

表-1 OECD Quality Indicator Project によって提案された精神科ケアの質に関する 12 の指標(文献 1)

| 指標のカテゴリー | 指標 |
|--------------------------------|--|
| 治療(treatment) | <ul style="list-style-type: none"> • うつ病急性期における、適正受診率 • 精神疾患患者の早期再入院率 • 物質関連障害患者の治療期間 • 高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬(三環系抗うつ薬)の使用 • 急性期における抗うつ薬の継続使用 • 維持期における抗うつ薬の継続投与 |
| 治療継続 (continuity of care) | <ul style="list-style-type: none"> • 退院後の適正時期における外来フォローアップ • 精神疾患に物質関連障害を合併している患者における退院後の受診継続 • 通院での人種格差 • 退院後の治療継続 |
| 治療連携 (coordination of care) | <ul style="list-style-type: none"> • 重症例におけるケースマネジメント |
| 患者転帰 (patient outcome) | <ul style="list-style-type: none"> • 重症例における死亡率 |

表-2 各国で用いられている質の指標の概念(文献 2)

| 指標のカテゴリ | 英国 | カナダ | オーストラ リア | 米国 |
|--------------------------------|----|-----|-------------|----|
| acceptability (適合性) | | + | | + |
| accessibility(アクセス) | + | + | + | + |
| appropriateness(適切性) | | + | + | + |
| capacity(収容力) | + | + | + | |
| Competence or capapibity (競争力) | + | + | + | |
| continuity(継続性) | | + | + | + |
| effectiveness(有効性) | + | + | + | + |
| efficiency (効率性) | | + | + | |
| equity(公平性) | | + | + | |
| patient-centerness(患者中心性) | + | + | + | |
| safety(安全性) | | + | + | |
| sustainability(持続可能性) | | | + | |
| timeliness(時間的適切性) | + | | | |

表-3 オーストラリアの指標(Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services-Second Edition、文献4)

| 指標のカテゴリー | 指標 |
|-----------------------------|---|
| 有効性(effective) | <ul style="list-style-type: none"> • 患者の転帰 • 退院後 28 日以内の再入院率 |
| 適切性(appropriate) | <ul style="list-style-type: none"> • National Service Standards の準拠 |
| 効率性(efficient) | <ul style="list-style-type: none"> • 急性期における平均入院期間 • 急性エピソードの治療に要するコスト • 地域で3ヶ月間過ごすのに要する平均治療日数 • 地域で3ヶ月間過ごすのに要するコスト |
| アクセス(accessible) | <ul style="list-style-type: none"> • 治療を受けている人口 • 新規患者に関する指標 |
| 継続性(Continuous) | <ul style="list-style-type: none"> • 入院前の地域でのケアやサービスの提供 • 退院後の地域でのケアやサービスの提供 |
| 患者の期待に応える医療 (Resoinsive) | <ul style="list-style-type: none"> • 患者の治療への参加 |
| 能力(capable) | <ul style="list-style-type: none"> • 目に見える予後 |
| 安全性(safe) | <ul style="list-style-type: none"> • 隔離の施行率 |
| 持続可能性(sustainable) | (指標の検討中) |

表-4 英国の指標(Quality and Outcomes Framework 中の精神疾患関連の指標、文献 5)

| 指標のカテゴリー | 指標 |
|----------------|--|
| 記録(records) | <ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症、双極性障害、その他の精神病性障害の診療をできること |
| 管理(management) | <ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症、双極性障害、その他の精神病性障害の患者で過去 15 ヶ月のアルコール使用の記録があるものの割合 ・上記の患者で過去 15 ヶ月に BMI の記録があるものの割合 ・上記の患者で過去 15 ヶ月に血圧の記録のあるものの割合 ・上記の疾患で 40 歳以上の患者について過去 15 ヶ月間に総コレステロール/HDL 比の記録のあるものの割合 ・上記の疾患の女性患者(イングランド、北アイルランドでは 25 歳から 64 歳、スコットランドでは 20 歳から 60 歳、ウェールズでは 20 歳から 64 歳)で、過去 5 年間に子宮頸がんのスクリーニングを受けているものの割合 ・リチウムで治療中の患者で、過去 9 ヶ月間にクレアチニンと TSH の血中濃度の記録があるものの割合 ・リチウムで治療中の患者で、過去 4 ヶ月間にリチウム濃度が治療域であるかどうかの記録があるものの割合 ・患者、家族、看護者が合意して包括的ケア計画を作成した患者の割合 |

表-5 カナダアルバータ州の指標(Performance Monitoring Framework、文献5)

| 指標のカテゴリー | 指標 |
|------------------------------------|--|
| <p>受 容 性 (acceptability)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の文化や人種、言語に基づいた治療を受けた患者の人数や割合 ・ 患者の満足度 ・ 患者の家族の満足度 ・ 患者の紹介元の満足度 ・ 患者が Regional Mental Health Advisory Councils に参加していること ・ 治療計画の決定に参加している患者の人数や割合 ・ RHA Boards が患者の発言力を調査する方法を持っていること ・ 患者が治療プログラムの立案に参加していること ・ 患者が自助グループサービスを行っていること |
| <p>ア ク セ ス (Accessibility)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 制度改革で治療アクセスが向上した患者の数 ・ 制度改革で減少した待機日数 ・ 適切な待機時間の期間に治療プログラムに参加できた患者の数や割合 ・ かかりつけ医から紹介された後に専門医に会うまでの日数 ・ 適切な待機時間の期間に治療を受けられた児童の数や割合 ・ 治療ガイドラインにしたがってセンターに導入されているプログラムの数や割合 ・ センターを通じて登録された患者の割合 ・ ガイドラインに従って導入されている Assertive Community Treatment プログラムの数や割合 ・ Assertive Community Treatment の対象となる患者の数や割合 ・ ガイドラインに従って導入されている危機介入サービスの数や割合 ・ 緊急回線にアクセス可能な患者の数 ・ 精神保健部局、救急医療、危機介入サービス、警察の間の連携状況 ・ ガイドラインに従って導入されている shared program (専門医の支援に基づく家庭医による医療の数や割合 ・ Shared program で治療されている患者の数や割合 ・ Shared program に参加している家庭医の数や割合 ・ Shared program に参加している地域精神保健スタッフの数 ・ 専門医へのアクセスに満足している家庭医の数や割合 ・ ガイドラインに従って行われている 1 対 1 面談の数や割合 ・ 60 分以内に通常精神保健サービスへアクセス可能な人口比 |

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>適切性 (Appropriateness)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインに従って取り入れられている地域の精神保健政策の数や割合 ・精神保健や精神疾患の知識を有する人の数や割合 ・精神保健サービスを受けられる場所を知っている人の数や割合 ・ガイドラインに従って取り入れられているケースマネジメントプログラムの数や割合 ・認知行動療法や対人関係療法の訓練を受けている外来セラピストの割合 ・うつ病や統合失調症について診療ガイドラインに従っている医師の割合 ・ガイドラインにしたがって取り入れられているデイケアプログラムの数や割合 ・部分入院治療を受けている患者の数や割合 ・ガイドラインにしたがって取り入れられている自助プログラムの数や割合 ・自助グループを組織するに当たっての患者の満足度 ・自助グループを立ち上げるにあたっての支援に対する患者の満足度 ・家族グループの支援に割り当てられた予算 ・治療サービスの提供や立案に当たって家族グループが参加する仕組みがあるか ・雇用や教育のニーズに応じたサービスを受けている患者の数や割合 ・患者がお治療を継続できるよう設けられているプログラムの数や割合 ・退院後 30 日以内にフォローを受けることができる患者の割合 ・急性期の入院から 30 日以内に再入院となる患者の数や割合 ・尊厳が保たれたケアが行われるように患者のニーズが把握されること ・入院のため待機している患者の数や割合 ・転院や転床のため待機している患者の数や割合 ・入院が必要かどうか曖昧な状態で救急病棟に入院した患者の割合 |
| <p>効率性 (Efficiency)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・一人あたりの精神保健予算 ・一人当たりの精神保健支出 ・基準を満たした病院での救急サービスの数や割合 ・10 万人あたりの精神科救急の利用率 ・10 万人あたりの精神科救急の受診率 ・精神科救急における評価や連携システムが確立していること |
| <p>安全 (Safety)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健に焦点を当てて立案されている安全策の割合 ・暴力を伴わない危機介入のため訓練されているスタッフの 1 年あたりの数や割合 |

表-6 米国カリフォルニア州の指標 (Quality indicators for California's public mental health system、文献7)

| 指標のカテゴリー | 指標 |
|------------------|---|
| 構造 (Structure) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者一人当たりの費用 ・ サービスのタイプ |
| アクセス (Access) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 普及率 ・ EPSDT 普及率 ・ 一般の精神科外来での新規患者の残留率 ・ 退院後のフォローアップ治療 ・ 退院から最初の外来までの期間 ・ 一般の精神科外来での初回受診から再診までの平均期間 ・ サービスの利用しやすさに対する認識 |
| プロセス (Process) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療方針の決定への参加についての患者の認識 ・ 患者の満足度 ・ ケア提供者の満足度 |
| アウトカム (Outcomes) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 機能改善についての患者の認識 ・ 機能の改善と症状の軽減についての患者の認識(若年者) ・ 症状の軽減についての患者の認識 |

平成 23 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）

「精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究」

分担研究報告書

既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測

研究分担者 竹島 正 （国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者 河野 稔明 （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】本研究では、医療機関、行政機関等の精神保健医療福祉関係者を対象に聞き取り調査を行い、(1) 改革ビジョン以降の変化と残されている課題、(2) 精神科医療機能の分化の状況と課題を把握し、統計資料分析の視点を得ることをすることを目的とした。また、(3) 入院期間 5 年以上かつ 65 歳以上の患者、および(4) 精神科医療へのニーズが高いにもかかわらずアクセスの困難をかかえる患者の状態像についても聞き取りを行った。

【方法】4つの県（A～D とする）を訪問し、行政機関、医療機関のほか、家族会連合会、大学精神医学講座を対象に聞き取り調査を行った。

【結果および考察】(1) 改革ビジョンが精神保健医療福祉に及ぼした影響については、変化のきっかけとなったという回答があった一方で、現場に特段の変化はなかったとの回答もあり、変化の生じ方に格差が生じている可能性がある。残されている課題としては、退院した患者が地域で生活するための社会資源の整備が不十分である点が挙げられ、退院促進と地域生活支援が均衡を保って進められるよう、実態把握を適切に行っていくことが必要と考えられた。(2) 精神科医療の機能分化は、人口密度の高い病院数の多い都市部を中心に進行しており、人口密度の低い病院数の少ない地域ではあまり進行していないことが示唆された。処遇困難患者の集中は、機能分化が進んだ都市部で強い傾向が示唆された。機能分化が不十分な点については、慢性重症患者と高齢のうつ病が挙げられた。また認知症患者のケアは、医療全体、また介護も含めての大局的な方針を定める必要性が示された。(3) 5 年以上 65 歳以上の患者については、退院の困難な統合失調症（または知的障害、知的障害を伴う統合失調症）の患者が多くを占めるとの見方が多かった。これらの患者群の地域移行を不用意に進めた場合、社会的転帰が不良の事例が多く発生する可能性もあり、退院後の居住と生活支援のあり方を十分に検討していく必要があると思われた。(4) 精神科医療へのニーズが高くアクセスの困難がある患者については、精神疾患があつてひきこもっている者が中心との見方が優勢であった。また、その中で発達障害のケースが問題になってきていることが指摘された。発達障害に対しては、多職種チームによる統合失調症モデルのアウトリーチよりは、個別の信頼関係を基盤にして安定した対人関係の構築が重要という見解が示された。

【結論】本研究では、精神科医療の機能分化の状況と課題を中心に、関連するテーマについての情報を得た。これらの精神科医療の機能分化に伴って生じた可能性のある問題や、退院した精神障害者の地域生活におけるニーズについては、定量的に捉えることが必要と考えられる。本研究によって既存資料の分析を進める上で着目すべき視点が明確になった。

A. 研究目的

厚生労働省が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョン)を提示してから7年半が経過し、これに基づく精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化の取り組みも終盤に近づきつつある。改革ビジョンでは重点施策の一つとして、患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進を挙げているが、精神保健福祉資料(630調査)によると、2004年から2009年までの改革ビジョン前半5年間で、急性期治療病棟は7,442床から13,307床へ、精神療養病棟は80,628床から101,280床へ増加するなど、診療報酬上の専門病床数においては機能分化が進行している。しかし、これによって患者の病態に応じた精神科医療の提供が実質的にどの程度進んだかは必ずしも明確ではない。

本研究では、医療機関、行政機関等の精神保健医療福祉関係者を対象に聞き取り調査を行い、精神科医療機能の分化の状況と課題、改革ビジョン以降の変化と残されている課題を把握して、統計資料分析の視点を得ることをすることを目的とした。また、厚生労働省において、高齢の長期在院患者の退院促進が検討されていることを踏まえ、入院期間5年以上かつ65歳以上の患者および精神科医療へのニーズが高いにもかかわらずアクセスの困難をかかえる患者の状態像について聞き取りを行い、統計資料分析の視点を得ることをすることを目的とした。

B. 研究方法

4つの県(A~Dとする)を訪問し、行政機関、医療機関のほか、家族会連合会、大学精神医学講座を対象に聞き取り調査を行った。対象は、A県では県の精神保健医療福祉主管部局および精神保健福祉センター(同時面接)、B県では県の精神保健医療福祉主管部局、県

立精神科病院1カ所、民間精神科病院3カ所、および精神障害者家族会連合会、C県では精神保健福祉センター、および民間精神科病院1カ所、D県では精神保健福祉センター、精神科病院協会事務局、精神障害者家族会連合会、および大学精神医学講座であった。

聞き取りの内容は次の4点とした。1つ目は、精神保健医療福祉の改革ビジョン以降の変化と課題とし、特に改革ビジョンに伴う変化のほか、診療報酬の改訂、5疾病5事業に関連する内容についてインタビューした。2つ目は、精神科医療機能の分化と、医療提供側、利用者側から見た課題とし、機能分化がどのように進んでいるかに加えて、その進行に伴ってアルコール依存症や希死念慮の強い患者が特定の医療機関に集中するような問題が起こっていないかどうかを尋ねた。3つ目は、厚労省の検討している新しい指標(案)「5年以上65歳以上の退院者数」に該当する患者像とした。4つ目は、精神科医療へのニーズが高いにもかかわらずアクセスの困難をかかえる患者の患者像、およびそうした患者に対するアウトリーチによる支援の可能性と限界とした。

結果には、聞き取った内容の概要を、テーマごとに対象者別で示した。対象者によっては一部の内容についてのみ回答を得た。

(倫理面への配慮)

面接では各地域・各機関の全般的な状況や対象者の考えのみを聞き取り、個別の患者や当事者に関することには触れないように配慮した。また、面接を録音する際には、予め対象者の承諾を得た。

C. 研究結果

1. 精神保健医療福祉の改革ビジョン以降の変化と課題

(1) A 県

県精神保健医療福祉主管部局

精神保健福祉センター

- 改革ビジョン以降、退院促進の機運が高まってきた。精神科病院の意識が変わり、また保健所と医療機関の連携が取れるようになってきた印象がある。

(2) B 県

県立精神科病院

- 障害者自立支援法施行の前後で医療の提供のあり方は変わっていない。多くの精神科病院は日々の診療に追われている。特に病棟に勤務する看護職には地域移行の意識が届きにくい。
- 国、自治体、医療の現場における認識の差は大きい。国が方向性を示してもそれぞれの地域の事情がある。
- 一般救急の中に精神科救急を含める必要がある。

民間精神科病院①

- 退院促進事業は、地域の適切な受け皿が乏しいために、あまり役に立っていない。

民間精神科病院②

- 72,000 床の病床減少を促すという方針はインパクトがあった。入院治療の必要がなくなった患者が退院するのは当然のことであり、医療者としては正しい方向が示されたにとらえている。

民間精神科病院③

- 入院患者の地域移行は加速していない。入院患者数の減少は高齢化などによる自然減が主体である。地域の受け皿が不十分な状況ではこれを加速させるのは難しい。

精神障害者家族会連合会

- 障害者自立支援法が施行されて、福祉サービスは契約して利用するのが原則となったが、そのような形式でのサービス利用が得意ではない精神障害者にとっては利用しづ

らいものとなっている。

(3) C 県

精神保健福祉センター

- 精神科病院は自立支援法に基づく施設を多数設置しており、アウトリーチ推進事業にも名乗りを挙げる病院も出てくると思われる。
- 改革ビジョンにより、「退院促進」から「地域移行」を経て「アウトリーチ」へと取り組みを進展させるきっかけができた。

民間精神科病院

- スーパー救急を取得してから、援護寮や福祉ホームに移る患者の増加も含めて、慢性期患者の退院が促進されてきた。
- 急性期病棟のある病院では、新規入院患者のうち長期在院となる者が少なくなり、また急性期病棟からの転棟先の病棟の慢性期患者の退院が促進されるため、病院全体で長期在院患者の割合が低下する。しかし急性期病棟のない病院ではこのような変化は起こらないため、精神科病院の二極化が進んでいるのではないかと。
- 急性期病棟のある病院では、マンパワー、医療機能、関連施設が整い、地域移行のノウハウも蓄積されていく。このため、関連施設の利用を目的とした慢性期患者の転院治療を依頼されることがある。

(4) D 県

精神保健福祉センター

- 精神保健福祉センターは、障害者自立支援法施行後、家族会とのつながりが少なくなった。
- 保健所保健師の地域精神保健福祉活動が少なくなった。
- 精神保健福祉法に基づいて、精神保健福祉センター、保健所、市町村などの連携と分担が進められてきたが、障害者自立支援法

によってその変更が迫られることとなった。

精神科病院協会

- 外来患者数、認知症の入院患者数が増加している。
- 未治療の期間が長くなっているのではないかと。その背景として、ひきこもり、発達障害などの視点から支援が行われるようになり、その結果として、精神科医療につながるまでの期間が延長していることが挙げられる。

精神障害者家族会連合会

- 障害者自立支援法の窓口は市町村であるが、精神保健福祉に不慣れなために、障害者からの距離はむしろ遠のいたように感じる。
- 障害者自立支援法が施行されてから、家族の支えられたいという思いを満たしてくれる機関がなくなった（保健所はかつてそうであった）。
- 作業所が就労支援事業所の指定を受けることで、利用者の勤労意欲が向上した。

2. 精神科医療機能の分化と、医療提供側、利用者側から見た課題

(1) A 県

県精神保健医療福祉主管部局

精神保健福祉センター

- 地理的環境から、専門病棟をつくっても該当患者が多数集まることはない。救急の場合も、自院の患者には自院で対応することが原則となっている。
- 精神科救急は圏域を3つに分けて輪番制で実施しており、通院中でない患者は輪番病院で対応している。県に一元的な情報センターを設置するよりは、地域に発展してきた体制の方が円滑であるという考えに基づく。

(2) B 県

県精神保健医療福祉主管部局

- 県内では病院間で機能が概ね分化している。人口密度の低い地区は病院が少なく、病院の特性が住民に直接影響する傾向がある。
- 依存症などの患者は一部の病院に集中する傾向がある。
- 精神科医療の機能分化として急性期治療病棟は導入しやすく、各病院が競って申請している。
- 認知症については、精神科医療だけではなく、身体疾患や介護も含めてグランドデザインをつくる必要がある。

県立精神科病院

- 一般科では医療を病期別に考えればよいが、精神科では別のモデルが必要である。
- 第5次医療法改正では医療機能の分化・連携を推進することにしたが、二次医療圏でとらえると、それが実現できない圏域が生じるだろう。

民間精神科病院①

- 精神症状は安定しているが、肺炎を繰り返す高齢の患者など、精神科以外での診療を要する患者が増えている。

民間精神科病院②

- 人口密度の低い地域の精神科病院は、器質性精神障害、発達障害、依存症も含めてあらゆる精神疾患に対応しなければならない。人口密度の高い地域では、マンパワーが必要とされる患者は、特定の病院に集中する傾向がある。
- 精神科では、一般科のような急性期と慢性期という分かれ方ではなく、臨床的・社会的に複雑な状態にある患者を受け入れる病院と、対象を明確に限定している病院に二極化している。
- 機能分化の実態が数字に反映されるとしたら外来患者数だろう。新規の外来患者数は指標になるかもしれない。

(3) C 県

精神保健福祉センター

- 治療困難な患者が特定の病院に集中することはない。精神科救急は輪番制をとっており、そこにおいてはスーパー救急のある病院もほかの病院と同じ扱いとなっているためと思われる。
- 処遇困難な患者については県立病院で対応している。

民間精神科病院

- 慢性期重症患者の治療に対する診療報酬上の評価が必要である。急性期の患者にはスーパー救急や急性期治療病棟があるが、慢性期重症患者にはこのような枠組みがない。
- 改革ビジョン以降、新入院患者の早期退院は促進されてきた。急性期病棟では、在院期間の制約がある中で、患者教育、家族教育、地域の社会資源の活用などを行うスタイルが確立してきた。
- 1年では退院が難しい高齢のうつ病患者などが目立ってきたが、入院期間との兼ね合いから、治療方針を立てるのが難しい。

(4) D 県

精神科病院協会

- 精神科医の専門性によって、精神科病院の機能分化が生じているが、それゆえ地理的な偏在も大きくなる。
- 精神科の救急医療は自院で退院する（後方転送がない）ケースが多い。特に人口密度の低い地域はそうである。
- 精神病床に身体合併症のある認知症の患者が多数入院している。軽症のBPSDでも一般病院への入院は難しいが、リエゾンで精神科医が出向くのが理想的と考える。
- 近年急性期医療の診療報酬が手厚くなり、急性期治療病棟、精神科救急病棟の設置が進んだ。しかし、急性期病棟の設置によって、あらゆる患者に対応可能な精神科一般病棟が減少している。

大学精神医学講座

- 認知症については県から大学にアプローチがあり、基幹型と地域拠点型からなる認知症疾患医療のネットワークが形成されてきた。
- 高次脳機能障害などの頻度の低い、または採算性の不良な分野の精神科医療体制を確立するには、専門家が大学にいて、行政と連携が取れることが重要である。大学の医局はさまざまな分野に関心をもつ人材を育成していく必要がある。

3. 厚労省から提示のあった新しい指標（案） 「5年以上65歳以上の退院者数」

(1) A 県

県精神保健医療福祉主管部局

精神保健福祉センター

- 5年以上65歳以上の患者は統合失調症が中心になっているのではないかと。
- 5年以上65歳以上の患者の多くは介護を必要としているのではないかと。

(2) B 県

県精神保健医療福祉主管部局

- 死亡を含めた退院患者数を調査する意義に疑問を感じる。

県立精神科病院

- 退院先の確保が困難な患者群である。患者の生活の場を医療から福祉へ移行するルートを開拓するのが非常に難しい。

民間精神科病院①

- ほとんど統合失調症の患者であろう。長期在院・高齢の患者は、院内では安定しているが退院は困難な場合が多い。
- 閉鎖病棟にいる重度の統合失調症（+知的障害）の患者と、開放病棟にいる条件が整えば退院可能な患者に大別できるが、前者は増減がなく後者は減少している。
- 5年以上65歳以上の患者の臨床像を、統合

失調症に限定して経年的に調べることは有意義と思われる。

民間精神科病院②

- 退院が困難な患者群と思われる（退院支援が成功しやすいのは、50歳以下で在院期間3年以下の統合失調症の患者と考えている）。
- 縁故が乏しくアパート入居も困難で、地域生活支援のコストは高くなる。
- このような患者は10年程度で相当減少するため、病院が退院促進に取り組んでも地域の受け皿を増やすことにはならないだろう。そう考えると、病院としての動機付けは乏しい。

民間精神科病院③

- 5年以上65歳以上の患者には寝たきりの認知症の患者も含まれるであろうが、そのような患者が精神科病院に入院しなければならない状況にあるのは不自然なことである。
- 医療費の削減だけに目を向けるのではなく、精神科病院の敷地内での施設転換や、特別養護老人ホームの整備を検討すべきである。

(3) C 県

精神保健福祉センター

- 5年以上65歳以上の患者には、諸事情で退院の難しい統合失調症の患者が多いだろう。

民間精神科病院

- 5年以上65歳以上の患者は、多くは残遺型の統合失調症でキーパーソンのいない患者であろう。
- 療養病棟に入院していて、病的には施設への入所が可能な患者であっても、病院より施設のほうが費用がかかるため退院が進まない。
- 閉鎖の療養病棟に入院している患者については、一般の介護保険施設では対応が難しい。
- 高齢の長期在院患者の退院については、費

用、本人の希望、施設入所の待機期間の問題が重なり、誰にどのようなメリットがあるのか明確にならないことが障壁となっている。

- 在院期間1年以上5年未満の患者は、自分もいつか退院していくのだという意識があるが、5年以上になると家族とのつながりが切れて、退院への道筋を付けにくくなる。
- 慢性期の患者については、医療資源や社会資源の選択肢を増やすことが重要である。

(4) D 県

精神科病院協会

- 長らく病院を生活の場にしており、家族からも退院を拒まれてきた患者が多いだろう。
- 本県では30年前から長期在院患者の退院促進を行ってきたが、高齢者の退院は非常に難しい。

大学精神医学講座

- 統合失調症または知的障害の患者がほとんどであろう。在宅支援の最も困難な患者群である。
- 入所施設やグループホームより病院のほうが安価になるため、患者の家庭の経済的な事情で病院に残らざるをえない場合がある。

4. 精神科医療へのニーズが高いにもかかわらずアクセスの困難をかかえる患者

(1) A 県

県精神保健医療福祉主管部局

精神保健福祉センター

- これから問題になってくるのは発達障害のケースであろう。ひきこもっていて暴力を振るう、職場でトラブルを起こすなどのケースは、統合失調症より発達障害の患者が多いが、医療機関を受診しても継続医療になりにくい。
- 発達障害のケースは、特定の保健師が馴染みの関係をつくっていく方がうまくいくの

ではないか。

(2) B 県

県立精神科病院

- 知的障害には精神疾患との併存率が高く、精神科医療の必要な者も多い。
- アウトリーチは、統合失調症型、発達障害型、依存症型に大別して考えるのが良いだろう。発達障害の場合は、初めから何人ものチームで訪問するのは馴染まない。医療と福祉の関係の調整も特に重要である。

民間精神科病院①

- アウトリーチには保健、医療、福祉の3つがあるが、医療のニーズがあるにもかかわらず本人が拒否している場合は、保健のアウトリーチが不可欠である（本人が希望しないのに医療機関から訪問して医療費用を請求するわけにいかない）。

民間精神科病院②

- 発達障害については、児童青年期までと成人以降とで事情が全く異なる。就学中は学校とのつながりがあるが、卒業すると孤立しやすく、職場不適合、家庭内暴力などの形で事例化する。
- 移送制度や措置入院に関して、行政の腰が非常に重いと感じる。
- 病院と生活の場の間に、地域ベースのアウトリーチサービスがあるのが当たり前になってほしい。

民間精神科病院③

- 地域の安全安心と当事者の権利の両方にバランスのとれた精神科医療が求められている。

(3) C 県

精神保健福祉センター

- ニーズは高いが、アクセスに困難のある患者としては、ひきこもっている患者と、多問題家族がある。

- ひきこもっている患者には、アウトリーチが重要になる。
- 多問題家族の支援には、高い援助技術が必要であり、アクセス困難な患者の中でも支援が難しい一群であり、アウトリーチによる支援が重要である。

(4) D 県

精神科病院協会

- 精神科病院がアウトリーチを行い、行政は当事者をそれにつなげるのみというシステムは不適切である。例えば、ひきこもっている息子のことを家族が保健所に相談して、保健師が病院のアウトリーチに紹介し、そのアウトリーチのチームが動けば、本人としてはいきなり精神科病院から訪問されるという体験になる。アウトリーチはその地域でやるべきで、各病院には地域連携室をつくり、地域と連携して活動するかたちが望ましい。

D. 考察

1. 精神保健医療福祉の改革ビジョン以降の変化と課題

改革ビジョンが精神保健医療福祉に及ぼした影響については、変化のきっかけとなったという回答があった一方で、現場に特段の変化はなかったとの回答もあった。精神科病院においては、急性期型の病棟を設置したことの影響を具体的に述べた回答もあり、個々の病院によって変化の生じ方に格差が生じていた可能性がある。また、変化は病院の患者動態や患者の生活のあり方といった可視的な面だけでなく、医療・福祉サービス提供者の意識にも生じていることが示唆され、いまだ目に見える形での変化が乏しい部分においても、変化に向かう力が蓄えられている可能性があると考えられた。

改革ビジョンから約2年を経た2006年に施行された障害者自立支援法は、障害者福祉制度全般にかかる大きな変化であったが、精神障害者福祉の現場における変化がいくつか報告された。作業所や精神保健福祉法に基づく社会復帰施設が自立支援施設に転換されたことに伴い、利用者は自らの立場や利用に際しての手続きの違いを体験して、好ましい変化を経験した一方で、戸惑いも大きかったようである。窓口は利用者により身近であるはずの市町村に変わったが、市町村は精神障害者への福祉サービスの提供に不慣れであり、その一方で、保健所とのつながりは弱まってきたため、移行期となったこの数年間は、精神障害者や家族にとって、福祉面での支援が必ずしも安定しない時期であったと推察された。

改革ビジョン以降、退院促進・地域移行が進められる中で障害者自立支援法が施行され、障害者施設は社会復帰施設から自立支援施設へと転換されていったが、入所型の施設を中心として、退院した患者が地域で生活するための社会資源の整備が不十分であると指摘する意見もあった。こうした地域資源の整備は、改革ビジョンの実現のためには必須であることから、退院促進と地域生活支援が均衡を保って進められるよう、実態把握を適切に行っていくことが必要である。

2. 精神科医療機能の分化と、医療提供側、利用者側から見た課題

精神科医療の機能分化は、人口密度の高い病院数の多い都市部を中心に進行しており、人口密度の低い病院数の少ない地域では、一つの病院がさまざまなタイプの患者の診療を行っている傾向が見られた。患者の医療へのアクセスを考えると、自然な現象であろう。このため病院数の限られる地域では、患者の臨床的特性に応じた治療の提供が難しくなる

可能性があるが、処遇困難患者の集中は、逆に機能分化が進んだ都市部で強い傾向にあった。処遇困難患者を県立病院で受け入れているという県もあったが、こうした患者への医療の提供や病院間の連携に支障が生じているならば、対策を講じなければならないであろう。

機能分化が不十分な点については、慢性重症患者と高齢のうつ病が挙げられた。前者については、手厚いケアを必要とするため、医療提供側としては病院全体でマンパワーを再配置して対応していることが示唆され、このような患者の実態把握を行う必要がある。後者については、利用者側として、現在の環境では必ずしも最適な入院治療を受けられない可能性を示唆しており、検討の余地があると思われる。

このほか認知症については、精神科医療の中だけでなく、医療全体、また介護も含めて大局的な方針を定める必要性が示唆された。認知症の患者は今後増加していくことが予測されており、従来から検討されてきたが、優先的に検討されるべき課題を考えられる。

3. 厚労省から提示のあった新しい指標（案）

「5年以上65歳以上の退院者数」

5年以上65歳以上の患者については、退院の困難な統合失調症（または知的障害、知的障害を伴う統合失調症）の患者が多くを占めるとの見方が多かった。聞き取りの内容を総合すると、5年以上という在院期間は家族とのつながりの弱さ、キーパーソンの不在と、65歳以上という年齢は介護の必要性の高さ、生活能力の低さと強く関連すると思われた。これらの要因が重なると、退院先の確保は著しく困難であり、これらの患者群の地域移行を進めた場合に、ホームレス状態に陥るなど、社会的転帰が不良の事例が多く発生する可能

性もあり、精神科病院退院後の居住と生活支援のあり方を十分に検討していく必要があると思われた。

4. 精神科医療へのニーズが高いにもかかわらずアクセスの困難をかかえる患者

精神科医療へのニーズが高くアクセスの困難がある患者については、精神疾患があつてひきこもっている者が中心との見方が優勢であった。また、ひきこもりの中では、近年では発達障害のケースが問題になってきていることが指摘された。

ひきこもりを呈する患者の中には、統合失調症の患者も多くを占めると考えられるが、この場合はアウトリーチの有効性を評価して事業に取り組んできた県もあった。しかし、発達障害のケースに対しては統合失調症モデルのアウトリーチでは対応が難しいという意見が多かった。発達障害の場合は、継続的な精神科医療を必要としないケースが多いことや、多職種チームによるケアで、医療から福祉、生活支援へと展開させるよりは、個別の信頼関係を基盤にした安定した対人関係の構築が重要という見解があげられ、特に地域の保健師の役割の重要性が指摘された。

未治療・治療中断の患者のアウトリーチについては、費用および人権の観点から、医療機関が自発的に実施することは難しいとの指摘があった。今後のアウトリーチの普及においては、こうした患者への対応も含めて、地域に軸足を置いたアウトリーチの必要性が指摘されたが、適切な分担によるアウトリーチの連携を模索していくことも求められるだろう。

本研究では、4 県の精神保健医療福祉関係者を対象として、精神科医療の機能分化の状況と課題を中心に、関連するテーマについての情報を得た。精神保健医療福祉の状況や課

題は、地域的な事情の影響を受け、また関係者の立場によっても認識が異なると考えられるため、本調査で得た情報はわが国の状況を必ずしも代表するとは限らないが、既存資料の分析を進める上で着目すべき視点を提供するものであったと考える。

精神科医療機能の分化については、地理的な事情から分化があまり進行していない地域がある一方で、分化が進行したことによって受け入れる入院患者の特性が二極化した地域もあった。このような現象が弊害となっているのか、それはどの程度なのか、本調査では明確に捉えることができなかったが、今後はこうした点のある程度定量的に評価することが必要である。また、退院した精神障害者のニーズに合う地域の社会資源に関しても、そのニーズを詳細に捉えることは有意義と思われた。今後の検討においては、このような点に着目したい。

E. 結論

改革ビジョン以降の精神保健医療福祉における変化の生じ方には、病院や関係機関の間で差があった。退院促進と地域生活支援は、均衡を保って進めることが課題と考えられた。

精神科医療機能の分化は、病院数の多い都市部を中心に進行し、地域差があることが示唆された。処遇困難な患者は、特に機能分化の進んだ地域で特定の病院に集中している可能性がある。

5年以上65歳以上の患者は、退院の困難な統合失調症（または知的障害、知的障害を伴う統合失調症）の患者が多くを占めるとの見方が多かった。

精神科医療へのニーズが高くアクセスの困難がある患者については、精神疾患があつてひきこもっている者が中心との見方が優勢であった。

今後の検討においては、精神科医療の機能分化に伴って生じた可能性のある問題や、退院した精神障害者の地域生活におけるニーズを定量的に捉えることが必要と考えられ、既存資料の分析を進める上で着目すべき視点が明確になった。

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

