

# 全国統計との比較からみた川崎市における 地域精神保健活動の成果と課題

## 市内在住精神分裂病者を対象とした全市的調査から

大島 巖\* 内藤 清<sup>2\*</sup> 徳永純三郎<sup>2\*</sup>

**目的** 地域精神保健活動を先駆的に推進した神奈川県川崎市の成果を、全国統計と比較可能なマクロレベルの指標の特徴から明らかにするとともに、今後の課題を検討する。

**方法** 市内全精神科医療施設に受療し市内在住精神分裂病者 (ICD-9) のうち、入院調査は全数 (565例)、通院者調査は3分の1無作為標本 (685例) を対象に従事者調査と本人調査を行った。市内在住者の有病受療率を算出するため、外挿法によって市外受療者数を推計した。

**成績** 川崎市在住分裂病者の受療率は万対32.7で全国値とほぼ等しいが、入院受療率が低く通院受療率が高い。このため、川崎市の在宅率は70.6%で、全国より16%ほど高い。また、在宅群の「ひとりで生活」(単身者)は全国の3倍以上だった。一方、年齢別在宅率は全国値で40歳代以降に急速に減少するが、川崎市ではその傾向が顕著でない。40歳代以降には、現存家族が「父母型」から「同胞型」へ世代交代するが、川崎市ではこれに呼応して在宅群の単身者率や有配偶率が増加している。

**結論** 全国値に比べて特に40歳代以降の在宅率が高く、単身者率が高いことが、川崎市の地域精神保健活動の成果と考えられる。これらは、家族の世代交代期以降に単身者を地域で支えて来た川崎市の取り組みによってもたらされたことが示唆された。一方で、単身者の厳しい生活状況から、ホームヘルプやグループホームなどより密度の濃い日常生活援助を提供できる地域精神保健福祉システムを構築する必要がある。

**Key words** : 地域精神保健, 活動の評価, 在宅率, 家族の世代交代, 精神分裂病

### I はじめに

本稿では、神奈川県川崎市在住の精神分裂病者を対象とした全市的調査から、地域精神保健活動を先駆的に推進してきた同市の取り組みの成果を全国統計との比較から明らかにするとともに、従来の川崎方式では解決困難だった問題を指摘して今後の課題を検討する。

近年、精神保健福祉に関わる法律の改正や障害者プランの発表等により、精神障害者の地域ケアやノーマライゼーションが具体的に目指されるよ

うになった。しかし、欧米に比べ高い精神病床率や約10万人と言われる社会的受け皿があれば退院可能な入院患者の存在など、日本の地域精神保健活動は未だ実効あるものになっていない<sup>1,2)</sup>。

これに対して、川崎市は1960年代から精神障害者の地域ケアに積極的に取り組み、地域精神保健活動のモデル地域として注目されてきた<sup>3,4)</sup> (表1)。そして、地域生活を維持し続ける多くの精神障害者を生み出し、人口万対精神病床数を全国の3分の1程度に押さえている<sup>4)</sup> (図1)。

それでは、川崎市の30年以上に及ぶ取り組みは、どのような属性の障害者にいかなる変化を及ぼして来たのだろうか。まずは、全国統計と比較可能なマクロレベルの指標の特徴を明らかにする必要がある。

本研究では、市内医療機関に受療する市内在住

\* 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野

<sup>2\*</sup> 川崎市リハビリテーション医療センター

連絡先: 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

大島 巖

表1 川崎市の精神保健福祉の取り組み

1951<昭26>	ワーカーが中央保健所に配置
1952<昭27>	精神衛生相談（中央保健所）
1954<昭29>	精神衛生研究会（～1968年迄）
1958<昭33>	川崎市立病院神経科開設
1963<昭38>	第1回精神衛生懇談会
1966<昭41>	ライオンズ・クラブ川崎市へ500万円 寄付
1967<昭42>	精神衛生相談センター開設
1968<昭43>	全保健所に精神衛生相談員2人配置 患者会，大師ひまわり会・若草会発足
1969<昭44>	川崎市精神障害者家族連合会発足
1970<昭45>	高津保健所でデイケア開始
1971<昭46>	社会復帰医療センター （現，リハビリテーション医療センタ ー）開設
1972<昭47>	川崎市職親制度発足
1973<昭48>	（財）神奈川県社会復帰援護会発足 中原保健所社会医療室開設
1978<昭53>	あやめ作業所開設
1984<昭59>	みゆき作業所開設
1985<昭60>	保健所デイケア実施要領
1986<昭61>	全保健所でデイケア実施
1990<平2>	精神保健対策推進会議発足 生活ホーム開設（ホーム AYAME）
1993<平5>	社会復帰ニード調査実施
1995<平7>	川崎市精神保健福祉活動連絡協議会発 足
1996<平8>	精神保健福祉法の大都市特例適用

精神分裂病者を対象とした調査結果を分析し、ライフサイクル的視点から全国統計との比較検討を行って川崎市の成果の一端を明らかにし、今後の課題を検討する。

## II 対象と方法

### 1. 川崎市の地域概況

川崎市は、東京都に隣接する人口121万人（1997年）の政令指定都市である。7つの行政区は、多摩川に沿って南北に延び、南部が日本有数の工業地域、中部が商工業地域、北部が住宅地域である。

市内の精神科医療施設は、単科精神病院が5施設、併設病院等が5施設あり、精神科許可病床は1,369床で人口万対11.6床となる。精神科外来診

療機関は23箇所ある。

地域活動については、7保健所に2人以上の精神保健福祉相談員が配属されているほか、1971年に全国で初めて国の精神障害回復者社会復帰施設（現生活訓練施設等）に指定された川崎市リハビリテーション医療センター（以下リハセンター）や精神保健相談センターがある。民間活動は、小規模作業所が20箇所、グループホームが9箇所あるほか、1960年代より活動する各保健所単位の家族会と連合会（川崎市精神障害者家族連合会）、民間支援団体として財団法人神奈川県社会復帰援護会等が設立されている。

### 2. 調査対象者

調査は、財団法人神奈川県社会復帰援護会が川崎市の委託を受けて実施した<sup>5)</sup>。

対象者は、川崎市内の全精神科医療施設に受療し、かつ市内に在住する精神分裂病（ICD-9に基づく；以下分裂病）者である。このうち、入院患者を対象とする入院者調査では全数を、また通院患者を対象とする通院者調査では3分の1無作為標本を調査対象とした。

対象者の選定は、入院者調査では1993年1月10日に調査対象施設に入院した者（入院群）、通院者調査では同年5月中に対象施設を受療した者（在宅群）とした。通院者調査では、事務局が定めた抽出方式（系統抽出法）でサンプルを選定した。条件を満たしたのは、入院群が565例、在宅群2,036例で、在宅群は3分の1の標本抽出により685例が対象となった。

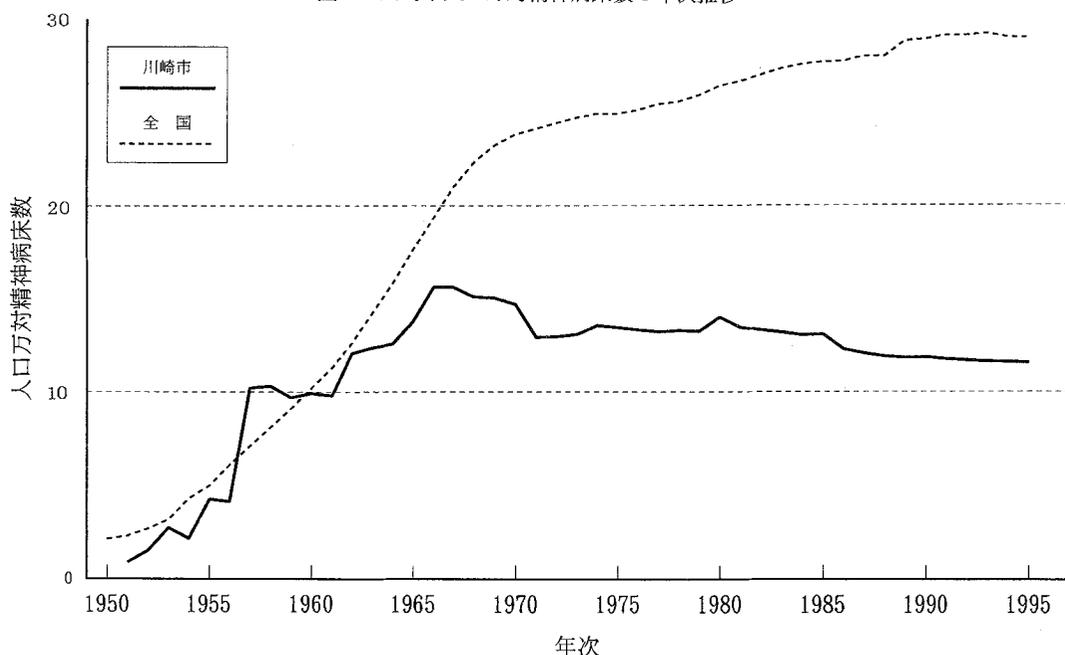
### 3. 調査方法

対象者本人が回答する本人調査と、病院の担当者が回答する従事者調査を、入院者調査・通院者調査それぞれに実施した。従事者調査の実施は対象者本人の了解を得た。調査実施手順などの詳細は別報に述べた<sup>6)</sup>。

なお調査基準日は、入院者調査が1993年1月10日、通院者調査が同7月1日で、調査期間はそれぞれ1ヵ月と2ヵ月である。回収数は、入院者調査が547票（96.8%）、通院者調査は559票（81.6%）だった。

調査は川崎市が財団法人神奈川県社会復帰援護会に委託して実施し、著者らは調査実行委員会事務局として調査実務を担当した。

図1 川崎市人口万対精神病床数の年次推移



#### 4. 分析方法

本研究では、主にライフサイクル的視点から、年齢階級（10歳階級）および家族類型ごとの指標値等の差を主に検討する。使用した属性変数は、性別、年齢、入院・通院の別、今回の入院期間、現存する家族員（生存する3親等以内の親族・姻族）、同居の形態と同居者である。

調査対象は、市内の医療施設に受療する市内在住の分裂病患者である。したがって、市内在住者全体の検討には、市外医療機関の受療者を加えて分析する必要がある。本研究では、市外受療者数を、入院は〔市内：市外＝1：1〕、通院は〔市内：市外＝3：1〕で推計した。推計の根拠は、平成5年患者調査の2次医療圏受療動向分析<sup>7)</sup>と神奈川県精神保健センターの精神保健法32条申請者の分析<sup>8)</sup>である。

次に、標本抽出率が入院群と在宅群で異なるため、両群を併合した分析を行うために、回答数を抽出率および回収率で割り戻して標本抽出前の対象者数を求め、これに市外受療者の推計値を加えた。本研究では年齢階級別および家族類型別分析を主に用いるが、それぞれの階級で市外受療率が等しいと仮定した。

全国統計としては、平成5年患者調査の分析結果を主に用い<sup>7,9)</sup>、1983年厚生省受療患者調査<sup>10)</sup>や全国精神障害者家族会連合会調査（全家連調査）<sup>11)</sup>で補った。

### III 結 果

#### 1. 基礎属性・病歴

まず、川崎市在住分裂病患者は3,845例（入院群1,130例、在宅群2,715例）と推計された。表2のとおり、人口万対受療率は32.70人（1993年全国人口による標準化受療率は33.47人）となった。全国値に比較して、入院受療率が低く通院受療率が高い。在宅率は70.6%で、全国に比べて16%ほど高い。

今回の平均入院期間は全国より2.5年ほど短く、1年未満の短期入院が多い。一方、平均年齢は入院群がやや若く在宅群が高齢である。また、家族状況について在宅群の「ひとり生活」（以下、単身生活者または単身者）は全国の3倍以上、生活保護（医療扶助）受給率は入院群・在宅群ともに全国値の約2倍だった。

#### 2. 年齢階級・家族条件と在宅率

表3に、対象者の年齢階級別在宅率を全国値<sup>7)</sup>

表2 対象者(精神分裂病)の基礎属性・病歴

	川崎調整 (n=3,845)	全 国
受療率(人口万対)		
入院	9.61人	16.24人
在宅	23.09人	19.72人
全体	32.70人	35.97人
在宅率	70.6%	54.9% <sup>#1</sup>
平均年齢		
入院	48.09±12.58歳	50.79歳 <sup>#1</sup>
在宅	44.23±12.10歳	42.90歳
全体	45.37±12.37歳	46.46歳
今回入院期間(入院群)		
1年未満	25.3%	18.1% <sup>#1</sup>
10年以上	33.1%	40.7%
平均入院期間	8.09±9.17年	10.61年
同居の形態(在宅群)		
家族と同居	71.7%	87.7% <sup>#2</sup>
【再掲】親と同居	44.5%	—
配偶者と同居	26.3%	—
家族以外の人と同居	3.2%	4.5%
ひとりで生活	23.6%	6.6%
無回答		1.2%
生活保護(医療扶助)受給率		
入院	37.2%	20.0% <sup>#1</sup>
在宅	21.8%	9.0%
全体	26.3%	14.0%
【参考】		
精神病床数(人口万対)	11.6床	29.2床

注：<sup>#1</sup> 平成5年患者調査(精神分裂病)  
<sup>#2</sup> 昭和63年厚生省受療患者調査(精神分裂病)

と比較した。全国では、本人年齢が40歳代以降に急速に在宅率が低下する。しかし、川崎市ではその傾向が顕著ではない。なお、性別の変化を見ると、男性は川崎市在住者でも40歳代以降にゆるやかだが比較的明確な在宅率の低下が認められる。

表4には、現存(生存)する家族の類型(以下、現存家族類型)別の在宅率を示した。配偶者型と父母型で在宅率が高く、同胞型・その他型・単身型で在宅率が低い。

### 3. 年齢階級と家族条件

表5には、年齢階級別に現存家族類型の構成割合を示した。「父母型」は本人年齢が40歳代以降に急激に減少する。これに対して、「配偶者型」

表3 年齢階級別在宅率

年齢階級	川 崎 市			全国 <sup>#</sup> ( <sup>②</sup> )	検定 ( <sup>①</sup> × <sup>②</sup> )	
	人数	男性	女性			
	人	%	%	%		
～29歳	509	76.3	78.7	77.2	77.1	ns
30～39歳	660	79.7	78.9	79.4	71.0	*
40～49歳	1,210	71.0	77.2	73.9	57.1	**
50～59歳	990	57.5	71.9	65.2	42.9	**
60歳以上	475	45.6	60.5	54.1	34.6	**
全 体	3,845	68.1	73.4	70.6	54.9	**

注1：<sup>#</sup> 平成5年厚生省患者調査(精神分裂病)  
 注2：検定は、2項分布によってモデル化した母比率の検定。<sup>\*\*</sup> p<.001 \* p<.01表には推計された対象数が示されているが、検定は回答実数に基づいて行った。

表4 現存家族の類型別在宅率

現存家族の類型	人 数	在 宅 率	全国家族会員調査 (参考) <sup>#</sup>
			在 宅 率
	人	%	%
父母型	1,977	73.7	61.3
配偶者型	808	87.1	47.7
同胞型	846	55.1	28.5
その他型	60	56.7	35.6
単身型	38	63.4	—
不 明	115	25.3	—
全 体	3,845	70.6	50.2(n=8322)

注1 現存家族類型は、現存(生存)する家族に関する複数回答から、「誰もいない」、「配偶者」、「父・母」、「同胞・同胞の配偶者」、「その他の家族」の順に優先順位を付けて、各対象者に1つの類型(それぞれ順に単身型、配偶者型、父母型、同胞型、その他型)を割り当てたもの。  
 注2 <sup>#</sup> 全国精神障害者家族会連合会、91年会員調査<sup>11)</sup>  
 家族類型は、主世話人家族を上記と同様の方法で分類した。

と「同胞型」は40歳代以降に増加する。これは全国でも同様である<sup>11)</sup>。

次に、在宅群について「ひとりで生活」の割合(以下単身者率)と、有配偶者率の年齢階級別変化を検討すると、いずれも40歳代以降に顕著な増加が認められる(表6)。なお、女性では有配偶者率が高く、単身者率が低い傾向が認められた。

表5 年齢階級別現存家族の主要3種類の構成割合

年齢階級	川崎調査			全国家族会員調査 (主な援助者) <sup>#</sup>			
	人数	配偶者型	同胞型	配偶者型	同胞型	同胞型	
	人	%	%	%	%	%	
～29歳	509	97.9	1.7	0.0	91.6	0.7	1.4
30～39歳	660	83.1	11.2	4.3	86.7	1.3	4.7
40～49歳	1,210	51.9	24.3	19.8	72.6	2.6	16.5
50～59歳	990	26.3	30.3	35.7	31.4	11.0	48.8
60歳以上	475	8.7	27.7	47.4	17.2	18.9	44.9
全体	3,845	51.4	21.0	22.0	65.9	5.2	19.8

注 <sup>#</sup> 全国精神障害者家族会連合会, 91年会員調査<sup>(1)</sup>

生活保護(医療扶助)の受給率は30歳代より高まり, 50歳代まで増加を続ける。これは全国値でも同様だが, 受給率は川崎市より低い。また, 表示しないが, 現存家族類型では「単身型」(71.3%)と「同胞型」(53.4%)の受給率が高い。また在宅群の同居形態では, 単身生活者の受給率が高く58.3%である。

#### IV 考 察

##### 1. 研究方法について

###### 1) 分析方法

本調査研究は, 分裂病で市内医療機関を受療する患者を対象とした。このため, 市内在住者全体の分析を行うために, 市外医療機関の受療者数を推計値により求めた。さらに, 市外受療率が性別・年齢階級別・家族類型別に等しいと仮定した。

まず市外受療者数の推計値について, 入院は平成5年患者調査の分析から入院分裂病の市外受療率が48%と算出されている<sup>7)</sup>。

一方通院は, 平成5年患者調査で「病院」通院者は市外受療率が30.1%であった<sup>7)</sup>。しかし, この調査では「診療所」通院者の2次医療圏別住所地が不明である。当調査では「診療所」通院者が在宅群の14.0%を占めており<sup>5)</sup>, 「病院」通院者のみの推計値は不正確と考えた。そこで, 神奈川県精神保健福祉センターの通院医療費公費負担制度申請者(以下32条制度)の分析結果<sup>8)</sup>を参照した。この調査では, 川崎市在住の分裂病者が1,693人把握され, 市外受療率は21.6%(366人, 市内受療者は1,327人)だった。なお, 当調査で32条利用者は在宅群の67.0%であった<sup>5)</sup>。

以上のように, 2つの部分的サンプルの調査結果から川崎市内在住通院者の22～30%が市外医療機関を受療すると見られる。数値に約8%の幅があるが, (平成5年患者調査分析で除かれた)「診療所」通院者は, 地域性から市内診療所を多く受診し市外受療率が低いと推測される。一方, (32条制度分析で除かれた)32条非利用者は, 当調査の別分析から<sup>5)</sup>, 就労者・既婚者・入院歴のない者に多い。このため, 自立度の高い活動的な人が多いと考えられ, 勤務地での受診や医療機関の選択肢が多い市外圏域を含む広範囲の受療圏を持つ人たちと考えられる。以上から, 市外受療率を両数値の中間値である25%とすることはほぼ妥当と考える。

表6 年齢階級別性別 単身者率・有配偶者率・生活保護率(在宅群)

年齢	川崎調査			全国値		検定		
	人数	単身者率①	有配偶者率②	生活保護受給率③	単身者率④	生活保護受給率⑤	①×④	③×⑤
	人	%	%	%	%	%		
～29歳	393	2.5	1.2	2.5	1.5	2.3	ns	ns
30～39歳	524	11.1	13.9	13.9	2.9	4.8	**	**
40～49歳	894	30.4	31.0	25.0	11.1	10.6	**	**
50～59歳	646	37.6	42.9	32.3	13.7	15.6	**	**
60歳以上	257	22.6	47.2	30.2	7.0	13.2	**	**
性別								
男性	1,403	27.3	15.9	24.6	7.1	9.5	**	**
女性	1,311	19.6	40.4	18.9	6.1	8.5	**	**
全体	2,715	23.6	27.7	21.8	6.6	9.0	**	**

注 検定は, 母比率の検定。\*\* p<.001 \* p<.01

表には推計された対象数が示されているが, 検定は回答実数に基づいて行った。

次に、市外受療者が年齢階級や家族類型別に同割合と仮定したことについて考察する。まず、性別および年齢階級別に見れば、平成5年患者調査では入院・通院ともに、市内および市外受療者間に顕著な差がなかった<sup>7)</sup>。家族類型別の市外受療率は不明だが、ライフサイクルの視点から年齢階級との対応関係があるため市外受療者の等質性がある程度仮定して良いと考えた。

しかしながら、前述したとおり市外受療者に自立度が高い人が多いと推測されたことを含めて、結果の読み取りは慎重に行う必要があるだろう。

### 2) 精神分裂病者の受療率

以上で推計した川崎市内在住分裂病受療者数は3,845人であり、万対受療率は32.70(標準化受療率33.47)だった。これは、全国値の35.97よりやや少ないが、神奈川県(29.50、南関東(埼玉、千葉、東京、神奈川)の32.42と等しいかやや多い<sup>7,9)</sup>。

ここで、川崎市では精神病床が少ないために入院患者が市外医療機関を受療し、長期入院によって病院所在地を住所地としたため市内在住分裂病患者数が少なくなった可能性を考慮すべきであろう。これに対して、川崎市の入院受療圏は南関東内で96.0%を占めるが<sup>7)</sup>、周辺都県(南関東)の精神病床率も全国値に比べて低く(万対20.1床、1993年)、人口万対受療率も同程度である(上述)<sup>12)</sup>。したがって、地方出身者の発病によるUターン現象を除けば、精神病床が少ないために他地区へ入院患者が流出する影響はあまり考慮しなくて良いと考える。

### 3) 在宅率の評価

川崎市在住の分裂病者の在宅率は70.6%と算出された。これは全国値より16%程高い。これに対して、通院者の市外受療率推計値の変動幅が大きかったことを考慮に入れるべきだろう。しかし、推計値を最小の22%に設定すると、在宅率は69.8%とやや低くなるが、全国値より約15%高いことは変わらない。また、精神病床数が少ないために、入院患者が他地区へ流出し、在宅率が相対的に高くなる影響も考えられるが、先ほど考察したとおりあまり考慮しなくてよいと思われる。

### 4) 単身者率・有配偶者率の評価

在宅群のうち、単身者率は23.6%、有配偶者率が27.7%であり、川崎市の在宅分裂病者の半数以

上が親や同胞の家族から自立して生活している。

単身者率について、全国値で比較できるのは1983年の厚生省受療患者調査である<sup>10)</sup>。この調査では在宅分裂病者の単身者率は6.6%であり、当調査の約3分の1である。しかし、実施年が古いことに加えて、大都市圏を中心に調査実施が困難だったため、比較には限界がある。

比較的広域の地域調査の結果を参照すると(通院分裂病に限定; 93年~95年に調査実施)、東京都<sup>13)</sup>は25.9%、神奈川県大和市<sup>14)</sup>は21.4%、栃木県<sup>15)</sup>17.0%、北九州市<sup>16)</sup>15.0%、石川県<sup>17)</sup>10.9%、福島県<sup>18)</sup>9.9%であった。人口当りの精神病床数の少ない東京・神奈川の調査で、当調査と同程度の単身者率である。川崎市における高い単身者率は、地域ケアの進んだ大都市部の特徴と見ることができよう。

なお、川崎市では一般人口においても、全国値に比べて単身者率が高いことが知られている(単身世帯数から算出した単身者数の割合; 全国が9.0%に対して、川崎市は15.6%)<sup>19)</sup>。これに対して、後で分析するように川崎市の単身者で特徴的なことは、40歳代~50歳代に単身者率が高いことである。一般人口におけるこの年代の単身者率を比較すると、全国値が7.3%に対して川崎市は11.9%で、他の年代に比べて全国値との差が最も小さかった。

一方、有配偶者率については、全国値で比較できる統計はない。上記の広域の地域調査(通院分裂病に限定)では、北九州市<sup>16)</sup>が23.2%、福島県<sup>18)</sup>が21.7%、神奈川県大和市<sup>14)</sup>20.5%、栃木県<sup>15)</sup>15.8%であった。各地域とも20%前後であり、川崎市が10%程度高かった。

## 2. 全国統計からみた川崎市在住分裂病者の特徴

以上のとおり、川崎市在住の分裂病者は、全国と比較してまず在宅率が高いことが明らかになった。これは、川崎市の万対精神病床数が11.6床で、全国の3分の1程度であることと強く関連する。すなわち、川崎市の入院と通院を合わせた人口当り受療率は全国値とほぼ等しいため、在宅率の高さは人口当りの少ない入院患者数を反映することになる。

また、川崎市では入院患者の今回入院期間が短く、平均年齢が低い特徴があった。これは、川崎

市における精神科医療が地域志向で、高齢化した長期入院患者をあまり多く入院させない傾向があるためと考えられる。

次に、川崎市の高い在宅率は、障害者本人のライフサイクルと関係することが明らかになった。全国値で本人年齢と在宅率の関係をみると、おおむね40歳代以降に在宅率が著しく低下している。

これに対して、川崎市でも高齢化に伴って在宅率が低下する傾向はある程度認められた。しかし、全国値で顕著に認められた40歳代以降の在宅率の減少は川崎市ではさほど明確ではない。その結果、表3の通り30歳代まではほぼ同程度だった川崎市と全国の在宅率が、40歳代以降には著しい差を示すようになる。すなわち、川崎市の高い在宅率は、本人年齢が40歳代以降に現れる現象と見ることができると考えられる。

一方、表5の通り川崎市・全国とも共通して、40歳代以降に家族の世代交代が進行する。表4の結果を合わせて考えると、40歳代以降の在宅率の低下は家族変化の反映である可能性が示唆される<sup>20)</sup>。

世代交代後の家族状況は川崎市と全国で異なる。川崎市では、表6の通り単身者率と有配偶率が30歳代から40歳代にかけて急増する。これに対して、全国値でも単身者率の増加はあるが川崎市と比べればわずかだった。川崎市では本人年齢40歳代以降、単身生活や夫婦生活によって自立的な生活を営む障害者が増加するのである。

### 3. 川崎市地域精神保健活動の成果と課題

特定地域の保健福祉活動の評価はさまざまな方法で考慮される。しかし、特に評価研究の実績に乏しい精神保健領域では、まずマクロレベルの統計指標を用いて全国値等との比較から取り組みの成果の概要を明らかにする必要がある (generic controls method<sup>21)</sup>)。地域の精神保健状況を捉える指標として在宅率(逆の指標では精神科入院率)は特別に重要であり<sup>22)</sup>、本研究ではこれを中心的指標として、この指標と関連する他指標とともに、ライフサイクル的視点から全国値との比較分析を行った。

その結果、川崎市は全国と比べて在宅率が16%ほど高かった。これは、図1および表1を合わせて考えると、川崎市の地域活動の成果を示す結果の一つと言えるであろう。しかし、地域活動がど

のように在宅率の低下を防止するののかについて分析が必要である。

これに対して、川崎市の高い在宅率は全国値との比較から本人年齢が40歳以上に認められる特徴であることが明らかになった。一方で、この時期に家族には世代交代が進行する。全国値では世代交代により在宅率の低下が顕著に認められる。しかし、川崎市では地域生活を可能にする様々な社会資源を用意して、世代交代期以降の単身生活者、さらには夫婦生活者を地域で支えている<sup>4)</sup>。リハセンターによる生活支援活動や保健所の取り組み、小規模作業所による支援、ソーシャルクラブによる相互支援等である<sup>4)</sup>。生活保護の受給率の高さも社会サービスの高い利用状況を示す指標と考えられる。

このように、全国に比べて単身生活者や夫婦生活者を多く生み出していることが、川崎市のいま一つの成果と見ることができると考えられる。単身生活者の生活支援等を通して、通常では家族の世代交代と深く関わる40歳代以降の在宅率の低下を未然に防止していると考えられるからである。

さて、上述した地域精神保健活動の成果に関わらず、川崎市でも40歳代以降に在宅率のゆるやかな減少が認められる。特に60歳代以降には在宅率が5割近くへと減少する。これは、大島ら<sup>23)</sup>が行った川崎市の家族会員に対する10年間の追跡調査で、主世話人家族に世代交代のあった65例中13例(20%)が長期入院や施設入所により地域生活継続が困難になった事実と深く関連しているように。

そして、この傾向は男性に顕著に認められた。女性は、40歳代以降有配偶率が高くなり単身者率はさほど増加しない。川崎市の女性障害者は、結婚によって自ら形成した家族に支えられ地域生活を維持するのであろう。しかし、男性障害者は自分の家族を形成することが少ない。

地域精神保健活動の成果と考えられる単身者の生活が深刻であることは、本研究の別報で明らかにした<sup>24)</sup>。特に高齢化した男性の単身生活者を、川崎市の現行の地域ケアシステムが十分支え続けることには、近年相当な困難が生じつつある<sup>25)</sup>。

ここで、40歳代以降の単身生活者の増加を、単純に川崎市の成果と見ることに慎重な検討が必要となる。すなわち、グループホームなど永続的な「生活の場」やホームヘルプなど日常生活援助を

提供する公的援助資源が、近年まで川崎市に存在しなかったからである<sup>26)</sup>。今後、40歳代以降の在宅率の低下をさらに防止し、単身生活がより困難となる60歳代以降の精神障害者に、より密度の濃い援助を提供できる援助システムを考慮しなければならないと考える。

以上のように、川崎市の地域生活支援システムは、特に40歳代以降の地域生活継続に貢献しているが、川崎市の成果と考えられる単身精神障害者の生活支援には多くの課題があり、今後、特に高齢期に達しつつある単身生活者を十分に支援できる援助システムを構築することが期待されるのである。

最後に、本研究の意義について簡単に触れておきたい。

本研究の分析は、政令市レベルの全市的な受療患者調査により精神障害者(分裂病)の実態が解明されたことによって可能になった。従来は精神障害者を対象にした調査が全国的に実施困難だったため、この種の調査研究はほとんど未着手だったのである。

同様に、地域実践の効果を後付ける研究も精神保健領域では立ち遅れていた。本研究は、川崎市の30年以上に及ぶ地域精神保健活動の成果の概要を、全国統計との比較から明らかにしており、地域ケアシステムを評価する研究の端緒になる取り組みと考える。

近年、全国各地の自治体で障害者計画の立案が進められ、精神障害者も対象障害の1つとして、計画立案に必要な生活実態と保健福祉ニーズ把握の調査が行われるようになった<sup>27)</sup>。今後、各地の取り組みを評価・検証し将来を展望するために、本稿で試みたマクロレベルの指標分析が全国各地で行われ、結果が共有されることを期待したいと考える。

調査実施に当たり、ご協力頂いた回答者の皆さまと協力施設の関係者の皆さまに厚く御礼申し上げます。また、分析方法等にご助言を頂いた東京大学大学院医学系研究科疫学分野助教橋本修二先生、全般的内容にご助言を頂いた全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所所長・中央大学教授岡上和雄先生に深謝申し上げます。

(受付 '97.12. 8)  
採用 '98. 5.18)

## 文 献

- 1) 岡上和雄, 他. 精神保健福祉への展開. 東京: 相川書房, 1993.
- 2) 日本精神神経学会リハビリテーション問題委員会. ノーマライゼーション理念の実現に向けた精神障害者リハビリテーションのあり方〜新たな保健医療福祉サービスの展開のために. 精神経誌, 1997; 99: 1131-1141.
- 3) 田中英樹. 地域からみた精神科医療供給システムへの期待と注文. 精神経誌, 1994; 96: 950-956.
- 4) 大島 巖. 川崎市における精神障害者福祉施策の現状と課題. 川崎市委託研究報告書, 1997.
- 5) 神奈川県社会復帰援護会社会復帰ニード調査委員会. 川崎市に在住する精神障害者の社会復帰・社会福祉の現状と必要な援助施策. 川崎市社会復帰ニード調査報告書, 1994.
- 6) 大島 巖, 他. 神奈川県川崎市における精神障害者の保健福祉ニードと必要社会資源数の推計値からみた今後の課題〜一政令指定都市におけるニード把握と精神障害者保健福祉計画. 日本社会精神医学会雑誌, 1997; 5: 201-213.
- 7) 大島 巖, 岡上和雄. 福祉の援助資源整備に関するマクロの数値目標設定に関する研究. 精神障害者社会復帰促進センター委託研究報告書, 1997.
- 8) 神奈川県精神保健センター. 平成4年度神奈川県精神保健医療圏調査, 1993.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部編. 平成5年患者調査. 東京: 厚生統計協会, 1995.
- 10) 厚生省. 昭和58年度精神衛生実態調査報告の概要. 厚生省, 1985.
- 11) 全家連保健福祉研究所編. 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93(I) 全国家族調査編保健福祉研究所モノグラフ No. 5. 東京: 全国精神障害者家族会連合会, 1994.
- 12) 厚生省保健医療局精神保健課. 我が国の精神保健〜平成5年度版〜. 厚健出版, 1994.
- 13) 東京都衛生局. 東京都精神保健福祉ニーズ調査報告書, 1997.
- 14) 神奈川県精神保健センター. 神奈川県精神障害者社会復帰調査報告書, 1992.
- 15) 栃木県. 栃木県障害者福祉基礎調査報告書, 1997.
- 16) 北九州市. 精神疾患を有する者の実態調査報告書, 1994.
- 17) 石川県精神保健協会・社会参加ニーズ調査実行委員会. 石川県社会参加ニーズ調査報告書, 1995.
- 18) 福島県保健福祉部健康増進課. 福島県精神障害者社会復帰ニーズ調査, 1997.
- 19) 総務庁統計局. 平成7年国勢調査報告. 総務庁統計局, 1997.

- 20) 大島 巖. 精神障害者の家族. 滝沢武久, 村田信男, 編. 精神保健実践講座6 精神保健と家族問題. 東京: 中央法規出版, 1989; 163-188.
  - 21) Rossi PH, Freeman HE (eds). A systematic approach. (new edition). Evaluation. SAGE Publications, 1993.
  - 22) 大島 巖, 岡上和雄. 医療統計からみた精神障害の実態~精神科入院医療指標の作成と分析~. 精神医学レビュー, 1997; 24: 23-30.
  - 23) 大島 巖, 南山浩二. 長期経過から見た, 精神障害者の地域ケア継続に果たす家族および支持的ネットワークの役割. 文部省科学研究費基盤研究A・生活ストレスとソーシャルサポートに関する研究(大島巖代表) 報告書, 1998; 23-80.
  - 24) 大島 巖, 内藤 清, 徳永純三郎. 生活類型別にみた川崎市在住精神分裂病者の生活実態と福祉ニーズ~その1, 在宅単身生活者の場合~. 病院・地域精神医学, 印刷中.
  - 25) 内藤 清, 他. 大都市部社会復帰施設周辺に生活する単身精神障害者への居住サービスのあり方~(1)単身生活の実態と衛星住居方式による支援体制の限界~. 病院・地域精神医学, 1995; 36: 253-262.
  - 26) 大島 巖. 精神障害者住宅施策の課題と展望. 精神障害リハビリテーション研究会誌, 1996; 3: 57-66.
  - 27) 大島 巖. 既存資料による精神障害者福祉ニーズの推定. 公衆衛生 1997; 61: 444-447.
-

## EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF COMMUNITY MENTAL HEALTH SYSTEM IN KAWASAKI CITY —A COMPARISON WITH NATIONAL STATISTICS—

Iwao OSHIMA\*, Kiyoshi NAITO<sup>2\*</sup>, Junzaburo TOKUNAGA<sup>2\*</sup>

**Key words:** Community mental health, Program evaluation, Rate of community living, Caregiver generation change, Schizophrenia

The pioneering community mental health system of Kawasaki was evaluated by comparison with national statistics using the data from a citywide survey of patients with schizophrenia.

**Method:** Subjects were citizens of Kawasaki who were receiving medical treatment for schizophrenia (ICD-9) in the city. All inpatients (565 cases) and a random sample of outpatients (685 cases; extraction rate was 1/3) who met the criteria were asked to complete the questionnaires by themselves. The responsible medical staffs of the subjects were also asked to complete the questionnaires. In order to calculate the total prevalence rate in the city, the number of patients who received medical treatment outside the city was estimated by extrapolation.

**Results:** Higher outpatient rate and lower inpatient rate of Kawasaki were indicated despite the almost equal prevalence (i.e. 32.7 per 10,000 population) compared to the national rate. The outpatient rate was 70.6% in Kawasaki, which was 16% higher than the national average. And the rate of outpatients with schizophrenia living alone in Kawasaki was three times higher.

While national outpatient rates declined significantly when patients became 40 years old, such a decline was not evident in Kawasaki. On the other hand, as patients with schizophrenia got older, the rate of outpatients living alone or living with spouse increased in Kawasaki due to the change of caregivers' generation.

**Conclusion:** The higher outpatient rate especially of people over 40 years old and the higher rate of patients who lived alone may be explained by the effective community care system in Kawasaki. However, more an intensive support system which provides' daily services such as home-help and group home services should be developed, as the living conditions of outpatients who lived alone were very difficult.

---

\* Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

<sup>2\*</sup> Kawasaki Rehabilitation Center