書	うち退院支 援委員会 審議記録	措置入院者 定期病状報告書	計	電話 相談 件数	請求 から結果 通知まで の平均 日数
北海道	2	48	4937	2019		39	6995	163	36.0
札幌市	2	34	3938	1917		9	5864	659	33.7
青森県	1	18	2848	1244		26	4118	201	27.1
岩手県	1	20	1408	451	132	13	1872	198	28.5
宮城県	1	24	1557	892	179	13	2462	941	29.5
仙台市	1	36	1454	957	255	7	2418	156	32.0
秋田県	1	24	2170	1267		6	3443		23.8
山形県	2	17	2937	1054	166	29	4020	178	30.1
福島県	1	24	2617	1723	344	33	4373	357	43.0
茨城県	1	24	3202	1705		53	4960		28.3
栃木県	1	24	2112	1550		113	3775	242	36.0
群馬県	1	24	2447	1571	304	17	4035	182	32.6
埼玉県	1	46	9835	5405		102	15342	886	32.7
さいたま市	1	24	1080	328		17	1425	955	30.9
千葉県	1	48	5713	4051	549	71	9835	762	47.5
千葉市	1	21	1265	396	52	11	1672	402	30.1
東京都	1	72	19843	4869		132	24844	4216	55.2
神奈川県	1	36	3968	2169	563	9	6146	111	37.8
横浜市	1	36	5069	1716		10	6795	306	34.6
川崎市	0	24	1750	510	139	1	2261	30	23.9
相模原市	1	24	541	201	64	0	742	67	31.2
新潟県	1	24	2454	1425		11	3890	290	31.0
新潟市	1	18	1442	1355	418	1	2798	220	35.0
富山県	1	13	1988	1321	337	33	3342	301	30.4
石川県	1	12	2833	1235	240	27	4095	476	33.4
福井県	1	12	1704	581		8	2293	65	45.6
山梨県	2	24	1442	674	112	17	2133	0	56.0
長野県	1	20	2622	996		83	3701	0	26.0
岐阜県	1	45	2414	1105	176	9	3528	494	34.3
静岡県	1	24	1894	920	178	27	2841	625	21.4
静岡市	2	18	722	159	16	5	886	302	27.0
浜松市	1	17	1011	404	58	3	1418	287	30.4
愛知県	1	34	4728	1583	179	86	6397	531	31.2
名古屋市	1	32	2282	1091		32	3405	1063	29.1
三重県	1	12	2529	1427	279	19	3975	41	44.6
滋賀県	1	24	1627	795		18	2440		29.9
京都府	2	36	2538	693	142	2	3233	188	25.5
京都市	1	24	974	852	174	7	1833	203	24.8
大阪府	1	72	9220	4577		7	13804	558	57.6
大阪市	1	12	771	2	2	22	795	56	37.1
堺市	1	36	2700	930	160	10	3640	505	32.1
兵庫県	1	45	4838	2331	369	15	7184	3276	35.6
神戸市	1	33	2521	742		5	3268		31.3
奈良県	1	24	2077	897	177	2	2976	94	21.4
和歌山県	1	12	925	421		2	1348		26.2
鳥取県	1	12	1170	677	211	12	1859	0	35.3
島根県	1	12	1208	854		8	2070	392	31.3
岡山県	1	24	1389	975	220	15	2379	171	22.7
岡山市	1	31	2917	1338		18	4273	607	26.5
広島県	1	24	2269	1654	244	77	4000	198	45.5
広島市	0	24	2090	869	151	29	2988	42	34.2
山口県	1	24	2058	2269	379	5	4332	703	40.5
徳島県	1	17	1046	338	35	18	1402	151	35.4
香川県	1	17	630	332	62	43	1005	362	28.0
愛媛県	0	24	1918	1047		18	2983	243	31.9
高知県	1	24	1676	1017		19	2712	170	38.3
福岡県	1	48	5170	3129	744	65	8364	447	37.3
北九州市	1	24	1467	647	155	19	2133	232	38.4
福岡市	1	30	1833	889	131	44	2766	95	29.5
佐賀県	1	24	1885	1329		35	3249	270	25.9
長崎県	1	24	1657	1206	208	29	2892	1320	23.3
熊本県	2	24	2300	1636	295	36	3972	236	45.6
熊本市	2	24	2102	751		31	2884	123	31.6
大分県	1	21	1799	1597		19	3415	499	34.1
宮崎県	1	24	1387	630	110	9	2026	278	22.7
鹿児島県	1	24	2296	1885	321	20	4201	701	43.1
沖縄県	1	24	3220	1313	337	24	4557	576	21.6
計	72	1795	182434	88893	9367	1755	273082	28403	2224.1
平均	1.1	26.8	2722.9	1326.8	223.0	26.2	4075.9	458.1	33.2

表3 退院請求審査状況(平成27年度)

	受理及び繰越			審査状況						審査結果				
	平成27年度 受理件数	うち代理人 による 請求	前年度 からの 繰越件数	書類審査 のみ	審査開始	不審査決定			未審査で 翌年度へ 繰越など	現状継続	形式変更	退院勧告	その他	審査未了で 翌年度へ 繰越
						取り下げ	要件消失	計						
北海道	21	1	5		17	6	1	7	2	15	2			
札幌市	18	7	4	0	15	5	2	7	0	13	0	1	1	0
青森県	37	1	1	22	34	1	1	2	2	34	0	0	0	0
岩手県	28		2	4	22	6		6	2	21	1			
宮城県	22	0	2	0	12	12	0	12	0	12	0	0	0	0
仙台市	27	0	0	2	14	5	6	11	2	14	0	0	0	0
秋田県	43	0	1	5	32	5	2	7	5	32	0	0	0	0
山形県	29	2	1	1	22	8	0	8	0	15	0	0	6	1
福島県	31	0	6	0	27	8	0	8	2	24	2	1	0	0
茨城県	25	1	1		18	2	4	6	2	18				
栃木県	14	0	0	1	10	4	0	4	0	8	1	0	0	1
群馬県	68	0	4	6	50	19	3	22	0	46	1			3
埼玉県	115	1	6	11	89	23	9	32	0	82	0	0	0	7
さいたま市	58			3	39	11	6	17	2	37	2			
千葉県	174	0	5	2	72	46	33	79	28	68	0	0	0	4
千葉市	28	1	3	2	18	7	5	12	1	18	0	0	0	0
東京都	150	6	7		101	28	12	40	17	79	16	2	1	3
神奈川県	74	0	7	3	43	26	5	31	7	37	4		2	
横浜市	175	1	9	6	82	77	10	87	15	77	5	0	0	0
川崎市	27		3	1	20	7	3	10		19				1
相模原市	31		1	1	17	14		14	1	17				
新潟県	40	0	0	3	24	15	1	16	0	24	0	0	0	0
新潟市	64	0	4	10	41	14	6	20	7	41	0	0	0	0
富山県	20	1			14	6		6		14				
石川県	42	1		2	31	11		11		31				
福井県	18	0	1	0	9	6	3	9	1	9	0	0	0	0
山梨県	22		6		20	8		8	0	19	1			
長野県	77	0	0	18	62	9	6	15	0	60	1	0	1	0
岐阜県	29		1	2	19	7	4	11		16				3
静岡県	53	0	2	5	40	10	3	13	2	37	0	0	0	3
静岡市	34	0	2	3	27	6	2	8	1	27	0	0	0	0
浜松市	13		1		13	1		1		13				
愛知県	96	4	7	0	79	13	9	22	2	71	4	0	4	0
名古屋市	61	6	4	7	54	7	4	11	0	51	2			1
三重県	32			1	24	5	3	8		24				
滋賀県	45	2	1	4	30	10	1	11	5	25	3	2	0	
京都府	104	1	4	6	64	26	9	35	9	64	0	0	0	0
京都市	45	2	1	1	27	11	8	19		27				
大阪府	279	16	29	34	182	76	50	126	0	130	4	19		29
大阪市	23	1	2		8	3	11	14	3	6	2			
堺市	36		2	2	18	17	3	20		15	2			1
兵庫県	91	5	1	7	49	14	25	39	4	45	2			2
神戸市	25	1	0	0	13	4	8	12	0	12	0	0	0	1
奈良県	72	2	3	6	60	8	2	10	5	55	5			
和歌山県	31	0	0	0	24	6	1	7	0	23	1	0	0	0
鳥取県	17		1		15	1	1	2	1	14	1			
島根県	24			2	22	2		2		22				
岡山県	34		2	4	24	9	3	12		23				1
岡山市	105	1	14	9	69	40	5	45	5	69				
広島県	33	12	6	0	28	5	4	9	2	26	2	0	0	0
広島市	36	8	3	3	26	6	7	13		24	2			
山口県	73	0	5	10	41	20	6	26	11	41	0	0	0	0
徳島県	40	0	1	1	27	10	1	11	3	20	4	3	0	0
香川県	58	5		3	46	7	3	10	2	40	5	1		
愛媛県	35	0	1	4	30	5	0	5	1	30	0	0	0	0
高知県	24		5	2	23	1	5	6		23				
福岡県	210	63	17	89	171	23	12	35	21	151	20			
北九州市	33	21	0	0	28	4	1	5	0	26	2	0	0	0
福岡市	45	19	1	2	30	7	3	10	6	29	1	0	0	0
佐賀県	30	8	3	3	25	4	3	7	1	22	2	1	0	0
長崎県	57	0	0	5	46	9	2	11	0	46	0	0	0	0
熊本県	24	4	1		18	3	3	6	1	17	1			
熊本市	34	6			22	9	3	12		21	1			
大分県	50	4	5	6	35	6	4	10	10	33	1	1		
宮崎県	44	7	0	5	34	4	3	7	3	34	0	0	0	0
鹿児島県	101	13	7	10	60	31	6	37	11	60	0	0	0	0
沖縄県	93	1	6	79	79	10	10	20	0	74	1	0	0	4
計	3747	235	217	418	2585	829	346	1175	205	2370	104	31	15	65
平均	55.9	4.4	3.6	7.3	38.6	12.4	5.8	17.5	3.8	35.4	1.9	0.8	0.4	1.5

表4 処遇改善請求審査状況(平成27年度)

	受理及び繰越			審査状況						審査結果			
	平成27年度 受理件数	うち代理人 による 請求	前年度 からの 繰越件数	書類 審査のみ	審査開始	不審査決定			未審査で 翌年度へ 繰越など	現状継続	改善勧告	その他	審査未了で 翌年度へ 繰越
						取り下げ	要件消失	計					
北海道	13	1	2		7	6	1	7	1	6	1		
札幌市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
青森県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岩手県	18		1	1	15	1		1	3	12	3		
宮城県	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
仙台市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田県	4	0	0	0	3	0	1	1	0	3	0	0	0
山形県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
茨城県	0	0	0	0	0			0					
栃木県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
群馬県	5				3	2		2	0	3			
埼玉県	12	0	0	0	7	4	1	5	0	5	0	0	2
さいたま市	13				11	2		2		11			
千葉県	16	0	1	0	6	7	4	11	0	6	0	0	0
千葉市	10	0	0	0	2	4	3	7	1	2			
東京都	35	3	1		19	3	4	7	10	16	1		2
神奈川県	6	1	0	0	2	3	1	4	0	2	0	0	0
横浜市	42	0	1	2	21	13	8	21	1	20	1	0	0
川崎市	3				3			0		2			1
相模原市	6	0			2	4		4		2			
新潟県	21	0	0	1	9	9	3	12	0	9	0	0	0
新潟市	25	0	1	3	13	6	2	8	5	13	0	0	0
富山県	1				1			0		1			
石川県	9	1			8	1		1		8			
福井県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山梨県	0	0	1	0	1			0		1			
長野県	8	0	0	1	7	0	1	1	0	7	0	0	0
岐阜県	3				1	1	1	2		1			
静岡県	9	0	1	1	7	1	1	2	1	7	0	0	0
静岡市	6	0	0	0	5	1	0	1	0	4	1	0	0
浜松市	3		1		3	1		1		2	1		
愛知県	8	0	0	0	4	4	0	4	0	2	1	1	0
名古屋市	17	1	1	1	11	6	1	7		9			2
三重県	7				7			0		7			
滋賀県	9	1	0	1	7	0	2	2	0	7	0	0	0
京都府	14	0	1	3	12	1	2	3	0	12	0	0	0
京都市	8	1			8			0		7	1		
大阪府	85	14	8	7	54	29	10	39	0	37	12		5
大阪市	0							0					
堺市	5		1		3	2	1	3		2	1		
兵庫県	10		1	1	11			0		10	1		
神戸市	5	0	0	0	2	2	1	3	0	2	0	0	0
奈良県	13				9	1	1	2	2	8	1		
和歌山県	1				1			0		1			
鳥取県	1				1			0		1			
島根県	8				6	1	1	2		6			
岡山県	4				4			0		4			
岡山市	6				5	1		1		5			
広島県	3	0	0	0	2	0	0	0	1	2	0	0	0
広島市	0		1		1			0		1			
山口県	12	0	1	10	6	5	0	5	2	6	0	0	0
徳島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
香川県	2					1	1	2					
愛媛県	9	0	0	0	7	2	0	2	0	7	0	0	0
高知県	1				1			0		1			
福岡県	10	4		3	10			0		8	2		
北九州市	8	5	0	0	7	0	1	1	0	7	0	0	0
福岡市	4	3	0	0	2	1	0	1	1	2	0	0	0
佐賀県	3	2	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1	0
長崎県	27	0	1	1	22	2	4	6	0	21	1	0	0
熊本県	4				3		1	1		3			
熊本市	9	2			4	4	1	5		4			
大分県	4	1			2	1		1	1	1		1	
宮崎県	10	3	0	4	8	0	2	2	0	8	0	0	0
鹿児島県	6	1	0	0	4	1	1	2	0	3	1	0	0
沖縄県	3	0	0	3	2	0	1	1	0	2	0	0	0
計	587	44	25	43	386	134	62	196	30	342	29	3	12
平均	8.8	1.0	0.6	1.0	5.9	2.6	1.4	2.9	0.7	5.3	0.7	0.1	0.3

図1 退院請求の審査状況(平成27年度)

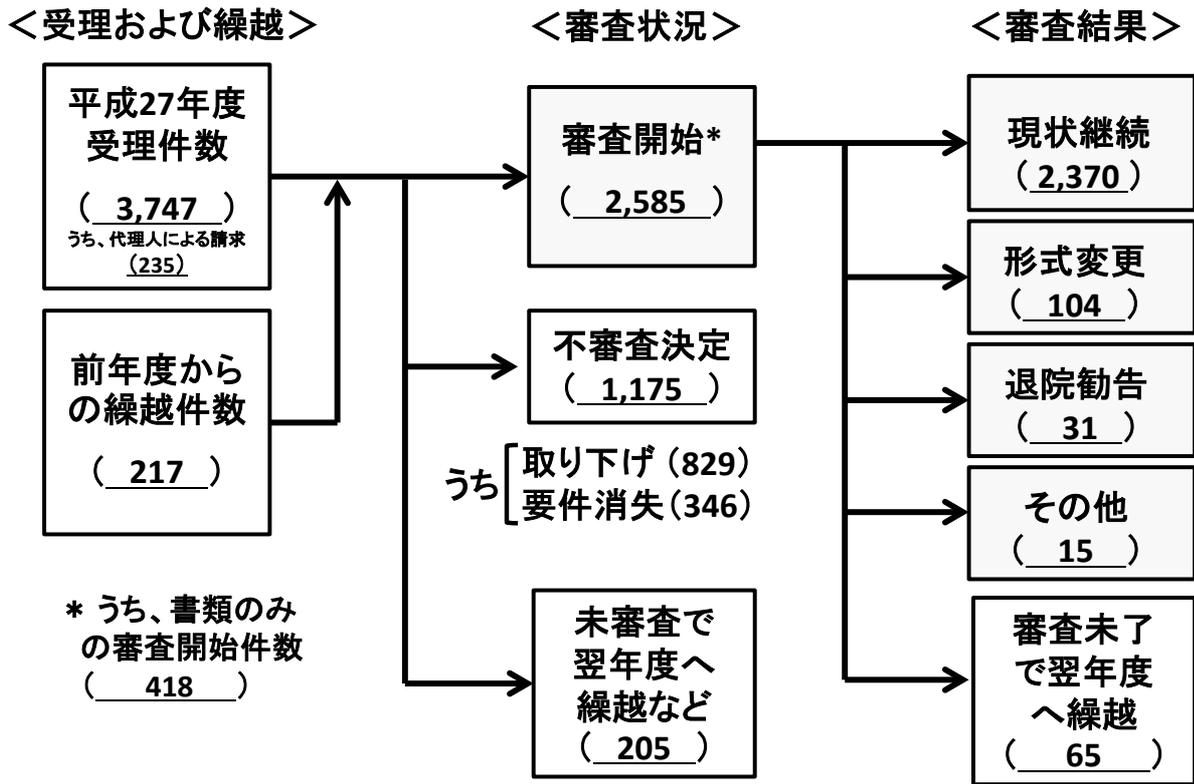


図2 処遇改善請求の審査状況(平成27年度)

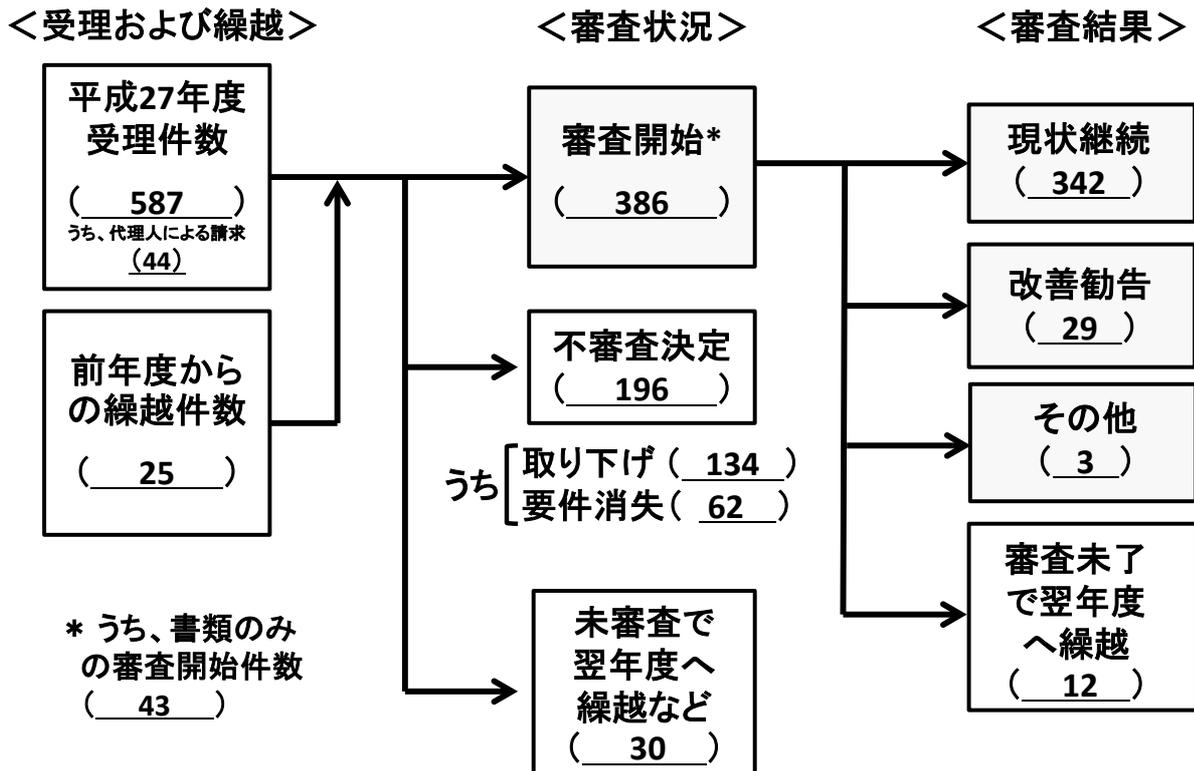


図3 退院・処遇改善請求の 審査状況(平成27年度)

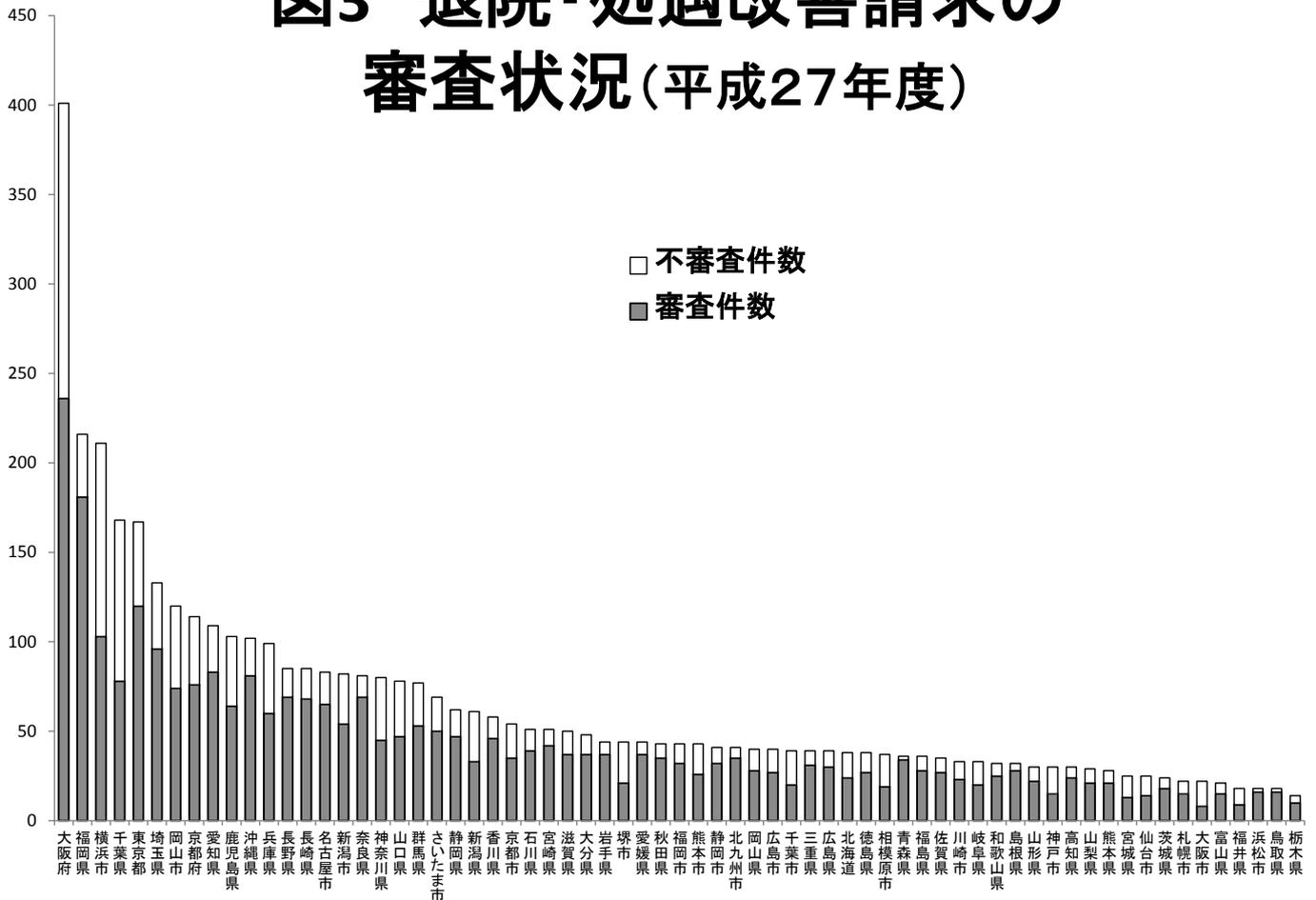
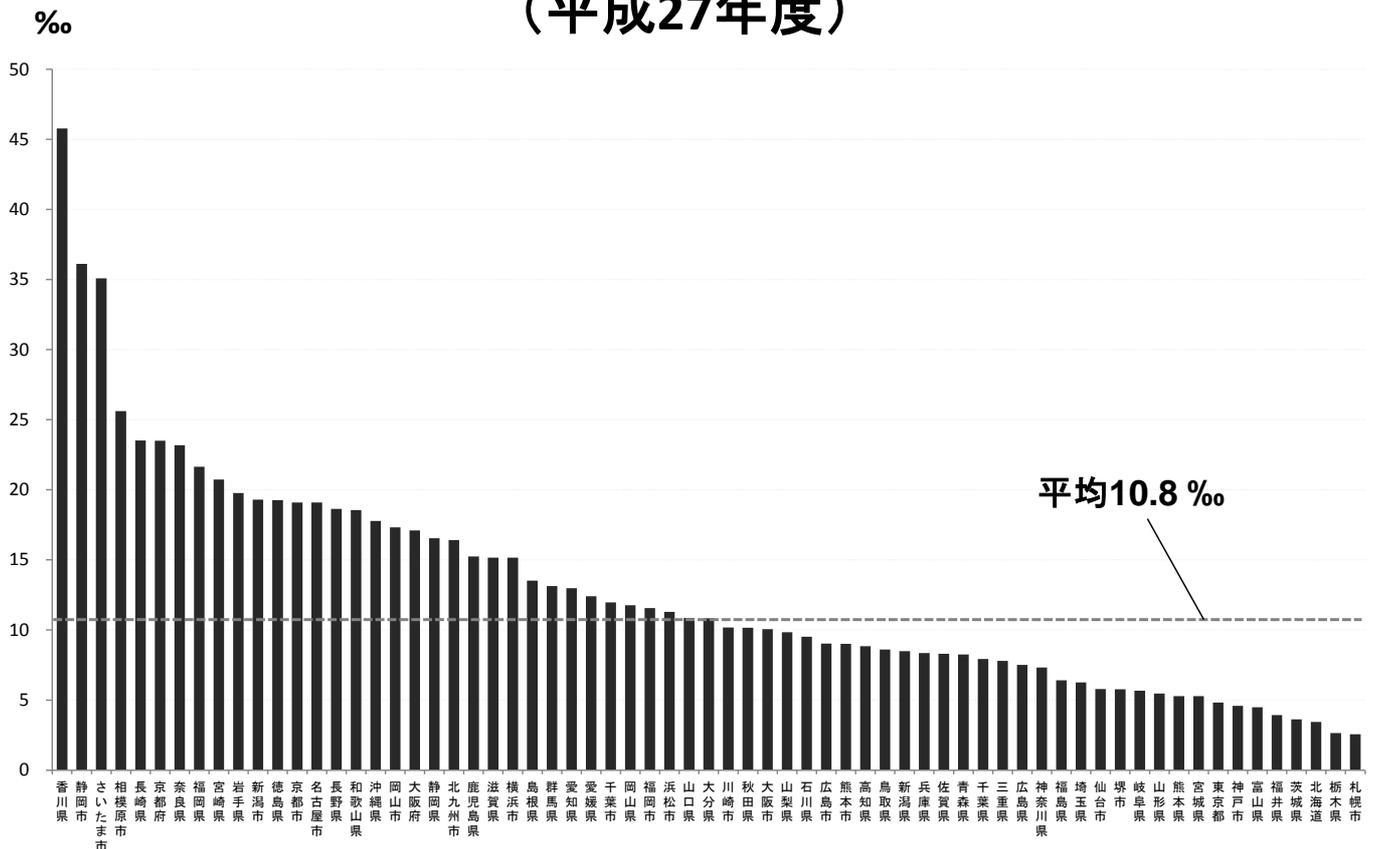


図4 書類審査に対する請求審査件数 (平成27年度)



平成 28 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」
分担研究報告書

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
—精神障害者に対する地域のまなざしと専門職の構えを中心に—

研究分担者 古屋龍太（日本社会事業大学大学院）
研究協力者 矢野 香（東砂長寿サポートセンター）
研究協力者 中越章乃（神奈川県立保健福祉大学）

研究要旨：

【目的】精神障害者の支援に不慣れな地域の支援者の力量を上げ、地域のリソースとストレングスを活かした地域生活支援のノウハウを伝えていくために、精神障害者支援に長けた地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化し、標準的な地域生活支援テキストを作成する。

【方法】精神障害者に対する偏見とスティグマ、地域生活支援にかかわる先行研究のレビューを行った。また、主に高齢者介護に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象に、電話及び聴き取りによるプレ調査を行った。

【結果および考察】1)先行研究レビュー：国内で発行されている、精神障害者に対する偏見とスティグマにかかわる調査研究報告書等を探索しレビューした。精神障害に関する知識や接触体験が乏しい住民及び専門職は、重大犯罪による事件報道のイメージ、治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度に対する不安・恐怖などから、容易にネガティブなラベリングやスティグマ、まなざしや構えが形成されることが示唆された。一方、専門職団体（日本精神保健福祉士協会、相談支援専門員協会等）が行った調査からは、地域移行後の高齢精神障害者への支援体制の乏しさや、障害福祉サービス提供時のサービス等利用計画作成時のケアマネジメント手法の未成熟、医療機関との地域連携に係る困難等の現状と課題が明らかになった。

2)プレ調査：地域で高齢者介護に従事する介護支援専門員を対象に、プレ調査を行った。多くの介護支援専門員が、未治療例や治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度やサービス提供拒否について、どのように支援してよいかわからないと、対応に苦慮していることが明らかとなった。一方で、介護支援専門員を対象とした事例検討会において、精神障害が疑われる事例についてグループ・スーパービジョンを行い、精神保健福祉士等による適切なコンサルテーションが受けられれば、徐々に精神障害者に対する構えが変化し、当事者のストレングスに着目する等の意識変化により、対象者理解と信頼関係構築に向けた意識変化が生じることが示唆された。今後、専門職の意識変化を招来する方略を探るための、地域での計画的なアクションリサーチ方法が明らかになった。

【結論】地域で居住する精神障害者に対する住民及び専門職種への構えは、接触体験の乏しさによる基本的知識不足と、重大犯罪による事件報道のイメージ、未治療例や治療中断者の妄想的言動・攻撃的態度に対する対応苦慮などから形成されることが示唆された。一方で、精神障害者支援に不慣れな専門職でも、事例検討会等において適切なスーパービジョンやコンサルテーションの機会が得られれば、意思疎通と信頼関係の構築が図られることが示唆された。これらから、精神障害者に関わる支援者が乏しい地域においても、既存の人的リソースとストレングスを活かして支援チームを形成し、在宅精神障害者の人権確保を図る取り組みの方法構築が期待される。

A. 研究目的

精神障害者の支援に不慣れな地域の支援者の力量を上げ、地域のリソースとストレングスを活かした地域生活支援のノウハウを伝えていくために、精神障害者支援に長けた地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化し、標準的な地域生活支援テキストを作成する。

B. 研究方法

1. 先行研究レビュー

精神障害者に対する偏見とスティグマ、地域生活支援にかかわる先行研究のレビューを行った。CiNii、医学中央雑誌 Web の文献検索データベースを用いて文献検索を行った。基本検索用語を「精神障害」「スティグマ」「偏見」とし、他に「専門職」等の数語を加えながら検索を行った。また、専門職能団体等が刊行する調査報告書を通覧した。

2. プレ調査

東京都内某区で、主に高齢者介護に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー）31名を対象に、電話を用いた聴き取りによるプレ調査を行った。「精神障害を有する人のケアマネジメントにおいて困っていることは何ですか？」との質問項目に対して、語られた言葉を分類し検討した。

（倫理面への配慮）

プレ調査では、事業所及び個人が特定されることのないように、匿名性に十分配慮した。

C. 研究結果

1. 先行研究レビュー

「精神障害」「偏見」の2語で検索すると128件の文献がヒットする。これに「スティグマ」を加え3語で検索すると25件の文献がヒットする。この3語に「地域」を加えると9件、「意識」を加えると5件、「啓発」を加えると4件、「住民」を加えると3件、「専門職」を加えると0件となった。

これまでも精神障害者に対する偏見に関する調査研究は多数行われているが、一般市民や地域住民の精神障害者に対する意識を問う

ものが多い。

住民を対象とした調査では、古くは関西精神障害問題研究会による「精神障害者に対する偏見の研究」（N=2202）が知られている。都市・農村部の6つの自治体において「精神病患者が隣に住むのもいやだ」の意見に対して、41.1%～50.5%の住民が賛成し、「精神病患者を親類に持つものとは結婚しない」の意見に対しては53.5%～59.0%が賛成している（関西精神障害問題研究会 1973）。一般市民の否定的な精神障害者観が、入院患者の退院を阻む一つの大きな心理社会的な障壁となっている（白石 1994）。

精神障害に対する拒否感、接触経験の有無により軽減されることが知られているが、一方でその経験の内容が重要であり、自ら積極的な関わりをしていたことによって影響が生じるとの報告もある（大島ら 1989）。日常的な接触がある精神科病院周辺の住民は、接触体験を積み重ねる中で意識が徐々に変化してくるという。竹島は、精神障害に対して否定的イメージを持つことが支配的な住民に対して、具体的な取り組みを通して当事者らが努力している姿を見せることが重要と指摘している（竹島ら 1992）。

調査対象に短い想定事例の文章を読ませるビニエツト方式を用いて、精神障害者に対する意識や考え方を尋ねた国際比較研究はこれまでも行われている（中根ら 2006、半澤ら 2007）が、山崎らの日本のデータ（N=994）によれば、公共の場で精神障害を「よく見かける」群は他群よりも「とてもこわいと感じた」人と「全くこわいと感じなかった」人が両方とも多い傾向が示されたという。また、他害に及ぶ可能性があると考える人ほど抵抗感が強く、「女性」で、「公共の場で見かける頻度」が高く、「知人の精神健康問題から受けたストレス」が大きく、「日常生活上の意思決定に参与した程度」が小さいほど、怖いと感じる傾向が見られたという（山崎ら 2012）。

専門職を対象とした調査は存外少ないが、介護支援専門員が「困難事例」と感じるケー

スとして「精神障害」が挙げられており、看護師を基礎資格にもつ介護支援専門員の方が困難を感じた割合が有意に低いという（吉江ら 2006）。また、メンタルヘルス面の課題を抱えた高齢者・家族とかかわる際に、介護支援専門員が困難を感じる事が多く、利用者を理解する知識や技術を十分にもっていないことが一因とされている（福富 2014）。

原田らのホームヘルパーを対象とした調査（N=20）によれば、ヘルパーの抱くケア困難感には、①ヘルパー自身の精神障害に対する理解不足の課題、②多職種チームの課題、③利用者を取り巻く環境の三つが影響しているという。ヘルパーは「自己の価値観と利用者の生活状況の乖離による迷いや利用者の拒否や興奮に対する恐れから、ケア提供に対する不安を持ち、自己のケアに自信が持てていない」（原田ら 2013）ことが示された。

2. プレ調査

地域で高齢者介護に従事する介護支援専門員を対象に、プレ調査を行った。「被害妄想などの妄想的言動への対応に困っている。」「プランを立ててもサービス拒否にあたりすると、ケアプランが成立しにくい」「本人と家族の意向が異なることが多く、家族の支援が得にくい」「一日に何度も苦情の電話があり対応に困る」「サービス事業所からの訴えにも対応が求められ、利用者との板挟み状態になる」などの意見が寄せられた（矢野 2017）。

計 120 件に及ぶ「困っていること」を整理し 4 つに大別すると、「妄想的言動への対応」が 42 件と最も多く、続いて「サービスの拒否」28 件、「家族との調整」27 件、「サービス事業所の訴え」23 件となった（矢野 2017）。なお「サービス事業所の訴え」とは、実際に家庭に入ってホームヘルプサービス等を提供する介護支援事業所からの訴えを指している。

D. 考察

1. 先行研究レビュー

国内で発行されている、精神障害者に対す

る偏見とスティグマにかかわる調査研究報告書等を探索しレビューした。精神障害に関する知識や接触体験が乏しい住民は、重大犯罪による事件報道のイメージ、治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度に対する不安・恐怖などから、容易に自傷他害のおそれのイメージに結びつくネガティブなラベリングやスティグマ、まなざしや構えが形成されることが示唆された。精神障害者を危険とみなす傾向を改善するために「一般住民との交流機会を促進したり、報道機関の活用も有効である」（日本学術会議精神医学研究連絡委員会 2005）とされている。

一方、専門職能団体（日本精神保健福祉士協会、相談支援専門員協会等）が行った調査からは、地域移行後の高齢精神障害者への支援体制の乏しさや、障害福祉サービス提供時のサービス等利用計画作成時のケアマネジメント手法の未成熟、医療機関との地域連携に係る困難等の現状と課題が明らかになった。

また、高齢者を対象に業務を行う介護支援専門員が、地域で精神障害を有する人を支援する機会が増えるにつれ、「困難事例」として地域包括支援センターに報告されるケースが多くなっている。地域で在宅の精神障害者を支援していく体制を構築するためには、精神障害への対応に不慣れな専門職の困難感を受け止めながら、単に医学的な知識の伝授を行うだけでなく、事例に即した適切なコンサルテーションを行うことが必要と考えられる。

2. プレ調査

多くの介護支援専門員が、未治療例や治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度やサービス提供拒否について、どのように支援してよいかわからないと、対応に苦慮していることが明らかとなった。このプレ調査を踏まえて、研究協力者の矢野は、介護支援専門員を対象とした事例検討会において、精神障害が疑われる事例についてグループ・スーパービジョンを行うアクションリサーチをその後展開している。事例検討会に出席した精神保健福祉士等による適切なコンサルテーシ

ョンが受けられれば、当事者のストレングスに着目する等の意識変化により、徐々に精神障害者に対する構えが変化し、対象者理解と信頼関係構築に向けた意識変化が生じることが示唆されている（矢野 2017）。今後、専門職の意識変化を招来する方略を探るための、地域での計画的・実践的なアクションリサーチ方法が明らかになったと考えられる。

3. 今後の取り組み

高齢化した長期入院患者の地域移行には介護保険事業所との連携が必要不可欠となっている（古屋 2015）。平成 28 年 7 月に厚生労働省は『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を立ち上げ、今後は従来の対象者別法制度の枠組みを超えて、地域におけるワンストップサービス提供拠点の整備による地域包括ケアシステム構築を提言している。従来は精神障害者支援に従事していない高齢者領域等の専門職・機関が、知識を習得し対応力量を高めることにより、地域における精神障害者の人権確保と支援体制構築に寄与し得ると考える。

矢野の試行的取り組みを通して、地域における精神障害者の権利擁護を検討するための研究方法について、一定の示唆が得られた。今後は、都内の区市において、基幹型地域包括支援センターの協力を得て、アクションリサーチを行う。各区内に勤務する介護保険事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー；介護福祉士・社会福祉士ら）らを対象に、それぞれ事例検討を中心とした計 5 回のグループ・スーパービジョンを実施した上で、参加者を対象にフォーカス・グループインタビュー及びアンケート調査を実施する。精神障害者への理解の深化と抜本的変革（専門職バイアスへの気づき、ストレングス視点への転換、主観的世界の理解）に至る要素を抽出し、精神障害者の地域生活支援にかかわる研修等に用いる標準的なテキストを作成したいと考えている。

E. 結論

地域で居住する精神障害者に対する住民及び専門職種の構えは、接触体験の乏しさによる基本的知識不足と、重大犯罪による事件報道のイメージ、未治療例や治療中断者の妄想的言動・攻撃的態度に対する対応苦慮などから形成されることが示唆された。一方で、精神障害者支援に不慣れな専門職でも、事例検討会等において適切なスーパービジョンやコンサルテーションの機会が得られれば、意思疎通と信頼関係の構築が図られることが示唆された。これらから、精神障害者に関わる支援者が乏しい地域においても、既存の人的リソースとストレングスを活かして支援チームを形成し、在宅精神障害者の人権確保を図る取り組みの方法構築が期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

矢野香「地域で暮らす精神障害を有する人へのケアマネジメントの課題解決のプロセス～介護支援専門員へのアクションリサーチを通して」『福祉マネジメント実践研究』（投稿中）

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・参考文献

- 1) 福富昌城（2014）「介護支援専門員の立場から—メンタルヘルス面の課題をもった高齢者・家族を支援する介護支援専門員の課題—」『老年精神医学雑誌』 25;288-293
- 2) 古屋龍太（2015）『精神科病院脱施設化論～長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題～』批評社
- 3) 半澤節子・中根允文・吉岡久美子ら（2007）「精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究—統合失調症事例について

- ての調査結果から（第一報）』『日本社会精神医学会雑誌』16;113-124
- 4) 原田小夜・山根寛（2013）「高齢精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケア困難感と多職種連携の課題」『精神障害とリハビリテーション』17(1);50-59
 - 5) 蓮井千恵子・坂本真士・杉浦朋子ら（1999）「精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎的研究」『精神科診断学』10;319-328
 - 6) 関西精神障害問題研究会第二部会（1973）『精神障害者に対する偏見と差別の実態』
 - 7) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会高齢精神障害者支援検討委員会（2014）「高齢入院精神障害者の地域移行支援に関する現状と課題—第一版」
 - 8) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会『精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン（Ver.1）相談支援ハンドブック（Ver.1.3）
 - 9) 中根允文・吉岡久美子・中根秀之（2006）「精神疾患に対する日本人のイメージ—Mental health literacy に関する日豪比較調査から」『日本社会精神医学会雑誌』15(1);25-38
 - 10) 中村真・堀内美穂子（201）「精神障害者への地域支援に影響する要因の検討—相談機関の認知および偏見が、こころに問題を抱えた人への働きかけに及ぼす影響」江戸川大学紀要、24 ; 1-12
 - 11) 日本学術会議精神医学研究連絡委員会（2005）「こころのバリアフリーを目指して—精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のために」日本学術会議ホームページ
 - 12) 岡上和雄・大島巖・荒井元傳編（1989）『日本の精神障害者』ミネルヴァ書房
 - 13) 大島巖・山崎喜比古・中村佐織ら（1989）「日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観—開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から」『社会精神医学』12(3);286-297
 - 14) 大島巖（1992）「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度—東京都民に対する意識調査から」『精神保健研究』38;25-36
 - 15) 斎藤知之・勝瀬大海・平安良雄（2008）「医学的側面からみた精神障害者の高齢化」『精神科臨床サービス』14(1);11-16
 - 16) 白石大介（1994）『精神障害者への偏見とスティグマ：ソーシャルワークリサーチからの報告』中央法規
 - 17) 高木俊介（2011）「統合失調症の人々の生き方を許容する地域社会は可能か？—永田・水嶋論文「東京下町の慢性分裂病者について—地域住民の分裂病者に対する許容性とその社会的背景」（1978）によせて」『精神科治療学』26(4);467-473
 - 18) 竹島正（1992）「地域住民の精神障害者に対する見方について」『社会精神医学』15(3);230-236
 - 19) 竹島正・小山明日香・小山智典ら（2007）「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査」国立精神・神経センター精神保健研究所ホームページ
 - 20) 山口創生・米倉祐希子・周防美智子ら（2011）「精神障害者に対するスティグマの是正への根拠—スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見」『精神障害とリハビリテーション』15(1);75-85
 - 21) 八巻知香子・山崎喜比古（2008）「障害者への社会のまなざし—その内容と特徴」『日本保健医療社会学論集』19(1) ; 13-25
 - 22) 矢野香（2017）「地域で暮らす精神障害を有する人へのケアマネジメントの課題解決のプロセス—介護支援専門員へのアクションリサーチを通して」『福祉マネジメント実践研究』（投稿中）
 - 23) 山崎喜比古・的場智子・菊澤佐枝子ら（2012）『心の病へのまなざしとスティグマ全国意識調査』明石書店
 - 24) 吉江悟・斎藤民・高橋都ら（2006）「介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因—12 種類のケース類型を用いて」『日本公衛誌』53(1);30-31

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
竹島正, 立森久照	精神科診療所の統合失調症患者の地域医療における役割のマクロ実態	高木俊介, 神山昭男	メンタルクリニックでの主要な精神疾患への対応〔3〕統合失調症, 気分障害	中山書店	東京	2016	8-13

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
精神医療・保健福祉システム委員会：黒田研二, 岩成秀夫, 太田順一郎, 根本 康, 吉住昭, 新垣 元, 安西信雄, 池田 学, 磯村 大, 一瀬邦弘, 伊藤哲寛, 大海聖子, 大森哲郎, 岡崎伸郎, 加藤春樹, 小高 晃, 佐竹直子, 佐藤茂樹, 佐藤忠彦, 佐野威和雄, 関 健, 竹島 正, 羽藤邦利, 松原 三郎, 三國雅彦, 水野雅文, 三野 進, 森村安史, 門司 晃, 渡辺義文, 山下俊幸, 山之内芳雄	【資料】都道府県による精神疾患の医療計画に関する分析と提言	精神神経学雑誌	118(4)	199-211	2016
竹島 正, 立森久照, 高橋邦彦	わが国の認知症施策の未来 認知症施策とこれからの精神保健医療福祉のあり方	老年精神医学雑誌	第27巻第7号	777-782	2016
竹島 正, 立森久照, 高橋邦彦, 山之内芳雄	精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果と今後の課題	公衆衛生	80巻11号	790-796	2016

Takahashi K, Tachimori H, Kan C, Nishi D, Okumura Y, Kato N, Takushima T	Spatial analysis for regional behavior of patients with mental disorders in japan.	Psychiatry Clin Neurosci			2016
Noguchi M, Tachimori H, Naganuma Y, Zhao X, Kono T, Horii S, Takushima T	Families' opinions about caring for patients with psychiatric disorders after involuntary hospitalization in japan.	Int J Soc Psychiatry	62(2)	167-175	2016

(作成上の留意事項)

研究成果の刊行に関する一覧表は、別紙4「研究成果の刊行に関する一覧表」(上記一覧表)を参考に作成すること。

「研究成果の刊行に関する一覧表」に記入した書籍又は雑誌は、その刊行物又は別刷り一部を添付すること。