

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神科訪問看護の有効活用に関する研究

研究分担者 萱間 真美（聖路加看護大学）
研究協力者 瀬戸屋 希（聖路加看護大学）
大熊 恵子（聖路加看護大学）
角田 秋（聖路加看護大学）
林 亜希子（覚王山メンタルクリニック）
廣川 聖子（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、
聖路加看護大学大学院）

研究要旨：

【目的】精神科訪問看護のケア内容の標準化とその普及・有効活用を目指し、精神科訪問看護地域連携クリニカルパスを作成することを目的とした。

【方法】平成 22 年度は、「基盤クリニカルパス」を作成し、医師の指示項目に対応して、関連機関のタスクやケア・アセスメント項目を整理した。加えて、状態像に応じた「コ・パス」の作成に向けたインタビュー調査を行った。

【結果】医師の指示項目、ならびに昨年度のヒアリング調査から得られた意見をもとに項目を整理し、全体が概観できる「基盤クリニカルパス」を作成した。また、基盤パスに連動したワークシートを各時期で作成し、ケアの標準化と個別性の反映の両方の課題を整理することができた。緊急時の対応について、訪問経験の豊富なスタッフにインタビュー調査を行い、その内容を整理して緊急時コ・パス案を作成した。

【考察】クリニカルパスに含まれる項目を整理したことにより、「基盤クリニカルパス」は全体の流れを概観することができ、主治医や関連機関との連携を進める上で、また利用者本人と共有する上でも有用なパスが作成できたと考える。また緊急時コ・パスを作成することにより、多くの連携が必要とされる危機時の対応について、必要な支援要素を整理することができた。次年度は実践の場で試験使用し評価していく予定である。

A. 研究目的

本研究は、精神保健医療福祉体系の再編に係る課題を明らかにすることから、精神保健医療福祉の改革ビジョン第 2 期における施策にフィードバックし、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策の実現に寄与することを目指して行っている。

精神科訪問看護は、改革ビジョンの精神科地域医療を担う一つの柱として制度の充実が進み、精神科疾患に対する治療として効果が明らかにされているアウトリーチ活動であり、また精神疾患を有する人の地域生活を

支援するための効果的な方法として機能している。

先行研究では、精神科訪問看護の利用実態とアウトカム、精神科医療機関、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況および他職種との役割分担についての調査が行われ、診療報酬上の課題や多職種が連携していく際の問題点などが明らかになっている。こうした流れの中で、精神科訪問看護の普及のみならず、そのサービス内容や費用対効果に関する注目も高まっていると考える。

そこで本研究では、ケアマネジメントの要素を含むケアの目的および内容について分析し、精神科訪問看護のケア内容の標準化（地域連携クリニカルパスの作成）とその普及・有効活用を目指す。地域連携パスの導入により、利用者へのインフォームドコンセントおよび地域生活支援における多職種・施設の協働が進み、また良質なケアを効率的かつ適正に提供することが期待される。

平成21年度の研究では、訪問看護の各期における目標と関連職種の役割、ケア・アセスメント項目を整理できるような枠組みを作成し、各時期のアウトカムと流れをまとめたケアマップを作成した。また、インタビュー調査を行い、パスの目的や時期分類の区分、ケア内容、時期を移行する時の目安や基準等について意見を得るとともに、クリニカルパスの有用性や活用可能性について意見を得た。しかし、平成21年度のクリニカルパス試案では、内容がまだ十分に整理されておらず、示されているケアやアセスメントの内容は網羅的である一方で、実用性という点では更なる検討が必要であった。また、入院から地域への移行プロセスを、関連機関・関連職種と共に共有できるためにも、更に項目の整理が必要であると考えた。

そこで、平成22年度は、実用性を考慮して項目の再整理を行うこととした。訪問看護は、主治医による訪問看護の指示に基づいて提供される。しかし、「指示内容を具体的な援助項目としてどのように解釈するか」は、職種間や個人の力量等、様々な要因が影響すると考えられる。そのため、主治医の指示項目との対応を明確にできるよう項目の整理を進め、主治医との連携、また関連機関との連携にも活用できるクリニカルパスを作成することを目的とした。

加えて、平成21年に作成したクリニカルパス試案は網羅的なものであったため、患者の状態像に応じたコ・パスの必要性も示唆された。そこで今年度はインタビュー調査結果をもとにワーキンググループにて議論を重ね、全般的に用いる「基盤クリニカルパス」と、状態像に応

じた「コ・パス」の作成を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 基盤クリニカルパスの作成

1) 医師の指示項目とパスの援助項目の対照表の作成

医師からの訪問看護指示項目は、訪問看護を実施する根拠や指針となるものであり、ケア計画やアセスメントにも反映されるものといえる。そこで、「主治医による指示項目」と「具体的な援助項目」の関連や位置づけを検討し、基盤となるクリニカルパスの項目整理に用いた。複数の施設から実際に使用している指示書を入手し、また文献により公開されている指示書を収集した。これらを基にワーキンググループにて「医師による指示事項（精神訪問看護指示書の「精神看護に関する留意事項及び指示事項）」と先行研究において示されている精神科訪問看護のケア内容がどのように対応するかについて議論を重ね、必要に応じて項目を追加し、対照表を作成した。

2) 「基盤クリニカルパス」の作成

上記対照表をもとに平成21年度作成のクリニカルパス試案をワーキンググループにて整理し、「基盤クリニカルパス」を作成した。

2. コ・パス作成に向けたインタビュー調査

文献検討やワーキンググループでの議論を重ね、特に必要と考えられる3種（緊急対応、身体合併症管理、ライフイベント）のコ・パスのうち、緊急対応コ・パス作成に向けて、対象にインタビュー調査を実施した。

- 1) 対象者：訪問看護師と協働し、訪問支援を実施する精神科医、および訪問スタッフ
- 2) 調査期間：平成22年12月
- 3) インタビュー調査方法：調査員2名により対象者にインタビューを実施した。
- 4) 調査内容：精神疾患対象の訪問看護や訪問支援において、利用者の急変時の対応や、パスやマニュアルの必要性についてたずねた。

C. 研究結果

1. 基盤クリニカルパスの作成

1) 医師による指示項目と援助項目の対照表の作成

医師による指示事項は「1. 生活習慣、生活リズムの確立」「2. 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得」「3. 対人関係の改善」「4. 社会資源活用の支援」「5. その他」の5項目であり、ワーキンググループにて相応するケアリスト項目を割り当てた。

2) 作成した対照表をもとにワーキンググループで議論を重ね、以下のような整理を行い「基盤クリニカルパス」(図1)を作成した。

- ・訪問看護の時期の区分を、「休息期-回復期」「社会復帰期」「地域生活開始期」「地域生活順応期」「地域生活自立期」と整理し、日程は個別性を反映できるように一部を記入式にした。

- ・利用者と共有できるように、各時期における利用者の「目標」をまとめた。また、「本人の希望」に加えて「近親者の希望」を追加した。

- ・「アセスメント項目・ケア項目」を「訪問看護指示書」に記載される5項目に準じて整理した。

- ・持効性抗精神病薬の治療を選択している利用者もいるため、「服薬」の表現を「精神科薬物療法」に変更した。

- ・「タスク」の分類を、「カンファレンス・ケア会議」「主治医タスク」「入院病棟タスク(看護師・PSW・OT・薬剤師)」「訪問看護タスク(看護師・PSW・OT)」の4分類とした。これは、利用者によって関わる職種が異なるため、職種別ではなく関係部署ごとに整理する方が、より実践的であると考えたためである。

- ・実際の業務記録として使用されることを想定し、クリニカルパスを時期別に分けたワークシートを作成した。(図2)

- ・ワークシートでは、事業体や地域の特性に応じて、項目やフォーマットの追加・修正ができるようにし、自由記載欄を設けた。

2. コ・パス作成に向けたインタビュー調査

緊急対応コ・パス作成のためのインタビュ

ーで、緊急時の対応についてたずねた。精神科訪問支援における利用者の急な状態変化時には、「マニュアルよりも個々のスタッフによる判断が重要」「急変に遭遇したスタッフは、主担当のスタッフまたはチームのスタッフに連絡をし、相談する」「入院が必要になった場合は入院先と打ち合わせ、取り決めが重要」等が語られた。

また入院が必要となる場合には、利用者が「目を離したら自殺するかもしれない場合」「スタッフへ暴力が向く場合」「警察官保護となった場合」「家族がこれ以上支えられない状態となった場合」「本人が入院を希望した場合」が挙げられ、それぞれに応じスタッフが各関係機関に連絡をとっていた。「目を離すと危険な場合」には、応援スタッフが来るまでスタッフ一人が利用者につき添っていた。また、訪問時のアセスメントで利用者の急激な病状悪化が予測される場合には、「精神保健センターにあらかじめ連絡し何かあるかもしれないことを伝えておく」といった連絡調整を行っていた。

この施設では、夜間の電話相談も行っており、利用者が生活上の困難に出会ったときにどんな場合にも相談できる窓口を設けていた。このことにより、緊急事態になる前にタイムリーに介入ができ、危機を未然に防ぐことができたり、危機状態に陥ったとしても、迅速な介入ができることにつながっていた。また、宿泊施設に利用者を保護し、スタッフが24時間体制で支援することができるような体制を整えていた。スタッフそれぞれが判断し関係機関に連絡をとるなど、主体的な連絡調整が行われていた。

以上の内容を踏まえて、緊急時のアセスメント・ケア項目とタスクに必要な要素を整理し、緊急時パス案を作成した。(表1)

D. 考察

本分担研究では、地域ケアの推進にむけて、精神科訪問看護のケアの標準化と普及のために、精神科訪問看護クリニカルパスを作成す

ることを目的に行っている。今年度は「基盤クリニカルパス」の作成、状態像に応じた「コ・パス」の作成に向けたインタビュー調査を行った。

基盤クリニカルパスは、関連機関との連携を含めた訪問看護におけるケア内容を網羅しつつも、実用性を考慮し、個々の利用者の特徴や目標によってケア内容が概観できるよう、整理して作成した。主治医からの指示項目を軸に整理した結果、ケア内容の大きな枠組みが整理でき、ケアの全体が概観できるものとなった。

指示項目とケアの対応を整理しておくことは、主治医と訪問看護師の共通理解の助けともなり、連携を促進する上でも重要と考えた。

また、個々の利用者の特徴を明確にし、その経過が分かるようクリニカルパスに連動したワークシートを作成し、自由記載欄を多く設けた。ワークシートでは、本人の目標や本人のニーズを記入する欄を大きく設けたことで、利用者本人のリカバリーに向けた支援が提供できるよう工夫した。訪問看護の導入にあたっては、利用者や家族の意向やニーズをもとに目標をどのように設定するか、本人家族と関連機関がそのためにどう連携するかが重要である。今年度作成した基盤クリニカルパスは、それらを整理し、皆が共通の基盤で関わるために有用なものと考えた。また、長期的な見通しを持って支援を計画し、今どの時期にあり何が必要なかを明確にするためにも有用と考える。

基盤クリニカルパスと連動したワークシートを作成したことは、各時期におけるより詳細な内容や観察・ケア項目が網羅でき、個別性の高い利用者の状況を把握するのに役立つと考えられる。

緊急時のコ・パスには、利用者にもどのような状態変化がありうるかという項目や、それぞれに応じた連絡調整先を記入できるなど、個別の状況に応じたものが適当であると考えられた。また、夜間電話相談窓口、緊急避難施設など、利用者の緊急事態に対してタイム

リーに介入できる体制を事前に整えておくことも重要と考えた。これらをもとに緊急時パス案を作成したが、インタビュー調査は1施設のみであったため、今後も複数の施設において聞き取りを行い、内容を整理する必要があると考える。また、緊急時の対応については、スタッフがその場で判断できるような教育研修や連絡体制整備など、パス以外の要素も重要であると考えられた。

E. 結論

今年度は、「基盤クリニカルパス」の作成、状態像に応じた「コ・パス」の作成に向けたインタビュー調査を行った。

基盤クリニカルパスは、各時期のワークシートと連動することにより、ケアの標準化と個別性の反映の両方の課題を整理することができた。加えて、コ・パスを作成することにより、多くの連携が必要とされる危機時の対応について、必要な支援要素を整理することができた。

今年度作成した基盤クリニカルパスは、今後実践の場で試験使用し評価していく予定である。同時に、利用者本人のためのパスや、使用しやすい媒体（冊子・電子媒体等）への再構成についても検討する予定である。次年度は上記の課題に取り組み、クリニカルパスの完成を目指す予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

図2 各時期のワークシート例 <退院前（休息期～回復期）の例>

W◎ ○○○ ○○ 様 記載者()	
日程	退院前()日頃 年 月 日頃
訪問看護の経過	訪問看護の検討と導入
利用者の経過	休息期 ~ 回復期
利用者の目標	<input type="checkbox"/> 退院について意識することができる <input type="checkbox"/> 退院への不安や希望を表出することができる <input type="checkbox"/> 訪問看護の内容を知ることができる <input type="checkbox"/> 訪問看護スタッフとの関係を築き始めることができる
利用者のニーズ	
近親者のニーズ	
カンファレンス	月 日(場所:) 議題: 参加者:
ケア会議	月 日(場所:) 議題: 参加者:
アセスメント・ケア項目	
■生活リズム	
<input type="checkbox"/> 精神科外来への通院	
<input type="checkbox"/> 精神科薬物療法(内服薬や注射薬の管理、作用、副作用など)	
<input type="checkbox"/> 精神科リハビリテーション(通所施設など)	
<input type="checkbox"/> 就労・就学	
<input type="checkbox"/> 余暇・趣味	
<input type="checkbox"/> 睡眠	
<input type="checkbox"/> 精神症状	
<input type="checkbox"/> GAF得点	
<input type="checkbox"/> 病識	
<input type="checkbox"/> 自己肯定感・自己効力感	
■生活技術	
<input type="checkbox"/> 複合疾患の管理(生活習慣病など)	
<input type="checkbox"/> 安全管理(防犯・防火など)	
<input type="checkbox"/> 金銭管理(出納バランス、貸借など)	
<input type="checkbox"/> 住環境の管理(掃除、メンテナンスなど)	
<input type="checkbox"/> ゴミ出し	
<input type="checkbox"/> 外出・移動・買物	
<input type="checkbox"/> 整容	
■対人関係	
<input type="checkbox"/> 家族	
<input type="checkbox"/> 知人・友人	
<input type="checkbox"/> 近隣者	
<input type="checkbox"/> 社会参加	
<input type="checkbox"/> 訪問看護スタッフ	
<input type="checkbox"/> 他の支援スタッフ	
■その他	
<input type="checkbox"/> 近親者への援助状況	
<input type="checkbox"/> 危機への対処方法	
<input type="checkbox"/> 関係者や支援者との連携	
<input type="checkbox"/>	

表1 緊急時コ・パス案

訪問看護の経過	緊急時
利用者の経過	緊急時
利用者の目標	<input type="checkbox"/> 心身の安全を保つことができる <input type="checkbox"/> 必要なサポートを得ることができる
チームタスク	<input type="checkbox"/> 事前に、緊急時の対応や連絡先を共有しておく <input type="checkbox"/> 緊急時の窓口(夜間休日等の電話対応)について、本人と共有しておく <input type="checkbox"/> 関係者間の情報共有と調整
主治医タスク	<input type="checkbox"/> 本人の精神状態、身体状態を把握する <input type="checkbox"/> 診察および治療方針の検討を行う <input type="checkbox"/> 入院の必要性を判断する <input type="checkbox"/> 必要な場合には、入院の手続きを行う
入院病棟タスク	<input type="checkbox"/> 必要な場合、入院の手続きを行う
訪問看護タスク	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問 本人の所在確認 <input type="checkbox"/> 自傷他害のリスクをアセスメントする <input type="checkbox"/> 精神症状、身体状態をアセスメントする <input type="checkbox"/> 家族の状況をアセスメントする <input type="checkbox"/> 本人の意向を確認する <input type="checkbox"/> スタッフ内で情報を共有する <input type="checkbox"/> 必要に応じて、付き添い <input type="checkbox"/> 利用者が過ごせる場所を確保する(自宅・宿泊施設など) <input type="checkbox"/> 関係者への連絡() <input type="checkbox"/> 医療機関受診のための支援
アセスメント・ケア項目	<input type="checkbox"/> 自傷他害のリスク <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 身体状態 <input type="checkbox"/> 受診の緊急度(救急外来、救急車、警察官通報、同伴受診など)

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神障害者等のニーズ把握及び権利擁護にあたる民間団体の育成に関する研究

研究分担者 白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
研究協力者 伊藤 千尋（法政大学現代福祉学部）
稲沢 公一（法政大学現代福祉学部）
川崎 洋子（全国精神保健福祉会「みんなねっと」）
佐藤 光正（駒澤大学文学部）
田上美千佳（東京都精神医学総合研究所）
中村江美子（井之頭病院）
真壁 博美（全国精神保健福祉会「みんなねっと」）
三木 良子（東洋大学ライフデザイン学部）
若林ちひろ（清和短期大学部）

研究要旨：

【目的】本研究班は、精神障害者・家族が現在抱えている、課題やニーズを把握するための調査を行う。平成 22 年度は、精神障害者の家族のニーズや家族支援の課題についてのアンケート調査の結果分析（課題 1）、及び全国精神障害者団体連合会への聞き取り調査（課題 2）を行なった。

【方法】課題 1) 平成 21 年度に行った全国精神保健福祉会「みんなねっと」に参加する 47 都道府県連合会からの回答のうち、都道府県への要望書の内容について、KJ 法などを用いて分析し、得られた結果をもとに考察した。課題 2) 全国精神障害者団体連合会の事務局と都道府県連の事務局を訪問し、会員らから患者会活動の現況や課題について聞き取り調査を行った。

【結果】課題 1) 全国の単会と呼ばれる家族会の数は 1,307 であった。数は、1995 年の調査と比較して約 1 割程度減少していると推定された。39 の都道府県精神障がい者家族会連合会が都道府県に要望書を提出していた。そのうち、提出先より回答があったのは 34 都道府県（うち文書回答 22 都道府県）であった。要望書の内容を①医療、②障害者自立支援法、③精神障害者保健福祉手帳、④住宅、⑤雇用・就労、⑥広報・啓発、⑦格差、⑧家族・家族会支援、⑨訪問支援、⑩その他に分類して分析した。課題 2) 全国精神障害者団体連合会の会員数は 120 で、賛助会員数は約 5,000 人であった。年 2 回厚生労働省に要望書を提出し、直接回答を得ていた。

【考察】課題 1) 自立支援法の影響を調べるために平成 23 年度にその後の変化を確認して調査をまとめる必要があると考えられた。課題 2) 聞き取り調査の結果を踏まえ、平成 23 年度に行う調査内容を検討した。

【結論】課題 1) 家族会の要望は精神障害者の現状を改善するための広範な領域に及んでいた。一方、家族会あるいは家族自身の支援に関する要望は全面に出ているとは言えなかった。課題 2) 聞き取り調査を通じて組織や活動の概要を把握し、さらに大きな調査を行うための資料を得ることができた。以上を踏まえ、これらの会の活動をより活性化するための支援策についてさらに検討を行う。

A. 研究目的

「精神障害者等のニーズ把握及び権利擁護

にあたる民間団体の育成に関する研究」班は、
精神障がい者・家族が現在抱えている課題や

ニーズを把握するための調査を行う。特に、精神障がい者等の権利擁護に当たる当事者・家族団体を含む民間団体等の概要や、そこで行われている相談内容について調査を行い、課題、ニーズを把握するとともに、民間団体等による権利擁護と育成支援のあり方、ならびに効果的な精神障がい者・家族の支援手法・体制について検討する。

研究分担者は、一連の保護者制度に関する研究、愛媛県で行った「社会的入院患者」調査（精神医学誌、2005）、第4回全国家族ニーズ調査（全国精神障害者家族会連合会、2006）、当事者・家族のニーズを踏まえた精神障がい者の就労支援、地域移行支援のあり方に関する研究（厚労省補助金、2007）などの調査研究に関与してきた。

精神障がい者の地域生活において、家族は精神科治療やリハビリテーションへの協力、経済的な支援といった様々な支援を担い続けている。家族は自分たちだけで支援を担うことに限界があることを認識しつつ、乏しい社会資源を補完する役割を担っている。これらの状況は、家族に過大な負担を強いるだけでなく、精神障がい者本人の側からみても、家族が支援を担えない状況になったとき、これまでの生活を維持していくことに困難が生じるということでもある。安心して精神科治療や地域生活を継続していくためにも、家族に依存しない施策やシステムを早急に整備していくことが求められている。

特に、精神障がい者の家族をめぐっては、今日、以下のような新たな状況が出現していると考えられる。

- 1) 長期入院を続ける統合失調症患者の保護者である親が高齢化していること。
- 2) 厚労省の「あり方検討会」でも、家族にできるだけ負担を課さずに地域で生活を支援する体制の整備や家族同士のピアサポートなどについて検討するべきではないかとされたこと。
- 3) 新たな支援組織としての全国精神保健福祉会連合会（通称「みんなねっと」、以下「みんなねっと」とする）の活動が期待されている

こと。

4) 精神疾患に対する早期介入の必要性が認識され、英国など外国における家族支援の状況が紹介されるようになってきたこと。

5) 最近数年間に限っても、精神保健医療福祉の改革ビジョンや障害者自立支援法など、さまざまな制度改正が行われている。これらの成果や課題を明らかにするために、当事者らの意見を集約することが重視されなければならないこと。

こうした状況により、家族の状況やニーズを知り、新たな家族支援の道筋を示すことが必要とされるに到っていると考えられる。

本研究班の第1年度である平成21年度は、精神障がい者家族会の全国組織である全国精神保健福祉会連合会「みんなねっと」に協力を依頼し、1) 家族会の現状、2) 家族会が都道府県に要請している支援内容について明らかにするための調査を実施した。平成22年度は、この調査のうち、都道府県への要望書の内容、それに対する自治体の対応を調査し、家族(会)が求めている支援を明らかにすることを目的とした（課題1）。

また、今後精神障がい者を主体とする生活支援体制を構築していく上で、当事者の団体である全国精神障害者団体連合会（全精連）の活動状況や課題について調査することが必要である。全精連については、これまで十分な状況が把握されているとはいえない。平成22年度は、この団体の全国的な調査を行うための準備の一環として、団体事務局や一部の都道府県連合会を訪問して、聞き取り調査を行った（課題2）。

B. 対象と方法

課題1

調査対象：47 都道府県精神障がい者家族会連合会（回収率 100.0%）

調査期間：平成21年10月20日～11月15日

調査方法：自記式による質問紙調査

調査内容：(1) 家族会の活動状況

(2) 家族会が都道府県に提出して

いる要望書とその回答状況

分析方法：回収した調査紙のデータをパソコンに入力した。分析は、度数などの統計的数量を明らかにしたほか、複数のキーワードを選定し、キーワードに従って要望書の内容を整理し、比較検討した。

課題 2

調査対象：全国精神障害者団体連合会事務局、富山、岡山の県連合会会員

調査期間：平成 22 年 12 月から日程調整を行って実施した。

調査方法：事務局の役職者および、県連の会員に対する聞き取り調査

調査内容：全国の事務局で団体の概況、また富山、岡山県連において、それぞれの活動状況、課題について調査。得られた結果を整理して、平成 23 年度に実施する都道府県県連を対象とするアンケート調査の調査票作成の資料とする。

(倫理的配慮)

家族会の都道府県連合会に対するアンケート調査に際しては、特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）の協力を得て、各都道府県精神障がい者家族会連合会に趣旨を説明し、了解を得て調査を実施した。アンケートへの回答への協力をもって同意を得られたと見なした。本アンケートの内容は精神障がい者家族の個別的なプライバシーを侵すものではないが、質問項目のうち、許可が得られた項目のみ分析の対象とした。

また、全国精神障害者団体連合会への聞き取り調査に際しては、調査目的を説明し、得られたデータを本研究以外には使用しないこと、公表に先立ち、内容について許可を得ることを説明して了解を得た。

C. 研究結果と考察

課題 1

(1) 家族会の活動状況

全国の単会と呼ばれる家族会の数は 1,307 で

あった。この数字は、1995 年に財団法人全国精神障害者家族会連合会が行った調査と比べて約 1 割程度減少している可能性がある。特に病院家族会の数が減少していることが推察される。会員総数は合計で 37,456 人であった。

(2) 家族会が都道府県に提出している要望書とその回答状況

47 都道府県精神障がい者家族会連合会のうち、39 か所が都道府県に要望書を提出していた。そのうち、提出先より回答があったのは 34 都道府県で、うち文書で回答があったのは 22 都道府県であった。

要望書を提出していた 39 か所の県連のうち、28 か所から、実際に提出した要望書のコピーを回収した。要望書の内容から、キーワードを抽出し、同項目への分類を繰り返すカードワークを行った。各キーワードをもとに下記の上位項目を作り、そこから項目別に考察を行った。分類にあたっては、4 名の PSW が共同で作業を行った。

その結果、①医療、②障害者自立支援法、③精神障害者保健福祉手帳、④住宅、⑤雇用・就労、⑥広報・啓発、⑦格差、⑧家族・家族会支援、⑨訪問支援、⑩その他に分類された。以下、項目ごとに考察していく。

①医療

精神障がい者にとって医療は切れないものであるため、それだけに要望が多かった。特に、医療費、救急体制の整備と医療の質の向上への要望が多く見られた。

医療費に関しては、自立支援医療があるとはいえ、申請時の診断料やそれ以外にも年金、障害者福祉手帳の診断料など、常に金銭的な負担を伴うことになる。また、入院の場合は高額療養費制があったとしても本人、家族に大きな負荷がかかるものである。

救急体制については、夜間休日の医療の手薄さは長年大きな課題である。昨今では 24 時間 365 日の訪問診療、相談などを行う ACT が徐々に日本国内生活圏域で展開されている

が、場所は限定されている。夜間緊急時のアウトリーチを含めた救急体制は、病状の悪化を初期段階で対応できる有効手段であるため、行政責任として普及が急がれるものである。

重度心身障害者医療費助成制度については、各都道府県によって対応が異なることが明らかになった。精神障がい者の場合は、対象となっていないか対象でも手帳が1級という条件などが課されている。この問題には障がい間格差、地域格差、経済問題等様々な問題が抱合されている。

②障害者自立支援法

今回の調査は平成20年度提出の要望書についての調査であるため、そのときの大きなトピックスである障害者自立支援法についての意見が多数見られた。項目の中でも、施設の新体系移行に関する要望が多く出されていた。これまで多くの小規模作業所は、家族が様々な努力をしながら必死に運営してきた歴史がある。要望書は、現在議論が続けられている法律の見直しや廃止の前であり、応益負担や利用料の日額払い、先行きの見えない施設運営など危機感が高まっていた時期である。

その他、地域自立支援協議会の機能の充実やネットワークの充実として挙げられており、精神障がい者本人だけでなく家族も含め、誰もが安心して暮らせる地域生活、医療、相談システム等の充実を含めた地域づくりへの要望としても捉えることができるのではないだろうか。

③精神障害者保健福祉者手帳

精神障害者保健福祉者手帳については、他障がいの格差是正や手帳のサービスについての要望が多くみられた。手帳については、障がい間格差や居住する地域によっても格差がみられる。他障がい者は一度習得したら永続的に利用できるが、精神障がい者の場合は2年に一度医師の診断書を以てその都度障がい程度を判定することになる。また、申請するたびに約5,000円の文書料もかかるため、経

済的な負担も大きい（障がい年金の証書でも申請可能だが、結局は年金申請文書料がかかっている）。

自動車税の軽減に関しては、対象者が手帳1級の人のみとなっている。精神障がい者手帳交付件数（全国）でみると、平成19年度末では1級が73,810人、2級が248,102人、3級が82,971人であり、2割弱しか自動車税の軽減を受けられない。その他、東京都の場合は公営住宅の優先入居や贈与税は1、2級の人を対象となるなど、同じ手帳を持っていてもそこに格差は存在する。全国的に見ると自動車を使わざるを得ない生活圏の人にとっては、自動車税の軽減の対象者拡充は強く望むところであろう。

④住宅

「住まい」については、居住系施設の整備に対する要望が多く見られた。8割近くの家族が精神障がい者本人と同居し、食事の世話や服薬の声かけなどといったインフォーマルな支援を担っていることから、“親なき後”を心配し、一般アパートや公営住宅等での单身生活よりも、グループホームやケアホーム等、家族に代わって近くに見守る人が必要だと感じ、職員の配置基準がある居住系施設の整備を求める家族が多かったと考えられる。

また、「住まい」そのものの整備だけでなく、入居のための支援として、公的保証人制度や居住サポート事業の整備も望まれている。「住まい」における支援は、入居したら終わりというものではなく、継続して居住するための支援（緊急時の対応、継続的な相談や見守り等）と一体的に提供されることが望まれている。これらの支援を家族に担わせるのではなく、家族による支援から社会的支援に移行するための仕組みづくりや制度化が求められている。現行のサービスにおいては、これらの支援を担うものとして「居住サポート事業」への期待も大きい。

⑤就労・雇用

就労・雇用では以下の2点が多数意見であった。①雇用義務化と精神障がい者の特性に応じた就労形態や環境の整備、②実際の現場での職業実習やジョブコーチ等の制度化による就労支援体制の強化、である。障害者雇用促進法では、週20～30時間以上働くことが要求される。そのために、障害者自立支援法の就労移行支援事業、就業・生活支援センターなど就労に向けて訓練を積み支援をする場所は整備されてきている。さらに、今後は施設内での訓練だけではなく、実際の会社で経験を積みながら就労への自信を向上していくことが重要である。

一方で障がい特性に応じた働き方（時間、場所、仕事内容等）が保障され、そのために障壁となるものがあれば合理的配慮という考え方で、個人のもつ障がいではなく、周囲の環境などを変えることが必要であろう。精神障がい者の働きたいという気持ちは、経済的な面だけでなく社会の中での自分たちの存在証明（社会の中の復権ともつながる）としての意味をもつことでもある。精神障がいの特性上、経済面だけに焦点を当てた就労支援は難しく、家族が安心して見守ることのできる働き方を考える必要があるだろう。

⑥広報・啓発

広報や啓発に関する要望の背景には、歴史的に根強く続く精神障がい者に対する偏見や差別が大きく関係している。精神障がいに対する社会のイメージは知識の少なさや作られたものなどで、正しい知識の普及が求められている。そのため、一般市民に対する正しい知識の普及のため、研修会などの開催を求める要望が多く見られた。また、現在では発達障がいに対する理解が教育現場において急速に進み、その対応がなされてきている。そういった中で、早期に発見し、早期に支援を行っていくことは非常に重要であり、精神的な疾患についての正しい知識と理解が教育現場において学ぶ機会が求められている。教育現

場における当事者との交流を含めた精神障がいに関する正しい知識の普及を求める声が多く見られた。また、精神障がい者の雇用の拡大のため、企業等へ雇用に関するPRの意味も含めた啓発活動を行うことを求める要望もあげられている。

これまでの日本における差別・偏見は、誤った知識やイメージから生じているのも大きな一因である。しかし、精神疾患を抱える人々は現代の日本社会で急増している中、少しでも差別・偏見の撤廃につながるような啓発活動が求められている。

⑦格差

この項に関しては、これまで考察してきたその他の要望書の中でもよく現れている。障がい間格差では、他障がいの福祉サービスと比較した場合、重度心身障害者医療費助成制度、精神障害者保健福祉手帳のサービス、障害者雇用制度に見られる制度的な問題だけでなく、グループホームやケアホーム、施設サービスについても格差は明らかであった。また、障がい間だけでなく地域格差も大きな問題である。精神障がい者本人へは手帳によるサービスの違いなどがあり、また施設の家賃補助や公共料金の補助も都道府県、市町村によって異なる。

要望書では、自治体に格差是正の市町村指導や是正に向けた策定委員会の設置が盛り込まれている。要望書だけでなく、地域生活や施設運営の中で何が必要かという話し合いの場を持つこと、またせめて県単位で福祉サービスが統一されるような取り組みが必要であろう。

⑧家族・家族会支援

家族会支援においては、運営費や事務所の提供といったハード面の支援だけでなく、家族会活性化のための具体的な技術や人的な支援も求められていることが明らかになった。

家族会が直面している課題として、会員の高齢化、新規加入者の減少が挙げられる。新

規加入者が減少することで会員の高齢化や固定化が進行し、会員が減少する。会員が減少することで家族会を維持することが難しくなり、さらに新規加入者が減少するという悪循環に陥ってしまう家族会も少なくない。

これらの悪循環を断ち切る糸口として、「家族・家族会支援」に関する要望のなかに、家族による家族相談や家族相談員研修の事業化など、「家族相談員」に関する要望が含まれている。全国家族大会等においても、家族教室や家族による家族相談がきっかけとなり、新規会員の獲得や後継者の育成など、家族会の活性化につながっていることが報告されている。本調査においても、47都道府県連のうち、25か所において、家族相談事業が実施していることが明らかになった。家族相談は、体験に基づいた相互支援であり、専門家による相談支援体制の充実だけでなく、家族同士が同じ立場で共感し合える家族相談の制度化も望まれている。

⑨訪問支援

訪問看護と訪問相談支援の拡充は全体の中でも要望の多い内容である。家族は精神障がい者本人とともに生活する中で、長い間生活や医療受診なども含め多くのことを支えてきた。そして、誰にでも話せることではないと、家族は孤立感を持ち続けている。その中で、徐々に高齢化する家族にとって、精神障がいのある家族を自分たちで支えることへの限界性を感じている。

訪問支援の必要性について、以下の2点に整理した。一つ目は緊急時の訪問支援として、夜間休日時も含め訪問診療が必要である。緊急時とはいえ、初期症状であれば訪問診療だけで済む可能性もある。現在は、この体制が整備されていないため、症状悪化により非自発的入院になってしまうことも少なくない。

二つ目は、平常時の訪問看護、訪問相談支援の必要性である。この訪問支援により、症状や生活状況の変化なども見て取ることができるため、病状悪化時は初期段階で外来診療

につなげることも可能である。また、生活の面では定期的な相談支援により、家族状況や経済問題等、家族が限界に陥ることを防ぐ機能も持つことができるだろう。

⑩その他

これまでの項目は、家族だけでなく、精神障がい者の福祉サービス全体の課題をよく現わしているキーワードであったと考える。その他に振り分けた内容では、必要な福祉サービスを組み立てるために重要な要素が多く含まれている。人材育成や行政指導、包括支援体制の確立など精神障がい者や家族が安心して地域生活を送るためには早急に対処すべき内容であろう。また、家族会が運営している施設が多いため、その運営対しての要望も見られた。

総じて、精神障がい者本人への個別支援体制の確立を求める要望が多く見られ、本調査の結果、精神障がい者の地域生活において、家族が支援の中心を担っているという構造が明らかになった。家族が支援を担うことで、日常生活だけでなく、転職や退職、就職活動ができない等といった家族のライフコース上の選択にも影響を与えていることが推察される。しかし、家族・家族会支援に関する要望は少なかった。これは、家族会が専ら精神障がい者の代弁機能を担っており、家族自身に対する支援の獲得を主たる活動目標としてこなかったことを示唆している。今後は、家族そのものを支援されるべき対象として捉え直し、家族の潜在化しているニーズを中心に据えた支援を検討し、実践していくことが求められている。

課題2

1. 全国精神障害者団体連合会事務局にての聞き取り調査

1) ヒアリングの概要

日時：2010年12月10日（金）15:00～17:00

場所：全精連事務所（狛江市和泉本町 2-18

ー1 和泉フラット 103 号室)

対応者：山口理事長、有村事務局長、佐藤氏
(監事)、増島氏(理事)、武末氏
参加者：稲沢(法政大学)、中村(井の頭病院)、
伊藤(法政大学)

2) 聞き取り結果

(1) 全国精神障害者団体連合会とは

全国精神障害者団体連合会は、全国の精神障がい者本人の会(患者会)および精神障がい者が作り上げた全国組織である。「ひとりぼっちをなくそう」をスローガンに、1993(平成5)年4月に結成された。2002(平成14)年に特定非営利活動法人として認可され、現在は「特定非営利活動法人全国精神障害者団体連合会(通称・ぜんせいれん、以下、全精連とする)」として活動している。

1996(平成8)年の時点では、9都道府県連合会(以下、県連とする)が加入し、その他36か所の単会によって構成され、約4,000人の会員が加盟していた。

精神障がい者本人の全国組織としては、国内で最大の会員数となっている。

全精連結成以前にも、全国「精神病」者集団など患者中心の活動はあったものの、全国レベルでの当事者組織同士での交流や意見発表の場は、主にやどかりの里(谷中輝雄理事長)を中軸とする全国精神障害者社会復帰活動連絡協議会(通称・全精社連)の全国交流集会在が、その役割を担ってきた(全家連,1997)。1990(平成2)年の第8回全精社連埼玉大会で、当事者自身による当事者のための全国的な規模での患者連合会をつくろうとの規約素案が出され、月1回のペースで準備会が開催されるようになった。準備委員会は、栃木、埼玉、東京、神奈川から各3名の代表と、北海道、福島、富山から文書で意見を出すことにより組織され、1993(平成5)年4月に「全国精神障害者団体連合会」が結成された。

全精連は、「全国の仲間とともに、精神障がい者が、精神障がい者のために、精神障がい者自身の要求や願いを分かちあい、その実現

に向けて自分たちが活動する当事者活動を、当事者の運営で」展開している。具体的な活動は、以下の通りである。

- ・全国の精神障がい関連団体と協力して、精神障がい者に対する社会の偏見や差別を解消するための活動

- ・精神障がい者の人権の確立や生活環境の改善などに向けて広く社会にアピールし、関係諸団体と連携して国や厚生労働省などへの要望書の提出、実現のための折衝等を推進するための活動

- ・福祉サービスの利用援助・相談、並びに人権擁護の理念の普及・啓発・教育等に関する活動

以上は、聞き取り結果を元に、下記の資料を参照して作成した。

【引用文献】

財団法人全国精神障害者家族会連合会(1997)『みんなで歩けば道になるー全家連 30年のあゆみ』全家連。
全国精神障害者団体連合会(1994)『全精連結成大会&全国交流集会報告集』全精連。

(2) 現在の活動状況

①会員数

- ・正会員120人(県連、個人は同等の扱い)
- ・賛助会員約5,000人(正確な数は把握できていない、当事者以外も含む)

②県連の加入状況

- ・北海道、山形、埼玉、東京、神奈川、富山、和歌山、長崎、宮崎、沖縄(加入)
- ・宮城、福島、栃木(休会中)→代表の体調不良により活動できていない
- ・岡山、長野(来年度より加入)
- ・青森、福岡、熊本、大阪(未加入)
- ・代表者の負担が大きいため、2、3人で業務分担できることを望んでいる
- ・会費納入(年額2万円)が難しいため、加入できない県連もある

③活動状況

- ・年2回、国に要望書を提出
→厚労省にて項目ごとに担当部署から直接回答あり
- ・年6回機関誌「ぜんせいれん」の発行
- ・ピアカウンセリングの実施（月～金 11:00～17:00）
- ・2年に1度、全国大会の実施
- ・こころの健康政策構想実現会議への参加

(3) アンケート調査実施の可能性

- ・会員には関係者も含まれており、正確な会員数が把握できていないため、難しい状況
- ・県連を通して、単会に配布する方法での実施は可能か
- ・昨年度と同様、県連の活動状況、提出した要望書についての調査は可能か

2. 都道府県県連での聞き取り調査結果

富山及び岡山の県連に対して調査を実施中であるため、後日報告をまとめる。

D. 結論

課題 1) 家族会の要望は精神障害者の現状を改善するための広範な領域に及んでいた。家族会あるいは家族自身の支援を要望するものは全面に出ているとは言えなかった。

課題 2) 聞き取り調査を通じて組織や活動の概要を把握し、さらに大きな調査を行うための資料を得ることができた。

以上を踏まえ、これらの会の活動をより活性化するための支援策についてさらに検討を行う。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

伊藤千尋・若林ちひろ (2010) 「精神障がい者家族会の活動に関する報告—都道府県精神障がい者家族会連合会へのアンケート調査の分

析を通して—」日本社会福祉学会第58回全国大会要旨集

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神障害者等のニーズ把握及び権利擁護にあたる民間団体の育成に関する研究

－ 医療保護入院患者の保護者に関する研究 －

研究分担者 白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科）
研究協力者 竹島 正（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
趙 香花（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
長沼 洋一（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
堀井 茂男（岡山県精神科病院協会/慈圭病院）
野口 正行（岡山県精神保健福祉センター）
河野 稔明（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
立森 久照（(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨：

【目的】医療保護入院患者と保護者の実態、保護義務の履行状況、保護者および医療機関が経験している問題点を明らかにすることによって、制度の適正な運用の資料とすることを目的とした。

【方法】岡山県の精神科病院 24 箇所のうち、本調査への協力を打診し、協力の承諾を得た 20 の病院に①施設票 A（患者数、保護者続柄など）、②施設票 B（医療保護入院している患者の性別、年齢、診断名、保護者続柄、婚姻状況など）、③保護者票 A（保護者の属性、生活状況、保護義務の履行状況など）、④保護者票 B（保護者が市町村長である場合の業務状況と課題など）の 4 種類の調査票を郵送した。協力病院には、①、②についての返答、および各病院に医療保護入院している患者から無作為に抽出された 3 分の 1 の患者の保護者宛てに③、④の郵送を依頼した。調査実施期間は、平成 22 年 12 月 15 日～平成 23 年 2 月 10 日である。

【結果および考察】平成 23 年 2 月 2 日時点での回収率は、施設票 17/20(85.0%)、保護者票 446/850 (52.5%) である。医療保護入院患者は約 51%で、全国平均の 4 割よりやや高かった。保護者の続柄では、兄弟姉妹が 28.5%と最も多く、次いで子 22.1%、配偶者 16.3%、親 15.0%であって、これらで保護者の 8 割以上を占めていた。その他は、市町村長 8.0%、後见人・保佐人 7.2%、その他の親族が 2.8%であった。医療保護入院患者の約 6 割は F2、約 3 割は F0 の患者が占めていた。医療保護入院患者と保護者の平均年齢は共に高齢化（前者は 66.6 歳、後者は 63.9 歳）しているため、高齢となった保護者への支援が必要と考えられた。また、医療保護入院患者の 42.4%（F0 を除く場合は 55.8%）が未婚であることにも注意する必要があると思われる。来年度は、回収した全てのデータを集計し、より詳細な分析を行う予定である。

A. 研究目的

医療保護入院は、本人の同意に基づく入院の状態ではない者、および都道府県知事の同意により移送された者について、本人の同意がなくても、保護者または扶養義務者の同意により、精神科病院に入院させることができる制度である。

平成 19 年の統計資料によると、わが国における精神科入院患者 316,109 人のうち医療保護入院患者は 121,868 人であって、精神科入院患者の約 4 割を占める¹⁾など、精神科医療の中で重要な役割を担っている。

医療保護入院では、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 20 条～22 条による保護者責

任の履行が義務づけられているが、同意者が親族等にゆだねられることが多いことから制度の見直しを求める声も上がっている²⁾。

また、平成21年9月にまとめられた「精神保健医療福祉の更なる改革にむけて—今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会(以下、あり方検討会)」報告書においても、医療保護入院制度のあり方や保護者制度のあり方が今後の課題として明記されている。しかし、医療保護入院患者やその保護者の実態と問題点の詳細は必ずしも明らかになっていない。

上記の現状を踏まえ、本研究では医療保護入院患者の保護者の状況と保護義務の履行状況、および保護者と医療機関が経験している問題点を明らかにすることによって、制度の適正な運用の資料とすることを目的とする。

B. 方法

本研究では、郵送によるアンケート調査を実施した。

アンケート調査は、岡山県精神保健福祉センター、岡山市こころの健康センター、岡山県精神科病院協会等の協力を得て実施され、上記の協力機関に所属する共同研究者らによって、各病院への調査の趣旨の説明と、調査協力の呼びかけが行われた。

1. 調査対象

本研究の調査対象は、以下の3つである。

① 精神科病院 20 箇所

岡山県の精神科病院 24 箇所のうち、本調査への協力を打診し、協力の承諾を得られた 20 の病院(以下、協力病院)。

② 医療保護入院患者

上記の 20 の精神科病院に、平成 22 年 12 月 1 日時点で医療保護入院している患者全員(以下、対象患者)。

③ 医療保護入院患者の保護者

②の医療保護入院している患者から無作為に抽出された3分の1の患者の保護者(以下、対象保護者)。

2. 調査内容と方法

1) 調査実施期間

平成 22 年 12 月 15 日～23 年 2 月 10 日

2) アンケート調査の種類と内容

① 協力病院へのアンケート調査

施設票A

協力病院の在院患者数、うち医療保護入院患者数、保護者続柄別の医療保護入院患者数、医療機関が経験した問題などについて回答を求めた。

施設票B

協力病院に医療保護入院している患者の性別、年齢、医療保護入院開始日、患者の婚姻状況、診断名、初診年齢、保護者の続柄、保護者選任日、保護者の性別と現在の年齢などについて回答を求めた。

②対象保護者へのアンケート調査

保護者票A

保護者の状況(続柄、勤務状況、年収、家族構成、婚姻状況、居住状況、健康状況など)、患者への支援状況(退院可能時の対応、医療費の支払い、面会状況など)、保護者に対する支援体制(相談できる人の有無、必要なサービスなど)の3つの内容について回答を求めた。

保護者票B(保護者が市町村長の場合)

医療保護入院業務の担当状況、患者との面会、医療機関との連携、経験した問題点などについて、回答を求めた。

3) 調査方法

上記の4種類の調査票を20の協力病院に郵送し、施設票A、施設票Bについては、協力病院で回答し、調査事務局に返送することとした。

20の協力病院には、施設票Bに基づく医療保護入院患者のリストから上から順番に3人毎に1人を抽出し、抽出された患者の保護者宛に保護者票A、保護者票Bの郵送を依頼した。回答後保護者から調査事務局に返送することとした。

また、20の協力病院には施設票回答への礼状を郵送すると共に、保護者宛て礼状/督促状葉書の郵送を依頼した。

(倫理面への配慮)

調査を実施する前に、20 の協力病院、岡山県のすべての市町村 (27 市町村)、岡山県精神障害者家族会連合会に依頼状を郵送し、本調査の趣旨を説明すると共に調査へのご理解とご協力をお願いした。

施設票 A、施設票 B の回答については、協力病院が所持する既存資料に基づき、対象患者および対象保護者の情報について連結可能匿名化された上で、調査事務局に送付されるようにした。

また、協力病院内には、対象となる患者向けに調査協力を行っていることの告知を行い、個人を特定する情報は収集しないこと、調査に対する問い合わせを調査事務局で受け付けていることを告知した。

保護者票への協力は任意であり、調査への不参加による不利益が患者および保護者へ生じないことを告知した。

また、保護者調査事務局のホームページを開設し、本調査結果は、統計的に処理し、個人や個々の施設が特定されない形で分析することを公表した。

本調査は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会、および東洋大学倫理委員会の審査を経て実施されている。

C. 研究結果

平成 23 年 2 月 2 日時点での回収状況は施設票 17/20 (85%)、保護者票 446/850 (52.5%)、そのうちデータ入力を完了している施設票は 12/17 (70.5%)、保護者票は 226/446 (50.7%) である。

なお、保護者票の配布数 850 は、全ての協力病院が保護者票を郵送した場合の概数である。

本稿では、データ入力が完了している 12 施設分のデータ (施設票 A、施設票 B) のみを分析し、現在回収中 (〆切:平成 23 年 2 月 10 日) である保護者票の結果は、来年度に報告する。

【施設票 A の結果】

岡山県の精神科病院 (12 箇所) に入院して

いる患者 2,715 名のうち、医療保護入院患者は約 50.9% (1,383 名) で、全国平均の 40% よりやや高い割合を示していた。

保護者の続柄別には、後見人・保佐人 7.2%、配偶者 16.3%、親 15.0%、兄弟姉妹 28.5%、子 22.1%、その他の親族 2.8%、市町村長 8.0% であった (表 1)。

保護者のことで医療機関が経験した問題としては、「保護者の住所地が海外または国内遠隔地であるため、実質的に保護義務を果たせない」、「保護者が患者の面会などのために来院しない」が多く、医療機関が保護者との連絡に困難を抱えていた。また、保護者の選任に必要な法定期間が 4 週間であるにもかかわらず、長期間延長され (1 ヶ月～3 ヶ月) 対応に困難を経験した医療機関は約 6 割であった。

【施設票 B の結果】

施設票 B では、医療保護入院患者 1,381 人分の回答が得られた。

1) 医療保護入院患者の主診断

診断別では、F2 (統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) 804 人 (58.2%、全国平均 57.9%¹⁾)、F0 (症状性を含む器質性精神障害) 418 人 (30.3%、全国平均 27.1%¹⁾) であった。

F3 (気分障害) 患者は 72 人 (5.2%)、F7 (精神遅滞) 患者は 30 人 (2.2%)、F1 (精神作用物質使用による精神及び行動の障害) 患者は 28 人 (2.0%) であった。

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) と F6 (成人のパーソナリティおよび行動障害) 患者は、それぞれ 4 人 (0.3%) であった。

また、F8 (心理的発達の障害) 患者 2 人 (0.1%)、F5 (生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群) 患者 1 人 (0.1%)、その他 18 人 (1.3%) であった (表 2)。

2) 医療保護入院患者の性別

回答の得られた 1,381 人の医療保護入院患者は、男女それぞれ 689 人で、不明が 3 名であった (表 3)。

なお、F0患者を除いた場合、男性患者は509人(52.9%)と、女性患者454人(47.1%)より、やや多かった(表4)。

3) 医療保護入院患者の年齢

医療保護入院患者の年齢は15歳から102歳までと年齢の幅が広く、平均年齢は66.6歳であった。このうち、男性の平均年齢は64.2歳で、女性の68.9歳より4.7歳低かった(表5)。

F0患者を除く場合の年齢の幅も15歳から95歳までと広がったが、平均年齢は60.7歳とF0患者を含んだ場合より約6歳低かった(表6)。

4) 医療保護入院患者の婚姻状況

婚姻状況別には、未婚患者が最も多く、全体の42.4%(585人)を占めていた。次いで、死別277人(20.1%)、既婚268人(19.4%)、離婚202人(14.6%)、別居13人(0.9%)、その他8人(0.6%)、不明28人(2.0%)であった。

男女別の婚姻状況を見ると、男性患者で最も多いのは未婚者で全体の約54.9%(378人)を占めていた。次いで、既婚147人(21.3%)、離婚94人(13.6%)、死別51人(7.4%)、別居4人(0.6%)、その他2人(0.3%)、不明13人(1.9%)であった。

女性患者の婚姻状況で最も多いのは死別224人で全体の32.5%を占め、未婚207人(30.0%)、既婚120人(17.4%)、離婚108人(15.7%)、別居9人(1.3%)、その他6人(0.9%)、不明15人(2.2%)と続いていた(表7)。

F0患者を除いた場合の未婚の割合は55.8%で、F0患者を含んだ場合の42.4%よりさらに高かった。男女別では、男性の未婚の割合は約7割(353人)で、女性の4割(184人)を大きく上回った。

次いで高いのは離婚の割合で、男性患者の14.5%(74人)、女性患者の20.5%(93人)を占めていた。

また、女性患者では死別と既婚がそれぞれ17.6%(80人)、17%(77人)であるのに対し、男性では既婚11.8%(60人)、死別2.9%(15人)と女性に比べ少なかった(表8)。

5) 医療保護入院日数

平成22年12月1日時点で、医療保護入院している患者の平均入院日数は、1,465.6日(約4年)で、男性は1,588日(約4.4年)と女性の1,347日(約3.7年)より長かった。また、入院日数が一番長い患者は、15,626日で約42.8年の長期入院の状況であった。

なお、医療保護入院日数の中央値は751日(約2年)、女性は786日(約2.2年)と男性の712日(約1.9年)より長かった(表9)。

医療保護入院患者のうち、F0患者を除いた場合の平均入院日数は1,726日(約4.7年)で、F0患者を含んだ場合より261日(9ヶ月弱)長かった。

男女別の平均入院日数においても男性1,907日(5.2年)、女性1,523日(4.2年)と、F0患者を含んだ場合より、長い傾向にあった(表10)。

6) 患者性別と保護者の続柄

男性患者の保護者の続柄で最も多いのは、兄弟姉妹で全体の32.9%(227人)であって、配偶者18.4%(127人)、親17.7%(122人)、子11.3%(78人)、市町村長10.0%(69人)、後見人・保佐人7.7%(539人)、その他の親族1.9%(13人)と続いていた。

女性患者の保護者では子が32.5%(224人)と最も多く、次いで兄弟姉妹24.1%(166人)、配偶者15.2%(105人)、親11.6%(80人)、後見人・保佐人6.5%(45人)、市町村長6.2%(43人)、その他の親族3.8%(26人)と続いていた(表11)。

なお、F0患者を除いた場合には、男女とも、兄弟姉妹(男性患者38.7%、女性患者32.4%)、の割合が高かった。次いで男性患者の保護者として多いのは配偶者と市町村長でそれぞれ11%であった。女性患者では子が17.2%、配偶者が16.1%を占めていた(表12)。

7) 医療保護患者の保護者の属性

保護者の性別では男性が約54.8%(642人)、女性が45.0%(527人)、不明0.2%(2人)であった(表13)。

保護者の最小年齢は22歳、最高年齢は96歳で、平均年齢は63.9歳(男性が65.2歳、女

性が62.5歳)であった(表14)。

F0患者を除いた場合の保護者の属性にはほとんど変化がなく、保護者に占める男性の割合は57.2%(458人)、女性は42.6%(341人)、不明0.2%(2人)であった(表15)。また、保護者の最小年齢(22歳)、最高年齢(96歳)、平均年齢(64歳)も、F0患者を含んだ場合とほぼ同様であった(表16)。

D. 考察

今回、岡山県で実施したアンケート調査の回収締め切りは平成23年2月10日で、2月2日までの回収率は施設票85%(17/20)、保護者票52.5%(446/850)であった。なお、保護者票の配布数850は、全ての協力病院が保護者票を郵送した場合の概数であり、実際の配布数より多く算定されている可能性があるため、保護者票の最終回収率は6割に近づくと見込まれている。

今回の調査で高い回収率が得られた背景には、特定地域を限定して調査を実施し、現地の研究協力者らによる協力機関との連携調整が円滑に行われたことがある。

また、アンケート調査の実施に際して、岡山県精神保健福祉センター、岡山市こころの健康センター、岡山県精神科病院協会のご協力を得ていること、および岡山県のすべての市町村(27市町村)、岡山県精神障害者家族会連合会に依頼状を送付し、本調査の趣旨を説明すると共に、調査へのご理解とご協力をお願いしたことも、回収率向上に繋がったと思われる。

本調査の結果、岡山県の精神科病院に入院している患者の中、医療保護入院患者が占める割合は約5割で、全国平均である4割¹⁾に比べやや高かった。

そして、精神科入院患者の約5割を占めている医療保護入院患者とその保護者の平均年齢は共に高齢化(前者66.6歳、後者約64歳)しており、高齢となった保護者への支援が必要と考えられた。

また、医療保護入院患者の42.4%(F0患者を除く場合55.8%)を占めている未婚患者への

支援も今後の課題になると思われる。

本調査は、岡山県の精神科病院と医療保護入院患者を対象に実施した。本稿は中間報告であって、次年度には、回答のあった全ての協力病院のデータを反映し、医療保護入院患者の保護者の続柄および医療保護入院患者の特性についてより詳細な分析を行う予定である。

また、今回集計できなかった保護者票の回答を加え、医療保護入院患者の診断名、入院期間、保護者の続柄、保護者の社会・経済的状況別による保護者義務の履行状況、および保護者支援についての検討も行う予定である。

まずは上記の分析を行うことが先行するが、医療保護入院や保護者制度のあり方の検討過程では、全国規模での実態把握が必要になるかもしれない。本調査の経験はそれにも役立つ可能性がある。

E. 結論

「医療保護入院制度のあり方」や「保護者制度のあり方」は、2009年に公表された「あり方検討会」の報告書に示された課題でもあり、われわれが実施した研究をさらに蓄積していく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

I. 参考文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所。「精神保健福祉資料平成19年度6月30日調査の概要」