

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 27～29 年度 総合研究報告書

研究代表者 竹島 正

平成 30（2018）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

- 地域のストレンク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. 地域のストレンクスを活かした精神保健医療改革達成における情報共有と対話促進に関する研究
(1) 地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりの手引の開発
竹島 正、高橋 邦彦、立森 久照、山之内 芳雄、籠本 孝雄、他7
- (2) 一般医療で経験されるこころの健康問題等の調査11
竹島 正、菅 知絵美、岡野 敏明、立森 久照
2. 地域のストレンクスを活かした精神保健医療改革に資する資料の作成25
立森 久照、菅 知絵美、加藤 直広、臼田 謙太郎、後藤 基行、他
3. 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35
山之内 芳雄
4. 自立支援医療の適正な提供に関する研究51
我澤 賢之、清水 寛之、竹島 正、岩谷 力
5. 精神障害者の人権確保に関する研究61
河崎 建人、平田 豊明、浅井 邦彦、太田 順一郎、岡崎 伸郎、他
6. 地域における精神障害者の人権確保に関する研究73
—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、松川 靖、中越 章乃

III. 地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりの手引85

平成 27-29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究

総合研究報告書

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

【目的】本研究は、地域ごとの精神科医療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の資料および手引きの開発を行うことを目的とした。また、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。

【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」においては、各地に共有可能な「地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりの手引き」（以下、「手引き」）をまとめることとして、3 府県において研究会、23 条通報の分析、都道府県等における精神保健医療の課題についての対話の場の調査、川崎市をフィールドにした調査を行った。「精神保健医療改革に資する資料の作成」においては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中およびその後の状況を評価指標に基づいて量的に明らかにした。「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」においては患者調査、NDB、新 630 調査の利用可能性の検討とヒアリング調査を行った。「自立支援医療の適正な提供に関する研究」においては、川崎市のデータをもとに自立支援医療（精神通院）利用者数予測のためのプロトコルの検討を行った。「精神障害者の人権確保に関する研究」においては、全国 67 の精神医療審査会事務局に対して、審査会活動の実績、過去 1 年間の審査過程で問題となった事例の報告を依頼し、その内容を分析した。また、全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムを企画・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」においては、高齢者領域に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象としたアクションリサーチを行った。

【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」においては 3 年間の研究成果物として「手引き」をまとめた。「精神保健医療改革に資する資料の作成」においては、精神病床からの退院の時系列データを解析することにより、他の都道府県と比べて退院が起りやすくなった地域などを特定した。「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」においては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たが、目標に届いたものはなかったことがわかった。「自立支援医療の適正な提供に関する研究」においては自立支援医療（精神通院）利用者数予測のためのプロトコルの検討結果をまとめた。

「精神障害者の人権確保に関する研究」においては、精神医療審査会の委員構成、1 合議体開催あたりの書類審査件数、請求受理から審査結果通知までに要する日数の地域差についてまとめた。また問題事例群を類型化した。「地域における精神障害者の人権確保に関する研究」では、介護支援専門員に対する精神障害者支援にかかわる標準的なテキストの作成と研修の実施、事例検討に基づくグループスーパービジョンの実施が有効であることを示した。

【結論】本研究は、地域ごとの精神科医療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の資料および手引きの開発を行った。また、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。

A. 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、精神保健医療改革の達成プロセスの円滑化のために必要な政策と、精神病床の減少が進む場合のその地域精神保健医療への活用のあり方を明らかにすることを目的とした。さらに、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。

B. 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) 地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりの手引の開発

地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりが広がるよう、その手引きをまとめることを目的として、大阪府、鹿児島県、神奈川県において研究会を開催し、精神医療マップ等による関係者協働の検討を行った。最終年度は、手引きの取りまとめに向けて、大阪府と鹿児島県において、実務者層と組織のトップ層による研究会議を開催した。また、神奈川県において4県市の精神保健福祉センター所長等による研究会を開催した。さらに協議の場の持ち方についてヒアリングを行った。

なお、手引き作成は、平成27-29年度障害者対策総合研究開発事業「精神医療に関する空間疫学を用いた疾患発症等の将来予測システムの開発に関する研究」（立森班）、平成28-29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（山之内班）と連携して進めた。

2) 日常の一般診療の場で経験されるこころの健康問題と障害保健福祉ニーズを明らかに

するため、公益社団法人川崎市医師会の協力を得て、同医師会の内科医会と小児科医会に所属する会員を対象として質問紙調査を行った。

3) 精神保健医療における unmet needs (対処されていないニーズ) を都道府県の人口10万対精神病床数と通報件数および措置入院件数との関連から探ることを目的として、人口10万対精神病床数と精神保健福祉法第23条による通報件数、および同条に基づく措置入院件数の関連について、相関分析と散布図を用いて分析した(27年度報告書参照)。

4) 都道府県または政令指定都市レベルの地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場に関する調査を行った(27年度報告書参照)。

5) 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入れに関する調査」の解析を行った(28年度報告書参照)。

【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。さらに都道府県ごとの毎年6月の退院患者数の2004年度から2015年度までの12年間のデータを用いて退院の発生の時間的なトレンドを推定し、そのトレンドに基づいて都道府県を分類した。

【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】

患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。また、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た。さらに、個別の地域の状況を把握するため、大阪、鹿児島、神奈川においてヒアリング調査を行った。

【自立支援医療の適正な提供に関する研究】
育成医療利用者が18歳以上になった際、同一疾病の治療に際し医療費自己負担額が増加した事例があるか、またその負担が過大になっている人がいないか実態を明らかにするための聞き取り調査を行った(27年度報告書参照)。

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試みた。

【精神障害者の人権確保に関する研究】

全国67の精神医療審査会事務局に対して、審査会活動の実績、過去1年間の審査過程で問題となった事例の報告を依頼し、その内容を分析した。また、全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムを企画・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】

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、実際に精神障害者支援に携わる地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化する事例検討会の方法を明らかにすることを目的として、居宅介護支援事業所等に従事する介護支援専門員等16名を対象としたアクションリサーチを実施した。

C. 研究及び考察

【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)まとめられた手引きは次の構成となった。
 1. 地域精神保健医療の方向
 2. 関係者協働の場づくり-大阪, 鹿児島, 神奈川での取組から
 3. 地域のストレングスを発見するために(空間疫学の活用, 精神保健福祉資料の活用)
 4. 地域社会への共有プロセス
 5. 協議の場の意義と精神保健福祉センターの役割

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

2015年に採択された国連の持続可能な開発目標(SDGs)の17のゴールのひとつに保健が入り, そのターゲットに精神保健, 物質乱用の記載が設けられた。国際的に, 精神保健を健康に欠くことのできない, 社会発展の重要な要素と捉える方向に進みつつあると言える。国内においては, 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」は, 新たな地域精神保健医療体制のあり方について, (1)精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築, (2)多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築, (3)精神病床のさらなる機能分化に取り組むこととした。このように地域精神保健医療はさまざまな施策と統合される方向に進みつつある。この手引きをもとに, 地域精神保健医療の地域社会への共有プロセスにおける円卓的な話し合いの場の促進が期待される。2)内科や小児科など一般医療でも障害のある患者を診療することは頻繁にあり, コンサルテーションや紹介の希望も多かった。その一方, 障害のある患者への対応における制度やシステムの整備や紹介先の情報不足等の指摘があった。障害者差別解消法に基づく合理的配慮に関しては, 医療機関を想定しての研修が役立つと思われた。

3)人口10万対精神病床数, 23条通報件数, 通報後の措置入院数には, 都道府県間で相当なばらつきがあること, 人口万対病床数と23条通報件数および通報後の措置入院件数の相関がないことが示された。

4)地域の精神保健医療の課題についての率直な対話の場として, 精神保健福祉審議会, 精神科病院協会等の団体の活動や精神科救急の検討の場が活用されていることが確認された。対話の場の際に役立つ資料として, 精神医療資源などを地理空間的な分布を提示したマップや世界精神保健日本調査等の資料を地

域に応じて提示することが有用であると考えられた。

5) 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、消防隊の約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。

【精神保健医療改革に資する資料の作成】

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。

さらにこの調査による都道府県ごとの毎年6月の退院患者数の2004年度から2015年度までの12年間のデータを用いて退院の発生の時間的なトレンドを推定し、そのトレンドに基づいて都道府県を分類した。全国的にこの期間に退院は発生しやすくなっていたが、退院の相対リスクが増加傾向にある6の都道府県と相対リスクが減少傾向にある6の都道府県 および相対リスクが減少した後、再び増加している3の都道府県に分類された。

【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】

患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した結果、精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ60歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。統合失調症患者は特に若年層では全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、統合失調症は過去1960 - 70年代の病床増加の時代に入院した20-30歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。一律な地域移行の取組よりも、これら過去の長期在院者と近年の若年者の二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレングスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考えられた。さらに、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った。

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。平成28,29年度には、本研究の研究代表者が行った大阪、鹿児島、神奈川における研究会、および研究班会議で話題提供を行い、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。また、2次医療圏ごとに示された診療実績データを地

域医療計画の企画立案やモニタリングで活用していくために、重層的な研修体制や円卓的なステークホルダーの合意の場が必要であると考えられた。

【自立支援医療の適正な提供に関する研究】

育成医療利用者が18歳以上になった際については、先行研究で示されていた口唇口蓋裂の手術以外の事例以外に、心臓機能障害のある育成医療利用者が18歳以降に手術を受けた際、比較的自己負担が大きくなった事例があったことが示された。ただし、当該疾患については平成27年以降の指定難病に該当することから、現在では自己負担額は抑えられることが確認された。

精神通院については、川崎市の場合、他の年代に比べ30歳代～60歳代における利用率が高めであった。それを踏まえ、都道府県別の利用率と自治体の年齢構成の関係を確認してみたところ、利用率1位の沖縄県で他の自治体に比べ際立って14歳以下の人の比率が高く65歳以上の人の比率が低いほか、明確な傾向は読み取ることができなかった。このことから自治体の年齢構成は利用率に影響しないと言い切れるものではないものの、少なくとも他の要因が大きく影響していることが示唆された。

【精神障害者の人権確保に関する研究】

平成29年12月末現在、全国67の審査会には217（前年213）の合議体があり、1,799人（同1,434）の委員が任命されていた。平成28年度は、1回の合議体当たり平均154.4件（同152.1）の書類審査がなされていた。退院請求は2,775件（同2,585）、処遇改善請求は425（同386）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32.7（同33.2）日であった。審査様式では、急な欠席者への対応、書類審査の事前配布や役割分担、代理人弁護士からの資料開示請求への対応、合議体の開催時間などにおいて、自治体間で差があった。問題事例群を類型化したところ、医療保護入院継続の要件に疑問のある事例のほか、近年では、医療保護入院の

同意を巡って家族間に対立がある事例、家族の同意能力に疑問がある事例の報告が目立っていた。平成29年度は、10月に岡山市において、「精神医療審査会の現状と今後の方向性」と題したシンポジウム、平成30年2月に東京都において、「措置入院者退院支援の取り組み」と題したシンポジウムを開催した。

【地域における精神障害者の人権確保に関する研究】

介護支援専門員（以下CM）は、介護保険の主契約対象者ではない家族で精神疾患を有する方との出会いが多いことが知られている。本来は、家族支援も環境支援業務として位置づけてかかわることが求められているが、不慣れた精神障害者に対する構えもあり、かわりの困難さを実感しているCMが多い。今回、事例検討に基づくグループスーパービジョンを試行的に実施することにより、精神障害者に対しても普通に話せばいいと納得できることで、困難の多くが支援者側の構えの問題にあることが示唆された。「精神障害」に問題を還元するのではなく、本人たちの生き方や選択を認め、多様性を尊重し、まず人として接することが大切であり、在宅精神障害者へのかかわりにおいては、本人のヒストリー（生活歴、生き方、背景）やストレンクス（力と強み、大切にしているもの、地域とのつながり）を理解した上でのアプローチが重要との気づきが、当事者へのかかわりを良好なものに転換し、権利を擁護することに繋がる。一方、居宅支援現場における事例検討会が、CM同士で日常的に実施されることは少なく、「統合失調症が怖い」という気持ちや戸惑いを率直に表明しても受容され、批判されること無く安心して話せる事例検討の場が必要である。CMを対象とする実務者研修では、認知症は取り上げられても精神疾患は扱われず、精神障害にかかわる基礎知識も乏しい。CMに対する精神障害者支援にかかわる研修の実施が必要であり、ストレンクス視点での効果的な事例検討に基づくGSVの実施が有効である。

E. 結論

本研究は、地域ごとの精神科医療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の資料および手引きの開発を行った。また、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。

F. 健康危険情報

なし。

平成 27-29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究
分担研究

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革達成における情報共有と対話促進に関する研究
分担研究報告書（1）

地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりの手引の開発

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：

【全体】高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科），立森久照（国立精神・神経医療研究センター），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）【大阪研究会】籠本孝雄（大阪府立精神医療センター），河崎建人（水間病院），笹井康典（大阪府こころの健康総合センター），木内邦明（堺市こころの健康センター），堤俊仁（医療法人適水会つつみクリニック），渡辺洋一郎（横山・渡辺クリニック），浅田留美子（大阪府地域保健課），浅野美佐子（大阪府こころの健康総合センター），上野千佳（大阪府地域保健課），鹿野勉（大阪府こころの健康総合センター），原るみ子（大阪府こころの健康総合センター），平山照美（大阪府こころの健康総合センター），本屋敷美奈（大阪府こころの健康総合センター），山田敦（川崎市健康福祉局障害保健福祉部）【鹿児島研究会】宇田英典（伊集院保健所），竹之内薫（鹿児島県精神保健福祉センター），永田雅子（医療法人慈和会 大口病院），松下兼介（医療法人仁心会 福山病院），松永絹子（鹿児島県保健福祉部障害福祉課），福迫剛（公益財団法人 慈愛会 谷山病院），山畑良蔵（鹿児島県立始良病院），内大久保修子（鹿屋保健所），五反田都子（加世田保健所），鋪根加奈（始良保健所），松田優子（川薩保健所地域保健福祉課），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター），吉田美佳（伊集院保健所）

【神奈川研究会】穴倉久里江（相模原市精神保健福祉センター），白川教人（横浜市こころの健康相談センター），山田正夫（神奈川県精神保健福祉センター）【情報提供・ヒアリング等】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），菅知絵美（独立行政法人労働者健康安全機構労働安全総合研究所），平田豊明（千葉県精神科医療センター），古屋龍太（日本社会事業大学大学院）

研究要旨：地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりが広がるよう，3府県での研究会等をもとに，その手引きをまとめた。この手引きが各地に円卓的な話し合いの場を広げ，地域精神保健医療が地域社会の中に統合されると共に，精神保健および社会的ケア施設の質と人権の確保が進むことが期待される。

A. 研究目的

地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりが広がるよう，その手引きをまとめることを目的とした。

開催し，精神医療マップ等によって，関係者が地域精神保健医療の状況を共有することができることを示した。また，神奈川県とは地域の状況の異なる大阪府，鹿児島県においてヒアリング調査を行った。

B. 研究方法

平成 27 年度は，神奈川県において研究会を

平成 28 年度は，大阪府，鹿児島県において

研究会を開催し、精神医療マップ等による関係者協働の検討を行った。また、それぞれの地域のストレンクスを活かした地域精神保健医療の方向性を話し合った。

平成 29 年度は、手引きの取りまとめに向けて、大阪府と鹿児島県において、実務者層と組織のトップ層による研究会議を開催した。また、神奈川県において 4 県市の精神保健福祉センター所長等による研究会を開催した。

さらに協議の場の持ち方についてヒアリングを行った。これらをもとに手引き（案）をまとめ、研究班会議のコメントを得て修正し、3 年間の研究の成果物とした。

なお、この手引き作成は、平成 27-29 年度障害者対策総合研究開発事業「精神医療に関する空間疫学を用いた疾患発症等の将来予測システムの開発に関する研究」（立森班）、平成 28-29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（山之内班）と連携して進めた。

C. 研究結果

まとめられた手引きは次の構成となった。

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

成果物である手引きは総合研究報告書 85 ページから 112 ページを参照されたい。

D. 考察

2015 年に採択された国連の持続可能な開発目標 (SDGs) の 17 のゴールのひとつに保健が入り、そのターゲットに精神保健、物質乱用の記載が設けられた。世界保健機関 (WHO) は 2013 年に「メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020」を採択したが、その原則は “ No health without mental health (メンタルヘルスなしに健康なし)” である。国際的に、精神保健を健康に欠くことのできない、社会発展の重要な要素と捉える方向に進みつつあると言える。国内においては、平成 29 年 2 月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」は、新たな地域精神保健医療体制のあり方について、(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築、(3) 精神病床のさらなる機能分化に取り組むこととした。このように地域精神保健医療はさまざまな施策と統合される方向に進みつつある。この手引きは地域精神保健医療の地域社会への共有プロセスにおける円卓的な話し合いの場を促進することが期待される。

E. 結論

地域と研究の協働による地域精神保健医療に関する協議の場づくりが広がるよう、その手引きをまとめた。この手引きが各地に円卓的な話し合いの場を広げ、地域精神保健医療が地域社会の中に統合されると共に、精神保健および社会的ケア施設の質と人権の確保が進むことが期待される。

F. 健康危険情報 なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takahashi K, Tachimori H, Kan C, Nishi D, Okumura Y, Kato N, Takeshima T:

Spatial analysis for regional behavior of patients with mental disorders in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2017

- 2) 竹島正：地域包括ケアシステムと精神科診療所. 日精診 43 (4) . 634-666. 2017
- 3) 竹島正, 津田多佳子, 柴崎聡子：すべての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムと精神保健福祉. 公衆衛生情報 47 (8) . 16-17. 2017
- 4) 竹島正, 立森久照, 高橋邦彦：わが国の認知症施策の未来⑥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, 201607.
- 5) 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.

2. 学会発表

- 1) 竹島正：川崎市における地域包括ケアシステムの構築と精神保健の役割. シンポジウム 38 「都市型準限界集落における地域包括ケアシステムとソーシャルキャピタルの醸成. 第 76 回日本公衆衛生学会. 2017
- 2) 菅知絵美, 立森久照, 高橋邦彦, 竹島正：精神病床を有する病院の新規入院患者の入院前と退院後の居住形態. 第 76 回日本公衆衛生学会. 2017
- 3) 川嶋賢治, 北村弥生, 岩谷力, 竹島正, 小澤温：平成 23 年度生活のしづらさ調査の詳細統計作成－精神保健福祉手帳のみ所有者の障害等級別の比較. 日本リハビリテーション連携科学会. 2017

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし。

平成 27-29 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

地域のストレングスを活かした精神保健医療改革達成における情報共有と対話促進に関する研究
分担研究報告書（2）
一般医療で経験されるこころの健康問題等の調査

研究分担者 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市精神保健福祉センター）
研究協力者 菅 知絵美（独立行政法人労働者健康安全機構労働安全総合研究所 過労死等調査研究センター）
岡野 敏明（岡野内科医院）
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）

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のための基礎資料を得ることを目的として、日常の一般診療の場で経験されるこころの健康問題と障害保健福祉ニーズを明らかにするため医師を対象に調査を行う。

【方法】公益社団法人川崎市医師会の協力を得て、同医師会の内科医会と小児科医会に所属する会員を対象として質問紙調査を行った。

【結果】内科と小児科の両者において、6～7割の医師が「月に1回」以上は精神障害、知的障害、身体障害のある患者を診療していた。特に、内科では精神障害や身体障害のある患者を「毎日」あるいは「数日に1回」診療している医師が多かった。障害のある患者を専門科に紹介や相談した経験は「月に1回」が多かった。また、障害のある患者への対応について制度の整備の必要性に関する自由記述の内容についてコーディングを行った結果、「受け入れ先の情報の不足」「制度やシステムの問題」「家族への支援」等が抽出された。内科と小児科ともに「制度やシステムの問題」が多く挙げられ、特に、精神障害あるいは知的障害の患者における記述が多かった。「受け入れ先の情報の不足」は、精神障害のある患者において内科と小児科とともに挙がっていたが、知的障害のある患者においては小児科で記述が多かった。「家族への支援」は、知的障害や身体障害のある患者において内科と小児科の両方で多かった。精神障害の患者に関しては、平日昼間の精神科専門医に紹介またはコンサルテーションできる体制の希望が多いことがわかった。過去1年間に、勤務する医療機関の職員が障害のある患者への合理的配慮に関する研修へ参加した有無について、内科と小児科と両方で「ない」と回答した割合が8割を占めていた。合理的配慮に関して、医療機関を想定しての研修が役立つと思われた。

【結論】内科や小児科など一般医療でも障害のある患者を診療することは頻繁にあり、コンサルテーションや紹介の希望も多かった。その一方、障害のある患者への対応における制度やシステムの整備や紹介先の情報不足等の指摘があった。今回の調査は、全ての地域住民に対応した地域包括ケアシステムの構築の上で、医療機関における障害のある人や家族への対応に示唆を提供するものである。

A. 研究目的

こころの健康問題に関する疫学調査(世界精神保健日本調査)の結果等を踏まえると、わが国成人のうち、4人にひとり、生涯のうちに、うつ病、不安障害や依存症などのこころの健康問題を経験すると考えられる。すなわち、市民の健康を守るために日々診療に当たる一般医療の医師も、多くのこころの健康問題をかかえた市民に出会っている可能性がある。

川崎市精神保健福祉センターでは、全ての知己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の構築の検討を進めているが、これは川崎市に限らず、全国すべての自治体に期待される方向であろう。その基礎資料を得ることを目的として、日常の一般診療の場で経験されるこころの健康問題と障害保健福祉ニーズを明らかにするため医師を対象に調査を行った。

B. 研究方法

1) 対象者

川崎市精神保健福祉センターと連携し、公益社団法人川崎市医師会の協力を得て、その内科医会に所属する医師会員 212 名、小児科医会に所属する医師会員 158 名の計 370 名を対象とした。

回答数は、2つの医会を合わせると 129 名であり、有効回答数は 125 名であった(回収率 34.9%、そのうちの有効回答率 96.9%)。

2) 調査方法

無記名自記式の質問票を対象者に郵送で配布、個別に返信用封筒にて各自送付にて回収した。なお、対象者個人からの研究協力は、回答の返信をもって同意が得られたものとした。

調査時期は平成 29 年 8 月 28 日～10 月 4 日であった。

3) 調査内容

一般医療で経験される精神障害について質問した調査票(付録 1)を用いた。調査項目内容は以下の通りであった。

①過去 3 ヶ月のうち、精神障害(こころの健康問題)により気分や感情が安定しない方や、思考やコミュニケーションに障害のある方の診療の経験(毎日、数日に 1 回、月に 1 回、わからない)、②日常の診療において精神障害をかかえる患者の処遇について精神科専門医に紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合の有用性(大いに役立つ、少し役立つ、どちらともいえない、あまり役立たない、役立たない)、③日常の診療において精神障害(こころの健康問題)のある市民への対応について制度の整備が必要と考えられること(自由記述)、④過去 3 ヶ月のうち、知的障害により意思の疎通や治療への理解・協力を得ることが難しい方の診療等の経験(毎日、数日に 1 回、月に 1 回、わからない)、⑤日常の診療において知的障害のある市民への対応について制度の整備が必要と考えられること(自由記述)、⑥過去 3 ヶ月のうち、身体障害(身体機能の障害があつて特別な配慮をする必要がある方や視覚や聴覚に障害があつてコミュニケーションを取ることが難しい方)の診療等の経験(毎日、数日に 1 回、月に 1 回、わからない)、⑦日常の診療において身体障害のある市民への対応について制度の整備が必要と考えられること(自由記述)、⑧「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に対応した研修の受講経験、受講希望、川崎市の障害福祉サービス機関との連携の経験、⑧対象者の属性(年齢階級、性別、主たる診療科目、勤務する医療機関の種類)。

4) 自由記述の分析方法

調査項目のうち、③日常の診療において精神障害(こころの健康問題)のある患者への対応

について制度の整備が必要と考えられること、⑤日常の診療において知的障害のある患者への対応について制度の整備が必要と考えられること、⑦日常の診療において身体障害のある患者への対応について制度の整備が必要と考えられることに関し、自由記述法で回答を得、内容についてコーディングを行った上で集計した。各記述のなかで見られる共通点や類似点を基にそれらを集約してカテゴリー分けし、それぞれのカテゴリーに命名を行なった。その結果、「受け入れ先の情報不足」、「制度やシステムの問題」、「家族への支援」、「その他」が抽出された。

「受け入れ先の情報不足」には、障害のある患者を専門機関に紹介しても長い予約待ちや受診待ちによる受診困難があり、その情報不足が含まれる。

「制度やシステムの問題」には、障害のある患者を紹介する専門機関が不明であったり、日常の診療で対応する際の制度整備の不十分さ、及び対応制度の充実と拡充などの必要性が含まれる。

「家族への支援」には、障害のある患者を支える家族を支援するための制度の補填・要請などが含まれる。

上記 4 つのカテゴリーに含まれなかった記述を「その他」とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、国立精神・神経医療研究センター研究倫理委審査委員回にて審査され承認(通知番号：A2017-030)を得た上で実施された。個人の特定につながりうる情報は一切含まれていなかった。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

対象者の概要は表 1 に示す。対象者 125 名名

中、主たる診療として内科医は 85 名 (68.0%)、小児科医は 40 名 (32.0%) であった。内科医において男性は 78 名 (91.8%)、女性 (8.2%) であり、小児科医において男性は 78 名 (77.5%)、女性 (22.5%) であった。年代をみると、内科医と小児科医ともに 60 代 (内科医 38.8%、小児科医 47.5%) からの回答が最も多く、次いで 50 代 (内科医 24.7%、小児科医 22.5%)、40 代 (内科医 16.5%、小児科医 17.5%) であった。勤務する医療機関としては、内科医と小児科医ともに病床がない診療所の回答が最も多かった (内科医 92.9%、小児科医 82.5%)。

2. 過去 3 ヶ月のうち、精神障害 (こころの健康問題) により気分や感情が安定しない方や、思考やコミュニケーションに障害のある患者の診療の経験

内科は「月に 1 回」(38.8%)、「数日に 1 回」(37.6%)、「毎日」(10.6%) の順に多かった (表 2)。小児科は「月に 1 回」(45.0%)、「わからない」(27.5%)、「数日に 1 回」(20.0%) の順に多かった。また、精神障害のある患者を精神科に相談または紹介した頻度は、内科は「月に 1 回」(49.4%)、小児科は「わからない」(50.0%) の回答が最も多かった (表 3)。

内科と小児科ともに「毎日」あるいは「数日に 1 回」、精神障害のある患者を診療したと回答した医師において、精神科に相談または紹介した頻度は、「月に 1 回」が最も多かった (表 4)。

3. 日常の診療において精神障害をかかえる患者の処遇について精神科専門医に紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合の有用性

平日昼間、休日・祭日、平日夜間に精神科専門医に紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合の有用性の回答では、どの日

付や時間帯でも大いに役立つが最も多かった(表7)。そのうちでも平日昼間に大いに役立つが多かった(55.3%)。また、有用性に関しては、内科に比して小児科のほうが役立つ回答の割合が多かった。

4. 日常の診療において精神障害(こころの健康問題)のある患者への対応について制度の整備が必要と考えられること

自由記述のコーディング結果の度数は表10に示した。内科と小児科ともに「制度やシステムの問題」へのコーディングが多く、半数以上がこの要素に属していた(内科66.7%、小児科58.3%)。内科と小児科で異なった特徴として、内科は「受け入れ先の情報不足」(12.5%)、小児科は「家族への支援」(25.0%)へのコーディングが次に多かった。

5. 過去3ヶ月のうち、知的障害により意思の疎通や治療への理解・協力を得ることが難しい方の診療等の経験

知的障害のある患者を診療した頻度は、内科は「月に1回」(49.4%)、「わからない」(27.1%)、「数日に1回」(17.6%)の順に多かった。小児科は「月に1回」(42.5%)、「数日に1回」(27.5%)、「わからない」(12.5%)の順に多かった(表2)。また、知的障害のある患者を専門機関に相談または紹介した頻度は、内科と小児科の両者で「わからない」(内科65.9%、小児科50.0%)の回答が最も多く、「月に1回」(内科23.5%、小児科35.0%)が次に多かった(表3)。

「毎日」あるいは「数日に1回」知的障害のある患者を診療したと回答した内科医及び小児科医が専門機関に相談または紹介した頻度は「月に1回」が最も多かった(表5)。

6. 日常の診療において知的障害のある患者への対応について制度の整備が必要と考えられ

ること

自由記述のコーディング結果の度数は表10に示した。内科は「制度やシステムの問題」へのコーディングが多く半数以上がこの要素に属していた(60.0%)。一方、小児科は「受け入れ情報不足」(36.4%)及び「家族への支援」(36.4%)へのコーディングが最も多く、内科と小児科で異なった特徴がみられた。

7. 過去3ヶ月のうち、身体障害により意思の疎通や治療への理解・協力を得ることが難しい患者の診療等の経験

内科は「月に1回」(38.8%)、「数日に1回」(23.5%)、「わからない」(22.4%)の順に多かった。小児科は「わからない」(37.5%)、「月に1回」(35.0%)、「数日に1回」(15.0%)の順に多かった(表2)。また、専門機関に相談または紹介した頻度は、内科と小児科の両者で「わからない」(内科63.5%、小児科62.5%)が6割以上を占めており、次に「月に1回」(内科27.1%、小児科20.0%)が多かった(表3)。

「毎日」あるいは「数日に1回」と身体障害のある患者を診療したと回答した内科医と小児科医ともに、専門機関に相談または紹介した頻度は、「月に1回」が最も多かった(表6)。

8. 日常の診療において身体障害のある患者への対応について制度の整備が必要と考えられること

自由記述のコーディング結果の度数は表10に示した。内科は「システムの問題」(60.0%)、小児科は「家族への支援」(100%)へのコーディングが多く、身体障害のある患者両者で異なる特徴がみられた。

9. 「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に対応した取組

過去1年間に、勤務する医療機関の職員が障

害のある患者への合理的配慮に関する研修へ参加した有無について、内科と小児科と両者で「ない」と回答した割合が8割を占めていた（内科87.1%、小児科82.5%）（表8）。また、障害のある患者への合理的配慮に関する研修の受講を希望するかの回答では、「ある」の回答が内科（42.4%）よりも小児科（60.0%）のほうが多かった（表9）。

D. 考察

本研究では、日常の一般診療の場で経験されるこころの健康問題と障害保健福祉ニーズを明らかにするとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組むべき課題を整理した。

分析結果から、内科と小児科と両者において、6～7割の医師が「月に1回」以上は精神障害、知的障害、身体障害のある患者を診療していた。特に、内科では精神障害や身体障害のある患者を「毎日」あるいは「数日に1回」と頻繁に診療している医師が多かった。しかし、障害のある患者を頻繁に診療していても専門機関に紹介や相談した経験は「月に1回」が多かった。

障害のある患者への対応について制度の整備の必要性に関する自由記述をみると、内科と小児科ともに「制度やシステムの問題」を挙げ、特に、精神障害あるいは知的障害の患者における記述が多かった。障害のある患者の紹介先のわかりにくさや対応における制度の整備の不十分さの指摘からも、対応における制度の現状確認と情報提供、及び制度の充実と拡充の必要と考えられる。

「受け入れ先の情報の不足」は、精神障害のある患者において内科と小児科とともに挙げられていたが、知的障害のある患者においては小児科で記述が多かった。障害のある患者を紹介しても専門機関での受け入れ先での予約待ちで受診が困難などの記述が多くあり、専門機関と一般診療との情報共有の不足の可能性が

示唆された。小児科からの知的障害のある患者への「受け入れ先の情報不足」は、紹介先が分からないという記述が多いことから、紹介できる専門機関の情報提供が重要であると考えられる。

「家族への支援」は、知的障害や身体障害のある患者において内科と小児科の両者で記述が多かった。障害のある患者をかかえる家族の高齢化等の問題等の記述が挙げられており、地域での家族支援の充実の必要性が示唆された。

精神障害の患者に関しては、平日昼間の精神科専門医に紹介またはコンサルテーションでできる体制の希望が多いことがわかった。

内科と小児科において、障害のある患者の診療頻度や紹介頻度、対応制度の整備の必要性に類似点もみられたが相違点もみられた。これらの相違点にも留意し、一般医療と専門機関、及び地域の障害福祉サービスとの連携や情報共有等の向上が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に役立つと考えられる。障害のある患者への合理的配慮に関しては、医療機関における対応を想定しての研修が役立つと思われた。

E. 結論

内科や小児科など一般医療でも障害のある患者を診療することは頻繁にあり、コンサルテーションや紹介の希望も多かった。その一方、障害のある患者への対応における制度やシステムの整備や紹介先の情報不足等の指摘があった。今回の調査は、全ての地域住民に対応した地域包括ケアシステムの構築の上で、障害のある人や家族への対応に示唆を提供するものである。

謝辞

本調査を進めるにあたり、ご協力及びご支援をいただきました公益社団法人川崎市医師会、

川崎市医師会の内科医会、小児科医会の皆様に
深く感謝申し上げます。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献 なし

表1 質問紙調査の対象者の概要

	内科		小児科		全体	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
性別						
男性	78	(91.8)	31	(77.5)	109	(87.2)
女性	7	(8.2)	9	(22.5)	16	(12.8)
合計	85	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)
年代						
30代	1	(1.2)	1	(2.5)	2	(1.6)
40代	14	(16.5)	7	(17.5)	21	(16.8)
50代	21	(24.7)	9	(22.5)	30	(24.0)
60代	33	(38.8)	19	(47.5)	52	(41.6)
70代以上	16	(18.8)	4	(10.0)	20	(16.0)
合計	85	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)
勤務する医療機関						
病院	6	(7.1)	7	(17.5)	13	(10.4)
診療所(病床なし)	79	(92.9)	33	(82.5)	112	(89.6)
診療所(病床あり)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
合計	85	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)

表2 精神障害、知的障害、あるいは身体障害がある患者を診療した頻度

	内科						小児科						全体					
	精神障害 のある患者		知的障害 のある患者		身体障害 のある患者		精神障害 のある患者		知的障害 のある患者		身体障害 のある患者		精神障害 のある患者		知的障害 のある患者		身体障害 のある患者	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
毎日	9	(10.6)	1	(1.2)	9	(10.6)	0	(0.0)	2	(5.0)	2	(5.0)	9	(7.2)	3	(2.4)	11	(8.8)
数日に1回	32	(37.6)	15	(17.6)	20	(23.5)	8	(20.0)	11	(27.5)	6	(15.0)	40	(32.0)	26	(20.8)	26	(20.8)
月に1回	33	(38.8)	42	(49.4)	33	(38.8)	18	(45.0)	17	(42.5)	14	(35.0)	51	(40.8)	59	(47.2)	47	(37.6)
わからない	5	(5.9)	23	(27.1)	19	(22.4)	11	(27.5)	5	(12.5)	15	(37.5)	16	(12.8)	28	(22.4)	34	(27.2)
欠損値	6	(7.1)	4	(4.7)	4	(4.7)	3	(7.5)	5	(12.5)	3	(7.5)	9	(7.2)	9	(7.2)	7	(5.6)
合計	85	(100.0)	85	(100.0)	85	(100.0)	40	(100.0)	40	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)	125	(100.0)	125	(100.0)

表3 精神障害、知的障害、あるいは身体障害がある患者を専門科に相談または紹介した頻度

	内科						小児科						全体					
	精神障害 のある患者		知的障害 のある患者		身体障害 のある患者		精神障害 のある患者		知的障害 のある患者		身体障害 のある患者		精神障害 のある患者		知的障害 のある患者		身体障害 のある患者	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
毎日	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)
数日に1回	5	(5.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.5)	5	(4.0)	0	(0.0)	1	(0.8)
月に1回	42	(49.4)	20	(23.5)	23	(27.1)	14	(35.0)	14	(35.0)	8	(20.0)	56	(44.8)	34	(27.2)	31	(24.8)
わからない	29	(34.1)	56	(65.9)	54	(63.5)	20	(50.0)	20	(50.0)	25	(62.5)	49	(39.2)	76	(60.8)	79	(63.2)
欠損値	9	(10.6)	9	(10.6)	8	(9.4)	6	(15.0)	6	(15.0)	6	(15.0)	15	(12.0)	15	(12.0)	14	(11.2)
合計	85	(100.0)	85	(100.0)	85	(100.0)	40	(100.0)	40	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)	125	(100.0)	125	(100.0)

表 4 精神障害のある患者の診療頻度と専門科に相談または紹介した頻度

精神障害があるた 患者を診療した 頻度	精神障害のある患者を精神科に相談または紹介した頻度																	
	内科						小児						全体					
	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
毎日	0 (0.0%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
数日に 1回	0 (0.0%)	2 (6.3%)	22 (68.8%)	6 (18.8%)	2 (6.3%)	32 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	8 (100.0%)	0 (0.0%)	2 (5.0%)	29 (72.5%)	7 (17.5%)	2 (5.0%)	40 (100.0%)
月に 1回	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (48.5%)	16 (48.5%)	1 (3.0%)	33 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (38.9%)	7 (38.9%)	4 (22.2%)	18 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	23 (45.1%)	23 (45.1%)	5 (9.8%)	51 (100.0%)
わからない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (90.9%)	1 (9.1%)	11 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (93.8%)	1 (6.3%)	16 (100.0%)
欠診	0 (0.0%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	4 (66.7%)	6 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	5 (55.6%)	9 (100.0%)

表 5 知的障害のある患者の診療頻度と専門科に相談または紹介した頻度

知的障害があるた 患者を診療した 頻度	知的障害のある患者を精神科に相談または紹介した頻度																	
	内科						小児						全体					
	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
毎日	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	3 (100.0%)
数日に 1回	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (66.7%)	5 (33.3%)	0 (0.0%)	15 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (63.6%)	4 (36.4%)	0 (0.0%)	11 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (65.4%)	9 (34.6%)	0 (0.0%)	26 (100.0%)
月に 1回	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (21.4%)	27 (64.3%)	6 (14.3%)	42 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (35.3%)	9 (52.9%)	2 (11.8%)	17 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (25.4%)	36 (61.0%)	8 (13.6%)	59 (100.0%)
わからない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	23 (100.0%)	0 (0.0%)	23 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (80.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	27 (96.4%)	1 (3.6%)	28 (100.0%)
欠診	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (33.3%)	6 (66.7%)	9 (100.0%)

表 6 身体障害のある患者の診療頻度と専門科に相談または紹介した頻度

身体障害がある 患者を診療した 頻度	身体障害のある患者を精神科に相談または紹介した頻度																	
	内科						小児						全体					
	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計	毎日	数日に 1回	月に 1回	わからない	欠診	合計
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
毎日	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0 (0.0%)	9 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (54.5%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)	11 (100.0%)
数日に 1回	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (40.9%)	11 (55.0%)	1 (5.0%)	20 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	12 (46.2%)	12 (46.2%)	1 (3.8%)	26 (100.0%)
月に 1回	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (30.3%)	19 (57.6%)	4 (12.1%)	33 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (21.4%)	9 (64.3%)	2 (14.3%)	14 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (27.7%)	28 (59.6%)	6 (12.8%)	47 (100.0%)
わからない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19 (100.0%)	0 (0.0%)	19 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (100.0%)	0 (0.0%)	15 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	34 (100.0%)	0 (0.0%)	34 (100.0%)
欠診	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100.0%)	3 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	7 (100.0%)

表 7 精神障害をかかえた患者を精神科専門医に紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合の有用性

	平日昼間		休日・祭日		平日夜間	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
大いに役立つ	47	(55.3)	30	(35.3)	28	(32.9)
少し役立つ	23	(27.1)	17	(20.0)	22	(25.9)
どちらともいえない	12	(14.1)	26	(30.6)	23	(27.1)
あまり役立たない	3	(3.5)	8	(9.4)	7	(8.2)
役立たない	0	(0.0)	4	(4.7)	5	(5.9)
合計	85	(100.0)	85	(100.0)	85	(100.0)

表 8 過去 1 年間に勤務する医療機関の職員が障害のある患者への合理的配慮に関する研修へ参加した有無

	内科		小児科		全体	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ある	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
ない	74	(87.1)	33	(82.5)	107	(85.6)
わからない	6	(7.1)	7	(17.5)	13	(10.4)
欠損値	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(1.6)
合計	85	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)

表 9 障害のある患者への合理的配慮に関する研修の受講希望の有無

	内科		小児科		全体	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ある	36	(42.4)	24	(60.0)	60	(48.0)
ない	19	(22.4)	6	(15.0)	25	(20.0)
わからない	28	(32.9)	10	(25.0)	38	(30.4)
欠損値	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(1.6)
合計	85	(100.0)	40	(100.0)	125	(100.0)

表 10 精神障害、知的障害、身体患者への対応で制度の整備が必要と考えられることのコーディング結果（度数と割合）

	内 科						小 児 科						全 体					
	精神障害の ある患者		知的障害の ある患者		身体障害の ある患者		精神障害の ある患者		知的障害の ある患者		身体障害の ある患者		精神障害の ある患者		知的障害のあ る患者		身体障害のあ る患者	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
受け入れ先の情報不足	3	(12.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	4	(36.4)	0	(0.0)	4	(11.1)	4	(12.9)	0	(0.0)
制度やシステムの問題	16	(66.7)	12	(60.0)	4	(36.4)	7	(58.3)	3	(27.3)	0	(0.0)	23	(63.9)	15	(48.4)	4	(30.8)
家族への支援	2	(8.3)	3	(15.0)	3	(27.3)	3	(25.0)	4	(36.4)	2	(100.0)	5	(13.9)	7	(22.6)	5	(38.5)
その他	3	(12.5)	5	(25.0)	4	(36.4)	1	(8.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(11.1)	5	(16.1)	4	(30.8)
合計	24	(100.0)	20	(100.0)	11	(100.0)	12	(100.0)	11	(100.0)	2	(100.0)	36	(100.0)	31	(100.0)	13	(100.0)

一般医療で経験されるこころの健康問題等の調査・調査票

1. 精神障害（こころの健康問題）により、気分や感情が安定しない方や、思考やコミュニケーションに障害のある方の診療の経験についてお聞きします。

1) 日常の診療において、このような状態にある患者様を、直接診療することは、過去3か月のうちにどのくらいありましたか。最も近いものひとつに○をつけてください。

- (1) 毎日 (2) 数日に1回 (3) 月に1回 (4) わからない

2) 日常の診療において、このような状態にある患者様を、精神科に相談または患者様を紹介したことは、過去3か月のうちにどのくらいありましたか。最も近いものひとつに○をつけてください。

- (1) 毎日 (2) 数日に1回 (3) 月に1回 (4) わからない

2. 日常の診療において、このような状態にある患者様の処遇について、精神科専門医に紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合の有用性についてお聞きします。

1) 平日昼間に紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合、どのくらい役立ちますか。最も近いものひとつに○をつけてください。

- (1) 大いに役立つ (2) 少し役立つ (3) どちらともいえない
(4) あまり役立たない (5) 役立たない

2) 休日・祭日などに紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合、どのくらい役立ちますか。最も近いものひとつに○をつけてください。

- (1) 大いに役立つ (2) 少し役立つ (3) どちらともいえない
(4) あまり役立たない (5) 役立たない

3) 平日夜間などに紹介またはコンサルテーションできる体制があった場合、どのくらい役立ちますか。最も近いものひとつに○をつけてください。

- (1) 大いに役立つ (2) 少し役立つ (3) どちらともいえない
(4) あまり役立たない (5) 役立たない

3. 日常の診療において、精神障害（こころの健康問題）のある市民への対応について、制度の整備が必要と考えられることがありましたらお知らせください。

4. 知的障害により、意思の疎通や治療への理解・協力を得ることが難しい方の診療等の経験についてお聞きします。

1) 日常の診療において、知的障害のある患者様を、直接診療することは、過去3か月のうちにどのくらいありましたか。最も近いものひとつに○をつけてください。

(1) 毎日 (2) 数日に1回 (3) 月に1回 (4) わからない

2) 日常の診療において、知的障害のある患者様を、専門機関の相談に結びつけたり、紹介したことは、過去3か月のうちにどのくらいありましたか。最も近いものひとつに○をつけてください。

(1) 毎日 (2) 数日に1回 (3) 月に1回 (4) わからない

5. 日常の診療において、知的障害のある市民への対応について、制度の整備が必要と考えられることがありましたらお知らせください。

6. 身体障害（身体機能の障害があつて特別な配慮をする必要がある方や、視覚や聴覚に障害があつてコミュニケーションを取ることが難しい方）の診療等の経験についてお聞きします。

1) 日常の診療において、身体障害のある患者様を、直接診療することは、過去3か月のうちにどのくらいありましたか。最も近いものひとつに○をつけてください。

(1) 毎日 (2) 数日に1回 (3) 月に1回 (4) わからない

2) 日常の診療において、身体障害のある患者様を、専門機関の相談に結びつけたり、紹介したことは、過去3か月のうちにどのくらいありましたか。最も近いものひとつに○をつけてください。

(1) 毎日 (2) 数日に1回 (3) 月に1回 (4) わからない

7. 日常の診療において、知的障害のある市民への対応について、制度の整備が必要と考えられることがありましたらお知らせください。

8. 障害全般についてお聞きします。

平成 25 年 6 月、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（障害者差別解消法）が制定され、平成 28 年 4 月 1 日から施行されました。この法律では、障害のある人から、社会の中にあるバリアを取り除くために何らかの対応を必要としているとの意思が伝えられたときに、負担が重すぎない範囲で対応することが求められています。

1) この 1 年間に、あなた、または、あなたの勤務する医療機関の職員が、障害のある方への合理的配慮に関する研修に参加したことがありますか。

- (1) ある (2) ない (3) わからない

2) 障害のある方への合理的配慮に関する研修が実施された場合、受講希望はありますか。

- (1) ある (2) ない (3) わからない

3) 川崎市の障害福祉サービスを提供する機関のうち、障害者のある患者様の処遇に関して、過去 1 年のうちでやりとりをした機関すべてに○をつけてください。

- (1) 更生相談所 (2) 精神保健福祉センター (3) 百合丘障害者センター
(4) 井田障害者センター (5) 更生相談所南部地域支援室

9. 回答者についてお答えください。

1) 年齢

- (1) 20代 (2) 30代 (3) 40代 (4) 50代
(5) 60代 (7) 70代以上

2) 性別

- (1) 男 (2) 女

3) 主たる診療科目 (いずれかひとつに○)

- (1) 内科 (2) 小児科 (3) その他 ()

4) 勤務する医療機関

- (1) 診療所 (病床なし) (2) 診療所 (病床あり) (3) 病院

ご協力ありがとうございました。

<本調査にかかる問い合わせ>

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 精神保健計画研究部 ●●

電話 042-341-2712 (内線: 6212)

平成 27-29 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究
分担研究報告書
地域のストレングスを活かした精神保健医療改革に資する資料の作成

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	(独立行政法人労働者健康安全機構労働安全総合研究所 過労死等調査研究センター)
	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)
	臼田謙太郎	(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	後藤基行	(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中およびその後の状況を評価指標に基づいて量的に明らかにする。

【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。

【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。

【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。

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

在院者の退院率の現況を分析した。

さらにこの調査による都道府県ごとの毎年6月の退院患者数の2004年度から2015年度までの12年間のデータを用いて退院の発生の時間的なトレンドを推定し、そのトレンドに基づいて都道府県を分類した。

（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

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。

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人の減であり一貫して減少傾向にある。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）。

平均退院率の推移を図1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。

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 2)。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。

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 3 が認知症等、図 4 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。

図 5, 6 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 7 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。

3. 退院の発生率の時間的なトレンドによる都道府県の分類

図 8 に名前を挙げた 15 の都道府県が、退院の発生率の相対リスクの時間的なトレンドが全国的なトレンドと異なっていると判断された。残り 32 の都道府県は、退院の発生率の相対リスクの時間的なトレンドが全国的な傾向とほぼ同じであると考えられる。

退院患者数の全国的な傾向を把握するため、この 32 の都道府県に対して相対リスク $\mu_{it}^{(C)}$ および期待値 E_{it} の値を確認した。その結果、 $\mu_{it}^{(C)}$ の値は僅かに増加しているものの殆ど変化は無い。一方、 E_{it} の値は増加していた。これは、全国的な傾向として退院患

者数が増加し、在院患者数が減少していることによるものであると考えられる。つまり、この期間に退院は発生しやすくなっているといえる。

さらに、全国的なトレンドと異なっていると判断された 15 の都道府県の傾向を把握するため、それらの都道府県の相対リスク $\mu_{it}^{(A)}$ の値を確認した。その結果、これらの都道府県の中でも相対リスクの時間的なトレンドは異なっていることが確認された。その中から類似した傾向を持つ都道府県を分類するためクラスター分析を行った。結果として、相対リスクが増加傾向にある 6 の都道府県と相対リスクが減少傾向にある 6 の都道府県 および相対リスクが減少した後、再び増加している 3 の都道府県に分類された (図 8)。また以上で分類された都道府県ごとに相対リスクの時間的なトレンドを図 9 に示した。

この相対リスクの時間的なトレンドによる分類を図 10 のように地図上に可視化した。図に示されたように相対リスクの時間的なトレンドの分類結果に、地理的な偏りは見られなかった。

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。悉皆と見なされる調査に基づいて、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。

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。

退院の発生率の相対リスクが減少する要因として以下の2つが考えられる。一つは、その都道府県では積極的な退院促進を行っていないということである。一方、早期退院が可能な患者を退院させた結果、退院が難しい患者が多く残るという場合もある。このように、相対リスクが減少している都道府県であっても、その要因は異なることが考えられる。一般に、患者の年齢が若く、入院期間が短いほど退院の相対リスクが高くなる傾向があることが知られている。そのため、都道府県毎に患者の入院期間や年齢等を確認する必要がある。

E. 結論

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た。しかし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

Kato, N., Tachimori, H., Takeshima, T. Classifying temporal patterns in prefectural discharge rates using hierarchical Bayesian model, WPA Section on Epidemiology and Public Health 2014 Meeting, Nara, Japan, 2014.10.16.

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> 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> より入手

図 1 : 平均退院率の推移

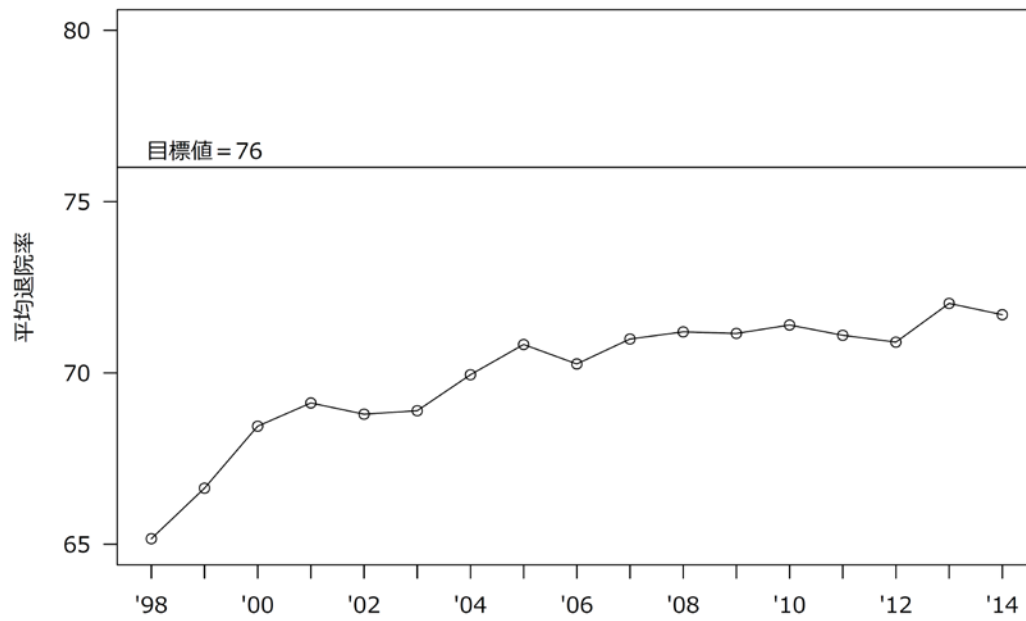


図 2 : 退院率の推移

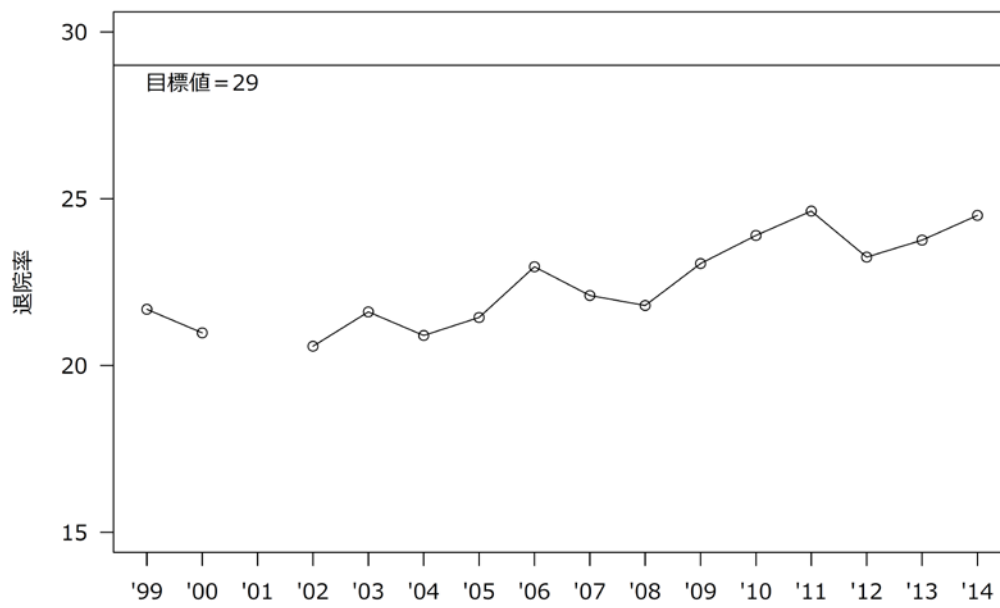
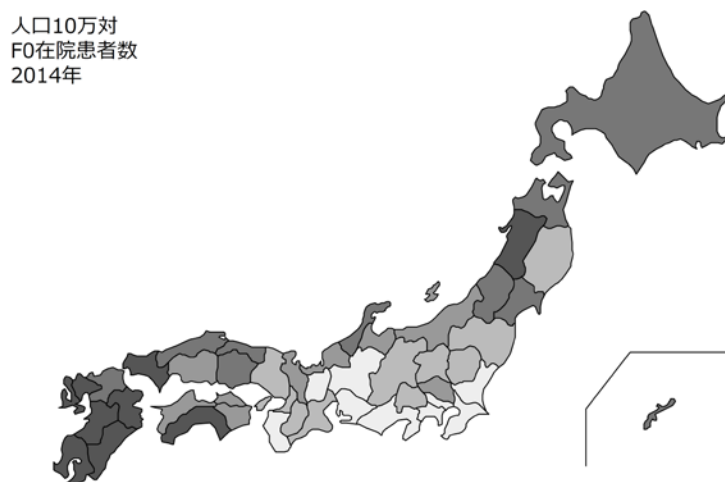
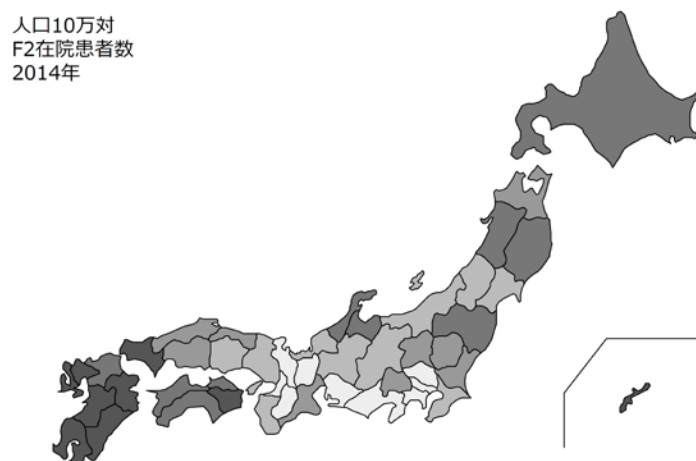


図3：2014年の県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数



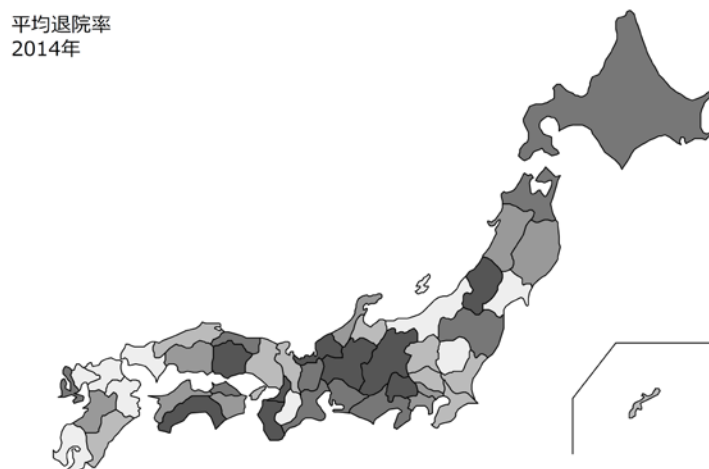
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図4：2014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



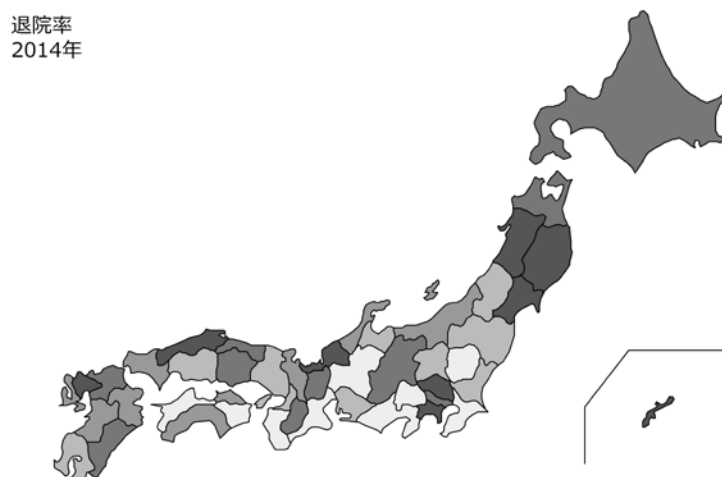
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図 5 : 2014 年の県別の平均退院率



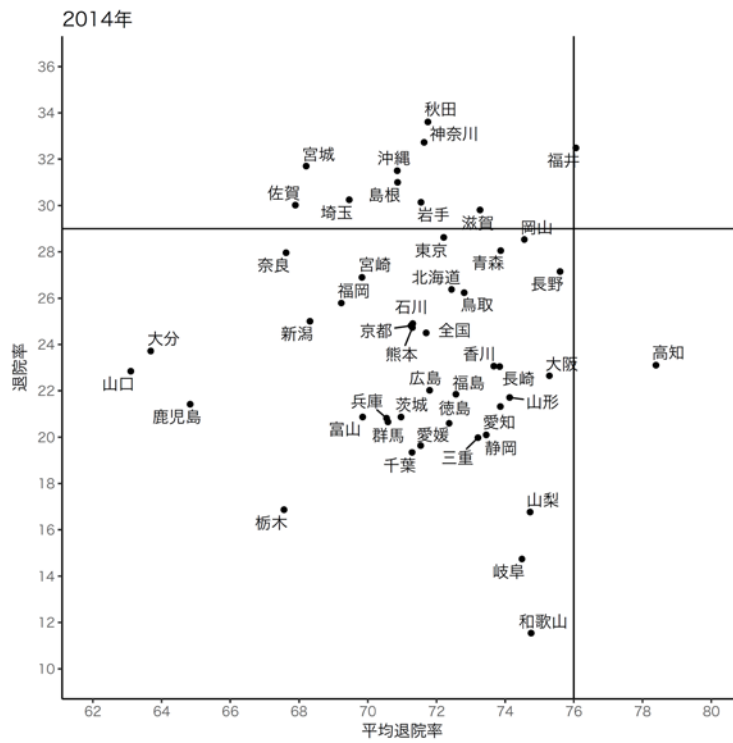
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

図 6 : 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 7 : 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 8 : 相対リスクの時間的なトレンドを用いた Ward 法によるクラスターの樹形図

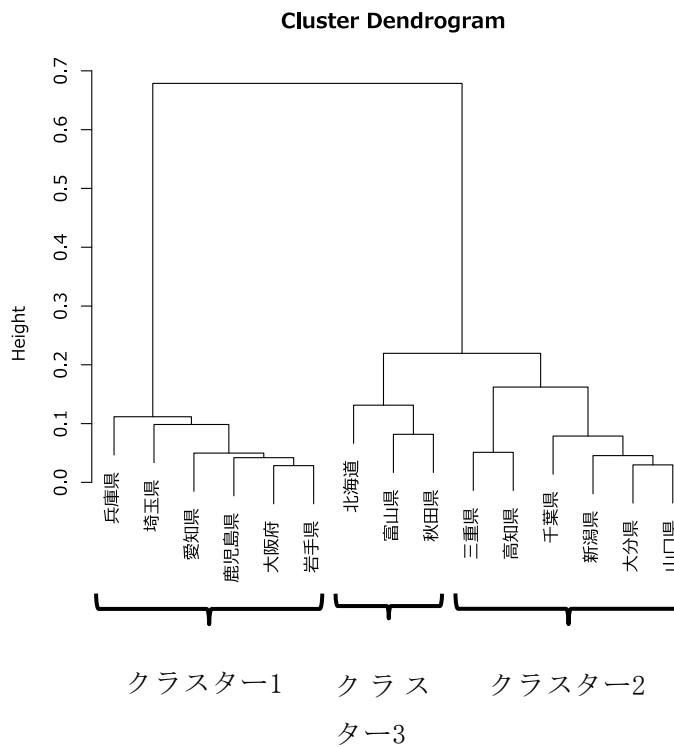


図9：クラスターごとの退院発生の相対リスクの時間的トレンド

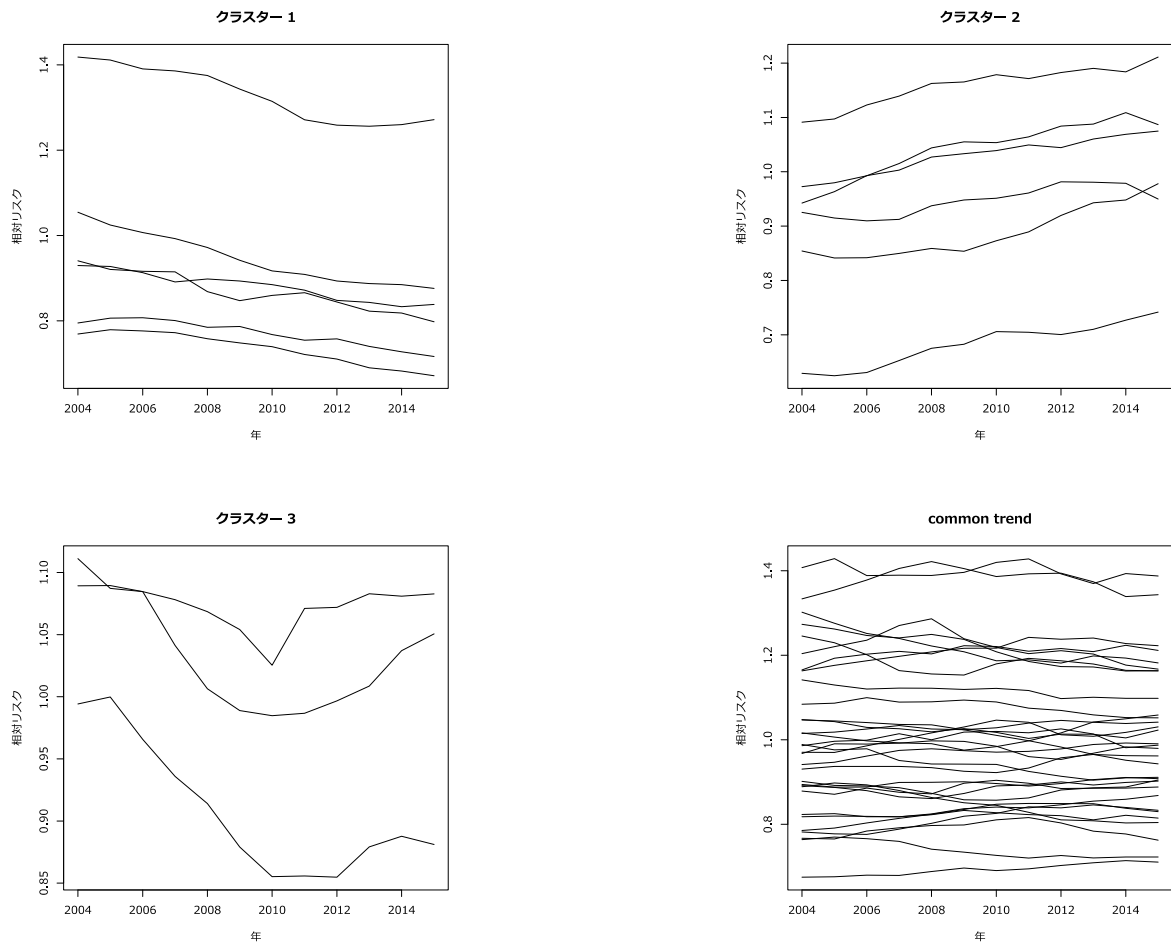
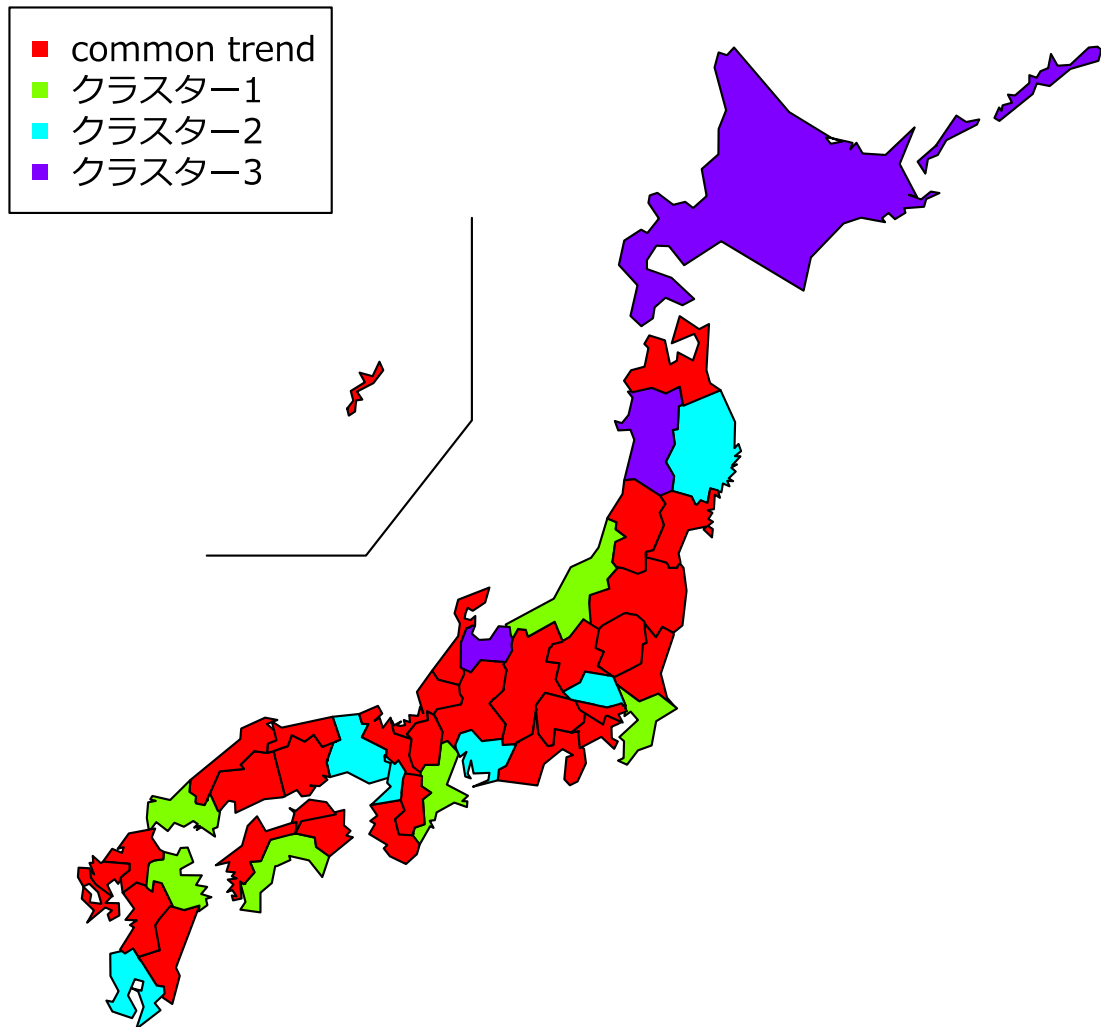


図 10：退院発生相対リスクの時間的トレンドのパターンで分類した都道府県の様子



平成 27-29 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
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：

今後の精神保健医療のプロセスと資源活用を考える際、まず精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、必要な要素と考え、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。その結果、精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ 60 歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。統合失調症患者は特に若年層では全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、統合失調症は過去 1960 - 70 年代の病床増加の時代に入院した 20-30 歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。一律な地域移行の取組よりも、これら過去の長期在院者と近年の若年者の二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレングスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考えられた。さらに、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った。

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いより現実的かつ効率的な対応が求められる。平成 28,29 年度には、本研究代表者（竹島正）が行った大阪、鹿児島、神奈川における研究会、および研究会で話題提供を行い、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。また、2 次医療圏ごとに示された診療実績データを地域医療計画の企画立案やモニタリングで活用していくために、重層的な研修体制や円卓的なステークホルダーの合意の場が必要であると考えられた。

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。その中で精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、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開発プロセスを明らかにするための、前提・コントロールとして必要

な要素と考える。

本研究では、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。このトレンドを用いて、医療計画における必要病床数の算定における近年の変化を加味した分析を試みることで、精神保健医療改革モデルの達成のためのプロセスモデルを考える提示することに繋がると考える。また、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

患者調査の目的外集計では、厚生労働省が実施する「患者調査」の調査票の目的外利用に関して統計法に基づく申請をし、平成 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 年の病院入院(奇数)票の全ケースにおける一部項目のデータ提供を受けた。

集計方法は、調査日に精神病床に入院する推計患者数を年齢階級（3 歳）ごとについて全対象および統合失調症患者ごとに集計した。年齢階級での入院率を算出するため、総務省人口推計から各年 10 月 1 日時点の年齢別推計人口を用いた。また、入院率の変化の傾向をみるため、統合失調症に関して、成人における平成 26 年と 20 年、20 年と 14 年、14 年と 8 年の年齢階級ごとの入院率の変化を集計し、その年齢階級による直線回帰式を算出した。なお、患者調査は 500 床未満の病院では生年月日の末尾が奇数の患者を、500～599 床の病院の入院・外来患者については生年月日の末尾が 1,3,5,7 日の患者について、600 床以上の病院については生年月日の末尾が 3,5,7 日の患者について調査されている。各個票に調整係数があり、それを乗することで病院の入院については二次医療圏まで患者数推計ができるとされている。また、主診断は ICD-10 コード 4 ケタまで記載されており、統合失調症患者の抽出においては、F コード 200 番台をすべて対象とした。

次に NDB においては、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。

また、同研究で行った平成 29 年 630 調査の暫定値を用いた市区町村別 x 患者住所値/病院所在地別の入院患者数も提示した。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。

これらを用いて、本研究代表者（竹島正）が行った大阪、鹿児島、神奈川における研究会、および研究班会議で話題提供を行い、意見を収集した。鹿児島県で提示した資料を巻末に掲載した。

C. 研究結果全入院患者の年齢階級別分布を図 1 に示した。調査年を経るごとに、ピークとなる年齢が高くなり、また全体的な高さも低くなっている。ピーク年齢までの若年層では、年々数が減ってきているが、ピーク年

齡以降の高齢者では年々数が増えている。次に、統合失調症におけるものを図2に示した。全患者のものと同様の傾向であり、ピーク年齢後の増え方が大きいように見える。

次に、各年齢階級における人口10万人当たりの入院率を図3,4に示した。高齢者の入院率は、一旦65歳あたりでピークを迎え、その後漸減するものの再び70歳代終盤以降で伸びている。しかし、統合失調症では50-60歳代のピークより高齢では、入院率は下がる。また、50-60歳代までは調査年を経るごとに入院率はほぼ一定に低下している。ピークより高齢では入院率は上昇するが、若年者の低下よりも鈍い。

最後に統合失調症において、統計数が安定している成人における年代別の入院率の変化を集計し図5に示した。平成26年から20年、平成14年から8年の各年齢階級の変化を直線回帰式で示し、回帰式が1倍を交差する年齢を算出した。これによると、およそ60歳までは平成8年以降入院率が減少している傾向が続いている。高齢者では逆に増加傾向であるが、増加に転じる年齢は高齢化してきており、平成8年から14年の変化ではおよそ64歳で増加に転じたものが、平成26年から20年の変化では、およそ74歳に上昇した。

NDBや平成29年630調査の集計値については、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、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。図1からわかることとして精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ60歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。図2からは、統合失調症患者は特に若年層で全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、図2,4から統合失調症は過去

1960 - 70 年代の病床増加の時代に入院した 20-30 歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。図 2 のピークの年代が調査を経るごとに 1 つずつ高齢に移動していることから想定ができる。一方で、病床増加がなくなった 2000 年以降に 20-30 歳代だった者の入院率は、年を追うごとに減ってきている。地域定着が進んだこと、入院しなくてもよくなったことがこういった年代に効果として現れていると考える。

さて、精神医療の改革プロセスを今後検討する際、統合失調症の入院患者の二群に分けた検討が必要ではないかと考える。1960 - 70 年代に入院した一群の多くは、地域移行の施策が始まる前にすでに長期入院となっており、これらの多くはそのまま入院を続けているのではないかと今回の分析からも考えられたからである。一方で病床増加がなくなった 2000 年以降に成人期を迎えた世代とは異なる入院率の傾向を表していると考えられる。目的外集計の提供データ項目を増やすこと等で、その分析が可能になると考えられ、さらなる分析を試みたい。

最後に、研究会での使用においては、多岐にわたる膨大なデータを理解して傾向を把握するには、インターフェイスの改善とともに、理解を促す研修等の仕組みも必要と考えられた。データの概要を理解した上で、医療プロセスにおける円卓的な話し合いの場が必要であると考えられる。

E. 結論

精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、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開発プロセスを明らかにするための、前提・コントロールとして必要な要素と考え、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。統合失調症の長期入院者は 1960 - 70 年代の病床が増加した時代から長期入院していることが予測され、高齢化が進んでいる。一方で、2000 年以降に 20-30 歳代になった若年層で

は年々入院率が減少している。一律な地域移行の取組よりも、これら二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレングスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考える。また、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、重層的な研修体制や円卓的なステークホルダーの合意の場が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

21 世紀の精神医療の変化: さまざまなデータから: 山之内芳雄: 精神保健研究 62: 7-14, 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, 201611.

山之内芳雄, 小林美亜: 急性期精神医療に役立つクリニカルパスとは. 精神科救急 vol.19:29-31, 20161125.

松原三郎, 安西信雄, 太田順一郎, 大森哲郎, 小高 晃, 佐藤茂樹, 佐野威和雄, 羽藤邦利, 三國雅彦, 山之内芳雄, 吉住昭, 渡辺義文: 「病床機能分化と地域移行」に関する学会員へのアンケート調査結果報告. 精神神経学会誌 118(9):680-687, 20160925

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, 201604

山之内芳雄:疾病構造の変化. 新・精神保健福祉士養成講座 1 精神疾患とその治療 第2版. 日本精神保健福祉士養成校協会, 東京, pp256-262, 201602

山之内芳雄:精神疾患の医療計画をめぐる動向. 精神科救急 18 別冊:56-60,201511

山之内芳雄:地域医療構想(地域医療ビジョン)策定. 精神保健医療福祉白書 2016 精神科医療と精神保健福祉の協同. 精神保健医療福祉白書編集委員会編, 中央法規出版, pp24, 東京, 20151220

山之内芳雄, 松本善郎, 阪内英世, 天賀谷隆, 渡辺純一, 木ノ元直樹, 松田文雄:病院管理学. 病院管理(中), 公益社団法人 日本精神科病院協会 通信教育分科会, 東京, pp1-6, 20150701

2. 学会発表

山之内芳雄:精神疾患の医療計画への追加の意義と効果 地域医療連携の必要性と可能性と効果の観点から考察する, 神奈川, 20140626

山之内芳雄, 佐藤真希子, 平田豊明, 伊藤弘人:精神科救急病棟における医療の質に関する予備的検討, 第110回日本精神神経学会学術総会, 神奈川, 20140627

山之内芳雄:精神疾患の医療計画をめぐる動向, 第22回日本精神科救急学会学術総会, 北海道, 20140906

山之内芳雄:医療計画等に関して, 日本精神神経学会, 東京, 20170611

山之内芳雄:インカムにつなげる医療計画の活用, 第6回日本精神科医学会学術大会, 広島, 20171012

山之内芳雄:「次世代の国立病院機構精

神科医療」 将来の精神医療の状況, 第71回国立病院総合医学会, 香川, 20171110

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

図1 精神病床に入院する患者の年齢階級別患者数の推移

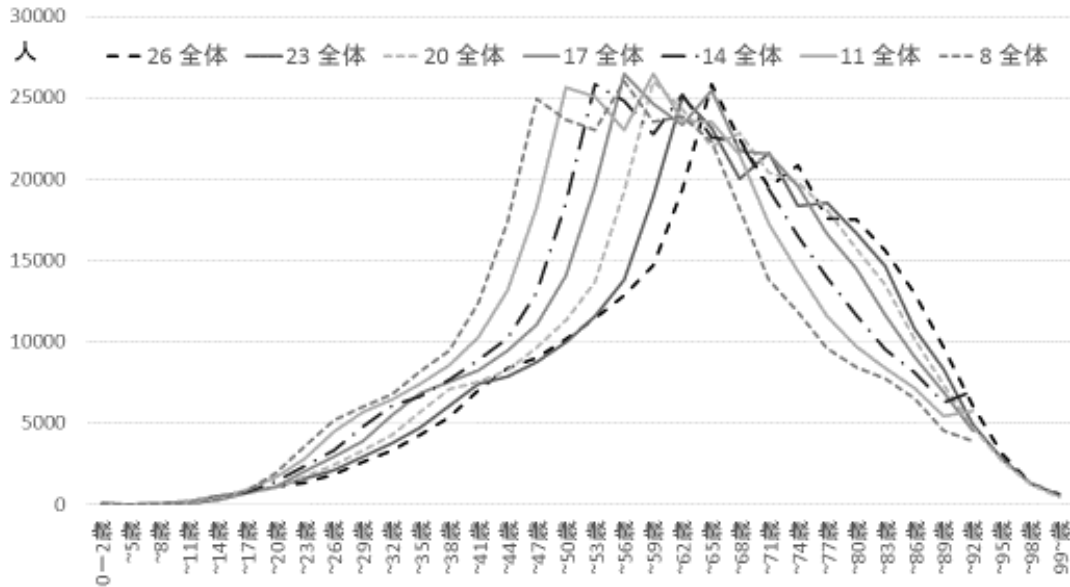


図2 精神病床に入院する統合失調症(F2**)患者の年齢階級別患者数の推移

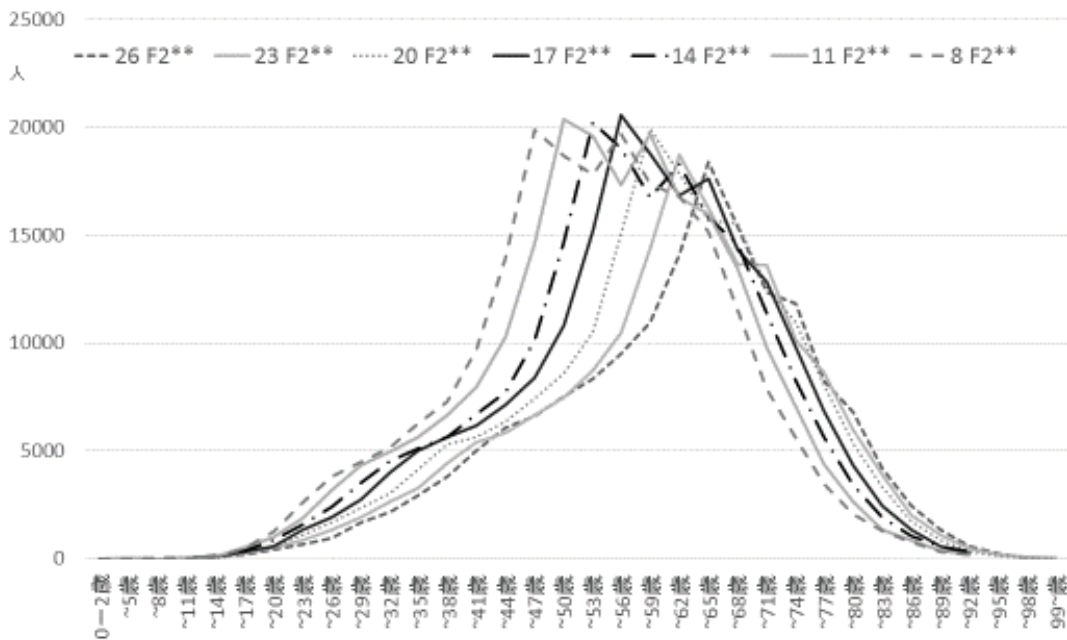


図3 精神病床に入院する患者の年齢階級別入院率の推移

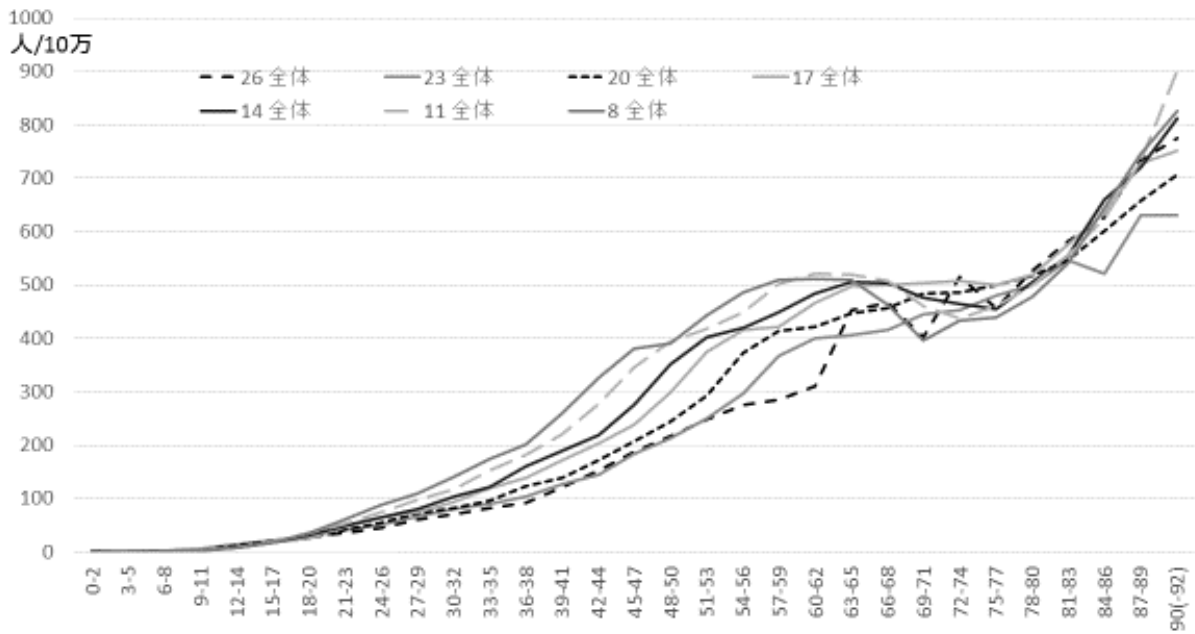


図4 精神病床に入院する統合失調症 (F2**) 患者の年齢階級別入院率の推移

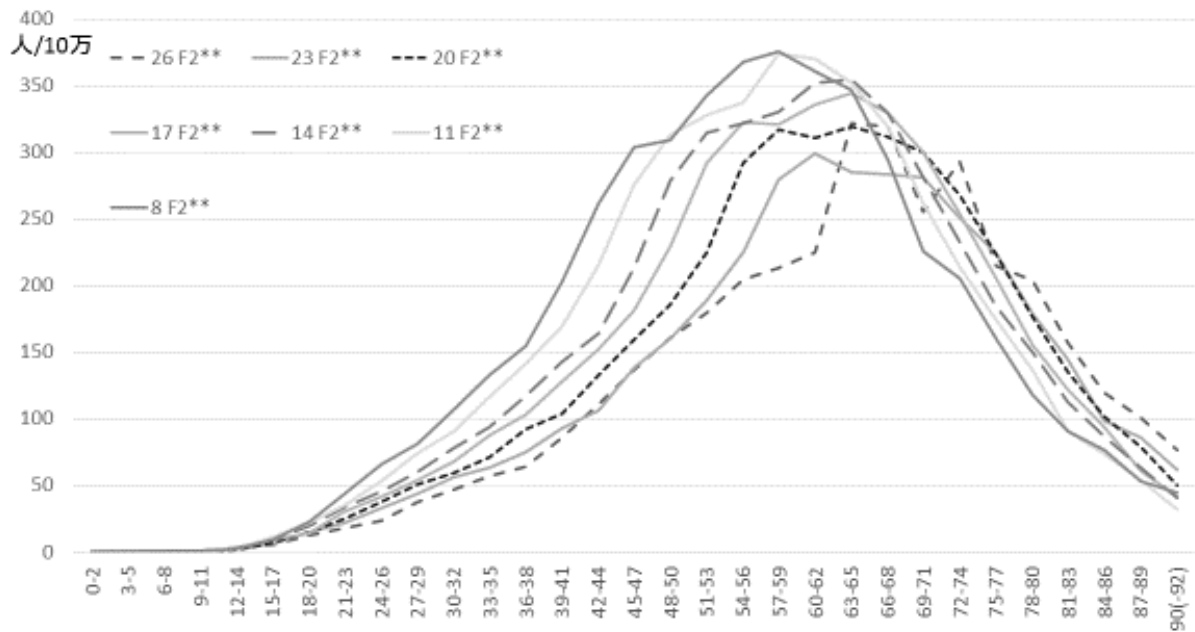
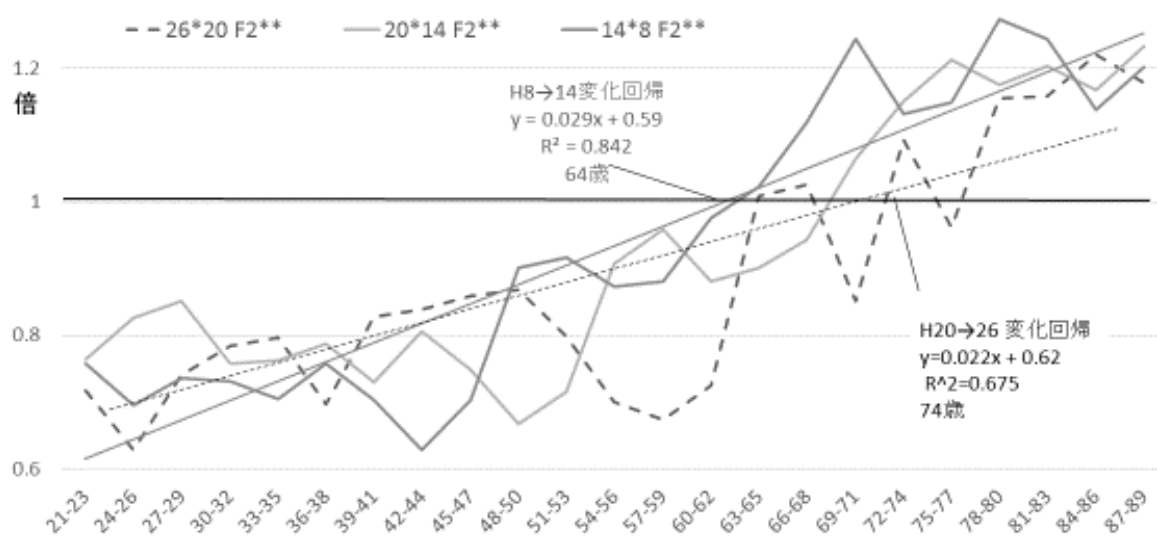


図5 精神病床に入院する統合失調症 (F2**) 患者の年齢階級別入院率の変化



630調査を受けて、協議の場を醸成するための方策 20171004@鹿児島

国立精神・神経医療研究センター
山之内芳雄

yamanouchi@ncnp.go.jp

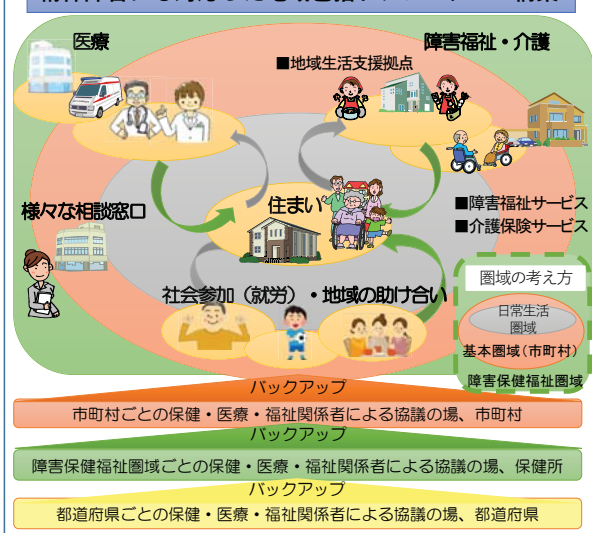
1

精神疾患の医療体制

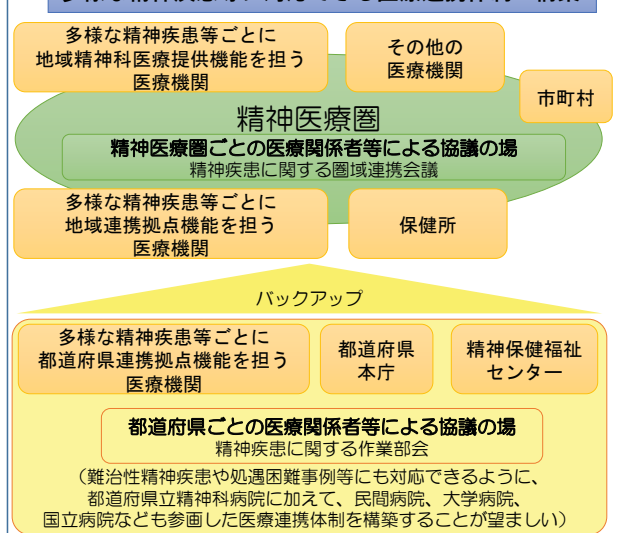
【概要】

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



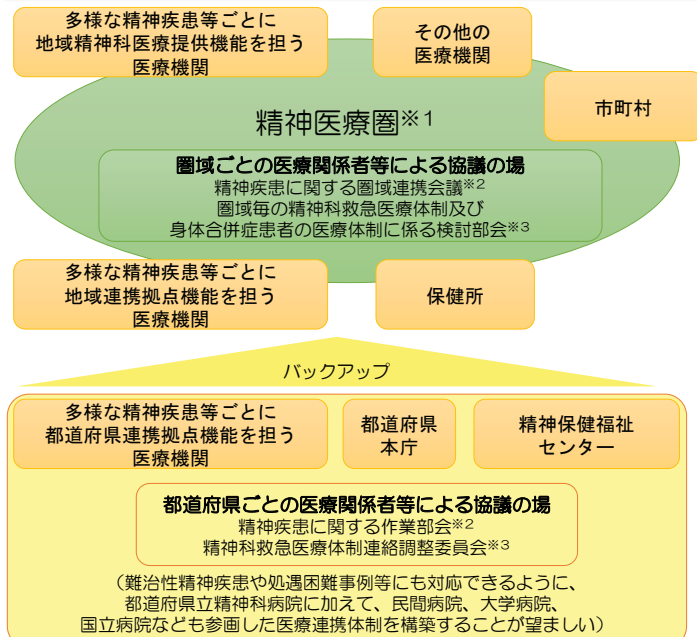
多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



2

1. 精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討①

○多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。
 ※2 医療計画作成指針に基づく協議の場
 ※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る）
 〈地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割〉
 地域精神科医療の提供
 〈地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉
 ①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
 ③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援
 〈市町村の主な役割〉
 精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
 〈保健所の主な役割〉
 圏域内の医療計画の企画立案実行管理

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
 都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場（特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る）
 〈都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割〉
 ①医療連携の都道府県拠点、
 ②情報収集発信の都道府県拠点、
 ③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援
 〈精神保健福祉センターの主な役割〉
 保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）
 〈都道府県本庁の主な役割〉

1. 精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討②

(平成28年10月31日現在)													
都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数	都道府県名	①二次医療圏	②精神医療圏	③精神科救急医療圏	④障害保健福祉圏域	⑤老人福祉圏域	⑥市町村数
北海道	21	21	9	21	21	179	滋賀県	7	7	3	7	7	19
青森県	6	6	6	6	6	40	京都府	6	1	2	6	6	26
岩手県	9	9	4	9	9	33	大阪府	8	1	12	18	8	43
宮城県	4	1	1	7	7	35	兵庫県	10	-	5	10	10	41
秋田県	8	5	5	8	8	25	奈良県	5	-	1	5	1	39
山形県	4	4	3	4	4	35	和歌山県	7	-	1	8	7	30
福島県	7	-	4	7	7	59	鳥取県	3	3	3	3	3	19
茨城県	9	9	2	9	9	44	島根県	7	7	7	7	7	19
栃木県	6	1	3	6	5	25	岡山県	5	-	2	5	5	27
群馬県	10	-	1	10	10	35	広島県	7	1	2	7	7	23
埼玉県	10	1	2	10	10	63	山口県	8	1	3	8	8	19
千葉県	9	-	4	16	9	54	徳島県	3	1	3	3	6	24
東京都	13	-	4	1	13	62	香川県	5	1	2	5	5	17
神奈川県	11	1	1	8	8	33	愛媛県	6	6	1	6	6	20
新潟県	7	-	5	7	7	30	高知県	4	4	1	5	4	34
富山県	4	2	1	4	4	15	福岡県	13	-	4	13	13	60
石川県	4	1	3	4	4	19	佐賀県	5	1	1	5	5	20
福井県	4	-	2	4	4	17	長崎県	8	8	8	8	8	21
山梨県	4	1	1	4	4	27	熊本県	11	11	2	11	11	45
長野県	10	4	4	10	10	77	大分県	6	6	1	6	6	18
岐阜県	5	-	2	5	5	42	宮崎県	7	1	3	7	8	26
静岡県	8	8	4	8	8	35	鹿児島県	9	9	4	7	9	43
愛知県	12	-	3	12	12	54	沖縄県	5	-	4	5	5	41
三重県	4	4	2	9	4	29	全国	344	147	151	354	343	1,741

(出典) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ 4

1. 精神疾患に関する医療連携を推進する精神医療圏の検討③

論点

- 二次医療圏と同一とするのか？
- 複数の二次医療圏を組み合わせるのか？
- 三次医療圏と同一とするのか？

全域=精神医療圏

	統合失調	うつ	..	依存症	災害
全域	25	34		2	1

広い県内を見渡せば、どこかの医療機関が、何かやっているから、県民は移動すればよい

現実性のある医療計画か??

- すべての疾患・領域で「ゼロ」の医療機能がないため、課題を見出し難い
- 多数の医療機関がある疾患・領域では、域内連携構築の書き込みが複雑になる

過疎のC地域は麓町の圏域に合わせて考えよう。協議の場合は麓町でやろう。

複数2次医療圏の組み合わせ

	統合失調	うつ	..	依存症	災害
全域	25	34		2	1
A域	5	15		1	1
B域	16	16		1	0
C域	4	3		0	0

過疎地域では一般的な疾患もカバーできていないことがわかる

圏域間連携の必要性を示せる

- 多数の患者がいる主要疾患は、圏域内でカバーできることが、視覚的にわかる
- まれな疾患・領域では圏域間の連携様式を容易に把握できる

2次医療圏=精神医療圏

	統合失調	うつ	..	依存症	災害
全域	25	34		2	1
P圏	2	8		0	0
Q圏	3	7		1	1
R圏	5	5		1	0
S圏	11	9		0	0
T圏	0	2		0	0
U圏	4	3		0	0

- いくつかの領域で「ゼロ」の医療機能があるため、課題が増える
- 既存資源の活用が容易(医師会、保健所等)
- 圏域間の連携様式がより多くの疾患で作ることができ明確になる

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

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



アルコール依存症外来患者数(継続)	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数	薬物依存症の精神病床での入院患者数	薬物依存症外来患者数(継続)	依存症集団療法を受けた外来患者数	ギャンブル等依存症外来患者数(継続)	PTSD外来患者数(継続)	高次脳機能障害支援拠点機関数	摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	摂食障害の精神科病床での入院患者数	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定)	摂食障害外来患者数(継続)(精神療法に限定しない)	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数
339	154	算出予定	0-9	16	算出予定	12	127	算出予定	0-2	78	208	826	0-9
162	83	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	18	11	256	0-9
41	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	11	333	0-9
32	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	17	0-9	142	0-9
95	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	11	算出予定	0-2	28	18	536	0-9
20	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	18	213	0-9
61	19	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	22	算出予定	0-2	23	39	495	0-9
10	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	0-9	19	0-9
63	10	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	0-9	141	0-9
0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-9	0-9	算出予定	0-2	0-9	0-9	11	0-9

2次医療圏ごとの政策的に重点を置く領域における研修・診療体制の構築状況 平成29年6月 暫定値

都道府県	二次医療圏	二次医療圏番号	医療機関数	研修						
				診療報酬で算定される精神科専門療法 「認知療法・認知行動療法」の施設基準に定められている研修			平成28年度診療報酬改定で新設された 「依存症集団療法」の施設基準に定められている研修		救急患者精神科継続支援科の 施設基準に定められた研修	
				研修有りの病院数	受講した医師数	受講した看護師数	研修有りの病院数	受講した医師数	研修有りの病院数	受講した職員*数
鹿児島県	鹿児島	4601	53	7	6	1	0	0	3	6
	南薩	4603	11	2	1	0	0	0	0	0
	川薩	4605	3	0	0	0	0	0	0	0
	出水	4606	5	0	0	0	0	0	0	0
	姶良・伊佐	4607	13	1	1	2	1	6	0	0
	曾於	4609	2	0	0	0	0	0	0	0
	肝属	4610	7	0	0	0	0	0	0	0
	熊毛	4611	3	1	2	0	0	0	0	0
	奄美	4612	11	2	2	0	0	1	3	3

二次医療圏	届出				
	認知行動療法の届出有りの病院数	重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出有りの病院数	依存症集団療法の届出有りの病院数	摂食障害入院医療管理加算の届出の有りの病院数	精神科救急・合併症入院料の届出の有りの病院数
鹿児島	7	3	0	0	1
南薩	1	1	0	0	0
川薩	0	0	0	0	0
出水	0	0	0	0	0
姶良・伊佐	0	1	0	0	0
曾於	0	0	0	0	0
肝属	0	1	0	0	0
熊毛	1	0	0	0	0
奄美	0	0	0	0	1

暫定値

2次医療圏ごとの各疾患における入院患者数 平成29年6月30日 暫定値

	F00 アルツハイマー病認知症	F01 血管性認知症	F02-09 上記以外の症状を含む器質性精神障害	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	覚せい剤による精神及び行動の障害※	アルコール覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害※	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F30-31 躁病エピソード・双極性情障害 [躁うつ病]	F32-39 その他の気分障害
鹿児島	505	119	270	163	3	2	1783	135	86
南薩	210	52	111	62	0	12	667	53	28
川薩	143	5	36	14	0	2	262	58	0
出水	104	34	29	13	0	0	82	19	1
始良・伊佐	310	72	199	31	0	1	681	45	79
曾於	1	0	34	0	0	0	82	7	0
肝属	53	0	27	24	0	2	542	25	34
熊毛	31	2	0	2	0	0	71	1	0
奄美	23	11	29	23	1	1	309	9	2
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	F7 精神遅滞〔知的障害〕	F8 心理的発達障害	F9 幼児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	とんかん（F0に属さないものを計上する）	その他	不明
鹿児島	59	4	9	48	7	3	16	57	0
南薩	28	0	2	38	1	1	16	6	0
川薩	5	1	0	10	0	0	10	2	0
出水	5	0	0	9	0	0	2	1	0
始良・伊佐	21	2	8	56	13	9	8	7	0
曾於	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肝属	15	2	0	13	5	0	16	2	2
熊毛	1	0	0	0	0	0	2	14	0
奄美	6	0	0	5	0	2	1	1	0

2. 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化①

○平成30年度からの第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化する。

現状・課題

○平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する。また、改正精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

医療機能	役割要件	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察	
都道府県連携拠点機能	役割 要件 (例)	①医療連携の都道府県拠点、②情報収集発信の都道府県拠点、③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援 ①地域連携会議の運営、②都道府県民・患者への積極的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など） ③専門職に対する研修プログラムの提供（卒後専門領域研修など） ④地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ														
地域連携拠点機能	役割 要件 (例)	①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点、③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援 ①地域連携会議の運営支援、②地域・患者への積極的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など） ③研修の企画運営（個別事例の検討、多職種研修など） ④地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ														
地域精神科医療提供機能	役割 要件 (例)	①医療連携への参画、②情報発信への参画、③人材育成への参画、④地域精神科専門医療の提供 ①地域連携会議への参画、②患者への情報提供、拠点機能を情報収集への協力 ③研修への参加、④多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供														

多様な精神疾患等ごとの都道府県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能に関する医療機能の要件は、都道府県ごとに設置される協議の場を通じて、地域の実情を勘案して個別に設定し、医療計画に明記すること。

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、少なくとも1カ所医療計画に明記。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。
※疾患等毎に地域連携拠点機能及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関を、精神医療圏ごとに1カ所以上医療計画に明記するのが望ましい。

2. 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化②

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	災害医療	医療観察
全域	A病院	☆	☆		☆	☆	☆				☆			☆	☆
	B病院	☆	☆		☆	☆	☆	☆	☆						
	C病院			☆						☆		☆	☆		
〇〇圏域	A病院			◎									◎		
	D病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎
	E病院	◎	◎		◎	○	○	○				○		○	
	F診療所	○	○	○	○								○		
	G診療所	○	○					○	○	○		○		○	○
	H訪看ST	○	○			○						○			
△△圏域	B病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎		◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎		◎				
	J病院	◎	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○
	K病院	○	○			○				○				○	
	L診療所	○	○								○				
	M診療所	○							○				○		
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎			○	○	◎		○	○	○		○	
	O診療所														

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

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

論点1 対象とする領域の検討

- 課長通知に明記されている15領域とするのか？
- 地域の実情を踏まえ削除又は追加するのか？

論点2 医療機能（特に連携機能）の検討

- 課長通知の記載をそのまま活用するのか？
- 地域の実情を踏まえ変更するのか？

論点3 医療機能一覧表の作成方法の検討

- 病院団体、診療所団体、訪問看護ST団体にとりまとめを依頼するか？

精神保健福祉資料

これらデータを都道府県ごとにひとつのエクスセルファイルにして、公表します

都道府県全域のシート

精神医療圏ごとのシート

診療実績シート

- 2年分の疾患ごと入院/外来ごとの医療機関数、患者数等
- 2年分の病院設置地/患者住所ごとの長期入院者数グラフ
- 1年以内退院率、1年以内再入院率のグラフ

H29年初回公開版では、2次医療圏ごと、26年度データ。長期患者は25、26年で、住所地集計はありません。

連携拠点機能をもつ医療機関の選定には協議が求められる

医療機能一覧表

都道府県の精神医療機関一覧、疾患ごと精神医療機能

患者数・拠点機関の一覧
H29年初回公開版では、2次医療圏ごと。数値データは26年。圏域設定、拠点の指定状況をH29末にうかがいます

個々の医療機関の名称・数値は出ない

個々の医療機関・訪看ST・630調査：名称・政策機能の一部が把握可能
⇒提出調査票の閲覧を推奨

都道府県全域のシート

3. 精神病床に係る基準病床の算定①

新たな精神病床における基準病床数の算定式は、平成30年度から開始する第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る。

現状・課題

- 現行の精神病床の基準病床数の算定式は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を前提としていることから、新たな目標値との整合性の図られた算定式へと見直す必要がある。
- この際、平成30年度から開始する医療計画と障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である平成32年度末の精神病床における入院需要(患者数)との整合性を図る必要がある。

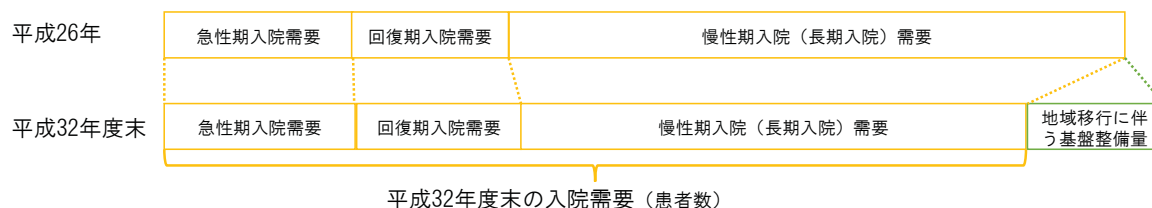
対応方針(新たな算定式への見直し)

○ 平成30年度から開始する医療計画では、精神病床における基準病床数の算定式を以下の通り見直す。

新たな精神病床における基準病床数

$$= (\text{平成32年度末の入院需要(患者数)} + \text{流入入院患者} - \text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

急性期:3ヶ月未満の入院、回復期:3~12ヶ月未満の入院、慢性期:12ヶ月以上の入院



※第7次医療計画の中間年において、第6期障害福祉計画と整合性が図られるように基準病床数を見直す。13

3. 精神病床に係る基準病床の算定②

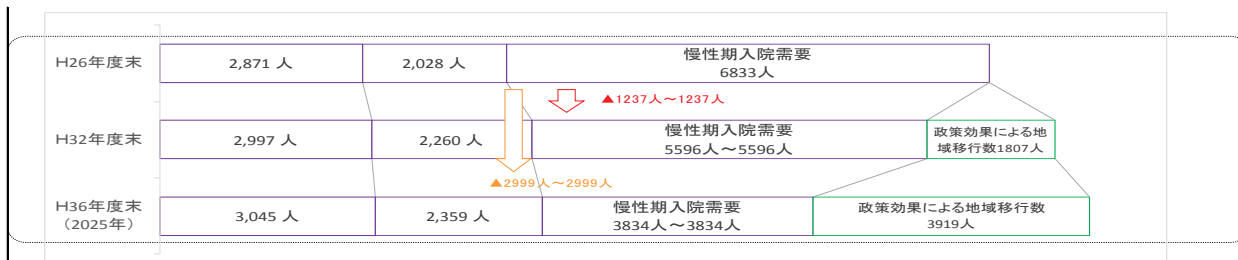
論点1 平成32・36年度末における入院需要+地域移行に伴う基盤整備量

- α (地域移行を促す基盤整備) の設定をどうするか?
- β (治療抵抗性統合失調症治療薬の普及) の設定をどうするか?
- γ (認知症施策の推進) の設定をどうするか
- ※ α は障害福祉と介護との調整が必要、β は医療計画で担う、γ は介護との調整が必要

論点2 県外への流出・県外からの流入状況

○ 患者調査で現状を確認 モニタリングは630調査で可能に

都道府県推計ワークシートに都道府県別に計算結果が描出される⇒協議の場での活用へ



平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	114
		2.8~2.7万人

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

都道府県	市区町村	1年以上入院患者数			
		患者の住所地での		病院の所在地での	
		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
鹿児島県	鹿児島市	631	1058	692	1222
鹿児島県	鹿屋市	113	163	172	240
鹿児島県	枕崎市	34	55	28	68
鹿児島県	阿久根市	30	90	25	126
鹿児島県	出水市	30	76	8	41
鹿児島県	指宿市	83	144	119	200
鹿児島県	西之表市	23	40	31	48
鹿児島県	垂水市	37	53	0	0
鹿児島県	薩摩川内市	100	206	93	156
鹿児島県	日置市	70	134	56	53
鹿児島県	曾於市	47	100	0	0
鹿児島県	霧島市	139	282	181	356
鹿児島県	いちき串木野市	48	82	25	74
鹿児島県	南さつま市	75	163	79	198
鹿児島県	志布志市	32	52	34	53
鹿児島県	奄美市	73	72	92	78
鹿児島県	南九州市	79	164	79	126
鹿児島県	伊佐市	17	57	4	14
鹿児島県	姪良市	66	130	117	135
鹿児島県	三島村	0	0	0	0
鹿児島県	十島村	0	1	0	0
鹿児島県	さつま町	28	61	31	84

都道府県	市区町村	1年以上入院患者数			
		患者の住所地での		病院の所在地での	
		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上
鹿児島県	長島町	12	45	0	0
鹿児島県	湧水町	6	47	4	98
鹿児島県	大崎町	14	23	0	0
鹿児島県	東串良町	14	21	0	0
鹿児島県	錦江町	14	23	0	0
鹿児島県	南大隅町	13	15	0	0
鹿児島県	肝付町	24	44	0	0
鹿児島県	中種子町	11	15	0	0
鹿児島県	南種子町	1	9	0	0
鹿児島県	屋久島町	16	15	0	0
鹿児島県	大和村	3	5	0	0
鹿児島県	宇検村	6	3	0	0
鹿児島県	瀬戸内町	60	53	61	59
鹿児島県	龍郷町	7	6	0	0
鹿児島県	喜界町	14	8	0	0
鹿児島県	徳之島町	0	3	0	0
鹿児島県	天城町	3	2	0	0
鹿児島県	伊仙町	2	1	0	0
鹿児島県	和泊町	2	0	0	0
鹿児島県	知名町	1	1	0	0
鹿児島県	与論町	3	3	0	0

暫定値

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

「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」

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 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 主任研究官）

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 客員研究員）

研究協力者 岩谷 力（国立障害者リハビリテーションセンター 顧問）

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昨年度より同市の平成 22～27 年度利用者数予测试算を行ってきた。今年度はプロトコルの簡略化を進めるとともに、他の自治体での精神通院医療利用率の状況とモデルとした川崎市の比較を行い、今後の課題を示した。

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とに分けると、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、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 昨年度の成果の概要と本年度の研究

本課題については、平成 28 年度に川崎市の協力のもと、同市の自立支援医療データを用いた利用者数予測プロトコル暫定版を作成した（詳細は「B. 研究方法」で述べる）。このプロトコルを踏まえて、

- ・主疾患別に、人口 10 万人あたり給付決定件数（以下、「利用率」）の推計式を求めることにより、利用者数の予測を行った。
- ・具体的には平成 22 年度から 25 年度のデータを使用し、上記推計式を求めた。説明変数には、年度、利用者の性別ダミー、利用者の年齢区分ダミーによる線型モデルと、対数線型モデルを推計した。

この推計により、下記の結果を得た[2]。

- ・上記推計式を元に推定される川崎市全体（全区域・全主疾患合計）における平成 26 年度、27 年度と同実績値との比較を行ったところ、線型モデルでは誤差率が 26 年度 +3.5%、27 年度 +2.6%、対数線型モデルでは同じく +2.2%、+2.4% とますますの精度の推計結果を得られた。
- ・課題として、下記のようなことが考えられた。（1）当該推計で対数線型モデルでは、利用率の変化率を一定とする前提で推計を行っていた。しかし、実際には川崎市では利用率の変化率が利用者の年代により異なっており、率ベースでは 17 歳未満と 50 歳代において変化率が高めであった。この点を考慮することで予測精度を高めることが考えられる。（2）また環境要因として、年度以外に該当地域での関連医療機関数や薬事的な環境変化（制度利用者に関連する薬品利用が可能になるなど）の影響を考慮することで予測精度を高められないか。（3）一方、予測プロトコ

ルについて予測精度を損なうことのない簡略化できる部分がないか。（4）他の自治体データでのプロトコル適用を行うことでその妥当性を確かめる。

上記について、本年度の課題として検討を行うこととした。

B. 研究方法

B-1 川崎市のデータによる推計モデルの改良に係る検討

平成 28 年度の予測プロトコルにおける利用率推計について、加えるべき説明変数、省略可能な部分の検討を行う。なお、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。

前年度プロトコル

平成 28 年度開発プロトコルは下記の内容であった。利用者の属性（性別・年齢区分）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[3]）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。

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（詳細は引用文献[2]を参照のこと）。

これらの複合区分のうち、年齢区分と地区については、該当利用者の絶対数や主疾患のかかりやすさにかかる性差・年齢間の差を考慮して、主疾患毎に区分けの仕方を設定した。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。年齢の区分をいづれも分割しないとすると、データ標本数がわず

（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、

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。

今回の検討点

上記プロトコルについて、下記の検討を行う。

- ・説明変数として、年度と年齢区分の交差項を加えた場合の検討
- ・説明変数として、同区域における関連医療機関数を加えた場合の検討
- ・簡略化の方策として、主疾患に分けて行っている推計を全て統合した場合の検討

B-2 他自治体における状況の検討

川崎市のデータをもとに構築したプロトコルの一般的な妥当性を検証する方法として、他の自治体での適用を行うことが本来最も直接的な方法だと考えられる。

しかし研究分担者の都合により今回そのための作業時間を十分に確保できなかった。ここでは、平成20年度から28年度にかけての福祉行政報告例[1]および総務省の人口推計における性別・年代別人口データ（「都道府県，年齢(3区分)，男女別人口—総人口」¹⁾）を用いて、都道府県別の精神通院医療利用率を算出し、その傾向を概観することで川崎市の推計で観察された状況との類似性・差異について検討する。

(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

¹ ただし、国勢調査実施年であった平成22年、27年についてはより詳細なデータのみ提供されているため合算により当該データと同区分による集計データを作成して用いた。

² ただし、昨年度行った主疾患別推計では、主疾

説明変数に年度と年齢区分の交差項あるいは同区域における関連医療機関数を追加した推計を試みたものの、推定された係数は有意とならなかった。

一方、簡略化の方策として主疾患に分けて行っている推計を全て統合した推計を試みたところ、平成26年度、27年度の利用者数（決定件数）予測値と実績値の誤差が2%台とそれほど小さくなく、また主疾患を分別した場合の予測誤差と比べ遜色のない結果となった。推計結果を表1に、利用者数予測値の誤差率を表2に示す²⁾。

C-2 他自治体における状況の検討

図1に平成20年度から28年度にかけての都道府県別利用率の推移を示す(図1)。どの自治体も概ね右上がりであることが確認できる。10万人あたり利用率は、平成20年度時点で全国平均1,005件(最小値635件、最大値1,955件)であったのが、平成28年度は全国平均1,521件(最小値984件、最大値2,889件)となっている(表3)。この期間の利用率の年平均変化率は全国で+5.31%、都道府県別で最も低かった北海道で+1.59%、最も高かった徳島県で+10.31%であった。同変化率が都道府県別単純平均に同標準偏差を加えた値(+5.52%+1.57%=7.09%)より高かった自治体は、福井県(平成20年度における都道府県別利用率、多い方から32位)、徳島県(同35位)、奈良県(同44位)、滋賀県(同45位)、山梨県(同47位)といずれも平成20年度時点で利用率が比較的lowであった自治体(表3太字の行の県)であった。なお同期間における川崎市単独の数値は利用率が平成20年度905件、28年度1,432件、利用率の年平均変化率は+5.90%と中位の都道府県数値と同程度であった。

患分別の困難であった事例を落とさざるを得なかったのに対し、今回の推計ではこれを含めて推計を行った。このため、推計誤差算定に用いた全主疾患合計決定件数実績値が、前者と後者とで若干異なる。

自治体の年齢構成について、28年度に行った推計ならびにC-1で示した推計では年齢区分が利用率に有意に影響を与えることが示されていた。さらに、川崎市の場合、他の年代に比べ30歳代～60歳代における利用率が高めであった。それを踏まえ、都道府県別の利用率と自治体の年齢構成の関係を確認してみた(図2)。図の横軸は都道府県名が平成28年度利用率の高い順に並んでいる。縦軸のうち右軸は利用率であり、右下がりの折れ線に対応している。一方左軸は、各都道府県の年齢別構成比を示している。この図を見る限り、利用率1位の沖縄県で他の自治体に比べ際立って14歳以下の人の比率が高く、65歳以上の人の比率が低いほか、明確な傾向は読み取ることができなかった。このことから短絡的に一般的には自治体の年齢構成は利用率に影響しないと言い切れるものではないものの、少なくとも他の要因が大きく影響していることが示唆された。

D. 考察

D-1 川崎市のデータによる推計モデルの改良に係る検討

- ・利用率に影響すると思われる要因を説明変数に加えてみたものの、その多くが有意にならなかった。要因を示す数値と年度数値との相関が強かったことが影響していると考えられる。
- ・今回、主疾患を分別しない推計を行ったところ、少なくとも川崎市においては予測精度を大きく損ねないことが確認された。主疾患別の推計は、こういった要因がどのように利用率に影響を与えるのか分析するのに有用と考えられるものの、単純に利用者数予測ができれば十分である場合幾分作業が手軽になることが考えられる。また、主疾患別に分けた分析で年齢区分を分割した分析をすると区分毎の利用件数が極端に小さく(該当決定件数が1桁など)なる場合があり、これがかえって予測精度を損ねる場合もあり得るのではないかと考えられる。

D-2 他自治体における状況の検討

- ・川崎市の利用率ならびにその変化率が、全国平均から大きくは外れた特異な数値ではないことを確認した。今後こうした全国に近い自治体での利用者数予測プロトコルの適用可能性をさぐるとともに、まだ検討をしていない利用率が高くその変化率が比較的小さな自治体や、逆に利用率が低い自治体など属性の異なる自治体について検討する必要があると考えた。
- ・都道府県別の年齢構成比較をするには、他の影響要因を考慮する必要があるため、そのためにはより広いデータが必要なことが示唆された。

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。

今後モデルとして協力いただいた川崎市以外の自治体での具体的な適用可能性についての検討を踏まえ、より広範で使用できるプロトコルへの改良を進めていきたいと考えている

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] 岩谷力, 我澤賢之, 後藤将志, 清水寛之, 竹島正. 自立支援医療の適正な提供に関する研

究, 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, 自立支援医療の適正な提供に関する研究, 2017.

- [3] 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>
- [4] 総務省. 人口推計,
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/index.htm> .

表 1 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
 (主疾患を分別しない場合の推計値)

標本数: 40 (各地区につき)

モデル	ratio = e ^{定数項} · (e ^{係数1}) ^{year} · (e ^{female}) ^{係数2} · (e ^{age2539}) ^{係数3} · (e ^{age4049}) ^{係数4} · (e ^{age5059}) ^{係数5} · (e ^{age60}) ^{係数6}	地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		5.7276 (0.0000)	5.7678 (0.0000)	5.7253 (0.0000)	5.7879 (0.0000)	5.4912 (0.0000)	5.6778 (0.0000)	5.6297 (0.0000)
(係数1) year		0.0801 (0.0000)	0.0672 (0.0000)	0.0690 (0.0001)	0.0404 (0.0042)	0.0533 (0.0081)	0.0526 (0.0005)	0.0406 (0.0235)
(係数2) female		0.1774 (0.0000)	0.1710 (0.0000)	0.1476 (0.0002)	0.1458 (0.0000)	0.1421 (0.0020)	0.0333 (0.2829)	0.0922 (0.0217)
(係数3) age2539		1.3141 (0.0000)	1.4082 (0.0000)	1.4211 (0.0000)	1.1590 (0.0000)	1.4970 (0.0000)	1.6222 (0.0000)	1.5397 (0.0000)
(係数4) age4049		1.6494 (0.0000)	1.7682 (0.0000)	1.6903 (0.0000)	1.5596 (0.0000)	1.9845 (0.0000)	1.8501 (0.0000)	1.9104 (0.0000)
(係数5) age5059		1.5387 (0.0000)	1.5430 (0.0000)	1.4394 (0.0000)	1.4047 (0.0000)	1.9056 (0.0000)	1.5250 (0.0000)	1.7473 (0.0000)
(係数6) age60		0.9483 (0.0000)	0.9005 (0.0000)	0.8625 (0.0000)	0.9820 (0.0000)	1.3412 (0.0000)	0.7156 (0.0000)	0.9792 (0.0000)
R2		0.9815	0.9837	0.9745	0.9774	0.9723	0.9842	0.9757
自由度調整済みR2		0.9782	0.9807	0.9699	0.9733	0.9673	0.9813	0.9713

ratio: 利用率 (人口 10 万人あたりの精神通院医療の支給決定件数)

year: 年度

(平成の年度数値から 22 を引いた数値。平成 22 年度=0、平成 23 年度=1、・・・)

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

表2 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。

<主疾患（ICD10におけるF0～F9ならびにG40）別の推計結果誤差>

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)対数線形モデル

	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%

<主疾患で分別せず推計した場合の推計結果誤差>

		市内合計
平成22年度	推計式による利用者数推定値	15,068
	実績値との差率	-1.0%
平成23年度	推計式による利用者数推定値	16,198
	実績値との差率	-0.9%
平成24年度	推計式による利用者数推定値	17,377
	実績値との差率	-1.1%
平成25年度	推計式による利用者数推定値	18,570
	実績値との差率	1.3%
平成26年度	推計式による利用者数推定値	19,835
	実績値との差率	2.0%
平成27年度	推計式による利用者数推定値	20,758
	実績値との差率	2.1%

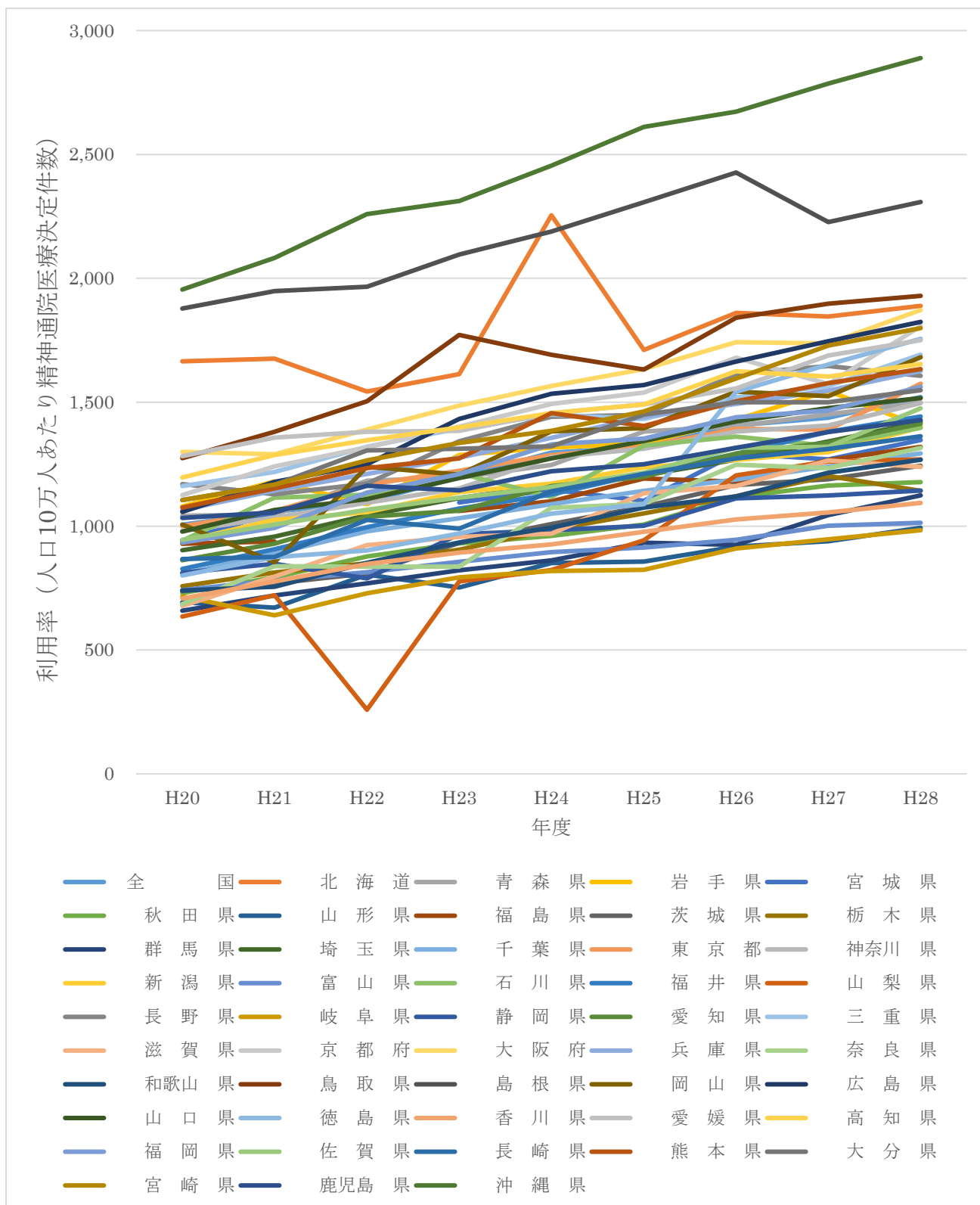


図1 都道府県別人口10万人あたり精神通院医療決定件数(利用率)の推移(I)

※平成22年度は宮城県、福島県の精神通院医療支給決定件数データが欠損しているため、これを含めず作成した。

表3 都道府県別人口10万人あたり精神通院医療決定件数（利用率）の推移（II）

	利用率（人口10万人あたり決定件数）			都道府県別利用率の順位		順位の変化 H20→H28に かけての順 位変化（プ ラスが順位ア ップ）
	H20	H28	左記期間にお ける年平均変 化率	H20	H28	
全国平均	1,005	1,521	+5.31%			5 ※1
都道府県単純平均	990	1,503	+5.52%			
標準偏差	284	342	+1.57%			
沖縄県	1,955	2,889	+5.00%	1	1	—
北海道	1,878	2,309	+2.61%	2	2	—
北海道	1,665	1,889	+1.59%	3	4	▼1
大阪府	1,300	1,872	+4.67%	4	5	▼1
愛媛県	1,282	1,750	+3.97%	5	10	▼5
鳥取県	1,274	1,929	+5.32%	6	3	△3
高知県	1,196	1,654	+4.13%	7	13	▼6
長野県	1,170	1,607	+4.05%	8	16	▼8
三重県	1,162	1,692	+4.81%	9	11	▼2
京都府	1,125	1,807	+6.10%	10	7	△3
大分県	1,105	1,549	+4.30%	11	19	▼8
宮崎県	1,105	1,799	+6.28%	12	8	△4
岩手県	1,079	1,403	+3.33%	13	28	▼15
熊本県	1,075	1,634	+5.37%	14	14	—
兵庫県	1,065	1,626	+5.43%	15	15	—
広島県	1,058	1,824	+7.05%	16	6	△10
青森県	1,042	1,499	+4.65%	17	21	▼4
鹿児島県	1,033	1,428	+4.13%	18	25	▼7
岡山県	1,007	1,682	+6.62%	19	12	△7
東京都	1,000	1,575	+5.85%	20	17	△3
神奈川県	980	1,497	+5.43%	21	22	▼1
山口県	978	1,517	+5.64%	22	20	△2
佐賀県	945	1,476	+5.73%	23	23	—
石川県	942	1,397	+5.05%	24	30	▼6
宮城県	941	1,347	+4.59%	25	32	▼7
新潟県	938	1,398	+5.12%	26	29	▼3
福岡県	934	1,562	+6.65%	27	18	△9
福島県	929	1,320	+4.49%	28	33	▼5
埼玉県	903	1,419	+5.82%	29	26	△3
長崎県	867	1,363	+5.81%	30	31	▼1
愛知県	862	1,413	+6.37%	31	27	△4
福井県	827	1,442	+7.20%	32	24	△8
静岡県	812	1,144	+4.37%	33	41	▼8
千葉県	808	1,293	+6.06%	34	35	▼1
徳島県	801	1,756	+10.31%	35	9	△26
栃木県	757	1,142	+5.27%	36	42	▼6
富山県	742	1,013	+3.97%	37	45	▼8
和歌山県	740	1,268	+6.96%	38	37	△1
茨城県	738	1,244	+6.74%	39	38	△1
秋田県	730	1,178	+6.16%	40	40	—
岐阜県	716	984	+4.05%	41	47	▼6
香川県	708	1,094	+5.58%	42	44	▼2
山形県	692	993	+4.62%	43	46	▼3
奈良県	685	1,316	+8.49%	44	34	△10
滋賀県	678	1,239	+7.83%	45	39	△6
群馬県	659	1,124	+6.91%	46	43	△3
山梨県	635	1,269	+9.05%	47	36	△11

* 順位変化幅（絶対値）の平均

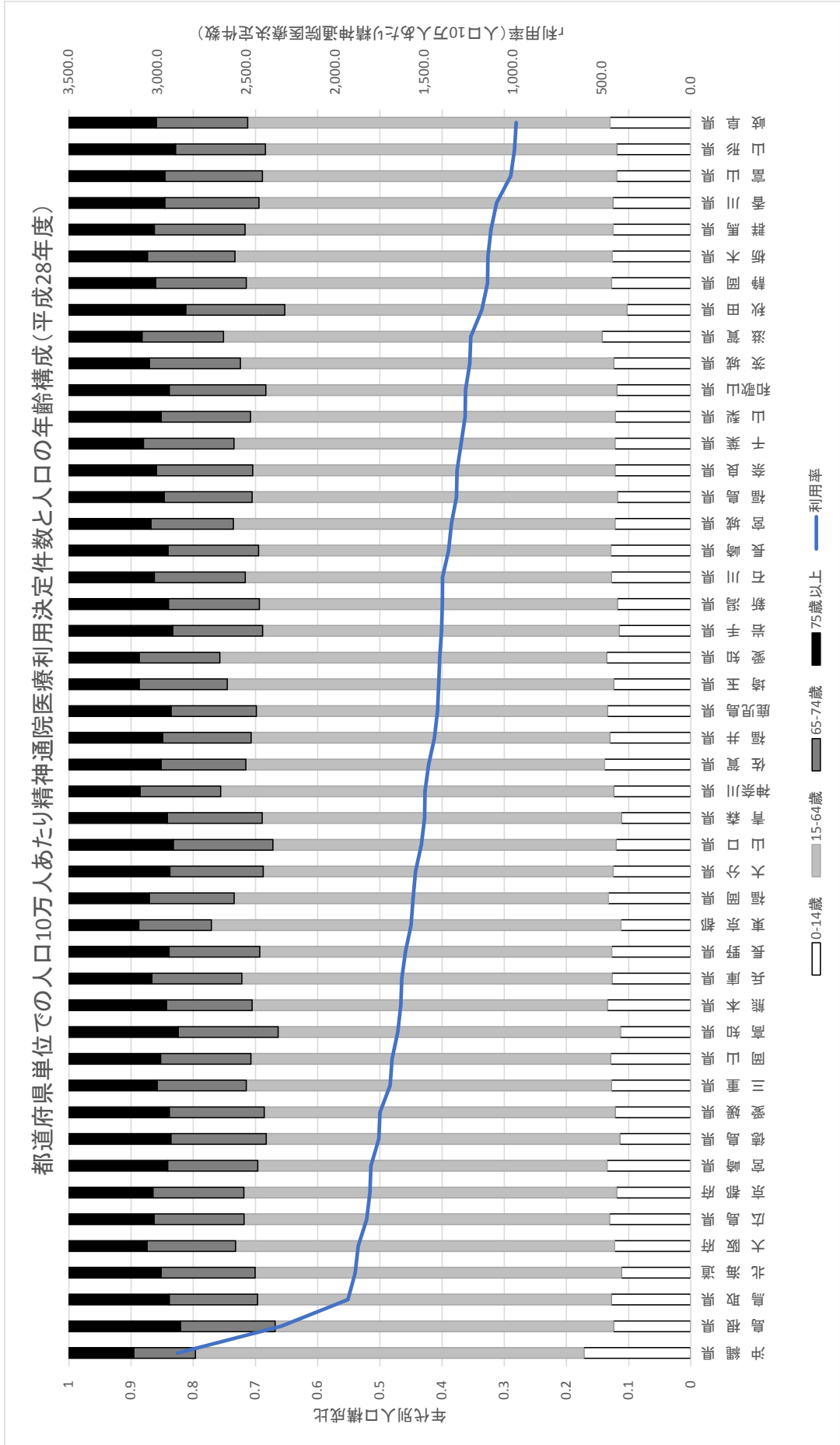


図2 都道府県別精神通院利用率と年齢構成

平成 27～29 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「精神障害者の人権確保に関する研究」総括報告書

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） 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） 本多 義治（七山病院）

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）全国の精神医療審査会事務局に対して、前年度の活動状況など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）精神医療審査会活動等に関するシンポジウムを年 2 回開催した。

【結果】（1）平成 29 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 217（前年 213）の合議体があり、1,799 人（同 1,434）の委員が任命されていた。平成 28 年度は、1 回の合議体当たり平均 154.4 件（同 152.1）の書類審査がなされていた。退院請求は 2,775 件（同 2,585）、処遇改善請求は 425（同 386）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 32.7（同 33.2）日であった。審査様式では、急な欠席者への対応、書類審査の事前配布や役割分担、代理人弁護士からの資料開示請求への対応、合議体の開催時間などにおいて、自治体間で差があった。（2）平成 29 年度は 15 件の要検討事例が報告され、入院適応の疑問例や家族対応を中心に様々な論題が提示された。（3）平成 29 年度は、10 月に岡山市において、「精神医療審査会の現状と今後の方向性」と題したシンポジウム、平成 30 年 2 月に東京都において、「措置入院者退院支援の取り組み」と題したシンポジウムを開催した。

【考察】（1）近年、審査件数の増加に対応して、合議体数や委員数も増加している。（2）かねてより審査件数や審査日数の地域差が指摘されてきたが、平成 29 年度のアンケート調査によって、審査の様式（そしておそらく審査の基準）にもばらつきのあることが判明した。（3）これまでに 189 例の要検討事例が集積された。今年度は、非自発入院の適応や弁護士からの資料開示請求をめぐる疑義や提案があった。（4）こうした動向を踏まえ、全国精神医療審査会連絡協議会を審査会活動に関する常設の相談機関と位置づけ、各地の審査会からの疑義照会や提案事項を常時収集・分析の上、電子媒体で全国にフィードバックするシステムの構築を提案した。また、精神医療審査会運用マニュアルの改訂も必要と思われた。

【結論】精神障害者の権利擁護と適正な医療の確保という精神医療審査会制度の創設趣旨を実現し、国際比較を行うために、今後とも、審査会活動の定期的なモニタリングや事例分析、シンポジウムや研修会の開催が必要と思われる。

A. 研究目的

本研究は、わが国における精神科利用者の権利擁護の強化と適正な医療の確保に資するために、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29年度は、資料1の項目に沿ったアンケート調査を実施した。

2. 検討事例の収集

同じく、全国の精神医療審査会事務局に対し、所定の様式に沿って、前年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、毎年2回、東京と他都市にて講演会や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

毎回、すべての精神医療審査会事務局から回答があった。平成29年度の集計結果を別添資料に書き込んだ。また、自治体別の結果を表1から3に示した。資料中の図1および2のデータは表2および3に書き込んだ。平成27、28年度のデータについては、各年度の報告書を参照されたい。

2. 検討事例の収集

平成27年度は23例、28年度は19例、29年度は15例の報告があった。29年度分について、主な論題別にその概要を示す。

(1) 措置入院に関する事例

①家族による措置入院患者の退院請求事例。措置症状は消退したため入院形態の変更と裁定し、任意入院となったが、家族が治療を拒否しているため、治療中断と再入院になるおそれが高い。

②定期病状報告書に措置症状消退と記載されているため、病院側から意見聴取した事例。窃盗で措置入院となった認知症。家族による虐待があるため医療保護入院に変更できないとの説明があったが、入院形態変更と裁定し、措置解除後、高齢者施設に一時保護となった。

(2) 医療保護入院に疑義があった事例

①「他の習慣及び衝動の障害 (F63.8)」の診断で医療保護入院となったストーカー加害者からの退院請求事例。判断能力も認めるため退院を勧告したところ病院管理者から措置通報がなされた。不要措置の決定後に退院となった。

②振戦せん妄から回復したアルコール依存症患者からの退院請求事例。依存症の治療プログラムもないため退院勧告したが、病院側の強硬な抵抗があった。

③「酩酊状態」で医療保護入院届があったため、書類返戻したアルコール依存症事例。「飲酒状態」に変更されたため、厚生省課長通知(昭和63年11月11日、健医精発第41号)に則って入院形態変更と裁定した。

④代理人弁護士から退院請求のあったアルコール依存症事例。入院形態変更の裁定後、任意入院となったが、その後、入院同意が得られず、退院となった。

(3) 任意入院者からの退院請求事例

①任意入院者からの退院請求。受理せず、病院に退院支援を要請したが、実現しないため審査を開始した。退院勧告としたが、審査会委員から、任意入院に退院勧告できるのか等の異論があった。

②閉鎖病棟入院中の任意入院者からの退院請求。受理後、意見聴取前に退院したため不審査とした。審査マニュアルには審査開始できると記載されているが、審査会長判断で不審査とされた。主管課に情報提供後、改善命令

が出された。

③閉鎖処遇中の任意入院者からの退院および処遇改善（外出）請求事例。病状を勘案し、処遇改善請求は却下し、管理者に入院形態の再考を要請した。

（４）処遇改善請求事例

①代理人弁護士から「投薬中止または変更」「身体的治療への配慮」「外出制限の解除」を求める処遇改善請求のあった医療保護入院事例。外出制限のみを審査対象としたが、審査範囲をどうすべきか。

②医療保護入院者からの退院請求に対して意見聴取したところ、電話・外出制限に対する処遇改善請求が追加された事例。改善勧告したところ、処遇改善請求に対する意見陳述の機会がなかったと病院側より苦情があった。追加請求への対応を全体会で確認した。

（５）審査プロセスに関する問題事例

①医療保護入院者の代理人弁護士からの退院請求において、資料の事前開示を求められた事例。開示資料の範囲、手続き、方法について厚生労働省に確認したところ、自治体の条例に則って対応するよう回答があった。

②医療保護入院者からの退院・処遇改善請求に対して意見聴取を行ったところ、家族から面接場面の録音を求められた事例。事務局は要請に応じたが、審査会委員から審査非開示の原則や情報管理上の問題点を指摘された。

③医療保護入院者からの退院・処遇改善請求に対して、審査会は現状維持と裁定したが、入院同意した家族に同意者の適格性がないことが判明した事例。同意した親族が民事訴訟相手の直系血族であったため、同意者変更の附帯意見を付けて結果を通知した。

③児相所長が親権停止を申し立てた後に所長同意による医療保護入院となり、入院後に親権停止が決定した未成年事例。結審前の入院を妥当としたが、審判確定証明書の提示を病院に求めた。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウム（平成29年度）の開催

（１）岡山シンポジウム

平成29年10月21日、岡山市において、「精神医療審査会の現状・課題、そして今後の方向性」と題したシンポジウムを開催した。

全国精神医療審査会連絡協議会（以下「全審連」）の平田豊明専務理事より、精神医療審査会の歴史と現状、審査の基準や着眼点について基調報告があったのち、シンポジストの森豊氏（伊達法律事務所）より「弁護士の立場から」、寺西里恵氏（ピアサポートいしびき）より「精神保健福祉士の立場から」、山下俊幸氏（京都府立洛南病院）より「精神科医の立場から」、白川教人氏（横浜市こころの健康相談センター）より「主に定数不足問題を巡って」と題して口演があった。続いて桐原尚之氏（全国「精神病」者集団）より指定発言がなされ、精神医療審査会制度に対して批判的な観点から問題提起がなされた。その後、シンポジストや参加者との間で討論がなされた¹⁾。

（２）東京シンポジウム

平成30年2月23日、東京都において、「措置入院者退院支援の取り組み」と題したシンポジウムを開催した。全審連の平田豊明専務理事より本研究の速報及び新たな措置入院制度の概要と課題について基調報告があったのち、シンポジストの岩澤秀行氏（千葉市精神保健福祉課）、妹尾忍氏（岡山市保健所）、田中友巳氏（兵庫県障害福祉課）、白川教人氏（横浜市こころの健康相談センター）の各氏より、行政機関による措置入院者の退院支援に関する実践報告がなされた。2019年度から施行予定の新たな措置入院制度における行政的支援の強化や患者の権利擁護、精神医療審査会の関与などの論題を巡って、幅広い討論がなされた²⁾。

D. 考察

1. 審査会活動の動向

精神障害者の人権擁護と適正な医療の確保を図るために精神医療審査会制度が創設されてから、2017年で30年を経た。在院患者数はここ30年で約5万人（約14%）減少して

いるが、在院期間が短縮し、新規入院が増加しているため、書類審査および退院等の請求審査の件数は近年増加している（図1）。

これに対応するために、合議体数、委員数も増加し、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、審査会事務局は、合議体委員の確保や退院請求等に対する審査日程の調整に苦慮している。

2. 審査様式や審査基準の地域差

ただし、表1～3に示すように、審査件数や審査に要する日数では、依然として自治体による差が著しい。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2）。

平成29年度のアンケート調査では、審査の様式においても地域差のあることが判明した。

すなわち、資料に示したように、書類審査では、合議体開催日に一括審査する自治体（37）と、事前配布によって開催日の審査事案を絞り込む自治体（30）とに割れていた。全書類を全委員が審査する自治体（35）とそれ以外の方式をとる自治体（32）も、ほぼ同数であった。これに連動して、合議体の開催時間も1時間未満から4時間以上まで、大きくばらついた。

こうした審査様式の地域差は、審査の緻密さや審査基準における地域差の存在を推測させる。昨年度に問題となった合議体不成立下での審査も、精神医療審査会活動に対する自治体間の温度差を物語っている。

3. 要検討事例から見える動向

2002年度以降、報告を募った通算9年間で189例の要検討事例が集積している。今年度は、家族側の事情により措置入院から医療保護入院への移行が困難な事例が報告された。次期精神保健福祉法改正で首長同意の要件が緩和される見通しであるが、本研究班が2015年度に提案した公的保護者制度も今後検討されるべきであろう。

措置入院事例に関しては、制度の見直しに伴って、精神医療審査会の審査においても新たな検討課題の生ずる可能性がある。

今回のアンケート調査からは、代理人弁護

士による請求の増加に伴って、審査資料の事前開示を請求される機会も増えていると推測されたが、事例報告でも、こうした要請に対する明確なルールの不在が指摘された。

4. 今後の課題

以上の動向を踏まえ、本研究班は、全審連が全国各地の精神医療審査会から常時様々な相談を受け付け、国等の関係機関と協議の上、回答をフィードバックする常設の助言機関として機能することを提案する。情報交換の手段としては、メーリングリストなどのクローズドな電子媒体を活用すべきである。また、審査会運用マニュアルも改訂を検討すべきである。

E. 結論

精神障害者の権利擁護と適正な医療の確保という精神医療審査会制度の創設趣旨を実現し、国際比較を行うために、今後とも、審査会活動の定期的なモニタリングや事例分析、シンポジウムや研修会の開催が必要と思われる。

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

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.42, 2017

2) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.43, 2018

精神医療審査会活動に関する調査票
審査会名 _____ 精神医療審査会

I. 精神医療審査会の構成や活動実績に関する以下の質問にご回答下さい。

1. 合議体の構成（回答日現在）
 - (1) 合議体数 217 合議体 <斜字体の数値は合計、それ以外の数値は平均>
 - (2) 全合議体委員の構成内訳
医療委員 11.8 人 法律委員 4.8 人（うち、弁護士 3.4 人）
保健福祉委員 5.4 人（うち、精神保健福祉士 3.6 人）
2. 合議体等の開催数（平成28年度）
 - (1) 全体会の開催数 1.1 回 (2) 合議体の開催数 26.9 回
3. 書類審査件数（平成28年度）
4144.6 件（返戻分の審査も含む全書類審査の件数）
4. 退院請求等の審査状況（平成28年度）
 - (1) 退院請求の審査状況を別添の図1の中に記入して下さい。
 - (2) 処遇改善請求の審査状況を別添の図2の中に記入して下さい。
 - (3) 請求受理から結果通知までの平均日数 32.7 日
5. 頻回請求の取り扱いについて、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
 - (1) 当該請求受理以前6か月以内に意見聴取を行っている場合は、原則として書面審査のみ **48**
 - (2) 当該請求受理以前3か月以内に意見聴取を行っている場合は、原則として書面審査のみ **3**
 - (3) 請求の都度意見聴取を行う **2** (4) その他 **14**

II. 審査会の運営に関する以下の質問にご回答下さい。

1. 合議体の開催直前に出席委員が定数に満たなくなった場合、どう対処していますか？（複数選択可）。
 - (1) 予備委員の参加で対処 **38**
 - (2) 別の合議体からの参加で対処 **50**
 - (3) 日程の再調整 **25**
 - (4) 出席委員で審査するが、結果は保留し、後日、欠席委員が審査して決定 **2**
 - (5) その他 **12**
2. 事務局による事前の書類チェックについて、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
 - (1) 事務局による誤記等の事前チェックを行っている **63**
 - (2) 行わない **4**
3. 書類の配布による事前審査について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
 - (1) 事前配布は行わない **37**
 - (2) 希望があれば行う **0**
 - (3) 原則として全委員に事前配布 **30**
4. 委員の来所による書類の事前閲読について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
 - (1) 事前閲読は行わない **51** (2) 希望があれば事前閲読を行う **14**
5. 書類審査の委員による分担について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
 - (1) 全書類を全委員で審査する（関係者排除の原則は適用） **35**

- (2) 全書類を医療・法律・保健福祉の各委員1名以上が審査する 16
- (3) その他 16
6. 予備委員による事前審査について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
- (1) 予備委員による事前審査は行わない 49
- (2) 予備委員（医療委員のみ）が事前審査を行い、要検討事例を抽出して合議体で審査する 0
- (3) 予備委員（医療委員以外の委員も含む）が事前審査を行い、要検討事例を抽出して合議体で審査する 2
- (4) その他 18
7. 退院請求等の審査の意見聴取委員について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
- (1) 原則として、医療委員と非医療委員の2名以上で意見聴取する 61
- (2) 医療委員のみが意見聴取する 1
- (3) その他 5
8. 意見書の作成について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
- (1) 意見聴取の当日に聴取先で作成して事務局に提出する（資料は持ち帰らない） 4
- (2) 資料を持ち帰って意見書を作成し、後日事務局に提出する 56
- (3) 意見聴取委員の希望により、上記（1）（2）を選ぶ 7
- (4) その他 0
9. 今までに退院等の請求を代理人弁護士が行った事例はありますか？
- (1) ある 49 (2) ない 15 (3) 不明 3
10. 代理人弁護士から意見書等の開示請求があった場合、応じていますか？
- (1) 原則として応じる 18
- (2) 個人情報保護の観点から、原則として応じない 4
- (3) 事例によって合議体や事務局で協議する 3
- (4) 弁護士による開示請求の事例がない 34
- (5) その他 8
11. 合議体1回当たりの平均開催時間について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
- (1) 1時間以内 1
- (2) 1時間超～2時間以内 30
- (3) 2時間超～3時間以内 28
- (4) 3時間超～4時間以内 7
- (5) 4時間超 1
12. 精神医療審査会の運営に係る疑義照会先（全国精神医療審査会連絡協議会など）の常設について、当てはまる項目番号を丸で囲んで下さい。
- (1) あった方がよい 55
- (2) なくてもよい 1
- (3) どちらともいえない 9
- (4) その他 2

図1 審査件数の推移

■ 退院請求審査件数 □ 処遇改善請求審査件数 -●- 書類審査件数

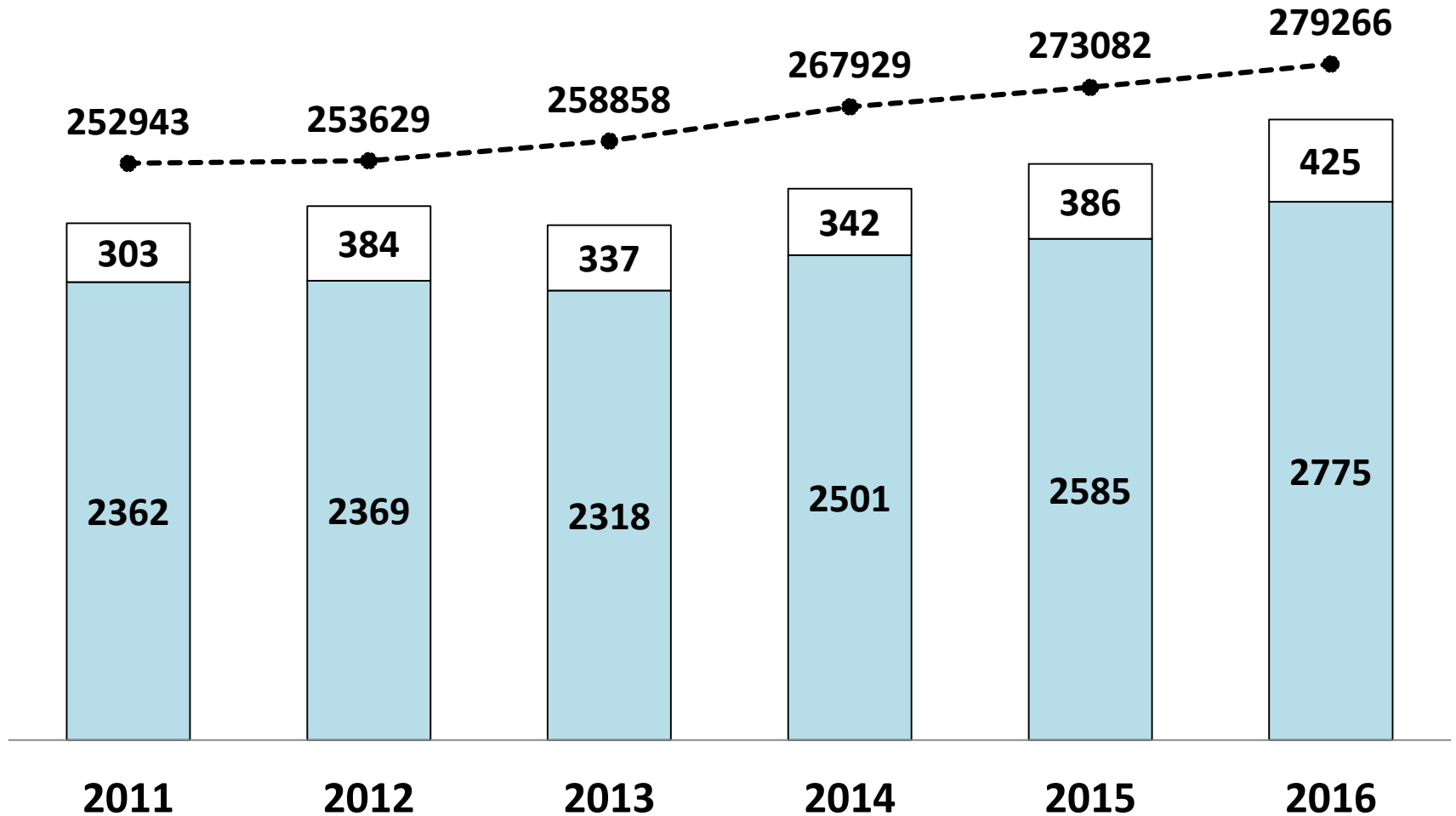
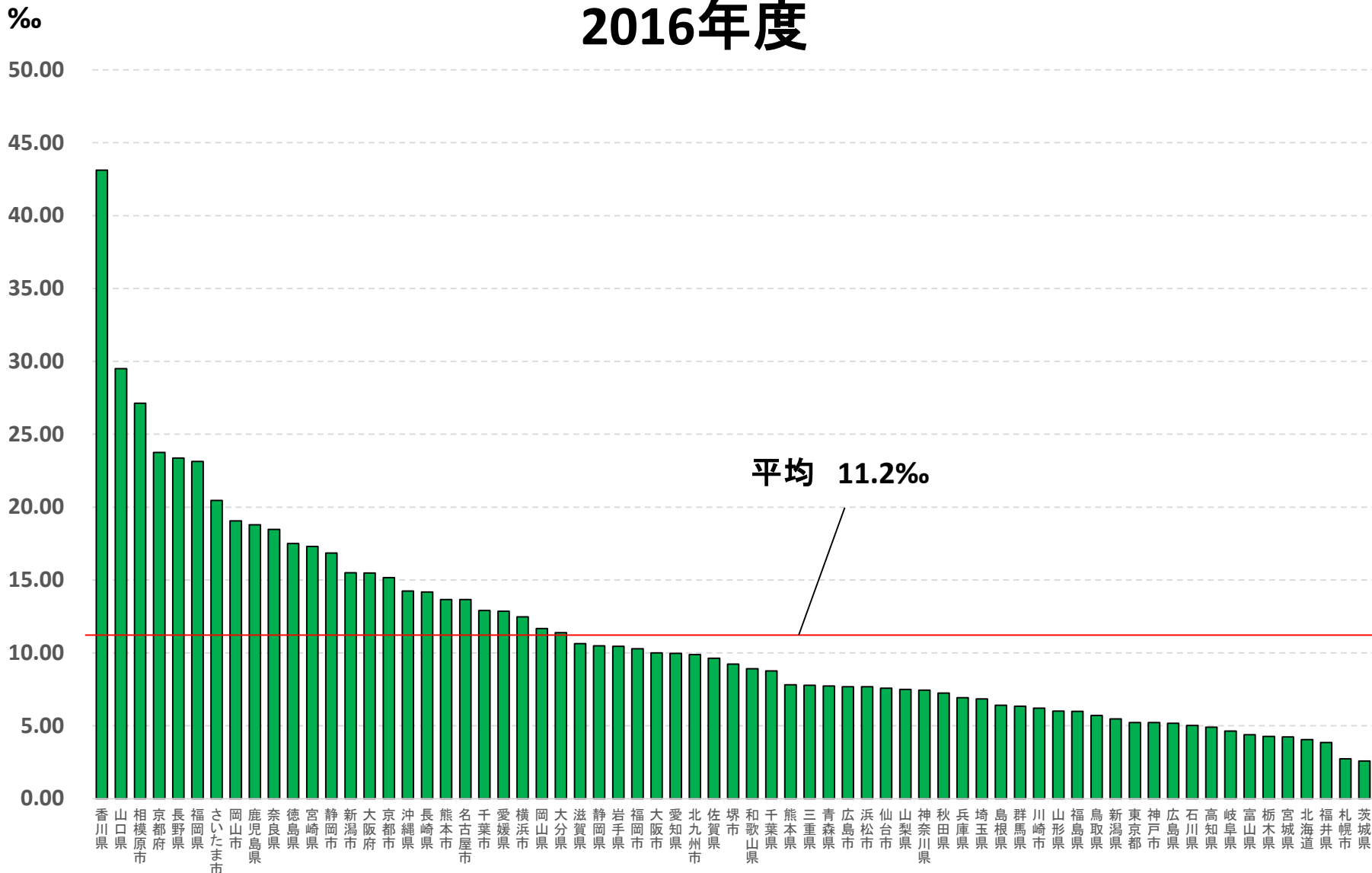


図2 書類審査に対する請求審査件数(‰)

2016年度



自治体	受理及び繰越			審査状況						審査結果				
	平成28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	審査開始	うち、書類のみの審査件数	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	51	4	2	28	1	20	1	21	4	22	6	0	0	0
札幌市	26	15	0	16	2	8	1	9	1	15	1	0	0	0
青森県	39	0	2	37	25	3	1	4	0	37	0	0	0	0
岩手県	36	1	2	20	3	10	5	15	3	20	0	0	0	0
宮城県	20	0	0	11	1	3	6	9	0	8	0	0	0	3
仙台市	23	0	2	13	0	12	0	12	0	12	0	0	0	1
秋田県	36	0	5	26	8	11	2	13	2	26	0	0	0	0
山形県	28	0	1	23	3	4	2	6	0	21	0	0	0	2
福島県	35	0	2	27	2	9	1	10	0	24	1	0	0	2
茨城県	19	0	0	13	0	1	5	6	0	13	0	0	0	0
栃木県	22	0	1	17	0	6	0	6	0	11	0	3	0	3
群馬県	50	0	4	29	1	1	24	25	0	23	1	0	0	5
埼玉県	128	0	7	102	1	30	3	33	0	97	1	0	0	4
さいたま市	40	0	2	30	0	9	3	12	0	24	2	0	0	4
千葉県	188	0	28	98	9	59	34	93	25	98	0	0	0	0
千葉市	37	1	1	20	0	13	4	17	1	19	1	0	0	0
東京都	185	11	20	134	5	46	16	62	9	113	15	0	1	5
神奈川県	114	1	7	48	5	46	15	61	12	46	2	0	0	0
横浜市	194	1	16	86	12	78	32	110	14	83	2	1	0	0
川崎市	27	0	1	15	0	6	7	13	0	11	1	0	2	1
相模原市	30	0	1	20	1	10	0	10	1	19	1	0	0	0
新潟県	34	0	0	22	1	7	4	11	1	22	0	0	0	0
新潟市	64	0	7	47	11	11	9	20	4	47	0	0	0	0
富山県	25	0	0	15	0	10	0	10	0	14	1	0	0	0
石川県	32	0	0	21	2	11	0	11	0	20	1	0	0	0
福井県	17	0	1	9	0	3	4	7	2	9	0	0	0	0
山梨県	25	0	1	17	0	7	0	7	2	17	0	0	0	0
長野県	107	2	0	88	25	16	3	19	0	88	0	0	0	0
岐阜県	33	0	1	20	3	6	3	9	5	20	0	0	0	0
静岡県	41	0	5	37	2	7	2	9	0	36	0	0	0	1
静岡市	24	0	1	18	1	4	2	6	1	18	0	0	0	0
浜松市	15	0	0	12	0	0	0	0	3	12	0	0	0	0
愛知県	104	0	2	66	12	17	13	30	10	65	0	0	1	0
名古屋市	59	3	1	49	11	9	2	11	0	45	1	0	0	3
三重県	39	0	0	31	3	3	5	8	0	30	1	0	0	0
滋賀県	45	2	5	22	4	24	2	26	2	18	3	1	0	0
京都府	108	4	9	74	3	28	12	40	3	73	1	0	0	0
京都市	52	5	0	37	2	9	6	15	0	37	0	0	0	0
大阪府	296	12	18	222	46	61	31	92	0	176	7	23	0	16
大阪市	11	1	2	8	0	0	5	5	0	7	1	0	0	0
堺市	51	0	0	33	5	15	3	18	0	29	4	0	0	0
兵庫県	76	3	6	53	6	18	3	21	8	45	5	3	0	0
神戸市	29	0	0	19	1	6	4	10	0	18	1	0	0	0
奈良県	75	1	6	56	5	17	4	21	4	54	2	0	0	0
和歌山県	18	0	0	12	0	5	1	6	0	11	1	0	0	0
鳥取県	12	0	1	10	1	3	0	3	0	10	0	0	0	0
島根県	19	0	0	15	1	1	3	4	0	15	0	0	0	0
岡山県	26	0	1	23	2	4	0	4	0	22	0	0	0	1
岡山市	101	0	5	68	0	19	9	28	10	63	5	0	0	0
広島県	29	8	2	21	0	7	1	8	2	17	2	0	0	2
広島市	33	3	0	22	2	7	4	11	0	20	2	0	0	0
山口県	68	0	11	61	11	8	5	13	5	61	0	0	0	0
徳島県	44	0	3	36	12	8	1	9	2	32	4	0	0	0
香川県	55	0	5	48	5	8	0	8	4	45	3	0	0	0
愛媛県	44	0	1	37	10	3	1	4	4	37	0	0	0	0
高知県	23	0	0	13	1	3	3	6	4	13	0	0	0	0
福岡県	231	64	0	197	107	20	14	34	0	178	19	0	0	0
北九州市	37	20	0	26	2	4	7	11	0	24	1	1	0	0
福岡市	37	0	6	33	3	5	2	7	3	29	4	0	0	0
佐賀県	47	13	1	33	7	11	0	11	4	33	0	0	0	0
長崎県	53	1	1	40	3	4	5	9	5	39	1	0	0	0
熊本県	33	0	1	30	2	2	1	3	1	30	0	0	0	0
熊本市	61	7	3	42	5	12	5	17	5	38	3	1	0	0
大分県	43	3	10	38	12	8	0	8	7	35	1	0	0	2
宮崎県	45	0	3	38	12	4	2	6	4	32	4	2	0	0
鹿児島県	123	14	11	78	16	33	9	42	14	78	0	0	0	0
沖縄県	76	8	4	65	65	10	5	15	0	59	2	0	0	4
計	3948	208	238	2775	501	863	357	1220	191	2563	114	35	4	59
平均	58.9	3.1	3.6	41.4	7.5	12.9	7.5	18.2	2.9	38.3	1.7	0.5	0.1	0.9

自治体	受理及び繰越			審査状況						審査結果			
	平成28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	審査開始	うち、書類 のみの 審査件数	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	12	2	1	8	0	3	0	3	2	8	0	0	0
札幌市	2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
青森県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岩手県	10	0	1	9	0	1	1	2	0	9	0	0	0
宮城県	4	0	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0
仙台市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田県	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0
山形県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	1	0	1	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0
茨城県	0	0	0	0	0	0	0	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	3	0	0	2	1	1	0	1	0	2	0	0	0
埼玉県	14	0	2	13	2	2	1	3	0	12	0	0	1
さいたま市	9	0	1	6	1	4	0	4	0	6	0	0	0
千葉県	13	0	0	5	0	6	1	7	1	4	0	0	1
千葉市	4	0	1	4	0	0	1	1	0	4	0	0	0
東京都	70	6	12	50	2	22	5	27	5	47	2	0	1
神奈川県	9	0	0	4	1	3	1	4	1	3	1	0	0
横浜市	39	0	2	13	1	17	7	24	4	13	0	0	0
川崎市	8	0	0	0	0	6	2	8	0	0	0	0	0
相模原市	6	0	0	3	1	3	0	3	0	3	0	0	0
新潟県	12	0	0	8	2	3	1	4	0	8	0	0	0
新潟市	28	0	5	17	2	11	4	15	1	17	0	0	0
富山県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
石川県	4	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0
福井県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山梨県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長野県	6	0	0	5	2	1	0	1	0	4	1	0	0
岐阜県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静岡県	9	0	1	8	0	2	0	2	0	8	0	0	0
静岡市	7	0	0	2	0	4	1	5	0	0	2	0	0
浜松市	2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
愛知県	7	0	0	7	5	0	0	0	0	6	0	1	0
名古屋市	27	4	2	24	5	3	2	5	0	22	0	0	2
三重県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
滋賀県	7	1	0	4	0	3	0	3	0	4	0	0	0
京都府	9	0	0	4	3	4	0	4	1	4	0	0	0
京都市	14	4	0	11	1	2	1	3	0	11	0	0	0
大阪府	78	5	2	60	12	15	5	20	0	47	9	0	4
大阪市	4	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0
堺市	11	0	0	6	0	2	3	5	0	3	3	0	0
兵庫県	16	0	1	11	4	3	2	5	1	10	1	0	0
神戸市	5	0	0	2	0	2	1	3	0	2	0	0	0
奈良県	12	0	2	10	1	3	1	4	0	10	0	0	0
和歌山県	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
鳥取県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
島根県	5	0	0	4	1	1	0	1	0	4	0	0	0
岡山県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
岡山市	13	0	0	6	0	3	1	4	3	6	0	0	0
広島県	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
広島市	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
山口県	12	0	2	13	1	1	0	1	0	12	1	0	0
徳島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
香川県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛媛県	8	0	0	6	0	1	0	1	1	6	0	0	0
高知県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡県	24	4	0	18	8	5	1	6	0	18	0	0	0
北九州市	6	3	0	5	0	1	0	1	0	5	0	0	0
福岡市	8	0	1	7	1	0	1	1	1	7	0	0	0
佐賀県	6	2	0	3	0	2	1	3	0	3	0	0	0
長崎県	26	0	1	19	2	0	7	7	1	19	0	0	0
熊本県	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0
熊本市	24	2	1	17	4	6	1	7	1	16	1	0	0
大分県	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1
宮崎県	12	0	0	9	3	1	0	1	2	6	3	0	0
鹿児島県	10	0	0	4	2	6	0	6	0	4	0	0	0
沖縄県	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
計	624	33	41	425	70	157	56	213	27	389	24	2	10
平均	9.3	0.5	0.6	6.3	1.0	2.3	0.8	3.2	0.4	5.8	0.4	0.0	0.1

平成 27-29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (障害者政策総合研究事業 (精神 障害分野))
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」

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、教授)
研究協力者 矢野 香 (東砂長寿サポートセンター、主任介護支援専門員)
研究協力者 松川 靖 (東十条・神谷高齢者あんしんセンター、主任介護支援専門員)
研究協力者 中越章乃 (神奈川県立保健福祉大学、助教)

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、実際に精神障害者支援に携わる地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化する事例検討会の方法を明らかにする。

【方法】居宅介護支援事業所等に従事する介護支援専門員等 16 名を対象としたアクションリサーチを実施した。①事例検討を中心とした全 4 回のグループ・スーパービジョン (以下 GSV)、②参加者に対するアンケート調査、③振り返りシートによる評価、④フォーカス・グループインタビューによる GSV の振り返り評価、⑤アンケート調査票の集計と録音データの質的分析。

【結果および考察】介護支援専門員 (以下 CM) は、介護保険の主契約対象者ではない家族で精神疾患を有する方との出会いが多いことが知られている。本来は、家族支援も環境支援業務として位置づけてかかわることが求められているが、不慣れな精神障害者に対する構えもあり、かかわりの困難さを実感している CM が多い。今回、事例検討に基づく GSV を試行的に実施することにより、精神障害者に対しても普通に話せばいいと納得できることで、困難の多くが支援者側の構えの問題にあることが示唆された。「精神障害」に問題を還元するのではなく、本人たちの生き方や選択を認め、多様性を尊重し、まず人として接することが大切であり、在宅精神障害者へのかかわりにおいては、本人のヒストリー (生活歴、生き方、背景) やストレングス (力と強み、大切にしているもの、地域とのつながり) を理解した上でのアプローチが重要との気づきが、当事者へのかかわりを良好なものに転換し、権利を擁護することに繋がる。一方、居宅支援現場における事例検討会が、CM 同士で日常的に実施されることは少なく、「統合失調症が怖い」という気持ちや戸惑いを率直に表明しても受容され、批判されること無く安心して話せる事例検討の場が必要である。CM を対象とする実務者研修では、認知症は取り上げられても精神疾患は扱われず、精神障害にかかわる基礎知識も乏しい。CM に対する精神障害者支援にかかわる研修の実施が必要であり、ストレングス視点での効果的な事例検討に基づく GSV の実施が有効である。

【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、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。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。精神障害者に関わる支援者が乏しい地域においても、適切な地域生活支援テキストに基づく研修会と事例検討に基づく GSV を展開することにより、CM 等の既存の人的リソースとストレングスを活かした支援チーム形成が可能であり、地域包括ケアシステムの中で在宅精神障害者の人権確保を図ることができる。

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、実際に精神障害者支援に携わる地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化する事例検討会の方法を明らかにする。

精神障害者支援に従事していない他領域の専門職・機関等が、支援方法等の知識を習得し対応力量を高めることにより、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た地域包括ケアシステム構築に貢献するとともに、在宅精神障害者の人権確保を図る取り組み方法の構築に寄与する。

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に関して、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、以下 CM と略す）31 名を対象に、電話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。

3. 本調査

平成 29 年度は、高齢者領域に従事する CM を対象としたアクションリサーチを行った。東京都内の介護支援事業所に勤務する 16 名を対象に、①事例検討を中心とした全 4 回のグループ・スーパービジョン（以下 GSV と略す）、②参加者を対象にアンケート調査、③10 点満点の振り返りシートによる評価、④フォーカス・グループインタビューによる GSV の

振り返り評価、を実施する。アンケート調査票の集計と録音データの KJ 法を援用した質的分析を通して、地域の既存リソースを活かした人的資源開発と具体的支援方策を検討し、地域在住の精神障害者の人権擁護を促進する方途を検討した。

（倫理面への配慮）

対象者に、研究の目的と方法、個人情報とデータの取り扱い、研究協力者の権利について、十分な説明を行い、参加同意書を得た。取得したデータや個人情報は、研究目的外には使用しないこと、データは匿名化し、研究発表する際も個人情報は守秘されること、データの保管には万全を期し外部へは漏洩しないこと、録音テープ等は調査結果がまとまった時点で消去・破棄することを、文書を用いて伝えた。また、研究に参加するか否かは自由意思に委ねられており、一度同意した後でいつでも同意を取り消すことができ、それによる不利益はないこと、参加しなくても不利益を受けることは全くないことを保障した。CM に対して心理的侵襲性・社会的不利益を生じる可能性のあることから、日本社会事業大学社会事業研究所に倫理審査を申請し承認を得た（2017 年 7 月 7 日、受付番号 17-0203）。

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おり、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（関西精神障害者問題研究会 1973）。これらから、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と白石は指摘している（白石 1994）。

精神障害に対する拒否感は、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、接触体験を積む中で意識が徐々に変化してくることから、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されている（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者を「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、CM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CM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・家族とかわる際に、CM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CM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。

3. 本調査

GSVは都内某区の地域包括支援センターにおいて、終業後に2017年8月から毎月計4回実施し、12月に、まとめのグループインタビューを実施した。参加メンバーは計16名であり、第1回~3回は13名が出席し、第4回は12名が出席した。対象は、センター圏域内の居宅介護支援事業所に所属するCMや、要支援のケアマネジメントの一部委託契約をし

ている事業所等にファックスを利用し声掛けをした。加えて、精神疾患を抱える利用者等と日頃から関わりのある相談支援専門員（障害福祉サービスにおけるケアマネジャー）と、診療所で精神科医を配置し、訪問診療を実施している精神保健福祉士にも参加依頼を行った。しかし、相談支援専門員は、本人の都合がつかず全回欠席であった。

参加を募る際に、事例の提供の有無を確認したが、提供者は1名であり、毎回終了時に次回の事例提供者を募る形をとった。事例検討会の進行手順は表1に示す通りである。

出席者16名の年齢は40代が3名（19%）、50代が9名（56%）、60代が4名（25%）であり、経験年数1年未満が2名（12%）、1年以上～3年未満が2名（12%）、3年以上5年未満が1名（6%）、5年以上10年未満が5名（31%）、10年以上が6名（38%）であった。経験年数の多いベテラン層のCMが多いことが分かる。

保有資格（複数回答）としては、CMが15名、主任CMが6名、介護福祉士が9名、精神保健福祉士が2名、社会福祉士・看護師・その他（ヘルパー2級）が各1名であった。所属勤務先としては、居宅介護支援事業所が13名（81%）、地域包括支援センターが2名（13%）、その他1名（6%）であった。

精神障害者への関与経験としては、69%が現在関与しており、25%が過去に関与したことがあり、関与経験が無い者は1名（6%）であった。

GSVへの参加理由（複数回答）を問うと、12名が支援に興味があるためと答え、支援に悩みがある、知人の誘いによる、その他が各3名あった（図1）。GSVへの参加回数は全4回中1回のみは0名、2回が31%、3回が19%、4回が50%であった。

精神障害者支援で困難を感じていること（複数回答）では、「サービス受け入れまでに時間がかかる」ことを挙げている者が7名と最も多く、「受診中断」が4名、「意味不明の妄想や攻撃的言動」と「その他」が各3名あ

表1 事例検討会の進行手順

参加者：検討メンバー10～15名（うち事例提供者1名、板書記録係を兼ねたファシリテーター（以下ファシリと略す）1名、PSW1名）
時間：平日18：30～20：00（90分）
回数：全4回
◆事前準備
事例提供者から「生活分類シート」（野中猛2011）に事例の概要を個人が特定されないよう記入してもらい、ファシリが受け取る。
◆当日18：00
・事例提供者が記入した「生活分類シート」をホワイトボードへファシリが転記。
・お互いの顔が見えるような会場設営。
◆18：30～18：40
・初回時、研究目的の説明文を配付し、実施協力承諾書に署名をもらう。録音することの了承を得る。
・参加メンバーの自己紹介
・ファシリより秘密保持の原則等GSVのルール説明。
◆18：40～19：00
・事例提供者の紹介、事例提供者から事例紹介
・事例提供者が考える課題の説明（困っていることや見つけなおしたいこと、検討してもらいたいこと）
・課題の明確化（事例提出者が一般的課題を述べた場合などなるべく課題の焦点化を図る）
◆19：00～19：40
・ファシリよりメンバーへ質問を促し、質疑応答を行う。コメントやアドバイスは控える。
・ファシリは必要に応じて、質問を明確化し要約をしながら進める。
・ホワイトボードを見ながら、現時点で何が明らかになり、何が明らかになっていないかを明確にする。
◆19：40～19：45
・ここまでの検討で得られた事例提供者の気づきを語ってもらう。（事例提供者が再構成したクライアントやクライアントを取り巻く環境・関係性など）
◆19：45～19：55
・参加者からのコメントとさらに深めたいことの質問、ルールに則っていれば、感想も可。
◆19：55～20：00
・次回の事例提供者の募集と日程調整。
・閉会

った（図2）。

GSV参加による精神障害者支援に関する支援者の意識変化（複数回答）としては、「アセスメントの深まり」を上げるものが11名で最多であり、次いで「支援方針等の視点の変化」が9名、「精神障害者に対する態度や意識の変化」5名と続いている（図3）。

GSVに参加した16名に10点満点で振り返り評価を求めた。精神障害を有する人とのかわりについては「支援に対する理解が深まった」が平均7.88ポイントと最も高く、次いで「人物像の理解が深まった」が平均7.56ポイント、「家族等における関係性の理解が深まった」が平均7.38と高い。GSVへの評価としては、「GCVのルールを守ることができた」が平均8.94ポイントと最も高く、次いで「事例提供者への心理的サポートができた」8.25ポイント、「総合的なアセスメントができた」7.75ポイントで並んだ。

本事例検討会で取り上げられた事例の概要を表3に示す。4回中2名が統合失調症の診断で入院歴のある要介護高齢者であり、家族との関係の中でケアマネが対応に苦慮した事例であった。

全4回の事例検討会終了後に、GSVの振り返りを含むフォーカス・グループ・インタビューを行った。出席した7名のCMたちが語った言葉から、KJ法を援用して精神障害者へのCMの関わりの変化を中心にカテゴリーを生成した（表4）。以下カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』、インタビュー内容を「 」で記す。

表3 事例検討会で取り上げられた事例

回	事例タイトル	事例概要
第1回	うつ病高齢者と姪との共依存関係	急な腹痛で入院。嚥下困難となり退院時の注意事項として、嚥下食の提供が望まれるが、在宅復帰すると高齢者は、姪に対し寿司やトンカツなどを要求。姪は、高齢者に言われるまま食事を用意する。
第2回	統合失調症で数回の入院歴のある要介護高齢者と、遠距離より訪問する姉との関係	高齢者は、姉が高齢者と同居する目的で購入したマンションに現在一人住まい。姉と高齢者はしばらく同居をしていたが、困難があり別居。姉は本人を心配し度々訪問し、高齢者本人も姉に頼る関係性のため、介護サービスの調整にケアマネが難しさを感じている。
第3回	ささいな出来事でパニックに陥り、地域包括支援センターを訪ねてくる要支援高齢者	便秘で悩み下剤が欲しいとセンターに駆け込み、処方された下剤を過度に服用し下痢が止まらないと訴えに来る。買物のヘルパーを導入するが、ヘルパーの口臭がきついと利用を辞めたいなど、ちょっとした出来事が、本人の中で消化しきれず様々な訴えを起こす。
第4回	統合失調症の要介護高齢者と同居する次女夫婦との関係	精神科病院退院後は次女夫婦宅と同居。次女は同じく公務員の夫と協働しながら通院の支援等を行っている。次女に子どもが出来たことをどのように本人に伝えるか悩んでいる。年に数回便秘を起こすことを気にして必要以上の下剤を服用して、下痢を繰り返している。

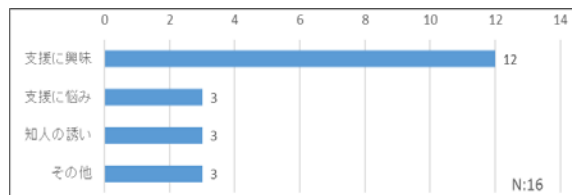


図1 GSVへの参加理由（複数回答）



図2 精神障害者支援で困難と感じていること

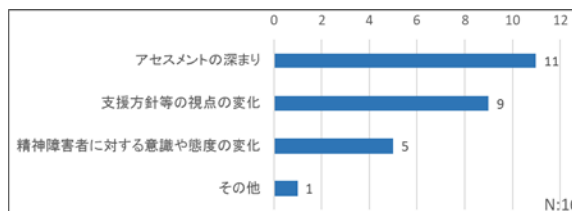


図3 GSV参加による支援者の意識変化

表2 GSVの振り返り評価

項目	得点(N:16)
精神障害を有する人の人物像の理解が深まった	7.56±0.93
精神障害を有する人が持つ力を知った	7.25±1.15
精神障害を有する人と家族等における関係性の理解が深まった	7.38±1.17
精神障害を有する人や家族のニーズ理解が深まった	6.81±1.01
精神障害を有する人や家族が期待する支援者の役割を知った	6.88±1.41
対応が困難となる問題の核心が明らかになった	7.00±1.12
総合的なアセスメントができた	7.75±1.31
精神障害を有する人の支援に対する理解が深まった	7.88±1.17
事例提供者への心理的サポートができた	8.25±1.03
GSVのルールを守ることができた	8.94±1.30
今後の支援に対するヒントを得ることができた	7.75±1.03

表4 グループインタビューからのカテゴリ生成

本人の思いと制度の狭間で悩む	制度的に認められない	制度的にそれは許されるのかと…迷いがある
	制度で割り切れない	制度にがんじがらめになっちゃっているような気がする 制度で割り切れるものじゃない もっと自由な感じでいろいろと考えていければいいんじゃないかなと思う
	ケアマネジャーの役割	ケアマネジャーの業務の一つとしてケアプランを作るっていう業務と、本人の思いとは違うところもあって…サービスを入れているだけなんじゃないかと悩む
	本人の思いを尊重	最終的には本人がどうしたいかっていうところを考えていかないといけない。 本人たちの生き方を認めてそれをベースに支援している
背景を探って本人理解へ繋げる	病気の発症や経過の背景	病気はいつ頃発症したのか、とかその背景とか知った上で接していく 34歳で結婚して退職してか、あ、精神科の病院に11回入退院を繰り返してた 依存する方がいらっちゃって、病気のこともあるけど、その背景にすごくいろんな理由がある
	ヒストリーを聞く	子どもの時の思い出から話が広がっていく 結婚のなれそめとか、だんだん気持ちをほぐさせて遡って聞いていく どこの出身？とか兄弟は何人？とか、少しずつ話を引き出していく 一人ひとりにドラマがある
	自然と話を引き出す	全然信頼関係が取れていない中で、いきなり過去のことを聞くのも躊躇しちゃう 自然と相手から話してくれるのを待つ コミュニケーションをたくさん取っていくと自然との中から自分の聞きたい情報が引き出せる 聞き出せていなかった新たな事実が出てきたりする
	背景を知って本人を理解する	背景をきちんと知っていくっていうところがすごく大事 どういふふう生きてきたから、今こういふふうになっているのかとか、紐解く
クライアントのストレングスを発見する	思っている以上に強いクライアントの力	その人が持っている力って、私たちが思うよりずっと大きくて、すごいなあと思う。 ショートステイの利用については、心配はあったけど結構大丈夫だった
	構えがはずれ、クライアントの力を信じる	持ってる力を信じるということが大事、こっちが逆に力をもらう 自分ですごく力があっていいなあっていう、地域でずっと暮らしているから 不安症だけど人に頼ることを知っている 高齢者って私達よりも生活が長いし、ほんとに持っている力がある。
	頼る力、発信する力	困った時にはちゃんと発信する力がある いろんな人に関わったことで、たくさん依存ができた 不安になったら走っていく先が増えた
支援の関係性の広がり	支援の幅が広がる	家族が安心することで支援の幅が広がった 家族もサービスが使えることでやっていけるという安心ができた
	本人と家族の間に入って潤滑油となる	子どもとの間に入って、本人の気持ちも引き出した 本人の本当の思いを子に伝えたりすることも、支援者として大事 家族もどうやって接したらいいか悩んでらっしゃる人もいる 家族との関わりが本人にとってとても大事だから手当をすることが大事
自分を見つめ支援者としてのわかまえを知る	事例検討会で自分を見つめる	支援者のほうが揺さぶられることがすごく多いと思うんですけど、勉強の機会があると冷静になる 違った視点で考えられるようになる 一つひとつの事例が全部違うので、アプローチも違うんだと勉強になった 今まで一人で抱えて悩んでたので、皆さんも同じように悩んでらしたというのが大きい
	支援者の安心	支援者が安心しないと本人も安心しない 支援者が楽になるっていうことが一番大事なんじゃないか 学ぶためには自分のペースが大事 問題がやっぱりいっぱいあるし、問題を捉えちゃうとのしかかってくるので、視点が変わったりすると楽になる 本音で話せる場があると安心する

D. 考察

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にかかわる調査研究報告書等を探索しレビューを行った。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(日本精神保健福祉士協会 2014)。

また、高齢者を対象に業務を行う CM 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(吉江ら 2006、原田ら 2013)。

以上のことから、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 CM 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、矢野は、CM 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の GSV 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)。専門職の意識変化を招来する方策を探るための、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. 本調査

(1) 介護支援専門員たちの言葉

GSV に参加した CM たちは、戸惑いつつも精神障害を有する当事者の生きづらさを受け止め、その生き方を認めたいと思っはいるが、まずは制度の壁に阻まれる。【本人の思いと制度の狭間で悩む】当事者の生き方が「制度的に許されるのか？」と揺れつつも、『制度で割り切れない』と思うし、支援者自身が「制度でがんじがらめになっている気がする」と語る。また介護保険のケアプランがサービスを利用することが前提で立てられるため、CM としての役割を果たそうとすると、「ただサービスを入れているだけ」というように、手段が目的化してしまいやすい。サービスを導入して問題解決を図ろうとすると、当事者にとっては真の問題解決には至らないため、更なる別の問題や支援者に依存して CM が振り回されるといった状況にもなりやすい。だからこそ CM は『本人の思いを尊重しよう』『本人たちの生き方を認めてそれをベースに支援しよう』という当事者主体の支援へと戻ってくる。

CM は精神障害を有する方が抱える生きづらさの意味をともに考える際、その方の【背景を探って本人理解へ繋げる】方法を取ろうとしている。多くの場合、当事者もその家族も精神疾患のことを話したがないし、特に精神科病院に入院していた頃のことを進んで話すことはまれであろう。CM は「子どもの頃の思い出から話が広がっていく」あるいは「結婚のなれそめ」だったり、出身地や兄弟

などのことから『ライフヒストリーを紐解き』、本人支援に結びつく有用な情報を得るといふ。そして「一人ひとりにドラマがある」と語る。「全く信頼関係が取れていない中で、過去のことをあれこれ聞くのは躊躇してしまう」「自然と相手から話してくれるのを待つ」などの言葉から、無理強いせず、時間をかけて信頼関係を構築しようというパートナーとしての支援姿勢が垣間見える。「怖る怖る聞いてみる」、「思い切って一步踏み込む」等の何度も繰り返される言葉から、CM たちが当事者を尊重しつつ、その生き方の背景を探ろうとする営みであると言える。

当事者の背景を知るまでは、CM が「身構えてしまっていた」と語るように、統合失調症の〇〇さんといった診断名を当てはめてラベリングし、烙印を押していた視点から、当事者の豊かな背景に触れることによって、【その方のストレングスを発見する】。「その方の持っている力って、私たちが思うよりずっと大きくて、すごいなあと思う」。専門職はともすれば範疇化することで、その人自身を理解した気になりやすいが、固定観念がはずれることで、当事者のことを何も理解してはいなかったのだという無知を自覚することになる。CM が驚きをもって受け入れる当事者の強さは、裏返せば、どれだけこれまで当事者の経験や人間力を価値のないものとして、無意識にはあっても貶めてきたことの反動とも言える。また CM は支援しなくては、と構えてもいたが、「逆に力をもらった」という言葉は、互いにパートナーとして、ともに考え、そして互いに変容していく過程を表している。

CM は上下的・支配的立場ではなく対等な関係で当事者と関わろうとし、現場で起きる様々な「問題」を当事者個人の病気や障害の問題とする障害の医学モデルよりは、広い生活モデルの視点を獲得していると考えられる。それは当事者との関係だけではなく、家族や他支援者との関係性にまで及んでいく。多くの場合、家族や支援者といった周囲の意向と、当事者本人の思いや願いがずれる場合がある。

「家族もどうしたらいいのか、悩んでいる」、
「家族もそれから介護保険サービスの事業者も本人のことを考えてくれている、でも本人の思いと微妙に違っていたりする」と、ビットに当事者と家族の関係性を捉えている。その時 CM は『本人と家族の間に入って潤滑油となる』『本人の本当の思いを家族に伝えたりすることも、時にはすごく大事』というように、【支援の関係性の広がり】が見られ、当事者を中心として本人を取り巻く環境へと越境していく。

医学モデルに基づく過剰な援助から脱却し、困り込みや管理といった誘惑からも自由であることは非常に難しい。CM もまた問題解決型指向に陥り、リスクを回避するため、何かしらのサービスを導入することで、支援者側の安全、安心を得る方向へ向かいがちである。「やっぱり問題はいっぱいあって、でもそれを問題とだけ捉えると、のしかかってくる」。生きづらさを当事者とともに考え、対処できるスキルをともに探していくという姿勢が、支援者としてのわきまえであろう。【自分を見つめ支援者としてのわきまえを知る】その姿勢が、問題を固定されたものではなくプロセスと捉え、変容していくものなのだ前向きに考えること、互いに相互変容を成し遂げていくプロセスを共に生きることに繋がる。

(2) 事例検討会における GSV

CM は、日頃から事例検討に参加する機会に乏しい。参加する機会として、数年に1回の CM の資格更新等の法定研修では実施をしている。また、居宅介護支援事業所における特定事業所加算を算定している事業所（主任 CM や、CM の一定数以上の配置等を算定条件とし加算の形態はⅠ～Ⅲまでである）においては、「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的で開催すること。」（特定Ⅰ～Ⅲ）「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。」（特定Ⅰのみ）を算定条件としている。

一方で、参加者の声として、「批判された」

経験から事例検討会に対し拒否感を持つものも少なくない。そこで、本 GSV においては、事例検討会の原則の確認を、初回ならびに 2 回目に実施している。その多くは、「気づきの事例検討会」(渡部律子、2007)を一部要約したものであり、この原則を活用することで、本 GSV において事例提供者に対する批判等を防ぐことができた。

一方で、居宅支援現場における事例検討会が、CM 同士で日常的に実施されることは少ない。地域包括支援センター主催で不定期に研修事業として実施されているが、アセスメント中心のリスクマネジメント視点でのアプローチが主流であり、現場スタッフが事例を出すこと、批判されること、準備時間の負担感への拒否反応が強い。ホワイトボードを活用して、過去から未来へのタイムラインを板書し、事実経過を可視化する等のファシリテーション技術も不慣れであることから、ストレングス視点での効果的な事例検討会開催には至っていない。「統合失調症が怖い」という気持ちや戸惑いを率直に表明しても受容され、批判されること無く安心して話せる事例検討の場が求められている。今回実施した事例検討に基づく GSV については、今後も継続的な実施を求める要望が強かった。

5. 介護支援専門員の研修

本調査の対象である CM は、介護保険の主たる契約対象者ではない家族の方で精神疾患を有する方との出会いが多い。本来は、家族支援も環境支援業務として位置づけてかかわることが求められているが、不慣れな精神障害者に対する構えもあり、かかわりの困難さを実感している CM が多い。今回、事例検討に基づく GSV を試行的に実施することにより、精神障害者に対しても普通に話せばいいと納得できることで、困難の多くが支援者側の構えの問題にあることが示唆された。精神障害に問題を還元するのではなく、本人たちの生き方や選択を認め、多様性を尊重し、人として接することがないと相手の権利を奪うことにもなるとの気づきが、当事者へのかかわ

わりを良好なものに転換している。地域で居宅する精神疾患を有する方へのかかわりにおいては、本人のヒストリー(生活歴、生き方、背景)やストレングス(力と強み、大切にしているもの、地域とのつながり)を理解した上でのアプローチが特に重要であることが示唆された。

また、CM を対象とする実務者研修では、認知症は取り上げられても精神疾患は扱われておらず、精神障害にかかわる基礎的知識も乏しいことが明らかとなった。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、CM に対する精神障害者支援にかかわる研修の実施が必要であり、事例検討に基づく GSV の実施が有効であると考えられた。

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。

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への構えは、接触体験の乏しさによる基本的知識不足と、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。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、

適切な事例検討に基づく GSV を展開することにより、既存の人的リソースとストレングスを活かした支援チーム形成が可能であり、地域包括ケアシステムの中で在宅精神障害者の人権確保を図ることができる。

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」『実践研究報告集：福祉マネジメント実践研究 2017』日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科、2017年6月

2. 学会発表

矢野香「介護支援専門員における精神障害者ケアマネジメントの課題」日本ケアマネジメント学会第15回研究大会 in 北九州、2016年6月19日、抄録集 97頁

矢野香「介護支援専門員における精神障害を有する人へのケアマネジメントの課題解決に向けて～アクションリサーチによる取り組み」日本ケアマネジメント学会第16回研究大会、名古屋国際会議場、2017年6月15日、抄録集 121頁

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～長期入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、こころの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) 野中猛 (2011)『ケア会議で学ぶ精神保健ケアマネジメント』中央法規

13) 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

14) 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一精神病院の周辺住民調査から」『社会精神医学』12(3);286-297

15) 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

16) 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

17) 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

18) 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

19) 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

20) 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

21) 渡部律子 (2007)『気づきの事例検討会』中央法規

22) 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

23) 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

24) 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2017』日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科

25) 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

26) 吉江悟・齋藤民・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

地域と研究の協働による 地域精神保健医療に関する 協議の場づくりの手引

平成27-29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者
政策総合研究事業（精神障害分野）
地域のストレングスを活かした
精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究
研究代表者 竹島 正

本文

目的と作成過程

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

手引きの構成

手引きは次の構成となっています。

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

以後、各章について述べていきます。

1. 地域精神保健医療の方向 (その1)

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

1. 地域精神保健医療の方向 (その2)

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

2. 協議の場づくりの実践-大阪， 鹿児島， 神奈川での取組から

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

3. 地域のストレングスを発見 するために-空間疫学の活用

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

3. 地域のストレングスを発見するために- 新精神保健福祉資料の活用

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

4. 地域社会への共有プロセス

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

5. 協議の場の意義

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

協議の場を活かすには，互いに円卓を囲むという認識が大切です。

6. 精神保健福祉センターの役割

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

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

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

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

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

図表

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

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

表1-2. メンタルヘルスアクションプラン 2013–2020

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

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

表1-3. WHO QualityRights ツールキット

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

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

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

表1-4.精神保健と関連する法制度等 (1995年以後)

精神保健福祉制度

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

関連する制度

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

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

（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

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

（2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

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

（3）精神病床のさらなる機能分化

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

図1-1. 精神保健の発展過程

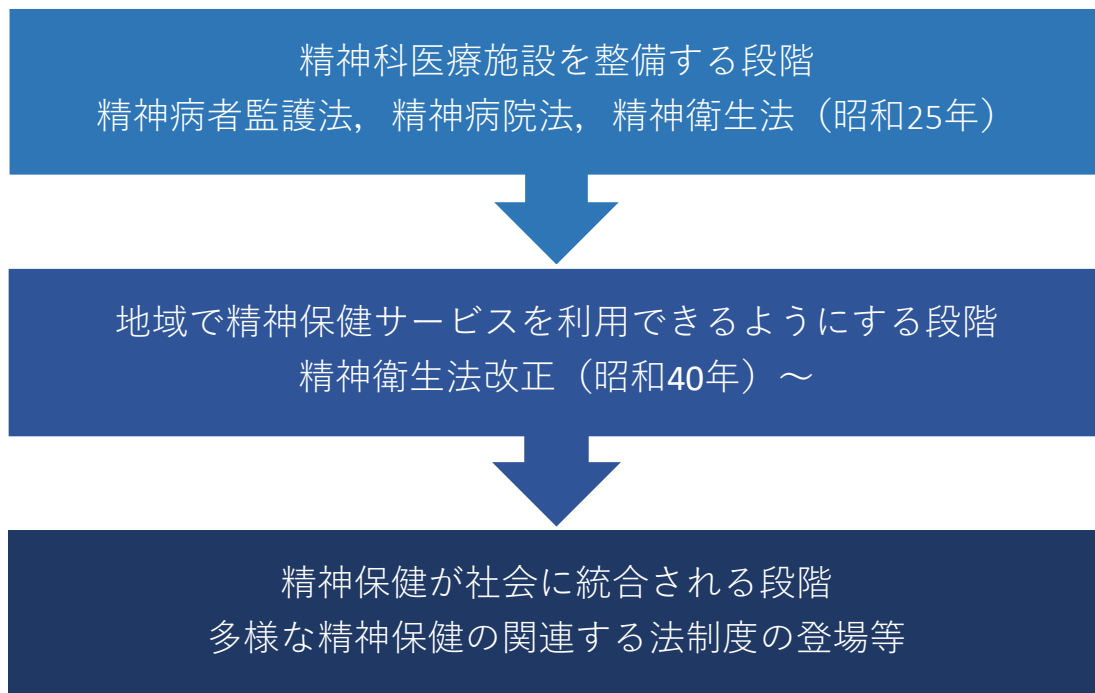


図1-2. 精神保健福祉制度の経緯

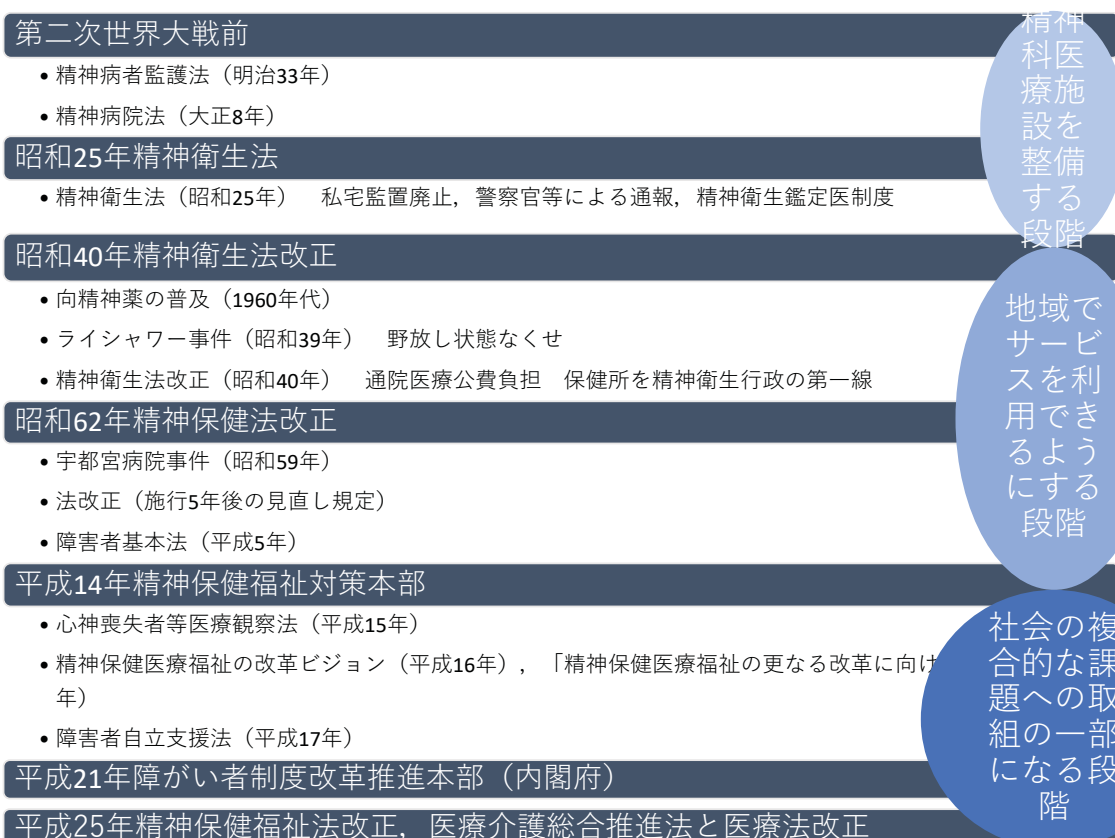
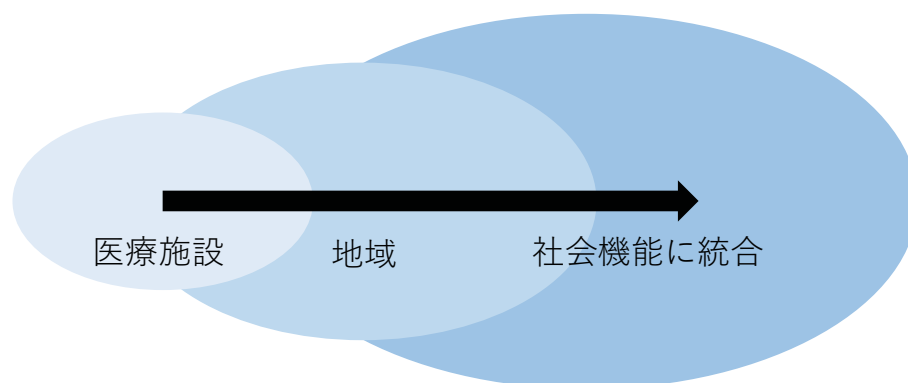


図1-3. 地域精神保健医療の方向-まとめ



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

表2-1. 大阪における研究会の経緯

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

表2-2. 大阪における実務者層の研究会

- 日時 平成29年10月17日（火曜）14時30分－17時

- 場所 大阪府こころの健康総合センター

- 内容

研究代表者あいさつ 14時30分－14時40分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）

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

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

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

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

意見交換「大阪府の精神医療の可視化と課題検討」16－17時

コーディネーター 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター）

- 参加者

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

表2-3. 大阪における組織トップ層の研究会

- 日時 平成29年10月17日（火曜）18時－20時

- 場所 大阪府こころの健康総合センター

- 内容

研究代表者あいさつ 18時－18時10分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）

実務者研究会報告 18時10分－18時40分

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

大阪府の精神医療のあり方についての意見交換 18時40分－20時

コーディネーター 笹井 康典（大阪府こころの健康総合センター）

- 参加者

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

※実務者層の研究会参加者がオブザーバー参加

表2-4. 大阪における研究会の 主要な意見

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

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

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

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

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

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

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

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

地域医療連携推進法人はどのような可能性を持つか。

表2-5. 鹿児島県における研究会の経緯

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

表2-6. 鹿児島における実務者層の研究会

- 日時 平成29年10月4日（水曜）14時30分～17時

- 場所 鹿児島県精神保健福祉センター

- 内容

研究班あいさつ 14時30分～14時40分

山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

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

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

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

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

意見交換「鹿児島県の精神医療の可視化と課題検討」16～17時

コーディネーター 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター）

- 参加者（50音順）

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

）

表2-7. 鹿児島における組織トップ層の研究会

- 日時 平成29年10月4日（水曜）17時30分～19時30分

- 場所 鹿児島県精神保健福祉センター

- 内容

あいさつ 17時30分～17時40分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター/川崎市精神保健福祉センター）

実務者研究会報告 17時40分～18時

高橋 邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

各病院の報告 18時～18時40分

鹿児島県の精神医療のあり方（提言）と意見交換 18時40分～19時30分

- 参加者（50音順）

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

表2-8. 鹿児島における研究会の主要な意見

中山間の精神科病院がなくなると地域医療は確保できない。

訪問看護は、片道1時間を超えるとなかなか入らない。

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

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

中山間地域においては、精神科と内科が融合した医療が求められてきた。

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

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

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

表2-9. 神奈川における研究会

- 第1回研究会（平成27年7月1日）：神奈川エリアの精神保健医療の基本マップをもとに、神奈川エリアでの精神保健医療の可視化に必要なマップの内容、必要な情報などを検討した。
- 第2回研究会（平成27年11月25日）：第1回研究会で作成希望のあったマップ、住所地と医療圏受療移動、地域の住民のかかえる精神疾患とその負荷（12ヶ月有病率）等をもとに意見交換を行った。
- 第3回研究会（平成29年1月23日）：各地に共有可能な手引をまとめることを目的として、4縣市（神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市）の精神保健福祉センター所長等による研究会を開催した。

図2-10. 神奈川県4 県市精神保健福祉センター所長等による研究会

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

研究代表者あいさつ13時30分～13時40分

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター）

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

高橋邦彦（名古屋大学大学院医学系研究科）

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

山之内 芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

意見交換「神奈川県の精神医療の可視化と課題検討」14時40分～15時30分

- 出席者名簿（50音順）

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

表2-11. 神奈川における研究会の主要な意見

精神保健医療マップ、住所地と医療圏受療移動等の情報は、単独の都道府県または政令指定都市では作成しがたいものであり、感覚的に捉えられてきた精神保健医療の実態が可視化されたことの意義は大きい。

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

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

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

神奈川県における人口密度の高い地域、低い地域の違いがきれいに描出された。

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

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

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

表2-12.大阪府，鹿児島，神奈川の概要と精神医療のストレングス

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

図2-1. 大阪府における研究会の参加者と構成

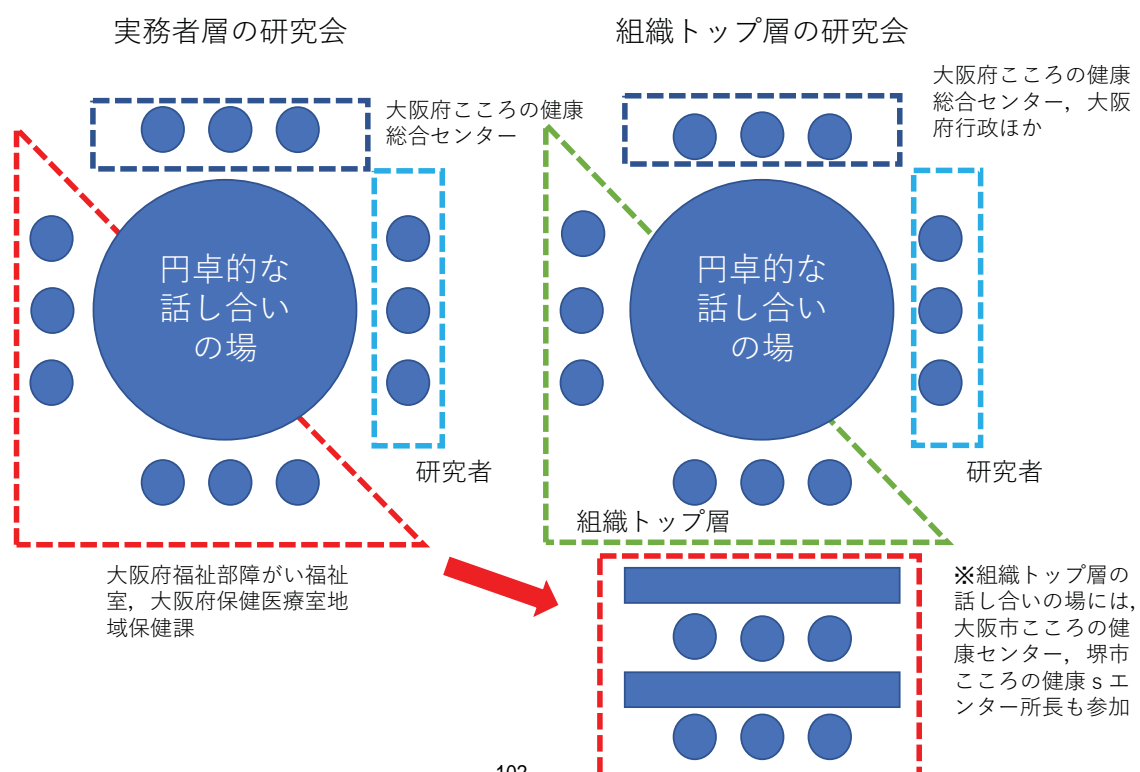


表7-1. 川崎市精神保健福祉センターにおける行政と研究の連携のための基盤整備

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

図3-1. 大阪府の精神科医療機関の配置と人口密度

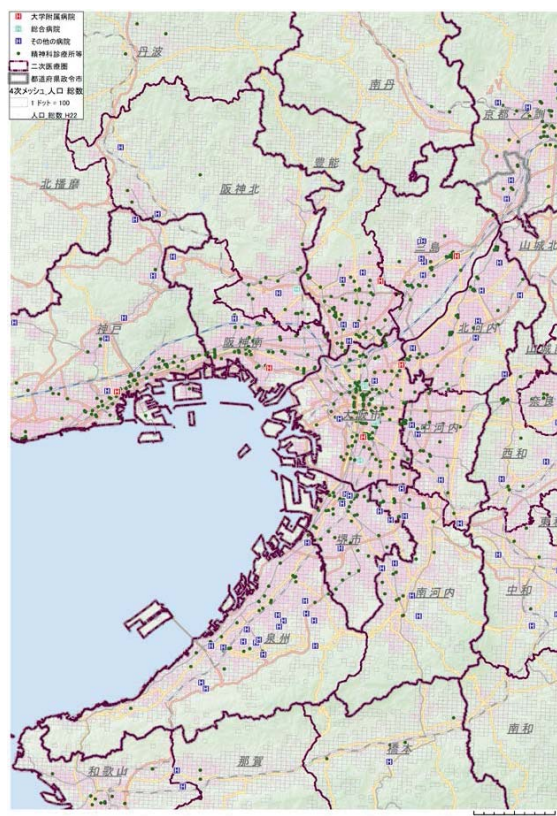


図3-2. 大阪府の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

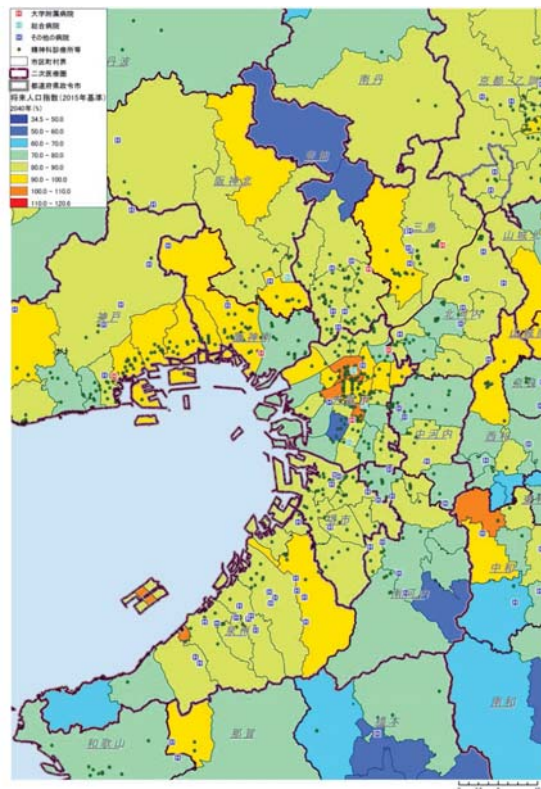
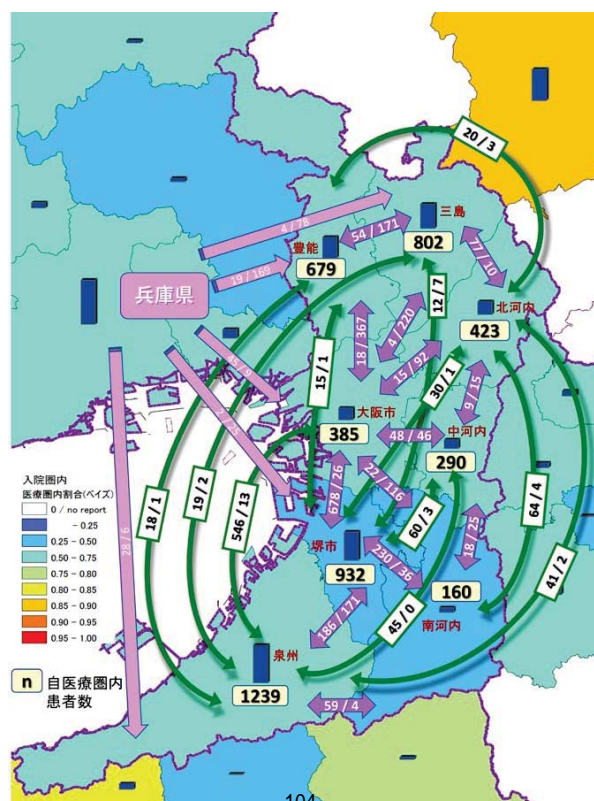


図3-3. 大阪府における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動



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

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

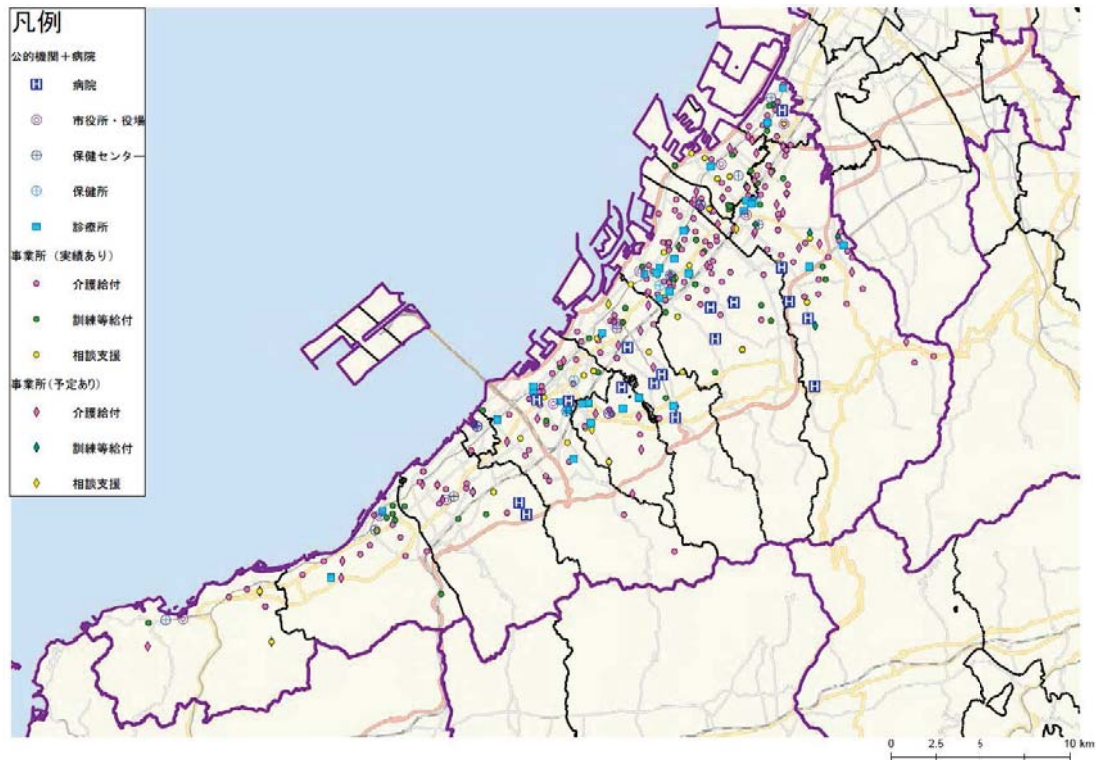


図3-5. 鹿児島県の精神科医療機関の配置と人口密度

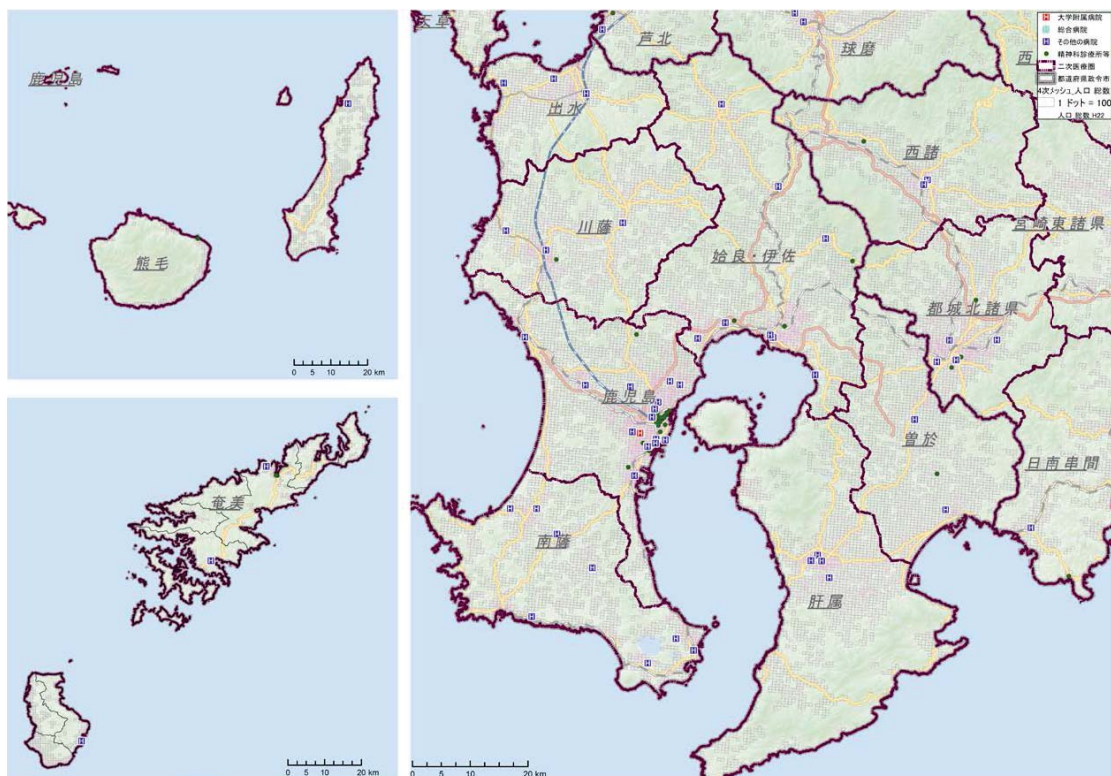


図3-6. 鹿児島県の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

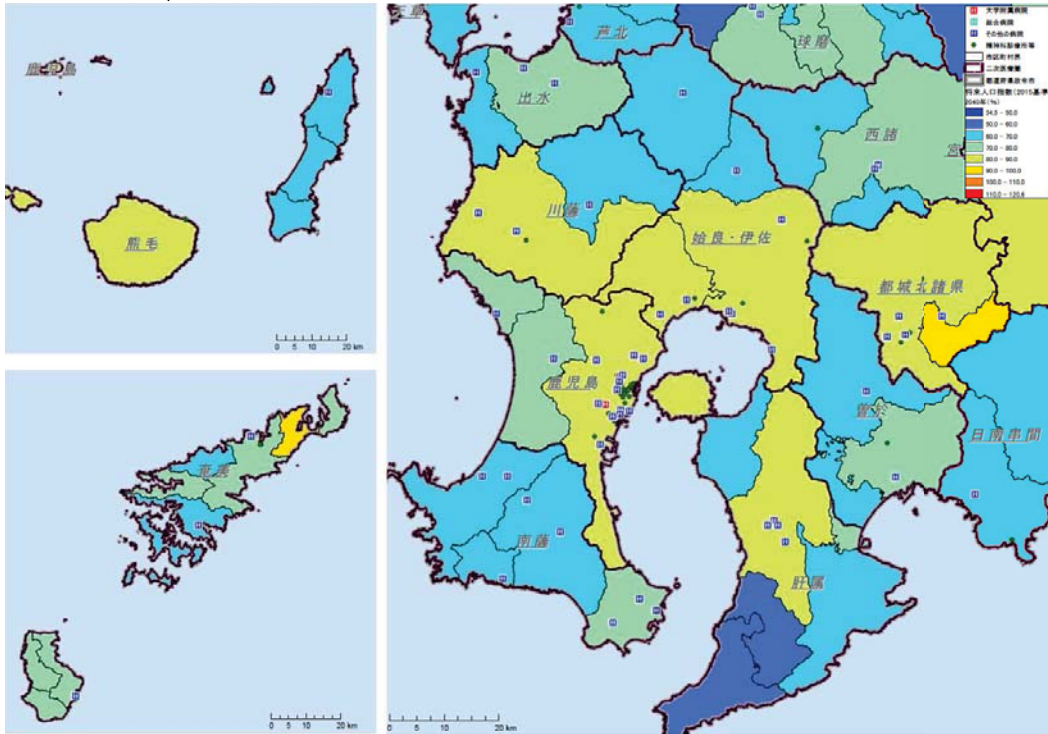
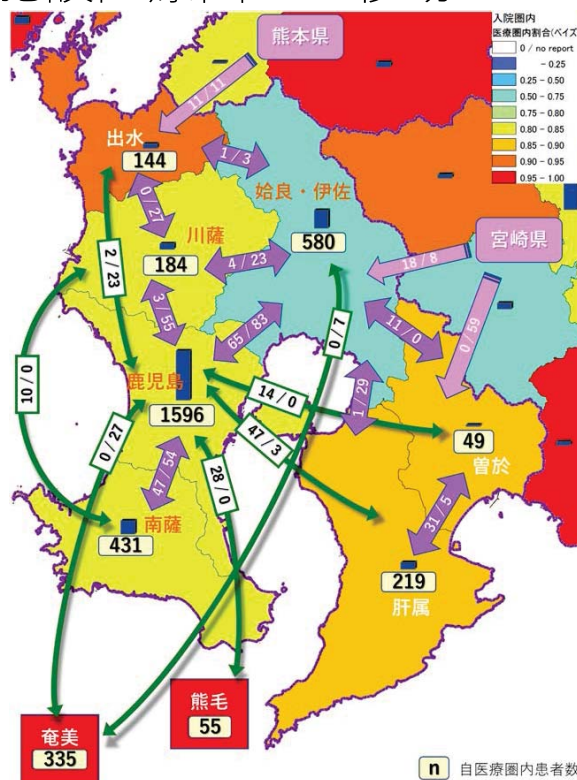


図3-7. 鹿児島県における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動



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

図3-8. 鹿児島県における精神科医療機関と精神障害者への障害福祉サービス

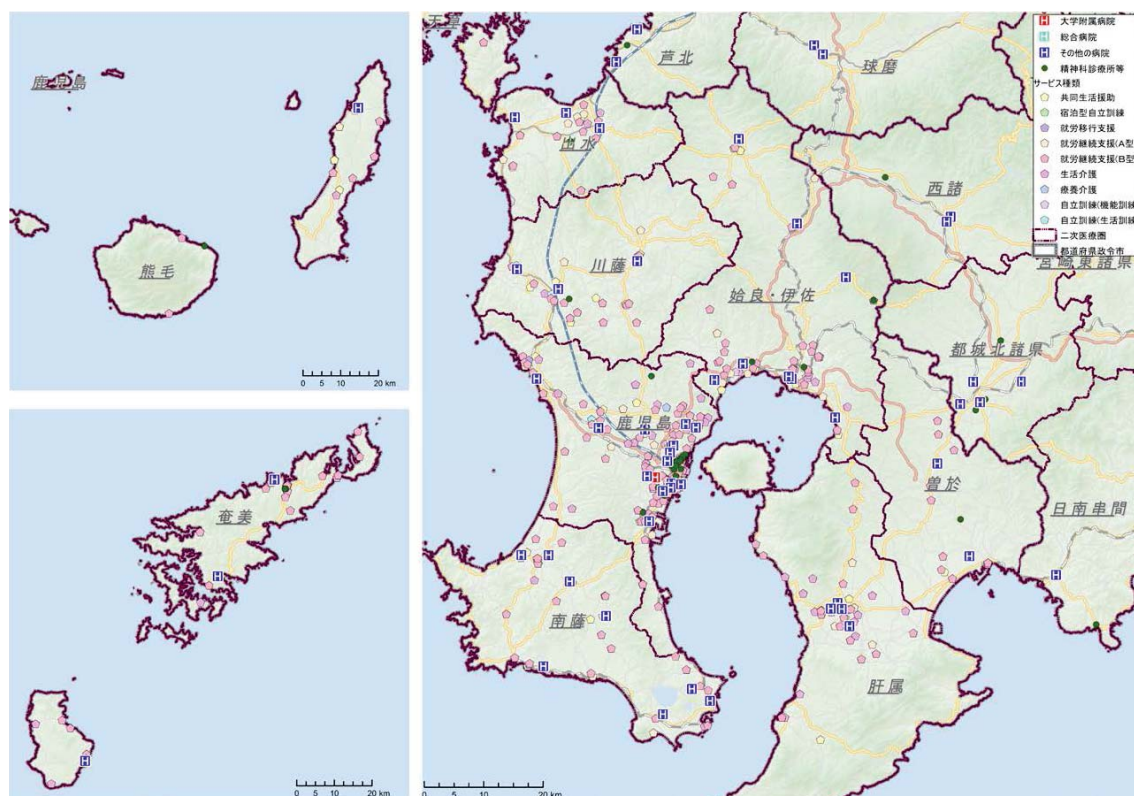


図3-9. 鹿児島県における精神科医療機関と介護サービス

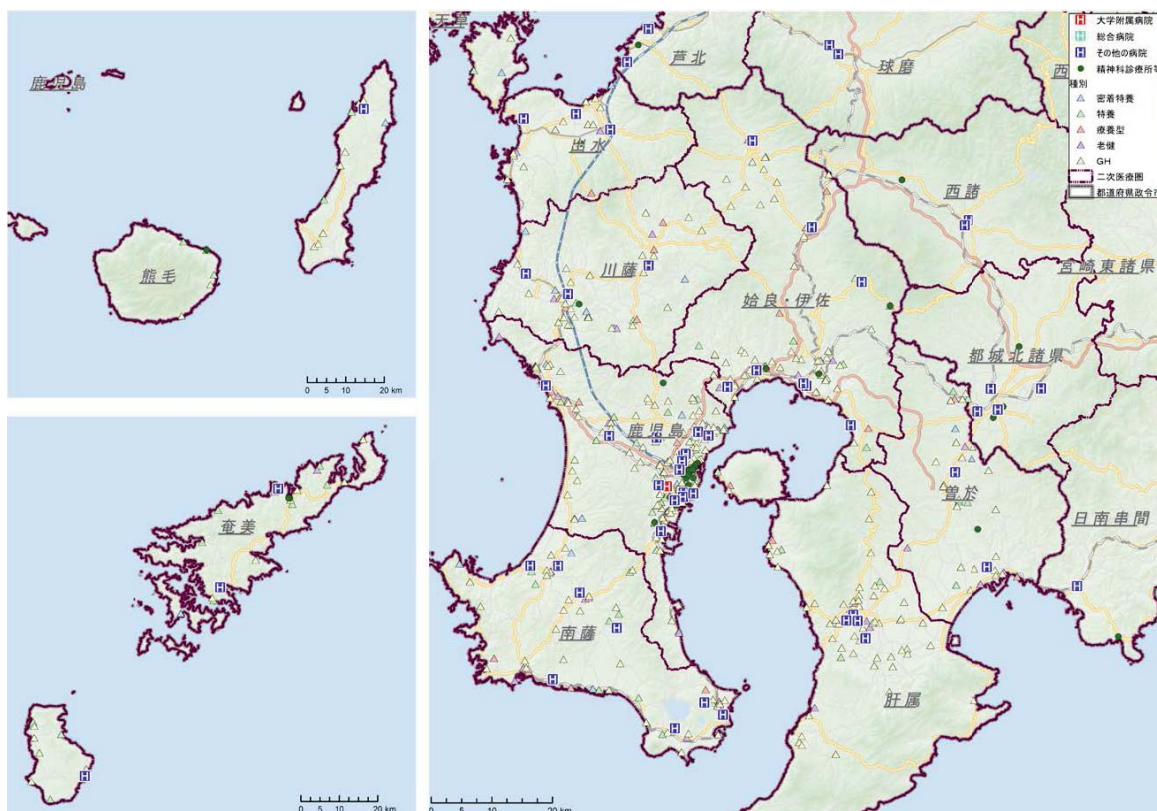


図3-10. 神奈川県内の精神科医療機関の配置と人口密度

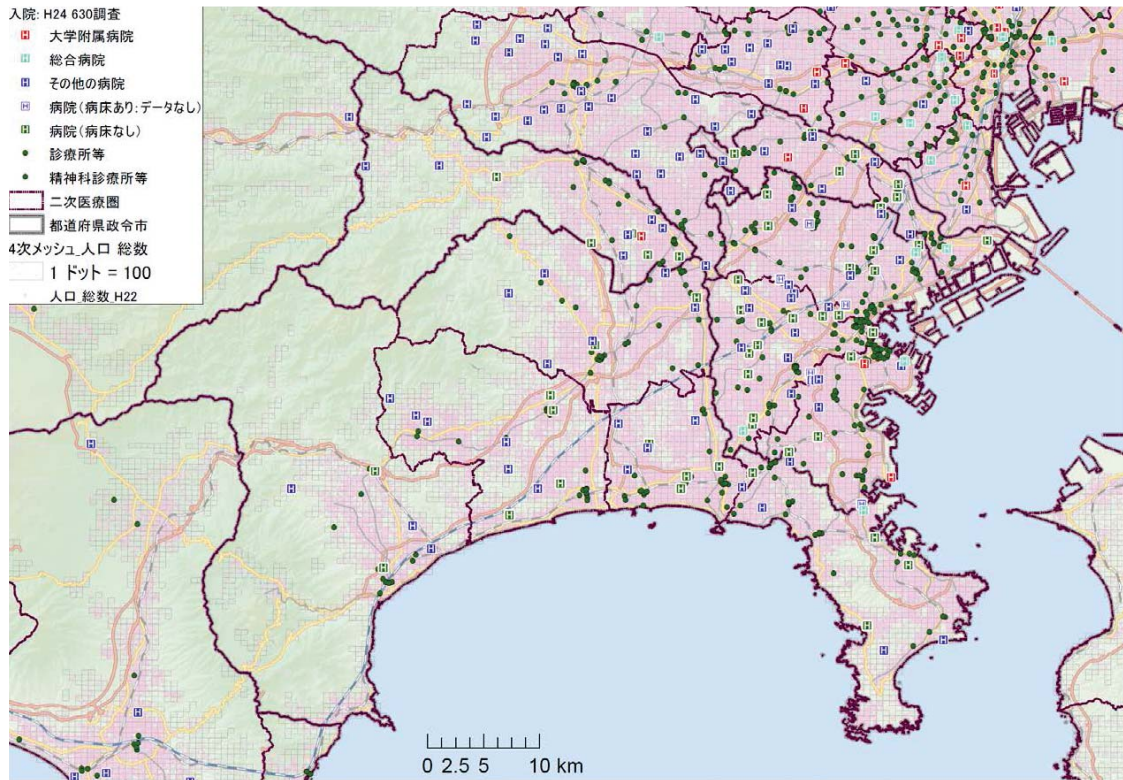


図3-11. 神奈川県内の精神科医療機関と市町村別の推計人口減少率（2015年を基準とした2040年の人口推計）

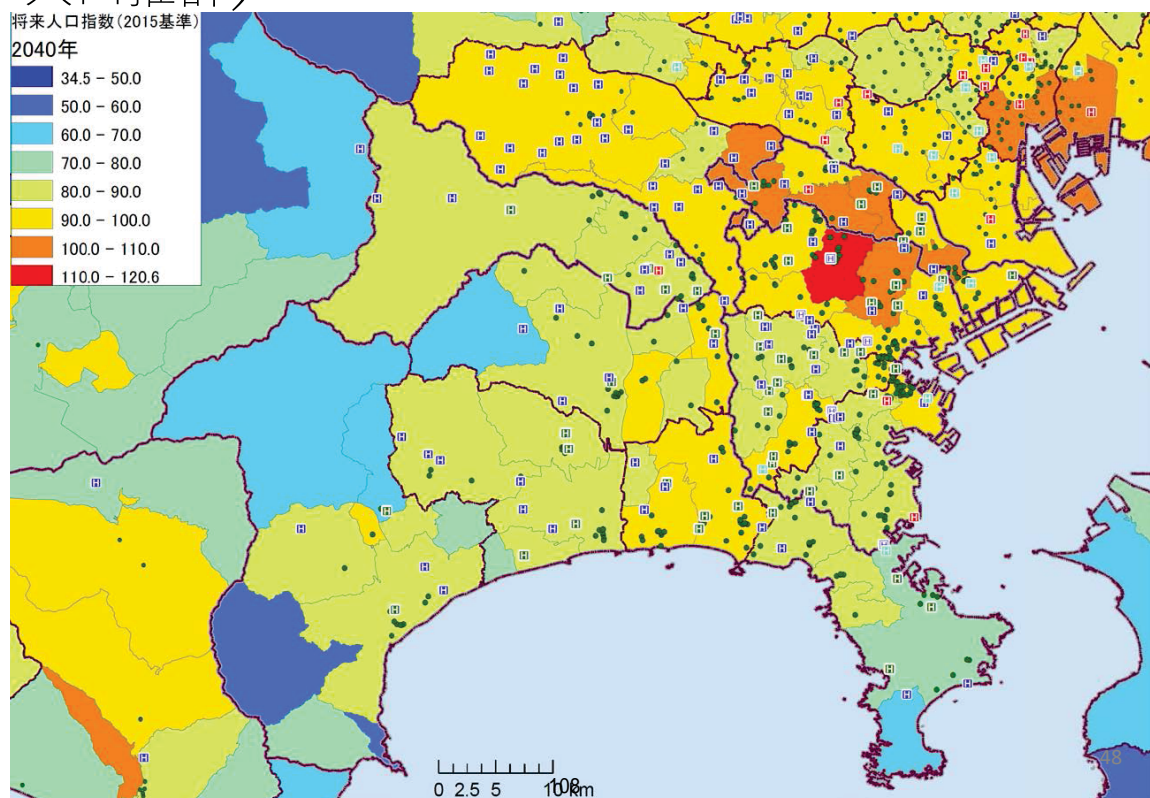


図3-12. 神奈川県における精神科入院患者の患者医療圏から施設医療圏への移動

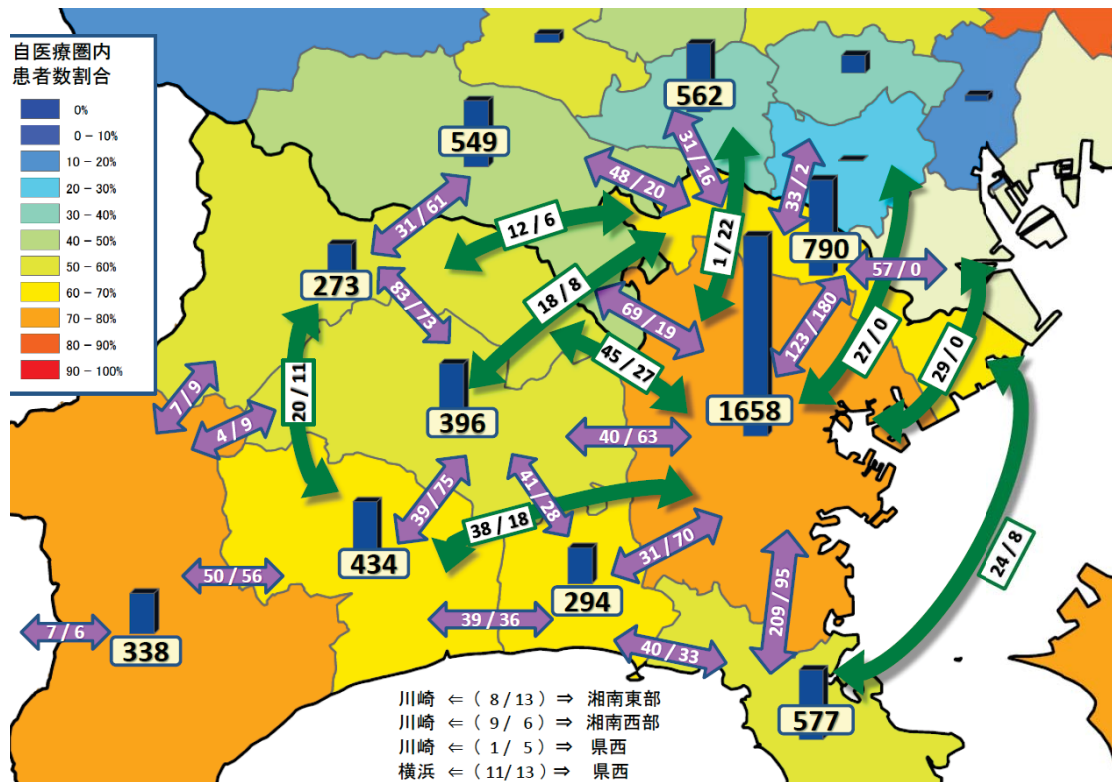


図3-13. 川崎市における介護福祉資源の配置状況

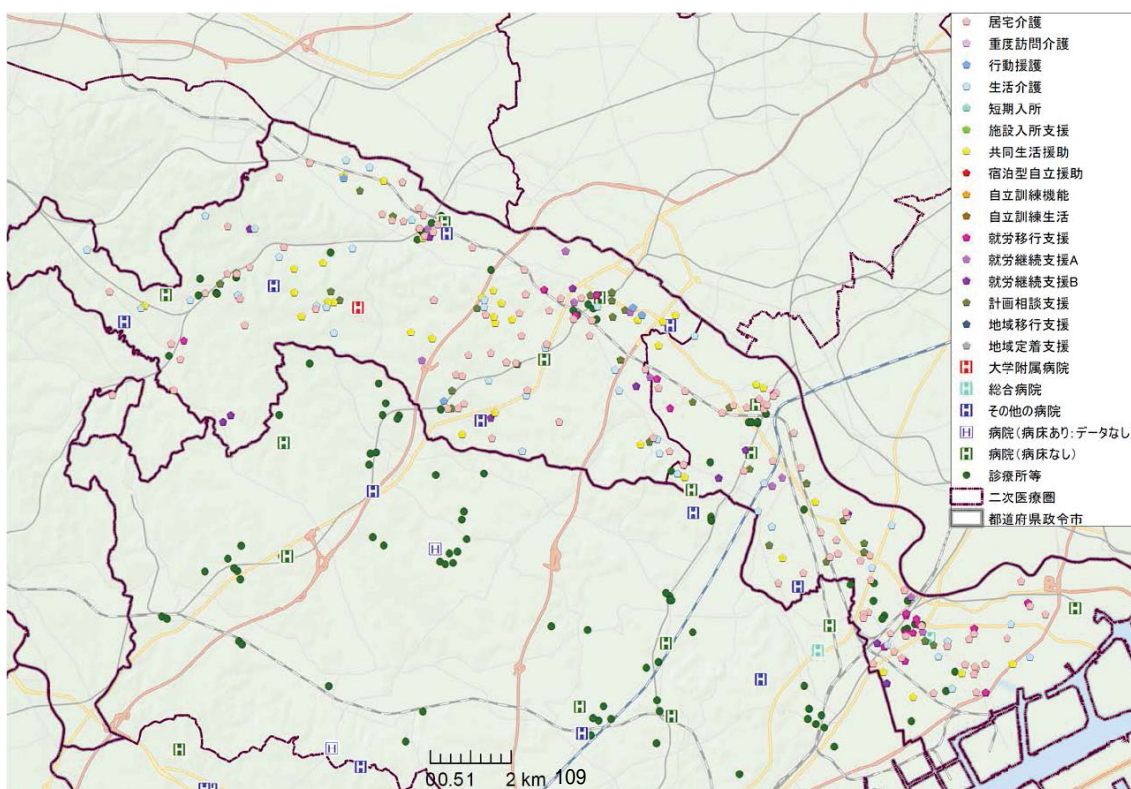


表3-1. 2次医療圏ごとの各疾患領域の外来継続している患者数など 確定値 平成26年度 NDB

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

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

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

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

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

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

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

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

図4-1. 地域精神保健医療の地域社会への共有プロセス

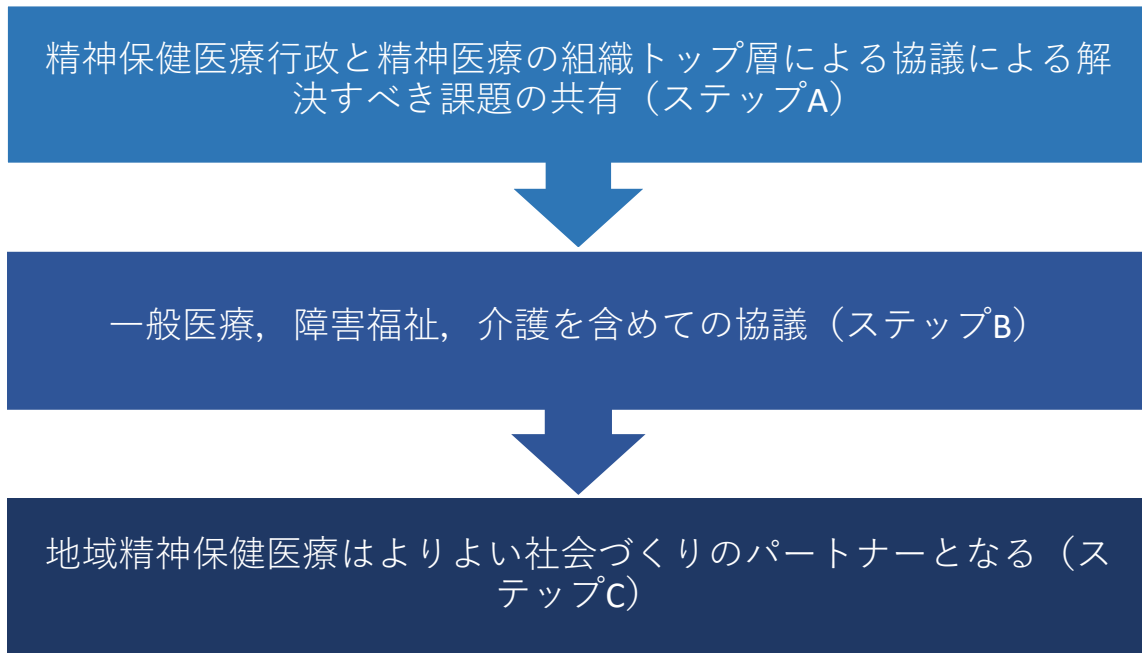
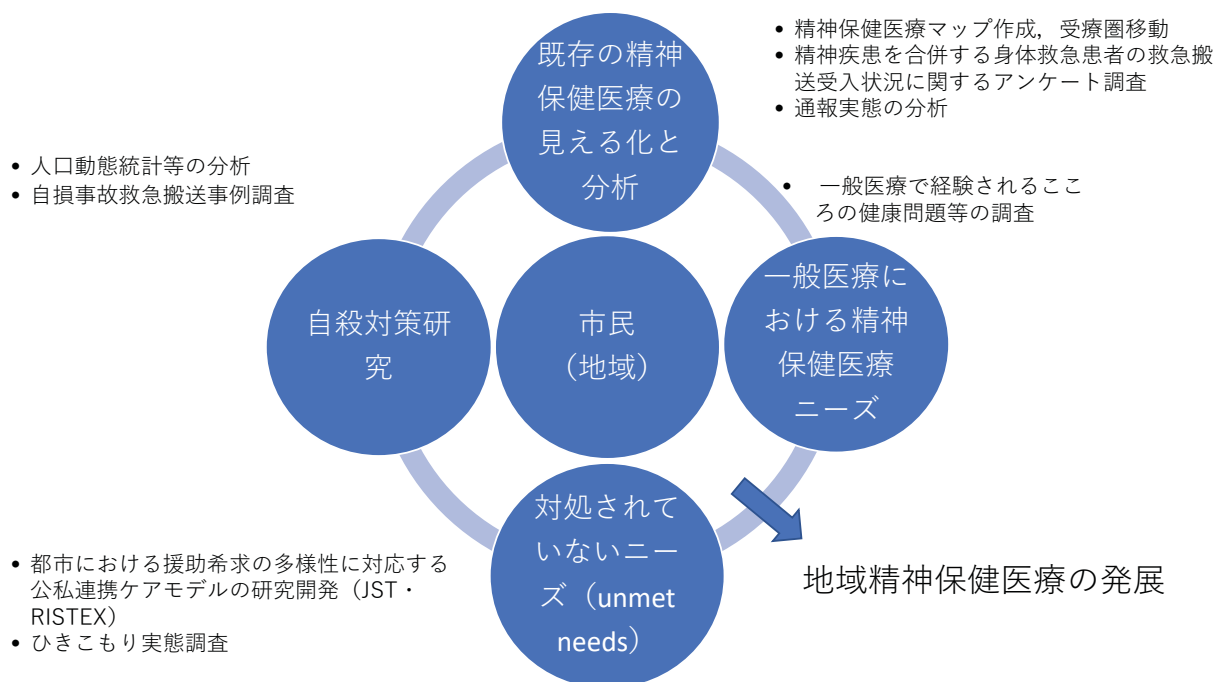


図7-1. 川崎市精神保健福祉センターにおける地域包括ケアシステムに対応した精神保健構築のための取組



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
Takahashi K, Takahimori 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			2017
竹島正	地域包括ケアシステムと精神科診療所	日精診	43(4)	634-666	2017
竹島正, 津田多佳子, 柴崎聡子	すべての地域住民を対象にした地域包括ケアシステムと精神保健福祉	公衆衛生情報	47(8)	16-17	2017
山之内芳雄	21世紀の精神医療の変化: さまざまなデータから	精神保健研究	62	7-14	2016
松本ちひろ	DSM-5におけるパーソナリティ障害診断の代替モデルとICD-11への示唆	臨床精神医学	45	327-334	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, Takahimori 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, Takeshima T	Families' opinions about caring for patients with psychiatric disorders after involuntary hospitalization in Japan.	Int J Soc Psychiatry	62(2)	167-175	2016
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
長沼洋一，長沼葉月，竹島正	SSTや心理教育等のプログラムを実施している精神科デイケア等の組織運営体制に関する研究．	日本社会精神医学会雑誌	第24巻3号	240-252	2015
竹島 正	自殺対策の推移と現状．	精神医学	第57巻7号	499-505	2015
竹島 正	地域における自殺対策．	健康づくり	2015年11月号	12-15	2015
後藤基行，赤澤正人，竹島 正，立森久照，野口正行，宇田英典	市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題．	日本公衆衛生雑誌	62巻6号	300-309	2015
河野稔明，白石弘巳，立森久照，小山明日香，長沼洋一，竹島 正	精神科病院の長期在院患者の退院動態と関連要因．	精神神経学雑誌	117(9)	713-729	2015

Tachimori H, Takeshima T, Kono T, Akazawa M, Zhao X	Statistical aspects of psychiatric inpatient care in Japan: Based on a comprehensive nationwide survey of psychiatric hospitals conducted from 1996 to 2012.	Psychiatry CI in Neurosci	69(9)	512-22	2015
丸田敏雅	ICD-11とICHI (医療行為 の国際分類)の最新動向	臨床精神薬理、	18	1107-1117	2015