

## A. 研究目的

平成16年3月に「こころのバリアフリー宣言」がだされ、同年9月には、「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンのもと精神保健福祉施策の改革ビジョンが出され、精神障害・精神障害者の普及啓発には、早期発見・早期治療はもとより、退院促進・受け入れの2つのアプローチが平行して進めることの重要性が指摘された。しかしながら、精神疾患の中でも、薬物乱用については若者の乱用、特に最近では大学生の大麻乱用事例などが多くなっており、各大学も、薬物乱用防止のための啓発に取り組んでいるのが現状である。今回、分担研究者の所属する大学において一般人を対象とする公開講座を「こころと身体の健康ー最近の話題ー」のテーマで開催し、自閉症(DSM-IV, 299, 314, 315)<sup>1) 2)</sup>、若者の薬物乱用(304)(以下、薬物乱用)<sup>3) ~8)</sup>、タバコの依存と心身への害(305.10)(以下、タバコ依存)<sup>9) 10)</sup>、男性更年期障害<sup>11)</sup>、認知症(290)<sup>12)</sup>の5つの疾患(病態)についての講演を行い、講演前の理解度、および講演前後での、それぞれの疾患(病態)の理解度の変化についてアンケート調査により明らかにしようと試みた。

## B. 研究方法

本研究は京都府立医科大学公開講座において上記の5つの疾患・病態についてアンケート調査を行った。アンケート中に各疾患(病態)について、講演を聞く前の理解度と講演を聞いたあとの理解度について、講演前4段階(よく知っている、少し知っている、ほとんど知らない、まったく知らない)から、講演後4段階(よくわかった、少しわかった、あまりわからなかった、まったくわからない)について、評価していただいた。

まず、5つの講演内容のまとめを順次記載する。なお各講演は約20分、質疑10分とした。

### (1) 自閉症

従来、自閉症と呼ばれていたものは、最近では広く「発達障害」といわれ、①広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorder(PDD))、②学習障害(Learning Disorder(LD))、③注意欠陥/多動性障害(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(AD/HD))に分類されますが、これらには、互いにオーバーラップがある場合が少なくありません。知的障害を伴う場合も伴わない場合もあります。てんかんを伴う場合もあります。

このうち、広汎性発達障害は、知的レベルや症状の強さ、社会生活上の困難さなどについて、軽い場合から重い場合まで、その程度が様々なため、米国などでは、自閉症グループの総称として、「自閉症スペクトラム(Autism Spectrum Disorder:ASD)」とも総称されます。

典型的な自閉症の頻度は、500~1000人に一人と言われていますが、軽度も含めると100人に一人とも言われています。男性に女性の3~5倍多いようです。最近では、認知度が高まり、また診断される機会も増えてきているため、増加している、あるいは少なくとも減少はしていないと考えられています。

アスペルガー症候群は、自閉症グループのなかで知的障害がない、あるいは明らかでない群で、最近では、高機能自閉症(High Functional ASD)とも言われます。物事の一部に注意が集中する、全体の状況をつかむことが困難である、一度に一つのことしかできない、最初に覚えたことをなかなか変更できない、パターン化した行動を取る、融通が利かない、独特な言葉遣いやしゃべり方をする、できることとできないことの差が激しい、過去の出来事を突然思い出して(フラッシュバックと言います)、その

場に全く関係のないことを言い出したりする、などの特徴があります。自閉症の障害には、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害が含まれます。

アスペルガー症候群を例にとると、「社会性の障害」の面では、人の気持ちを推察することや、他者の立場に立って考えることが苦手という特徴があります。もう少し具体的に言うと、素直で悪気はないけれど、ついつい相手の傷つくことを言ってしまう、暗黙のルールがわからない、同年齢の子どもと波長が合わない、などです。「コミュニケーションの障害」では、言葉は話せるが、相手との会話のキャッチボールを楽しむことが苦手です。回りくどく、細かいところにこだわったり、話が飛びやすく、一方的でわかりにくいことが多いと言われています。口ごもったり、小さな声で独り言を言うというのも特徴です。話の内容より音声に関心があり、独特な話し方をします。テレビや辞典で覚えた言葉を場面に関係なく使うことがあります。語彙は豊富でも、感情や情緒を表す会話が苦手、また、言葉の裏の意味や曖昧な表現を理解することが苦手です。「想像力の障害」では、興味の範囲が限られている、遊びや行動面で柔軟性のなさやこだわりなどあるなどの特徴が挙げられます。ごっこ遊びは得意ではありませんが、ものまね遊びは得意です。いろいろな物を集めたがったり、機械的な記憶が得意です。行動パターンが決まっていて、変更を嫌がります。

これ以外では、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、皮膚感覚の感覚が過敏であったり、逆に鈍感であったりします。一対一の会話はできても、クラスの大勢の人の声や、夏の蝉の鳴き声が辛抱できず、学校に行けないような子もいます。逆に、人にぶつかってもケロリとしていて血を流したまま遊んでいたりして、周囲とトラブルになる子もあります。

このように、自閉症の子どもは、同世代の子どもたちと同じようにできず、自分の意思も上

手に伝えられないことが多いので、失敗を繰り返しがちです。わがままと誤解されたり、否定的な対応を受け、ときにいじめを受けたりして、ますます自信喪失し、困惑・不安が高まり、うつ状態になったり、過去の嫌な体験の気持ちが一瞬蘇ってきて、パニックに陥ることもあります。自閉症児への適切な対応のキーワードは、理解、支援、連携です。

## (2) 薬物乱用

近年、覚せい剤をはじめ各種依存性薬物が大量に密輸され、低年齢層にも乱用が広がっています。全国的に、若者による薬物事犯は増加しており、大学生による大麻乱用事件も記憶にも新しいところです。

表1. ICD-10による精神作用物質依存症候群の診断基準

1. 物質を摂取したいという強烈的な欲求、渴望
2. 物質使用の開始、終了あるいは使用量をコントロールすることが困難
3. 物質の中断あるいは減少による身体的離脱状態。離脱症候群の出現、あるいは離脱症状を軽減、回避する意図で使用することが明らかである
4. 耐性の出現による使用量の増大
5. 物質使用のために、他の楽しみや興味が薄れ、物質の摂取時間が長くなり、その効果からの回復に長時間を要するようになる
6. 明らかに有害な結果がわかっているにもかかわらず無視して物質の使用を続ける(過度の使用による臓器障害や大量使用による精神障害など)(負の強化への抵抗)

以下の6項目のうち、3項目以上が過去1年間のある時期に繰り返し認められるとき、物質依存症と診断します。

これら薬物依存の主な診断基準は国際疾病分類(ICD-10)によっています(表1)。

現在、第三次覚せい剤乱用期といわれている

ように、覚せい剤にかかわる事件が日常茶飯事となり、連日マスコミを騒がせています。また、最近では有機溶剤や覚せい剤とアルコール・睡眠導入剤などとの多剤乱用の事例や、MDMAをはじめとする合成麻薬と呼ばれる違法ドラッグの押収量も増加しており、社会的にも精神科医療的にも多大な影響を与えています。すなわち、薬物乱用の問題は医学モデルのみに留まらず、社会経済や政策などの領域とも広く関わりが認められます。

一方、若者たちは非常に好奇心が旺盛であり、興味本位や仲間外れにされたくないという、とても単純な動機で薬物に手を染めてしまいます。いとも簡単に入手できるシンナー（有機溶剤）を入門（Gateway）のようにして、身体的依存の少なく「安全だから」と錯覚して大麻に手を伸ばし、そして次第に暴力団との関わりが強くなっていき、ついには覚せい剤へと、少しずつ破滅の道にはまり込んでしまいます。

また、覚せい剤を「やせ薬」と称して女子中学生や高校生のダイエット願望に巧みに付け込んだり、「しゃぶ」や「ヒロポン」とは呼ばずに「スピード」や「アイス」といった少し格好いい名前と呼ぶことでまるでファッション感覚のような錯覚を与える呼び名で若者の間に出回っており、合成麻薬のMDMAなどは「エクスタシー」と呼ばれ、カラフルで若者の抵抗感や罪悪感を薄めてしまっています。

依存性薬物の多くは、その摂取により意識の変容や幻覚・妄想などの種々の精神症状を惹起するため、使用時の事故・犯罪も多く、司法精神医学とも密接な関連があります。依存物質の定義として精神依存が必須ですが、身体依存はあるものかないものがあり、身体依存を形成するものが離脱や退薬症状を来たします（表2）。

表2. 依存性薬物の特徴

	中枢神経作用	精神依存	耐性	身体依存		
				離脱	急性	慢性
モルヒネ型	抑制	+++	+++	+++	+	+?
バルビタール・アルコール型	抑制	++	++	++	++	++
アンフェタミン型	興奮	++	+	0	++	+++
コカイン型	興奮	+++	0	0	++	+++
大麻型	抑制	+	0	0	+	+?
幻覚薬型	興奮	+	+	0	+++	+?
有機溶剤型	抑制	+	+?	+?	++	+?

0:なし, +:あり, ++:著明, +++:最大

依存症者は些細な葛藤や漠然としたフラストレーションがあると、何らかの薬物の投与を希望しやすく、同時に不定愁訴も多くなりがちです。対症的に抗うつ薬や抗不安薬を使用しますが、幻覚や被害妄想を主体とする精神病症状に対しては原則的に入院による治療が必要であり、抗精神病薬を使用します。

一般的に薬物依存症者は他の薬剤にも依存しやすい傾向があるため、依存形成のリスクの高い抗不安薬や睡眠薬の投与量は必要最小限にとどめる、対象となる症状が消失すれば漸減・中止する、などの対応が重要となります。

薬物依存症者への対応としては、まず依存とそれに関連して生じているさまざまな問題を認め、これを解決しようという患者の動機付けを行うこと、さらに断薬への意志を失わせることなく継続的に支えることが重要です。薬物依存症には、対人関係や経済的問題などをはじめ、依存薬物の摂取に関連した様々な心理社会的・身体的障害が随伴しており、個人、家族を含め

た社会背景や関連障害の広がりへのアプローチが不可欠なものとなります。こうした問題に対処するためには、精神科医のみならず内科医、ソーシャルワーカー、臨床心理士、公的機関、自助グループ、家族、職場などの多職種の人々の協力を得ながら、個人精神療法、集団精神療法、認知行動療法、内観療法、家族療法、患者の状態に応じた環境調整などを組み合わせた「多面的」アプローチが重要となります。

そして、とくに若年の依存症者へは、家族の対応と治療者側からの家族への働きかけがとくに重要なポイントとなってきます。

まず家族全員が歩調を合わせ、お互いの信頼関係を再構築していくことを推進していきます。そして、早めに少年センターや精神保健福祉センター、専門の医療機関などに相談し、協力を求めることが大切です。

若者たちが薬物の怖さを知り、彼らの人生の転落を未然に防ぐために、わたしたち大人が、薬物の危険性について繰り返し啓発していくことが重要です。

### (3) タバコ依存

タバコの有害性が科学的にも明らかになってきている。日本での能動喫煙による死亡者数は毎年11万人以上に上っている（男性：約90,000人、女性：約114,200人）。日本人の10大死因のうち能動喫煙が原因となりうる疾患は肺がんを筆頭に種々の臓器の癌、心臓病、脳卒中、肺炎、肺気腫など多くの病気の原因となっている。

これにはタバコ煙の問題がある。タバコ煙にはタバコにもともと含まれている成分や、その成分が燃焼する際の複雑な反応から生じる化合物が約4000種類以上含まれる。特に強い発がん性を示す物質にニトロサミン類がある。ニトロサミンはニコチンがニトロ化されて生成される化学物質の総称で、腺組織にがんを発生させやすい性質が指摘されている。これらを含む約

60種類もの発がん物質を含むことも更なる大きな要因となっている。またジメチルニトロサミンは副流煙のほうが主流煙より数倍から数十倍も多く含んでおり、非喫煙者における腺癌発生の原因といわれている<sup>10)</sup>。

タバコの主成分であるニコチンは耐性、依存性、習慣性が認められることは多くの実験動物やヒトの臨床医学からも明らかであり、依存形成に関わるのは中脳に存在する腹側被蓋野の $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン性アセチルコリン受容体であり、ニコチンがこの受容体に結合すると脳内報酬系の一部である側坐核のドーパミンが放出され一時的な快感や報酬感をもたらされる。このようなメカニズムで脳内報酬回路を通じて依存性を形成し、なかなかやめられなくなっていく。このためなかなか禁煙が出来なくなる<sup>10)</sup>。

これは自身の意思の強さとは関係ないといわれ、禁煙するにはいくつかのコツがあるのです。禁煙の「あいうえお」ですが、第1のコツ：あかるく止めよう、第2のコツ：いっきにやめよう（徐々に減らそう、軽いタバコにしようは難しい、ニコチンの禁断症状のピークは3日であり、3週間を過ぎると本来の身体がよみがえる。また本数を減らすと深く吸ってしまう）、第3のコツ：うごいて止めよう（タバコに考えがいかないように水を飲んだり、運動をしたりする）、第4のコツ：えんをむすんで止めよう（肺炎や虫垂炎が根性で治るでしょうか。だれかと、何かといい縁をむすびましょう。よい補助薬もめています。コーチの力を利用しよう）、第5のコツ：おきあがりこぼして止めよう（卒煙はスポーツです。といっても特殊な才能や厳しい鍛錬を必要とするものではありません。自転車に乗れるようになる、など少し努力すればだれでも出来るスポーツです。どんなスポーツも一度で完成しません。何度かの挑戦で完成することを知ってください）。以上のコツを使って卒煙しましょう。

#### (4) 男性更年期障害

男性更年期障害は、加齢、ストレス、男性ホルモン低下などが原因で生じます。そのうち、加齢に伴う男性ホルモンの減少によって生じる病態は近年、加齢男性性腺機能低下症候群 Late-onset hypogonadism (LOH症候群) と呼ばれており、泌尿器科を中心に男性更年期外来が開設されている病院も増えてきています。

男性更年期障害の症状は大きく精神症状・身体症状・性機能症状の3つに分類され、男性ホルモン補充療法を行うことがあります。

治療方針は「LOH症候群診療の手引き」で推奨されている男性ホルモン補充療法の適応に準じています。

男性ホルモン補充療法の適応は、自覚的あるいは他覚的に更年期症状を有する40歳以上の男性であり、血中遊離テストステロン(FT)が低下している場合としています。

FTが8.5pg/ml未満の場合、男性ホルモン補充療法を第一に行います。またFTが8.5～11.8pg/mlの場合も境界領域群として、男性ホルモン補充療法を考慮しています。すなわち、症状の程度に応じ、患者さんに男性ホルモン補充療法のリスク・ベネフィットを説明した上で男性ホルモン補充療法を治療の一つの選択肢としています。

FTが11.8pg/ml以上の場合男性ホルモン補充療法は行わず、症状に適した治療を考慮しています。すなわち、心理症状が強い場合は精神科医・心療内科医と相談し、抗うつ薬・抗不安薬の投与などをお願いします。また、身体症状や骨粗鬆症が疑われる場合なども各専門医と相談し薬物療法を検討し、筋力低下に対しては生活習慣の改善などを指導すると言ふ具合に、色々な専門医との連携が必要とされます。男性更年期障害をまとめると以下ようになります。

#### 男性更年期障害

- ①加齢、ストレス、男性ホルモン低下などによって、男性更年期障害が生じる。
- ②精神症状、自律神経失調症状、性機能低下などが主要な症状となる。
- ③治療は、男性ホルモン補充、EDへの治療、カウンセリング、抗うつ薬、社会生活の調整などが有効である。
- ④男性ホルモン補充は、適切な診断と経過観察が必要である。

#### (5) 認知症

認知症の定義は“知的機能が脳の障害により持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態”とされています。その主な症状は①記憶障害 ②記憶障害以外の言葉や行動、認知機能の障害で、意識障害や鬱病などの精神疾患では説明できない症状です。記憶には①覚える段階、②記憶を保つ段階 ③記憶を呼び起こす段階の3段階があります。高齢になるとともに人の名前や、出来事をすぐに思い出せなくなるのは③の段階の問題で、“あれ”“これ”“それ”が多くなりますが、これは生理的な物忘れと考えられ、これだけで認知症とは言えません。認知症の患者さんの場合は①の覚える段階の障害が出てきますので、直前にあった出来事を覚えられない、繰り返し同じ話をするなどの症状が出てきます。

認知症の種類には、①アルツハイマー型：アミロイド蛋白が脳に蓄積し脳の神経細胞が変性・減少して、脳全体が小さくなってしまふ病気です。初期には記憶障害のみで身体的な障害はほとんどなく、認知症のみが徐々に進行していくという特徴があります。比較的初期から物盗られ妄想など問題症状を伴うことがあります。女性に多いタイプです。②脳血管性：脳卒中が原因となって脳の血管が詰まったり、破れたりすることにより、片麻痺、言語障害を伴う病気です。脳卒中の発作を起こすたびに症状が悪化

する特徴がありますが、脳卒中とは関連なく緩徐に進行することもあります。症状は多彩ですが、活動性が低下し、無気力になることが多く、歩行の障害を伴うことが多いです。男性に多いタイプです。

③レビー小体型：パーキンソン症状を合併し、幻覚・せん妄が出現しやすい。薬に過敏性。

④前頭側頭葉型 人格変化、食行動の異常、同じ行動を時間通りに何度も繰り返す。

そのほか、正常圧水頭症、硬膜下血腫、甲状腺機能低下症などでも起こることがあります。

認知症に気づくきっかけですが、①少し前のことや、1～2週間前に話したことを全く覚えていない、②同じことを何度も言ったり、会うたびに同じ内容の話をする、③使い慣れた単語が出てこなく、代名詞が多い、④同じ買い物を何度もする、⑤料理のメニューが少なくなった、⑥簡単になる、⑦今日の日付や曜日がわからない、⑧質問されたことと違うことを答える、⑨話のつじつまを合わせようとする、⑩やる気がなくなる、などがあります。

認知症の診断には、病歴と診察(神経内科的診察)と脳高次機能の評価：Mini-mental state examination (MMSE)、改訂長谷川式簡易知能検査、脳の構造を見るMRIや脳の血液の流れをみるSPECTなどの神経画像検査が必要です。

認知症の治療には、病気の進行を遅らせる方法として、①薬物療法(ドネペジル、ガランタミン(未発売)、メマンチン(未発売)や、②非薬物療法として家族の対応、介護が重要です。

また認知症の発症を遅らせる方法、すなわち認知症の予防としては生活習慣が重要です。例えば、環境因子やライフスタイルなどが認知症発症に関与します。高コレステロール血症、肥満、高血圧、糖尿病などは認知症を悪化させます。収縮期高血圧が160mmHg以上の人は、2.3倍 認知症になりやすい、総コレステロール値260mg/dl以上の人は、2.1倍 認知症になりやすい、両方の危険因子を持つ人は、3.5

倍 認知症になりやすい、というデータもあります。このため、高血圧や高脂血症の治療薬が認知症発症を抑制しますし、血漿中ホモシステイン濃度の上昇は動脈硬化を引き起こすため、葉酸とビタミンB6を多く取ると血中ホモシステイン値が低下します。

また食事、栄養、運動、休養が認知症発症に関連しています。魚を1日18.5g以上摂取した人たちは、3g以下しかとらない人たちよりも認知症になりにくい、日本人アルツハイマー型認知症患者では発症以前より偏食や小食を示す例が多く、特に魚と緑黄色野菜の摂取が有意に低い、週3回以上歩行より強い程度の運動を行うグループは、行わないグループと比べて認知症が有意に抑制される、などもわかっており、認知症予防には食事と運動が大変重要です。

## C. 研究結果

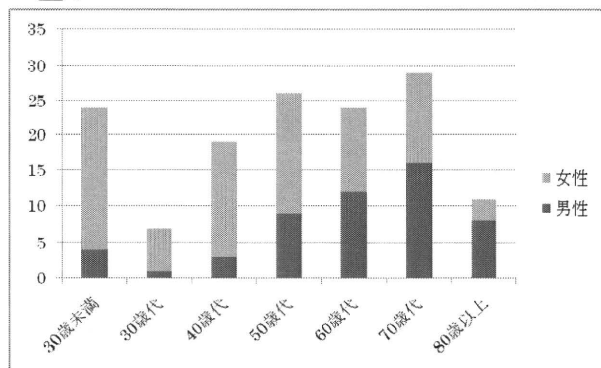
### (1) 参加者の背景

全体で220名の参加のうち、アンケート結果が得られたのは男性53名、女性87名の計140名で、回収率は63.6%であった。年齢、性別の割合は表3、図1に記載した。

表3

	男性	女性	合計
30歳未満	4	20	24
30歳代	1	6	7
40歳代	3	16	19
50歳代	9	17	26
60歳代	12	12	24
70歳代	16	13	29
80歳以上	8	3	11
合計	53	87	140

図1



## (2) 講演前の理解度

講演前の理解度の性別、年齢による違いをANOVAにより検定した。男性更年期 ( $P < 0.01$ ) と認知症 ( $P < 0.001$ ) において年齢の効果が有意であり (表4, 表5), Tukeyの多重比較によれば、30歳未満と比較して40歳代以降の各年代で有意に理解度が高かった。また、認知症では、男性と比較して女性で有意 ( $P < 0.05$ ) に理解度が高かった。

表4 (男性更年期)

年齢	平均値	標準誤差
30歳未満	0.525	.180
30歳代	1.1	.359
40歳代	1.107	.248
50歳代	1.329	.140
60歳代	1.306	.145
70歳代	1.37	.132
80歳以上	1.833	.354

表5 (認知症)

年齢	平均値	標準誤差
30歳未満	0.975	.164
30歳代	1.2	.327
40歳代	1.4	.225
50歳代	1.853	.128
60歳代	1.889	.132
70歳代	1.948	.120
80歳以上	2.083	.323

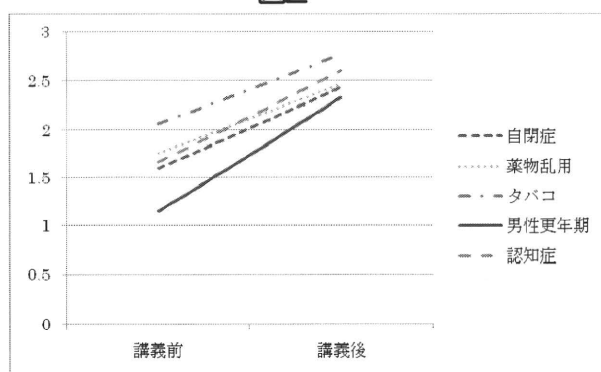
## (3) 講演前後の変化

Repeated measures ANOVAを用いて講演前後の変化を検定した (表6, 図2)。いずれの疾患 (病態) においても講演後で理解度は有意に改善しており ( $P < 0.001$ )、性別による有意な効果はなく、年齢による効果は自閉症、男性更年期、認知症で有意であった ( $P < 0.05$ )。講演前後の変化は、男性更年期、認知症、自閉症、薬物乱用とタバコの順に大きく、図2に示す通り、男性更年期では講義前の低い理解水準から、他と同等の理解水準まで改善していた。Tukeyの多重比較を用いた検討では、男性更年期において、30歳未満と50歳代 ( $P < 0.05$ )、80歳以上 ( $P < 0.01$ ) との間に有意差が見られ、いずれも30歳未満の方が講演前後での理解度の改善が大きかった。また、認知症においても、30歳未満と50歳代 ( $P < 0.05$ )、60歳代 ( $P < 0.01$ )、70歳代 ( $P < 0.05$ )、80歳以上 ( $P < 0.05$ ) との間に有意差が見られ、いずれも30歳未満の方が講演前後での理解度の改善が大きかった。自閉症については、多重比較では特定の2群間に有意差は認めなかった。

表6

	講義前	講義後
自閉症	1.6	2.43
薬物乱用	1.76	2.46
タバコ	2.06	2.76
男性更年期	1.15	2.33
認知症	1.67	2.6

図2



## D. 考察

本研究は、一般への精神障害の理解の啓発を目的として、一般府民・市民を対象とする公開講座（テーマ：「こころと身体の健康－最近の話題－」）を開催した。5つの疾患（病態）は我が国の精神保健福祉でも、発達障害者基本方法、薬物乱用防止対策、老人性認知症疾患対策などで重点的に取り組まれている<sup>13)</sup>、自閉症、薬物乱用、タバコ依存、男性更年期障害、認知症であり、それぞれ小児期、思春期・青年期、青年期から壮年期、更年期、老年期に発症の多いものとして順に講演された。

(1) 講演前の理解度の結果からは、男性更年期と認知症の2つにおいていずれも30歳未満に比べて40歳代以降の各年代で有意に理解度が高かったのは、これまでから、それらについての知識が、テレビ等の種々のメディア、新聞

や情報誌などを通じて高かったものと考えられる。また、認知症については男性と比較して女性で有意に理解が高かったのは、上記と同様な理由に加え、配偶者の認知症発症に対する心配等が、平均寿命の違いもあって高いものと推測される。

(2) 講演前後での理解度の変化では、5つすべての疾患（病態）において有意に理解が高まった。その理解の程度は男性更年期、認知症、自閉症、薬物乱用とタバコの順に大きかった。このことから講演、セミナーなど地域での種々の精神疾患に対する啓発により、理解が十分高まることが明らかとなった。理解度の上昇の背景としては、元々ある程度の知識があり講演を改めて聞いて、忘れていた点も含めその知識の整理が出来たことによる理解度のアップに繋がったことが考えられる。もう一つの見方は元々の知識は十分ではないものの、講演としてまとまった疾患（病態）の内容を聞くことによって初めて理解度が高まった可能性もある。また両者が混在するようなケースもあるかと推測される。具体的には、男性更年期は他の4つに比較すると最近、特に泌尿器科・精神科領域で注目されているもので、まだ一般への認知は十分でないと思われ、上記の後に属するものと考えられ、講演後の変化の傾き(1.15→2.33)が他の4つに比べ急峻となっているものと思われる。また、講演前の理解度の高いタバコ依存についても、男性更年期を除く他の3つと同様の傾きを保ち(2.06→2.76)、講演後の理解度はさらに高くなっているケースも認められた。

一方、年齢別による理解度の変化では、男性更年期と認知症において、30歳未満が、他の多くの高齢代に比べて理解度の改善が有意に高かった。このことは2つの疾患について、講演前の理解度が逆に有意に低かったことから講演後の変化として理解度が有意に高まったことが推測される。



昨年度の本研究では、統合失調症について主に家族教室での当事者・家族へのアンケート調査から、疾患の理解・再発の減少・社会復帰などにおいて有効な結果が得られることを報告したが、今年度は、近年話題となっている5つの精神疾患（病態）に対する啓発について報告したが、今後は、気分障害や不安障害、摂食障害等についても、患者・家族の啓発だけでなく、地域での啓発の向上が大切であり、その中で理解の深まらない点があるとするとういう背景があるのかを探っていく必要がある。さらに普及啓発がどの程度進むかの客観的な評価指標の作成が進むと、それを用いての地域での普及啓発率の向上についても検証することができるものとする。

## E. 結論

一般人向けに「こころと身体の健康 ―最近の話題―」をテーマに、自閉症、若者の薬物乱用、タバコ依存と心身への害、男性更年期障害、認知症の5つの疾患（病態）についての講演を行った。講演前後での、それぞれの疾患（病態）の理解度（講演前、および講演前後の理解度についてアンケート調査から統計的解析を行い、すべてにおいて講演前後での理解度の向上に有意差が得られ、講演による啓発を続けていくことが有用であることが明らかになった。

### 【文献】

- 1) 山田千冬 福居顯二 他：「単科精神病院入院患者における広汎性発達障害の実態調査」精神科9 (2) 183-192, 2006
- 2) 町原 敦 福居顯二 他：「統合失調症と高機能広汎性発達障害のいずれの診断基準をもはっきりとは満たさなかった1症例について」精神科10 323-328, 2007
- 3) 福居顯二 他：「慢性有機溶剤乱用者の動因喪失症候群について―神経心理学的観点から―」アルコール研究と薬物依存 30 367-374, 1995
- 4) 宮田久嗣 福居顯二 他：「ニコチン, アルコール, 覚醒剤, 有機溶剤, 抗不安・睡眠薬依存の臨床像の比較に関する研究」日本神経精神薬理学雑誌20 233-236, 2000
- 5) 北林百合之介 福居顯二：「アルコール・薬物依存」チーム医療従事者のための臨床医学全科金芳堂 (京都), 357, 2006
- 6) 大見陽子 福居顯二 他：「入退院を繰り返した後、精神科デイケア通所によって安定した有機溶剤精神病の2症例」日本アルコール・薬物医学会誌42 76-81, 2007
- 7) 福居顯二：「第2章 精神作用物質による精神および行動の障害 アルコール以外の精神作用物質使用による精神および行動障害」NEW精神医学改訂第2版 197-204, 2008
- 8) 国本美紀 福居顯二 他：「3回目の入院時に断薬への動機づけがうまれた男性ブロン液依存症の1例―バウムテストの変化を中心に―」精神科13 451-456, 2008
- 9) 福居顯二 他：「慢性分裂病患者的喫煙習慣について」アルコール研究と薬物依存 30 447-454, 1995
- 10) 繁田正子：タバコ学事始―なぜその葉は社会を蝕むのか― 京都府立医科大学雑誌 118(11) 699-709, 2009
- 11) 福居顯二：「女性更年期障害と男性更年期障害」JGHP18 (2) 163-167, 2006
- 12) 北林百合之介：「認知症」チーム医療従事者のための臨床医学全科 金芳堂 (京都), 358-359, 2006
- 13) 我が国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック) 平成21年度版 精神保健福祉研究会監修

## 精神障害者が身体疾患治療時に直面する障壁に関する研究

研究協力者：池山 晴人(1)，厚坊 浩史(2)

- (1) 近畿中央胸部疾患センター 医療社会事業専門職，地域医療連携係長  
(2) 南和歌山医療センター 臨床心理士・自律訓練法認定士，緩和ケアチーム・  
栄養サポートチーム・禁煙指導チーム構成員

### 【研究要旨】

精神障害者も健常者と同じく，身体疾患に罹患する。しかしこれまで経験的に，精神障害者が身体合併症の治療のため，一般病院・診療所に入院，受診する際の困難さ“敷居の高さ”を感じてきた。

精神障害者は精神疾患と障害が分離せず，混然一体となって『生活のしづらさ』をもたらしている特徴があり，加えて治安的色彩の強い日本の精神科医療の影響も受け，偏見・誤解・差別という「第2の病」をもちながら生活することとなる。

このような精神障害者の『生活のしづらさ』のなかで身体合併症に焦点をあて，

- ① 3医療機関の地域医療連携担当者に対して，精神疾患・精神障害を理由に，入院受け入れを断った件数を調査した。
- ② 訪問看護を利用して地域で生活する精神障害者が，身体合併症を治療する際の現状について，訪問看護ステーション管理者に対して調査を行った。

その結果，A 病院では年間 18 件，B 病院では 42 件の入院依頼を精神疾患・精神障害を理由に断っていた。断る理由については，精神症状が安定していないために，本人が一般病院での入院に適應できない，精神症状が安定していないために，他の入院患者への（マイナスの）影響がある，という病棟管理上のもの，検査・手術や抗がん剤治療など，治療方針の理解が困難である，認知能力・自己決定能力の不足を挙げるもの，気管切開や中心静脈栄養など，身体合併症の治療の結果，医学的管理が複雑化すると，退院が確保できなくなるというもの，などが挙げられた。

D 訪問看護ステーション開設から 2008 年 11 月 30 日までの利用者は 42 名，うち，身体疾患を合併している精神障害者は 22 名，52.3%で，その年齢は 30 歳代から 80 歳代であった。①②の調査から，精神障害者が身体合併症の治療を受ける際の障壁があることがわかった。

国連原則では，すべての患者は自己の健康上の必要性に照らし，適切な保健医療及び社会的ケアを受ける権利を有し，他の疾患を持つものと同じ基準に則したケア及び治療を受ける権利を有する，としている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で厚生労働省は今後，精神科病院に入院している約 7 万人の精神障害者の地域生活への移行を目指

しており、精神障害者の身体合併症治療におけるバリアをなくす取り組みが必要とされている。

## A. 研究目的

1993年、障害者基本法が成立し、精神障害者が身体障害および知的障害と同様に障害者と位置づけられ、精神障害者保健・福祉がはじめて国の法施策の対象となり15年が経過する。また2005年に成立した障害者自立支援法では、身体、知的、精神という障害種別に関係なく、障害を持つ国民は、共通の仕組みによって共通のサービスを利用できるとされた。

精神保健および精神障害者福祉に関する法律、第5条によると「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」と定義されている。

山根<sup>1)</sup>は、精神障害の特性として第一に「疾患と障害の共存」をあげ、「統合失調症という疾患の結果、幻聴が聞こえたり、被害妄想がおき（機能障害 impairment）、幻聴や妄想のために電車通勤が困難になり（能力障害 disability）、会社から統合失調症を理由に退職を申し渡されることがある（社会的不利 handicap）。それぞれの障害は、疾患→機能障害→能力障害→社会的不利と、単純に時間的継起による因果関係で示すことはできない」としている。

また、精神障害者は日本の精神科医療の歴史に見られた、隔離・収容を軸とした治安的施策により偏見や差別の対象となったことも事実である。日本学術会議・精神医学研究連絡委員会報告書<sup>2)</sup>は、この偏見を「精神疾患に重畳する第2の病（second illness）」と表現し、精神医療・保健福祉における大きな課題と位置づけた。このように精神障害者は、疾患と障害、誤解と偏見という社会のバリアによって「生活の

しづらさ」を背負い、生活しているといえよう。

精神障害者の「生活のしづらさ」については多数の報告があるが、島根県社会福祉協議会・しまね総合相談・生活支援センターは精神障害者からの相談内容を調査し、①偏見、②病気とのつきあい、③意思表示・意志決定、④食生活、⑤嗜好品、⑥居住環境、⑦お金と仕事、の7項目に分類している<sup>3)</sup>。

この②病気とのつきあい、では「精神疾患とのつきあい」に並んで、合併する身体疾患を診てもらえる病院・医院がない、診察を断られた、という「生活のしづらさ」が当事者側からあげられている。

精神障害者に生じた身体合併症の治療に関連した偏見については、医療者側でも認識されている。1993年度の厚生科学研究で、黒木らが精神科単科病院に対して行った調査では、精神科病院に入院する精神障害者が、身体疾患を併発した場合に「転院先に困る」と回答した施設は64%と多く、転院に苦慮した例のうち「精神症状のために一般病床への入院が困難、拒否される」が62%をしめ、精神障害者の身体合併症医療の特殊性から一般病床で合併症の治療に対応するのは困難である、と結論づけている。

地域で生活する精神障害者の身体合併症の状況についてはほとんど明らかにされていない。2007年度の厚生労働科学研究において大島ら<sup>4)</sup>は、ACT（Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム）を利用して地域で生活する精神障害者の身体疾患を調査した。全対象者102名のうち、何らかの身体疾患を有する者は34名（33.3%）で、疾患の内訳は内分泌・代謝障害、循環器疾患、消化器疾患、筋・骨格系疾患、悪性新生物であった。

また、Sokalらは、重度の精神障害者を有する群は、精神障害を持たない群と比較して身体疾患、特に慢性疾患の有病率が高い<sup>5)</sup>、と報告している。

このように精神障害者は、精神科病院での入院生活、あるいは居宅生活を問わず身体疾患を合併していることが多く、身体疾患の治療に際して困難を感じていることがわかる。

わが国では、東京都「精神科身体合併症事業」のようにシステムを構築している自治体もあるが、精神障害者の身体合併症治療システムは均てん化されていない。

そこで本研究では、①身体合併症の治療依頼を受ける一般病院において、精神障害者の受け入れについての現状、②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状、を把握し、その問題点を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 対象と方法

①一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状

対 象：精神神経科の標榜がなく、精神神経科医が勤務しない一般病院A、B、Cの地域医療連携部門担当者

調査期間：2009年1月1日から2009年1月31日の1ヶ月間

調査方法：各病院において、2008年1月1日から2008年12月31日までの1年間に、他の医療機関から受けた入院依頼のうち、精神疾患・精神障害を理由として入院受け入れを断った件数を、各病院の地域医療連携担当者に電子メールにて調査依頼した。また回答は電子メールで回収した。

②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状

対 象：D訪問看護ステーション・管理者

調査期間：2008年11月1日から2008年11月30日までの1ヶ月間

調査方法：主に精神障害者の訪問看護を行うことを目的に設立されたA訪問看護ステーション管理者に、身体疾患を合併している訪問看護利用者と一般病院における診療受け入れの現状について電子メールにて調査依頼した。また、回答は電子メールで回収した。

倫理的配慮：①のアンケート調査にあたって、協力可能な病院で、病院や患者個人が特定できないように配慮した。②について、事業所名や管理者、利用者個人が特定できないように配慮した。

## C. 結果

①一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状

(A病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、A病院に入院依頼があった患者のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は18件であった。(1年間の総依頼件数は不詳)

(B病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、B病院に入院依頼があった患者(総依頼件数：544件)のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は42件であった。

紹介を受ける時に把握していた精神疾患

として、統合失調症、アルコール依存症・薬物依存症、気分障害が大半を占めており、統合失調症：26件、アルコール依存症・薬物依存症：14件、気分障害：10件（以上、重複回答あり）であった。

また、B病院の調査対象者が、受け入れないことを決定・判断した理由について、4名の入院判定医師に確認したところ以下の回答が得られた。

- ・ 精神症状が安定しておらず、本人が一般病院での入院に適応できない、と考えられる
- ・ 精神症状が安定しておらず、他の入院患者への（マイナスの）影響がある、と考えられる
- ・ 検査、手術や抗がん剤治療など、治療方針の理解が困難である、と考えられる
- ・ 身体疾患の治療、投薬などが原因で精神症状が悪化したとき、精神科医がおらず対応できない、と考えられる
- ・ 気管切開や中心静脈栄養など、身体合併症の治療の結果、医学的管理が複雑化すると、紹介元の精神科病院で再入院できなくなる、と考えられる
- ・ 自傷他害のおそれがある、と考えられる
- ・ 病棟看護師が、精神障害をもつ患者にかかりっきりになってしまう、と考えられる
- ・ 病棟看護師から入院させたことに苦情が出る、と考えられる
- ・ 他の医師から入院させたことに苦情が出る、と考えられる
- ・ 統合失調症はよくわからないから

#### （C病院）

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、C病院に入院依頼があった患者のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は、理由の分類ができず「不明」との回答。

自由記載として、「C病院に入院したものの、精神症状が強まったため精神科病院に転院した症例が10件あったこと、その10例の状態として、アルコール依存症、パニック障害、自殺企図、統合失調症、不穏があげられていた。

#### ②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状

##### 1) 概要

D訪問看護ステーションは、精神障害やアルコール問題のある人が安心して暮らせる街づくりを目的として開設された独立型訪問看護ステーションである。スタッフは6名（看護師4名、精神保健福祉士2名）、2008年11月30日時点の利用者数は31名である。

利用者の家族形態は、独居22名、家族と同居は9名であり、そのうち子育て中である利用者は6名で、うち5名がひとり親世帯の世帯主となっている。訪問看護導入の依頼元は、精神科診療所や精神科病院、保健センター、居宅介護支援事業所など多岐にわたっている。

##### 2) 利用者状況

D訪問看護ステーション開設から2008年11月30日までの利用者は42名、うち、身体疾患を合併している精神障害者は22名で、その年齢は30歳代から80歳代であった。

##### 3) 身体疾患を合併する精神障害者が一般病院に受診した際の事例

以下、事例Ⅰから事例Ⅵが自由記載で回答された。

【事例Ⅰ】アルコール依存症、糖尿病、慢性腎炎、認知障害。

血糖値高値で入院。高アンモニア血症も確認されたが、奇行があったとのことで、在宅ケア体制が整わないうちに退院指示となる。他に受け入れ可能な一般病院が見つからず、グ

ループホームを手配するが、経過から入所を拒否された。

【事例Ⅱ】アルコール依存症、肺気腫。

階段から落ちて救急車要請する。転落・外傷とともにアルコール依存症も併せて伝え、救急隊が搬送先を探したが、受け入れ先確保できず。

救急隊から、自治体が運営する「こころの救急相談窓口」に家族が電話をするように言われ、電話したところ精神科病院を紹介され入院した。入院先で死亡。

【事例Ⅲ】統合失調症、膝関節症。脳梗塞の既往。

起きあがれない状態と連絡あり、脳梗塞疑いにて一般病院へ入院。翌日、担当医より「叫んだりしませんでしたね」といわれた。在宅ケア体制が整わないうちに退院するように言われた。

【事例Ⅳ】統合失調症、肺炎。

急性肺炎を起こし、救急車要請する。本人が医療観察指定を受けていることを伝えた。受け入れ先見つからず。

【事例Ⅴ】認知症、アルコール依存症。

転倒し救急にて一般病院へ搬送。レントゲンをとったあと、医師はカルテを見て過去にアルコール依存症治療歴があると知り、救急隊を呼び戻し「申し送りが悪い」と本人を連れて帰るように要求、救急隊は本人を自宅へ帰した。

【事例Ⅵ】アルコール依存症、ウェルニッケ脳症後遺症。

体重 30Kg を切る、るい瘦状態で一般病院へ救急搬送され、処置中に医師から「ここにはこんな患者は入院できない」と告げられた。

## D. 考察

一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状では、B 病院において、1 年間の紹介総数の 7.7% の患者が、精神疾患・精神障害を理由に入院受け入れをされていなかった。

ただ、理由の具体的項目を検討すると、客観的な裏付けがないものがあり、一般病院スタッフの精神疾患、精神障害についての情報不足と偏見・誤解が、身体合併症をもつ精神障害者の受け入れ拒否につながっているのだとすれば、早急に対策を講ずる必要がある。

厚生労働省は 2008 年の診療報酬改定で、精神病床に入院している精神障害者の身体合併症に対応した取り組みに対し、加算を算定できる評価を行った（精神科身体合併症管理加算）。また、精神科救急医療において、身体疾患を併せ持つ患者について、救命救急センターを有し、身体合併症に対応できる精神科入院についても評価を行っている（精神科救急・合併症入院料）。

これら診療報酬上の評価、自治体を中心とした医療機関連携システムの構築とあわせて、身体合併症を担当する、一般病院・診療所の医療スタッフへの教育、啓発活動が重要であると考ええる。

訪問看護を利用する精神障害者の調査では、一般病院・診療所への入院、受診の困難さ、特に救急搬送先が見つからない現実が、事例から浮かび上がった。また、精神障害者が一般病院へ入院・受診しても、医療スタッフの偏見・誤解が原因と思われる不利な処遇や対応に困惑する姿が報告された。

2004 年、厚生労働省が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、入院医療の機能分化、地域ケア体制の整備、「受け入れ体制が整えば退院可能な 7 万 2 千人」の早期退院・社会復帰の実現などが改革の柱としており、地域で生活する精神障害者は今後ますます増加すると考えられる。それに比例し身体合併症を

もちながら地域で生活する精神障害者も増加することが予想され、精神科病院・病床内の身体合併症管理だけではなく、地域の精神障害者への身体合併症管理の施策、システムづくりも必須と考えられる。

## E. 結論

一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状は、A 病院では年間依頼件数のうち 18 件、B 病院では 42 件の精神障害を理由に入院受け入れを断っていた。C 病院では入院を断った件数は得られなかったが、C 病院での入院が、精神疾患を理由に継続できなくなり精神科病院へ転医することとなった件数が 10 件であった。

B 病院で入院判定を行う医師から、精神障害者の入院受け入れを断る詳細な理由を聴取した。理由の具体的項目を検討すると、客観的な裏付けがないものも含まれることがわかった。

D 訪問看護ステーションをこれまでに利用した 42 名の精神障害者のうち、22 名 (52.3%) に身体合併症があり、身体合併症の増悪や受傷により救急搬送が必要となっても、搬送先が確保できない事例があった。

### 【謝辞】

本研究にあたり、アンケート調査に協力、回答いただいた A 病院、B 病院、C 病院の地域医療連携担当者、B 病院の医師、そして D 訪問看護ステーションの管理者に感謝します。

### 【文献】

- 1) 山根 寛：精神疾患，障害構造モデルについて。京都大学医療技術短期大学部紀要，1996；16：p13-19
- 2) 日本学術会議 精神医学研究連絡委員会：こころのバリアフリーを目指して—精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のために。2005
- 3) 島根県社会福祉協議会・しまね総合相談・生活支援センター：生活支援員だより「特集・精神障害者の生活のしづらさ」2005；5
- 4) 大島巖，小川雅代：ACT 利用者における身体疾患の状況 厚生労働科学研究・重度精神障害者に対する包括的地域支援プログラムの開発に関する研究。2007
- 5) Sokal J, Messias E, Dickerson FB, et al : Comorbidity of medical illness who are receiving community psychiatric services. The Journal of Nervous and Mental Disease 2004；192 (6) : 421-427

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特記すべきことなし

## 精神科長期入院患者の退院及び社会復帰に関する普及啓発の 問題点とその改善法の検討に関する研究

分担研究者：天保英明（医療法人社団ハートフル川崎病院病院長）

### 研究要旨

（１）平成 20 年度の研究では、精神科病院へ長期入院している患者の退院促進及び地域移行を支援する具体的な取り組みと問題点を明らかにするために

１）当院の長期入院患者（５年以上）の退院及び地域移行についての実態を調査し、問題点を明らかにした。

２）川崎市にある５つの単科精神科病院のすべての病院長に「新設 精神科地域移行実施加算５点（１日につき）」の制度についてその実施状況と問題点、この制度の長期入院患者の地域移行への病院側にインセンティブになりえるかどうかなどについてアンケート調査を行った。

（２）平成 21 年の研究では、前年、平成 20 年度の調査では、精神科病院内の問題と主として経営者としての立場もある病院長のアンケートであったために、偏った結果が得られたのではないかという危惧のもと、川崎市内にある５つのすべての単科精神科病院において、医療相談室あるいは地域連携室で患者の退院に直接かかわっている職員や、同じく川崎市内にある８つのグループホーム、４つの地域活動支援センター、４つの作業所のいわば退院した患者と向き合っている職員に精神科病院長期入院患者の地域移行に対する考え方の違いについてアンケートを通して調べ、様々な問題があることを報告した。

（３）平成 22 年の研究では、昨年度の研究結果に示された結果をもとに、当院の退院促進・地域移行にかかわる働きかけによって、特別養護老人ホームに移行できた３例を提示し、移行に成功した要因について考察をすることを研究 1 とし、３症例を受け入れた特別養護老人ホームの職員に対してアンケートを行い、そのアンケートから地域の施設と精神科病院との連携のあり方について考察をすることを研究 2 とした。



## A. 研究目的

(1) 平成20年度の研究では、精神科病院へ長期入院している患者の退院促進及び地域移行を支援するにあたって、現在どのような問題が存在しているのかについて実態を調査し、精神科長期入院患者の地域移行支援をより着実に実行するためにはどのような方策が必要であり、また患者の社会復帰に関連して、地域社会においてどのような普及啓発活動が必要かをさぐるために、

1) 当院の長期入院患者(5年以上)の退院及び地域移行についての実態を調査し、問題点を明らかにした。

2) 川崎市にある5つの単科精神科病院のすべての病院長に「新設 精神科地域移行実施加算5点(1日につき)」の制度についてその実施状況と問題点、この制度の長期入院患者の地域移行への病院側にインセンティブになりえるかどうかなどについてアンケート調査を行った。

(2) 平成21年度の研究では、精神科病院に長期入院している患者の退院促進及び地域移行を支援するにあたって、どのような問題点が存在するかについて実態を調査し、精神科長期入院患者の退院促進・地域移行支援を着実に実行するためにはどのような方策が必要であり、また患者の社会復帰に関して、地域社会においてどのような普及啓発活動が必要かを探るために、川崎市にある5つの単科精神科病院の医療相談室、地域連携室など患者の地域移行に直接関わっている職員45名、川崎市に存在する8箇所のグループホームの職員25名、川崎市にある4箇所の地域活動支援センター及び3箇所の作業所の職員27名に、「長期入院患者、とりわけ入院5年以上の長期入院患者の退院を阻害する要因には具体的にどんなものがあるか?」「長期入院患者の退院を促進するためには、どのような工夫や改善がなされると効果的と思うか?」についてアンケート調査を行った。

この調査では、退院促進・地域移行促進の直接関わっている職員から様々な退院を

阻害する要因が提示され、様々な工夫の必要性が示された。

(3) 平成22年の研究では、平成21年に示された結果をもとに、当院の退院促進・地域移行にかかわる働きかけによって、老人施設に移行できた3例を提示し、移行に成功した要因について考察をすることを研究1とし、3症例の特徴としては、患者本人がかなり高齢で、ADLの低下が著しかったことであり、また家族の関わりがほとんどなくなっていた状態であることが挙げられる。通常これらの条件が重なると施設などへの移行は困難である。また、昨年度のアンケートからも施設と病院との連携をどのようにスムーズに行っていくのかということは大きな課題である。そこで、3症例を受け入れた老人施設の職員に対してアンケートを行い、そのアンケートから地域の施設と精神科病院との連携のあり方について考察をすることを研究2とした。

## B. 研究方法

(1) 平成20年度の研究は、

1) 当院において、「新設 精神科地域移行実施加算5点(1日につき)」の制度の実施状況とあわせて、当院の5年以上の長期入院患者の退院実績と退院患者のプロフィールについて調査し、退院に際しての問題点を調査した。

2) 川崎市にある5つの単科精神科病院のすべての病院長に「新設 精神科地域移行実施加算5点(1日につき)」の制度についてその実施状況と問題点、この制度の長期入院患者の地域移行への病院側にインセンティブになりえるかどうかなどについてアンケート調査を行った。

(2) 平成21年の調査は、

- 1) 川崎市に存在する5つの単科精神科病院の医療相談室や地域連携室など患者の地域移行に直接関わっている職員45人
- 2) 川崎市内に存在する8箇所のグループホームの職員25人
- 3) 川崎市内にある4箇所の地域活動支援センターおよび3箇所の差魚所の職員27人

以上の97人にアンケート用紙を配布し、記入のうえ無記名で回答を得た。

アンケートの内容：

アンケートの内容は、平成16年9月に厚生労働省においてとりまとめられた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」およびその改革ビジョンの見直しとして平成21年9月24日に厚生労働省より発表された「精神保健福祉医療の更なる改革に向けて」の内容から特に「精神科長期入院患者」と「長期入院患者の早期退院」に関するものについていくつかの質問をした後で、長期入院患者、とりわけ入院5年以上の長期入院患者の退院を阻害する要因には具体的にどんなものがあるかについて

- (1) 患者本人の要因
  - (2) 患者の家族の要因
  - (3) 患者や家族をとりまく社会的な要因
  - (4) 精神科病院の要因
  - (5) グループホームなど医受け入れ機関側の要因
  - (6) 医療制度上（保険点数上）の要因
- にわけてそれぞれ自由に記載してもらった。

また、長期入院患者、とりわけ入院5年以上の長期入院患者の退院を促進するためには、どのような工夫や改善がなされると効果的と思うかについて

- (1) 患者本人の要因
- (2) 患者の家族の要因
- (3) 患者や家族をとりまく社会的な要因
- (4) 精神科病院の要因
- (5) グループホームなど医受け入れ機関

側の要因

(6) 医療制度上（保険点数上）の要因にわけて同様に自由記載にて回答を得た。

このアンケートの回答者を、

A群：つまり川崎市に存在する5つの単科精神科病院の医療相談室や地域連携室など患者の地域移行に直接関わっている職員の一群

B群：川崎市内に存在する8箇所のグループホームの職員の一群

C群：川崎市内にある4箇所の地域活動支援センターおよび3箇所の差魚所の職員の一群

の3群に分け、アンケートの回答にどのような異同があるかを調査・分析し、考察を加えた。

(3) 平成22年の研究では、

1) 研究1（症例報告）として

対象：平成21年度に、当院の退院促進・地域移行促進の働きかけによって特別養護老人ホームに移行出来た3症例

方法：3症例の地域移行が可能になった経緯を中心に症例の検討を行い、地域移行が成功した要因について考察をする。

2) 研究2（アンケート）として

対象：研究1で対象となった3症例の受け入れ先となった特別養護老人ホーム2か所の職員50名

方法：以上の50名の対象者にアンケート用紙を配布し、記入のうえ無記名で回答を得た。

アンケートの内容：

アンケートの内容は性別、年齢、職種および所持する資格、勤続年数、精神科病院での勤務経験といった基本的な事項に加え、特別養護老人ホームで働く職員が精神科病院に長期間入院している患者についてどのようなイメージを持っていたか、また精神科病院の入院患者を施設に受け入れることについて実際に受け入れる前にはどのように感じていたかについて自由記載の形式で回答を得た。

次に、精神科病院に長期入院していた患者を施設に受け入れるにあたっての条件は何かについて問うた後に、精神科病院からの患者を受け入れてみて、良かった点と悪かった点について質問し、さらに、精神科病院と関係機関がさらなる連携を深めるために何が必要か、また特別養護老人ホーム側からみて精神科病院に期待することは何かについて自由記載で回答を得た。

(倫理面への配慮)

いずれの年度の研究においても、患者や職員の特定や病院名、施設名、その職員の特定につながらないように情報の収集・整理・発表のあり方に十分な配慮を行った。

## C. 研究結果

(1) 平成20年度の研究からは、

1)の研究では、長期入院患者の退院阻害因子については、

1：本人の要因

- \* 精神症状の要因
- \* 特に認知症状の進行によるADLの低下
- \* 服薬・グループホームへの拒否感
- \* 服薬の習慣が確立しない

2：家族の要因

- \* 介護・看病で疲弊
- \* 家族の不在
- \* 家族が退院に対して拒否

3：社会的要因

- \* 経済的要因
  - \* 住居確保困難
  - \* 入院による安心感
- などが示された。

2)の研究では、現在の精神科地域移行実施加算では、長期入院患者の退院促進に対しては十分なインセンティブになっていないことが推察された。

(2) 平成21年度の研究では、

1)「長期入院患者、とりわけ入院5年以上の長期入院患者の退院を阻害する要因には具体的にどんなものがあるか？」については、

1：患者本人の要因

- ・ 退院意欲がない、ホスピタリズム
- ・ 環境の変化に対しての不安退院後の地域生活のイメージがない
- ・ 高齢化 など

2：患者の家族の要因

- ・ 家族の高齢化、現役世代が患者の甥・姪に代替わり
- ・ 退院前の暴力などの症状に対しての不安・受け入れられない
- ・ 身内が精神科病院に入院・通院していることを他人に知られたくない
- ・ 世間体が悪い など

3：患者や家族をとりまく社会的な要因

- ・ 一般市民の精神障害者に対する偏見
- ・ 社会資源の不足 など

4：精神科病院の要因

- ・ 入院も退院もさせるためマンパワー不足、スタッフが多忙
- ・ 患者を退院させようとするチームでの取り組みが少ない
- ・ 退院支援の不足
- ・ 地域との連携不足 など

5：グループホームなど受け入れ機関側の要因

- ・ 施設の数が足りない、定員が少ない
- ・ 病院との連携がうまくいっていない

・入居の募集から入居までの期間が短い

・マンパワーの不足 など

6：医療制度上（保険点数上）の要因

・精神科訪問看護の点数の低さ

・病院から出向くサービスへの点数の配慮

・看護基準の問題

・入院費が何年入院していても変わらない

・療養病棟ではまだそれなりの点数が得られている（だから長期入院が減らない）など

が示された。

2)「長期入院患者の退院を促進するためには、どのような工夫や改善がなされると効果的と思うか？」については

1：患者本人の要因

・患者の退院へのモチベーションを高める

2：患者の家族の要因

・家族の協力を得られる工夫をする

3：患者や家族をとりまく社会的な要因

・精神科病院、グループホーム、作業所、地域支援センターのさらなる連携・交流が必要

4：精神科病院の要因

・精神科病院はさらに変わっていかなくてはならない

5：グループホームなど受け入れ機関側の要因 及び

6：医療制度上（保険点数上）の要因

・行政の支援が不可欠である

が示された。

(3) 平成22年度の研究からは

1) 研究1から

1：高齢でかつ家族がいないか家族の協力得られない精神科病院への長期入院患者の特別養護老人ホームへの移行は必ずしも不可能ではない。

2：そのためには精神科病院側が患者の地

域社会への移行に対して強い意志を持つことが必要である。

3：その上で、患者、患者の家族、特別養護老人ホームなどの受け入れ予定施設、福祉関係者及び行政とのたゆまぬコミュニケーションの継続が非常に重要である。

2) 研究2から

1：特別養護老人ホームの職員の構成は精神科病院の職員の構成とは大きく異なる当たり前の事実をもう一度確認する必要がある。

2：特別養護老人ホームの職員は精神障害を抱える患者と接する機会が少なく、精神科の患者に対して、恐怖や不安・緊張を感じている。

3：職員の不安を十分に理解・汲みながら、患者の適切な情報の開示と、対応法の指導、精神症状増悪時の精神科病院側の速やかで適切な対応が求められている。

\*いずれにせよコミュニケーション能力の向上が必須である。

以上の知見が得られた。

## D. 考察

平成20年度の研究からは、5年以上の長期入院患者の退院を阻害する因子には、1) 患者本人の要因 2) 家族の要因 3) 社会的要因 の主として3つの要因があり、これらは、結果としては実に予測しやすいものであるが実際に対応することは、様々な社会資源が出来てきたとはいえ、きわめて困難な場合が少なくない。また精神科地域移行実施加算では、長期入院患者の退院促進に対して十分なインセンティブになっていないと考えられた。

平成22年度より、精神科地域移行実施加算は、5点から倍の10点に加点されたが、調査はしていないがやはり必ずしも十