

平成20年度厚生労働省 障害者保健福祉推進事業

地方都市型精神科救急医療システムと社会
福祉サービスの連携のあり方に関する研究
－共同運用型相談支援事業所活用の試み－

実施報告書

特定非営利活動法人
いわてソーシャルサポートセンター

目 次

I	はじめに	1
II	事業実施の背景	2
	1. 岩手県における精神科医療の現状について	2
	2. 岩手県における精神科救急医療システム整備の経緯と現状について	2
	3. 盛岡圏域における精神科医療資源及び精神科救急の現状	3
	4. 前年度からの取り組み	5
III	研究事業の目的・概要等	7
	1. 目的	7
	2. 概要	7
	3. 事業効果及び活用方法	7
IV	精神科救急医療に関するアンケート調査	8
	1. 調査目的	8
	2. 対象と方法	8
	3. 調査結果	9
	4. 考察	20
V	心理教育プログラム「地域で安心して元気に暮らすための学習会」	21
	1. 概要	21
	2. 実施スタッフ等の人材育成研修	21
	3. 心理教育プログラムテキストの作成	22
	4. 心理教育プログラムの実施及び評価	23
VI	研究事業の評価等及び地域の自立支援協議会との連携	30
VII	精神科救急医療体制システムなどの普及啓発	30
VIII	考察	31

I はじめに

岩手県では、行政が主体となり2003年度より精神障害者退院促進支援事業をモデル地域で実施してきた。更に、2007年度からは社会的入院者の地域移行をより一層推進するため、県内全圏域において事業実施している。しかし、多くの社会的入院者を抱える精神科医療機関において、医師不足を始めとした様々な要因から、本事業の効果が十分に得られているとは言い難い状況にある。

一方、県内では、精神障害者の地域生活を支える鍵の一つとなる岩手県精神科救急医療システムが4圏域において稼働している。しかし、事業開始年度である1998年度からの9年間で受診者数が約2.5倍に急増し、また、医師不足等の事由によりシステム自体が十分に機能できない状況が続いている。特に、盛岡圏域においては、岩手医科大学附属病院（以下「岩手医大病院」という。）が県の総受診件数の約60%に相当する年間1,730件（2007年度）の受診者を受け入れている。受診者の状況をみると、頻回に利用する者も多く、精神障害者やその家族においてシステムの機能が十分に理解されているとは言い難い。そのため、岩手県では、2007年度から精神科救急医療システムの見直しを進め、様々な取り組みがなされてきた。また、岩手医大病院では独自に、2007年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「地域精神科救急システムを活用した地域精神科医療施設の共同運用による地域生活支援モデル事業」を実施して社会的入院者の地域移行を推進すると共に、地域の様々な機関の連携の要としての役割を担う新たな精神科救急医療システム作りを目指してきた。

しかし、依然として精神科救急を取り巻く課題は山積しており、今後とも精神障害者が再発、再入院せずに地域で安全・安心な暮らしを送るための手段として、岩手医大病院単独ではなく、地域精神科救急医療システムに参加している全ての精神科医療施設や福祉サービス事業者、保健所などの行政機関が共同で運用していく持続可能な地域精神科救急医療システムを新たに構築し、そのシステムが適切に機能する体制について検証を行うこととした。

II 事業実施の背景

1. 岩手県における精神科医療の現状について

岩手県は、北海道に次ぐ広大な面積を有するが、継続的に過疎化が進行しており最近の人口密度は89.51人/km²と都道府県の中で2番目に低い（2008年10月1日の推計人口による）。これまでは、二十数か所の県立病院が主体となって、県全域に遍く医療を供給することで地域医療を守ってきたが、ここ数年の医師不足の進行（可住地当たり医師数(人/km²)は北海道に次いで全国で2番目に低い）や、財政問題等の影響によって病院の統廃合、診療所化が進められており、地域医療の崩壊が現実のものとなりつつある。

一方、岩手県内の入院設備を有する精神科医療施設は、岩手医大病院、国公立4病院、民間の精神科病院17か所の合計22機関あり、総病床数は4,840床、人口1万対病床数は34.9床（2005年6月30日時点、全国平均27.8床）のいわゆる病床過剰地域となっている。また、診療所開業医数が増えているにもかかわらず、精神保健指定医数は過去5年間でほぼ横ばい（114名、2007年）で推移しており、その結果、総合病院や精神科病院に勤務する医師数は減少している。現在、精神科病院在院患者1,000人当りの常勤精神保健指定医数は17.8人（2005年6月30日現在）と全国で9番目に低く、同じく1,000人当りの常勤医師数は、福島県に次いで全国で2番目に低い（24.1人）。その為、平均残存率（1年未満群）は0.321（全国ワースト10）、退院率（1年以上群）は0.26（全国ワースト6）と、精神保健指定医数に象徴される医療資源の過疎化により、岩手県は地域移行が十分に進んでいない地域であることがわかる。

2. 岩手県における精神科救急医療システム整備の経緯と現状について

岩手県の精神科救急医療システムは、1998年に厚生労働省の「精神科救急医療システム整備事業」により、岩手医大病院が盛岡精神科救急圏域（盛岡・宮古医療圏：人口約59万人、面積6,314km²）の基幹病院として指定を受けたことに始まる。その後、順次基幹病院が追加され、現在では県内4カ所の基幹病院（岩手医大病院、県立一戸病院、国立病院機構花巻病院、県立南光病院）が中心的な役割を担い（表1）、搬送体制や後方支援を担う協力病院の確保により、全県をカバーするシステムが整備されている。

前述の精神保健指定医を始めとした精神科標榜医数の減少に加え、4つの基幹病院への受診者数は2001年度の1,864人から2007年度には2,812人へと約1.5倍増加していることにより、現行の精神科救急医療システムを継続していくためには抜本的な見直しが必要との声が数年前から高まっていた。その結果、2006年度から行政主導でシステムの見直しが着手され、その後基幹病院や精神科病院協会、精神神経科診療所協会の代表者を中心としたワーキンググループが設置され議論が重ねられた。そして、2007年3月に同ワーキンググループから「岩手県精神科救急医療システムの全県的なあり方の検討及び盛岡圏域における精神科救急の医療システムの課題と方策について」という答申が出され、「かかりつけ医原則の徹底」「患者啓発による救急医療利用の適正化」を柱とした見直し案が出された。その過程で、岩手県では未設置だった精神科救急情報センターについても、①夜間・休日における病状不安定な精神科救急患者に対する「相談対応」、②電話対応で済むケースと受診が必要なケースの「振り分け」、③各医療機関の空床状況の管理など「関係機関との連絡調整」を主な機能として設置が決まり、2007年9月1日より岩手医大病院が県からの委託を受け、岩手県精神科救急情報センター（以下「情報センター」という。）の運営を開始した。

2007年度の岩手県精神科救急医療体制連絡調整委員会による見直し案の提出後も、岩手県保健福祉部障がい保健福祉課では、引き続き精神科救急医療システムの見直しを継続することとなり、2008年度「岩手県精神科救急医療システムに係るワーキンググループ」を設置し、その議論の中で基幹病院及びその協力病院、精神科診療所における夜間・休日の診療実態を調査（2007年度精神科救急相談等対応実績に係る調査）することとなった（出典：2009年1月9日開催「平成20年度岩手県精神科救急医療体制連絡調整会議（第2回）」配付資料）。

表1 岩手県精神科救急医療システムの概要

医療圏域	二次医療圏域	精神科救急基幹病院	協力病院数	稼働開始時期
盛岡	盛岡、宮古	岩手医大病院	9病院	1998年2月
岩手中部	岩手中部、釜石	国立病院機構花巻病院	4病院	2000年1月
県南	胆江、両磐、気仙	県立南光病院	4病院	2000年3月
県北	久慈、二戸	県立一戸病院	1病院	2000年5月

※ 協力病院数は、各圏域内の入院病床のある精神科医療機関数

本調査によると、基幹病院も含めた年間の夜間・休日の受診者数は全病院で4,486件であり、そのうち2,823件が基幹病院（4病院）でしめられていた。新患数は585件であり、全体の10.4%であった。来院経路として、自ら来院したものが1,210件、次いで家族同伴が1,200件となっていた。救急隊、警察、保健所同行による受診者数は618件で全体のうち14.8%を占めていた。来院後の措置状況では、帰宅が3,043件で全体の74.8%を占め、次いで任意入院415件（10.2%）となっており、その殆どがいわゆるソフト救急に分類される受診者であった。一方、措置入院は2件、緊急措置入院は7件、応急入院は42件、医療保護入院は142件とこれらを併せても全体の4.7%に過ぎなかった。

また、県内22病院のうち3病院において、本来は精神科救急医療システムにおいて協力病院として位置づけられているにも関わらず、夜間・休日の相談対応を行っていなかったことが明らかとなった。それに加え、県内にある17か所の精神科診療所では1か所も夜間・休日の対応を行っていなかった。

3. 盛岡圏域における精神科医療資源及び精神科救急の現状

(1) 精神科医療資源

盛岡圏域には、入院設備を有する精神科医療機関が8機関、精神科または神経科を標榜する診療所（クリニック）が14機関ある。入院設備を有する8機関の精神科病床数は1,711床（県全体では4,846床）と県全体の35.3%を占め、県内では精神科医療機関が最も集中する地域となっている。入院設備を有する8機関のうち総合病院を除く6機関とクリニック1か所において精神科デイケアを実施している。また、訪問看護については総合病院1か所を含む7機関が実施している。

(2) 岩手医大病院における精神科救急の実態

岩手医大病院では、1980年の岩手県高次救急センターの立ち上げと同時に24時間体制の精神科救急診療を開始した。更に、1998年からは、厚生労働省の「精神科救急医療システム整備事業」により当医療圏の精神科救急基幹病院としての指定を岩手県から受けている。2000年には、高次救急センターの機能を強化する形で岩手県高度救命救急センター（以下「同センター」という。）に改変となった。その後、2003年からは同センターに精神科常勤医師を配置し、一次・二次・三次救急及び精神科救急における全ての救急症例へ24時間体制で対応している。盛岡医療圏が、県内において最多人口、最大面積、最多医療機関（精神科医療機関22か所）を有する圏域であることもあり、当圏域の基幹病院である岩手医大病院における精神科救急受診者は毎年加速度的に増加してきた。1998年度は一次二次救急受診者数が570人、三次救急受診者数が103人だったものが、2007年度には一次二次救急で1,339人、三次救急で391人と約2.6倍に増加している。

2007年度の岩手医大病院の一次二次、三次救急別の受診者の概要を、性・年齢・受診時間・診断・転帰・かかりつけ医療機関の有無により表2に示す。受診者の主訴は、一次二次救急では身体合併症・心気症状（27.9%）、不安（12.7%）、自傷・自殺企図（11.5%）と続いており、三次救急では自傷・自殺企図（46.2%）、身体合併症・心気症状（32.1%）、過換気発作（6.9%）の順となっていた。転帰について

ては、一次二次救急で帰宅が最も多く（84.6%）、次いで精神科病棟入院（12.5%）となっている（その内訳としては任意入院が最も多く143件、以下、医療保護入院22件、措置入院2件、緊急措置入院1件）のに対し、三次救急では救急センター病棟への入院（31.8%）、精神科病棟入院（30.5%）の順であった。救急車で搬送となった場合は原則として三次救急で受け入れることとなっており、結果として救急受診者の振り分けが行われ、三次救急では身体的処置を要する受診者の割合が多くなっている。以上のことから、岩手医大病院一次二次救急受診者の特徴として、緊急性が低く、精神療法や投薬等による処置で即日帰宅可能ないわゆるソフト救急の受診者が多いことがわかる。

また、岩手医大病院精神科救急受診者のうち、岩手医大病院以外にかかりつけ医を持つ患者は一次二次救急受診者のうち26.6%、三次救急受診者では42.8%とかなりの割合を占めていた。他地域と同様に岩手県の精神科救急医療システムにおいても、かかりつけ医原則はシステム稼働当初からの大原則であった。しかし、診療所はもちろんのこと精神科病院でも医師不足などを理由に自院通院中の患者であっても夜間・休日の受診を拒む傾向にあった。その結果、かかりつけ医の機能不全が生じ、岩手医大病院への救急受診者の一極集中化が進んできた。前述のように、当院精神科救急受診者のほとんどが、入院などを要しないいわゆるソフト救急の受診者で占められており、もし診療所を含む地域のかかりつけ医療機関が本来果たすべき役割を担うならば、基幹病院への過度の負担を軽減することは可能であると考えた。

表2 2007年度岩手医科大学精神科救急受診者の性・年齢・受診時間・診断・主訴・転帰・かかりつけ医療機関の有無

	男			女			合計		
	一次二次	三次	合計	一次二次	三次	合計	一次二次	三次	合計
年齢階級									
20歳以下	49 (13.2)	9 (6.6)	58 (11.4)	78 (8.1)	26 (10.3)	104 (8.5)	127 (9.5)	35 (9.0)	162 (9.4)
21-30歳	87 (23.4)	28 (20.4)	115 (22.6)	370 (38.3)	78 (30.8)	448 (36.7)	457 (34.1)	106 (27.2)	563 (32.6)
31-40歳	114 (30.6)	31 (22.6)	145 (28.5)	238 (24.6)	46 (18.2)	284 (23.3)	352 (26.3)	77 (19.7)	429 (24.8)
41-50歳	62 (16.7)	18 (13.1)	80 (15.7)	126 (13.0)	28 (11.1)	154 (12.6)	188 (14.0)	46 (11.8)	234 (13.5)
51-60歳	29 (7.8)	21 (15.3)	50 (9.8)	86 (8.9)	33 (13.0)	119 (9.8)	115 (8.6)	54 (13.8)	169 (9.8)
61-70歳	22 (5.9)	12 (8.8)	34 (6.7)	42 (4.3)	16 (6.3)	58 (4.8)	64 (4.8)	28 (7.2)	92 (5.3)
71-80歳	9 (2.4)	11 (8.0)	20 (3.9)	21 (2.2)	22 (8.7)	43 (3.5)	30 (2.2)	33 (8.5)	63 (3.6)
80歳以上		7 (5.1)	7 (1.4)	6 (0.6)	4 (1.6)	10 (0.8)	6 (0.4)	11 (2.8)	17 (1.0)
診断名 (ICD-10分類)									
症状性を含む器質性精神障害 F0	7 (1.9)	15 (10.9)	22 (4.3)	25 (2.6)	9 (3.6)	34 (2.8)	32 (2.4)	24 (6.2)	56 (3.2)
精神作用物質使用による精神及び行動の障害 F1	10 (2.7)	19 (13.9)	29 (5.7)	10 (1.0)	16 (6.3)	26 (2.1)	20 (1.5)	35 (9.0)	55 (3.2)
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 F2	178 (47.8)	28 (20.4)	206 (40.5)	224 (23.2)	49 (19.4)	273 (22.4)	402 (30.0)	77 (19.7)	479 (27.7)
気分障害 F3	78 (21.0)	29 (21.2)	107 (21.0)	203 (21.0)	37 (14.6)	240 (19.7)	281 (21.0)	66 (16.9)	347 (20.1)
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 F4	73 (19.6)	23 (16.8)	96 (18.9)	369 (38.2)	91 (36.0)	460 (37.7)	442 (33.0)	114 (29.2)	556 (32.2)
生理的障害および身体的原因に関連した行動症候群 F5				2 (0.2)	2 (0.8)	4 (0.3)	2 (0.1)	2 (0.5)	4 (0.2)
成人のパーソナリティおよび行動の障害 F6	8 (2.2)	3 (2.2)	11 (2.2)	59 (6.1)	27 (10.7)	86 (7.0)	67 (5.0)	30 (7.7)	97 (5.6)
知的障害 F7	4 (1.1)	2 (1.5)	6 (1.2)	23 (2.4)		23 (1.9)	27 (2.0)	2 (0.5)	29 (1.7)
心理的発達障害 F8	1 (0.3)		1 (0.2)	4 (0.4)		4 (0.3)	5 (0.4)		5 (0.3)
小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 F9	2 (0.5)		2 (0.4)	1 (0.1)		1 (0.1)	1 (0.1)		1 (0.1)
てんかん G40			2 (0.4)			2 (0.1)	2 (0.1)		2 (0.1)
その他	11 (3.0)	18 (13.1)	29 (5.7)	47 (4.9)	22 (8.7)	69 (5.7)	58 (4.3)	40 (10.3)	98 (5.7)
主訴									
自傷・自殺企図	27 (7.3)	61 (44.5)	88 (17.3)	127 (13.1)	119 (47.0)	246 (20.2)	154 (11.5)	180 (46.2)	334 (19.3)
身体合併症・心気症状	100 (26.9)	53 (38.7)	153 (30.1)	273 (28.2)	72 (28.5)	345 (28.3)	373 (27.9)	125 (32.1)	498 (28.6)
不安	35 (9.4)	2 (1.5)	37 (7.3)	135 (14.0)		135 (11.1)	170 (12.7)	2 (0.5)	172 (9.9)
幻覚妄想状態	15 (4.0)	0 (0.0)	15 (2.9)	20 (2.1)		20 (1.6)	35 (2.6)		35 (2.0)
精神運動興奮状態	24 (6.5)	5 (3.6)	29 (5.7)	32 (3.3)	1 (0.4)	33 (2.7)	56 (4.2)	6 (1.5)	62 (3.6)
イライラ・焦燥感	31 (8.3)	1 (0.7)	32 (6.3)	110 (11.4)	1 (0.4)	111 (9.1)	141 (10.5)	2 (0.5)	143 (8.3)
抑うつ状態	31 (8.3)	1 (0.7)	32 (6.3)	49 (5.1)	3 (1.2)	52 (4.3)	80 (6.0)	4 (1.0)	84 (4.9)
不眠	38 (10.2)		38 (7.5)	51 (5.3)		51 (4.2)	89 (6.6)		89 (5.1)
過換気発作	5 (1.3)	1 (0.7)	6 (1.2)	29 (3.0)	26 (10.3)	55 (4.5)	34 (2.5)	27 (6.9)	61 (3.5)
処方切れ・点滴希望	44 (11.8)		44 (8.6)	64 (6.6)	1 (0.4)	65 (5.3)	108 (8.1)	1 (0.3)	109 (6.3)
その他	22 (5.9)	13 (9.5)	35 (6.9)	77 (8.0)	30 (11.9)	107 (8.8)	99 (7.4)	43 (11.0)	142 (8.2)
転帰									
救急センター病棟入院	3 (0.8)	52 (38.0)	55 (10.8)	7 (0.7)	72 (28.5)	79 (6.5)	10 (0.7)	124 (31.8)	134 (7.8)
精神科病棟入院	60 (16.1)	46 (33.6)	106 (20.8)	108 (11.2)	73 (28.9)	181 (14.8)	168 (12.5)	119 (30.5)	287 (16.6)
再掲									
任意	50 (83.3)	39 (84.8)	89 (84.0)	93 (86.1)	58 (79.5)	151 (83.4)	143 (85.1)	97 (81.5)	240 (83.6)
医療保護	8 (13.3)	7 (15.2)	15 (14.2)	14 (13.0)	15 (20.5)	29 (16.0)	22 (13.1)	22 (18.5)	44 (15.3)
措置	1 (1.7)		1 (0.9)	1 (0.9)		1 (0.6)	2 (1.2)		2 (0.7)
緊急措置	1 (1.7)		1 (0.9)	1 (0.9)		1 (0.6)	1 (0.8)		1 (0.3)
他病棟入院	1 (0.3)	2 (1.5)	3 (0.6)	3 (0.3)	6 (2.4)	9 (0.7)	4 (0.3)	8 (2.1)	12 (0.7)
帰宅(後日受診指示)	257 (69.1)	19 (13.9)	276 (54.2)	655 (67.7)	73 (28.9)	728 (59.7)	912 (68.1)	92 (23.6)	1,004 (58.1)
帰宅(他院紹介)	42 (11.3)	10 (7.3)	52 (10.2)	178 (18.5)	20 (7.9)	199 (16.3)	221 (16.5)	30 (7.7)	251 (14.5)
即日転院	2 (0.5)	2 (1.5)	4 (0.8)	3 (0.3)	4 (1.6)	7 (0.6)	5 (0.4)	6 (1.5)	11 (0.6)
死亡		3 (2.2)	3 (0.6)		3 (1.2)	3 (0.2)		6 (1.5)	6 (0.3)
その他	7 (1.9)	3 (2.2)	10 (2.0)	12 (1.2)	2 (0.8)	14 (1.1)	19 (1.4)	5 (1.3)	24 (1.4)
かかりつけ医療機関の有無									
他院かかりつけ医	84 (22.6)	48 (35.0)	132 (25.9)	272 (28.1)	119 (47.0)	391 (32.0)	356 (26.6)	167 (42.8)	523 (30.2)
(再掲)当院への受診歴ある者	53 (14.2)	22 (16.1)	75 (14.7)	195 (20.2)	63 (24.9)	258 (21.1)	248 (18.5)	85 (21.8)	333 (19.3)
当院のみ通院中	245 (65.9)	44 (32.1)	289 (56.8)	624 (64.5)	81 (32.0)	705 (57.8)	869 (64.9)	125 (32.1)	994 (57.5)
かかりつけ医療機関なし	43 (11.6)	45 (32.8)	88 (17.3)	71 (7.3)	53 (20.9)	124 (10.2)	114 (8.5)	98 (25.1)	212 (12.3)
	372 (100)	137 (100)	509 (100)	967 (100)	253 (100)	1,220 (100)	1,339 (100)	390 (100)	1,729 (100)

4. 前年度からの取り組み

我々は、これまで述べてきたような精神科救急医療に象徴される岩手県の精神保健福祉事業が直面する種々の問題を解決することを目的に、平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「地域精神科救急システムを活用した地域精神科医療施設の共同運用による地域生活支援モデル事業」を実施した。同事業では、社会的入院者の地域移行を推進、地域の様々な機関の連携の要としての役割を担う新たな精神科救急医療システム作りを目指し、盛岡医療圏において精神科救急医療システムに参加している医療機関が共同で運営、活用する地域の相談支援事業所（ソーシャルサポートセンターもりおか、以下「サポートセンター」という。）を新たに設置、併設の情報センターと緊密な連携を取りながら、地域生活を目指す（或いはすでに行っている）精神障害者の医療・生活に関する情報を一括に管理し、医療機関の連携の要としての役割を担える体制を整えた（2008年度実施報告書）。

研究終了後も同様の取り組みを継続し、地域で生活したいと願う精神障害者への医療を中心とした支援などを行うため、2008年3月に岩手医科大学神経精神科学講座酒井明夫教授を理事長として、他に日本精神科病院協会岩手県支部長、岩手県日本精神神経科診療所協会長などを理事に加えた特定非営利活動法人として岩手医大病院から独立し、障害者自立支援法に基づく事業所としての認可を受けることとなった。サポートセンターでは、精神保健福祉士や保健師等の資格をもつ相談員による相談支援事業、情報センターと連携した初期相談等の実施や地域活動支援センターとして、レクレーションや社会交流の場の提供を行っている。

(1) ソーシャルサポートセンターもりおかにおける相談支援の状況

① サポートセンターの相談体制

2007年度は、岩手医大病院附属の施設として、2008年4月からは障害者自立支援法に基づく相談支援事業所、地域活動支援センターとして活動しており、利用者の相談対応は専門職（精神保健福祉士、保健師）等により実施してきた。

現在、平日は9時から17時、土曜日は9時から12時まで相談窓口を開設している。

② 相談種別による内訳、傾向

電話、訪問、来所により相談支援を実施し、2007年8月～2008年3月までの相談件数は486件で月平均60.8件、2008年4月～2009年2月までの相談件数は1,567件で月平均142件となっている。相談のうち不安や悩み等の心理相談が全体の過半数を占め、他に受診・入院相談のうち緊急性の高い事例が多かったことなどは、サポートセンターが地域の精神科救急基幹病院である岩手医大病院との関わりが深いことが一般に周知されていることの結果であると考えた（表3）。他にも、パーソナリティー障害や発達障害に関する相談の多さなどは、ここ数年の精神保健福祉事業の利用者の幅の広がりをあらわしているものと考えられた。

表3 サポートセンター利用件数（月別）と相談種別による内訳

相談内容	方法	2007年度									2008年度									合計			
		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		1月	2月	小計
受診・入院相談	来所		1	5	5	2	2	2	1	18	1	2	2					1	1	2	3	12	30
	電話		6	8	1	2	9	4	8	38	3	11	5	4	8	9	7	8	4	1	3	63	101
	訪問				2				2	4	1											1	5
経済的問題の解決支援	来所		1	3	3	3	2	4	4	20	7	8	4	1	4	5	1	4	1		1	36	56
	電話				2		1	3	3	9	4	6	3		3	6	5	2	2	2	3	36	45
	訪問		1						1	2	1		3	4		1						9	11
家族関係の調整支援	来所	1	2		1	3	2	4	2	15	2	1	2	2			3	2	2		3	17	32
	電話		3				2	3	2	10		1	2	3	1	1	1	2	1	1		13	23
	訪問				2		4			6		1										1	7
福祉サービス用支援	来所		3	2	7	4	6	5	11	38	14	10	7	8	8	9	9	7	8	10	12	102	140
	電話				2	3	2	3	4	19	7	14	8	6	8	10	8	11	6	8	4	90	109
	訪問				2	3	3	1		14	8	4	10	6	2	1	7	2	2	1	4	47	61
就労に向けた支援	来所	1	3	3		2	4	5	3	21	4		1	3	5		1	1	1	2	2	20	41
	電話		1	1		1	2	5	1	11	2		1	1	8	7	3		3	4	2	31	42
	訪問									0		1			2						1	4	4
その他医療福祉制度	来所	1		2			1	4	1	9		2		4	4	4	2	3	4	5	2	30	39
	電話		2	1	1	2	4	1		11	1	1	1	4	14	13	2	9	3	7	4	59	70
	訪問							2		2				1	4	4	1	1			1	12	14
心理相談（不安、悩み等）	来所		4	14	9	15	13	12	13	80	10	26	34	19	17	16	25	27	19	21	26	240	320
	電話		1	5	5	8	27	20	49	115	25	40	40	61	65	71	49	57	68	51	58	585	700
	訪問		2	1	1	3			2	9	6	2	3	5	5	12	8	7	6	8	6	68	77
その他	来所			1		1		5	3	10	3	1	1		1					1	2	9	19
	電話				1	1	1	11	8	22	3	8	10	5	6	1	3	3	1	2	1	43	65
	訪問						1		2	3	6	1		4	5	3	3	4	3	3	7	39	42
小計	来所	3	14	30	25	30	30	41	38	211	41	50	51	37	39	34	41	45	36	41	51	466	677
	電話	0	13	19	11	16	49	51	76	235	45	81	70	84	113	118	78	92	88	76	75	920	1155
	訪問	0	3	3	8	6	6	2	12	40	22	9	16	20	18	21	19	14	11	12	19	181	221
合計		3	30	52	44	52	85	94	126	486	108	140	137	141	170	173	138	151	135	129	145	1567	2053

Ⅲ 研究事業の目的・概要等

1. 目的

本事業では、これまでに述べてきた盛岡医療圏における基幹病院にのみ依存した地方都市型精神科救急医療システムの利用実態や精神障害者等における認知度を明らかにすることで、盛岡圏域の精神科病院や社会福祉サービス事業所の役割を明確にすること、精神科救急医療システムの頻回受診者を対象に、種々の社会資源の有効活用促進を目的とした心理教育プログラムの開発とその有効性を評価すること、更にそれらの成果を自立支援協議会と共有しながら、地域全体で基幹病院を支える新しいモデルを構築することを目的とした。

2. 概要

上記の目的に沿って、下記の事業を実施した。

(1) 精神科救急医療に関するアンケート調査

盛岡圏域の精神科外来を持つ病院及び診療所に通院している精神障害者及びその家族約800人を対象に、精神科救急医療システムの利用実態及び精神科救急医療システムに係る意識や知識等を調査し解析した。

(2) 心理教育プログラム

前述の精神科救急医療に関するアンケート調査の結果などを踏まえ、精神科救急医療システムを頻回に利用する精神障害者の自己対処能力の向上を目指して次の事業を行った。

- (ア) SST・心理教育プログラム実施のための人材育成研修
- (イ) 心理教育プログラムの作成と精神科救急頻回受診者への実施
- (ウ) 上記心理教育プログラムの実施と評価

(3) 精神科医療関係者等連絡会議

本研究事業の指導・助言及び検討評価を目的として、岩手医大病院や協力病院、精神科を標榜する診療所、地域の相談支援事業所及び行政（保健所）の各代表者からなる連絡会議を設置し会議を開催した。将来的には、本連絡会議を盛岡圏域の自立支援協議会の一部会として位置づけ、地域の行政機関や福祉サービス事業所等との連携の要として活用することを想定している。

(4) 精神科救急医療システムの啓発

精神科医療救急システムがその機能を十分に発揮するためには、地域住民や関係者への同システムに対する理解の促進が欠かせない。そこで以下の事業を実施した。

- (ア) 精神科救急医療システムの啓発を目的とした研修会の開催
- (イ) リーフレット作成等

3. 事業効果及び活用方法

本事業実施に当たり、下記の効果を期待した。

- (ア) 地方都市型精神科救急医療システムへの受診者の実態の明確化
- (イ) かかりつけ医療機関における継続的・効果的な精神医療の確保と地域の社会資源との有効な連携体制の確立

- ウ) 精神科病院・相談支援事業者など社会資源の有効活用の促進による頻回者への適切な支援の促進
- エ) 市民も含めた地方都市型精神科救急医療システムの理解度の向上による精神科救急医療システムの適正利用の促進

IV 精神科救急医療に関するアンケート調査

～精神科救急システムの利用実態と認知状況に関するアンケート調査～

1. 調査目的

盛岡圏域の精神科外来を持つ病院及び診療所に通院している精神障害者及びその家族約800人を対象に、精神科救急医療システムの利用実態及び精神科救急医療システムに係る意識や知識等を明らかにすることを目的とした。

2. 対象と方法

(1) 対象

盛岡圏域の精神科病院および診療所等を受診する精神障害者、盛岡市・滝沢村・紫波町にある家族会計791名を対象に調査を行った。その結果、665名から回答を得た（回答率84.1%）

(2) 方法

調査は、盛岡圏域の精神科病院・診療所（クリニック）に調査への協力依頼を行い、調査方法についての打ち合わせを行った後に調査員が当該病院等に出向き、それぞれの医療機関の指示に従い下記のいずれかの方法にて実施した。

- ① 調査員がアンケート調査の趣旨等の説明をした上で、受診者自らが調査用紙に記載
- ② 主治医からアンケート調査の趣旨等の説明をした上で、受診者自らが調査用紙に記載
- ③ 主治医からアンケート調査への協力の声かけを行った後、①と同様の手順で実施

なお、調査に際しては、回答者が特定されない様に無記名で行うなど、十分な倫理的配慮を行った。調査目的、個人情報の取扱などを記載した調査協力依頼書及びアンケート調査票は資料2、3に掲載した。

(3) 調査項目

以下の①～⑦について回答を求めた。

- ① 医療機関の夜間・休日受診の有無
- ② ここ1年間における夜間・休日の受診回数、受診先、受診決定者、受診した理由
- ③ 夜間・休日に具合が悪くなった際の対応方法
- ④ 医療機関以外の活動したり相談したりできる場所（作業所・デイケア・保健所・自助グループなど）があるかどうか
- ⑤ 服薬アドヒアランスおよび薬を飲まない理由
- ⑥ 精神科救急情報センターの認知度および利用意欲
- ⑦ 基礎情報（回答者の続柄、患者本人の居住形態・性別・年齢・居住地）

(4) 解析

全体的な概要を把握する目的で上記の各調査材料について記述統計量を求めた。性別と受診理由との

関連を検討するためにFisherの正確検定を行った。年代と諸要因との関連を検討するために χ^2 検定、分散分析およびKruskal Wallis検定を行った。地域活動の有無と受診率の関連を検討するためにFisherの正確検定を行った。服薬アドヒアランスと受診率の関連を検討するために χ^2 検定を行った。解析にあたっては、SPSS for Windows ver15.0を用いた。

3. 調査結果

(1) 基礎集計

① 回答者の属性

本調査では、以下の病院・クリニックを受診する精神障害者やその家族665名を対象にした。

表4 回収先

	度数	(%)
岩手医科大学付属病院	233	(35.0)
岩手晴和病院	101	(15.2)
岩手県精神障害者家族会連合会	51	(7.7)
都南病院	49	(7.4)
岩手保養院	43	(6.5)
盛岡観山荘病院	38	(5.7)
盛岡市立病院	33	(5.0)
さくら製作所	20	(3.0)
岩本クリニック	20	(3.0)
玉山岡本病院	20	(3.0)
かなもり神経科内科クリニック	19	(2.9)
齋藤神経科内科クリニック	16	(2.4)
もりおか心のクリニック	11	(1.7)
平和台病院	10	(1.5)
智田医院	1	(0.2)
合計	665	(100.0)

回答者の内訳を以下に示す。

表5 回答者の内訳

	度数	(%)
患者本人	557	(83.8)
家族	81	(12.2)
その他	17	(2.6)
無回答	10	(1.5)
合計	665	(100.0)

回答者の同居者有無について以下に示す。

表6 回答者の同居者有無

	度数	(%)
一人暮らし	138	(20.8)
同居者あり	496	(74.6)
無回答	31	(4.7)
合計	665	(100.0)

回答者の性別内訳について以下に示す。

表7 回答者の性別

	度数	(%)
男性	270	(40.6)
女性	374	(56.2)
無回答	21	(3.2)
合計	665	(100.0)

年代毎の集計について以下に示す。回答者の平均年齢は、45.2歳 (SD=15.9、最小14歳、最大88歳)であった。

表8 回答者の年齢構成

	度数	(%)
～20代	124	(18.6)
30代	136	(20.5)
40代	118	(17.7)
50代	131	(19.7)
60代	86	(12.9)
70代～	42	(6.3)
無回答	28	(4.2)
合計	665	(100.0)

回答者の居住地について以下に示す。

表9 回答者の居住地

	度数	(%)
盛岡市	381	(57.3)
滝沢村	46	(6.9)
紫波町	36	(5.4)
八幡平市	29	(4.4)
矢巾町	23	(3.5)
雫石町	23	(3.5)
葛巻町	6	(0.9)
岩手町	5	(0.8)
県南地方振興局内	47	(50.0)
二戸地方振興局内	13	(13.8)
宮古地方振興局内	9	(9.6)
釜石地方振興局内	4	(4.3)
久慈地方振興局内	3	(3.2)
大船渡地方振興局内	1	(1.1)
県外	12	(12.8)
無回答	5	(5.3)
無回答	22	(3.3)
合計	665	(100.0)

② 救急受診経験の有無と実態

過去1年の夜間・休日の救急受診有無について以下に示す。

表10 夜間・休日の受診の有無

	度数	(%)
なし	529	(79.5)
あり	106	(15.9)
無回答	30	(4.5)
合計	665	(100.0)

「あり」と回答した106名について、受診回数を以下に示す。受診回数の平均は4.1 (SD=7.0、最小1回、最大48回)であった。

表11 受診回数

	度数	(%)
1回	46	(43.4)
2回～5回	38	(35.8)
6回～10回	7	(6.6)
11回～20回	4	(3.8)
21回以上	4	(3.8)
無回答	7	(6.6)
合計	106	(100.0)

受診先について以下に示す。

表12 受診先 (複数回答)

	度数	(%)
岩手県高度救命救急センター	74	(69.8)
かかりつけ医	24	(22.6)
それ以外	15	(14.2)

受診の判断の主体について以下に示す。

表13 受診判断

	度数	(%)
患者本人	78	(73.6)
家族	23	(21.7)
その他	4	(3.8)
無回答	1	(0.9)
合計	106	(100.0)

夜間・休日の受診に至った理由について以下に示す。

表14 夜間・休日の受診理由（複数回答）

	度数	(%)
不安になった	41	(38.7)
体の具合が悪くなった	38	(35.8)
いらいらした、落ち着かなかった	31	(29.2)
気分が落ち込んだ	28	(26.4)
過換気・パニック発作が起きた	23	(21.7)
死にたくなった	22	(20.8)
点滴・注射をうけたかった	21	(19.8)
眠れなくなった	20	(18.9)
死のうとした	18	(17.0)
自分を傷つけた	18	(17.0)
幻覚・幻聴があった	11	(10.4)
薬が足りなくなった	8	(7.5)
暴力をふるった、暴れた	7	(6.6)
意識を失った、気絶した	6	(5.7)
その他	18	(17.0)
よく分からない	6	(5.7)

その他の理由として、「カゼ」(n=2)「けいれん発作」(n=1、以下同様)「コンタクトレンズが眼の中で破れてしまった」「てんかん発作」「下痢、吐き気、眠気」「何もかも嫌になった」「階段から落ちた」「自殺企図」「親とケンカした」「体調が悪くて予定日に受診できなかった」「頭痛」「突然歩けなくなった」「熱が出た」「暴力を振るわれた」「薬の副作用」があった。

③ 夜間・休日に調子が悪くなった場合の対処法に関する認識

「もしも具合が悪くなったら」と場面を想定し、その対処法にあてはまるものについて複数回答を求めた。以下に示す。

表15 対処法（複数回答）

	度数	(%)
受診する	261	(39.2)
早めに休む、横になっている	245	(36.8)
追加の薬（頓服薬）を飲む	190	(28.6)
電話で相談する	159	(23.9)
家族に話を聞いてもらう	155	(23.3)
何もしない、我慢する	151	(22.7)
たばこを吸う	56	(8.4)
友人・知人に話を聞いてもらう	45	(6.8)
お酒を飲む	23	(3.5)
その他	37	(5.6)

「その他」としては、「119へ電話、救急車」(n=3)「外出」(n=2)「インターネット」(以下、n=1)「おきている」「スポーツ」「テレビ、本」「テレビを見る」「ドリンク飲む」「外に出るようにする」「喫茶店に行って話をする」「筋肉注射」「散歩する」「事業所スタッフに話を聞いてもらう」「自傷」「自分で自分に「心配ない」と言い聞かせる」「寝る」「中央HP受診」「猫と遊ぶ」「保健センター」「薬を飲んで様子を見る」などの対処法があげられた。

「電話で相談する」と回答した159名の相談先を以下に示す。

表16 対処法としての電話での相談先（複数回答）

	度数	(%)
普段通っている病院やクリニック	114	(71.7)
岩手県精神科救急情報センター	22	(13.8)
「いのちの電話」などの電話相談	21	(13.2)

「受診する」と回答した261名の受診先を以下に示す。

表17 対処法としての受診先（複数回答）

	度数	(%)
岩手県高度救命救急センター	119	(45.6)
普段通っている病院やクリニック	121	(46.4)

④ 医療機関以外の社会資源の利用有無

社会資源を「授産施設、作業所、地域生活支援センター、ソーシャルサポートセンター、デイケア（病院内も含む）、相談支援事業所、就労支援、患者会、保健所、市町村（保健センターなど）」と例示した上で、利用状況を尋ねた。以下に示す。

表18 社会資源の利用有無

	度数	(%)
利用している	240	(36.1)
利用していない	392	(58.9)
無回答	33	(5.0)
合計	665	(100.0)

⑤ 服薬状況に関する自己評価

指示通り服薬を行っているかどうかについて以下に示す。

表19 服薬の自己評価

	度数	(%)
指示通り飲んでいる（服薬 約100%）	497	(74.7)
だいたい飲んでいる（服薬 約70%）	110	(16.5)
あまり飲んでいない（服薬 約50%）	17	(2.6)
ほとんど飲んでいない（服薬 約30%未満）	7	(1.1)
薬は出ていない	13	(2.0)
無回答	21	(3.2)
合計	665	(100.0)

「ほとんど飲んでいない（服薬約30%未満）」あるいは「あまり飲んでいない（服薬約50%）」と回答した24名について、指示された通り飲まない理由を尋ねた。以下に示す。

表20 怠薬の理由（複数回答）

	度数	(%)
ついうっかり忘れてしまったから	8	(33.3)
副作用が怖い・辛いから	5	(20.8)
食事や勤務などの都合で飲むことができなかったから	5	(20.8)
効き目がないと思うから	4	(16.7)
自分には薬は必要ないから	3	(12.5)
依存症が怖いから	3	(12.5)
飲まないほうが調子が良いから	2	(8.3)
飲むと性格が変わると思うから	1	(4.2)
周囲(家族、知人など)が反対するから	1	(4.2)
きちんと飲むのは面倒くさいから	0	(0.0)
何で飲むのか説明が不十分だから	0	(0.0)
その他	6	(25.0)

その他の理由としては、「ためるから」（以下、n=1）「飲まなくても状態がいい」「家族が飲ませてくれない」「食後満腹感で飲めない」「眠くなるから」「薬に頼る自分が嫌になる」があげられた。

⑥ 岩手県精神科救急情報センターに関する認識

情報センターに関する認識について以下に示す。

表21 情報センターの認識

	度数	(%)
知らなかった	543	(81.7)
名前だけ知っていた	72	(10.8)
知っていた	39	(5.9)
無回答	11	(1.7)
合計	665	(100.0)

⑦ 岩手県精神科救急情報センター利用の意識

精神科救急情報センターへのニーズについて、以下に示す。

表22 情報センターへのニーズ

	度数	(%)
利用したい	422	(63.5)
利用したいとは思わない	216	(32.5)
無回答	27	(4.1)
合計	665	(100.0)

(2) 項目ごとの関連から

① 性別と受診理由の関連

性別と受診理由との関連を表23に示す。その結果、女性において、「自分を傷つけた」という理由で受診する者が有意に多かった。

表23 性別と受診理由の関連

	男性 (n=35)	女性 (n=68)	解析結果 ^{a)}
不安になった	13(37.1)	26(38.2)	p=1.000
気分が落ち込んだ	8(22.9)	19(27.9)	p=0.642
死にたくなかった	5(14.3)	17(25.0)	p=0.310
死のうとした	3(8.6)	15(22.1)	p=0.106
自分を傷つけた	2(5.7)	16(23.5)	p=0.028
イライラした、落ち着かなかった	11(31.4)	19(27.9)	p=0.820
幻覚・幻聴があった	1(2.9)	10(14.7)	p=0.093
暴力を振るった、暴れた	2(5.7)	5(7.4)	p=1.000
過換気・パニック発作が起きた	6(17.1)	17(25.0)	p=0.458
体の具合が悪くなった	16(45.7)	22(32.4)	p=0.202
意識を失った、気絶した	1(2.9)	5(7.4)	p=0.661
眠れなくなった	6(17.1)	14(20.6)	p=0.796
薬が足りなくなった	2(5.7)	6(8.8)	p=0.713
点滴・注射を受けたかった	6(17.1)	15(22.1)	p=0.616

^{a)} Fisherの正確検定

② 年代と夜間・休日受診率の関連

年代と夜間・休日受診率の関連を表24に示す。10代（13名）と80代（9名）は人数が少ないため、それぞれ20代、70代として解析した（以下、年代については同様の処理を行った）。その結果、10～20代における夜間・休日の受診率が有意に高いことがわかった。

表24 年代と夜間・休日受診有無の関連

	20代 (n=122)	30代 (n=133)	40代 (n=113)	50代 (n=126)	60代 (n=82)	70代 (n=41)	解析結果 ^{a)}
なし	84 (68.9)	111 (83.5)	93 (82.3)	112 (88.9)	77 (93.9)	37 (90.2)	p<0.001
あり	38 (31.1)	22 (16.5)	20 (17.7)	14 (11.1)	5 (6.1)	4 (9.8)	

^{a)} χ^2 検定

③ 年代と夜間・休日受診回数の関連

②において『夜間・休日の受診あり』と回答した103名を対象に検討したところ（表25）、年代と夜間休日の受診回数には有意な関連は見られなかった。

表25 年代と夜間・休日の平均受診回数

	20代 (n=36)	30代 (n=22)	40代 (n=20)	50代 (n=12)	60代 (n=5)	70代 (n=4)	解析結果 ^{a)}
受診回数± 標準偏差	5.08 ±7.13	3.86 ±6.02	3.10 ±3.16	5.33 ±13.51	2.20 ±2.17	1.25 ±0.50	p=0.785

^{a)} 分散分析

④ 年代と夜間・休日受診先の関連

②において『夜間・休日の受診あり』と回答した103名を対象に年代と受診先の関連を検討した(表26)ところ、年齢の上昇と共に、かかりつけ医療機関に受診する割合が高くなったが、有意な関連ではなかった。

表26 年代と夜間・休日受診先の関連

	20代 (n=38)	30代 (n=22)	40代 (n=20)	50代 (n=14)	60代 (n=5)	70代 (n=3)	解析結果 ^a
救急センター	30 (78.9)	15 (68.2)	14 (70.0)	8 (57.1)	4 (80.0)	1 (33.3)	p=0.443
かかりつけ医療機関	8 (21.1)	5 (22.7)	4 (20.0)	4 (28.6)	2 (40.0)	1 (33.3)	p=0.926
その他の医療機関	4 (10.5)	3 (13.6)	5 (25.0)	2 (14.3)	0 (0.0)	1 (33.3)	p=0.559

^a χ^2 検定

⑤ 年代と受診決定者の関連

②において『夜間・休日の受診あり』と回答した103名を対象に年代と受診決定者の関連を検討した(表27)ところ、60~70代は家族が受診を決定している傾向が見られたが有意な関連は得られなかった。

表27 年代と受診決定者の関連

	20代 (n=37)	30代 (n=22)	40代 (n=20)	50代 (n=14)	60代 (n=5)	70代 (n=4)	解析結果 ^a
患者本人	29 (78.4)	14 (63.6)	17 (85.0)	13 (92.9)	2 (40.0)	2 (50.0)	p=0.081
家族	8 (21.6)	6 (27.3)	3 (15.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (50.0)	
その他	0 (0.0)	2 (9.1)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	

^a χ^2 検定

⑥ 年代と受診理由の関連

年代と受診理由の関連を検討した(表28)。20~40代の受診理由としては「死にたくなかった」「死のうとした」という理由が有意に多く、60代の受診理由としては「薬が足りなくなかった」という理由が有意に多いという結果となった。

表28 年代と受診理由の関連

	20代 (n=38)	30代 (n=22)	40代 (n=20)	50代 (n=14)	60代 (n=5)	70代 (n=4)	解析結果 ^{a)}
不安になった	13(34.2)	9(40.9)	10(50.0)	5(35.7)	1(20.0)	1(25.0)	p=0.770
気分が落ち込んだ	8(21.1)	6(27.3)	8(40.0)	4(28.6)	1(20.0)	0(0.0)	p=0.540
死にたくなかった	8(21.1)	9(40.9)	5(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.044
死のうとした	11(28.9)	6(27.3)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.035
自分を傷つけた	8(21.1)	6(27.3)	3(15.0)	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.437
イライラした、落ち着かなかった	12(31.6)	9(40.9)	6(30.0)	2(14.3)	0(0.0)	1(25.0)	p=0.394
幻覚・幻聴があった	5(13.2)	3(13.6)	1(5.0)	0(0.0)	1(20.0)	1(25.0)	p=0.533
暴力を振るった、暴れた	6(15.8)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.147
過換気・パニック発作が起きた	7(18.4)	8(36.4)	7(35.0)	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.104
体の具合が悪くなった	14(36.8)	4(18.2)	7(35.0)	6(42.9)	4(80.0)	3(75.0)	p=0.074
意識を失った、気絶した	2(5.3)	3(13.6)	1(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.562
眠れなくなった	7(18.4)	2(9.1)	7(35.0)	2(14.3)	1(20.0)	1(25.0)	p=0.423
薬が足りなくなった	5(13.2)	0(0.0)	1(5.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	p=0.030
点滴・注射を受けたかった	6(15.8)	4(18.2)	7(35.0)	3(21.4)	1(20.0)	0(0.0)	p=0.517

a) χ^2 検定

⑦ 年代と不調時の対応方法の関連

年代と不調時の対応方法の関連を検討した(表29)。その結果、「医大救急センターを受診する」「頓服薬を飲む」「早めに休む」「家族に話を聞いてもらう」などが若年者に有意に多く、「かかりつけ医療機関を受診する」という対応方法は50~70代に有意に多いことがわかった。

表29 年代と不調時の対応方法の関連

	20代 (n=124)	30代 (n=135)	40代 (n=116)	50代 (n=131)	60代 (n=86)	70代 (n=41)	解析結果 ^{a)}
何もしない、我慢する	27(21.8)	28(20.6)	26(22.0)	30(22.9)	17(19.8)	15(35.7)	p=0.380
電話で相談する	27(21.8)	34(25.0)	29(24.6)	39(29.8)	21(24.4)	5(11.9)	p=0.319
「電話で相談する」と回答した155名に、その相談先について尋ねた							
かかりつけ医療機関	16(59.3)	23(67.6)	22(75.9)	26(66.7)	20(95.2)	4(80.0)	p=0.111
精神科救急情報センター	7(25.9)	6(17.6)	3(10.3)	3(7.7)	2(9.5)	0(0.0)	p=0.261
「いのちの電話」等の電話相談	4(14.8)	5(14.7)	5(17.2)	7(17.9)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.400
受診する	49(39.5)	51(37.5)	53(44.9)	50(38.2)	33(38.4)	15(35.7)	p=0.805
「受診する」と回答した251名に、その受診先について尋ねた							
医大救急センター	35(71.4)	24(47.1)	25(47.2)	14(28.0)	10(30.3)	5(33.3)	p<0.001
かかりつけ医療機関	10(20.4)	22(43.1)	22(41.5)	30(60.0)	23(69.7)	10(66.7)	p<0.001
追加の薬(頓服)を飲む	46(37.1)	45(33.1)	32(27.1)	37(28.2)	19(22.1)	5(11.9)	p=0.024
早めに休む横になっている	51(41.1)	61(44.9)	47(39.8)	41(31.3)	23(26.7)	14(33.3)	p=0.049
家族に話を聞いてもらう	33(26.6)	47(34.6)	26(22.0)	26(19.8)	13(15.1)	9(21.4)	p=0.015
友人・知人に話を聞いてもらう	10(8.1)	14(10.3)	8(6.8)	4(3.1)	7(8.1)	1(2.4)	p=0.204
お酒を飲む	7(5.6)	5(3.7)	3(2.5)	5(3.8)	2(2.3)	0(0.0)	p=0.565
タバコを吸う	10(8.1)	13(9.6)	12(10.2)	15(11.5)	5(5.8)	5(5.8)	p=0.455

a) χ^2 検定

⑧ 年代と地域活動の関連

年代と地域活動の関連を検討した(表30)。その結果、50～60代は他の年代に比較して、作業所・ダイケア・保健所などを利用している人が有意に多いという結果となった。

表30 年代と地域活動の関連

	20代 (n=124)	30代 (n=136)	40代 (n=118)	50代 (n=131)	60代 (n=86)	70代 (n=42)	解析結果 ^a
地域活動あり	34 (27.4)	48 (35.3)	40 (33.9)	63 (48.1)	34 (39.5)	10 (23.8)	p=0.006

^a: χ^2 検定

⑨ 年代と薬物アドヒアランスの関連

年代とアドヒアランスの関連を検討した(表31)。その結果、20代はアドヒアランスが有意に不良であることがわかった。

表31 年代と薬物アドヒアランスの関連

	20代 (n=124)	30代 (n=136)	40代 (n=118)	50代 (n=131)	60代 (n=86)	70代 (n=42)	解析結果 ^a
ほとんど飲んでいない	5(4.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	p<0.001
あまり飲んでいない	10(8.1)	2(1.5)	0(0.0)	2(1.5)	3(3.5)	0(0.0)	
だいたい飲んでいる	28(22.6)	28(20.6)	14(11.9)	21(16.0)	11(12.8)	5(11.9)	
指示通り飲んでいる	73(58.9)	102(75.0)	100(84.7)	105(80.2)	69(80.2)	34(81.0)	

^a: Kruskal-Wallis検定

⑩ アドヒアランス不良の理由

『ほとんど』『あまり』飲んでいない」と回答した24名を対象とし、アドヒアランス不良の理由を検討した(表32)。その結果、40～60代においては「副作用が怖い・辛いから」という理由でアドヒアランスが不良になっている人が有意に多いことがわかった。若年者においては、アドヒアランス不良と有意な関連を示す要因は得られなかった。

表32 アドヒアランス不良の理由

	20代 (n=15)	30代 (n=2)	40代 (n=1)	50代 (n=3)	60代 (n=3)	70代 (n=0)	解析結果 ^a
副作用が怖い・辛いから	1(6.7)	0(0.0)	1(100)	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	p=0.036
うっかり忘れたから	7(46.7)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.292
効き目がないと思うから	4(26.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.578
飲まないほうが調子がいいから	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.549
自分には必要ないから	2(13.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.725
食事や勤務の都合で飲めなかったから	4(26.7)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.528
飲むのが面倒くさいから	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	^b
飲むと性格が変わると思うから	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.960
家族・知人などが反対するから	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.121
なぜ飲むのか説明が不十分だから	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	^b
依存症が怖いから	2(13.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	p=0.725

^a: χ^2 検定

^b 全員が「いいえ」と回答したため解析せず

⑪ 年代と救急情報センター認知度の関連

年代と救急情報センター認知度の関連を検討した（表33）。その結果、30～40代において情報センターの認知度が有意に高いことが示された。

表33 年代と救急情報センター認知度の関連

	20代 (n=124)	30代 (n=136)	40代 (n=118)	50代 (n=131)	60代 (n=86)	70代 (n=42)	解析結果 ^{a)}
知らなかった	104(83.9)	108(79.4)	88(74.6)	116(88.5)	75(87.2)	39(92.9)	p=0.035
名前だけ知っていた	12(9.7)	17(12.5)	23(19.5)	9(6.9)	6(7.0)	3(7.1)	
知っていた	8(6.5)	11(8.1)	7(5.9)	5(3.8)	4(4.7)	0(0.0)	

^{a)} χ^2 検定

⑫ 年代と救急情報センター利用意欲の関連

年代と救急情報センターの利用意欲の関連を検討した（表34）。その結果、20代と70代においては利用意欲が有意に高かった。

表34 年代と救急情報センター利用意欲の関連

	20代 (n=124)	30代 (n=136)	40代 (n=118)	50代 (n=131)	60代 (n=86)	70代 (n=42)	解析結果 ^{a)}
利用したい	89(71.8)	90(66.2)	78(66.1)	73(55.7)	51(59.3)	32(76.2)	p=0.046
利用したいと思わない	31(25.0)	42(30.9)	39(33.1)	54(41.2)	34(39.5)	10(23.8)	

^{a)} χ^2 検定

⑬ 地域活動と夜間・休日受診率の関連

地域活動と受診率の関連を検討した（表35）。地域活動（作業所・デイケア・自助グループ・保健所等の利用）と受診率には有意な関連は得られなかった。

表35 地域活動と夜間・休日受診率の関連

	地域活動あり (n=224)	地域活動なし (n=383)	解析結果 ^{a)}
受診なし	187(83.5)	327(85.4)	p=0.560
受診あり	37(16.5)	56(14.6)	

^{a)} Fisherの正確検定

⑭ 薬物アドヒアランスと夜間・休日受診率の関連

薬物アドヒアランスと受診率の関連を検討した（表36）。その結果、アドヒアランスが不良であると、受診率も有意に高くなることがわかった。

表36 薬物アドヒアランスと夜間・休日受診率の関連

	薬は 出していない (n=9)	ほとんど 飲んでいない (n=5)	あまり 飲んでいない (n=17)	だいたい 飲んでいる (n=107)	指示通り 飲んでいる (n=481)	解析結果 ^{a)}
受診なし	8(88.9)	3(60.0)	10(58.8)	80(74.8)	419(87.1)	p<0.001
受診あり	1(11.1)	2(40.0)	7(41.2)	27(25.2)	62(12.9)	

^{a)} χ^2 検定

4. 考 察

(1) 休日・夜間の受診に関連する要因について

休日・夜間に医療機関受診の経験があったのは、106名（15.9%）であった。その106名の平均受診回数は4.1回であったが、受診回数が20回以上の対象者も6名おり、最多受診回数は48回であった。このことから、少数ではあるものの、頻回受診者が存在することが示唆された。

年代と受診率の関係から、10～40代の比較的若年層において休日・夜間受診率が高いことがわかった。頻回受診を抑制するためのポイントとしては、10～40代に焦点を当てることが有効と考えられた。

(2) 受診する理由について

夜間・休日受診の理由として、不安になったから、落ち着かなかつたから、体の具合が悪くなったから、といった理由をあげた対象者が多かった。性別、年代および受診理由との関連から、10～30代の女性において死のうとした、自分を傷つけた、という受診理由が特異的に多いことが分かった。反面、男性に特異的に多い受診理由は見出されなかった。

以上の結果から、10～30代の女性には、死にたくなったり、自分を傷つけたくなくなったりした際の対応方法を事前に習得しておくことが、受診率の低下につながると考えられた。

(3) 薬物アドヒアランスおよびアドヒアランス不良の要因について

薬を「ほとんど」あるいは「あまり」飲んでいない、と回答した対象者は全体の3.7%（24名）に過ぎず、アドヒアランスは概ね良好であった。しかし、年代別にアドヒアランスを検討すると、10～20代において有意にアドヒアランスが不良であった。10～20代におけるアドヒアランス不良の理由は、「うっかり忘れた」「効き目がない」「食事や勤務の都合で飲めなかった」という理由が多かった。反面、「なぜ薬を飲むのか説明が不十分だから」という回答は無く、薬に関する説明がきちんとなされていることがうかがえた。

(4) 救急情報センターの認知度・利用意欲について

救急情報センターについて「知らなかった」と回答した割合が81.7%に達し、十分に認知されていない現状がうかがえた。一方で、救急情報センターを「利用したい」と回答したのは63.5%であり、一定程度のニーズが存在していることも示唆された。

(5) 本研究の限界

最後に、本研究の限界について述べる。

夜間・休日の受診経験者106名のうち、74名（69.8%）が受診先として医大救急センターを選択していた。しかし、本研究対象者のうち35%が医大通院中の患者もしくはその付き添い者であり、そのことが、上記のような結果につながった可能性も考慮する必要があると考えた。

V 心理教育プログラム「地域で安心して元気に暮らすための学習会」

1. 概要

精神障害者が再発、再入院せずに地域で自己対処能力を向上させ社会資源を活用しながら安全・安心な暮らしを送るための手段の1つとして、心理教育プログラムを活用することを目的にSST・心理教育の実施スタッフの養成、心理教育プログラムのテキストの開発、精神科救急医療システムの頻回受診者へのプログラムの実施及びその評価を行った。更に、作成したテキストは、地域における医療・福祉・行政など関係機関が連携した取り組みができるよう汎用性にも配慮した。

2. 実施スタッフ等の人材育成研修

(1) 目的

心理教育プログラム実施のスタッフの養成と併せ、地域におけるSST等の普及及び人材育成を図ることを目的とした。

(2) 初級研修概要

SSTに関する基礎的知識（SSTとは・SSTの目的・基本事項・SSTで良く出されるテーマ・SSTの具体的な進め方など）に関して、日本SST普及協会認定講師による延べ10時間の講義及び演習による研修を実施した。

(3) 中級研修概要

第1回中級研修（10月4日（土）10：00～15：00）においては、「家族心理教育とSST」と題して、講義及び演習を内容とする研修会を実施した。

講演等の概要は、アドヒアランス向上のため心理教育、患者、家族の心理面に配慮した教育的アプローチ、疾病特性・対処能力・服薬管理・対人関係能力・精神科治療における心理教育の役割、ストレス軽減、対処等の情報提供、アドヒアランスの向上及び家族心理教育の効果などを内容とするものであった。

●受講者アンケート調査結果

調査項目及びその結果

当日参加者は38名、うち回答者31名（うち一部無記入1名）であった。

① 所属

医療機関：17名 行政機関：2名 福祉施設：7名 その他：4名
無回答：1名 計31名

② 講演の感想

ア) 直接業務に関係するか、イ) 既知の内容の有無、ウ) 業務への反映について、その度合いを「深い」3～「無関係」0の4件法で尋ねたところ、

ア) 直接業務に関係するかについては、平均で2.45

イ) 既知の内容の有無については、平均で1.77

ウ) 業務への反映については、平均で2.65

との結果を得た。

③ 演習の感想

ア) 直接業務に関係するか、イ) 既知の内容の有無、ウ) 業務への反映について、その度合いを「深い」3～「無関係」0の4件法で尋ねたところ、

- ア) 直接業務に関係するかについては、平均で2.45
 - イ) 既知の内容の有無については、平均で1.84
 - ウ) 業務への反映については、平均で2.55
- との結果を得た。

第2回中級研修（2月21日（土）11：10～16：00）においては、「さまざまな分野のSST」と題して、
講義及び演習を内容とする研修を実施した。

講演等の概要は、社会性スキルは学習することで身に付くもの、教育現場でのSST、矯正・保護の分野のSST、知的障害者にもSST、就労にもSST等を内容とするものであった。

●受講者アンケート調査結果

調査項目及びその結果

当日参加者は26名、うち回答者19名であった。

① 所属

医療機関：13名 行政機関：0名 福祉施設：4名 無記名：2名
計19名

② 講演の感想

ア) 直接業務に関係するか、イ) 既知の内容の有無、ウ) 業務への反映について、その度合いを「深い」3～「無関係」0の4件法で尋ねたところ、

- ア) 直接業務に関係するかについては、平均で2.89
- イ) 既知の内容の有無については、平均で1.89
- ウ) 業務への反映については、平均で2.89

との結果を得た。

③ 演習の感想

ア) 直接業務に関係するか、イ) 既知の内容の有無、ウ) 業務への反映について、その度合いを「深い」3～「無関係」0の4件法で尋ねたところ、

- ア) 直接業務に関係するかについては、平均で2.95
- イ) 既知の内容の有無については、平均で1.89
- ウ) 業務への反映については、回答者全員が3 業務への反映が大きいと回答している。

との結果を得た。

●研修会開催の評価結果など

中級研修受講者のアンケート結果をみると、講演、演習について、業務との関係、業務への反映に関して、いずれも高い関心が認められ、既知の内容の有無については、幾分低い数値であり、研修実施の意義は高いと考える。

3. 心理教育プログラムテキストの作成

SST初級及び中級の研修終了者で一定の経験を積んだスタッフにより実施が可能となる内容であることを目指して、心理教育プログラムのテキストの開発を行った。

精神科救急医療に関するアンケート調査の結果などから、心理教育プログラムに盛り込む内容を①病気に関する知識、②薬に関する知識③副作用への対処方法と服薬管理に関する知識④調子を崩した時の対処方法に関する知識⑤社会資源の活用とし、「服薬自己管理モジュール」（福島医大版）、統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版「あせらず・のんびり・ゆっくりと」（NPO法人地域精神保健福祉機構・コ

ンボ)を参考にし、また、指導を受け、心理教育プログラムのテキストの開発を行った。
心理教育プログラム「地域で安心して元気に暮らすための学習会」(以下「学習会」という)のテキストは、パソコンプロジェクターによる表示または学習会参加者に配布することを想定した資料とその内容の説明や板書のための具体的な内容及び留意事項を含んだスタッフ用テキスト(「台本」的な内容を含む)の2部構成として、下記内容(項目)を盛り込んだ。

第1回学習会

テーマ:「病気の話」

- ・精神科の病気について
- ・回復に役立つこと
- ・症状の経過・前兆期、急性期、休息期、回復期の特徴と大切なこと・自分はどんな時期にあるのか

宿題:自分の病名・症状について調べてくること

第2回学習会

テーマ:「薬の作用」

- ・脳の働きと薬・薬の役割・効き目・自分の飲んでいる薬
- ・薬の種類と特徴・調子悪い時飲む薬

宿題:「私の飲んでいる薬」を調べてくる

第3回学習会

テーマ:「薬の副作用と薬と上手に付き合う」

- ・どんな副作用があるか
- ・副作用について主治医と相談しよう
- ・薬を忘れず飲む工夫

宿題:薬を飲み続ける工夫のまとめ

第4回学習会

テーマ:「再発の防止」(調子を崩した時の私のプランを作ってみよう)

- ・再発の前兆(サイン)
- ・ストレスとの付き合い方
- ・時間外の診察が必要なとき
- ・調子を崩したときの各自のプランを作ってみよう

宿題:調子を崩したときに周りの人にしてほしいこと、してほしくないことの一覧表をつくる。

第5回学習会

テーマ:「社会資源の活用」(街の応援団を知る)

- ・社会資源(街の応援団)の種類とその特徴
- ・身近にある社会資源はどんなものがありますか・・・緊急時に使えるもの、心休まる場所
- ・救急外来・・・どんな時行くか・なるべく使わない工夫・救急外来以外の方法

4. 心理教育プログラムの実施及び評価

(1) 概要

作成したテキストにより、精神科救急医療システム
その効果を評価した。

への頻回受診者に対して実施し、

(2) 方法

① 対象者の選定

精神疾患（ICD-10で、F 2、F 3、F 4 圏の診断）で通院中かつ、頻繁（年 6 回以上）に精神科救急医療システムを受診している者で、学習会に関する説明を行うことに関して主治医の了解が得られた精神障害者のうち、学習会の概要や実施方法に関する説明を受けて参加することに同意したものを対象とした。

学習会は、参加の同意を得た 7 名に行ったが、うち 2 名については、学習会への参加回数が少ない（1 回参加が 1 名、2 回参加が 1 名）ことから、心理教育プログラム参加の効果に関する評価対象から除外した（表37）。

表37 参加者一覧

性 別	年 齢	参加回数
女	30	5
女	21	5
男	28	5
男	20	5
男	45	4
男	44	2
女	43	1

② スタッフ

前述のスタッフ養成研修を受けた精神保健福祉士、作業療法士、保健師等をリーダー及びサブリーダーとした。また、助言者として、医師、精神保健福祉士、保健師等が説明等を行った。

③ 実施場所・日時

ソーシャルサポートセンターもりおか会議室にて、11月5日（水）～12月3日（水）毎週水曜日13：30～15：00に計5回実施した。

また、毎回の学習会終了後に学習会について、参加者の次の目的で通知（郵送）した。

- ① 次の回の参加促進
- ② 過去の講習内容の復習
- ③ 宿題の内容の再確認

④ 評価方法

プログラム実施前および実施後に、対象者本人および主治医に対して、下記の質問に対して回答を求めた。評価は、以下の項目に基づいて実施された。対象者本人に対しては以下のア)～エ)について回答を求め、オ)およびカ)については、参加者の主治医に対して回答を求めている。

ア) 性別、年齢、診断名といった基礎情報

対象者の性別、年齢、診断名について回答を求めた。

イ) メンタルヘルスに関する項目（11項目）

プログラム参加前後における対象者のメンタルヘルスに関する意識・知識の変化を測定する目的で回答を求めた。項目内容としては「病気の原因を理解している」「調子が悪くなる時のサインを知っている」などである。

ウ) DAI-10 (Drug Attitude Inventory : 吉尾・中谷・稲田、2001)

対象者の服薬に対する意識およびアドヒアランスを測定する目的で回答を求めた。得点が高いほど、アドヒアランスが良好であることを示す。

エ) GHQ-12 (General Health Questionnaire : 新納・森、2001)

対象者の全体的な精神健康度を測定する目的で用いた。12項目から構成されており、得点が高いほど、精神健康度が悪化していることを示す。

オ) BPRS (Brief Psychiatry Rating Scale : 宮田・藤井・稲垣、1995)

精神症状評価のための尺度である。回答者の精神症状についてそれぞれ、1 (なし) ~ 7 (最重度) までの7段階で評価する。得点が高いほど重症であることを示す。

カ) GAF (Global Assessment of Functioning : 川野、1996)

精神状態・社会的作業能力・現実検討力・生活状況などを、1点から100点の間の整数値で総合的に評価する尺度である。得点が高いほど軽症であることを示す。

上記の調査材料について、学習会実施前後の継時的変化を記述統計量により示した。解析にあたっては、SPSS for Windows ver15.0を用いた。結果は以下に示す。

(3) 結果

① 基礎情報について

表38に示す。対象者は男性3名、女性2名であった。平均年齢(±標準偏差および年齢幅)は、男性が31.0歳(±12.8歳、20~45歳)、女性が25.5歳(±6.4歳、21~30歳)であった。診断名については、F2が3名(60%)、F3が1名(20%)、F4が1名(20%)という結果であった。プログラム参加回数は4回が1名、5回が4名という結果であった。

表38 対象者の基礎情報

性別	男性	女性		
	3 (60.0)	2 (40.0)		
年齢	20代	30代	40代	平均年齢±標準偏差
	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	28.8±10.0
診断名	F 2	F 3	F 4	
	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	
参加回数	4回	5回		
	1 (20.0)	4 (80.0)		

② メンタルヘルスに関する項目の変化について

プログラム前後における参加者の意識の変化を表39に示す。

表39 プログラム前後における知識の変化

項 目	事 前 ^{a)}	事 後 ^{a)}
自分の病気の原因を理解していると思う	3(60.0)	2(40.0)
精神の病気と脳の働きの関係について知っている	1(20.0)	2(40.0)
薬だけでなく様々な治療が必要だと思う	4(80.0)	4(80.0)
自分の調子が悪くなる時のサイン（前触れ）を知っている	3(60.0)	3(60.0)
調子が悪くなっても治療を受ければ良くなると思う	2(40.0)	1(20.0)
ストレスと上手に付き合っていくことができると思う	1(20.0)	1(20.0)
自分のペースで治療をしていくことが必要だと思う	4(80.0)	5(100.0)
利用できるサービスについて知っている	2(40.0)	2(40.0)
サービスについて知っておくことは重要だと思う	5(100.0)	5(100.0)
息抜きできる場所・仲間と語れる場所が必要だと思う	5(100.0)	4(80.0)
困った時の対処法について、家族など身近な人と話し合っておくことが大切だと思う	4(80.0)	5(100.0)

^{a)} 「そう思う」もしくは「知っている」と回答した参加者の割合

③ DAI-10について

プログラム前後におけるDAI-10の変化を表40に示す。

表40 プログラム前後におけるDAI-10の変化

項 目	事 前 ^{a)}	事 後 ^{a)}
私の薬は良いところが多くて、悪いところが少ない	1(20.0)	3(60.0)
薬を続けていると、動きが鈍くなって調子が悪い	3(60.0)	2(40.0)
薬を飲むことは、私が自分で決めたことだ	3(60.0)	4(80.0)
薬を飲むと、気持ちがほぐれる	1(20.0)	3(60.0)
薬を飲むと、疲れてやる気がなくなる	1(20.0)	0(0.0)
私は、具合が悪い時だけ薬を飲む	1(20.0)	3(60.0)
薬を続けていると、本来の自分でいられる	0(0.0)	2(40.0)
薬が私のところや体を支配するなんておかしい	2(40.0)	2(40.0)
薬を続けていると、考えが混乱しないですむ	1(20.0)	2(40.0)
薬を続けていれば、病気の予防になる	1(20.0)	4(80.0)

^{a)} 「そう思う」と回答した参加者の割合

③ GHQ-12について

対象者5名について、プログラム前後におけるGHQ得点の変化を図1に示した。5名中2名はGHQ得点が低下し、2名が上昇、1名は変化なしという結果であった。

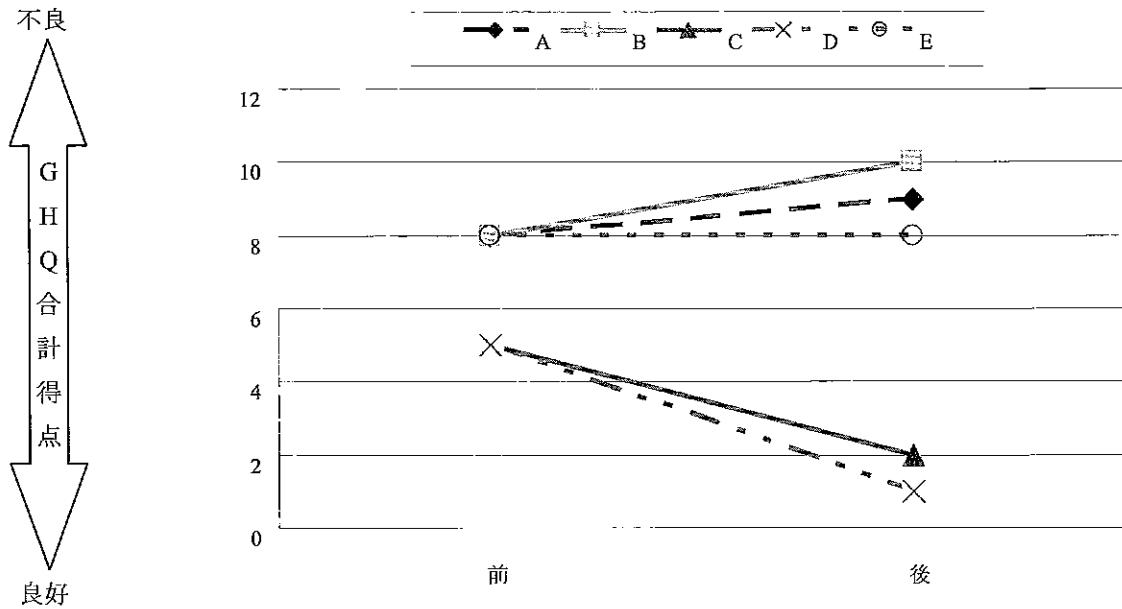


図1 プログラム前後におけるGHQ合計得点の変化

④ BPRSについて

プログラム前後におけるBPRSの変化を表41に示す。

⑤ GAFについて

プログラム前後における対象者のGAF得点を比較した。結果を図2に示す。対象者番号(A~E)は図1(GHQの前後変化)に対応している。なお、対象者Cについては、GAF得点に関する情報が得られなかったため、除外した。

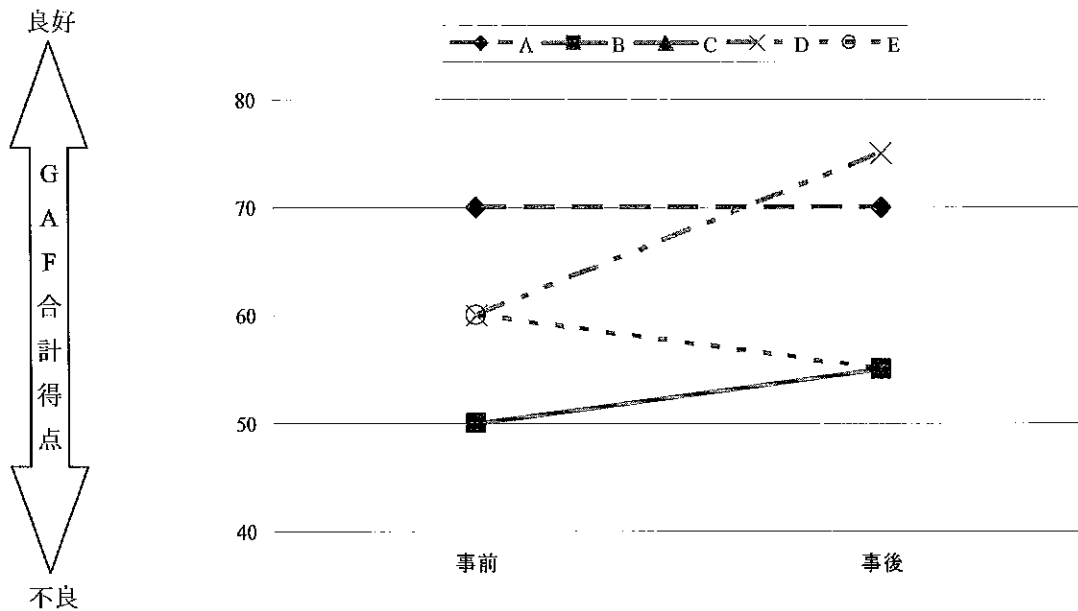


図2 プログラム前後におけるGAF得点の変化

表41 プログラム前後におけるBPRSの変化

項目	事前	事後
心氣的訴え	症状なし 1(20.0)	症状なし 1(20.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 0(0.0)
	軽度 2(40.0)	軽度 3(60.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
不安	ごく軽度 2(40.0)	ごく軽度 2(40.0)
	軽度 1(20.0)	軽度 1(20.0)
	中等度 1(20.0)	中等度 1(20.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
感情的ひきこもり	症状なし 0(0.0)	症状なし 1(20.0)
	ごく軽度 4(80.0)	ごく軽度 3(60.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
思考解体	症状なし 3(60.0)	症状なし 3(60.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 1(20.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
罪業感	症状なし 3(60.0)	症状なし 4(80.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 0(0.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
緊張	症状なし 3(60.0)	症状なし 1(20.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 2(40.0)
	軽度 0(0.0)	軽度 1(20.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
衝動的な行動や訴え	症状なし 4(80.0)	症状なし 4(80.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
誇大性	症状なし 1(20.0)	症状なし 1(20.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 0(0.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
抑うつ気分	症状なし 1(20.0)	症状なし 1(20.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 1(20.0)
	軽度 2(40.0)	軽度 1(20.0)
	中等度 0(0.0)	中等度 1(20.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)

項目	事前	事後
敵意	症状なし 4(80.0)	症状なし 4(80.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
疑惑	症状なし 3(60.0)	症状なし 4(80.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 0(0.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
幻覚	症状なし 2(40.0)	症状なし 3(60.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 0(0.0)
	軽度 0(0.0)	軽度 1(20.0)
	中等度 1(20.0)	中等度 0(0.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
運動減退	症状なし 2(40.0)	症状なし 0(0.0)
	ごく軽度 2(40.0)	ごく軽度 4(80.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
非協調性	症状なし 3(60.0)	症状なし 3(60.0)
	ごく軽度 1(20.0)	ごく軽度 1(20.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
思考内容の異常	症状なし 2(40.0)	症状なし 3(60.0)
	ごく軽度 0(0.0)	ごく軽度 1(20.0)
	軽度 2(40.0)	軽度 0(0.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
情意鈍麻もしくは不適切な情動	症状なし 2(40.0)	症状なし 2(40.0)
	ごく軽度 2(40.0)	ごく軽度 2(40.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
高揚気分	症状なし 4(80.0)	症状なし 4(80.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)
精神運動興奮	症状なし 4(80.0)	症状なし 4(80.0)
	無回答 1(20.0)	無回答 1(20.0)

(4) 考察

精神障害・問題への対処法などに関する知識には大きな変化が見られないものの、薬物に対するイメージや服薬に関する認識は、肯定的なものへと変化している対象者が多かった。主治医による評価では、もともと精神的健康度の高い対象者はプログラムによって良い方向へ変化したが、健康度が低い対象者では更に健康度が低下する傾向が見られた。精神症状評価（BPRS）や全般的評価（GAF）では、特記すべき変化を認めなかった。

これらの要因として、大きく分けて①プログラム及び実施者の要因、②対象者の要因の2つがあったと考えた。まず、プログラム及び実施者の要因については、5回の学習会に盛り込んだ内容が濃密すぎたというプログラム作成上の問題とそのスケジュールのこと、また、リーダー及びコリーダーを務めたスタッフの経験と力量不足があったと考えた。今後、この学習会の効果を更に上げていくためには、1回当りのテーマを絞り込むこと、つまり、今回は5回の学習会で実施した内容を7～10回程度に分けて実施することなどの工夫が望ましいと考えた。更に、今回の学習会は週1回の実施であったが、参加側、リーダー双方にとって準備や他のスケジュールとの調整など負担も多く、余裕を持って実施していくためにも月2回程度の実施が好ましいと考えた。一方で、精神障害者の認知能力の特性や「教育」を受ける機会が少なくなっている年代の参加者にとって、記憶することの苦手さもあり、あまり間隔をおいて実施することのマイナス要素も考慮しなければならないと考えた。また、リーダーとしての資質向上は、心理教育効果を上げるための大きな要素であり、今回の学習会でもリーダー、コリーダーに関する評価票（資料9）を作成すると共に、評価者を決めて学習会の進め方（展開等）、板書などを評価し、学習会終了後にリーダー、コリーダー、評価者間で評価・検討を行った。本学習会を通じて、学習会の内容の充実や展開また、スタッフの資質向上のための学習会後の相互評価や検討の機会を設けることの必要性が高いことを再認識した。

次いで、対象者側の要因について考察する。心理教育やSSTの効果に関する実証的研究は、主に統合失調症を対象にして1980年代より欧米を中心に行われてきた。近年では、統合失調症だけでなく、感情障害（特にうつ病）、強迫性障害、アルコール依存、摂食障害などに対する効果も報告されている（岩田、2002）。しかし、多くの先行研究は、疾患や治療経過（入院中、外来通院中、デイケア通所中など）によって対象者を絞った上でプログラムを作成・実施しており、今回のように頻回受診という特性のみで、すべての対象に効果のあるプログラムを行うことには限界があると思われた。一方で、今回の結果から、精神的健康度が保たれた対象、すなわち動機・認知・コミュニケーションが一定の水準にある対象については効果が期待できるとも考えられる。また、今回肯定的な変化の見られた「薬物に対するイメージ」などのように、プログラムで扱う内容も具体的に絞り評価を実施していく必要がある。さらに、病態などの個人の背景以外にも、リーダーの技量や集団の特性などにより、うまくロールプレイや発言ができず自己評価が下がったり、自分や日常生活を振り返ることにより不安を顕在化させたりする危険性もある。今回の結果から、そういった危険性についても十分配慮していく必要があると考えられた。また、参加者側に理解不足や対処能力として身につけにくかった様子が見受けられた。参加者にとって、心理教育の内容が知識⇒意識⇒行動と変化し効果を上げ、行動の変容（自己対処能力の向上など）に結び付けるためにロールプレイ等も交えて行っていくというSSTの手法を取り入れるなどの工夫が、教育プログラムの効果を上げるためには重要と考えた。

今回の評価の限界としては、①対象者が少ないこと、②病態・疾患・治療経過などの条件統制を行っていないこと、③非介入群との比較を行っていないこと、④生活障害をターゲットとした評価が不十分だったことなどの方法論上の課題が残った。

VI 研究事業の評価等及び地域の自立支援協議会との連携

本研究事業の評価・指導・助言等のため、本研究事業に関する知識や経験の豊富な医療関係者（精神科病院院長など）、行政（保健所長）、社会福祉サービス事業所の代表者に委員の就任を依頼し、資料12の要領による連絡会議を設置した。連絡会議では、それぞれの立場から研究内容について指導・助言を受けた。

併せて、本連絡会議は今後も必要に応じて開催し、精神障害者の地域移行の促進やその後の安定した地域生活のため、当該自立支援協議会に対し、研究の成果の報告や活用等について意見や提言などを行うこととしている。

VII 精神科救急医療体制システムなどの普及啓発

(1) 精神科救急医療制度研修

第1回精神科救急医療制度に係る研修会（9月13日（土））においては、「岩手県における精神科救急医療体制の取組みについて」、「岩手県精神科救急情報センターの取組みについて」、「精神科救急医療体制整備と精神障害者地域生活移行について」と題して、講演を内容とする研修会を実施した。

参加者のアンケート調査結果から、講演の内容は、直接業務に反映する内容であること等の結果を得た。

第2回精神科救急医療制度に係る研修会（10月31日（金））においては、「埼玉県における精神科救急医療体制について」と題して講演及び演習を内容とする研修会を実施した。

参加者のアンケート調査結果から講演、演習ともにその内容は、直接業務に反映するなどの内容であること等の結果を得た。

(2) 精神科救急情報センターの普及啓発

前述の精神科救急医療に関するアンケート調査において、精神障害者における情報センターの認知度が低い（約18%）一方で、その利用については一定のニーズがあるという結果を反映させた情報センターに関するパンフレットを作成し、関係機関を通じて配布した。

VIII 考 察

本事業で目的として掲げた、

- ① 盛岡医療圏における基幹病院にのみ依存した地方都市型精神科救急医療システムの利用実態や精神障害者等における認知度を明らかにすることで、盛岡圏域の精神科病院や社会福祉サービス事業所の役割を明確にすること
- ② 精神科救急医療システムの頻回受診者を対象に、種々の社会資源の有効活用促進を目的とした心理教育プログラムの開発とその有効性を評価すること
- ③ 更にそれらの成果を自立支援協議会と共有しながら、地域全体で基幹病院を支える新しいモデルを構築すること

について、それぞれ実施した事業の結果に沿って考察を加える。

(1) 盛岡圏域における精神科救急医療システムの利用実態

盛岡医療圏の病院・クリニックに受診している精神障害者やその家族665名を対象に実施した結果、約16%の者が休日・夜間に医療機関へ受診した経験があると答えており、調査対象者の中でも10～40代の比較的若年層において休日・夜間の受診率が高いことが分かった。また、受診の理由として全体的には不安や落ち着きのなさ、体調不良など軽微な症状を挙げた者が多かったが、10～30代の女性においては自傷行為・希死念慮が特異的に多かった。これらのことから、精神科救急への頻回受診を抑制するためには、地域の精神障害者の中でも受診率の高い集団が存在すること、集団によってその受診理由が異なることを踏まえての介入プログラムの開発が有効である可能性が示唆された。

我々が想定した具体的な介入方法としては、休日・夜間の受診率の高い10～40代を対象に、軽微な症状への対処方法（救急情報センターの活用など）に重点を置いた介入プログラムの開発、10～30代の女性のうち自傷行為との親和性の高い集団（パーソナリティ障害等）を対象に、自立支援に基づくケアマネジメントの手法に則った医療機関や福祉サービス事業者などが連携して普段のケアに加えて危機介入時の体制を整える、などである。しかし、最初の介入方法で挙げた救急情報センターについては、その存在を知っている者が対象者のうち約6%にしか過ぎず、精神障害者が不安や落ち着きのなさを訴えた際の相談先として活用してもらうためには、これまで以上に行政と協同して広報活動を行っていく必要があると考えた。調査対象者のうち、6割以上の者が救急情報センターを「利用したい」と回答していたことから、広報活動を進めていくことで精神障害者にとって十分活用可能な社会資源となりうることが示唆された。

(2) 精神科救急頻回受診者を対象とした心理教育プログラムの開発と実践

精神科救急頻回受診者を対象とした心理教育プログラムを作成し、その実施のための人材育成研修を行った。さらに、この心理教育プログラムを実践し、その効果について評価を加えた。その結果、薬物に対するイメージや服薬に関する認識が肯定的なものに変化した対象者が多く、また、主治医評価でもともと精神的健康度の高い対象者が更に良い方向へ変化していたことが明らかとなった。一方で、精神障害・問題への対処法などに関する知識に大きな変化が見られず、また、健康度が低い対象者で更に健康度が低下する傾向が明らかとなった。

これらの要因として、①プログラム及び実施者の要因、②対象者の要因の2つを想定した。まず、①プログラム及び実施者の要因については、本事業では心理教育の回数が5回と少なかったため1回あたりの内容が濃密となってしまったこと、リーダー及びコリーダーの経験・力量不足の二つが影響していたのではないかと考えた。一方、②対象者側の要因としては、本来、心理教育の効果を十分に上げるた

めに、その対象者の疾病をある程度均一なものへと絞り込むことが多いにも関わらず、本事業では頻回受診者という枠組みで実践したことによって教育効果が薄れてしまった可能性を考えた。

本事業全体の目的である精神科救急医療システムの適正利用の推進において、頻回受診者への介入は必須である。その理由として、先のアンケート調査において過去1年間に夜間・休日に救急受診をしたと答えた者のうち頻回受診者（1年間の受診回数が6回以上）が約20%もいたこと、今回の介入対象者の抽出期間である平成19年9月1日～平成20年8月31日の1年間に岩手医大病院へ頻回に受診した者（同じく年間6回以上と定義）が37名、受診回数が延べ409回で同じ時期の全受診件数に占める割合が約30%にも上っていたなど、救急医療システム全体に占める割合の高さがある。つまり、これらの頻回受診者が何度も救急受診を繰り返すことにより、受診件数が増加し救急医療システムへの過度な負担へとつながっているため、頻回受診者の受診を抑制することで救急医療システムの適正利用が推進していけると言える。

今回の事業では心理教育の効果を十分に検証することはできなかったが、心理教育的手法を用いた介入が頻回受診者の受療行動を変容する可能性は十分にあると考えられる。心理教育プログラムへの改善を加え、その実践を重ねていくことにより介入効果を上げていきたいと考えている。更に、心理教育プログラムを盛岡圏域の市町村等の精神障害者やその家族、さらには精神ボランティアを対象とした啓発活動に組み入れていくと共に、その担い手として市町村担当者（主に保健師）を育成していきたいと考えている。そうすることにより、地域生活を送る頻回受診者に対して啓発の機会を増やし、受療行動を変容させ受診回数を抑制していくことができると考えている。

(3) 地域全体で基幹病院を支える新しいモデル作り

かかりつけ医療機関における継続的・効果的な精神医療の確保と地域の社会資源との有効な連携体制を確立するために、精神科医療関係者等連絡会議を設置・開催した。本研究事業の評価・指導・助言等を目的として、本連絡会議には精神保健に関する知識や経験の豊富な医療関係者（岩手医大病院や協力病院、精神科を標榜する診療所の医師）、行政（保健所長）、社会福祉サービス事業所の各代表者を委員として迎えたことから、多種多様な意見が出され、地域精神科医療に関する大変有意義な議論を行うことができた。

これまで、盛岡圏域の自立支援協議会には、精神障害者の地域生活支援に特化した部会は存在せず、岩手医大病院の抱える課題を共有し、ともに議論する場はほとんどなかった。今後、精神障害者が再発、再入院せずに地域で安全・安心な暮らしを送るための手段として、岩手医大病院単独ではなく、地域精神科救急医療システムに参加している全ての精神科医療施設や福祉サービス事業者、保健所などの行政機関が共同で運用していく永続可能な地域精神科救急医療システムの中核機関として、本研究事業終了後も引き続き本連絡会議を活用していきたいと考えている。

参考文献

- 1) 吉尾 隆、中谷真樹、稲田俊也：自覚的薬物体験と薬物療法、病院・地域精神医学44：267-270、2001
- 2) 新納美美、森俊夫：企業労働者への調査に基づいた日本版GHQ精神健康調査票12項目版（GHQ-12）の信頼性と妥当性の検討、精神医学43：431-436、2001
- 3) 宮田量治、藤井泰男、稲垣 中：Brief Psychiatric Rating Scale（BPRS）日本語版の信頼性の検討、臨床評価23：357-367、1995
- 4) 川野雅資：看護者用評価尺度、臨床精神医学増刊号：89-101、1996
- 5) 安西信雄、池淵恵美：サイコエデュケーションの概念と展開、臨床精神医学26(4)：425-431、1997
- 6) 前田正治：なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか？、臨床精神医学26(4)：433-440、1997
- 7) 石毛奈緒子、平賀正司、鈴木理恵、須賀一郎、江畑敬介：精神分裂病患者を持つ家族へのサイコエデュケーション、臨床精神医学26(4)：441-447、1997
- 8) 忽滑谷和孝、高梨葉子、笠原洋勇、牛島定信：うつ病のサイコエデュケーション、臨床精神医学26(4)：449-455、1997
- 9) 後藤雅博：心理教育の歴史と理論、臨床精神医学30(5)：445-450、2001
- 10) 山口 一：心理教育の実際、臨床精神医学30(5)：451-456、2001
- 11) 三野善央：精神分裂病と心理教育、臨床精神医学30(5)：459-465、2001
- 12) 橋本 誠、坂本卓子、智田文徳、清水徹男：危機に瀕する北東北の総合病院精神科医療、精神神経学雑誌、110(11)、106-1071、2008
- 13) 智田文徳、酒井明夫：精神科救急からみた精神科プライマリ・ケア、専門医のための精神科臨床リユミエール7 中山書店；37-50、2008
- 14) 土屋 徹：実践SSTスキルアップ読本 精神看護出版
- 15) 上原 徹：スキルアップ心理教育 星和書店
- 16) 舩松克代：SSTはじめて読本 医学書院
- 17) 東京SST経験交流会：実例から学ぶSST実践のポイント 金剛出版
- 18) 前田ケイ：SSTウォーミングアップ活動集 金剛出版
- 19) 伊藤順一郎、土屋徹、坂本明子、内野俊郎：あせらず・のんびり・ゆっくりと NPO法人 地域精神保健福祉機構・コンボ
- 20) 伊藤順一郎、国立精神・神経センター国府台病院精神科家族心理グループ：じょうずな対処・今日から明日へ NPO法人 地域精神保健福祉機構・コンボ
- 21) 岩手医科大学ソーシャルサポートセンターもりおか：平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 地域精神科救急システムを活用した地域精神科医療施設の共同運用による地域生活支援モデル事業実施報告書
- 22) 福島県立医科大学付属病院心身医療科：服薬自己管理モジュール指導者マニュアル
- 23) 福島県立医科大学付属病院心身医療科：服薬自己管理モジュール指導者ワークブック