

である（図2）。

新患調査で患者に聞き取ってもらった「その診療所を選んだ決め手」と、現在の通院状況や受診していない理由の関係を見ると（図3）、「欲しいサービス（心理カウンセリング）があった」こと決め手に受診した患者は、治療中断率が少なく、通院中もしくは治療終結に至った割合が優位に高いことがわかった（ $P<0.005$ ）。決め手のその他は、家族や知人の勧めなどによるものが多かったが、他に予約がいらずに受診できたなども見られた。

受診に至った経緯と現在の通院状況や受診していない理由の関係を見たところ（図4）、自分で調べて受診した場合は、医師や知人の紹介で受診した場合よりも中断する割合がやや多いことがわかった（ $P<0.001$ ）。

年代別に診療所を選んだ決め手に違いがあるかどうかを見たところ（図5）、50代と60代のみ「立地が便利」よりも「医師がよさそう」という理由で診療所を決定しているケースが多かった（特に60代）。それ以外の年代では「立地が便利」が最も人気であった。心理カウンセリングを求める人は10代~30代が中心で比較的若い年代に人気があり、60代を越えると心理カウンセリングを求める人は減っている。

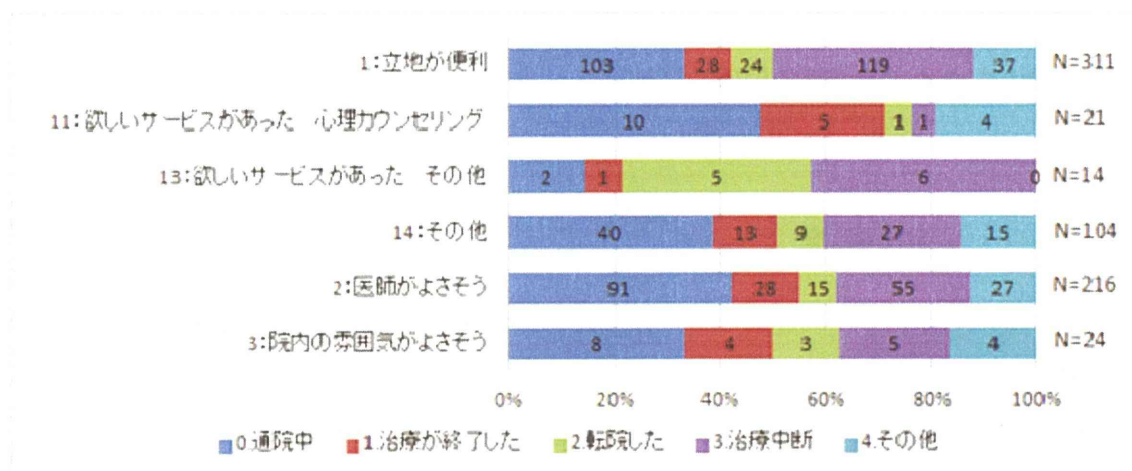


図3 診療所選んだ決め手と通院状況及び受診していない理由の関係

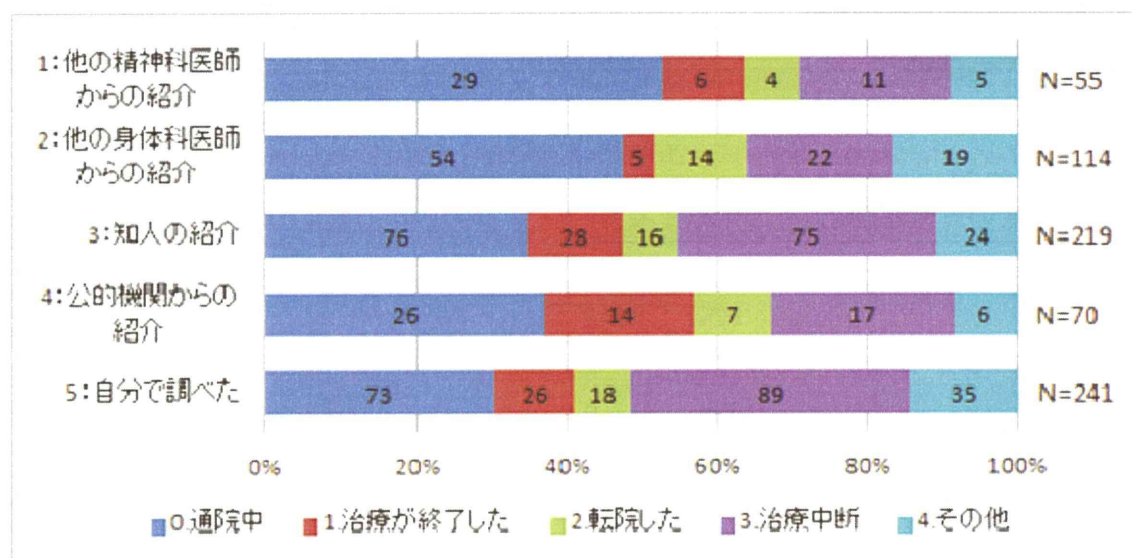


図4 受診に至った経緯と現在の通院状況や受診していない理由の関係

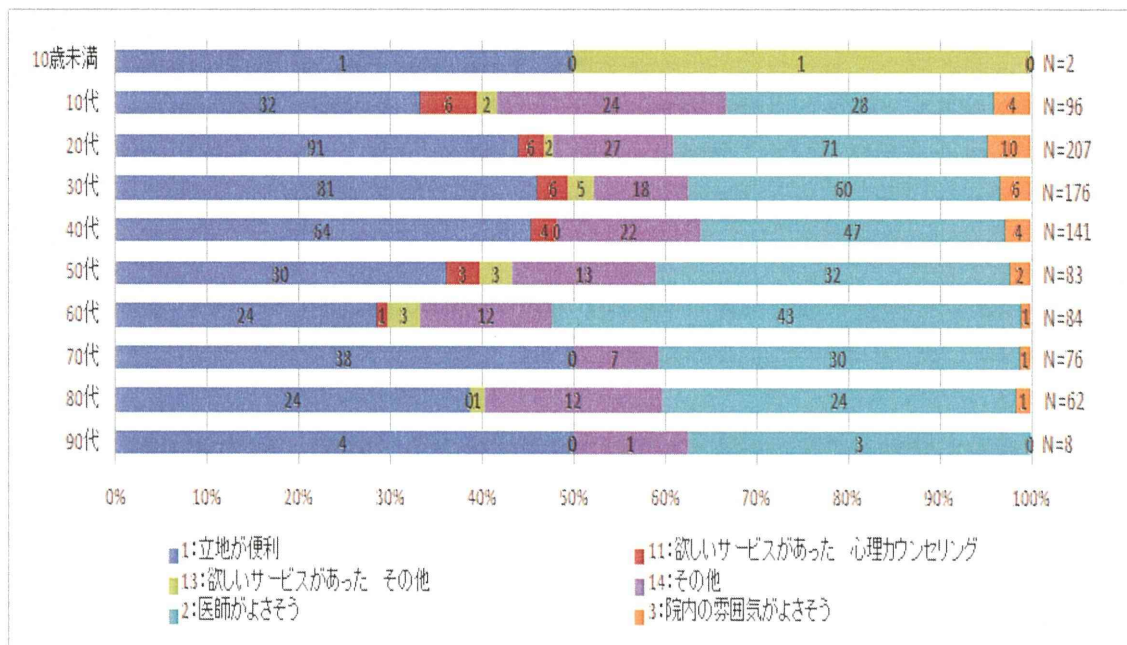
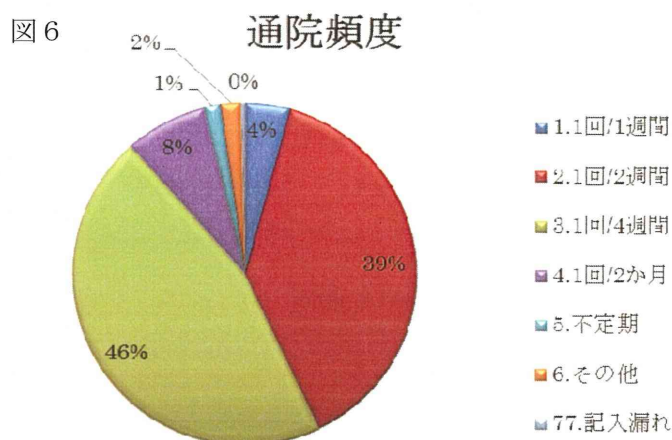


図5 診療所を選んだ決め手と年齢の関係

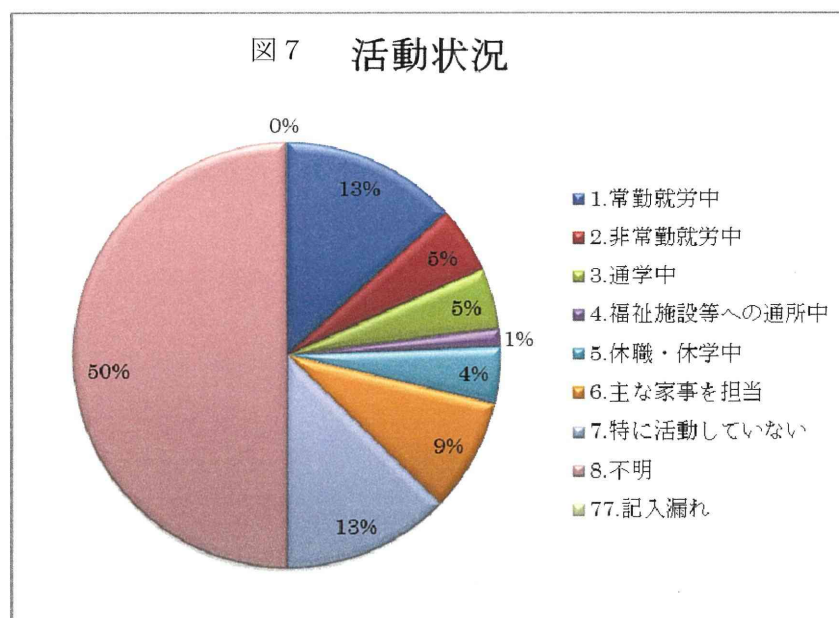


現在通院している 262 人の通院頻度は、4 週間に 1 回が 46%で最も多く、次いで2週間に39%であった。(図6)

表2 現在利用している外来診療以外のサービス

利用サービス	%	人数
0.なし	82%	212
1.デイケア・ナイトケア・ショートケア	0.77%	2
2.集団精神療法	0.00%	0
3.認知療法・認知行動療法	0.39%	1
4.往診	0.00%	0
5.訪問診療	0.00%	0

6.訪問看護	0.77%	2	現在通院している患者が、外来診療以外に
7.精神保健福祉士等による援助	0.77%	2	同院で利用しているサービスがあるかどうか
8.心理カウンセリング	9.27%	24	を聞いたところ、回答のあった 260 人のうち
9.自立支援法に基づくサービス	3.09%	8	212 人（82%）がないと答えた。
10.その他	3.47%	9	利用サービスで最も多かったのは心理カウ
合計		260	ンセリングで 24 人（9.3%）であった。



現在通院中の患者の日中活動状況を尋ねたところ（図7）、半数は不明であった。活動を把握しているうちの4分の1が常勤就労中、1割が非常勤就労中、通学中が1割、主な家事を担当しているが18%であった。特に何も活動していないが4分の1、休職・休学中は8%であった。

初診時の活動状況と、半年後の活動状況を比較したところ（表3）、半年の間に活動状況に変化のあった患者が少なくないことがわかる。

特に休職・休学中で受診した患者31人のうち、12人は常勤就労に戻り、7人が通学を再開している。しかし、5人は退職に至ったのか、現在何もしていない。

表3 初診時と半年後の日中活動の比較

		半年後							合計
		常勤就労中	非常勤就労中	通学中	福祉施設等への通所中	休職・休学中	主な家事を担当	特に活動していない	
初診時	常勤就労中	76	15	0	1	12	4	4	252
	非常勤就労中	6	13	0	0	0	5	1	63
	通学中	0	1	30	0	7	0	0	75
	福祉施設等への通所	0	0	1	2	0	0	0	9
	休職・休学中	7	0	1	1	7	1	5	40
	主な家事を担当	5	3	0	0	0	47	16	133
	特に活動していない	3	5	1	6	5	5	67	152
	合計	97	37	33	10	31	62	93	724

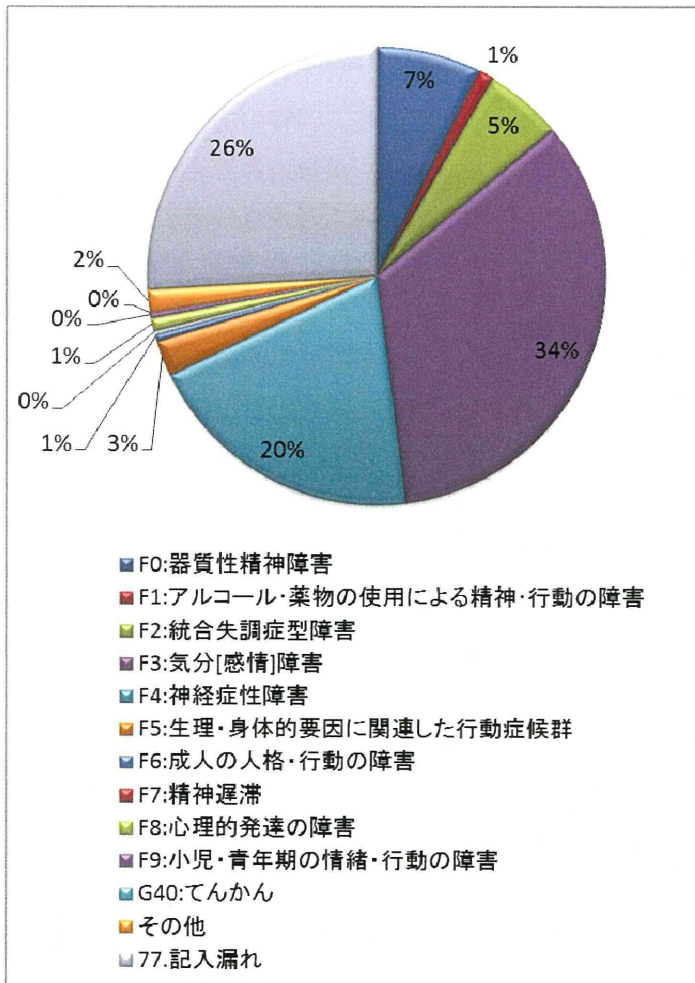


図8 半年後の主病名

半年後通院中の患者の主病名（図8）は、記入漏れが1/4あったものの、気分障害が最も多く34%、次いで神経性障害20%であった。器質性障害（7%）が統合失調症（5%）よりも多かった。

初診時の調査と変化があったかどうかを見ると（図9）、病名が変更になっている患者が少なくないことがわかる。

年代別に診断名の変化に違いがあるかどうかを調べたところ（図10）、10代と60代において診断名の変化が起きやすい傾向が窺えた（ $P<0.02$ ）。

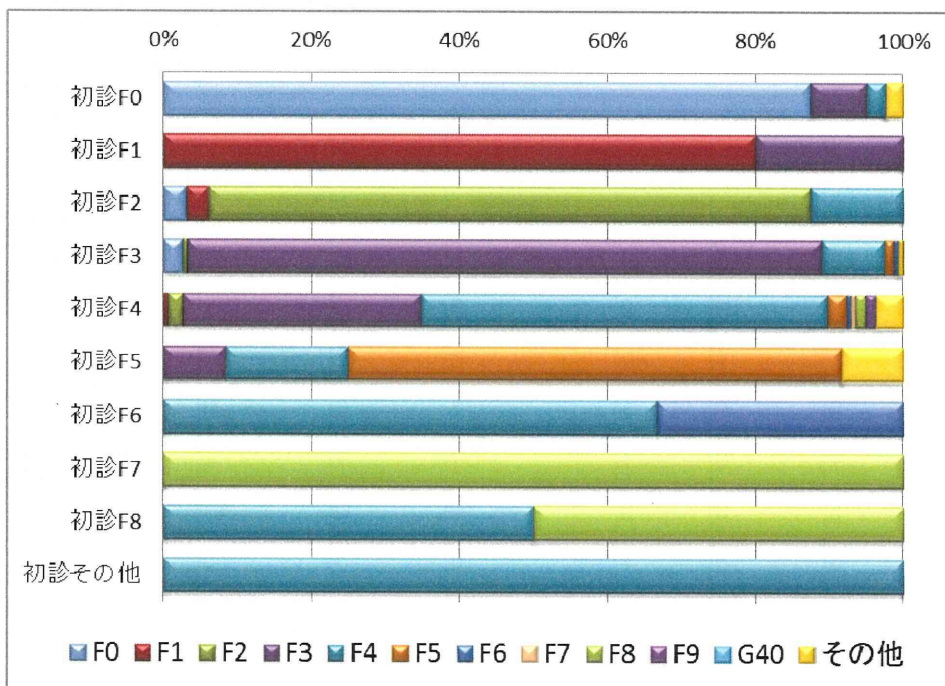


図9 初診と半年後の主病名の比較

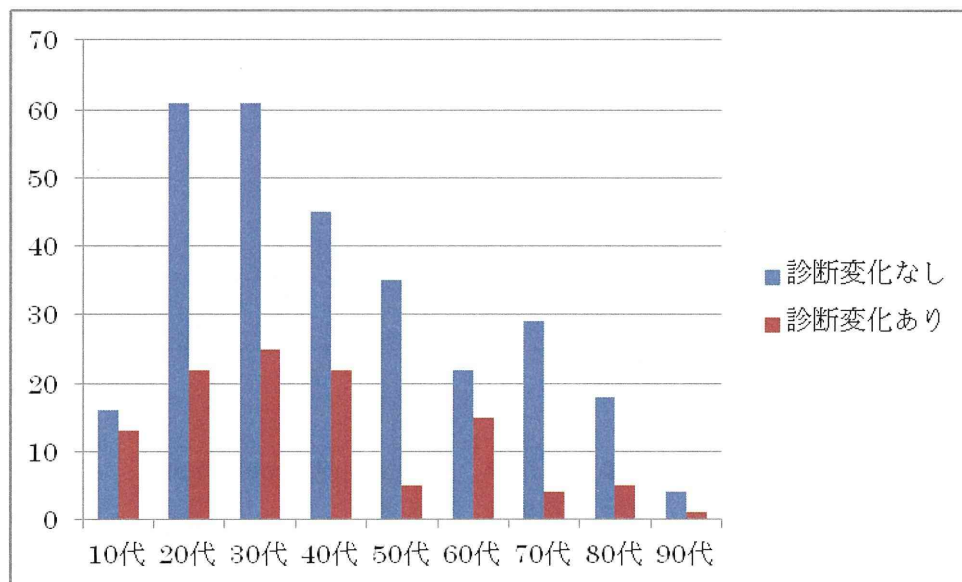


図10 年代別、半年後の診断名変化の有無

次に、現在通院している患者について、精神症状評価と能力障害評価の2軸評価と、7項目からなる生活障害評価を取った。評点は1~2が多く、比較的症状の軽い人が多いことが示唆された。しかし、一部精神症状評価、能力障害、生活障害のいずれも重度の人が含まれている。

それらの評点の因子分析の結果、因子数は1と見なされ、すべての項目がほぼ同じような動きをしていると言える。しかし、細かく見ると、生活障害評価の7社会的適応を妨げる行為のみ、他の項目とは多少異なる動きをしている。全体としては同じように動くことから、すべての項目を足しあわせた数値を「症状の評価」として、以降の分析を行うこととした。

表5 2軸評価と生活障害評価の評点

評点	精神症状評価 (人)	能力障害評価 (人)	食事 (人)	生活リズム (人)	保清 (人)	金銭管理 (人)	服薬管理 (人)	対人関係 (人)	社会的適応を妨げる行為 (人)
1	65	81	124	100	121	135	122	79	152
2	65	68	32	58	38	20	27	56	21
3	25	20	19	10	10	9	11	30	4
4	21	9	5	9	7	6	7	12	4
5	6	6	5	7	8	14	8	7	2
6	3								
未記入	4	5	4	5	5	5	14	5	6
平均	2.13	1.81	1.53	1.68	1.56	1.57	1.47	1.93	1.23

◆分析1 2軸評価と生活障害評価の因子分析

各質問項目の相関

	(1)	(2)	1	2	3	4	5	6	7
(1)精神症状評価	1.00								
(2)能力障害評価	.83	1.00							
1 食事	.73	.77	1.00						
2 生活リズム	.72	.73	.72	1.00					
3 保清	.75	.79	.83	.72	1.00				
4 金銭管理	.73	.75	.78	.64	.87	1.00			
5 服薬管理	.70	.73	.76	.65	.79	.82	1.00		
6 対人関係	.79	.79	.70	.72	.75	.70	.73	1.00	
7 社会的適応を妨げる行為	.50	.47	.54	.42	.57	.55	.54	.51	1.00

固有値

番号	固有値	寄与率	20 40 60 80	累積寄与率	カイ2乗	自由度	p値(Prob>ChiSq)
1	6.6335	73.706		73.706	2206.81	44.000	<.0001*
2	0.6704	7.449		81.155	306.594	35.000	<.0001*
3	0.4511	5.012		86.166	166.540	27.000	<.0001*
4	0.3298	3.665		89.831	91.846	20.000	<.0001*
5	0.2568	2.854		92.685	52.211	14.000	<.0001*
6	0.2026	2.251		94.935	31.352	9.000	0.0003*
7	0.1935	2.150		97.085	23.495	5.000	0.0003*
8	0.1586	1.763		98.848	10.844	2.000	0.0044*
9	0.1037	1.152		100.000	0.000	0.000	.

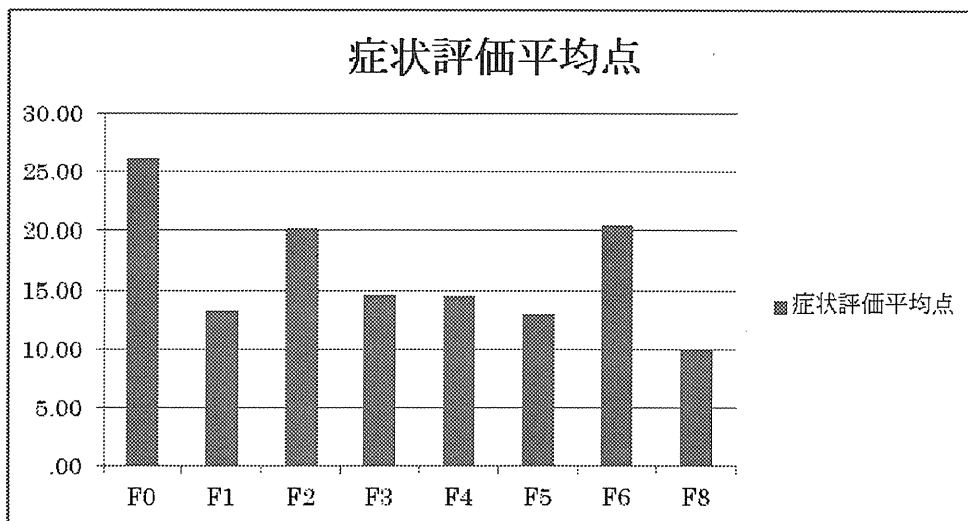
F0 器質性精神障害は F6, F8 との間に有意差はないものの、それ以外の疾患と有意差が見られ、F0 の診断がついたものは障害の程度が重い評価となっている。しかし、F0 器質性精神障害は高齢者に多いことから、年齢などその他の影響も考慮する必要があると考えられる。

そこで、次の分析3で年齢による差を見たところ、高齢者の方が症状・障害の評価が重いことがわかった。能力障害の質問項目が多い事を踏まえると、能力の障害はやはり精神的な疾患よりも高齢に伴う器質的な疾患に左右される事が推測される。

F2 統合失調症の診断がついたものは F3 気分感情障害や、F4 神経症性障害の患者と比べ障害の評価が重いこともわかった。患者数が少ないため有意ではないが、F6 人格障害も症状評価が高かった。

◆分析2 初期診断名（Ⅲの診断）と半年後の症状の評価

診断	N	症状評価平均点	標準偏差	最小値	最大値	中央値
F0	27	26.15	9.53	9	46	26
F1	4	13.25	7.85	9	25	9.5
F2	25	20.16	8.80	10	44	19
F3	78	14.60	5.97	9	31	13
F4	85	14.48	5.82	9	29	13
F5	4	13.00	4.97	9	20	11.5
F6	2	20.50	2.12	19	22	20.5
F8	1	10.00		10	10	10
全体	226	16.53	7.81	9	46	14

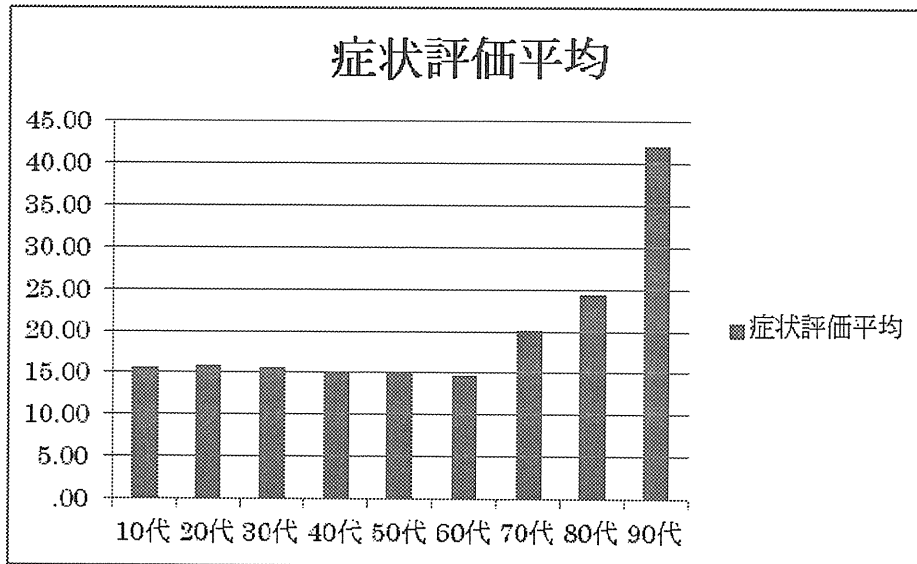


多重比較

水準	差	p値		
0:F0	5:F5	13.14815	0.009	1%
0:F0	1:F1	12.89815	0.0113	5%
0:F0	4:F4	11.6658	<.0001	0.10%
0:F0	3:F3	11.54558	<.0001	0.10%
0:F0	2:F2	5.98815	0.0361	5%
2:F2	4:F4	5.67765	0.0073	1%
2:F2	3:F3	5.55744	0.0107	5%

◆分析3 年齢と症状の評価

年齢	N	症状評価平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
10代	13	15.54	4.58	9	21	15
20代	46	15.83	6.79	9	38	14
30代	51	15.61	6.59	9	34	13
40代	37	14.97	7.57	9	44	12
50代	17	14.94	5.60	9	24	13
60代	24	14.75	7.89	9	39	11.5
70代	23	20.22	10.07	9	46	19
80代	14	24.36	8.30	9	36	25
90代	1	42.00		42	42	42
全体	226	16.53	7.81	9	46	14



水準	差	p値		
90代	60代	27.25	0.0098	1%
90代	50代	27.05882	0.0118	5%
90代	40代	27.02703	0.0099	1%
90代	10代	26.46154	0.017	5%
90代	30代	26.39216	0.0127	5%
90代	20代	26.17391	0.0142	5%
80代	60代	9.60714	0.0039	1%
80代	50代	9.41597	0.013	5%
80代	40代	9.38417	0.002	1%
80代	30代	8.7493	0.0032	1%
80代	20代	8.53106	0.0054	1%

次に、その患者が今回調査診療所を受診する前に、他の精神科医療機関に受診歴があるかどうかと、今回の受診歴の長さに関連があるかを調べた。t検定の結果、 $t(712)=-2.142$, $p<0.05$ で有意差が見られ、受診歴の「ある人」は「ない人」と比べて通院期間が長いことが示された。

◆分析4 受診歴と通院期間の長さ

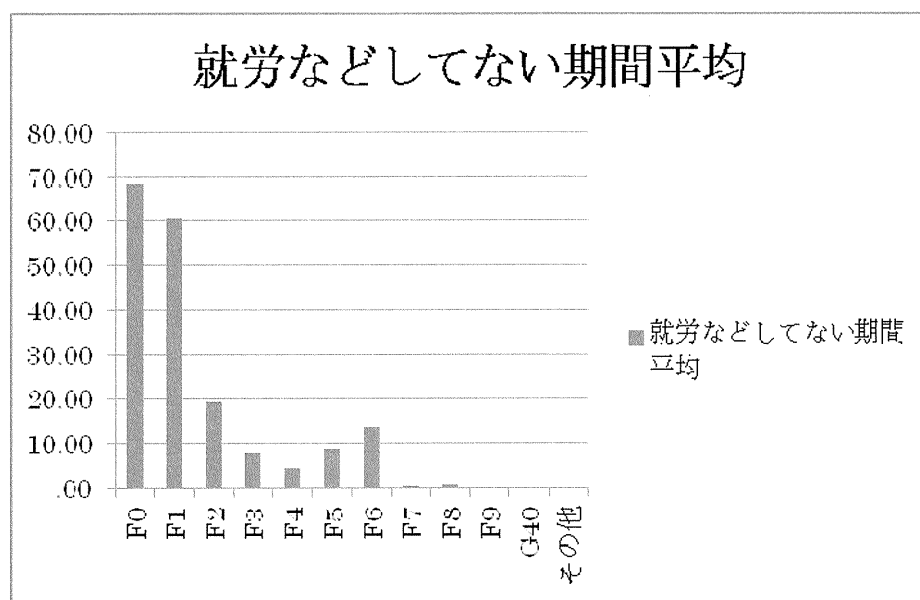
受診歴	N	通院期間平均	標準偏差
あり	229	95.73	81.02
なし	485	82.00	79.37
全体	714	86.41	80.10

初診時の診断名と、日中活動を何もしていない期間の関係を調べた。F0 器質性精神障害と、F1 アルコール薬物による精神障害の数値が大きかったが、これは年齢の影響によるものと思われる。

有意差はでていないが、F2 統合失調症と F6 人格障害において就労等をしていない期間が長い傾向がみられる。

◆分析4 初診時診断名と就労・就学・通所をしていない期間（月）

診断Ⅲ	就労などしてない期間平均	標準偏差
F0	68.27	111.69
F1	60.57	98.60
F2	19.48	58.50
F3	7.91	38.72
F4	4.41	29.41
F5	8.63	32.29
F6	13.71	47.97
F7	.25	.87
F8	.56	1.67
F9	.00	.00
G40	.00	.00
その他	.00	.00



2) 通院患者で入院となった者の調査（調査票VI）

調査票の返信があった 25 診療所うち、11 診療所は半年間に入院患者の発生はなかったと回答しており、残りの 14 診療所で 150 人分の回答を得た。一つの診療所の平均入院患者数は半年で 6.0 人（入院患者が発生しなかったところを除くと 10.7 人）で、最も多かった診療所 29 人であった。診療所によって、入院患者の発生数に差があることがわかった。年齢は、15～93 歳（平均 47.1 歳）であった。

（1）性別と主病名

性別のわかる 146 人のうち、88 人が女性であった。病名では、男女とも F2 統合失調症が最も多かったが、特に男性入院決定患者の 50%が統合失調症であった。

統計的に有意な結果は現れていないが、F3 気分障害による入院患者は 16:31 で女性の方が多い傾向あった。

表 1 入院となった患者の性別ごとの精神科診断名

性別		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
1.男(N=58)	度数	5	1	29	16	3	0	1	0	2	1
	全体%	3.42	.68	19.86	10.96	2.05	.00	.68	.00	1.37	.68
	行%	8.62	1.72	50.00	27.59	5.17	.00	1.72	.00	3.45	1.72
2.女(N=88)	度数	5	3	35	31	7	1	2	1	3	0
	全体%	3.42	2.05	23.97	21.23	4.79	.68	1.37	.68	2.05	.00
	行%	5.68	3.41	39.77	35.23	7.95	1.14	2.27	1.14	3.41	.00

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	計
1.男	5	1	29	16	3	0	1	0	2	1	58
2.女	5	3	35	31	7	1	2	1	3	0	88
計	10	4	64	47	10	1	3	1	5	1	146

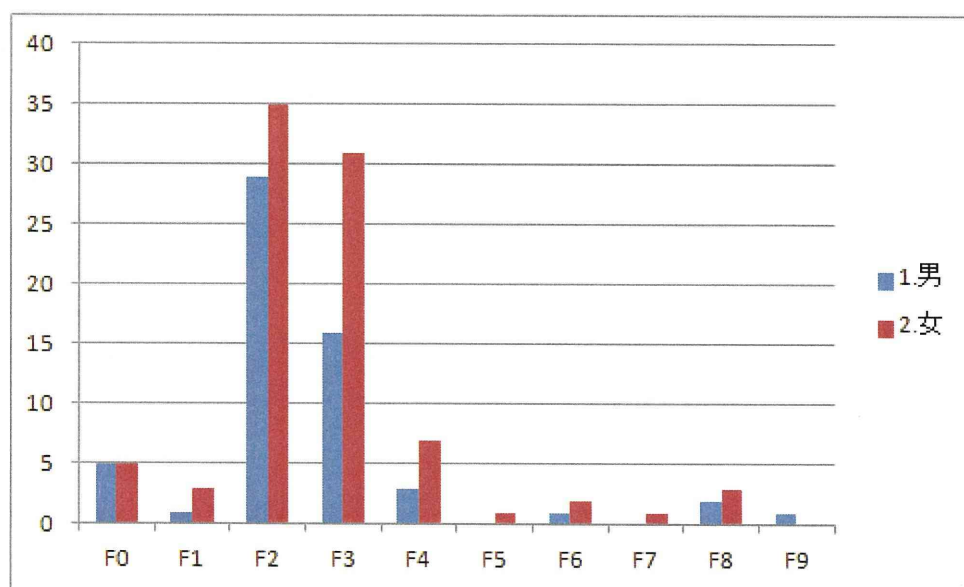


図 1 入院となった患者の性別ごとの精神科診断名

(2) 入院理由と入院先医療機関

症状悪化による入院が最も多く全体の3分の2を占めた。次いで休息入院13%、身体の病気9%、大量服薬やその他の自殺企図が合わせて6%あった。入院先は単価の精神科病院が73%であり、どの入院理由でも精神科病院に入院するケースが多い。

しかし、「大量服薬以外の自殺企図」を理由で入院する場合には総合病院に入院するケースの割合が高い可能性がある。

表2 入院理由ごとの入院先医療機関

入院理由	1.精神単科病院	2.総合病院精神科病床	3.身体科病床	計
1.精神症状の悪化	73	20	1	94
2.休息入院等	17	2	0	19
3.身体の病気による	3	1	9	13
4.大量服薬	4	0	0	4
5.大量服薬以外の自殺企図	2	3	0	5
6.自殺目的でない自傷行為	0	0	0	0
7.その他	7	1	1	9
計	106	27	11	144

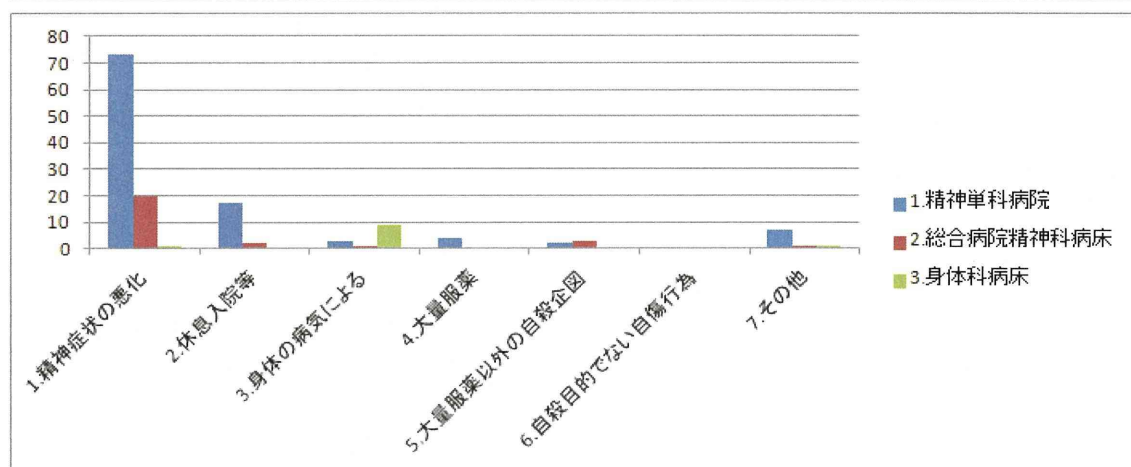


図2 入院理由ごとの入院先医療機関

(3) 入院理由と入院形態

入院形態は、任意入院が最も多く54%であった。入院理由との関係を見ると、最も多い「精神症状悪化」による入院では「精神科任意入院」と「医療保護入院」が多く、その間にほとんど差はなかった。身体の病気による入院ではやはり身体科入院となっていた。

表3 入院理由ごとの入院形態

入院理由	1.精神科任意入院	2.医療保護入院	3.措置入院	4.身体科入院	計
1.精神症状の悪化	44	41	2	0	87
2.休息入院等	19	0	0	0	19
3.身体の病気による	1	0	0	11	12
4.大量服薬	1	2	0	0	3
5.大量服薬以外の自殺企図	2	2	1	0	5
6.自殺目的でない自傷行為	0	1	0	0	1
7.その他	6	1	1	1	9
計	73	47	4	12	136

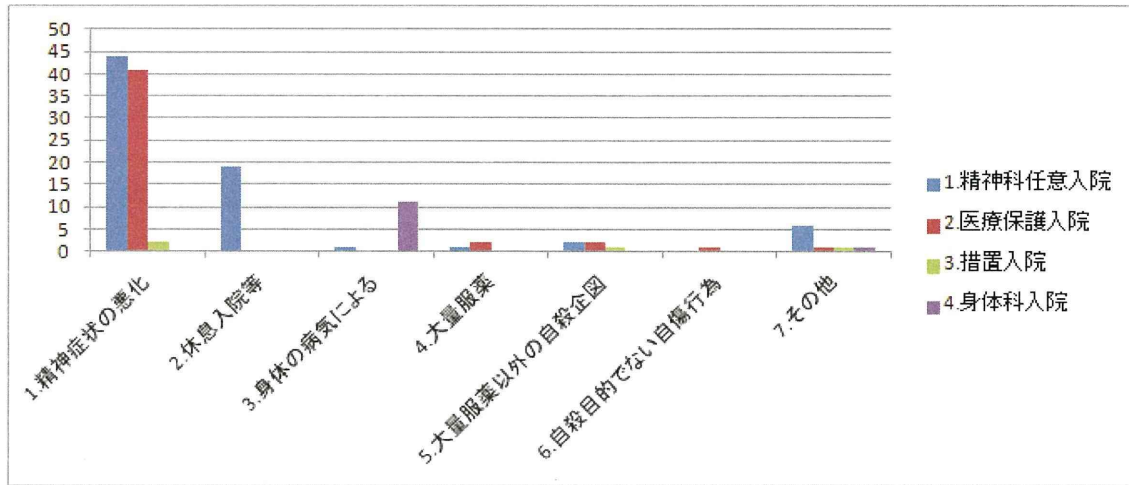


図3 入院理由ごとの入院形態

(4) 入院までかかった期間と、入院期間

入院が必要になってから入院までの期間(日)	度数	入院した期間(日)	度数
0	69	<3	14
<3	28	<7	24
<7	21	<14	38
<14	13	<30	60
<21	2	<60	82
<28	1	<90	92
<60	3	<180	107
不明	13	>180	2
		不明	2

表4 入院までの期間

入院が必要になってから入院までにかかった期間は、平均 4.04 日（中央値 0 日）で、46%が当日入院となっている。しかし、最大は 69 日であった（表 4）。

入院期間は、平均 39.4 日（中央 27 日）で、最大 186 日（調査時点で入院中）であった。1 か月前後で退院する機会が多いことがわかる（表 5）。

表5 入院期間

(5) 入院理由と入院が即日ではなかった理由

入院がその日ではなかった理由は、本人や家族の事情が最も多く 42%、であるが、すぐに入院できる病院が見つからなかったケースも 33%あった。緊急ではないために長くかかったケースは少ないと言える。

入院理由別では、やはり休息入院の場合は緊急でないという理由で即日入院とならないことが多い。大量服薬や自殺企図等が理由で入院する場合は、即日入院となることが多い。

最も多い「精神症状の悪化」による入院では、「病院が見つからない」と「本人家族の事情」という理由で即日入院とならないことが多い。

表6 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

入院理由	1.緊急ではなかった	2.すぐに入院できる病院が見つからなかった	3.本人家族の事情	4.その他	5.即日入院	計
1.精神症状の悪化	4	22	25	3	38	92
2.休息入院等	8	2	3	0	5	18
3.身体の病気による	0	1	0	2	6	9
4.大量服薬	0	0	2	0	1	3
5.大量服薬以外の自殺企図	0	0	1	0	4	5
6.自殺目的でない自傷行為	0	0	0	0	1	1
7.その他	2	0	1	0	5	8
計	14	25	32	5	60	136

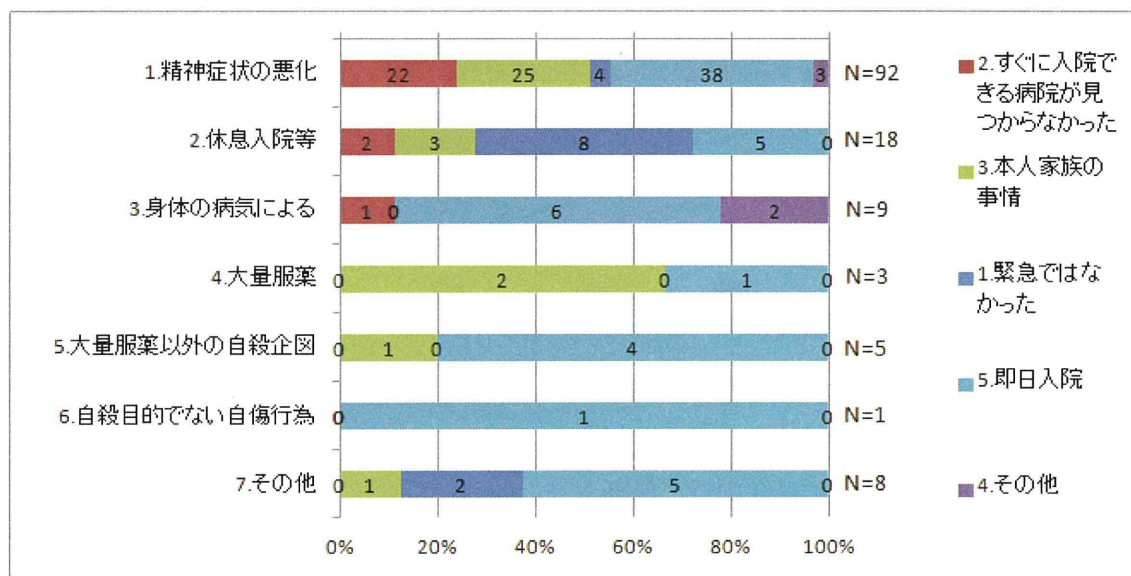


図4 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

(6) 入院先の決定方法と入院先医療機関

入院先の決定方法は、クリニックから依頼したケースが多く、公的機関を利用したケースは13%に過ぎず、本人や家族が捜した場合も同数の13%見られた。公的機関を利用して入院する場合は、身体科病院へ入院する割合が大きい。

表7 入院先の決定方法と入院先医療機関の関係

入院先の決定方法	1.精神単科病院	2.総合病院精神科病床	3.身体科病床	計
1.クリニックから依頼した	79	20	3	102
2.公的機関を利用した	11	3	5	19
3.本人や家族が自分で探した	12	4	3	19
4.その他	5	0	0	5
計	107	27	11	145

(7) 入院先の決定方法と入院形態

入院先の決定方法と入院形態には明らかな差が診られた。公的機関を利用した場合には、身体科入院が多く、当たり前ではあるが措置入院は公的機関りようにしか見られない。本人家族が自分で探した場合には、任意入院が多いことと、身体科入院も比較的多くみられる。

表7 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

入院先の決定方法	1.精神科任意入院	2.医療保護入院	3.措置入院	4.身体科入院	計
1.クリニックから依頼した	59	34	0	3	96
2.公的機関を利用した	2	7	4	6	19
3.本人や家族が自分で探した	11	3	0	3	17
4.その他	1	3	0	0	4
計	73	47	4	12	136

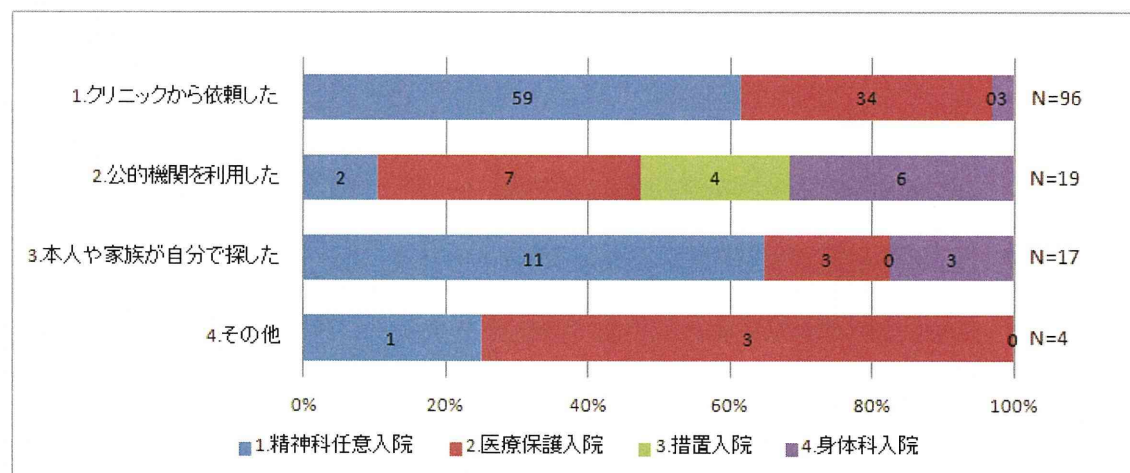


図5 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

(8) 入院先の決定方法と入院が即日ではなかった理由

クリニックから依頼した場合の2割以上、本人家族が捜した場合の約1割が、すぐに入院できる病院が見つからなかったことがわかる。

表8 入院先の決定方法と入院が即日ではなかった理由関係

入院先の決定方法	1.緊急ではなかった	2.すぐに入院できる病院が見つからなかった	3.本人家族の事情	4.その他	5.即日入院	計
1.クリニックから依頼した	10	22	26	3	37	98
2.公的機関を利用した	0	0	1	0	13	14
3.本人や家族が自分で探した	4	2	6	1	7	20
4.その他	0	1	0	1	3	5
計	14	25	33	5	60	137

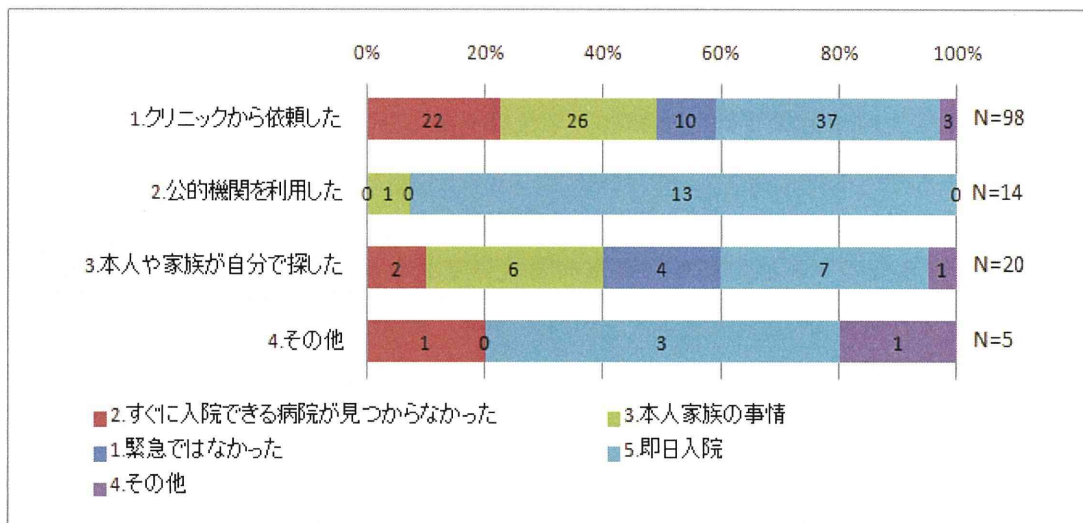


図6 入院先の決定方法と入院が即日ではなかった理由

(9) 入院が即日ではなかった理由と入院までかかった期間

入院までにかかった期間を比較すると、緊急性があったがすぐに入院できる病院が見つからなかった場合は、緊急ではなかった場合や本人家族の事情で即日入院とならない場合の約半分の期間で入院できている（有意差なし）。しかし、それでも3～4日はかかっていることがわかる。

図9 入院が即日ではなかった理由と、入院までかかった期間

即日ではなかった理由	N	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
1.緊急ではなかった	13	8.77	11.63	1	44	4
2.すぐに入院できる病院が見つからなかった	21	3.90	2.63	1	9	3
3.本人家族の事情	29	7.66	13.93	1	69	2
4.その他	4	12.25	13.43	2	32	7.5
5.即日入院	60	0	0	0	0	0
全体	127	3.68	8.75	0	69	1

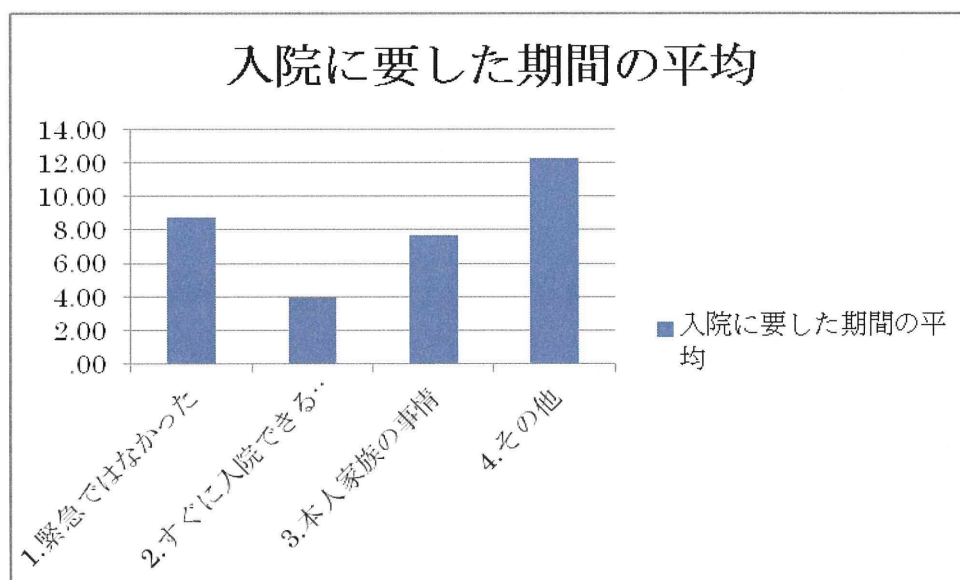


図7 入院が即日ではなかった理由と、入院までかかった期間

4. アンケート調査結果からの考察

新規受診患者の追跡調査から見える精神科診療所のニーズと役割

診療所の患者は、4分の1が1回の受診で終わり、半数以上が3ヶ月までに通院を終えている。その理由の半分近くが治療中断である。他科の通院継続率がつかめないため、この数値が高いものなのか低いものなのか判断できないが、これだけの数のが治療中断していることは問題である。今回の調査では、新規受診患者の約3分の1が他の精神科医療機関受診歴があった。立地の便利さで選んだり、評判の良い医者を探求めて、自分で調べたり知人から情報を聞き、診療所をいくつも渡り歩いている患者が少なくないことが窺われた。

治療を中断せずに通院を続けてもらうためにはどうしたらよいか。

1. 地域精神科医療連携システムの構築

調査結果からわかる一つのことは、一般科や精神科の医師から紹介を受けて受診した場合は通院が継続しやすいことである。地域連携を強め、紹介状を持たせて信頼できる精神科医へしっかりと繋ぐことが重要と思われる。そういった意味においては、地域の特性に見合った「地域精神科医療連携システム」の整備は極めて重要と思われる。既に（社）大阪精神科診療所協会が構築している一般科と精神科を繋ぐGPネットなど様々な地域で取り組みが始まっている。東京都で進められている「地域精神科医療ネットワークモデル事業」ではITを活用した仕組みが試行されていると聞く。このあたりの動向は今後調査するつもりである。

2. 信頼できる医療機関情報の提供

受信先の診療所を選択するため、口コミやホームページ等様々な媒体を通して情報を収集している。とりわけ医療機関のホームページや民間の医療機関情報サイト等が手軽なこともあって利用度が高い。そういった場合、コンテンツの信頼度が問題となる。確かに地域でその診療実態が明らかでないような医療機関が、立派なホームページを作り集客している例を散見する。公的機関や公的機関からの認定を受けた情報サービス業者（情報内容に責任を持つ）が、第三者の情報内容評価委員会等を内部に設立して、信頼できる情報を市民に提供する仕組みが必要である。

3. 心理職等のパラメディカルスタッフの活用

心理カウンセリング等のサービスを求めて診療所へやってきた比較的若い世代の患者は、通院が継続するケースが多いことである。その他にも様々な福祉サービスの紹介、自立支援医療の紹介等の医療以外のサービスについての情報提供、支援等を行うパラメディカルスタッフを活用することも治療継続の一助となる。

4. 社会参加を支援する機能の整備

精神科診療所を受診する患者の多くは、精神症状等の軽い方が多いが、一部はかなり重症な方が含まれる。また、日中活動が何もできていない方や、通院中に仕事を辞めてしまう方なども少なくない。精神科診療所は地域で生活する重度の精神障害者を支える役割も担っていること、社会参加の支援を必要としている人を少なからず抱えていることもわかった。そういったことから、PSWや訪問看護師の配置等も必要である。

通院患者の入院調査から明らかになる入院先確保の難しさ

通院患者の入院調査では、医療機関によって発生頻度が大きく違うが、1診療所あたり平均すると1

か月に 1 人のペースで入院患者が発生していることがわかった。その多くは統合失調症や気分障害の症状悪化であるが、身体の病気や大量服薬などの自殺企図も少なくなかった。

入院が必要になってすぐに入院できるのは半数に満たず、入院できるまでの期間は平均 4 日かかっている。それも、身体の病気や大量服薬、自傷他害による措置入院などはすぐに入院できるが、精神症状の悪化の場合にはなかなか見つからないことが多い。精神科診療所が入院先を探した場合では、2 割以上が緊急性があったにも関わらず入院先がすぐに見つからない状況であることがわかった。

しかし、精神科病院の病床利用率は平成 19 年の 630 調査によると 89.9%である。地域の病院に空床がないわけではない。精神科病院の空床情報が精神科診療所に伝わりやすくすれば「入院先がみつからない状況」は改善されるであろう。そのために精神科病院と精神科診療所の連携やネットワークに強化が望まれる。

今後、入院治療から地域生活外来治療への移行が進み、より重症な精神障害者や不安定な患者を抱えるようになるだろう。その上精神病床の削減が進むと、精神科診療所に通院する患者の入院先確保が困難になるのではないかと危惧される。精神障害者が安心して地域で暮らし精神科診療所が治療を担うためには、重症化する前に任意入院や医療保護入院にも対応できる入院の仕組みが整備されることが望まれる。

4. 先進的サービスに取り組んでいる診療所の訪問調査の結果

多様なサービスを展開している診療所を下記のような切り口で、全国で 5 か所選び出し、訪問調査を行った。

(役割面から) 入院を防ぐ、困難事例を支える、リワーク等、救急

(対象疾患から) 高齢者、引きこもり・ニート、未治療者、アルコール等

(サービスから) 訪問診療、訪問看護、デイケア等

(地域差から) 都会のビル診、地域の内科併設型

今回は、調査の報告が終わっている 2 か所についての報告をする。一カ所は地方都市の、一カ所は大都市圏の、常勤の精神科医が 1 名の診療所である。一見しては、その地域の他の診療所と違いはない。しかし、その活動内容には、一歩先を行く先駆性がみられた。

訪問調査 1. ぴあクリニック

<調査日>

平成 23 年 12 月 17 日

<調査地>

静岡県浜松市ぴあクリニック

<調査目的>

通院拒否、引きこもり状態、治療中断・未治療等の GAF 値 30 以下のいわゆる重度の精神障害者に対して、多職種チームによるアウトリーチ支援を積極的に提供している。その結果、精神症状を改善させる

と共に病状の悪化、再燃、入院阻止等に高い実績を上げている。現地調査によりアウトリーチ支援の実態と実践する上でのコツや問題点等を明らかにしたい。

<診療所の立地、施設>

浜松市の北部、北区根洗町に立地。JR 浜松駅よりバスにて 40 分、バス停より徒歩 5 分程度のところがあり、交通の便としては必ずしも良いとは言えない。近くには聖隷三方原病院がある。新興住宅地ではあるが、空地も点在し開放的な環境。診療所の敷地は、都市部では考えられないほど、広く贅沢にとられており、駐車スペースも十分である。平屋作りの明るくモダンな意匠の診療所である。診療所はいわゆる診療を行う部門と ACT チームの本部、フリースペース「虹の家」の 3 つユニットで構成されている。

<診療所の設立理念>

同クリニックの設立理念は、どのような重度の精神障害を抱える人であろうと、その人が地域で、その人らしく自由にのびのびと生きていけるように可能な限り支援することを主要な業務としている。また、診療所を通じて精神科ユーザー間の仲間作りの輪を広げ、それぞれ個性的な社会参加をしつつ、より豊かな地域社会づくりに貢献されることを支援していくこととされている。

<診療内容の特徴>

設立理念を実現させるため、前述の如く同クリニックは、いわゆる外来精神科医療を提供する「外来診療部門（一般外来・児童思春期外来）」と、今回の訪問調査の対象である「アウトリーチサービス（包括型地域生活支援プログラム）部門」、当事者活動の拠点であるフリースペース「虹の家」の 3 つに分かれている。このうち「虹の家」診療所開設前より院長が別の地に開設し、開業と共に診療所内に組み込まれた。

<ACT 対象患者>

調査の対象である ACT の対象患者以下のように規定される。「18 歳以上 65 歳未満で、以下の 1・2 の要件をそれぞれ満たす者。65 歳以上は、原則として介護保険の対象となるため外した。対象病名は DSM-IV による診断基準で「統合失調症」「慢性気分障害」の 2 つ。その他、これら以外であっても前記 2 つに匹敵するような重い精神障害がある者。自傷・他害の危険のある者。医療拒絶者。未治療あるいは治療中断中の者、頻回入院の既往がある者。地域定着のための重要な要素が欠乏・不足していて、住居・自立生活などに支障を来している者⇒ACT サービスを受けないと入退院を繰り返す危険が高い患者」以上に示されるように、精神症状は、極めて重症で難治性、病識が欠如し受診意欲もない、拒絶的といったいわゆる困難事例に積極的に向き合っている。参考に対象者の GAF スケールを示す。

ACT対象者の重症度

GAF数値	人数	GAF数値	人数
70-61	0	30-21	21
60-51	5	20-11	12
50-41	6	10-1	0
40-31	10	0	0

<ACT チームの構成員>

医師 1 名 PSW4 名、OT1 名、これらに加えて業務提携している訪問看護ステーション不動平の看護師 5 名。このうち、訪問看護ステーション不動平は全くの別法人であるが、その活動は、診療所で開催される朝の打ち合わせ会段階から同ステーションのスタッフが参加するなど、ほぼ一体的に運営されている。更にボランティア（当事者・家族から構成）8 名からなる。

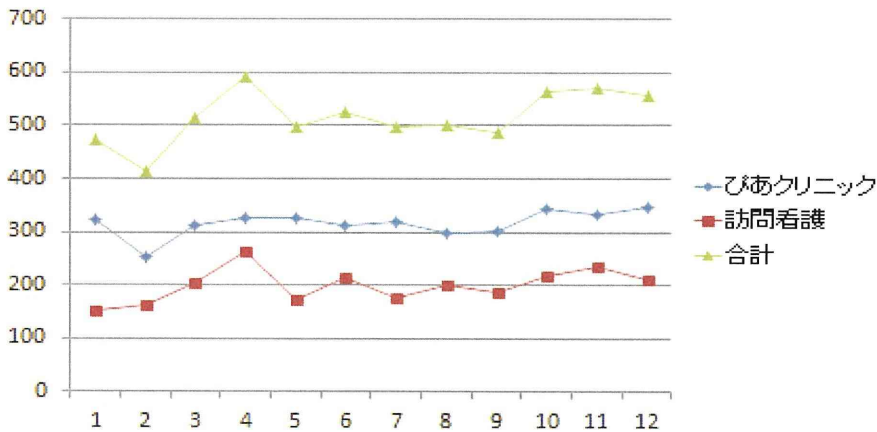
<ACT チームの活動範囲>

浜松市は 7 区から構成された政令指定都市。面積 1,558.04 km。東西 52 km 南北 73 km 岐阜県高山市に次いで全国第 2 位の面積を有する地域。広範な地域にも関わらず、同クリニックの ACT チームは市内の 6 区をキャッチメントエリアとしている。

<ACT チームの実績>

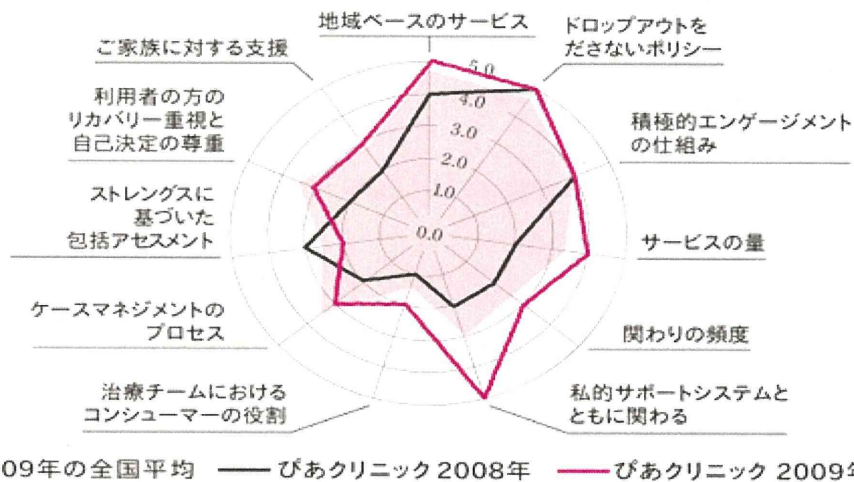
前述の如く、本体であるぴあクリニックと訪問看護ステーション「不動平」の協働により、月に 500 から 600 回、1 日 20 か所程度の訪問を継続している。

2011年度ACT活動実績



<びあクリニック ACT チームの第三者評価>

ACTのプログラムの評価に活用されるのが「フィデリティ評価」 DACTS(the Dartmouth Assertive Community Treatment Scale)である。「フィデリティ評価」は、個々のACTチームのサービスの質が原則通りに保たれているかを、第三者に評価してもらい、今後のチームの成長の糧とするシステムである。びあクリニックの評価結果を以下に示す。



評価基準は、各項目で4点以上の点数があることが期待されている。項目別には—
地域ベースのサービス

ACTのサービスは、利用者が実際に生活をする地域で行われることが大切である。利用者とのコンタクトが地域で行われる割合が80%以上であると、5点となる。広範なキャッチメントエリアにも関わらず、びあクリニックはしっかりと利用者の生活の場においてサービスを提供していることが理解される。

②ドロップアウトをださないポリシー

訪問サービスを続けて信頼関係を構築し、利用者が確実にACTのサービスを継続できているかが大切である。1年以上継続できている利用者の方が95%以上なら、5点となる。この評価項目についてもびあ