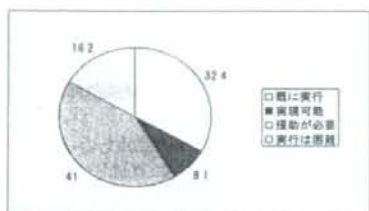
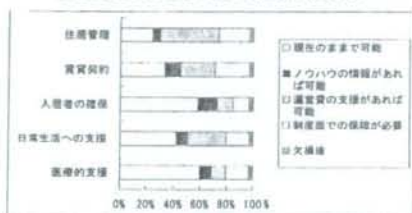


「一戸建て住宅またはアパートを確保して貸す」
ことの実現可能性(210組織・法人)



スライド73

実行にあたりどのような支援が必要とされるか(210組織・法人)



スライド74

なります。要するに、グループホームや共同住居といったアパート退院というのは、それぞれの人によって使い分けられているのではなかろうか、どれが良いという話ではないのではないかとことです。つまり、障害がある程度重くて医療のニーズが高い人たちは、やはり医療機関が関わりやすい形をとっていきます。そういうことが必要ない人はもっと遠くても良い。どれが良いという話ではないのではないかとというのが私の申し上げたいところです。

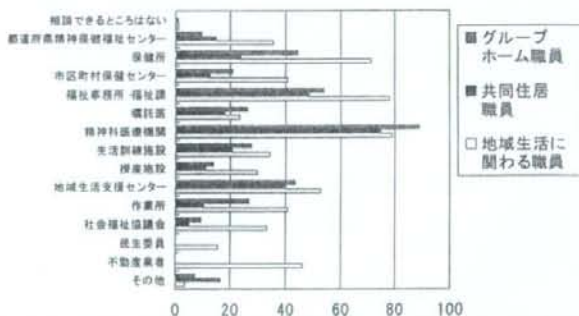
次に入居者が受けている支援です。こういうことをどうやって構造的にやるか、障害の重い人にはどこかの施設が中心になってやるほうがコンパクトで早いかもしれないし、さらにそれが発展して地域型になっていいかもしれないということです(スライド76~78)。

改革はどのように進むだろう

か、これは私の考えですが、こちらに入院中心と書いてあちらに地域中心と書いてあります(スライド80)。要は、入院を短期で、必要なときに使いながら地域生活にシフトしていくことです。病院を「入院中心だから悪である」と考えるよりは、入院治療をすることは地域生活を支援する際に必要な道具であると考え、道具として病院が機能を提供しやすいようになることが必要だと思います。また、病院は地域ではないという捉え方がもしあるとしたら、それを解消していける仕組みがあるのではないかと思います。

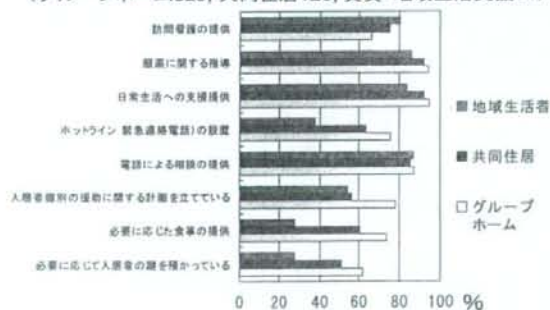
社会システムの中の精神保健、これはいろいろなところで講演するのにしばしば使っているのですが、精神保健とはいったい何なのかというと、病院施設における精神科医療から、精神障害者のためのサービスを地域で提供になり、

職員が相談したり、アドバイスを得るところ
(グループホーム329, 共同住居128, 賃貸・地域生活支援91)

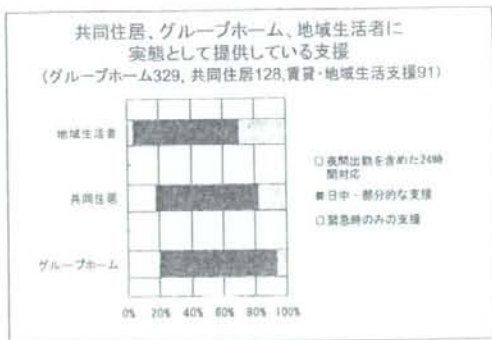


スライド75

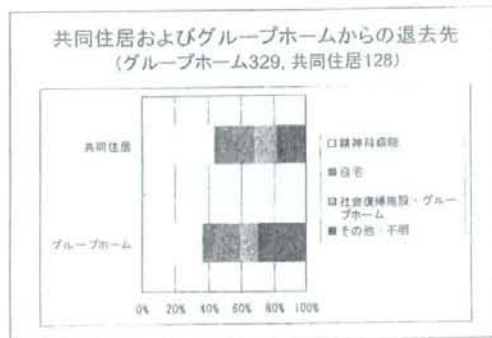
共同住居およびグループホームの入居者が
経営母体となる組織・法人の職員から受けている支援
(グループホーム329, 共同住居128, 賃貸・地域生活支援91)



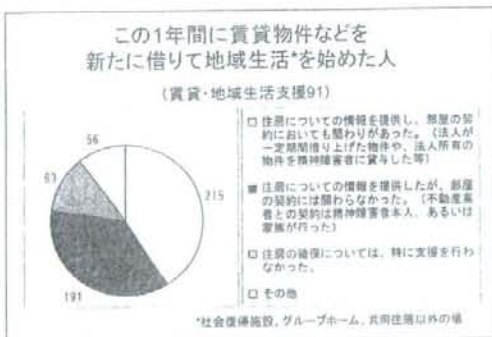
スライド76



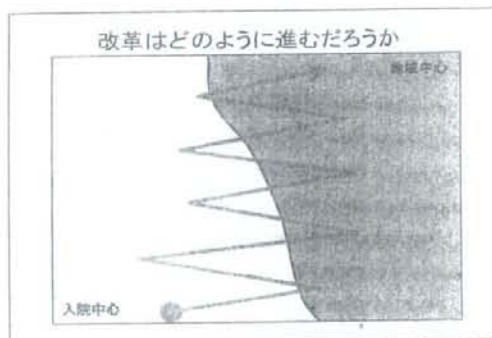
スライド77



スライド78

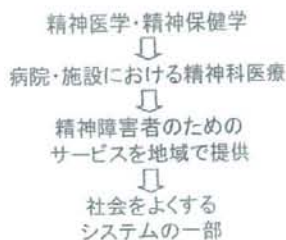


スライド79



スライド80

社会システムの中の精神保健



スライド81

そして社会をよくする仕組みの一部として機能するということがあると思います。自殺対策など、やはりこういうところが求められてきているのではないかと考えます (スライド81)。

最後になりますが、改革というのはかなり息の長い仕事なのではなかろうかということです。ばら色の世界が隣りにあったらもう実現しているはず。改革はかなり苦しい思いをして10年、15年、20年とかけて進んでいくような重い仕事なのではないかという気がします。それから、次は高齢化の現実を踏まえた改革を考える必要があるということです。つまり現実の、70～80歳の高齢になった方がどういう居住形態を持っているか、どれくらいの方が施設で居住されているかということ踏まえながら、精神障害という一種のハンディキャップを持っておられる方についても、私は移行施設という考え方、あるいは精神障害というものを理解した特養的な機能といったものは無視できないだろうと考えます。特に介護保険の領域でも、精神障害があるために介護保険のサービスの継続利用が不可能になった方というのが、市町村で調査をいたしますと少なからず出てきますので、そのところをうまくつなぎ合わせると、国民の支援も得られるようなサービスの方向が見えるのではないかと思います。それが現実の動きに合わせた改革です。それから、さまざまな努力を情報にする、つまりいろいろな努力をできるだけわかりやすく、例えば施設名や地域の名前も付して、ここではこういうことをやっている、着眼点はこうです、というような情報をどこかでどんどん提供していくことが大事なのではないかと考えます (スライド82)。

まとめ

- ・改革は息の長い仕事
- ・高齢化を踏まえた改革を
- ・動きと現実にあわせた改革を
- ・さまざまな努力を情報にする
- ・自殺対策と精神保健(社会システムの一部)

スライド82

私はそういう意味で、退院促進と言うときには、実際に患者さんたちが病院の中にいる、そして外来を利用しているということ考えた場合、やはり病院というものと患者さんの流れに沿った改革を考えないといけないと思えないのです。私の言っていることは保守的に聞こえるかもしれないのですが、現実に変えようと思ったら、やはり精神医療の中で病院ができること、診療所ができること、地域ができること、それぞれを足し合わせていく、つなぎあわせていくということなしにはおそらく進まないし、国民の支援も得られないのではないかと思います。例えて言いましたら、お好み焼きを焼くときには、表にはキャベツが見えても、裏からはキャベツが見えません。片方だけ焼いてもだめで、ひっくり返さないといけない。では、キャベツが見えているほうがお好み焼きなのか、見えていないのもお好み焼きなのかという話になったときに、それはやはりお好み焼きの裏表であって、お好み焼きという実体には変わりはないのではないかと。それから7万人の退院促進というときに、やはりそのキャベツが見えるほう、見えないほう、中がぐじゅぐじゅでもいけないので、うまく裏表ひっくり返して焼いて、ということを考えないといけないのではないかとということで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

白石座長：竹島部長には今までの研究成果を踏まえて、非常に具体的なお話を短い時間で要領よくしていただきました。スライドを数えると80枚以上あって、45分なので、1枚約30秒という非常に速いペースで話していただきました。

じっくり読まないといくらにあまり残らないということもあるかと思いますが、これからまた見ていただきたいと思います。時間も押しておりますので、私のほうから1つだけ確認の質問をさせていただきたいと思います。竹島さんには、午後の総合討論にも加わっていただけるかと思っていますので、またそのときに不足の分はお願いをします。私がお話させていただきたいのは、今日の副題にもありました「社会的入院と言われている人、自立支援法の対象となる人、その他で支援が必要な人」、そのことを巡って45分お話をいただいたわけですが、もう1回まとめて、これらの人がどのくらいいるのかということをお話させていただきたいと思います。具体的には、障害福祉計画を立てる市町村の立場から言うと、実際自分のところにどのくらい社会的入院と言われている人たちがいるのか、それから認定区分の調査を受けようとする精神障害の人がいるのか、あるいはその他に支援が必要な人がどのくらいいるのか、ニーズ調査等を基にしながら、それぞれが工夫して苦勞して考えているところではないかと思うのです。この後の議論につながるように、だいたいどのくらいいるのか、先生のお立場から少しお話をさせていただきたいと思います。

竹島：先ほど申し上げたとおり、数を出すということは難しく、しかも、その人たちがすぐに窓口に押し寄せるわけではありません。多分そのサービスが、本人にとって非常に便利が高い、利益が高いということになれば、アクセスは早くなるでしょう。それがわかってくるまで少し時間がかかるかもしれません。だから、ある程度の幅読みでしか、なかなか言えないのです。実際に、白石先生のおっしゃったような意味で見ますと、可能性がある人物像としては、例えば手帳取得者ということがあるでしょう。それから、通院公費と言いましょか、自立支援医療の通院公費の分の利用者という人たちがサービスにつながりやすい人たちでしょう。あるいは、入院のことに関しては、その退院促進の目標である7万人の人たち、あるいは現在そういった対象ではないけれど、実際に退院しているような人たちがサービスにアクセスしやすいと言えます。しかし、その中で実際に利用するのはおそらくそれにかかる何%ということに

なるのではないだろうか、それぐらいしか申し上げようがないと思います。

白石座長：市町村が社会的入院の患者さんの退院促進に関わろうとするとき、具体的にどこにどういう人がいるのか、なかなかわからないということもあるかと思うのですが、その辺についてはいかがでしょうか。

竹島：精神通院公費が、市町村から見るときに参考になりやすいのではないだろうかと思います。先ほど申し上げましたが、それにサービスニーズ調査等の数をかけたもの、さらにそれにヒアリング調査が必要ではないかと思います。私がここで申し上げたいのは、昔リゾート法ができたときに、企画会社がいろいろなりリゾート推進の計画を立てて、数さえ入れれば数字が出てくるというソフトでビジネスを展開していたのです。これではうまくいきません。市町村それぞれがある程度の粗い数をもとに、関係者にヒアリングするということはどうしても必要になってくると思います。その中で優先順位を明らかにしていくということです。医療とか保健福祉の関係者がそこに専門家として、きちんと議論をしていただけるといいのではないかと思います。もちろん当事者の方もそこに参加していただきたいと思います。

白石座長：どうもありがとうございます。時間も押しておりますので、あとはまた議論に参加していろいろお話を補足していただきたいと思います。先ほどお好み焼きの例えをしてくださいましたけれど、現場で働いていると、自分と周りしか見えない、なかなか全体が見られないというところがあります。竹島さんのお話は、国全体をいわば空の上のほうから見てお話をしていただいたということで、私達はこういう数字とかあまり今まで関心もなかったかもしれませんが、これからはこういう数字も踏まえて議論をしていかなければいけないということを感じた次第です。それでは本当に竹島さんありがとうございました。

「数字」の問題と数字

—社会でいかに役立てるか

はじめに

現在は、社会が何でも数字にして評価を求めるとき代である。飲みに行く店ひとつ決めるにしても、インターネット検索と客の評価（星の数）で評判を見て、星五つのうち四つあればまあまあ、星一つまたは二つとなればやめておこうと考える。実際はそんなにうまくいくわけではないが、社会全体が「評価済みの数字」に安心を求めている。こころの問題を数字で表すことも、このような社会の傾向と離れることはできない。

こころの問題を含め、疾病や障害による影響の大きさを数字で表す方法としては、障害調整生命年 (Disability-adjusted life-years: DALY)、全世界疾病負担 (Global Burden of Disease: GBD) の算定などがある。これらは、

数字にして示すことで社会にその問題の大きさや、政策としての優先順位の高さを示すことに用いられる。

本稿では、このような大がかりなものではなく、現在行っている研究を素材に、こころの問題を数字に表すことの諸相について述べる。

筆者の所属する精神保健計画部は、精神保健に関する計画の調査および研究を行うために設置され、政策形成に関連する研究を行うことが求められている。精神保健計画部で行っている研究は、①モニタリング研究、②臨床疫学研究、③政策情報研究の三つに分けられる。この中では、モニタリング研究と政策情報研究が政策形成との関連が強いので紹介する。また筆者は、平成一八年一〇月から同研究所自殺予防総合対策センターの業務にも従事しているが、こ

竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所

立森久照

国立精神・神経センター精神保健研究所

こにもモニタリング研究に関連する事例があることから紹介に加える。

本稿で紹介するのは次のとおりである。

I モニタリング研究

- (1) 「改革ビジョン」のフォローアップ
- (2) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査
- II 政策情報研究
- (1) 精神障害者の住居確保研究会
- (2) 普及啓発におけるメディアとの連携

I モニタリング研究

モニタリング研究は、実証データに基づいて精神保健医療福祉の現況と施策効果の観察・評価を行う。これにより、現在行われている施策は当初の計画どおりに進んでいるか、目標は達

成できそうか、計画どおりに進んでいない場合はどこに原因がありそうか、などを知ることができる。

(1) 「改革ビジョン」のフォローアップ

平成一六年九月に厚生労働省精神保健福祉対策本部は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下「改革ビジョン」)を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の改革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後一〇年間で進め、併せて約七万の精神病床の減少を促す、との基本方針を示した。

この中で「国民意識の変革」について「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかりうる病気であることについての認知度を九〇%以上とする」という達成目標が示された。また、精神保健医療福祉体系の再編について「各都道府県の平均残存率(一年未満群)を二四%以下とする」および「各都道府県の退院率(一年以上群)を二九%以上とする」という達成目標が示された。

平均残存率は新たに入院した患者の退院状況の指標で、早く退院するほど低くなる。退院率は一年以上の在院患者の退院状況の指標で、一年以上在院患者の退院が増えるほど高くなる。

平均残存率および退院率の動向をモニタリングし、「改革ビジョン」に示されている施策として何を実施する必要があるかを示すことが「改革ビジョン」に関連するモニタリング研究に求められている。

さて、厚生労働省精神・障害保健課は毎年六月三〇日付けで、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部局に依頼して、全国の精神科

病院、精神科デイケア施設、社会復帰施設等の活動状況の資料を収集し、その概要を公表している。筆者らはこの調査に参画し、得られたデータの分析を行い、その概要を「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究」ホームページに紹介している(<http://www.ncnpp.go.jp/ninh/keikaku/vision/>)。このページは公平な視点から「改革ビジョン」の推進に寄与することを目的として

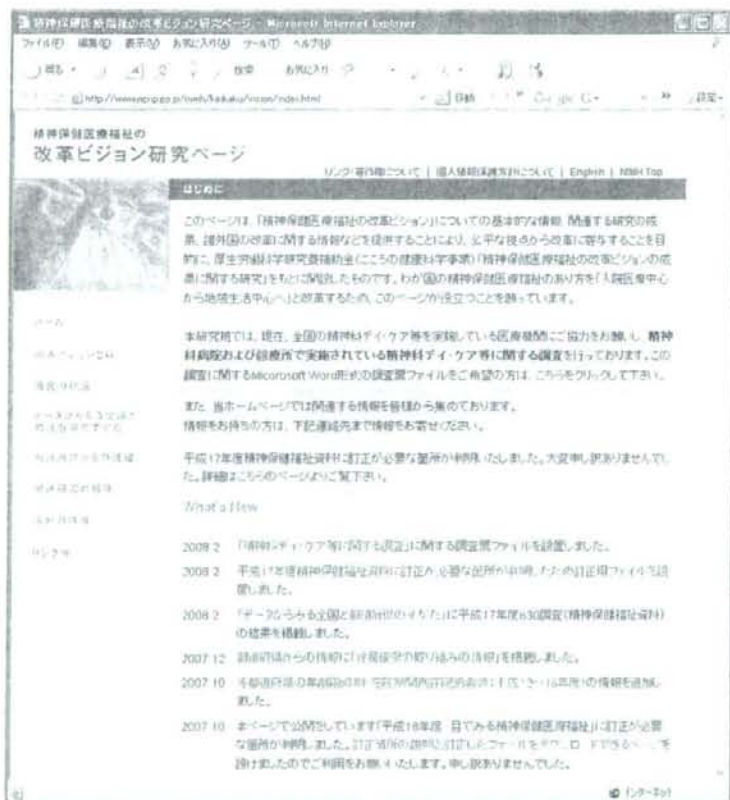


図1 「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究」ホームページ

おり、改革ビジョンの説明、研究の状況、全国と都道府県のデータ、海外の情報などから構成されている(図1)。

筆者は「改革ビジョン」の実現のためには、精神病床での在院期間が一年以上五年未満の患者数(以下、一―五年在院患者)の動向について、国レベルだけでなく都道府県単位でも注意深く観察する必要があると述べたが、その実態について分析されたものをモニタリング研究の事例として紹介する。

この研究は、二〇〇〇年から二〇〇五年までのこの調査データの二次解析を実施し、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の公表前から公表直後までの期間の精神病床での一―五年在院患者の数的状況を明らかにすることを目的としている。

平均残存率は、平成二二年から一七七年にかけて三一・六から二九・二へと二・四ポイント減少している。とくに平成一五年以降は毎年ほぼ一ポイント減少しており目標達成の可能性は高い。しかし退院率は、平成一二年が二二・三と最も高く、その後は約一・五ポイント強の範囲で変動をしているが、一貫した傾向は見いだせない。このことと平成一七年の退院率が二一・四%であったことから考えると、数値目標である二九%以上を達成するためには、今後一年以上在院者の退院支援に力を入れる必要がある。

総在院患者に占める一―五年在院患者数の割合に大きな地域間差はなく、特定の地域に一―五年在院患者が偏在をしていないことが明らかとなった。改革ビジョンの退院率の数値目標を達成するために、一―五年在院患者を含む一年以上在院者の社会復帰を促進する取り組みは、全国を対象として実施することが必要であるといえよう。退院の際に一―五年在院患者は約半数が家庭もしくは社会復帰施設へ退院しており、残りの半数は転院もしくは死亡による退院であった。また、退院の際に家庭もしくは社会復帰施設に退院する割合は、在院期間が長くなるにしたがって低下し、二〇年以上の者では二〇%を下回っていた。

改革ビジョンの目標を達成し、約七万人の「受入条件が整えば退院可能な者」の解消には、すでに一年以上の長期間在院している患者をいかに社会復帰に結びつけるかも重要である。在院期間がより長い集団ほど、退院に占める社会復帰の割合は低下することから考えても、とくに一―五年在院者を社会復帰に結びつける方策が求められる。

(2) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査

わが国の自殺による死亡者数は、平成一〇年に八〇〇〇人以上急増して三万人を超え、以後もその水準で推移している。平成一〇年の自殺

による死亡者数の急増要因としては、四五―六四歳の中老年男性の増加が大半を占め、原因・動機別では経済・生活問題と健康問題の増加が著しかったことから、当時の社会経済的変動が中高年男性に強く影響したことが推測されている⁽³⁾。

しかし自殺は、単にひとつの原因から起こるのではなく、健康問題、家庭問題、経済・生活問題など、さまざまな要因が複雑に絡み合う中で発生すると考えられる。このため、効果的な自殺予防対策を進めていくには、どのような経緯で自殺が起こったのかを明らかにすることが不可欠である。

わが国の自殺対策は、自殺対策基本法(平成一八年)に基づき閣議決定された自殺総合対策大綱(以下、大綱)をもとに進められている。大綱には、当面の重点施策の「1. 自殺の実態を明らかにする」に「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる「心理学的剖検」の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と記されている。

筆者らは、大綱が公表される以前から、わが国に適した心理学的剖検の開発に取り組んできた⁽⁴⁾。平成一八年度に行われた「心理学的剖検

のパイロットスタディに関する研究」のうち、症例・対照研究による自殺関連要因の分析では、社会階層の低さ（低所得）、直前六カ月間の生活出来事、過去一年間の社会的支援の低さ、過去一カ月の社会機能水準の低さ、過去一年間の重症な疾患への罹患が危険因子であり、自殺未遂の経験、自殺を口に出すこと、不注意・無謀行為、不眠が自殺のサインである可能性が示されている。

また、自殺事例のライフチャートを作成し、自殺に至るプロセスから自殺のタイプを分類することが自殺対策に活用できる可能性があることが示され、負債を抱えた自殺事例に焦点を当てた分析がなされているところである。

平成一八年度に行われた心理学的剖検のパイロットスタディは、平成一九年度には、わが国としてはじめての大規模な心理学的剖検の手法を用いた調査である「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に発展している。この調査は、全国の都道府県・政令指定市六四カ所のうち四六カ所（七一・九％）の参加協力を得てすでに始まっているが、平成一九～二〇年度の二年間に、遺族ケアを前提として、二〇〇～三〇〇事例の遺族への訪問面接を行い、その結果を分析することとしている。この調査の目的は次の三点にまとめられる。

①わが国における広範な心理学的剖検の実施

可能性、ならびに、各地域で実施された調査に基づく心理学的剖検データベース・システムのあり方について検討すること

②公的機関の地域保健従事者が日常業務において接触可能であった自殺事例の臨床類型（ライフステージ、精神医学的問題、社会的要因、自殺に至るまでの縦断的経過と支援の状況を考慮）を明らかにして、各類型における自殺の関連要因、ならびに自殺予防の介入ポイント・支援のあり方について検討すること

③公的機関の地域保健従事者が日常業務において接触可能な遺族への、地域保健における支援のあり方を明らかにすること
中長期的な自殺対策を進めていくためには、自殺の実態のモニタリングは不可欠である。この調査が進展し、モニタリング研究としての役割を担うようになることが期待される。

II 政策情報研究

政策情報研究では、精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析を行う。1で述べたモニタリング研究は、施策の実施中もしくは終了後に行うものであるが、こちらは施策実施前に行われ、施策の立案段階での検討に必要な情報を提供するものである。政

策情報研究では、数的あるいは質的情報をもとに、この問題とそのまわりにある問題の両方を把握して政策に役立つ情報にまとめていく。

(1) 精神障害者の住居確保研究会

「改革ビジョン」は、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後一〇年間で進め、併せて約七万の精神病床の減少を促すこととしていることはすでに述べた。これを実現するためには、長期在院患者の退院促進とコミニティメンタルヘルズ体制の充実が欠くことができないが、精神保健福祉の領域を超えたことと地域に居住の場を確保するという大きな課題がある。

厚生労働省では、自治体担当者を対象に平成一九年五月に精神障害者退院促進支援研究会を開催し、平成二〇年度には「受け入れ条件が整えば退院可能」な精神障害者の地域移行を進めるための事業を計画している。これらの行政の動きに対応して、民間賃貸住宅の活用を中心に、精神障害者の住宅確保に関する実践的取り組みについて情報を共有し、現状と課題を整理することを目的に研究会を開催した。

研究会では、はじめに精神障害者の住居確保に活用できる制度的な枠組みや事業、また不動産業の概況と宅建協会の仕組みや取り組みにつ

いて、概要が紹介された。次いで各地の実践について、研究的な取り組みおよび現場での実践活動の報告があった⁽⁸⁾。研究的な取り組みについてはもちろん、この研究会は平成一八〜二〇年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の自立支援のための住宅確保に関する研究」によって開催され、二〇年度も開催される予定である。

研究班では、賃貸住宅を貸す立場、利用する立場、精神障害者本人や親などの資産を保護して住居確保などの資金として活用するための方策の三点から研究しており、その成果を「住居確保の実践的引き・事例集」にまとめることとしている⁽⁹⁾。

(2) 普及啓発におけるメディアとの連携

「改革ビジョン」に国民各層の意識の変革が挙げられていることもすでに述べた。国民意識の変革については「精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動する変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す」ことが挙げられ、その方法としてメディアを通じての啓発活動を進めることが求められている(図2)。

メディアを通じての啓発活動には、次の二段階がある。第一段階はメディア側の精神保健医療福祉に関する理解と関心を向上することであ



図2 「こころのバリアフリー宣言」のポスター

る(メディア啓発)。第二段階は、それにとりなう啓発情報の質の改善と発信量の増加である(国民啓発)。

すなわちメディアを通じての国民意識の変革を進めるには、まずメディア啓発を先行させる必要がある。このため、医療分野で活動する記者と精神保健医療福祉従事者による「精神疾患の報道を考える懇話会」を開催し、互いに情報提供し、討議を行う中で、メディア啓発のあり方を検討した⁽⁹⁾。その結果、メディア啓発には次の三点が重要と考えられた。

- ① 幅広いメディアを対象としたメディアカンファレンスを定期開催すること
 - ② メディアの質問に中立的な立場から情報を提供し、より深く確かな報道を促していく
- 試行的な取り組みを実施すること

③ メディア啓発におけるニーズを把握するため、メディア従事者を対象にした精神障害への理解の実態についてのアンケート調査を実施すること

まとめ

こころの問題を数字で表し、社会でいかに役立てるかを述べるため、本稿ではモニタリング研究、政策情報研究の事例を示した。

モニタリング研究は実証データに基づいて精神保健医療福祉の現況と施策効果の観察・評価を行い、政策情報研究は精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析を行う。わが国は、少子高齢化の進展、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に社会構造の改革が必要とされ、社会全体の改革の中で精神保健福祉制度の改革が進みつつある。しかし、実際の場面においては、制度設計上予想しなかった問題に直面したり、期待した効果が発揮されないなど、さまざまな問題に会う可能性がある。

本稿で示したように、制度の変わっていくとき、モニタリング研究、政策情報研究を含め、こころの問題を数字でとらえ、社会に示していくことのニーズは高まる。そして社会に示していくときに大切なのは、その本質をゆがめるこ

監修=岡崎祐士 | 青木省三 | 宮岡 等

こころの科学 134

HUMAN MIND July 7・2007

■好評発売中 定価1300円(税込)
■ISBN978-4-535-14034-9

[特別企画]

子育てとこころ

養育と愛着

吉田敬子 / 編

・総論

愛着の問題を精神医学はどのようにとらえるか 吉田敬子
愛着理論の現在—無秩序・無方向型愛着を中心に 遠藤利彦
養育と精神発達に関する心理生物学 土岐 茂・森信 繁

・愛着と養育のライフサイクル

妊婦と愛着をめくつて 金子一史
赤ちゃんところの絆が結べない母親たち 岩元澄子・堀井麻千子

愛着の視点をもった看護

里親養育とアタッチメント 庄司順一

養育の破綻—児童福祉に守られる子どもたち

小野善郎

被虐待児の愛着を修復する

—こころのケアの役割 海野千歌子

障碍をもつ子どもの母親へのケア

小林隆児

子どもと家族の発達と強迫性障害

—養育行動と愛着の視点から 山下 洋

発達障害のある子どもと愛着

田中康雄

非行事例にみる愛着と養育の問題

松田美智子

思春期の子どもの自立と養育者

—養育者のアタッチメントの視点から 林もも子

●巻頭に—Iノベーション25と精神科医療 岡崎祐士

●論説

AD/HDのある子どもの親へのペアレント・トレーニング 岩坂英巳

●新連載 児童精神医学フロントライン 根来秀樹

●連載

うつ病の真実 野村総一郎

学び方の違う子どもたち 嵐道智恵

臨床を支える言葉 遠藤裕乃

都市型臨床の時代 井原 裕

タイムマシン心理療法 黒沢幸子

●ほんとの対話

前川あさ美著『つなぐ心と心理臨床』 下山晴彦

江口重幸・斎藤清二・野村康樹編『ナラティブと医療』 森岡正芳

福田正人編著『精神科の専門家をめざす』 林 直樹

●こころの現場から

不安(小学校) 山際敬和

名人芸の持ち主たち(特別支援学校) 鈴木彰典

日本評論社
http://www.nippyo.co.jp/

となく、わかりやすい言葉で発信できることである。

〔資料〕

(1) 竹島正「精神科医療はどのように変わるか—精神保健医療福祉の改革ビジョンと障害者自立支援法」『日本社会精神医学会雑誌』一六巻、一九三—一九八頁、二〇〇八年

(2) 立森久照、長沼洋一、小山明日香他「精神保健医療の現状把握に関する研究」平成一九年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)『精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究 総括・分担研究報告書』(主任研究者…竹島正)一九七—二二四頁、二〇〇八年

(3) 内閣府編「自殺対策白書(平成一九年版)」佐伯印刷、二〇〇七年

(4) 松本俊彦、勝又陽太郎、木谷雅彦他「心理学的剖検で自殺の実態を解明し、予防に生かす」『精神科看護』三四巻、三八—四四頁、二〇〇七年

(5) 川上憲人、竹島正、高橋祥友他「心理学的剖検のバイロットスタディに関する研究—症例・対照研究による自殺関連要因の分析」平成一八年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)『自殺の担研究報告書』(主任研究者…北井暁子)七—二六頁、二〇〇七年

(6) 勝又陽太郎、松本俊彦、高橋祥友他「自殺の背景要因に関する定性的研究—ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討」『日本社会精神医学会雑誌』一六巻、二七五—二八八頁、二〇〇八年

(7) 平成一九年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究 総括・分担研

究報告書」(主任研究者…加我牧子)二〇〇八年

(8) 榎野葉月、長沼洋一、竹島正「第一回 精神障害者の住居確保研究会」平成一九年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)『精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究 総括・分担研究報告書』(主任研究者…竹島正)八五—一四四頁、二〇〇八年

(9) 太田一夫、竹島正、田中秀一他「普及啓発におけるメディアとの連携」平成一九年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)『精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究 総括・分担研究報告書』(主任研究者…保崎秀夫)二〇〇八年

(たけしま・ただし/社会精神医学)
(たちもり・ひさてる/精神保健学)

特集 病院・医学部以外での精神科医の仕事

政策立案を担う*

● 竹島 正** / 加我牧子** / 今田寛睦***

Key Words: National Institute of Mental Health, research, mental health policy, monitoring research, policy studies

国立精神・神経センター
精神保健研究所¹⁾²⁾³⁾

はじめに

編集部から頂いたタイトルは「政策立案を担う」であるが、このタイトルで原稿を書くのはとても恥ずかしいので「行政に近い研究所で仕事をする」、「政策立案に近いところで研究する」と読みかえて原稿を書かせていただく。筆者の勤務する国立精神・神経センター精神保健研究所(以下、精神保健研究所という)は、政策立案のためのシンクタンクとして設置された研究機関であり、そこで筆者と同僚の研究者がやってきたこと、今やっていることを述べる中で、「政策立案を担う」ことの中身を浮かび上がらせることとしたい。はじめに筆者の勤務する精神保健研究所について紹介し、その後、直接所属する精神保健計画部、自殺予防総合対策センターの役割と仕事について述べる。最後に、研究者として政策立案にかかわる仕事をするこの満足がどこにあるかを述べる。

1950年の精神衛生法制定の際、国会において国立精神衛生研究所を設立すべき旨の附帯決議が採択された。精神保健研究所は、アメリカのNIMHをモデルに、厚生省の付属機関である“国立精神衛生研究所”(1987年の精神保健法への改正により“国立精神保健研究所”に名称変更)として1952年1月に設置され、1課5部の体制で業務を開始した。その目的は「精神衛生に関する諸問題について、学際的立場から精神医学、心理学、社会学、社会福祉学、保健学等の専門家による総合的・包括的研究を行うほか、国、地方公共団体、病院等において精神衛生業務に従事する者に対して、精神衛生全般にわたる必要な知識及び技術の研修を行い、資質の向上を図る」ことであった。精神保健研究所は設立の当初から政策立案を担うことを期待されていたのである。精神保健研究所に附属病院をもつことは重要な条件であったが、新たに病院を設立することは当時の財政事情からは望みえず、国立国府台病院(現在の国立国際医療センター国府台病院)の事実上の協力が得られるという観点から、千葉県市川市に設置されることとなった。その

* Research for mental health policy.

** Tadashi TAKESHIMA, M.D. & Makiko KAGA, M.D.: 国立精神・神経センター精神保健研究所 [〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1]; National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

*** Hiromutsu IMADA, M.D.: 財団法人救急振興財団; Foundation for Ambulance Service Development, Hachioji, Tokyo, Japan.

後、1960年には精神薄弱部(現在の知的障害部)を新設、既存の部の名称変更を含めて、総務課、精神衛生部、児童精神衛生部、社会精神衛生部、精神身体病理部、精神薄弱部および優生部の1課6部に再編された。1961年4月には国立精神衛生研究所組織細則が制定され、同年6月には、1960年1月から事実上行われていた精神衛生技術者に対する研修業務が厚生省設置法上の業務となり、調査研究と並んで精神保健研究所の重要な業務に位置づけられた。1965年7月には、地域精神衛生活動の整備を目的として精神衛生法改正が行われたことに伴って社会復帰部が新設された。1973年7月には人口の高齢化に伴って老人精神衛生部が新設され、1975年7月には社会復帰部が社会復帰相談部に改組されている。1979年4月には、研修課程の名称を医学課程、心理学課程、社会福祉学課程および精神衛生指導課程に変更するとともに、精神科デイ・ケア課程研修が新設された。精神科デイ・ケアについては精神保健研究所が開発から関与し、その実用化に大きく貢献してきたものである。研修プログラムは近年充実され、1999年度からは薬物依存臨床医師研修、薬物依存臨床看護研修が始まった。その後も精神保健ニーズの多様化とともに、発達障害支援研修、司法精神医学研修、ACT研修、児童思春期精神医学研修、精神科医療評価・均てん化研修、自殺総合対策企画研修、自殺対策相談支援研修等が新たに実施された。そして、2008年6月には研修受講者数は延べ1万名に達し、その修了者は全国各地において精神保健福祉分野で活躍している。

さて、1986年10月、当時の国立精神衛生研究所、国立武蔵療養所および同神経センターは発展的に改組され、国立精神・神経センターが新設された。そして精神保健研究所は、国立高度専門医療センターである国立精神・神経センターの1研究部門として精神保健に関する研究および研修を担うこととなった。この組織改正により、総務課は庶務課となり、精神身体病理部と優生部は統合されて精神生理部となり、精神保健計画部および薬物依存研究部が新設され、1課9部となった。1987年4月からは国立精神・神経センターに国立国府台病院が加わり、2病院2

研究所体制となり、精神保健研究所には心身医学研究部を新設、庶務課は廃止され、10部体制となった。2002年には創立50周年を迎え、創立50周年記念誌が発行されている。2003年10月には心神喪失者等医療観察法の施行に向けて司法精神医学研究部が新設された。2005年3月には、精神保健研究所は小平(武蔵)地区に移転、研究活動を開始した。2006年10月には、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するために自殺予防総合対策センターが設置された。

1952年の開設以来、56年を経た精神保健研究所の組織を図1に示す。精神保健研究所では、乳幼児期から老年期までの各ライフステージの精神保健福祉関連事象、精神疾患に関する疫学研究、精神保健福祉計画に関する調査研究等を行い、その成果は地域精神保健医療福祉活動や政策立案にも広く活用されてきた。厚生労働省組織令には、国立精神・神経センターの所掌事務は「精神疾患、神経疾患、筋疾患及び知的障害その他の発達の障害に関し診断及び治療、調査及び研究並びに技術を行い、並びに精神保健に関し調査及び研究並びに技術者の研修を行うこと」と記載されている。厚生労働省における国立精神・神経センターの主管部局は医政局国立病院課であるが、精神保健研究所の設立経緯と各研究部の担ってきた役割から、調査研究を介しての政策立案のつながりは、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部にとどまらず、厚生労働省医薬食品局、雇用均等・児童家庭局、老健局等の厚生労働省内の各部局だけでなく、内閣府、文部科学省、法務省等の関係部局にも広がっている。精神保健研究所のような役割をもつ研究所は、他の国立高度専門医療センターにはなく、精神保健研究の本来もつ社会的側面を反映したものである。

精神保健計画部と政策立案

精神保健計画部は、精神保健に関する計画の調査および研究を行うため1986年に設置された。精神保健計画部の行っている研究は、①精神保健福祉の現況と施策効果のモニタリングのための技術の開発と実施(モニタリング研究)、②精神科医療の現場における治療やリハビリテーション技術に関する科学的根拠(evidence)を充実させ

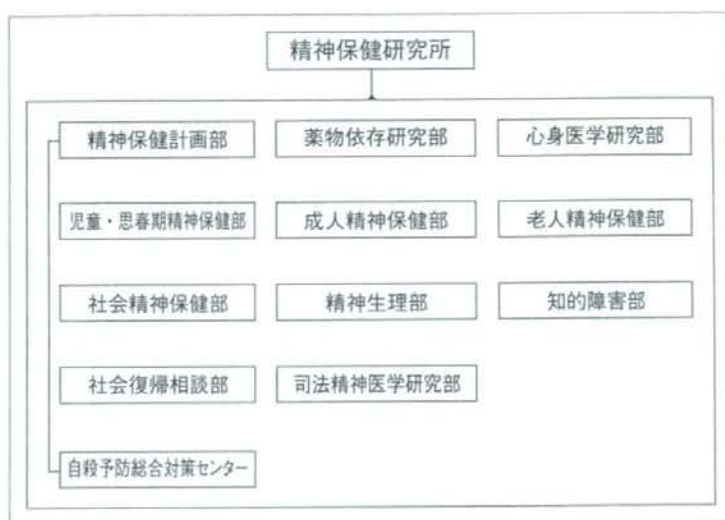


図1 精神保健研究所の組織

るために現場との共同実証研究や研究方法論の提供(臨床疫学研究)、③精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析(政策情報研究)に分類される。精神保健計画部は、精神保健研究所の中でも政策立案に近いところで研究を行う部である。精神保健計画部の研究では、とくにモニタリング研究と政策情報研究が政策立案とのつながりが強いので、これらについて具体例を紹介する⁴⁾⁵⁾。

モニタリング研究は、実証データに基づいて精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価を行う。これにより、現在行われている施策は当初の計画どおりに進んでいるか、目標は達成できそうか、計画どおりに進んでいない場合はどこに原因がありそうか、などを知ることができる。

2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、「改革ビジョン」という)を公表し、「[入院医療中心から地域生活中心へ]というその基本的な方針を押し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進め、あわせて約7万の精神病床の減少を促す」との基本方針を示した。その中で「[国民意識の変革]について「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」と

いう達成目標が示された。また、精神保健医療福祉体系の再編について「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする」および「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする」という達成目標が示された。精神保健計画部では、モニタリング研究として「国民意識の変革」のためのベースライン調査を行った⁶⁾。また、630調査によって精神保健医療福祉体系の再編の達成状況のモニタリングを行っている⁷⁾⁸⁾、それぞれについて紹介する。630調査とは、厚生労働省精神・障害保健課が毎年6月30日づけて、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部局に報告を依頼している調査であって、精神保健計画部において厚生労働科学研究をもとに分析し、その概要を公表している。

「国民意識の変革」のためのベースライン調査として「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」を行った⁶⁾。地域住民の精神障害の意識や知識の実態を明らかにすることを目的に地域住民2,000人を対象として質問紙調査を実施した。精神障害の事例文(統合失調症、大うつ病性障害、広汎性発達障害、およびアルコール依存の4つ)を提示し、それを読んだ後に、何の問題だと思うか、原因、転帰、適切な対処方法、有病率、事例に対するイメージなどについて尋ねた。また、「こころのバリアフリー宣言」などを

もとにした全般的知識を尋ねた。

精神保健医療福祉体系の再編の達成状況のモニタリングは、630調査の分析結果の一部を「目でみる精神保健医療福祉—改革ビジョンの実現に向けて—」¹⁾にまとめるとともに「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究」ページに研究の概要、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標のためのモニタリングの結果を掲載している²⁾。このページは公平な視点から「改革ビジョン」の推進に寄与することを目的としており、「改革ビジョン」の説明、研究の状況、全国と都道府県のデータ、海外の情報などから構成されている。学術的分析としては、2004年度精神保健福祉資料のデータを用いて、精神科急性期治療病床を有する病院と有さない病院の比較および急性期病床の都道府県別の分布状況³⁾、精神科病院の精神科デイ・ケアの実施状況と退院に関する指標の関連、各都道府県・政令市の平均残存率に関連する要因⁴⁾、などがある。

政策情報研究では、精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析を行う。先に述べたモニタリング研究が施策の実施中もしくは終了後に行うものであるが、こちらは施策実施前に行われ、施策の立案段階での検討に必要な情報を提供するものである。最近の研究例として、普及啓発資料の評価研究⁵⁾、「我が国の精神保健福祉」の改訂研究⁶⁾、ひきこもりに関する疫学調査⁷⁾などがある。普及啓発資料の評価研究では、全国の精神保健福祉センターで現在用いられている普及啓発資料(ポスター、パンフレット等)について、デザイン面を中心にした評価を行い、効果的でメッセージ力のある資料開発に役立つ情報を得ることを目的に調査を行った。「我が国の精神保健福祉」改訂研究では、精神保健福祉行政の現場において日常活用されている「我が国の精神保健福祉」の内容を吟味し、その行政資料としての価値を向上させることを目的に、都道府県・政令指定市の精神保健福祉主管課、精神保健福祉センター、精神保健研究所の研究者等から改訂意見の収集を行い、それを参考に改訂作業を行った。ひきこもりに関する疫学調査はわが国の一般人口における「ひきこもり」の実態を明らかにすることを目的とした。調査は、WMOが推進し世界30カ国以上が参加する国際的疫学研究プロジェクト

(WMH)の日本調査にあわせて行われた。

自殺予防総合対策センター¹⁴⁾¹⁵⁾

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺の問題はわが国の直面する大きな課題となっている。自殺対策の目的は、自殺を防止し、あわせて自殺者の親族等に対する支援を充実し、国民が健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の実現に寄与することである。自殺予防総合対策センターは政府の総合的な対策を支援するために設置されたが、自殺実態分析室、自殺対策支援研究室、適応障害研究室の3研究室を中心に、国立精神・神経センター全体の協力を得て、下記の業務を行っている。

- ①自殺予防対策に関する情報の収集および発信に関すること。
- ②自殺予防対策支援ネットワークの構築に関すること。
- ③自殺の実態分析等に関すること。
- ④自殺の背景となる精神疾患等の調査・研究に関すること。
- ⑤自殺予防対策等の研修に関すること。
- ⑥自殺未遂者のケアの調査・研究に関すること。
- ⑦自殺遺族等のケアの調査・研究に関すること。

以下に、情報発信、調査研究、ネットワークの構築と民間支援、研修、政策立案に分けて簡潔に記す。

情報発信としては、ホームページ「いきる」¹⁶⁾を運営し、わが国における自殺の現状、内閣府や厚生労働省等の自殺対策の動向、都道府県等の取り組み、WHOと海外の取り組み等を紹介している。ホームページを「いきる」としたのは「自殺予防は「いきる」ことの支援」であることによる。2007年11月には相談窓口に関する情報を全国で共有することを目的として、各都道府県の相談窓口を紹介する「いきる・ささえる相談窓口(都道府県・指定都市の相談窓口一覧)」のページを「いきる」に新設した。硫化水素による群発自殺に際してはトップページに緊急メッセージをあげた。また、自殺予防総合対策センターでは、自殺対策の推進にとくに重要と思われることをブックレットとして刊行している。第1号は2006年10月に

行われた開設記念行事におけるWHOベルトローテ博士による招待講演「各国の実情にあった自殺予防対策を」であった。第2号は英国のホットスポット対策を紹介した「自殺多発地点でとられるべき対策の手引き」、第3号は「ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016」であって、すべて「いきる」からダウンロードできる。さて、自殺対策基本法の基本理念を述べた第2条2には「自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない」とある。このことから、自殺対策の推進には自殺の実態分析が重要であることがわかる。自殺実態分析室では「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に取り組んでいる¹⁰⁾。この調査はご遺族の支援を前提に面談を行い、故人の生前のお話をうかがう中から自殺の危険因子を明らかにしようというものであって、全国53の都道府県・政令指定市の参加協力を得て、本格的な調査が始まったところである。自殺対策支援研究室では、各地の未遂者ケア・自死遺族ケアを推進するために、未遂者や遺族の実態を調査しつつ、各種のケアガイドラインや研修プログラムを作成している。適応障害研究室では、精神疾患から自殺の恐れのある人に必要な医療が適切に提供されるよう、一般診療科・精神科が連携する共同チーム医療(collaborative care)モデルと、必要なツールの開発に取り組んでいる。このほか、内閣府および厚生労働省と連携して、都道府県等の自殺対策の取組状況に関する調査を2回行った。第1回は2007年6月に内閣府自殺対策推進室と合同で行った。第2回は2008年3月に内閣府自殺対策推進室、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課と合同で行い、7月の全国自殺対策主管課長会議にその結果を報告した¹¹⁾。

ネットワークの構築と民間支援については、2006年12月に自殺対策ネットワーク協議会を立ち上げた。この協議会は自殺対策に関する全国的なネットワークを構築すること、民間支援の基盤とすることを目的としたものであり、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉連絡協議会、全国社会福祉協議会、日本司

法支援センター、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会、日本精神保健福祉士協会、ヤフー株式会社等の代表者が参加している。2007年12月に開催された第2回自殺対策ネットワーク協議会では、日本精神保健福祉士協会を代表する委員から、精神保健、生活・福祉、社会的問題に関する相談窓口の連携を求める報告があった。この報告を契機として、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て開催した自殺対策研究協議会では、精神保健の領域で精神保健福祉センター等がこれまで築いてきた精神保健福祉領域の民間活動とのつながりを、自殺対策に役立てていくことについて話し合った。

研修については、都道府県・政令指定都市において自殺対策連絡協議会等の場を通じて策定される自殺対策の計画作りの企画立案能力の習得を目的とした「自殺総合対策企画研修」、自殺未遂者を含む希死念慮者、自殺者遺族等への相談技法と地域での情報提供(研修)技術の修得を目的とした「自殺対策相談支援研修」を実施してきた。2008年度は新たに「地域自殺対策相談支援研修」、「心理職等研修」に取り組むこととなっている。

さて、自殺予防総合対策センターには国、自治体等に自殺予防対策に関する政策を提案することも期待されている。現在は、内閣府自殺対策推進室の開催する「自殺対策推進会議」にオブザーバーとして参加し、情報提供や提案を行っているが、政府の総合的な対策を支援する上でも、精神保健研究所に設置されていることを活かして、さらに積極的に行うべきと考えている。

おわりに

筆者は1980年に医科大学を卒業し、保健所で9年、精神保健福祉センターで7年仕事をした後、精神保健研究所で政策立案に関する研究に従事するようになり、すでに11年が経過した。この間、精神保健福祉を取り巻く環境は大きく変わり、社会が精神保健福祉に求めるもの、精神保健研究所に求めるものも大きく変わった。筆者のような仕事は、政策立案に近いところで研究や事業を行う機会に恵まれる。しかし、研究者は行政官とは異なり、直接政策形成に携わり、それを決定するラインにはいない。その主

たる役割は、行政がより適切な決定ができるよう、研究者としての公平さをもって行政に情報を送る役割であって、それ以外ではない。精神保健福祉の改革にしても、自殺対策にしても、わが国に必要なのは、辛抱強くモニタリングして、そこから社会の取り組むべきことを炙り出し続けていくシステムだと思う。それを作ることに少しでも貢献できるならば、政策立案に関係する研究者にとっては満足である。本稿を読まれる中で、将来、政策立案に研究面から関与する方が生まれることを心から希望する。

文 献

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所。創立50周年記念誌。東京：国立精神・神経センター精神保健研究所；2002。
- 2) 精神保健福祉研究会・監。平成18年版「我が国の精神保健福祉」。東京：太陽美術；2007。
- 3) 国立精神・神経センター精神保健研究所ホームページ。Available from: URL: <http://www.ncnp.go.jp/nimh/>。
- 4) 竹島 正, 立森久照。こころの問題と数字—社会でいかに役立てるか。こころの科学2008; 5: 114-9。
- 5) 国立精神・神経センター精神保健研究所。平成18年度年報。東京：国立精神・神経センター精神保健研究所；2007。
- 6) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部。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。東京：国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部；2007。
- 7) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部。目でみる精神保健福祉。東京：国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部；2006。
- 8) 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ。Available from: URL: http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/other_studies.html。
- 9) 立森久照, 小山智典, 長沼洋一, ほか。精神保健医療の現状把握に関する研究。In: 主任研究者 竹島 正。平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉の改
- 革ビジョンの成果に関する研究」総括・分担研究報告書。東京：国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部；2007。p. 231-60。
- 10) 長沼洋一, 竹島 正, 立森久照。デイケア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴。日精協誌2007; 26: 372-8。
- 11) 竹島 正, 三宅由子, 山内貴史, ほか。精神保健教育資料のデザイン面からの評価に関する研究。In: 主任研究者 保崎秀夫。平成19年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」総括・分担研究報告書。東京：日本精神保健福祉連盟；2008。p. 201-12。
- 12) 竹島 正, 三宅由子, 尾崎 茂, ほか。精神保健学の教育資料開発に関する研究。In: 主任研究者 保崎秀夫。平成18年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」総括・分担研究報告書。東京：日本精神保健福祉連盟；2007。p. 134-8。
- 13) 小山明日香, 三宅由子, 立森久照, ほか。地域疫学調査による「ひきこもり」の実態と精神医学的診断について—平成14年度—平成17年度のまとめ—。In: 主任研究者 川上恵人。平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「こころの健康についての疫学調査に関する研究」研究協力報告書。東京：東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野；2007。p. 119-27。
- 14) 竹島 正, 松本俊彦, 川野健治, ほか。自殺予防総合対策センターの取り組み—1年8ヶ月を振り返って—。自殺予防と危機介入2008; in press。
- 15) 自殺予防総合対策センターホームページ。「いきる」。Available from: URL: <http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>。
- 16) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査ホームページ。Available from: URL: <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/kisochousa/index.html>。
- 17) 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター。都道府県・政令指定市における自殺対策および自死遺族支援の取組状況に関する調査。東京：国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター；2008。

Research

Open Access

Providing support to psychiatric patients living in the community in Japan: patient needs and care providers perceptions

Hiroaki Miyata*¹, Hisateru Tachimori² and Tadashi Takeshima²

Address: ¹Department of Healthcare Quality Assessment, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Japan and ²Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Japan

Email: Hiroaki Miyata* - hiroaki.miyata@gmail.com; Hisateru Tachimori - tachi@ncnp.go.jp; Tadashi Takeshima - ttake@ncnp.go.jp

* Corresponding author

Published: 29 May 2008

Received: 26 December 2007

Accepted: 29 May 2008

International Journal of Mental Health Systems 2008, 2:5 doi:10.1186/1752-4458-2-5

This article is available from: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/5>

© 2008 Miyata et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: Social support programs are a critical component of care for psychiatric patients living in community or residential settings. There is little information, however, on how to optimally deliver these services in the Japanese context.

Methods: We selected ten community life support centers for patients with major mental illness and administered questionnaires to 199 pairs of patients and staff members. These questionnaires consisted of twenty-six items from six categories: difficulties with interpersonal relationships; risks to physical well-being; risks to mental health; difficulties with life skills; challenges regarding living conditions; risks towards community safety. For each of these items, patients were asked whether they had experienced difficulties during the previous month, and staff members were asked the extent to which their patients needed support.

Results: The results demonstrated that staff members tended to understate patients' needs regarding chronic medical conditions ($p < 0.01$), dietary habits (< 0.01), and excessive smoking or alcohol drinking (< 0.05). On the other hand, staff members recognized patients' needs regarding mental health problems to a greater extent than patients themselves (< 0.05).

Conclusion: Results of this study suggest that social services geared towards specific tasks of daily living form an important component of comprehensive care for psychiatric patients living in community settings in Japan.

Background

It is clear from real-world programs and clinical research that integrated community services form a critical component of care for individuals suffering from severe mental illness. Residence in closed hospital settings often leads to the institutionalization of the psychiatric patient, which further worsens motivation and living skills [1]. To the extent feasible for patient safety, psychiatric care should be provided in environments as minimally restrictive as

possible, ideally in community settings. In contrast to other developed countries, which have seen the massive deinstitutionalization of psychiatric patients over the past thirty years, psychiatric care in Japan remains highly institutionalized [2,3]. This has been driven largely by private-sector psychiatric hospitals. These hospitals account for approximately 90% of psychiatric beds in Japan, and construction of new wards is ongoing on a large scale. This has led to Japan exhibiting the highest number of psychi-

atric beds per capita in the world, with 284 beds per 100,000 persons [4].

In September 2004, the Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan announced a new policy aimed at expediting the discharge of 72,000 in-patients to community settings, contingent upon proper provision of adequate social support services. As a result of this initiative, it has become imperative to explore effective ways to provide these services in the Japanese context. Previous studies have suggested that approximately 30% of psychiatric patients currently in long-term institutional settings could lead safe and productive lives in the community [5,6]. Many patients, however, are at risk for poor adherence and relapse even if they exhibited strong adherence and therapeutic response in an in-patient setting [7]. Providing adequate social support services is crucial in reducing this risk. In Japan, however, few programs addressing these needs have been developed, and research into effective program design is lacking [8,9].

We have previously published the results of a pilot survey addressing social support services for psychiatric patients living in community settings in Japan [10]. In that study, we interviewed psychiatric patients, patients' families, care providers, and community residents about the challenges faced by psychiatric patients living in community settings. The framework of that study comprised challenges on the spectrum from daily frustrations to serious crises [11]. Here, we extend that research to a multi-center survey examining: i) difficulties with interpersonal relationships; ii) risks to physical well-being; iii) risks to mental health; iv) difficulties with life skills; v) challenges regarding living conditions; vi) risks towards community safety.

Methods

Participants

We selected ten social support centers for people with major mental illness in Japan. The social support centers provide counseling and offer advice for people with mental illness and their families. The centers also coordinate other social resources regarding mental health (i.e. public health centers, group homes, vocational training centers) and provide comprehensive livelihood support to them. The Japanese government sets standards for establishment of the social support centers and subsidizes their management. For each of these centers, we administered a single facility questionnaire and twenty individual questionnaires. We assigned one staff member to serve as data manager for each center. These individuals were responsible for distributing questionnaires and collecting completed forms. The facility questionnaire was administered to a single well-informed staff member at each center. For the individual questionnaires, we selected the first twenty

registered patients who attended each the center after commencement of the study. Both the patients and the staff member were invited to fill complete these questionnaires.

Questionnaires

Based on former research (content analysis toward over 1000 cases regarding risk and challenges in psychiatric patients' community life) [10] we identified six categories of risks and challenges as below.

A. Difficulties with interpersonal relationships (1. relationships with family and friends; 2. relationships with neighbors or other community members; 3. relationships with co-workers; 4. relationships with potential employers and colleagues)

B. Risks to physical well-being (5. dietary habits; 6. excessive smoking or alcohol drinking; 7. problems associated chronic medical illness or disability; 8. burden of support and care placed on the patient's family)

C. Risks to mental health (9. chronic mental health conditions; 10. ideation or actual self-injury; 11. ideation or actual violence towards others; 12. compliance with psychiatric medication and outpatient treatment; 13. mistrust of drug use and treatment policy)

D. Difficulties with life skills (14. use of public institutions; 15. management of household expenditures; 16. performance of community service (e.g. cleanup duty in the community) ; 17. execution of trash separation; 18. preparation of food)

E. Challenges regarding living conditions (19. adapting to changes in one's daily environment; 20. adapting to changes in residential environment; 21. practicing fire prevention; 22. cleaning one's room)

F. Risks towards community safety (23. property management; 24. attitudes toward at-home sales; 25. attitudes toward natural disasters; 26. attitudes toward crime)

Support centers were asked whether they have experienced difficulties in addressing these issues with their clients over the previous month. Similarly, patients were asked whether they received support in dealing with these issues over the past month. Staff members of the support centers were asked the extent to which their patients required support in each of the six domains over the previous month. Additionally, staff members were asked about the following patient characteristics: sex, age, diagnosis, state of residence, family, job status, hospital admission, duration of hospital stays, outpatient treatment. In the facility questionnaire, we asked about the

management agency, the number of full-time staff, the number of part-time staff, and the number of registered patients over the previous month.

Statistical analysis

We used basic descriptive statistics to describe the distributions of characteristics of the patient population, characteristics of the facilities, staff awareness regarding support needs of patients, patients' difficulty in dealing with risks and problems, and the degree to which support was helpful to users of the support centers.

To examine the relationship between patients' characteristics and their difficulties in dealing with risks and problems, we used Fisher exact test for categorical variables and the students' T test for continuous variables. In this analysis, patients' difficulties were divided into two categories (no experience or never; sometimes or often). Diagnosis (schizophrenia; other mental illness) and duration of hospital stays (under ten years; ten years and more years) were also divided into two categories.

We used the Wilcoxon signed-rank test to examine differences between patients' difficulties and staffs recognition of patients' support needs. Staff recognition of patients' support (unknown or none; sometimes or highly) and patients' difficulties (no experience or never; sometimes or highly) were again divided into two categories. All reported p values are two-sided. Statistical analyses were conducted using SPSS version 13.0J.

Results

Facility questionnaires were completed at all participating facilities. Four facilities were managed by a social welfare corporation, three facilities by a medical corporation, one facility by a municipal corporation, and one facility by an incorporated nonprofit organization. Four facilities had three staff members, three facilities had four staff members and three facilities had five staff members; two facilities had no part-time staff members, six facilities had two part-time staff members, and two facilities had three part-time staff members. One facility had fewer than one hundred patients, six facilities had one hundred to two hundred patients, and three facilities had at least two hundred patients.

Individual questionnaires were obtained from 199 patients at the ten facilities. Characteristics of participants are shown in Table 1. Of the 199 participants, 136(68.3%) were male, and mean age was 44.0(SD 11.6, range 22-73). The primary psychiatric diagnosis was schizophrenia in 153(76.9%); of the others, 17(8.5%) patients had a mood disorder, 7(3.5%) suffered from psychoneurosis, 2(1.0%) had a substance-related disorder, and 2(1.0%) had a personality disorder. With regards to

place of residence, 102(51.3%) lived in a house they owned themselves, 66(33.2%) lived in rental housing, 15(7.5%) lived in a group home, 7(3.5%) lived in life skills training accommodations, and 5(2.5%) lived in communal dwellings (which are much the same as group homes, but do not receive support from government).

Staff perceptions regarding the support needs of patients are presented in Table 2. Most staff members thought that patients required support to improve relationships with family and friends, to obtain a job, to deal with mental health problems, and to improve relationships with co-workers. On the other hand, only a few staff members thought that patients needed support in practicing fire prevention, in improving attitudes toward crime and violence, or in using public institutions.

Patients' difficulties in dealing with risks and challenges are presented in Table 3. Most patients experienced difficulty in dealing with relationships with family and friends, in dealing with chronic illness, in improving dietary habits, and in managing household expenditure. On the other hand, few patients found difficulty in performing community service, avoiding self-injury or violence, maintaining positive attitudes towards at-home sales, or using public institutions.

The social support services used by patients are shown in table 4. Table 5 depicts the extent to which these services were perceived as helpful for patients in dealing with the challenges they were facing. Many patients thought that the support was useful in managing household expenditures, maintaining adherence to medication and outpatient treatment, preparing food, and improving relationships with coworkers. On the other hand, few patients thought the support was useful in improving attitudes towards crime, decreasing smoking or alcohol drinking, improving attitudes toward at-home sales, or establishing better relationships with neighbors.

Older patients experienced significantly more difficulty in preparing food ($p < 0.05$) and at having positive attitudes towards at-home sales ($p < 0.05$). Younger patients experienced significantly more difficulty in obtaining a job ($p < 0.01$), avoiding self-injury ($p < 0.01$), and restraining themselves from violence towards others ($p < 0.01$). Men reported greater difficulty in refraining from excessive smoking or alcohol drinking ($p < 0.05$). Patients living alone reported greater difficulty in cleaning one's own room ($p < 0.01$), preparing food ($p < 0.01$), and separating trash ($p < 0.05$) than those living with families. Patients suffering from schizophrenia experienced more difficulty in practicing appropriate fire prevention ($p < 0.05$) than patients with other mental disorders. Finally, patients whose duration of hospital stays were ten or more

Table 1: Characteristics of the study population (N = 199)

| | | Mean | SD | Range |
|---------------------------------|--------------------------------|------|------|-------|
| Age | | 44.0 | 11.6 | 22-73 |
| | | | N | % |
| Sex | Male | | 136 | 68.3 |
| Resident state | Home owner | | 102 | 51.3 |
| | Rental housing | | 66 | 33.2 |
| | Group home | | 15 | 7.5 |
| | Communal dwelling | | 5 | 2.5 |
| | Skills training accommodations | | 7 | 3.5 |
| | Other | | 4 | 2.0 |
| Job Status | Unemployed | | 114 | 57.3 |
| | Full-time | | 4 | 2.0 |
| | Part-time | | 20 | 10.1 |
| | Vocational aid center | | 44 | 22.1 |
| | Other | | 17 | 8.5 |
| Diagnosis | Schizophrenia | | 153 | 76.9 |
| | Mood disorder | | 17 | 8.5 |
| | Substance-related disorder | | 2 | 1.0 |
| | Psychoneurosis | | 7 | 3.5 |
| | Personality disorder | | 2 | 1.0 |
| | Other | | 18 | 9.0 |
| Experience of admission | Never | | 27 | 13.6 |
| | In a year | | 25 | 12.6 |
| | More than a year ago | | 143 | 71.9 |
| Total duration of hospital stay | Zero | | 27 | 13.6 |
| | Less than 1 year | | 47 | 23.6 |
| | 1 - 10 years | | 100 | 50.3 |
| | 10 - 20 years | | 14 | 7.0 |
| | 20 years and more | | 3 | 1.5 |

years reported greater difficulty in preparing food ($p < 0.05$), cleaning one's own room ($p < 0.01$), and adhering to medication and outpatient treatment regimens ($p < 0.05$).

Table 6 presents the differences between patients' reported difficulties and staff members' perceptions of patients' support needs. Staff perception of patients' support needs were significantly higher for mental health problems ($p < 0.05$) than patients' reported difficulties. Staff perceptions of support needs were significantly lower than those of patients' reported difficulties on the following ten items: using public institutions ($p < 0.05$), managing household expenditures ($p < 0.01$), separating trash ($p < 0.01$), practicing appropriate fire prevention ($p < 0.01$), cleaning one's room ($p < 0.01$), preparing food ($p < 0.01$), abstaining from excessive smoking or alcohol drinking (p

< 0.05), dealing with chronic medical illness ($p < 0.01$), adhering to medication and outpatient treatment regimens ($p < 0.05$), and refraining from violence towards others ($p < 0.01$).

Discussion

We identified 25 risks and challenges from previous research in Japan [10] and these items were almost identical with former studies in western country (CANSAS-P) [12] with a few exceptions. There were no items regarding "performance of community service" and "attitudes toward at-home sales" in CANSAS-P. This might be due to difference of style of community life between Japan and western countries (i.e. there is cleanup duty in community and sales person frequently visit one's home.)