

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

妊婦と愛着をめぐる 金子一史
赤ちゃんといこ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 廣瀬たい子

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 海野千歌子

—こころのケアの役割

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 山下 洋

—養育行動と愛着の視点から

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 林もも子

—養育者のアタッチメントの視点から

●巻頭に—イノベーション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 黒垣智恵

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・野村直樹編「ナラティブと医療」 森岡正芳

補田正人編著「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) 山際敏和

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—二一四頁、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)「自殺の学際研究報告書」(主任研究者・北井曉子)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・加我敬子)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—一一四頁、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)

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.

*** Hiromitsu 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とおりに進んでいるか、目標は達成できそうか、計画と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策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。

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日づいで、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—」⁷⁾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⁸⁾。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⁹⁾、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¹⁰⁾、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¹¹⁾、「我が国の精神保健福祉」の改訂研究¹²⁾、ひきこもりに関する疫学調査¹³⁾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」¹⁵⁾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

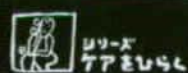
筆者は1980年に医科大学を卒業し、保健所で9年、精神保健福祉センターで7年仕事をした後、精神保健研究所で政策立案に関する研究に従事するようになり、すでに11年が経過した。この間、精神保健福祉を取り巻く環境は大きく変わり、社会が精神保健福祉に求めるもの、精神保健研究所に求めるものも大きく変わった。筆者のような仕事は、政策立案に近いところで研究や事業を行う機会に恵まれる。しかし、研究者は行政官とは異なり、直接政策形成に携わり、それを決定するラインにはいない。その主

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。

あふれる刺激、ほどける私。



発達障害当事者研究

ゆっくりていねいにつながりたい

新刊

綾屋 紗月
(アスペルガー症候群当事者)

熊谷 晋一郎
(脳性まひ当事者・小児科医)



◆ 主要目次

はじめに「まとめあげが、ゆっくりで、ていねい」という自閉観

1章 体の内側の声を聞く

2章 外界の声を聞く

3章 夢か現実か

4章 揺れる他者像、
ほどける自己像

5章 声の代わりを求めて

6章 夢から現実へ

7章 「おいてけぼり」同士でつながる

おわりに 同じでもなく、
違うでもなく

なぜプールサイドを歩けないのか、なぜ空腹がわからないのか、なぜ看板が話しかけてくるのか、なぜ月夜の晩は身体がざわめくのか……。外部からは「感覚過敏」「こだわりが強い」としか見えない発達障害の世界を、アスペルガー症候群当事者が、脳性まひの共著者とゆっくりていねいに探った画期的研究。

「過剰」の苦しみは 心ではなく身体に来る!

● A5 頁228 2008年
定価2,100円(本体2,000円+税5%)

[ISBN978-4-260-00725-2] 消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693



Assertive Community Treatment (ACT) は日本の地域精神医療の柱になれるか?

地域精神医療における ACT の位置づけ*

竹島 正** 小山明日香 河野稔明
長沼洋一 立森久照

Key words

Community mental health, Assertive community treatment, Care management

はじめに

わが国の精神保健医療福祉施策は、精神衛生法改正(1965年)を契機として地域精神医療の方向に歩み始め、精神保健法への改正(1987年)以後の法施行後5年以内の見直し、障害者基本法(1993年)に基づく障害者プランの閣議決定、これに続く精神保健福祉法への改正(1995年)などによって、福祉と結びつく方向に発展してきた。このことを象徴するのは、2002年の社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」(以下、「2002年分会報告書」とする)である。その基本的な考え方には、「今後の精神保健医療福祉施策を進めるに当たっては、まず、精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきであるとする考えに基づき、これまでの入院医療主体から、地域における

保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換するための、各種施策を進める”¹⁾と記載されている。

この時期、わが国は、少子高齢化の進展、核家族化や女性の社会参加による家族機能の変化、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に、社会構造改革の必要性が叫ばれ、実際にそれが進められていった。そして、医療、年金、社会福祉などの社会保障制度全般において、将来にわたって良質のサービスを安定的に供給できるようにすることを目的とした改革が進められ、やがて、その激流は精神保健福祉施策にも及ぶこととなった。政府全体で「改革」、「自立支援」を謳った多くの施策が立案・実行されたと推測するが、地域精神医療の充実も、その激流の中で活路を見いだすほかなかった。

さて、「2002年分会報告書」の地域医療の確保には、「ケアマネジメント手法等を活用したチーム医療を進め、地域ケアの充実を図る」との記載があり、地域精神医療に多職種チームやケアマネジメントを導入することが述べられている。「2002年分会報告書」をもとに、2004年に公表された厚生労働省精神保健福祉対策本部報告書「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)にはACTの導入が言及されている。すなわち、「精神症状が持続的に不安定な障害者(たとえばGAF(the global assess-

* Developing Community Mental Health: The role and the position of assertive community treatment in Japan

** 国立精神・神経センター精神保健研究所(〒187-8553 小平市小川東4-1-1), TAKESHIMA Tadashi, KOYAMA Asuka, KAWANO Toshiaki, NAGANUMA Youichi, TACHIMORI Hisateru: National Institute of Mental Health, NCNP, Kodaira, Japan

ment of functioning)30点以下程度を目安]も地域生活の選択肢を確保できるよう、24時間連絡体制のもと、多職種による訪問サービス、短期入所(院)、症状悪化時における受入確保などのサービスを包括的に提供する事業の具体像を、普及面を重視しつつ明確化する”との記載がある⁷⁾。

「2002年分会報告書」を受けて、2003年度には国立精神・神経センター国府台病院(現在の国立国際医療センター国府台病院)を拠点に、ACT-J(assertive community treatment Japan)研究が始まった。この後、ACTという言葉はわが国の精神医療従事者の間に急速に広がり、“ACTブーム”といってもよい現象を呈するとともに、地域精神医療として、京都、浜松、岡山などで、それぞれの特徴を持ったACT的活動が始まった^{2,4,16)}。しかし、わが国の地域精神医療の歴史を振り返ると、優れた、組織的な地域精神医療活動は数多く存在してきた^{11,20,21)}、現在も存在することを忘れてはいけないと思う。

ACT-J研究の意義は、「2002年分会報告書」に始まる精神保健医療福祉施策の転換の具体像の提示に貢献しただけでなく、わが国の地域精神医療の歴史の中にある、草の根的活動の遺伝子に命名作業を行い、現在という時代背景の中でその活性化を促したことにあると思う。

本稿では、地域精神医療におけるACTの位置づけについて、精神保健福祉施策との関係から述べる。そして、精神科病院の機能、およびその地域精神医療の取り組みである精神科デイ・ケアと訪問看護の実績を踏まえ、わが国の地域精神医療におけるACTのあり方について考察する。

わが国は、他国の技術・技能を輸入してわが国の歴史的な文脈の中で咀嚼して発展させてきた伝統を持つ。本稿が、ACTを地域精神医療に根付かせることに、ほんの少しでも役立てば幸いである。

ACTとケアマネジメント

ACTは、脱施設化に伴う重度の慢性精神障害者の地域生活支援プログラム、すなわちケアマネ

ジメントの一型として開発された¹⁰⁾。1992年から精神保健改革に取り組んだ豪州のビクトリア州においては、ACTに相当するものはmobile support and treatment service(MSTS)である。これは重度の精神障害者への訪問型サービスであって、週7日間、8時半から20時半まで、精神科医を含む多職種チームでサービスを提供するもので、crisis assessment and treatment service(CATS)、community care team(CCT)などと連携して公的精神保健サービスの中に位置づけられている¹⁹⁾。すなわち、ACTはケアマネジメントの中で、最も包括的で高価なサービスであることに注意する必要がある。ACT-J研究の中心にいた西尾は、ACTプログラムの特徴として、「重い精神障害を抱えた人を対象」「多職種チーム」「利用者数の上限を設定」「チームのスタッフ全員で1人の利用者のケアを共有」「サービスのほとんどをチームが責任を持って直接提供」「積極的な訪問」「期限を定めない」「1日24時間、365日体制」の8つを挙げているが¹⁰⁾、このことは、ACTがケアマネジメントの一型であることとらえることでよく理解できる。

さて、精神障害者のケアマネジメントは、地域責任制をとる公的精神保健サービス、あるいは一定の対象へのケアを契約に基づいて実施する場合において、その役割が明確になる。Chee Ngは、わが国のコミュニティメンタルヘルスの発展のために、国民皆保険制度とフリーアクセスによって運営される地域精神医療の長所を認めつつも、地域を基盤にしたケアマネジメントの導入を図ることの必要性を指摘している³⁾。Chee Ngの指摘は、わが国の地域精神医療従事者の多くから賛同を得られるものと推測するが、それを実行に移すためには、わが国の地域精神医療または精神障害者福祉の場の現実を受け止めることが必要であろう。すなわち、実際にケアマネジメントの対象となる精神障害者が多数存在する場、それから、実態としてケアマネジメントの要素を持って運営されている事業に着目すれば、わが国にケアマネジメントとACTを導入するヒントがつかめる。地

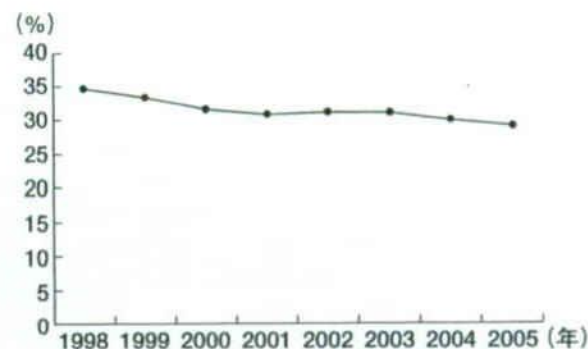


図1 平均残存率の年次推移

域精神医療において、前者は、多くの長期在院者がいる精神科病院であって、後者は、地域精神医療の場でケアマネジメント的な役割を持つ精神科デイ・ケアおよび訪問看護である。この他、障害者自立支援法の領域では、地域生活支援事業である精神障害者退院促進支援事業、地域活動支援センターなどもあるが、地域精神医療におけるACTの位置づけが本稿の主題であることから、本稿では述べない。また、精神科診療所におけるACTの展開についても、紙幅の関係から本稿では述べない。

わが国の精神保健福祉施策の現状とACT

ACTは、脱施設化における重度の慢性精神障害者の地域生活支援プログラムとして開発された。すなわち、サービスの主要な対象者はすでに地域に居住している精神障害者である。わが国においては、これまで大規模な脱施設化は行われておらず、精神科病院は多様な役割を果たす中で、多くの重度の慢性精神障害者の医療とケアも引き受けてきた^{12,22)}。

厚生労働省では2008年4月から、「改革ビジョン」第一期(前半5年間)における改革の成果を評価し、2009年9月に始まる第二期(後半5年間)における施策群を定めるために「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催している。2008年9月に示された「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)」(以下、「改革ビジョン第二期論点整理」という)

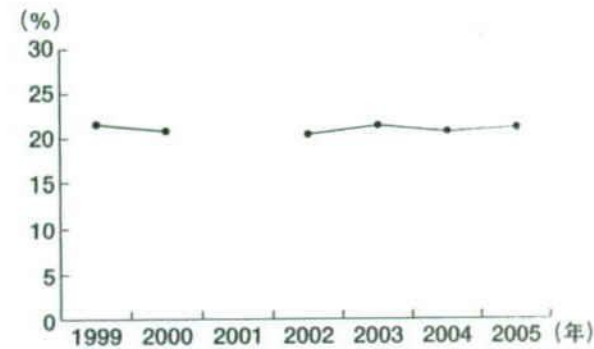


図2 (在院期間が1年以上の在院者の)退院率

には、精神科病院では、1年未満の入院患者について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し入院の短期化が進行している一方で、入院期間1年以上の長期入院患者では、その動態に大きな変化がみられていないことを挙げている。そして、今後の課題は、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉などの充実により新たな長期入院患者を生み出さないようにすること、また、入院期間1年以上の長期入院患者について、地域移行を進めその減少を図っていくことであると述べている。そして、患者調査の「受入条件が整えば退院可能」な患者は、入院期間、年齢、疾患によってさまざまであり、患者像に応じたきめ細かい対応が必要であって、その際、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて、地域生活への移行のための方策を検討する必要があると述べている⁶⁾。

立森らは、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が低下することからも、特に1年以上5年未満の在院患者を社会復帰に結びつけることの重要性を指摘している¹⁷⁾、これらの患者群が、既存の地域精神医療福祉の取り組みでは退院に至らなかった患者群であることに留意するならば、「改革ビジョン第二期論点整理」に患者像に応じたきめ細かい対応が必要と述べていることはよく理解できる。「改革ビジョン」に精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として示された平均残存率と退院率の推移を図1, 2に示した。平均残存率とは、6月1か月間の新入院患

者の当年6月～翌年5月末の毎月(12か月分)の残存者数(その時点まで入院状態が継続していた者の数)の合計を、6月1か月間の新入院患者数の12倍で割った値であり、退院率とは、在院期間が1年以上の在院者における6月1か月間の退院患者数を12倍して、同年6月30日現在の在院期間が1年以上の在院患者数で割った値である。2つの指標が「改革ビジョン」に示された目標を達成し、「入院中心から地域生活中心へ」という理念を実現していくには、新規入院患者のさらなる入院の短期化と、長期在院患者の退院促進が必要である。そのためには患者像に応じたきめ細かい対応が必要であり、わが国に適したケアマネジメントと、その一型であるACTの導入は不可欠であろう。

精神科病院とACT

2006年度精神保健福祉資料によると、わが国の精神科病院数は1,645か所であって、在院患者数は320,308人、そのうち1年未満の在院患者数は103,000人(32.2%)、1年以上の在院患者数は217,308人(67.8%)であって、在院患者の140,061人(43.7%)は65歳以上であり、全国精神科病院は、実態として、多くの重度の慢性精神障害者の医療とケアを引き受けているだけでなく、精神科救急を含めて地域精神医療の中核を担っている。地域精神医療として優れた実践を行っている精神科病院は多数存在するが、ここでは、ACT的な取り組みを行っている事例として、さわか院(大阪府)、谷野呉山病院(富山県)を紹介することで、精神科病院におけるACTの取り組みの必要性を明らかにしたい。

さわか院は、精神科救急、精神科デイ・ナイトケアから地域活動支援センター、福祉工場、通所授産施設、多くのグループホームなどの地域・リハビリテーションサービスに至るさまざまなサービスを提供している。そして、1987年には603床あった精神病床を、2008年には455床まで削減し、1987年には444日であった平均在院日数を、2007年には全病棟で平均97日(急性期病棟

では30～35日)まで短縮させた。また、地域のニーズを受けて24時間体制の精神科救急サービスも実施している。さわか院の目指す方向は、医療サービスを患者の自宅で提供することである¹⁷⁾。

谷野呉山病院は、2007年度に厚生労働省の障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)をもとに、包括的なサービスによる地域生活支援事業ACT-G(包括型地域支援プログラム—ござん)に取り組んだ。ACT-Gは、谷野呉山病院と地域活動センターを中心に対象となる精神障害者と支援契約を結び、それぞれ「退院促進」「退居支援」「訪問系サービス」などの班に分け、集中的に支援を行う試行的取り組みであって、支援内容と支援量、サービス導入後の効果、費用について調査し、その評価を行っている¹⁸⁾。

これらの取り組みは、精神科病院においてACTを実施することは地域精神医療の充実に寄与することを示すものであって、国の精神保健福祉施策の方向とも合致することを示している。

花井は退院促進(地域移行)支援に関して、障害者自立支援法の見直しにおける主要な課題として、(1)居住の場と日中活動を一体的に支援するさまざまな類型の生活支援施設の整備、(2)地域で精神障害者が必要なサービスを受けられるような障害程度区分の見直し、(3)地域支援室の設置とケアマネジメント、(4)地域移行の促進には経済生活支援が前提であると述べ、「主治医や慣れ親しんだスタッフの支援のもとで地域移行する当り前の姿を国は認め、その方策を具体化することが近道である」と主張している⁵⁾。ここには、障害者自立支援法の見直しという前提はあるものの、退院促進(地域移行)におけるケアマネジメントの拠点として、実際に重度の慢性精神障害者の医療とケアを担っている精神科病院を活用する考え方が示されている。わが国においてACTを実施する場合、精神科病院あるいはその関連施設をACTの拠点にすることは、現実的かつ合理的な選択であろう。

精神科デイ・ケア、精神科訪問看護とACT

精神科デイ・ケアは、地域社会における治療community careが欧米において取り組まれ、昼間施設治療day careが急速に普及していることから、1958年に国立精神衛生研究所において研究として始まった。そして、1974年に診療報酬化され、その後、診療報酬の改定がなされるとともに普及して現在に至っている¹⁹⁾。2006年度精神保健福祉資料によると、全国精神科病院における精神科デイ・ケアなどの6月1か月間の実利用者数延利用者数はそれぞれ、32,846人、637,623人である。精神科デイ・ケアは通院医療の一形態であって、通常の外来診療に併用して計画的かつ定例的に行うものであること、入院治療ほどではないが通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行うことができることが特徴である。精神科デイ・ケアの特徴は、精神科デイ・ケアにケアマネジメントの要素があることを示すものと考えられるが、実際、筆者らが開催した精神科デイ・ケア検討会においても、精神科デイ・ケアはケアマネジメントの場として活用していることが報告されている¹⁹⁾。長沼らは、精神科デイ・ケアの実績が精神科病院の規模に比して多い精神科病院では、少ない精神科病院よりも平均残存率(1年未満)が低く、退院率(1年以上)が高いことを報告した⁸⁾。ACTは患者宅への訪問、精神科デイ・ケアは患者自身の通院であって、動く人とベクトルは異なるが、ケアマネジメントという視点に立てば、両者は共通性がある。精神科デイ・ケアの将来像の検討においても、精神科デイ・ケアがケアマネジメントに果たしている役割をきちんと評価することが必要と思われる。

精神科訪問看護は1986年に診療報酬制度に新設されたが、2004年には退院前訪問や複数名による訪問についての加算が新設され、2008年度の診療報酬改定では急性増悪などにより一時的に頻回の訪問看護の必要がある場合の対応も可能となった。2006年度精神保健福祉資料によると、

全国精神科病院における6月1か月間の精神科訪問看護実人員、延べ人員はそれぞれ25,313人、64,798人であって、精神科訪問看護の普及は進んでいる。

2007年度に社団法人全国訪問看護事業協会が実施した病院および訪問看護ステーションを対象とした精神科訪問看護の調査では、それぞれの施設からの訪問看護の実施形態や利用者の属性が異なっていることが報告されている。精神科病院からの精神科訪問看護では、訪問看護ステーションからのそれと比べて同行訪問を実施した割合が高かった。また、精神科病院からの精神科訪問看護の利用者は、訪問看護ステーションのそれと比べて過去入院回数が多く、直近の入院日数も長く、また独居者の割合が高かった。精神科病院からの訪問看護は、同行訪問に診療報酬上の裏付けがあり同行訪問を実施しやすいため、長期在院の後に退院した者や単身生活を始めた者のように、複雑なケースワークや独居の場合のケア導入時の調整などのために利用されていると考えられた¹⁹⁾。精神科訪問看護にもケアマネジメントの要素は大きく、急性増悪期における緊急訪問も可能となったことから、ACTを視野に入れた発展が望まれる。

さて長沼らは、精神科デイ・ケアまたは精神科訪問看護を実施している精神科病院では、両者とも実施していない精神科病院よりも「改革ビジョン」で示された平均残存率(1年未満)が低かったことを報告している⁸⁾。精神科デイ・ケアまたは精神科訪問看護に積極的に取り組んでいる精神科病院は、外来患者のケアマネジメントにも積極的である可能性が高く、これらの精神科病院は、わが国においてケアマネジメントを普及し、ACTに発展させることの可能性と意義を体験的に知っている可能性がある。純粋なACTは西尾の8条件を満たすことを必要とするかもしれないが、地域精神医療としての要請は、ケアマネジメントと緊急対応を、日本の地域精神医療の現実の中で普及することである。それには、すでに診療報酬上規定された精神科デイ・ケアまたは精神科訪問看護

護を ACT に発展させることが現実的であろうと思われる。

おわりに

わが国の精神医療改革において、ケアマネジメントとその一型としての ACT の実施は必要不可欠である。わが国は、国民皆保険とフリーアクセスの利便性を活用することで、世界でも最も長寿の国となるという成果を挙げてきたし、精神科医療の普及も図ってきた。退院促進(地域移行)の進む中で、地域生活の弱者である精神障害者が地域医療や地域福祉サービスから無残に脱落することは絶対に避けなければならない。そのためには、実際にケアマネジメントを必要とする患者が入退院している精神科病院に、医療と福祉をつなぐケアマネジメント機能を整備することが不可欠であり、ACT はケアマネジメントの一型として整備される必要がある。その普及には、精神科デイケアと精神科訪問看護におけるケアマネジメントの経験を活用することが望ましく、そこに、わが国の地域精神医療における ACT の将来像がある。

文献

- 1) ACT-G プロジェクト運営委員会：包括的なサービスによる退院支援と地域生活支援事業=ACT-G 報告書。平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「精神科在宅医療の充実による精神障害者の地域生活支援モデル事業」報告書。pp 1-142, 2008
- 2) 新居昭紀：精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理に関する研究。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に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究(主任研究者：北井暁子)総括・分担研究報告書」。pp 27-36, 2007
- 3) Chee Ng : Study visit on community mental health in Japan (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/japancommunityreport.pdf>)
- 4) Fujita D, Moriya A, Fujita K : Developing possibilities of assertive outreach service system in Japan. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. p 246, 2008
- 5) 花井忠雄：退院促進(地域移行)支援のこれまでとこれから。日精協誌 27(9) : 7-13, 2008
- 6) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」のこれまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)概要, 2008
- 7) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン。厚生労働省, 2004
- 8) 長沼洋一, 立森久照, 小山明日香, 他：精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と患者の退院状況の関連。日社精医会誌 17 : 3-10, 2008
- 9) 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 26(4) : 70-76, 2007
- 10) 西尾雅明：ACT 入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム。金剛出版, 2004
- 11) 大江基：地域に根ざした精神障害者の援助活動—川崎市リハビリテーション医療センターの経験から。病・地精医 38 : 38-42, 1996
- 12) 精神病床の利用状況調査結果報告 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7g.pdf>), 2008
- 13) 精神科デイ・ケア検討会会議録。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(主任研究者：竹島正)総括・分担研究報告書。pp 283-352, 2007
- 14) 社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護サービスの需要と供給に関する検討。平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」報告書。pp 1-239, 2008
- 15) 社会保障審議会障害者部会精神障害分会：今後の精神保健医療福祉施策について。厚生労働省, 2002
- 16) 高木俊介：ACT-K の挑戦—ACT がひらく精神医療・福祉の未来。批評社, 2008
- 17) 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 19 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(主任研究者：竹島正)総括・分担研究報告書。pp 197-214, 2008
- 18) 竹島正, 長沼洋一：数値から見た精神科デイケア。デイケア実践研究 9 : 81-87, 2005

- 19) 竹島正, 瀬戸屋雄太郎, 立森久照, 他：日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用—オーストラリアにおける精神医療保健福祉サービスと日本への示唆。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)「精神保健分野における地域サポート等に関する日豪共同研究(主任研究者：中根允文)」総括・分担研究報告書。pp 51-79, 2007
- 20) 竹島正, 助川征雄：精神保健活動はどのように変わってきたか—地域活動から見た精神保健。これからの精神保健。南山堂, pp 1-20, 2001

- 21) 臺 弘 編：分裂病の生活臨床。創造出版, 1978
- 22) 山内慶太：精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究。平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保険福祉総合研究事業)「精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究(主任研究者：北井暁子)」総括・分担研究報告書。pp 95-110, 2006

学会告知板

第 72 回消化器心身医学研究会学術集会演題募集

第 72 回消化器心身医学研究会学術集会を下記の通り開催いたします。

今回は「消化器心身医学研究の今後の方向性を模索する—目指せ日本発のオリジナル研究【Gastroenterology】以上—」をテーマとしておりますが、その他に消化器領域の心身医学的諸問題に関して、広く一般演題を募集しております。一般演題の中から「優秀賞」を授与しますので、奮ってご応募いただきたくご案内申し上げます。

消化器心身医学研究会
代表幹事 金子 宏

会長 旭川医科大学病院総合診療部 奥村利勝
北海道大学薬学研究院臨床病態解析学 武田宏司

日時 2009年5月9日(土) 17:00~20:00(予定)(第95回消化器病学会総会 第3日目)

会場 札幌市教育文化会館 403号(〒060-0001 札幌市中央区北1条西13丁目)

☎ 011-271-5821 Fax 011-271-1916

演題申込方法 演題名、発表者(○印)、共同研究者、所属を明記し、800字以内の要旨を添えて下記宛先まで電子メールにてお申し込みください。一般演題の発表時間は7~10分を予定しています。

演題送付先 大日本住友製薬株式会社 学術企画部内「消化器心身医学研究会」係宛(〒104-8356 東京都中央区京橋1-12-2) ☎ 03-5159-3264 Fax 03-5159-2944
e-mail: osamu-konishi@ds-pharma.co.jp

演題応募締切 2009年2月27日(金)必着

参加証 日本心身医学会指導医、認定医研修3単位、日本心療内科学会3単位

会費 1,000円

原著論文

精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と 患者の退院状況の関連

長沼洋一, 立森久照, 小山明日香, 竹島 正

■原著論文

精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と
患者の退院状況の関連

長沼洋一, 立森久照, 小山明日香, 竹島 正

抄録:

目的:本研究では,精神科病院における精神科デイケア等の実施件数の多寡と,退院に対する指標の関連を検討することを目的とした。

方法:平成16年6月30日付けで行われた精神保健福祉関係資料の作成のための調査の結果について2次分析を行った。法人・個人病院であり,診療報酬上の急性期病棟や精神科救急入院料病棟はもたず,在院患者の50%以上が統合失調症圏であり,精神科病床数が100床以上の精神科病院517カ所を対象とした。各対象についてデイケア等利用者数を精神病床数で除し,その中央値によりデイケア等の実績の多い病院と実績の少ない病院に群別し,退院に関する変数等を比較した。

結果:デイケア等の実績が多い群では少ない群より最近1年間の入院患者のうち,まだ入院している患者の割合を示す平均残存率が低く,1年以上入院している患者のうち,その後1年間に退院する割合を示す退院率(1年以上),社会復帰率は高かった。また,3~12カ月退院率については,いずれも多い群で少ない群より高かった。

結論:病床規模に比してデイケア等の件数が多い病院では少ない病院より,新規入院患者の退院までの期間が短く,また入院期間が比較的長期にわたる患者についても早期退院となることが多い可能性が示唆された。

日社精医誌 17:3-10, 2008

索引用語:精神科デイケア,精神科病院,入院期間,精神保健医療福祉の改革ビジョン

psychiatric day-care, psychiatric hospital, Length of stay, Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare

緒 言

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部より提示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では,精神医療施策の基本的な方向とし

て,精神病床に係る基準病床数の算定式の見直しと,精神病床の機能分化と地域医療体制の整備などが挙げられた。地域医療体制の整備の中では,「医療デイ(ナイト)ケアや訪問看護について,通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援の違いの有無について分析を行いつつ,医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る」とされた。

医療デイ(ナイト)ケアは,長期在院患者が地域復帰するにあたり,中間的な支援を提供するサービスと位置づけられてきた。デイケアの効果に関しては,欧米を中心にランダム化対照試験デザ

2008年3月18日受理

The relationship between the performance of psychiatric day-care and the discharge in psychiatric hospitals
国立精神神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部
〒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, Japan

インでの研究がなされているほか、日本でも前後デザインの研究や対照群との比較研究が報告されている。それらの結果、陰性症状や社会機能の改善においてデイケアが通常の外来治療よりも高い効果を示すことが総説^{2,3,5,10)}されており、デイケア利用者では再入院率の低下を示す報告もなされている^{1,6,8)}。このように旧来から個々の各病院のデイケア等の効果評価はさまざまな変数をアウトカムとし、検討されてきたが、精神科医療システムにおいてデイケアが、入院期間や地域ケアへの移行に与えたマクロレベルでの影響に関する研究報告はまだまだあまりなされていない。

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課(旧精神保健福祉課)では、毎年6月30日付で、精神・障害保健課長から都道府県・指定都市の精神保健福祉主管部(局)長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文章依頼を行い、全国の精神科病院、社会復帰施設等の状況について調査している。本研究では、その調査データの2次的分析から、精神科病院における精神科デイケア等の実施件数の多寡と、退院に対する指標の関連を検討することを目的とした。

研究対象および研究方法

平成16年6月30日付けで行われた、精神保健福祉関係資料の作成のための調査(以下、630調査)における精神科病院に関する調査項目は、運営形態に関する項目(設置主体、病床数、各種専門病棟の有無など)、患者に関する項目(平成16年6月30日時点における在院患者のICD-10⁹⁾に基づく疾患・性・年齢階級別の数、措置入院など入院形態別の在院患者数、平成15年6月1カ月間の入院患者数およびその後1年間にわたるひと月ごとの退院患者数とその退院先、平成16年6月1カ月間の退院患者の疾患・性・年齢階級別数)および平成15年6月1カ月間のデイケア等(精神科デイケア、ナイトケア、デイナイトケアおよび老人性痴呆疾患デイケア)の利用者数などから構成されている。630調査では例年ほぼ全数の精神科病院からの回答が得られている。

本研究は平成16年度630調査の中でこの精神科病院に関連するデータを用いて2次的に分析した。

対象

まず、630調査協力病院のうち精神科デイケア等を実施している病院を抽出した。本研究では、デイケア等を実施している病院とは630調査において把握される平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数が1以上の病院と定義した。

その後、可能な限りデイケア等以外の精神科病院の条件をそろえるため、特殊な役割を担っていると考えられる精神科病院は対象から除外した。特殊な役割を担っている条件として、1) 大学病院や国公立病院、2) 在院患者の統合失調症の比率が50%未満であり、他の疾患の治療に特化していると考えられる病院とした。さらに、後述する退院に関する変数を算出する上で、一定の病床数がない場合には誤差が大きいため、精神科病床が100床未満の病院は除外した。また退院に関する変数を算出するため、制度上、入院期間が短くなる診療報酬上の急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院も対象から除外した。

従って、大学病院や国公立病院を除くその他の法人・個人病院であり、急性期病棟または精神科救急入院料病棟はもたず、在院患者の50%以上がICD-10におけるF2[精神分裂病(統合失調症)、分裂病型障害(統合失調症型障害)および妄想性障害]であり、精神科病床数が100床以上であった精神科病院517カ所を対象とした。

分析

1) デイケア等利用件数

上述した対象病院について、デイケア等の実績の多い病院と実績の少ない病院に群別し、後述する退院に関する変数、病院の特徴、職員の状況および在院患者の特徴について比較を行った。実績の多少については病院規模に比例することが予想されるため、630調査で得られる平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に分

類した(DC上位群、DC下位群)。この中央値は1.95であり、これは精神科病床200床の精神科病院で週に5日デイケア等を実施している場合、1日あたり約18.2人の利用者がいることになる。DC上位群とDC下位群で退院に関する変数を比較し、DC実績の多寡の退院に対する影響を検討した。

2) 退院に関する変数

(1) 平均残存率

平均残存率は、最近1年間の入院患者のうち、まだ入院している患者の割合を示す。本研究では630調査で把握される平成15年6月1カ月間の入院患者数、これら入院患者の平成15年6月~平成16年5月までの1カ月ごとの退院患者数およびこれら入院患者のうち平成16年6月1日時点での残留患者数を用いて平均残存率を算出した。

(2) 1~12カ月後退院率

1~12カ月後退院率は、上記項目からそれぞれ1~12カ月後の退院患者の割合を算出したものである。

(3) 退院率(1年以上)

退院率は、1年以上入院している患者のうち、

その後1年間に退院する割合を示す。本研究では630調査で把握される平成16年6月1カ月間の退院患者の内1年以上入院していた患者数の12倍を平成16年6月30日時点での在院患者のうち1年以上在院患者数で除したものを100倍して算出した。

(4) 社会復帰率

社会復帰率は、平成16年6月1カ月間の退院患者のうち、退院時の状況が「家庭復帰」、「社会復帰施設等」であったものの割合とした。

2群比較には、 χ^2 検定またはt検定を用い、有意水準は5%とした。統計分析にはSPSS ver. 15.0Jを用いた。

3) 倫理面への配慮

本研究は、630調査の病院単位のデータを2次的に利用し、精神科デイケア施設等の利用者数等を集計、分析したものであり、個人を特定可能な情報は含まれていない。

結 果

DC上位/下位群における病院の特徴を表1に示す。精神科病院の属性については、単科病院の

表1 DC上位/下位群における病院の属性

	DC下位群 (n=258)		DC上位群 (n=259)		χ^2 値
	n	%	n	%	
単科病院	215	83.3	214	82.6	0.05
法人病院	246	95.3	247	95.4	
個人病院	12	4.7	12	4.6	0.00
指定病院	232	89.9	222	85.7	2.14
精神科療養病棟あり	152	58.9	170	65.6	2.49
老人性認知症疾患病棟あり	59	22.9	61	23.6	0.03
	平均	S.D.	平均	S.D.	t値
精神科病床数	292.1	122.3	242.7	108.1	4.87**
デイケア等利用者数	246.0	156.8	773.6	464.6	17.31**
デイケア等利用者数/精神科病床数	0.9	0.4	3.4	2.0	20.28**

注) DC上位/下位群: 630調査で得られる各病院の平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に群別したものを

** : $p < 0.01$

あるか否か、また設置主体が法人であるか個人であるか、指定病院か非指定病院かなどに2群で有意差はみられなかった。また、精神科専門病棟の設置の有無については、精神科療養病棟や老人性認知症疾患病棟の有無に有意差はみられなかった。また精神科病床数は下位群において上位群より有意に多く、DC下位群で平均292.1床、DC上位群で平均242.7床であった。平成15年の6月1カ月間のデイケア等の利用者数は、DC上位

表2 DC上位/下位群における病院の職員の状況

	DC下位群 (n=258)		DC上位群 (n=259)		t値
	平均	S.D.	平均	S.D.	
医師1人あたり患者数	23.2	8.4	19.9	7.7	4.67**
看護師1人あたり患者数	3.2	0.6	3.0	0.6	4.23**
コメディカル1人あたり患者数	7.7	5.2	6.9	4.3	2.00**

注1) 医師1人あたり患者数：在院患者数を常勤・非常勤医師数で除したも

注2) 看護師1人あたり患者数：在院患者数を看護師・准看護師数で除したも

注3) コメディカル1人あたり患者数：在院患者数を作業療法士、PSW数、臨床心理技術者数で除したも

注4) DC上位/下位群：630調査で得られる各病院の平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に群別したもの

**：p<0.01

表3 DC上位/下位群における病院の在院患者の状況

	DC下位群 (n=258)		DC上位群 (n=259)		t値
	平均	S.D.	平均	S.D.	
在院患者の入院形態					
措置率	0.8	1.1	0.7	1.0	1.25
医療保護率	35.4	18.3	33.9	18.3	0.91
強制入院率(措置入院と医療保護入院の合計の割合)	36.1	18.5	34.6	18.5	0.97
在院患者の年齢階級					
20歳未満率	0.2	0.5	0.4	0.7	3.26**
20歳以上40歳未満率	9.3	4.6	11.5	6.7	4.32**
40歳以上65歳未満率	53.7	8.1	53.7	8.9	0.04
65歳以上率	36.7	10.1	34.4	11.3	2.53*
在院患者における各ICD-10診断の割合					
F0 症状性を含む器質性精神障害	10.3	9.1	10.5	9.8	0.25
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	4.1	4.6	4.1	4.7	0.21
F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	71.0	11.5	70.6	11.3	0.45
F3 気分(感情)障害	6.4	3.4	7.5	4.8	2.94**
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	1.4	1.9	1.9	2.7	2.56**

注) DC上位/下位群：630調査で得られる各病院の平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に群別したもの

*：p<0.05, **：p<0.01

群で、下位群よりも有意に多かった。

表2にDC上位/下位群における病院の職員の状況を示す。医師1人あたりの患者数、看護師1人あたりの患者数およびコメディカルスタッフ1人あたりの患者数のいずれについても、上位群で下位群より有意に少なくなっていた。

表3にDC上位/下位群における病院の在院患者の状況を示す。在院患者の入院形態については2群で有意差はみられなかった。在院患者の年齢

表4 DC上位/下位群における退院に関する変数の比較

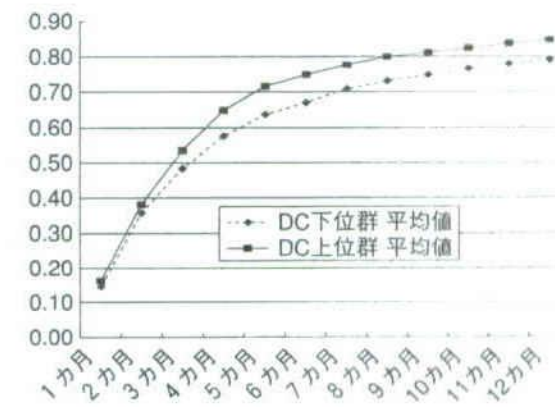
	DC下位群 (n=258)		DC上位群 (n=259)		t値
	平均	S.D.	平均	S.D.	
平均残存率	0.38	0.13	0.33	0.12	5.10*
退院率(1年以上)	17.97	14.37	23.46	23.11	3.24*
1カ月退院率	0.15	0.12	0.16	0.10	1.73
2カ月退院率	0.36	0.17	0.38	0.16	1.61
3カ月退院率	0.49	0.17	0.54	0.16	3.50**
4カ月退院率	0.58	0.17	0.65	0.16	4.88**
5カ月退院率	0.64	0.16	0.72	0.15	5.53**
6カ月退院率	0.67	0.16	0.75	0.14	5.40**
7カ月退院率	0.71	0.16	0.78	0.15	4.79**
8カ月退院率	0.73	0.16	0.80	0.14	4.96**
9カ月退院率	0.75	0.15	0.81	0.13	4.73**
10カ月退院率	0.77	0.15	0.83	0.13	4.65**
11カ月退院率	0.78	0.14	0.84	0.13	4.68**
12カ月退院率	0.79	0.14	0.85	0.12	5.03**
社会復帰率	73.21	16.85	78.34	16.52	3.49**

注) DC上位/下位群：630調査で得られる各病院の平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に群別したもの

*：p<0.05, **：p<0.01

階級では、20歳未満および20歳以上40歳未満において、上位群で下位群より割合が有意に高くなっていた。一方、65歳以上の在院患者の割合では、DC上位群で34.4%、DC下位群で36.7%と、上位群で割合が有意に低くなっていた。ICD-10診断別でみると、上位群でF3(気分障害)が7.5%、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)が1.9%と、下位群より有意に高かった。

表4にDC上位/下位群における退院に関する変数の比較結果を示す。DC上位群において下位群より平均残存率が有意に低く、退院率(1年以上)、社会復帰率は高くなっていた。また1~12カ月退院率については、1、2カ月退院率については2群間で有意差はみられなかったが、3~12カ月退院率については、いずれも上位群で下位群より有意に高くなっていた。1~12カ月退院率の平均値を群別に示した退院曲線を図1に示す。



注) DC上位/下位群：630調査で得られる各病院の平成15年6月1カ月間のデイケア等利用者数をその病院の精神科病床数で除したものを算出し、中央値で2群に群別したもの

図1 DC上位/下位群における退院曲線

考 察

本研究では、病院規模(精神科病床数)に比したデイケア等利用者数をデイケア等実績として、病院群ごとの比較を行った。すなわちデイケア等

実績が上位にある病院の群と下位にある病院の群とで比較した。その結果、単科病院か否か、指定病院か否および精神科療養病棟の有無といった病院の特徴に2群で違いはみられなかった。一方、精神科病床数は上位群より下位群に多かった。ただし病床数あたりのデイケア利用者数をデイケア等実績としているため、母数が多いほど比率が低下してしまうのは計算上仕方がないことかもしれない。

精神科病院における人員配置の比較では、DC上位群では、DC下位群と比べて、医師、看護師、コメディカルスタッフ1人あたりの患者数が少なかった。本研究では医師や看護師およびコメディカルスタッフについて、常勤、非常勤を単純に足し合わせて、1人あたりの患者数を算出しており、単純な比較はできないが、上位群の病院のほうが患者一人あたりに対する専門職スタッフの配置が手厚く、スタッフにとってもケースロードが低く抑えられている可能性があり、より十分にきめ細やかなケアを提供できているのかもしれない。

病院の在院患者の比較では、DC上位群では、20歳未満や40歳未満といった若年齢層の患者の比率は下位群より高く、一方で65歳以上といった高齢の患者の比率が低かった。またF3(気分(感情)障害)やF4(神経症性障害等)の患者の比率も高めであった。このように、DC上位群では、統合失調症だけではなく気分障害など比較的前後良好な疾患の患者の割合も一定数みられ、比較的多様な患者が利用している。また若年齢層、つまり発症間もない患者も多いと考えられ、急性期の早期介入による治療の反応性も高くなることが考えられる⁷⁾。あるいは、デイケア等、地域生活への移行体制が充実しているため、それらの比較的若い患者が自ら選んでそうした病院を選択しているのかもしれない。

退院に関する変数については、比較したほぼ全ての変数で有意な差がみられ、病院規模に比してデイケア等の利用者数が多い病院のほうが、早期に退院していた。特に、1カ月ごとの退院率で見ると、1、2カ月退院率では、DC上位/下位群で

有意差はみられなかったものの、3カ月退院率以後は、有意差がみられるようになり、その後12カ月退院率まで続いている。つまり、病院規模に比してデイケア等の利用者数が多い病院では特に入院後3カ月以後での退院率が上がっていることになる。このことは、前述した、若干ではあるが気分(感情)障害圏や神経症圏の患者の割合が多いこと、比較的若年齢層の患者の割合が多いことも関連しているかもしれない。その一方で、在院期間が1年以上の患者の退院割合を示す退院率についても、DC上位群で下位群より高くなっていった。つまり、病院規模に比してデイケア等の利用者数が多い病院では、入院期間が比較的長期にわたる患者についても早期退院となることが多い可能性が示唆された。また病院規模に比してデイケア等の利用者数が多い病院では、退院時の状況が「家庭復帰」あるいは「社会復帰施設等」である割合が高く、こうしたデイケア等で行われているであろう家族支援や日常生活支援といった取り組みが、地域ケアへの移行に何らかの役割を果たしていることが示唆された。またこうした病院規模に比してデイケア等の利用者数が多い病院では、精神科医、看護師およびコメディカルスタッフ1人あたりの在院患者数が少なく、患者一人一人に対し比較的時間をとって対応できるため、平均残存率や退院率に影響している可能性もある。

なお本研究は、630調査の2次分析として病院群の特性を分析したものであり、個別の病院や患者個人の特徴を分析したものではない。また家族の受け入れ体制や在院患者の属性や診断、症状の重症度、各地域における関連施設などの状況など、退院に影響を及ぼす他の変数については考慮することはできなかった。今後これらの変数を統制できるような調査デザインに基づくさらなる研究が必要であると思われる。従ってデイケア等をもつ退院促進効果については十分に因果関係を明らかにできなかったわけではなく、本研究の結果をそのまま個別の病院や事例に適用することはできない。さらに、本研究ではデイケア等の質を考慮していないため、今後、件数等の実績だけでなくその実施内容について考慮した検討が必要である

う。そのためにも、デイケア等のガイドラインの作成及びそれに基づく実践度指標(フィデリティ・インデックス)作成等、デイケア等のプロセスを評価できるシステムの整備が望まれるであろう。

結 論

平成16年度630調査を用い、大学病院や国公立病院を除くその他の法人・個人病院であり、急性期病棟および精神科救急入院料病棟はもたず、在院患者の50%以上がICD-10におけるF2であり、精神科病床数が100床以上であった精神科病院517カ所を対象とし、病床規模に比してデイケア等の件数の多い病院群と少ない群について比較した。その結果、病床規模に比してデイケア等の件数が多い病院では、特に入院後3カ月以後での退院率が高く、また入院期間が比較的長期にわたる患者についても早期退院となることが多い可能性が示唆された。

付 記

本研究は、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(主任研究者:竹島正)」の助成を受け、当該研究の一

環として実施された。

文 献

- 1) 浅野弘毅: 分裂病者のリハビリテーションの現状と課題 デイケアの効果と評価 再入院防止効果を中心に. 臨床精神医学 22: 61-67, 1993
- 2) 安西信雄: 精神科デイケアの役割と効果. 精神障害とリハビリテーション 7: 139-144, 2003
- 3) 池淵恵美, 安西信雄: 精神科デイケア治療論の今日的課題. 精神医学 37: 908-919, 1995
- 4) 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. 日本精神科病院協会雑誌 26: 70-76, 2007
- 5) 西園昌久: 分裂病者の社会復帰 新しい展開 デイケア活動の評価 予後調査より. 精神医学 37: 37-43, 1995
- 6) 武田俊彦, 大森文太郎: 慢性精神分裂病患者に対するデイケアの再入院防止効果. 精神神経学雑誌 94: 350-362, 1992
- 7) 辻貴司: それぞれの施設のデイケアが担う機能 社会参加への道 急性期入院治療の強化に対応した精神科デイケア. 精神科臨床サービス 7: 338-343, 2007
- 8) 塚原敏正, 加藤元一郎, 笠原友幸: デイケアの有効性に関する検討 再入院率を指標として. 精神科治療学 9: 1371-1377, 1994
- 9) World Health Organization.: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th revision. World Health Organization, Geneva, 1992
- 10) 吉益光一, 清原千香子: 精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較. 日本公衆衛生雑誌 50: 485-494, 2003

*abstract***The relationship between the performance of psychiatric day-care and the discharge in psychiatric hospitals****Yoichi Naganuma, Hisateru Tachimori, Asuka Koyama, Tadashi Takeshima**

Objective: The aim of this study was to describe the relationship between the number of patients undergoing psychiatric day-care per psychiatric bed (dc per bed) and discharge rates from psychiatric hospitals.

Methods: The database based on the survey conducted by Ministry of Health, Labour and Welfare was secondarily analysed. Subjects included 517 psychiatric hospitals which had day-care units, more than 100 psychiatric beds without psychiatric acute units of public medical insurance system, and more than 50% of hospitalized patients with schizophrenia, schizotypal disorder, or delusional disorder. Hospitals were divided into two groups by the median of dc per bed and hospitalization variables were compared.

Results: The higher group of dc per bed contained a lower percentage of patients who had entered the hospital 1 year before and were still hospitalized and a higher percentage of patients who had been hospitalized more than 1 year and discharged in the past year than the lower group of dc per bed. Moreover, the higher group contained a higher percentage of patients who were discharged within 3 to 12 months after admission than the lower group.

Conclusions: In psychiatric hospitals with high dc per bed, patients could be discharged earlier than in hospitals with low dc per bed. In addition, patients who were hospitalized for several years could be discharged earlier from hospitals with high dc per bed.

JPN Bull Soc Psychiat 17 : 3-10, 2008

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan.

資料

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に関する情報の
ウェブサイトを用いた公開の試み

長沼 洋一 立森 久照 小山明日香 竹島 正

精 神 医 学

第50巻 第11号 別刷

2008年11月15日 発行

医学書院

資料

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に関する情報のウェブサイトを用いた公開の試み*

長沼洋一** 立森久照 小山明日香 竹島 正

Key words

Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare, Website, Information service

はじめに

2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部より提示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹⁾(以下、改革ビジョンと略す)では、精神保健医療福祉体系の再編という国家的な課題が提示された。その後、障害者自立支援法の成立によって、障害福祉サービスの体系が再編され、公費負担医療も自立支援医療費制度に一本化された。これに伴い2006年度より厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学事業)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」研究班が立ち上げられた。この研究班では、これまで行われてきた精神保健福祉に関する調査を継承・発展させ、改革推進のためのフォローアップ研究を行

い、根拠に基づいた改革の実現を図ることを目的としている。精神保健福祉の改革を研究の立場から推進していくには、政策の進展にかかわる数値指標についてモニタリングを行い、その結果を各地域の精神保健福祉計画における企画立案や実践に反映してもらうことが重要である。そのため、現場実践にあたる地域の政策立案者にとってアクセスしやすい形で最新の情報を提供していくことは重要である。

この「改革ビジョンの成果に関する研究」を円滑に進め、現場での実践に反映させていくためには、これまで各論的に行われてきた、精神保健福祉医療の多方面にまたがる調査研究、臨床活動を俯瞰的に把握し直すことが課題となる。そのため各論的な情報を効果的に集約し、アクセスしやすい形で共有化することが重要である。臨床研究や疫学研究においては、そこに携わる研究者らがインターネットを活用し、研究に関する情報を共有し、臨床データを収集し多施設合同研究を実施するのに用いられている²⁾。またいくつかの大学や団体では、World Wide Web上にウェブサイトを開設して情報提供を行うとともに、アクセスログを解析すること(以下、アクセス解析と呼ぶ)で利用状況や利用者のニーズについて検討した報告も

* The Operation of the Website about Information Related 'Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare'

** 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部(☎187-8553 小平市小川東町4-1-1), NAGANUMA Yoichi, TACHIMORI Hisateru, KOYAMA Asuka, TAKESHIMA Tadashi: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

みられる^{1,5-7)}。

そこで本研究では、「改革ビジョンの成果に関する研究」(以下、改革ビジョン研究とする)のために、情報公開・共有方法を目的としたウェブサイトを開発し、アクセス解析によりその有効性を探索することを目的とした。

方法

(1) 改革ビジョン研究を円滑に進めるため、ウェブサイトを開発事務局のある国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部のウェブサイト内に設置した。本ウェブサイトの閲覧者の主な対象は、研究者および行政関係者である。

(2) 改革ビジョン研究に参与している各研究者および厚生労働省内の関連各部署に対し、関連する内容の執筆を依頼したり、内容について意見を求めたりし、有用な情報の整理、掲載を進めた。

(3) ウェブサイトの閲覧状況について、アクセス解析により分析した。分析対象期間は2007年11月1か月間とした。分析項目はトップページの閲覧回数、トップページ上に貼られたリンクのクリック回数、トップページに至った主な検索語およびトップページに1か月間に2回以上アクセスした閲覧者の属性である。また、それぞれの集計から、筆者らの所属機関内からの閲覧は除外した。

結果

1. ウェブサイトの設置

2007年2月に、改革ビジョン研究のウェブサイトを開発した [URL: <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html> (図)]。

なお、ウェブサイトのリンク・著作権については、厚生労働省のウェブサイト作成指針に準じて作成した。個人情報保護に関しても、厚生労働省のウェブサイトの指針に準じた扱いとした。それぞれの詳細については、トップページにリンク先を表示した。

2. 掲載情報の選定と追加

改革ビジョン研究のウェブサイトの主なコンテンツについては以下の結果となった。

1) 改革ビジョンとは

まず、改革ビジョンそのものについて閲覧者に概要を説明するコンテンツを作成した。本項目では改革ビジョンについて概説するだけでなく、近年の精神保健福祉医療行政の経緯を概観し改革ビジョンの位置づけを明確にしている。加えて関連する報告書や厚生労働省の公開資料へのリンクを貼り、また11世紀から現在に至るまでの日本の精神保健医療福祉の流れに関する年表も添えるなど、実用性を高めている。

2) 研究の状況

改革ビジョン研究の研究班内で行うまたは行った研究を紹介するコンテンツである。改革ビジョン研究は大変幅広く、精神保健医療福祉の多分野にまたがっているため、全体像の概要を示し、研究班内で実施されている各研究の具体的な紹介を行っている。これについては年度が改まれば最新情報に更新するとともに、これまで行われた研究については研究報告書へのリンクを貼り、誰でも成果について知ることができるようにしている。

3) データからみる全国と都道府県のすがた

本コンテンツでは、研究者や行政関係者に対し有用であると思われる精神保健医療福祉に関するデータを提示する。具体的には全国および各都道府県の精神保健医療福祉に関する資料や、年次推移を提示している。データは「我が国の精神保健福祉」および「精神保健福祉資料」に基づく基礎資料である。

4) 都道府県からの情報

本コンテンツは、精神保健医療福祉に関する都道府県から得られた情報を提示するものである。2007年9月に都道府県および指定都市の精神保健主管課を対象に、精神障害者に対する住宅確保の取り組みに関する調査を実施し一定の情報を得られた。そこで回答者の承諾のもと、2007年12月に各自治体管内における住居確保支援の具体的な取り組みに関する情報を掲載した。

精神保健医療福祉の 改革ビジョン研究ページ

リンク集について | 個人情報保護方針について | English | NIMH Top



はじめに

このページは、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」についての基本的な情報、関連する研究の成果、諸外国の改革に関する情報などを提供することにより、公平な視点から改革に寄与することを目的に、厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学事業)(精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究)をもとに開設したものです。わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院患者中心から地域生活中心へ」と改革するため、このページが役立つことを願っています。

本研究室では、現在、全国の精神科デイケア等を実施している医療機関に協力を依頼し、精神科病院および診療所で実施されている精神科デイケア等に関する調査を行っています。この調査に関するMicrosoft Word形式の調査票ファイルをご希望の方は、こちらをクリックして下さい。

また、当ホームページでは関連する情報を皆様から集めています。情報をお持ちの方は、下記連絡先まで情報をお寄せください。

What's New

- 2008.3 各都道府県の精神保健医療福祉の状況の年次推移グラフに最新データを追加しました。
- 2008.2 「精神科デイケア等に関する調査」に関する調査票ファイルを設置しました。
- 2008.2 平成17年度精神保健福祉資料に訂正が必要な箇所が判明したため訂正用ファイルを設置しました。
- 2008.2 「データからみる全国と都道府県のすがた」に平成17年度630調査(精神保健福祉資料)の結果を掲載しました。
- 2007.12 都道府県からの情報に「住居確保の取組みの情報」を掲載しました。
- 2007.10 各都道府県の年次推移別「入院期間別入院患者数(平成12～16年度)」の情報を追加しました。
- 2007.10 本ページで公開しています「平成19年度 目でみる精神保健医療福祉」に訂正が必要な箇所が判明しました。訂正用資料の印刷と訂正したファイルをダウンロードできるページを設けましたのでご利用をお願いします。申し訳ありませんでした。



左の画像は「こころのバリアフリー宣言」啓発資料として作られたポスターです。全部で10種類あります。ご自由にお使いください。また、これらについての感想、活用した際の資料等を下記の連絡先までお寄せください。

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部「改革ビジョン研究ホームページ」事務局 〒105-8505 東京都港区新橋4-1-1
このホームページに関するお問い合わせはメールでお願ひします。注:この電子メールは暗号化されていないため、ブラウザへの接続ができません。
メールアドレスのセキュリティは「こころ」プロジェクト委員会からの設置する精神保健福祉の啓発活動に使用しています。

かえる
かわる

図1 改革ビジョン研究のホームページ(トップページ:2008年3月28日現在)

5) 関連研究の紹介

本コンテンツは、改革ビジョンの内容に関連する厚生労働科学研究やその他の研究について研究要旨を紹介することを目的としている。関連研究については多いため、改革ビジョンの三本柱である①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化に整理し、厚生労働科学研究については研究要旨を紹介している。また、その他の研究についても、協力の得られた情報を随時追加更新した。

6) 海外の情報

本コンテンツは、海外における精神保健医療福祉の取り組みを紹介している。世界各国で実施されている精神保健医療福祉体制の改革・制度について紹介し、日本における精神保健医療福祉体制の改革に役立てることを目的としたコンテンツである。

7) リンク集

関連する公的機関、学会、当事者や職能による関連組織のウェブサイトへのリンク集とした。な